Sat. Mar 2, 2019

第6会場

ジョイントシンポジウム

[JSY4] ジョイントシンポジウム4
（日本集中治療医学会・日本熱傷学会） 重症熱傷の集中治療

座長:織田 順(東京医科大学 救急・災害医学), 佐々木 淳一(慶應義塾大学医学部救急医学教室)
10:50 AM - 12:20 PM 第6会場 (国立京都国際会館1F スワン)

[JSY4-1] オープニングリマーク 集中治療につなげるための熱傷初期診療
織田 順 （東京医科大学 救急・災害医学）

[JSY4-2] 集中治療医が知っておくべき熱傷創の治癒過程
海田 賢彦, 山口 芳裕 （杏林大学 医学部 救急医学）

[JSY4-3] 重症熱傷患者の予後向上のためのチャレンジ
大須賀 章倫 （独立行政法人地域医療機能推進機構 中京病院 救急科）

[JSY4-4] 同種皮膚移植の有用性と日本スキンバンクネットワークの現状と展望
齋藤 大蔵, 仲沢 弘明, 田中 秀治, 上山 昌史, 松村 一, 青木 大, 金城 亜哉, 関 美智子, 山田 知花 （日本スキンバンクネットワーク）

[JSY4-5] 重症熱傷の感染管理
松嶋 麻子 （名古屋市立大学大学院 医学研究科 先進急性期医療学）

第18会場

ジョイントシンポジウム

[JSY5] ジョイントシンポジウム5（
日本集中治療医学会・日本リハビリテーション学会） 早期リハビリテーション医療における多職種チームビルディング ～それぞれの立場から～

座長:田島 文博(和歌山県立医科大学リハビリテーション医学講座), 西田 修(藤田医科大学医学部 麻酔・侵襲制御医学講座)
9:40 AM - 11:10 AM 第18会場 (グランドプリンスホテル京都B2F プリンスホール１)

[JSY5-1] 早期リハビリテーション医療における多職種チームビルディング ～集中治療医の立場から～
西田 修 （藤田医科大学 医学部 麻酔・侵襲制御医学講座）

[JSY5-2] 早期リハビリテーション医療における多職種チームビルディング ～リハビリテーション科医の立場から～
田島 文博 （和歌山県立医科大学 リハビリテーション医学講座）

[JSY5-3] 早期リハビリテーション医療における多職種チームビルディング ～看護師の立場から～
宇都宮 明美 （京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻）

[JSY5-4] 早期リハビリテーション医療における多職種チームビルディング ～理学療法士の立場から～
高橋 哲也 （順天堂大学 保健医療学部 開設準備室）

©The Japanese Society of Intensive Care Medicine

ジョイントシンポジウム

[JSY4] ジョイントシンポジウム4
（日本集中治療医学会・日本熱傷学会） 重症熱傷の集中治療

座長:織田 順(東京医科大学 救急・災害医学), 佐々木 淳一(慶應義塾大学医学部救急医学教室)

Sat. Mar 2, 2019 10:50 AM - 12:20 PM 第6会場 (国立京都国際会館1F スワン)

[JSY4-1] オープニングリマーク 集中治療につなげるための熱傷初期診療

織田 順 （東京医科大学 救急・災害医学）

[JSY4-2] 集中治療医が知っておくべき熱傷創の治癒過程

海田 賢彦, 山口 芳裕 （杏林大学 医学部 救急医学）

[JSY4-3] 重症熱傷患者の予後向上のためのチャレンジ

大須賀 章倫 （独立行政法人地域医療機能推進機構 中京病院 救急科）

[JSY4-4] 同種皮膚移植の有用性と日本スキンバンクネットワークの現状と展望

齋藤 大蔵, 仲沢 弘明, 田中 秀治, 上山 昌史, 松村 一, 青木 大, 金城 亜哉, 関 美智子, 山田 知花 （日本スキンバンクネットワーク）

[JSY4-5] 重症熱傷の感染管理

松嶋 麻子 （名古屋市立大学大学院 医学研究科 先進急性期医療学）

©The Japanese Society of Intensive Care Medicine

(Sat. Mar 2, 2019 10:50 AM - 12:20 PM 第6会場)

