



湖東 だより 第31号



心臓血管センター
湖東記念病院



ごあいさつ

いよいよ夏の到来を迎え、毎日お元気で
ご活躍のことと存じます。また、常日頃お
力添えくださりまして、心から感謝して
おります。

今回は、「心不全療養指導士」について
お話させて頂ければと思います。

日本循環器学会では2021年度より
「心不全療養指導士 (CHFE: Certified
Heart Failure Educator)」認定制度を
開始しました。この制度は、超高齢社会を
迎えて心不全患者が急増している現状を踏
まえ、心不全の発症・重症化予防のための
療養指導に従事する医療専門職に必要な基
本的知識および技能など資質の向上を図る
ことを目的として創設されました。病院に
限らず在宅をはじめとした地域など様々
な場面で幅広く活動し、心不全における
チーム医療を展開していくことで、心不全
による増悪・再入院予防、そして生活の質
(QOL)の改善を図ることを目指して、
多くの専門職が取得できる資格となっ
ています。

循環器病（脳卒中、心臓病、大動脈疾
患等）は、わが国における主要な死亡原
因であり、年間31万人以上の方が死亡
されています。本県においても男性では悪
性新生物に次ぐ2位、女性では1位であ
り、年間3,000人以上の県民が循環器病
により死亡しています。また、救急自動車
による救急出動件数では、急病が全体の



副院長
馬渕 博

65%を占めていますが、急病の疾病分類
では、脳疾患および心疾患を含む循環器
病が、全体の15.7%を占めています。

さらに、介護を要する状態になった理
由では、脳血管疾患は全体の16.1%で
認知症に次いで多い状況です。

このように、循環器病は、県民の生命
や健康に重大な影響を及ぼす疾患である
ため、循環器病の予防、早期治療、リ
ハビリテーションを含む継続した医療、
治療と生活の療養支援など総合的な
対策が重要です。

循環器病のなかでも心不全は、あらゆる
循環器病の終末像であり、増悪と緩解を
繰り返しながら、運動耐容能の低下を来
し、生命予後を悪化させる症候群です。
心不全の増悪による再入院は医療負荷
増大の原因となることに加え、患者や
家族のQOLを低下させます。また運動
耐容能の低下は生活機能の低下と直結
し、患者や家族がその人らしく生活す
ることを障害します。さらに治療抵抗
性の心不全に移行すると、患者は苦痛
を伴う症状や病状の進行に対する不安
を抱えた生活を強いられます。このよ
うな特徴をもつ心不全は加齢性疾患
であり、高齢化が急速に進行している
わが国において心不全が増加することは
明確です。

わが国において心不全患者が現在約
100万人いると推計されていますが、
超高齢化の進行により少なくとも2035
年までは

増え続けると推定されており、「心不全パンデミック」と呼ばれています。心不全は通常呼吸困難で発症し、時には救急車で病院に搬送されることもあります。ほとんどの急性心不全患者は適切な治療により改善し退院することができます。しかしこれは症状が改善しただけであり、心不全が治癒したわけではなくこれ以降は慢性心不全の状態となります。退院後は主にかかりつけ医によって診療が継続されますが、多くの患者は再び呼吸困難の悪化といった急性増悪を発症し再入院となります。慢性心不全患者は、このように入退院を繰り返すうちに、徐々に坂道を下るかのようADLを低下させ最終的には死に至ることとなります。この急性増悪を防ぎ、坂道を下る速度を少しでも遅くするためには、怠業、過労、感冒罹患、暴飲暴食などをしないと日々の生活の管理と適切な運動や栄養指導が重要であり、そのためには医師だけでなく、看護師、保健師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、薬剤師、臨床工学技士、公認心理師、歯科衛生士、社会福祉士など多くの職種の人々がチームを組み、それぞれの専門性を生かしつつ協働するチーム医療の実施が不可欠です。心不全こそ、様々な職種の人々が各自の知識と技術、経験を生かしながらも、患者の情報を共有し連携して個々の患者を総合的に診ることが求められます。この目標を達成するために、新たに「心不全療養指導士」制度を設けられたのです。心不全療養指導士はそういった予防可能な心不全増悪に対して、患者本人及び家族など介護者に正確な知識と技術を身に付けていただき、発症・増悪予防のためのセルフケアと

