

Ⅱ 脳卒中後遺症による移動能力低下の 面から考えるマネージメントの注意点 (事例1)

◎68歳 脳卒中後遺症、片麻痺
移動能力：ベッド上～ベッド周辺

＜理学療法士のチェックポイント＞

1 環境整備

生活範囲の生活範囲の確認
2から6に基づいての指導

2 患者指導・訓練

身体機能評価



状況把握

- ・今現在、何ができるのか、できないのか
- ・どういう手助けが必要なのか



今後について説明

- ・今後、どのくらい動けるようになるのかの見通し
(本人のhope, needを踏まえて)
- ・ベッド上でのポジショニングの指導
- ・日中はできる限りベッドから離れることの指導
- ・体は動かさなければ機能が低下することを説明
- ・訪問リハから徐々に通所リハへの転換



基本動作訓練・ADL訓練(移乗、歩行、トイレ、入浴等)

- (1) 体力維持訓練(可能な限り毎日行える運動・立ち上がり、車いす乗車など)
- (2) 関節可動域(passiveからactive)
- (3) ADL訓練(トイレ移乗・ベッド車いす間の乗り移り)
 - ・廃用予防に必要な訓練(関節可動域訓練)…拘縮予防目的
 - ・筋力訓練…筋力維持
 - ・呼吸訓練(呼吸理学療法)…呼吸機能の維持

- ・ベッド上動作訓練…寝返り動作、ヒップアップ訓練など
 - ・起居動作練習
 - ・坐位保持練習 など
- (4) (1)から(3)を踏まえて自主トレーニングの指導

3 家族指導

- ・本人の身体機能をその留意点について
- ・基本動作、ADL動作における介助法の指導
- ・社会資源について簡単なアドバイス

4 左麻痺、右麻痺の違いによる注意点

- ・起き上がり、トランスファー方向（非麻痺側の使用）
- ・ベッドの配置
- ・安全性を考慮した動線確保
- ・失語・高次脳機能障害の有無

5 補助具、補装具について

- (1) 拘縮予防目的の装具、補助具の検討
- (2) その他、ポジショニング枕など福祉用具の検討
 - ・L字柵・ポジションバーの位置等家屋環境の確認
 - ・装具（ナイトブレース）の検討
 - ・リフターやポータブルトイレの使用可否 など
- (3) 内反尖足などで装具が合わなくなってきたときの相談窓口の確保

6 この障害度における重要なポイント

- ・廃用症候群に陥らないように運動の維持
- ・運動といってもまずはベッドから離れる習慣づけ
- ・褥創の有無（ベッドの硬さや姿勢変換回数など）
- ・家族の身体機能に合わせた環境整備に心がける
- ・誤嚥性肺炎等により入院してしまうケースもあるため家族指導の必要性
- ・車椅子座位の耐久性（デイケアに行けるなど、その他、日中の離床時間の確保）

＜ケアマネジャーへのアドバイス＞

◇患者の状態確認等

- ・退院後もひとりでの移動が困難な場合の原因の把握

- ・併存疾患、感染症の把握
 - ・内服薬などの把握
 - ・褥創の有無のチェック
 - ・身体機能、高次脳機能障害を含めた認知機能の把握
できるだけ退院時カンファレンスなどへの参加
(ADL動作などの介助方法・・・残存機能や関節拘縮の程度、経管チューブなどの医学的管理や褥瘡などの有無などによって変わる) →リハビリテーションスタッフに確認を
- *その他の情報入手方法
家族への確認、実際のリハビリの現場の見学、脳卒中地域連携パス（診療計画書）、退院時のリハビリテーションサマリー、主治医意見書の開示、診療情報提供書（保険適応）の活用、リハビリテーション実施計画書

◇退院後の目標設定・廃用症候群等の予防

- ・本人にリハビリテーションへの意欲があり、家族の協力も得られるようであれば、トイレ動作の自立などを目標として設定（訪問・通所のリハビリテーションサービスを導入）
- ・ほとんど移動することができないため、介護保険の提供するサービスが身体介護に偏りがち→生活支援の現場では患者様はベッドに寝たきり、寝かせきりになりがち→体力が低下し、いわゆる廃用症候群や肺炎などの合併症にかかり易い
- ・できる限り毎日、定期的にベッドから離れる時間帯を作る事が大事（食事の時には必ず車椅子にすわって食事を摂る。用便は必ず、ポータブルトイレの使用、可能であれば、ベッドの回りを歩行練習するなど）→廃用症候群の予防、体力低下の予防、合併症の予防が図れる
- ・廃用症候群を防ぐために、身体機能に原因がある場合は理学療法士に、精神的な不安や認知面の影響が大きければ作業療法士、言語聴覚士に相談
- ・口腔内の衛生の保持（誤嚥性肺炎を防ぐばかりでなく、摂食嚥下機能を向上させ、脳卒中の再発も防ぐ効果が期待）→リハビリテーションとあわせて在宅歯科診療の導入も検討

◇環境整備

- ・家屋環境、介護レンタル・購入品（ポータブルトイレなどの福祉用具や、車いす使用のための住宅改修など）の適正を確認（リハビリテーションスタッフと相談）
- ・移動の際に補装具を使うようであれば調整・修理が必要

