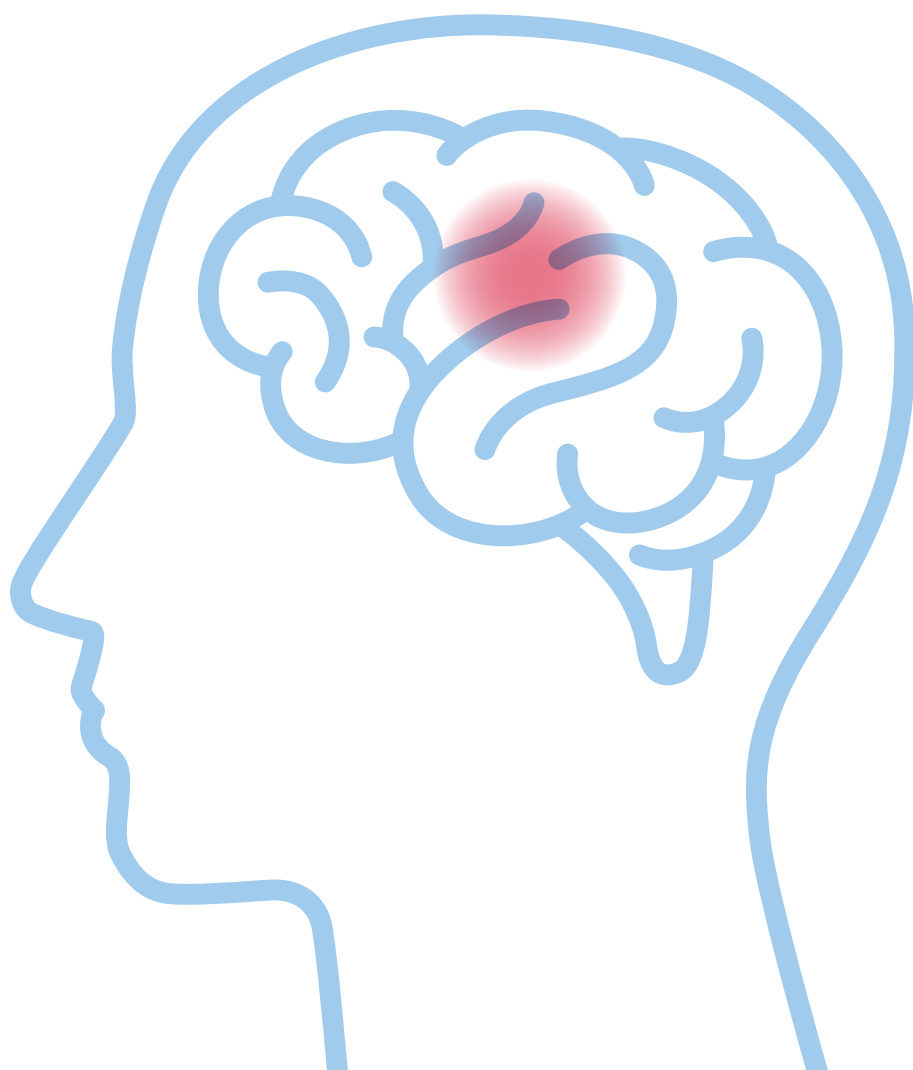


脳卒中 相談窓口 マニュアル

一般社団法人日本脳卒中学会

Version 2.0 (2023.3.19)



脳卒中相談窓口マニュアル 目次

執筆者	4
はじめに	6
一般社団法人日本脳卒中学会理事長あいさつ	7
1. 脳卒中相談窓口の設置と背景（一般社団法人日本脳卒中学会）	8
2. 設置場所と求められる職種（一般社団法人日本脳卒中学会）	10
3. 社会的ニーズに合った具体的な役割（一般社団法人日本脳卒中学会）	10
4. 相談窓口業務の流れ・時間軸（一般社団法人日本脳卒中学会）	11
5. 脳卒中療養相談士に求められること	
5-1. 脳卒中診療システムの理解（一般社団法人日本脳卒中学会）	13
5-2. 脳卒中の予防と合併症などに関する基本的な知識（一般社団法人日本脳卒中学会）	14
5-3. 服薬アドヒアランスの維持（一般社団法人日本病院薬剤師会，公益社団法人日本薬剤師会）	15
5-4. 減塩，適正体重，生活習慣病改善などの食事管理について（公益社団法人日本栄養士会）	17
5-5. 地域連携パス（公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会）	18
5-6. 地域包括ケアシステムの概略（一般社団法人日本介護支援専門員協会）	19
5-7. 介護保険制度（一般社団法人日本介護支援専門員協会）	20
5-8. 各種福祉サービス（一般社団法人日本介護支援専門員協会）	21
5-9. 治療と仕事の両立支援	
1) 治療と仕事の両立支援とは（一般社団法人日本脳卒中学会）	21
2) 就労への支援（一般社団法人日本作業療法士協会，公益社団法人日本理学療法士協会）	22
3) 休業中の所得補償など（公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会）	23
5-10. 障害者手帳の申請（公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会）	24
5-11. 介護者負担の軽減（公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会）	26
5-12. 高次脳機能障害への支援 （一般社団法人日本言語聴覚士協会，一般社団法人日本作業療法士協会）	26
5-13. 心理的サポート，経済的サポート	
1) 看護師から（日本脳神経看護研究学会，日本ニューロサイエンス看護学会）	28
2) 医療ソーシャルワーカーから（公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会）	28
5-14. ピアサポート・患者会（公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会）	29
5-15. 必要な社会資源の開発への取り組み（公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会）	30
5-16. 受診中断者への支援（アウトリーチ）（公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会）	31
6. リハビリテーションによる長期的な活動や生活の支援	
6-1. リハビリテーション専門職から	
1) 装具・車いす等の作製・修理の制度（一般社団法人日本神経理学療法学会）	32
2) 福祉用具の効果的な活用と自助具（一般社団法人日本作業療法士協会）	32
3) 在宅での運動・自主トレーニングに関する制度（一般社団法人日本神経理学療法学会）	33
6-2. 看護師から（日本ニューロサイエンス看護学会，日本脳神経看護研究学会）	34
6-3. 障害者総合支援法による機能訓練・生活訓練（若年者を中心に）（一般社団法人日本作業療法士協会，一般社団法人日本言語聴覚士協会，公益社団法人日本理学療法士協会）	34
6-4. 介護状態別の地域支援（軽度の障害高齢者を中心に）（一般社団法人日本作業療法士協会，一般社団法人日本言語聴覚士協会，公益社団法人日本理学療法士協会）	35
7. 緩和ケア・意思決定支援（一般社団法人日本脳卒中学会）	
7-1. 脳卒中における緩和ケアの必要性	36

7-2. 緩和ケアとは	36
7-3. 重症脳卒中急性期における病状や今後の可能性についての説明	36
7-4. 急性期病院入院中の患者および家族等に対する緩和ケア	40
7-5. 急性期病院から回復期 / 療養型病院に転院する際に説明すべき内容とそれに対する家族等の 意思決定支援	41
7-6. 急性期病院から自宅に直接退院後の患者に対する緩和ケア	41
8. 今後の展望・報告と検証（一般社団法人日本脳卒中学会）.....	43
9. 協力団体と日本脳卒中医療ケア従事者連合（一般社団法人日本脳卒中学会）.....	44
10. 講習会情報（一般社団法人日本脳卒中学会）	
10-1. 両立支援コーディネーター	45
10-2. 入院時重症患者対応メディエーター	46
さいごに.....	47

執筆者

一般社団法人日本脳卒中学会

井口 保之
小笠原 邦昭
片岡 大治
竹川 英宏
富永 悌二
豊田 章宏
橋本 洋一郎
藤本 茂
宮本 享
和田 邦泰

日本脳神経看護研究学会

百田 武司
武田 保江
田村 綾子
大久保 暢子

日本ニューロサイエンス看護学会

大久保 暢子
田村 綾子
武田 保江
百田 武司

公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会

野口 百香
早坂 由美子
林 真紀
星野 由利子
藤井 由記代
取出 涼子

一般社団法人日本介護支援専門員協会

笠松 信幸

一般社団法人日本作業療法士協会

和久 美恵
山本 伸一

公益社団法人日本理学療法士協会

斉藤 秀之
吉井 智晴

一般社団法人日本神経学療法学会

大畑 光司

一般社団法人日本言語聴覚士協会

黒羽 真美

立石 雅子

公益社団法人日本薬剤師会

田中 千尋

一般社団法人日本病院薬剤師会

寺田 智祐

川田 将義

多胡 和樹

公益社団法人日本栄養士会

西岡 心大

はじめに

「脳卒中と循環器病克服5ヵ年計画(2016年12月発表)」に基づき、日本脳卒中学会による一次脳卒中センターの認定をはじめとして、脳卒中の急性期医療体制の整備が大きく進みました。

一方、2019年12月にいわゆる「脳卒中・循環器病対策基本法」が施行されたことにより、「脳卒中と循環器病克服5ヵ年計画」と「循環器病対策推進基本計画」が車の両輪のようになって脳卒中対策が大きく進みつつあります。

「脳卒中・循環器病対策基本法」に基づく「循環器病対策推進基本計画」に書き込まれた個別施策の多くは、脳卒中患者および家族への情報提供や相談支援に関する内容になっています。これを受けて「脳卒中と循環器病克服第二次5ヵ年計画(2021年3月発表)」に沿って、回復期以後の医療・ケアにも基軸をおいた整備が行われています。この整備の大きな柱が「脳卒中相談窓口」です。「脳卒中相談窓口」の設置が一次脳卒中センターコア施設の認定要件となり、2022年度には全国200余りの一次脳卒中センターコア施設で「脳卒中相談窓口」の稼働が始まりました。

日本脳卒中学会の「情報提供・相談支援プロジェクトチーム」は日本脳卒中医療ケア従事者連合のご協力を得て、「脳卒中相談窓口」で行う業務に関するこの「脳卒中相談窓口マニュアル」を2022年度に作成し、毎年改訂を行っています。

さて、情報提供・相談支援の業務はメディカルスタッフ、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャーなど多くの職種の密接な連携がないと実現できません。第47回日本脳卒中学会学術集会(STROKE2022)では、本マニュアルに基づいて「脳卒中相談窓口に関する多職種講習会」が開催され、その受講者が「脳卒中療養相談士」として認定されました。また、「脳卒中相談窓口」には、脳卒中療養相談士の配置が要件として求められています。

このマニュアルの作成にご尽力いただいた皆様に感謝申し上げますとともに、このマニュアルが脳卒中になられた患者さんとそのご家族等に対する情報提供・相談支援を大きく前進させるツールとなることを願ってやみません。

2023年1月

一般社団法人日本脳卒中学会
理事、情報提供・相談支援プロジェクトチーム座長
宮本 享

一般社団法人日本脳卒中学会理事長あいさつ

本「脳卒中相談窓口マニュアル」は昨年度にはじめて作成されました。作成当初より、少なくとも今年度改訂することになっており、無事改訂版が発行となりました。

初版でも述べましたが、本「脳卒中相談窓口マニュアル」は2016年に発表した「脳卒中と循環器病克服5ヵ年計画」および2018年に公布された「脳卒中・循環器病対策基本法に基づいた循環器病対策推進基本計画」内の「脳卒中患者および家族への情報提供や相談支援」を具体化したものです。

この1年でさえ脳卒中医療政策あるいは体制は進んでいます。循環器病対策推進基本計画は2024年からの第2次基本計画に向けて、骨子がほぼ確定しました。脳卒中医療に関しては、急性期から回復期、維持期（生活期）に軸足が変わります。その中心は2022年度から脳卒中学会事業として開始した「脳卒中相談窓口」です。「脳卒中相談窓口」は現在一次脳卒中センター・コア施設にしか設置されていませんが、以下の2つの方向で広げる必要があります。一つはコア施設のみならず、一次脳卒中センター全体への拡充です。もう一つは、現在厚労省のモデル事業として行われている「脳卒中・心臓病等総合支援センターモデル事業」です。これは、各都道府県の一次脳卒中センターの医療体制を統括する事業ですが、各施設の「脳卒中相談窓口」を統括することで、進めることが可能です。最終目標としては、「脳卒中・心臓病等総合支援センター」をすべての都道府県に設置することです。

このように今後の脳卒中医療体制において、「脳卒中患者および家族への情報提供や相談支援」は最重要であり、その中心は「脳卒中相談窓口」です。では、「脳卒中相談窓口」では何をすればよいのか。それが本マニュアルに記載されています。

本マニュアル改訂には脳卒中医療に関わる多職種の協力が不可欠でした。そこで、前日本脳卒中学会理事長の宮本享先生の音頭取りで、「(一社)日本脳卒中医療ケア従事者連合 SCPA Japan」が立ち上がりました。本マニュアル改訂では、SCPA Japan を介して、多職種の方々と熱心な議論を行い、ご執筆をいただきました。昨年「ごあいさつ」で、「多くの職種が関与すればするほど同じ支援をしていてもあるいは話していても共通理解が損なわれます。本マニュアル作成はある意味で多職種のそれぞれの特殊性を超えた共通理解・共通言語を作る作業にもなりました。本マニュアルが多職種の相互理解の一助になることを期待しています。」と記載しましたが、本マニュアル作成過程の議論を通じて、徐々にこのことが進んでいるように感じています。改めて、本マニュアル作成にご努力いただきました SCPA Japan を構成する多職種の方々、また脳卒中学会のメンバーに感謝いたすとともに敬意を表します。

本マニュアルを脳卒中医療に携わる多くの職種の方々に読んでいただき、「脳卒中相談窓口」が多くの悩める患者さんおよびご家族の救いとなることを祈念いたします。

2023年1月

一般社団法人日本脳卒中学会
理事長 小笠原 邦昭

1. 脳卒中相談窓口の設置と背景（一般社団法人日本脳卒中学会）

脳卒中診療は、リハビリテーションの観点から急性期、回復期、維持期（生活期）に病期が分けられる。2000年に回復リハビリテーション病棟が認可され、また介護保険が同時に開始され、脳卒中患者さんは急性期病院（救急病院：脳卒中センター）、回復期のリハビリテーション専門病院、維持期の病院・施設、かかりつけ医（在宅）にて、病期・病態に応じて担当医療チームが変わることになった。軽症だったり、治療が奏効して劇的に改善してほとんど後遺症なく、家庭復帰や職場復帰ができる患者さんも増加している。一方、重症の脳卒中を発症したり、再発を繰り返して後遺症を抱えて生活しなければならない患者さんも結構多く、そのような患者さんに困りごとが生じたときにどこに相談してよいか困ってしまうことが結構多いようである。特に多くの制度があり、これを全て理解している医療スタッフは多くない。

2016年12月に日本脳卒中学会と日本循環器学会が「脳卒中と循環器病克服5ヵ年計画 ストップCVD（脳心血管病）健康長寿を達成するために」を発表した（図1）。この中で脳卒中センターの提唱が行われ、2019年より24時間365日rt-PA静注療法が可能な一次脳卒中センター（PSC）の認定が開始された。さらに24時間365日機械的血栓回収療法（MT）の可能な施設に対してPSCのコア施設としての委嘱が2020年から開始された（〈5-1.脳卒中診療システムの理解〉を参照）。

2018年12月には「健康長寿の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」（図2）が国会で成立し、2020年10月には「循環器病対策推進基本計画」（図3）が策定された。その個別施策として保健、医療および福祉に係るサービスの提供体制の充実の中に、⑥循環器病に関する適切な情報提供・相談支援（科学的根拠に基づく正しい情報提供、患者が相談できる総合的な取組）が挙げられている。脳卒中患者さんに困りごとが生じたときにワンストップで相談に乗る「脳卒中相談窓口」の開設の要望も強く、日本脳卒中学会では2022年にPSCのコア施設に「脳卒中相談窓口」を設置（既存の地域医療連携室あるいは患者サポートセンター等の内に「脳卒中相談窓口」の看板設置）し、まずはPSCのコア施設から直接退院した患者さんを対象に情報提供・相談支援を行うことになった。

MTが24時間365日可能なハイボリュームセンターで「脳卒中相談窓口」を開設いただいて、実績を積んでいただき、さらに問題点を挙げてもらい、しっかりしたマニュアルの作成、情報提供・相談支援のノウハウの蓄積を行ってもらい、地域の多くの施設に徐々に「脳卒中相談窓口」の開設が進むように地域全体を牽引していただければと考えている。

