

はじめに

循環器病とは、脳梗塞や脳出血、くも膜下出血など、いわゆる脳卒中と呼ばれる脳の病気と、急性心筋梗塞や心不全、不整脈、急性大動脈解離などの心臓病の総称です。

本県では、毎年約5千人の方が循環器病で亡くなっており、循環器病はがんに次ぐ死亡原因となっています。また、介護が必要となる主な要因であるなど、私たちの生活に大きな影響を及ぼす病気です。

このような中、令和元年12月に「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」が施行され、令和2年10月に「循環器病対策推進基本計画」が閣議決定されました。これをふまえ、県では、誰もがより長く元気に活躍できる社会に向けて、循環器病への様々な対策を進めるために、令和4年3月に「三重県循環器病対策推進計画」を策定しました。

同計画では、「平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸」と「循環器病の年齢調整死亡率の減少」を全体目標として掲げ、「循環器病の予防や正しい知識の普及啓発」、「保健、医療および福祉に係るサービスの提供体制の充実」、「循環器病対策を推進するための基盤整備」という3つの柱に沿った切れ目のない取組を進めています。

循環器病対策を進める上で、患者さんやそのご家族などの当事者が正しい知識を身に付け、適切な行動をとることが重要です。しかし、患者さんやそのご家族が、自分で調べて悩みや不安を必ずしも解消できるとは限りません。このハンドブックは、循環器病に関する治療法やリハビリテーション、相談支援窓口など幅広い内容を掲載しています。医療に携わる皆様には、このハンドブックを参考に、患者さんやそのご家族へのアドバイスなど、治療からリハビリテーションまでの切れ目のない支援にお力添えいただけますと幸いです。

INDEX

脳卒中編

- 脳卒中とは 05
- 脳卒中の主な急性期治療 07
- 急性期治療後の流れ 09
- 急性期から回復期・維持期へ 10
- 脳卒中の再発予防 11

心臓病編

- 心臓病とは 13
- 心臓病の治療 15
- 心臓病の再発予防 18
- 緩和ケア 19

リハビリテーション・社会連携編

- リハビリテーションとは 21
- 社会連携 25

- 医療機関のご案内 27
- 脳卒中・心臓病等総合支援センター 29
- 三重医療安心ネットワーク 30

ハンドブック制作にご協力いただいた皆様

- 奥田 隆利 三重県介護支援専門員協会 会長
- 清水 美帆 三重大学医学部附属病院 リハビリテーション部 技師長
- 新堂 晃大 三重大学大学院医学系研究科 神経病態内科学 教授
- 鈴木 秀謙 三重大学大学院医学系研究科 脳神経外科学 教授
- 園田 茂 藤田医科大学七栗記念病院 病院長
- 田中 一彦 三重県作業療法士会 会長
- 土肥 薫 三重大学大学院医学系研究科 循環器・腎臓内科学 教授
- 松尾 宏 松阪中央総合病院 リハビリテーション科 医長
- 松原 貴子 三重大学医学部附属病院 緩和ケアセンター センター長
- 南出 光章 三重県理学療法士会 会長
- 百崎 良 三重大学大学院医学系研究科 リハビリテーション医学分野 教授

(敬称略、五十音順、所属・役職等は令和5年3月時点のもの)



脳卒中編

脳卒中は死亡、寝たきり、認知症、さらに誤嚥性肺炎、^{てんかん}癲癇、関節の強張り、痛みといった合併症の原因になります。完全に元の生活に戻れる人の割合は加齢と共に減少し、75歳以上になると20%以下です。そのため、発症予防と早期治療が鍵となります。



脳卒中とは

脳卒中は、脳の血管に異常が発生することにより、麻痺やしびれなどの神経症状が現れた状態の総称で、脳の血管が狭くなる・詰まることによる**虚血性脳卒中（脳梗塞）**と、脳の血管が破れることによる**出血性脳卒中**に分類されます。

三重県における脳卒中の患者数は、約2万2,000人と推計されています*1。三重県では、脳卒中が原因で、年間約1,500の方が亡くなっており*2、がん、心臓病、老衰に次いで、死因の第4位となっています。

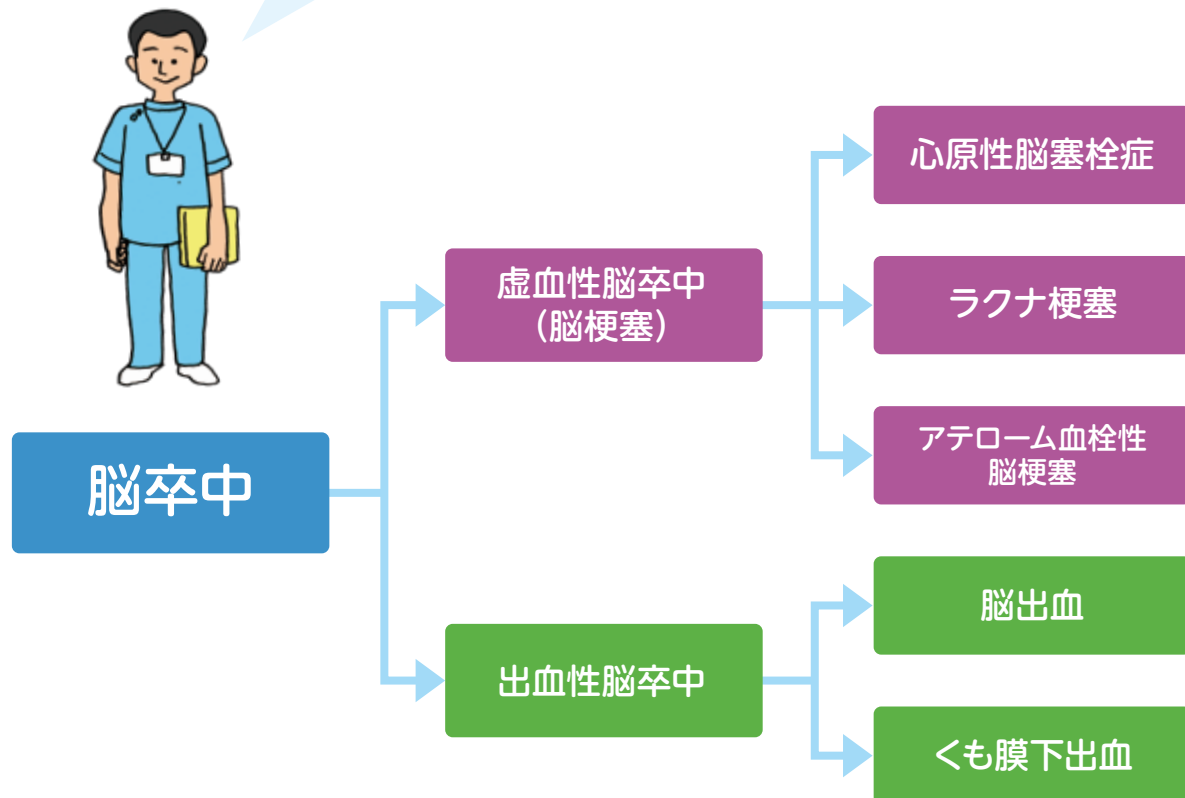
また、脳血管疾患（脳卒中）は、介護が必要となる主な原因とされています。

*1 厚生労働省「令和2年患者調査」 *2 厚生労働省「令和3年人口動態統計」

脳卒中の種類

虚血性脳卒中（脳梗塞）はさらに**心原性脳塞栓症**、**ラクナ梗塞**、**アテローム血栓性脳梗塞**、その他の脳梗塞に分類されます。出血性脳卒中は**脳出血**と**くも膜下出血**に分類されます。

