■ 紹 介

呼吸器科に専属する理学療法士の役割

—現状と今後の課題—

Roles of Physical Therapists in Respiratory Medicine Department —Present Status and Future Problems—

神津 玲¹⁾ 野方 敏行¹⁾ 田平 一行¹⁾
中村美加栄¹⁾ 柳瀬 賢次¹⁾ 滝沢 茂夫²⁾

RYO KOZU, RPT¹⁾, TOSHIYUKI NOGATA, RPT¹⁾, KAZUYUKI TABIRA, RPT¹⁾,
MIKAE NAKAMURA, MD¹⁾, KENJI YANASE, MD¹⁾, SHIGEO TAKIZAWA, MD²⁾

¹⁾Department of Respiratory Medicine, Seirei Mikatabara General Hospital: 3453 Mikatabara-cho
Hamamatsu-city Shizuoka 433 Japan. TEL +81 53-436-1251.

²⁾Seirei Multiphasic Health Testing and Service Center

Rigakuryoho Kagaku 10 (1): 53-60, 1995. Submitted July 8, 1994. Accepted Nov. 10, 1994.

ABSTRACT: Chest physical therapy plays an essential role in respiratory care. Since April, 1993, two physical therapists have regularly been assigned in the Department of Respiratory Medicine of our hospital to respiratory care. They are expected to participate in the total care of patients in collaboration with nurses by performing chest physical therapy. Although some problems are to be solved, the benefits of chest physical therapy that have been obtained are the improvement in quality and duration of the therapy. To be concrete, chest physical therapy can intensively be performed on patients with acute respiratory disease, and well-controlled physical therapy service can be extended to patients with chronic respiratory disease both to hospital and at home treatments.

Key words: chest physical therapy, respiratory care, Respiratory Medicine Department

要旨 呼吸理学療法は、呼吸ケアにおける重要な1つの治療法である。当院では1993年4月より、2名の理学療法士が呼吸器科に専属して呼吸理学療法を行っており、患者の呼吸ケアの一端を担うべく努めている。当科における理学療法士の役割は、呼吸理学療法を施行するとともに、それに関連する呼吸ケアをナースチームと協力して行うことで患者ケアに貢献することである。

現在、いくつかの検討課題が残されているものの、理学療法士が呼吸器科病棟に専属して呼吸理学療法を施行するようになり、多くの利点が得られた。中でも、呼吸理学療法の質と継続性が改善されたことが最も大きな利点である。具体的には、急性期呼吸障害患者への集中的な呼吸理学療法の施行が可能になったこと、慢性呼吸不全患者の入院から外来、在宅まで幅広く、充実した理学療法サービスを提供できるようになったことがあげられる。
キーワード：呼吸理学療法、呼吸管理、呼吸器科

1) 聖隷三方原病院呼吸器科：静岡県浜松市三方原町 3453 (〒 433) TEL 053-436-1251

2) 聖隷健康診断センター

I. はじめに

本邦において呼吸理学療法の必要性が叫ばれて久しいが、なお日常の呼吸ケアの枠組みの中で十分に普及定着しているとは言い難い。その一因としては、理学療法士の関与の不足も考えられている。しかし一方で、学会や各種講習会などで呼吸理学療法が脚光を浴び、この分野に関心を寄せる理学療法士が増加していることも事実である。呼吸理学療法に興味を持ちながらも、人的余裕や技術的な問題など様々な制限によって関わりを持つことができないでいる場合も多いのではないであろうか。

当院においては、理学療法士が呼吸器科に専属して呼吸理学療法を行うようになって1年が経過した。まだ多くの課題を抱えてはいるものの、患者の呼吸ケアの一端を担うべく微力を尽くしているつもりである。本稿では、当院呼吸器科における呼吸理学療法の取り組みを紹介し、われわれ理学療法士の役割を検討した。今後、より多くの理学療法士がこの分野に携われるようになるために、またこれから参入することを希望している方々、ならびに現在取り組んでいる方々のために、本稿がなんらかの参考になれば幸いである。