◇本人・家族の不安解消（介護負担のチェック）・指導

・在宅生活に向けて、家族・本人の協力状況にあわせて、人員がどの程度必要か、どのような職種が必要か、また、どのような機器が必要かを説明

*患者によってはそんなことはしたくないという方もいるかもしれません。家に帰ってきたのだからゆっくり寝かせてあげてという家族もいるかもしれません。でも、ベッドに寝たきりになったときの弊害の説明を。

■ノート■



Ⅲ 脳卒中後遺症による移動能力低下の 面から考えるマネージメントの注意点 (事例2)

◎68歳 脳卒中後遺症、片麻痺
移動能力：屋内歩行自立（伝え歩き含む）

＜理学療法士のチェックポイント＞

1 環境整備

生活範囲の生活範囲の確認
2から6に基づいての指導

2 患者指導・訓練

身体機能評価



現状把握

- ・今現在、何ができるのか、できないのか
- ・どういう手助けが必要なのか



今後について説明

- ・今後、どのくらい動けるようになるのかの見通し
(本人のhope. needを踏まえて)
- ・体は動かさなければ機能が低下することを説明する
- ・自宅でなんらかの仕事をやりましょう
- ・通所リハ・デイサービス等で社会参加を



基本動作訓練・ADL訓練（移乗、歩行、階段、トイレ、入浴等）

- (1) 体力維持訓練（可能な限り毎日行える運動・立ち上がり、車いす乗車など）
- (2) 関節可動域（passiveからactive）
- (3) ADL訓練（トイレ移乗・ベッド車いす間の乗り移り）
 - ・自宅環境に応じた動作練習
在宅の床面（畳、フリーリング、カーペットなど）に応じた歩行訓練
家具の活用や配置状況に応じた移動訓練など
可能であれば屋外歩行の実施

(4) (1)から(3)を踏まえて自主トレーニングの指導

3 家族指導

- ・本人の身体機能をその留意点について
- ・基本動作、ADL動作における介助法の指導
- ・社会資源について簡単なアドバイス

4 左麻痺、右麻痺の違いによる注意点

- ・失語・高次脳機能障害の有無
- ・左もしくは右半球の機能的特徴（半側空間失認、失行など）への配慮
- ・在宅環境の調整（扉の開く方向など）

5 補助具、補装具について

- ・屋内用装具の検討（着脱方法、場所等など）
- ・手すりの劣化・破損等のチェックや使用方法の確認
- ・杖先ゴムの劣化・装具の破損等のチェックや使用方法の確認
- ・ルームシューズ着用の有無
- ・内反尖足などで装具が合わなくなってきたときの相談窓口の確保

6 この障害度における重要なポイント

- ・外出機会の検討（屋外の移動手段の検討も含む）
- ・在宅での生活について（日中独居のため来訪者対応など）
- ・移動しやすい環境および転倒リスク管理（移乗動作能力と家具の配置など）
- ・歩行のみならずAPDL(家庭内の役割)面などにも目を向ける
- ・屋内活動量の維持・確保
- ・歩容の崩れ・関節の変形・痛みに留意
- ・廃用症候群に陥らないように運動の維持
- ・自分でできることは自分でやる（できないことは介助を頼んで）

〈ケアマネジャーへのアドバイス〉

◇患者の状態確認等

- ・屋内歩行が自立と判断された場合であっても車いすを選択される患者（医療機関と自宅との環境の違い、フローリングや畳といった床材と装具との相性等）→ “できる能力” を低下させないことが重要（ “できるADL” と “しているADL” に分ける）

◇退院後の目標設定・廃用症候群等の予防

- ・退院後、リハビリテーションを受ける頻度が極端に減ってしまう場合→通所サービスなどで外出の機会を確保→歩行訓練などの適切なリハビリテーションを継続（玄関への手すりの取り付けや段差解消といった環境整備が必要となる場合もあり）
- ・自宅の中に引きこもりにならないようにすること
- ・移動能力・ADL能力が低下しないようにすること
- ・社会性を維持するためにできる限り他人と接する時間を設けてあげる
- ・室内の移動は自立しているのでデイケアやデイサービスなど、他人と接する機会をなるべく多く設ける（集団の中の一員になり、役割を担うことが必要かつ大事）
- ・家の中でできる自主トレーニングの方法を（家族やヘルパーの監視下でできるようになれば体力低下は予防可能）
- *移動能力がある程度高いため、運動量が増えれば足のツッパリが強くなってくる。アキレス腱のストレッチなどが必要になってくるのでできる限り定期的にはリハビリを行うように。（さらに歩行する機会が増してくると補装具が痛み易くなるので、必要に応じて調整・修理が必要）

◇環境整備

- ・家屋環境、介護レンタル・購入品の適正を確認
- *購入した装具の業者などをご家族から聞いておく、調整・修理については理学療法士等に。
- ・杖先ゴムの劣化・装具の破損等のチェック
- ・四点杖を一本杖へ変更するなど歩行補助具の見直し
- ・入浴動作の転倒を予防→見守りや介助とあわせて、手すりの取り付けやシャワーチェアの使用などが必要（転倒の際に救助しやすいように、内開きの扉を折れ戸に変更することも有効）
- ・熱い風呂や深い浴槽は、湯温と水圧により血圧の変動や心臓への負担から脳卒中を再発する可能性（ぬるめの風呂や浴槽台などの使用もついても主治医やリハビリテーションスタッフからアドバイスを）

