

施設内学習・研修用ツール

適切なケアのための基礎知識

～よくみる症状と疾患

この資料は、ケアの質を担保する取り組みの一環で、身障協独自のツールとして作成しました。

あくまで施設内部の研修等で活用するためのものであり、各施設の状況に応じて内容をアレンジして使用することを想定しています。

平成 27 年 11 月
社会福祉法人全国社会福祉協議会
全国身体障害者施設協議会

全国身体障害者施設協議会 倫理綱領

社会福祉法人 全国社会福祉協議会
全 国 身 体 障 害 者 施 設 協 議 会

全国身体障害者施設協議会に加盟する施設は、『障害者の権利に関する条約』の理念を遵守し、「最も援助を必要とする最後の一人の尊重」「可能性の限りない追求」「共に生きる社会づくり」という本会の基本理念を実現するため、ここに倫理綱領を定めます。

1. 私たちは、基本的人権を尊重し、利用者一人ひとりのその人らしい生活を支援します。
2. 私たちは、日々の実践を検証し、利用者に安全、安心、快適なサービスを提供します。
3. 私たちは、自己研鑽に努め、専門的な知識と技術と価値観をもって、良質なサービスを提供します。
4. 私たちは、利用者に必要な情報をわかりやすい方法で提供し、要望にはすみやかに対応します。
5. 私たちは、広く重度の障害のある方々のためのサービスを開発し、提供します。
6. 私たちは、重度の障害のある方々をとりまく環境の改善と福祉文化の醸成に努めます。
7. 私たちは、関連機関・団体、地域住民等とともに、事業を展開します。
8. 私たちは、透明性を堅持し、健全かつ活力ある経営にあたります。

平成 15 年 3 月 13 日制定

平成 26 年 3 月 14 日改定

前文に障害者権利条約の理念の遵守を追加

はじめに

施設をはじめとする障害福祉サービスの利用者に良質なケアを提供することは、私たちのもっとも基本的な使命です。そのためには、ケアの質の向上に向けて不断の努力が求められます。

身障協は「身障協ビジョン 2011」において、ケアの質の向上および担保を掲げています。その具体化に向けて、現場のケアレベル向上のために、まず「体系的な研修・養成システムづくり」を目指すこととしました。

その一環で、平成 24 年度に研修・全国大会委員会が「研修・職員養成のためのカリキュラム」を取りまとめました。これは、全社協が福祉施設職員全体を対象とした研修カリキュラム「キャリアパス対応生涯研修課程」をベースとし、それに加えて、身障協独自の内容として次の（１）～（３）を整備するものです。

- （１）身障協、および施設のあり方・理念
- （２）ケアガイドラインの改訂
- （３）医学知識・障害特性

このうち、「（１）身障協、および施設のあり方・理念」については、地域における施設の機能・役割に関する特別委員会において検討を重ね、平成 26 年 3 月に「わたしたちが創るコミュニティケア～スペースモデルの実現をめざして～」を発行しました。

「（２）ケアガイドラインの改訂」については、「個別支援の実現に向けたケアガイドライン（暫定版）」の見直しを行い、さらに施設での取り組み状況やケアの改善点を把握するためのチェックリストを策定し、平成 26 年 3 月に「改訂新版」として発行しました。

そして、「（３）医学知識・障害特性」についての資料が本学習・研修ツールです。平成 25 年度から研修ツール作業委員会での検討、親委員会である研修・全国大会委員会でのチェック、医師による確認を重ねて策定しました。

身障協の会員施設を利用している、常時介護と医療的ケアを要する重度の身体障害のある方にケアを提供していくうえで、「医学知識・障害特性」の理解は不可欠なものです。また、福祉施設共通の研修カリキュラムでは十分にカバーされない、身障協の独自性の高い内容と言えます。

会員施設の皆さまに、「わたしたちが創るコミュニティケア」や「個別支援の実現に向けたケアガイドライン」とともに、本施設内学習・研修用ツールをご活用いただき、質の高いケアに向けた取り組みの一助となることを願います。

平成 27 年 11 月

社会福祉法人全国社会福祉協議会 全国身体障害者施設協議会
研修・全国大会委員会 委員長 川 田 功 二

目 次

このツールの使い方.....	1
第1章 症状別解説	
1. 発熱.....	4
2. 呼吸異常、チアノーゼ	
2-1 呼吸異常.....	7
2-2 チアノーゼ.....	10
3. 嘔吐、腹痛、便秘、下痢	
3-1 嘔吐.....	12
3-2 腹痛.....	17
3-3 便秘.....	20
3-4 下痢.....	23
4. 浮腫、脱水	
4-1 浮腫.....	26
4-2 脱水.....	28
5. 出血、貧血	
5-1 出血.....	30
5-2 貧血.....	36
6. 発疹.....	39
7. 意識状態の変化.....	43
8. てんかん、けいれん.....	47
9. 頭痛、めまい、耳鳴り	
9-1 頭痛.....	51
9-2 めまい.....	54
9-3 耳鳴り.....	56
10. 関節痛、神経痛〔身体の痛み〕.....	57
11. 不眠と情緒不安定.....	61
12. ショック.....	63

第2章 疾患別解説

1. 脳性まひ(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. 頸椎損傷.....	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
「研修ツール作業委員会」開催経過・委員名簿・編集協力者名簿.....	101

学習・研修ツール『適切なケアのための基礎知識～よくみる症状と疾患』

このツールの使い方

1. 介護職員に求められる症状や疾患に関する基礎知識

このツールは、身障協の会員施設が初任者の介護職員に実施する研修の素材として活用していただくことを想定して作成しました。

常時介護と医療的ケアを必要とする障害者への支援を行う障害者支援施設でケアを提供していくうえでは、介護職員も利用者に関わる症状や疾患等に関する基本的な知識を身につけておく必要があります。

そのため、症状・疾患とケアを関連づけて学習する参考資料としてこのツールを作成しました。症状を観察し、介護職員としてどう対応すべきかを学習するうえでの材料としてお使いください。症状を見極める観察力はどの職員にも必要とされるものです。日々の実践や様々な機会を活用して研鑽を深めていただきたいと思います。

2. 各施設での研修等に活用する「素材」としてのツール

障害や疾患は実に多様であり、利用者の状態像、医療・看護の体制等の状況は、施設ごとに大きく異なります。そのため、このツールでは、多くの施設に比較的共通する症状や疾患を中心にまとめています。また、症状や疾患に関する知識は膨大ですので、このツールでは基本的な知識に限定して掲載しました。

そのため、このツールはあくまで「素材」といえます。活用に当たっては、これをベースに各施設の状況等を踏まえて必要な追加・修正等を行い、それぞれの施設向けにカスタマイズした「ツール」を作っていただきたいと思います。

各施設で既に作成しているマニュアルの情報をツールに加えるとともに、逆にツールの内容で活かせる箇所は、各施設のマニュアルに反映していただければと思います。

また、障害や疾患に関する知識は、時とともに更新されていきます。例えば心肺蘇生法国際ガイドラインは 5 年ごとに改定され、時には大きな変更が加えられることがあります。こうした動向をフォローすることも重要です。

3. 自己学習を重ねる

冒頭でもふれたように、このツールは、各施設で初任者クラスの介護職員研修で使う教材の素材として作成されました。しかし、掲載している用語は決して易しいものではなく（医学用語をベースとしています）、あえてふりがなや詳細な説明はしていません。

専門職が専門性を高めていくうえで、自ら学ぶ姿勢は欠かせないものであり、介護職員も例外ではありません。医学用語に限らず分からないことがあれば、それを自ら調べることが、より深い学習につながります。このツールを出発点にして、自己学習を進め、専門性を高めていただければと思います。

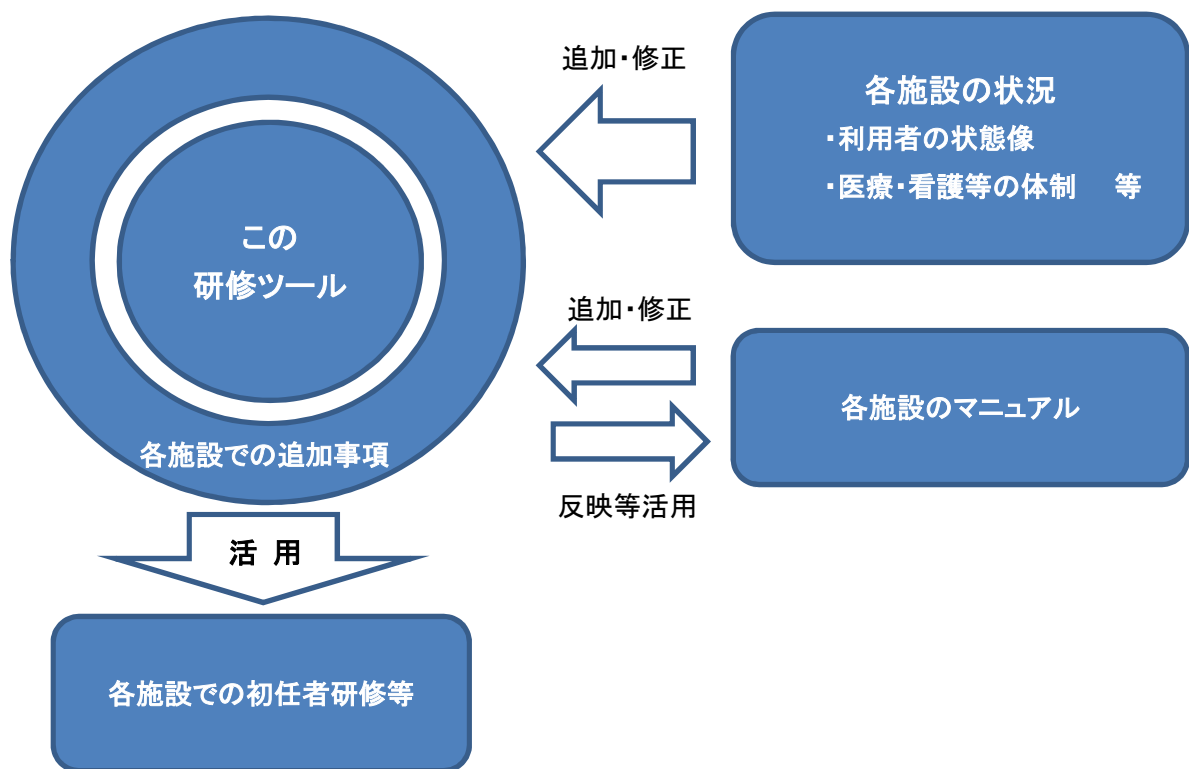


図:「学習・研修ツール」活用の流れ(イメージ)

4. その他の留意点

〔「フローチャート」の活用方法〕

第1章「症状別解説」では、特に緊急を要する症状については、対応の流れを示したフローチャートを掲載しています。フローチャートは、本来できるだけ同時進行で行うべき事項も、便宜上、分解して表示しています。また、施設の状況等によっては、複数の職員で分担できる場合もあれば、1人で順番に対応せざるを得ない場合もあります。そのため、フローチャートはあくまで基本的な流れを理解するための参考資料としてご活用ください。

また、訓練なくして咄嗟の対応はできません。フローチャートを参考に、実際に施設でシミュレーションし、必要なアレンジを加えて訓練を重ねることが不可欠です。

そして、フローチャートは、読み手が基礎知識をもっていることを前提に作成しています。必ず、第1章や第2章の基礎知識を事前に身につけたうえで、フローチャートを参考にしてください。基礎知識なしでは対応を誤る恐れがあります。

〔用語について〕

このツールで記載している、「バイタルサイン」とは、「脈拍」、「呼吸」、「体温」、「血圧」、「意識」、「動脈血酸素飽和度(以下、SpO₂)」の状態を指します。

第1章 症状別解説

この章では、よく見られる12の症状を、以下の(1)～(3)の3つの観点で解説します。

(1) 医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識

～症状別の知識と留意事項

- ・観察や判断、対応にあたってのベースとなる基礎知識を説明しています。まずこの内容をきちんと学習することが大切です。

(2) 判断のための知識 ～症状別の観察ポイントと対応方法

- ・適切な対応をとるためには、基礎知識とともに、状況を的確に把握する観察力が必要です。観察の際の重要なポイントと対応方法の要点を説明しています。

(3) さらに詳しく知りたい方へ ～とくに留意すべき疾患

- ・さらに詳しく調べるための手がかりとして、症状に関連して留意すべき疾患名等を列挙しています

〔取りあげている症状〕

1. 発熱(フローチャートP.6)	4
2. 呼吸異常、チアノーゼ	
2-1 呼吸異常(フローチャートP.9)	7
2-2 チアノーゼ(フローチャートP.9)	10
3. 嘔吐、腹痛、便秘、下痢	
3-1 嘔吐(フローチャートP.16)	12
3-2 腹痛(フローチャートP.19)	17
3-3 便秘	20
3-4 下痢(フローチャートP.25)	23
4. 浮腫、脱水	
4-1 浮腫	26
4-2 脱水	28
5. 出血、貧血	
5-1 出血(フローチャートP.33～35)	30
5-2 貧血(フローチャートP.38)	36
6. 発疹	39
7. 意識状態の変化(フローチャートP.46)	43
8. てんかん、けいれん(フローチャートP.50)	47
9. 頭痛、めまい、耳鳴り	
9-1 頭痛(フローチャートP.53)	51
9-2 めまい	54
9-3 耳鳴り	56
10. 関節痛、神経痛〔身体の痛み〕	57
11. 不眠と情緒不安定	61
12. ショック(フローチャートP.65)	63

1. 発熱

(1) 医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識 ～症状別の知識と留意事項

【基礎知識】

発熱とは、体温が平熱以上に上昇することです。

発熱の程度は、平熱（36～36.9℃）、微熱（37～37.9℃）、中等熱（38～38.9℃）、高熱（39℃以上）に分けられます。体温は個人差があるため、平熱を知っておくことが必要です。

発熱の原因は、感染症と非感染症に大別されます。発熱はエネルギーの消耗が大きく、心身の苦痛をもたらします。原因が不明であっても、苦痛を緩和することが大切です。

<発熱時の特徴>

①熱の出始め（急に熱がでる場合）

- （ア）顔面蒼白、寒気がある、震えている
- （イ）手足をさわると冷たい

②熱が上がりきった後

- （ア）顔に赤み
- （イ）手足が温かい
- （ウ）身体が熱いと感じる

(2) 判断のための知識 ～症状別の観察ポイントと対応方法

【観察ポイント】

①意識の確認：JCS（3-3-9度）方式（P. 44参照）

②体温測定

③身体状況の確認（風邪症状含む）

顔色、ふるえ、手足が冷たい、咳、鼻水、発汗等

④他の体調不良との重複

けいれん、吐き気、嘔吐、下痢、腹痛、咳、呼吸異常等

【対応方法】(P. 6フローチャート1参照)

- ①寒気を訴えている場合
 - ・保温
- ②寒気を訴えていない場合
 - ・3点クーリング（頭・腋下・鼠径部）
 - ・衣類の調整（衣類を薄着にします）
- ③こもり熱の場合
 - ・窓を開けたり、衣類の通気性を良くします
- ④感染症性の発熱の場合
 - ・必要に応じた感染症対策等を実施します
 - ・高熱の場合は、インフルエンザの可能性を疑います
- ⑤共通
 - ・脱水対策のための水分補給をします
- ⑥観察ポイント①～④のいずれかで異常がある場合
 - ・医師や看護師に報告し、指示に従って対応します（解熱剤含む）

＜医師・看護師に伝えるポイント＞

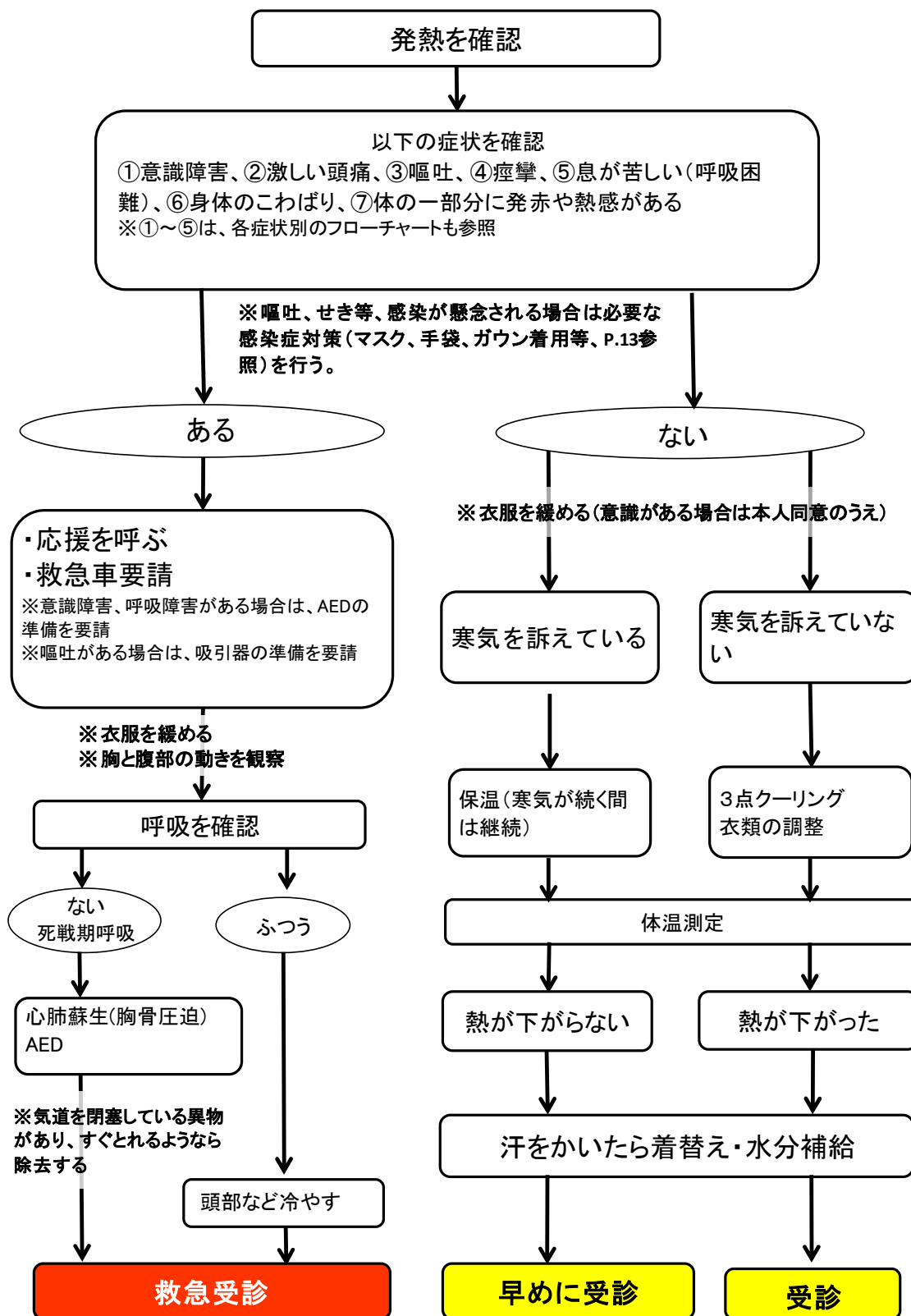
- (ア) 意識の有無、状態
- (イ) 平熱と現在の体温
- (ウ) 発熱パターン（稽留熱、弛張熱、間欠熱、波状熱、二峰熱、不定熱）
- (エ) 発熱以外の症状（風邪症状及び他の体調不良との重複含む）
- (オ) 尿量、回数
- (カ) 発見後の対応
- (キ) 持病（治療中の疾患名、既往症）