[JSY4-1] オープニングリマーク 集中治療につなげるための熱傷初期診療

織田 順 （東京医科大学 救急・災害医学）

熱傷予後改善を見据えた初期診療の要点は、
[1]生理学的な危機に対する対症療法
[2]「熱傷」診療における Do/Don’ t
[3]コンサルトや安全な高次転送など根本治療への橋渡し
に集約される。これは外傷初期診療や急性中毒初期診療など、他の傷病の初期対応と同様の構造である。
Pitfallを示しつつ、日本熱傷学会が推奨している preventable death回避を想定した標準化アプローチ、米国熱傷学会 ABLS(advanced burn life support)コースを軸に考察する。

(Sat. Mar 2, 2019 10:50 AM - 12:20 PM 第6会場)

[JSY4-2] 集中治療医が知っておくべき熱傷創の治癒過程

海田 賢彦, 山口 芳裕 （杏林大学 医学部 救急医学）

重症熱傷は、生体に加わる侵襲が過大であるがゆえに、究極の外傷と称される。重症熱傷患者の管理においては、熱傷自体の侵襲に対する生体反応に加えて、気道熱傷による呼吸不全、創部からの体液漏出や血管透過性亢進による循環不全、焼痂組織切除から創閉鎖に至るまでの頻回の手術および周術期管理、熱傷創に対する鎮痛管理など重症熱傷患者に特有の病態を慮る必要がある。そのため重症熱傷患者を扱う上において、集中治療医には、侵襲に対する生体反応から、呼吸、循環、感染、鎮静鎮痛、栄養、周術期管理など集中治療のほとんど全ての分野と言っても過言でない知識と技術が求められる。
とりわけ、重症熱傷の患者管理の枢要たるのが、綿密な手術戦略に基づいた熱傷創管理である。熱傷創部の状態を継続的に把握することは、全身状態を推しはかることを可能にするため、集中治療医は全身管理の知識に加えて、熱傷創の治癒過程に精通している必要がある。
熱傷創の経過を把握するためには、根底をなす手術戦略を顧慮しておく必要がある。重症熱傷患者に対する手術戦略を立てる上においては、２つの段階を認識すべきである。一段階目は、戦略上の初動期にあたる焼痂組織を段階的に全て切除する受傷後１週間前後の期間である。重症熱傷においては焼痂組織が諸悪の根源であり、焼痂組織を全て可及的早期に切除することが救命への第一歩となる。この時期は受傷後早期であるため、特に循環動態の変動に留意する。さらに広範囲熱傷であれば恵皮部が不足していることから、焼痂組織を切除した部分には同種皮膚もしくは人工真皮で被覆し皮下組織を構築する必要が生じる。人工真皮で被覆した場合には、感染の可能性が高いことも念頭におかなければならない。続く二段階目は、急性期を乗り越えて、自家皮膚移植を継続的に行い熱傷創の閉鎖を目指していく時期である。この時期において重要なのが感染管理である。早期手術の導入、様々な医療技術の進歩などにより重症熱傷の急性期死亡例は減少し、現在重症熱傷患者の死因のほとんどは感染に起因するものとされている。すなわち、この時期の集中治療管理の質が帰趨を握ることになる。厳密な感染管理のためには、創部の状態を継続的に認識するとともに、創部の細菌、真菌の推移についても正確に把握しておく必要がある。
本講演においては、早期手術から始まる周到な手術戦略を中心として、集中治療医が重症熱傷患者を管理する上で理解しておくべき熱傷創の治癒過程について論じる。

(Sat. Mar 2, 2019 10:50 AM - 12:20 PM 第6会場)

