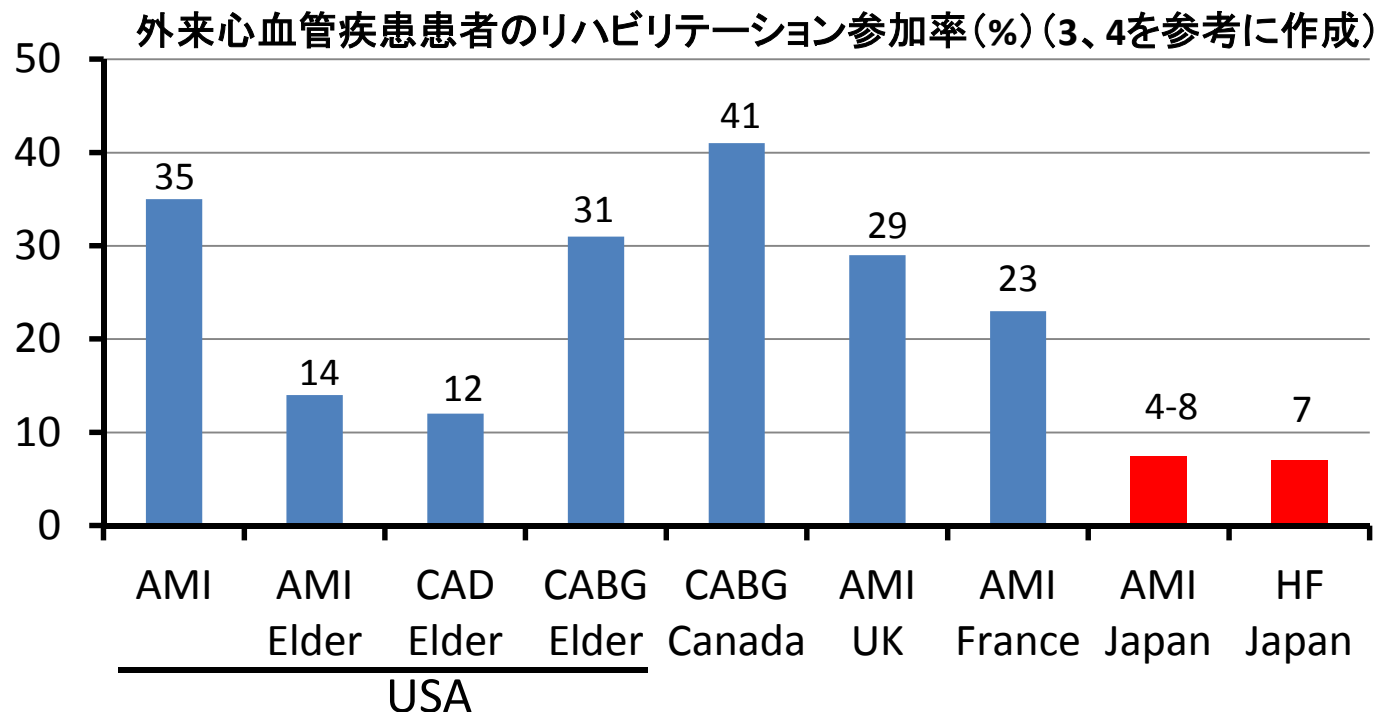


# 心血管疾患の回復期・維持期の 診療提供体制の考え方(案)

# 心血管疾患の回復期・維持期における現状①

## 心血管疾患リハビリテーションについて

- 心血管疾患におけるリハビリテーションは、運動療法に加えて冠危険因子是正、患者教育およびカウンセリング等を含む、多職種による、多面的・包括的な疾病管理プログラムとされている<sup>1,2</sup>。
- 回復期・維持期における心血管疾患リハビリテーションは、日本循環器学会の診療ガイドラインにおいて推奨されているが、欧米諸国と比べて我が国における心血管疾患患者の外来通院型リハビリテーション参加率は低い<sup>2,3,4</sup>。



1. 日本心臓リハビリテーション学会ステートメント 2. 日本循環器学会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(2012年改訂版)  
3. Goto Y. Prog Cardiovasc Dis. 2014;56:557-62. 4. AMED機部班平成28年度班会議資料

