

ねりま健育会病院

症 例 概 要 60歳代、男性

病名：多発性脳梗塞

入院期間：2025年11月～2026年5月

経過：2025年1月に会議中に発症。A病院へ搬送。左A1-A2動脈瘤のSAHの診断で開頭クリッピング術施行。2月にLPシャント施行。3月に頭蓋形成形成術。5月にBリハへ転院。8月に水頭症の増悪を認め、A病院でVPシャント施行。今後の回復は難しいと診断され、11月に回復期リハ目的で当院に転院。

内 容

入院時は両側不全片麻痺により四肢の可動性・筋力低下があり、四肢痙縮、仙骨部褥瘡を認めた。発声は聴き取りにくく言語障害を認めるも、声掛けに応じて単語レベルであった。意識レベルはJCS2～20と変動し、日中のほとんどを傾眠状態で過ごしコミュニケーションが取りにくい状態であった。起居動作・ADLは車椅子を使用し全ての場面で全介助で、経鼻経管栄養管理であった。(BBS:3、BI:5、MMSE:19、FIM運動13・認知8)

「自宅に帰りたい」というご本人さんの希望のもと、チームとして自宅退院を目標に設定した。Drは全身状態の管理・再発予防の観点から医学的管理を継続し、Nsは病棟生活全般の管理と脳梗塞再発予防に向けた日常的な観察・指導を担った。PTは覚醒向上・起居動作の介助量軽減・移動能力獲得を目指し両側長下肢装具を作製、OTは手指・上肢可動域訓練、認知機能訓練、ADL訓練を中心に介入を開始し、STは入院初期から摂食嚥下機能の評価・訓練を開始し、経口摂取量の拡大と安全な嚥下機能の獲得を図った。

入院1か月では、長下肢装具を用いた歩行練習が100m×4セット実施可能となり、荷重に伴い足関節可動性・四頭筋筋力の向上を認めた。並行して覚醒の向上により傾眠時間が減少し、上肢の筋緊張緩和により食事場面での上肢使用が可能となった。STによる嚥下訓練、MSWは家族支援・退院調整を進めた。

2か月目には起居動作が見守りで可能となり、上肢支持があれば移動動作も見守り～軽介助へ改善。上肢の随意性・動作速度も改善し車椅子自走を一部獲得、トイレ動作も軽介助で行えるようになった。

3か月目では、経鼻経管栄養が離脱となり、食事形態は軟飯・軟菜・ひと口大へ移行した。移動動作は見守りレベルとなり、歩行車での介助下での歩行が可能となった。入浴への介入も開始し、自己洗体可能な範囲が拡大した。

4か月目には、移動形態を歩行車へ変更し、突進傾向に対し制動付き歩行器を用いることで接触介助～見守りレベルへ移行。立位バランスの改善に伴い下衣更衣動作も軽介助となった。

5か月目にはT字杖での病棟内歩行、および杖歩行見守りレベルまで到達。家族支援・退院調整を進め、家屋評価を実施し、自宅で使用する福祉用具の選定とADL設定を多職種で決定した。

6か月目には、手すりと杖を使用した階段昇降が2足1段見守りで可能となり、床上動作も接触介助レベルへ改善した。屋外歩行は周囲への注意配分に課題を残すものの500mを17分で歩行可能となり、入浴以外のADL動作は自立レベルに至った。意識レベルもJCS1まで改善し、日中の覚醒状態が安定した。食事形態も米飯・常食まで向上した。以上の経過を経て、ご本人様の希望であった自宅退院を達成した。自宅環境の違いによりADL場面で見守りを要する状況が残るため、外来および訪問看護サービスを利用し、退院後もフォローアップを継続することとなった(BBS:37点、BI:85点、MMSE:27点、FIM運動65・認知23)。

本症例は、全身状態不良、意識レベル・言語機能の著明な低下、重度の運動機能低下、四肢痙縮、摂食嚥下機能低下という多面的な課題を抱えていたが、Dr・Nsによる全身状態管理・褥瘡ケア・再発予防、STによる摂食嚥下機能訓練、PT・OTによる装具療法と上肢機能・ADL訓練の並行実施、SWによる家族支援・退院調整という多職種連携により、回復が困難と診断されていたにも関わらず、6か月という経過の中で著しい機能改善を導き、ご本人さんの希望する自宅退院を実現することができた症例である。