©The Japanese Society of Intensive Care Medicine

[JSY4-3] 重症熱傷患者の予後向上のためのチャレンジ

大須賀 章倫 （独立行政法人地域医療機能推進機構 中京病院 救急科）

重症熱傷は気道、呼吸、循環、腎、代謝、感染、栄養といったあらゆるところに不具合を生じるためまさに全身の集中管理を要する疾患である。感染、局所療法、手術等は他演者に譲り、主に蘇生輸液に関する現状と、今後の展望を総括する。しかし重症熱傷患者は輸液管理のみを行えば救命できるわけではないことは初めに明記しておく。現在の広範囲熱傷の治療の歴史は1940年代に米国で起こった2つの大火から始まった。その後ショックという病態への理解が深まるとともに、熱傷は単に皮膚という外界とのバリア機能が破綻するだけでなく、全身性の炎症反応につながり、熱傷面積と体液喪失・末梢での血管外漏出、およびそれに伴う全身性の浮腫形成と関係することが分かった。 ebb期と flow期という概念の確立により、受傷後8時間以内に大量の輸液を行い、その後輸液量を漸減するという戦略が用いられるようになり、1968年の Parklandの公式の開発につながる。1970年代は主に熱傷に伴う膨大な消費熱量や窒素排泄の増加に関する研究が進み、1980年から2000年にかけてこれらの現象の詳細な病態が把握されるようになった。熱傷急性期には大量のタンパク漏出がみられるため早期のコロイド輸液は浮腫の遷延を助長するだけであるという病態の理解と、1998年のアルブミンの投与は予後の悪化と関連するという Cochraneの報告、さらに敗血症に対する EGDTの普及とあいまって晶質液単独による大量蘇生輸液の時代を迎える。しかしこれらの治療戦略により腹部コンパートメント症候群を含む過剰輸液に伴う合併症の報告が相次ぎ” fluid creep”という概念が導入された。現在は様々なデバイスの開発に伴い様々な治療戦略が推奨されるが、熱傷患者に関しては最適な治療戦略の発見というよりは、むしろ多くの疑問点が浮上してきている。このような状況の中で、現在は早期の輸液の制限およびルーチンのコロイド輸液の使用の考慮が再検討されるに至った。2018年サンアントニオで行われた米国集中治療学会のコンセプトは” Less is More”である。多くの治療目標がありそれに振り回されてむしろ患者の予後を悪化させてはいけない。熱傷蘇生のプリンシパルは輸液における合併症を起こさない最低限の輸液量で蘇生を完遂させることにある。この主要命題に対して我々が現在できること、および今後の課題について総括したい。

(Sat. Mar 2, 2019 10:50 AM - 12:20 PM 第6会場)

[JSY4-4] 同種皮膚移植の有用性と日本スキンバンクネットワークの現状と展望

齋藤 大蔵, 仲沢 弘明, 田中 秀治, 上山 昌史, 松村 一, 青木 大, 金城 亜哉, 関 美智子, 山田 知花 （日本スキンバンクネットワーク）

【目的】広範囲熱傷患者の治療において、同種皮膚移植に関するエビデンスを明らかにするとともに、日本スキンバンクネットワーク（ JSBN）の現状と展望について呈示する。【方法】 Medline等の文献を検索するとともに、 JSBNにおける同種皮膚移植術の治療成績を分析して評価した。また、近年の JSBNの現状と展望を示した。【結果】文献上の検索においては、同種皮膚移植による死亡率の低下が示唆され、同種皮膚移植と早期手術を組み合わせることで死亡率の低下、合併症の減少、および入院期間の短縮などの効果が報告されていた。また、2度熱傷創面に対する同種皮膚移植術は、開放療法と比較すると上皮化促進や整容面での改善が示されていた。したがって、文献上、広範囲熱傷患者の治療において、同種皮膚移植の有用性に関するエビデンスが得られた。一方、 JSBNの同種凍結皮膚を用いた皮膚移植の治療成績について調査したところ、東京都熱傷救急連絡協議会のデータを用いて Burn Index 40以上の症例で良い結果が得られており、広範囲熱傷患者における JSBNの同種凍結皮膚を用いた皮膚移植の生存率改善効果が示唆された。同種皮膚の医学的有用性については、良好な植皮床の作成、浸出液の軽減、あるいは培養皮膚と比べて細菌感染に強いなどの利点もあり、現時点において最も利用価値のある代用皮膚は同種皮膚と考えられる。 JSBNは1994年に東京近郊の13施設で東京スキンバンクネットワークとして発足し、同種凍結皮膚のスキンバンクとして全国へと拡大し、2009年には一般社団法人に移行して発展してきた。しかしながら、その道のりは平坦なものではなく、険しいものであったと言わざるを得ない。特

