

「職場復帰のためのリハビリテーション」

Clinical Research Center for Worker's Rehabilitation

研究開発計画中間報告：2006.11.9.



主任研究者：九州労災リハビリテーション科
豊永 敏宏

就労者にとって職場復帰は最大の QOL

日本リハビリテーション医学会

Rehabilitation Medicine

リハビリテーション科医は、QOLの医学を実践する医師です

Quality Of Life

これまでの伝統的な医学では、病気を治癒させること、そしてできるだけ延命をはかることが目標でした。もちろん、これは重要なことです。でも、忘れられていた大切なことがあります。それは患者さんのQOLです(QOLはQuality of Lifeの略で、生活の質、命の質などと訳されます)。

どんな先進治療を行っても治らない病気が山あります。病気が治らないと、そして障害が残るとき、従来の「医学の限界」と考える傾向がありました。しかし、それは違います。行われるリハビリテーション治療を行うことによって、障害を最小限にとどめ、患者さんの最大限のQOLを達成することができるはずです。

このようにQOLを重視しながら障害を治療する医学がリハビリテーション医学です。リハビリテーション科医はリハビリテーション医学を実践する医師です。

リハビリテーション科医は、QOLの医学を実践する医師です

リハビリテーション科医はどんな病気を診療しますか？

リハビリテーション科医はいろいろな病気を診療しますが、特に「活動の制限」を起こす病気はほとんどが対象になります。関節炎の専門診療科と連携しながら、QOLを重視した治療をします。

リハビリテーションのチームはどんな職種で構成されますか？

多職種チームアプローチのリーダーがリハビリテーション科医です。リハビリテーション地方のほか、連絡を緊密にしながら、定期的なカンファレンスによってチームとして統一した方針で治療を進めます。

脳卒中、骨関節疾患、関節リウマチ、脳外傷、失用症候群、閉経後骨粗鬆症、脊髄損傷

作業療法士 OT、理学療法士 PT、言語聴覚士 ST、患者さんご家族、救急医 救急士 PO

活動の制限

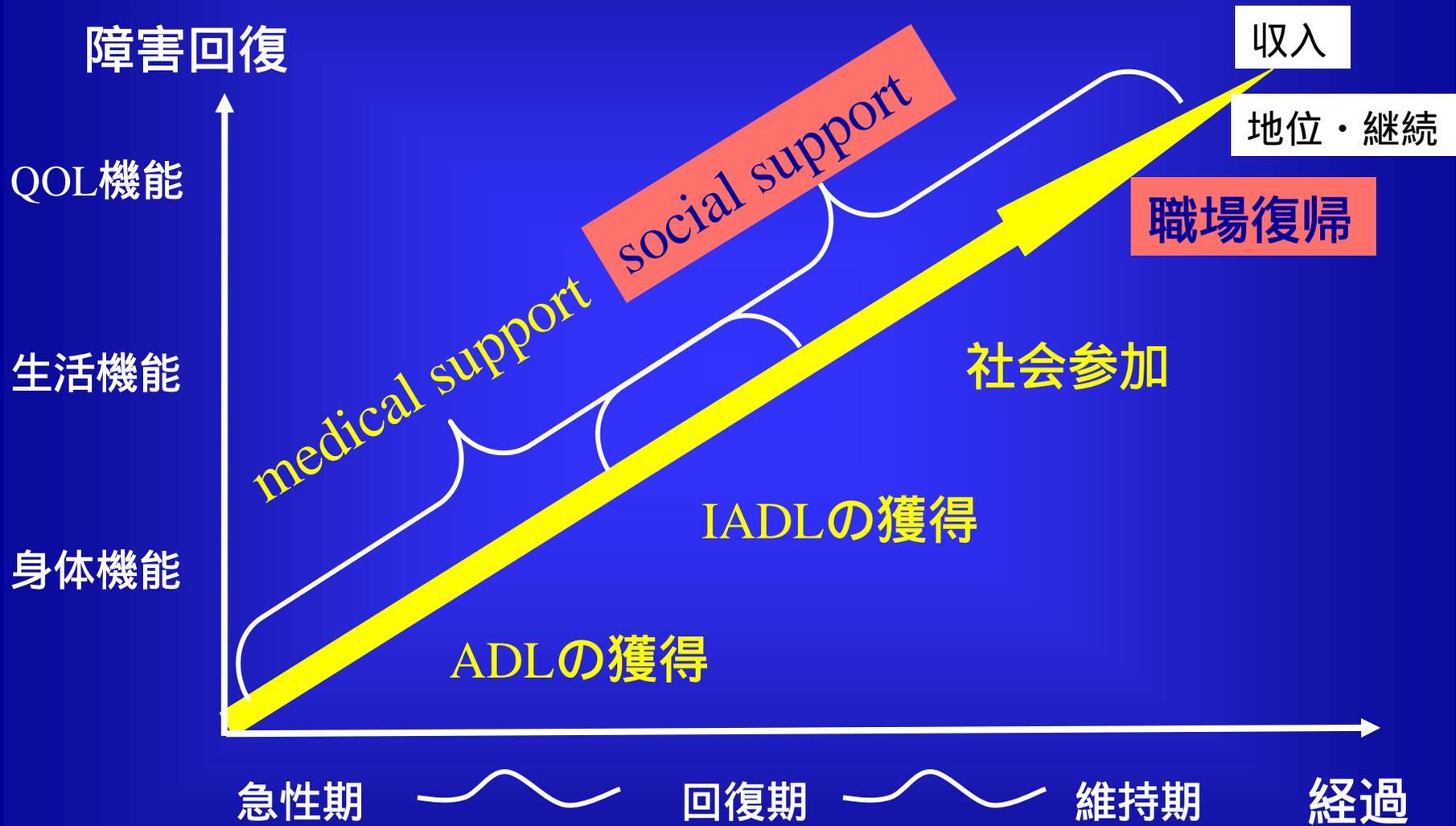
このようにQOLを重視しながら障害を治療する医学がリハビリテーション医学です。リハビリ

リハビリテーション医学とは QOL を重視しながら障害を治療する医学



職場復帰のためのリハビリ手法は？

Stroke Patients の QOL レベルアップ



リハビリ・システム（SU や Care Flow）の構築

急性期の治療・ケアの Stroke Unit などは検証済み

慢性期治療・ケアのシステム作りはこれからの課題

Unmet Medical Needs（未だ対処されていないニーズ）

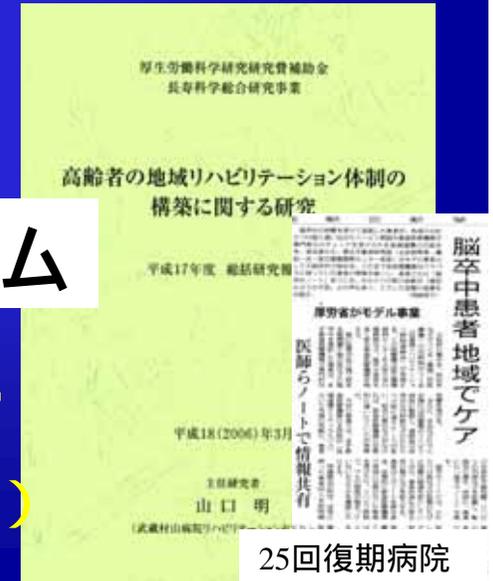
慢性期

就労者の職場復帰システム

日本のガイドラインは触れていない

高齢者の地域医療システム

厚生労働省の支援による地域リハ・システム（体制）構築の研究が開始された（17施設）



復職リハに関する研究の課題

- 1) これまで well designed された RCT がない (heterogeneity)
- 2) 復職時期の設定にばらつきが多い (半年か1年か)
- 3) 国や地域に差があり、比較が困難で汎用し難い (復職の定義)
- 4) 多面的因子 (multi-factorial) であり、focus が絞りにくい



リハ的な Intervention の具体的方法がない



Evidence となりがたい

労災疾病等研究開発計画書

研究開発分野：職場復帰のためのリハビリテーション

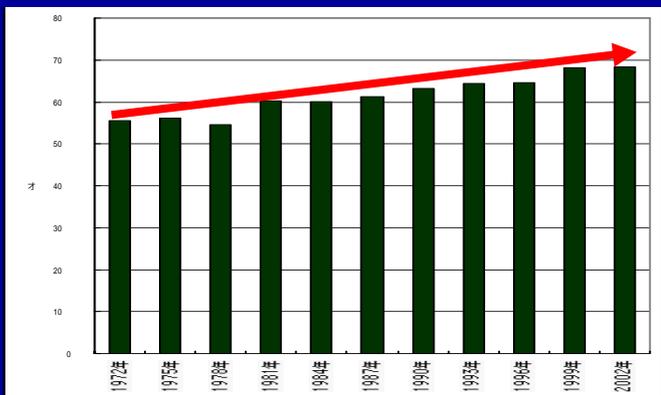
研究開発テーマ：早期職場復帰を可能とする各種疾病等（特に脳血管障害）に対するリハビリテーションのモデル・システムの研究・開発

