

介護支援専門員実務研修 6日目／更新・再研修5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

1

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。

2

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継続学習の必要性和、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再発の防止
- ②重度化の予防
- ③生活習慣の改善
- ④リハビリテーション

→慢性期：社会参加へ



第1節 脳血管障害の特徴

P. 102

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1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. 102

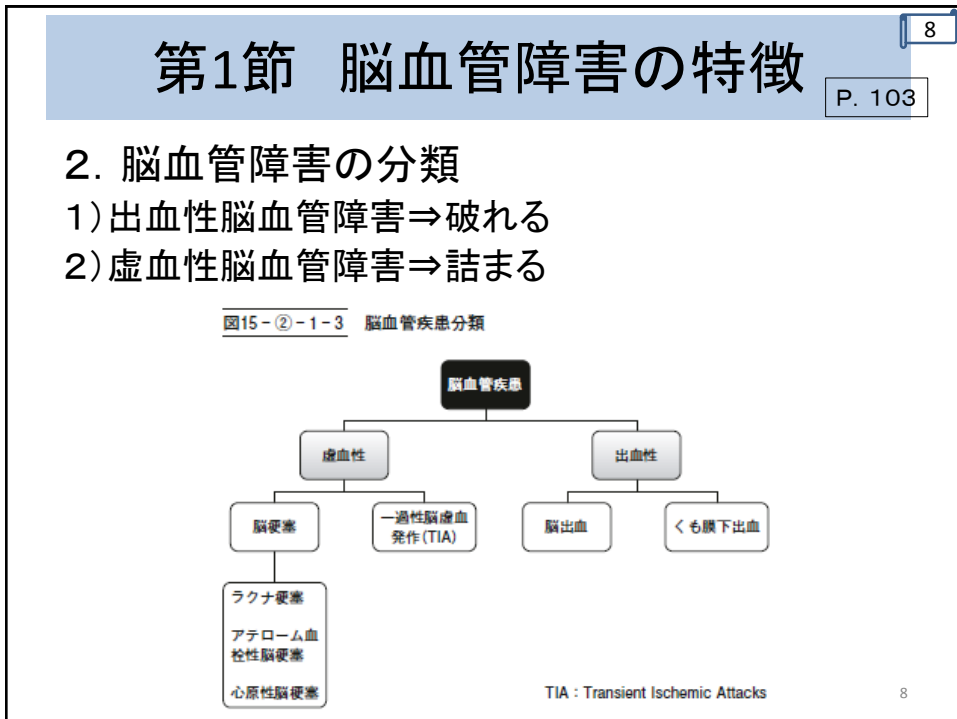
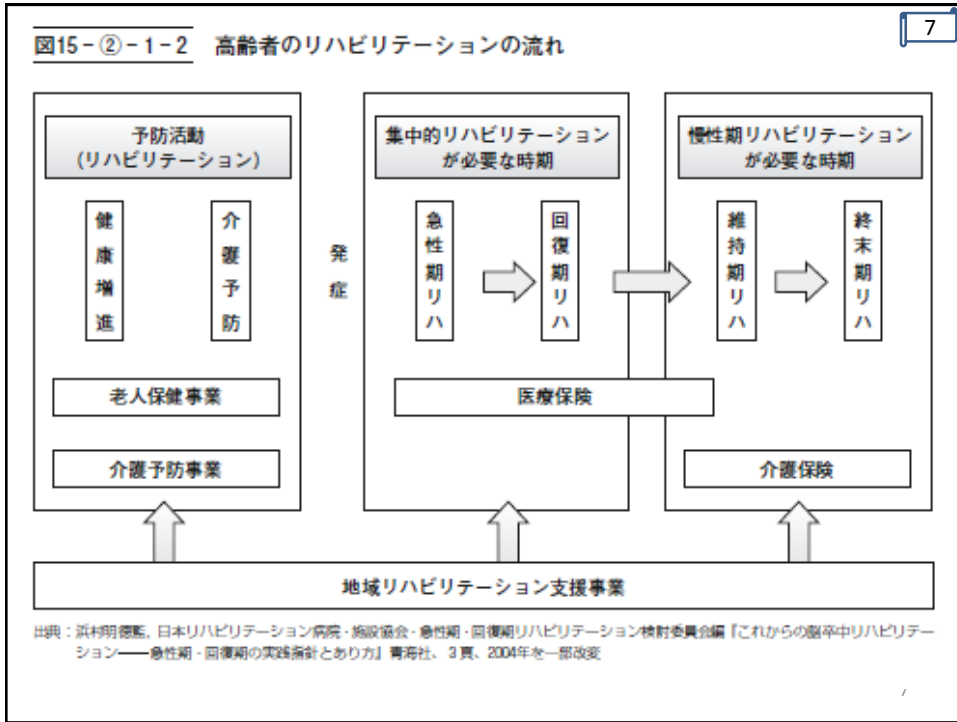
(2)慢性期における治療の目的