◇本人・家族の不安解消（介護負担のチェック）・指導

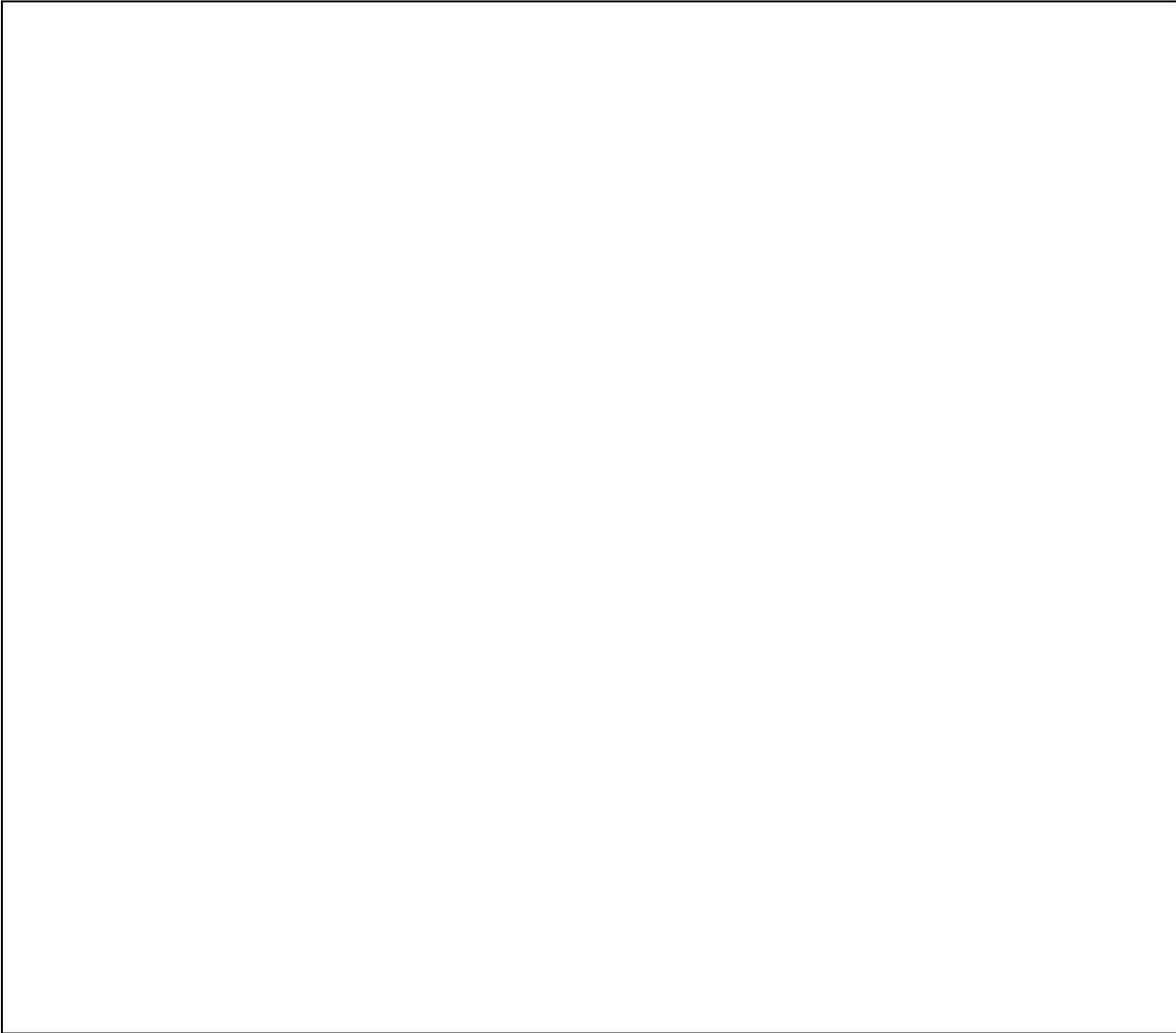
（年齢や移動能力から考えると）

- ・人と交流を持つことをあまり好まれない方（身体介護で買い物などに外出する機会、訪問リハビリで外出訓練）
- ・家の中で担う仕事を作る（家族は社会の最小単位。家族の中で何か必要

とされることで自立心が醸成)

- 家族の負担は全てのことを依存されること（自立心を養うことは介護をしているご家族の負担を下げることにもなる）
- このくらいのレベルの方でも家の中でじっとしていれば、体力低下は否めない
- 定期的な運動、できれば毎日動くことを目標に（そうすることで廃用症候群の予防、体力低下の予防、合併症の予防が図れる）
- * そんなことはしたくないという方もいるかもしれません。そんなに動く必要はないという家族もいるかもしれません。でも運動しないとベッドに寝たきりになってしまうことの弊害をよく説明を。

■ ノート ■



IV 脳卒中後遺症による移動能力低下の 面から考えるマネージメントの注意点 (事例3)

◎68歳 脳卒中後遺症、片麻痺
移動能力： 屋外歩行自立

＜理学療法士のチェックポイント＞

1 環境整備

生活範囲の生活範囲の確認
2から6に基づいての指導

2 患者指導・訓練

身体機能評価



現状把握

- ・今現在、何ができるのか、できないのか
- ・どういう手助けが必要なのか



今後について説明

- ・今後、どのくらい動けるようになるのかの見通し
(本人のhope. needを踏まえて)
- ・体は動かさなければ機能が低下することを説明
- ・自宅でなんらかの仕事を
- ・自主・自立グループワーク (患者会など) で社会参加を



