

6. 脳血管障害の在宅管理

脳血管障害は要介護5の34%、要介護4の30%を占めており¹⁾、在宅医療の対象疾患のなかで、最も多く、長期的な手厚いケアが必要な疾患である。家族にとっても身体的・精神的に負担が大きいため、在宅での管理は重要である。

脳血管障害患者の特徴と対応の心構え

脳血管障害患者は、麻痺などの身体的障害に加え精神的心理的な障害も少なからずあるため、コミュニケーションが取りづらく患者の苦痛や状態変化の把握が難しいことがある。そして比較的長い経過のなかで加齢とともにADLが徐々に低下し、再発や合併症などのイベント発症により急激に悪化するため、予後予測は困難であることが特徴であり問題となる。

介護者にとっては身体的負担が大きいことに加え、自身の社会参加も難しいことがあり、孤独感や隔絶感を覚えてしまう。また、イベント発症時などには代理意思決定となることが多いため、精神的負担も大きい。

日常の診療において、本人と家族（介護者）に寄り添いながら、再発や合併症により急変する可能性があることとその状態を説明した上で、急変時や食べられなくなったときに「自分はどうしたいのか」、その希望を十分に話し合っておくことが重要である。

そして訪問時には患者や介護者を常に気にかけていることを示し、その人の考えや気持ちに共感し、辛い治療やリハビリテーション（以下、リハ）、そして長期にわたる介護に対して、さり気なく賞賛することが最も大切である。

事前確認と在宅医療開始時のポイント

脳血管障害患者の在宅管理を開始するに当たって、退院前カンファレンスなどにより状態

の把握と今後の意向について何うだけでなく、安心して在宅療養に臨んでもらうために急変時の後方連携の確認も忘れてはならない。

症状については、意識レベルや麻痺の程度に加え、視覚、嚥下機能、言語について確認しておくことが重要である。

特に同名半盲、半側空間無視などがあると患側からのアプローチにより反応が鈍くなるだけでなく、突然、訪問者を認識することで驚きや不安感を感じさせてしまうこともある。リハにおいては患側からアプローチを行うこともあるが、一般診療においては離れていても認識できる健側からアプローチする。そのため部屋の入り口とアプローチサイドが健側となるようにベッドの位置、枕の向きなどを工夫する必要がある。

嚥下障害は食欲という基本的な欲求を満たすことができない状態であり、さまざまな苦痛を感じている。そのため嚥下機能評価を行い、口腔ケア・嚥下リハを行う歯科との連携を組むなど、口から食べることを諦めさせない配慮が必要である。

失語症は言語性の障害だけでなく思考や状況判断の障害を伴うことも多い。ゆっくりと単語や文節で区切って話し、文字や絵を見せたり、身振りをういたり、yes/noで答えられる質問を用意すると、言葉が出なくともなんらかの意思表示ができることもある。

構音障害は失語症とは違い言葉の表出のみの障害であり、話しかけは普通でよい。患者には、ゆっくり口を大きく動かし、一音一音発声

するように指導する。何度も聞き返すと余計な緊張を与え言語明瞭度が低下し、患者は伝わらない苦痛を感じ、話す意欲を失ってしまうので、筆談や五十音表のポイントなどを併用するとよい。

また住宅環境を整えることは生活リハを進めていく上でも重要で、玄関周り、トイレ、浴室、階段に手すりを設置するなど自分で動ける環境を作っていく。片麻痺のある患者では手すりの高さは通常より高めが使いやすいが、実際に患者に使ってもらい決定する。理学療法士、作業療法士、福祉用具専門相談員、福祉住環境コーディネーター、ケアマネジャーと事前に協議するが、単なる改修や物品レンタルではなく、その人ができない動作を補助し、望む生活を目指した整備をしなければならない。

慢性期の管理

普段の診療では神経学的評価は手短にして、患者や介護者との対話のなかで ADL や IADL について評価し、可能な限りその人らしい生活を送れるように、以下の7つのポイントから支援する。

A. 残存機能の維持・向上

慢性期には残存機能はほぼ固定しているが、本人の意欲や家族との関係性、ケアマネジャーや訪問看護、リハなどの多職種の関わり方で大きく左右される。患者も家族も家庭や社会での役割がないと考えていることも少なくなく、生活を楽しむ余裕がないことも多い。個人や環境因子が活動や社会参加を妨げていることを意識し、改善策を提案していく必要がある。

リハに対しての努力を褒めることはもちろんであるが、興味や関心が機能訓練ばかりに集中しないように、生活を楽しむための趣味の話や孫の話など、その人の物語や考えを尊敬の念を持って傾聴することが大切である。現在の残存機能はどのくらいで、リハはどんなことをやっ

