

1. 心臓リハビリテーション ～急性期・回復期・生活期～

鶴川俊洋*

●はじめに

本稿では今回のシンポジウムの主題のひとつである「心臓リハビリテーション」の実践をスポーツ医療に関わるリハビリテーション科医の視点・経験から解説する。

●心臓リハビリテーションの定義

日本心臓リハビリテーション学会は心臓リハビリテーションを「個々の患者の医学的評価・運動処方に基づく運動療法・冠危険因子是正・患者教育及びカウンセリング・最適薬物治療」を多職種チームが協調して実践する長期にわたる多面的・包括的プログラムと定義づけている。2021年には「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」¹⁾が全面改訂され、急性期・回復期・維持期（生活期）における疾病管理プログラムが明示された。しかし一方で、わが国の心臓リハビリテーションは「ガイドラインにおける強力な推奨」があるにも関わらず欧米に比べて遅れており、課題が多いのも実情である。

●超急性期・集中治療期の心臓リハビリテーション

高度急性期病院では集中治療管理下の重症心疾患患者への心臓リハビリテーションが重要である。特に超急性期では循環動態の把握のもと早期離床と積極的な運動の推進が必要である。超急性期を担う救急科医・集中治療科医・循環器科医な

どを支えるリハビリテーション科医には、1)循環動態を把握した超早期離床と骨格筋へ着目した運動器治療（理学療法）、2)認知機能評価と両上肢での日常生活支援（作業療法）、3)栄養管理を含めた摂食嚥下リハビリテーション、を展開するマネジメント能力が重要である。

家守ら²⁾は従来の超急性期心臓リハビリテーションが実施困難な心血管患者に対し、ベルト電極式骨格筋電気刺激装置による治療を実施した。この治療は下肢筋力や日常生活動作に好影響を与え、患者の離床を早め、その後に従来の心臓リハビリテーションへ導く戦略となったと報告した。Bhaktiら³⁾は人工呼吸器管理後患者200名を対象として「early mobilizationと作業療法」介入による認知機能への長期効果を検証した。認知機能障害発生率において「early mobilizationと作業療法」群は通常ケア群に比べて有意な介入効果を認め、早期離床は身体機能だけでなく、認知機能へも有益性があることを示した。

壮年の心疾患患者が重症化した場合には上記のような治療と並行して集中治療室入室中の段階で、社会復帰へ向けて両立支援を意識した多職種カンファレンスを行い、一般病棟でのリハビリテーション治療に繋ぐ。

●回復期の心臓リハビリテーション

一般病棟移動後に退院を見据える患者に対しては、切れ目ない心臓リハビリテーションと退院支援を提供する。そのためには、心臓リハビリテーションに精通した療法士を含む医療従事者の育成と配置が求められる。高齢の心疾患患者にも多職種連携を主体とした心臓リハビリテーションと疾病管理を行い、自宅退院を目標とするが、在院日

* 鹿児島市立病院リハビリテーション部

Corresponding author：鶴川俊洋（t-tsukurawa2163@power.odn.ne.jp）

数の問題もあり関連病院への転院となることが多い。

低～中等度リスクの若年・壮年の急性心筋梗塞・狭心症患者には、発症早期の高リスクな時期を乗り越えたのちに有酸素運動とレジスタンストレーニングを進める。心臓カテーテル治療後の在院日数は短く十分な心臓リハビリテーションは受けられないが、退院直前もしくは初回外来再診時に心肺運動負荷試験を実施し、外来心臓リハビリテーションに通院するよう指導する。

2000年に開設された回復期リハビリテーション病棟に2022年から急性心筋梗塞後患者の入棟と心大血管リハビリテーション料算定が新たに認可された。牧田⁴⁾は、急性期病院のみで心臓リハビリテーションが完結する時代ではなくなり、今後は地域の医療機関が連携して心臓病患者を長期的にケアしてゆく時代になると述べている。

