

# チェックテスト 解答

## 3章 評価事例

### 1 脳血管障害① 急性期 (p.294)

①

脳梗塞：脳の動脈がつまり血行が途絶する。

脳出血：脳の動脈が破裂し脳内に出血する。

くも膜下出血：くも膜下腔に出血する。

②

ラクナ梗塞：穿通枝領域に起こる 1.5cm 以下の小さな脳梗塞。

アテローム血栓性脳梗塞：動脈硬化により起こる脳梗塞。

心原性塞栓症：心臓から血栓が流れてきて起こる脳梗塞。

③

急性期，回復期，維持期（生活期）に分けられる。

④

安静臥床によって引き起こされる，全身のさまざまな障害のことをいう。筋萎縮，骨粗鬆症など運動器系障害にとどまらず，心機能，肺換気障害，抑うつなど多岐にわたる。急性期のリハビリテーションの目標の1つに廃用症候群の予防がある。

⑤

対象者自身と周囲の観察から入る。対象者の観察は，外観や表情などの顔つき，また筋緊張やベッド上での姿勢などを注意深く行い，対象者周囲の観察としては，モニタ・ドレーン・ライン各種・尿道留置カテーテル・抑制などの有無，麻痺手の管理状況，病室の環境などを観察する。

⑥

量的な評価は JCS と GCS が一般的に用いられ

ている。質的な評価は，ICUなどで用いるものとして，鎮静スケール（RASS）やせん妄評価（CAM - ICU）などがある。

⑦

背臥位：

●大きめの枕を用いるか，もしくはタオルやクッションを用いて麻痺側肩甲帯の下に敷くことで亜脱臼を予防する。

●麻痺側上肢を心臓より高い位置に置くことで浮腫を予防する。

●麻痺側の股関節は外旋・外転しやすいので，タオルやクッションを置いて倒れないようにする。

●足関節は直角に保つようにすることで，尖足を予防する。

側臥位：

●胸の前にクッションを抱えるようにし，肩甲帯を前方突出にして心臓より高い位置に置くことで浮腫を予防する。

●両下肢の間にクッションを挟み，互いが直接接触しないようにする。

●麻痺側下肢にクッションを入れることで接地面積を増やし，除圧する。

### 2 脳血管障害② 回復期 (p.309)

①

●「活動と参加」を主目標においた目標指向的アプローチを特徴とし，「退院するときの生活する姿」（到達目標）を設定し，そこから生活課題を焦点化して目標を設定する逆算思考を行う。

●急性期からの情報連携を行い豊富な情報を有効に活用し，ICFの各枠組みに評価結果を落とし，全体を俯瞰することで評価計画が明確になる（フレームワーク）。

●ICFの特性を生かすことで医学モデルから生

活モデルへの転換を図ることができる。

②

- 情報は「誰のため」の何なのかを意識する。
- 調べる目的を明確にする。
- 情報整理力を高める。
- 活字化されていない情報も大切にすること。

③

脳血管障害の一般的評価項目（表 4）および上肢機能評価項目（表 5）参照。

④

「方針」は大まかな方向性を示すものであるのに対して、「ゴール（目標）」は期日（いつまでに）とレベル・状態（どうなる）から構成されたものである。

### 3 脳血管障害③ 生活期（p.323）

①

- 生活機能の維持・向上
- 自立生活の促進
- QOL の向上
- 介護課題の解決：介護予防，介護負担の軽減

②

作業療法は「作業ができる」ことで対象者がよりよい作業的存在になることを目指す。また、人は所属する環境に適応し日常生活を送ることができ、適切に仕事ができ、楽しく家族や仲間と交わるなどさまざまな連続した作業を遂行することで1日を過ごし、その人らしさを発揮している。

③

作業療法の目的は、作業遂行のバランスの良い生活を再構築に向けて支援することである。

作業＝活動＋意味/価値

- 「作業ができること」（＝作業遂行の実現）を通じて作業的存在になる。
- 作業バランスがよく、満足度の高い生活を再

構築する。

### 4 高次脳機能障害（p.337）

①

左半側空間無視，全般性注意障害，病態失認，運動維持困難など

②

左半側空間無視事例では，車椅子の移乗動作時にフットレストから麻痺側の足の降ろし忘れてそのまま立ち上がる，左の障害物に気づかず左上下肢をぶつけてしまうなどによる転倒リスクが考えられる。

