

内科医および外科医の離床に対する意識

崎元直樹¹⁾ 森川明²⁾¹⁾市立三次中央病院 ²⁾第一東和病院対
談学
術
論
文調
査
・
活
動
報
告世
界
の
最
先
端
を
学
ぶ
う早
期
離
床
Q
&
A

【はじめに】

近年、離床という言葉を知らない医療従事者がいないほど、この言葉は浸透している。その必要性が周知されている一方で、それぞれの取り組みや習慣に違いがある現状がある。離床に対する捉え方は、谷らによると職種により異なっている¹⁾ということが言われ、文化とも称される病院や病棟での習慣を変えるには専門チームを構成する必要があるとの報告もある²⁾。実際に離床を行うにあたっては、離床の優先順位や資源の不足、リーダーシップ、不十分なプロトコルや設備、マンパワー不足が離床の弊害となっている^{3,4)}と言われており、離床を成功するためには、これらを改善し効果的な介入を多職種で協働していかなければならない。近年、病院機能や診療科の機能分化が進む中、特に内科、外科領域で捉えた場合、病態の違いや治療域の違いから離床に対する捉え方、方針も異なっている可能性がある。特に、離床を行うにあたっては、医師の離床に対する方針、指示の意図を汲み取り、医師の指示に基づき適切な離床へ介入を協働していかなければならない。本アンケートでは、特に内科系医師（内科医）、外科系医師（外科医）における離床に対する捉え方、意識についての違い、また共通することについて調査することで、離床におけるチーム医療の一助とするため考察を加え報告する。

【対象】

対象は一般社団法人 日本離床研究会の学会理事、学会評議員会、学会倫理委員会及び同研究会認定の登録者（ファシリテーター）の所属機関の医師とした。

【方法】

アンケートはWebを使用し無記名回答とした。調査期間は2017年5月3日から6月2日の間とした。Webを使用し質問項目は、離床の

認識に関する事項、離床の必要性に関する事項、離床の阻害要因に関する事項、離床獲得の時間に関する事項、離床の実施職種に関する事項、離床の指示に関する事項の計7項目とした。（表1）

倫理的配慮

本研究はヘルシンキ宣言に則り、個人が特定されないように匿名での回答とした。また、回答者は自由意思により回答した。

【結果】

回答者数は49名であった。回答者の割合は内科医11名（22%）、外科医38名（78%）であった。具体的な診療科の内訳は脳神経外科が14名（28%）と最も多く、外科8名（16%）、心臓（血管）外科4名（8%）、消化器外科2名（4%）、消化器内科2名（4%）、呼吸器外科、内科、腎臓内科、循環器内科、緩和ケア内科、集中治療科がそれぞれ1名（2%）、診療科不明が10名（20%）だった。経験年数は、11年目以上が30名（62%）であり、1から2年目が2名（4%）、3から5年目が10名（20%）、6から10年目が7名（14%）、11から15年目が13名（27%）、16年目以上が17名（35%）だった。施設区分は医院・診療所が7名（16%）、一般私立病院が11名（24%）、公立病院が13名（27%）、大学病院が16名（33%）であった。

離床とはどこからを離床であると捉えるかの問いでは、車椅子以上を選択した医師が内科医6名（55%）、外科医21名（55%）であった。離床の必要性に関しては、内科医がADL改善としてが5名（45%）、外科医が治療の一環としてが24名（63%）と高い値を示した。離床に対する意識は、内科医、外科医ともに意識されている状況ではあるが、すごく意識しているが23名（61%）と外科医が高い比率を示した。離床の阻害要因に関しては、内科医、外科医ともに医師の意識不足、医師の知識、技術不足をあげる一方で、コメディカルの意識不足もあげられており、内科医1名（9%）に対して、外科医

