

資料①

利用者名	鹿児島 太郎 さん	性別	男	年齢	78 歳
主 訴 (退院支 援時の情 報)	<p>〔相談内容〕</p> <p>令和5年4月に脳梗塞で入院。現在は服薬治療と機能訓練を行っている。病院からは、病状も安定しているためそろそろ退院に向けて準備を進めたいと意向がある。介護者である妻は退院後の在宅での介護を不安に思っており、相談に至る。</p> <p>〔本人・家族の要望〕</p> <p>本人「脳梗塞でマヒが残ってしまい車いすの生活です。悔しくて残念です。入院した時はくよくよと悩んでいましたが今はリハビリを頑張っています。少しでも良くなればと考えています。そろそろ退院と聞いています。妻に負担をかけることはわかってしまいますが自宅に帰りたいです。今の状態では、トイレや風呂が困ると思っています。」</p> <p>妻「自宅で介護をしたいと思っています。しかし、介護は初めてです、自分も腰や膝が痛いく十分な世話ができるか心配でたまりません。特に病気の再発が心配です。」</p>				
生活歴・ 生活状況	<p>〔生活歴〕</p> <p>南さつま市の出身。両親、弟、寝たきりの祖母と5人暮らしだった。小さな時から祖母や弟の面倒をよく見ていた。優しい性格。高校卒業後は、県外に就職する(大手食品会社)。25歳の時に帰鹿し警備員の仕事につく。30歳で結婚、2児(長男・長女)を育てる。教育熱心でPTA活動にも積極的に参加していた。60歳で定年退職、退職後は妻や友人たちと、旅行や飲み会など生活を楽しんでいた。地域の活動にも参加、民生委員も長年続けていた。最近の楽しみは家庭菜園と20歳の孫の成長。月に1回孫と家庭菜園をすることをとっても楽しみにしていた。</p> <p>〔家族状況〕</p> <p>妻と2人暮らし 妻；74歳、軽度難聴あり。以前から両膝に痛みがあり膝関節症で整形外科に通院している。買い物等外出は、杖を活用している。 長男；52歳。福岡在住。入退院時は付き添って手続き等してくれる。妻も職に就いており日常的な介護の協力は難しい。 長女；50歳、鹿児島市内に住んでいる。週に1回程度面会に来てくれる。子供が大学受験を控えている。</p> <div><pre>graph TD     A[74歳 変形性膝関節] --- B[52歳 福岡在住]     A --- C[50歳 鹿児島市在住]</pre></div>				
病歴	<p>〔経過・病歴等〕</p> <p>45歳の時に糖尿病・高血圧症を指摘される。服薬治療を続けていたが72歳で脳梗塞を発症する。幸い目立った後遺症もなく退院。その後も服薬や運動など健康に気をつけて生活が続けていた。令和5年4月、夕食時に左手にしびれあり。救急車で受診、検査後脳梗塞再発と診断され入院となる。後遺症で左上下肢麻痺となる。入院直後は、ふさぎ込んでいる姿が良くみられ家族以外の面会ができない状況にあった。</p> <p>5月下旬より「少しでも良くなりたいと」と前向きな発言が聞かれるようになりリハビリに積極的になる。現在は回復期病棟に入院中、週末以外は毎日機能訓練を行っている。入院直後は立ち上がりも困難であったが、今は機能訓練室で、杖を使って20分ぐらい歩けるようになっている。「リハビリをもっと頑張って少しでも良くなりたいよ」が口癖である。順調に経過すれば3月末ごろ退院予定。糖や血圧は内服薬にてコントロールできている。</p> <p>〔主治医〕</p> <p>病院主治医：A 医師 退院後はかかりつけ医：B 医師となる 病院主治医の意見</p> <p>糖尿病や高血圧症があり動脈硬化が進行していますので脳梗塞の再発のリスクは高いです。現在は HbA1c や血圧も服薬にて安定しています。退院後は服薬の管理が必要です。ADLは機能訓練の効果もあり徐々に良くなっています。ただし年齢など考慮すると移動は車いすではないかと思います。移動や移乗時には転倒の十分注意してください。</p>				
日常生活 自立度	障がい高齢者の日常生活自立度	A 2	認知症高齢者の日常生活自立度	自立	
認定情報	要介護 3				

