**第２章　疾患別解説**

この章では、常時介護や支援が必要な重度の身体障害者によく見られる13の疾患を、2つの観点で解説します。

第1に障害の直接の原因となった疾患や、障害にともない発生する2次的疾患の基礎知識を学びます。

続いて、疾患別のケアのポイントや、とくに知っておきたい症状等を解説します。

**〔とりあげている疾患〕**

１．脳性麻痺(CP) 70

２．脳血管性障害 73

３．進行性筋ジストロフィー 76

４．脊髄小脳変性症〔SCD〕 78

５．筋萎縮性側索硬化症〔ALS〕 80

６．多発性硬化症〔MS〕 82

７．脊髄損傷 84

８．頚椎損傷 86

９．関節リウマチ 87

10．頭部外傷 90

11．高次脳機能障害 93

12．精神疾患 95

13．自閉症 98

**1.脳性麻痺(ＣＰ)**

**(1)基礎知識**

【基礎知識】

　脳性麻痺(Cerebral Palsy)とは、受胎から新生児期(生後４週間)までの間に生じた脳の非進行的病変に基づく、永続的な、しかし、変化しうる運動及び姿勢の異常です。その症状は満２歳までに発現します。その症状は、軽度から重症にまでわたっており、その中には、各種の麻痺も含まれます。

　全く障害が無い状態にする、すなわち”治る”ための治療方法はありません。そのため、治療としては障害があっても、姿勢・運動、摂食、発語などをうまくコントロールしていけるように援助することが目標となります。

①原因

　　発症時期と原因には、出生前(胎内感染、母体の中毒、栄養欠損など)分　娩時(脳外傷、脳出血、脳の無酸素状態、胎児黄疸、仮死状態、未熟での　出産など)、出生後(脳内出血、脳炎など)の３つの要因が考えられていま　す。

②分類

（ア）筋緊張の異常の種類

脳性麻痺には筋緊張の異常が必ず伴う。

(ⅰ)痙直型（けいちょくがた）

　　　筋肉が固く動きが少ない。関節可動域は低下。脳性麻痺の8～9割を占める。

(ⅱ)アテトーゼ型

筋肉は固く、不随意運動がある。顔面筋の不随意運動が特徴的で、医学用語で「しかめ顔」と呼ばれる。脳性麻痺の1割程度を占める。

(ⅲ)失調型（しっちょうがた）

運動時のバランス不良や手のふるえを認める型で、低緊張を伴うことが多い。

(ⅳ)低緊張型（ていきんちょうがた）

筋肉は柔らかく、運動量は少ない。関節可動域は正常より広くなる。

(ⅴ)混合型（こんごうがた）

筋緊張の異常を明確に区分することはかなり困難。痙直型＋アテトーゼ型、痙直型＋低緊張型といった状態を示すものなどがある。

※（ⅲ）（ⅳ）は少数で合計しても脳性麻痺全体の1割未満

（イ）麻痺による二次障害

関節拘縮、変形、頸髄症、褥瘡側弯等

（ウ）麻痺

(ⅰ)四肢麻痺：四肢のほぼ同程度の麻痺

麻痺の程度は軽度から重度まである（歩行可能例から寝たきりまで）

(ⅱ)両麻痺：両下肢の麻痺が強く、上肢の麻痺が軽い場合

(ⅲ)対麻痺：両下肢の麻痺があるが、上肢には麻痺がない場合

(ⅳ)片麻痺：右または左の半身だけの麻痺。上肢の麻痺が下肢より強い

****

（出典）鈴木文晴.”脳性麻痺の分類、脳性麻痺における麻痺分布”.『重症心身障害マニュアル』.江草安彦（監）、岡田喜篤、末光茂、鈴木康之(編),医歯薬出版,1999年,P.41～43

**(2)ケアのポイントと、とくに知っておきたい症状**

【ケアのポイント】

①呼吸

　　慢性的な上気道の狭窄による閉塞性換気障害を生じます。

　　そのために痰や分泌物の喀出不良な場合、風邪、気管支炎や肺炎になり　やすいです。以下の対応を行います。

　(ア)ポジショニングによる呼吸介助

リラックスして呼吸のできる姿勢、痰の出し易い姿勢を取る

　(イ)口腔ケア

②摂食

　摂食機能障害は脳の障害レベルにより大きな差が出ることに留意してく　　ださい。

③誤嚥性肺炎の防止

　(ア)食事摂取時の姿勢

　　　　リクライニング座位による頭頸部屈曲，いわゆるchin(下顎の前　　　　方)-downの姿勢は，しばしば誤嚥を予防する代償的手段として利用　　　　される代表的な手技です。

　(イ)食事形態の工夫

　　　食材の加工(ソフト食、ペースト、嚥下補助食品の使用)

④排泄

　　異常筋緊張、運動機能低下により腸蠕動が弱いために便秘になりやすい　です。

　以下の対応を行います。

　(ア)腹部観察

　(イ)腹部マッサージ

　(ウ)便の性状、量、回数のチェック

　(エ)腹圧がかけられるように腰かけ便器の使用

⑤言語

　コミュニケーションの工夫をします。

⑥合併症について

　(ア)運動機能の障害

　　　運動機能の障害としていわゆる構音障害があります。(聴覚障害の　　　　影響も考えられます)

　(イ)知的障害

　　　知的障害として、言葉の概念が発達しない、理解できない、発音　　　　　が広がらないことも考えられます。

　(ウ)てんかん

　　　　てんかんによる発作そのものだけでなく、いろいろな面で影響する　　　ことが多くあります。例えば、覚醒がはっきりしない、生活リズムが　　　不規則になる、活動の制限があるなどがあります。

　(エ)言語障害

　　　(ⅰ)知的障害による言語理解と表出の障害

　　　(ⅱ)発声・発語器官の機能障害による表出の障害

　　　(ⅲ)言語全般の障害

　　　(ⅳ)加齢に伴う言語的なもの

　(オ)視覚、聴覚障害

　　　単に視覚の障害だけでなく、視覚を分析、統合する機能としての視知　　覚の障害をもつことがあります。

　　　聴覚障害はアテトーゼ型に合併することが多いといわれています。

**2.脳血管障害**

**(1)基礎知識**

【基礎知識】

①脳血管障害とは

　脳血管障害は、国際疾病分類(ICD)による疾患名であり、一般に脳卒中と　いわれます。

②原因

　　脳卒中は、動脈硬化や血栓をつくる因子すべてが危険因子といえます。

　脈硬化を促進させる高血圧は血管に損傷を与えやすく、動脈硬化を促進さ　せ、血栓をつくりやすい高脂血症、糖尿病、心臓病(狭心症、不整脈など)、　高尿酸血症なども、脳卒中の発生に大きく関与します。(危険因子＝喫煙、　飲酒、肥満、ストレスなど)

