

滋賀県における回復期以降の心臓リハビリテーションの実態調査

○飛田 良、澁川武志、木下妙子、小島弓佳、谷口匡史、園田悠馬、前川昭次、林秀樹
滋賀医科大学医学部附属病院 リハビリテーション部

主旨：

我が国における心臓リハビリテーション(以下、心リハ)実施施設数は年々増加傾向にあるが、20施設以上を有する大都市と比較すると、滋賀県は2014年12月時点で8施設と少ない。また入院期間は短縮し、入院中だけで患者教育や運動療法を十分に行うことは困難であり、回復期以降の重要性が指摘されている。そこで我々は、県内における回復期以降の心リハ実態調査を行った。循環器内科または心臓血管外科を標榜する70施設を対象に郵送アンケート調査を行い、全体回答率は41施設(58.6%)であった(病院25施設(69.4%)、診療所16施設(47.1%))。病院では、10施設(40%)が心リハを実施していた。心リハ業務に携わる平均スタッフ数は、医師3.3名、看護師1.2名、理学療法士4.1名、薬剤師0.3名、栄養士0.5名であり、施設内の心リハ指導士在籍数は、「1～4名」が最も多かった。また回復期以降の施設との関わりでは1施設のみスポーツクラブと連携を図っていると答えた。一方、診療所では現在心リハ実施施設はなく、近々申請する予定もなかった。理由として「設備不足」「スタッフ不足」などが挙げられた。しかし、1施設がメディカルフィットネスとして生活習慣病患者に運動療法を提供していることが分かった。県内における急性期心リハ実施施設は全国調査結果を下回り、回復期に至っては診療所では行われておらず、全て急性期病院が担っていたが、マンパワーに限界がある。1施設がメディカルフィットネスとして運営しているが、近隣の急性期病院とのつながりがなく、症例数が担保できないといった回答を得た。これには、社会的認知度の向上だけでなく、定期的な研究会の開催や交流会を企画し、地域連携だけでなく県全体の心リハの底上げを図り、心リハ部門を発展させていく事が重要である。県内における、ここ数年間の心リハの発展は急性期病院が主となっており、回復期以降の外来型心リハ施設はほぼ皆無であった。今後は、各地域の拠点病院が中心となり、地域連携を推し進めていくべきである。

【緒言】

我が国における心臓リハビリテーション(以下、心リハ)認定取得施設数は年々増加傾向にあるが、他のリハビリテーション部門である脳血管や運動器で届け出を受けた医療機関数と比して圧倒的に少ない。また、心リハ認定取得施設は大都市を有する都道府県に集中しており、地域による差が生まれている¹⁾。心リハ学会 HP²⁾をみると、北海道が 29 施設、東京都が 37 施設、福岡県では 52 施設と 20 施設以上を有する大都市と比較すると、滋賀県は彦根市立病院、湖東記念病院、滋賀県立成人病センター、滋賀医科大学医学部附属病院、済生会滋賀県病院、近江八幡市立総合病院、市立長浜病院、大津市民病院の 8 施設とまだまだ少ないのが現状である。近畿 2 府 4 県をみても、第 4 位と大阪府 35 施設、兵庫県 24 施設、京都府 14 施設に遅れを取っているのは明らかである。我が国は世界でも類を見ない未曾有の超高齢社会であり、2014 年 7 月 1 日現在の推計で、65 歳以上の高齢者人口は、3272 万人と過去最多となっている。総人口に占める高齢者の割合は 25.0%となり、我が国において 4 人に 1 人が高齢者とである³⁾。滋賀県は 2014 年 10 月 1 日現在で、32 万 9 千人と高齢者割合は 23.5%⁴⁾であり、加えて人口増加率が高く(全国 7 位、0.09%)⁵⁾、今後近畿のみならず全国の中でもますます高齢化が懸念される中、人口や医療機関の数に差はあるが、心リハの需要はさらに高まってくるものと考えられる。しかしながら、全国的にみてもまだまだ心リハの普及率は低く、実施施設が少ないのが現状である。先行研究によると、心リハ普及の阻害因子として、「スタッフ不足」「設備不足」「施設基準を取得していない」が指摘されている⁶⁾。また、滋賀県においても、数年前のアンケート調査により、「スタッフ不足」が主な阻害因子として挙げられ、各施設の病床数が大きく関与していることを示唆している⁷⁾。上月⁸⁾は、心リハの目的は再発予防や生命予後の延長までを言い、特に回復期の心リハの重要性を啓蒙することが重要であると述べている。しかしながら、我が国における急性心筋梗塞患者に対する回復期心リハ実施施設は循環器専門医研修施設の内 20%、関連施設では 8%と、回復期心リハへの参加率は非常に少ないのが現状である⁹⁾。海外でも同様に、米国では 8.7～50%¹⁰⁾、英国では 14～23%¹¹⁾となっている。心リハの目的は、早期の自宅/社会復帰だけでなく、冠危険因子の是正とそれによる二次予防を図り、生命予後の延長 QOL の向上が期待できるため、回復期以降の心リハにこそその真価が発揮されるものと考えられる。さらに、近年の医療制度上の問題により、入院期間は短縮しており、急性期病院だけで患者教育や運動療法を十分に行うことは不可能であり、そういった意味でも回復期心リハの重要性が増してくるのは必然であると考ええる。

そこで本調査の目的は、滋賀県において増加傾向にある急性期心リハ実施施設の受け皿となる回復期以降の心リハ状況を把握し、ここ最近での動向を探ることにある。今回の調査結果により、急性期あるいは回復期以降の心リハ提供施設の活性化が促され、高齢化が進む地域医療の中で県民全体の健康増進を進めることが出来るものと考ええる。

