集中治療室活動度スケール（IMS）日本語版について

曷川元*

*日本離床研究会 学術研究部

重症患者さんに対する離床が各施設で広まり、様々な取り組みが行われている。安全かつ効果的に離床を進めるためには、その患者さんの身体活動能力を正確に把握することが重要である。こうした評価バッテリーのひとつとして、集中治療室活動度スケール（Intensive Care Unit Mobility Scale: 以下 IMS）がある。IMS は患者さんの身体能力を 10 段階で簡易に評価できるスケールである。これまでこうした能力を評価するためには ADL のスケールを使わなくてはならず、細かい離床レベルを表現することは困難であった。しかし、この IMS は離床レベルを表現できるだけでなく、歩行の介助量や自立度も評価することができ、非常に有用である。IMS は原作者の Carol Hodgson らによって、高い信頼性が証明されており※、今後日本でも幅広く使われることが期待される。

※英語版における信頼性　日本語版の信頼性は 2017 年現在筆者らによって研究が進行中

集中治療室活動度スケール（IMS）

	分類	定義
0	活動なし（ベッド上臥位）	スタッフにより他動的な寝返りや運動は行えるが、能動的な動きはない。
1	ベッド上座位 ベッド上での運動	あらゆる活動がベッド内。寝返り、腰上げ（ブリッジ）、自動運動、床上自転車エルゴメータや自動介助運動などを含む。ベッドの外に出たり、ベッドの端を越えない範囲での活動。
2	他動的な椅子への移動（立位なし）	立位や端座位になることはなく、他動的なリフトやスライドによる椅子へ移乗。
3	端座位	スタッフによる介助を含み、ある程度体幹コントロールを伴った能動的な端座位。
4	立位	介助の有無に関わらず立位になって体重を足で支えられる。立位介助用リフトやチルトベッドを使用してもよい。
5	ベッドから椅子への移乗	一度立位になって足を踏み出す、もしくはすり足での移乗が可能。この動作は、椅子へ移動するために、一方の下肢から他方へ体重を能動的に移動させることを含む。患者が医療機器の補助により立っている場合、椅子に向かって足をあげ踏み出せなければならない。（患者が立位介助用リフトを使用し、足を踏み出さずに移動した場合を含まない）
6	その場で足踏み（ベッドサイドで）	介助の有無にかかわらず、足を交互に上げることによってその場で足踏みが可能（少なくとも 4 回、各足 2 回ずつの足踏みができなければならない）
7	2 名以上の介助で歩行	2 名以上の介助で、ベッドや椅子から離れて少なくとも 5 メートル歩く。
8	1 名の介助で歩行	1 名の介助で、ベッドや椅子から離れて少なくとも 5 メートル歩く。
9	歩行補助具を使って自立して歩行	人による介助はなく、歩行補助具を用いて、ベッドや椅子から離れて少なくとも 5 メートル歩く。車椅子患者の場合は、ベッドや椅子から 5 メートル自力で車椅子を操作して離れられる。
10	歩行補助具なしで自立して歩行	人による介助はなく、歩行補助具も用いないで、ベッドや椅子から少なくとも 5 メートル歩く。

IMS 日本語版は、日本離床研究会ホームページの「学術・研究活動」コーナーから、無料でダウンロード可能。

IMS 日本語版は原作者 Carol Hodgson 先生の全面協力のもと、曷川元 , 小谷透 , 對東俊介 , 渡辺伸一 , 大野美香 , 嶋田正子 , 劉啓文 , 神津玲によって学術的な翻訳作業を経て制作された。

The original English version was created by Carol Hodgson, Dale Needham, Michael Bailey, Paul Young, Heidi Buhr, Alisa Higgins, Jeff Presneill and Sue Berney, and was originally published in Heart and Lung 2014:43;19-24.
DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2013.11.003
It is licensed under the Attribution – Non Commercial-NoDerivs 4.0 International License. To view a copy of this license, visit http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

日本離床研究会ファシリテーター　一般市民教育グループ

一般市民に対する離床のススメ ～今から始める患者・家族に向けたメッセージ～

木下正太[1)]　鶴良太[2)]　唐澤卓馬[3)]　森川明[4)]

