

**社会福祉・正誤問題**  
**医学概論**

# 人の成長・発達

## 身体及び精神の成長・発達

- 1** 生後2か月では、寝返りが打てる。  
33回1
- 2** 身体の標準的な成長・発達においてリンパ系組織が成長のピークとなるのは、思  
29回1改変 春期初期である。
- 3** 思春期には、第二性徴が出現する。  
33回1改変
- 4** 思春期の心理的特徴として、自意識に乏しいことが特徴である。  
35回1
- 5** 思春期に伴う心身の変化に関して、女子では、初経から始まり、次いで乳房や骨  
35回1 盤の発育がみられる。
- 6** 思春期に伴う心身の変化に関して、女子は、男子よりも早い時期から思春期が  
35回1改変 始まる。
- 7** 思春期では、身体の変化は緩徐な変化が多い。  
35回1
- 8** 思春期に伴う心身の変化に関して、第二性徴という身体的な変化が始まる。  
35回1
- 9** 乳幼児期にみられる標準的な発達の特徴として、2歳前後では、2語文を言い始  
28回1 める。

寝返りを打てるようになるのは、~~生後5か月~~生後2か月である。生後2か月の乳児は、視力がはっきりし始め、あやしたときに笑う、笑顔になる、音が鳴った方向を見る、「あー」「うー」などの喃語を話し始める。

リンパ系組織が成長のピークを迎えるのは、~~思春期初期~~思春期初期(12～13歳頃)であり、その後低下し成人期を迎える。

~~第二性徴~~とは、思春期(男子11～14歳頃、女子9～12歳頃)に生じ、性ホルモンの活発な分泌により生殖能力を獲得することである。

思春期は抽象的な思考が発達し、首尾一貫した考え方や、社会の存在を認識し個人と社会との関係性の理解ができるようになり、~~自意識が高まる時期~~自意識が高まる時期である。

一般的に、女子の第二性徴は、~~乳房の発達に始まり~~乳房の発達に始まり、陰毛発生、身長増加、~~初経発来で完成するとされる~~初経発来で完成するとされる。

思春期の発現や成長速度には個人差があるが、一般的に男子は性ホルモンの分泌の上昇が女子より約2年遅れて起きるため、~~女子のほうが早く思春期を迎え~~女子のほうが早く思春期を迎え、身長や体重の増加が始まる。

人間の身体が著しく成長する時期は2回あるとされ、1回目は乳(幼)児期、2回目は思春期である。新生児が1歳になる頃には、出生時と比較して、身長は約1.5倍、体重は約3倍になる。また、~~思春期では身長が1年に10cm伸びる場合もある~~思春期では身長が1年に10cm伸びる場合もある。

第二性徴とは、思春期になって出現する~~性器以外の身体各部分の特徴~~性器以外の身体各部分の特徴のことをいう。(関連キーワード▶1参照)

~~2歳前後~~2歳前後で2語文を使い始め、言葉のもつコミュニケーションのたらしきを知り、「これは何?」というものの名前を尋ねる第一質問期に入る。(関連キーワード▶2参照)

▶1  
第一性徴  
男子には陰茎や陰囊、女子には子宮や卵巣があるなど、性別を判別する基準となる生物学的な特徴のことを指す。

▶2  
第二質問期  
3歳頃から始まる。「どうして? なぜ?」と尋ねる時期。

**10** エリクソン(Erikson, E.)の発達段階に関する理論にいう「アイデンティティ」が  
 31回1改変 発達課題となる年齢は15歳頃である。

**11** 青年期の終わりは、身体の成長が最も著しい時期である。  
 33回1

**12** 20歳頃には、生殖器系の成長が最も著しくなる。  
 33回1

## 老化

**13** 加齢に伴い、肺の残気量が増加する。  
 34回1

**14** 加齢に伴い、拡張期血圧が低下する。  
 34回1

**15** 加齢に伴い、聴力は低音域から低下する。  
 34回1

**16** 加齢に伴い、下部食道括約筋の収縮力が増強する。  
 34回1

**17** 加齢に伴い、膀胱容量が増大する。  
 34回1

**15**歳頃の発達課題は、同一性の獲得である。「自分が何者であるのか」に自分なりの答えを見つけることを、アイデンティティ(自己同一性)の確立といい、「自分が何者で何をしたいかわからない」などの悩みを抱えて苦しんでいる状態を同一性拡散という。

身体(身長、体重、骨格、筋肉、内臓など)の発育は、**乳幼児期**と**思春期**が最も著しい。

**スライム**の発育曲線によると「生殖系(睾丸、<sup>こうがん</sup>卵巣、子宮など)の器官は、**第二次性徴が始まる思春期**に急激に成長する。

肺の残気量は増加する。肺の残気量とは、最大限息を吐き出した後に肺や気管に残っている空気量である。加齢に伴い、肺を収縮させる**呼吸筋の筋力**や**肺自体の弾力性**が低下し、脊柱の前傾によって横隔膜の動きが制限され、肺活量も低下することから、残気量が増加する。

拡張期血圧は低下する。加齢により、血管の弾力性が失われ、心臓が収縮し全身に血液を送り出す際の抵抗が高まることから、**収縮期血圧**は上昇する。血管が元に戻ろうとする作用も弱くなることから、心臓が全身から戻ってきた血液を受け入れる際の**拡張期血圧**は低下する傾向にある。

高齢者の難聴の多くを占めるのは、**感音性難聴**である。加齢に伴う蝸牛の機能低下によって、音がゆがむ、はっきりと聞こえない、似た音を聞き分けられないなどの症状が生じ、特に**高音域**の聴力低下が顕著にみられる。(関連キーワード▶4参照)

下部食道括約筋の収縮力は低下する。食道と胃の境は「**噴門**」と呼ばれる。噴門につながる食道の下端にて、胃の中の物が食道に逆流しないよう締める筋肉が下部食道括約筋である。加齢による**筋力低下**により、噴門部を締める筋力は弱まる。

加齢の影響によって、膀胱と周辺の筋肉の減少や平滑筋の線維化が生じ、**膀胱の弾性は低下し、萎縮**するため、膀胱容量は減少する。

▶3  
**収縮期血圧**  
 心臓が血液を拍出するために収縮・弛緩(しかん)する際に動脈にかかる圧力のうち、最も強いものをいう。血圧を左右する主な要因は、①心拍出量、②末梢(まっしょう)血管の抵抗、③循環する血液量、④血液の粘度、⑤動脈の弾力などである。

▶4  
**老人性難聴**  
 感音性難聴のうち高齢者に多くみられるのは老人性難聴である。原因の多くは、内耳蝸牛(かぎゅう)・コルチ器の有毛細胞の変性や聴覚中枢に至る神経細胞の減少によって生じる老化による機能低下症である。

18 高齢者の体全体の水分量は、若年者より少ない。  
 32回2改変

19 高齢者は喉の渇きを感じやすいため、脱水になりにくい。  
 32回2

20 高齢者の1日の水分摂取量は、若年者より少ない。  
 32回2改変

21 高齢者による降圧利尿薬の服用は、脱水の原因にならない。  
 32回2

22 高齢者は、腎臓による水の再吸収能力が低下している。  
 32回2

## 心身機能と身体構造の概要

### 各器官等の構造と機能

#### ●血液

23 アルブミンは酸素の運搬にかかわる。  
 27回1

#### ●呼吸器

24 横隔膜は呼吸にかかわる。  
 27回1

設問のとおり。高齢者の身体は、細胞内や筋肉など体液を貯める機能をもつ組織が減少し、細胞の水分を蓄える能力も低下した状態である。

加齢や認知症により喉の渇きを感じにくくなるため、水分摂取量の低下につながり、脱水になりやすい。

口渇の感じにくさ、失禁の心配や排泄行動のわずらわしさから、高齢者自身が水分摂取を控える傾向にある。また、咀嚼や嚥下機能の低下や食欲の減退により食事量も減るため、1日の水分摂取量は若年者より少ない。

降圧利尿薬は体液量を減らすことで心臓への負荷を下げる目的で使用される。そのため、過剰な服用は脱水の原因となる。

老化により腎臓の糸球体等の数が減少し、腎臓での水の再吸収能力が低下する。そのため、多くの水分を摂取しても、薄い尿として体外に排出される割合が増える。

酸素の運搬にかかわるのは、血液中の赤血球に含まれる赤血球色素である。アルブミンは、肝臓で生合成され、栄養素として各組織にアミノ酸を供給する。（関連キーワード▶7参照）

設問のとおり。横隔膜が吸気時に収縮すると（前下方に向かって下がる）、胸膜腔の内圧が低下するため、肺が膨らむ。呼気時に弛緩すると、胸膜腔の内圧が上昇するため、肺から空気が出ていく。主として横隔膜の収縮によって行われる呼吸を腹式呼吸、肋間筋の収縮によって行われる呼吸を胸式呼吸という。（関連キーワード▶8参照）

▶5  
水分摂取量の低下  
①細胞内水分量の減少、②代謝水の産生低下、③水分摂取量の減少などにより、高齢者は脱水状態となりやすい。

▶6  
血液  
血液は、血漿（約55%）と血球（約45%）から組成されている。血漿はその大部分が水であるが、それ以外に無機塩類（ナトリウムイオン、カリウムイオン、カルシウムイオンなど）と、有機物からなる。

