ねりま健育会病院

症　例　概　要　80歳代、女性

病名：心原性脳塞栓症

入院期間：2026年2月～ 2026年8月

経過：2026年1月意識障害、視野障害、構音障害の為病院受診し、脳梗塞（両側基底核・右放線冠、両側頭頂葉・両側側頭葉・両側後頭葉）と心電図で心房細動認め、心原性脳塞栓症の診断あり。2月回復期リハビリテーション目的で当院転院となった。発症から6ヶ月経過し、必要栄養量の経口摂取が困難であった為、胃瘻造設目的で4月に転院。胃瘻造設後、4月末に当院へ再入院となった。

病前はフリーハンド歩行で屋内移動、屋外は杖歩行。食事自立、排泄は紙パンツ、入浴はデイサービスを利用していた。発症6年前まで週1回7kgのチェロを背負って練習に通われており活動的な生活を送っておられたが徐々に難しくなりデイサービスを週5回利用しながらご自宅で3人暮らしをしていた。

内　　容

入院時の心身機能としては、認知機能はJCSⅡ−1、MMSE5点で閉眼している事が多く、意志疎通はムラがあり、見当識の曖昧さや不明言動あり。上肢機能は左右共にBr.stageV ～Ⅵ程度。下肢運動麻痺はBRSで右左共にⅣ程度。感覚障害は精査困難。体幹機能と下肢筋出力乏しく、ADLは全介助。食事は3食経管栄養。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（BBS：2点、BI：0点、FIM運動13認知6）。患者家族の希望は、「自宅退院できれば嬉しいが、現実的には施設かと迷いあり。回復する限りリハビリ希望し、頭打ちになるところで方向性を決めたい。」との事であった為、チームの方針としては、まずは覚醒レベルの向上をはかり、ADL介助量の軽減と経口摂取を目標とした。

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。入院1か月では、覚醒レベルに浮動性があり、覚醒不良の際は端座位で倒れそうになっても姿勢反射見られず。覚醒良好な際は、最大で起居動作は声掛けにて可能。起立/移乗は軽介助レベル。手引き歩行歩行が数メートル可能で、開眼を促すと簡単なセラピストの指示理解が行えるようにたってきた。Dr、ST評価にてVFなど徐々に嚥下機能評価を実施し、お楽しみレベルの経口摂取の訓練を行ったが、ADLは全介助。

入院2か月目には、上肢は1か月前より低緊張。観察上機能は著変なく、ADLは整容が全介助～軽介

入院2か月目には、上肢は1か月前より低緊張。観察上機能は著変なく、ADLは整容が全介助～軽介助。更衣が全介助～中等度介助、トイレ動作は覚醒良好時で2名介助であった。経口摂取は、お楽しみレベルの摂取量に留まっており発症より6ヶ月経過した時点で、胃瘻造設の為転院。

帰院後、リハビリテーション栄養を実施する事により、ADL動作協力が得られる事があり、最大能力では寝返り、起居、移乗、起立は見守り。トイレ、階段昇降は1人介助。口腔ケアや手洗いは準備介助レベル、トイレは日中1人中等度介助、更衣全介助、入浴全介助。食事は2食胃瘻、昼食のみ経口摂取が一部自己摂取可能。コミュニケーションは、セラピストが声かけを行うと文章レベルでの発話や回想、歌唱などが可能となってきた。

退院時には、食事は常食を自己摂取可。整容は物品を手渡す事で顔を拭くことや歯ブラシでのブラッシング、うがい可。更衣は声かけで、袖や頭を通す協力動作が得られた。排泄は、誘導と本人訴えに応じて中等度介助で夜間はベット上にて全介助。入浴はストレッチャー使用し全介助。介助量の軽減や、食事摂取の目標を達成した事に関して、ご家族様も大変喜ばれ、最終的に施設の選択を行う事ができた。退院時の評価は、BBS 7 点、MMSE 18点、FIM 38 点（運動項目 25点、認知項目13点）であった。

本症例を通じて、リハビリテーションによる回復過程を通じて、ご家族様の方向性の迷いが徐々に解消され納得のいく選択が行えるようになると感じた。胃瘻造設を経口摂取が行う為の一過程であると捉え、攻めのチームリハビリテーション医療を実施する事で、QOLに大きく関与する食事がご家族様と行えるようになった。医師をはじめとした多職種のチームが協同し関わったことで、重症患者ではあったが、尊厳を尊重し大きな改善につなげることができた症例である。