[1)]高島市民病院 [2)]イムス葛飾ハートセンター [3)]伊那中央病院 [4)]第一東和病院

【はじめに】

「入院すれば安静にしておく」という意識が、日本では常識といっても過言ではない。この『入院＝安静』という意識は文化とも言えるくらい根付いているのではないだろうか。医療従事者の間ではこの文化が変わってきているが、一般市民の間では変わっていない。この文化を変えていくには、一般市民の常識を覆す根拠を示し、伝えることが重要ではないだろうか。つまり患者・家族へ現代医学の常識を教育という形で情報提供し、自助、互助を促すことが重要である。そこで2016年より、我々は一般市民教育ファシリテーターとして、一般市民が求めている「声」を聞き取り、離床という必要な情報を提供するための一般市民教育活動を開始したのでここに報告する。

【患者・家族のへの調査】

最初の活動として、患者家族の本音を探る必要があると考えた。1）入院生活での不安や、不自由に感じたことは何なのか、2）医療者が普段耳にしている患者・家族の訴えにどんなものがあるのか、を探るために、ファシリテーターの所属施設の医療従事者に対して、聞き取り調査を行った。入院して怖かったことでは、「入院数日で体力低下を自覚した」、手術後に幻覚が見えたりして不安になった」、「飲み込む力が弱くなり、お菓子でむせた」、「物忘れが増えた」などの意見を多く耳にするという結果であった。患者・家族は、入院前には想像していなかったことが入院中に起こる事で、戸惑い、不安な思いをしている、ということであろう。入院前に知っておけばよかったことでは、「手術後すぐに歩いても傷口が開かない」、「点滴・人工呼吸器をした状態や絶食中であってもリハビリをする」、「入院して間もないのにすぐに退院の話がでる」など早期離床・早期退院に驚く意見を多く耳にする、という結果であった。

【調査結果からの対策】

1.『なに』を『だれ』にすべきか

今回の聞き取り調査で明らかになったことは、医療従事者にとっての常識が患者・家族には常識としては浸透していないことであった。十分な説明がないまま無理やり離床を進めた結果、翌日以降はさらに非協力的で離床が進まないという悪循環はこのような理由があると考えられる。患者・家族が納得できるよう、入院する前から準備をしておく必要がある。つまりは現代医学の常識として『離床』を教育しておく必要がある。健康教室や介護予防の体操など、要介護状態に陥らないための取り組みや、入院をしないための予防的な取り組みが様々な団体や行政を主体に行われている。しかし、いざ入院した場合、「入院をしてからどうしたらよいのか」というその具体策を伝える、教育する取り組みはあまり行われていない。

例えば、病院をホテルのように感じている人も多いのではないだろうか。入院した途端に履いてきた靴や服を持って帰ってしまい、スリッパやパジャマに着替えている人を見たことはないだろうか。出歩こうとすることを禁じ、自ら引きこもろうとしているようにも見えるこの姿は、病院内は静かに過ごし、靴を履いて動き回ることなど迷惑行為として捉えるイメージすらあるのだろう。それほど動かないことが一般的なのである。また、普段は化粧をしているのに入院するとその普段の行動を控えていないだろうか。このように、自ら『患者さん役』になっていないだろうか。

こうした問題に対する対策の具体策として、入院中の廃用症候群をはじめとする、様々な二次的合併症について一般市民講座を開講し、その合併症予防となる早期離床を教育していくことが必要である。一般的にはまだ常識として根付いていない『入院の新常識』として早期離床

を教育していくことが必要と考える。

一方で、「やってもらって当然」のような受け身の意識も問題と考えられる。これからは患者自ら主体的に起きてもらうようにセルフメディケーションの意識を伝えることが必要である。自然界で集団を構成した場合、2・6・2の法則が成り立つと言われている（図1）。その法則を離床する患者に当てはめると、2割は何も言わなくても自ら主体的に離床する積極層、中間の6割は促しがあれば離床する一般層、残りの2割は促しても離床しない消極層に分類できる。離床が進まないケースの多くは離床の重要性、臥床の弊害を知らずに、促されればするという受け身の姿勢の一般層の可能性が高く、今までの入院生活の常識を変えていくためには、6割を占める一般層をターゲットに教育を行い、離床の重要性を広めることが必要であると考える。

