

心臓リハビリテーションの現状と課題

西4階病棟 リハビリテーション科 ○廣田里香 羽田幸子 梶原由喜子 外尾加奈
三好ゆか 医事課 工藤暴

はじめに

現在、虚血性心臓病の予防と緩和、再発予防に心臓リハビリテーション（以下心リハ）が有効であることが分かってきている。

WHOは、「心リハとは、心疾患を持つ患者が運動療法、生活指導などにより生活習慣病を調整し、的確な知識を得ることで心疾患の再発に努め、快適で質の良い生活（QOL）を取り戻すための総合プログラムである」と定義している。

当院においてこれまで開心術後の患者や急性心筋梗塞、狭心症の患者に対してDrの指示でNsが心リハを施行してきた。H18年の診療報酬改訂において、対象患者の拡大と点数改定が行なわれ（表1参照）、5月から当院でも専任のPTを置き、心リハの充実に取り組んできた。対象者の拡大への取り組みやNs、Dr、PTと連携をすることで効果的な心リハが実施できるようになってきており、診療報酬の変化もみられてきたため現状の把握と問題点を明らかにするため研究に取り組むことにした。

I. 研究方法

H18年ののべ患者数、診療報酬をH16年、17年と比較する。

H18年度の心リハの取り組みを振り返る

II. 取り組みの実際

1 新しい心リハシステム導入の促進

5月より改訂後の基準に沿って心リハを行なうことになったため、4月の末に、DrとNsとPTと話し合いを行なった。その話し合いの中で改訂後の心リハについての概要と対象疾患や内容の理解に努めた。また、今後の心リハの運営方法や心リハを行なう場所について検討した。心リハで使用する指示箋、心リハ依頼票、心リハ医師記録、心リハ実施計画書の見直しと作成についてはPTとDrを中心に行われた。基準ではNs1人が専任でリハビリを行うようになっているが、まずは心リハ担当Nsを4人決めて交替でリハビリを行うことにした。心リハの実際については資料1を参照。

表1 診療報酬改訂前後の概要

	改訂前	改訂後
対象疾患	開心手術 狭心症 急性心筋梗塞	開心手術、狭心症 急性心筋梗塞、慢性心不全※1、末梢動脈閉塞性疾患、大血管疾患※2
実践者	医師もしくは看護師もしくはPT	専任の医師、専従の看護師、専従のPT
点数	550点（1日）	250点（1単位（20分）あたり）※3
算定日数	発症後（術後）180日	起算日（開始時）より150日
記録	①機能訓練の内容の要点および実施時間 ②リハビリテーション実施計画書の作成	①、②左記と同じ ③ADL加算

※1：駆出率40%以下、最高酸素摂取量80%以下、BNP80pg/ml以上の状態のもの

※2：大動脈解離、解離性大動脈疾患、大血管術後の状態のもの

※3：心大血管リハビリテーションIの場合

※開心術は、術前より算定可能となる。

2 対象疾患の拡大と現状

対象疾患は、開心術後の患者、心筋梗塞、狭心症の患者に加えて大動脈解離、解離性大動脈瘤、大血管術後、慢性心不全、間欠性跛行を呈する末梢閉塞性疾患に拡大された。心リハ対象者がいれば入院後、早期にリハビリが行えるようにDrに積極的に声をかけ、リハビリ前の全身状態の評価や心リハの指示を出してもらうように依頼した。

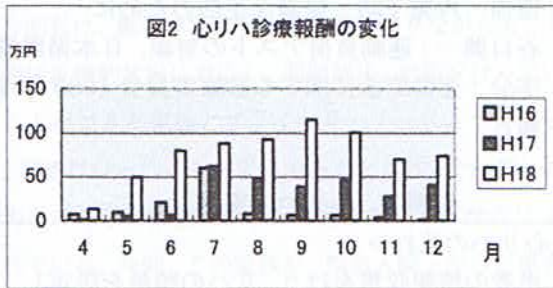
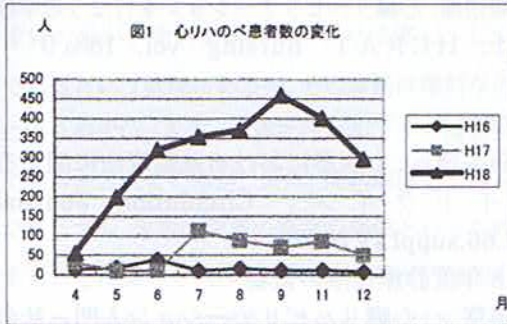
スタッフへ心リハの理解を深めてもらうため、病棟会で心リハの概要について説明を行った。心リハのボードを作り一日のスケジュールを提示し、心リハの状況をアピールした。

