

## 内部障害リハビリテーションとしての高齢者心リハ －地域医療体制を支える実践的考察－

小幡 裕明<sup>1),2)</sup>、猪又 孝元<sup>1)</sup>

1) 新潟大学大学院医歯学総合研究科  
循環器内科

2) 新潟大学大学院医歯学総合研究科  
地域連携のための内部障害リハビリテーション学講座

### I. はじめに：2040年を見据えた医療提供体制と高齢心不全患者

日本は世界に先駆けた高齢化に伴い超高齢の心不全患者が増加し、臨床現場では、複数の生活課題を抱える高齢患者の入院・退院支援が医療機能に大きな影響を及ぼしている。疾患治療のみでは在宅復帰や生活再建が難しい症例の増加により、医療・介護の連携課題も顕著になっている。こうした状況は心不全に限ったものではなく、厚生労働省は2040年、人口の34.8%が65歳以上となり高齢者人口がピークを迎える社会変化を見据え<sup>1)</sup>、「新たな地域医療構想」の策定を進めている<sup>2)</sup>。そこでは、入院医療の機能分化に加え、高齢者救急の受け皿確保、在宅医療体制の整備、急性期医療と搬送体制の再編を通じ、医療と生活の接続を重視した新たな体制構築が求められている。特に高齢患者の心不全医療においては、疾患治療にとどまらず、退院後の生活支援や医療・介護連携の在り方が、医療提供体制を考えるうえで無視できない論点となっている。

本稿では、筆者が経験した地域医療現場における高齢心不全患者への包括的心臓リハビリテーション（心リハ）の実践を紹介し、それが地域医療構想に掲げられた目標の実現にどのように寄与しうるかを考察する。心リハは、運動療法を軸に多職種が関わることで、心疾患の再発予防やQOLの向上を目指してきた。だが高齢化が進むいま、そうした枠組みにとどまらず、高齢患者の生活機能と意思決定を支える医療実践として再定義し、地域医療体制の将来像に新たな視点を提示したい。

### II. 高齢心不全患者を支えるために求められる医療の視点

心不全で入院する患者の平均年齢は上昇し、全国データでも80歳以上が過半数を占めることが報告されている<sup>3),4)</sup>。地方ではこの傾向がより顕著であり、筆者らが調査した当地の一般病院では、入院患者の約76%が80歳以上だった<sup>5)</sup>。超高齢心不全患者は、地方医療においてもはや主流となっている。

このような患者群では、多疾患併存、認知機能障害、社会的孤立といった医療・生活両面にまたがる複雑な背景を抱えていることも少なくなく、入院時点から日常生活動作（ADL）の低下や介護依存度の上昇が顕著である【図1】。単に疾患を治療するだけでは在宅復帰が難しく、退院支援や地域移行には時間と専門的支援を要するケースが多い。つまり、医療資源が限られる地方部においては特に、生活機能の回復可能性を的確に評価し、それに応じた方針を立てる医療の意義は極めて大きい。

リハビリテーションは、入院中に患者の生活機能回復の見込みを医学的に評価し、それに応じた医療・ケア方針を検討する重要な基盤となる専門領域である。機能改善が期待できる患者には自立支援を、改善が困難な場合には生活支援や介護体制の構築に向けた方針を、チーム全体で構想していく起点を提供できる。このように、ADLの予後評価は臓器機能の予後と並び、今後の医療とケアの方向性を定める中核的な指標となり、リハビリテーションには地域医療における実践的意思決定を支える役割が期待される。

