

重症患者の早期離床・ リハビリテーション



鵜澤吉宏 (亀田総合病院リハビリテーション科)

本コンテンツはハイブリッド版です。PDF だけでなくスマホ等でも読みやすい HTML 版も併せてご利用いただけます。

▶HTML 版のご利用に当たっては、PDF データダウンロード後に弊社よりメールにてお知らせするシリアルナンバーが必要です。

▶シリアルナンバー付きのメールはご購入から 3 営業日以内にお送り致します。

▶弊社サイトでの無料会員登録後、シリアルナンバーを入力することで HTML 版をご利用いただけます。登録手続きの詳細は <https://www.jmedj.co.jp/page/resistration01/> をご参照ください。

▶登録手続

1. 集中治療室入室患者への早期リハビリテーションの背景 — p2
2. 早期離床・リハビリテーションの流れと実施方法 — p4
3. 離床時の注意点・考慮点 — p21
4. 早期離床・リハビリテーション時に注意すること — p24
5. 各職種の役割など — p25
6. おわりに — p27

▶HTML 版を読む

日本医事新報社では、Web オリジナルコンテンツ
を制作・販売しています。

▶Webコンテンツ一覧

1. 集中治療室入室患者への早期リハビリテーションの背景

集中治療室 (intensive care unit : ICU) には、疾病や外傷、手術などにより呼吸や循環、代謝機能などが重篤な状態となり治療が必要な患者や、継続的なモニタリングが必要な患者が入室する。

ICUでの治療を終えた患者が一般病床へ移動、退院後にも機能障害が残存し、入院前の生活に回復しない状況がある。このようにICU在室中やその後に生じる機能障害を集中治療後症候群 (post intensive care syndrome : PICS) という (図1)¹⁾。

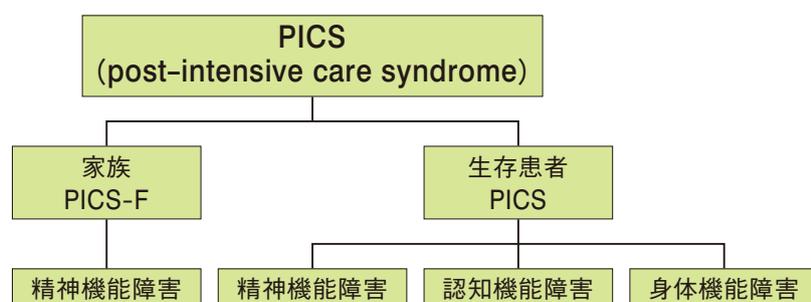


図1 集中治療後症候群の概念図 (文献1より作成)

1 PICS

PICSには、ICUに入室した患者の身体機能、精神機能、認知機能と、家族の精神機能が関わっている。

患者自身の身体機能については、歩行距離の制限や動作時の呼吸困難感、筋力低下などが挙げられ、日常生活への身体的な介助を要したり、病前に就いていた仕事に復職できないなどがある。精神機能については、不安・うつ病や心的外傷ストレス障害などがみられる。認知機能については、記憶や注意の障害・遂行機能障害といった高次脳機能の障害が残存しており、入院前と同等な生活に戻れない場合がある。

また、患者自身だけではなく介護にあたっている家族についても、精神機能の低下がみられるようになる。

以上のように、ICUを退室した後、医療機関を退院した後、様々な機能低下が残ることで生活に制限が生じるとされている。

2 ABCDEFGHバンドル

ICUに入室して治療を受ける間に活動量の低下や鎮静、せん妄症状の出現などPICSのリスクが高くなる。そのリスクの低減策として、“ABCDEFGHバンドル”が提唱されている。これは、ICUで行われるケアの指針として、ICUで勤務する医療者に共有されている(表1)²⁾³⁾。このバンドルの中の“E”として、早期離床・リハビリテーションが含まれている。

表1 ABCDEFGHバンドル

A: Assess, prevent and management pain	痛みの評価, 予防, 管理
B: Both SAT and SBT	毎日の覚醒と自発呼吸トライアル
C: Choice of sedation or analgesic exposure	鎮静・鎮痛薬の選択
D: Delirium monitoring and management	せん妄のモニタリングとマネジメント
E: Early mobility and exercise	早期離床と運動
F: Family involvement	家族を含めた対応
G: Good handoff communication	良好な申し送り伝達
H: Handout materials on PICS and PICS-F	PICSやPICS-Fについての書面での情報提供

(文献2, 3より作成)

3 早期離床・リハビリテーションの現状

早期離床・リハビリテーションの実施については、以下のようなポイントが挙げられる⁴⁾。

- ・早期離床・リハビリテーションは安全であり医療コスト削減に関与している
- ・安全を考慮した基準・プロトコルの整備をする
- ・チーム医療の実施が必要である。その中には、患者自身や家族も医療チームと一緒に取り組む
- ・担当スタッフには専門知識や技能、経験を必要とする
- ・プログラムやアウトカムの見直しを実施することが重要である

わが国では、2018年度の診療報酬改定時に特定集中治療室管理料の見直しがあり、早期離床・リハビリテーション加算が新設された。これを契機に集中治療室で早期離床・リハビリテーションを実施する施設が増えている。

診療報酬にて早期離床・リハビリテーションを行うための要件は、「プロトコルを整備し定期的に見直すこと」「患者に関わる多職種の従事者により協力して実施すること」「計画書を作成しそれに基づき実施すること」「臨床経験のある人材でチームを構成すること」などとされている。

