

花川病院

症 例 概 要 患者氏名：T様（80代 女性）

病名：脳幹部出血 障害名：四肢体幹の運動失調

入院期間：平成31年2月中旬～令和元年7月

経過：施設入所中、1月下旬かかりつけ病院を受診後に意識低下し、施設到着後、数回嘔吐したため緊急搬送となった。入院後保存的に治療したが、麻痺の増悪、発話困難となる。当院でのリハビリを家族が希望されて入院。

既往歴：大腸癌、抑鬱、両膝変形性膝関節症、左大腿骨転子部骨折、第12胸椎圧迫骨折、不安神経症、高血圧

病前の生活：施設(夫婦で住宅型有料老人ホーム)入所しデイに参加し、たまに体操などみんなで行っていた。(要介護4)

本人の希望：痛くて分からない、手足の痛いのがなくなれば

内 容

【経過】

入院時は四肢体幹の運動失調(右上下肢:重度)と四肢の痺れ・異常感覚(冷感)・疼痛(動作に影響を及ぼす程度)を認めており、基本動作・日常生活動作(トイレ失禁・失便)共に最大介助を要していました。また左記の身体状況に伴って、リハビリテーション(以下、リハ)に対する消極的な発言(リハビリしても良くならない、痛くなるから行きたくないなど)や異常行動(ナースコールを頻回に押すなど)が散見され、約3週間、精神的に不安定な状態が続きました。そのため、車椅子移乗を行う際は口頭指示に対する従命困難、失調の影響から上肢による協力動作困難・膝折れが著明であったため、2人介助を要しておりました。車椅子離床・他患やスタッフの交流に対しても拒否的でした。

リハの方針としては関係性の構築、廃用予防を目標に抗重力活動肢位での活動を行いました。立位以降では膝折れが著明なため備品の長下肢装具を使用しましたが、軸が合わず擦過傷の危険性がみられたため、早期から本人用の装具作成に取り掛かりました。また、リハ状況をその都度、医師・担当看護師・リハ職種間で情報共有し、内服による疼痛コントロールや環境設定(異常感覚に対しての配慮として手袋着用)などをチームで検討しました。

その結果、入院1ヵ月後には四肢の疼痛緩和を認め、消極的な発言は少なくなり、病棟生活・リハ時間共に笑顔が見られ始めました。また、長下肢装具の完成・介助指導によって、積極的な歩行訓練・日常生活動作訓練が可能となり、発症2ヵ月後から病棟看護師の1人介助にて車椅子移乗が可能となりました。発症3ヵ月後には運動負荷を調整しながら機能訓練(筋力増強訓練やReo-Go-J導入)・日常生活動作訓練を継続することで病棟看護師によるトイレ誘導が可能となり、病棟生活での離床時間も増加しました。それに伴い、他の患者さんと笑顔で話しをされる場面も増加しました。発症4ヵ月後には短下肢装具での歩行訓練が可能、Reo-Go-Jの操作性も改善し、病棟生活の車椅子移乗では上肢による協力動作がみられ始めました。現在(発症5ヵ月)は起居動作・端座位保持共に自力で可能となり、リハ場面ではありますが、短下肢装具と4点支持歩行器を使用し、連続10m触れる程度の介助にて歩行可能、トイレ動作は軽介助で可能となりました。また、病棟生活の車椅子移乗も膝折れなく、上肢を使用しながら軽介助にて可能となりました。ナースコール報告も必要時のみとなり、脳幹部出血発症前の介護度4レベルとなり施設退院されました。

【入院時と退院時の評価】

FIM:34/126点→58/126点 (運動項目:15点→33点 認知項目:19点→25点)