II. 当院呼吸器科の位置と性格²⁾

当院は、790床余の病床数を有する県内で最大規模の総合病院の一つであり、地域に根ざした臨床病院であるとともに最終的な診断と治療が期待される terminal hospital である³⁾。当科は、戦前から戦後にかけて最も差別と虐待の対象であった結核患者の保養施設に医療の形式を整える過程で形成された臨床科としてスタートした。現在は、県内第二の病床数と豊富な症例をかかえる東海地方で有数の呼吸器科の一つであり、院内においては主要科の一つとなっている。

III. 当科における医療展開の理念と方針²⁾

臨床病院における呼吸器科として、「真に患者の利益につながる医療を展開する」という理念のもと、現在当科が目指している方向とは、

- 1) 呼吸器病学の各分野で臨床病院で可能な最先端の医療を実践して患者の期待に応えとともに、学術的貢献をする。
- 2) 全人的観点から患者の要求を把握し、他部門・院外諸組織と協力し医療サービス・地域医療の発展に努

める。

の2点に集約されている。また、具体的な重点課題として、

①チーム医療の推進

- a. ケース・カンファレンスの定着
- b. 問題症例の検討会
- c. 病棟・外来・訪問看護部・医療相談室間の協議と方針の統一化

e. インフォームド・コンセントの共同

②呼吸リハビリテーションの定着と発展

③臨床研究の発展

をその中心に掲げ、臨床科としてのチームの各スタッフが、この方向を目指して努力している。

IV. 当科における理学療法士の役割

1. 呼吸器科専属理学療法士が配属されるまでの経緯

当科は、結核を中心とした呼吸器臨床から発展した経緯上、肺結核後遺症、慢性閉塞性肺疾患など、いわゆる呼吸機能障害・呼吸不全患者を多数擁している。したがって、以前からこれらの慢性疾患患者には主治医やナースチームによる個別の理学療法的アプローチがもちろんなされていた。しかし、このようなあり方には経験の分散、技術レベルの不一致、継続性の欠如などの欠点を認めざるを得ない。このような状況に加え、呼吸理学療法を必要とする症例が年々増加し、そのニーズが非常に高まってきたことから、理学療法士の参入による呼吸理学療法の機能整備の必要性が持ち上がった。そして1993年4月、当院リハビリテーション科ならびに、当科と関わりが深い長崎大学医療技術短期大学部の理解と協力もあり、呼吸理学療法を主たる目的とする呼吸器科専属理学療法士2名が配属された。

われわれ理学療法士が、当科に働き場所を与えられた背景には、先に述べた当科の医療理念、当院創立時から絶えることの無い人権思想、私立病院のもつ組織の可塑性・柔軟性があったことは特筆すべきことであろう。

当院呼吸器科の医療現場における理学療法サービスは、まだ緒についたばかりであるが、現在のわれわれの活動内容を以下に述べる。

2. 理学療法士の位置づけ

現在、呼吸器科病棟はアレルギー科との混合病棟でリカバリールーム (HCU) 5床を含む定床64床、さらに別棟の結核病棟40床を加えた100余床で成り立っている。呼吸器科病棟スタッフは医師5名、ナース29名、ヘル

パー7名、クラーク3名、理学療法士2名で構成されている。医師は common disease をはじめとする各種呼吸器疾患および呼吸障害の診断・治療・管理、ならびに慢性疾患の管理を行っている。当科において取り扱う疾患は、びまん性肺疾患、肺腫瘍、感染症、慢性呼吸不全、結核の分野に大別される。ナースは6つのチームにわかれ、一人一人が患者を担当するプライマリナース制度を導入し、よりきめ細かな看護サービスを提供している。

このような組織体制の中でわれわれ理学療法士は、理学療法の施行に責任を持つとともに、ナースチームと協力して患者ケアの一端を担うことを基本方針とし、病棟を主たる働き場所として診療活動を行っている。

リハビリテーション科との関わりについては、診療報酬の請求や勤務などに関する事務的手続き上、理学療法部門に籍をおく形をとっている。

3. 業務内容：呼吸理学療法の実践

先に述べた当院・当科の特徴から、当科では呼吸器治療の救命集中治療から慢性疾患の管理まで幅広い範囲に渡ってカバーしている。そのため、理学療法の対象となる患者も必然的に人工呼吸管理に代表されるクリティカルな状況の患者から、疾患と障害を併せもつ慢性疾患患者までバラエティーに富んでいる。さらに、他科からの呼吸理学療法の依頼にも応じており、これらをあわせた過去1年間の呼吸理学療法の対象疾患は表1(a, b)のごとくである。