　　危険因子により脳内の動脈が破れたり、詰まったりすることで血液が流　れなくなり、脳に障害がおよぶというものであり、その結果として死亡に　いたらなくても、手足の麻痺や言語障害、意識障害、運動障害などの後遺　症が残ることがあります。

③分類

　(ア)脳梗塞

脳への血液の流れが阻害され、脳の神経細胞が損傷を受けます。

　　(ⅰ)脳血栓

　　　　脳血管内で血液が何らかの原因で塊が形成されできた血栓で脳血管が詰まることで起きます。

　　(ⅱ)脳塞栓

　　　　脳以外の場所でできた血栓が脳の血管に流れてきて詰まります。

　(イ)脳出血

脳内に血液が溜り脳内圧力が上がり脳全体への血液(酸素)供給が低下します。

動脈硬化によって弱くなった脳の血管に、高血圧が加わって、脳の血管が破れて出血を起こす病気です。出血に伴って脳内に血腫ができ、これが脳の神経細胞を圧迫すると、損傷が大きくなります。

　(ウ)くも膜下出血

　脳を覆う軟膜とくも膜の間で出血が起こる病気がくも膜下出血です。

脳の動脈にできたこぶが、高血圧によって破裂し、出血を起こします。

　(エ)一過性の脳虚血発作(TIA)

　　　　脳に行く血液の流れが一過性に悪くなり、運動麻痺、感覚障害など　　　の症状が現れ、24時間以内、多くは数分以内にその症状が完全に消失　　　するものをいいます。脳梗塞の前駆症状の一つとして知られています。

④脳血管性障害の考えられる二次的疾病

　　持病(特に生活習慣病)があると動脈硬化などを起こし、脳の血管にもダ　メージが及びます。

　(ア)動脈硬化症

　(イ)狭心症と心筋梗塞

　　糖尿病を合併していると発症頻度が高いです。

　(ウ)骨粗しょう症

　　　障害によって歩行できなくなる等、運動量が減ると骨への刺激が少　　　なくなり起こりやすくなります。

　(エ)肺炎

　　摂食、嚥下障害により誤嚥性肺炎に注意が必要です。

　(オ)腸閉塞

　(カ)尿路感染症

　　　神経因性膀胱炎、前立腺肥大等により残尿が多い事で起こりやすく　　　なります。

　(キ)外傷(捻挫、脱臼、骨折)

　　　外力によって骨の生理的連続性が断たれた状態のことです。

　　　(上腕骨外顆骨折、橈骨骨折、大腿骨骨折、腰椎圧迫骨折)

**(2)ケアのポイントと、とくに知っておきたい症状**

【ケアのポイント】

＜脳卒中の後遺症＞

①運動障害

　　脳出血の後遺症の中でも代表的な症状が片麻痺であり、損傷を受けた脳　とは左右逆側の手足に麻痺が出現します。

　　麻痺の程度は、軽度であれば完全に麻痺が回復する場合や機能的に問題

　がなくなる場合もありますが、様々な程度の麻痺を残す場合があり、障害　の程度に合わせて杖や歩行器や、筋力を補完するための装具や移動に車い　すを要する場合などがあります。

②発声や嚥下の障害

　　声を出したり、物を飲み込んだりする時に動く喉の筋肉の動きが悪くな　ると、発声や嚥下がうまくできなくなり、いろいろな対策が必要になりま　す。

　　嚥下がうまくできないと、口に入れた食べ物や唾液が気管支や肺に入っ　てしまい、生命にかかわる肺炎を起こす危険性があります。

　　そのため、のどを通らずに食べ物を胃に入れるための｢胃ろう｣というチ　ューブを腹の表面から胃に通すこともあります。

③言語障害

　　左脳に言語中枢があるため、左脳の脳出血により言語の理解や表出(話　すこと、書くことなど)が不自由な失語症になることがあります。

　　失語症の代表的なものを挙げると、他人が話すことは理解できますが、　自分が考えていることを流暢に話せない「ブローカー失語」や、他人が話　すことが理解できず、自分が話す言葉が意味を成さない｢ウエルニッケ失　語｣、言葉を理解することも話すこともできない「全失語」などがありま　す。

④失認、失行

　　失認は大脳の一部が破壊されることで、感覚器は完全なのに、対象とな　る事物を認識できない状態で、失認でよくみられるのは、左半側空間失認　です。自分からみた左側半分の空間が認識できず、左側にあるものを無視　する。そのため、左にあるものにぶつかることや食事の際は食器の右半分　のものだけを食べることがあります。

　　失行とは、手足などの筋肉が麻痺しているわけではないのに、ある行為　がうまく行えなくなる症状です。例えば洋服を着られなくなる、コインを　つまんで取り上げられなくなることなどがあります。

⑤人格や精神面の変化

　　脳出血により脳の前頭葉や側頭葉などが侵されると、注意力や集中力の　低下、やる気がなくなる、感情や行動の抑制がきかなくなる(突然泣いた　り怒ったりする)などの行動や精神面の症状が現れ、良好な対人関係を築　き、良好な社会生活を送ることが困難になる場合があります。

　　これらの後遺症に対して適切なリハビリテーションを含めた治療や周　囲の人からの働きかけや介護がないと、脳出血の後遺症に加えて全身状態　や精神状態の悪化ももたらされます。

　　すなわち、後遺症による不自由さから自分から活動せず、他人との接触　を避けるようになると、廃用症候群が悪化して寝たきりになることや、楽　しみを感じることも減り、うつや認知症の悪化を招くことがあります。

＜代表的な症状＞(突然に片方の手足に力が入らない)

　(ア)呂律が回らない

　(イ)目つきがおかしい

　(ウ)頭痛がひどい・嘔吐した

**3.進行性筋ジストロフィー**

**(1)基礎知識**

【基礎知識】

筋細胞の変性・壊死により、進行性の筋萎縮、筋力低下を呈する遺伝的筋疾患を筋ジストロフィーと総称します。

原因遺伝子や筋変性の病態機序は多様であり、多くの病態が存在します。発症時期も乳児期発症(この場合は、先天性筋ジストロフィーと呼ばれる)成人発症まで幅があり、障害される筋肉の分布様式も一定ではありません。

＜筋ジストロフィーの分類＞

①性染色体劣性筋ジストロフィー

1. デュシェンヌ型
2. ベッカー型
3. エメリ・ドレフュス型

②常染色体劣性筋ジストロフィー

1. 肢帯型
2. 先天性

　　　　(ⅰ)福山型筋ジストロフィー

　(ⅱ)非福山型筋ジストロフィー

1. 遠位型筋ジストロフィー

③常染色体優性筋ジストロフィー

1. 顔面肩甲上腕型
2. 筋硬直(緊張)性

◆分類①-(ア)　性染色体劣性筋ジストロフィー　デュシェンヌ型

　最も多くみられる型で、伴性劣性遺伝型式をとり、ほとんど男児のみ発症します。症状は常に進行性で、10歳を過ぎる頃には歩行不能となり車椅子が必要となり、15～6歳頃までには臥床したままとなります。会話・嚥下・呼吸運動はできますが、その他の筋肉はほとんど動かなくなります。呼吸器感染症(肺炎)心不全が主な死亡原因です。