# 心血管疾患の回復期・維持期における現状②

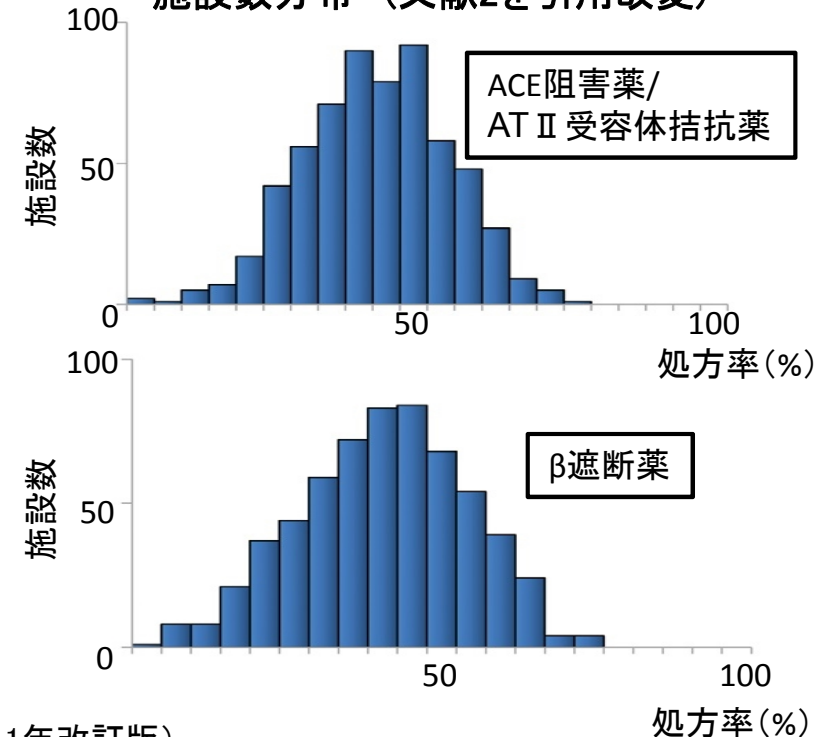
## 心不全について

- 心不全の患者数は増加傾向にあり、その平均発症年齢は70歳台となっており、高齢者に多く発症するといえる<sup>1,2</sup>。
- 心不全は無症状のリスク状態から症候性へと進行するため、早期から長期予後改善目的の治療（ACE阻害薬、 $\beta$ 遮断薬等）が必要であるが、実施状況には施設毎のばらつきが指摘されている<sup>3,4</sup>。

慢性心不全の各stageの主な治療目標と薬物治療  
(ACCF/AHA ガイドライン2013を参考に作成<sup>3</sup>)

stage		病態	主な治療目標	主な薬物治療
心不全 リスク 状態	Stage A	危険因子あり 器質的心疾患なし 心不全症状なし	心臓に良い生活習慣 器質的心疾患の予防	ACE阻害薬/ AT II 受容体拮抗薬
	Stage B	器質的心疾患あり 心不全症状なし	心不全症状の予防 器質的心疾患の進行抑制	(Stage Aに加え) $\beta$ 遮断薬
症候性 心不全	Stage C	器質的心疾患あり 心不全症状あり (既往も含む)	症状コントロール、QOL改善 入院・死亡回避	(Stage Bに加え) 利尿薬、ジギタリス 抗アルドステロン薬 経口強心薬
	Stage D	難治性心不全	症状コントロール、QOL改善 再入院回数の減少 終末期ケア	(Stage Cに加え) 静注強心薬

心不全患者に対する退院時薬物処方割合の  
施設数分布<sup>2</sup> (文献2を引用改変)



1: Shiba N. et al. Circ J. 2011;75:823-33. 2: 日本循環器学会急性心不全治療ガイドライン(2011年改訂版)

3: 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure Circulation. 2013 ;128:e240-327. 4: Yasuda S. et al. Circ J. 2016;80:2327-35 3

