

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)

回復期以降の循環器病に対する多職種連携による患者支援体制の充実・普及に資する研究

令和 5～7 年度 総合研究報告書

研究代表者 宮本 享

令和 8 (2026) 年 5 月

目 次

I. 総合研究報告

回復期以降の循環器病に対する多職種連携による患者支援体制の充実・普及に 資する研究:-----	1
宮本 享	

II. 研究成果の刊行に関する一覧表-----47

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）
総括研究報告書

回復期以降の循環器病に対する多職種連携による患者支援体制の充実・普及に資する研究

研究代表者 宮本 享 京都大学医学部附属病院 特任病院教授

研究要旨

回復期以降の循環器病患者・家族の適切な相談支援の充実・普及・標準化に向けた提言をまとめることを目的として、脳卒中・心臓病等総合支援センター（以下総合支援センター）事業に関わる調査研究を実施し、多職種・多機関連携による循環器疾患の相談支援の課題の整理に取り組んだ。

A. 研究目的

日本循環器学会および日本脳卒中学会と連携し、回復期以降の循環器病に対する患者支援体制の現状調査を行い、上記の研究で抽出された課題の原因を調査し、多職種・多機関の連携による支援体制を充実させるための手法を提案することを目的とする。

② 就労支援リハビリテーション調査 2024

岩手県・宮城県・栃木県・茨城県・富山県・三重県・京都府・香川県・徳島県・福岡県・熊本県の 11 府県において、令和 6 年度下半期のほぼすべての脳卒中患者を対象として自宅退院後 12 か月間における就労支援リハビリテーションに関する悉皆性の高い調査を実施した。

B. 研究方法

令和 7 年度に実施した調査研究の方法は以下の通りである。詳細は脳卒中領域および心臓病領域の分担研究報告に記載した。

① 両立支援調査 2023

本調査では岩手県・宮城県・栃木県・富山県・京都府・福岡県・熊本県の 7 府県において、令和 5 年度下半期に直接自宅退院した 69 歳以下で発病前に就労していた脳卒中患者（潜在的復職候補者）を対象として退院後 18 か月後における復職状況が報告された。

③ 意思決定支援調査 2024 および意思決定支援アクションプラン 2025

岩手県・宮城県・栃木県・富山県・三重県・京都府・徳島県・福岡県・熊本県の 9 府県において、令和 7 年 1~3 月にほぼすべての自宅退院した脳卒中患者 7555 名を対象として、発病前のアドバンスケアプランニング（ACP）表明の有無および意思決定支援の実態について調査を行い、結果を解析した。

④ 薬剤退院時指導調査 2025

岩手県・宮城県・栃木県・茨城県・長野県・富山県・石川県・三重県・京都府・香川県・

徳島県・鳥取県・福岡県・熊本県・佐賀県・長崎県の 16 府県において、令和 7 年 11 月にほぼすべての急性期および回復期リハビリテーション病院から直接自宅退院した脳卒中患者に対する退院時薬剤指導に関する各種加算の実態を調査した。

⑤ 回復期以降の心臓リハビリテーション（心リハ）の実施状況ならびに多職種連携による相談支援に関する調査

総合支援センター採択医療機関としたアンケート調査を実施した。

⑥ 慢性心不全看護認定看護師や心不全療養指導士を対象とした調査

総合支援センター事業採択都道府県の医療機関に所属する心不全療養指導士を対象として、多職種連携や相談支援の実施状況などに関するアンケート調査を行った。

⑦ 医療ソーシャルワーカーを対象としたアンケート調査

総合支援センター及び循環器専門病院に従事する医療ソーシャルワーカー（MSW）を対象として、アンケート調査を行った。

C. 研究結果

① 両立支援調査 2023

潜在的復職候補者（直接自宅退院した 69 歳以下で発病前に就労していた脳卒中患者）1867 人の自宅退院後 6 か月の追跡では、52.4%が復職し、未復職は 26.4%（急性期脳卒中患者の 2.7%）であった。退院後 18 か月後における復職率は 49.6%と退院後 6 か月時点と比較して微減しており、一旦復職した後の離職率は 4.5%であった。潜在的

復職候補者 1867 名のなかで両立支援が行われたのは 156 名（9.3%）で、このなかで、療養・就労両立支援指導料が算定されたのは 8 例に過ぎなかった

② 就労支援リハビリテーション調査 2024

潜在的復職候補者 2932 名（内 失語を呈した患者数 372 名）の中で、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が就労支援リハビリテーションを行った患者数はそれぞれ 1323 名（45.1%）・1568 名（53.5%）・253 名（失語を呈した 372 名の 68.0%）であった。その中で「療養・就労両立支援料」が算定できた患者数はそれぞれ 3 名（0.23%）・2 名（0.13%）・2 名（0.79%）といずれも 1%未満であった。大多数の患者において、就労支援を目的としたリハビリテーションは入院中に終了しており、退院後 12 ケ月以上継続できたのは、それぞれ 1.5%・1.0%・4.4%に過ぎなかった。

③ 意思決定支援調査 2024 および意思決定支援アクションプラン 2025

岩手県・宮城県・栃木県・富山県・三重県・京都府・徳島県・福岡県・熊本県の 9 府県において、令和 7 年 1~3 月にほぼすべての自宅退院した脳卒中患者 7555 名を対象として、発病前のアドバンスケアプランニング（ACP）表明の有無および意思決定支援の実態について調査が行われた。家族からの聞き取りも含めて発病前に ACP に関する何らかの意思表示を確認できた患者は 147 名（急性期脳卒中の 1.9%）にすぎず、急性期脳卒中の発症時に ACP を示す患者は極めて少ないことが判明した。さらに脳卒中生活期において起こり得る事態について、

網羅的な説明や意思決定支援の実態を調べたところ、189医療施設の内173施設(93%)において、意思決定支援はほぼ実施されていない実態が判明した。

④薬剤退院時指導調査 2025

急性期病院では、自宅へ退院した患者1546名のなかで、752名(48.6%)で退院時薬剤情報管理指導料が算定されていた。薬局への情報連携に係る退院時薬剤情報連携加算の算定は61名(3.9%)のみであった。つまり、患者に対する退院時薬剤指導は約半数で実施されているものの、薬局などへの情報連携がまだ十分ではないということが判明した。

入院時に6剤以上の薬剤を服用していたポリファーマシー患者は2258名中958名(42.4%)であった。急性期病院ではポリファーマシー患者580名のなかで23名(4.0%)に薬剤総合評価調整加算が算定され、うち減薬が達成されたのは8名であった。回復期リハビリテーション病院ではポリファーマシー患者361名のなかで48名(13.3%)に薬剤総合評価調整加算が算定され、うち減薬が達成されたのは18名であった。減薬実施に関わる薬剤調整加算は急性期病院ではポリファーマシー患者8名(1.4%)に、回復期リハビリテーション病院では18名(5.0%)で算定されていた。薬剤指導の重要な対象であるポリファーマシー患者に対する対策はまだ十分とはいえず、関係する加算の算定も少ないことが判明した。

各種の加算が算定できなかった要因として挙げられたのは、マンパワー不足に加え、調剤業務など患者に対する指導以外の業務負

担であった。

⑤回復期以降の心臓リハビリテーションの実施状況ならびに多職種連携による相談支援に関する調査

心リハに関与する職種数の中央値は6職種であり多様な職種が関与していた。

回復期および維持期の心リハ患者数は、いずれも「月あたり10人以下」の施設が最多であり、外来心リハを目的とした他施設からの紹介および受け入れも月平均0~10人程度にとどまった。

多職種連携による相談支援は18施設(60.0%)で行われていた。未実施の理由としては、人員不足が67%、複数職種による支援体制構築の困難さが42%であった。

アドバンス・ケア・プランニングは50%、ピアサポートは11%にとどまった。

⑥慢性心不全看護認定看護師や心不全療養指導士を対象とした調査

多職種連携に関しては、意見交換や合意形成が不十分とする回答が3割前後で推移し、連携上の課題が継続的に示された。実践内容は生活指導に加え、症状緩和、緊急時対応、家族関係調整、緩和ケアなど多岐にわたり、予後や精神的問題、遺族ケアなどは対応困難とされた。

⑦医療ソーシャルワーカーを対象としたアンケート調査

相談支援の実施については80.9%が関与していると回答した一方、自身の能力発揮について肯定的に評価したのは34.7%にとどまった。対応可能な支援内容としては、介護・障害福祉サービス、社会福祉制度、退

院・転院調整、社会保障制度、医療費など社会的支援が7割以上を占めたが、手術や薬物治療、副作用・後遺症に関する相談は6割以上が対応困難とした。

D. 考察

① 両立支援調査 2023

自宅退院後6か月でも18か月でも潜在的復職候補者の復職は約1/2にとどまった。自宅退院後18か月を過ぎても復職できていないことが確認された潜在的復職候補者の約1/4は急性期脳卒中患者全体の約3%に相当する。この3%こそが治療と仕事の両立支援を今後充実させていくべきストライクゾーンと考えられた。日本脳卒中学会のPSC年次報告によれば、本邦における急性期脳卒中患者数は年間30万件超となっており、その約3%は年間約10000人と試算できる。このストライクゾーンに対する両立支援を充実させていくことが喫緊の課題であると思われた。

② 就労支援リハビリテーション調査 2024

復職にむけて就労支援を目的としたリハビリテーションはその必要性が60%と高く認識されているが、実際には入院中に開始・終了しており、生活期にはほとんど実施されていないことが判明した。

入院中から始まるリハビリテーションに対する脳血管疾患等リハビリテーション料の算定上限日数が180日であるため、回復期リハビリテーション病院から退院した後に、残された脳血管疾患等リハビリテーション料の算定可能な日数が少ないことが、生活期における就労支援を目的としたリハビリテーションがわずかにしか行われてい

ないことに関係していると思われる。さらに、実際に就労支援を目的としたリハビリテーションを担当する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が療養・就労両立支援指導料の相談支援加算対象職種に含まれていないことも、退院後に就労支援を目的としたリハビリテーションが実施されにくい原因のひとつであると考えられる。

③ 意思決定支援調査 2024 および意思決定支援アクションプラン 2025

本調査の結果は、1) 発病前にACPを示す脳卒中患者は殆どいない、2) 脳卒中医療現場では脳卒中生活期(維持期)に起こり得る事態について網羅的な説明や意思決定支援はまだ社会実装されていないことを示している。

この現実の背景には、意思決定支援やACPに関する脳卒中という疾患の特異性がある。がん終末期や重症心不全と異なり、生活期に入った脳卒中はすぐに死には直面せず、後遺症とともに患者・家族等は生きてゆく。それゆえ、回復期以後の脳卒中では死を見据えるだけのACPではなく、苦しみや悩みを抱えてどのように生きていくのかというACPが必要になる。そして「脳卒中生活期(維持期)に起こり得る事態」に対するACPも必要となるが、快復への思いや願いが強いあまり、再発・悪化などの「もしもの時」を想定したくない脳卒中生活期患者は少なくない。さらに、急性期→回復期→生活期(維持期)という医療機関の役割分担が完成している脳卒中においては、意思決定支援に関する連携整備が必要である。脳卒中におけるこのような疾患特異性に配慮した

ACP の環境整備が必要である。意思決定支援アクションプランに始まった脳卒中・心臓病等総合支援センターを中心とした都道府県ごとの看護師連携の整備により、脳卒中医療現場が意思決定支援に関与しやすくなる意識改革・醸成が期待されている。

④薬剤退院時指導調査 2025

薬剤退院時指導は自宅退院後の在宅・生活期患者へ 包括的な指導を行うラストチャンスであり、ポリファーマシーへの対策やかかりつけ薬局との薬薬連携も、再発予防のためのアドヒアランス向上を目指すためには重要な対策であり、薬剤退院時指導を着実にできる体制整備が必要である。

⑤ 回復期以降の心臓リハビリテーションの実施状況ならびに多職種連携による相談支援に関する調査

回復期以降の心リハでは多職種連携が一定程度進んでいる一方、実施患者数は依然として少なく、人員確保、職種間調整、情報共有体制に課題があることが明らかとなった。回復期以降の心リハ普及には、回復期リハビリテーション病棟の活用、外来心リハへの円滑な移行、地域における病診連携協議会の設立を含めた地域連携体制の整備と、相談支援、就労支援、ピアサポートを統合した包括的支援モデルの構築が必要であることが示唆された。

⑥ 慢性心不全看護認定看護師や心不全療養指導士を対象とした調査

回復期における相談支援の課題として、意見交換・合意形成の機会確保、必要な知識・技術の教育、困難事例への多職種対応の

強化が示唆され、関係学会等による支援の必要性が示された。

⑦ 医療ソーシャルワーカーを対象としたアンケート調査

多くの MSW が相談支援に従事しているものの、十分な能力発揮には小規模施設への支援強化や多職種チームへの参画促進が重要であり、特に病状や治療と密接に関連する課題には多職種による包括的支援の必要性が示唆された。

E. 結論

多職種・多機関連携による循環器疾患（脳卒中領域）の相談支援の課題を整理するための調査研究に取り組んだ。調査研究をもとに相談支援の充実・普及・標準化に向けた提言をまとめた（（総括研究報告書に別添）。

F. 健康危険情報

総括研究報告書に記載。

G. 研究発表

1. 論文発表

該当なし。

2. 学会発表

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

該当なし。

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

回復期以降の循環器病に対する多職種連携による患者支援体制の充実・普及に資する研究

研究代表者	宮本 享	京都大学医学部附属病院 特任病院教授
研究分担者	藤本 茂	自治医科大医学研究科 教授
	片岡 大治	国立循環器病研究センター脳神経外科 部長

研究要旨

回復期以降の脳卒中の患者・家族の適切な相談支援の充実・普及・標準化に向けた提言をまとめることを目的とした調査研究として、両立支援調査 2023、就労支援リハビリテーション調査 2024、薬剤退院時指導調査 2025 を実施し、回復期以後の脳卒中患者に対する多職種連携による相談支援の実態と課題を明らかにした。

A. 研究目的

日本脳卒中学会と連携し、回復期以降の循環器病に対する患者支援体制の現状調査を行い、上記の研究で抽出された課題の原因を調査し、多職種・多機関の連携による支援体制を充実させるための手法を提案することを目的とする。

B. 研究方法

令和 7 年度に実施した調査研究の方法は以下の通りである。

①両立支援調査 2023

本調査では岩手県・宮城県・栃木県・富山県・京都府・福岡県・熊本県の 7 府県において、ほぼすべての急性期・回復期リハビリテーション病院から直接自宅退院した 69 歳以下で発病前に就労していた脳卒中患者（すなわち潜在的復職候補者）を対象とし、悉皆性のある調査を実施してきた。令和 5 年度下半期に 7 府県で 1867 人が登録され、

令和 7 年度にはこれらの対象者の退院後 18 か月後における復職状況が報告された。

② 就労支援リハビリテーション調査 2024

岩手県・宮城県・栃木県・茨城県・富山県・三重県・京都府・香川県・徳島県・福岡県・熊本県の 11 府県において、令和 6 年度下半期のほぼすべての急性期・回復期リハビリテーション病院から直接自宅退院した 69 歳以下で発病前に就労していた脳卒中患者を対象として就労支援リハビリテーションに関する悉皆性の高い調査を実施した。

③ 意思決定支援調査 2024 および意思決定支援アクションプラン 2025

岩手県・宮城県・栃木県・富山県・三重県・京都府・徳島県・福岡県・熊本県の 9 府県において、令和 7 年 1~3 月にほぼすべての自宅退院した脳卒中患者 7555 名を対象として、発病前のアドバンスケアプランニング

(ACP) 表明の有無および意思決定支援の実態について調査が行われ、令和 7 年度にはその結果を解析した。

④薬剤退院時指導調査 2025

岩手県・宮城県・栃木県・茨城県・長野県・富山県・石川県・三重県・京都府・香川県・徳島県・鳥取県・福岡県・熊本県・佐賀県・長崎県の 16 府県において、令和 7 年度 11 月にすべての急性期および回復期リハビリテーション病院から直接自宅退院した脳卒中患者に対する退院時薬剤指導に関する各種加算の実態を調査した。

C. 研究結果

①両立支援調査 2023

令和 5 年度下半期に 7 府県で登録された急性期脳卒中の発生数は 15955 人であった。このうち、直接自宅退院した 69 歳以下で発病前に就労していた脳卒中患者数 1867 人であった。これらの潜在的復職候補者の自宅退院後 6 か月の追跡では、52.4%が復職し、未復職は 26.4%（急性期脳卒中患者の 2.7%）であった。退院後 18 か月後における復職率は 49.6%と退院後 6 か月時点と比較して微減しており、一旦復職した後の離職率は 4.5%であった。潜在的復職候補者 1867 名のなかで両立支援が行われたのは 156 名（9.3%）で、このなかで、療養・就労両立支援指導料が算定されたのは 8 例に過ぎなかった

② 就労支援リハビリテーション調査 2024
潜在的復職候補者 2932 名（内 失語を呈した患者数 372 名）のなかで、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が就労支援リハビリ

テーションを行った患者数はそれぞれ 1323 名（45.1%）・1568 名（53.5%）・253 名（失語を呈した 372 名の 68.0%）であった。その中で「療養・就労両立支援料」が算定できた患者数はそれぞれ 3 名（0.23%）・2 名（0.13%）・2 名（0.79%）といずれも 1%未満であった。大多数の患者において、就労支援を目的としたリハビリテーションは入院中に終了しており、退院後 12 ヶ月以上継続できたのは、それぞれ 1.5%・1.0%・4.4%に過ぎなかった。

③意思決定支援調査 2024 および意思決定支援アクションプラン 2025

岩手県・宮城県・栃木県・富山県・三重県・京都府・徳島県・福岡県・熊本県の 9 府県において、令和 7 年 1~3 月に自宅退院した脳卒中患者 7555 名を対象として、発病前のアドバンスケアプランニング（ACP）表明の有無および意思決定支援の実態について調査が行われた。家族からの聞き取りも含めて発病前に ACP に関する何らかの意思表示を確認できた患者は 147 名（急性期脳卒中の 1.9%）にすぎず、急性期脳卒中の発症時に ACP を示す患者は極めて少ないことが判明した。さらに、再発・転倒骨折・てんかん・臓器不全その他脳卒中生活期において起こり得る事態について、網羅的な説明や意思決定支援の実態を調べたところ、189 医療施設の内 173 施設（93%）において、意思決定支援はほぼ実施されていない実態が判明した。

この結果を受けて、日本脳卒中学会との連携のもとで、自宅に退院する患者・家族等を対象として、今後の療養の希望を考えるきっかけとなる「脳卒中サポートノート」を

整備した。意思決定支援調査 2024 を実施した 9 府県および秋田県・石川県・宮崎県の 12 府県においては自宅退院患者に対してこのサポートノートを一斉に紹介する意思決定支援アクションプラン 2025 が始まった。

