

日本赤十字九州国際看護大学/Japanese Red
Cross Kyushu International College of
Nursing

誤嚥性肺炎を繰り返す患者へのアセスメント

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 日総研出版 公開日: 2016-02-20 キーワード (Ja): 嚥下障害, 看護アセスメント, 精神看護, 誤嚥性肺炎 キーワード (En): 作成者: 高橋, 清美 メールアドレス: 所属:
URL	https://jrckicn.repo.nii.ac.jp/records/470

日本赤十字九州国際看護大学学術情報リポジトリ

タイトル	誤嚥性肺炎を繰り返す患者へのアセスメント
著 者	高橋 清美
掲載誌	ナースセミナー, 27(8) : pp 69-75.
発行年	2006.
版	publisher
U R L	http://id.nii.ac.jp/1127/00000445/

<利用について>

- ・本リポジトリに登録されているコンテンツの著作権は、執筆者、出版社(学協会)などが有します。
- ・本リポジトリに登録されているコンテンツの利用については、著作権法に規定されている私的使用や引用などの範囲内で行ってください。
- ・著作権に規定されている私的使用や引用などの範囲を超える利用を行う場合には、著作権者の許諾を得てください。
- ・ただし、著作権者から著作権等管理事業者(学術著作権協会、日本著作出版権管理システムなど)に権利委託されているコンテンツの利用手続については各著作権等管理事業者に確認してください。

フィジカルアセスメント

第2回 誤嚥性肺炎を繰り返す 患者へのアセスメント

日本赤十字九州国際看護大学 精神看護学 助手
高橋清美

はじめに

今回は統合失調症患者の摂食・嚥下障害のフィジカルアセスメントに関する総論を述べた。フィジカルアセスメントは、患者やその家族から得られた情報および看護師自身の観察によって調べられたフィジカルイグザム（視診・触診・聴診・打診）の結果から得た客観的情報のすべてを網羅している。

精神科の患者は、精神症状や向精神薬の副作用があるため、精神科経験の少ない看護師にとって、患者の呈する症状をどう評価し、看護すればよいか戸惑う場面も少なくない。また、精神科の臨床科臨床経験が長い看護師も、長年の勘や経験、および慣習のみを頼りにするのではなく、もう一度患者の訴えを聞き、患者の身体から得られる情報を整理し、日々の看護に役立ててほしい。

これらの意味を込めて、今回から2回にわたり、事例を展開しながらフィジカルアセスメントの実際を述べてみたい。今回は、誤嚥性肺炎を繰り返す統合失調症患者である。統

合失調症患者の摂食・嚥下機能を健康な状態に保つことは、患者の生きる喜びを支えることだと筆者は考える。

事例紹介

Q氏、男性、45歳。

診断名：統合失調症。幼少時よりおとなしく、内気な性格だった。小・中・高校と成績はよく、19歳の時に都内有名大学に入学し、下宿生活を始める。大学入学後は、連日連夜麻雀に興じるようになり、このころより不眠が出現、2、3日熟睡できないことがたびたびあり、家に閉じ込めることが多くなった。

Q氏と連絡が取れないことを不審に思った母親が下宿先を訪れたところ、壁に向かって独語がみられ、「おれは天皇の子だ、部下が1,000人いる」と言い、自宅へ連れて行こうと

する母親への暴言や暴力行為があったため、U精神病院外来を受診し、以後入退院を繰り返す。現在はH病院に入院しており、ハロペリドール20mg/日、クロルプロマジン50mg/日、レボメプロマジン25mg/日を内服中である。排便コントロールが悪いため、カマグ3g/日、ラキソベロン15滴を内服し、隔日で軟便～下痢便が多量にある。過去に誤嚥性肺炎の既往が4回ある。身長165cm、体重48kg（BMI：17.6）で、半年前より体重は6kg減少した。口腔内は不衛生で、動作緩慢と流涎、および軽い振戦がある。一日中徘徊し、意思の疎通性は低く、患者から身体の不調を聴取することは難しい。