研究開発予定期間：平成 16年 4月 1日～平成 20年 6月 30日

労災疾病研究の課題

- * 膨大なデータベース項目の収集
- * 統計学的に有用となるデータ数の集積

脳血管障害者の平均年齢の推移



保険別比率 (本人対老人) の推移

徐々に高年齢化し、**30年**で**13才**近く高くなっている

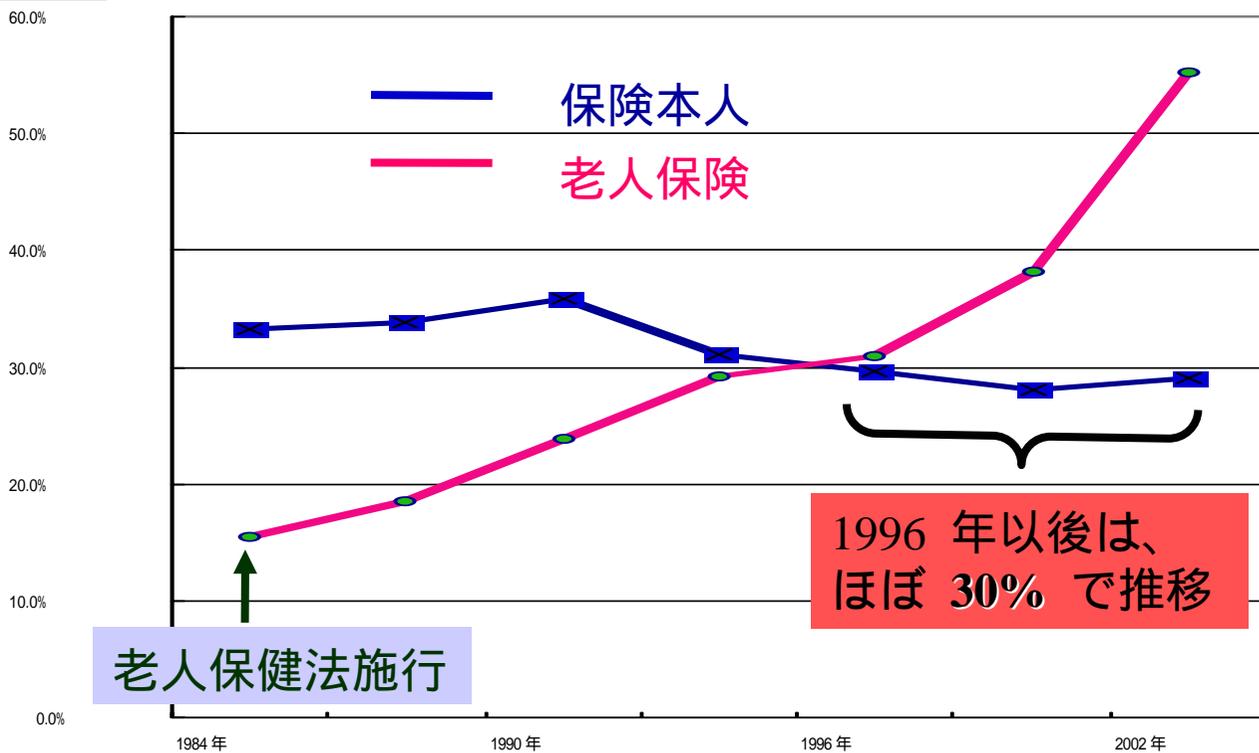
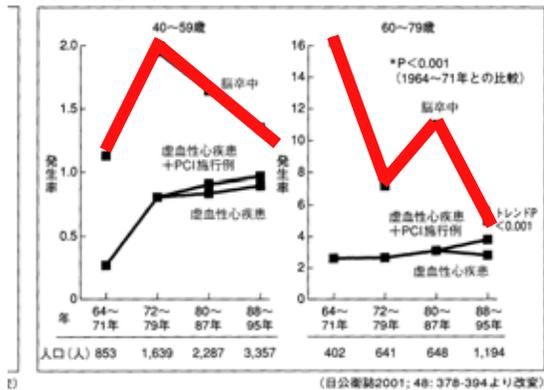


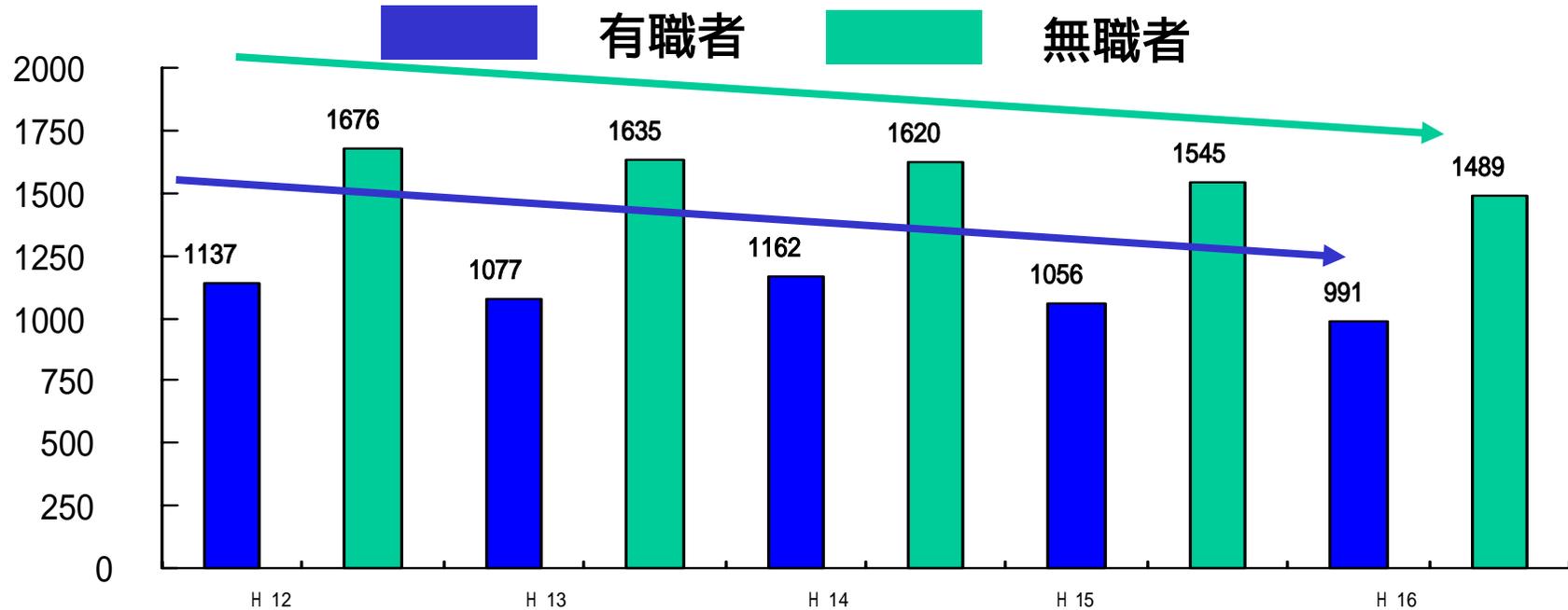
図2. 八尾市南高安地区の男性住民における心血管疾患の年齢調整発生率の推移 (1,000人年当たり)



30年前から40~59歳脳卒中減少 (大阪八尾市)、60~79歳も20年前から

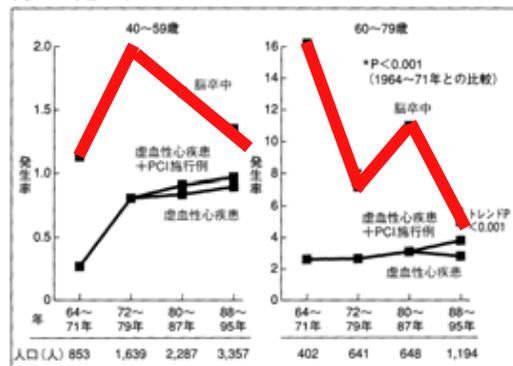
脳血管障害の約 30% は健保・国保の本人

病歴システムによる統計（労働年齢のCVD）



H 16 : 2480例

図2. 八尾市南高安地区の男性住民における心血管疾患の年齢調整発生率の推移 (1,000人年当たり)



