

ワークショップ 2-2

職場復帰のためのリハビリテーション

—急性期医療の現場から—

豊田 章宏

独立行政法人労働者健康福祉機構中国労災病院勤労者リハビリテーションセンター

(平成 21 年 4 月 16 日受付)

要旨：独立行政法人労働者健康福祉機構が重点的に担う 13 分野の労災疾病等の一つとして「職場復帰のためのリハビリテーション」の研究・開発，普及を行うことが中期目標として掲げられた。このデータベースから分析された復職可能な症例像は従来の報告と同様であったが，Stroke unit やクリニカルパスなどの整備による十分な急性期リハの実践，Barthel Index や modified Rankin scale などを利用した早期の復職へのゴール予測と対策，本人の復職意欲と休職期間の確認，医療ソーシャルワーカーの早期関与など具体的な対策が研究結果として得られ，復職の可能性のある症例に対しては，一般リハに工夫を加えた復職リハを実施し，特に高次脳機能障害・うつ・肩関節亜脱臼など肉体的・精神的合併症への早期介入などが必要ということがわかった。しかし，復職に関して患者や家族が望んだ職業リハ連携，産業医連携，職場訪問調査，事業所連携，障害者雇用の啓蒙などについては，実際に医療機関の支援が得られた症例は 22% に過ぎず，産業医との連携はわずか 12% であった。脳血管障害者の職場復帰の促進のためには急性期から職場復帰まで長期にかかわる支援システムの構築が急務であり，急性期医療を主体としている労災病院に今後何ができるのかを検討する必要がある。

(日職災医誌，57：227—232，2009)

—キーワード—

職業復帰，リハビリテーション，脳血管障害

1. はじめに

近年の度重なる医療制度変革により，特に急性期病院では，在院日数の短縮化，DPC 導入，逆紹介の促進など様々な制約を受けることになった。これに伴ってリハビリテーション（リハ）医療のあり方も大きく変化した。本来継続されるべきリハ医療は，急性期，回復期，維持期に分断され，機能回復訓練は回復期病院で行うことが主体となりつつある。リハの総合力が問われる脳卒中や頸随損傷についても，急性期病院では発症直後の廃用予防と離床段階まで関わるのが精一杯という状況となった。

本来，独立行政法人労働者健康福祉機構労災病院群におけるリハ科はわが国のリハ医療の先駆けとして長い歴史と実績をもち，この分野では圧倒的な実力を発揮してきたはずである。しかし，労災病院群の多くが急性期化し，ごく短期間しかリハを行えない環境の中で，こういった症例を経験し治療できるリハスタッフは年々確実に減少してきており，病棟ナースもまた然りである。

一方で，勤労者医療という使命を背負う労災病院群のリハ科においては，社会復帰だけではなく職業復帰という質の高いゴール設定を持つ責務がある。本稿では，特に急性期病院の立場から，現状での問題点と今後の課題について述べたい。

2. 労災病院群を取り巻く環境の変化

平成 16 年 4 月から労働福祉事業団が独立行政法人化し，独立行政法人労働者健康福祉機構へと改名した。同じ年の 11 月，第 52 回日本職業・災害医学会学術大会で，「労災病院のリハ科は，今後急性期医療体制へ大きく舵を切るべきか？」というワークショップが開催された。この時のキーワードは「勤労者医療」と「伝統と改革」の 2 つであったが，著者らは労災病院に回復期病棟機能をもたせるのか，あるいは全くの急性期病院化を選択するのかがリハ科の対応は大きく変わってくることを述べた¹⁾。その選択によってリハ環境を整える準備が必要であり，なにより労災病院内だけで解決しない課題を含むからであった。しかし，われわれは「労災病院のリハをど