前回も紹介した、嚥下障害のハイリスク患者を表1に示す。

この表を参考にすると、Q氏は、

表1 摂食・嚥下障害のハイリスク患者

- | | |
|------------------|------------------------|
| ■ 肺炎を繰り返す | ■ ほかの疾患で多剤服薬中 |
| ■ 低栄養 | ■ 向精神薬、抗痙攣薬、睡眠薬を服薬している |
| ■ 原因不明の体重減少 | ■ 口腔内が汚い |
| ■ 70歳以上でADL能力が低い | ■ 嚥下障害スクリーニングテスト陽性者 |
| ■ 全身状態が不良 | |

藤島一郎：動画でわかる摂食・嚥下リハビリテーション、P.72、中山書店、2004より引用、一部改編

- ①肺炎を過去に4回経験しており、
②原因不明の体重減少（半年で-6 kg, BMIは19.8→17.6）、③抗精神病薬を多剤併用中（ハロペリドール20mg/日、クロルプロマジン50mg/日、レボメプロマジン25mg/日）、
④口腔内が不衛生、が当てはまる。

Q氏は、摂食・嚥下障害のハイリスク患者であり、今後いつ誤嚥性肺炎を起こしてもおかしくないことが予測される。

Point 誤嚥性肺炎とは？

気道防御が破綻し、個人の抵抗力を超えると誤嚥性肺炎を発症する。摂食・嚥下機能の衰えやその患者に不適切な食物が与えられる、誤嚥しても十分に嚥出できない、その上に低栄養や脱水が重なると肺炎となる。本人、家族が摂食・嚥下障害に気づかず、潜在的に栄養障害や体力低下が進行している時が最も危険と言われている。唾液の誤嚥や、胃食道逆流、口腔内の不衛生や、寝たきりといった因子も関連している。

摂食・嚥下障害に関するフィジカルアセスメント

Q氏の摂食・嚥下障害に関するフィジカルアセスメントを以下に記す。

1. 問診

観察項目	観察内容およびその根拠	Q氏の結果	判断（原因・誘因、今後の予測および看護の方向性）
1 精神症状	① PANSS：（陽性・陰性症状評価尺度） PANSS ²⁾ は統合失調症の状態像を総合的に評価する尺度である。陽性尺度7項目、陰性尺度7項目、総合精神病理尺度16項目の合計30項目を評価する。 【根拠】 摂食時の手の使い方や、顎の使い方といった捕食時の動作と、精神症状には関係性があるという報告がなされている ³⁾ 。また、その精神症状の変化を把握することにより、摂食動作の変化も予測できる点が重要である。 ②不安・緊張・うつ症状・症状の変動性（有・無）	① PANSSは、医師による測定を行っていないため不明 ②緊張感が強く、特に入浴の時に拒絶や興奮が強い。また、精神症状の変動性があり、午前中の方が緊張感は強く、15時ごろからやや緊張感がほぐれる様子	PANSSは、評価項目が多岐にわたるため、臨床で普及している評価法とはまだ言えない。しかし、精神症状の変化は、一日中観察を行う精神科看護師であればおおまかに評価できる。Q氏は15時以降から緊張感がほぐれるようであり、よって朝食、昼食は緊張が強い状態で食事摂取をしていることが予測される。 【看護の方向性】 各食事とおやつの時間の食動作の変化を把握する。食事時の手や顎の動きに変化が見られるかを把握する。 食べにくそうな場合は、食具をはしから大スプーン、もしくは小スプーンに変更し、咀嚼しづらそうならば、副食を一口大や軟菜に変更する。歯の欠損がある場合は、刻み食は咀嚼しにくいいため、患者の状況に合わせる。
2 説明への理解	摂食・嚥下障害の説明への理解度（低・中・高） 【根拠】 説明を行うことによって、セルフケア能力を高める。	低い	【看護の方向性】 セルフケア能力が低いことより、説明によって自立度を上げることは、現時点では有効な手立てではない。今は見守りや援助が必要である。
3 脳血管障害の既往	有・無 【根拠】 脳血管障害から起こる、摂食・嚥下障害が否かを鑑別する。	なし	【看護の方向性】 脳血管障害からくる摂食・嚥下障害は否定されたため、精神科疾患特有のものとして、その問題をとらえる必要がある。

