

脳卒中と いわれた方の ために



はじめに

脳卒中と診断された患者さんにご家族の方へ

この冊子は三重県と三重県の各地域の脳卒中治療・リハビリ・介護にたずさわる人たちの協力によって作製されたものです。

もしあなたが、あるいはあなたのご家族が脳卒中といわれた時に読んで頂きたいと思います。

軽症のかたは、急性期の治療後、元の生活に復帰出来る事が多いのですが、中等症から重症のかたは、急性期の治療後に、転院して、ある程度の期間リハビリを受ける事が必要になります。その後はいろいろな状況を考えて、自宅に戻られたり施設へ入所されたりします。

今、ご家族共々病気の事や、これからの事に大きな不安を感じられていると思います。この冊子が脳卒中、および病後の流れについて、理解して頂く助けになればと思います。

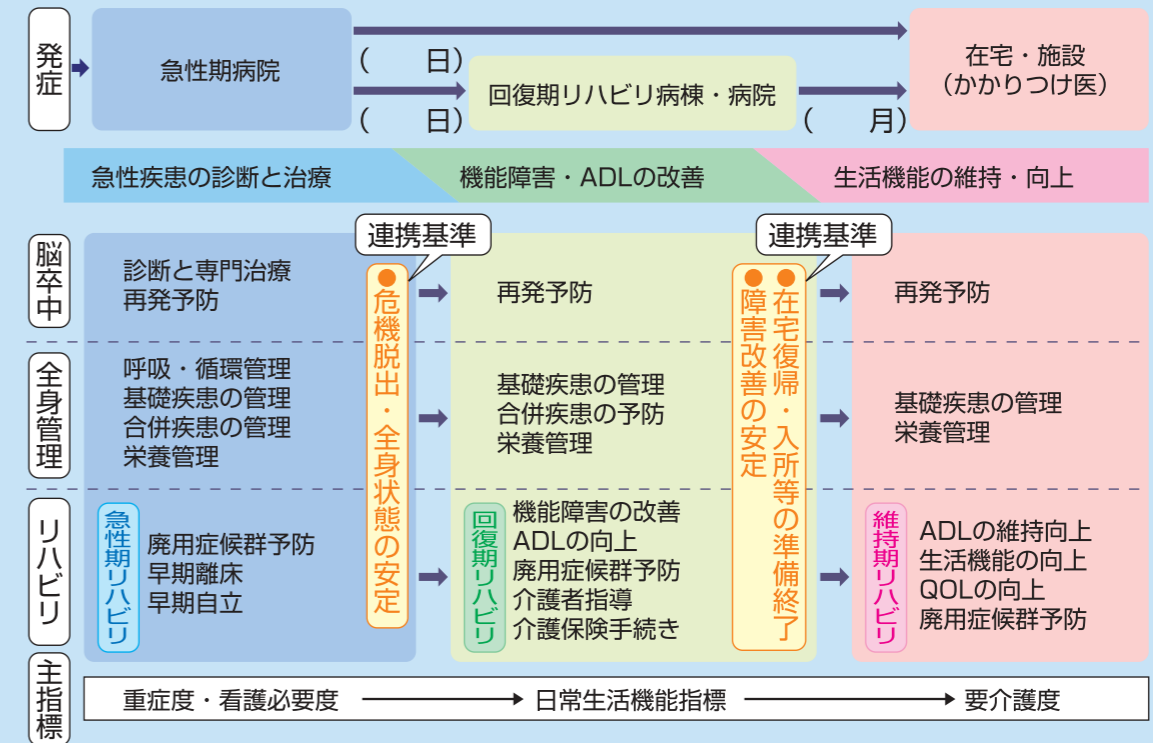
INDEX

- 脳卒中地域連携診療計画 …………… 2
- 脳卒中とは ……………3.4
- 脳卒中の急性期治療 ……………5.6
- 急性期治療から回復期リハビリへ …7.8
- 回復期リハビリから維持期へ ……9.10
- リハビリとは ……………11.12
- 地域ケア～介護保険とは～ ……13.14

脳卒中地域連携診療計画

全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会

| | | |
|---|---------|-----|
| 説明者(主治医)署名 | 患者・家族署名 | 説明日 |
| <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 | | 症状: |

