

Jun Yaeda, Rh.D.

Dr. Jun YAEDA, is an associate professor of the Rehabilitation Course, Lifespan Developmental Sciences Program, Graduate School of Comprehensive Human Sciences, at the University of Tsukuba in Tokyo, Japan. He has worked in the field of rehabilitation for more than 30 years. He has over 100 professional publications in the fields of vocational rehabilitation, rehabilitation counseling, social work, and special needs education.

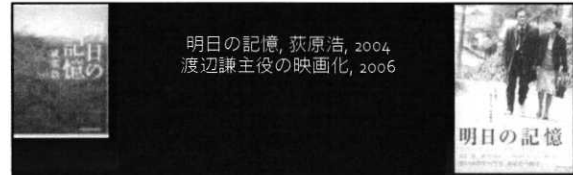
Currently he is the board member, the chair of research & ethics, and the first international chair of *Japan Society of Vocational Rehabilitation (JSVR)* and *Japan Academy of Comprehensive Rehabilitation (JACR)*, the president of *Japan Rehabilitation Counseling Association (JRCA)*, an international board member of *Global Applied Disability Research and Information Network on Employment and Training (GLADNET)*, Associate Director of *Transformative Change: Educational and Life Transition (TCELT)* Research Centre at School of Education Social Work and Community Education, University of Dundee, Scotland, the *TOMODACHI Disability Leadership Training Program* Advisory Board, University of Massachusetts at Boston, USA, and the international advisory committee member of *Japan Society of Rehabilitation of Persons with Disabilities (JSRPD)* of Cabinet Office, Government of Japan.

He also serves on the advisory editorial boards of *Journal of Rehabilitation Research, Policy and Education (Springer Publishing Company)*, *The Australian Journal of Rehabilitation Counselling (Cambridge University Press)*, *Japanese Journal of Vocational Rehabilitation (Japan Society of Vocational Rehabilitation)*, *Japanese Journal of Psychiatric Rehabilitation (Japanese Association of Psychiatric Rehabilitation)*, and *Japanese Journal of Social Welfare (Japanese Society for the Study of Social Welfare, JSSSW)*. He has been listed in the *Marquis Who's Who in the World*, since 2015.

His areas of current interest include rehabilitation philosophy, rehabilitation collaboration, evidence-based practice (EBP) training, vocational rehabilitation for the individuals with Early Onset Dementia (EOD) and those with Traumatic Brain Injury (TBI), curriculum development for rehabilitation counselors in Japan, and international rehabilitation counseling education and research.

He can be reached at: jyaeda@human.tsukuba.ac.jp

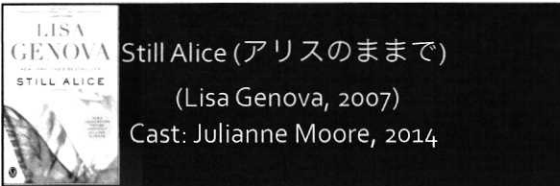
日本における高次脳機能障害と若年性認知症者の
社会保障及び援助付き雇用



明日の記憶, 荻原浩, 2004
渡辺謙主演の映画化, 2006

日本における若年性認知症の映画

- <https://www.youtube.com/watch?v=cPiiGv9caww>



Still Alice (アリスのままで)
(Lisa Genova, 2007)
Cast: Julianne Moore, 2014

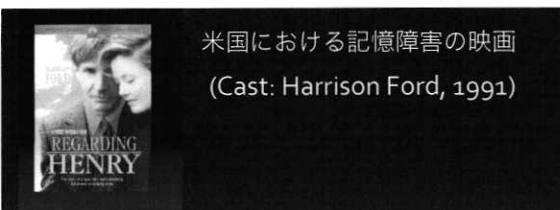
米国における若年性認知症の映画

- <https://www.youtube.com/watch?v=ZiXiZciiR0o>



ラッキーマン
(Lucky Man: A Memoir)
by Michael J. Fox, 2003

1991年に30歳の若さで若年性
パーキンソン病となったマイケルJ.フォックスは、2000年に若
年性認知症財団を創設した

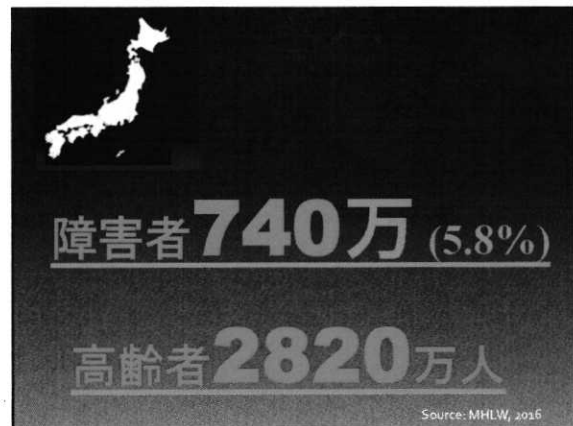


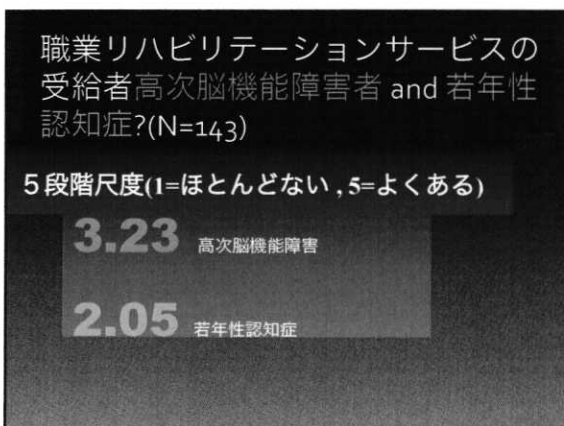
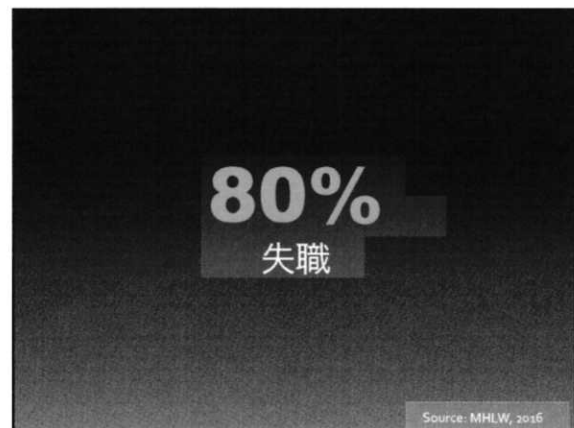
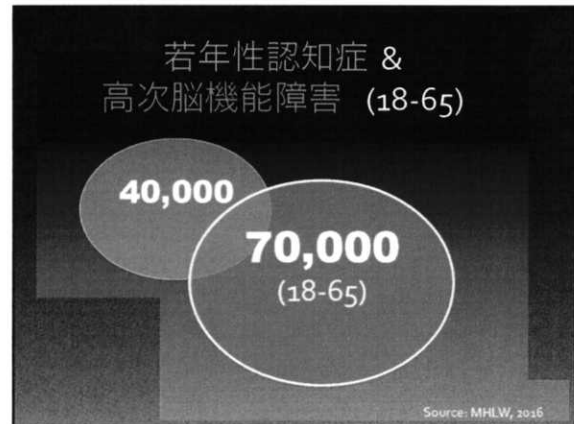
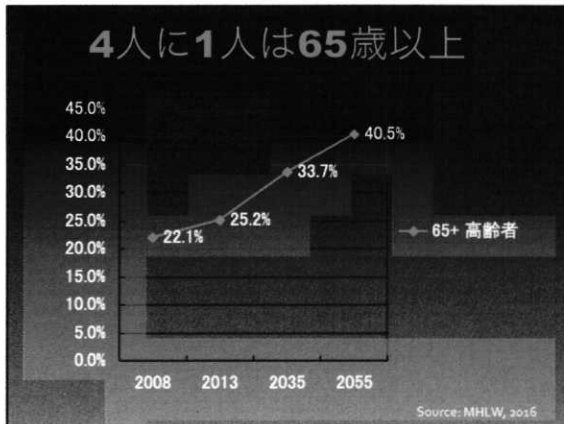
米国における記憶障害の映画
(Cast: Harrison Ford, 1991)

