

ねりま健育会病院

症例概要 70代、女性

病名：右脳梗塞

入院期間：2025年5月～2025年10月

経過：2024年9月に髄膜腫に対して腫瘍摘出術を施行。術中に右内頸動脈から出血、閉塞した。バイパス術施行後も広範な右大脳半球梗塞を呈した。その後脳ヘルニアに対して外減圧術を施行。10月に気管切開、11月に頭蓋形成術を施行。2025年1月に胃瘻造設。以降、リハビリテーションが行われたが、JCSⅢ-300、ADLは全介助であった。前院では回復は期待困難とのことで療養病棟、ホスピスの案内を受けていた。5月に回復期リハビリテーション目的で当院へ入院となった。

内 容

入院時の身体機能としては、JCSⅡ-30～Ⅲ-100の意識障害を認め、左半身に重度の麻痺(BRSTI-I-Ⅲ)および感覚障害がみられた。前医では寝たきりで全身に廃用性筋力低下を認め、入院時ADLは全介助、トイレ動作は2名介助、座位保持も困難であったため、リクライニング車椅子を使用していた。

(BBS：0点、MMSE：実施困難、FIM：18点〈運動項目：13点、認知項目：5点〉、BI：0点)

キーパーソンである夫は自宅退院を希望しており、自宅退院が困難な場合に備えて、いくつかのホスピスを見学していた。チームの方針としては、覚醒状態の改善およびADL介助量の軽減を図り、自宅退院を目標にリハビリを進めた。

主治医と看護師で全身状態のコントロールを図りながら積極的に離床を実施。入院1か月目には両長下肢装具が完成し、立位・歩行訓練を積極的に実施することで、覚醒と右下肢の筋力向上が認められるようになった。これによりADL場面での協力動作が得られるようになり、2人介助ではあったが、リハと看護で協力してトイレ誘導を実施していった。Dr・STでVF評価も実施しリクライニング車椅子30度でとろみ小で嚥下が可能であり、嚥下訓練も継続的に実施していった。

入院2か月目には立位での介助量が軽減し、右短下肢装具および左長下肢装具を用いた歩行練習が可能となった。入院3か月目には、立位・歩行場面で安定して開眼が得られるようになった。

入院4か月目には、立ち上がり動作や更衣動作において協力が得られるようになり、発話によるコミュニケーション機会も増加した。TQM活動として実施していた化粧療法にも参加頂き、さらなる覚醒・反応

向上に努めた。定期的にVF評価も行い、摂食量アップを目指して嚥下訓練も進めていき、納涼祭のアイスなど、お楽しみレベルの経口摂取も可能となった。この時期から退院を見据え、多職種でご家族への介助方法指導を開始した。

入院5か月目には、右視野での視覚情報が得られるようになり、追視が可能となった。上肢でのリーチ動作も行いやすくなり、オンライン通話ではピースサインやOKサインなどのジェスチャーを用いる場面がみられた。退院に向けてオンラインでの家屋評価も実施した。

以上の経過を経て、2025年10月に在宅サービスを調整し自宅退院を達成した。

(JCSI-2、BRSTII-1-Ⅲ、BBS：2点、MMSE：10点、FIM：27点〈運動項目：17点、認知項目：10点〉、BI：0点)

本症例のご家族は当初から自宅退院を希望していたが、入院までの経過も長く重症であり入院初期は寝たきりでAD全介助で介助量が多く、困難が多い状況であった。そこでチームで問題を明確化し、人としての尊厳を尊重し、早期から立位・歩行訓練をすすめ、経口摂取をあきらめずに評価し訓練をすすめ、排泄もトイレでの排泄を進めていった。結果として、覚醒や反応も向上し、ADLの協力動作や経口摂取が一部可能となった。また、家族指導の繰り返しと家屋環境の調整により、ご家族の希望する自宅退院が実現することができた。