療養を継続してゆけるよう支援していく役割があります。その役割を実践するためには、患者を取り巻く多職種との連携、更には地域医療との連携も必要であり、心不全療養指導士はこのような患者中心のチーム医療のキープレイヤーとなることが期待されます。

当院では、心不全療養指導士を擁しており、

1. 心不全の発症・進展の予防の重要性を理解し、その予防や啓発のための活動に参加することができる。
2. 心不全の概念や病態、検査、治療について理解し、それをもとに病状などを理解することができる。
3. 心不全の進展ステージに応じた予防・治療を理解し、基本的かつ包括的な療養指導を実施することができる。
4. 医療機関あるいは地域での心不全に対する診療において、医師や他の医療専門職と円滑に連携し、チーム医療の推進に貢献することができる。

などに対しきめ細やかなで最適な心不全患者様に対する療養指導を行っております。

湖東、東近江地域での拠点病院として地域住民を守るべく、引き続き、循環器内科、心臓血管外科、脳神経外科、整形外科が一体となり、全力で協力させていただきます。

時節柄、皆様のご健勝とご活躍をお祈り申し上げます。今後共、何卒宜しく御願ひ致します。



当院心臓リハビリテーションの 取り組みについて



循環器内科 医長
松本 祐一

盛夏の候、先生方におかれましてはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は大変お世話になり誠にありがとうございます。ごぞいます。

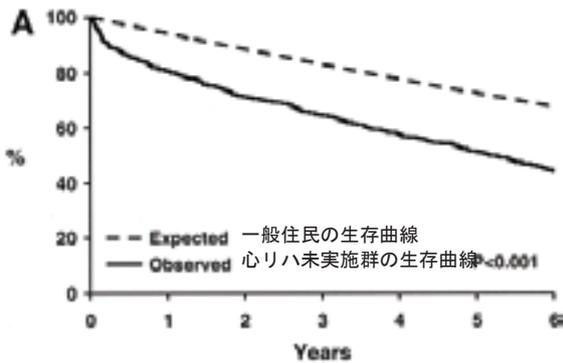
さて、当院では2014年4月に心臓リハビリテーション室が開設されて本格的に心臓リハビリテーションが始まってから、今年でちょうど10年が経過しました。そこで今号の「湖東だより」では、当院の心臓リハビリテーションのこれまでの取り組みについて簡単にご紹介させていただきます。

現代では信じられないことですが、かつて、急性心筋梗塞（AMI）の患者さんは発症後6～8週間のベッド上安静が必要とされていて、長期臥床に伴う合併症などのためにその後の正常な社会生活への復帰が困難だった時代が長らく続きました。やがて長期臥床の弊害が明らかにされ、くわえてAMIの患者さんが早期に離床しても心事故や死亡などが増加しないことが明らかにされて、ようやく早期社会復帰を目的とした現在の心臓リハビリプログラムの原型が作られました。その後、虚血性心疾患に対する心臓リハビリの効果について無作為割り付け試験が多数実施され、心臓リハビリ参加患者は不参加患者（通常治療のみ）に比べて総死亡率が低下することが明らかにされ、さらに運動療法だけでなく患者

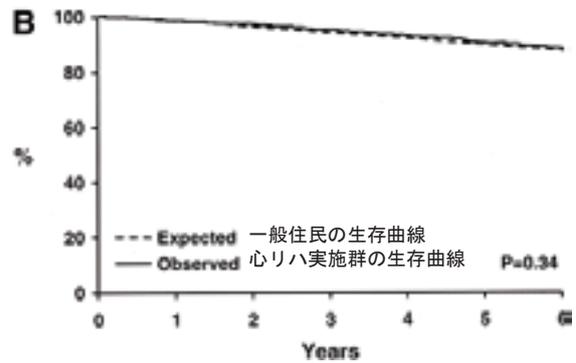
教育やカウンセリングを含む包括的心臓リハビリが長期予後改善効果を有することが認識されるようになり、米国のガイドラインで示されることになりました¹⁾。また、早期離床早期退院が進むと入院期間の更なる短縮が進んで入院中のリハビリだけではカバーしきれなくなったことなどから、退院後の外来リハビリテーションへつなげる動きが広がりました³⁾。

