

骨子（案）への委員による加筆・修正等一覧

骨子（導入部分）

骨子（案）	林東京都リハビリテーション協議会座長	中島委員（区西北部：豊島病院）
<p>◆ 脳卒中の主な種類と原因</p> <ul style="list-style-type: none"> 脳卒中＝脳血管障害、Stroke、Cerebrovascular disease。 脳卒中とは、「脳の血管に異常（破裂、閉塞）が生じて、中枢神経系に障害が生じる病態」の総称である。 脳卒中は、以下の3つのタイプに分類できる。 <ul style="list-style-type: none"> →(1)脳内出血、(2)クモ膜下出血、(3)脳梗塞。 * (1)と(2)を合わせて、脳出血ということがある。 本邦では、脳卒中のうち、脳梗塞が最多で約 3/4 を占める（脳卒中データベース 2009 より）。 <p>(1) 脳内出血</p> <p>→動脈硬化によって傷ついた脳深部の（微小）動脈が、破裂して出血するもの。</p> <ul style="list-style-type: none"> 血圧が急激に上昇した際（運動時、用便時、入浴時など）に発生しやすい。 頭痛、気分不快、意識障害、片麻痺などで急激に発症して、数分以内に症状が完成することが多い。 好発部位は、被殻、視床、脳幹（橋）、小脳、大脳皮質下、である。 重症の場合は、外科的治療（血腫除去術）を行う。 <p>(2) クモ膜下出血</p> <p>→脳表面のクモ膜下腔（軟膜とクモ膜の間）に突然の出血をきたすもので、脳動脈瘤の破裂がその原因の約 8 割を占める（これ以外の原因は、脳動静脈奇形、もやもや病など）。</p> <ul style="list-style-type: none"> 突然の激しい頭痛（頭をハンマーで殴られたような衝撃的な痛み）、吐き気、意識障害で発症する（片麻痺はないことが多い）。突然死の原因にもなりうる。 脳動脈瘤の発生（中大脳動脈、前交通動脈などに多い）には、先天的要因が大きい（家族歴があることが多い）。 治療法として、クリッピング術（開頭手術による）、コイルリング術（血管内治療による）がある。 <p>(3) 脳梗塞</p> <p>→脳動脈が閉塞して、それより末梢部への血液供給が途絶することで、脳組織が壊死するというもの。</p> <ul style="list-style-type: none"> その原因から3つのタイプに分類される。 <ol style="list-style-type: none"> ① アテローム血栓性脳梗塞 <ul style="list-style-type: none"> →脳の太い動脈（主幹動脈という）が動脈硬化によって傷つき閉塞することで発症する。比較的広い範囲の梗塞巣が生じ、その発症もゆるやか（数時間かけて進行する）なことが多い。 ② ラクナ梗塞 <ul style="list-style-type: none"> →脳の細小動脈（穿通枝という）が動脈硬化によって傷つき閉塞することで発症する。梗塞病巣は径 15mm 以下であり、意識障害や高次脳機能障害を伴うことはない。比較的予後のよい脳梗塞のタイプである。 ③ 心原性脳塞栓症 <ul style="list-style-type: none"> →心臓疾患（心房細動、弁膜症、人工弁、心筋症、心内膜炎など）があるため心臓内で血のかたまり（栓子）が形成されてしまい、それが脳動脈にいたり、動脈を閉塞することで発症する。突然発症して、梗塞病巣も大きく、意識障害や高次脳機能障害を伴うことが多い。 * 一過性脳虚血発作（TIA） <ul style="list-style-type: none"> →脳の血管が一時的に閉塞して脳梗塞と同様の症状が出現するが、1 時間以内に消失するもの。脳梗塞の本格的な発作の前兆としてとらえるべきである。 		

骨子（案）	林東京都リハビリテーション協議会座長	中島委員（区西北部：豊島病院）
<p>◆ 脳卒中の危険因子について</p> <ul style="list-style-type: none"> 脳卒中の危険因子は「修正できない危険因子」と「修正できる危険因子」とがある。よって、脳卒中を予防するためには「修正できる危険因子」を改善するように、日頃から注意していく必要がある。 <p>(1) 修正できない危険因子</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 年齢：55歳以上では、10歳ごとに脳卒中発症リスクが約2倍になる。 ② 性別：男性は女性よりも、ハイ・リスクである。 ③ 脳卒中の家族歴：両親、祖父母に脳卒中の既往がある場合、脳卒中リスクが高くなる。 <p>(2) 修正できる危険因子</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 高血圧 <ul style="list-style-type: none"> 血圧が高いと、血管壁が強い刺激を受けることになり、傷ついてしまう（動脈硬化になる）。 高血圧は、脳卒中の最大の危険因子であり、血圧が高いほど脳卒中の発生率は高くなる。 降圧剤投与によって脳卒中の発症が減少することは、多くの臨床研究で確認されている。 <p>《目 標》</p> <ul style="list-style-type: none"> 高齢者は140/90mmHg未満、若年・中年者は130/85mmHg未満、糖尿病や腎障害合併例には130/80mmHg未満が推奨される（脳卒中治療ガイドライン2009から）。 <p>《対 策》</p> <ul style="list-style-type: none"> 定期的に血圧を測定する（自己測定が望ましい。起床後と就寝前）。 高血圧の合併症を、眼底検査、心電図、尿検査などで定期的にチェックする。 食塩を摂りすぎない（理想的には、塩分摂取量を6g/日未満にする→薄味にする、減塩しょうゆを使うなど）。 過剰なストレス（精神的・身体的）を避ける（疲れたら無理をしない、気分転換をするなど）。 急激な寒暖差を避ける（暖かい部屋から寒い廊下に出る時、突然にクーラーにあたるなど）。 入浴の際は、ぬるま湯にそっとゆっくりと入る（ぬるめの湯は血管を拡張する）。 定期的に有酸素運動（例えば、散歩を毎日30分間）を行う。 野菜・果物・魚類を積極的に摂るようにする（カリウムの摂取が望ましい）。 体重を減らす。 医師の指示通りに、降圧薬を内服する（カルシウム拮抗剤、アンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬、ACE阻害薬、β遮断薬など）。 <ol style="list-style-type: none"> ② 糖尿病（高血糖） <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病は、インスリンの作用不足によって、血糖値が上昇する病態である。 糖尿病は、脳卒中のうち特に脳梗塞の危険因子として重要である。 <p>《目 標》</p> <ul style="list-style-type: none"> 空腹時血糖が110mg/dl以下、ヘモグロビンA1c（HbA1c＝過去約1カ月間の血糖値を反映する）が5.8%以下を目指す。 <p>《対 策》</p> <ul style="list-style-type: none"> 定期的に医療機関で血糖を測定する（食前採血が望ましい）。 糖尿病の合併症を、眼底検査、心電図、尿検査などで定期的にチェックする。 食事カロリーを減らす（エネルギー摂取量を減らす）。 偏食傾向を治す（バランスのよい食事摂取を心がける）。 定期的に有酸素運動（散歩、ジョギングなど）を行う。 		

