

令和6年1月



お客様の声 100選

はまりハ訪問看護リハビリステーション青葉 事例集

私が担当の、青葉チーム 石渡 です。
理学療法士です。

長く一緒に過ごすために

【診断名・既往歴】

診断名：アルツハイマー型認知症

既往歴：左変形性膝関節症、骨粗鬆症、腰部脊柱管狭窄症

76歳・女性・要介護3

【家族構成】

旦那様とお二人暮らし

【リハビリ年数】

3年

【サービスの利用回数】

看護2か月1回 リハビリ週2

★利用者のニーズ・リハビリ目標★

【利用者のニーズ】 自宅で旦那様と一緒に生活がしたい

【リハビリ目標】 筋力・体力、ADL維持

★目標に向けてどのような介入を行ったか（リハビリメニュー等）★

ご夫婦とても仲が良く、今の自宅で出来るだけ長くお二人一緒に生活がしたいとご希望があります。認知面、動作能力ともに少しずつ低下しており旦那様の負担が多くなっているのが現状です。リハビリでは今のADLを維持できるよう筋力トレーニングに加え階段昇降練習、屋外歩行練習を継続中です。また、旦那様の負担を考えショートステイの利用を提案しています。

★多職種との連携・役割分担★

現在2か月に1回訪問看護、週2回訪問リハビリが入っています。

その他、他事業所のデイサービスに週3回通っています。

★まとめ★

笑顔が絶えないお二人でしたが、少しずつ出来ないことが増えている中でご本人としてもストレスを感じる日が多くなっている印象です。また、旦那様の介護疲れも訪問するにあたって感じるようになってきました。今後もサービスを上手く使いながらお二人が笑顔で生活できるよう、リハビリを継続していければと思っております。

令和6年 1月

お客様の声 100選

はまりハ訪問看護リハビリステーション青葉 事例集



私が担当の、青葉チーム 弓指（ゆみさし） です。
言語聴覚士です。

歌を歌いたい

90歳・男性・要介護4

【家族構成】

妻と2人暮らし

【リハビリ年数】

2年6か月

【サービスの利用回数】

ST 週1回 PT 週4回

【診断名】

大脳皮質基底核変性症

【現病歴】

2017年より言葉の出にくさを主訴に他院にてリハビリ実施。

2021年6月より、構音障害に対する言語訓練を目的に訪問リハを開始。

★利用者のニーズ・リハビリ目標★

【利用者のニーズ】自宅での生活を続けたい。歌を歌いたい。

【リハビリ目標】現在の身体的機能、精神的機能を維持する。

★目標に向けてどのような介入を行ったか（リハビリメニュー等）★

進行疾患の方はその時々で必要な支援が変わっていきます。この方もSTが訪問を開始したときには屋外自立で、言葉の出にくさはありましたが、様々なお話ができるレベルでした。1年半ほど前から急速に病状が進行、高次脳機能障害も進行し、身の回りの事にも支援が必要になってきました。1年前の転倒を機に一時は寝たきりになることも心配しましたが、徐々に回復され、現在はご家族の支援や介護サービスを利用して、ご自宅での生活を継続されています。

元々音楽をお好きでコーラスなどもなさっていた利用者様。STでは言語訓練と呼吸訓練を目的に季節の童謡をたくさん歌うプログラムを取り入れています。意味の分かる言葉を表出することは難しくなってきた現在も、歌を歌うことには意欲的に取り組んで下さっています。

★多職種との連携・役割分担★

訪問看護・リハは医療保険での訪問、介護保険ではデイサービスやショートステイ、介護ヘルパーなどのサービスをご利用されており、ケアマネージャーと連絡を取りながら、サービスを調整しています。

★まとめ★

進行疾患の方には、病状変化に合わせて必要な支援を調整すること、これから起こるだろう変化を予想しながら準備すること、2つを意識しながら支援を継続しています。

令和6年 1月



お客様の声 100選

はまりハ訪問看護リハビリステーション青葉 事例集

私が担当の、港北チーム 成田 です。
看護師 です。

リハビリ職と協働し褥瘡予防の介入

【診断名・既往歴】

レビー小体型認知症、便秘症

90代・女性・要介護5

【家族構成】

施設入所中

【訪問看護年数】

3年

【サービスの利用回数】

週1回

★利用者のニーズ・リハビリ目標★

【利用者のニーズ】 認知機能低下あり訴えが不明瞭、意思疎通が難しいため介入者の気付きが必要

【看護目標】 褥瘡等皮膚トラブルなく穏やかに過ごす

★目標に向けてどのような介入を行ったか★

便秘症あり週1回看護訪問で摘便介入していました。ある時期背部に発赤が見られるようになりました。車椅子乗車時間が長く、円背もある方なので姿勢等の評価のためにリハビリ職員にみてもらいました。車椅子の調整、除圧クッションの導入にて発赤消失し、さらに利用者さんにとって安楽かつ拘縮予防につながる姿勢を整えることもできました。

★多職種との連携・役割分担★

定期で訪問リハビリの介入がない方でも必要時リハビリ職の専門的知識が必要な場面があります。その際にケアマネージャー様やご家族に説明しご了承を得てリハビリ職の介入を実施しました。

★まとめ★

必要時他職種の専門的知識をお借りすることがご利用者様への良いケアの提供に繋がると実感した事例でした。

令和6年 1月



お客様の声 100選

はまりハ訪問看護リハビリステーション青葉 事例集

私が担当の、青葉チーム 大部 です。
理学療法士 です。

今の生活を続けたい

81歳・男性・要介護2

【家族構成】

姉

【リハビリ年数】

約3年

【サービスの利用回数】

60分、週1回

【診断名】

末期腎不全、高血圧

【既往歴】

脊柱管狭窄症による腰痛

★利用者のニーズ・リハビリ目標★

【利用者のニーズ】 今の生活を続けたい、出来れば外を歩きたい

【リハビリ目標】 疼痛軽減、歩行能力維持向上

★目標に向けてどのような介入を行ったか（リハビリメニュー等）★

週3回透析へ通院されており、非透析日にリハビリ訪問しています。居住スペースは2階を使用しており、階段昇降訓練も適宜実施しています。介入当初より、ご自宅内はいざりで移動されており、腰部は常時曲がった形となっていました。腰を伸ばす機会をもうけ、ご自身でも可能な姿勢を指導しました。自主トレなどは、継続することが認知的に困難であるため、毎週の訪問時に筋力トレーニング、立位訓練、歩行訓練を実施しています。

★多職種との連携・役割分担★

担当看護師と情報共有し、内服薬の管理に努めました。

適宜担当のケアマネージャー様とも情報共有を図り、ご家族とも現状の確認を実施しています。

★まとめ★

ご本人様の希望である在宅生活継続のために環境整理、移動能力確保、ご家族への身体状況共有を図りました。今後ご姉弟で生活するために、身体能力維持、歩行機会の確保が必要であるため、リハビリ訪問を継続していきます。