

# 脳卒中の道しるべ



『脳卒中の道しるべ』を手に取られた方へ

「脳卒中」という言葉をしばしば耳にされると思いますが、実際になると不意におこるため、「戸惑いで一杯になり、どうしたらいいか途方にくれてしまいます。広島県では脳卒中の方が6万人を超えており、年間6、900人程度が発病しているとされています。

脳卒中になったご本人やご家族の方にとって、この本を手に取ることにより、入院生活から住み慣れた家での生活に戻れるようになるまで、様々な情報が得られやすいよう心掛け作成しました。

脳卒中になり、五里霧中でさ迷える状態の中で、言わば「脳卒中の道しるべ」として役立ててもらおうことを願っております。

制作者代表 県立広島病院副院長

脳神経外科 木矢克造



# 目次



## 脳卒中とはどんなもの

1	脳卒中とは	P 1
2	脳卒中の症状	P 1
3	一過性脳虚血発作〔TIA〕	P 1
4	脳梗塞	P 2
5	脳出血	P 3
6	クモ膜下出血	P 3



## 脳卒中になったら

1	脳卒中だと思ったら	P 4
2	入院してからの治療は	P 4
3	食事はどうなる	P 5
4	食事に際しての工夫	P 6
5	入院生活はどう展開される	P 6
6	回復の見通し	P 8
7	経済的負担は	P 8
8	体験者からのアドバイス	P 10



## リハビリテーションを学びましょう

1	後遺症には何がある	P 14
2	リハビリはなぜ必要	P 15
3	理学療法	P 18
4	作業療法	P 20
5	言語聴覚療法	P 22
6	摂食・嚥下訓練	P 24



## 在宅生活に向けて

1	家で介護はできるでしょうか	P 26
2	在宅リハビリのコツ	P 26
3	公的制度について	P 29
4	介護サービスについて	P 30
5	環境整備のコツ	P 33
6	病院への受診について	P 37
7	仲間作り	P 38



## 脳卒中を防ぐには

1	食生活のポイント	P 39
2	予防のための治療法	P 41
3	体験者からのアドバイス	P 42



## 豆知識

■	口腔ケア	P 7
■	脳卒中チーム医療	P 9
■	排尿障害	P 13
■	脳卒中地域連携パス	P 15
■	「生活期」という言葉について	P 17
■	運動障害の回復過程	P 19
■	高次脳機能障害のリハビリテーション	P 21
■	補装具について	P 25
■	床ずれ予防	P 37



# 脳卒中とはどんなもの

## 1 脳卒中とは

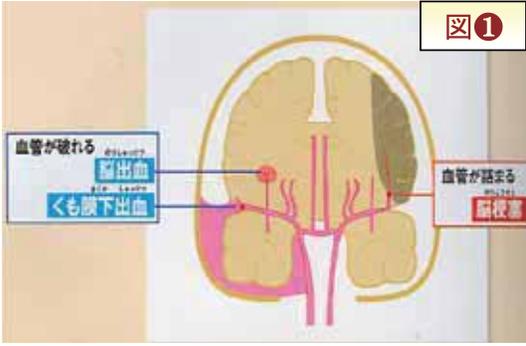
脳卒中は、急性期脳血管障害の総称で、脳の血管が詰まったり、破れることで脳に障害が生じる疾患であり、次の3種類に分類されます。【図①】

■一過性脳虚血発作〔TIA〕(脳血管が詰まりかける)、脳梗塞(脳血管の閉塞)

■脳出血(脳の細い血管が破れる)

■クモ膜下出血(脳の太い血管にでき

た瘤が破  
裂する)



## 2 脳卒中の症状

脳卒中の症状は、脳の障害部位によって様々ですが、半身麻痺やしびれ、言語障害、意識障害、激しい頭痛などが前兆なく突然出現することが特徴です。

**脳卒中の症状**

- ・ 半身麻痺、しびれ
- ・ 言語障害
- ・ 意識障害
- ・ 激しい頭痛
- ・ ふらつき、めまい
- ・ その他・・・

はっきりした脳障害を示す症状から判別が困難な症状まである。  
→より早い受診が必要！！

このようなはっきりした症状の他に、ふらつき、めまい、一時的症状など判別困難なものまでありますが朝方に発症しやすい傾向にあります。【図②】

脳卒中が生じると脳の機能障害が残りやすく、その後の日常生活が困難になるため、迅速な対応が必要となります。

## 3 一過性脳虚血発作〔TIA〕

【図③】のような症状が数分から数時間出現する場合は、いったん詰まった血管が短期間で再開通する一過性脳虚血発作〔TIA〕の可能性ががあります。

TIAを放置すると脳梗塞を発症する危険性が高いため、症状がなくなつたからといって安心するのではなく、すぐに専門病院を受診してください。

**図3**

突然、次の症状が起こり、すぐに消えたらTIAかもしれません

- 片腕の力が「だらんと」ぬけた
- 目の半分が「すーっ」と見えなくなった
- 舌がもつれた、ろれつが回らない
- 歩きづらく、片側に倒れそうになった
- 顔がゆがんで、口元がしびれた

#### 4 脳梗塞

脳梗塞は、脳卒中中の60%以上を占めており、次の3種類に分類されます。

**【図4】** ■心原性脳梗塞（心臓にできた血の固

**図4**

- 心原性脳梗塞  
心臓にできた血栓（血の固まり）が流れてきて、太い血管が詰まっておこる脳梗塞
- アテローム血栓性脳梗塞  
太い血管が動脈硬化をおこして細くなったり、詰まったりしておこる脳梗塞
- ラクナ梗塞  
細い血管が詰まっておこる脳梗塞

まりが流れて、脳の血管を閉塞）

■ラクナ梗塞（脳の細い血管に動脈硬化が起こり、血管を閉塞）

■アテローム血栓性脳梗塞（脳の太い血管の内側にドロドロのコレステロールの固まりができ、そこに血小板という血液内の成分が集まって動脈を閉塞）

#### ① 心原性脳梗塞

心原性脳梗塞は、心房細動という不整脈（脈拍がとんだり、不規則な状態）が原因で発症することが多く、高齢化に伴い増加しています。大きな血管が閉塞しやすいので、重症になることもしばしばあります。

#### ② ラクナ梗塞

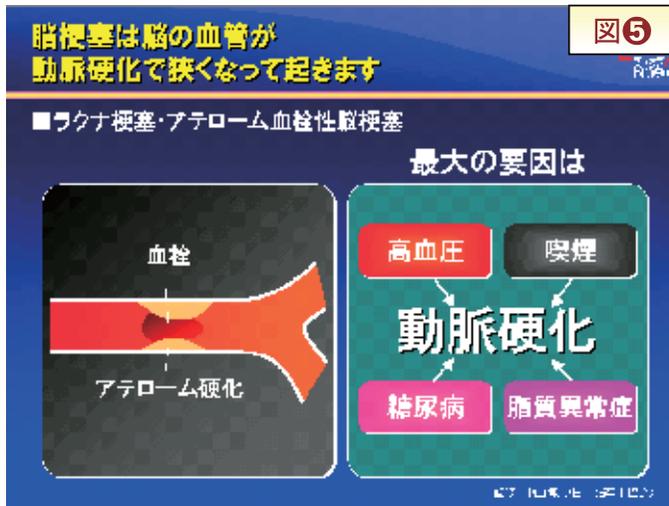
ラクナ梗塞は、脳梗塞の中では比較的症状が軽症ですが、高血圧の関与が高いので血圧の注意が必要です。

#### ② アテローム血栓性脳梗塞

アテローム血栓性脳梗塞は、脂質異常（コレステロールや中性脂肪が高い）・高血圧・糖尿病などの生活習慣病が関与しており、近年増えつつあります。

比較的軽症なものから重症なもの

までありますが、当初軽症であったものが階段状に進行し、重症化することもあります。【図5】



## 5 脳出血

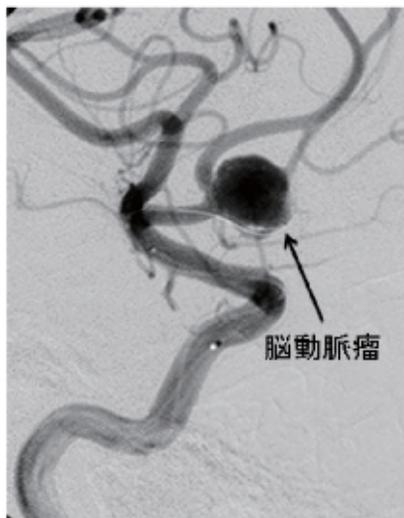
脳出血は、かつては日本人に多かった疾患ですが、現在は脳卒中中の20〜30%となっています。日中の活動時に急に頭痛や半身麻痺、意識障害などが生じます。減塩や高血圧の管理により減少はしていますが、依然として血圧管理はとても重要です。

脳卒中の中でも重症になることが多い疾患です。またラクナ梗塞を合併することもしばしばです。

## 6 クモ膜下出血

クモ膜下出血は、脳の底面にある大きな動脈に動脈瘤という血管の膨らみができ、これが破れて出血ことで発症します。脳卒中中の10%強を占めており、突発的な激しい頭痛、嘔吐を生じて意識がなくなり、急死することもあります。

脳卒中の中では最も死亡の危険が高い疾患です。発症には未破裂脳動脈瘤があることが前提ですが、喫煙・大量飲酒・高血圧などが破裂に関係するため、これらを避けることは大切です。





## 脳卒中になったら

### 1 脳卒中だと思ったら

脳卒中だと思ったら、119番に連絡してください。救急隊は脳卒中専門の病院に直ちに搬送します。そのうち治るだろうと思つて時間が経つてしまつと、できる治療もできなくなつてしまいます。よく分らない場合は、かかりつけ医または救急病院の医師に相談し、指示を仰ぐのも良いです。



### 2 入院してからの治療は

搬送されると直ちに頭部CTまたはMRIによる検査を行い、**脳梗塞**、**脳出血**、**クモ膜下出血**の判断をします。これらの病気により治療方法が異なり

ますが、いずれも治療後は早期からリハビリ練習を開始します。

#### ① 脳梗塞

脳梗塞と診断がついたら、まず発症から3時間以内かどうかを確認します。3時間以内の場合、tPAという血栓を溶かす薬の投与が可能となります。検査時間を考えると、発症から1〜2時間以内の入院が必要です。この治療で症状が改善すると、その後のリハビリ練習も軽減するため、早い段階での治療が大切です。

発症から8時間以内の場合、脳血管内治療（閉塞した血管の部位にカテーテルという管をもつていき、血管を拡げる治療）が可能となってきました。治療後は、数日間の点滴と内服を行います。

#### ② 脳出血

脳出血と診断されたら、出血が少量であれば内科的治療となります。出血が多く意識障害がある場合は、外科的手術が行なわれます。

#### ③ クモ膜下出血

クモ膜下出血と診断されたら、CTA（造影剤を使用して脳血管を写す撮影）などで脳動脈瘤の有無を確認しま



す。いったん破裂してしまおうと再破裂を生じやすく、致命的となりやすいので早期に再破裂防止の治療が必要となります。

現在この治療には、手術をして開頭によりクリップで動脈瘤を閉塞させるクリッピング術と、股のつけ根にある大腿動脈から細い管（カテーテル）を挿入し、血管の中から脳動脈瘤内にコイルを挿入して閉塞させるコイル塞栓術があります。個々の状況によって適切な方法を選択します。

1〜2週後には脳血管れん縮といって脳梗塞のように血管が細くなり手足の麻痺や言語障害などが出ることもあります。3〜4週後には水頭症（脳室という脳の中の空間には髄液が満たされており、これが貯留して脳室が拡大）が生じ、手術を要することもあります。

### 3 食事はどうなる

脳卒中になると、嚥下障害（えんげしようがい）がみられ、以前のように食べられなくなることがあります。むせて食べにくい方は、食べる練習をする必要があり、これが無理な場合は、経管栄養や点滴による栄養を行います。

#### ① 経口摂取

嚥下障害がある場合、食べるとむせてしまい、さらに咳反射が極端に弱くなると誤嚥（誤って食べ物が気管に入ること）していてもむせがなくなり、いつの間にか誤嚥性肺炎（誤嚥による肺炎）を生じてしまいます。そのため、摂食・嚥下訓練というものが大切です。栄養士は、食品の選び方や調理の仕方など、食べることができるよう支援していきます。

#### ② 経管栄養

経管栄養は、口から食べたり飲んだりできない場合、胃や腸に管を入れて栄養を補給する方法です。

まず、チューブを鼻から胃に通す方法を行います。一方、意識障害や嚥下障害が1ヶ月以上長引くような場合は胃に直接穴をあけ、チューブを通す胃ろうという方法もあります。静脈栄養に比べて、胃や腸を使うのでより自然な栄養の取り方であり、安全性も高い方法です。