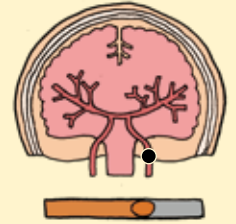
このように、脳卒中はその状態により細かく分類されます。一般的には、大きく脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の3つに分けられます。



脳梗塞

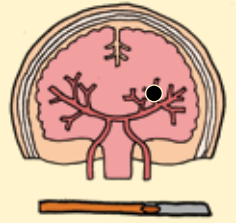
心原性脳塞栓症

心臓にできた血栓が脳の血管を詰まらせることにより発症する脳梗塞です。突然発症し、主幹動脈という脳の大きな血管を詰まらせることがあり、その場合、短時間で重症化しやすくなります。不整脈の一つである心房細動が最多の原因です。



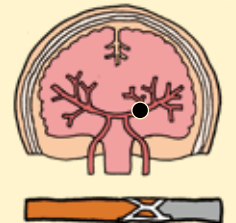
ラクナ梗塞

脳内の細い血管が詰まることで生じる脳梗塞で、高血圧が主な要因です。比較的軽度なこともあります。繰り返すことで血管性認知症や血管性パーキンソン症を発症することがあります。



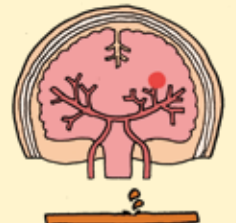
アテローム血栓性脳梗塞

脳の血管が動脈硬化により狭くなるもしくは詰まることで生じる脳梗塞で、高血圧、糖尿病、脂質異常症や喫煙などが主な要因です。症状は比較的緩やかに進行することが多いですが、重症化することもあり注意が必要です。



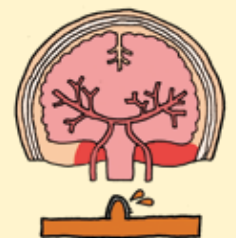
脳出血

脳出血とは、脳の血管が突然破れ、脳の中に直接出血するものです。高血圧が主な要因ですが、若年者では脳血管の奇形、高齢者ではアミロイドというたんぱく質が血管にたまる脳アミロイド血管症が原因として考えられることもあります。



くも膜下出血

脳表面の脳血管が破れ、くも膜と脳表面の間にあるくも膜下腔という隙間に出血が生じた状態で、脳動脈瘤が最多の原因です。発症すると急速かつ重篤な経過をたどることが多く、死亡や後遺症の危険が高い疾患です。原因となる脳動脈瘤の発見には、脳ドックなどでの検査が有効です。



脳卒中の主な急性期治療

脳卒中は**脳梗塞**、**脳出血**、**くも膜下出血**と大きく分類できますが、それぞれ病態や原因が異なるため、疾患に応じた治療が必要となります。

脳梗塞

脳梗塞に対する急性期治療は進歩し、症状改善が期待できるようになってきましたが、厳しい時間的制約があります。

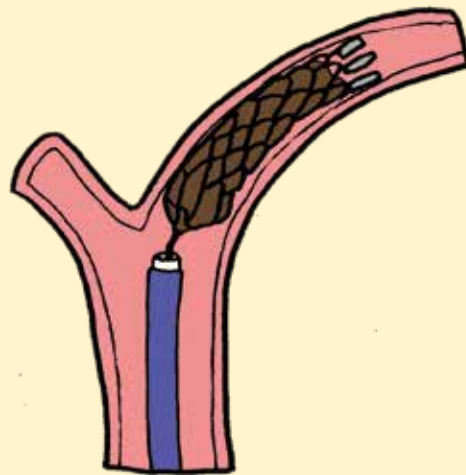
① 血栓溶解療法

t-PAという薬剤により、詰まった血栓を溶かす治療法です。専門病院に発症後3.5時間以内に到着し、発症後4.5時間以内に治療を開始する必要があります。

② 機械的血栓回収療法

カテーテルを足の付け根から脳血管の詰まった箇所まで挿入し、血栓を取り除く、血管内治療と言われる治療法の一つです。専門病院で発症後6時間以内、状態によっては24時間以内まで実施可能です。

上記の①②ができない場合、脳保護薬に加え、抗血小板薬や抗凝固薬による内科的治療を行います。



脳出血

脳出血は原因と血腫量に応じて治療します。

① 開頭血腫除去術

頭蓋骨を大きく開け、血腫を除去する手術で、血腫量が非常に多い場合や、出血の原因が血管奇形や腫瘍などの場合に実施します。

② 穿頭血腫除去術

頭蓋骨に500円玉大の穴を開けて血腫を除去する、患者さんの負担が少ない神経内視鏡を使った手術やCTガイド下定位的血腫除去術などがあります。出血の原因が高血圧性で血腫を取り除くだけでよい場合に選択されます。

③ 内科的治療

血腫が小さい場合、抗脳浮腫療法や降圧治療を行います。

CTガイド下定位的血腫除去術

注射器

吸引管



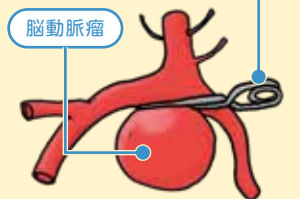
くも膜下出血

くも膜下出血治療の第一歩は専門病院への早期搬送です。原因のほとんどは脳動脈瘤の破裂ですので、発症後72時間以内に破裂脳動脈瘤に対する手術を行います。

① 開頭クリッピング術

頭蓋骨の一部を開け、脳動脈瘤の根元を金属製のクリップで閉じ、脳動脈瘤への血流を止める手術です。再発の可能性は低いですが、脳動脈瘤の場所によっては実施困難な場合があります。

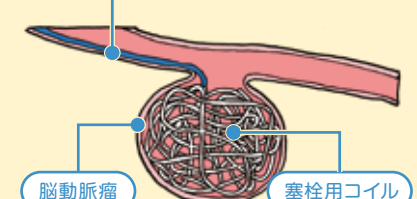
クリップ



② 脳動脈瘤コイル塞栓術

カテーテルを使って脳動脈瘤の中にコイルを詰め、血流を止めて破裂を防ぐ血管内手術の一つです。脳に触らずに手術できる利点がありますが、再発のリスクは開頭クリッピング術よりも高くなります。

マイクロカテーテル



脳動脈瘤

塞栓用コイル

急性期治療後の流れ

脳梗塞

重症例では脳に水分が溜まり腫れあがってしまう脳腫脹が生じ、開頭外減圧術を実施することもあります。基本的に早期からリハビリテーションを行い、機能回復を図ります。また、同時に再発の予防対策や、深部静脈血栓症などの合併症の対策を行います。

