

# 介護支援専門員実務研修

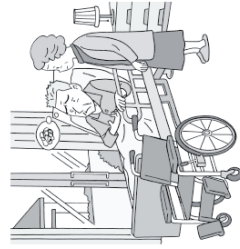
## ケアマネジメントの展開 脳血管疾患に関する事例

1

### 脳血管疾患の支援に あたってのポイント

P、73

- 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



## ケアマネジメントの展開 脳血管疾患に関する事例

P、71

### 目的

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。

### 内容

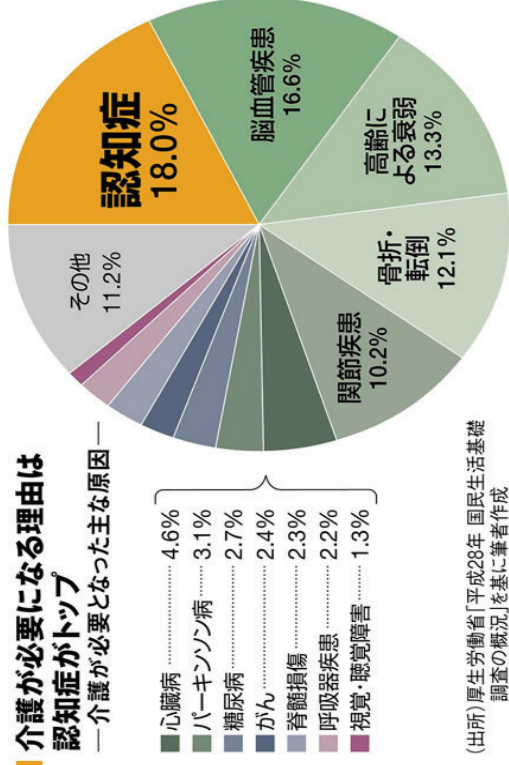
- ・分類、症状、後遺症、生活障害の程度と身体機能の関係、廃用症候群との関係性。
- ・療養上の留意点や起こりやすい課題。
- ・リハビリテーションや福祉用具、住宅改修の活用。
- ・医療職をはじめとする多職種との連携・協働のポイント。

P. 74

### 第1節 脳血管障害の特徴

介護が必要になる理由は  
認知症がトップ

— 介護が必要となった主な原因 —



(出所)厚生労働省「平成28年 国民生活基礎調査の概況」を基に筆者作成

# 第1節 脳血管障害の特徴

(2) 慢性期における治療の目的

P. 74.75

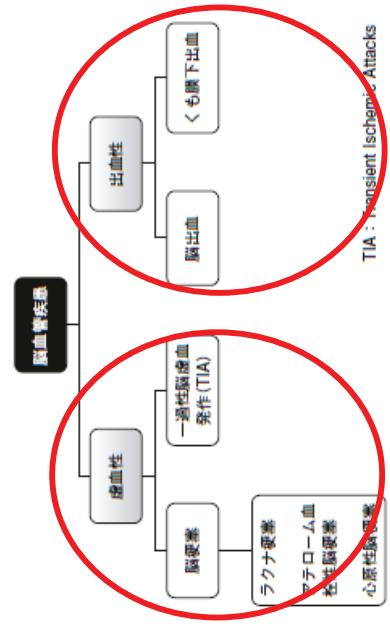
- ◆目的
  - ①後遺症の治療
  - ②再発の防止
  - ③合併症の予防・治療
- ◆手段
  - ①リハビリテーション
  - ②薬物療法
  - ③日常生活指導
  - ④その他（手術を含む）

# 第1節 脳血管障害の特徴

2. 脳血管障害の分類

P. 76

図15-②-1-3 脳血管疾患分類

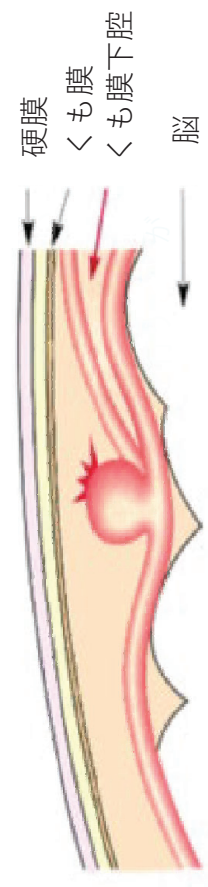


(1) 出血性脳血管障害

P. 75

くも膜下出血 脳出血

- 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る病気。



(1) 出血性脳血管障害

P. 76

2) 脳出血

- ・脳内の細い血管が切れて出血する病気。
- ・主な原因は高血圧。
- ・出血した脳の場所によって症状が異なる。
- ・後遺症になることが多い⇒予防が大切。
- ・小さな動脈瘤が作られ、動脈が破れて出血。
- ・血圧の急激な上昇に注意することが大切。