#### ③ 静脈栄養

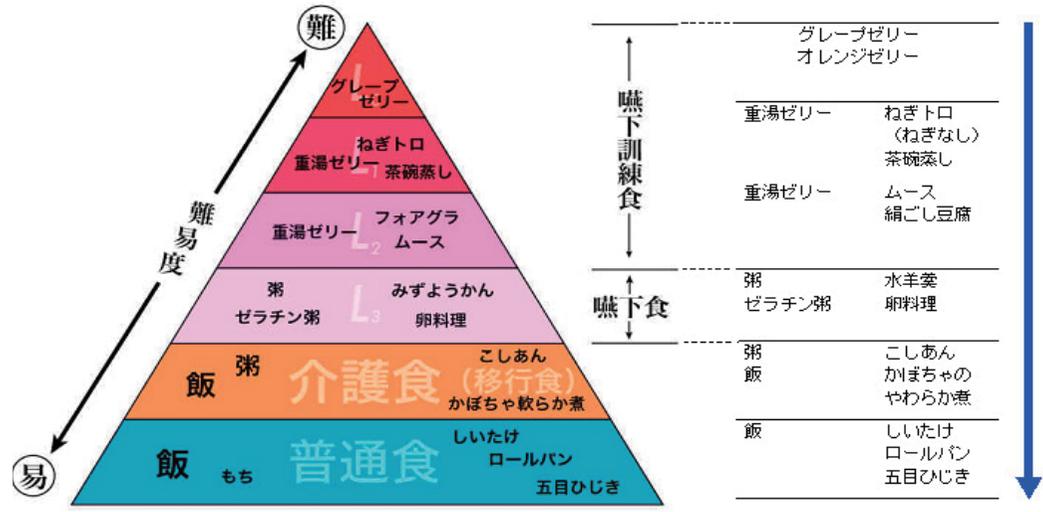
静脈栄養は、点滴の管を静脈の中に入れ、栄養や水分の補給を行う方法です。高カロリーの点滴を行うためには、首や鎖骨近くの太い静脈を用いた中心静脈栄養という方法を行います。長期

になると感染の合併症が問題となります。消化管に問題がなければ、できるだけ早期に経口摂取や経管栄養ができるようにします。

#### 4 食事に際しての工夫

嚥下障害がある人は、水やお茶などの液体は誤嚥しやすいため、増粘剤などを加えてトロミをつけるなどの工夫を行い、さらにゼリー状の食品や粥（かゆ）などから開始します。そして、徐々に普通食に近づけていきます【嚥下食ピラミッド参照】。

開始時期の食品として、口の中で適度に柔らかく、べたつかず、まとまりやすく、適度に水分を含む食品が好ましく、パン・もち・生麩などは避けたほうがよいです。



嚥下食ピラミッド (金谷栄養研究所HPより引用)  
※進め方については、管理栄養士にご相談下さい。

また、上体は30〜60度程度に起こし、あごを引いた姿勢で食事を行うと楽になります。手の運動障害のため食事の動作が難しい場合は、すくいやすい皿や握りやすいスプーンなどの食器（自助具）も有効です。



なお、誤嚥性肺炎を防ぐため、口中を清潔に保つことも忘れられないようにしましょう。

#### 5 入院生活はどう展開される

手術や点滴などの治療で症状が安定すれば、早期からリハビリ練習が開始されます。嚥下障害があり、食事が

取れない時は**口腔ケア**と**摂食・嚥下訓練**を行い、徐々に食べられるようにしていきます。排尿管害に対しては、排尿用のチューブの挿入を行うこともありますが、徐々にトイレに行けよう練習をしていきましょう。なるべく自分で出来る範囲を広げ、ベッド上の生活から離床できるよう目指します。

軽症の方は自宅へ退院が可能です。後遺症が残り本格的なリハビリ練習が必要な場合は、回復期リハビリ病院内に転院することになり、そこで数ヶ月間のリハビリ練習を行います。その後、多くの人は家に帰ることができません。一方、重症で寝たきりの方は、療養型病院への転院や施設に入所となります。

今後の生活の相談については、地域連携科などのソーシャルワーカーに相談してください。

### 『口腔ケア』

口腔ケアは、口の中の細菌数をできるだけ減らし、口を刺激することで低下した嚥下（飲み込み）や咳の反射を改善、脳への活性化、口や喉の乾燥防止に役立ちます。特に高齢者や脳卒中による嚥下障害があると、口腔内の細菌が気管から肺に入り込み、誤嚥性肺炎になりやすいため、口腔内の清潔性を保つことは重要です。

#### ●食前と食後の口腔ケア

嚥下障害のある人が食事をする場合は、食後のみならず食前にも口腔ケアを行う必要があります。これらは、嚥下機能の低下した人が在宅で安全に食事をする際にも欠かせない大切なケアとなります。具体的な事は、歯科医や看護師にご相談ください。



## 豆知識

#### ●義歯（入れ歯）について

義歯は、顎の位置を安定させて自分の唾液を正しく嚥下するのを助ける働きがあります。さらに、義歯を入れると刺激により唾液分泌が促進されて口の乾燥を防いだり、噛み合わせが脳に良い刺激を与えますので、意識状態が悪く食事をしていない方でもなるべく早めに義歯を入れるようにしましょう。ただし、小さく外れやすい義歯の場合は、義歯自体を誤って飲み込んでしまう危険がありますので、注意が必要です。

義歯が合わない場合は、歯科で安定が良くなるように調整してもらいましょう。

なお、訪問歯科診療を行っている歯科医院についての情報は、広島県歯科医師会のホームページをご覧ください。

□ <http://www.hpda.or.jp/>

## 豆知識

## 6 回復の見通し

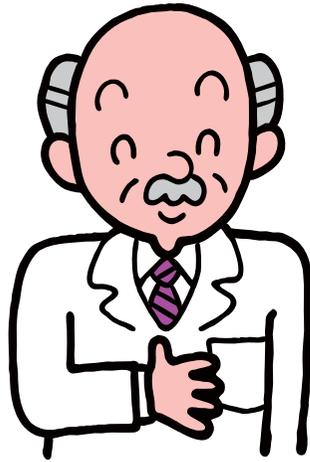
脳卒中になり障害が残ると、どこまで回復するのか誰でも不安になります。障害が軽度の方は自立可能ですが、重度の方は支援が必要となります。しかし個人差もみられ、一概には言えないところもあります。

半身麻痺は、6ヶ月以上経つと回復が難しくなりますが、最近の神経リハビリの技術でさらに回復することが期待されています。

言語障害の回復にはさらに時間を要しますが、高次脳機能障害があると自立への妨げになります。また、以前の病気や合併症、年齢なども影響してきます。脳卒中を再発した場合は、自立度は低くなります。

リハビリ練習の仕方を理解しながら、あせらず根気よくやってください。主治医や看護師、リハビリスタッフに

も相談してみてください。



## 7 経済的負担は

脳卒中は急に生じてしまうため、経済的な準備もできないまま入院となります。そのため、診療費も気になるところです。そうした場合に、高額療養制度を活用していただくと同月内での支払い金額を一定額に抑えることができます。

### ◎ 高額療養費制度の手続き

ご自身が加入している医療保険（協

会けんぽ・国保・共済組合・健康保険組合など）に『限度額適用認定証』の発行申請を行い、発行された認定証を病院窓口へ提出してもらうことでお支払い金額を一定額（次表参照）に抑えることができます。

### ■ 70歳 未満

区分	一定額
上位所得世帯 (月収53万円以上)	150,000円
一般世帯	80,100円
住民税非課税世帯	35,400円

### ■ 70歳 以上

区分		一定額
3割負担の方		80,100円
1割負担の方	一般	44,400円
	住民税非課税世帯Ⅱ	24,600円
	住民税非課税世帯Ⅰ	15,000円

※ 一般世帯で診療費が267,000円を超えた場合は、超過分の1%が一定額から追加負担となります。（上位所得世帯の場合は、500,000万円）



高額療養費の申請を行うことで病院窓口でのお支払い金額を一定額に抑えることができますが、70歳以上の方については、申請を行わなくても自動的にお支払い金額が一定額までとなります。ただし、住民税非課税世帯の適用を受ける場合については、申請を行う必要がありますのでご注意ください。

なお、保険適用外の食事代や個室を希望された場合の室料差額、診断書などの文書料については一定額から追

加負担となります。

退院後に高額療養費制度の手続きをされた場合は、病院窓口でお支払いされた診療費の一定額を超えた部分<sup>①</sup>が保険者より後日支給（還付）されます。しかし、脳卒中で入院された場合、一般的に診療費が高額となる場合が多い<sup>②</sup>ため、できる限り退院までに手続きされることをお勧めします。

その他にも、同一世帯に生まれていらっしゃる方の診療費を合算して診療費を一定額に抑えることができる場合もあります。

高額療養費については、遠慮せず早めにご相談ください。

### 『脳卒中チーム医療』

急性期病院では、主治医、看護師、歯科医、リハビリ医、リハビリスタッフ、栄養士、薬剤師、ソーシャルワーカーなどが一緒になり、脳卒中中の急性期治療から早期リハビリなど回復に向かうための援助を行っています。これら医療者が、グループで脳卒中の方を支援することを「チーム医療」と呼んでいます。

脳卒中を集中的に診る病室をストローク（ケア）ユニットと定めている病院もあります。さらに、摂食・嚥下チームや栄養サポートチーム、褥瘡予防チームなども活躍しています。麻痺した下肢に対する深部静脈血栓への予防評価、入院中の転倒予防評価なども行い、合併症予防や安全面からも取り組んでいます。



## 8 体験者からのアドバイス

### ① 体験者の立場から

#### ● 脳卒中（クモ膜下出血）の発症

39歳の初秋突然に発症。今までに経験したことがない激しい嘔吐、生汗が現れました。すぐ傍にいた妻に救急車の要請をお願いしました。

#### ● 入院手術く急性期リハビリ

救急車到着後の記憶はほとんどありませんでした。気がついたら救命センターのベッドの上で、妻からクモ膜下出血だったことを知らされました。その時は半身麻痺のことを含め説明がほとんど理解できず、その深刻ささえ

分りませんでした。すぐにでも職場に出勤しなければと、そのことばかり考えていました。一般病棟に移動してすぐにリハビリを開始。何故今さら歩行練習なのかと、情けない気持ちで一杯でした。最も屈辱的かつ衝撃的だった

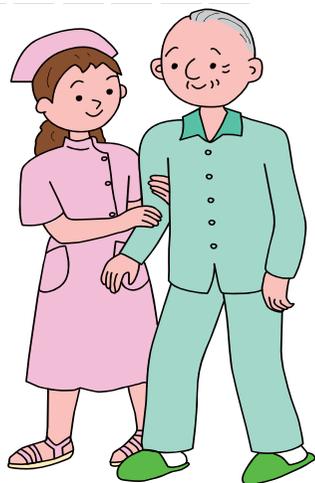
のは、パンツの履き方の練習を行ったことで、人格まで否定されたようで涙が溢れました。激痛のため遅々として進まない上肢リハビリはさておき、自立歩行の回復だけはと練習を惜しみませんでした。歩行練習を重ねる一方、家庭復帰に向けて、妻に住宅改造の準備を進めてもらいました。思うほど回復しない状況に焦りや不安もありまし

た。社会から取り残されるのではという、恐怖感、絶望感に対しては、職場の上司の「俺は待っている。皆も待っているから。」の一言が何よりもの励ましとなった記憶があります。

#### ● 回復期リハビリ病院への転院

転院時は、回復が遅々として進まないこともあり、不安はピークに達していました。しかし、療法師の励ましの言葉が折れそうな心の支えとなりました。社会復帰後の状況を考慮し、ネックタイの結び方など、作業療法士による指導がその後自信を持って日常生活を送れる礎となりました。「リハビリによる努力は嘘をつかない！」が実感でした。また、体験者同士で話すうち、自分の症状がどこまで回復するのか聞きたい気持ちは誰も皆一緒だということに気付きました。





### ● 退院そして社会復帰

上肢機能は全く回復することではなく、歩行もふらつきを伴う不安定な状況での復帰でした。長年やり慣れた仕事でも、取り残される不安がありました。電話対応でメモ書きはできない、厚めのファイルへの書き取りができないなど足手まといとなる出来事が噴出し、あまりのシヨックに辞職の2文字がちらつく日々でした。そんな折、運よく広島市の選手代表として全国障害者スポーツ大会へと参加する機会がありました。全国大会には、足を失った方、視力を失った方など、多くの障害者が

参加しており、そこには落ち込んだ人は誰一人としていなかったのに驚きました。今まで見たことのないひたむきな笑顔には本当に心を打たれました。このイベント参加以降、残された機能を思う存分生かして、精一杯努力して生きていこうと考えるようになりました。

現在は、地域社会で当たり前に行き、そこできらようになること、また体験者同士にしか理解できないやさやかな智慧と勇気の共有も大切であると思います。

### ② 介護者の立場から

「脳梗塞」この言葉と付き合い始めて5年が来ようとしています。当時58歳で左半身麻痺・左半側無視・注意障害の後遺症を持ち、在宅リハビリに励んでいる夫と共に歩んできました。



### ● 発症早期の入院生活について

夫はいつもどおり剣道の朝稽古に行き、そこでききなり意識を失って、気がつけば救急救命室のベッドの上、一週間は命の定まらない状態でした。私は予期しない衝撃のため、「自分がしっかりしなければ」、「夫は一体どうなってしまったのだろう」と心は千々に乱れておりました。

急性期治療がすむと、「転院はどこかの病院にしますか」と医師に聞かれ「えっ」と驚きました。患者の家族は目の前のことで精一杯だからです。このような場合、病院には「相談員」が

いるのでこれを活用すると良いです。

### ● 病院でのリハビリ期間

この時期は、患者本人、家族共に病気が残していった後遺障害を否が応でも認識させられる時期です。「リハビリをすれば、夫は元通りになる」と私は思っていました。ところが主治医から私に「日常生活ができるようになることが目標」と言われショック。当時、夫は「とても孤独」であったそうで、いくら疲れていても毎日顔を出しました。また夫も「すぐにでも復職できる」と思っていました。私自身心の整理ができず、ずいぶん迷いました。「できるところまで機能回復に努め、仕事より体を大切にし、生活の質を上げよう」と考えるようになり、気持ちも楽になりました。大変な期間でしたが、練習が在宅になるために欠くこと