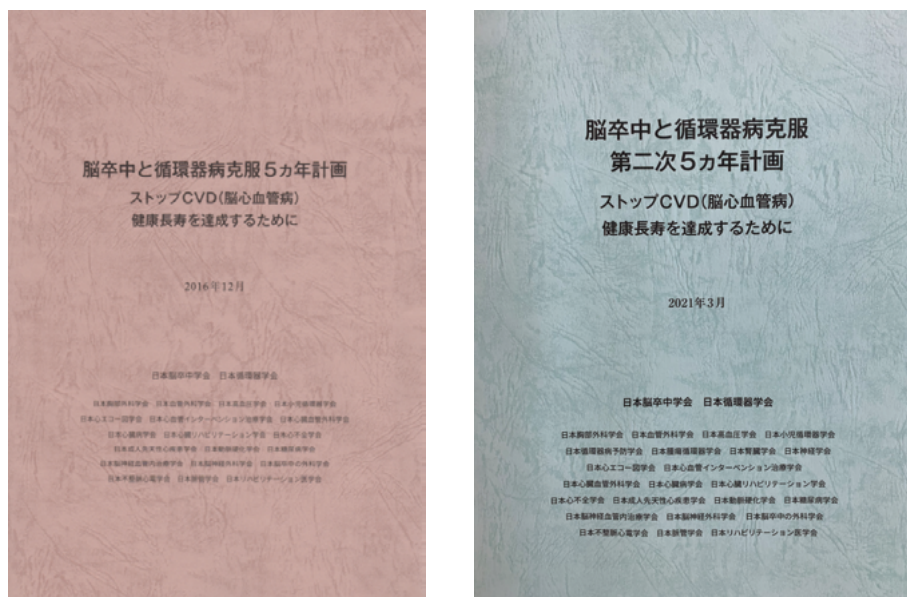


図1 脳卒中と循環器病克服5ヵ年計画 第一次計画と第二次計画

健康寿命の延伸等を図るための循環器病（脳卒中等）対策基本法の概要	
<p>1 目的</p> <p>脳卒中、心臓病その他の循環器病は、国民の健康による国家の利益、国民が享受する利益となる原因の主要なものとなっている等国民の生命及び健康にとって重大な問題一 循環器病の予防に努むこと等により国民の健康寿命の延伸等を図り、あわせて医療介護の負担軽減に資するため、</p> <p>→ 循環器病対策を総合かつ計画的に推進（第1条）</p>	<p>4 法制上の措置等</p> <p>政府は、循環器病対策を実施するための必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講ずる（第8条）</p>
<p>2 基本理念</p> <p>(1) ①循環器病の予防、②循環器病を発生した疑いがある場合における迅速かつ適切な対応の重要性に関する国民の理解と関心を深める（第2条第1号）</p> <p>(2) ①循環器病を発生した疑いがある者の搬送及び医療機関による受入の迅速かつ適切な実施、②循環器病患者に対する迅速かつ適切なリハビリテーションを含む医療の迅速な提供、③循環器病患者及び循環器病の後遺症を有する者に対する福祉サービスの提供、その他の循環器病患者等に対する保健・医療・福祉に係るサービスの提供が、その居住する地域にかかわらず等しく、継続的かつ総合的に行われるようとする（第2条第2号）</p> <p>(3) ①循環器病に関する専門的、学術的又は総合的な研究が企業及び大学その他の研究機関の連携が図られつつ行われるようその研究を促進し、研究成果を普及し、その成果に関する情報を提供、②企業等においてその成果を活用して製品又はサービスが開発され、提供されるようとする（第2条第3号）</p>	<p>5 循環器病対策推進基本計画等</p> <p>(1) 政府は、循環器病対策推進基本計画を策定（第9条）</p> <p>(2) 都道府県は、都道府県循環器病対策推進計画を策定（第11条）</p>
<p>3 責務</p> <p>(1) 国の責務（第3条）</p> <p>基本理念にのっとり、循環器病対策を総合的に策定し、実施する</p> <p>(2) 地方公共団体の責務（第4条）</p> <p>基本理念にのっとり、国との連携を図りつつ、その地域の特性に応じた施策を策定し、実施する</p> <p>(3) 医療保険者の責務（第5条）</p> <p>地方公共団体が講ずる施策に協力するよう努める</p> <p>(4) 国民の責務（第6条）</p> <p>循環器病に関する正しい知識を持ち、その予防に積極的に取り組むよう努めるとともに、自己又はその家族等が循環器病を発生した疑いがある場合に、できる限り迅速かつ適切な対応を行うよう努める</p> <p>(5) 保健、医療、福祉の事業に従事する者の責務（第7条）</p> <p>国、地方公共団体が講ずる循環器病対策に協力し、循環器病の予防等に努むよう努めるとともに、循環器病患者等に対し迅速かつ適切な保健・医療・福祉に係るサービスを提供するよう努める</p>	<p>6 基本的施策</p> <p>(1) 普及及び知識の普及、保健・医療機関の防止の取組の推進等の循環器病の予防等の推進に係る施策（第12条）</p> <p>(2) 循環器病を発生した疑いがある者の搬送及び医療機関による受入の迅速かつ適切な実施を図るための体制の整備、救急隊士・救急隊員に対する研修の機会の確保等に係る施策（第13条）</p> <p>(3) 専門的な循環器病医療の提供等を行う医療機関の整備等に係る施策（第14条）</p> <p>(4) 循環器病患者及び循環器病の後遺症を有する者の生活の質の維持向上に係る施策（第15条）</p> <p>(5) 循環器病患者等に対する保健・医療・福祉に係るサービスの提供に関する調剤機関、医療機関等の連携協力体制の整備に係る施策（第16条）</p> <p>(6) 循環器病に係る保健・医療・福祉の事業に従事する者の教育、就業の向上に係る施策（第17条）</p> <p>(7) 循環器病に係る保健・医療・福祉に関する情報（虚偽情報その他の）の収集、提供を行う体制の整備、循環器病患者等に対する相談支援等の推進に係る施策（第18条）</p> <p>(8) 循環器病に係る研究の促進等に係る施策（第19条）</p>
<p>7 循環器病対策推進協議会等</p> <p>(1) 厚生労働省に、循環器病対策推進協議会を置く（第20条）</p> <p>(2) 都道府県は、都道府県循環器病対策推進協議会を置くよう努める（第21条）</p>	<p>8 その他</p> <p>(1) 施行期日：公布日から起算して1年を超えない範囲内において政令で定める日から施行（附則第1条）</p> <p>(2) 政府は、糖尿病に起因して人工透析を受けている者等で下肢末梢動脈疾患を有するものに関する施策について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずること等（附則第2条）</p> <p>(3) 政府は、てんかん等の脳卒中の後遺症を有する者に関する施策について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずること（附則第3条）</p>

<https://houseikyoku.sangiin.go.jp/bill/pdf/h30-105gy.pdf>



参議院法制局

<https://houseikyoku.sangiin.go.jp/bill/outline30105.htm> より引用



図2 循環器病対策基本法（2018年）

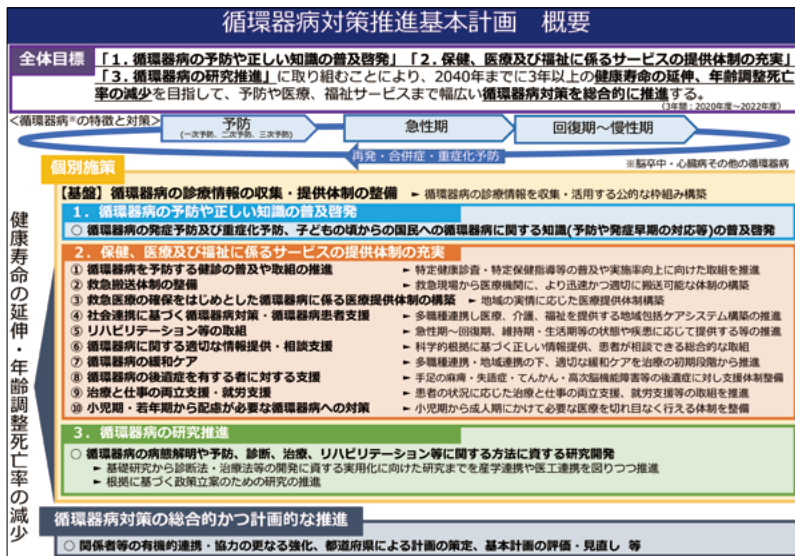


図3 循環器病対策推進基本計画（2020年）

<https://www.mhlw.go.jp/content/000765294.pdf>



厚生労働省

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou_jyunkanki/index.html より引用



2. 設置場所と求められる職種（一般社団法人日本脳卒中学会）

すべての脳卒中患者に対するシームレスな医療・介護・福祉連携を充実させるため、「脳卒中相談窓口」を一次脳卒中センター（PSC）のコア施設（PSC core）にまず設置し、順次広げていく。既存の地域連携室に設置することが現実的であるが、「脳卒中相談窓口」としての明確な表示が望ましい。そこでは脳卒中の医療・介護・福祉に精通した相談員が、急性期医療機関における連携窓口として回復期・維持期（生活期）患者サポートセンター、障害者就労・生活支援センター、地域包括支援センターなどと協力し、脳卒中患者に対して必要な指導や情報提供を実践していく。

脳卒中相談窓口では、脳卒中専門医が責任者となり、脳卒中に精通した看護師（脳卒中認定看護師が望ましい）と医療ソーシャルワーカー（社会福祉士または精神保健福祉士）がそれぞれ1名以上所属し、中心的役割を担う。必要に応じて理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士、臨床心理士（公認心理師）等の各専門職を構成員に含める。また、両立支援コーディネーター研修受講者の参加が望ましく、日本脳卒中学会学術集会で開催される「脳卒中相談窓口講習会」の受講者（脳卒中療養相談士として認定）が1名以上配置されている必要がある。

3. 社会的ニーズに合った具体的な役割（一般社団法人日本脳卒中学会）

脳卒中相談窓口が担う役割は、1) 急性期医療機関から直接自宅退院する患者および家族に対する相談・支援を行う、2) 回復期や維持期（生活期）の医療機関に転院する患者および家族に適切な情報提供を行い、必要に応じて回復期や維持期（生活期）の患者サポートセンターなどにつなぐ、ことである。

1) 直接自宅退院する患者および家族には、(1) 再発、合併症、重症化予防のための疾患管理プログラムの策定、情報提供、かかりつけ医との連携支援、(2) 関係部署と連携した患者および家族の相談支援と情報提供、(3) 経済的、心理的、社会的な困りごとに関する相談と解決、を行う。2) 患者および家族の相談支援と情報提供では、今後起こりうる病態や合併症に対する患者および家族の理解促進、療養上の意思決定や課題解決、障害福祉制度との円滑な連携と社会復帰の支援と、通所・訪問リハビリテーションの継続や装具の作成・作り直しに関する情報、地域包括ケアシステム・介護保険・在宅介護サービス・訪問診療に関する情報、身体障害者認定システムおよび精神障害者保健福祉手帳に関する情報の提供を行う。また、治療と仕事の両立支援、身寄りがない患者や生活困窮者など権利擁護事業の連携支援、福祉サービスや患者会の紹介に加え、交通手段、後遺症や合併症の相談を受け問題を解決していくことが必要となる。さらにかかりつけ医に対して脳卒中地域連携パスや疾患管理プログラムに関する情報提供を行い、適切な再発、合併症、重症化予防の治療や管理ができるようにする。

2) 回復期や維持期（生活期）の医療機関に転院する患者および家族には、脳卒中地域連携パスの説明と、患者の状態や家族の環境に応じた、遠隔地を含めた転院先、療養先選定の支援、回復期や維持期（生活期）の医療機関との情報共有が必要となる。

多職種連携のもと、脳卒中療養相談士は各医療圏におけるシームレスな医療・介護・福祉連携の中心的役割を担うこととなる。

4. 相談窓口業務の流れ・時間軸（一般社団法人日本脳卒中学会）

脳卒中診療は、リハビリテーションの観点から急性期、回復期、維持期（生活期）に病期が分けられる。相談窓口業務は、各々の病期に応じて、設置された病院・施設内の窓口担当者を中心に多職種で連携して行われる（図4）。また、次の病期を見通した情報提供・相談支援も必要で、他病院・施設との連携や情報共有も重要である。なお、提供する情報は、地域に合ったものであるべきで、継続的にアップデートされることが望ましい。

急性期には、a) 脳卒中診療、b) 脳卒中の合併症や再発予防、c) 服薬管理、d) 栄養管理、e) 地域連携パスなどを用いた地域連携、f) 地域包括ケアシステムによる在宅療養支援、g) 介護保険、h) 各種福祉サービスなどについて、患者および家族の状況に応じて情報提供・相談支援を始める。また、患者や家族の心理的サポートや傷病手当金や障害年金などの経済的な面での支援も行う。なお、これらの情報提供・相談支援は、回復期、維持期（生活期）でも、病期に応じて継続されることになる。

急性期病院の一次脳卒中センター（primary stroke center：PSC）コア施設に設置される脳卒中相談窓口の業務は、①入院時点で回復期病院への転院の可能性の説明や調整開始、②入院中には、栄養指導、リハビリテーション指導、生活習慣指導、再発予防指導、服薬指導など疾患管理プログラム導入、③自宅退院例では、今後の福祉サービスやリハビリテーション、治療と仕事の両立支援（就学・就労支援）といった流れで行われる。ただ、PSC コア施設の脳卒中相談窓口でも、後述の回復期・維持期（生活期）に関連した情報提供・相談支援の体制づくりも重要である。

回復期には、上記に加え、リハビリテーションに関連した情報提供・相談支援が重要となる。

維持期（生活期）の情報提供・相談支援の対象となる患者の状況は多岐にわたり、病期としても最も長い。社会復帰を目標とする患者では、治療と仕事の両立支援（就学・就労支援）、傷病手当金や障害年金などの経済的な面での情報提供・相談支援などを行う。また、障害に応じて、身体障害者手帳や精神保健福祉手帳の申請補助も行う。長期的なりハビリテーション（高次脳機能訓練も含む）が必要な患者には、適切に訓練が受けられるように、また、介護が必要な患者では、必要な介護・福祉サービスが受給できるように支援する。介護者支援の情報提供も行う。また、脳卒中自体や合併症で重篤な状態あるいは重度障害になった患者では、脳卒中患者に合わせた緩和ケアや終末期医療が必要な場合もある。患者に合った継続的な心理的サポートも重要で、これは患者に寄り添う家族に対しても行う。患者・家族間のピアサポートや患者会の案内と支援体制も構築する。

なお、これらの情報提供・相談支援業務は、脳卒中相談窓口で対応継続しつつ、地域包括支援センターなど既存の支援機関やかかりつけ医とも協力して行っていくことが望ましい。また、脳卒中相談窓口は、急性期病院から設置が進んでいくが、回復期、維持期（生活期）病院・施設の中には、独自の相談窓口機能がある場合も多く、その機能も尊重したうえで、相互協力、情報共有の体制作りも地域全体で行っていくことが期待される。

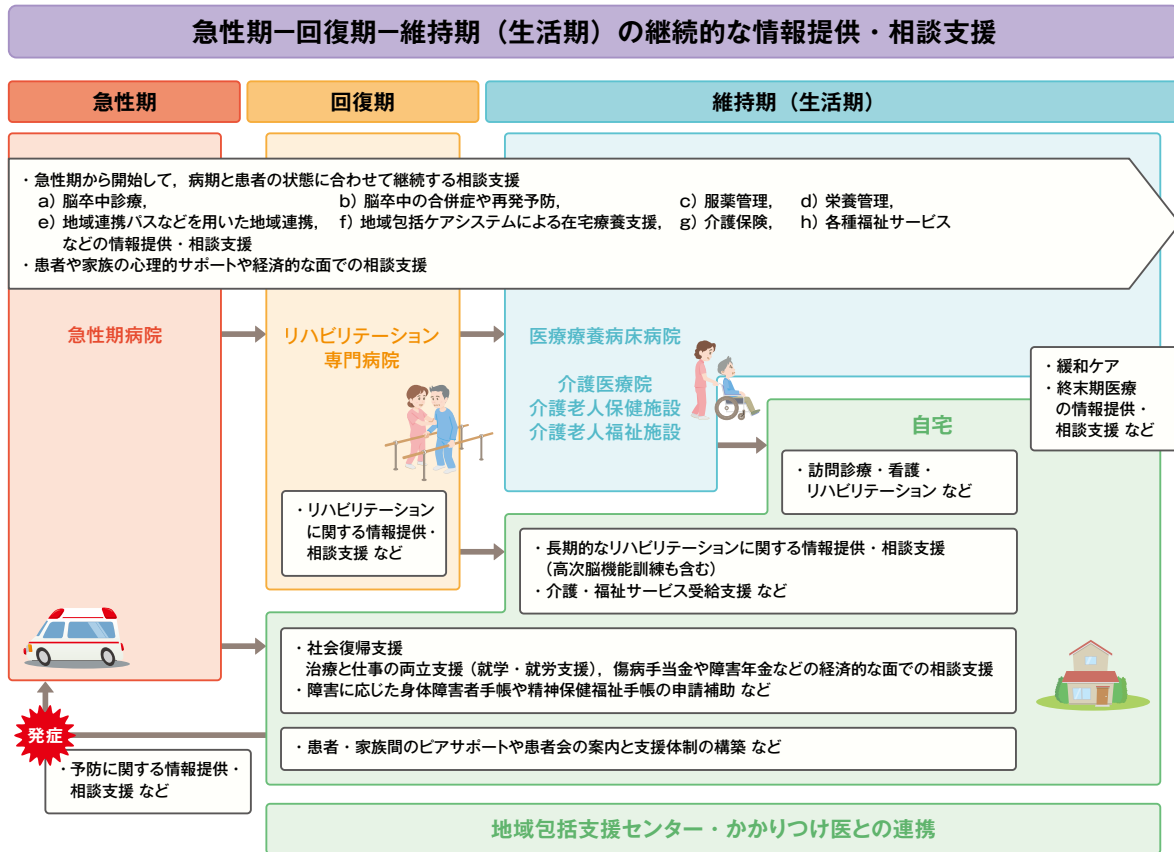


図4 相談窓口業務の流れ・時間軸

5. 脳卒中療養相談士に求められること

5-1. 脳卒中診療システムの理解（一般社団法人日本脳卒中学会）

脳卒中診療は、リハビリテーションの観点から急性期、回復期、維持期（生活期）に病期が分けられる。

急性期診療では、1990年代に欧州を中心に stroke unit (SU, 脳卒中専門病棟) の有効性が示され、導入が開始された。同年代の遺伝子組み換え組織型プラスミノゲンアクチベータ (recombinant tissue plasminogen activator : rt-PA) 静注療法や2010年代の機械的血栓回収療法 (mechanical thrombectomy : MT) などの治療法の登場で急性期診療は目覚ましく進歩した。ただ、これらは「専門性」と「時間との戦い」の2つの面を両立させることが課題となる。また、地域による格差も生じた。これらの問題を医療の均てん化および集約化で解決するために脳卒中センターの認定が2000年代から世界的に行われている。脳卒中センターを中心とする脳卒中治療施設の「脳卒中治療ピラミッド」(日本では構築途中) が示され、急性期病院間の連携も必要となってきた。わが国でも2019年より脳卒中センターの認定が開始され、急性期診療提供体制の再構築が始まっている。

脳卒中は、急性期から在宅医療まで切れ目のない医療体制を必要としている(図5)。急性期病院から回復期リハビリテーション病院の連携、さらには、維持期の施設やかかりつけ医との連携も極めて重要で、脳卒中地域連携パスなどにより「治療の継続」と「リハビリテーションの継続」が担保されなければならない。2000年に回復期リハ病棟と介護保険が開始され、医療と介護の提供体制の枠組みは明確となった。2020年の診療報酬改定で回復期リハ病棟への入棟までが脳卒中発症から2ヵ月以内という期限が撤廃され、合併症等で2ヵ月以内に転院できない患者の回復期リハが可能となるなどの改革も進んでいる。切れ目のない脳卒中医療体制構築のためには、国策として構築されている「地域包括ケアシステム」の理解と活用も重要となる。

