

展 望

呼吸器理学療法 の 現 状 と 展 望*

荻原新八郎**

現 状

1. 名 称

この分野の理学療法がどのような名前と呼ばれているかであるが、肺理学療法、胸部理学療法、呼吸理学療法、呼吸器理学療法と様々である。しかしこのような言い方をする医療者はまだまじな方であって、我が国ではほとんどすべての人が『タッピング』とか『肺のリハビリ』と称しており、がっかりさせられるのである。ちなみに英語圏諸国では Chest physiotherapy, Respiratory physiotherapy, Pulmonary physiotherapy と呼ばれている。中でも Chest physiotherapy が伝統的な呼び方であるが、最近では Cardiopulmonary physiotherapy, Cardiorespiratory physiotherapy または Cardiorespirology と呼び始めている。すなわち肺と心臓は密接にかかわっているという事実からこのような用語に変わってきたのである。

2. 呼吸管理における理学療法の位置づけ

理学療法士が呼吸器疾患患者の治療に関わり始めたのは1930年代であり、それは英国の呼吸器疾患専門病院であるブロンプトン病院であった。最初は慢性呼吸器疾患、たとえば気管支拡張症に対する気管支の浄化、いわゆる排痰法から始まり、1965年頃までに英国全土に現在のような水準が確立された。それ以来、理学療法の先進国においては、理学療法士が心臓移植術後を含めたあらゆる呼吸管理にかかわるのは当然のことになっている。すなわちこれらの国々では医師の治療指針の中に理学療法が必須のものとなっており、薬物療法、その他の療法と同等、あるいは場合によってはそれ以上に重視されている。

* The present status of and future perspective on physiotherapy in respirology

** 金沢大学医療技術短期大学部

Shimpachiro Ogiwara, RPT, MJPTA, SRP, ONC, MCPA, BPT, Associate Professor: Division of Physical Therapy, School of Health Sciences, The University of Kanazawa

(受付日 1987年11月18日)

我が国で呼吸器の理学療法が云々されるのは今のところ慢性呼吸器疾患患者のリハビリテーションだけのようである。『リハビリテーション』と言わなければ理学療法や理学療法士を認識してもらえないという奇妙な現象は我が国独特のものであり、非常に残念に思う。

3. 呼吸器の理学療法が寄与できる医学の専門分野

これには多臓器不全の集中監視治療、心血管集中監視治療、神経外科集中監視治療、小児集中監視治療、開胸術の前後（これには心臓移植または心臓・肺の同時移植も含まれる）、開腹術の前後、慢性呼吸器疾患患者のリハビリテーション、長期人工呼吸器依存者の管理（これには人工呼吸器からの離脱も含まれる）、熱傷、小児・成人の嚢胞線維症と多岐にわたっている。最後に上げたものは本邦ではほとんど見られない疾患であり、我々が関与する機会はほとんど無さそうである。我が国では理学療法士学会や集中治療医学総会で発表される内容のものが行われている範囲であるが、これらが本邦くまなくしかも一般的に行われている訳では決してなく、むしろ行われている病院の方が例外的である。すなわち英国に比べると30年以上は遅れていると思われ、追いつけるような材料にははなはだ乏しいのが現状である。

4. 呼吸器理学療法の手段

これについて簡単に述べると、気管・気管支の浄化法、呼吸の制御法、体位交換、運動負荷療法、省エネルギー法、患者・家族教育、補助療法（酸素療法、吸入療法、IPPB など）が上げられる。手段の多くは一口で表現するならば『原始的』なものばかりである。『ハイテク』全盛の世の中にあって、呼吸器の理学療法がなかなか普及しないのは、『ローテク』のせいかもしれない。

5. 医療者の呼吸器理学療法に対する認識度

これについては非常に低いと言わざるをえない。『タッピング』とか『肺のリハビリ』という誤った用語や概念がこれを象徴している。最大の原因は何と言ってもほとんどの医師がこの分野を治療指針の一部として考慮されないことにある。またこの分野は理学療法士に依頼すれば一番良いのだという事実も御存じないようであり、

この分野について教育されていない看護婦さんにただ『タンピングをやりなさい』と指示されるだけのようである。しかしながら日本全国を見渡すと、細々としている病院も少しはあるようだ。そのような病院では必ずといってよいほど医師の認識度が非常に高く、また理学療法士も積極的な方々ばかりである。金沢大学付属病院消化器外科病棟では術後肺合併症の多さに業を煮やした看護婦さんが非常に熱心に関わっている。

