

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

澁川 武志

滋賀医科大学医学部附属病院リハビリテーション部

【緒言：研究の背景と目的】

リハビリテーションの中でも、循環器疾患に対する包括的心臓リハビリテーション(以下、心リハ)は、運動耐容能の向上、冠動脈硬化・冠循環の改善、冠危険因子の是正、生命予後の改善、QOLの向上などの効果が示され、有効的治療法かつ予防法の一つとして確立されている¹⁾²⁾³⁾⁴⁾⁵⁾。しかし、全国的な普及率は高くなく、大都市を擁する都道府県にのみ心大血管リハビリテーション認定施設(以下、認定施設)の充実を認める⁶⁾⁷⁾⁸⁾。人口の少ない都道府県では認定施設も少ない傾向があり、滋賀県においては、滋賀医科大学医学部附属病院・滋賀県立成人病センター(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」より)・済生会滋賀県病院のわずか3施設に止まる。全国的にみると、滋賀県の人口増加率は高い(滋賀県の推計人口は、2009年10月1日時点で年間1,059人(0.08%)増加。2010年1月1日時点で、総人口は1,402,418人。県HP統計課より)が、その中でも高齢者の占める割合が年々増加している。高齢化に伴う心疾患イベントのリスク増加が懸念され、今後心リハの必要性が増すことは容易に予想される。循環器内科や心臓血管外科からの心リハ需要増加にも関わらず、供給する認定施設は全国水準より低い⁶⁾⁷⁾⁸⁾というのが現状である。また、認定施設の認定要件として理学療法士の配置が必須となっている⁹⁾が、その理学療法士は「心リハに対して理解や関心がない」とよく言われる。また、医師から「セラピストは循環器の知識や心リハを実施する技術がない」と言われることも少なくない。

そこで、県内で心リハを普及させるにはどうすればいいのか？何が普及への阻害因子となっているのか？という疑問が生じる。先行研究^{5)~16)}では、心リハの採算性および安全性に関する調査や心リハの有効性と費用に関する調査が行われているが、それらや環境面以外の要素は加味されていないものがほとんどである。そこで、実際に心リハを行う立場であるセラピストからの意見を把握することも有効ではないかと考えられた。

本研究は病院で実際の臨床を担当するセラピストの心リハへの意識・考えの実態把握を目的としている。また、アンケートで得た回答を統計・分析し、県内での心リハ普及への問題点を抽出した後、普及を促進するための方策を検討することも目的としている。

【対象と方法】

1. 対象施設

対象は、WAM NET(独立行政法人福祉医療機構)の医療機関情報(2009年5月1日時点)を用いて、県内すべての病院から精神科専門病院を除いた53施設である。調査は2009年9月~12月に郵送アンケート形式で資料を送付・回収した。

回答者は基本的に各病院に勤務するセラピスト(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)とした。セラピストが在籍していない場合、施設のリハビリテーション業務に携わるスタッフであれば、健康運動指導士など他職種でも構わない事にした。アンケート用紙は各施設3部ずつ送付し、多数のセラピストが在籍する場合、代表者3名に回答していただけるよう協力をお願いした。

2. 調査項目

主な調査項目は以下の通りである。

- 基本事項

回答セラピスト個人に関する質問や在籍する施設に関する質問。職種、役職、臨床で関わる時期、得意分野、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。

A. 心臓リハビリテーション実施の有無

施設基準、いつから実施しているか、届出を取り下げたのはなぜか、新たに申請しようと思うか、など。

B. 循環器疾患の有無

急性心筋梗塞患者(以下、AMI患者)の有無、心大血管手術の有無、循環器医の数、など。

C. 循環器疾患に対するリハビリ経験の有無

循環器疾患に対する不安や自信、心疾患イベントへのリスク管理について、など。

D. 循環器疾患のリハビリに関する意識

合併症や既往歴に心疾患がある場合重要視するか、循環器医のリハビリに対する理解・認識の程度、それを求めるか、など。

E. 心臓リハビリテーションの必要性

自分の施設に心リハは必要か、心リハ・心リハ指導士に興味はあるか、学んでみたいか、携わりたいか、など。

F. 情報関連

心リハ学会 HP を見たことがあるか、県内心リハ実施施設がどこか知っているか、など。

G. 参加意識

今まで心リハの学会・研修・セミナー・フォーラム等に参加したことがあるか、参加したいと思うか、など。

H. 医療サービスを支える資源

エルゴメーターが設置されているか、心リハへのマンパワー・採算性やスペースの問題について、など。

また、最終欄には心リハに対する考えを自由記載してもらった。

3. 統計・分析

回収して得た有効回答を統計し、県内での心リハの普及に関する問題点を抽出した。また、セラピストが実際の臨床の現場で循環器疾患や内部障害に対してどのような考えを持ってどのように取り組んでいるかをまとめ、心リハを実施していない理由などとともに先行研究と比較し、普及を促進するための方策を検討した。

【結果】

回答は 34 施設からあり、回答率は 64.2%、回答者は 90 名であった。セラピストが在籍しない 1 施設からは、その旨を記載した返信書類をいただいた。調査項目の内容と結果を表 1、表 2 に示す。

『基本的な事項』より、回答者の職種は理学療法士 80 名(88.9%)、作業療法士 8 名(8.9%)、言語聴覚士 2 名(2.2%)であった。そのうち、心リハ指導士の資格を 3 名(3.3%)が有しており、全て理学療法士であった。『A 心臓リハビリテーション実施の有無』より、回答者のうち心リハを実施している施設に 7 名(7.8%)が在籍しており、そのうち心リハに携わっているのが 5 名(5.6%)であった。心リハ指導士を有し、心リハに携わっている回答者は 2 名(2.2%)であった。それぞれ施設基準 1 が 1 名、施設基準 2 が 1 名であった。実施施設の 7 名全員が「自分の施設に心リハは必要である」と強く思っていることが分かった。全体では、自分の施設に心リハは必要だと思っている回答者(37.8%)が、

必要と思わない回答者(25.6%)を上回っている。また、心リハを実施している5名の回答者のうち4名が、「呼吸循環器系に対する自分の知識は十分か」に対し「どちらでもない」とし、1名は「やや違う」と答え、全員自信を持って心リハに臨んでいるわけではないということが分かった。この5名全員がこれまで県外・県内で開催された研修会等に参加したわけではなかったが、5名とも今後研修会等に「参加してみたい」と意欲的であることが分かった。また、以前施設基準2で届出していたが、「スタッフ不足」で取り下げた回答者が1名いた。「スタッフ不足」と「スペース不足」により、新たに申請しようとは「思わない」ということであった。全体では、「計画中」が3名いるものの、新たに申請しようとは「思わない」が35名(38.9%)であった。理由として最も多かったのが、「スタッフ不足」の15名(16.7%)であった。

また、「急性期病院に関わる」回答者が最も多く57名(63.3%)、次いで「回復期リハビリテーション」が17名(18.9%)、「維持期リハビリテーション」9名(10%)、「在宅、訪問リハビリテーション」5名(5.6%)の順となった。「臨床で最も整形外科的疾患を多く経験する」は45名(50%)、「脳血管障害」が40名(46.7%)と、ほぼ2つに分かれた。「運動器リハビリテーションを最も得意とする」は47名(52.2%)、次いで「脳血管リハビリテーション」31名(34.4%)となり、「呼吸リハビリテーション」5名(5.6%)、「心臓リハビリテーション」はわずか2名(2.2%)であった。どちらも心リハを実施している回答者であった。しかし、指導士を有している回答者では、1名しか心リハを「最も得意」と答えていなかった。