【方法】

1. 対象施設

対象は、滋賀県内における“循環器内科”または“心臓血管外科”を標榜する医療施設を WAM NET(独立行政法人福祉医療機構)の医療機関情報(2014 年 8 月 1 日時点)あるいは、日本心臓リハビリテーション学会 HP 内の“心臓リハビリテーションが受けられる施設”(2014 年 8 月 1 日時点)にて検索して抽出された 70 施設である。その内、病院が 36 施設、診療所は 34 施設であった。調査期間は、2014 年 10 月～11 月に郵送アンケート形式で資料を送付・回収した。回答者は、原則として病院ではリハビリ部門の責任者、診療所では施設代表者とした。回答者の職種は問わない。

アンケート用紙は各施設に送付し、回答は選択と自由記載の形式とした。調査内容は、主に回復期以降の心リハ実施の有無やその対象疾患、方法、また心リハの需要と供給について詳しく調べ、問題点を抽出した。

2. 調査項目

主な調査項目は以下の通りである。

a. 基本事項

回答者に関する質問や施設に関する質問

職種、役職、臨床で関わる時期、経験年数、心臓リハビリテーション指導士(以下、心リハ指導士)資格の有無など

b. 心リハ実施の有無(実施している施設のみ回答)

施設基準、算定開始年月、届出年月とスタッフの内訳、現在のスタッフ内訳、施設内心リハ指導士数、心臓病教室の開催の有無など

c. 回復期以降の心リハの有無(実施している施設のみ回答)

関わり的手段、啓蒙活動や地域の運動療法施設との連携の有無、県内統一の心リハ手帳の必要性など

d. 心リハの必要性(実施していない施設のみ回答)

必要性、学習意欲、資格への興味など

e. 普及に対する阻害因子(実施していない施設のみ回答)

新たな申請予定、阻害因子など

f. 心リハに関する情報

学会ホームページや施設基準、県内の施設数、勉強会への参加などの情報認知の有無

g. 自由記載

心リハに対する日頃からの考えについて

3. 統計・分析

回収したアンケートの回答を解析し、県内における回復期以降の心リハの実態を探り、診療所との病診連携や心リハ発展の阻害因子などを探る。また先行文献と比較し、この数年での心リハ部門の変化を探り、さらなる普及を促進するための方策を検討した。

4. 倫理的配慮

今回の調査は、厚生労働省 疫学調査のための倫理指針に基づき、調査の趣旨を記した説明書を調査用紙と同封し、返信を以て研究に対し同意が得られたものと判断する旨を記載した。加えて、調査に対する拒否は対象者の判断で行える事も記載した。尚、調査結果については、滋賀県リハビリテーションセンターHPにて掲載される事も記載した。

【結果】

回答は41施設から得られ、全体回答率は58.6%であった。その内、病院が占める割合は25施設(全病院の69.4%)、診療所からが16施設(全診療所の47.1%)であった。調査項目の内容と結果は表1～4に示す。

まず、病院からの回答を記載する。全36施設の内、25施設(69.4%)から回答を得ることができ、「a. 基本事項」では、回答者の職種が医師1名(4%)、理学療法士22名(88%)、作業療法士が2名(8%)であった。その内、心リハ指導士免許を取得していた者は3名(12%)であった。施設の概要については、「一般病院」が18施設(72%)、「地域医療支援病院」が6施設(24%)、「その他」が1施設(4%)であり、病床数は「101～200床」の12施設(48%)が最も多く、次いで「201床以上」が11施設(44%)、「20～50床」と「51～100床」がそれぞれ1施設