④薬剤退院時指導調査 2025

急性期病院では、自宅へ退院した患者 1546 名のなかで、752 名（48.6%）で退院時薬剤情報管理指導料が算定されていた。薬局への情報連携に係る退院時薬剤情報連携加算の算定は 61 名（3.9%）のみであった。つまり、患者に対する退院時薬剤指導は約半数で実施されているものの、薬局などへの情報連携がまだ十分ではないということが判明した。

入院時に 6 剤以上の薬剤を服用していたポリファーマシー患者は 2258 名中 958 名（42.4%）であった。急性期病院ではポリファーマシー患者 580 名のなかで 23 名（4.0%）に薬剤総合評価調整加算が算定され、うち減薬が達成されたのは 8 名であった。回復期リハビリテーション病院ではポリファーマシー患者 361 名のなかで 48 名（13.3%）に薬剤総合評価調整加算が算定され、うち減薬が達成されたのは 18 名であった。減薬実施に関わる薬剤調整加算は急性期病院ではポリファーマシー患者 8 名（1.4%）に、回復期リハビリテーション病院では 18 名（5.0%）で算定されていた。薬剤指導の重要な対象であるポリファーマシー患者に対する対策はまだ十分とはいえず、関係する加算の算定も少ないことが判明した。

各種の加算が算定できなかった要因として挙げられたのは、マンパワー不足に加え、調

剤業務など患者に対する指導以外の業務負担であった。

D. 考察

①両立支援調査 2023

自宅退院後 6 か月でも 18 か月でも潜在的復職候補者の復職は約 1/2 にとどまった。自宅退院後 18 か月を過ぎても復職できていないことが確認された潜在的復職候補者の約 1/4 は急性期脳卒中患者全体の約 3% に相当する。この 3%こそが治療と仕事の両立支援を今後充実させていくべきストライクゾーンと考えられた。日本脳卒中学会の PSC 年次報告によれば、本邦における急性期脳卒中患者数は年間 30 万件超となっており、その約 3%は年間約 10000 人と試算できる。このストライクゾーンに対する両立支援を充実させていくことが喫緊の課題であると思われた。

② 就労支援リハビリテーション調査 2024

復職にむけて就労支援を目的としたリハビリテーションはその必要性が 60%と高く認識されているが、実際には入院中に開始・終了しており、生活期にはほとんど実施されていないことが判明した。

入院中から始まるリハビリテーションに対する脳血管疾患等リハビリテーション料の算定上限日数が 180 日であるため、回復期リハビリテーション病院から退院した後に、残された脳血管疾患等リハビリテーション料の算定可能な日数が少ないことが、生活期における就労支援を目的としたリハビリテーションがわずかにしか行われていないことに関係していると思われる。さらに、実際に就労支援を目的としたリハビリ

テーションを担当する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が療養・就労両立支援指導料の相談支援加算対象職種に含まれていないことも、退院後に就労支援を目的としたリハビリテーションが実施されにくい原因のひとつであると考えられる。

③ 意思決定支援調査 2024 および意思決定支援アクションプラン 2025

本調査の結果は、1) 発病前に ACP を示す脳卒中患者は殆どいない、2) 脳卒中医療現場では脳卒中生活期（維持期）に起こり得る事態について網羅的な説明や意思決定支援はまだ社会実装されていないことを示している。

この現実の背景には、意思決定支援や ACP に関する脳卒中という疾患の特異性がある。がん終末期や重症心不全と異なり、生活期に入った脳卒中はすぐに死には直面せず、後遺症とともに患者・家族等は生きてゆく。それゆえ、回復期以後の脳卒中では死を見据えるだけの ACP ではなく、苦しみや悩みを抱えてどのように生きていくのかという ACP が必要になる。そして「脳卒中生活期（維持期）に起こり得る事態」に対する ACP も必要となるが、快復への思いや願いが強いあまり、再発・悪化などの「もしもの時」を想定したくない脳卒中生活期患者は少なくない。さらに、急性期→回復期→生活期（維持期）という医療機関の役割分担が完成している脳卒中においては、意思決定支援に関する連携整備が必要である。脳卒中におけるこのような疾患特異性に配慮した ACP の環境整備が必要である。意思決定支援アクションプランに始まった脳卒中・心

臓病等総合支援センターを中心とした都道府県ごとの看護師連携の整備により、脳卒中医療現場が意思決定支援に関与しやすくなる意識改革・醸成が期待されている。

④ 薬剤退院時指導調査 2025

薬剤退院時指導は自宅退院後の在宅・生活期患者へ 包括的な指導を行うラストチャンスであり、ポリファーマシーへの対策やかかりつけ薬局との薬薬連携も、再発予防のためのアドヒアランス向上を目指すためには重要な対策であり、薬剤退院時指導を着実にできる体制整備が必要である。

E. 結論

多職種・多機関連携による循環器疾患（脳卒中領域）の相談支援の課題を整理するための調査研究に取り組んだ。調査研究をもとに相談支援の充実・普及・標準化に向けた提言をまとめた（総括研究報告書に別添）。

F. 健康危険情報

総括研究報告書に記載。

G. 研究発表

1. 論文発表

該当なし。

2. 学会発表

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

該当なし。

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

回復期以降の循環器病に対する多職種連携による患者支援体制の充実・普及に資する研究

研究分担者	安田 聡	東北大学医学系研究科	教授
	山本 一博	国立循環器病研究センター病院	病院長
	安斉 俊久	北海道大学医学研究院	教授
	牧田 茂	埼玉医科大学医学研究科	客員教授

研究要旨

回復期以降の心臓病領域（心不全・血管病）の患者・家族の適切な相談支援の充実・普及・標準化に向けた提言をまとめることを目的とした調査研究として、回復期以降の心臓リハビリテーションの実施状況ならびに多職種連携による相談支援に関する調査、心不全療養指導士を対象とした調査、医療ソーシャルワーカーを対象としたアンケート調査を実施し、多職種・多機関連携による循環器疾患の相談支援の課題の整理に取り組んだ。

A. 研究目的

日本循環器学会及び日本脳卒中学会と連携し、回復期以降の循環器病に対する患者支援体制の現状調査を行い、上記の研究で抽出された課題の原因を調査し、多職種・多機関の連携による支援体制を充実させるための手法を提案することを目的とする。

心臓病サブワーキンググループ（SWG）では、調査研究の結果から心臓病領域（心不全・血管病）の多職種・多機関連携による相談支援の課題を整理し、回復期以降の適切な相談支援の実施に必要な体制・要件を整理し、相談支援の充実・普及・標準化に向けた提言をまとめることを目的とする。

B. 研究方法

令和7年度に実施した調査研究の方法は以下の通りである。

① 回復期以降の心臓リハビリテーション

（心リハ）の実施状況ならびに多職種連携による相談支援に関する調査

調査方法は Web によるアンケート調査とし、調査対象は脳卒中・心臓病等総合支援センターモデル事業（以下、「モデル事業」という。）採択医療機関とした。アンケート調査項目は研究分担者に加え厚労科研磯部班(22FA1020)の研究者も参画し確定した。東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認を得たのち調査を実施した。

（倫理面への配慮）本調査は東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認のもと実施した。

② 慢性心不全看護認定看護師や心不全療養指導士を対象とした調査

調査方法は Web によるアンケート調査とし、調査対象はモデル事業採択都道府県の医療機関に所属する心不全療養指導士とした。調査内容は、対象者の属性、対象施設

の属性、多職種連携の実施状況、相談支援の実施状況、職種による相談支援内容の特徴、ニーズの高い相談支援内容、相談支援をする上での障壁、相談支援に対する認識等、包括的なものとした。アンケート調査項目は令和5年度に北里大学看護学部研究倫理委員会の承認を得たものを使用した。

（倫理面への配慮）本調査は北里大学看護学部研究倫理委員会の承認のもと実施した。

③ 医療ソーシャルワーカーを対象としたアンケート調査

調査方法は Web によるアンケート調査とし、脳卒中・心臓病等総合支援センターモデル事業採択医療機関及び循環器専門病院に従事する医療ソーシャルワーカー（MSW）を対象とした。アンケート調査項目は日本医療ソーシャルワーカー学会との共同研究として同学会からの研究協力者及び研究分担者が共同して調査項目の作り込みを行った。東北大学大学院医学系研究科倫理委員会及び日本医療ソーシャルワーカー学会の承認を得たのち調査を実施した。

（倫理面への配慮）本調査は東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認のもと実施した。

C. 研究結果

① 回復期以降の心臓リハビリテーションの実施状況ならびに多職種連携による相談支援に関する調査

全国 30 施設のモデル事業採択医療機関を対象に、回復期以降の心リハの実施状況と、多職種・多機関連携による相談支援体制について調査を実施した。調査項目は以下の通り。

問 1-3：施設の心リハ指導指数、CPX 件数

問 4-7：後期回復期、維持期の心リハ数、疾患

問 8-12：外来心リハ目的の紹介を受けることに関して

問 13-16：外来心リハ目的に他院に紹介することに関して

問 17-26：市民公開講座や患者教室に関して

問 27-31：相談支援に関して

問 32：モデルケースに関して自由記載

心リハに関与する職種数の中央値は 6 職種であり、医師、看護師、理学療法士に加え、作業療法士、臨床検査技師、栄養士、薬剤師、心理士、健康運動指導士、医療ソーシャルワーカーなど多様な職種が関与していた。一方で、検査技師、栄養士、薬剤師、心理士、ソーシャルワーカー等の関与頻度は 30～50%程度にとどまり、施設間格差が示唆された。

回復期および維持期の心リハ患者数は、いずれも「月あたり 10 人以下」の施設が最多であり、外来心リハを目的とした他施設からの紹介および受け入れも月平均 0～10 人程度にとどまった。患者向け公開講座は 16 施設(53.3%)、患者教室は 6 施設(20.0%)で実施され、多職種連携による相談支援は 18 施設（60.0%）で行われていた。未実施の理由としては、人員不足が 67%、複数職種による支援体制構築の困難さが 42%であった。

相談支援を実施している 18 施設では、医療サービスおよび介護・福祉サービスに関する支援が各 83%、生活習慣支援と患者教育が各 94%、就労支援が 78%で実施されていた。一方、アドバンス・ケア・プランニングは 50%、ピアサポートは 11%にとどまっ

た。就労支援は 14 施設で実施され、就労カウンセリング 71%、柔軟なリハビリスケジュール調整 64%、復職後フォローアップ 57%、職場連携支援 43%が行われていた。

② 慢性心不全看護認定看護師や心不全療養指導士を対象とした調査

令和 7 年度には、心不全療養指導士を対象に第 3 回の調査を実施した。調査内容は前々年、前年と同様とし、Web による調査を実施し、409 名から回答を得た。相談支援の対象となった疾患は過去 2 回と同様に、心不全、虚血性心疾患、弁膜症、頻脈性不整脈が中心であった。多職種連携に関しては、意見交換や合意形成が不十分とする回答が 3 割前後で推移し、連携上の課題が継続的に示された。相談支援のニーズは一貫して入院中の回復期、退院直後、退院後に高く、コミュニケーション技術や再発予防、疾患・治療の知識が重視された。加えて、心理的支援、問題解決技法、面接技術、倫理的課題への対応の必要性も指摘された。実践内容は生活指導に加え、症状緩和、緊急時対応、家族関係調整、緩和ケアなど多岐にわたり、予後や精神的問題、遺族ケアなどは対応困難とされた。

③ 医療ソーシャルワーカーを対象としたアンケート調査

令和 7 年 1 月から 3 月末まで Web による調査を実施し、医療ソーシャルワーカー 277 名から回答を得た（回答率 6%）。相談支援の実施については 80.9%が関与していると回答した一方、自身の能力発揮について肯定的に評価したのは 34.7%にとどまった。能力発揮の程度には、医療機関の病床

数、MSW 配置人数、多職種チームへの所属の有無が関連していた。対応可能な支援内容としては、介護・障害福祉サービス、社会福祉制度、退院・転院調整、社会保障制度、医療費など社会的支援が 7 割以上を占めたが、手術や薬物治療、副作用・後遺症に関する相談は 6 割以上が対応困難とした。さらに、両立支援や育児、医療費に関する支援の対応可否にも多職種チームへの参画が影響していた。

D. 考察

① 回復期以降の心臓リハビリテーションの実施状況ならびに多職種連携による相談支援に関する調査

回復期以降の心リハでは多職種連携が一定程度進んでいる一方、実施患者数は依然として少なく、人員確保、職種間調整、情報共有体制に課題があることが明らかとなった。回復期以降の心リハ普及には、回復期リハビリテーション病棟の活用、外来心リハへの円滑な移行、地域における病診連携協議会の設立を含めた地域連携体制の整備と、相談支援、就労支援、ピアサポートを統合した包括的支援モデルの構築が必要であることが示唆された。

② 慢性心不全看護認定看護師や心不全療養指導士を対象とした調査

回復期における相談支援の課題として、意見交換・合意形成の機会確保、必要な知識・技術の教育、困難事例への多職種対応の強化が示唆され、関係学会等による支援の必要性が示された。

③ 医療ソーシャルワーカーを対象とした

アンケート調査

多くの MSW が相談支援に従事しているものの、十分な能力発揮には小規模施設への支援強化や多職種チームへの参画促進が重要であり、特に病状や治療と密接に関連する課題には多職種による包括的支援の必要性が示唆された。

E. 結論

多職種・多機関連携による循環器疾患の相談支援の課題を整理するための調査研究に取り組んだ。調査研究をもとに相談支援の充実・普及・標準化に向けた提言をまとめた。

F. 健康危険情報

総括研究報告書に記載。

G. 研究発表

1. 論文発表

該当なし。

2. 学会発表

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

該当なし。

分担研究報告書

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）

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト

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				

令和5年度厚労科研費

「回復期以降の循環器病に対する多職種連携による患者支援体制の充実・普及に資する研究」

回復期以降の脳卒中・心臓病等の循環器病患者支援体制の 充実に向けた提言

令和8年7月

はじめに

「回復期以降の循環器病に対する多職種連携による患者支援体制の充実・普及に資する研究（令和5年度厚労科研費 FA-1018）」では、一般社団法人日本脳卒中学会および一般社団法人日本循環器学会との連携のもとに研究班が組織され、2023年4月1日より2026年3月31日までの3年間にわたって脳卒中・心臓病等総合支援センター事業に関わるさまざまな調査が行われた。それらの調査結果に基づいて、急性期を過ぎた回復期・生活期（維持期）の循環器病患者・家族等に対する、地域・多職種連携による相談支援体制の充実・普及に向けて、研究班として以下のよう
に提言する。

本研究で明らかになった課題を改善し、回復期以後の循環器病患者支援の充実に直接つながる提言項目は「政策提言」としてとりまとめた。また、提言を実現するための具体策が想定される場合には「提言の具体的な方向性」としてそれを示した。

なお、脳卒中と心臓病はともに血管の病気（循環器病）であり、予防や啓発については共通する部分が多い。一方、それぞれの病態や医療機関連携等の医療システムには疾患特異的な相違がある。このため、本提言は循環器病全体としての提言とともに、脳卒中及び心臓病それぞれの領域に関する提言の3部で構成した。

提言

I. 循環器病全体としての提言

提言1

急性期以後の回復期・生活期（維持期）の循環器病患者に対する支援の充実には、都道府県ごとに脳卒中・心臓病等総合支援センターが中心となり、脳卒中および心臓病の患者支援に関わるそれぞれの職種がシステマティックに連携できる体制を構築する必要がある

上記を整備するための契機として、本研究班で複数府県において実施された悉皆性の高い調査事業が、急性期から回復期までの脳卒中医療機関における各職種の組織的連携を発展させるために極めて有用であった。今後、同様の事業を脳卒中および心臓病の双方で、広く全国展開していくことが望ましい。

政策提言

脳卒中・心臓病等総合支援センター（以下 総合支援センター）がハブとなり、都道府県内における患者支援を目的とした多職種連携を広く全国で展開できるよう、総合支援センター事業とリンクする内容の研究班事業等を継続的に行っていくことが望ましい。

研究班調査結果と解説

両立支援調査2023-2025・就労支援リハ調査2024



脳卒中相談窓口連携会議（MSW）の31道府県展開

本研究班では脳卒中領域において、両立支援調査 2023・就労支援リハビリテーション調査 2024・意思決定支援調査 2024・薬剤退院時指導調査 2025 が実施され、いずれも研究期間内に終了した。また、令和 8 年 4 月末時点で、両立支援調査 2024・両立支援調査 2025 および意思決定支援アクションプラン 2025/2026 が実施中である。

いずれの調査も当該道府県内のほぼすべての脳卒中急性期病院（一般社団法人 日本脳卒中学会が認定する Primary Stroke Center[PSC]）と回復期リハビリテーション病院が参加した悉皆性の高い調査事業である。両立支援調査 2023～2025 は合計 31 道府県において実施され、調査実施の主体は医療ソ

シヤルワーカー（MSW）であった。結果として、31 道府県において、脳卒中医療に関わる急性期お

よび回復期リハビリテーション病院の脳卒中相談担当のMSWが連携を行う「脳卒中相談窓口連携会議」が設立された。先行県においては、同会議は両立支援調査にとどまらず、定期的な会合を積み重ねることによって、患者支援情報を当該県内各病院の脳卒中相談窓口で標準化し共有する活動に発展した。

同様に、就労支援リハビリテーション調査 2024 は 11 府県のほぼすべてのPSC および回復期リハビリテーション病院の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士によって実施され、意思決定支援調査 2024 は 9 府県・意思決定支援アクションプラン 2025/2026 は 12 府県のほぼすべてのPSC および回復期リハビリテーション病院の看護師によって、薬剤退院時指導調査 2025 は 16 府県のほぼすべてのPSC および回復期リハビリテーション病院の薬剤師によって実施された。これらの調査をきっかけに上記の各府県においては、それぞれの職種において脳卒中急性期と回復期の連携が深まった。

就労支援リハビリテーション調査2024

意思決定支援調査2024・アクションプラン2025

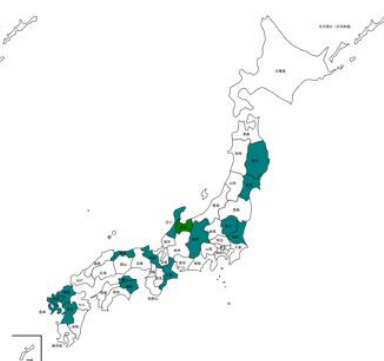
薬剤退院時指導調査2025



脳卒中連携PT/OT/ST会議の11府県展開



脳卒中連携看護師会議の12府県展開



脳卒中連携薬剤師会議の16府県展開

以上のように、研究班で複数府県において実施された都道府県ごとの悉皆性の高い調査事業が、急性期から回復期までの脳卒中医療機関における組織的な多職種連携を発展させるために極めて有用であった。