(3) さらに詳しく知りたい方へ ～とくに留意すべき疾患

- ①風邪、急性鼻炎、急性咽頭炎・扁桃炎、気管支炎（咳、鼻水、くしゃみ、痰、のどの痛みを伴う症状）
- ②インフルエンザ（悪寒、頭痛、筋肉痛などの全身症状）
- ③はしか、水ぼうそう（発疹など皮膚の異常）
- ④肺結核（しつこい咳や痰等の症状）
- ⑤食中毒（腹痛、嘔吐、下痢等の症状）
- ⑥熱中症（顔面蒼白、めまい、呼吸数の増加、体温上昇、意識障害等の症状）
- ⑦急性中耳炎（耳の痛みを伴う症状）
- ⑧鉄欠乏性貧血（息切れ、動悸、だるさ等の症状）
- ⑨急性肝炎（倦怠感、吐き気、黄疸）、胆管炎、胆嚢炎（黄疸、発熱、右上腰部痛）
- ⑩急性腎盂腎炎（吐き気、腰から背中にかけての痛み、右上腹部の痛み、血尿、尿量減少、頻尿の症状、蛋白尿）

【症状別】①発熱

フローチャート1



<注意点> 安易に解熱剤を使用しない

各施設の状況によって、具体的な対応は異なります。本資料を素材に各施設での対応方法を検討してください。

2. 呼吸異常、チアノーゼ

2. -1 呼吸異常

(1) 医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識 ～症状別の知識と留意事項

【基礎知識】

呼吸の異常は心臓の疾患、肺の疾患、血液の酸性度や血液成分の変化を引き起こす疾患（糖尿病、尿毒症）、脳の疾患（脳卒中）、神経性の疾患で起こります。呼吸の異常をみるときはとくに呼吸の数と深さが大切です。

正常の成人での呼吸数は1分間に14～20回位で、胸腹型で行われています。異常のときには、それが速くなるばかりでなく、呼吸の型も変化してきます。すなわち深く荒くなったり、浅くあえぐようになり、また不規則になったりします。このように息が苦しい、息切れがするなどの症状を呼吸困難といっています。この際、努力しても必要とされる酸素が十分に得られないときには、チアノーゼが現れます。

<呼吸異常の種類>

①鼻翼呼吸（肺炎・心不全など）

鼻孔が拡大し鼻翼が動く

②起座呼吸（気管支炎喘息など）

横になって足をのばすと、咳が出て息苦しく、呼吸困難が強くなる。座位または後ろに寄りかかる姿勢をとると楽になる

③チェーン・ストーク呼吸（脳卒中、重症心不全など）

はじめに小さい呼吸が起こり、次第に増盛して大きい呼吸となる。弱くときどき止まったかと思うと思い出したように深く遅い呼吸が始まる

④死戦期呼吸

しゃくりあげるような不規則な呼吸。心肺停止直後にしばしば認められる。

(2) 判断のための知識 ～症状別の観察ポイントと対応方法

【観察ポイント】

①意識の確認

(ア) 返答があるか（肩を軽く叩きながら大声で呼びかける等）

(イ) 表情の確認（苦痛を伴っていないか等）

②呼吸状態の確認

(ア) どんな呼吸をしているか（上記「呼吸の種類」参照）

(i) 胸部と腹部の動きの観察に集中。正常な（普段通りの）呼吸がない限り、常に心停止の可能性を考える。

(ii) 呼吸回数の確認（1分間：呼吸の種類が概ね判断できる。ただし、死戦期呼吸など、心肺停止が考えられる場合には10秒以上かけない）

(イ) 気道確保が必要か

痰や嘔吐物が詰まっていないか確認

③皮膚の状態

チアノーゼの有無や発汗・皮膚温など

④バイタルサインの確認

【対応方法】(P. 9フローチャート2参照)

①心肺停止が疑われる場合は、直ちに救急要請し、心肺蘇生（胸骨圧迫）、AEDを行います

②舌根沈下や嘔吐等による気道閉塞がないか確認する。気道が閉塞されている場合、気道確保の措置を取る。気道閉塞の恐れがある場合には、回復体位とする（体を横向きにする）、それが難しい場合には顔を横向きにするなどの措置を取る

③意識が朦朧とし、胸が痛み、呼吸が極端に速く弱い場合は、救急要請し、気道確保、酸素吸入します

④過換気症候群症状が出た場合はゆっくり大きく呼吸させます（呼気：換気＝1：2）

⑤吸引を行います（痰や嘔吐物）

⑥気持ちを落ち着かせます（急激な動作は避けます）

⑦衣類をゆるめて楽な姿勢をとります

（ア）肩に枕を入れて顎をあげます

（イ）新鮮な空気が吸えるように部屋の換気を行います

⑧医師や看護師の指示に従い対応します

観察ポイント①～④のいずれかで異常がある場合には医師もしくは看護師に報告します

<医師・看護師に伝えるポイント>

（ア）呼吸状態

（イ）意識の有無、状態

（ウ）他の体調不良との重複及び対応状況

（エ）バイタルサイン

（オ）最後に食事した時刻

（カ）内服薬

(3) さらに詳しく知りたい方へ ～とくに留意すべき疾患

①気管支喘息（慢性的におこる）

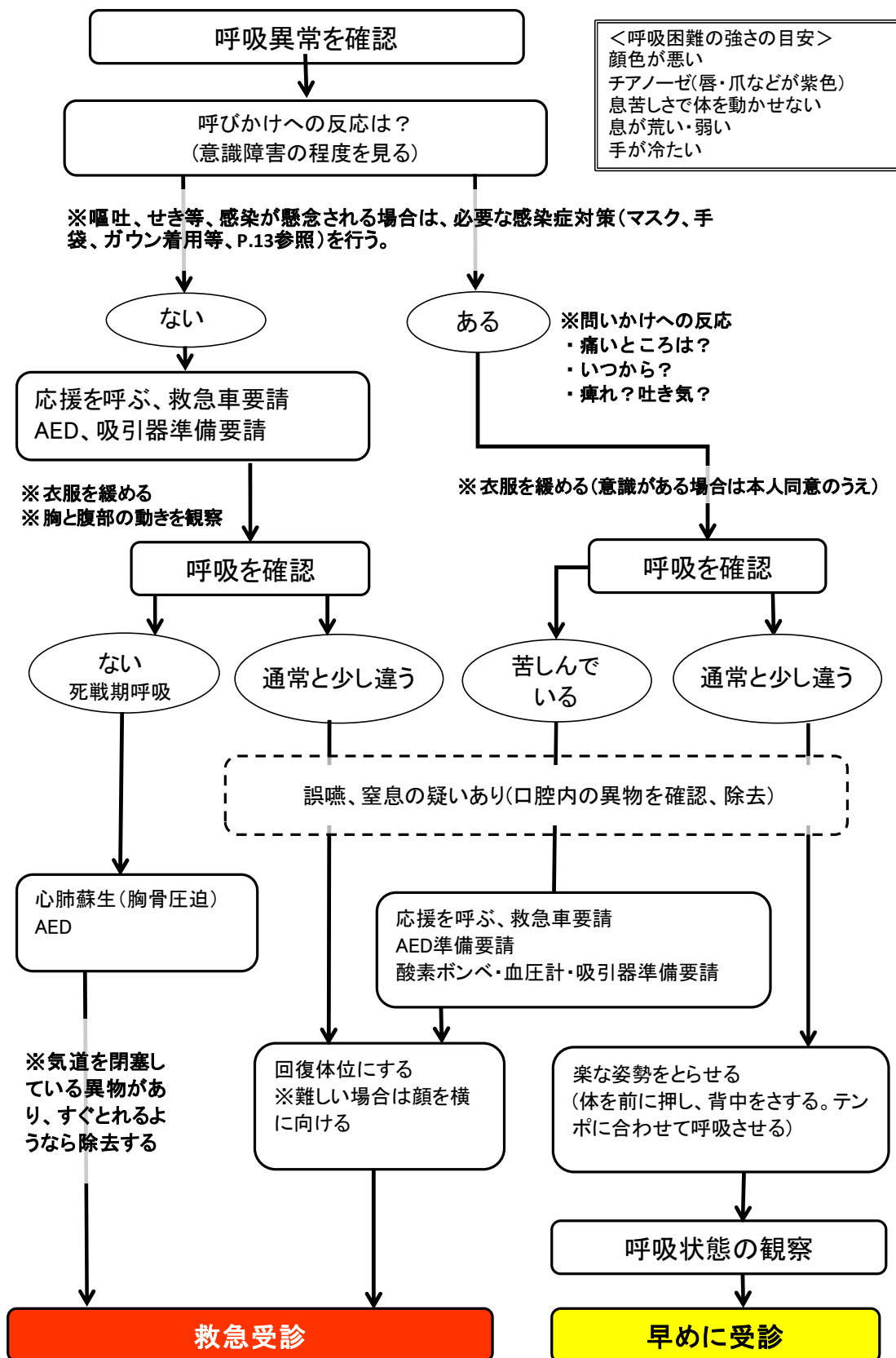
②肺炎（熱を伴う）

③気管支拡張症（痰を伴う）

④自然気胸、過換気症候群（突然の呼吸困難、胸が痛む等の症状）

【症状別】 ②呼吸異常、チアノーゼ

フローチャート2



各施設の状況によって、具体的な対応は異なります。本資料を素材に各施設での対応方法を検討してください。

2. -2チアノーゼ

(1) 医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識 ～症状別の知識と留意事項

【基礎知識】

チアノーゼとは、低酸素症によって、皮膚（くちびる、鼻、耳、頬、爪など）の色が紫色になる状態のことをいいます。通常は、唇や爪の色で観察することが多いです。

チアノーゼには末梢性と中心性があります。

①末梢性チアノーゼ

毛細血管の酸素が組織によって過度に奪われるためにチアノーゼが現れます。原因は、外傷性ショックによる心拍出量の減少、動脈硬化、静脈瘤、肺塞栓、重篤な肺炎・敗血症等です。

②中心性チアノーゼ

酸素飽和度の低い動脈血が全身に送られることによりチアノーゼが現れます。チアノーゼが現れる主な疾患は、先天性心疾患、無気肺、肺炎、気管内異物、閉塞性肺炎疾患、拘束性肺疾患、ヘモグロビン異常等です。

(2) 判断のための知識 ～症状別の観察ポイントと対応方法

【観察ポイント】

①意識の確認

無⇒救急要請

②口腔内及び気管の確認

(ア)何か詰まっていないか確認

(イ)バイタルサインの確認

※チアノーゼ消失・SpO₂の回復・バイタルが正常値に戻ったら要観察解除

【対応方法】(P. 9フローチャート2参照)

チアノーゼは端的には身体の酸欠状態を意味するので、早期の応急治療的な処置が求められます。

①チアノーゼのある患部の保温、マッサージ

②心肺蘇生（胸骨圧迫、AED）、人工呼吸、酸素吸入

③バイタルサインの確認

④医師や看護師の指示に合わせた対応

観察ポイント①・②のいずれかで異常がある場合には医師もしくは看護師に報告します。

<医師・看護師に伝えるポイント>

(ア) 意識の有無

- (イ) 発見時及び直前の状況
食事中・発作中・嘔吐等
- (ウ) SpO₂
- (エ) チアノーゼの部位

(3) さらに詳しく知りたい方へ ～とくに留意すべき疾患

- ①肺気腫（慢性的な息切れ、咳や痰、体重減少等の症状）
- ②肺線維症（痰のでない乾いた咳、バチ状指等の症状）
- ③肺動脈狭窄症（疲れやすさ、運動時の息切れ等の症状）
- ④無気肺（息切れ、心拍数の増加、咳、胸痛等の症状）
- ⑤気管支の通過障害（声にならない声をあげる、喉を押さえる仕草、息苦しさ等の症状）

3. 嘔吐、腹痛、便秘、下痢

3.-1 嘔吐

(1) 医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識 ～症状別の知識と留意事項

【基礎知識】

嘔吐とは、胃の内容物を口から吐き出す行為のことです。

嘔吐の原因は以下の2つに大別されます。

①中枢性嘔吐（直接的刺激によるもの）

（ア）機械的刺激

- ・脳圧亢進：脳腫瘍、脳血腫、髄膜炎、クモ膜下出血によるもの
- ・血行障害：脳梗塞、脳貧血によるもの

（イ）科学的刺激

- ・代謝異常：尿毒症、糖尿病性昏睡、副腎機能不全によるもの
- ・中毒：薬剤中毒、鉛中毒、食中毒によるもの
- ・感染症によるもの
- ・酸素欠乏：高山病、貧血によるもの
- ・電解質異常：低ナトリウム血症、高カリウム血症によるもの
- ・肝不全によるもの

（ウ）精神心理的刺激

- ・不快な感情：悲嘆、拒絶、不安、異臭、不快な音によるもの
- ・神経症、神経性食欲不振症、ヒステリーによるもの

②反射性嘔吐（間接的刺激によるもの）

（ア）消化器からくるもの

- ・舌・咽頭疾患、食道疾患、胃腸疾患、肝臓疾患、胆のう・膵臓疾患等

（イ）消化器以外からくるもの

- ・偏頭痛、尿路疾患、婦人科疾患、メニエール病、乗り物酔い、妊娠等

(2) 判断のための知識 ～症状別の観察ポイントと対応方法

【観察ポイント】

①意識の確認

②嘔吐物が口腔内に残っていないか確認

③嘔吐物の状況（量・色・形態・血が混ざっていないか等）

④食事・水分の摂取内容（通常量及び通常咀嚼との比較含む）

⑤バイタルサインの確認

⑥他の体調不良との重複（腹部痛・頭痛等）

- ・ノロウイルス等の感染症の可能性も検討

【対応方法】(P. 16フローチャート3参照)

①誤嚥しにくい姿勢にします

- (ア) 顔を横に向けます
- (イ) 上体を高くしたほうが楽であればベッドを少し起こします
- (ウ) 衣類は極力、腹・胸を締め付けないようにします
- (エ) 暑さ、寒さを感じないようにこまめな温度調節をします

②口腔内の異物を除去します(喉に物を詰まらせた場合)

- (ア) 咳は止めません
- (イ) 吸引を行います
- (ウ) 詰まった物が取れない場合は、ハイムリッヒ法が有効です

③自然に吐かせます(無理に吐かせない、がまんさせない)

- (ア) オムツを受け皿にすると吸収も良いです(洗面器のような物は少し高さがあるため、嘔吐時は体を少し起こす必要があります)
- (イ) 嘔吐物の始末をしやすいように工夫します(気分が悪くなるのを防ぐ)

④脱水予防のための水分補給を行います

飲んでも吐く場合は吐き気がおさまるまで何も飲ませず、うがいなどで口の中をスッキリさせます。吐き気がおさまったようであれば、一口ずつ、何回にも分けてゆっくり水分摂取させます。

⑤嘔吐物を処理します

- (ア) 感染症の可能性を考え、ゴム手袋を着用して処理します
- (イ) 必要に応じた感染予防対策を行います

【感染症対策の基本事項】

参考までに、標準予防策(スタンダード・プリコーション)をもとにした基本的な対策を記載します。詳細については、各施設の医療関係者と確認しながら、対応方法等を確認してください。

標準予防策では、あらゆる人の血液、すべての体液、分泌物、排泄物、傷のある皮膚、粘膜には感染の恐れがあるものと考えて対策を行います。

施設内で主に必要な予防策は次の6つです。

手指衛生、防護具の使用、せきエチケット、使用した物品の処理、環境の清掃、リネンの取扱い

このうち、手指衛生と防護具の使用について紹介します。

手指衛生

- (i) 日常的手洗い：石鹸と流水による手洗い（勤務開始・退勤時、食事介助の前、トイレの後、排せつケア等の言語、手袋を外した時など）
- (ii) 衛生的手洗い：流水と消毒剤による手洗い、アルコールベース擦式手指消毒剤による擦式消毒（無菌操作の前後や処置の前後など）

個人防護具の使用

- (i) 手袋：血液、体液、排泄物、傷のある皮膚等に触れる時や体液などで汚染された物品や床などに触れる時に使用します
（留意事項）
 - ・ 汚染された手袋は1回ごとに交換する
 - ・ 長時間使用して汗をかいた場合には交換する
 - ・ 汚染された手袋で、他の環境表面や物品に触れない
- (ii) マスク：咳やくしゃみをしている人に近づく際に使用します
（留意事項）
 - ・ 濡れると効果が激減するので、新しいマスクに交換する
 - ・ マスクを外した後は手指衛生を行う
- (iii) ガウン・エプロン：介護者の体幹部の汚染が考えられる際に使用します
（留意事項）
 - ・ 汚染が予測される範囲に応じて、袖のついたガウンか体幹部のみを覆うエプロンかを選択します
 - ・ 感染防止のためのガウン・エプロンは防水性であることが基本です（防水性でないと接触予防の効果が期待できない）
 - ・ 使用後はすぐ脱ぐ（周囲の環境を汚染させないため）

⑥医師や看護師の指示に従い対応します

観察ポイント①～⑥のいずれかで異常がある場合には、医師もしくは看護師に報告します。

<医師・看護師に伝えるポイント>

- (ア) 嘔吐物の状況（量・色・形態・血が混ざっていないか等）
 - (i) 異常を感じた際（食べ物ではないようなもの、黒っぽいもの等）は現物を見せる
 - (ii) 処理方法の報告
- (イ) 食事・水分の摂取内容（通常量及び通常咀嚼との比較含む）
- (ウ) バイタルサイン

