当院 ICU における早期離床・リハビリテーションの実施状況と問題点について

03-3202-7181
taokamoto@hosp.ncgm.go.jp

岡本 竜哉、松田 航、船登 有未、谷川 本明、田中 正俊、小久江 萌
中島 卓三、米廣 由紀、青島 恵美子、下尾 菜摘、早川 祥子
木村 恵美子、望月 綾乃、久良木 海琴、藤谷 順子、木村 昭夫

国立国際医療研究センター 救命救急センター 集中治療科

背景と目的

背景：ICU における救命率が向上する一方、ICU-acquired weakness やせん妄といった、集中治療管理が身体精神機能に及ぼす悪影響が注目され、その対策として ABCDE バンドルや早期離床などの有用性が論じられて久しい。平成 30 年度の診療報酬改定においては、「ICU における多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る加算」が新設され、診療報酬面からも支援されるようになった。

方法：そこで、ICU 医師 2 名、集中ケア認定看護師 2 名、専任理学療法士 2 名、リハビリテーション科医師 1 名よりなる早期離床・リハビリテーションチームを組織し、これまで行ってきた床上運動・離床、経口摂取・嚥下訓練、脳卒中、心筋梗塞、大動脈解離、人工呼吸器離脱、呼吸理学療法などに係るリハビリテーション手順を再検討した上、新たに早期離床・リハビリテーションプロトコルとして再構築した。また、早期離床・リハ計画書や実施内容・加算入力用テンプレートなどを整備し、2018/5 月より本格的な活動を開始した。

早期離床・リハビリテーション加算

ICUにおける多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価

➢ 特定集中治療室における多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価を新設する。

(新) 早期離床・リハビリテーション加算　500点（1日につき）

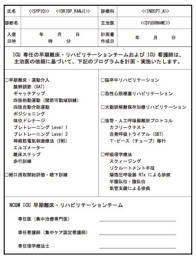
[算定要件]
① 特定集中治療室入室後早期から離床に向けた取組が行われた場合に、14日を限度として所定点数に加算する。
② 特定集中治療室に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士等の多職種による早期離床・リハビリテーションに係るチームによる総合的な離床の取組を行う。
1) チームは、当該患者の状況を把握・評価した上で、当該患者の各種機能の維持、改善又は再獲得に向けた具体的な支援方策について関係学会の指針等に基づき患者ごとに対する治療室の職員ごとに計画を作成する。
2) 当該患者を診療する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士等が、チームと連携し、当該患者が ICU に入室後48時間以内に、当該計画に基づく早期離床の取組を開始する。
3) チームは、当該計画に基づき行われた取組を定期的に評価する。

[施設基準]
① 特定集中治療室において、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームを設置すること。
1) 集中治療の経験を5年以上有する専任の医師
2) 集中治療に関する経験5年以上及び通算5年以上を有した専任の常勤看護師
3) 特定集中治療室等を届出ている病院において6年以上の経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士
② 特定集中治療室における早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルを整備し、定期的に見直すこと。
③ 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

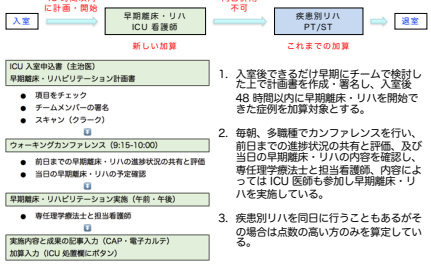
ICU 看護師による早期離床・リハビリに関わる行為を評価して 500 点の加算が新設
1）専任チーム（基準を満たす医師・看護師・理学療法士）の設置
2）計画書の作成、48 時間以内に取組開始、成果の定期的評価
3）プロトコルの整備と定期的見直し

早期離床・リハビリテーション計画書

1. 集中治療室入室申込書の 2 ページ目として早期離床・リハビリテーション計画書を新設。
2. 氏名、診療科、診断名は自動入力。入室日時をクラークが記入。
3. 主治医名が入力された電子データをもって早期離床・リハ申込書とする。
4. チームにて実際に行う行為にチェックを入れ、チームメンバー全員が署名したものを早期離床・リハ計画書とし、これに基づき早期離床・リハを実施する。
5. スキャンしてカルテに残す。



早期離床・リハビリテーションの流れ

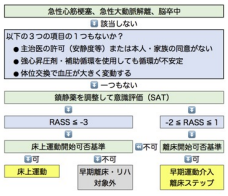


1. 入室後できるだけ早期にチームで検討した上で計画書を作成・署名し、入室後 48 時間以内に早期離床・リハを開始できた症例を加算対象とする。
2. 毎朝、多職種でカンファレンスを行い、前日までの進捗状況の共有と評価、及び当日の早期離床・リハの内容を確認し、専任理学療法士と担当看護師、内容によっては ICU 医師も参加し早期離床・リハを実施している。
3. 疾患別リハを同日に行うこともあるがその場合は点数の高い方のみを算定している。

取得可能日数と入院曜日・祝日の関係

1. 金曜の入室患者は、サイン済み計画書が作成できないため、加算がとれない。
2. 土曜の入室患者は、サイン済み計画書が月曜日に作成できれば、加算がとれる（8:30 以前の入室は取れない）。

プロトコル（離床・床上運動）



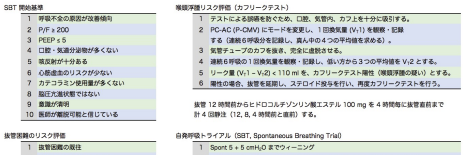
リハ開始基準を満たす患者は、その意識レベルに応じて、床上運動もしくは離床ステップを進める。