©The Japanese Society of Intensive Care Medicine

に、2015年から2016年の間の1年あまりの活動休止と再開に至るまでには多くの困難があり、 JSBN参加施設の先生方に多大なご心配をおかけした。休止期間内に組織としての体制整備と詳細な運用規則等の作成を行い、組織バンクの拠点を東京大学医学部附属病院組織バンクに移して2016年10月から活動を再開し、さらに2018年4月から東京医科大学八王子医療センターに組織バンクを移した。まだ十分な体制が確立できたとはいえないが、2017年4月からはコーディネーター2人体制となって徐々にドネーションの活動範囲を拡げている。広範囲熱傷症例における同種皮膚移植の有用性は明らかであり、本邦における熱傷治療の進歩において、 JSBNの存在と果たしてきた役割は測り知れない価値があったと思料する。今後、バンクシステムを維持し、さらなる発展を目指すためには、参加施設のご支援ご協力とともに、学術に基づいた学会による導きが必要不可欠と考える。【結語】同種皮膚移植の有用性に基づくスキンバンクの存続と発展は本邦の熱傷治療の重要事項の一つであり、本シンポジウムにおいても忌憚のないご意見をいただきたい。

(Sat. Mar 2, 2019 10:50 AM - 12:20 PM 第6会場)

[JSY4-5] 重症熱傷の感染管理

松嶋 麻子 （名古屋市立大学大学院 医学研究科 先進急性期医療学）

重症熱傷患者の死亡は、受傷早期の循環不全（いわゆる熱傷ショック）とその後に訪れる敗血症が主な原因である。今回は、重症熱傷患者の救命を目的に、社会保険中京病院（現独立行政法人地域医療機能推進機構　中京病院）で行った調査と感染対策について報告する。１．敗血症の起因菌と感染対策敗血症で死亡した広範囲熱傷の患者を調査したところ、約6割の患者において、創、痰、尿、血液、カテーテルのいずれかから methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA)が検出され、全員から多剤耐性緑膿菌が検出されていた。これに対し、接触予防策と環境整備を中心とした感染対策を施行したところ、 MRSAの検出率に大きな変化はなかったが、多剤耐性緑膿菌の検出率は1/3まで低下した。敗血症の発症率および受傷から敗血症を発症するまでの日数は感染対策の前後で変化はなかったが、多剤耐性緑膿菌による敗血症が減少した結果、死亡率は半減した。２．熱傷患者における Toxic Shock Syndrome (TSS)TSSは、急激にショックから多臓器不全に陥る病態である。小児の熱傷患者における発症頻度は2.5-14%とされており、診断に至らず治療が遅れた場合には死亡率は50%に上ると言われている。成人では思春期までに TSST-1に対する中和抗体が産生されるため TSSの発症は極めて稀と考えられてきたが、近年、 MRSAの院内感染により発症する TSSが小児だけでなく、成人でも問題となりつつある。我々の調査研究では、熱傷患者の MRSA院内感染による TSSの発症頻度は8.2%であり、年齢や熱傷面積の分布に一定の傾向は認めなかった。 TSST-1を産生する MRSAに感染した患者の内、 TSSを発症した患者は発症しなかった患者と比較して、来院時の抗 TSST-1抗体は低かった。 TSST-1を産生する MRSA株が蔓延する施設においては、小児、成人に関わらず、 MRSAの院内感染による TSSの発症を考慮する必要がある。

