

離島へ自宅復帰した脳卒中患者への考察

～多職種・リハビリりでの連携した支援～



○友滝 将大 大住 悠輔
(社会医療法人社団沼南会 沼隈病院)

○三浦 祥子
(社会医療法人社団沼南会 まり訪問看護ステーション)

1.はじめに

- ・発症前は、瀬戸内の離島で、妻・長男と生活
- ・今回脳梗塞を発症し、車椅子移動・杖歩行レベルまで獲得可能か？
- ・老々介護・離島で社会資源不足など、自宅復帰困難か？



リハビリ専門職としての取り組み

→疾患別リハビリ実施(PT・OT)

→病棟・在宅部門の多職種との連携

2.症例全体像

項目	内容
年齢	70代
性別	男性
介護度	発症前は自立（入院後申請 要介護3）
診断名	脳梗塞（右後頭葉 右内包後脚） 左片麻痺(痙性)
合併症	両足性閉塞性静脈硬化症 脂質異常症
発症前生活	自立
家族歴	三人暮らし(妻・長男)
主介護者	妻(70代 若干理解力低下) *長男は同居しているが ほぼ毎日、本土で勤務

3.リハビリ初期評価 (抜粋 入院1日目)

	項目	初期
身体機能	左上下肢随意性	BRS = V
	動的バランス	低下
	注意障害	軽度
	全身持久力	低下
能力	起居動作	自立
	移乗	見守り
	歩行	軽介助(左SLB装着)
病棟ADL	排泄	軽介助
	食事	自立
	更衣	中等度介助

4.課題-因子-取り組み

課題

因子

取り組み

【機能・能力】
移動・排泄

- ・ 左上下肢随意性向上
- ・ 動的バランスの向上
- ・ 移乗歩行動作能力獲得
- ・ 全身持久力向上

→個別リハビリの実施
→病棟での生活リハビリ
(運動量確保・排泄誘導)

【環境の問題】
介護力・社会資源

- ・ 本人、家族の介護
- ・ 生活への不安解消へ
- ・ 離島の社会資源把握

→在宅部門と連携した
退院後サービス調整
→住宅改修
→本人、家族との時間
退院前訪問等の実施

【その他の問題】
退院後の支援

- ・ 医学的管理
- ・ 金銭的負担軽減
- ・ 安心できる相談窓口
- ・ サービス利用への理解

在宅サービス利用
→診療、看護、リハビリ継続
→日中の通所介護利用

5.目標の設定

リハビリ目標：移動・排泄・更衣動作能力獲得

- 左上下肢随意性向上練習
- 動的バランス練習**
- 歩行練習
- 上肢の機能訓練
- 全身持久力向上練習**

チーム目標：排泄自立、病棟での活動性向上

- 病棟での設置トイレ誘導**
(軽介助→見守りへ)
- 夜間ポータブルトイレ使用
- 車椅子離床時間確保**
- 家族への介助方法指導**

6.多職種・在宅部門連携

入院	実施内容	関連職種	詳細
3日目	在宅部門連携	<ul style="list-style-type: none"> ・病院リハビリ ・MSW 	介護認定未申請、申請等への調整依頼
17～21日目	病棟連携	<ul style="list-style-type: none"> ・MSW・病院リハビリ ・本人・家族 	リハビリ実施時等、本人・家族と事前の話し合い
22日目	カンファレンス	<ul style="list-style-type: none"> ・本人・家族・主治医・Ns ・MSW・病院リハビリ ・担当CM 	同居家族(息子)の退院先は施設を希望 経済的理由等で施設は困難 退院先は自宅方向で・・・
29日目	退院前訪問	<ul style="list-style-type: none"> ・担当CM ・病院リハビリ ・訪問リハスタッフ 	病院リハビリ、担当CM、訪問リハビリで 自宅復帰の問題点等検討 自宅復帰後の在宅サービス検討
32日目	在宅部門連携	<ul style="list-style-type: none"> ・CM・病院リハビリ ・本人・家族 	担当CM、リハビリで退院前訪問実施 退院後の在宅サービス等説明
56日目	退院	<ul style="list-style-type: none"> ・本人・家族・担当CM ・MSW・病院Ns ・病院、訪問リハスタッフ ・介護サービス事業者等々 	担当者会議後、自宅退院

7.リハビリ最終評価 (抜粋 初期比較)

	項目	最終 (入院52~55日目)	初期(入院1日目)
身体機能	左上下肢随意性	BRS = VI	BRS = V
	動的バランス	向上	低下
	注意障害	無	軽度
	全身持久力	向上	低下
能力	起居動作	自立	自立
	移乗	自立	見守り
	歩行	監視 (左SLB)	軽介助(左SLB)
病棟ADL	排泄	監視	軽介助
	食事	自立	自立
	更衣	監視	中等度介助

8.結果

- ▶ リハビリ目標：移動・排泄・更衣動作能力獲得達成
- ▶ チーム目標：排泄自立、全身持久力向上達成



入院56日目 自宅へ退院

9. 考察

- ▶ 個別・病棟リハビリが適切に実施され、身体機能が向上し、目標が達成されたものとする
- ▶ 入院時より、病棟・在宅スタッフの多職種で関わることで、共通の在宅生活をイメージしながら、チームで支援が行えたものとする

10.おわりに

- ▶ 早期から、本人・家族から情報収集し、多職種で共有することで、退院後生活に必要な目標が設定され、スタッフ、本人、家族の不安に寄り添ったアプローチ、退院支援が可能となった
- ▶ 今後も、診療・介護・リハビリのトータルサービスを多職種・在宅部門が連携し取り組んでいく