

# 竹川病院

## 症例概要

患者:60代 男性

病名:塞栓性脳梗塞(両側基底核・両側大脳半球分水嶺領域に散在性)

障害名:左不全麻痺、歩行障害、ADL 障害、嚥下障害

既往歴:統合失調症、高脂血症、高血圧、心不全、頰椎及び腰椎狭窄症

入院期間:令和2年8月上旬 ~ 11月下旬 115日間

経過:令和2年6月下旬にいびきをかいているところを発見され、A病院へ救急搬送、挿管、呼吸器管理及び昇圧剤使用等で対応、急性腎不全続発する。1ヶ月程度で全身状態は改善、残存された意識障害は各種検査行っても原因特定困難であった。

当院転入院時:発症38病日、尿カテーテル挿入で終日テープ式オムツ、3食経鼻経管栄養、移動はストレッチャー

## 内 容

統合失調症患者の平均寿命は一般より10年ほど短く、早期死亡率も非常に高いと言われている。偏った食生活、運動不足、喫煙など生活習慣が乱れやすい為、代謝異常のリスクは非常に高い。昨今の高齢化に伴い、当院では精神疾患を既往に持った脳血管疾患患者の回復期リハビリの対象者は増えている印象である。脳血管疾患発症により、精神科の服薬を中断している患者さんが、回復期リハビリを実施しながら服薬の再コントロールに至るまでの関わりは非常に難しい。

本症例の患者さんは、20代から統合失調症を患い、定期的に精神科へ通院しながら病前も独居生活を営み、近所やスーパー、銭湯に出かけていた。

当院入院時は、覚醒度に日内変動があり、ベッド上での下肢の体動が激しく転倒転落のリスクが高かった。著明な麻痺はみられないが協力動作は得られず、動作はすべて全介助で、起居・移乗動作は二人介助であった。声掛けに応答はなく口頭指示困難、離床はリクライニング車いすを使用した。

病棟生活でもリハビリ介入でも協力動作は得られづらく、慢性期統合失調症に見られる残遺状態の可能性を考慮しながら、多職種・各部署ワンチームとなって関わった。

入院1ヶ月程で、導尿の必要性はあるが尿カテーテルを抜去、とろみ大1での経口摂取(全介助)、リハスタッフであれば一人介助で基本・移乗動作が可能となったが、日付や場所が分からない見当識障害は残存していた。この頃、覚醒が向上するに伴い表情が険しい時が増え、大声を上げたり暴言暴力など易怒的となり、会話は成り立たず、異食行為を疑う行動もみられた。夜間は断眠、終日通してベッドサイド・デイルームでの起き上がり・立ち上がりが頻回で制御困難、転倒転落リスクは非常に高く、身体機能の向上に伴い、単独行動によるベッドからの転倒転落が連日続いた。単独行動の理由を表出出来るときもあれば、つじつまが合わず理由が分からないときもあった。他患者さんへの攻撃的な暴言、デイルームでの放尿、便いじりなども見られ、目が離せない時期が続いた。

自閉的で治療に拒否的な残遺状態の CVA 患者さんに対する関わりは非常に難しかったが、当院非常勤勤務である精神科 Dr.からアドバイスをもらいながら、ご本人にとって病棟が「安心・安全が保障され、常に受容される場」となるよう日々検討し実行・修正を継続した。排泄の訴えは困難であったが、日中は2人介助でトイレでの排泄を促し、単独行動を止めるのではなくご本人が動こうとするタイミングに合わせてお手伝いをするなど、フロア全スタッフで対応した。

3ヶ月目に入った頃から、徐々に夜間の入眠が良好な日が増え、大声はあるが、攻撃性は落ち着いた様子であった。ご本人の希望でトイレへ行くことも増えた。

退院時には、失禁や失敗があるものの日中はトイレで排泄し、食事は米飯常食一口大を自力摂取し、軽介助にて基本・移乗動作が可能、場所の見当識は残存していたが日付は比較的修正出来ており、スタッフとの会話は可能となった。

今後は、精神科へ転院し、精神症状のコントロールと生活能力の評価を行い、施設あるいは精神科病院での長期療養などを検討していくこととなった。

入院時FIM(運動)13点、(認知)5点→退院時FIM(運動)27点、(認知)8点

本症例は、統合失調症を既往にもち、脳梗塞を発症したものである。回復期リハビリを実施しながら精神科の服薬の再コントロールに至るまで、多職種一体となり関わりを持つことで、落ち着いた生活を送れるようになった症例である。