特　集

多職種による集中治療の早期リハビリテーション

「集中治療における早期リハビリテーション～根拠に基づくエキスパートコンセンサス～」の意義

神津　玲[1,2]・花田匡利[1,2]

キーワード：集中治療，早期リハビリテーション，多職種連携

Ⅰ．はじめに

日本集中治療医学会は2014年度に「早期リハビリテーション検討委員会」を組織し、2017年3月、「集中治療における早期リハビリテーション～根拠に基づくエキスパートコンセンサス～」（以下、エキスパートコンセンサス）[1]を公表した。これには同時にダイジェスト版も刊行され、集中治療に携わる医療スタッフに広く認識されるに至っている。本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の概論から、その効果、さらには禁忌や開始および中止基準といった実践的な内容に加えて、早期リハビリテーションのためのチーム作りや体制のあり方といった「多職種連携・協働」についても解説が加えられている点も特徴である。本稿では、本特集の導入としてこのエキスパートコンセンサスについて概説する。

Ⅱ．エキスパートコンセンサス作成の意義

1．従来の集中治療領域におけるリハビリテーション

本邦では従来、ICUで管理される重症患者に対して、呼吸理学療法が呼吸管理の一手段として適用されてきた経緯があり、人工呼吸管理や酸素療法を補完する効果が評価されてきた。とくに安静臥床に起因する呼吸障害はよい適応であった。安静臥床や重症患者の病態が、長期予後にいかなる影響を及ぼすのかについて十分に認識されていなかったために、多くの臨床現場では治療管理に伴う安静臥床が優先され、呼吸理学療法は有力な治療手段として注目されていた。

病態理解と治療による反応の評価にもとづき、安静臥床が長期化する患者を予測して早期からのリハビリテーション介入を行い、その弊害を「予防する」ことの重要性もまた以前から指摘されてはいた。患者を「動かす（座らせたり、歩かせたりする）」ことは、病態が安定した長期人工呼吸患者を対象に以前から実施されてきた経緯もある。しかし従来、ICU患者においては一般的に生理学的パラメータの安定、主病態の改善と救命がプライマリ・アウトカムであり、長期的な患者の機能予後や生活の質（quality of life：QOL）の改善については後回しになっていた。社会復帰を見据えた早期からのリハビリテーションに関しては、その必要性も実施の可能性も現実的に検討されるに至らなかった。

2．集中治療における「早期」リハビリテーションの必要性

近年、重症患者における病態の解明や集中治療の進歩による救命率向上を背景に、身体運動機能や健康関連QOLを指標とした生存患者の長期機能予後が追跡調査され、予想以上に不良の状態が長期化していたことが明らかとなった。これらはICU在室中の不動に起因する廃用症候群に加えて、基礎疾患およびその治療に伴う生体侵襲、ICU-acquired weakness（ICU-AW）、認知機能障害やうつ状態、心的外傷後ストレス障害などの合併と影響がその要因として指摘されており、患

1）長崎大学大学院医歯薬学総合研究科　理学療法学分野
2）長崎大学病院　リハビリテーション部

者の退院後の生活を著しく制限している。最近ではこれらを集中治療後症候群（post- intensive care syndrome：PICS）として包括する概念が提唱されている。

このように、比較的短期間の超急性期における身体の機能障害が、長期予後の重要な規定因子となることが認識され、同患者群の長期機能予後の改善を見据えた管理がICUにおいても求められており、早期リハビリテーションが重要な役割を担うものとして期待が高まった。とくに、重症患者に対する早期からの理学療法および作業療法が、身体機能や日常生活活動（activities of daily living：ADL）、せん妄、人工呼吸期間といったアウトカムに良好な影響を及ぼすことを明らかにしたSchweickertら[2]の報告のインパクトは大きく（Lancet誌への掲載）、本邦においてもICUにおける重症患者の早期リハビリテーションが注目される契機となった。その後も相次いで早期リハビリテーションの効果を検討した多くの研究が報告されるに至っている。

3. エキスパートコンセンサス作成の意義と経緯[3]

早期リハビリテーション介入では、患者を積極的に動かすこと、すなわち「早期離床と早期からの運動（early mobilization：EM）」を中心として、直接的には臥床による廃用症候群やICU-AWの重症化を予防するとともに、座位、立位、歩行へと積極的に離床を進めてADLを早期に獲得、患者の自立性を高めることを期待するものである。