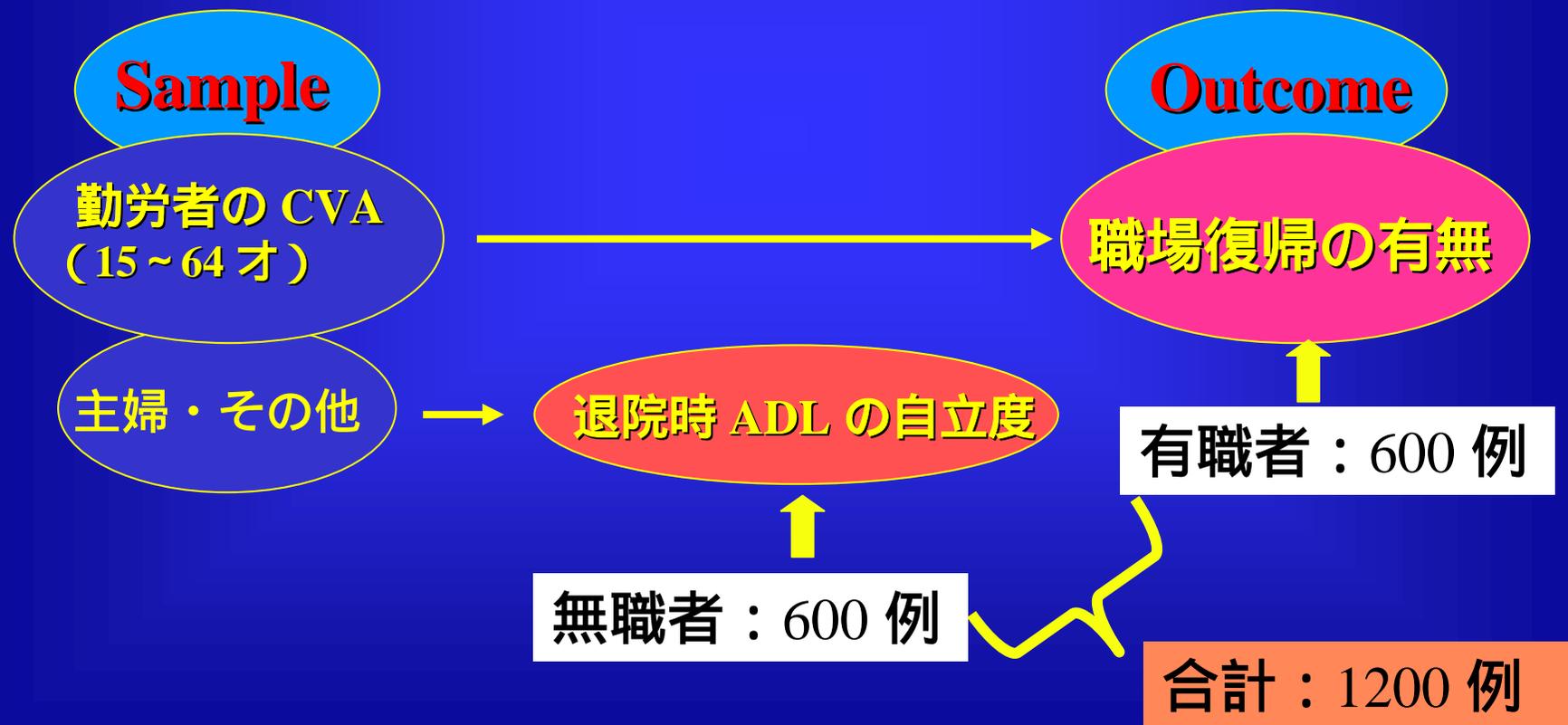
緩やかに減少しつつある

30年前から40～59歳脳卒中減少（大阪八尾市）、60～79歳も20年前から

12 労災疾病研究

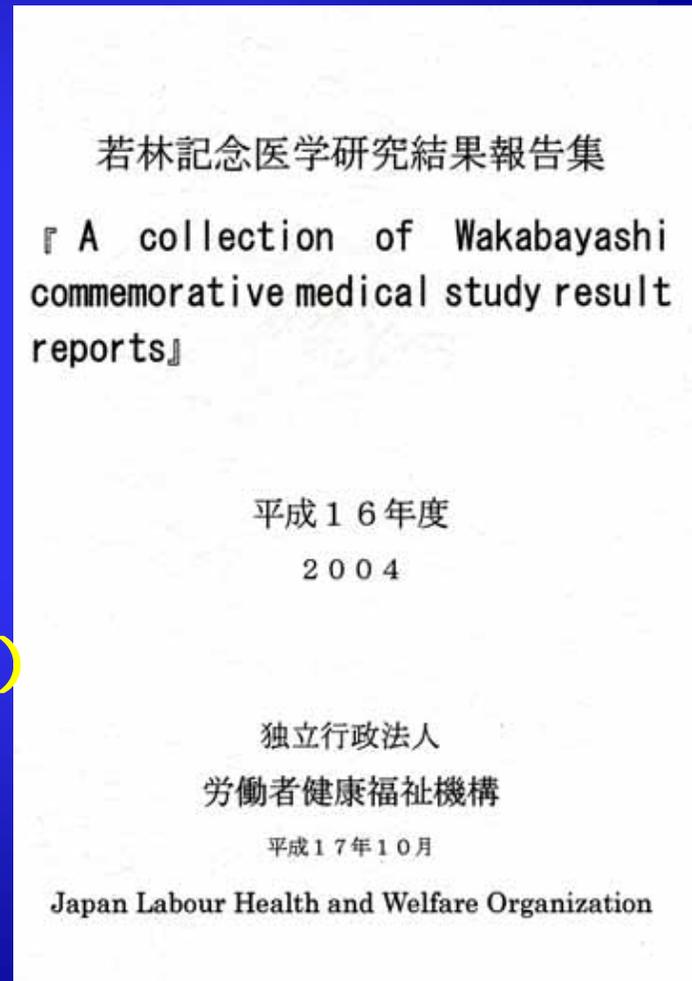
「職場復帰のためのリハビリテーション」

Sample Size 決定への経緯

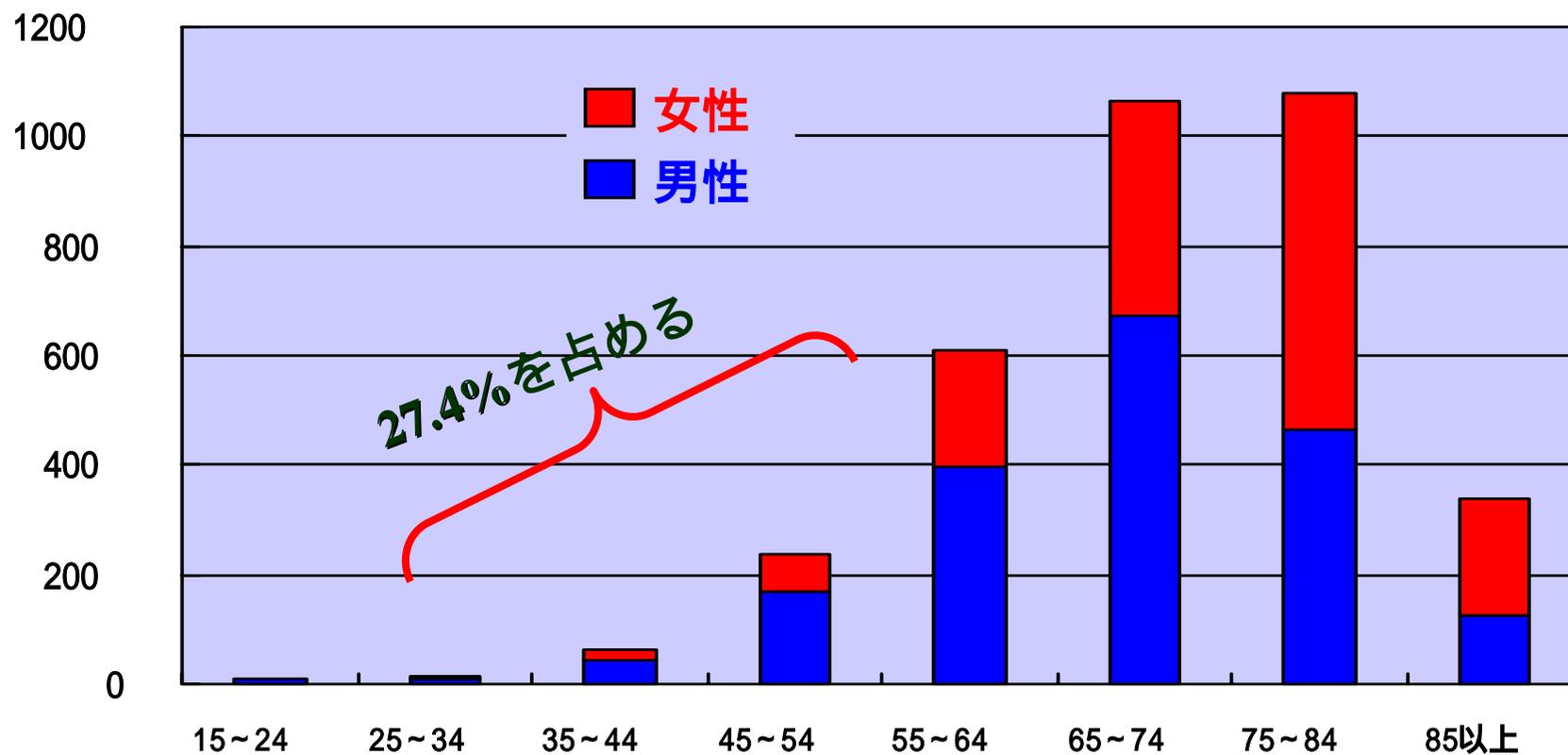


先行研究としての医学研究（主任：徳弘）
60歳以下の脳血管障害（CVD）調査データの8項目
（2003.1.1~2003.12.31）

- * 病名
- * 性別
- * 発症時年齢
- * 入院日
- * 退院日
- * 発症時職業（14分類、勤労者9分類）
- * 退院時のADL帰結（生活の自立度）
- * 退院時の職業的転帰



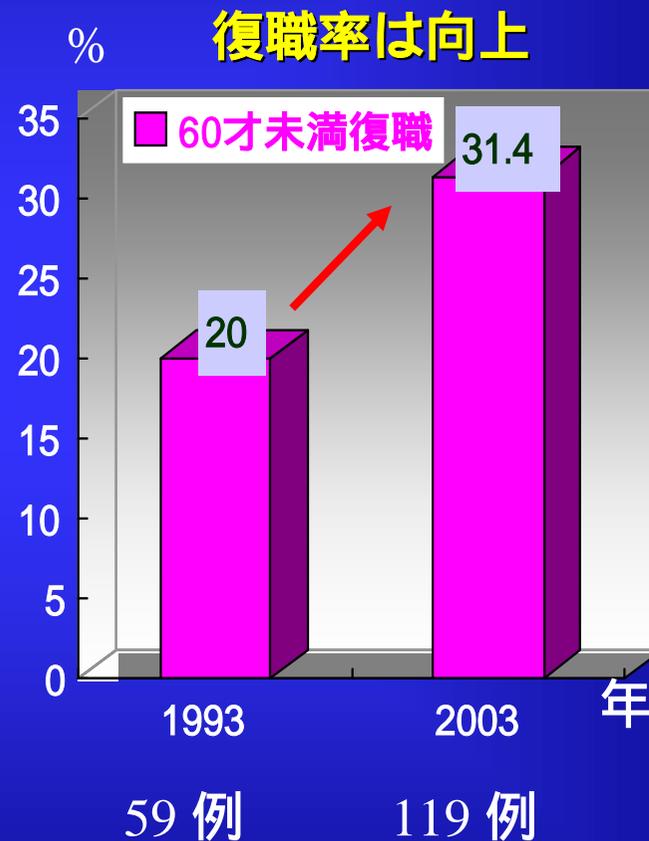
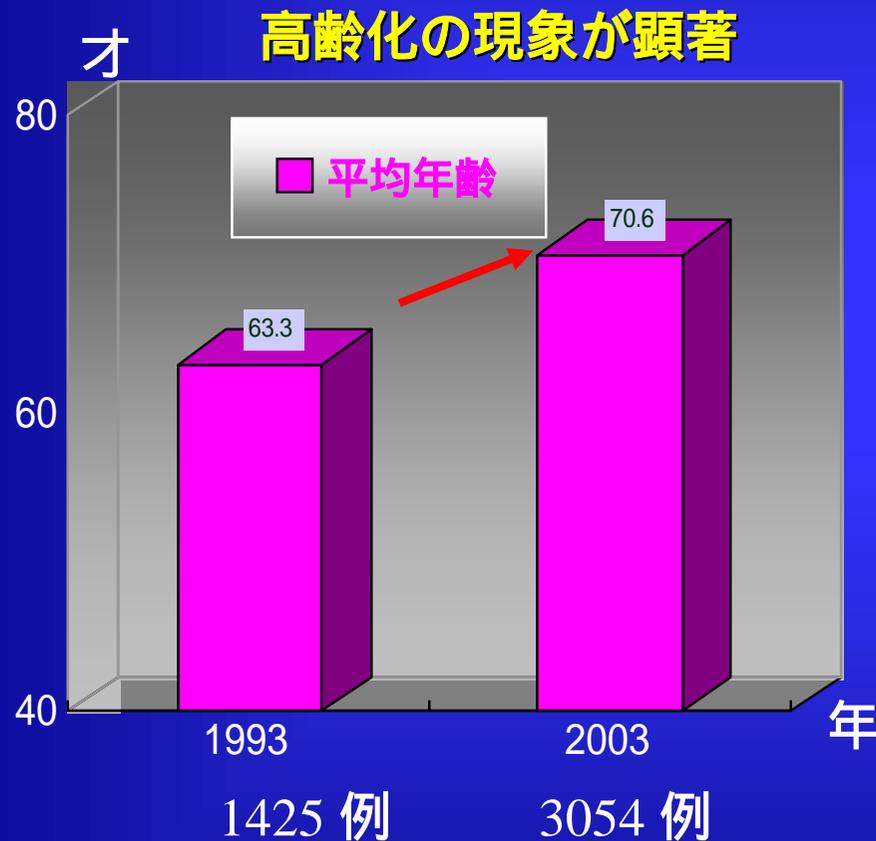
若林研究：年齢分布表（3415 例）