▶7  
赤血球とヘモグロビン  
赤血球数、ヘモグロビンの濃度は、貧血の指標として重要である。

▶8  
外呼吸と内呼吸  
呼吸は、外呼吸と内呼吸からなる。外呼吸では、外気から酸素を取り込み、二酸化炭素を血液中から体外に排出する。内呼吸では、体の末梢組織で酸素と二酸化炭素とのガス交換を行う。

●骨格

**25** 頸椎は12個の骨で構成される。  
 30回2

●消化器

**26** 気管は食道の前方に位置する。  
 27回1改変

**27** 吐血とは、気道から口腔を経て血液を排出することである。  
 28回2

**28** 腸管は、口側より、空腸、回腸、十二指腸、大腸の順序である。  
 32回1

**29** 唾液には、消化酵素が含まれている。  
 32回3改変

**30** 胃粘膜からは、強アルカリ性の消化液が分泌される。  
 32回3

**31** 膵臓すいぞうには、内分泌腺と外分泌腺がある。  
 32回3

**32** 小腸は、水分を吸収する。  
 32回3改変

頸椎は7個の骨からなる。脊髄は脊椎動物の体軸となる主要な骨格で、脊髄を保護し、頭を支え、下部で骨盤と連結する。上下に連結する32～34個の椎骨及び椎間板からなる。椎骨は頸椎7個、胸椎12個、腰椎5個、仙椎5個、及び尾椎3～5個に分けられる。

気管は、食道の前方に位置する。呼吸器は、外鼻から始まり、鼻腔、咽頭、喉頭、気管と続く。気管への入り口である喉頭には喉頭蓋というふたがある。このふたは普段は開いているが、食べ物や飲み物を飲み込む（嚥下）ときには反射的に閉じて、気道に物が入る（誤嚥）のを防ぐ。

吐血とは、食道から口腔を通じて血液（血液成分）を排出することで、肉眼で確認できる血液成分の嘔吐をいう。通常は、食道から胃又は十二指腸に出血源が存在することが多い。（関連キーワード▶10参照）

腸管を口から肛門までの一本の筒と考えた場合、口側から、口腔、咽頭、食道、胃、小腸（十二指腸、空腸、回腸）、大腸（盲腸、上行結腸、横行結腸、下行結腸、S状結腸）、直腸、肛門の順序である。

唾液には、アミラーゼという消化酵素が含まれており、この酵素のはたらきで炭水化物はマルトース（麦芽糖）まで分解される。

胃粘膜からは、強酸性の胃液が分泌される。胃液には、粘液、ペプシン、塩酸が含まれている。粘液は、胃自身を保護し、ペプシンはタンパク質分解酵素であり、塩酸は強い酸性をもち殺菌作用がある。

膵臓は、内分泌腺（内分泌部）と外分泌腺（外分泌部）からなる。膵臓の大部分は、腺液を出す外分泌部からなるが、その間に内分泌部が存在する。内分泌部は膵島細胞群という組織であり、血糖を上げるグルカゴンと血糖を下げるインスリンを分泌する。

設問のとおり。消化管には、1日当たり8000～10000mLの水分が流れ込むといわれている。その大部分は小腸で吸収され、一部が大腸で吸収される。

▶9  
嚥下  
①食塊を口腔から咽頭へ送る口腔相、②反射的な運動により食塊が咽頭を通過し食道へと向かう咽頭相、③食道に入った食塊が食道壁の蠕動運動により胃へと送られる食道相の3相に分けられる。

▶10  
咯血（かっけつ）  
肺や気管支を出血源とする。通常は、咳など呼吸器症状を伴い、泡沫が混じった鮮血であることが多い。

33 胆汁は、胆のうで作られる。  
 32回3

## ●循環器

34 肺と右心房をつなぐのは、肺静脈である。  
 33回2

35 左心房と左心室の間には、大動脈弁がある。  
 33回2

36 血液は、左心室から大動脈へと流れる。  
 33回2

37 上大静脈と下大静脈は、右心房に開口する。  
 33回2改変

38 血液は、大動脈から肺に流れる。  
 33回2

## ●支持運動器官

39 平滑筋は随意的に収縮できる。  
 27回1

## ●内分泌器官

40 副甲状腺ホルモンは、カリウム代謝をつかさどる。  
 32回1

胆汁は肝臓で作られ胆のうに貯められる。胆のうは、胆汁を一時的に貯め、水分を吸収し濃縮させる。胆のうからの胆のう管と肝臓からの肝管が合流して総胆管となり、総胆管から胆汁が十二指腸に注がれ、脂肪吸収を助ける。

全身から遠ってきた血液は、右心房を経由し、右心室から、肺動脈を通して、肺に送られる。心臓から血液を送り出す血管は動脈、心臓に戻っていく血液が通る血管は静脈である。

肺から動脈血となって戻ってきた血液は、左心房から僧帽弁を通過して左心室に流れる。

動脈血は、左心室から大動脈弁を通り、全身に血液を送り出す大動脈に流れる。(関連キーワード▶11参照)

上半身の体循環を終えた静脈血が心臓に戻る際に流れる血管を上大静脈、下半身の体循環を終えた静脈血は下大静脈といい、ともに右心房に開口する。

肺から戻った動脈血を全身に送る血管が大動脈である。全身から戻ってきた静脈血が、肺でのガス交換のために肺に流れる際に通る血管は肺動脈である。(関連キーワード▶12参照)

平滑筋は、随意的に収縮できない。筋組織は、骨格筋、心筋、平滑筋の3種類に分けられる。骨格筋は、運動神経の支配を受け、随意に収縮させたり弛緩させたりできる。心筋と平滑筋は、運動神経との結合がないため、随意に動かすことはできない。(関連キーワード▶13参照)

副甲状腺ホルモンは、血中カルシウム濃度の維持をつかさどっている。内分泌系は、神経系や免疫系と併せて、体の状態を一定に保つはたらき(ホメオスタシスの維持)を担っている。標的の臓器に情報を伝達するために、内分泌系から出る物質(情報伝達物質)をホルモンと呼ぶ。

▶11  
体循環  
体循環では、左心室より大動脈を通じて動脈血を全身の臓器に送り、ガス交換が行われて静脈血となった血液を大静脈を通じて右心房に戻す。

▶12  
血管と血液  
動脈:心臓から肺を含む身体各部に血液を送り出す血管。  
静脈:肺を含む身体各部から心臓に血液を送り戻す血管。  
動脈血:酸素が多く二酸化炭素が少ない血液。  
静脈血:二酸化炭素が多く酸素が少ない血液。

▶13  
横紋筋  
骨格筋と心筋は、筋繊維の中に筋模様があるため、横紋筋とも呼ばれる。

●神経系

**41** 副交感神経は、消化管の運動を<sup>こうしん</sup>亢進する。  
 31回2

**42** 脊髄神経は、中枢神経である。  
 31回2

**43** 対麻痺とは、左右両側の下肢の麻痺である。  
 26回2

●脳

**44** 脳幹は、上部から延髄・中脳・橋の順で並んでいる。  
 31回2

**45** 大脳の側頭葉は、視覚に関わる。  
 31回2

**46** 視覚は、後頭葉を中枢とする。  
 32回1

●耳

**47** 三半規管は、外耳と中耳の境目に位置する。  
 31回2

「自律神経」は内臓・知覚・分泌などの調整を主な役割とし、エネルギーを発散し、活動的な状態にする「交感神経」と、エネルギーを蓄え、消化を促して体を休息させる「副交感神経」に分かれる。

脊髄神経は、末梢神経に含まれる。

設問のとおり。運動麻痺とは、自らの意志にて収縮できる横紋筋である骨格筋が、随意的に収縮することができなくなった状態をいう。  
 単麻痺（一肢の麻痺）、対麻痺（両下肢の麻痺）、片麻痺（身体の半身の麻痺）、四肢麻痺（両上下肢の麻痺）に分類される。

脳幹は、上部から順に延髄・橋・延髄の順に並んでいる。生命維持の中心的な役割を担っており、呼吸、運動、体温、血液の循環などを調節している。

大脳の表層に近い部位の大脳皮質は体からの刺激を受け止め、思考・判断・運動などの指令を行う。部位ごとの主な役割として、前頭葉には運動性言語野や運動を指示する運動野、頭頂葉には体が感じた刺激が届く体性感覚野、側頭葉には言葉の理解に必要な感覚性言語野、後頭葉には視覚からの情報を受け止める視覚野などがある。

大脳は場所ごとに担う機能が異なり、これを脳機能領域と呼ぶ。大脳を前頭葉・頭頂葉・側頭葉・後頭葉の4つに分けた場合、前頭葉は意思や思考、遂行機能、頭頂葉は体性感覚や認知機能を、側頭葉は聴覚や言語の処理を、後頭葉はほぼ全域で視覚を担う。