また、脳卒中は、いずれの病期でも死亡率が高く、機能障害を残すことも多い。脳卒中患者の緩和ケアや終末期医療に関する議論も行われ始めている。

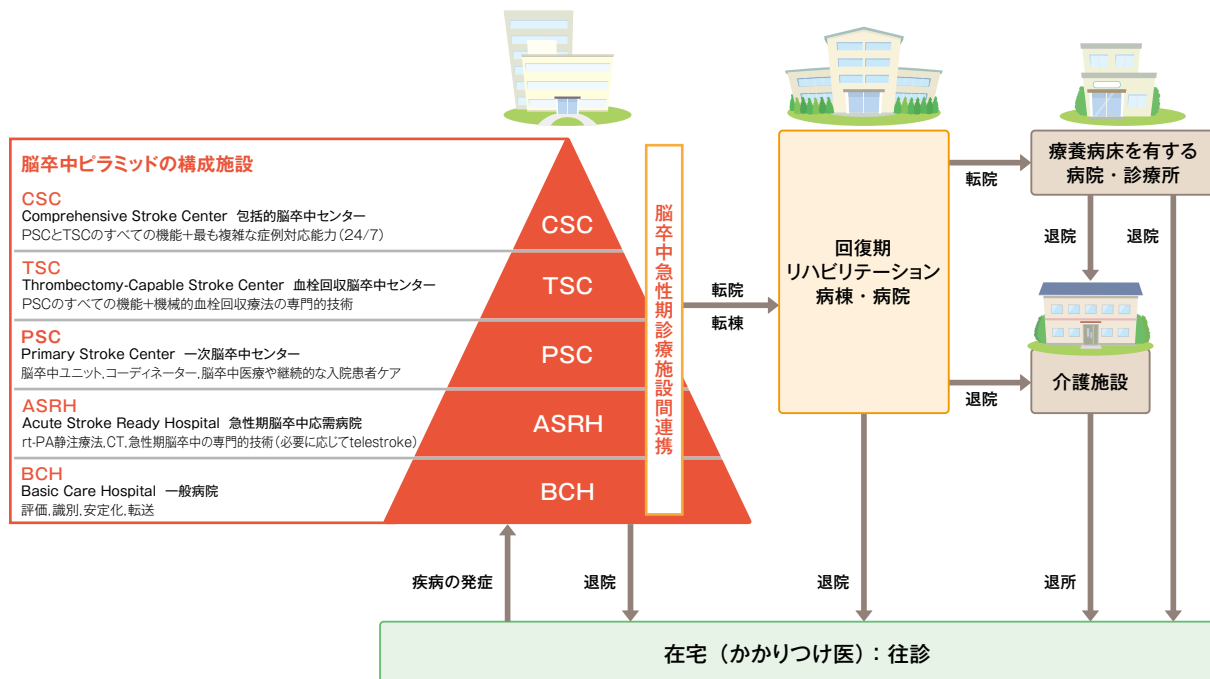


図5 脳卒中診療システム（ネットワーク）

5-2. 脳卒中の予防と合併症などに関する基本的な知識（一般社団法人日本脳卒中学会）

脳卒中とは、脳の血管の病気である。脳卒中は、脳血管の狭窄・閉塞（脳梗塞）あるいは破綻（脳内出血・くも膜下出血）を原因として、脳組織が突然傷害されて頭痛・頸部痛やめまい、意識障害・運動感覚障害・言語障害・視力視野障害等の神経症候が急に生じる疾患であり、救命や神経症候回復を目的とした治療が行われる。動脈硬化の危険因子（高血圧、糖尿病、脂質異常症、喫煙、多量飲酒）、不整脈（心房細動）を放置すると脳卒中を発症しやすい。脳卒中は健康寿命を損ねる（寝たきり：要介護5）原因の第1位疾患（要介護全体では認知症に次ぐ2位）である。一度発症すると重篤な後遺症を残すことがあり、発症予防・再発予防が重要である。かかりつけ医と協力し、バランスのよい食事、禁煙、節酒、適切な運動習慣に努め、血圧の自己測定、検脈、検診結果を確認し規則正しい内服を心がける。

「突然」の顔の歪み（Face）、手の力が入らない（Arm）、呂律が回らない・言葉がでない・他人の言うことが理解できない（Speech）ことに気がついたら、脳卒中の可能性がある。脳卒中、と思ったら症状がでた時刻を必ず確認し（Time）、すぐに救急車を呼ぶ（ACT FAST）。

急性期病院に入院した場合、stroke unit（医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医療ソーシャルワーカー〔社会福祉士等〕など多職種によるチーム医療）で治療が開始される。その内容は、脳卒中に対する専門的治療、脳卒中の再発予防、急性期リハビリテーションおよび合併症予防である。脳梗塞には、再灌流療法（rt-PA 静注療法・機械的血栓回収療法などで閉塞した血管の流れを改善する治療）、脳出血には血腫除去術（血液の塊を取り除く手術）、くも膜下出血には脳動脈瘤への治療（クリッピング術・コイル塞栓術など動脈瘤の破裂を予防する手術）を実施する。脳卒中の再発予防は、発症の予防と同様に動脈硬化の危険因子の管理、心房細動への対応、生活習慣の改善が重要である。脳梗塞では抗血栓薬（抗血小板薬や抗凝固薬）を内服する。発症後できる限り早期から急性期リハビリテーション（体位変換、座位・立位・歩行訓練、摂食嚥下訓練、言語訓練、セルフケア訓練など）を開始する。合併症は、感染症（肺炎、尿路感染症、床ずれに伴う感染症）、心不全、消化管出血、深部静脈血栓症、けいれん、うつなどである。脳卒中の2/3を占める脳梗塞の急性期から回復期の治療をイラストで示す（図6）。脳卒中相談窓口が中心となり患者・家族へ適切な情報提供・相談支援を行い、退院・転院への準備を進める。

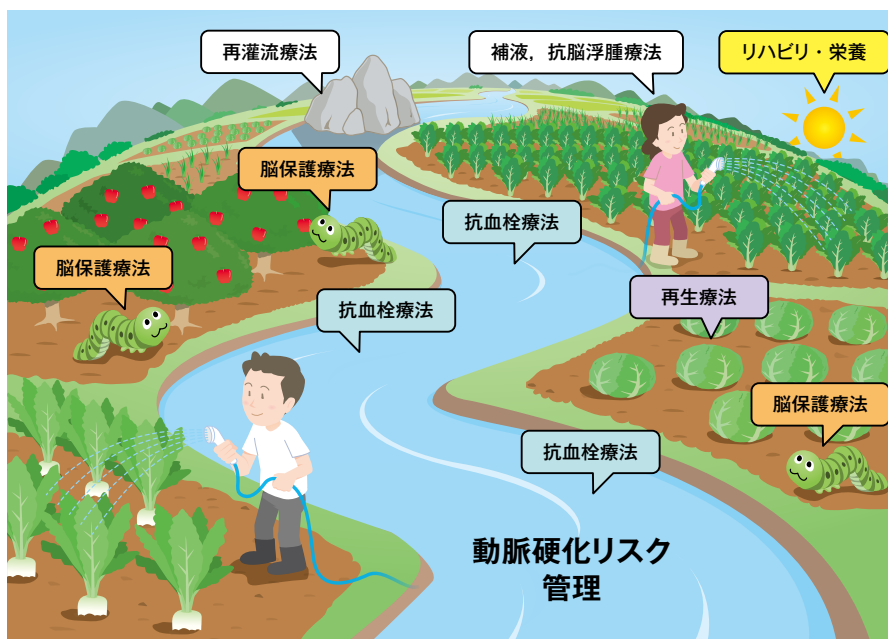


図6 脳梗塞の急性期から回復期、維持期（生活期）の治療

5-3. 服薬アドヒアランスの維持(一般社団法人日本病院薬剤師会, 公益社団法人日本薬剤師会)

アドヒアランスとは、患者が積極的に治療方針の決定に参加し、その決定にしたがって治療を受けることを意味する。その中でも、服薬アドヒアランスとは、患者が自身の病気を受け入れて、積極的に薬物治療に参画することを指す。2006年のメタ分析(SH Simpsonら)によると、一次予防または二次予防(再発予防)といった治療そのものへの関心、積極的な疾患に対する治療への関わりを維持することが重要であり、服薬アドヒアランス良好者では死亡リスクが低いことが明らかにされている。服薬アドヒアランスを良好に維持するためには、その治療法は患者にとって実行可能か、服薬を妨げる因子があるとすればそれは何か、それを解決するためには何が必要かなどを医療者が患者とともに考え、相談のうえ決定していく必要がある。表1に、服薬アドヒアランスの低下の原因とその対策、対応する主な医療従事者についてまとめた。

表1 服薬アドヒアランス低下の原因と対策

主な医療従事者の関与の程度を、◎>○>△で表した。

職種間で情報共有しながら進めることが、アドヒアランスの維持・向上には重要である。

服薬アドヒアランス		対応する主な医療従事者				
低下の原因	対策	薬剤師	医師	看護師	リハビリテーション専門職	医療ソーシャルワーカー
薬を服用するのを忘れる、多剤併用頻回に内服することが煩わしい	服薬意義を伝え医療参加のモチベーションを上げる 内服タイミングの調整を相談する	◎	◎	○	△	△
薬剤に関する誤解がある(指示の誤解や薬は必要ないと信じている) 副作用や依存を恐れている	薬剤に関する正しい知識を伝える 気を付けるべき副作用とその対処法を伝える	◎	○	○	△	△
薬の味や匂いが嫌だと感じている 苦手な剤形がある(粉が飲めないなど)	内服可能な剤形へ変更することを相談する	◎	△	○	○	△
内服の妨げとなる障害がある(嚥下障害、巧緻運動障害など)	正しいリハビリテーションを行う 一包化・口腔内崩壊錠・外用薬への変更 介護サービスで服薬介助を依頼する	○	△	○	◎	△
費用を心配している 生活環境の悪化(独居等)	活用できる社会資源を利用する	△	△	○	△	◎
病気は十分に治癒したと誤解している 病気を受容できていない 治療を行うことについて無関心	正しい病識を持つよう繰り返し指導する	○	◎	○	△	△
医療従事者を信用していない	信用できない理由を確認し信頼関係を構築する	○	○	○	○	○

脳卒中患者が嚥下障害、巧緻運動障害や高次脳機能障害をきたしているときには、服薬管理能力が低下している場合も多い。薬の一包化や剤形変更の検討など、患者の状態に応じた適切な服薬支援を医師、薬剤師、看護師など多職種間で協力して行う必要がある。中でも薬剤師は、服薬アドヒアランスに関連した情報を同施設内の他職種と共有し、適切に服薬できるような環境整備に努めることは重要である。脳卒中患者が、急性期、回復期、維持期(生活期)の各病期に合わせて療養の場を移していく中で、病院や地域の薬局に勤務する薬剤師は施設間の薬剤情報の共有にも積極的に関与し、切れ目のない薬学的管理や服薬指導を心がける必要がある(図7)。病期ごとに、病院薬剤師や薬局薬剤師が担う服薬アドヒアランスの維持・改善に関する役割についてまとめた。

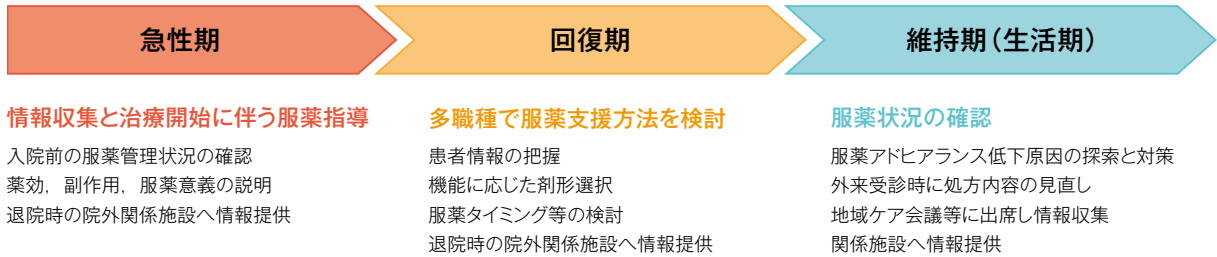


図7 各病期における服薬アドヒアランス維持・改善に関わる薬学的管理の要点

(1) 急性期

急性期においては、治療開始に伴い患者本人または介助する家族等に向けて病院薬剤師が服薬指導を行う。この時、服薬継続することの重要性や指示通りの服薬ができなかった場合の危険性もあわせて説明する。加えて、入院時に持参薬やお薬手帳をもとに、入院前の服薬管理状況や患者情報の確認を行うことも重要である。近年、高齢化によって多剤を服用している患者も多く、薬物相互作用の確認には注意する必要がある。これらの情報をもとに、多職種によるチーム医療の中で、薬物治療計画の立案、患者の服薬状況の確認、副作用モニタリングを実施する。特に、抗血小板薬・抗凝固薬といったハイリスク薬剤については、副作用のモニタリングが重要である。これらと並行して、回復期病院・自宅・介護施設等の地域への転院・退院に向けて、薬学的な情報を共有するための準備を進め、地域のかかりつけ医・かかりつけ薬局薬剤師との連携を図ることで適切な服薬管理をサポートする。

(2) 回復期

回復期では、退院後の療養環境においても、服薬アドヒアランスが維持されるように多職種で服薬支援方法を検討する必要がある。まずは、急性期病院に入院する前から服用していた薬剤や、入院中に追加または中止になった薬剤について、処方意図を確認したうえで、継続が必要な薬剤と減薬可能な薬剤の有無について検討し、処方内容の見直しを実施する。処方見直しに際しては、急性期からの薬学的な情報に加えて、患者の認知・運動・嚥下機能、栄養状態等を評価し、退院後の療養環境を考慮したうえで、機能に応じた剤形選択や服薬タイミング等を検討していく。患者の機能を適切に評価するには、多職種カンファレンスにより、各専門職が情報共有を行うことが重要である。退院時には、薬剤の変更、中止が行われた理由や変更後の状態だけではなく、薬剤の管理・調剤方法なども含めて、地域のかかりつけ医やかかりつけ薬局薬剤師、必要に応じて担当のケアマネジャーや訪問看護ステーションなどその他専門職にも、お薬手帳や薬剤サマリーなどを活用し情報提供する必要がある。

(3) 維持期(生活期)

維持期では、入院中とは異なり、常に医療・介護スタッフ等がベッドサイドにいるわけではない。家族と同居しているケースもあるが、最近では独居や施設入所など住まいの多様化が進んでいる。このような環境下で、服薬アドヒアランスを維持するには、様々な支援・アプローチが必要である。例えば、今までは介助者が薬をPTPシートから出して取り揃えていたものを、患者本人が取り揃えなければならない場合、手が不自由な患者には特に難しい作業となるので、介護サービスで服薬介助を依頼するなどが対策として考えられる。対策内容によっては、各専門職単独で判断が難しい場合もある。その場合には、処方医や訪問看護師、かかりつけ薬局薬剤師などと相談しながら、剤形や用法、一包化等を含めた処方内容の見直し等を検討する。また、入院前や退院時の処方意図を確認することは処方の見直しの際に役立つ場合が多いので、必要に応じて急性期・回復期の各専門職とカンファレンスを行う。さらに、地域ケア会議・サービス担当者会議等へ参加して患者情報を収集することも有用である。

5-4. 減塩、適正体重、生活習慣病改善などの食事管理について（公益社団法人日本栄養士会）









内臓脂肪型肥満に血圧高値、血糖高値、脂質異常などを合併したメタボリックシンドロームは脳卒中の危険因子であり、薬物療法、運動療法とともに食事療法が重要な役割を果たす。また脳卒中発症後には肥満（過栄養）や低栄養といった栄養不良が生じやすく、上記の併存疾患に対する食事療法も重要となる。したがって定期的な栄養状態の評価（栄養スクリーニング）を行い、医師、看護師、リハビリテーション専門職等関係職種と協働のもと、管理栄養士が栄養指導・栄養支援を行うことが望ましい。

肥満のスクリーニングには body mass index (BMI) や体脂肪率、腹囲などを用い、標準範囲を超える場合には、減量や疾患の管理を目的とした食事療法を指導する。その他併存疾患に対しても、適正エネルギーの摂取、飽和脂肪酸の一価不飽和脂肪酸や多価不飽和脂肪酸への置換、食物繊維摂取量の増加などを指導する。高血圧を認める場合、食塩は6g/日未満を目標とし、食塩含有量の多い食品の摂取を控える（図8）。ただし、対象者や介護者（家族）の日常生活を把握したうえで、現実的な助言を行うことが望まれる。

摂食嚥下障害を有する場合は、嚥下機能に応じた食形態の指導を行う。実際に調理する方法のみならず、介護者の負担を軽減するための特別用途食品「えん下困難者用食品」や介護食、配食サービスも含め、対象者のニーズに合った方法を提案するように努める。また、経管栄養を必要とする場合も、投与内容、投与方法に関して栄養学的観点から有効性を評価し、必要に応じてプランを見直すことも必要となる。

栄養スクリーニングにより低栄養が疑われる場合、管理栄養士はより詳細な栄養評価を行うことが望まれる。低栄養でありかつ食事摂取量が不十分な場合は、その原因を評価し、食事内容の調整や助言を行う。改善に乏しい場合は不足している栄養素の強化や栄養補助食品の活用も検討する。栄養必要量は日常的な活動量や、リハビリテーションプログラムの内容を考慮して設定することが望ましい。

一般的に、栄養指導・栄養支援には、医療保険・介護保険双方に活用できる枠組みがあるが、脳卒中は医療保険における栄養食事指導適用疾患となっていない。そのため、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、摂食嚥下障害など保険適用となる併存疾患や状態に対して入院・外来で栄養指導を実施する際に脳卒中再発予防の観点も含めて行うこととなる。介護保険が適用されず通院が困難な対象者は医療保険による在宅患者訪問栄養食事指導が実施できる。一方、介護保険被保険者であれば、入所系施設（例：老人保健施設や特別養護老人ホームにおける栄養ケア・マネジメントなど）や通所系施設（例：デイケア・デイサービスにおける栄養アセスメントや栄養改善サービスなど）におけるサービス、在宅訪問栄養指導（管理栄養士による居宅療養管理指導）などが活用できる。いずれも脳卒中に特化したサービスではないが、栄養指導・栄養支援に応用することができるため、多職種で協議しながら対象者に即した方法を積極的に活用していただきたい。

食パン(6枚切り1枚)	みそ汁(1杯)	塩鮭中辛(1切)	梅干し(1個)
			
0.8g	1.5g	1.1g	2.2g
ラーメン(1杯 汁含む)	ちくわ・中(1本)	スパゲティ(ゆでめん1人前)	プロセスチーズ(25g)
			
約6~7g	約0.7g	1.0g	0.7g

※ラーメンは、トッピング具材で食塩量が変わる。

図8 食塩を多く含む食品・料理の例

公益社団法人日本栄養士会「ヘルシーダイアリー2022年度版」、p.25、2022より引用

5-5. 地域連携バス（公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会）

脳卒中地域連携バスは、脳卒中に関わる医療機関（急性期、回復期、維持期〔生活期〕）が共通して用いる「診療計画」であり、治療・ケア・リハビリテーション、心理・社会的背景などの必要な情報を適切に共有することで病期による転院・転医においても治療の連続性と切れ目のない（シームレスな）サービスの提供を目指す。また最終的な目標や急性期、回復期、維持期（生活期）それぞれの病期を跨ぐ診療体制等について、患者・家族等に前もってわかりやすく説明することにより、安心して治療を受け、主体的に治療に取り組みやすくすることも目的としている。