75才までは男性が多く、75才からは女性が多くなる。
64才以下は938例（27.4%）を占める。379例を分析。

労災病院の脳血管障害入院患者の変化

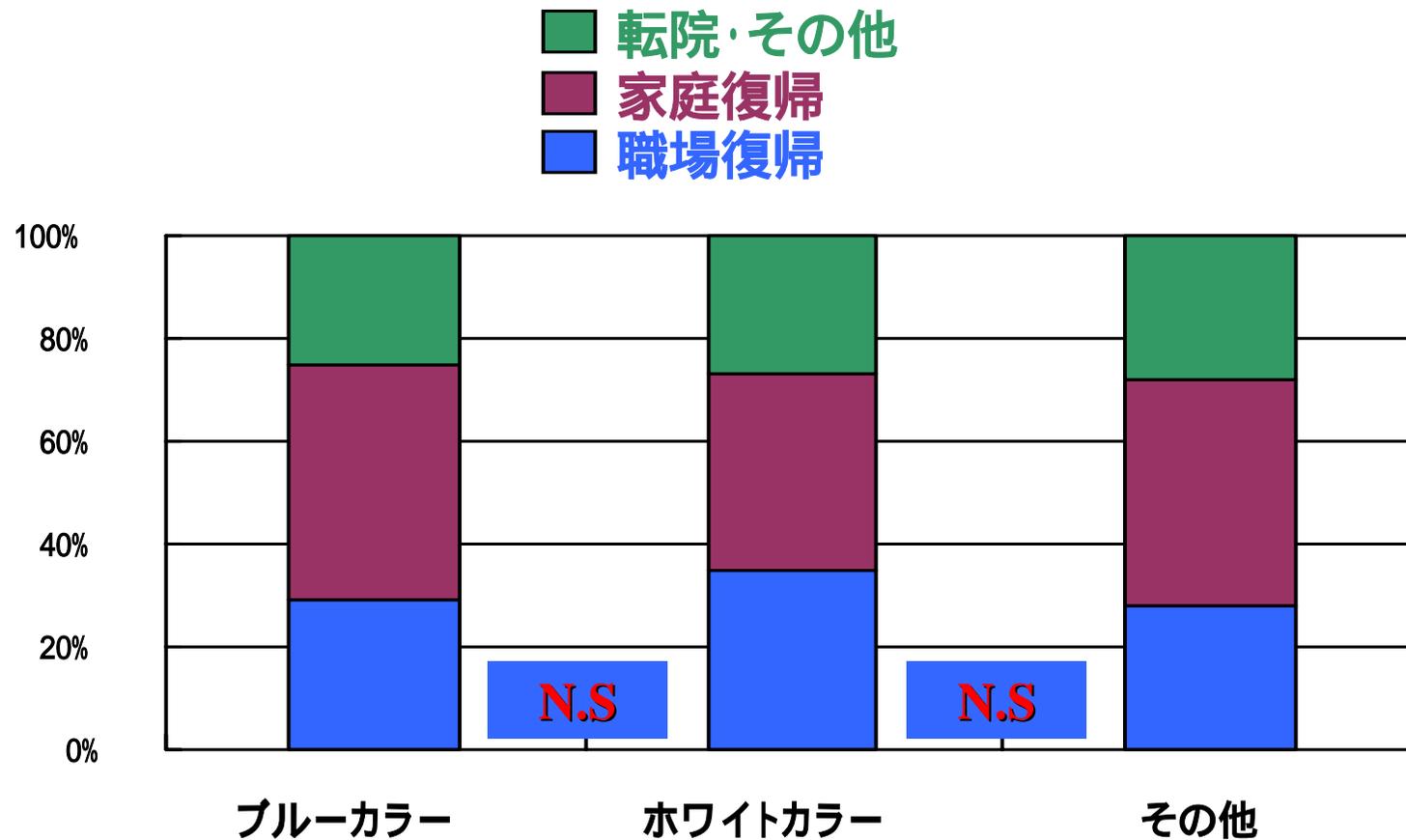
(二つのプロジェクト研究の比較から)



60才以下の差： χ^2 : 113.31: P = 0.0000

χ^2 : 11.083: P < 0.0009

職業系列別の転帰



職業系列によって職場復帰率に有意差なし

これまでの復職に関する研究から

(佐伯、Wozniakらによる)

職場復帰率：おおよそ 30% 程度 (復職の定義：主婦は?)

復職予測への因子

年齢：65歳まで関連 (-)

病型：関連 (-)

麻痺側：関連 (-)

歩行・ADL能力：復職判別要因

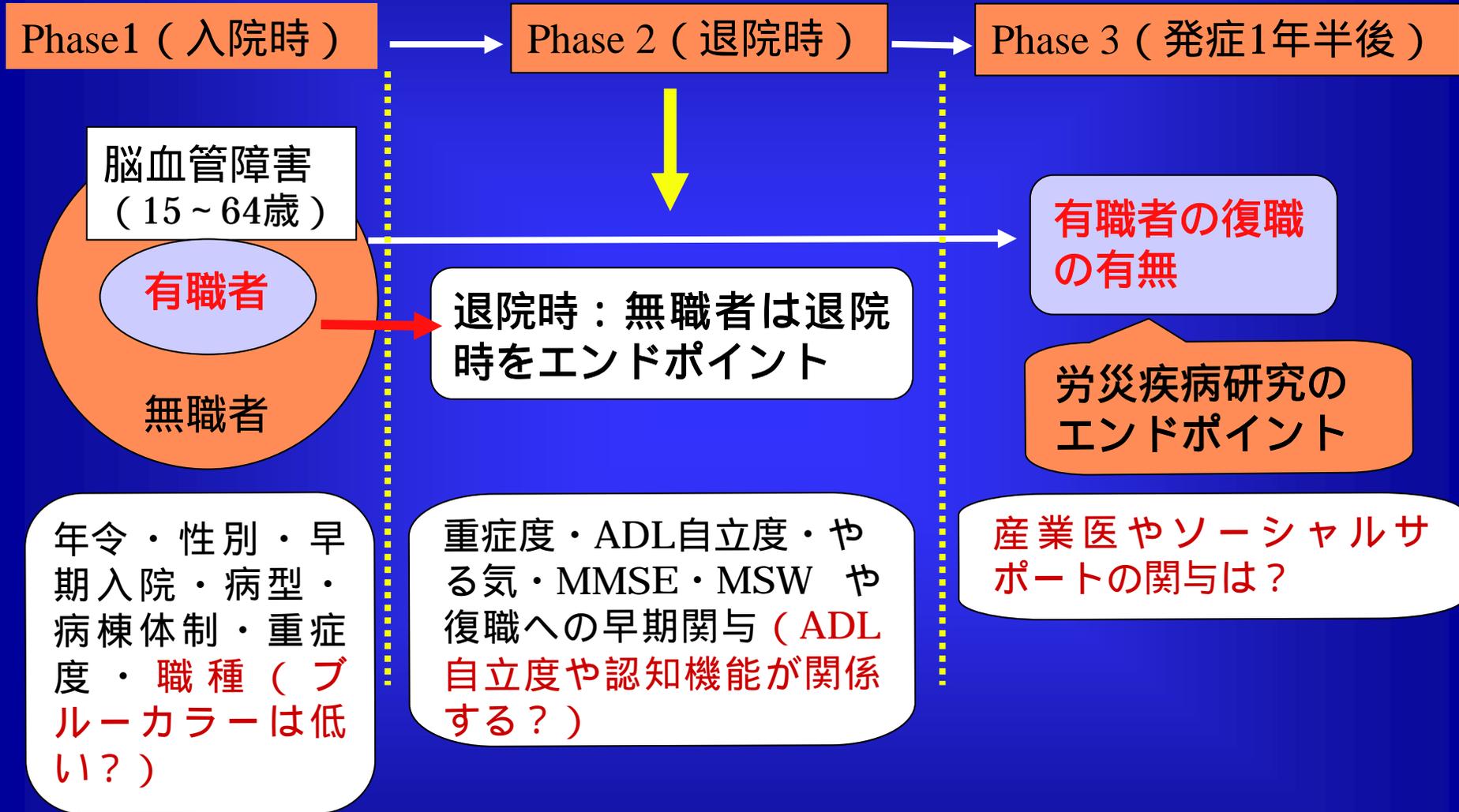
認知機能：阻害要因 (+)

職種：ブルーカラーは低い

Social：家族の収入 (+)、教育レベル (±)

その他のソーシャルサポートの研究無し

研究目的



これまでの研究結果の検証から早期復職へのシステム作り

研究目的：2

ケア・フローウェイ（ケアの流れ）を管理する
（careflow management）予備研究

脳血管障害の合併症や再発予防の予防的・治療的管理により、さらに効率的かつ統合化された、復職を含めたりハ・アウトカムの上を目指す

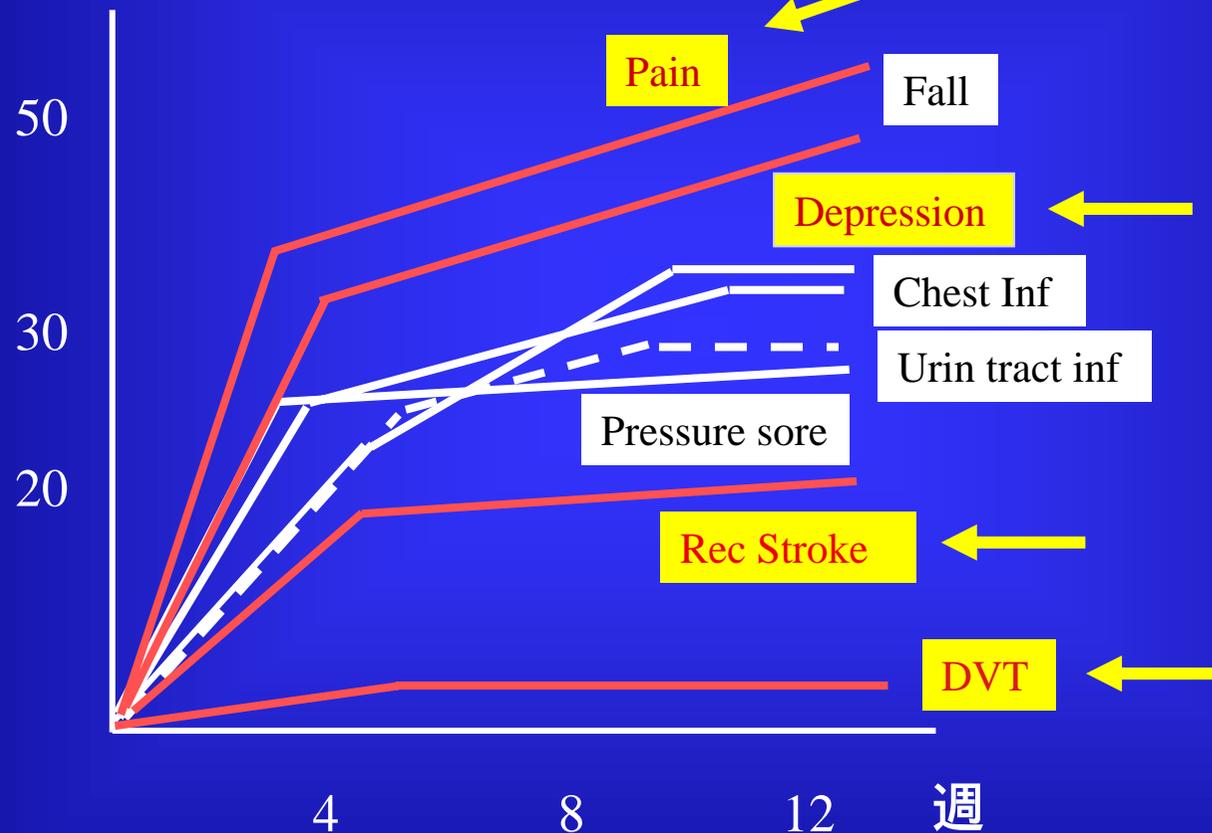


特に若・壮年者に対象を絞ったものとする

脳卒中発症後の合併症の頻度

Langhome P : Stroke 31,2000 より

累積発生率
(%)



