

脳血管障害者の 早期職場復帰への取組み

「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に係る研究」より



独立行政法人 労働者健康福祉機構
勤労者リハビリテーション研究センター
豊永 敏宏

チーム医療により社会復帰・職場復帰を目指す リハビリテーション医療

わが国におけるリハビリテーション医療は、労災病院で初めて行われた。

労災病院におけるリハビリテーション医療は、罹患・受傷後の身/心の機能回復を目指すものとして発展し、特に労働災害による被災労働者の早期の社会復帰を使命としている。

そのポイントは、入浴や着替えなどの日常の生活動作(ADL)の獲得のみならず、社会復帰や職場復帰といった生活の質(QOL)の向上を目的とするところにある。

また、その特性は、医師をはじめとして、歩行など生活に必要な身体機能の向上や耐久性を上げるための治療技術をもつ専門家である理学療法士(PT)、主に上肢の作業能力を向上させ、精神的なサポートにより患者の意欲を高める技術を有する作業療法士(OT)など、多くの職種により構成された「チーム医療」にある。

チーム医療の原点

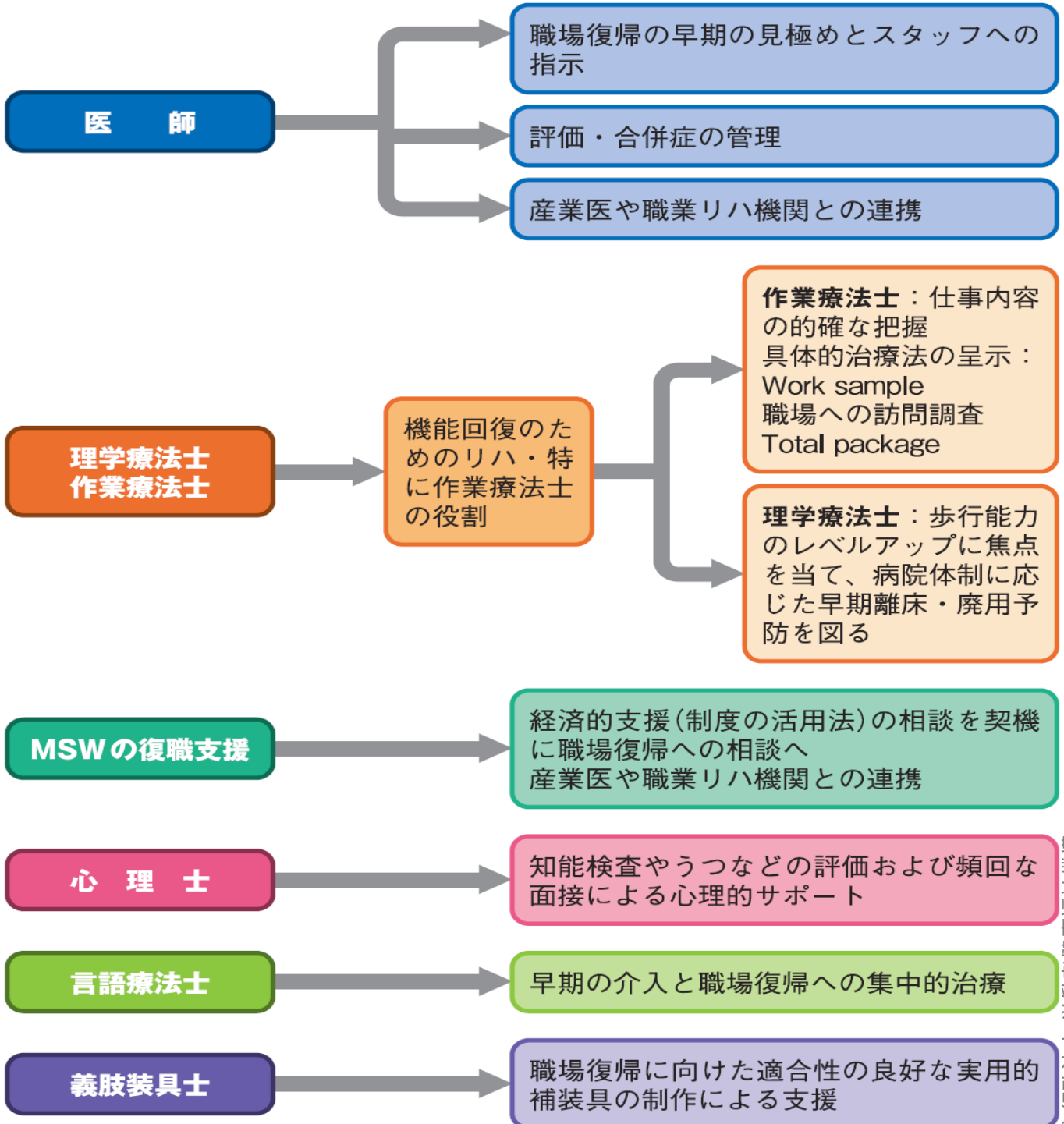
昭和30年代後半、医師など各職種による大腿義足の適合調整中の様子。

このようなチーム医療は本邦初と思われる。



チーム医療における各スタッフの役割

早期職場復帰を目指すためのスタッフの役割



研究の目的

脳血管障害者の職場復帰は、現在も現職復帰が1／3程度である。上・下肢麻痺だけでなく、失語などの高次脳機能障害やうつ症状、さらに肩関節痛など脳血管障害に起こる特有の身体的合併症が阻害要因となる。加えて、本人の復職意欲や企業の判断などの社会的要因も少なからず関与している。効率的な復職システムを構築するための研究を継続して行った。



第一次研究(平成16年度～平成20年度)のまとめ

- 早期(退院時)の復職は、上肢機能障害が強く関与している
- 後期(発症1年半後)の復職は、上肢機能障害度に加え、社会的支援が関与している
- 機能障害がほとんどなくても約3割は復職不可である