(4%)であった。「b. 心リハ実施の有無」では、10 施設(40%)が心リハを実施しており、直接回答者が心リハ部門に携わっている施設は6 施設(24%)であった。10 施設の内、9 施設が200 床以上の大規模病院であった。施設基準は全ての施設において、“心臓リハビリテーションⅠ”を取得していた。心リハを実施している施設に在籍する理学療法士数は、「11～20 名」が最も多い7 施設(70%)あり、次いで「21 名以上」が2 施設(20%)、「4～10 名」が1 施設(10%)となった。また心リハ届出当時のスタッフ数をみると、「その他(7 名以上)」が7 施設(70%)と最も多く、職種別の平均スタッフ数は、医師が2.3 名、看護師が1.3%、理学療法士3.1%、薬剤師0.1%、栄養士0.2%であった。今回の調査時点でのスタッフ数は、「その他(7 名以上)」が7 施設と同数であったが、内10 名以上の施設が2 施設から5 施設まで増加していた。職種別の平均スタッフ数は、医師が3.3 名、看護師1.2 名、理学療法士4.1 名、薬剤師0.3 名、栄養士0.5 名と医師・理学療法士でそれぞれ約1 名の増加をみとめたが、看護師の増員やその他のコメディカルスタッフの介入は進んでいないことが分かった。施設内の心リハ指導士に在籍数は、「1～4 名」で7 施設(70%)が最も多く、次いで「0 名」が2 施設(20%)、「その他」として10 名以上在籍している施設が1 施設(10%)あった。これより、一定数の心リハ指導士取得率があることが分かるが、「0 名」の中には1997 年に心リハ算定を開始した施設もあり、算定開始日からの期間とは一概に関係してはいなかった。心臓病教室の開催については、3 施設(30%)が開催していると答え、内容については「パンフレットを用いた栄養や薬剤、調理実習や体力測定など、多職種が包括的に指導を行っていることが分かった」。「c. 回復期以降の心リハの有無」では、急性期病院と回復期以降の施設との関わりがあるかの問いに対し、1 施設(10%)のみが「はい」と答え、また別の施設では、地域の運動療法施設としてスポーツクラブと連携を図っていると答えた。また、施設間の情報共有手段として県下で統一した心リハ手帳の作成に対しては、「非常に思う」が5 施設(50%)と最も多く、需要が感じられた。「d. 心リハの必要性」では、現在心リハを実施していない施設15 名に対し回答を得た。自施設に心リハは必要かという問いに、「はい」と答えたのは8 施設(53.3%)と半数であった。自由記載では、「AMI 患者が当院でも数多くおられ、廃用予防としても運動機会や指導、再発予防としての教育目的で」や「心疾患を併発している方が多い」、「地域で唯一の心臓外科手術が受けられる施設であるため」などの外科症例に対する需要や「慢性心不全患者など手術をしていない症例に対して」などのAMI などの虚血性心疾患や末梢血管疾患以外の心不全患者に対しても需要があることが分かった。また、心リハに対する“興味”や“学び”、“心リハ指導士への興味”に対する質問に対しては、「やや思う」と「非常に思う」を合わせると、それぞれ66.7%、83.3%、50.0%と半数以上を占め、心リハに対する前向きな回答が得られた。「e. 普及に対する阻害因子」では、新たに申請する予定があると答えたのが3 施設あった。ないと答えた理由(複数回答可)については、「設備がない」、「施設基準を満たさない」が10 票と同数で最も多く、次いで「スタッフがいらない」が5 票となった。「採算が合わない」や「興味がない」と答えた施設はみとめられなかった。「採算が合わない」と答えた施設はなかった。「f. 心リハに関する情報」では、日本心臓リハビリテーション学会のホームページを閲覧したことがあるかについては、「はい」が13 名(54.2%)と半数にとどまった。また、県内でどここの施設が心リハを実施しているかの問いには、「はい」が21 名(87.5%)と大多数を占めた。また、県内・外で開催された心リハ関連の研修会やセミナーに参加したことがあるかについては、「はい」と答えたのは11 名(45.8%)と同数であった。内部障害疾患関連の研修会やセミナーへの参加に関しては、19 名(79.2%)と多く、心リハに特化した循環器の知識習得に留まっていることが分かった。今後、県内で開催される心リハに関する勉強会があれば参加したいかという問いに対しては、「やや思う」「非常に思う」が合わせて18 名(75%)となり、需要が感じられた。「g. 自由記載」では、必要であれば関わりたいと思うが、マンパワーにおいて(特に医師、看護師)不足しており、病-病連携で一定の患者数が見込まれていないため滞っているといった意見や、一般内科で必要な知識のみの習得に留まっており、循環器疾患を既往歴に持つ患者が多い為、知らなければいけないという意識はあるといった意見が聞かれた。また、理学療法の卒前教育では、脳血管や運動器疾患が

主となり、心リハの経験が乏しいため敷居が高い印象を持っているスタッフが多く、授業や臨床実習でより多くの経験が出来るようになることを望んでいるといった意見も聞かれた。

一方、診療所では全 34 施設の内、16 施設 (47.1%) から回答があり、医師が 14 名 (87%)、理学療法士から 2 名 (13%) 回答を得ることが出来、内 1 名 (6%) が心リハ指導士免許を取得しており、職種は「医師」であった。「b. 心リハ実施の有無」では、現在、心リハを実施している施設はなかった。しかしながら、「g. 自由記載」では、1 施設がメディカルフィットネスとして生活習慣病患者への運動療法を実施しているといった回答を得た。この施設では、施設内に CPX を有し、件数は月に 5 症例であった。今後の「d. 心リハの必要性」を問うと、2 名 (14%) が必要であると回答したが、両施設ともに「e. 普及に対する阻害因子」では、新たに申請する予定はなく、理由として「施設基準を満たさない」「その他 (専門が違う)」といった回答を得た。その他の施設を合わせても、申請する予定のある施設はなく、その理由として「設備がない」が 6 票あり、次いで「スタッフがいない」が 5 票、「施設基準を満たさない」が 4 票となり、「興味がない」といった回答もあった。しかし、「採算が合わない」と回答した施設は、1 施設に留まった。「その他」では、実施する時間・場所がないといった回答を得た。また、心リハへの興味については、「あまり思わない」「どちらでもない」「やや思う」「非常に思う」がそれぞれ 3 名 (25%) と同数であった。学びたいかについては、「あまり思わない」が 6 名 (42.9%) と最も多く、心リハに携わりたいかについては、「どちらでもない」が 5 名 (35.7%) と最も多く、続いて「あまり思わない」が 4 名と消極的であった。しかし、そもそも心リハという言葉を知っているかについては、「よく知っている」が 8 名 (57.1%) と最も多かった。診療所の開業歴で上記回答を比較したが、特に関連性はみとめなかった。「f. 心リハに関する情報」では、心リハ学会ホームページを閲覧したことがあるかについては、「いいえ」が 14 名 (87.5%) と多数を占めた。県内でどこの施設が心リハを実施しているかの問いには、「いいえ」が 14 名 (87.5%) と多かった。また、県内で開催された心リハ関連の研修会やセミナーに参加したことがあるかについては、「はい」と答えた者はおらず、全員が参加した経験がなかった。今後、県内で開催される心リハに関する勉強会があれば参加したいかという問いに対しては、「やや思う」「非常に思う」が合わせて 3 名のみで、「どちらでもない」が 7 名と最も多く、次いで「あまり思わない」が 5 名、「全く思わない」は 1 名であった。「g. 自由記載」では、心リハの必要性は感じているが、専門機関で引き続き実施してくれればよいといった意見がある一方で、心リハに大変興味はあるが、施設基準等の関係からなかなか実施することが出来ないが、心疾患を有する対象者 (脳血管疾患や運動器疾患を重複して疾患を有する等) が多数存在し、リスク管理や至適運動強度の決定のためにも心リハ関連の研修会が増えれば有難いといった前向きな意見もみられた。これらより、循環器を標榜する診療所の施設代表者は「心リハ」という言葉は認知していても、実際の適応疾患や施設基準、県内における心リハ実施施設までは認知されていないことが分かった。また、興味についても施設による差がある傾向にあった。

