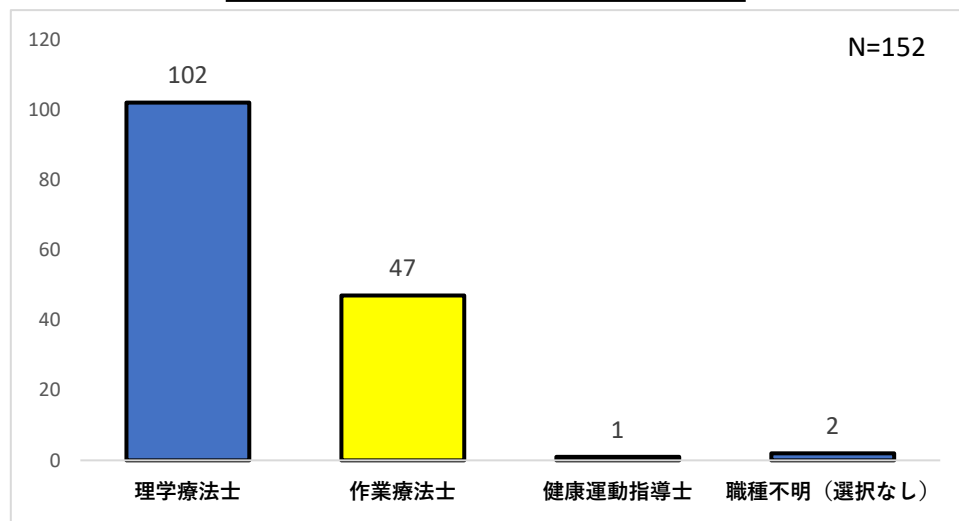


目的：北河内圏域の心疾患患者の運動療法に関する実態調査、情報集約を目的に調査を行いました。
対象者：北河内圏域（枚方市・寝屋川市・門真市・守口市・四條畷市・大東市・交野市）でご勤務している
理学療法士・作業療法士 約1300名
ご回答者数：152名
回収率：約11.7%