- 医療の分断化・機能分担化により、復職を目的として綿密にフォローをする人材育成が必要である
- 急性期病院における復職リハの意義を共通認識し、システム(有機的な仕組み)の確立が求められる



第二次研究(平成21年度～平成25年度)

【 目的 】

① 勤労者脳血管障害者の早期職場復帰を促すためのモデル事業の研究開発

就業年齢(15歳～64歳)における脳血管障害者の早期復職を可能とするために、例えば復職に関し通暁するMSW等の人員を、復職支援を主務とする復職支援コーディネーターとして配置し、リハビリテーションスタッフが関与する復職支援センターの設置など、復職を目的とするシステム整備が重要であることを検証する。

② 勤労者脳血管障害者に係る総合的診療管理手法の予備的研究

脳血管障害者に対する入院治療及び退院後の外来での治療を含めた長期フォローにおいて、復職を阻害する因子として、脳卒中の再発及び背景因子である糖尿病などの医学的合併症、痙性・肩関節痛・うつ症状など脳血管障害者に特有の二次的障害の予防的・治療的管理について、各診療科と連携して総合的に管理するシステムが必要であるため、新たな症例を追加することで、どのようなものが予防的・医学的管理システムとして可能性を持つのかということをもより鮮明に探索する。



【 対象 】

全国11の労災病院から第二次研究データベースに登録された、就業年齢(15歳～64歳)で、平成22年2月1日から平成23年7月31日までに再発や一過性脳虚血発作を除き新規に発症した症例。

【 方法 】

データベースは以下のとおり3つに分けて登録した。

① Phase1: 労災病院入院時及びリハビリテーション開始時、労災病院退院時状況調査

前回のPhase1(入院時60項目)とPhase2(退院時35項目)の調査項目を併せてPhase1(68項目)とした。前回から追加した項目は、年金有無、業務形態(正規職員かどうか)、病床の種類、リハビリテーション開始時の上肢・下肢の機能(Brunnstrom Stage)、入院中の職場訪問有無、家族のサポート、退院時の本人の障害受容、退院時の本人の問題解決能力、退院時の本人の対人関係であった。