【考察】

我が国は、世界でも類を見ない未曾有の超高齢社会である。高齢者人口の増加とともに有病率は上昇し、死因別死亡数の割合で第 2 位 (19 万 6547 人, 15.5%¹²⁾) である心疾患もそれに伴い増加し、医療費への負担をさらに重くすることが予測される。その中で心リハは、医学的ならびに医療経済的に極めて有効な医療技術であり、全身の動脈硬化に対する強力な一次予防手段という側面を持つ¹³⁾。心リハの対象疾患は、心筋梗塞や狭心症、心臓手術後に限らず、心不全、大血管疾患や閉塞性動脈硬化症にまで拡大している。これには、運動療法の確たる効果が実証されてきたことによる。運動療法は、単なる運動耐容能の向上だけでなく、冠危険因子の是正のみならず、抗動脈硬化作用や精神感情面への効果も期待できる¹⁴⁾。また、その目的は単なる日常生活への復帰だけでなく、冠危険因子の是正と二次予防による生命予後の延長、QOL の向上にあり、第 I 相 (急性期) から社会復帰後も生涯を通じて行われるべきものであり、第 II 相 (回復期) や第 III 相 (維持

期)にこそ心リハの真価が発揮されるものと考え。AHA ガイドラインでは、心筋梗塞患者の長期予後を改善させるものとして、第Ⅱ、Ⅲ期におけるスタチンと並んで、心リハ運動療法がエビデンスレベル Class I として示されている¹⁵⁾。また、回復期における心リハの安全性は、383,096 件の運動療法中に生じた致死の有害事象は AMI が 1 件のみで、死亡、心停止、心破裂は発生せず、その頻度は 0.0003%であった。また、非致死の有害事象は合計 11 件であり、0.003%となった¹⁶⁾。これらより、回復期心リハにおける運動療法は極めて安全であることを示している。海外においても、Van Camp ら¹⁷⁾が 1980 年代に行った調査では、死亡事故は 783,972 患者・時間に 1 件で、運動中の心電図モニタ装着の有無で事故率に差はないとしている。しかしながら、我が国の全国実態調査によると、急性心筋梗塞(以下、AMI)患者の退院後外来心リハ実施率は 21%と低く¹⁸⁾、全国の心リハ認定施設でも参加率は 34.7%¹⁹⁾と十分とは言えない状況にある。加えて、地域連携パス実施率やパスへの心リハ取り込み率においても低率であることが言われている²⁰⁾。滋賀県においても、大津医師会の急性心筋梗塞・冠動脈インターベンション後地域連携パスの中に“運動指導”の項目はあるものの、運動処方を含めた、退院後の運動療法をいかに行うかについての記載がないのが現状である。臨床カルパスとは本来、医師だけでなく、看護師やコメディカルら他職種とのチーム医療の一環であり、医療の全体像とそのアウトカムを明文化することで、よりチーム医療を促進させるケアシステムであり、ここに各市町村の医師会に対し、心リハ指導士が中心となりパスへの心リハ取り込みに向けた働きかけが必要であると考え。また、回復期の心リハへの参加率は、担当医師の推奨の強さに関連するといった報告もあり²¹⁾、入院中から心リハ専任医師から説明を受ける機会を作ることが重要である。

心リハの安全性に関する実態調査²²⁾では、全国で内科または循環器科を標榜する 1,875 施設の内、急性期心リハ施行施設が 333 施設(31.4%)であったのに対し、回復期心リハは 136 施設(12.8%)に留まっていることが指摘されている。また、心大血管疾患リハビリテーション科届出医療機関数をみても、2012 年度の診療報酬改定はあったものの、2013 年 3 月時点で総施設数は 788 施設であり、病院が 737 施設(約 94%)、診療所が 11 施設(約 6%)であった。その内、施設基準Ⅰ取得施設は 672 施設(約 85%)施設であった。診療所で施設基準Ⅰを取得している施設は 16 施設(約 2%)と、改定前と比べ増加したものの、絶対数はまだ少なく、地域格差があった²³⁾。今回の調査により、滋賀県内における急性期心リハ施行施設(診療所を除く)は 10 施設(24.4%)と全国調査の結果を下回り、回復期に至っては 5 施設(12.2%)ではあったが、その全てを急性期病院が担っていることが分かった。また施設の大半が診療報酬改定後の 2010 年代に算定を開始していることが分かり、届出当時の心リハスタッフ数は、7 名以上が 7 施設(70%)と最も多く、職種別平均スタッフ数でみると、現在までにスタッフ数が減少した職種はなかった。またこの 10 施設の内、算定開始後に何らかの理由で部門運営を中止した施設はなく、今後病院において心リハ部門が開設される施設において必要なスタッフ数の目安は、医師が 2 名、看護師 1 名、理学療法士 3 名となると考える。