1. の続き

観察項目	観察内容およびその根拠	Q氏の結果	判断（原因・誘因、今後の予測 および看護の方向性）
4 薬の内容	一日の抗精神病薬の量を把握し、クロルプロマジンの換算係数を基にして、換算量を出す。 【根拠】 クロルプロマジン換算量が400～600mgを超えると、気道の咳嗽反射・嚥下反射の低下および錐体外路症状が出ると言われており、それが治療域を超えてしまう場合、誤嚥性肺炎を起こしやすいことが報告されている⁴⁾。	*クロルプロマジン換算量 文献⁵⁾ 参照 ・ハロペリドール20mg×ハロペリドールの換算係数 50=1,000 ・クロルプロマジン 50mg×クロルプロマジンの換算係数 1=50 ・レボメプロマジン 25mg×レボメプロマジンの換算係数 1=25 ・クロルプロマジン換算量 1000+50+25=1,075	【看護の方向性】 クロルプロマジン換算値 1,075 は、明らかに治療域を超えているため、本患者はハイリスク状態と評価できる。胸部CT所見、血液データの炎症所見（CRP、WBC）、バイタルサイン、倦怠感の有無を観察する。
5 自記式評価表	氏名 _____ 年齢 _____ 歳 男・女 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 あなたの嚥下（飲み込み、食べ物を口から食べて胃まで運ぶこと）の状態について、いくつかの質問をいたします。 いずれも大切な症状です。よく読んでA、B、Cのいずれかに丸を付けてください。 この2、3年のことについてお答えください。 ①肺炎と診断されたことがありますか？ ☒ A.繰り返し ☐ B.一度だけ ☐ C.なし ②やせてきましたか？ ☒ A.明らかに ☐ B.わずかに ☐ C.なし ③物が飲み込みにくいと感じることがありますか？ A.しばしば B.ときどき C.なし ④食事中にむせることがありますか？ A.しばしば B.ときどき C.なし ⑤お茶を飲む時にむせることがありますか？ A.しばしば B.ときどき C.なし ⑥食事中や食後、それ以外の時にものどがコロコロ（たんがからんだ感じ）することがありますか？ A.しばしば B.ときどき C.なし ⑦のどに食べ物が残る感じがすることがありますか？ A.しばしば B.ときどき C.なし ⑧食べるのが遅くなりましたか？ A.たいへん B.わずかに C.なし ⑨硬い物が食べにくくなりましたか？ A.たいへん B.わずかに C.なし ⑩口から食べ物がこぼれることがありますか？ ☒ A.しばしば ☐ B.ときどき ☐ C.なし ⑪口の中に食べ物が残ることがありますか？ ☒ A.しばしば ☐ B.ときどき ☐ C.なし ⑫食物や酸っぱい液が胃からのどに戻ってくる ことがありますか？ A.しばしば B.ときどき C.なし ⑬胸に食べ物が残ったり、つまった感じがするこ とがありますか？ A.しばしば B.ときどき C.なし ⑭夜、咳で寝られなかったり目覚めることがあり ますか？ A.しばしば B.ときどき C.なし ⑮声がかすれてきましたか （がらがら声、かすれ声など）？ A.たいへん B.わずかに C.なし ※回答にA（重い症状、頻度の多い症状）に1つでも 丸がついた場合、嚥下障害ありと判定する。 大熊り他：摂食・嚥下障害スクリーニングのための質問紙の開発，日本摂食・ 嚥下リハビリテーション学会雑誌，Vol. 6，No. 1，P. 3～8，2002.	本人からの訴えがないため、看護師が評価を行った。 肺炎、やせてきた状態は顕在している。口から食物がこぼれ落ちる・口腔の中に食べ物が残るといった「口腔期」の問題は、看護師の目から見てA判定である。食道期を表す項目は本人ではないため判定は不能だが、結果は4点であり（この判定はAに1つでもチェックがついた場合は嚥下障害あり）、Q氏は嚥下障害ありと評価される。	

