

# 重症疾患から回復した成人患者のリハビリ・ガイドライン

(NICE, 2009年3月)

## ガイダンス

このガイダンスは、入手可能な最良のエビデンスに基づいている。

このガイドラインでは以下の定義を使用した。

- ・簡易臨床評価：身体的、非身体的障害を発症するリスクのある患者を特定するための簡単な臨床評価。
- ・包括的臨床評価：身体的、非身体的障害を発症するリスクがあると確認された患者に行う、より詳細な評価、リハビリテーションの必要性を見極める。
- ・機能評価：患者のADL機能を評価する検査。
- ・短期リハビリ目標：患者が退院する前に到達すべき目標。
- ・中期リハビリ目標：患者が退院した後の日常生活において、正常な活動に復帰することを支援する目標。
- ・身体的障害：筋肉量の減少、筋力低下、拘縮、筋骨格系の問題、呼吸障害、感覚障害、痛み、嚥下障害、コミュニケーションの問題など。
- ・非身体的障害：心理的、感情的、精神医学的な問題、認知機能低下。
- ・多職種チーム：臨床の全範囲をカバーする医療従事者のチーム。複雑な問題を持った患者に全人的ケアを提供する技術を持ったチーム。通常は一緒に働くグループであるが、時々参加する職種も含む。

## ケアの重要な原則

1.1 ケアの継続性を担保するためには、リハビリケアを計画する適切な能力を持った医療従事者が、調整に当たるべきである。

調整すべき鍵となる要素は以下の通りである。

- ・短期および中期リハビリ目標が見直され、合意され、患者のリハビリケアの進み具合をみて更新されること。
- ・可能な患者では、組織化された<sup>#1</sup>、サポートのある、自発的なリハビリテーションを確実に提供する。
- ・機能の再評価のため、退院から2~3ヶ月後に、プライマリ/コミュニティケアを行う。

---

#1 本文中に度々出てくる「組織化された」とは、目標、作業、日程、関わる職種や装置、検査などがきちんとプログラムされているリハビリメニューを指す。

- ・病院と、他の医療機関のプライマリケアサービス、地域社会のリハビリテーションサービスの間で、文書を含む情報が共有されること。
- ・患者がICUから退室する時、そして退院時に、医療従事者の連絡先情報を提供する。

## ICU入室中に行うこと

1.2 ICU入室中の、臨床的に可能な限り早期に、簡易臨床評価を行って、患者の身体的、非身体的障害のリスクを判定する（表1参照）。

1.3 身体的および非身体的障害のリスクがある患者については、速やかにリハビリを開始する必要性を確認するため、包括的臨床評価を行う。これには、クリティカル・ケアとリハビリの、経験を積んだ医療従事者による評価が必要である。

1.4 リスクのある患者については、包括的臨床評価に基づいて、短期および中期リハビリ目標を設定する。患者の家族および/または介護者も関与する必要がある。

1.5 包括的臨床評価とリハビリテーションの目標は、患者の臨床記録と照合し、記録する。

1.6 リスクのある患者では、包括的臨床評価とリハビリ目標に基づいて、臨床的に可能な限り早期にリハビリを開始する。

リハビリには以下を含める。

- ・予防できる身体的、非身体的障害を予測する。定期薬剤、新規薬剤を調整する。
- ・栄養サポート；「成人の栄養サポート」（NICE臨床ガイドライン32）の勧告を参照。
- ・個別化・組織化されたリハビリテーションプログラムに基づいて、頻回に経過観察して調整する。プログラムと調整の詳細は、患者の臨床記録に照合して、記録する。

1.7 ICU治療中に、患者に以下の情報を提供する。また、患者が拒否しない限り、家族や介護者にも情報を提供する。

- ・患者の重大な疾病、介入と治療に関する情報。
- ・ICU入室中に使用した装置に関する情報。
- ・該当する場合は、リハビリテーションが必要な可能性のある短期および/または長期の身体的および非身体的な問題に関する情報。

この情報は、患者がICUで治療を受けている時に、2回以上、提供するべきである。

## ICUから退室する前に行うこと

1.8 以前に低リスクであると評価した患者については、ICUから退室する前に簡易臨床評価を再度実施し、身体的および非身体的障害リスクを評価する（表1参照）。

1.9 リスクのある患者、およびICUで個別化・組織化されたリハビリテーションプログラムを開始した患者については、包括的臨床的評価を再度実施して、現在のリハビリの必要性を検討する。再評価においては、以下に特に注意を払う。