施設に関して、在籍セラピスト数は「15人以上」が最も多く37名(41.1%)、次いで「~15人」16名(17.8%)、「~10人」14名(15.6%)であった。「100~200床」が最も多く42名(46.7%)、「400床以上」が25名(27.8%)であった。また、「一般病院」47名(52.2%)、「医療療養型」17名(18.9%)、「地域医療支援病院」10名(11.1%)の順となった。さらに、最も多かったのが「一般病院」「100~200床」30名(33.3%)であった。

役職は「一般職員」が最も多く44名(48.9%)、管理職に就いている回答者が全部で40名、内訳は「主任」18名(20%)、「技士長」11名(12.2%)、「上記以外の管理職員」7名(7.8%)の順に多かった。資格取得年数は、「10~20年」27名(30%)、「3~5年」16名(17.8%)、「5~10年」15名(16.7%)、「20年以上」14名(15.6%)、「1~3年」13名(14.4%)、「1年未満」5名(5.6%)の順であった。何らかの管理職に就いている40名中32名(80%)が「資格取得年数10年以上」であった。勤続年数は、「5~10年」28名(31.1%)、「3~5年」18名(20%)、「1~3年」17名(18.9%)、「10~20年」12名(13.3%)、「20年以上」7名(7.8%)、「1年未満」8名(8.9%)の順であった。現在の役職についてからの年数は、「1~3年」27名(30%)、「1年未満」18名(20%)、「5~10年」17名(18.9%)、「3~5年」13名(14.4%)、「10~20年」3名(3.3%)、「20年以上」1名(1.1%)であった。

『B 循環器疾患の有無』では、61名(67.8%)の施設で「循環器内科医が1人以上常勤」していたが、「心臓血管外科医が1人以上常勤」しているのは23名(25.6%)の施設に限られた。また、44名(48.9%)の施設が「AMI患者の入院」があっても、実際には「AMI患者へのリハビリを経験している」のは27名(30%)と少なかった。「心大血管の手術」は22名(24.4%)の施設で行われていた。単純に経験だけでは、AMI患者へのリハビリを経験している28名(31.4%)よりも、心大血管術後患者へのリハビリを経験をしている35名(38.9%)の方が多かった。そして、「心大血管の手術が行われていて、そのリハビリ経験がない」と答えたのは6名、「手術はある、そのリハビリ経験もある」のが16名、「手術は無いが、リハビリ経験はある」と答えたのが19名で一番多かった。

『C 循環器疾患に対するリハビリ経験の有無』では「今まで循環器疾患を有する患者にリハビリを

行ったことがある」と69名(76.7%)が答えている。そのうち、「心疾患イベントへのリスク管理を十分に行えていたと思う」は47.8%、「思わない」は17.3%いたが、84.1%が何かしらの不安を持っていたことが分かった。さらにこれらは資格取得年数等に関係がなかった。「今後、不安はあるか」の質問に82.6%が、少なからず不安があると答えている。「今後のリスク管理への自信」は、47.8%が「無い」方を選び、「ある」方を選んだのは15.9%に止まった。これらより、循環器疾患を有する患者に対してセラピストは、リスク管理への自信が無く、何らかの不安を持って対応してきており、今後も自信の無さは変わらず、不安の大きい事が分かる。

また、「循環器疾患を有する患者へのリハビリ経験がある」回答者のうち、最も多い29.0%が「一般病院」「100～200床」の施設に勤務している。資格取得年数別では、「1年未満」4.3%、「1～3年」11.6%、「3～5年」20.3%、「5～10年」18.8%、「10～20年」22.2%、「20年以上」14.5%となった。これだけ見ると、資格取得年数が長ければ、循環器疾患を有する患者へのリハビリを経験しているかのように思う。それぞれの回答者の総数で割って確かめると、「1年未満」3/5名=60%、「1～3年」8/13名=61.5%、「3～5年」14/16名=87.5%、「5～10年」13/15名=86.7%、「10～20年」21/27名=77.8%、「20年以上」10/14=71.4%となり、やはり資格取得年数がリハビリ経験の有無を決定している。そして、「経験の無い」回答者18名(20%)は、「1～3年」27.8%、「10～20年」22.2%、「20年以上」16.7%、「3～5年」11.1%、「5～10年」11.1%、「1年未満」11.1%となり、資格取得年数の短い若手が多い。総数で割ると「1年未満」2/5名=40%、「1～3年」5/13名=38.5%、「3～5年」2/16名=12.5%、「5～10年」2/15名=13.3%、「10～20年」4/27名=14.8%、「20年以上」3/14名=21.4%となり、やはり資格取得年数の短さが関係してくる。こちらも「一般病院」「100～200床」の施設が最も多く、50%であった。

以上より、循環器疾患を有する患者へのリハビリ経験があるかどうかは、施設の問題とは一概に言えないが、資格取得年数に関係があることが分かる。

『D 循環器疾患のリハビリに関する意識』では、93.3%が「主治医の許可さえあればどんな運動負荷を実施してもいい」とは思っておらず、91.1%が「合併症や既往歴に心疾患がある場合、重要視する」と答えている。そして「他セラピストに比べると自分の循環器に関する知識は十分ある方だ」と答えたのは僅か8.9%で、50%が「知識が乏しい」と考えており、資格取得年数が短いほど「全く乏しく思う」傾向が強く、資格取得年数が長くなると「やや乏しく思う」傾向に緩和される結果が出た。

また、「循環器医は心リハへの認識・理解が十分」と感じているのは14.4%で、「不十分」と感じている37.8%が優った。「循環器医に心リハへの認識・理解を求めるか」については、「求めない」は5.6%のみで、62.2%が「求める」と答えている。

『E 心臓リハビリテーションの必要性』では、前述したように「自分の施設に心リハは必要と思う」36名(37.8%)が、「必要と思わない」23名(25.6%)を上回っている。「必要と思わない」を選んだ65.2%が資格取得年数10年以上のセラピストであった。また、64.4%が心リハに「興味がある」とし、10年未満のセラピストに多い傾向があった。そして68.9%が「学んでみたい」と思っていることが分かった。心リハ指導士という資格に対しては、51.1%が「興味がある」としている。そして47.8%は「心リハに携わりたい」と思っている。これらには特別な傾向はなかった。また、「やはりセラピストは特別な手技を用いて治療を行うべきである」と答えたのは23名(25.6%)で、そう「思わない」22名(24.4%)とほぼ同数であった。傾向として、「10～20年」の12/27名=44.4%が最も多く特別な手技が必要であると思っていることが分かった。逆に「そうは思わない」は、「5～10年」の8/15名=53.3%が最も多く答えている。また、「そもそも心リハがどういうものか分からない」と21名(23.3%)が答えた。この21名中10

名(47.6%)が「特別な手技を用いるべき」とも答えている。これらと資格取得年数などの関係があるか分析してみたが、特別な傾向を見出すことはできなかった。

『F 情報関連』では、「施設基準を知っている」回答者は約半数の42名(46.7%)いたが、「日本心臓リハビリテーション学会のホームページを見たことがある」は28名(31.1%)と減り、「県内ではどの施設が心臓リハビリテーションを実施しているか知っている」は19名(21.1%)しかいなかった。77.8%が県内で心リハを実施する施設を知らない事実が明らかになった。