6. 筆者の得た経験

筆者は昭和44年に渡英した時に初めて呼吸器理学療法の洗礼を受けた。当時の我が国の病院には集中監視治療室は無く、英国のそれへ初めて入った時には、患者の重症度が高いことや人工呼吸器、その他の器械に囲まれた異様な雰囲気には驚いたことを今も覚えている。その後昭和47年にはカナダに渡り、8年半の滞在中にエドモントン総合病院およびアルバータ大学医療科学センターで開胸術や開腹術前後の呼吸管理を経験した。英国にしてもカナダにしても医師は呼吸管理に関して理学療法士を高く評価し、万全の信頼を寄せている。また理学療法部門もそのための勤務体制が確立されている。たとえばアルバータ大学医療科学センターでは理学療法部の職員48名の中の12名、すなわち4分の1を呼吸器部門に当てている。そして週末には職員2名が出勤して継続的な管理に携わっている。筆者は昭和56年に金沢大学医療短大に赴任してからは付属病院、特に心臓血管外科病棟において術後肺合併症の治療をよく依頼されたが、これらの症例の中には理学療法のおかげで生き永らえた者も幾人かいる。すなわち、最近の天皇陛下が受けられた開腹術後の管理を見るまでもなく、理学療法も人の命を救うことに直接寄与できるのであると新たに悟った次第である。

ここで現状について整理してみると、理学療法士は手段としてすでに確立したものがあがりながら呼吸管理にほとんど関与しておらず、また関与しているとしても手段を小出しにしている場合が多く、ましてや危機管理的な態度で関わるのだという考えまで及ばず、医師も理学療法士にここまで要求しない。そのために一番損をしているのは患者であり、運悪く命を落としたり、陥らなくてもよい肺合併症に長期間苦しみ、そのために人工呼吸器につながれるはめになり、またそのために入院期間は伸び、医療費が増えて国家財政を圧迫し、家族の負担も増え、進行が阻止できうるにもかかわらず病態が慢性化してしまうのである。このようにして生涯を低肺機能状態のまま過ごすことにもなりかねない。

展 望

1. 診療範囲

『現状』の項の3に列挙した診療範囲を広げていくことについては論を待たないし、必ずや広がっていくと確信している。しかしこれが日本全国に一般化するにはまだ何十年という歳月がかかりそうな気がする。読者の皆様の中で、この分野をまだ経験していないけれども、これから関わってみようと思っておられる方には、まず慢性の症例から関わってみることをお勧めする。そして徐々に急性期における管理にも関わっていくようにし、集中監視治療室での呼吸器理学療法を徐々に確立してほしい。また心臓移植の再開や心臓と肺の同時移植の実現に備えて、我々がその管理チームに加えてもらえるよう今から十分に実力をつけ、他の医療者、特に医師に対して我々が何者であるのか、またどのように寄与できるのかを知ってもらうことである。その結果として、我々は末端の医療分野から医療のより中枢部に進出することになるのである。最新の医療機器を用いているにもかかわらず、瀕死の瀬戸際にある者を我々理学療法士が一見原始的と思えるような手段で救命し、地面にしっかりと下ろした二本足で退院させることができるとは何と素晴らしいことではないか。これこそ、理学療法士冥利につきると言える。

2. 解決すべき問題

このようなことを実現するのに必要なことはまず卒前教育であり、この中で最も重要なのは総合臨床実習において学生に十分に経験させることである。しかしながら我が国では実習病院の理学療法部門がこの分野に関与していないことが多いために、学生は経験できないのである。また実習指導者にしても自らがこの分野の経験に乏しいために学生を指導できない、そのために学生はこの分野に曝される機会がほとんど無いのである。そして就職しても学生時代に習得させてもらえなかった分野にかかわることは不安であり、したがって何時までたってもこの分野に手がつけられないのである。このような悪循環を何とか断ち切らねばならない。この点について特に総合病院の実習指導者の責任は重大である。一つの解決策として分野別実習、すなわち理学療法分野をたとえば中枢神経系疾患、整形外科・リウマチ疾患、心肺系疾患などに分け、各々を集中的に実習させることが考えられる。将来は二段階実習、すなわち分野別実習を経た総合臨床実習を実現すべきであろう。

卒後教育では分野別に詳細なものが必要であり、『現状』の項の3に掲げたものでよいであろう。また卒前教

育にあたる内容のもの、いわゆるリフレッシュ・コースも常時用意しておくべきである。

職場における定員の増加についてであるが、我々はまだまだ中枢神経系疾患や整形外科疾患に関わるのに精一杯であり、そのほかの分野に手を出す余裕はなかなか無いようである。解決策は職員を増やす以外にないが、我々には理学療法部門の管理や人事に関する決定権が無いばかりか、財政事情の悪化や政策決定者の認識欠如などにより定員を増やしてもらうことは容易なことではない。しかし我々としてはたとえ忙しくても積極的にこの分野にも貢献し、『理学療法士は呼吸管理になくてはならない職員である』と医師に信じてもらうとともに、味方にもなってもらうことが重要であり、それが増員につながる一番の近道ではないだろうか。

