

【急性期リハと回復期リハの違い】

一般的には

- 1、急性期リハは、脳卒中などを起こした場合に、病院で治療を行い 1-2 週間程度のリハを行います。治療がメインとなります。
- 2、病院で1-2 週間ほどリハを行った患者は、日常生活に戻れるように、半年ほど、リハを行います。これを回復期リハといいます。回復期リハは回復期リハ病院でリハを行います。

回復期リハは運動障害、言語障害などを改善していかなくてはならず、

★半年間に渡り、医師、理学療法士 (PT)、作業療法士 (OT)、言語療法士 (ST)、看護師、検査、薬局、メディカルソーシャルワーカー (MSW)、事務、医事課がチームワークを組んで対応していきます。チームワークを円滑に、効果的におこなう為には、それなりの仕掛けが必要です。

★コンピュータを駆使したシステムが不可欠です。

(従来の紙ベースではできません。)

★回復期リハでは、治療方法とその効果を解明していく必要があります。

これをおこなうにも、日々の患者の治療内容と効果をデータベースとして記録していく必要があります。

★コンピュータ化されていない病院 (殆どの病院) では、患者のサマリーを作成するにも、多くの時間をさいています。これは、半年間に渡る紙のカルテ、各療法士の紙の記録、看護師の紙の記録をページをめくりながらおこなわなくてはいけないからです。研究用データを収集するにも、かなりの困難が予想されます。

*****以下はインターネットからの抜粋資料です。*****

急性期のリハビリテーション

急性期とは、脳卒中が発症してから 1~2 週間ぐらいまでの時期のことです。脳卒中が発症した後、重大な合併症が出ていなければ入院した日、もしくは翌日にもベットサイドでリハビリテーションを開始します。

急性期のリハビリテーションは、「廃用症候群 (はいよう しょうこうぐん)」を予防することが重要となります。廃用症候群とは、長い間機能を使わなかったために、筋肉が痩せたり、関節が固まって動かしにくくなる状態のことです。

ですから、この時期は、手足を正しい位置に保つ「良肢位保持 (りょうしい ほじ)」、手足の関節を動かして関節や筋肉が固まって動かなくなるようにする「関節可動域訓

練」、床ずれを防ぐ「体位変換」などを行います。

そして、病気の状態が落ち着いてきたら、座る姿勢を保（たも）つ訓練の「座位耐性訓練（ざい たいせい くんれん）」や、食べ物や飲み物を飲み込む訓練の「嚥下訓練（えんげ くんれん）」などのリハビリもを行います。

急性期のリハビリテーションによりベットを離れることができるぐらい回復してきたら、日常生活で必要になる基本動作のリハビリテーションに進んでいきます。

回復期のリハビリテーション

回復期のリハビリテーションは、衣服を着たり脱いだり、食事をしたり、歩行したりなど、日常生活に必要な動きをできるようにしていくことが目的です。

脳卒中が発症してから急性期のリハビリテーションを行い、2週間ぐらいたつと、症状がある程度安定してきます。症状により個人差はありますが、ベッドから起きあがり、立ち上がれるようになるなど、「ADL（日常生活動作）」もすこしずつ回復してきます。

ただ、同時にどんな後遺症や障害が残っているのかがはっきりしてくる時期でもありません。

回復期のリハビリテーションをしっかりと行うために、まず患者さんにどんな後遺症や障害があるのかや、その後遺症がどの程度なのかなどの「ADL（日常生活動作）」を調べる必要があります。調べる障害は、「機能障害」、「能力低下」、「社会的不利」、の3つについてです。

「機能障害」とは、マヒ（麻痺）・関節がうまく動かない・しびれ・失語症などにより精神機能や身体機能が低下していたり、失われている状態です。

「能力低下」とは、機能障害により歩行、食事などの日常生活の能力が低下している状態、

「社会的不利」とは、機能障害や日常生活の能力が低下することで、仕事や家庭での生活におこる問題のことです。

この3つについて調べて、回復期のリハビリをどのように行っていくかを決定します。

ただ、回復期のリハビリテーションは、ほとんどの場合、入院した病棟・病院で行うの

ではなく、リハビリテーション専門の病棟や訓練室、もしくは専門病院へ移って行われます。

回復期リハビリテーションでは、運動障害、言語障害、高次脳機能障害、の回復を行います。

回復期のリハビリテーション～運動障害

運動障害へのリハビリテーションは、歩行訓練や作業療法を行います。

「歩行訓練」は、まず立てるように訓練し、次に杖をつかって歩く訓練、そして杖無しで歩く訓練と進んでいきます。

脳卒中の運動障害としては、身体の左右どちらかの半分がマヒする「片麻痺（片マヒ）」がいちばん多く見られる症状です。片麻痺があると日常生活に大きく影響をあたえますので、なるべく回復するように努めます。