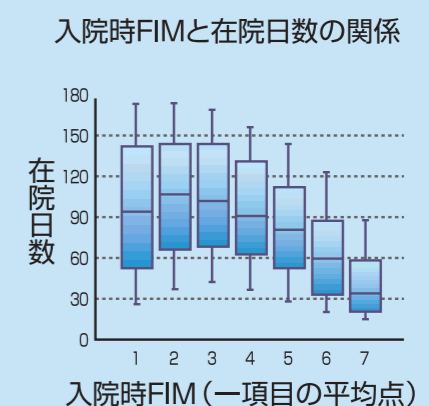
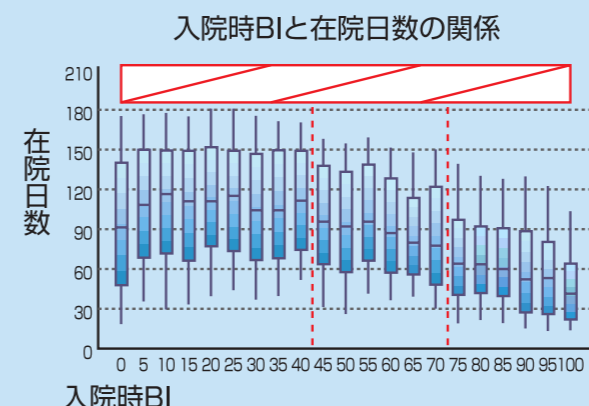


この図は脳卒中治療の流れを示したものです。脳卒中自体に関して、全身管理の面、リハビリの面などでまとめてあります。あくまで典型的な流れですので、患者さんそれぞれの病状に合わせて考える必要があります。

下の図は、回復期リハビリ病棟に入院した時点で日常生活動作(ADL)の出来具合と回復期リハビリ病棟に入院していた期間との関係を示した図です。リハビリがどのくらいの期間を要するのかの参考にしてください。

いずれも出典は全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会です。

FIM、BIIは日常生活動作の指標で、自立の度合いが低いほど数字が小さくなります。



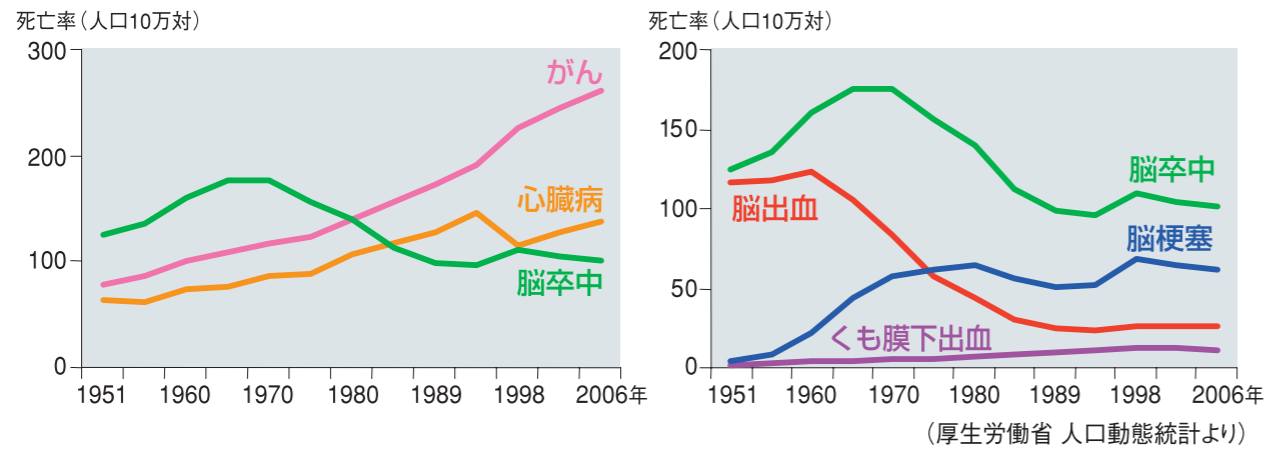
※各ボックスとバーは上より90,75,50(中央値),25,10パーセンタイルを示す。

※FIMの一項目あたりの四捨五入平均(総FIM/7) 1~7で分類 G1(18~26),G2(27~44),G3(45~62),G4(63~80), G5(81~98),G6(99~116),G7