三半規管は内耳の前庭につながり、前庭と合わせて身体の平衡感覚を担う器官である。

## 国際生活機能分類(ICF)の基本的考え方と概要

### 国際障害分類(ICIDH)から国際生活機能分類(ICF)への変遷

**48** 国際生活機能分類(ICF)では、対象は、障害のある人に限られる。  
 28回3

**49** 国際生活機能分類(ICF)では、対象は障害のある人に限定されている。  
 35回2

**50** 国際生活機能分類(ICF)では、「社会的不利」はICFの構成要素の一つである。  
 35回2

### 心身機能と身体構造、活動、参加の概念

**51** 国際生活機能分類(ICF)における参加とは、生活・人生場面へのかかわりのこと  
 27回2 である。

**52** 国際生活機能分類(ICF)における生活機能とは、心身機能、身体構造及び活動の  
 31回3 三つから構成される。

**53** 国際生活機能分類(ICF)における活動は、能力と実行状況で評価される。  
 31回3

**54** 国際生活機能分類(ICF)では、「活動」とは、生活・人生場面への関わりのことであ  
 35回2 る。

**55** 国際生活機能分類(ICF)における参加制約とは、個人が活動を行うときに生じる  
 31回3 難しさのことである。

障害のある人だけでなく、**すべての人**を対象としている。ICFは、従来のICIDHが身体機能の障害による生活機能の障害(社会的不利)を分類するという考え方が中心であったのに対し、**全体的な健康状態**を把握する。

国際生活機能分類(ICF)が生活機能上の問題は誰にでも起こり得るものであるという考えに基づき、**すべての人に関するモデル**として作成された。

「社会的不利」は、**医学モデル及び国際障害分類(ICIDH)の構成要素**の一つである。

設問のとおり、**参加**とは、生活・人生場面へのかかわりのことである。これに対し、**活動**とは、課題や行為の個人による遂行のことである。

生活機能は、**心身機能・身体構造、活動及び参加**の三つから構成される。

**活動と参加**は、二つの構成概念(能力と実行状況)によって評価される。

「活動」は、標準環境における**課題の遂行と実行状況**である。生活機能の3レベルは、「心身機能と身体構造:心身系の生理的機能、身体解剖部分」「活動:課題や行為の個人による遂行」「参加:生活・人生場面へのかかわり」と定義される。

**参加制約**とは、個人が何らかの生活や人生場面に関わるときに経験する難しさのことである。個人が活動を行うときに生じる難しさは、**活動制限**である。



## 環境因子と個人因子の概念

**56** 国際生活機能分類(ICF)における背景因子の構成要素は、心身機能と身体構造、  
 27回2 活動と参加である。

**57** 国際生活機能分類(ICF)における個人因子には、促進因子と阻害因子がある。  
 31回3

**58** 国際生活機能分類(ICF)では、仕事上の仲間は「環境因子」の一つである。  
 35回2

**59** 国際生活機能分類(ICF)では、その人の住居は「環境因子」の一つである。  
 35回2改変

## 健康状態と生活機能低下の概念

**60** 国際生活機能分類(ICF)では、健康状況とは、課題や行為の個人による遂行のこ  
 28回3 とである。

## 健康の捉え方

### ●健康の概念

**61** 世界保健機関(WHO)が行ったアルマ・アタ宣言では、プライマリヘルスケアの  
 30回3 重要性が示された。

背景因子の構成要素は、環境因子と個人因子である。

促進因子と阻害因子があるのは環境因子である。促進因子は、生活機能が改善し、障害が軽減するような因子である。阻害因子は、生活機能が制限され、障害を生み出すような因子である。なお、個人因子は、健康状態や健康状況以外の個人の年齢・性別・民族・生活歴・価値観など、その人固有の特徴を指す。

環境因子は、「~~本人の生活環境に生活を送る物理的・環境的・社会的環境で人の社会的な態度を形成する環境を構成する要素~~」と定義される。仕事上の仲間は、本人の生活機能に促進的・阻害的に影響を及ぼす社会的環境の一つと考えられる。

設問のとおり。その人の住居は、~~環境因子のうち物理的・環境~~に含まれる。

健康状況(健康状態)とは、健康領域内における~~生活機能の水準~~のことである。ICFでは、全体的な健康状況を把握することを目的としている。

設問のとおり。WHOは、1975年に~~世界保健機関(WHO)が~~<sup>▶14</sup>という言葉を使い始め、ユニセフとともに国際会議の開催を提案した。1977年には「2000年までにすべての人々に健康を」と提案し、1978年の~~アルマ・アタ宣言~~に至った。

▶14  
プライマリヘルスケア  
1978年に世界保健機関(WHO)と国連児童基金(UNICEF)主催の第1回プライマリヘルスケアに関する国際会議で採択されたアルマ・アタ宣言で示された。プライマリヘルスケアは、すべての人にとって健康を基本的な人権として認め、その達成の過程において住民の主体的な参加や自己決定権を保障する理念である。このため保健専門職と住民の間の双方向のヘルスケアを提唱しており、地域住民の自助自立のため自分たちのなかから活動家を選び育てるといった視点が加えられている。

**62** WHO が提唱したヘルスプロモーションは、ヘルシンキ宣言において定義された。  
 31回4

**63** WHO が採択したアルマ・アタ宣言では、先進国と開発途上国間における人々の健康状態の不平等について言及している。  
 32回5

**64** WHO が採択したアルマ・アタ宣言では、政府の責任について言及している。  
 32回5改変

**65** WHO が採択したアルマ・アタ宣言では、自己決定権についての言及はない。  
 32回5

**66** WHO が採択したアルマ・アタ宣言では、保健ニーズに対応する第一義的責任は、専門職個人にあると言及している。  
 32回5

**67** WHO が採択したアルマ・アタ宣言では、地域、国家、その他の利用可能な資源の活用について言及している。  
 32回5改変

### ●人口統計

**68** 近年において、がんは死因の第1位となっている。  
 33回4改変

### ●健康づくり対策

**69** 「健康日本21 (第二次)」の基本的方向は、平均寿命の延伸である。  
 31回4

WHO が提唱したヘルスプロモーションは、1986年の「ヘルスプロモーションに関するオタワ憲章」にて採択された。

設問のとおり。WHO は「健康の最大の敵は貧困である」と主張しており、先進国と開発途上国間の健康格差は正について強調している。

設問のとおり。公衆衛生活動の基本であるプライマリヘルスケアの活動原則には、「国、地域社会が責任をもって行うべきであること」という責任性があげられている。

ヘルスケアの推進には、住民参加、住民の自己決定が重視されており、「自助と自決の精神に則ること」という自主性を求めている。

保健ニーズに対応する第一義的責任は、国、地域社会が負うことが示されている。保健専門職のみがヘルスケアに関与し責任を負うものではない。

社会資源の有効活用が示されている。プライマリヘルスケアの活動原則では、地域、国家、その他の「連携を重視し、社会資源を有効に利用すること」が強調されている。

日本の人口動態統計での人口10万人当たりの死因別死亡率をみると、1981年(昭和56年)以降一貫して、悪性新生物が第1位(2021年(令和3年)の死亡総数に占める割合、26.5%)である。

「健康日本21 (第二次)」の基本的方向は、①健康寿命の延伸と健康格差の縮小、②生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底(NCDの予防)、③社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上、④健康を支え、守るための社会環境の整備、⑤栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善の5つである。

**70** 「健康日本21」は、一次予防を重視している。  
 33回3

**71** 健康増進法は、生活習慣病対策を含む。  
 33回3改変

**72** 健康増進は、一次予防には該当しない。  
 33回3

**73** 健康寿命とは、平均寿命を超えて生存している期間をいう。  
 33回3

**74** 8020運動は、乳幼児を対象とする。  
 28回4改変

**75** 一次予防とは、疾病の悪化を予防することである。  
 31回4

**76** 特定健康診査は一次予防である。  
 35回3

**77** 糖尿病予防教室は一次予防である。  
 35回3

「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)」(2000年(平成12年))の基本方針は、「一次予防の重視、健康づくり支援のための環境整備、目標の設定と評価、多様な関係者による連携のとれた効果的な運動の推進」とされている。

健康増進法は、生活習慣病の対策にふられている健康日本21を推進するために制定された法律である。したがって、生活習慣病対策を含んでいる。

1955年にクラーク(Clark, G.)とリーベル(Leavell, H.R.)が提案した最良の3段階によれば、一次予防は健康増進と発症予防、二次予防は疾病の早期発見と早期治療、三次予防は再発予防、疾病の悪化の予防及びリハビリテーションである。

2000年にWHOが定義したものによれば、人の寿命において「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」である。平均寿命は、0歳の平均余命であり、全年齢の死亡状況を集約したものである。

設問のとおり。乳幼児も対象となる。厚生省(現・厚生労働省)は1989年(平成元年)に、国民の歯の健康づくりを推進していく一環として、**歯を通過した歯肉**に重点をおいた「8020(ハチマル・ニイマル)運動」を提唱した。これは、80歳で20本以上の歯を保つことを目標としたものである。(関連キーワード▶15参照)

リーベル(レベル)とクラークは、疾病の予防について、一次予防、二次予防、三次予防に分けることを提案している。このうち、**二次予防**とは、健康増進と疾病を予防することである。なお、**三次予防**は、疾病の早期発見と早期治療、**二次予防**は、再発予防、疾病の悪化予防、リハビリテーションである。

特定健康診査は、生活習慣病の予防のために、対象者(40～74歳までの公的医療保険加入者)にメタボリックシンドロームに着目した健康診査を行うものである。これは疾病の早期発見である**二次予防**に該当する。