『G 参加意識』、心リハ実施者に関しては前述した通りである。さらに回答者全体の傾向として、「県外で開催された心リハの学会等に参加したことがある」は20名(22.2%)に止まり、「県内で開催された学会等に参加したことがある」はさらに少ない14名(15.5%)であった。枠を拡大した項目では、「今まで内部障害疾患関連の学会等に参加したことがある」は43名(47.8%)と増加したが、「整形外科疾患関連」の75名(83.3%)、「脳血管障害関連」の77名(85.6%)に比べると少ない傾向であることが分かった。また、「参加したい」のは「県外での開催」43名(47.8%)、「県内での開催」53名(58.9%)であり、特に「県内において勉強会等の開催を望んでいる」事が分かった。「望んでいない」回答者は県外17名(18.9%)、県内14名(15.6%)と少ない。「資格を取るなら」の項目では、「心臓リハビリテーション指導士」が31名(34.4%)と、「呼吸療法認定士」の29名(32.2%)を上回り最も多かった。

『H 医療サービスを支える資源』では、勤務施設に「自転車エルゴメーターを設置している」は85名(94.4%)とほとんどであった。「トレッドミルが設置されている」は43名(47.8%)で、約半数に上る。また、「呼気ガス分析による運動負荷試験装置(CPX)が設置されている」は23名(25.6%)であった。「仮に今から始めるとすれば、心リハへのマンパワー(2名)がある」と答えたのは、26名(28.9%)であった。内訳では、「在籍するセラピスト数15人以上」が16名(61.5%)と最も多く、その中でも400床以上有する施設の回答者が8名(30.8%)と最多であった。58.9%が「今から始めると採算性に不安がある」と答え、「採算性は大丈夫」と考えているのはわずか5.6%であった。「採算性に不安がある」53名中、資格取得年数10年以上の回答者は28名、管理職に就く回答者は28名であった。これらは同じ回答者ではない。また「スペースの確保」については、「どこからも確保できない」が33名(36.7%)で最も多かった。この33名中最も多かったのが「一般病院」「100~200床」の21名であった。次いで「施設基準1を満たす30㎡以上」が24名(26.7%)いた。この24名中最も多かったのが「一般病院」「400床以上」の5名であった。他、医療療養型施設では6/17名(35.2%)が「どこからも確保できない」と多く、地域医療支援病院では、4/10名(40%)が「施設基準1を満たす30㎡以上」と多かった。

最終項目である自由欄には25名の回答者から記載を得た。詳細を表3に示す。

【考察】

長山¹⁰⁾¹⁷⁾が指摘するように我が国における心リハの普及は、欧米より20~30年は遅れていると考えられる。小山⁷⁾⁸⁾は2006年の診療報酬改定後の心リハの現状を調査し、都道府県別の届出医療機関数を調べている。滋賀は1施設から2施設へと増加し、現在では3施設で実施しているが、大阪府、福岡県、東京都、神奈川県、北海道の20施設以上と比較するとはるかに少ない。根本的に人口や病院数が異なるが、明確な地域格差が認められる。さらに佐方¹³⁾は行政の立場から、日本の総リハビリテーション医療費は約3,900億円であるが、心大血管リハビリテーションの医療費はわずか10億円程度であるとし、同分野が他分野に立ち遅れていることを説明している。全国的にそのような傾向であるため、地域格差が認められる滋賀県において心大血管リハビリテーションを算定する施

設が少ないのは自明の理である。

心リハが普及しない要因として、先行研究^{6)~8)15)18)~20)}では「設備不足」「スペース不足」「スタッフ不足」「施設基準」を挙げている。本調査では「スタッフ不足」が、施設基準を取り下げた1施設の理由に挙げられ、「新たに申請しようと思わない」回答者の最多理由であった。「施設基準」は他の要因によって導かれるものであり、前者3つの要因から検討していく。

まず「設備不足」に関して結果を見ると、本調査では94.4%の施設に自転車エルゴメーターが設置され、47.8%にトレッドミルが設置されている。呼気ガス分析による運動負荷試験装置は25.6%の施設で設置されており、心リハ実施施設に勤務する回答者の割合7.8%より多く、必ずしも「設備不足」が普及の重要な阻害要因であるとは言い難い。

次に「スペース不足」に関して、2008年の改定(表4)で施設基準を取得するためのスペースが30 m²以上に緩和された。経営母体別に見ると、病院内のハード面およびソフト面において、民間病院以外は柔軟性に欠け、施設基準改定に即座に対応できないことがうかがわれた⁸⁾が、本調査では異なる傾向が出た。すなわち、地域医療支援病院、一般病院に関係なく400床以上有している施設にはスペースの余裕がある傾向が表れた。施設基準を満たすスペースの確保は100~200床を有する一般病院ほど厳しく、200床未満が多い医療療養型も厳しい。

続く「スタッフ不足」に関して、「スペース不足」と同様の傾向が表れた。施設基準を満たすスタッフ2名という心リハへのマンパワーの確保は、在籍するセラピストの総数が多い施設は当然として、病床数が多い施設ほど可能である傾向が出た。実際心リハ学会に登録されている施設の半数以上は、400床以上の規模の施設である²¹⁾。

以上より、県内では病床数が大きく関与していると考えられ、施設の規模が小さいとスペース・マンパワー共に確保する事が困難で、施設基準の取得が難しいことが分かる。心リハ学会に登録されている大半の施設は、比較的大きな規模かつ急性期治療も可能な施設である²¹⁾。日本の循環器医療は急性期に重点が置かれており、心リハ医療はきわめて普及が遅れている¹³⁾実態がある。海外の報告と異なり、わが国の現状は急性期の介入が主体であり、回復期~維持期において充実した心リハを実施している地域は限られている。県内における3施設だけでは、維持期まで十分に実施できるとは言えない。滋賀県で充実した心リハを提供するためには、急性期治療を実施していない小規模な地域の循環器施設が、回復期~維持期を請け負う受け皿的な施設として心リハに参加することが望ましい。

さらに上月ら¹¹⁾は、全ての要因の背景に心リハの採算性は大丈夫かという不安があると推察している。後藤¹³⁾は、一般的な病院で年間に扱う心筋梗塞数から計算される心臓リハビリテーション施行人数はそう多くないため、2006年改定後施設基準の専従コメディカル2名では経営的に成り立たないことを説明し、現実に即した施設基準を作るよう提案している。それに関して後藤²⁰⁾・長山¹⁰⁾は2008年の診療報酬改定によって、十分な収入を得られることを示し、健全経営の戦略が成り立つと述べている。さらに上月ら¹¹⁾は、心リハの採算性は施設間のばらつきが大きいものの、平均値としては決して悪くないことを明らかにしている。現行の基準のうち、施設基準の診療報酬では原価割れしている¹⁴⁾という報告もあり、中規模以上の病院は採算を考慮すると、より厳しい施設基準を取得する必要があると考えられる。これまで心リハの採算性は医療制度や診療報酬の改定により様々な影響を受けてきた。普及のために県内の施設に求められるものは、今後の診療報酬改定に対する継続的かつ柔軟な対応である。

本調査でも、「採算性について不安がある」傾向が出た。そのように感じる資格取得年数10年以

上の回答者や管理職に就く回答者は、それぞれ 52.8%に止まり、資格取得年数の長さや管理職である事自体が必ずしも重要な決定因子ではないと考えられる。先行研究⁸⁾¹⁵⁾¹⁹⁾が指摘するように、セラピストは心リハに対して「患者数の確保に疑問がある」・「手間がかかる割に収益が上がらない」と考える傾向を持つ可能性がある。全国調査では、現在の診療報酬評価に対して、施設基準では「適当」と考える回答者が最も多く(68%)、施設基準では「安い」(56%)が最も多かった¹⁵⁾。採算性の面では、施設基準ではなく を取らなくては厳しい現状がうかがえる。