2. 視診

観察項目とその根拠	Q氏の結果	判断（原因・誘因、今後の予測および看護の方向性）
1 姿勢 【根拠】 A日常生活の自立度は嚥下障害と密接な関係性がある。歩行能力や、ADL自立度が高ければ嚥下能力も高く、誤嚥性肺炎の危険も少ないとされている。	独歩（可） 座位保持（可）	【看護の方向性】 精神症状のため、コミュニケーションが取れず、薬の副作用によって動作は緩慢だが、食事をするための動作は自立している。誤嚥性肺炎を発症させないために、ADLの低下を起こさないよう、Q氏の健康な側面をより育む看護が必要である。
2 栄養状態 【根拠】 摂食・嚥下障害による低栄養状態か否かを評価する。	※ るい瘦 （BMI：17.6） ※ 血清アルブミン値 ：2.8 g/dl （軽度の消耗状態）	【看護の方向性】 るい瘦があり、血清アルブミン値が低く、軽度の消耗状態である。一日中徘徊しているため、運動量が思いのほか高いことが予測される。幸い食欲はあるため間食を増やし、栄養量を上げる必要がある。
3 神経学的所見 意識 脳神経	JCS：clear 三叉神経（Ⅴ）： 咬筋（正常）／開口（正常） 顔面神経（Ⅶ）：顔面の対象性（正常）／口輪筋（正常）／口角引きおよび頬膨らませ（協力を得られず） 舌咽・迷走神経（Ⅸ・Ⅹ） ・カーテン兆候（正常） ・咽頭反射 ※ 催吐反射 （右 - / 左 -） 舌の奥の方から軟口蓋や咽頭後壁まで綿棒で触れ、ゲッと嘔吐する時のような咽頭の収縮があるか否かを見る ※ 口蓋反射 （右 + / 左 +） 舌の奥の手前・外側から徐々に中央部、および軟口蓋を軽く刺激し、口蓋がぐっと上方へ引かれる反射 舌下神経（Ⅻ）：舌の動き（正常） 舌の偏位（なし） 呼吸のコントロール：咳払い（協力を得られず） ／麻痺 なし／不随意運動：手指に振戦あり／知覚障害（協力を得られず） ／筋力・筋萎縮（右握力 5 kg・左握力 3 kg）・著明な筋萎縮はなし	【看護の方向性】 神経・筋の機能異常による摂食・嚥下障害の要因として、脳血管障害による球麻痺や仮性球麻痺、筋疾患があるが、まずはそれらの存在の有無を評価する必要がある。Q氏の場合は、三叉神経、顔面神経の異常、筋萎縮の存在はなく、脳血管障害の存在はむしろ否定される。 協力を得られない検査項目はあるが、催吐反射（gag reflex）の消失、手指の振戦、握力の低下（右握力 5 kg・左握力 3 kg）の存在が認められており、それらは抗精神病薬の副作用によるものと考えられる。
4 口腔内	歯の本数 上顎 10本（両前歯欠損）下顎 10本 ／咬合 可能 （義歯有・無）／口腔内衛生状態：かなり汚い 歯磨きの習慣：歯磨きの回数および磨き方（詳細は不明、恐らく夕方のみ（？）雑に実施）	精神科の患者は、精神症状や体のだるさなどのさまざまな因子によってセルフケア能力が低下する。そのため歯磨きが不十分なことによる口腔内不衛生が多々見られる。薬物療法による抗コリン作用は副作用として口渇があるため、口腔内の自浄作用が低くなることも原因と考えられる。 そして、何より問題なのは、看護師が入院患者の口腔内を定期的に観察していないことで、事態をより悪化させていると考える。 【看護の方向性】 口腔内を定期的に観察し、歯科受診を定期的に行う。歯磨きが確実にできない場合は、セルフケアできるように指導する。
5 錐体外路症状の評価⁸⁾	薬原性錐体外路症状（DIEPSS）の評価 医師の診察記録より、 歩行 2、動作緩慢 3、流涎 3、筋強剛 2、振戦 1、アカシジア 1、ジストニア 1、ジスキネジア 1、概括重症度 2	【看護の方向性】 動作緩慢、流涎といった副作用が目立つ。これらはいずれも摂食動作に影響を与えるため、患者の自尊心を傷つけない程度に、摂食時動作を矯正する必要がある。

