

厚生労働科学研究費補助金

循環器病疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

循環器病に関する適切な情報提供・相談支援のための方策と  
体制等の効果的な展開に向けた研究

令和3年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 宮本 享

令和4(2022)年 5月

## 目 次

I. 総括研究報告 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援のための方策と体制等の効果的な 展開に向けた研究-----	1
宮本 享	
II. 分担研究報告	
1. 施設調査に基づく循環器疾患の医療・患者支援体制のあり方に関する研究 -----	6
平田健一、小室一成、前村浩二、野出孝一、宮本恵宏	
2. 脳卒中相談窓口の燃える構築のための要綱およびマニュアルの作成-----	18
宮本享、橋本洋一郎、藤本茂、吉田和道、富永悌二	
3. 脳卒中患者のニーズに対応する相談支援プログラムの作成と評価-----	21
秋山美紀、早坂由美子	
4. 心疾患患者のニーズに対応する相談支援プログラムの作成と評価-----	27
黒田 敏	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表-----	36
IV. 脳卒中相談窓口マニュアル -----	37

循環器病に関する適切な情報提供・相談支援のための方策と体制等の  
効果的な展開に向けた研究

研究代表者 宮本 享 京都大学医学部附属病院長

**研究要旨**

一次脳卒中センター（脳卒中）および急性期病院・高度循環器専門病院（心臓病その他の循環器病）における、患者・家族への退院後支援に向けた「相談窓口」に相当する部署の現状と課題を明らかにし、相談窓口の設置・体制整備・支援の具体的な運用方法に関するモデル構築を行なうことが本研究の目的である。

脳卒中に関し、脳卒中相談窓口のモデル構築を行った。心疾患に関し、医療施設における相談窓口と相談支援、施設内および施設間の連携体制の現状と課題を明らかにするため、全国の日本循環器学会研修・研修関連施設を対象に施設調査を行った。脳卒中・心疾患の支援に関し、患者のニーズを踏まえた適切な相談支援プログラムの項目を構造化し、それらの項目の実施状況および重要度を確認することで妥当性を検証した。

脳卒中の支援に向けて、一次脳卒中センターにおける脳卒中相談窓口の設置のための要綱および脳卒中相談窓口マニュアルが完成し、学会での啓発を行った。

心疾患の支援に関して、相談支援および情報提供を行う機能を有する部門のあり方を具体的に示した。

脳卒中・心疾患の相談支援では、一人ひとりの多様なニーズに細やかに対応できる相談支援プログラムが求められ、その実現のためには適切な相談窓口と人材配置が必要である。

**分担研究者**

宮本 恵宏 国立循環器病研究センター・オープンイノベーションセンター・センター長  
平田 健一 神戸大学・医学研究科・教授  
小室 一成 東京大学・医学系研究科・教授  
前村 浩二 長崎大学・医歯薬学総合研究科・教授  
野出 孝一 佐賀大学・医学系研究科・教授  
橋本 洋一郎 熊本市市民病院・神経内科・部長  
富永 悌二 東北大学・東北大学病院・教授  
藤本 茂 自治医科大学・医学研究科・教授  
吉田 和道 京都大学・医学研究科・准教授  
秋山 美紀 慶應義塾大学・環境情報学部・教授

早坂 由美子 日本医療社会福祉協会・会長

**A. 研究目的**

脳卒中および心疾患の患者・家族に対して、急性期治療のみならず、リハビリテーション、生活支援や復職・復学支援、介護など、長期にわたる医療・福祉の継続的な連携支援の充実が求められている。本研究全体の目的は、各地のPSC（脳卒中領域）および急性期病院・高度循環器専門病院（心臓病その他の循環器病）における相談窓口とそれに該当する部署の現状と課題を明らかにし、相談窓口をどのように設置し、体制を整備し、どのように支援を行っていくかに関して、モデル構築を行なうことである。

本研究は、以下の3つのワーキンググループ(WG)に分かれて実施している。

脳卒中WG：宮本享，橋本洋一郎，富永悌二，藤本茂，吉田和道

循環器WG：宮本恵宏，平田健一，小室一成，前村浩二，野出孝一

患者支援WG：秋山美紀，早坂由美子

令和3年度脳卒中WGの研究では、令和2年度に実施した、地域包括ケア・地域連携・包括的リハビリテーションなど、脳卒中における医療・患者相談支援体制に関する国内外の先行論文のレビューおよび一次脳卒中センターにおける現状のアンケート調査の結果をもとに、脳卒中相談窓口のモデル構築に向けて要綱およびマニュアルの作成を目的とした。

令和3年度循環器WGの研究では、循環器疾患患者が入院あるいは通院する施設における相談窓口と相談支援、施設内および施設間の連携体制の現状と課題を明らかにすることを目的とした。

令和3年度患者支援WGの研究の目的は、脳卒中支援に関して、脳卒中患者のニーズを踏まえた適切な相談支援プログラムの項目を構造化し、それらの項目の実施状況および重要度を確認することで妥当性を検討することである。心疾患支援に関しては、心理・社会的アセスメントと支援を適切に実施するため、心疾患患者のニーズを踏まえた望ましい相談支援プログラムの項目を構造化し、それらの項目について現任のソーシャルワーカーの実施状況および重要度を確認することで妥当性を検証することを目的とした。

## B. 研究方法

令和3年度の各WGの研究を以下の通り進め

た。

### 脳卒中WG

①令和2年度に実施したアンケート調査と文献レビューを基に、特に既存の回復期・維持期施設の相談窓口との円滑な連携に留意しつつ、必要な構成員と必須となる業務内容を定め、急性期病院相談窓口設置に向けた要綱およびマニュアルを作成した。

②脳卒中相談窓口設置に向けての課題とロードマップについて検討した。

### 循環器WG

循環器疾患患者が入院あるいは通院する施設における相談窓口と相談支援、施設内および施設間の連携体制の現状と課題を明らかにするため、全国の日本循環器学会研修・研修関連施設1352施設を対象に、Webを用いたアンケート調査を行った。調査項目は、令和2年度に実施した文献レビュー結果を参考に以下のような内容とした。

施設の特徴に関する施設形態、病床数、年間の入院患者数、治療件数などに加え、相談窓口、相談支援、退院支援・退院調整、多職種連携、施設間・施設行政間連携、患者会・家族会、患者サロンに関すること、相談窓口開設における課題など。

### 患者支援WG

心理・社会的アセスメントと支援を適切に実施するため、①脳卒中・心疾患患者のニーズを踏まえた望ましい相談支援プログラムの項目を構造化し、②それらの項目について現任のソーシャルワーカーの実施状況および重要度を確認することで妥当性を検証することを目的として、経験を有するソーシャルワーカー(SW)の専門職らが議論を重ね、インパクト理論を援用しながら、相談支援プログラムのゴ

ールを構造化し、それにつながるプログラムの項目を抽出した。次に、それらの支援項目の実施状況および重要と考える度合いを把握するために、日本医療ソーシャルワーカー協会会員（5541名）を対象にウェブアンケートを実施した。

定期的に3WGでmeetingをremote開催し、各WGの進捗確認と、それらを統合した本研究の方向性について議論した。

## C. 研究結果

### 脳卒中 WG

①「直接自宅退院する患者・家族への対応」と「回復期、維持期（生活期）医療機関へ転院する患者・家族への対応」に分けて、脳卒中相談窓口における情報提供、相談支援の内容を具体的に定めた。それに基づいて多職種による「脳卒中相談窓口マニュアル（添付資料）」を作成した。

②脳卒中相談窓口は、既存の地域医療連携室あるいは患者サポートセンター等の中で「脳卒中相談窓口」の看板を掲示することとし、まずは一次脳卒中センターのコア施設から順次設置することとした。また、脳卒中相談窓口の構成員について「脳卒中療養相談士」を1名以上配置することとし、その資格要件として、2022年度は、第47回日本脳卒中学会の会期中に主催した講習会「脳卒中相談窓口講習会」および、ライブシンポジウム「脳卒中相談窓口における多職種の役割と育成：人材育成セミナー「脳卒中相談窓口」」の両方を受講した者とした。5月13日時点で、13,075名の受講があり、受講証を発行した。

### 循環器 WG

調査依頼を行った1352施設の内、回答施設621施設であり、回答率は45.9%であった。循環器疾患患者が入院あるいは通院する施設における相談窓口と相談支援、施設内および施設間の連携体制の現状が明らかになった。

### 患者支援 WG

心疾患患者と脳卒中患者のそれぞれについて、課題を明らかにした上で、36項目の相談支援プログラムの具体案を抽出した。

相談支援の実施状況と重要度の認識に関して、アンケートの有効回答は1,339人(24.2%)で、平均年齢39.3歳(22-68)、ソーシャルワークの経験年数の平均は13.6年(0-41)であった。回答者の66%が急性期病院に所属していた。

## D. 考察

脳卒中における現状の課題として、多職種による、患者・家族・介護者への多面的な相談・支援体制の不足と、アセスの困難さが指摘されている。一次脳卒中センターに脳卒中相談窓口を設置によりこれらの問題を改善できる可能性がある。本研究班の成果により、モデル構築が可能となった。今後、脳卒中相談窓口の実績に関する分析とそれに基づく継続的なシステムの改善が求められる。

循環器疾患については、本研究によるアンケートで明らかになった、相談支援窓口を設置している施設の特性や、施設から出された課題を基に、相談支援および情報提供を行う機能を有する部門に求められる体制と業務内容を検討した。それぞれについて、具体案をまとめた。

循環器病の患者・家族に対する支援について、脳卒中においては、必要性が認識されているにもかかわらず実施率の低い項目が多岐に

わたって存在し、また、実施状況は医療機関のSW部門の職員数と有意な相関しており、十分な相談支援専門職の配置が今後の課題と考えられた。心疾患においては、院内連携と中心としたミクロレベルでは比較的充実しているが、メゾ・マクロレベルの支援は不十分であり、急性期のみでなく回復期・地域生活期へ活動の幅を広げていく実践や体制づくりが必要と考えられた。

## E. 結論

脳卒中の患者・家族支援に向けて、一次脳卒中センターにおける脳卒中相談窓口の設置のための要綱および脳卒中相談窓口マニュアルを作成し、心疾患の患者・家族支援に関して、相談支援および情報提供を行う機能を有する部門のあり方を示した。

脳卒中の相談支援では患者の最終的なゴールを念頭において、心疾患の相談支援では病状の悪化や再入院の予防対策を中心にして、一人ひとりの多様なニーズに細やかに対応できる相談支援プログラムが求められる。そして、それらの実現のためには適切な相談窓口と人材配置が必要である。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

1) 秋山美紀, 早坂由美子, 「循環器病患者の生活期のニーズと社会参加に影響を与える

要因—システムティックレビューのレビュー—」令和2年度厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)

(分担) 研究報告書, 2022.

## 2. 学会発表

### 1) Stroke2022

①日本脳卒中学会および行政による患者相談支援の体制整備 (宮本享ほか)

②脳卒中の診療とケアにかかわる人材育成

3 「脳卒中相談窓口」(宮本享ほか)

③多職種連携のためのプラットフォーム (宮本享ほか)

④身寄りのない脳卒中患者のソーシャルワーク～急性期治療時から地域連携を基盤とした支援の重要性～ (菊池さゆりほか)

⑤介護主体者が脳卒中を発生したケースへの相談支援の経験～地域との多職種連携について事例から考察～ (齋藤 奈緒美ほか)

⑥医療ソーシャルワーカーによる心疾患患者への相談支援に関する実践状況と課題 (榎原ほか)

⑦心疾患患者支援における医療ソーシャルワーカーの地域連携を目的としたネットワーキング業務の現状と課題 (取出ほか)

⑧ソーシャルワーカーによる心疾患患者への相談支援の現状と課題 (藤井ほか)

⑨治療中断と社会的孤立の防止におけるアウトリーチに関するソーシャルワーク実践の現状と問題 (林ほか)

⑩医療ソーシャルワーカーによる心疾患患者への

立支援・就労支援の現状と課題 (星野ほか)

⑪藤本茂. 脳卒中相談窓口に必要な人材育成. Web live シンポジウム9: 脳卒中の診療とケアにかかわる人材育成3「脳卒中相談窓口」.

⑫藤本茂. 脳卒中相談窓口の役割と求められる業務～今後のロードマップ～. 多職種講習

会：脳卒中相談窓口と脳卒中療養相談士制度.

⑬藤本茂. アンケート/文献レビューからみた回復期までの相談支援の課題. 多職種講習会：脳卒中相談窓口と脳卒中療養相談士制度.

⑭藤本茂. 第二次5カ年計画と脳卒中相談窓口における相談・支援. 合同シンポジウム2：明日へのシナリオ～「循環器病対策推進基本計画」と「脳卒中と循環器病克服第二次5カ年計画」～.

2) 「医療と福祉」

編集 公益社団法人日本医療社会福祉協会

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

令和3年度 厚生労働科学研究費 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

循環器病に関する適切な情報提供・相談支援のための方策と体制等の  
効果的な展開に向けた研究（20FA1023）

分担研究名 施設調査に基づく循環器疾患の医療・患者支援体制のあり方に関する研究

研究分担者	平田健一	神戸大学大学院医学研究科
	小室一成	東京大学大学院医学系研究科
	前村浩二	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科
	野出孝一	佐賀大学医学部
	宮本恵宏	国立循環器病研究センター オープンイノベーションセンター
研究協力者	牧田 茂	埼玉医科大学国際医療センター
	坂田泰史	大阪大学大学院医学系研究科
	三谷義英	三重大学医学部附属病院 周産母子センター
	眞茅みゆき	北里大学看護学部
	長尾式子	北里大学看護学部
	阿部隼人	北里大学看護学部
	石田洋子	日本医科大学武蔵小杉病院
	岡田明子	北里大学看護学部
	林加奈子	心臓血管研究所病院
	平野美樹	亀田総合病院

循環器疾患においては急性期病院あるいは高度循環器専門病院に高齢患者療養相談窓口あるいは生活療養支援相談窓口を設置し、疾病管理プログラムあるいは地域医療連携に精通した相談員の育成が必要である。的確な情報提供や生活指導、就労支援などを担える体制が求められる。本研究では、循環器疾患患者が入院あるいは通院する施設における相談窓口と相談支援、施設内および施設間の連携体制の現状と課題を明らかにするため、全国の日本循環器学会研修・研修関連施設 1352 施設を対象に施設調査を行った。回答施設 621 施設であり、回答率は 45.9%であった。相談支援窓口を設置している施設の特性や施設からの課題から、相談支援および情報提供を行う機能を有する部門は①循環器疾患患者の相談支援および情報提供に関する能力を有する専従ならびに専任の相談支援に携わる者を配置すること、②院内及び地域の診療従事者の協力を得て、院内外の循環器疾患患者及び家族及び地域住民及び医療機関等からの相談に対応する体制を整備し、相談支援に関する十分な経験を有する循環器疾患患者団体との連携協力体制を構築すること、③相談支援部門の機能について、主治医等から患者及び家族に対し周知が図られる体制を整備すること、④相談支援の業務内容が相談者のニーズと合致する



よう、相談者からフィードバックを得る体制を整備すること、⑤都道府県協議会での相談支援部門の体制に関する協議や、地域医療機関、在宅医療を提供する病院及び診療所、地域包括支援センター等との情報共有や役割分担を含む協力体制を構築することが必要であると考えられる。また、求められる業務は、循環器疾患の病態及び標準的治療及び循環器疾患の予防・早期発見等に関する一般的な情報の提供、循環器疾患患者の療養上の相談、セカンドオピニオンの提示が可能な医師の紹介、専門性の高い相談支援が必要な場合の、院内外の医療従事者の紹介、地域医療機関及び医師等診療従事者及び介護福祉施設に関する情報の収集、提供、患者/家族が組織する患者会や患者サロンなど患者活動に対する後方支援、相談支援部門の広報・周知活動などであると考えられた。

## A.目的

循環器疾患においては、高齢者心不全患者の急激な増大による心不全パンデミックに対応するための疾病管理プログラムあるいは包括的心臓リハビリテーションの積極的な活用などが、生命予後のみならず生活の質の観点からも重要になってきている。また、急性心筋梗塞、末梢動脈疾患、大動脈解離などの血管病においても、通常の二次予防のみならず、フレイルなどの身体的問題、認知などの精神神経問題、介護などの社会的問題などへの介入が重要となってきている。

疾患や患者の状態に応じた問題点を明らかにし、様々な職種が関与したチーム医療による疾病管理プログラムの下で、急性期・回復期・維持期を途切れることなく診療を行っていく重要性が高まっている。そこでは高度急性期・急性期病院（入院）と維持期（外来・在宅）との間に綿密な地域医療連携がなされなければならない。

しかしながら現状では、そういった取り組みは大規模病院を中心に運用されるようになってきているが、問題点も多く残されている。チーム医療を担う人材の不足、

特に地域包括ケアシステムや介護・福祉サービスの仕組みに関する知識や経験が豊富な人材は少ない。また体制としても疾病管理プログラムあるいは地域医療連携において最善のものが定型化されておらず、広く普及されるに至っていない。

また、循環器診療の進歩に伴い従来は致死性であった、また長期予後を期待できなかった疾患患者の命が守られ、社会復帰を果たす患者が増加している。

心臓移植後、成人先天性心疾患、肺高血圧症、重症心室性不整脈・突然死などが挙げられるが、専門診療の体制整備が十分ではないのと同時に、生涯継続医療の視点からの診療対応の不備がある。中でも患者の社会復帰を促進していくに際した支援体制およびコーディネーターが不足していることも問題である。

循環器疾患においては急性期病院あるいは高度循環器専門病院に高齢患者療養相談窓口あるいは生活療養支援相談窓口を設置し、疾病管理プログラムあるいは地域医療連携に精通した相談員の育成が必要である。更には的確な情報提供や生活指導、就労支援などを担える体制が求められる。

本研究では、循環器疾患患者が入院あるいは通院する施設における相談窓口と相談支援、施設内および施設間の連携体制の現状と課題を明らかにするため、全国の日本循環器学会研修・研修関連施設を対象に施設調査を行った。

## B. 研究方法

全国の日本循環器学会研修・研修関連施設 1352 施設を対象に、Web を用いたアンケート調査を行った。調査項目は、施設の特徴に関する施設形態、病床数、年間の入院患者数、治療件数などに加え、相談窓口、相談支援、退院支援・退院調整、多職種連携、施設間・施設行政間連携、患者会・家族会、患者サロンに関すること、相談窓口開設における課題などである。

統計解析は、調査対象施設の特徴及び相談窓口、相談支援等の実態に関しては、記述統計（連続変数：中央値と四分位範囲（IQR）、カテゴリ変数：度数と頻度）を行い、相談窓口、相談支援等の関連要因に関しては、 $\chi^2$  検定を用いた。（連続変数：四分位範囲を用いて 4 群に分類）

## C. 研究結果

調査依頼を行った 1352 施設の内、回答施設 621 施設であり、回答率は 45.9%であった。地域区別の回答率と施設形態別の回答率を表 1、2 に示す。

	n	%
北海道地方 (n=76)	33	43.4
東北地方 (n=92)	37	40.2
関東地方 (n=360)	153	42.5
中部地方 (n=217)	88	40.6
関西地方 (n=262)	121	46.2
中国地方 (n=80)	42	52.5
四国地方 (n=61)	37	60.7
九州地方・沖縄地方 (n=204)	110	53.9

表 1. 地域区別の回答率

	n	%
大学病院（国公立）(n=53)	35	66.0
大学病院（私立）(n=83)	40	48.2
国公立病院（国立病院機構）(n=57)	38	66.7
国公立病院（都道府県立・市町村立・労災病院・PFI事業等）(n=380)	177	46.6
一般病院 (n=768)	323	42.1
医院・診療所・その他 (n=11)	4	36.4

表 2. 施設形態別の回答率

回答施設の割合を、図 1、2 に示し、回答施設の診療状況を表 3 に、専門職が所属する施設割合を表 4 に示す。

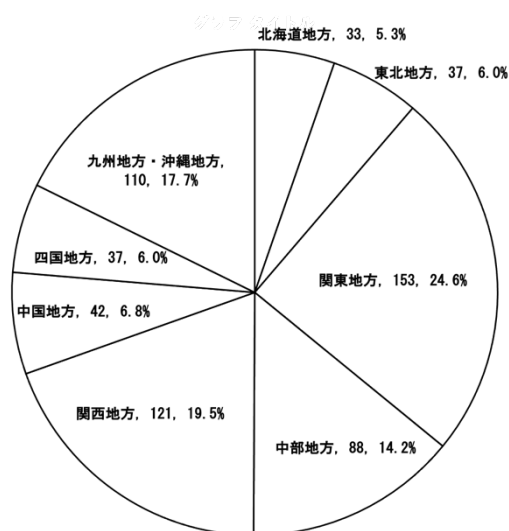


図 1. 地域別の割合（地域、施設数、割合）

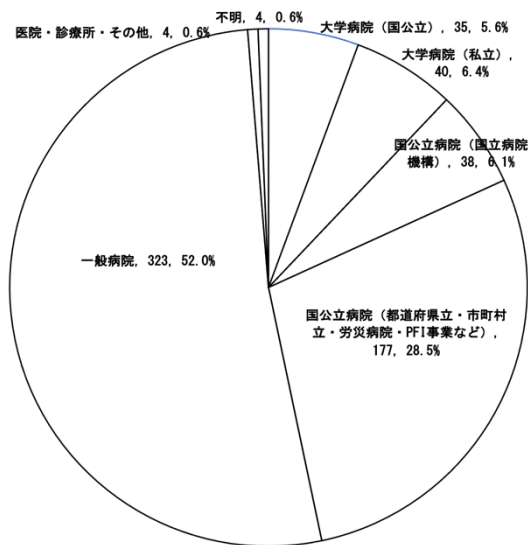


図2. 施設形態別の割合 (施設形態、施設数、割合)

	mean	IQR
施設全体の病床数 (n=616)	350	249.3, 520.0
診療科別の年間の入院患者数		
循環器内科 (n=615)	819	479.0, 1319.0
心臓血管外科 (n=364)	187	78.5, 329.0
小児心臓科 (n=160)	13	0, 138.5
年間の入院患者数		
急性心筋梗塞 (n=616)	49.5	20.3, 87.8
心不全 (n=615)	179	107.0, 276.0
急性大動脈解離 (n=613)	9	2.0, 28.0
ファロー四徴症 (n=606)	0	0, 0
心大血管疾患リハビリテーション新規患者数 (n=478)	275.5	133.8, 505.3
心大血管疾患リハビリテーション実施件数 (年間延べ件数) (n=476)	4304.5	2270.0, 7279.3
年間の治療件数		
緊急PCI件数 (n=571)	52	26.0, 99.0
待機的PCI件数 (n=570)	123	59.0, 205.3
補助循環LVAD件数 (n=616)	0	0, 0
ペースメーカー植え込み件数 (新規) (n=616)	28	13.0, 49.0
ICD植え込み件数 (新規) (n=616)	0	0, 6.0
CRT植え込み件数 (新規) (n=616)	0	0, 1.0
CRT-D植え込み件数 (新規) (n=616)	0	0, 3.0
アブレーション件数 (n=616)	10	0, 138.5
心臓手術件数 (n=317)	88	38.0, 177.5

