

3. 肺移植患者に対する呼吸理学療法の役割：
本学第一例目の脳死肺移植患者における経験
から

玉木 彰
(理学療法学科)

近年における先端医療の進歩は目覚ましく、臓器移植もその一つである。1997年10月に臓器移植法が施行されたことにより、我が国においても、脳死による臓器移植が可能となった。臓器移植法が施行されて5年半が経過し、平成15年6月までに24例が同法に基づく脳死と判定され、心臓、肺、肝臓、腎臓などの臓器が待機患者であった94名に移植されている。

京都大学医学部附属病院は肝臓、肺、腎臓、小腸の移植指定病院であるが、その中で肺移植は、移植臓器の問題等により他の臓器に比べて移植数が少ないことから、本学では一昨年まで1例の移植も行われていなかった。しかし平成14年8月31日、国内における肺移植11例目（両肺移植としては国内3例目）として本学第1例目の脳死肺移植術が行われた。演者は本症例の術後3日目よりICUにて呼吸理学療法を開始し、その後病棟および理学療法部において理学療法を継続した結果、2ヶ月という短期間で自宅退院に至るまでの過程を経験した。そこで本症例の術後経過を紹介するとともに、肺移植患者に対する術後呼吸理学療法の経験から、移植患者の対する呼吸理学療法の役割とその意義、および今後の課題等について述べてみたい。

症例は31歳（当時）の女性である。平成6年頃（23歳）より動作時の息切れ感が出現し、平成8年（25歳）に原発性肺高血圧症（PPH）と診断された。平成9年より酸素投与が開始され、平成12年に肺移植待機患者として登録された。その時の病態は、呼吸機能はほぼ正常であったが、著しい低酸素血症と肺動脈圧の亢進が認められ、ADLは酸素3L吸入下で、室内生活レベルであった。6分間歩行（以下、6MD）テストは193mであり、最低SpO₂は78%であった。そして待機期間798日目の平成14年8月30日に

本学初となる脳死両肺移植術が施行された（手術時間10時間34分）。

演者は担当理学療法士として、肺移植術後3日目よりICUにて理学療法を開始した。まず初めに、人工呼吸器からの離脱を目標に呼吸理学療法を開始し、自発呼吸を促しながら、気道内分泌物（喀痰）の排出を援助した。術後5日目にNPPV（非侵襲的陽圧換気）を利用して人工呼吸器からの離脱に成功し、術後8日目よりベッドサイド座位を開始、10日目より立位を開始した。術後13日目にICUから一般病棟の個室に移動して、病室内での理学療法を進め、26日目よりリハビリテーション室にて理学療法を開始した。術後32日目の6MDテストはroom airで302m、最低SpO₂は97%と向上を認めた。術後51日目より退院に向けた応用動作の練習を行い、60日目の6MDテストは447m（最低SpO₂ 96%）となり、術後62日目に独歩にて自宅退院となった。

以上のように、本学で初となった脳死肺移植患者の理学療法を手術直後から自宅退院に至るまで担当したが、術前より呼吸器外科との連携体制が整っていたため、術後早期より理学療法を開始出来たことが、早期退院につながった要因であったと考えられた。今回の経験から今後の課題について考えてみると、肺移植待機患者が入院している他施設と連携することにより、術前におけるdeconditioningを可能な限り防止すること、勤務体制の工夫や看護師への技術指導などにより、術後早期での夜間や休日における呼吸理学療法の施行することなどが考えられた。

4. 職場における鬱状態の早期発見と対応：多
角的連携の必要性と効果

菅 佐和子
(総合教育)

(はじめに) 長引く不況のもと、職場の状況が厳しさを増す中で、個人の心身にかかるストレスも増大しているのは周知の事実であろう。

それに伴って、「鬱状態」との診断のもとに休養・治療が必要となるケースも増加している。対応の遅れによる「自殺」を防止するためにも、早期発見と適切な治療・援助に関するプログラムが構築される必要がある。演者は、10年余り前から、カウンセラーの立場で、職場ストレスが主たる原因となって鬱状態を呈したとみなされるケースとの関わりを続けてきた。その体験に基づき、①最近の鬱状態の特徴 ②医療を軸としながらの心理的援助のあり方 ③職場（上司・同僚）との連携 ④家族との連携 ⑤休養の「入り口」と「出口」の重要性の5つの角度から考察を行った。

（考察）①従来、鬱状態を呈するクライアントの多くは、「まじめ、几帳面、責任感が強く、他者の思惑をよく配慮する」等の性格の持ち主であることが知られてきた。しかし、最近では、それ以外に、社会的により「未成熟」とでもいうべき性格傾向の持ち主が多くなってきたといわれ、「逃避型鬱」とか「擬態鬱」といった診断名さえ登場するようになってきている。そのため、鬱についての社会的理解は増してきたものの、周囲の人々から、「あの人はどう見ても怠けではないか?」「勝手に病気を作っているのではないか?」「病気を口実に安易に仕事から逃げているのでは?」といった声が聞かれることも、現実には稀ではない。しかし、それらも「鬱状態」であることには変わりがなく、実態を踏まえた上でのきめ細かな治療・援助の工夫がなされるべきであろう。それを通して、本人が後になって振り返ったとき、「鬱状態」に陥ったことを、単なる挫折体験と捉えるのではなく、自己の主体性を育てるための貴重な時間と捉えることが可能になるとみなせよう。②治療・援助の方針としては、精神科治療を軸として中心にすえる。その上で、必要に応じてカウンセリングを併用する。ただ、本人の心身のエネルギーの回復を何よりも優先し、内省を急がないことは言うまでもない。③本人の性格や家族関係に問題の根があるにせよ、職場がらみで生じた問題であるので、上司、同僚の対応がきわめて