リハビリをしっかりと行っていくことで、80%前後の人が歩けるようになるとされています。

「作業療法」とは、人間が日常生活の中で行なう全ての行為・行動・活動・動作を回復させるために行うものです。物をつかんだり指を動かす作業や、食事（摂食や嚥下[えんげ]の訓練)、入浴、排泄、家事、を行うことで、マヒしたり動きが悪くなってしまった身体の機能をできるだけ回復していきます。

後遺症の程度やその回復具合は個人差がありますので、後遺症が残ったとしても、その中で日常生活ができるように患者さんに合わせて訓練していきます。

回復期のリハビリテーション～言語障害

言語障害の多くは、脳の左半球の言語を支配している場所（言語野）が損傷を受けると起こります。

言語障害になると、話したり、相手の言っていることを理解したりなどの言葉に関する能力に影響が出てしまいます。

ですから、言語障害になると人とのコミュニケーションがむずかしくなり、日常生活や社会生活に問題がでてきますので、リハビリテーションをしっかりと行って、なるべく言語障害を解消することを目指します。また、言語障害が残ってしまったとしても、その中でコミュニケーションを行える方法を身につけていきます。

言語障害には大きく分けて、「失語症（しつごしょう）」と「構音障害（こうおんしょうがい）」の2つの種類があります。

失語症とは、聞く・話す・読む・書く、などの言語機能が障害されるもので、構音障害とは、舌・唇（くちびる）、あご、などの話すことに関わる筋肉の運動に障害が起こることによって正しい発音ができなくなるものです。（失語症と構音障害についてくわしくは「脳卒中の症状・後遺症③～神経症状Ⅰ」のページをご覧ください。

つまり、失語症と構音障害には違いがあるので、リハビリの方法もそれに適した方法を行っていく必要があります。

言語障害の訓練は、言語聴覚士（げんごちょうかくし）がビデオや録音機、カードなどを使ってリハビリテーションを行います。

失語症のリハビリテーションは、話す、聞く、読む、書く、などの能力を回復するために行います。

失語症のリハビリテーションは、なるべく早くおこなうほうが良いとされています。これは、脳卒中が発症してから2週間の間がいちばん改善するとされているからです。

また、失語症は、発症してから時間の経過によりどんどん回復しづらくなっていきます。

ただ、だからといってあせってはいけません。失語症のリハビリはじっくりと行っていくことも大切です。根気よく続けていけば、少しずつ回復していく可能性があるのです。しっかりと専門スタッフの指示に従って続けていくことが大切です。

構音障害のリハビリテーションは、話しをするための筋肉をトレーニングしていきます。

回復期のリハビリテーション～高次脳機能障害

高次脳機能障害とは、病気やケガなどで脳に損傷を受けたために、的確な表現や記憶がうまくできなかつたり、注意力や集中力の低下したり、感情や行動の抑制がきかないなどの症状が現れるものです。

高次脳機能障害があると、周りの状況に適した行動をすることができず、生活に支障をきたすようになります。

また、患者さん本人がこの障害があること自覚しづらく、見た目でも障害があるかどうか分かりづらいので、ある状況にならないと高次脳機能障害があるということに気づきづらいという特徴もあります。

高次脳機能障害についてくわしくは「脳卒中の症状・後遺症⑥～高次脳機能障害Ⅰ」、「脳卒中の症状・後遺症⑦～高次脳機能障害Ⅱ」のページをご覧ください。

高次脳機能障害と認知リハビリテーション

高次脳機能障害へのリハビリテーションは、「認知リハビリテーション（認知リハ）」と呼ばれるものがあります。

認知リハビリテーションを行って、患者さんがどの能力に障害があるのかを判断し、その能力を回復させるようにします。回復が難しい場合は、正常な部分でおぎなえるように訓練していきます。

たとえば、記憶障害により新しいことを記憶することがむずかしい場合は、メモ書きをするようにしたり、認知活動をしないで済むように、周りの環境を調整したり変えたり（物の色分け、引き出しに名前をつけるなど）していきます。

また、高次脳機能障害でよくみられる、右脳の障害により左側の見えているはずのものを認知できず無視してしまう「左半側空間無視（ひだりはんそくくうかんむし）」では、日常生活を左側からはじめたり（靴を左側からはくなど）、日常生活で使うものを左側に置くなどして、左側への注意力を高めていきます。それでも改善しない場合は、認知できる右側をうまく使って日常生活が行えるようにします。
