

# ねりま健育会病院

症 例 概 要 患者：50代 女性

病名：前大脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血の術後

入院期間：令和5年7月～令和6年1月

経過：令和5年5月に嘔吐・転倒しA病院に救急搬送され、前大脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血・誤嚥性肺炎の診断となった。同年5月に開頭クリッピング術、血管形成術を施行。その後同年5月末に右大腿動脈仮性動脈瘤を認め、B病院に転院し血管形成術施行。同年5月末にA病院に再転院し、同年6月17日にVPシャント造設術施行。その後同年7月に再発動脈瘤に対してコイル塞栓術実施し、同年7月末に当院転入院となった。

## 内 容

入院時、覚醒はJCSII-20で、左方麻痺は中等度～軽度であったが、バランス不良と重度高次脳機能障害を認めていた。移乗は2人介助を要しADLは移動はリクライニング車椅子介助で、ADLは指示動作が難しく全介助であった。BRS上肢IV、手指IV、下肢V、BI10点、FIM28点（運動19点、認知9点）、BBS2/56点、FAB4点、MMSE15点、KOHS立方体は不可でIQ33以下、STEF42/45。入院期間6カ月でADL修正自立、IADL一部介助を獲得し自宅退院を目標にリハビリテーション医療を開始。Drが全身状態をコントロールし、多職種で離床を図り覚醒向上を図っていった。

1ヶ月経過時、覚醒/発動性とバランス能力が向上し、移乗やトイレ動作は中等度介助となったが、発症時の転倒による左肩関節の疼痛と可動域制限を認めていた（左肩屈曲A-ROM70度）。2ヶ月経過時、さらに覚醒/発動性向上しJCSI-1となり、ADLは食事や排泄動作は見守り、整容は声かけで可能となった。PTにて抗重力運動や歩行訓練を実施し、歩行も中等度介助で可能となった。一方で、脱抑制と注意の転導性が顕著となり、リハやADLの促しに対する拒否や独力行動のため見守りが外せない状況であった。また、場にそぐわない言動や作話も認め病棟生活において不穏となることもあり対応に苦慮することもあった。Drが内服でのコントロールを実施し、OT、STでは高次脳機能訓練やご本人の病前の役割活動で比較的受け入れが良好な掃除など家事動作を導入し、病棟生活においてもNs協力のもとベッドメイキングやテーブル拭きなどの役割活動を導入していった。

3ヶ月経過時、徐々に高次脳機能、精神機能の改善を認め、リハビリの受け入れも向上し、病棟にてフリーハンド歩行が軽介助となった。ADLは排泄動作は失禁を認めたが動作は見守り、更衣は軽介助、入浴は中等度介助となった。4ヶ月経過時、さらにバランス能力向上し、フリーハンド歩行自立レベルと安定したが、脱抑制は残存し帰宅願望が聞かれ、離棟リスクがあったためADLは近位見守りと

なっていた。屋外歩行は制動付き歩行車を使用し1km歩行可能となった。左肩の可動域も改善し、実用的に両上肢が使用が可能となり、買い物、調理訓練、家屋調査を実施した。

5ヶ月経過時、フリーハンド歩行にて病棟は遠位監視、ADLは食事、整容、更衣動作自立し、排泄動作もパット交換含め自立、入浴は見守りとなった。屋外歩行は2kmをフリーハンド歩行にて見守りで可能となった。公共交通機関利用訓練も実施。入院後6カ月で、精神面も安定し入浴以外のADL自立と走行が可能となり、多職種でご家族へ介助指導を実施し、自宅退院となった。退院後は訪問リハビリでの支援へ引継ぎを実施した。退院時、BRS上肢・手指・下肢VI、BI85点、FIM101点（運動78点、認知23点）、BBS53/56点、FAB12点、MMSE26点、KOHS立方体IQ80、左肩ROM120度、STEF94/94と改善を認めた。

当初は覚醒が低く高次脳機能障害も重度で、介助量も多く独力行動など対応に苦慮したが、多職種の専門性を活かした関わりとチームアプローチにより、著明な改善を認め、豊かな生活が可能となった症例であった。