

リハビリテーション・社会連携編

循環器病では、疾患そのものに向き合うことと同時に、疾患によって生じた機能・能力の低下に対するリハビリテーション、安静にしていることで起こる廃用症候群を予防・治療するためのリハビリテーションが重要となります。また、障害を持ちながら生きいきと暮らすための社会資源の活用を必要とする場合もあります。



リハビリテーションとは

リハビリテーションでは、筋力低下などの障害を改善できそうな場合には改善をめざします。障害が残りそうな場合でも、その障害があるなりに行えることを増やすという観点から練習していきます。リハビリテーションは誰かにしてもらおうというよりは、自ら行うことで効果が出るものです。手足の障害に対するリハビリテーションだけでなく、嚥下障害や認知の障害にもリハビリテーションが行われます。

循環器病患者さんが、後遺症による障害を持ちながら生活していくには、自ら自分のことをする**自助**以外に、介護保険などの制度（被保険者による相互の負担）に裏打ちされる**共助**、互いに支え合う**互助**、社会福祉制度（公による負担）による**公助**を組み合わせることが大切です。

急性期のリハビリテーション

脳卒中発症後は、臥床（^{がしょう}寝たきりの状態）による廃用症候群を予防するため、早期からリハビリテーションを行うことが推奨されています。

急性期リハビリテーションの目的は、①**早期離床を行い、歩行、食事、トイレ動作、整容動作など、身の回りの動作が行えるよう援助すること** ②**認知機能低下の予防や改善を行うこと** ③**突然の障害による心身機能の変化に伴う不安を緩和すること** などがあげられます。

早期離床では、疾患や障害の重症度により座位や立位のための離床時期は異なりますが、意識障害が軽度で全身状態が落ち着いている方は、発症後数日で離床し座位、立位訓練が可能となります。全身状態が落ち着いていない場合でも、意識の活性化、四肢の関節が固くなることの予防、^{こえんせい}誤嚥性肺炎予防のための口腔ケア、^{えんげ}間接嚥下訓練、楽な姿勢を保つためのポジショニングなどを行い、回復を進めていきます。

運動麻痺が重度な場合は、装具を用いて早期から歩行訓練を行うことや、車椅子などの福祉用具を用いて活動範囲の拡大を図ることで、活動量を増加させていきます。

急性期治療が一段落すれば、個々のリハビリテーション目標に合わせた心身機能の改善の他、日常生活や社会参加の向上を図るための回復期リハビリテーションへ移行していきます。



回復期のリハビリテーション

回復期リハビリテーションでは、病気によって生じた麻痺や筋力低下などの障害の改善に取り組むと同時に、麻痺などが残りそうな場合には障害があるなりに日常生活ができるように練習していきます。できれば自立をめざしていきますが、自立が難しい場合には、患者さんが少しでも生活しやすいように、社会資源を活用するサービスの調整を行うことも回復期リハビリテーションの重要な役割です。

回復期リハビリテーションは医師と看護師以外にも多くのスタッフ関わります。具体的には、**理学療法士**は離床、立ち上がり、歩行、体力強化といった基本的動作を練習します。**作業療法士**は手を使う動作や移乗（ベッドから車いす、車いすからトイレの便座など、乗り移りの動作）などの日常生活に必要な動作といった応用的動作を練習します。**言語聴覚士**は言語、発声、摂食嚥下を練習します。**義肢装具士**は歩行や生活に必要な道具の作成を行います。**介護福祉士**は生活支援やレクリエーションを行います。**医療ソーシャルワーカー**は生活に必要なサービスの調整を行います。



維持期のリハビリテーション

リハビリテーションは、病院で急性期・回復期に機能回復を行い、退院したらもう終わりというものではありません。

急性期・回復期リハビリテーションでは、患者さんの障害に主眼をおいて機能回復を図りますが、維持期リハビリテーションでは、それまでのリハビリテーションの成果を維持するとともに、患者さんの残された機能・能力を最大限活用しながら生活の質の向上を図ることが主な目的です。