骨子（案）	林東京都リハビリテーション協議会座長	中島委員（区西北部：豊島病院）
<ul style="list-style-type: none"> 規則正しく、疲れすぎない生活を送るようにする。 医師の指示通りに、経口血糖降下剤を内服、またはインスリン注射を行う（インスリン注射を行っている場合には、血糖自己測定が望ましい）。 （インスリン注射を行っている場合）低血糖症状を正しく理解して、その対処法（例えば、アメをなめるなど）を知っておく。 <p>③ 脂質異常症</p> <ul style="list-style-type: none"> 脂質異常症とは、高コレステロール血症（高 LDL-コレステロール血症）、高トリグリセリド血症（高中性脂肪血症）、低 HDL-コレステロール血症を指す。 高コレステロール血症が、脳卒中のうち特に脳梗塞の危険因子として重要である。 高 LDL-コレステロール血症は、冠動脈疾患（心筋梗塞、狭心症）の危険因子としても重要である。 <p>《目標》</p> <ul style="list-style-type: none"> 他の冠動脈疾患の危険因子（年齢、高血圧、糖尿病、冠動脈疾患の家族歴など）の有無によって LDL-コレステロールの目標値は異なるが、できれば「LDL-コレステロール 120～160mg/dl 以下、HDL-コレステロール 40mg/dl 以上、トリグリセリド 150mg/dl」を目指すべきである（動脈硬化性疾患予防ガイドラインから）。 <p>《対策》</p> <ul style="list-style-type: none"> 動物性脂肪（肉や乳製品に多く含まれる）の摂りすぎに注意する（一日のコレステロール摂取量は 300g 以下にする）。 食物繊維（野菜、海そう、穀類、豆類に多く含まれる）を多く摂る。 植物油、大豆、緑黄色野菜を多く摂る。 定期的に有酸素運動を行う。 <p>④ 心房細動などの心疾患</p> <ul style="list-style-type: none"> 心房細動は、脳梗塞（心原性脳塞栓症）の危険因子である。 心臓弁膜症がない患者における心房細動のことを、非弁膜症性心房細動（NVAf）という。 ワーファリン内服による抗凝固療法を行うことで、脳梗塞の発症率が低下することが確認されている。 <p>《目標》</p> <ul style="list-style-type: none"> ワーファリンを適切に内服して、定期的に医師の診察を受ける。 <p>《対策》</p> <ul style="list-style-type: none"> 過剰なストレス（精神的・身体的）を避ける（無理をしない）。 心症状（動悸、息切れ、めまい、胸痛など）が出現したら、すぐに医療機関を受診する。 過剰な水分摂取を避ける（体内水分が過剰になると、心臓に負担がかかる）。 <u>医師の指示通りに、ワーファリン（もしくはプラザキサ、アスピリン）を内服、定期的にプロトロンビン時間（INR）を測定する→INRを2.0～3.0（高齢者では、1.6～2.6）にコントロールする。</u> （ワーファリンを内服している場合）ビタミン K を多く含む食品（納豆、緑色野菜など）の摂取を避ける。 （ワーファリンを内服している場合）出血傾向に気をつける（打撲、切り傷で出血しやすい）。 <p>⑤ 喫煙</p> <ul style="list-style-type: none"> 喫煙は、脳卒中のうち特に脳梗塞とクモ膜下出血の危険因子である。 ニコチンは、血管を収縮させて、高血圧や動脈硬化を一層悪化させる。 受動喫煙も、脳卒中の危険因子と考えられている。 <p>《目標》</p> <ul style="list-style-type: none"> 禁煙する（タバコは、「百害あって一利なし」である）。 		<p><素案下線部分へのコメント></p> <p>INR を測定するのはワーファリンのみなので、上記のカッコ（もしくはプラザキサ、アスピリン）は削除したほうが良いと思います。「プラザキサ」については、この項では説明を省略するか、もしくは④の最後に補足として追加するのはいかがでしょうか？</p> <p>例えば、④の最後に補足として追加する場合：</p> <p>★補足：</p> <p>・最近、ワーファリンと同様な効果の薬として、プラザキサという薬が発売されている。この薬は、INR を定期的に測定する必要がなく、また食物との相互作用がないため、食品の摂取制限は不要である。腎機能が低下している患者には効きすぎることがあるので注意を要する。 など。</p>