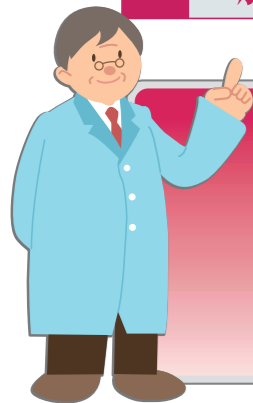
脳卒中とは

脳

卒中の患者数は現在約150万人で、毎年約25万人が新たに発症しているとされています。そして日本における死因のうち、がん、心臓病に次いで第3位を占めています(図下)。脳卒中は寝たきりになる原因のなかでも最も多く、さらに糖尿病、高脂血症といった生活習慣病の増加や高齢化社会になるに従い、今後も増加していくことが予想されます。2020年には脳卒中の患者は300万人を超すとされています。



脳卒中には大きくふたつのタイプがあります



血管が詰まる
「脳梗塞」

血管が破れる「脳出血」
と
「くも膜下出血」

どちらも急に発症し、損傷を受けた脳の場所や範囲によって、手足の麻痺、言葉が出ない、理解できない、物が二重に見える、など症状が異なります。

近年では、生活習慣の変化や血圧の管理に伴い脳出血が減り、脳梗塞が増加しています(図右)。

脳梗塞

脳の血管が詰まってその先に血液が流れなくなると、細胞が死んでしまいます。次の3つのタイプがあります。

ラクナ梗塞

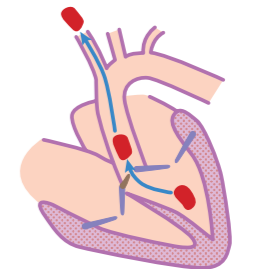
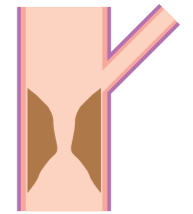
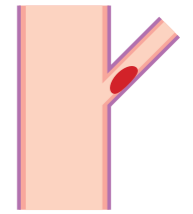
日本人に最も多いタイプで、脳の中の細い血管が詰まっておこるものです。高血圧や動脈硬化が主な原因です。