また、ただ単に施設基準を取得するのが難しいという理由だけでなく、医師およびスタッフの心リハに対する認識あるいは熱意が低い⁶⁾⁸⁾¹⁸⁾という意見もある。後藤ら¹⁹⁾の全国調査では、スタッフ・設備・スペースに余裕のある大規模病院であっても心リハを実施していない施設が多数存在することから、普及に対する阻害因子に「循環器疾患に携わる医師や病院経営者の心リハの必要性に対する理解が低い」を挙げている。本調査で「心リハは必要と思わない」と答えた 23 名中(全て理学療法士)、15 名(65.2%)が何らかの管理職に就いている。23/90 名=25.6%に比べ、管理職 15/40 名=37.5%であり、管理職に就く回答者ほど「必要と思わない」と考えている傾向があることは無視できない。県内では、医師だけでなくリハビリテーション部門の代表者も心リハの必要性に対する理解が低い可能性がある。さらに「必要と思わない」を選んだ 65.2%が資格取得年数 10 年以上のセラピストであった。我が国で初めて心リハの算定が可能になったのは 1988 年で、包括的な介入が望ましいとの理由から 1992 年に心疾患リハビリテーション料と名称を変更した。さらに 1996 年には適応疾患が拡大され、算定期間も延長された。この改定より心リハ普及が期待されたが、思ったほどの認定施設の増加は得られなかった¹⁰⁾。10 年以上の中堅～ベテラン世代はこれらの時期を経て現在に至り、これまで変遷はあったものの普及しなかった経験があるため、現在でもそれほど必要性を感じない傾向が出た可能性がある。そして、何らかの管理職に就いている 40 名中 32 名(80%)が「資格取得年数 10 年以上」であり、先述した理由が重なっていることは、県内での普及に対する大きな阻害因子といえる。さらに心リハに対する興味は、資格取得年数の短いセラピストに多い傾向が表れた。心リハに興味を持つスタッフがいないことが心リハの普及を妨げている⁶⁾⁸⁾²⁰⁾と指摘されているが、県内セラピストに関して言えば、全員にあてはまるわけではなく、主に管理職に就いているような資格取得年数の長いセラピストの意識が問題である。普及のための方策として、資格取得年数 10 年以上あるいは(もしくは、かつ)管理職に就くセラピストに対して心リハの必要性を啓蒙することが重要である。

続いて、心臓血管外科医よりも循環器内科医が常勤する施設が多いことが分かったが、リハビリではAMIよりも心大血管術後の方が多かった。これは、2 つの理由が考えられる。一つは、38.6%が「AMI 患者の入院はあるが、そのリハビリ経験は無い」と答えていることである。後藤ら^{18)~20)}の循環器病研究委託費研究班の2004年全国実態調査では、日本循環器学会循環器専門医研修病院でさえAMI患者に対して回復期における心リハ実施率が19.8%と少なく、退院後の外来通院型心リハを実施していたのはわずか9%であった。AMI患者のうち退院後に外来通院型心リハに参加する患者は3.6~7.6%に過ぎないと推計された。これらは欧米と比較して、特に外来通院型心リハの普及の遅れが著しいことを示している。原因として循環器医が心リハを必須の治療と考えていないことが挙げられている。もう一つは、「手術は無いが、心大血管術後のリハビリ経験はある」回答者が最多であったことより、AMI患者がそのまま退院することに対し、心大血管術後患者の多くが自宅近くの中核病院に転院し、廃用症候群としてリハビリを受けるからだと考えられる。充実した急性期治療設備を有する大病院から地域病院へ戻った後、廃用症候群に対してではなく、二次予防目的に心リハを継続することが重要である。

さらに、回答者の 37.8%が「循環器医は心リハへの認識・理解が不十分」と感じており、62.2%が「循環器医に心リハへの認識・理解を求めると答えている。長山は医師の心リハに対する理解・認識を深める方法として、「少数例での経験」を提案している¹⁷⁾。医師が一度心リハの有効性・予防的効果を知れば、救命に関わる急性期治療だけでなく心リハも必須の治療と考えるだろう、と述べている。それならばリハビリテーションの専門家であるセラピストが主導し、積極的に医師へ働きかけ、経験してもらいべきなのかもしれない。これは、前述した 62.2%の回答者が実際に行動する際の方法の一つと考えられる。

また、実際に心リハ部門を立ち上げるには、経験豊富な施設の見学も大切である。自分たちの施設に似たモデルが見つかるよう数箇所の施設に見学に行き、経験者に教えを請い、大規模から小規模まで運営形態を見ておく必要がある¹⁶⁾。しかし、県内において実施しているのはわずか 3 施設だけであり、「県内でどの施設が心リハを実施しているか知っている」のは 21.1%だけであったことから、その認知度は低い。さらに、県内の認定施設を確認できる「心リハ学会 HP を見たことがある」回答者は 31.1%に止まり、心リハに対する興味はあるが実際の関心は低いことが分かった。2008 年の改定では、心リハ普及の最大のハードルであった施設要件とスタッフ要件が緩和され、算定点数が減額されたものの医師の直接監視が外された。これから認定施設の増加が予想される¹⁰⁾ため、今後心リハ部門を立ち上げる施設のセラピストには、県内の認定施設を確認・見学し、そこから病病連携を深め、滋賀県全体に急性期～維持期にかけて心リハを普及させていくことが望まれる。

普及を妨げる別要因として、長山¹⁷⁾が指摘するようにセラピストは内部障害が苦手である。本調査では、循環器疾患に対しリスク管理への自信が無く、何らかの不安を持って対応しており、今後も自信の無さと不安は変わらない傾向が出た。それにも関わらず、実際に心リハの学会・研修・セミナー・フォーラム等に参加した人数は少ない。整形的疾患や脳血管障害を臨床上多く経験するため、他分野に優先度を譲る結果になっている。資格取得年数に関係なく、心リハを学んでみたいと思うセラピストが多く、県内において心リハの学会・研修・セミナー・フォーラム等の開催が望まれる傾向があった。現状では開催数自体が他分野にまだ追いついていないと考えられる。ここ数年、県内でも開催が増えてきたが、隣の京都の方が多く、規模も大きい。県外なので連絡が届かず、そもそも開催自体を知らないセラピストが多いのではないかと懸念される。心リハを実施していない各施設にも連絡が行き届けられる県内においてこそ、勉強会等を多く開催することが普及促進への第一歩と考えられる。櫻井²³⁾によると、「心臓リハビリテーション」という言葉は、厚生労働白書データベースを検索しても 1 件もヒットせず、循環器の一領域における専門用語であることを認識すべきとしている。その意味の理解にいたっては、医療従事者でさえあやしいと考えたほうがよい、と述べている。2009 年現在でも同様に 1 件もヒットせず、本調査で回答者の 23.3%が「心リハがどのようなものか分かっていない」ことが明らかになった。後藤ら⁶⁾は、社会全体に心リハへの啓蒙が必要であるとし、a)医療者、b)患者・家族、c)一般市民向け、の 3 つの階層レベルでの積極的な啓蒙を進める必要があると述べている。櫻井²³⁾も普及のためには心リハをあらゆる医療従事者、国民、行政に対しアピールしていく必要があるとしている。同時にその普及の原点が患者であることも強調している。心リハの指導を受けるのも、その恩恵にあずかるのも患者自身であり、患者自ら参加を求めよう心リハを提供できなければ、普及は望めず、提供できてこそ、心リハの地位は安定すると述べている。仮に県内で AMI 患者が自ら心リハを希望し二次予防を含めた包括的な心リハプログラムに参加するには、認定施設に行くしかなく、ほとんど誰も知らないのが現状だろう。櫻井²³⁾は、背景には主治医の心リハに対する無知に起因する説明不足が大きいと指摘し、牧田¹²⁾も、回復期心リハ実施施設が極端に少ない原因として、

