

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 1.0 (2022.3.4)

脳卒中相談窓口マニュアル目次

執筆者一覧	452
はじめに	453
一般社団法人日本脳卒中学会理事長あいさつ	454
脳卒中相談窓口マニュアル	
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)	455
2. 対象, 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)	456
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)	457
4. 脳卒中療養相談士に求められること	
4-1. 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)	458
4-2. 脳卒中の予防と合併症などに関する基本的な医学的知識 (一般社団法人日本脳卒中学会)	458
4-3. 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)	459
4-4. 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)	459
4-5. 介護保険制度 (一般社団法人日本介護支援専門員協会)	459
4-6. 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)	460
4-7. 緩和ケア (一般社団法人日本脳卒中学会)	460
4-8. 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)	461
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)	461
4-9. 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)	
1) 障害者手帳	462
2) 障害者総合支援法	462
4-10. 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)	462
4-11. 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)	463
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)	463
3) リハビリテーション専門職から (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, 一般社団法人日本言語聴覚士協会)	464
5. 長期的なリハビリテーションを受けるために	
5-1. リハビリテーション専門職から	
1) 装具・車椅子等の作製・修理の制度 (一般社団法人日本神経理学療法学会)	465
2) 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)	465
3) 寝たきりゼロへの10か条 (公益社団法人日本理学療法士協会)	465
5-2. 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)	466
6. 今後の展望および報告と検証について (一般社団法人日本脳卒中学会)	467
7. 協力団体と日本脳卒中医療ケア従事者連合について (一般社団法人日本脳卒中学会)	468
8. 参考 (公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会)	
8-1. 介護者負担の軽減	469
8-2. 休業補償・所得補償など	469
8-3. 受診中断者への支援 (アウトリーチ)	469
8-4. 必要な社会資源の開発への取り組み	470
さいごに	471

執筆者

一般社団法人日本脳卒中学会

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

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

公益社団法人日本理学療法士協会

斉藤 秀之

一般社団法人日本神経理学療法学会

大畑 光司

一般社団法人日本言語聴覚士協会

立石 雅子
深浦 順一

本マニュアルに関し、すべての著者において開示すべき COI はありません。

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「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る見込みです。この整備の大きな柱が「脳卒中相談窓口」で、2022年度中に一次脳卒中センターのコア施設に設置されることが決まっています。2021年度に日本脳卒中学会に「情報提供・相談支援プロジェクトチーム」が設置され、「脳卒中相談窓口」で行う業務についての検討が行われ、本マニュアルが整備されました。

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(社会福祉士等)、介護支援専門員(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。2022年2月から4月にかけて開催(web併催)される第47回日本脳卒中学会学術集会(STROKE 2022)は、多職種参加元年を合言葉に、このマニュアルをもとに、「脳卒中相談窓口に関する多職種講習会」と「脳卒中相談窓口に関わる人材の育成」が予定されており、オンデマンドで5月末まで受講可能です。「脳卒中相談窓口」設置の要件として、これらを受講した人材の配置が求められています。

このマニュアルの作成にご尽力いただいた皆様には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。

2022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

2016年に発表した「脳卒中与循環器病克服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」は脳卒中を担う専門医に脳卒中医療の大きな変化をもたらしました。一般社団法人日本脳卒中学会は、一次脳卒中センターの認定をはじめとした脳卒中急性期医療体制を整備しつつ、次の目的である脳卒中患者および家族への情報提供や相談支援に着手しました。本マニュアルは2021年3月発表の「脳卒中与循環器病克服第二次5ヵ年計画」に従い、2022年度中に一次脳卒中センターのコア施設に設置される予定の「脳卒中相談窓口」で行う業務についての詳細が記載されております。

脳卒中は急性期を乗り越っても、後遺症で苦しんだり、再発の危機にさらされる可能性の高い疾患です。そのため、回復期あるいは維持期（生活期）のほうがむしろ時間的に長く、患者さんとそのご家族にその時々合った情報提供・相談支援を行うことが重要です。「脳卒中相談窓口」はこの役割を担うために設置されます。しかし、情報提供・相談支援の内容は多岐にわたります。このため、本マニュアルを作成する上で多職種連携が必須でした。そこで、脳卒中患者に対する医療やケアに従事する様々な職種にお声掛けし、本マニュアルが作成されました。御協力いただいた多くの職能団体の皆様に感謝申し上げます。