高次脳機能障害と記憶障害



日本における記憶障害の映画





働く 高次脳機能障害の質的研究

研究設問:働く 高次脳機能障害者の職業継続
要因とは何か?

高次脳機能障害者の声

「あの...なんで、いや僕あの怪我したら、病院
ついたらこう骨折ったとか、血出るとかある
じゃないですか。僕なにもないから、なんで病
院行くんだろうと思って、思いながら行って、
やっぱり、何回か行ってうちに、記憶がない
んだなーっていうのが分かって、はい。」

高次脳機能障害者の声

動きたいという願望、が強くて、それで、まああの
(地名)の(支援の担当名)さん、今いないけど、そ
こで就労支援センターで、紹介してもらって、こっち
帰って来て、で、その学校に入学できて、で、一年間
みっちりトレーニングして、こっち帰って来て、で(支
援の担当名)さんの(現在の会社名)に(地名)のもっ
かい紹介してもらって、で、今の現状(会社名)で働い
てるっていうところかな。

離職要因は?

71%

職業的な障害があるため、うまく働けない。

18%

人間関係の問題

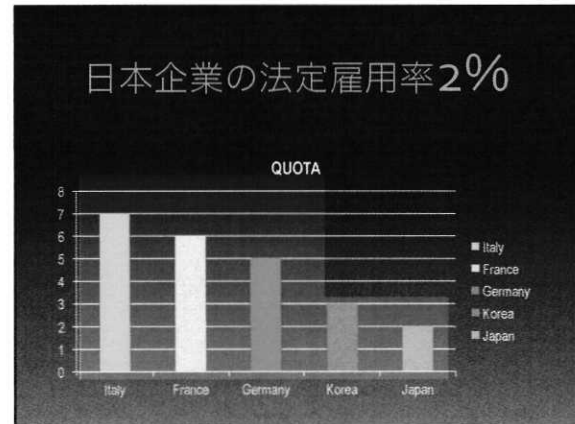
(渡辺, 2010)

課題

- 差別解消
- 専門職の資質向上
- 合理的配慮

就労支援と復職支援の 職業リハ専門職

- 障害者職業カウンセラー
- ジョブコーチ
- 復職支援コーディネーター



退院後支援の不足

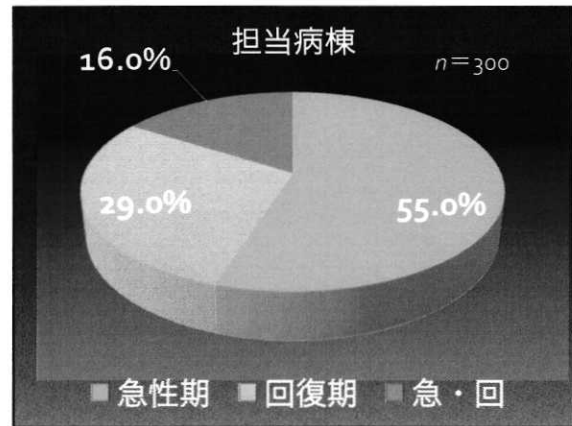
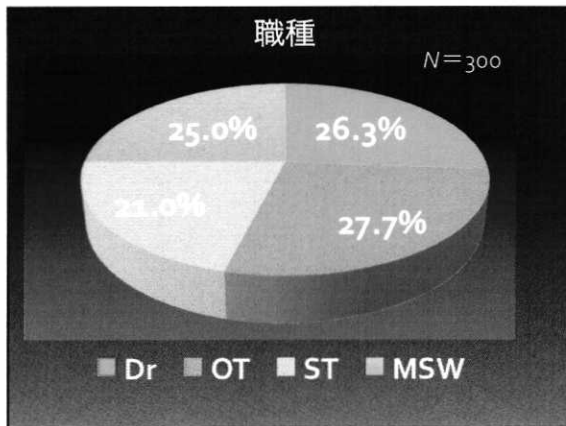
- 高次脳機能障害者の病院から職場への移行システムは機能不足

研究目的

- 東京都の医療機関における高次脳機能障害者への就労支援に関する医療職に求められる職務とは何か？

対象者

- 都内医療機関（急性期・回復期リハ病棟）の医師、作業療法士、言語聴覚士、医療ソーシャルワーカー1093名



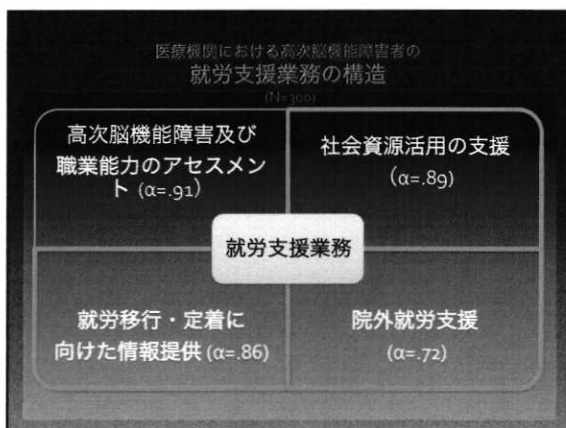
職務の測定方法

- 21項目の高次脳機能障害者就労支援業務リスト (WS-TBI)

(橋本、八重田, 2016)

郵送調査

- 回答312名 (28.6%)
- 有効回答数300 (27.5%)

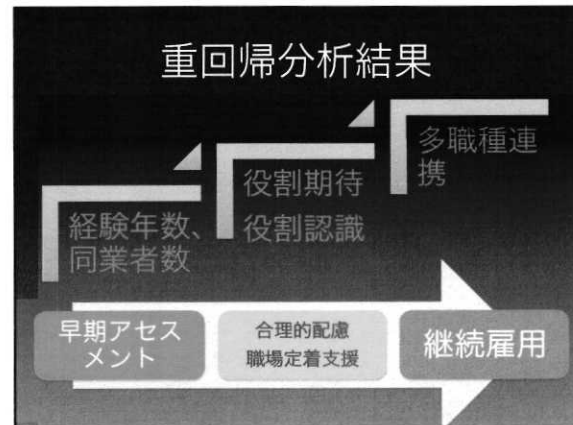


医療機関の就労支援はまだ少ない

- 急性期病棟担当者165名中75.8%が回復期リハビリテーション病棟に「就労に向けたリハビリテーション」を依頼すると回答
- 回復期リハビリテーション担当者は、他の病棟担当者と比較し「就労支援を期待されている」
- 回復期リハビリテーション病棟担当者への役割期待は高い（遂行度も高い）

就労支援業務の遂行度に 寄与する要因は?

