

---

# 脳卒中の急性期リハビリテーションについて

～当院での取り組みを中心に～

福岡新水巻病院 理学療法士

加来 遥平

---

# 本日の内容

- 当院リハビリテーション科の紹介
- 急性期病院での「リハビリ」の役割
- 治療現場の実際

---

# 本日の内容

- 当院リハビリテーション科の紹介
- 急性期病院での「リハビリ」の役割
- 治療現場の実際

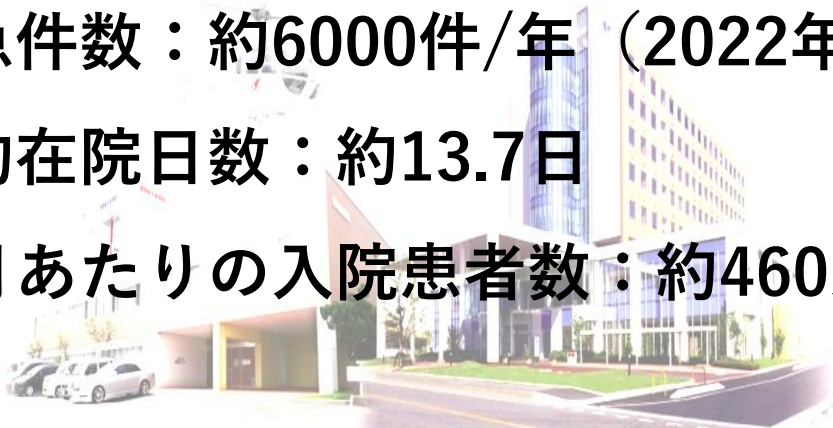
# 《福岡新水巻病院はこんな病院です！》

## □病院概要

- ・ 開設：平成15年6月
- ・ 病床数：227床（ICU12,HCU12,一般203）
- ・ 診療科：24科

（内科、循環器科、外科、整形外科、脳神経外科、小児科等）

- ・ 職員数：約770名
- ・ 救急件数：約6000件/年（2022年度実績）
- ・ 平均在院日数：約13.7日
- ・ 一月あたりの入院患者数：約460人（月平均）



院長：藤井 茂

## 《リハビリテーション科概要・実績》

- スタッフ数                    87名    (2024.4.1時点)  
PT49名   OT29名   ST8名 (うち産休育休4名)
- 各階担当制 (全4チーム)  
整形チーム   脳外チーム   外科チーム   内科チーム  
心リハ   小児リハ   訪問リハ
- 分野  
身体障害   急性期   小児科
- 患者一人あたり実施単位                    4.02単位/日                    ※1単位20分
- 平均在院日数                                    約14日