(2) 虚血性脳血管障害

P76

- ・何らかの原因で脳の動脈が詰まり脳細胞が壊死した状態
- ・一般的には『脳梗塞』と言われる。
- ・脳血管障害の 6 割が脳梗塞。

1) 脳梗塞

- ラクナ梗塞
- アテローム血栓性脳梗塞
- 心原性脳塞栓症

1) 脳梗塞

P76

①ラクナ梗塞

- 血管に圧力がかかり続ける ⇒ 血管壁が厚くなる ⇒ 血液が通りにくくなる ⇒ 血管が詰まる
- ・睡眠中に起こることが多い
- ・運動、感覚障害が起こりやすい。
- ・無症候性脳梗塞
- ・脳梗塞の中で最も多い

『多発性脳梗塞』

言語障害、歩行障害、嚥下障害、認知症の症状など

検査により、早期発見と治療が有効

1) 脳梗塞

P. 77

②アテローム血栓性脳梗塞

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。

動脈硬化  
粥状動脈硬化 中膜硬化 細動脈硬化



高血圧 脂質異常症 糖尿病などの生活習慣病で発生・進行肥満・喫煙でもリスクは高くなる。

介護支援専門員は利用者の生活習慣を確認しておく。

症状

血管が詰まる場所で様々な症状がおこる。

1) 脳梗塞

P. 77

③心原性脳梗塞

心臓の中でできた血栓が頸動脈を通して脳の太い動脈を詰らせて発症。

原因

心房細動 洞不全症候群 急性心筋梗塞

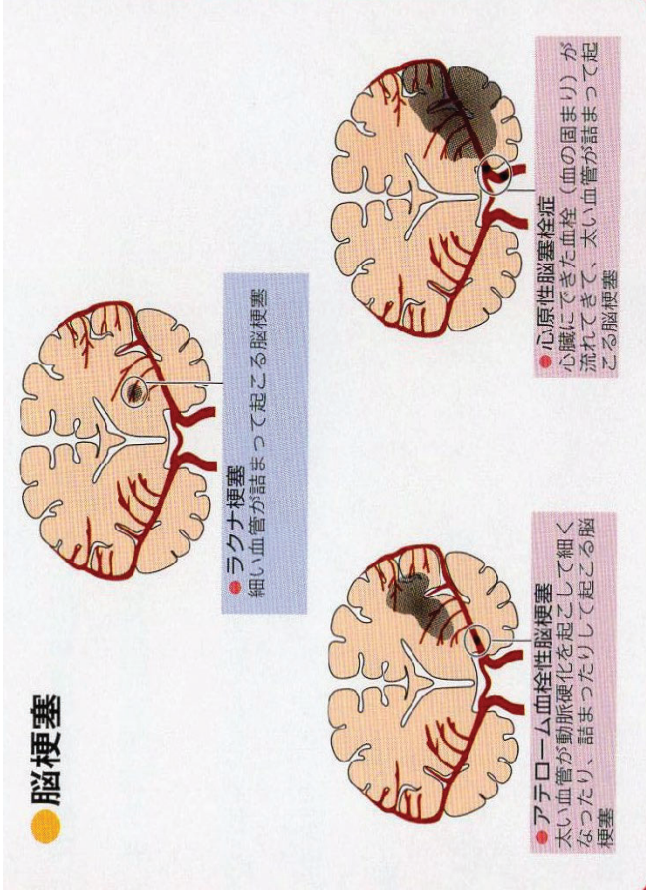


血流が悪くなり、血栓ができやすくなる。  
脳の太い動脈に詰まると、影響を受ける脳細胞の範囲が広がる。

- ・活動時に発症
- ・症状が一気に、強く現れる。

『出血性脳梗塞』

血栓が壊れて血流が戻ると、梗塞部分に出血を起こすことがある。



## 2) 一過性脳虚血性発作 (TIA) P. 78

- ・脳梗塞のなかには、前兆として症状が現れることがある。
  - ・多くの場合は数分、長くても24時間程度で症状が消失。
  - ・TIA⇒脳梗塞になる危険がかなり高い。  
90日以内15～20% そのうち、半数は48時間以内に脳梗塞に移行。
  - ・速やかに治療を開始した場合、発症率を低下できる。
- 支援のポイント  
⇒症状がでたらすぐに検査を受けて対処する。

## 一過性脳虚血性発作の主な症状

- ・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、出てこなくなる
- ・片側の視界が、一時的に真っ暗になる
- ・物が二重に見える

## 3. 脳血管障害の初期症状 P. 79

### (1) F A S T

- F (Face 顔の麻痺)**  
笑顔をしてもらうと、口元が上がらず引きつる
  - A (Arm 腕の麻痺)**  
前にならへをしてもらうと、片側が下がる
  - S (Speech 言葉の障害)**  
簡単な例文を繰り返してもらうと、ろれつが回らない
  - T (Time 発症時刻)**  
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