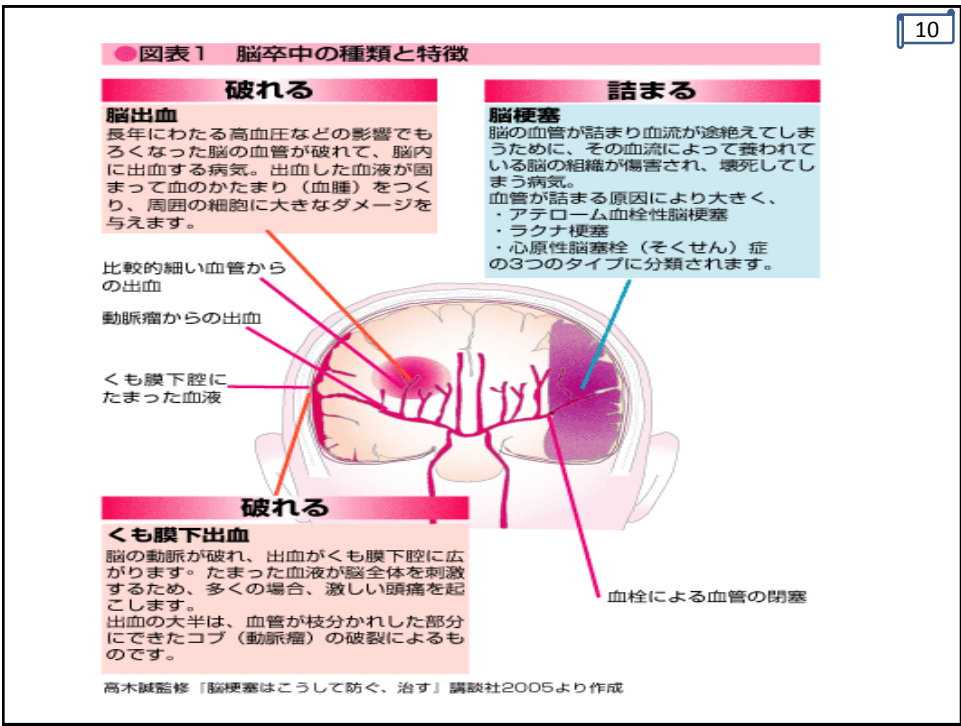
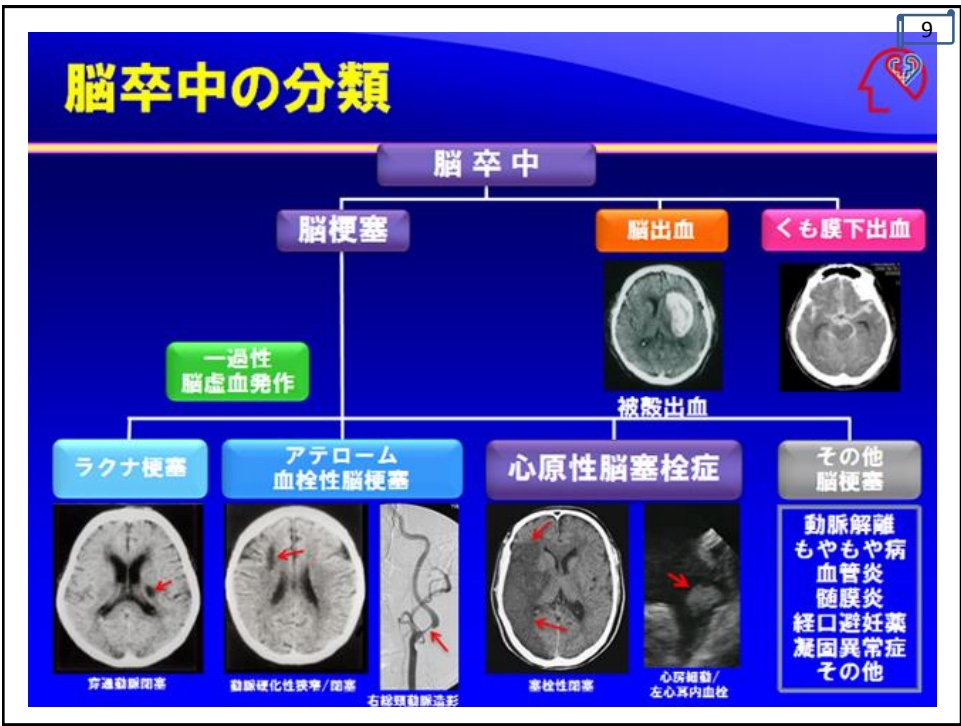
◆目的

- 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)







