

# 介護老人保健施設しおん

症 例 概 要 【ご利用者】90代 男性 要介護5

【利用期間】令和3年6月～

【 傷病名】心原性脳梗塞症 右片麻痺 失語 心房細動 心不全 2型糖尿病 慢性腎臓病 アルツハイマー型認知症

【 経過 】R6年2月に3度目となる脳梗塞発症で入院。入院後よりほぼベッド上で、食を促しても一口で終わってしまい、飲み込まずに口腔内に残ったまま。経鼻からの経管栄養を1か月半行なうも自ら抜去する行為が複数回みられ、ご家族からの承諾のもと末梢からの補液点滴のみで経過。主治医から「このままでは、2～3週間程」と告知を受け、「最期は家で介護してみます」とのご家族の意向に沿い支援開始となる。

## 内 容

ご自宅へ戻った退院日に早速担当者会議を開催。支援する事業所と身体状況を確認し、ご家族へ交えての情報を共有。ご家族にも排泄交換等の介護方法を指導。介護計画書（ケアプラン）を中心にそれぞれの事業所の役割を確認。アルツハイマー型認知症でもあるので、声かけや誘導のタイミングの方法を話し合う。また、主治医往診時にも再度担当者会議を開催し、注意点等を確認。

その後の経過状況もケアマネから主治医や各事業所に随時発信し、多職種で情報を共有しながら今後の対応について諦めることなく話し合ってきた。その結果、ご自宅、デイで自ら経口で食事を取れるようになった。リハビリに拒否がみられていたが、促しで取り組めるようになり、少しずつ言葉も発せられ、ほぼ寝たきり状態であったのが、歩行器を使用すれば自力移動が可能な程に回復。主治医（外部の病院）・ご家族より「ケアマネさんありがとう。ケアマネさんからの迅速な情報共有で、家に戻れたのも奇跡!食べれるようになったのも奇跡!歩けるようになったのも奇跡!と何度も奇跡が起きました。御世話様」と、お言葉を頂いた事例です。今後もケアマネジャーとして、外部の事業所とも利用者さんを中心としたOurチームで情報の共有を行ない、ご本人・ご家族の意向に沿った支援を行なっていきたい。