

早期リハビリテーションを安全かつ確実にを行うために

2 看護管理者の立場から

杏林大学医学部付属病院 看護部 道又 元裕

急性期における患者の回復プロセスは、決して楽なものではなく、様々な困難を乗り越えて行かねばならない。その道のりの結果を握っている要素は幾つもあるが、中でも早期離床へ導くリハビリテーションの介入も重要ポイントと言える。

今や急性期医療のリハビリテーションは、数年前の診療報酬改定にも伺えるように、従来の安定回復期のリハビリテーションとは異なり、スタートに対するスタンスは勿論のこと、対象となる疾病、状態は外科、内科などの領域を問わず拡大してきている。つまり、全身状態が安定し、患者が自らリハビリテーションを始めることが可能となってからの介入ではなく、超早期であっても介入の余地があれば速やかに開始することが必要となっている。

その背景には早期離床を実現することによって、不要な臥床による肺炎などの合併症などの廃用による連鎖的機能低下、二次的合併症を予防できることが明らかとなったことによる。この不要

な連鎖的合併症の発生を予防するためには、多職種によるチーム医療が不可欠となる。単一職種ばかりが、その専門領域のパワーを駆使したところで限界があるばかりか、余計に増悪してしまうことも否めない。全身・局所管理、モニタリング、アセスメント、合併症の予測、開始と中止および過程の評価（安全と危険の判断、効果の評価）、機能回復のためのスキル、患者のQualityを前提とした展望などについて他職種が協働・共同の下リハビリテーションを提供することが求められる。その中で、看護師は実践者としてのスキルを提供する役割のみならず、チーム医療の他職種を繋ぐ中心的役割をも担っている。したがって、患者を早期回復へと導くリハビリテーションについても精通することが必要である。

そこで、本学会シンポジウム特集では、「早期リハビリテーションを安全かつ確実にこなうために」臨床で実践すべきチームアプローチについて看護師管理者の立場から述べる。

早期リハビリテーションを安全かつ確実にを行うために

3 早期理学療法—今、何を成すべきか？—

兵庫医科大学病院 リハビリテーション部 眞淵 敏

近年、急性期重症患者のICU管理において、2010年に提案されたABCDEバンドルや2013年に策定されたPADガイドラインというケアプランが提唱され重要視されている。ABCDEバンドルとは、医源性リスクの低減のためのA(Awakening)：毎日の鎮静覚醒トライアル、B(Breathing)：毎日の人工呼吸離脱トライアル、C(Coordination)：AとBを調整する適切な鎮静剤の選択、D(Delirium monitoring)：せん妄の管理、E(Early mobility/Exercise)：早期離床のケアプランの組み合わせ策である。PADガイドラインは、P(Pain)：痛み、A(Agitation)：不穏、D(Delirium)：せん妄のケアであり、痛みを定期的に評価し予測できる痛みは事前に鎮痛し、不穏には浅めの鎮静で過剰鎮静を避け、せん妄の定期的なモニタリング、早期離床、環境・睡眠調整が推奨されている。両者を理学療法の視点から見ると共通するKey wordsは早期離床とせん妄であり、2009年Schweickertらの人工呼吸器装着重症

患者に対する早期からの理学療法の有効性の報告からも明らかになっている。ICU-AW(ICU-Acquired Weakness:ICU神経筋障害)やICU-AD(ICU-Acquired Delirium:ICUせん妄)など様々な病態のリスクを考慮し可及的早期から積極的な離床や四肢の運動をはじめとする理学療法は必要不可欠で、唯一のせん妄予防策として推奨される根拠となり、ICU患者の予後改善(人工呼吸器からの離脱促進、ICU滞在日数の短縮、死亡率低下、認識能力の改善、ADL能力の改善など)に貢献している。しかし、その一方でICUにおける早期理学療法(リハビリテーション)は、未だに経験的に行なわれていることが多く旧態依然とした治療や体制で実施されている現実がある。集中治療領域において多職種の連携と協働のもとで認知された質の高い早期理学療法(リハビリテーション)を展開するためには、「今、何を成すべきか？」各シンポジストと共に一石を投じたい。