勤労者における合併症

若年者は、疼痛、うつ、再発、DVT に要注意

勤労脳血管障害者の早期職場復帰のモデルシステム

64 才以下の CVD

システム構築の条件

急性期体制医療と急性期リハの実施

* ストロークユニット

* クリニカルパス運用



* 本人の復職意欲確認

* 会社と休職期間の確認

復職を目指すリハプログラム（可及的早期の退院）

↓ * ケアフローチャート ↓

退院後の外来リハ継続と職業リハ関係者との連携、医療スタッフおよび産業医や産業保健スタッフとの連携

回復期病棟への転棟・転院

可及的早期の職場復帰とその後の医学的（身体・精神的）なフォローと社会的支援の確認

↓ * ケアフローチャート

復職後の外来リハ継続と医療および産業医や産業保健スタッフとの連携

↓ * 産業保健関連との連携機能の向上

職場復帰へ効率化を図るマネジメントシステムの確立とケアの質の向上

研究計画のタイムスケジュール

Phase 2 終了

Phase 3 集積開始

Phase 3 終了

研究結果報告

2006.7 (H 18) → 2006.8 (H 18) → 2008.1 (H 20.1) → 2008.6 (H 20.6)

脳血管障害のデータ集積

発症後一年半のデータ集積

集積終了と分析結果の報告

H 20. 6

中期報告の評価

平成16年度と17年度の業務実績評価

平成16年度：B 評価

(2) 労災病院等

① 労災疾病にかかる研究・開発

【評価結果】 B 評価

労災疾病に係る研究・開発に
災疾病12分野ごとの中核病院に
災疾病研究センターを中心とした研究
の体制ができあがり、「労災疾病等研究・開
発・普及ネットワーク」が構築されたこと及
び一部データの集積が進んでいることは評価
できる。今後は、研究テーマの選択に当たり、
今般のアスベスト問題のような緊急課題に対
して柔軟な取組を期待する。また、研究費の
配分については、研究成果のコストパフォー
マンスに留意しつつ弾力的な配分を考慮して
いく必要がある。

S 評価：計画を大幅に上回っている

A 評価：計画を上回っている

B 評価：計画に概ね合致している

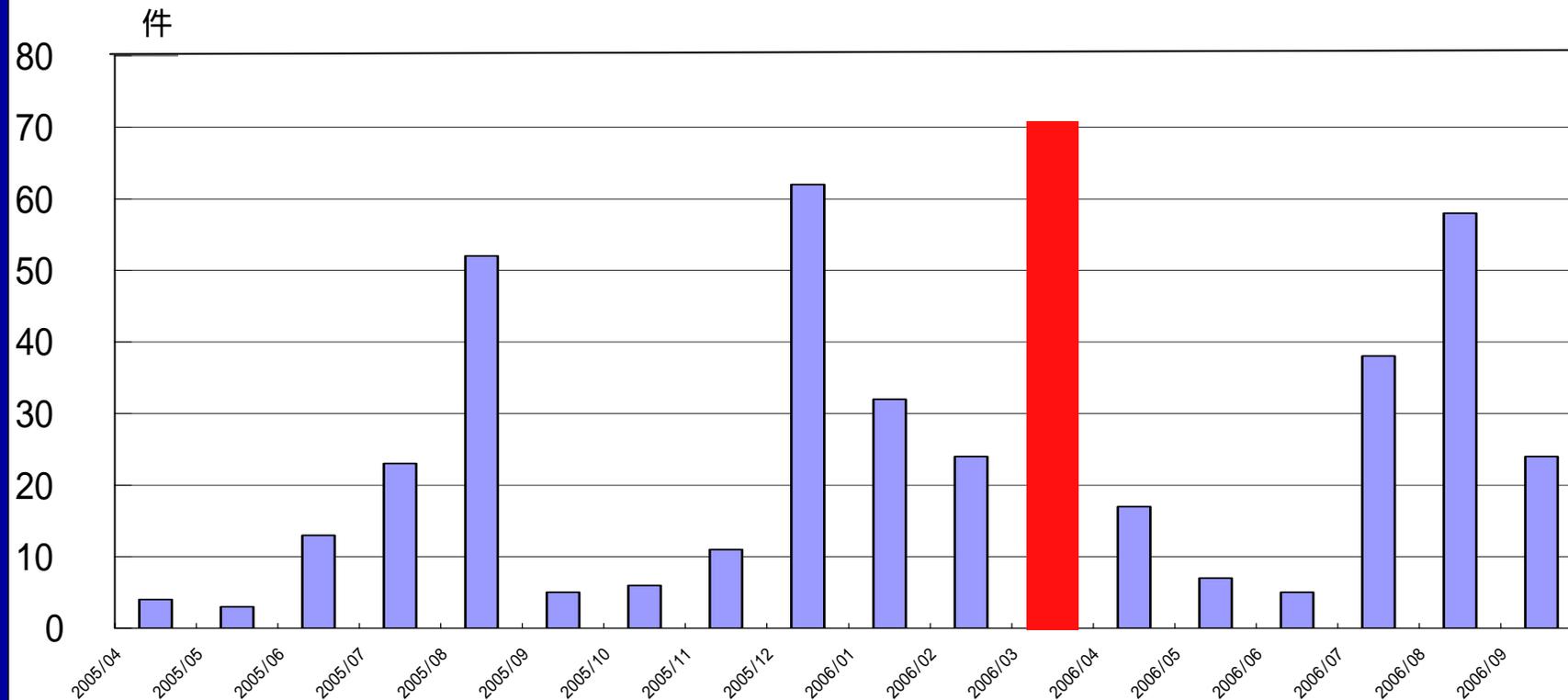
C 評価：計画をやや下回っている

D 評価：計画を下回っており、大幅
な改善が必要

平成17年度：S 評価

「労災疾病に係る研究開発については、労災疾病12分野ごとの研究開発の体制が
できあがった結果、アスベスト関連疾患及びじん肺に関する研究を始め各分野におい
て特筆に値する臨床医学研究に係る実績を上げたことは高く評価できる。特に、アス
ベスト問題に関して、社会の要請に即応した迅速な対応を行ったことは、過去の機構
の取組の結果であり、機構の存在価値を示したと評価できる。今後も、労災疾病に係
る研究開発の成果を社会的資源として生かすため、更なる努力と積極的な貢献を期待
する。」