- ① 禁煙、節酒に加え、高血圧、糖尿病、脂質異常症といった生活習慣病に対する栄養療法や薬物治療を行います。
- ② 心原性脳塞栓症では抗凝固薬、その他の脳梗塞では抗血小板薬による治療を行います。消化管出血の合併に注意が必要です。
- ③ 頸動脈や頭蓋内動脈などの血管が狭くなっている場合、再発予防のため手術が必要になることがあります。

脳出血

早期からリハビリテーションを行い、機能回復に努めます。また、同時に再発の予防対策や、深部静脈血栓症などの合併症の対策を行います。

- ① 脳出血の主な要因となる高血圧の管理が重要で、通常130/80mmHg未満、再発リスクが高い症例では120/80mmHg未満を降圧目標にします。
- ② 脳血管奇形や脳腫瘍など、高血圧以外が出血の原因となる場合、原因疾患に応じた治療を行います。開頭術、血管内治療や放射線治療を行う場合があります。
- ③ 脳梗塞よりも痙攣を併発するリスクが高いため注意が必要です。

くも膜下出血

肺炎、消化管出血、深部静脈血栓症、痙攣などの合併症対策や、リハビリテーションを行い、機能回復に努めることは他の脳卒中と同じですが、くも膜下出血の場合は経過中に症状が再度悪化することがあります。

- ① 遅発性脳虚血 発症後4日～3週間の間、脳血管攣縮により脳虚血を生じる場合があります。血管拡張薬の脳動脈内注入や経皮的血管拡張術といった血管内治療を行います。
- ② 慢性水頭症 発症後2週間以降に症状が緩やかに悪化する原因になります。脳脊髄液シャント術により改善します。

急性期から回復期・維持期へ

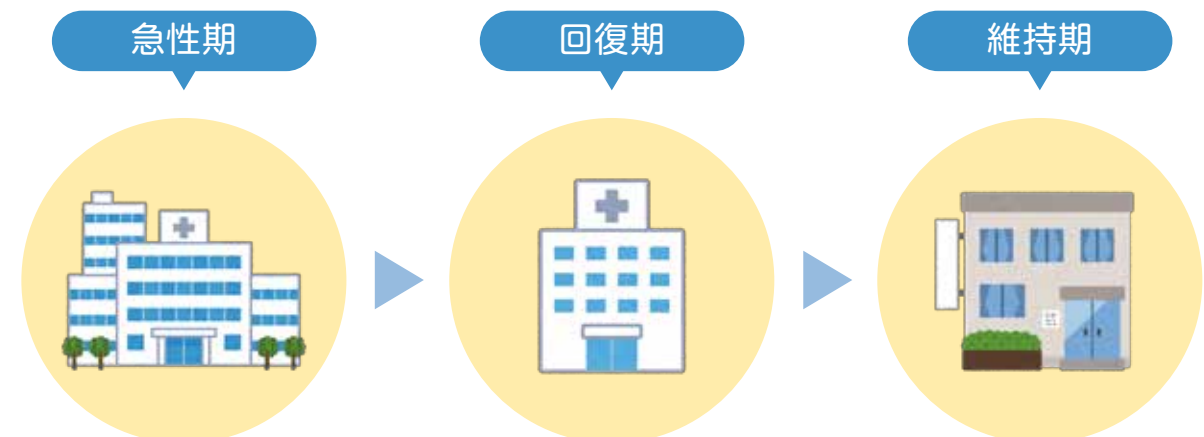
現在の医療・介護体制は、急性期・回復期・維持期に分かれています。急性期病院は診断機能や初期治療能力を強化しており、主に総合病院や大学病院がその役割を担っています。回復期の医療機関(回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟など)はリハビリテーション医療を主とすることが多く、療法士などリハビリテーションに関わる人材を数多く擁しています。維持期では、地域にて生活に密着した医療・介護が展開されています。

これら急性期・回復期・維持期の機能すべてを一つの施設で完結させることは難しく、施設間の機能分化と連携が進んでいます。多くの医療機関や施設は、いずれかの機能に特化しており、患者さんは機能に応じて医療機関や施設を移ることで適切な医療・介護を受けることができます。

連携体制をスムーズに活用するための第一歩として、まずはこのようなリレー方式で医療・介護が整えられていることを把握することが大切です。流れに乗るためには、急性期の治療が終わってから回復期の病院を探し始めるのではなく、適切なタイミングで次の時期に移る準備に取り掛かることが重要です。病院によって異なりますが、連携室、相談センターなどの部署において、医療ソーシャルワーカーや看護師、医師などが相談に応じたり、転院先などの必要な情報を提供してくれます。

制度面についても理解しておくことが重要です。回復期までは医療保険で行われますが、維持期になると介護保険によるサービスが加わります。退院後のリハビリテーションは介護保険制度を使うことが多いため、回復期病院への入院中に介護認定を受け、担当してもらう介護支援専門員とケアプランを立てておく必要があります。維持期では、医療、介護、その他関係者が繋がり合って生活を支える地域包括ケアシステム(P.25、26をご参照ください)の枠組みのなかで暮らしていくこととなります。

各時期に行うべきことを理解し、よりよい医療・介護を受けられるよう行動していきましょう。



脳卒中の再発予防

脳卒中が再発する要因には、高血圧、糖尿病、脂質異常症、喫煙などの主に生活習慣に関わる疾患や習慣があげられます。脳卒中の再発を防ぐためには、これらの管理や治療が大切です。

脳梗塞の再発予防

主な再発予防として、血圧の厳格な管理が重要となります。心臓から脳へ血液を送る血管が狭くなっている場合や、血管の詳細な状況が確認できていない場合は、140/90 mmHgを目標とします。そのほかラクナ梗塞などでは130/80mmHg未満を目標とします。

心房細動を原因とする心原性脳塞栓症では、抗凝固療法が勧められています。

非心原性脳塞栓症（ラクナ梗塞・アテローム血栓性脳梗塞）では、抗血小板薬の投与が勧められています。ただし、抗血小板薬2剤併用による場合は、消化管出血などの出血性合併症に注意が必要です。

また、非心原性脳塞栓症では、血中のLDLコレステロール値を低下させるスタチン製剤の投与が勧められています。この場合、LDLコレステロールの値を100mg未満とすることを目標とします。

脳出血の再発予防

血圧コントロールが上手くいかないことが原因で再発するケースが多く見られます。発症1か月以降の慢性期では、130/80mmHg未満の降圧を目標とします。脳出血の主な原因が、アミロイドというたんぱく質の蓄積する脳アミロイド血管症の場合でも、血圧が目標値を上回っている場合は降圧療法を行います。

くも膜下出血の再発予防

未破裂脳動脈瘤が残っている場合は、禁煙や節酒などの生活習慣の改善が大切です。また、血圧が目標値を上回っている患者さんは積極的な降圧に取り組むことが勧められています。



心臓病編

心臓病は、がん、脳卒中と並び、日本人の死因の上位を占める病気の一つです。心臓病の発症は、多くの患者さんにとって「青天の霹靂」で、回復後も生活に支障をきたすことが多く、突然死の可能性もある非常に怖い病気です。心臓病にならないための第一歩として、心臓病のリスクをよく知りましょう。また、既に心臓病と診断された方は、病気について理解を深め、生活習慣を改善して予防を行い、健康寿命の延伸に努めていきましょう。