## リハビリ室の風景



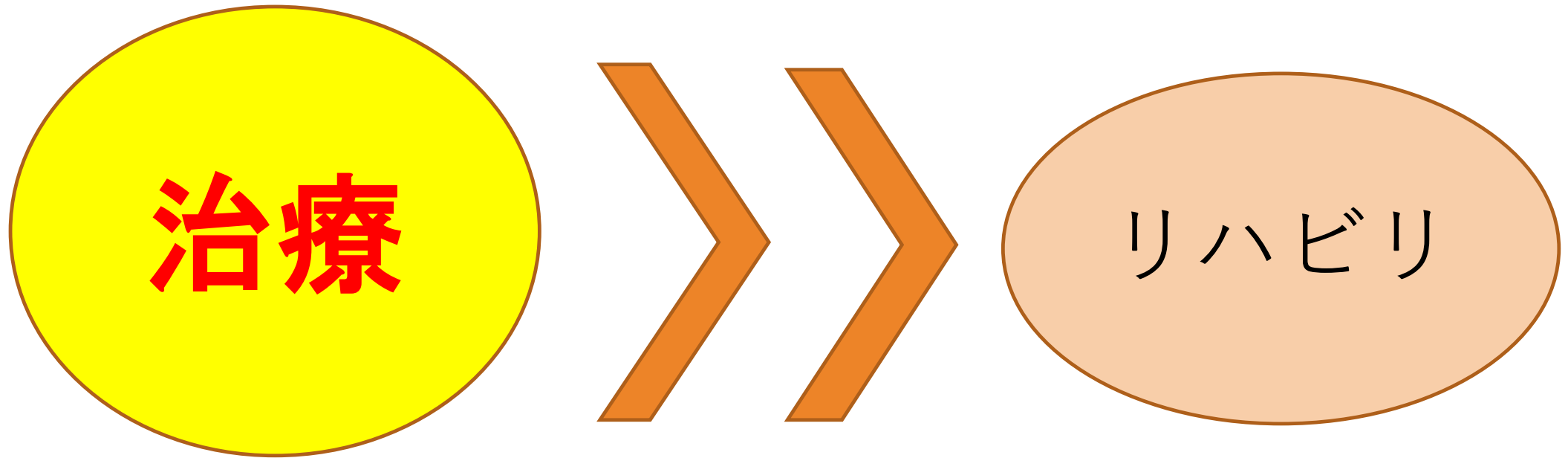
---

# 本日の内容

- 当院リハビリテーション科の紹介
- **急性期病院での「リハビリ」の役割**
- 治療現場の実際

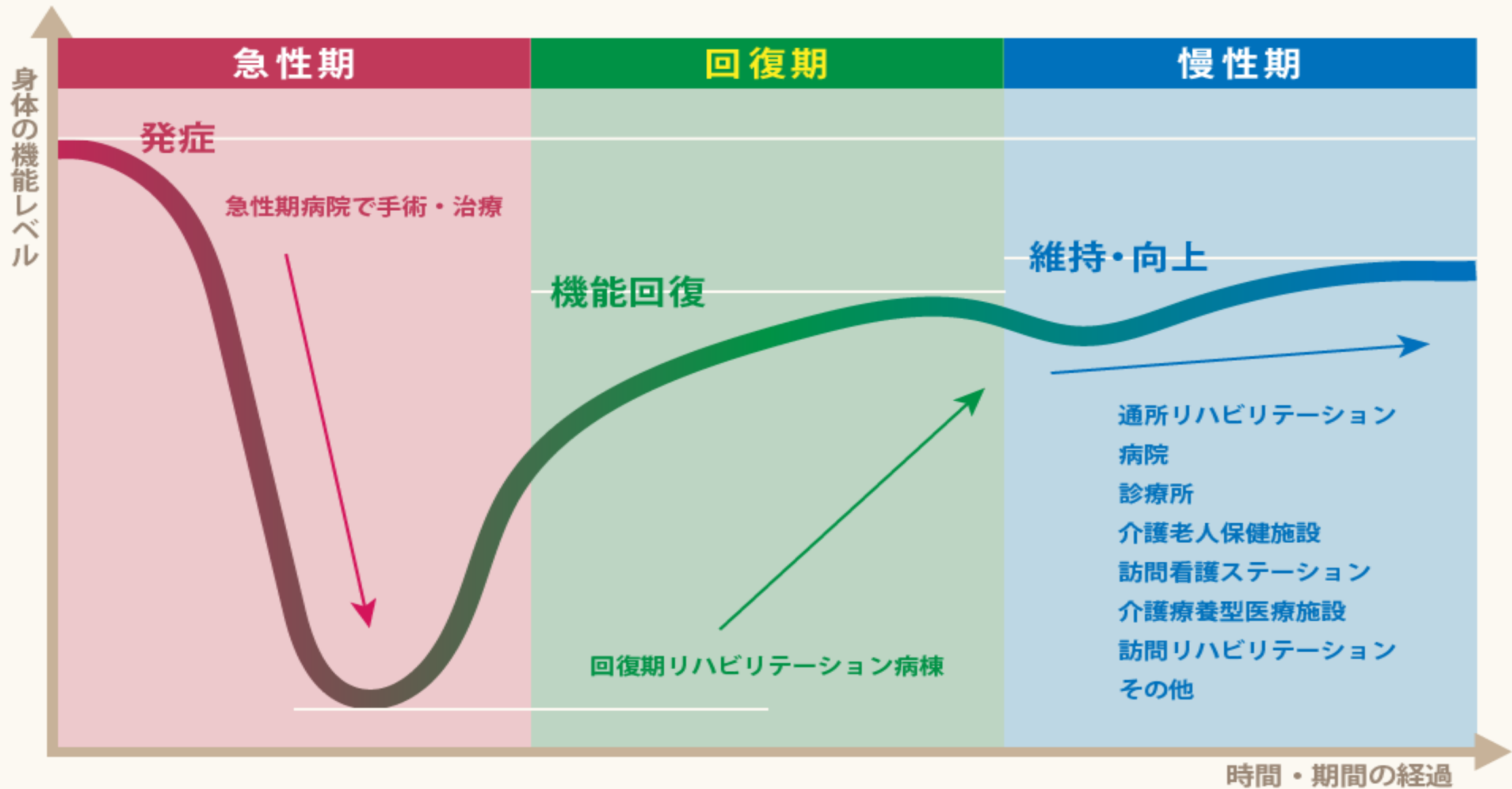
---

急性期におけるリハビリ



**先ずは生命維持・全身状態の安定が最優先！！**





# リハが関わる疾患

## <呼吸器疾患>

肺炎（誤嚥性・重症・術後）・急性呼吸不全・  
COPD・喘息・肺塞栓症 etc

## <循環器疾患>

狭心症・急性心不全・心筋梗塞・心臓血管外科術後  
ペースメーカー植え込み後（PMI、ICD、CRTなど） etc

## <外科疾患>

開胸術後・開腹術後

## <がん>

胃がん・大腸がん・膵臓がん etc…

## <廃用症候群>

脱水症や泌尿器疾患、消化器疾患など上記疾患以外でも  
様々な疾患で起こりうる

## 廃用症候群とは

骨	骨粗鬆症（→脆弱性骨折）、異所性骨化
関節	拘縮、強直、変形
筋	筋萎縮（→筋力低下、筋持久力低下）
皮膚	褥創、皮膚萎縮
心臓	起立性低血圧、最大酸素摂取量の低下（→体力低下）
呼吸器	誤嚥性肺炎、肺活量低下、無気肺、肺塞栓
消化管	食欲不振、便秘、逆流性食道炎
泌尿器	尿失禁、尿路感染症、尿路結石
血管	静脈血栓、血漿量減少
精神	意欲低下、うつ、不安、せん妄、認知症