本研究班の脳卒中 sub working group(以下 SWG)は両立支援調査 2023～2025 をはじめとする上記諸調査事業が実施された 31 道府県の総合支援センター長ないし脳卒中責任者で構成されている。すなわち、本提言の「II.脳卒中領域における提言」は、当該道府県におけるハブとしての総合支援センターが順調に稼働し、悉皆性の高い調査が可能と考えられた 31 道府県における、回復期以降の脳卒中に対する多職種連携による患者支援体制の現状と課題をまとめ、充実にむけた提言となっている。

今後同様に脳卒中および心臓病の双方で、総合支援センターをハブとする地域・多職種連携を全国展開していくための契機となる研究班事業等を継続的に行っていくことが望ましい。

提言2

生活期（維持期）における循環器病患者支援の充実のためには、急性期および回復期の医療機関と生活期（維持期）を担当する医療機関とのシステムティックな連携が必要である

脳卒中領域では、急性期および回復期医療機関とかかりつけ医療機関・かかりつけ薬局・生活期（維持期）入院施設とのシステムティックな連携が一部の地域においてモデル的に開始されている。脳卒中再発予防のためには、これら生活期（維持期）との連携を広く全国展開していくことが望ましい。

心不全をはじめとする心臓病でも、再入院を繰り返すなど、長期にわたり支援を要する。このため、連携モデルの展開のみならず、持続的な支援を前提とした活動基盤の整備および制度的支援の充実が重要である。

研究班調査結果と解説

総合支援センターは当該都道府県における患者支援・情報提供のハブとなることが求められているのであり、決して総合支援センターが設置された医療機関だけが、専ら当該都道府県における患者支援や情報提供を行うわけではない。どの医療機関であっても、急性期・回復期・生活期（維持期）のいずれの病期においても、標準化された患者支援情報を提供できるように、当該都道府県における支援のハブとなることが総合支援センターの役割である。なお、厚労省 循環器病対策協議会や循環器病総合支援委員会で、「総合支援センターで地域におけるハブとしての役割を果たす専従職員を雇用することのできる事業予算措置がなされていない場合が多い」と報告されていることは、早急に解決すべき課題である。

一方、病院から退院した在宅生活期患者にとっては、受療のためではなく、支援を求めて大病院の相談窓口を訪問することは心理的なハードルも高く、必ずしも容易いことではない。やはり、普段かかりつけの医療機関や薬局で気軽に相談できるのであればそれに越したことはない。例えば京都府においては、一般社団法人京都府医師会および一般社団法人京都府薬剤師会との密接な連携のもとに、脳卒中生活期かかりつけ医登録やかかりつけ薬局登録が始まり、脳卒中生活期の患者を支援するためのシステムティックな連携が行われている。入院していた病院との情報連携が整い、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師が患者の最も身近な相談窓口になることができれば、地域全体のチカラで生活期患者・家族等を支えることができる。

しかしながら、このような連携は、先行地域における個別努力によって実施されているモデル事業的な試みである。持続的に発展・継続させるためには、それを可能とする活動基盤の整備および診療報酬など制度的支援の充実が重要である。

II. 脳卒中領域における提言

提言3

脳卒中生活期(とくに自宅退院後 6 ヶ月以後)における治療と仕事の両立支援を可能とする体制整備が必要である

脳卒中患者に対する治療と仕事の両立支援を進めるには、しばしば身体障害や高次脳機能障害等の後遺障害を伴うという疾患特異性に配慮した整備が必要である。

急性期・回復期・生活期(維持期)と役割分担が整備され、それぞれの医療体制が異なる脳卒中においては、保険診療の点からも両立支援が実施しにくい現状にあり、潜在的復職候補者に対する入院中からの早期介入と、自宅退院後の生活期における両立支援を可能とする体制整備が必要である。

脳卒中においては軽症者の多くは発病後 6 ヶ月以内に原職に復帰するが、自宅退院後 6 ヶ月を過ぎると復職が増えず、復職後の離職が見られるため、退院後 6 ヶ月以後の両立支援の充実が必要である。

政策提言

脳卒中においては、自宅退院後 6 ヶ月以後も療養・就労両立支援指導料の算定を可能とすることが必要である。

研究班調査結果と解説

「両立支援調査 2023」は 2023 年 10 月～2024 年 3 月の 6 ヶ月間に岩手県・宮城県・栃木県・富山県・京都府・福岡県・熊本県の 7 府県の脳卒中医療にかかわるほぼすべての急性期病院(PSC)および回復期リハビリテーション病院(合計 178 施設)から直接自宅に退院した脳卒中患者を対象として実施された。この期間内に上記 7 府県から報告された急性期脳卒中患者数は 14574 名であった。これは日本脳卒中学会の PSC 年次報告で当該 7 府県から報告された 2023 年 1 月～12 月

の年間急性期脳卒中患者数 38536 名の約 75.6%に相当する悉皆性の高いデータである。

対象患者のなかで、3 条件(①退院時年齢 15 歳以上 69 歳以下・②直接自宅に退院・③発病前就労者)を満たした潜在的な復職候補者は 1672 名(11.4%)であった。この潜在的復職候補者の退院 6 ヶ月後・18 ヶ

脳卒中における潜在的復職候補者の復職状況
69歳以下・自宅退院・発病前就労

	自宅退院後6ヵ月	自宅退院後18ヵ月
復職	52.4%	49.6%
非復職	26.4%	26.9%*
不明	21.2%	23.5%

* 復職後の離職4.5%

月後の復職率はそれぞれ 52.4%・49.6%であり、自宅退院後 6 ヶ月以後 18 ヶ月までの間に復職は増えることなく、一旦復職した後の離職は 4.5%に見られた。すなわち、潜在的復職候補者の復職は約 1/2 にとどまった。また、非復職が確認された割合は退院 6 ヶ月後・18 ヶ月後で、それぞれ 26.4%・26.9%であった。これら潜在的復職候補者の約 1/4(急性期脳卒中患者全体の約 3%に相当)が、自宅退院後 18 ヶ月を過ぎても復職できていないことが確認された。この約 3%こそが適切な合理的配慮の検討が必要であり、治療と仕事の両立支援を今後充実させていくべきストライクゾーンといえる。日本脳卒中学会の PSC 年次報告によれば、本邦における急性期脳卒中発生件数は年間 30 万件超となっているので、その約 3%は年間約 1 万人と試算できる。

潜在的復職候補者 1672 名のなかで両立支援が行われたのは 156 名(9.3%)に過ぎなかった。この 156 名のなかで、療養・就労両立支援指導料が算定されたのは 8 例に過ぎなかった。

療養・就労両立支援指導料は退院後に算定可能となり、初回算定から 6 ヶ月が算定の限度とされている。軽症であればこの期間における支援で治療と仕事の両立も可能と思われるが、障害を伴う脳卒中において最も両立支援が必要な時期と考えられるのは、本調査によれば自宅退院後 6 ヶ月～18 ヶ月の期間と考えられる。退院直後に療養・就労両立支援指導料の初回算定をしてしまうと、両立支援への積極的介入が必要と考えられる自宅退院後 6 ヶ月～18 ヶ月の期間には算定できなくなってしまう可能性が高い。脳卒中においては、自宅退院後 6 ヶ月以後も療養・就労両立支援指導料の算定を可能とする制度設計が必要である。

なお、医師意見書の提出先である事業場の職種が産業医、総括安全衛生管理者、衛生管理者、安全衛生推進者、衛生推進者、労働者の健康管理等を行う保健師と限定されている。これらの指定職種が不在である事業場が患者の復職先である場合には、療養・就労両立支援指導料が算定できない。しかし、事業場におけるこれらの指定職種の有無は、事業場の規模によっても異なり、病院側では対応不可能な因子である。わが国の労働者の約 7 割は中小企業で働いており、従業員 10 人未満の小企業が企業全体の 75%を占めている。すなわち労働者が脳卒中を発病した場合に、その事業場には指定職種が存在していない状況が多いと想定される。医師意見書の提出先である事業場に指定職種が存在しない場合には療養・就労両立支援指導料が算定できないことが影響して、医療側が両立支援に積極的に介入する機会が減ることにつながるのであれば、復職をめざす患者にとって不利益となる。

提言4

自宅退院後の脳卒中生活期に就労支援を目的としたリハビリテーションを可能とする体制整備が必要である

自宅退院後の脳卒中生活期における両立支援充実のためには、就労支援を目的としたリハビリテーションの必要性が大きいと認識されているにもかかわらず、実際に実施されていることは非常に少ないため、これを可能とする体制整備が必要である。

政策提言

- ① 療養・就労両立支援指導料の相談支援加算対象職種に、脳卒中による障害の特性やそれに対する配慮の知識を持ち就労支援を目的としたリハビリテーションを実施する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士を追加して、両立支援を進めることが必要である。
- ② 退院後6ヵ月以後の脳卒中生活期において、就労支援を目的とした外来リハビリテーションを可能とする保険診療加算が必要である。そのためには、脳血管疾患等リハビリテーション料の標準的算定日数の除外対象に「脳卒中後の就労支援」を加えることが望ましい。

研究班調査結果と解説

「就労支援リハビリテーション調査 2024」は 2024 年 10 月～2025 年 3 月の 6 ヶ月に岩手県・宮城県・栃木県・茨城県・富山県・三重県・京都府・香川県・徳島県・福岡県・熊本県の 11 府県の脳卒中医療にかかわるほぼすべての急性期病院(PSC)および回復期リハビリテーション病院から直接自宅に退院した脳卒中患者を対象として実施された。

最終報告(2026 年 4 月)において、この期間内に上記 11 府県から報告された急性期脳卒中患者数は 17962 名であった。これは日本脳卒中学会の PSC 年次報告で当該 11 府県から報告された 2024 年 1 月～12 月の年間急性期脳卒中患者数 54668 名の 65.7%に相当する悉皆性の高いデータである。対象患者のなかで、潜在的な復職候補者と思われる 3 条件(①退院時年齢 15 歳以上 69 歳以下・②直接自宅に退院・③発病前就労者及び事業主)を満たしたのは、2932 名(16.3%)であった。この潜在的復職候補者 2932 名の中で、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が入院中ないし退院後に就労支援を目的としたリハビリテーションが必要と想定した患者数は 1786 名(潜在的復職候補者の 60.9%)であった。就労支援を目的としたリハビリテーション(以下就労支援リハビリテーション)とは、日常生活を自立させて自宅への退院を可能とするためのリハビリテーションではなく、通勤(公共交通機関の利用や自動車運転再開)を含めた業務対応能力の評価・指導および職場との連絡・調整そして就労中に発生した課題の評価と解決など、復職やその継続についての伴走支援を目的としたリハビリテーションを意味する。

潜在的復職候補者 2932 名(内 失語を呈した患者数 372 名)のなかで、理学療法士・作業療法

士・言語聴覚士が就労支援リハビリテーションを行った患者数はそれぞれ 1323 名 (45.1%)・1568 名 (53.5%)・253 名 (失語を呈した 372 名の 68.0%) であった。その中で、「療養・就労両立支援指導料」が算定できた患者数はそれぞれ 3 名 (0.23%)・2 名 (0.13%)・2 名 (0.79%) といずれも 1% 未満であった。すなわち、就労支援リハビリテーションは医療現場の個別努力に依存するような形で行われており、これらの努力に対して「療養・就労両立支援指導料」は殆ど算定できないという現実が明らかとなった。

就労支援リハビリテーションを行った患者の中で、退院後も継続して外来で就労支援リハビリテーションを行うことが必要であると、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が判断した患者数は、それぞれ 260 名 (19.7%)・444 名 (28.3%)・156 名 (61.7%) であった。しかしながら、その中で退院後も継続して外来で就労支援リハビリテーションを実際に行った患者数は、それぞれ 105 名 (40.4%)・171 名 (38.5%)・76 名 (48.7%) であり、必要と考えられた患者の過半数は就労支援リハビリテーションを退院後に受けることができていなかった。

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が就労支援リハビリテーションを開始した時期は入院中がそれぞれ 97.2%・96.5%・93.5% であり、復職の課題が顕在化する自宅退院 6 カ月以後の生活期(維持期)に就労支援リハビリテーションが開始されたのは、それぞれ 0.4%・0.9%・0.3% と極めてわずかであった。また、これらの就労支援リハビリテーションが終了した時期は入院中が 88.0% (理学療法)・87.4% (作業療法)・73.0% (失語に対する言語聴覚療法) であった。すなわち、大多数の患者において、就労支援を目的としたリハビリテーションは退院時に終了せざるを得ず、退院後 12 ヶ月以上継続できたのは、それぞれ 1.5%・1.0%・4.4% に過ぎず、生活期(維持期)にはほとんど実施されていないことが判明した。

入院中から始まるリハビリテーションに対する脳血管疾患等リハビリテーション料の標準的算定日数(いわゆる算定上限日数)が 180 日であるため、回復期リハビリテーション病院から退院した後に、残された脳血管疾患等リハビリテーション料の算定可能な日数が少ないことが、生活期(維持期)における就労支援リハビリテーションがわずかにしか行われていないことに関係していると思われる。さらに、実際に就労支援リハビリテーションを担当する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が療養・就労両立支援指導料の相談支援加算対象職種に含まれていないことも、退院後に就労支援リハビリテーションが実施されにくい原因のひとつであると考えられる。

提言5

復職促進と就労継続のためには、復職を受け入れる産業界等との社会連携により、問題意識・情報の共有を行い、再発予防を含めた安心して働ける職場づくりをめざすことが必要である

研究班調査結果と解説

就労支援リハビリテーション調査 2024 を契機として、脳卒中急性期および回復期を担う医療機関間での理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の連携が深まった。そのひとつの例が同調査のスピノフとして開始された「Restart Job (Research of Stroke associated Cognitive Dysfunction Before Returning to Job) Kyoto 研究」である。この研究は京都府内の 27 医療機関の作業療法士等によって実施されている多施設共同研究である。就労支援リハビリテーション調査 2024 と同じく、自宅退院する 69 歳以下の発病前就労者(事業主を含む)という潜在的復職候補者を対象として、退院時に高次脳機能障害についてのスクリーニング検査を行い、1 年後の就労状況について確認する研究である。2025 年度 1 年間を症例登録期間として、47 症例が登録された。2026 年 4 月 20 日時点での登録時報告の暫定解析では、約 1/4 の症例において、日常生活が自立した患者本人は全く自覚がないにもかかわらず、就労上は支障をきたしうる注意障害などの高次脳機能障害がみられている。復職し得たとしても、本人の病識と周囲からの理解と配慮がなければ、就職の継続にとつてのハードルになり得る。

2026 年度から始まった厚生労行政推進調査事業指定研究 26FA2004「脳卒中・心臓病等総合支援センターの実態把握及び患者支援体制の充実に資する研究」のもとで、10 府県(岩手県・宮城県・栃木県・茨城県・富山県・京都府・香川県・徳島県・福岡県・熊本県)において、潜在的復職候補者を対象として、退院時高次脳機能障害スクリーニングが展開される予定となっている(Restart Job プロジェクト)。また産業界と連携のもとに、高次脳機能障害をもつ脳卒中患者の復職に関するピアサポートが計画されている。

発病後に体力的な課題は出現しても、就労能力自体は保たれることが多い他の疾患と異なり、脳卒中においては身体障害や言語障害、高次脳機能障害などの後遺症を呈して、発病後には就労能力自体に制限を認めることも少なくない。また日常生活が自立している軽症であっても、患者本人が認識できておらず、外見からは周囲も気づきにくい高次脳機能障害が存在していることもある。このような脳卒中の疾患特異性を踏まえて、復職促進と就労継続を促進していくためには、復職を受け入れる産業界等との社会連携や障害福祉サービスとの連携により、問題意識・情報の共有を行い、再発予防を含めた安心して働ける職場づくりをめざすことが必要である。

提言6

アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の普及については画一的な導入ではなく、疾患特異性に配慮した啓発が必要である

ACPの普及については、本研究班事業として12府県で実施されている「意思決定支援アクションプラン」のように、脳卒中・心臓病等総合支援センターを中心とした都道府県ごとの多職種連携の整備により、脳卒中医療現場が意思決定支援に関与しやすくなる意識改革・醸成が必要である。

提言の具体的な方向性

自宅に退院する脳卒中患者に対する退院時指導時に、今後の医療やケアに関する意思決定について啓発する資料を紹介する意思決定支援アクションプラン 2025/2026 を広く全国に展開していく。

研究班調査結果と解説

「意思決定支援調査 2024」は岩手県・宮城県・栃木県・富山県・京都府・香川県・徳島県・福岡県・熊本県の9府県において、2025年1月から3月までの3ヵ月間に、PSC および回復期リハビリテーション病院 189 施設から退院した脳卒中患者を対象として、主に看護師によって実施された。脳卒中を発病した場合にどのような医療やケアを受けたいかということについて、発病前に何らかの意思を示していた(家族等からの聞き取りも含む)のは急性期脳卒中患者の1.9%に過ぎなかった。また、脳卒中の再発・転倒骨折・てんかん・認知症・感染症・がん・臓器不全・低栄養や廃用症候群など脳卒中生活期(維持期)に起こり得る事態について意思決定支援できた患者数は、189 施設中 151 施設において0名であった。意思決定支援できた患者数が5名未満であったのは、173 施設(調査参加施設の92%に相当)であった。

日本脳卒中学会は、脳卒中生活期(維持期)の医療や療養に関する提言や意思決定支援マニュアルを策定してきたが、本調査の結果は、①発病前にACPを示す脳卒中患者は殆どいない、②脳卒中医療現場では「脳卒中生活期(維持期)に起こり得る事態」について網羅的な説明や意思決定支援はまだ社会実装されていないことを示している。

この現実の背景には、意思決定支援やACPに関する脳卒中という疾患の特異性がある。がん終末期や重症心不全と異なり、生活期に入った脳卒中はすぐに死には直面せず、後遺症とともに患者・家族等は生きてゆく。それゆえ、回復期以後の脳卒中では死を見据えるだけのACPではなく、苦しみや悩みを抱えてどのように生きていくのかというACPが必要になる。そして「脳卒中生活期(維持期)に起こり得る事態」に対するACPも必要となるが、快復への思いや願いが強いあまり、再発・悪化などの「もしもの時」を想定したくない脳卒中患者は少なくない。さらに、急性期→回復期→生活期(維持期)という医療機関の役割分担が完成している脳卒中においては、意思決定支