クモ膜下出血



動脈瘤が破れるとクモ膜下脳出血を起こす。

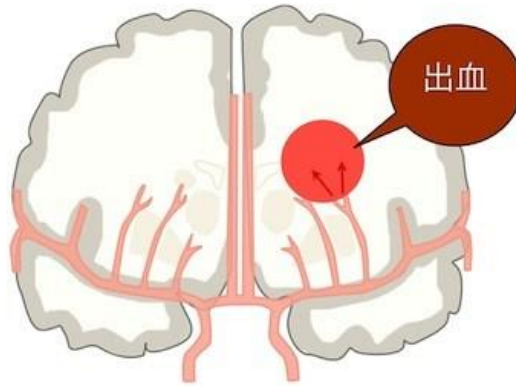
出血性脳血管障害 くも膜下出血 脳出血

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



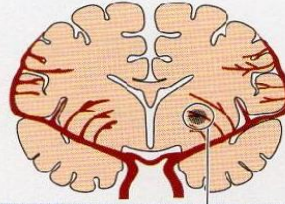
脳の血管が高血圧などで破れると脳出血を起こす。

出血性脳血管障害 くも膜下出血 脳出血

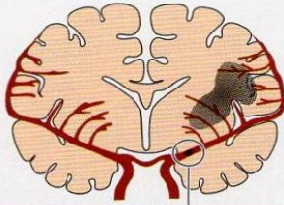
1) 脳出血

- ・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

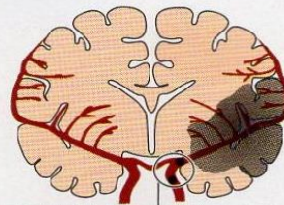
●脳梗塞



●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

アテローム血栓性脳梗塞

心原性脳梗塞

1) 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

ラクナ梗塞

アテローム血栓性脳梗塞

心原性脳梗塞

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

ラクナ梗塞

アテローム血栓性脳梗塞

心原性脳梗塞

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

P. 107

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

21

3. 脳血管障害の初期症状

- (1) **FAST**

P. 107

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

22

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

P. 109

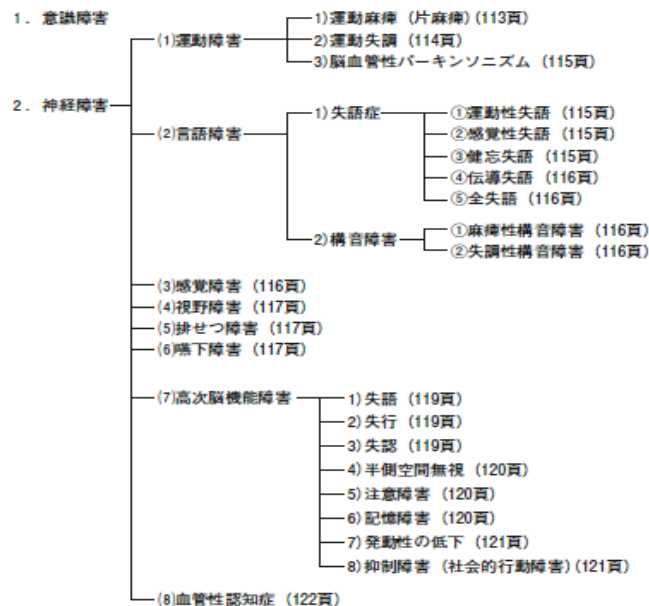
6. 脳血管障害の医療連携と在宅支援

- ①発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制
- ②病期に応じたり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

27

第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

図15-②-2-1 脳血管疾患の後遺症



28

第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

29

P. 112

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。

29

第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

30

P. 113

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

30

第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

31

P. 113

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

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)

31

表15-②-2-1 ブルンストローム・ステージ (BRS)

32

状態	
- 手を腰の後ろに動かせる - 上肢を前方水平位に上げられる - 肘90度屈曲で前腕の回内・回外ができる	- 上肢を横水平位にまで上げられる - 上肢を屈曲して頭上まで上げられる - 肘伸展位での前腕の回内・回外ができる
Stage. III 共同運動パターンの出現	個々の関節は、個々の動きで動かし、共同運動パターンは、共同運動パターンとして動かし、共同運動パターンとして動くようになる。
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、 <u>少くも1つの関節が分離して動くようになる。</u>
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)が可能になる。</u>
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

33

P. 114

【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かが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。

33

第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

34

P. 113

(1)運動障害

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・筋トーンス低下

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

34

第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

35

P. 115

(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。

35

第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

36

P. 116

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。

36

第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

37

P. 116

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。

37

第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

38

P. 116

(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

38

第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

39

P. 117

(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

39

第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

40

P. 117

(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。

40

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。

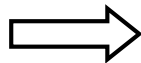
入りこんだ食物は肺組織に障害をもたらして、肺炎を発生させたり、気道をふさいで窒息に至らせたりします。しかし、誤嚥がすぐ肺炎を引き起こすわけではありません。**口腔や咽頭内の細菌や誤嚥物の酸性度なども関係してくる。**