2.『いつ」したらよいか

臨床では、入院後に入院中の流れやリハビリテーションの内容を一から説明するのが一般的と思われる。手術を控え、術前指導ができているのであればよいのであるが、全てがそうとは限らない。肺炎や心筋梗塞、事故など何の準備もないまま、入院とは突然に訪れるものである。つまり、『いつ』ではなく、『今』教育して行くことが重要と考える。一日の遅れも生命予後を脅かす医療の世界、入院をしてから教育しているようでは遅いのである。

図2に示すように、在院日数は右肩下がりに

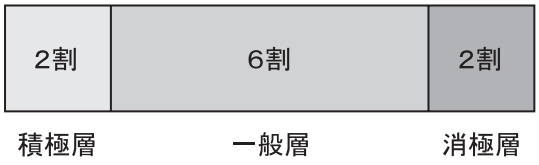


図1　2：6：2の法則

減ってきており、一般7対1看護の急性期は平成26年度の診療報酬改定では在院日数18日以内が基準とされ、これよりさらに入院期間は短い、しかも世界平均はわずか6日である。こうしてみると、まだまだ日本は長期の滞在型入院である。社会的に地域包括ケアが推進されており、『時々入院、ほぼ在宅』といったことが謳われ、入院を長期化できない制度が広がり、入院直後から退院に向けた計画が立てられることが常識となっており、もう寝ている暇はないのである。

【一般市民に対する教育の方針】

1．リーフレット　離床のススメ

こうした背景から、ファシリテーターでは、患者・家族への離床の啓発を目的に、離床に関するリーフレットの作成をした(図3)。これは、医療者が耳にした患者・家族の声をまとめて、入院生活での不安から導かれたに対して、安静による『廃用』を入院生活でのキーワードに挙げ、その解決策として、離床の重要性を伝えるためである。このリーフレットは、日本離床研究会のホームページにて無料でダウンロードすることが可能となっているため、臨床現場での患者指導に是非ご活用いただきたい。