基本動作訓練・ADL訓練 (移乗、歩行、階段、トイレ、入浴等)

- (1) 体力維持訓練 (歩行訓練・立ち上がりなど)
- (2) 関節可動域 (passiveからactive)
- (3) ADL訓練 (麻痺側下肢への荷重をした歩行などの練習)
 - ・屋外周辺環境 (人ごみ、横断歩道、エスカレーターなど) への対応
 - ・訓練や危険個所への指導
 - ・杖先ゴムの劣化・装具の破損等がさらに多くなるのでこまめにチェック

(4) (1)から(3)を踏まえて自主トレーニングの指導

3 家族指導

- ・本人の身体機能をその留意点について
- ・基本動作、ADL動作における介助法の指導
- ・社会資源について簡単なアドバイス

4 左麻痺、右麻痺の違いによる注意点

- ・失語・高次脳機能障害の有無
- ・左もしくは右半球の機能的特徴（半側空間失認、失行など）への配慮

5 この障害度における重要なポイント

- ・外出機会と生活状況の確認
- ・屋外周辺環境への対応
- ・公共交通機関の利用
- ・なるべく自己にて行えるように方向付けする（自分でできることは自分でやる、できないことは介助を頼んで）
- ・活動のバリエーションが幅広いので、目的に見合った関わりを心がける
- ・関節の変形・痛みに留意
- ・廃用症候群に陥らないように運動の維持がポイント
- ・ストレッチの指導

＜ケアマネジャーへのアドバイス＞

◇患者の状態確認等

- ・高次脳機能障害による半側空間無視がある場合→無視側にある物や人にぶつかるなどの危険性
- ・一人暮らしの場合は、栄養や衛生といった内容が保っているかを把握

◇退院後の目標設定・廃用症候群等の予防

- ・復職希望の確認とアドバイス
- ・転倒による機能低下を予防
- ・ホームヘルパーが対応する部分と、できる限りご自身で行うことなどを明確にするのが自立を維持するうえで大切
- ・活動範囲の拡大もリハビリテーションでは重要な課題（復職などの社会参加のみならず、家庭内での役割や家事への参加についても検討を）

◇環境整備

- ・補装具については入院中に健康保険で作成したのか、身障手帳を用いたのかを把握（修理や調整は作成した医療機関に相談）
- ・能力を継続して使えるものとするために、散歩の習慣や外出目的を持つことが大切→車や自転車の交通量が多くはないか、休憩できる場所やトイレが確保できるかなど、環境が歩行に適しているかどうかの確認も必要
- ・自宅内を安全な環境としておくことは転倒などの事故の発生を防ぐためにも大切→階段への手すりの取り付けは麻痺のある側を考慮（入院中にもどのような方法で行っていたのかを把握することは重要）、片側にしか手すりを設置ができない場合、後ろ向きで降りるなどの方法を練習していないときは、訪問系リハビリテーションサービスの導入を検討

◇本人・家族の不安解消（介護負担のチェック）・指導

- ・本人が訓練主体の生活ではなく、一般社会に参加していく生活を思い描いてくれるように（不幸にして障害を持つ体になってしまったことは事実として受け止められるように）
- ・そのためにも、家の中に閉じこもりにならないように注意してあげることが必要（例えば、通所サービスのデイケア・デイサービスなどで外出してほかの人と話をする機会、患者会などの自主グループに参加したりする機会の設定）
- ・介護されるのではなく、自立した生活を目指すことを求めていくことが大切（介護保険で手厚いサービスを提供するのではなく、必要最低限、あるいは何のサービスも必要ではなくなるかもしれない）
- ・社会的基盤が家庭の外にあった方の場合→デイケア・デイサービスが合わないことがよくある→そのときには介護保険に頼らない自立の場を家族と一緒に考えて
- ・ただし、最初から完成された自立を求めるのではなく、サービス導入時にはデイケア・デイサービスを何回か入れたとしても徐々に減らしていく、あるいはご家族と相談してそれ以外のグループに徐々に参加したり小旅行に行ったりなど、介護される立場から自立を支援

■ノート■

V 脳卒中後遺症による上肢麻痺の 面から考えるマネージメントの注意点

<作業療法士のチェックポイント>

1 上肢機能障害の見方

(1)Brunnstrom stage(※)Ⅰ～Ⅱ

機能面： 動きが少なく、筋肉の緊張が低い状態

訓練・自己管理：関節を傷めないような運動・動作の仕方、動かせる部分や範囲を増やす指導・訓練など。利き手交換も並行して指導・訓練していく

生活面： 自ら生活動作内で使用することは困難。打撲や外傷に注意したり、関節が硬くならないようストレッチしたり、ケアが重要となる。

(2)Brunnstrom stageⅢ～Ⅳ

機能面： 動きが出てくるが、筋肉の突っ張りが強い状態

訓練・自己管理：筋肉の突っ張りを強めないような動作の仕方を指導・訓練など。自分や家族で行えるストレッチ・動作の指導・訓練を行う(muscle tone control)

