

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 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。