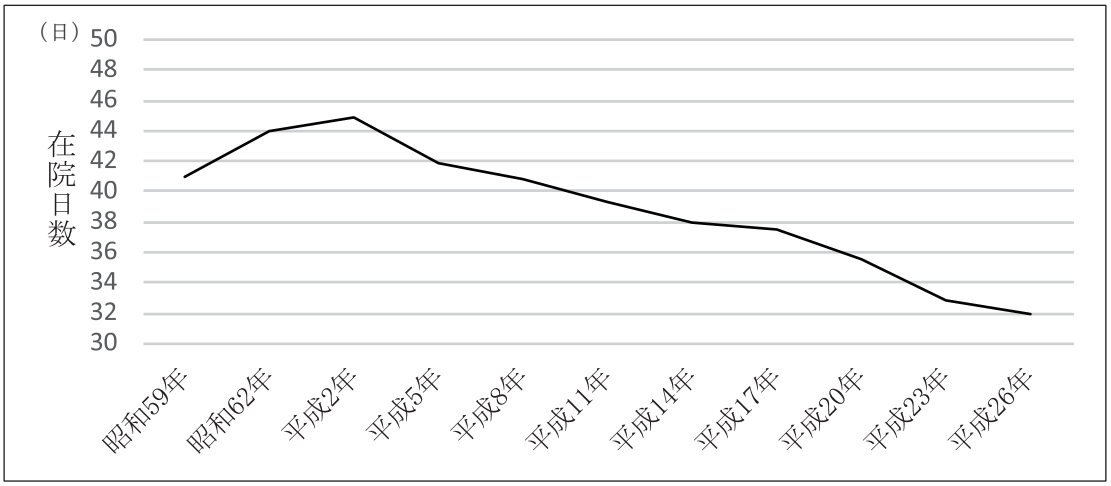
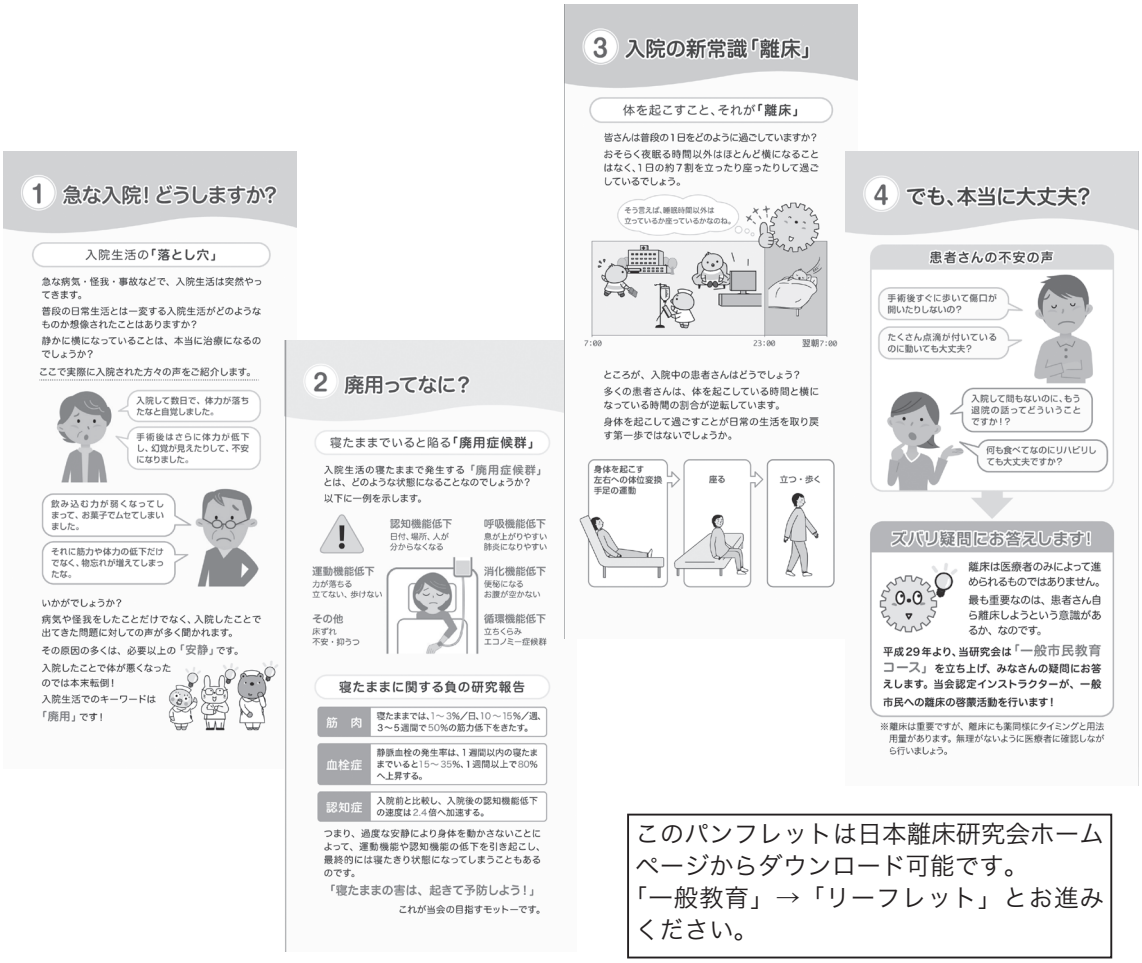


図2　退院患者の平均在院日数の年次推移（文献1より一部改変）



このパンフレットは日本離床研究会ホームページからダウンロード可能です。
「一般教育」→「リーフレット」とお進みください。

図3　一般市民教育用パンフレット「離床のススメ」(文献2)

【市民公開講座　プロから学ぶ　入院対策セミナー】

リーフレットを一方的に提示するだけではなく、患者・家族の立場になりうる方々と直接お話しできる機会を設けるべく、当研究会は平成29年10月に「一般市民教育コース」を立ち上げた。「入院前に知っておきたいお金、病院選び、退院の秘訣」と題し、自分で受ける医療を主体的にとらえてもらうように、離床による入院期間の短縮で、「早く元気になり、お財布にも優しい。」という身近に感じてもらえる話題とすることで、決して他人ごとではないことを伝えた。オリジナリティを活かした啓発活動を行い、今後も継続した活動を予定している。

【まとめ】

入院する前から離床を行う重要性を啓発していくことの必要性を臨床で聞かれる患者・家族の声を医療者側から募ってまとめてきたが、今後はより具体的に「入院時に患者・家族は何に困っているのか」、「入院後に離床への意識はどう変化するのか」などを明らかにするために調査を行い、講座導入の際のトピックスや伝えるべき医学的知識の選定、テキストの作成など予定している。