援に関する連携整備が必要である。脳卒中におけるこのような疾患特異性に配慮した ACP の環境整備が必要である。

これらを受けて、日本脳卒中学会は「脳卒中を経験されたあなたへ 自分の気持ちを伝えるノート」https://www.jsts.gr.jp/common/response_general.html を整備した。本研究班にもとづき、秋田県・岩手県・宮城県・栃木県・富山県・石川県・三重県・京都府・徳島県・福岡県・熊本県・宮崎県の 12 府県のほぼすべての脳卒中急性期・回復期医療機関において、自宅に退院する脳卒中患者に対する退院時指導時に、上記のノートを紹介する意思決定支援アクションプラン 2025 が始まった。2026 年度にはこの活動は 31 道府県において広く展開される予定で、総合支援センターを中心とした都道府県ごとの看護師連携の整備により、脳卒中医療現場が意思決定支援に関与しやすくなる意識改革・醸成が期待されている。

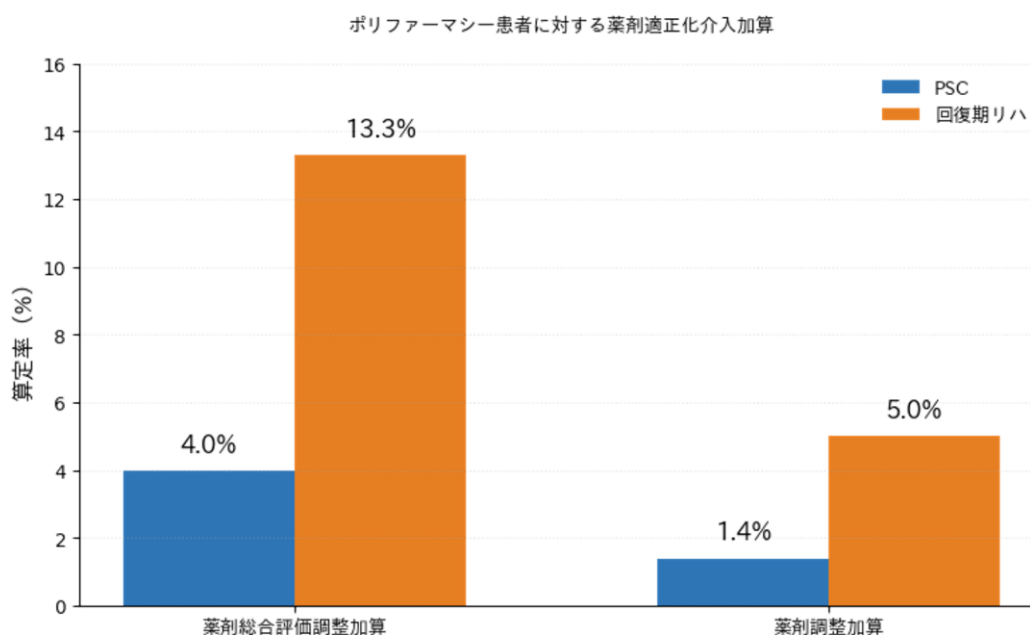
提言7

自宅退院後の在宅・生活期へ向けて、包括的な服薬指導を行うラストチャンスである「薬剤退院時指導」を可能とする体制整備が必要である

研究班調査結果と解説

「薬剤退院時指導調査 2025」は 2025 年 11 月に 16 府県(岩手県・宮城県・栃木県・茨城県・長野県・富山県・石川県・三重県・京都府・鳥取県・香川県・徳島県・福岡県・佐賀県・長崎県・熊本県)のPSC および回復期リハビリテーション病院・その他合計 295 施設から直接自宅退院した脳卒中患者 2258 名を対象として、退院時薬剤指導に関する各種加算の算定状況について調査が行われた。参加施設からの報告完了率は 92%であった。

PSC では、自宅へ退院した患者 1546 名のなかで、752 名(48.6%)で退院時薬剤情報管理指導料が算定されていた。薬局への情報連携に係る退院時薬剤情報連携加算の算定は 61 名(3.9%)のみであった。つまり、患者に対する退院時薬剤指導は約半数で実施されているものの、薬局などへの情報連携がまだ十分ではないということが判明した。



入院時に 6 剤以上の薬剤を服用していたポリファーマシー患者は 2258 名中 958 名(42.4%)であった。PSC ではポリファーマシー患者 580 名のなかで 23 名(4.0%)に薬剤総合評価調整加算が算定され、うち減薬が達成されたのは 8 名であった。回復期リハビリテーション病院ではポリファーマシー患者 361 名のなかで 48 名(13.3%)に薬剤総合評価調整加算が算定され、うち減薬が達成されたのは 18 名であった。減薬実施に関わる薬剤調整加算は PSC ではポリファーマシー患者 8 名(1.4%)に、回復期リハビリテーション病院では 18 名(5.0%)で算定されていた。薬剤指導の重要な対象であるポリファーマシー患者に対する対策はまだ十分とはいえず、関係する加算の算定も少

ないことが判明した。

各種の加算が算定できなかった要因として挙げられたのは、マンパワー不足に加え、調剤業務など患者に対する指導以外の業務負担であった。

薬剤退院時指導は自宅退院後の在宅・生活期に移行する患者へ包括的な指導を行うラストチャンスである。ポリファーマシー対策やかかりつけ薬局との薬薬連携は、再発予防に向けたアドヒアランス向上を目指すための重要な対策であり、薬剤退院時指導を継続的かつ確実に行える体制整備が必要である。

III. 心臓病領域における提言

提言8

多職種連携の整備として制度的支援と人材育成が必要である

医療提供体制における多職種チームの位置づけの明確化、活動基盤の整備、支援を担う専門人材の育成が必要である。

提言の具体的な方向性

- ① 心不全療養指導士、医療ソーシャルワーカー等による相談支援を地域医療の中で継続的に機能させる体制について検討する。
- ② 多職種連携に携わる支援者を対象とした継続的な教育・研修機会の充実を図る。
- ③ 多職種チームにおける専門人材の役割を適切に評価しうる仕組みについて検討する。
- ④ 地域支援拠点(総合支援センター等)を含む活動基盤の安定化および継続的支援を可能とする制度的枠組みについて整理を進める。

研究班調査結果と解説

本研究班では、慢性心不全看護認定看護師と心不全療養指導士を対象とした調査を実施した。調査は、心臓病患者・家族への相談支援について、実施状況、職種別特徴、ニーズ、認識を明らかにする目的で、3年間にわたり Web 調査を実施した。初回は心不全療養指導士 222 名および慢性心不全看護認定看護師 101 名、以降 150 名、409 名から回答を得た。

3年間の調査結果から、多職種連携に関しては、意見交換や合意形成が不十分とする回答が 3 割前後で推移し、連携上の課題が継続的に示された。相談支援のニーズは一貫して入院中の回復期、退院直後、退院後に高く、コミュニケーション技術や再発予防、疾患・治療の知識が重視された。加えて、心理的支援、問題解決技法、面接技術、倫理的課題への対応の必要性も指摘された。実践内容は生活指導に加え、症状緩和、緊急時対応、家族関係調整、緩和ケアなど多岐にわたり、予後や精神的問題、遺族ケアなどは対応困難とされた。以上より、回復期における相談支援の課題として、意見交換・合意形成の機会確保、必要な知識・技術の教育、困難事例への多職種対応の強化が示唆され、関係学会等による支援の必要性が示された。

また、本研究班では、回復期以降の心臓病患者に対する多職種連携による相談支援の実態と課題を明らかにするため、総合支援センターおよび循環器病専門病院に勤務する MSW を対象に、日本医療ソーシャルワーカー協会との共同で Web 調査を実施し、277 名から回答を得た(回答率 6%)。相談支援の実施については 80.9%が関与していると回答した一方、自身の能力発揮について肯定的に評価したのは 34.7%にとどまった。能力発揮の程度には、医療機関の病床数、MSW 配置人数、多職種チームへの所属の有無が関連していた。対応可能な支援内容としては、介護・

障害福祉サービス、社会福祉制度、退院・転院調整、社会保障制度、医療費など社会的支援が 7 割以上を占めたが、手術や薬物治療、副作用・後遺症に関する相談は 6 割以上が対応困難とした。さらに、両立支援や育児、医療費に関する支援の対応可否にも多職種チームへの参画が影響していた。以上より、多くの MSW が相談支援に従事しているものの、十分な能力発揮には小規模施設への支援強化や多職種チームへの参画促進が重要であり、特に病状や治療と密接に関連する課題には多職種による包括的支援の必要性が示唆された。

心不全療養指導士や MSW が退院支援、療養継続支援、生活相談に継続的に関与している実態が確認されたが、これらの活動には施設間差がみられ、制度上の位置づけは必ずしも明確ではないことから、回復期以降の心臓病患者支援における多職種連携の意義を整理し、医療提供体制の中での位置づけを明確化することが望まれる。また、多職種が心臓病患者支援の重要性を認識している一方で、教育機会や専門性向上の仕組みは十分ではない。継続的な教育機会の提供に加え、資格取得や専門性向上を促すためには、医療機関単位にとどまらない制度的支援の枠組みを検討することが有用である。あわせて、専門性を有する人材が多職種チームの中で役割を発揮しやすい評価体系や継続的活動を支える環境整備についても検討が必要である。さらに、地域支援拠点(総合支援センター等)を含む活動基盤の安定化や、生活期(維持期)までを見据えた継続的支援の制度的あり方について検討することが望まれる。現行の支援制度は退院後一定期間に重点が置かれているが、再入院を反復する慢性心不全患者では、急性期以降も継続した支援ニーズが存在することが示唆されるため継続的支援が必要であり、生活期(維持期)を含めた支援継続のあり方について検討が必要である。

提言9

外来心臓リハビリテーションの充実が必要である

外来心臓リハビリテーションを地域における回復期・生活期（維持期）支援の中核資源として位置づけ、その普及を進めることが望ましい。

提言の具体的な方向性

- ① 外来心臓リハビリテーションを回復期以降の支援の実践基盤として位置づける。
- ② 総合支援センター設置医療機関における外来心臓リハビリテーション実施状況や心肺運動負荷試験実施体制の可視化を進める。
- ③ 回復期リハビリテーション病棟や地域医療との接続を含めた支援モデルを整理する。

研究班調査結果と解説

本研究班において、全国 30 施設の総合支援センター事業採択医療機関を対象に、回復期以降の心臓リハビリテーションの実施状況と、多職種・多機関連携による相談支援体制について調査を実施した。心臓リハビリテーションに関与する職種数の中央値は 6 職種であり、医師、看護師、理学療法士に加え、作業療法士、臨床検査技師、栄養士、薬剤師、心理士、健康運動指導士、MSW など多様な職種が関与していた。一方で、検査技師、栄養士、薬剤師、心理士、MSW 等の関与頻度は 30～50%程度にとどまり、施設間格差が示唆された。回復期および維持期の心臓リハビリテーション患者数は、いずれも「月あたり 10 人以下」の施設が最多であり、外来心臓リハビリテーションを目的とした他施設からの紹介および受け入れも月平均 0～10 人程度にとどまった。患者向け公開講座は 16 施設（53.3%）、患者教室は 6 施設（20.0%）で実施され、多職種連携による相談支援は 18 施設（60.0%）で行われていた。未実施の理由としては、人員不足が 67%、複数職種による支援体制構築の困難さが 42%であった。相談支援を実施している 18 施設では、医療サービスおよび介護・福祉サービスに関する支援が各 83%、生活習慣支援と患者教育が各 94%、就労支援が 78%で実施されていた。一方、ACP は 50%、ピアサポートは 11%にとどまった。就労支援は 14 施設で実施され、就労カウンセリング 71%、柔軟なリハビリテーションスケジュール調整 64%、復職後フォローアップ 57%、職場連携支援 43%が行われていた。以上より、回復期以降の心臓リハビリテーションでは多職種連携が一定程度進んでいる一方、実施患者数は依然として少なく、人員確保、職種間調整、情報共有体制に課題があることが明らかとなった。

心臓リハビリテーションは、多職種が継続的に関与しやすく、回復期以降の患者と定期的に接点を持つことができることから、相談支援の実践基盤として有用である。とりわけ外来心臓リハビリテーションは、患者相談支援窓口として現実的かつ実行可能な機能を担いうるため、地域における回復期・生活期（維持期）支援の中核資源として位置づけ、その普及を進めることが望まれる。その際、総合支援センター設置医療機関における外来心臓リハビリテーション参加状況や心肺運動負

荷試験実施状況について、一定の指標を用いた可視化・評価を進めることが、地域全体での普及促進につながると考えられる。

回復期以降の心臓リハビリテーション普及には、回復期リハビリテーション病棟の活用、外来心臓リハビリテーションへの円滑な移行、地域における病診連携協議会の設立を含めた地域連携体制の整備と、相談支援、就労支援、ピアサポートを統合した包括的支援モデルの構築が必要である。

提言10

多職種連携による意思決定支援の普及・標準化が必要である

ACPを含む意思決定支援を生活期(維持期)支援の中でも位置づけることが望ましい。

提言の具体的な方向性

- ① ACPを多職種教育の中に位置づけ、メディカルスタッフを対象とした教育機会を整備する。
- ② 医師以外の職種が関与しやすい実践枠組みについて整理する。
- ③ 就労支援、医療費相談、患者会との連携を含めた標準的支援内容の整理を進める。

研究班調査結果と解説

心臓病患者支援においては、病状の進行や再増悪を見据えた意思決定支援の重要性が認識されつつあるが、ACPへの関与はなお十分とは言えない。メディカルスタッフを対象とした調査では、ACPの重要性は理解されている一方で、その具体的内容や関わり方が十分に共有されておらず、実践への参加に困難を感じている実態が示された。医師には心臓病に関する緩和ケア研修推進事業として、厚生労働省から委託を受け日本心不全学会が実施している心不全緩和ケアトレーニングコース(HEPT)など、一定の教育機会が存在する一方、看護師、リハビリテーション専門職、薬剤師等を対象とした体系的教育プログラムは限られており、多職種で意思決定支援を担う基盤が十分整っていない。また、心臓病領域ではACPが依然として終末期や予後が限られた患者に限定して捉えられる傾向があり、病期を問わない早期からの意思決定支援という考え方の普及が課題である。

従って、心臓病患者支援においては、治療継続のみならず、病状変化に応じた意思決定支援を早期から多職種で共有する体制づくりが重要である。ACPについては、医療従事者の間でその重要性は認識されているものの、メディカルスタッフが具体的に関与するための教育機会や実践枠組みは十分ではない。このため、多職種を対象とした教育機会の整備と、心臓病領域におけるACPを病期早期からの支援として位置づける啓発を進めることが望まれる。あわせて、就労・両立支援、医療費相談、患者会との連携など生活期(維持期)に関わる支援についても、多職種連携による標準的支援内容として整理していくことが重要である。

提言11

回復期以降の患者支援の更なる充実を図る取組が必要である

薬薬連携の活用や、支援ニーズが明確な領域を起点とした生活期（維持期）支援モデル事業の実施により、回復期以降の心臓病患者支援体制の更なる普及が望ましい。

研究班調査結果と解説

心臓リハビリテーションの調査研究において収集したモデルケースでは、外来心臓リハビリテーションを相談支援の場として活用することで、患者の運動耐容能や QOL が向上し、フレイルの予防や就労支援につながることが判明した。左室補助人工心臓(LVAD)、成人先天性心疾患、重症心不全等、支援ニーズが明確な領域を起点として総合支援センター事業や好事例の集約・共有を進めることは、回復期以降の循環器病患者支援体制の普及を図るうえで有用である。

また、心不全患者では多剤併用療法の継続管理や服薬支援が再入院予防に重要であることから、医療機関と地域薬局の連携による薬薬連携を多職種支援体制の一要素として位置づけることが望まれる。心臓リハビリテーションを含む継続支援の場を活用し、退院後から在宅療養期まで切れ目のない薬学的支援体制を構築することが期待される。

回復期以降の循環器病に対する多職種連携による患者支援体制の充実・普及に資する研究班(令和5年度厚労科研費 FA-1018)

統括 WG

主任研究者

宮本 享 京都大学医学部附属病院 脳卒中療養支援センター
特任病院教授

心臓病 SWG 座長

安田 聡 東北大学医学系研究科循環器内科 教授

脳卒中 SWG 座長

藤本 茂 自治医科大学内科学講座神経内科学部門 教授

安斉俊久 北海道大学大学院医学研究院循環器内科学 教授

植野 司 京都大学医学部附属病院
総合臨床教育・研修センター・精神神経科 特定講師

大石醒悟 はりま姫路総合医療センター循環器内科 医長

片岡大治 国立循環器病研究センター 副院長

小林欣夫 千葉大学大学院医学研究院 循環器内科学 教授

寺田智祐 京都大学医学部附属病院 薬剤部 教授

豊田章宏 中国労災病院治療就労両立支援センター 所長

橋本洋一郎 済生会熊本病院 脳卒中センター 特別顧問

藤井由記代 森之宮病院診療部医療社会事業課 部長

牧田 茂 埼玉医科大学国際医療センターリハビリテーション科
客員教授

山本一博 国立循環器病研究センター 病院長

心臓病 SWG

荻尾七臣 自治医科大学内学講座循環器内科学部門 教授

白戸 崇 東北大学医学系研究科循環器内科 准教授

辻田賢一 熊本大学大学院生命科学研究部循環器内科学 教授

豊田 茂 獨協医科大学心臓・血管内科/循環器内科 教授

平田健一 独立行政法人加古川市民病院機構加古川中央市民病院 病院長

眞茅みゆき 北里大学看護学部 看護システム学 教授

南野哲男 香川大学医学部循環器・腎臓・脳卒中内科学 教授

脳卒中 SWG

赤松洋祐	岩手医科大学脳神経外科	教授
吾郷哲朗	九州大学 病態機能内科学(第二内科)	教授
阿部竜也	佐賀大学医学部脳神経外科	教授
石原秀行	山口大学医学部脳神経外科	教授
出雲 剛	岐阜大学医学部脳神経外科	教授
板橋 亮	岩手医科大学脳神経内科	教授
上羽哲也	高知大学医学部脳神経外科	教授
遠藤英徳	東北大学 脳神経外科	教授
太田剛史	京都大学 脳神経外科	特定准教授
大田 元	都城市郡医師会病院 脳神経外科	部長
大宅宗一	群馬大学 脳神経外科	教授
岡田 靖	社会医療法人雪の聖母会	常務理事
小笠原邦昭	岩手医科大学	学長
川西正彦	香川大学医学部脳神経外科	病院教授
木内博之	山梨大学医学部附属病院	病院長
國枝武治	愛媛大学医学部脳神経外科	教授
栗田浩樹	埼玉医科大学国際医療センター脳卒中外科	教授
黒崎雅道	鳥取大学医学部脳神経外科	教授
黒田 敏	富山大学学術研究部医学系脳神経外科	教授
桑城貴弘	九州医療センター脳血管センター	センター長
杉森 宏	九州医療センター救命救急センター	センター長
鈴木秀謙	三重大学医学部脳神経外科	教授
清水宏明	秋田県立循環器・脳脊髄センター	理事長
園田順彦	山形大学 脳神経外科	教授
高木康志	徳島大学医学部脳神経外科	教授
竹川英宏	獨協医科大学病院脳卒中センター	センター長
辻野 彰	長崎大学医学部脳神経内科	教授
中尾 直之	和歌山県立医科大学	学長
中川一郎	奈良医科大学脳神経外科	教授
中島 誠	熊本大学病院脳血管障害先端医療寄附講座	特任教授
中田光俊	金沢大学医学部脳神経外科	教授
藤村 幹	北海道大学 脳神経外科	教授
堀内哲吉	信州大学医学部脳神経外科	教授
松丸祐司	筑波大学附属病院脳卒中科	教授
武笠晃丈	熊本大学大学院生命科学研究部脳神経外科学	教授