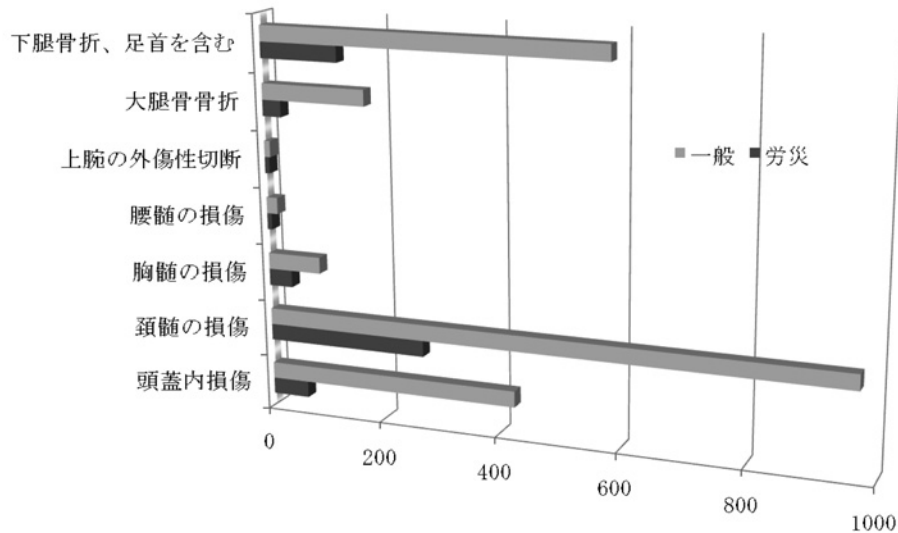


図1 全国労災病院外傷患者数：労災保険と一般保険の比較

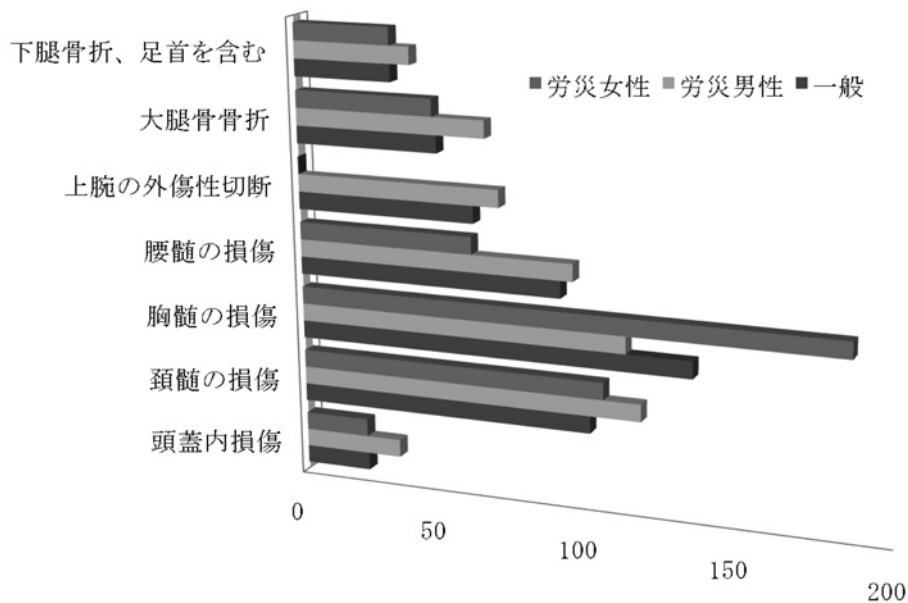


図2 全国労災病院外傷患者の在院日数：労災保険と一般保健の比較

うすべきか」という命題の答えを明確にしないまま「病院の急性期化」と「政策医療」という二足の草鞋を履き続けてきた感がある。

労災患者の内容自体も大きく変化してきた。独法化以降の5年間でさえ入院患者における労災患者比率は減少の一途をたどっており、中国労災病院においても平成16年度の5.8%をピークに徐々に減少し、平成17年度は4.7%、平成19年度は3.2%、平成20年度4~5月平均では1.8%にまで低下している。全国労災病院から機構本部に集められた患者統計を用いて、ICD11分類上で労災患者が最も多いと考えられる外傷患者のデータを分析してみた。労災保険と一般保険の患者数を比較すると、全ての外傷部位で労災保険患者数は一般保険患者数の