※ 本冊子では、心血管疾患と言われる疾患を、一般の方にも分かりやすいように心臓病と表現しています。そのため、医学的な分類では心臓病に含まれない急性大動脈解離についても、広義での心臓病に当たるとして、本心臓病編に加えて紹介していますので、ご了承ください。



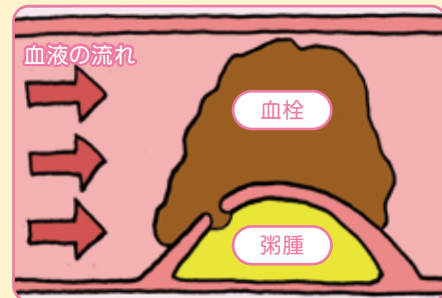
心臓病とは

心臓病は、心臓の構造や働きに異常により生じる病気の総称で、心筋梗塞などの虚血性心疾患、心臓弁膜症、不整脈、心筋症、先天性心疾患などがあり、これらの病気が基となり心不全へと繋がります。三重県における心臓病の患者数は、約4万7,000人と推計されています*1。三重県では、心臓病が原因で、年間約3,400人の方が亡くなっており*2、がんに次いで高い死因となっています。高齢になるほど心臓病になる割合は増えるため、心臓病が原因で要介護となる患者さんも増加しています。

*1 厚生労働省「令和2年患者調査」 *2 厚生労働省「令和3年人口動態統計」

急性心筋梗塞

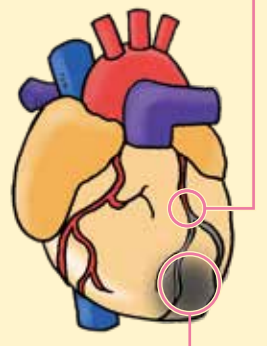
急性心筋梗塞は、冠動脈という心臓の筋肉に栄養を送る血管が急激に詰まることで、発症する病気です。血管が詰まる原因は、コレステロールが老廃物と混じり合って粥のような固まりとなったもの(粥腫)が動脈の壁の中で増え、さらに動脈の壁が破れて血栓ができてしまうことで起こります。血栓が血管を完全に塞ぐと、血液が心臓の筋肉に行き届かなくなり、短時間で心筋壊死を起こしてしまいます。このような状態を放置すると、心臓のポンプ機能が低下するだけでなく、致命的な不整脈や心破裂など、直ちに命を落としてしまうような合併症が生じるリスクが高まるため、緊急でカテーテル治療を行います。



強い痛みが
1時間以上
続きます



血管が詰まっているところ



血液が送られず細胞が壊死

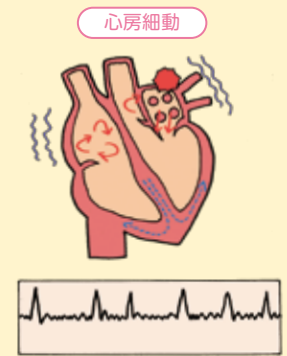
心不全

心不全は、「心臓が悪いために、息切れやむくみが起こり、だんだん悪くなり、生命を縮める病気」で、虚血性心疾患、心臓弁膜症、不整脈、心筋症、先天性心疾患など、多くの心臓に関わる疾患が心不全の原因となり得ます。心不全の主な症状は、動いたときの息切れと、身体がむくみですが、症状は様々です。高齢者の心不全では、こうした自覚症状がはっきりと現れにくく、息切れなどの症状があっても、「年のせいだから仕方ない」「体力が落ちただけ」と見過ごしてしまいがちです。放置したまま重症化してしまい、夜中に呼吸困難を起こして救急車で運ばれる患者さんも少なくありません。



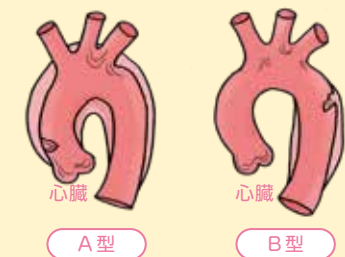
不整脈

不整脈とは、脈がゆっくり打つ、速く打つ、または不規則に打つ状態を指し、脈が1分間に50以下の場合を徐脈、100以上の場合を頻脈といいます。不整脈には様々な種類がありますが、その中でも、「心房細動」は動悸や息切れだけでなく、心不全や脳梗塞の原因となるので、ぜひ知っていただきたい不整脈です。また、「心室頻拍・心室細動」といった突然死に直結するような不整脈は、心機能が低下した患者さんに起こりやすいとされています。



急性大動脈解離

急性大動脈解離は、前触れがなく大動脈の内側に亀裂が入り、その裂け目から血液が大動脈の壁を裂いて壁内に流れ込む重篤な病気です。心臓に近い場所が裂けるA型では、突然死にいたる合併症(心嚢内への破裂・出血、心筋梗塞、大動脈弁閉鎖不全症、心不全など)を生じやすく、心臓から少し離れた場所が裂けるB型に比べ危険性が高まります。急性大動脈解離は、多くの場合、高血圧症を持つ患者さんに発生します。

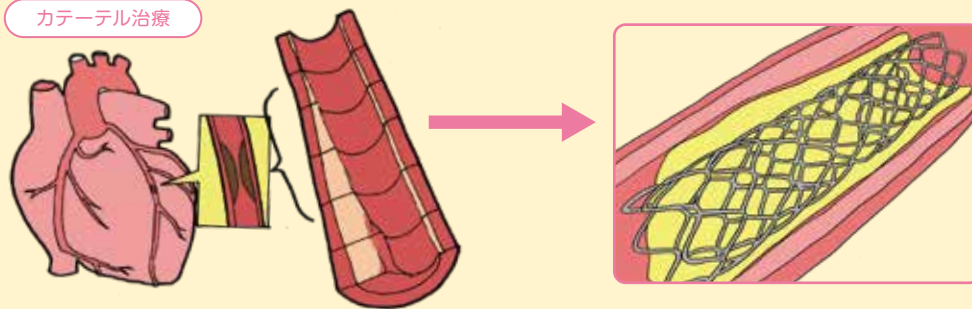


心臓病の治療

急性心筋梗塞

急性心筋梗塞の最も特徴的な症状は、脂汗が出るほどの激しい胸の痛みです。症状が一時的ではなく30分以上続くので、しばしば恐怖感や不安感を伴います。急性心筋梗塞は危険な病気ですが、早期に治療をすれば助かる確率が高くなるので、このような症状があれば、躊躇なく救急車を呼び、一刻も早く治療可能な病院に搬送してもらうことが重要です。カテーテル治療などで血管の詰まりをできるだけ早く解除し、心臓の回復や死亡率の低下に繋がります。重症の場合には開胸手術や機械的心肺補助装置を必要とする場合もあります。治療後は回復具合に合わせた心臓リハビリテーションを行いながら、社会復帰をめざします。