師井淳太	秋田県立循環器・脳脊髄センター	部長
堀江信貴	広島大学医学部脳神経外科	教授
山上 宏	筑波大学医学医療系脳卒中予防・治療学	教授
吉岡秀幸	山梨大学医学部脳神経外科	教授
吉田和道	滋賀医科大学脳神経外科	教授

令和5年度厚労科研費 FA-1018

「回復期以降の循環器病に対する多職種連携による患者支援体制の充実・普及に資する研究」

両立支援調査 2023 報告

令和8年度5月

はじめに

令和5年度厚労科研費「回復期以降の循環器病に対する多職種連携による患者支援体制の充実・普及に資する研究」では、一般社団法人日本脳卒中学会および一般社団法人日本循環器学会との連携のもとに研究班が組織され、2023年4月より2026年3月までの3年間にわたって脳卒中・心臓病等総合支援センター事業に関わるさまざまな調査が行われた。その結果に基づいて、研究班は「回復期以降の脳卒中・心臓病等の循環器病患者支援体制の充実に向けた提言」をまとめた。

「両立支援調査 2023」は同研究班による調査のひとつであり、脳卒中における治療と仕事の両立支援(以下 両立支援)に関する悉皆性の高い調査が7府県において行われ、脳卒中においては復職や就職、就労継続への支援がまだ十分ではないという現状が明らかになった。

本邦において両立支援は、主にかん領域で整備されてきた。がんでは体力的な課題はあっても就労能力自体は保たれることが多いが、脳卒中では身体障害や言語障害、高次脳機能障害などの後遺症を呈して、発病後には就労能力に制限を認めることも少なくない。また、脳卒中では急性期・回復期・生活期(維持期)とそれぞれのステージで受療する医療機関の役割分担が進んでいるため、両立支援についても地域連携が不可欠である。このような脳卒中という疾患の特異性を踏まえて、復職と就労継続を支援していく必要がある。

両立支援調査2023につづいて、就労支援リハビリテーション調査2024が11府県で実施された。さらに8県において両立支援調査2024、12道県において両立支援調査2025が実施中である。いずれも悉皆性の高い調査であり、今後これらの調査研究から脳卒中における両立支援について、さまざまな知見が集積していき、いずれ政策や制度へ反映されていくものと期待される。両立支援調査2023はその先駆けとなった調査である。

ご協力いただいた7府県の医療機関の皆様のご尽力に深く敬意を表します。

I. 調査の対象

両立支援調査 2023 は、岩手県・宮城県・栃木県・富山県・京都府・福岡県・熊本県の 7 府県におけるほぼすべての脳卒中急性期病院（一般社団法人日本脳卒中学会が認定する Primary Stroke Center[PSC]）と回復期リハビリテーション病院の協力の下で実施された。2024 年 4 月の初回中間報告を完了したのは 178 医療機関、2025 年 11 月の最終報告（自宅退院 18 ヶ月後までの追跡）まで完了したのは、154 医療機関である。

調査対象は、2023 年度下半期（2023 年 10 月～2024 年 3 月）に上記の医療機関から退院した急性期脳卒中患者 18,378 名である。なお、PSC での入院期間は概ね 2 週間以内であるため、上記 6 ヶ月の間に回復期リハビリテーション病院から退院した患者の大多数は、PSC から退院後に入院して、PSC と回復期リハビリテーション病院双方で退院患者数として報告されているものと考えられる。このため、回復期リハビリテーション病院からの脳卒中患者報告数を 1/2 に補正した 15,955 名を急性期脳卒中患者（補正值）として用いた。

II. 調査概要

本調査は、京都大学医学部附属病院脳卒中療養支援センターが事務局となり、上記 7 府県の脳卒中・心臓病等総合支援センター（以下 総合支援センター）が当該府県におけるとりまとめを行った。報告の登録業務は、各医療機関の主に医療ソーシャルワーカー（MSW）や地域連携室等の職種により行われた。

主な調査項目は以下の 8 項目である。

① 自院に所属する両立支援コーディネーター数

本項では脳卒中患者の両立支援にかかわらないコーディネーターは対象外とした。

② 2023 年下半期に退院した脳卒中患者総数

以下の 5 項目は就労者（被雇用者）と事業主を分けて報告された。

③ 直接自宅へ退院・退院時年齢 15 歳以上 69 歳以下・発病前就労の 3 条件を満たす脳卒中患者数

④ 自院において両立支援を行った患者数

単なる相談を行ったケースは除外し、両立支援ガイドラインに基づいた勤務情報提供書や医療情報提供書の作成、休業中の職場との情報共有支援、両立支援のための申出支援、医療連携支援や就労支援機関との連携、リハビリテーションによる職業訓練などの具体的な両立支援を行った患者数とした。

⑤ ④のなかで「療養・就労両立支援指導料」の算定に至らなかった患者数

⑥ ③のなかで、退院後 6 ヶ月の時点で復職・就職できた患者数

⑦ ③のなかで、退院後 18 ヶ月の時点で復職・就職できた患者数

⑧ ③のなかで、退院後にいったん復職・就職した後に、退院後 18 か月以内に退職した経験をもつ患者数

III. 調査結果

(1) 患者数からみた両立支援調査 2023 の悉皆性

最終報告の対象となったのは、2023 年度下半期（2023 年 10 月～2024 年 3 月）に上記 7 府県の 154 医療機関から退院した急性期脳卒中患者 14,564 名（補正值）である。これは日本脳卒中学会の PSC 年次報告で 2023 年 1 月～12 月に当該 7 府県から報告された急性期脳卒中患者数 38,536 名/年の 75.6%に相当する（表 1）。

	急性期脳卒中患者数			PSC/回復期病院数		
	脳卒中学会 年次報告	両立支援調査 2023	調査悉皆率 (%)	総数	初回報告	最終報告
岩手県	2952	1344	91.0	21	18	15
宮城県	4945	1805	73.0	31	20	15
栃木県	3711	2086	112.4	26	16	16
富山県	2477	1066	86.1	19	13	8
京都府	6120	3175	103.8	48	41	38
福岡県	13281	2718	40.9	107	41	33
熊本県	5050	2370	93.9	49	29	29
7府県合計	38536	14564	75.6	301	178	154

表 1: 調査の悉皆性

病院数が多く県内悉皆的な協力を得にくかったと考えられる福岡県を除く 6 府県では、患者数からみた調査悉皆率は 93.8%と高かった。栃木県や京都府で 100%を超えているのは、両立支援調査 2023 が脳卒中の発症が多いと想定される秋冬の下半期 6 ヶ月に実施されており、脳卒中学会年次報告の年間発生数と比較していることに関係している可能性がある。

施設数からみると、PSC と回復期リハビリテーション病院を合計した 301 施設のなかで、退院時に関する初回中間報告をおこなったのは 178 施設、自宅退院後 18 ヶ月時点の最終報告に至ったのは 154 施設であった。回復期リハビリテーション病院のなかには、脳卒中以外の疾患を主な対象としている医療機関も少なくないため、施設数からみると当該府県内のすべての医療機関からの報告にはなっていない。しかし、患者数からみた調査悉皆性の高さを考えると、今回の調査には 7 府県において脳卒中の急性期および回復期の診療に従事する大多数の病院が調査に参加したと考えられる。

(2) 潜在的復職候補者

上記の調査対象患者 14,564 名のなかで、3 条件（①退院時年齢 15 歳以上 69 歳以下・②直接自宅に退院・③発病前就労者）を満たした潜在的な復職候補者は、1,672 名（11.4%）であった。なお、本項での自宅とは、個人の住宅を指し、居住系介護施設は含んでいない。就労者とは雇用される側である被雇用者に限っている。また、これ以外に、療養・就労両立支援指導料の対象とならないが、退院時年齢 15 歳以上 69 歳以下であり、直接自宅に退院した事業主は 297 名が存在するので、就労者（被雇用者）と事業主本人を合わせた復職の潜在的な候補は急性期脳卒中患者全体の 13.5%と考えられる。

(3) 自宅退院後の復職率

上記の潜在的復職候補者（就労者）の退院 6 カ月後・18 カ月後の復職率はそれぞれ 52.4%・49.6%であり、自宅退院後 6 カ月以後 18 カ月までの間に復職は増えることなく、一旦復職した後の離職は 4.5%に見られた。非復職が確認された割合は退院 6 カ月後・18 カ月後で、それぞれ 26.4%・26.9%であった（表 2）。

	自宅退院後6ヵ月	自宅退院後18ヵ月
復職	52.4%	49.6%
非復職	26.4%	26.9%
不明	21.2%	23.5%

表2:潜在的復職候補者(就労者)の復職状況

すなわち、潜在的復職候補者の復職は約 1/2 にとどまった。また、自宅退院後も復職できていないことが確認された潜在的復職候補者の約 1/4 は急性期脳卒中患者全体の約 3%に相当する。日本脳卒中学会の PSC 年次報告によれば、本邦における急性期脳卒中発生件数は年間 30 万件超となっているので、その約 3%は年間約 1 万人と試算できる。この約 3%こそが適切な合理的配慮の検討が必要であり、治療と仕事の両立支援を今後充実させていくべきストライクゾーンといえる。

府県別の復職状況の経緯を図 1 に示した。岩手県と栃木県を除く 5 府県では、自宅退院 6

ヵ月後よりも 18 ヶ月後の方が復職率は低下しており、復職後の継続困難・離職が問題であることを示している。

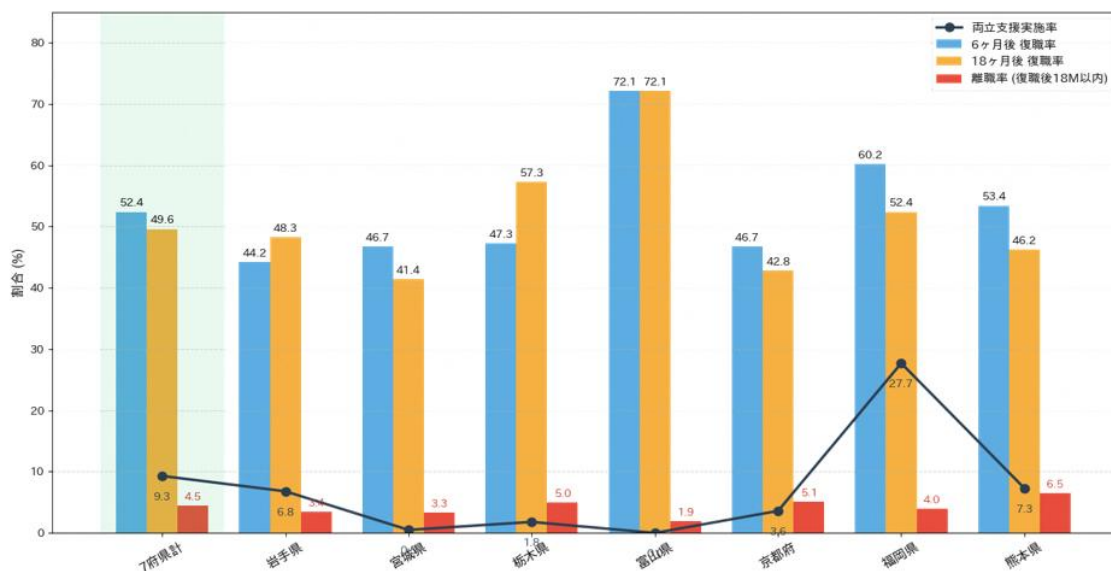


図1:各府県における復職状況の経緯

事業主については、就労者（被雇用者）の復職とは異なる傾向がみられた（図2）。

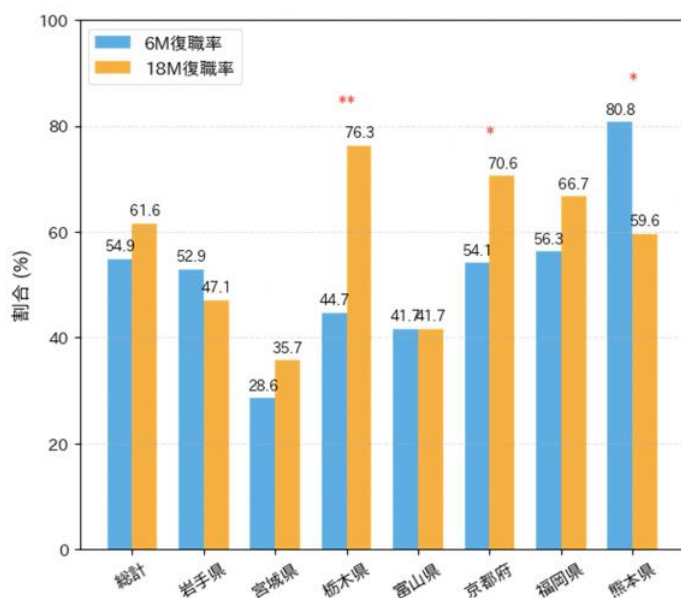


図2:事業主の復職状況

85 名と多くを占めていることが 7 府県全体のデータに関係している可能性がある。

7 府県全体では復職率が自宅退院後 6 ヶ月（54.9%）に比べて、18 ヶ月後には 61.6%と改善を認めた。事業主であることから、復職について自己決定できること、復職しないと収入や事業体運営で問題となることが、復職率が経時的に改善した原因と考えられる。なお、岩手県・熊本県では 18 ヶ月後の方が復職は減少していた。対象となった事業主 297 名のうち、復職について改善傾向がある京都府の事業主が

(4) 両立支援の実施状況

1. 両立支援コーディネーターの設置状況

178 施設からの初回中間報告では、各病院で脳卒中患者を支援する両立支援コーディネーターの設置状況は中央値 1 名（平均値 1.9 名）であった（図 3）。本調査では、脳卒中患者の両立支援に関わらない両立支援コーディネーターについてはカウントされていない。院内にがん等他疾患の患者に対して両立支援を行うコーディネーターが在職していても、脳卒中患者に対する支援まで手が回っていない可能性がある。潜在的復職候補者数を考えると、脳卒中急性期および回復期の医療機関においては就労支援を十分に行っていく体制がまだ整っていないと考えられる。

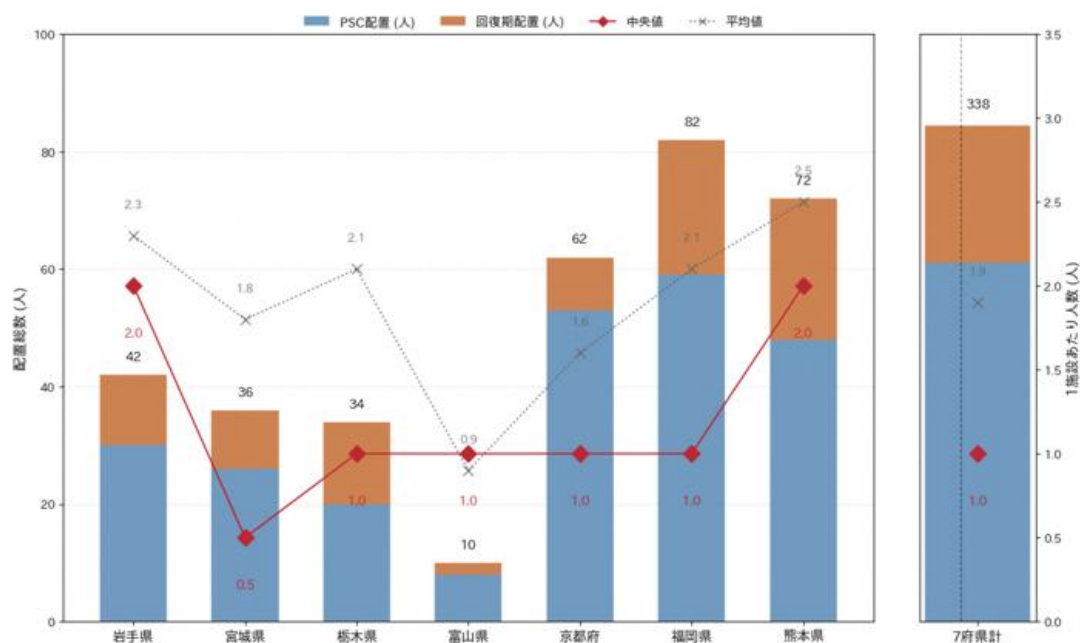


図3: 両立支援コーディネーターの配置状況

2. 両立支援の実施状況

潜在的復職候補者（就労者 1672 名）のうち、両立支援が実施されたのは 156 名（9.3%）であった（表 3）。156 名のなかで、療養・就労両立支援指導料が算定されたのは 8 例（5.1%）に過ぎなかった。また、実施率が 27.7% と高かった福岡県を除く 6 府県の両立支援実施率は平均 3.6% であった。

事業主は療養・就労両立支援指導料が算定対象ではないが、復職するにあたって支援が必要であることは就労者と変わりはない。潜在的復職候補者（事業主 297 名）のうち「リハビリテーションによる職業訓練」など仕事と治療の両立に向けた具体的な支援を行った患者数は 44 名（14.8%）であった（表 4）。

	潜在的復職対象者 就労者	両立支援	
		実施数	実施率 (%)
岩手県	147	10	6.8
宮城県	210	1	0.5
栃木県	220	4	1.8
富山県	104	0	0
京都府	332	12	3.6
福岡県	397	110	27.7
熊本県	262	19	7.3
7府県合計	1672	156	9.3

表3:両立支援の実施状況

	潜在的復職対象者 事業主	復職支援	
		実施数	実施率 (%)
岩手県	34	6	17.6
宮城県	28	2	7.1
栃木県	38	1	2.6
富山県	12	1	8.3
京都府	85	9	10.6
福岡県	48	13	27.1
熊本県	52	12	23.1
7府県合計	297	44	14.8