このような歴史を経て現在の心臓リハビリは運動処方に基づく運動療法だけでなく、医学的な評価、冠危険因子の是正、教育およびカウンセリングなどからなる長期にわたる包括的なプログラムとなっています。なかでも運動療法は心筋梗塞後の3年生存率を50%以上改善し、逆に退院後3年以内の死亡の48%が運動療法不参加に起因するという疫学研究の結果も示されており、心臓リハビリはガイドラインでも「必須の治療」とされるクラスIの位置づけになりました（図1、表1）²⁾。そして心臓リハビリは急性心筋梗塞だけではなく狭心症、心不全、心臓手術後の患者さんや大動脈疾患、閉塞性動脈硬化症などの患者さんにも広く適応となるに至りました。

現在、当院では心臓リハビリ専属の理学療法士2名をはじめ、循環器内科医師、心臓血管外科医師、看護師、退院調整看護師、病棟薬剤師、栄養士、臨床検査技師



心リハ未実施群での生存率は期待値（一般住民の生存曲線）を大きく下回る。



心リハ実施群での生存率は期待値と同等である。

図 1. 一般住民と心筋梗塞後の住民の生存曲線

Brandi J. Witt et al. J Am Coll Cardiol 2004; 44: 988-996.

など院内の様々な職種のプロフェッショナル達が心臓リハビリに何らかの形でかかわっています。この中には心臓リハビリ指導士や、心不全療養指導士などの資格を持つスタッフも含まれます。この多職種からなるメンバーが一堂に参加するカンファレンスを通じて患者さん一人一人についてそれぞれの専門の立場から多面的に患者さんを評価してその情報や問題点を共有し、急性期心臓リハビリから、退院調整そして外来リハビリにつなげていくことで包括的な心臓リハビリを実践しています（図2、

図3）。

例として急性心筋梗塞の患者さんの心臓リハビリの流れを簡単に紹介します。緊急の心臓カテーテル手術（PCI）を受けた当日こそ安静臥床ですが、翌日からパスに従って都度患者さんの状態を評価しながら受動坐位、自動坐位、体操、立位と順に離床を進めていきます。早ければ2日目には離床し、さらに監視下で歩行距離を40m、80m、200mと伸ばしながら歩行練習を行います。これがクリアできれば次は自転車エルゴメータによる有酸素運動を

運動耐容能の改善

自覚症状の改善

脂質代謝の改善

禁煙率の改善

QOLの改善

死亡率の改善

安全性

表 1. 心臓リハビリの効果

AHCPR(アメリカ医療政策局) ガイドライン 1995.



図 2. 多職種カンファレンス風景



図 3. 多職種カンファレンス参加者

開始し、運動強度を徐々に強くしていきます(図4)。退院も近づいてきたころには心肺運動負荷試験(CPX)を行い、これによって得られた各指標に基づいて運動処方を作成しています。それと並行して、医師から患者さんに対して疾患についての説明をおこない、薬剤師からは処方されているお薬の役割や必要性についてひとつひとつお話しし、食事療法の具体的な方法や量などについては栄養師からアドバイスし、退院後の生活上の注意点について看護師が患者一人一人の背景に応じて指導をおこなって

います。また退院調整看護師を通じて退院後の生活へのスムーズな橋渡しのお手伝いをしています。これらは次のカンファレンスでフィードバックされ、多職種スタッフ全員で共有され検討を経て今後のリハビリへと生かされていきます。退院後は通院による週3回の外来リハビリテーションでこれらの取り組みを継続しています。

