

## 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。

## 酸素療法を行いながら理学療法を実施する患者の安全管理

- 平成15年10月に理学療法を実施した入院患者のうち、酸素療法を行っていた患者の割合を調査しました。理学療法実施入院患者67名中、酸素療法を行っていたのは14名、このうち病棟訓練者は5名、運動療法室内訓練者は9名でした。
- 理学療法の訓練途中で息苦しさを訴える、または息苦しさを訴えないが、突然SPO<sub>2</sub>が低下することがあります。原因としては、体調の急変、運動の過負荷、酸素ボンベ残量の不足、酸素チューブ・機器類の不備などが考えられます。
- 酸素療法を行っている患者の安全管理について次のような対策をとっていますので、ドクター・ナースの協力をお願いいたします。

### 酸素療法を行いながら理学療法を実施する患者の安全管理

★主治医は、理学療法指示箋に「運動中の酸素流量およびSPO<sub>2</sub>下限値」を記載すること。

変更時は、再度指示すること。

★設定されている酸素流量の確認。酸素ボンベ内の酸素量を確認。

★訓練開始時、途中でのバイタルサインのチェック(特にSPO<sub>2</sub>)を行う。

★非常時に備え、訓練室内に必ず他のスタッフを待機させておく。

★機器に不備があった場合は、必ず病棟看護師に報告する。

主治医  
は注意

## 理学療法実施中の事故発生： 直後の対応と報告マニュアル

医療安全対策  
文書 No.370



### 理学療法実施中に事故が発生したときの対応

理学療法実施中および訓練待機中に患者の容態が急変したり、転倒等の事故が発生した場合、次の手順に従い対応する。

#### 1. 容態の急変および不調の訴えがあった場合

- ①直ちに訓練を中止し、楽な姿勢を保持しバイタルサインの確認を行う。  
「リハビリテーション実施のための基準」を参考にし、  
I または II の項目に該当する場合は、訓練を中止する。
- ②主治医、当該診療科看護師に連絡を取り、訓練時の状況および容態の説明を行う。
- ③理学療法部門の責任者および部署セイフティマネージャーに報告する。



#### 2. 転倒および外傷事故が発生した場合

- ①直ぐには起こさずに、身体を楽にさせ、痛み・その他の身体の異常を確認する。
- ②異常所見がある場合には、直ちに訓練を中止する。
- ③主治医、当該診療科看護師に連絡をとり、  
訓練時の状況、事故発生時の状況および容態の説明を行う。
- ④理学療法部門の責任者および部門セイフティマネージャーに報告する。



#### 3. 意識消失、呼吸停止、心停止の場合

「リスクマネジメント 7. 緊急時の対応」に従う。



### 事故発生後の報告

#### 1. インシデント報告書を作成する。

- ①事故発生時に実施していた理学療法訓練内容の詳細を記載する。
- ②事故発生時の状況、容態を記載する（事故発生時間を記載）
- ③事故発生時の対応を記載する。
- ④その後の対応（医師の診察、患者の経過等）を記載する。その他必要事項を記載する。
- ⑤訓練担当理学療法士名を記載する。
- ⑥部署責任者、セイフティマネージャーに提出する。

#### 2. 部署責任者またはセイフティマネージャーは、医療安全管理室に報告書を提出する。

## 6-20-2 ●言語聴覚療法

1) 言語聴覚療法および摂食機能療法実施中の事故発生： 直後の対応と報告マニュアル

### 言語聴覚療法および摂食機能療法実施中の事故発生：直後の対応と報告マニュアル

医療安全対策  
文書 No.398



言語聴覚士業務のヒヤリ・ハット事例については、次のような統計があります。事故発生直後のマニュアルを作成しましたので、関係者は協力してください。

#### ●言語聴覚士業務の事故およびヒヤリ・ハット事例 (日本言語聴覚士協会調査結果：身体危害に関する事例) (平成16年1月)

摂食嚥下訓練中の誤嚥・窒息	35%
トランスファー中の転倒・転落	33%
体調や容態の急変・点滴や呼吸器等の異変	11%
けが	7%
異食・自傷	6%
感染・その他	8%