ICUにおける早期リハビリテーションは、先進的な施設を中心に、本エキスパートコンセンサスの発表前から行われていた。しかし、その内容や実施体制は施設によって大きな違いがあり、経験的に行われていた可能性は否定できない。これは、ICUの規模、人員、体制、対象疾患や管理の方針が施設によって大きく異なる部分に影響されたことは容易に想像できる。また、早期リハビリテーションの対象者は全身状態の不安定な重症患者で、その実施とともに安全性をいかに確保するかも不可欠であり、とくに身体に運動負荷を加えるEMにおいては明確な適応および禁忌、開始と中止基準が必要となる。早期リハビリテーションの確立、さらにはその標準化は重要な課題であった。

上記の背景とともに、本エキスパートコンセンサスは、これから新たに早期リハビリテーションに取り組む施設をはじめ、今後より積極的に展開していく施設において、その内容や実施のための基準、体制作りのために参考となることを期待して作成された。そのような意味で、本邦の集中治療領域における早期リハビリテーション標準化の第一歩であると言える。

Ⅲ．エキスパートコンセンサスの概要とポイント[1, 3]

1. 作成方法と内容

本エキスパートコンセンサスは、早期リハビリテーション検討委員会委員がそれぞれの担当項目について見解をまとめたものではなく、診療ガイドラインの作成手順に準じて作業を進めたものであり、「標準化」を強く意識して作成されことは大きな意味がある。つまり、クリニカルクエスチョン（CQ）を設定し、デルファイ法にて絞り込み、吟味のうえ、根拠としての文献を明示しながらその回答、解説が行われた。具体的には、WEB会議を通じて抽出された220のCQを34に絞り込み、さらにCQ-Answerの形で22個に絞ったものである。その後、作成ワーキンググループを構成し、作業が進められた。

本エキスパートコンセンサスでは、エビデンスレベルは付加されていない。これは、本邦の患者を対象とした介入研究が少なく、そのエビデンスを示すことが困難であることによる。それ以上に、早期リハビリテーションの現状をまとめることで、前述した標準化に向けた取り組みを示すことに重きを置いている。

内容は早期リハビリテーションの「定義」、EMを中心にその「効果」、「禁忌ならびに、開始および中止基準」、さらには「体制」まで、その現状をまとめるとともに、標準化を目指した内容となっている。とくに「禁忌ならびに、開始および中止基準」とともに、「スタッフの構成や役割、体制（**図1**）」についても明記できた意義は大きいと思われる。加えて、従来から適用されていた呼吸理学療法や腹臥位管理、肺炎予防のための口腔ケアについても言及されており、早期リハビリテーションにおける位置づけを示唆するものである。

2. 早期リハビリテーションにおける多職種連携

集中治療領域における早期リハビリテーションは、「総力戦」であり、リハビリテーションスタッフ、看護師といった職種による個別の取り組みでは十分な成果を上げることは困難である。集中治療専門医を中心