3. 脳血管障害の初期症状

(2) 早期の治療開始の支援

- ・脳出血の多くは、ある日突然起こります。
- ・小さな症状を見逃さないことが大切。



早期に治療を開始できるように支援

脳出血の主な症状

- ・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

4. 脳血管障害の診断

(1) 医師の診察      意識レベル      神経学的所見

1) 意識レベル      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

P. 79

4. 脳血管障害の診断

2) 神経学的所見

麻痺、言語障害の程度、見える範囲⇒脳の障害部位、重症度を判定

(2) 画像診断

CT : 出血部⇒白    梗塞部⇒黒（発症直後は診断できないことがある）  
MRI : 鮮明な画像    発症直後から写すことができる。

(3) 脳血管障害の後遺症

- ①意識障害
- ②麻痺
- ③言語障害
- ④高次脳機能障害
- ⑤血管性認知症      などあげられる

P. 81

5 脳血管障害の治療

在宅などで治療・予防していることが多い。  
治療の方針、生活上の注意点などの情報収集。

(1) 脳出血の治療

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

## 6 脳血管障害の医療連携と在宅支援

P. 82

医療から介護サービスまでが連携し継続して実施されるよう、

- 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を構築していくことが重要となってくる。

地域連携クリティカルパス

- ・早期に自宅に帰れるような診療計画を作成
- ・医療機関で共有
- ・各機関の役割分担を患者に提示

在宅等での療養を続ける⇒介護支援専門員も参画

## 1 意識障害

P84

自分の状態や周囲の状況を認識できている  
⇒『意識がある状態』

中枢：脳幹 大脳に覚醒するために信号を送る  
⇒この経路の障害で意識レベルが低下

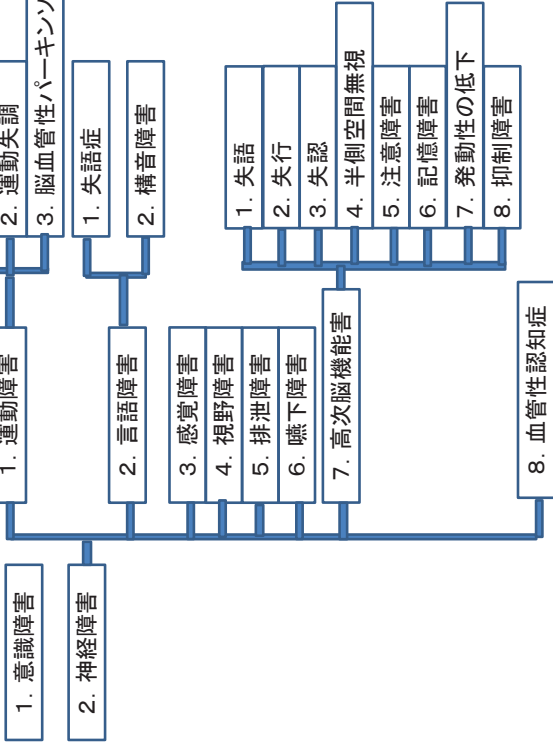
急性期：脳の活動抑制により意識レベルが低下すること  
がある。

重篤な意識障害だけでなく、軽度でも長期に継続  
⇒生活に影響

## 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



## 2 神経障害

P. 85

神経障害

⇒さまざまな身体機能に対して起こる障害

【脳血管障害でよくみられるもの】

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

2 神経障害

P. 85

(1) 運動障害 片麻痺が最も多い 不随運動が起こることもある

1) 運動麻痺 (片麻痺)

自分の意思に対して思うように手足が動かない  
運動野の障害

左右の運動野と筋肉を結ぶ神経  
⇒ 首の部分で交差 (錐体交叉)



右運動野  
⇒ 左上下肢体幹の筋肉をコントロール

2 神経障害

P. 85, 86

②回復の目安

利用者・家族にとって、運動麻痺がどの程度回復するのかは最も心配。  
⇒ 生活全体にも影響を及ぼす。

【手の麻痺の場合】

- 発症当日から動く ⇒ ほぼ完全に回復
- 1 か月以内に動く ⇒ 不自由なく使える程度
- 3 か月目までに動く ⇒ 補助手

【足の麻痺の場合】

- 1 か月までに臥位で自転車をこぐ動作 ⇒ 正常の歩行
- 3 か月以降、立て膝ができない ⇒ 歩行の期待低い

適切なリハビリテーションにより  
機能・動作能力の向上が重要となってくる。

表15-②-2-1 ブルンストローム・ステージ (BRS)

P. 86

| 回復ステージ                    | 状態                                                                                                                                                    |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Stage. I<br>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<br>連合反応の出現      | 連合反応が誘発され、身体の一部を動かすと、他の麻痺した部位まで筋肉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<br>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<br>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、それぞれの関節が少し分離して動くようになる。                                                                                                        |
| Stage. V<br>分離運動の進行       | 共同運動・痙性の出現が弱くなり、より多くの運動 (分離運動) が可能になる。                                                                                                                |
| Stage. VI                 | 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。                                                                                      |