のでできないことには間違いありません。

介護保険認定申請を行い、通知は1ヶ月程度で届きました。自宅近くの居宅介護支援事業所を選ぶとケアマネージャーが派遣され、リハビリの内容や福祉用具のレンタルなどの相談に乗ってくれました。

### ● 在宅生活について

退院は夫にとって大きな希望であり、車椅子の状態で退院しました。退院後もリハビリをしてもっと回復を望んでいましたが、介護保険で利用できたのは週3回で1回1時間の訪問リハビリのみでした。こうなれば自力更生しかない。雨の日も雪の日も嫌がる夫と毎日歩行練習をしました。新聞で知ったピアチアーズの会にも参加し、皆さんから元気をもらっています。

最初は車椅子で参加、今は杖歩行で参加しています。「座して待っていては何も動かない、自分が動けば何かが変わってくる」これは実感です。



### ● 在宅で学んだこと

リハビリだけではなかなか気持ちが続きません。小さな楽しみを設定すると希望が出てきます。私たちの場合

は、小さな旅を「楽しみ」としています。自分の足で宇治の平等院まで歩き、美味しい物を食べることは夫にとって自信に繋がりました。退院した直後は、お風呂の介助をしながら「今日も元気で良かったね」と二人で言っていました。「おいしいコーヒーとお菓子だったね」と口に出して言うのが本当にそう思えるから不思議です。今を楽しむことを大切にしつつ、今からできること、やりたいことを思い巡らしていきます。



### 『排尿障害』

脳卒中になると、排尿障害は3〜5割の方にみられます。排尿障害は尿が出なくなる尿閉と、逆に尿意を感じたらすぐ出てしまう尿失禁があります。最初は尿閉でも次第に尿は出るようになりますが、入院当初はカテーテルという管による排尿管理となる場合もあります。半身麻痺があると自由にトイレに行けず、言語障害があると尿意をうまく伝えられません。排泄に人の手を借りることは誰でも恥ずかしいものですが、遠慮せずに看護師に申し出てください。排尿障害は一般に時間と共に徐々に改善してきます。

自宅での生活では、寝る前に過剰な水分は取らないよう心掛けましょう。介護の方は、排尿日誌などで排尿間隔を把握しておく、トイレのタイミングがつかめるようになります。

また、外出時ではトイレの位置を確認し、尿意をもよおす前に早めにトイレに行くようにすると良いです。トイレが間に合わない時は尿吸収パッドを使用する方法もあります。家では集尿器、ポータブルトイレなどの利用も可能です。

最近では排尿障害に対する薬も進歩してきましたので、医師や薬剤師と相談しながら対応してください。





## リハビリテーションを学びましょう



### 1 後遺症には何がある

#### ① 神経障害の後遺症

脳の表面には身体機能（例えば、手足の運動や感覚）の中樞が一定の所にあり、そこから神経回路が脳の中を通り手足につながっています。脳卒中になり、この神経回路が障害されると神経症状が出ます。逆に機能をもたない部位は障害されても無症状のまま（隠れ脳梗塞など）です。

よくみられる障害は半身麻痺（右または左手足の麻痺）や言語障害で、これに関係した神経が死んでしまうと後

遺症として残ります。その他、感覚障害、バランスのとれない失調、視野障害などもあります。また、空間失認（左側の食事は見えていても無視して手をつけない）、着衣失行（シャツを逆さまに着ようとするとする）、記憶力低下などの高次脳機能障害が出ることもあります。

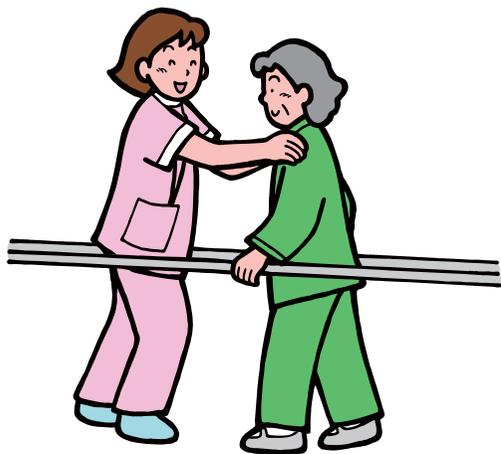
脳は部位によって機能が異なっているため、後遺症といっても人により異なります。最近ですが、その回復過程におき、障害された機能を補おうと傷ついた脳の周囲が活発に働き、神経回路を修復しようとする事実が分ってきました。

#### ② 脳卒中に伴った合併症

半身麻痺に伴い麻痺側の肩関節痛や肩手症候群（手足のむくみ）が出る

ことがあります。嚥下障害から誤嚥性肺炎、また排尿障害もしばしば合併します。まれですが、麻痺で動かない下肢に静脈血栓（静脈内に血の塊ができる）ができ、やがて血栓がはがれて血管を通じて肺まで達し、肺塞栓（肺に詰まる）となるエコノミークラス症候群は重篤な合併症です。また、今まであった病気が悪化することもあります。病院は床が硬いので、転倒して頭部打撲や骨折など生じないように注意する必要があります。

在宅生活に復帰した後、徐々に血管性認知症が進んだり、じっとしていると廃用性症候群（動かないことによる全身機能低下で筋力低下、関節の動く範囲の低下、ふらつきを増強、褥創、起立性低血圧、便秘、うつ傾向）が生じやすくなります。



## 2 リハビリはなぜ必要

### ① リハビリの役割と考え方

リハビリの役割は、脳卒中によって生じた半身麻痺や言語障害などを回復する手助けと、不自由さがあってもその人らしい生活ができる手助けがあります。どちらの手助けも同時に進めていくのがリハビリの特徴です。手足の動きが良くならなければ、歩けない、食事ができない、好きなことができないと考えてしまいがちですが、できるだけ早い時期に歩き、食事をし、

好きなことをする支援を行います。また、改善が困難な状況であっても、不自由さがひどくならないようにするのもしハビリの役割です。

### ② なるべく早く始めるリハビリ

脳卒中は入院当初に症状が悪化することが時にみられますが、症状が安定すれば、早期からリハビリ練習を開始できます。

リハビリ練習を行わずにいつまでもベッド上で安静にしていると、心臓や肺の働きが弱り、不自由でない手足の筋力が落ち、下肢を動かさないでいることでエコノミークラス症候群が生じてしまいます。そのため、命に関わる事態にもなりえます。

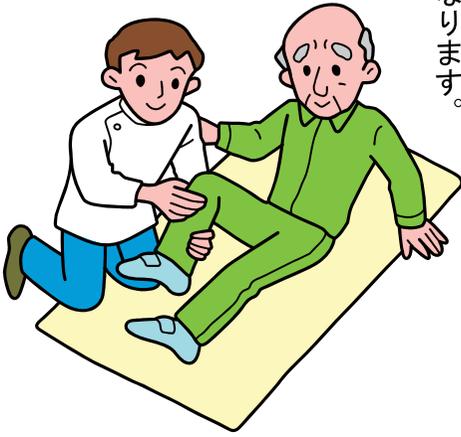
③ 急性期リハビリと脳卒中後の回復  
なるべく早くリハビリを始めること

### 『脳卒中地域連携パス』

現在の脳卒中医療は、急性期、回復期、生活期（維持期）に分けられており、各時期にあった集中的な医療を行うことになっています。急性期は脳卒中治療の専門病院、回復期はリハビリに特化した専門病院、生活期は在宅にて日常生活の維持・向上を目指しています。各時期の情報を医療者間で共有するためにできたのが、脳卒中地域連携パスというものです。同時に、脳卒中になった方に対して、今後の経過を説明したパスというのもあります。これで大まかな見通しを知ることができます。

脳卒中を地域ぐるみの病院でみていくとするのですが、単一病院でこれらの機能を備えているところもあります。まだ連携は十分とはいえず、生活期を含んだ医療ネットワークを整備中です。

により、脳卒中によって傷んだ脳の神経回路が回復しようとする力が高まると言われています。リハビリ専門職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）が関わって、半身麻痺や言語障害・高次脳機能障害に対するリハビリ練習を行います。たとえ手足が動かなくても、介助して動かすことがよい刺激となります。



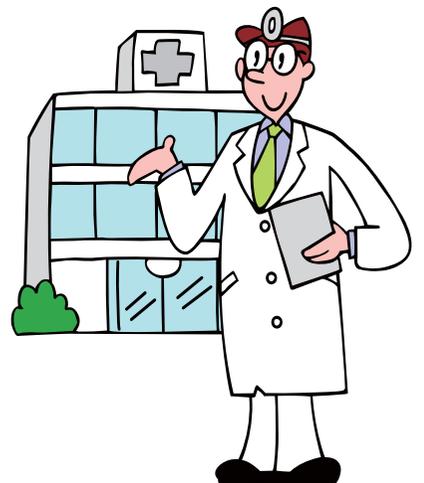
④ 急性期リハビリに続く流れ  
脳卒中の治療が終了し、本格的なリ

ハビリ練習を行う時期となればリハビリ病院へ転院となります。

今の医療の仕組みでは、急性期病院で脳卒中の治療を集中的に行った後、回復期リハビリ病院に転院し、リハビリ専門職のもとでリハビリに専念します。軽症の方は自宅に退院できるようにになります。一方、重症で寝たきりの方は療養環境の整った病院や施設に転院となります。

⑤ 回復期リハビリ（入院してリハビリを継続する場合）

回復期リハビリは、体の不自由さが回復するだけでなく、日常生活の動作がなるべく自立することに重点を置いたリハビリです。多くのリハビリ専門職が関わって、一般の病院よりも多くリハビリを行うことができます。一方、回復期リハビリの途中で体の状態

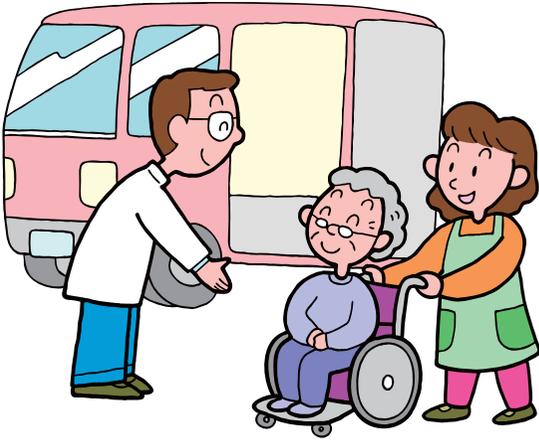


が悪くなると、急性期病院に再入院することもあります。回復期リハビリ病院では数ヶ月間のリハビリ練習となりますが、同時に自宅に帰るための準備（介護保険の申請、自宅の改修、福祉用具の手配など）を行います。

⑥ 生活期リハビリ（自宅または施設でリハビリを行う場合）

自宅に退院してからは生活期（維持期）リハビリとなります。病院のリハビリで上手くできた動作も、自宅で動かすことが少なくなると動かしにくくなります。退院後は慣れた世界も新

しい環境になりますので、回復した機能を落とさないようにしていきましょう。さらなるリハビリを希望される場合は、介護保険での訪問や通いのリハビリを利用するか、病院の外来リハビリに通院となります。介護が必要な状態で自宅生活ができない場合は、療養型の病院または介護保険の施設を利用することも可能です。



### 『生活期』という言葉について』

脳卒中になってからの経過を期間で分けると、「急性期・回復期・生活期」となります。「生活期」という言葉は、最近使われ始めたもので、今までは「維持期」といわれていました。

「維持期」という言葉には、「獲得した、あるいは残っている運動機能や生活能力を出来るだけ保つ」という、医療的な見方が含まれます。

一方、「生活期」という言葉には、「できるだけ自分の力で生活を送る、麻痺など障害が残っていても、趣味など大切にしながら生活する」という生活重視の見方となります。

医療的な見方はもちろん大切ですが、脳卒中になってから長い生活となるため、病気を治す以外に、生活の目標や生きがいを持つことも大切です。

## 豆知識

「生活期」という言葉はまだ十分に普及しているとは言えませんが、今後広まっていくものと思われます。



## 豆知識

### ⑦ リハビリはがんばるもの？

体が急に不自由になると、なんでこうなったのか、これからどうなるのかと不安になり、気持ちが悪く感じ込んでしまうのは無理なことです。気持ちを切り替えて、前向きにがんばることは簡単ではありません。体の不自由さや心の持ち方は、人によってその時々によって異なります。脳卒中になってからの程度まで回復するかは千差万別で、先を予測しにくいと言われています。リハビリ専門職は、その人の今に合ったリハビリの手段を考え、少しでもよくなるよう手伝います。リハビリでよくなるというのは、体の不自由さがよくなることではなく、その人らしく生活できるようになることでもあるのです。

リハビリをがんばって続けても、思うようによくなることもありません。

しょう。がんばれないままに体の不自由さだけが残る場合もあります。たとえ不自由さがあっても、その人らしく生きられるよう、リハビリは色々な手段を用いて手助けをします。

### 3 理学療法

理学療法とは、半身麻痺など身体に障害のある方に対して、起きる・座る・立つ・歩くなどの運動機能の回復を目的とし、理学療法士が各種手技を用いて援助します。

#### ① 手足を動かしましょう

入院時の重篤な状態を脱したら、まずはベッド上で、手足を動かすところから始めます。麻痺した手が動かしにくければ、良い方の手で持って動かします。本人が動かさなければ、他の人が動かしてあげましょう。注意するこ

