

## 6-20: リハビリテーション

### 6-20-1 ●理学療法

#### 1) リハビリテーション実施基準

## リハビリテーション実施基準

医療安全対策  
文書 No. 49

### 1、訓練を行わない方がよい場合

- ・ 安静時脈拍 120/分以上
- ・ 拡張期血圧 120mmHg以上
- ・ 収縮期血圧 200mmHg以上
- ・ 労作性狭心症を有するもの
- ・ 新鮮心筋梗塞、約2週間以内のもの
- ・ うっ血性心不全の所見の明らかなもの
- ・ 心房細動以外の著しい不整脈
- ・ 訓練前すでに動悸・息切れのあるもの
- ・ 発熱が38.5℃を超えた場合（脳血管障害患者）

### 2、途中で訓練を中止する場合

- ・ 訓練中、中等度の呼吸困難・めまい・嘔気・狭心痛などが出現した場合
- ・ 訓練中、脈拍数140/分を超えた場合
- ・ 訓練中、1分間10個以上の期外収縮が出現するか、または頻脈性不整脈（心房細動、上室性または心室性頻脈など）あるいは徐脈が出現した場合
- ・ 訓練中、収縮期血圧が40mmHg以上または拡張期血圧20mmHg以上上昇した場合

### 3、訓練を一時中止し、回復を待って再開する

- ・ 脈拍数が運動前の30%を超えた場合、ただし2分間の安静で10%以下に戻らない場合は、以後の訓練を中止するか、または極めて軽労作のものに切り替える。
- ・ 脈拍数が120/分を超えた場合。
- ・ 拡張期血圧が110mmHg以上になった場合。
- ・ 収縮期血圧が190mmHg以上になった場合。
- ・ 胸痛等、狭心症症状の出現。
- ・ 1分間に10回以下の期外収縮が出現した場合。
- ・ SpO<sub>2</sub>が90%以下に下がった場合。
- ・ 軽い動悸・息切れを訴えた場合。
- ・ めまい・嘔気の出現。

## 脳血管障害患者の訓練開始基準

- ・ 脳梗塞例には、MRI・MRAにて、ラクナ梗塞かアテローム血栓性梗塞か鑑別。
- ・ ラクナ梗塞は、診断当日から離床。アテローム血栓性梗塞は、数日間観察後、神経症状増悪がなければ、離床開始。
- ・ 心原性脳梗塞では、心エコー検査により左房内血栓と心不全徴候がないのを確認後開始。
- ・ 主幹動脈の梗塞あるいは狭窄の場合、発症から一週間程度神経症状の変動を観察、増悪がなければ離床開始。
- ・ 脳出血では、発症後48時間、血腫増大と水頭症発現が無い事をCTで確認後開始。
- ・ 手術例は、ドレナージ抜去をめどとする。術前でも意識障害が軽度であれば出来る限り離床させる。
- ・ 下肢深部静脈血栓症の予防に努める。下肢周径測定。
- ・ 早期離床を行うべきかを個別に検討する病型、病巣など；内頸動脈閉塞・狭窄、脳底動脈血栓症、橋出血、意識低下、水頭症、脳動脈瘤、脳動静脈奇形、低酸素脳症、重度感染症、解離性脳動脈瘤、血圧管理困難、血腫増悪、出血性脳梗塞、肺塞栓症、バイタル増悪例など。

## 座位耐性訓練の基準

- ・ 障害（意識障害、運動障害、ADL障害）の進行がとまっていること。
- ・ 意識レベルが1桁であること。
- ・ 全身状態が安定していること。

### 座位耐性訓練の施行基準

- ・ 開始前、直後、5分後、15分後、30分後に血圧と脈拍を測定する。
- ・ ベッドアップ30度、45度、60度、最高位（80度）の4段階とし、いずれも30分以上可能となったら次の段階へ進む。
- ・ まず1日2回、朝食・昼食時に施行し、安定したら毎食事時に行う。
- ・ 最高位で30分以上可能となったら車椅子座位訓練を開始する。

## 座位耐性訓練中止の基準

- ・ 血圧の低下が10mmHg以上の場合は、5分後の回復や自覚症状で判断、30mmHg以上なら中止。
- ・ 脈拍の増加が開始前の30%以上、または120/分以上。
- ・ 起立性低血圧症状（気分不良など）が見られた場合。