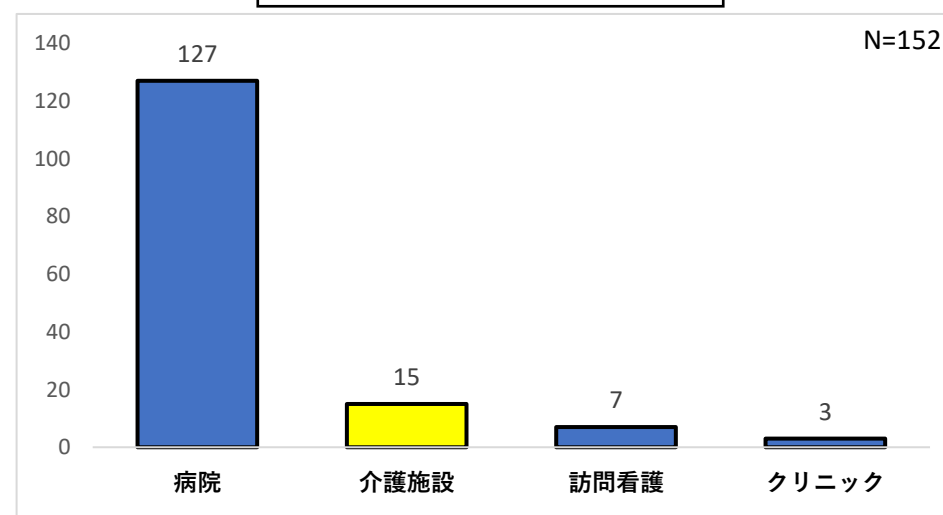
1 ご回答者の基本属性

(1) 職種



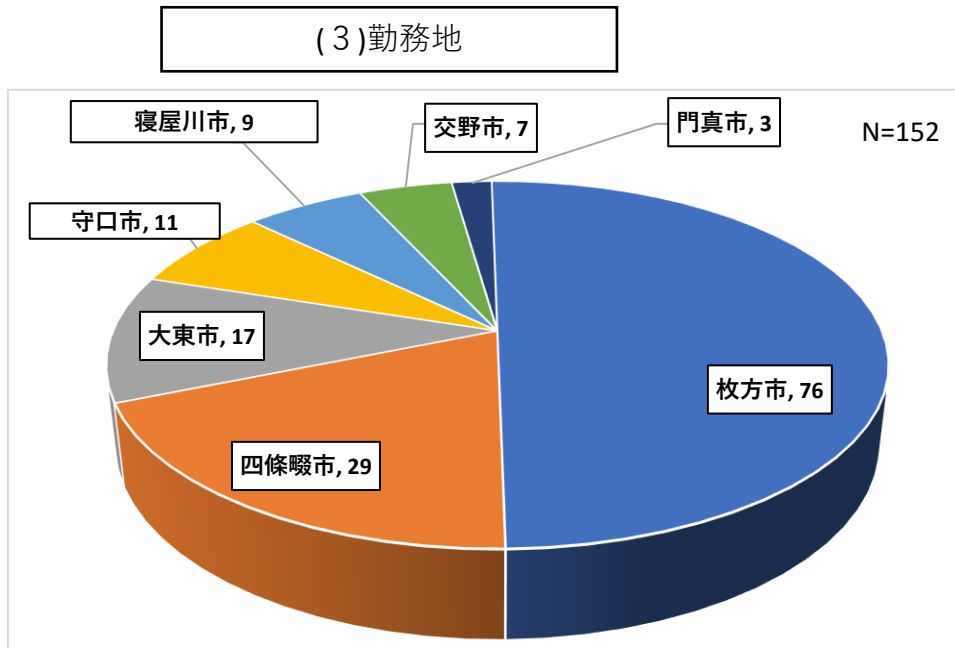
67.1%の方が理学療法士、30.9%の方が作業療法士の方です。

(2) 現在の所属

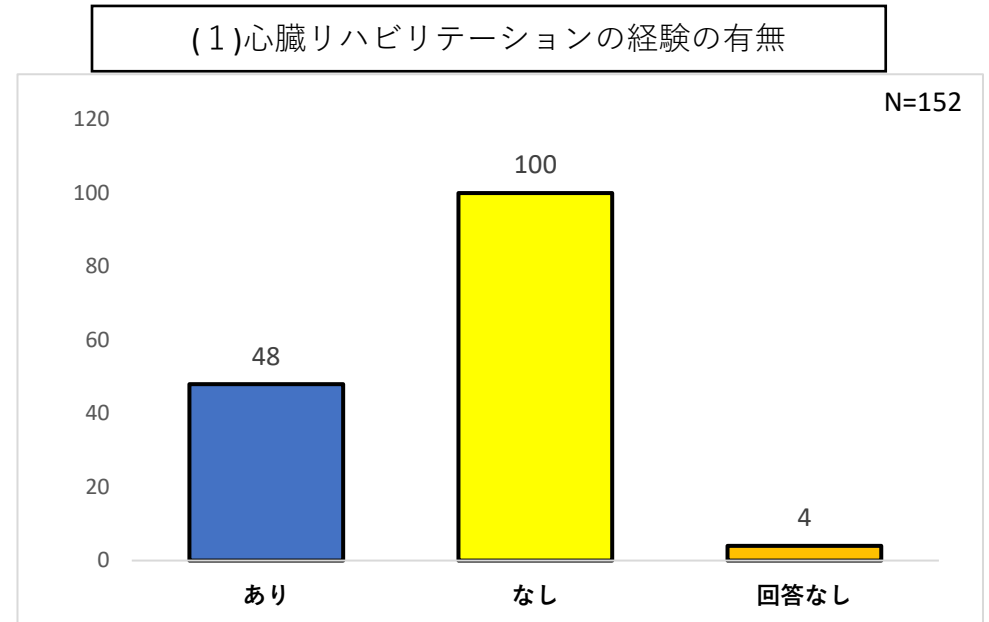


83.6%の方が病院に所属しておられます。

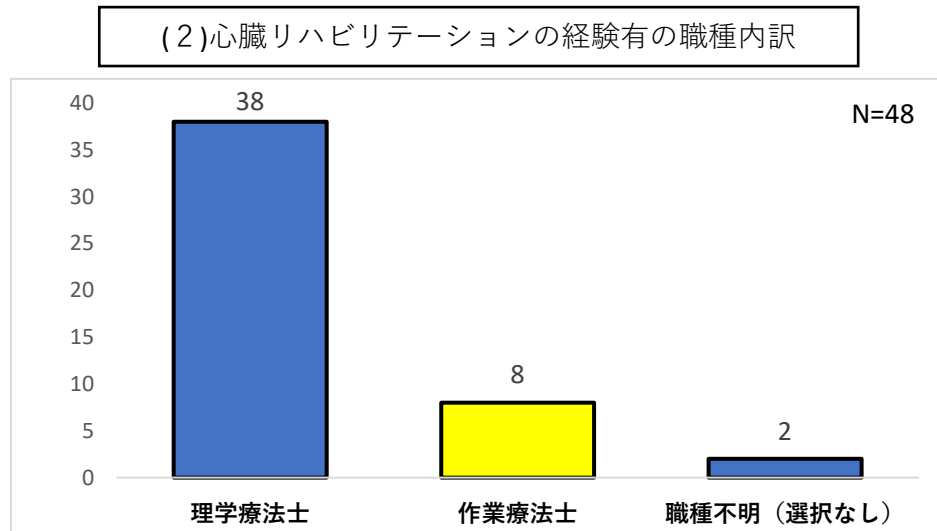