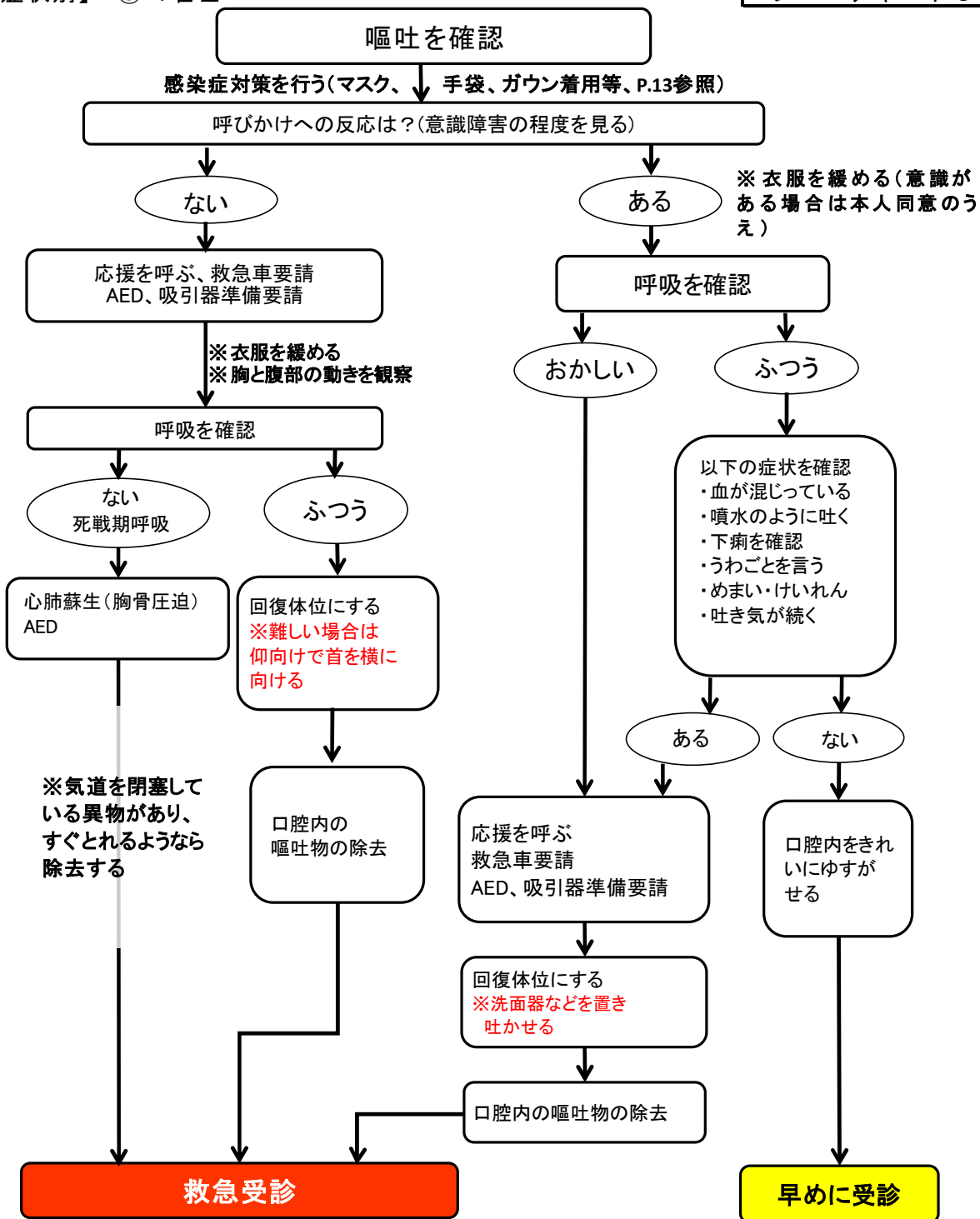
(エ) 他の体調不良との重複
ノロウィルスの可能性も報告

(3) さらに詳しく知りたい方へ ～とくに留意すべき疾患

- ①食道アカラシア、逆流性食道炎、胃・十二指腸潰瘍、胃がん、胆石（吐き気、上腹部の痛み等を伴う症状）
- ②膀胱尿管逆流現象、急性腎盂腎炎（吐き気、側腹部痛、腰痛等を伴う症状）
- ③尿管結石、虫垂炎（吐き気、下腹部痛等を伴う症状）
- ④腸閉塞、急性腹膜炎（吐き気、腹部全体の痛み等を伴う症状）
- ⑤脳出血、クモ膜下出血（吐き気、頭痛、意識障害等を伴う症状）
- ⑥緑内障（吐き気、頭痛、眼痛等を伴う症状）
- ⑦急性心筋梗塞（吐き気、胸痛等を伴う症状）
- ⑧突発性難聴、内耳炎、メニエール病（吐き気、めまい等を伴う症状）
- ⑨急性腎不全（吐き気、無尿、乏尿等を伴う症状）
- ⑩糖尿病（吐き気、口渇、多尿、多飲、過食、拒食等を伴う症状）

【症状別】 ③-1嘔吐

フローチャート3



<注意点>

- ・上向きでは寝かせない (のどに詰まる)
- ・薬で嘔吐を止めない(症状の悪化を防ぐ)、吐くことを我慢させない
- ・他の人も嘔吐していないか 確認 (食中毒等の集団発生)
- ・ノロウイルスによる嘔吐が疑われる場合は、専用の処置方法を徹底し、感染防止に務める。

各施設の状況によって、具体的な対応は異なります。本資料を素材に各施設での対応方法を検討してください。

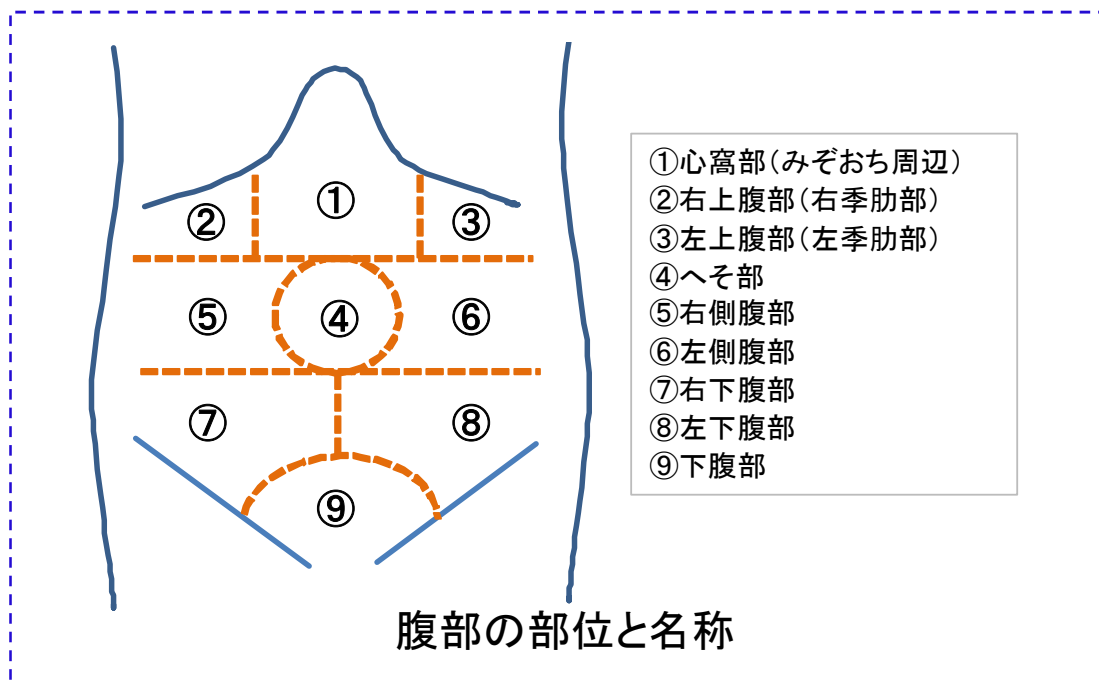
3. -2腹痛

(1) 医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識 ～症状別の知識と留意事項

【基礎知識】

腹痛とは、腹部や胸部に隣接する臓器の他、消化器、泌尿器、婦人科領域、筋肉等から発生する痛みのことです。その部位と痛みの種類（鈍痛、疝痛、拍動痛など）、随伴症状により、いろいろな疾患が疑われます。

また、腹部の疾患は食事との関係が深いといわれており、空腹時に痛むようであれば、胃幽門部や十二指腸の潰瘍が疑われ、脂肪を摂った後に強く痛むようであれば、慢性膵臓炎や胆石症が疑われます。肝臓、脾臓、大腸、虫垂などの臓器は、それ自体で痛むことはなく、腹部全体として痛みます。腹部の部位区分（図参照）の他に、疾患それぞれの随伴症状によって診断されるため、腹痛以外の症状の観察をすることも必要です。



(2) 判断のための知識 ～症状別の観察ポイントと対応方法

【観察ポイント】

- ① 痛む部位
- ② 痛みに対する自製の可否
- ③ 食事内容・食事量（通常量との比較）
- ④ 最終排便の状況
 - (ア) 間隔が長い場合⇒便秘も考慮（P. 20参照）
 - (イ) 下血の場合 ⇒救急要請
 - (ウ) 下痢の場合 ⇒下痢も考慮（P. 23参照）
- ⑤ バイタルサイン

【対応方法】(P. 19フローチャート4参照)

- ①安楽な姿勢にします
- ②必要に応じて腹部を保温します
- ③医師、看護師の指示に合わせて対応します

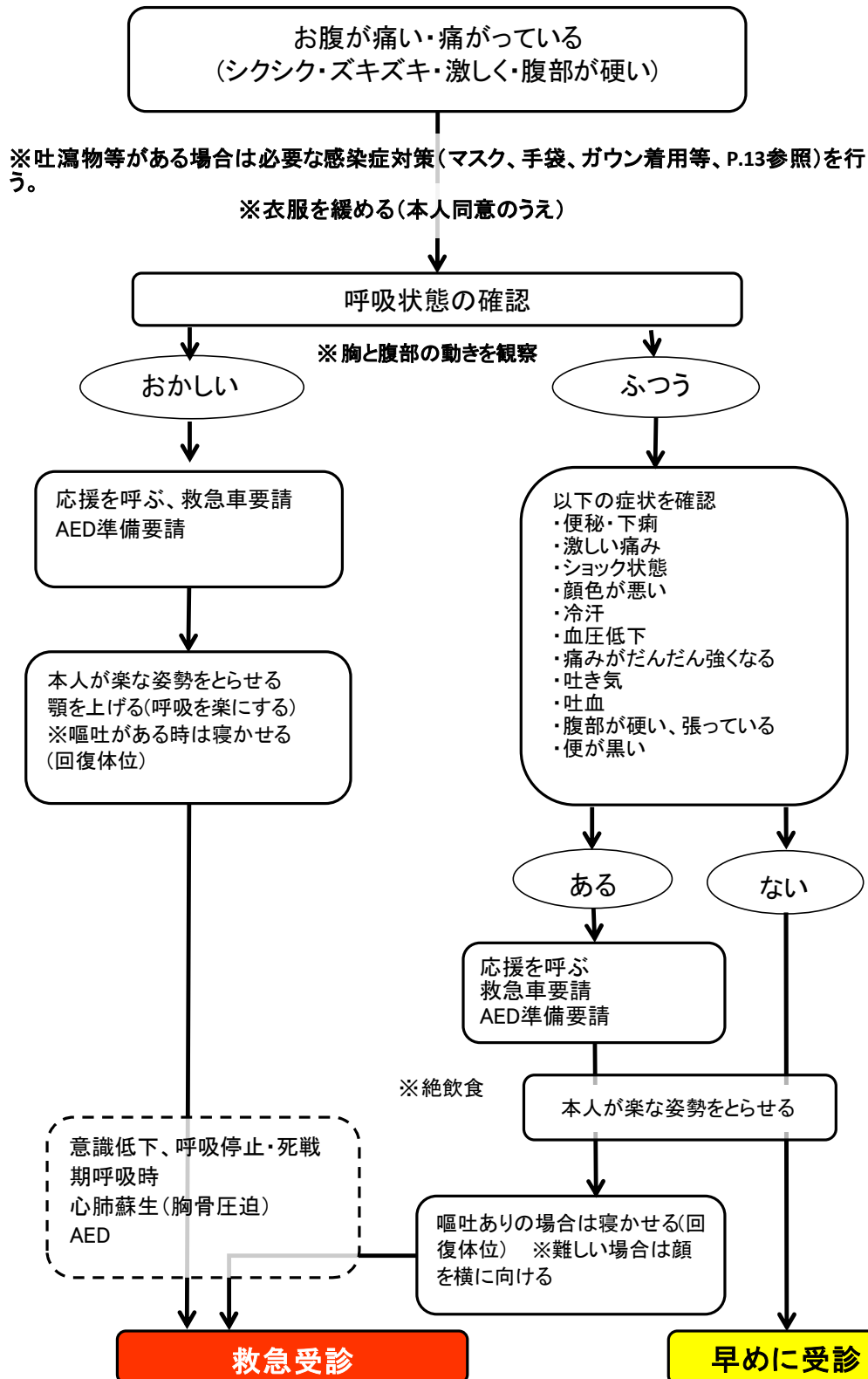
観察ポイント①～⑤のいずれかで異常がある場合には医師もしくは看護師に報告します。

＜医師・看護師に伝えるポイント＞

- (ア) どのように起こったか
- (イ) 部位・痛み（増減など）・硬さ・張り具合の程度
- (ウ) 痛みに対する自製の可否
- (エ) 腹痛以外の症状（発熱・下痢・血圧低下・黄疸など）
- (オ) 楽な姿勢の体位
- (カ) 食事内容・食事量（通常量との比較）
- (キ) バイタルサイン

(3) さらに詳しく知りたい方へ ～とくに留意すべき疾患

- ①急性胃炎、十二指腸潰瘍（心窩部・上腹部の痛み、吐き気、胸やけ等を伴う症状）
- ②虫垂炎（右下腹部・へそ部の痛み、食欲不振、発熱、吐き気、嘔吐等を伴う症状）
- ③急性膀胱炎（下腹部痛、突然の頻尿、排尿時の痛み、尿混濁、残尿感、尿失禁、血尿等を伴う症状）
- ④腸閉塞（へそ部・腹部全体の痛み、吐き気、嘔吐等を伴う症状）
- ⑤急性膵炎、慢性膵炎、膵がん（左上腹部の痛み）
- ⑥腎臓結石・尿管の疾患（右・左側腹部の痛み）
- ⑦尿管結石（右・左下腹部の痛み）
- ⑧子宮筋腫・子宮頸がん・慢性前立腺炎（下腹部の痛み）
- ⑨急性腹膜炎（腹部全体の痛み）



<注意点>

- ①温めない・冷やさない(原因がはっきりとしない場合、悪化させる恐れあり)
- ②安易な鎮痛剤の服用は避ける(症状がわからなくなり、診断が遅れる)

各施設の状況によって、具体的な対応は異なります。本資料を素材に各施設での対応方法を検討してください。

3. -3便秘

(1) 医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識 ～症状別の知識と留意事項

【基礎知識】

便秘とは、排便が順調に行われない状態のことをいいますが、2～3日に一回の排便であっても苦痛を感じないものは便秘とはいいません。一方、排便が毎日あっても、排便量が少なく、硬便のため苦痛を伴う場合には便秘といえます。本人が苦痛と感じていれば便秘であるため、普段の排便回数や量等の排便時の状態を知ることが重要になります。

便秘は、さまざまな原因でおこりますが、以下のような型があります。

①弛緩性便秘

大腸の蠕動運動が何らかの原因で弱くなると、便が送られず、大腸内を通過するのに長い時間かかります。症状としては、腹部の張り、1週間近く便が出ない、下剤を使用しないと出ないといった症状です。原因は生活習慣によるものが多く、運動不足や食物繊維不足によるものです。

②ストレス性便秘

ストレスにより、腸の一部がけいれんし、腸の感覚が過敏になり現れます。普段から腹部の張りや、キリキリとした痛み、便秘と下痢が交互に起こる、便が硬くコロコロしているといった症状が見られます。

ストレス性便秘は、医学的には過敏性腸症候群に含まれます。過敏性腸症候群とは、器質的な異常はないが、腹部の痛みや張り、不快感が続く状態です。

③直腸性便秘

腸の蠕動運動自体は問題ないが、直腸まで便が到達していても、加齢や疾患（直腸の変形、直腸瘤）等により直腸の便を押し出す力が低下し、便を出せなくなる状態のことをいいます。症状としては、便が少量しか出ない、強くいきまないと便がでない、残便感がある、下剤を使っても効果がないというのが特徴です。

(2) 判断のための知識 ～症状別の観察ポイントと対応方法

【観察ポイント】

- ①通常の排便方法（自然排便・下剤内服・摘便・浣腸等）
- ②通常の排便間隔
- ③排便未確認日数
- ④腹部の張り
- ⑤腹痛の有無

- ⑥バイタルサインの確認
- ⑦次の排便時の血圧低下や意識消失
- ⑧排便量の確認

【対応方法】

- ①多めの水分提供
 - ②トイレに長めに座る
10分程度を目安に実施
 - ③バイタルサインの確認
 - ④必要に応じた失禁予防対応
オムツ等の対応
 - ⑤必要に応じた便座等からの転落予防対応
リフトや転落防止バーの設置等
 - ⑥薬物治療
 - ⑦薬物治療以外の排便コントロール（自然な排泄リズムを整える）
食事や水分摂取量の見直し
（咀嚼力や嚥下力が落ちている場合⇒口当たりの良い素材を選ぶうち、食物繊維が足りなくなっていないか、夜間の排尿や発汗を嫌がって、水分を十分摂れていないのではないかと、脂肪分の摂取量が足りなくなかないか、など）
 - ⑧生活習慣や運動能力への配慮
（ア）決まった時間にトイレに行っているか、便意を我慢していることはな
いか、状態に合わせた運動や入浴などはできているか
（イ）寝たきりの場合は、介助によって体を起こすことができているか、な
ど
 - ⑨気持ちよく排便できる環境に見直し
トイレには行きやすいか、ポータブルトイレ、床上排泄の場合はプライ
バシーが十分保たれているか、トイレでの排便姿勢がきちんととれている
か（足を踏ん張れることなど）、腹圧を掛けることができるか、衣服の着
脱はしやすいかなど。
 - ⑩医師・看護師への報告
観察ポイント①～⑦のいずれかで異常がある場合には医師もしくは看護
師に報告します。
- <医師・看護師に伝えるポイント>
- （ア）通常の排便支援ができているか
下剤内服や摘便・浣腸の間隔等
 - （イ）通常の排便間隔
 - （ウ）排便未確認日数
 - （エ）腹部の張り