表3. 回答施設の診療状況

	n	%
医療ソーシャルワーカー・ソーシャルワーカー	610	98.2
社会保険労務士	100	16.1
退院支援看護師・退院調整看護師	542	87.3
臓器移植コーディネーター	108	17.4
その他の相談支援員	197	31.7

表4. 専門職を有する施設の割合

様々な疾患に対する相談窓口の有無について、あると回答した施設は 428 施設 (68.9%) であり、2-3 年以内に設置予定の施設は 5 施設 (0.8%)、設定する予定はあるが時期は未定と答えた施設は 65 施設 (10.5%)、設置する予定はないとした施設は 123 施設 (19.8%) であったが、循環器疾患に特化した相談窓口については、それぞれ 18 施設 (2.9%)、10 施設 (1.6%)、74 施設 (11.9%)、519 施設 (83.6%) であった。循環器疾患に特化した相談窓口を有する 18 施設の分布を図3に示す。

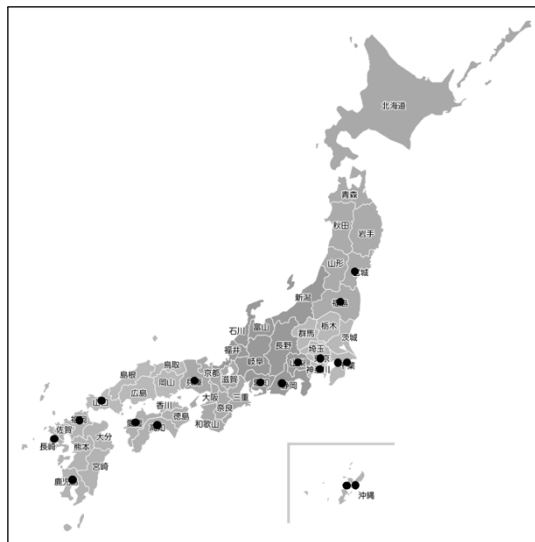


図3. 循環器疾患に特化した相談窓口の分布

様々な疾患に対する相談窓口がある 428 施設では、外来患者、外来患者の家族、入院患者、入院患者の家族が対象者である施設はそれぞれ、400 施設 (93.5%)、385 施設 (90.0%)、396 施設 (92.5%)、396 施設

(92.5%)であり、循環器疾患発症前の一般住民を対象にしているのは63施設(14.7%)であり、直近1年間の循環器疾患患者の相談件数 mean, (IQR)は、43.5, (10, 200)であった。また、施設に専属で配置されている職種は、医師33施設(7.7%)、看護師340施設(79.4%)、ソーシャルワーカー366施設(85.5%)、事務職223施設(52.1%)、その他の職種(臨床心理士/公認心理師、薬剤師、医療対話推進者、社会福祉士、医療メディエーター、介護支援事業所、医療通訳)37施設(8.6%)であった。

循環器疾患に特化した相談窓口がある18施設の中では、外来患者、外来患者の家族、入院患者、入院患者の家族が対象者である施設はそれぞれ、18施設(100.0%)、16施設(88.9%)、16施設(88.9%)、14施設(77.8%)であり、循環器疾患発症前の一般住民を対象にしているのは3施設(16.7%)であり、直近1年間の循環器疾患患者の相談件数 mean, (IQR)は、128.5, (31.5, 406)であった。また、施設に専属で配置されている職種は、医師4施設(22.2%)、看護師13施設(72.2%)、ソーシャルワーカー11施設(61.1%)、事務職5施設(27.8%)、その他の職種(メディカルクラーク)2施設(11.1%)であった。

患者が相談する医療従事者、実施する場所、相談内容を表5、6、7に示す。

	入院患者		外来患者	
	n	%	n	%
医師	583	93.9	582	93.7
看護師	600	96.6	518	83.4
ソーシャルワーカー	561	90.3	478	77.0
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	402	64.7	183	29.5
薬剤師	365	58.8	142	22.9
栄養士	353	56.8	185	29.8
臓器移植コーディネーター	10	1.6	10	1.6
その他	29	4.7	27	4.3
(その他の職種)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 退院支援看護師</li> <li>・ ケアマネジャー</li> <li>・ 事務職員</li> <li>・ 医療コーディネーター</li> <li>・ 公認心理師/臨床心理士</li> <li>・ 生理検査技師</li> <li>・ 両立支援科担当者</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事務職員</li> <li>・ 地域連携課</li> <li>・ 医療対話推進者</li> <li>・ 健康運動指導士</li> <li>・ 相談員</li> <li>・ 公認心理師/臨床心理士</li> <li>・ 生理検査技師</li> <li>・ 両立支援科担当者</li> </ul>	

表5. 患者が相談する医療従事者

	入院患者		外来患者	
	n	%	n	%
病棟	595	95.8	-	-
外来	-	-	588	94.7
退院支援部門	365	58.8	171	27.5
相談窓口	330	53.1	369	59.4
地域連携室	261	42.0	224	36.1
心臓リハビリテーション室	213	34.3	145	23.3
心不全看護外来	55	8.9	65	10.5
その他	13	2.1	21	3.4
(その他の場所)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 外来</li> <li>・ 移行支援外来</li> <li>・ 医療相談室</li> <li>・ 入退院患者サポートセンター</li> <li>・ 面談室</li> <li>・ 会議室</li> <li>・ 家族控室</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ソーシャルワーカー室</li> <li>・ 相談室</li> <li>・ 看護専門外来</li> <li>・ 心リハ看護外来</li> <li>・ 救命救急センター</li> <li>・ 両立支援科</li> </ul>	

表6. 相談支援を実施する場所

相談内容	入院患者		外来患者	
	n	%	n	%
治療に関すること	583	93.9	570	91.8
病態に関すること	561	90.3	545	87.8
経済面に関すること	555	89.4	506	81.5
日常生活やセルフケアに関すること	548	88.2	519	83.6
予後に関すること	490	78.9	447	72
サービスや制度に関すること	483	77.8	436	70.2
介護に関すること	481	77.5	417	67.1
症状や症状緩和に関すること	467	75.2	460	74.1
緊急時の対応に関すること	461	74.2	442	71.2
受診や通院に関すること	455	73.3	440	70.9
仕事に関すること	454	73.1	445	71.7
治療の意思決定に関すること	447	72	418	67.3
心理面に関すること	337	54.3	315	50.7
機器管理に関すること	282	45.4	276	44.4
医療者との関係に関すること	278	44.8	272	43.8
セカンドオピニオンに関すること	264	42.5	241	38.8
学校や学業に関すること	169	27.2	190	30.6
性生活に関すること	139	22.4	133	21.4
遺伝に関すること	124	20	114	18.4
その他	4	0.6	6	1
(その他の相談内容)	・療養先や転院先に関すること ・受診先（病院やクリニック等の紹介・案内） ・クレーム（院内各職種スタッフに対して、システム等含む）		・コロナワクチン ・家族の役割・家族関係	

表 7. 相談内容

退院支援・退院調整、多職種連携、施設間・施設行政間連携については、表 8、9、10 に示す。

	n	%
退院支援・退院調整部門あり	585	94.2
循環器疾患患者に対する退院支援・退院調整の実施あり	598	96.3
循環器疾患患者に対する退院前カンファレンスの実施あり	519	83.6
循環器疾患患者に対する退院時共同指導料の算定あり	364	58.6

表 8. 退院支援・退院調整

	n	%
多職種チームあり	446	71.8
存在する多職種チームの種類		
心不全に関するチーム	361	58.1
緩和ケアチーム	190	30.6
虚血性心疾患に関するチーム	114	18.4
不整脈・デバイスに関するチーム	107	17.2
補助人工心臓・心臓移植に関するチーム	43	6.9
その他の多職種チーム	91	14.7
(その他の多職種チームの種類)		
・構造的心疾患に関するチーム ・TAVIに関するチーム ・心臓リハビリテーションチーム ・肺高血圧症に関するチーム ・末梢動脈疾患に関するチーム ・包括的高度慢性下肢虚血に関するチーム		・移行期支援チーム ・SAS (ASD含む) に関するチーム ・認知症・せん妄チーム ・褥瘡チーム ・フットケアチーム ・呼吸ケアチーム

表 9. 多職種連携

	取っている		現在は取っていないが、今後取る予定がある		現在は取っておらず、今後とも取る予定はない	
	n	%	n	%	n	%
施設と地域医療機関との連携	418	67.3	126	20.3	77	12.4
施設と行政との連携	279	44.9	124	20.0	218	35.1
施設と地域の相談窓口との連携	386	62.2	111	17.9	124	20.0

表 10. 施設間・施設行政間連携

患者会、家族会、患者サロンについては、施設内に患者会、家族会がある施設は28施設 (4.5%)、施設がある地域に患者会、家族会がある施設は65施設 (10.5%)、その65施設の中で施設と患者会、家族会との連携があるのが31施設 (47.7%)、施設内に患者サロンがあるのが35施設 (5.6%)であった。地域に患者会、家族会がある都道府県を図4に示す。

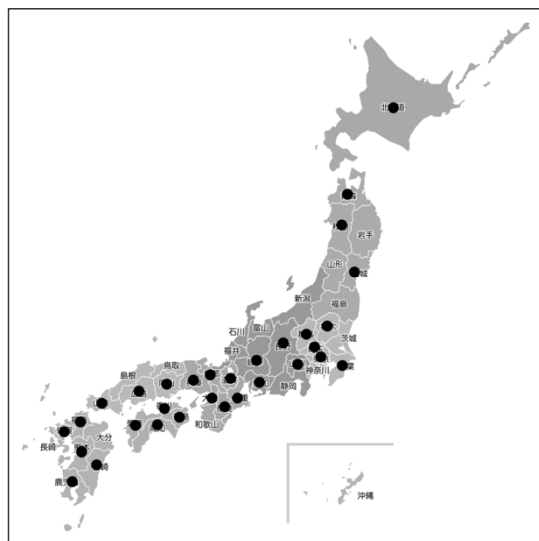


図 4. 地域に患者会・家族会がある都道府県

相談窓口開設における課題としては、人員増員が多く挙げられていた。(表 11)

表 11. 相談窓口開設における課題

施設調査で循環器相談窓口ありと回答した2施設へのヒアリング調査についてまとめたものを、図5に示す。

	n	%
医療ソーシャルワーカー・ソーシャルワーカーの増員	556	89.5
循環器疾患を専門とする看護師の増員	528	85.0
診療報酬の付加	471	75.8
循環器疾患を専門とする看護師以外のメディカルスタッフの増員	427	68.8
事務員の増員	417	67.1
医師の協力	407	65.5
行政のサポート	385	62.0
看護師の増員	349	56.2
相談支援を実施するための設備	312	50.2
医師の増員	303	48.8
その他相談員の増員	172	27.7
その他	10	1.6
(その他の課題)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ACPなど意思決定に係わる研修・啓蒙</li> <li>・ 過疎に耐えられる医療体制</li> <li>・ 人と経済的サポートが不可欠</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 規模が小さくセンターの設置は困難</li> <li>・ 相談窓口を開設する余裕はない</li> </ul>	

## 【A病院の取組み】

<b>施設の特徴</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 施設形態 地域医療支援病院</li> <li>➢ 所在地 東京都多摩地区</li> <li>➢ 病床数 307床</li> <li>➢ 診療科 循環器内科 心臓血管外科 循環器小児科 心臓リハビリテーション科 小児外科 放射線科 麻酔科 など</li> <li>➢ 医師数 約100名</li> <li>➢ その他 両立支援モデル事業実施</li> </ul>	<b>相談窓口の実態</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 「相談窓口」という名称では設けていないが、相談支援体制あり</li> <li>➢ 相談窓口：外来（看護師6名）または医療連携室（ソーシャルワーカー6名）</li> <li>➢ 相談窓口の設置年：2003年から対面での相談支援開始、2018年から電話による相談支援も開始</li> <li>➢ 相談窓口と連携している職種：医師、栄養士、薬剤師、心理士（心臓リハビリテーション室所属）</li> <li>➢ 相談窓口と連携している部署：入院支援室、心臓リハビリテーション室</li> <li>➢ 相談方法：電話、対面</li> <li>➢ 利用可能な時間帯：平日9時～16時30分と1時～6時（管理夜勤の師長が対応）、土曜日の9～13時</li> <li>➢ 利用者：入院患者・外来患者、初診での受診を希望する患者 院外の医療機関・施設（訪問看護ステーション、保健福祉施設等）</li> <li>➢ 相談内容：疾患や治療に関すること（受診調整、内服薬に関する事など） 療養に関すること（介護・仕事に関する事など） 保健福祉サービスや利用可能な制度に関すること→主にソーシャルワーカーが対応</li> <li>➢ 連携している院外の施設：地域包括支援センター、居宅介護事業所、保健福祉施設、保健福祉課など</li> <li>➢ 院外の施設との連携方法：サマリーの送付、電話</li> <li>➢ 患者会・家族会：施設内にはなし 施設がある地域にデバイスの会、心臓病の子供を守る会があるが施設との連携なし</li> </ul>
<b>相談窓口開設における課題</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 人員の確保</li> <li>➢ 場所の確保</li> </ul>	<b>相談窓口開設における要望</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 循環器疾患の特徴から24時間体制で相談支援を行うことができる体制の構築が必要</li> <li>➢ 電話、対面、ソーシャル・ネットワーキング・サービス等を組み合わせた相談支援体制が求められる</li> </ul>

## 【B病院の取組み】

<b>施設の特徴</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 施設形態 地域医療支援病院</li> <li>➢ 所在地 高知県</li> <li>➢ 病床数 512床 一般病床 452床 精神病床 60床</li> <li>➢ 職員数 1,581.55人</li> <li>➢ 診療科 内科、外科など31診療科 (循環器に関する診療科) 循環器内科 心臓血管外科 リハビリテーション科</li> </ul>	<b>相談窓口の実態</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 相談窓口の名称：心不全看護外来（慢性心不全看護認定看護師1名） ※心不全患者のみでなく、全ての循環器疾患患者を対象に相談支援を実施</li> <li>➢ 相談窓口の設置年：2019年4月</li> <li>➢ 相談窓口と連携している部署：心不全チーム、ハートチーム、不整脈チーム、在宅支援チーム、 認知症ケアチーム、感染チーム等</li> <li>➢ 相談方法：電話、対面</li> <li>➢ 利用可能な時間帯：毎週火・水に心不全看護外来実施、その他、平日であれば対応可能</li> <li>➢ 利用者：かかりつけの患者・家族、受診歴がある患者・家族 ケアマネジャー、保健師、地域医療機関の看護師</li> <li>➢ 相談内容：疾患や治療に関すること（内服薬に関することが多い） 療養に関すること（栄養、介護、運動に関する事など） 心理面に関すること（将来への不安、今後の生活への不安など） 経済面に関すること（医療費など）</li> <li>➢ 連携している院外の医療機関・施設：一般診療所（訪問診療実施施設を含む） 心臓リハビリテーション実施施設</li> <li>➢ 患者会・家族会：なし</li> </ul>
<b>相談窓口開設における課題</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 患者のかかりつけ医療機関との連携が取れていない</li> <li>➢ 相談支援を行うための時間の確保</li> </ul>	

図5. 施設調査で循環器相談窓口ありと回答した施設へのヒアリング調査

様々な疾患に対する相談窓口が設置されていた施設は、表12に示すように、施設形態、病床数、ソーシャルワーカー、退院支援看護師・退院調整看護師、臓器移植コーディネーター、その他の相談支援員、退院支援、退院調整の部門やカンファレンス実施、退院時共同指導料算定、多職種チーム、不整脈・デバイスチーム、緩和ケアチーム、施設間・施設行政間の連携、患者会・家族会との連携がある施設に多かった。

さらに、循環器疾患患者に特化した相談窓口は、施設形態、多職種チーム、不整脈・デバイスチーム、虚血性心疾患チーム、緩和ケアチーム、施設間・施設行政間の連携がある施設に多かった。(表13)

施設形態 (n=616)	相談窓口あり		有意確率
	n	%	
大学病院 (国公立)	28	80	0.003
大学病院 (私立)	30	75	
国公立病院 (国立病院機構)	28	73.7	
国公立病院 (都道府県立・市町村立・労災病院・PFI事業など)	132	74.6	
一般病院	208	64.4	
医院・診療所・その他	0	0	
<b>病床数 (n=616)</b>			
0-249床	88	57.1	<0.001
250-350床	100	63.3	
351-520床	116	76.3	
521床以上	121	79.6	
<b>在籍している専門職種 (n=621)</b>			
ソーシャルワーカー	426	99.5	<0.001
社会保険労務士	75	17.5	0.152
退院支援看護師・退院調整看護師	398	93	<0.001
臓器移植コーディネーター	88	20.6	0.002
その他の相談支援員	150	35	0.008
<b>退院支援・退院調整 (n=621)</b>			
退院支援・調整部門あり	419	97.9	<0.001
退院前カンファレンス実施あり	384	89.7	<0.001
退院時共同指導料算定あり	293	68.5	<0.001
<b>多職種連携 (n=621)</b>			
多職種チームあり	329	76.9	<0.001
心不全チームあり	262	61.2	0.02
不整脈・デバイスチームあり	86	20.1	0.005
虚血性心疾患チームあり	80	18.7	0.749
VAD・移植チームあり	33	7.7	0.251
緩和ケアチームあり	161	37.6	<0.001
<b>施設間・施設行政間連携 (n=621)</b>			
地域医療機関との連携あり	319	74.5	<0.001
行政との連携あり	233	54.4	<0.001
地域の相談窓口との連携あり	308	72	<0.001
<b>循環器疾患患者の患者会・家族会・患者サロン (n=621)</b>			
施設内に患者会・家族会あり	18	4.2	0.588
施設内に患者サロンあり	27	6.3	0.279
<b>地域の循環器疾患患者の患者会・家族会と施設との連携 (n=291)</b>			
連携あり	26	13.9	0.016

表12. 様々な疾患に対する相談窓口の有無に関連する要因



施設形態 (n=616)	相談窓口あり		有意確率
	n	%	
大学病院 (国公立)	1	2.9	0.044
大学病院 (私立)	0	0	
国公立病院 (国立病院機構)	1	2.6	
国公立病院 (都道府県立・市町村立・ 労災病院・PFI事業など)	0	0	
一般病院	16	5	
医院・診療所・その他	0	0	
<b>病床数 (n=616)</b>			
0-249床	6	3.9	0.783
250-350床	5	3.2	
351-520床	3	2	
521床以上	4	2.6	
<b>在籍している専門職種 (n=621)</b>			
ソーシャルワーカー	18	100	0.722
社会保険労務士	5	27.8	0.148
退院支援看護師・退院調整看護師	18	100	0.083
臓器移植コーディネーター	5	27.8	0.188
その他の相談支援員	6	33.3	0.882
<b>退院支援・退院調整 (n=621)</b>			
退院支援・調整部門あり	18	100	0.336
退院前カンファレンス実施あり	18	100	0.038
退院時共同指導料算定あり	12	66.7	0.482
<b>多職種連携 (n=621)</b>			
多職種チームあり	18	100	0.007
心不全チームあり	14	77.8	0.086
不整脈・デバイスチームあり	10	55.6	<0.001
虚血性心疾患チームあり	11	61.1	<0.001
VAD・移植チームあり	3	16.7	0.122
緩和ケアチームあり	10	55.6	0.02
<b>施設間・施設行政間連携 (n=621)</b>			
地域医療機関との連携あり	18	100	<0.001
行政との連携あり	17	94.4	<0.001
地域の相談窓口との連携あり	18	100	<0.001
<b>循環器疾患患者の患者会・家族会・患者サロン (n=621)</b>			
施設内に患者会・家族会あり	1	5.6	0.569
施設内に患者サロンあり	2	11.1	0.269
<b>地域の循環器疾患患者の患者会・家族会と施設との連携 (n=291)</b>			
連携あり	1	5.6	0.569

表 13. 循環器疾患患者に特化した相談窓口の有無に関連する要因

#### D. 考察

全国の日本循環器学会研修・研修関連施設 1352 施設を対象に、Web を用いたアンケート調査を行った。

相談支援窓口を設置している施設の特性や施設から出された課題を考慮すると、相

談支援および情報提供を行う機能を有する部門は下記の①～⑤の体制を確保することが望ましいと考えられる。

①循環器疾患患者の相談支援および情報提供に関する能力を有する専従ならびに専任の相談支援に携わる者を配置すること。

②院内及び地域の診療従事者の協力を得て、院内外の循環器疾患患者及び家族及び地域住民及び医療機関等からの相談に対応する体制を整備し、相談支援に関する十分な経験を有する循環器疾患患者団体との連携協力体制を構築すること。

③相談支援部門の機能について、主治医等から患者及び家族に対し周知が図られる体制を整備すること。

④相談支援の業務内容が相談者のニーズと合致するよう、相談者からフィードバックを得る体制を整備すること。

⑤都道府県協議会での相談支援部門の体制に関する協議や、地域医療機関、在宅医療を提供する病院及び診療所、地域包括支援センター等との情報共有や役割分担を含む協力体制を構築すること。

さらに、昨年度行った文献レビューと今回の調査より、相談支援および情報提供を行う機能を有する部門に求められる業務は以下のア～キを含むものとなる。

ア. 循環器疾患の病態及び標準的治療及び循環器疾患の予防・早期発見等に関する一般的な情報の提供

イ. 循環器疾患患者の療養上の相談

ウ. セカンドオピニオンの提示が可能な医師の紹介

エ. 専門性の高い相談支援が必要な場合の、院内外の医療従事者の紹介

オ. 地域医療機関及び医師等診療従事者及び介護福祉施設に関する情報の収集、提供

カ. 患者/家族が組織する患者会や患者サロンなど患者活動に対する後方支援

キ. 相談支援部門の広報・周知活動

## E. 結論

全国の日本循環器学会研修・研修関連施設を対象としたアンケート調査及び文献レビューから、相談支援および情報提供を行う機能を有する部門のあり方を示した。(図6)