循環器医を中心とした医療者に循環器疾患予防としての心リハの意義がまだ十分理解されていないことを指摘している。本調査ではセラピストの 77.8%が、認定施設がどこか知らず、医師・患者の無知だけでなくセラピストも同様と考えられる。心リハにおけるわが国と欧米との最大の違いは、欧米では患者も医療者も、心疾患罹患後は心リハが必須であると認識しているのに対し、わが国ではその概念自体が浸透していない上、なかなか医療者が興味を示さない⁶⁾⁸⁾²⁰⁾ことであり、滋賀県も同様と言える。普及のためには、多方面への心リハ啓発活動が必要であり、まずは県内の心リハの実態を患者だけでなく、医師・セラピストが知ることから始めなければならない。

長山は著書や講演で、「普及しない理由は、行う場所が無い・スタッフがいない事ではない。その先生(病院)が、心リハを必須の治療と考えていないからである。それこそが“専門バカの壁”である。」と主張している¹⁷⁾²²⁾。本調査では、これを引用して“セラピストにおける専門バカの壁”とも言い得るかのような結果が出た。すなわち、セラピストの「専門性」は特別な手技と疾患によるものと考えている傾向が出た。これはセラピスト個人の考え方によるところが大きい可能性がある。特に 10 年を境に中堅からベテランに向かうほど、特殊な手技、いわゆる“セラピストらしい”治療アプローチを好む傾向にあるといえる。伊東¹³⁾や田倉¹⁴⁾は、心リハはその定義や方法論から見ても、予防という概念が無くまた集団療法の効果が低い他のリハビリテーションとは本質的に異なる医療であること、回復期でも重大な合併症や再発の危険性があること、心リハは維持期といえども介護保険の範疇では対処不能で介護サービスとして成立しないことなどの問題点を提起している。異なる概念であることから、特殊な手技を好んで用いてきた資格取得年数 10 年以上のセラピストほど受け入れがたい傾向にあることが分かる。さらに佐方¹³⁾は行政の立場から、平成 18 年度診療報酬改定の基本的考え方に疾患リハビリテーションとして、心臓リハビリテーションが取り込まれたことにより、脳血管障害や運動器のリハビリテーションと同列で論じられるようになったことを述べている。本調査において、セラピストの意識が同様の傾向にあることが示唆される。若手は、臨床に出た時点で心リハが他分野と同列に論じられているため、比較的受け入れ易い傾向にある。それゆえ若手ほど心リハに興味を持っている結果になったと考えられる。また、同列で論じられるようになったことで、若手・ベテランに関係なく多くのセラピストが心リハを「学んでみたい」「携わりたい」等と思うようになったと考えられる。そして、リスク管理に対してセラピストは誰しも不安を感じているが、資格取得年数の短い若手は学校で十分習うことも臨床実習で学ぶ機会も少ないため、「知識が乏しい」と強く感じる傾向にあると考えられる。資格取得年数が長くなると循環器疾患に対するリハビリ経験をj得る傾向が出ており、慣れてくるため「知識が乏しい」と感じる気持ちが少し薄れる傾向にある可能性が考えられる。以上から普及のための方策として、資格取得年数の長いセラピストほどこれらの傾向を認識し、考え方を刷新する必要がある。

長山¹⁰⁾はこれらに対して、マンパワーの確保という意味でも、2000 年に発足した心リハ指導士制度の役割は大きいと指摘している。2010 年 1 月 31 日現在の心リハ学会会員数は 5,997 名で、理学療法士 37.0%、医師 24.1%、看護師 23.1%、臨床検査技師 7.9%、作業療法士 1.3%となっている¹⁷⁾。計算上、2220 名前後の理学療法士が心リハ学会会員となっているが、およそ 1 年前の 2009 年 4 月時点の日本理学療法士協会会員数 53,751 名と比較しても、約 4%しかなくまだまだ少ない。心リハ指導士の推移と職種の割合について、心臓リハビリテーション指導士 HP によると第 10 回心リハ指導士認定試験までの合格者総数は 1988 名であり、そのうち 776 名(39.0%)の理学療法士が心リハ指導士資格を取得している。内訳は、理学療法士 39.0%、医師 24.4%、看護師 18.0%、臨床検査技師 11.6%、作業療法士 0.9%となっている。どちらも理学療法士が最多で、その影響や影響が大きいことが分かる。本調査では 3 名の理学療法士が心リハ指導士資格を有していた。都道府県士会数

の規模など比較対象が複雑で一概には何ともいえないが、少ない印象を受けることは確かである。しかし回答者中最も多い 34.4%が「資格を取るなら心リハ指導士」と答えていることから、決して資格自体に対する関心が低いわけではない。リスク管理への不安があることが関心を寄せている理由である可能性も考えられる。「スタッフ不足」に関する先行研究¹⁵⁾では「経験のある専従理学療法士」が79%で、「医師」67%、「経験のある専従看護師」76%を上回っており、心リハ指導士の資格を有するような理学療法士が求められている。普及のためには、今後さらなる心リハ指導士取得セラピストの誕生が望まれる。

患者の高齢化が進み、重複障害や認知障害を合併していることが多く、それを理由に心リハに参加できない場合も少なくない²⁴⁾。しかし、これこそセラピストが活躍できる場面である。循環器障害患者の高齢・障害の重複化に対しては、関節拘縮・バランス改善や予防という理学療法や環境対策を含めた広い意味でのリハビリテーションに熟知したリハ医に任せることで、心リハ対象患者を拡大できる可能性が高く、リハ医と循環器医の協力体制のより緊密な構築が望まれる²⁴⁾。安全確保のためには心リハ指導士の資格を有するセラピストが好ましい¹⁶⁾。心リハが普及することは、現在のリハビリテーション医療と同じように循環器障害患者も急性期～維持期まで切れ目のない疾患管理プログラムを構築し、フォローアップを継続させることである。高齢化が進む滋賀県において、これから循環器障害患者が増加することは目に見えている。心リハ部門立ち上げに関するセラピストの負担は大きいですが、普及することで生命予後の改善・二次予防効果など県民への充実した医療サービスの提供ができると考えられる。

【結論】

県内で心リハを普及するための方策は、まず社会的認知度の向上である。患者・医療従事者双方に心リハの必要性や重要性を啓蒙する必要がある。特にセラピスト自身が心リハ指導士の資格を取得し、積極的に医師や病院経営者に働きかけ、必須の治療であることを啓蒙することが望ましい。そのためには管理職やベテランのセラピストほど心リハに対する認識を改め、施設基準 を取得すれば採算性が得られること、根本的に概念が異なることを受け入れ、運動器や脳血管リハのように必要性を感じなければならない。