のほうが11名（29%）と内科医に対して高い比率であった。理想的には端座位を入院後のくらいで獲得すればよいと思われるかの質問に対しては、24時間以内が内科医5名（45%）、外科医13名（34%）と高い比率を示し、72時間以内と回答する医師は内科医1名（9%）、外科医4名（11%）と低値であった。離床を最初に行うべき職種に関しては、看護師の比率が内科医7名（64%）、外科医15名（39%）と高く、外科医はリハビリテーション関連職種が行うべきが16名（42%）と回答している割合が多かった。初回の安静度指示以降はコメディカル的判断で離床の段階のステップアップを調整して良いかに関しては、内科医、外科医ともに9割以上が調整しても良いを選択されていたが内科医、外科医ともに1割程度が調整してはいけなを選択していた。（表1）

診療科区分 内科医：22% 外科系：78%

経験年数 1～2年：4% 3～5年以内：20%
6～10年以内：14% 11～15年以内：27%
16年以上：35%

施設区分 大学病院：33% 公立病院：27%
一般私立病院：24% 医院・診療所：16%

表1：アンケート対象

【考察】

本アンケートは、内科医、外科医の離床に対する捉え方や意識の違いを調査することにより、医師指示の意図等を汲み取ることで、チームで取り組む離床への協働の一助とするために調査を行った。アンケート結果から、内科医、外科医に共通すること、逆に内科医、外科医で異なっている事項について臨床上何を踏まえて

Q「離床」とは、どこから「離床」とであると捉えられますか。

Rank	内科系医師
1	車椅子 54%
2	立位 31%
3	端座位 15%
4	Head up 0%
4	歩行 0%

Rank	外科系医師
1	車椅子 54%
2	立位 19%
3	Head up 5%
4	体位変換 3%
5	歩行 0%

Q 離床することに対する医療者側の阻害要因は何だと思われますか。

Rank	内科系医師
1	医師の意識不足 33%
2	マンパワー不足 33%
3	医師の知識、技術不足 22%
4	コメディカルの意識不足 6%
5	メディカルの知識、技術不足 0%
5	阻害となるものなどない 0%

Rank	外科系医師
1	マンパワー不足 38%
2	医師の知識・技術不足 22%
3	医師の意識不足 20%
4	コメディカルの意識不足 18%
5	メディカルの知識、技術不足 0%
5	阻害となるものなどない 0%

Q 何に離床の必要性を何に感じますか。

Rank	内科系医師
1	ADLの改善として 46%
2	治療の一環として 27%
3	合併症予防のため 9%
3	満足度のため 9%
5	精神賦活のため 0%
5	必要と感じない 0%

Rank	外科系医師
1	治療の一環として 63%
2	ADLの改善として 26%
3	合併症予防として 11%
4	満足度のため 0%
5	精神賦活のため 0%
5	必要と感じない 0%