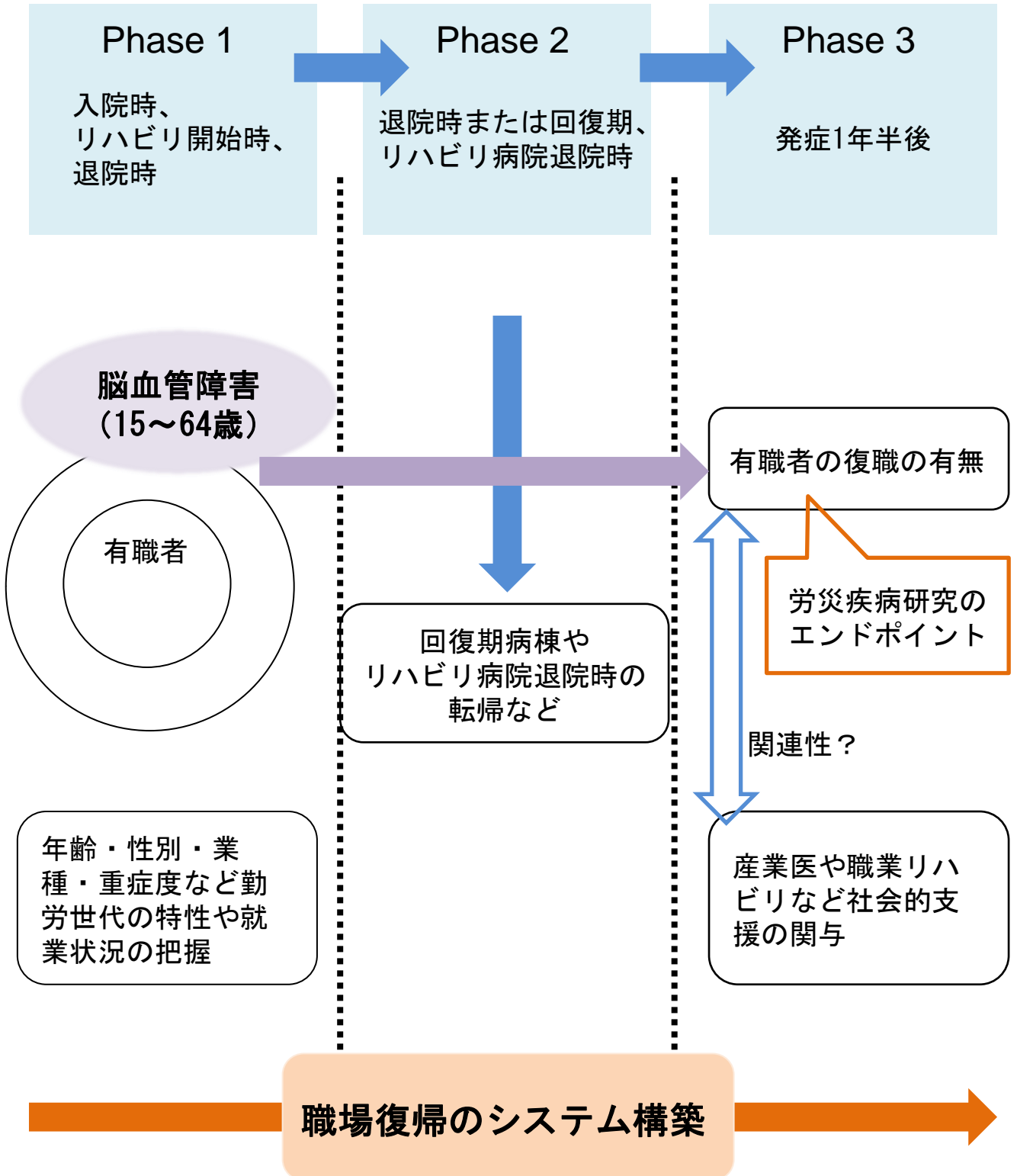
② Phase2: リハビリテーション病院「主として回復期病院」における退院時の状況

Phase1に重点を置いた調査としたため、今回は35項目であったが今回は簡素化し21項目とした。前回から追加した項目は、上肢機能及び下肢機能をBrunnstrom Stageで記載、身体機能障害と精神障害者保健福祉手帳の取得有無であった。