- 経験年数
- 院内の就労支援業務従事者数
- 役割期待
- 就労支援役割の認識度
- 多職種連携($R^2=0.67$)



結論

- 病院から職場への移行に欠かせない職種との連携
- 多職種連携の合意形成と役割認識
- 事業主の雇用ガイドラインの作成

カスタマイズ就業:復職への解決策

HON. SUSAN B. PARKER, MSW (PSYCHIATRIC SOCIAL WORK, BOSTON COLLEGE) 及び MSP (SOCIAL PLANNING, MIT)

国際リハビリテーション協会: Treasurer, RI及びRI Foundation,
Secretary General, Policy & Services Vice Chairman
米国労働者Policy Director
ILO Senior Advisor
米国社会保険障行Disability Commissioner

筑波大学(東京)
2016年4月11日09:30~15:00

複雑な人生を送る人々になぜカスタマイズされたアプローチが有効か?

- 求職者と雇用者の関係は個別的な関係である
- それは、雇用者がその個々の仕事に何を求めているのか、求職者が雇用者の求めにどう対応できるかを理解するために時間を割くことも含めたプロセスである
- 競争的労働市場—外傷性脳損傷や若年性認知症を抱える多くの人々は、この市場に適応するのが困難である

成功:仕事はその人に相応しいものでなければならず、その人もその仕事に相応しいものでなければならない

- 私たちは、仕事を自分たちの生活の中に溶け込ませる。つまり、私たちは、成功するために、自分たち自身と仕事を「カスタマイズ」又は自分たち自身と仕事の形を変えていく
- アメリカで2004~2012年、ひとつの手法として「カスタマイズ就業」が浮上した。米国労働省は、「エビデンスに基づく手法によるカスタマイズされたアプローチ」の有効性を調査した。その結果については、
www.dol.gov/ODEP/research/customized 参照

「カスタマイズされたアプローチ」はその他の雇用方法と連動できるか?

- できる。カスタマイズ就業戦略には、その他のアプローチで用いられる手法を含めることができる
- カスタマイズ就業は継続的プロセスである
- 援助付き雇用
- 援助付きサービス—起業家的取り組み、零細企業、中小企業
- 個人に合った雇用促進
- ジョブカービングと職務再構成

米国政府はなぜカスタマイズ就業の展開に資金を費やしたのか?

- 障害を持つ労働年齢の人々の失業率が非常に高かった
- 労働局は国勢調査局とともに、障害を持つ人々の失業率を報告するために、様々な対策を打ち出して検証した
- その結果、認知障害を含め、重度の障害を持つ人々は就労継続率が低いという事実を数値的に把握することができた

カスタマイズ就業の定義

- 「カスタマイズ就業とは、特定の個人と雇用者との間の雇用関係を雇用者のビジネスニーズを満たす方法で個別化することを自発的に交渉することである」
- 「この交渉プロセスでは、職務、雇用条件、職務の遂行に必要なサービス及び支援、特定の求職者のニーズや特殊な状況に合わせた期待事項など、様々な領域について検討する」

米国労働省障害者雇用政策局

- 質問事項を作成し、カスタマイズ就業に関する質問事項を検証し、新たな知見をいくつかの項目に分類した:
- マーケティング: カスタマイズ就業—新たな競争力
- 原則及び指標の記述
- 求職者の探索
- カスタマイズ就業の実践方法
- 雇用者との交渉

障害を持つ人々の就業率を上昇させるための強力な法的根拠

- 1990年アメリカ障害者法 (ADA)
- 公的機関、民間企業を問わず多くの雇用者に対し、適格な障害者がその職務の本質的機能を遂行できるように「合理的配慮」の提供を規定している
- 「配慮」は、雇用者にとって過度の負担となるものであってはならない

ADAによる国家雇用政策には2つの重要な概念が含まれている

- (職務の)本質的機能
- 合理的配慮
- これら2つの概念はどのように連動するのか? 障害を持つ人は、合理的配慮の有無を問わず、基本的な職務を遂行する能力がなければならない

2つの概念の実際的狀況

- 「本質的機能」—その職務が存在するおかげで、ある特定の機能を遂行することができる。その職務は専門性が高く、その職務を遂行する方法を把握している人がほとんどいない場合がある
- 「合理的配慮」—職務、作業環境又は物事の通常のやり方を変更又は調整すること

合理的配慮の具体例

- 求職プロセスの変更
- 障害を持つ従業員が職務の本質的機能を遂行できるようにするための作業環境の変更
 - (1) 障害を持つ人々が既存の設備資産や通信機器を利用しやすく、使用できるようにする
 - (2) 作業スケジュールを修正する、新機種を購入など職務用の設備や機器を変更する
 - (3) 適切な資格を有する音読者や通訳者を提供する

合理的配慮に関するリソース: 技術支援

- 職業配慮ネットワーク (JAN)
- www.jan.wvu.edu
- 米国雇用機会均等委員会 (EEOC)
- www.eeoc.gov
- ADA Disability and Business Technical Assistance Centers
- www.adata.org
- 米国労働局障害者雇用政策局
- www.dol.gov/odep

抄録

ニュージーランドの初期認知症及び脳損傷に対する支援体制

ニュージーランドには、事故に遭遇したのかどうか、又は先天的に障害を抱えているのか若しくは後天的に障害を負ったのかどうかに基づいた二重の支援体制がある。その結果、障害支援サービスの提供が2段階アプローチで行われている。

事故に伴って外傷性脳損傷を受傷した場合は、他の原因で脳損傷を受傷した場合よりもリハビリテーションサービスを利用しやすい。

最近の研究、特に政府全体にわたる一部の試験では、このような偏った状況への対応が試みられている。

この神経障害の原因又は病態を問わず、アウトカムを重視し、そのアウトカムを達成するための適切かつ明確な情報と単一の協調的な計画による利用者主体のアプローチを考案することを支持するエビデンスがある。