当院での心臓リハビリ件数は開設以来10年間一貫して高い水準で経過しており今後はさらに増えていくと予想されます。また、昨年度の心臓リハビリの疾患別



図 4. 心臓リハビリ エルゴメータ風景

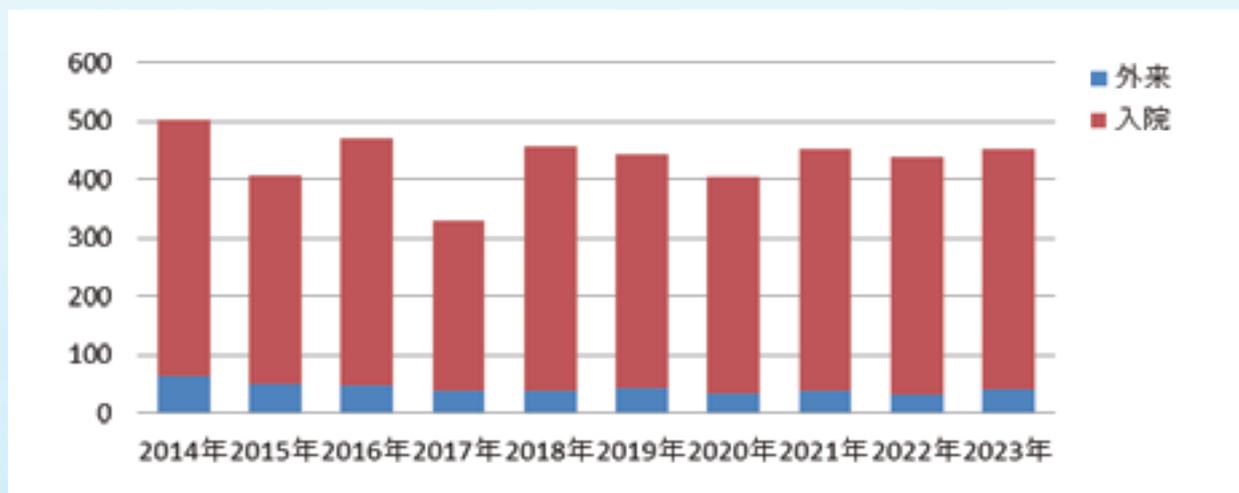


図 5. 当院の心臓リハビリ件数の推移 2014年～2023年

内訳は幅広く様々な循環器内科・心臓血管外科疾患が対象となっています。残念なことに感染症流行の影響で外来リハビリに一定の制限があり、高まる需要に十分対応できているとは言えない状況ですが、できるだけ早期に受け入れ体制の強靱化をはかりより多くの外来リハビリにも対応できればと考えております（図5、図6）。

その他、これまでの取り組みとして、定期的に他の心臓リハビリ実施施設の多職種スタッフと情報共有や症例検討などを

行っているほか、関連学会では当院での成果の報告なども積極的に行ってまいりました。この10年間のこれらの取り組みを通じて県内でも心臓リハビリが広がり、それがまた当施設での心臓リハビリのさらなる進化につながっています。このような取り組みも含めまして、最終的には地域の先生方との病診連携を通じた一人一人の患者さんに対する包括的な心臓リハビリテーションの実現を目指していきたいと考えております。