診療優先度と勤務体制に関する固定観念の打破

読者の皆様のほとんどは、朝8時半から勤務を始め、夕方5時に仕事を終えるという勤務体制には何の疑問も持っておられないであろう。また受け持っている患者の容体も比較的安定している人ばかりで、たいてい1日に1回か2回理学療法部門へ出掛けていって治療を受けるのが普通である。しかしながら呼吸器疾患患者、なかんずく急性期にある症例にはこのような労力の小出しではいけない。患者の容体は皆様が帰宅した後も変化しうるし、日曜日や祭日だからといって病気は休んではくれない。故に我々には『月火水木金』の精神が必要である。筆者は金沢大学付属病院の心臓血管外科病棟から依頼される度にこの精神でやっており、おかげでこの病棟の医師も看護婦さんも理学療法の重要性を新たに認識するようになった。この精神が治療の優先度や濃厚度として具体化されるのである。すなわち肺合併症が重篤であったり、人工呼吸器につながれた患者の治療が他の症例の何よりも優先されなければならない。こうしないかぎり、『理学療法士が呼吸管理になくてはならない職員である』と医師や看護婦さんに認めてもらうことは不可能である。

さて、我々はどうすれば医師に認識度を上げてもらえるだろうか？ もうすでにおわかりのように『実践』しかない。必要ならば患者を昼夜くまなく、そして日曜・祭日の区別なく治療して、その効果を見せつけてやり、このような症例を積み重ねていくことである。そのためには訪れた機会を絶対に逃すべきではない。

『処方』の発展的解消

既述のように、我が国の医師の多くは呼吸器の理学療法は理学療法士によってなされるという事実を御存じなく、したがって適切な処方を下せる人はほとんどいない。

また筆者の経験によると、仮に処方が出たとしても、出た時点で肺合併症が最悪の状態になっており、処方を待っていたのでは遅い場合が多い。故に呼吸器系の異常が予測される症例はすべて前以って理学療法士が評価しなくてはならないというシステムを作り上げるべきである。『処方』から『依頼』へと脱皮することによって『処方』の時には得られなかった我々の積極性と責任感が引き出され、その結果として患者管理の質が上がるのである。最新医療機器の洪水に押し流されたり、臨床検査の数値のみに踊らされる患者不在の医療が以前から問題になっているが、我々理学療法士がこの分野に積極的に参加することによって、このような医療から少しでも脱皮でき、患者本位の医療の原点に立ち返ることができるのである。

根本的には、また長期的な観点からも理学療法の業務が我々の独占になることは必要なことである。しかし今仮にこのような法改正がなされたとしたらどうなるだろうか？ 看護婦さんをはじめ他の職種の方々に細々ながらも行ってもらっている呼吸器の理学療法は為されなくなり、状況はかえって今よりも悪化するのではないだろうか。残念ながら我々はまだ業務の独占を高らかに主張できるほど医療に責任を果たしているとは思えない。

呼吸器理学療法を他の医療者に奪われてしまう危険性

現在、我々以外で呼吸器の理学療法に最もかかわっているのはおそらく看護婦さんであろう。また近年日本胸部外科学会を中心にして呼吸管理士を養成しようという気運があり、すでに講習会なども始まっている。北米諸国ではこの職種の人達が活躍しているが、彼等の業務は吸入療法、酸素療法、それに IPPB などであって、呼吸器の理学療法ではない。我が国の現状では理学療法士の絶対数が足りないために他の医療従事者にこの仕事を肩代わりしてもらうことは今は止むを得ないであろう。しかしこのような人々に我々固有の業務を奪われてしまう前に平日や日曜・祭日の当番出勤体制はもとより、必要に応じて24時間勤務体制を敷くことが肝腎である。『他

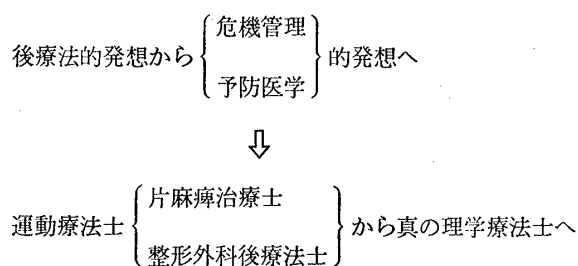


図1 発想の転換と真の理学療法士への脱皮

の医療従事者に奪われてからでは遅いのだ』ということ
を筆者は強調したい。

最後に、この分野において我々が持たねばならない基

本的な態度を図1に示しておく。

(主旨は昭和62年11月1日に行われた東海北陸地区理
学療法士集談会にて述べた)