とは無理に動かさないことです。力が入りにくく、筋緊張の低い時は優しく動かしましょう。特に肩関節は痛みが出やすいので注意してください。



アキレス腱を伸ばす



両手を組んで挙上



母指の拘縮予防



股関節膝関節を曲げる



手指の拘縮予防

## ② 起きて座り、さらに乗り移りましよう

寝返りをしたり、起きあがって座ることは重要です。座位練習はベッドを起こして座るだけでなく、ベッドの横に腰かける端座位や車椅子に座ったりします。座ることで重力に抗する筋活動が活発になります。また、精神的な刺激付けになり意識レベルの向上につながります。座るのが上手になり、車椅子に乗れるようになるとトイレに行ってみましょう。売店にも庭の散歩にも行ってみましょう。素晴らしい離床です。

## ③ 立ちあがり、歩きましょう

出来るだけ早くから、起立歩行練習を行います。起立歩行は早期から行うことで、下肢や体幹の筋力が強くなり、骨が弱くなるのを防ぎ、体のバランス



がより良くなります。下肢の力が弱くて、歩くのが難しい場合は、装具を付けたたり、杖などを使用したりします。早期に歩く能力が回復するとより早く社会復帰につながります。

ただし、むやみに歩いて良いものではありません。転んでは大変です。能

### 『運動障害の回復過程』

脳卒中では、片側の手足が麻痺する半身麻痺が代表ですが、回復過程には一定の方向性があります。

最初は弛緩状態という力の抜けた状態、次いで筋肉の緊張が出現し、上肢、下肢の屈伸に際して連動した動きが生じ、やがて個々の動きが分離できる方向となります。手指でいえば、全体的に曲げる(屈曲)運動、次いで広げる(伸展)運動へ、さらに各々の指が別々に分離して動かせる方向へと回復してきます。

この回復程度は人により異なりますが、自分の状態がどのあたりなのか確認しながら、リハビリに根気よく取り組みましょう。

力に合わせて動くことが重要なため、理学療法士に相談してください。

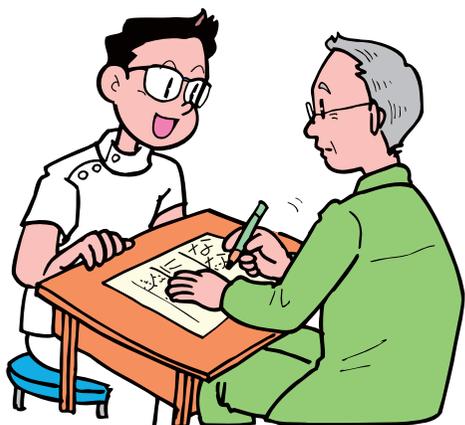
歩けるようになると階段昇降や屋外歩行練習も必要ですし、床から立ち上がり座ったり、乗り物に乗る、お風呂に入るなども大切です。各人の日常生活に密着した様々な運動を多職種で関わることが重要です。

思うようにリハビリが進まないこともあると思いますが、焦らずに地道に取り組むことが大切です。

#### 4 作業療法

作業療法の作業とは、人が生きて行う目的活動のすべての行為を指し、具体的には、日常生活活動（食事など）、楽しみ活動（趣味など）、仕事活動に分けられます。その作業の目標（自分で食べる、復職など）の達成にむけ、また障害の軽減を図る手段として、さ

らに望ましい人生の一場面が整えられるよう、作業療法士が支援します。以前は障害の軽減に重点がおかれていましたが、最近は様々な作業が達成できることに力点がおかれています。



##### ① 作業療法の実際

練習プログラムは作業療法士が一方的に決めるのではなく、ご本人と話しあって決めます。

作業療法の過程においては自助具（自力で作業できるよう工夫された道具）を使ったり、手すりの設置のアドバイスなど環境面の相談に応じることもあります。また、他職種と共同で練習を考えます。理学療法で歩けるようになったら、作業療法で歩いてお風呂に行くよう計画したり、手が動くようになったら着替えや服の端をつまむ動作の仕方を考えます。言語障害があると、言語聴覚療法でコミュニケーション方法を練習しつつ、買い物に行って店員さんとやりとりすることを習得します。

また、作業療法は認知障害（高次脳機能障害）も対象としています。脳卒中後、自分の左側を無視したり、注意が散漫になったり、感情のコントロールが困難になることがあります。脳卒中後に認知症をきたすこともありま

す。作業療法士はこれらの症状がある方にも、社会生活が可能になるよう働きかけています。

## ② 作業療法士からのメッセージ

作業療法の場面で印象に残った話を紹介しましょう。

■ 「作業療法で一緒に検討しましたよね。近場ですが妻と旅行へ行ってきました。自信がついたから今度はもっと遠出してみます。(介護者である夫の話)」

■ 「自分でできないから(介護者である)母親の着せ替え人形です。でもね、介助が必要な身の上であっても生き方は自分が決める。」

■ 「以前は何をするにも遅い妻をよく怒っていました。自分といえば家

### 『高次脳機能障害の

#### リハビリテーション』

最近よく話題にでるのが高次脳機能障害という言葉です。高次脳機能障害とは、大脳の部分的な損傷により、言語、思考、記憶、行為、学習、注意などの機能に障害がおこった状態を言います。運動麻痺がない高次脳機能障害者は、周囲の人から病気の理解が得られにくく、孤立化して問題が深刻になりがちです。

リハビリテーションには次のようなものがあります。

#### ① 脳機能の回復を促す方法

左空間失認があると、左へ注意を向けられないため、容易に見つけられる右側に対象物を提示し、徐々に左に対象物を移し見つけられるようにするなど。

② 生活に際して失った機能を補う方法  
記憶障害があるとメモ帳を使うなど。

③ 能力低下を抱えてなお人生を充実させる方法  
本人が望む活動を行うもので、旅行等の趣味や人とのコミュニケーション(患者会への参加)など。

高次脳機能障害がある方や家族の人には、この障害が目に見えないだけに病気の理解が大切であり、日常生活上のヒントになればと思います。詳しくは医師やリハビリスタッフに尋ねてください。また、看護師、社会福祉士、職業カウンセラーにも協力してもらいましょう。

庭を顧みず仕事ばかりの日々。  
でも、妻は支えてくれました。この  
病気になって妻に優しくなり、一緒に  
散歩するのが日課ですよ。以前より仲  
良くなっています。」



私たちは機能の回復にこだわり続  
けることが、かえって人生の質を損な  
う人を多々経験しています。一方では、  
考え方を变えることにより、人生が良  
い方向に向かった人や、家族、医療者

の支えが生きる力につながった人も  
多々おられます。障害をもつことで新  
しい人間関係や人生が開けることも  
あります

## 5 言語聴覚療法

脳卒中の後遺症のうち、言語障害を  
手助けするのが言語聴覚士です。主な  
言語障害には失語症と構音障害があ  
ります。

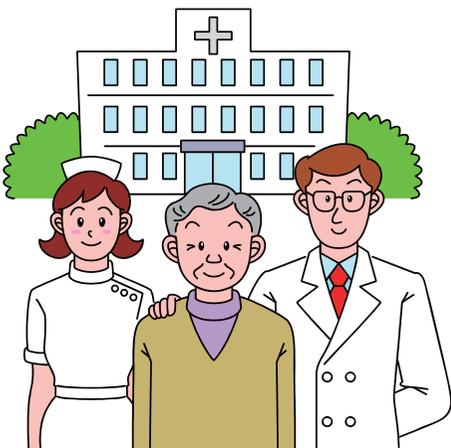
### ① 失語症について

大脳には言語の中枢があります。こ  
の場所が障害された言語障害を失語  
症と言います。よく勘違いされるのは、  
失語症は言葉が出ないだけと思っ  
ている方がおられますが、言葉の理解や  
字を書いたり、読んだりすることも難  
しくなることがあります。

発症まもない頃のご家族の接し方  
としては、話すことを強要せず、本人

の極身近な情報を簡潔に話してあげ  
る、好きだった音楽を聞かせてあげる  
などがよいでしょう。

回復期リハビリ病院での本格的な  
リハビリの時期では、時間的にも内容  
的にも積極的な言語練習が行われま  
す。一般的には物品などの名前を言っ  
たり書いたりする、同じ言葉を繰り返  
し話す、文字を読む等の練習が行われ  
ます。宿題を出すことも多く、ご家族  
も一緒に取り組んでみてください。



自宅に帰られてからも、失語症の改善は長期にわたることが多いようです。家族がなるべく話かけてあげることが大切となります。また、家に閉じこもらず、趣味や興味のあることを通して、人の輪を広げていくことも言葉の改善に役立ちます。



## ② 構音障害について

口唇・舌・嚙下などの筋肉に麻痺が

生じ、呂律が回らなくなった状態をいいます。筆談や、手が不自由なら文字盤などで意思伝達が図れます。構音障害のリハビリには、発声練習、構音器官（口唇・舌・声帯など声を出すのに必要な部位）の運動練習、発音練習があります。

発声練習では、母音「あ」「い」「う」「え」「お」をゆっくり長く発声する練習、呼吸を強くするためラップや巻き笛を吹く練習をします。

構音器官の運動練習では、舌や口唇など話す為に必要な器官の運動が大切になります。視覚的に自覚できるため、鏡の前で行うとより効果的です。舌の出し入れ、口唇を横に引いたり閉じて頬をふくらませるなどの運動を行います。

発音練習では、発音しやすい音から発音しにくい音への練習や、徐々に長

い話ができるようにしていきます。



## ③ 言語聴覚士からのメッセージ

言葉のリハビリテーションで一番大切なことは根気です。失語症も構音障害も短期間で改善することは少なく、長いリハビリテーションが必要になります。長期にわたり改善が見られるため、あきらめずに根気よく続けてください。分らないことはいつでも言語聴覚士に尋ねてください。

## 6 摂食・嚥下訓練

急性期病院では、意識障害や口や喉の麻痺のため食事が取れず、点滴や鼻からのチューブで栄養を取らざるをえない方が比較的多くみられます。このように食することが難しい状態を摂食・嚥下障害と言います。いきなり食べようとしても誤嚥しますので、リハビリ練習にて徐々に食べられるようにしましょう。主治医のほかに、歯科医・言語聴覚士・看護師・栄養士で構成する摂食・嚥下チームが関わる病院も多くなりました。



### ① 摂食・嚥下障害とは

嚥下障害がある人は誤嚥による肺炎や窒息の危険があり、逆に食べられないために脱水や栄養不良になりやすくなります。

脳卒中後に次の症状に当てはまる場合は、誤嚥の可能性があるので注意が必要です。むせ（重度の場合はむせすらなく誤嚥することがあります）、痰の増加、発熱（肺炎に注意）、食欲の低下、食事時間の延長などです。

また、摂食・嚥下障害のリハビリ練習には、食べ物を使う直接的訓練と使わない間接的訓練に大きく分けられます

### ② 間接的訓練

脳卒中になってもまもない頃は、意識障害や麻痺の為、口腔内が常に不潔な状態となっています。そのため口腔ケ

アを行い、口腔内を清潔かつ湿潤（水分で口の中が湿っていること）にした状態に保つことは非常に大切です。入院中は看護師や歯科医、言語聴覚士によりチェックしてもらえます。

また、嚥下体操として発声練習や頬のマッサージを行ったり、口腔ケア後に氷水で口腔内を刺激、唾液の飲み込み訓練を行ったりします。

### ③ 直接的訓練

嚥下障害がある場合の食事では、適切な姿勢・食事形態は重要なポイントになります。また、食事前後での口腔ケアも大切です。

ベッドや角度調整付きの車椅子を30度〜60度にして体を少し後ろに傾け、顎が上がらないにして麻痺のない側をやや下にします。そうすると食べ物が気管へ入りにくくなります。

最初は水からと思われがちですが、さらさらの液体は最も誤嚥しやすく注意を要します。一般的にはゼリー状の食べ物に誤嚥しにくく、ゼリー食から普通の食事形態に近づけていきます。また、一口の量は少量から始めるのが基本で、最初はティースプーン一杯程度から始めます。

入院中に家族の方が食事の介助をされることもあると思いますが、分らないことがあれば看護師に聞いてください。また、在宅における食事の際しても、誤嚥性肺炎の予防に役立ててください。



### 『補装具について』

#### ● 補装具の目的

脳卒中になると脚にうまく力が入らずに膝が伸びにくくなったり、足関節が動きにくくなる等の症状が出る場合があります。また、筋の緊張が強くなって動きにくくなることもあり、そうなるとうまくなります。その歩行の補助をしてくれるのが補装具です。

#### ● 補装具の種類

足部から大腿部までの長さのある長下肢装具と足部から膝下までの短下肢装具があります。足部が靴の形になっている装具や金属製の支柱がついた物や足関節の継ぎ手がある物やプラスチック製の物などがあり、症状によって使い分けます。最近ではプラスチック製の物が多く処方されるようです。材質が向上し、軽くて丈夫になっています。

#### ● 補装具の処方

補装具には既製品の物もあれば、個人個人に合わせてオーダーメイドされた物もあります。金額的には高価ですが、大抵は保険適応があります。詳しくは理学療法士に相談してください。





# 在宅生活に向けて

## 1 家で介護はできるでしょうか

家に帰ることができても生活していけるのか不安も多いと思います。特に介護力が問題となりますが、そのためにはご家族だけで背負い込むのではなく、早めに公的なサービスを利用しましょう。また、自宅での療養環境を整えましょう。後遺症が残ったご本人も発症前の生活環境で過ごしたい気持ちは当然であり、日常生活を徐々に拡大しながら、趣味や旅行、社会と交わるようになれることが元気になる源です。