糖尿病予防教室は、糖尿病発症予防のために生活習慣の見直しと改善を目的とするものである。これは**健康増進**である**一次予防**に該当する。

▶15  
歯科口腔保健の推進に関する法律  
8020運動推進の流れを経て、2011年(平成23年)に同法が成立し、その基本理念の1つとして、乳幼児期から高齢期までの歯科口腔保健の推進が示されている。

78 ワクチン接種は二次予防である。  
 35回3

79 リハビリテーションは三次予防である。  
 35回3改変

80 胃がんの手術は三次予防である。  
 35回3

81 日本の特定健康診査は、メタボリックシンドロームに着目した健康診査である。  
 31回4

82 特定保健指導の目的は、健康診査の受診勧奨である。  
 28回4

## 疾病と障害の概要

### 疾病の概要

#### ●悪性腫瘍

83 がんと食生活は関係がない。  
 33回4

84 早期発見を目的とするがん検診は、がんの一次予防である。  
 33回4

85 近年の傾向として、胃がんの「死亡率」は低下している。  
 33回4

86 がんの治療は、手術療法に限られる。  
 33回4

ワクチン接種は、特定の感染症による健康障害を防ぐために行われる。これは特異的予防である一次予防に該当する。

設問のとおり。リハビリテーションは、疾病や障害による機能喪失防止を目的として行われる。これは三次予防に該当する。

胃がんの手術は、適切な医学的診断により必要性のある場合に治療として行われ、胃がんの放置による重篤化や合併症を防ぐことを目的とする。これは早期治療であるため、二次予防に該当する。

日本の特定健康診査<sup>▶16</sup>は、メタボリックシンドロームに着目して、内臓脂肪を減少させることにより個々の諸病態の改善や発症リスクの低減を図ることを目的としている。実施主体は、保険者、対象年齢は40歳以上の被保険者及びその扶養者である。

特定保健指導<sup>▶17</sup>の目的は生活習慣病発症リスクの程度に応じ生活習慣を改善するための支援である。特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる対象に対して行われる。

▶16  
特定健康診査  
生活習慣病のリスクに応じて保健指導対象者の選定及び階層化を行う。結果により健康の保持に努める必要がある対象には特定保健指導の実施が義務づけられている。

▶17  
特定保健指導  
現在、生活習慣病のリスクのない場合は「情報提供」、リスクが少ない場合は「動機づけ支援」、よりリスクが高い場合は「積極的支援」を実施する。特に「動機づけ支援」と「積極的支援」を特定保健指導と呼ぶ。

食生活と胃がん及び大腸がんの発症など、消化器系のがんの発症と食生活との関係が指摘されている。

早期発見を目的とするがん検診は、二次予防である。一次予防は、健康増進と発症予防を目的とした対策を指す。

部位別にみた悪性新生物の死亡率では、胃がんは男女とも減少傾向にある。これに対して、大腸、結腸、食道は大幅な減少には至っていない。

がんの治療は、抗がん剤による化学療法、手術療法、放射線療法があり、部位(がんの種類を含む)、進行度、健康状態などによって治療方法が検討される。

87 2021年(令和3年)における、がん(悪性新生物)の主な部位別にみた死亡数で女性の第1位は、大腸がんである。  
35回4

88 2021年(令和3年)における、がん(悪性新生物)の主な部位別にみた死亡数で女性の第1位は、胃がんである。  
35回4

89 2021年(令和3年)における、がん(悪性新生物)の主な部位別にみた死亡数で女性の第1位は、膵臓がんである。  
35回4

90 2021年(令和3年)における、がん(悪性新生物)の主な部位別にみた死亡数で女性の第1位は、乳がんである。  
35回4

91 2021年(令和3年)における、がん(悪性新生物)の主な部位別にみた死亡数で女性の第1位は、肺がんである。  
35回4

●脳血管疾患

92 多発性脳梗塞は、アルツハイマー型認知症に特異的な病態である。  
27回4

93 多発性脳梗塞では、嚥下障害はない。  
27回4

94 多発性脳梗塞では、情動失禁はない。  
27回4

95 高血圧の合併症に脳血管障害がある。  
31回5

96 脳性麻痺は、身体障害者福祉法の肢体不自由の原因疾患に含まれない。  
31回6

女性の大腸がんの死亡数は、2万4337人(人口10万人あたりの死亡率は38.6)であり、主な部位別では第1位である。

女性性の胃がんの死亡数は、1万4428人(人口10万人あたりの死亡率は22.9)であり、主な部位別では第5位である。

女性性の膵臓がんの死亡数は、1万9245人(人口10万人あたりの死亡率は30.5)であり、主な部位別では第3位である。

女性性の乳がんによる死亡数は、1万4803人(人口10万人あたりの死亡率は23.5)であり、主な部位別では第4位である。

女性性の肺がんによる死亡数は、2万2933人(人口10万人あたりの死亡率は36.3)であり、主な部位別では第2位である。

アルツハイマー型認知症は脳実質の変性による変性性認知症であり、多発性脳梗塞はアルツハイマー型認知症に特異的な病態ではない。(関連キーワード▶18参照)

多発性脳梗塞では、脳血管性認知症やパーキンソン症候群を呈することが多く、脳血管性認知症の症状である嚥下障害や構音障害などの嚥下球麻痺がみられる。また、血管障害部位に対応した機能が低下するため、認知機能がまだら状に低下するまはら認知症が特徴的にみられる。(関連キーワード▶19参照)

多発性脳梗塞では脳血管性認知症の症状である情動失禁がみられる場合がある。  
▶20

脳血管障害の最大の危険因子は高血圧である。脳血管障害は、脳出血と脳梗塞の2つに大きく分類され、さらに脳出血は脳内出血、クモ膜下出血、脳梗塞は脳血栓症、脳塞栓症、ラクナ梗塞に分類される。

脳性麻痺は肢体不自由の原因疾患に含まれる。肢体不自由の原因として脳性麻痺、脳外傷性後遺症、脳血管疾患など脳性疾患が多くを占めている。

▶18  
アルツハイマー型認知症と多発性脳梗塞  
アルツハイマー型認知症では、大脳皮質や海馬を中心に多数の老人斑や神経原線維変化がみられる。多発性脳梗塞は、大脳深部や橋など脳幹の穿通枝領域に起こる直径15mm未満の小さな病変であるラクナ梗塞が多発する。

▶19  
脳血管性パーキンソニズム  
パーキンソン症候群とは、パーキンソン病以外でパーキンソン病と同様の症状を起こすことである。多発性脳梗塞によって生じる脳血管性パーキンソニズムでは、パーキンソン病で特徴的にみられる安静時振戦が、ほとんどみられない。

▶20  
情動失禁(感情失禁)  
感情が不安定となり、ささいな刺激で泣いたり、笑ったり、怒ったりすること。

●生活習慣病

**97** 血液透析の導入の原因の第1位は、高血圧性腎硬化症である。  
31回5

**98** 発症に生活習慣の関与が強いのは、1型糖尿病よりも2型糖尿病である。  
29回5改変

**99** 高血圧の診断基準は、収縮期(最高)血圧160mmHg以上あるいは拡張期(最低)血圧90mmHg以上である。  
31回5

**100** 本態性高血圧(一次性高血圧)は、高血圧全体の約90%を占める。  
31回5改変

**101** 続発性高血圧(二次性高血圧)の原因の第1位は、内分泌性高血圧である。  
31回5

**102** 糖尿病の合併症は、視覚障害の原因疾患に含まれない。  
31回6

**103** アルコール摂取量は、メタボリックシンドロームの診断基準に含まれる。  
29回5

●感染症

**104** ノロウイルスの潜伏期間はおよそ14日である。  
34回3

**105** インフルエンザは肺炎を合併することがある。  
34回3

血液透析の導入原因の第1位は、糖尿病性腎症である。高血圧はさまざまな臓器で障害発症の原因となるが、腎臓に対する障害を高血圧性腎硬化症と呼ぶ。

設問のとおり。糖尿病は、主に膵臓のランゲルハンス島β細胞の破壊によりインスリン分泌が著しく障害される1型糖尿病と、インスリン分泌低下と作用不足が混在した2型糖尿病に分けられる。

日本高血圧学会によれば、収縮期血圧(最高血圧)が140mmHg以上又は拡張期血圧(最低血圧)90mmHgの場合を高血圧症と診断する。

日本の本態性高血圧(一次性高血圧)は全体の約90%を占める。高血圧の大部分(約90%)は、明らかな原因を特定できない「本態性高血圧(一次性高血圧)」残り約10%が何らかの原因疾患に起因する「続発性高血圧(二次性高血圧)」である。

続発性高血圧(二次性高血圧)のなかでも特に多いのは腎実質性高血圧であり、高血圧全体の2~5%を占めるといわれている。

視覚障害をきたす眼疾患には糖尿病性網膜症<sup>22</sup>があり、糖尿病の合併症である。

アルコール摂取量は、メタボリックシンドロームの診断基準に含まれない。<sup>23</sup>

ノロウイルスの潜伏期間は、12~24時間と考えられている。症状は、嘔気、嘔吐、下痢を主症状として、腹痛、頭痛、発熱、悪寒、筋肉痛、咽頭痛、倦怠感などを伴うこともある。

インフルエンザウイルス感染症は、肺炎を合併することもある。インフルエンザウイルスにはA、B、Cの3型があり、流行的な広がりを見せるのはA型とB型である。症状は、通常、38度以上の高熱、頭痛、全身倦怠感、筋肉痛・関節痛などが生じ、次いで咳、鼻汁などの上気道炎症状が続く。

