

介護支援専門員実務研修 6日目

ケアマネジメントの展開

15－②章

脳血管疾患に関する事例

本科目の目的

脳血管疾患の特性や療養上の留意点、起こりやすい課題を踏まえた支援に当たってのポイントを理解する。

本科目の習得目標

- ①脳血管障害の特徴について説明できる。
- ②脳血管障害における生活障害の特徴について説明できる。
- ③脳血管障害における療養上の留意点や起こりやすい課題について説明できる。
- ④脳血管障害における環境の調整（福祉用具・住宅改修を含む）の必要性について説明できる。
- ⑤脳血管障害におけるリハビリテーションの必要性について説明できる。
- ⑥医療職をはじめとする多職種との連携・協働のポイントについて説明できる。
- ⑦脳血管障害の特性に応じたケアマネジメントの具体的な方法を実施できる。
- ⑧継続学習の必要性と、具体的な学習方法を述べることができる。

脳血管疾患の支援にあたっての ポイント

- ①リハビリテーション（活動と参加の促進）
- ②再発の防止
- ③重度化の予防
- ④生活習慣の改善
- ⑤介護負担・不安の軽減



第1節 脳血管障害の特徴

1. 脳血管疾患にかかる事例を学ぶ意味

脳血管疾患：日本人の三大死因の一つ。

脳血管障害：介護が必要となる要因の2位。

図15-②-1-1 脳血管疾患の予後

早期に回復 約10%	何らかの後遺症のため慢性期リハビリが必要 70%以上	1か月以内に死亡 10~12%
---------------	-------------------------------	--------------------

後遺症 発症してから、1か月以内に10~12%の人が亡くなる
 発症から3か月までに80~90%の人は回復が停止
 発症から6か月までに90%以上の人の回復が停止
 発症から6か月のうちに症状が固定する
 身体障害者の障害等級の申請は6か月を経ってから

第1節 脳血管障害の特徴

P.
74.75

(2) 慢性期における治療の目的

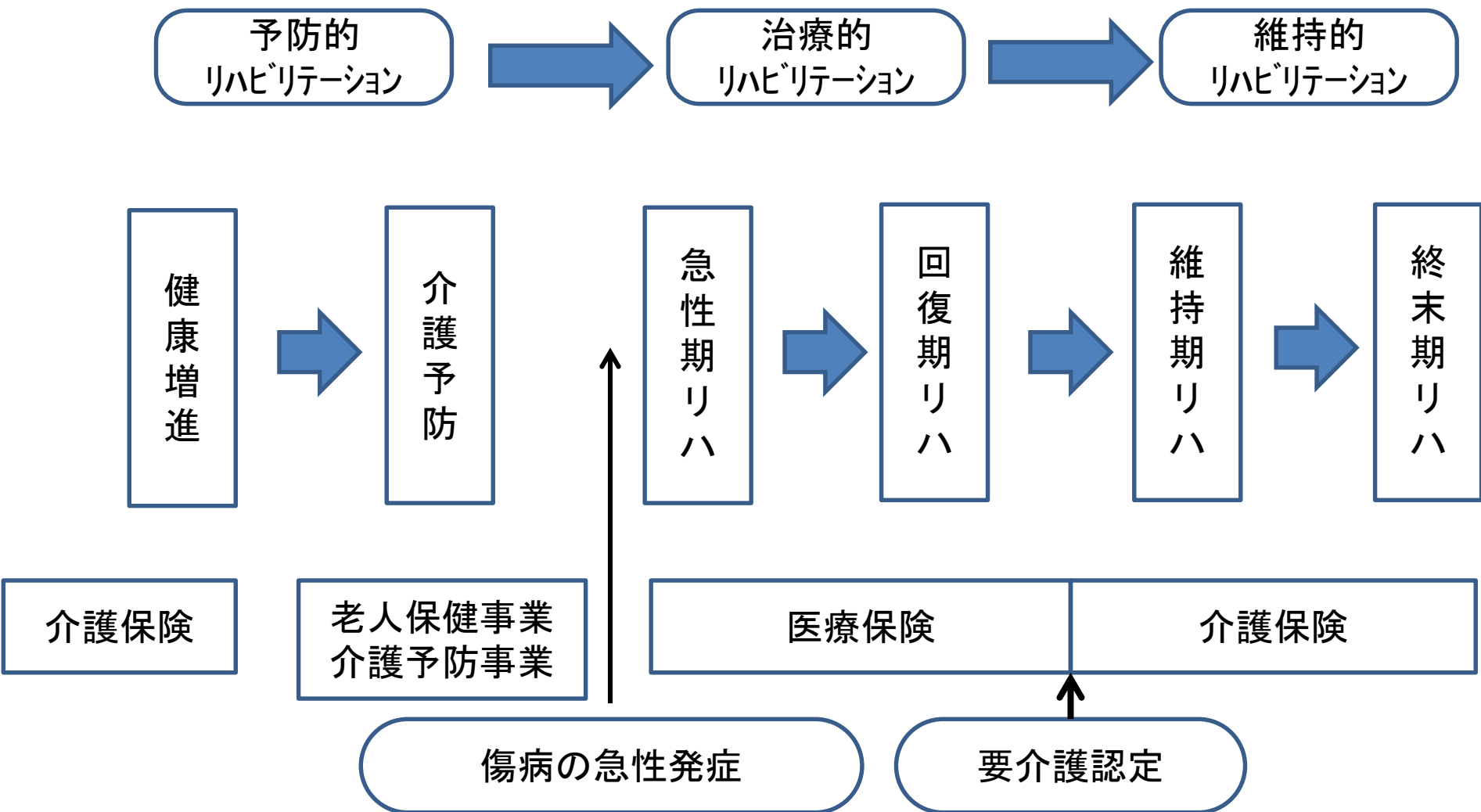
◆目的

- ①後遺症の治療
- ②再発の防止
- ③合併症の予防・治療

◆手段

- ①リハビリテーション
- ②薬物療法
- ③日常生活指導
- ④その他(手術を含む)

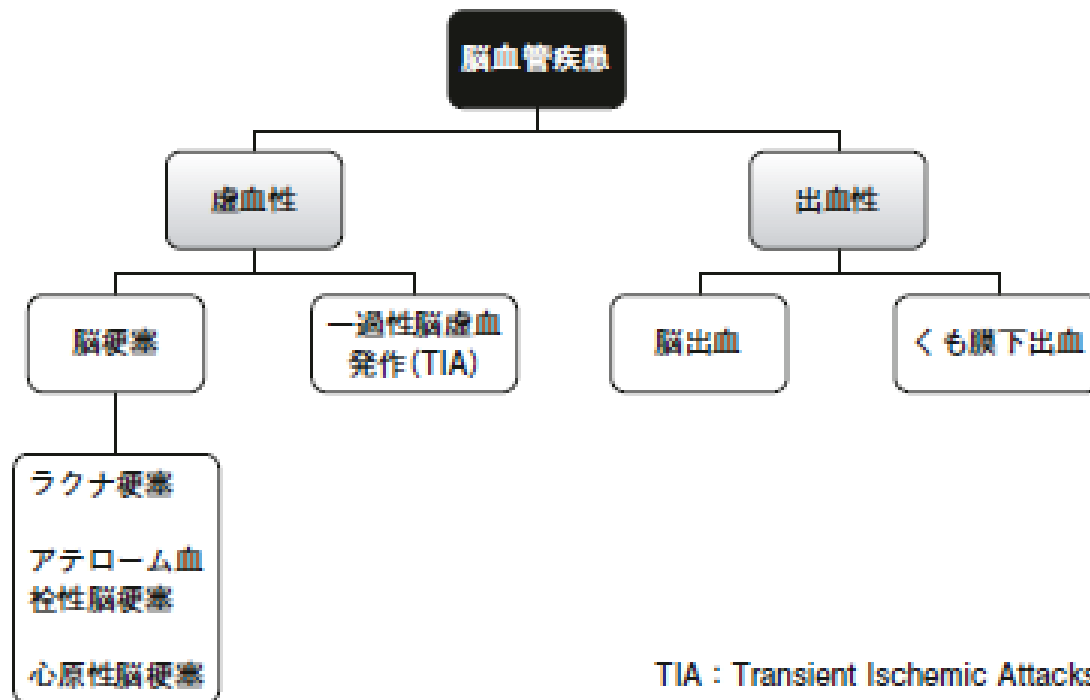
リハビリテーションの流れ



2. 脳血管障害の分類

- 1) 出血性脳血管障害⇒破れる
- 2) 虚血性脳血管障害⇒詰まる

図15-②-1-3 脳血管疾患分類



脳卒中の分類



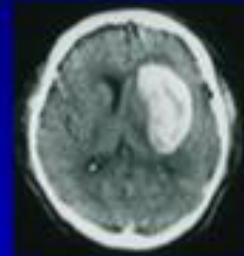
脳卒中

脳梗塞

脳出血

くも膜下出血

一過性
脳虚血発作



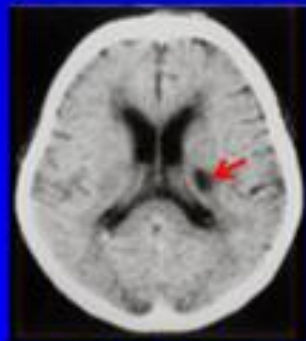
被殻出血

ラクナ梗塞

アテローム 血栓性脳梗塞

心原性脳塞栓症

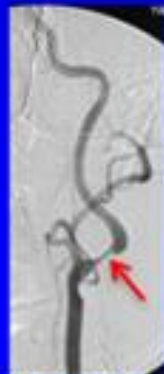
その他 脳梗塞



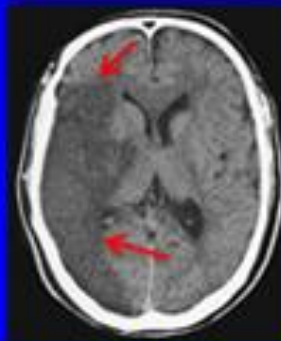
穿通動脈閉塞



動脈硬化性狭窄/閉塞



右総頸動脈造影



塞栓性閉塞



心房細動/
左心耳内血栓

動脈解離
もやもや病
血管炎
髄膜炎
経口避妊薬
凝固異常症
その他

●図表1 脳卒中の種類と特徴

破れる

脳出血

長年にわたる高血圧などの影響でもなくなった脳の血管が破れて、脳内に出血する病気。出血した血液が固まって血のかたまり（血腫）をつくり、周囲の細胞に大きなダメージを与えます。

比較的細い血管からの出血

動脈瘤からの出血

くも膜下腔にたまった血液

破れる

くも膜下出血

脳の動脈が破れ、出血がくも膜下腔に広がります。たまった血液が脳全体を刺激するため、多くの場合、激しい頭痛を起こします。

出血の大半は、血管が枝分かれした部分にできたコブ（動脈瘤）の破裂によるものです。

詰まる

脳梗塞

脳の血管が詰まり血流が途絶えてしまうために、その血流によって養われている脳の組織が傷害され、壊死してしまう病気。

血管が詰まる原因により大きく、

- ・アテローム血栓性脳梗塞
- ・ラクナ梗塞
- ・心原性脳塞栓（そくせん）症の3つのタイプに分類されます。

血栓による血管の閉塞



クモ膜下出血

出血



動脈瘤が破れるとクモ膜下脳出血を起こす。

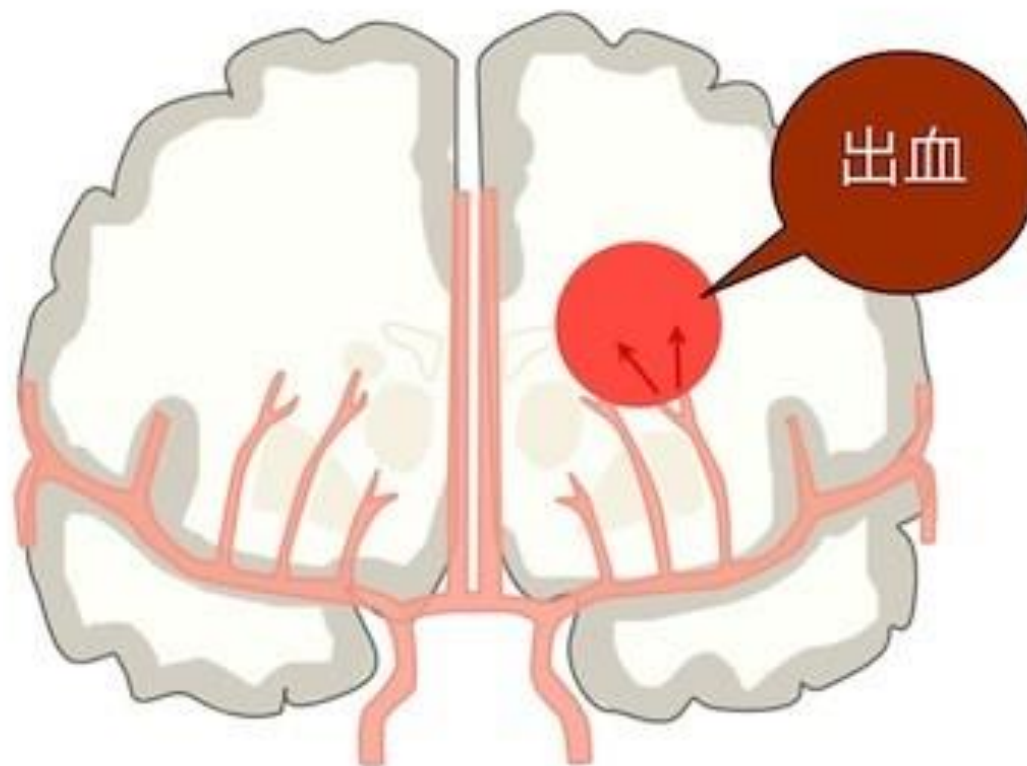
出血性脳血管障害

1) くも膜下出血

- ・主に脳の動脈にできたこぶ(脳動脈瘤)が破裂して、脳を包む「くも膜」と脳の間に出血が起きる病気です。
- ・典型的な症状は、**突然殴られたような激しい頭痛**。破裂直後重篤な状態になることが多い。できるだけ早く脳動脈瘤の治療を行うことが重要



