

1. 心臓リハビリテーションプラン



A 心臓リハビリテーションの考え方

1940年頃まで、心筋梗塞患者は心破裂を避けるために8週間に及ぶベッド上安静を強いられていた。体を動かし始めるのはその後であったため、体力は非常に弱り、また、職業訓練を行わないと社会復帰できなかつたであろうことは想像に難くない。

そのため、心臓病治療に伴う安静状態・体力低下に対するリハビリテーションが必要であり、それが「心臓リハビリテーション」であった。

しかし、過度の安静による弊害が明らかにされるにつれて1960年代には早期離床・早期退院の考えが定着し、日本でも1983年に戸嶋班が心筋梗塞後4週間のリハビリテーションプログラムを示すに至った。

その後、開心術や心臓カテーテル治療が開発され、虚血性心疾患の治療法は大きく変化し、狭心症や心筋梗塞を「根本的に」治療できるようになった。開心術やカテーテル治療により冠動脈狭窄を解除し、一気に症状を取り去ることを「治癒」と考え、安静時間も短くてすむため体力低下も起こらず、したがって心臓リハビリテーションはいらなくなったと考える時代が出現した(図1-1 上段)。

しかし、病態の理解が進んで心臓病の治療法と運動生理学が進歩するに従い、心疾患に対するリハビリテーションは社会復帰への橋渡し以上の意義があることが知られ始めた。さらに、労作性狭心症の場合は心臓リハビリテーションの治療が最良で、カテーテル治療や開心術は症状をとるための一時的な治療法にすぎないこともわかってきた。

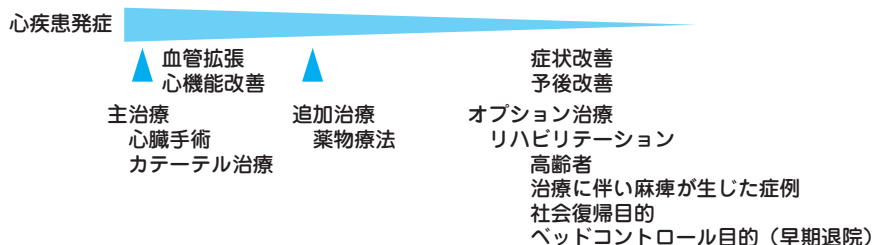
すなわち、Framingham study (フラミンガム研究)¹⁻³⁾で冠危険因子の存在が明らかにされると、生活習慣の改善も心疾患治療に重要であると認識されるようになり、現在では、心臓リハビリテーションのような「運動療法と生活指導を軸にした心疾患管理術」が主治療で、症状がとりきれない場合のみ追加治療として心臓手術やカテーテル治療を行うべきであろうと考えられるようになってきている(図1-1 下段)。

その効果を考えると、労作性狭心症に限らず、心臓リハビリテーションはほとんどすべての心疾患に実施されるべき治療手段であり、スタチンや β ブロッカー、アスピリンなどと同じ位置づけの治療法である。すなわち、心臓リハビリテーションを行わない治療は不十分な治療であると考えられる。そして、「運動」ができない患者、長年慣れ親しんできた生活習慣を変えられない患者にどのように対処するかが心臓リハビリテーションスタッフの腕の見せ所であり、技術であるといえる。

表1-1、図1-2に心臓リハビリテーションの役割を示す。

2 1. 心臓リハビリテーションプラン

従来の心疾患治療



これからの心疾患治療

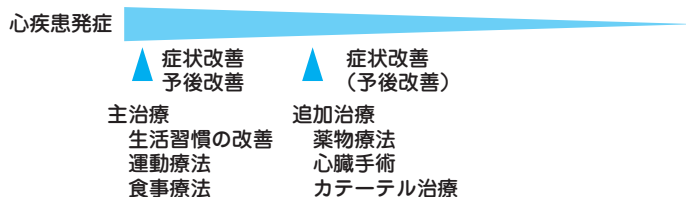


図 1-1 虚血性心疾患治療法の変遷

上段: カテーテル治療・開心術黎明期 (1990 年代)