一方で、想像以上の速さと規模で進む

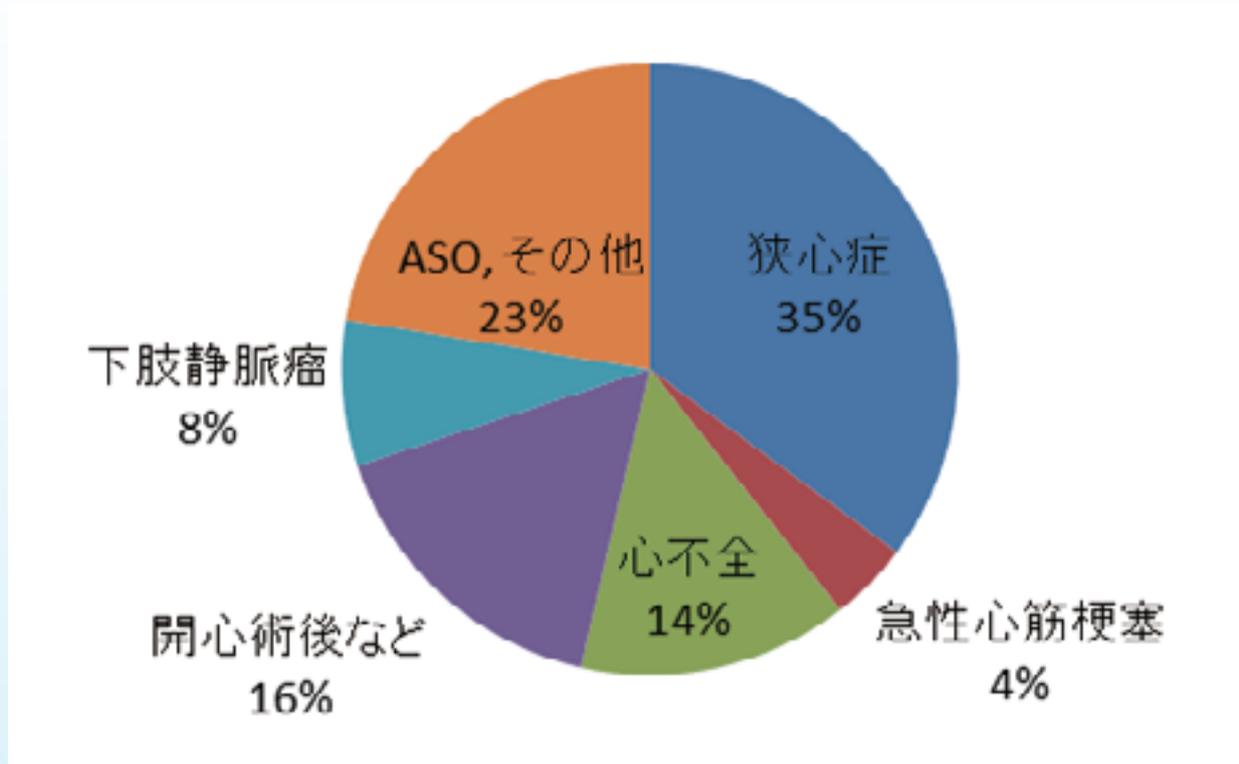


図6. 当院の心臓リハビリの疾患別内訳 2023年

高齢化を反映して、いま高齢患者さん特有の問題がクローズアップされてきています。認知症、フレイル、様々な疾患の合併、独居や老々介護など家庭環境の厳しい現実など、どれも心臓リハビリにとって大事な問題ばかりであり、一人一人の患者さんのこれらの問題点もできる限り注意深く取り上げて評価・検討し心臓リハビリの現場に生かしていくよう心掛けています。

以上のように、われわれ湖東記念病院では、診断と治療さらにはその後のリハビリテーションまで一人一人の患者さんにしっかり寄り添った完結した循環器医療を提供して参りますので、今後とも先生方のお力添えを頂ければ幸いです。引き続き何卒よろしく願い申し上げます。

1. Wenger NK et al: Clinical Practice Guideline No. 17, Cardiac Rehabilitation. U. S. Department of Health and Human Services, AHCPR Publication No. 96 - 0672, 1995
2. 日本循環器学会他編 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）
3. 日本心臓リハビリテーション学会 編 心臓リハビリテーション必携 2022年 増補改訂版