表4:事業主に対する両立支援の実施状況

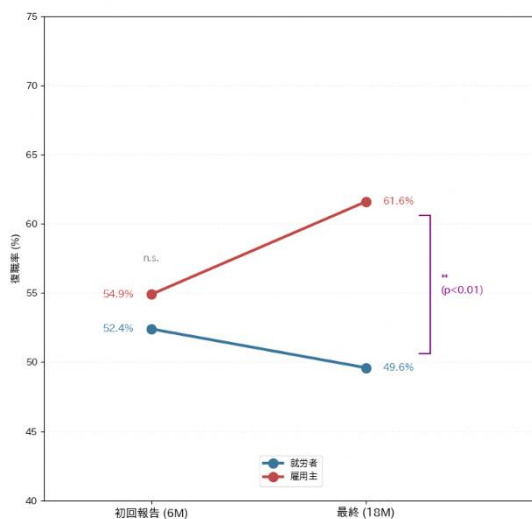


図4: 復職状況の経過

就労者に対する両立支援と事業主に対する支援とは、事業場へ対応も含めて内容が異なるため、単純に支援介入率を比較することはできないが、事業主において支援介入率が高く、図2および図4で示すように自宅退院6ヵ月後よりも18ヵ月後の復職率が改善していることは、注目すべき結果である。

以上の結果は、脳卒中において、両立支援はまだ実践そのものが不十分な状況にとどまっていること、とくに就労者（被雇用者）に対する両立支援をより実践しやすい制度整備が必要であることを示している。

療養・就労両立支援指導料は退院後に算定可能となり、初回算定から6ヵ月が算定の限度とされている。軽症であればこの期間における支援で治療と仕事の両立も可能と思われるが、障害を伴う脳卒中において最も両立支援が必要な時期と考えられるのは、本調査によれば自宅退院後6ヵ月～18ヵ月の期間と考えられる。退院直後に療養・就労両立支援指導料の初回算定をしてしまうと、両立支援への積極的介入が必要と考えられる自宅退院後6ヵ月～18ヵ月の期間には算定できなくなってしまう可能性が高い。脳卒中においては、自宅退院後6ヵ月以後も療養・就労両立支援指導料の算定を可能とする制度設計が必要である。

なお、医師意見書の提出先である事業場の職種が産業医、総括安全衛生管理者、衛生管理者、安全衛生推進者、衛生推進者、労働者の健康管理等を行う保健師と限定されている。これらの指定職種が不在である事業場が患者の復職先である場合には、療養・就労両立支援指導料が算定できない。しかし、事業場におけるこれらの指定職種の有無は、事業場の規模によっても異なり、病院側では対応不可能な因子である。わが国の労働者の約7割は中小企業で働いており、従業員10人未満の小企業が企業全体の75%を占めている。すなわち労働者が脳卒中を発病した場合に、その事業場には指定職種が存在していない状況が多いと想定される。医師意見書の提出先である事業場に指定職種が存在しない場合には療養・就労両立支援指導料が算定できないことが影響して、医療側が両立支援に積極的に介入する機会が減ることにつながるのであれば、復職をめざす患者にとって不利益となる。

両立支援調査 2023 実施体制

主任研究者

宮本 享	京都大学医学部附属病院 脳卒中療養支援センター	特任病院教授
------	-------------------------	--------

統括委員会

藤本 茂	自治医科大学内科学講座神経内科学部門	教授
豊田章宏	中国労災病院治療就労両立支援センター	所長
橋本洋一郎	済生会熊本病院 脳卒中センター	特別顧問

調査実施委員会

赤松洋祐	岩手医科大学脳神経外科	教授
吾郷哲朗	九州大学 病態機能内科学（第二内科）	教授
板橋 亮	岩手医科大学脳神経内科	教授
遠藤英徳	東北大学 脳神経外科	教授
岡田 靖	社会医療法人雪の聖母会	常務理事
小笠原邦昭	岩手医科大学	学長
黒田 敏	富山大学学術研究部医学系脳神経外科	教授
桑城貴弘	九州医療センター脳血管センター	センター長
杉森 宏	九州医療センター救命救急センター	センター長
竹川英宏	獨協医科大学病院脳卒中センター	センター長
中島 誠	熊本大学病院脳血管障害先端医療寄附講座	特任教授
武笠晃丈	熊本大学大学院生命科学研究部脳神経外科学	教授

調査事務局

榎戸真弓	京都大学医学部附属病院 脳卒中療養支援センター
------	-------------------------

調査実施 7 府県 事務局担当者

岩手県

黒澤 美甫	岩手医科大学附属病院 医療福祉相談室
近藤 昭恵	岩手医科大学附属病院 医療福祉相談室

宮城県

梅木 諒	東北大学病院 診療技術部
------	--------------

栃木県

小島好子	自治医科大学附属病院	患者サポートセンター
宇賀神歩	自治医科大学附属病院	患者サポートセンター
藤野 翔	自治医科大学附属病院	患者サポートセンター
岩本良子	独協医科大学	地域連携・患者サポートセンター
新井信裕	独協医科大学	地域連携・患者サポートセンター

富山県

山本奈々穂	富山大学附属病院	医療福祉サポートセンター
-------	----------	--------------

京都府

榎戸真弓	京都大学医学部附属病院	脳卒中療養支援センター
------	-------------	-------------

福岡県

藤崎航介	独立行政法人国立病院機構	九州医療センター 地域医療連携室
------	--------------	---------------------

熊本県

中島 誠	熊本大学病院	脳血管障害先端医療寄附講座
上村裕子	熊本大学病院	地域医療連携センター
中田裕希	熊本大学病院	地域医療連携センター
安藤恵子	熊本大学病院	脳卒中・心臓病等総合支援センター
野間香代子	熊本大学病院	脳卒中・心臓病等総合支援センター

調査協力施設

岩手県

医療法人友愛会 盛岡友愛病院
いわてリハビリテーションセンター
岩手県立中央病院
盛岡赤十字病院
岩手県立磐井病院
医療法人 清和会 奥州病院
一般財団法人みちのく愛隣協会 東八幡平病院
岩手県立大船渡病院
盛岡医療生活協同組合 川久保病院
医療法人謙和会 荻野病院
岩手県立中部病院
岩手県立宮古病院

岩手県立二戸病院
岩手医科大学附属病院
宮古第一病院

宮城県

仙台徳洲会
仙台東脳神経外科病院
東北大学病院
気仙沼市立病院
公益財団法人宮城厚生協会坂総合病院
一般財団法人 広南会 広南病院
石巻健育会病院
仙台医療センター
イムス明理会仙台総合病院
石巻赤十字病院
仙台リハビリテーション病院
宮城厚生協会 長町病院
医療法人松田会 松田病院
医療法人 社団 仁明会 齋藤病院
みやぎ県南中核病院

栃木県

独立行政法人国立病院機構 栃木医療センター
新小山市民病院
医療法人友志会 石橋総合病院
獨協医科大学病院
自治医科大学附属病院
栃木県立リハビリテーションセンター
足利赤十字病院
一般社団法人巨樹の会 宇都宮リハビリテーション病院
一般社団法人巨樹の会新上三川病院
日本赤十字社 芳賀赤十字病院
医療法人社団 友志会 リハビリテーション花の舎病院
リハビリテーション翼の舎病院
社会福祉法人恩賜財団済生会支部 栃木県済生会宇都宮病院
那須赤十字病院
宇都宮記念病院
栃木県医師会塩原温泉病院

富山県

国立大学法人富山大学附属病院
市立砺波総合病院
富山県立中央病院
富山西リハビリテーション病院
富山市立富山市民病院
黒部市民病院
富山県済生会富山病院
厚生連高岡病院

京都府

京都岡本記念病院
医療法人社団 恵心会 京都武田病院
京都民医連あすかい病院
脳神経リハビリ北大路病院
京都市立病院
医療法人清水会 京都リハビリテーション病院
国立病院機構舞鶴医療センター
市立福知山市民病院
康生会武田病院
洛和会音羽病院
独立行政法人国立病院機構 京都医療センター
京都第二赤十字病院
京都府立医科大学附属病院
京都田辺記念病院
京都近衛リハビリテーション病院
京都田辺中央病院
洛和会音羽リハビリテーション病院
京都大原記念病院
社会医療法人美杉会 男山病院
医仁会武田総合病院
京都大学医学部附属病院
京都山城総合医療センター
宇多野病院
京都きづ川病院
社会福祉法人京都社会事業財団 京都桂病院
医療法人社団医聖会 学研都市病院

蘇生会総合病院
社会福祉法人 京都博愛会 京都博愛会病院
洛西シミズ病院
舞鶴赤十字病院
丹後中央病院
宇治徳洲会病院
医療法人清仁会 シミズ病院
医療法人同仁会 京都九条病院
京都民医連中央病院
京都済生会病院
京都ルネス病院
一般財団法人京都地域医療学際研究所 がくさい病院

福岡県

特定医療法事財団博愛会 博愛会病院
産業医科大学病院
地方独立行政法人福岡市立病院機構 福岡市民病院
医療法人 恵光会 原病院
福岡脳神経外科病院
福岡大学筑紫病院
医療法人博愛会 額田病院
福岡県済生会二日市病院
小倉リハビリテーション病院
北九州宗像中央病院
国立病院機構 九州医療センター
社会医療法人 陽明会 小波瀬病院
宗像水光会総合病院
福岡リハビリテーション病院
社会医療法人 製鉄記念八幡病院
北九州市立八幡病院
国立病院機構 福岡東医療センター
独立行政法人労働者健康安全機構 九州労災病院
白十字リハビリテーション病院
医療法人和仁会 福岡和仁会病院
北九州安部山公園病院
医療法人輝栄会 福岡輝栄会病院
社会医療法人共愛会 戸畑リハビリテーション病院

誠愛リハビリテーション病院
公立学校共済組合九州中央病院
公立八女総合病院
九州大学病院
医療法人福岡桜十字 桜十字福岡病院
社会医療法人 栄光会 栄光病院
夫婦石病院
福岡和白病院
福西会南病院
社会医療法人財団白十字会 白十字病院

熊本県

社会医療法人寿量会 熊本機能病院
荒尾市立有明医療センター
青磁野リハビリテーション病院
熊本大学病院
熊本市立熊本市民病院
熊本託麻台リハビリテーション病院
菊池郡市医師会立病院
熊本リハビリテーション病院
JCHO 熊本総合病院
阿蘇医療センター
リハビリテーションセンター熊本回生会病院
くまもと南部広域病院
熊本赤十字病院
天草地域医療センター
熊本労災病院
医療法人 杉村会 杉村病院
西日本病院
国立病院機構熊本医療センター
朝日野総合病院
宇城総合病院
山鹿温泉リハビリテーション病院
にしくまもと病院
医療法人社団 同心会人吉リハビリテーション病院
医療法人田中会 武蔵ヶ丘病院
国保水俣市立総合医療センター

済生会熊本病院

独立行政法人地域医療機能推進機構人吉医療センター

桜十字八代リハビリテーション病院

有明成仁病院

以上の協力施設は、府県ごとの登録順に記載した。

施設名は本調査報告システムに登録された施設名をそのまま用いた。

令和5年度厚労科研費 FA-1018

「回復期以降の循環器病に対する多職種連携による患者支援体制の充実・普及に資する研究」

就労支援リハビリテーション調査 2024 報告

令和8年7月

はじめに

令和5年度厚労科研費「回復期以降の循環器病に対する多職種連携による患者支援体制の充実・普及に資する研究」では、一般社団法人日本脳卒中学会および一般社団法人日本循環器学会との連携のもとに研究班が組織され、2023年4月より2026年3月までの3年間にわたって脳卒中・心臓病等総合支援センター事業に関わるさまざまな調査が行われた。その結果に基づいて、研究班は「回復期以降の脳卒中・心臓病等の循環器病患者支援体制の充実に向けた提言」をまとめた。

「就労支援リハビリテーション調査 2024」は同研究班による調査のひとつであり、脳卒中後の就労支援を目的としたリハビリテーションの実施状況に関する悉皆性の高い調査が11府県において行われた。本調査により脳卒中においては復職や就職、就労継続を支援するためのリハビリテーションがまだ十分に行われていない現状が示された。また、その背景として、「脳血管疾患等リハビリテーション料の標準的算定日数」や「療養・就労両立支援指導料の相談支援加算対象職種」など保険診療制度が必ずしも脳卒中における就労支援の特性やニーズと合致しておらず、制約されていることが明らかになった。

本邦において治療と仕事の両立支援(以下 両立支援)は、主にかん領域で整備されてきた。がんでは体力的な課題はあっても就労能力自体は保たれることが多い。それに対して、脳卒中では身体障害や言語障害、高次脳機能障害などの後遺症を呈して、発病後には就労能力に制限を認めることも少なくない。他の疾患に比べて、脳卒中では救急治療を行う急性期・集中的なリハビリテーションを行う回復期・退院後の生活期(維持期)とそれぞれのステージで受療する医療機関の役割分担が進んでいる。しかしながら、日常生活の自立と退院を目的とするリハビリテーションと、通勤や職務への対応能力の評価や指導、失語や高次脳機能障害の評価や指導、職場との連携など、復職や復職後の伴走支援を目的とするリハビリテーションの内容は大いに異なる。就労支援を目的としたリハビリテーション(以下、就労支援リハビリテーション)は、復職後の生活期(維持期)においても必要とされる。このような脳卒中という疾患の特異性を踏まえて、復職と就労継続を支援していく必要がある。悉皆性の高い本調査の結果が、いずれ政策や制度へ反映されていくものと期待される。

I. 調査の対象

就労支援リハビリテーション調査 2024 は、岩手県・宮城県・栃木県・茨城県・富山県・三重県・京都府・香川県・徳島県・福岡県・熊本県の 11 府県におけるほぼすべての脳卒中急性期病院（一般社団法人日本脳卒中学会が認定する一次脳卒中センター[Primary Stroke Center：PSC]）と回復期リハビリテーション病院の協力の下で実施された。2025 年 4 月の中間報告を完了したのは 302 医療機関、2026 年 4 月の最終報告（自宅退院 12 ヶ月後までの追跡）まで完了したのは、237 医療機関である。

調査対象は、2024 年度下半期（2024 年 10 月～2025 年 3 月）に上記の医療機関から退院した急性期脳卒中患者 17,962 名（補正值）である。PSC での入院期間は概ね 2 週間以内であるため、上記 6 ヶ月の間に回復期リハビリテーション病院から退院した患者の大多数は、PSC から退院後に入院して、PSC と回復期リハビリテーション病院双方で退院患者数として報告されているものと考えられる。このため、回復期リハビリテーション病院からの脳卒中患者報告数を 1/2 に補正した値を急性期脳卒中患者数として用いた。

II. 調査概要

本調査は、京都大学医学部附属病院脳卒中療養支援センターが事務局となり、上記 11 府県の脳卒中・心臓病等総合支援センター（以下 総合支援センター）が当該府県におけるとりまとめを行った。報告の登録業務は、中間報告については各医療機関の主に医療ソーシャルワーカー（MSW）や地域連携室等の職種、最終報告については理学療法士（PT）・作業療法士（OT）・言語聴覚士（ST）により行われた。

主な調査項目は以下の 12 項目である。

- ① 2024 年度下半期に退院した脳卒中患者総数
- ② 直接自宅へ退院・退院時年齢 15 歳以上 69 歳以下・発病前就労の 3 条件を満たす脳卒中患者（以下、潜在的復職候補者）の数
本項での「発病前就労」には雇用される側である被雇用者および、雇用する側である個人事業主や共同経営者などの事業主の双方を含めた。
- ③ 上記②の潜在的復職候補者のなかで、復職のためには入院中ないし退院後に、就労支援リハビリテーションが必要と思われた患者数
以下の項目は、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士によりそれぞれ回答された。
- ④ 上記③のなかで、就労支援リハビリテーションを行った患者数
- ⑤ 上記④に対する就労支援リハビリテーションの開始時期と終了時期

⑥上記④に対する就労支援リハビリテーションの内容

本調査において、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士に回答を求めた就労支援リハビリテーションの内容をそれぞれ表1・表2・表3に示す。

1. 就労先における業務内容の情報収集
2. 通勤の実用性/耐久性の評価と指導
3. 業務の実用性/耐久性の評価と指導
4. 職場環境の情報収集とそれに対する適合性の評価と指導
5. 職場等への情報提供
6. 職場等への訪問・環境調整(物的・人的含む)
7. 業務/業種の変更、配置転換にむけた能力評価と指導
8. 業務に必要なとされる理学療法
9. 就労中に発生した課題の評価と解決・指導(継続支援/伴走)
10. 自己理解の促進・助言
11. 就労支援機関(ハローワーク等)との連携

表1:理学療法士による就労支援リハビリテーション

1. 就労先における業務内容の情報収集
2. 高次脳機能評価
3. 高次脳機能障害に対する訓練
4. 業務を想定した作業遂行能力の評価
5. 業務を想定した動作練習・代償手段の指導
6. 公共交通機関利用の評価・訓練
7. 自動車運転再開に向けた評価・情報提供
8. 自動車運転に向けた訓練または関係機関(教習所等)との連携・同行
9. 職場等への情報提供
10. 職場等への訪問・環境調整(物的・人的含む)
11. 就労支援機関(ハローワーク等)との連携
12. 就労中に発生した課題の評価と解決・指導(継続支援/伴走)
13. 自己理解の促進・助言

表2:作業療法士による就労支援リハビリテーション

なお、失語は高次脳機能障害の一部として取り扱われることもあるが、本項で扱う高次

脳機能障害とは、注意障害・遂行機能障害・記憶障害などを指し、失語症については言語聴覚士による就労支援リハビリテーションの内容（表3）として扱った。

1. 言語聴覚訓練または摂食嚥下訓練
2. 個別相談による課題把握と解決策の指導
3. 両立支援を行う部署への助言・情報提供
4. 関係機関への情報提供および調整
5. 転院先への情報提供
6. 家族への情報提供および調整
7. ストレス対処や対人スキル向上等のプログラムの提供
8. 職場転換・業務変更に向けた評価・検討
9. 在籍する企業等との調整

表3: 言語聴覚士による就労支援リハビリテーション

- ⑦上記④のなかで、退院後も就労支援リハビリテーションが必要だと考えられた患者数
- ⑧上記⑦のなかで、退院後に自院もしくは系列施設の外来において就労支援リハビリテーションを行った患者数
- ⑨上記④のなかで「療養・就労両立支援料」が算定できた患者数
- ⑩上記④のなかで「療養・就労両立支援料」が算定できなかった理由
- ⑪上記③のなかで、就労支援リハビリテーションを行わなかった患者数
- ⑫上記⑪について、就労支援リハビリテーションを行わなかった理由

III. 調査結果

(1) 患者数からみた就労支援リハビリテーション調査 2024 の悉皆性

11 府県の 302 医療機関から報告された中間報告では、対象となった急性期脳卒中患者数は 21,451 名（補正值）であり、これは日本脳卒中学会の PSC 年次報告で 2024 年 1 月～12 月に当該 11 府県から報告された急性期脳卒中患者数 54,668 名/年の 78.5%に相当した。

