

## P9-4 脳卒中急性期にてICU/HCUでのリハビリ単位制限が及ぼす影響

○徳田 和宏(とくだ かずひろ)<sup>1)</sup>, 海瀬 一也<sup>1)</sup>, 小山 隆<sup>2)</sup>, 藤田 敏晃<sup>3)</sup>, 種子田 護<sup>3)</sup>1) 阪和記念病院 リハビリテーション部, 2) 阪和記念病院 リハビリテーション科,  
3) 阪和記念病院 脳神経外科

Key word : 脳卒中急性期, ICU/HCU, 単位制限

**【目的】**脳卒中ガイドライン2015において急性期リハビリは早期から積極的に行うよう強く勧められている。しかし急性期リハビリにおいてどの程度の強度や量を実施するのかは明らかになっていない。そのような中、当院では平成27年4月よりICU/HCUにおけるリハビリ総単位をPT、OT、ST合計3単位までに制限することとなった。今回、脳卒中急性期リハビリでの単位制限がどのような影響を及ぼすのかを調査したので報告する。

**【方法】**対象は急性発症した脳梗塞、脳出血にてICU/HCUからリハビリを開始し継続できた症例で平成26年4月～6月(非制限群50例、脳梗塞33例、男性26名)と平成27年4月～6月(制限群64例、脳梗塞42例、男性34名)の2群を対象とした。方法は2群間の在院日数、リハ開始日、ICU/HCU期間、ICU/HCU平均単位数、端坐位開始日、経口摂取開始日、退院時FIM、FIM利得、FIM効率を調査し統計処理としてMann-WhitneyのU検定を用いた。

**【説明と同意】**プライバシーや個人情報には十分配慮しヘルシンキ宣言を遵守した上、当院倫理委員会にて承認を得ている。

**【結果】**非制限群、制限群の順に年齢(77.7±10.6歳、73.5±14.0歳)、在院日数(44.7±37.5日、38.2±24.1日)、リハ開始日(2.0±0.76日、2.0±0.77日)、ICU/HCU期間(7.8±5.2日、5.3±3.1日)、ICU/HCU平均単位数/日(3.8±1.1日、1.9±0.4日)、端坐位開始日(4.6±3.0日、3.6±2.3日)、経口開始日(3.5±4.4日、3.3±2.7日)、開始時FIM(58.8±36.3、77.6±35.6)退院時FIM(58.8±36.3、77.6±35.6)、FIM利得(21.1±19.8、34.5±24.2)、FIM効率(0.87±1.1、1.41±1.4)であった。年齢、在院日数、リハ開始日、開始時FIM、経口開始日に有意差はなかったが、制限群においてICU/HCU期間が短く端坐位開始が早くなり(p<0.05)最終的なADLも有意な改善を認めていた(p<0.01)。

**【考察】**脳卒中急性期において特に発症から数週以内は回復を促進する時期とされ(1st stage recovery)積極的な離床やリハビリプログラムが重要とされている。しかし開始時期や実施量においてまだ不明な点もあり個々に応じたリスク管理とともに離床やプログラムレベルを調節していくことが必要と考える。また脳卒中の症状も病巣や初期治療の結果により様々である。今回の単位制限に伴い症状や重症度に応じてPT、OT、STの単位数を配分し状態に応じたセラピストが

中心となって介入するよう調節した。日々変化していく状態に合わせる必要があるため多職種間の連携がより重要となる。また全体の単位数割合に関してICU/HCUの単位数は減少したものの一般病棟等の単位数は増加していた。一般病棟転床後、ICU離床レベルに達する時間が遅くなるという報告もありICU/HCU転床直後からより集中的なりハビリが実施できこれらがADL改善のために有用となる可能性も示唆される。今後も限られた医療資源を効率よく用い急性期から集中的に実施すべき対象を明確にさせADLの改善が図れるよう取り組んでいきたい。

**【理学療法研究としての意義】**脳卒中急性期において発症早期からのリハビリは重要であるが、今回の取り組みと研究がリハビリ量や程度における一つの指針となる可能性も示唆される。今後の高齢化に伴い脳卒中急性期リハビリもさらに再考していく必要があると考える。