脳出血



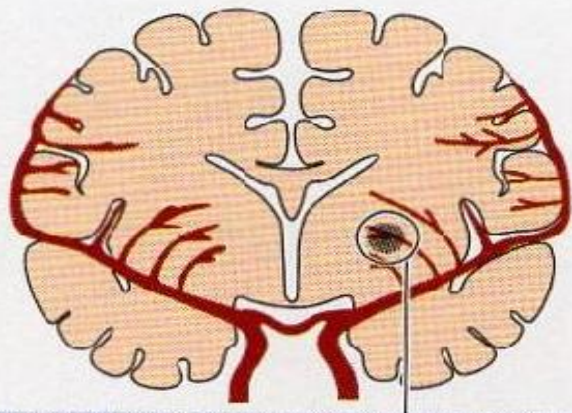
脳の血管が高血圧などで破れると脳出血を起こす。

出血性脳血管障害

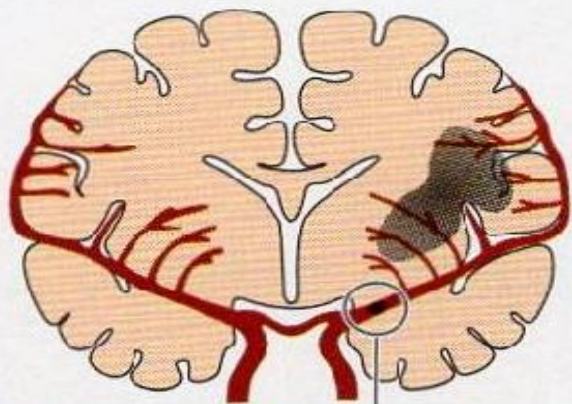
1) 脳出血

- 脳内の細かい血管が切れて出血する病気です。**主な原因は高血圧です。**
- 出血した脳の場所によって症状が異なる。
- 予防が大切
- 血圧の急激な上昇に注意することが大切である。

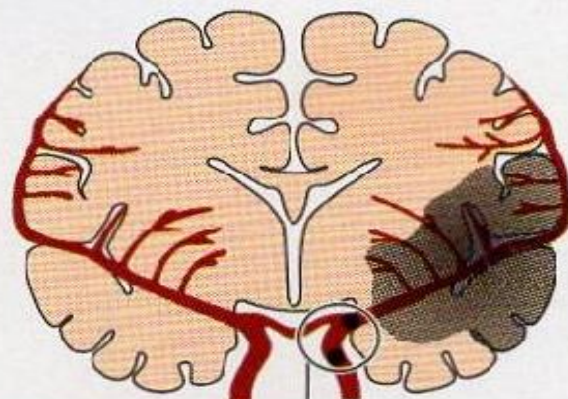
● 脳梗塞



● ラクナ梗塞
細い血管が詰まって起こる脳梗塞



● アテローム血栓性脳梗塞
太い血管が動脈硬化を起こして細くなったり、詰まったりして起こる脳梗塞



● 心原性脳塞栓症
心臓にできた血栓（血の固まり）が流れてきて、太い血管が詰まって起こる脳梗塞

虚血性脳血管障害

脳梗塞

ラクナ梗塞

- **脳の細い血管**に長い間強い圧力がかかり続け、血管壁が徐々に厚くなり血液が通りにくくなることで、たくさんの血管が詰まる状態。
- 症状が自覚されないこともある。
- **脳梗塞の中でも最も多い。**
- **睡眠中に起こることが多い。**

虚血性脳血管障害

脳梗塞

1) アテローム血栓性脳梗塞

- ・脳の太い動脈に動脈硬化が起こり、血栓ができて血管が詰まることで発症する脳梗塞。
- ・粥状動脈硬化・中膜硬化・細動脈硬化
- ・粥状動脈硬化は、高血圧・脂質異常症・糖尿病などの生活習慣病により発症し、進行し、肥満や喫煙で進行のリスクは高まる。

虚血性脳血管障害

脳梗塞

1) 心原性脳梗塞

- ・心臓の中でできた血栓が頸動脈を通過して脳の太い動脈を詰まらせて起こる脳梗塞。
- ・原因は心房細動や洞不全症候群や急性心筋梗塞などの心臓病です。
- ・ほとんど日中の活動時に突然発症する。

一過性脳虚血発作(TIA)

- ・脳梗塞の中には、前兆として症状が現れることがあります、このことを一過性脳虚血発作と呼ぶ
- ・多くの場合2分～15分で消失、長くても24時間程度で症状が消失する。
- ・TIA発症後90日以内に脳梗塞を起こす可能性は15～20%。
- ・一方でTIAを疑った時点で速やかに治療を開始した場合90日以内の発症率は2%に低下するというデータもある。

TIAの主な症状

- 手足に力が入らない
- 重いめまいがする
- いつになく激しい頭痛がする
- 明らかに普通でない感じの頭痛が突然起こった
- 手足や半身が突然しびれた
- ろれつが回らない、言葉が一瞬、でてこなくなる
- 片側の視界が、一時的に真っ暗になる
- 物が二重に見える

第1節 脳血管障害の特徴

3. 脳血管障害の初期症状

(1) **FAST、主な症状**

(2) 早期の治療開始の支援

4. 脳血管症状の診断

(1) 医師の診断

○ **意識レベル(JCS)**

(2) 画像診断

(3) 脳血管障害の後遺症

3. 脳血管障害の初期症状

(1) FAST

F(Face)

笑顔をしてもらおうと、口元が上がらず引きつる

A(Arm)

前にならへをしてもらおうと、片側が下がる

S(Speech)

簡単な例文を繰り返してもらおうと、ろれつが回らない

T(Time)

発症時刻の確認

上記で脳梗塞が疑われたら、救急車を呼ぶ
早期治療が回復の可能性を高める

脳血管障害の主な症状

- 手足がしびれる
- 重いめまいがする
- 立って歩けない
- 今までに感じたことのない激しい頭痛がする
- 気分が悪い・気持ちが悪い
- 嘔吐
- 意識障害
- いびきをかいている

JCS : Japan Coma Scale

I. 覚醒している

1. 見当識は保たれているが意識清明ではない
2. 見当識障害がある
3. 自分の名前・生年月日が言えない

II. 刺激に応じて一時的に覚醒する

1. 普通の呼びかけで開眼する
2. 大声で呼びかけたり、強くゆするなどで開眼する
3. 痛みや刺激を加えつつ呼びかけを続けると辛うじて開眼する

III. 刺激しても覚醒しない

1. 痛みに対して振り払うなどの動作をする
2. 痛みや刺激で手足を動かしたり、顔をしかめたりする
3. 痛みや刺激に対し、まったく反応しない

4. 脳血管症状の診断

(1) 医師の診断

意識レベル

神経学的所見

(2) 画像診断

CT

MRI

(3) 脳血管障害の後遺症

意識障害・麻痺・言語障害・高次脳機能障害

血管性認知症などがあげられる

第1節 脳血管障害の特徴

5. 脳血管障害の治療

(1) 脳出血の治療

(2) 脳梗塞の治療

療 法	出血の程度	目 的
薬物療法	範囲が小さい 手術できない	血圧のコントロール 脳浮腫の解消 頭蓋内圧亢進の解消 けいれんの抑制
外科療法	血腫が比較的大きい	意識障害がみられ、脳ヘルニアの可能性がある場合などに治療

第1節 脳血管障害の特徴

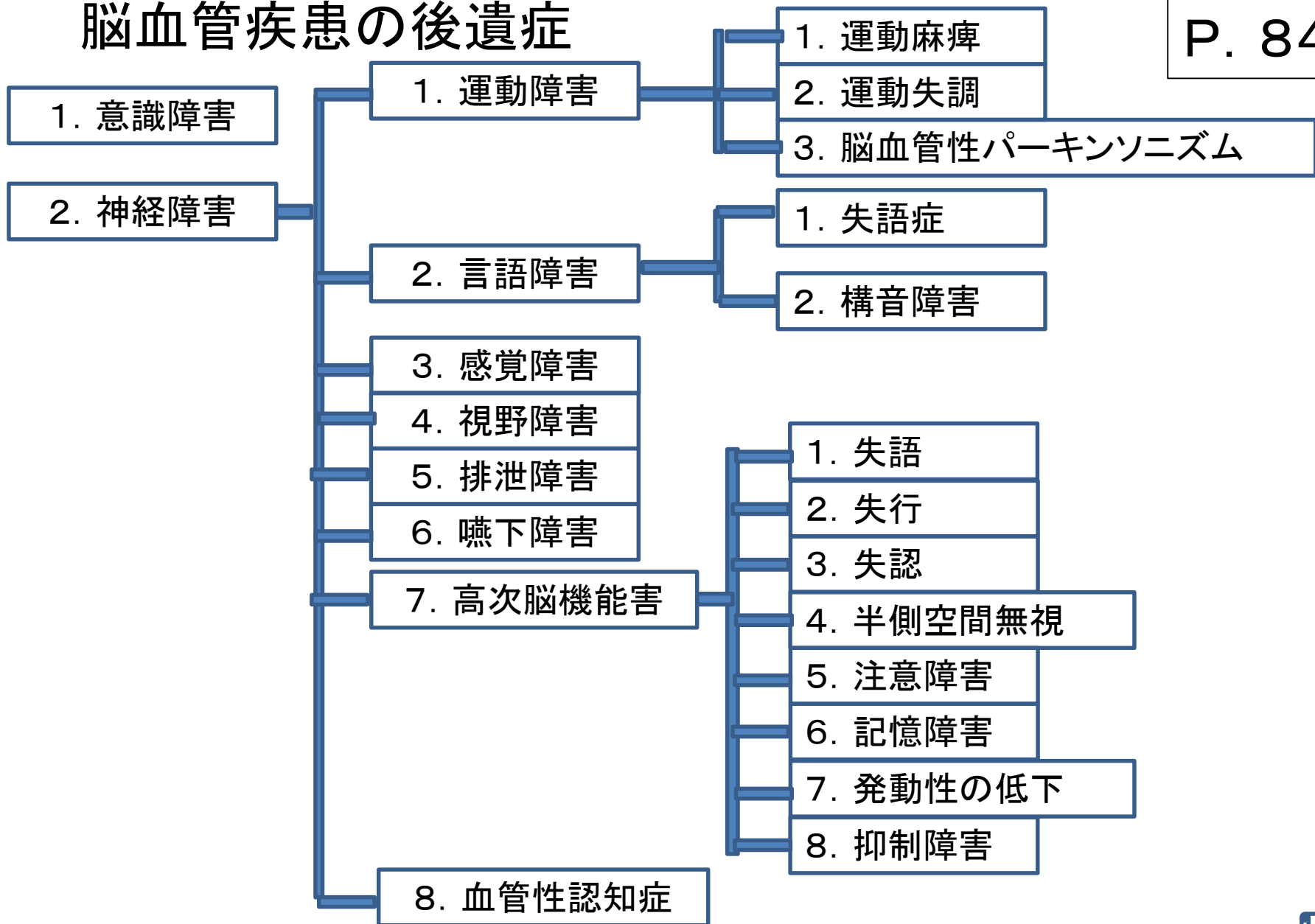
6. 脳血管障害の医療連携と在宅支援

- ①発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制
- ②病期に応じたリハビリテーションが可能な体制
- ③在宅療養が可能な体制