内分泌	基礎代謝量減少
口腔	歯周病、舌苔（→肺炎）

獲得できるはずの能力が獲得できなくなる

# 急性期リハビリの目的

十分なリスク管理のもと、適切かつ積極的なリハビリテーションの実施により

- ・ 回復に要する期間の短縮
- ・ 最終的な機能の到達レベルの向上
- ・ 安静や不動による廃用症候群等の二次障害の予防

・・・等が期待される

- 
- 筋力低下は1週間で10～15%低下。
  - 1週間の安静により生じた体力低下は回復に1ヵ月かかる。
  - 廃用症候群の回復には廃用に陥っていた期間の数倍の期間が必要とされている。

**早期離床（ヘッドアップだけでも）が大切！！**

## 基本動作は離床時間の延長・ADLの拡大に大きく影響

自分で起きれない、座れない、立ち上がることができない

⇒ **何を**するにも**介助者が必要**。介助者側の介助負担↑↑

⇒ トイレに行きたくても介助量が大きく結局オムツで排泄

⇒ ご飯もベッド上ギャジアップのまま摂取

**基本動作の介助量軽減による臥床傾向からの脱却**

◆リハビリと看護師で協力して行っていること（行えること）

- ・ **リハビリ以外の時間での離床促進** ・ ・ 車椅子での活動や食事  
脳外の病棟では離床活動を実施
- ・ **トイレ誘導** ・ ・ 定時誘導、オムツからリハパンへの変更
- ・ **介助方法の伝達** ・ ・ 患者に合わせた食事・移乗介助方法の統一など