©The Japanese Society of Intensive Care Medicine

ジョイントシンポジウム

[JSY5] ジョイントシンポジウム5（日本集中治療医学会・日本リハビリテーション学会） 早期リハビリテーション医療における多職種チームビルディング ～それぞれの立場から～

座長:田島 文博(和歌山県立医科大学リハビリテーション医学講座), 西田 修(藤田医科大学医学部 麻酔・侵襲制御医学講座)

Sat. Mar 2, 2019 9:40 AM - 11:10 AM 第18会場 (グランドプリンスホテル京都B2F プリンスホール 1)

[JSY5-1] 早期リハビリテーション医療における多職種チームビルディング ～集中治療医の立場から～

西田 修 （藤田医科大学 医学部 麻酔・侵襲制御医学講座）

[JSY5-2] 早期リハビリテーション医療における多職種チームビルディング ～リハビリテーション科医の立場から～

田島 文博 （和歌山県立医科大学 リハビリテーション医学講座）

[JSY5-3] 早期リハビリテーション医療における多職種チームビルディング ～看護師の立場から～

宇都宮 明美 （京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻）

[JSY5-4] 早期リハビリテーション医療における多職種チームビルディング ～理学療法士の立場から～

高橋 哲也 （順天堂大学 保健医療学部 開設準備室）

©The Japanese Society of Intensive Care Medicine

(Sat. Mar 2, 2019 9:40 AM - 11:10 AM 第18会場)

[JSY5-1] 早期リハビリテーション医療における多職種チームビルディング ～集中治療医の立場から～

西田 修 （藤田医科大学 医学部 麻酔・侵襲制御医学講座）

【 ライブ配信】

集中治療領域における比較的短期の生命予後は、近年目覚ましく改善してきている。一方で、 ICUに長期間入室した生存者の多くは、身体障害・精神障害・認知機能の低下が遷延し、日常生活動作（ ADL)ならびに生活の質（ QOL）の低下、社会復帰が困難となっていることが明らかになってきている。これは、 Post intensive care syndrome(PICS)として近年大きな問題となっている。さらに、 PICSは患者家族に対しての精神的影響も含むものとして認識され始めており、その裾野の広さは計り知れないものとなってきている。少子高齢化が進む中で、集中治療により救命してもその多くが要介護となるような構図は社会的に見ても決して健全な状態とは言えず、集中治療の存在自体が揺るぎかねない潜在的な問題をはらんでいる。
PICSの構成要因である神経筋機能障害は ICU-acquired weakness (ICU-AW) と呼ばれ、敗血症、多臓器不全、長期人工呼吸管理のいずれかに該当する重症患者のうち約50%に発生するとされる。その発生・進展には高度侵襲、薬剤の影響、身体的不動、栄養障害と不適切な栄養管理などが複合的・相乗的に関連している。よって ICU-AWの対策はこれらの因子をいかに軽減するかにかかっている。そのためには、病態生理を深く理解しそれに立脚した管理を行うことが最も重要である。例えば、敗血症などの高度侵襲下では、筋量750～1000gに相当する250gの筋蛋白質が一日で喪失されていることを理解し、侵襲の軽減を図りながら十分な蛋白投与を行う必要があり、血液浄化を行っていればそこからの喪失も考慮する必要がある。 ICU-AWの対策として、早期リハビリテーション医療の介入が有効であるとされるが、栄養管理も含めた適切な集中治療管理を行わなければ早期リハビリテーション医療の効果も望めない。また、早期リハビリテーション医療の実現には、適切な鎮痛・鎮静薬の管理が非常に重要である。平成30年度の診療報酬改定では「早期離床・リハビリテーション加算」が新設され、ICUにおける多職種連携を前提としたリハビリテーション医療チームの取り組みが評価されることになった。これらチーム医療における集中治療医の位置づけは、 PICSならびに ICU-AWの要因の軽減、病態・病期に応じた適切な全身管理、効果的な早期リハビリテーション医療のためのフィジカル面のアセスメント、鎮痛・鎮静薬の適切な処方、他のチームスタッフ並びに患者・家族への集中治療医学的観点からの説明などを担う立場であるといえる。効果的な早期リハリハビリテーション医療が実現可能な状況を作れるかどうかは集中治療医にかかっている。