2 心臓リハビリテーションの経験等について



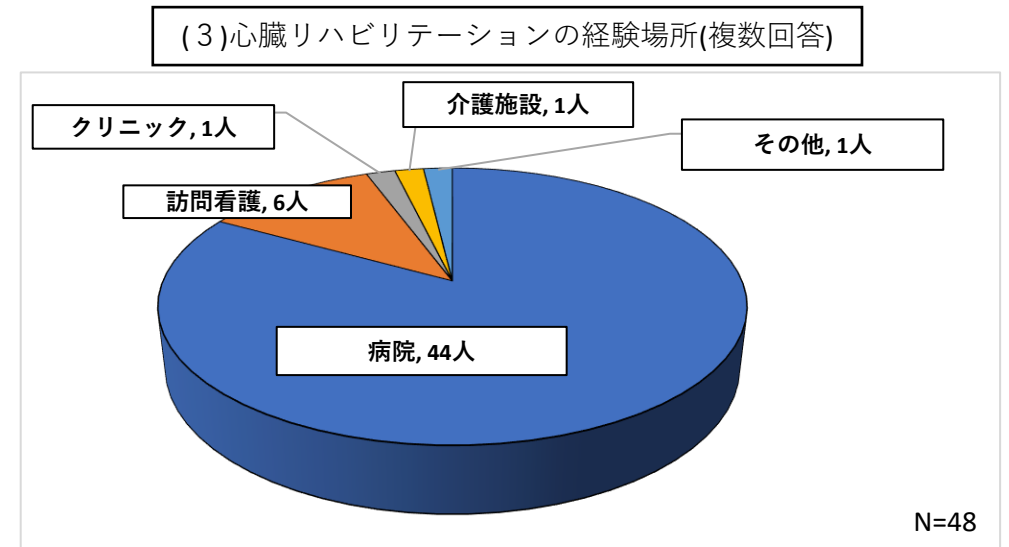
50.0%の方が枚方市でご勤務されています。



ご回答者の31.6%の方が心臓リハビリテーションのご経験があります。

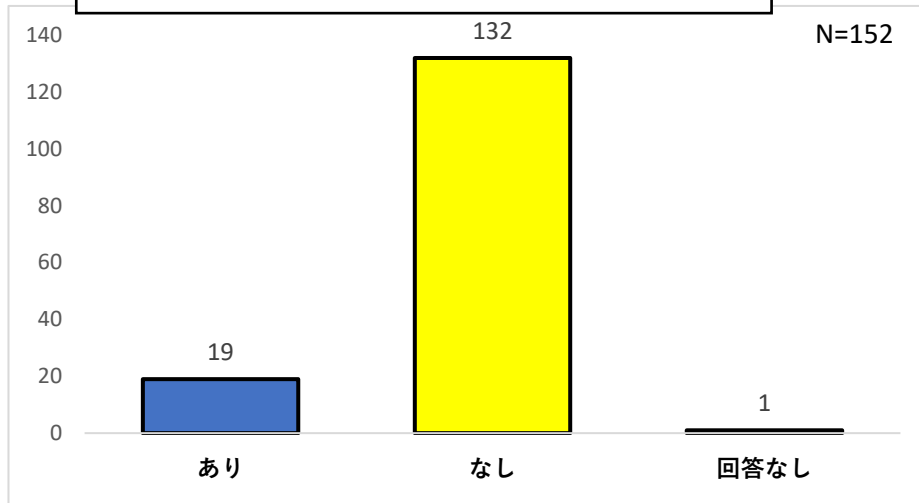


心臓リハビリテーションご経験があるご回答された方の79.2%の方が理学療法士の方です。



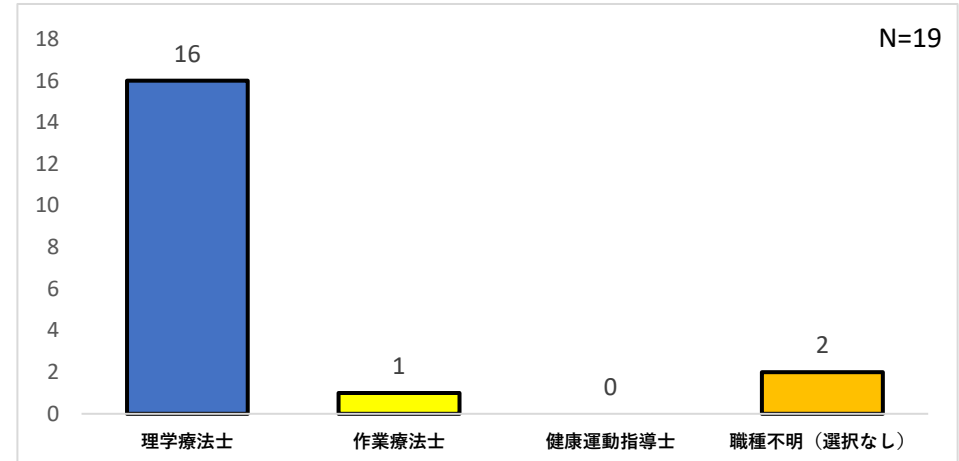