維持期リハビリテーションは、主に介護保険サービスを利用することとなります。サービス内容は、リハビリテーション専門職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士など）が自宅を訪問し、生活環境に則したリハビリテーションを実施する「訪問リハビリテーション」や、患者さんが施設に通って実施する「通所リハビリテーション」などがあります。

維持期リハビリテーションの大切なことは、「思いを尊重し可能な限りその人の持つ能力に応じ、自立した日常生活を送れるようにする」ことです。

患者さん一人ひとりで生活環境や残存能力は違い、目標も当然違います。

「家事ができるようになりたい」「買い物に行きたい」「自宅でゆっくりお風呂に入りたい」など人それぞれです。住み慣れた場所で暮らしていくことを前提とし、「今の困りごと」や「今後の希望」について、具体的な生活目標を立て、期間を決めて取り組むことが重要です。



心臓リハビリテーション

心臓リハビリテーションとは、心臓病の患者さんが体力を回復して家庭や社会での生活に復帰するとともに、再発予防をめざすものです。心臓リハビリテーションの内容は医学的評価や運動療法、生活指導、カウンセリングなどを含みます。心臓リハビリテーションの効果は、死亡や入院リスクの減少、運動能力・体力の向上、生活の質の向上など多岐にわたって報告されています。

心臓リハビリテーションの流れについて説明します。心臓病と診断された方に対し、まず心臓の状態を医学的に評価し、心臓病に対する適切な治療を行います。治療と並行して、理学療法士や看護師は、医師の許可のもと、患者さんが安静になり過ぎないように、ベッドから動いて運動することをサポートします。運動をサポートする際は、患者さんの心臓や身体の反応を血圧や心電図で確認し、安全に配慮しながら行います。退院後の生活に向けた筋力や体力の回復と、どの程度の活動が問題なく行えるかを確認するためにも心臓リハビリテーションで適切な運動療法を行います。さらに、心臓病の原因となる動脈硬化の進行予防や心臓病の再発・再入院予防をめざして、食事や禁煙などについての生活指導を行います。心臓リハビリテーションには専門の知識を持った医師や看護師、理学療法士、薬剤師、管理栄養士、臨床心理士など多くの職種が連携して関わります。

心臓病では治療によって症状が改善しても、心臓自体の働きは少しずつ低下していくとされます。したがって、心臓病になった後は自分の心臓と長く上手に付き合っていく必要があります。心臓にとってよい習慣となる運動や食事、禁煙などの無理のない目標を生活に取り入れることが大切です。



社会連携

地域包括ケアとは

地域包括ケアとは、高齢者などが住み慣れた地域で、安心して尊厳あるその人らしい生活を継続することができるよう、医療制度や介護保険制度によるサービスのみならず、その他の保健福祉制度や地域住民、ボランティアなどの多様な社会資源を活用するための包括的・継続的な支援です。

例えば、脳卒中で入院治療を受けた方は退院後に継続して適切な健康管理を受け、可能な限り自立した生活を送るために、医療制度を用いて外来診療、訪問診療や訪問看護などを受けることができます。

