

特集 ■ 呼吸リハビリテーション

2003 年の呼吸リハビリテーションガイドライン発行、2006 年春の診療報酬改定と、わが国の呼吸リハビリテーションを取り巻く近況は活性化しています。そのなかで、今後、呼吸リハビリテーションを根付かせ、患者の機能障害と生活障害の改善に寄与し、より良いシステムを作るためにはどうすればいいか、臨床面、研究面での現況と必要な課題について各領域の専門家に解説をお願いしました。

現状と課題（小林弘祐氏ら、113 頁）

現行の診療報酬では、算定上限があること、質を高める施設基準になっていないこと、採算ラインから規模の小さい施設が参入しにくいことが問題点として挙げられる。一方、介護保険にも、COPD 症例以外は 65 歳以上にならなければサービスを受けられないこと、呼吸困難は要介護認定基準や介護サービス研修プログラムからも脱落していることなどの問題がある。すなわち、呼吸機能障害のリハビリテーションシステムにおいては、機能回復、維持どちらにも混乱があり、今後の改善が必要である。

理学療法と呼吸機能（黒澤 一氏、121 頁）

呼吸リハビリテーションにおいては、VC、FVC、FEV1 の絶対値の評価が重要である。用手的な呼吸介助は呼吸困難緩和の方法として広く支持されており、そのメカニズムは肺気量の減少（過膨張の緩和）にある。また、胸郭の可動域改善の効果も、検証が期待される分野である。

持久力・筋力トレーニングプログラム（川俣幹雄氏ら、127 頁）

呼吸リハビリテーションには、教室形式の運営方法と個人的対応の両者の実施形態がある。運動療法の効果としては、歩行距離の増大、同一運動強度での酸素摂取量、換気量、心拍数の低下、呼吸困難の改善のほか、身体組成の改善、骨格筋線維横断面積の増加、筋毛細管密度の増加も確認されている。

周手術期の呼吸療法（南雲秀子氏、135 頁）

術前リハビリテーションではさまざまなリスクを評価し、① 深呼吸を意識して反復可能、② 術後の安静度の範囲で体を動かせる状態、③ 合併症予防の具体的方法の理解、の 3 点を手術前に獲得する。術後合併症としては無気肺の頻度が高く、さまざまな取り組みを行う必要がある。

在宅患者の指導（山口敬子氏、143 頁）

包括的呼吸ケアは、慢性の呼吸器疾患によって生じた障害をもつ患者が、日常診療を続ける過程で主体的に取り組み、増悪の危険を自分の判断で回避し、可能か限り機能を回復あるいは維持させるように医療者が継続的に支援していくための医療であり、最小限の医師・看護師で可能なチーム医療である。一方で患者指導や評価の技術など、ケアをコーディネートするには高い専門性が必要である。