

1

特集 ケーススタディで理解する！
心リハの患者教育

心臓リハビリ テーションとは



木庭新治 (昭和大学医学部内科学講座・循環器内科学部門 准教授,
心臓リハビリテーション認定医・認定指導士)

point

- 心臓リハビリテーションは多くの専門医療職がかかわるプログラムである！
- 心臓リハビリテーションは心疾患患者さんの生命予後を改善させる！
- 心臓リハビリテーションは運動耐容能と QOL の向上、心血管保護など多面的効果を有する！

はじめに

心臓リハビリテーション（以下、心リハ）は心筋梗塞後の早期離床・早期退院を目的として始まりました。現在では、心大血管疾患患者さんの生命予後と生活の質（quality of life；QOL）を改善させ、多要素的な有益な効果をもたらすことが科学的に証明され、推奨されています。早期再灌流療法・早期退院の時代こそ、心リハのエビデ

ンスを再確認し、実施するべきでしょう。しかし、冠動脈インターベンション（percutaneous coronary intervention；PCI）や低侵襲外科治療の進歩・普及とは対照的に、心リハ参加率はきわめて低いといえます。心リハは多くの医療専門職がかかわるチーム医療です。この視点に立って、日本心臓リハビリテーション学会では 2000 年か

ら心リハ指導士の認定制度を開始しました。受験者数は年々増加し、2016 年 7 月には 10 職種合わせて 795 人が受験し、現在 4316 人の指導士が認定されています。最近 5 年間の職種別合格率では、

理学療法士の 70% 前後に比べ看護師が 50% 以下と低いことが課題です。本特集が看護師の心リハの理解に貢献できることを期待しています。

心臓リハビリテーションとは

心リハの定義や概念は、治療や病態解明の進歩とともに変遷しています。わが国においては、長期臥床が主流であった 1950 年代に、木村 登先生が急性心筋梗塞患者さんの回復期に階段昇降運動を積極的に実施したことに始まります。木村先生は、①冠動脈硬化症（狭心症）に低脂肪食、低カロリー食、積極的運動療法の 3 つが有効なこと、②心不全や弁膜症（当時はリウマチ性僧帽弁狭窄症が主体）にも運動療法が有効なこと、③患者さんの肉体的苦痛と同時に精神的苦痛に対する処置が必要なことなどを提唱され、その功績は偉大です¹⁾。しかし、本格的に心リハが開始されたのは、1977 年の心臓リハビリテーション研究会（日本心臓リハビリテーション学会の前身）設立以降で、1982 年には厚生省研究班が急性心筋梗塞に対する 4 週間の心リハプログラムを発表しました。その後、心筋梗塞だけでなく多くの心血管疾患における効果が実証されています。日本心臓リハビリテーション学会のホームページ（<http://www.jacr.jp/web/>）の「心リハに関する Q&A」では、「心リハとは、自分の病気のことを知ることから始まり、患者さんごとの運動指導、安全管理、危険因

子管理、心のケアなどを総合的に行うものです。医師、理学療法士、看護師、薬剤師、臨床心理士など多くの専門医療職がかかわって、患者さん一人ひとりの状態に応じたりハビリプログラムを提案、実施します」と説明されています。「心リハ＝運動療法」ではありません。心リハは包括的プログラムであり、①患者さんの病態の医学的評価、②科学的評価に基づく運動処方と運動トレーニング、③冠危険因子の是正と二次予防、④心理社会的因子および復職就労に関するカウンセリングと QOL の向上で構成されます。

心リハは患者さん自身が生涯にわたり行うべきものです。患者さんを中心に多職種医療チームが取り囲むものではなく、患者さんが病気と病態を理解し、多職種が連携して患者さんとともに疾病と戦う医療なのです（図 1）²⁾。著しい高齢化社会により慢性心不全や重複障害を持つ患者さんが増加しています。包括的心リハを実践するためには、心リハに関する幅広い知識と技術の習得、情報の共有とチーム医療の充実が必須です。心リハ従事者は包括的医療における立ち位置をしっかりと自覚することが必要です。