2008年度の医療法改正にて全都道府県に脳卒中地域医療計画立案と診療報酬化がスタートし、現在は入退院支援加算の地域連携診療計画加算として位置付けられている。

脳卒中地域連携バスについて患者・家族等に説明する書式として「オーバービューシート」があり、急性期から生活期の一連の流れと各病期で目指す目標、それにかかる日数、などが一枚に記載され、イラスト等も用いて患者・家族等が理解しやすいように工夫されている（図9）。また、機関ごとの「患者に関する情報シート」等では医師・看護師・リハビリテーション専門職・医療ソーシャルワーカー（社会福祉士等）等が診療内容と治療経過、退院する時点での日常生活機能の状況など、必要な情報を記載する仕組みである。そこには急性期入院中の段階での最終退院時の目標のほか、地域によっては生活期に必要なと予測される介護・福祉サービスまで包含している場合もある。バスの書式をもって転院時の診療情報提供書の省略や、ICTの活用によって情報の一元化、効率化が図られるなど、地域ごとに活用は様々であり、共通のシートを用いることによって支援の継続を図り、かつ、多数の機関や職種と関わる脳卒中診療体制において、課題を共有することができ、患者・家族等にとって心理的な負担軽減につながる。

さらに、脳卒中地域連携バスは、地域の状況に応じて改善を図るという特徴がある。一つ目に、診療報酬における地域連携診療計画加算では、連携機関とともに、地域連携診療計画に係る情報交換や共有、地域連携診療計画の評価と見直しを定期的に行うことが求められている。二つ目に、脳卒中地域連携バスを活用し、病期に共通する評価方法の検討や、脳卒中地域連携バスを活用した事例検討など、地域それぞれに他機関多職種から成る会議体があり、様々な取り組みがなされている。

脳卒中相談窓口の脳卒中療養相談士には、脳卒中地域連携バスの理解、患者・家族等への心理的な負担に配慮した分かりやすい説明、自身の地域にある多職種多機関との顔の見える連携や、会議体を活用しながら、さらなるネットワークづくり、シームレスな連携のために情報共有、脳卒中地域連携バスの課題の改善に向けた提案等が役割として期待される。

《脳卒中地域連携バス》（患者様用）		種（脳梗塞・脳出血・くも膜下出血）			
急性期病院	回復期リハビリ病院	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	維持期リハビリ施設
現在の障害を説明します <input type="checkbox"/> 運動の障害 <input type="checkbox"/> 言葉の障害 <input type="checkbox"/> 食べることの障害 <input type="checkbox"/> 排泄の障害 <input type="checkbox"/> 認知の障害 <input type="checkbox"/> 意識の障害 <input type="checkbox"/> その他	3つのリハコースを説明します 軽度障害リハコース（1ヶ月） BI 85-100, FIM110-126 標準リハコース（2ヶ月） BI 55-80, FIM80-109 重度障害リハコース（3ヶ月） BI 0-50, FIM15-79	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	ケアが必要なことを説明します ケアが必要な方が2つのケアコースでケアが十分な場合は、維持期リハビリ施設で詳しい評価がされます。 標準ケアコース（BI 25以上） 軽度障害リハコース（BI 0-20） 重度障害リハコース（全介助）
リハビリが必要であることを説明します 以上の障害でリハビリが必要です。詳しい評価はリハビリでされます。現在の移動能力で以下の3つのコースでリハビリがすすむと思われます。	詳しいリハ評価（バーセル指数（BI）FIM指数（FIM）） いずれかの評価でコースが決まります 維持期リハ（在宅、入所） 転院のためにいろいろな準備が必要です。主治医や医療相談員に相談しましょう。	排泄訓練 食事・嚥下訓練 コミュニケーション訓練	在宅グループホーム アパハウス 介護老人福祉施設	かかりつけ医の選択 生活習慣病の指導	在宅医療（かかりつけ医） 訪問診療・訪問リハ 通所リハ・訪問看護 在宅介護
経度障害リハコース（1ヶ月） ひとりで歩ける	介護保険の説明 要介護1,2 要介護1,2,3,4,5	ケアマネ決定 ケアマネ決定	家族調査・支援 介護指導	在宅医療（かかりつけ医） 転院入院調整	訪問診療・訪問リハ 通所リハ・訪問看護 在宅介護
標準リハコース（2ヶ月） ひとりで歩ける ひとりで立てる	介護保険の申請	ケアプラン作成	サービス担当者会議	在宅医療（かかりつけ医） 転院入院調整	訪問診療・訪問リハ 通所リハ・訪問看護 在宅介護
重度障害リハコース（3ヶ月） ひとりで歩けない	認定調査	ケアプラン作成	サービス担当者会議	在宅医療（かかりつけ医） 転院入院調整	訪問診療・訪問リハ 通所リハ・訪問看護 在宅介護
画像の撮影、管理、再発予防目標 <input type="checkbox"/> 血圧のコントロール 血圧管理 < 140/90 70才未満 2.0-3.0 70才以上 1.6-2.6 T-S	<input type="checkbox"/> ワルファリン（脳血管薬） LDL-cholesterol < 120mg/dL 70才未満 2.0-3.0 HDL-cholesterol ≥ 40mg/dL 70才以上 1.6-2.6 T-S < 150mg/dL	<input type="checkbox"/> 血糖 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 骨髄質 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 消化器	<input type="checkbox"/> 血腫 <input type="checkbox"/> インスリンコントロール <input type="checkbox"/> 栄養管理 <input type="checkbox"/> ショート庄	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿管切開 <input type="checkbox"/> ショート庄	※ 経過中に急変した時は急性期病院へ連携します

図9 熊本で運用されている脳卒中地域連携バス

5-6. 地域包括ケアシステムの概略（一般社団法人日本介護支援専門員協会）

疾病等によって介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」が地域で一体的に提供される社会システムが「地域包括ケアシステム」である。団塊の世代が75歳に達し、医療や介護の需要がいっそう増加すると見込まれる2025年を目指して、国・都道府県・市町村が地域ごとの特性（人口規模・高齢化率・医療や介護のリソースなど）に応じた地域包括ケアシステムを構築すべく運営が進められている（図10）。

その中核施設である「地域包括支援センター」はすべての市町村にあり、日常生活圏域ごとに5,270カ所（令和3年4月末現在）設けられている。それぞれの地域包括支援センターには、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員が配置され、地域住民からの多様な相談に幅広く応じ、関係機関との連絡調整を行う（総合相談）とともに、在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の機能を担っている。また、認知症地域支援推進員や生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）を配置するなど、高齢者等を支えるネットワーク形成の役割を持っている。

脳卒中相談窓口担当者は、行政区ごとの地域包括支援センターと日常的に連携を保つことが重要である。

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**

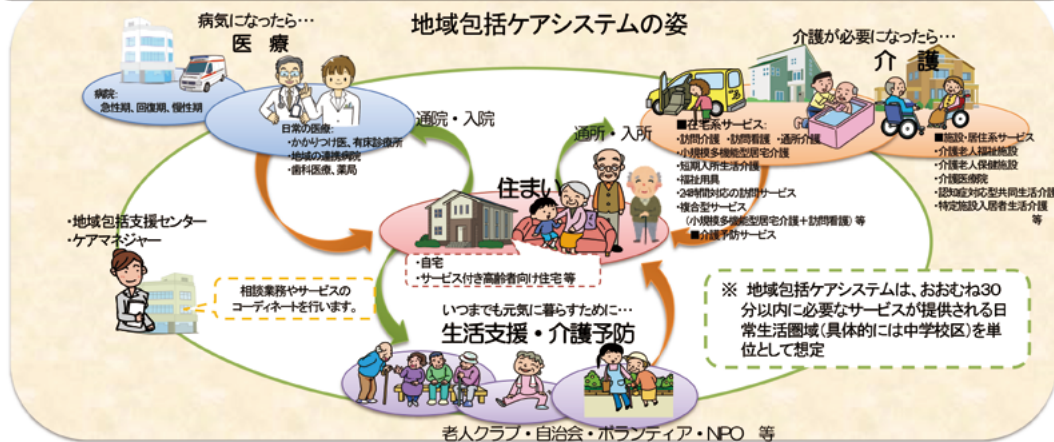


図10 地域包括ケアシステムの構築

「介護保険制度の概要」令和3年5月・厚生労働省老健局、p.21
<https://www.mhlw.go.jp/content/000801559.pdf> より引用



5-7. 介護保険制度（一般社団法人日本介護支援専門員協会）

65歳以上の人が傷病により要介護状態・要支援状態になった場合、介護保険制度を利用することができる（図11）。また、脳血管疾患など16種類の特定疾病が原因で要介護・要支援状態になった場合は満40歳から介護保険が適用される。

介護保険の利用は市町村窓口申請して行うが、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所（ケアマネジャー事務所）等でも申請を代行できる。

申請後は「要介護認定」を経なければならない。認定には、市町村職員が行う「認定調査」（訪問調査）と主治医が医学的所見を記載した「主治医意見書」が必要である。新規申請の場合、審査結果が出るまでに1～2ヵ月かかる場合が多いため、入院後の早い段階から申請準備を進めておくことが大切である。

退院後に介護サービスを利用できるよう、介護支援専門員（ケアマネジャー）が居宅サービス計画書（ケアプラン）原案を作成するが、この際、医療機関からの情報提供が欠かせない。脳卒中相談窓口担当者は、退院前から在宅ケアチームを交えたカンファレンスを開くなど、在宅生活移行の連携を進めることが重要である。

介護保険で利用できるサービスには、施設サービス（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院など）、在宅サービス（訪問看護、訪問介護、訪問入浴、通所介護、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導〔医師・歯科医師・歯科衛生士・薬剤師・管理栄養士など〕、施設等への短期入所、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、福祉用具貸与、住宅改修など）があるが、利用者本人・家族の状況や環境等を総合的に判断したうえでサービス種類や回数等を決める。

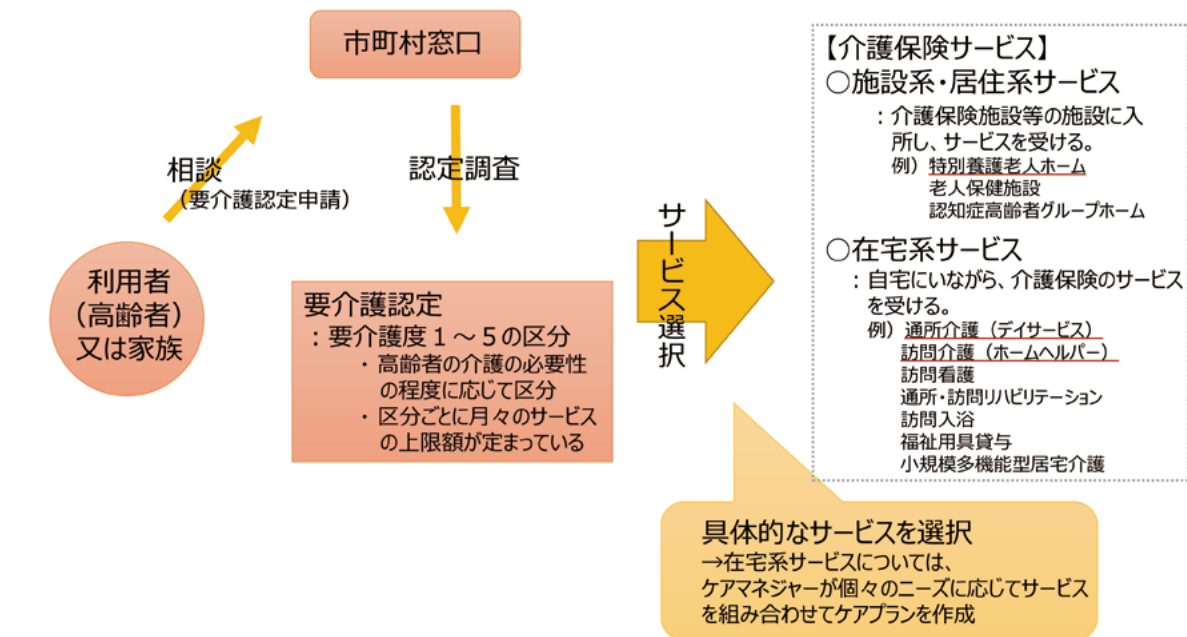


図11 介護保険制度利用の流れ（イメージ）

「介護保険制度の概要」令和3年5月・厚生労働省老健局、p.8

<https://www.mhlw.go.jp/content/000801559.pdf> より引用



5-8. 各種福祉サービス（一般社団法人日本介護支援専門員協会）

介護保険制度や障害者福祉制度の対象にならないものも含め、退院後の自宅生活に活用できる福祉サービスには以下のようなものがある。この他にも自治体によって独自にサービス提供や利用料補助を行っている場合も多いため、日常的に情報把握しておくことが大切である。

(1) レスパイトケア（家族介護継続のための休息）

通所介護（デイサービスなど）、短期入所介護（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、認知症グループホーム等の短期利用）、レスパイト入院（地域包括ケア病棟など）

(2) 福祉用具レンタル

車いす、歩行器、歩行補助つえ、特殊寝台（電動ベッド）、移動用リフト、可搬型の手すり・スロープ、自動排泄処理装置、認知症老人徘徊探知機など

(3) 福祉用具の購入補助

ポータブルトイレ、シャワーチェア、浴槽用手すり、簡易浴槽など

(4) 住宅改修への補助

手すり取り付け、段差解消（スロープ設置等）、滑り止めのための床材変更、開き戸から引き戸への扉の取り替え、洋式便器への取り替え・位置変更など

(5) 交通機関の利用支援

自治体独自に行われる公共交通機関（バスやタクシー等）への利用料補助

(6) 配食サービス

民間会社がサービス実施。自治体によって独自補助あり。

(7) 家族介護者の離職防止・両立支援

介護休業（対象家族1人につき3回まで、通算93日まで）、介護休暇（家族介護のための短期休み、1年間5日まで、対象となる家族が2人以上の場合は年間10日まで）など

5-9. 治療と仕事の両立支援

1) 治療と仕事の両立支援とは（一般社団法人日本脳卒中学会）

治療が必要な疾病を抱える労働者が、業務によって疾病を増悪させないように、事業場において適切な就業上の措置を行いつつ、治療に対する配慮が行われるようにするための取り組みである。労働契約は法律に基づいて労働者と使用者との間で締結されているため、脳卒中などの私傷病の両立支援においては原則として労働者の申し出が起点となる。しかしながら、突如の入院で混乱している状況下で自ら申し出を行うことは難しく、言い出せない職場の雰囲気も伴って自主退職してしまうケースは多い。また様々な手続きや社会資源の利用についても知らない患者が多い。もちろん就労の継続や申し出を決定するのは患者自身であるが、離職してしまうと可能な支援は限られるため、発症早期から医療者側からも患者が就労者であることを確認し、申し出ができるように支援を開始することが肝要である。主治医や看護師やリハビリテーションスタッフは医療ソーシャルワーカー（社会福祉士等）や「両立支援コーディネーター」と情報共有し対処すべきであろう。特に脳卒中の場合は急性期→回復期→維持期（生活期）と医療機関が変わることが多く治療の継続機会の担保が必要となるのみならず、疾病によるパフォーマンスの低下や各種障害が残ることも多いため、その内容や必要な配慮を事業場にも正しく理解してもらうことが必要となる。こうした情報の共有には厚生労働省のガイドランにある情報提供の様式や企業・医療機関連携マニュアルなどを参考にされたい。また治療主体が回復期病院やかかりつけ医などに移る場合には両立支援の情報も共有していただきたい。つまり治療する医療機関が変わっても支援が継続できるような伴走型支援が望まれる。脳卒中患者における両立支援の進め方を図12に示す。

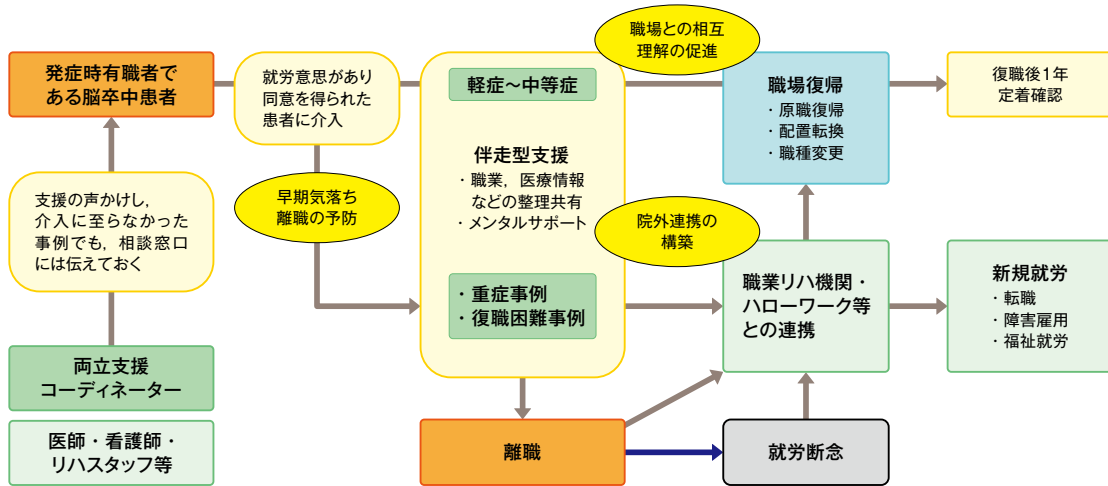


図 12 脳卒中患者における両立支援の進め方

<参考>

「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」

「企業・医療機関連携マニュアル」

厚生労働省「治療と仕事の両立について」

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000115267.html>



両立支援コーディネーターについて

独立行政法人労働者健康安全機構「治療就労両立支援事業」

<https://www.johas.go.jp/ryoritsumodel/tabid/1013/Default.aspx>



2) 就労への支援（一般社団法人日本作業療法士協会，公益社団法人日本理学療法士協会）

就労の場として現職場と新職場（保護的な就労環境を含む）が挙げられるが、いずれの場合も患者の心身の準備性を高めるリハビリテーション（職務内容の評価、職業前〔準備〕訓練、職務の指導、通勤手段の選択や練習など）が必要となり、早期から復職を意識した訓練を取り入れ、急性期以降も継続した治療体制を構築することが重要である。加えて受け入れ事業所の体制整備も重要である。患者の後遺症の種類や程度によっては、手すりの設置や段差解消などの環境設定や職務内容の変更や調整が必要な場合も少なくない。一方で、作業姿勢の変更（立位⇒座位）や片手での作業が可能な環境整備や頻回に休憩をとるなどの調整で対応可能となる場合もあるため、受け入れ事業所の障害に対する理解や対応可能な範囲についての確認や試験的な出勤を通して患者と事業所の双方で具体的にすり合わせを行うことが求められる。いずれも、患者自身からの働きかけと復（就）職を前提とした受け入れ事業所側の多大な理解と協力が不可欠となる。発症後に心身両面の作業耐久性が低下していることが少なくないが、患者自身が自覚していない場合や、職場復帰して初めて高次脳機能障害が明らかになる場合もあるため、段階的に仕事の量や質を変化させることや就労後の継続的な心理的サポートが重要である。また、障害者手帳を取得し、障害者雇用の対象となることで適切な配慮のもと就労を継続できる場合もある。就労のために必要となる要素を図 13 に示す。