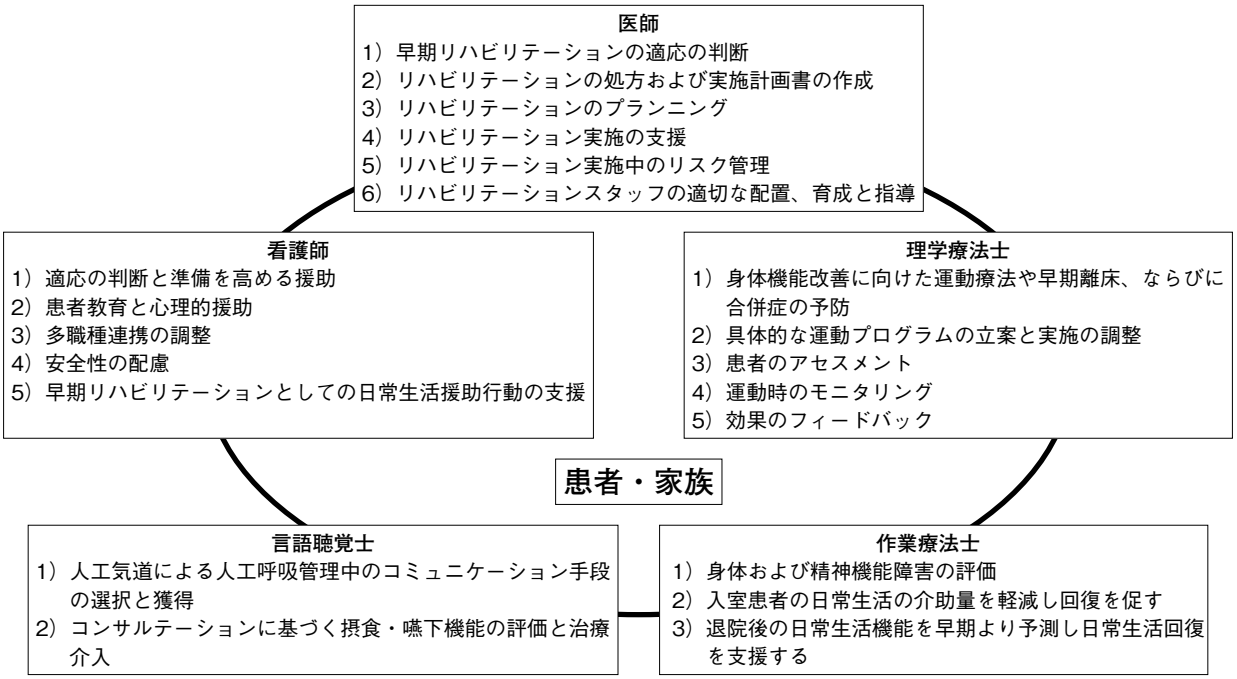

図1　早期リハビリテーションのスタッフ構成と役割（文献1より引用、改変）

表1　ICUにおけるカンファレンス（文献1より引用）

	目的	参加職種
全体カンファレンス	全身状態の把握、治療方針の決定	医師、看護師、薬剤師、臨床工学技士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー
ラウンドカンファレンス	各勤務帯の申し送り 当日の検査・治療の確認	
リハビリテーションカンファレンス	全身状態、身体・精神機能の把握 安静度の確認 目標設定、実施計画の立案	医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

表2　リハビリテーションカンファレンスでの確認事項（文献1より引用）

基本的事項	全身状態、今後の治療方針
治療内容	呼吸・循環管理、鎮静、鎮痛、栄養療法、透析療法など
身体・精神機能	基本動作レベル、ADL、摂食・嚥下機能、認知機能、せん妄の有無・程度と対策
リハビリテーションプログラム	プログラムの確認、離床進行状況、阻害因子の確認と是正、体位管理の状況、中止基準、ベッド周囲の環境調整
その他	介入時間の調整、新規症例の抽出

としたチームを構成する各専門職種が得意分野を活かしながら、より効果的かつ安全に早期リハビリテーションを進めるための連携、協働が強く求められる。そのためには対象者の状態、問題点とともに治療方針と目標を理解し、情報を共有することが不可欠である。カンファレンスやラウンドを通じての積極的な意見交換、毎日のコミュニケーションが何よりも重要である（**表1・表2**）[1]。こうした毎日の取り組みによって、お互いの職種に対する理解と敬意が深められ、連携はさらに強固なものとなる。そのような意味でも本エキスパートコンセンサスは、チーム作りの方向性を示し得ていると言える。

Ⅳ. おわりに

本エキスパートコンセンサスの公表からすでに2年間が経過し、学会作成委員会による啓発活動も行われており、本邦の集中治療領域の早期リハビリテーションへの関心は確実に高まっている。そのような意味で

本エキスパートコンセンサスは一定の役割を果たしたと考える。引き続き多くの施設で利用いただくとともに、公表前後での早期リハビリテーションに関する実態調査を通じて、その取り組みに対して具体的に本エキスパートコンセンサスがどの程度貢献し得たかの評価も必要である。集中治療領域の進歩は目覚ましく、次の改訂に向けて多くの建設的な意見が反映されることを願う次第である。また、本邦の医療状況や体制、とくに多職種連携や協働が十分に活かされた早期リハビリテーションの定着とともに、多くのエビデンスの発信を期待したい。

COI に関し、神津玲はアルジョ・ジャパン社から無償あるいはディスカウントによる医療機器の受領･借用の支援を受けている。その他の著者には規定された COI はない。

参考文献

1) 日本集中治療医学会早期リハビリテーション検討委員会：集中治療における早期リハビリテーション～根拠に基づくエキスパートコンセンサス～．日集中医誌．2017；24：255-303.
2) Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, et al：Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients：a randomised controlled trial. Lancet. 2009；373：1874-82.
3) 高橋哲也，宇都宮明美，西田　修：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作成意義と課題．ICU と CCU．2018；42：145-53.