われわれの業務内容は、表2に示す通りであるが、病棟勤務という特異性やナースチームとの協力体制の関係上、理学療法のみにとどまらず、それに関連する呼吸ケアも行う場合がある。その理由は職種間の関係は機能分担であり、職域は明確に分担されていないからである。実際には呼吸理学療法に隣接する業務は各ナースとの連携、主治医の指示のもと、ある程度オーバーラップしているのが現状である。したがって、クリティカルな状況での体位ドレナージや人工呼吸器からのウィーニングなどでは、主治医の監督下に、われわれ理学療法士にも患者のモニタリングから状況を把握し、それを評価・分析して対処する能力が求められる。具体的には常に最適な理学療法が実施できるよう、医師の指示のもとで吸入・給湿療法や人工呼吸器の設定なども施行する場合がしばしばある。

呼吸理学療法の処方目的を表3にまとめたが、当科ではおもに慢性呼吸不全急性増悪や急性呼吸不全を中心とした急性期呼吸障害と慢性安定期にある慢性肺疾患に対

象が大別され、呼吸理学療法の方法論は若干異なっている。基本的には、1) リラクゼーション、2) 呼吸訓練、3) 呼吸筋トレーニング、4) 胸郭可動域訓練、5) 運動療法、6) 体位ドレナージ、7) ADL訓練がおもな手段⁴⁾であり、各症例の状態にあわせてプログラミングし、マンツーマンで施行している。

急性期呼吸障害、特に成人呼吸促迫症候群 (ARDS) に代表される急性呼吸不全においては、気管内挿管や気管切開がなされており、気道内分泌物が増加している。また、喀痰に必要な咳嗽反射は低下しており、より気道内分泌物は貯留しやすくなり無気肺、さらに感染を引き起こす原因になることは言うまでもない。したがって、このような場合は換気とガス交換の改善、気道の清浄化を目的に呼吸助手技を中心とした徒手の治療技術を用いたアプローチ⁵⁾を行い、その予防と治療に努めている(図1)。近年、ARDSや重症呼吸不全、人工呼吸中に背側に生じるびまん性浸潤影はgravitational consolidationと呼ばれ、呼吸ケアを行う上でその対処が非常に重要であると言われている。このgravitational consolidationには積極的な体位変換が有効であるとされ⁶⁾、腹臥位によるポジショニング⁷⁾とsqueezing⁸⁾を行っている。

また、慢性呼吸不全急性増悪の患者はARDSと同様、気道内分泌物の除去に努めるとともに、増悪因子の治療と循環動態の安定化が得られ、栄養状態が良好であれば積極的に人工呼吸器からの離脱に向けた理学療法を行っている。人工呼吸器からの離脱時には呼吸筋仕事量が増大しポンプ不全となり、離脱に難渋する場合も少なくない。したがって、効率のよい呼吸パターンに改善するために^{8,9)}、呼吸訓練や呼吸筋トレーニングを行う。それと

表 1-a 当科において呼吸理学療法の対象となった基礎疾患

肺結核後遺症	56 例
慢性閉塞性肺疾患	52 例
肺炎	26 例
気管支拡張症	13 例
肺線維症	4 例
びまん性汎細気管支炎	3 例
塵肺症	3 例
気管支喘息	3 例
その他	16 例
合計	176 例

1993年4月～1994年3月

慢性呼吸不全急性増悪例はその基礎疾患を示した。

肺炎はARDSへ移行した症例も含めた。

表 1-b 他科からの依頼により呼吸理学療法を施行した対象疾患

診療科目・基礎疾患	対象疾患	症例数
内科系		
アレルギー科：慢性閉塞性肺疾患，気管支喘息	慢性閉塞性肺疾患，気管支喘息	10 例
循環器科：心不全，胸部大動脈瘤	肺炎	3 例
リハビリテーション科：脳血管障害，心不全	肺炎	3 例
精神科：精神分裂病，そううつ病	肺炎	2 例
外科系		
腹部外科：胃カルチノイド	術後肺合併症 [#]	3 例
呼吸器外科：肺腫瘍，結核性膿胸	術後肺合併症 [#]	6 例
整形外科：頸髄損傷	無気肺	3 例
救急部：頸髄損傷	無期肺	1 例
耳鼻咽喉科：口腔内腫瘍	術後肺合併症 [#]	1 例
	合計	32 例