第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

脳血管疾患の後遺症

P. 84



第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

P84

1. 意識障害

○意識の中枢は**脳幹**にあり、大脳に対して覚醒するための信号を送っている。

○脳血管障害では、この経路が障害され、意識レベルが一時的に低下することがある。

○比較的軽度の意識障害であっても、長期にわたって継続すると日常生活への影響が大きくなる。

第2節 脳血管障害の後遺症と 生活機能への影響

P. 85

2. 神経障害

○さまざまな身体機能に対して起こる。

【神経障害の概要】

運動障害

言語障害

感覚障害

視野障害

排せつ障害

嚥下障害

高次脳機能障害

血管性認知症

など

第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

P. 85

2. 神経障害

(1) 運動障害

1) 運動麻痺(片麻痺)

脳血管障害による後遺症のなかで最も代表的。自分の意思に対して思うように手足が動かない状態。

片麻痺は全身の筋肉の動きをコントロールする役割を持つ「運動野」が障害されることで起こります

左右の運動野と筋肉を結ぶ神経は首の部分で交差している

右の運動野は左の上下肢体幹、左の運動野は右の上下肢体幹の領域の筋肉をコントロールしている

① 運動麻痺の回復のステージ(BRS)

回復ステージ	状態
Stage. I 弛緩性麻痺 (完全麻痺)	筋肉がダラッとゆるんでしまっている状態で、自分では全く動かさず(随意的に動かすことができない)、脳卒中発症早期にみられる。
Stage. II 連合反応の出現	連合反応が誘発され、身体の一部を動すと、他の麻痺した部位まで筋収縮や運動が起こる。たとえば、あくびやくしゃみをしたとたん、上肢では腕や指が曲がり、下肢では足がまっすぐに伸びる。
Stage. III 共同運動パターンの出現	共同運動では、個々の筋肉だけを動かそうとしても、付随するほかの筋肉までいっしょになって動いてしまう (一定の運動パターン以外の運動ができない)。共同運動には、屈筋共同運動 (足や手が全体的に屈曲方向に曲がってしまう) と伸筋共同運動 (足や手が全体的に伸びてしまう) の2種類の運動パターンがある。
Stage. IV 分離運動の出現	共同運動のように全体的に動いてしまうのに対して、それぞれの関節が <u>少し分離して動く</u> ようになる。
Stage. V 分離運動の進行	共同運動・痙性の出現が弱くなり、 <u>より多くの運動 (分離運動) が可能</u> になる。
Stage. VI さらに分離が進み正常に近づく	共同運動・痙性の影響がほとんどなくなり、運動の協調性や速度も正常化し、個々の関節が自由となる。しかし、その動きは少しぎこちない。

第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

P. 85, 86

【運動麻痺の回復の目安】

- 利用者・家族にとって、どの程度回復するのは最も心配するところで、生活全体にも影響を及ぼす。
- 時間経過と共に慢性化するため、適切なリハビリテーションが重要。

【手の麻痺の場合】

- ・一般的に、発症から1か月目と3か月目の状態が目安とされる。
- ・発症当日から動かせれば、ほぼ完全に回復が期待できる。1か月以内に動くようであれば、不自由なく使える程度の回復が期待。3か月目までに動くようであれば、補助手として使える程度の回復が期待。

【足の麻痺の場合】

- ・発症から1か月目までに、寝た状態で自転車を足でこぐ動きができれば、正常の歩行ができるようになる。
- ・3か月たっても立て膝ができないと、歩行ができる期待は低い。

第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

(1)運動障害

P. 86

2)運動失調(多くは小脳の損傷)

- ・共同運動の障害で、運動を円滑に協調させて行うことができない状態。不随意運動(意思とは無関係に動いてしまう)
小脳性、脊髄性、前庭迷路性、大脳性、末梢性
- ・7つの要素
測定障害・変換性運動障害・運動分解・共同収縮不能
企図振戦・時間測定障害・筋トーン低下

3)脳血管性パーキンソニズム

- ・脳梗塞などの後遺症によって発症する症状で、手足が震える、筋肉が硬直する、ゆっくりとした動作が行えない
- ・本来のパーキンソン病とは区別され、処方薬も全く異なる
- ・高齢者の発症が多く、生活習慣病でリスクは高まる

第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

P. 87

(2) 言語障害

1) 失語症

脳の言語に関する機能を支配している部分に損傷を受けることで起こる。

① 運動性失語

- ・相手の話を理解することはできるが、思った通りに話せない。
- ・主に発音がうまくできない。

② 感覚性失語

- ・流暢に話すが、意味のわからない内容になる。
- ・相手の話していることも理解することができなくなる。

③ 健忘失語

- ・聞いて理解する力はあるが、言葉がうまく思い出せない。回りくどい言い方、話し方。
- ・「あれ」「それ」といった代名詞が多い。

第2節 脳血管障害の後遺症と 生活機能への影響

P. 88

④伝導失語

- ・聞いて理解する力はしっかりしているが、錯語(言い間違い)が多い。
- ・単語の一部、あるいは違う単語に言い換えてしまう。例えば、「めがね」→「めがめ」、「めがね」→「とけい」など。

⑤全失語

- ・重度の失語症。聞く・話す・読む・書くなどを意味のある言葉でほとんど表現できない。
- ・無言になる。
- ・聞いて理解する能力については、ほとんど失う場合も、ある程度は保たれる場合もある。

第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

⑥超皮質性運動失語

自発語が低下するが、複唱能力が高い

⑦超皮質性感覚失語

意味が理解できないが、オウム返しが行える

⑧混合型超皮質性失語

全失語に似ているが、複唱が良好なもの

⑨交叉性失語

純粋な右利きの人々が右大脳半球を損傷して発生する失語

第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

P88

2) 構音障害

話すことに関する筋肉の運動障害。失語症とは違い、言語中枢が損傷しているわけではないので、言葉を理解したり、文字を書いたり、本を読んだりすることはできる。

①麻痺性構音障害

- ・発音が不明瞭、声の質が変わったりする。
- ・相手の話を理解して、答えることはできるが、舌がまわらずうまく話せない。

②失調性構音障害

話をしたときに、リズムが乱れる、つかえる、繰り返しの言葉がうまく言えない。

第2節 脳血管障害の後遺症と 生活機能への影響

P. 88

(3) 感覚障害

体の半身の感覚が鈍くなったり、しびれや痛みなど、感覚に関する症状が突然起こったりする。

しびれや痛みは治りにくく、生活に影響を及ぼすことが少なくない。

(4) 視野障害

視野が狭くなる、視野の半分が見えない。安全面でも問題となったり、日常生活のしにくさや行動範囲の制限といった面でも影響を及ぼすことが少なくない。

同名半盲の場合、麻痺側の視野が狭くなる

第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

P. 89

(5) 排せつ障害

排せつをコントロールしている脳の部分(大脳・脳幹)が損傷を受けると起こることがある。

日常生活でも最も大きな問題の一つとなるため、症状や改善の可能性についても検討しておく。

- ・頻尿、尿失禁、尿意を感じない、尿が出ない
- ・便秘、便失禁、便意を感じない

第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

P. 89

(6) 嚥下障害

食べ物や飲み物の飲み込みがうまくできない状態。嚥下に関する神経障害が起こると発症し、急性期では、半分以上の人にみられる。意識が回復してくるととともに大半は回復するが、後遺症として残ることもある。

○誤嚥性肺炎

- ・食べ物や飲み物が気管に入りやすくなってしまうことで、唾液や胃液とともに細菌が肺に流れ込んで生じる「誤嚥性肺炎」が起こりやすくなる。
- ・高齢者の脳血管障害での死亡原因の1位となる危険なものなので、注意が必要。

摂食・嚥下ってなに？

口の中の飲食物を胃まで送り込む働きのことを「嚥下」といいます
簡単に言うと飲み込むことです。

「摂食・嚥下障害」というのは、食べる能力に広く関わる障害。
食事は、生命を維持するために必要であるばかりでなく、人間らしい生活を営む上でも大切なこと。

誤嚥とは何ですか？

飲食物などが、声門(左右の声帯の間)を超えて「気管の中に入り込む」ことを誤嚥といいます。

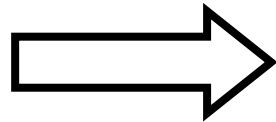
入りこんだ食物は肺組織に障害をもたらして、肺炎を発生させたり、気道をふさいで窒息に至らせたりします。しかし、誤嚥がすぐ肺炎を引き起こすわけではありません。**口腔や咽頭内の細菌や誤嚥物の酸性度なども関係してくる。**

摂食・嚥下障害が疑われる症状

摂食・嚥下障害
が疑われる症状

むせの有無が
とくに重要である

その他



- ・むせる(おもに水分で、おもに固形で)
- ・のどがゼロゼロという
- ・飲み込みにくい
- ・食物がのどの奥でつまる感じがする
- ・飲食物が鼻からもれる
- ・飲み込むときに口やのどが痛む
- ・食べた物が口に逆流する
- ・飲食物が口の中に残る
- ・食べ物をポロポロこぼす
- ・硬いものが噛みにくい
- ・食欲がない
- ・食事に時間がかかる
- ・食事をすると疲れる
- ・味や温度などの感覚がわからない
- ・体重が減少している

第2節 脳血管障害の後遺症と 生活機能への影響

P. 90

(7) 高次脳機能障害

- 脳に損傷を受けたために、麻痺などとはべつに、言語・記憶・思考・行為・学習・注意・判断といった「知的活動」「精神的活動」「精神的活動に障害が起きている状態。
- 見た目ではわかりにくく、周囲の人からも理解されにくい。
- 利用者自身も自覚していないことが多く、日常生活上も大きな支障となる。