③

BIT 日本版，CBS，ROCF

### 5 パーキンソン病（神経難病）（p.353）

①

安静時振戦，無動（寡動），筋固縮，姿勢反射障害

②

認知症状，精神症状（うつ症状），自律神経症状

③

Hoehn&Yahr の Stage I と II は生活機能 I 度と，Hoehn&Yahr の Stage III と IV は生活機能 II 度と，Hoehn&Yahr の Stage V は生活機能 III 度と関連する。

④

安静時振戦は，観察（手指と足）が主となる。その際に「リラックスして動かないでください」など声をかけ，会話や暗算を行っている様子観察をするとよい。

企図振戦では，動作を行ってもらい，その動きを観察することが主となる。主なテストは，指鼻指試験，前腕の回内回外試験，踵膝試験，膝叩き試験などがある。

⑤

小刻み歩行，突進現象

## 6 関節リウマチ (p.354)

①

朝のこわばり，滑膜炎，腫脹，疼痛，変形，動揺，可動域制限

②

皮膚症状（リウマトイド結節，レイノー症状），眼症状（強膜炎，穿孔性強膜軟化症，ドライアイ），肺の病変（間質性肺炎，肺線維症，胸膜炎，細気管支炎，気管支拡張症），心臓・血管の病変（虚血性心疾患，皮膚潰瘍，血管炎，アミロイドーシス）

③

lansbury活動指数，アメリカリウマチ学会（ACR）疾患改善度基準など

④

関節病変の進行度分類。単純X線画像の所見より変形の状態をstage I～IVに分類する。

⑤

尺側偏位，スワンネック変形，ボタン穴変形，母指Z変形

⑥

手指や手関節の変形や疼痛により，箸動作，書字，ボタン留め，瓶の開閉，ペットボトルの開閉包丁動作に支障をきたす。肩関節，肘関節の可動域制限により，更衣動作，入浴動作（洗髪，洗体），整容動作などが困難になるなどADLやIADLに支障をきたす。さらには，趣味活動や社会参加に影響を及ぼす。

⑦

孫の手，ペットボトルオープナー，リーチャー，ドアノブ回し，トング，長柄ブラシ，太柄のスプーン・フォーク，ボタンエイド，ソックスエイド，点眼自助具，坐薬挿入器など

## 7 脊髄損傷（C6レベル） (p.374)

①

拘縮，褥瘡，異所性骨化など

②

自律神経機能障害

③

脊髄損傷の神経学的分類の国際基準（ISNCSCI）

④

ASIA機能障害尺度（AIS）

⑤

髄節ごとの支配領域に沿って評価を進める。

⑥

残存機能レベルの到達目標ならびに動作の方法を指標にする。

## 8 骨折（上肢） (p.409)

①

骨がなんらかの原因によって，その連続性を断たれた状態のこと。

②

橈骨遠位端尺側傾斜 $23^{\circ}$ ，橈骨遠位端掌側傾斜 $12^{\circ}$

③

橈骨神経麻痺：上位型下垂手，下位型下垂指

正中神経麻痺：上位型祈祷手，下位型猿手

尺骨神経麻痺：鷲爪手，フロマン徴候，ワル

テンベルク徴候，エガワ徴候，cross finger test

④

表25参照

## 9 廃用症候群 (p.410)

①

筋骨格系，心血管系，呼吸器系，代謝内分泌系，泌尿器系，精神・神経系などに分類される。

②

高齢者が疾患に罹患すると重症化・長期化しやすく、さらに疾患発症の経過でなんらかの要因がくわわることで引き続き2次的に発現する。局所的から全身的な障害へ影響が及ぶと体力や歩行能力をまねき、転倒の危険性が高まる。また身体的活動の低下は精神的にも影響を及ぼし、生活は非活動状態の悪循環となる。高齢者では、活動性の低下の原因は単一ではなく、複合的な要因によるもので、回復には長時間を要する。