NsとPTで業務を分担し、同時に複数の患者の心リハを行ったり、患者の状態によっては、1日2回心リハを行い、効率よく、効果的なリハビリが行えるようにした。

III 結果

1. 心リハのべ人数、診療報酬の変化 (図 1,2 参照)

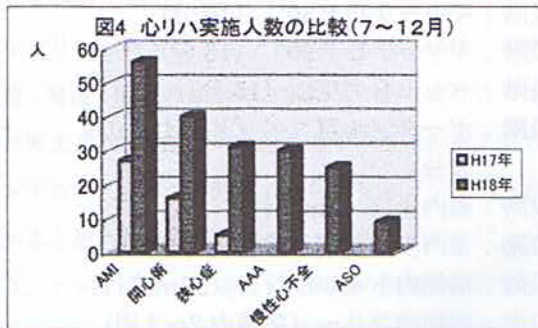
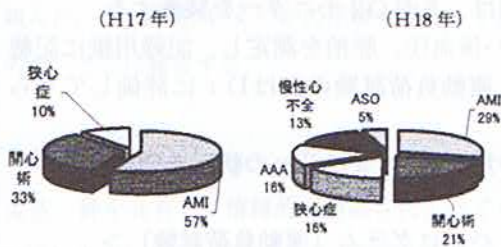
のべ患者数、診療報酬を月別に H16 年、H17 年と比較すると、H18 年は 5 月より急激に増加しているのがわかる。患者数の増加に比例して診療報酬も増加している。9 月が患者数、診療報酬共に最も高くなっている。



2. 心リハを施行した疾患と患者数 (図 3,4 参照)

H17 年と H18 年を比較すると、H18 年は、対象疾患が増えただけではなく、急性心筋梗塞、狭心症、開心術後においても心リハを実施した人数が増加しているのがわかる。

図 3 心リハ対象患者の比較 (7~12月)



3. 心リハの実際

以前の心リハは急性期直後の負荷試験のみ Ns が行っていたが、現在は対象者すべて PT と Ns 一人が専任して行っている。患者の状態に合わせた運動と指導を行っており、監視下で運動を行うため、症状の変化や急変時の対応が速やかに行えるようになった。同じスタッフが関わることで、統一して関わる事ができ、信頼関係も築きやすくなった。

心リハを行う専用の部屋がなく、生理検査室を一部借りて行っているため一度に行える患者が限られている。また、監視型運動療法もエルゴメーター (生理検査用) が 1 台しかないため、病棟の廊下を往復して運動療法を行っている。

4. 患者からの評価

術前後に心リハを行った患者にアンケートを実施した。どの患者からも心リハを行ってみて良かったという声がかかれた。患者の声としては、「手術後体をどの程度動かしていいかや退院後の生活に戻れるかの不安が軽減できた。」「リハビリを行なったことで早く回復したと思う。」などがあつた。一方、術後のリハビリの説明が不十分という声もあつた。患者の要望としては、「環境 (部屋) の整備や散歩コースを作りたい」などであった。

5. Dr、Ns からの評価

心臓外科 Dr からは、術後の早期離床で患者の回復が早くなったという声がかかれた。病棟 NS からは、患者の回復への意欲が向上した、離床が早くなったという声がかかれた。心リハの内容を十分把握してない為、休日にリハビリを代行して行う事が難しいという意見がかかれた。

IV 考察

1. 心リハのべ人数、診療報酬の変化

5 月から患者数が増加しているが、診療報酬改訂後対象疾患が増えたことや専任の PT と Ns を置くことで一日に行えるリハビリの実施患者数が増加したためと考えられる。診療報酬についても患者数に比例して増加しているが PT がコストを一括して取るようになったことで確実なコスト請求につながったと考えられる。

2. 心リハを施行した疾患と患者数

PT が中心となり Dr へ心リハ対象者がいないか声をかけ実施したことが心リハを施行した人数、疾患の拡大につながったと思われる。また、確実な記録ができてきたことで、患者のデータが H17 年よりも多くなった。