骨子（導入部分）

骨子（案）	林東京都リハビリテーション協議会座長	中島委員（区西北部：豊島病院）
<p>《対 策》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ タバコを買わない、灰皿やライターを捨てる。 ・ 皆の前で「禁煙宣言」をする。 ・ 禁煙外来を受診して、専門的な治療を受ける。 <p>⑥ 飲酒</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 飲酒量が増えるほど、脳内出血とクモ膜下出血の発症率は高くなる。 ・ 脳梗塞の発症率は、少量～中等量の飲酒者ではむしろ低くなるが、大量飲酒者では高くなる（大量飲酒は、脱水を誘発して血液を濃くして、固まりやすく＝詰まりやすくする）。 <p>《目 標》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 摂取エタノール量を一日 30g 以下（日本酒で 1 合以下、ビールで大びん 1 本以下、ワインなら 240cc 以下に相当する）にする。 <p>《対 策》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ アルコールを買わない。 ・ 「飲み会」「宴会」への参加を控える。 ・ 「休肝日」を作る。 <p>⑦ 肥満（メタボリック・シンドローム）・運動不足</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 肥満やメタボリック・シンドロームは、新たな脳卒中の危険因子として注目されている。 ・ メタボリック・シンドロームの診断基準は、「ウエスト周囲径が男性 85cm 以上、女性 90cm 以上」であり、「トリグリセリド 150mg/dl 以上かつまたは HDL-コレステロール 40mg/dl 未満、収縮期血圧 13mmHg 以上かつまたは拡張期血圧 85mmHg 以上、空腹時血糖 110mg/dl 以上」のうちの 2 項目以上が存在すること、とされている。 <p>《目 標》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ BMI {体重 (kg) ÷身長 (m) 2} を 25 未満にする。 <p>《対 策》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 過剰なカロリー摂取（エネルギー摂取）を避ける。 ・ 毎日、体重やウエスト周囲径を測定する（自己への動機づけを行う）。 ・ 定期的に運動を行う（散歩、早歩き、ジョギング、自転車など） <p><脳卒中予防 10 か条（日本脳卒中協会）></p> <p>日本脳卒中協会が発表している、脳卒中予防のポイント</p> <ol style="list-style-type: none"> 1： 手始めに、高血圧から、治しましょう。 2： 糖尿病、放っておいたら、悔い残る。 3： 不整脈、見つかれば、すぐ受診。 4： 予防には、タバコを止める、意志を持つ。 5： アルコール、控えめは薬、過ぎれば毒。 6： 高すぎる、コレステロールも、見逃すな。 7： お食事の、塩分・脂肪、控えめに。 8： 体力に、合った運動、続けよう。 9： 万病の、引き金になる、太りすぎ。 10： 脳卒中、起きたらすぐに、病院へ。 	<p><素案下線部分へのコメント></p> <p>エタノールをアルコールに変えても良いと思います。</p>	<p><素案下線部分へのコメント></p> <p>「エタノール」という表現は、脳卒中治療ガイドライン 2009 でも用いられていますが、一般的には、林先生のコメントのように、「アルコール」という表現の方がわかりやすいのではないかと思います。</p>

