

【日本リハビリテーション医学会】

資料2-1

団体に関連した、循環器病に係る現状・課題と今までの取組について

- ・循環器病の予防のため運動療法を含めたリハビリテーション医療の重要性を学会として啓蒙してきた。
- ・医療機関における急性期のリハビリテーション診療および循環器のリハビリテーション診療の提供体制はまだまだ不十分。
- ・リハビリテーション治療が適切に急性期から生活期の循環器病患者に提供されているとはいえない。
- ・就労及び貧困や独居など生活基盤が脆弱な患者に対する支援体制が不十分。
- ・学会としてリハビリテーション科専門医の充足、リハビリテーション医療・医学の教育の質向上に取り組んできた。
- ・全国規模の循環器病データベースが存在しない中、日本リハビリテーション医学会でデータベースを構築・運営してきた。
- ・リハビリテーション治療の臨床研究が煩雑化するとともに、有効性が明らかでないリハビリテーション治療法が存在する。

短期的(数年程度)に重点的に取り組むべきと考える循環器病対策とその理由について (予防・普及啓発、保健・医療・福祉の提供体制、研究等)

- ・循環器病の予防のため学校(義務)教育、広報活動、学会活動などを用いたリハビリテーション医療の啓蒙
- ・急性期のリハビリテーション医療及び循環器のリハビリテーション医療の提供体制構築に対する行政的支援
- ・生活期における専門的リハビリテーション医療の体制化とその支援
- ・就労及び生活支援のため医療機関・行政機関・福祉機関・地域社会との連携促進
- ・リハビリテーション科専門医の育成、医療者に対するリハビリテーション医療教育の促進と向上
- ・脳卒中、心臓病患者を含む循環器病の症例レジストリ・データベースの構築
- ・財政および人的支援による臨床研究の促進、有効でない治療の淘汰

中長期的(10年単位)に重点的に取り組むべきと考える循環器病対策とその理由について (予防・普及啓発、保健・医療・福祉の提供体制、研究等)

- ・(再発)予防のため運動療法の啓蒙と実践をサポートする行政・医療機関・学術組織などによる集学的体制の構築
- ・医療機関における循環器病に対するリハビリテーション医療の提供体制の促進と維持
- ・すべての循環器病患者に対し適切なリハビリテーション医療が提供される体制づくりと経時的評価
- ・循環器病患者が円滑に就労し、安心・安全な暮らしをするための包括的体制の確立
- ・リハビリテーション科専門医を中心とする医療者(療法士、看護師、介護福祉士など)に対する教育体制の構築
- ・症例レジストリ・データベースを用いた予防・治療法の有用性の検討、全国における治療内容の均てん化
- ・民間の研究資金活用などによる新たなエビデンス・標準治療の創出、新規医薬品・医療機器の開発

第12条 循環器病の予防などの推進

現状の課題といままでの取組

- 循環器病およびその起因となる生活習慣病の予防には運動療法が重要である。また、循環器病を発症した場合にも運動療法を含む適切なリハビリテーション医療により再発が予防されるが、その重要性が国民に周知されているとは言えない。
- 循環器病を発症した場合にはより早期からの急性期リハビリテーション医療が提供されることが機能予後改善のために重要なため、その周知も必要である。発症早期のリハビリテーション治療はリハビリテーション科専門医が診断し、熟練した療法士が施行する事が安全で効果的である。安静を強いたがる医療者も多く、国民に早期のリハビリテーション診療の重要性を理解して貰う必要がある。
- 日本リハビリテーション医学会としてリハビリテーション医療の重要性を啓蒙するために、**市民公開講座、パンフレット作成、記者会見の開催**を実践してきた。



パンフレット、記者会見

取り組むべきと考える対策とその理由

1. **学校(義務)教育、広報活動、学会活動などを用いたリハビリテーション医療の啓蒙**
 - 学校教育へ運動療法を含むリハビリテーション医学・医療の概念を取り入れる
 - テレビ、インターネット、新聞、広報誌を用いた啓蒙をおこなう
 - 生活習慣病や障害がある者でも実践できる**運動療法のマニュアル**を作成する
 - 運動療法の知識と実践を通じ循環器病の発症および再発を予防する
 - 急性期のリハビリテーション医療の重要性を広く国民が理解し、早期受診・治療へつなげる。
 - 循環器病を有する患者に対する運動療法が安全かつ重要であることが周知される。
 - 障害を有する患者に対する理解と対応が広く普及する。