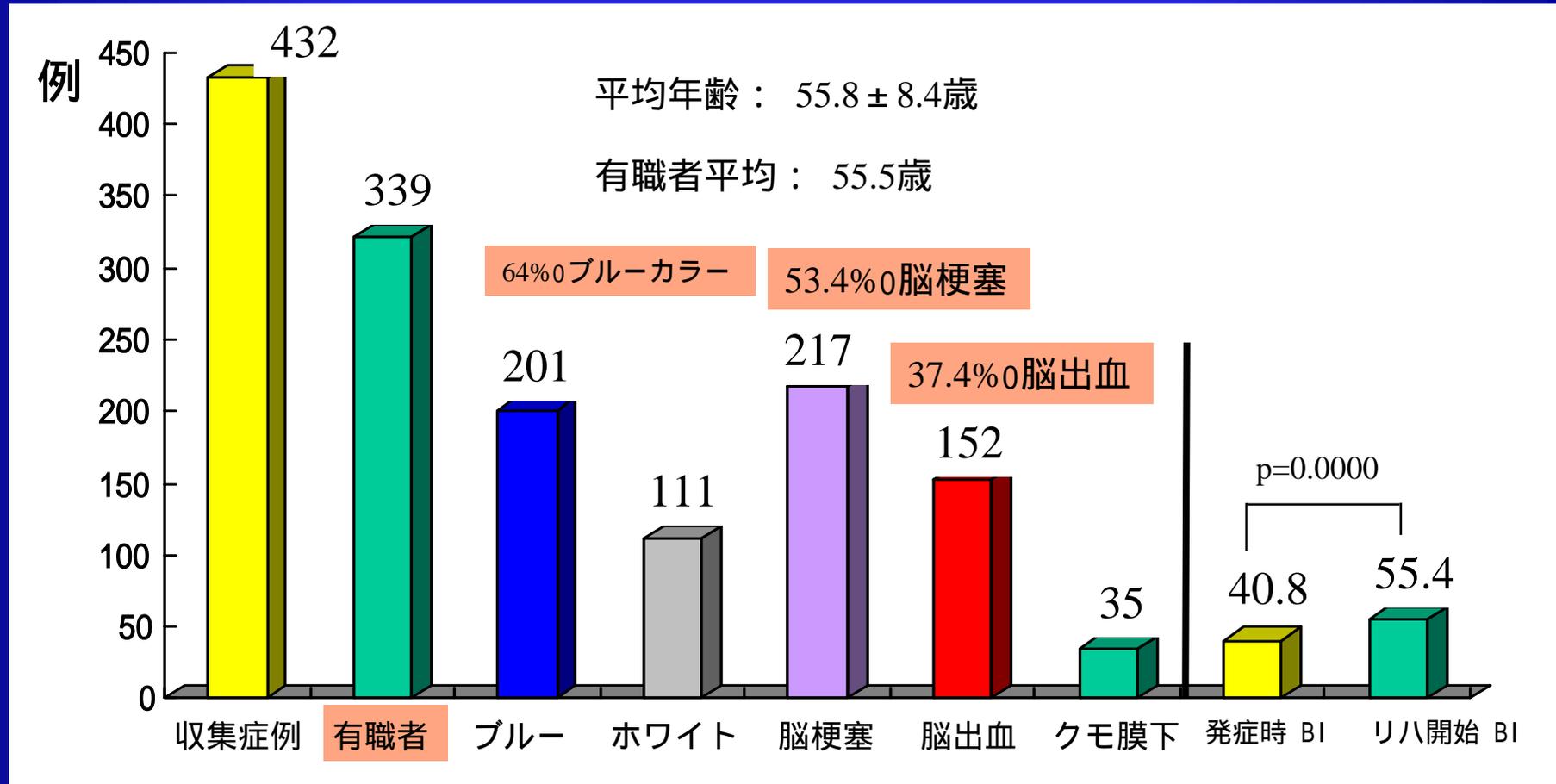
登録件数の推移（本部登録）



2006年9月30日現在：456 例の phase 1 登録済

職場復帰のためのリハビリテーション

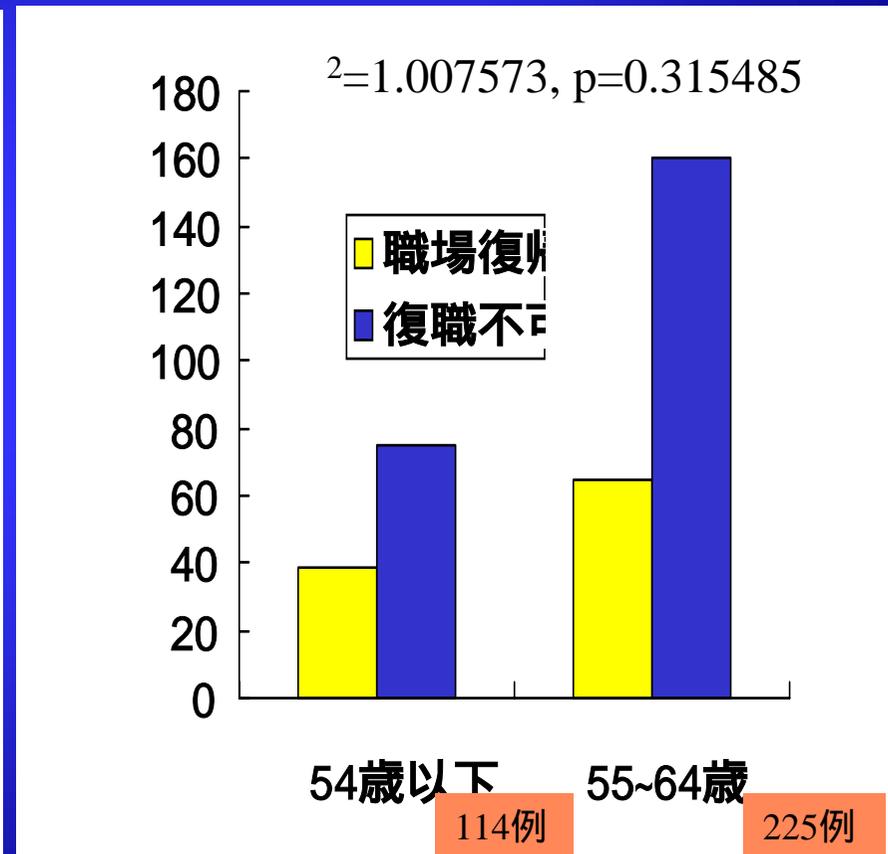
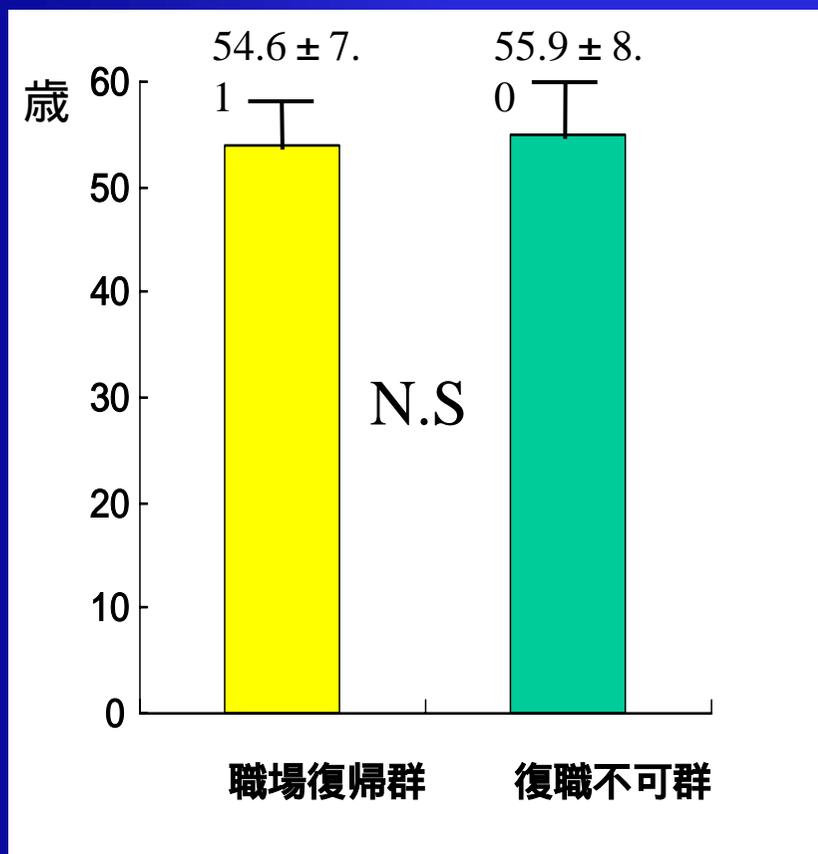
データ収集（H18.9現在）：21 労災病院から集計
Phase 1（456例）；Phase 2（433例）



統計対象者：432例、男性：313（72%）：高卒（45%）：非管理職（34%）

早期職場復帰（退院時職場復帰可能）可否の要因

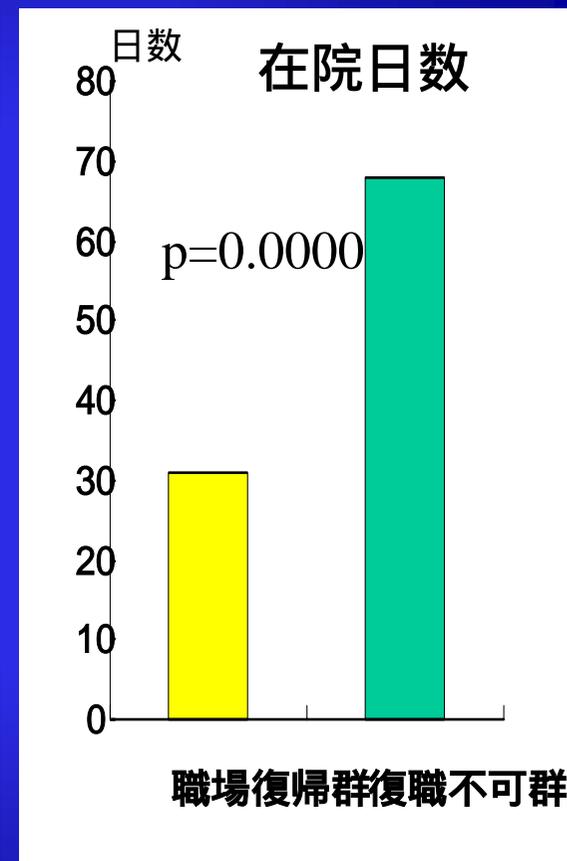
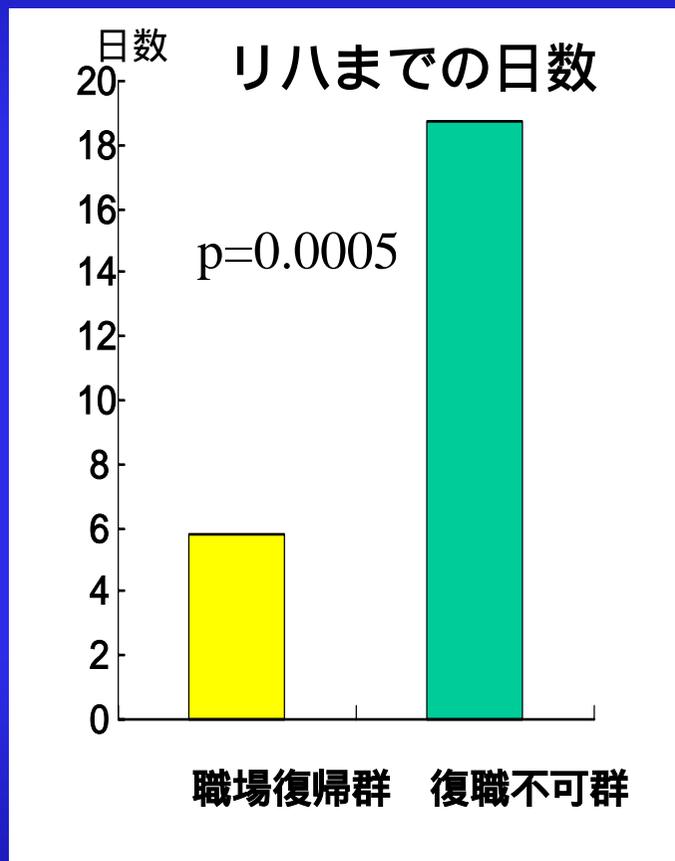
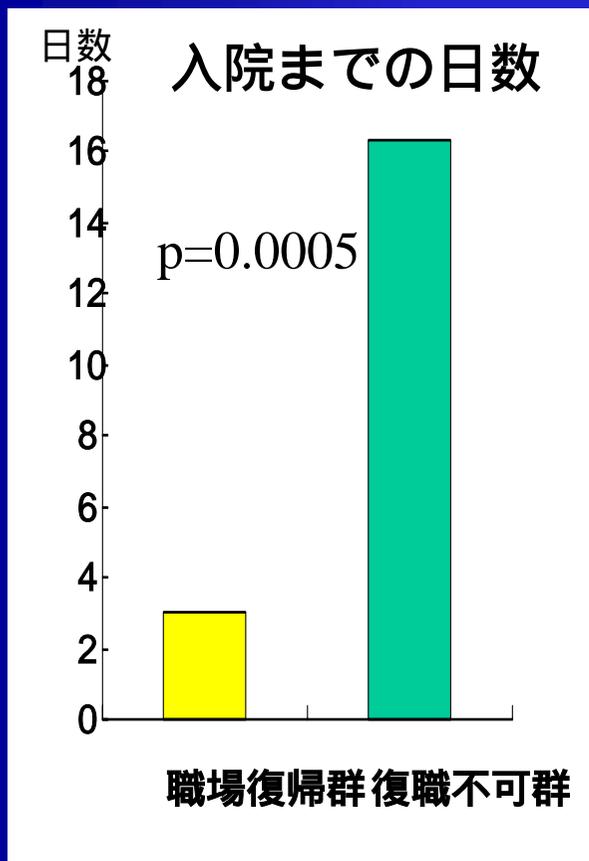
退院時に復職可能および復職検討中（104例）と不可群（235例）