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）

泉委員（区南部：荏原病院）	宮城委員（区西南部：JR 東京総合病院）	小林委員（区西部：慶應義塾大学病院）	伊東委員（北多摩南部：武蔵野赤十字病院）
<p>◎68歳 脳卒中後遺症、片麻痺 移動能力：ベッド上～ベッド周辺</p>			
<p><理学療法士のチェックポイント></p> <p>1. 環境整備 ポジショニング、ベッド周辺（手すりなど）、生活範囲</p> <p>2. 患者指導・訓練 身体機能評価→現状説明→今後について説明（本人の hope.need を踏まえて） ↓ 基本動作訓練・ADL訓練（移乗、歩行、トイレ、入浴等） 訓練内容の概略（追加項目、加筆必要） 廃用予防に必要な訓練 例：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 Bed上動作訓練…寝返り動作、ヒップアップ訓練など コメント：臥床時間が長いことが予測されるため廃用予防目的の訓練内容の追加。また、おむつ交換時の股関節可動域の確保など、介助側からの視点で必要とされる目的の訓練内容も含む。</p> <p>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</p> <p>4. 左麻痺、右麻痺の違いによる注意点（追加項目、加筆必要） 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 コメント：高次脳機能障害の影響により動作上で注意すべき点を記載。</p> <p>5. 補助具、補装具について（追加項目、加筆必要） 拘縮予防目的の装具、補助具の検討 その他、ポジショニング枕など福祉用具の検討 コメント：痙性の高い患者が多いことも予想されるため、拘縮の進行を予防する装具の検討。その他福祉用具の活用。</p> <p>6. この障害度における重要なポイント（追加項目、加筆必要） 機能維持の面について、……、 廃用予防について 車椅子座位の耐久性（デイケアに行けるなど、その他、日中の離床時間間の確保） コメント：外出時には車椅子の利用が予想されるため耐久性の検討など。</p>	<p><理学療法士のチェックポイント></p> <p>1. 環境整備 ポジショニング、ベッド周辺（手すりなど）、生活範囲</p> <p>2. 患者指導・訓練 身体機能評価→現状説明→今後について説明（本人の hope.need を踏まえて） ↓ 基本動作訓練・ADL訓練（移乗、歩行、トイレ、入浴等） 訓練内容の概略（追加項目、加筆必要） ・関節可動域練習・筋力強化練習・起居動作練習・坐位保持練習など その人の能力に応じてADL練習を実施していく</p> <p>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</p> <p>4. 左麻痺、右麻痺の違いによる注意点（追加項目、加筆必要） ・失語・高次脳機能障害の有無</p> <p>5. 補助具、補装具について（追加項目、加筆必要） ・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</p> <p>6. この障害度における重要なポイント（追加項目、加筆必要） 機能維持の面について、……、 ・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</p>	<p><理学療法士のチェックポイント></p> <p>1. 環境整備 ポジショニング、ベッド周辺（手すりなど）、生活範囲</p> <p>2. 患者指導・訓練 身体機能評価→現状説明→今後について説明（本人の hope.need を踏まえて） ↓ 基本動作訓練・ADL訓練（移乗、歩行、トイレ、入浴等） 訓練内容の概略（追加項目、加筆必要） 筋力トレーニング、ストレッチ、基本動作（起き上がり、立ち上がり）</p> <p>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</p> <p>4. 左麻痺、右麻痺の違いによる注意点（追加項目、加筆必要） 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</p> <p>5. 補助具、補装具について（追加項目、加筆必要） 車椅子、手すり、介助ベルト、移乗・入浴介助器具、歩行器</p> <p>6. この障害度における重要なポイント（追加項目、加筆必要） 機能維持の面について、……、 ROM（ストレッチ）、筋力維持、ポジショニング、離床</p>	<p><理学療法士のチェックポイント></p> <p>1. 環境整備 ポジショニング、ベッド周辺（手すりなど）、生活範囲</p> <p>2. 患者指導・訓練 身体機能評価→現状説明： 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直し （本人の hope.need を踏まえて）⇒踏まえる必要があるかどうか・・・ 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する 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） 訓練内容の概略（追加項目、加筆必要） 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）</p> <p>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</p> <p>4. 左麻痺、右麻痺の違いによる注意点（追加項目、加筆必要） 利き手・非利き手の問題というよりは高次脳機能障害（半側空間無視・注意障害）の有無でしょうか？</p> <p>5. 補助具、補装具について（追加項目、加筆必要） 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</p> <p>6. この障害度における重要なポイント（追加項目、加筆必要） 機能維持の面について、……、 廃用症候群に陥らないように運動の維持がポイント 運動といってもまずはベッドから離れる習慣づけが大事</p>

南雲委員（介護支援専門員代表）	宮城委員（区西南部：JR 東京総合病院）	伊東委員（北多摩南部：武蔵野赤十字病院）
<p><ケアマネジャーへのアドバイス></p> <p>入院中に適切なリハビリテーションを受けていたにも関わらず、退院後もひとりでの移動が困難な場合は、その原因が身体機能にあるのか、高次脳機能障害を含めた認知機能にあるのか、精神的なものなのか、あるいは感染症などの合併症や薬物によるものなのかを、把握しておく必要があります。</p> <p>ご本人にリハビリテーションへの意欲があり、ご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し、訪問系や通所系のリハビリテーションサービスを導入していきます。</p> <p>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、環境整備の必要が生じた場合は、リハビリテーションスタッフと相談しながら行うようにしましょう。</p> <p>廃用症候群を防ぐためには、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に依頼するとよいでしょう。</p> <p>口腔内の衛生を保つことは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できます。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しましょう。</p> <p>ADL 動作などの介助方法については、利用者の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りますので、退院時カンファレンスなどに参加しこちらもリハビリテーションスタッフに確認しておくといでしょう。</p> <p>カンファレンスへの参加が難しいときは、どのような介助の方法を指導されたかをご家族に確認します。あわせて退院後の自宅でのリハビリテーションの方法、栄養指導や服薬指導などの内容についても確認しておきましょう。退院時のリハビリテーションサマリーなどが参考になる場合もあります。</p> <p>入院中や外来でのリハビリテーション場面の見学が可能であるかどうかについては、個人情報に関係もあり、各医療機関に確認しておく必要があります。</p> <p>医療機関から居宅介護支援事業所への医療情報の提供方法として、脳卒中地域連携パス（診療計画書）が用いられることもあります。内容についてわからないことはリハスタッフに確認しましょう。</p> <p>なお、ケアマネジャーが医療情報を得るための手段として、主治医意見書の開示のほか、診療情報提供書が保険適応となっていますので活用しましょう。</p> <p>また、退院後に介護保険サービスを導入した場合であっても、訪問リハビリテーションや通所リハビリテーションなどでリハビリテーションマネジメント加算を取得しているときは、リハビリテーション実施計画書に加え、ケアマネジメント連絡用紙などによるリハビリテーションに関する利用者の情報を入手することができます。</p>	<p><ケアマネジャーへのアドバイス></p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族の介護負担のチェック（過負荷となっていないか）をし、改善に努める ・家族の不安解消 ・褥創の有無のチェック ・家屋環境、介護レンタル・購入品の適正を確認 ・家族指導 	<p><ケアマネジャーへのアドバイス></p> <p>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になります。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です。そうすると利用者さまの体力が低下し、いわゆる廃用症候群や肺炎などの合併症にかかってしまいます。</p> <p>このような方の場合、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だと考えてください。</p> <p>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ます。たとえば、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、ポータブルトイレを使用するなどです。</p> <p>可能であれば、ベッドの回りを歩行練習できればさらにいいと思います。</p> <p>また、移動の際に補装具を使うようであれば調整・修理が必要になります。</p> <p>もしも退院前に病院に行く機会があれば、実際のリハビリの現場を見学することをお勧めします。何ができ、何に注意すべきかをよく病院のリハビリストaffと相談してください。その際に補装具の調整・修理のこともよく尋ねておくといでしょう。</p> <p>退院・在宅生活に向けて、ご家族・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考えてください。</p> <p>患者様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ご家族もいるかもしれません。</p> <p>でもベッドに寝たきりになったときの弊害をよく説明してあげてください。</p> <p>コメント：自宅に帰ってくるということは社会生活に復帰することの第一歩になります。できることはできるだけ自分で行う、できないことを助けてもらう（あげる）という視点を持たせてあげられるといいんですけどね</p>