- (オ)腹痛の有無
- (カ)便の色、形状、混合物
- (キ)腹痛以外の症状

(3) さらに詳しく知りたい方へ ～とくに留意すべき疾患

- ①腸閉塞（周期的に起こる強い腹痛、腹部膨満、腹部膨隆、吐き気、嘔吐等を伴う症状）
- ②大腸がん・直腸がん（便秘または慢性下痢、腹痛、血便、便が細くなる、残便感等を伴う症状）
- ③脊髄の腫瘍（背部痛、手足の痛み、感覚鈍麻、歩行障害等を伴う症状）
- ④甲状腺機能低下症（汗をかかない・寒がり・皮膚の乾燥・脱毛・顔のむくみ・かすれ声等を伴う症状）
- ⑤裂肛（排便に伴う肛門の痛み、出血の症状）

3. -4下痢

(1) 医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識 ～症状別の知識と留意事項

【基礎知識】

下痢とは、何かしらの原因で、腸の蠕動運動が亢進し腸管から水分が吸収されずに短時間に排出されたり、腸粘膜の炎症等の疾患により、腸粘膜の水分吸収の低下や腸粘膜からの分泌物の増加で、液状または水様の便を排出する状態のことをいいます。一般的には排便回数が増加することを下痢といいますが、1日1回でも液状、水様の便であれば下痢といえます。排便回数が数回あっても便が固形であれば下痢とはいいません。

原因は、以下の2つに大きく分かります。

①感染症下痢：細菌・ウイルス・寄生虫等によるもの

②非感染症下痢：代謝性疾患、精神的・心理的緊張、食物アレルギー等によるもの

下痢が続くと、脱水症状を起こしやすいため、全身状態の観察が必要となります。

(2) 判断のための知識 ～症状別の観察ポイントと対応方法

【観察ポイント】

①下痢の発生時期

②食事・水分の摂取内容（通常時の摂取量との比較含む）

③下痢便の状況（色・臭い・形態・量）

④下血の場合⇒救急要請

⑤バイタルサインの確認

⑥他の体調不良等の重複

発熱・腹痛・嘔吐等

【対応方法】（P. 25フローチャート5参照）

①脱水症状への注意

多めの水分提供⇒スポーツドリンク・温かい番茶や麦茶など

（水分摂取の目安は、普段通りの尿が出ているかどうか）

*手の皮膚をつまんでみて、すぐに元に戻らない場合も脱水が疑われます。

②感染症への注意

感染症によるものかを確認し、必要に応じた感染予防対策を実施します

③腹部の保温

④必要に応じた失禁予防対応（オムツ等の対応）

⑤医師や看護師の指示に合わせた対応（下痢止め薬の服用含む）

観察ポイント①～⑥のいずれかで異常がある場合には医師もしくは看

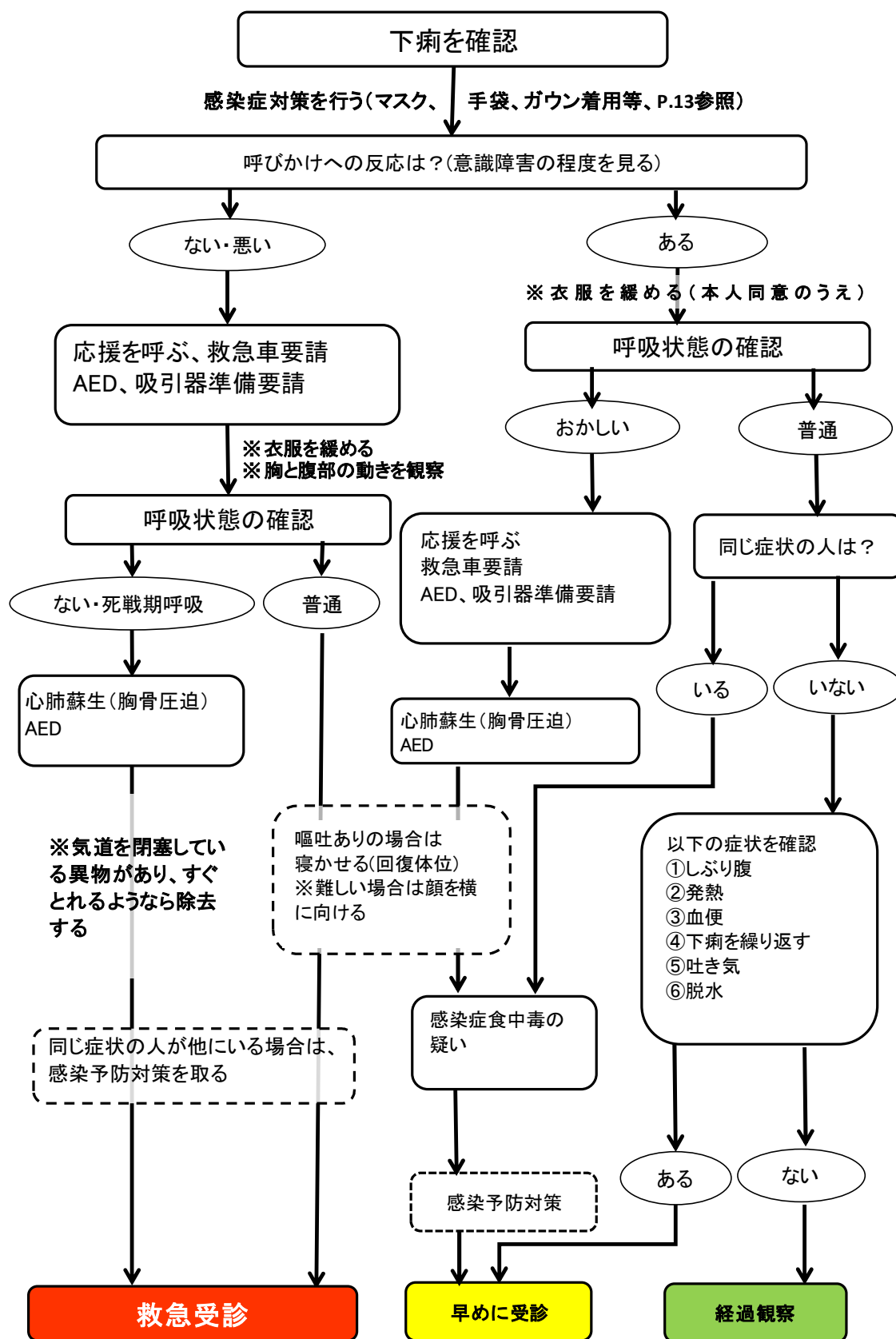
護師に報告します。

＜医師・看護師に伝えるポイント＞

- （ア）下痢の発生時間
- （イ）食事・水分の摂取内容
（食中毒の可能性・通常時の摂取量との比較含む）
- （ウ）下痢便の状況（色・臭い・形態・量・血液混入）
- （エ）バイタルサイン
- （オ）他の体調不良との重複
- （カ）普段飲んでいる薬
- （キ）緩下剤使用の有無

（3）さらに詳しく知りたい方へ ～とくに留意すべき疾患

- ①黄色ブドウ球菌（発熱、嘔吐、吐き気等を伴う症状）
- ②病原性大腸菌食中毒・O-157等（繰り返す水様便、激しい腹痛、血便等を伴う症状）
- ③アレルギー性腸炎（特定の物を食べると下痢をする症状）
- ④A型急性肝炎（急性下痢、腹痛、発熱、全身倦怠感、食欲不振、黄疸、茶褐色の尿、白っぽい便等を伴う症状）
- ⑤ノロウイルス感染症（急性下痢・嘔吐・発熱・呼吸器症状等を伴う症状）



各施設の状況によって、具体的な対応は異なります。本資料を素材に各施設での対応方法を検討してください。

4. 浮腫、脱水

4. -1 浮腫

(1) 医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識 ～症状別の知識と留意事項

【基礎知識】

浮腫とは、水分代謝障害によって血液中の体液が血管外に漏出することにより、血管外皮下組織に異常な量の体液が貯留した状態のことをいいます。皮膚・皮下組織は腫れ、圧迫を加えると圧窩が残ります。

足のむくみの中で最も多いのが一過性のもので、放置していると足の疲れが取れず免疫力の低下を引き起こすこともあります。

また、足のむくみから心不全の原因となる動脈硬化や狭心症、心筋梗塞などの重大な疾患が発見されることもあります。

施設利用者の方々は車いす使用者が多く、血行が阻害されることによるむくみや、排尿障害によるむくみがみられることがあります。

<原因>

- ①組織因子：細動脈拡張、静脈圧上昇、毛細血管透過性上昇（血漿タンパク低下）など
- ②全身因子：水分摂取
- ③腎性因子：糸球体濾過圧低下、ナトリウム排泄量低下など
- ④内分泌因子：ADH分泌不適合症候群など

(2) 判断のための知識 ～症状別の観察ポイントと対応方法

【観察ポイント】

- ①全身の症状
 - (ア) 姿勢によってむくむ場所が違う
 - (イ) 姿勢に関係なくむくみがある
- ②身体の一部の症状
 - (ア) 血管が浮き出ている（一部膨れ上がっている）
 - (イ) 血管が浮き出していない
- ③その他の症状があるか

【対応方法】

リンパ流の活発性と組織液の軽減を図ることで、むくみの改善を行うことができます。

※むくみは場合によっては重大な疾患が原因となっている場合があります。そのため、むくみ以外の体調不良が懸念される場合はまず、看護師や医師に報告することが求められます。

①浮腫部の挙上

②浮腫部の圧迫（約30～50mmHg）

手圧によるマッサージや、空気圧を利用した波動マッサージ器、水圧を利用した水中運動、弾性包帯や弾性ストッキングの常用、弾性スリーブによる圧迫を行います。

③患肢の関節運動

関節を自動的あるいは他動的に動かします。関節を動かすことにより筋ポンプ作用が起こり、浮腫の軽減が期待できます。

④早期離床、早期歩行運動

<医師・看護師に伝えるポイント>

（ア）むくみを感じはじめたのはいつからか

（イ）どのような姿勢でいたのか

（ウ）むくんでいる場所以外に症状はあるか

<むくみ予防のために>

（ア）適度の運動

ふくらはぎやももの筋肉が弱ると、血液などの流れが悪くなり、むくみやすくなります。

（イ）足の先を動かす

足の先を動かすと、ふくらはぎの筋肉も働き、血液などの流れが良くなります。

（3）さらに詳しく知りたい方へ ～とくに留意すべき疾患

【留意すべき疾患】

①うっ血性心不全

②急性心膜炎

③急性心内膜炎

④ネフローゼ症候群

⑤肝硬変

⑥下肢静脈瘤

⑦静脈血栓症

⑧動脈硬化

⑨狭心症

⑩心筋梗塞

4. -2脱水

(1) 医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識 ～症状別の知識と留意事項

【基礎知識】

脱水症とは、体重の5%以上の水分と電解質が失われた状態をいいます。また、全身の10%～25%以上の水分と電解質が失われると、命に危険が及びます。

脱水状態では尿量が減少し、皮膚粘膜も乾燥状態となります。そして、舌は最も信頼できる脱水診断の部位であるとされているため注意して観察しましょう。

随伴症状として、発熱、貧血がみられ、高度な脱水状態になると意識障害を起こしやすいとされています。

①脱水の種類

(ア) 水分欠乏性脱水（高張性脱水）

純粹に水が欠乏するために起こるものであり、水分摂取不足や大量の発汗などはこれに入ります。

(イ) 塩（ナトリウム）欠乏性脱水（低張性脱水）

水とナトリウムが合わせて不足し、水分だけを補給したために起こります。

例）大量に汗をかいて、電解質を多く失っている状態で、電解質濃度の低い飲料や水・お茶を大量に飲むことで起きます。

(ウ) 混合性脱水（等張性脱水）

水分欠乏性脱水と塩（ナトリウム）欠乏性脱水の両者が混合した脱水のことをいいます。一般にみられる脱水症のほとんどがこれといわれています。

例）下痢や嘔吐などで一気に体液を喪失してしまう場合に起きます。

②原因

(ア) 水分の摂取不足

意識障害、強度の衰弱、神経系の障害、渴中枢の感受性が低下している高齢者に多いとされています。

(イ) 発汗・不感蒸泄の増加

発熱、高温下に長時間さらされると発汗や不感蒸泄が増加します。

(ウ) 消化液の喪失

大量の嘔吐、下痢により消化液中の電解質が失われてしまいます。

(エ) 腎疾患

腎不全、尿崩症、アジソン病などで起こります。

(2) 判断のための知識 ～症状別の観察ポイントと対応方法

【観察ポイント】

脱水の初期症状は自覚がなく、見た目には分かりません。

①隠れ脱水

喉が渇く（渇かない場合もある）、尿量の減少

②中等度の脱水

（ア）倦怠感、めまい、嘔吐、立ちくらみ、食欲低下、集中力の低下

（イ）脚がつる、しびれ、脱力、頭痛、眠気

（ウ）喀痰排出困難、血圧低下、臓器血流低下

③高度の脱水

せん妄、嗜眠、昏睡、呼吸不全、心不全、腎不全、皮膚状態（乾燥等）

【対応方法】

水分を経口的に摂取するか、点滴により摂取することで症状は改善されます。

①軽症の場合

喉の渇きを感じたり、倦怠感や食欲が減退する程度であれば水分を摂取することで回復できます。

②重症の場合

脱力感や眠気、頭痛などを起こすほどの脱水の場合には医療機関で点滴による水分補給を受けた方が早く回復します。

<医師・看護師に伝えるポイント>

（ア）意識の明瞭度はどのくらいか

（イ）大量の発汗があるか

（ウ）嘔吐や下痢の症状はあったか

（エ）水分を摂取していたか

（オ）しびれや脱力感、頭痛などその他の症状はあるか

（カ）尿量に変化があったか

(3) さらに詳しく知りたい方へ ～とくに留意すべき疾患

【留意すべき疾患】

①熱中症

②腎不全、尿崩症、アジソン病

③消化管疾患

5. 出血、貧血

5. -1 出血

(1) 医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識 ～症状別の知識と留意事項

【基礎知識】

出血とは、血液成分（赤血球を含む）が血管外へ流出することをいいます。
＜出血の種類＞

出血の種類は、血管の種類、出血の場所などにより様々に分類されます。

① 血管の種類による分類

動脈性出血、静脈性出血、毛細血管性出血に分類されます。

② 身体の内側か外側かによる分類

身体の内側での出血は内出血といい、身体の外に流れ出る出血を外出血といいます。

③ 外傷の有無や病変の種類による分類

点状出血や紫斑（皮下の小出血）、血腫（出血による凝血が組織内に腫瘤を形成すること）など

④ 出血箇所による分類

肺や気管からの出血を喀血といい、上部消化管からの出血があり、血液を含んだ内容物を嘔吐することを吐血、血液を含んだ糞便を排泄することを下血、尿路系の出血により尿に血液が混入していることを血尿と呼びます。

【留意事項】

創部が心臓より上にある場合、傷口は小さくても出血量が多いことがあるので注意が必要です。また、消化管からの出血は持続的に出血していることが多く、貧血症状を引き起こすこともあります。

(2) 判断のための知識 ～症状別の観察ポイントと対応方法

【観察ポイント】

① 外傷性

（ア）傷の大きさ、深さ、出血の量

（イ）熱感、痛みの有無（打撲などによる皮下出血の場合）

② 喀血

鮮紅色、泡沫状、咳とともに排出

③ 吐血

暗赤色、茶色～茶褐色、黒褐色、凝結塊状、嘔吐とともに排出

④ 下血

血便の色によって異常の箇所が分類される

（ア）鮮やかで便の表面だけに血液が付着している（直腸または肛門に近い

- 部位の異常)
- (イ) 暗赤色、赤褐色（大腸・小腸の異常）
 - (ウ) タールのような黒っぽい赤（胃・十二指腸の異常）

【対応方法】

○感染症対策を行って対応します。※P. 13[感染症対策の基本事項]参照

① 外傷性

(ア) 状態確認

出血部位、創部の大きさ、創部の深さなどを確認します。

(イ) 止血処置

創部を直接圧迫するまたは、創部より心臓に近い部位をタオル等で縛り、創部をできる限り心臓より高く挙上します。

(ウ) 皮下出血の場合

皮下出血が起きている部位を冷やし、様子観察⇒症状がひどくなるような場合は骨など違う部位の損傷も考えられるため、早期に医療機関を受診します。

(エ) 鼻出血の場合

座位が可能であれば、座位で前傾姿勢にし、出血側の鼻翼を鼻中隔方向へ圧迫止血します。

※口腔内へ流れた血液は吐き出すことで、口腔内の不快感による嘔吐等の2次被害を防ぐことができます。

<医師・看護師に伝えるポイント>

- (ア) 何が原因で怪我したか
- (イ) いつから出血していたか
- (ウ) 出血の量・色
- (エ) 創部の大きさ・深さ

② 内臓系

- (ア) 意識確認、出血の部位（口からか排泄物からか）の確認を行います
- (イ) 口腔内に吐瀉物がある場合は口腔内を清潔に保ちます
- (ウ) 医療機関への受診します