アテローム血栓性梗塞

太い血管に動脈硬化(アテローム硬化)が生じ、血管が詰まるものです。高血圧、糖尿病、高脂血症などの生活習慣病が主な原因です。

心原性脳梗塞

心臓にできた血の塊(血栓^{けっせん})が脳の血管まで流れていき、脳の血管が詰まります。不整脈の一つである心房細動が最も多い原因です。

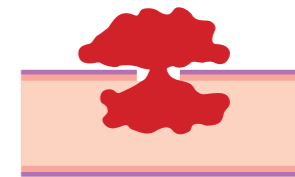


脳出血

脳の血管が破れて出血するもので、血が溜まる場所によって2つに分かれます。

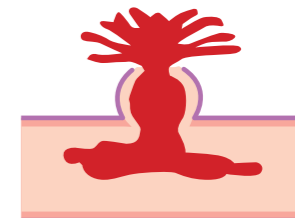
脳出血

脳の血管が破れ、脳の中に出血するものです。高血圧が原因であることが最も多く、その他に老化のために血管がもろくなっていたり、血管の奇形があることもあります。



くも膜下出血

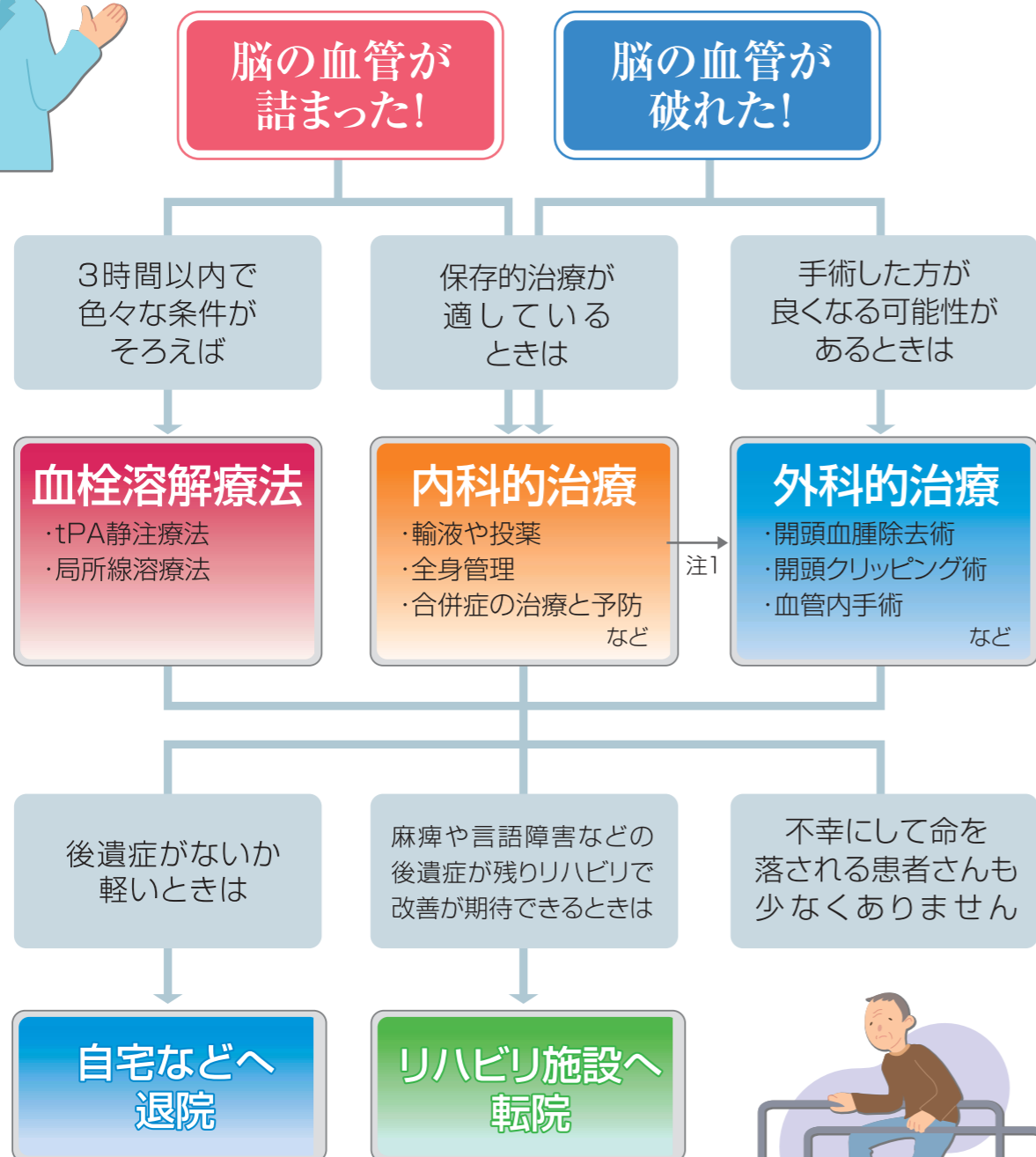
脳の動脈が枝分かれするところにできた瘤(動脈瘤^{こぶ どうみゃくりゅう})が破れて出血します。くも膜下出血を起こす人は、生まれつき動脈瘤を持っていることが多いとされています。



脳の細胞はいったん死ぬと回復しません。そのため、脳の損傷をできる限り少なくすることを目標に、脳卒中のタイプに応じた治療法が選択されます。

脳卒中の急性期治療

脳卒中をおこした時にどんな治療をいつすれば良いのか患者さんひとりひとりで異なります。



注1 精密検査を行った結果外科的治療を追加するときもあります



血管が詰まる「脳梗塞」の急性期治療

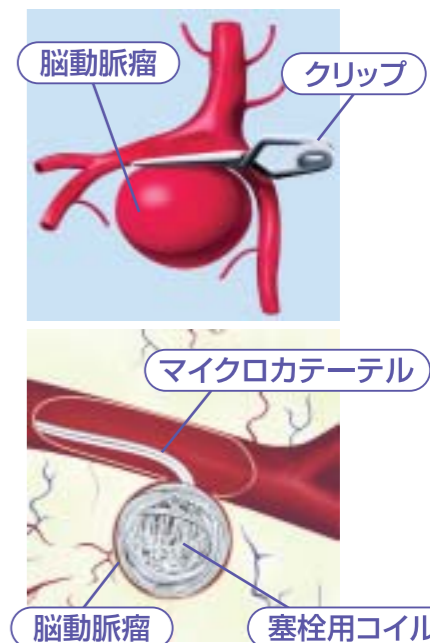
脳の血管が詰まっても、「脳梗塞」が完成する前(3時間以内)に血の塊を溶かす**血栓溶解療法**によって助けられる患者さんがみえます。**tPA**という薬を注射したり、細い管を頭の血管まで入れて血の塊を溶かす方法などがあります。ただし時間を過ぎたり患者さんの条件によって出血するなどの危険があり、この治療法によって助けられる患者さんは限られています。この治療ができない場合や効果がなかった場合は、脳梗塞による症状を最小限にとどめる点滴などの内科的治療を行います。