何らかの取り組みを行う上でさらなる調査が必要となる問題のひとつに合理的配慮というものがある。職場での合理的配慮の具体例は、人々の体験談から示されてきている。合理的配慮の成功に重要な要素は、障害を抱える人に自分のニーズを説明し、直属の上司との関係を維持又は確立できるだけのスキルを身に付けさせることである。

計画されたサービスが目的にかなったものであることを約束するために我々が何をすべきかについては、まだ答えが出ていない。



ニュージーランドにおける利用者／ 家族主体のアプローチを支持する 場面

2016年4月11日



政府機関	焦点	利用者群
保健省	精神保健 障害支援 高齢者 慢性疾患	非障害者
教育省	学校 幼児特殊教育 第3期	すべて
事故補償公社 (ACC)	障害補償とリハビリテーション	障害者
労働税収局	雇用 所得支援 地域参加	非就労障害者

サービス

サービス	政府機関
所得	労働税収局 ACC (税務)
雇用	労働税収局 ACC (税務)
リハビリテーション	ACC
個別支援	保健省 ACC
地域参加	労働税収局 保健省 ACC
設備	労働税収局 保健省 ACC
教育	教育省 ACC

提供サービス

- ACC –
 - 週補償 (weekly compensation)
 - 医学的リハビリテーション
 - 社会的リハビリテーション
 - 職業的リハビリテーション
- 保健省
 - 一次医療サービス
 - 地域支援サービス
 - 入所サービス
 - 設備: 家屋と車両の改修
 - 医学的リハビリテーション

提供サービス

- 教育省
 - 治療
 - 交通補助教員
 - 専門教員
- 労働税収局
 - 所得支援
 - 雇用
 - 地域参加
 - 試用 (居住支援給付など)

変化の原動力

労働市場参加の改善傾向

- 労働年齢の障害者の49%が労働力となっている。
- 多くの人が働くことを望み、また適切な補助があれば就労することができる。
- 支援は、「合理的配慮」や援助付き雇用などの形で一般市場の中で行うこと。

障害者の声

- 一番の要因は接し方である。
- 便宜を図ることは特別待遇ではない。
- 職場の柔軟性のなさ
- 職域分離
- 用いられている労働衛生安全規則
- 誤解から生まれる接し方
 - 経験豊富な人に十分な情報が伝わっていない。
 - 仕事に就くことや仕事を継続することが受け入れ難いものになる。

雇用機会の増加

- 採用経路—「授産所」や隔離的雇用から一般雇用への移行
- 2001～2007年の変化の移行アプローチ
- 障害者の雇用増大のためのLTWP
 - 障害者の雇用のための主要ツールキット

法規制及び政策の変化

- 法規制の変化—2007年7月、給付の種類に関係なく雇用機会を提供する。
- 2007年11月30日、身体障害者雇用促進法(1960年)の廃止
 - 他のニュージーランド国民と同じ雇用条件、権利、資格
- 福祉改革—居住支援給付利用者に対するパートタイム労働の義務及び業務計画の義務の増加

利用者主体のアプローチ

- 情報提供
- 迷信の払拭
 - 認知症は高齢者の病気である。
 - 人事部の人間が認知症のある人への声の掛け方さえ知らなかった。
 - 認知症のある人は職場で暴力的になるという思い込み。
- 進路と計画を障害者と一緒に作成することが重要な原動力となる
 - 敬意の念を払う。
 - 欠如モデルでなく能力とスキル。

合理的配慮

- 労働形態を変更する—フルタイムからパートタイムへの就労時間の短縮など。
- あるいは、障害者でも価値あることをできるようにするために責任を軽減する。
- 同僚に十分な説明を行い、個人個人が働き続けるには理解が重要であることを確認する。
- メモ、カレンダー、やることリスト、電子記憶補助装置などの記憶補助ツールを活用する。

合理的配慮

- 作業者に対する指示は書面で簡潔に行い、指示は増加又は追加していく形で行う。
- 雇用者の長期記憶、過去の経験、習慣、知識を生かして、機能の助けとする。
- ルーチンと構造
- 注意が散漫になるのを抑制する。
- 雇用者が手元の作業に集中しやすくするために、雑音や外部の活動を極力制限するように努める。注意が散漫にならないようにするために、若年性認知症の雇用者が耳栓やヘッドフォンを使用していることもある。
- 作業空間の散らかりを減らしたりきれいにしたりする。
- その人の能力に合った作業を選ぶ。
- 作業の中止と開始を頻繁に繰り返すことが困難な場合があるため、なるべく作業の中断を避けるようにする。

具体例

- SaskPower社のプロセスオペレータの一人に50代半ばでアルツハイマー病の徴候がみられた際、サスカチュワン(カナダ)にあるこの電力会社でこの男性の責任者にあたる人々は、安全上のリスクを引き起こしかねないと認識し、もはやタービン、発生装置、ボイラーなどの設備を担当させることはできないと判断した。
- しかし、SaskPower社はこの男性に退職を強いることはなかった。同社は、この男性には30年間で培った貴重な経験があり、その男性が発電所の装置を知り尽くしていることを理解していた。その知識を維持するため、同社は、喪失し始めていた短期記憶でなく、長期記憶を生かせるとして、この男性を企画職に移動させた。
- SaskPower社の復職専門家(return-to-work specialist)であるKathy Pottsは、「当社の目標は、必要な便宜を図ることによって、認知症のある従業員にできるだけ長く働き続けてもらうことです」と言う。

その他の具体例

- 脳損傷を負った若い男性が棚に物を載せる仕事をしている。
- 脳卒中を起こした人が自らのコーチングスキルや人事管理スキルを活かした仕事をしている。

個人情報共有

- 「ボスは逆上していたが、そうではなく、サポートのために自分には何が出来るかをアリスに聞き、アリスが同僚にどのような形で知らせたいかをアリス自身に決めさせるべきでした。」
- 「私たちは、ミスをして解雇される前に雇い主と話をするように障害者の人たちに呼びかけています。」「そうすれば、自分たちの障害を定着させることができ、障害者の人たちは法的に守られます。解雇されてから診断される人が多すぎます。私たちは、この順序を逆にする必要があります。」

脳卒中・脳損傷のある人々の介護者

「その人がどんな病気を持っているかということを知るより、どんな人がその病気を持っているかを知ることのほうが重要である。」

Sir William Osler, 1896



最後に

- 勝手に思い込まないこと。
- たずねること。
- 遠慮なく話し合うこと。
- 効果的な意思疎通を心がけること。
- 威厳を持って接すること。

資料

- ACCサービス
<http://www.acc.co.nz>
- 障害者雇用の先頭に立つ公的部門
<http://www.ssc.govt.nz/lead>

復職の目標達成に向けたリハビリテーション戦略のための法的
インセンティブ

復職国際セミナー (International Seminar on Return to Work)
2016年4月11日、東京

Dr. jur. Friedrich Mehrhoff, German Social Accident Insurance (DGUV), Berlin

ドイツ社会災害保険

- 労働災害及び業務上疾病後の復職
- 加入者である330万の企業との密接な接触
- 職場の安全衛生及びリハビリテーションに対する責任
- 「リハビリテーション」には、急性期治療、医学的リハビリテーション及び社会参加が含まれる。

復職国際セミナー (2016年4月11日)

動向: 社会保障の活発化

1. 社会保障制度は、請求を補償し、年金を給付するだけの状態から、積極的なリハビリテーションプログラムに向けて構造とプロセスを創出する状態へのパラダイムシフトを尊重する。
2. 復職戦略は、職場に近い予防策によって、障害管理プログラムを国、企業、保険者及びサービス提供者に引き付けるものである。

復職国際セミナー (2016年4月11日)

待つのでなく行動!