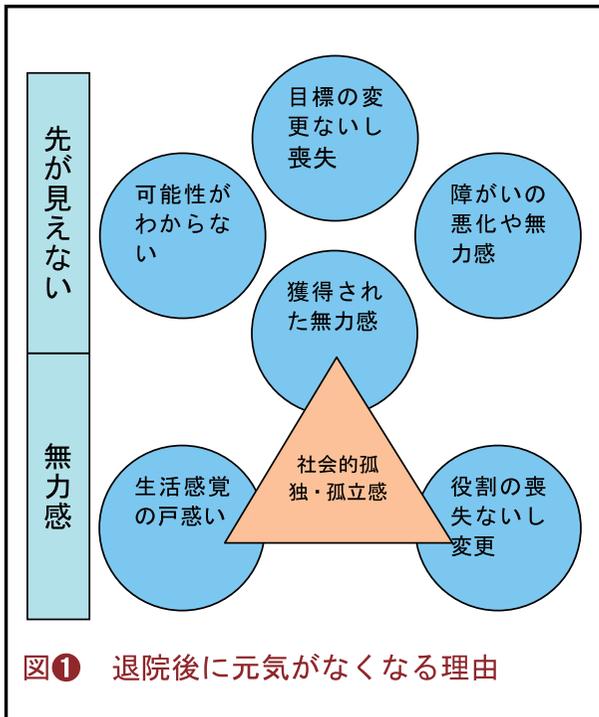
## 2 在宅リハビリのコツ

病院を退院することはとても待ちどおしく嬉しいことです。しかし、退院後の生活は戸惑いも多く、ともしれば元気を失くしてしまいがちです。在

宅でのリハビリは、いかに元気を失くさず、希望を持ちながら行うかがポイントになります。

### ① 退院後の生活は元気をなくしてしまいやすい【図①】

退院後の生活でまず感じてしまう



図① 退院後に元気がなくなる理由

のは、何をやるうとしても以前と同じようにできないことです。同じことも時間もかかり、一人ではできないことが多く、自信が失われやすくなります。

また、これからのように生活していけばよいか見当がつきにくく、将来に対する不安を強く感じてしまいます。

病院にいる間は周りにも自分と同じようにリハビリに励んでいる人がいるのですが、退院後の家庭や社会では、そういう人にあまり出会うことがなく、世間から取り残されたような、誰も自分の気持ちを分かってくれないような孤独感を感じるようになります。

## ② 障害を持ちながら、元気で生活するために

元気で生活している人の多くは、障害を持ちながら生活するために必要なものとして、

「何とかやっつけていけるという自信を持つこと」

「この障害を持って生きていく覚悟ができることだ」

と語っています。【図②】

生活の中で自信が持てるようになるためにはどうすればよいか？

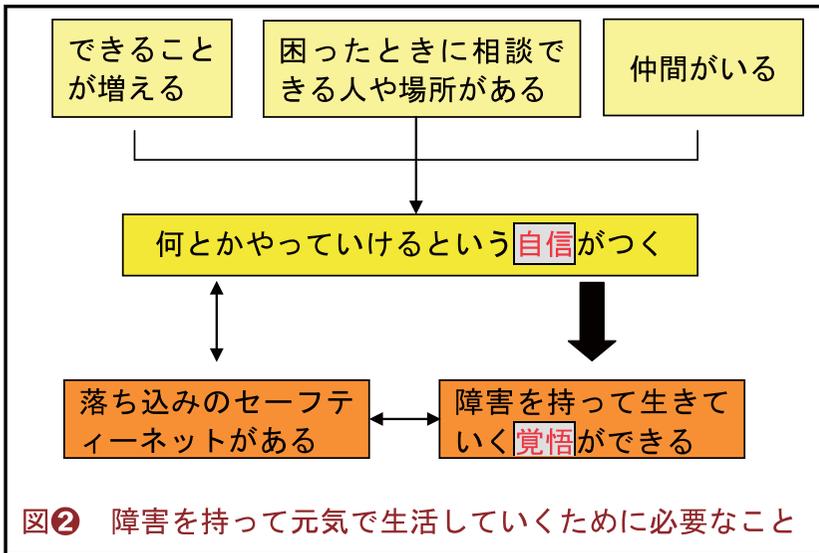
これに関してもその人たちは共通して3つのポイントを示してくれています。

■ 今までとやり方は違っていても、自分でできるという実感をたくさん持つこと

■ うまくいかなくて困った時にアドバイスや手助けをしてくれる人

や場所があること

■ 同じようにがんばっている仲間がいること



図② 障害を持って元気で生活していくために必要なこと

退院後の生活では、この3つのポイントを身に付けていくことが大切で、それが退院後のリハビリのポイントになります。

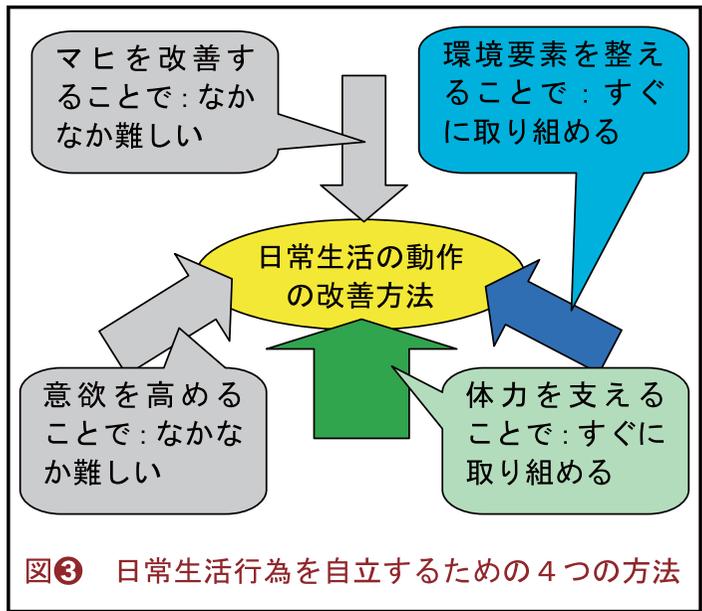
## ③ 退院後のリハビリのポイント

● 自分でできるという実感をたくさん持てるように

食事をしたり、トイレに行ったりするなどの生活動作が自分でできるようになるためには4つの方法があります。【図③】

その中の一つである福祉用具や住宅改修の環境整備は、本人の麻痺や意欲のある・なしの影響を受けず、できない動作ができるようになる要素です。

例えば、椅子の高さが5センチ高くなっただけで椅子から立ち上がれるようになったり、手すりの位置が適切



図③ 日常生活行為を自立するための4つの方法

になっただけで、安定して歩けるようになります。とにかく「今の状態でできる環境を作っていく」ということが在宅生活の第一ポイントです。そのため、病院を退院する前に、どのようなベッドや車いすを選ぶか、手すりをど

こにつけるかなどしっかりと検討し、できれば入院中から練習をしておくこと退院後の生活がスムーズに行えます。

また、体力低下予防も大切です。寝たまままで生活をするので1日に3%の筋力が低下（3週間では約3割の筋力低下）すると言われます。動けない原因は麻痺による障害だと思われがちですが、実は体力低下が大きく影響しています。運動不足の予防はもちろん、脱水（1300cc以下）低栄養（1500キロカロリー以下）の予防、便秘（3日以上）や睡眠不足を防ぐことなどの健康管理も欠かせません。

こうして色々なことができた時に、ご家族や周りの人がちよつと褒めると、自信が湧いてきます。動作の自立は意欲の回復にもつながります。

● 困った時に相談できる人や場所を作る

障害を持ちながら生活をするには、初めて経験することはばかりです。入院中は生活しやすい環境でアドバイスをくれる専門職が側にいますが、退院後は誰に頼ってよいか分かりません。困った時に相談できる場所があることは、安心した生活を支えてくれます。

● 旅は最高のリハビリ

リハビリだけの人生（手段が目的になってしまう生活）から抜け出すために、病院を退院して1年以内に小さな旅行を計画することをお勧めします。「〆へ旅行に行く」という楽しく具体的な目標は、そのことを実現させる力になり、旅行までの具体的なリハビリ目標になります。

## ● 仲間を持つとう

退院後に感じる「孤独感」を解消してくれるものに、同じ脳卒中での障害を持つ人との出会いがあります。自分と同じ障害を持つ人がどのような生活を行っているかは、これからの生活作りの大切な情報です。また、その人の生活の仕方や生き方などから、障害を持って生きていくコツをたくさん学べます。

同じ障害を持つ仲間がいる。その人たちが色々なことを挑戦する姿に出会う。そして、いつかは自分が誰かに役に立つと思える。これらは今から生きていく上での大きな励みになります。

## ④ とにかく目標を持つとう

私たちはよく「〜ができれば〜しよう」と考えがちです。例えば、「座れ

るようになったら、食堂に出て食事しよう」など考ええると思います。しかし、そういう方法ではなかなか座ることができず、食堂で食事をすることはできません。このことを「食堂でみんなと一緒に楽しく食事をするために、どうすればいいのか？」と考えるようにすると、その方法やアイデアはたくさんあることに気づきます。

「まず、目標を持つ。そして、それを実現させるためにどうすればいいのかを考える」これがこれからの生活作りのコツです。そして、そのアイデアを専門職や周りの人に求めれば、少しずつ可能性は広がってきます。

「今よりもよりよくなる方法」  
いつもこのことを意識して生活することが大切です。

## 3 公的制度について

お勤めの方が治療のため仕事を休まなければならぬ場合、条件を満たせば一定期間傷病手当を受けることができます。また、共済など、日頃から加入されている保険から給付を受けられることがありますので、保険担当者に相談し、診断書など必要な書類を病院に依頼してください。

治療を受けたものの、半身麻痺など、どうしても回復が難しい場合は、**障害者手帳や障害年金**など、福祉制度が受けられる場合もあります。

病院での治療やリハビリは医療保



除を使用しますが、その後の在宅や施設入所では介護保険が適応されます。

そのため、40歳以上で脳卒中になられた方は、介護認定の申請を行います。本人または家族が市町の担当窓口にて申請を行います。本人または家族が申請できない場合は、地域包括支援センターに依頼して代行申請も可能です。訪問調査員による調査や主治医の意見書を基に審査が行われ、「要支援1・2」、「要介護1・5」、「非該当」のいずれかに認定され、申請から30日以内に結果が通知されます。介護保険の認定が受けられれば、色々なサービスを低額で利用できます。

#### 4 介護サービスについて

介護認定の介護度によって決められている支給限度額を踏まえて、在宅でのサービス利用が施設への入所利

用かなどの計画（ケアプラン）を作成します。

介護度が要支援1、2の場合はお住まいの地区の地域包括支援センターが窓口になります。要介護1・5の場合は居宅介護支援事業所（多くの場合、結果の通知と一緒に、居宅介護支援事業所のリストが同封されます。）が窓口になります。ケアマネジャーが訪問してご本人の希望や心身の状態、ご家族の希望を聞いた上で、介護に当たった課題や問題点を検討し、ケアプランを作成します。利用するサービスや事業所が決まると、それぞれの事業所と具体的な話し合いが行われ、同意の上で契約を結び、サービスの利用が始まります。

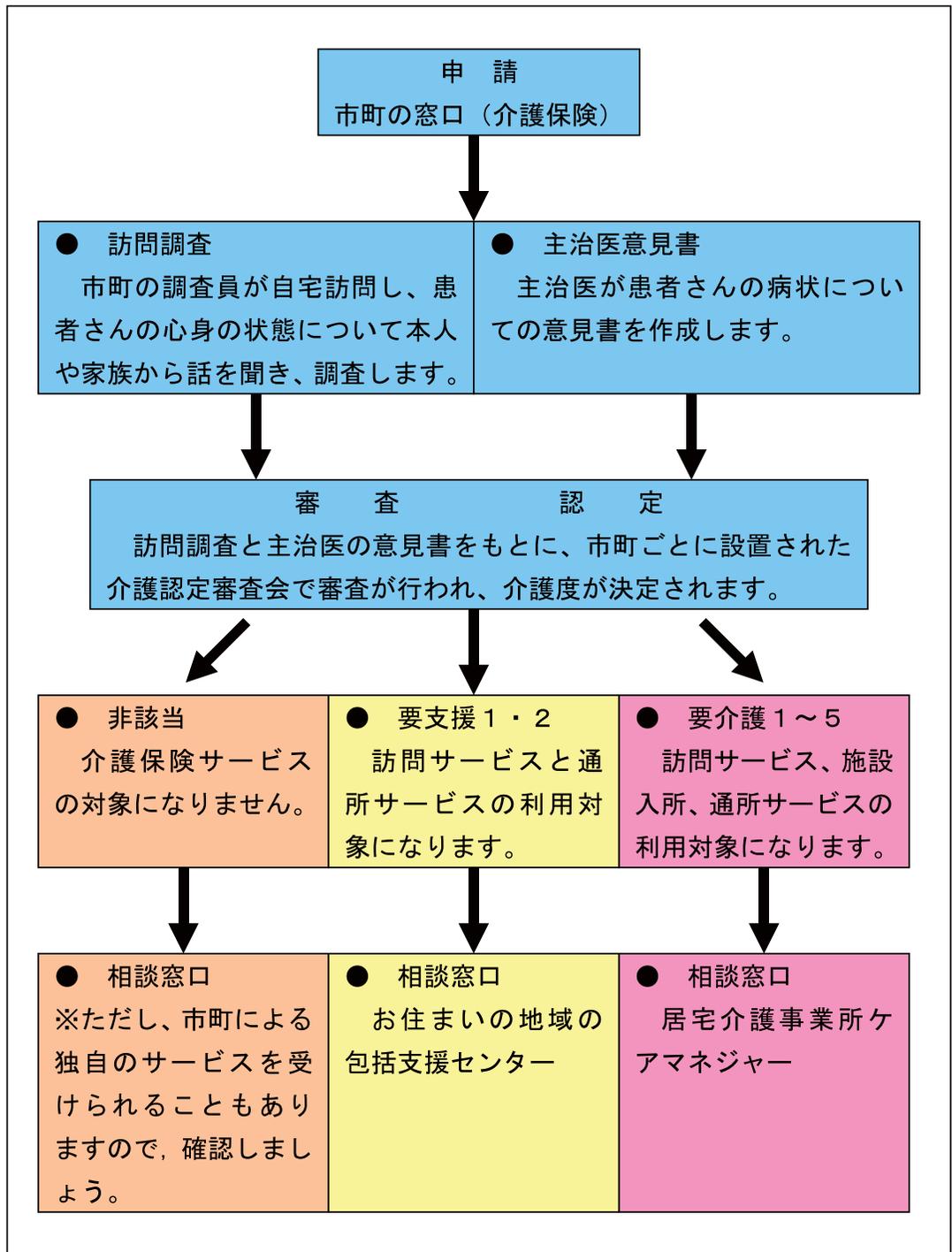
広島県内の市役所・町役場・包括支援センターの連絡先については末部に列記していますので参照下さい。