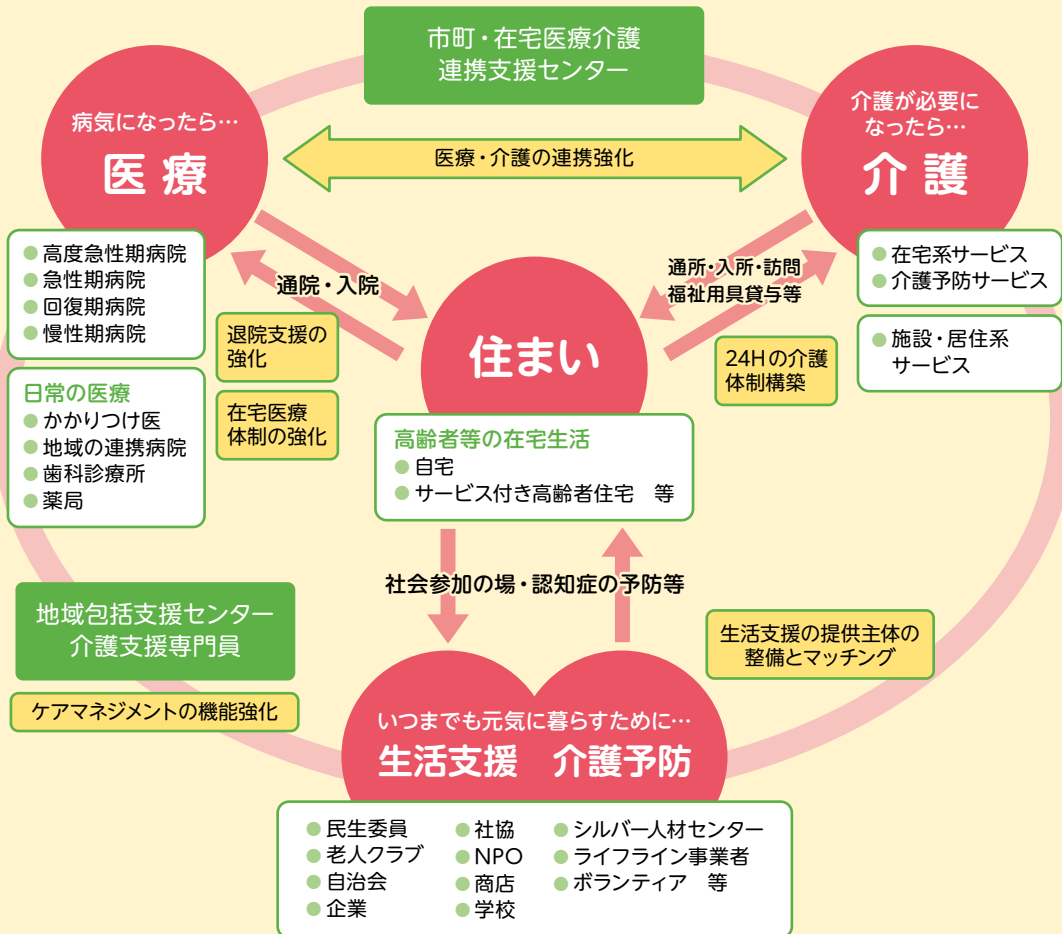
介護保険制度では、要介護認定を受けた後、居宅療養管理指導（医師・歯科医師・薬剤師などによる訪問指導）や訪問看護、訪問・通所リハビリテーションなどの医療系のサービス、訪問介護員による介護サービス（身体介護、通院時乗降介助や生活支援など）を受けることができます。また、生活環境を改善するために福祉用具の貸与や購入、住宅改修や家族介護者の負担軽減のために短期入所や通所介護サービスも受けることができます。地域での自立生活を伴走的に支援する介護支援専門員（ケアマネジャー）は、ケアプラン（介護サービス計画書、利用料などの見積）を作成し、自己負担なしの居宅介護支援サービスを行います。介護保険制度の利用については、医療機関のスタッフや地域包括支援センターなどにご相談ください。

地域包括ケアを推進するための地域包括ケアシステムは、①医療、②介護、③介護予防、④住まい、⑤生活支援、の5つの相互に連携する要素から構成されます。地域生活ではご本人の自己選択が最も重視されるべきであり、市町が中心となり、三重県や医師会などの関係団体、地域住民やボランティアなどが協働することにより、みんなで支える仕組みとなっています。



地域包括ケアシステムの姿

地域包括ケアシステムは、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される
日常生活圏域(具体的には中学校区)を単位として想定



地域共生社会

地域包括ケアシステムは、主に高齢者ケアの分野で取組が実践されてきましたが、近年、地域共生社会という考え方が重要視されてきています。

地域共生社会は、制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』繋がることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会のことです。

高齢者に限られない循環器病患者さんを支えていくため、地域包括ケアシステムの考え方を深化させ、その属性や世代を問わない包括的な支援体制の構築が進められています。