

第51回

地域リハビリテーションケース会議

その人らしさを大切に

～状態変動に対応する多職種連携及び地域生活
再建に向けた重層的支援～

北九州福祉サービス株式会社
ケアプランサービスセンター小倉北
宮崎洋一

01 その人らしい生活を支援する地域と支援者の重層的支援

本人・家族の想いを支えるケアマネジメントと多職種連携について

利用期間：平成30年4月～令和3年3月

要介護度：要支援2

利用サービス：DS週1回

パーキンソン病（ヤール4）の診断を受け、医師からリハビリを勧められたということで介護保険の利用を決意。リハビリをして眼鏡屋を60周年まで続けたい。身体のためにいいことは何でもやってみたいので教えてほしい。素人なので専門科のアドバイスをもらい運動したいと意欲的。

眼鏡屋を続けながらリハビリを受けたいという依頼。お店の経営が最優先という意向を最優先に、効果的なリハビリが出来るよう意識していた。

本人の意欲が高かったことから、デイサービスでは定点観測と普段の自主トレーニングのアドバイス、モニタリングは状態の変化に留意していた。



基本情報

家族構成：妻、二男と同居。長女は市内在住。遠方に住む長男も度々帰省

妻：主婦、二男：会社員、長女：週末は一緒に買い物

長男：年に数回帰省し一緒に温泉などに行く

【自宅】

店まで200m。平地で歩きやすいが交通量多い。

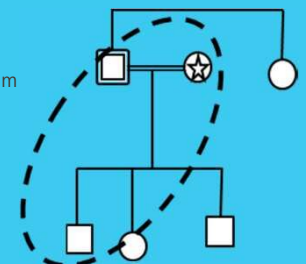
玄関：広い。つかまる場所 壁、靴箱。段差23cm+10cm

勝手口：狭い。一人通れるくらい。自宅内26cm

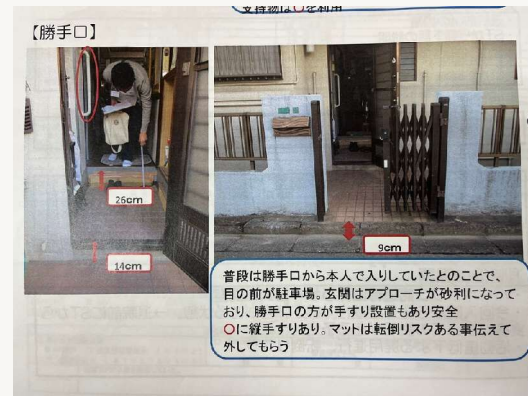
外14cm、車道9cm。普段は勝手口から出入りする。

【店】

店舗から居間まで70cm、トイレは1段20cmくらいの階段10段くらい上った2階。



自宅の様子



本人の思い これまで続けてこられたのはお客様や友人 家族のおかげ

- ・お客様が来てくれた時に店が開いていないとがっかりさせてしまうのでお客様がいようがいまいが店は開けておかないといけない。
- ・儲けよりもとにかく真摯に対応したい。お客様の喜ぶ顔がうれしい。
- ・悔しいが自分では細かい作業が出来なくなってきている。納得いく修理が出来ないので、友人に仕事を代わりにやってもらおう。
- ・年末年始だけ連休をもらおう。年末は長男も帰省して、一緒に近所の温泉に毎日行く。
- ・なるべく支援を受けず、自分でやりたい。それが自分のため。
- ・本人が納得いくまで仕事を続けさせてあげたい（妻）。

本人が納得いくまで続けさせてあげたい。

ADL

- ・毎日冷水摩擦、竹ふみ、ゴムバンドで筋トレ、片足立ちも可
- ・食事、飲水準備すれば自立
- ・トイレ自立
- ・お店から自宅200m、帰宅時は1週600mの公園外周（店から500mほどの距離）を2周してから帰宅、計1時間の散歩
- ・会話明瞭、声も大きくハッキリと話しができる

