

ねりま健育会病院

症 例 概 要 90歳代、女性

病名：頸髄症性脊髄症

入院期間：2025年10月～2026年3月

経過：2025年6月に訪問リハビリ時に左下肢優位に脱力があった。2日後に四肢に脱力を認めた。25日後に頭蓋底～頸椎移行部へ軟部腫瘤性病変があり、頸髄脊髄症の診断となった。保存加療希望にて頸椎カラーにて対応する方針となった。8月に老健ショートステイ利用し、10月に当院へ入院となった。

病前は歩行器歩行で移動、食事、排泄は自立し、入浴はヘルパーを利用していた。先天性難聴で聴力障害のため筆談であったが、認知面は年齢相応に保たれており、1-2時間程度の留守番は可能であった。現役の頃は最高裁判所で判決書を作成する仕事につき、負けず嫌いであった。

内 容

入院時の心身機能としては、認知機能はMMSE15点であったが筆談にて意思疎通可能。MMTでは両側肩屈曲と両側足関節背屈が1で、その他は2-3程度で四肢・体幹の筋力低下が顕著で、表在・深部感覚ともに中等度鈍麻、運動失調も認めていた。声帯閉鎖不全による不顕性誤嚥あり。膝関節は以前の骨折の術度にて可動域制限があり、入院時ADLは起居、食事、整容など全般的に全介助、トイレ動作は2名介助であった。座位保持は支持物使用し軽介助で可能で、普通型車椅子を使用していたが移動も全介助であった。ご本人やキーパーソンである娘さんは介助量軽減した自宅退院を希望しており、チームの方針としては、ADL介助量の軽減を図り、自宅退院を目標としたが、自宅はマンションの2階であり、エレベーター設備がないという厳しい物理的環境にあった。PTでは早期から両側下肢の長下肢装具を作製する方針となった。(BBS：5点、BI：10点、FIM運動21 認知13)

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。褥瘡にも配慮しNs、リハでタイマーを使用して除圧管理も徹底した。Dr、ST評価にて徐々に嚥下機能向上を認め、食形態も向上が図れた。入院1か月で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、体幹や両側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場面でトイレ・移乗動作の介助量が軽減を認めるようになってきた。Nsと協力し、トイレでの排泄で尿意・便意向上に努め、夜間の失禁に対してもパット選定を進めていった。

入院2か月目には、座位保持が見守りで可能となり、右手すりと両側短下肢装具で10秒程度立位保持が可能となってきた。食事動作もOTで自助具を調整し、Nsとも連携することで介助なく動作可能となった。入院3か月目には、認知機能の改善し、失調検査上でも改善傾向を認め、リハビリではトイレ・移乗動作が1名介助で可能となった。さらに直進であれば車椅子の自走も可能となった。この時期から自宅退院へ向けた家屋評価を実施し、多職種でご家族への介助方法指導を開始した。

入院4か月目には、介護者であるKPがご高齢でもあったため、介助自立に移行するのに難渋するも、寄り添い根気強く頻回に実施し、起居・移乗・パット交換含めた介助が自立となった。

以上の経過を経て、2026年3月にSW中心に在宅サービスを調整し、当院の外来を通院しながら、ご希望の自宅退院を達成した。

(BBS:5点、MMSE:24点、FIM:59点〈運動項目:29点、認知項目:30点〉、BI:45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、入院初期はADL全介助で介助量が多い状況であった。チームで問題を明確化し、人としての尊厳を尊重し、早期から離床や長下肢装具を作製し立位・歩行訓練、嚥下訓練をすすめ、起居・移乗・トイレ動作の介助量軽減を目指した。結果として、褥瘡発生もなく、筋力・体力の向上も図れ、起居・移乗・トイレ動作を1名介助可能となった。また、繰り返しの介助指導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症例。