また、急性期治療を実施していない小規模の施設が回復期～維持期の心リハ実施施設として参加することが望ましい。そのためにセラピストは県内の心リハの実態に関心を持って、実施施設の見学等をするべきである。苦手意識に対しては、県内で学会や勉強会を多く開催し、心リハ指導士を増加させることが必要である。そして心リハが急性期～維持期まで継続できるシステムの構築が重要である。

心リハに取り組む施設の増加は、県内の医療サービスをより充実させ、高齢化が進む県民全体への健康増進・QOLの改善に寄与するものと考えられる。

【謝辞】

本研究において、アンケート調査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) 野原隆司, 安達仁, 伊東春樹 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 (2007年改訂版), JCS2007
- 2) Taylor RS, Brown A, et al: Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. AM J Med

116 : 682-692, 2004

- 3) Witt BJ et al : Cardiac rehabilitation after myocardial infarction in the community. J Am Coll Cardiol 44 : 988-996, 2004
- 4) Williams MA, et al : Secondary prevention of coronary heart disease in the elderly (with emphasis on patients 75 years of age) : An American Heart Association scientific statement from the Council on Clinical Cardiology Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention. Circulation 105: 1735-1743, 2002
- 5) 長山雅俊 : 「心臓リハビリテーション実践マニュアル 評価・処方・患者指導」. 中山書店, 2010
- 6) 後藤葉一 他 : わ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) 小山照幸 : 平成 18 年度診療報酬改定後の心臓リハビリテーションの現状 - 心大血管疾患リハビリテーション料届出医療機関について -. 心臓リハビリテーション 12 : 248-251, 2007
- 8) 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 - 平成 18 年度診療報酬改定後の心臓リハビリテーションの現状 -. 心臓リハビリテーション 13 : 331-335, 2008
- 9) 厚生労働省課長通知, 保医発第 0305003 号, 平成 20 年 3 月 5 日, p32-34
- 10) 長山雅俊 : 診療報酬算定の現状と今後の目標. 特集/心筋梗塞のリハビリテーション. MB Med Reha No.92: 56-62, 2008
- 11) 上月正博 他 : わが国における心臓リハビリテーションの採算性 : 多施設調査結果. 心臓リハビリテーション 14 : 269-275, 2009
- 12) 牧田茂 : 回復期心筋梗塞リハビリテーション. JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION Vol.15 No.8 : 730-737, 2006
- 13) 伊東春樹, 和泉徹 : 日本の心臓リハビリテーション : その効果および普及の阻害因子. 心臓リハビリテーション 13 : 271-272, 2008
- 14) 田倉智之 他 : 心大血管疾患リハビリテーション料についてのアンケート調査からみた地域連携システムの在り方に関する考察. 心臓リハビリテーション 14 : 307-313, 2009
- 15) 小山照幸 他 : 「心大血管疾患リハビリテーション料」についてのアンケート調査. 心臓リハビリテーション 13 : 389-395, 2008
- 16) 長山雅俊 : 心臓リハビリテーションを新規に立ち上げるには? - 施設基準とチーム作りに必要な事項 -. Heart View vol.12, No.5 : 30-35, 2008
- 17) 長山雅俊 : 「心臓リハビリテーションの普及と質の担保を如何に両立させるか」. 第 3 回京滋リハビリテーション研究会 特別講演 : Feb 6, 2010
- 18) Goto Y, Saitou M, Iwasaka T et al : Poor implementation of cardiac rehabilitation despite broad dissemination of coronary interventions for acute myocardial infarction in Japan: A nationwide survey . Circulation J 71 : 173-179, 2007.
- 19) 後藤葉一 他 : 我が国における急性心筋梗塞症回復期心臓リハビリテーションの全国実態調査. 心臓リハビリテーション 11 : 36-40, 2006
- 20) 後藤葉一 : わが国の心臓リハビリテーションの現状. JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION Vol.17 No.10 : 942-950, 2008
- 21) 山田真輔 他 : 心臓リハビリテーション実施施設のインターネット上に見られる心臓リハビリテーションに関する情報量の検討. 心臓リハビリテーション 14 : 217-219, 2009

- 22) 長山雅俊:「心臓が危ない」. 祥伝社新書, 2009
- 23) 櫻井繁樹, 谷口興一:心臓リハビリテーションの普及に何が必要か:群馬県立心臓血管センターでの試みを通して. Modern Physician vol.24, No.4 : 510-513, 2004
- 24) 上月正博:わが国において心臓リハビリテーションはどの程度普及しているのか?. Heart View vol.12, No.5 : 14-19, 2008
- 25) Goto Y, Itoh H, Adachi H et al : Use of exercise cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction : Comparison between health insurance - approved and non - approved hospitals in japan . Circulation J 67 : 411-415, 2003.
- 26) 上月正博:心臓リハビリテーション認定施設規準と保険診療点数. JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION Vol.15 No.8 : 750-751, 2006
- 27) 伊東春樹:維持期心筋梗塞リハビリテーション. JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION Vol.15 No.8 : 738-744, 2006

表1 アンケート調査表結果

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調査票	
基本的事項	
あなたの職種は何ですか?	1. 理学療法士 2. 作業療法士 3. 言語聴覚士 4. その他()
結果	1. 80 2. 8 3. 2 4. 0
貴施設に在籍するセラピストは何人ですか?	1. 1人 2. ~3人 3. ~5人 4. ~10人 5. ~15人 6. 15人以上
結果	1. 0 2. 10 3. 12 4. 14 5. 16 6. 37 無回答 1
あなたの役職はどれにあてはまりますか?	1. 部長・センター長 2. 副部長・副センター長 3. 技士長 4. 副技士長 5. 主任 6. 上記以外の管理職員 7. 上記以外の一般職員 8. その他()
結果	1. 2 2. 1 3. 11 4. 1 5. 18 6. 7 7. 44 8. 2 無回答 11
貴施設の種類のどれになりますか?また、何床を有していますか?	1. 地域医療支援病院 2. 一般病院 3. 医療療養型 4. 介護療養型 5. その他
結果	1. 10 2. 47 3. 17 4. 0 5. 3 無回答13
	1. 20~100床 2. 100~200床 3. 200~300床 4. 300~400床 5. 400床以上
結果	1. 7 2. 42 3. 6 4. 6 5. 25 無回答 4
あなたが臨床で関わる時期はいつですか?(複数回答可)	1. 急性期リハビリテーション 2. 回復期リハビリテーション 3. 維持期リハビリテーション 4. 在宅、訪問リハビリテーション 5. その他()
結果	1. 57 2. 17 3. 9 4. 5 5. 0 無回答 2
臨床で最も多く経験する疾患は何ですか?	1. 整形外科的疾患 2. 脳血管障害 3. 呼吸器疾患 4. 循環器疾患 5. 悪性腫瘍 6. 小児科的疾患 7. 精神疾患 8. その他()
結果	1. 45 2. 40 3. 1 4. 1 5. 1 6. 0 7. 0 8. 2
あなた自身が最も得意とする分野は何ですか?	1. 運動器リハビリテーション 2. 脳血管リハビリテーション 3. 呼吸リハビリテーション 4. 心臓リハビリテーション 5. 緩和ケア 6. 精神疾患に対する治療アプローチ 7. 小児リハビリテーション 8. その他()
結果	1. 47 2. 31 3. 5 4. 2 5. 0 6. 1 7. 0 8. 3 無回答 2
現在の職業(資格を取得してから)に就いて何年になりますか?	1. 1年未満 2. 3年未満 3. 5年未満 4. 10年未満 5. 20年未満 6. 20年以上
結果	1. 5 2. 13 3. 16 4. 15 5. 27 6. 14
現在勤めている施設で働いて何年になりますか?	1. 1年未満 2. 3年未満 3. 5年未満 4. 10年未満 5. 20年未満 6. 20年以上
結果	1. 8 2. 17 3. 18 4. 28 5. 12 6. 7
現在の役職についてから何年になりますか?	1. 1年未満 2. 3年未満 3. 5年未満 4. 10年未満 5. 20年未満 6. 20年以上
結果	1. 18 2. 27 3. 13 4. 17 5. 3 6. 1 無回答11
あなたは心臓リハビリテーション指導士の資格を持っていますか?	1. はい 2. いいえ
結果	1. 3 2. 87

