

A ICUでの端座位



B ICUでの立位



C 病棟での歩行



図1 リハビリ風景（榊原記念病院パンフレット『手術を受けられる方へ』より）

術後病日	術当日	術後1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	11日
	手術 14:30 ICU入室	10:00 病棟病室								カテ		退院
リハの実際	積極的ドレナージ ギャッジアップ ベッド上リハ	ICUにて端座位立位 病棟にてデイルーム歩行×2	デイルーム(50m)×2 トイレ歩行	100m×3	200m×3	400m×3	400m×3	400m×3 リハ室にて自転車15分		400m×3	400m×3 リハ室にて自転車15分	
看護ケア	指示の循環管理 肺合併症予防 ディコンディショニング予防		指示の循環管理 肺合併症予防 療養上の世話 術後急性期リハ介入			術後回復期心リハ導入 生活指導・教育 ・術後の日常生活の送り方 ・再発予防に向けた動機づけ						
呼吸	呼吸器 19:25抜管	FM 8L/分	NC 4L/分	NC 2L/分	off	個別面談 集団講義 申込み						
点滴	main → off		個別看護面談 心リハ進院申込み									
	volume → off											
	カテコラミン → 減量		off									
	ヘパリン →		off									
ドレーン	心嚢 → out											
	胸骨下 → out											
	左右胸腔 →		out									
	皮下 →		out									
痛みケア	IVPCA → off		肩ストレッチ・温電法・マッサージ		内服・座薬							
食事	術後食開始		栄養士面談									



図2 K氏の経過

FM：酸素マスク、NC：鼻カニューレ、IVPCA（intravenous patient controlled analgesia）：患者が痛みを感じるときに、患者自らが操作し、経静脈的に鎮痛薬を投与する方法。

社会復帰に向けた病棟でのリハビリテーション（図2）

K氏は、持続点滴、酸素FM 8L/分、心嚢・胸骨下・両胸腔ドレーン留置、24時間モニター監視にて帰室となりました。帰室後は、指示の継

MEMO 1

●ケアのコツ①●

理学療法士の訪室を待つのではなく、常に患者のそばにいる看護師が、呼吸器離脱後よりこまめに深呼吸を促し、ギャッジアップ座位を促すことが、肺合併症の予防や安静によるディコンディショニング予防につながります。



図3 心臓リハビリテーションに乗り気になれない理由

続実施の確認と全身状態の観察を行い、早速心リハが開始されました。

看護師の介助により、帰室した午前中のうちに「トイレ歩行」を行うことができたため、尿道留置バルーンカテーテルを抜去し、排泄時はトイレ歩行となりました。帰室当日の午後は、看護師介助のもとトイレ歩行と病棟内デイルーム歩行（約50m）を1回行うことができました。

術後2日目は100m歩行を計画していましたが、K氏は創部痛と食欲不振があり、歩行に対する意欲が低下していました。そこで、歩行距離を伸ばすよりは、K氏の苦痛緩和に向けたケアを追加することを優先しました。肩の痛みのためデイルームまでの歩行とし、ベッドサイドリハと肩のストレッチを行い、温電法とマッサージの計画を追加しました。食欲不振に対しては、栄養士と面談を行い、メニューの工夫を取り入れまし

た。これにより症状は軽減し、3日目は100m歩行、4日目は200m、5日目は400mと順調に歩行距離を伸ばしていくことができました（図1C・MEMO2）。

MEMO 2

●ケアのコツ②●

早期にトイレ歩行が可能となることで、排泄の際の羞恥心の軽減につながるだけでなく、日常生活内の活動量を必然的に増加させることができます。また、心リハ進行の阻害因子となる状況や患者の思いを把握（図3）することが大切です。CABGを受ける患者は狭心症発作予防のために、弁膜症手術を受ける患者は心不全発症予防のために、活動制限されていることが少なくありません。もともと「動いてはいけない」と思っている人と、そうでない人では、術後のリハビリに対する受け止め方も異なるので、患者の運動に対する思いを把握することも大切です。また、痛みや不眠、食欲不振といった基本的欲求が満たされていないと、「何か問題が起きているのではないか」と疑心暗鬼を生じ心リハも進まなくなるので、患者の基本的欲求を整えられるようにケアを行うことが重要です。