高次脳機能とは、見る、聞く、触るといった感覚と実際の運動以外に、脳の中で行われている情報処理のプロセス

脳血管障害の後遺症としての
高次脳機能障害

感覚



高次脳機能

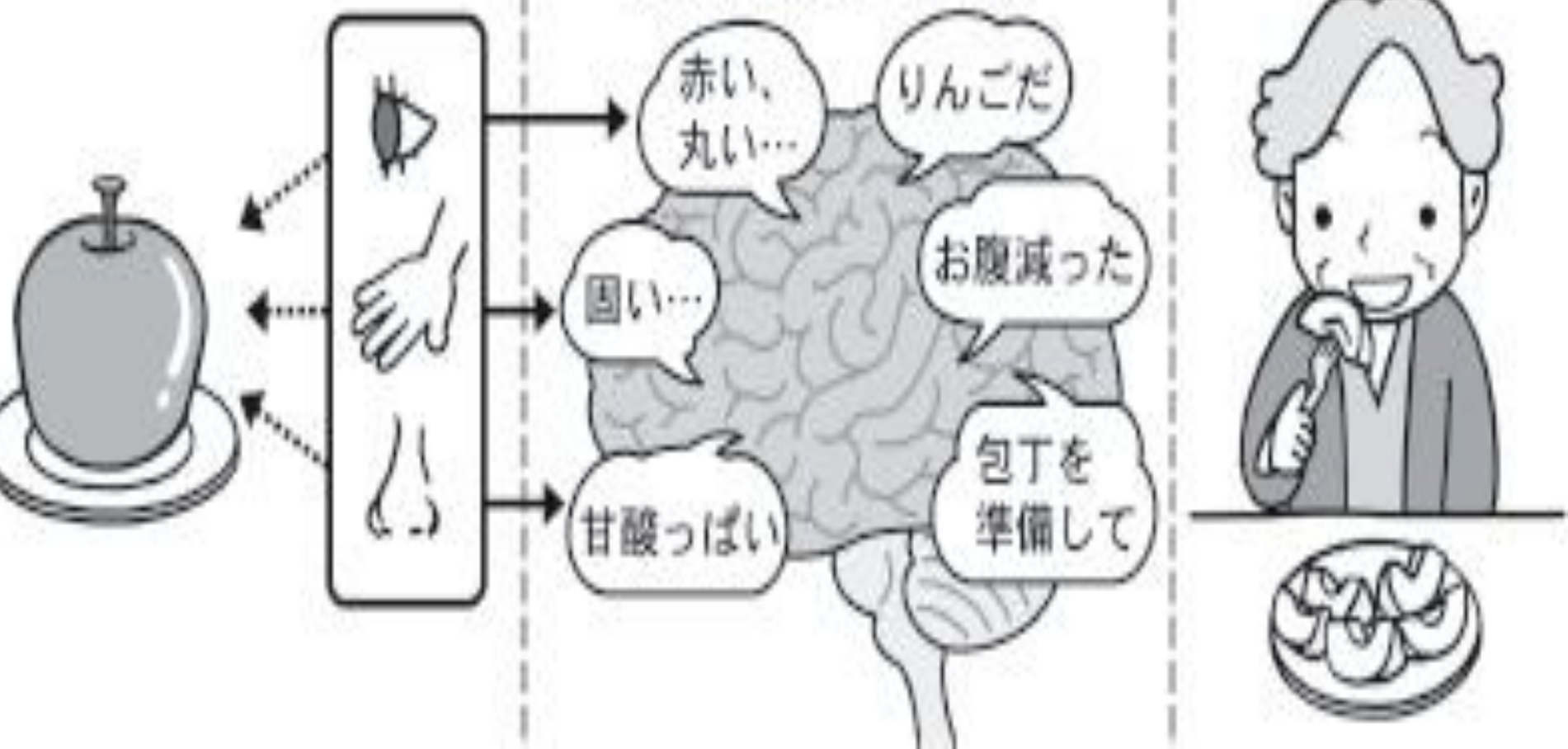


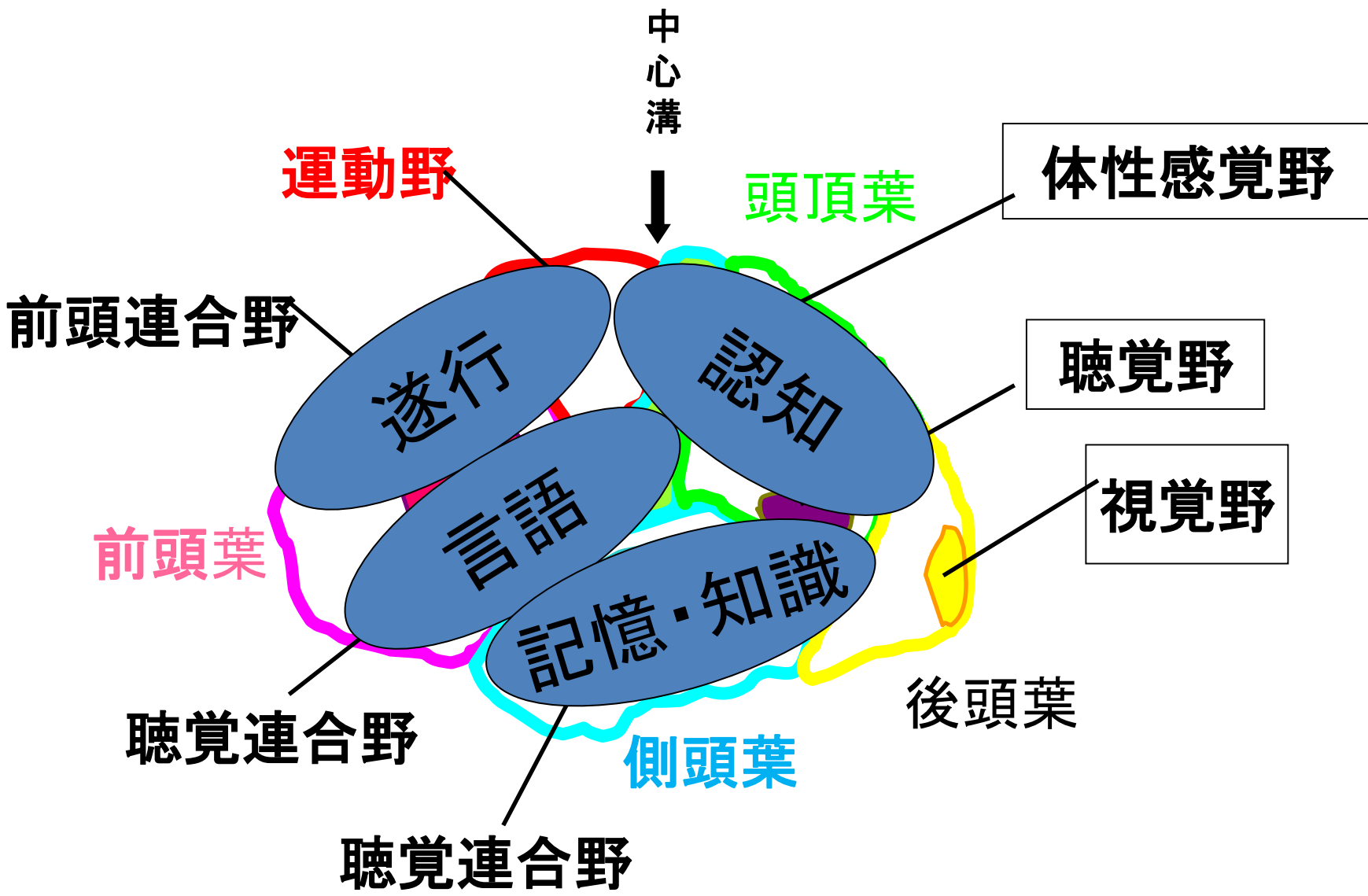
運動

見る、触る、嗅ぐ...

感覚情報を認識して取り
まとめ行動の計画を立てる

食べる





各脳葉の損傷による主な高次脳機能障害とその左右差

	右側	左側	右左どちらか片側	両側
前頭葉	<p>記銘減弱 失見当識 作話 健忘</p>	<p>口唇の失行、失書 運動性失語</p>	<p>気分の高揚、冗談 順応障害 自発性の欠如</p>	<p>無為、無動性無言 注意の維持能力・ 複雑な課題解決能力 の欠如、思考の硬直</p>
側頭葉	<p>空間的位置関係の 判断能力の低下 視覚的に提示され た非言語的検査障 害 音や音楽の失認</p>	<p>感覚性失語、 失音楽、呼名障害 健忘性失語</p>	<p>聴覚的錯覚と幻覚 手指失認 左右障害 失書 失算</p>	<p>Korsakoff健忘 無感情、温和、 性的活動の増加 見かけの怒り</p>
頭頂葉	<p>地誌的記憶喪失 病態失認、半側無視 着衣失行、身体失認</p>	<p>失読、触覚失認 Gerstmann症候群 両側の観念運動 失行</p>	<p>感覚の消去</p>	<p>注視の精神麻痺 視覚失調 視覚性注意障害</p>
後頭葉	<p>視覚性の錯覚、幻覚 地誌的記憶と視覚的 な見当識の喪失</p>	<p>失読、 失認 色彩呼称障害</p>	<p>同名性の半側色盲 幻覚</p>	<p>皮膚盲、色彩失認 相貌失認、Balint 視覚性同時認知障害</p>

話す・聞く・書く・読むことの障害

P. 91

1) 失語

◎主な症状

- ・話そうとするが言葉が出てこない
- ・思ったことと違う言葉を書いてしまう (錯語)
- ・話し手の言葉の意味がわからない
- ・文字が浮かばず書けない (失書)
- ・文章を読んで理解できない (失読)

運動性

感覚性

◎対応方法

言葉の理解が難しいにもかかわらず、理解したかのように返事をすることもあります。何かを伝えるときは、実際の物を見せる、使い方を実演する、言葉は簡潔に単語や短文程度にする、文字の理解がよければ簡潔な言葉で書いて伝えましょう。



行うべき動作を遂行するのに十分な運動機能が保たれ、どのような行為を行うべきかわかっているにもかかわらず、要求された行為を正しく理解できない状態

2) 失行

P. 91

物の使い方
行為の順番
物の認識が
わからない

肢節運動失行
観念運動失行
観念失行
着衣失行
構成失行

◎主な症状

- ・ 道具の持ち方や動かし方を誤り、うまく操作できない
- ・ 意識すると力が入りすぎたり、ぎこちなくなったりする
- ・ 道具と対象物の関係を誤る（例：くしで歯を磨こうとする）
- ・ 動作の順序を誤る（例：歯磨き粉をつけずに歯を磨こうとする）

◎対応方法

言葉で説明するよりも動作を真似してもらい、あるいは手を添えて身体の動かし方を伝えるとよい場合があります。慣れていない複雑な動きや手順の多い動作が苦手なので、操作が単純な機構の福祉用具を検討するのも一つの方法です。慣れるとうまくできることもあるので、正しい手順や身体の動かし方を常時サポートしてくれる介助者がいれば、反復練習の機会をつくってみましょう。

感覚は十分に保たれているのに、その感覚を通して
物品がなんであるか認知できない症状

P. 91

3) 失認

◎主な症状

- ・見ただけでは何であるかわからないが触るとわかる（視覚失認）
- ・人の顔や表情、老若男女を識別できないが声で誰かわかる（相貌失認）
- ・自分の身体の部位や位置関係がわからない（身体失認）
- ・自分と周囲の物、周囲にある物同士の位置関係を見て理解できない（空想図認知障害）

◎対応方法

上記のように見てわからなくても、触る・聞くなど別の感覚からだと理解できるので、障害されていない感覚から認識してもらおうとよいでしょう。視空間認知障害でも、触れたり連続的に手探りしたりしてみると距離感がわかりやすくなることがあります。



触覚失認
聴覚失認
手指失認
ゲルスマン症候群
病態失認

第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

P. 92

4) 半側空間無視

◎主な症状

- ・無視側の身体や車いすを壁などにぶつける
- ・無視側にある車いすのブレーキやフットサポートの処理を忘れる
- ・横書き文章の左側や数字の左側の桁を見落とす
- ・無視側から来る車や人に気づかない、無視側の道に気づかず曲がれない

◎対応方法

自ら気がつくことが難しいので、無視側に配置され、転倒などの危険因子になる物は片づけます。車いすのブレーキや取扱説明書の文章などは気付いてほしい部分をマーキングして目立たせましょう。また、疲れていたり、焦っていたりすると症状が出やすいので、ゆっくり探索できる時間を確保し、周囲の人は急かさず穏やかに対応するようにしましょう。



第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

P. 92

5) 注意障害



◎主な症状

- ・ぼーっとしている
- ・質問しても返答が乏しい、遅い
- ・話の一部しか聞いていない、聞き違える
- ・気が散りやすく落ち着きがない
- ・車いすのブレーキや段差など必要なところに気付かないなど
- ・他のことをしながらだと危険になる、動作が不完全になる

◎対応方法

こちらの話を聞いてほしいときはアイコンタクトを取って簡潔に伝える、必要に応じてポイントを書く、間違いなく理解できたか確認しましょう。福祉用具を使用する際の工夫としては、注意してほしい部分が目立つようにマーキングします。それでも危険が予測される場合は、介助者が見守れる体制を整えることが必要です。

第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

P. 92

6) 記憶障害



◎主な症状

- ・さっき言われたこと、したことを思い出せない
- ・日程や約束などを覚えていない
- ・ないはずの出来事があると思いこんでいる
- ・何度も同じ間違いを繰り返す

◎対応方法

日程や約束は紙に書いて渡しましょう。福祉用具の導入では、正しい使い方を学習できるかどうかのポイントとなります。ポイントは紙に書いて、目につきやすいところに置きましょう。

第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

P. 93

7) 発動性の低下

◎主な症状

- ・ 活気がない
- ・ 自分からやろうとしない
- ・ 話しかけられれば返事はするが会話が続かない
- ・ 他人に興味がない
- ・ 決められない

◎対応方法

自ら積極的に動こうとはしないので転倒などの危険は少ないのですが、廃用症候群など二次的問題が出やすくなります。離床を促す環境設定や通所系・訪問系のサービスを取り入れて活動する時間を作るようにします。ケアプランや福祉用具を自分で決められないこともあります。選択肢を与えて選んでもらう、試行期間を設けてみるなども一つの方法です。



第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

P. 93

8) 抑制障害（社会的行動障害）

◎主な症状

- ・よく考えず思いつきで行動してしまう
- ・じっとしてられない、待てない
- ・怒りっぽく、一人では冷静になれない
- ・してはいけないとわかっているにもかかわらず我慢できない
(飲酒、たばこ、買い物など)

◎対応方法

イライラや、してはいけないことをしてしまう誘因がわかれば、周囲の人はその話題やきっかけを作らないよう配慮しましょう。怒ってしまったときは、自分で気持ちを切り替えることは難しいので、周囲の人が違う話題に切り替える、または冷静になるまでその場を離れるなどをしてみます。落ち着かせようと、言い訳をしたり、追加して説明したりするのは逆効果です。長時間拘束されることが苦手なので、あらかじめ想定される時間を伝え、手短かにすませます。してはいけないことをルール化し、かかわる人がみな同じように対応するようにしましょう。





脳血管障害の後遺症としての 高次脳機能障害

学術的定義

行政的定義

記憶障害
注意障害
遂行機能障害
社会的行動の障害
...