1993 年 4 月～1994 年 3 月

[#]：実際に術後肺合併症が発生したわけではなく，予防的に呼吸理学療法を行ったもの。

表 2 当科における理学療法士の業務内容

1. 呼吸理学療法
2. 各種測定・評価
3. 人工呼吸器からの離脱[#]
4. 給湿・吸入療法[#]
5. 気管内吸引[#]
6. 体位変換，ポジショニング

[#]：医師の指示・監督下にて行う。

表 3 呼吸理学療法の処方目的

1. 呼吸困難感の軽減
2. 排痰
3. 呼吸筋の強化
4. 運動耐容能の改善
5. 廃用症候群の予防と改善
6. ADL の改善と拡大
7. 人工呼吸器からの離脱と早期離床
8. 手術後などの肺合併症の予防と治療
9. 呼吸リハビリテーションのための患者教育

同時に積極的に離床訓練を施行している¹⁰⁾。離床訓練は非常に有効で，患者の離脱への意欲を鼓舞し，全身耐久性も向上する。主治医が離脱不能と予測していた症例でも離床訓練により離脱可能となった症例も数多い。

さらに最近，急性期呼吸障害としての高齢者の肺炎に対する呼吸理学療法の処方も増加している。このような患者はほとんどが脳血管障害の既往があり，嚥下障害に起因する誤嚥性肺炎であることが多い。理学療法として体位ドレナージを施行するとともに，リハビリテーション科医と言語療法士の指導のもと嚥下訓練¹¹⁾に関してもアプローチに協力する機会が増加している。高齢者においては特に，呼吸と嚥下の関係は大切で，体位ドレナージを行う上で上気道と嚥下の関わりを考え，いかに誤嚥を防いで，嚥下させるかアプローチすることも重要なポイントである。

慢性閉塞性肺疾患や肺結核後遺症に代表される慢性安定期の症例に関しては，呼吸訓練や運動療法を中心としたトレーニング的意味合いを全面にしたアプローチ¹²⁾が

主体となる。呼吸困難感の軽減や耐運動能，ADLの改善に向けての運動療法が非常に大切で，病棟をはじめ，運動療法室で積極的なトレーニングを行っている。退院時には，それらが家庭でも継続され，自己管理につながるようになすとともに教育・指導も行うよう努めている。慢性安定期の呼吸理学療法は，近年重要視されている栄養管理¹³⁾や心理的アプローチ¹⁴⁾とともに，呼吸リハビリテーションの中で重要な位置を占めているが，十分な患者教育と並行して行われなければまったく無意味なものになってしまう。最近，米国心肺リハビリテーション協会が呼吸リハビリテーションのガイドライン¹⁵⁾を呈示したが，それに示す通り十分な患者教育ならびにケア，トータル・リハビリテーションの理念のもとで，呼吸理学療法が施行されなければならないことは言うまでもない。当科では安定期にある慢性肺疾患患者を対象として，呼吸リハビリテーションのための教育入院を実施している。これは2週間のプログラムから成り立っており，理学療法士による集中的な呼吸理学療法の指導，な

図1 人工呼吸器装着時における呼吸介助手技

らびに主治医、担当看護婦らによる患者・家族教育を中心に展開されるものである。その結果、教育入院プログラムに参加した患者の大多数が自分の疾患や健康を意識し始め、自己や家族による健康管理を実践している。さらに外来通院によって呼吸理学療法も継続しており、その有効性が示されている。

呼吸器科病棟は、特3類病棟であるため、平均在院日数が20日前後であり、長期間に渡った理学療法サービスが十分に行えない場合が多いことが現状である。呼吸理学療法全体の流れとしては、必要なプログラムのみ選択し、最大の効果をあげるよう努めている。

他科からの依頼に関しては、外科術前・術後の呼吸理学療法や原疾患に合併した無気肺や肺炎などの呼吸障害が多い。各科主治医やナースの呼吸ケアに関する認識が十分とは言えない場合が多く、合併症を起こしてかなり期間が経過してしまっていて依頼が来ることがしばしばあるのが現状である。まず、われわれの活動を認識してもらうための働きかけが必要であり、今後の検討課題である。