#### 『身体障害者手帳について』

障害者への福祉支援の一環である身体障害者手帳の交付を受けると、生活する上で様々な利便性が図られています。タクシー・バス・電車・JRなどの運賃割引、税金の軽減、補装具費の支給、日常生活用具の給付、障害者住宅改造費の補助や整備資金の貸付、居宅介護や入所・通所などサービス費の減額、水道料金の減免、特別障害者手当などがあります。ただし、福祉サービスの範囲は手帳の等級により異なります。脳卒中では肢体不自由（半身麻痺や平衡バランス障害）、言語機能障害などが対象となり、発症6カ月後頃に認定されることが多いです。

申請方法などについては、市町の障害福祉課などに相談してください。

## 豆知識



脳卒中の回復の過程には、治療、リハビリ、制度利用など、長期間にわたってケアが必要なことが多くあります。病気とたたかっている最中には、なかなか細かいことまで調べたり、判断したりするのは独力では難しいことがあります。医療スタッフに加え、相談系のスタッフ（病院のソーシャルワーカー、介護保険のケアマネージャーなど）とも、じっくり相談することをお勧めします。

◎ 介護保険で受けることができる

サービスの例

※ 詳しくは、市町の担当窓口を確認してください。

〓 訪問サービス 〓

● 訪問介護（ホームヘルプサービス）

ホームヘルパーが訪問して、入浴、排泄、食事などの介助や洗濯、掃除などの家事の援助を行います。

● 訪問入浴介護

看護師などを含むチームが訪問し、簡易浴槽を使用して入浴介助を行います。



● 訪問看護

看護師、保健師などが訪問し、在宅医療などと連携をとりながら療養上の世話や診療の補助を行います。



● 訪問リハビリ

理学療法士や作業療法士などが訪問し、日常生活の自立を助けるためのリハビリを行います。

● 居宅療養管理指導

医師や歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士が訪問し、療養上の管理や指導を行います。

〓 通所サービス 〓

※ 送迎あります。

● 通所介護（デイサービス）

自宅から通所介護施設に通い、入浴、排泄、食事などの日常生活上の世話を受けたり、レクリエーションなどに参加できます。

● 通所リハビリ（デイケア）

自宅から通所リハビリ施設に通い、理学療法士や作業療法士の指導で必要なリハビリを受けられます。

△ 施設入所サービス △

※ 短期間宿泊するもの。

● 短期入所生活介護／短期入所療

養介護（ショートステイ）

福祉施設などに短期間、宿泊しながら介護や機能練習を受けられます。

△ その他 △

● 特定福祉用具購入費支給（衛生上貸し出しに適さない福祉用具）

入浴、排泄などに使用する福祉用具について、購入費用の一部が助成されます。

● 住宅改修費支給

手すりの取り付けや段差解消などの改修をする場合、一定額を上限に費用が支給されます。

着工前に地域包括支援センターやケアマネジャーに必ず相談してください。

さい。

● 福祉用具貸与

車椅子や介護用ベットなどの福祉用具が借りられます。



△ 要介護1～5の方が

利用できる施設サービス △

特別養護老人ホームや老人保健施設などに入所し、その施設内で入浴、排泄、食事などの日常生活上の世話や機能練習などを受けることができます。

## 5 環境整備のコツ

脳卒中により難しくなった日常生活は、環境を整えることで取り戻すことができます。

① 生活動作ができる・できないは、福祉用具・住宅改修にかかっている

私たちの行っている生活動作は、麻痺の状態や筋力などの『身体機能』、『意欲』、『環境』という3つの要素が影響しています。【図4】

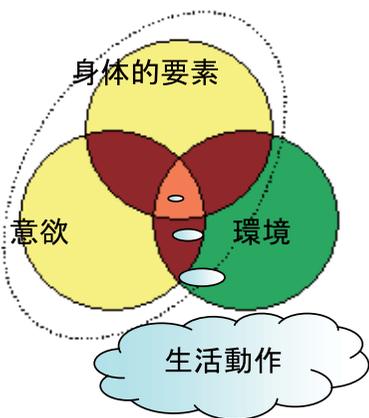


図4 生活動作に係る3つの要素

身体機能と意欲は本人の状態に左右されますが、環境は本人の外側から生活動作が「できる、できない」に影響を与える要素です。言い換えると、福祉用具や住宅改修などの環境整備は、「本人の身体機能が今のままでも、意欲が今のままでも、生活動作をできるように働きかける要素」だと言えます。

「麻痺が強いから」「意欲がないから」と諦めてしまわずに「今の状態で最も動きやすい環境を整えよう」と考えると、たくさんアイデアが出てきます。

② 「何がしたいか？」をはっきりさせることから始めましょう。

「食事をする」「トイレで排泄する」という生活動作や「家族と一緒に買い物に行く」「旅行に行く」などは、目標達成のために自分に合った方法が

あります。

特にリハビリを始めたばかりの時は、「両足を床につけて座る」「ベッドから車いすに乗り移る」「椅子に座って食事をする」「トイレで排泄する」などの行為はとても良い目標となり、それを実現するために福祉用具の活用が大きな力を発揮します。

### ◎ 福祉用具活用例

#### ① 両足を床につけて座る



両足がしっかり床につくベッドの高さに設定し、介助バーを付ける。

#### ③ 安定した座位姿勢での食事



車いすの足置き台から足をおろし、両足をしっかり踏み込める台を置く。

#### ② ベッドから車いすに乗り移る



ひじ掛けと足置き台が外れる車いすを使い、ベッドを同じ高さに設定すると立ち上がらなくても乗り移れる。

### ⑤ 安定したトイレでの座位姿勢



テーブルにより座位姿勢を安定させる。



手すりにより座位姿勢を安定させる。

### ④ 居室内移動



電動車いすで移動する。



家具を手すり代わりにする。

### ③ 退院時に必要なこと

「入院中にできたことは、退院してからもできる」ことを目標に環境整備をする。

退院後すぐの生活は、不安も大きく自信も失いやすい状況にあります。退院しても入院中と同じような生活ができることは退院後の生活を早く安定させてくれます。

入院中にできる生活動作を退院後の自宅でも確実にできるよう、どのように環境を整えればよいかを早い段階から相談し、できれば退院前に何度か試験的に外泊しながら不安なことを少なくしておくことが大切です。

### ④ 入院中に「排便はトイレでできる」ように練習してもらおうといひです

よ  
排泄動作はできれば自分で行いた

### ～ 快適な排便のための条件 ～

- 時間を決めて行う。  
⇒ 朝食後は腸の蠕動運動も盛んに行われます。排便をするもっともよい時間帯です。
- 座って排便する。  
⇒ 座る姿勢は腹圧がかかりやすい姿勢です。
- 便通を良くする食事と十分な水分摂取が大切です。
- 適度な運動は腸の運動を応援します。活動的な生活は便秘予防につながります。

いものです。排泄動作は排尿と排便の動作がありますが、特に排便動作は回数も限られ、多くの場合、食後など時間を決めて行えるので、練習をすればトイレで行えるようになります。

入院中に排便をトイレで行えるようになれば、退院後の生活はずいぶん快適になります。看護や介護の専門家がいる病院で、まずは「排便をトイレで行う」という目標を持って生活作りをしてもらおうとよいでしょう。



### ⑤ 手すりの意味と活用

手すりは姿勢を保持する、立ち上がる、移動するなど生活を安全に確実にを行うために重要なものです。そのため、自分に合った位置を何度も確認する

ことが大切です。

手すりの位置を決める時は、少なくともその手すりを使う人が立ち会うことが原則です。「手すりが3センチ高いから、思ったように動けない」ということはたくさんあります。

手すりの位置を決める時は、できれば病院などのリハビリスタッフに立ち会ってもらい、生活場面を再現して確認していくことが大切です。トイレや浴室などは入る時と出る時の導線が変わるので両方確認する必要があります。

「使う人や介護する人が確実に使えるか」ということをいつも考えて検討することが大切です。こういう検討会を通し、自分たちを応援してくれる支援者の協力体制が生まれてきます。

### ⑥ 環境整備について相談するところ

- 病院などのリハビリスタッフ
- 退院後の介護保険サービスのプランを作ってくれるケアマネジャー
- 福祉用具のレンタル、販売事業者
- 介護実習普及センターなど福祉用具を展示・相談を行っている機関など

特に福祉用具専門相談員や福祉用具プランナーなどの資格を持っている人は心強いです。

「あなたの話をよく聞いてくれて、肯定的なアイデアをたくさんくれて、それを確実に実現してくれる。」そういう専門職は必ずいます。いろいろな人に声をかけてみることも大切です。

## 6 病院への受診について

再び脳卒中にならないよう予防することはとても大切です。喫煙、高血圧は脳卒中の最大の敵です。また、肥満、脂質異常症、糖尿病に注意し、かかりつけ医から再発予防薬を含めた薬をもらいましょう。これらの薬は勝手に中止しないようにしてください。

MRIなどの画像検査は、脳卒中専門医により予防の観点から判断を仰ぎ、脳血管の狭窄や未破裂脳動脈瘤などがあれば専門的立場から検討してもらいましょう。

後遺症による機能障害も在宅生活の過ごし方によっては、せつかくリハビリ練習で回復していたのに悪化する場合があります。このような場合、リハビリのスタッフに相談してみるのもよいです。

### 『床ずれ予防』

寝ている時間が長い脳卒中の方は、足のかかとや腰などに褥瘡という床ずれが入院中や退院後でも生じやすくなります。栄養不良、脊柱など骨の突出、尿や便の失禁（おむつ内の多湿にアルカリ性排泄物の刺激、排泄後の皮膚に摩擦を加えた清拭）などがあると褥瘡が生じやすいといわれています。

褥瘡ができる大変ですので、動けない方にとっては予防がとても重要です。身体の位置を変え、局所の圧迫とずれ（これらが持続すると皮膚の深部に血液が行きにくくなり、やがて壊死を生じ、褥瘡となります。）を回避したり、高機能マットレスの使用、皮膚を清潔（室内の温度や湿度調節、通気性のおむつ、保湿剤使用なども）に保ち、栄養状態に気を配りましょう。圧迫された皮膚に発赤、水泡が生じると要注

意です。家族の方だけでは管理が無理ですので、気がつかれたら遠慮なく訪問看護師に伝えてください。



## 7 仲間作り

脳卒中になり後遺症が残ると、家に帰ってからも外に出にくいものです。広島県には、次のような会があります。少し勇気をもって参加されると、元気な仲間に出会えます。



### ● 脳卒中広島友の会(びあチアーズ)

■ 脳卒中体験者と家族が会員

■ 医療者と体験者によるスタッフ会議で企画

■ 脳卒中に関する新しい情報、リハビリ体操、会員同士の交流、ミニコンサートなどを年3回県立広島病院にて開催し、会報誌も年2回発行

■ 連絡先

事務局 (県立広島病院看護部)

082・254・1818

事務局長 (宮脇氏)

090・4109・0221

### ● 広島県言語友の会

■ 脳卒中による言語障害者の会

■ 県内7つの友の会が年1回集合

■ 各地の友の会では、様々な企画を

月1回開催

■ 連絡先

もみじ会 (東区 沖田氏)

082・899・4043

(佐伯区 老健花の丘)

082・924・1187

ふじの会 (東広島市 福永氏)

0824・34・1663

やまびこ会 (尾道市 みつぎ病院)

0848・76・2418

竹の会 (呉市安浦町 佐藤氏)

0828・843074

あけぼの会 (尾道市 医師会病院)

0845・24・1210

こだま会 (三原市 山田氏)

0848・63・0704

うぐいす会 (福山市 井上氏)

084・951・0420



## 脳卒中を防ぐには

脳卒中を防ぐために日常でできる

ことは、栄養バランスを考えた腹八分の食事と体調に合わせた運動です。また、肥満に注意して喫煙は禁止し、口腔内を清潔に保つことも大切です。

次に服薬についてです。脳梗塞の予防に高血圧、糖尿病、脂質異常症（コレステロールなどが多い状態）などの薬をもらっている方は、忘れないように薬を飲むことが大切です。

### 1 食生活のポイント

脳卒中の最大の危険因子は高血圧です。再発予防のためにも高血圧の管理が重要です。少なくとも収縮期血圧140mmHg、拡張期血圧90mmHg以下にしましょう。次のように生活スタイルを見直し、塩分を控え、栄養バランスのとれた食事を摂り、適度の運動を心掛