第14条 医療機関の整備等

現状の課題といままでの取組

- 循環器病を有する患者に対し適切なリハビリテーション医療が提供されることが必要である。
- **急性期のリハビリテーション医療**は重要である一方、セラピストの人員配置が乏しい急性期病院も未だ多く存在する(参考資料1)。また休日もリハビリテーション医療を提供することにより急性期脳卒中患者の機能予後が改善されることも知られており、回復期リハビリテーション病棟のみならず、急性期病院においても休日のリハビリテーション診療を促進する必要がある。
- **回復期リハビリテーション病棟**は増加しつつある一方で、心臓病は入院対象疾患となっていない。心不全でも運動療法の効果が証明されているが、外来でのリハビリテーション診療が大きく制限されている。
- **生活期**においても医療機関でのリハビリテーション医療の提供が望ましい患者は一定層存在する。これらの患者に対する生活期の外来リハビリテーション提供体制が確立される必要がある。



取り組むべきと考える対策とその理由

1. **急性期病院におけるセラピスト人員の増多、祝日のリハビリテーション診療体制の促進**
 - ・急性期のリハビリテーション診療、祝日のリハビリテーション診療体制に対する診療報酬上の評価
2. **心臓リハビリテーションを提供する医療施設の拡充**
 - ・診療報酬上の評価また施設基準への組入など
 - ・地域包括ケア病棟での循環器のリハビリテーション診療実施に対する評価など
3. **生活期のリハビリテーション診療における医療機関の役割の明示**
 - ・診療報酬におけるサポート、地域医療施設における格差の是正
 - 循環器病に対するシームレスなリハビリテーション治療の提供が可能となる
 - 患者機能予後、介護負担、再発率、就労、QOLの改善が期待される

第15条 循環器病患者等の生活の質の維持向上

第16条 保険、医療及び福祉に係る関係機関の連携協力体制の整備

現状の課題といままでの取組

- 循環器病に対し**シームレスなリハビリテーション医療の提供体制**が構築される必要がある。
- 循環器病を予防するための運動療法の重要性は明らかである。生活習慣病のみならずフレイル、運動器疾患など複合疾患を抱える患者も多く、**医師によるメディカルチェックと運動処方**は運動療法に先駆けて必須である。しかし、これらの医療機関と民間施設（フィットネスジムやデイケアなど）とが連携する取組は制度化されていない。また、再発予防の観点でも適切な運動処方に基づくリハビリテーション治療が提供される事が重要である。
- 脳卒中による失語症、上肢麻痺は**生活期における専門的リハビリテーション診療**により改善が期待される。複合疾患を有する場合や重度の心臓病でも医学的モニタリングと適切な運動処方により機能改善と再発予防が期待される。しかし循環器病を有する生活期の高齢者は介護保険を利用したリハビリテーション診療が提供されるが、この場合には集団訓練が主体となり、医学的モニタリングや個別療法の提供が不十分である。また生活期の若年者の場合は医療機関での外来のリハビリテーション診療の機会が得られず、近年は自費によるリハビリテーション治療に頼る例もある。
- 循環器病によって障害（高次脳機能障害など）を生じた場合、**就労**を目指すためにリハビリテーション診療が提供される。就労には医療機関のみならず行政機関や雇用先の協力が不可欠である。外来のリハビリテーション診療の提供体制および行政・雇用先の協力体制の確立は不十分かつ地域格差が大きいのが現状である。
- 症例高齢化が進行する本邦においては循環器病を有する患者は、**貧困や独居などの生活基盤に問題を抱えるケース**が増えてきている。医療機関による支援のみでは対応しきれず、行政機関、福祉施設、地域社会とのより密接な連携が必要である。



第15条 循環器病患者等の生活の質の維持向上

第16条 保険、医療及び福祉に係る関係機関の連携協力体制の整備

取り組むべきと考える対策とその理由

1. 未病に対する運動療法(メディカルチェック、運動処方)の制度化

- ・医療機関また福祉施設・民間機関への**医師による運動処方**の診療報酬上の評価
 - ・医学的モニタリング下での運動療法が実施できる民間施設・介護施設の育成と支援
 - ・運動療法の実施に際しての**医療機関、福祉施設、民間施設の相互連携**の促進
- 発症予防・再発予防が期待される。民間・福祉施設の利用に伴い医療費の抑制効果。