重要である。治療サイドがそのことを十分に理解し、本人の利益と職場の利益の双方に目配りできることが不可欠であろう。それらは、一見相反するものであることも多く、理想論だけでは片付かない。上司が、本人に対して「規則の許す範囲で、できるだけ味方になる」という姿勢を示すことができるかどうか、ひとつの分かれ道になるとみなせよう。上司との連携は、われわれにとっての重要な課題である。④鬱状態で休養中、家庭にやすらげる居場所がないのは「悲劇的」である。中高年世代の場合、配偶者との不協和音、子どもの第二反抗期、老親介護などの時期と重なることが多く、家族からのケアが期待できないことも多い。より若い世代の場合、親からの「期待」に縛られ、実情を打ち明けられないことも稀ではない。従来からの家族関係が否応なく浮き彫りにされてくる。家族の不安を徒に増幅せず、「程よい助け合い」のできる家族への変容を支援したい。⑤鬱状態が本人によって「自覚」されたり、周囲から「発見」されたりしたとき、どのようにそれを「共有」するか、どのような時点で「治療・休養」を開始するかが「入り口」である。そろそろ復帰を考える時期に至ると、「出口」にむけての緩やかなスロープ作りが必要となる。この時期には、職場復帰に向けての不安が高まるのは当然であろう。普通は、一人で休養しているだけで「万全の自信」など湧いてくるはずがあるまい。そのため、職場復帰の練習を兼ねて、「職場内デイケア」のような場所が望まれる。仲間との語り、OA機器操作の練習など、行うべきことは多いであろう。また、復帰後の具体的な仕事内容を教えてもらい心準備すること、不安材料について予め上司と相談することも必要であろう。主治医の診断書やカウンセラーからの意見書が、職場によって顧慮されることも不可欠であろう。せっかく職場に復帰しても、人間関係の雰囲気や仕事内容についていけないことからドロップアウトしてしまうのを防止するために、復帰後の具体的なフォローが肝要である。「職場内ジョブコーチ」のような存在が

望まれよう。

(おわりに) これらは、職場にとって、人手や経費のかかることであり、昨今の経済状況下では実現に困難は伴うであろうが、長い目で見れば、誰もが安心して働くことのできる、人材の備える力を最大限に発揮できる職場作りに貢献する道であると考えられる。それぞれの場で、「今ここでできる」ところからのチーム援助システムの構築が急務であろう。

5. 助産師における出産体験のパラダイム

柳吉 桂子

(専攻科助産学特別専攻)

助産師が関わる出産体験は、産婦にとって喪失体験になりにくいことや経済効率性からもWHOや対象者からよい評価を得ている。その評価は、出産体験がその対象者にとって満足のいく体験であったかどうか、人間的に扱われた出産体験であったかどうかというような指標でされている。それは、助産師は出産体験を医学モデルではなく社会モデルというパラダイムで捉えているからだといわれている。

出産体験を社会モデルの視点でみると、出産は基本的に生物社会学的プロセスとして人の正常な部分に注目することから、対象者に対しての侵襲的な医療行為は極力避けられることになる。その視点は、産婦や助産師の目指している出産体験と近い。そのような評価を得ている助産師のケアは、社会一般に理解されるように示されているかという残念ながらそうではない。それは、助産ケアの過去の研究では医学モデルの視点で分析していたため助産ケアそのものを調査したものでなかったことや、出産体験は産婦の主観的な現象であり一般化できないとされた

からである。出産体験は、施設の違いというようなシステムの違いによる分娩期の結果に対して評価が行われているものが多いが、そこに至るまでの過程にどのような介入があり、その介入の何がよい結果をもたらしたのかというような過程の評価が行われているものは少ない。分娩期には、助産師が産婦に寄り添い産痛緩和のための呼吸方法の指導や疼痛部のマッサージを行うというサポーターケアがあり、目に見えるケアのため評価されやすく、そのためケアも洗練され質も高まってきている。そして産婦にどのような変化が生じているのか、その変化に対処できているのかななどを言葉だけでなく態度や行動を継続して観察しその変化をすぐに察知してサポーターケアにつなげていくモニタリングケアがあり、サポーターケアと共に行っていることや産婦に気づかれまいに行われること、産婦と助産師との個々の現象であるということからそれに対する評価がされていない。以上のことから、今回分娩期における助産師のモニタリングを構成する要素を抽出することを目的で行った研究では以下の5つの構成要素が抽出され、それらは共に助産師の出産体験に対するパラダイムを示唆することが明らかになった。それらは、①本物の分娩進行、②医療介入のタイミング、③産婦の自然に産む力、④産婦の分娩の取り組み、⑤産婦と助産師の信頼関係であった。助産師は産婦の正常な部分や気持ちに焦点を当て、できるだけ侵襲的処置を避けるように、その人がしたい出産体験ができるようにモニタリングを行っていた。このことは助産師が医療の中で出産体験をホリスティック・モデルのパラダイムで捉えているといえ、それらに基づき助産ケアを評価する指標を示していく必要があると考えられる。