心臓リハビリテーション経験者の内91.7%の方が病院でご経験されています。

(4)心臓リハビリテーション指導士の資格の有無



12.5%の方が心臓リハビリテーション指導士の資格を取得されています。

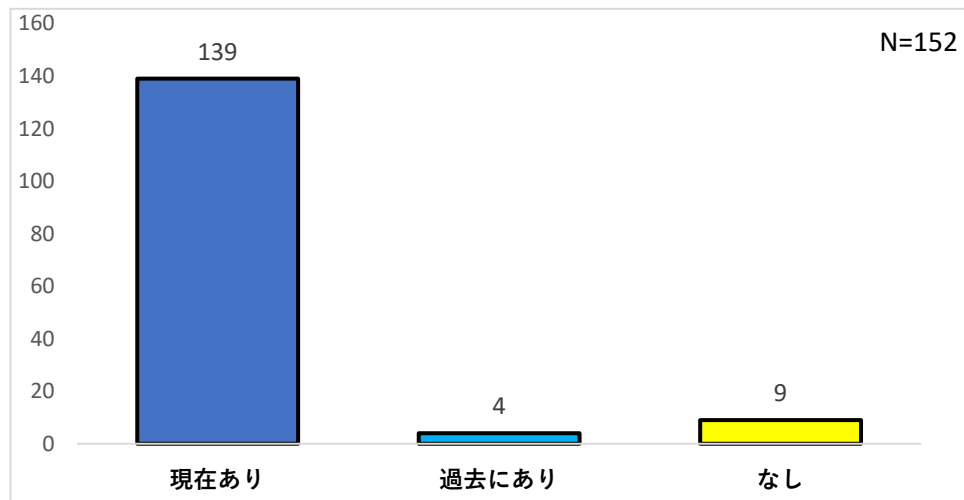
(5)心臓リハビリテーション指導士の資格所得者の職種



心臓リハビリテーション指導士の資格があるにご回答された方の84.2%の方が理学療法士の方です。

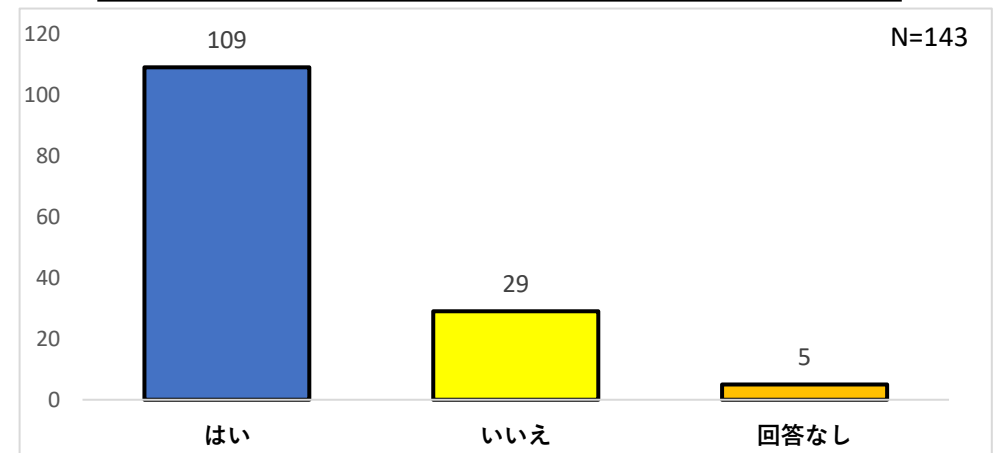