　中には高年になるまで日常生活に支障を来さず、天寿を全うすることも少なくありません。

◆分類③-(イ)　常染色体優性筋ジストロフィー　筋硬直(緊張)型

　常染色体優性遺伝ミオトニー(いったん収縮した筋が弛緩に時間を要する)と筋萎縮、筋力低下を主徴とし、緩徐進行性で、発症後15～20年で歩行不能となり、重度の四肢機能障害に陥ります。寿命は正常より短いことが多く、死因として、呼吸器感染症、心不全も少なくなく、心停止による突然死もあります。

◆分類②-(ア)　常染色体劣性筋ジストロフィー　肢帯型

　軀(たい)幹(かん)に近い肩、上腕、あるいは腰、大腿の筋が主として侵され、ゆっくり進行する型で、男女ともに発病します。10～20代に発病する例が多く、一般に重篤な機能障害に陥るのは発病後２０年位経過してからで、末期は筋拘縮、骨格変形を生じます。

◆分類③-(ア)　常染色体優性筋ジストロフィー　顔面肩甲上腕型

　特別な筋が選択的に侵される筋ジストロフィー症で、男女とも同率に発病します。普通7～２５歳で発病、肩甲部の筋萎縮で、肩甲骨が翼状に突出して見える(翼状肩甲)ことや、腕が挙げにくいということで気付きます。進行は緩徐で、寿命は正常より短いことが多く、死因として、呼吸器感染症、心不全も少なくなく、心停止による突然死もあります。

**(2)ケアのポイントと、とくに知っておきたい症状**

【ケアのポイント】

①主な症状

(ア)筋萎縮

(イ)筋力低下

(ウ)筋拘縮

(エ)骨格変形

②合併症

(ア)呼吸筋力の低下・呼吸中枢の障害による呼吸不全を来しやすい

(イ)誤嚥をしやすく、肺炎を合併しやすい

(ウ)伝導障害による致死性不整脈

③留意点

(ア)機能訓練

　　廃用性の筋萎縮を防止する意味での運動訓練。但し、過度の負荷は　　　　避けます。

(イ)食事指導(摂食・嚥下障害)

　　嚥下障害がなければ食事制限は必要ありませんが、状態に合わせた　　　　食形態管理を行います。

(ウ)感染予防(呼吸筋障害)

　　進行に伴い、痰の喀出が困難となり、軽度の感冒でも直ちに呼吸困難を来し生命を失うこともあります。体位交換を頻繁に行うなどの対応策を立て感染を予防しなければなりません。

④精神面への援助

**4.脊髄小脳変性症(SCD)**

**(1)基礎知識**

【基礎知識】

　脊髄小脳変性症は小脳が萎縮していく病気です。小脳は、運動をつかさ　どる中枢で、全身の筋肉が円滑に動けるようにコントロールし伝えるのが　小脳です。手足の運動、目の動き、話す、無意識の反射運動など、体の動　きはすべて小脳のコントロールによるものです。この小脳と、関連した神　経伝導路が系統的に侵されるために運動失調が主症状としてみられる疾　患の総称です。

　脊髄小脳変性症は病型によって遺伝するもの(優性遺伝・劣性遺伝)と、　しないもの(孤発性)があります。また、表現促進現象といわれるものがあ　り、代を重ねるごとに発病が若くなるという現象もあります。例えば、父　親が40代で発症すると、遺伝性の場合、20代で発症する可能性が高いと　いうことです。しかし、子どもが必ずしも発症するとは限りません。現在　は、遺伝子診断技術の発達により、疾患の種類により発症前でも遺伝子異　常がわかり、子どもが将来発症するかどうかも診断できます。

　症状は、進行性の病気でゆっくりと進みます。主な症状を以下に記載し　ます。

①平衡感覚の失調

②構音障害

③協調運動障害

④嚥下障害

⑤視覚障害

⑥自律神経失調

　(ア)起立性低血圧

　(イ)発汗異常

　(ウ)排尿、排便障害

　(エ)呼吸

⑦末梢神経の障害

⑧筋力の低下

⑨精神障害

**(2)ケアのポイントと、とくに知っておきたい症状**

【ケアのポイント】

①食事

(ア)病気の進行に伴い、嚥下困難が見られるため、食事介助の際はご本人　のペースに合わせ、むせこみに注意します

(イ)食事摂取状況を把握し、病状に適した摂取方法の選択(摂取可能な体　位、速度、食事内容の工夫)ができるように、胃ろう造設者に対応できる医療体制を確保します

②移乗

　立位保持が困難になると、突然の脱力が出てくるため、転倒に注意します。

③体位交換

自力で体位交換が困難になった時は、褥瘡を予防するために、適時体位交換を実施します。

④注意が必要な症状

(ア)咳込みや痰が多く、発熱もある場合、上気道や肺炎などの可能性が　ある。発熱や発汗が多い場合、脱水に注意します

(イ)発汗、顔色不良や意識が朦朧としている場合は、血圧低下やショック　症状に注意します

(ウ)嚥下障害による誤飲から誤嚥性肺炎に注意します

⑤排泄

　排尿コントロールが難しく、尿も残りやすいため、尿路感染や尿閉等を起こしやすいです。腹満や腹痛に注意します。

⑥終末期

　(ア)終末期は血圧と呼吸管理を行います。平常時の血圧と呼吸状態を把握

(イ)自己排痰も困難になるため、気道閉塞に注意

⑦急変時の呼吸抑制

(ア)平常時の呼吸状態、回数、顔色を把握

(イ)頭痛はあるか、意識状態はどうか、のどに何か詰まっていないか確認

(ウ)ご本人の楽な体位を工夫

(エ)意識レベルが低下した場合は、気道確保をしながら救急搬送

**5.筋萎縮性側索硬化症(ALS)**

**(1)基礎知識**

【基礎知識】

通常中年以降に発症し、症状は一般に四肢筋力低下に始まり、球麻痺により構音・嚥下障害が出現、更に呼吸筋麻痺による呼吸不全に発展していきます。

発病率は10万人当たり0.4～1.9人で、男女比は2：1でやや男性に多く、発病率は年齢とともに増大して以前は50歳代発症が多かったが、現在は平均65歳程度と高齢化しています。本症は常に進行性で、通常3～5年で呼吸不全や肺炎、窒息で死亡するといわれ、人工呼吸器装着により5～15年前後生存することがあります。

また、呼吸不全の症状がまだ見られない段階でも、肺活量が低下(歩行時の呼吸促迫、夜間呼吸苦など)し始めたら非侵襲的・侵襲的を問わず補助呼吸・人工呼吸に関する意思決定について患者および家族を交えてよく相談をする必要があります。また、気管切開の希望・呼吸器装着の有無に関しても症状の進行を見ながら時間をかけてよく相談し、生活プランを立てていく必要があります。