2. 生活期患者に対する専門的リハビリテーション医療の提供体制の確立

- ・リハ科医師の監督下および医学的なモニタリング下でのリハビリテーション医療の提供
 - ・短期集中入院また施設入所の体制化(医療又は介護報酬下)
 - ・介護福祉施設と医療機関(リハビリテーション科医)との連携の促進と評価
 - ・介護福祉施設における専門的リハビリテーション診療提供の促進
 - ・リハビリテーション科専門医による**自費によるリハビリテーション施設に対する監督**の必須化
- 生活期において効果的なリハビリテーション診療提供体制が確立する

3. 循環器病患者に対する就労支援体制の拡充

- ・医療機関と職場(産業医)との連携の促進と評価
 - ・医療機関、行政機関、会社組織における循環器病の啓蒙
 - ・会社組織に対し循環器病患者の雇用受け入れに対するインセンティブ
- 循環器病患者に対する就労・再就職率の向上

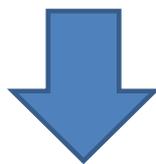
4. 生活基盤の脆弱な患者に対する支援

- ・退院や転院困難事例に対する行政機関の早期支援
 - ・医療機関や介護福祉施設に対する**弁護士などによる出張相談(法テラス)**の促進
- 在院日数の短縮、患者QOLの向上

第17条 保険、医療又は福祉の業務に従事する者の育成等

現状の課題といままでの取組

- 循環器病への対策に重要なリハビリテーション医療の中心的な役割を果たすのはリハビリテーション科専門医である。しかしリハビリテーション科専門医は2017年時点で2,273名であり、他診療科に比べると圧倒的に少なく、地域的な専門医数の隔たりを認める(参考資料2)。循環器病に包括的に対応するためには、リハビリテーション科専門医の育成と適正配置は重要である。
- 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の育成機関は増多し(PT 289施設、OT 200施設、2016年時点)、入学定員も増多してきた(PT 14,012名、OT 7,493名)¹。一方で、これらにリハビリテーション医学の知見に基づいた教育の質が担保されているかという点については疑問が残る。
- 日本リハビリテーション医学会は関係23団体とともに日本リハビリテーション医学教育推進機構を立ち上げ、教材作成、e-learningを含めた講習会開催、専門職の教育・認定などの取組を実施している。特に教材として医療・医学教育の基礎となる「リハビリテーション医学・医療コアテキスト」を作成した。2020年2月には急性期と生活期のリハビリテーション医学医療テキストをそれぞれ発刊予定である



学会主導のテキスト

取り組むべきと考える対策とその理由

1. 医学生、療法士、介護福祉士に対するリハビリテーション医療・医学教育の促進と向上
2. リハビリテーション科専門医の育成

- 全国医学部へのリハビリテーション医学講座の設置 → 医学教育また人員適正配置へ貢献
- リハビリテーション科専攻医に対するシーリングの廃止 → 専門医数の増多
- 大学・地域間でのリハビリテーション医学関係者の人事交流 → 地域格差の是正

1. 第1回理学療法士・作業療法士学校養成施設カリキュラム等改善検討会 資料5

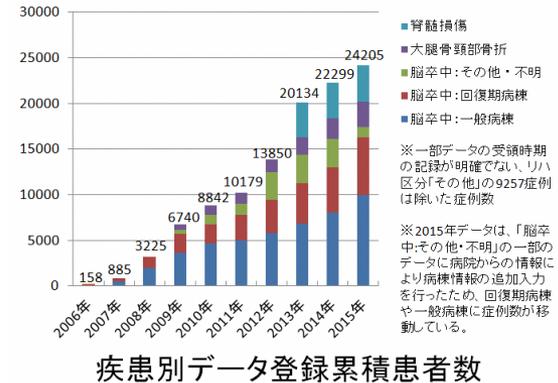
第18条 情報の収集提供体制の整備等

現状の課題といままでの取組

- 国及び自治体、医療機関、福祉施設が協力する全国規模の循環器病データベースは存在しない。
- 当学会が主体となり**日本のリハビリテーションデータベース**を構築し、脳卒中患者を含む計24205例が登録した。エビデンスが構築されるなどの成果がある一方、①急性期と回復期はリンクしていない、②心臓病患者は含まれない、③生活期の患者が含まれない、といった問題点がある。