3 心疾患患者の受け入れ状況等

(1)所属での心疾患患者の受け入れの有無



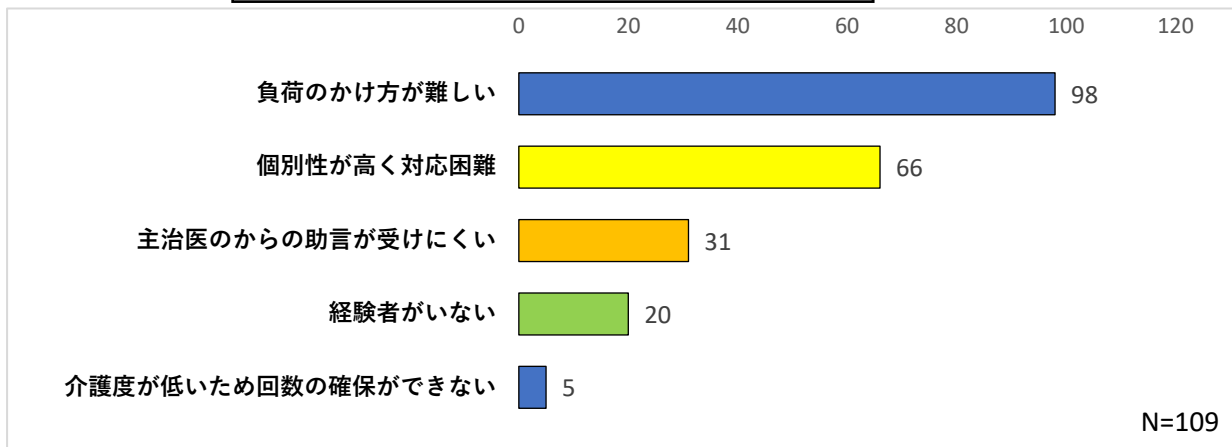
91.4%の方のご所属で現在・過去に心疾患患者を受け入れています。

(2)所属で心疾患患者を受け入れている(た)方へのご質問
受け入れについて難しさを感じたか



心疾患患者をご所属で受け入れている(た)方の内76.2%の方が難しさを感じたとご回答しています。

(3) 難しさを感じた理由 (重複回答)