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）

泉委員（区南部：荏原病院）	宮城委員（区西南部：JR 東京総合病院）	伊東委員（北多摩南部：武蔵野赤十字病院）
<p>◎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）</p>		
<p><理学療法士のチェックポイント></p> <p>1. 環境整備 家屋評価、改修指導、ポジショニング、ベッド周辺（手すりなど）、生活範囲、</p> <p>2. 患者指導・訓練 身体機能評価→現状説明→今後について説明（本人の hope、need を踏まえて） ↓ 基本動作訓練・ADL訓練（移乗、歩行、階段、トイレ、入浴等） 訓練内容の概略（追加項目、加筆必要） 自宅環境に応じた動作練習 例：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 コメント：在宅の環境に応じた訓練を追加</p> <p>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</p> <p>4. 左麻痺、右麻痺の違いによる注意点（追加項目、加筆必要） 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） コメント：高次脳機能障害の影響により動作上で注意すべき点を記載。実用手の方向により動作しやすい環境の調整</p> <p>5. 補助具、補装具について（追加項目、加筆必要） 屋内用装具の検討（着脱方法、場所等など） その他、ルームシューズ着用の有無 コメント：在宅で活用できる装具、補助具の使用の検討</p> <p>6 この障害度における重要なポイント（追加項目、加筆必要） 機能維持の面について、、、 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） コメント：在宅から外出する機会をどう作るか。在宅内での移動能力について</p>	<p><理学療法士のチェックポイント></p> <p>1. 環境整備 家屋評価、改修指導、ポジショニング、ベッド周辺（手すりなど）、生活範囲、</p> <p>2. 患者指導・訓練 身体機能評価→現状説明→今後について説明（本人の hope、need を踏まえて） ↓ 基本動作訓練・ADL訓練（移乗、歩行、階段、トイレ、入浴等） 訓練内容の概略（追加項目、加筆必要） ・関節可動域練習・筋力強化練習・バランス練習・ADL練習など ・可能であれば屋外歩行の実施</p> <p>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</p> <p>4. 左麻痺、右麻痺の違いによる注意点（追加項目、加筆必要） ・失語・高次脳機能障害の有無</p> <p>5. 補助具、補装具について（追加項目、加筆必要） ・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</p> <p>6 この障害度における重要なポイント（追加項目、加筆必要） 機能維持の面について ・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 ・可能であれば屋外歩行の機会の確保</p>	<p><理学療法士のチェックポイント></p> <p>1. 環境整備 家の中と外の接続部分の環境設定（玄関から道路までのバリアチェック）</p> <p>2. 患者指導・訓練 身体機能評価→現状説明： 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）⇒踏まえる必要があるかどうか・・・ 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、トイレ、入浴等） 訓練内容の概略（追加項目、加筆必要） 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（外歩行の練習・入浴動作などの練習）</p> <p>3. 家族指導 自宅でなんらかの仕事を受け持たせてください。 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</p> <p>4. 左麻痺、右麻痺の違いによる注意点（追加項目、加筆必要） 利き手・非利き手の問題というよりは高次脳機能障害（半側空間無視・注意障害）の有無でしょうか？</p> <p>5. 補助具、補装具について（追加項目、加筆必要） 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</p> <p>6. この障害度における重要なポイント（追加項目、加筆必要） 機能維持の面について 廃用症候群に陥らないように運動の維持がポイント 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</p>