これから入院の新常識である『離床』は受動的から主体的が常識の時代に突入していくだろう。いかに自分で起きてもらうか」が重要であり、リーフレットや一般市民教育コースを通して、『離床の輪』を広げていきたいと節に願っている。

文　献

1)　厚生労働省資料
http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/dl/03.pdf

2)　日本離床研究会
http://www.rishou.org/files/4414/9787/1465/public_course_leaf.pdf

離床時における障壁（バリアー）に関する調査報告

近年、早期離床は行うべき介入となったが、臨床においては様々な要因により早期離床が実施できないケースもある。本調査では離床時における障壁（バリアー）に関するアンケート調査を行ったので報告する。

方　法

調査期間：2016年2月18日～ 2016年2月28日
調査対象：日本離床研究会教育講座の参加者のうち回答の得られた575名
対象職種：看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
調査方法：質問紙法（配布）

●設問

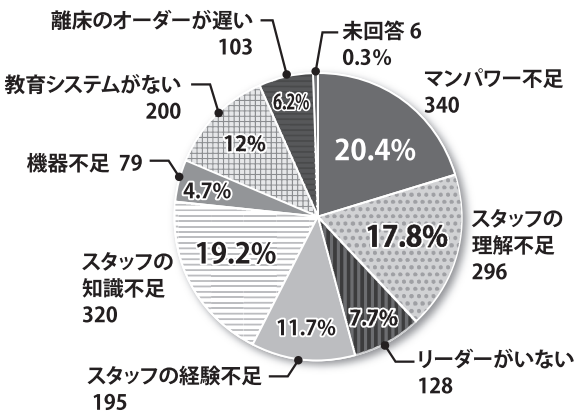
皆さんの施設（病棟）で感じる、患者さんを離床する上でのバリア（障壁）は次のうちどれですか？（複数回答可）

●回答選択肢

・マンパワー不足・スタッフの知識不足・スタッフの理解不足・リーダーがいない・スタッフの経験不足・機器不足・教育システムがない・離床のオーダーが遅い

結　果

・アンケート回収総数　575



考　察

本調査の結果より、マンパワー不足、スタッフの知識不足、スタッフの理解不足について高い割合の回答を得た。先行研究においてもBarber ら[1] は医療スタッフに対し離床の障壁（バリアー）について質問の行い、スタッフの不足、機器の不足、教育の不足などが要因として挙がった報告している。また Dubb ら[2] は、ICU 患者の早期離床に関する障壁（バリアー）分析として文献レビューを行った。その結果スタッフの知識不足、ガイドラインの不足、離床する文化がないなどが因子として挙がっており、本調査と同様の結果が報告されている。これらの結果からわかることは、離床に関する障壁（バリアー）は様々な因子が存在していることである。つまり、単一の対策ではこれらの問題を解決するのは困難であり、多職種で連携し対応していくことが必要と考える。早期離床を各施設や病棟で現状より推進したいと考えたときには、盲目的に離床基準やプロトコルを決定することや、勉強会を開催するのではなく、その施設において問題となっている要因を明らかにして、その要因に対して対策を考えていくことが重要である。また、今回はスタッフ要因を回答選択肢としたが、これ以外にも患者要因（鎮静・鎮痛管理、重症度）の分析も大切なポイントとなる。

文　献

1）Barber EA, et al, Barriers and facilitators to early mobilisation in Intensive Care: A qualitative study. Aust Crit Care. 28:177-182, 2015.

2）Dubb R et al. Barriers and strategies for early mobilization of patients in intensive care units. Ann Am Thorac Soc.13:724-30, 2016.

著者情報：飯田 祥＊黒田智也＊土屋 研人＊曷川 元＊
＊日本離床研究会 学術研究部

離床実施における患者への説明に関する調査報告

医療行為に対するインフォームドコンセントの重要性が言われて久しいが、離床については、患者や家族に十分説明された上で実施されているかは不明なのが現状である。今回、離床を行っている医療スタッフに離床実施における患者への説明に関する調査を実施したので報告する。

方　法

調査期間：2016年11月19日～2016年11月23日
調査対象：日本離床研究会教育講座の参加者のうち回答の得られた704名
対象職種：看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
調査方法：質問紙法（配布）