2. 早期離床・リハビリテーションの流れと実施方法

ICUに患者が入室し、医師から早期離床・リハビリテーションの開始の指示が出てからの流れを図2に沿って見ていこう。以下の流れに従って詳細を記載する。

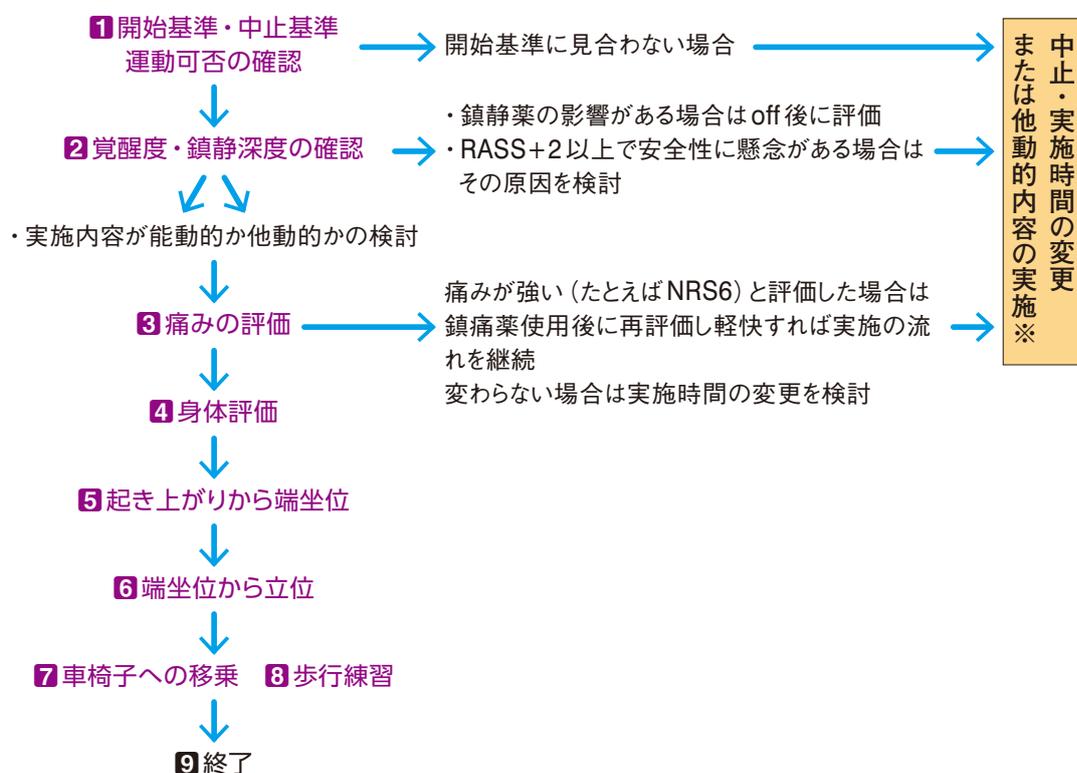


図2 早期離床リハビリテーション実施の流れ

※：これには他動的関節可動域練習・体位変換・ポジショニングなどが含まれる

1 開始基準・中止基準・運動可否の確認

ICUに入室する患者へ積極的な運動療法を開始する基準として、呼吸機能・循環代謝・神経系の安定が挙げられる(表2)⁵⁾⁶⁾。各患者特有の疾病や病態(たとえば活動性の出血があるか)、外傷部位の固定が得られているかなど個別性の考慮が必要なため、医師に確認の上、計画・実施をする必要がある。また、呼吸、循環や外傷部位など主たる病態のほか、下肢に深部静脈血栓を持つ患者や既往で腫瘍の骨転移がある患者などもおり、現病歴・既往歴も含め確認が必要である。

表2 早期離床・リハビリテーション実施開始の目安

指標		基準値
意識	Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)	-2 ≤ RASS ≤ 1 30分以内に鎮静が必要であった不穏はない
疼痛	自己申告可能な場合: numeric rating scale (NRS) もしくはvisual analogue scale (VAS)	NRS ≤ 3もしくはVAS ≤ 3
	自己申告不能な場合: behavioral pain scale (BPS) もしくはCritical-Care Pain Observation Tool (CPOT)	BPS ≤ 5もしくはCPOT ≤ 2
呼吸	呼吸回数	< 35/分が一定時間持続
	酸素飽和度 (S _a O ₂)	≥ 90%が一定時間持続
	吸入酸素濃度 (FiO ₂)	< 0.6
人工呼吸器	呼気終末陽圧 (PEEP)	< 10cmH ₂ O
循環	心拍数 (HR)	HR ≥ 50/分もしくは ≤ 120/分 が一定の時間持続
	不整脈	新たな重症不整脈の出現がない
	虚血	新たな心筋虚血を示唆する心電 図変化がない
	平均血圧 (MAP)	≥ 65mmHgが一定時間持続
	ドパミンやノルアドレナリン投与量	24時間以内に増量がない
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ショックに対する治療が施され、病態が安定している ・SATならびにSBTが行われている ・出血傾向がない ・動く時に危険となるラインがない ・頭蓋内圧 (intracranial pressure: ICP) < 20cmH₂O ・患者または患者家族の同意がある 	

元の血圧を加味すること。各数字については経験論的などところもあるのでさらに議論が必要である。

(文献5より作成)