生活面： 実用的に使用することが困難でも、物をつかむ、支える等補助的な使用が可能となる。

(3)Brunnstrom stageⅤ～Ⅵ

機能面： 筋肉の緊張が健常に近い状態になるが、動かしづらさが残っている状態

訓練・自己管理：積極的に日常生活で使用する様な指導、機能の向上につながるような動かし方の指導・訓練

生活面： 多少動かしづらさは残るが実用的な使用が可能となる。

※ Brunnstrom stageとは？

Brunnstrom stageは、脳卒中後の麻痺の程度を評価するもので、上肢、手指、下肢の麻痺を6段階に分類しているものである。共同運動ではなくて分離の運動ができるかどうか重要な回復指標となる。

2 環境整備

生活範囲の生活範囲の確認

2から6に基づいての指導

3 “入院中出来たADL”で“在宅でしなくなったADL”の差を無くし、さらに”自分で考えて動ける”人を目指す

- ・その為には「その気にさせる」A精神的賦活（励ます・のせる）
B家族指導（過介助に対し指導）

4 危機認識の評価（認知、高次脳機能障害に関して）

- ・一見しただけでは分からない事も多い
- ・「できそうだけど、実はできない」→転倒・転落などのリスクの発生など
- ・「できなさそうだけど、実はできる」→ADLや機能面向上の妨げなど
→認知・高次脳機能面だけでなく、動作・環境設定などを同時に評価・指導する

5 重要なポイントまとめ

- ・上肢機能は退院後も変化していく事が考えられる。
- ・機能段階に合った指導・訓練を行うことで、関節可動域や機能の低下を防げる可能性が高まり、社会参加に向けたADL・QOLの維持・向上、介護量の低減を目指すことができる。

＜ケアマネジャーへのアドバイス＞

◇患者の状態確認等

- ・麻痺手の衛生保持や拘縮予防など、自己管理ができるかどうか
- ・下肢の機能に比べ、上肢や手指の機能回復には時間がかかることが多い
→在院日数の関係もあり、麻痺側上肢の機能訓練とあわせて、非麻痺側を用いた利き手交換などの代償動作の指導を行うことがある（一般的に作業療法士によって行われるが、理学療法士や言語聴覚士といったスタッフも対応することもあり、それぞれの立場からアドバイスを受けることができる）