## F. 健康危機情報

特になし

## G. 研究発表

特になし

## H. 知的所有権の取得状況

特になし

## 参考文献

特になし

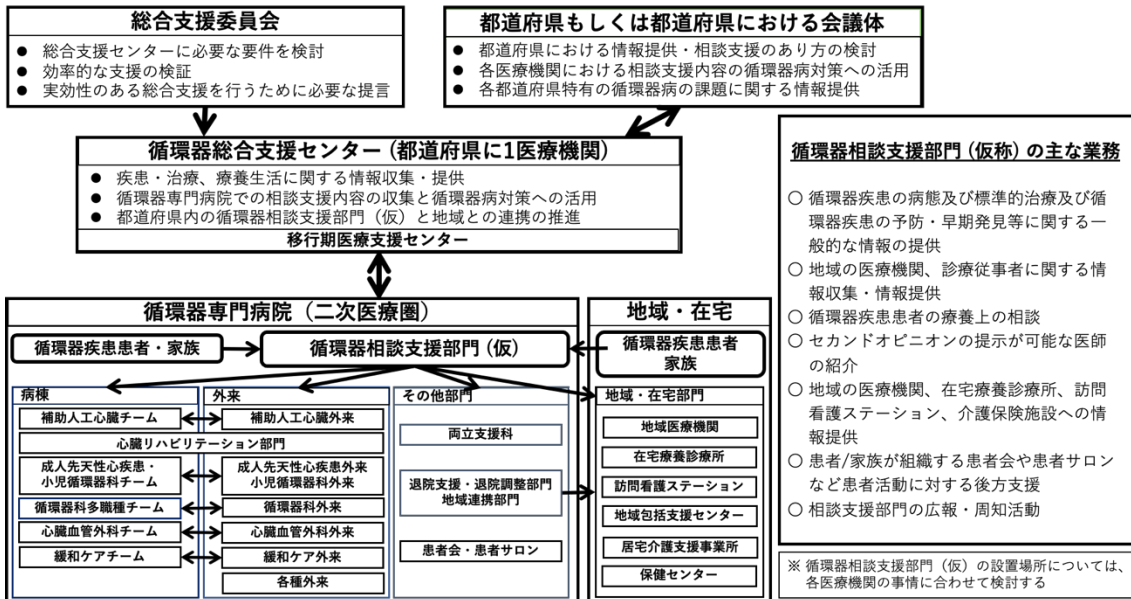


図6. 循環器疾患患者に対する情報提供・相談支援体制のあり方 (案)

厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）  
（総括・分担）研究報告書

循環器病に関する適切な情報提供・相談支援のための方策と体制等の効果的な展開に向けた研究

～脳卒中相談窓口のモデル構築のための要綱およびマニュアルの作成～

研究責任者 宮本享 京都大学脳神経外科  
研究分担者 橋本洋一郎 熊本市市民病院脳神経内科  
研究分担者 藤本茂 自治医科大学内科学講座神経内科学部門  
研究分担者 吉田和道 京都大学脳神経外科  
研究分担者 富永悌二 東北大学脳神経外科  
研究協力者 竹川英宏 獨協医科大学脳卒中センター  
豊田章宏 中国労災病院  
井口保之 東京慈恵会医科大学脳神経内科  
板橋亮 岩手医科大学脳神経内科  
和田邦泰 熊本市市民病院脳神経内科  
小澤美里 自治医科大学内科学講座神経内科学部門

#### 研究要旨

脳卒中における医療・患者相談支援体制の在り方について、文献レビューと施設の実態アンケートの結果より、介護、長期的なリハビリテーション、心理サポート、治療と仕事の両立、訪問サービスのニーズが高いことが示されたが、患者・介護者はアクセスのし難さを感じており、ワンストップの脳卒中相談窓口を設置することがこれらの問題を改善できる可能性が示唆された。一方で、回復期・維持期（生活期）までを含めた情報共有や支援体制の充実を図ることが必要であり、このためには人員増員、診療報酬付加、積極的な行政サポートが求められていることが明らかとなった。以上の結果を踏まえて、脳卒中相談窓口設置に向けて要綱およびマニュアルの作成を行った。

#### A. 研究目的

本研究の目的は、日本各地の一次脳卒中センターに相談窓口をどのように設置し、体制を整備し、どのように支援を行っていくかに関して、モデル構築を行なうことである。そのための分担研究として、地域包括ケア・地域連携・包括的リハビリテーショ

ンなど、脳卒中における医療・患者相談支援体制に関する国内外の先行論文のレビューおよび一次脳卒中センターにおける現状のアンケート調査の結果をもとに、脳卒中相談窓口のモデル構築に向けて要綱およびマニュアルの作成を行った。

## B. 研究方法

地域包括ケア・地域連携・包括的リハビリテーションなど、脳卒中における医療・患者相談支援体制に関する国内外の先行論文のレビューの結果より、脳卒中相談窓口における情報提供、相談・支援の内容について策定した。

また、一次脳卒中センターにおける現状のアンケート調査の結果より、脳卒中相談窓口設置に向けての課題とロードマップについて検討した。

## C. 研究結果

脳卒中相談窓口における情報提供、相談・支援の内容を以下のように定めた。

### 1. 直接自宅退院する患者・家族への対応

1) 食事栄養指導、服薬指導、生活習慣改善などの再発・合併症予防のための疾患管理プログラムに関する指導や情報提供を各専門職と協力して行い、かかりつけ医との連携を支援する。

2) 情報提供、相談・支援および関係部署との連携

- ・今後起こりうる病態や合併症についての情報提供と患者およびその家族の理解促進
- ・療養上の意思決定や課題解決に向けた支援
- ・通所・訪問リハビリテーションの継続、装具の作成・作り直しに関する情報提供
- ・就労を希望する患者に対する治療と仕事の両立支援（両立支援コーディネーターと連携）
- ・障害福祉制度との円滑な連携と社会復帰に向けての支援
- ・地域包括ケアシステム・介護保険・在宅介護サービス・訪問診療に関する情報提供
- ・身体障害者認定（視覚障害、聴覚・平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能

障害、肢体不自由、内部障害）、精神障害者保健福祉手帳に関する情報提供

- ・身寄りがない患者、生活困窮者などの権利擁護事業との連携

- ・運転免許や通院・リハビリテーション・就労のための交通手段に関する相談

- ・言語障害、視覚障害、てんかん、うつ、認知症など特定の障害や合併症に関する相談

- ・医療機関や福祉サービス（障害者相談センター、障害者就業・生活支援センターなどの行政サービス）や患者会の紹介

- ・かかりつけ医への脳卒中地域連携パスや疾患管理プログラムに関する情報提供

3) 経済的、心理的、社会的な困りごとに関する相談

2. 回復期、維持期（生活期）医療機関へ転院する患者・家族への対応

1) 脳卒中地域連携パスについての説明

2) 患者の状態や家族の環境に応じた、遠隔地を含めた転院先、療養先の選定を支援

3) 回復期や維持期（生活期）の医療機関との情報共有

上記の内容について、多職種により「脳卒中相談窓口マニュアル（添付資料）」を作成した。

また、脳卒中相談窓口は既存の地域医療連携室あるいは患者サポートセンター等の中で「脳卒中相談窓口」の看板を掲示することとし、まずは一次脳卒中センターのコア施設から順次設置することとした。

脳卒中相談窓口の構成員については、以下のように定めた。

＜脳卒中相談窓口構成員について＞

脳卒中専門医資格を持つ医師1名が責任者となり、脳卒中

専門医、常勤の脳卒中に精通した看護師（脳卒中認定看護師が望ましい）や医療ソーシャルワーカー（社会福祉士や精神保健福祉士）各1名以上が中心的役割を担う。脳卒中療養相談士を1名以上配置し、必要に応じて理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士、臨床心理士（公認心理師）等の各専門職を構成員に含める。また、両立支援コーディネーター研修受講者の参加が望ましい。2022年度は脳卒中患者への情報提

供・相談支援を行う病院職員で日本脳卒中学会が主催する講習会「脳卒中相談窓口講習会」および、ライブシンポジウム「脳卒中相談窓口における多職種役割と育成：人材育成セミナー「脳卒中相談窓口」」の両方を受講した者（両方の講習会を受講した後に受講証を発行し、脳卒中療養相談士と称する）が配置されている必要がある。

#### D. 考察

現状の課題として、多職種による患者のみならず家族・介護者への多面的な相談・支援体制が不足しているのみならず、アセスの困難さが指摘されている。一次脳卒中センターに患者・家族がワンストップでアクセスできる脳卒中相談窓口を設置し、多職種による情報提供、相談・支援を実践することがこれらの問題を改善できる可能性がある。本研究班の成果により、モデル構築が可能となった。一次脳卒中センターのコア施設で展開される脳卒中相談窓口の実績について分析し、

よりよいものに改変していくことが求められる。

#### E. 結論

一次脳卒中センターにおける脳卒中相談窓口の設置のための要綱および脳卒中相談窓口マニュアルを作成した。

#### F. 健康危険情報

特記事項なし

#### G. 研究発表

- 1) 藤本茂. 脳卒中相談窓口に必要な人材育成. Web liveシンポジウム9:脳卒中の診療とケアにかかわる人材育成3「脳卒中相談窓口」. STROKE2022 4/23. Web
- 2) 藤本茂. 脳卒中相談窓口の役割と求められる業務～今後のロードマップ～. 多職種講習会：脳卒中相談窓口と脳卒中療養相談士制度. STROKE2022 2022/3/20. 大阪
- 3) 藤本茂. アンケート/文献レビューからみた回復期までの相談支援の課題. 多職種講習会：脳卒中相談窓口と脳卒中療養相談士制度. STROKE2022 2022/3/20. 大阪
- 4) 藤本茂. 第二次5カ年計画と脳卒中相談窓口における相談・支援. 合同シンポジウム2:明日へのシナリオ～「循環器病対策推進基本計画」と「脳卒中と循環器病克服第二次5カ年計画」～. STROKE2022 2022/3/17. 大阪

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

令和3年度厚生労働科学研究費補助金  
(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)  
(分担) 研究報告書  
循環器病 (脳卒中・心疾患) に関する適切な情報提供・相談支援のための方策と  
体制等の効果的な展開に向けた研究 (20FA1023)

分担研究報告書

分担研究名：脳卒中患者のニーズに対応する相談支援プログラムの作成と評価

研究分担者 秋山 美紀 慶應義塾大学環境情報学部  
早坂 由美子 (公社) 日本医療社会福祉協会/北里大学病院

研究協力者 取出 涼子 医療法人社団輝生会 人財育成局  
榊原 次郎 医療法人樟立会 たちかわ脳神経外科クリニック  
星野 由利子 医療法人札幌麻生脳神経外科病院  
林 真紀 特定医療法人社団勝木会やわたメディカルセンター  
藤井 由記代 社会医療法人大道会森之宮病院  
新村 郁子 公益財団法人日本心臓血管研究振興会附属  
榊原記念病院  
斉藤 慶子 医療法人社団ゆみの ゆみのハートクリニック

研究要旨

【目的】脳卒中患者が必要とする相談支援は、急性期・回復期等の入院加療時のみならず、退院後の再発防止につながる支援や社会的孤立を防ぎ社会参加を促す支援など多岐にわたる。本研究の目的は、①脳卒中患者のニーズを踏まえた適切な相談支援プログラムの項目を構造化し、②それらの項目の実施状況および重要度を確認することで妥当性を検討することである。【方法】まず、保健医療分野で長期の経験を有するソーシャルワーク(SW)の専門職らが議論を重ね、インパクト理論を援用しながら、相談支援プログラムのゴールを構造化し、それにつながるプログラムの項目を抽出した。次に、それらの支援項目の実施状況および重要と考える度合いを把握するために、日本医療ソーシャルワーカー協会会員(5541名)を対象にウェブアンケートを実施した。実施状況と重要度は4件法で訊ね、さらに自由記載欄でソーシャルワーカーが感じている困難や課題等を収集した。

【結果】①相談支援プログラムの最終ゴールは「脳卒中者にとっての『意味ある人生』への道筋の見える化」となり、そ

の下位目標として最終的にマイクロ・メゾ・マクロの3つのレベル計13のゴールと、それらに紐づく36項目が抽出された。②アンケートの有効回答は1,339人(24.2%)で、このうちの6割が脳卒中患者の支援を「かなり行っている」「ある程度行っている」と回答した。相談支援プログラム36項目のうち、8割以上が実施していた項目は「経済的問題への支援」、「地域にある社会資源の情報伝達と活用の支援」、「適した受診先や、運動やリハビリの場の情報提供」であった。実施が少なかった項目は、「ピアサポート体制の定期的な検証」(3.8%)、「地域にサロン等他者と交流できる場をつくること」(5.6%)、「患者会や行政等と協働し地域のピアサポート体制を構築すること」(9.4%)であり、個別支援に比して、地域活動の実施状況が低いことが示された。必要と考える者の割合が9割を超えるにも関わらずほとんど実施ができていない項目は、アウトリーチ、就労に関する相談支援、地域でのネットワーキング、人材育成等多岐にわたっていた。36項目中33項目の実施状況は、医療機関が有するSW部門の人数と有意な関連が認められ、脳卒中

患者のニーズに応えるためには、十分な相談支援専門職の配置が重要であること

が示された

## A. 研究目的

脳卒中患者が必要とする相談支援は、急性期・回復期等の入院加療時のみならず、退院後の再発防止につながる支援や社会的孤立を防ぎ社会参加を促す支援など多岐にわたる。先行研究でも、後遺症や大きな不安とともに地域生活に復帰する患者やその家族は、福祉や生活支援、社会ネットワークの至る様々なニーズを抱えていることが示されており、退院後の切れ目ない支援体制を構築することの重要性が言われている<sup>1-3</sup>。

我が国においては、医療機関に常駐する医療ソーシャルワーカーが、患者やその家族が抱えている問題の相談業務に加え、関係機関との調整や連携などを行い、退院後の地域生活や社会復帰を促す中心的な役割を果たしてきた<sup>4</sup>。特に病気や障害を持ちながら地域生活に移行する患者や家族が抱える課題は複合的であり、そうした人々への支援において、取り巻く環境や地域社会に働きかけ、多様な社会資源を活用・開発するソーシャルワーク機能が必要であるとの議論が高まっている<sup>5</sup>。

そこで、本研究は、第一に、脳卒中患者の課題やニーズを踏まえた望ましい相談支援プログラムについて、そのゴールおよび実施すべき項目の構造を明確化すること、第二に、それらの支援項目について保健医療分野のソーシャルワーク専門職の現在の実施状況および重要と考える程度を確認することを目的とした。

## B. 研究方法

相談支援プログラムの構造化にあたっては、前年度に実施したエビデンスレビュー<sup>6</sup>を踏まえ、脳卒中サバイバーの課題を身体・心理・社会モデルに沿って整理した上で、インパクト理論を援用して相談支援プログラムのモデリングを行った。インパクト理論とは、あるプログラム介入がその対象者に望ましい変化や効果をもたらす道筋をモデル図として可視化する手法であり、作成されたモデルを理論的根拠として、実際のプログラムを計画できるとされ

ている<sup>7</sup>。循環器病患者の相談支援において長期の経験を有するソーシャルワーカー6名と研究者が経験や知識を持ち寄り議論を重ね、インパクト理論を援用しながら、相談支援プログラムを作成した。

続いて、作成した相談支援プログラム案に含まれる項目について、国内の保健医療分野のソーシャルワーカーが実施している状況および重要と考えている度合いを把握するために、無記名のウェブアンケートを実施した。対象は日本医療ソーシャルワーカー協会会員（5541名）で、経験年数等の基本属性、所属機関の属性、脳卒中や心疾患患者の支援の実施状況、そして作成した支援プログラムの各項目の実施状況および重要と考える度合いを4件法で確認した。また自由記載欄では、困難だと感じていることや課題に感じていることを収集した。

実施状況および重要度は、記述統計で度数と割合を算出し比較した。相談支援プログラムの各項目の実践状況は、「行っていない」「あまり行っていない」を実践低位群、「ある程度行っている」「かなり行っている」を実践高位群の2群に分類し、実践と関連すると思われる所属機関機能やSW部門の人数、経験年数等とのクロス集計表を作成後、カイ二乗検定、t検定を実施し、有意水準5%で差異を確認した。

本研究は、(公社)日本医療ソーシャルワーカー協会倫理審査委員会で承認を得てから実施した。

## C. 研究結果

### <脳卒中者の課題と相談支援プログラム>

図1に身体・心理・社会モデルに沿って脳卒中患者の問題分析を、図2にインパクト理論を用いた脳卒中患者の相談支援プログラムの構造を示す。

脳卒中患者の問題は、身体的、心理的、社会的な様々な課題が相互に関連し、「生活の再構築の道筋が見えない、その人にとって意味のある人生の再開ができない」という中心課題に至っていた(図1)。

こうした課題分析を踏まえ、相談支援プログラムの最終ゴールを「脳卒中者にとっての『意味ある人生』への道筋の見える化」と設定し、その下位目標として、対クライアント(マイクロレベル)、活動



と参加の場（メゾレベル）、地域への働きかけ（マクロレベル）の3分野にまたがる計11の目標を抽出した（図2）。さらに、心疾患も含む循環器病患者のソーシャルワーカーで議論を重ね、最終的に13の目標に紐づけされた36項目から成る相談プログラム案（図3）が策定された。

### <実施状況と重要度の認識>

アンケートの有効回答は1,339人(24.2%)で、平均年齢39.3歳(22-68)、ソーシャルワークの経験年数の平均は13.6年(0-41)であった。回答者の66%が急性期病院に所属していた（表1）

表1. 回答者の所属する施設機能

急性期病院	773人(66.2%)
回復期リハビリテーション病院	173人(14.8%)
療養型	74人(6.3%)
診療所	33人(2.8%)
介護保険施設	25人(2.1%)
精神科病院	12人(1.0%)
地域包括支援センター等	11人(0.9%)
その他(教員等)	66人(5.7%)

SW部門の人数は、4人以下が35.8%、5～8人が40.8%、9人以上が23.4%であった。脳卒中患者の支援を「かなり行っている」「ある程度行っている」と回答した者は合わせて816人(60%)であった。

相談支援プログラム36項目のうち、実施が多かった上位5項目を表2に示す。最も実施されていたのは、「経済的問題への支援」(85.7%)、次いで「地域にある社会資源の情報伝達と活用の支援」(83.5%)、「適した受診先や、運動やリハビリの場の情報提供」(80.7%)の実施は8割を超えていた。

一方、最も実施が少なかった項目は、「ピアサポート体制の定期的な検証」(3.8%)、「地域にサロン等他者と交流できる場をつくること」(5.6%)、「患者会や行政等と協働し地域のピアサポート体制を構築すること」(9.4%)であり、個別支援に比して、地域活動の実施状況が低いことが示された（表3）

必要と考える者の割合が9割を超えるにも関わらず実施割合が低かった項目に、「脳卒中患者の相談窓口の設置」「その窓口の普及」「医療機関にアクセスが難しい脳卒中患者へのアウトリーチ」「情報にアクセスしにくい脳卒中患者へのアウトリーチ」「脳卒中者が生活しやすい地域づくり・街づくりへ参画すること」といった項目があった（表4）。また、相談支援プログラム案36項目中33項目

の実施状況の高位群と低位群は、部門人数に統計的有意な関連が認められた（ $P<.01$ ）。

表2. 実施状況の上位5項目

経済的問題に対応できるよう支援すること	85.7%
地域にある社会資源の情報を伝えたり、活用できるように支援すること	83.5%
適した受診先、運動の場、リハの場を情報提供すること	80.7%
質問しにくいなど医療者とのコミュニケーションについて相談にのること	77.1%
脳卒中患者に対し、納得感のある自己決定ができるよう支援すること	74.9%

表3. 実施状況の下位5項目

ピアサポート体制の検証を定期的に行うこと	3.8%
地域で安心して利用でき、他者と交流できる場(サロン等)をつくること	5.6%
患者会や行政等と協働し、地域のピアサポート体制を構築すること	9.4%
作成したケアマップやリーフレット等を地域に配布・普及すること	10.4%
医療機関にアクセスが難しい脳卒中患者にアウトリーチを行うこと	11.8%

自由記載欄には、「入退院支援部門に配置されるSWは通院時の支援ができない。高度な専門知識を持ち、実践ができるSWが入院外来とシームレスにかかわることができるシステムが必要」、「SWの人数や病院の規模によっては疾患別に細かな支援を行っていくことは難しい。特にアウトリーチ型の支援は困難だ」、「長期的に患者を支援していく体制を造ることは難しく、病院の理解や地域との連携。役割分担は必要だ」といった意見があった。

### D. 考察

相談支援プログラム案の36項目ほぼ全ての項目について、脳卒中者にとって「必要だと思う」と回答した者が8割を超えており、作成したプログラムは脳卒中者のニーズに基づく適切なものであることが示唆された。一方で、それらの項目を実施

してると回答した者は、どの項目も必要と考える者に比して少なく、特に、多岐にわたる課題に応えられる相談支援体制、社会的孤立を防ぐための情報支援、地域サロン等の場づくり、就労に関する支援は、重要だと認識していても実施はできていないことが明らかになった。たとえば「医療機関へのアクセスに関するアウトリーチ」ができていたのは11%であったが、「実施していない」と回答した者に限ってもその約8割が、その業務を「重要」「ある程度重要」と認識していた。

先行研究では、診療報酬改定に誘導された病院の在院日数削減方針に伴い、医療ソーシャルワーカーが、退院調整業務に追われるようになり、本来のソーシャルワーク機能が果たせていないことや、葛藤を感じていることが報告されている<sup>4,8</sup>。医療機関側から求められる早期の退院調整機能の遂行と、退院に際して多大なる不安を抱く患者、家族の思いとの間で揺れ動きながら、よりよい療養生活を整えようとするものの、それを支える地域資源が不足していることも示されている<sup>4,8</sup>。本研究においても、これらの先行研究と同様に、実際はソーシャルワーカーが行うべき業務と認識しながらも、現時点ではマンパワーの不足から実施できていないことが、特にメゾ、マクロのレベルに多いことが示唆された。

さらに本研究では、36項目中33項目の実施状況は、医療機関が有するSW部門の人数と有意な関連が認められたことから、脳卒中患者のニーズに応えるためには、十分な相談支援専門職の配置が重要であることが示された。

本研究の回答者の6割以上が急性期病院に所属していたが、ソーシャルワーカーが入退院支援加算業務に専任している場合、アウトリーチやネットワークキング、地域資源の開発の必要性を認識しながらも、実施が難しいことが多い。本来、ソーシャルワーカーが持っている機能は、課題を抱える当事者とそれを取り巻く環境との交互作用に働きかけることであり、組織化、紹介、ネットワークキング等の機能を遂行しながら、人々と資源、サービス、制度等を結びつけるという目標を達成する。ミクロ・メゾ・マクロのレベルでの活動というソーシャルワーカーが持つ機能を脳卒中患者支援において発揮するために、適切な相談窓口の設置と、ソーシャルワーカーの配置が望ましい。

## E. 結論

本研究で作成した相談支援プログラムは、脳卒中患者の多様なニーズを満たすものであることが示された。一方で、それを実施できるマンパワーが現時点では不足していることが、調査から示された。脳卒中の相談支援においては、患者の最終的なゴールを念頭に、一人一人の多様なニーズに細やかに対応する相談支援プログラムが求められる。適切な相談窓口と人材配置が望まれる。

F. 健康危険情報  
なし

G. 研究発表  
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況  
なし

## <文献>

1. Chen et al. (2019) Long-term unmet needs after stroke: systematic review of evidence from survey studies, *BMJ Open* 2019;9:e028137. doi:10.1136/bmjopen-2018-028137
2. Wray and Clarke (2017) Longer-term needs of stroke survivors with communication difficulties living in the community: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies, *BMJ Open* 2017;7:e017944. doi:10.1136/bmjopen-2017-017944
3. Gallacher et al. (2019) Systematic review of patient-reported measures of treatment burden in stroke, *BMJ Open* 2019;9:e029258. doi:10.1136/bmjopen-2019-029258
4. 上山崎悦代, 「医療ソーシャルワーカーの現在の状況に関する一考察—期待される役割と葛藤の検証」帝塚山大学心理福祉学部紀要 (6), 67-81, 2010.
5. 社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会, 「ソーシャルワーク専門職である社会福祉士に求められる役割等について」平成30年3月27日, [https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000199560.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000199560.pdf). 2018.
6. 秋山美紀, 早坂由美子, 「循環器病患者の生活期のニーズと社会参加に影響を与える要因—システムティックレビューのレビュー」令和2年度厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)(分担)研究報告書, 2022.
7. 安田節之, 「プログラム評価 対人・コミュニティ援助の質を高めるために」新曜社, 2011.
8. 小畑美穂「医療ソーシャルワーク業務の変遷：個別の生活問題を社会の問題としてきたか」評論・社会科学136, 45-85, 2021.