失語症
失行症
失認症
人格変化
空間無視
...

行政的定義の高次脳機能障害とは

1. 連合野が局所的に障害された場合

○中高年で何らかの脳血管疾患により脳が損傷され、身体
の麻痺などとともに、失語や失認などの高次脳機能障害
を伴う場合

2. 脳が広範囲に障害された場合

○主として青年で、交通事故等によって脳が障害され、身体
の障害より記憶や行為、注意などの障害が残る場合

外傷性脳損傷 (TBI: Traumatic Brain Injury)

1. 脳挫傷

脳表面にある脳実質が、硬い頭蓋骨の間で直撃のダメージを受けて起こる出血を伴う損傷です。

2. びまん性軸索損傷

直撃ではなく、引っ張りやねじれなどのせん断力による軸索(神経線維)の損傷です。

2次的病態として以下を併発することがある

- ①頭蓋内血腫(硬膜外:硬膜下:くも膜下:脳内)
- ②脳浮腫
- ③頭蓋内圧亢進による脳ヘルニア
- ④感染(髄膜炎 脳膿腫)
- ⑤呼吸障害
- ⑥低酸素
- ⑦血圧低下
- ⑧てんかん
- ⑨水頭症など

脳外傷による高次脳機能障害とこれまでの高次脳機能障害との違い⁶⁴

	脳外傷による高次脳機能障害	従来の高次脳機能障害
原因疾患	交通外傷に多い。脳外傷 低酸素脳症、蘇生後脳症 一酸化炭素中毒、老化、高齢脳	殆どが脳梗塞、脳出血。 脳腫瘍、局在脳外傷(脳挫傷・外傷 性血腫)
臨床症状	急性期には意識障害 全般性認知障害と情動障害	失語、失認、失行などの大脳巣症状
症状の類似性	軽重はあるも類似・共通点が多い	脳病変部位に対応した個別症状
自覚症状	自覚症状に乏しく、訴えも少ない 家族の認識とかけ離れる	障害を自覚しないこともあるが、 それによる不便さは感じている
画像所見	全般性脳室拡大と脳萎縮が短期間 (数ヶ月以内)に完成する	脳梗塞、脳出血などの局在性病変 が目立つ
診断	専門家も見過ぎしやすい	専門家は見逃さない
神経心理学的検査	認知障害は検査できても、人格・性格変化は 測定できない	検査で測定できる
障害者福祉法	精神障害(適応事例が少ない)	身体障害(言語障害・視覚障害)
自賠償保険	“神経系統の機能または精神の障害系列”で総合的に認定	

高次脳機能障害の主な症状

高次脳機能障害の主な症状

90% 記憶障害

物の置き場所を忘れたり、新しいことが覚えられない。そのため何度でも同じ話を繰り返す

82% 注意障害

ぼんやりしていて、何かをするとミスばかりする
二つのことを同時にしようとすると混乱する。

75% 遂行機能障害

自分で計画を立てても物事を実行することができない。人に指示してもらわないと何もできない
いきあたりばったりの行動をする

55% 対人関係が
うまくいかない

すぐに他人を頼る、子どもっぽくなる、
無制限に食べたり、お金を使ったりする、
すぐ怒ったり笑ったりする、感情を爆発させる、
相手の気持ちや立場を思いやることができず、よい人間関係が作れない。

44% 感情の
コントロール障害

一つのことにとだわって他のことができない
意欲の低下、抑鬱

第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

P. 94

(8) 血管性認知症

多発性脳梗塞など、小さな脳梗塞が何度も起きている場合、その度に症状が悪化していく。脳血管性認知症の人は、脳梗塞などが再発する事も多く、急に症状が悪化する場合があるので、注意が必要。

【特徴】

① ただら認知症になりやすい

物忘れがあり計算ができないが判断力はある

② 感情失禁が起こりやすい

感情のコントロールができない

うつ傾向になる場合もある

③ さまざまな症状が現れる

扁桃腺

第3節 脳血管障害における療養上の留意点や起こりやすい課題

P. 96

脳血管障害の発生から急性期、回復期、維持期と進んでいくなかで、徐々に心身機能や生活機能が向上・維持されていく一方で、病気の再発や不活動により、些細なことでも生活状況が一変することがある。

第3節 脳血管障害における療養上の 留意点や起こりやすい課題

P. 96

1. 再発の防止

- 一度起きると再発しやすく、特に脳梗塞は発生率が高い。
- 再発すると、初めて発症したときに比べて重症化しやすい。
- 再発の原因となる病気の管理と生活習慣の改善が重要。

(1) 薬物療法

・抗凝固薬のワーファリン使用の場合

納豆・クロレラ・青汁は禁忌、緑黄色野菜の大量摂取×

(2) 再発の原因となる病気の管理と生活習慣の改善



高血圧

脂質異常症

温度
変化

いきみ

糖尿病

不整脈



肥満

タバコ

お酒

食事

先に紹介した危険因子1は、残念ながら変えようがありません。しかし、これ以外の危険因子には、努力すれば少なく出来るものもあります。これらを一つでも少なくしていくことが、予防につながります。

1. 高血圧

高血圧が続くと常に血管に大きな圧力がかかり、血管壁が傷つき動脈硬化から脳梗塞を引き起こすことがあります。また、血管に動脈瘤を作り出し、脳出血を引き起こすこともあります。

生活改善のポイントとして、

肥満であればダイエットする。塩分を減らす。禁煙。お酒はほどほどに。運動を心がける。などがあります。

2. 糖尿病

高血糖状態が続くと動脈硬化が促進され、脳内の細い血管まで動脈硬化が進み、脳梗塞を起こしやすくなります。

血糖値を下げるには、食事と運動がポイントです。

3. 脂質異常症

脂質異常症とは、体内のコレステロールや中性脂肪が多くなる病気です。総コレステロール値が高いタイプや、LDLコレステロール値が高いタイプなどいくつか種類がありますが、なかでも動脈硬化の重大な危険因子は高LDLコレステロール血症です。

食事の改善や有酸素運動で、改善できます。

4. 不整脈

心原性脳塞栓症の最大の原因は、心房細胞という不整脈です。通常心房細胞は、高血圧、冠動脈の動脈硬化、心筋症によって起こりやすくなりますが、健康な人でもタバコを吸い過ぎたり、お酒やコーヒーを飲みすぎたり、疲労したときなどに発作が起きることが有るので、注意が必要です。

5. 肥満

肥満度、BMIと体脂肪率を基準に判断されています。

BMIでは、22が理想体重で、25を超えると肥満とされます。

体脂肪率は、体重の中で脂肪が占める割合のことで、男性は25%以上、女性は30%以上だと肥満とされています。

肥満のかたの場合、体の隅々に酸素や栄養を届けるのに大量の血液が必要になるため、血圧が高くなります。また、コレステロール値も高くなりがちのため、放置したままですと動脈硬化が促進され、さらに血圧が上昇します。

ウォーキングなどの適度な有酸素運動を心がけるようにしましょう。

6. たばこ

吸わない人に比べて2~2.5倍も危険性が高いといわれています。たばこを吸うことで、ニコチンやタール、一酸化炭素が体内に入り、全身の血管が収縮して血圧が上がります。さらに脳の虚血を招くこともあります。

また、喫煙により悪玉のLDLコレステロールが増え、動脈硬化を促進します。周囲にいる人にまで悪影響を及ぼすので、一刻も早く喫煙習慣とお別れしましょう。

7. お酒

お酒は、適量を守った場合には、血管の循環を促し、身体をリラックスさせたり、食欲を促したりなどの良い作用が認められています。適量を超えて、飲みすぎてしまうと、肥満、動脈硬化、高血圧、糖尿病などの原因になり、脳血管疾患の危険性が高まります。

8. 食事

脳の血管を守るために必要な食生活のポイント

減塩・減脂肪・エネルギーコントロール・栄養バランス・食物繊維などです。

また、適度な運動や、ストレスを溜め込まないことが、生活習慣病の予防に繋がります。

血圧の高い方は、下記にも注意しましょう！

1. 急激な温度変化

冬の寒い時期の発症率は、夏の1.5倍です。これは、暖かい場所から急に寒い場所に移動すると、心臓に負担がかかったり、血圧が急上昇し脳血管疾患を引き起こすことがあるためです。

少しでも軽減させるために、冬はお風呂場の脱衣所や廊下など温度差をなるべく作らないように小さな暖房器具などで工夫しましょう。

2. 排便時の「いきみ」

クモ膜下出血の20%は用便中に起きています。特に冬場の夜間のトイレは温度差に注意するのはもちろん、排便時の「いきみ」により、血圧が上昇するため十分な注意が必要です。

第3節 脳血管障害における療養上の 留意点や起こりやすい課題 P. 97

2. 廃用症候群の防止

筋骨格系のところで

詳しくは、第15-④章「筋骨格系疾患及び廃用症候群に関する事例」で説明します。

(1) 廃用症候群の要因

心身の機能を使わないための二次的機能障害

(2) 廃用症候群の進行と回復期間

1日でも数%、1週間で10~20%

回復に1日の安静では1週間、1週間の安静では
1か月

(3) 廃用症候群の症状

高齢者ほど早く進行、認知症の進行の原因にも

第3節 脳血管障害における療養上の 留意点や起こりやすい課題

P. 97

3. 医療的なケアの必要性

- 医療的ケアの内容は多岐にわたる。
痰の吸引・褥瘡の処置、胃ろうや尿カテーテルの管理
気管切開や酸素投与を含めた呼吸管理
- 継続的な状態観察、早期発見。医師や看護師等と連携
- 利用者本人や介護する家族が行うケアや指導されている内容についても把握するとともに、支援にかかわる介護サービスや担当者間での連携も重要

4. リスクの管理

(1) 転倒

- 片麻痺に伴う立位や移乗、歩行の状況、動作の安定性を十分に考慮
- 転倒時に上肢の保護進展反応ができないため、転倒による衝撃を軽減できず、外傷や骨折等の危険性が高まる
- 住環境整備、家族指導、機能維持

(2) 誤嚥性肺炎

食べ物の形態、摂食や介助方法に注意

経口摂取をしていない人の誤嚥性肺炎の注意

(3) 栄養の問題

- ・低栄養状態・脱水に注意
- ・在宅NST

歯科医が訪問して入れ歯を調整し、歯科衛生士が口腔ケアを行い、言語聴覚士が摂食嚥下のリハビリテーションを行い、栄養士が栄養摂取を評価し食べやすい食事を工夫する。

第4節 脳血管障害における環境の調整 (福祉用具・住宅改修を含む)の必要性

P. 100

まずは利用者本人の心身機能の改善、
残存能力の向上を図ることが大切。
併せて、本人にとってより自立した生活
ができるようにさまざまな環境面での調
整も行っていく。

第4節 脳血管障害における環境の調整 (福祉用具・住宅改修を含む)の必要性

P. 100

1. 住環境調整

(1) 住宅改修 本人・家族・専門職種で検討

住宅改修の目的

介護保険での自立とは、利用者の意志に基づいてその有する能力に応じ自立した日常生活を営むこと、利用者が自らの能力の維持や工場に努めることです。手すりの設置、段差の解消などの住宅改修により

- ① できなかったことができるようにする
- ② 転倒の防止・安全の確保
- ③ 動作の容易性の確保
- ④ 精神的負担や不安の軽減
- ⑤ 介護者の負担の軽減