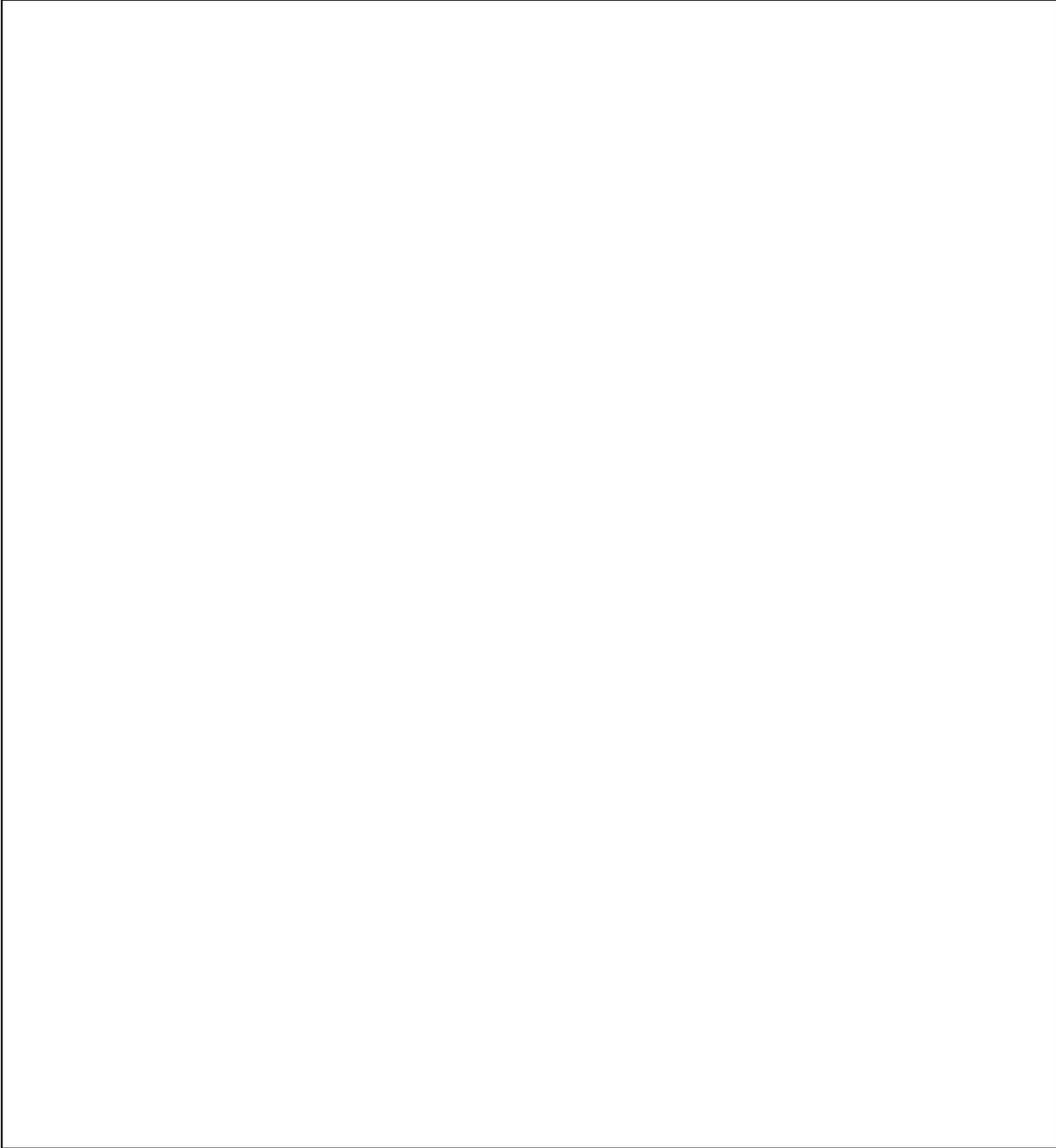
◇退院後の目標設定・廃用症候群等の予防

- ・自助具といった道具の工夫により、爪切りなどのADLや、調理などのIADLの自立を目指すことも上肢のリハビリテーションでは重要

◇本人・家族の不安解消（介護負担のチェック）・指導

- ・麻痺がない、あるいはほとんど目立たないにも関わらず、さまざまな活動を行うのが難しい場合は、高次脳機能障害が原因となっていることもあるので、医師やリハビリテーションスタッフに対応方法もあわせて確認

■ノート■



VI 脳卒中後遺症による言語障害、高次脳機能障害の面から考えるマネージメントの注意点

<言語聴覚士のチェックポイント>

1 失語症の有無について

(1) 以下のような症状は見られるか？

- ① 程度の差はあっても、聴く・読む・話す・書くという言葉の全ての面に障害が見られる
- ② 左脳損傷の既往がある（大部分の人の言語中枢は左脳にある）
- ③ いつも「はい」「そうですね」等の相槌はあるが、正確に理解していない（反対の質問をしても同じ回答の場合は、理解していない可能性があります）
- ④ 氏名・年齢などの身近な内容が書けない
- ⑤ 言葉に詰まる、オウム返しが多い、遠回しな言い方が多い
- ⑥ 本・新聞が読めない
- ⑦ 人と会話するのが億劫になったなど、言葉を使う様々な面で影響がある

(2) その対応

◇ 言語理解を促すために

- ① 短い文でゆっくり話しかける。但し子ども扱いはせず、病前と同じ言葉使いを心がける。
- ② 話題を急に変えない（会話の文脈は患者様の理解の手がかりとなる）
- ③ どこまで理解できているかを時々確認する（頷いていても理解出来ない時がある）

◇ 言語表出を促すために

- ① 発話が難しい方には、yes/noで応えられる質問・選択肢から選んで応えられる質問をする
- ② 錯語や保続に注意し、時折「～ですか？」と確認する。（言いたい言葉と違う言葉を話している可能性がある）
- ③ 話すための時間を十分にとり、辛抱強く聴く

* 文字（特に漢字単語）や絵、写真、実物、コミュニケーションノート等の補助手段を用いると、意思疎通が円滑になる場合がある。但し、コミュニケーションノートは、使いこなすには練習が必要。また、五十音表の使用は失語症の人には大変難しい作業。

2 構音障害の有無について

(1) 以下のような症状は見られるか？

- ① 言葉が聞き取りにくい・・・言葉の思い出しにくさではなく、発音の不明瞭さに注目
- ② 声が変わった・・・掠れる、ガラガラになった、大きい声や高い声が出ない、鼻にかかったような声になった、等
- ③ 話し方が変わった・・・話す速度が遅くなった、抑揚に乏しくなった、息継ぎが増えた、唾が溜まったような話し方を
する、等
- ④ 顔面・口腔の麻痺がある・・・左右非対称、表情の乏しさ、流涎に注意
- ⑤ 話す以外の言葉の使用は病前と変わらない・・・書くことは出来る、等

(2) その対応

- ① 発話の不明瞭さを補う以下のような代替手段の導入が有効な場合がある。
 - ・ 話し言葉が聞き取れない・・・書字
 - ・ 声量低下により聞き取れない・・・拡声器
 - ・ 発話も書字も困難・・・レッツチャット等のコミュニケーション機器
- ② 息が続かないため速く話してしまい不明瞭になっている場合や、言葉の区切れ目もハッキリしない場合は、話す速度を調整すると有効な場合がある

3 嚥下障害の有無について

(1) 以下のような症状は見られるか？

- ① 食事中・食後にムセ、咳が続く・・・どういう場面・食物・姿勢か？
- ② 食事中・食後に声が変わる・・・痰が絡んだような声・ガラガラ声に注意
- ③ 飲み込む時に喉の違和感・食物の残留感がある
- ④ 食事内容・嗜好・食欲に変化が変わった・・・汁物は好まない、等
- ⑤ 食事時間・食べ方が変わった・・・以前より時間がかかる、特定の姿勢を取る、いつまでも口の中に食べ物が残っている、は注意
- ⑥ 食事をすると疲れるという訴えがある
- ⑦ 体重が減った・・・原因不明の体重減少に注意
- ⑧ 発熱や肺炎を繰り返す
- ⑨ 痰の量や性状が変わった
- ⑩ 口の中に唾液が溜まっていることが多い、流涎が見られる

(2) その対応

- ① 食事だということが分かり、食事に集中できる環境作り
- ② 食前の確認事項・・・口腔内は清潔か、義歯は装着しているか、体調は良いか？
- ③ 食形態・水分のトロミの濃度を調整し、適切な食器を使用する
- ④ 安全な姿勢で、適切な食べ方をする・・・摂食ペース・一口量にも注意
- ⑤ 姿勢による誤嚥の危険性あり、ベッド上の場合には頸部屈曲位をとる。
- ⑥ 頬部の食物の溜め込み、咽頭部の貯留あり。
- ⑦ 食後の口腔ケアも忘れずに

