

27. 広島大学病院における心臓リハビリテーション立ち上げ後の

問題点と取り組み

広島大学病院診療支援部リハビリテーション部門¹，広島大学病院循環器内科²，
広島大学病院リハビリテーション科³

○金井 香菜¹，松木 良介¹，木阪 智彦²，木原 康樹²，永富 彰仁³，木村 浩彰³

【目的】

心臓リハビリテーション（心リハ）における当院での問題点を挙げ，急性期病院の役割について明らかにすること。

【本文】

I. 心リハ立ち上げ後の現状

当院では平成 22 年 4 月より心リハを立ち上げ，現在までに心肺運動負荷試験（CPX）76 例，運動処方 32 例を行っている。このうち 27 例に理学療法士が介入し，入院中の心リハ導入は 23 例（継続 9 例），外来での導入は 4 例（継続 4 例）であった。開始後の中止は 3 例，終了は 9 例であった。

終了した 9 例中，退院を契機としたものが 7 例，転院が 1 例，CPX 後に終了となったものが 1 例であった。

現在，心リハを立ち上げて半年が経過し，いくつかの問題点が明らかになってきているが，それぞれの問題点について以下のとおりに述べてみたい。

1. 院内システムの構築

現在，医師・看護師・理学療法士の 3 職種で診療を行っているが，特に看護師・理学療法士は職種全体での心リハに対する理解が未熟であるため，勉強会や週 1 回の心リハカンファレンス，ケースカンファレンスを通じ啓蒙活動並びに知識の向上を行うことで，安全なリハビリテーションの充実を目指している。

また，心リハは包括的な施行が推奨されており，今後は薬剤師や管理栄養士，臨床心理

士など他職種でのチーム構築が目標である。

2. 患者リクルートメントシステムの構築

入院中の患者を対象とする場合には，心臓外科術後の患者が主な対象となることが予想される。心リハ立ち上げ以前の心臓外科術後のリハビリテーション介入例は，病棟 ADL の自立が遅延し廃用症候群を有した患者が中心であった。そのため，病棟ならびに心臓血管外科ともに理学療法士による早期離床，心リハに対する認識が少なかったが，現在は循環器内科医師，ICU 配属 PT からの働きかけにより術直後のリハビリテーション紹介例が得られるようになってきている。

9 月時点で ICU からの早期介入が可能となった症例は 7 例であり，6 分間 100M 連続歩行が可能となった例が 4 例，うち 2 例は自転車エルゴメーターでの運動療法も可能となった。原疾患または合併症のコントロールが不良であり廃用予防目的のリハビリテーションを行ったものが 2 例，本人の希望により積極的な運動療法は行わなかったものの ADL 自立後退院に至った例が 1 例であった。

今後は，術前からの紹介システムの構築を働きかけていくことで心臓血管術前後のリハビリテーション関与からスムーズな運動処方・実施を行うことが目標である。

3. 参加スタッフの知識の向上

術後 ICU からの介入をはじめ，慢性心不全重症例などが対象患者として含まれるため，理学療法士が適切な診療を行うためには循環

器疾患に関するより深い知識が必要である。そのため、個々の自己研鑽に努めることはもちろん、心リハチーム全体としても循環器内科医師が中心となって週2回の勉強会を開催し、スタッフの知識の底上げ、心リハの質の向上を目指している。また、必要に応じてケースカンファレンスを行いプログラムの見直しを随時行えるシステムを構築している。

II. 症例に対する考察

1. 運動療法中止例から学ぶ～

①患者教育の重要性 ②地域病院との連携

重症患者で感染を契機とした状態の悪化で中止となった例は1例であったが、本人の自己都合で中止となった例も3例あった。原因は心リハに対するコンプライアンスが不良であったと考えられ、十分な患者教育が行えていなかったことが推察される。

また、運動処方後当院で外来リハビリテーションが行えなかった例は、自宅が遠方であり通院が難しいことが最も大きい理由であった。このため心リハを行える施設の充実と連携が重要となることが改めて明らかになった。

2. 重症例から学ぶ～より安全に運動療法を遂行するための機器の工夫、スタッフの情報共有の必要性

当院で対象となる患者群には脳腫瘍の術後や脳梗塞の既往のある例、腎機能の低下例などの合併症例が含まれる。麻痺の残存する例では機器の工夫や介助を行い、運動療法を安全に施行していただけるように注意している。

また、腎機能低下例や重症心不全例では服薬コントロール、全身状態の確認、運動中の身体所見の確認をスタッフ全員が行うことにより身体情報の共有化ならびに問題点の指摘が適宜可能となるように努めている。

体重のチェック、身体診察、検査データの検討を主治医と相談し、内服コンプライアンスやライフスタイルに応じた生活指導を行うことが可能となっている。

3. 心理面のサポートの重要性～個々のバック

クグラウンド・ニーズに合わせた介入

患者の中には、長期継続しても薬物治療のように即時効果が得られないことに関するいらいらや、自身が現在抱える他の問題点(仕事や家庭、経済面など)により精神的に変動がみられることがある。

心理学的介入は、ストレス緩和目的や原疾患のリスクマネジメントの効果として、介入群で非致命的な再梗塞の数が減少した²⁾という報告がある。診療場面ではBorg Scaleの数値や、会話中のネガティブな発言などにも患者の心理状態が表れる。そのような訴えがある場合には、診療中に傾聴の時間を設け、必要に応じリラクゼーション目的にストレッチを取り入れるなどの対応を行っている。

今後は、より客観的な指標の導入、ならびに介入方法のさらなる検討が必要だと考える。

【まとめ】

心リハの概念そのものが、患者の生活に寄り添った運動習慣・服薬・食事の理解など包括的なプログラムであることから、施行には科を越えた連携、また施設を越えた連携が重要である。

今後の課題として、急性期病院として術後の早期離床、合併症例や重症心不全例の診療を安全に行えるよう個々のスキルアップ、他科・他職種との連携、提供する内容の充実を図るよう努めていきたいと考えている。

また、当院の入院患者は県内外を問わず遠方からの例も含まれていることから、広い地域で、地域ごとの心リハの基幹施設が存在し、各々連携をとることが求められるだろう。

【文献】

- 1) JCS2007 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(2007年改訂版)
- 2) Rees K et al.: Psychological interventions for coronary heart disease. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 2. Art. No.: CD002902