- ・身体的、感覚、コミュニケーションの問題（表2参照）。
- ・背景にある要因、例えば既存の心理的または精神的ストレスや障害。
- ・ICU治療中に発生した妄想、ストレス記憶、不安、パニックエピソード、悪夢、フラッシュバックエピソード、うつ病。

1.10 以前の治療時にリスクがあると確認された患者の場合、包括的な再評価の結果は、個別化・組織化されたリハビリテーションプログラムにも組み込むべきである（勧告1.6）。

1.11 リスクのある患者については、包括的な再評価に基づいて、リハビリの目標を確認、調整し、更新する。患者が拒否しない限り、家族および/または介護者も関与する。

1.12 患者の搬送とケアの引継ぎは、「入院中の重症患者」（NICE臨床ガイドライン50）に基づいて行う。個別化・組織化されたリハビリテーションプログラムも同様である。

1.13 患者がICUから退室する前、あるいは退室後のできるだけ早く、以下の情報を提供する。また、患者が拒否しない限り、家族および/または介護者にも情報を提供する。

- ・リハビリテーションケアの行程に関する情報。
- ・ICUにおける治療と一般病棟における治療の違いを説明する。環境の差異、人員およびモニタリングレベルに関する情報も説明する。
- ・別の医療チームへの臨床的責任の引継ぎに関する情報（これには、「入院中の重症患者」[NICE臨床ガイドライン50]で推奨されている、組織化された引継ぎに関する情報を含める）。
- ・可能であれば、リハビリテーションが必要な短期および/または長期の身体的および非身体的問題に関する情報を強調する。
- ・該当する場合は、睡眠の問題、悪夢や幻覚に関する情報、病棟での治療に適応できるような調整。

## 一般病棟での治療中に行うこと

1.14 ICU から退室する前に低リスクであると判定された患者の場合、身体的および非身体的障害のリスクを判定するために簡易臨床評価を行う（表 1 参照）。

1.15 リスクのある患者では、現在のリハビリの必要性を確認するために、再度の包括的臨床評価を行う（勧告 1.9 参照）。

1.16 リスクのある患者については、ICU 退室前に確認、または更新したリハビリ目標と再度の包括的臨床評価に基づいて、個別化・組織化されたリハビリプログラムを提供する。

1.17 個別化・組織化されたリハビリテーションプログラムは、多職種チームのメンバーが作成し、提供するべきである。必要なら適切な部署へ紹介することも検討する。

1.18 臨床判断と個々の患者のリハビリの必要性に基づいて、個別化・組織化されたリハビリテーションプログラムのメニューとして、少なくとも ICU から退室後の 6 週間、組織化された自立リハビリテーションマニュアルを提供することも検討する。

1.19 外傷および/またはその記憶に関連するストレス症状を有する患者については、「外傷後ストレス障害（PTSD）」（NICE 臨床ガイドライン 26）を参照し、適切な予防戦略を開始する。

## 退院して家庭やコミュニティケアに戻る前に行うこと

1.20 病棟治療中に個別化・組織化されたリハビリテーションプログラムを受けていた患者に対して、退院する前に以下を行う（勧告 1.15）。

- 次の身体的および非身体的な機能評価を行う（可能な例については表 2 も参照）。

- 身体的な問題（身体機能）
- 感覚の問題（身体機能）
- コミュニケーションの問題（身体機能）
- 社会的ケアまたは機器のニーズ（身体機能）
- 不安（非身体的機能）
- うつ病（非身体的機能）
- 外傷後ストレス関連症状（非身体的機能）
- 行動および認知機能の問題（非身体的機能）

-社会心理的な問題（非身体的機能）。

- 患者の ADL や機能評価の結果が与える影響を考慮する。
- 機能評価に基づいて、リハビリ目標を患者と確認，更新し，同意を得る。患者が同意する場合，家族や介護者も関与する必要がある。

1.21 機能評価からリハビリを継続する必要があると判断された場合，患者が退院する前に，以下を担保する。

- 現在行なっているケアに必要な退院手続きを，退院までに完了する。適切な紹介を含む。
- 適切な退院後のサービスに必要な書類，全ての退院書類を完成させる。
- 患者，家族，介護者は，退院計画を知り，それを理解する。