ているのか、目標は何かを多職種で情報共有する。特にできていたことができなくなったという情報は重要である。

家族などとの会話を楽しんだり、デイサービスなどを利用しレクリエーションや社会参加、園芸などの自分のやりたいことを楽しむことは主体性を持つことになり、生活機能や認知機能の維持・向上につながっていく。その結果として介護者の負担軽減となるようなプランを立てることが大切である。

B. 摂食嚥下・栄養管理

嚥下障害は脳卒中急性期には50%以上の患者に認められるが²⁾、在宅療養期では嚥下障害がある程度回復していることも多い。しかし再発や全身状態の悪化に伴い嚥下障害を再び来す可能性は少なくなく、常に十分な食事が摂れなくなる危険性を抱えていることを意識し、定期的な体重測定を行い、低栄養や嚥下障害が疑われるときには適切な対応を行う。

在宅療養期であっても嚥下リハで改善することもあり、誤嚥を恐れ、安全を優先するあまり患者の食べるという喜びを奪ってしまうことにも気を付けなければならない（具体的な対応は p56～59 参照）。

胃瘻造設していても、口腔ケアと嚥下リハを続けることで、味わうくらいは可能となることも多い。言語聴覚士や歯科と連携してリハを続けていくが、麻痺側を上にした側臥位で小氷片などを飲み込む訓練が簡便である。十分な摂食が可能になると胃瘻から離脱できることもあるが、経口で少量の食事を楽しみ、不足の水分・栄養は胃瘻などから補うことでも、かなりの満足感を得られる。

C. 再発予防と対応

脳卒中の再発率は年約5%、5年で約30～50%とする報告が多く、加齢にしたがって上昇し70代では年24%に達する³⁾。高血圧、糖尿病、心房細動、喫煙、多量飲酒の危険因子に対しては生活習慣の改善や薬物治療により^{3, 4)}、

再発率を抑えることができるため服薬管理は重要である。ただ高齢者では血圧も血糖値も厳格に下げすぎると予後を悪くすることもあり、血圧は140/90mmHgを目標にして、抗血栓・抗凝固薬使用中や脳出血の既往の場合にはやや低めにするとよい。誤嚥の危険性があるときには嚥下反射・咳反射を担うサブスタンスPを増加させるACE阻害薬を考慮する。高齢者への抗血小板薬や抗凝固薬の使用は、転倒、認知症、フレイルなどの危険性も考慮し、本人や家族と十分に話し合い、個々に判断する必要がある。

D. 慢性期合併症の予防と対応

嚥下機能低下による呼吸器感染・脱水・低栄養、神経因性膀胱による排尿障害・尿路感染、排便障害、褥瘡、認知機能低下は10～25%にみられるが⁵⁾、脳血管障害に特徴的な合併症は、痙攣と中枢性疼痛であろう。

a. 痙攣発作

痙攣発作は劇的で意識消失や神経症状を伴うため、患者や介護者は強い恐怖を覚え、激しく動揺する。発作が起きた場合は、介護者に共感しながらも慌てることなく冷静に対処するように指示する。可能ならば側臥位にして誤嚥を防ぎ、患者の周囲から危険物を遠ざける。口にものを挟む、指を入れるなど絶対にしないように説明する。通常は数分で止まることが多いが、以下の場合には後方支援病院への搬送が必要である。

- ①初回発作である（何が起きているか分からない）
- ②痙攣が5分以上続いている（自然消失する可能性が低い）
- ③意識が回復しないうちに、再び痙攣発作が起きる（痙攣重積）
- ④新たな神経症状や増悪がみられる（再発の可能性あり）
- ⑤転倒し、激しく頭部などをぶつけた（外傷性頭蓋内出血の可能性あり）

b. 中枢性疼痛

中枢性疼痛は感覚脱失や感覚低下があるにもかかわらず、灼熱感やジンジン、ヒリヒリなどと表現される自発痛で、触刺激で疼痛が誘発される（allodynia）こともある。うつや不安などの精神反響と呼ばれる情動反応を示すことが特徴である。ADLにも影響を及ぼすが、現状では満足のいく治療はない。非ステロイド性抗炎症薬は無効のことが多く、トリプタノール[®]（アミトリプチリン）、ラミクタール[®]（ラモトリギン）、ガバペン[®]（ガバペンチン）が第一選択薬となる⁶⁾。リボトリール[®]（クロナゼパム）、テグレトール[®]（カルバマゼピン）、選択的セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬（SNRI）、リリカ[®]（プレガバリン）が効果を示すこともある。

c. 痛みを伴う痙縮・拘縮

痛みを伴う痙縮・拘縮は介護の支障にもなるため、適切な関節可動域（ROM）訓練を行う。痙縮や拘縮にはリオレサル[®]（バクロフェン）、ダントリウム[®]（ダントロレンナトリウム）、テルネリン[®]（チザニジン）などの処方を試みる。web講習受講によりボトックス[®]（A型ボツリヌス毒素製剤）も使用可能となり、関節可動域の増加と介助量軽減が期待できる。