2 神経障害

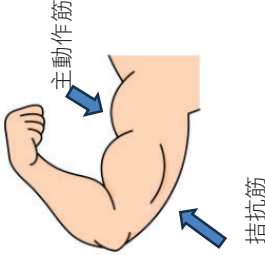
P. 86

2) 運動失調

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。  
(意思とは無関係に動いてしまう)

運動

小脳  
共同運動の協調性



小脳性失調  
時間的・空間的協調を  
失いバラバラに作用  
⇒ 円滑な運動が困難

## 2 神経障害

### (2) 言語障害

1) 失語症 脳の言語中枢の障害により生じる

#### ①運動性失語（ブローカー失語）

- ・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（ウェルニッケ失語）

- ・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。
- ・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。

#### ④伝導失語

- ・聞いて理解する力はしっかりしている
- ・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。  
⇒「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表現することが困難。
- ・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、ある程度は保たれる場合など、程度はさまざま。
- ・中大脳動脈全域の障害

## 2 神経障害

### (2) 言語障害

#### 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。
- ・声帯、軟口蓋、奥舌などが影響を受けやすい。
- ・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

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。

## 2 神経障害

### (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生じる。
- ・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。
- ・麻痺など運動障害が起ると、感覚障害も起こりやすい。

### (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



## 2 神経障害

P. 89

### (5) 排せつ障害

- ・大脳・脳幹が損傷
- ・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
- ・最も大きな問題の一つ。 症状や改善の可能性について検討。

### (6) 嚥下障害

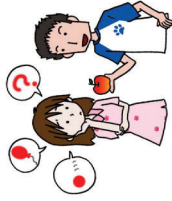
- ・食べ物や飲み物の飲み込みがうまくできない状態。
- ・急性期では、半分以上の人にみられる。意識が回復してくるとともに大半は回復するが、後遺症として残ることもある。
- ・誤嚥性肺炎
- ・食べ物や飲み物が気管に入りやすくなってしまいうことで、唾液や胃液とともに細菌が肺に流れ込む。
- ・高齢者の脳血管障害での死亡原因の1位。
- ・食事摂取、嚥下機能など専門職を含めた評価。

## 2 神経障害

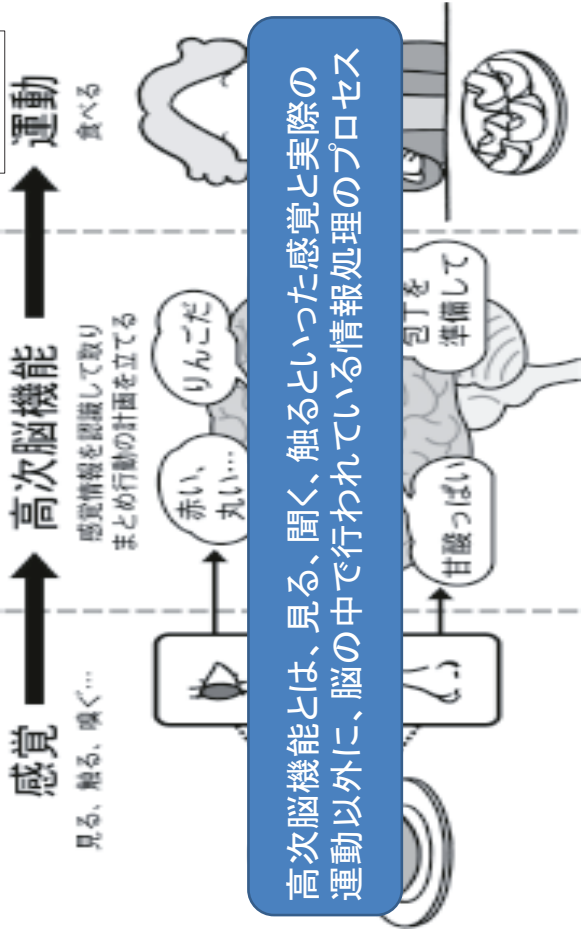
P. 90

### (6) 高次脳機能障害

- ・言語・記憶・思考・行為・学習・注意・判断などの「知的活動」、「精神的活動」といった高次の機能に起こる障害。
- ・症状  
⇒失語、失行、失認、注意障害、記憶障害、発動性低下、抑制障害など
- ・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、日常生活上大きな支障となる
- ・支援方法など専門職を含めたアセスメントが必要。



P. 90



## 第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

### 1) 失語

P. 91

#### ◎主な症状

- ・話そうとすることが言葉が出てこない
- ・思ったことと違う言葉を言ってしまう（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）

#### ◎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、使っている方を実演する、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。



## 第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

### 2)失行

P. 91

#### ◎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おう、あるいは手を添えて身体の動かし方を伝えたとよい場合があります。慣れ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。



