



日本離床研究会
第7回 全国研修会・学術大会

ディベート
積極的安静 vs ルーティン離床
～ 脳科学からみた睡眠と離床の有効性～

積極的安静
久松 正樹

ルーティン離床
徳田 雅直



脳卒中治療ガイドライン2015

脳卒中治療ガイドライン2015
主な障害に対する推奨文のまとめ 一部抜粋

脳卒中患者の早期離床の効果

- ・ 肺炎、尿路感染症の発生率減少
- ・ 歩行能力の改善
- ・ 発症12ヶ月時点におけるADL自立の回復改善
- ・ 自宅退院率が高い可能性
- ・ 精神機能、QOLの改善

脳卒中離床開始基準 日本離床研究会による共通基準

※ 脳卒中診療ガイドライン（脳神経ケア学）第2版（2015年）

共通基準

- ・ 意識障害の進行がない
- ・ 神経症状の進行がない
- ・ 心原性ショック／急性循環不全（収縮期血圧<90mmHg）がない

脳梗塞

血圧：220/120mmHgを超えた場合そのまま離床せずに降圧療法を検討する
※ 出血性梗塞の場合は収縮期血圧140mmHg以下にコントロール

病型	離床開始基準
ラクナ梗塞	特に制限なし。BADの場合は個別に検討
心原性脳塞栓症	心エコーの評価後、残留心内血栓と心不全徴候が無ければ離床開始
アテローム血栓性脳梗塞	原則診断日翌日より離床開始を検討。画像上梗塞の拡大を認める場合、神経症状の進行を認める場合は個別に検討

脳出血

病型	離床開始基準
脳出血	収縮期血圧180mmHg以下にコントロールされている 発症または手術翌日の画像評価で、血腫の増大、急性水腫症が否定されれば離床開始

くも膜下出血

病型	離床開始基準
くも膜下出血	破裂動脈瘤の根治術が行われ、収縮期血圧が200mmHg以下にコントロールされている

早ければ、早いほどよいのか？

2015年：AVERT III (A very early rehabilitation trial III)

※ 発症から介入までの時間/24時間以内に離床活動
超早期リハビリ：18.5時間/9割
通常ケア：22.4時間/6割

超早期リハビリの有効性を棄却

機能改善や合併症予防における優位性は認められず

2016年6月 Neurology：より頻回に、しかし少ない量を

離床を行う上で、何を留意すべきか？

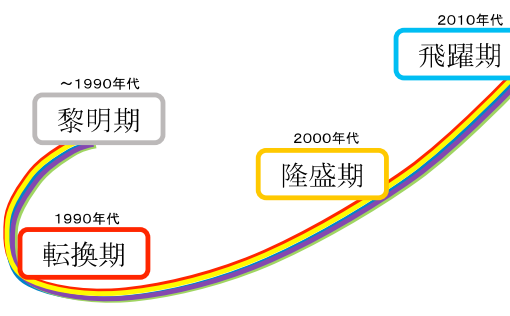
- ☑ ペナンプラを意識
- ☑ 平均血圧を意識
- ☑ 病型と時期を意識



脳血流
脳活動
ペナンプラ
難病克服

脳血管障害のタイプ	脳循環自動調節機能の破綻期間
脳梗塞	主幹動脈領域 30～40日間 分枝領域 2週間
脳幹部の脳梗塞	ときに100日以上及ぶ
ラクナ梗塞	4日間
TIA	半日

日本離床研究会・脳卒中急性期における看護ケアとリハビリテーション



1990年代 転換期

～1990年代 黎明期

2000年代 隆盛期

2010年代 飛躍期

いまや、離床することは当たり前の時代