4. 呼吸理学療法の診療システム

(1) 入院患者

当院にはリハビリテーション専門医が常勤勤務しているため、基本的にはリハビリテーション科医がそれぞれの指示を行うシステムをとっている。当科に関しては、呼吸理学療法の特殊性、対象患者が多く、多様性に富んでいることなどのために、原則として呼吸器科医から直接、理学療法士に指示が行われている。他科からの呼吸理学療法の依頼に関しても当科医師が患者を診察して適

応の有無を決定し、適応であれば同様に直接、依頼を行う形態をとっている。なお、他科からの依頼に関してはリハビリテーション科医を通して行われる場合もある。

呼吸理学療法は、まず主治医と処方目的やリスク、ゴールなどの再確認や担当ナースと具体的な理学療法プログラムと看護計画の兼ね合い、問題点の抽出・整理、方針の統一化などを協議した後開始される。医師とはそれぞれ週1回の理学療法カンファレンスならびに呼吸器科全体カンファレンスを通じて、担当ナースとは適宜のカンファレンスを通じて、理学療法の進行状況の確認とゴール設定とその変更、新たな問題点の整理とその対処などについて討議を重ねている。これに加え、必要に応じて主治医、担当ナース、理学療法士の三者によるケースカンファレンスも実施している。このように、担当ナースおよび主治医との連携、連絡は比較的円滑に、かつ十分に行われている。

理学療法士が病棟で多くの時間、診療活動を行っているため、連絡事項から申し送り、ケースカンファレンスまで、スムーズに行いやすい状況がつけられている利点がある。

理学療法士1人あたりが担当する入院患者数は、多くて30人以上、少なくて10人以下であり、時期によって大きな差がある。特に冬季に患者数が多い傾向にある。これは感染症や呼吸不全急性増悪による入院患者数が増加することによるものであり、その多くが必然的に呼吸理学療法の適応となるためである。

(2) 外来患者

外来患者のための呼吸理学療法は、毎週水曜日の午前

中に行われる。人員の不足や場所の確保などの問題もあるため、週1回の頻度で行うのが現在のところ精一杯であるが、入院患者の退院後フォローアップならびに在宅療養中の呼吸不全患者のリハビリテーション・サービスを行うことを目的に定着してきている。1回あたりの患者数は平均10人前後であり、理学療法の内容は現在の状態を維持することに主眼がおかれ、各個人のプログラムに加え、グループ練習なども取り入れている(図2)。

(3) 訪問活動

外来通院が困難な患者に関しては、訪問による在宅での呼吸理学療法を行う場合もある。これに関しては現在、完全には定着していないが、患者および家族の要求、当科主治医からの指示があれば、当院訪問看護部と連絡をとり、協力しながら訪問での理学療法を行う。当科は在宅酸素療法というまでもなく、必要ならば在宅人工呼吸も導入しているため¹⁰⁾、在宅での呼吸理学療法の必要性は高く、今後ぜひとも普及、定着させて行きたいところである。

(4) 地域活動

その他、院外の活動として当院在宅酸素療法の患者会・聖隷みどりの会、浜松市保健所ならびに愛知県豊橋保健所の呼吸器教室、名古屋低肺機能グループから依頼を受け、地域社会における呼吸理学療法の啓蒙ならびに知識・技術の提供を中心とした協力を行っている。こうした活動を通じてわれわれ自身、改めて呼吸理学療法の必要性を痛感している。

このように当科における理学療法士の活動の場は、急性期呼吸ケアから在宅ケアまで多岐に渡っている。今後、より充実した理学療法サービスを提供すべく、患者の要求に柔軟に対応しながら、現在のシステムをより患者の利益に即したものとさせなければならない。

以上をまとめて、図3にわれわれの1週間の診療活動のスケジュールを示した。勤務体制は、基本的には8時30分から17時までの日勤帯で日曜・祭日は休日となる。しかし、急性呼吸障害の患者には必要に応じて日曜・祭日勤務(手当は無し)を行い、平日では最大21時まで診療を行うことも少なくない。