南雲委員（介護支援専門員代表）	宮城委員（区西南部：JR 東京総合病院）	伊東委員（北多摩南部：武蔵野赤十字病院）
<p><ケアマネジャーへのアドバイス></p> <p>リハビリテーションにより屋内歩行が自立と判断された場合であっても、医療機関と自宅とでは環境に大きな違いがあることも多く、中にはフローリングや畳といった床材と装具との相性が良くないことを理由に、車いすを選択される方もいます。</p> <p>この場合“できる ADL”と“している ADL”に分けて考え、せっかく獲得した“できる能力”を低下させないことが重要となります。</p> <p>入院中と違い、退院後は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もあります。通所サービスなどで外出の機会を確保し、歩行訓練などの適切なリハビリテーションを継続することが大切です。その際、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ます。</p> <p>なお、四点杖を一本杖へ変更するなど歩行補助具の見直しについては、利用者や家族の判断だけではなく、リハビリテーションスタッフに確認することが望まれます。</p> <p>入浴動作については、転倒を予防するためにも、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となります。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です。これらの環境整備についてもリハビリテーションスタッフと相談しておくとい良いでしょう。</p> <p>また、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もあるので、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得ておくようにしましょう。</p>	<p><ケアマネジャーへのアドバイス></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ デイサービス等を利用し、他者と関わる機会を絶やさないようにし、生活の中で自然と機能維持できるようにする ・ 地域との繋がりを促し、外出機会を確保する ・ 家屋環境、介護レンタル・購入品の適正を確認 ・ 杖先ゴムの劣化・装具の破損等のチェック 	<p><ケアマネジャーへのアドバイス></p> <p>年齢や移動能力から考えると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といいでしょう。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てあげてください。集団の中の一員になり、役割を担うことが必要かつ大事なことになってきます。</p> <p>ただ、人と交流を持つことをあまり好まれない方もいます。そういうときには身体介護で買い物などに外出する機会を作りましょう。あるいは訪問リハビリで外出訓練をするなど考えましょう。</p> <p>また、家の中で担う仕事を作りましょう。家族は社会の最小単位です。ご家族の中で何か必要とされることで自立心が醸成されていくといいですね。</p> <p>ご家族の負担は全てのことを依存されることです。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ります。</p> <p>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、体力低下は否めません。やはり、定期的な運動、できれば毎日動くことを目標におきましょう。</p> <p>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ます。</p> <p>家の中でできる自主トレーニングの方法をリハビリ担当の人に考えてもらうといでしょう。ご家族やヘルパーさんの監視下でできるようになれば体力低下は予防できます。</p> <p>移動能力がある程度高いため、運動量が増えれば足のツツパリが強くなってきます。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してください。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ります。必要に応じて調整・修理が必要になります。</p> <p>購入した装具の業者などをご家族から聞いておくとい良いでしょう。また、調整・修理については理学療法士等が知っていますので、よく話をしておくことをお勧めします。</p> <p>利用者様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が、そんなに動く必要はないというご家族もいるかもしれません。</p> <p>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してあげてください。</p> <p>コメント：体を動かして社会に参加する生活に復帰することの第一歩になります。 できることはできるだけ自分で行う、できないことを助けてもらう（あげる）という視点を持たせてあげられるといいんですけどね</p>

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）

泉委員（区南部：荏原病院）	宮城委員（区西南部：JR 東京総合病院）	伊東委員（北多摩南部：武蔵野赤十字病院）
<p>◎68歳 脳卒中後遺症、片麻痺 移動能力： 屋外歩行自立</p>		
<p><理学療法士のチェックポイント></p> <p>1. 環境整備 家屋評価、改修指導、ポジショニング、ベッド周辺（手すりなど）、生活範囲、</p> <p>2. 患者指導・訓練 身体機能評価→現状説明→今後について説明（本人の hope、need を踏まえて） ↓ 基本動作訓練・ADL訓練（移乗、歩行、階段、トイレ、入浴等） 補助具、補装具について（追加項目、加筆必要）</p> <p>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 訓練や危険箇所への指導</p> <p>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</p> <p>4. 左麻痺、右麻痺の違いによる注意点（追加項目、加筆必要） 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 コメント：高次脳機能障害の影響により動作上で注意すべき点を記載。</p> <p>5. 補助具、補装具について（追加項目、加筆必要） 杖や補装具などの定期点検 コメント：装具の再作成、杖先ゴムの交換など</p> <p>6. この障害度における重要なポイント（追加項目、加筆必要） 機能維持の面について、…… 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 コメント：能力を維持するための生活状況の管理。外出がキーワードとなるため、屋外の環境の応じた動作能力が獲得できているのかなど。 その他、バス電車など公共交通機関の利用について検討。</p>	<p><理学療法士のチェックポイント></p> <p>1. 環境整備 家屋評価、改修指導、ポジショニング、ベッド周辺（手すりなど）、生活範囲、</p> <p>2. 患者指導・訓練 身体機能評価→現状説明→今後について説明（本人の hope、need を踏まえて） ↓ 基本動作訓練・ADL訓練（移乗、歩行、階段、トイレ、入浴等） 補助具、補装具について（追加項目、加筆必要）</p> <p>・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する</p> <p>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 訓練や危険箇所への指導</p> <p>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</p> <p>4. 左麻痺、右麻痺の違いによる注意点（追加項目、加筆必要） ・失語・高次脳機能障害の有無</p> <p>5. この障害度における重要なポイント（追加項目、加筆必要） 機能維持の面について、…… ・なるべく自己にて行えるように方向付けする ・活動のパ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・痛みを留意</p>	<p><理学療法士のチェックポイント></p> <p>1. 環境整備 家の中と外の接続部分の環境設定（玄関から道路までのバリアチェック）</p> <p>2. 患者指導・訓練 身体機能評価→現状説明： 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) ⇒踏まえる必要があるかどうか・・・ 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 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、トイレ、入浴等） 訓練内容の概略（追加項目、加筆必要）</p> <p>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）</p> <p>3. 家族指導 自宅・集団でなんらかの仕事を受け持たせてください。 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 患者会などのグループを探して上げられるといいですね。</p> <p>4. 左麻痺、右麻痺の違いによる注意点 利き手・非利き手の問題というよりは高次脳機能障害（半側空間無視・注意障害）の有無で しょうか？</p> <p>5. 補助具、補装具について 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</p> <p>6. この障害度における重要なポイント（追加項目、加筆必要） 機能維持の面について、…… 廃用症候群に陥らないように運動の維持がポイント 歩くだけでなく、アキレス腱が突っ張らないようにする自主トレを 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</p>