日本のリハビリテーションデータベース



取り組むべきと考える対策とその理由

1. 脳卒中、心臓病患者を含む循環器病の症例レジストリ・データベースの構築

- ・国際生活機能分類に基づく統一的な活動評価
- ・急性期・回復期・生活期すべてにかけての情報がリンクされていること
- ・医療・福祉機関・行政機関の情報がリンクされていること
- 手術や投薬及びリハビリテーション治療を含む治療の費用対効果の検討が可能となる
(死亡率、再発率、救急受診率、介護負担、就労、QOLなど)
- 治療成績の地域及び施設間における比較が可能となる
- 症例レジストリを用いて患者フォローアップが可能となる
- 得られたデータを解析することで予防、治療方法の有用性が検討できる
- 統一された評価を用いることで医療から福祉にまたがる定義と実践の均一化が期待される
(食事形態、下肢装具療法などを含む各種のリハビリテーション治療法)

第19条 研究の促進等

現状の課題といままでの取組

- 循環器病に対する各種治療の有効性を明らかにするためには前向き研究が必要であるが、**臨床研究法**の施行により医薬品や医療機器を用いた前向き研究のハードルが高くなっている(資金面・事務作業の煩雑化など)。これらの循環器病に対する予防・治療効果を明らかにしていくためには医師主導の前向き研究に対する支援が必要である。
- リハビリテーション治療の手技には科学的に効果が認められていないものの、一部の地域や医療施設で広く実践されているものが存在する。またこれらを実践している医療者は科学的アプローチによる有効性の検討に積極的でないものもいる。



取り組むべきと考える対策とその理由

1. **循環器病に対する予防・治療に対するサポート体制の構築**
 - ・研究補助金、研究支援(研究計画・事務作業など)、多施設共同研究のコーディネート
 - ・民間・個人からの研究寄付金の非課税化(研究資金の流入促進)
 - 新たなエビデンス・標準治療の創出、新規医薬品・医療機器の開発
2. **本邦で実践されているリハビリテーション治療の有効性を明らかにする。**
 - ・観察研究(データベース含む)及び介入研究(前向き研究、RCTなど)を実施する。
 - 効果のない治療の淘汰**、有効な治療の普及による患者ADL/QOLの改善、医療費削減

参考資料1: 日本リハビリテーション医学会研修施設における療法士数の実態調査



表1 病院機能別検討

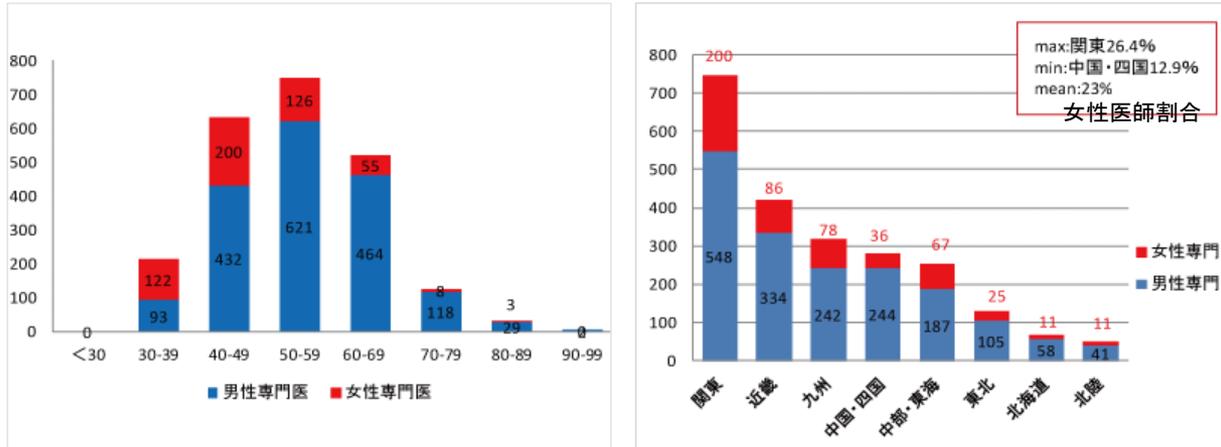
n	急性期病院群	急性期+回復期病院群	回復期病院群	一般・療養病院群	Kruskal-Wallis検定
	205	83	182	66	
病床数	630.4±285.1 (50-1494)	318.3±192.0 (48-1082)	193.3±124.4 (12-1098)	205.6±163.2 (15-866)	
月次あたり リハ診療患者数	1596.9±1850.1	1064.1±1813.9	908.0±1891.5	1128.6±1287.8	<0.01
100床当り常勤PT数	2.8±2.8	11.3±6.3	19.9±12.2	9.8±12.9	<0.01
100床当り常勤OT数	1.3±1.7	7.1±5.8	13.9±9.2	6.5±6.8	<0.01
100床当り常勤ST数	0.6±0.7	2.6±2.2	5.5±5.1	2.9±3.7	<0.01
各療法士1人当り 月次リハ診療患者数	80.9±91.1	27.5±51.0	18.0±30.2	61.1±73.5	<0.01