2021年に改正された障害者の雇用促進等に関する法律においても障害者の職業リハビリテーションの推進について定められており、その実施は医療機関のみならず、公共職業安定所、障害者職業センター（ジョブコーチの利用も可）、障害者就業・生活支援センター、障害者職業能力開発校、就労移行支援事業所など幅広い機関が窓口となりうるため、それらの情報も参照していただきたい。

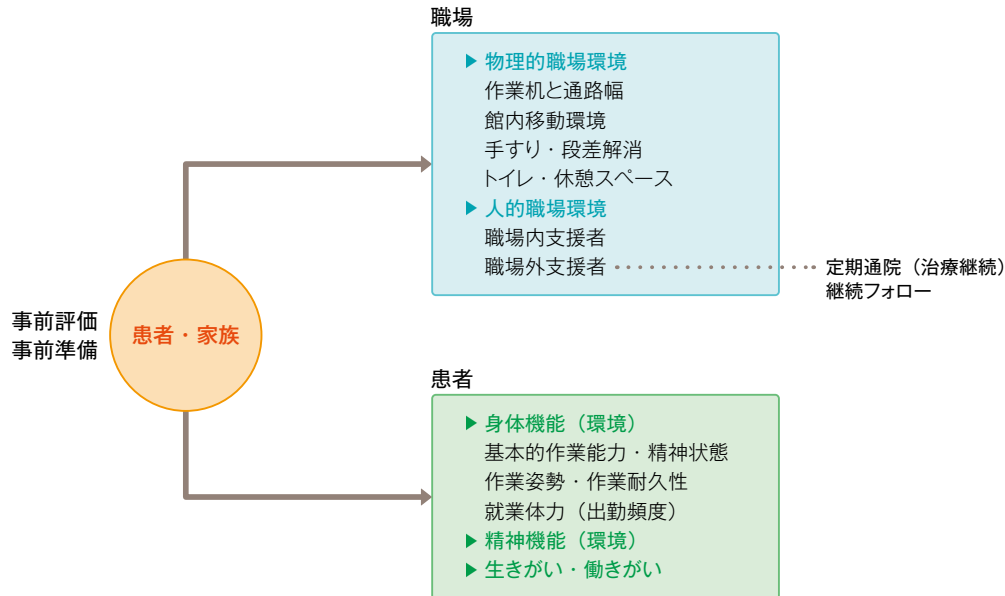


図 13 就労のために必要となる要素

3) 休業中の所得補償など（公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会）

脳卒中となり仕事を長期に休んだり、仕事を続けられない、または仕事を続けられるかどうか分からない不安を抱える患者は多い。脳卒中相談窓口では、脳卒中患者が受給可能な傷病手当金等の所得補償についての知識を持ち、対応することが必要である。制度は改正されることもあるため、申請窓口や専門機関に確認し、連携しながら支援を行う。同時に、傷病手当金等の所得補償は患者の経済的なサポートだけではなく、心理的・社会的なサポートともなるものなので、受給できる権利を守ることも念頭に支援する。代表的なものには傷病手当金、障害年金等がある。いずれも医師の診断書が必要となる。

(1) 傷病手当金：健康保険に加入している被保険者が対象。病気のため会社を休んだ日が連続して3日間あったうえで4日目以降、1年6ヵ月間（2022.1.1～連続ではなく通算へ改定）、休んだ日に対して支給される。ただし、休んだ期間について事業主から傷病手当金の額より多い報酬額の支給を受けた場合には、傷病手当金は支給されない。支給額はおおむね給与の3分の2である。

(2) 障害年金：初診日に公的年金に加入している被保険者で、初診日から1年6ヵ月以上経過し、かつ、障害年金の等級に該当している場合に障害年金の受給が可能。障害年金の等級表は身体障害者手帳の等級表とは異なるので注意が必要。同一病名の場合傷病手当金よりも障害年金の受給が優先される。脳卒中患者の場合、通院が長期にわたることから、障害年金の受給継続のため、現況届の作成を支援する体制が不可欠である。

(3) 労災の場合：労災の場合は、独自の休業補償や労災年金（一時金）の制度がある。

(4) 重度の障害が重複する場合、在宅等の条件を満たすと特別障害者手当が支給される。

(5) 個人加入の生命保険等について、入院給付や高度障害の場合の給付の条件を調べる等の支援を必要に応じて行う。

5-10. 障害者手帳の申請（公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会）

脳卒中発症後の後遺症のある患者が介護や補装具の利用・リハビリテーションの継続・就労支援等を目的に利用できる社会資源の一つである。

障害福祉サービス介護保険の対象とならない40歳未満も利用できるため、若年脳卒中患者には忘れずに案内したい。40歳以上の介護保険対象者が障害福祉制度を利用できるが、介護保険・障害福祉制度の双方に同じサービスがあるもの（居宅介護や日常生活用具等）は介護保険を優先して利用する。脳卒中後遺症による身体障害者手帳・精神保健福祉手帳の取得や高次脳機能障害の診断書の提出により下記の各種福祉サービスを利用できるが、手帳の取得は障害固定を意味する。これ以上の機能改善を期待できないことが前提となるため患者・家族の障害の理解や心情への配慮が必要である。脳卒中相談窓口では、適切な時期に障害者手帳の取得に関する案内・説明や診断支援等を行い、患者が障害福祉サービスを用いながら社会参加や社会復帰など、活動の場を拓げていけるように支援することが求められる。

(1) 障害者手帳

等級により、税金等の優遇や重度障害者医療費助成・特別障害者手当等を利用可能。

(1) 身体障害者手帳：肢体不自由（1～7級、手帳発行は1～6級のみ）

音声言語そしゃく機能障害（3,4級）

* 指定医による障害固定の診断・診断書作成が必要。

診断できる時期（発症後3～6ヵ月等）が自治体により異なる。

(2) 精神保健福祉手帳（1級～3級）：高次脳機能障害は器質性精神障害に該当。

取得に伴う抵抗感にも留意すること。

* 診断書は主治医が記載（高次脳機能障害の場合は、脳外科医、リハビリテーション科医、脳神経内科医等も作成可能、精神疾患の場合は精神科医による作成）

(3) 療育手帳：18歳未満の発症・受傷による知的な障害が残った場合。

児童相談所等で判定。

(2) 障害者総合支援法

(1) 対象者：上記の手帳所持者や難病の患者。高次脳機能障害の場合は診断書を提出した者。

(2) サービスの種類

在宅や施設入所で利用する介護給付・訓練等給付のほか、住宅改修・補装具・就労移行支援等。個別に支給決定が行われる「障害福祉サービス」(図14)と、市町村の創意工夫により、利用者の方々の状況に応じて柔軟に実施できる「地域生活支援事業」に大別される。

(3) 利用料：1割負担。高額障害福祉サービス費制度あり。

(4) 申請・相談窓口

各自治体の障害福祉窓口。

(5) 利用までの流れ（介護給付利用時等）

障害区分認定申請⇒主治医意見書作成*⇒訪問調査⇒認定⇒ケアプラン作成（約1～2ヵ月）

* 主治医は意見書に診断名・身体状況・生活機能とサービス利用等への意見を記載。

(6) 留意事項

介護保険の認定を受けた患者は、介護保険サービスや介護予防サービスを優先して利用する。介護保険で利用できないサービスは、障害者総合支援法で併給できる。

障害福祉サービス等の体系（介護給付・訓練等給付）		
サービス内容		
訪問系	介護給付	居宅介護 (者 児) 自宅で、入浴、排せつ、食事の介護等を行う
		重度訪問介護 (者) 重度の肢体不自由者又は重度の知的障害若しくは精神障害により行動上著しい困難を有する者であって常に介護を必要とする人に、自宅で、入浴、排せつ、食事の介護、外出時における移動支援、入院時の支援等を総合的に行う（日常生活に生じる様々な介護の事態に対応するための見守り等の支援を含む。）
		同行援護 (者 児) 視覚障害により、移動に著しい困難を有する人が外出する時、必要な情報提供や介護を行う
		行動援護 (者 児) 自己判断能力が制限されている人が行動するときに、危険を回避するために必要な支援、外出支援を行う
		重度障害者等包括支援 (者 児) 介護の必要性がとて高い人に、居宅介護等複数のサービスを包括的に行う
日中活動系	介護給付	短期入所 (者 児) 自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含めた施設で、入浴、排せつ、食事の介護等を行う
		療養介護 (者) 医療と常時介護を必要とする人に、医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活の世話をを行う
		生活介護 (者) 常に介護を必要とする人に、昼間、入浴、排せつ、食事の介護等を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会を提供する
施設系		施設入所支援 (者) 施設に入所する人に、夜間や休日、入浴、排せつ、食事の介護等を行う
居住支援系		自立生活援助 (者) 一人暮らしに必要な理解力・生活力等を補うため、定期的な居宅訪問や随時の対応により日常生活における課題を把握し、必要な支援を行う
		共同生活援助 (者) 夜間や休日、共同生活を行う住居で、相談、入浴、排せつ、食事の介護、日常生活上の援助を行う
訓練系・就労系	訓練等給付	自立訓練（機能訓練） (者) 自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、身体機能の維持、向上のために必要な訓練を行う
		自立訓練（生活訓練） (者) 自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、生活能力の維持、向上のために必要な支援、訓練を行う
		就労移行支援 (者) 一般企業等への就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行う
		就労継続支援（A型） (者) 一般企業等での就労が困難な人に、雇用して就労の機会を提供するとともに、能力等の向上のために必要な訓練を行う
		就労継続支援（B型） (者) 一般企業等での就労が困難な人に、就労する機会を提供するとともに、能力等の向上のために必要な訓練を行う
		就労定着支援 (者) 一般就労に移行した人に、就労に伴う生活面の課題に対応するための支援を行う

(者)：障害者 (児)：障害児

図 14 障害福祉サービスの内容（厚生労働省）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/service/naiyou.html より引用



5-11. 介護者負担の軽減（公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会）

脳卒中は、介護が必要となった主な原因の第2位（厚生労働省 2019）であり、介護者（以下ケアラー）負担の軽減などの介護者支援は脳卒中支援に欠かせない。「ケアラーとはケアに必要な家族等などを無償でケアする人」（日本ケアラー連盟 ホームページより）と定義され、周囲もケアラー自身もケアは家族がすると思いついでいることが多い。困りごとを整理できずどうしてよいか分からない、誰に何を相談してよいか分からない状況で相談行動に踏み出せずに孤立してしまう例もあり、ケアラー自身の仕事・学業・収入・生活などに影響が出ると言われている。

また、老老介護、認認介護、8050問題、ダブルケア（育児と介護）、ヤングケアラーの問題、介護離職、介護を原因とした自殺者や孤立なども大きな課題である。中には、高次脳機能障害等の影響による関係機関との関係構築の難しさや生計の確保や金銭管理などの社会生活の困難さから、地域の中で支援困難事例になっている例も散見される。

脳卒中相談窓口には、診療を中断してしまった患者の家族など医療にまつわる課題だけでなく、何らかの理由で介護サービスの利用を敬遠するケアラーや脳卒中発症を起因とした上記の各種生活課題への相談対応も求められる。すぐに解決策がない場合でも相談窓口とつながり続けることが重要であるため、伴走的な支援を地域包括支援センターや担当ケアマネジャー、市区町村の相談窓口等と連携しながら支援をしていくことが求められる。脳卒中特有の複雑な生活課題への支援により早期に対応できるよう、保健・医療・介護・福祉・教育等の様々な領域の関係機関との情報共有など、日頃からのネットワークングにより予防的な支援力を強化することが不可欠である。

5-12. 高次脳機能障害への支援

（一般社団法人日本言語聴覚士協会、一般社団法人日本作業療法士協会）

高次脳機能は、脳の精神活動のうち、人間が日常生活や社会生活で行う様々な活動を支えるものである。高次脳機能には記憶、認知、言語、行為、注意、社会的行動、遂行機能などが含まれる。意識や注意、情動などは最も基盤にあり、精神活動を下支えする役割を担う。その上に道具としての働きをする言語や行為、記憶、認知などの機能がある。さらにその上に、各機能をとりまとめる役割の遂行機能や社会的行動が乗るという階層性になっている。

脳卒中などによりこれらの機能が障害されると、失語症、注意障害、失行、失認、半側空間無視、記憶障害、遂行機能障害などが生じる。これらを高次脳機能障害という。

発症後は、医師の診察後、リハビリテーション専門職である言語聴覚士、作業療法士、理学療法士が中心となり対応する。看護師、医療ソーシャルワーカー（社会福祉士等）や心理職などの職種が関わる場合もある。

高次脳機能障害は、症例ごとの個別性が高いという特徴がある。また、運動麻痺などと異なり、外から見えにくく、周囲から理解されにくい。本人も自覚がなく、家族の理解が得られにくい場合もある。このような特徴からまず、障害の状態についての評価が極めて重要になる。この評価結果に基づき、それぞれの個人にとって最適な働きかけが行われる。

また、高次脳機能障害では何らかの障害が残存することが少なくないため、発症後間もない急性期から維持期（生活期）まで継続した専門的支援が求められる。ICF（国際生活機能分類）の視点を活用し（図15）、機能障害の改善に着目するだけでなく、活動制限や参加制約など相互の関連性や状況を把握し、個人因子（これまでの生活背景や今後の生活への希望の聴取など）や環境因子（代償的な方法や家族への指導を含めた環境への働きかけなど）を含めた生活機能全体の向上を図ることが重要である。なお、維持期（生活期）については各都道府県に高次脳機能障害支援センターが設置されており、相談することができる。

高次脳機能障害への対応は、発症後間もない急性期から維持期（生活期）まで継続した専門的支援が求められる。

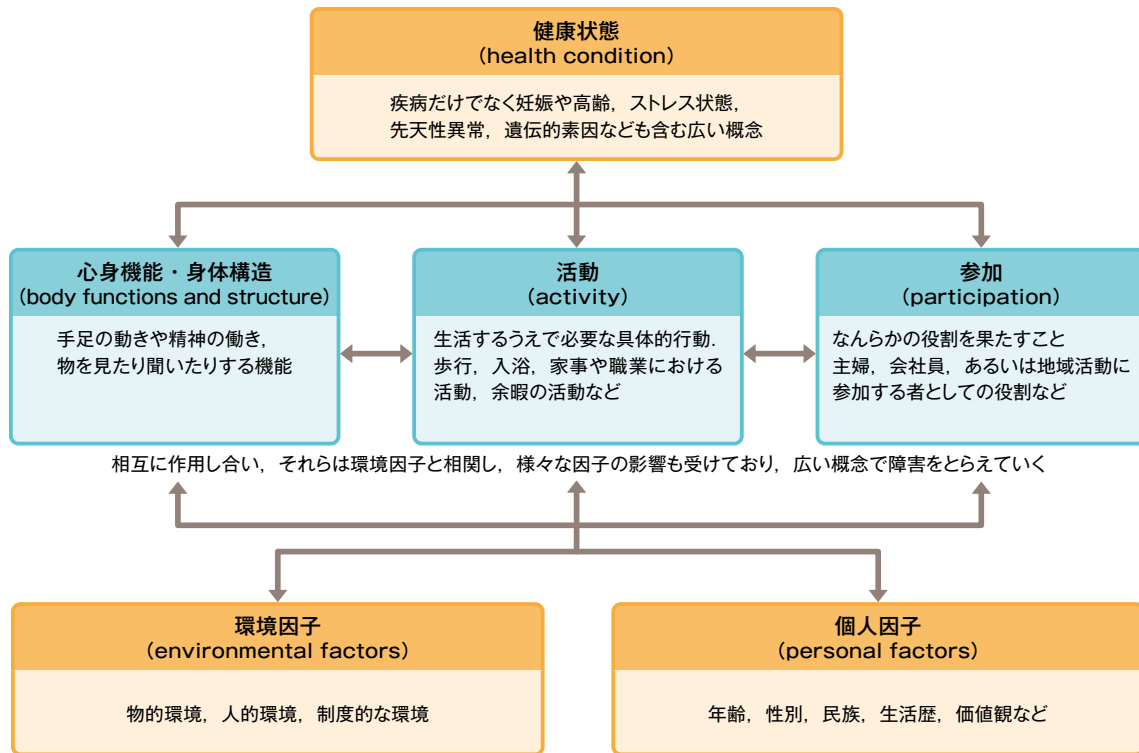


図 15 ICF (国際生活機能分類, WHO 2001)

落合慈之監修, リハビリテーションビジュアルブック 第2版, p.12, Gakken, 2016より引用

<参考>

国立障害者リハビリテーションセンター 高次脳機能障害情報・支援センター
http://www.rehab.go.jp/brain_fukyu/



5-13. 心理的サポート, 経済的サポート

1) 看護師から (日本脳神経看護研究学会, 日本ニューロサイエンス看護学会)

脳卒中は突然の発症により生命を脅かし、心身の諸機能に様々な障害をもたらす。多くの患者が、恐怖、絶望感に襲われ、激しい落ち込みを体験したり、自身の身体が思うように動かない苦痛や、考えが伝わらないことのもどかしさ、さらに今後の生活への不安など様々な思いを抱えたりしている。病態によっては、自分自身のおかれている状況すら理解できない場合もある。このような混沌とした心理状態で機能回復や自立に向けたリハビリテーションを受けることになるが、意欲の減退（アパシー）や脳卒中後うつ（poststroke depression：PSD）をきたすと、回復の遅延やQOL（生活の質）低下を招く恐れがある。患者の心理状態は、障害の背景や個人の信念、期待や価値観等により様々であり、一概にすべての患者が同じような経過を経て障害を受け止めたり（障害受容）、心理的な反応をしたりするのではない。そのため、個々の患者の語りを十分に聞き取り、どのような体験をし、その心理や情動の変化にどのようなことが影響しているのかを理解し、家族も含めた支援方法を検討する必要がある。特に、PSDは日常生活動作（ADL）や認知機能の改善を阻害するため、必要に応じ各種心理検査を行い早期発見に努めるとともに、PSDの改善には薬物療法を行うことが勧められている。心理的サポートを行ううえで、「患者（療養者）が主人公（主体）である」ことを念頭に置き、患者が「自分ならできる、きっと上手くいく」と思える（自己効力感を高める）ように関わるのが有効とされる。自己効力感を提唱したカナダの心理学者アルバート・バンデューラ（Albert Bandura）によると、自己効力感を高めるために、「遂行行動の成功体験」「代理的経験（モデリング）」「言語的説得」「生理的・情動的状态」の4つを挙げている（図16）。例えば、患者が成功体験を持てるように達成可能な目標・計画を一緒に立てることや、同じような状況にあったり目標を持っていたりする他の患者の成功体験や問題解決から患者が学ぶこと、家族や医療者などが励ましや努力をたたえる言葉をかけること、さらに、患者が課題を実行したときに感情や気分が高まり、それを患者自身が自覚することなどが、自己効力感が高まる要因となる。ただし、患者と状況や能力が類似した人は、モデルとしてふさわしいが、自身よりも条件が揃っている人（軽症者や若年者等）が上手くできているのを見て、逆に自己効力感を下げてしまう場合があるため注意が必要である。