を図ることを通じて、利用者の自立を支援することが住宅改修の目的です

住宅改修の種類

1. 手すりの取り付け
2. 段差の解消
3. 滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更
4. 引き戸等への扉の取り換え
5. 様式便器等への便器の取り換え
6. 上記の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修

1. 住環境調整

(2) 福祉用具

P. 101

1) 福祉用具貸与

車いす、車いす付属品、特殊寝台、特殊寝台付属品、体位変換器
床ずれ防止用具、手すり、スロープ、歩行器、歩行補助つえ、
認知症老人徘徊感知機器移動用リフト、(つり具の部分を除く)
自動排泄処理装置の13種目 要支援・要介護1は8種目 ×

2) 福祉用具購入

腰掛便座、自動排泄処理装置の交換可能部品、入浴補助用具
簡易浴槽、移動用リフトのつり具の部分

3) 福祉用具活用の視点

2012年から福祉用具貸与販売サービスの提供については、福祉用具相談員が利用者ごとに「福祉用具貸与計画」「特定福祉用具販売計画」の作成が必要

1. 住環境調整

P. 102

(2) 福祉用具

4) 福祉用具貸与の上限設定

2018年4月からは福祉用具貸与計画書の交付の際に、全国平均貸与価格と貸与事業者の貸与価格の両方を説明するとともに機能や価格帯の異なる複数の福祉用具を提示することになりました。

(3) 住環境調整の際のポイント

1) 場所ごとの環境調整のポイント

玄関や廊下、居室、トイレや浴室・洗面所など生活の場所ごとに環境調整のポイントがあります。

2) 利用者本人の心身機能や能力の捉え方

住環境の調整を行う際には、利用者自身の心身機能や能力をしっかりと捉えた上で必要な調整を行いましょう

1. 住環境調整

P. 103

(3) 住環境調整の際のポイント

3) 介護する家族のとらえ方

家族の年齢や健康状態、身体機能や認知機能、介護の能力や知識を考慮し、負担が少なくなる方法を検討していきます。

4) 安全性・経済性のへの配慮

(3) 住環境の際のポイント

利用者本人の心身機能や能力の捉え方

- ・ 段差に応じて、立位バランス、片足立ち、段差を乗り越えられる筋力があるか
- ・ 立位での靴の着脱は安全か。椅子を利用する場合は立ち座りが安全にできるか
- ・ 歩ける場合は、段差を乗り越えられる筋力やバランス能力があるか
- ・ 便器に移乗する際の立位バランスや方向転換時のふらつきなどはないか
- ・ ズボンの上げ下げ時に立位が安定し、手を使うことができるか
- ・ 車いすを自操する場合、その能力はどの程度か(方向・段差)
- ・ 手すりが必要な場合、つかむなどの上肢や手指の機能は十分か
- ・ 扉の操作、手すりや段差の認知や安全な乗り越え方などの認知面での問題はないか
- ・ その他、生活場面で必要な能力を評価する

第4節 脳血管障害における環境の調整 (福祉用具・住宅改修を含む)の必要性

P. 104

2. 家族に対する対応

(1) 高齢者ケアの原則

自立を支援する

(2) 介護する家族への支援の必要性

1) 家族の力・・・ケア能力を押し量り、過度な負担にならないよう配慮

2) 家族生活の支援・・・健康状態やストレスに配慮
自己実現の時間の確保や休養も検討

3. その他

・経済的な課題

第5節 脳血管障害における リハビリテーションの必要性

1. リハビリテーションの意味

単なる機能回復のことではなく、「人間らしく生きる権利の回復」や「自分らしく生きること」が重要で、そのために行われるすべての活動。

障害を治すだけではなく、障害をもった人が障害をもったままでも、よりよい人生を送ることができるよう、支援を行っていくことが重要。

地域リハビリテーションとは

P. 106

地域リハビリテーションとは、障害のある人々や高齢者およびその家族が、住みなれたところで、そこに住む人々とともに、一生安全に、いきいきとした生活が送れるよう、医療や保健、福祉および生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から、協力し合って行う活動の全てをいう

(2001 日本リハビリテーション病院・施設協会)

第5節 脳血管障害における リハビリテーションの必要性

2. 脳血管疾患におけるリハビリテーション

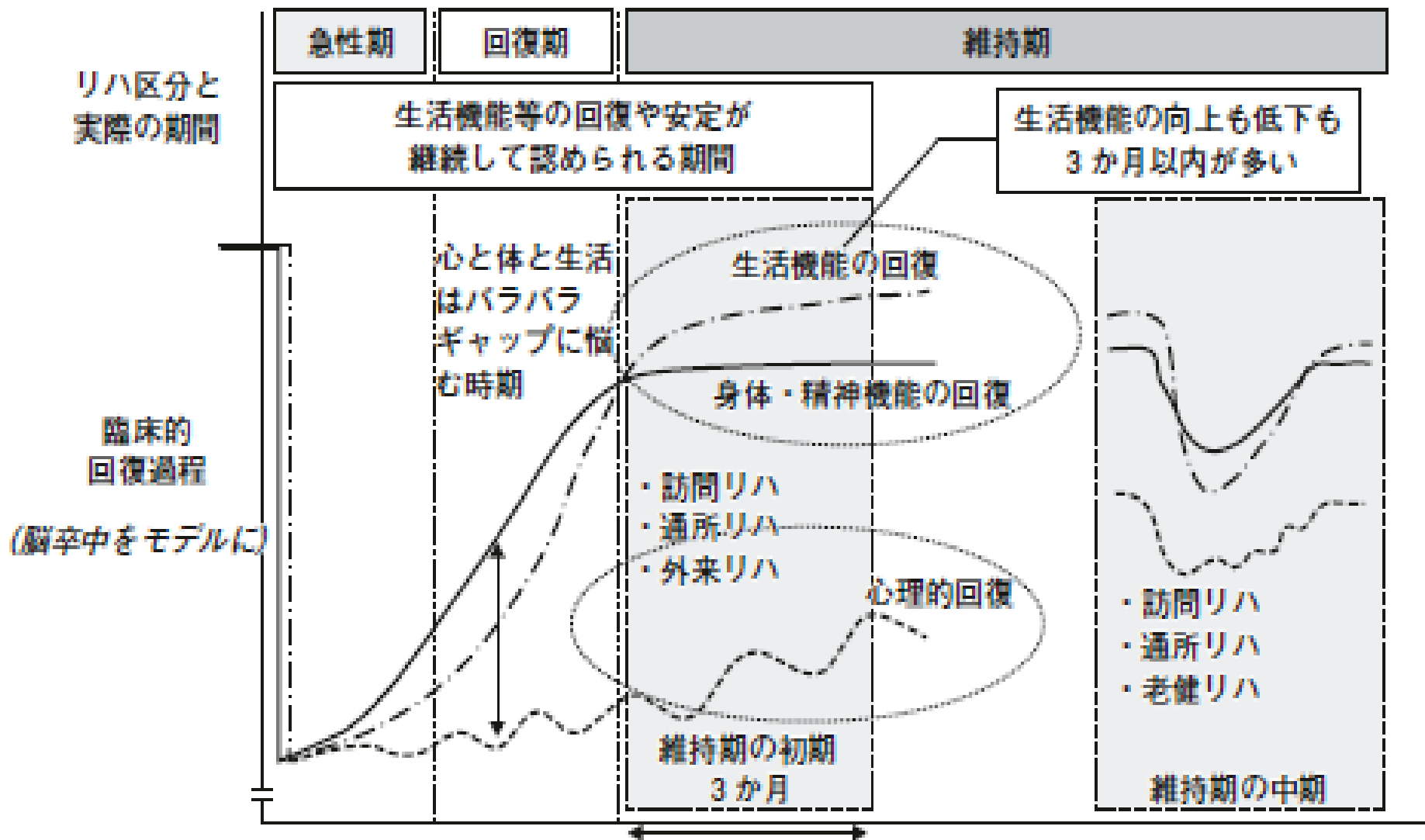
P. 107

(1) 脳血管障害のリハビリテーション

- 後遺症をできるだけ軽減させたり悪化を防止したりしながら生活への影響がなるべく少なくなるように様々な運動野練習を行っていく
- **急性期**とは発症してから2週間ぐらいまでを指し、急性期リハビリテーションはできるだけ早期から開始する
- **回復期**ではリハビリテーション専門の病院や病棟に移って行うこととなります
- **維持期**では状態に合わせて、住宅改修・福祉用具等を活用して自宅での生活に戻っていくこととなります

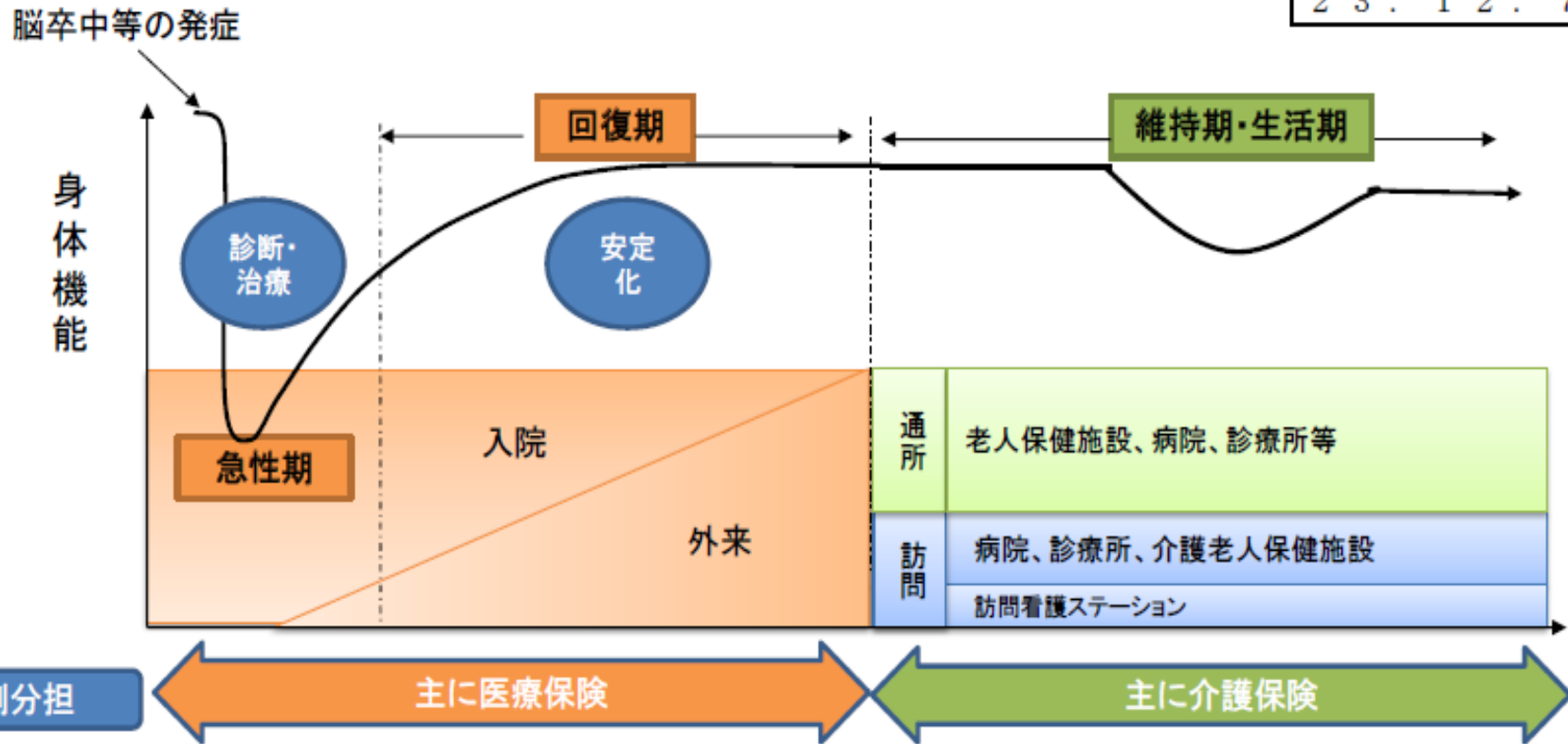
(2) 介護保険制度におけるリハビリテーション

介護保険サービスを利用してのリハビリテーション



資料：浜村明徳（日本リハビリテーション病院・施設協会名誉会長、小倉リハビリテーション病院名誉院長・施設長）提供資料を一部改変

リハビリテーションの役割分担



	急性期	回復期	維持期・生活期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
活動・参加	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	—	—	維持・向上
内容	早期離床・早期リハによる廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