3. 摂食行動に関する視診

	観察項目	Q氏の結果	判断（原因・誘因、今後の予測および看護の方向性）											
1	摂食姿勢		食卓から遠くに座っているため、お膳に近づこうとして前傾姿勢である。  ※机といすが遠すぎる Q氏の摂食動作											
①	座る物	いす 車いす・ベッド・その他												
②	体幹角度	良好・過前屈・過後屈・右傾斜・左傾斜												
③	頸部角度	良好・過前屈・過後屈・右傾斜・左傾斜												
④	股関節の角度	0～45 / 45～90 / 90～135 / 135～180												
⑤	膝関節の角度	0～45 / 45～90 / 90～135 / 135～180												
⑥	食卓の高さ	良好・高い（低い）												
⑦	食卓との距離	良好・遠い・近い												
⑧	両足底	床についている・床についていない												
2	食環境と食形態		いすと食卓の距離が遠いことから前傾姿勢で、動作緩慢やごく軽度だが振戦もあるため、不安定な摂食動作である。特に頸部が過前屈していると、嚥下時の喉頭挙上を妨げるため飲み込みづらさが生じる。はしは使用しにくそうだが、患者からの訴えはない。 嚥下後に、まれに固形や半流動体の食物によるむせが生じ、嚥下後の口腔内および口腔前庭に食物残渣が残ることより、食物の送り込み障害が予測される。送り込みは舌が口蓋（前歯の裏）にしっかり押し当てられて、食塊を後方の咽頭に送り込むことが重要だが、Q氏は前歯が2本とも欠損しているため、舌がしっかり押し当てられていないことによる送り込み障害が起きていることが予測される。また、食事の取りこぼしの多さが認められるが、これは食事に集中できるだけの覚醒度が低いことが予測され、誤嚥の危険性を示すサインと考えられる。 【看護の方向性】 食事前に覚醒度を上げるために、軽い体操（嚥下体操）を行う。また、歯科受診を促し、前歯の欠損を治療し、その後のむせの状態を観察する。食事終了の際は必ずお茶で口腔内の食残渣を流し込み、食後の口腔内観察を強化する。											
①	栄養法	経口のみ 経口経管併用・経管・胃瘻・IVH・その他												
②	食具	当てはまるものにすべて：大スプーン・小スプーン・はし・フォーク・その他												
③	食具の適正さ	適切・大きすぎ 小さすぎ												
④	自立度	自立 部分介助・全介助												
⑤	食事	主食 普通 軟飯・全粥・5分粥・3分粥・ミキサー食・その他 副菜 副菜：普通 軟食・刻み食・押しつぶし食・ペースト・ミキサー食 その他（一口大）												
	副食形態	そのまま ところみあり												
3	水分摂取方法	コップ レンゲ・スプーン・吸いのみ												
4	食事量	主食（全量）副食（全量）												
5	食事時間	（20）分												
6	取りこぼし	無・有（多量・比較的多量・少量・無）												
7	流涎	無・有（取り込む前から・取り込み後より）												
8	むせ	<table><tr><th>形態</th><th>頻度</th><th>むせるタイミング</th></tr><tr><td>水分</td><td>なし・まれに・時々・しばしば・必ず</td><td>捕食時・嚥下中・嚥下後</td></tr><tr><td>固形</td><td>なし・まれに・時々・しばしば・必ず</td><td>捕食時・嚥下中・嚥下後</td></tr><tr><td>半流動体</td><td>なし・まれに・時々・しばしば・必ず</td><td>捕食時・嚥下中・嚥下後</td></tr></table>		形態	頻度	むせるタイミング	水分	なし・まれに・時々・しばしば・必ず	捕食時・嚥下中・嚥下後	固形	なし・まれに・時々・しばしば・必ず	捕食時・嚥下中・嚥下後	半流動体	なし・まれに・時々・しばしば・必ず
形態	頻度	むせるタイミング												
水分	なし・まれに・時々・しばしば・必ず	捕食時・嚥下中・嚥下後												
固形	なし・まれに・時々・しばしば・必ず	捕食時・嚥下中・嚥下後												
半流動体	なし・まれに・時々・しばしば・必ず	捕食時・嚥下中・嚥下後												
9	口腔内	嚥下後の舌上の食物残留の（有）無 口腔前庭の食物残留の（有）無												
10	呼吸状態	SpO ₂ のデータ 測定データなし												