3. 心リハの実際

専任のPTとNsが心リハを行うことで日々の患者の変化にも気がつきやすく、患者の個性にあった心リハを行うことができています。また、術前や疾患発症後早期にリハを開始するため、心機能・呼吸機能の改善に役立っている。しかし、運動療法が中心であるため、パンフレットを作成し、生活指導や栄養指導などの日常生活の教育も主治医、栄養士などと連携して充実させていくことが課題である。

リハ時間や運動内容が増えたため、患者に安全で効率良く心リハを実施していくには、新たな場所の確保やエルゴメーターなどの器材の購入が必要である。

心リハスタッフの心リハについての理解は深まったが全スタッフへの普及が不十分なため、心リハのマニュアルを作成し伝達していく必要がある。

4. 患者への指導

患者の声としては、心リハを行って良かったという意見が多かったが、心リハ改訂前のパンフレットを使用し、口頭で補足していたためわかりにくかったようである。現在術前後の経過がわかるパンフレットを作成中である。アンケートを実施した患者が少ないため今後も行い、患者の意見をもとに評価していく必要がある。山崎は、「運動療法の継続には、本人のモチベーションや周囲の協力が大きく影響するため、患者自身の自己啓発を促すことが最も重要になる。」¹⁾と言っている。運動療法の必要性だけでなく、生活改善の必要性を十分動機付け指導をし、具体的に何を改善していくべきかを理解、実践してもらう事が重要である。

5. Dr、Nsへの浸透

DrやNsの意見から心リハを行うことが効果的であると考えられるが、全スタッフの意見ではないため、全スタッフの意見を聞き問題点があれば、解決させていく必要がある。また、心リハカンファレンスの実施も今後の課題である。

Vまとめ

1. 心リハの対象患者拡大・効果的なリハビリに取り組み、患者数・診療報酬は増加した。
2. リハビリのシステムは軌道にのったが、今後内容の充実を目的としたリハビリカンファレンスのシステム化が必要である。
3. 患者指導を充実させるためのパンフレット・マニュアルの改訂が必要である。
4. 一層の患者数増加・リハビリの充実を図るためには、ハード面の充実が必須である。

VIおわりに

現在他病院では、心リハ指導士の資格を取得し、Dr、PT、Nsに加え、薬剤師、栄養士も連携して心リハに携わっている。当院でも今後更に安全で効果的な心リハが提供できるように取り組んでいきたい。

<引用文献>

- 1) 山崎宗隆. 心臓リハビリテーションを行なう理学療法士. HERAT nursing vol. 18No.9

<参考文献>

- 1) 斎藤宗靖ら:心疾患における運動療法に関するガイドライン, Circulation Journal Vol.66,suppl.IV,2002
- 2) H18年度診療報酬の概要
- 3) 後藤葉一:心臓リハビリテーション入門—社会復帰・再発予防・快適な生活のために—
- 4) 谷口興一:運動負荷テストの対象,日本循環器学会:運動療法に関する診療委員会1989年度報告

資料1 心リハの実際

<心リハの流れ>

1. 患者の情報収集を行う。リハの順番を決定し、ホワイトボードに記入する。
2. リハ前に血圧、脈拍を測定し、記録用紙に記載する。症状の有無、心電図モニターを確認する。運動負荷試験際は、リハ前後に12誘導を施行する。
3. リハビリの実施。ウォーミングアップ→運動(歩行または、エルゴメーター)→休憩→終了。リハ中は、SPO₂モニターを装着する。
4. リハ後血圧、脈拍を測定し、記録用紙に記載する。運動負荷試験の際はDrに評価してもらう。
5. 受け持ちのNsにリハの状況を報告する。

<心リハプログラム(運動負荷試験)>

- 1段階:絶対安静
- 2段階:ギャッチUP30°(15分)
- 3段階:ギャッチUP90°(15分)
- 4段階:ベッド自力坐位(15分)
- 5段階:ポータブル可(ベッドサイド立位3分)
- 6段階:室内歩行(5m歩行)
- 7段階:室内歩行(10m歩行)
- 8段階:病棟内トイレ歩行可(50m歩行)
- 9段階:病棟内フリー(病棟内2~3周)
- 10段階:病院内フリー(Drがトレッドミルを施行)