●設問

Q1 離床について十分説明できていると思いますか？（どれか一つ選択）

●回答選択肢

十分できている・まあまあできている・どちらともいえない・あまりできていない・全然できていない

●設問

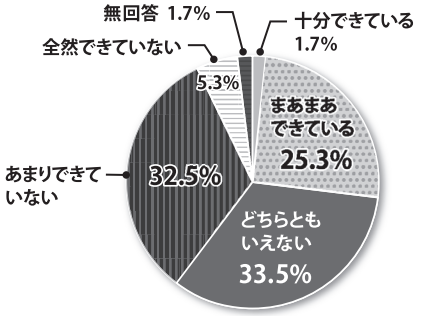
Q2　Q1で「あまりできていない」「全然できていない」と回答された方に伺います。その理由は何故ですか？（複数回答可）

●回答選択肢

説明する必要がないと思う・他の人が既に説明している・説明する時間がない・説明する教育を受けていない・離床について患者に説明するのは難しい・その他

結　果

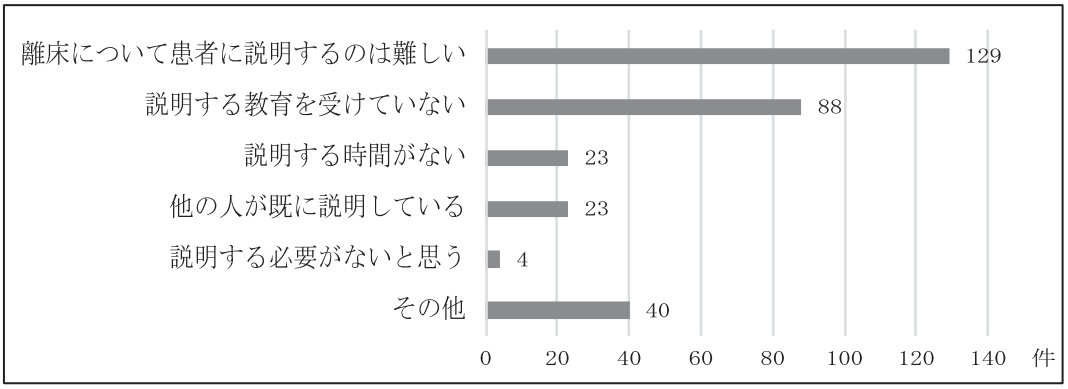
・アンケート回収総数　704
・有効アンケート総数　692



結果１　離床について十分説明できていると思うか

考　察

結果より、説明が出来ていると回答したスタッフは３割未満であり、多くは十分説明ができていないと感じている現状が明らかとなった。要因としては説明の困難さや、教育の問題が多かった。これらに関しては、医療知識のない患者や家族でも離床の必要性やリスクをわかりやすく説明するリーフレットがあると解決することが可能と考える。この活用により、説明する内容が明確となるため、説明して同意を得てから離床するという文化が形成され、現場で教育する流れも構築できると考えられる。スタッフにとっては、離床が当たり前であっても、患者や家族は起こされることに不安を感じているため、しっかりと説明することが重要である。



結果２　説明ができていないと感じる理由

著者情報：飯田 祥＊黒田智也＊土屋 研人＊曷川 元＊
＊日本離床研究会 学術研究部

早期離床の医療経済的効果は?

Hester JM, et al. The economic and clinical impact of sustained use of a progressive mobility program in a neuro-ICU. Crit Care Med. 2017 Mar 21. [Epub ahead of print]

Neuro ICU での早期離床の患者アウトカムへの効果に加え経済的効果を検証した研究です。この研究では、11 Step から成る段階的離床プログラムである Progressive Upright Mobility Protocol (PUMP) Plus mobility program を 30 床の Neuro ICU に導入した報告[1] のデータを後方視的に解析し、加えて導入から 2 年後の 6 か月間のデータも含め経済的効果の評価を行っています。プログラム導入前（2010 年 4 月～ 2011 年 1 月）の 1118 名、導入後（2011 年 2 月～ 2011 年 7 月）の 731 名、そして導入から 2 年後（2013 年 1 月～ 2013 年 6 月）の 796 名のデータを解析しています。

結果、ICU 入室期間は導入前 6.5 日から導入後 5.8 日に減少し、2 年後も 5.9 日と減少したままでした。またプログラム導入後は、院内感染の発症率が 50% 減少し、医療費はプログラム導入後に 16% 減少し、2 年後も導入前と比べ 11% 減少していました。2011 年 2 月から 2013 年末までの間に 12,000,000 ドルの削減ができた報告しています。

Neuro ICU での段階的離床プログラム導入は患者アウトカムだけでなく、医療経済的な利点もある著者らは結論付けています。

1) Titsworth WL, et al: The effect of increased mobility on morbidity in the neurointensive care unit. J Neurosurg 2012; 116:1379–1388

面会時間の延長は せん妄の予防につながるのか?