南雲委員（介護支援専門員代表）	宮城委員（区西南部：JR 東京総合病院）	伊東委員（北多摩南部：武蔵野赤十字病院）
<p><ケアマネジャーへのアドバイス></p> <p>屋外歩行が自立となった時に、その能力を継続して使えるものとするためには、散歩の習慣や外出目的を持つことが大切となります。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になります。</p> <p>高次脳機能障害による半側空間無視がある場合は、無視側にある物や人にぶつかるなどの危険性がありますので、作業療法士や言語聴覚士に注意点を確認するとよいでしょう。</p> <p>また、屋外歩行が自立であっても、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となります。階段への手すりの取り付けは、麻痺のある側を考慮して行いますが、入院中に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です。片側にしか手すりを設置ができない場合も多く、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しましょう。</p> <p>一人暮らしの場合は、栄養や衛生といった内容が保てているかを把握し、必要に応じてリハビリテーションスタッフのアドバイスを受けるとよいでしょう。</p> <p>その場合、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となります。</p> <p>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しておく必要があります。修理や調整は作成した医療機関に相談します。</p> <p>活動範囲の拡大もリハビリテーションでは重要な課題となりますが、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していく必要があります。その場合、作業療法士や言語聴覚士といったリハビリテーションスタッフに相談するとよいでしょう。</p>	<p><ケアマネジャーへのアドバイス></p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域との繋がりを促し、外出機会を確保する ・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 	<p><ケアマネジャーへのアドバイス></p> <p>このくらいのレベルになってくると、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といいでしょう。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といいと思います。</p> <p>そのためにも、家の中に閉じこもらないように注意してあげることが必要になってきます。そのためにたと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す機会を作ったり、患者会などの自主グループに参加したりする機会を設けてあげられるといいでしょう。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です。ですから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ません。</p> <p>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と思います。そのときには介護保険に頼らない自立の場をご家族と一緒に考えてあげるといいでしょう。</p> <p>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してあげられるといいでしょう。</p>

小嶋委員（北多摩西部：村山医療センター）	石原委員（区東北部：柳原リハビリテーション病院）
<p><作業療法士のチェックポイント></p> <p>1. 上肢機能障害の見方 コメント：障害の度合いと訓練・指導、身体の自己管理、利き手交換に関して、1つの項目でまとめました</p> <p>障害の度合いと訓練・指導（追加項目、加筆必要）</p> <p>身体の自己管理指導（muscle tone control）（追加項目、加筆必要）</p> <p>必要時の利き手交換の自主トレ指導（追加項目、加筆必要）</p> <p>Brunnstrom stage(※) I～II</p> <p>動きが少なく、筋肉の緊張が低い状態</p> <p>→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</p> <p>Brunnstrom stage III～IV</p> <p>動きが出てくるが、筋肉の突っ張りが強い状態</p> <p>→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)</p> <p>Brunnstrom stage V～VI</p> <p>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</p> <p>→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</p> <p>※Brunnstrom stageに関する説明 コメント：項目だけ挙げて、説明に関しては各施設に任せる方がやり易いと考えました</p> <p>2. 環境整備（手すり、歩行補助具、動線の安全確保、転倒予防）</p> <p>3. “入院中出来たADL”で“在宅でしなくなったADL”の差を無くす</p> <p>その為には「その気にさせる」A精神的賦活（励ます・のせる）</p> <p>B家族指導（過介助に対し指導）</p> <p>4. 危機認識の評価（認知・高次脳機能障害に関して）（言語のパートで加筆必要）</p> <p>コメント：4のタイトルは、「認知・高次脳機能障害の評価」の方が良いでしょうか？</p> <p>一見ただけでは分からない事も多い</p> <p>「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</p> <p>「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</p> <p>⇒OTは認知・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・指導することができる</p> <p>5. 重要なポイントまとめ（追加項目、加筆必要）</p> <p>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、ADL・QOLの維持・向上、介護量の低減を目指すことができる</p> <p>コメント：タイトルが「上肢機能」なので、その点を中心にまとめました</p>	<p><作業療法士のチェックポイント></p> <p>1. 上肢機能障害の見方</p> <p>障害の度合いと訓練・指導（追加項目、加筆必要）</p> <p>身体の自己管理指導（muscle tone control）（追加項目、加筆必要）</p> <p>必要時の利き手交換の自主トレ指導（追加項目、加筆必要）</p> <p>コメント：生活面まで落とし込まないとイメージしづらいと考え、項目に追加し、分けました。</p> <p>Brunnstrom stage(※) I～II</p> <p>機能面： 動きが少なく、筋肉の緊張が低い状態</p> <p>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</p> <p>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。</p> <p>Brunnstrom stage III～IV</p> <p>機能面： 動きが出てくるが、筋肉の突っ張りが強い状態</p> <p>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)</p> <p>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。</p> <p>Brunnstrom stage V～VI</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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。</p> <p>※Brunnstrom stageに関する説明</p> <p>2. 環境整備（手すり、歩行補助具、動線の安全確保、転倒予防、福祉用具選定）</p> <p>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</p> <p>その為には「その気にさせる」A精神的賦活（励ます・一緒に考える） コメント：在宅でも発展的な生活を送って頂きたいという思いがあり</p> <p>B家族指導（介助方法に対し指導） ます</p> <p>4. 危機認識の評価（認知・高次脳機能障害に関して）（言語のパートで加筆必要）</p> <p>一見ただけでは分からない事も多い</p> <p>「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</p> <p>「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</p> <p>⇒OTは認知・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・指導することができる</p> <p>コメント：機能レベルなのか、どこまで掘り下げるのかよくわかりません。</p> <p>5. 重要なポイントまとめ</p> <p>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。</p> <p>コメント：社会参加という言葉を追加しました。</p>

