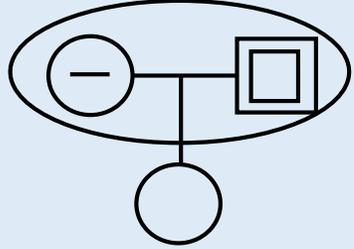


認知症及び身体合併症に対する治療と退院支援

家族構成



概要

<本人>

80代男性 J2 IIb

アルツハイマー型認知症

<家族>

妻(キーパーソン)

長女(遠方に在住)

支援のきっかけ

- 元々はADL自立。介護サービスの利用歴なし。
- 誤嚥性肺炎によりC病院内科に夜間救急入院となる。
- C病院入院中、せん妄出現（点滴の自己抜去、スタッフを叩く・つねる）。また、安静治療の為臥床していたことによると思われる、歩行時ふらつき等ADLの低下も出現。
- 一般病棟での治療継続困難となり、リハビリも含めて当院への転院相談となる。

支援内容

《本人のニーズ》「自宅へ帰りたい。」「入院はいらん。」「花や野菜の世話せなあかん。」

《家族のニーズ》「肺炎の治療して欲しい。」「治療終われば自宅へ退院希望。」「自宅ではふらつくことなく歩いてたので元に戻って欲しい。」

<治療・支援計画>

○誤嚥性肺炎の治療及び向精神薬調整・リハビリテーション。(内科医師の共観で身体治療行い、PT・OT・STのリハビリ導入。)

○誤嚥性肺炎治療終了後、嚥下・歩行形態の評価。また、退院前訪問指導を実施し生活環境の確認。多職種間で情報共有。

○介護保険要介護認定申請案内し、ケアマネージャーとの連絡調整。

<支援の経過>

○「介護力アセスメント」と退院前訪問指導を入院後2週間以内に行い、生活環境の確認を行う。

○嚥下造影検査結果をふまえ、STが食事形態と食事摂取方法の検討を行い、嚥下リハビリテーションの実施。本人と妻に誤嚥予防の指導を行う。

○PTとOTが歩行、排泄、入浴動作のリハビリテーションを実施。自宅の浴槽を跨ぐ時にふらつき有。この課題に対し手すりの設置を提案。手すりを使用して、一人で入浴動作ができるように身体・認知機能に対するアプローチを行った。

○妻から、「家事や買物をゆっくりとしたいので、本人と離れる時間がほしい。でも本人を一人にするのは不安」の旨話あり。一方で、本人からは「人と話をするのが好き。だが妻がなかなか話を聞いてくれない」と不満を漏らす。

○夫婦共に「退院後は介護保険の世話にならなくても、まだ大丈夫。」の旨話あり。サービス利用に慣れていくことも含めて、当院精神科訪問看護の導入を提案。NsとOTの複数職種による訪問。本人に対して、症状観察と余暇活動(畑・園芸)支援、妻に対して認知症介護指導を行う。

<多機関・多職種連携による支援>

○介護保険要介護1の認定を受け、ケアマネージャーとの調整行う。自立支援の観点から、浴室内に手すりを設置。

○居宅介護支援サービスの利用については、認知症に伴う生活障害の程度に合わせて、精神科訪問看護から徐々に移行していく方針を確認。

効果

◆当院へ転院したことにより精神科治療、内科治療、リハビリテーションを受けられ、本人・家族の希望通りの住宅復帰ができた。

◆サービス利用にあたり、本人の自尊心が損なわれないよう注意を払い、医療系サービスからの導入を開始。本人は利用を断ることなく継続。

◆精神科訪問看護から、妻に対して認知症疾患教育を継続して実施。妻は「入院前と比べ、余裕をもって本人の対応をすることができた」の旨話あり。