表 4. 重要性の認識が高いが実施率が低い項目

	実施率 (%)	重要性の認識 (%)
<b>目標 2 受診中断せず再発・再入院予防ができる治療的環境整備</b>		
③医療機関にアクセスしにくい脳卒中患者へのアウトリーチ	11.7	86.7
<b>目標 4 社会的な孤立を防ぐための支援</b>		
⑥情報にアクセスしにくい脳卒中患者へのアウトリーチ	20.9	90
<b>目標 7：活動、出会い、運動などができるサロン等の場づくり</b>		
②既存の認知症カフェやがんサロン、就労支援事業所、重層支援事業の場、地域の喫茶店等、既存の資源と協働	19.8	91.8
<b>目標 9：脳卒中患者に対応した医療・介護・福祉・就労・教育・行政等を網羅した相談支援体制の構築</b>		
①脳卒中患者に対応した、医療・介護・福祉・就労・教育・行政等の専門家が連携して対応する相談窓口をつくる	23.3	93.9
②上記相談窓口が活用されるよう普及すること	17.4	92
<b>目標 10：地域づくり・まちづくり</b>		
①脳卒中者が生活しやすい地域づくり・街づくりへ参画	12	91.8
②市民や県民公開講座等を行い、地域住民に啓発を図る	20	90
<b>目標 13：疾患特有の知識を有するソーシャルワーカーの育成</b>		
②脳卒中患者の就労・定着、役割獲得、社会参加の促進に関する知識を有するソーシャルワーカーを育成	33.4	91.7

図 1 脳卒中者の抱える課題の整理

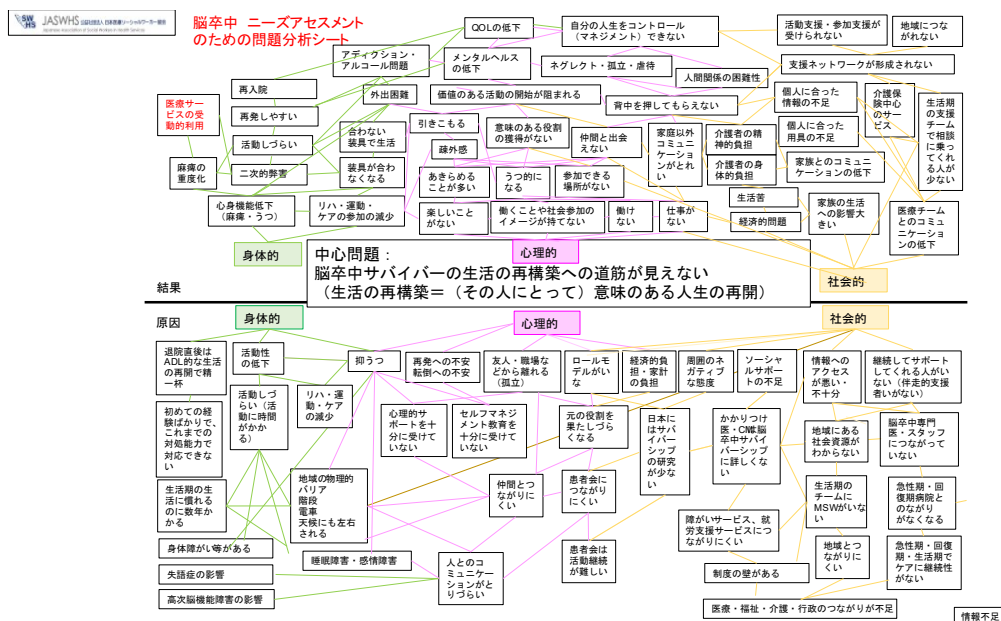


図2 脳卒中者の相談支援のゴールの構造化プログラム案

脳卒中 プログラム・プランニングシート										
活動方針 脳卒中者にとっての「意味ある人生」への道筋の見える化										
<b>ゴール1 対クライアント支援（ミクロ）</b> ・脳卒中の再発の軽減 ・脳卒中サバイバーが生きがいのある目標をもてる支援（あきらめや自己効力感の低下を身体・心理・社会的にサポート（エンハブメント）） ・自分らしい生きがいのある生活の方法探求のための情報サポート ・介護者も幸せに生きるための専門的サポートを受けるコンサルテーション			<b>ゴール2 脳卒中サバイバーと介護者が孤立しない活動と参加の場（メゾ）</b> ・必要な時に必要な情報へアクセス可能かつ、総合的な相談の場がある ・ピアサポートや運動・リハビリの場づくり ・医療、行政、自治会、地域支援事業、大学、企業（CSR,SDGs関心の深い企業）とのコラボ、資金調達、など ・ケア資源の見える化			<b>ゴール3 対地域づくりへの仕掛け、働きかけ（マクロ）</b> ・脳卒中サバイバーと介護者の意味ある人生の道筋の見える化に焦点をあてた在宅医療介護連携事業や病院主催連携会議のモデル化 ・脳卒中サバイバー・介護者を取り巻く生活支援の諸課題をまともな行政や社会へ投げかける ・制度へのアクション				
<b>目標①</b> 予防策・軽症者一再発予防に向けたセルフマネジメントプログラムの開発と実施	<b>目標②</b> 再発・再発防止の再発を予防する生活環境をつくる（身体）	<b>目標③</b> あきらめずに、幸せに生きる（心理） 社会的孤立を予防するエンハブメントのための支援	<b>目標④</b> 介護者の負担を軽減する	<b>目標⑤</b> ピアサポートの体制をつくる	<b>目標⑥</b> 運動の場・活動の場・出会いの場づくり（サロン・活動の場づくり）	<b>目標⑦</b> ケア資源の見える化をする	<b>目標⑧</b> 脳卒中者に対応した、医療・介護・福祉・就労・教育・行政、その他を網羅した相談窓口	<b>目標⑨</b> 地域づくりのプラットフォーム	<b>目標⑩</b> 制度の適正化を要求する	<b>目標⑪</b> 疾患特有の知識を有するソーシャルワーカーを育成する
・セルフマネジメントプログラムの開発、自治会・医療関係者、研究機関、企業、住民との連携、地域の特定施設と予防プログラムの連携 ・啓発活動の場としての生活支援センターや活動支援センターの活用 ・地域の予防プログラムへのアクセスが容易になる地域性のあるプログラムが教育、宣伝される。マスメディアを活用した生活環境の改善の啓発活動 ・地域性のある予防プログラムの開発、自治会・医療関係者（保健師、看護師）と連携して予防プログラムの開発・実施 ・地域性のある予防プログラムの開発・実施 ・地域性のある予防プログラムの開発・実施	・対象：急性期、回復期を過ぎた脳卒中サバイバー ・脳卒中情報提供システム（冊子）を制作し、スクリーニングセンターや活動支援センターへ提供 ・脳卒中の発症・再発の予防プログラムを地域性のあるシステムを構築する。脳卒中者や介護者の生活環境の改善を支援する。脳卒中者や介護者の生活環境の改善を支援する。脳卒中者や介護者の生活環境の改善を支援する。	・脳卒中・リハビリテーションの知識のあるソーシャルワーカーが特定の支援活動を実施 ・対象：急性期、回復期を過ぎた脳卒中サバイバー ・脳卒中情報提供システム（冊子）を制作し、スクリーニングセンターや活動支援センターへ提供 ・脳卒中の発症・再発の予防プログラムを地域性のあるシステムを構築する。脳卒中者や介護者の生活環境の改善を支援する。脳卒中者や介護者の生活環境の改善を支援する。	・急性期、回復期を過ぎた脳卒中サバイバー ・脳卒中情報提供システム（冊子）を制作し、スクリーニングセンターや活動支援センターへ提供 ・脳卒中の発症・再発の予防プログラムを地域性のあるシステムを構築する。脳卒中者や介護者の生活環境の改善を支援する。脳卒中者や介護者の生活環境の改善を支援する。	・既存の自治会やピアサポートグループ、医療関係者、大学、研究機関、企業、住民との連携、地域の特定施設と予防プログラムの連携 ・啓発活動の場としての生活支援センターや活動支援センターの活用 ・地域の予防プログラムへのアクセスが容易になる地域性のあるプログラムが教育、宣伝される。マスメディアを活用した生活環境の改善の啓発活動 ・地域性のある予防プログラムの開発、自治会・医療関係者（保健師、看護師）と連携して予防プログラムの開発・実施 ・地域性のある予防プログラムの開発・実施	・地域に優しいサロンを創設する ・地域で安心して利用できる、必要に応じて利用でき、他者と交流できる場（サロン等）をつくること ・既存の認知症カフェやがんサロン、就労支援事業所、重層支援事業の場、地域の喫茶店等、既存の資源と連携すること	・ケアマップ、活動マップの作成 ・リーフレットを作成 ・地域性のあるプログラムを制作 ・市民や市民公開講座等を行い、地域住民に啓発を図ること	・医療・福祉・介護の専門家による相談窓口が連携できるシステムを構築すること ・脳卒中者や介護者の生活環境の改善を支援する。脳卒中者や介護者の生活環境の改善を支援する。	・自治会や市民公開講座等を行い、地域住民に啓発を図ること ・自治会や市民公開講座等を行い、地域住民に啓発を図ること	・疾患特有の知識を有するソーシャルワーカーを育成すること ・脳卒中者の生活環境の改善を支援する。脳卒中者や介護者の生活環境の改善を支援する。	

図3 相談支援プログラム案（13ゴールと36項目）

<b>目標1</b> 自治体、企業、研究機関、住民等と協働し、予防に向けた脳卒中患者のセルフマネジメントプログラムの開発と実施 ① 疾患理解が促進されるよう支援すること ② ツールを活用して支援すること（生活日誌・リーフレットなど） ③ 適切な受診先、運動の場、リハの場を情報提供すること ④ 必要な患者をセルフマネジメントプログラムにつなげること	<b>目標5</b> 脳卒中患者のピアサポート体制の構築 ① 既存の患者会やピアサポートグループ、医療機関、行政、教育研究機関等と協働し、地域のピアサポート体制を構築すること ② ピアサポート体制の検証を定期的に行うこと
<b>目標2</b> 受診中断をせず再発・再入院予防ができる治療的環境整備 ① 脳卒中患者で、受診中断者や再入院リスク者のスクリーニングを行うこと ② 脳卒中患者で受診中断者や再入院リスク者に対しアセスメント面接を実施し、受診中断や再入院予防のための就業支援につなげること ③ 医療機関にアクセスが難しい脳卒中患者にアウトリーチを行うこと	<b>目標6</b> 医療者とのコミュニケーションの促進支援 ① 言いたいことがうまく言えない、質問しにくいなど医療者とのコミュニケーションについて相談にのること
<b>目標3</b> 脳卒中患者・介護者の心理的負担を軽減するよう継続的エンハブメント ① 脳卒中患者に対し、疾病やリハビリテーション知識を有するソーシャルワーカーが日常生活の場において、体系的支援を行うこと ② 脳卒中患者に対し、うつ症状の予防を意図してソーシャルワーカーから働きかけを行うこと ③ 脳卒中患者に対し、自己肯定感・自己効力感が持てるよう意図して支援すること ④ 脳卒中患者に対し、納得感のある自己決定ができるよう支援すること ⑤ 脳卒中患者にアドバンスケアプランニングを行うこと ⑥ 脳卒中患者の介護者の課題に取り組み、介護者を支援すること	<b>目標7</b> 活動、出会い、運動などができるサロン等の場づくり ① 脳卒中患者を対象とした、地域で安心して利用でき、他者と交流できる場（サロン等）をつくること ② 既存の認知症カフェやがんサロン、就労支援事業所、重層支援事業の場、地域の喫茶店等、既存の資源と連携すること
<b>目標4</b> 社会的な孤立を防ぐための支援 ① 地域にある社会資源の情報を伝えたり、活用できるように支援すること ② 脳卒中サバイバーのモデルやセルフヘルプ、ピアサポート等とつながれるように支援すること ③ 必要な時に必要な情報でサポートすること ④ 経済的問題に対応できるように支援すること ⑤ 就労、結婚、出産、終末期等それぞれの課題に合わせた意思決定を支援すること ⑥ 情報にアクセスしにくい脳卒中患者にアウトリーチを行うこと	<b>目標8</b> ケア資源の見える化 ① 脳卒中患者に必要なケアマップや資源マップ、リーフレット等の作成をすること ② 作成したケアマップやリーフレット等を地域に配布・普及すること
・セルフマネジメントプログラムとは、ここでは、疾患を持つ人が病状とうまく付き合う自己管理能力を高め、日々を快適に過ごす方法を身につけるための知識や方法を学べる何らかのプログラム、を指す	<b>目標9</b> 脳卒中者に対応した医療・介護・福祉・就労・教育・行政等を網羅した相談支援体制の構築 ① 脳卒中者に対応した、医療・介護・福祉・就労・教育・行政等の専門家が集結して対応する相談窓口をつくること ② 上記の相談窓口が活用されるよう普及すること
	<b>目標10</b> 地域づくり・街づくり ① 脳卒中者が生活しやすい地域づくり・街づくりへ参加すること ② 市民や市民公開講座等を行い、地域住民に啓発を図ること
	<b>目標11</b> よりよい地域の医療連携体制づくり ① 脳卒中バスがより患者本位に活用されるよう院内や地域の協議会などへ働きかけること ② かかりつけ医と専門医、その他医療職等の連携を促める仕組みをつくること
	<b>目標12</b> 制度の適正化への働きかけ ① 脳卒中患者・介護者のニーズの把握、集約、代弁をすること
	<b>目標13</b> 疾患特有の知識を有するソーシャルワーカーの育成 ① 脳卒中の疾患の特性、それに伴う生活、療養上の課題、脳卒中患者と介護者特有のニーズに関する知識を有するソーシャルワーカーを育成すること ② 脳卒中患者の就労・定着、役割獲得、社会参加の促進に関する知識を有するソーシャルワーカーを育成すること ③ コミュニティワークや先進地域の地域活性化モデルに関する知識を有するようソーシャルワーカーを育成すること

令和3年度厚生労働科学研究費補助金  
(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)  
(分担) 研究報告

循環器病(脳卒中・心疾患)に関する適切な情報提供・相談支援のための方策と  
体制等の効果的な展開に向けた研究(20FA1023)

分担研究報告書

分担研究名:心疾患患者のニーズに対応する相談支援プログラムの作成と評価

研究分担者 早坂 由美子 (公社) 日本医療ソーシャルワーカー協会/北里大学病院  
秋山 美紀 慶應義塾大学環境情報学部

研究協力者 取出涼子 医療法人社団輝生会 人財育成局  
榎原次郎 医療法人樟立会 たちかわ脳神経外科クリニック  
新村郁子 公益財団法人 日本心臓血圧研究振興会附属 榎原記念病院  
斉藤慶子 医療法人社団ゆみの ゆみのハートクリニック  
星野 由利子 医療法人 札幌麻生脳神経外科病院  
林 真紀 特定医療法人社団勝木会 やわたメディカルセンター  
藤井 由記代 社会医療法人大道会 森之宮病院

研究要旨

【背景】心不全患者に対する心理社会的アセスメントと支援が少ない患者は、治療に関するコンプライアンスが低い、再入院率が高い、病気になる率が高いことが明らかにされている。

【目的】本研究の目的は心理・社会的アセスメントと支援を適切に実施するため、①心疾患患者のニーズを踏まえた望ましい相談支援プログラムの項目を構造化し、②それらの項目について現任のソーシャルワーカーの実施状況および重要度を確認することで妥当性を検証することである。【方法】まず、保健医療分野で長期の経験を有するソーシャルワーク(SW)の専門職らが議論を重ね、インパクト理論を援用しながら、相談支援プログラムのゴールを構造化し、それにつながるプログラムの項目を抽出した。次に、それらの支援項目の実施状況および重要と考える度合いを把握するために、日本医療ソーシャルワーカー協会会員(5541名)を対象にウェブアンケートを実施した。実施状況と重要度は4件法で訊ね、さらに自由記載欄でソーシャルワーカーが感じている困難や課題等を収集した。【結果】①心疾患患者への相談支援プログラムの最終ゴールは、「伴走的支援が受けられる社会～心疾患になっても人生をあきらめ

ず、その人らしく生きるために、支援が受けられる社会～」となり、その下位目標として、ミクロ、メゾ、マクロの3レベルのゴール、13の目標(同時調査をした脳卒中の項目と調整)、36項目のプログラム案が抽出された。②アンケートの有効回答数1339人(24.2%)で、このうち596人(45%)が、心疾患患者への支援を「かなり」または「ある程度」行っていた。実践状況上位項目と下位項目から、心疾患患者への相談支援は、院内連携を中心とした個別的ミクロレベルの支援は多く実践されているものの、院外や地域に目を向けた協働的社会資源開発から地域づくりといった活動実践は、限界や障壁があると推察できた。重要性の認識が高いが、実施率が低い項目も、地域の医療連携体制づくり、制度の適正化への働きかけ、疾患特有の知識を持ったSWの育成とメゾ・マクロレベルの支援であることから、今後の課題であると考えられた。加えて実施できるマンパワーが現時点では不足していることが、調査から示された。また所属先施設機能では実践状況下位項目であっても、急性期病院のSWは実践できている傾向にあったことから、心疾患は脳卒中に比べ急性期病院中心に疾患の治療が行われていることが分かった。今後は急性期だけでなく回復

期・地域生活期へと相談支援の幅を広げていく実践や体制づくりが必要であると考えられた。

## A. 研究目的

先行研究では心不全患者に対する心理社会的アセスメントと支援が少ない患者は、治療に関するコンプライアンスが低い、再入院率が高い、病気になる率が高いことが明らかにされている<sup>1,2</sup>。また患者・介護者の心理社会的アセスメント、QOLの向上、コーピングスキルの向上を目的とした支援がソーシャルワーカー介入の効果として報告されている<sup>3</sup>。

本研究の目的は、心理・社会的アセスメントと支援を適切に実施するため、①心疾患患者のニーズを踏まえた望ましい相談支援プログラムの項目を構造化し、②それらの項目について現任のソーシャルワーカーの実施状況および重要度を確認することで妥当性を検証することである。

## B. 研究方法

相談支援プログラムの構造化にあたっては、前年度に実施したエビデンスレビュー<sup>4</sup>を踏まえ、心疾患患者の課題を身体・心理・社会モデルに沿って整理した上で、インパクト理論を援用して相談支援プログラムのモデリングを行った。インパクト理論とは、あるプログラム介入がその対象者に望ましい変化や効果をもたらす道筋をモデル図として可視化する手法であり、作成されたモデルを理論的根拠として、実際のプログラムを計画できるとされている<sup>5</sup>。循環器病患者の相談支援において長期の経験を有するソーシャルワーカー6名と研究者が経験や知識を持ち寄り議論を重ね、インパクト理論を援用しながら、相談支援プログラムを作成した。

続いて、作成した相談支援プログラム案に含まれる項目について、国内の保健医療分野のソーシャルワーカーが実施している状況および重要と考える度合いを把握するために、無記名のウェブアンケートを実施した。対象は日本医療ソーシャルワーカー協会会員(5541名)で、経験年数等の基本属性、所属機関の属性、脳卒中や心疾患患者の支援の実施状況、そして作成した支援プログラムの各項目の実施状況および重要と考える度合いを4件法で確認した。また自由記載欄では、困難だと感じていることや課題に感じていることを収集した。

実施状況および重要度は、記述統計で度数と割合を算出し比較した。相談支援プログラムの各項目の実践状況は、「行っていない」「あまり行っていない」を実践低位群、「ある程度行っている」「かなり行っている」を実践高位群の2群に分類し、実践と関連すると思われる所属機関機能やSW部門の人数、経験年数等とのクロス集計表を作成後、カイ二乗検定、t検定を実施し、有意水準5%で差異を確認した。

本研究は、(公社)日本医療ソーシャルワーカー協会倫理審査委員会承認を得てから実施した。

## C. 研究結果

心疾患患者には身体・心理・社会的問題があるが、病院の外来や診療所においてはチーム医療が定着し

ているとはいいがたく、専門医のいる急性期病院に入院しないとチーム医療が受けられない現状がある。

### 〈心疾患患者の課題と相談支援プログラム〉

図1に身体・心理・社会モデルを援用した脳卒中患者の問題分析を、図2にインパクト理論を用いた心疾患患者の相談支援プログラムの構造を示す。

心疾患患者の問題は、身体的、心理的、社会的な様々な課題が相互に関連し、「人生のステージに寄り添った生活支援(医療を含む)をするチームが整備されていない」という中心課題に至っていた(図1)。

こうした課題分析を踏まえ、相談支援プログラムの最終ゴールを「心疾患になっても人生をあきらめず、その人らしく生きるために、伴走的支援が受けられる社会(今まで顕在化されてこなかった心疾患と生活、心疾患と人生に着目し、医療・生活支援をつなぐ体制を地域でつくる)」と設定し、その下位目標として、対クライアント(ミクロレベル)、活動と参加の場(メゾレベル、地域への働きかけ(マクロレベル)の3分野にまたがる計11の目標を抽出した(図2)。さらに、循環器病患者への支援を検討するソーシャルワーカーチームを含めて議論を重ね、最終的に13の目標に紐づけされた36項目から成る相談プログラム案が策定され、それらを以下に示す。(図3にまとめあり)

#### 目標1

#### 自治体、企業、研究機関、住民等と協働し、予防に向けた心疾患患者のセルフマネジメントプログラムの開発と実施

- ①疾患理解が促進されるよう支援すること
- ②ツールを活用して支援すること(生活日誌・リーフレットなど)
- ③適した受診先、運動の場、リハの場を情報提供すること
- ④必要な患者をセルフマネジメントプログラムにつなげること