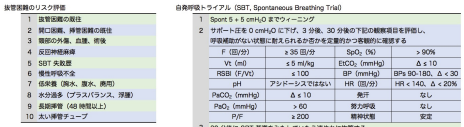
ICU 活動度スケール（離床ステップ）

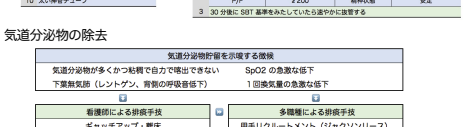
Level 10	自力歩行	
Level 9	介助歩行	
Level 8	Step（足踏み）	
Level 7	W/C（自力）	
Level 6	立位	
Level 5	端座位（背もたれ不要）	
Level 4	W/C（全介助・要背もたれ）	
Level 3	チェアポジション（足下垂要位）	
Level 2	エルゴ、自動介助運動（ベッド上肢位・高負荷）	
Level 1	F-up、EMS（ベッド上肢位・低負荷）	
Level 0	ROM、体ドレン、G-up（ベッド上肢位・無負荷）	

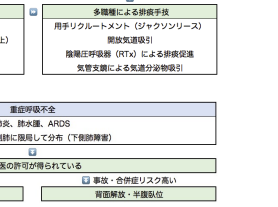
プロトコル（人工呼吸器離脱・呼吸理学療法）

抜管・人工呼吸器離脱プロトコル

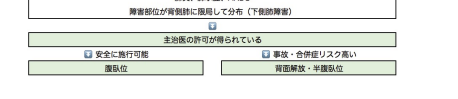




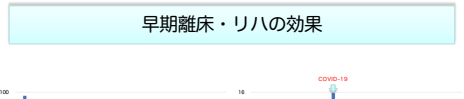




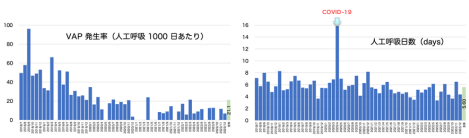
気道分泌物の除去

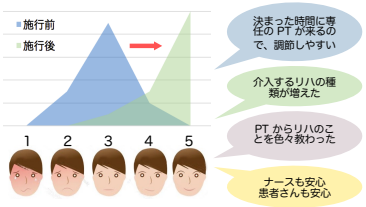


下側肺障害



早期離床・リハの効果





人工呼吸器肺炎（VAP）の予防効果も認められ、看護満足度も改善した。

早期リハ加算算定状況（2018/05 ～ 2022/12）

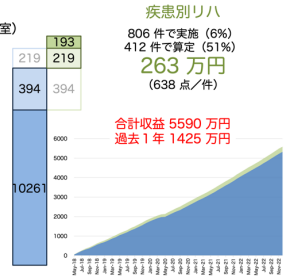
特定集中治療室管理料 1
13177 件算定（3844 名入室）

両方実施 613 件
（高い方を算定）

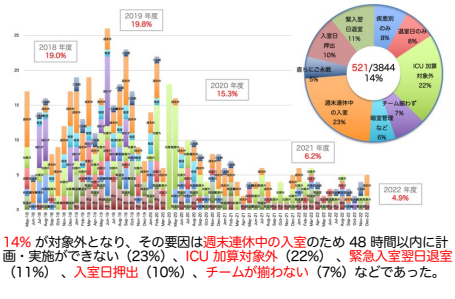
早期離床・リハ
10874 件で実施（83%）
10655 件で算定（98%）
5,328 万円
（500 点／件）

疾患別リハ
806 件で実施（6%）
412 件で算定（51%）
263 万円
（638 点／件）

合計収益 5590 万円
過去 1 年 1425 万円



対象外となった症例数と要因



14% が対象外となり、その要因は週末連休中の入室のため 48 時間以内に計画・実施ができない（23%）、ICU 加算対象外（22%）、緊急入室翌日退室（11%）、入室日押出（10%）、チームが揃わない（7%）などであった。

早期離床・リハの様子

① 寝たきり患者に対する EMS（電気骨格筋刺激）、② 補助具（シッタン）を用いた長時間の端座位保持、③ 歩行器（iVEA）と移動可能な人工呼吸器（モナーム T60・トリロジー 100 plus）を用いた人工呼吸器患者に対する歩行、④ 看護師による水飲み試験、⑤ キットを用いた統一化プロトコルによる口腔ケアなどを展開している。

早期離床・リハチーム

スタッフのモチベーションも大いに上がっており、多職種が一丸となって早期離床・リハに取り組んでいる。

考察と結論

1. 2022 年 12 月までの早期離床・リハの実施率は、83% であった。
2. 累積収益額は 5590 万円、年間収益額は 1425 万円であった。
3. 早期離床・リハ加算が算定できなかった症例の割合（非算定率）は 14% と少なからず存在したが、年々減少傾向にある。
4. その要因として、週末連休中の入室のため 48 時間以内に計画・実施ができない（23%）、ICU 加算対象外（22%）、緊急入室翌日退室（11%）、入室日押出（10%）、チームが揃わない（7%）などであった。

COI 開示

筆頭発表者：岡本 竜哉

① 役員・顧問職等の報酬	無	⑥ 研究費・助成金など	無
② 株式の利益（または株式の5%以上）	無	⑦ 奨学（奨励）寄付金など	無
③ 特許権使用料など	無	⑧ 寄附講座所属	無
④ 講演料など	無	⑨ その他（旅費・贈答品など）	無
⑤ 原稿料など	無		