

石巻健育会病院

症 例 概 要 患者：70代 男性

入院期間：令和8年6月～令和8年8月

2026年1月以降、誤嚥性肺炎を繰り返している状況で入退院を繰り返しながら在宅生活をされていた患者さんで既往に悪性リンパ腫や症候性てんかん等があり令和6年9月には胃ろう造設し、経口摂取は不可能となっていた。

在宅介護の中でご家族から「できる限りのリハビリをさせて欲しい」と強い希望が聞かれ、訪問診療医からの紹介で当院、地域包括ケア病棟に入院となった。

退院後、かかりつけ医の訪問診療時に当院のリハビリの素晴らしさに感動いただき、「今後は在宅の患者を当院へ紹介したい」とのお言葉をいただいた。

内 容

入院時、患者は傾眠傾向で発語も限定的でしたが、多職種チームが家族の希望を丁寧に聴取し、現実的で達成可能な目標を共有しました。目標に向けて段階的に介入を実施し、一年半ぶりにゼリーやアイスを摂取することができるようになりました。覚醒状態も著明に改善し、声量増加や自発的な発話が見られるようになり、ポータブルトイレ使用の動作練習も実施し、在宅生活での介助量軽減が図られ、生活の質向上を実現することができました。

医師：患者の誤嚥性肺炎予防と栄養管理を優先しながら、家族の「できる限りのことをして欲しい」という希望を尊重。他院ではリハビリ適応外と判断された患者に対し、当院のチーム医療の可能性を信じチームを牽引した。

看護師：患者の細かな変化を観察し、多職種に情報を共有。痰吸引等の気道管理を適切に実施しながら、患者の覚醒状態改善を支援。家族への介護指導も丁寧に行い在宅ケアへの不安軽減に貢献。

PT・OT：基本動作練習を実施し、介助量軽減を実現。ポータブルトイレの動作練習も行い、退院時には具体的な介助方法を指導し、在宅での実用性を高めた。

ST：摂食嚥下評価を丁寧に実施し、一年半ぶりの経口摂取を実現。水飲みテストやゼリー・アイスの直接訓練を通じ、患者の食への反応と覚醒状態の改善を引き出した。

管理栄養士：在宅で使用していた栄養剤を活用し、経口摂取と経管栄養のスケジュールを工夫し、患者の状態に合わせた栄養管理を実施。

MSW：家族の希望を丁寧に聴取し、ケアマネジャーや訪問看護ステーションとの連携を調整。担当者

会議を通じ、退院後のサービス利用計画等を具体化して患者、患者家族が安心して在宅生活に戻れるように支援。

本事例の最大の成果は、「できる限りのことをしてほしい」というご家族の希望を、医学的根拠に基づいた現実的な目標に転換し、多職種チームが一丸となって実現したことです。段階的な介入により患者の潜在能力を引き出し、一年半ぶりの経口摂取と覚醒状態の著名な改善を実現することができました。

退院後の在宅ケアへの継続性を確保するため、具体的な介助方法や食事介助の注意点を動画撮影し、QRコード化してご家族、訪問診療医、訪問看護スタッフ、訪問リハスタッフに情報提供を行いました。これにより、いつでも介助方法を確認できるとともに、在宅でも病院と同等の質の高いケアが継続され、患者、患者家族の安心につなげることができました。

かかりつけ医の訪問診療時に「リハビリの素晴らしさに感動した。今後何かあれば石巻健育会病院へ紹介する。」とのお言葉もいただくことができたことは、当院の地域包括ケア病棟が在宅への橋渡し役としてスピード感を持ちながらも質の高い医療・ケア、生活機能の回復を実践できていることの証と考えます。