4. 触診

	観察項目	観察方法およびQ氏の結果	判断（原因・誘因、今後の予測および看護の方向性）
1	喉頭の挙上	患者の喉頭隆起、舌骨にそれぞれ中指と人差し指を軽く当てる。 <u>正常</u> 嚥下運動が起こると喉頭隆起が中指を越え前上方に上がり、元の位置に戻る。また舌骨が人差し指を乗り越えて前上方に上がり、元の位置に戻る。 異常 - 嚥下を支持してから、すぐに喉頭挙上運動ができない。 - 喉頭挙上が一横指分上がらない。	口腔期の問題があることは、これまでのフィジカルイグザムで明らかであった。喉頭の挙上は正常であることより、Q氏の摂食・嚥下障害は口腔期の問題が強い。

5. 聴診

	観察項目	観察方法およびQ氏の結果	判断（原因・誘因、今後の予測および看護の方向性）
1	頸部聴診法	食塊を嚥下する際に咽頭部で生じる嚥下音ならびに嚥下前後の呼吸音を聴診器で聴診する。 異常 ・嚥下後にゴロゴロ音が呼吸音に混じる ・長い嚥下音や弱い嚥下音、繰り返しの嚥下音 ・嚥下音の合間の呼吸音	主として咽頭期における嚥下障害を判定する方法である。 嚥下後にゴロゴロ音が呼吸音に混じることから、咽頭残留や誤嚥疑いがある。口腔内に常に食物残渣が残った状態の場合にこのようなことが起きる。痰の貯留や右下葉の肺雑音が聴取されたため、胸部X線撮影で客観的評価を行う必要がある。 【看護の方向性】 データを集め、看護方針を立てる。誤嚥性肺炎の可能性もあるため、医師の指示があるまで食待ちにする。肺炎の場合、抗生物質投与、誤嚥の原因を突き止め、免疫機能を高めるためしばらく安静を実施する。
2	胸部聴診	痰の貯留の（有・無） 右下葉に雑音（+） 体温：36.5～36.8℃ CRP：0.3mg/dl	
3	発話の検査	・構音障害：正常・異常 ・パタ力（？）秒/10回 協力得られず ・発声時間（aaah）（？）秒 協力得られず ・嚙声：無・有：よくわからない ・湿声：無・有：よくわからない ・声の大きさ （適度・大きい・小さい） ・自発話明瞭度：よくわからない 1：よくわかる 2：時にわからない言葉がある 3：内容を知っていればわかる 4：時にわかる言葉がある 5：わからない	協力が得られず判定不能

6. 簡単にできるスクリーニング

	検査項目	判定方法およびQ氏の結果	判断（原因・誘因、今後の予測および看護の方向性）
1	反復唾液嚥下テスト	口腔内を湿らせた後に、空嚥下を30秒間繰り返す。 異常 ：30秒で2回以下：協力得られず （備考） 随意的な嚥下の繰り返し能力を見る。	協力が得られず判定不能 【看護の方向性】 これまで得られた情報を整理すると、口腔期の問題（欠損歯）や摂食動作の問題、口腔内不衛生の問題、また、錐体外路症状（動作緩慢、流涎）が摂食動作や口腔内での食物の送り込みに影響を及ぼしている可能性はある。喉頭の挙上は良好だが、反復唾液嚥下テストや改訂水のみテストでの嚥下運動は今回はQ氏の協力が得られず、評価できなかった。
2	改訂水のみテスト	冷水3mlを嚥下させる。：協力得られず ①嚥下なし。 ②嚥下あり、むせないが呼吸変化あり。 ③嚥下あり、むせるか湿性嚙声あり。 ④嚥下あり、むせなし。湿性嚙声なし。追加嚥下2回不能。 ⑤④に加えて、追加を支持して30秒以内に2回空嚥下可能。	