Rosa RG, et al. Effectiveness and safety of an extended ICU visitation model for delirium prevention: a before and after study. Crit Care Med. 2017 Jun 30. [Epub ahead of print]

ブラジルの 31 床の混合 ICU で、面会時間の延長がせん妄予防につながるかを検討した研究です。

面会可能な時間が 4.5 時間 / 日だったものを 12 時間 / 日に延長するという介入を実施し、4.5 時間群 141 名と 12 時間群 145 名を変更前後で比較しています（Figure 1）。

結果は、面会時間の中央値は 133 分から 245 分に増加し、せん妄発症患者数は、4.5 時間群 29 名（20.5%）から 12 時間群 14 名（9.6%）と低下し、せん妄 / 昏睡の期間の中央値も 4.5 時間群 3 日、12 時間群は 1.5 日と短縮しております。ICU 入室期間は減少していますが、死亡率は二群間で有意差を認めていません（Talbe 2）。ICU での感染も増えていないことから、面会時間を長くしても有害事象は増えていないという解釈になるようです。ちなみに、対象患者の重症度のスコアである APACHE Ⅱ score の平均は 12 程度であり、全体の 9 割弱で Early mobilization が実施されているようです（Table 1）。

考察の limitation で述べられていますが、スタッフへの負担については今回の研究では検討されていませんので、更なる研究が望まれますね。

関節可動域ROMエクササイズ講座での質問

長期療養中の患者さんへの関節可動域エクササイズ実施の目的

Q **老人保健施設などで長期寝たきりの患者さんを担当することがあります。コミュニケーションもほとんどとれず、全身の関節拘縮も認められる患者さんに対し、関節可動域の維持という指示や多職種でもプランが立案されるのですが、実施にあたりどのようなポイントがあるでしょうか？**

A 老人保健施設などでは、このような問題で悩んでいる方が多いと思います。長期寝たきりの患者さんでは関節拘縮は避けられない問題です。

実施に当たっては、全身の関節拘縮予防・可動域維持という観点からアプローチすることも重要ですが、下記のようにADLにつながるようなアプローチも必要と考えます。

呼吸困難感がある場合は肩甲帯、肩関節周囲や胸郭への介入、上着の着替えが困難な場合は上肢への介入、オムツ交換や下着の着替えが困難な場合は股関節周囲、膝関節への介入、起立や移乗が困難な場合は下肢への介入、というようにADLに直結する様な目的をもって行うと、実際の生活改善の期待も出来ますし、スタッフの業務（介助）量や、安全面の改善につながるのではないでしょうか。

ただし、意思疎通が困難な患者さんは疼痛の訴えなど難しい場合もあるかと思います。

実施する際には、表情や四肢の反応などに細心の注意を払ってくださいね。

初心者にゼッタイわかる心電図講座での質問

徐脈高齢者の離床をすすめるべきか？

Q **誤嚥性肺炎から廃用症候群の80代男性です。離床は週1回リハビリのときのみです。臥床時は40～45回/分の徐脈ですが、離床時は50～55回/分くらいに上がります。頭痛の訴えや発熱を繰り返すため、車椅子移乗する機会も少ないのですが、積極的に離床した方が良いのでしょうか？**

A ズバリ離床は必要だと考えます。

繰り返す発熱は、恐らく臥床時間に不顕性誤嚥を起こしていると推測するからです。このような症例では、ヘッドアップや体位変換を積極的にすすめる必要があると思います。リハビリが週1回ということで、限られた介入かと思いますが、車椅子移乗は大変でも、ヘッドアップや体位変換であれば、病棟スタッフの協力も得られやすいと思いますので、是非、依頼してみてください。

発熱の頻度が減った、痰が減ってきたなどの効果が共有できれば、きっと介入も広がると思います。

一方でリスク管理としては、徐脈傾向であるということですが、徐脈ながらも離床に対して脈拍の上昇はみられているので、起立耐性はある程度保たれていると考えられますが、可能であれば、徐脈の原因を心電図でチェックできるとよいかと思います。