今回の調査により、滋賀県内における急性期心リハ施行施設(診療所を除く)は 10 施設(24.4%)と全国調査の結果を下回り、回復期に至っては 5 施設(12.2%)ではあったが、その全てを急性期病院が担っていることが分かった。しかしながら、急性期病院だけでは入院患者全例を外来リハに移行し継続することは困難である。急性期病院の役割は、今後ますます高齢化が進むことで増加するであろう、運動器疾患や脳血管障害、呼吸器疾患、慢性腎不全などの重複障害を呈した高リスク症例を対象を絞るべきである。また、紹介元の地域の回復期以降の施設に対する啓蒙活動や情報提供・共有、しいては再入院の予防に努めるべきである。それには、外来心リハの受け皿である診療所自体が不足している。後藤²⁴⁾は、心リハを標準的心血管治療として確立するための課題の一つとして、外来心リハの全国的普及を挙げ、①施設基準の緩和や②外来心リハを組み込んだ地域連携パス、③民間運動施設との連携を課題としている。県内においても、1 施設がメディカルフィットネスとして生活習慣病患者への運動療法を実施しているが、近隣の急性期病院とのつながりがなく、

症例数は伸び悩んでいるといった回答を得た。これには、それぞれの地域で地域連携パスを含めた、シームレスな病診連携システムの構築が重要となると考える。その手立てとして、県内で統一した心リハ手帳の作成を挙げたい。心リハ手帳は、患者自身の自己管理能力の向上による治療アドヒアランスの向上を図るだけでなく、医療者側が患者情報を即座に把握するための“病-病”、あるいは“病-診”連携ツールとして有用であると考ええる。

また、心リハの社会的認知度の向上を図るだけでなく、近隣の医療施設への働きかけも必要である。病院からの回答では、心リハについて 83.3%(やや思う+非常に思う)が学びたいと答え、県内で勉強会があれば参加したいと答えた者は「やや思う」「非常に思う」と合わせて 18 名(75%)となり、県内でも定期的な研究会の開催や交流会などを企画し、地域連携だけでなく県全体の底上げを図り、心リハ部門を発展させていく事が重要となるだろう。しかし、一方で診療所からの回答では、「やや思う」「非常に思う」が合わせて 3 名のみ(18.8%)と低値となっており、診療所も含めた部門の発展には、心リハ指導士数の増加とそれぞれの働きかけが必須となると考える。心リハ指導士とは、特定非営利活動法人 日本心臓リハビリテーション学会の認定資格であり、運動療法だけでなく、食事療法や禁煙指導などを含めた包括的リハビリの実現のため、医療専門職種間の連携やチーム医療を円滑に機能させるため、2000 年に発足されたものである²⁵⁾。県内の心リハ実施施設でも、各施設に 1~4 名が在籍していることが多く、今後の活動に期待したい。

また、「地域の運動療法施設との連携の有無」では、1 施設のみが民間のスポーツクラブと連携をとっているという回答を得た。しかしながら、そういった地域の健康センターや民間の運動施設には、循環器疾患の一次予防や二次予防を実施するための知識や経験が乏しいことが問題として挙げられ、十分に個別的介入が出来るとは言い難い。そこで筆者は、NPO 法人ジャパンハートクラブ(Japan Heart Club: 以下、JHC)との連携がヒントになると考える。JHC は、本邦における循環器系疾患の一次予防、二次予防のための運動療法と第Ⅲ相心リハの普及を目的として設立されたものである²⁶⁾。事業内容として、ドイツ型の維持期運動療法を参考に、メディックスクラブ(MedEx Club)を運営しており、運動療法を中心とした包括的生活改善プログラムを提供している。2014 年 12 月現在、全国 22 か所で開設され、公共施設の体育館や会議室、病院心リハ室などで心リハ指導士が中心となって行われている。将来的には、民間の運動施設にて教室が開催され、急性期を担う医療施設から安心して患者を紹介出来る様、システムのさらなる発展が待たれる。しかしながら、地域の診療所では日々の診療により、心リハを新たに実施する時間や人に余裕がないのが現状であろう。そこまで心リハの実証された効果について周知されておらず、心リハ指導士による啓蒙活動にもある程度で限界を感じる。そこで、今後は一定期間、急性期あるいは回復期の大規模病院にて経験を積んだ医師が新たに第Ⅲ相の心リハを提供できる施設を開設する動きが待たれる。それには、今回の調査結果でもあげられた、法的整備や施設基準の緩和なども重要となる。本来であれば、診療圏の拡大のためには、患者への施設認知度を上げるだけでなく、近隣の医療施設への啓蒙活動が必要である²⁷⁾が、前所属の医師であればすでに病院内の循環器医師との関係が築けており、利用者数も担保でき採算性も確保できるのではないかと考える。また県内の心リハ施設は、2008 年の診療報酬改定から数年間の内に、各市町村における地域拠点病院レベルで立ち上げが加速しており、施設基準の緩和などから施設基準ⅡよりもⅠでより多くの施設が算定可能となっており、今回の報告でも「e. 普及に対する阻害因子」に「採算が合わない」といった理由を挙げた施設は、診療所の 1 施設しかみとめられなかった。今後はそれぞれの地域で心リハ実施施設が核となり、地域連携を推し進めていくべきであると考ええる。

最後に本調査の対象は、あくまでリハビリテーション部の部門長あるいは施設代表者であり、特に病院では施設全体の意向と捉えることは出来ない。詳細は、実働スタッフ全体へのアンケート調査が行われることが望ましいと考える。