▶21  
続発性高血圧  
二次性高血圧ともいう。腎疾患、内分泌疾患などの血圧上昇の原因が特定できる高血圧のことをいう。

▶22  
糖尿病性網膜症  
網膜の血管に異常をきたし視力の低下を引き起こす。慢性型は高齢者に多く、進行すると硝子体出血、網膜剥離を引き起こす。一方、急性型は若年層に多く、進行すると硝子体出血、増殖性網膜症、網膜剥離を引き起こし失明する。

▶23  
メタボリックシンドローム  
未病(病気に向かう状態)の1つで、内臓脂肪型肥満(内臓肥満・腹部肥満)に血清脂質異常、血圧高値、高血糖のうち2つ以上を合併した状態をいう。

**106** 肺炎はレジオネラ菌によるものが最も多い。  
34回3

**107** 疥癬の原因はヒゼンダニである。  
34回3改変

**108** 肺結核の主な感染経路は飛沫感染である。  
34回3

**109** 腸管出血性大腸菌 O-157の感染予防には、食品の加熱処理が有効である。  
28回6

**110** 後天性免疫不全症候群による免疫機能障害は、内部障害に該当しない。  
33回5

●骨・関節疾患

**111** 骨粗鬆症は女性より男性に多い。  
34回4

肺炎は、市中肺炎では、肺炎球菌、インフルエンザウイルスによるものが多い。レジオネラ菌による肺炎は市中肺炎の約5%を占める。

疥癬の原因は、ヒゼンダニというダニの一種である。ヒゼンダニが皮膚に寄生して皮膚炎を起こし、強いかゆみが生じる。

肺結核の主な感染経路は、空気感染と接触感染である。空気感染とは、結核菌の浮遊する空気を吸い込むことで感染を起こすことである。結核のほとんどは、空気感染(経気道感染)である。

食品の十分な加熱(75℃で1分以上)が感染予防に有効である。その他、予防は、調理者の手指、調理器具の衛生の保持が推奨されている。(関連キーワード▶24参照)

身体障害者福祉法における内部障害に該当する。後天性免疫不全症候群は、ヒト免疫不全ウイルス(HIV)により免疫機能が低下した結果、日和見感染や悪性腫瘍などの全身症状が現れた状態をいう。

骨粗鬆症は、男性より女性に多い。特に閉経後の女性に多く、女性ホルモンの減少が原因として考えられている。

▶24 腸管出血性大腸菌による食中毒主に食物(生食用の牛肉など)や水などが原因とされ、下痢、嘔吐、腹痛、血便などの症状が現れる。大腸菌が増殖する際に産生された毒素(ペロ毒素)により、溶血性尿毒症症候群を合併し死に至る場合がある。

▶25 内部障害呼吸・循環、血液、消化・吸収、排泄(はいせつ)、免疫機能など人間の生命維持活動にかかると重要な生理的機能障害である。

**整理しておこう!**

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(感染症法)

従来の感染症対策は、1897年(明治30年)制定の伝染病予防法により行われてきたが、この間の医学の進歩、衛生水準の向上、健康・衛生意識の向上、国際交流の活発化、新興感染症・再興感染症の出現など、めざましい環境の変化に対応するため、感染症法が1998年(平成10年)に成立、翌年施行された(伝染病予防法、性病予防法、後天性免疫不全症候群の予防に関する法律は廃止)。

法の施行後も、重症急性呼吸器症候群(SARS)の発生を想定した、緊急時における取組みの強化、動物由来の感染症を予防するための、従来までの一定の動物の禁輸又は検疫の制度に加え、輸入される動物の種類、数量等の情報を衛生証明書とともに事前に届け出る制度の創設(2003年(平成15年)改正)、生物テロや事故等による感染に対する対策の強化、結核対策の感染症法への移行(結核予防法は2007年(平成19年)3月31日をもって廃止)、感染症の類型の見直し(2006年(平成18年)改正)、「新型インフルエンザ等感染症」という新たな類型の創設(2008年(平成20年)改正)など、所要の改正が行われている。

1類感染症	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱
2類感染症	急性灰白髄炎、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群(SARS)、中東呼吸器症候群(MERS)、鳥インフルエンザ(H5N1、H7N9)
3類感染症	コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、バラチフス
4類感染症	E型肝炎、A型肝炎、黄熱、Q熱、狂犬病、炭疽、鳥インフルエンザ(H5N1、H7N9を除く)、ボツリヌス症、マラリア、野兔病など
5類感染症	インフルエンザ(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く)、ウイルス性肝炎(E型肝炎及びA型肝炎を除く)、クリプトスポリジウム症、後天性免疫不全症候群など
新型インフルエンザ等感染症	新型インフルエンザ、再興インフルエンザ、新型コロナウイルス、再興型コロナウイルス
指定感染症	1～3類感染症及び新型インフルエンザ、新型コロナウイルス等感染症に準じた対応の必要性が生じた感染症。1年間に限定して指定。
新感染症	既知の感染症と病状等が明らかに異なり、その感染力や罹患した場合の病状の重篤性から判断して危険性が極めて高い感染症。個別に応急対応。

**112** 関節リウマチでみられる手指のこわばりは朝に多い。  
34回4改変

関節リウマチの手指のこわばりは、朝に多い。関節リウマチは、原因が不明で、全身の関節が慢性的に炎症を繰り返し、破壊される疾患である。関節の障害が手に強く出ることが多く、変形が加わり日常生活に支障が生じる。

**113** 腰部脊柱管狭窄症<sup>きょうさくしやう</sup>は若年者に多い疾患である。  
34回4

腰部脊柱管狭窄症は、高齢者に多い疾患である。加齢に伴う脊椎の変形により、近くを通っている神経が圧迫され、症状が生じた状態を変形性脊椎症といい、腰の脊椎である腰椎で生じた場合を腰部脊柱管狭窄症という。

**114** 大腿骨近位部骨折<sup>だいたいこつ</sup>は保存治療が優先される。  
34回4

大腿骨近位部骨折は、足の付け根の股関節の骨折であり、寝たきりの原因にもなるため、受傷後早期に手術が行われることが多い。安静臥床で保存治療を行うと痛みがとれるまで長時間を要し、認知症の進行や廃用性萎縮が進む原因となる。

**115** 変形性関節症の中で最も多いのは、変形性膝関節症である。  
34回4

変形性関節症の中で最も多いのは、変形性膝関節症である。男性では約31.9%、女性では20.8%に膝関節症が生じているといわれている。症状は、体重のかかった際の痛み、運動時の痛みなどである。

**116** 大腿骨頸部骨折は、寝たきりを引き起こしやすい。  
28回2改変

寝たきりの原因となるのは、大腿骨頸部骨折が多い。大腿骨頸部骨折は足のつけ根の股関節部の骨折であり、安静臥床で治療を行うと痛みが取れるまで時間を要し、廃用を防ぐため、受傷後手術を行うことが多い。

●難病

**117** パーキンソン病の原因の一つは、小脳の異常である。  
35回5

パーキンソン病の主な原因は、脳内のドーパミン神経細胞の減少による黒質の変性である。小脳の異常に関連する神経疾患の例としては、脊髄小脳変性症<sup>せきずいせうにうへんせいしょう</sup>があげられる。

▶26  
脊髄小脳変性症  
小脳神経変性疾患であり、症状は運動失調が中心で歩行障害から始まる。歩行障害のイメージから、パーキンソン病の原因が小脳にあると勘違いしてしまう可能性があるため注意が必要である。

**118** パーキンソン病は、脳内のドーパミンが減少して発症する。  
35回5改変

設問のとおり。脳の深部には大脳基底核があり、構成要素として黒質や線条体などがある。通常、黒質からドーパミンが線条体に送られ、大脳皮質を経て全身の随意運動を調節しているが、パーキンソン病ではその黒質が変性してしまい、ドーパミン神経細胞が減少してドーパミンが不足する。これによって運動制御が障害され、スムーズな運動ができなくなる。



**119** パーキンソン病の症状では、安静時に震えが起こる。  
35回5

**120** パーキンソン病の症状では、筋固縮がみられる。  
35回5

**121** パーキンソン病の症状では、大腿で歩行する。  
35回5

### ●高齢者に多い疾患

**122** 高齢者にみられるフレイル(虚弱)は、慢性疾患の終末期の状態である。  
28回5

**123** 高齢者にみられる変形性膝関節症は、廃用症候群に属する。  
28回5

**124** 高齢者にみられる皮膚の湿潤は、褥瘡の発症リスクとなる。  
28回5

**125** 踵骨部の褥瘡は、仰臥位で起こる。  
28回2

**126** 廃用症候群では、関節拘縮は起こりにくい。  
30回7

**127** 廃用症候群は、高齢者では起こりにくい。  
30回7

安静時に震え(安静時振戦)が起こるのは、パーキンソン病の四大症状の一つであり、初発症状として特徴的である。(関連キーワード▶27参照)

手足が硬くなる筋固縮(筋強剛)は、パーキンソン病の四大症状の一つである。黒質の変性による大脳基底核における運動制御機構の障害により筋緊張が亢進され、筋の収縮・弛緩の調節がうまくいかなくなる症状である。関節が他動的な動作に対して一様もしくは断続的な抵抗を示す。