V. 今後の展望

1. 現在の課題

理学療法士が呼吸器科に専属し、その医療展開に関わりはじめて1年間が経過した。その間、決して円滑に物

事が進んでいたわけではなく、当然、数々の紆余曲折を経て現在のシステムが出来上がったことはいまでもない。当初は、われわれ理学療法士にとっても、ナースにとっても病棟という場で、共同作業により患者ケアを行っていくことが初めてのことであり、連携や方針の共有が十分に行われていない状況であった。また医師も、呼吸理学療法の必要性は認識していたものの、実際にどのような症例を処方すべきなのか、かなり苦労していた。しかし、期間の経過、病棟会議や医局会議を通じての度重なる討議、改善を認めた症例を示すことを繰り返しながら、われわれの存在意義や呼吸理学療法をアピールでき、それぞれの立場を尊重しつつ、連携しながら患者ケアにあたることができるようになってきている。当科に理学療法士が関わってきたことの利点は、

- 1) 呼吸専門理学療法士により、今までの看護業務の中で行われていた呼吸理学療法が、よりレベルアップされた。
 - 2) 看護業務の中で優先順位が低く、後回しにされがちであった理学療法が毎日確実に行われ、継続性が改善された。
 - 3) 看護の業務改善がはかられ、他の種々のケアができるようになった。
 - 4) 診療報酬の請求が可能になった。
 - 5) 呼吸理学療法に対する患者の認識が向上した。
- ことである。

一方、未だ残されている問題点も存在することも事実である。現在の検討課題としては、

- 1) 短期間の入院期間で呼吸理学療法の効果を最大に発揮できる方法論の再検討
- 2) 当科の呼吸器臨床に見合った理学療法の効果判定指標の検索ならびに客観的な理学療法効果の呈示
- 3) 疾患別および目的別の理学療法プロトコル作りと他スタッフが進行状況を理解できるチェックリストの作成
- 4) 理学療法の適応の明確化
- 5) ベッドサイドでの診療活動の効率化
- 6) ナースへの技術指導の徹底
- 7) 問題症例の検討会の定着
- 8) 外来理学療法のシステムの充実、訪問理学療法の定着
- 9) 他科への呼吸理学療法の啓蒙

などがあげられる。医師、ナースの協力を得ながら、これらの課題に前向きに取り組まなければならない。

また、これは当院だけの問題ではないが、行政側が、本年4月より呼吸器疾患患者に対する理学療法の診療報

酬は、簡単なものでしか請求できないと決定したとのことである。呼吸理学療法は決して特殊なものではないこと、特に急性期呼吸障害を対象とする場合の理学療法は多大な時間、労力を要すること、などの観点から考えると、実際の診療内容とその点数の格差は非常に大きいのではないと思われる。今回のこのような決定は、呼吸

理学療法の普及を妨げ、最終的には患者への不利益につながるものと予想される。理学療法士協会を始め関連団体から、複雑なものも請求できるように働きかけることが必要と考えられ、早急に対応して頂くことを望む次第である。

図2 外来患者のグループ練習（呼吸体操）

	月	火	水	木	金	土				
9 : 0 0	ラウンド・申し送り・検査データの評価					PT（2名） 合同ラウンド				
: 3 0										
1 0 : 0 0	診 療 （おもに急性 期の患者）	診 療 （おもに急性 期の患者）	呼吸理学療法 外 来	診 療 （おもに急性 期の患者）	診 療 （おもに急性 期の患者）	診 療				
: 3 0										
1 1 : 0 0										
: 3 0										
1 2 : 0 0	診 療	診 療	診 療	診 療	診 療					
1 3 : 0 0										
: 3 0										
1 4 : 0 0	必要に応じてナースとカンファレンス									
: 3 0										
1 5 : 0 0	（おもに慢性 期の患者）	（おもに慢性 期の患者）	（おもに慢性 期の患者）	（おもに慢性 期の患者）	（おもに慢性 期の患者）					
: 3 0										
1 6 : 0 0										
: 3 0			呼吸理学療法 カンファ レンス	呼吸器科 カンファ レンス	理学療法部門 会 議					
1 7 : 0 0										

