

熱川温泉病院

症 例 概 要 H.I氏・80才・男性。2016年12月、呂律障害・右下肢動き悪化等、自覚症状出現し、順天堂静岡病院へDrへリで救急搬送。脳出血の診断で同院入院。保存的加療後12月末にリハビリ目的で当院回復期病棟入院。ほぼ全介助状態で右不全麻痺・高次脳機能障害・嚥下障害に対するリハビリ施行。離床・リハビリ拒否や暴言が続く中、病棟・リハビリ間連携によるADL改善を継続した。2017年8月末、療養病棟転棟。自宅復帰へ強い思いをコーディネートし、職種間連携で環境整備を綿密に行った。結果、3食経口摂取以外は、見守りから全介助状態ながら、自宅退院を実現した症例。入院・2016年12月末～2018年2月末

内 容

回復期病棟では、まず転倒・転落リスクから、転落防止マット・センサー使用。また高次脳機能障害や不穩による理解不足に伴うセルフケア不足が見られ、ベッド上で排泄・オムツ交換拒否・オムツ外しや暴言もあった。食事は一部介助・自力摂取だったが、昼夜逆転による覚醒状態のむらがあり全介助となることもあった。一進一退を繰り返しつつも、家族の自宅退院への希望に沿いリハビリを継続し、2017年6月に試験外泊を計画した。しかし肺炎による熱発で中止となり、それを機に施設入所してその後自宅復帰を目指すという方向に変更せざるを得なくなった。2017年8月、4F病棟転棟時、FIM改善度は高くなかった（運動項目で入院時15点→23点・認知項目で入院時11点→13点）。同病棟でも介護介入の多さは変わらなかった。しかし以前より穏やかに過ごす傾向が多く、一度は自宅退院を断念した家族に再び検討の機会を与えるため外泊を勧めた。それが成功すると二度三度と外泊することが出来、家族に再び自宅退院の希望が芽生え、患者の意欲も湧き出た。自宅退院を目標に家族への介護指導も時間をかけて何度も実施した。MSWとの連携で、施設サービス併用しての自宅退院、しかも自宅近くの施設ショートステイ利用案が浮上したことで、現実の目標が定まった。そこで、MSWはケアマネ等外部と家族間調整等を綿密に行った。それらの情報を病棟からリハビリに伝え、担当療法士が自宅復帰に向けたプログラムへ変更したところ、モチベーションが格段に向上した。さらに、リハビリスケジュールを昼食時間前に組み、確実に覚醒している時間でのリハビリ実施で効果を得た。

栄養科には、患者に義歯がないので、食事摂取にかかる留意点多々あった。そこで、ST等と連携し、きざみ食・嚥下食・糖尿食、これらを写真（ビジュアル）解説で、家族へ徹底してくりかえし行った。

本症例から、将来的に施設入所が考えられても、家族・職員が一丸となって、まず自宅退院へのプランを実現したことに価値があると思います。そこで、ADL改善がはかばかしくない中、環境面・ご家族の受入体制を、関係各職種がチームとして時間をかけて整備・指導の上、実現に導いたこともミラクルな症例と考えます。

FIM 運動項目（日常）入院時18点→最終22点・（訓練）入院時15点→最終23点

認知項目（日常）入院時11点→最終13点・（訓練）入院時11点→最終13点