＜陰性4徴候(出にくい症状)＞

　　ALSは全身が動きにくくなる病気ですが、出にくい症状というものが６　つほどあり、そのうち4つを「陰性4徴候」といいます。

①眼球運動障害

筋肉の問題では、手足やからだ・顔が全く動かなくなっても目を動か　す筋肉が最終的にはある程度は残ることが挙げられます。

②膀胱直腸障害

尿道や肛門をキュッと締める括約筋も筋肉ですが障害はうけにくく、すなわち尿や便が勝手にもれて、垂れ流しにはなりにくいということです。

③感覚障害

動き以外では、知覚障害・感覚障害が起こりにくいことが挙げられます。見たり聴いたり、あるいは冷たさや痛さなどを感じる感覚は最後まで残り、自分では動けませんが全て周囲の状況が分かってしまうということで精神的ストレスは大きくなってしまいます。

④褥瘡

徐々に寝たきりになっていきますが褥瘡ができにくいという特徴があります。

**(2)ケアのポイントと、とくに知っておきたい症状**

【ケアのポイント】

①主な症状

四肢の筋萎縮・筋力の低下

(ア)頸群筋の脱力のため、頭部が前に垂れるようになります

(イ)舌は萎縮して、舌咽喉筋力低下のため構音障害が出現します

(ウ)咀嚼・嚥下機能が障害され、誤嚥性肺炎や気道閉塞を生じやすいです

②留意点

(ア)機能訓練

廃用性の筋萎縮を防止する意味での運動訓練。但し、過度の負荷は避けます。

(イ)食事指導(摂食・嚥下障害)

　(ⅰ)嚥下障害がなければ食事制限は必要ないが、嚥下困難が生じたら、　　　　半流動性や小塊にまとまりやすい食形態が好まれるため、工夫が　　　　　必要です

　(ⅱ)摂食・嚥下障害の進行については、栄養補給と誤嚥性肺炎防止の　　　　　目的で胃瘻を造設するケースが増えています

(ウ)感染予防(呼吸筋障害)

(ⅰ)痰の喀出が困難なために、軽度の感冒でも直ちに呼吸困難を来し、生命を失う事があります。体位交換を頻繁に行うことは気道感染を予防するうえでも重要です

(ⅱ)労作時や歩行時の呼吸促迫、夜間呼吸苦があるようなら要注意です。急性呼吸不全の可能性が高くなるため、状態の観察が重要になります

(ⅲ)痰の喀出が困難になった場合には、気管カニューレ(挿管)気管切開が必要となります

(エ)生活指導

球麻痺による構音障害のためコミュニケーションが取りづらくなってくるので、コミュニケーションエイドやパソコンを用い意思伝達を円滑にすることが重要です。

携帯電話を活用して良好なコミュニケーションを確保しているケースもあり、各段階に応じた工夫が必要です。

**6.多発性硬化症(MS)**

**(1)基礎知識**

【基礎知識】

中枢神経系(大脳、小脳、脊髄)の白質に生じる原因不明の自己免疫性の炎症性疾患と考えられていますが、真の病因はいまだ不明で、そのため根本的治療法は確立されていません。

20～40歳代の若年成人に好発、女性に高頻度に見られます(男：女＝1：1.7)。

　　MSはその臨床経過により、再発と寛解を繰り返すMSと、徐々に障害が進行する慢性進行型MSに分類されます。

＜ステロイド剤の効果及び副作用＞

　　MSは自己免疫疾患のため、ステロイド剤を長期にわたって服用している　ことが多いといえます。ステロイド(副腎皮質ステロイド)は強力な免疫・　炎症抑制作用のほか、細胞増殖を抑える作用が強いので、多くの病気に効　果がある一方、ステロイドは多くの代謝に関係するので副作用も多いとい　われます。

(主な副作用)

①感染症の誘発・増悪

②粗鬆症と骨折

③動脈硬化病変・高血圧

④消化性潰瘍

⑤糖尿病の誘発・増悪

⑥精神障害　　　　など

**(2)ケアのポイントと、とくに知っておきたい症状**

【ケアのポイント】

①主な症状

　(ア)眼症状：球後視神経炎による視力障害や動眼神経障害に伴う複視や眼　　　　　　　振

　(イ)小脳症状：運動失調、眼振、構音障害

(ウ)脳幹症状：複視、眼振、しゃっくり、呼吸障害、構音障害、四肢麻痺　　　　　　　嚥下障害など

(エ)脊髄症状：痙性対麻痺、感覚障害、膀胱直腸障害、有痛性けいれん発　　　　　　　作など

②留意点

(ア)副作用など異常の早期発見

(イ)精神面へのケア

寛解と増悪を繰り返すため、精神的な不安感も強いです。訴えの傾聴、精神的な負担の軽減に努めます。

(ウ)感染症への注意

褥瘡・尿路感染・肺炎など、状態を常に観察し、異常の早期発見に努めます。

(エ)残存機能の回復および維持

リハビリテーションの活用により残存機能の回復および維持に努めます。

(オ)環境因子に対する指導

発熱、精神的ストレス、妊娠、運動過多等に対する指導を行います。

**7脊髄損傷**

**(1)基礎知識**

【基礎知識】

　脊髄とは脳と体をつなぐ中枢神経のことであり、この部位の損傷を脊髄　損傷といいます。主として大きな外傷を受け、脊髄が骨折、脱臼を起こし　た際に生じます。

　脊髄損傷の原因の多くは、交通事故や高所からの転落、スポーツ外傷等　によるものです。脊髄のどの部位でどの程度の障害を受けたかで症状は大　きく変わってきます。損傷部位より下方(遠位)に麻痺症状が起きるため、　損傷部位が脳に近いほど麻痺する範囲は広くなります。頸髄損傷では四肢　麻痺、胸髄損傷では体幹と両下肢麻痺、腰髄損傷では両下肢麻痺となりや　すいです。

　損傷の程度により完全損傷と不完全損傷に分けられます。

①完全損傷

　完全損傷とは、脊髄の機能が完全に壊れた状態であり、脳からの命令は　届かず、運動機能が失われます。また、脳への情報を送ることもできなく　なるため、感覚、知覚機能も失われます。すなわち「麻痺」状態になりま　す。

②不完全損傷

　　不完全損傷とは、脊髄の一部が損傷し、一部機能が失われた状態であり、　感覚、知覚機能だけが残った重症のものから、ある程度運動機能が残った　軽傷のものまであります。動かないはずの筋肉が本人の意思とは関係なく　突然張ったり、けいれんを起こすこともあります。すなわち「痙性」です。