血管が破れる「脳出血」と「くも膜下出血」の急性期治療

高血圧などで「脳出血」を起こした場合、手術しないと救命できない場合や手術した方が症状をよくできるときに**開頭血腫除去術**という手術をします。逆に体に負担のかかる手術をすることで、かえって患者さんの状態を悪くしたり出血の場所によって症状が悪化する場合があります。そのような患者さんには血圧の管理などを中心に**内科的治療**を選択します。

血管にできたコブ(脳動脈瘤)が破れておこる「くも膜下出血」は、病院に運ばれたときの状態が悪く治療ができないこともあります。状態が良ければ直ぐに精密検査をして**開頭クリッピング術**で「脳動脈瘤」が再び破れないように処置します。

また最近では**血管内手術**という新しい治療が開発され従来の手術が困難なときでも治療できるようになってきました。



急性期病院とリハビリ施設の連携が重要なのは!

現代医療で多くの病気を治すことができるようになってきましたが、損傷を受けた脳を元に戻すことは今でもできません。後遺症が残ったときは、少しでも早くリハビリを始めることが大切なのです。





医療連携

脳卒中の治療はどこで行われるのでしょうか。救急医療を行う病院から、リハビリを主体とした病棟（**回復期リハビリ病棟**など）に転院して治療を続けることが多くなりました。**医療連携**と呼ばれています。

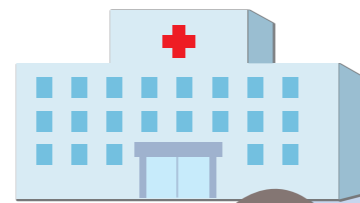
脳卒中の治療は、時期により重点をおくところが変わってきます。

脳卒中になってすぐ、すなわち急性期には命を救うこと、脳のダメージを少なくすることなどがまず優先されます。このような治療をきちんと行う**急性期病院**には、医師・看護師を多めに配置し、診断・治療機器を整える必要があります。

症状が落ち着いてきてリハビリが中心となる時期には訓練室や療法士、生活に適した病棟などが整っていたほうがよいでしょう。リハビリ病棟ではリハビリの水準を高めています。

一つの病院でこの両方の機能を満たすことはなかなか難しいわけです。

そこで、転院、医療連携のしくみが発達してきました。時期にあった病院で治療してもらい、高い効果を得ようということです。



転院のタイミング

それではいつ頃急性期の病院からリハビリ主体の病棟に転院するのがよいのでしょうか。

もちろん、病気の状態によって違ってきます。回復期の病棟が混んでいて待たなければならない場合もありますから、**急性期の治療の区切りが付いてから転院の依頼をするよりも、早めに申し込んでおく**と良いでしょう。

医療連携を行っていくかの方向性は主治医や看護師にお訊ねください。

相談

転院先をどこにするか、手続きのしかた、その後の相談、金銭面の相談などは、**医療相談室、ケースワーク、地域連携室**などで相談できることが多いです。

病院により部署の呼び名は違ってきます。また、医師や看護師を含め、どの職種が連携にどう関わるかは病院ごとの特色がありますから尋ねてみてください。





回復期リハビリ病棟

「急性期治療から回復期リハビリへ」の項で出てきましたリハビリを中心とした病棟の典型が**回復期リハビリ病棟**です。歩行や更衣など**日常生活動作(ADL)の向上**、麻痺などの**機能障害の改善**、**家庭復帰**などを目的としています。その達成のために、医師、看護師、リハビリ専門職 **理学療法士(PT)・作業療法士(OT)・言語聴覚士(ST)**などがチームを作ってリハビリプログラムを共有し、訓練室でも病棟でも集中的にリハビリを実施します。

主に、脳血管障害や骨折など機能訓練を必要とする人が対象となり、入院期間は、病気により異なりますが、上限が90日～180日とされています。その間、目標(ゴール)を示し、意欲を持って訓練していただくよう、その人に合わせたリハビリ計画のもとで、見直しや評価を行いながらリハビリを実施します。

