

竹川病院

症 例 概 要 患者：A氏 50代 男性

病名：くも膜下出血

2025年5月下旬に意識障害にてA病院、救急センターに搬送。

同日にくも膜下出血（WFNS grade IV）、右解離性椎骨動脈瘤と診断され、コイル塞栓術を施行。JCSはⅢ-300、NIHSSは34点でICU管理となる。

5月下旬に右上小脳動脈領域の梗塞を認め、後頭蓋減圧術と右前角よりドレナージを施行。

6月上旬に気管切開し6月上旬にICU退室。

6月下旬に左上下肢の痙縮に対してボツリヌス療法実施。

7月中旬にリハビリテーション継続目的で当院に転入院。

当院入院時のJCSはI-1、会話がはっきりしない印象。左上下肢の運動麻痺と左足関節底屈筋群の痙縮、右上下肢の運動失調を認め、移乗は軽介助で移動ADLは車椅子全介助の設定。気管切開をしておりスピーチカニューレを装着、食事は経管栄養で対応していた。他職種連携アプローチに加え、前院と退院後の訪問リハビリスタッフとの連携により、公共交通機関の利用を含むADLが自立となり、2026年1月に自宅退院し、退院2か月後から職場復帰された症例である。

内 容

入院時のFugl-Meyer Assessment (FMA) は左上肢55点、左下肢24点、Modified Ashworth Scaleは足関節底屈筋群1+、SARAは15点であり、左上下肢運動麻痺、足関節痙縮、右上下肢運動失調を認めた。また、くも膜下出血に併発した両側Terson症候群による視覚障害も認めた。

FIMは運動39点、認知16点で、食事は経管栄養、更衣・移乗は軽介助、移動は車椅子全介助であった。構音障害、注意・短期記憶障害を認め、書字は失調のため時間を要した。歩行は後方軽介助で可能であったが、自制困難なふらつきがあり転倒リスクは高かった。

前院で左肘関節伸展筋群と左足関節底屈筋群に対するボツリヌス療法が施行されており、入院中も同一医師による月1回の診察を受け、痙縮管理の助言を得た。足クローヌスは持続したが、ストレッチ指導などにより痙縮の増悪なく経過した。

入院時より復職希望があり、公共交通機関を利用した屋外歩行、パソコン操作、記憶力の改善が課題であった。PTでは課題指向型トレーニングを中心にバランス・歩行能力の改善を図り、自宅環境を想定した階段昇降、屋外歩行、公共交通機関利用練習を段階的に実施した。OTでは食事・更衣動作、書字、パソコンのタイピング練習を中心に介入した。STでは嚥下障害に対する直接・間接訓練、構音訓練に加え、注意・記憶障害に対する机上課題を実施し、日記やメモなど代償手段の定着を図った。

入院中、両側 Terson 症候群に対する硝子体手術を前院で2回施行した。その後、経管栄養を終了し、9月上旬に3食経口摂取、9月中旬に気管カニューレを抜去した。

退院時のFIMは運動89点、認知30点まで改善し、ADLは自立した。食事は常食経口摂取が可能となり、軽度の記憶障害は残存したものの、メモなどの代償手段により日常生活への支障はほぼ消失した。FMAは左上肢63点、左下肢30点、SARAは3.5点まで改善し、屋外歩行は自立、公共交通機関利用は見守りレベルとなった。

退院後は訪問リハビリテーションを導入し、復職後約2週間まで継続利用した。高次脳機能障害への介入を中心に、訪問スタッフと情報共有を行いながら仕事上のエラーを分析・修正できる支援体制を構築した。

身体機能障害および高次脳機能障害に対するリハビリテーションを実施するとともに、MSWを通して主治医および前院と連携することで、リハビリテーションを滞らせることなく効果的に提供でき、痙縮管理も入院期間を通して有効に行えた。さらに、退院後もスタッフ間で情報共有を行いながら、復職を見据えた訪問リハビリテーションを提供できる環境調整を行った。本症例は重度のくも膜下出血を発症したが、当院における多職種連携に加え、前院との継続的な病病連携、退院後の訪問リハビリテーションとの連携により、急性期から在宅・復職まで切れ目のない支援を提供することができ、復職を含めた生活目標の達成につながった。