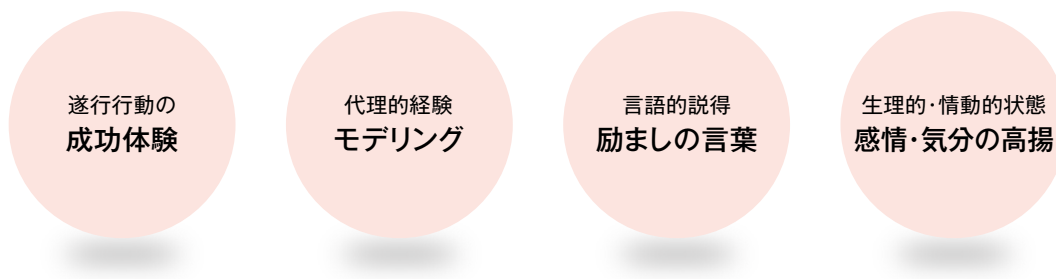


図16 自己効力感を高める4つの方法

2) 医療ソーシャルワーカーから (公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会)

脳卒中患者・家族の心理的および経済的サポートは、発症からの時期による特徴に留意した対応を行う。

(1) 急性期

「元の生活に戻れるのか」「どのくらいお金がかかるのか」といった不安や、発病前から抱えている生活課題の悪化がある場合、多職種による迅速な心理的・経済的サポートの展開が必要である。多職種によるスクリーニングで早期に課題を抽出し、チームの介入プランを立てる。相談場面では、今後の治療や療養生活のロードマップ（パス）の明示、予測される課題と活用可能な資源の共有が不安軽減の一助となる。スクリーニングから漏れるケースも想定し、各種保険制度、経済支援、権利擁護、就学・就労支援、福祉サービスへ

の容易なアクセス体制（制度マップの掲示など）も重要となる。

経済的な問題を生じている場合には、高額療養費や生活保護などの制度活用への支援が必要であり、中長期的にかかる医療費負担を考慮した対応を要することもある。また転院や転医への移行は、患者・家族の心理・社会的な状況をアセスメントしたうえでの、心理的サポートも含めた支援が必要である。

(2) 回復期

患者・家族にとって退院後の療養生活が明確になってくるにつれ、自分達の考えていた生活とのギャップから不安や落胆が顕在化する時期でもある。退院に向け、その不安を払拭するに十分な在宅や施設・両立支援などの資源の投入が必要となる。また、「皆どう乗り越えているのか」の例示や、患者・家族会などピアサポートの活用も支えとなる。それには、日頃よりピアサポート体制の整備や連携を図ることも重要となる。生活の再構築に向けた様々な意思決定が求められるこの時期は、家族関係の調整のニーズも顕在化する。特に、障害を抱え役割変更を余儀なくされた患者自身の障害の受けとめと、家族がどのように受け入れるか、心理・社会的課題を含む支援となる。家族メンバーによって感じる課題や直面するニーズが異なることを踏まえ、患者・家族が解決していくプロセスを支援する。

(3) 維持期（生活期）

孤立やうつへの対応として、地域の中での発見システムが必要となる。参加の促進・再発への不安等に対し、継続的な支援や必要時には脳卒中／リハビリテーション専門医への受診を行う。また、ここでも引き続きピアサポートの活用が心理的サポートとなることを付け加える。

(4) 予防

地域での特定健診や疾病再発予防・介護予防事業等、地域支援体制の理解と体制づくりも役割となる。地域関係機関や一般企業を巻き込んだ予防システムの開発が、患者・家族に加え発症予備軍である地域住民への啓発となり心理的、経済的不安を軽減させる対策となりうる。

5-14. ピアサポート・患者会（公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会）

ピアサポートとは、同じ課題や環境を体験した人・当事者が、その体験や感情を共有することで専門職による支援では得がたい安心感や自己肯定感を得られることを言い、身体障害者自立生活運動で始まり、知的障害や精神障害の分野、難病相談支援、がん相談支援でも定着し始めている。

ピア（peer）とは、「仲間、同輩、対等者」という意味であり、同じ病気や症状を経験していることから、病気の症状の悩み、将来の不安、サービス利用の経験、家族や支援者との関係性について類似した経験を有している。脳卒中経験者の場合、後遺症を有しながら社会復帰している姿を見たり、経験談を聞くことにより、患者自身が将来の姿を思い描くことができ、リハビリテーションや社会復帰に対するモチベーションの向上や障害受容につながる効果もあると考えられる。

脳卒中発症後の患者・家族の中には、現状を悲観し、自身の感情が健常者である医療者・関係者には分かってはくれない、と心を閉ざす場合もある。そのような場合にも、同じ経験をした仲間として脳卒中経験者やその家族となら話しづらいことも話ことができ、コミュニケーションの中で現状からの解決の糸口を見つけられ、孤独が解消される可能性がある。

各地では、患者会活動を通してピアサポートが展開されており、保健所や都道府県の高次脳機能障害相談支援センター、日本脳卒中協会等で患者会の情報提供を受けることができる。

脳卒中の患者会

<http://www.jsa-web.org/patient/245.html>



5-15. 必要な社会資源の開発への取り組み(公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会)

現在、介護保険や障害者福祉サービスなど様々な制度が整備されてきているが、脳卒中患者のニーズに対応する社会資源は十分とは言えない。脳卒中相談窓口では「必要だが地域にはまだ十分ではない社会資源」について、地域にある多職種多機関との連携のもと社会資源の開発に取り組むことが期待される。

例としては、社会的な孤立を防ぎ、よりよい生活のための情報を共有するピアサポート体制づくりの支援(例：セルフヘルプグループの発足の支援など)、既存の介護保険サービス等以外で運動や活動や出会いの場づくり(喫茶、病院やハローワークの近く、がんサロンとの連携、など)が挙げられる。

また、近年の一人暮らし世帯の増加などの背景を鑑み、ごみ捨て、寝具や衣類の管理などの軽微な家事を想定した生活支援が必要な場合、既存の制度では、まかなうことができず、住民による支援など、それぞれの地域事情に応じた資源開発やネットワーク構築が求められる。特に脳卒中軽症者で要介護状態区分非該当や要支援相当の場合、生活支援が十分でないために、生活環境悪化のリスクが伴うことがある。

これらの社会資源を分かりやすく、利用しやすくするための一覧化・見える化(資源マップ作りと配布)に取り組むことも重要であり、その実現のためには、各地域に応じた地域課題や、住民活動を含む社会資源の把握と、人口動態変化などの中長期的な未来を見据えた予防的な介入が不可欠である。各地域における保健・医療・介護・福祉・教育・就労分野と、適宜、協働できる体制が望ましい。例として、高齢や介護保険対象となる年代であれば、在宅医療・介護連携推進事業(図17)のように、自治体ごとに、課題を検討し、資源を開発する仕組みがある。「地域ケア会議」などに積極的に参加し、地域包括支援センターと協働して行政へ提言することも検討されたい。



図17 在宅医療・介護連携推進事業ア～ク8項目の見直しイメージ

「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3.0」厚生労働省老健局老人保健課、令和2年9月 p.5

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000666660.pdf> より引用



5-16. 受診中断者への支援(アウトリーチ)(公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会)

脳卒中患者は再発を防ぐための受診継続や社会的孤立を防ぐための支援が必要である。しかし患者が急性期や回復期の病院を退院した後等の受診中断、服薬や食事管理の中断、所得補償に必要な各種手続きの中断等、支援につながらないことによる、再発、介護の重度化、QOLの低下、うつ状態などの精神症状の悪化など、日常生活の遂行自体が困難になる様々なリスクがある。

受診等の中断には、障害を持った状態で外出をしたくない、精神的に自分の健康管理をする気持ちの余裕がない、経済的な負担がある等、様々な背景があり得るが、再発や状態悪化のリスクを予防するためには、医療関係者をはじめとする支援者からのアウトリーチによる受診勧奨や心理・社会的支援が重要である。

アウトリーチとは、受診や支援等が必要な人を発見し、必要な支援につなぐために、支援者が地域の関係機関と積極的に連携を図り、訪問や協議を重ね、相談対応することを言う。アウトリーチは社会的な孤立を防ぐためにも有効である。

能動的にアウトリーチを実施するためには、各地域の実情や地域課題に合わせて、保健・医療分野に限らず、障害・教育・就労・行政・警察等も含めた各種相談支援窓口と連携し、アウトリーチの対象や必要性の協議、アウトリーチの手段・方法を検討する機会を持つことが重要である。また、各自治体では、地域ケア会議以外に、要保護児童対策協議会や障害者自立支援協議会など社会福祉の対象ごとの会議体があり、脳卒中相談窓口は、世帯における課題が確認された場合の相談窓口として、地域に開かれた機能が期待される。

なお、生活課題を抱え、受診中断している状態でも、課題が複合的に絡む場合など、支援につながらない背景があり、即時に解決しないことも考えられる。関係機関と協議のうえ、多職種多機関による支援体制を講じ、リスクを共有することは、支援者を疲弊させないためにも大切な視点である。

6. リハビリテーションによる長期的な活動や生活の支援

6-1. リハビリテーション専門職から

1) 装具・車いす等の作製・修理の制度（一般社団法人日本神経理学療法学会）

装具については、治療目的に用いる治療用装具と治療が終わった後の更生用装具に分けられる。治療用装具とは疾病の治療過程に用いられる装具である。作成にあたっては各種の健康保険、労災保険、交通事故に対する自賠責保険等が適応される。一方、更生用装具は治療遂行上必要とされた医療用装具等の段階を終え、日常生活や社会生活（職業生活）の便宜を図るために機能を補うことを目的とする装具である。この作成においては労災補償保険法や障害者総合支援法等が適応される。制度の利用における優先順位として、まず治療目的かどうかを確認し、受傷病に応じて健康保険、労災、自賠責等を利用する。治療目的でなければ、介護保険、障害者総合支援法、生活保護法が適応となる。

車椅子については、一般に介護保険による貸与と障害者総合支援法に基づく支給が利用できる。車椅子および電動車椅子（付属品を含む）については、介護保険の貸与が優先され、身体等の状況からオーダーメイド等の対応が必要な場合には障害者総合支援法が適応となる。

また補装具に対する修理においても、一定の公的補助を受けられる場合があり、対応年数などを考慮して再支給が受けられる。具体的な相談については、かかりつけ医や近隣の補装具業者、また、介護保険については市区町村の介護保険担当課または地域包括支援センター、障害者総合支援法の適応については、市町村の福祉事務所で受けられる。

2) 福祉用具の効果的な活用と自助具（一般社団法人日本作業療法士協会）

福祉用具とは、体が不自由な人にとって役立つ道具のことで、福祉機器とも呼ばれる。福祉用具法によって「心身の機能が低下し日常生活を営むのに支障のある老人又は心身障害者の日常生活上の便宜を図るための用具及びこれらの者の機能訓練のための用具並びに補装具」と定められている。また、福祉用具に含まれる自助具とは、「機能の低下や失われた動作能力を補い、日常生活動作（主に身の回り動作：食事、排泄、更衣、整容、入浴）の自立を図るために工夫考案されたもの」である。上述した自助具を含む福祉用具は、脳卒中の後遺症として半身の運動麻痺症状等がある場合に、様々な場面で活用できる。

介護保険制度で利用できる福祉用具については、〈5-7. 介護保険制度〉をご参照いただき、介護支援専門員（ケアマネジャー）と相談し、福祉用具貸与事業所等につなげることが大切である。加えて、福祉用具は介護保険制度で利用可能なもの以外も非常に多いため、使用目的を明確にしたうえで、心身の状況に合わせて適切な用具（**図18**）を選択し、使用方法の練習をすることで、病前からの家庭内での役割や個人が大切にしてきた習慣の継続が可能となる場合もある。福祉用具の適切な使用により活動が可能となることで、活動範囲が広がり、生活の質が向上することは非常に重要なポイントである。

なお、福祉用具に含まれる自助具は専門の販売店のみならず量販店などで販売されている場合もある。さらに、ユニバーサルデザイン（文化や年齢や性別、能力や障害の有無などの違いにかかわらず、多くの人々が利用できることを目指した製品など）として販売されている文具や家庭用品、家電製品などもある。小型のものであれば3Dプリンターで作成する技術も進んでいるため、用具（機器）の使用目的を明確にする過程や選定、使用方法の練習などに関しては、作業療法士などリハビリテーション専門職などの助言を得ることも効果的と言える。

<p>握りやすく細かな手首の動きを必要としないスプーン・フォーク</p>	<p>すくいやすい皿</p>	<p>握りやすく操作しやすい箸</p>
		
<p>把手を握らずに持て、首をうしろに傾げずに飲めるコップ</p>	<p>右手、左手のどちらでも使用でき、力の弱い人など多くの人が使いやすいユニバーサルデザインの包丁</p>	<p>どんな人にも使いやすいユニバーサルデザインのはさみ</p>
		
<p>片手で爪切りができる自助具</p>	<p>片手で操作しやすいピンチハンガー</p>	<p>子どもや車いすの方も、洗濯物の出し入れが楽にできる斜めドラム式の洗濯機</p>
		

図 18 自助具の例

3) 在宅での運動・自主トレーニングに関する制度（一般社団法人日本神経理学療法学会）

退院後に脳卒中後の運動障害などに対する運動・自主トレーニングの指導を希望する場合には、介護保険下で通所リハビリテーション（デイケア）、訪問リハビリテーション等の制度が利用できる。通所リハは介護老人保健施設、病院、診療所等に併設された施設で練習指導が行われる。特に、リハビリテーション特化型デイサービスとして、機能訓練等に重点を置いたデイサービスが進められている施設もある。訪問リハビリテーションは病院、診療所、介護老人保健施設の理学療法士等が利用者の居宅に訪問し、機能維持、回復、日常生活の自立を支援する取り組みや介護する家族へのアドバイスや相談が提供される。

また、脳血管疾患は40歳以上65歳未満の年齢層においても介護保険の第2号被保険者となるため、要支援者においても、介護保険における通所、訪問型の介護予防サービスなどの制度を利用できる。介護保険については市区町村の介護保険担当課または地域包括支援センターで相談できる。また、近年では公的保険外で運動指導を行う施設もある。この場合でも脳卒中後の有酸素運動や筋力トレーニングは、ガイドライン等に基づいて身体の状態を確認しながら運動強度を決める必要があるため、理学療法士等の存在やその指導は重要である。

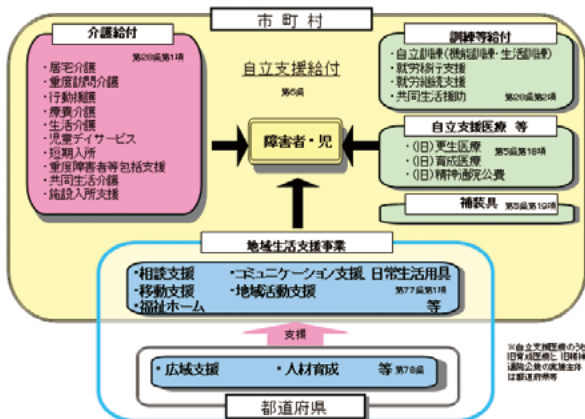
6-2. 看護師から（日本ニューロサイエンス看護学会，日本脳神経看護研究学会）

脳卒中の発症は、意識障害や運動・感覚障害を伴うことが多く、脳卒中患者の生活機能に影響を及ぼす。これらの障害を最小限に留め、残存機能の廃用を防止するために、発症早期からリハビリテーションが開始される。このリハビリテーションにおける看護師の役割は、急性期から開始される理学療法や作業療法の訓練をベッドサイドケアの中で活かしながら、身体だけでなく心理的にも支援し進めていくことである。急性期に看護師が行うベッドサイドでのリハビリテーションは、その成果が脳卒中患者の回復期・維持期（生活期）につながることを常に見越しながら昼夜を通した細心のモニタリングと日常生活ケアを含めて提供をしている。世界保健機関（WHO）が提唱する国際生活機能分類（ICF）では、脳卒中患者の生活機能は、身体と心理機能だけではなく、その心身機能がいかにか生活行為として活かしていけるか（活動）、家庭や社会に役割行動として関与していけるか（参加）が重要とされており、この視点をもって長期的かつ包括的にリハビリテーションを捉える必要がある。急性期から提供されているリハビリテーションの成果を維持し、それを生活行為、社会での役割行動につなげられるよう支援することが重要である。急性期医療施設から回復期・維持期（生活期）の医療施設に転院する患者に対しては、入院中のリハビリテーション内容やそれに関連したベッドサイドケアを転院先に引き継ぐなど、ケアの継続について退院支援・退院調整していく。在宅療養を選択する患者については、患者とその家族双方の在宅療養への意思を確認し、家族の介護力のアセスメント、療養環境の整備や在宅療養を継続するための経済的基盤などを確認しておく必要がある。在宅では療養者や家族が生活を送りながら脳卒中の再発予防など病状を管理していくため、療養者のセルフケアと自立支援を目標に長期的なりハビリテーションが行われる。療養者や家族が望む暮らしの実現には地域包括ケアシステムの観点から、公的機関や専門職による制度に基づいたフォーマルサービスと、家族や近隣の人々、ボランティア、家族会など制度によらないインフォーマルサービスを組み合わせた支援が必要になる。

6-3. 障害者総合支援法による機能訓練・生活訓練（若年者を中心に）

（一般社団法人日本作業療法士協会，一般社団法人日本言語聴覚士協会，公益社団法人日本理学療法士協会）

若年者（介護保険2号被保険者に該当しない40歳未満）で、心身の後遺症や高次脳機能障害が残存する場合は、市区町村の障害福祉の窓口へ申請し、障害支援区分認定などを受けてサービス支給決定後に、障害者総合支援法上の「訓練等給付」として自立訓練（機能訓練・生活訓練）を受けることができる（図19）。自立訓練は、自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう定める期間において機能訓練（1年6ヵ月）や生活訓練（2年）を実施するもので、地域生活への移行を支援する。