IADL

- ・家事全般→妻
- ・服薬→自己管理。通院はタクシーか家族の車
- ・金銭管理、店の管理→自分

サービス担当者会議

【長期の目標】

『60周年まではお店を続ける』

※本人は、少なくとも（本心ではそれ以上）60周年を目標にしたいと常々話している。それを目標に頑張る。

【お店を続けるのに不安なこと】

- ①店と家の往復200mくらいを歩けるのか
- ②接客する際にイスを上げるのに右足に力が入らないこと
- ③店のトイレが2階にしかない。

これらを改善するための支援をしていく方針を共有する

お店を休まずに利用できることを最優先。必要な支援を検討。

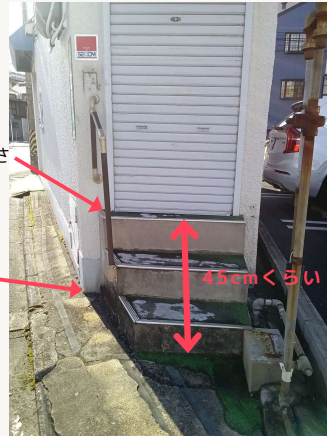
店の段差がきつくなっている

裏の入り口の段差と、店内のトイレが2階にしかないのが最大のネック

写真は裏口。細い建物で上に長いので、急角度の階段を上り下りする必要ありそれが困難。店舗と休憩室の間にも段差あり

休憩室がこの高さ

店舗がこの高さ



初回ケアプラン：平成30年5月2日～平成31年2月28日

課題：お店の環境（階段が高い。お店のトイレが2階にしかない）

目標

転倒して怪我などをしないようにする。

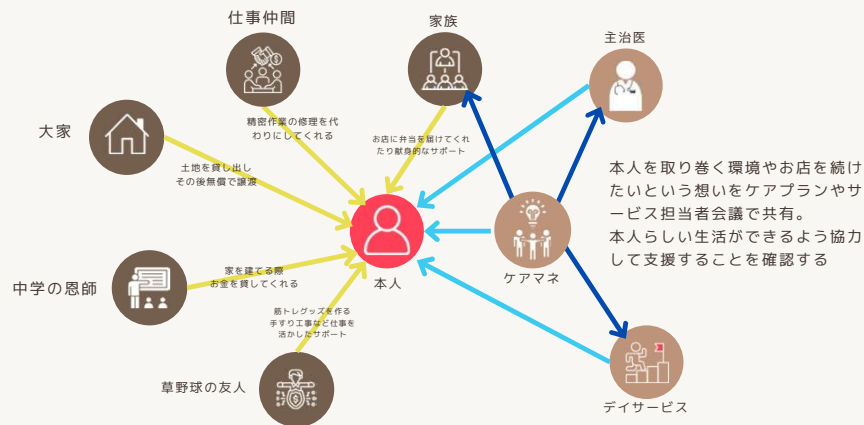
具体策

- ・自宅に手すりなど設置する。
- ・リハビリをする機会を提供する。
- ・リハビリの専門職と関わる機会を持ち、自主トレーニングの質を向上させる。

本人：自分でも情けないくらい身体が思うようにいかない。出来る限り店を続けたいと言う思いもあるので運動に取り組み今を底にして向上していきたい。

目標	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
1. 怪我などをせず、店を続ける体力を維持できる	・怪我をしないよう環境の整備と改善事業は随時行っています。 ・積極的に自主トレーニングもされているので、専門職の関わり効果的によりトレーニングが出来るよう助言していく。 ・店を続けることが出来るよう必要な支援を随時提案していく。	本人 ・店の経営 ・自主トレーニング（20分ウォーキング、竹踏み、冷水摩擦） ・専門職によるリハビリを受ける。 家族 ・健康状態の観察 ・本人が出来ない部分を補助。 ・家事全般	①個別機能訓練の実施 ※計画作成し、定期的に実施を行う ※デイサービス利用時の送迎 ②健康状態の観察 ③連絡調整、助言	①介護予防通所介護 運動機能向上加算 ②主治医、各サービス事業者 ③介護予防支援	①ウィル片野 ②中村正内科循環器科クリニック、ウィル片野 ③北九州福祉サービスケアプランサービスセンター小倉北	平成30年5月2日 ～ 平成31年2月28日

本人をとりまく人々と協力



2回目ケアプラン：平成31年3月1日～令和3年2月28日

課題：リハビリを続けているが、年々右手右足の動きが悪くなっている

本人：運動をしたり努力している。今よりも悪くならないよう、少しでも向上するよう努力していきたい。専門家から運動の方法など教わり効果的に運動できていると感じる。今後も引き続きご指導いただきたい。