リハビリテーションは何をするのか

- ・脳卒中のリハビリテーションは一般に、急性期、回復期、生活期（維持期）の3期に分類される。後遺症の軽減や廃用症候群の予防が重要となる。
- ・機能回復のレベルが一定になるまでが回復期で、集中的なリハビリテーションによって障害の改善を目指す。
- ・退院してから以降を維持期（生活期）としている。ただし、維持期に入っても回復のプロセスが進むことも知られており、生活期にも機能訓練は重要である。

急性期リハビリテーションの目的

- 急性期には
- ①新たな機能障害発生の予防
 - ②既に存在する機能障害・能力障害に対する早期からの対応

脳卒中急性期リハビリで予防可能なもの

廃用性筋委縮、関節拘縮、褥創、誤嚥性肺炎
深部静脈血栓（エコノミークラス症候群）

具体的治療内容

①体位変換・ポジショニング

姿勢・肢位を変更し、褥創を予防することが目的
体位変換は2時間毎に行う

②他動的関節可動域訓練

関節の可動域維持と深部静脈血栓症の予防を
目的に1日に2度5～10回行う

③起居動作、座位訓練

座位訓練開始基準

麻痺等の症状の進行が止まっていること

意識レベルがCSで1桁であること

全身状態が安定していること

④口腔ケアと早期嚥下訓練

誤嚥性肺炎の予防の為に1日に4～6回口腔ケ
アを行う

回復期リハビリテーションの目的

脳卒中リハビリの中では、回復期の専門的リハビリが最も重要である。特に運動麻痺が重度の場合や、失語症を含めた高次脳機能障害がある場合には専門の治療を受ける必要があり、治療期間が長期にわたることがある。

そのため回復期のリハビリ開始するにあたっては、機能予後に関する問題点と可能性を十分に検討し、社会復帰のために中長期的な観点からゴールを設定しなければならない。

つまり、日常生活の自立にいかに役に立つかがより重要になる。麻痺があってもADL(歩行・食事・トイレ等)が自立できるように配慮する

回復期リハビリテーションはどのように行われるか

訓練は日常生活動作（ADL）の向上が中心となる
場合によっては手段的日常生活動作（IADL）の向上に
ために訓練を行う

ADL

セルフケア : 食事・排泄・整容・更衣

排泄管理 : 排尿・排便

移乗 : ベッド・椅子・車いす・トイレ・風呂・シャワー

移動 : 歩行・車いす・階段

コミュニケーション : 理解・表出

社会的認知 : 社会交流・問題解決・記憶

IADL

電話使用、買い物、食事の支度、洗濯、外出時の移動
服薬、家計管理、趣味活動

具体的アプローチ

1、体幹機能へのアプローチ

体幹機能低下に対して座位保持などの姿勢制御能力向上目的で行う。

場合によっては、座位姿勢改善、保持時間延長も目的とする。

座位バランスの訓練は椅子座位から開始する。

徐々に端坐位、長坐位へと難易度を増し、立位訓練へと移行する。

安全性が向上した後は、看護師による病棟内訓練
家族への介助方法指導を行う

具体的アプローチ

2、歩行訓練

歩行能力の低下に対して、歩行の安全性、実用性、持久力を向上させる目的で行う。

場合によっては歩容（歩行の姿勢）の改善も目的とする。

筋力低下、平衡機能障害などがある時には平行棒内から開始し、マット運動、立上がり訓練、座位・立位バランス訓練なども同時に行う。

具体的アプローチ

3、装具療法

装具は運動機能の向上や疼痛軽減のために体の一部を固定または支持するために用いられる。

①関節の固定・保持、②変形の矯正・予防、③機能の代償、④体重の免荷、⑤疼痛の軽減、などを目的にしている。

脳卒中に使用される頻度の高い装具は短下肢装具、長下肢装具、簡易装具である

具体的アプローチ

④日常生活活動訓練(ADL訓練)

基本動作、移乗・移動動作、身の回り動作(セルフケア)に対して行う訓練で、より実生活に配慮した訓練内容が求められる。

セルフケアには、食事、整容、更衣、トイレ動作、清拭といった内容がある。

ADL評価においては「しているADL」が最も重要で、看護師により評価される。国際的にはFIMが最も多く用いられる。

この訓練も患者本人だけでなく家族指導が必要でまた、自助具などの使用も必要となる

具体的アプローチ

⑤手段的日常生活活動訓練（IADL訓練）

手段的日常生活動作（IADL）を改善するために、IADL訓練を行う。

脳卒中では、調理や洗濯、掃除などについて訓練する

IADL：電話の利用、買い物、食事の支度、洗濯
外出時の移動、服薬、家計管理、趣味活動

⑥機能障害へのアプローチ

麻痺の改善に対しては、種々の神経筋促通手技が用いられる。（肩手症候群に注意）

第5節 脳血管障害における リハビリテーションの必要性

P. 109

3. リハビリテーションマネジメント

(1) リハビリテーションマネジメントとはSPDCAサイクル

調査(Survey),

計画(Plan), 実行(Do), 評価(Check), 改善(Act)

訪問リハと通所リハに

リハビリテーションマネジメント加算

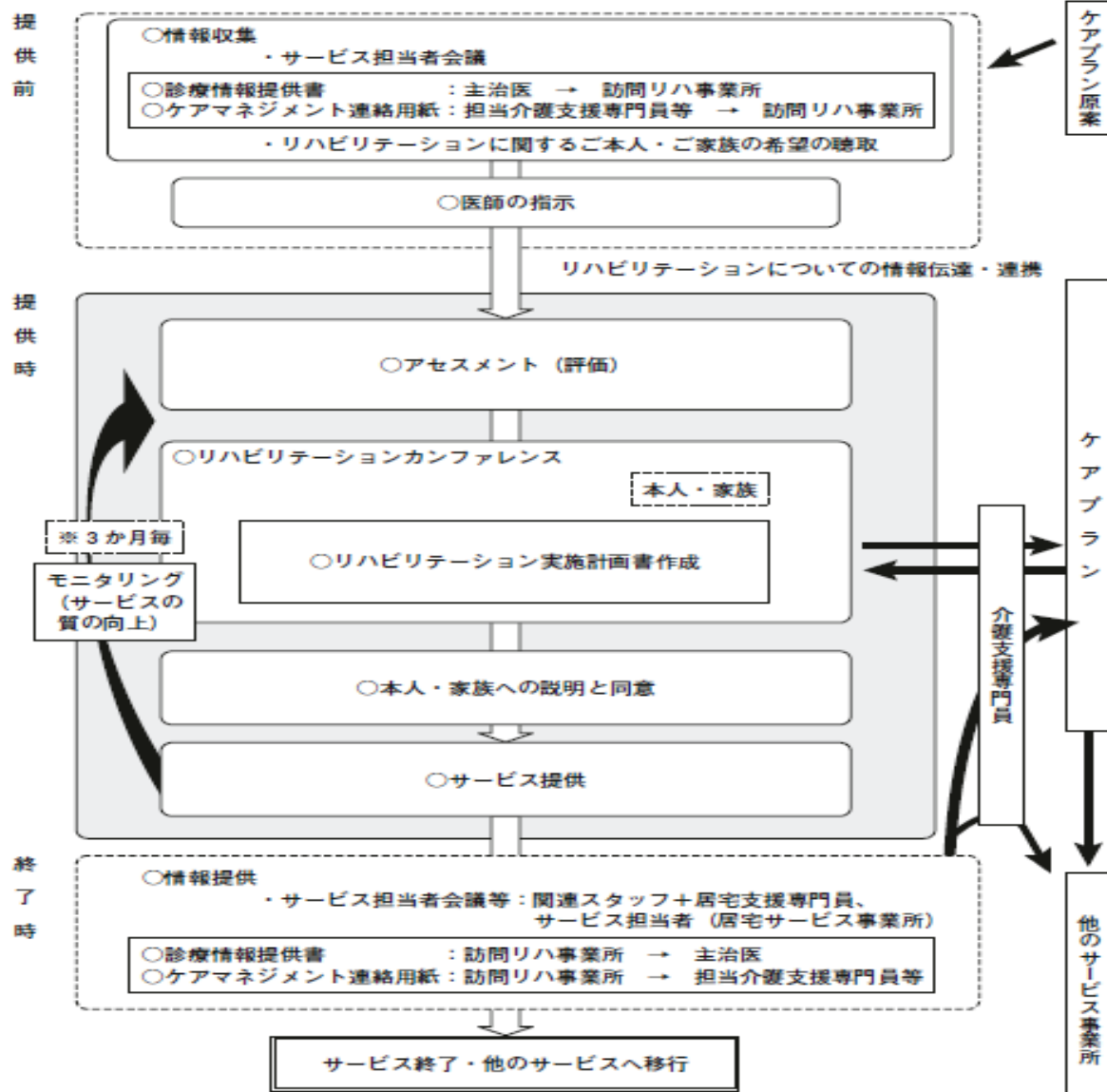
(2) 活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションサービス

生活行為向上リハビリテーション実施加算

社会参加支援加算

図15-②-5-2 介護保険制度におけるリハビリテーションマネジメントのフローチャート（訪問版）

P. 110

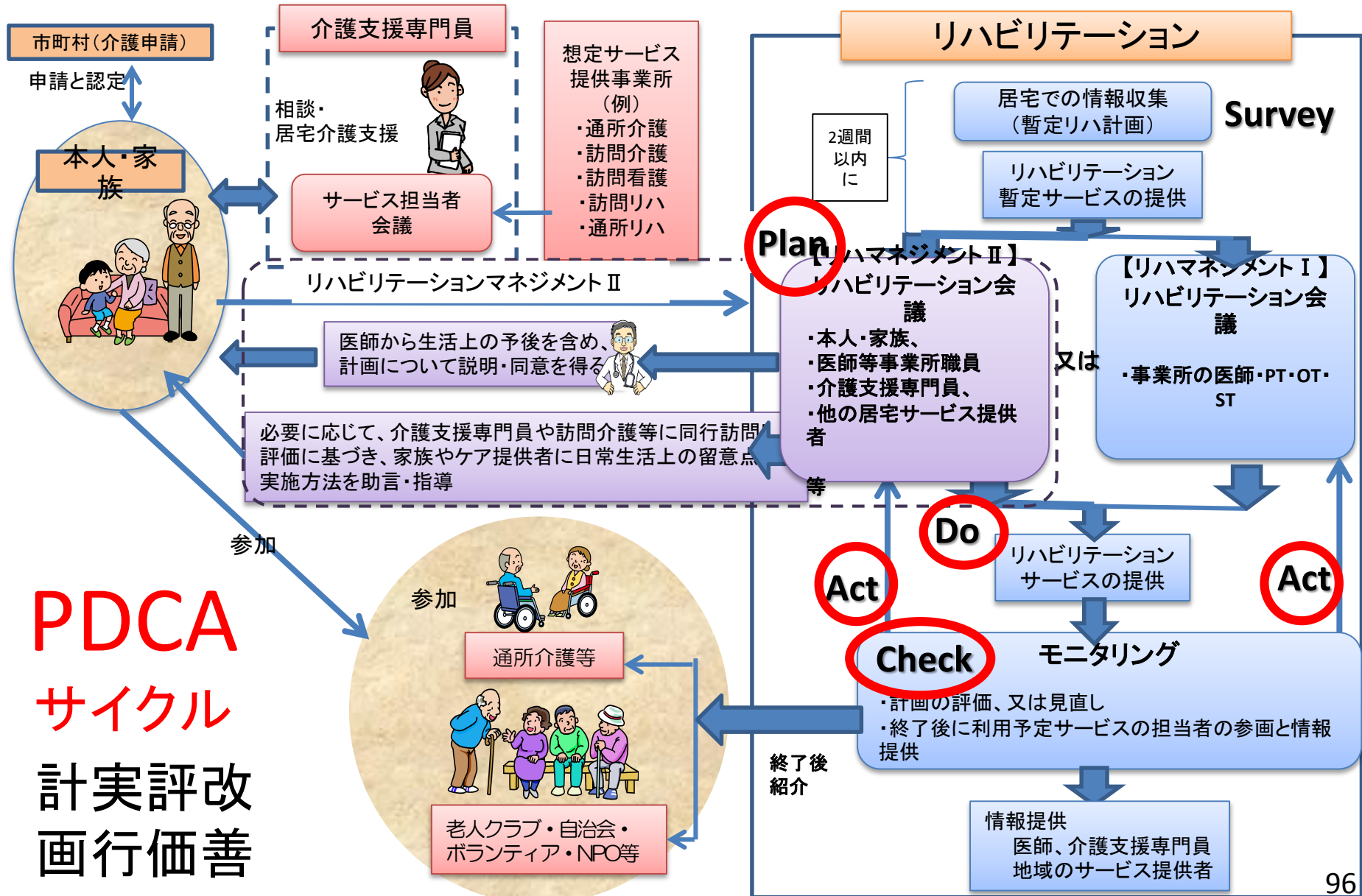


※ おおむね3か月ごと。なお、短期集中リハビリテーション実施加算を算定している利用者については、1か月以内の期間にも行う。

資料：「リハビリテーションマネジメントの基本的考え方並びに加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」（平成18年3月27日老老発第0327001号厚生労働省老健局老人保健課長通知）