一方で、多くの職種が関与すればするほど同じ支援をしてもあるいは話していても共通理解がそこなわれます。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期待しています。

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。

2022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。軽症の患者や、治療が奏功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も増加している。一方、重症の患者や、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も少なくなく、そのような患者に様々な困り事が生じたときに、どこに相談してよいかわからない問題がある。多くの制度があり、これをすべ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。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。24時間365日機械的血栓回収療法（MT）の可能な施設をPSCのコア施設としての委嘱が2020年から開始された（「4.1 脳卒中診療システムの理解」の項参照）。

2018年12月には「健康寿命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」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」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。脳卒中患者に困り事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4月に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中に「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。

2. 対象, 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)

脳卒中窓口が設置される 2022 年度においては, まず, 自施設に入院している, あるいは入院歴のあるすべての脳卒中患者およびその家族を対象とする。脳卒中患者に対するシームレスな医療・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) の地域における中核施設 (PSC core) にまず設置し, 順次広げていく。既存の地域連携室や患者サポートセンター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。脳卒中患者およびその家族には, リーフレットなどで脳卒中相談窓口の存在を周知し, 看護師や既存の地域連携室や患者サポートセンターに相談支援や情報提供の希望が寄せられた場合には, 脳卒中相談窓口につなぐ。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) 医療機関の支援センター, 障害者相談センター, 生活支援センターなどと協力し, 脳卒中患者に対して必要な相談支援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, 脳卒中に精通した認定看護師 (脳卒中分野) や医療ソーシャルワーカー (社会福祉士等) が脳卒中療養相談士として中心的役割を担う。日本脳卒中学会学術集会で開催 (一定期間のオンデマンドも含む) される「脳卒中相談窓口講習会」の受講者 (受講証を発行) が当該年度の脳卒中療養相談士として認定される。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), 精神保健福祉士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い。

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、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、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）の医療機関の支援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、家族に対して、(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、家族への相談支援と情報提供、(3)経済的、心理的、社会的な困り事の解決へ向けての相談支援を行う。患者、家族の相談支援と情報提供では、今後起こり得る病態や合併症に対する患者、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ための支援、通所・訪問リハビリテーションの継続や装具の作製・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提供、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提供を行う。また、治療と仕事の両立支援、身寄りがいない患者や生活困窮者など権利擁護事業との連携支援、福祉サービスや患者会の紹介に加え、交通手段、後遺症や合併症に関する相談を受け、問題を解決していく援助をすることが必要となる。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、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、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. 脳卒中療養相談士に求められること

4-1. 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。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年に回復期リハビリテーション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カ月以内という期限が撤廃され、合併症等で2カ月以内に転院できない患者の回復期リハビリテーション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。

4-2. 脳卒中の予防と合併症などに関する基本的な医学的知識 (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、バランスの良い食事、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・言葉が出ない・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、と思ったら症状が出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、けいれんなどである。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を行い、退院・転院への準備を進める。

4-3. 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）

脳卒中地域連携パスは、脳卒中に関わる医療機関（急性期・回復期・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・施設を超えた診療体制等について患者・家族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んでもらい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。

脳卒中地域連携パスについて患者・家族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・家族が理解しやすいように工夫されている。また、施設ごとの「患者に関する情報シート」等では医師・看護師・セラピスト・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、施設を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ようになっている。そこには急性期病院入院中の段階での最終退院時のゴールのほか、地域によっては生活期に必要と予測される介護・福祉サービスまで包含している場合もある。パ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、課題の共有は多数の機関や職種と関わる脳卒中診療体制において、患者・家族等にとって心理的な負担軽減につながる。

脳卒中相談窓口の脳卒中療養相談士には、地域連携パスの理解、患者・家族等への心理的な負担に配慮したわかりやすい説明、自身の地域にある他機関多職種との顔の見える連携とさらなるネットワークづくり、シームレスな連携のための情報共有、パスの問題点や課題の改善に向けた提案等が役割として期待される。

4-4. 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ますます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。

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（2021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。

4-5. 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。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カ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上でサービス種類や回数等を決める。