### 言語聴覚療法中に事故が発生したときの対応

言語聴覚療法中および訓練待機中に患者の容態が急変したり、転倒等の事故が発生した場合、「医療安全対策 No. 370 理学療法実施中の事故発生：直後の対応と報告マニュアル」に準じて対応し、言語聴覚部門の責任者および部署セイフティマネージャーに報告する。

### 摂食機能療法中(摂食・嚥下訓練)に事故が発生したときの対応 窒息および大量誤嚥を確認した場合

- ①直ちに訓練を中止し、楽な姿勢を保持する。
- ②声を掛けて意識状態を確認する。
- ③ナースコールなどで医師・看護師に連絡を取り、発生時の状況および容態の説明を行う。
- ④用手圧迫法や指による異物除去により異物除去を行う。
- ⑤言語聴覚部門の責任者および部署セイフティマネージャーに報告する。

### 事故発生後の報告

#### 1、インシデント報告書を作成する。

- ①事故発生時に実施していた言語聴覚療法・摂食機能療法の訓練内容を詳細に記載する。
- ②事故発生時の状況、容態を記載する(事故発生時間を記載)。
- ③事故発生時の対応を記載する。
- ④その後の対応(医師の診察や患者の経過等)を記載する。その他必要事項を記載する。
- ⑤訓練担当言語聴覚士名を記載する。
- ⑥部門の責任者およびセイフティマネージャーに提出する。

#### 2、部門の責任者またはセイフティマネージャーは、医療安全管理室に報告書を提出する。

## 6-20-3 ●心臓リハビリテーション



1) 心リハ実施中の患者急変時の対応マニュアル

### 心リハ実施中の患者急変時の対応マニュアル

心リハについて			
1	心リハとは	心機能の回復、当該疾患の再発予防等を図るため、心肺機能の評価による適切な運動処方に基づき、運動療法を個々の症例に応じて行うリハビリテーションのこと。	
2	対象疾患	急性心筋梗塞、狭心症、開心術後、大血管疾患、慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患	
3	場所	<b>E館1階心臓リハビリ室</b>	
4	心リハ実施日程	月・木・金の午前10:00～12:00まで、外来を含む	
5	心リハスタッフ	循環器内科または心臓血管外科担当医師	1名
		心リハ専任看護師	1名
		理学療法士	2名

医療安全対策  
文書 No.772

平成21年5月1日より心大血管等リハビリテーション施設基準Iを取得し、E館1階心臓リハビリ室にて心リハを実施しています。

**E館1階**  
**心臓リハビリ室**

#### 訓練中の患者急変時の対応

1	右の1)または2)の項目に該当する場合は訓練を中止する。  【参考】「医療安全対策文書No.49: リハビリテーション実施のための基準」	1) 訓練を行わない方がよい場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 安静時脈拍 120/分以上</li> <li>・ 拡張期血圧 120mmHg以上</li> <li>・ 収縮期血圧 200mmHg以上</li> <li>・ 労作性狭心症を有するもの</li> <li>・ 新鮮心筋梗塞、約2週間以内のもの</li> <li>・ うっ血性心不全の所見の明らかなもの</li> <li>・ 心房細動以外の著しい不整脈</li> <li>・ 訓練前すでに動悸・息切れのあるもの</li> <li>・ 発熱が38.5℃を超えた場合(脳血管障害患者)</li> </ul>
		2) 途中で訓練を中止する場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 訓練中、脈拍数140/分を超えた場合</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> </ul>
2	体調不良、心電図上の異常波形	患者が体調不良を訴えた場合や、心電図で異常波形が認められた場合は、直ちに訓練を中止し医師の判断を仰ぐ。	
3	医師不在の場合	原則、心リハは医師の立会いの下、訓練を実施する。 不在のときは下記①②のように連絡する。 ① 当日の心リハ担当医に連絡する ② A4病棟循環器内科医師に連絡する	
4	心肺停止等急変時の対応	<b>直ちにコードナインとし、救命処置を施す(参考: 医療安全対策文書No.624: 患者急変または意識がない人を見つけたときの対応マニュアル)</b>	

#### 心リハ室に備えてある器械・器具

ストレッチャー、酸素供給装置(酸素ボンベ)、除細動器、心電図モニター装置、救急カート(薬剤関係、アンビューバッグ、ジャクソンリース等)