【目標】

日々の運動（散歩、体幹トレーニング）や習慣（冷水摩擦）などこれまでやってきたことを続けていく。

【具体策】

- ・リハビリの専門職と関わる機会を持ち、自主トレーニングの質を向上させる。
- ・自分でやっているトレーニングを続ける。

【1日の目標】

接客をスムーズにするために、右手の握力、立ち座り、右足のふみこみをきたえたい

【1年後の目標】

お店の60周年（来年）まで店を続ける
それ以降の目標はあと1年お店を続けるを目標にした

この期間、ケアプラン変更なし。担当CMが異動になることもありケアマネルームに移管となる。

02 生活の再構築に向けた支援者の関わりと 多職種連携～本人家族の想いを支える～

生活の再構築に向けた支援者の関わりと 多職種連携

利用期間：令和6年7月～

要介護度：要支援2→要介護1

利用サービス：訪問リハ週2回

眼鏡屋60周年の目標を達成し、その後もお店を続けていたが、R6.7月頃より急に体の調子が悪くなったとのことでケアマネルームケアマネより区分変更すると連絡あり。絶対に要介護になるので担当してほしいとのこと。

お店を続けながらリハビリを継続し、3年間利用サービスの変更もなく過ごしていた。R6年夏、コロナ感染し動けなくなったことから区分変更するので移管したいと連絡あり。お店まで車イスなどで行くことはできても、2階に上がれずひとりで歩くこともできない状態なので、回復するまで休みにすることに。



本人の想い 家族や友人の支えがあって続けることができるので感謝している

- ・ 家族の支えがあってお店を続けることが出来た。
- ・ 遠くから長年来てくれるお客さんもいるので、長く店を続けたい。
- ・ 出来ないことが増えてきて情けない。元に戻るなら努力は惜しまない。
- ・ デイサービスに通いだしてからはデイで教えてもらった体操を家で毎日している。
- ・ お店にもひとりで行けなくなり、妻や娘についてきてもらわないといけない。早く元気になってお店を再開したい。
- ・ 急に動けなくなり家族も混乱している。どうしたらいいか分からない。店を再開できるといいが（妻、長女）。

今の情けない姿を、他人に見せたくない。

区分変更について確認事項

- ①動けなくなったことに対して医師の意見はどうか？
- ②動けないというが、本人に出来ることは
- ③家族の意見は？区分変更して何の支援を追加するのか



- ①6月末の診察時から時間が経っていないのでPDの影響による行動障害ではないと思う。（※7月末、主治医）
- ②支えるものがあれば歩行可。時間をかければ起き上がり可
- ③特に何を支援してほしいというわけではない。このまま寝たきりにならないように運動してほしい。（妻）

対応したこと



本人の様子を会って直接確認。意向も確認。
主治医の先生に症状を伝えて相談



PDの進行によるADL低下ではないと分かったのでリハビリで回復する見込みだが、人に今の姿を見られたくない



訪問リハと環境整備の提案をする
訪問リハや福祉用具の意見を聞きながら環境整備実施

支援者と支援者をつなぐ



ウィル片野と都留内科、福祉用具業者など支援者同士をつなぐための働きかけ

これまで長い間本人をサポートしてきたウィル片野、これから自宅でのリハビリを担ってくれる都留内科、それぞれの担当者に連絡し、これまで実施したリハビリの内容など情報交換してもらう。

訪問リハビリ初回導入時に福祉用具担当者にも同席を依頼し都留内科の担当者も含めて、今後のリハビリの目標と必要な福祉用具の選定を行った。

ADL

- ・ 起き上がり、立ち上がりともに自立。2, 3回反動をつける
- ・ 食事、飲水準備すれば自立
- ・ トイレまで行けば立ってできる（時々失敗）
- ・ 外歩きは出来ない
- ・ 少し聞き取りずらいが会話は出来る

IADL

- ・ 家事全般→妻
- ・ 服薬→自己管理。通院はタクシーか家族の車
- ・ 金銭管理、店の管理→自分

区変ケアプラン：令和6年8月1日～令和7年1月31日

課題：室内移動、室外移動が困難
トイレが間に合わない

本人：お店を再開したい。まずはお店までひとりで歩けるようになりたい。
家族：どこまで回復するか分からないが、出来る限り頑張ってもらいたい。お店の再開は厳しいと思うが、出来ることは自分できるようにしてほしい。