③

ROM-T, MMT, 高齢障害者の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準, BI, FIM, IADL, 老研式活動能力指標, LSA, 閉じこもりアセスメント, HRSD, GDS, VI, MFES, SF-36〇R, HDS-R, MMSE, CGAなどが挙げられる。

④

局所的廃用と全身的廃用について個々の視点で評価すること。また1日の生活パターン, ADLやIADL, 健康感, 食生活(栄養状態), 転倒の有無, 外出頻度や社会参加の状況などをアセスメントし, 廃用症候群をもたらす要因を明らかにする

⑤

回復の可能性を予測し, 早期離床およびリスクを考慮した適切な運動負荷で行う。生活目標を明確にし, 日常での自主的な練習や活動性を高める生活など, 予防を意識するように介入することが大切である

## 10 認知症(アルツハイマー型) (p.421)

①

認知症の症状は, 大きく「認知機能障害」と「行動・心理症状(BPSD)」とに分けられ,

認知機能障害は, 記憶や見当識障害, 失語・失行・失認, 実行機能障害などの中核となる障害である。行動・心理症状は, 中核障害から引き起こされる, 興奮やうつ, 暴言といった2次的症状であり, 状態は, 身体状況や環境, 性格等の影響を受ける。

②

健忘症から発症し, 緩徐に進行する。特にエピソード記憶や見当識の障害, 視空間認知障害を背景とした妄想や徘徊などのBPSDが現れる。

③

重症度評価(CDR, FASTほか), 認知機能検査(HDS-R, MMSE, ADASほか), BPSDの評価(BEHAVE-AD, NPI, DBDほか), 日常生活・日常生活関連活動の評価(NADL, DADほか), 介護者の評価(Zaritの介護負担尺度ほか)

④

情報収集や問診により発症までの経緯や, 画像所見, 神経心理学的検査, 日常生活場面での動作や作業遂行の観察などにより, 認知症の進行過程や重症度を確認しながら総合的に評価する。質問紙検査では正確に答えられないことも多いため, 観察による行動評価尺度などを用いることが多いが, 身体的な訴えや所見等はBPSDの背景を考えるうえで役立つ情報となるため留意する。家族や介護者からの情報を基に, 対象者から聞き取れる言葉に注意し, 関心事や苦痛, 内的体験を知ることが重要である。

⑤

対象者の興味や関心を理解し, 「その人らしさ」を尊重した暮らしにつながる目標設定と作業遂行能力に応じ, 残存する機能を有効に活用する作業を選択する。自分のペースで安

心して過ごせる環境づくりから日常生活のなかで人々とつながりが維持でき、孤立することがないように人間関係やコミュニケーションを支援する。

## 11 脳性麻痺 (p.432)

①

姿勢と運動の障害を中心とする複合障害である。

②

表1の痙直型脳性麻痺とアトローゼ型脳性麻痺の特徴の比較を参照

③

運動的、知的に検査バッテリーへの協力が困難なため。また、全身性のパターンを使うなど、運動遂行の方法が質的に異なるため。

④

まず、各脳性麻痺のタイプの特徴から何が困難か見当をつけ観察評価を行う。そして、介助しながらの評価を行う。

⑤

GMFCS, MACS, CFCSなど

⑥

レベルIV

⑦

レベルIII

⑧

セルフケア領域, 移動領域, 社会的機能

## 12 知的障害 (p.446)

①

発達期に発症し、概念的、社会的および実用的な領域における知的機能と適応機能の両面を含む障害である。

②

津守式乳幼児精神発達検査, KIDS, 遠城寺乳幼児分析発達検査, 新版K式発達検査法, 観察など

③

ダウン症候群, プライダー・ウィリ症候群

④

表7参照

## 13 自閉スペクトラム症 (p.456)

①

●社会的コミュニケーションおよび対人的相互反応の持続的な障害

●限定された反復的する様式の行動, 興味, 活動

②

感覚調整障害はADLや学習面, 運動面などへ影響して生活の困難を抱える。この視点は対象者理解に役立つ。

③

行動観察も非常に重要な評価手法である。1つの遊びや場面で観察される評価項目は、認知機能や運動機能, コミュニケーションや対人関係などたくさんある。初めは1, 2個の項目しかみられなくても、活動分析をすることで評価情報も複数得られるようになる。