<医師・看護師に伝えるポイント>

- (ア) どこからの出血か
- (イ) 出血の色
- (ウ) 出血の量・回数
- (エ) どの様な状況で起きたか
- (オ) 腹部の症状はあるか

(カ)血圧、脈拍、呼吸、体温の状況

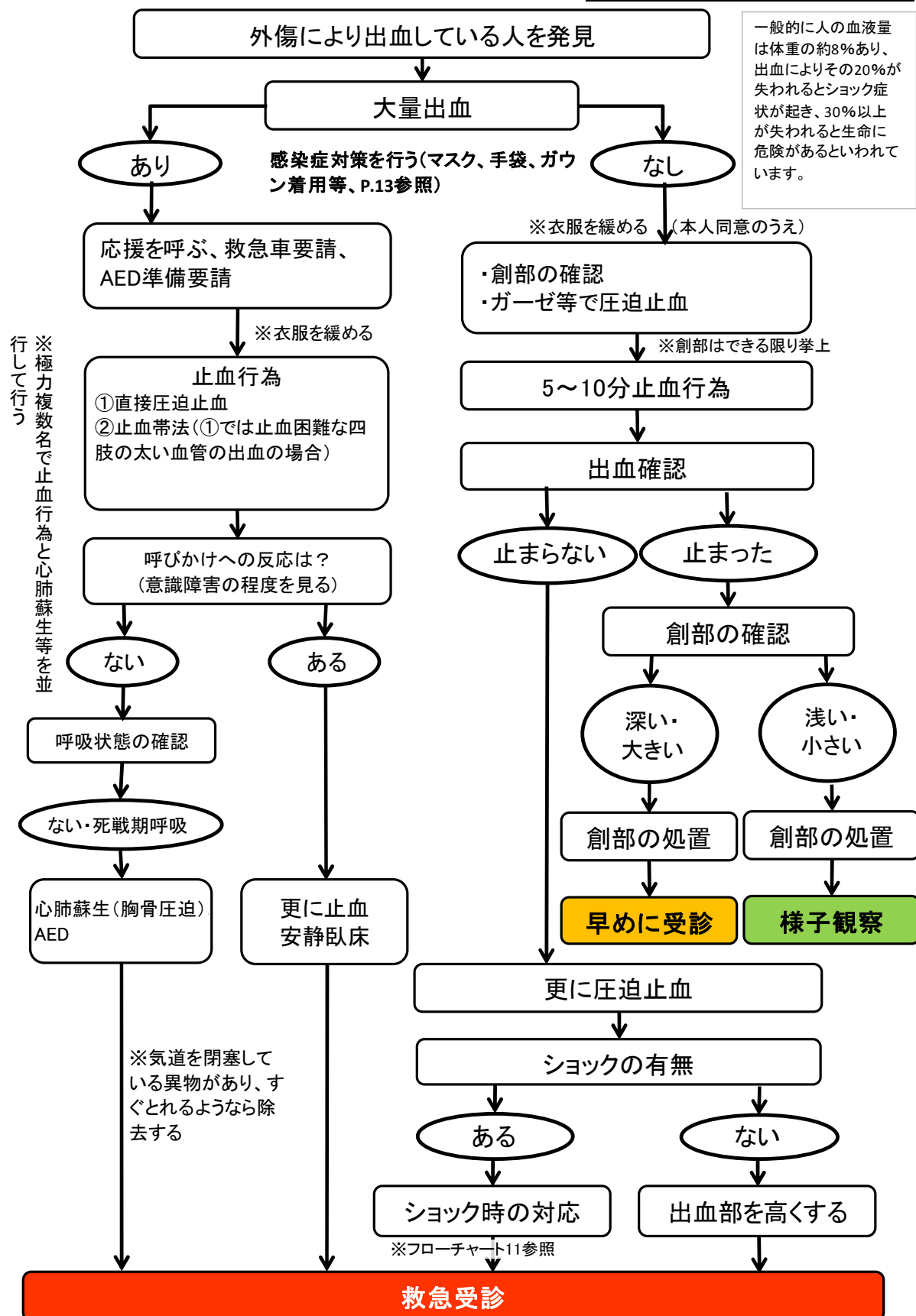
(3) さらに詳しく知りたい方へ ～とくに留意すべき疾患

【留意すべき疾患】

- ①紫斑病、壊血病、血友病
- ②出血性胃炎、出血性大腸炎

【症状別】⑤出血（外傷）

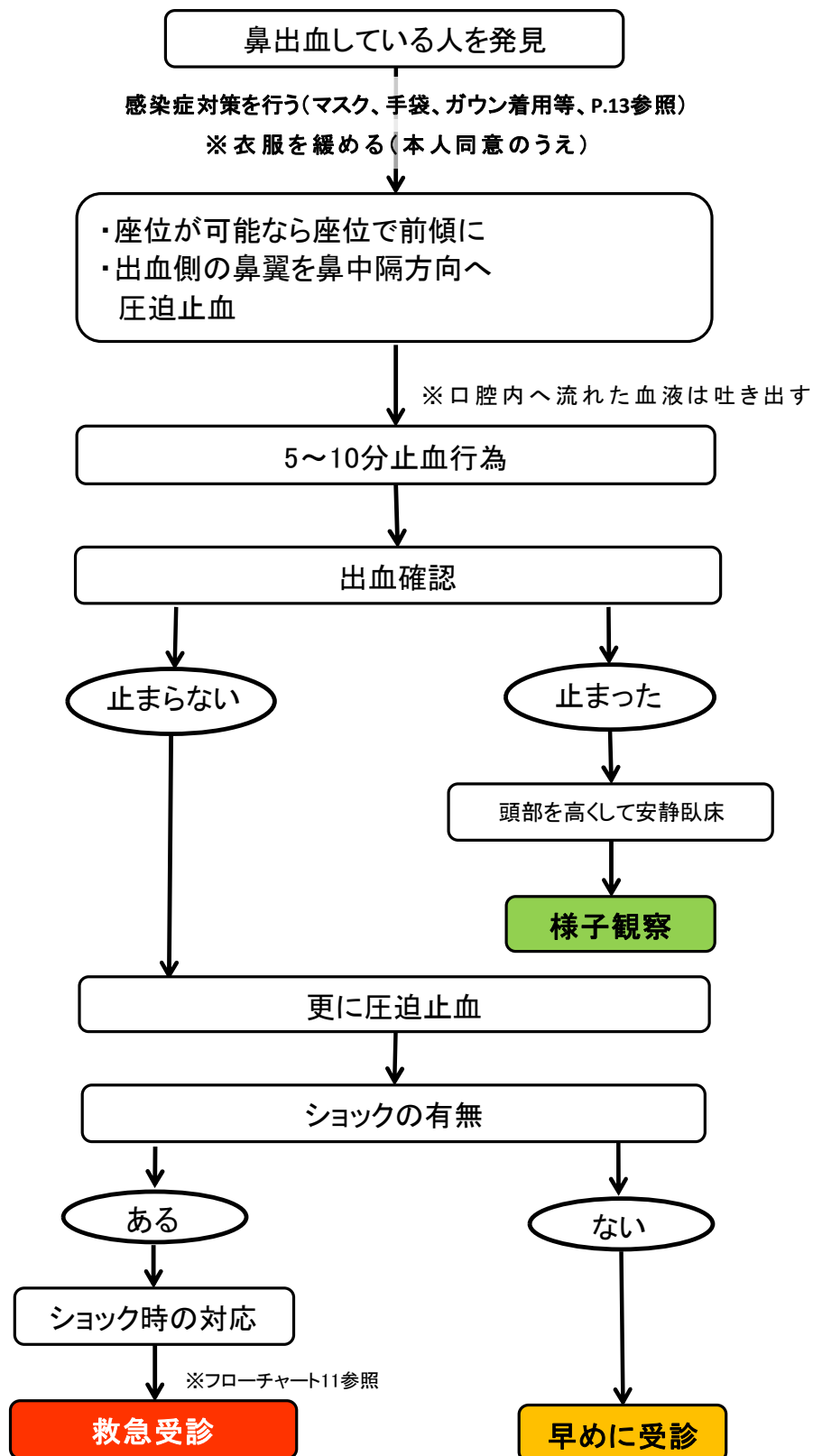
フローチャート6①



各施設の状況によって、具体的な対応は異なります。本資料を素材に各施設での対応方法を検討してください。

【症状別】 ⑤出血(鼻出血)

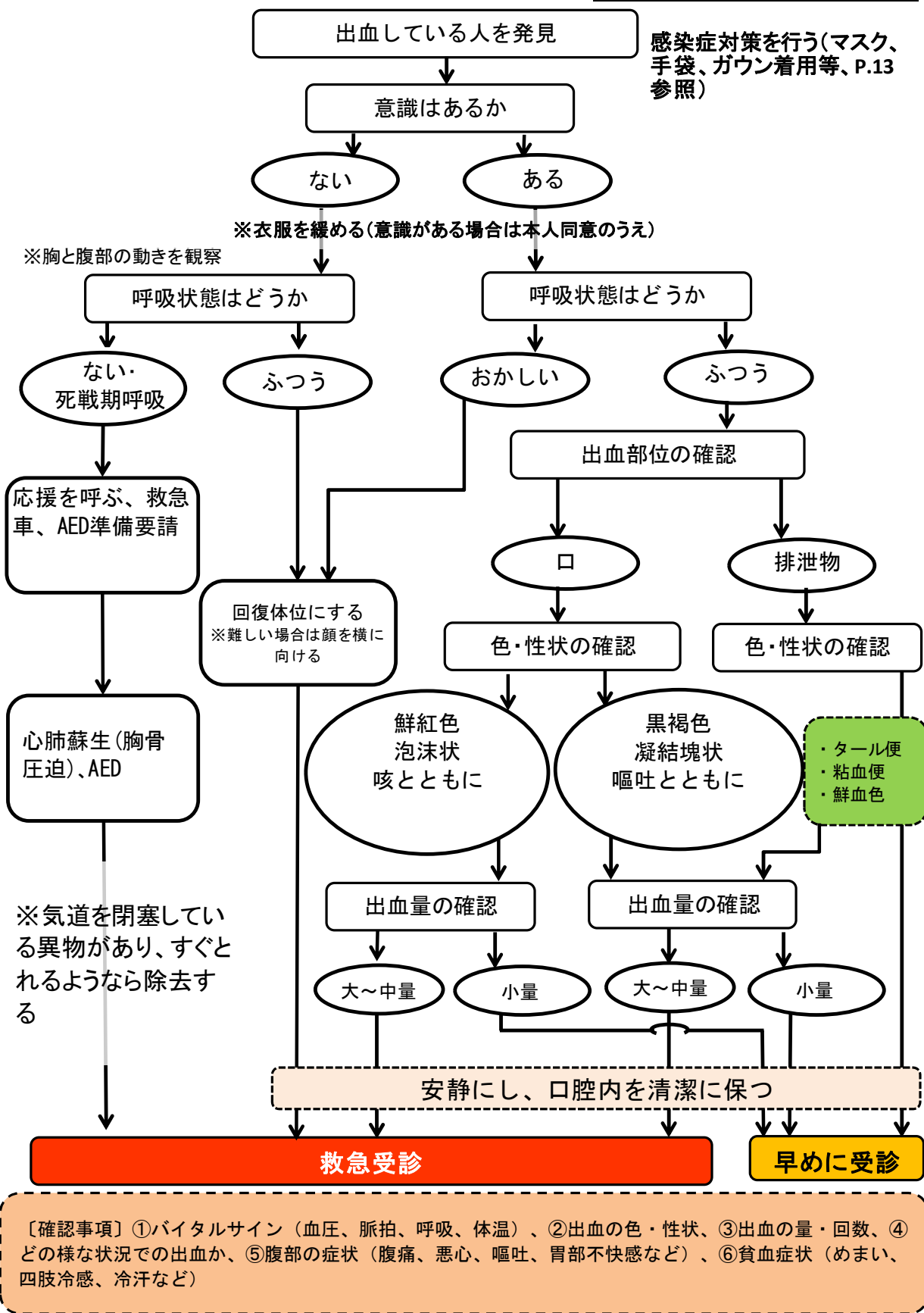
フローチャート6②



各施設の状況によって、具体的な対応は異なります。本資料を素材に各施設での対応方法を検討してください。

【症状別】⑤出血(喀血・吐血・下血)

フローチャート6③



各施設の状況によって、具体的な対応は異なります。本資料を素材に各施設での対応方法を検討してください。

5. -2貧血

(1) 医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識 ～症状別の知識と留意事項

【基礎知識】

貧血とは血液中の赤血球やヘモグロビン（酸素を運ぶ赤血球中のたんぱく質）の量が少ない状態をいいます。

赤血球には、肺から酸素を運び、全身の組織に届ける役割がありますが、赤血球が減少したり、赤血球中のヘモグロビンが減少したりすると、組織が酸素を十分に補給できず、組織が酸欠状態となり貧血の症状が現れます。

①貧血の原因

大量の出血によって貧血が起きることがあります。多くの場合は徐々に繰り返し発生する出血で、典型的な例は消化器や尿路の異常による出血や重度の月経出血です。慢性的な出血があると体内の鉄分が減少し、貧血が更に悪化します。

※脳貧血

長時間立ちっぱなし、座りっぱなしの姿勢でいると血液が重力に引っ張られてしまい、心臓より高い位置にある頭へ送られる血液が足りなくなつて脳貧血になります。通常の貧血よりも急激に脳の酸素が足りなくなるため転倒しやすいのが特徴です。

<他に考えられる脳貧血の原因>

- (ア) 失血（大量の出血）
- (イ) 赤血球の生産不足
- (ウ) 赤血球の大量破壊

②貧血の症状

顔面蒼白、四肢冷感、冷汗、悪心、嘔吐、立ちくらみ、動悸、息切れ、めまい、耳鳴、疲労感、頭重、頭痛、眼精疲労、不眠、意識を失い倒れるなど様々な症状があります。

【留意事項】

貧血により意識を消失して倒れた場合、受け身を取ることができず、外傷など転倒による2次障害が起きる可能性があります。

(2) 判断のための知識 ～症状別の観察ポイントと対応方法

【観察ポイント】

- ① 外観：顔面蒼白

- ② 意識：多くは正常、危篤では混濁
- ③ 脈拍：正常または頻脈。特に労作時に動悸があり頻脈著明
- ④ 体温：正常または微熱
- ⑤ 皮膚・四肢：（一般）貧血で黄色傾向、（重症）冷感、爪はスプーン状
- ⑥ 血圧：正常または低下
- ⑦ 呼吸：労作時に頻呼吸で呼吸困難を伴う。（重症）安静時にも頻呼吸で呼吸困難
- ⑧ 全身症状：微熱、易疲労感、倦怠感、頭痛、耳鳴、めまい、失神、筋力低下、皮膚粘膜蒼白
- ⑨ 消化管：食欲不振、下痢、便秘
- ⑩ その他：無月経

【対応方法】

- ①転倒による二次被害を予防するため、姿勢を低くします
- ②臥床姿勢は頭部を低くし、膝の下にクッションなどをして下肢を高くして休めます
- ③シャツやズボンなど衣服の締め付けを緩めます
- ④バイタルサインの確認を行います

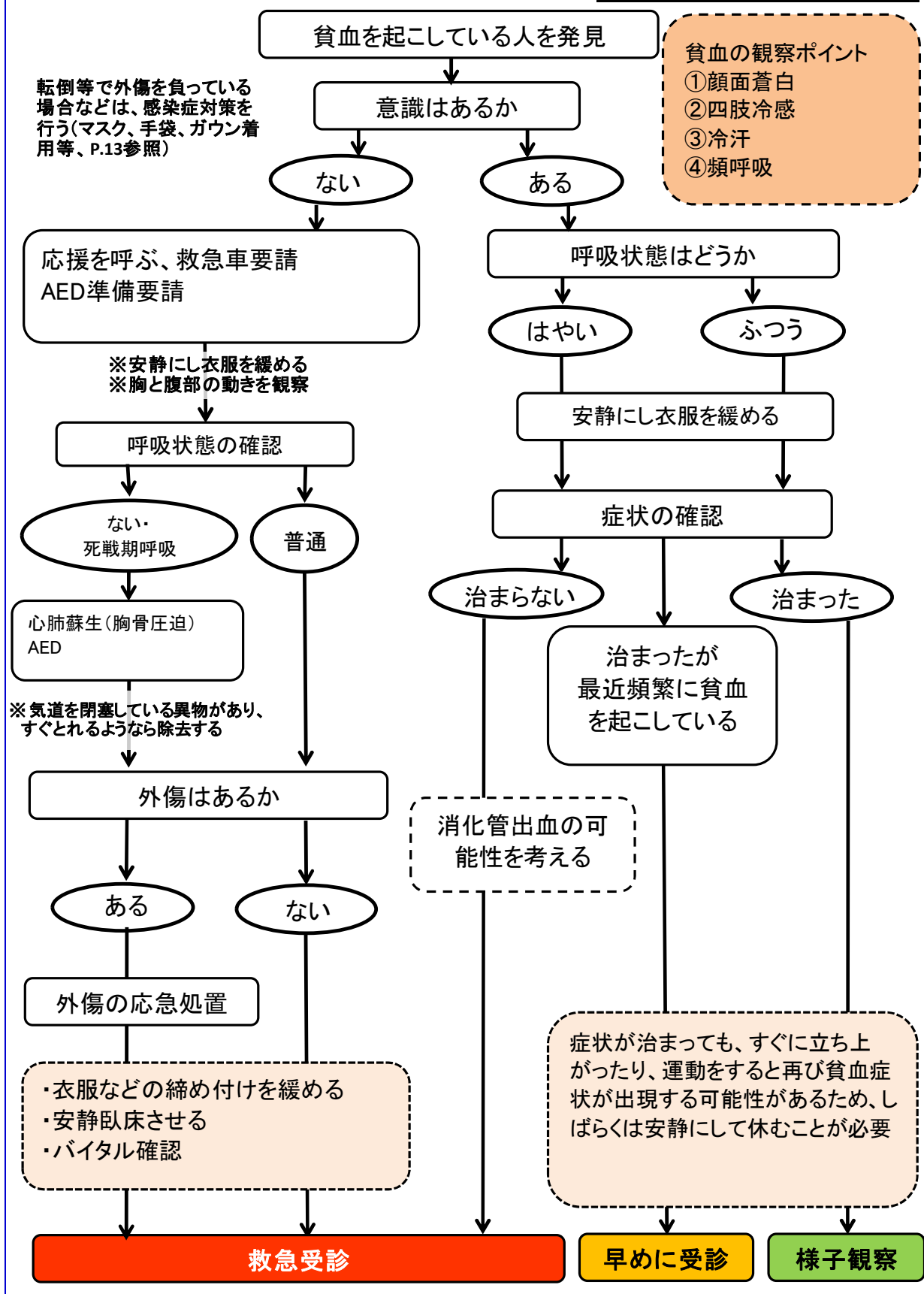
(3) さらに詳しく知りたい方へ ～とくに留意すべき疾患

【留意すべき疾患】

消化管の出血性疾患

【症状別】⑤貧血

フローチャート7



各施設の状況によって、具体的な対応は異なります。本資料を素材に各施設での対応方法を検討してください。

6. 発疹

(1) 医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識 ～症状別の知識と留意事項

【基礎知識】

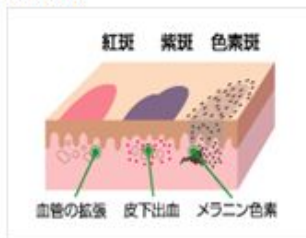
皮膚・粘膜の病変はすべて発疹と呼ばれ、皮疹と粘膜疹に分類されます。
また、発疹は原発疹と続発疹に分類されます。

①原発疹

- (ア) 斑；紅斑、紫斑、色素斑、脱色素斑
- (イ) 丘疹、結節、腫瘤
- (ウ) 水疱、膿疱
- (エ) 囊腫
- (オ) 膨疹

【発疹の種類】

斑(はん)



皮膚の色が部分的に変化。

丘疹(きゅうしん)



皮膚の小さな隆起で、直径1cm以下のもの。

結節・腫瘤(けっせつ・しゅりゅう)



直径1cm～3cmの隆起を結節3cm以上を腫瘤と呼ぶ。

水疱(すいほう)