<ケアマネジャーへのアドバイス>

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く、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ります。

また、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になります。

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も重要なポイントです。

これらは一般的に作業療法士によって行われますが、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ます。

なお、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しておくといよいでしょう。

<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（追加項目、加筆必要）

以下のような症状は見られますか？

- 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ります

その対応（追加項目、加筆必要）

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ります）
- 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ていない時があります）

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お話している可能性があります）
- ③話すための時間を十分にとり、辛抱強く聴く

アドバイス

・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ります。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です。また、五十音表の使用は失語症の人には大変難しい作業です。

2. 構音障害の有無について（追加項目、加筆必要）

以下のような症状は見られますか？

- 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

その対応（追加項目、加筆必要）

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ります。

- ・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

③息が続かないため早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ります

3. 嚥下障害の有無について（追加項目、加筆必要）

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。

頬部の食物の溜め込み、咽頭部の貯留あり。

以下のような症状は見られませんか？

- ① 食事中・食後にムセ、咳が続く・・・どうい場面・食物・姿勢ですか？
- 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・食欲に変化があった・・・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

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 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（追加項目、加筆必要）

左麻痺、右麻痺の違いによる注意点

チェック項目

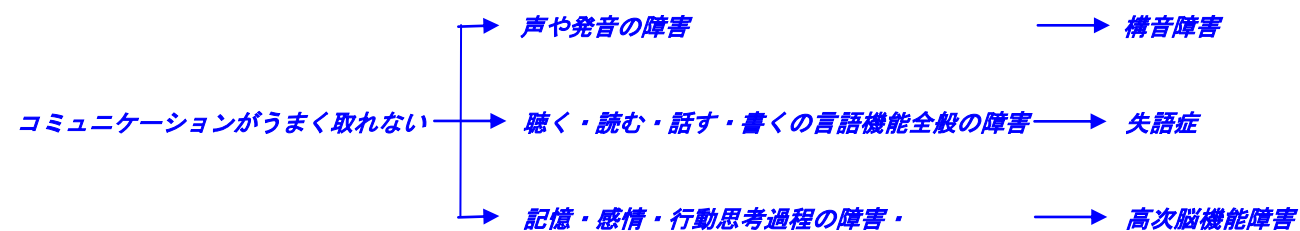
以下のような症状は見られませんか？

- 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）

その対応（追加項目、加筆必要）

- 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

5. 重要なポイントまとめ（追加項目、加筆必要）



南雲委員（介護支援専門員代表）	宮城委員（区西南部：JR 東京総合病院）
<p><ケアマネジャーへのアドバイス></p> <p>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になります。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が望まれます。</p> <p>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ことがあります。認知症と誤解されることも多いのが特徴です。</p> <p>また、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ります。感情や行動のコントロールが苦手となる方もいます。</p> <p>障害の種類によってリハビリテーションの方法や日常での対応の方法にも違いがありますが、入院中は本人だけで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ります。</p> <p>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です。</p> <p>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します。訪問系や通所系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ります。</p> <p>なお、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するようにしましょう。</p>	<p><ケアマネジャーへのアドバイス></p> <p>①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は、ST につないで下さい。</p>

宮城委員（区西南部：JR 東京総合病院）	伊藤委員（西多摩：大久野病院）
<p><医療ソーシャルワーカー（MSW）のチェックポイント></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 退院か転院かの検討 2. 介護保険制度の利用の手続きを進め、入院中に要介護認定の申請およびケアマネジャーの依頼を行う。 3. 高次脳機能障害支援普及事業の支援拠点が居住地域にあれば利用の検討を行う。 4. 症状固定であれば、身体障害者手帳の取得手続きを進めていく 5. 退院後のかかりつけ医を探す <p>【入院時のアセスメント】</p> <p>★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</p> <p>★ご家族の状況等、自宅でのサポート体制について確認</p> <p>★経済状況</p> <p>★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）</p> <p>★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）</p> <p>【退院に向けての支援】</p> <p><ご自宅へ退院></p> <p>目標：ご本人・ご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する。</p> <p>★ご本人・ご家族が、家屋評価までにケアマネジャーを決められるよう支援する。</p> <p>★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、ご本人・ご家族、ケアマネジャーへアドバイスする。</p> <p>★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。</p> <p>★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。</p> <p><ご自宅以外へ退院></p> <p>目標：目的に沿った療養先をご本人・ご家族が決めることができるように支援する。</p>	<p><医療ソーシャルワーカー（MSW）のチェックポイント></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 退院か転院かの検討 2. 介護保険制度の利用の手続きを進め、入院中に要介護認定の申請およびケアマネジャーの依頼を行う。 3. 高次脳機能障害支援普及事業の支援拠点が居住地域にあれば利用の検討を行う。 4. 症状固定であれば、身体障害者手帳の取得手続きを進めていく 5. 退院後のかかりつけ医を探す <p>コメント：1. 4. 6については南雲委員の意見も参考にしました。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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）を決定する。 2. 退院後の生活課題を明らかにする。 コメント：介護保険下でも良く使われるようになった用語です。 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。 コメント：検討という言葉を使っていたが、あえて支援という言葉にしました。違和感があれば修正して構いません。 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。