1.22 自宅またはコミュニティケアへ退院する前に，患者に以下の情報を提供する。患者が同意する場合は，家族や介護者にも情報を提供する。

- 該当する場合，病棟ケアの設定目標に基づいた，身体的回復に関する情報。
- 該当する場合，食事療法や他の継続的治療に関する情報。
- 毎日の生活の中でのセルフケア，ADL を管理する方法，再雇用についての情報。
- 該当する場合，運転，就労，住居，給付に関する情報。
- サポートグループなどの，公的，私的サービスに関する情報。
- 自宅で患者をサポートする方法，何が起きる可能性があるか，一般的なガイダンスを，特に家族や介護者に提供する。これには，患者のニーズと家族/介護者のニーズの両方を考慮する。
- 患者に ICU 退院要約のコピーを渡す。

## **退院後 2～3 ヶ月に行うこと**

1.23 集中治療を経て退院した 2～3 ヶ月後に，リハビリテーションの必要性を再検討する。推奨 1.20 の機能項目により患者の機能を見て，医療，社会的ケアの必要性を再評価する。適応があれば，性的機能不全についても尋ねる。

1.24 機能の再評価は，地域社会や病院で対面で行い，ICU ケアの問題やリハビリテーション・ケアの行程に精通した，熟練した医療従事者が行うべきである。

1.25 次の機能の再評価を行う。

- 次の場合，患者に適切なりハビリまたは専門サービスを紹介する。
  - 患者の回復がリハビリ目標の予想より遅いように見える場合

- 予期しなかった身体的、非身体的障害が起きた場合
- 患者が予想どおりに回復していない場合は、サポートを与える。
- 不安やうつが疑われる場合は、以下の段階的ケアモデル)を参照する。(不安；NICE 臨床ガイドライン 113, うつ病；NICE 臨床ガイドライン 90)。
- PTSD が疑われる場合、または PTS の重大な症状を有する場合は、「外傷後ストレス障害 (PTSD)」(NICE 臨床ガイドライン 26)を参照する。

## 表 1：簡易臨床評価において、身体的および非身体的障害の危険性の可能性を示す例

### 身体的

- 独りでベッドから出ることができない。
- 長期間の ICU 入院が予想される。
- 身体的または神経学的傷害が明らかに重大である。
- 独りで運動を続けるだけの認知機能がない。
- 35%以下の酸素濃度における自発呼吸で維持ができない。
- 発病前に呼吸器、運動器の問題が存在した。
- 短距離を独力で移動できない。

### 非身体的

- 繰り返す悪夢、特に悪夢を避けるために睡眠を避ける患者。
- 入院前の外傷や事故(交通事故など)、ICU 治療中(妄想体験やフラッシュバック)の、侵入的記憶。
- 新たな、または再発する不安やパニック発作。
- 病気について話したくないと希望する、あるいは話題をすぐにそらす場合。

注：この表は全てを網羅していない。医療従事者は自らの臨床判断を参考にすべきである。

表 2：身体的および非身体的障害の可能性を示す，機能評価の症状

身体機能

- 身体の問題
  - 虚弱，座位・起立・歩行が不可能・難しい，疲労，痛み，息切れ，嚥下障害，失禁，自己ケアが不可能・難しい。
- 感覚の問題
  - 視覚，聴覚，痛覚，感覚の変化。
- 意思疎通の問題
  - 意思疎通のための会話や言語理解が難しい，文章を書くことが難しい。
- 社会保障や設備のニーズ
  - 移動の援助，交通，住宅，給付，雇用，余暇活動のニーズ。

非身体的機能

- 不安，うつ病およびPTS 関連症状
  - 動悸，イライラ，発汗などの新たな，または再発性の身体症状。現実感消失や離人症の症状。回避行動，涙症や退避行動を含む抑うつ症状。悪夢，妄想，幻覚とフラッシュバック。
- 行動と認知機能の問題
  - 記憶喪失，注意欠陥，順序問題，組織立った行動ができない，混乱，無関心，脱抑制，洞察力の低下。
- その他の心理的または心理社会的な問題
  - 自尊感情が低く，自己イメージおよび/または身体イメージが低い，関係性の構築が困難（家族や介護者を含む）。