

心疾患のリハビリテーション

歴史的展開

心臓リハビリテーションは急性心筋梗塞患者の管理手法として発展してきた学問であり、わが国で本格的な研究が始まったのは1977年に心臓リハビリテーション研究会が発足してからである。わが国での認知度・普及度は低かったが、2000年に発足した心臓リハビリテーション指導士認定制度によるマンパワーの確保、診療報酬改定による採算性の改善、2004年に設立されたNPO法人ジャパンハートクラブの活動、などにより今後広く普及することが期待される。(長山雅俊氏ら, 7頁)

チームアプローチ

2006年度の診療報酬改定における構成スタッフとして医師、看護師および理学療法士が定められており、そのためスタッフの組織化はまずこの3職種が基本となろう。世界的にみても心臓リハビリテーションの構成チームにこの3職種の存在は一般的である。患者によりリハビリテーションのゴールはさまざまであり、その類型が具体的に示されている。そこには他の専門職種がバランスよく有機的に関わる必要がある。(高橋哲也氏, 15頁)

虚血性心疾患

急性心筋梗塞患者のリハビリテーションには急性期、回復期および維持期があり、それぞれの目標が決められている。近年では早期離床、早期退院が可能になり、回復期～維持期における運動療法の継続や再発予防対策が重要となってきた。有酸素運動を主体とする運動療法は循環系の評価に基づいて負荷量やリスクを層別化し、適応と禁忌を明確にして進めることが重要である。冠動脈形成術後や安定型狭心症の患者における定期的な運動トレーニングの効果についても紹介されている。(牧田茂氏, 23頁)

慢性心不全

かつては運動療法が禁忌とされた慢性心不全患者も、2006年度の診療報酬改定で心臓リハビリテーションの対象とされた。運動介入は十分な疾病管理が前提であり、適応と禁忌を遵守することが重要である。安定期にあるコントロールされた患者が適応となり、疾病管理状況や運動中の血圧、脈拍の反応をモニタリングしながら行う。筆者らが開発した筋力トレーニングと持久力改善の漸増運動方法が紹介されている。(山田純生氏ら, 31頁)

心・大血管手術後

クリニカルパスが適用できる在院日数の短い標準的症例と、合併症等により術後入院期間の延長する重症例とに二極化する傾向にある。クリニカルパスによりリハビリテーションプログラムを含む流れが全てのスタッフに明確となる。75歳以上の高齢者には術前の運動能力を把握し、術後リハビリテーションをオーダーメイド化し、ゴールも柔軟に変更できるようにすることで対応している。(竹村隆広氏ら, 37頁)