【結論】

今回、滋賀県立リハビリテーションセンター助成金により、滋賀県における回復期以降の心リハ実態調査をアンケート形式で行った。本調査の結果より、ここ数年での県内心リハ部門の発展は、急性期病院が主となっており、回復期以降の外來型心リハ施設は皆無であった。今後は、各地域の拠点病院が中心となり、県全体での心リハ部門の底上げと診療圏の拡大を図っていく必要がある。

【謝辞】

本調査において、アンケートにご協力いただいた各施設の皆様方に、この場を借りて厚く御礼申し上げます。

【引用参考文献】

- 1) 伊東春樹、上月正博: これからの心リハが向かう方向とは? 心臓リハビリテーション 2013
- 2) 心臓リハビリテーション学会 HP「心臓リハビリテーションが受けられる施設」
<http://square.umin.ac.jp/jacr/hospital/index.html> (2014/12/01 閲覧)
- 3) 総務省統計局 HP「高齢者の人口」 <http://www.stat.go.jp/data/topics/topi721.htm> (2014/12/01 閲覧)
- 4) 社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会 HP「滋賀県の高齢化の状況(平成 26 年 10 月 1 日現在)」
<http://www.shigashakyo.jp/lacadia/kourei/> (2014/12/01 閲覧)
- 5) 総務省統計局 HP「人口推計(平成 25 年 10 月 1 日現在)」
<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2013np/> (2014/12/01 閲覧)
- 6) 後藤葉一、他: 我が国における心臓リハビリテーションの実態調査と普及促進に関する研究、
心臓リハビリテーション 13: 49-52、2008
- 7) 澁川武志: 滋賀県における心臓リハビリテーションに関するセラピストの意識、
滋賀県連携リハビリテーション学会研究大会 2009
- 8) 上月正博 編著: 心臓リハビリテーション、医歯薬出版 2014
- 9) 後藤葉一: わが国における急性心筋梗塞回復期心臓リハビリテーションの実施状況. Mod Physician 27:
191-196、2007
- 10) Lear SA, et al.: Cardiac rehabilitation: a comprehensive review. Curr Control Trials Cardiovasc Med 2:
221-232、2001
- 11) Benthell HJ, et al.: Cardiac rehabilitation in the United Kingdom. How complete is the provision?
J Cardiopulm Rehabil 21: 111-115、2001
- 12) 厚生労働省: 平成 25 年 人口動態統計月報(概数)の概況
- 13) 伊東春樹、上月正博: これからの心リハが向かう方向とは? 心臓リハビリテーション 2013
- 14) 野原隆司、安達仁、石原俊一、他: 心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン
(2012 年改訂版)、日本循環器学会 循環器病の診断と治療に関するガイドライン
<http://www.j-circ.or.jp/guideline/> (2014/12/01 参照)
- 15) American College of Cardiology; American Heart Association Task Force on Practice Guidelines; Canadian
Cardiovascular Society: ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation
myocardial
infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on

Practice Guidelines. Circulation 110: e82-292, 2004

¹⁶⁾ Saito M, Ueshima K, Saito M, et al: Safety of Exercise Based Cardiac Rehabilitation and Exercise Testing for

Cardiac Patients in Japan: A Nationwide Survey. Circ J (submitted)

¹⁷⁾ Van Camp SP, Peterson RA.: Cardiovascular complications of outpatient cardiac rehabilitation programs. JAMA 5, 256(9): 1160-3, 1986

¹⁸⁾ 中西道郎, 長山雅俊, 安達仁, 他: わが国における急性心筋梗塞後心臓リハビリテーション実施率の動向

全国実態調査. 心臓リハビリテーション 16: 188-192, 2011

¹⁹⁾ Goto Y, Itoh H, Adachi H, et al: Use of exercise cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction. Circ J 67: 411-415, 2003

²⁰⁾ 後藤葉一: 我が国における急性心筋梗塞地域連携パスの現状と課題. 全国実態調査結果と大阪北部で

の取り組み. 心臓リハビリテーション(Suppl): 5130, 2010

²¹⁾ Ades PA, Waldmann ML, McCann WJ, et al: Predictors of cardiac rehabilitation participation in older coronary patients. Arch Intern Med 152: 1033-1035, 1992

²²⁾ 厚生労働省循環器病研究委託費(15 指-2)研究班. 斎藤雅彦、上嶋健治、齋藤宗靖、他: わが国における

心臓リハビリテーションの安全性: 全国実態調査結果. 心臓リハビリテーション 19 (2): 190-201, 2014

²³⁾ 小山照幸: 心大血管疾患リハビリテーション料届出医療機関の動向—2012 年度診療報酬改定後の心臓リハビリテーションの現状—, 心臓リハ 19: 250-255, 2014

²⁴⁾ 後藤葉一: 心血管治療としての心臓リハビリテーション: 過去・現在・未来. 心臓リハビリテーション 17: 8-16, 2012

²⁵⁾ 心臓リハビリテーション学会 HP 「心臓リハビリテーションとは？」
<http://square.umin.ac.jp/jacrreha/about/index.html>