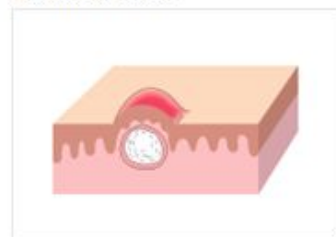
透明な体液のたまった隆起で、直径3mm以上のものを水疱、それ以下のものは小水疱。

膿疱(のうほう)



膿がたまり、黄味をおびた隆起

囊腫(のうしゅ)



真皮内にできた袋状のものに液体や脂肪などを含む。

膨疹(ぼうしん)



皮膚面から扁平状に盛り上がり、境界がはっきりした発疹でかゆみをともない、24時間以内に消失する。

びらん



赤く、ジクジクたたれた状態。完全に治癒する。

潰瘍(かいよう)



真皮、あるいは皮下組織に達する皮膚の欠損。治療後にあとが残る。

②続発疹

原発疹が時間的経過とともに続発して生じる発疹で、欠損、表面より隆起、陥凹や発疹状の変化があります。

(ア) 表皮剥離（びらん）潰瘍

(イ) 瘢痕

(ウ) 亀裂

(エ) 胼胝（べんち／たこ）

(オ) 萎縮

(カ) 痂皮

（原発疹を示す主な皮膚疾患）

- ・ 紅斑：乾癬・薬疹・SLE（全身性エリテマトーデス）など
- ・ 紫斑：皮下出血・単純紫斑など
- ・ 色素斑：扁平母斑・色素性母斑など
- ・ 脱色素斑：白斑・脱色素母斑
- ・ 丘疹：感染症に起因するもの（小疹、風疹、麻疹など）
- ・ 結節：眼瞼黄色腫・サルコイドーシス
- ・ 腫瘤：有棘細胞癌・脂肪腫など
- ・ 水疱：単純ヘルペス・带状疱疹・虫刺症・天疱瘡・類天疱瘡
- ・ 膿疱：伝染性膿痂疹・癰（よう）
- ・ 膿疱性乾癬など
- ・ 膨疹：蕁麻疹・アナフィラキシー
- ・ 囊腫：粉瘤・粘液囊腫など

(2) 判断のための知識 ～症状別の観察ポイントと対応方法

【観察ポイント】

①全身状態の観察

(ア) 発熱の有無

(イ) 呼吸状態

(ウ) 倦怠感の有無

(エ) 発生部位 ⇒一定の場所か、左右対称か片側か

(オ) 痒みの程度（例；局所的・全体的・他）

(カ) 痛みの程度（例；局所的・全体的・他）

②発疹の状態観察

(ア) 大きさ・数・輪郭・境界

(イ) 腫れの有無・程度

(ウ) 熱感の有無

(エ) 乾燥・湿潤

(オ) 浸出液・出血の有無・程度

【対応方法】

- ①観察ポイント「①全身状態の観察（ア）～（ウ）」のいずれかの症状がある場合は、感染性疾患も疑われるため早急に医師もしくは看護師に報告します。

<医師・看護師に伝えるポイント>

- （ア）バイタルサイン
- （イ）意識の状態（本章症状別解説7.「意識状態の変化」-p. 41～p. 44参照）
- （ウ）痒み・痛みの場所および程度

- ②観察ポイント「①全身状態の観察（エ）～（カ）」・「②発疹の状態観察」（ア）～（オ）を確認し、医師もしくは看護師に報告します。

対応時の注意

- （ア）マスクを着用します。
- （イ）使い捨てゴム手袋を装着し、素手では触らないようにします。
- （ウ）使用後の手袋は廃棄し、他への汚染を防止します。
- （エ）終了後、手洗いもしくは擦式アルコール製剤にて消毒を行います。

※P. 13[感染症対策の基本事項]参照

(3) さらに詳しく知りたい方へ ～とくに留意すべき疾患

【留意すべき疾患】

- ①発疹はあるが痛みも痒みもない

- （ア）微熱がある
膠原病（特に顔に発疹出現）
- （イ）発疹に変化がある
 - （i）老人性疣贅（ゆうぜい）（いぼ）
 - （ii）皮膚がん

- ②発疹があり、痛い

- （ア）発熱
 - ・帯状疱疹：ウイルス性の皮膚疾患。神経を伝わって皮膚に水疱をつくり、片側性に神経痛様の痛みが続く。
 - ・単発性疱疹（ヘルペス）：ウイルス性の皮膚疾患。おもに口唇や陰部などに小さな水疱ができる。
- （イ）発熱・皮膚の腫脹・熱感
 - ・蜂窩織炎：傷口から連鎖球菌やブドウ球菌が侵入して、皮下で化膿性の炎症を起こす。
- （ウ）発熱・リンパの腫れ
 - ・丹毒：皮膚の浅い所にできる化膿性炎症。高齢者や免疫力の低下した人に多い。あざやかな赤い腫れが現れ、急速に広がる。

③随伴症状

- (ア) 急性感染症（麻疹、風疹など）
- (イ) 膠原病（全身性エリテマトーデス〔SLE〕）
- (ウ) 薬疹
- (エ) 血管炎
- (オ) 皮膚筋炎 ⇒原疾患による発熱、関節痛、腹痛、胸痛など

7. 意識状態の変化

(1) 医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識 ～症状別の知識と留意事項

【基礎知識】

意識とは、外界からの刺激を受け入れ、自己を外界に表出することのできる機能をいい、周囲への対応や会話の内容にも混乱がなく、一定の目的に合わせて手足を動かせる状態像をいいます。

意識障害とはこの認知機能と表出機能が低下した状態です。

①意識障害の原因

意識障害の原因となるものは数多くあり、何らかの原因により脳の血流が悪くなり脳細胞に酸素やブドウ糖が送り込まれなくなり、脳細胞の働きが低下したために起こります。

（例）低血糖や高血糖、極端な血中酸素濃度の低下、心停止など

②意識レベルと全身状態

意識障害を起こした人に対して適切に対処するため、また原因を絞り込むために、速やかなるチェックを行う必要があります。

【留意事項】

①認知症と区別がつかない意識障害を起こしたり、入院、手術などが引き金となることもあります。日常生活の把握をしっかり行います。

②低血糖と意識障害

糖尿病で血糖降下剤服用している人やインシュリン治療をしている人、低血糖症状（四肢の冷感、冷汗、意識障害等）に注意します。

(2) 判断のための知識 ～症状別の観察ポイントと対応方法

【観察のポイント】

①呼名反応の有無（意識障害の程度をみる）

後述のジャパン・コーマ・スケールも参照

②麻痺の有無や肢位異常

（ア）四肢の伸展

（イ）上肢の屈曲・硬直、下肢の伸展・硬直

（ウ）上下肢のうち一肢の麻痺

（エ）片麻痺

③呼吸状態

（ア）舌根沈下はないか、嘔吐による誤嚥の有無など気道が確保されているかをチェック

（イ）呼吸のパターンをチェック、チェーンストークス呼吸・失調性呼吸など脳の異常による呼吸の異常をチェック

※チェンストークス呼吸：小さい呼吸から徐々に大きな呼吸になったあと、次第に呼吸が小さくなり、一時的に呼吸停止となることが繰り返される呼吸
※失調性呼吸：呼吸の大きさ、リズムがまったく不規則な呼吸

④脈拍

(ア) 徐脈やリズム不整の有無をチェック

(イ) 心筋梗塞や脳梗塞によるリズム不整や、脳圧亢進による徐脈などを観察

⑤血圧：血圧の変動をチェック

⑥体温：体温をチェック

⑦皮膚の状態

(ア) チアノーゼの有無や発汗・皮膚温など

(イ) ショック状態のチェックのため

⑧その他

全身状態、代謝異常、外傷の有無や既往歴の有無（てんかん・脳梗塞・心筋梗塞など）

【対応のポイント】

意識状態に変化がある場合は、できるだけ早く看護師や医師に報告します。

<医師・看護師に伝えるポイント>

(ア) いつから始まったか？

(イ) 意識の低下は、急になのか？、徐々になのか？、反応はどうだったか？

(ウ) 呼吸状態はどうだったか？

(エ) 眼球の向き、瞳孔の状態はどうだったか？

(オ) 失禁や怪我は？

<意識障害時の対応>

(ア) 急変時の対応（救命処置、救急医療機関への搬送等）

(イ) 家族への連絡

■緊急時の意識障害の評価方法

ジャパン・コーマ・スケール（3-3-9度方式）

この評価法は、急性期の意識障害を対象としたものであり、慢性期の意識障害には使用できません。

刺激による開眼状態で大きくⅠ、Ⅱ、Ⅲの3段階に分類し、さらにそれぞれを3段階に細分化して全部で9段階評価します。

点数が大きいほど意識障害が重症です。

I 刺激しないでも覚醒している状態

1点：だいたい意識清明だが、今ひとつはっきりしない

2点：見当識障害（自分がなぜここにいるのか、ここはどこなのか、といった状況が理解されていない状態）がある

3点：自分の名前、生年月日が言えない

II 刺激すると覚醒するが刺激をやめると眠り込む状態

10点：普通の呼びかけで容易に開眼する

20点：大きな声または体をゆさぶることにより開眼する

30点：痛み刺激を加えつつ呼びかけを繰り返すと、かろうじて開眼する

III 刺激をしても覚醒しない状態

100点：痛み刺激に対し、払いのけるような動作をする

200点：痛み刺激で少し手足を動かしたり、顔をしかめる

300点：痛み刺激に反応しない

(3) さらに詳しく知りたい方へ ～とくに留意すべき疾患

【留意すべき疾患】

<意識障害をもたらす疾患>

①呼吸器系＝気管支喘息・慢性閉塞性肺疾患

②循環器＝心不全、アダムス・ストークス症候群・急性心筋梗塞

③血圧の急激な低下＝心筋梗塞、吐血、下血、出血によるショック、糖尿病性こん睡、敗血症、その他ショック状態など

④血圧の急激な上昇＝高血圧性脳出血、くも膜下出血、高血圧性脳症など

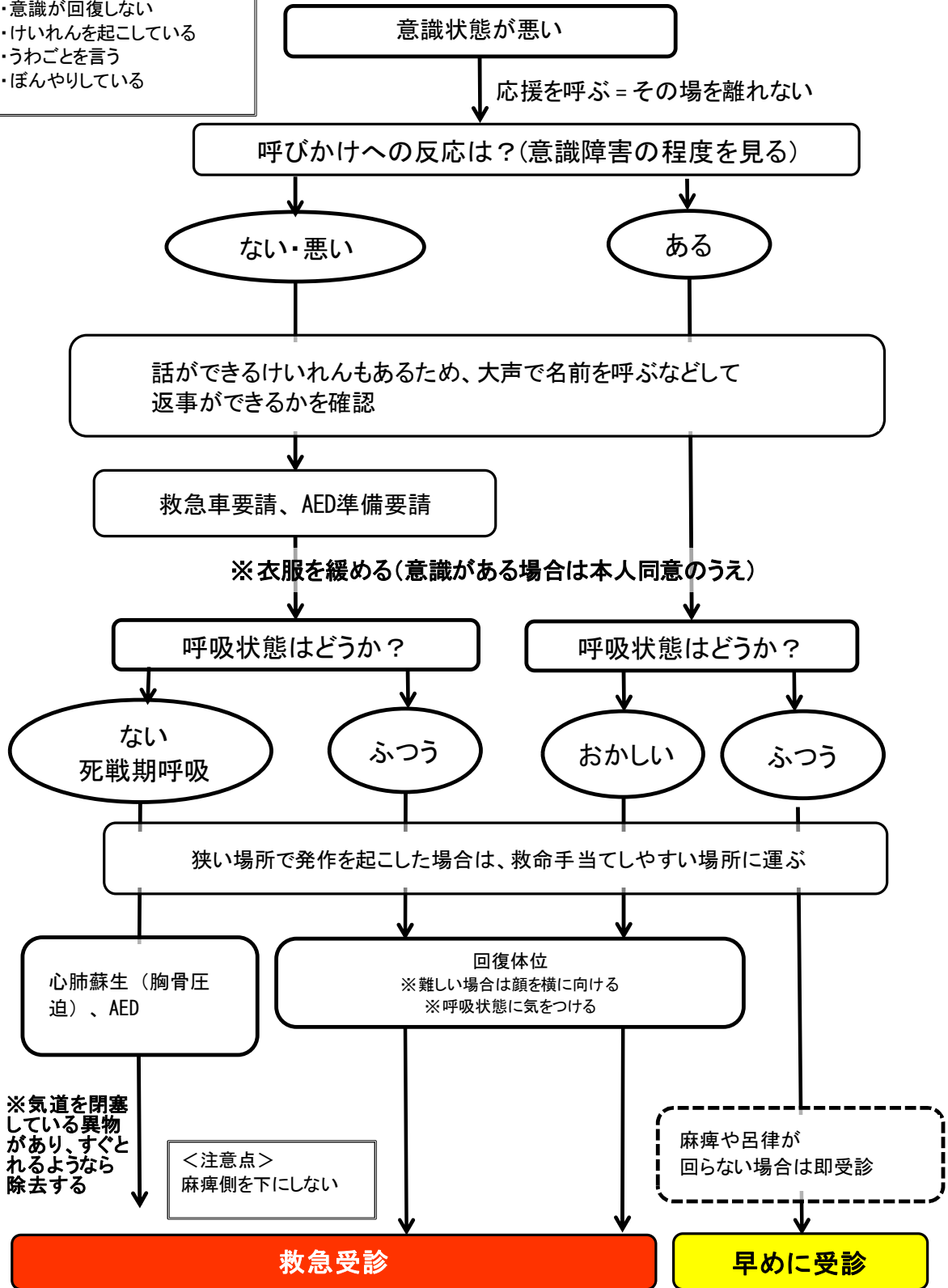
⑤発熱の有無＝髄膜炎や脳炎、脳出血の可能性

⑥その他＝低血糖、糖尿病性昏睡、電解質異常Na・Ca、頭部外傷など

【症状別】 ⑦意識状態の変化

<代表的な症状>

- ・意識が回復しない
- ・けいれんを起こしている
- ・うわごとを言う
- ・ぼんやりしている



各施設の状況によって、具体的な対応は異なります。本資料を素材に各施設での対応方法を検討してください。

8. てんかん、けいれん

(1) 医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識 ～症状別の知識と留意事項

【基礎知識】

てんかんとは、脳の異常な電気活動によって神経細胞が過剰に興奮をおこし、けいれんや意識障害などの症状を呈する発作性の疾患です。けいれんとは、全身または一部の筋肉の不随意かつ発作的収縮を示す症候名です。

①てんかんの種類

(ア)非てんかん性けいれん

- (i) スパズム ～ 眼瞼けいれんや片側顔面けいれん
- (ii) クランプ ～ ふくらはぎのこむらがえり
- (iii) ミオクロヌス ～ 一群の筋肉の不随意的収縮

(イ)てんかん性けいれん

- (i) 部分発作 ～ 意識はある
- (ii) 全般発作 ～ 意識はない

②てんかんの原因

- (ア)特発性てんかん（真性てんかん）：脳波に異常がみられる
- (イ)症候性てんかん：脳内の疾患や全身性疾患の症状としてけいれん発作をおこす

③けいれん発作の分類

(ア)部分発作

- (i) 単純部分発作⇒意識障害を伴わない部分発作
- (ii) 複雑部分発作⇒意識障害を伴う部分発作

(イ)全般発作＝意識障害がある

- (i) 欠神発作⇒突然はじまり数秒から30秒ほど持続し突然終了
- (ii) ミオクロニー発作

(a) ミオクロニーけいれん⇒突然起こる短時間の衝撃様の筋収縮

(b) 間代発作⇒ミオクロニーけいれんが律動的に反復するもの

(ウ) 強直発作⇒数秒程度の比較的短時間の強直状態、意識障害がみられるが回復は早い。眼球や頭部が一側偏位、胸部の強直けいれんで呼吸が停止することがある。

(エ) 強直間代発作⇒予告症状なしに意識を失う。地上に倒れ舌をかんだり、失禁する、チアノーゼもある

(オ) 特発性全般性てんかん

(カ) 症候性全般性てんかん

④けいれん重積の分類

- (ア)発作がある程度の長さ以上に続くか、または短い発作でも反復し、その間の意識の回復がないもの
- (イ)実際には5分から10分程度発作が持続するか、2回以上の発作が起こりその間に意識が完全に回復しない
- (ウ)低酸素脳症を起こすため気道確保と酸素投与が必要

【留意事項】

日常よりけいれん誘発する因子の観察と除去に努めましょう。

- ①食事、睡眠、休養などの生活リズムを乱さない
- ②発熱、月経
- ③光などの刺激に注意する
- ④前駆症状の早期にチェック

※前駆症状の例

頭痛、胃部不快感、傾眠傾向、不機嫌、イライラ、不安、運動失調等

(2) 判断のための知識 ～症状別の観察ポイントと対応方法

【観察ポイント】

- ①意識状態
- ②呼吸状態
- ③けいれん時間と部位
- ④眼球の位置
- ⑤チアノーゼの有無

【対応方法】

- ①慌てず、その場を離れない
- ②必ず応援を呼ぶ
- ③発作中は名前を呼んだり、体を揺らすなどの刺激を与えない
- ④観察と同時に早急な対応を行う
 - (ア)衣服をゆるめ胸部運動を楽にする
 - (イ)気道確保
 - (ウ)嘔吐した嘔吐物が気道へ誤嚥されやすい。口腔内の分泌物が急に多くなる嘔吐に備え、頭部を横に向けて嘔吐物による気道閉塞を防ぐ嘔吐物が口腔内にあればかき出す
 - (エ)外傷の防止～周囲の危険物を排除
 - (i) ベッド柵等柔らかい物をかける
 - (ii) 転落防止
- ⑤意識障害時または呼吸障害時は、早急に医師・看護師に報告します。
(フローチャート9参照)

＜医師、看護師に伝えるポイント＞

- (ア) どこからけいれんが起こり始めたか
- (イ) 何分位続いたか
- (ウ) 全身または部分的か
- (エ) 意識、呼吸の状態
- (オ) 連続的か断続的か
- (カ) 発作中の怪我はあるか
- (キ) 発作後眠ったか
- (ク) 眼球の位置