表2 アンケート項目と結果

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調査票

A 心臓リハビリテーション実施の有無

	はい	いいえ	無回答			
1 現在心臓リハビリテーションを実施していますか？	7	82	1			
1で「はい」と答えた方に質問します。(2-8)	施設基準1	施設基準2	無回答			
2 施設基準はどちらですか？	3	3	84			
	はい	いいえ	無回答			
3 貴方は現在心臓リハビリテーションに携わっていますか？	5	2	83			
4 貴施設はインターネット上で心臓リハビリテーションに関する情報提供をしていますか？	3	3	84			
5 いつから心臓リハビリテーションの申請・届出を行いましたか？	87					
6 貴施設には何人の心臓リハビリテーション指導士が在籍していますか？また取得者の職種は何ですか？	回答者5名(0, 2, 2, 2, 4)人、職種(全てPT)					
7 心疾患イベントの高いリスクが常に存在することに恐さを感じますか？	0	1	3	2	83	
8 呼吸器循環系に対する自分の知識は十分だと思いますか？	0	2	5	0	0	83
1で「はい」と答えた方に質問します。(9-10)	はい	いいえ	無回答			
9 以前は届出をしていましたか？	1	78	11			
a 1.「はい」と答えた方に質問です。施設基準はどちらでしたか？ (施設基準1) 0 (施設基準2) 1	88					
b なぜ届出を継続せずに取り下げたのですか？ (複数回答可)	1. 診療報酬改定により採収がなくなったため 2. スタッフ不足 3. スペース不足 4. その他()					
結果 1. 2. 2						
10 新たに申請しようと思えますか？	下記の番号を で囲んでください、(複数回答可)					
1. 思う 2. 思わない 3. 既に計画中有る 4. その他()	無回答					
結果 1. 4 2. 35 3. 3 4. 12	35					
a 2.「思わない」という方に質問です。理由はどれですか？ (複数回答可)	下記の番号を で囲んでください、(複数回答可)					
1. 診療報酬面 2. スタッフ不足 3. スペース不足 4. 興味がない 5. 適応となる患者が少ない 6. 自分に決定権が無い 7. その他()	無回答					
結果 1. 3 2. 15 3. 1 4. 1 5. 9 6. 9 7. 1 (知識不足、経験不足)	51					

B 循環器疾患の有無

	はい	いいえ	無回答
11 急性心筋梗塞(AMI)患者の入院はありますか？	44	43	3
12 貴方は(貴施設での)AMI患者のリハビリ経験はありますか？	28	61	1
13 貴施設で心大血管の手術は行われていますか？	22	67	1
14 貴方は(貴施設での)心大血管術後患者のリハビリ経験はありますか？(他施設で手術を受け、転院してきたケースを含める)	35	53	2
15 貴施設の循環器内科常勤医師数は何人ですか？	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100		
16 貴施設の心臓血管外科常勤医師数は何人ですか？	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100		

C 循環器疾患に対するリハビリ経験の有無

	はい	いいえ	無回答			
17 貴方は今までに循環器疾患を有する患者にリハビリを行ったことがありますか？	69	18	3			
17で「はい」と答えた方に質問します。(18-21)	はい	いいえ	無回答			
18 その際、心疾患イベントへのリスク管理を十分に行っていたと思いますか？	1	11	24	29	4	21
19 その際、心疾患のリスクに対する不安を持ちましたか？	1	2	8	31	27	21
20 今後、同様の症例を担当する場合、不安がありますか？	0	4	8	36	22	21
21 今後、同様の症例を担当する場合、リスク管理に対する自信がありますか？	3	29	26	10	1	21
17で「いいえ」と答えた方に質問します。(22-24)	はい	いいえ	無回答			
22 今後、そのような症例を担当する場合、不安がありますか？	0	1	2	9	9	69
23 心疾患イベントへのリスク管理に対する自信はありますか？	12	6	4	0	0	68
24 今後、そのような症例を担当したいと思えますか？	4	4	4	9	1	68

D 循環器疾患のリハビリに関する意識

	はい	いいえ	無回答			
25 心疾患を有しているでも主治医が許可を出せば、どんな運動負荷も実施していいと思えますか？	28	46	10	4	1	1
26 合併症や既往歴に心疾患がある場合、重要視しますか？	1	1	5	48	34	1
27 他のセラピストと比べると、自分の循環器に関する知識は十分ある方だと思いますか？	23	24	34	7	1	1
28 貴施設の循環器医は心臓リハビリテーションに対する専門知識が十分だと思いますか？	13	21	38	8	5	5
29 循環器医に心臓リハビリテーションに関する知識・理解を求めますか？	1	4	26	28	28	3

E 心臓リハビリテーションの必要性

	はい	いいえ	無回答			
30 自分の施設に心臓リハビリテーションは必要だと思いますか？	11	12	30	12	24	1
31 心臓リハビリテーションに興味はありますか？	5	9	17	31	27	1
32 心臓リハビリテーションを学んでみたいと思えますか？	4	5	18	31	31	1
33 心臓リハビリテーション指導士という資格に興味はありますか？	9	10	24	23	23	1
34 可能ならば心臓リハビリテーションに携わりたいと思えますか？	9	10	27	19	24	1
35 やはりセラピストは患者に比べ、特別な手法を用いて治療を行うべきだと思いますか？	8	14	43	18	5	2
36 そもそも心臓リハビリテーションがどういふものか自分には分からない、と思えますか？	7	17	44	15	6	1

H 医療サービスを支える資源

	はい	いいえ	無回答			
48 貴施設には自転車エルゴメーターが設置されていますか？	85	2	3			
49 貴施設にはトレッドミルが設置されていますか？	43	44	3			
50 貴施設には呼吸ガス分析による運動負荷試験装置(CPX)が設置されていますか？	23	60	7			
51 仮に今から始めるとすれば、心臓リハビリテーションへ割り当てるマンパワー(2名)はありますか？	26	59	5			
52 仮に今から始めるとすれば、採採性は大丈夫か、という不安がありますか？	3	2	28	22	31	4
53 仮に新たに心臓リハビリテーションの届出を行うとすれば、スペースの確保は以下のどれですか？ (複数回答可)	下記の番号を で囲んでください、					
1. 施設基準1を満たす30㎡以上 2. 施設基準2を満たす20㎡以上 3. 既存面積から新たにスペースは割り当てられないが、既存面積以外から割り当てられる 4. どこからも確保できない 5. その他()	無回答					
結果 1. 24 2. 8 3. 8 4. 33 5. 7 (わからない、把握していない、よくわからない、空白4)	10					

F 情報関連

	はい	いいえ	無回答
37 日本心臓リハビリテーション学会のホームページを見たことはありますか？	28	61	1
38 心大血管リハビリテーション科の施設基準を知っていますか？	42	47	1
39 県内ではどの施設が心臓リハビリテーションを実施しているか知っていますか？	19	70	1