## 第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

### 3)失認

P. 91

#### ◎主な症状

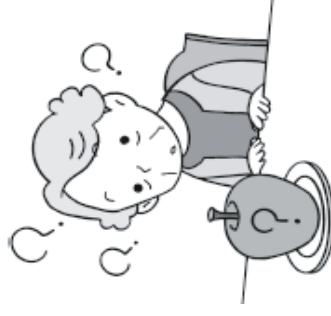
- ・見ただけでは何であるかわからず触るとわかる（視覚失認）
- ・人の顔や表情、老若男女を識別できないが声で誰かわかる（相貌失認）

- ・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、周囲にある物同士との位置関係を見て理解できない（空間認知障害）

#### ◎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。



## 第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

### 4)半側空間無視

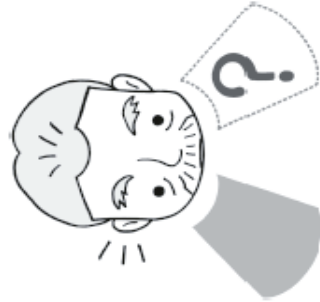
P. 92

#### ◎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ス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

### 5)注意障害

P. 92

#### ◎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、聞き逃える
- ・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

これ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、間違いない理解できたが確認しましょう。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スキングします。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

### 6)記憶障害

P. 92



#### ◎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

### 7)発動性の低下

P. 93



#### ◎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

### 8)抑制障害（社会的行動障害）

P. 93



#### ◎主な症状

- ・よく考えず思いつきで行動してしまう
- ・じっとしていられない、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ても我慢できない  
(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、手短にすませます。してはいけないことをルール化し、かわる人がみな同じように対応するようにしましょう。

## 2 神経障害

### (8) 血管性認知症

- ・アルツハイマー型認知症について多い認知症。
- ・男性<女性
- ・良くなったり、悪くなったりを繰り返して進行。
- ・再発、悪化に注意。

#### 1) 特徴

- ① ま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  
失行、失認、注意障害など  
症状や状態の把握



P. 94

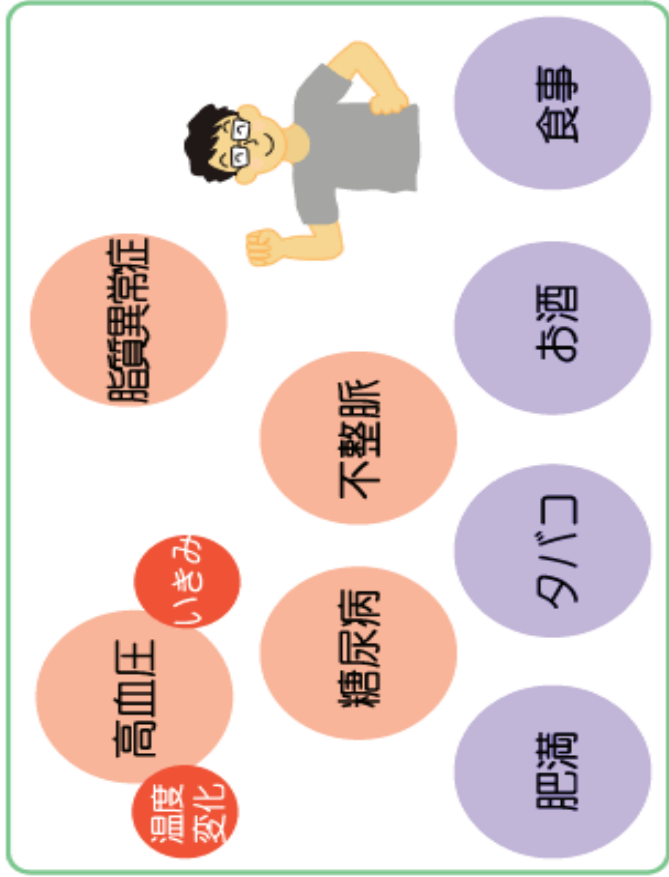
ケアマネジメントの基本

⇒より自立した生活が実現できるよう支援していくこと

- ・急性期、回復期、維持期⇒心身機能・生活機能が向上、維持
- ・一方、再発や不活動により、生活状況が一変。



- ・療養生活を送るうえでの 留意点、課題



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 高血圧症などの治療薬 抗血栓薬
  - ・抗凝固薬（ワーファリン）
    - 納豆・クロレラ・青汁⇒禁忌
  - ・緑黄色野菜（ビタミンK）の大量摂取⇒避ける
  - ・服薬状況の確認

(2) 再発の原因となる病気の管理と生活習慣の改善

- ・高血圧症、糖尿病、脂質異常症など⇒動脈硬化
- ・血圧、糖質、脂質のコントロール
- ・食事、運動、飲酒、喫煙などの生活習慣

脳血管疾患の危険因子2

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 高血圧が継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 高血糖状態が継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、疲れたときに発作が起きることがあるので、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を越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となるため、血圧が高くなります。また、コレステロール値も高くなり、放置したままでは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。周囲にいた人にも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、飲みすぎると、肥満、動脈硬化、高血圧、糖尿病などの原因となり、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、ストレッチを続けることが、生活習慣病の予防に繋がります。

