

# 湘南慶育病院

## 症 例 概 要 症例概要

患 者：50代後半の女性

病 名：脳出血（左皮質下出血）

入院期間：2024年11月下旬～2025年5月中旬

### 【経過】

2024年11月 脳出血（左皮質下出血）を発症し、急性期病院に救急搬送され、保存的治療となる。

2024年11月 当院回復期リハビリテーション病棟に転院する。

2025年5月1 自宅退院となる。

### 【生活歴】

夫と娘との3人暮らし。専業主婦として家事全般を担っていた。

## 内 容

---

### 【入院時】

入院時、意識レベルはJCS2桁、右半身に重度の運動麻痺や失語症を認めた。ADLはFIM 20点（運動15点・認知5点）であり、多くの場面で介助を要した。夫と娘と同居しており、ご本人・ご家族ともに家族と一緒に生活がしたいとの強い希望があったため、多職種連携による計画的な支援が求められた。

### 【チームアプローチ】

#### ① コミュニケーション手段の獲得に向けた支援

失語症の影響により、入院当初は自らの意思を十分に表出できず、強いストレスや不安を抱えていた。そこで、医師・言語聴覚士を中心としたチームアプローチを行い、コミュニケーション手段の確立を優先課題として支援を実施した。具体的には、言語療法の中で絵カードやコミュニケーションボードを活用した表出練習を行い、患者が自らの希望や感情を示せる手段を徐々に獲得できるよう介入した。また、病棟スタッフ全体でその方法を共有し、日常生活場面でも一貫して同じコミュニケーションツールを使用する体制を整えた。

## ② 入院中の生活活性化に向けた取り組み

ADLの向上を目標として、医師・理学療法士・作業療法士・看護師を中心とした多職種チームで段階的かつ戦略的な支援を実施した。理学療法では、歩行練習を通して移動能力の向上を図り、作業療法ではトイレ動作など日常生活場面を想定した訓練を行い、具体的なADL動作の再獲得を促した。さらに、病棟スタッフとも密に連携し、安全な移乗・移動方法を統一して共有することで、リハビリ時間外でも一貫した支援が提供できるよう体制を整えた。

## ③ 退院後の生活活性化を見据えた取り組み

退院後の生活活性化を見据え、「再発予防」と「転倒予防」を目的に支援を展開した。まず、医師・管理栄養士を中心に、ご本人およびご家族を対象とした栄養指導を実施した。これにより、退院後の具体的な食事内容や調理の工夫について助言し、生活習慣病の管理を通じて再発のリスク低減を図った。さらに、作業療法士・看護師を中心に退院前訪問を行い、自宅内の動線や段差、手すり設置の必要性などを評価し環境調整の提案を行った。これにより、退院後の生活場面での転倒リスクの軽減と安全な日常生活の実現を目指した。加えて、退院後の運動量低下を防止し身体機能の維持・向上を図る目的で、当院の訪問リハビリテーションの導入を行った。訪問リハビリでは、理学療法士・作業療法士が実際の生活環境下で歩行練習や日常生活動作練習を実施し、活動量の確保を支援した。

## 【結果】

入院当初は意思疎通の困難やADL低下により、在宅復帰は大きな課題と考えられた。しかし、チーム全体でコミュニケーション支援、生活動作訓練、自宅環境調整、栄養指導などを多角的に実施した結果、患者は退院後の生活に必要な基盤を着実に獲得することができた。具体的には、コミュニケーションボードを活用した意思表示が確立し、日常生活に必要な移乗・移動動作も安全に遂行できるレベルへ改善した。これにより、患者さんは「自宅で家族と再び一緒に過ごしたい」という希望を実現し、家族も在宅介助に対する不安が軽減した。さらに、再発予防や転倒リスク軽減を目的とした栄養・生活環境面への介入により、退院後の生活を見据えた包括的な支援を提供でき、患者さん・ご家族が望む生活再建に繋がった。

## 【関り】

医師…病状説明、方針の決定

看護師…生活状況の観察と共有、内服管理の指導

介護士…排泄や入浴の支援

セラピスト…心身機能の改善、生活全体の支援、退院前訪問指導（住宅改修や福祉用具の選定、

サービスの提案)

栄養士…栄養管理、栄養指導

医療相談員…サービス調整、退院支援

生活期スタッフ：退院前訪問指導、生活課題の継続支援、訪問リハビリテーション