

ねりま健育会病院

症 例 概 要 平成29年10月、体動困難・呂律障害・左上肢麻痺発症、心原性脳塞栓症の診断で内科的治療後、回復期リハビリテーション目的で当院に入院。入院時GCS：E4V4M4、高次脳機能障害、嚥下障害、左片麻痺、言語障害によるコミュニケーション困難、指示理解不良、経鼻経管栄養が必要な状況であった。ADL面では認知症、注意障害（左半側空間無視）あり全般的に全介助。失禁による排泄管理不良、転倒転落ハイリスク。家族ニーズも含めADL/IADL向上とコミュニケーションツールの確立が必要なケースであった。回復期リハビリテーションにより、入院5ヶ月で全般的なADLの向上、生活リズムの確立、経鼻経管栄養の離脱、日常生活場面でのやりとりが可能となり、飛躍的な回復をとげ退院した事例。

内 容

患者：80代女性

病名：心原性脳塞栓症

入院期間：H29年10月下旬～3月下旬

経過：入院時、JCS 1-Ⅲ、循環動態面でBP=140～160/60～90mmhgと変動あり。ペースメーカー、BNP=141 胸部症状なし。重度高次脳機能障害あり、指示理解不良、言語障害あり、声量低下、無力性嗄声が主で有声音、自発語少なく、推測、意思疎通困難。ADL面では左片麻痺、筋力低下みられ、動作全般全介助、左上肢の随意的運動はほぼなし。コール理解得られず、転倒転落ハイリスクの為、特殊センサー使用。昼夜逆転傾向、夜間不眠、せん妄と落ち着かず、頻回に対応が必要。終日尿便意の訴えなく失禁ベース。便秘症により排泄管理不良。重度嚥下障害あり、3食、間欠的経管栄養にて対応。キーパーソンの夫と二人暮らし。退院時、家族ニーズも含めADL向上とコミュニケーションツールの確立が必要なケースであった。

入院1ヶ月、降圧剤調整しBP=110～130/60～80mmhgと安定。離床臥床時共に転倒に起因する危険行動頻発、不眠、不穏継続して見られる為、本人の安心するような環境調整、統一したスタッフの対応と内服調整開始。STと連携の上、摂食機能訓練、嚥下アプローチの上、経管栄養とペースト食での経口摂取併用となる。排尿便パターン評価の上、効果的なトイレ誘導を導入し失禁減少する。

入院後2ヶ月、左半側空間無視に対するアプローチを導入し、終日通して正中視・無視側の注意向上が図れ改善見られ、左手の自発的な参加が可能になる。入院時BI:5点から55へ向上し、PTと連携の上、サークル歩行導入。3食ミキサー粥・軟菜、自力摂取にて全量摂取可能となり、経管栄養完全離脱。会話明瞭度向上し、スタッフ、他患者とのコミュニケーションも自主的に行う姿見受けられる。夜間睡眠確立、日中離床ベース、精神面安定し笑顔が多く見られるようになる。

危険行動減少し特殊センサー終了の上、転倒転落なく経過する。排泄面において、飲水励行と緩下剤調整し、排便調整良好。

入院3~5ヶ月、入浴動作・パッド管理以外、ADL全般サークル歩行にて見守りから修正自立へ向上。全身状態安定。精神面安定。生活リズムの確立。舌・口唇の機能向上に伴い軟菜・全粥・ソフト食まで食形態向上、栄養状態良好。注意への分配力向上、容易に左側・正中の視線移動も可能。有意味語での単文水準が増し、指示動作や意思疎通が容易となり日常話題での状況推測も疏通しやすくなった。個人の専門性とチーム医療として各職種の専門性を結びつける事で専門性が凝縮し、アプローチという一つのベクトルを強くする事ができる。パフォーマンス力の高いできるADLに日常生活場面のしているADLを近付けていく事をチーム連携し患者本人の残存機能を引き出し、最大限に活かす。コミュニケーションツールの確立から繋がる可能性。これらを実践でき、チーム医療の強みを学べるケースであった。

入院時FIM 21点 (14,7) BI 0点→退院時FIM74点 (57,17) BI 55点