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

43

P. 117

(7) 高次脳機能障害

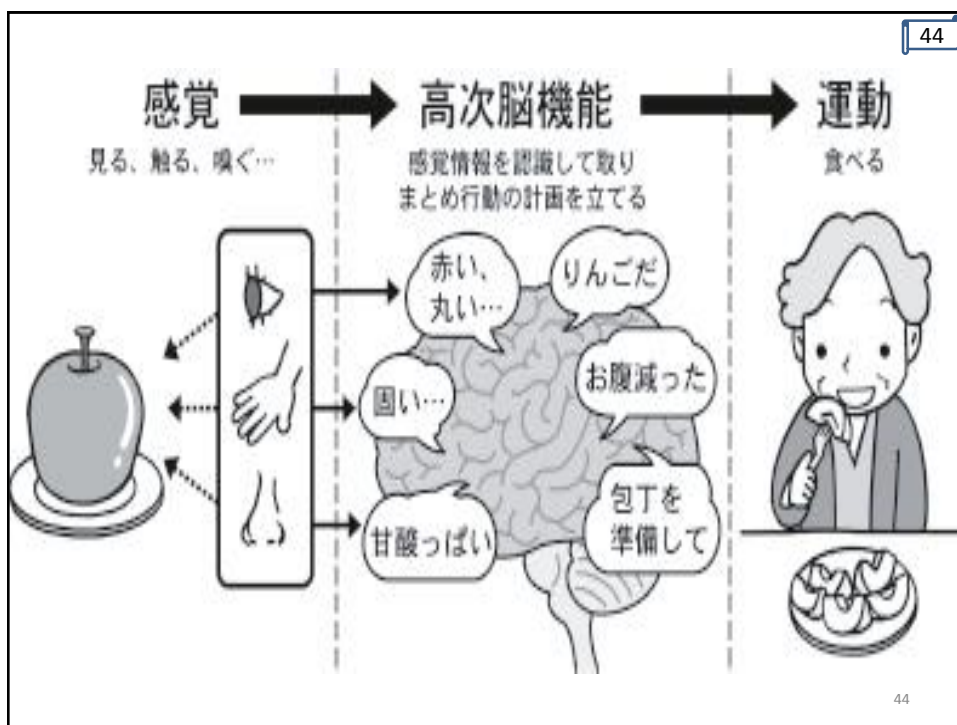
○脳に損傷を受けたために、麻痺などとはべつに、言語・記憶・思考・行為・学習・注意・判断といった「知的活動」「精神的活動」「精神的活動に障害が起きている状態。

○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

43



44

45

第2章 知的障害者の後遺症と

話す・聞く・書く・読むの障害

P. 119

1) 失語



今日はいい天気ですね

サミジノカタベラデモチ

◎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。

運動性

感覚性

45

行す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

物の使い方
行為の順番
物の認識
が
わからない



◎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う、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。

46

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

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て理解できるので、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。

47

第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

48

P. 120

4) 反側空間無視



◎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

49

P. 120

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必要があります。

49

第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

50

P. 120

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。

50

第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

51

P. 121

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を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。

51



第2節 脳血管障害の後遺症と生活機能への影響

52

P. 121

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るが我慢できない（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、かかわる人がみな同じように対応するようにしましょう。





9) 遂行機能障害

症状 仕事の優先順位がつけられない
行動の計画が立てられない
効率よくできない
仕上がりを気にしない
ひとつひとつ指示されないとできない
話し手の意図が理解できない
生活では料理のメニューが決められない
旅行の計画が立てられない
銀行の手続きができない
出前の注文ができない
仕事の手順が悪い
仕事を時間内に終わられない

遂行障害への具体的対応 ～行動の開始困難、自発性の低下～

あらかじめ成果を説明しておきます
行動を具体的な手順にそって説明します

例 (出かける)



何時に起きて
顔を洗って
ご飯を食べて
歯を磨いて
服を着替えて
持ち物を確認して
何時に家をでる

遂行障害への具体的対応 ～行動が中断する～

「〇〇をするのでしたね」と手がかりを与え、
行動を明確にします
次第に手がかりを減らして、反復します
「いつ」「何を」「どうする」と簡単にはっきりと
いうことを促します
具体的な手順がかいてあるものを確認しな
がら行います
例（風呂洗い）
浴槽、床を洗う、蓋を開けておく
終わった箇所からチェックをつける

