

花川病院

症 例 概 要 患者：夫 80歳代・妻 80歳代

病名（夫）：肺炎後廃用症候群

病名（妻）：肺炎後廃用症候群／混合型認知症

入院期間（夫）：2025年9月中旬～11月下旬

入院期間（妻）：2025年9月中旬～12月上旬

80歳代夫婦が同時期に肺炎後廃用症候群で入院。夫は身体機能の低下、妻は混合型認知症によりADL・安全認識が低下していた。夫婦は「自宅で再び二人で暮らすこと」を強く希望されたが、双方に課題が多いため、病棟をまたぐ多職種包括支援が必要となった。家屋訪問を実施し、生活への転換・生活動線調整・福祉用具選定を行い、サービス調整と併せてご夫婦の在宅復帰を実現した。

内 容

■病前の生活

夫婦2人暮らしで、夫が家事全般と妻の見守りを担っていた。家族は遠方の姪のみ。認知症の妻に対し、夫の支援が不可欠な状態だった。

■入院時の状態

夫：歩行時のふらつき、注意・遂行機能の低下によりIADLが困難。

妻：MMSE13点、動作の性急さ・安全認識低下が顕著。ADLは食事以外、見守りが必須な状態。

「どちらか一方のみの退院は不可能」という状況で、夫婦に対する生活の支援が必要であった。

■多職種介入

医師：全身管理、廃用・認知症の医学的評価。

看護・介護：認知症ケア、夫婦別の安全指導、コミュニケーション支援。

PT：夫の歩行・バランス、妻の歩行練習。家屋訪問で動線・外階段・寝室を評価。

OT：ADL,IADL訓練、家具配置・手すり配置調整、玄関椅子・置き型手すり・浴室福祉用具の導入。

ST（妻）：注意障害・遂行機能への介入、認知症患者への評価。



栄養科：嚥下・咀嚼機能に合わせた食形態調整。

MSW：デイサービス・訪問看護・ヘルパー・訪問リハの導入調整。

家族（姪）：家屋調整、生活支援。

■成果

夫：歩行安定し屋内自立、IADLが可能な状態に回復。

妻：生活範囲を限定し、見守り下で安全なADL遂行が可能に。

家屋訪問でリスクを可視化し、生活範囲の限定化や手すり配置など具体的対策を実施。退院後サービス体制が整い、夫婦同時期の自宅退院を達成。

在宅にて安定して生活継続中。

【入院時と退院時の評価】

<FIM>夫 入院時：73点→退院時108点

妻 入院時：58点→退院時：75点