



集中治療室における早期リハビリテーション

飯田 有輝(イダ ユウキ)

JA 愛知厚生連海南病院

近年、集中治療領域の発展により、集中治療室(Intensive care unit : ICU)で管理される重症患者の生存率は劇的に改善した。その半面、ICU退室後に全身の筋力低下や機能障害、息切れ、抑うつ、不安、不活発ならびに健康関連 QOL の低下が発生し、重症患者の中長期的な予後が不良になることが多数報告されている。このような現状に対し、長期の臥床や不活動、過鎮静、人工呼吸管理など、医原性のリスク因子を軽減する取り組みがICUでも盛んに行なわれるようになった。従来の治療主体であったICUの主関心事がCure(如何に救命するか)から、Care(どれだけ良い状態で退室するか)へと変遷し、患者のアウトカムも疾病治療の他、身体的・精神的機能、ADL、死亡率や再入院率、患者・家族のQOLなど中長期的な視点に立った指標が使用されている。それを背景に平成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チームの取り組みが評価されることになった。算定要件には運動機能や呼吸機能に合わせて、摂食嚥下機能、消化吸収機能について多職種で評価しリハビリテーション計画を立てることが明記しており、早期離床・リハビリテーションは単に療法士の介入による運動療法のみを指すのではないことを示している。

ICUにおいて人工呼吸器装着下であっても、それ自体が離床の制限因子にはならず、ベッドから身体を起こして座位保持、移乗移動動作、立位、可能であれば歩行なども行なう。しかしICUで管理される重症患者であり、立位や歩行ではモニタリング用のリードやいくつかの輸液ポンプ、薬剤ルート、ドレナージ、バッグなどを装着したまま動かさなければならない。さらに移動可能な人工呼吸器や酸素供給装置、モニターや医療機器を運ぶための準備が必要である。患者の状態によっては、人工呼吸器の設定を変更する必要もある。重要なのは、関わるスタッフ間における離床プロトコルの共有とリスク管理で、リスクとベネフィット(利益)を同時に推し量りながらリハビリテーションを進めることである。すなわち、適応基準や実施条件、終了基準、中止基準、モニタリング、どう進めるかなどの各基準ならびに急変時の対応などが必要である。さらにリハビリテーションに先立って適正な鎮痛鎮静を行ない、必要なスタッフや物品を確保し、時間を調整する。また状況に応じて、患者ならびに家族に対しリハビリテーションの必要性について説明や励ましなども行なう。そして、離床後どのような反応があったのか、その関わりがICU退室後にどのような影響をもたらしたのか、効果の検証を行う。ICU入室から退院後まで中長期的な視点に立つ必要があり、重症疾患に対するリハビリテーションはICUからの幅広いかつ継続的な介入が要求されている。