カテーテル治療



心不全

急に心臓の動きが悪くなり、呼吸困難などの症状が現れる「急性心不全」の状態に陥ることがあります。救急病院に緊急搬送される場合も多く、「命を救うこと」と「速やかに症状を改善させること」が最優先されます。呼吸を楽にするために酸素を投与し、さらに心臓を力づける強心薬や、体に溜まった水分を取り除く利尿薬などを使用し、血液の循環をよくします。重症の場合には機械的心肺補助装置を必要とする場合もあります。急性心不全の原因となった心臓病を突き止めて根本的な治療をすることも併せて重要となります。急性期から脱したら、回復具合に合わせた心臓リハビリテーションを行いながら、内服薬を調整し、退院に向けて再発予防策を患者さんと一緒に考えていきます。このような心不全患者さんに対する治療と再発防止の取組は、多職種で行っていきます。

心不全管理アプリ 「ハートサイン」について

心不全の治療の基本は生活習慣の改善と薬物療法です。最近では、虚血性心疾患、心臓弁膜症、不整脈といった心不全の原因に対するカテーテル治療やデバイス治療も多く行っています。一方で、心不全の悪化を防ぐために最も大事な対策は、患者さん自身で毎日の健康管理をしていただき、心不全悪化の兆候に早く気づいていただくことです。しかし、自覚症状は人それぞれで、心不全悪化の危険なサインに自ら気づくことは実際にはとても難しいのが現状です。心不全手帳を活用していただくことが推奨されていますが、三重大ではスマートフォンで利用できる「心不全管理アプリ」を開発し、実運用をめざしています。心不全の治療は、様々な職種と患者さんのチームで行っています。



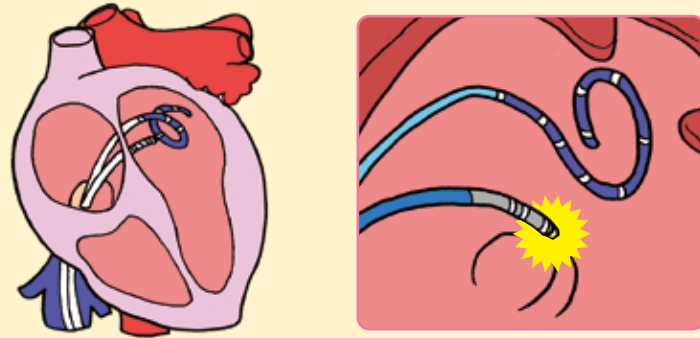
心不全の治療は、様々な職種と患者さんのチームで行います



不整脈

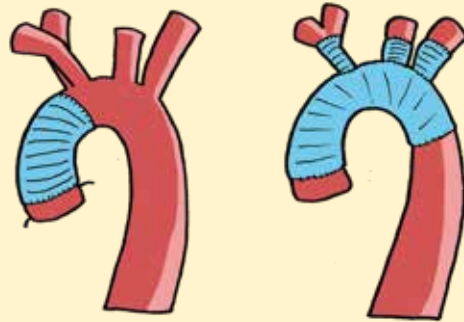
不整脈のうち、心房細動の治療は、脳梗塞予防のために、抗凝固薬に加え、カテーテルを太ももの付け根から血管を通じて心臓に挿入し、高周波電流を流して焼灼（焼いて治療すること）することで不整脈を治すカテーテルアブレーション治療を行います。また、放置すると心機能低下や突然死に繋がる不整脈に対し、埋め込み型除細動器（ICD）やカテーテルアブレーション治療を組み合わせることで患者さんの生命を守ります。「心室頻拍・心室細動」といった突然死に直結するような不整脈には、埋め込み型除細動器が予防に有効です。また、洞不全症候群や房室ブロックなど、脈が遅くなる不整脈の場合は、ペースメーカーの植込みが有効です。

カテーテルアブレーション治療



急性大動脈解離

急性大動脈解離は、胸や背中、お腹の急激な痛みで発症し、特に心臓に近い上行大動脈に解離が及ぶ場合、1時間に1%ずつ死亡率が上昇し、48時間以内におよそ半分の患者さんが亡くなると言われています。したがって、このような症状があれば、躊躇なく救急車を呼び、一刻も早く治療可能な病院に搬送してもらうことが重要です。治療方法は、解離している部位や病状によって大きく異なります。上行大動脈に解離があれば、多くの場合、開胸して緊急手術を行います。一方、上行大動脈以外の解離であれば血圧を下げたり、痛みを和らげたりして治療することが原則ですが、破裂や血流障害があれば緊急手術を行います。その場合、近年はステントグラフト内挿術にて治療する場合があります。