【目標】

- ・ 長期：お店まで歩けるようになる。
- ・ 短期：家の中をひとりで歩く、転倒などしない

【具体策】

- ・ 歩行器の利用。
- ・ ベッドからの起き上がりをひとりでする練習。
- ・ 自主トレ。

【利用サービス】

- ・ 訪問リハ 週2回（PT）
- ・ 福祉用具（ベッド、付属品、歩行器）

リハビリは順調に進んでいたが・・・

順調にリハビリが進み、お店再開の可能性も出てきていたが・・・

歩行器使用により室内の移動は驚くほど安定して出来るようになった。方向転換やバランスを崩すと後ろに倒れてしまうなど問題は残ったが、お店の再開に向けて希望も出てきた。お店までどのようにしていくのか課題であったが、それは妻や娘が車イスで送迎してもいいと言ってくれる。しかし、店舗内のトイレに行くのが困難で、どうしたものかと検討していた。そんな時、外出しようと車に乗ろうとして転倒し、圧迫骨折してしまい入院することとなった。



03 地域でのその人らしい生活の再構築に向けた医療介護連携～本人家族の想いを重視したチームアプローチ～

在宅復帰、地域でのその人らしい生活の再建に向けたリハアプローチ

利用期間：令和7年1月～

要介護度：要介護1→要介護4

利用サービス：訪問リハ週2回、デイケア週3回、福祉用具、宅配弁当

病院でのリハビリが順調に進み、家族も自宅退院を受け入れてくれたので退院することになる。病院スタッフとも情報交換し、入院前よりも低下した機能に対して、リハビリ導入や訪問リハを再開する。

令和6年9月～令和7年1月10日まで入院。健和会大手町病院から大手町リハビリテーション病院を経て退院となる。
病院からの提案で入院中に区分変更した。
退院後は集中的にリハビリするためデイケア週3回、入院中に発語と嚥下能力が低下したため訪問リハビリでSTの介入が必要となった。



在宅か施設か **家族の迷い**

妻も高齢のため入院を機に在宅継続か施設入所かで家族も迷われ、CMに相談があった。

在宅

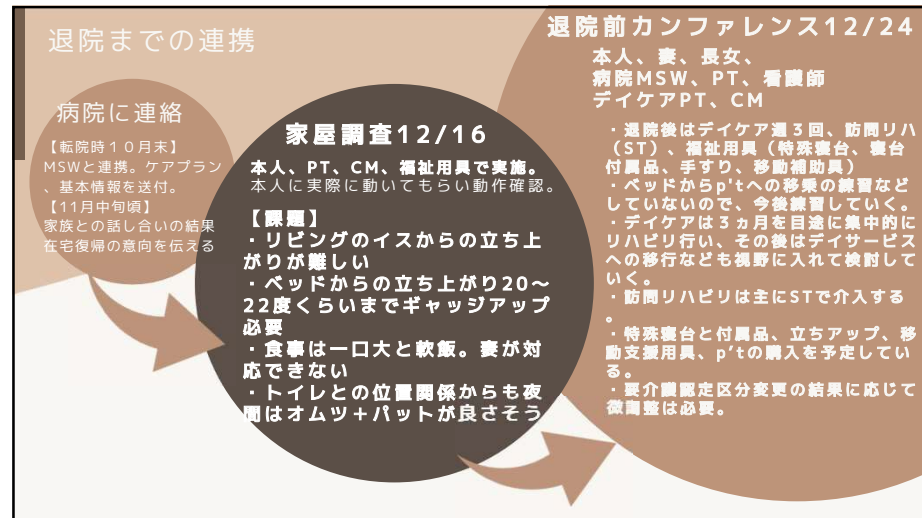
家族の思い

施設入所

- ・ お店を終わらせるのを自分の手でしたいとの本人の想いを叶えてあげたい
- ・ 妻と2人の時に倒れたりしたらひとりで対応できるか不安
- ・ ベッドに横になった後身体を動かせるか

- ・ 罪悪感が残る
- ・ お店のことを最後までさせてあげることができない
- ・ 介護負担はなくなる
- ・ 費用負担が大きい

家族や介護サービスの支援もあるので、ひとりで何もかもしようと思わなくてだいじょうぶ。



本人の思い お店のことがとにかく気になっている

- ・本人は入院中に発語が困難となり、あまり想いを話すことも出来なくなっていた。家屋調査時、退院前のカンファレンス時や福祉用具搬入時などに友人が訪ねてきてくれるととても喜ばれ、話しをしようとするが言葉がでずもどかしそうにされていた。妻も本人が言いたいことが聞き取れずに困っていると話している。
- ・お店のことを出来れば自分で対応してほしいが、今は話しが出来ないので家族でするしかない。
- ・友人や家族に自分の想いをしっかり話せるようになってほしい。