③ Phase3: 発症後1年半経過時状況調査

前回(25項目)とほぼ同じ24項目であるが、自立支援法による福祉就労施策(就労継続支援や就労移行支援)の活用の有無を追加している。

第二次研究の概要図



結果と考察

1 復職に志向したストロークユニット

ストロークユニットの有無について検討した結果、第一次研究では有意差 ($p < 0.05$) でストロークユニットを行った方は復職可能が多かったが、第二次研究ではみられなかった。

しかし、発表されている脳卒中治療ガイドラインにおいても、ストロークユニットの意義を認め強く勧めているように、早期からチームとして復職目的を共有した取り組みは重要である。機能回復面だけではなく、復職に目的志向した医学的・社会的支援の体制作りに取り組むべきである。

「就労」の医学的支援と社会的支援とは

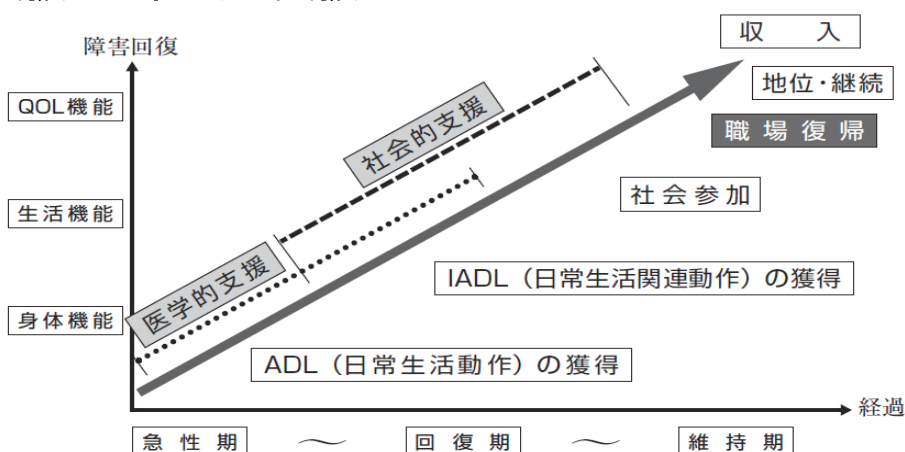
医学的支援

医学、医療的手段(手術・薬物・リハビリ治療・産業医学的など)による就労支援

社会的支援

家族、同僚、企業あるいは社会的資源の活用や法制度などによる就労支援

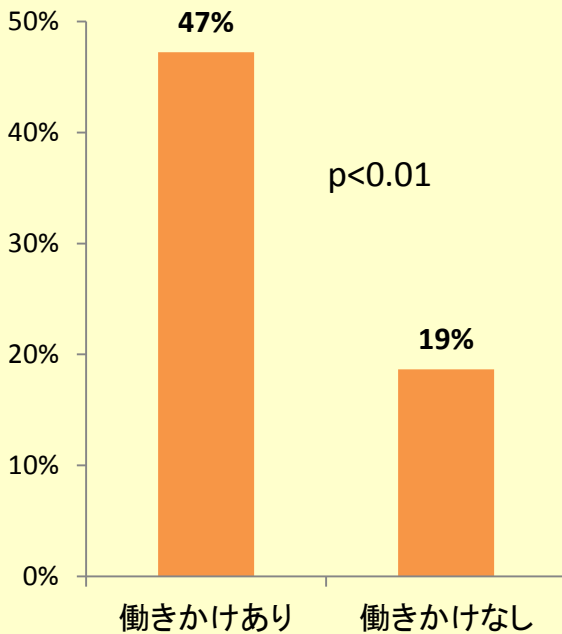
医学的支援から社会的支援へ



2 復職カンファレンスの開催

第二次研究結果から、早期復職には医療機関の支援が大きく関連する事が明らかになった。急性期化が進む状況において、可及的早期に専門スタッフ(医師・スタッフ・MSW等)による復職カンファレンスの開催が望まれる。また、復職に関する働きかけの内容やどのように進めていくかなど、復職に関するスタッフの中で周知しておく事が大切である。