(3) さらに詳しく知りたい方へ ～とくに留意すべき疾患

【留意すべき疾患】

＜けいれん発作をきたす疾患＞

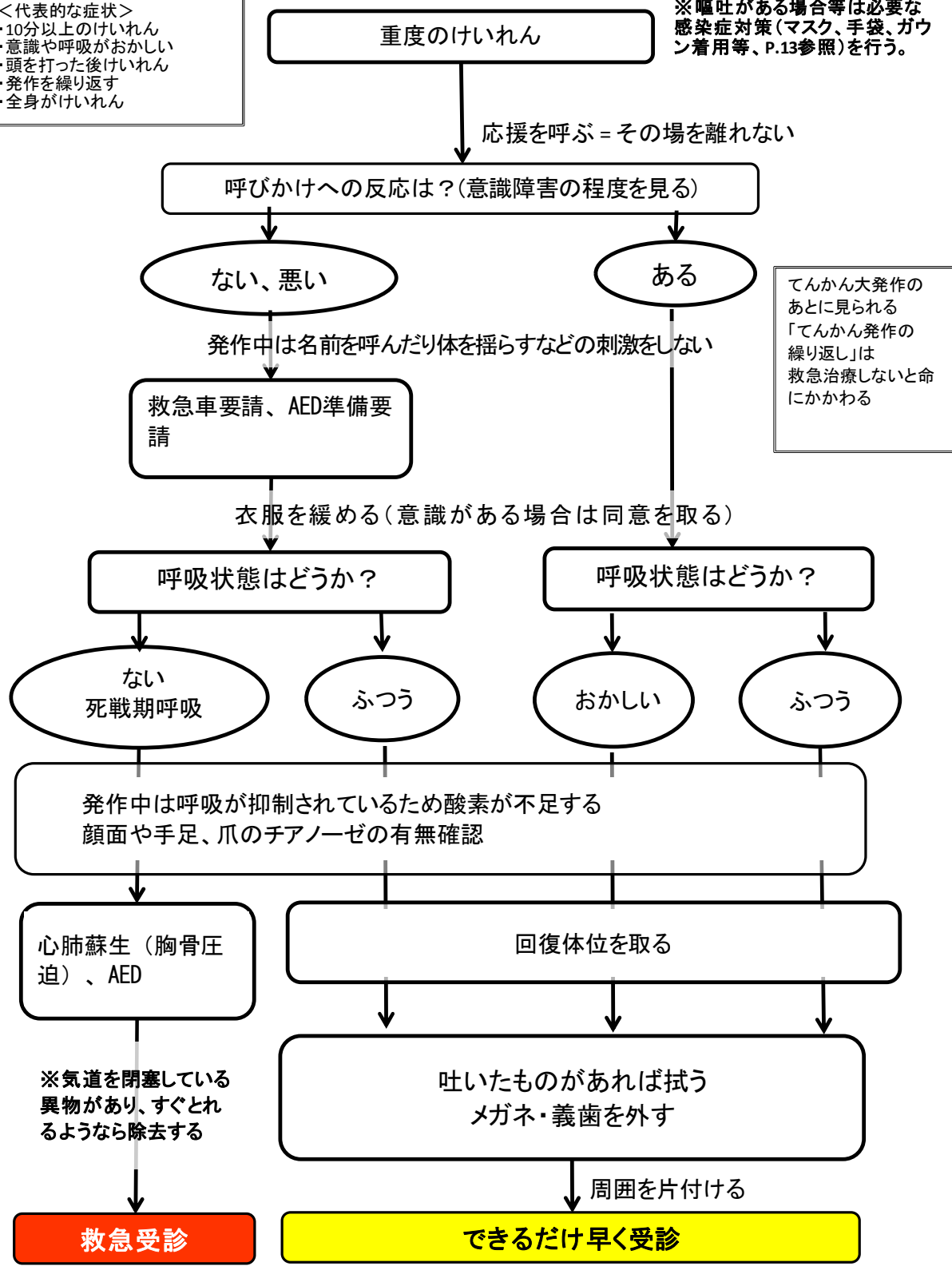
- (ア) 脳血管障害 ～ 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳血管奇形
- (イ) 脳腫瘍
- (ウ) 頭部外傷
- (エ) 感染症 ～ 脳炎、髄膜炎
- (オ) 膠原病
- (カ) 変性疾患 ～ アルツハイマー型認知症
- (キ) 熱性けいれん
- (ク) 心因性 ～ ヒステリー
- (ケ) 低血糖
- (コ) 電解質異常
- (サ) 過換気症候群
- (シ) 高血圧性脳症
- (ス) 尿毒症
- (セ) 甲状腺機能低下症
- (ソ) てんかん

【症状別】 ⑧てんかん、けいれん

<代表的な症状>

- ・10分以上のけいれん
- ・意識や呼吸がおかしい
- ・頭を打った後けいれん
- ・発作を繰り返す
- ・全身がけいれん

※嘔吐がある場合等は必要な感染症対策(マスク、手袋、ガウン着用等、P.13参照)を行う。



てんかん大発作のあとに見られる「てんかん発作の繰り返し」は救急治療しないと命にかかわる

各施設の状況によって、具体的な対応は異なります。本資料を素材に各施設での対応方法を検討してください。

9. 頭痛、めまい、耳鳴

9. -1 頭痛

(1) 医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識 ～症状別の知識と留意事項

【基礎知識】【留意事項】

頭痛はおおむね4つに分けることができます。緑内障、虫歯、副鼻腔炎など、眼、歯、耳の疾患も頭痛の原因となることがあります。

- ①風邪や二日酔いなどが原因で起こる日常的な頭痛
- ②偏頭痛など「頭痛持ちの頭痛」と呼ばれる慢性の頭痛
- ③脳血管障害や高血圧など脳や全身の疾患が原因で起こる頭痛（症候性頭痛）
- ④頭部を打った後にでる頭痛

(2) 判断のための知識 ～症状別の観察ポイントと対応方法

【観察ポイント】

- ①バイタルサインの確認…体温、血圧、脈拍、SP02に問題がないか確認
- ②突然起こる強烈な頭痛、嘔吐、意識障害がないか
- ③突然起こる強い痛み。頭痛とめまい、嘔吐がほぼ同時に起こっていないか
- ④痛みはそれほど強くないが、片方の手足が痺れたり、ろれつがまわらないなどの症状がないか
- ⑤急な頭痛や片目の痛み、吐き気、食欲不振がないか

【対応方法】

- ①バイタルサインが特に問題なく、日常的な頭痛や慢性の頭痛の場合は医師、看護師の指示で鎮痛薬を服薬し様子を見ます
- ②【観察ポイント】の②～④の症状が見られる場合は、脳血管障害が疑われるため、横向きに寝かせて頭をゆらさないようにします。救急車にて医療機関に搬送します
- ③【観察ポイント】⑤の症状がみられる場合は医療機関を受診します

<医師・看護師に伝えるポイント>

- (ア) バイタルサイン
- (イ) どのように起こったか（突然起こったか、徐々に起こったか）
- (ウ) 部位・どのような痛みか
- (エ) 今までに同じような頭痛が起こったことはあるか
- (オ) 頭痛以外の症状はあるか（意識、嘔吐、手足のしびれや麻痺等…）

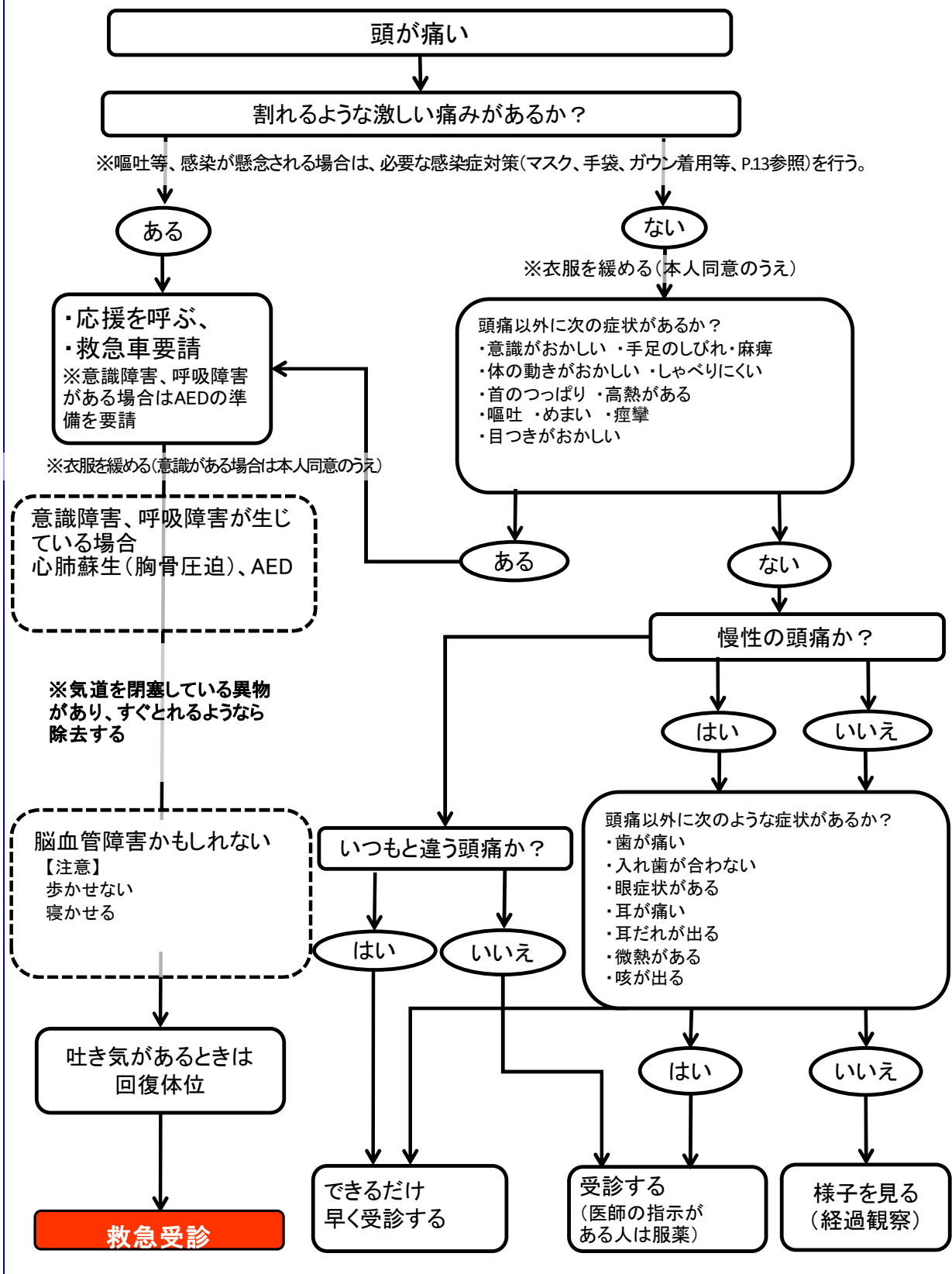
(3) さらに詳しく知りたい方へ ～とくに留意すべき疾患

【留意すべき疾患】

- ①くも膜下出血
- ②脳出血
- ③脳梗塞
- ④硬膜下血腫
- ⑤緑内障

【症状別】 ⑨頭痛

フローチャート10



各施設の状況によって、具体的な対応は異なります。本資料を素材に各施設での対応方法を検討してください。

9. -2めまい

(1) 医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識 ～症状別の知識と留意事項

【基礎知識】

めまいは大きくわけて3つあり、回転性のめまい、浮動性めまい、立ちくらみのようなめまいがあります。

①回転性めまい（グルグル目が回る）

周囲のものや自分自身がぐるぐる回るように感じるめまいです。回転性のめまいの多くは耳の異常が原因でおこります。放っておくと難聴になる危険性があります。

急に発症し、吐き気、嘔吐、耳が聞こえづらくなる（難聴）などの症状を伴うことがあります。

また、脳出血や脳梗塞といった脳の異常でも回転性めまいがおこることがあります。

②浮動性めまい（フワフワふらつく）

急に、あるいは徐々に症状があらわれ、フワフワ揺れる感じと、頭痛やしびれ、運動麻痺などの神経に関係する症状を伴うことがあります。浮動性めまいの多くは、脳の異常が原因で起こります。

③立ちくらみのようなめまい（クラッとする）

立ち上がるとクラッしたり、目の前が暗くなったりするめまいは、血圧の変動に関係する全身性の疾患が原因として考えられます。

（参考）

- 乗り物酔い：内耳の三半規管などに揺れの刺激が加わって起こる「めまい」の一種
- 立ちくらみ：姿勢が急激に変化したために反射的に血圧が下がることによっておこる現象

(2) 判断のための知識 ～症状別の観察ポイントと対応方法

【観察ポイント】

①バイタルサインの確認

②回転性めまい（グルグル目が回る）

音が聞こえづらい、耳が詰まった感じ、耳鳴りがないか

③浮動性めまい（フワフワふらつく）

体がフワフワした感じでふらつく、まっすぐ歩けない、姿勢を保つのが難しい様子がないか

④立ちくらみのようなめまい（クラッとする）

立ち上がるとクラッとする、目の前が暗くなる、失神を伴うことがないか

【対応方法】

めまいが治らない場合は早めに医療機関で受診します。

＜医師・看護師に伝えるポイント＞

- (ア) バイタルサイン
- (イ) どのように起こったか
- (ウ) どのようなめまいか
- (エ) めまい以外の症状はあるか

(3) さらに詳しく知りたい方へ ～とくに留意すべき疾患

【留意すべき疾患】

- ①めまいを伴う耳の疾患
 - (ア) 良性発作性頭位めまい症
 - (イ) メニエール病
 - (ウ) めまいを伴う突発性難聴
 - (エ) 外リンパ瘻
 - (オ) 中耳炎によるめまい
- ②めまいを伴う脳の疾患
 - (ア) 脳梗塞、脳出血
 - (イ) 脳腫瘍
- ③めまいを伴うその他の疾患
 - (ア) 低血圧症、高血圧症
 - (イ) 不整脈
 - (ウ) 低血糖症
 - (エ) 心因性めまい
 - (オ) 頸性めまい

9. -3耳鳴り

(1) 医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識 ～症状別の知識と留意事項

【基礎知識】【留意事項】

耳鳴には自覚的耳鳴と他覚的耳鳴があります。

①自覚的耳鳴

音刺激がないのに蝉鳴、風音流水音などの音を感じる異常感覚です。原因は聴神経の異常興奮によるもので、内耳疾患や中枢側の障害に多く見られます。中耳炎、耳管狭窄、メニエール病、内耳炎等の疾患にみられます。

②他覚的耳鳴

頸静脈の血管雑音、口蓋筋、耳管筋のけいれんなど、耳周囲に音源があるものです。

(2) 判断のための知識 ～症状別の観察ポイントと対応方法

【観察ポイント】

- ①バイタルサインの確認
- ②耳鳴りの頻度、時間の観察
- ③めまいなど、他の症状はないか
- ④どのような耳鳴りか（「キーン」という高い音、血管が脈を打っているように感じるなど）

【対応方法】

「疾患」が原因の耳鳴りもあるため、めまいと同時に起こる場合や、耳鳴りが続く場合は受診します。

<医師・看護師に伝えるポイント>

- (ア) バイタルサイン
- (イ) どのように起こったか
- (ウ) どのような耳鳴りか
- (エ) 耳鳴り以外の症状はあるか

(3) さらに詳しく知りたい方へ ～とくに留意すべき疾患

【留意すべき疾患】

耳鳴りを引き起こす疾患

- ①メニエール病
- ②突発性難聴
- ③老人性難聴
- ④自律神経失調症
- ⑤外耳炎、中耳炎
- ⑥脳の外傷、脳腫瘍、脳出血、脳幹梗塞

10. 関節痛、神経痛など（身体の痛み）

（1）医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識 ～症状別の知識と留意事項

【基礎知識】

痛みとは、身体に何か異常があることを知らせ、更に休息が必要なことを知らせてくれる警報装置です。休息により組織の安静を保つことで治癒が早まります。

①痛みの発生機序

（ア）侵害受容性（末梢性）疼痛（体性痛・内臓痛）

体性痛は、皮膚や粘膜の痛みである表面痛と、滑膜、靱帯、関節包、腱、筋膜、骨格筋の痛みである深部痛とに区分されます。

（イ）神経障害性疼痛

体性感覚神経（末梢神経、脊髄、脳を含む）の痛変や疾患によって生ずる痛み

（ウ）精神心因性疼痛

②急性痛と慢性痛

組織を損傷する可能性を持った侵害刺激が生体に加わった時の痛みを急性痛といいます。慢性痛は障害の治療に十分な時間を超えて長期にわたって持続する痛み、もしくは継続する痛みの原因となる疾患と一体となっている痛みです。または数か月あるいは数年の間隔で再発する痛みのことです。

③骨・関節・靱帯・腱・筋・神経の痛みの種類

（ア）骨折

- （i）転倒が原因で高齢者に起こりやすい骨折＝股関節・手関節
- （ii）自発的な運動が少ない障害者は骨粗鬆症になりやすく、転倒により骨折するリスクが高いです。
- （iii）閉経後の女性は女性ホルモンの減少により骨粗鬆症になりやすいです。
- （iv）骨粗鬆症の方はしりもちをつくような転倒によって脊柱の圧迫骨折を起こしやすいです。

（イ）脱臼

- （i）関節面が全く相互にかみ合わない状態をいいます。
- （ii）転落・転倒や無理な外力が加わった時に発生します。

（ウ）靱帯損傷

関節に生理的運動域を超えた運動が強制された場合に起きます。

靱帯が断裂する完全断裂や部分断裂、断裂のない状態（一般的に捻挫といわれる状態）などがあり、骨折や脱臼を伴いません。

(エ) 腱・筋損傷

急激な筋肉の収縮、筋・腱への外力が加わって発生します。筋の断裂では筋の連続性が認められないものを完全断裂といい、部分的に断裂したものを不全断裂といいます。第1度：微細な断裂、第2度：より大きな断裂、第3度：完全断裂に区分され、肉離れ（筋挫傷）と呼ばれるものはほとんど第1度です。

腱断裂はスポーツや骨折などによって発生します。

(オ) 関節炎

(i) 感染性関節炎

(ii) 変形性関節症

関節の変性・摩耗と増殖が混在する非炎症性、進行性疾患です。関節の軽い痛みから始まり、重い感じやこわばりを感じて現れることも多くあります。運動時に痛みが出現し、安静により消失します。重度化してくると運動後しばらくの痛み、関節の腫脹を認め、さらに悪化すると変形や拘縮をきたします（変形した関節軟骨⇒関節運動で摩耗⇒骨組織の露呈・骨増殖による関節変形⇒運動制限と疼痛（運動時痛）が強まる⇒拘縮、関節周囲の筋力低下）。