維持期の準備

リハビリ入院が終わることと、リハビリが終了することはまったく別のことです。リハビリのやり方を理解し、障害を持つなりの日常動作法を覚えるためには入院して連日訓練することが必要です。その後には、得られた機能や筋力が低下することなく、家庭生活や社会生活が維持されるためのリハビリを含んだ生活が待っています。入院リハビリを終えたときにスムーズに次の生活に移行するためには、**早めに(例えば退院前1ヶ月くらいには)準備**を始めるとよいでしょう。

健康管理や自立生活の支援、介護の負担を軽くするため、在宅や施設で様々なサービスが用意されています。在宅では**通所リハビリ(デイケア)**、介護の必要度に応じて、**訪問リハビリ**、**訪問看護**、**訪問介護(ホームヘルパー)**が利用されることがあります。住宅改修などの環境整備や福祉機器の導入、指導も行われます。その多くは、介護保険のサービスとして整備されています。



介護保険の申請

在宅や、介護老人保健施設など地域の施設でサービスを利用する際、適応される保険は**介護保険**です。介護認定の申請手続きには時間がかかりますから、病院スタッフや地域の**福祉関係者(ソーシャルワーカーやケアマネジャー)**とよく相談して早期に申請するようにしてください。

改めてリハビリとは

リハビリの目的は障害のために「できなくなったこと」が「できるようになること」です。その手段として「機能障害そのものの改善をはかる」、「別な方法でできるようになる」、「福祉機器や環境を工夫してできるようになる」などがあります。

訓練の目標は障害の程度により異なります。発症後3週間程度経っても寝たきりの重度の場合には介護量の軽減が、座ることができる中等度の障害では移動、更衣、トイレなど身の回り動作の自立が主な目標となります。軽度な障害の場合には身の回り動作に加え、家事動作の獲得や復職、麻痺の改善が目標となります。



急性期のリハビリ

脳卒中で入院されてからは、できるだけ早期からリハビリを開始するようになってきています。その理由としては、重症から軽症まで、リスク管理をしながら、重症度に応じた対応ができるようになってきたことがあげられます。また、病棟看護と協力して早期離床をすすめることにつながり、

廃用症候群である関節拘縮や深部静脈血栓症の予防に効果があります。発症早期でも病状が安定すれば、長下肢装具を作成し、重度の麻痺の患者さんでも介助歩行訓練を開始し、回復期リハビリ病棟での歩行訓練に円滑につなげることが可能となります。また、軽症例では直接自宅へ退院される方も多く、その場合には、自宅退院に向けた起居動作や日常生活動作の訓練を行ったり、環境整備や介助法の指導を退院前リハビリ指導として行ないます。



回復期のリハビリ

全身状態が安定し積極的にリハビリを行うのがこの時期です。理学療法(PT)では歩行訓練を中心に行います。麻痺側の下肢で十分支えられない場合には装具を使用します。作業療法(OT)では身の回り動作、高次脳機能障害、上肢機能などの訓練を行います。言語聴覚療法(ST)では言語障害や嚥下障害に対する訓練を行います。機能の改善には長い期間を要します。そのため退院後も自分で続けられるように自主訓練方法も学習します。家族にも障害の理解、動作介助の方法、環境設定などを学んでいただきます。



維持期のリハビリ

回復期を退院したらリハビリは終わり、これ以上改善はしないというのは誤りです。一方、機能の改善だけにとらわれて日常生活を後回しにするのも好ましくありません。維持期には生活しながら訓練を自分で続けることが大切になります。デイケアなどで他の人たちと励ましあい、また専門のスタッフから訓練のアドバイスを貰って自主訓練することも良いでしょう。自分で訓練をすることが困難な場合には訪問リハビリなどのサービスもあります。焦らずに訓練を続けること、適度な運動や活動を通じて体力を維持することがポイントとなります。



地域ケア～介護保険とは～

脳

卒中の症状が落ち着いてくると、早期のリハビリ開始が必要になります。入院中は訓練室などで理学療法士（PT）や、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）等より、状態に応じた適切なリハビリができます。

では、病状が安定し在宅に帰ってからはどうでしょうか。十分な医療・介護を受けられる安心感がなければ、住み慣れた自宅や地域で暮らすことはできません。住み慣れた自宅や地域において最後まで暮らし続けるには「介護サービス」を中心に、生活支援・見守り・支えあい・住まいといった「生活基盤」、そして療養を支える「在宅医療」、さらには、これらの地域のサービスや社会資源をつなぐことが必要になります。三重県では、地域における在宅患者を支援するための基盤を“地域ケア”と称して、その基盤強化に向けた取組を進めています。

