

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

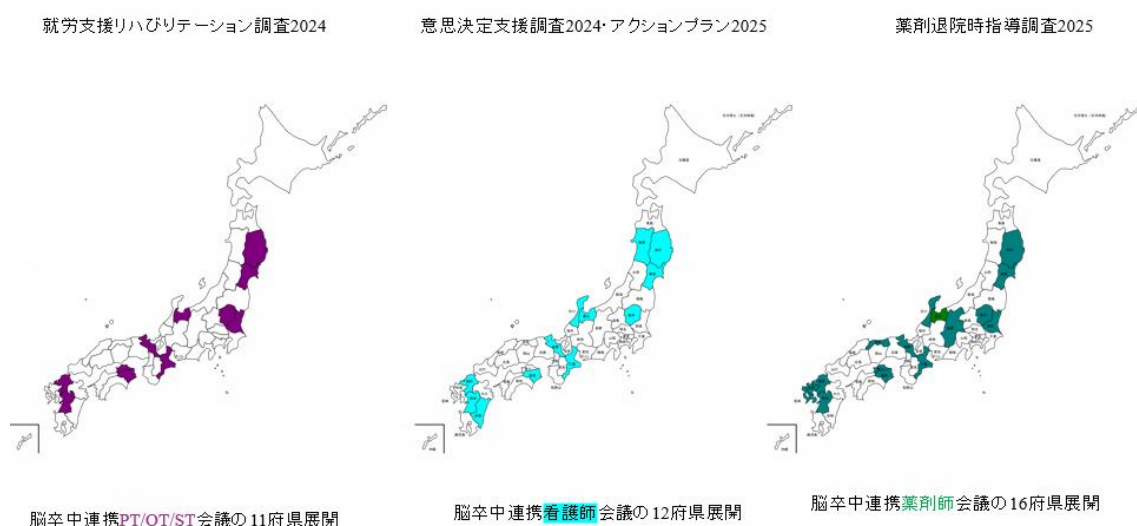
本研究班では脳卒中領域において、両立支援調査 2023・就労支援リハビリテーション調査 2024・意思決定支援調査 2024・薬剤退院時指導調査 2025 が実施され、いずれも研究期間内に終了した。また、令和 8 年 4 月末時点で、両立支援調査 2024・両立支援調査 2025 および意思決定支援アクションプラン 2025/2026 が実施中である。

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-

シャルワーカー(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。



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 カ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、就職の継続にとっ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。

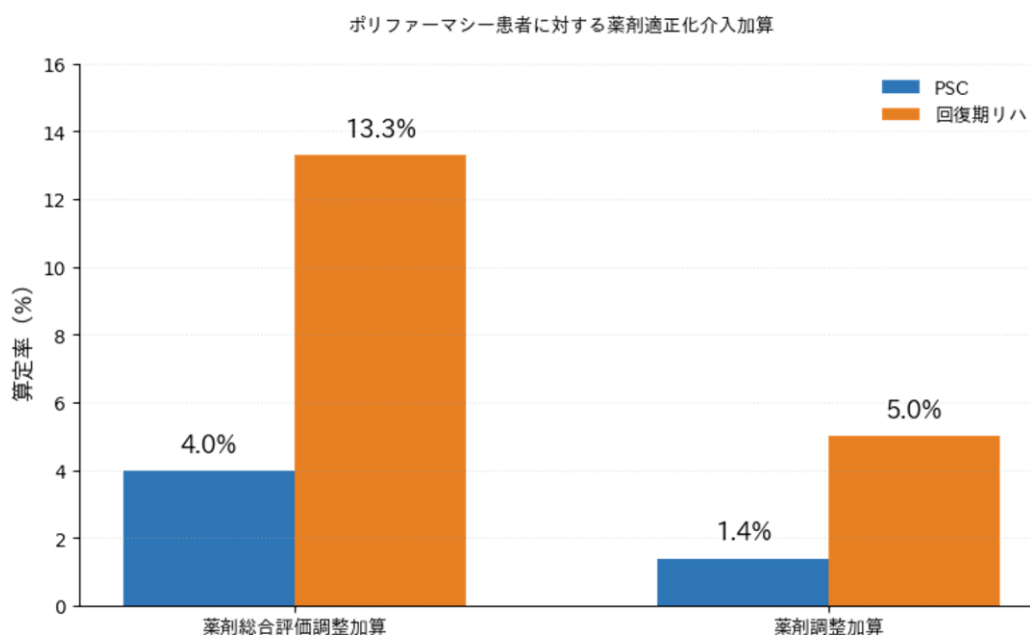
提言7

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