友人たちとしっかり話しができるようになってほしい。

ADL

- ・起き上がり、立ち上がりともに軽介助、ベッドギャジアップ
- ・食事、飲水は軟飯、一口大刻み、水分はトロミ、スプーン使用
- ・排泄はオムツ、ポータブルトイレに座ることができれば可
- ・室内では立ち上がり歩行器につかまれば歩ける。外は車イス
- ・声は聞き取り難。言葉がなかなかでず声が小さく聞き取れない

IADL

- ・家事全般→妻
- ・服薬→袋を開けて目の前に置くと、なんとか自分で口に運ぶことができることもある。通院はタクシーか家族の車
- ・金銭管理→家族

退院後ケアプラン：令和7年1月10日～

課題：傾眠傾向が強い
ひとりで移動できない
食事、水分でむせる
発語が不明瞭

本人：長年やってきた店なので
思い入れがあるし、最後までやり
遂げたい。片付いた後のことは、
またそれから考えたい。
家族：お店のことを最後まで自分
の思うようにしたいという気持ち
を叶えてあげたい。

【目標】

- ・長期：古くからの友人と楽しく交流できる
- ・短期
- 自分が思っていることをしっかり相手に伝えることができる
- オシャレして外出できる
- ひとりでトイレに行くことができる
- 自分で寝起きができる
- つまることなく安全に食事できる

【具体策】

- ・歩行、移乗、口腔のリハビリ
- ・自宅での発語、嚥下訓練、ポータブルトイレ移乗の練習、室内歩行の訓練、福祉用具の利用。
- ・通院の支援

【利用サービス】

- ・訪問リハ週2回(ST、PT)、デイケア週3回
- ・福祉用具（特殊寝台、歩行器、移動用リフト）
- ・宅配弁当

退院後の経過

退院時

- ・排泄 オムツ
- ・入浴 ストレッチャー
- ・寝起き 介助
- ・発語 不明瞭
- ・食事 軟飯、トロミ、スプーンを口まで運べない

※傾眠傾向、体の傾きが強く座位保持難しい。特に左側に傾く。
夜間不眠が強く、せん妄もあり。眼鏡屋のお客が枕元に立っている。

一ヶ月後

- ・排泄 p't、オムツ
- ・入浴 デイケア
- ・寝起き 介助
- ・発語 明瞭、歌える
- ・食事 刻み、トロミ、箸で自立

※傾眠傾向は改善。座位も安定し傾きはなくなる。
夜間不眠も解消。幻覚は時々ある。修理依頼を受けたままの商品が店に残っているのを返したい。

評価

- ・1番の問題だった傾眠傾向や夜間不眠は、主治医に状況を報告。服薬調整にて改善。
- ・食事や発語については退院直後からST導入を依頼しSTのリハにより劇的な改善が見られた。
- ・妻の負担が大きくなりやすいよう、週に3、4回電話で状況の聞き取りと相談したことで退院後の不安を軽減できた。
- ・本人はもっと改善したいと意欲を高めている。

困ったこと 今後改善したいこと

医療と介護のさらなる連携を

今回のケースで最も困ったのは、入院された後、退院後に自宅に戻るか施設入所にするか決めるのに、本人の意向がなかなか確認できなかった点です。それがご家族の迷いを大きくしていました。医療と介護の壁は、この10年ほどでほとんど取り除かれたと思いますが十分とは言えません。在宅の事業所間や病院も含めた医療と介護の連携が強化されれば、この地域がより安心して生活できる地域になっていくと思います。ジブンが介護を受ける立場なら、そんな地域に住みたいと思います。



その人らしさを大切に



本人・家族の思いを支えるケアマネジメントと多職種連携について

本ケースでは、病気の進行やアクシデントでライフスタイルが変化していく過程において、本人・家族の思いをいかに大事にできるかに重点をおいてマネジメントしました。
【ご本人・ご家族が望む生活】を聞きとり、それをチームで共有する。思いを明確に言語化することで、チーム全体が思いを統一できれば、ご本人・ご家族に最大限のケアを提供できるはずです。

ご清聴ありがとうございました