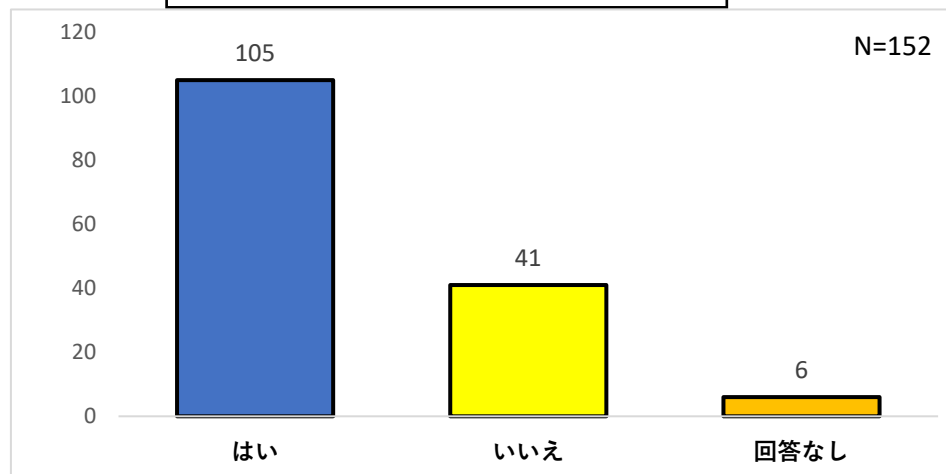


後記の自由記載欄にもありますが、高齢・認知面・生活面等様々な背景を考慮し、負荷をかけていくことの難しさ等についてのご意見が複数ありました。

難しさを感じたとご回答いただいた89.9%の方が「負荷のかけ方が難しい」を理由として選択されました。

4 多職種連携について

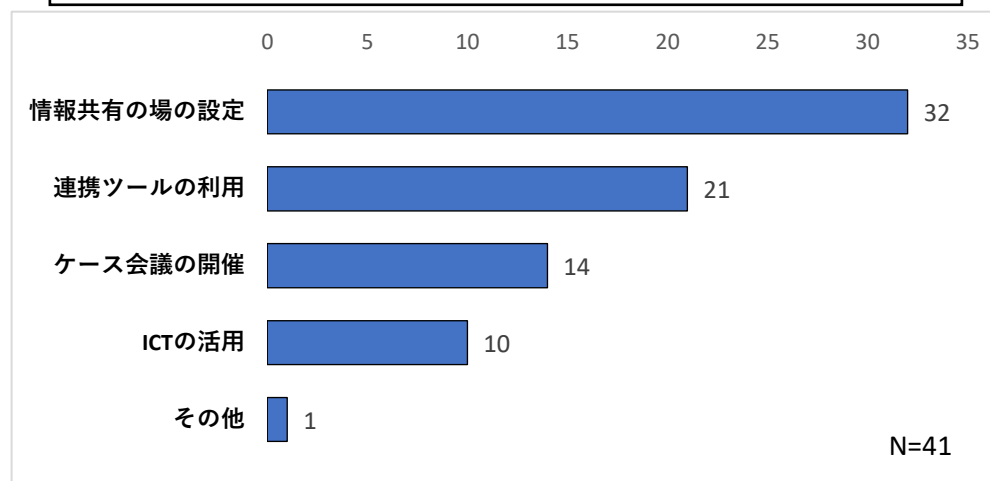
(1) 多職種連携はスムーズか



69.1%の方が多職種連携がスムーズと感じています。

「チームで動いているので情報共有しやすい」「院内カンファレンスの機会を設けて連携を行っている」等のご意見がありました。

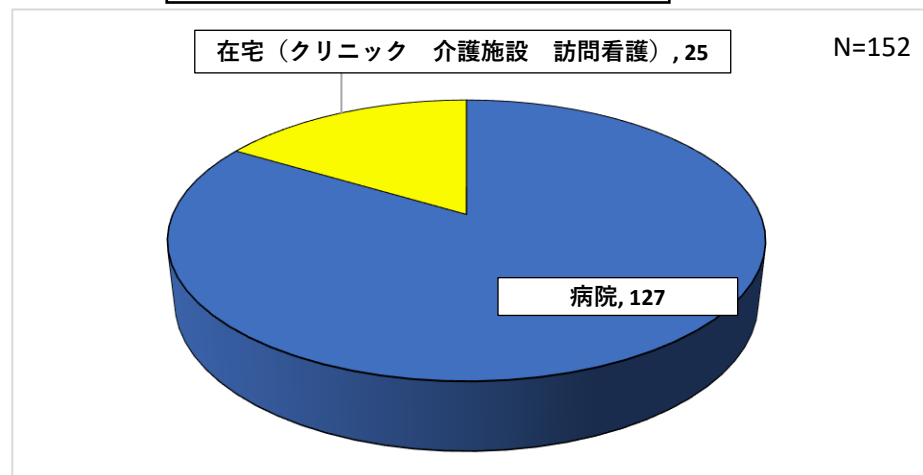
(2) 左記のご質問に「いいえ」と回答した方が選択した多職種連携に必要な事柄 (複数回答)