第2節 脳血管障害の後遺症と 生活機能への影響

P. 122

(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

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

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

1. 再発の防止

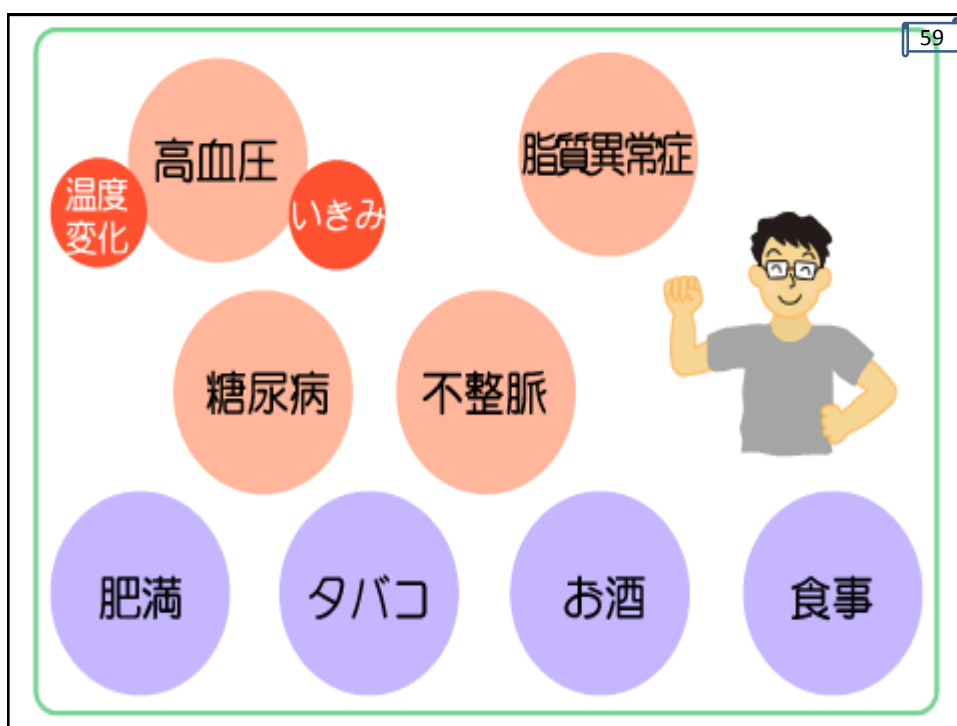
- 一度起きると再発しやすく、特に脳梗塞は発生率が高い。
- 再発すると、初めて発症したときに比べて重症化しやすい。
- 再発の原因となる病気の管理と生活習慣の改善が重要。

(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



脳血管疾患の危険因子1

努力しても変えられない危険因子

1. 年齢

脳梗塞や、脳血管疾患は中高年や高齢者に発症することが多い。
くも膜下出血は40代、50代の働き盛りでも発症することが多い。

2. 性別

脳梗塞は男性に多いのが特徴。発症した年齢も男性の方が早い。
くも膜下出血の男女比では女性の発症が約2倍くらい多いのが特徴。

3. 脳血管疾患の家族歴

家族に脳血管疾患の人がいればいるほど危険性が高くなります。



脳血管疾患の危険因子2

61

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けられ、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過ぎたり、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、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。

62

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%は排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. 125

2. 廃用症候群の防止

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. 125

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

65

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. 125

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。

66

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. 128

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. 129

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

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

1. 住環境調整

(2)福祉用具

P. 129

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

福祉用具導入の目的

介護保険法第二条第4項

「保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない」とあります。

介護保険では、要介護者・要支援者の自立支援と自立することによる介護負担の軽減を図ることが福祉用具導入の目的です。

福祉用具の種類

- | | |
|------------|---|
| 1. 車椅子 | 自走用標準型車いす、普通型電動車いす又は介助用標準型車いす |
| 2. 車椅子付属品 | クッション、電動補助装置等であって、車いすと一体的に使用されるもの |
| 3. 特殊寝台 | サイドレールが取り付けられているもの又は取り付けることが可能なものであって次に掲げる機能のいずれかを有する
①背部又は脚部の傾斜角度が調整できる機能
②床板の高さが無段階に調整できる機能 |
| 4. 特殊寝台付属品 | マットレス、サイドレール等であって、特殊寝台と一体的に使用されるもの |
| 5. 床ずれ防止用具 | 次のいずれかに該当するもの
①送風装置又は空気圧調整装置を備えた空気マット
②減圧による体圧分散効果をもつ全身用マット |
| 6. 体位変換器 | 空気パッド等を身体の下に挿入することにより、居宅介護者等の体位を容易に変換できる機能を有するものに限り、体位の保持のみを目的とするものを除く |