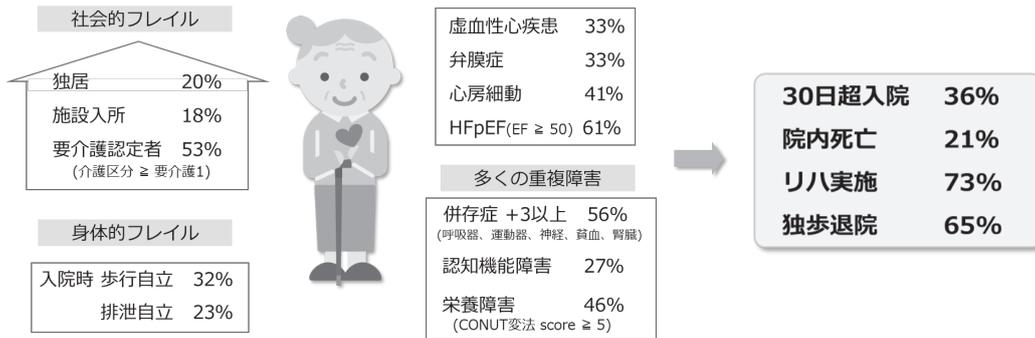


図1 地域病院で主体となる80歳以上の超高齢心不全患者の特徴

文献5)の研究から80歳以上の患者470例の臨床的・社会的特徴を抽出し、入院アウトカムを示した。

### Ⅲ. 包括的心リハの実践と“リハビリ思考”による支援設計の可能性

包括的心リハは、心筋梗塞や心不全患者に対し、運動療法に栄養・服薬・生活指導を組み合わせた多職種連携プログラムとして発展してきた<sup>6)</sup>。近年では、運動耐容能の改善にとどまらず、心理社会的支援や生活再建までを視野に入れた広範な介入が求められている。多面的・多職種介入は、脳卒中やがんリハビリテーションなどでも実践されているが、心リハはこれらに先駆け、高度に体系化・成熟した支援モデルを築いてきた。特に高齢心不全患者に対しては、複雑な医学的・社会的課題を包括的に支える基盤となり、超高齢社会における高齢者ケアで大きな力を発揮できる可能性がある<sup>7)</sup>。

高齢心不全患者では、単に身体機能を回復させるだけでなく、認知機能、栄養状態、社会的背景、さらには本人の価値観や生活目標に応じた柔軟な支援設計が求められる。しかし、標準的な疾患別管理では、こうした多様なニーズに十分対応できないことも多い。これらを踏まえ、リハビリテーションには、単なる運動療法の提供にとどまらず、心身機能・活動・参加を俯瞰するICF（国際生活機能分類）に基づくマネジメント視点が求められる<sup>8)</sup>【図2】。リハビリ評価と支援は、「介入手段の選択」から「生活機能と Well-being を支える医療のデザイン」へと発展することが期待される。この思考様式をリハビリオリエンテッド・マネジメントと位置づけ、疾患中心から生活機能中心への転換を志向する新たな心リハが模索されている。

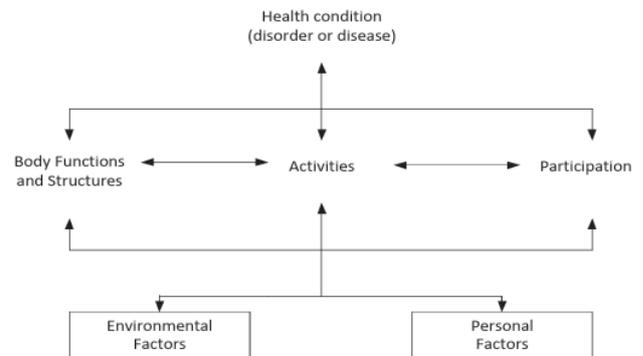


図2 ICFモデルにおける構成要素の相互関係

この図は、国際生活機能分類（ICF）における主な構成要素とその相互関係を示している。健康状態（疾患や障害）を中心に、「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の3要素が密接に関連しており、それらに「環境因子」と「個人因子」が影響を及ぼす構造となっている。ICFは、健康や障害を多面的にとらえるための枠組みとして、リハビリテーションや福祉の現場で広く活用されている。

高齢心不全患者に対する多面的リハビリテーションの効果を検証した代表的エビデンスに、REHAB-HF試験がある<sup>9)</sup>。退院直後からの個別化リハビリ介入により、身体機能（SPPBスコア）とQOLが有意に改善し、高齢患者へのリハビリの意義を裏付けた。しかし、移動能力や併存疾患を理由に多くの患者が除外され、支援が必要な層が評価対象から外れていた。これらの背景は我が国においても同様であり、超高齢かつ多疾患併存を有する心不全患者では、退院後に外来通院を継続すること自体が現実的に難しいケースが多い<sup>10)</sup>。加えて、アメリカの医療体系では入院期間