通所・訪問リハビリテーション リハビリテーションマネジメントの強化

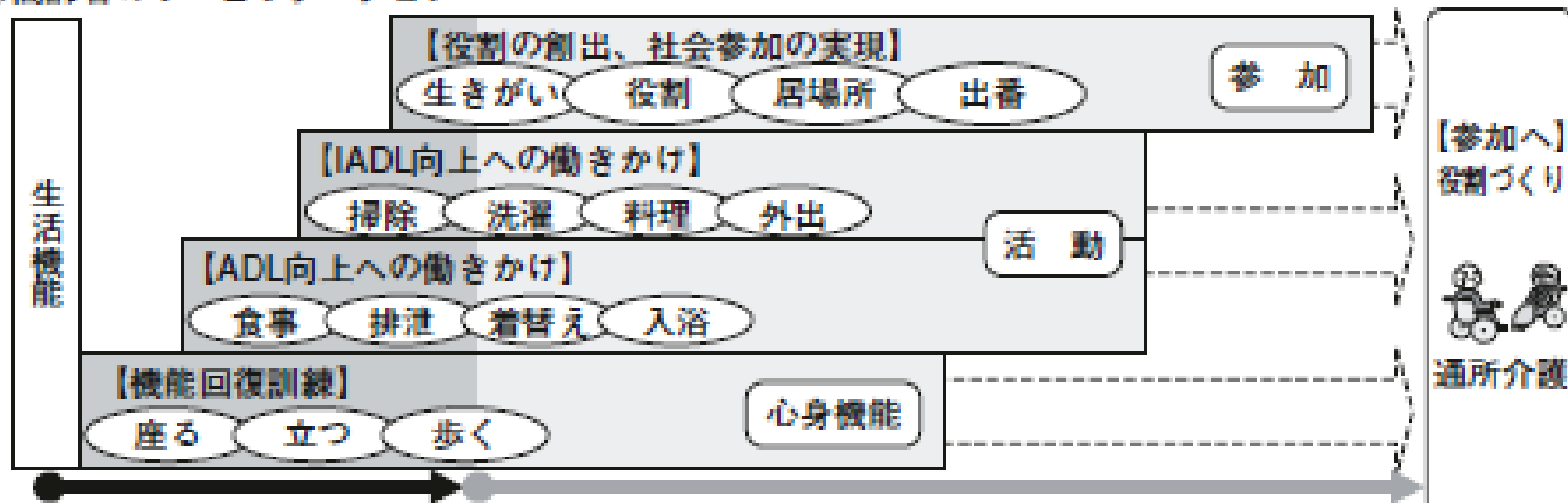
- リハビリテーション計画の策定や活用等のプロセス管理の充実、介護支援専門員や他のサービス事業所を交えた「リハビリテーション会議」の実施と情報共有のしくみを評価する。



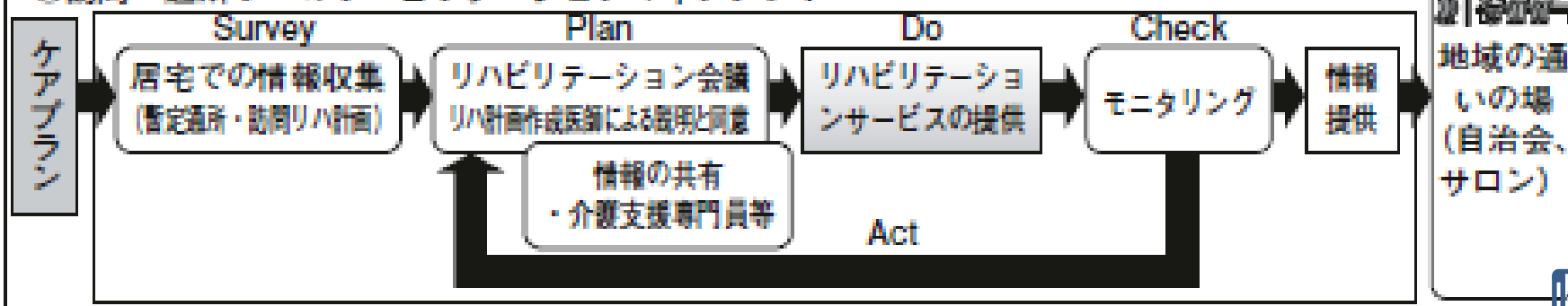
○リハビリテーションの目的

リハビリテーションは、心身に障害のある人々の全人的復権を理念として、単なる機能回復訓練ではなく、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものである。

○高齢者のリハビリテーション

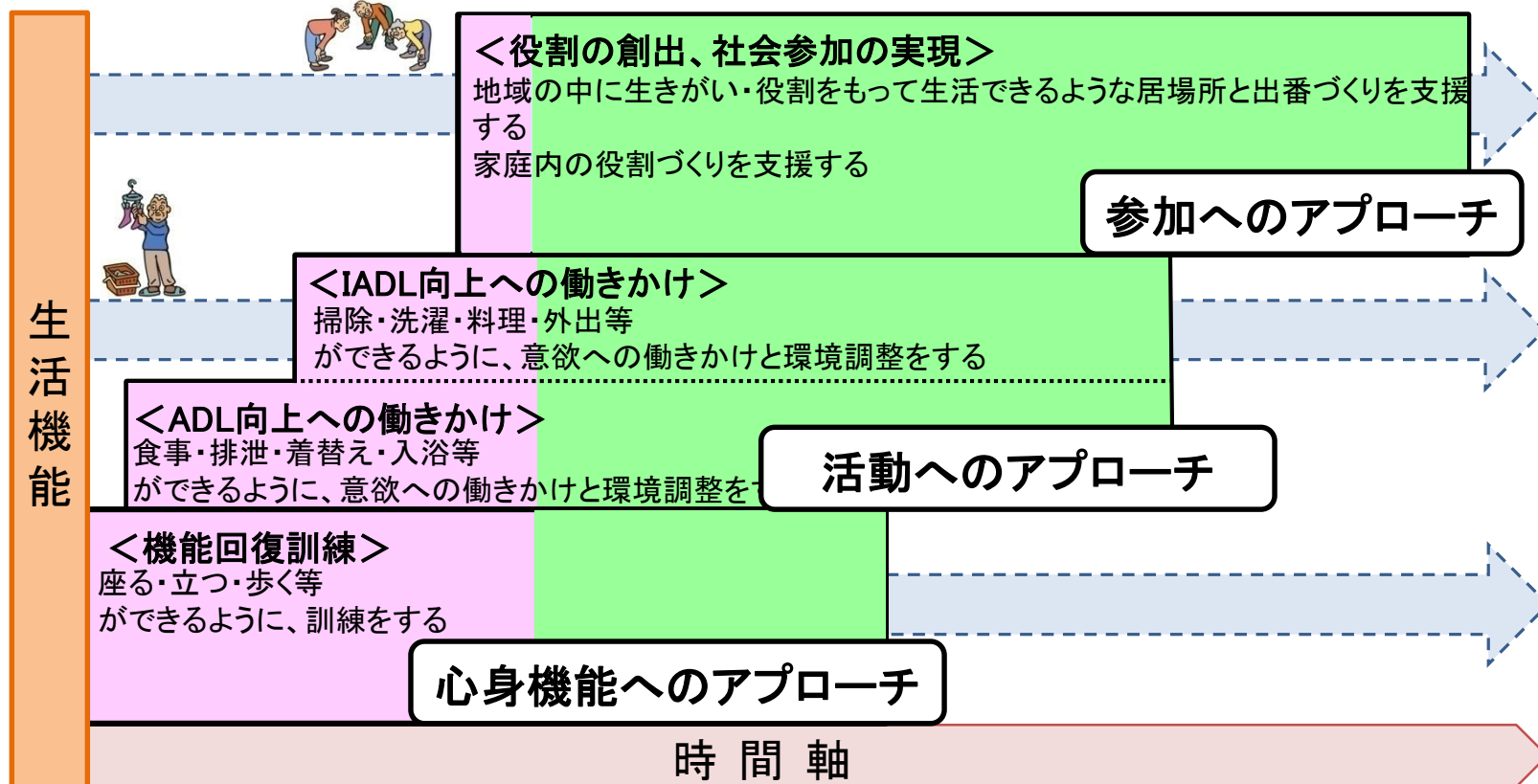


○訪問・通所リハのリハビリテーションマネジメント



リハビリテーションの展開と3つのアプローチ

- 介護保険においては、心身機能へのアプローチのみならず、活動、参加へのアプローチにも焦点を当て、これらのアプローチを通して、利用者の生活機能を総合的に向上、発展させていくリハビリテーションを推進している。



- 発症等から早い時期に、主として医療機関において、心身の機能回復を主眼としたリハビリテーションを実施。
- 回復の限界を十分考慮せず、心身機能へのアプローチによるリハビリテーションを漫然と提供し続けた場合、活動、参加へのアプローチによるリハビリテーションへ展開する機会を逸し、結果として患者の社会復帰を妨げてしまう可能性がある。

- 治療を継続しても状態の改善は期待できないという医学的判断ののちも、主として介護保険サービス提供施設において、残存機能を活かしながらADL、IADL、社会参加等の回復を目指し更なるリハビリテーションを実施。
- 日常生活や社会参加に伴う実践的な活動を通じて、心身機能を維持。
- 患者が心身機能へのアプローチによる機能回復訓練のみをリハビリテーションとらえていた場合、介護保険によるリハビリテーションを「質が低い」「不十分」と感じる場合がある。

第5節 脳血管障害における リハビリテーションの必要性

P. 109

3. リハビリテーションマネジメント

(3) 認知症高齢者に配慮したリハビリテーションの促進

認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)

(4) 介護支援専門員の役割とポイント

サービス担当者会議の開催

短期集中個別リハビリテーション実施加算

認知症短期集中リハビリテーション実施加算

生活行為向上リハビリテーション実施加算

第6節 医療職をはじめとする 多職種との連携・協働のポイント

脳血管障害により介護が必要になった人のほとんどは、医療機関での入院治療やリハビリテーションが必要。

病気の再発や合併症の悪化防止のためにも、継続的な治療が必要なことがほとんど。

第6節 医療職をはじめとする 多職種との連携・協働のポイント

P. 114

1. 連携・協働のポイント

- ・病気や医療に関する最低限必要で正確な知識
- ・医療サイドからの必要な情報を定期的、適切な時期に受け入れる体制
- ・生活の視点から、日頃の生活状況についての情報も定期的に、また必要に応じて提供

(1) 入院時の連携

入院時情報連携加算

(2) 退院・退所時の連携

退院・退所時加算

第6節 医療職をはじめとする 多職種との連携・協働のポイント

P. 114

2. 脳血管障害を抱えた利用者に必要な社会資源

(1) 障害者手帳

身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳

(2) 障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス

(3) 日常生活自立支援事業と成年後見制度

(4) その他

表15-②-6-1 日常生活自立支援事業と成年後見制度

	内容	具体例
日常生活自立支援事業	日常的な生活援助の範囲内での支援	○福祉サービス利用の申し込み、契約手続きの援助など ○日常生活に必要なお金の出し入れなど
成年後見制度	財産管理や身上監護に関する契約等の法律行為全般	○施設への入退所契約、治療・入院契約など ○不動産の売却や遺産分割、消費者被害の取消など

ミニワーク



- ①FASTとは
- ②嚥下障害疑われる症状
- ③住環境の際のポイント 本人の能力の捉え方