2 廃用症候群の防止

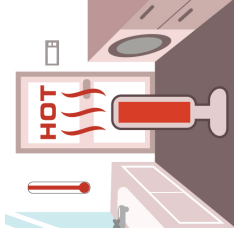
長期の安静状態⇒心身機能の低下  
「筋骨格系疾患及び廃用症候群に関する事例」で説明します。

- (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日に数%ずつ、1週間で10～20%低下  
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

急激な温度変化

温かい場所から急に寒い場所に移動すると、血圧が急上昇し脳血管疾患を引き起こす。  
寒い時期の発症率は、夏の1.5倍。  
脱衣所、廊下など温度差を作らないように、小さな暖房器具などで工夫。



排便時の『いきみ』

くも膜下出血の20%は排泄中に発症。  
冬場の夜間のトイレの温度差に加え、排便時の『いきみ』による、血圧の上昇に注意。



3 医療的なケアの必要性

◇医療的ケア  
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、早期対応  
病気の再発、感染症などの合併症  
医師、看護師などと連携による支援



- ・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。
- ・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

P. 97

### (1) 転倒

- ・日常生活上、起きやすい事故の一つ。
- ・立位、歩行障害により転倒の危険性が大きくなる。
- ・立位、移乗、歩行状況、動作の安全性に配慮。
- ・左片麻痺⇒左側への注意力低下、身体失認
- ・上肢保護伸展反応 (-) ⇒外傷や骨折

#### ◇転倒の要因

外的要因（環境）

- ・滑りやすいふろ場 つまづきやすい通路 明るさ

内的要因（個人）

- ・身体機能 心理的要因 服薬



- ・リハビリテーションにより生活可能な機能の獲得
- ・環境整備、家族指導、機能の維持

## 4 リスクの管理

P. 98

### (3) 栄養の問題

- ・活動的で自立した生活⇒栄養状態に配慮
- ・脱水、低栄養に注意

◇栄養サポートチーム（Nutrition Support Team：NST）  
栄養管理を目的として多職種による栄養支援チーム

#### 『在宅NST』

- ・歯科医師 入れ歯の調整
- ・歯科衛生士 口腔ケア
- ・言語聴覚士 摂食嚥下訓練
- ・栄養士 栄養摂取量の評価、食事形態の工夫



医師、訪問看護、訪問介護・・・  
同じ視点で関わり在宅生活を支援していく



## 4 リスクの管理

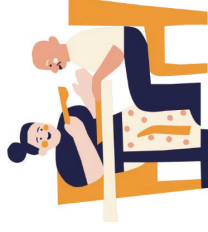
P. 98

### (2) 誤嚥性肺炎

- ・摂食、嚥下障害⇒誤嚥性肺炎
- ・症状がないまま誤嚥を繰り返す⇒顕性誤嚥
- ・食事形態、介助方法、注意点の確認
- ・医師、言語聴覚士に助言
- ・不衛生な口腔内⇒リスク↑

#### ◇摂食・嚥下障害によく見られる症状

- ・食事中や食後にむせる
- ・食事中や食後に咳が出る
- ・痰の量や性状が変わる
- ・咽頭の違和感や食物の残留感がある
- ・声がかれる、しゃがれる
- ・食欲の低下や疲労感
- ・食事内容や好みの変化
- ・食事にかかる時間や好みの変化
- ・体重の変化 など



## 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

心身機能の低下

- 利用者本人の心身機能の改善、残存機能の向上
- より自立した生活ができるよう環境面での調整

#### ◇ICF

物的な環境、社会的環境、人々の社会的な態度による環境

個人的な環境因子

家庭や職場、学校などなどの個人的な環境

社会的な環境因子

就労環境、地域活動、政府機関、コミュニケーションと  
交通のサービス、人々の態度など

## 1. 住環境調整

P. 100

### (1) 住宅改修

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向上に努めること。

#### 住宅改修の目的

手すりの設置、段差の解消などの住宅改修により

- ①できなくな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。

本人・家族・専門職種で検討



## 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. 洋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

P. 101

### 1. 住環境調整

#### (2) 福祉用具

##### 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、床ずれ防止用具、体位変換器、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

##### 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

P. 102

#### (2) 福祉用具

##### 4) 福祉用具貸与の上限設定

- ・全国貸与平均価格 貸与事業者の貸与価格を説明
- ・機能や価格帯の異なる複数の福祉用具を提示

⇒利用者がより主体的に選択

##### (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、廊下、トイレ・・・  
生活の場所ごとに環境調整のポイントがある。

##### 共通するもの

・段差解消や手すりの設置

・滑りにくい床材

・引き戸やノブの形状

・移動、介助のためにスペース

トイレ

・トイレの高さ、向き

浴室

・浴槽の高さ、深さ



- 2) 利用者本人の心身機能や能力のとらえ方
- ・ 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