具体的に、在宅でどのような支援が受けられるかですが、**病院に通院して行う通院リハビリや、在宅でのリハビリ**（訪問リハビリ・通所リハビリ）があります。在宅でのリハビリには介護保険が適用されます。介護保険は脳卒中をはじめとする脳血管疾患の場合、40歳以上の方が利用できます。介護保険を利用するには、まず**市町に申請し、要介護認定を受ける**ことが必要ですので、病状が安定したら、できるだけ早い時期に申請をしておくとい良いでしょう。

近所で買い物など何でもそろう人や、公共交通機関も無い地域の人など、住環境も一人ひとり違います。だれもがバリアフリー住宅に住んでいるわけではありません。介護保険には、利用者一人一人に「**介護支援専門員（ケアマネジャー）**」が付き、利用者の方一人一人に合わせた生活支援や、リハビリなどの計画を、主治医、利用者・家族の方、各介護サービス担当者と一緒に考えます。介護支援専門員への相談費用はかかりません。



リハビリだけでなく、リハビリに病院へ通うための「**通院乗降介助**」、家族の留守の間に施設で介護サービスを受ける**ショートステイ**や**住宅改修**、**福祉用具のレンタル**なども介護保険の対象となっています。

介護保険については、詳しくは、病院のスタッフや地域の福祉関係者（ソーシャルワーカーやケアマネジャー）に相談してください。

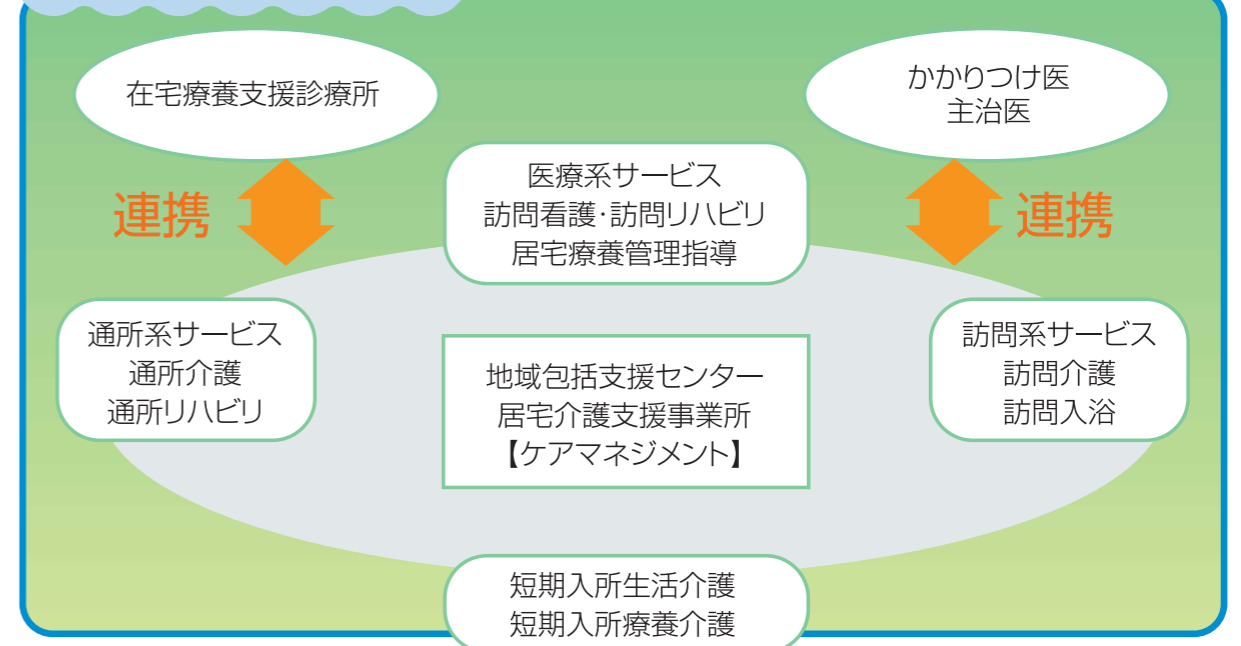
三重県が進めている“地域ケア”のイメージ図

後方支援



連携

在宅療養支援体制



在宅

（自宅に限らず、ケアハウス、有料老人ホームなど多様な居住の場）

生活支援

見守り・支え合い