(Sat. Mar 2, 2019 9:40 AM - 11:10 AM 第18会場)

[JSY5-2] 早期リハビリテーション医療における多職種チームビルディング ～リハビリテーション科医の立場から～

田島 文博 （和歌山県立医科大学 リハビリテーション医学講座）

【 ライブ配信】

リハビリテーション医学は患者の障害を克服し，機能を改善し，活動を育むことが役割である．リハビリテーション治療は、手術・投薬と同じ治療であり，診察，検査のうえ，診断し治療を行う．リハビリテーション医療においても臓器別治療や医学的全身管理は当然で，それに加え，救命後の活動性を改善する事が肝要である．　具体的な急性期リハビリテーション治療法は座位・立位，運動療法である．重症患者に施行するには日頃の勉強で重力負荷・運動に関する生理学的基礎知識を理解する．例えば，起立負荷は重力による下肢への血液移動がおきる．静脈環流量は低下し，心拍出量も低下する．自律神経および内分泌機能応答が正常な患者なら血圧の維持が可能である．心拍応答，末梢血管支配交感神経応答，ＡＤＨ分泌応答，レニン-アンギオテンシン-アルドステロン系応答， hANP応答，等々基本的な動態の理解は重要である．　次に運動の効果についての理解が必要で

©The Japanese Society of Intensive Care Medicine

ある．運動は量が十分であれば，脳由来神経栄養因子を増加させ，ナチュラルキラー細胞活性を向上させ，マイオカインを発現させる．創傷治癒も促進する．なにより，循環呼吸器系を賦活化し，痰の排泄を劇的に増やす．それに対して，安静臥床はすべての調節系を機能不全にし，骨塩・筋肉量を低下させ，見当識・認知機能を低下させる．安静臥床の良い面を探しているが，今のところ見出されていない．　これらの知識をもって，早期にリハビリテーション治療をしなければ効果が少なくなる．人工呼吸器やAラインをつけたまま起立訓練・運動療法を施行することはリスクを伴うが患者のために実施する．また，どこまで動かして良いかは残存筋の筋力を正確に評価・診察出来ていなければ不可能である．もちろん画像所見と血液検査結果は意味がわかっていなければならない．　以上を考えると，チームビルディングで最重要なことは医師も含め各職種における教育である．医師・看護師に関しては卒後教育システムが構築されているが，理学・作業療法士においては始まったばかりである．我々は１５年間，療法士教育をリハビリテーション医療推進の柱に位置付けてきた．新人を迎える４,５月にはクルズスを行い，毎週１回病棟回診，訓練室回診，画像カンファ，ケースカンファ，抄読会など続け，医師，療法士教育に努めた．そして，職種関連なく研究に取り組む．リハビリテーションチーム医療で最も重要なのは教育であり，発展させるのは研究である．　日本リハビリテーション医学会では本年理事会監修によりコアテキストを発行した．また，療法士会員制度を立ち上げ，日本リハビリテーション医学教育推進機構と協力し，教育コンテンツの作成に取り組んでいる．これらを通じて，日本集中治療学会と協調し，最良の急性期リハビリテーション医療の普及に取り組みたい．

(Sat. Mar 2, 2019 9:40 AM - 11:10 AM 第18会場)