カテーテル治療や開心術が主治療として位置づけられ、再狭窄予防や血栓予防目的に薬物療法が併用された。血栓予防薬として、初期にはベルサンチンとワルファリンが用いられ、その後、チクロピジンが使用されるようになった。アスピリンの位置づけも確立したものではなかった。危険因子治療に関しては、スタチンが開発されるまで脂質低下療法は積極的には行われず、DPP-4 阻害薬誕生前の循環器内科医の糖尿病治療薬は、70%が前世代のSU 剤のみであった。カテーテル治療により冠動脈狭窄が軽減された状態が「治癒」と考えられた。「心臓リハビリテーション」は心疾患治療として認識されてはならず、退院を促すための「心臓病患者に行うリハビリテーション」と位置づけられていた。

下段: あるべき姿

生活習慣の改善をしっかりと行い、3 カ月経過しても症状が治まらなければ薬物療法を追加。さらに3 カ月経っても症状が改善しなければ開心術あるいはカテーテル治療を行う。心臓リハビリテーションの目的は、言うまでもなく心臓病の治療であり、予後の改善である。薬物療法は、初期は冠危険因子の治療であり、カテーテル治療後は血栓予防薬も追加される。当然、病態に応じて、カテーテル治療や薬物療法が早められることもある。

表 1-1 心臓リハビリテーションの 3 つの役割

役割	代表疾患	意義
治療	狭心症	胸痛解除、予後改善
	心不全	動悸・息切れ・易疲労感改善、予後改善
予防	狭心症	動脈硬化予防
	心筋梗塞	炎症予防、血栓予防
	心不全	収縮不全・拡張不全予防
回復	開心術後 重症心不全	運動耐容能の回復