図3 1週間の業務・診療スケジュール

2. 当科における呼吸理学療法の発展方向

以上のように、われわれの役割とは、あらゆる呼吸障害に対して、クリティカル・ケアから慢性期の管理、在宅ケアまで幅広い範囲に渡って理学療法の知識と治療技術を駆使して患者と家族の要求に応えることであるといえる。それが、当科医療チーム内での責務を果たすことでもあると考える。したがって、われわれが目指すべき発展方向とは、先に述べた当科における医療展開の理念と基本方針のもと、理学療法士の立場から患者の利益につながる理学療法サービスを提供するとともに、医療サービスの質の発展に貢献することである。そのためにわれわれは、

- 1) 理学療法士としての専門的力量的養成、すなわち自己と理学療法の不完全性を認識し、発展の課題を設定し実践する自己啓発能力を念頭に置いた臨床実践を行う。
- 2) チーム医療の精神を念頭に置き、他スタッフとの関係の中で、自己の位置と役割を認識する。
- 3) 常に患者・家族の立場にたって、その心情を理解し、励まし、共感する。

ことに努めるべきである。今後も、呼吸理学療法のさらなる普及、定着と発展のために微力を尽くして行くつもりである。

VI. おわりに

以上、呼吸器科に専属して診療を行う理学療法士の活動について報告した。呼吸理学療法は難しいと考えられがちだが、病態の把握や確かな知識と治療手技の習得をしっかりと行えば、比較的容易に理学療法を実施できる。呼吸理学療法は決して難しいものではなく、特殊性はあるものの、基本的にはその他の理学療法となんら変わりはないのである。多くの理学療法士の方々が呼吸理学療法に積極的に取り組むことを望む次第である。

謝辞 本稿を終わるに当たり、患者さんのために日夜、熱心な看護を行って頂いている当院第10病棟藤崎貴志子婦長、第3病棟西野忠好婦長をはじめとする看護部の皆様、ならびにわれわれの活動に常に理解を示して下

さる、当院リハビリテーション科塩浦政男科長、藤島一郎医長に心から御礼申し上げます。また論文校閲の労をとられた恩師、長崎大学千住秀明助教授、常にご指導頂いている昭和大学宮川哲夫先生、茨城県立医療大学設置準備局伊藤直栄先生に深く感謝致します。

文 献

- 1) 第27回日本理学療法士協会全国研修会特集(テーマ:呼吸と理学療法). 理学療法学, 20:121-210, 1993.
- 2) 柳瀬賢次:私信. 1994.
- 3) 椿原彰夫:地域医療と福祉の統合;聖隷福祉事業団聖隷三方原病院と周辺施設. 臨床リハ, 2:853-858, 1993.
- 4) 宮川哲夫:呼吸理学療法の適応と方法. PTジャーナル, 25:187-193, 1991.
- 5) 伊橋光二・他:術前術後の肺理学療法評価とプログラミング. 理・作・療法, 21:384-392, 1987.
- 6) 宮川哲夫:機械的人工呼吸中の患者管理⑤, 理学療法(I);理学療法士による. Emergency nursing, 7:410-415, 1994.
- 7) 丸川征四郎・他:血液酸素化能改善のための諸法. 救急医学, 16:1043-1047, 1992.
- 8) Tobin MJ, et al.: Konno-Mead analysis of ribcage-abdominal motion during successful and unsuccessful trials of weaning from mechanical ventilation. Am Rev Respir Dis, 135:1320-1328, 1987.
- 9) Yang KM, et al.: A prospective study of indexes predicting the outcome of trials of weaning from mechanical ventilation. N Engl J Med, 324:1445-1450, 1991.
- 10) 前本英樹・他:人工呼吸離脱時における急性期呼吸理学療法の経験. 理学療法学, 21(suppl.):166, 1994.
- 11) 藤島一郎:脳卒中中の摂食・嚥下障害. 医歯薬出版, 東京, 1993.
- 12) 金尾頭郎・他:呼吸理学療法の実際;その臨床応用. 理学療法学, 20:133-139, 1993.
- 13) 宮城征四郎:栄養. 肺と心, 35:229-235, 1988.
- 14) 江頭洋祐:精神心理的アプローチ. 日胸疾会誌, 30:1475-1482, 1992.
- 15) American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation: Guidelines for Pulmonary Rehabilitation Programs, Human Kinetics Publishers, Champaign, 1993.
- 16) 中村美加栄・他:当院における在宅人工呼吸療法の現状;肺疾患症例を中心に. 日胸疾会誌, 31(suppl.):441, 1993.