4-6. 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（家族介護を継続するための休息）

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

車椅子、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93日まで）、介護休暇（1年間5日まで）など

4-7. 緩和ケア（一般社団法人日本脳卒中学会）

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・家族等は、将来への不安や悩み、後遺障害による悲しみや苦しみを抱えており、それらを軽減し、支援するための緩和ケアを行う。そのためには、まず患者・家族等の不安・悩み・悲しみ・苦しみに傾聴し、心理的支援を行う。また、急性期を過ぎた脳卒中であり、現在の症状は回復困難であることや、今後起こり得る脳卒中の再発、感染症・がん・臓器不全などの合併症などの説明を行い、療養上の意思決定に向けた支援を行う。患者・家族等の悲しみ・苦しみの受容には、時間を要することがあり、その受容の過程に応じて、繰り返し説明を行う。また、予後不良であることを強調するあまり、患者・家族等に絶望感・孤立感を感じさせないよう継続して寄り添い、患者の希望に沿った生活プランを提示する。わが国では、アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning: ACP）に関する議論は始まったばかりであり、突然発症の重症脳卒中では、発症前のACPが示されることは例外的である。意識障害や高次脳機能障害により、患者自身が意思表示できない場合や、自立した意思決定が不可能な場合は、家族等から発症前の患者本人の意思について聴き取り、患者自身の権利擁護の視点も踏まえて、今後の医療やケアの方針を相談・決定していく。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（社会福祉士等）・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。

4-8. 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ることがないように、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、治療の継続機会の担保のみならず、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イ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。

- ・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
治療と仕事の両立について | 厚生労働省 (mhlw.go.jp)
- ・両立支援コーディネーター
治療就労両立支援事業 (johas.go.jp)

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、就業前（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、頻回に休憩を取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。

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得るため、それらの情報も参照していただきたい。

4-9. 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。ただし、手帳の取得は障害固定を意味し、機能改善を期待できないことが前提となるため、患者・家族の心情に配慮が必要である。脳卒中相談窓口では、患者・家族への取得に関する案内・説明、診断支援等を行い、適切な時期に障害福祉サービスを用いながら社会復帰を支援する。

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 カ月等）が自治体により異なる。

(2) 精神障害者保健福祉手帳（1～3 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 才未満の発症・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 (<http://law.e-gov.go.jp/htldata/H17/H17HO123.html>)

(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。

(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 カ月）

* 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。

4-10. 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，各機能を取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，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，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生活期まで継続した専門的支援が求められている。

4-11. 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、自分自身の置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）を来すと、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上で、「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、きっと上手くいく」と思える（自己効力感を高める）ように関わったり、患者の持つ長所や強み（ストレングス）を活かし、「できること」を支援したりする関わりが有効と考えられる。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、同じような悩みを持つ他の患者との交流を進めることも検討する。日本脳卒中協会のホームページには、脳卒中体験記や脳卒中体験者インタビューが紹介されている。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。

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り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、高額療養費制度の活用や生活保護の申請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上での、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、自分たち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止めと、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、脳卒

中/リハビリテーション専門医への受診勧奨や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。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得る。

3) リハビリテーション専門職から

(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，一般社団法人日本言語聴覚士協会)

リハビリテーション専門職は，喪失した心身機能や計り知れない悲嘆や怒りを抱えた患者やその家族から，リハビリテーション場面を通じて直接相談を受ける（辛い体験も喜びの体験も）ことが多く，その回復を具体的に支援し，寄り添う役割が求められる。

これまでの「普通」に完全に返ることが困難な場合も少なくないが，そういった状態によらず，患者自身が今後の人生の目標を再設定し，具体的な活動の回復や社会参加（役割の再獲得も含む）を果たすことができるよう，患者の語りに耳を傾け，共感し，時には鬱積した気持ちを発散できる場面（活動）を提供するなどの取り組みも，心理的サポートプログラムとして重要である。また，心身機能が完全に回復しない状態であっても，患者自身の人生における目標を達成することを見出していく過程では，ピアサポートの視点や場面の設定も有効である。

その際には，「心身機能や身体構造」上の問題，「活動」の制限（ADL や IADL の障害など）や「参加」場面での制約，また，患者の「個人因子（これまでどのように生きてきて，どのような活動を大切に感じているのか）」や「環境因子」を含めた ICF（国際機能分類）の 5 つの因子の相互の関連性を考慮することが不可欠となる。