²⁶⁾ NPO 法人 ジャパンハートクラブ HP <http://npo-jhc.org/>

²⁷⁾ 二階堂 暁: 当クリニックにおける外来心臓リハビリテーションの現状, 心臓リハビリテーション 19(1): 38-42, 2014

【図表】

表 1. アンケート結果〈病院〉

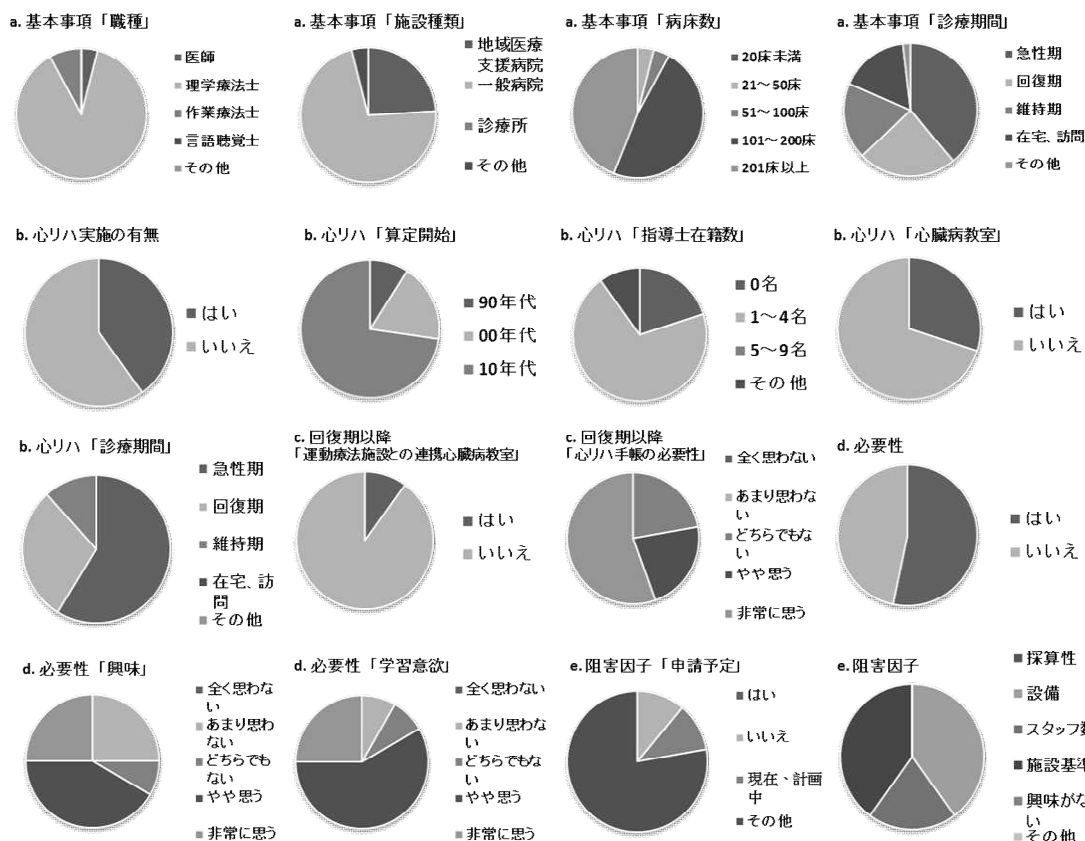


表 2. アンケート結果〈診療所〉

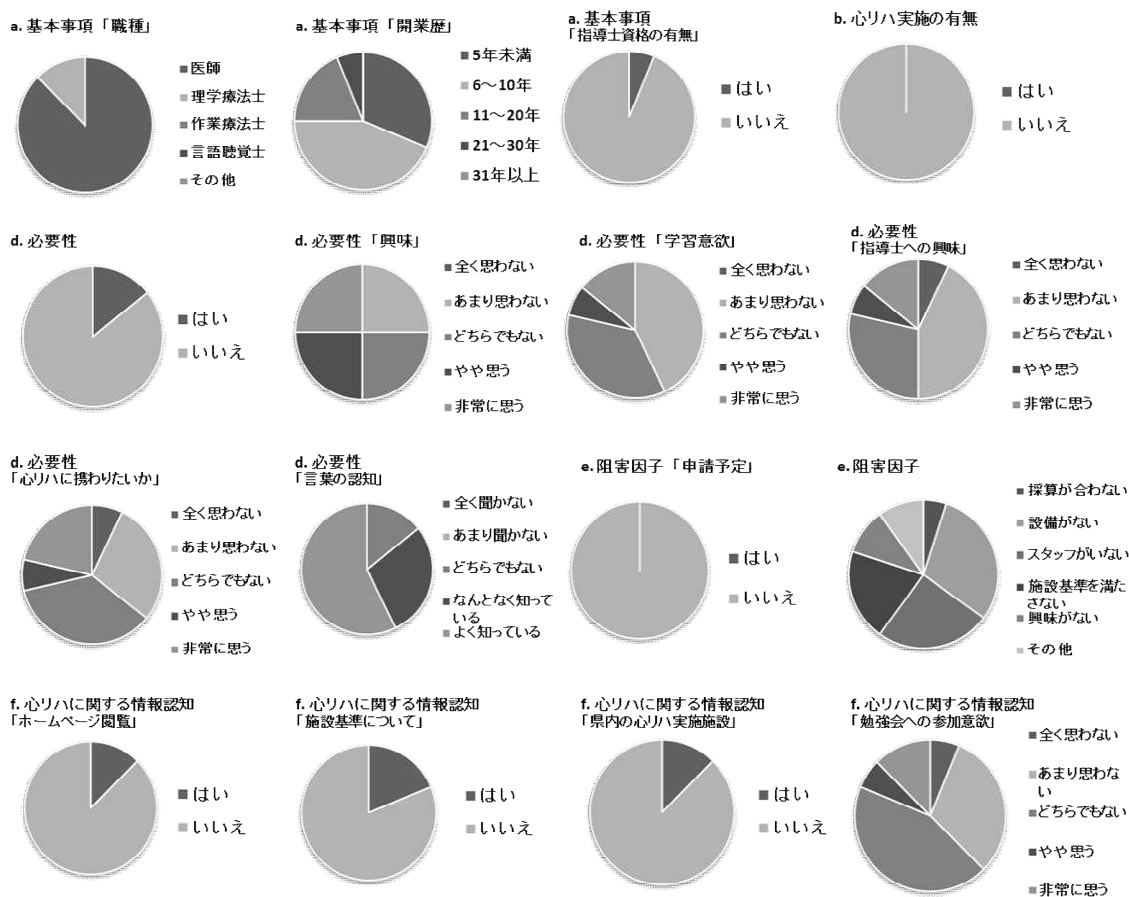


表 3. 項目 7「心リハに対する日頃からの考え」 自由記載〈病院〉 *一部改変

病院 - PCIや心外術後は、一部分の部品を変えただけであり、原因となるリスクファクター是正のため、維持期までフォローしている。しかし、いくら通院リハで安全な運動を実施しても、リハビリ以外の時間に負担がかかっていたり、食事管理ができていなければ意味がない。患者様のライフスタイルの改善が結構難しく、管理栄養士とは密に関わり、医師含め他職種から説明、指導していただき、チーム医療の重要性を感じている。 - 心リハを立ち上げたいと興味を持っているスタッフがいいます。循環器医師も多く、患者も多いのですが、施設基準がとれないため、病院として取り組めていません。病院の建て替え時には施設基準を満たせるようにし、心リハに関わっていきたいと思います。またご指導の程、宜しくお願いします。 - 施設基準が医師中心で厳しいイメージがあり、医師の意欲と病院の理解によるところが大きい。よってセラピストの意志では手も足も出ないというのが実状です。 - 病院の特性上、必要であれば関わりたいと思うが、マンパワーにおいて(特に医師、看護師)不足している部分や病病連携で患者受け入れの予定が見込まれないため、興味を持っている。一般内科で必要な知識のみの習得に留まっているのが現状。基礎疾患、既往歴で持っておられる方は非常に多い為、知らなければいけないという意識は常にあります。 - 今まで心疾患という診断名を聞くと、不安感がありましたが、心電図モニタ等で安全性が確認されることにより、積極的にリハビリを行えるようになってきていると考える。 - 他の疾患が入院、リハビリテーションを行っているのですが、AFや心不全を持っておられる方も多いです。二次予防、三次予防として、心リハを行う施設があれば防ぐことができる疾患も多いと思っていますが、当院は人員・施設基準の問題で実施できる状況ではありません。必要性は感じています。 - 理学療法では学生時に学ぶ症例が脳血管や運動器といったことがほとんどで心リハの経験が乏しいため、疾患別リハの中でも数居が高い印象を持っている理学療法士が多いです。