#### 目標2

#### 受診中断をせず再発・再入院予防ができる治療的環境整備

- ①心疾患患者で、受診中断者や再入院ハイリスク者のスクリーニングを行うこと
- ②心疾患患者で受診中断者や再入院ハイリスク者に対しアセスメント面接を実施し、受診中断や再入院予防のための対策や支援につなげること
- ③医療機関にアクセスが難しい心疾患患者にアウト

リーチを行うこと

### 目標 3

#### 心疾患患者・介護者の心理的負担を軽減するような継続的エンパワメント

- ①心疾患患者に対し、疾病やリハビリテーション知識を有するソーシャルワーカーが日常生活の相談について、伴走的支援を行うこと
- ②心疾患患者に対し、うつ症状の予防を意図してソーシャルワーカーから働きかけを行うこと
- ③心疾患患者に対し、自己肯定感・自己効力感が持てるよう意図して支援をすること
- ④心疾患患者に対し、納得感のある自己決定ができるよう支援をすること
- ⑤心疾患患者にアドバンスケアプランニングを行うこと
- ⑥心疾患患者の介護者の課題に取り組み、介護者を支援すること

### 目標 4

#### 社会的な孤立を防ぐための支援

- ①地域にある社会資源の情報を伝えたり、活用できるように支援すること
- ②心疾患サバイバーのモデルやセルフヘルプ、ピアサポート等とつながれるように支援すること
- ③必要な時に必要な情報でサポートすること
- ④経済的問題に対応できるように支援すること
- ⑤就労、結婚、出産、終末期等それぞれの課題に合わせた意思決定を支援すること
- ⑥情報にアクセスしにくい心疾患患者にアウトリーチを行うこと

### 目標 5

#### 心疾患患者のピアサポート体制の構築

- ①既存の患者会やピアサポートグループ、医療機関、行政、教育研究機関等と協働し、地域のピアサポート体制を構築すること
- ②ピアサポート体制の検証を定期的に行うこと

### 目標 6

#### 医療者とのコミュニケーションの促進支援

- ①言いたいことがうまく言えない、質問しにくいなど医療者とのコミュニケーションについて相談にのること

### 目標 7

#### 活動、出会い、運動などができるサロン等の場づくり

- ①心疾患患者を対象とした、地域で安心して利用でき、他者と交流できる場（サロン等）をつくること
- ②既存の認知症カフェやがんサロン、就労支援事業所、重層支援事業の場、地域の喫茶店等、既存の資源と協働すること

### 目標 8

#### ケア資源の見える化

- ①心疾患患者に必要なケアマップや資源マップ、リーフレット等の作成をすること
- ②作成したケアマップやリーフレット等を地域に配布・普及すること

### 目標 9

#### 心疾患患者に対応した医療・介護・福祉・就労・教育・行政等を網羅した相談支援体制の構築

- ①心疾患患者に対応した、医療・介護・福祉・就労・教育・行政等の専門家が連携して対応する相談窓口をつくること
- ②上記の相談窓口が活用されるよう普及すること

### 目標 10

#### 地域づくり・街づくり

①心疾患者が生活しやすい地域づくり・街づくりへ参画すること

②市民や県民公開講座等を行い、地域住民に啓発を図ること

### 目標 11

#### よりよい地域の医療連携体制づくり

- ①心疾患パスがより患者本位に活用されるよう病院内や地域の協議会などへ働きかけること
- ②かかりつけ医と専門医、その他医療職等の連携を深める仕組みをつくること

### 目標 12

#### 制度の適正化への働きかけ

- ①心疾患患者の介護保険の認定基準の見直しについて働きかけること
- ②身体障害者手帳の心臓機能障害の基準の見直しについて働きかけること
- ③心臓リハビリテーションが充実するように働きかけること
- ④心疾患患者の栄養指導体制が充実できるように働きかけること

### 目標 13

#### 疾患特有の知識を有するソーシャルワーカーの育成

- ①心疾患の特性、それに伴う生活、療養上の課題、心疾患患者と介護者特有のニーズに関する知識を有するソーシャルワーカーを育成すること
- ②心疾患者の就労・定着、役割獲得、社会参加促進に関する知識を有するソーシャルワーカーを育成すること
- ③コミュニティワークや先進地域の地域活性化モデルに関する知識を持てるようなソーシャルワーカーを育成すること

#### <実施状況と重要度の認識>

アンケートの有効回答は1,339人(24.2%)で、平均年齢39.3歳(22-68)、ソーシャルワークの経験年数の平均は13.6年(0-41)であった。回答者の66%が急性期病院に所属していた(表1)

表1 回答者の所属する施設機能

急性期病院	773人(66.2%)
回復期リハビリテーション病院	173人(14.8%)
療養型	74人(6.3%)
診療所	33人(2.8%)
介護保険施設	25人(2.1%)
精神科病院	12人(1.0%)

地域包括支援センター等	11人 (0.9%)
その他(教員等)	66人 (5.7%)

SW部門の人数は、4人以下が35.8%、5～8人が40.8%、9人以上が23.4%であった。心疾患患者の支援を「かなり行っている」「ある程度行っている」と回答した者は合わせて596人(45%)であった。

心疾患の実践状況上位5項目は、目標4-④経済的問題に対応できるよう支援すること(実施率77.9%)、同4-③必要な時に必要な情報でサポートすること(74.6%)、同⑥言いたいことがうまく言えない、質問しにくいなど医療者とのコミュニケーションについて相談にのること(73.5%)、同4-①地域にある社会資源の情報を伝えたり、活用できるように支援すること(69.8%)、同3-⑥心疾患患者の介護者の課題に取り組み、介護者を支援すること(67.0%)であった。

実践状況下位5項目は、目標5-②ピアサポート体制の検証を定期的に行うこと(3.0%)、同7-①心疾患患者を対象とした、地域で安心して利用でき、他者と交流できる場(サロン等)をつくること

(5.0%)、同5-①既存の患者会やピアサポートグループ、医療機関、行政、教育研究機関等と協働し、地域のピアサポート体制を構築すること

(6.5%)、同8-②作成したケアマップやリーフレット等を地域に配布・普及させること(8.8%)、同10-①心疾患患者が生活しやすい地域づくり・街づくりへ参画すること(10.4%)であった。

重要と考える者の割合が90%前後であるにも関わらず実施割合が低かった項目を以下に示した。

(表2)重要と考える項目が最も高かったのは目標11-②かかりつけ医と専門医、その他医療職等の連携を深める仕組みをつくることであり、実施割合が36.6%で低くはないが、重要と考える割合が93.7%と高かった。継いで同13-①心疾患の特性、それに伴う生活、療養上の課題、心疾患患者と介護者特有のニーズに関する知識を有するソーシャルワーカーを育成することが92.4%と高かった。同12-③心臓リハビリテーションが充実するように働きかけること、④心疾患患者の栄養指導体制が充実できるように働きかけることも90%を超えていた。

SW部門の人数との関連では、相談支援プログラム案36項目中29項目で実践高位群と低位群の部門人数に有意差があった( $p < .05$ )。SW人数との分析で

有意差がなかった項目は以下の7項目である。目標2-③医療機関にアクセスが難しい心疾患患者にアウトリーチをすること(13.6%)、同4-⑥情報にアクセスしにくい患者へのアウトリーチをすること

(16.8%)、同5-①患者会・地域の医療機関や行政等と協働しピアサポート体制を構築すること

(6.5%)、同5-②ピアサポート体制を検証すること、同7-①地域の他機関との連携でサロンをつくること(3.0%)、同10-①心疾患が安心して地域で生活できるように地域づくりや街づくりに参画すること(10.4%)、同12-②身障手帳の心機能障害の基準見直しに働きかけること(10.9%)。SW部門の人数が多いと、相談支援実践状況も高くなる傾向にあったが、SW人数との有意差が確認されなかった項目と実践下位5項目のうち4項目は重なっており、実践状況も低い項目であった。

そこで、実践状況下位5項目とSW人数との有意差が確認されなかった7項目(4項目は重複あり)の計8項目でSWの経験年数やSW部門の構造等との関連を比較した。SWの経験年数と実践状況にはほとんど有意差はなく、SW人数以外のSW部門構造も有意差のつく部門属性は明らかにならなかった。しかし、所属先施設機能では2項目で急性期病院が他の医療機能に比べ有意に実践できたことが確認され、他の項目もクロス集計表からの調整済み残差をみると、急性期病院の方がより実践している傾向にあった。

そこで、実践状況下位5項目とSW人数との有意差が確認されなかった7項目(4項目は重複あり)の計8項目でSWの経験年数やSW部門の構造等との関連を比較した。SWの経験年数と実践状況にはほとんど有意差はなく、SW人数以外のSW部門構造も有意差のつく部門属性は明らかにならなかった。しかし、所属先施設機能では2項目で急性期病院が他の医療機能に比べ有意に実践できたことが確認され、他の項目もクロス集計表からの調整済み残差をみると、急性期病院の方がより実践している傾向にあった。

## D. 考察

以上の結果から心疾患患者に関する相談支援について2点考察する。

1. 心疾患の実践状況上位5項目は、心疾患患者の経済的な問題や社会資源の情報サポート、患者と医療者とのコミュニケーション促進や仲介、介護者支援といった個別的マイクロレベルの支援が多いと考えられた。一方、実践状況下位5項目はピアサポート体制の検証、地域の中でサロンやピアサポート体制の構築、ケアマップ・リーフレットの配布や普及、地域づくりへの参画といった、院内他職種だけではない地域関係者や行政といった広範な連携が求められるメゾ・マクロレベルの支援と考えられた。このように現時点の医療ソーシャルワーカーによる心疾患患者への相談支援は、院内連携を中心とした個別的マイクロレベルの支援は多く実践されているものの、



院外や地域に目を向けた協働的社会資源開発から地域づくりといった活動実践は、限界や障壁があると推察できる。また重要性の認識が高いが、実施率が低い項目も、地域の医療連携体制づくり、制度の適正化への働きかけ、疾患特有の知識を持ったSWの育成とメゾ・マクロレベルの支援であり、今後の課題である。これらの支援の実施のためには現在のマンパワーでは不足していると考えられる。

2. 実践状況下位の項目はSWの経験年数といった個人属性だけでなく、SW部門の人数や管理者、スーパービジョン体制といった部門属性を比較しても、ほとんど無関係であったことは、まだ心疾患に対する相談支援業務や体制が標準化されていないことが要因の一つとして考えられる。しかし、所属先施設機能では実践状況下位項目であっても、急性期病院のSWは実践できている傾向にあったことから、心疾患は脳卒中に比べ急性期病院中心に疾患の治療が行われ、回復期リハビリテーション病棟や療養型病院では脳卒中よりも患者支援を実施する頻度自体が少ないことが考えられる。2022年度診療報酬改定では、「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」が回復期リハビリテーション病棟の要件に追加されたことも踏まえ、今後は急性期から回復期、地域生活期へと患者支援の展開が広がると予測される。喫緊の課題となった心疾患患者への相談支援のモデル化、支援プログラム化を早急に推進することが重要と考えられた。

## E. 結論

本研究で作成した相談支援プログラムは、心疾患患者の多様なニーズを満たすものであることが示された。一方で、それを実施できるマンパワーが現時点では不足していることが、調査から示された。心疾患の相談支援においては、病状の悪化や再入院を予防し、患者一人一人の多様なニーズに細やかに対応する相談支援プログラムが求められる。「伴走的支援が受けられる社会～心疾患になっても人生をあきらめず、その人らしく生きるために、支援が受けられる社会～」を目指し、適切な相談窓口と人材配置が望まれる。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

- 1) Stroke2022
  - ・医療ソーシャルワーカーによる心疾患患者への相談支援に関する実践状況と課題（榊原ほか）
  - ・心疾患患者支援における医療ソーシャルワーカーの地域連携を目的としたネットワーキング業務の現状と課題（取出ほか）
  - ・ソーシャルワーカーによる心疾患患者への相談支援の現状と課題（藤井ほか）
  - ・治療中断と社会的孤立の防止におけるアウトリーチに関するソーシャルワーク実践の現状と問題（林ほか）
  - ・医療ソーシャルワーカーによる心疾患患者への立支援・就労支援の現状と課題（星野ほか）
- 2) 「医療と福祉」  
編集 公益社団法人日本医療社会福祉協会

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

## <文献>

1. Psychosocial needs and interventions for heart failure patients and families receiving palliative care support, John G Cagle et al. 2019
2. Social work involvement in palliative care heart failure research: a review of recent literature, Arden O'Donnell et al. 2020
3. Results of a nationwide hospice and palliative social work job analysis, Barbara Head et al. 2019
4. 秋山美紀, 早坂由美子, 「循環器病患者の生活期のニーズと社会参加に影響を与える要因—システムティックレビューのレビュー」令和2年度厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)(分担)研究報告書, 2022.
5. 安田節之, 「プログラム評価 対人・コミュニティ援助の質を高めるために」新曜社, 2011.

表2 重要性の認識が高いが実施率が低い項目

	実施率 (%)	重要性の 認識 (%)
目標2 受診中断をせず再発・再入院予防ができる治療的環境整備 ③医療機関にアクセスが難しい心疾患患者にアウトリーチを行うこと	13.6	88.3
目標4 社会的な孤立を防ぐための支援 ⑥情報にアクセスしにくい心疾患患者にアウトリーチを行うこと	16.8	88.9
目標8 ケア資源の見える化 ①心疾患患者に必要なケアマップや資源マップ、リーフレット等の作成をすること	14.7	89.3
目標9 心疾患患者に対応した医療・介護・福祉・就労・教育・行政等を網羅した相談支援体制の構築 ①心疾患患者に対応した、医療・介護・福祉・就労・教育・行政等の専門家が連携して対応する相談窓口をつくること ②上記の相談窓口が活用されるよう普及すること	17.4 12.9	90.81 89.2
目標10 地域づくり・街づくり ①心疾患患者が生活しやすい地域づくり・街づくりへ参画すること ②市民や県民公開講座等を行い、地域住民に啓発を図ること	10.4 16.5	89.3 88.7
目標11 よりよい地域の医療連携体制づくり ②かかりつけ医と専門医、その他医療職等の連携を深める仕組みをつくること	36.6	93.7
目標12 制度の適正化への働きかけ ①心疾患患者の介護保険の認定基準の見直しについて働きかけること ③心臓リハビリテーションが充実するように働きかけること ④心疾患患者の栄養指導体制が充実できるように働きかけること	16.2 17.8 19.9	86.3 91 90.9
目標13 疾患特有の知識を有するソーシャルワーカーの育成 ①心疾患の特性、それに伴う生活、療養上の課題、心疾患患者と介護者特有のニーズに関する知識を有するソーシャルワーカーを育成すること ②心疾患患者の就労・定着、役割獲得、社会参加促進に関する知識を有するソーシャルワーカーを育成すること ③コミュニティワークや先進地域の地域活性化モデルに関する知識を持てるようなソーシャルワーカーを育成すること	31.3 25.5 17.5	92.4 92.3 90.3

図1 心疾患患者の抱える課題（ロジックモデルによる整理）

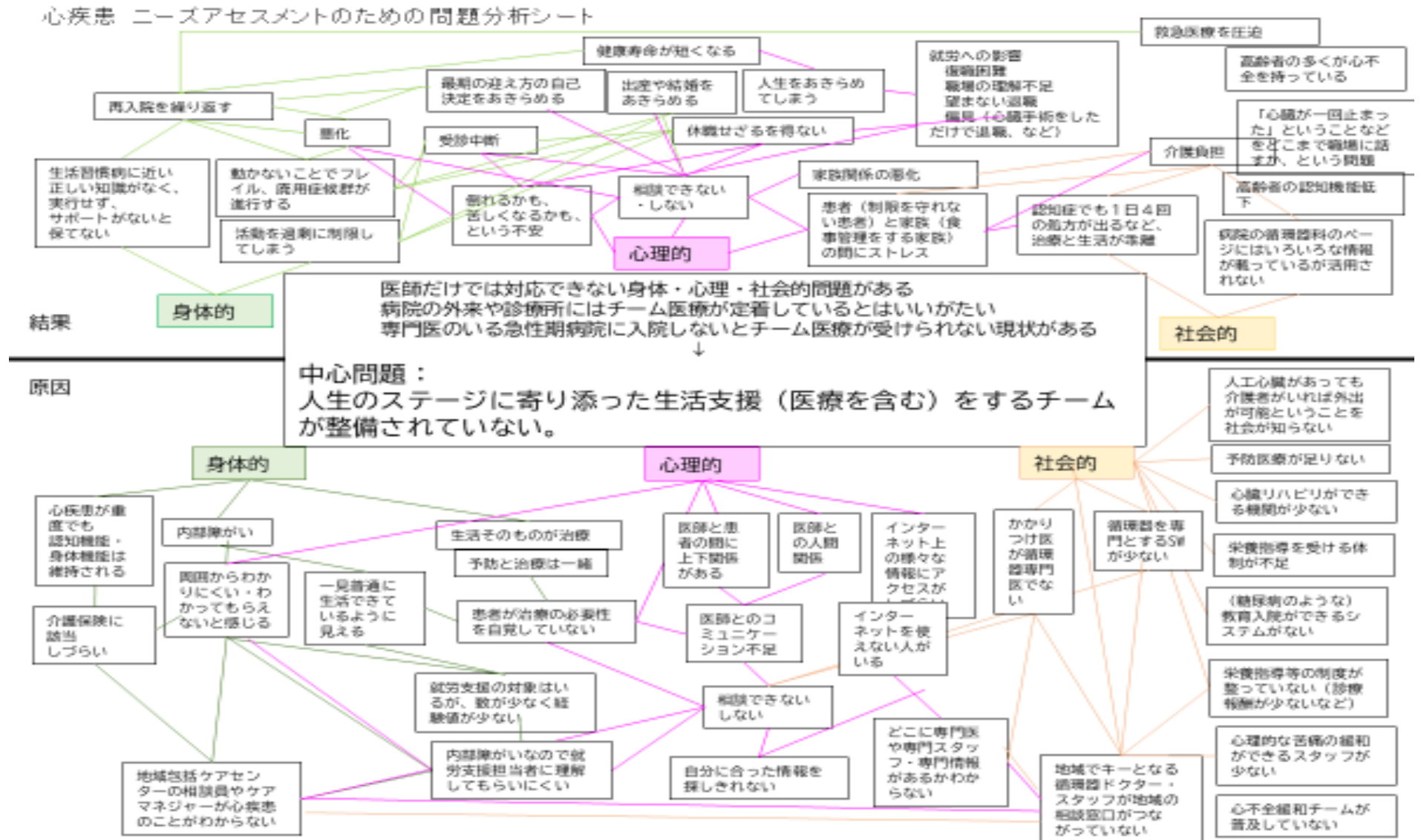


図2 心疾患患者の相談支援のゴールの構造化とプログラム案

心疾患 プログラム・プランニングシート

**活動方針** 伴走的支援が受けられる社会  
 心疾患になっても人生をあきらめず、その人らしく生きるために、支援が受けられる  
 (今まで顕在化されてこなかった心疾患と生活、心疾患と人生に着目し、医療・生活支援をつなぐ体制を地域でつくる)

**ゴール1 対クライアント支援 (ミクロ)**  
 ・心疾患によるあきらめや自己効力感の低下を情緒的サポートしエンパワメントする  
 ・自分らしい生活が実現できる、より良い生活の方法が分かる情報サポート  
 ・介護者も幸せに生きるためのサポートを受ける

**ゴール2 患者・多職種・多機関の結節 (メゾ)**  
 ・患者と医師や支援チームとのコミュニケーションを推進  
 ・心疾患患者の心理社会的課題解決を支えるコンサルテーション機能

**ゴール3 対地域づくりへの仕掛け、働きかけ (マクロ)**  
 ・心疾患に焦点をあてた在宅医療介護連携事業や病院主催連携会議のモデル化  
 ・心疾患を取り巻く生活支援の諸課題をまとめて行政や社会へ投げかける  
 ・制度へのアクション

目標① 予備軍- 軽症者- 再発予防 に向けた セルフマ ネジメン トプログラ ムの開発	目標② 受診中 断、再入院 予防する 生活環 境をつ くる(身 体)	目標③ あきらめず に、幸 せに生 きる(心 理) 社会的 孤立を 予防す るエン パワメ ントの ための 直接援 助	目標④ 介護者の 負担軽減	目標⑤ ピアサポ ートの体 制づく り	目標⑥ 医療者(医 師・認定 看護師・ 栄養士 など)と のコミュ ニケーシ ョン促 進	目標⑦ ケア資 源の見 える化 をする	目標⑧ 地域づく りのプ ラット フォー ムを作 り、活 用	目標⑨ 地域の救 急医療を 圧迫しな い地域を 作る	目標⑩ 制度の適 正化を要 求する	目標⑪ 疾患特有 の知識を 持っている SMの育 成
<ul style="list-style-type: none"> <li>・セルフマネジメントプログラムの開発・実施</li> <li>・増悪要因を一掃に探る</li> <li>・生活日誌をつける</li> <li>・受診相談窓口を知っておいてもらう</li> <li>・病気の理解の徹底(イメージを持つ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診中断者と再入院ハイリスク者スクリーニング</li> <li>・アセスメント面接により、受診再開、再入院予防のための対策につなぐ</li> <li>・地域ごとに、受診再開や再入院予防のための対策リストを作成する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・心疾患の治療の知識のある)ソーシャルワーカーが伴走的支援を開始</li> <li>・対象:診断された患者</li> <li>・日常生活の相談支援(活動を過剰に制限しない)</li> <li>・高齢者が孤立しない(情報にアクセスしづらい、など)</li> <li>・経済的問題に対応</li> <li>・納得感のある自己決定を促す</li> <li>・ライフコースに合わせた課題(就業支援、結婚、出産、。最期の迎え方など)のターニングポイントへのトータル支援と、治療の選択に関する意思決定支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①入院した患者の介護者に対して退院後に②要介護状態になって、介護保険を申請するとき、心疾患をもっていたら継続的な支援、継続的な支援をする(例:6回の電話フォロー)</li> <li>・地域にある資源の情報サポート・活用サポート</li> <li>・地域にある資源(さまざまな窓口・栄養ケアステーション)を①知ってもらい、②活用する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・従来の生活イメージが持てず、仲間意識が生まれ、助け合う関係が築かれる</li> <li>・疾患の種類に応じたピアサポートの在り方を模索(例:バドミントン、[IT]趣味、読書、心臓移植待ちの患者(心臓病の子供を守る会から募集したピアサポートの充てがある)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医と心疾患専門医の連携を深めるしくみづくり</li> <li>・医療者とのコミュニケーションに課題があること、をニーズとして拾い上げる</li> <li>→入院中に依頼をもらう</li> <li>→広報(こういう相談をすることが出来ます)</li> <li>→アウトリーチ生活場面画を描いて課題を広げる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマップの作成をする</li> <li>・リーフレットを作成する</li> <li>・地域にある医療者(キーパーソン)を見える化</li> <li>・市民/患者に対して配布</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・心疾患に関する予防、疾病管理の重要性のメッセージの発信をする</li> <li>・適切な情報サポートの提供体制をつくる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援を受けられていない人へのアウトリーチをする</li> <li>・医療機関どうしの連携促進をする</li> <li>・市民向け講演会、勉強会等による啓発</li> <li>・健診の普及</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険の認定基準に疾病管理を要する項目を追加する</li> <li>・身体障害者手帳の心機能障害についての基準を見直す</li> <li>・心臓リハビリが受けられる機会を増やす</li> <li>・栄養指導の体制を充実させる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・多岐にわたる疾患の知識とそれに伴う生活、療養上の課題に関する知識を得る。</li> </ul>