脳性麻痺患者には慢性的な筋緊張により、変形性頸椎症を発症し2次障害をきたす方もいます。

(iii) リウマチ

(iv) 痛風

(v) その他

(カ) 神経痛

脊椎や関節の変形や筋の柔軟性の低下によって神経を圧迫し、しびれや疼痛が出現します。

代表的なものに、

(i) 坐骨神経痛：下肢に放散する痛み、しびれ

(ii) 頸肩腕症候群：頸部、肩部、上肢の倦怠感、上肢に放散する疼痛、肩こり

(iii) 手根管症候群：中指のしびれ、夜間の疼痛が強い、手関節の手のひら側に腫脹と圧痛、母指球筋の委縮

(2) 判断のための知識 ～症状別の観察ポイントと対応方法

【観察ポイント】

<関節の痛みの種類>

①骨折

（ア）疼痛、（イ）腫脹、（ウ）機能障害、（エ）変形、（オ）異常可動性

②脱臼

（ア）疼痛、（イ）運動制限、（ウ）関節部の変形

③靱帯損傷

(ア) 第1度 (一部断裂)

自発痛、圧痛、軽度の腫脹がある。関節血腫はない

(イ) 第2度 (部分断裂)

自発痛、圧痛、中等度の腫脹、運動制限、軽度の異常可動性、関節血腫がある

(ウ) 第3度 (完全断裂)

第2度の症状がすべて強度。関節の不安定性が著明

④腱・筋損傷

(ア) 疼痛、(イ) 断裂音 (受傷した本人が自覚する)、(ウ) 脱力、

(エ) 断裂部の陥没 (新鮮完全断裂のみ)、(オ) 圧痛

⑤変形性関節症

(ア) 関節痛、(イ) 関節水腫、(ウ) 可動域制限、(エ) 変形

⑥神経痛

(ア) しびれ、(イ) 疼痛、(ウ) 知覚異常 (皮膚感覚の過敏または鈍麻等)

【対応方法】

①痛みへの対応

(ア) 急性期の痛み

炎症を伴っており、発赤、熱感がある場合は冷却します。

触れたり動かしたりすると激しい疼痛があり、熱感、腫脹がある場合は、急性の感染性疾患が疑われるため、直ちに医師・看護師へ連絡します。

(イ) 慢性的な痛み

筋緊張が亢進し、筋の柔軟性の低下、血行不良を招くため、温熱療法を行うと効果的です。

②損傷への対応

(ア) 骨折

RICE療法：安静(Rest)・固定(Immobilization)・冷却(Cold)・挙上(Elevation)

(i) 骨折部を中心に上下の関節を超えるような十分に長い板などをあてて、包帯やタオルなどで固定

(ii) 骨折部位を冷却

(iii) 圧迫包帯等を巻き、圧迫 (※看護職員、医師のみ)

(iv) 部位を少し挙上させて休ませる

(イ) 脱臼

RICE療法 ((ア) 骨折参照)

速やかに修復することが望ましいため、早期に医師・看護職員に報告する

- ※無理な修復操作は新たな骨折を起こすことがあるため注意する
- (ウ) 靱帯損傷
 - RICE療法 ((ア) 骨折参照)
 - (エ) 腱・筋損傷
 - RICE療法 ((ア) 骨折参照)
 - 筋・腱が弛緩する位置で固定
 - (オ) 変形性関節症
 - 安静
 - (カ) 神経痛
 - 安静・原因筋の弛緩

<医師・看護師に伝えるポイント>

- (ア) 痛みの部位
- (イ) 痛みの程度・感じ方 (ズキズキ・刺すような)
- (ウ) 痛みの発生した時期
- (エ) どの様にしたら痛みが発生するか (体位・肢位)
- (オ) 発赤や腫脹、熱感があるか
- (カ) その他の症状があるか (その他の身体的な症状の有無など)

11. 不眠と情緒不安定

(1) 医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識 ～症状別の知識と留意事項

【基礎知識】

不眠は情緒不安定を招き、不安、落ち着きの無いイライラ気分、憂うつ気分などを引き起こします。

一般的な睡眠の型として、入眠後しばらくして、最も深い熟眠状態に入り、この状態が2～3時間続くと、睡眠度の比較的浅い状態が2～3時間続きます。ついで明け方近くになって、再び短時間の熟眠に入ったあとに覚醒するのが標準型睡眠です。

眠れない状態や眠りに問題がある状態を不眠と呼びます。

<不眠の代表的な症状>

①入眠障害

いわゆる寝付きが悪いといわれる状態の不眠で、そのために熟眠感（ぐっすり眠ったという感じ）が得られないものをいいます。この状態の不眠がもっとも多くみられるもので、神経質症、不安神経症、慢性化した軽いうつ状態などによくみられます。このような場合、就眠時には「どうにかして眠らねば」という精神的な緊張が、かえって不安を助長することになります。

②継続型睡眠障害

睡眠が全体的に浅く、よく中断されるものをいいます。

「ほとんど一晩中夢ばかりみて眠れない」と訴え、全く熟眠感を持ちません。このような状態のものは高齢者に多くみられ、また高血圧、脳循環障害などの患者にもみられます。

③早期覚醒型睡眠障害

寝つきは一般に良いけれども、短時間の熟眠のあとに早期に覚醒して、その後は全く眠れないという状態のものをいいます。多くの場合、午後9時頃には就眠しますが、午前2時ころには覚醒し、その後起床するまでの数時間が非常に長く感じられて苦痛を訴えます。起床後も数時間にわたって、不快感、焦燥感が持続し、午前中の能率は悪く、午後を過ぎる頃になって、ようやく精神機能が活発になってきます。うつ状態の不眠は大部分がこれに属します。

④完全な睡眠障害

一晩中全く不眠の状態が続くものをいいます。このような場合は、不眠と同時に他の種々の重篤な身体症状や精神症状を伴っています。

⑤精神障害者の不眠

知能障害（統合失調症や認知症）が高度の患者の場合は、不眠を自ら訴えることが少なく、夜中になかなか落ち着かず、興奮や衝動行為をみることがあり、しだいに周囲にまで被害を及ぼすことがあります。

（2）判断のための知識 ～症状別の観察ポイントと対応方法

【観察ポイント】

- ①睡眠時間、疲れがとれているか、目覚めの状態を観察します。
- ②表情、言動を観察します（表情が乏しくないか、ぼーっとしていないか、会話がいつものようにできるか）
- ③体調が悪くないか観察します（食事摂取状況、排便の有無等の観察を行います）

【対応方法】

- ①不眠の状態が続く場合や体調が悪い場合（頭痛、腹痛、吐き気など）は早めに医療機関で受診します
- ②精神障害者の不眠の場合は、言動、表情を観察し、精神科に受診します

＜医師・看護師に伝えるポイント＞

- （ア）日中の様子
- （イ）どのような不眠状態か（いつ頃から、1日の睡眠時間、考える原因など）
- （ウ）他にかかっている疾患と服薬内容
- （エ）不眠以外の症状はあるか

（3）さらに詳しく知りたい方へ ～とくに留意すべき疾患

【留意すべき疾患】

- ①統合失調症
- ②認知症
- ③うつ病

12. ショック

(1) 医療（的ケア）につなげるために知っておきたい基礎知識 ～症状別の知識と留意事項

【基礎知識】

ショックとは、何らかの原因で低血圧になり、臓器灌流が低下して臓器への酸素運搬が低下した状態をいいます。酸素欠乏（ショック）が長引くと細胞機能が維持できなくなり、全身の臓器機能低下（多臓器不全）に陥り、不可逆性ショックとなり、多くは死に至ります。

①ショックの分類

- (ア) 循環血液量減少性ショック：出血や体液の喪失によるショック（出血性ショック、体液喪失性ショック、熱傷性ショック）
- (イ) 心原性ショック：心機能の低下により、血圧が低下し、酸素供給が不足することで生じるショック
- (ウ) 心外閉塞・拘束性ショック：心臓外部の要因（血管の閉塞、周辺からの圧迫等）により、心機能が低下して生じるショック（心原性ショックの一種）
- (エ) 血液分布異常性ショック：血液量や心拍出量は低下していないものの、血管が拡張するなどして、血圧が低下して生じるショック（感染症（敗血症）性ショック、アナフィラキシーショック、神経原性ショック）

②ショックの5主徴

- (ア) 皮膚・顔面蒼白
- (イ) 肉体的・精神的虚脱
 - ※具体的症状
 - (i) 元気がない
 - (ii) 視線が合わない
 - (iii) 反応がない
 - (iv) 体がだらりとしている
- (ウ) 発汗・冷汗
 - ※多汗の場合もある
- (エ) 脈拍微弱・触知不能
- (オ) 不十分な促迫呼吸

※生体に急激に発症する重篤な症状で、原因によって分類されていますが、主要症状は共通しています。

(2) 判断のための知識 ～症状別の観察ポイントと対応方法

【観察ポイント】

ショック状態になっているかどうかを確認するには、

- ①意識はあるか
耳元で声をかけたり、肩を叩いて確認します
- ②呼吸はしているか
胸と腹部の動きを見て呼吸の有無を確認します
- ③脈はあるか
手首・鼠蹊部・首に指を当てて確認します
- ④顔色はどうか
- ⑤体温はどうか
- ⑥手足は動くか

【対応方法】

P. 65フローチャート11を参照ください。

(3) さらに詳しく知りたい方へ ～とくに留意すべき疾患

- ① 出血 ⇒外傷性大動脈瘤破裂、消化管出血など
- ② 血漿喪失⇒熱傷、嘔吐、下痢、イレウスなど
- ③ 体液電解質喪失⇒糖尿病性ケトアシドーシス、副腎不全、利尿薬投与など
- ④ 心ポンプ機能不全⇒心筋梗塞、心筋炎、心筋症
- ⑤ 不整脈⇒心房細動、洞不全症候群、房室ブロックなど
- ⑥ 心タンポナーデ
- ⑦ 急性肺梗塞症
- ⑧ 緊張性気胸
- ⑨ 敗血症性ショック
- ⑩ アナフィラキシーショック

【症状別】 ⑫ショック

【ショックの5徴候】

- ①皮膚・顔面蒼白
- ②発汗・冷汗
- ③肉体的・精神的虚脱
- ④脈拍微弱
- ⑤不十分な呼吸

①意識状態の確認(※)

=JCS(3-3-9度方式)

※p.44参照

②呼吸状態の確認(※)

血圧・脈拍・体温・呼吸(SpO2)

③嘔吐物の有無

④出血等の外傷の有無

※呼名反応無、呼吸停止・死戦期呼吸の場合は、ただちに心肺蘇生・AEDを実施

〇〇さんの様子がおかしい
ショックかな??

※嘔吐等、感染が懸念される場合は、必要な感染症対策(マスク、手袋、ガウン着用等、P.13参照)を行う。

※安全な場所へ移動
※安全な体位の確保
(吐物による窒息などないように)

※応援を呼ぶ = その場を離れない

呼びかけへの反応は?(意識状態の確認)

ない、悪い

救急車要請、AED準備要請

※衣服を緩める

呼吸状態はどうか?

ない
死戦期呼吸

心肺蘇生(胸骨圧迫)
AED

※気道を閉塞している異物があり、すぐとれるようなら除去する

ふつう

あおむけに寝かせ、
衣服をゆるめる。
気道の確保(顎を持ち上げる・肩の下に枕など入れて持ち上げる)

安楽な体位で寝かせ、
「意識状態」
「呼吸状態」に注意する。

救急受診

ある

呼吸状態はどうか?

おかしい

(1)衣服をゆるめ、楽な姿勢をとらせる。
※ショック体位は状態で判断

【ショック体位とは】

- ①水平に寝かせる
- ②両足を15~30cm位高くする

- (2)落ち着いて声をかけ、励ます。
- (3)背中をさすって呼吸しやすくする。
(背中を前方に押すように呼吸のタイミングに合わせてさする)

ふつう

早めに受診

各施設の状況によって、具体的な対応は異なります。本資料を素材に各施設での対応方法を検討してください。

【引用・参考文献】 ※50 音順(英字はアルファベット順)

《第1章》

- ・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
- ・阿部正和(著)『バイタルサイン』第1版, 医学書院, 2004 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
- ・居村茂幸(編)『系統理学療法学 内部傷害系理学療法学』第1版, 医歯薬出版株式会社, 2006 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
- ・オアシスナビ, <http://www.oasisnavi.com/>, (参照 2014-7)
- ・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
- ・カラダノート, <http://karadanote.jp/>, (参照 2014-7)
- ・小嶋温, 秋元美世(編)『心と体のしくみ』, メヂカルフレンド社, 2010 年
- ・齋藤宣彦(著)『症状からみる病態生理の基本』, 照林社, 2006 年
- ・女性の健康週間委員会(監)『最新版女性の医学大全集』第1刷, 主婦の友社, 2010 年
- ・『脊椎・脊髄損傷』, 労災疾病等 13 分野研究普及サイト, 独立行政法人労働者健康福祉機構, <http://www.research12.jp/sekizui/>, 2015 年 4 月
- ・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
- ・全国脊髄小脳変性症友の会『脊髄小脳変性症 Q&A100 医療・生活・福祉-100 の質問に答える』脊髄小脳変性症友の会, 1996 年
- ・平孝臣・鈴木玲子(編)『わかるバイタルサイン AtoZ』第4版, 学習研究社, 2004 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
- ・タケダ健康サイト, <http://takeda-kenko.jp/>, (参照 2014-7)
- ・武田憲昭(監修)『めまいナビ』, <http://www.memai-navi.com/>, (参照 2014-7)
- ・竹村信彦(著者代表)『系統看護学講座 専門分野Ⅱ成人看護学「脳 神経」』, 医学書院, 2012 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 年
- ・奈良勲(監)『標準理学療法学専門分野日常生活活動学・生活環境学』第2版, 医学書院, 2006 年
- ・日本整形外科学会『スポーツ外傷の応急処置』, https://www.joa.or.jp/jp/public/sick/condition/athletic_injury.html, (参照 2015-10)

- ・ 日本蘇生協議会、日本救急医療財団(監)『JRC (日本版) ガイドライン 2010 (確定版) 一次救命処置』. へるす出版. 2011 年
- ・ 林泰史(著書)『介護福祉専門情報誌 介護福祉平成 24 年春季号 (No.85)』財団法人社会福祉振興・試験センター, 2012 年
- ・ 藤田勝治(編)『最新医学事典』第 3 版, 医歯薬出版, 2005 年
- ・ 水谷仁(編)『Newton 別冊原因と対処法をやさしく解説 体と体質の科学』, ニュートンプレス, 2013 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
- ・ 美濃良夫(編)『高齢者介護急変時対応マニュアル』, 講談社, 2007 年
- ・ 『耳鳴り/原因/症状/治療 徹底解説!』<http://33nari.com/>, (参照 2014-7)
- ・ 宮原伸二(編)『福祉医療用語辞典』第 1 版, 創元社, 2006 年
- ・ 『メンタルヘルス ONLINE』 <http://www.k4.dion.ne.jp/~care/>, (参照 2014-7)
- ・ 渡辺照男(編)『カラーで学べる病理学』第 2 版, ヌーヴェルヒロカワ, 2005 年
- ・ goo ヘルスケア, <http://health.goo.ne.jp/>, (参照 2014-7)

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. 頸椎損傷	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、変化す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(けいちよくがた)

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

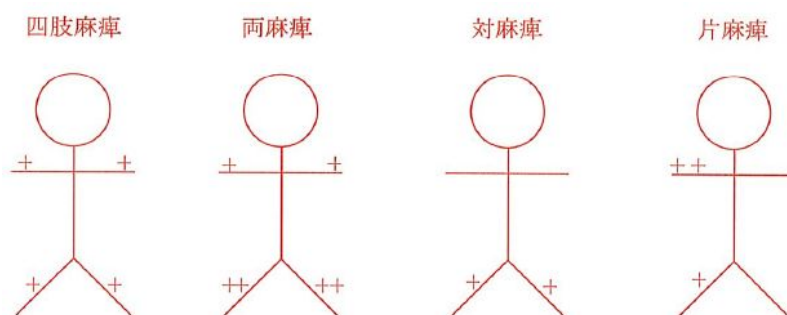
(i) 四肢麻痺：四肢のほぼ同程度の麻痺

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



脳性麻痺における麻痺の分類（+は麻痺を示す）

（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て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患

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ます、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う、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

失認は脳の一部分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ていることがあります。

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
 - (ア)デュシェンヌ型
 - (イ)ベッカー型
 - (ウ)エメリ・ドレフュス型
- ②常染色体劣性筋ジストロフィー
 - (ア)肢帯型
 - (イ)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
 - (ウ)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
 - (ア)顔面肩甲上腕型
 - (イ)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あるとされています。

◆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。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がります。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に意識障害、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。

＜発作中には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 心理的症狀

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。

心理的症狀・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、いくつか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、誰も何も言っていないはずなのに、現実「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、意欲がわからない、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》

- ・ 穂山富太郎, 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 ことごとからだのしくみ』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・鳥巢岳彦(監)『標準整形外科学』第10版, 医学書院, 2008 年
- ・ 昇地勝人, 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)『看護技術ブラクティス(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/kouj inou/>, (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)

「研修ツール作業委員会」開催経過

第1回平成26年3月3日	第5回平成26年11月4日
第2回平成26年4月24日	第6回平成27年1月26日
第3回平成26年6月25日	第7回平成27年3月18日
第4回平成26年8月28日	第8回平成27年4月17日

「研修ツール作業委員会」委員名簿 平成27年5月現在（敬称略）

委員長	川田 功二	全国身体障害者施設協議会 研修・全国大会委員会 委員長 埼玉県・はくちょう園施設長
委員	近藤 かつ子	北海道・厚真リハビリセンター 主任看護師
委員	菅野 優子	宮城県・太白ありのまま舎 メディカルチーフ
委員	小田 紀子	埼玉県・ハートポートセンターともいき サービス管理部長
委員	小林 真理	福井県・金津サンホーム介護課長
委員	津田 彩	熊本県・愛隣館理学療法士
委員	守本 明	研修・全国大会委員会 委員 京都府・天ヶ瀬寮施設長
委員	頭士 奈生樹	研修・全国大会委員会 委員 岡山県・さやかなる苑施設長

編集協力者

平成27年5月現在（敬称略）

木原 清	全国身体障害者施設協議会常任協議員 島根県・島根療護園施設長
樺島 司	財団法人西熊谷病院 首席副院長 診療部長 医学博士 精神保健指定医 東京慈恵会医科大学精神科非常勤講師

身障協の権利擁護・虐待防止スローガン

虐待は しない、させない、許さない

平成27年3月4日
社会福祉法人全国社会福祉協議会 全国身体障害者施設協議会

適切なケアのための基礎知識～よくみる症状と疾患

平成27年11月
社会福祉法人全国社会福祉協議会
全国身体障害者施設協議会

〒100-8980 東京都千代田区霞が関3-3-2新霞が関ビル
社会福祉法人全国社会福祉協議会高年・障害福祉部内
TEL 03-3581-6502 / FAX 03-3581-2428
E-mail : info@shinsyokyo.com
<http://www.shinsyokyo.com/>