　脊髄損傷によって、運動、知覚機能の障害だけでなく、自律神経にも障害が及ぶため、排尿、排便、血圧調整機能、体温調整機能に障害が生じることがあります。

　　頸髄損傷の場合は、呼吸障害、低血圧、徐脈を生じます。

**(2)ケアのポイントと、とくに知っておきたい症状**

【ケアのポイント】

①肺炎

　胸部が広がりにくく、呼吸の機能が低下しているため、肺炎を合併しやすくなります。

咳がうまく出せないので、喀痰喀出介助が必要です(特に頸髄損傷、胸髄損傷の場合)。

②起立性低血圧

交感神経の遮断によって、心臓のポンプ力によって全身に送り出す血液の量が減っているが、四肢の血管が拡張した状態になっているため、血液が下半身や内臓に溜まったままになり、姿勢の変化についていけず、血圧が下がり、一時的に脳貧血となります。

③腸閉塞

　　胃腸の動きが悪くなり腸閉塞(麻痺性イレウス)を起こしやすくなりま　す。

　　腹部膨満の有無や食事量、飲水量のチェック、便の性状や量を観察し、排便コントロールを行います。

④神経因性膀胱

　　膀胱を支配する神経の働きが悪いため、尿が出にくくなったり、尿が漏れたりします。排尿困難な場合、自己導尿、介助導尿、膀胱瘻造設を行います。

　　カテーテルを使用している場合、尿路感染症を起こしやすいため、発熱の有無、飲水量、尿量、尿の性状等の観察を行います。

⑤褥瘡

　　脊髄損傷により感覚を失っていると圧迫された部位が血行不良となり、皮膚や筋肉等の組織が壊れてしまいます(壊死)。

　　必要に応じた体位変換、エアマットの使用を行います。また、吸湿性の良い服を着用し、スキンケアを行います。

⑥外傷

　　感覚、知覚機能障害があるため、麻痺の部位によって、入浴時や食事摂取時の熱傷、体位交換・移乗時の打撲に注意します。

⑦体温調節

　体温調節機能が低下しているため、外気温に体温が左右されます。気温の変化に伴う体温の変化を把握し、適温を保つ工夫を行います。発熱や脱水に注意します。

⑧バイタルチェック

　　急変の可能性があるため、平常時よりバイタルチェックを行い、排泄状態を把握しておきます。特に部位によって意識レベルや呼吸状態に注意します(異常呼吸、意識状態の変化のフローチャート参照)。

⑨食事介助

　　食事介助時は、食事形態、自助具、体位等の工夫を行い、誤嚥に注意します。

**8.頸髄損傷**

**(1)基礎知識**

【基礎知識】

　頸椎損傷とは頸椎が強い衝撃や加齢などにより変形、脱臼、骨折などを　起こした状態をいいます。頸椎が損傷した際には頸髄損傷を起こし、四　肢麻痺を伴うことも少なくありません。

〔原因〕

　青壮年の男性に多く、受傷原因としては、交通事故、高所からの転落、　転倒、スポーツによるものなどです。

　スポーツでは水泳の飛び込み、スキー、ラグビー、グライダーなどで、　若年者に目立ちます。特に、水泳の飛び込みでは頸椎・頸髄損傷を起こし　やすく、社会的にも問題になっています。

　また、骨粗鬆症のある高齢者では、尻もちをつくなどのごく軽微な外傷　によっても簡単に胸腰移行部の圧迫骨折を生じることがあるので注意が　必要です。

**(2)ケアのポイントと、とくに知っておきたい症状**

P.84～85「7.脊髄損傷」参照

**9.関節リウマチ**

**(1)基礎知識**

【基礎知識】

　非感染性で慢性的に経過する関節炎を主症状とする、慢性・炎症性の原　因不明の全身性疾患のことをいいます。膠原病の一種で、体内に侵入した　細菌やウイルスを排除するために働く免疫システムの異常により、自身の　組織を外敵とみなして攻撃してしまう自己免疫疾患です。この免疫システ　ムの異常により、関節の滑膜で炎症が起こり、次第に高度の関節変形が生　じ、重度の機能障害が生じます。滑膜の炎症から始まり、軟骨、骨、人体、　腱が破壊され、症状の軽快と増悪を繰り返しながら徐々に関節の変形が進　行していきます。

　　男女比は1対4と女性が多く、女性の持つホルモンが関係しているとい　われています。

＜症状＞

主な症状は、朝のこわばり、疼痛、腫脹であり、関節の動揺性、関節可動域制限、変形、握力低下が起こってきます。

①初期症状

関節の腫れがみられることが多く、中には関節の症状が現れる前に慢性的な前駆症状がみられることもあります。これといって思い当たる理由もないのに、疲労感が続いたり、微熱が続く、食欲不振、体重減少といった症状が出ることもあります。

②全身症状

　(ア)目：胸膜炎、シェーグレン症候群

　(イ)リンパ節：腫脹がみられる

　(ウ)肺：胸膜炎、肺線維症、間質性肺炎、肺炎

　(エ)心臓：心膜炎、心筋炎、心筋梗塞

　(オ)腸：腸閉塞、下痢

　(カ)神経：多発性神経炎

　(キ)手指の関節：こわばり、腫れ、痛み

　(ク)指先：指端壊疽

　(ケ)筋肉：筋萎縮、筋炎

　(コ)骨：骨粗鬆症

　(サ)関節炎：膝・股関節・肩など

　(シ)皮下：リウマチ結節(皮下に数ミリ～数センチのかたいしこりができ　　　　　　ること)

　(ス)皮膚：潰瘍

**(2)ケアのポイントと、とくに知っておきたい症状**

【ケアのポイント】

①痛みに対して

【観察ポイント】

(ア) 身体を動かすときの痛がり方が強くなった

(イ) 関節の熱感が強くなった

【対応方法】

炎症が激しい時は安静にしましょう。安静のポイントは「全身」「関節」「精神」に対する3つです。

　(ア)全身

　　　夜更かしをせず、睡眠を十分にとり、疲れやだるさを感じる前に無理　　せず休む。

　(イ)関節

　　　負担が掛からないように、正座をしない、重いものを持たない、立ち　　仕事を避けるなど動作に注意。

　(ウ)精神

　　　趣味を楽しんだり、映画やドラマを観て笑ったり、気持ちを明るく保　　つようにする。

関節リウマチの活動性が高い時(炎症期)は、微熱があり、疲れやすくなります。また、炎症が強い部位の関節は熱感があり、安静にしても痛み(自発痛)、関節を動かすと一層痛みが強くなります(運動時痛)。

＜関節の腫れや痛みが強い時＞

　　冷却療法：氷嚢などをあて、痛む関節をやさしくマッサージします(直　　　　　　　接皮膚にあてると冷たすぎるのでタオルの上から行います)

