

湘南慶育病院

症 例 概 要 患者氏名：A氏、60代後半の男性

病 名：脳梗塞(左延髄外側)

入院期間：2025/6～2025/9

【経過】

2024年5月 脳梗塞(左延髄外側)を発症し、急性期病院に救急搬送され、保存的加療となる。

2025年6月 当院回復期リハビリテーション病棟に転院する。

2025年9月 自宅退院となる(在院日数101日)。

【生活歴】

妻と二人暮らし。子供なし。大学教授(臨時講師)として論文指導やオンライン講義を行っていた。趣味は旅行とおいしいものを食べることであった。

内 容

【入院時】

入院時、左上下肢の失調症状、筋力やバランス機能の低下を認め歩行障害を呈していた。また嚥下障害を呈していた。加えて既往に糖尿病があり血糖コントロールが必要な状態であった。妻と同居、病前より行っていた大学教授としての仕事復帰や経口摂取へ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歩行障害の改善に向けた支援

筋力や立位バランス低下の影響により、入院当初は立位を保持することも困難であった。そこで理学療法士・作業療法士を中心としたチームアプローチを行い、歩行自立を優先課題として支援を実施した。具体的には鏡を使用して自身の立位の姿を観察しながらバランスをとる訓練や体重免荷式トレッドミルトレーニングにて体重を免荷しながら歩行訓練を行い、安定した歩行が獲得できるよう介入した。また、歩行状態の改善を病棟へ共有し、安静度を変更するなどして連携を取った。

②嚥下障害の改善に向けた支援

入院当初より嚥下障害を認め、3食経管栄養の状態であった。そこで言語聴覚士や医師、管理栄養士を中心としたチームアプローチを行い、嚥下機能の向上に努めた。具体的には言語聴覚士と医師によって嚥下造影検査を行い、現状の嚥下機能について評価。それをもとにバルーン訓練や喉頭挙上訓練を行い機能改善に努めた。嚥下機能の改善に伴い管理栄養士と相談しながら食形態を徐々に上げていき病前の様な食形態で経口摂取が可能となるように支援した。

③血糖コントロールなどの再発予防に向けた取り組み

退院後の生活を見据え再発予防のために自身で血糖コントロールが可能となるように支援した。具体的には看護師が血糖の様子を医師や管理栄養士、リハに共有し、服薬調整や自宅でもできる自主トレーニングの提案、家族を巻き込んだ栄養指導等を行った。

【結果】

入院当初は歩行障害や嚥下障害によって、病前と同じような生活は困難であると考えられた。しかしチーム全体で歩行障害、嚥下障害、退院後の生活に向けた再発予防を多角的に実施した結果、患者さんは退院後の生活に必要な能力を着実に獲得することができた。具体的には歩行訓練により屋内外問わずフリーハンドでの移動が可能となった。また嚥下機能評価・訓練により常食を経口摂取することが可能となり目標であった外食もできるレベルまで回復することができた。加えて、血糖コントロールが適切にできるようになり再発予防を行うことができた。患者さんは病前と大きく変わらない生活を取り戻し、大学教授としての論文指導や作品作り、公共交通機関を利用した通勤等の仕事、おいしいものを食べることや絵画作成の取材を兼ねた旅行などの趣味活動が再開できるようになって退院することができた。

【関り】

医師…嚥下造影検査、服薬調整、病状説明、方針の決定

看護師…生活状況の観察と共有、血糖測定

介護士…病棟生活での支援

セラピスト…歩行障害、嚥下障害の改善に向けた介入

管理栄養士…栄養管理、指導、食形態の変更

医療相談員…退院後のかかりつけの選定、退院支援