最終報告の対象となったのは、2024 年度下半期（2024 年 10 月～2025 年 3 月）に上記 11 府県の 237 医療機関から退院した急性期脳卒中患者 17,962 名（補正值）である。これは日本脳卒中学会の PSC 年次報告 2024 による患者数の 65.7%に相当する（表 4）。また、中間報告を登録した 302 施設の 78.5%にあたる 237 施設から最終登録の報告があったことになる。

ちなみに、本調査中間報告は主に MSW によって登録されている。中間報告の悉皆率 78.5% は、同様に主に MSW によって登録された両立支援調査 2023 の報告悉皆率 75.6%（調査施行 7 府県平均）とほぼ同様である。県単位の悉皆的な研究班調査を行うことにより、総合支援

センターをハブとする MSW 連携（脳卒中相談窓口連携会議）が進展したことを示している。一方、最終報告は理学療法士・作業療法士・言語聴覚士によって登録されている。最終報告の調査悉皆率がそれほど高くなかった県では、今後リハビリテーション・セラピストの県内連携が本調査を契機として進んでいくことが期待される。

	急性期脳卒中患者数		調査悉皆率 (%)
	脳卒中学会 PSC 年次報告2024	就労支援リハ 調査2024	
岩手県	2,919	1,406	96.3
宮城県	4,956	1,238	50.0
栃木県	4,348	1,479	68.0
茨城県	7,078	2,648	74.8
富山県	2,522	694	55.0
三重県	3,821	1,827	95.6
京都府	6,477	3,014	93.1
香川県	2,665	885	66.4
徳島県	1,754	598	68.2
福岡県	13,306	2,641	39.7
熊本県	4,768	1,534	64.3
11府県合計	54,668	17,962	65.7

表 4: 患者数からみた調査の悉皆性

(2) 潜在的復職候補者

上記の調査対象患者 17,962 名のなかで、①退院時年齢 15 歳以上 69 歳以下・②直接自宅に退院・③発病前就労者（事業主を含む）を満たした潜在的な復職候補者は、2,932 名（16.3%）であった。なお、本項での自宅とは、個人の住宅を指し、居住系介護施設は含んでいない。中間報告においても、潜在的な復職候補者は 3,463 名（急性期脳卒中患者 21,451 名の 16.1%）であった。なお、先行して行われた両立支援調査 2023 でも、就労者と事業主を合わせた潜在的復職候補は急性期脳卒中患者の 13.5%であった。これらの悉皆性の高いデータからは、急性期脳卒中患者の 6～7 人に 1 人は、復職支援の対象となりうることを、医療現場は認識する必要がある。

(3) 就労支援リハビリテーション

1. 就労支援リハビリテーションの必要度

上記の潜在的復職候補者 2,932 名のなかで、復職のためには入院中ないし退院後に、就労支援リハビリテーションが必要であると、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のいずれか

が判断した患者は1,786名（60.9％）であった。

2. 就労支援リハビリテーションの実施率

潜在的復職候補者2,932名のなかで、入院中や退院後に理学療法士・作業療法士が就労支援リハビリテーションをおこなったのは、それぞれ1,323名（45.1％）・1,568名（53.5％）であった（図1）。これは、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のいずれかが必要と判断した患者1786名を分母とすれば、それぞれ74.1％・87.8％に相当する。



図1: 潜在的復職候補者に対する就労支援リハビリテーション(PT・OT)の実施率



図2: 失語症を呈した潜在的復職候補者に対する就労支援リハビリテーション(ST)の実施率

潜在的復職候補者2,932名のなかで失語を呈したのは372名で、言語聴覚士が就労支援リハビリテーションをおこなったのは、このうち253名（68.0％）であった（図2）。なお、

失語症を呈した潜在的復職候補者数そのものが少ない県もあるので、府県間での実施率比較はあまり意味がないと思われる。

3. 退院後の就労支援リハビリテーション継続

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が就労支援リハビリテーションを行った患者のなかで、退院後もその継続が必要と判断した患者数はそれぞれ 1,323 名中 260 名 (19.7%)・1,568 名中 444 名 (28.3%)・253 名中 156 名 (61.7%) であった。作業療法や言語聴覚療法で継続必要性が高いのは、退院時に認める失語や高次脳機能障害等が復職上の課題として残っていると認識されているのではないかとと思われる。

退院後も就労支援リハビリテーションが必要と考えられた患者のなかで、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が就労支援リハビリテーションを退院後に継続した患者数は、それぞれ 105 名 (40.4%)・171 名 (38.5%)・76 名 (48.7%) と、いずれも必要とする患者の半数未満であった (図 3)

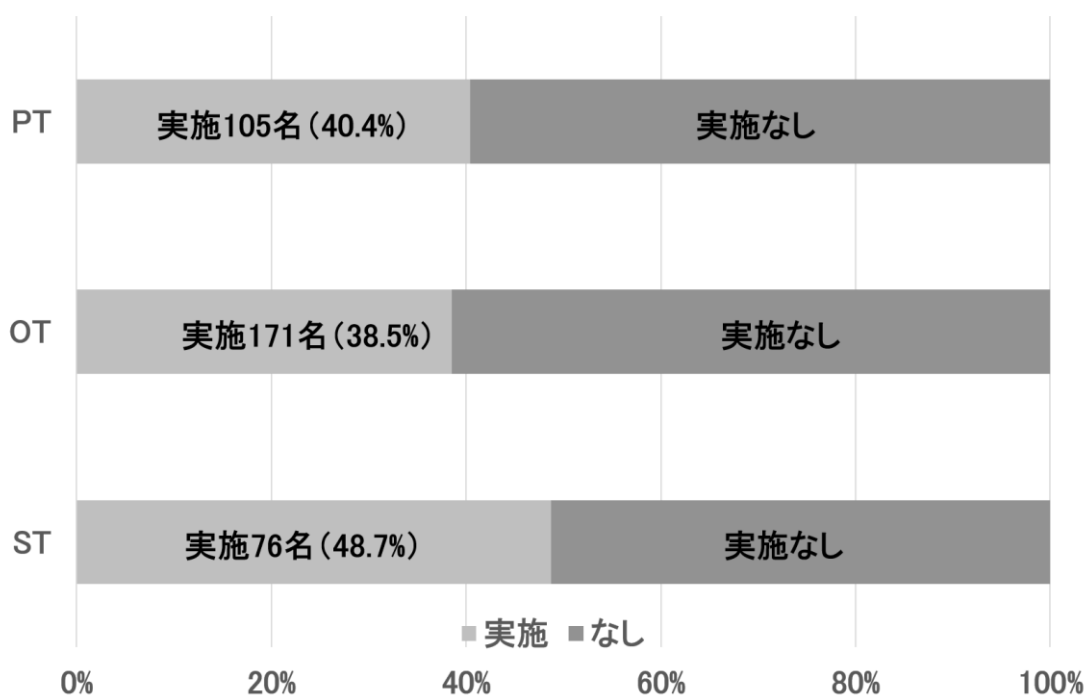


図 3: 退院後の 就労支援リハビリテーション継続の実施

4. 就労支援リハビリテーションの開始時期と終了時期

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による就労支援リハビリテーションが開始された時期は、それぞれ入院中の開始が 97.2%・96.5%・93.5%、自宅退院 6 ヶ月以後の開始が 0.4%・0.9%・0.3% であった。すなわち、復職の課題が顕在化する自宅退院後の生活期 (維持期) に就労支援リハビリテーションが開始されることは極めて少ないことが判明

した。

次に、就労支援リハビリテーションが終了したのは、入院中が 88.0%（理学療法）・87.4%（作業療法）・73.0%（失語に対する言語聴覚療法）であった。すなわち、大多数の患者において、就労支援を目的としたリハビリテーションは入院中に始まり、退院時には終了せざるを得ない現状が示されている（図 4）。

入院中から始まるリハビリテーションに対する「脳血管疾患等リハビリテーション料」の標準的算定日数（いわゆる算定上限日数）が 180 日であるため、回復期リハビリテーション病院から退院した後に、残された算定可能な日数が少ないことが、退院後の生活期（維持期）において就労支援リハビリテーションがわずかにしか行われていないことに関係していると思われる。

言語聴覚士による就労支援リハビリテーションは、理学療法士や作業療法士に比して、退院後も継続されている割合がやや高い。失語症患者については、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合、算定日数の上限を超えて脳血管疾患等リハビリテーション料を算定できることがあり、この制度上の取扱いが影響している可能性がある。

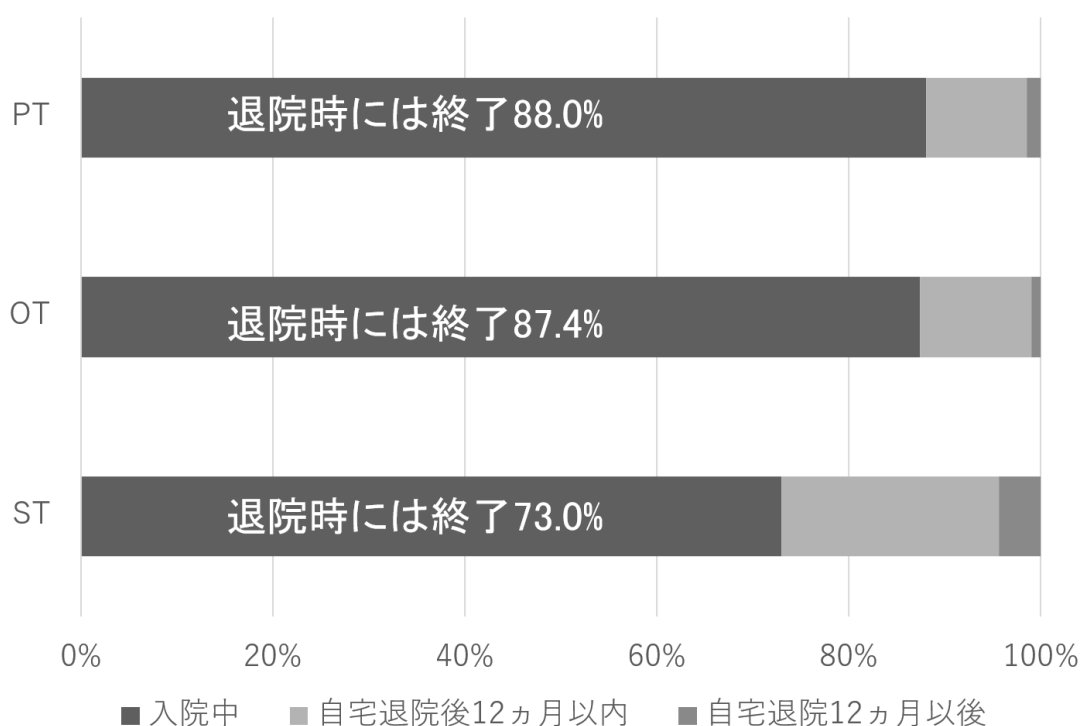


図 4: 潜在的復職候補者に対する就労支援リハの終了時期

就労支援リハビリテーションが退院後 12 ヶ月以上継続できたのは、1.5%（理学療法）・1.0%（作業療法）・4.4%（言語聴覚療法）に過ぎず、生活期（維持期）にはほとんど実施されていなかった。両立支援調査 2023 の結果からは、脳卒中において復職を促進するためには、自宅退院 6 ヶ月から 18 ヶ月の生活期（維持期）において復職支援対策を行うことが重要であることが示されている。この時期に就労支援リハビリテーションを行うためには、脳血管疾患等リハビリテーション料の算定上限日数の除外対象に「脳卒中後の就労支援」を追加することが必要である。

加えて、実際に就労支援リハビリテーションを担当する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が療養・就労両立支援指導料の相談支援加算対象職種に含まれていないことは、退院後に就労支援リハビリテーションが実施されにくい原因のひとつである。脳卒中による障害の特性やそれに対する配慮の知識を持ち就労支援を目的としたリハビリテーションを実施する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士を相談支援加算対象職種に追加して、両立支援を進めることが必要である。

5. 療養・就労両立支援指導料の算定状況

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が就労支援リハビリテーションを行った患者のなかで、「療養・就労両立支援指導料」が算定できたのは、それぞれ 1,323 名中 3 名 (0.23%)・1,568 名中 2 名 (0.13%)・253 名中 2 名 (0.79%) と、いずれも 1%未満であり、復職に向けた就労支援リハビリテーションは、医療収益を伴わない医療現場の個別努力に大きく依存した状況で実施されている現実を示している。

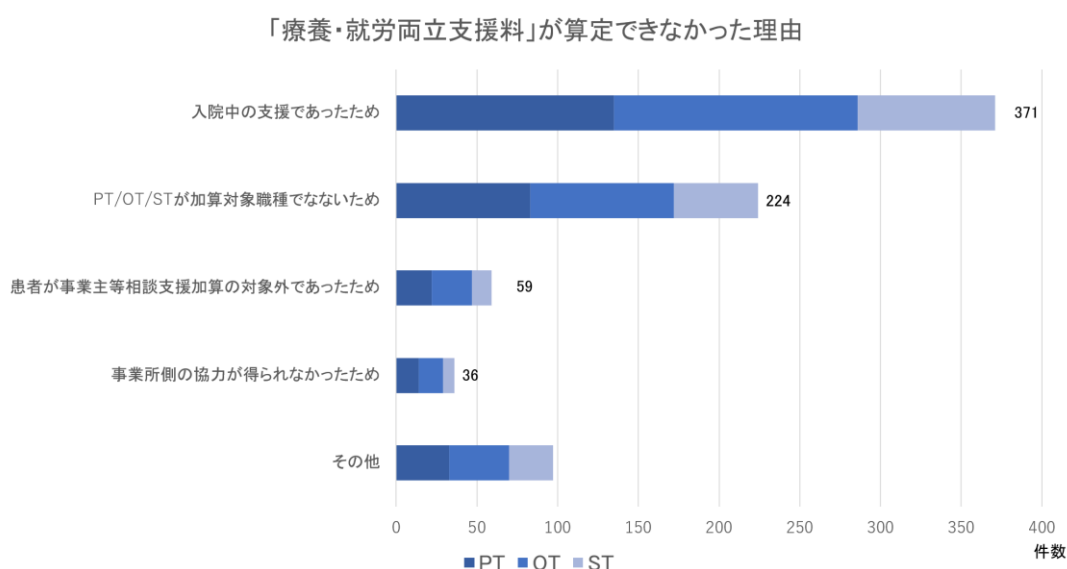


図 5: 療養・就労両立支援指導料が算定できなかった理由(複数回答可)

算定できなかった理由を図5に示す。回答の中で、「入院中の支援であったため」が371件、「理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が療養・就労両立支援指導料の相談支援加算対象職種ではないため」が224件と他の理由に比べて突出していた。「その他」の自由記載では、就労支援リハビリテーションに対する院内体制やプログラムが不足していること、外来リハビリテーションを実施していない、就労支援よりも自宅復帰が優先されているなどの記載が少なからず見られた。

療養・就労両立支援指導料の算定対象は入院中の患者以外となっている。前記のように、脳卒中における就労支援リハビリテーションは入院中に開始され、退院時に終了していることが殆どである。また、支援リハビリテーションを担当する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が療養・就労両立支援指導料の相談支援加算対象職種に含まれていない。つまり、脳卒中においては、療養・就労両立支援指導料の制度上の制約がその算定を妨げており、結果として、医療機関において就労支援リハビリテーションに関する体制が整わないことに結び付いている。

6. 実施されている就労支援リハビリテーションの内容

理学療法士によって実施された就労支援リハビリテーションの内容をそれぞれ図6に示す。支援件数が100件を超えている内容は、「就労先における業務内容の情報収集」・「業務の実用性/耐久性の評価と指導」・「通勤の実用性/耐久性の評価と指導」・「職場環境の情報収集とそれに対する適合性の評価と指導」・「業務に必要とされる理学療法」・「自己理解の促進・助言」であり、これらは通勤を含めた業務対応能力に関する評価や指導に関する内容で、主に復職前に行う支援である。これに対して、「業務/業種の変更、配置転換に向けた能力評価と指導」・「就労中に発生した課題の評価と解決・指導（継続支援/伴走）」等いったん復職してからの就労継続に関わる支援の実施は少ない傾向にあった。復職後に課題が顕在化するステージすなわち退院後の生活期（維持期）において、就労支援リハビリテーションが行われにくいという現実が反映されているものと考えられる。

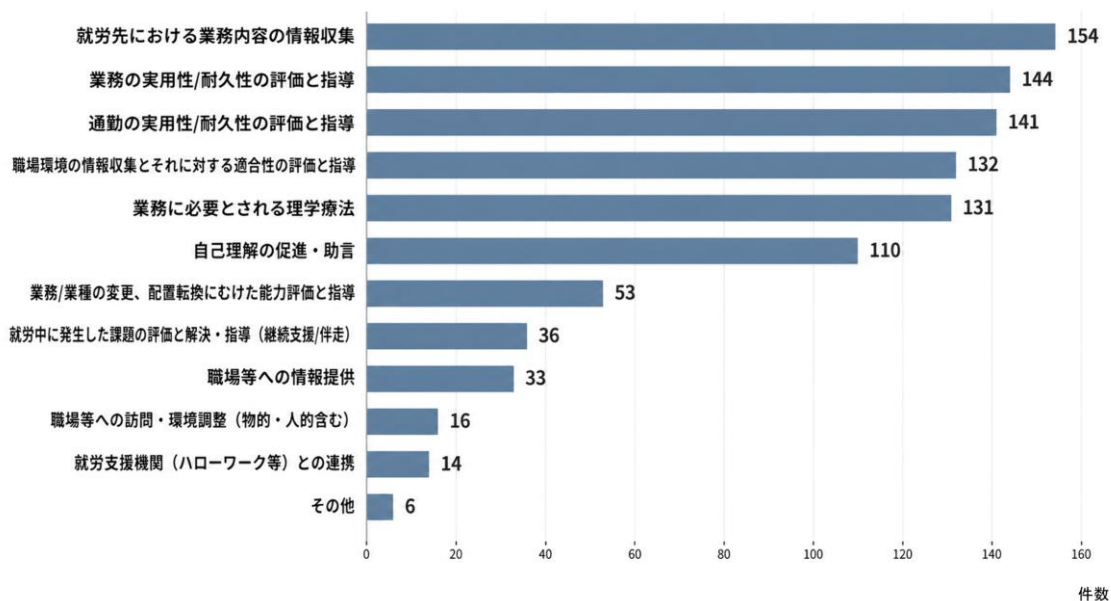


図 6: 理学療法士による就労支援リハビリテーションの内容(複数回答可)