よくみられる症状として、すくみ足(歩こうとしても一歩目が出ない)、小刻み歩行(前かがみで床をこすようにチョコチョコ歩く)、加速歩行(歩くうちに徐々に前のめりになり止まれなくなる)などがある。これらは無動や姿勢保持障害に伴い、歩行時にみられるものである。

フレイル(虚弱)<sup>▶28</sup>とは、**健康な状態と要介護状態の中間の状態**を示す(日本老年医学会が提唱)。特に75歳以上の高齢者の多くは、その中間的な状態(フレイル)を経て要介護状態に陥る。

変形性膝関節症<sup>しつ</sup>は、長年の使用や繰り返される負担による加齢に伴う関節軟骨の減少による症状で、**廃用症候群には属さない**。<sup>▶29</sup>

設問のとおり、褥瘡<sup>▶30</sup>は寝たきりなどによって体位変換が不十分となることで持続的な皮膚への圧迫から血流の障害が起こり、組織の壊死が起こった状態である。皮膚のびらんや潰瘍などをきたす。

設問のとおり、踵骨は、かかとの部分の骨である。**褥瘡**で長期間寝たきりの状態していると、踵骨の外側がつねに圧迫された状態となり、血液障害が起こり、褥瘡ができやすくなる。(関連キーワード▶31参照)

長期間の安静により身体を使わないため、**関節拘縮**の可能性は高まる。廃用症候群とは、病気や外傷の治療のため長期間ベッド上で安静にしていた、災害後の避難所等であまり動かない時期が続いていたなど、主に身体機能を使わないことによって筋肉や関節などが萎縮・拘縮することである。

廃用症候群は、生理的老化のある状態に加え、長期間の安静により発生するため、高齢者によくみられる状態である。

▶27  
本態性振戦  
パーキンソン病とよく間違えられる症状としては本態性振戦(老人性振戦)があり、頭部を左右に振る振戦と上肢の前方挙上時の振戦などがある。

▶28  
フレイルの基準  
フリード(Fried, L.P.)らによると①体重減少、②疲労感、③身体活動性の低下、④筋力低下、⑤歩行速度の低下のうち3項目が該当すればフレイルの状態とされている。

▶29  
廃用症候群  
過度の安静や長期臥床などにより、生理的機能が減弱し、その結果生じる一連の症候である。症状の例として、骨格筋や骨の萎縮、関節拘縮、静脈血栓、肺梗塞、認知症化などがある。

▶30  
褥瘡  
体重などによる皮膚への圧迫から血行障害が起こり、結果として皮膚のびらんや潰瘍をきたすことをいう。体位によって好発部位が異なる。予防には、定期的な体位変換や低栄養状態の改善などにより局所の血行障害を起こさないこと、皮膚の保湿と清潔を保つことが重要である。治療には、保存的療法と外科的療法が症状に応じて選択される。

▶31  
仰臥位時の褥瘡の好発部位  
仙骨部、踵骨部、後頭部、肩甲骨部、肋骨角部、脊柱(背骨)、肘部である。

## 障害の概要

### ●平衡機能障害

- 128** 平衡機能障害における起立や歩行の障害は、下肢の筋力低下が原因である。  
27回6

### ●認知症

- 129** レビー小体型認知症は、前頭側頭型認知症とも呼ばれる。  
29回6

- 130** 脳血管性認知症の特徴的な症状として、パーキンソン症状があげられる。  
32回6

- 131** 脳血管性認知症の特徴的な症状として、まだら認知症があげられる。  
32回6

**×** 平衡機能障害は、体のバランスを調整する**脳幹の前庭神経核の障害**であり、平衡機能障害における起立や歩行障害の原因は、下肢筋力の低下によるものではない。

▶32  
ピック病  
脳の前頭葉から側頭葉にかけて大脳萎縮がみられる疾患で、初老期に多い。頭頂葉と側頭葉後部に病変がみられる後方型認知症であるアルツハイマー型認知症に対し、ピック病は前方型認知症とも呼ばれている。

**×** 前頭側頭型認知症(大脳の前頭葉と側頭葉が萎縮する)とは異なる。近年、若年性認知症の原因疾患として着目される**ピック病**が代表的な前頭側頭型認知症である。

**×** パーキンソン症状が特徴的なのは、**脳血管性認知症**ではなく**変性性認知症**のうち、**レビー小体型認知症**である。初期段階では、幻視や妄想などの神経症状とパーキンソン症状、REM睡眠行動障害などが認められる。

▶33  
レビー小体型認知症  
レビー小体という異常なたんぱく質が大脳皮質など中枢神経系に広汎に現れることで起きる認知症である。

**○** 脳血管性認知症に特徴的な症状である。脳血管性認知症は、**脳梗塞**など**脳血管障害**が原因で起こる。梗塞を起こすたびに**認知機能が段階的に悪化**することが多く、特徴的な症状として**まだら認知症**や**感情失禁**(情動失禁)などがみられる。

▶34  
まだら認知症  
認知機能の障害にむらがある状態のこと。例えば、記憶力の障害はみられるものの、日常的な判断力や専門知識は保たれているなどの特徴がある。

## 整理しておこう!

### アルツハイマー型認知症と脳血管性認知症の比較

認知症には、大きく分けて、**アルツハイマー型認知症**と**脳血管性認知症**がある。アルツハイマー型認知症は、脳全体の細胞が徐々に死んでいくため、脳が萎縮していく病気で、いつの間にかもの忘れが始まり徐々に進行していく。予防や根治的な治療の方法は見つかっていない。一方、脳血管性認知症は、脳出血、脳梗塞、動脈硬化などが原因で脳の神経細胞が死ぬために起こる認知症である。

わが国の認知症の原因としては、1990年(平成2年)頃を境に、それ以前では脳血管性認知症が多く、それ以降ではアルツハイマー型認知症が多くなっている。

	アルツハイマー型認知症	脳血管性認知症
年齢	70歳以上に多い	60歳以降
性別	女性に多い	男性に多い
発症経過	徐々に発症、進行性に悪化	急性に発症、階段状に悪化
症状	全般的な認知症 失語、失行、失認	比較的軽度、まだら認知症 情動失禁、片麻痺、知覚障害
病変	脳の萎縮(海馬・側頭葉)	脳血管障害(梗塞巣の多発)
予防	原因不明だが、非社会的、内向的な性格はリスク要因となるので、積極的な社会参加に努める、さまざまなことに興味をもつなど、脳に刺激を与える生活を心がける	生活習慣病の予防が脳血管性認知症の予防にもつながる。高血圧や糖尿病など脳血管障害の基礎疾患の早期発見・早期治療

**132** 脳血管性認知症の特徴的な症状として、幻視があげられる。  
 32回6

**133** 脳血管性認知症の特徴的な症状として、感情失禁があげられる。  
 32回6

**134** 脳血管性認知症の特徴的な症状として、常同行動があげられる。  
 32回6

### ●高次脳機能障害

**135** 遂行機能障害は、高次脳機能障害に含まれる。  
 31回6

**136** 外傷性脳損傷は、高次脳機能障害の原因の一つである。  
 27回5

**137** 外傷性脳損傷による注意力の低下は、高次脳機能障害の症状の一つである。  
 33回5

**138** 失行は、リハビリテーションの対象にならない。  
 27回5

### ●精神障害

**139** 体感幻覚は、双極性障害の躁状態<sup>そく</sup>に特徴的な症状である。  
 34回5

幻視が特徴的なのは、**レビー小体型認知症**である。レビー小体型認知症の特徴的な症状は、初期段階では、幻視や妄想などの神経症状とパーキンソン症状、REM睡眠行動障害などが認められる。

感情失禁は、脳血管性認知症に特徴的な症状である。また、感情失禁は、感情が不安定で、進行に伴い些細な刺激で泣いたり笑ったりするなどの特徴を示す。このことから、感情を抑制する機能部位に梗塞が起こりやすいと考えられている。

常同行動が特徴的なのは、**前頭側頭型認知症**である。原因は不明であるが、大脳の前頭葉・側頭葉に萎縮がみられる。初老期(40～60歳代)に発症することが多く、その代表がピック病である。

厚生労働省の事業として2001年(平成13年)から開始された高次脳機能障害支援モデル事業で示された診断基準では、**遂行機能障害**が含まれている。

**高次脳機能障害**は、脳の器質的な損傷によって発症するものをいい、頭部外傷などの**外傷性脳損傷**は原因の一つである。そのほか、脳梗塞・脳出血などの脳血管疾患、脳炎など脳の炎症性疾患、てんかんなどの発作性疾患などがある。

**高次脳機能障害**は、脳血管疾患のほか、頭部外傷などの外傷性脳損傷によっても引き起こされる。

**高次脳機能障害の症状**の一つに含まれる**失行**<sup>36</sup>は、リハビリテーションの対象である。

体感幻覚<sup>37</sup>は、主に**統合失調症**でみられる症状である。幻覚は感覚様式により、幻視、幻聴、幻嗅、幻触、幻味、体感幻覚などに分類される。統合失調症で主にみられるのは幻聴であるが、体感幻覚や幻視などが出現する場合もある。