学校の授業や臨床実習でもより多くの経験が出来るようになることを望んでいます。 - 手術後の心リハというイメージですが、高齢者や手術をしない症例に対し、必要ではないか。当院では、高齢者の心不全等、何らかの疾患を持った方が多いですが、医師からは心リハという目的で処方はありません。こういった患者さんに対し、何が出来るか教えて頂ければ幸いです。 - 管理者としては、心疾患患者様に適切なリハビリを実施するにあたり、技術・知識また法令遵守といった面でも心リハを取得し行っていく必要はあると考えている。また、当院理学療法士も心リハに興味を持っているため、ご指導いただけると幸いです。 - 現在、心リハ実施に当たり、患者毎の運動負荷量は医師のみで設定しているが、今後セラピストがどのように関与していったらいいか悩んでいる。また、CPX装置はあるが、その検査実績はほとんどない状態である。他院ではどのようなケースに実施しているのか知りたい。 - 現在、取得に向けて準備中です。医療連携のスムーズ化、シームレスな流れにおいても重要と考えております。

表 4. 項目 7「心リハに対する日頃からの考え」 自由記載〈診療所〉 *一部改変

診療所 - 以前、関西医大心臓血管病センター木村穰先生の下で心リハに関わっていたこともあり、心リハの重要性はよく認識しているつもりです。そういう関連から「メディカルフィットネス」と称して、生活習慣病患者への運動療法施設を開設し、開院当初からCPXを導入し、現在も週5例程度の症例がある。施設的には、モニターや救急カートを導入し、経験のある看護師や理学療法士を確保すれば、施設基準をとることができる状況にあるが、急性期病院とのつながりがなく、どの程度の需要が見込めるかが不透明であり、二の足を踏んできたというのが実状です。 - 心機能改善や心筋酸素化の観点からも心リハは非常に有用な治療法と認識しているが、現在のところ血液透析という特異的な仕事をしており、なかなか手が出せない。透析患者にとっても他のリハを含め心リハは重要な問題とは考えております。 - 必要であると思いますが、専門機関で実施して頂ければよろしいかと存じます。 - AMI後の心機能回復後に見合う患者の日常生活を含む、身体活動の維持向上に必要であると考えます。40、50歳の方の早期社会復帰のためにも大変重要な部門という認識です。 - 心リハにとっても興味がありますが、施設基準等の関係からなかなか実施することが出来ていません。しかし、心疾患を有するリハ対象者(脳血管疾患や運動器疾患を重複して疾患を有する等)はいるため、リスク管理や適切な運動量の把握のためにも、心リハ関連の研修会が増えれば有難いと思う。
--