けることなどは脳卒中を予防する上で重要です。



### ● 質と量のバランスの取れた食事を規則正しく食べる

健康な体を維持し、十分な活動をするために、必要な食品を適正に摂り、栄養のバランスよく食べることが必要です。そのためには、朝、昼、夕食ともに主食、主菜、副菜の揃った食事

を心掛け、落ち着いた気分で楽しく食事をしましょう。

### ● 標準体重を維持する

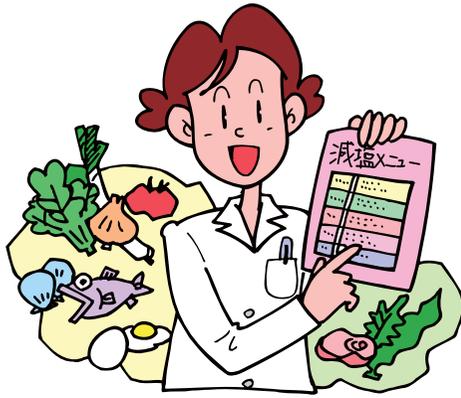
肥り過ぎも、やせ過ぎもよくありません。適正な体重に近づけるようにしましょう。

### ● 塩分は控える

塩分の取り過ぎは高血圧など脳卒中の原因となる病気を助長させます。日本人の1日の塩分摂取量の目標値は男性9グラム、女性7.5グラムですが、高血圧の人には1日6グラム未満に抑えることがおすすめです。塩辛い食品を避け、薄味を心掛け、汁物は1日1回までにしましょう。ま

標準体重(kg)  
= 身長(m) × 身長(m) × 22

た、加工品の使用を控え、味付けは香料や酢を活用し、調味料の使い方を工夫するなど減塩に心掛けましょう。



● **動物性脂肪の摂り過ぎに注意をする**

血液中のコレステロールの増加を予防する上で大切です。牛肉や豚肉、鶏肉などの肉類の脂肪の多い部分は控え、魚介類や植物性の油を使用する

ようにしましょう。コレステロール値が高い場合は牛乳などの乳製品の脂肪を控えましょう。

● **良質のたんぱく質は十分にとる**

脂肪の少ない肉類、魚介類、大豆製品は不足しないよう毎日適量を摂りましょう。コレステロール値が高い場合は、卵などコレステロール含量の多い食品は控えましょう。

● **野菜、海藻、こんにやく類などは十分に、果物は1日1個とる**

これらの食品には、ビタミンやミネラル、食物繊維が豊富に含まれます。野菜は1日350グラム以上積極的に献立に組み入れましょう。食物繊維は便通を整える働きがあり、またコレステロールの吸収を抑える効果もあります。

抗酸化作用のあるビタミンAとCはコレステロールの酸化を防ぎ、動脈硬化を進めにくくします。新鮮なものを毎日十分摂るように努めましょう。

● **アルコールは適量にする**

深酒は厳禁、適量を守って程々にします。酒のさかなは塩辛いものを避け、脂肪の少ない肉や魚そして豆腐や野菜などをバランスよく取り合わせましょう。



お酒の適量 (厚生労働省脳卒中予防HPより引用)

● 適度に水分をとる

水分を十分取らないで脱水になると血液が濃縮され、固まりやすくなります。起床時、入浴時などコップ一杯の水を飲みましょう。特に夏場は汗をかくのでいつもより多くの水分を摂りましょう。

2 予防のための治療法

① 内科的予防治療

脳梗塞は高血圧、糖尿病、脂質異常症といった生活習慣病や不整脈（心房細動など）、喫煙、大量飲酒といった動脈硬化を強める病気（危険因子）が深く関わり【図①】、これらが多くなるほど脳梗塞の危険性が高まります。動脈硬化は全身にも影響し、心臓や腎臓の病気、下肢動脈の閉塞などに発展することもあります。従って、生活習慣病の各段階から治療が重要です。



脳卒中はある程度予防が可能な病気であり、日本脳卒中協会から脳卒中予防十か条が提唱されています【図②】。日頃からこの十か条を心掛け、脳卒中予防に努めましょう。

脳梗塞の直接的な再発予防には、危

脳卒中は予防できる病気です

■ 脳卒中予防十か条

- ① 手始めに **高血圧**から 治しましょう
  - ② **糖尿病** 飲っておいたら 怖い残る
  - ③ **不整脈** 見つかり次第 すぐ受診
  - ④ 予防には **タバコ**を止める 意志を持って
  - ⑤ **アルコール** 控えめは薬 過ぎれば毒
  - ⑥ 高すぎる **コレステロール**も 見逃すな
  - ⑦ お食事の **塩分・脂肪** 控えめに
  - ⑧ 体力に 合った**運動** 続けよう
  - ⑨ 万病の 引き金になる **太りすぎ**
  - ⑩ **脳卒中** 起きたらすぐに 病院へ
- ※お薬は 勝手にやめずに 相談を

危険因子の管理とともに、抗血栓薬（血液をさらさらにする薬）を使用します。そのうち、アテローム血栓性梗塞やラクナ梗塞では抗血小板薬を、心原性脳塞栓では抗凝固薬という薬を用います。脳出血の再発予防には、飲酒を控え高血圧の厳格な管理が重要です。

脳や頸部の動脈が狭窄（狭い）していれば、CTAやMRI・MRA・頸部エコーなどにて、狭窄部位が進行していないか評価を受けることも大切です。未破裂脳動脈瘤も、経過観察の場合は同様に定期的検査となります。これらの評価は脳神経外科医または脳神経内科医のいる病院で行っていただきます。

## ② 外科的予防治療

脳卒中発症予防のために外科的治療が有効な場合もあります。代表的なものとして、頸部にある動脈がかなり狭くなり脳梗塞の危険がある場合は、手術（頸動脈血栓内膜剥離術）や血管内治療（頸動脈ステント留置術）にて血管を拡げる方法があります。また、頭の中で動脈が狭いか閉塞している場合は、手術（頭蓋内外血管バイパス

術）で頭皮の血管を脳内の血管につなぎ血流を増し、脳梗塞の予防を図る方法もあります。さらに未破裂脳動脈瘤が見つかった場合、未破裂の段階で治療してクモ膜下出血をおこさないようにする方法（開頭クリッピング術やコイル塞栓術）もあります。これらの治療は予防的のため、年齢、病変部の病態、全身状態などを踏まえ慎重に検討し、また手術か血管内治療かの選択も個々の方にあわせ決定します。詳しくは脳神経外科専門医にご相談ください。

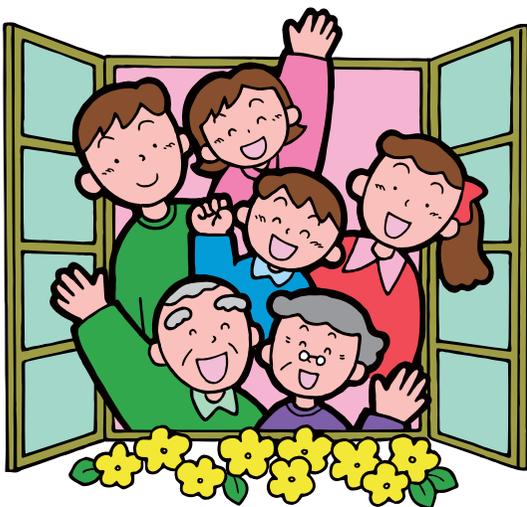
## 3 体験者からのアドバイス

脳卒中の再発予防として留意していることは、  
一に食事の管理。塩辛いものはとにかく控えること。  
二に医師からの処方遵守。処方さ

れた薬は、忘れないように服用するよう食卓の最も目立つ位置に配備すること。

三に適度の運動。障害があるのでウォーキングなどではなく、億劫がらずこまめに動き回ること。

予防第一ですが、万一発症するようなら何があっても、予備知識を持ってあらかじめ行動手順を確認しておくことなども重要です。



◎ 広島県内の市役所・役場一覧 <平成23年4月1日現在>

機関名		所在地	電話番号
広島市	中区	大手町4-1-1	082-504-2478
	東区	東蟹屋町9-34	082-568-7732
	南区	皆実町1-4-46	082-250-4138
	西区	福島町2-24-1	082-294-6585
	安佐南区	中須1-38-13	082-831-4943
	安佐北区	可部3-19-22	082-819-0621
	安芸区	船越南3-2-16	082-821-2823
	佐伯区	海老園2-5-28	082-943-9730
呉市役所		呉市中央4-1-6	0823-25-3100
竹原市役所		竹原市中央5-1-35	0846-22-7719
三原市役所		三原市港町3-5-1	0848-64-2111
尾道市役所		尾道市久保1-15-1	0848-25-7111
福山市役所		福山市東桜町3-5	084-921-2111
府中市役所		府中市府川町315	0847-43-7111
三次市役所		三次市十日市中2-8-1	0824-62-6111

機関名	所在地	電話番号
庄原市役所	庄原市中本町1-10-1	0824-73-1111
大竹市役所	大竹市小方1-11-1	0827-59-2111
東広島市役所	東広島市西条栄町8-29	082-422-2111
廿日市市役所	廿日市市下平良1-11-1	0829-20-0001
安芸高田市役所	安芸高田市吉田町吉田791	0826-42-2111
江田島市役所	江田島市能美町中町4859-9	0823-40-2211
府中町役場	府中町大通3-5-1	082-286-3111
海田町役場	海田町上市14-18	082-822-2121
熊野町役場	熊野町中溝1-1-1	082-820-5600
坂町役場	坂町平成ヶ浜1-1-1	082-820-1507
安芸太田町役場	安芸太田町戸河内784-1	0826-28-2111
北広島町役場	北広島町有田1234	050-5812-2111
大崎上島町役場	大崎上島町東野6625-1	0846-65-3111
世羅町役場	世羅町西上原123-1	0847-22-1111
神石高原町役場	神石高原町小島2025	0847-89-3330

◎ 広島県内の地域包括支援センター一覧 <平成23年4月1日現在>

施設名	所在地	電話番号
広島市基町地域包括支援センター	広島市中区基町19-2-425	082-502-7955
広島市鞆町地域包括支援センター	広島市中区白島中町9-1	082-222-6608
広島市国泰寺地域包括支援センター	広島市中区昭和町1-5	082-249-0600
広島市吉島地域包括支援センター	広島市中区光南1-4-6	082-545-1123
広島市江波地域包括支援センター	広島市中区江波西2-14-8	082-296-4833
広島市福木・温品地域包括支援センター	広島市東区上温品1-24-9	082-280-2330
広島市戸坂地域包括支援センター	広島市東区戸坂中町2-29	082-516-0051
広島市牛田・早稲田地域包括支援センター	広島市東区牛田本町4-2-1-102	082-228-2033
広島市二葉地域包括支援センター	広島市東区山根町38-23	082-263-3864
広島市大洲地域包括支援センター	広島市南区南蟹屋1-10-12	082-581-6025
広島市段原地域包括支援センター	広島市南区段原南2-12-27	082-261-8588
広島市翠町地域包括支援センター	広島市南区出汐2-3-46	082-252-5500
広島市仁保・楠那地域包括支援センター	広島市南区東本浦町26-8たおビル2階	082-286-6112
広島市宇品・似島地域包括支援センター	広島市南区宇品御幸2-13-12	082-252-6456
広島市中広地域包括支援センター	広島市西区三篠町1-8-21 2階	082-509-0288
広島市観音地域包括支援センター	広島市西区都町42-7	082-292-3582
広島市己斐・己斐上地域包括支援センター	広島市西区己斐本町2-12-3	082-275-0087
広島市古田地域包括支援センター	広島市西区山田新町2-7-2	082-272-5173
広島市庚午地域包括支援センター	広島市西区草津東2-8-5	082-507-1210
広島市井口台・井口地域包括支援センター	広島市西区井口2-5-19	082-501-6681
広島市城山北・城南地域包括支援センター	広島市安佐南区川内1-21-29	082-831-1157
広島市安佐・安佐南地域包括支援センター	広島市安佐南区中須2-19-10-1	082-879-1876
広島市高取北・安西地域包括支援センター	広島市安佐南区高取北1-17-41	082-878-9401
広島市東原・祇園東地域包括支援センター	広島市安佐南区東原3-14-4	082-850-2220
広島市祇園・長東地域包括支援センター	広島市安佐南区祇園6-10-22	082-875-0511
広島市戸山・伴・大塚地域包括支援センター	広島市安佐南区沼田町伴3506中西ビル1階B	082-849-5860