[JSY5-3] 早期リハビリテーション医療における多職種チームビルディング ～看護師の立場から～

宇都宮 明美 （京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻）

【 ライブ配信】

集中治療医学会が作成した集中治療における早期リハビリテーションエキスパートコンセンサスでは早期リハビリテーションを「疾患の新規発症、手術または急性増悪から48時間以内に開始される運動機能、呼吸機能、摂食嚥下機能、消化吸収機能、睡眠機能、免疫機能、精神機能、認知機能などの各種機能の維持、改善、再獲得を支援する一連の手段」と定義している。　早期離床や早期からの積極的な運動は機能的自立度が改善し、 ICU在室期間や在院日数は短縮されると言われている。長期的な QOLの改善は明確には示されていないが、近年話題のPICS（ Post Intensive Care Syndrome）にも有益ではないかとされている。しかし、低侵襲の手術後に一般病棟での離床に際してでも、患者の痛みや倦怠感、不安のため看護師は難渋しているのが現状である。集中治療領域においては対象が重症なだけに、患者の病態評価をしつつ、苦痛の緩和・安全の確保を十分にしたうえで実施することになる。このような介入は看護師だけで成功するものではなく、多職種医療チームで取り組むことで、効果的、効率的かつ安全が担保できると考える。チームとしてゴールを共有し、役割を明確化にすることでチームとしての能力を十分に発揮できると考える。　一方でチームの質を高めるためには、各々の高い専門性の発揮も必要である。秋スパートコンセンサスには、看護師の役割として5つの役割が示されている。今回のシンポジウムでこの役割をどのように発揮していくか、チームの中の看護師の存在意味を検討したい。

(Sat. Mar 2, 2019 9:40 AM - 11:10 AM 第18会場)

[JSY5-4] 早期リハビリテーション医療における多職種チームビルディング ～理学療法士の立場から～

©The Japanese Society of Intensive Care Medicine

高橋 哲也 （順天堂大学 保健医療学部 開設準備室）
【 ライブ配信】

平成30年度の診療報酬改定で特定集中治療室管理料に「早期離床・リハビリテーション加算」が認められた。算定対象（２）に「特定集中治療室での早期離床・リハビリテーションに関する多職種からなるチームを設置し、患者の診療を担う医師、看護師、理学療法士等が、チームと連携して、患者の早期離床・リハビリテーション実施に係る計画を作成し実施した場合に算定する」と明記してあるように、早期離床・リハビリテーションはチームビルディングが必要不可欠である。

急性期の医療現場で働くと、いかに力を合わせることが重要かということを思い知らされる。“ Patient-Centered Rehabilitation”を考える場合、何よりも重要なのは「患者さんにとって何が最良なのか」であり、職域の争いや医療制度への愚痴などではない。

私は以前、シンガポールで研修した経験から、リハビリテーションのチーム医療について Trans-professional workingを強調している（ MB Medical Rehabilitation, No. 190, Nov/2015）。 Multi-disciplinary team（諸専門分野からなる総合的な多角的チーム）や Inter-disciplinary team（学際的なチーム）から一歩進んだ Trans-disciplinary team（多くの学問分野が互いに影響しあう学際分野超越的なチーム）と professional workingを足し合わせた造語である。よいチームを形成するためには、単に専門家を多数そろえればいいのではない。それぞれの職種ごとの専門性や法律で規定された autonomyを充分に尊重しながら、協力できるところは積極的に協力できる学際分野超越的なチームは、まさに急性期リハビリテーションに求められるチーム医療の形である。そこにはpassiveに居場所を欲しがるセラピストでなく、他から頼られる専門家としてチーム内で機能できるように、プロフェッショナルとしての知識や技術のコアコンピテンシーを有していなければならないことは言うまでもない。

今回のリハビリテーション医学会とのジョイントシンポジウムは、まさに集中治療におけるリハビリテーションの Trans-professional workingの幕開けであり、理学療法士としてのコアコンピテンシーや働き方、役割について議論したい。

©The Japanese Society of Intensive Care Medicine