# 心血管疾患の急性期と回復期・維持期診療間の連携における現状①

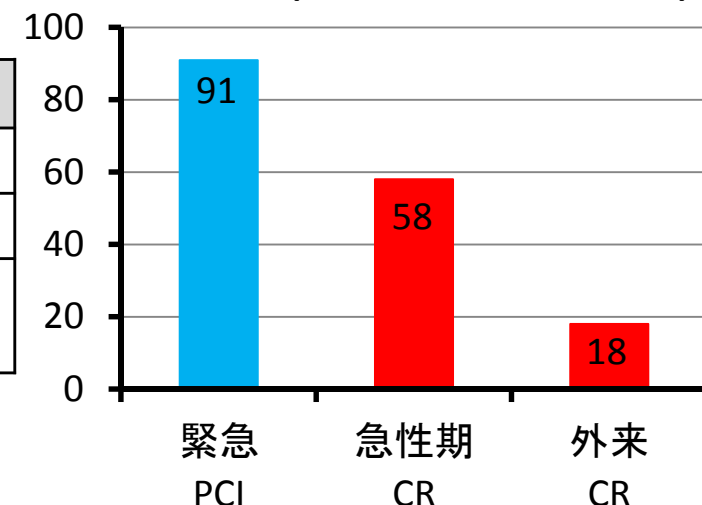
## 心血管疾患リハビリテーションについて

- 心血管疾患リハビリテーションは、実施時期に応じて第Ⅰ相(急性期)、第Ⅱ相(回復期)、第Ⅲ相(維持期)に分類され、対象疾患および実施時期に応じたプログラムが提供される<sup>1</sup>。
- 急性期治療の進歩等による入院期間短縮に伴い、入院中の回復期リハビリテーションプログラムの完遂が困難となり、外来通院による回復期リハビリテーション継続が推奨されている<sup>1</sup>。
- 急性期冠動脈インターベンション治療に比べ、急性期リハビリテーションの実施率は低く、外来通院型リハビリテーションの実施率はさらに低下する<sup>2</sup>。

心血管疾患リハビリテーションの時期的区分(1を参考に作成)

区分	第Ⅰ相	第Ⅱ相		第Ⅲ相
時期	急性期	前期回復期	後期回復期	維持期
場所	ICU/CCU	一般循環器病棟	外来・通院リハ	地域の運動施設
目的	日常生活への復帰	社会生活への復帰	社会生活への復帰 新しい生活習慣	快適な生活 再発予防

急性心筋梗塞を治療する施設における実施率(%)(2を参考に作成, n=708)



PCI: 冠動脈インターベンション CR: 心血管疾患リハビリテーション

# 心血管疾患の急性期と回復期・維持期診療間の連携における現状②

## 心不全による再入院について

- 慢性心不全患者は心不全増悪による再入院を繰り返しながら、身体機能が悪化する悪循環が特徴であり、慢性心不全患者の約20～40%は1年以内に再入院する<sup>1,2</sup>。
- 心不全の増悪因子には、医学的要因に加え、患者要因及び社会的要因が含まれており、心不全患者に対しては、急性期入院中から退院後も含めた、継続的な多職種による疾病管理が必要とされる<sup>3,4</sup>。

### 心不全の増悪因子（4を参考に作成）

心不全の増悪因子		介入方法の例	想定される介入職種
患者要因	塩分・水分制限の不徹底、服薬中断、過労 等	患者・家族への包括的な心不全教育	看護師、保健師、栄養士 等
医学的要因	心不全原因疾患の再発・悪化、感染症・不整脈の合併 等	薬物療法 非薬物療法 (運動療法・デバイス治療等)	医師、看護師、薬剤師、理学療法士 等
社会的要因	社会的支援の欠如 等	福祉支援・地域との連携	医療ソーシャルワーカー、保健師 等

1. Tsutsui H. et al. Circ J. 2006;70:1617-23. 2. Ushigome R. et al. Circ J. 2015;79:2396-407.

3. 日本循環器学会急性心不全治療ガイドライン(2011年改訂版) 4. 慢性心不全治療ガイドライン(2010年改訂版)