4 高次脳機能障害の有無について

(1) 以下のような症状は見られるか？

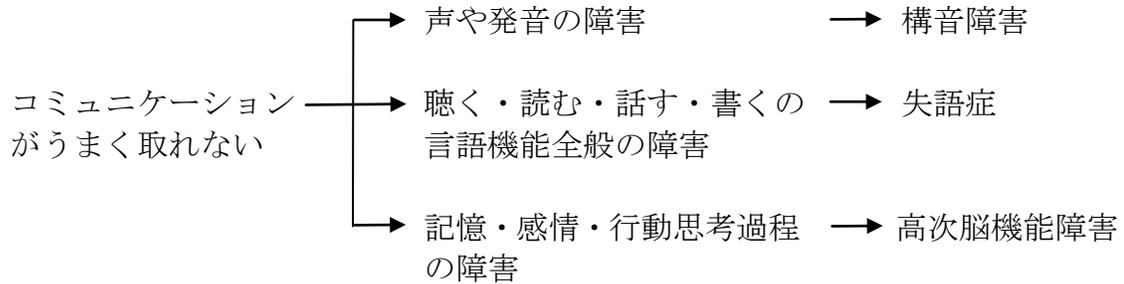
- ① 疲れやすく、常に眠い（易疲労性）
- ② 集中力が続かず気が散りやすい。複数のことを同時に出来ない（注意障害）
- ③ 新しいことを覚えられない（記憶障害）
- ④ 怒りっぽくなった、欲求のコントロールができない（脱抑制・易怒性）
- ⑤ やる気が出ない、物事を始められない（意欲・発動性の低下）
- ⑥ 物事を計画して実行することが難しい（遂行機能障害）
- ⑦ 聞いたり読んだりして理解する・話す・書くが困難、麻痺はないのに日常的な動作が出来ない、見えてはいるが正しく認識できない（失語・失行・失認）

(2) その対応

- ① 環境を整える・・・落ち着いて過ごせ、分かりやすく、失敗することの少ない環境を整える
- ② 分かりやすく伝える・・・ゆっくり、ひとつずつ、絵や写真も利用して
- ③ 休息を取る・・・こまめに休むようにし、無理して頑張らせない。（本人は自分の疲れに気づかないこともあります）
- ④ 否定しない・責めない・・・不適切な行動は指摘しても責めない。できた時に誉める
- ⑤ ご家族へのアドバイス・・・具体的な対応方法、社会資源の説明と利用法等

(3) 左麻痺、右麻痺の違いによる注意点

5 重要なポイントまとめ



＜ケアマネジャーへのアドバイス＞

◇患者の状態確認等

- ・言語障害や高次脳機能障害は目に見えない症状もあり、介護者の理解を得ることが難しい
- ・認知症と誤解されることも多いのが特徴
- ・薬物などの影響を受けやすく、精神的な不安が症状を悪化させることもある
- ・感情や行動のコントロールが苦手となる患者もいる

◇退院後の目標設定・廃用症候群等の予防

- ・コミュニケーションに障害がある場合は、話し言葉や書き言葉にこだわらずジェスチャーやyes, noで答えられる質問を用いるなど、いかに実用手段を身につけ、そして用いるかが重要
- ・電話やメールの利用や、来客の対応、銀行ATMの操作や、公共交通機関の利用など、入院中ではトレーニングが難しいこともあり、退院後も継続してリハビリテーションサービスを利用すること