統合失調症患者にとって食べること・飲むこと（摂食）は、日常生活で受けるストレスへの唯一の対処法と報告されている⁹⁾。ストレスへのコーピングである摂食行動を健康に

保つには、摂食・嚥下機能が健康でなければならない。度を越さない程度に「飲むこと・食べることを楽しむためには、まずはその機能が正常であることが望まれるが、現状は

多くの問題が山積している。統合失調症の摂食・嚥下障害をケアすることは、患者の強みを支える看護だと筆者は考える。まずは、客観的な評価を行ってそれを手がかりにし、患

者の体の内側での感じを把握する
(自覚を促す) ことが、養生につな
がると考える。

引用・参考文献

- 1) 藤島一郎：動画でわかる摂食・嚥下リハ
ビリテーション, P.72, 中山書店, 2004.
- 2) スタンリ・R. ケイ, 山田寛他：陽性・

- 陰性症状評価尺度 (PANSS) マニュアル,
星和書店, 1991.
- 3) 広中祥司他：精神障害 (統合失調症) 患
者における摂食機能の実態, 日本障害者歯科
学会雑誌, Vol.26, P.172~179, 2005.
 - 4) 長嶺敬彦：初めての抗精神病薬「副作用」
マニュアル, 精神看護, Vol.8, No.4,
P.32, 2005.
 - 5) 八木剛平：改定第3版 統合失調症の薬
がわかる本, 全国障害者家族連合会, 2004.

- 6) 稲垣中, 稲田俊也他：向精神薬の等価換
算, 星和書店, 1999.
- 7) 大熊り他：摂食・嚥下障害スクリーニ
ングのための質問紙の開発, 日本摂食・嚥
下リハビリテーション学会雑誌, Vol.6,
No.1, P.3~8, 2002.
- 8) 八木剛平監修, 稲田俊也：薬原性錐体外
路症状の評価と診断, 星和書店, 1996.

今すぐ1・2号配本! 年間購読者募集!

高齢者リハ・ケア実践

隔月刊誌 2006

日総研会員制・定期刊行物

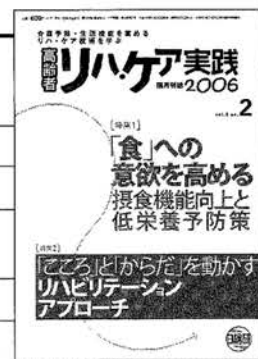
B5判 112頁 年6回(4・6・8・10・12月の末日)発行
入会金 3,000円 年間購読料 16,800円(共に税込)

介護予防と生活機能向上を 実現する技術を学ぶ

利用者にすぐに使える
技術&豊富な事例!

特集1 高齢者の「生活機能」を高めるケア実践

- 1号 介護予防始動!
「運動器機能の向上」に向けた取り組み
- 2号 「食」への意欲を高める 摂食機能向上と低栄養予防策
- 3号 「排泄」の自立を促すリハ・ケア技術
- 4号 認知症高齢者へのリハビリテーション
—行動障害の特徴を知って行う—
- 5号 生活不活発病を予防のためのケア技術&運動療法の実践
- 6号 介護上の
事故防止 移動(歩行)・移乗・衣服操作の援助技術の手順と方法



特集2 高齢者の「カラダ」「こころ」への理解を深めるケア実践

- 脳卒中後遺症を予防するためのアプローチ
- 「いのち」と「死」を考える
- 「こころ」と「からだ」を動かすリハビリテーションアプローチ
- 慢性呼吸不全に効く呼吸理学療法の習得 ほか



お申し込み・お問い合わせは 日総研出版 電話 0120-054977

ホームページでさらに詳しい内容をご
覧になれます。(試読もご案内中)

www.nissoken.com



ケータイから
かんたんに注文できます
高齢者リハ・ケア実践

商品ページに
直接アクセス!