図3 相談支援プログラム案 (13ゴールと36項目)

# 相談支援プログラム案36項目



<p><b>目標1</b> 自治体、企業、研究機関、市民等と協働し、予断に向けた断中止者のセルフマネジメントプログラムの開発と実施</p> <p>① 疾患理解が促進されるよう支援すること</p> <p>② ツールを活用して支援すること(生活日記・リーフレットなど)</p> <p>③ 適した受診先、薬物の服、リハの場を情報提供する</p> <p>④ 必要な断中止者をセルフマネジメントプログラムにつなげる</p>	<p><b>目標5</b> 断中止者のピアサポート体制の構築</p> <p>① 既存の断中止者会やピアサポートグループ、医療機関、行政、教育研究機関等と協働し、地域的にピアサポート体制を構築すること</p> <p>② ピアサポート体制の検証を定期的に行うこと</p>
<p><b>目標2</b> 受診中断せず再発・再入院が予断ができる体系的な支援策</p> <p>① 断中止者で、受診中断者や再入院ハイリスク者のスクリーニングを行うこと</p> <p>② 断中止者で受診中断者や再入院ハイリスク者に対しアセスメント面接を実施し、受診中断や再入院予断のための対策や支援につなげる</p> <p>③ 医療機関にアクセスが難しい断中止者にアウトリーチを行うこと</p>	<p><b>目標6</b> 断中止者とのコミュニケーションの促進支援</p> <p>① 言いたいことがうまく言えない、質問しにくいなど断中止者とのコミュニケーションについて相談にのること</p>
<p><b>目標3</b> 断中止者・介護者の心理的負担を軽減するよう体系的なエンパワメント</p> <p>① 断中止者に対し、疾病やリハビリテーション知識を有するソーシャルワーカーが日常生活の制約について、体系的支援を行うこと</p> <p>② 断中止者に対し、うつ病等の予断を意図してソーシャルワーカーから働きかけを行うこと</p> <p>③ 断中止者に対し、自己肯定感・自己効力感が持てるよう意図して支援すること</p> <p>④ 断中止者に対し、納得感のある自己決定ができるよう支援すること</p> <p>⑤ 断中止者にアドバンスケアプランニングを行うこと</p> <p>⑥ 断中止者の介護者の課題に寄り添い、介護者を支援すること</p>	<p><b>目標7</b> 活動、出会い、薬物などができるサロン等の場づくり</p> <p>① 断中止者を対象とした、地域で安心して利用でき、他者と交流できる場(サロン等)をつくること</p> <p>② 既存の認知症カフェやがんサロン、就労支援事業所、生涯支援事業の場、地域の福祉施設等、既存の資源と連携すること</p>
<p><b>目標4</b> 社会的な孤立を断ぐための支援</p> <p>① 地域にある社会資源の情報を伝えたり、活用できるように支援すること</p> <p>② 断中止者ライバーのモデルやセルフヘルプ、ピアサポート等とつながれるように支援すること</p> <p>③ 必要な時に必要な情報でサポートすること</p> <p>④ 経済的困難に対応できるように支援すること</p> <p>⑤ 就労、結婚、出産、養育等それぞれの課題に合わせた意思決定を支援すること</p> <p>⑥ 情報にアクセスしにくい断中止者にアウトリーチを行うこと</p>	<p><b>目標8</b> ケア資源の見える化</p> <p>① 断中止者に必要なケアマップや資源マップ、リーフレット等の作成すること</p> <p>② 作成したケアマップやリーフレット等を地域に配布・普及すること</p>
<p>※セルフマネジメントプログラムとは、ここでは、疾患を持つ人が病気とうまく付き合う自己管理能力を高め、日々生活に過ごす方法を身につけるための知識や方法を学べる何らかのプログラム、を指す</p>	<p><b>目標9</b> 断中止者に対応した医療・介護・福祉・就労・教育・行政等を連携した相談支援体制の構築</p> <p>① 断中止者に対応した、医療・介護・福祉・就労・教育・行政等の専門家が連携して対応する相談窓口をつくること</p> <p>② 上記の相談窓口が活用されるよう普及すること</p>
	<p><b>目標10</b> 地域づくり・街づくり</p> <p>① 断中止者が生活しやすい地域づくり・街づくりへ参画すること</p> <p>② 市民や住民公開講座等を行い、地域住民に啓発を図ること</p>
	<p><b>目標11</b> よりよい地域の医療連携体制づくり</p> <p>① 断中止者がより良質な本邦に活用されるよう病院内や地域の協議会などへ働きかけること</p> <p>② かかりつけ医と専門医、その他医療職等の連携を深める仕組みをつくること</p>
	<p><b>目標12</b> 制度の適正化への働きかけ</p> <p>① 断中止者・介護者のニーズの把握、集約、代弁をすること</p>
	<p><b>目標13</b> 疾患特有の知識を有するソーシャルワーカーの育成</p> <p>① 断中止者の疾患の特性、それに伴う生活、療養上の課題、断中止者と介護者特有のニーズに関する知識を有するソーシャルワーカーを育成すること</p> <p>② 断中止者の就労・定着、復職支援、社会参加の促進に関する知識を有するソーシャルワーカーを育成すること</p> <p>③ コミュニティワークや実地地域の地域活性化モデルに関する知識を有するソーシャルワーカーを育成すること</p>

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト（参考）

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
該当なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
該当なし					

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト（参考）

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
該当なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
該当なし					

# 脳卒中相談窓口マニュアル

一般社団法人日本脳卒中学会

Version 1.0 (2022.3.4)



## 執筆者

### 一般社団法人日本脳卒中学会

宮本 享  
小笠原邦昭  
橋本洋一郎  
藤本 茂  
竹川英宏  
和田邦泰  
井口保之  
片岡大治  
豊田章宏  
冨永悌二

### 日本脳神経看護研究学会

百田武司  
武田保江  
田村綾子  
大久保暢子

### 日本ニューロサイエンス看護学会

大久保暢子  
田村綾子  
武田保江  
百田武司

### 公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会

野口百香  
早坂由美子  
林 真紀  
星野由利子  
藤井由記代  
取出涼子

### 一般社団法人日本介護支援専門員協会

笠松信幸

### 一般社団法人日本作業療法士協会

和久美恵

### 公益社団法人日本理学療法士協会

斉藤秀之

一般社団法人日本神経学療法学会

大畑光司

一般社団法人日本言語聴覚士協会

立石雅子

深浦順一

## はじめに

「脳卒中と循環器病克服5ヵ年計画(2016年12月発表)」に基づき、日本脳卒中学会による1次脳卒中センターの認定をはじめとして、脳卒中の急性期医療体制の整備が大きく進みました。

一方、2019年12月に「脳卒中・循環器病対策基本法」が施行されたことにより、「脳卒中と循環器病克服5ヵ年計画」と循環器病対策推進計画が車の両輪のようになって脳卒中对策が大きく進みつつあります。

「脳卒中・循環器病対策基本法」に基づく循環器病対策推進計画に書き込まれた個別施策の多くは、脳卒中患者及び家族への情報提供や相談支援に関する内容になっています。これを受けて「脳卒中と循環器病克服第二次5ヵ年計画(2021年3月発表)」に沿って、回復期以後の医療・ケアにも基軸をおいた整備が行われる見込みです。この整備の大きな柱が「脳卒中相談窓口」で、2022年度中に1次脳卒中センターのコア施設に設置されることが決まっています。2021年度に日本脳卒中学会に「情報提供・相談支援プロジェクトチーム」が設置され、「脳卒中相談窓口」で行う業務についての検討が行われ、本マニュアルが整備されました。

情報提供・相談支援の業務はメディカルスタッフ、医療ソーシャルワーカー(社会福祉士等)、介護支援専門員(ケアマネジャー)など多くの職種の密接な連携がないと実現できません。2022年2月から4月にかけて開催(web併催)される第47回日本脳卒中学会学術集会(stroke2022)は、多職種参加元年を合言葉に、このマニュアルをもとに、「脳卒中相談窓口に関する多職種講習会」と「脳卒中相談窓口に関わる人材の育成」が予定されており、オンデマンドで5月末まで受講可能です。「脳卒中相談窓口」設置の要件として、これらを受講した人材の配置が求められています。

このマニュアルの作成にご尽力いただいた皆様に感謝申し上げますと共に、このマニュアルが脳卒中になられた患者さんとそのご家族等に対する情報提供・相談支援を大きく前進させるツールとなることを願ってやみません。

2022年1月

一般社団法人日本脳卒中学会  
理事・情報提供・相談支援プロジェクトチーム座長  
宮本 享

## ごあいさつ

2016年に発表した「脳卒中と循環器病克服5ヵ年計画」および2018年に公布された「脳卒中・循環器病対策基本法」は脳卒中を担う専門医に脳卒中医療の大きな変化をもたらしました。一般社団法人日本脳卒中学会は、1次脳卒中センターの認定をはじめとした脳卒中急性期医療体制を整備しつつ、次の目的である脳卒中患者及び家族への情報提供や相談支援に着手しました。本マニュアルは2021年3月発表の「脳卒中と循環器病克服第二次5ヵ年計画」に従い、2022年度中に1次脳卒中センターのコア施設に設置される予定の「脳卒中相談窓口」でおこなう業務についての詳細が記載されております。

脳卒中は急性期を乗り切っても、後遺症で苦しんだり、再発の危機にさらされる可能性の高い疾患です。そのため、回復期あるいは維持期(生活期)の方がむしろ時間的に長く、患者さんとその御家族にその時々合った情報提供・相談支援を行うことが重要です。「脳卒中相談窓口」はこの役割を担うために設置されます。しかし、情報提供・相談支援の内容は多岐にわたります。このため、本マニュアルを作成する上で多職種連携が必須でした。そこで、脳卒中患者に対する医療やケアに従事する様々な職種にお声掛けし、本マニュアルが作成されました。御協力いただいた多くの職能団体の皆様に感謝申し上げます。

一方で、多くの職種が関与すればするほど同じ支援をしていてもあるいは話していても共通理解がそこなわれます。本マニュアル作成はある意味で多職種のそれぞれの特殊性を超えた共通理解・共通言語を作る作業にもなりました。本マニュアルが多職種の相互理解の一助になること期待しています。

本マニュアルを脳卒中医療に携わる多くの職種の方々に読んでいただき、「脳卒中相談窓口」が多くの悩める患者さんおよび御家族の救いとなることを祈念いたします。

2022年1月

一般社団法人日本脳卒中学会  
理事長  
小笠原 邦昭

## 脳卒中相談窓口マニュアル目次

執筆者一覧	2
はじめに	4
一般社団法人日本脳卒中学会理事長あいさつ	5
脳卒中相談窓口マニュアル	
1. 脳卒中相談窓口の設置と背景 (一般社団法人日本脳卒中学会)	8
2. 対象, 設置場所と求められる職種 (一般社団法人日本脳卒中学会)	9
3. 社会的ニーズに合った具体的な役割 (一般社団法人日本脳卒中学会)	10
4. 脳卒中療養相談士に求められること	
4-1. 脳卒中診療システムの理解 (一般社団法人日本脳卒中学会)	11
4-2. 脳卒中予防と合併症などに関する基本的な医学的知識 (一般社団法人日本脳卒中学会)	11
4-3. 地域連携パス (公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会)	12
4-4. 地域包括ケアシステムの概略 (一般社団法人日本介護支援専門員協会)	13
4-5. 介護保険 (一般社団法人日本介護支援専門員協会)	13
4-6. 各種福祉サービス (一般社団法人日本介護支援専門員協会)	14
4-7. 緩和ケア (一般社団法人日本脳卒中学会)	15
4-8. 治療と仕事の両立支援	
1) 治療と仕事の両立支援とは (一般社団法人日本脳卒中学会)	15
2) 就労への支援 (一般社団法人日本作業療法士協会, 公益社団法人日本理学療法士協会)	16
4-9. 障害者手帳の申請 (公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会)	17
4-10. 高次脳機能障害への支援 (一般社団法人日本言語聴覚士協会, 一般社団法人日本作業療法士協会)	18
4-11. 心理的サポート, 経済的サポート	
1) 看護師から (日本脳神経看護研究学会, 日本ニューロサイエンス看護学会)	18
2) 医療ソーシャルワーカーから (公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会)	19
3) リハビリテーション専門職から (一般社団法人日本作業療法士協会, 公益社団法人日本理学療法士協会, 一般社団法人日本言語聴覚士協会)	20
5. 長期的なリハビリテーションを受けるために	
5-1. リハビリテーション専門職から (一般社団法人日本神経理学療法学会)	

1) 装具・車いす等の作製・修理の制度 (一般社団法人日本神経理学療法学会)	21
2) 在宅での運動・自主トレーニングに関する制度 (一般社団法人日本神経理学療法学会)	21
3) 寝たきりゼロへの10か条 (公益社団法人日本理学療法士協会)	22
5-2. 看護師から (日本ニューロサイエンス看護学会, 日本脳神経看護研究学会)	22
6. 今後の展望・報告と検証について (一般社団法人日本脳卒中学会)	24
7. 協力団体と日本脳卒中医療ケア従事者連合について (一般社団法人日本脳卒中学会)	25
8. 参考 (公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会)	
8-1. 介護者負担の軽減	26
8-2. 休業補償・所得補償など	26
8-3. 受診中断者への支援 (アウトリーチ)	27
8-4. 必要な社会資源開発への取り組み	27
さいごに	29

## 1. 脳卒中相談窓口の設置と背景 (一般社団法人日本脳卒中学会)

脳卒中診療は、リハビリテーションの観点から急性期、回復期、維持期(生活期)に病期が分けられる。2000年に回復リハビリテーション病棟が認可され、また介護保険が同時に開始され、脳卒中患者は急性期病院(救急病院:脳卒中センター)、回復期のリハビリテーション専門病院、維持期の病院・施設、かかりつけ医(在宅)にて、病期・病態に応じて担当医療チームが変わることになった。軽症の患者や、治療が奏功して劇的に改善してほとんど後遺症なく、家庭復帰や職場復帰ができる患者も増加している。一方、重症の患者や、再発を繰り返して後遺症を抱えて生活しなければならない患者も少なくなく、そのような患者に様々な困り事が生じたときに、どこに相談してよいかわからない問題がある。多くの制度があり、これを全て理解している医療スタッフは多くない。

2016年12月に日本脳卒中学会と日本循環器学会が「脳卒中と循環器病克服5ヵ年計画ストップ!NO卒中プロジェクト CVD(脳心血管病)健康長寿を達成するために」を発表した。この中で脳卒中センターの提唱が行われ、2019年より24時間365日rt-PA静注療法が可能一次脳卒中センター(PSC)の認定が開始された。24時間365日機械的血栓回収療法(MT)の可能な施設をPSCのコア施設としての委嘱が2020年から開始された(脳卒中診療システムの理解の項参照)。

2018年12月には「健康長寿の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」が国会で成立し、2020年10月には「循環器病対策推進基本計画」が策定された。その個別施策として保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実の中に、⑥循環器病に関する適切な情報提供・相談支援(科学的根拠に基づく正しい情報提供、患者が相談できる総合的な取組)が挙げられている。脳卒中患者に困り事が生じたときにワンストップで相談に載る「脳卒中相談窓口」の開設の要望も強く、日本脳卒中学会では2022年4月にPSCのコア施設に「脳卒中相談窓口」を設置(既存の地域医療連携室あるいは患者サポートセンター等の内に「脳卒中相談窓口」の看板設置)し、まずはPSCのコア施設から直接退院した患者を対象に情報提供・相談支援を行うことになった。

MTが24時間365日可能なハイボリュームセンターで「脳卒中相談窓口」を開設頂いて、実績を積んで頂き、さらに問題点を挙げて貰い、しっかりしたマニュアルの作成、情報提供・相談支援のノウハウの蓄積を行って貰い、地域の多くの施設に徐々に「脳卒中相談窓口」の開設が進むように地域全体を牽引して頂ければと考えている。

## 2. 対象，設置場所と求められる職種（一般社団法人日本脳卒中学会）

脳卒中窓口が設置される 2022 年度においては，まず，自施設に入院しているあるいは入院歴のあるすべての脳卒中患者およびその家族を対象とする．脳卒中患者に対するシームレスな医療・福祉連携を充実させるため，「脳卒中相談窓口」を一次脳卒中センター（PSC）の地域における中核施設（PSC core）にまず設置し，順次広げていく．既存の地域連携室や患者サポートセンターに設置することが現実的であるが，「脳卒中相談窓口」としての明確な表示が望ましい．脳卒中患者およびその家族には，リーフレットなどで脳卒中相談窓口の存在を周知し，看護師や既存の地域連携室や患者サポートセンターに相談支援や情報提供の希望が寄せられた場合には，脳卒中相談窓口に繋ぐ．そこでは脳卒中の医療・介護・福祉に精通した相談員が，急性期医療機関における連携窓口として回復期・維持期（生活期）医療機関の支援センター，障害者相談センター，生活支援センターなどと協力し，脳卒中患者に対して必要な相談支援や情報提供を実践していく．

脳卒中相談窓口では，脳卒中専門医が責任者となり，脳卒中に精通した認定看護師（脳卒中分野）や医療ソーシャルワーカー（社会福祉士等）が脳卒中療養相談士として中心的役割を担う．日本脳卒中学会学術集会で開催（一定期間のオンデマンドも含む）される「脳卒中相談窓口講習会」の受講者（受講証を発行）が当該年度の脳卒中療養相談士として認定される．必要に応じて理学療法士，作業療法士，言語聴覚士，薬剤師，管理栄養士，臨床心理士（公認心理師），精神保健福祉士等の各専門職を構成員に含める．また，両立支援コーディネーター研修受講者の参加が望ましい．



### 3. 社会的ニーズに合った具体的な役割 (一般社団法人日本脳卒中学会)

脳卒中相談窓口が担う役割は、1) 急性期医療機関から直接自宅退院する患者、家族に対する相談・支援を行う、2) 回復期や維持期(生活期)の医療機関に転院する患者、家族に適切な情報提供を行い、必要に応じて回復期や維持期(生活期)の医療機関の支援センターなどに繋ぐ、ことである。

1) 直接自宅退院する患者、家族に対して、(1) 再発、合併症、重症化予防のための疾患管理プログラムの策定、情報提供、かかりつけ医との連携支援、(2) 関係部署と連携した患者、家族への相談支援と情報提供、(3) 経済的、心理的、社会的な困り事の解決へ向けての相談支援、を行う。患者、家族の相談支援と情報提供では、今後起こりうる病態や合併症に対する患者、家族の理解促進、療養上の意思決定や課題解決、障害福祉制度との円滑な連携と社会復帰のための支援、通所・訪問リハビリテーションの継続や装具の作成・作り直しに関する情報、地域包括ケアシステム・介護保険・在宅介護サービス・訪問診療に関する情報提供、身体障害者認定システムおよび精神障害者保健福祉手帳に関する情報提供を行う。また、治療と仕事の両立支援、身寄りがない患者や生活困窮者など権利擁護事業との連携支援、福祉サービスや患者会の紹介に加え、交通手段、後遺症や合併症に関する相談を受け問題を解決していく援助をすることが必要となる。さらにかかりつけ医に対して脳卒中地域連携パスや疾患管理プログラムに関する情報提供を行い、適切な再発、合併症、重症化予防の治療、管理ができるようにする。

2) 回復期や維持期(生活期)の医療機関に転院する患者、家族には、脳卒中地域連携パスの説明と、患者の状態や家族の環境に応じた、遠隔地を含めた転院先、療養先選定の支援、回復期や維持期(生活期)の医療機関との情報共有が必要となる。

多職種連携のもと、脳卒中療養相談士は各医療圏におけるシームレスな医療・介護・福祉連携の中心的役割を担うこととなる。

## 4. 脳卒中療養相談士に求められること

### 4-1. 脳卒中診療システムの理解 (一般社団法人日本脳卒中学会)

脳卒中診療は、リハビリテーションの観点から急性期、回復期、維持期 (生活期) に病期が分けられる。

急性期診療では、1990年代に欧州を中心に stroke unit (SU, 脳卒中専門病棟) の有効性が示され、導入が開始された。同年代の遺伝子組み換え組織型プラスミノゲンアクチベータ (recombinant tissue plasminogen activator : rt-PA) 静注療法や2010年代の機械的血栓回収療法 (mechanical thrombectomy : MT) などの治療法の登場で急性期診療は目覚ましく進歩した。ただ、これらは「専門性」と「時間との戦い」の2つの面を両立させることが課題となる。また、地域による格差も生じた。これらの問題を医療の均てん化及び集約化で解決するために脳卒中センターの認定が2000年代から世界的に行われている。脳卒中センターを中心とする脳卒中治療施設の「脳卒中治療ピラミッド」(日本では構築途中) が示され、急性期病院間の連携も必要となってきた。わが国でも2019年より脳卒中センターの認定が開始され、急性期診療提供体制の再構築が始まっている。

脳卒中は、急性期から在宅医療まで切れ目のない医療体制を必要としている。急性期病院から回復期リハビリテーション病院の連携、さらには、維持期の施設やかかりつけ医との連携も極めて重要で、脳卒中地域連携パスなどにより「治療の継続」と「リハビリテーションの継続」が担保されなければならない。2000年に回復期リハビリテーション病棟と介護保険が開始され、医療と介護の提供体制の枠組みは明確となった。2020年の診療報酬改定で回復期リハ病棟への入棟までが脳卒中発症から2ヵ月以内という期限が撤廃され、合併症等で2ヵ月以内に転院できない患者の回復期リハビリテーションが可能となるなどの改革も進んでいる。切れ目のない脳卒中医療体制構築のためには、国策として構築されている「地域包括ケアシステム」の理解と活用も重要となる。

また、脳卒中は、いずれの病期でも死亡率が高く、機能障害を残すことも多い。脳卒中患者の緩和ケアや終末期医療に関する議論も行われ始めている。

### 4-2. 脳卒中の予防と合併症などに関する基本的な知識 (一般社団法人日本脳卒中学会)

脳卒中とは、脳の血管の病気である。脳卒中は、脳血管の狭窄・閉塞 (脳梗塞) 或いは破綻 (脳内出血・くも膜下出血) を原因として、脳組織が突然傷害されて頭痛・頸部痛やめまい、意識障害・運動感覚障害・言語障害・視力視野障害等の神経症候が急に生じる疾患であり、救命や神経症候回復を目的とした治療が行われる。動脈硬化の危険因子 (高血圧、糖尿病、脂質異常症、喫煙、多量飲酒)、不整脈 (心房細動) を放置すると脳卒中を発症しやすい。脳卒中は健康寿命を損ねる (寝たきり：要介護5) 原因の第1位疾患 (要介護

全体では認知症に次ぐ2位)である。一度発症すると重篤な後遺症を残すことがあり、発症予防・再発予防が重要である。かかりつけ医と協力し、バランスの良い食事、禁煙、節酒、適切な運動習慣に努め、血圧の自己測定、検脈、検診結果を確認し規則正しい内服を心がける。

「突然」の顔の歪み (Face) , 手の力が入らない (Arm) , 呂律が回らない・言葉がでない・他人の言うことが理解できない (Speech) ことに気がいたら、脳卒中の可能性がある。脳卒中、と思ったら症状がでた時刻を必ず確認し (Time) , すぐに救急車を呼ぶ (ACTFAST) .