リハビリテーションスタッフの働きかけの有無と退院1年半後の復職率



	働きかけあり	働きかけなし
退院時否で 1年半時可	17	11
退院時・ 1年半時不可	19	48

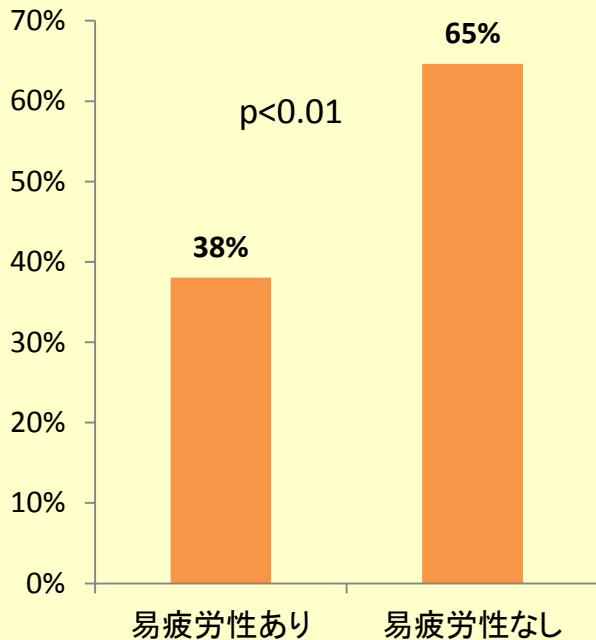


復職カンファレンスを開催し、方針を決定

3 医学的支援—特に易疲労性(Poststroke Fatigue)への取り組み

第一次及び第二次研究ともに、これまではあまり注目されていなかった、脳血管障害者における易疲労性(体力低下)が復職可否に強い関連性がみられた。脳血管障害後の疲労感(Poststroke Fatigue)は病態がまだ十分解明されておらず、その対策も十分検討されているとはいえない。その点で言えば、従来のリハの盲点になっているものと考えられ、復職リハを進めるにあたって、今後、評価や対策等を検討すべきである。

