

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。