④

生活する家庭や学校, 外出先などの各環境における遂行状況に差がないか確認する。また、好き嫌い(こだわり), 運動・操作性の難易度, 環境の3つの視点をもつと評価が深まる。

⑤

知的障害, てんかん, 注意欠如・多動症(注意欠如・多動性障害), 発達性協調運動症(発達性協調運動障害)

## 14 統合失調症 (p.473)

①

0.8%前後

②

急性期（疾病の早期）で認められ、幻覚、妄想、昏迷、興奮、思考障害、奇異な行動などに代表される派手で目立つ症状。症状は恒常的に続かず、正常な認知機能または情動機能の歪みや増強が認められる。治療としては抗精神病薬の効果が高い

③

慢性期（急性期後に顕著）で認められ、他人との交流を避け、無為自閉となる。症状は、自発性減退、感情鈍麻、無為自閉、思考の貧困化などがあり、持続的に認める。正常に存在する機能の減弱または喪失が認められる。治療としては抗精神病薬の効果は少なく、リハビリテーションが不可欠といえる

④

日常生活の困難さに関連する。80%の対象者に認知機能低下が認められ、記憶機能、注意機能、遂行機能、全般的な認知機能低下は持続的である。治療は認知機能改善療法が有効である

⑤

破瓜型、緊張型、妄想型

## 15 気分障害（うつ病） (p.484)

①

情動（抑うつ気分、自己卑小感、自責感、不安・焦燥感、希死念慮）、意欲（意欲の低下）、思考（思考抑制・制止、微小妄想、罪業妄想、貧困妄想、心気妄想）、身体感覚（全身が重い、だるい、頭痛、など）、睡眠

（寝付きが悪い、早朝覚醒など）、自律神経症状（めまい、悪心、口渇、便秘、下痢など）

②

身体症状、精神症状、気分の変化、思考の変化、意欲・行為の変化、生活リズム、日常生活行動、作業能力、対人交流、社会生活の状態、家族関係など

③

急性期では、1対1で見守り共感的に、抑うつの考えから距離を置き、作業参加へ、生活リズムの改善、安易な励ましの回避、負担感の軽減などを目的とする。

回復期では、再発の防止、日常・社会生活復帰への準備、慢性化の回避、現実感の回復、自信の回復、発症前の生き方や生活の振り返り、思考・行動パターンの見直し、新たな生き甲斐や生活環境の構築、自殺への注意などを目的とする。

④

急性期では、工程が簡単明確で判断・決定が少ない構成的作業、やや低いレベルで修復可能なもの、短期で完成でき時間配分・作業量の調整可能なもの、言葉の指示が最小限なもの、非競争的なもの、途中中断しても再開が可能なものなどの要素が必要である。

回復期では、時間配分・作業量・難易度の調整可能なもの、息抜きや気分転換の可能なもの、知的レベルに合わせた作業種目の選択、自殺への注意などの要素が必要である。

## 16 アルコール・薬物依存症 (p.493)

①

抑制が困難なほど使用したくなる物質で、アルコール、アヘン類、大麻類、鎮静剤あるいは睡眠剤、コカイン、カフェインを含む他の

精神刺激剤，幻覚剤，タバコ，揮発性溶剤，多剤使用および他の精神作用物質などが挙げられる。

②

身体依存は，アルコールの使用をやめたとき身体的障害が起こること。この身体症状を禁断症状または離脱症状という。

精神依存は，快楽を求める，あるいは不快を避けるためにアルコールを継続的に求める精神的衝動をいう。

③

飲酒中断後生じる特有の症状で，発汗，嘔吐，不眠，イライラ，焦燥，妄想，振戦，せん妄，痙攣発作などが現れる。

④

依存を避けるために小集団，否認への対応，毅然とした態度の必要性，他の対象者とのトラブルに注意，自助グループ参加の継続などを留意する。

⑤

発症前後の社会適応レベル，身体状態，日常生活面，家族や周囲との関係，作業能力，集団観察，対人傾向など。検査には新久里浜式アルコール症スクリーニングテストがある。

⑥

生活リズムの改善，基礎体力の回復，断酒に対する自己の内省，自信の回復，仲間意識の形成，作業能力の改善，心理教育，健康な日常生活指導，退院後の生活設計などを目標とする。