「その他」として『連携の必要性を認識することが必要』とのご意見がありました。

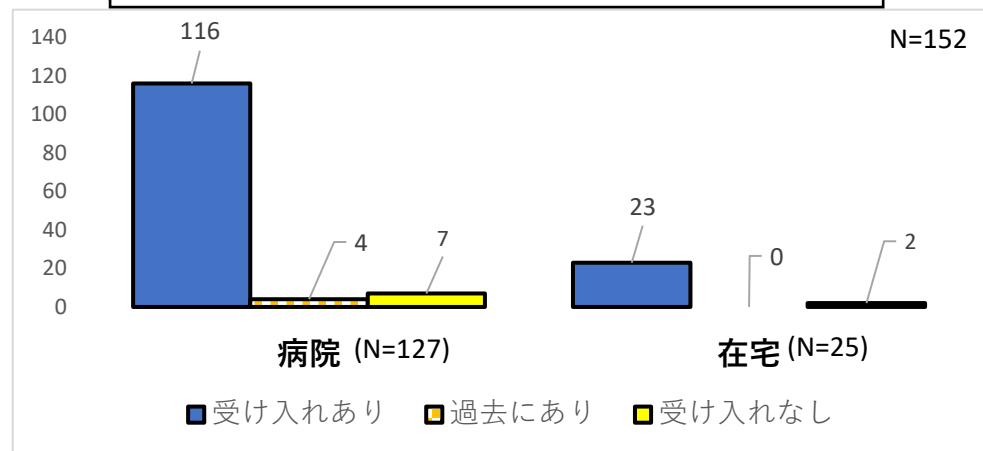
5 病院所属の方と在宅所属の方との比較

(1)所属について



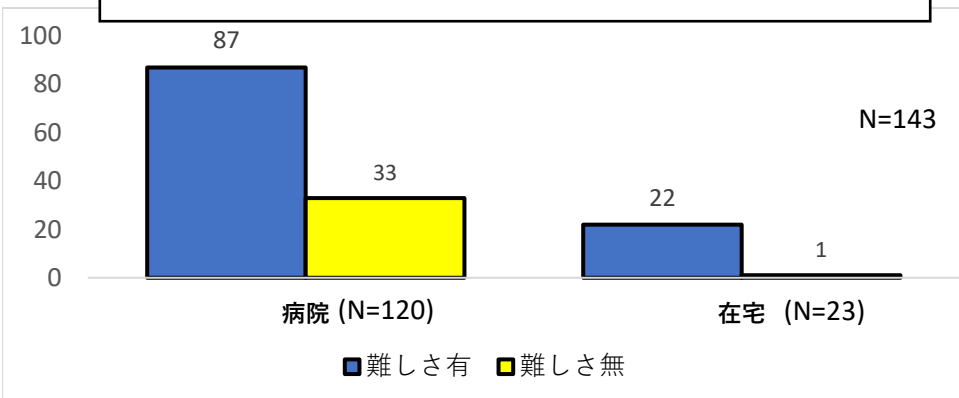
83.6%の方が病院に、16.4%の方が在宅に所属されています。

(2)所属で心疾患患者の受け入れの有無



全体では91.4%が、現在・過去に心疾患患者を受け入れています。病院所属では94.5%が現在・過去に心疾患患者を受け入れており、在宅所属では92.0%が現在・過去に心疾患患者を受け入れています。

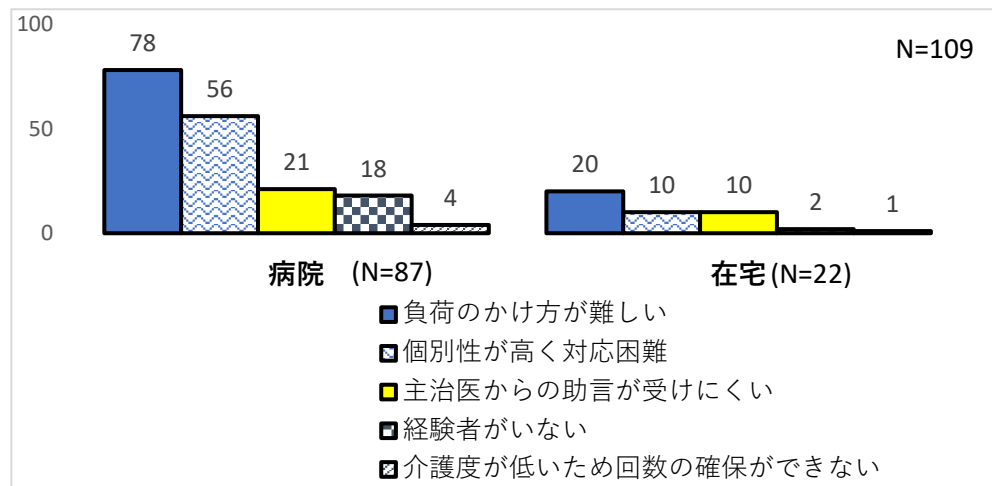
(3)所属で心疾患患者を受け入れている(た)方へのご質問
受け入れについて難しさを感じたか



全体では76.2%の方が、心疾患患者の受け入れに難しさを感じたとご回答しています。

病院所属では72.5%の方が、在宅所属では95.7%の方が難しさを感じたとご回答しています。

(4)難しいと感じた理由(複数回答)