N	一般病棟 257	地域包括ケア 257	回復期リハ 245
年齢	85 ± 11	87 ± 8 *	83 ± 10 * †
入院期間, 日	30 ± 27	50 ± 24 *	52 ± 25 *
リハビリ日数	16 ± 17	30 ± 17 *	48 ± 24 * †
1日実施, 単位	2.4 ± 1.1	2.9 ± 0.8 *	5.0 ± 1.0 * †

\* ;vs 一般 p<0.05  
† ;vs 地ケア p<0.05

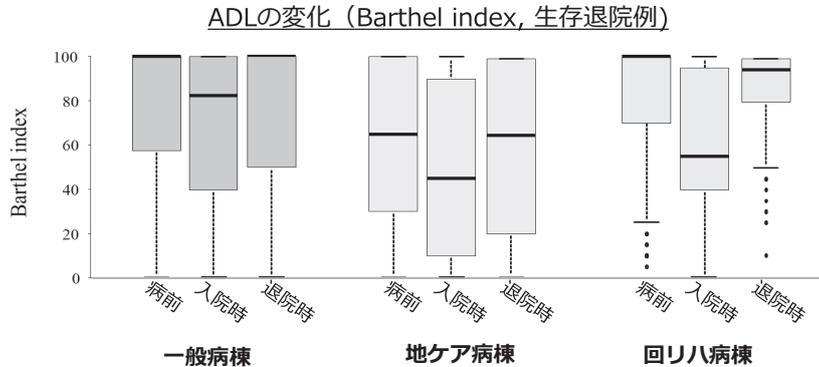


図3 退院時の病床ごとのリハビリ資源の活用と ADL (Barthel Index) の変化 (文献11を著者改変)

一般病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟から退院した患者について、リハビリ資源の活用と ADL の変化を比較した。リハビリ実施の1単位は20分。ADL の変化は病前・入院時・退院時の3時点における Barthel Index の中央値と四分位範囲を箱ひげ図で示している。

がごく短期間に限られており、急性期入院中のリハビリテーション介入はほとんど行われていなかった。こうした状況を踏まえると、我が国においては、入院期に専門的リハビリテーションを積極的に導入し、生活機能の改善や支援方針の構築を図る戦略が、高齢心不全患者に対する効果的なアプローチの一つとなり得るのではないかと筆者らの検討では、退院時の ADL やその改善度が高いほど、退院後の生存率が高く、再入院数が少なかった<sup>5)</sup>。

#### IV. 地域実践の現場から：多様な医療機能の中で支える心リハ

これまで述べた高齢患者への包括的心リハの意義が現場でどのように実装され得るのか、筆者が経験した2つの地域型病院の実践を紹介し、地域特性や病床機能が心リハの役割に及ぼす影響について検討する。

新潟市中央区の新潟南病院では、急性期病床、地域包括ケア病床、回復期リハビリテーション病床を活用し、高齢心不全患者に対する多職種連携によるリハビリ支援を展開してきた。病床別の分

析では、適切な病床機能の選択と集中的なりハ介入により、退院時に病前 ADL に近い水準まで回復できることが示された<sup>11)</sup>【図3】。この達成には、十分なりハリハビリ資源と、退院支援のための時間を確保できる病床機能の活用が不可欠であった。また、高齢患者では嚥下機能の低下が QOL や退院支援に大きく影響することから、嚥下歯科との連携体制の重要性も改めて認識された<sup>12)</sup>。

小千谷総合病院は、市内唯一の総合病院として、急性期病床、地域包括ケア病床、障害者病床を備え、幅広い医療機能を担っている。循環器病患者のデータ分析から、市外患者と市内患者で異なる支援ニーズがあることが明らかとなった。市外からの転院患者は約40%を占め、急性増悪後の ADL 低下例に対して回復支援が行われていた。一方、市内患者では、終末期ケアや在宅移行支援が中心となっていた。すなわち、小千谷総合病院は、回復支援と終末期支援という二つの役割を同時に担う地域機能を果たしていた。こうした現場では、限られた医療資源の中で回復可能性を見極め、適切な支援方針を立てることが常に求められる。これは、新潟南病院のように回復期病棟や在