福祉用具の種類

- | | |
|-----------------|--|
| 7. 手すり | 取り付けに際し工事を伴わないものに限る |
| 8. スロープ | 段差解消のためのものであって、取り付けに際し工事を伴わないものに限る |
| 9. 歩行器 | 歩行が困難な者の歩行機能を補う機能を有し、移動時に体重を支える構造を有するものであって、次のいずれかに該当するものに限る
①車輪を有するものにあつては、身体の前及び左右を囲む把手等を有するもの
②四脚を有するものにあつては、上肢で保持して移動させることが可能なもの |
| 10. 歩行補助杖 | 松葉杖、カナディアン・クラッチ、ロフストランド・クラッチ、プラットフォームクラッチ及び多点杖に限る |
| 11. 認知症老人徘徊感知機器 | 介護保険法第5条の二に規定する認知症である老人が屋外へ出ようとしたとき等、センサーにより感知し家族、隣人等へ通報するものである |

福祉用具の種類

- | | |
|--------------|---|
| 12. 移動用リフト | 床走行式、固定式又は据置式であり、かつ、身体を吊り上げ又は体重を支える構造を有するものであって、その構造により、自力での移動が困難な者の異動を補助する機能を有するもの |
| 13. 自動排泄処理装置 | 尿又は便が自動的に吸引されるものであり、かつ、尿や便の経路となる部分を分割することが可能な構造を有するものであって、居宅用介護者等又はその介護を行うものが容易に使用できるもの |

福祉用具の種類(特定)

- | | |
|--------------------|---|
| 1. 腰掛便座 | 次のいずれかに該当するものに限る
①和式便器の上に置いて腰掛式に変換する
②様式便器の上に置いて高さを補うもの
③電動式又はスプリング式で便座から立ち上がる際に補助できる機能を有しているもの |
| 2. 自動排泄処理装置の交換可能部品 | 尿又は便が自動的に吸引されるもので居宅用介護者等又はその介護を行う者が容易に使用できるもの |
| 3. 入浴補助用具 | 座位の保持、浴槽への出入り等の入浴に際しての補助を目的とするものであって次のいずれかに該当するもの
①入浴用いす ②浴槽用手すり ③浴槽用いす
④入浴台 ⑤浴室内すのこ ⑥浴槽内すのこ
⑦入浴用介助ベルト |
| 4. 簡易浴槽 | 空気式又は折り畳み式等で容易に移動できるものであって、取水又は排水のために工事を伴わないもの |
| 5. 移動用リフトのつり具の部分 | |

(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

77

P. 131

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

77

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

78

P. 134

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。

78

地域リハビリテーションとは

(2001 日本リハビリテーション病院・施設協会)

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

地域リハビリテーションとは

(2001 日本リハビリテーション病院・施設協会)

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

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

81

P. 135

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

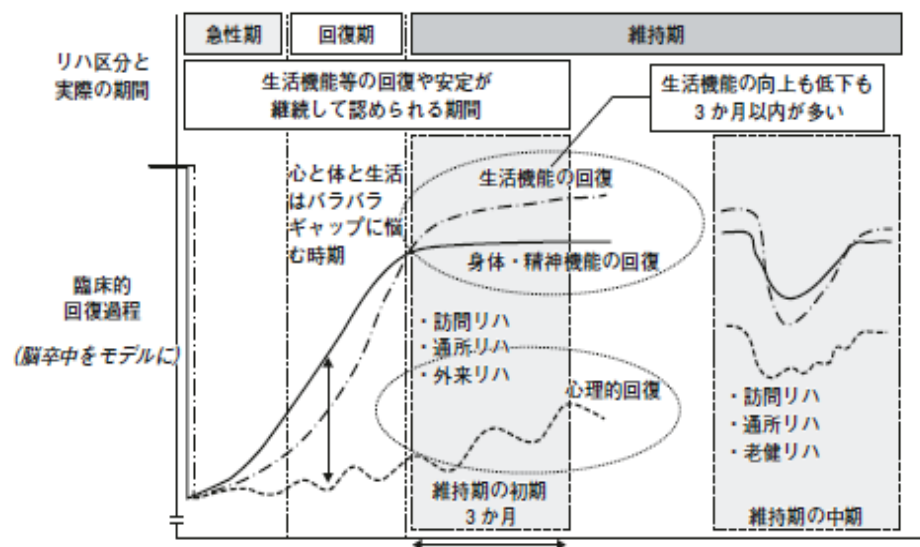
- 後遺症をできるだけ軽減させたり悪化を防止したりしながら生活への影響がなるべく少なくなるように様々な運動野練習を行っていく
- 急性期とは発症してから2週間ぐらいまでを指し、急性期リハビリテーションはできるだけ早期から開始する
- 回復期ではリハビリテーション専門の病院や病棟に移って行うことになります
- 維持期では状態に合わせて、住宅改修・福祉用具等を活用して自宅での生活に戻っていくことになります