G 参加意識

	はい	いいえ	無回答			
40 県外で開催された心臓リハビリテーションの学会・研修・セミナー・フォーラム等に参加したことがありますか？	20	69	1			
41 県内で開催された心臓リハビリテーションの学会・研修・セミナー・フォーラム等に参加したことがありますか？	14	75	1			
42 今まで内部研修・勉強会の学会・研修・セミナー・フォーラム等に参加したことがありますか？	43	46	1			
43 今まで整形外科系関連の学会・研修・セミナー・フォーラム等に参加したことがありますか？	75	14	1			
44 今まで腫瘍学関連の学会・研修・セミナー・フォーラム等に参加したことがありますか？	77	12	1			
45 県外で開催された心臓リハビリテーションの学会・研修・セミナー・フォーラム等に参加したいと思えますか？	8	9	29	22	21	1
46 県内で心臓リハビリテーションの研修・勉強会等があれば、参加したいと思えますか？	8	6	21	27	26	2
47 資格を取るとすれば、次のどれを選択しますか？ (複数回答可)	下記の番号を で囲んでください、					
1. 心臓リハビリテーション指導士 2. 呼吸療法認定士 3. 臨床検査技師 4. 健康運動指導士 5. その他()	無回答					
結果 1. 31 2. 29 3. 10 4. 6 5. 3	11					
取得済みの資格 (1. 3 2. 8 3. 2 4. 1 ICLSコース認定. 1 福祉住環境コーディネーター2級. 1)						

54 心臓リハビリテーションに対するあなたの考えなど、その他どのような事情でも結構ですので、ご自由に記載して下さい。

表3 項目54 「心臓リハビリテーションに対する考えなど自由記載」

医師裁量権の認識を変えてもらう必要があるのでは？

患者数、安全性、スタッフ、場所、知識、どれをとっても患者、スタッフともに満足できる医療ができない。現状では変化できない。入院、外来など積極的な介助は困難だが限定された介助のみしている状態。安全性、リスク管理などは勉強しておきたい。セラピストであれば必要。

既往歴に心疾患のある患者様に対しても十分にリスク管理に配慮できるよう積極的に心臓リハビリテーションの学会等に参加すべきだと感じた。

言語聴覚士ではありませんが、患者様に有益をもたらすリハビリに対して興味があります。県内での勉強会が開催される時には、ぜひ参加したいです。

呼吸循環は人間の生命の源であり、無視することはできないと考えている。Ptをとらえる場合もそれらなどでは、全人間的な施設基準を収得することが難しいと考えます。

心リハは専門 Dr、Ns、施設が必要など基準が高すぎる。始めるにあたってはモニターなど医療機器を一式そろえる必要があります。コストが高い人件費もかかる。

実際に行うには、心臓リハビリテーションに対する理解のある Drの確保が必要だと考えますし、人材の育成なども必要と考えます。また、行うにしてもそれだけニーズがあるのかということも考えると当施設では行っていないかという考えになります。

実働と動くスタッフ数と診療報酬があてられないと思われ。

循環器系の勉強会が県内でもっとあればいいかなと思う。

心疾患患者に限らず再発の為に生活習慣の改善やストレスコントロールなどの考え方を啓発していかなければと思う。Dr、セラピスト、Ns、栄養士、検査技師、臨床心理士などが情報を共有し、実施していく事が大切。

心臓リハに Ptが関わることは、職域を拡大する意味でも、骨関節系の疾患を持った高齢者が多くなった対象の方々にもメリットがあると思います。ただ、あまりにも pt が医学的知識をもっていないことを現場で痛感します。リスク管理の面でも不安な面がありますし、Dr、Nsとも共通言語のなまま話しているような感じがします。内部障害の卒前、後教育の充実を望みます。

心臓リハについて知識も情報も全く持っていない。大まか制度や県内の情報くらいは勉強しておかなければと思っている。

心臓リハビリテーションの大切さは、理解していますが施設基準をみただけ心臓リハを行うことには多大な努力が必要になると感じます。

心リハの算定を、脳血管リハや整形リハ、呼吸リハと同様、個別リハとして算定できるようにしてほしい。

心大血管疾患リハビリテーション科(1)に関する施設基準について、定期的に担当の多職種参加するカンファレンスが開催されていることが条件とされていますが、具体的に定期的とはどれほどの程度で行われているのですか？また大きな施設では職種も忙しくてなかなか集まりにくいと思うのですがカンファレンスについてどのような工夫をされていますか？

全ての施設で心臓リハが行われている必要性はない。それぞれ特化したかたちで行われると良いと思います。最低限ベータシク部分の知識と各園場でどこか実施しているが知っておくことが大事かと思えます。あくまでも現段階の印象でございます。

大病院や公立病院など、地域の中核となる病院は実施するべきだと思う。

単位数は無理がある。明らかに集団またかなりのスタッフを動員しているにもかかわらず、リハの単位のみでは不利である。

当院では外来フォローをしていないので、もし仮に心リハをするとした場合、平均在院日数14日程度で、どこまで、できるかというところか、不明です。

当院のリハ対象者は高齢者がほとんどで、なかでも心疾患、呼吸器疾患をもたれている方も多い。今後も現状は続いていくと思われる。循環器に対する知識の向上に務めたいと思えます。

当院はCABG、AVR等のOp後に、リハを実施しております。AHAのBLSプロバイダーがもっと増加しリスク管理が向上すればと存じます。

発症後又手術後、PtSAT時、150日以内、保険点数の算定可能だが、3ヶ月程度の集中的なPtを行い、1単位の点数をもっと上げるべきだと思う。リスク管理や栄養指導、ADL等Ptが関与する事が多く時間もかかる為、又NsDrや健康運動指導等のチーム医療が強くなれば、成立しないと思いました。

私は心リハの担当ではありませんが、担当セラピストや心リハの様子を見ていると、医師の心リハに対する介入不足を感じる事が多かった。立ち上げたばかりもあり、セラピストは勉強会、研修参加し、リスク管理や病状について勉強しているが、医師とは疾患のことばかりで、リハに対しての興味、介入が疑問。セラピスト医師との意志疎通、介入への意識を高めるべきだと思う。

特に急性期リハビリテーションにおいては心疾患にかかわらず医師による急性期治療と同調して理学療法を実施しなければならぬ。そのためには治療(外科治療や投薬)に関する医学的治験を身に着けるべきであるが、PTは弱い。PTは医療職としてより高い医学的知識を身につける努力をするべきである。

表4 心疾患リハビリテーション保険制度の変遷 (10)より抜粋

1988年(昭和63年)	心疾患理学療法料算定 (急性心筋梗塞のみ, 3ヶ月間, 335点)
1992年(平成4年)	心疾患リハビリテーション料に名称変更(480点)
1996年(平成8年)	適用疾患拡大(急性心筋梗塞、狭心症、開心術後) 期間延長(3ヶ月 6ヶ月)
2004年(平成16年)	心リハ施設認定基準緩和
2006年(平成18年)	心大血管疾患リハビリテーション料新設
2007年(平成19年)	算定日数上限の除外対象患者の設定 リハビリテーション医学管理料新設 疾患別リハビリテーション料の見直し (逡減性の導入)
2008年(平成20年)	算定日数上限の廃止 リハビリテーション医学管理料廃止 疾患別リハビリテーション料の見直し (逡減性を廃止, 点数の見直し)