厚生労働省
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jiritsushienhou02/3.html> より引用



図19 総合的な自立支援システムの構築

6-4. 介護状態別の地域支援（軽度の障害高齢者を中心に）

（一般社団法人日本作業療法士協会，一般社団法人日本言語聴覚士協会，
公益社団法人日本理学療法士協会）

介護保険制度において要支援1～2，またはそれ以外に該当する場合には，市区町村が実施する地域支援事業による介護予防（要介護状態になることの予防や要介護状態の悪化の防止を目的として行う）サービスなどの利用も可能である（表2）。

平成26年には，介護予防が心身機能を改善することを目的とした機能回復に偏りがちであったという問題点が指摘され，たとえ要介護状態になっても生きがいや役割をもって生活できるような居場所や出番をつくることの重要性が打ち出された。一例として「通いの場」等があるが，その運営は住民主体で行われ，集団活動が主となる。本人の主体的な活動の実現やその継続的な支援に向けて介護予防を目的とした活動の場には，理学療法士，作業療法士，言語聴覚士などのリハビリテーション専門職の活用が積極的に行われている。

相談窓口担当者は，利用者に年齢や心身の状況の差によらず，やりたいことや自身が望む生き方を実現することの重要性とその支援体制があることを伝えることが重要である。年齢や障害の状態によって，障害者総合支援法によるサービス利用もあり得ることから，自治体の制度を十分に理解のうえ，関係機関との協働が望ましい。

表2 介護保険の総合事業

	介護予防・生活支援サービス事業	一般介護予防事業
対象	要支援の認定を受けた人 基本チェックリスト（*）に該当する人	65歳以上の人
事業内容	訪問型サービス 通所型サービス その他の生活支援サービス 予防介護ケアマネジメント	介護予防把握事業 介護予防普及啓発 地域介護予防活動支援事業 一般介護予防事業評価事業 地域リハビリテーション活動支援事業

*：基本チェックリスト（厚生労働省）

https://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1f_0005.pdf



厚生労働省「一般介護予防事業等について」（令和元年5月27日 厚生労働省老健局老人保健課）

<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000512177.pdf> p.26を簡略化



<参考>

総合事業（介護予防・日常生活支援総合事業）（厚生労働省）

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000192992.html>



7. 緩和ケア・意思決定支援（一般社団法人日本脳卒中学会）

7-1. 脳卒中における緩和ケアの必要性

脳卒中は突然発症し、急性期治療および回復期リハビリテーションを行っても、様々な後遺症を残すことが少なくない。患者・家族等¹⁾は、突然の発症に対する戸惑いや悲しみ、将来への不安や悩み、後遺障害による苦しみなどを抱えており、それらを軽減し支援するための緩和ケアを行う必要がある。一方、脳卒中に対する医療・ケアは、地域における医療連携や医療介護連携等により行われており、個々の患者とその家族等に対する医療・ケアは、急性期医療機関から回復期リハビリテーション病院、維持期（生活期）の療養型病院・施設などへ転院するごとに新たな別の医療・ケアチームが担当することになる。我が国ではアドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning, 以下 ACP）に関する議論は始まったばかりである。加えてすでに先進的な緩和医療が行われているがんや心疾患と異なり、突然発症する脳卒中では発症前の ACP が示されることは例外的である。このような脳卒中の特性から、治療行為を超えて、患者および家族等の苦しみや悩みを和らげる緩和ケアへの取り組みが不可欠である。脳卒中患者・家族等への緩和ケアは、医師・看護師・医療ソーシャルワーカー・ケアマネジャーなどの医療・ケアに関わる職種に加えて、臨床心理士や宗教家などの多職種で構成されるチームで取り組む必要があり、脳卒中療養相談士には、これらの職種と連携して、患者・家族等の全人的苦痛の緩和に取り組むことが求められる。

7-2. 緩和ケアとは

「緩和ケア」は、WHO で「生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族の QOL を、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである。」と定義されている。脳卒中患者は、急性期に「脳死とされうる状態」となるような最重症例を除くと、必ずしも生命を脅かされている状態ではないが、本マニュアルでは、脳卒中および脳卒中後遺症に苦しむ患者・家族等の全人的支援を、広義の「緩和ケア」として扱う。したがって、原疾患である脳卒中に対する治療や、合併症に対する治療は「緩和ケア」には含まれない。脳卒中患者・家族等に対する緩和ケアは、急性期に始まり、回復期、維持期（生活期）に至るまで継続して行う。

7-3. 重症脳卒中急性期における病状や今後の可能性についての説明

重症脳卒中では、治療にもかかわらずしばしば回復の可能性がないと思われる状況に至り、最重症の場合には「脳死とされうる状態」となる。「脳死とされうる状態」と判断された場合、臓器提供施設においては、臓器提供の機会があることを家族等に説明する（いわゆるオプション提示、以下「オプション提示」と記載）。そして家族等が希望する場合には日本臓器移植ネットワーク等の臓器の斡旋に係わる連絡調整を行う者（以下「コーディネーター」と記載）による説明を実施し、臓器提供への家族等の承認を経て、法的脳死判定が行われる。臓器提供を実施しない場合には、「脳死とされうる状態」であっても法的脳死判定は行われず、医療・ケアのあり方は臨床現場や家族等に委ねられる。一般社団法人日本脳卒中学会は、医療・ケアチームによる終末期の対応についての判断・方針決定を支援するため、「脳卒中における終末期医療に関するガイドライン」²⁾を作成した。また、患者の意思や家族等の希望にできるだけ沿った医療・ケアを提供するために、「重症脳卒中救急における治療介入のあり方に関するステートメント」³⁾を発出した。

「脳卒中における終末期医療に関するガイドライン」²⁾に記載されているように、最重症の脳卒中であっても、その患者に今後想定されうる方向性は多様であり、決してオプション提示に始まる臓器提供だけではない。一般社団法人日本脳卒中学会は「重症脳卒中急性期の説明のあり方に関する提言」⁴⁾を发出し、今後想定されうる様々な方向性については、患者の治療に直接関わらない第三者である医療・ケアの専門家が説明や情報提供することにより、患者・家族等が自らの意向に沿って意思決定を行えるよう支援できるよう提言している。

患者の治療に直接関わらない第三者である入院時重症患者メディエーター⁵⁾による重症患者初期支援充実加算が2022年に保険収載された。今後、脳卒中療養相談士の一部は、入院時重症患者メディエーターとして、重症脳卒中急性期の患者・家族等に対する説明や意思決定の支援にも従事していくことが望まれる。

転帰不良が予測される重症脳卒中では、搬入直後の段階、各種の介入的治療が行われた後の段階、あるいは治療等にもかかわらず重度の意識障害が継続する可能性が極めて高いと判断された段階など、家族等への説明には様々な段階がある。それぞれの段階において患者の家族等に対して、病状に関する必要な説明を行い、患者の今後に関係する情報を提供し、患者に代わって家族等が意思決定（代諾）できるように支援する。説明する内容とその時期、主な説明者などについては以下に述べる三段階により行う（図20, 21）。

なお、治療等の方針決定に際して次の点に留意しなければならない。突然発症の重症脳卒中の場合、発病後に治療や予後について患者本人の意思を直接確認することは一般に極めて困難である。発病以前に患者本人がACP等により事前に意思表示している場合は、それに従う。患者本人の意思が確認できない場合は、以下の説明や情報提供を経て、家族等が本人の意思を推定してまたは本人に代わって、意思決定（代諾）して、方針を決める。家族等がいない場合、もしくは家族等が判断をケアチームに委ねる場合は、多職種のケアチーム内で相談のうえ、適切と考えるケアの方針を決定する。ケアチームには、緩和ケアを専門とするものが加わることが望ましい。

(1) 第一段階：治療の適応に関する説明（入院当日）

主な説明者：治療チームの医師

同席者：治療チームの看護師が可能な限り同席することが望ましい。

治療チームの医師が、病状と治療介入の適否について、患者家族等に説明する。重症例の場合、手術やカテーテルインターベンション等の脳卒中に対する外科的治療介入の適応については、「重症脳卒中救急における治療介入のあり方に関するステートメント」³⁾に基づいて説明を行う。

(2) 第二段階：病状と今後予想される経過や予後に関する説明（入院翌日等）

主な説明者：治療チームの医師および看護師

同席者：入院時重症患者対応メディエーターのような治療チーム以外のメディカルスタッフ（脳卒中療養相談士等）が同席することが望ましい。

脳卒中に対する外科的治療介入が行われた場合には、その治療を行った後の病状を、外科的介入が行われなかった場合には、説明時点における病状を説明するとともに、今後予想される予後についても説明を行う。

家族等の理解が深まるように、日本脳卒中学会が、厚生労働省2021年度「循環器病に関する普及啓発事業委託費」により作成した啓発動画資料⁶⁾の視聴を勧奨する。病棟内などでも視聴できる環境を整えることが望ましい。

(3) 第三段階（I）：今後に関する情報提供（第二段階説明の翌日以後可及的早期）

主な説明者：入院時重症患者対応メディエーターのような治療チーム以外のメディカルスタッフ（脳卒中療養相談士等）

同席者：治療チームの医師および看護師

まず、治療チームにより救命に向けて懸命の治療が現状において行われていることを説明する。そのうえで、これまでの経過と説明を踏まえて、重症である患者の今後に想定されうるいくつかの方向性について、情報提供する。この情報提供は、患者の治療に直接関わらない第三者である、入院時重症患者対応メディエーターのような治療チーム以外のメディカルスタッフ（脳卒中療養相談士等）が行う。

家族等へ情報提供する今後想定される方向性としては、以下①から③を示したうえで、患者がどのような病状にあるかについては治療チーム医師から説明があることを述べる。

- ① 重症脳卒中では、治療にもかかわらず急性期において心肺停止により死に至る可能性があること。
- ② 急性期における心肺停止に至らない場合でも、脳が回復の可能性がないと思われる状況に至ることがあり、最重症の場合には「脳死とされうる状態」となる可能性があること。

治療チーム医師により「脳死とされうる状態」と判断された場合には、下記 A) と B) の2通りの方向性があること。

- A) 入院加療施設が臓器提供施設であれば、家族等に対して、オプション提示を行う。情報提供後に、家族等が希望すれば、臓器提供の承諾に係わる手続に際して、日本臓器移植ネットワーク等のコーディネーターによる説明を聞く機会がある。その説明を受けて、患者および家族等の意思を確認したうえで、法的脳死判定による臓器提供などについての方針を決定する。
- B) 家族等が日本臓器移植ネットワーク等のコーディネーターによる説明を希望しない場合、説明を聞いたうえで臓器提供を行わない場合、あるいは入院加療施設が臓器提供施設ではない場合には、医療・ケアの変更・中止に関する家族等の意思を確認しながら、今後の医療・ケアに関する方針を決定する。
- ③「脳死とされうる状態」ではないと判断され、全身状態が安定し、死が差し迫った状態ではない場合には、療養型施設へ転院し、緩和的な医療やケアが行われること。

(4) 第三段階(Ⅱ)：今後に関する説明(第三段階(Ⅰ)の情報提供後可及的早期)

家族等の理解度に応じて、上記第三段階(Ⅰ)の情報提供に引き続いて以下の説明を行うか、あるいは可及的早期に別途機会を設けて説明を行うかを判断する。いずれの場合においても、患者・家族等の意向に沿った意思決定が行えるように支援する。医学・医療上の説明が必要な場合は、治療チーム医師や看護師が説明を行う。

(1) 深昏睡(JCSⅢ-300)である場合

主な説明者：治療チーム医師および入院時重症患者対応メディエーターのような治療チーム以外の
メディカルスタッフ(脳卒中療養相談士等)

同席者：治療チーム看護師

治療チーム医師が「脳卒中における終末期医療に関するガイドライン」²⁾に基づいて説明を行う。治療チーム医師は、患者本人または家族等の意思を確認したうえで、患者の現在の状態について、「脳死とされうる状態」であるのか否かについての判断を示す。

(1-A)「脳死とされうる状態」と判断した場合

「脳死とされうる状態」と判断した場合には、家族等に対して、患者の病状が全脳の不可逆的な機能不全に陥っている可能性が極めて高く、治療を続けても救命の見込みがないことを説明し、臓器提供施設であれば、オプション提示を行い、患者・家族等の意向に沿った意思決定が行えるように支援する。この目的のために院内コーディネーターが同席することを考慮してもよい。

(1-B) 脳死とされうる状態ではないと判断された場合

下記(2) JCSⅢ-200以下の重度意識障害である場合と同様に説明や相談支援を行う。

(2) JCSⅢ-200以下の重度意識障害である場合

主な説明者：治療チーム医師および看護師

同席者：医療ソーシャルワーカー等治療チーム以外の脳卒中療養相談士

急性期施設において、家族等への説明と話し合いの内容としては、以下①から③に示す3つに大別される。なお、急性期以後の説明については、「重症脳卒中の維持期における緩和と療養に関する提言」⁷⁾に基づいて説明を行う。

①重症脳卒中であることの説明

死が差し迫った状態ではないが、意識の回復は難しく、今後このような状態が長期に遷延する可能性が高いこと、合併症や脳卒中の再発などにより、急変することもあり得るということを、家族等の理解や受容の程度を確かめながら説明する。

②今後起こり得る事態について

今後起こり得る事態としては、心肺停止などの救命処置が必要な状態、脳卒中の再発、感染症、低栄養の危険性、がん・臓器不全など他の合併症の発症などがある。これらは直接生命に危険を及ぼす重度のものから、生命予後にすぐには影響を及ぼさないが、繰り返すことにより徐々に状態が悪化するものまで様々であることを説明する。

③今後想定される事態への対応に関する支援

ACP等により表示された患者本人の意思または家族等による代諾で決定した方針に従って、②に記載されたような今後起こりうる事態を想定し、それに対する対応を家族等とケアチームが話し合って合意のうえで、決めておくことができるように支援を行う。また、これらの対応に関する意思決定の内容については、急性期を過ぎて転院する医療機関等と共有する。

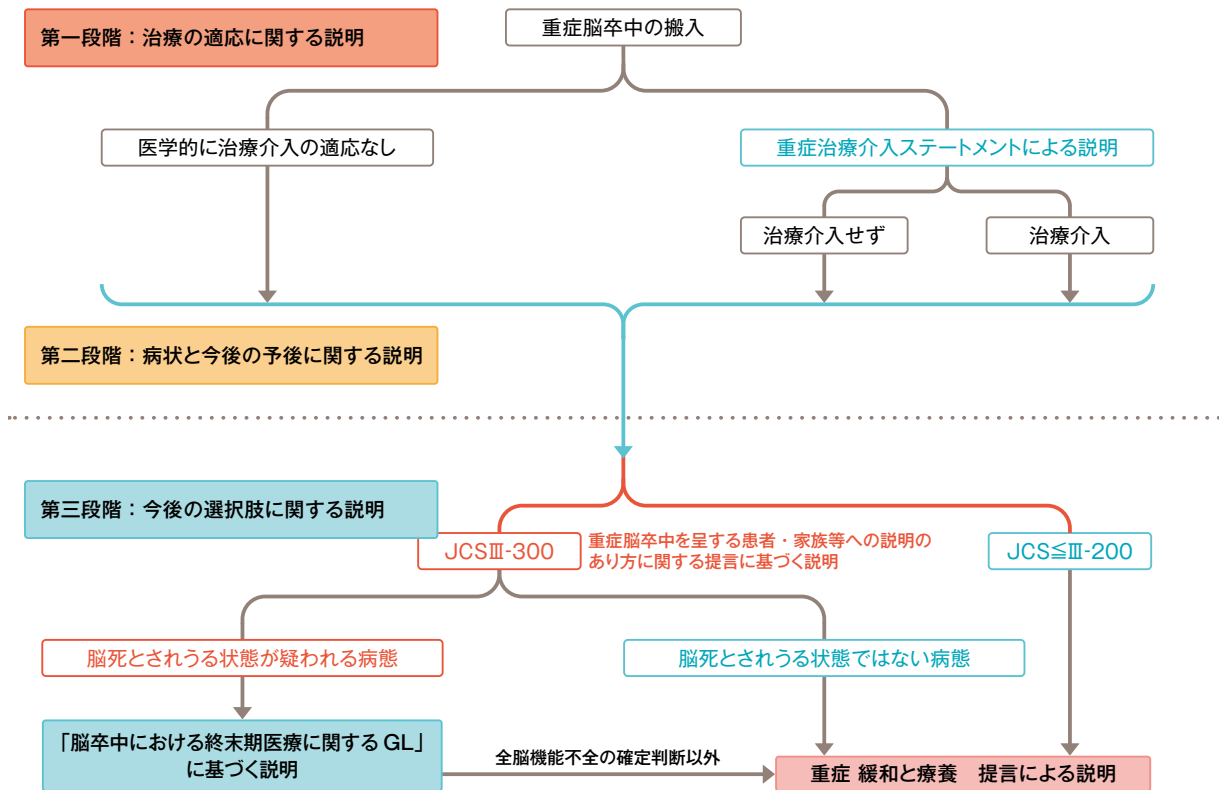


図 20 重症脳卒中急性期の説明のあり方に関する提言

入院当日

第一段階：治療の適応に関する説明

担当医(可能な限り) 治療チーム看護師が同席

入院翌日等

第二段階：病状と今後の予後に関する説明

担当医・治療チーム看護師

脳卒中療養相談士(入院時重症患者対応メディエーター等
治療チーム以外の看護師+MSW)が同席

第二段階説明の翌日以後可及的早期

第三段階：今後の選択肢に関する説明

脳卒中療養相談士(入院時重症患者対応メディエーター等
治療チーム以外の看護師+MSW)

選択肢全般の説明

担当医・治療チーム看護師が同席

JCS300 の場合

脳死とされうる病態の是非についての説明

担当医

脳卒中療養相談士(入院時重症患者対応メディエーター等
治療チーム以外の看護師+MSW)同席

脳死とされうる状態と判断された場合

臓器提供に関するオプション提示

脳卒中療養相談士(入院時重症患者対応メディエーター等
治療チーム以外の看護師)

院内コーディネーター・担当医が同席

図21 説明する内容と時期, 説明を行う職種

7-4. 急性期病院入院中の患者および家族等に対する緩和ケア

脳卒中に対する医療・ケアは、地域における医療連携や医療介護連携等により行われており、急性期医療機関から回復期リハビリテーション病院、維持期(生活期)の療養型病院・施設などへ転院するごとに新たな別の医療・ケアチームが担当することになる。このような脳卒中の特性から、治療行為を超えて、患者および家族等の悩みや苦しみを和らげる緩和ケアへの継続的な取り組みが不可欠である。維持期(生活期)の緩和ケアについては、脳卒中学会が作成した「重症脳卒中の維持期における緩和と療養のあり方に関する提言」⁷⁾および、「自宅復帰困難な後遺症を呈する脳卒中の維持期(生活期)における緩和と療養に関する提言」⁸⁾に詳しく述べられている。