易疲労性の有無と復職率



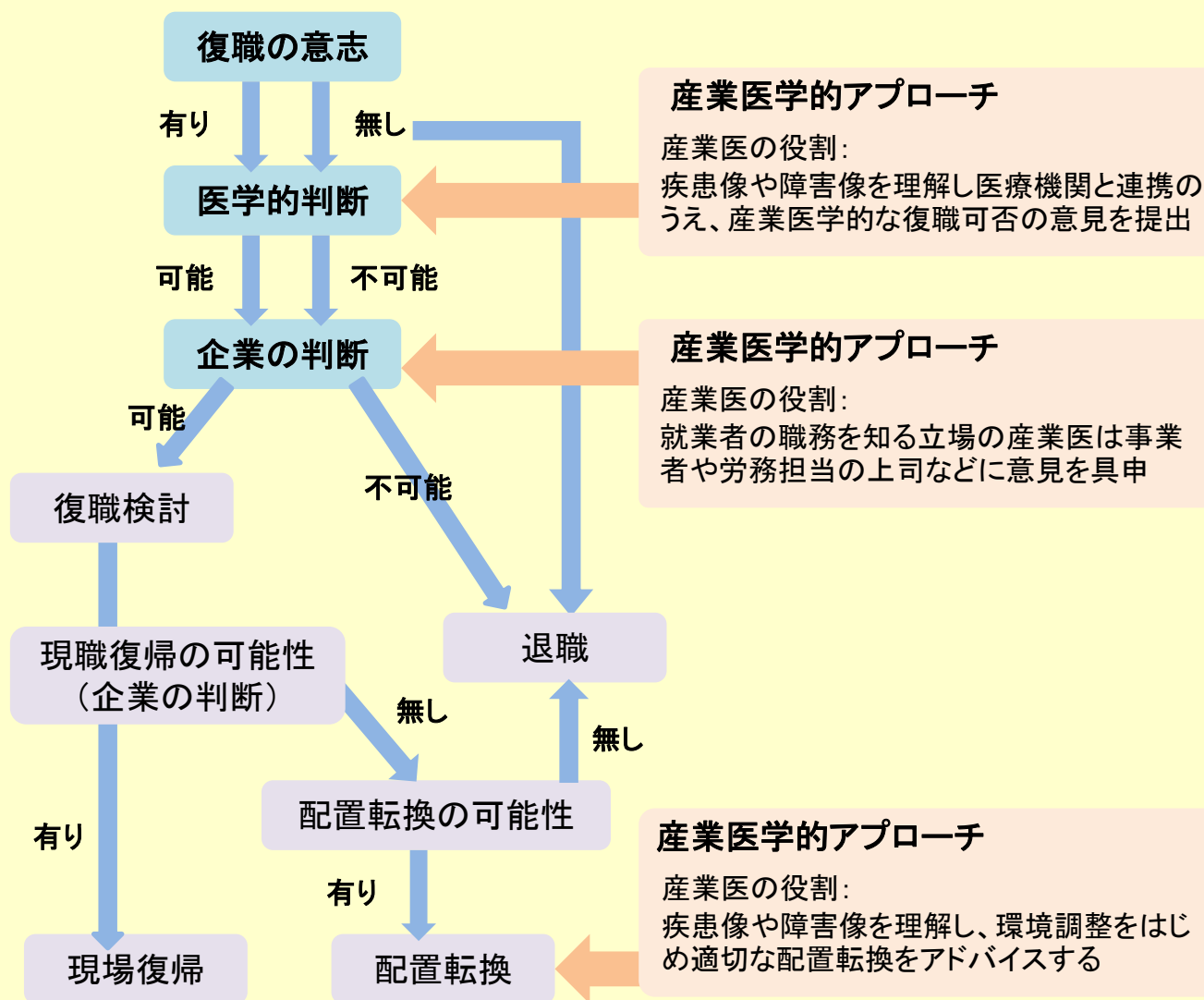
	易疲労性あり	易疲労性なし
復職可能	27	64
復職不可能	44	35

脳血管障害後の易疲労性(体力低下)の評価と対策は検討課題の一つである。復職可否に関連性がみられ、積極的に入院初期からプログラムに有酸素運動を取り入れることも考慮されるべきである。

4 産業保健スタッフの関与(入院早期からの対応)

第一次研究において、機能障害がない復職不可の要因は、入院中の職場との関わりにあった。このことから、企業の内情についてある程度把握している当該企業所属の産業保健スタッフに対して、入院早期からアプローチを進めるなど連携が必要であろう。そのためには、キーパーソンとしての復職支援コーディネーター役の専門スタッフを育成していくことが肝要である。

急性期病院における復職チャートと産業医の役割



5 脳血管障害の両立支援の意義

メンタルヘルス不調や癌などの治療主体の疾患の両立支援と異なり、脳血管障害は疾患と障害の二つの側面を対象とする。脳血管障害の再発予防や疾患特有の合併症（DM等の一次的合併症や痙縮などの二次的合併症）の管理などが、主治医、リハビリテーション科医師及びリハビリテーションスタッフの主たる業務となる。痙縮、片麻痺性肩疼痛（Hemiplegic shoulder pain）、脳卒中後うつ病（Post stroke depression）等に加えて、前述の脳血管障害後の疲労感（Poststroke fatigue）など医学的管理は十分研究し尽くされていない。

急性期病院の体制においては、復職支援の活動範囲に制約があるため、脳血管障害者の両立支援は、復職支援とともに再発予防や疾患特有の合併症の管理について検討すべきと考える。