現場では…

マンパワー不足や日々の業務で忙しい等の様々な問題はあるが  
患者のために他にも協力できることは多くあると思います。

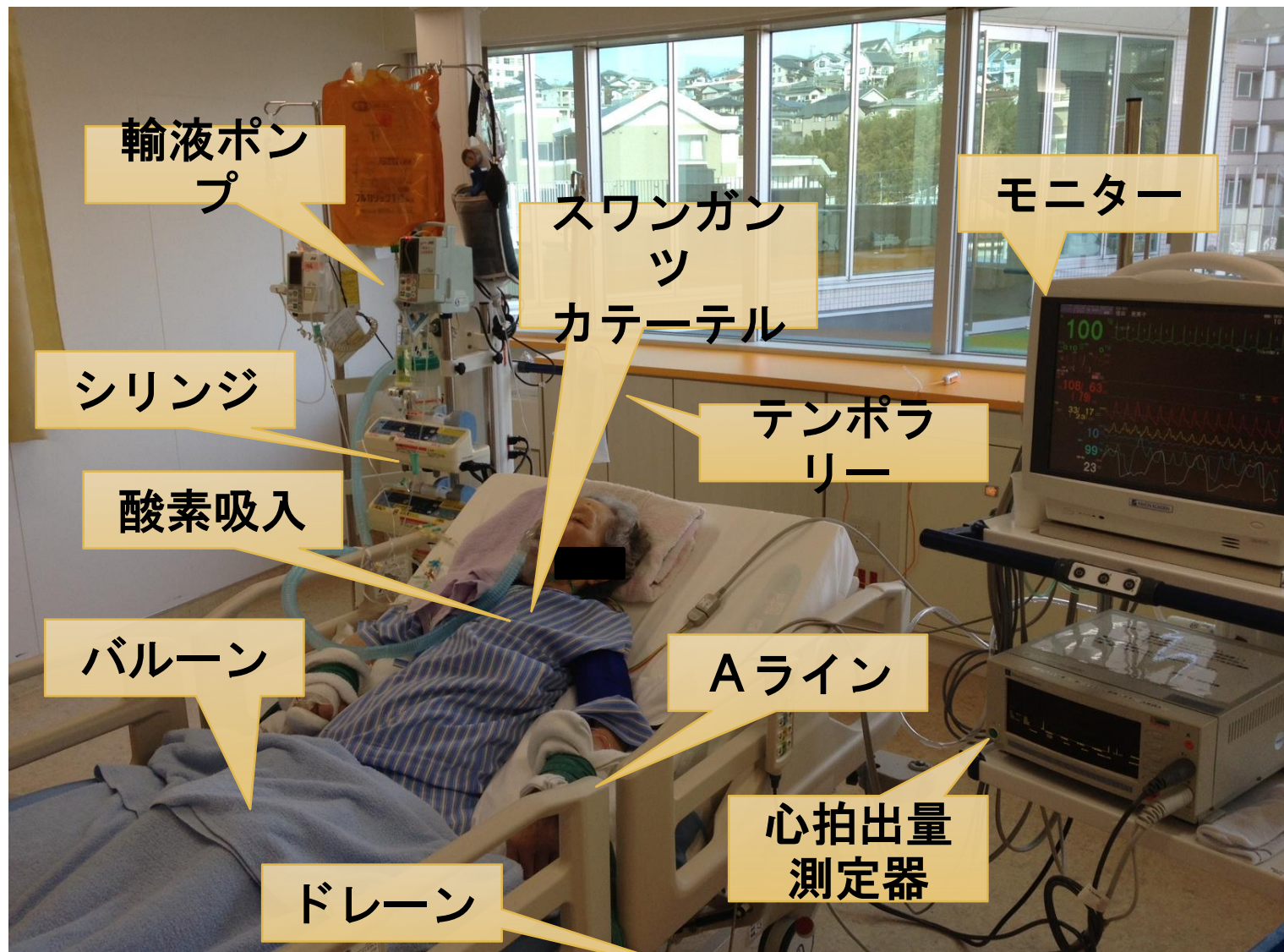
**「出来るようになったこと」を「していること」に変えることが重要！！**

---

# 本日の内容

- 当院リハビリテーション科の紹介
- 急性期病院での「リハビリ」の役割
- **治療現場の実際**





輸液ポン  
プ

スワンガン  
ツ  
カテーテル

モニター

シリンジ

テンポラ  
リー

酸素吸入

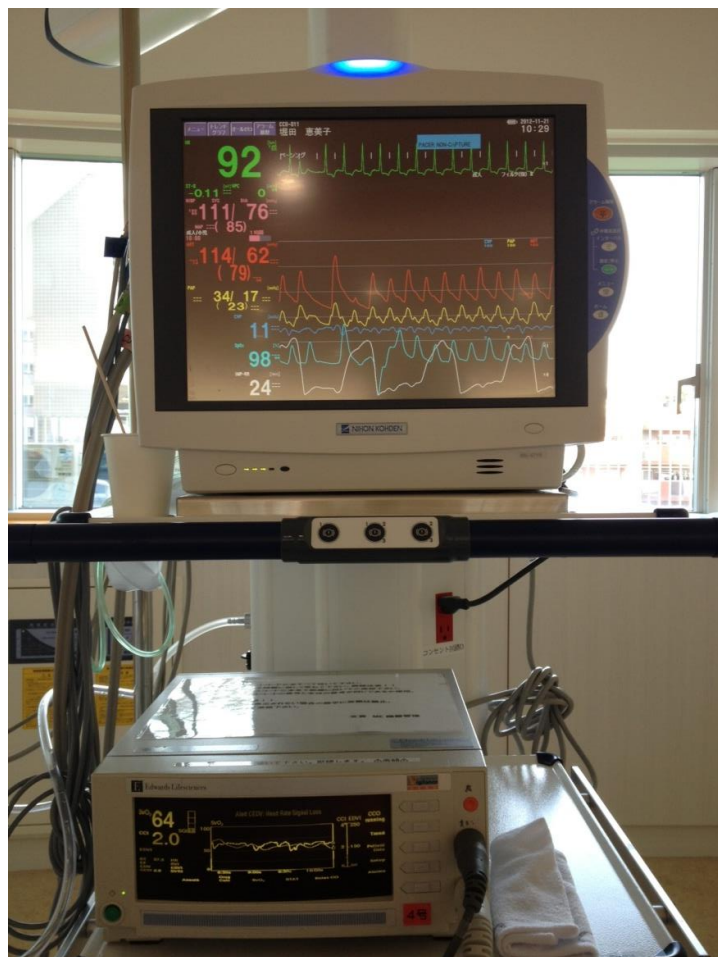
バルーン

Aライン

ドレーン

心拍出量  
測定器

各種モニターや  
フィジカルアセスメントを  
しながら離床を図る





- 意識障害
- 呼吸循環動態が不安定
- 人工呼吸器、気切
- 点滴、ドレーン、経管





# 電気刺激療法



# 嚥下訓練



# 歩行訓練 長下肢装具 装着



# 基本動作訓練 ～起居移乗～





# 上肢機能訓練



# リスク管理（アンダーソンの基準土肥変法）

## I. 運動を行わないほうがよい場合

- 1) 安静時脈拍数120／分以上
- 2) 拡張期血圧120以上
- 3) 収縮期血圧200以上
- 4) 労作性狭心症を現在有するもの
- 5) 新鮮心筋梗塞1ヶ月以内のもの
- 6) うっ血性心不全の所見の明らかなもの
- 7) 心房細動以外の著しい不整脈
- 8) 運動前すでに動悸、息切れのあるもの