＜慢性的な痛みに対して＞

温熱療法：血液の循環を良くすることで老廃物や痛み物質の排泄が促進されるため、痛みが和らぎます

②発熱に対して

37℃台の微熱は稀ではありませんが、38℃を超える発熱の場合は感染症の併発を考えましょう。

【観察ポイント】

(ア)熱が上昇中：手足が冷たく、顔色が悪い、気分が悪い

(イ)熱が上がりきった状態：手足が温かく、顔が赤い

【対応方法】

安静、三点クーリング、身体を冷やさない、医療機関への受診

③生活の中での工夫

　(ア)冷え対策

　関節が冷えると痛みが増すこともあるので十分注意しましょう。

例)冷房の効いた部屋や、冬場はひざ掛けを使用するなど

　(イ)食事

食事制限はありません。特に貧血予防のための鉄分、骨の成分となるカルシウムとビタミンDが不足しないようにバランスよく栄養を摂りましょう。

　　　※体重が重すぎると膝や足首などに負担が掛かるので食べ過ぎには　　　　注意しましょう

　(ウ)運動

筋力を落とさないために、関節への負担があまりかからない適度な運動が必要です。

**10.頭部外傷**

**(1)基礎知識**

【基礎知識】

　頭蓋、脳の外傷など頭部に発生したすべての外傷を頭部外傷といいます。　　また、頭部外傷後3週間以上続く症候、あるいは3週間以降に新たに出　現した症候のことを頭部外傷後遺症といいます。

①開放性損傷

頭皮や頭蓋(髄膜及びその下の脳組織)へ貫通し損傷したものをいいます。

例を挙げると銃弾や鋭利な物体が関与しますが、激しい鈍的外力による頭蓋骨骨折と随伴するその上部の裂創も開放性損傷を考えます。

②閉鎖性損傷

頭部に打撃を受けた場合や脳震盪など、激しく揺さぶられた場合に発症します。頭蓋内での脳の急激な加速や減速は、衝撃を受けた部位の組織、またはその反対側の組織に損傷を与える可能性があります。破裂した血管から血液が流出し、挫傷、脳内出血、くも膜下出血、血腫(硬膜外および硬膜下)を引き起こします。

＜頭部外傷の種類＞

(ア)皮膚(皮下血腫、皮膚の切り傷)

一般的に最も多い頭部外傷は皮下血腫と呼ばれるたんこぶであり、その多くは1～2週間で改善します。また、皮膚の切り傷は、頭部の血流が良いため出血量が多くなることがあり、その場合は縫合する必要があります。

(イ)頭蓋骨(骨折)

頭を強く打つと、骨折することがあります。耳や鼻の穴からサラサラとした血液交じりの水が出てきた場合は骨折の可能性があるため、緊急に病院を受診する必要があります。

(ウ)脳(脳挫傷、くも膜下出血など)

脳と硬膜の間に出血したものを急性硬膜下血腫といい、急性硬膜外血腫では頭蓋骨と硬膜の間に出血したものをいいます。また、脳細胞が直接損傷した場合は脳挫傷、くも膜と軟膜の間に出血したものをくも膜下出血と呼びます。

**(2)ケアのポイントと、とくに知っておきたい症状**

【ケアのポイント】

①特に知っておきたい症状

　意識障害、片麻痺、半盲、運動失調、失明、てんかん、水頭症、不随意　運動、髄液鼻漏(耳漏)などが起こります。

　重度脳外傷後数か月以内で意識障害、運動麻痺などは徐々に改善してい　く例が多いですが、脳損傷により生じた高次脳機能障害は長期にわたり持　続します。

軽い頭部外傷では痛みが出現するだけですが、以下の症状がある場合は脳が損傷している可能性があるので注意が必要です。

　(ア)頭痛がどんどんひどくなる

　(イ)吐き気、嘔吐を繰り返す

　(ウ)意識がもうろうとしている

　(エ)物が見えにくい

　(オ)手足が動かしにくい

　(カ)けいれんをおこす

　(キ)瞳孔(ひとみ)の大きさが左右で異なる

＜観察ポイントと対応方法＞

②てんかん・けいれん発作

てんかん発作観察の要点

　(ア)発作が起きた時間と、状況、誘因になるものはなかったか

　(イ)意識障害の有無

　(ウ)けいれんの有無

　(エ)発作の継続時間

　(オ)身体の変化

　(カ)発作後の様子

　(キ)怪我の有無

③対応方法

　　まずは自分自身が冷静になり騒ぎ立てないことが重要です。

　(ア)火、水、高い場所、機械の側などの危険な物の近くから遠ざける

　(イ)本人が怪我をしないように気を配る

　(ウ)衣服の襟元やベルトを緩める

　(エ)メガネ、コンタクトレンズ、ヘアピンなどに注意する

　発作中、激しく突っ張るあるいはがくがくとけいれんしている間は下あごに手を当てて、上方にしっかり押し上げ気道確保を行い、窒息や舌を噛むことを防ぎましょう。

　＜発作中にしてはいけないこと＞

　(ア)身体をゆする

　(イ)抱きしめる

　(ウ)たたく

　(エ)大声をあげる　など

④ 心理的症状

怒り、不安、心配、急速な気分の変調、うつ感、憂鬱、恐怖、罪悪感、落ち着かない、誇大妄想、パニック、イライラ、孤独感などがみられることがあります。

⑤ 高次脳機能障害

集中力・決定力・遂行力の低下、事の開始困難、分析力障害、真偽の判別力低下、注意力低下などがみられます。

心理的症状・高次脳機能障害では、他者とのトラブルに発展することが多々あるため、障害の理解が必要です。

**11.高次脳機能障害**

**(1)基礎知識**

【基礎知識】

　高次脳機能障害とは脳卒中や脳外傷の後で、記憶や注意などの障害が生　じる場合があります。手足の運動機能障害と違って外見上は見えにくく、　理解されにくい障害です。

①高次脳機能障害とは

交通事故や脳卒中などで脳が損傷されると、記憶能力の障害、集中力や考える力の障害、行動の異常、言葉の障害が生じることがあります。これらの障害を『高次脳機能障害』といいます。

②高次脳機能障害の原因

(ア)脳血管障害(脳梗塞、脳出血、くも膜下出血)

(イ)外傷性脳損傷

(ウ)その他(脳炎、低酸素脳症、脳腫瘍)

③高次脳機能障害の主要な症状

(ア)記憶障害

　　　記憶障害とは、事故や病気の前に経験したことが思い出せなくなった　　り、新しい経験や情報を覚えられなくなった状態をいいます。

　　　(ⅰ)今日の日付がわからない、自分のいる場所がわからない

　　　(ⅱ)物の置き場所を忘れたり、新しい出来事が覚えられない

　　　(ⅲ)一日の予定を覚えられない

　　　(ⅳ)自分のしたことを忘れてしまう

　　　(ⅴ)人の名前や作業の手順が覚えられない

(イ)注意障害

注意障害とは、周囲からの刺激に対し,必要なものに意識を向けたり、重要なものに意識を集中させたりすることが、上手くできなくなった状態をいいます。

　　　(ⅰ)気が散りやすい

　　　(ⅱ)一度に二つ以上のことをしようとすると混乱する

　　　(ⅲ)周囲の状況を判断せずに、行動を起こそうとする

　　　(ⅳ)片側にあるものだけを見落とす

　(ウ)遂行機能障害

行機能障害とは、論理的に考え、計画し、問題を解決し、推測し、そして行動するといったことができない状態、また、自分のした行動を評価したり、分析したりすることができない状態をいいます。