20%程度に過ぎず、外傷部位では、労災保険で頸髄・胸髄損傷が多い傾向にあった(図1)。さらに、在院日数を比較すると、保険上は労災患者には在院日数の制限はないにもかかわらず、全ての外傷部位で労災保険患者と一般保険患者との間で明らかな差は認められなかった(図2)。

さらにわれわれを取り巻く医療環境も大きく変化した。医療費抑制政策は継続され、収支が第一に問われる厳しい時代になった。また、本来の医療は医療と介護に分断され、さらに医療は急性期・回復期・維持期に分割された。

3. 労災病院におけるリハの現状

病院が急性期化されたことで様々な変化が認められたが、リハが最も影響を受けたのは在院日数の短縮化であろう。平均在院日数が20日を切り、15日になろうとしている。多くの労災病院は回復期病棟を持ち合わせていないため、治療の継続性が最も重要視されるはずのリハ患者は、準備段階しか出来ないうちに回復期病院に転院しなければならなくなった。しかも回復期病院への転院までの期限は2カ月である。地域によっては回復期病院そのものがないところもある。病院間の治療レベルの差も否めない。様々な意味で良好な地域連携が構築できなければ、リハ治療そのものを行うことが困難な状況になっている。

一方で急性期病院を選択した多くの労災病院のスタッフにおいても変化が生じつつある。機能回復リハの主体が回復期病院で行われている現状では、労災病院に就職した新しいリハスタッフは患者の回復過程を発症から社会復帰までの全過程を経験することができなくなった。このままでは永年培われてきた労災病院のリハ技術自体が衰退しかねない。さらに前述したように労災患者数自体が激減し、さらに労災患者でさえも長期にケアしなくなった現状では、頸随損傷患者や重度の脳疾患患者の看護も十分に行えない病院になっていくことは想像に難くない。医療ソーシャルワーカー（MSW）を取り巻く環境についても変化が起こっている。従来の労災病院のMSWはリハ科と深くかかわりを持ち、患者のリハ進行状況と機能回復状況をよく把握していた。そして何より入院当初からある程度の時間をかけて患者および家族と接していたため、社会復帰のみならず復職にまでかかわることもできた。しかし、現在では極端に短縮された在院日数を維持するため、MSWはただただ転院先探しに奔走し、リハの進行状況を把握する時間などなく、医療連携室の業務に専従せざるを得ないケースが多い。このようにして患者の長期予後を知るスタッフが徐々に姿を消していく中で、労災病院は社会復帰のその先にある職場復帰にどうやってかかわっていくことができるのであろうか。

4. 労災疾病等13分野研究

「職場復帰のためのリハ」結果から²⁾

労災疾病等13分野研究は平成17年度から本格化にスタートし、リハ分野では勤労者脳血管障害者の職場復帰（豊永敏宏主任研究員：九州労災病院）がテーマとして取り上げられた。この分野の先行研究は少なく、さらにリハの介入試験そのものが難しいことから、計画段階から外部評価委員からも厳しい意見が出されていたが、可能な限り客観的評価ができるよう調査項目が設定された。この研究の目的は、先行研究^{3)~5)}によって明らかにされて

きた脳血管障害者の退院時における職場復帰の促進・阻害因子の検証であり、全国労災病院群21施設から登録されたデータベースから検討された。データベースの入力時期はPhase1（入院時：60項目）、Phase2（退院時：35項目）およびPhase3（発症後1年半：25項目）とした。

対象は2005年2月1日から2006年7月31日の間に新規に発症した脳血管障害者のうち、労働年齢（15～64歳）にある者とした。検討項目は病型や機能障害、合併症などの医学的評価、合併症の有無、治療内容以外に発症前の職種や役職などの就業状況、復職希望の有無、MSWの介入などを調査した。