脳血管障害特有の合併症の管理

痙縮に対する抗痙縮剤の治療



麻痺後の肩関節痛は発症早期から出現するため十分な対策が必要



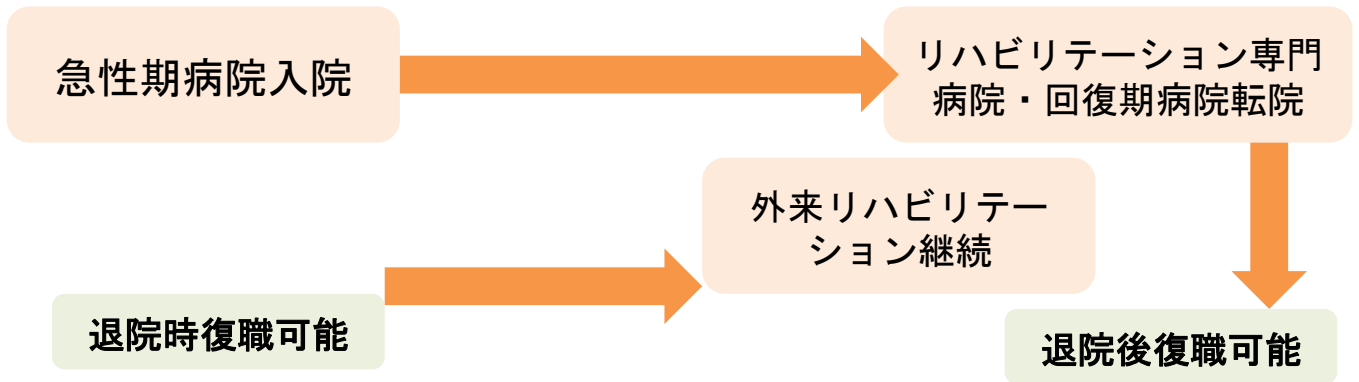
良肢位でのROM-Ex



麻痺側に把持装具を工夫

第一次及び第二次研究結果から復職予測の考察

復職支援に携わるスタッフは、復職予測項目として以下のポイントについて、症例ごとに早期から見極めることが肝要である。これが、復職支援システム作りの第一歩となる。



復職支援の早期見極めポイント

Definite Factor of RTW(早期)

- ★上肢麻痺の程度(軽度かなし)
- ★医療機関の支援あり
- ★自立・実用歩行の獲得

Probable Factor of RTW(早期)

- ★業種(ホワイトカラー)
- ★退院時まで在職
- ★高次脳機能障害なし
- ★うつ症状無し
- ★易疲労性(体力低下)なし

Definite Factor of RTW(晩期)

- ★上肢麻痺の程度(軽度かなし)
- ★医療機関の支援あり
- ★入院中の在職継続

Probable Factor of RTW(晩期)

- ★年齢(若年が有利)
- ★退院時まで在職
- ★肩関節亜脱臼など身体合併症無し

退院・転院の予測(退院予測)