Q 理想的には端座位を入院後のくらいで獲得すれば良いと考えますか。

Rank	内科系医師
1	24時間以内 50%
2	12時間以内 30%
3	48時間以内 10%
3	72時間以内 10%
5	72時間以上 0%

Rank	外科系医師
1	24時間以内 40%
2	48時間以内 36%
3	12時間以内 12%
3	72時間以内 12%
5	72時間以上 0%

Q 診療上、離床に対して意識を向けられることがありますか。

Rank	内科系医師
1	少し意識している 70%
2	すごく意識している 20%
3	あまり意識していない 10%
4	まったく意識していない 0%

Rank	外科系医師
1	すごく意識している 61%
2	少し意識している 34%
3	あまり意識していない 5%
4	まったく意識していない 0%

Q 最初に離床を行うべきと思われる職種は何ですか。

Rank	内科系医師
1	看護師 64%
2	医師 18%
2	リハビリテーション関連職種 18%
4	助手 0%
4	介護士 0%
4	患者家族 0%

Rank	外科系医師
1	看護師 42%
2	リハビリテーション関連職種 40%
3	医師 18%
4	助手 0%
4	介護士 0%
4	患者家族 0%

Q 初回の安静度の指示以降は、コメディカルの判断で離床段階のステップアップは調節しても良いですか。

Rank	内科系医師
1	はい 91%
2	いいえ 9%

Rank	外科系医師
1	はい 92%
2	いいえ 8%

表2：アンケート結果

離床における医師の指示を捉えていくべきかについて考察を述べる。

まず、内科医、外科医に共通している点としては、離床においては車いす以上の体動状況が意識されており、それらは 48 時間以内程度が望ましいと考えられているのではないかとと思われる。また、初回の安静度指示以降のステップアップは、コメディカル側でも自律的に取り組まれることを望んでいるように思われた。一方で、最初に離床を行うべき職種に医師をあげられる場合や、離床段階のステップアップをコメディカルのみでは許容できない医師が内科医、外科医ともに 1 割程度おり、患者の状況などによっては、体動の段階アップに関してはコメディカルの自律性を求める一方で、医師側で行わなければいけない、もしくは綿密に医師と連携しなければならない事例の存在を示唆しているように思われた。このため、離床に関する指示においてはコメディカルで自律的に行って良いのか、医師と綿密な確認をしなければいけないのかを明確にしている指示内容が必要であると思われた。

次に、内科医、外科医で異なっている点としては離床の必要性を外科医は治療的に捉えている傾向があると思われた。このことは、離床をすごく意識しているとの回答割合が 6 割を超えといった要因にもなっているように思われた。離床の阻害要因としてコメディカルの意識不足があげられている傾向があったが、離床を治療の一環として捉えられた場合、離床の専門職としてもコメディカルに対する期待が込められていると思われた。離床においては早期から治療的な意識が強いのか、ADL 改善等のケア的な意識が強いのかを見極め、医師の舵取りに合わせて多職種が専門性を出し合い、互いの意識を高めることの必要性が示唆された。

本アンケート調査の限界としては、回答者の離床への意識すでに高かったこと、回答者の診療科に偏りがあることである。回答者の離床に対する意識としては、日本離床研究会に関係する医師であったため診療科に関係なく元々離床に対して意識の高い医師が多く回答していた可能性がある。回答者の診療科に関しては外科医に偏りがあることや、同診療科においても疾患別体系での離床に対する意識が影響している可能性を検討できていないことである。対象においては外科医で 8 割となっており、内科医の意

見を比較するためのデータが十分に得られていない。また、外科医の診療科として脳神経外科が含まれている。このため、脳梗塞患者等で外科的介入がない状況であっても外科医として意見が反映されている可能性がある。加えて、同診療科においても経験年数や施設環境が統一できていないため、経験年数や施設環境の要因がアンケート結果に影響していることを検討できていない。今後、同診療科における疾患別体系での離床意識調査や同診療科での経験年数や施設環境の影響等を調査することで、医師の離床に対する意識調査がより有意義となるよう検討していきたい。

【まとめ】

医師に対してのアンケート調査により、離床はベッドから離れる車椅子座位や立位ととらえている傾向があることが分かった。端座位を開始する時期としては内科医と外科医で違いがあるものの、状態によっては随時医師の指示が必要な事例の存在が示唆される。離床に対する意識はあるが早期からの離床においては、治療的な意識が強いのか、ケア的な意識が強いのかを見極め、医師の舵取りに合わせて多職種が専門性を出し合い、お互いの協働することが離床を推進することになる可能性がある。

本アンケート調査結果は、第 7 回日本離床学会学術大会にて発表した。

アンケートに協力いただいた一般社団法人 日本離床研究会の学会理事、学会評議員会、学会倫理委員会及び同研究会認定の登録者（ファシリテーター）に関係される医師の皆様に御礼を申し上げたい。

文 献

- 1) 谷崇史, 遠藤聡, 徳田雅直, 他: 一般病棟における離床に対する職種間の意識の相違. 第 52 回日本理学療法学会大会, <http://doi.org/10.14900/cjpt.2016.1735>, (閲覧日 2017 年 11 月 22 日)
- 2) Dubb R, Nydahl P, Hermes C, et al: Barriers and strategies for early mobilization of patients in intensive care units. *Ann Am Thorac Soc* 13: 724-30, 2016
- 3) Elizabeth A, Barber B, Tori Everard B, et al: Barriers and facilitators to early mobilisation in Intensive Care: A qualitative study, *Australian Critical Care*. 28: 177- 82, 2015
- 4) Koo KK, Choong K, Herridge M, et al: Early mobilization of critically ill adults: a survey of knowledge, perceptions and practices of Canadian physicians and physiotherapists, *CMAJ*. 4: 448-54, 2016