年齢の差はなく、若年と高年において早期復職可否に差はない

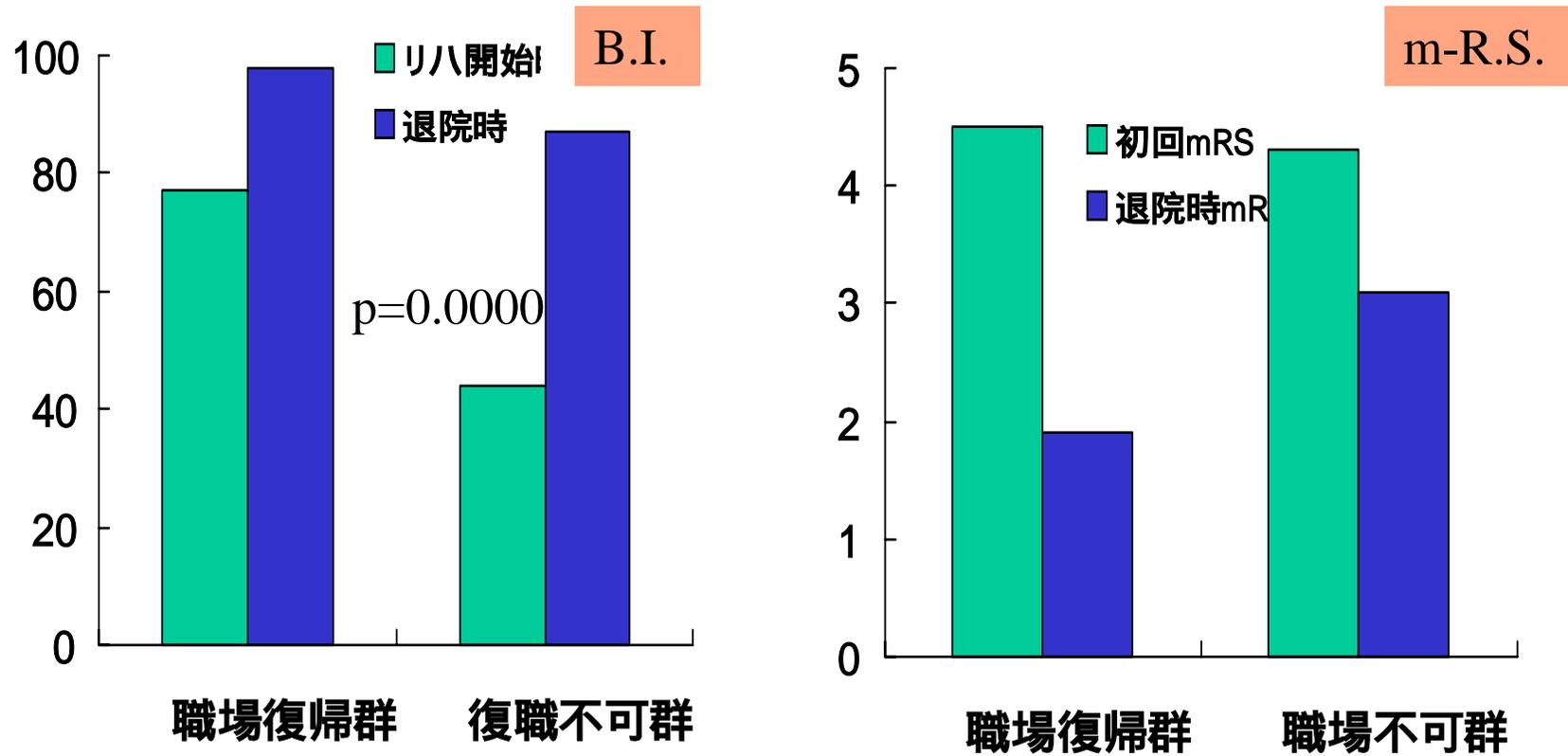
早期職場復帰（退院時職場復帰可能）可否の要因

退院時に復職可能および復職検討中（104例）と不可群（235例）



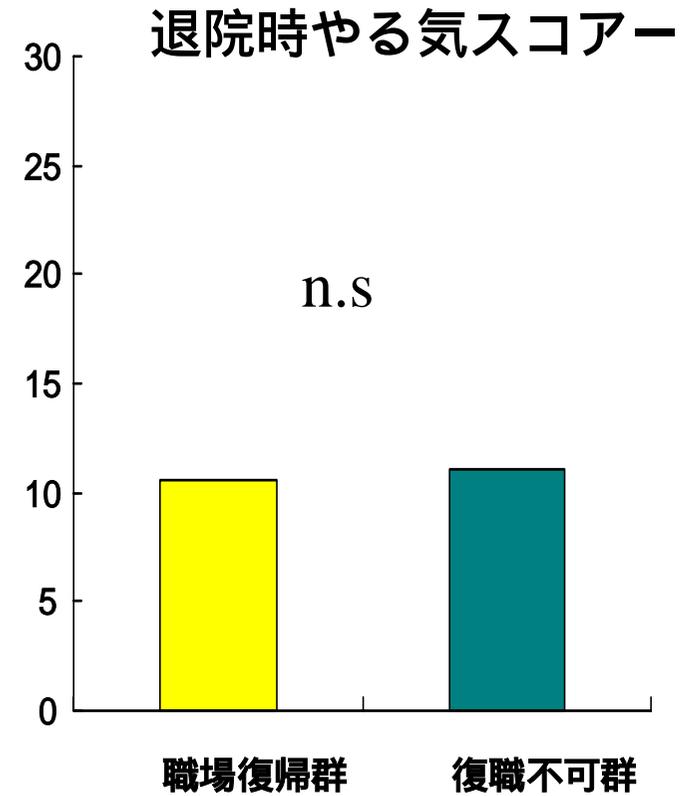
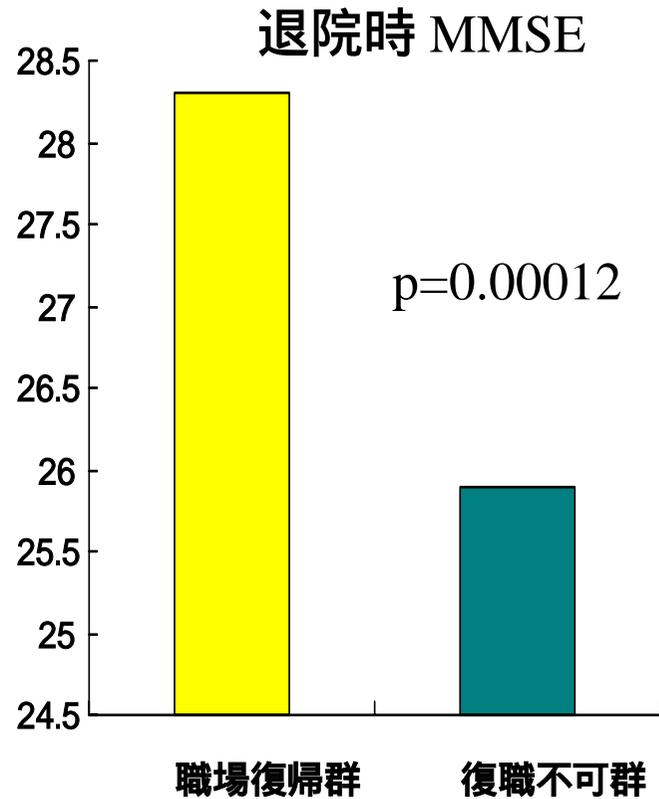
早期職場復帰群：早期の入院、リハ開始までの日数
および在院日数は短い

初回 と退院時のBarthel Index と modified Rankin Scale



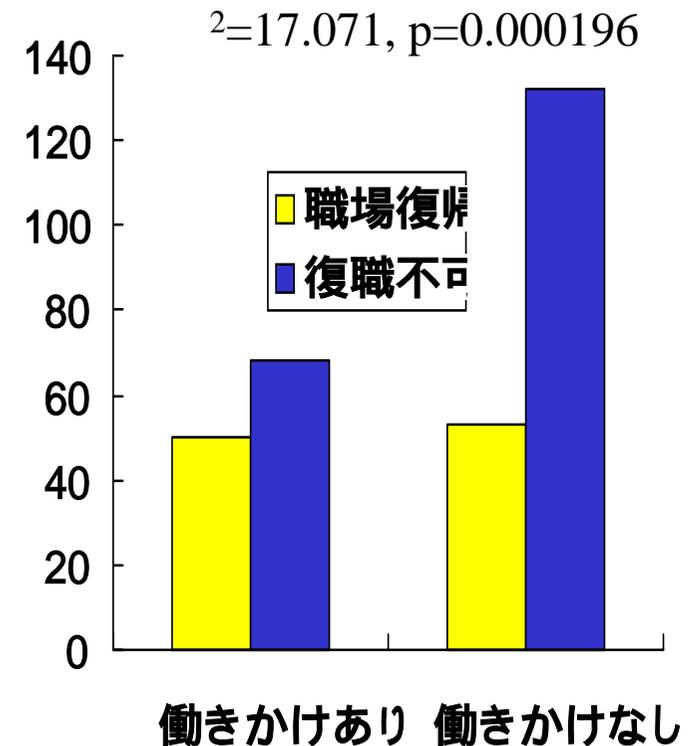
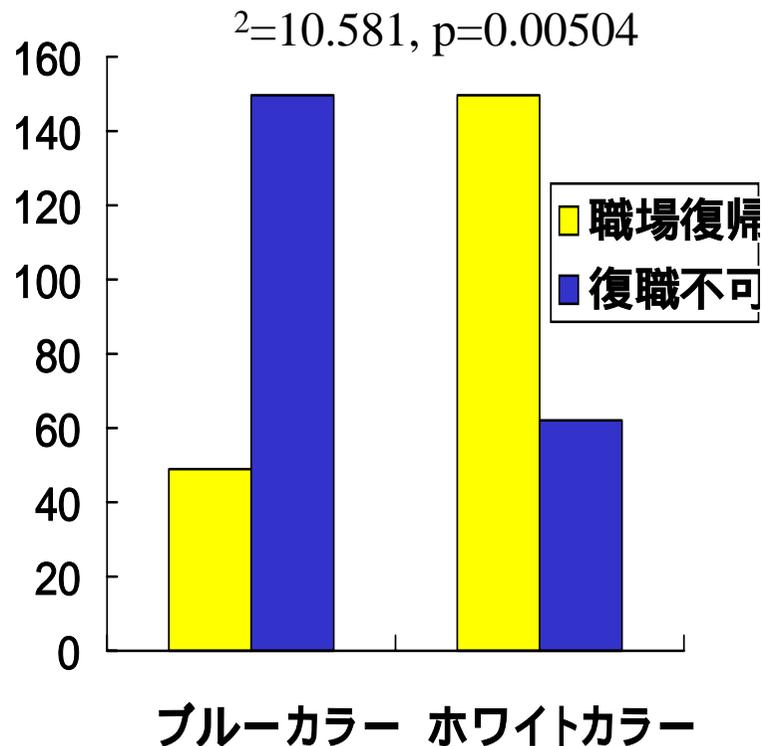
明らかにリハ開始時や退院時の自立度に差異がある
機能障害 (m-RS) は退院時にのみ差がみられる

