



## こんな取り組みをしました

理学療法士の関です。今回、介護老人保健施設かりんの里に4ヶ月間入所され、身体機能や歩行能力が向上し、在宅復帰後に同法人デイサービスセンターきずなへ週2回ご夫婦で利用されているA様について紹介します。

A様は脳梗塞後遺症による片麻痺の旦那様と2人で暮らしていました。R3年12月にご自宅で転倒を繰り返し、動けなくなり当施設へ入所となりました。

入所当初、右脇腹痛や腰部痛、めまいの訴えもあり、ほとんど離床することが出来ない状態でした。介護職員と相談して、簡易トイレを使用しながら少しずつ離床時間を増やし、ベッド上での運動を中心にリハビリを進めました。1週間ほど経過した頃から痛みも軽減し、起き上がり動作が自力で行えるようになり、シルバーカー歩行も可能となりました。そのため、ミニカンファレンスで週2回、看護職員や介護職員、施設ケアマネジャーなど多職種で話し合い、生活での移動手段を車椅子からシルバーカー歩行へと変更しました。A様はリハビリ意欲も高く、介護職員が行う生活リハビリで10時と15時に杖歩行練習を実施しました。また、在宅復帰するにあたり、ご自宅の出入口に段差昇降能力が必要となるため、段差昇降練習も実施してきました。

入所前のA様は、食生活が不規則で低体重・低栄養の状態でした。管理栄養士とも連携を取り、A様に食事や水分の重要性を説明し、3食規則正しい食生活を送れるようにサポートしてきました。入所当初は36Kgでしたが退所時には39Kgまで体重増加を図ることができ、標準体重まで回復しました。その結果、体調不良やめまいの訴えがなくなり、体調も安定してきたため、施設内での移動手段をシルバーカー歩行から杖歩行へ変更し、退所時には杖なし歩行自立まで向上することが出来ました。

退所前には、A様や在宅ケアマネジャーと一緒に退所前訪問を実施し、ご自宅での動きの確認、自宅で生活する上での注意点、自宅で出来る自主運動、在宅サービスの確認などを行いました。A様は家に帰るにあたり入口の段差が上れるのか、転倒しないか、生活出来るのか不安な様子でしたが、退所前訪問を実施した事で不安も取り除けて家に帰る心構えが出来た様子でした。

現在はデイサービスセンターきずなを週2回ご利用されており、現在の能力を維持しながら、旦那様と2人の生活を継続していけたらと思っています。

今後も入所利用者様の意向に沿いながら、住み慣れた自宅や地域でいつまでも生活が続けられるように多職種連携を図っていき、リハビリを提供出来たらと考えています。



ご自宅出入口

