

J-1 『呼吸管理の主役は誰か～理学療法士の立場から～』

○ 市立砺波総合病院 ICU、総合リハビリテーション科

嶋先 晃

和歌山県立医科大学附属病院 リハビリテーション科

上西啓裕

呼吸管理を一手に引き受ける国家資格制度が無い本邦では、医師、看護師、臨床工学技士、理学療法士(以下 PT)等、多職種によるチーム医療がそれを支えている。その現在の方向性に一定の評価はできるが、各職種の法的な業務制限が、非効率な縦割り医療を生じていることも否定できない。一方、呼吸管理における PT に課された使命は呼吸理学療法(以下 CPT)による呼吸機能の改善と超早期からの mobilization を始めとした activity 向上である。たとえ ICU の重症例であっても呼吸管理と同時に ADL 改善の視点も重要である。本セッションではそのような立場から、PT としての私見と当院での呼吸管理と PT の関わりについて述べて頂いた。

①人工呼吸中の CPT に関する全国調査と人工呼吸中の CPT 実施と吸引操作の必要性についての検討結果より

2001 年、筆者ら全国 24 名の PT ボランティアは全国 470 施設を対象に人工呼吸中の CPT に関するアンケート調査を行った。回答率は 57.9%で平均病床数は 593 ± 253.2 床で平均 PT 数は 5.7 ± 3.8 人、呼吸療法認定士は 0.6 ± 1.1 人であった。その 64.7%の施設で人工呼吸中の CPT が行われており、一回の治療時間は 16~30 分との回答が 57.4%と過半数を占めていた。つまり、100 床当たり約 1 名の PT が勤務していることになるが、PT の広い業務を考えると現状では呼吸管理に十分関われる人的環境とは言い難く、現場 PT の苦悩が伺える。次に、吸引の問題であるが、CPT 施行中、PT は排痰手技を行うが、最終的に必要な吸引が法的に認められていない。在宅の分野では緊急時でさえ、患者家族は吸引を行っても PT はそれができず、制度上の矛盾もある。それらの問題を明確にする為、和歌山県立医科大学 ICU において、人工呼吸中に排

痰目的に CPT を施行した場合、どの程度吸引行為が必要になるか検討を行った。その結果、20 例中の 10 例(50%)で CPT を中止し、吸引操作を行う必要があった。吸引理由は、気管 tube への痰の噴出 4 例、呼吸苦、呼吸困難感 3 例、気道内圧上昇アラーム・酸素飽和度の低下・ファイティング各 1 例であった。また、前述の全国調査でも人工呼吸中の CPT 施行とトラブルについての問いに対し、頻回のファイティング・気道内圧の著しい上昇・呼吸困難・低酸素血症・窒息等の回答を得ており、PT が吸引を行えない現状において、安全管理上重大な欠陥があると言わざるを得ない。PT に関する法律は昭和 40 年の制定であり、時代変化に合わせ当然再検討される時期に来ていることを指摘しておきたい。

②当院 ICU での専属呼吸理学療法士配置の取り組みについて

当院は富山県砺波医療圏に位置する、545 床の地域中核の総合病院である。2002 年 5 月、ICU の新規稼働と共に ICU 専属の PT を配置するに至った。当 ICU では安全が確認され、CPT の適応があれば、入室直後より直ちに CPT が開始される。体位療法・排痰手技・weaning・抜管前後の対応・離床のための早期坐位、立位練習、一般病棟退室後のフォローアップに至るまで積極的且つ継続的に関わりを持っている。ICU 専属 PT を配置するシステムは現状では珍しい取り組みと言えるが、利点も多く、今後このようなシステムを導入する施設が増えることを期待したい。専属配置のメリットとしては 1.適切なタイミングで頻回に介入が可能 2.様々な処置やケアで後回しになりがちな CPT の実施が確実に行われる。3. チームの CPT の認識・質が向上し、看護計画に継続的に反映される。4.安全管理上の視点が増す。5. ICU 在室日数、人工呼吸管理期間の短縮に貢献可能?等の点が挙げられる。