復職国際セミナー (2016年4月11日)

俗説と真実

俗説:
リハビリテーションは給付である。

真実:
リハビリテーションは投資である。

復職国際セミナー (2016年4月11日)

復職—ビジネスケース

- 国は、その労働力に一致し、長期間、勤勉に働くことのできる社会の繁栄を増進する(人口統計学的要因)。
- 雇用者は、長期間の労働に適した状態の熟練の労働者を必要とし、それらの労働能力と雇用可能性の強化を望んでいる。
- 医療従事者は、患者の復職を支援したことに対して支払いを受ける。これが医療システムの資金を工面する主な理由である!

復職国際セミナー (2016年4月11日)

DGUV

障害者の権利に関する条約第二十七条「労働及び雇用」

„(1) 締約国は、特に次のことのための適切な措置(立法によるものを含む。)をとることにより、労働についての障害者(雇用の過程で障害を有することになった者を含む。)の権利が実現されることを保障し、及び促進する。
 (k) 障害者の職業リハビリテーション、職業の保持及び職場復帰計画を促進すること。

復職国際セミナー(2016年4月11日)

DGUV

用語

復職国際セミナー(2016年4月11日)

DGUV

職場復帰に関する国際ガイドライン

- ・ 国際社会保障協会 (ISSA)、ジュネーブ
- ・ 国際リハビリテーション協会 (RI)、ニューヨーク
- ・ 国際障害管理基準委員会 (IDMSC)

(2013年11月～)

復職国際セミナー(2016年4月11日)

DGUV

成功の要因

復職国際セミナー(2016年4月11日)

DGUV

雇う者の責任—ドイツのアプローチ

2004年からの新たな法的義務—障害管理

- ・ 雇う者は、次の場合に障害管理の手続きを提案しなければならない:
- ・ 従業員が年6週間を超えて疾病状態にあり、かつ
- ・ 頻繁に、又は繰り返し欠勤する場合。

連邦労働裁判所の判決(2007年):

- ・ 雇う者は、障害管理プログラムを提案したことを証明できない場合、疾病を理由に従業員を解雇することはできない。

復職国際セミナー(2016年4月11日)

DGUV

予防と復職: 包括的アプローチ

復職国際セミナー(2016年4月11日)

障害者の権利に関する条約第二十六条第1項a号「ハビリテーション及びリハビリテーション」

「サービス及びプログラムは、可能な限り初期の段階において開始し、並びに個人のニーズ及び長所に関する学際的な評価を基礎とするものであること。」

社会的体系化に基づく早期介入

- ・ 請求の申請を待てば、保険者(支払者)の関与は受身のままである。
- ・ 早期の情報提供は企業又は医師が開始し、支援する。
- ・ 産業医を含めた企業の利害関係者との連携

ドイツ社会法典第七巻第193条
(社会事故保険)

「企業は、職場での事故によって3日を超える病気休暇が発生した場合、その都度その事故を報告する義務がある。」

同様の法的義務は、職業上の危険因子によるものであることが疑われる疾病の報告についてもあてはまる。

複雑な事例におけるケースマネジメント

- ・ 補償から、積極的なマネジメント及び医師とケースマネージャーとの連携へのパラダイムシフト
- ・ 5%の事例ではリハビリテーション管理が必要である。これらの複雑な事例が保険者の費用に占める割合は80%である。
- ・ 障害を持つ人々のニーズに近いレベルの効率的なリハビリテーション管理に関するICFに基づく指標

マネジメントの強化を必要とする複雑な事例の特定



利害関係者間の連携

- ・ 社会保障機関は、早期発見及びケースマネジメントにおいて復職活動を調整しなければならない。
- ・ 連邦政府は、各州にリハビリテーションに関する統括的な組合を設置する取り組みを行う。
- ・ 中小企業のニーズにより、一般開業医(GP)と連携した地域センターのための発言権が生まれる。

 DGUV

復職の専門家のためのゴールドスタンダード



障害管理
www.disability-manager.de



復職国際セミナー 2016年4月11日

 DGUV



ご清聴ありがとうございました！

friedrich.mehrhoff@dguv.de

復職国際セミナー 2016年4月11日

 DGUV

役立つリンク

- www.disability-manager.de
- www.ifdm2016.com.my
- www.rworldcongress.com
- www.dguv.de
- www.issa.int
- www.idmsc.org
- www.rglobal.org

復職国際セミナー April 11, 2016

抄録

脳卒中後疼痛：診断と評価

Martin Grabois, MD

Physical Medicine and Rehabilitation

Baylor College of Medicine

Houston, TX, USA

本発表では、脳卒中後の脳損傷に伴うありふれた疼痛症候群について論じる。肩痛、肩痛症候群、中枢痛症候群などのありふれた疼痛症候群の発生率と病因について紹介する。それぞれの症候群について、診断、治療、機能に対する影響を中心に論じる。



CVA後の慢性疼痛症候群 評価と治療

Martin Grabois, M.D.
Professor
Physical Medicine and Rehabilitation
Professor, Anesthesiology
Baylor College of Medicine
Houston, Texas
2016年4月11日

CVA後の慢性疼痛症候群 評価と治療 講演の目標

- ・ 脳卒中後の患者にみられる疼痛症候群について理解すること
- ・ 脳卒中後の患者にみられる疼痛症候群が機能に及ぼす影響について理解すること
- ・ 病因、診断、治療の観点からそれぞれの疼痛症候群について紹介すること

CVA後の慢性疼痛症候群 評価と治療

症候群の種類

- ・ 頭痛
- ・ 顔面痛
- ・ 上肢疼痛症候群
- ・ 下肢疼痛症候群
- ・ 中枢性疼痛症候群
- ・ 有痛性強直性痙攣 (painful toxic spasms)

CVA後の慢性疼痛症候群 評価と治療 発生率

- ・ CVA後の患者の42%に慢性疼痛がみられる
- ・ 末梢性機序 > 中枢性機序
- ・ 脳卒中患者全体の2%で中枢性機序が関与している
- ・ 片麻痺患者の最大84%に肩部痛がみられる

CVA後の慢性疼痛症候群 評価と治療

疼痛を有する脳卒中生存者の度数及び割合(疼痛部位別)