施設名	所在地	電話番号
広島市白木地域包括支援センター	広島市安佐北区白木町井原1244	082-828-3361
広島市高陽・亀崎・落合地域包括支援センター	広島市安佐北区深川5-25-11	082-841-5533
広島市口田地域包括支援センター	広島市安佐北区口田南7-11-22	082-842-8818
広島市三入・可部地域包括支援センター	広島市安佐北区可部6-10-22	082-819-0770
広島市亀山地域包括支援センター	広島市安佐北区亀山4-2-23	082-819-0771
広島市清和・日浦地域包括支援センター	広島市安佐北区あさひが丘3-18-13-7-101	082-810-4688
広島市瀬野川東地域包括支援センター	広島市安芸区中野東6-3-36	082-893-5555
広島市瀬野川・船越地域包括支援センター	広島市安芸区中野3-9-5	082-893-1839
広島市阿戸・矢野地域包括支援センター	広島市安芸区矢野東6-23-15	082-889-6605
広島市阿戸・矢野地域包括支援センター阿戸連絡所	広島市安芸区阿戸町418-1	082-856-0613
広島市湯来・砂谷地域包括支援センター	広島市佐伯区湯来町白砂82-4	0829-86-1241
広島市五月が丘・美鈴が丘地域包括支援センター	広島市佐伯区五月が丘4-15-6	082-941-1080
広島市三和地域包括支援センター	広島市佐伯区五日市町石内6405-1	082-926-0025
広島市城山・五日市観音地域包括支援センター	広島市佐伯区三宅6-105	082-924-7755
広島市五日市地域包括支援センター	広島市佐伯区五日市中央2-4-40	082-924-0053
広島市五日市南地域包括支援センター	広島市佐伯区楽々園4-2-19-101	082-924-8051
呉市中央地域包括支援センター	呉市本町9-13	0823-20-6307
呉市天応・吉浦地域包括支援センター	呉市吉浦本町1-2-6	0823-31-8390
呉市昭和地域包括支援センター	呉市焼山西3-4-17	0823-30-5666
呉市宮原・警固屋地域包括支援センター	呉市坪ノ内町10-1	0823-32-1006
呉市東部地域包括支援センター	呉市広古新開2-1-3	0823-76-3333
呉市川尻・安浦地域包括支援センター	呉市安浦町中央1-3-17	0823-70-6662
呉市安芸灘地域包括支援センター	呉市蒲刈町田戸2234	0823-66-1115
呉市音戸・倉橋地域包括支援センター	呉市音戸町早瀬2-53-1	0823-56-0665
竹原市地域包括支援センター	竹原市中央3-13-5	0846-22-5494
三原市東部地域包括支援センターどりいむ	三原市中之町6-31-1	0848-61-4410
三原市南部地域包括支援センター三恵苑	三原市城町3-7-1	0848-63-6775
三原市中央地域包括支援センター三原市医師会	三原市宮浦1-15-16	0848-63-7100
三原市西部地域包括支援センター大空	三原市下北方1-6-5	0848-86-2450
三原市北部地域包括支援センターはーもにー	三原市久井町和草1906-1	0847-32-5007
尾道市北部地域包括支援センター	尾道市御調町市107-1	0848-76-2495
尾道市西部地域包括支援センター	尾道市門田町22-5	0848-21-1262
尾道市東部地域包括支援センター	尾道市東尾道9-5	0848-56-0345
尾道市地域包括支援センター	尾道市久保1-15-1	0848-20-7371
尾道市南部地域包括支援センター	尾道市因島中庄町1962	0845-24-1248
尾道市南部地域包括支援センター瀬戸田支所	尾道市瀬戸田町林1288-7	0845-27-3847
尾道市向島地域包括支援センター	尾道市向島町5888-1	0848-41-9240
福山市地域包括支援センター三吉	福山市三吉町1-8-36	084-973-0155
福山市地域包括支援センター三吉町南	福山市三吉町南2-11-22	084-927-9039
福山市地域包括支援センター南本庄	福山市南本庄3-1-52	084-920-8161
福山市地域包括支援センター野上	福山市野上町1-7-8	084-921-0210
福山市地域包括支援センター箕島	福山市箕島町504-3	084-981-1856
福山市地域包括支援センター赤坂	福山市赤坂町赤坂1279-8	084-949-2170
福山市地域包括支援センター南蔵王	福山市南蔵王町5-19-2	084-940-1130
福山市地域包括支援センター引野	福山市引野町5-9-21	084-940-5090
福山市地域包括支援センター坪生	福山市坪生町黒坂606	084-947-9090
福山市地域包括支援センター水呑	福山市水呑町3344-1	084-956-2310
福山市地域包括支援サブセンター鞆	福山市鞆町後地1296-2	084-982-3323
福山市西南部地域包括支援センター	福山市南松永町2-8-12	084-933-6272

施設名	所在地	電話番号
福山市西南部地域包括支援サブセンター柳津	福山市柳津町98-1	084-933-9898
福山市西南部地域包括支援サブセンター今津	福山市今津町3-9-8	084-933-3399
福山市西南部地域包括支援サブセンター内海	福山市内海町口2358-1	084-986-2400
福山市西南部地域包括支援サブセンター沼隈	福山市沼隈町草深1889-26	084-987-0555
福山市西南部地域包括支援サブセンター山南	福山市沼隈町中山南469-3	084-988-1611
福山市北部地域包括支援センター	福山市駅家町倉光451-15	084-976-0071
福山市北部地域包括支援サブセンター芦田	福山市芦田町福田189-1	084-950-0071
福山市北部地域包括支援サブセンター駅家	福山市駅家町万能倉96-1	084-977-0071
福山市地域包括支援センター新市	福山市新市町下安井3500	0847-51-3222
福山市北部東地域包括支援センター	福山市神辺町新徳田2-259	084-962-2495
福山市北部東地域包括支援サブセンター加茂	福山市加茂町上加茂224-1	084-972-3124
福山市地域包括支援センターかんなべ	福山市神辺町川南1406-1	084-960-3890
府中市地域包括支援センター	府中市広谷町919-3	0847-40-0223
三次市地域包括支援センター本部	三次市東酒屋町531市立三次中央病院内	0824-65-1144
三次市地域包括支援センター君田支部	三次市君田町644-1	0824-53-2111
三次市地域包括支援センター布野支部	三次市布野町上布野1196-1	0824-54-2111
三次市地域包括支援センター作木支部	三次市作木町下作木674	0824-55-2111
三次市地域包括支援センター吉舎支部	三次市吉舎町吉舎368	0824-43-3111
三次市地域包括支援センター三良坂支部	三次市三良坂町三良坂2100	0824-44-3111
三次市地域包括支援センター三和支部	三次市三和町上板木38-4	0824-52-3111
三次市地域包括支援センター甲奴支部	三次市甲奴町西野40	0847-67-2121
庄原市庄原地域包括支援センター	庄原市中本町1-10-1	0824-73-1165
庄原市西城地域包括支援センター	庄原市西城町中野1339	0824-82-2202
庄原市東城地域包括支援センター	庄原市東城町川東1175	08477-2-5131
庄原市口和地域包括支援センター	庄原市口和町向泉942	0824-87-2114
庄原市高野地域包括支援センター	庄原市高野町新市1171-1	0824-86-2114
庄原市比和地域包括支援センター	庄原市比和町比和1119-1	0824-85-3002
庄原市総領地域包括支援センター	庄原市総領町下領家280-1	0824-88-3110
大竹市地域包括支援センター	大竹市西栄2-4-1	0827-53-1165
東広島市西条地域包括支援センター	東広島市西条町土与丸1113	082-493-5621
東広島市西部地域包括支援センター	東広島市八本松町原10128-200	082-497-1061
東広島市高屋地域包括支援センター	東広島市高屋町杵原1334-2	082-491-1360
東広島市黒瀬地域包括支援センター	東広島市黒瀬町丸山1333	0823-82-0203
東広島市北部地域包括支援センター	東広島市福富町久芳1545-1	082-435-2240
東広島市安芸津地域包括支援センター	東広島市安芸津町三津4398	0846-45-1653
廿日市市地域包括支援センターはつかいち	廿日市市下平良1-11-1	0829-30-9158
廿日市市地域包括支援センターおおの	廿日市市大野4124	0829-50-0251
廿日市市地域包括支援センターさいき	廿日市市津田1989	0829-72-2828
安芸高田市高齢者支援センター	安芸高田市吉田町吉田761	0826-47-1281
江田島市地域包括支援センター	江田島市大柿町大原505	0823-40-3571
府中町地域包括支援センター	府中町浜田本町5-25 ふれあい福祉センター内	082-285-7290
海田町地域包括支援センター	海田町中店8-33	082-821-3210
熊野町地域包括支援センター	熊野町中溝1-1-1	082-820-5615
坂町地域包括支援センター	坂町北新地2-3-10	082-885-3701
安芸太田町地域包括支援センター	安芸太田町下殿河内236	0826-22-0196
北広島町地域包括支援センター	北広島町有田1234	050-5812-1853
大崎上島町地域包括支援センター	大崎上島町5-9 木江保健福祉センター	0846-62-0022
世羅町地域包括支援センター	世羅町本郷947	0847-25-0294
神石高原町地域包括支援センター	神石高原町小島1701	0847-89-3377

## ■ 索引

### あ 行

アテローム血栓性脳梗塞……………2  
一過性脳虚血発作（T I A）……………1  
胃ろう……………5  
エコノミークラス症候群……………14, 15  
嚥下障害……………5, 6, 14, 24

### か 行

介護保険……………12, 16, 17, 30, 31, 32, 36  
回復期リハビリ……………7, 10, 16, 22  
肩手症候群……………14  
喫煙……………3, 37, 39, 41  
急性期リハビリ……………10, 15, 16  
居宅療養管理指導……………32  
空間失認……………14, 21  
クモ膜下出血……………1, 3, 4, 10, 39, 42  
クリッピング術……………5, 42  
経管栄養……………5, 6  
血管性認知症……………14  
ケアマネージャー……………12, 30, 31, 33, 36  
言語障害……………1, 5, 8, 13, 14, 15, 16, 20, 22  
言語聴覚〔士〕……………16, 20, 22, 23, 24  
コイル塞栓術……………5, 42  
誤嚥性肺炎……………5, 6, 7, 14, 25  
高額療養費制度……………8, 9  
構音障害……………22, 23  
口腔ケア……………6, 7, 24  
高血圧……………2, 3, 37, 39, 40, 41  
高次脳機能障害……………8, 14, 16, 20, 21

### さ 行

在宅リハビリ……………11, 26  
作業療法〔士〕……………10, 15, 16, 20, 21, 32  
脂質異常症……………37, 39, 41  
失語症……………22, 23  
静脈栄養……………5, 6  
心原性脳梗塞……………2  
身体障害者手帳……………29, 30

心房細動……………2, 41  
水頭症……………5  
生活期〔リハビリ〕……………15, 16, 17  
生活習慣病……………2, 41  
摂食・嚥下訓練……………5, 6, 24

### た 行

地域包括支援センター……………30, 33  
t P A……………4  
通所介護……………32  
通所リハビリ……………32  
床ずれ（褥瘡）……………9, 37  
糖尿病……………2, 37, 39, 41

### な 行

脳梗塞……………1, 2, 4, 5, 11, 14, 39, 41, 42  
脳血管れん縮……………5  
脳出血……………1, 3, 4, 39, 41  
脳卒中地域連携パス……………15  
脳卒中チーム医療……………9  
脳卒中広島友の会……………38

### は 行

排尿障害……………7, 13, 14  
廃用性症候群……………14  
半身麻痺  
…1, 3, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 29, 30  
広島県言語友の会……………38  
福祉用具……………12, 16, 27, 33, 34, 36  
訪問介護……………32  
訪問看護……………32  
訪問入浴介護……………32  
訪問リハビリ……………12, 32  
補装具……………25, 30

### ま 行

未破裂脳動脈瘤……………3, 37, 42

### ら 行

ラクナ梗塞……………2, 3, 41  
理学療法〔士〕……………16, 18, 20, 32

## 【編集後記】

脳卒中になった時は、「大変だ、これまでの生活が全て失われてしまう、寝たきりになつてしまう・・・」という悪いイメージで不安が強く、治療やリハビリに対してなかなか前向きには取り組めないことが多いです。

私たち県立広島病院の職員は、脳卒中にならないこと、脳卒中になり、手足の麻痺が残ったとしても、リハビリを続けながら新たな生活を創造して欲しいと願い、体験者の視点にたった情報発信として「脳卒中の道しるべ」を作成することになりました。

この小さな冊子作成にあたっては、院内の医師、歯科医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、ソーシャル・ワーカー、医事課のスタッフが分担執筆し、それぞれの立場からの思いを込め、分かりやすく伝えることを心掛けました。

なお、在宅生活上の工夫のコーナーは、広島県介護予防研修相談センターの芳谷伸二所長、体験談は脳卒中広島友の会（ぴあチアーズ）のスタッフである宮脇崇泰、嶋末初美氏に加筆をお願いしました。ご協力いただきましたことを深謝致します。

道に迷って途方にくれて困っている時、道路端の道標（みちしるべ）を見つけてほつとする時のように、脳卒中と分かり、戸惑う患者さんやご家族にとって、この冊子が「脳卒中の道しるべ」となり、活用していただけますことを心から願っています。

県立広島病院副院長・看護部長

藤川 由美子

## 〽 制作者一覧 〽

県立広島病院

- ・副院長（脳神経外科 主任部長） 木矢 克造
- ・脳神経外科 部長 溝上 達也

・脳神経内科 部長 仲 博満

・歯科・口腔外科 部長 延原 浩

・リハビリテーション科 部長 中西 徹

・リハビリテーション科 理学療法士 堀田 真一

・リハビリテーション科 言語聴覚士 田中 信吾

・リハビリテーション科 作業療法士 河本 敦史

・副院長（看護部 看護部長） 藤川 由美子

・看護部 副看護部長 大野 陽子

・南2病棟 看護師長 重永 英子

・南2病棟 副看護師長 河内山 真由美

・栄養管理科 栄養指導管理員 木村 要子

・地域連携科 看護専門員 櫻井 光子

・地域連携科 主事 田中 透

・医事課 主事 山本 剛史

広島県介護予防研修相談センター

・所長 芳谷 伸二

脳卒中広島友の会（ぴあチアーズ）

・宮脇 崇泰

・嶋末 初美

## 脳卒中の道しるべ

---

監 修 : 木矢克造

発 行 : 県立広島病院

〒734-8530 広島市南区宇品神田一丁目5番54号

電話(082)254-1818(代表)

協 力 : 広島県介護予防研修相談センター

脳卒中広島友の会(ぴあチアーズ)

印 刷 : 山部印刷株式会社

---

2012年 3月 第1版第1刷発行

5月 第2版第1刷発行

8月 第2版第2刷発行

