

# 石巻健育会病院

症 例 概 要 患者：60代 女性

病名：両側肺炎後廃用症候群、神経サルコイドーシス

入院期間：令和6年10月 ～ 令和6年11月

経過：2024年8月下旬から体調不良があったが、ご本人の受診拒否があったため自宅で様子を見ていた。呼吸苦が悪化した9月にA病院受診、両側肺炎の診断で入院となった。

肺炎治療後のADL低下が著しく、リハビリテーション実施目的で10月、当院回復期病棟へ転入院。

## 内 容

本患者さんは2008年、ブドウ膜炎から神経性サルコイドーシスを発症。2014年頃からは下肢痙性対麻痺、排尿障害が出現し神経サルコイドーシスの診断を受けていた。車椅子レベルではあったが、身辺動作が自立しており在宅生活を送っていた。

今回の両側肺炎による入院加療で筋力の低下をきたし、ADL動作も食事、整容動作以外はほぼ介助の状態となっていた。更に、既往の対麻痺の症状に加えて、今回の廃用症候群により上肢、体幹機能が悪化し、病前のように自立して生活することは困難となることが予想され、ご家族は介助が必要な状態での在宅生活の受け入れは難しいと入院時から話されていた。

しかし患者さんご本人はリハビリへの意欲も高く、強い自宅退院の意志を示していた。リハビリスタッフ、病棟スタッフもその意向をくみ取り、多職種によるあきらめないリハビリを継続。出来るだけ介助量を軽減させ、自宅退院が何とか可能となるように働きかけた。

日中の介護者は脳梗塞で片麻痺の障害のある夫のみで、ご本人の機能向上に限界がある中で、ご自宅の環境整備やサービス調整が必要不可欠となった。実際にご本人同行しての退院前訪問指導にケアマネジャーや福祉用具専門相談員にも同行をいただき、福祉用具の導入を綿密に計画した。

また、退院後の生活を見据えて外出を想定し、同居する息子さんへの移乗等の介助指導を病院でも、訪問指導時も繰り返し実施した。

ご本人・ご家族が退院後の生活をイメージできるように、生活のいろいろな場面を想定したレポートを作成して具体的に説明した。

病院スタッフばかりではなくケアマネジャー、福祉用具専門相談員等の退院後に関わっていただくスタッフともチームになって退院支援を進めたことにより、ご家族の在宅生活での介助も受け入れていただき、不安なく自宅退院を進められるようになった。

もともとご家族は自己流での介助を実施しており、そのことが「介助は大変」「もう限界」と思わせていた。

入院したことにより無理のない正しい介助方法を習得し、福祉サービスや在宅環境も整えられたことにより、今までの負担や不安が取り除かれて、「これなら継続できそうだ」という希望に変わったと考える。

私たち医療スタッフにとっても患者さんのご家族もチームと考え、退院後の生活を実際にイメージできる支援がどれほど大切かを改めて考えることが出来た症例であった。

入院時FIM：53点（運動：25点、認知：28点）

退院時FIM：75点（運動：42点、認知：33点）