その結果、464名の対象者の平均年齢は54.9歳で男性が72%と多く、病型は脳梗塞49.5%、職種ではブルーカラーが64%を占めていた。このうち復職が可能であった群の特徴は、発症から入院までの日数、発症からリハ開始まで日数、在院日数がいずれも短く、初回評価時のmodified Rankin scale（mRS）およびBarthel Index（BI）が軽症で、急性期にストロークユニット（SU）での治療をより多く受けていた。職種ではホワイトカラーで高い役職のものが多く復職できていたことも特徴であった。この他、高次脳機能障害やうつ、肩関節痛の合併も復職に影響していた。

分析結果をまとめると、ラクナ梗塞などの軽症者で、SUを含めた早期の適切な治療を受け、就業状況は管理職・ホワイトカラーで、メンタル面を含めた合併症の少ないものが復職しやすいが、企業規模や年齢・性別・配偶者の有無、教育歴などは関係がなかった。また、この研究結果から見えた対策は、SUやクリニカルパスなどの設置による十分な急性期リハを実践すること、BIやmRSなどを利用して早期に復職へのゴール予測を行った対策をたてること、本人の復職意欲と休職期間を確認すること、MSWの早期関与などが挙げられた。アプローチとしては、復職の可能性のある症例に対しては、一般リハに何かしら工夫を加えた復職リハを実施すること。特に高次脳機能障害・うつ・肩関節亜脱臼など肉体的・精神的合併症への早期介入などが考えられた（表1）。

図3は、発症一年半後に行ったアンケート結果をまとめたものである。何らかの形で復職できていたのは50%であった。復職に関して患者や家族が望んだ支援内容は、職業リハ連携、産業医連携、職場訪問調査、事業所連携、障害者雇用の啓蒙などであったが（図4）、実際に医療機関の支援が得られた症例は22%に過ぎず、産業医との連携はわずか12%であった（図5）。つまり中途障害者が心から望んでいるものは、急性期からのシームレスな治療とソーシャルサポートであり、それにかかわるコーディネーターの存在である⁶⁾。

5. 今後進めるべき復職リハ

労災病院が急性期病院化を推進しているなかで、労働

表 1 13 分野研究から見た結果と対策

<p>結果</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ブルーカラーは復職できにくい ・管理職は復職しやすい ・企業規模などは関係なし ・年齢・性別・配偶者の有無は関係なし ・教育歴は関与なし <p>対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・十分な急性期リハの実施：Stroke unit やクリニカルパスの整備 ・復職へのゴール予測：ラクナ梗塞は復職率高い、BI や mRS を参考とする ・本人の復職意欲と休職期間の確認 ・MSW の早期関与 ・復職リハの実施：復職可能性のある症例へのアプローチの確認（一般的リハに加えた工夫） ・肉体的、精神的合併症の管理：特に、高次脳機能障害、うつ、肩関節亜脱臼などへの早期介入 ・新技術の導入：Task specific exercise