## これまでの支援経過（概要）

令和5年4月20日

夕食時に左手のしびれあり救急車で病院受診、診察後脳梗塞で入院となる  
当日より点滴や高気圧酸素療法が開始となる

4月21日

床上での機能訓練開始

5月10日

回復・リハビリ病棟に転棟となる 機能訓練室で訓練開始

\*ふさぎ込みがち、家族以外の面会を拒否している

5月下旬

機能訓練で起き上がりが自立となる。また機能訓練室であると何かにつかまれば立ち上がりができるようになる。

\*表情にも徐々に笑顔が見られるようになる。「リハビリを頑張って少しでも良くなりたい」と前向きな発言が聞かれる。

6月

積極的にリハビリを行う。平行棒であれば歩行ができるようになる。妻に「だんだん良くなっている、頑張れば良くなる」と笑顔で話をする。退院を念頭に機能訓練の目標を、杖を使えば5㍎の歩行ができるとする。

7月

退院に向けて準備。相変わらず機能訓練を熱心に取り組んでいる。機能訓練室であれば杖を使って20㍎ぐらい歩行ができるようになる・ただし担当のリスクがありセラピストが見守っている。日常的な移動は車いす。

7月15日

退院に向けてカンファレンスを行う

8月10日

自宅に退院となる。自宅で担当者会議を行う。福祉用具購入（ポータブルトイレ）通所リハビリ（3回/週）入浴支援も兼ねる。トイレへの移動を念頭に置いて住宅改修の計画を立てる。

8月12日

初回の通所リハビリ利用。事業所へ訪問する。少し緊張した様子であった。熱心に機能訓練を行っている。入浴支援も受けて本人より「何とかふろにも入ることができえ良かった」と聞き取る

9～10月

自己都合で通所を休むことがあったが定期的に利用している。モニタリングでは「病院のリハビリと違う、時間も短いし効果があるのか？」と訴えることある。事業所のスタッフを交えながら現在の機能訓練の内容や目標を再度利用者と一緒に話し合いを行う。表情が少し硬い

12月10日

妻が外出しているときに自宅でトイレに行こうと廊下で転倒する。妻が1時間後に帰宅、失禁していた。近所の人に助けってもらって病院受診を行う、骨折はなかった。

\*心配だったため後日、病院主治医も受診する。現在の回復状況を含めて病状説明ある。内容は次のようなことであった「脳梗塞後9か月程度経過、病状は安定している。リハビリについては頑張っているが現状維持が精いっぱい。今後は機能を維持するために機能訓練を続けてください」など

12月20日

自宅に定期訪問する。本人は寝室に閉じこもっている。「今日は誰にも会いたくない」と話をするのができなかった。

12月後半

本人より「令和元年でリハビリは終わりにする」と直接通所事業所に電話連絡がある。事業所より担当ケアマネに報告がある。妻に電話連絡する。「本人がリハビリはもうやめると言って寝室に閉じこもっています。声をかけても怒りっぽくなっているため少し様子を見たい」と聞き取る

令和6年1月

定期訪問やモニタリングを含めて自宅を訪問する。（別紙情報あり①）

退院（別紙退院時にケアプラン）

退院直後は順調にサービスを利用していたが退院後半年を過ぎたごろから通所を休みがちになる

① 定期訪問での様子

本人「特にないよ・・・」表情は硬い

妻「最近はいらいラしています ちょっとしたことでも怒り出します この前は私がいなくて一人でトイレに行こうと転んでいました たまたま近所の人がいいたので助かりました」

本人「大丈夫・・・一時通所休もうと思っています」

妻「通所を休んだら体は動かなくなるし お風呂もはいれないよ」

本人「お風呂に入れなくても死にはしない ほっておいてくれ」

その後は表情も硬くなり対話ができない状況になる

以後は自宅に閉じこもりがちになっている

「最近通所を休みがちになっていますが何か理由がありますか？」

「転んだのですね？ケガはなかったですか？」

「・・・わかりました」

妻より情報提供

先日、転倒したので主治医を受診。骨折などはなかったが経過について状態の説明があった。

主治医「脳梗塞後9か月程度経過している。病状は安定している。リハビリについては頑張っているが現状維持が精いっぱい。今後は機能を維持するために機能訓練を続けてください」と病状説明があった。

### 介護支援専門員の悩み

＊入院中や退院直後はリハビリにも積極的でした。先日、自宅での転倒したことをきっかけに通所を休みうがちで閉じこもりとなっています・このままでは、寝たきりや認知症になるのではないかと心配しています。今後の援助方針と一緒に検討してもらいたいです。