宅支援機能を十分に活用できる体制とは対照的であり、地域特性に応じた柔軟な心リハ設計の重要性を改めて示していた。

第Ⅱ章では、リハビリテーションが患者の生活機能回復の見込みを評価し、医療・ケア方針を方向づける基盤となることを述べた。第Ⅲ章では、包括的心リハが高齢心不全患者の多面的課題に対応し、入院期間中の集中的支援が有効な戦略となる可能性を示唆した。本章で紹介した2つの病院の実践は、これらの考え方を地域医療現場で具体化したものである。新潟南病院では、病床機能の活用とリハ資源の充実を背景に、病前ADL回復を目指す支援体制が機能していた。一方、小千谷総合病院では、回復支援と終末期支援を同時に担い、限られた医療資源の中で生活機能回復の可否を見極める実践が求められていた。これらの経験は、包括的心リハが高齢心不全患者の生活機能に向き合う有効なアプローチであること、そして地域医療体制には患者背景や資源状況に応じた柔軟な支援設計が不可欠であることを改めて示している。

## V. 新たな地域医療構想との接続：実践が示す構想の方向性

新たな地域医療構想では、単なる病床機能の数合わせではなく、地域特性に応じた病院機能のデザインと役割分担が求められている。病床単位ではなく病院単位で、地域に必要な機能をどう組み合わせ、どう担うかが問われている。前章で紹介した新潟南病院と小千谷総合病院の実践は、この地域医療構想が目指す方向性と本質的に重なっていた。同じ地域型病院でも、地域特性に応じて回復支援～終末期支援の役割の比重が大きく異なっている。とりわけ、病床機能の活用や支援方針の決定においては、リハビリテーションによる生活機能回復の見込み評価が、医療とケアの方向性を定める基盤となることが改めて浮き彫りとなった。

高齢心不全患者に対する支援の実践は、新たな地域医療構想が求める方向性と多くの共通点を有していた。まず、高齢者救急の受け皿機能では、入院初期から病前ADLを踏まえた支援方針の検討、早期離床の促進、迅速なりハビリ導入が行われ、早期退院に向けた介入が実践されていた。こ

れは、地域医療構想で重視される「急性期医療資源の効率的運用」に直結する。次に、在宅医療を支える機能では、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）支援、栄養・嚥下機能の評価、住環境調整に向けた多職種連携を通じ、患者と家族の在宅移行を支える「橋渡し機能」が果たされていた。これらは単なる延命ではなく、地域での生活再建を支える支援として重要な意義を持っていた。さらに、急性期医療の集約と搬送体制の再構築においては、入院中にリハビリ評価を用いて生活機能回復の可否を見極め、病床機能の迅速な活用を促すことで、限られた急性期医療資源の適正利用を支え、再入院・緊急受診の抑制などの波及効果をもたらした。結果として、急性期医療資源の持続的確保に資する。

包括的心リハは疾患別リハビリテーションの枠組みを超え、生活機能を中心とした医療・ケアデザインを支える実践領域へと深化しつつある。今後は、地域医療体制の中核に位置づけられる存在として、その役割をさらに拡大していくことが期待される。

## VI. おわりに：ケアディレクターとしての心リハと“内部障害リハ”への展望

これまで述べてきたように、高齢心不全患者に対する包括的心リハは、患者の生活機能や社会参加に着目した包括的支援へと進化してきた。従来の疾患別リハビリテーションは、単一障害に対して最適化されてきたが、多疾患有病が一般的となった高齢者、特に内部臓器の慢性機能障害を抱える患者群においては、こうした枠組みでは十分に対応できない現実がある。内部障害とは、心臓・肺・腎臓・肝臓などの内部臓器の機能低下に起因する身体障害を指し、外見からはわかりにくい、身体活動や社会参加に重大な制約をもたらす特徴を持つ。このような対象に対しては、心身機能、活動、参加の各レベルを横断的に支援するアプローチが不可欠であり、心リハが培ってきた多面的かつ多職種による支援モデルは、まさに内部障害リハビリテーションとして昇華しうる素地を備えていると考えられる。