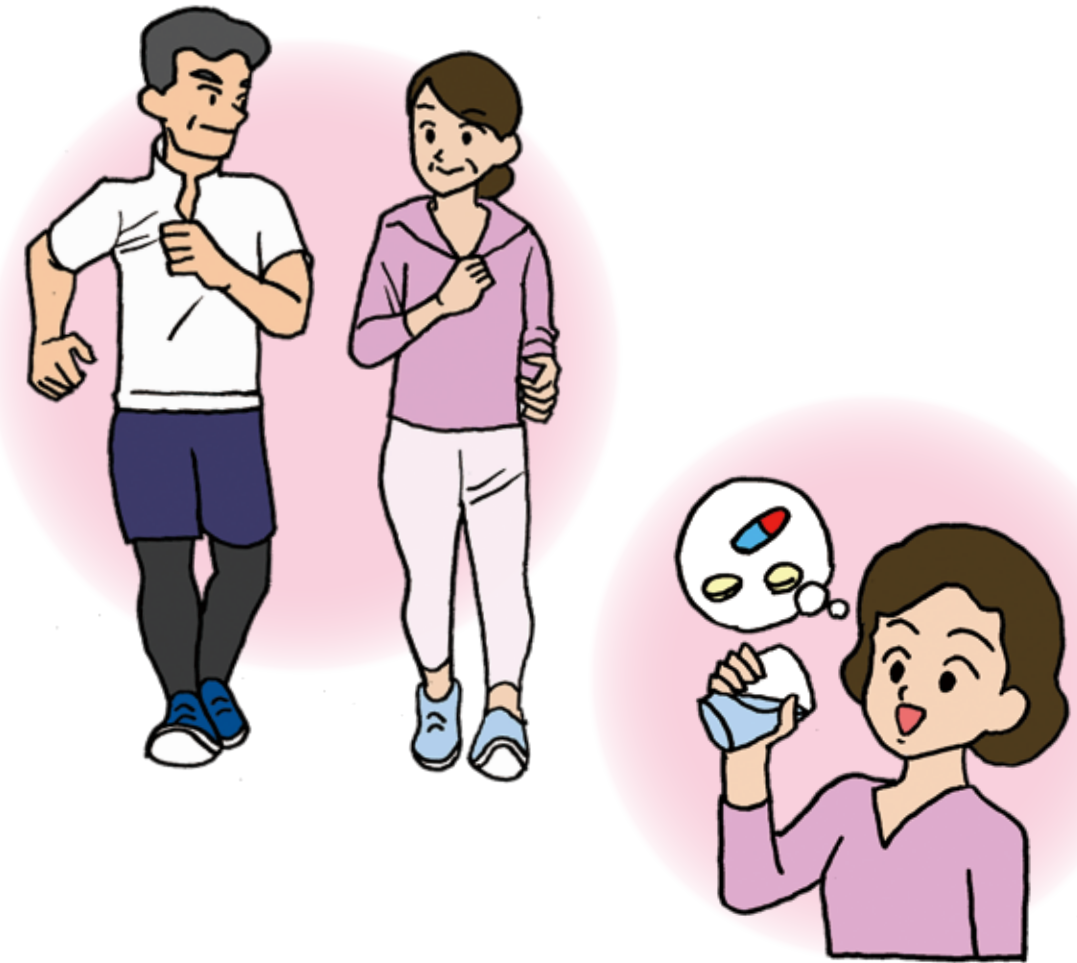


上行大動脈置換

弓部大動脈置換

心臓病の再発予防

心臓病には、虚血性心疾患、心臓弁膜症、不整脈、心筋症、先天性心疾患など様々な疾患があり、複数の疾患をお持ちの患者さんも少なくありません。一方、心臓病の再発予防策は共通しており、薬を忘れずに内服していただくこと、患者さん自身の病状にあった食事や運動、禁煙や節酒など日々の生活習慣を整えていただくことが最も重要になります。包括的心臓リハビリテーションは、心臓病によって低下した機能回復と再発防止を目的に、患者さん一人ひとりに合わせたメニューを医師や看護師、理学療法士による指導下で行います（P.24をご参照ください）。また、社会的な孤立や孤独といった社会環境や、金銭的な困窮も心臓病の再発に悪影響を及ぼすと言われており、患者さんへの社会的サポートも重要です（P.29をご参照ください）。私たちは、心臓病になっても楽しく生活できる環境づくりが大切だと考えています。



緩和ケア

緩和ケアとは

緩和ケアという言葉を目にしたとき、ターミナルケア（終末期ケア）と誤解する方は多いのではないのでしょうか。緩和ケアとは、病名や病期に関係なく患者さんの苦痛を取り除き、QOL*を改善させるアプローチのことを言います。

緩和ケアは、がんの分野でよく聞かれますが、循環器病患者さんも、病気の進行とともに身体的・心理社会的・スピリチュアルな側面などの全人的な苦痛が増悪することが多く、緩和ケアを提供して苦痛緩和に努める必要があります。QOLを改善するためには、様々な職種が協働して行う多面的な苦痛評価と、専門職性を最大限に活かせるチーム医療として包括的な医療・ケアを提供することが重要です。

心不全緩和ケアを提供するタイミング

心不全治療を終了したのちに緩和ケアを開始するのではなく、治療と緩和ケアを同時に提供することが重要です。従来の心不全治療に加えて、基本的緩和ケアとして、痛みや呼吸苦などの症状の緩和、患者さんやそのご家族の心理負担の評価とケア、必要な社会的資源の提供と共に、自分らしく生きるための意思決定支援とACP*を継続していくことで、患者さんと家族介護者のQOL向上に寄与することができます。

* QOL：人間らしく満足して生活しているかを評価する概念。Quality of Lifeの略。

* ACP：自らが望む人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、医療・ケアチームなどと繰り返し話し合い共有する取組のこと。Advance Care Planningの略。

取組の現状について

現在、医師向けに「心不全緩和ケアトレーニングコース（HEPT）」、すべての医療者向けに「本人の意向を尊重した意思決定のための研修会（E-FIELD）」が開催されており、人生の最終段階における意思決定支援が開始されるなど、心不全緩和ケアの啓発・実践力向上をめざした取組が始まっています。

また、各地域の基幹病院には専門的緩和ケアを提供する緩和ケアチームが設置されており、患者さんの苦痛やつらさが複雑・重症なときのコンサルテーションや相談をすることが可能です。



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（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、誤嚥性肺炎予防のための口腔ケア、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へ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。

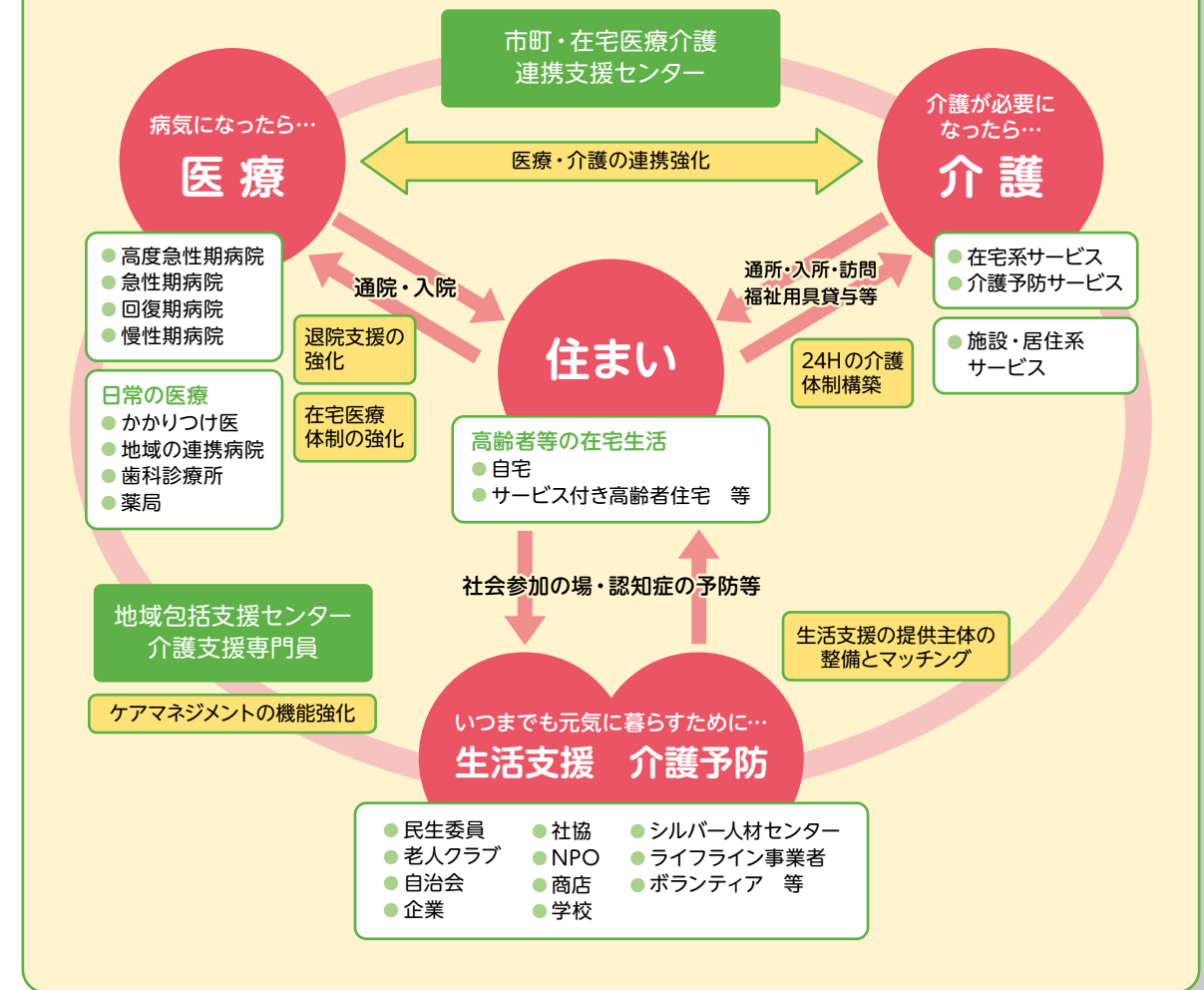
介護保険制度では、要介護認定を受けた後、居宅療養管理指導（医師・歯科医師・薬剤師などによる訪問指導）や訪問看護、訪問・通所リハビリテーションなどの医療系のサービス、訪問介護員による介護サービス（身体介護、通院時乗降介助や生活支援など）を受けることができます。また、生活環境を改善するために福祉用具の貸与や購入、住宅改修や家族介護者の負担軽減のために短期入所や通所介護サービスも受けることができます。地域での自立生活を伴走的に支援する介護支援専門員（ケアマネジャー）は、ケアプラン（介護サービス計画書、利用料などの見積）を作成し、自己負担なしの居宅介護支援サービスを行います。介護保険制度の利用について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