▶35  
遂行機能障害  
特徴として、仕事の優先順位がつけられない、仕事のやり方が途中で変わる、行動の計画が立てられない、仕事を効率よく処理できない、仕事なぜ成就できなかったかを認識することができないなどの症状がみられる。

▶36  
失行  
運動障害(運動麻痺、失調、不随意運動など)が存在せず、実行しようとする意志があるにもかかわらず、正しい動作を行えないことをいう。運動失行(肢節運動失行)、観念(意図)失行、構成失行、着衣失行がある。

▶37  
体感幻覚  
現実的でない各臓器の異常、例えば脳が燃えている、血管内で血が騒ぐなどの訴えがみられる。

**140** 34回5 作為体験は、双極性障害の躁状態に特徴的な症状である。

**141** 34回5改変 日内変動は、うつ状態に特徴的な症状である。

**142** 34回5 誇大妄想は、双極性障害の躁状態に特徴的な症状である。

**143** 34回5 思考途絶は、双極性障害の躁状態に特徴的な症状である。

**144** 27回6改変 統合失調症の診断では、妄想や幻覚は、陽性症状である。

**145** 30回6 精神疾患の診断・統計マニュアル(DSM-5)において、「観念奔逸」は「統合失調症」と診断するための5つの症状に含まれている。

**146** 31回7 精神疾患の診断・統計マニュアル(DSM-5)における「神経性やせ症／神経性無食欲症」の診断基準では、「過食を生じるタイプもある」とされている。

## ●発達障害

**147** 35回7改変 注意欠如・多動症(ADHD)の学童期の有病率は、およそ7%とされている。

**148** 35回7 注意欠如・多動症(ADHD)の症状は、青年期及び成人期には改善することが多い。

作為体験は、統合失調症に特有の症状である。作為体験は、他人の意思で自分が動かされている(他人に操られている)感覚の体験であり、「させられ体験」ともいう。

日内変動は、うつ状態に特徴的な症状である。内因性のうつ病性障害、気分病に特異的にみられるが、不安障害やパーソナリティ障害におけるうつ状態にはあまりみられない。そのため、これら両者を判別する際の参考となる。

誇大妄想は、双極性障害の躁状態の特徴的な症状である。気分の高揚や衝動性が増進の状態であり、感情の障害、意欲・行動の障害、思考の障害、身体の障害などがみられる。中でも思考の障害として誇大妄想がみられる。

思考途絶は、主に統合失調症にみられる症状である。思考過程の異常であり、考えている途中で思考が突然停止してしまう状態をいう。

設問のとおり。統合失調症の陽性症状は、①妄想、②幻覚、③まとまりのない会話(頻繁な脱線又は減裂)、④ひどくまとまりのない、又は緊張病性の行動などである。一方、陰性症状は意欲や自発性の低下、ひきこもり、表情や感情の動きの欠如などの症状である。

観念奔逸は、双極Ⅰ型障害の躁病エピソード又は双極Ⅱ型障害の軽躁病エピソードの1つである。

DSM-5診断基準の低位分類には、摂食制限型と過食排阻型の2型が分類されている。過食を生じるタイプは過食・排出型であり、過食と自己誘発性嘔吐や緩下剤などの使用による強制的な排出行動を行う。

設問のとおり。ADHDの学童期の有病率はおよそ7%程度とされている。アメリカでも同様の有病率であり、性別では男児が高い。厚生労働省によると、ADHDの有病率は報告による差異はあるが、学童期の小児の3～7%程度と考えられるとしている。

衝動性の症状は成長とともに自覚がなくなり、青年期の頃までに落ち着いていくことが多い。一方、衝動性は生活環境や個人の性格などに影響され、青年期や成人期の状況はさまざまである。

▶38  
思考過程の異常  
考えに論理的な結びつきがなくなる状態  
で、思考が支離滅裂となる。軽症の場合、会話の文脈にまとまりがなく話の筋が不明瞭な連合弛緩がみられ、重症の場合には、無意味な言葉の羅列(言葉のサラダ)や思考途絶がみられる。

▶39  
統合失調症  
幻覚、妄想、意欲の低下などを症状とする。思春期から青年期に発症し、慢性・進行性の精神障害。

**149** 注意欠如・多動症 (ADHD) の症状は、学校での症状が主であり、家庭では症状が  
35回7 見られないことが多い。

**150** 注意欠如・多動症 (ADHD) の症状は、精神疾患の診断・統計マニュアル (DSM-5)  
35回7 では、4歳以前に症状があることを診断基準としている。

**151** 注意欠如・多動症 (ADHD) の症状の治療としては、薬物療法が第一選択となるこ  
35回7 とが多い。

●その他

**152** 咀嚼や嚥下機能の障害は、身体障害者福祉法による内部障害に含まれない。  
27回5改変

**153** 白血病による免疫機能障害は、身体障害者福祉法の内部障害に含まれる。  
31回6

**154** 難病の患者に対する医療等に関する法律で定められた指定難病患者の全てに、身  
33回5 体障害者手帳が交付される。

**155** 一つの疾患から、複数の身体機能の障害を来すことはない。  
33回5

**156** 糖尿病による視覚障害では、身体障害者手帳を取得できない。  
33回5

ADHD の症状は学校だけでなく、家庭においてもみられる。一般的に、3歳前後から不注意(注意の持続が著しく困難で注意力が散漫であるなど)や多動(落ち着きがなく、じっとしていることがないなど)、衝動性(我慢ができない、規則を衝動的にやぶるなど)の症状がみられる。

DSM-5では、12歳までに症状が現れるとされている。診断にあたっては、不注意、多動、衝動性などの症状に加えて、DSM-5では12歳前に少なくともいくつかの症状がみられる(ICD-10では、7歳未満の早期発症)、6か月以上の持続、複数の場面で観察されるなどが基準とされる。

一般的に ADHD の治療は、心理社会的な治療が優先して検討される。心理社会的な治療には、小集団での社会生活技能訓練 (SST)、本人と親へのカウンセリング、ペアレントトレーニング、学校等における環境調整を含む教育支援などがある。これらの治療や支援だけでは生活改善が十分でない場合、必要に応じて薬物療法を併用していくこともある。

設問のとおり。なお、身体障害者福祉法施行規則の別表第5号「身体障害者障害程度等級表」において、咀嚼・嚥下機能の障害は「言語機能又は聴覚機能の障害」として、3級又は4級の等級が定められている。(関連キーワード▶40参照)

身体障害者福祉法における内部障害には、白血病による免疫機能障害は含まれない。

指定難病患者の全てに、身体障害者手帳が交付されるわけではない。難病患者等のうち、身体障害者福祉法で規定する障害がある場合は、身体障害者手帳が交付され、身体障害者手帳を利用できる。

一つの疾患から複数の身体機能の障害を来すことがある。脳性麻痺を例にとると、程度の差があるが骨格筋の緊張や不随意運動、粗大運動・微細運動の困難性、感覚、知覚、認知、コミュニケーション、行動などの機能障害など数多くの重複障害をもつ。

視覚障害の原因となる疾患について、身体障害者福祉法では規定されていない。糖尿病など疾患の結果としての障害の程度や生活動作の支障などにより身体障害者手帳の対象として認定された場合、身体障害者手帳を取得できる。

▶40  
身体障害者福祉法における内部障害  
①心臓機能障害、②腎臓機能障害、③呼吸器機能障害、④膀胱・直腸機能障害、⑤小腸機能障害、⑥ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害、⑦肝臓機能障害の7つが定められている。

157 デュシェンヌ型筋ジストロフィーでは、呼吸困難が初発症状である。  
 30回5

158 先天性の疾患は、聴覚障害の原因疾患に含まれる。  
 31回6改変

## 精神疾患の診断・統計マニュアル(DSM)の概要

159 精神疾患の診断・統計マニュアル(DSM-5)において、限局性学習症(限局性学習障害)は、神経発達症群/神経発達障害群に分類される。  
 34回6改変

160 精神疾患の診断・統計マニュアル(DSM-5)において、ギャンブル障害は、物質関連障害及び嗜癖性障害群に分類される。  
 34回6

161 精神疾患の診断・統計マニュアル(DSM-5)において、神経性やせ症(神経性無食欲症)は、物質関連障害及び嗜癖性障害群に分類される。  
 34回6

162 精神疾患の診断・統計マニュアル(DSM-5)において、強迫症(強迫性障害)は、物質関連障害及び嗜癖性障害群に分類される。  
 34回6

163 精神疾患の診断・統計マニュアル(DSM-5)において、急性ストレス障害は、物質関連障害及び嗜癖性障害群に分類される。  
 34回6

呼吸困難は末期の症状である。デュシェンヌ型筋ジストロフィーは、X染色体上のジストロフィン遺伝子が原因であり、通常は男性のみに、多くは3歳以内に発症する。筋力の低下は近位筋に強く起こり、下肢帯より始まる。

聴覚障害の原因疾患に先天性の疾患は含まれる。先天性難聴では母語(出生後最初に獲得する言語体系)の獲得・発達の阻害、母語獲得後の後天性難聴では発症以前の日常生活の継続が困難になるなどの特徴がある。

限局性学習症(限局性学習障害)は、DSM-5の診断分類「<sup>▶41</sup>神経発達症群/神経発達障害群」のカテゴリーの下位分類として位置づけられている。限局性学習症は、読み、書き、算数の特異的な障害で、全般的な知的障害は伴わない。