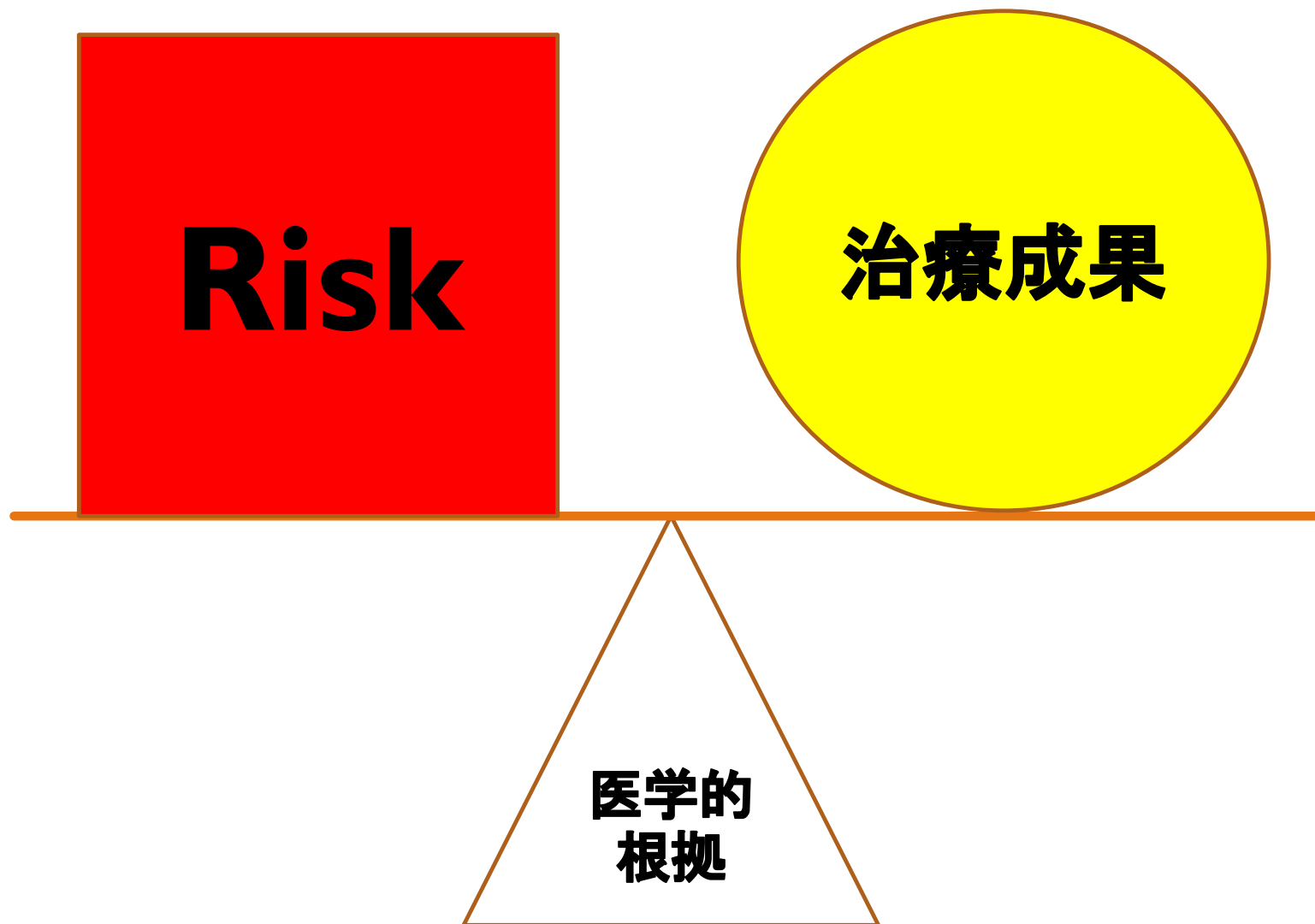
## II. 途中で運動を中止する場合

- 1) 運動中、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
- 2) 運動中、脈拍が140／分を越えた場合
- 3) 運動中、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
- 4) 運動中、収縮期血圧40mmHg以上または拡張期血圧20mmHg以上上昇した場合

## III. 次の場合は運動を一時中止し、回復を待って再開する

- 1) 脈拍数が運動時の30%を超えた場合、ただし、2分間の安静で10%以下にもどらぬ場合は、以後の運動は中止するかまたは極めて軽労作のものにきりかえる
- 2) 脈拍数が120／分を越えた場合
- 3) 1分間に10回以下の期外収縮が出現した場合
- 4) 軽い動悸、息切れを訴えた場合