急性期病院に入院した場合、stroke unit (医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医療ソーシャルワーカー (社会福祉士等) など多職種によるチーム医療) で治療が開始される。その内容は、脳卒中に対する専門的治療、脳卒中の再発予防、急性期リハビリテーションおよび合併症予防である。脳梗塞には、再灌流療法 (rt-PA 静注療法・機械的血栓回収療法などで閉塞した血管の流れを改善する治療) , 脳出血には血腫除去術 (血液の塊を取り除く手術) , くも膜下出血には脳動脈瘤への治療 (クリッピング術・コイル塞栓術など動脈瘤の破裂を予防する手術) を実施する。脳卒中の再発予防は、発症の予防と同様に動脈硬化の危険因子の管理、心房細動への対応、生活習慣の改善が重要である。脳梗塞では抗血栓薬 (抗血小板薬や抗凝固薬) を内服する。発症後できる限り早期から急性期リハビリテーション (体位変換、座位・立位・歩行訓練、摂食嚥下訓練、言語訓練、セルフケア訓練など) を開始する。合併症は、感染症 (肺炎、尿路感染症) , 心不全、消化管出血、深部静脈血栓症、けいれんなどである。脳卒中相談窓口が中心となり患者・家族へ適切な情報提供を行い、退院・転院への準備を進める。

#### 4-3. 地域連携パス (公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会)

脳卒中地域連携パスは、脳卒中にかかわる医療機関 (急性期・回復期・生活期) が共通して用いる「診療計画」であり、治療・ケア・リハビリテーション、心理・社会的背景などの必要な情報を適切に共有することで病期による転院・転医においても治療の連続性と切れ目のない (シームレスな) サービスの提供を目指す。また最終的な目標・施設を超えた診療体制等について患者・家族に前もってわかりやすく説明することにより、安心して治療を受け、主体的に治療に取り組んでもらいやすくすることも目的としている。

2008 年度の医療法改正にて全都道府県に脳卒中地域医療計画立案と診療報酬化がスタートし、現在は入退院支援加算の地域連携診療計画加算として位置付けられている。

脳卒中地域連携パスについて患者・家族に説明する書式として「オーバービューシート」があり、急性期から生活期の一連の流れと各病期で目指す目標、それにかかる日数、などが一枚に記載され、イラスト等も用いて患者・家族が理解しやすいように工夫されている。また、施設ごとの「患者に関する情報シート」等では医師・看護師・セラピスト・医療ソーシャルワーカー (社会福祉士等) 等が診療内容と治療経過、施設を退院する時点での日常生活

機能の状況など、必要な情報を記載するようになっている。そこには急性期病院入院中の段階での最終退院時のゴールのほか、地域によっては生活期に必要なと予測される介護・福祉サービスまで包含している場合もある。パスの書式をもって転院時の診療情報提供書の省略や、ICTの活用によって情報の一元化、効率化が図られるなど、地域ごとに活用は様々であり、共通のシートを用いることによって支援の継続を図り、かつ、課題の共有は多数の機関や職種と関わる脳卒中診療体制において、患者・家族等にとって心理的な負担軽減につながる。

脳卒中相談窓口の脳卒中療養相談士には、地域連携パスの理解、患者・家族等への心理的な負担に配慮した分かりやすい説明、自身の地域にある他機関多職種との顔の見える連携と更なるネットワークづくり、シームレスな連携のために情報共有、パスの問題点や課題の改善に向けた提案等が役割として期待される。

#### **4.4. 地域包括ケアシステムの概略 (一般社団法人日本介護支援専門員協会)**

疾病等によって介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」が地域で一体的に提供される社会システムが「地域包括ケアシステム」である。団塊の世代が75歳に達し、医療や介護の需要がいつそう増加すると見込まれる2025年をめざして、国・都道府県・市町村が地域ごとの特性(人口規模・高齢化率・医療や介護のリソースなど)に応じた地域包括ケアシステムを構築すべく運営が進められている。

その中核施設である「地域包括支援センター」はすべての市町村にあり、日常生活圏域ごとに5,270カ所(令和3年4月末現在)設けられている。それぞれの地域包括支援センターには、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員が配置され、地域住民からの多様な相談に幅広く応じ、関係機関との連絡調整を行う(総合相談)とともに、在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の機能を担っている。また、認知症地域支援推進員や生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)を配置するなど、高齢者等を支えるネットワーク形成の役割を持っている。

脳卒中相談窓口担当者は、行政区ごとの地域包括支援センターと日常的に連携を保つことが重要である。

#### **4.5. 介護保険制度 (一般社団法人日本介護支援専門員協会)**

65歳以上の人が傷病により要介護状態・要支援状態になった場合、介護保険制度を利用することができる。また、脳血管疾患など16種類の特定疾病が原因で要介護・要支援状態になった場合は満40歳から介護保険が適用される。

介護保険の利用は市町村窓口に申請して行うが、地域包括支援センターや居宅介護支援

事業所 (ケアマネジャー事務所) 等でも申請を代行できる。

申請後は「要介護認定」を経なければならない。認定には、市町村職員が行う「認定調査」(訪問調査) と主治医が医学的所見を記載した「主治医意見書」が必要である。新規申請の場合、審査結果が出るまでに 1~2 ヶ月かかる場合が多いため、入院後の早い段階から申請準備をすすめておくことが大切である。

退院後に介護サービスを利用できるよう、介護支援専門員(ケアマネジャー)が居宅サービス計画書 (ケアプラン) 原案を作成するが、この際、医療機関からの情報提供が欠かせない。脳卒中相談窓口担当者は、退院前から在宅ケアチームを交えたカンファレンスを開くなど、在宅生活移行の連携をすすめることが重要である。

介護保険で利用できるサービスには、施設サービス (介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院など)、在宅サービス (訪問看護、訪問介護、訪問入浴、通所介護、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導 (医師・歯科医師・歯科衛生士・薬剤師・管理栄養士など)、施設等への短期入所、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、福祉用具貸与、住宅改修など) があるが、利用者本人・家族の状況や環境等を総合的に判断した上でサービス種類や回数等を決める。

#### 4-6. 各種福祉サービス (一般社団法人日本介護支援専門員協会)

介護保険制度や障害者福祉制度の対象にならないものも含め、退院後の自宅生活に活用できる福祉サービスには以下のようなものがある。この他にも自治体によって独自にサービス提供や利用料補助を行っている場合も多いため、日常的に情報把握しておくことが大切である。

##### 1) レスパイトケア (家族介護継続のための休息)

通所介護 (デイサービスなど)、短期入所介護 (特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、認知症グループホーム等の短期利用)、レスパイト入院 (地域包括ケア病棟など)

##### 2) 福祉用具レンタル

車いす、歩行器、歩行補助つえ、特殊寝台 (電動ベッド)、移動用リフト、可搬型の手すり・スロープ、自動排泄処理装置、認知症老人徘徊探知機など

##### 3) 福祉用具の購入補助

ポータブルトイレ、シャワーチェア、浴槽用手すり、簡易浴槽など

##### 4) 住宅改修への補助

手すり取り付け、段差解消 (スロープ設置等)、滑り止めのための床材変更、開き戸から引き戸への扉の取り替え、洋式便器への取り替え・位置変更など

##### 5) 交通機関の利用支援

自治体独自に行われる公共交通機関 (バスやタクシー等) への利用料補助

##### 6) 配食サービス

民間会社がサービス実施。自治体によって独自補助あり。

#### 7) 家族介護者の離職防止・両立支援

介護休業 (対象家族1人につき93日まで)、介護休暇 (1年間5日まで) など

### 4-7. 緩和ケア (一般社団法人日本脳卒中学会)

脳卒中は突然発症し、急性期治療および回復期リハビリテーションを行っても、さまざまな後遺症を残すことが少なくない。患者・家族等は、将来への不安や悩み、後遺障害による悲しみや苦しみなどを抱えており、それらを軽減し支援するための緩和ケアを行う。そのためには、まず患者・家族等の不安・悩み・悲しみ・苦しみを傾聴し、心理的支援を行う。また、急性期を過ぎた脳卒中であり現在の症状は回復困難であることや、今後起こり得る脳卒中の再発、感染症・がん・臓器不全などの合併症などの説明を行い、療養上の意思決定に向けた支援を行う。患者・家族等の悲しみ・苦しみの受容には、時間を要することがあり、その受容の過程に応じて、繰り返し説明を行なう。また、予後不良であることを強調するあまり、患者・家族等に絶望感・孤立感を感じさせないように継続して寄り添い、患者の希望に沿った生活プランを提示する。我が国ではアドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning, 以下 ACP) に関する議論は始まったばかりであり、突然発症の重症脳卒中では、発症前の ACP が示されることは例外的である。意識障害や高次脳機能障害により、患者自身が意思表示できない場合や自立した意思決定が不可能な場合は、家族等から発症前の患者本人の意思について聴き取り、患者自身の権利擁護の視点も踏まえて、今後の医療やケアの方針を相談・決定していく。脳卒中患者・家族等への緩和ケアは、医師・看護師・医療ソーシャルワーカー (社会福祉士等)・ケアマネジャーなどの医療・ケアにかかわる職種に加えて、臨床心理士や宗教家などの多職種で構成されるチームで取り組む必要があり、脳卒中療養相談士には、これらの職種と連携して、患者・家族等の全人的苦痛の緩和に取り組むことが求められる。

### 4-8. 治療と仕事の両立支援

#### 1) 治療と仕事の両立支援とは (一般社団法人日本脳卒中学会)

治療が必要な疾病を抱える労働者が、業務によって疾病を増悪させることないように、事業場において適切な就業上の措置を行いつつ、治療に対する配慮が行われるようにするための取組である。労働契約は法律に基づいて労働者と使用者との間で締結されているため、脳卒中などの私傷病の両立支援においては原則として労働者の申出が起点となる。しかしながら、突如の入院で混乱している状況下で自ら申出を行うことは難しく、言い出せない職場の雰囲気も伴って自主退職してしまうケースは多い。また様々な手続きや社会資源の利用についても知らない患者が多い。もちろん就労の継続や申出を決定するのは患者自身で

あるが、離職してしまうと可能な支援は限られるため、発症早期から就労者であることを確認し、申出ができるように支援を開始することが肝要である。主治医や看護師やリハビリテーションスタッフは医療ソーシャルワーカー（社会福祉士等）や両立支援コーディネーターと情報共有し対処すべきであろう。特に脳卒中の場合は治療の継続機会の担保のみならず、疾病によるパフォーマンスの低下や各種障害が残ることも多いため、その内容や必要な配慮を事業場にも正しく理解してもらうことが必要となる。こうした情報の共有には厚生労働省のガイドランにある情報提供祖の様式や企業・医療機関連携マニュアルなどを参考にされたい。また治療主体が回復期病院やかかりつけ医などに移る場合には両立支援の情報も共有していただきたい。

- ・事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン
- ・企業・医療機関連携マニュアル  
治療と仕事の両立について | 厚生労働省 ([mhlw.go.jp](http://mhlw.go.jp))
- ・両立支援コーディネーター  
治療就労両立支援事業 ([johas.go.jp](http://johas.go.jp))

## 2) 就労への支援について

### (一般社団法人日本作業療法士協会、公益社団法人日本理学療法士協会)

就労の場として現職場と新職場（保護的な就労環境を含む）が挙げられるが、いずれの場合も患者の心身の準備性を高めるリハビリテーション（職務内容の評価、職業前（準備）訓練、職務の指導、通勤手段の選択や練習など）が必要となり、早期から復職を意識した訓練を取入れ、急性期以降も継続した治療体制を構築することが重要である。加えて受け入れ事業所の体制整備も重要である。患者の後遺症の種類や程度によっては、手すりの設置や段差解消などの環境設定や職務内容の変更や調整が必要な場合も少なくない。一方で、作業姿勢の変更（立位⇒座位）や片手での作業が可能な環境整備や頻回に休憩をとるなどの調整で対応可能となる場合もあるため、受け入れ事業所の障害に対する理解や対応可能な範囲についての確認や試験的な出勤をとおして患者と事業所の双方で具体的にすり合わせを行うことが求められる。いずれも、患者自身からの働きかけと復（就）職を前提とした受け入れ事業所側の多大な理解と協力が不可欠となる。発症後に心身両面の作業耐久性が低下していることが少なくないが、患者自身が自覚していない場合や、職場復帰して初めて高次脳機能障害が明らかになる場合もあるため、段階的に仕事の量や質を変化させることや就労後の継続的な心理的サポートが重要である。また、障害者手帳を取得し、障害者雇用の対象となることで適切な配慮のもと就労を継続できる場合もある。

2021年に改正された障害者の雇用促進等に関する法律においても障害者の職業リハビリテーションの推進について定められており、その実施は医療機関のみならず、公共職業安定所、障害者職業センター（ジョブコーチの利用も可）、障害者就業・生活支援センター、障害者職業能力開発校、就労移行支援事業所など幅広い機関が窓口となりうるため、それらの情

報も参照していただきたい。

#### 4.9. 障害者手帳の申請 (公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会)

脳卒中後遺症による身体障害者手帳・精神保健福祉手帳の取得や高次脳機能障害の診断書の提出により下記の各種福祉サービスを利用できる。ただし手帳の取得は障害固定を意味し、機能改善を期待できないことが前提となるため患者・家族の心情に配慮が必要である。脳卒中相談窓口では、患者・家族への取得に関する案内・説明、診断支援等を行い、適切な時期に手帳サービスを用いながら社会復帰を支援する。

##### 1) 障害者手帳

等級により、税金等の優遇や重度障害者医療費助成・特別障害者手当等を利用可能。

##### (1) 身体障害者手帳：肢体不自由 (1~7 級, 手帳発行は 1~6 級のみ)

音声言語そしゃく機能障害 (3, 4 級)

\*指定医による障害固定の診断・診断書作成が必要。

診断できる時期 (発症後 3 ヶ月等) が自治体により異なる。

##### (2) 精神保健福祉手帳 (1 級~3 級)：高次脳機能障害は器質性精神障害に該当。

取得に伴う抵抗感にも留意すること。

\*診断書は主治医が記載 (高次脳機能障害の場合は、脳外科医、リハビリテーション科医、脳神経内科医等も作成可能、精神疾患の場合は精神科医による作成)

##### (3) 療育手帳：18 才未満の発症・受傷による知的な障害が残った場合。

児童相談所等で判定

##### 2) 障害者総合支援法 <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H17/H17HO123.html>

##### (1) 対象者：上記の手帳所持者や難病の患者。高次脳機能障害の場合は診断書を提出した者。

##### (2) サービスの種類

在宅や施設入所で利用する介護給付・訓練等給付のほか、住宅改修・補装具・就労移行支援等。

##### (3) 利用料：1 割負担。高額障害福祉サービス費制度あり。

##### (4) 申請・相談窓口

各自治体の障害福祉窓口

##### (5) 利用までの流れ (介護給付利用時等)

障害区分認定申請⇒主治医意見書作成\*⇒訪問調査⇒認定⇒ケアプラン作成 (約 1-2 ヶ月)

\*主治医は意見書に診断名・身体状況・生活機能とサービス利用等への意見を記載。



## (6) 留意事項

介護保険の対象者は、介護保険を優先して利用する。介護保険で利用できないサービスは、障害者総合支援法で併給できる。

## 4-10. 高次脳機能障害への支援

(一般社団法人日本言語聴覚士協会，一般社団法人日本作業療法士協会)

高次脳機能は、脳の精神活動のうち、人間が日常生活や社会生活で行うさまざまな活動を支えるものである。高次脳機能には記憶、認知、言語、行為、注意、社会的行動、遂行機能などが含まれる。意識や注意、情動などは最も基盤にあり、精神活動を下支えする役割を担う。その上に道具としての働きをする言語や行為、記憶、認知などの機能がある。さらにその上に、各機能を取りまとめる役割の遂行機能や社会的行動が載るという階層性になっている。

脳卒中などによりこれらの機能が障害されると、失語症、注意障害、失行、失認、半側空間無視、記憶障害、遂行機能障害などが生じる。これらを高次脳機能障害という。

発症後は、医師の診察後、リハビリテーション専門職である言語聴覚士、作業療法士、理学療法士が中心となり対応する。看護師、医療ソーシャルワーカー（社会福祉士等）や心理職などの職種が関わる場合もある。

高次脳機能障害は症例ごとの個別性が高いという特徴がある。また、運動麻痺などと異なり、外から見えにくく、周囲から理解されにくい。本人も自覚がなく、家族の理解が得られにくい場合もある。このような特徴からまず、障害の状態についての評価が極めて重要になる。この評価結果に基づき、それぞれの個人にとって最適な働きかけが行われる。

また、高次脳機能障害では何らかの障害が残存することが少なくないため、発症後間もない急性期から生活期まで継続した専門的支援が求められる。ICF（国際生活機能分類）の視点を活用し、機能障害の改善に着目するだけでなく、活動制限や参加制約など相互の関連性や状況を把握し、個人因子（これまでの生活背景や今後の生活への希望の聴取など）や環境因子（代償的な方法や家族への指導を含めた環境への働きかけなど）を含めた生活機能全体の向上を図ることが重要である。なお、生活期については各都道府県に高次脳機能障害支援センターが設置されており、相談することができる。

高次脳機能障害への対応は発症後間もない急性期から生活期まで継続した専門的支援が求められている。

## 4-11. 心理的サポート，経済的サポート

### 1) 看護師から（日本脳神経看護研究学会，日本ニューロサイエンス看護学会）

脳卒中は突然の発症により生命を脅かし、心身の諸機能に様々な障害をもたらす。多く

の患者が、恐怖、絶望感に襲われ、激しい落ち込みを体験したり、自身の身体が思うように動かない苦痛や、考えが伝わらないことのもどかしさ、さらに今後の生活への不安など様々な思いを抱えたりしている。病態によっては、自分自身のおかれている状況すら理解できない場合もある。このような混沌とした心理状態で機能回復や自立に向けたリハビリテーションを受けることになるが、意欲の減退（アパシー）や脳卒中後うつ（poststroke depression：PSD）をきたすと、回復の遅延やQOL（生活の質）低下を招く恐れがある。患者の心理状態は、障害の背景や個人の信念、期待や価値観等により様々であり、一概にすべての患者が同じような経過を経て障害を受け止めたり（障害受容）、心理的な反応をしたりするのではない。そのため、個々の患者の語りを十分に聞き取り、どのような体験をし、その心理や情動の変化にどのようなことが影響しているのかを理解し、家族も含めた支援方法を検討する必要がある。特に、PSDは日常生活動作（ADL）や認知機能の改善を阻害するため、必要に応じ各種心理検査を行い早期発見に努めるとともに、PSDの改善には薬物療法を行うことが勧められている。心理的サポートを行う上で、「患者（療養者）が主人公（主体）である」ことを念頭に置き、患者が「自分ならできる、きっと上手くいく」と思える（自己効力感を高める）ように関わったり、患者の持つ長所や強み（ストレングス）を活かし、「できること」を支援したりする関わりが有効と考えられる。例えば、患者が成功体験を持てるように、達成可能な目標・計画を一緒に立てることや、同じような悩みを持つ他の患者との交流を進めることも検討する。日本脳卒中協会のホームページには、脳卒中体験記や脳卒中体験者インタビューが紹介されている。ただし、患者と状況や能力が類似した人は、モデルとしてふさわしいが、自身よりも条件が揃っている人（軽症者や若年者等）が上手くできているのをみて、逆に自己効力感を下げってしまう場合があるため注意が必要である。

## 2) 医療ソーシャルワーカーから（公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会）

脳卒中患者・家族の心理的及び経済的サポートは、発症からの時期により特徴に留意した対応を行う。

### (1) 急性期

「元の生活に戻れるのか」、「どのくらいお金がかかるのか」といった不安や、発病前から抱えている生活課題の悪化がある場合、多職種による迅速な心理的・経済的サポートの展開が必要である。多職種によるスクリーニングで早期に課題を抽出し、チームの介入プランを立てる。相談場面では、今後の治療や療養生活のロードマップ（パス）の明示、予測される課題と活用可能な資源の共有が不安軽減の一助となる。スクリーニングから漏れるケースも想定し、各種保険制度、経済支援、権利擁護、就労支援、福祉サービスへの容易なアクセス体制（制度マップの掲示など）も重要となる。また転医にあたり中長期的にかかる医療費負担を考慮した対応を要することがある。

### (2) 回復期

患者・家族にとって退院後の療養生活が明確になってくるにつれ、自分達の考えていた生活とのギャップから不安や落胆が顕在化する時期でもある。退院に向け、その不安を払拭するに十分な在宅や施設・両立支援などの資源の投入が必要となる。また、「皆どう乗り越えているのか」の例示や、患者・家族会などピアサポートの活用も支えとなる。それには、日頃よりピアサポート体制の整備や連携を図ることも重要となる。生活の再構築に向けた様々な意思決定が求められるこの時期は、家族関係の調整のニーズも顕在化する。特に、障害を抱え役割変更を余儀なくされた患者自身の障害のうけとめと、家族がどのように受け入れるか、心理・社会的課題を含む支援となる。家族メンバーによって感じる課題や直面するニーズが異なることを踏まえ、患者・家族が解決していくプロセスを支援する。

#### (3) 維持期 (生活期)

孤立やうつへの対応として、地域の中での発見システムが必要となる。参加の促進・再発への不安等に対し、脳卒中／リハビリテーション専門医への受診勧奨や地域での特定健診や予防事業等、地域支援体制の理解と体制づくりも役割となる。また、ここでも引き続きピアサポートの活用が心理的サポートとなることを付け加える。

#### (4) 予防

地域関係機関や一般企業を巻き込んだ予防システムの開発が、患者・家族に加え発症予備軍である地域住民の心理的、経済的不安を軽減させる対策となりうる。

### 3) リハビリテーション専門職から

#### (一般社団法人日本作業療法士協会、公益社団法人日本理学療法士協会、一般社団法人日本言語聴覚士協会)

リハビリテーション専門職は、喪失した心身機能や計り知れない悲嘆や怒りを抱えた患者やその家族から、リハビリテーション場面を通じて直接相談を受ける（辛い体験も喜びの体験も）ことが多く、その回復を具体的に支援し、寄り添う役割が求められる。