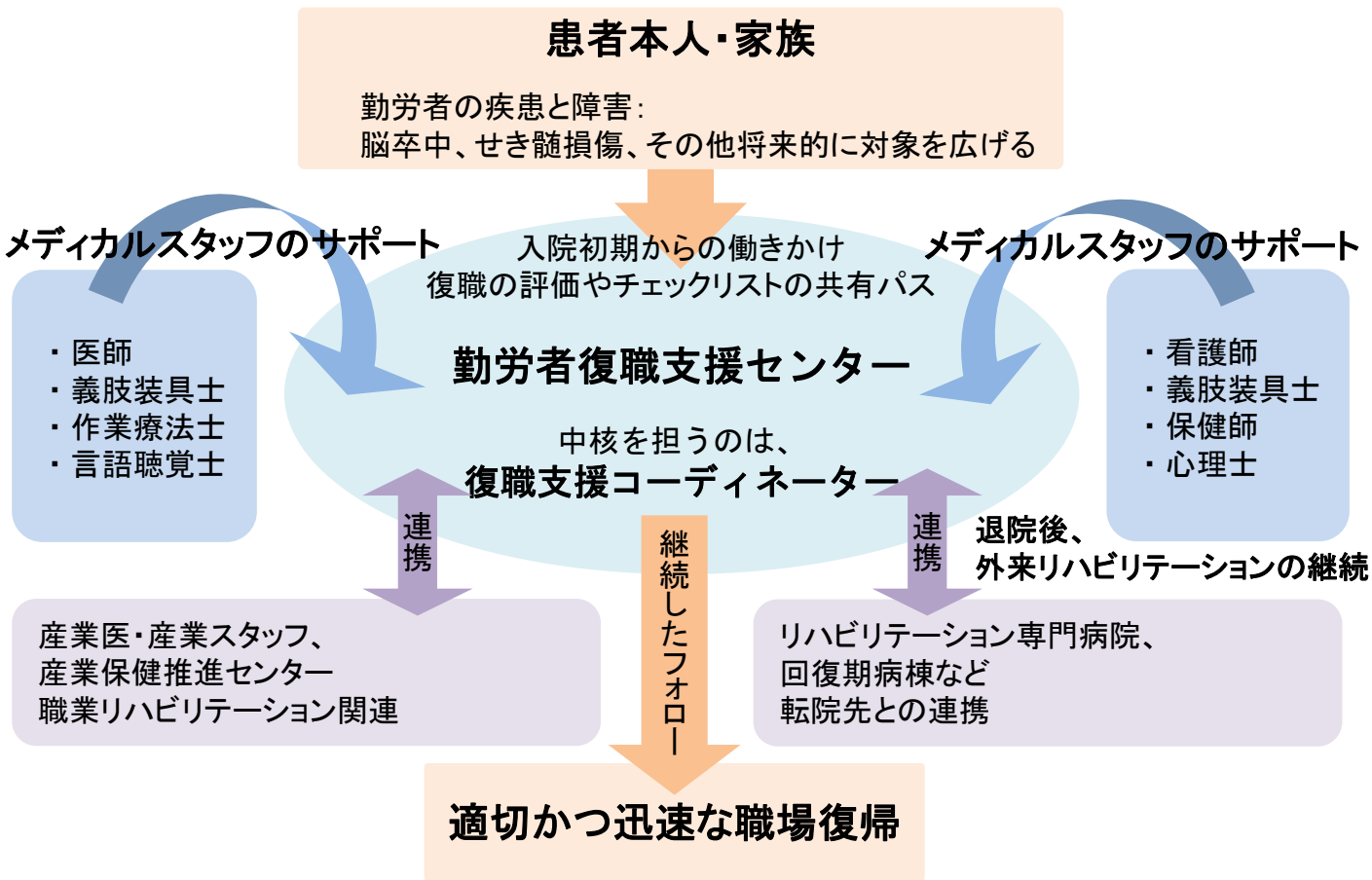
- ★上肢麻痺の程度(軽度かなし)
- ★リハ開始時のm-RS軽度知能障害無し

Probable Factor of RTW(晩期)

- ★本人の障害受容あり
- ★家族のサポートあり

RTW : Return to Work、早期は退院時までの復職、晩期は一年半時の復職予測

復職支援センターにおける復職支援コーディネーターの関わり



職場訪問の活動例

医学的支援と社会的支援の二つの側面をタイミング良く実施することで、復職に繋がる可能性が出てくる。

本例は、退院前職場訪問を実施し、現職復帰となった事例である。



職場での歩行



職場での階段昇降



T字杖・装具でのリハビリ練習

職場での作業・動作確認を行い、その後リハビリで練習、また、職場の上司などにも身体状況を見てもらうことで理解を得られ、不安を解消することができ、現職復帰を可能とした。

急性期病院における復職へのモデルシステム

復職支援コーディネーター
(経験豊富な作業療法士やMSW)

復職支援共有パス

医学的支援との連携

- ★ 主治医
- ★ リハビリテーション科医
- ★ リハビリスタッフ
- ★ 産業保健スタッフ



- ・ 時宜を得た情報収集と適切な連携
- ・ 的確な入院中の復職可否の判断
- ・ 将来予測

急性期病院における役割を
考慮する

社会的支援との連携

- ★ 患者本人・家族
- ★ 企業・上司
- ★ 職業リハビリ関係

復職カンファレンスの開催

多くの情報の中から
何時、何処と連携を持つか
的確に判断する

退院後の調整

復職可否の情報収集



転院先との連携