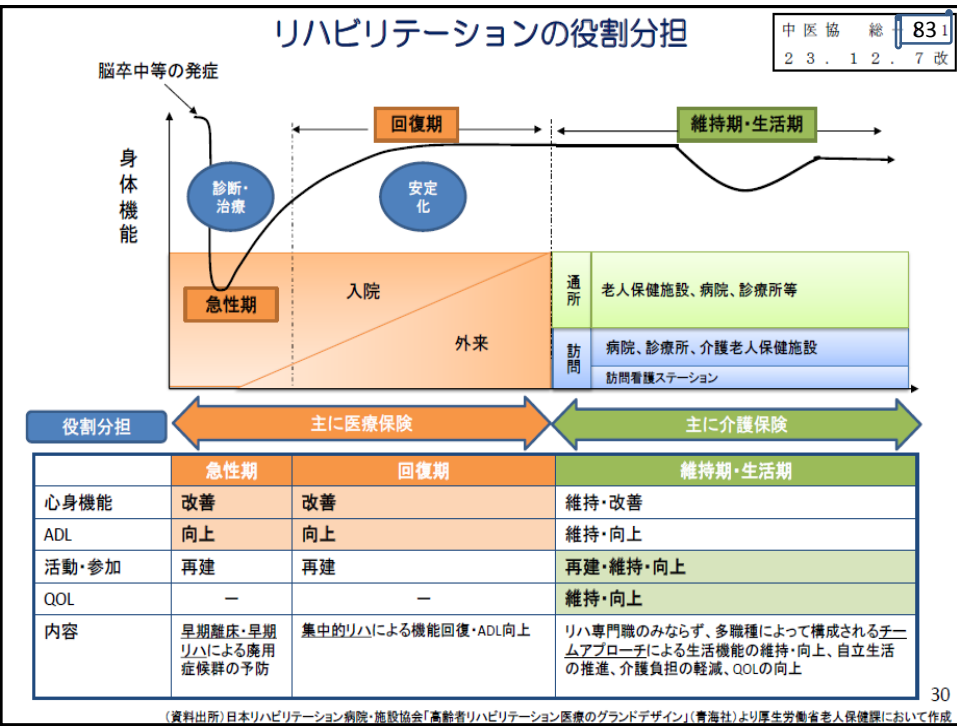
(2) 介護保険制度におけるリハビリテーション

介護保険サービスを利用したリハビリテーション

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

82





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JCS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

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. 137

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

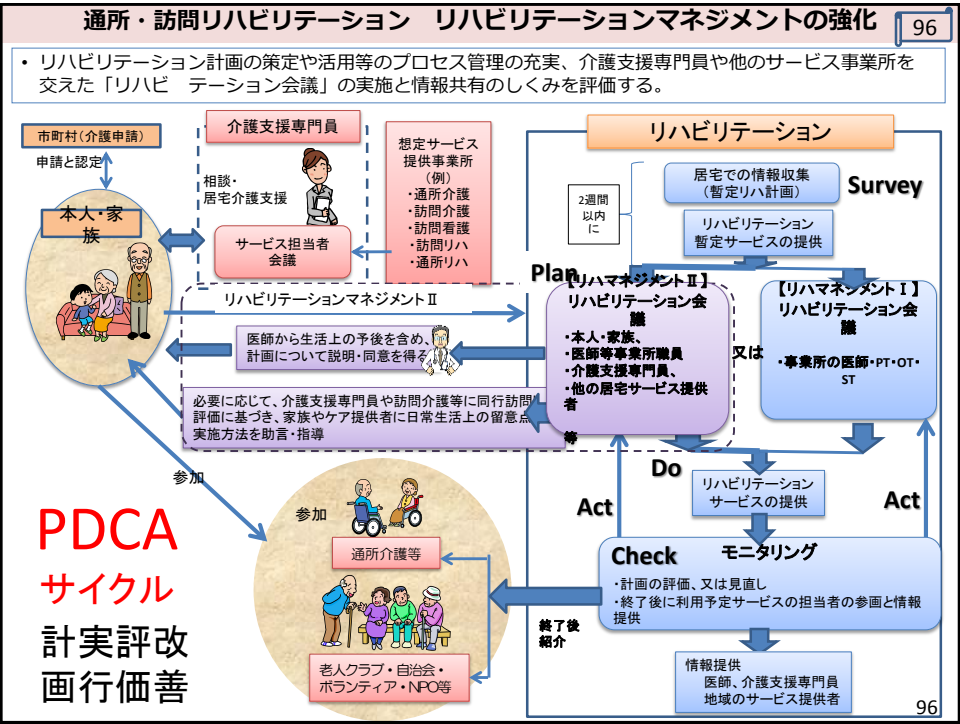
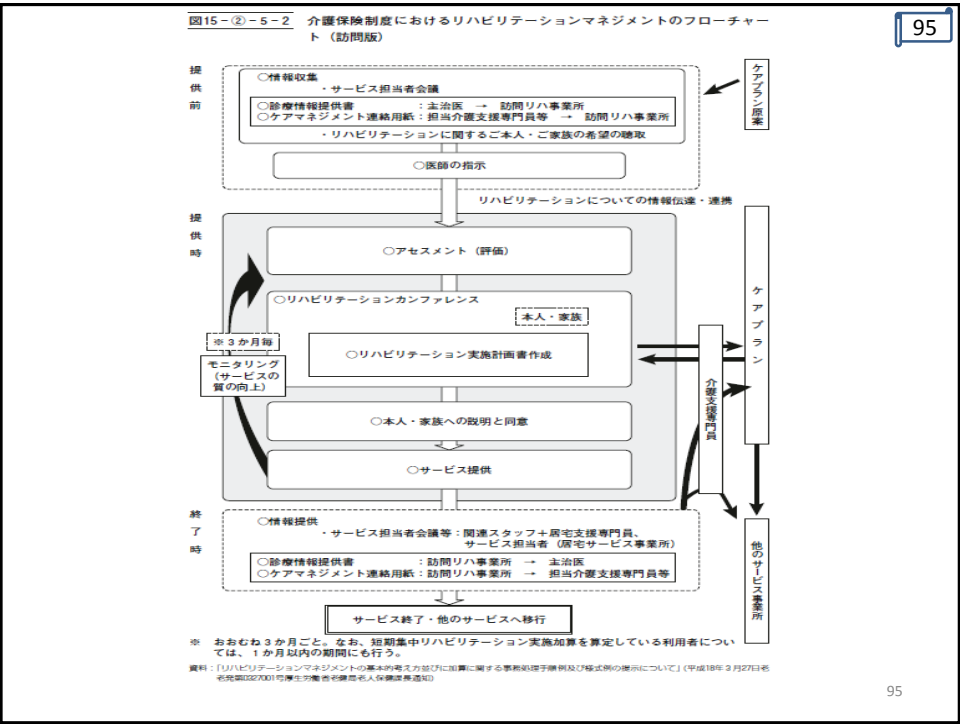