● 医療機関のご案内

※令和5年3月1日現在

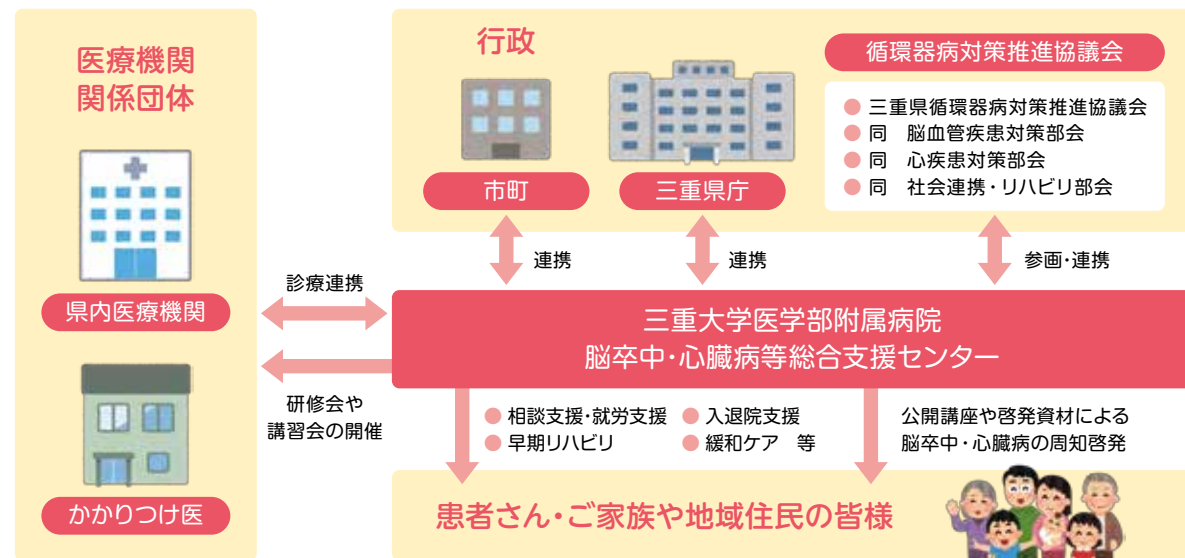
市町	病院名	脳卒中			心臓病			問い合わせ先(電話番号)
		医療機能受入可能範囲			受入可能な心臓病			
		急性期	回復期	維持期	虚血性心疾患	大動脈解離	慢性心不全	
桑名市	桑名市総合医療センター	○			○	○	○	地域連携室/0594-22-2110
	もりえい病院	○	○	○	○	○	○	リライゾン(連携)センター繋/0594-25-8088
	青木記念病院		○	○				医療連携室/0594-22-1711
	ヨナハ丘の上病院		○	○			○	地域連携室/0594-41-2977
	長島中央病院			○			○	医療相談室/0594-45-0555(代表)
	桑名病院			○			○	医療連携室/0594-22-0460(代表)
いなべ市	いなべ総合病院	○			○		○	地域連携室/0594-72-2000(代表)
	日下病院		○	○			○	0594-72-2511(代表)
四日市市	市立四日市病院	○			○	○	○	地域連携・医療相談センター/059-356-0822
	県立総合医療センター	○			○	○	○	地域連携課 059-345-2321(代表)
	四日市羽津医療センター		○	○	○		○	地域連携室/059-331-2000(代表)
	みたき総合病院		○	○			○	059-330-6000(代表) 地域連携室せせらぎ
	富田浜病院		○	○				059-365-0023(代表) 地域連携室はまゆう
	山中胃腸科病院		○	○			○	059-345-0511(代表)
	四日市消化器病センター		○	○				059-326-3000(代表)
	小山田記念温泉病院		○	○			○	059-328-1260(代表)
	主体会病院		○	○			○	地域連携室/059-354-1771(代表)
	石田胃腸科病院			○			○	059-353-3313(代表)
四日市徳洲会病院			○			○	059-355-2980(代表)	
菰野町	菰野厚生病院	○	○	○	○		○	059-393-1212(代表)
鈴鹿市	鈴鹿中央総合病院	○			○	○	○	地域連携室/059-384-1057
	鈴鹿回生病院	○			○	○	○	医療連携室/059-375-1331
	村瀬病院		○	○			○	059-382-0330(代表)
	塩川病院		○	○				059-378-1417(代表)
	高木病院		○				○	059-382-1385(代表)
亀山市	亀山市立医療センター		○	○			○	0595-83-0990(代表)
津市	三重大学医学部附属病院	○			○	○	○	059-232-1111(代表)
	三重中央医療センター	○			○	○	○	059-259-1211(代表)
	永井病院	○	○	○	○	○	○	059-228-5181(代表)
	遠山病院	○	○	○	○		○	059-227-6171(代表)
	武内病院	○	○	○	○		○	059-226-1111(代表)
	七栗記念病院		○					地域連携室/059-252-3089
	津生協病院		○	○				059-225-2848(代表)
	岩崎病院		○	○			○	059-232-2216(代表)