部位	度数	割合
頭部	157	14.00%
下肢	27	11.32%
臀部	85	7.58%
肩	81	7.22%
股関節	52	4.63%
腕	46	4.10%
腹部	45	4.01%
全身	42	3.74%
足	39	3.48%
首	36	3.21%
胸部	35	3.12%
手	17	1.52%

CVA後の慢性疼痛症候群
評価と治療
上肢痛

肩部痛

軟部組織病変

- 上腕二頭筋腱炎
- 棘上筋腱炎
- 肩峰下滑液包炎
- 鳥口炎

肩回旋筋腱板損傷

- 癒着性関節包炎
- 肩関節亜脱臼
- 肩手症候群
- 腕神経叢損傷
- 上肢の変形性関節症
- 末梢神経圧迫

[Monge T, Grabois M. Pain Management in Rehabilitation; Demos Publ 2002 NY]

CVA後の慢性疼痛症候群
評価と治療

片麻痺に伴う肩痛の発生率

著者	年	被験者数	疼痛を有する割合(%)
Peszczyński & Rardin	1965	100	38
Najenson et al	1971	32	84
Braun et al	1971	100	70
Hurd et al	1974	14	57
Sodring	1980	97	8*
Bruckner & Nye	1981	99	61
Tepperman et al	1984	85	20
Van Ouwenaar et al	1986	219	72
Parker et al	1986	187	5

*軽度不全麻痺 **重度不全麻痺

CVA後の慢性疼痛症候群
評価と治療
肩部痛—予防と治療

理学療法

- 体位変換と離床
- 運動
- 熱感/冷感刺激
- その他の物理的手段(超音波など)

[Clinic Rehab 1988, 2:35-44]

CVA後の慢性疼痛症候群
評価と治療
肩部痛—予防と治療

支持

- 装具—幅広のアームスリング
 - Hemisingタイプ
 - 腋窩又は上腕支持
(例: cone support、腋窩ロール)
 - より複雑な器具(例: Rood support、機能的肩装具)
- 椅子やベッドへの取り付け
 - 体位変換器具(例: Bohannonタイプ)
 - 車椅子のアウトリガー
 - ラップボード
 - 前腕支持

[Clinic Rehab 1988, 2:35-44]

CVA後の慢性疼痛症候群
評価と治療
肩部痛—予防と治療

薬剤

経口剤

- 鎮痛剤又は抗炎症剤
- コルチコステロイド
- 鎮痙剤
- 交感神経遮断剤(例: フェノキシベンザミン)

注射剤

- コルチコステロイド
- 局所麻酔剤
- 星状神経節ブロック

[Clinic Rehab 1988, 2:35-44]

CVA後の慢性疼痛症候群
評価と治療
肩部痛—予防と治療

電気的手法

- バイオフィードバック
- 機能的電気刺激

手術

- 拘縮の緩和
- 交感神経切除術
- 上腕頭の懸吊

[Clinic Rehab 1988, 2:35-44]

CVA後の慢性疼痛症候群
評価と治療—肩手症候群
発生率と病期

発生率: 12~25%

- 急性: 数週間~6カ月
 - 疼痛、過敏症、腫脹、血管運動の変化
 - 血流増加による体温及び皮膚色調の変化
 - 多汗
- 異栄養性: 3~6カ月
 - 持続性疼痛、障害、萎縮性の皮膚変化
 - 血流低下、体温低下
 - 多汗
- 萎縮性
 - 萎縮と拘縮
 - 光沢があり、冷たく乾燥した皮膚



CVA後の慢性疼痛症候群
評価と治療
薬物療法の選択肢

- 鎮痛薬は神経障害性疼痛に対する有効性が確立されている(ガバペンチン、プレガバリン、オピオイド、抗うつ剤、ラモトリギン、カルバマゼピン、Liodain、メキシレチン、α2アドレナリン受容体拮抗薬)
- 鎮痛補助剤
(抗てんかん薬レベチラセタム、オキシカルバゼピン、チアガピン、トピラマート、ソニサミド)

CVA後の慢性疼痛症候群
評価と治療(続き)
薬物療法の選択肢

- 骨代謝調節剤
(ビスホスホネート、カルシトニン)
- 麻薬
- 抗うつ薬
三環系抗うつ薬—アミトリプチリン(Elavil)、ノルトリプチリン(Pamelor)等
SSRI—選択的セロトニン再取り込み阻害剤—フロキセチン(Prozac)、パロキセチン(Paxil)、セルトラリン(Zoloft)等
多くの三環系抗うつ薬より副作用が少ないが、慢性疼痛を対象とした研究が少ない

CVA後の慢性疼痛症候群
評価と治療

機能回復アルゴリズム

再活性化
交代浴
脱感作
曝露療法
モダリティ

↓

柔軟性
浮腫管理
等尺性筋力強化
姿勢異常の是正
二次性筋膜性疼痛の診断と治療

↓

ROM(軽く)
ストレス負荷
等張性筋力強化
全般的な有酸素コンディショニング
姿勢正常化とバランスのよい使用

↓

人間工学
運動療法
使用の正常化
作業/機能リハビリテーション

CVA後の慢性疼痛症候群
評価と治療
中枢神経性疼痛—病態

侵害受容性疼痛	混合性疼痛	神経障害性疼痛
組織損傷を生じうる刺激に対する神経経路の活動により生じる	一次的損傷と二次的影響が組み合わさって生じる	神経系における原発病変又は機能異常を契機とし、あるいは原因として生じる
例: 術後疼痛 関節炎 機械的腰痛 鎌状赤血球性発作 スポーツ/運動外傷	例: 帯状疱疹後神経痛 CRPS 神経障害性腰痛 脳卒中後中枢性疼痛 遠位多発ニューロパチー(例:糖尿病性、HIV)	

CVA後の慢性疼痛症候群
評価と治療

中枢性疼痛症候群
疼痛の性質

侵害受容性疼痛	神経障害性疼痛
<ul style="list-style-type: none"> - 発症時期が近く、特定可能 - 期間が短く、自然に治癒する - 組織損傷の程度と一致する - 神経系の機能は正常 - 生体防御機能 - 従来鎮痛剤が有効である 	<ul style="list-style-type: none"> - 発症時期が遠く、不明確 - 合併症を伴う - 組織損傷の程度と一致しない - 神経系が損傷を受け、機能障害を来す - 鎮痛補助剤が必要となる場合が多い