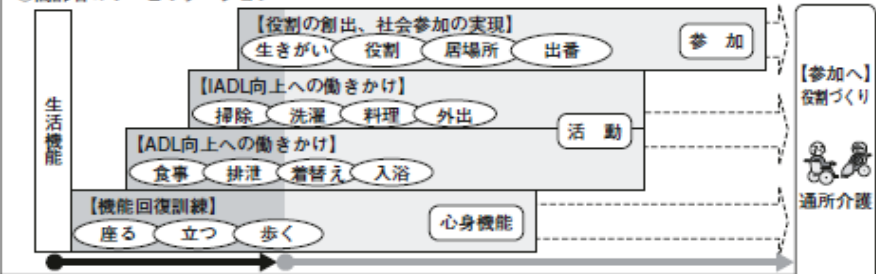
図15-②-5-3 活動と参加に焦点を当てたリハビリテーション

97

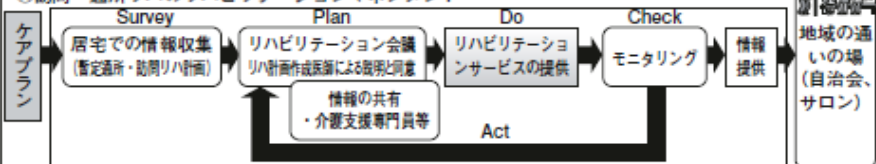
○リハビリテーションの目的

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



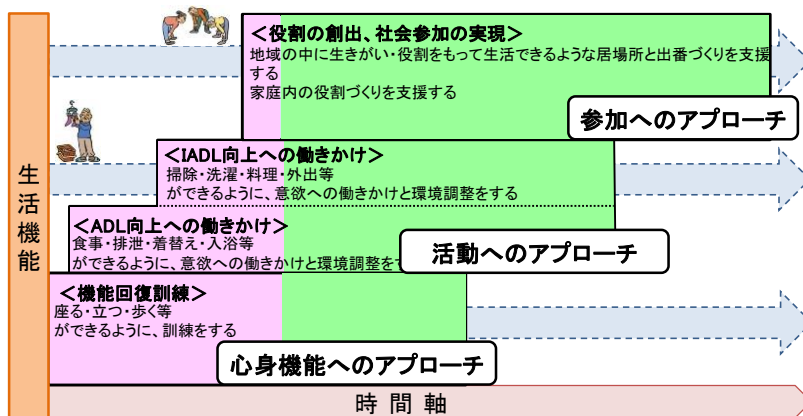
○訪問・通所リハのリハビリテーションマネジメント



リハビリテーションの展開と3つのアプローチ

98

- 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湿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して、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。

98

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

99

P. 137

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

99

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

100

P. 141

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。

100

101

P. 141

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

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

101

102

P. 142

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

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

102

- 
- ①FASTとは
 - ②脳出血の症状
 - ③住環境調整時の主なチェックポイント

103