急性期においては、まだ急性期治療が行われている段階であり、患者および家族等に対する緩和ケアは、患者および家族等の不安・悩み・悲しみ・苦しみについて傾聴することが中心となる。患者および家族等は、将来への不安や様々な悩み、さらに神経症状によりこれまでできていたことができなくなったことへの悲しみや苦しみなどがある。まずはこれらについて傾聴することが重要で、必要に応じてカウンセリングを含めた心理的支援を行う。その後、病状や今後の見込みについての説明や情報提供を行ったうえで、今後の方針に関して患者および家族等と話し合い、意思決定や課題解決に向けた支援を行う。

7-5. 急性期病院から回復期 / 療養型病院に転院する際に説明すべき内容とそれに対する家族等の意思決定支援

「重症脳卒中の維持期における緩和と療養のあり方に関する提言」⁷⁾ および、「自宅復帰困難な後遺症を呈する脳卒中の維持期（生活期）における緩和と療養に関する提言」⁸⁾ では、患者・家族等への説明は、病状の変化および家族等の受容や理解に応じて複数回行われることが必要で、少なくとも、(1) 急性期病院から退院もしくは回復期病院・療養型病院に転院を検討するとき、(2) 予後予測が可能となる発症3ヵ月後、(3) 回復期病院から退院するもしくは療養型施設に転院する時の時点における説明は必須であるとされている。

急性期病院から転院時には、中長期的な医療やケアのプランの説明を行う。しかし、その時点では、患者・家族等にとって病状や転院についての受容は十分でないことも想定される。また、患者・家族等は急性期病院から回復期病院や療養型病院に転院する際に、環境の変化や担当者の交代などに不安を持つことが多い。そこで、患者・家族等の不安を軽減するために、地域連携の中で急性期病院から回復期病院・療養型病院までの連携が双方向的に十分に行われていることを説明する。そのために、地域連携パスなどを用いて、急性期病院における説明内容やそれに対する患者本人・家族等の意向（誰にいつ何を話し、退院時にどのような判断を家族等が行っているか）を記録に残し、急性期病院と転院先の病院で共有することが必要である。

患者および家族等に対する説明内容は、下記の①、②である。

①急性期を過ぎた脳卒中であることの説明

これまでの経過と現在の病状を踏まえて、今後予想される経過について説明する。特に、症状の改善が難しいと判断される場合には、死が差し迫った状態ではないが、現在の障害からの回復は難しく、その障害を抱えて生活をしていかなければならないこと、合併症や脳卒中の再発などにより、急変することもあり得るということを、患者本人・家族等の理解や受容の程度を確かめながら説明する。予後不良であることを強調するあまり、患者・家族等に医療から見放されたという絶望感・孤立感を感じさせないように、チームで継続して寄り添うようにする。

②今後想定される事態について

今後起こり得る事態としては、脳卒中の再発、感染症・がん・臓器不全などとの合併、低栄養、心肺停止などの救命処置が必要な状態などがある。これらは、直接生命に危険を及ぼす重度のものから、生命予後にすぐには影響を及ぼさないが、繰り返すことにより徐々に状態が悪化するものまで、様々である。生命予後にすぐには影響を及ぼさない合併症をきたして、再び急性期病院へ入院して治療を行い、治療後に療養型病院等へ転院となることも少なくない。これらのことについて、患者の状態や家族等の理解の程度に応じて、患者・家族等が想定することができるように説明する。

以上の説明をしたうえで、患者・家族等の受容や理解の程度に応じて、今後の医療・ケアの方針に関する話し合いも行う。その詳細については、「重症脳卒中の維持期における緩和と療養のあり方に関する提言」⁷⁾ および、「自宅復帰困難な後遺症を呈する脳卒中の維持期（生活期）における緩和と療養に関する提言」⁸⁾ に記載されている。

7-6. 急性期病院から自宅に直接退院後の患者に対する緩和ケア

急性期病院から直接自宅に退院できるような軽症例の場合は、退院時に再発などの今後起こりうる事態の説明や今後の治療・療養方針についての相談を行い、今後の意思決定を支援する。

<脚注・文献>

- 1) 家族等とは、患者本人が信頼を寄せ、患者の意思をよく理解している家族や関係者であり、法的な意味での親族関係のみを意味せず、より広い範囲の人（親しい友人等）を含む。
- 2) 一般社団法人日本脳卒中学会. 脳卒中における終末期医療に関するガイドライン. 脳卒中41: 125-131, 2019.
- 3) 一般社団法人日本脳卒中学会. 重症脳卒中救急における治療介入のあり方に関するステートメント. 脳卒中42: 435-442, 2020.
- 4) 一般社団法人日本脳卒中学会. 重症脳卒中急性期の説明のあり方に関する提言. 脳卒中45: 71-77, 2023.
- 5) 重症の救急患者が入院する救急医療機関において、患者の治療に直接関わらないが、現場で重症例の看護やいろいろな問題解決に向けての調整、家族のサポートなどに従事する医療スタッフ。
- 6) 厚生労働省2021年度「循環器病に関する普及啓発事業委託費」啓発資材（ユーチューブ動画）「第1部 脳卒中の治療が始まりました ～急性期病院入院時にお伝えしたいこと～」および「第2部 脳卒中の治療、次の段階です ～急性期病院退院時にお伝えしたいこと～」(令和4年8月現在)
- 7) 一般社団法人日本脳卒中学会. 重症脳卒中の維持期における緩和と療養に関する提言. 脳卒中44: 81-85, 2022.
- 8) 一般社団法人日本脳卒中学会. 自宅復帰困難な後遺症を呈する脳卒中の維持期（生活期）における緩和と療養に関する提言. 脳卒中44: 671-679, 2022.

第1部 脳卒中の治療が始まりました ～急性期病院入院時にお伝えしたいこと～

<https://youtu.be/4OrNOZoFGnA>



第2部 脳卒中の治療、次の段階です ～急性期病院退院時にお伝えしたいこと～

<https://youtu.be/hKl8r2FJY7Q>



8. 今後の展望・報告と検証（一般社団法人日本脳卒中学会）

2022年に一次脳卒中センター（PSC）のコア施設に「脳卒中相談窓口」を開設し、マニュアル等を運用してもらい、問題点を挙げていただき、マニュアルの改訂を行いつつ、脳卒中患者さんや家族の困りごとへの対応のスキルアップを図っていけるようにと考えている。

将来的にはPSCコア施設以外のPSCやその連携リハビリテーション施設にも徐々に「脳卒中相談窓口」が開設され、脳卒中患者さんの困りごとに対する相談支援が円滑に行えるようなシステム構築ができるようにと考えている。実際、脳卒中センターが脳卒中地域連携パスの計画管理病院として多くの回復期のリハビリテーション専門病院と連携をしており、その脳卒中診療ネットワークの中で、参加施設すべてに「脳卒中相談窓口」を開設いただき、お互い情報交換をして、困りごと難民がでないように地域の実情に応じて対応していただければと願っている。当然、救急難民、リハビリテーション難民、介護難民も生じないような脳卒中診療ネットワークの中でのさらなる取り組みも必要である。

「脳卒中・心臓病等総合支援センター」のモデル事業が2022年度より開始された。将来的には都道府県に一つの脳卒中・心臓病等総合支援センターが設置された場合には、このセンターと各施設の「脳卒中相談窓口」が連携して、地域の実情に応じて包括的に情報提供・相談支援を行うことになるであろう。政府や都道府県の循環器病対策推進協議会の動きにも注目しておく必要がある。

心疾患の相談窓口も開設されることになると思われるが、その場合、院内での連携あるいは一緒に院内で活動して効率的な情報提供・相談支援を行うことも各施設で検討して欲しい。

また日本脳卒中協会がピア・サポートの場である「脳卒中サロン」のモデル事業も展開予定であり、この動きにも注視して情報提供・相談支援を展開して欲しい。

年1回、構成員の職種、情報提供・相談支援の内容別の件数、発生した問題点についてとりまとめ、責任者（脳卒中専門医）が日本脳卒中学会に報告することになっている。この報告を基に学会の中のプロジェクトチーム（PT）あるいはワーキンググループ（WG）で検証して、改善すべき点について検討していく。日本脳卒中医療ケア従事者連合の参加団体とも協議をすることになる。

9. 協力団体と日本脳卒中医療ケア従事者連合（一般社団法人日本脳卒中学会）

本マニュアルの「はじめに」に書かれているように、情報提供・相談支援の業務はメディカルスタッフ、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャーなど多くの職種の密接な連携がないと実現できない。

これまで多職種連携は個人的なつながりで行われてきたが、脳卒中に対する情報提供・相談支援をより有効に進めるためには、関係各団体が組織的に連携することが必要である。このため、下記の協力団体とご相談した結果、個人的なつながりではなく各団体が社員となる組織を作って連携していこうという機運が盛り上がり、「一般社団法人日本脳卒中医療ケア従事者連合（Stroke Care Professionals Association Japan: SCPA Japan）」が2021年12月に設立された。

本マニュアルの作成には日本脳卒中医療ケア従事者連合に参加された社員団体の皆様から様々なご提案をいただき、執筆などご尽力をいただいた。

また、一部の府県においては、日本脳卒中医療ケア従事者連合の支部が設立され、地域における多職種連携活動が始まっている。

日本脳卒中医療ケア従事者連合の社員となった各団体は、それぞれの領域でこれまでも本邦における脳卒中の医療やケアについて力を尽くしてこられたが、日本脳卒中医療ケア従事者連合にはそれらの活動に横串を通す領域横断的な連携活動が期待される。

記

一般社団法人 日本脳卒中医療ケア従事者連合 社員団体

1. 一般社団法人 日本脳卒中学会
2. 公益社団法人 日本脳卒中協会
3. 日本脳神経看護研究学会
4. 日本ニューロサイエンス看護学会
5. 公益社団法人 日本医療ソーシャルワーカー協会
6. 一般社団法人 日本介護支援専門員協会
7. 一般社団法人 日本作業療法士協会
8. 公益社団法人 日本理学療法士協会
9. 一般社団法人 日本神経理学療法学会
10. 一般社団法人 日本言語聴覚士協会
11. 公益社団法人 日本薬剤師会
12. 一般社団法人 日本病院薬剤師会
13. 公益社団法人 日本栄養士会

以上

日本脳卒中医療ケア従事者連合
<https://www.scpaj.jp/>



10. 講習会情報（一般社団法人日本脳卒中学会）

10-1. 両立支援コーディネーター

治療と仕事の両立を適切に行うためには、仕事に必要な作業内容を主治医に明確に伝え、逆に医療上の留意点を職場に分かりやすく伝え、両者の理解と連携のもとに支援が得られることが理想である。しかし、医療には専門的な内容も多く、患者自身が治療を受けながら、ときに精神的にも不安定な状況で実践していくには困難を伴う場合も多い。そこで患者にとっての伴走型支援者として、平成30年3月に厚生労働省が定めたカリキュラムに基づいて両立支援コーディネーターが養成されている。両立支援コーディネーターとなるには、労働者健康安全機構が実施している両立支援コーディネーター養成基礎研修を受講する必要がある。令和3年度末までに12,087名が基礎研修を修了しているが、医療機関所属者は4割程度でまだ十分な数とはいえない。令和4年度で、がん・脳卒中・肝疾患・難病・心疾患・糖尿病・若年性認知症が就労両立支援指導料の算定対象となっている。

研修プログラムは、コーディネーターの役割・医療知識・産業保健・労務管理・社会資源など7項目の動画配信講義（1項目40～60分）を受講したうえで、120分間のコーディネートの実際というライブ講習を受ける。令和4年度は7回の研修日程が組まれており定員は1回800名程度である。受講料は無料。詳しくは下記のホームページを参照されたい。

独立行政法人労働者健康安全機構（JOHAS）

令和4年度 両立支援コーディネーター基礎研修申込要領

https://www.johas.go.jp/Portals/0/R4.8_ryoritsu_mousikomi.pdf



両立支援コーディネーターの養成

<https://www.johas.go.jp/ryoritsumodel/tabid/1015/Default.aspx>



10-2. 入院時重症患者対応メディエーター

突然の疾病や外傷などで重度の意識障害を伴った患者・家族に入院初期から寄り添い、患者家族の不安や知りたいことについて傾聴しつつ、時間に追われる主治医・医療スタッフとの間に入って両者間を丁寧になくことで、患者とその家族が納得の行く入院治療を継続できるように、そして医療者側にも満足感が得られるように、必要なサポートを行うのが入院時重症患者メディエーターである。メディエーションを要請された場合には、速やかに患者家族と二者面談を行い、サポートの必要性と考えられる支援内容を聞きとり、医師や医療スタッフとの二者面談も設定する。医師と家族の面談時にはできるだけ同席し、三者面談では、①十分に理解できていないと思われる病態、診療内容、治療方針についての説明を医師側に求める、②両者が疑問に思うこと、求めるところを相手側に伝える、③両者の許可を得て他職種の助言をもらうなどして、両者の相互理解の促進に努める。令和4年度より条件の整った集中治療領域での活動に対し入院日から3日を限度として重症患者初期支援充実加算が認められた。

資格講習は令和3年度からはwebを使用したオンライン開催で実施され、講義を事前に視聴した後、面談室でのやり取りをロールプレイで疑似体験する研修を受ける。受講当日には設定した3つの状況下で、メディエーターとして、また患者家族や医療スタッフとして、ファシリテーターの助言を受けつつ、その必要性と役割の大きさを体験する。令和4年度は12回開催予定で、定員は毎回30名程度、受講料1万円。

入院時重症患者対応メディエーター養成講習会

<http://hmcip.umin.jp/index.html>



さいごに

「脳卒中相談窓口マニュアル」は2022年に公開されましたが、この度早くも改訂のはこびとなりました。このような迅速な対応の背景には、脳卒中相談窓口の体制が急速に整備されつつあることが挙げられます。周知のように「脳卒中と循環器病克服5ヵ年計画」の推進や脳卒中・循環器病対策基本法の施行により、日本脳卒中学会が認定する一次脳卒中センターコア施設では、脳卒中相談窓口の設置が認定要件とされ、加えて全国の「脳卒中・心臓病等総合支援センター」12施設（10都府県）が選定されて、厚労省のモデル事業が開始されました。

一方、相談窓口の現場では脳卒中に関わる多くの職種が関連しています。医師、看護師、薬剤師、理学療法士などのメディカルスタッフに加えて、ソーシャルワーカーやケアマネジャーなど多職種が密に連携しなければなりません。しかしこれまで脳卒中の関連職種が横に連携する「場」がありませんでした。2021年12月、前日本脳卒中学会理事長の宮本享先生呼びかけにより脳卒中に関連する13団体が社員団体となって「一般社団法人日本脳卒中医療ケア従事者連合」が組織されました。これにより現場の多職種各個人の連携だけでなく、それぞれの職種の組織としての連携の「場」ができたこととなります。実際本「脳卒中相談窓口マニュアル」はこの一般社団法人日本脳卒中医療ケア従事者連合を通じての執筆・改訂であり、多職種を横断した網羅的内容となっています。

最後に、ご多忙の中、不断の努力と熱意をもって本マニュアルの改訂にあたられた関係者の皆様に御礼申し上げますとともに、本マニュアルが相談窓口の円滑な運営のためにさらに活用されますことを祈念致します。

2023年1月

一般社団法人日本脳卒中学会 第一次5ヵ年計画推進委員会委員長
一般社団法人日本脳卒中医療ケア従事者連合 理事
富永 悌二

脳卒中て入院した方・ご家族にお伝えしたいこと

WEB版

二次元コードを読み取って、動画で脳卒中を学びましょう!!

みなさんの疑問点に、

スタッフが分かりやすくお答えします

【注意】PDF上でURLをクリックしても動画サイトにアクセスできない場合があります。その場合は、URLをコピーして直接貼り付けてアクセスするなどの対応をお願いします。

第1部 脳卒中の治療が始まりました



～急性期病院入院時にお伝えしたいこと～
脳卒中の怖さ、脳卒中の予防について解説します。また、急性期病院での治療や処置、医療スタッフを紹介します。さらにリハビリテーションや入院中の注意点についてもお話します。

<https://www.youtube.com/watch?v=40rN0ZoFGnA>

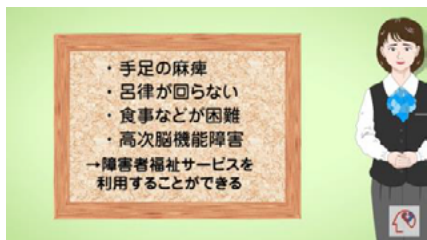
第2部 脳卒中の治療、次の段階です



～急性期病院退院時にお伝えしたいこと～
緊急で入院された病院(急性期病院)や他の病院(リハビリテーション病院など)の役割についてお話します。また、転院先を探す際のサポートについてもお話します。

<https://www.youtube.com/watch?v=hK18r2FJY7Q&t=321s>

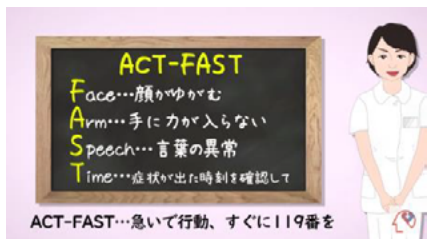
第3部 自宅退院に向けて



～退院時にお伝えしたいこと～
相談窓口、リハビリテーション、障害がある方への支援制度、復職・復学、患者会・家族会など、退院して自宅に戻る際に役立つ情報と、退院後の生活や職場復帰についてお伝えします。

<https://www.youtube.com/watch?v=rkBl1bknAkq>

第4部 自宅での心得



～退院してからも再発予防を～
脳卒中は再発する可能性がある病気です。退院後、再発予防のために気をつけること、再発のサインとその際の対応(ACT FAST、アクト・ファスト)についてお伝えします。

<https://www.youtube.com/watch?v=ELi5UPij-I>

第5部 続・自宅での心得



～介護の準備をしよう～
退院後、自宅で日常生活を始めるに当たって、介護保険を利用する方法や相談窓口についてお伝えします。また治療や介護を継続するために知っておくことをお話します。

<https://www.youtube.com/watch?v=w-VczG5M7TY>

* この動画は、厚生労働省2021年度「循環器病に関する普及啓発事業委託費」によって制作されたものです。

「本動画のダウンロードは日本脳卒中学会ホームページからできます(<https://www.jsts.gr.jp/common/response.html>)」

制作・著作：一般社団法人日本脳卒中学会、公益社団法人日本脳卒中協会