

熱川温泉病院

症例概要 患者：70代 男性

病名：右脳梗塞

既往歴：高血圧（近医にて通院加療中）、心房細動（指摘されてはいなかった）

入院期間：2024年11月～2025年5月

【入院までの経緯】

2024年11月上旬の15時に倒れている所を発見され急性期病院へ緊急搬送。来院時GCS=E4V4-5M6、右共同偏視、構音障害、左顔面麻痺、左上下肢不全麻痺（MMT3）あり。頭部MRIにて右M2閉塞あり血栓回収術を行った。術後はGCS=E4V4-5M6、構音障害、左上下肢不全麻痺（MMT3）が後遺しており、経管栄養、ADLは車椅子の状態であり、リハビリ継続の為当院回復期へ転院となった。なお前医にてせん妄を併発11月中旬よりメンタルクリニックも併診していた。

内 容

1. 症例背景と経口摂取への挑戦

本症例は、右脳塞栓症により高度な高次脳機能障害と著しい行動障害、重度の摂食障害を抱えた患者さんである。入院当初から経管栄養管理下にあったが、「水分を飲みたい」という強い希望に応え、ST評価のもと早期に経口摂取を開始した。しかし摂食意欲は低く、栄養士も介入したが十分な栄養確保は困難であった。そのため補助食や妻の持ち込み食を取り入れ、ご家族と協力して食事支援に尽力した。それでも摂取量は伸びず体重減少が続き、最終的に経管栄養が再開された。

2. 多職種連携と在宅生活に向けた準備

多職種カンファレンスでは、摂食困難や転倒リスク、経鼻胃管自己抜去、大声など多くの課題が議論された。医師はご家族へ現実的な限界を説明し、経口摂取は“お楽しみ”程度が適当と提案。しかしご家族の「必ず家に連れて帰る」という強い思いは揺らぐず、チームも尊重した。3月以降は1日1食の経口摂取とご家族による毎日の食事介助訓練が始まり、医師は1回の摂取量が少ない事を懸念し、退院後は6回の分割食を提案した。退院後はベッドを使用するため、PTは立ち上がりや移乗動作の繰り返し訓練を実施、OTは排泄動作の定着を粘り強く支援。日中のトイレ希望の表出やオムツ外しの減少が見られた一方、夜間失禁は続き、ご家族の常時介助が不可欠な状態であった。退院前カンファレンスで妻による宿泊訓練を計画。受持ち看護師の夜勤日に合わせ、夕方～翌朝まで実際の生活を想定

した具体的な介助訓練が行われ、ご家族にとって退院後の暮らしの見通しが深まった。あわせてMSWはケアマネージャーと連携し、福祉用具の手配や退院後の食事支援体制の調整を行った。

3. 退院直前の問題発覚とチームの支援

退院を間近に控えた5月初旬、黒色便が出現し下部消化管出血の可能性が疑われた。輸血を行い、血圧及び酸素飽和度に異常がないまでに改善したが、当院での検査対応の限界から一時は転院も検討された。医師はご家族に「転院したら、次に帰れる保証はない」と進言。その言葉を受け、ご家族は一度自宅へ戻ることを選択し、十分な準備のもと、当初の予定通りの自宅退院を実現することができた。

「自宅で共に暮らすこと」は妻にとって当たり前であり、強い願いでもあった。困難の多さに慎重にならざるを得なかった医療者も、ご家族の一貫した思いに動かされ、チームが知恵と力を尽くして支援した。多職種が丁寧に課題と向き合い、機能の回復のみならず、患者さん・ご家族の想いに寄り添う医療の本質を再認識させてくれる症例であった。

【各職種の関わり】

医師：ICを実施し、自宅退院への強い想いを受け止め対応した。

看護師：安心してご自宅で暮らせるように、ご家族へ食事・オムツ介助訓練を指導。

セラピスト：摂食嚥下機能評価、退院に向けた移乗動作やトイレ訓練を粘り強く実施。

管理栄養士：経口摂取で十分な栄養補給ができるよう栄養指導・管理に取り組んだ。

MSW：ケアマネと連携し、福祉用具の手配や退院後の食事支援体制の調整を行った。