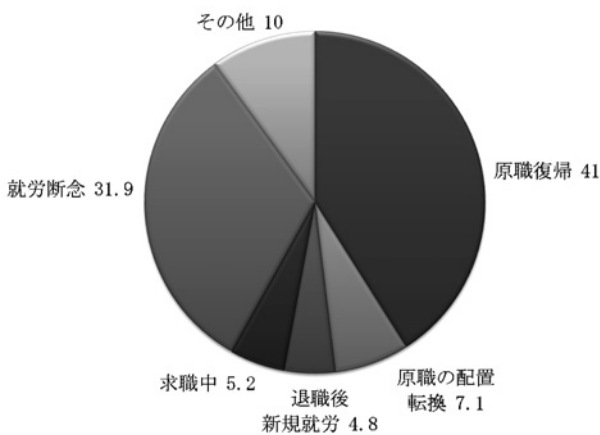


図 3 復職状況

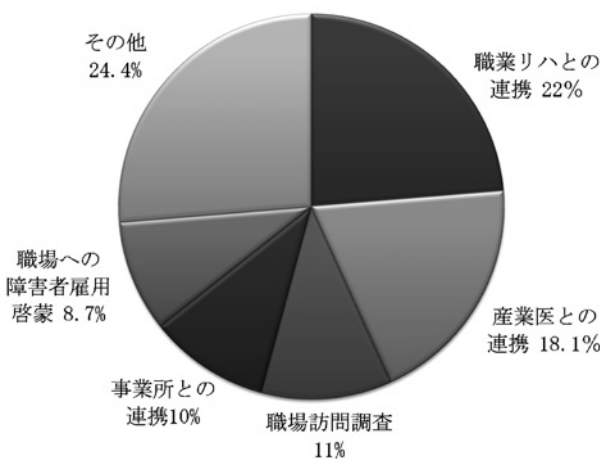


図 4 患者の受けたかった支援

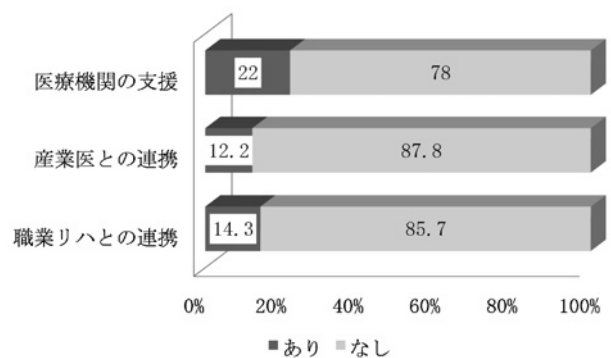


図 5 実際に患者が受けた支援

者健康福祉機構が掲げる「勤労者医療」との整合性はどうか。急性期リハの充実と地域医療福祉連携の確立によってリハの継続性を確保することは当然であるが、復職リハの実践という点では甚だ不十分である。まずは機構によって復職支援センター（仮称）を設置し、復職に関する知識を習得した復職コーディネーター（仮

称）を養成配置することが急務であろう。この復職コーディネーターによって患者や家族が最も求めていた職場や産業医との連携や仲介を密にすることが可能となり、田中ら⁷⁾のいう復職に関する産業医とのより良好な関係を築くことができるはずである。

さらにリハビリ自体が既に回復期病院を中心に行われている時代である。労災病院群が他の病院群との差別化を考えるのであれば、社会復帰後に集中して行う復職プログラムなどの設定や、労災病院群の中での勤労者に特化した回復期病棟の設置なども検討されるべきかもしれない。いずれにせよ、急性期医療の現場では復職リハを積極的に推進したくてもできない矛盾に満ちた実情がある。早く手を打たなければ、今までに貴重な経験を積んできたスタッフやノウハウそのものが失われてしまっからでは遅すぎる。

6. 結 語

近年、再生医療が著しい発展を見せている。細胞・組織レベルの再生が進めば、いずれは多くの疾病は克服される可能性があり、リハや維持療法が不要となるケースも増えることが期待されている。しかし一方で、組織や器官が再生することで、機能回復やハンディキャップ克

服を要する症例はかえって増加し、リハの必要性がますます高くなることも予想される。そして医療の進歩の先にあるものとしては、一人の人間として社会活動に参加できるところまでかわる「人間再生医療」が将来の大きなテーマとなるであろう。その準備のためにも全人医療の一端である「復職リハ」を充実させておく必要がある。

本研究は、独立行政法人労働者健康福祉機構「労災疾病等13分野医学研究・開発・普及事業」の中の「職場復帰のためのリハビリテーション」によるものである。

「職場復帰のためのリハビリテーション」分野の主任研究者：豊永敏宏(九州労災病院), 分担研究者：住田幹男(関西労災病院)・田中宏太佳(中部労災病院)・富永俊克(山口労災病院)・豊田章宏(中国労災病院), 共同研究者：徳弘昭博(吉備高原医療リハビリテーションセンター)・佐伯 覚(産業医科大学)。