市町	病院名	脳卒中			心臓病			問い合わせ先(電話番号)
		医療機能受入可能範囲			受入可能な心臓病			
		急性期	回復期	維持期	虚血性心疾患	大動脈解離	慢性心不全	
津市	吉田クリニック		○	○			○	059-232-3001(代表)
	若葉病院		○	○			○	059-227-0207(代表)
	三重病院			○				地域連携室/059-232-2531(代表)
	県立一志病院			○				地域連携・医療相談室/059-262-0600(代表)
	榊原温泉病院			○			○	059-252-1111(代表)
	第二岩崎病院		○					地域連携室/059-232-2316(代表)
	榊原白鳳病院			○			○	059-252-2300(代表)
	倉本内科病院			○			○	059-227-6712(代表)
伊賀市	岡波総合病院	○	○	○	○	○	○	地域医療連携室/0595-21-3154
	上野総合市民病院		○	○			○	地域医療連携室/0595-41-0061
名張市	名張市立病院	○	○	○	○	○	○	0595-61-1100(代表)
	寺田病院		○	○			○	地域連携室/0595-63-9001
松阪市	松阪中央総合病院	○	○	○	○	○	○	地域医療連携室/0598-21-5510
	済生会松阪総合病院	○			○	○	○	医療連携室/0598-51-2439
	松阪市民病院	○			○		○	0598-23-1515(代表)
	桜木記念病院		○	○			○	0598-21-5522(代表)
	花の丘病院		○	○				0598-29-8700(代表)
	松阪厚生病院			○			○	地域連携室/0598-29-1311(代表)
大台町	南勢病院			○				地域医療連携室/0598-29-1721(代表)
	大台厚生病院						○	0598-82-1313(代表)
明和町	三重ハートセンター				○	○	○	0596-55-8188(代表)
	済生会明和病院		○	○				0596-52-0131(代表)
伊勢市	伊勢赤十字病院	○			○	○	○	0596-28-2171(代表)
	市立伊勢総合病院	○	○	○	○	○	○	地域医療連携係/0596-23-5394
	伊勢ひかり病院		○	○			○	0596-22-1155(代表)
志摩市	伊勢田中病院		○	○			○	総務課/0596-25-3111(代表)
	県立志摩病院		○				○	地域連携室/0599-43-0501(代表)
	志摩市民病院		○	○			○	0599-72-5555(代表)
玉城町	玉城病院		○	○			0596-58-3039(代表)	
南伊勢町	町立南伊勢病院		○	○			○	0599-66-0011(代表)
尾鷲市	尾鷲総合病院	○	○	○			○	0597-22-3111(代表)
紀北町	第一病院		○	○			○	0597-36-1111(代表)
	長島回生病院		○				○	0597-47-1651(代表)
御浜町	紀南病院	○	○	○				地域連携室/05979-2-1333(代表)

脳卒中・心臓病等総合支援センター

概要

脳卒中・心臓病等総合支援センターは、多職種連携のチーム体制を生かして、循環器病患者さんに対する総合的な支援を行う拠点として、三重大学医学部附属病院に設置されています。センターでは、発症後の治療・療養に関する意思決定支援からリハビリテーション、再発予防、在宅復帰、社会復帰、介護、緩和ケアなど、循環器病患者さんの様々なご要望やお悩みに対し、最適な支援に繋がられるよう相談窓口を設置しています。窓口では、相談内容により、医師や看護師、ソーシャルワーカー、薬剤師、管理栄養士、リハビリテーション専門職など多職種が協力して幅広い支援が可能な体制を取っています。また県や地域の医療機関と連携し、循環器病患者さん・ご家族に対する包括的な支援体制の充実を図っていきます。



センターの役割

本センターでは、①相談支援、②療養上の意思決定や困りごとに関する情報提供、③循環器病に対する理解を深めていただくための啓発活動、の3つの活動を中心に、地域の関係機関と連携・協力しながら取組を進めていきます。循環器病を患ったとしても円滑な社会生活を営んでいただくために、福祉・介護サービス、経済的なお困りごと、治療と仕事の両立など、一人ひとりに必要な支援を患者さん・ご家族とともに考え、支援していきます。ぜひ、本センターをご活用ください。

問い合わせ先

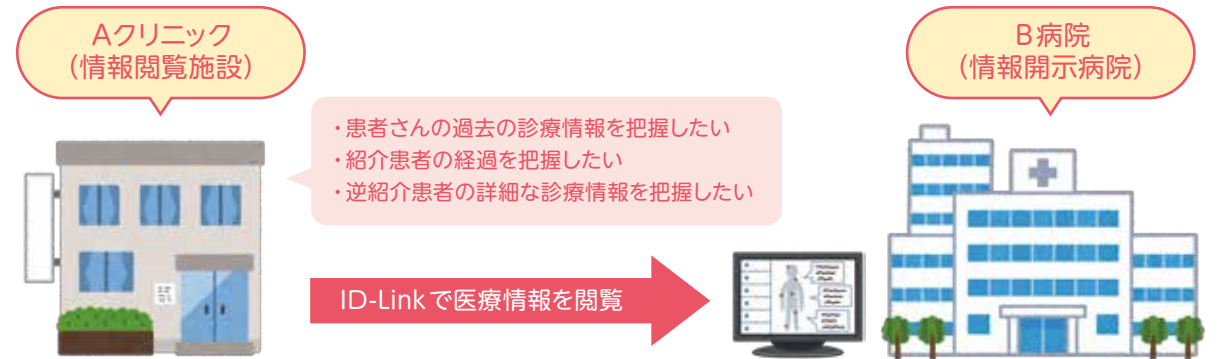
三重大学医学部附属病院 脳卒中・心臓病等総合支援センター
(総合サポートセンター内)
TEL.059-231-5109 FAX.059-231-5541



三重医療安心ネットワーク

三重医療安心ネットワークとは、三重県内の複数の医療機関間で、個人情報保護した上で、ID-Link という仕組みにより、インターネット回線を用いて医療情報を共有するシステムです。

患者さんの同意の上、薬や注射の処方、血液検査の結果、レントゲンやCTなどの画像情報とレポートなどの医療情報を異なる医療機関の間で共有することで、循環器病やがんをはじめとした疾患の各地域連携クリティカルパスの円滑な運用と、県内における安心・安全で切れ目のない医療提供体制の充実をめざすものです。



三重医療安心ネットワークへの参加について

三重医療安心ネットワークへの参加は、情報開示病院と情報閲覧施設に分かれています。情報開示病院は、現在、県内の中核病院を中心に18病院が参加しており、各病院で保有する医療情報の開示に対応しています。

情報閲覧施設は、情報開示病院の医療情報を閲覧可能な施設であり、多くのかかりつけの先生方にも参加していただいています。

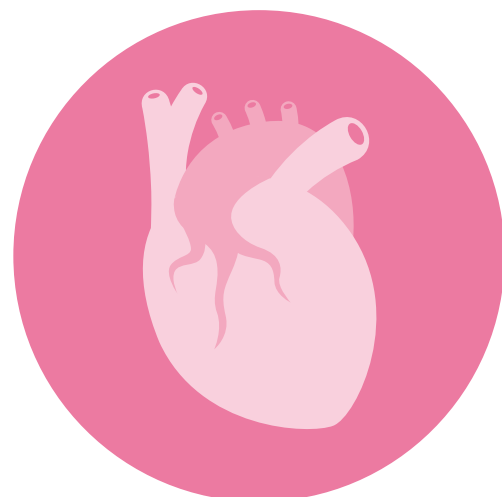
三重医療安心ネットワークへの参加に特別な費用はかからない上、様々なメリットもありますので、参加をご検討される場合は、下記事務局までお問い合わせください。

● 三重医療安心ネットワークホームページ
<https://www.hosp.mie-u.ac.jp/mie-cancer-net/anshin/>



問い合わせ先

三重県地域医療連携連絡協議会事務局 (三重大学医学部附属病院内)
TEL.059-231-5813 FAX.059-231-5348
E-mail: idlink-unei@clin.medic.mie-u.ac.jp



みえ循環器病 ハンドブック

発行／三重県 医療保健部 医療政策課

〒514-8570 三重県津市広明町13番地
TEL.059-224-3374 FAX.059-224-2340

(令和5年3月発行)