　　　(ⅰ)自分で計画を立てられない

　　　(ⅱ)指示されないと何もできない

　　　(ⅲ)行き当たりばったりの行動をする

　(エ)社会的行動障害

社会的行動障害は、行動や感情を場面や状況に合わせて、適切にコントロールすることができなくなった状態をいいます。

　　　(ⅰ)すぐ怒ったり、笑ったり、感情のコントロールができない

　　　(ⅱ)無制限に食べたり、お金を使ったり、欲求が抑えられない

　　　(ⅲ)態度や行動が子どもっぽくなる

　　　(ⅳ)場違いな行動や発言をする

　　　(ⅴ)じっとしていられない

　　　(ⅵ)間違いを次に生かせない

**(2)ケアのポイントと、とくに知っておきたい症状**

【ケアのポイント】

①記憶障害

(ア)一度に覚える情報を少なくし、反復、復唱して覚える

(イ)行動をパターン化して、日課通りに行動するようにする

(ウ)いつも使う物は置く場所を決めて、使ったら戻すようにする

(エ)情報を記録する代償手段を利用する(ノート、カレンダー、ＩＣレコ　　　ーダーなど)

②注意障害

(ア)一度に多くの作業をせずに、一つ一つ行う

(イ)何か行うときは、静かで、整理整頓した場所で行う

(ウ)部屋の入口や生活の動線に目印をつけ、注意を向けやすくする

③遂行機能障害

(ア)指示は具体的にポイントを分かりやすく伝える

(イ)今から行う作業を言葉に出して、確認する習慣をつける

(ウ)行うべき行動が目に見えるように張り出しておく

④社会的行動障害

(ア)本人に対して「なまけている」と言わないようにする

(イ)興奮している時は無理矢理しずめず、席を外したり、話題を変えたり　　　する

(ウ)できないことばかり目を向けずに、できたことをほめるようにする

(エ)問題行動のきっかけになっている原因を探し、避けるようにする

**12.精神疾患**

**(1)基礎知識**

【基礎知識】

　心の不調には、個人の物事に対する捉え方や対処の仕方の特徴(心理的　要因)や、貧困・孤立などの困難な生活状況(社会的要因)、脳神経系の機　能不全や損傷(生物学的要因)など、いくつもの要因から症状が現れます。　こうした心理・社会・生物学的要因が原因となり、適応能力が損なわれ生　活に支障をきたした状態を「精神障害」と定義し、治療が行われています。

①統合失調症

自我機能が脆弱になり、現実の認識や、自分や周囲の人の感情や思考・行動を整理してまとめること(統合)がうまくできずに、混乱をきたしやすくなった状態のことをいいます。

(ア)症状

(ⅰ)陽性症状・・・おおよそ急性期に生じるもの

安心感を著しく損ない、誰も何も言ってないはずなのに、現実に「声」として悪口や命令などが聞こえてしまう「幻聴」や客観的にみると不合理であっても当事者にとっては確信的で、そのために行動が左右されてしまう「被害妄想」といった症状が代表的です。

(ⅱ)陰性症状・・・おおよそ消耗期に生じるもの

自信や自己効力感を奪い、根気や集中力が続かない、意欲がわかない、喜怒哀楽がはっきりしない、横になって過ごすことが多いなどの症状。また、込み入った話をまとめてすることが苦手になった、考えがまとまらない、自分で色々なことを決めて生活を展開することが難しいなどの症状があります。

　　(ⅲ)治療(薬物療法とリハビリテーション)

幻覚・妄想や緊張病性の症状などの急性症状を軽減・予防するために、抗精神病薬による薬物療法が行われます。生活技能の向上を目的に心理教育(疾病や治療についての理解を促すプログラム)、生活技能訓練(ＳＳＴ)などがあります。

②躁うつ病等

躁うつ病、うつ病など気分障害の方は、病的気分(現状にそぐわない偏った感情が続くこと)の波が繰り返し現れ、その影響が感情面だけでなく、思考や行動、体調など心身全体に病的症状として現れてきます。

　(ア)病態

気分の変動が両極性に現れるものを躁うつ病、単極性に現われるものをそれぞれ躁病、単極性うつ病といいます。気分障害のなかでは単極性うつ病がもっとも多いとされており、治療により病前の状態に回復する方も少なくありませんが、再発を繰り返す場合や病的気分が遷延する場合もあります。

　(イ)症状

　　(ⅰ)躁状態

気分高揚、睡眠欲求の減少、自覚的には爽快な気分、多動、多弁、浪費行動、性的逸脱行為、誇大妄想等

　　(ⅱ)うつ状態

抑うつ気分、不眠、過眠、身体の不調(倦怠感、頭痛など)、体重減少を伴う食欲低下、集中困難、焦燥、微少妄想、自責感、希死念慮

　(ウ)治療

病像に応じて、抗うつ薬や気分安定薬による薬物療法が行われます。薬物療法で十分な効果が得られない場合、電気けいれん療法が有効な場合もあります。

　　(ⅰ)抗うつ剤…抑うつ状態の改善を目的

　　(ⅱ)気分安定剤…躁状態の改善や再発防止を目的に使用

**(2)ケアのポイントと、とくに知っておきたい症状**

【ケアのポイント】

①統合失調症

介護者の矛盾した感情や思考(本音と建前)が、混乱と恐怖を感じさせ拒絶を招くことがあります。目的と内容が一貫した分かりやすい対応と、そのような対応を常に提供できる関係の維持に留意しましょう。

(ア)陽性症状

(ⅰ)行動にまとまりを欠いたり、周囲とのコミュニケーションがうまくとれなくなったりしていないか

(ⅱ)日常生活や対人関係に障害がでていないか

　(イ)陰性症状

睡眠や食事のリズムが崩れて昼夜逆転の生活になっていないか確認する。心身のエネルギーが落ちて活動が鈍くなることが多い。したがって、よく眠ることによってエネルギーを蓄えることができる。

(ウ)治療(薬物療法とリハビリテーション)

服薬管理に配慮した援助が必要。服薬状況や生活面での変化を主治医に伝え、適切な治療ができるように支援する。

②躁うつ病（気分障害）等

生活環境の変化に伴い睡眠衛生が悪化し、発症や再発のきっかけになることがあるため、生活習慣の乱れに留意し、睡眠障害や体調不良が続く場合は精神科医療機関を受診しましょう。