E. 事故防止

転倒・誤嚥・窒息などの危険性が常にあることを医療・介護スタッフのみならず、本人・家族にも説明し、意識していくことが予防につながることを説明する。特に転倒は25%にみられ、ドアの段差、絨毯の端、電気コードなど日常生活での動線であまり気づきやすいところを普段からチェックしなければならない。

F. 介護者への配慮

脳血管障害患者のケアを考える上で介護者への説明と配慮は不可欠である。介護者は、患者と同様に4つのステップ（①ショック・混乱期、②回復への過度の期待と不安期、③絶望、抑うつ期、④障害受容期）を経て障害を容認で

きるようになる⁷⁾。介護者はストレスに起因する疾患にかかりやすく、介護継続のためには介護者の健康管理と介護者自身のための時間を確保できる体制を整えることが大切である。そして普段から、無理をせず、できることだけで十分であることを説明する。慢性期では介護者が孤独感や社会からの隔絶感を覚える時期でもあり、積極的に介護者の不安や問題点を聴取し、レスパイト入院や電話相談などを利用することや、患者・家族の会などへの社会参加を促すべきである。

G. 生活目標

意欲と残存機能を維持向上させることを常に念頭に置き、「料理を作る」「孫に会いに行く」など具体的な目標を設定し、訪問リハや通所リハなどをうまく利用していく。たとえ実用的な歩行まで到達できないとしても、歩行訓練を加えることで本人や家族の意欲や満足度は大きく変わってくることもある。

終末期の管理

脳血管障害終末期の判断は困難であるが、意識レベル低下が現れたときが終末期の始まりといえる。秋田脳卒中登録追跡調査によると長期的な死亡原因は脳卒中再発 20%、肺炎 23%、心不全 13%、悪性腫瘍 20%、その他 24%であり、ここでは再発時の終末期対応を述べる。

意識障害に加え麻痺などの新たな神経症状を伴う場合には再発の可能性が高いが、痙攣発作や低血糖、電解質異常、発熱、心不全などでも起こり得るので、血液検査などを行い総合的に判断する。意識昏睡に加え呼吸障害があると救急搬送しても救命は難しいと思われるが、介護者は急激な状態の変化に動揺し、後方支援病院への搬送が必要になることも多い。また介護者は自責の念を抱くことも多く、急変は不可避であり介護に問題があったわけではないことを説明する。

意識レベルが低下すると舌根沈下による呼吸障害も起こる。頭部後屈や側臥位にしても改善しない場合はエアウェイや気管内挿管も考慮するが、介護者と十分に話し合い治療を選択する必要がある。輸液に関しても同様で、過剰な水分は全身性浮腫と気道分泌による呼吸障害を助長するため、控えめにしたほうが患者は楽であることを説明した上で決定する。

最終的にはチェーンストークス呼吸や下顎呼吸が現れるが、このころになると脳機能は全般的に低下しており、本人の苦痛はないといわれている。しかし、介護者は患者の苦悶様顔貌を見て苦しんでいると考えることも多く、介護者自身も苦痛と不安を覚える。介護者の考えを否定するのではなく、死期が迫っている状況を説明した上で「少しでも楽になるように手や胸をさすってあげましょう」などと患者との最後の触れ合いを大切にする言葉をかける。また聴覚に関しても残存しているかは不明だが、家族に話しかけてもらうことでグリーンワークの準備となる。

臨終時には、「患者さんも御家族も頑張りましたね」など労いの言葉をかけることも大切なケアである。

(桑原 直行)

《引用文献》

- 1) 厚生労働省：平成 21 年度人口動態統計
- 2) Crary MA, Groher ME: 嚥下障害入門. 医歯薬出版, 2007.
- 3) 鈴木一夫：脳卒中の再発. 治療 91(11) : 2560-2564, 2009.
- 4) Tallelli P, Greenwood RJ: Recurrent stroke: where do we stand with the secondary prevention of noncardioembolic ischaemic strokes? Therapeutic advances in cardiovascular disease 2(5): 387-405, 2008.
- 5) Langhorne P, et al : Medical complications after stroke (a multicenter study). Stroke 31(3): 1223-1229, 2000.
- 6) Frese A, et al: Pharmacologic treatment of central post-stroke pain. Clin J Pain 22(3): 252-260, 2006.
- 7) Holbrook M: Stroke; social and emotional outcome. J Roy Col Phys London 16(2): 100-104, 1982.