## 17 がん（悪性腫瘍）（p.500）

①

骨転移が起こりやすいがんは，肺がん，乳がん，胃がん，前立腺がんなどが挙げられる。転移が起こりやすい部位は，脊椎，骨盤，肋骨など体

の中央部にある骨，大腿骨や上腕骨など太くて長い骨にも生じやすい。

②

国際対がん連合による病期分類の1つである。3つの要素によって病期を決定する。

ステージ（病期）は，TとNとMの3つの要素で決定される。Tは腫瘍（tumor）のことで，腫瘍そのものの状態をT0～T4の段階で表す。Nは節（node）のことで，リンパ節への腫瘍の広がりをN0～N3の段階で表す。Mは，転移（metastasis）のことで，がんがもともと発生した臓器を出て，ほかの臓器に転移しているかどうかをM0～M1cの段階で表す。TとNとMの3つの因子を組み合わせると，0～IV期までの5つに分類し，数字が小さいほどがんが小さくとどまっている。

③

腫瘍マーカーは，がんの診断の補助や，診断後の経過や治療の効果をみることを目的としている。腫瘍マーカーとは，がんの種類によって特徴的に作られるタンパク質などの物質である。採血や採尿を行って検査する。

●大腸がんの腫瘍マーカーには，がん胎児性抗原（carcinoembryonic antigen：CEA），糖鎖抗原19-9（carbohydrate antigen 19-9：CA19-9）などがある。

●肺がんの腫瘍マーカーは，非小細胞肺がんとは小細胞肺がんによって分けられる。非小細胞肺がんの腫瘍マーカーにはシフラ21-1（CYFRA21-1），がん胎児性抗原（CEA），がん胎児性抗原（SLX）などがある。小細胞肺がんの腫瘍マーカーには神経特異エノラーゼ（NSE）などがある。

●乳がんの腫瘍マーカーには，がん胎児性抗原（CEA），CA15-3などがある。

④

●原発性脳腫瘍は、もともと脳の中にある正常な細胞が腫瘍化したものを指す。大きく分けると脳実質内腫瘍、脳実質外腫瘍の2つに分かれる。脳実質内腫瘍は、脳の細胞や組織に発生し、手術による全摘が困難である。脳実質外腫瘍は、脳を包んでいる硬膜などに発生し、手術による全摘が可能である。

●転移性脳腫瘍は、脳以外の臓器にある悪性腫瘍が脳へ転移してきてできたものを指す。肺がんの転移が多い。

#### ⑤

乳がん検診が推奨される年齢は40歳代以上の症状のない女性である(40~50歳代の発症が最も多いことより)。しかし、発症は20歳代から徐々に増え始め、30歳代に急激に増えるので、早期からの検診が重要である。

検査の方法には、視触診単独検査、マンモグラフィ検査、乳房超音波検査、針生検下の組織診が挙げられる。

●視触診単独検査は、乳房を視て触って調べる検査である。対象者が日頃から自身でチェックできる大切な検査である。

●マンモグラフィ検査は、乳房X線検査でがんがあると思われる部位を多方向から撮影する検査である。

●乳房超音波検査は、超音波を使用しがんがあると思われる部位を詳しく観察する検査である。

●針生検下の組織診は、がんがあると思われる部位に針を刺して細胞や組織を採取し、悪性かどうかを診断する検査である。

#### ⑥

肺がん検診が推奨される年齢は40歳代以上の健常者である。検査の方法には、胸部X線検査、喀痰細胞診(喫煙者のみ)、胸部CT検査、気管支鏡検査がある。

●胸部X線検査は、胸のX線撮影を行う検査である。

●喀痰細胞診は、痰に含まれる細胞を調べる検査である。対象者は50歳代以上、喫煙指数(1日の喫煙本数×喫煙年数)が600以上の喫煙者に推奨される検査である。

●胸部CT検査は、CTを使って病変があると思われる部位の断面図を撮影し詳しく調べる検査である。

●気管支鏡検査は、気管支鏡を口や鼻から気管支に挿入して病変があると思われる部位を直接観察する検査である。必要に応じて組織を採取し悪性かどうかを診断する。