これまでの「普通」に完全に帰ることが困難な場合も少なくないが、そういった状態によらず、患者自身が今後の人生の目標を再設定し、具体的な活動の回復や社会参加（役割の再獲得も含む）を果たすことができるよう、患者の語りに耳を傾け、共感し、時には鬱積した気持ちを発散できる場面（活動）を提供するなどの取り組みも心理的サポートプログラムとして重要である。また、心身機能が完全に回復しない状態であっても、患者自身の人生における目標を達成することを見出していく過程では、ピアサポートの視点や場面の設定も有効である。

その際には、「心身機能や身体構造」上の問題、「活動」の制限（ADL や IADL の障害など）や「参加」場面での制約、また、患者の「個人因子（これまでどのように生きてきて、どのような活動を大切に感じているのか）」や「環境因子」を含めた ICF (国際機能分類) の 5 つの因子の相互の関連性を考慮することが不可欠となる。

## 5. 長期的なリハビリテーションを受けるために

### 5-1. リハビリテーション専門職から

#### 1) 装具・車いす等の作製・修理の制度 (一般社団法人日本神経理学療法学会)

装具については、治療目的に用いる治療用装具と治療が終わった後の更生用装具に分けられる。治療用装具とは疾病の治療過程に用いられる装具である。作成にあたっては労災保険、交通事故に対する自賠責保険、および各種の健康保険等が適応される。一方、更生用装具は治療遂行上必要とされた医療用装具等の段階を終え、日常生活や社会生活(職業生活)の便宜を図るために機能を補うことを目的とする装具である。この作成においては労災補償保険法や障害者総合支援法等が適応される。制度の利用における優先順位として、まず治療目的かどうかを確認し、受傷に応じて労災、自賠責、健康保険等を利用する。治療目的でなければ、介護保険、障害者総合支援法、生活保護法が適応となる。

車椅子については、一般に介護保険による貸与と障害者総合支援法に基づく支給が利用できる。車椅子及び電動車椅子(付属品を含む)については、介護保険の貸与が優先され、身体等の状況からオーダーメイド等の対応が必要な場合には障害者総合支援法が適応となる。

また補装具に対する修理においても、一定の公的補助を受けられる場合があり、対応年数などを考慮して再支給を受けられる。具体的な相談については、かかりつけ医や近隣の補装具業者、また、介護保険については区市町村の介護保険担当課または地域包括支援センター、障害者総合支援法の適応については、市町村の福祉事務所で受けられる。

#### 2) 在宅での運動・自主トレーニングに関する制度 (一般社団法人日本神経理学療法学会)

退院後に脳卒中後の運動障害などに対する運動・自主トレーニングの指導を希望する場合には、介護保険下で通所リハビリテーション(デイケア)、訪問リハビリテーション等の制度が利用できる。通所リハは介護老人保健施設、病院、診療所等に併設された施設で練習指導が行われる。特に、リハビリ特化型デイサービスとして、機能訓練等に重点を置いたデイサービスが進められている施設もある。訪問リハビリテーションは病院、診療所、介護老人保健施設の理学療法士等が利用者の居宅に訪問し、機能維持、回復、日常生活の自立を支援する取り組みや介護する家族へのアドバイスや相談が提供される。

また、脳血管疾患は40歳以上65歳未満の年齢層においても第2号被保険者となるため、要支援者においても、介護保険における通所、訪問型の介護予防サービスなどの制度を利用できる。介護保険については区市町村の介護保険担当課または地域包括支援センターで相談できる。また、近年では公的保険外で運動指導を行う施設もある。この場合でも脳卒中後の有酸素運動や筋力トレーニングは、ガイドライン等に基づいて身体の状態を確認しながら運動強度を決める必要があるため、理学療法士等の存在やその指導は重要である。

### 3) 寝たきりゼロへの10か条 (公益社団法人日本理学療法士協会)

わが国は世界最長寿国になり、やがて現役世代2人で1人の高齢者を支える高齢社会が訪れる。この高齢社会を、国民が健康で生きがいを持ち、安心して生涯を過ごせるような明るい活力のあるものとしていくために、厚生省は1991年に「寝たきりゼロへの10か条」を発表した。このうち4条から10条が脳卒中において長期的なリハビリテーションを受けらるうえで必要となる。

#### 第1条 脳卒中と骨折予防 寝たきりゼロへの第一歩

#### 第2条 寝たきりは寝かせきりからつくられる 過度の安静逆効果

#### 第3条 リハビリは早期開始が効果的 始めようベッドの上から訓練を

#### 第4条 暮らしの中でのリハビリは食事と排泄、着替えから

家庭における日常生活での基本的な動作を体が動かせる範囲で自ら行うことがリハビリテーションになる。

#### 第5条 朝起きてまずは着替えて身だしなみ 寝・食分けて生活にメリとハリ

寝込んでいても身だしなみを整え、生活にメリハリをつけることで、活動的な生活への動機付けになる。

#### 第6条 「手は出しすぎず、目は離さず」が介護の基本 自立の気持ちを大切に

時間がかかっても、自分のことは自分で実行してもらうように配慮することが大事である。

#### 第7条 ベッドから移ろう移そう車椅子 行動広げる機器の活用

自立を支援する特殊ベッドやポータブルトイレなど各種機器を活用することが大事である。

#### 第8条 手すり付け段差をなくし住みやすく アイデア生かした住まいの改善

転倒事故を防ぐために、安全で住みやすい住環境に改善することが大事である。

#### 第9条 家庭でも社会でも喜び見つけ みんなで防ごう閉じこもり

何もしないで家の中に閉じこもっていることは寝たきりの前兆になる。

#### 第10条 進んで利用機能訓練、デイサービス 寝たきりなくす人の和、地域の和

地域で行われえている様々な保健医療サービスや介護福祉サービスあるいはインフォーマルサービスを積極的に利用することが大事である。

### 5-2. 看護師から (日本ニューロサイエンス看護学会, 日本脳神経看護研究学会)

脳卒中の発症は、意識障害や運動・感覚障害を伴うことが多く、脳卒中患者の生活機能

に影響を及ぼす。これらの障害を最小限に留め、残存機能の廃用を防止するために、発症早期からリハビリテーションが開始される。このリハビリテーションにおける看護師の役割は、急性期から開始される理学や作業療法の訓練をベッドサイドケアの中で活かしながら、身体だけでなく心理的にも支援し進めていくことである。急性期に看護師が行うベッドサイドでのリハビリテーションは、その成果が脳卒中患者の回復・維持期に繋がることを常に見越しながら昼夜を通した細心のモニタリングと日常生活ケアを含めて提供をしている。世界保健機関 (WHO) が提唱する国際生活機能分類 (ICF) では、脳卒中患者の生活機能は、身体と心理機能だけではなく、その心身機能がいかに生活行為として活かしているか (活動)、家庭や社会に役割行動として関与しているか (参加) が重要とされており、この視点をもって長期的かつ包括的にリハビリテーションを捉える必要がある。急性期から提供されているリハビリテーションの成果を維持し、それを生活行為、社会での役割行動に繋げられるよう支援することが重要である。急性期医療施設から回復・維持期の医療施設に転院する患者に対しては、入院中のリハビリテーション内容やそれに関連したベッドサイドケアを転院先に引継ぐなど、ケアの継続について退院支援・退院調整していく。在宅療養を選択する患者については、患者とその家族双方の在宅療養への意思を確認し、家族の介護力のアセスメント、療養環境の整備や在宅療養を継続するための経済的基盤などを確認しておく必要がある。在宅では療養者や家族が生活を送りながら脳卒中の再発予防など病状を管理していくため、療養者のセルフケアと自立支援を目標に長期的なリハビリテーションが行われる。療養者や家族が望む暮らしの実現には地域包括ケアシステムの観点から、公的機関や専門職による制度に基づいたフォーマルサービスと、家族や近隣の人々、ボランティア、家族会など制度によらないインフォーマルサービスを組み合わせた支援が必要になる。

## 6. 今後の展望および報告と検証について (一般社団法人日本脳卒中学会)

2022年4月にPSCのコア施設に「脳卒中相談窓口」を開設してもらい、マニュアル等を運用してもらい、問題点を挙げて頂き、マニュアルの改訂を行いつつ、脳卒中患者や家族の困り事への対応のスキルアップを図っていけるようにと考えている。

将来的にはPSCのコア施設以外のPSCやその連携リハビリテーション施設にも徐々に「脳卒中相談窓口」が開設され、脳卒中患者さんの困り事に対する相談支援が円滑に行えるようなシステム構築ができるようにと考えている。実際、脳卒中センターが脳卒中地域連携パスの計画管理病院として多くの回復期のリハビリテーション専門病院と連携をしており、その脳卒中診療ネットワークの中で、参加施設すべてに「脳卒中相談窓口」を開設頂き、お互い情報交換をして、困り事難民がでないように地域の実情に応じて対応して頂ければと願っている。当然、救急難民、リハ難民、介護難民も生じないような脳卒中診療ネットワークの中でのさらなる取り組みも必要である。

「循環器病総合支援センター」のモデル事業が2022年度より開始され、将来的には都道府県に1つの循環器病総合支援センターが設置された場合には、このセンターと各施設の「脳卒中相談窓口」が連携して、地域の実情に応じて包括的に情報提供・相談支援を行うことになるであろう。政府や都道府県の循環器病対策推進協議会の動きにも注目しておく必要がある。

心疾患の相談窓口も開設されることになると思われるが、その場合、院内での連携あるいは一緒に院内で活動して効率的な情報提供・相談支援を行うことも各施設で検討して欲しい。

また日本脳卒中協会がピア・サポートの場である「脳卒中サロン」のモデル事業も展開予定であり、この動きにも注視して情報提供・相談支援を展開して欲しい。

年1回、構成員の職種、情報提供・相談支援の内容別の件数、発生した問題点についてとりまとめ、責任者(脳卒中専門医)が日本脳卒中学会に報告することになっている。この報告を基に学会の中のプロジェクトチームあるいはワーキンググループで検証して、改善すべき点について検討していく。内容によっては日本脳卒中医療ケア従事者連合の参加団体とも協議をする。

## 7. 協力団体と日本脳卒中医療ケア従事者連合について (一般社団法人日本脳卒中学会)

本マニュアルの「はじめに」に書かれているように、情報提供・相談支援の業務はメディカルスタッフ、医療ソーシャルワーカー (社会福祉士等)、ケアマネジャーなど多くの職種との密接な連携がないと実現できない。

これまで多職種連携は個人的なつながりで行われてきたが、脳卒中に対する情報提供・相談支援をより有効に進めるためには、関係各団体が組織的に連携することが必要である。このため、下記の協力団体とご相談した結果、個人的なつながりではなく各団体が社員となる組織を作って連携していこうという機運が盛り上がり、「一般社団法人日本脳卒中医療ケア従事者連合」が2021年12月に設立された。

第47回日本脳卒中学会学術集会 (stroke2022) における「脳卒中相談窓口に関する多職種講習会」や「脳卒中相談窓口に関わる人材の育成」のプログラムには日本脳卒中医療ケア従事者連合に参加された社員団体の皆様から様々なご提案を頂き、本マニュアルの作成についても執筆などご尽力を頂いた。

各団体はそれぞれの領域でこれまでも本邦における脳卒中の医療やケアについて力を尽くしてこられたが、日本脳卒中医療ケア従事者連合にはそれらの活動に横串を通す領域横断的な連携活動が期待される。

### 記

一般社団法人 日本脳卒中医療ケア従事者連合 社員団体

1. 一般社団法人 日本脳卒中学会
2. 公益社団法人 日本脳卒中協会
3. 日本脳神経看護研究学会
4. 日本ニューロサイエンス看護学会
5. 公益社団法人 日本医療ソーシャルワーカー協会
6. 一般社団法人 日本介護支援専門員協会
7. 一般社団法人 日本作業療法士協会
8. 公益社団法人 日本理学療法士協会
9. 一般社団法人 日本神経理学療法学会
10. 一般社団法人 日本言語聴覚士協会
11. 公益社団法人 日本薬剤師会
12. 一般社団法人 日本病院薬剤師会
13. 公益社団法人 日本栄養士会



## 8. 参考

### 8-1. 介護者負担の軽減

脳卒中は、介護が必要となった主な原因の第 2 位（厚生労働省 2019）であり、介護者（以下ケアラー）負担の軽減や介護者支援は脳卒中支援に欠かせないものである。「ケアラーとはケアの必要な家族等などを無償でケアする人」と定義され、周囲もケアラー自身もケアは家族がすると思いついでいること、困り事が整理できずどうしていいか分からなかったり誰に何を相談していいか分からない、ケアラー自身の仕事、学業、収入、生活などに影響が出る、と言われている（日本ケアラー連盟 ホームページより）。

また、老老介護、ご夫婦ともに認知症である 8050 問題と呼ばれる現象、ダブルケア（育児と介護）、ヤングケアラーの問題、介護離職、介護を原因とした自殺者、孤立、なども大きな課題である。

脳卒中相談窓口には、診療を中断してしまった患者の家族や、介護サービスを何らかの理由で受け入れないケアラーなどの相談を含め、ケアラーの相談が寄せられる場所となる。すぐに解決策がない場合でも相談に繋がりが続けることが重要であるため、伴走的な支援を地域包括支援センターや担当ケアマネジャー、区市町村の相談窓口等と連携しながら支援をしていくことが求められ、複数の生活課題を有する世帯等に早期に対応できるよう、保健・医療・福祉・教育等の様々な領域との日頃からの予防的ネットワークが不可欠である。

### 8-2. 休業補償・所得補償など

脳卒中となり仕事を長期に休んだり、仕事を続けられない、または仕事を続けていかれるかどうか不安を抱える患者も多い。脳卒中相談窓口では、脳卒中患者が受給可能な休業補償、所得補償についての知識を持つことが必要である。制度は改正されることもあるため、申請窓口や専門機関に確認したり、連携しながら支援を行う。同時に、休業補償や所得補償は患者の経済的なサポートだけでなく、心理的・社会的なサポートともなるものなので、受給できる権利を守ることも念頭に支援する。代表的なものには傷病手当金、障害年金等がある。いずれも医師の診断書が必要となる。

・傷病手当金：健康保険に加入している被保険者が対象。病気のため会社を休んだ日が連続して 3 日間あったうえで 4 日目以降、1 年 6 ヶ月間（2022.1.1～連続ではなく通算へ改定）、給与が休んだ日に対して支給。ただし休んだ期間に傷病手当金の額より多い給与が支給された場合を除く。金額は給与の 3 分の 2 のイメージである。

・障害年金：初診日に公的年金に加入している被保険者で、初診日から 1 年 6 ヶ月以上経過し、かつ、障害年金の等級に該当している場合に障害年金の受給が可能。障害年金の等級表

は身体障害者手帳の等級表とは異なるので注意が必要。同一病名の場合傷病手当金よりも障害年金の受給が優先される。脳卒中患者の場合、通院が長期にわたることから、障害年金の受給継続の為、現況届の作成を支援する体制が不可欠である

- ・労災の場合：労災の場合は、独自の傷病手当金や労災年金（一時金）の制度がある。
- ・個人加入の生命保険について、入院給付や高度障害の場合の給付の条件を調べるサポートも重要である。

### 8-3. 受診中断者への支援（アウトリーチ）

脳卒中患者は再発を防ぐ為の受診継続や社会的孤立を防ぐ為の支援が必要である。しかし患者が急性期や回復期の病院を退院した後等の受診中断、服薬や食事管理の中断、所得補償に必要な各種手続きの中断等、さまざまな支援につながらないことにより、再発、介護度の重度化、QOLの低下、うつ状態になる、日常生活の遂行自体が困難になる等のリスクがある。

受診等の中断には、障害を持った状態で外出をしたくない、精神的に自分の健康管理をする気持ちの余裕がない、経済的な負担がある等様々な理由がありえるが、再発や状態の悪化のリスクを予防する為には、医療関係者をはじめとする支援者からのアウトリーチによる受診勧奨や心理・社会的支援が重要である。

アウトリーチとは、支援者から積極的に向いて受診や支援等が必要な人を発見したり、必要な支援を届けたり支援につなげたりすることを言う。アウトリーチは社会的な孤立を防ぐためにも有効である。

能動的にアウトリーチを実施する為には、各地域の実情や地域課題に合わせて、保健・医療分野に限らず、障害・教育・就労・行政・警察等も含めた各種相談支援窓口、と連携し、アウトリーチの対象や必要性の協議、アウトリーチの手段・方法を検討する機会を持つことが重要である。

### 8-4. 必要な社会資源の開発への取り組み

現在、介護保険や障害者福祉サービスなど様々な制度が整備されて来ているが、脳卒中患者のニーズに対応する社会資源は十分とは言えない。脳卒中相談窓口では「必要だが地域にはまだ十分ではない社会資源」について、地域にある多機関多職種との連携のもと社会資源の開発に取り組むことが推奨される。

例としては、社会的な孤立を防ぎ、より良い生活のための情報を共有するピアサポート体制づくりの支援（例：セルフヘルプグループの発足の支援など）、既存の介護保険サービス等以外で運動や活動や出会いの場づくり（喫茶、病院やハローワークの近く、がんサロンとの連携、など）、また社会資源を分かりやすく、利用しやすくするための一覧化・見える化（資源マップ作りと配布）などがそれにあたる。それらの実現の為には、各地域に応

じた地域課題の把握と予防的な介入が不可欠であり、各地域における保健・医療・福祉・教育分野との適宜協働できる体制が望ましい。

## さいごに

脳卒中医療においては、以前より急性期治療から、回復期のリハビリテーション、維持期(生活期)の介護までシームレスな継続的医療・ケアの体制構築が必要とされ、様々な取り組みがなされてきました。しかしながら脳卒中の患者や家族の立場にたつと、急性期から介護に至るまで局面が変わるたびに、様々な個別の問題を抱え、どこに相談したらよいかかわからず、必ずしもシームレスとは言えない状況でした。この度、日本脳卒中学会では、脳卒中を扱っている主だった病院(一次脳卒中センターのコア施設)に、情報提供や相談支援を目的とした「患者相談窓口」を設置することと致しました。そして相談窓口に携わる方々のために、本マニュアルの策定に至りました。患者さんへの情報提供や相談支援は、2019年に施行された「脳卒中・循環器病対策基本法」に施策として挙げられていますが、これは国の要請というより国民からの切実な声かもしれません。本マニュアルでは、脳卒中に関連する多くの学会から職種横断的にご協力頂き、相談窓口に関する事項が網羅的に記載されています。執筆頂きました諸先生、関連団体の皆様に改めて御礼申し上げます。

日本脳卒中学会は、日本循環器学会とともに脳卒中・循環器病克服のための5ヵ年計画を策定して推進しています。そして一次脳卒中センターを中心とした脳卒中医療体制を整備し、今回の相談窓口の設置に至りました。ずっと以前、アカデミアとしての研究、教育に留まる学術団体であったことを思えば、対策基本法の成立を画期として行政と連携しながら、脳卒中患者のための医療・介護環境を整えつつある現状に、敬服すると共に深い感慨を覚えます。

最後に、本マニュアルが相談窓口の設置や運営に役立ち、将来必ずや相談窓口が患者さんやご家族の福音となりますことを祈念致します。

一般社団法人日本脳卒中学会  
第一次5ヵ年計画推進委員会委員長  
冨永悌二

厚生労働大臣 殿

機関名 京都大学

所属研究機関長 職 名 総長

氏 名 湊 長博

次の職員の（元号） 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業
2. 研究課題名 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援のための方策と体制等の効果的な展開に向けた研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学研究科・教授  
(氏名・フリガナ) 宮本 享 (ミヤモト ススム)

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和4年 3月 24日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人  
国立循環器病研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 大津 欣也

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業
2. 研究課題名 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援のための方策と体制等の効果的な展開に向けた研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) オープンイノベーションセンター・センター長  
(氏名・フリガナ) 宮本 恵宏・ミヤモト ヨシヒロ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称： )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関： )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容： )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 4 年 4 月 25 日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人神戸大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 藤澤 正人

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

2. 研究課題名 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援のための方策と体制等の効果的な展開に向けた研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医学研究科・教授

(氏名・フリガナ) 平田 健一・ヒラタ ケンイチ

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療など臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和4年3月30日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 藤井 輝夫

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業
- 研究課題名 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援のための方策と体制等の効果的な展開に向けた研究(20FA1023)
- 研究者名 (所属部署・職名) 医学部附属病院・教授  
(氏名・フリガナ) 小室 一成・ コムロ イッセイ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。



厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人長崎大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 河野 茂

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合事業
2. 研究課題名 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援のための方策と体制等の効果的な展開に向けた研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 医歯薬学総合研究科・教授  
(氏名・フリガナ) 前村 浩二・マエムラ コウジ

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 佐賀大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 兒玉 浩明  
(公印省略)

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）
- 研究課題名 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援のための方策と体制等の効果的な展開に向けた研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 医学部 教授  
(氏名・フリガナ) 野出 孝一 (ノデ コウイチ)

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 熊本市立熊本市民病院

所属研究機関長 職名 会長

氏名 高田 明

次の職員の(元号) 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業
2. 研究課題名 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援のための方策と体制等の効果的な展開に向けた研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 脳神経内科・首席診療部長 脳神経内科部長  
(氏名・フリガナ) 橋本 洋一郎 (ハシモト ヨウイチロウ)

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 東北大学

所属研究機関長 職 名 総長

氏 名 大野 英男

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業
2. 研究課題名 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援のための方策と体制等の効果的な展開に向けた研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 東北大学病院・教授  
(氏名・フリガナ) 富永 悌二・トミナガ テイジ

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (有の場合はその内容: 研究実施の際の留意点を示した)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 自治医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 永井 良三

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

2. 研究課題名 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援のための方策と体制等の効果的な展開に向けた研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部内科学講座神経内科学部門 教授  
(氏名・フリガナ) 藤本 茂 (フジモト シゲル)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 京都大学

所属研究機関長 職 名 総長

氏 名 湊 長博

次の職員の（元号） 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業
2. 研究課題名 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援のための方策と体制等の効果的な展開に向けた研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学研究科・准教授  
(氏名・フリガナ) 吉田 和道 (ヨシダ カズミチ)

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

## その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣  
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿  
(国立保健医療科学院長)

機関名 慶應義塾大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 伊藤 公平

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合事業
2. 研究課題名 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援のための方策と体制等の効果的な展開に向けた研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 環境情報学部・教授  
(氏名・フリガナ) 秋山 美紀・アキヤマ ミキ

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 公益社団法人日本ソーシャルワーカー協会

所属研究機関長 職 名 会長

氏 名 野口 百香

次の職員の（元号） 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

2. 研究課題名 循環器病に関する適切な情報提供・相談支援のための方策と体制等の効果的な展開に向けた研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 理事

(氏名・フリガナ) 早坂 由美子 (ハヤサカ ユミコ)

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。