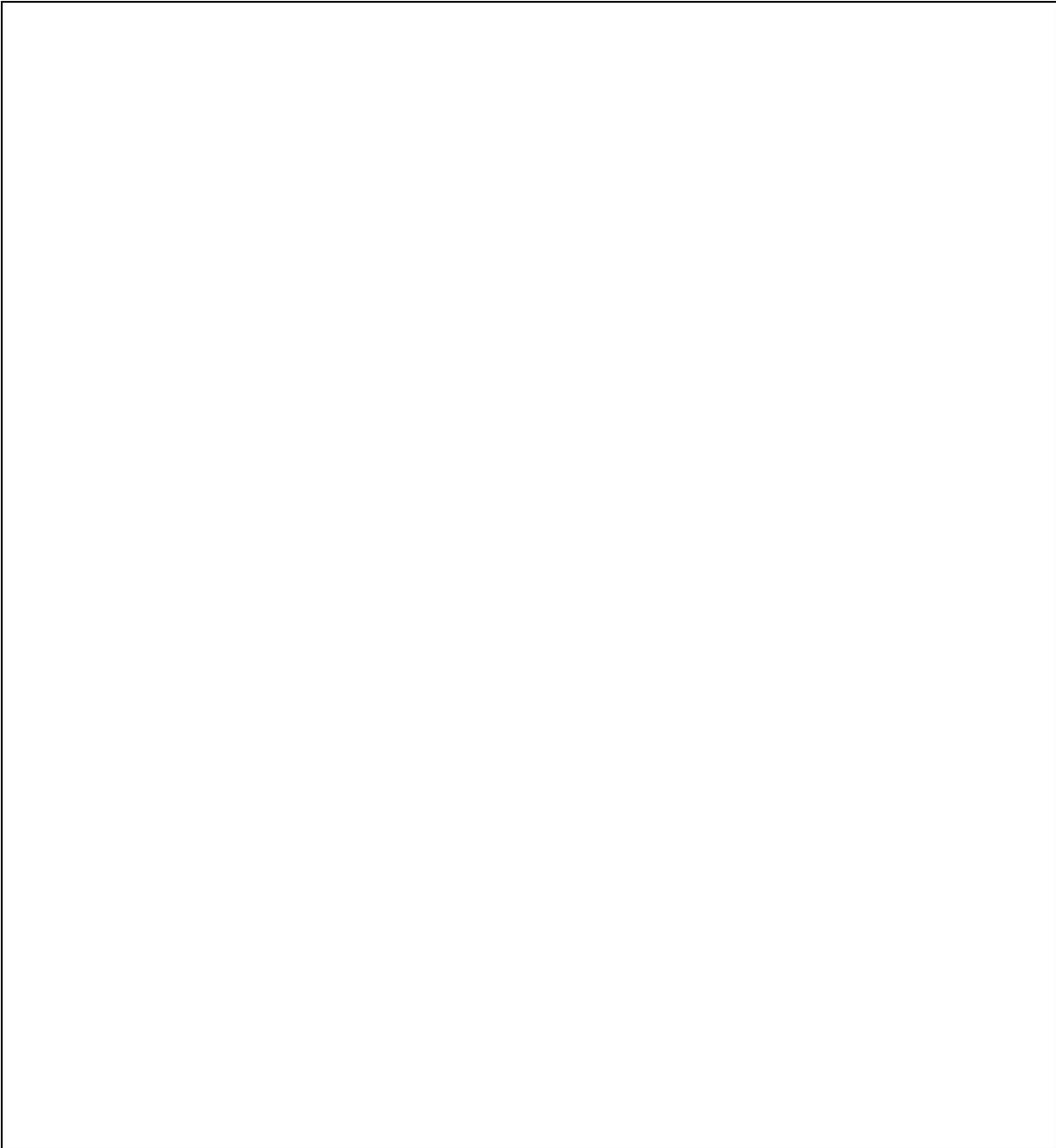
◇本人・家族の不安解消（介護負担のチェック）・指導

- ・入院中は本人だけではなく家族もショックな状態であることも多く、医師や言語聴覚士などの専門家のアドバイスが十分に理解できていない場合もある→ケアマネジャーとして障害の程度についての客観的に把握しておくことは重要（退院後のADLへの影響については、言語聴覚士だけでなく作業療法士も対応）
- ・訪問・通所リハビリテーションサービスを導入することは、家族への障害の受け入れを促すことにもつながる
- ・言語障害や高次脳機能障害は用語が特殊で理解しにくい場合も多いの

で、専門書などで適宜確認

- ・コミュニケーション・記憶・感情・行動・飲み込みに以前と違う点があり、それが日常生活に支障をきたしている場合→STにつなぐ

■ノート■



Ⅶ 脳卒中後遺症患者のマネージメントの注意点

＜医療ソーシャルワーカー（MSW）のチェックポイント＞

1 入院時のアセスメント

- (1) 自宅環境の確認（家屋状況、ご本人・ご家族が不安に感じている個所など）と、介護保険を利用しての住宅改修・福祉用具購入・レンタルの概要説明
- (2) ご家族の状況等、自宅でのサポート体制について確認
- (3) 経済状況
- (4) これまで利用していたサービス等の確認
（介護認定・ケアマネジャー・過去の住宅改修の有無）
- (5) 今後の利用が考えられる制度の情報提供
（介護保険、障害者手帳、高額療養費、傷病手当金、おむつ助成など）

2 退院に向けての支援

- (1) 本人の残存能力と家族の介護力、環境を確認した上で、本人・家族等の希望（hope・need）を踏まえて退院先（自宅、施設、病院など）を決定

＜自宅へ退院＞

目標：本人・家族へのサポート体制が整い、可能な限り無理のない療養生活が継続して送れるような仕組み作りを援助

- ・本人・家族が、家屋評価までにケアマネジャーを決められるよう支援
- ・各職種からの意見を参考に、利用が見込まれる介護サービスを具体化し、本人・家族、ケアマネジャーへアドバイスする
- ・ケアマネジャーからの依頼により、サービス利用に必要な診療情報提供書・サマリーなどを準備する
- ・介護保険サービスだけでは不十分な場合や利用が見込まれる場合は、介護保険外のサービス利用についてケアマネジャーと相談する

＜自宅以外へ退院＞

目標：目的に沿った療養先を本人・家族が決めることができるように支援

- (2) 退院後の生活課題を明らかにする
- (3) 介護保険制度利用の手続き（要介護度認定の申請、ケアマネジャーの選定および依頼など）の支援を行う

- (4) 必要な社会資源、サービス（かかりつけ医の選定、介護保険サービスなど）利用の検討および支援を行う
- (5) 介護保険制度以外の利用可能な制度利用の検討と手続き（身体障害者手帳、精神保健福祉手帳、障害者自立支援法など）の支援を行う
- (6) 退院先やケアマネジャー、サービス提供事業所等へ情報提供を行う。
- (7) 高次脳機能障害が認められる場合は、家族やスタッフに対応方法等の理解を促す

■ノート■