ギャンブル障害は、DSM-5の診断分類「物質関連障害及び嗜癖性障害群」のカテゴリーの下位分類として位置づけられている。ギャンブル障害は、薬物依存などの物質関連障害と対比して、非物質関連障害として嗜癖の概念に取り入れられている。

神経性やせ症(神経性無食欲症)は、DSM-5の診断分類「~~食事行動及び摂食障害群~~」のカテゴリーの下位分類として位置づけられている。神経性やせ症は、心理的要因により食事制限や不適切な食行動(過食と嘔吐)のため著しいやせをきたす病態である。

強迫症(強迫性障害)は、DSM-5の診断分類「~~強迫症及び関連症候群~~」の分類として位置づけられている。強迫症では、ある考えにとらわれてしまう強迫観念と、ある行動や儀式を反復してしまう強迫行為がある。

急性ストレス障害は、DSM-5の診断分類「~~心的外傷及びストレス関連障害群~~」のカテゴリーの下位分類として位置づけられている。生命の危機に陥るような脅威や破局的なストレスにさらされた後に出現する病態である。

▶41  
DSM-5(精神疾患の診断・統計マニュアル第5版)  
アメリカ精神医学会(APA)が策定した「精神疾患の診断・統計マニュアル」の最新改訂版。2013年5月18日公開。

**164** 精神疾患の診断・統計マニュアル(DSM-5)では、多軸診断システムを用いている。  
29回7

**165** DSM-5において、自閉スペクトラム症(ASD)と診断するための症状には「同一性への固執」が含まれる。  
33回6

**166** DSM-5において自閉スペクトラム症(ASD)と診断するための症状には「精神運動抑制」が含まれる。  
33回6

**167** DSM-5において自閉スペクトラム症(ASD)と診断するための症状には「陰性症状」が含まれる。  
33回6

**168** DSM-5において自閉スペクトラム症(ASD)と診断するための症状には「気分の高揚」が含まれる。  
33回6

**169** DSM-5において自閉スペクトラム症(ASD)と診断するための症状には「幻覚」が含まれる。  
33回6

## リハビリテーションの概要

**170** リハビリテーションに関わる専門職に管理栄養士は含まれないとされている。  
34回7

**171** 嚥下障害のリハビリテーションは言語聴覚士が行う。  
34回7改変

**172** 障害者の就労支援はリハビリテーションに含まれないとされている。  
34回7

DSM-5は、多軸診断システムではなく、**多元的診断**を用いている。

DSM-5による診断は、本質的特徴である①社会的コミュニケーション及び相互関係における持続的障害、②限定された反復する行動・興味・活動、の二つを基盤として行われ、②に「**同一性への固執**」があげられている。

精神運動抑制は、主に DSM-5診断基準の**抑うつエピソード**に記載される症状である。

陰性症状は、**統合失調症の診断基準**<sup>42</sup>に記載されている症状の一つである。

気分の高揚は、主に DSM-5の**双極性障害**にある躁病エピソードの診断基準に該当する。

幻覚は、主に**統合失調症**の陽性症状として DSM-5診断基準にあげられている。

▶42  
統合失調症の診断基準  
①妄想、②幻覚、③まとまりのない会話、④ひどくまとまりのない又は緊張病性の行動、⑤陰性症状のうち二つ以上(そのうち一つは①～③)が1か月間程度ほとんどいつも存在するとされている。

専門職には、管理栄養士も含まれる。管理栄養士は、**生活習慣病**などの患者に対する個別的な食事指導や**嚥下困難**の患者に対する食事の工夫などを行う。(関連キーワード▶43参照)

嚥下障害のリハビリテーションは、主に言語聴覚士(ST)が行う。STは、言語や聴覚の障害がある人の訓練を行う。また、嚥下困難な患者には看護師と協力して**嚥下機能の改善**を図り、咽頭腫瘍の術後に発声機能が喪失した場合などに食道発声訓練なども行う。

障害者の就労支援は、職業的リハビリテーションである。**職業リハビリテーション**や**障害者職業センター**などが重要な役割を担っている。「職業評価」「職業指導」「職業訓練」「職業講習」「職業斡旋」「保護雇用」「追指導」など就労支援のためのサービスを提供する。

▶43  
リハビリテーションに携わる専門職  
通常、医師、看護師、理学療法士、言語聴覚士、医療ソーシャルワーカー、臨床心理士・公認心理師、管理栄養士、義肢装具士などで構成される。

**173** フレイルはリハビリテーションの対象に含まれる。  
34回7

**174** 先天性の障害はリハビリテーションの対象に含まれないとされている。  
34回7

**175** 内部障害は、リハビリテーションの対象とはならない。  
32回7

**176** 包括的リハビリテーションには、薬物療法が含まれる。  
27回7

**177** 廃用症候群は、急性期リハビリテーションで離床を早期から行うことで起こりやすい。  
30回7

**178** がんは、リハビリテーションの対象となる。  
32回7改変

**179** 脳卒中のリハビリテーションは、急性期、回復期、生活期(維持期)に分けられる。  
32回7

フレイルはリハビリテーションの対象に含まれる。日本老年医学会は、**高齢となり筋力や活力が衰えた段階**を「フレイル」と名づけ、予防の重要性を提言した。介護予防のためにもリハビリテーションが重要となる。

先天性の障害はリハビリテーションの対象に含まれる。リハビリテーションは、**病気や外傷による身体の機能障害及び環境面の制約を有する人**に対して、身体、精神、社会、趣味、教育の諸側面の潜在能力を十分に発展させるような指導、訓練、環境設定を行い、機能回復や社会復帰を図ることである。

**リハビリテーションの対象**となる疾病・障害には、**内部障害**が含まれる。内部障害者に共通する状況として、安静・臥床により容易に廃用を生じ、廃用によりさらに内臓の機能低下を起こしやすいという特徴がある。そのため、運動療法、薬物療法、患者教育、カウンセリングなどを組み合わせた「包括的リハビリテーション」を多職種が連携して行う。

設問のとおり。**包括的リハビリテーション**は、医学的な評価や適切な運動処方と運動療法、薬物療法、食事療法、患者教育、カウンセリングなどをセットにした包括的なプログラムに基づいて行われる。

廃用症候群は、疾患や外傷の治療のためベッド上で過度に安静にすることで生じる。そのため、**急性期リハビリテーション**として早期から離床を促すことは、廃用症候群の予防に有効である。

設問のとおり。リハビリテーションの対象を疾患の面からみると、整形外科疾患、脳卒中、神経疾患、心臓疾患、呼吸器疾患、視覚障害、聴覚障害、精神障害、認知症、**腫瘍(がん)**など多岐にわたり、近年では、糖尿病、肥満、脂質異常症、高血圧、腎不全なども対象となっている。

脳卒中のリハビリテーションは、**急性期、回復期、生活期(維持期)**に分けられ、さまざまな手法によって運動機能や日常生活動作の改善、合併症予防、環境調整が図られる。急性期は脳卒中発病直後から離床まで、回復期は離床後から退院まで、生活期は退院後の日常生活の時期である。

▶44  
急性期リハビリテーション  
急性期においては、特に廃用症候群の予防が重要となる。手足を正しい位置に固定する「良肢位保持」、上・下肢の関節を動かし関節拘縮の予防や関節可動域の維持・増大を図る「関節可動域訓練」、褥瘡予防のための「体位変換」などを行う。さらに、ベッドをギャッチアップさせ上半身を起こした姿勢を保持する「座位耐性訓練」、起立した姿勢を維持するための「立位耐性訓練」、その他、「歩行訓練」なども開始する。



180 リハビリテーションは、機能回復訓練に限定される。  
 32回7

181 リハビリテーションに関しては、学校教育では行われない。  
 33回7

182 リハビリテーションに関しては、急性期治療を終えてから開始される。  
 33回7

183 リハビリテーションには、補装具の処方による代償的・適応的アプローチが含まれる。  
 33回7改変

184 リハビリテーションは、介護保険制度によるサービスとしては提供されない。  
 33回7

185 リハビリテーションには、将来的な筋力低下が予想される場合の予防的アプローチが含まれる。  
 33回7

リハビリテーションでは、身体をもとどおりにするための機能回復訓練のみにとどまらず、身体の健全な部分の能力や適切な補助具などを用いて実用面での能力を向上させたり、住宅の改装や手すりの設置など生活環境の改善、さまざまな人的支援サービスを利用などして、対象者の人間らしく生きる権利を回復していく過程も含んでいる。

学校教育の領域においても行われる。リハビリテーションの4つの側面(医学的・教育的・職業的・社会的)における教育的リハビリテーションは、主に障害児の教育に関するもので教育を受ける機会均等の立場を尊重するものである。

急性期治療の終了を待たずに開始される。急性期リハビリテーションは集中治療室に入院中の発症早期から開始されるもので、安静によって引き起こされる二次的合併症(廃用症候群)の予防に重点がおかれている。

リハビリテーションには、身体をもとどおりにするための機能回復訓練のみにとどまらず、補装具などによる代償的・適応的アプローチも含まれる。

介護保険制度によるサービスとしても提供されている。高齢障害者では介護保険制度を利用して、各種サービスの利用が可能である。

長期間による安静や臥床による「廃用」と呼ばれる筋力低下に対して予防的アプローチが含まれる。