赴任のごあいさつ



循環器内科 医員
高木 俊祐

はじめまして。本年度より当院の循環器内科へ着任いたしました高木俊祐と申します。

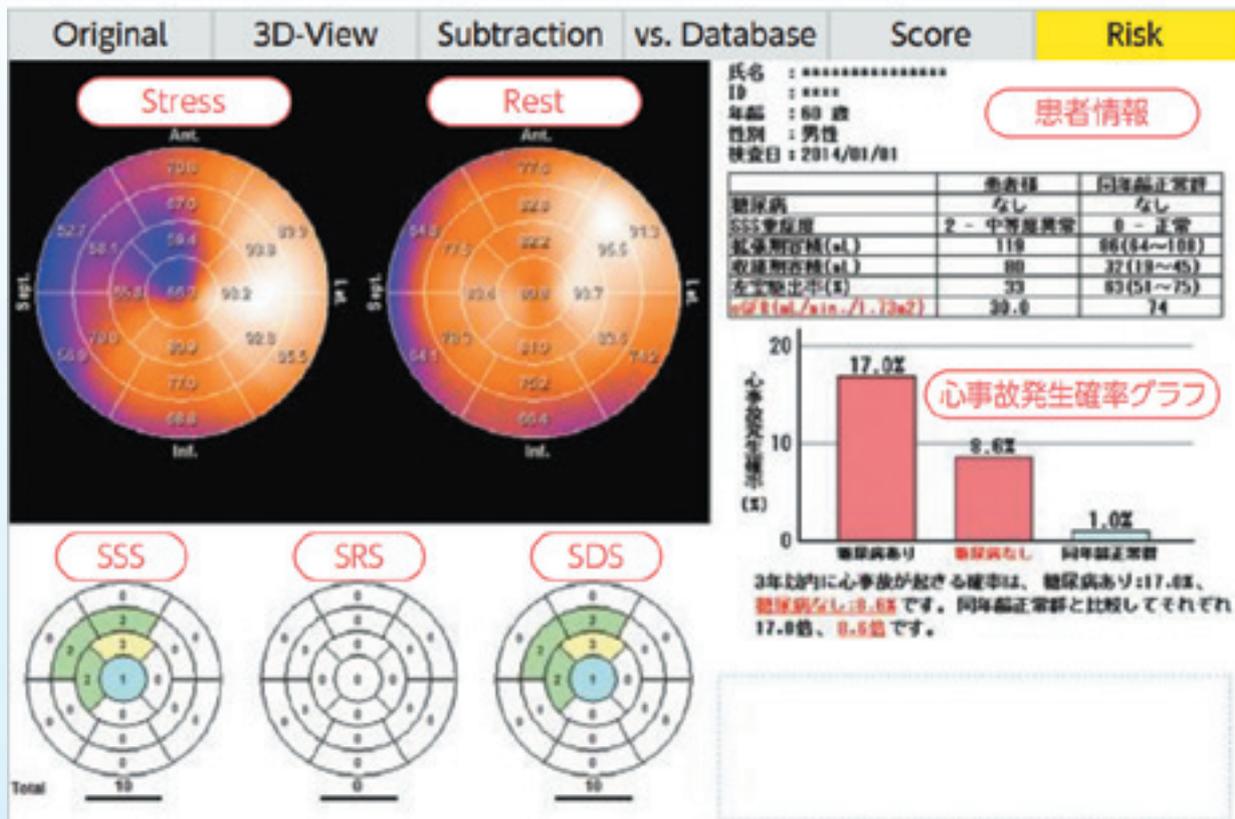
滋賀医科大学を卒業の後、2年の初期研修を行い、滋賀医科大学循環器内科へ入局しました。その後大学にて1年間、長浜赤十字病院にて3年間働き、今年で7年目を迎えました。

昨年、ようやく新型コロナウイルス感染症が5類へと分類が変更され、長く続いたCOVID19パンデミックもひとまずの落ち着きを見ました。まだ、ちらほらと感染は認められますが、以前のように医療機関がパンクする状態になることもなく、徐々に以前の診療状況に戻りつつあるように思います。そんなコロナ流行の直前に、私たちの主たる診療領域でもある虚血性心疾患のカテーテル治療において、とある試験の報告がありました。ISCHEMIA 試験といえば耳にされた方も多いかと思います。「中等度以上の虚血性心疾患における侵襲的治療と保存的治療の予後」と題して行われた試験では、心臓死亡の予後に差がないとの報告であり、私たちの狭心症治療は無意味なのかと衝撃を受けたものです。そこから4年が経過し、サブ解析などを含めていろいろなデータが出て来ており、侵襲的治療は長期的なイベント抑制の効果があり、保存的