表2 急性期病院における経営母体別検討

n	急性期全体	国立大学病院	公立大学病院	私立大学病院	国立・独立 行政法人	自治体・地方 独立行政法人	民間病院 (急性期機能のみ)	Kruskal-Wallis検定
	205	36	10	39	8	34	78	
病床数	635.2±284.8	764.9±184.7	827.9±142.3	839.8±319.7	554.5±236.9	533.6±214.1	500.8±253.8	<0.01
リハ診療患者数	1596.9±1850.1	1376.3±1522.4	2359.1±2245.5	1760.1±1937.9	641.3±560.1	1123.7±1686.3	1823.8±1991.9	0.273
100床当りPT数	2.8±2.8	1.4±0.5	1.4±0.4	2.1±1.5	1.9±0.8	2.3±2.1	4.4±3.7	<0.01
100床当りOT数	1.3±1.7	0.6±0.3	0.6±0.4	1.0±0.9	0.8±0.4	1.1±1.3	2.1±2.4	<0.01
100床当りST数	0.6±0.7	0.3±0.1	0.2±0.1	0.5±0.5	0.4±0.3	0.5±0.5	0.8±0.9	<0.01
各療法士1人当り 月次リハ診療患者数	80.8±91.1	85.4±97.9	127.7±114.7	72.7±75.3	43.9±42.9	77.3±108.5	81.9±87.2	0.666
脳血管 I (%)	185 90.2	34 94.4	10 100.0	34 87.2	5 62.5	28 82.4	74 94.9	
脳血管 II	20 9.8	2 5.6	0 0.0	5 12.8	3 37.5	6 17.6	4 5.1	
運動器 I	204 99.5	35 97.2	10 100.0	39 100.0	8 100.0	34 100.0	78 100.0	
運動器 II	1 0.5	1 2.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	
心大血管 I	106 51.7	24 66.7	6 60.0	26 66.7	4 50.0	12 35.3	34 43.6	
心大血管 II	8 3.9	4 11.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	4 5.1	
呼吸器 I	192 93.7	34 94.4	10 100.0	39 100.0	7 87.5	30 88.2	72 92.3	
呼吸器 II	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	

- 急性期病院群においては回復期病院群と比べ病床あたりの療法士数は少なく、診療患者数は非常に多い。
- 民間病院と比べ、国公立大学、国立法法人、私立大学、自治体病院で病床あたりの療法士数は少ない。
- * 日本リハビリテーション医学会研修施設における療法士数の実態調査（2014年報告）

参考資料2:リハビリテーション科専門医の実態



- リハビリテーション科専門医の分布は50-59歳にピークがあり高齢化が示唆される。
- 関東と比べ東北、北海道、北陸で専門医数は少ない。ともに2017年度時点。

表5. 職域役割別のリハ科専門医現在数、必要数および不足数

	専門医現在数	専門医必要数	専門医不足数
2) 臨床回復期	195	885~1,325	690~1,130
1) 臨床急性期・一般病床	1,068	1,529~2,038*	821~1,398
3) 臨床維持期・地域支援		428	
4) 教育・研究	121	304	183
合計	1,384	3,078~4,095	1,694~2,711

*神奈川モデルより推計、**厚生労働省全国医療施設調査より推計

日本リハビリテーション医学会 リハビリテーション科専門医会 「リハ科専門医需給に関するワーキンググループ」による「リハビリテーション科専門医需給」に関する報告 (2017年5月18日)

専攻医シーリングについて(2020年度プログラム)

- 宮城、秋田、東京、石川、福井、山梨、滋賀、京都、大阪、奈良、和歌山、島根、鳥取、岡山、愛媛、高知、福岡、鹿児島、宮城でシーリング数が設定。
- このうち専門医が20名以下なのは秋田県(18名、10万人あたり1.8名)、福井県(18名、10万人あたり2.3名)、山梨県(19名、10万人あたり2.3名)、鳥取県(16名、10万人あたり2.8名)、島根県(17名、10万人あたり2.5名)。
- 専攻医の充足率の計算が実態を反映していない可能性