「主治医からの助言が受けにくい」との項目について、病院所属では24.1%の方が、在宅所属では45.5%の方が難しさの理由として選択しています。

6 自由記載 たくさんのご意見をいただきました。

【1 医師との連携・指示等についてのご意見】

- ・生活期リハビリに従事していると医学的所見が不足しているために介入指針が立てにくいことが度々あると私自身感じます。このあたりが改善されるといいなと思う。
- ・基礎疾患として心疾患をお持ちの患者様は多くいらっしゃいますが、リスク管理の点、主治医が専門外の場合、的確な指示をいただけないと感じる。
- ・主治医からの明確な中止基準の指示がもらえないことが多い。指示があっても数値の根拠や主治医の考えが分からないことが多いです。
- ・高齢者の心疾患の場合、それ以外の疾患も合併していることが多く、リハビリ中止基準など明確な数値での指示がもらえないことがあるので、主治医からの具体的な指示が重要になると思います。

【2 在宅におけるシステム・課題等についてのご意見】

- ・在宅での心リハプロトコール(特に心リハ入院後の自宅でのメニューの必要性を感じる)。
- ・入院期から退院後の在宅での心リハを継続するシステム作りを促してほしい。
- ・病院以外のサービス提供の場の不足。
- ・介護施設においては利用開始時の情報は詳しく得られてもその後の受診時などでの定期的な検査結果などは得られにくいいため、運動負荷の調整が難しいと感じる。
- ・在宅ではモニターや血液データが知ることが難しい。最低限のバイタルサインや状態観察からの判断が大事になるので経験がそれなりに必要。
- ・急性期と病院レベルでの外来でしかなか心臓リハビリテーションを実施できる場所が少ないので、介護領域か回復期リハ病院での実施がもっと可能となればシームレスな心臓リハビリテーションを提供できると思います。
- ・急な体調悪化もあるため、日頃の観察が必要。割と無理されたり、過信される方も多い。通所等では常に関われないので特に気をつかう。
- ・心疾患があっても運動を継続できるまたは継続しやすい環境づくり。心臓リハビリテーションの普及・充実。
- ・入院期から退院後の在宅までの心リハを継続するシステム作りを促してほしい。
- ・心疾患があっても運動を継続できるまたは継続しやすい環境づくり。心臓リハビリテーションの普及充実。
- ・遠方の患者様は外来に通うことが難しいので、心リハ施設間での病病連携をすすめ紹介しやすいネットワークが必要と思います。

【3 プログラム等の課題についてのご意見】

- ・急性期から回復期でのリハビリ実施は増加しているが、維持期をしている場所がなく、心疾患患者が運動する場所がない。
- ・リスク管理: 負荷のかけ方等ガイドラインを全スタッフで共有できたら不安も軽減できよりアクティブな対応に取り組めると思います。
- ・全身的に廃用が進んでおられ、通常健常の方に対する負荷よりも動作の際の負荷が大きくなってしまいうことがあるため難しく思う。
- ・定期的な心機能の検査がなく負荷量の調整が難しい。リハビリの時間、入浴等の生活を考慮したリハビリの内容を検討することが難しい。
- ・現場でADLにおける負荷量を共有することが難しいと感じます。チームの底上げが必要です。
- ・個々の患者様への負荷をかけてゆく際の評価が難しいと思います。
- ・ADL IADLなど退院後の生活動作での負荷量の伝えかたに迷うことがあります。
- ・認知機能の低下している方に対して負荷量についての指導が難しいと思われます。
- ・AMI後の進め方が難しく感じます。100. 200. 300mと試験を行った後に、CPXで耐容能をみていくことのリスクは高くないのかと感じております。CPXの時期はどのぐらいが適切でしょうか。

【4 知識向上・研修等についてのご意見】

- ・ガイドラインの活用を含め、すべてのスタッフが安静度を含めた共通の知識が必要(専門医不在のため心疾患に特化した指示がない)。
- ・OT向けに心リハの基礎講義・研修がまとまっている(ポイントを押さえて指導していただける)もののアナウンスなどありましたら嬉しいです。
- ・リスク管理を十分行わないと危険です。病態の理解も対応する上で必要です。専門医が研修会をしていただくと受講者の知識が深まりリハビリに活かせると思います。
- ・BNPの解釈が医師によって異なることがあるので負荷のかけ方に難渋する。バイタル・胸部症状対策に指標となるものあれば知りたい。
- ・地域での勉強会があればいいのではと思います。
- ・心不全患者が運動療法や食事療法によって心機能が改善したというケースを担当したことが無いため、その様な事例においてどのようなアプローチが有効であったか情報提供があれば通常業務にも活かせるのではないかと思います。

【5 その他】

- ・リハビリテーションの目的を明確にする必要があると思います。①心機能の維持・向上のための運動なのか②生活行為を向上させるための訓練教育なのか。