CVA後の慢性疼痛症候群
評価と治療

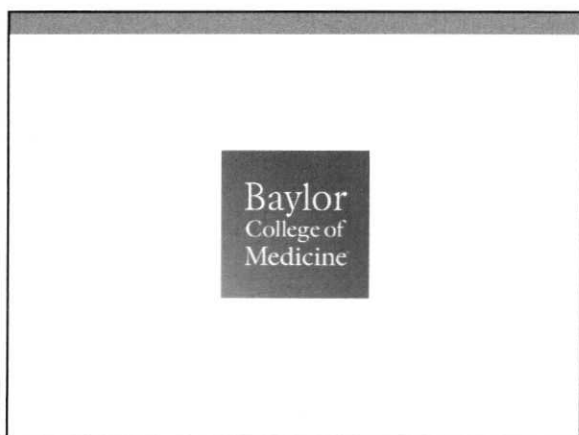
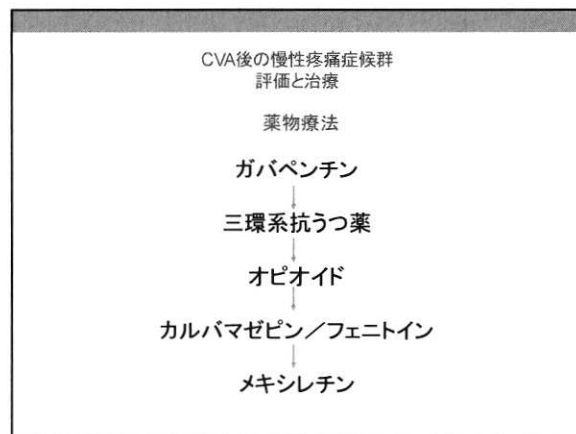
中枢性疼痛症候群
疼痛の性質

米国における神経障害性疼痛の推定有病数(人口2億7000万人とする)

疾患	症例数
有痛性糖尿病性ニューロパチー	600,000
帯状疱疹後神経痛	500,000
がん関連	200,000
脊髄損傷	120,000
CRPS	100,000
多発性硬化症	50,000
幻肢痛	30,000
脳卒中後疼痛	15,000
HIV関連性疼痛	15,000
三叉神経痛(疼痛性チック)	15,000
腰関連	2,100,000
合計(背部痛を除く)	1,680,000
合計(背部痛を含む)	3,790,000

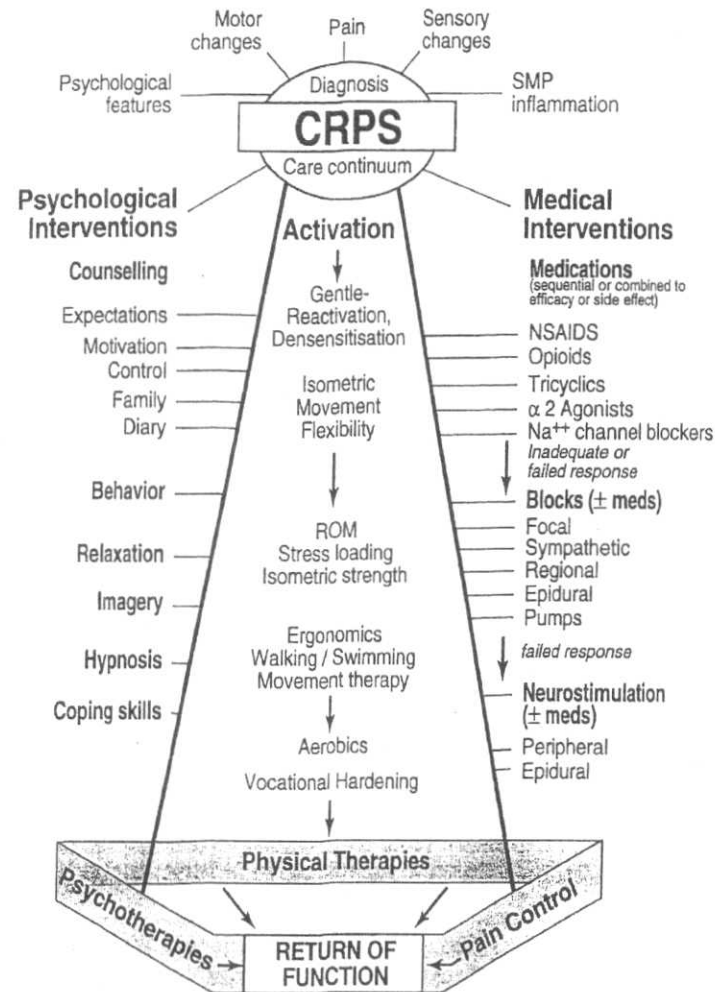
[Bennett GJ. Hosp Pract, October 15, 1998;29-1-痛管理]

- CVA後の慢性疼痛症候群
評価と治療
- 中枢性疼痛症候群
管理目標
- 症状の予防(可能な場合)
 - 疼痛の重症度や頻度の低減
 - 身体機能の改善
 - 心理的苦痛の軽減
 - 全体的な生活の質の改善



CVA後の慢性疼痛症候群 評価と治療

肩手症候群の治療



CVA後の慢性疼痛症候群 評価と治療

機能回復アルゴリズム

再活性化

交代浴

脱感作

曝露療法

モダリティ



柔軟性

浮腫管理

等尺性筋力強化

姿勢異常の是正

二次性筋膜性疼痛の診断と治療



ROM(軽く)

ストレス負荷

等張性筋力強化

全般的な有酸素コンディショニング

姿勢正常化とバランスのよい使用



人間工学

運動療法

使用の正常化

作業／機能リハビリテーション

Yuichiro Haruna, Ph.D.

Yuichiro Haruna, Ph.D. (Health Sciences) is the Principal Investigator, National Institute of Vocational Rehabilitation, 3-1-3 Wakaba, Mihama-ku, Chiba city, Japan.

He graduated from the University of Tokyo, and got MS and Ph.D. from the Graduate School of the University of Tokyo, majoring health system administration. Since 1994, he, as a staff researcher in the National Institute of Vocational Rehabilitation (NIVR), had conducted several national surveys of persons with disabilities, employers, and service providers, lead demonstrative multidisciplinary cooperation for supporting employment of persons with chronic conditions.

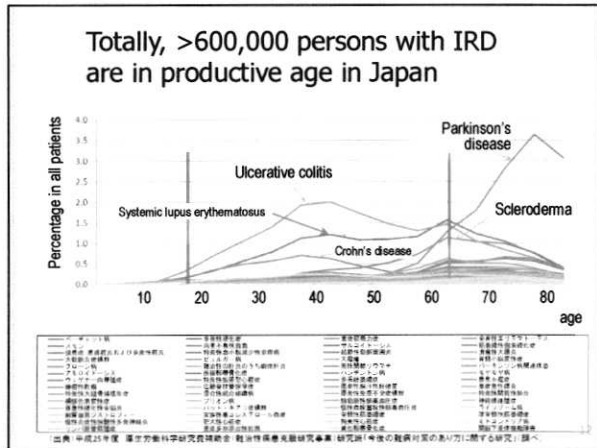
Presently, as the principal investigator on social system in NIVR, he is leading a national demonstration program for system changes and professional trainings across fields including medical care for mental disability or chronic conditions, welfare, education and labor. Also, he is a member of the National Policy Committee on Rare and Intractable Diseases, as a specialist of work supports.