治療でコントロールできない狭心症症状の改善につながる事が分かってきました。その結果から、私たちのカテーテル治療は無意味ではないということに胸をなで下ろしつつ、侵襲的治療が必要な症例を適切に見分けていく必要があることを改めて認識し直すこととなりました。心事故（心臓死、心筋梗塞、心不全入院）のリスク評価として、心筋シンチグラフィを用いた Heart Risk View があり、左室駆出率、腎不全・糖尿病の有無、心筋虚血の重症度を見ることで、将来のイベント率を予測することができます。これにより、CTの画像や症状で評価が難しい症例、また腎機能低下により造影剤を使用しにくい症例に対しても評価を行うことができ、適切な治療選択を行うことができます。

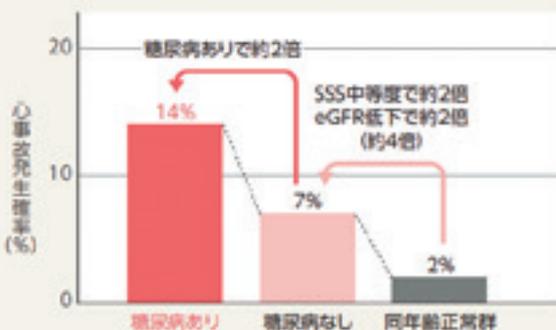
私自身はまだ若輩の身ではありますが、至らぬことも多々あるかとは思いますが、虚血性疾患を中心にしつつも、専門性に偏ることなく幅広い診療を心がけ、東近江地域の医療のお役に立てるよう精進してまいります。ご指導ご鞭撻のほど、よろしくお願い申し上げます。





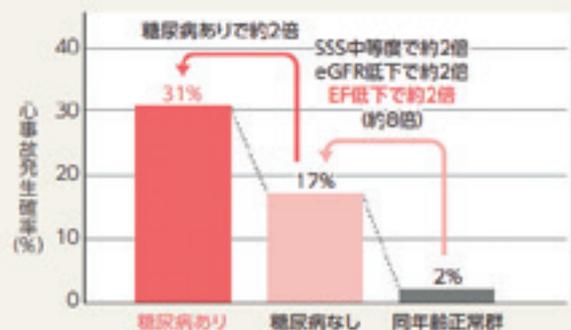
例1) 糖尿病あり, SSS中等度異常, eGFR低下

	患者様	同年齢正常群
糖尿病	あり	なし
SSS重症度	2-中等度異常	0-正常
拡張期容積 (mL)	119	78 (61~96)
収縮期容積 (mL)	45	28 (18~37)
左室駆出率 (%)	62	65 (49~81)
eGFR (mL/min/1.73m ²)	30.0	65



例2) 糖尿病あり, SSS中等度異常, eGFR低下, EF低下

	患者様	同年齢正常群
糖尿病	あり	なし
SSS重症度	2-中等度異常	0-正常
拡張期容積 (mL)	119	78 (61~96)
収縮期容積 (mL)	80	28 (18~37)
左室駆出率 (%)	33	65 (49~81)
eGFR (mL/min/1.73m ²)	30.0	65



Heart Risk View handbook より

赴任のごあいさつ



心臓血管外科 医員
垣内 泰生

本格的な猛暑の到来ですが、お元気でお過ごしのこととお喜び申し上げます。平素は多大なご支援をいただき、厚くお礼申し上げます。

この度 2024 年 4 月より、新たに当院心臓血管外科に医員として着任いたしました、垣内泰生と申します。

私の自己紹介をさせていただきますと、大阪府吹田市出身で、大阪府立北野高等学校から滋賀医科大学へ進学しました。卒業後は済生会滋賀県病院で 2 年間の初期臨床研修を行い、救急医療を中心に研修いたしました。2023 年 4 月に滋賀医科大学心臓血管外科へ入局しました。昨年 1 年間、滋賀医科大学医学部附属病院で働き、医師 4 年目となった今年度より、当院へ異動してまいりました。一人前の心臓血管外科医になるために、卒業大学である滋賀医科大学への入局を選択し、日々仕事ができているのは周りの人々の支えあってのことで、感謝しかありません。