RISKはあるけど攻めのリハビリが必要



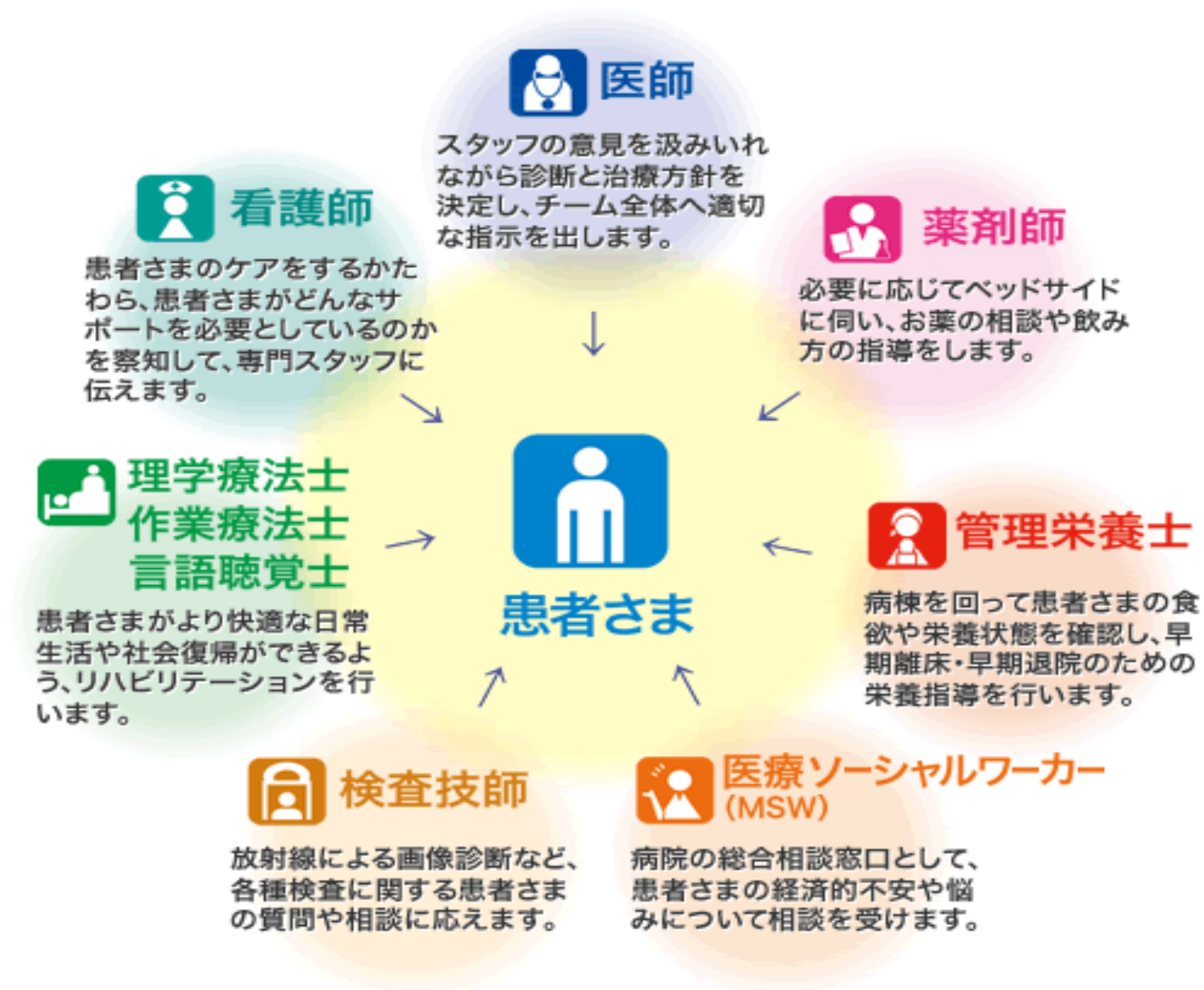
## 脳卒中ガイドライン2015より リハ推奨 A

	項目	推奨の内容
①	リハ体制	脳卒中ユニットなどの組織化された場で、リハビリテーションチームによる集中的なリハビリテーションを行い、早期の退院に向けた積極的な指導を行う。
②	急性期リハ	不動・廃用症候群を予防し、早期のADL向上と社会復帰を図るために、十分なリスク管理のもとにできるだけ発症後早期から積極的なリハビリテーションを行う。
③	運動障害	脳卒中後遺症に対しては、機能障害および能力低下の回復を促進するために早期から、積極的にリハビリテーションを行う。
④	歩行障害	歩行や歩行に関する下肢訓練の量を多くすることは、歩行能力の改善のために強く勧められる。
⑤	上肢機能障害	麻痺が軽度の患者に対しては、適応を選べば、非麻痺側上肢を抑制し、生活の中で麻痺側上肢を強制使用させる治療法が強く勧められる。
⑥	体力低下	有酸素運動トレーニングもしくは有酸素運動と下肢筋力強化を組み合わせたトレーニングは、有酸素性能力、歩行能力、身体活動性、QOL、耐糖能を改善するので強く勧められる。

根拠に基づいて、出来ることは  
どんどん行っていく！！



# チーム医療



ご静聴ありがとうございました!