(ア)対応の仕方

相手の言動・行動に対して批判したり、注意したりすることは病状を長引かせる。安定した生活習慣を目指した指導が大切（安易に励ますことも逆効果なので注意が必要）。

(イ)治療

(ⅰ)睡眠衛生管理と服薬管理に配慮した援助が大切。昼間の離床など規則正しい生活習慣ができるようにする

(ⅱ)睡眠状態や服薬状況、日常の様子を主治医に伝え、適切な治療につなげる

(ⅲ)抗うつ剤は、口渇、便秘、眠気、ふらつきなどの副作用がある。精神状態に合わせた内服ができるように主治医とよく相談して調整することが重要

(ⅳ)気分安定剤は手指の振戦などの副作用がある。精神状態に合わせた内服ができるように主治医とよく相談して調整することが重要

**13.自閉症**

**(1)基礎知識**

【基礎知識】

自閉症とは、対人関係や社会性の障害に加えて、コミュニケーションの異常や興味の偏りによって特徴づけられる障害です。

特徴の現れ方や知的障害がある人、ない人の様々で総称して広汎性発達障害もしくは自閉症スペクトラム障害とよばれます。

特徴が強い人を自閉症と呼び、現在では脳機能の異常からくる生まれつきの障害と考えられています。

①病態

　(ア)イマジネーション(想像力)の欠如により、見通しが持てなかったり、　　　相手の気持ちが分からなかったりする

　(イ)20～30％の割合でてんかんを合併するといわれている

②対人関係、社会性の障害

　　視線、表情、姿勢などから相手の意図を読み取り、喜び、興味、達成感　を分かち合うことをして、人と関係を作り、深めて行くことが難しいこと　があげられます。

　　その結果、友達関係を成立、維持、発展させることが難しくなり、集団　行動に参加するうえでも支障が生じます。

③コミュニケーションの障害

　　言葉の遅れのみでなく、オウム返しや一方的な発信、同じ質問を繰り返　すなど、会話が成立しにくいことも多くあります。比喩、冗談などの暗黙　の了解がわかりにくいこともあります。

④興味の限定、常同行動

興味、関心の偏りがあり、高じるとこだわりと呼ばれます。常同行動とは脅迫的に同じ行動を繰り返す、あるいは手をひらひらさせたり身体を複雑に動かしたりする奇妙な癖などをさします。また、感情的な過敏・鈍麻がみられて行動の制限につながることもあります。

⑤治療

　　療育的対応が唯一の治療法。自閉症の認知特徴やコミュニケーションレ　ベルに合わせた配慮をすることで、基本的な生活習慣の確立、集団参加、　簡単なやり取りが可能になります。行動異常に対しては、精神安定剤、抗　精神病剤を内服することがあります。てんかんや睡眠障害などを合併して　いる場合にも薬物治療を行うことがあります。

**(2)ケアのポイントと、とくに知っておきたい症状**

【ケアのポイント】

周囲からわがまま、落ち着きがない、乱暴と叱られたりいじめられたりすることで、自尊心を低下させてしまいます。

病気というより、人との違いと考えた方が適切です。その人たちの物の見え方、感じ方、考え方の違いを認めたうえで、どのような工夫が必要なのかを考えることが大切です。

①環境を整理し、理解しやすい構造を作る

②視覚的にスケジュールを提示し、見通しががもてるようにする

③言葉以外のコミュにケーションの手段も見つける

④興奮しているときは、その刺激や場所から引き離すことが有効

**【引用・参考文献】**※50音順(英字はアルファベット順)

**《第２章》**

・穐山富太郎,川口幸義(編著)『脳性麻痺ハンドブック』医歯薬出版,　2007年

・阿部　康二(編)『神経難病のすべて～症状・診断から最先端治療・福祉の実際まで』

第１版・新興井垣出版　2007年

・井上智子・佐藤千史(編)『緊急度・重症度からみた　症状別看護過程＋病態関連図

第１版』医学書院　2012年

・内田詔爾(著)『関節リウマチの最新治療』講談社,2009年

・浦部晶夫・島田和幸・川合眞一(編)『今日の治療薬 解説と治療薬2012年』南江堂,2012年

・介護職員関係養成研修テキスト作成委員会(編)『介護職員初任者研修テキスト第3巻

　 こころとからだのしくみ』初版,一般社団法人長寿社会開発センター,2013年

・介護職員初任者研修テキスト編集委員会(編)『介護職員初任者研修テキスト「老化・認知症・障害の理解」』　介護労働安定センター,2013年

・神奈川リハビリテーション病院看護部脊髄損傷看護編集委員会(編)『脊髄損傷の看護』,

　医学書院,2003年

・栗原毅・福生吉裕・安達知子・水澤英洋(監修)『セルフ・メディカ 予防と健康の辞典』第1版,小学館,2007年

・小出清一,他(編)『スポーツ指導者のためのスポーツ医学』第4刷,南江堂,2004年

・国分正一・鳥巣岳彦(監)『標準整形外科学』第10版,医学書院,2008年

・曻地勝人,蘭香代子,長野恵子『障害特性の理解と発達援助』ナカニシヤ出版,2013年

・白山靖彦(執筆・監修)『障害者ホームヘルプサービス』日総研,2006年

・全国社会福祉協議会全国身体障害者施設協議会全療協部会ハンドブック編集委員会

　編『新療護施設職員ハンドブック』　社会福祉法人　全国社会福祉協議会1988年

・竹尾恵子(編)『看護技術プラクティス(第2版)』学研メディカル秀潤社,2009年

・竹村信彦,他(著)『系統看護学講座 専門分野Ⅱ成人看護学7「脳 神経」』,医学書院,2012年

・田崎義昭・斎藤佳雄(著)『ベッドサイトの神経の診かた』第16版,南山堂,2004年

・東京医科大学病院看護部(著)『急変・院内救急対応マニュアルフローチャートでわかる看護ケアのポイント』,中央法規出版株式会社,2013年

・中島孝(監)『ALSマニュアル決定版！』第１版・日本プランニングセンター2009年

・奈良勲・鎌倉矩子(監)『標準理学療法学・作業療法学専門分野整形外科学』第2版,医学書院,2005

・林泰文(監)『スーパー図解リウマチ』,法研,2013年

・福井県高次脳機能障害支援センター,http://www.f-gh.jp/koujinou/,(参照2014-7)

・藤田勝治(編)『最新医学事典』第3版,医歯薬出版,2005年

・富士武史(監)『ここがポイント！整形外科疾患の理学療法』第2版,金原出版,2006年

・藤田勉(編)『脳卒中最前線－急性期の診断からリハビリテーションまで』第3版,医歯薬出版,2008年

・美濃良夫(編)『高齢者介護　完全図解　急変時対応マニュアル』　講談社,2010年

・宮原伸二(編)『福祉医療用語辞典』第1版,創元社,2006年

・山名 哲郎 (監修)『④生活実用シリーズ NHKきょうの健康 便秘と痔の悩みを解消 セルフケアと治療』第1版,NHK出版,2014年

・Donald A.Neumann(著)『筋骨格系のキネシオロジー』第1版,医歯薬出版,2007年

・gooヘルスケア,http://health.goo.ne.jp/,(参照2014-7)