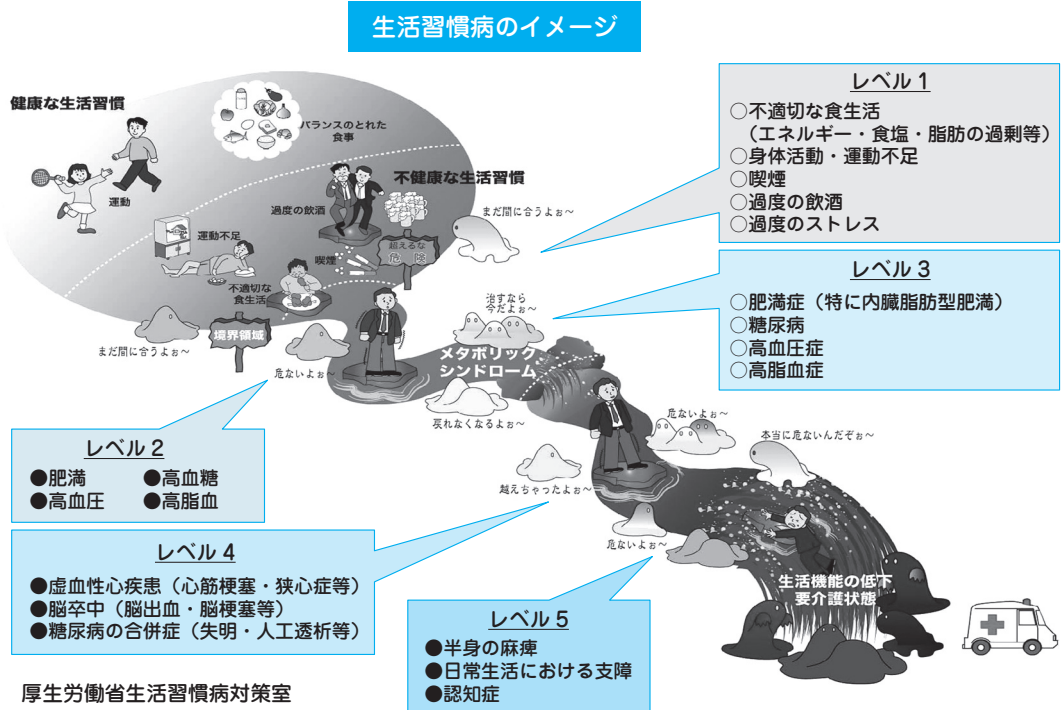


図 1-2 心臓リハビリテーションの役割

第1段階、第2段階における予防、第3段階、第4段階における治療、第4段階からの再発予防が現在の心臓リハビリテーションの役割である。第5段階の治療も重要であるが、これは理学療法の仕事であり心臓リハビリテーションではない(図は厚生労働省ホームページより)。

B 心臓リハビリテーションプラン—いつ、誰に、どのように—

1 実施期間・スタッフ・保険点数

健康保険上、心臓リハビリテーションによって保険償還が得られる期間は心臓リハビリテーション起算日(発症, 手術, もしくは急性増悪から7日目または治療開始日のいずれか早いもの)から150日間である(表1-2)。この期間は、心大血管疾患リハビリテーション料(I)を申請できる施設であれば1セッションあたり最高3単位、1単位あたり205点請求でき、(II)であれば125点を請求できる。1単位とは20分間の心臓リハビリテーションのことをさす。また、外来心臓リハビリテーションの標準的な実施時間は、1日1時間(3単位)以上、1週3時間(9単位)とされている。

入院中に行った場合には、治療開始から30日に限り早期リハビリテーション加算として1単位につき30点を加算でき(早期リハビリテーション加算)、さらに、2012年度から「初期加算」が加わり、条件を満たした施設(表1-3)においては、起算日から14日間、45点をさらに加えること

4 1. 心臓リハビリテーションプラン

表 1-2 心臓リハビリテーション実施期間・保険点数

期間	心臓リハビリテーション起算日から 150 日 ※心臓リハビリテーション継続により改善が期待できる場合は延長可能 ※心筋梗塞・狭心症は週 9 単位（1 カ月 36 単位）算定可 それ以外は週 13 単位まで算定可
実施時間	入院中：毎日算定可，1 回 3 単位程度 外来：週 9 単位まで算定可，1 回 3 単位以上，1 週 3 時間を標準とする
保険点数 (1 単位あたり)	205 点〔心臓リハビリテーション施設（Ⅰ）〕 125 点〔心臓リハビリテーション施設（Ⅱ）〕
早期リハビリテーション加算	起算日*から 30 日間 1 単位につき 30 点
初期加算	起算日*から 14 日間 1 単位につき 45 点
リハビリテーション総合計画評価料	300 点（1 カ月に 1 回）

*起算日：発症，手術もしくは急性増悪から 7 日目または治療開始日のいずれか早いもの

ができる（初期加算）。すなわち，心臓リハビリテーションの専門医が常に勤務している病院の場合，心臓リハビリテーション開始後 14 日間は，1 日 60 分間運動療法を行えば 840 点請求ができ，15 日目を以降 30 日目までは 705 点，以後は 615 点請求可能ということである。スタッフ 1 人当たり 1 週間で 108 単位実施可能であるので，発症 14 日以内の入院患者を専門に行うと 1 週間で 30,240 点，1 カ月に 120,960 点，120 万 960 円の保険請求が可能となる。

実際は，急性期において 3 単位すなわち 60 分間連続して運動療法を行うことは患者が疲労してしまい不可能なことが多い。そこで，当院では午前と午後に分けて心臓リハビリテーションを実施することが多い。また，1 人に対して 1 日に 1～2 単位しか実施できなくても，急性期の患者が多い場合には多人数に行うことで最大単位数，週 108 単位に達してしまうこともある。