5. 長期的なリハビリテーションを受けるために

5-1. リハビリテーション専門職から

1) 装具・車椅子等の作製・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。作製にあたっては、労災保険、交通事故に対する自賠責保険、および各種の健康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。この作製においては、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、受傷に応じて労災、自賠責、健康保険等を利用する。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を受けられる。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、区市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) 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を訪問し、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、区市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。

3) 寝たきりゼロへの10か条（公益社団法人日本理学療法士協会）

わが国は世界最長寿国になり、やがて現役世代2人で1人の高齢者を支える高齢社会が訪れる。この高齢社会を、国民が健康で生きがいを持ち、安心して生涯を過ごせるような明るい活力のあるものとしていくために、厚生省は1991年に「寝たきりゼロへの10か条」を発表した。このうち4条から10条が脳卒中において長期的なリハビリテーションを受ける上で必要となる。

第1条 脳卒中と骨折予防 寝たきりゼロへの第一歩

第2条 寝たきりは寝かせきりから つくられる 過度の安静 逆効果

第3条 リハビリは早期開始が効果的 始めよう ベッドの上から訓練を

第4条 暮らしの中での リハビリは 食事と排泄、着替えから

家庭における日常生活での基本的な動作を、体が動かせる範囲で自ら行うことがリハビリテーションになる。

第5条 朝起きて まずは着替えて 身だしなみ 寝・食分けて 生活にメリとハリ

寝込んでいても身だしなみを整え、生活にメリハリをつけることで、活動的な生活への動機付けになる。

第6条 「手は出しすぎず、目は離さず」が介護の基本 自立の気持ちを大切に

時間がかかっても、自分のことは自分で実行してもらうように配慮することが大事である。

第 7 条 ベッドから 移ろう移そう 車椅子 行動広げる 機器の活用

自立を支援する特殊ベッドやポータブルトイレなど、各種機器を活用することが大事である。

第 8 条 手すり付け 段差をなくし 住みやすく アイデア生かした 住まいの改善

転倒事故を防ぐために、安全で住みやすい住環境に改善することが大事である。

第 9 条 家庭でも社会でも 喜び見つけ みんなで防ごう 閉じこもり

何もしないで家の中に閉じこもっていることは、寝たきりの前兆になる。

第 10 条 進んで利用 機能訓練, デイサービス 寝たきりなくす 人の和, 地域の輪

地域で行われている様々な保健医療サービスや介護福祉サービス, あるいはインフォーマルサービスを積極的に利用することが大事である。

5-2. 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とどめ、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・維持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生活行為として活かしているか (活動)、家庭や社会に役割行動として関与していただけるか (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・維持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リ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. 今後の展望および報告と検証について（一般社団法人日本脳卒中学会）

2022年4月にPSCのコア施設に「脳卒中相談窓口」を開設してもらい、マニュアル等を運用し、問題点を挙げていただき、マニュアルの改訂を行いつつ、脳卒中患者や家族の困り事への対応のスキルアップを図っていただけるようにと考えている。

将来的には、PSCのコア施設以外の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事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、困り事難民が出ないように、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。

「循環器病総合支援センター」のモデル事業が2022年度より開始され、将来的には都道府県に1つの循環器病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ほしい。

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ほしい。

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、あるいはワーキンググループで検証して、改善すべき点について検討していく。内容によっては、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。

7. 協力団体と日本脳卒中医療ケア従事者連合について (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 (社会福祉士等)、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」が 2021 年 12 月に設立された。

第 47 回日本脳卒中学会学術集会 (STROKE 2022) における「脳卒中相談窓口に関する多職種講習会」や「脳卒中相談窓口に関わる人材の育成」のプログラムには、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、本マニュアルの作成についても執筆などご尽力をいただいた。

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

8. 参 考 (公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会)

8-1. 介護者負担の軽減

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)負担の軽減やケアラー支援は、脳卒中支援に欠かせないものである。「ケアラーとはケアに必要な家族などを無償でケアする人」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、困り事が整理できずどうしていいかわからなかったり、誰に何を相談していいかわからない、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(日本ケアラー連盟 ホームページより)。

