

湘南慶育病院

症例概要 患者 : 80代後半の男性

病名 : 脳梗塞（右橋内側）

入院期間 : 2024年10月末～2025年3月下旬

【経過】

2024年10月下旬 脳梗塞を発症し、急性期病院に救急搬送され、保存的治療となる。

2024年10月末 当院回復期リハビリテーション病棟に入棟する。

2025年3月下旬 自宅退院。

自宅退院2日後 湘南慶育訪問看護ステーションの訪問リハビリを開始。

【生活歴】

独居生活。長男は近隣に居住しているが、脳梗塞の既往がある。長女は神戸市に在住しており、月1回訪問し、ご本人の様子を見守っていた。セルフケアや家事動作は全て自立し、移動はフリーハンド歩行または自家用車を利用。趣味は図書館での読書、庭いじり、カメラで散歩や買い物など外出にも意欲的であった。

内 容

【入院時】

入院時、意識レベルはJCSI-2、認知機能はMMSE-J 27/30点と軽度の注意・記憶障害を認めた。身体機能は左上肢に中等度、左下肢に重度の運動麻痺を認め、立位バランスにも著明な低下があった。基本動作・ADLはFIM 56点（運動31点・認知25点）で、起立着座、移乗、歩行、トイレ動作など多くの場面で重度介助を要し、移動は車椅子を要する状態であった。独居生活者であり、長女・長男はいずれも別居。ご本人・ご家族ともに「サービスを利用しながらでもご自宅での生活を継続したい」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安全なリハビリテーション（以下、リハ）のための連携体制

リハに対する意欲が高い一方で、日々の疲労が蓄積していたため、看護師が患者さんのバイタルや倦怠感をモニタリングし、リハスタッフに情報提供。理学療法士は歩行練習の強度や量を調整し、作業療法士はADL練習を更衣動作に限定するなど、その日の体調に合わせた柔軟なプログラムを実施した。

情報共有は従来の口頭と電子カルテによる方法に加え、LINE WORKSを活用し、職種間で即時に連携を取ることで、安全と効率的なりへの両立を図った。

②入院中の生活活性化に向けた取り組み

ADL自立に向けてチーム全体で段階的かつ戦略的な支援を実施した。作業療法士は患者さんの身体や活動状況を踏まえ、夜間も含めたADLアップを提案した。これを受けて、看護師・介護士が夜間の歩行やトイレ動作の安定性を確認し、その様子を動画で撮影し、LINE WORKSで多職種へ共有した。共有された情報に基づき、医師は夜間の動作自立を許可し、栄養科は活動量の増加に応じて食事内容の調整を検討した。このように、動画による可視化と多職種による即時連携を通じて、生活活性化が促進された。さらに、DXを推進した即時連携の仕組みにより、対面カンファレンスではより密な検討や相談が可能となり、安全かつ効果的な生活活性化が図られた。

③退院後の生活活性化を見据えた包括的支援

退院1か月前より、回復期スタッフに加えて、ケアマネージャーや福祉用具・住宅改修業者など生活期スタッフも参加し、退院前訪問指導を実施した。住環境や福祉用具の選定、生活動作の確認を行い、その様子を動画で記録。LINE WORKSを活用して回復期スタッフおよび訪問リハスタッフと情報共有し、ご自宅での生活課題を抽出した。主な課題は玄関の出入り・内服管理・食事の準備であり、それぞれの職種が役割を分担した。理学療法士・作業療法士は更なる身体機能の改善と玄関の出入り練習を、看護師は内服管理の支援を、栄養士は栄養管理を行った。また、医療相談員は訪問リハや配食サービスなどの調整を行い、退院後すぐに必要な支援が受けられる体制を整えた。さらに、訪問リハスタッフは共有された情報をもとに、退院直後から具体的な生活課題に対する支援を円滑に開始することができた。

【結果】

退院後、A氏はセルフケアが自立し、買い物や図書館への外出も再開できるまでに回復した。LINE WORKSなどDXを推進した回復期から生活期へのシームレスなチームアプローチにより、ご本人・ご家族のHOPEであった「サービスを利用しながらの独居生活」が実現。多職種が連携して支援した本症例は、DXを取り入れたチームアプローチの有効性を示す一例となった。

【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