私たち心臓血管外科で行う診療は様々な職種、スタッフの方々の協力がなければできません。例えば緊急手術が必要となる大動脈解離を発症した患者様を救命し、社会復帰していただくためには、疾患の診断に携わる近隣病院の医師の方々、病院まで搬送する救急隊員、病院で手続きを行う、事務職員、医師と共に対応する看護師、

薬剤師、放射線技師、検査技師、手術と一緒にいる麻酔科医師、臨床工学技士、術後リハビリテーションを行う理学療法士などたくさんの方々の協力が必要です。医師はその中心となる存在ですが、常に冷静に状況を把握し、威張らず、気取らない姿勢でスタッフの方々と接することで、チーム医療を推進し、患者様の健康を守っていきたいと考えております。

心臓血管手術は命に直結するものであり、患者様、スタッフの方々に信頼していただけるよう日々精進してまいります。また、下肢静脈瘤といった、命に直結するものではないものの、生活の上で症状に悩んでおられる方々がたくさんおられます。東近江地域の皆様に寄り添って、日々診療を行っていく所存でございます。

暑さ厳しき折、ご自愛のほどお祈りいたします。今後とも湖東記念病院をよろしくお願ひ申し上げます。



■循環器内科・心臓血管外科 外来担当表

	月	火	水	木	金	土	
循環器内科 ※予約制	午前	坂口	馬淵	村上名誉院長	松本	村上名誉院長	非常勤 (2週)
		高木	辻野	武田	前田 中川	武田 木村	西脇 (4週)
	午後	前田	馬淵 ※完全予約制 辻野 ※完全予約制	坂口	松本 ※完全予約制	馬淵	
不整脈科 ※予約制	午前			静田 (2週)			静田 (2.4週)
	午後			静田 (2週) ※完全予約制			
心臓血管外科 ※予約制	午前			神谷 垣内 (1.3週) 下肢静脈瘤	垣内		

R6. 7 改訂

令和6年4月より土曜日の外来診療が第2.4週のみとなっております。(第1.3.5週は休診)

【午前診】受付 8:00~11:30 診察 9:00~12:00 【午後診】受付 13:00~15:00 診察 13:30~15:30

※月3回、京都大学医学部附属病院 不整脈科 静田先生が来院されます。

※ペースメーカー外来 毎月第2・3金曜日 午後(予約制)

※木曜日の心臓血管外科外来は下肢静脈瘤外来を兼ねています。

■循環器内科外来・心臓血管外科外来について

平素は格別のご高配を賜り、また患者様をご紹介頂き厚く御礼申し上げます。

さて、循環器内科及び心臓血管外科外来についてご紹介させていただきます。循環器内科外来につきましては非常勤医師を除きまして、原則予約制となりますが、先生方よりご連絡頂きました際には、その医師が責任をもって診察させて頂きます。

また、心臓血管外科に関しましても診察日以外でも可能な限り対応させていただきますのでいつでもご連絡下さい。

今後も地域医療機関との連携と患者サービス向上に努めて参りますので、よろしくお願い申し上げます。ご質問等がございましたら、お気軽に地域医療連携室までお問い合わせください。 地域医療連携室



ホームページアドレス
URL <http://www.subarukai.jp/>

■ご案内

- 電車でお越しの方
JR 能登川駅よりタクシーで20分、バスで25分
(市ヶ原〔角能線〕行き・湖東記念病院前下車)
近江鉄道八日市駅よりタクシーで20分、バス25分
(僧坊〔湖東線〕行き・湖東記念病院前下車)

- 車でお越しの方
名神高速道路 八日市インターより15分
湖東三山スマートインターより5分

駐車場：150台

料金：無料

※駐車場内での事故、盗難、破損につきましては病院側では一切責任を負いませんのでご了承ください。

心臓血管センター
湖東記念病院

地域医療連携室 TEL 0749-45-4512
FAX 0749-45-3335

〒527-0134 滋賀県東近江市平松町2番地1
TEL 0749-45-5000 FAX 0749-45-5001