謝辞：全国労災病院患者統計の分析にあたり多大なるご協力をいただいた、独立行政法人労働者健康福祉機構 医療事業部 勤労者医療課の横山智充氏に深謝申し上げます。

文 献

- 1) 豊田章宏：急性期病院でのリハビリテーション医療。日職災医誌 52 (suppl)：72, 2004.
- 2) 豊永敏宏：「早期職場復帰を可能とする各種疾患に対するリハビリテーションのモデル医療の研究・開発、普及」研究報告書。独立行政法人 労働者健康福祉機構, 2008.
- 3) Howard G, Till JS, Toole JF, et al: Factors influencing return to work following cerebral infarction. JAMA 253: 226—232, 1985.
- 4) 佐伯 覚, 有留敬之輔, 吉田みよ子, 他：脳卒中の職業復帰予測。総合リハ 28：875—880, 2000.
- 5) 平松和嗣久, 豊田章宏, 真辺和文：脳卒中発症後の職業復帰。リハ医学 41：465—471, 2004.
- 6) 豊永敏宏：職場復帰のためのリハビリテーション—脳血管障害者の退院時における職場復帰可否の要因—。日職災医誌 56：135—145, 2008.
- 7) 田中宏太佳, 豊永敏宏：脳卒中患者の復職における産業医の役割—労災疾病等13分野医学研究・開発・普及事業における「職場復帰のためのリハビリテーション」分野の研究から—。日職災医誌 57：29—38, 2009.

別刷請求先 〒737-0193 呉市広多賀谷 1-5-1
独立行政法人中国労災病院勤労者リハビリテーションセンター
豊田 章宏

Reprint request:

Akihiro Toyota
Chugoku Rosai Hospital Center for Worker's Rehabilitation,
Japan Labour Health and Welfare Organization, 1-5-1, Hirotagaya, Kure, 737-0193, Japan

Rehabilitation Approach for Return-to-work after Stroke from the Standpoint of Acute Hospital

Akihiro Toyota

Chugoku Rosai Hospital Center for Worker's Rehabilitation, Japan Labour Health and Welfare Organization

Research, development and dissemination of projects related to the 13 fields of occupational injuries and illness are the aims of the Rosai Hospital, reorganized as an independent administrative corporation. In the field of "rehabilitation for return-to-work" which is one of the 13 fields of occupational injuries and illness, the data base of 464 stroke patients belonging to the reproductive age of the first 5-year period was prepared and then analyzed. The results of our analysis showed that the patients' conditions for return-to-work were almost similar to those of previous reports.

As new findings of our study, conduct of adequate acute stage rehabilitation through the Stroke Unit and clinical path, goal forecast and countermeasures for return-to-work from the early stage with the utilization of Barthel index and modified Rankin scale, will of the individual for return to work, confirmation of the individual of his period of leave from work, and early involvement of medical social worker were found to be important. For those workers with possibility of returning to work, an improvised return-to-work rehabilitation program should be conducted with early intervention against physical and psychiatric complications such as higher brain dysfunction, depression, and subluxation of the shoulder joints.

On the other hand, with regard to programs for return-to-work, coordination of occupational rehabilitation desired by the patients and their family, coordination with industrial physician, visiting and examination of the place of work, coordination with place of work, and encouragement of employment of disabled persons, the cases of assistance provided by medical institution accounted for 22% and those who sought coordination with industrial physician accounted for only 12%, both being of very unsatisfactory level.

The foregoing results indicate that for the promotion of return-to-work of stroke patients, it is urgently required that a long term support system should be developed from the acute stage to returning to work. At the Rosai Hospital which has already developed into an acute hospital, it is necessary that serious study should be made on what should be done in the future.

(JJOMT, 57: 227—232, 2009)