また、老老介護、夫婦ともに認知症である8050問題と呼ばれる現象、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、孤立、なども大きな課題である。

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や、介護サービスを何らかの理由で受け入れないケアラーなどの相談を含め、ケアラーの相談が寄せられる場所となる。すぐに解決策がない場合でも、相談に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、区市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、複数の生活課題を有する世帯等に早期に対応できるよう、保健・医療・福祉・教育等の様々な領域との日頃からの予防的ネットワークキングが不可欠である。

8-2. 休業補償・所得補償など

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、または仕事を続けていけるかどうか不安を抱える患者も多い。脳卒中相談窓口では、脳卒中患者が受給可能な休業補償、所得補償についての知識を持つことが必要である。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たり、連携しながら支援を行う。同時に、休業補償や所得補償は患者の経済的なサポートだけでなく、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。

- ・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日間あった上で4日目以降、1年6カ月間(2022.1.1～連続ではなく通算へ改定)、給与が休んだ日に対して支給。ただし、休んだ期間に傷病手当金の額より多い給与が支給された場合を除く。金額は給与の3分の2のイメージである。
- ・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カ月以上経過し、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。
- ・労災の場合：労災の場合は、独自の傷病手当金や労災年金(一時金)の制度がある。
- ・個人加入の生命保険について、入院給付や高度障害の場合の給付の条件を調べるサポートも重要である。

8-3. 受診中断者への支援(アウトリーチ)

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、様々な支援につながらないことにより、再発、介護度の重度化、QOLの低下、うつ状態になる、日常生活の遂行自体が困難になる等のリスクがある。

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、様々な理由があり得るが、再発や状態の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、支援者から積極的に向いて受診や支援等が必要な人を発見したり、必要な支援を届けたり、支援につなげたりすることを言う。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。

8-4. 必要な社会資源の開発への取り組み

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、地域にある多機関多職種との連携のもと、社会資源の開発に取り組むことが推奨される。

例としては、社会的な孤立を防ぎ、より良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隣施設、がんサロンとの連携など）、また、社会資源をわかりやすく、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）などがそれにあたる。それらの実現のためには、各地域に応じた地域課題の把握と予防的な介入が不可欠であり、各地域における保健・医療・福祉・教育分野との適宜協働できる体制が望ましい。

さいごに

脳卒中医療においては、以前より急性期治療から、回復期のリハビリテーション、維持期（生活期）の介護までシームレスな継続的医療・ケアの体制構築が必要とされ、様々な取り組みがなされてきました。しかしながら、脳卒中の患者や家族の立場にたつと、急性期から介護に至るまで局面が変わるたびに、様々な個別の問題を抱え、どこに相談したらよいかかわからず、必ずしもシームレスとは言えない状況でした。この度、日本脳卒中学会は、脳卒中を扱っている主だった病院（一次脳卒中センターのコア施設）に、情報提供や相談支援を目的とした「患者相談窓口」を設置することといたしました。そして相談窓口に関わる方々のために、本マニュアルの策定に至りました。患者さんへの情報提供や相談支援は、2019年に施行された「脳卒中・循環器病対策基本法」に施策として挙げられていますが、これは国の要請というより、国民からの切実な声かもしれません。本マニュアルでは、脳卒中に関連する多くの学会から職種横断的にご協力いただき、相談窓口に関する事項が網羅的に記載されています。執筆いただきました諸先生、関連団体の皆様に改めて御礼申し上げます。

日本脳卒中学会は、日本循環器学会とともに脳卒中・循環器病克服のための5ヵ年計画を策定して推進しています。そして一次脳卒中センターを中心とした脳卒中医療体制を整備し、今回の相談窓口の設置に至りました。ずっと以前、アカデミアとしての研究、教育にとどまる学術団体であったことを思えば、対策基本法の成立を画期として行政と連携しながら、脳卒中患者のための医療・介護環境を整えつつある現状に、敬服するとともに深い感慨を覚えます。

最後に、本マニュアルが相談窓口の設置や運営に役立ち、将来必ずや相談窓口が患者さんやご家族の福音となりますことを祈念いたします。

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
富永 悌二

(Jpn J Stroke 44: 449–471, 2022)