内部障害リハビリテーションの実践においては、単なる機能回復支援にとどまらず、患者の生

活機能全体を俯瞰し、医療・介護・福祉資源を適切に組み合わせながら支援方針を設計・推進していく「ケアディレクター」としての機能が不可欠である。近年では一部の先駆的な医療機関において、内科系医師が高齢患者の周術期管理を含めた総合的内部障害マネジメントを担い、他科専門診療を支えるホスピタリストとして機能する取り組みも報告されている。一方で、こうした活動に対して「専門性を高めた医師には無理」「奇特な例に過ぎない」といった冷ややかな反応も、ソーシャルメディアなどで見受けられるのも事実である。それでもなお、急速に進む高齢化、多疾患有病、内部障害の複雑化という時代背景を考えれば、このケアディレクター型の役割は今後の地域医療体制において不可欠となることは間違いない。包括的の心リハチームは、生活機能に基づく支援設計と推進を担うリーダーとして、内部障害リハビリテーションの実践モデルを地域に根づかせる役割を担っていくべきである。

包括的の心リハは、今後も心疾患に対する標準的な包括管理を担い続けることに変わりはない。一方で、高齢患者の多面的な課題に対応する必要性が高まるなか、生活機能支援を基盤とした内部障害リハビリテーション的な発展を遂げる可能性が見えてきている。今後、地域の実情に応じた多様な取り組みが、新たな地域医療構想に基づく制度整備と歩調を合わせながら、少しずつ広がっていくことが期待される。

## 謝辞

本稿において紹介した取り組みやこれまでの実践の一端は、新潟南病院および小千谷総合病院の現場で積み重ねられてきた活動に支えられたものです。両院のスタッフの皆様、ならびにリハビリテーションや退院支援に日々真摯に取り組まれているすべての関係者に心より感謝の意を表します。

## 文献

- 1) 内閣府. “令和6年版高齢社会白書”. <[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2024/html/zenbun/s1\\_1\\_1.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2024/html/zenbun/s1_1_1.html)>. (閲覧2025年4月29日)
- 2) 厚生労働省. “新たな地域医療構想に関する検討会のとりまとめ”. <[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_47465.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_47465.html)>. (閲覧2025年4月29日)
- 3) Kaneko H, Itoh H, Yotsumoto H, et al : Characteristics and Outcomes of Super-Elderly Patients (Aged  $\geq$  90 Years) Hospitalized for Heart Failure-Analysis of a Nationwide Inpatient Database. *Circ Rep* 2020 ; 2 : 393-399.
- 4) Ide T, Kaku H, Matsushima S, et al : Clinical Characteristics and Outcomes of Hospitalized Patients With Heart Failure From the Large-Scale Japanese Registry Of Acute Decompensated Heart Failure (JROADHF) . *Circ J* 2021 ; 85 : 1438-1450.
- 5) Obata H, Izumi T, Yamashita M, et al : Characteristics of Elderly Patients with Heart Failure and Impact on Activities of Daily Living : A Registry Report from Super-Aged Society. *J Card Fail* 2021 ; 27 : 1203-1213.
- 6) 日本循環器学会. “2021年改訂版 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 (日本循環器学会 / 日本心臓リハビリテーション学会合同ガイドライン)” <<https://www.j-circ.or.jp/guideline/guideline-series/>>. (閲覧2025年4月29日)
- 7) 小幡裕明, 酒井亮平 : 運動療法×時間学 : 心臓リハビリテーションの新たな時間軸. 運動療法×学間で考えた心臓リハビリテーション, 金芳堂, 京都市, 2023 : 152-159.
- 8) World Health Organization. “International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)”. <<https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>>. (閲覧2025年4月29日)
- 9) Kitzman DW, Whellan DJ, Duncan P, et al : Physical Rehabilitation for Older Patients Hospitalized for Heart Failure. *N Engl J Med* 2021 ; 385 : 203-216.
- 10) Kamiya K, Yamamoto T, Tsuchihashi-Makaya M, et al : Nationwide Survey of Multidisciplinary Care and Cardiac Rehabilitation for Patients With Heart Failure in Japan-An Analysis of the AMED-CHF Study. *Circ J* 2019 ; 83 : 1546-1552.
- 11) 小幡裕明, 遠山岳海, 二瓶浩輝, 他 : 超高齢心不全患者の実像と心臓リハビリテーションの取り組み - 地域病院からの報告 -. *心臓リハビリテーション* 2023 ; 29 : 12-17.
- 12) Obata H, Izumi T, Ishizuka M, et al : Impact and management of integrated dysphagia rehabilitation within cardiac care programs for older patients with cardiovascular disease. *Eur Geriatr Med* 2024 ; 15 : 1657-1668.