併せてフィジカルアセスメントの変化にも注意してください。

“見て見ぬふり”から抜け出す回復期・在宅循環講座での質問

痰が出せずせき込む方への対処法

Q　在宅看護に従事している者です。質問なのですが、訪問時に痰がなかなか出ずに咳き込んでしまっている利用者さんが多くいます。咳が始まるとケアもそこでストップしてしまいますし、看護師として何か対処できないものかと思いまして…。アドバイスお願いします！

A　在宅入院という言葉が出てくる程、今の訪問現場では医療処置の必要な利用者さんが多くいます。また最近では在宅での看取りも増えてきましたよね。そんな限られた時間のなかで、次々にケアや観察を行うには相当なプレッシャーかと思います。本当に日々お疲れ様です。

まず、咳き込んでいるとのことですが、咳の状態はいかがでしょうか?湿性咳嗽でラトリングも聴取出来る様であれば、加湿をご検討ください。

時期によっては部屋の中が乾燥していると口腔や気道内も乾燥しがちです。そうなると痰も水分を失い、固く粘調度が増し「つるっと」と出にくくなります。

加湿器を設置するのも1つですし、タオルを部屋干しするのも良いでしょう。またお茶の湯気をゆっくり鼻から吸っていただくのも有効です。ただし熱い蒸気は逆に咳嗽の引き金になる刺激となる可能性もありますので、注意して下さい。

部屋や口腔内の加湿を促した上で、深呼吸やハッフィングの指導を行います[1)]。排痰に必要なことは呼気流速を如何に上げるか?にかかってきます。ハッフィングとは吸気後に口をハの時にして、一気にハーッと呼気流速を上げ、喀痰を促す方法です。

また、ハッフィング前に深呼吸を行い、十分な空気を肺内に取り込むことが大切です。それを勢いよく吐くことで流速が上がるのです。

さらに、排痰時の姿勢も重要です。仰向けで寝ている姿勢より、身体を起こし座位に近い姿勢を取った方が、流速は上がります。

ただし、もともと肺実質が脆弱な症例（慢性閉塞性肺疾患の方、その他呼吸器疾患の方）に関しては、気胸や気道の損傷に注意が必要ですので観察を怠らないよう気を付けましょう。それでも咳嗽がよく出る、喀痰がうまくいかない場合は、鎮咳薬や去痰薬、気管支拡張剤などの薬剤を医師に相談してみましょう。在宅はひとりで気負うと長く続きません。今後も皆さんの在宅でのご活躍を期待しております。

文　献

1）曷川元：実践！早期離床完全マニュアル―新しい呼吸ケアの考え方：ｐ 167

苦手を克服！酸素療法・人工呼吸器の基礎と呼吸アセスメント講座での質問

閉鎖式吸引回路でPEEPを維持したい病態とは?

Q　閉鎖式吸引回路では PEEP 解除となるため、移乗動作のときでも回路を外してはいけないとありましたが、時に外して吸引することもあります。特に外してはいけない具体的な疾患などはありますでしょうか？

A　閉鎖式吸引回路は、人工呼吸器装着中の方の、気道内分泌物を吸引する際、呼吸器の回路を外すことなく、吸引が行える装置です。

当初は、飛沫する分泌物の感染リスクから、医療従事者を守る効果も期待されていました。

現在は付加している PEEP の効果を可能な限り妨げずに、吸引が行えるという考えにシフトしています。PEEP をかける目的は、「肺胞の虚脱を防ぐ」、「酸素化の改善」としています。目安は 10cmH_2O を基準とすると良いです。10cmH_2O は静脈圧の正常値の最高圧ですので、それ以上を保つことで肺胞内に浸潤してくる液を、外部へ押し出すことができます。

病態として肺胞出血や肺水腫、ARDS 等、重篤な状態にある場合、PEEP の値として 10cmH_2O 以上の圧を加えている場合、肺胞を広げておき、少しでも酸素化を有利にしたいという、意図があります。

よって安易に回路を外して、PEEP 効果を失うことは避けた方が良いでしょう。

上記のようなデメリットがあることを踏まえて、皆様の普段の臨床判断にお役立て頂ければと思います。