当院の入院患者に対する心臓リハビリテーション実施件数は，1 年で約 10,000 件である。これを 5～6 人の理学療法士が担当し週 108 単位に収まるようにしている。週 108 単位行くと，心リハスタッフ 1 人当たり 1 年で 1,100 万円の保険償還を得ていることになる。さらに，すべての患者が急性期で，早期加算がつく場合には 1,510 万円となる。この額はペースメーカ植込み術やステント留置術を少し行えば 1 カ月もかからず出てしまう利益幅ではあろうが，少なくとも心臓リハビリテーションは赤字部門ではないということは強調されるべきである。むしろ，患者にとっては QOL が上がり，日本にとっては国民総医療費を減らして貢献できるという点で，病院の良心を示している部門といえる。

外来心臓リハビリテーションの場合には，集団療法であるため 1 週間に 108 単位という制限はない。一度に 8 人程度担当することが可能であるので，セッション数を増やせばかなりの数の患者に対して心臓リハビリテーションを実施できる。当院では午前 2 ラウンド，午後 1 ラウンド心臓リハビリテーションのセッションを行っている。スタッフは理学療法士（3～4 人）と看護師（3～4 人）合わせて常に 6～8 人配置しているので，理論上は 3 ラウンド×8 人（最大スタッフ数）×8 人（1 人当たりの最大担当患者数）の 192 人を 1 日で実施できる計算になる。実際にはこれほど来院

スタッフ	心大血管疾患リハビリテーション料(I)	医師	循環器科または心臓血管外科の医師が心リハ実施時間帯において常時勤務しており、心リハの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務
		コメディカル	心リハの経験を有する専従の常勤理学療法士および専従の常勤看護師が合わせて2名以上勤務、または専従の常勤理学療法士もしくは専従の常勤看護師のいずれか一方が2名以上勤務(2名のうち1名は専任の従事者でも差し支えない)(心リハを実施しない時間帯は他の疾患別リハに従事可能)
	心大血管疾患リハビリテーション料(II)	医師	循環器科または心臓血管外科を担当する常勤医師または心リハの経験を有する常勤医師が1名以上勤務
		コメディカル	心リハの経験を有する専従の理学療法士または看護師のいずれか1名が勤務(心リハを実施しない時間帯は、他の疾患別リハに従事可能)
	スタッフ1人あたりの実施可能単位(個別の場合)	1日18単位、週108単位まで	
1回に行う1人あたりの担当患者数	医師	入院患者: 15人程度 外来患者: 20人程度	
	コメディカル	入院患者: 5人程度 外来患者: 8人程度	
施設	機能訓練室に必要な機器・器具	酸素供給装置、除細動器、心電図モニター装置、トレッドミルまたはエルゴメータ、血圧計、救急カート	
	当該保険医療機関内に必要な機器	運動負荷試験装置	
	面積	専用の機能訓練室が必要 ※心臓リハビリテーション実施時以外は他の用途に使用可 ※それぞれの要件を満たせば同一時間帯に他のリハビリテーションも実施可能 病院: 30㎡以上 診療所: 20㎡以上 ※患者1人につき概ね3㎡以上の面積を確保すること	
その他	初期加算が算定できる条件	心臓リハビリテーションの経験を有する常勤の医師が勤務していること(原則としてリハビリテーション科を標榜していることが望ましい)	
	記録	リハビリテーションに関する記録(医師の指示、運動処方、実施時間、訓練内容、担当者など)は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること	
	カンファレンス	定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること	
	実施医療機関の条件	※届出保険医療機関または連携する別の保険医療機関(循環器科または心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ)において、緊急手術や、緊急の血管造影検査を行うことができる体制が確保されていること。 ※届出保険医療機関または連携する別の保険医療機関において、救命救急入院料または特定集中治療室管理料の届出がされており、当該治療室が心大血管疾患リハビリテーションの実施上生じた患者の緊急事態に使用できること。	

したことはなく最高でも50人、1日平均25人程度である。それでも、年間の参加者数は約1,500人に及んでいる。これを平均1日5人のスタッフで担当しているとする、スタッフ1人当たりの年間保険償還額は1,300万円となる。