退院時 MMSE と退院時やる気スコアー



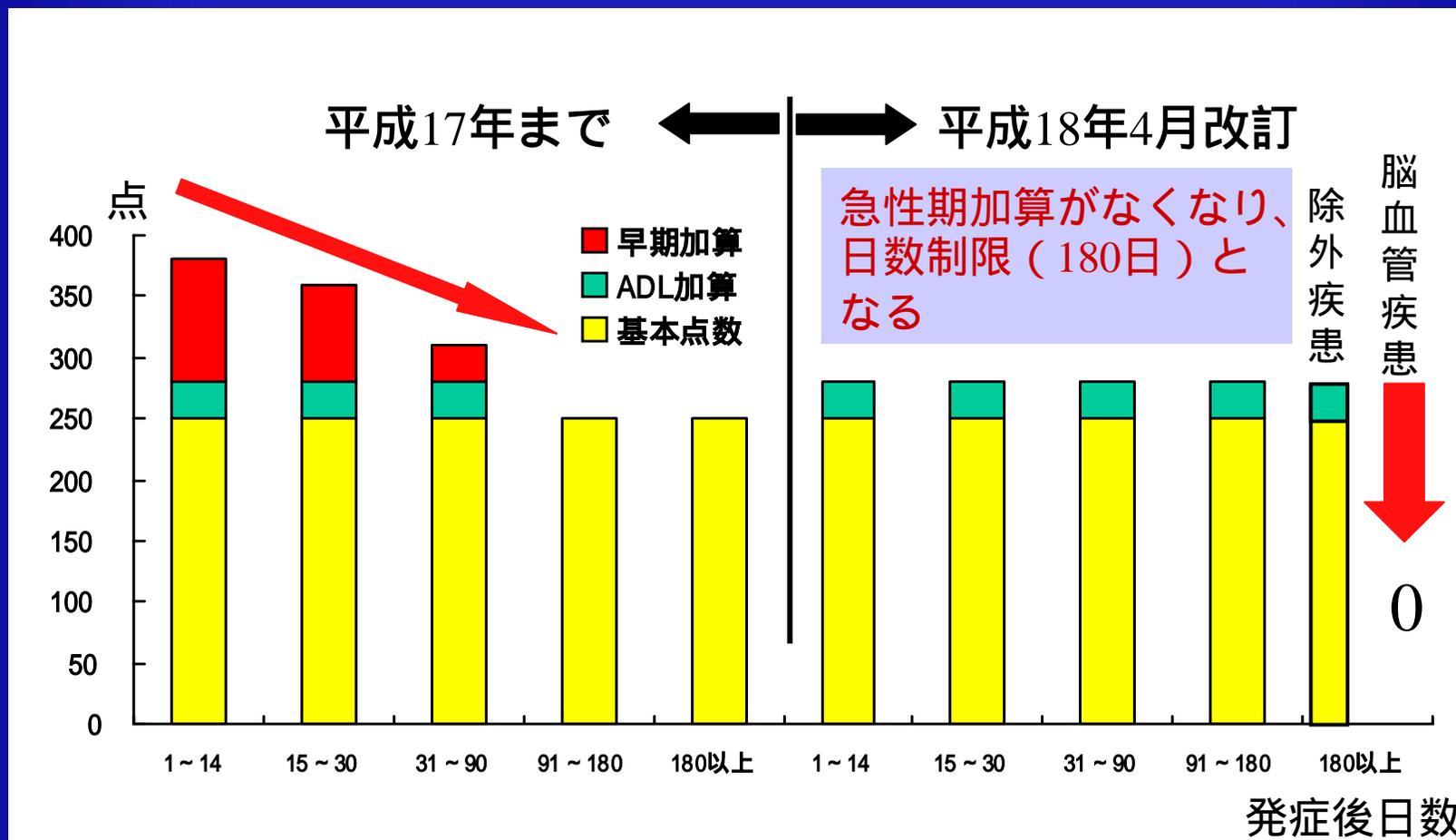
退院時のMMSE には有意差、退院時やる気スコアーには差なし

医師の介入有無や職種による早期復職の要因の関連性



職種間には差がみられブルーカラーは不可群が多く、医師働きかけのありには早期復職群が多い。うつ(8.3%)、失語など高次脳、上肢/下肢機能障害は関連あり。病型は脳梗塞のみ。

平成 17年と平成 18年の個別療法 1単位点数



集団療法（100点）の廃止、患者上限単位数が6単位から9単位に

総コストを目的変数とした重回帰分析

(ステップワイズ法)

説明変数	回帰係数	p
初期 BI	-9176.1	0.029
初期 mRS	187490.9	0.064
年齢	16345	0.135
定数項	-103772	

回帰モデルより在院日数を予め除く

リハコストを目的変数とした重回帰分析

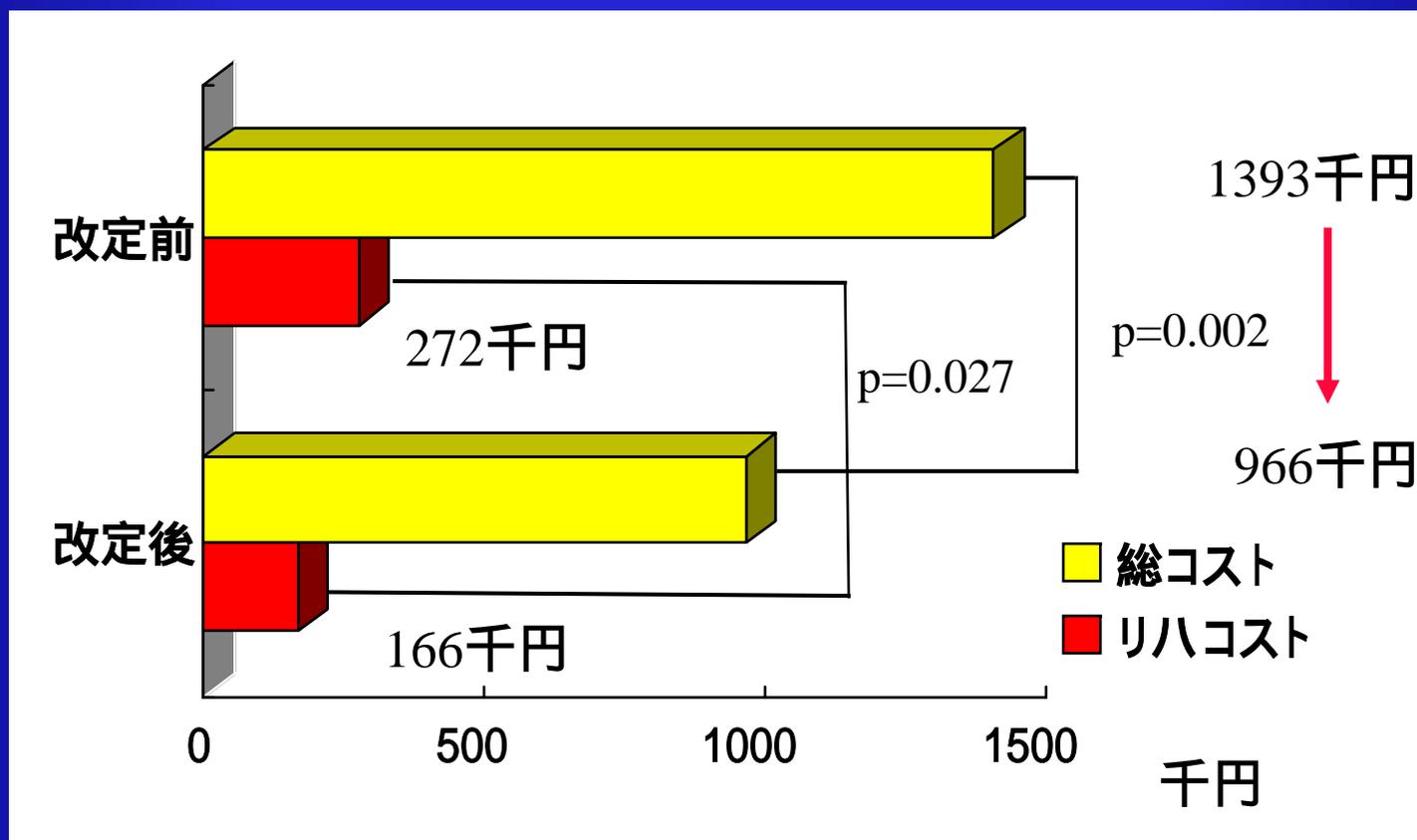
(ステップワイズ法)

説明変数	回帰係数	p
初期 mRS	101910.2	< 0.001
定数項	-121365.8	

回帰モデルより在院日数を予め除く

診療報酬改定前後の平均コストの比較 (発症後1週以内入院の脳梗塞)

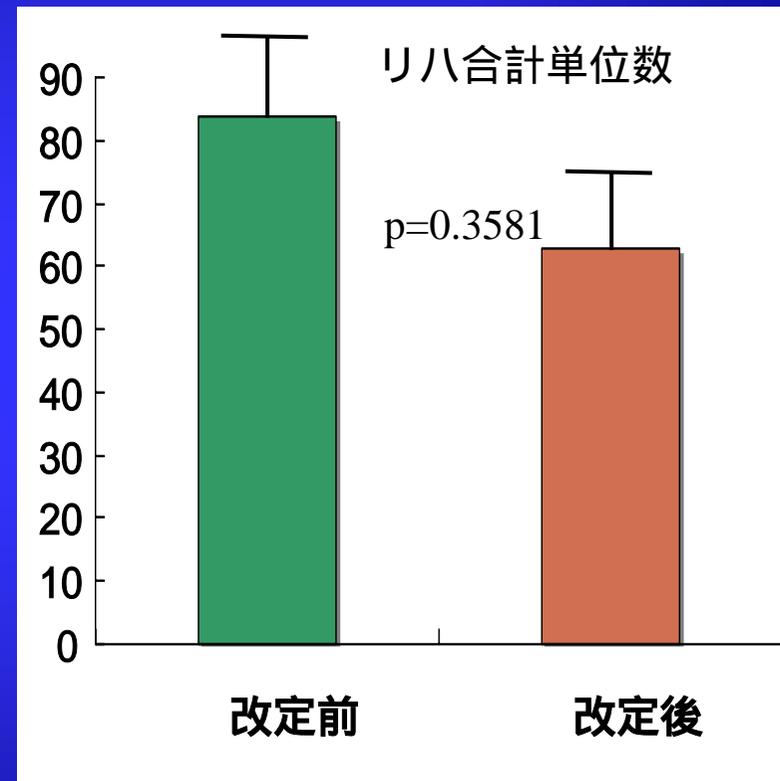
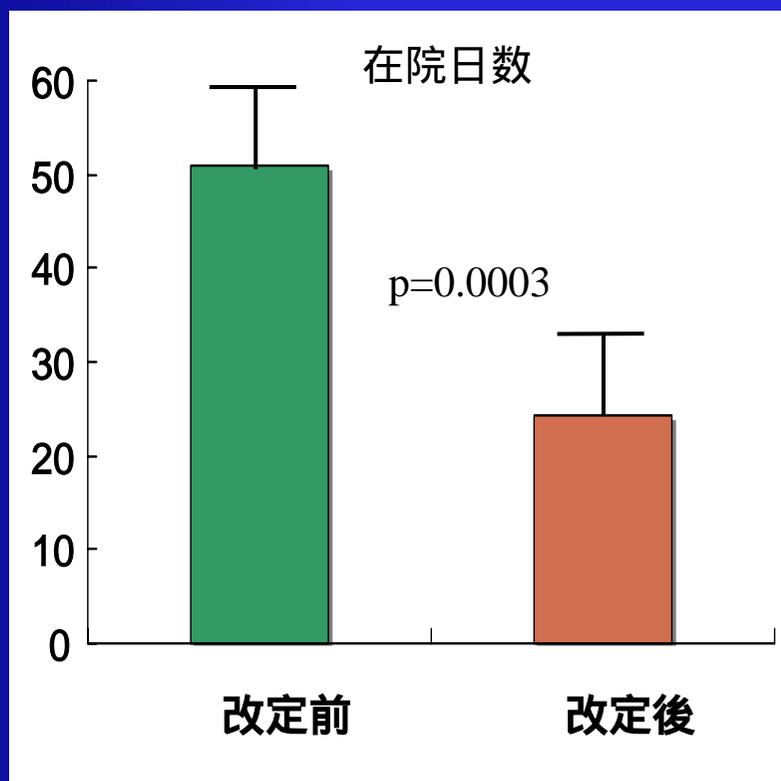
改定前：139例、改定後：24例



総コストは約43万円減、リハコストは約11万円減
(在院日数短縮と急性期加算減が大きく影響)

診療報酬改正前後の背景

発症 1週以内入院の脳梗塞：改定前（158例）、後（26例）



在院日数が約半分となるが、リハ合計単位数は有意差なし
(1日当たり単位数は 1.667から 2.124へ 30%の増加)

まとめ

よりエビデンスに近づけるためには、可能な限り多くのデータ集積が不可欠であり、参加協同施設の協力が是非とも必要となる。特に、Phase 3 のデータ数と内容分析結果が焦点の一つであるため、Phase 3 のアンケート回収率が Keyとなる。