一方で、日常生活動作が自立した壮年の心筋梗塞後患者（心肺運動負荷試験にて運動処方済の患者）が急性期病院から転院し、回復期心臓リハビリテーションを受けるシステムの構築は難しい。これは回復期リハビリテーション病院のリハビリテーション科医や病棟専任医には王道の心臓リハビリテーションの経験が乏しく、心大血管リハビリテーション算定施設基準のハードルも高いため、心疾患患者の受け入れが進みにくい背景がある。この状況は回復期リハビリテーション病棟に勤めるリハビリテーション科医の経験値で即座に解決することは難しいと思われるが、今後の回復期リハビリテーション病棟における心臓リハビリテーションは患者とリハビリテーション療法士に信頼されるリハビリテーション科医・病棟専任医の存在にかかっている。急性期病院での在院日数短縮のなかで増え続ける心疾患患者に対応する循環器科医とリハビリテーション科医が回復期リハビリテーション医療の良さを共有し、お互いの持ち味をリスペクトし、学術の場や臨床現場で信頼関係を構築することが今まで以上に大事になる⁵⁾。

●患者教育指導と維持期（生活期）心臓リハビリテーション

患者教育指導における看護師の役割は大きい。筆者は集団運動療法を行った後に続けて看護師が患者教育指導を実施する体制を敷いてきたが、運動後は心疾患再発予防への興味が持続し積極的

指導を受ける印象がある。多職種で病院オリジナル資料を作成使用することも効果的である。上月⁶⁾は、教育指導への関係者の熱意が極めて重要であるが、同時に患者が目標を達成継続できた場合への賞賛を忘れてはならないと述べている。

ガイドライン¹⁾には、生活期心臓リハビリテーションの目的は再発予防であり、回復期で得た良好な身体的・精神的機能を維持し、社会復帰（再就労）を果たした後も「生涯の心臓リハビリテーション」として継続するよう記載されている。維持期では、急性期病院もしくは回復期リハビリテーション病院、外来心臓リハビリテーションで教育指導された疾病管理を続け、楽しく運動療法を継続し、スポーツ再開への意欲を引き出す。

筆者は現在循環器内科に加え、小児科・小児心臓血管外科の依頼を受け、小児患者（7～18歳）への心肺運動負荷試験を実施している。先天性心疾患や冠動脈起始異常患者の術前後運動耐容能評価や運動制限の解除判断を目的に実施し、若き心疾患患者の生活期のライフパフォーマンスを支えている。

●おわりに

心疾患患者が急性期を乗り越え、回復期で二次予防を行い、生活期で自律した生活を送りながら「社会復帰」を果たし、「健康寿命」を延伸できるよう支援することが心臓リハビリテーションに関わる医療者の役割である。心臓リハビリテーションで学ぶ指導方法、リスク管理、急変対応はスポーツ現場での運動指導に役立つ。筆者は心臓リハビリテーションを学ぶ者にはスポーツ医学を、スポーツ医学を学ぶ者には心臓リハビリテーションを学ぶことを勧めている。この両軸の考え方が心臓病患者のライフパフォーマンスを支え、両立支援に繋がると信じている。

文 献

- 1) 日本循環器学会, 他. 2021 年度改訂版 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. 入手先:
https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2021/03/JCS2021_Makita.pdf. 参照日 2026 年 4 月 1 日.
- 2) 家守由貴, 松瀬博夫, 佐々木健一郎, 他. 従来の急性期心臓リハビリテーション実施困難例に対する

- ベルト電極式骨格筋電気刺激療法. 心臓リハビリテーション. 2022; 28: 154-161.
- 3) Bhakti KP, Krysta SW, Shruti BP, et al. Effect of early mobilisation on long-term cognitive impairment in critical illness in the USA: a randomised controlled trial. *Lancet Respir Med*. 2023; 11: 563-572.
- 4) 牧田 茂. 随想 私と心臓リハビリテーション. 心臓リハビリテーション. 2025; 31: 3.
- 5) 鶴川俊洋. 回復期リハビリテーション病棟における心大血管リハビリテーション. 総合リハビリテーション. 2023; 51: 735-742.
- 6) 上月正博. 日常生活指導 運動指導. 腎と透析. 2021; 90: 610-614.

1. 心臓リハビリテーション～急性期・回復期・生活期～