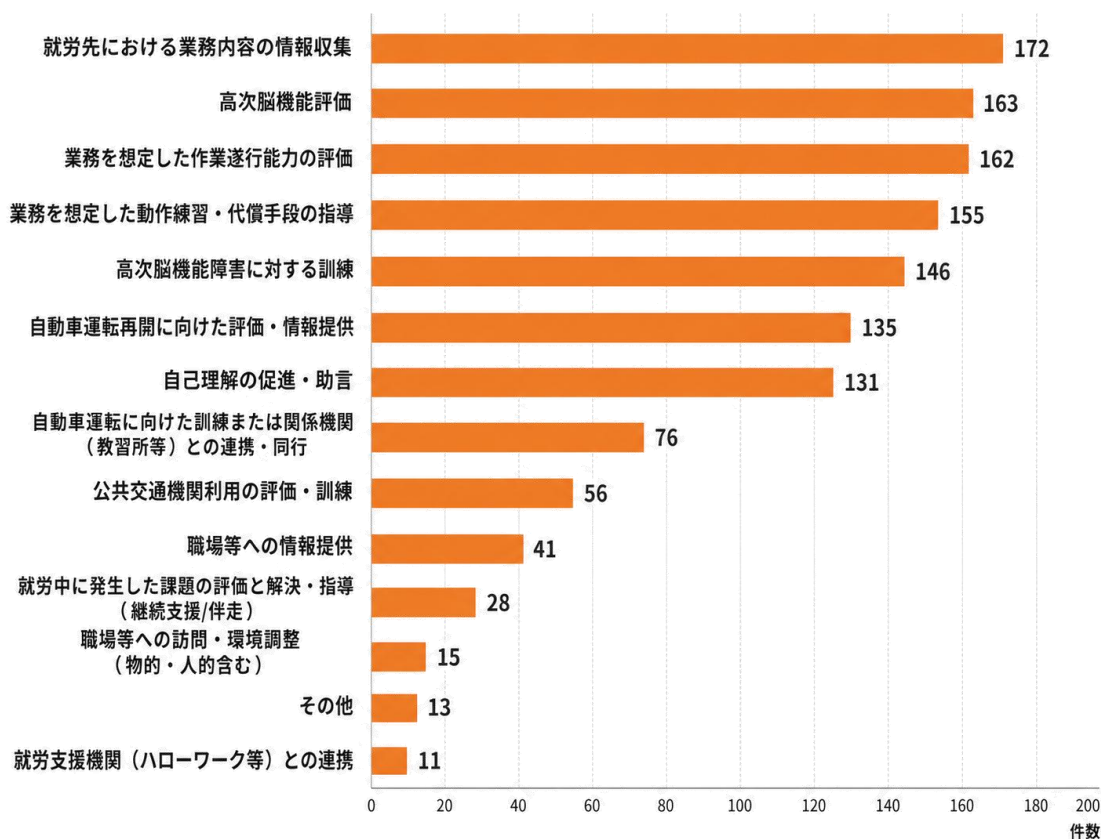


図 7: 作業療法士による就労支援リハビリテーションの内容(複数回答可)

作業療法士によって実施された就労支援リハビリテーションの内容を図7に示す。支援件数が多いのは、「就労先における業務内容の情報収集」・「高次脳機能評価」・「業務を想定した作業遂行能力の評価」・「業務を想定した動作練習・代償手段の指導」・「高次脳機能障害に対する訓練」・「自動車運転再開に向けた評価・情報提供」・「自己理解の促進・助言」という業務対応能力に関する評価や指導に関する内容であった。これらは主に復職前に行う支援であり、入院中にも実施可能な内容である。同じ通勤に関する訓練であっても、「自動車運転に向けた訓練または関係機関（教習所等）との連携・同行」や「公共交通機関利用の評価・訓練」など、病院外ないし退院後の支援となると実施件数は少ない傾向にある。「就労中に発生した課題の評価と解決・指導（継続支援/伴走）」等いったん復職してからの就労継続に関わる支援が少ない傾向にあるのは、理学療法士による就労支援リハビリテーションと同じである。退院後の生活期（維持期）において、就労支援リハビリテーションが行われにくいという現実が反映されている。

言語聴覚士によって実施された就労支援リハビリテーションの内容を図8に示す。支援件数が多いのは、「言語聴覚訓練または摂食嚥下訓練」・「個別相談による課題把握と解決策の指導」・「家族への情報提供および調整」等であり、言語聴覚士に対する本調査が失語症を呈する潜在的復職候補者を対象にしたものであることを反映している。

「ストレス対処や対人スキル向上等のプログラムの提供」・「職場転換・業務変更に向けた評価・検討」等いったん復職してからの就労継続に関わる支援は少ない傾向にあるのは、理学療法士・作業療法士による就労支援リハビリテーションと同じである。

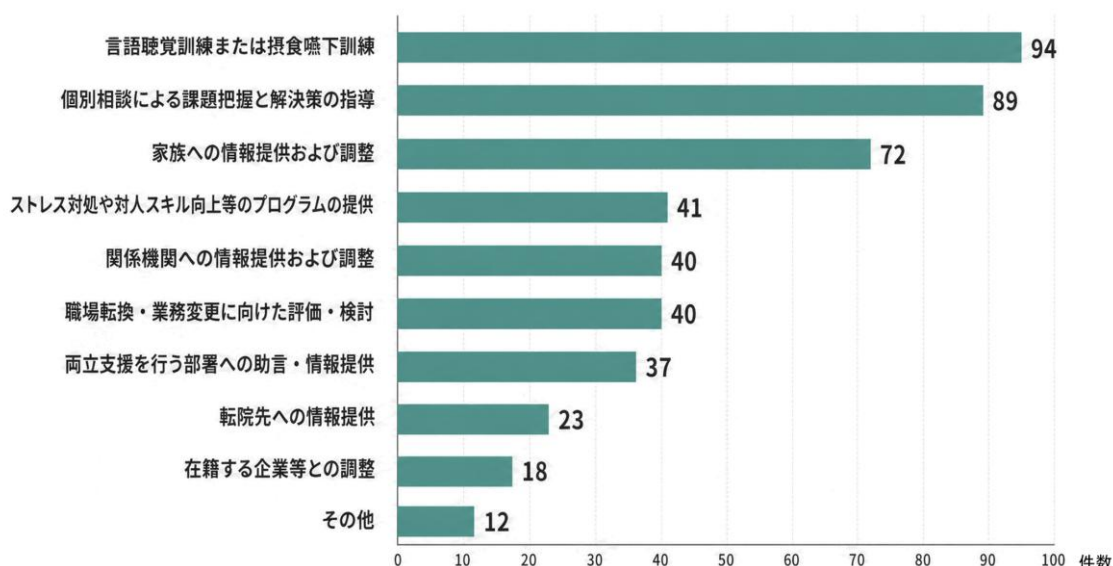


図8: 言語聴覚士による就労支援リハビリテーションの内容(複数回答可)

さいごに

悉皆性が高い本調査により、脳卒中後の就労支援をどのように行っていくべきかを示す重要な知見が得られました。ご協力いただいた11府県の医療機関の皆様のご尽力に深く敬意を表します。

就労支援リハビリテーション調査 2024 実施体制

主任研究者

宮本 享	京都大学医学部附属病院 脳卒中療養支援センター	特任病院教授
------	-------------------------	--------

統括委員会

藤本 茂	自治医科大学内科学講座神経内科学部門	教授
豊田章宏	中国労災病院治療就労両立支援センター	所長
橋本洋一郎	済生会熊本病院 脳卒中センター	特別顧問

調査実施委員会

赤松洋祐	岩手医科大学脳神経外科	教授
吾郷哲朗	九州大学 病態機能内科学（第二内科）	教授
板橋 亮	岩手医科大学脳神経内科	教授
遠藤英徳	東北大学 脳神経外科	教授
岡田 靖	社会医療法人雪の聖母会	常務理事
小笠原邦昭	岩手医科大学	学長
川西正彦	香川大学医学部脳神経外科	病院教授
黒田 敏	富山大学学術研究部医学系脳神経外科	教授
桑城貴弘	九州医療センター脳血管センター	センター長
杉森 宏	九州医療センター救命救急センター	センター長
鈴木秀謙	三重大学医学部脳神経外科	教授
高木康志	徳島大学医学部脳神経外科	教授
竹川英宏	獨協医科大学病院脳卒中センター	センター長
中島 誠	熊本大学病院脳血管障害先端医療寄附講座	特任教授
松丸祐司	筑波大学附属病院脳卒中科	教授
武笠晃丈	熊本大学大学院生命科学研究部脳神経外科学	教授
山上 宏	筑波大学医学医療系脳卒中予防・治療学	教授

調査事務局

榎戸真弓	京都大学医学部附属病院 脳卒中療養支援センター
------	-------------------------

調査実施 11 府県 事務局担当者

岩手県

黒澤美甫 岩手医科大学附属病院 医療福祉相談室
近藤昭恵 岩手医科大学附属病院 医療福祉相談室

宮城県

梅木 諒 東北大学病院 診療技術部

茨城県

青池真理子 筑波大学附属病院 脳卒中・心臓病等総合支援センター

栃木県

小島好子 自治医科大学附属病院 患者サポートセンター
宇賀神歩 自治医科大学附属病院 患者サポートセンター
藤野 翔 自治医科大学附属病院 患者サポートセンター
岩本良子 独協医科大学 地域連携・患者サポートセンター
新井信裕 独協医科大学 地域連携・患者サポートセンター

富山県

石黒幸治 富山大学附属病院 リハビリテーション部

三重県

本多正繁 三重大学医学部附属病院 脳卒中・心臓病等総合支援センター
竹内美幸 三重大学医学部附属病院 脳卒中・心臓病等総合支援センター
達村真理子 三重大学医学部附属病院 脳卒中・心臓病等総合支援センター
武藤昭江 三重大学医学部附属病院 脳卒中・心臓病等総合支援センター
宮川恵美子 三重大学医学部附属病院 脳卒中・心臓病等総合支援センター
阿比倉璃華 三重大学医学部附属病院 脳卒中・心臓病等総合支援センター

京都府

榎戸真弓 京都大学医学部附属病院 脳卒中療養支援センター

徳島県

岩瀬 司 徳島大学病院 脳卒中・心臓病等総合支援センター

香川県

黒川智英 香川大学医学部附属病院 医療支援課

福岡県

岡村 武 九州医療センター リハビリテーション部
(現籍 福岡東医療センター)
松尾 恵 九州医療センター リハビリテーション部
(現籍 小倉医療センター)

熊本県

今田吉彦	社会医療法人 寿量会 熊本機能病院 総合リハビリテーション部
中島 誠	熊本大学病院 脳血管障害先端医療寄附講座
安藤恵子	熊本大学病院 脳卒中・心臓病等総合支援センター
野間香代子	熊本大学病院 脳卒中・心臓病等総合支援センター

調査協力施設（最終報告登録施設）

岩手県

南昌病院
盛岡赤十字病院
岩手県立二戸病院
東八幡平病院
盛岡つなぎ温泉病院
医療法人清和会 奥州病院
盛岡医療生活協同組合 川久保病院
岩手県立中部病院
公益財団法人 いわてリハビリテーションセンター
荻野病院
岩手医科大学附属病院
岩手県立宮古病院
盛岡友愛病院
北上済生会病院
岩手県立磐井病院
宮古第一病院
岩手県立久慈病院
岩手県立大船渡病院

宮城県

気仙沼市立病院
大崎市民病院
独立行政法人国立病院機構仙台医療センター
社会医療法人康陽会 中嶋病院
公益財団法人宮城厚生協会坂総合病院
医療法人啓仁会 石巻ロイヤル病院
葵会仙台病院

医療法人社団脳健会 仙台リハビリテーション病院
長町病院
公益財団法人宮城厚生協会 泉病院
東北医科薬科大学若林病院
東北大学病院
内科佐藤病院
東北公済病院
みやぎ県南中核病院
石巻赤十字病院
医療法人 社団 仁明会 齋藤病院
公立刈田総合病院

茨城県

つくばセントラル病院
筑波大学附属病院
株式会社日立製作所ひたちなか総合病院
水戸ブレインハートセンター
公益財団法人 筑波メディカルセンター 筑波メディカルセンター病院
医療法人社団筑波記念会 筑波記念病院
立川記念病院
石岡循環器科脳神経外科病院
株式会社日立製作所 日立総合病院
水戸済生会総合病院
北水会記念病院
国立病院機構 水戸医療センター
医療法人社団善仁会 小山記念病院
総合病院 水戸協同病院
医療法人 博仁会 志村大宮病院
社会医療法人 達生堂 城西病院
医療法人 健佑会 いちはら病院
医療法人財団 県南病院
つるみ脳神経病院
茨城リハビリテーション病院
茨城県立医療大学付属病院
医療法人聖麗会聖麗メモリアル病院
医療法人愛正会やすらぎの丘温泉病院
茨城西南医療センター病院

茨城県立中央病院
医療法人社団 常仁会 牛久愛和総合病院
総合病院 土浦協同病院
龍ヶ崎済生会病院

栃木県

社会福祉法人恩賜財団済生会支部 栃木県済生会宇都宮病院
地方独立行政法人 栃木県立リハビリテーションセンター
新上三川病院
医療法人社団 友志会 リハビリテーション花の舎病院
栃木県医師会 塩原温泉病院
自治医科大学附属病院
日本赤十字社 芳賀赤十字病院
一般社団法人巨樹の会 宇都宮リハビリテーション病院
那須赤十字病院
獨協医科大学病院
足利赤十字病院
石橋総合病院
医療法人 卓和会 藤井脳神経外科病院
国際医療福祉大学病院
地方独立行政法人 新小山市民病院
リハビリテーション翼の舎病院
独立行政法人国立病院機構栃木医療センター

富山県

国立大学法人富山大学附属病院
市立砺波総合病院
富山県済生会高岡病院
富山赤十字病院
厚生連高岡病院
富山県済生会富山病院

三重県

医療法人 永井病院
医療法人 富田浜病院
特定医療法人暁純会 武内病院
医療法人松徳会 花の丘病院
市立四日市病院
ヨナハ丘の上病院

地方独立行政法人 桑名市総合医療センター
松阪中央総合病院
済生会松阪総合病院
藤田医科大学七栗記念病院
社会医療法人峰和会 鈴鹿回生病院
済生会明和病院
三重大学医学部附属病院
みたき総合病院
菰野厚生病院
鈴鹿中央総合病院
伊勢赤十字病院
社会医療法人 畿内会 岡波総合病院
小山田記念温泉病院
市立伊勢総合病院
紀南病院組合立紀南病院

京都府

洛西シミズ病院
京都中部総合医療センター
一般財団法人京都地域医療学際研究所 がくさい病院
医療法人同仁会 京都九条病院
宇多野病院
京都府立医科大学附属病院
京都第一赤十字病院
蘇生会総合病院
洛和会音羽リハビリテーション病院
舞鶴赤十字病院
社会福祉法人京都社会事業財団 京都桂病院
京都田辺中央病院
京都近衛リハビリテーション病院
京都済生会病院
独立行政法人国立病院機構京都医療センター
康生会 武田病院
京都博愛会病院
丹後中央病院
京都大学医学部附属病院
京都きづ川病院

せいふう会 宇治脳卒中リハビリテーション病院
京都岡本記念病院
京都市立病院
公益社団法人京都保健会 京都協立病院
京都リハビリテーション病院
京都からすま病院
京都大原記念病院
医療法人威徳 壬生大路病院
脳神経リハビリ北大路病院
医療法人 福富士会 京都ルネス病院
医療法人徳洲会 宇治徳洲会病院
京都武田病院
学研都市病院
十条武田リハビリテーション病院
医療法人社団 育生会 京都久野病院
市立福知山市民病院
京都山城総合医療センター
京都民医連あすかい病院
国立病院機構舞鶴医療センター
京都第二赤十字病院
京都田辺記念病院
男山病院
医療法人社団洛和会 洛和会音羽病院
シミズ病院

徳島県

医療法人徳寿会 鴨島病院
吉野川病院
小松島病院
水の都記念病院
徳島県立中央病院
田岡病院
徳島県立三好病院
徳島県立海部病院
医療法人明和会たまき青空病院
阿南医療センター
社会医療法人 芳越会 ホウエツ病院

虹の橋病院
きたじま田岡病院
中洲八木病院
徳島市民病院
稲次病院
橋本病院
徳島大学病院

香川県

香川県厚生農業協同組合連合会 屋島総合病院
三豊市立西香川病院
香川県立中央病院
一般財団法人三宅医学研究附属三宅リハビリテーション病院
医療法人社団和風会橋本病院
かがわ総合リハビリテーション病院
医療法人ブルースカイ 松井病院
香川大学医学部附属病院
香川医療生活協同組合 高松協同病院
三豊総合病院
独立行政法人 国立病院機構 四国こどもとおとなの医療センター
高松市立みんなの病院
独立行政法人労働者安全健康安全機構香川労災病院
医療法人西山記念会 MIRAI 病院

福岡県

小波瀬病院
医療法人共和会 小倉リハビリテーション病院
北九州総合病院
福岡大学病院
公益社団法人福岡医療団 千鳥橋病院
特定医療法人財団博愛会 博愛会病院
福岡リハビリテーション病院
社会保険大牟田天領病院
小倉記念病院
新小文字病院
社会医療法人 製鉄記念八幡病院
社会医療法人北九州病院 北九州八幡東病院
地方独立行政法人福岡市立病院機構 福岡市民病院

医療法人 恵光会 原病院
医療法人 順和 長尾病院
福岡大学筑紫病院
国立病院機構 九州医療センター
蜂須賀病院
福岡ハートネット病院
誠愛リハビリテーション病院
北九州市立八幡病院
産業医科大学病院
社会保険田川病院
香椎丘リハビリテーション病院
福岡輝栄会病院
独立行政法人労働者健康安全機構 九州労災病院
特定医療法人 東筑会 東筑病院
福岡青洲会病院
福岡東医療センター

熊本県

リハビリテーションセンター熊本回生会病院
八代北部地域医療センター
くまもと南部広域病院
上代成城病院
医療法人杉村会杉村病院
朝日野総合病院
熊本医療センター
桜十字八代リハビリテーション病院
阿蘇医療センター
医療法人田中会 武蔵ヶ丘病院
熊本赤十字病院
熊本機能病院
済生会みすみ病院
熊本託麻台リハビリテーション病院
社会医療法人令和会 熊本リハビリテーション病院
医療法人相生会にしくまもと病院
医療法人桜十字 桜十字病院
西日本病院
独立行政法人 労働者健康安全機構 熊本労災病院

天草郡市医師会立天草地域医療センター
熊本大学病院
荒尾市立有明医療センター
社会福祉法人 恩賜財団 済生会熊本病院
国保水俣市立総合医療センター

協力施設は、府県ごとの登録順に記載。施設名は本調査報告システムに登録された施設名をそのまま用いた。