日常生活での動作  
複合的、様々な要素  
実際の生活場面で、実用性や介助の程度をとらえていく

- 3) 介護する家族のとらえ方
- ・ 介護する家族の状況も重要なポイント
- ➡ 負担が少なくなる方法を検討。
- ・ 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
  - ・ 家族にとっても不都合な住環境とならないよう調整
- 4) 安全性・経済性への配慮
- ・ 容易に外出できるように外部へのアプローチ
  - ・ 設置してある家具や柱の活用

- ・ 居室と廊下、トイレや浴室・脱衣所などの温度差に注意  
⇒ 温度差による血圧変動 心筋梗塞・脳梗塞
- ・ 筋肉、関節のこわばりにより転倒しやすくなる

## 2 家族に対する対応

### （1）高齢者ケアの原則

➡ 『自立』を支援

自立とは・・・  
身体的、心理的、社会的な力を利用  
自己決定で問題を解決していく

### （2）介護する家族への支援の必要性

要介護者にとって、『家族』はストレングス

- 1) 家族の力
- ・ 家族の健康状態、心身機能や関係性  
⇒ 過重な負担にならないように配慮
- 2) 家族生活の支援
- 介護する家族は、社会生活を営んでいる
- ・ 健康状態、ストレスに配慮 自己実現のための時間、休養



## 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

- ・ 単なる機能訓練のことだけでなく
- ・ 『人間らしく生きる権利』『自分らしく生きること』
- ・ 障害を治すだけでなく、障害を抱えたままでもより良い人生を送ることができるよう支援していく。
- ・ 残された能力を最大限に引き出し、生活能力を獲得
- ・ 予防の観点から、運動を取り入れる

リハビリテーション専門職（PT,OT,ST）  
医師、看護師などの医療職  
ボランティア、家族の支え



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

( 2 0 0 1 日本リハビリテーション病院・施設協会)

2脳血管疾患におけるリハビリテーション

( 1 ) 脳血管障害のリハビリテーション

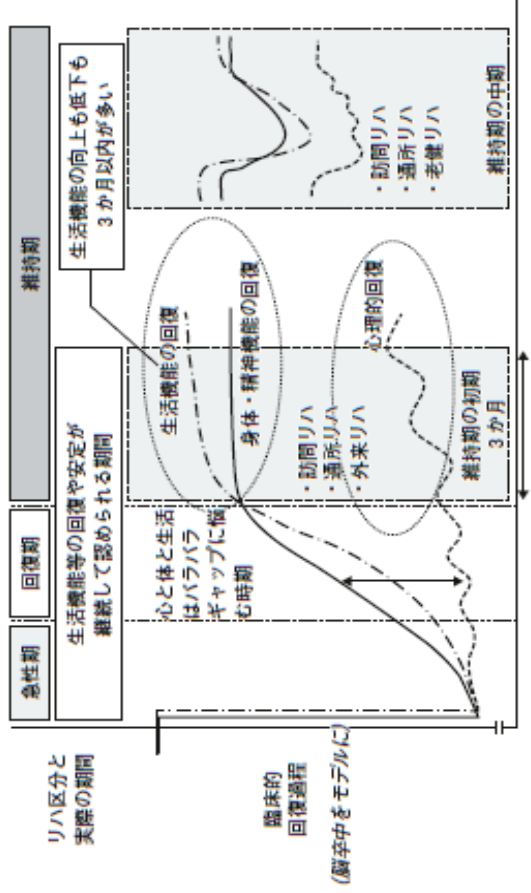
- 4) 維持期リハビリテーション
- ・ 状態に合わせて住宅改修、福祉用具の活用
  - ・ 自宅の生活に戻る
  - ・ 介護老人保健施設等でリハビリテーションを継続
  - ・ 本人の能力によって、できることやっていく
  - ・ 退院後、3 か月程度、生活状況の改善の有無

2脳血管疾患におけるリハビリテーション

( 1 ) 脳血管障害のリハビリテーション

- 1) リハビリテーション医療
- ・ 片麻痺などの運動障害を中心にさまざまな症状がみられる
  - ・ 後遺症⇒日常生活に影響
  - ・ 後遺症の軽減、悪化の防止
- 2) 急性期リハビリテーション
- ・ 発症～2 週間
  - ・ 全身状態の管理 廃用症候群の予防
  - ・ 良肢位保持、関節可動域訓練、嚥下、座位・立位・歩行
- 3) 回復期リハビリテーション
- ・ 日常生活に必要な基本的な動作
  - ・ 歩行、衣類の着脱・食事、排泄や入浴
  - ・ 後遺症がはつきりしてくる時期
  - ・ 運動・言語障害、高次脳機能障害の回復を図りながら、実際の生活場面での練習