## 心血管疾患の回復期・維持期の診療提供体制における課題 (案)

### 【心血管疾患の回復期・維持期の診療提供体制における共通の課題 (案)】

- 慢性心不全患者の実態の把握。

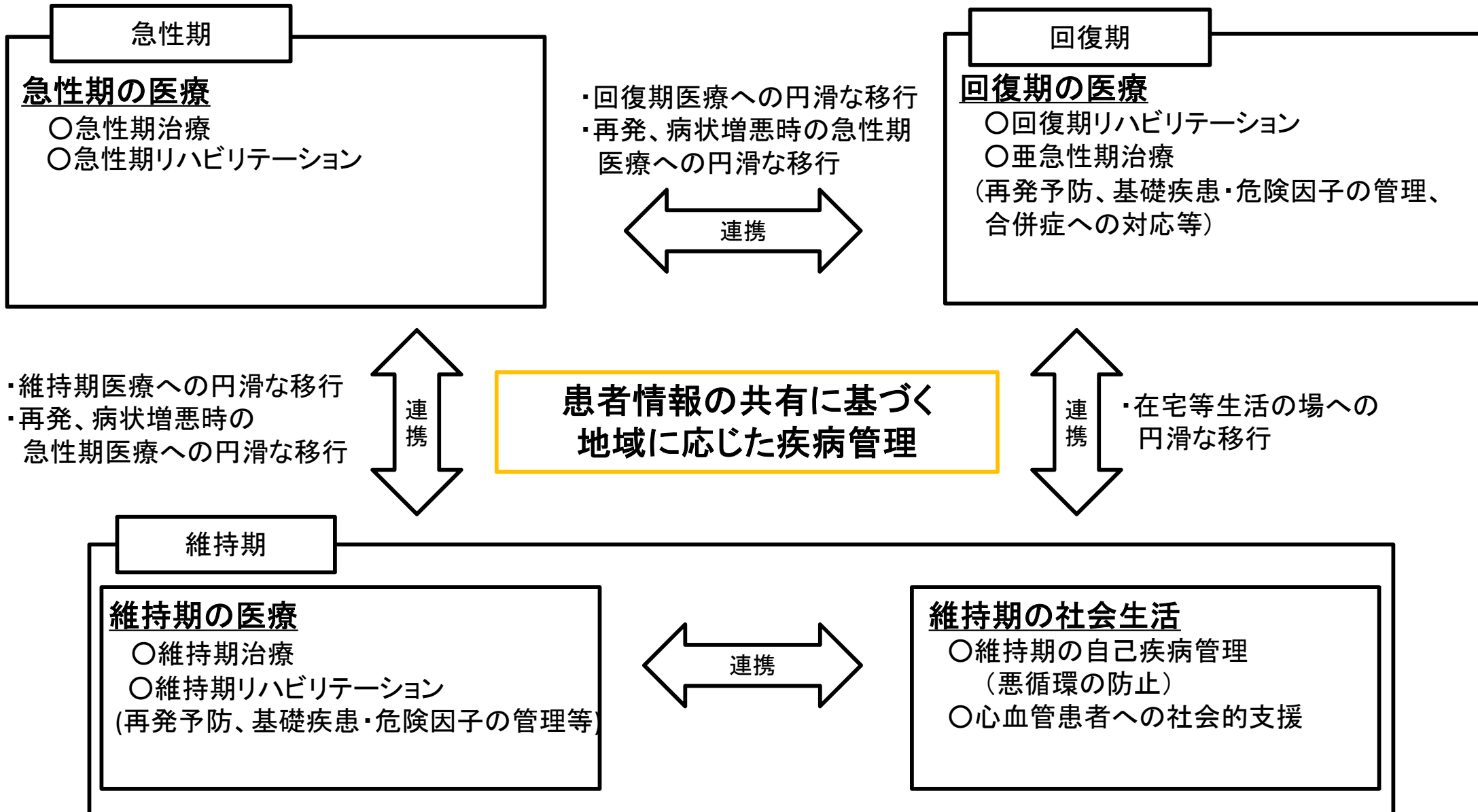
### 【心血管疾患の回復期・維持期における課題 (案)】

- 回復期・維持期における、心血管疾患リハビリテーション提供体制の構築。
- 心不全の長期予後の改善につながる、診療提供体制の構築。

### 【心血管疾患の急性期と回復期・維持期診療間の連携における課題 (案)】

- 急性期から回復期・維持期へ、一貫して心血管疾患リハビリテーションを継続できる体制の構築。
- 悪循環が特徴である、慢性心不全患者の心不全増悪予防および増悪時の早期介入・早期改善を目指した、連携体制の構築。

# 心血管疾患の急性期～維持期の診療提供体制のイメージ



# 心血管疾患の回復期～維持期診療提供体制に係る 評価指標イメージ

- 心血管疾患の回復期～維持期診療提供体制の構築に向け、医療施設および、診療提供体制の評価指標を設定することが必要ではないか。
- 適切な評価指標の策定には、さらなる検討が必要ではないか。

回復期・維持期医療施設		
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・心血管疾患リハビリテーション実施件数(入院/外来)</li> <li>・心血管疾患に対する多職種介入の実施件数(入院/外来)</li> <li>・心血管疾患に対する標準的薬物療法の実施件数</li> </ul>	等
アウトカム指標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅等生活の場に復帰した患者の割合</li> </ul>	等
回復期～維持期の診療提供体制		
プロセス指標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域連携クリティカルパス導入率</li> </ul>	等
アウトカム指標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅等生活の場に復帰した患者の割合</li> <li>・心疾患を主な原因とする要介護認定患者数</li> <li>・慢性心不全患者の再入院率</li> </ul>	等