RETURN TO WORK AT AN ONSET OR RELAPSES OF INTRACTABLE RARE DISEASES IN JAPAN

Yuichiro Haruna, Ph.D.
National Institute of Vocational Rehabilitation
Japan

BACKGROUND OF INTRACTABLE RARE DISEASES (IRD) IN JAPAN

- In 1972, a national medical research grant started in order to develop new diagnosis and treatments for certain rare diseases; started with 8 diseases.
- In those decades, thanks to new treatments, many IRD became controlled in chronic condition, although they still can not completely cured.
- With medical progress, new rare diseases without any established treatments have been kept identified.
- In 2015, a new IRD legislation was enforced not only for medical research, but also for medical expense subsidy and social participation of persons with IRD.
 - At present, 306 diseases are specified as IRD.



AGE OF ONSET OF SOME MAJOR IRD

- Ulcerative colitis
 - Two peeks in 20s and 50s
- Parkinson's disease
 - After 40s
- Systemic lupus erythematosus (SLE)
 - Peek in 20s – 40s
- Crohn's disease
 - Peek in 10s – 20s
- Multiple sclerosis
 - 15 – 50s

CURRENT STATUS OF PERSONS WITH IRD IN JAPAN

- Hospitalization (/year)
 - 0 day: 70%
 - - 1mo: 20%
 - 2 – 6mo: 6%
 - 7mo- : 4%
- Hospital visit (/year)
 - - 5d: 25%
 - 6 -10d: 25%
 - 11-15d: 30%
 - 16d- : 20%
- Prohibition of Employment of the Sick
 - Prohibited: <10%
 - Limited: <20%

RESEARCHES ON EMPLOYMENT SUPPORTS FOR PERSONS WITH INTRACTABLE RARE DISEASES AT NIVR

- Surveys of Persons with Intractable Rare Diseases
- Surveys of Supporting Professionals among Labor, Health and Medicine, and Welfare

All publications are free for download at:
<http://www.nivr.jeed.or.jp/english/researches/activities.html>
<http://www.nivr.jeed.or.jp/index.html#research>

ARE THEY IN WORK?

- Yes
 - 71% of persons with IRD have worked with IRD in recent 10 years.
 - 58% are employed.
 - 5.5% of them are sick-leaving
 - 5% are seeking a job.
 - 82% of job seekers with IRD have got a job in recent 10 years.
 - 13% are unemployed and want to work, but not seeking a job.
 - 24% don't want to work

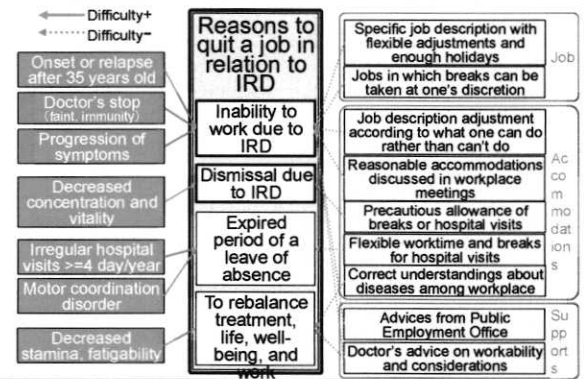
BUT...

- Sick Leaves
 - 63% of employees with IRD experienced at least one sick leave (>1mo) in recent 10 years.
- Resignations due to IBD
 - 45% of employees with IRD have quitted a job in relation to IRD in recent 10 years.
 - #1: Voluntary: Inability to work due to IRD
 - #2: Voluntary: To rebalance treatment, life, well-being, and work
 - #3: Dismissal by employer due to IRD
 - #4: Expired period of a leave of absence
- Situation after quitting a job
 - 57% of them started seeking re-employment within:
 - 1 mo.(43%), 2-4 mo.(23%), 5-8 mo.(14%), 9 mo- (19%)
 - 43% lost willingness to work

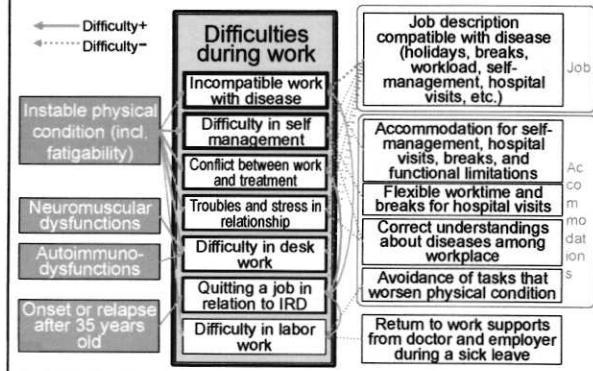
HOW ABOUT SUPPORTS FOR RETURN TO WORK DURING A SICK LEAVE?

- Doctor's explanation to the patient of outlook for treatment and return to work
 - 52%
- Employer's provision of information about and supports for administrative leave and return to work
 - 41%
- Significant effects of the supports
 - Decrease in problems in certain labor works
 - More stabilized physical condition in a returned work

Could the resignations in relation to IRD be controlled by countermeasures? -Yes.



Is it possible to prevent quitting a job in relation to IRD? - Yes.



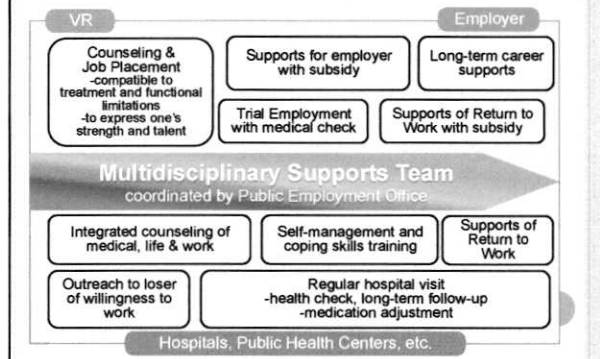
THE NATIONAL BASIC IRD POLICY NOTIFICATION (SEPTEMBER, 2015)

- Good environments should be developed, where patients with IRD can enclose their disease securely, so that treatment and employment can be integrated.
 - By supporting employer's employment management and anti-discriminative efforts
 - By coordinating community supports for stable employment and job retention of persons with IRD

WHY DOES A SECURE DISCLOSURE OF IRD MATTER?

- 60% of employees with IRD do not disclose their disease, nor request accommodations in workplace, even if they think it needed for their health, safety, and stable employment.
 - Disclosed applicants are very often employed.
 - In fear of unfavorable condition due to prejudice and stigma on IRD
- From April 2016, they are protected by anti-discrimination for persons with disability, and entitled to reasonable accommodation.

COMMUNITY SUPPORTS FOR STABLE EMPLOYMENT AND JOB RETENTION OF PERSONS WITH IRD



CONCLUSION

- Presently, nearly half of employees with IRD in Japan have quitted work due to the diseases.
- Most of the resignations are suggested to be prevented by proper job descriptions, workplace accommodations, and community supports.
- Return to work should be a part of integral processes of prevention of the unnecessary resignation.
- Recent enforcement of laws on IRD and on anti-discrimination and reasonable accommodation should revolute the employment situation of persons with IRD.