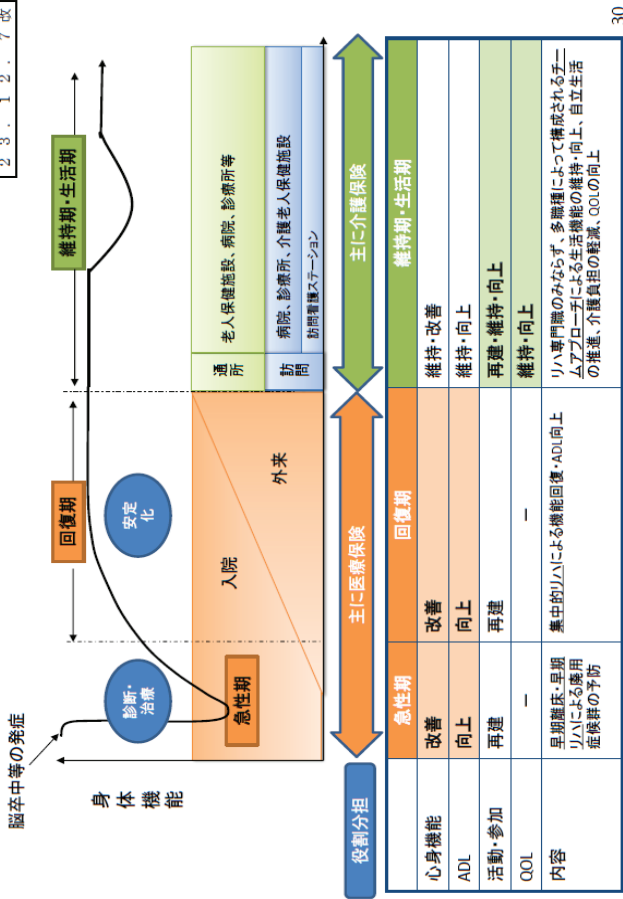
図15-②-5-1 リハビリテーションの区分と生活機能の改善



資料：浜村明彦（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

中医協 総一1-1  
23.12.7改



脳卒中中等の発症

身体機能

診断・治療

急性期

入院

外来

回復期

安定化

維持期・生活期

老人保健施設、病院、診療所等

通所

訪問

訪問看護ステーション

主に医療保険

主に介護保険

30

(資料出所)日本リハビリテーション協会・東京協会「高齢者リハビリテーション医療のガイドライン」(看護社)より厚生労働省老人保健課において作成

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)

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。維持期に入っても機能回復が見られることもあるため、生活期にも機能訓練は重要である。

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関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

## 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。徐々に端座位、長座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

## 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)の向上のために訓練を行う

### 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

### 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

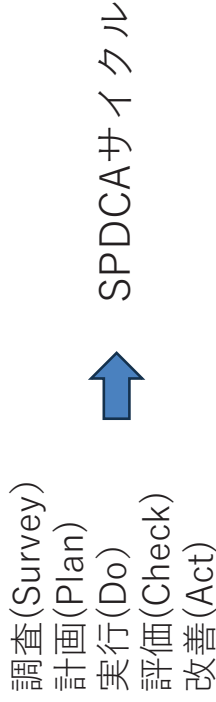
IADL: 電話の利用、買い物、食事の支度、洗濯  
外出時の移動、服薬、家計管理、趣味活動

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法が用いられる。(肩手症候群に注意)

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
- ・高齢者の生活機能を回復させるリハビリテーションをバランスよく実施することを目的



- ・心身機能、活動及び参加について、バランスよく提供できているかを継続的に管理
- ・質の高いリハビリテーションの提供を目指す



できるだけ速やかに情報を提供

入院時情報連携加算

- ・医療機関との連携を促進することを目的
- ・心身状況、生活環境など必要な情報を提供



必要な情報

- ・心身の状況
  - ⇒疾患、病歴、認知症や徘徊の有無、
- ・生活状況
  - ⇒ADL,IADLなど
- ・生活環境
  - ⇒家族構成、生活歴、介護する家族の介護方法や状況
- ・サービスの利用状況

入院リスクの高い利用者

スムーズに必要な情報提要在ができるよう準備しておく

## 2脳血管障害を抱えた利用者に必要な社会資源

- 身体障害者手帳 療育手帳 精神障害者保健福祉手帳
- ・税金や公共料金等の控除、減免
  - ・公営住宅入居の優遇
  - ・障害者法定雇用率適用
  - ・補装具、義肢の交付
  - ・障害福祉サービス利用
  - 介護保険制度を優先

(2) 障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス

- ・介護給付
- ・訓練等給付

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<br>○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行為為全府 | ○施設への入退所契約、治療・入院契約など<br>○不動産の売却や遺産分割、消費者被害の取消など |

退院後の生活に向けた情報収集

◇退院・退所時加算

- ・病院等の職員と面談
- ・情報共有⇒居宅サービス計画作成⇒サービスの調整
- 介護支援専門員は利用者、家族の代弁者としての役割



◇退院前訪問

- 生活環境の調整
- 自立的に生活していくための助言を得る

◇医療機関やサービス事業所等との連携

⇒必要な情報が適切に共有できるような働きかけが必要