

地域リハビリテーションケース会議

資料集 No. 30



**Kitakyushu
Action!**

動かせ、未来。北九州市

○第 52 回地域リハビリテーションケース会議
令和 7 年 12 月 10 日（水）18：30～20：30
ウェルとばた 中ホール

地域リハビリテーションケース会議 資料集 No.30 目次

【 第 52 回:「自分らしさ」を引き出すチームの力～社会参加支援の実践～ 】

1. まとめ	1
2. 資料	8
(1) ケース概要	
(2) 事例報告	
『「自分らしさ」を引き出す回復期リハ病棟の退院支援』	
小倉リハビリテーション病院 理学療法士 河田 裕行 氏	
『「自分らしさ」を引き出すケアマネジャーの役割』	
北九州福祉サービス ケアマネジャー 大内田 麻里子 氏	
『「自分らしさ」を引き出すアプローチと社会参加支援①』	
小倉リハビリテーション病院 作業療法士 谷 江理 氏	
『「自分らしさ」を引き出すアプローチと社会参加支援②』	
デイサービスファイン 作業療法士 小林 章悟 氏	
(3) ミニ講座 『 脳梗塞の診断からリハビリテーション治療まで 』	
産業医科大学リハビリテーション医学講座 准教授 松嶋 康之 氏	
3. 参加者アンケート結果	28

第52回地域リハビリテーションケース会議 まとめ

【開催概要】

日 時：令和7年12月10日(水)18:30～20:30

場 所：ウエル戸畑 中ホール

テ ー マ：「自分らしさ」を引き出すチームの力～社会参加支援の実践～

参加者：202名

コーディネーター：総括 浜村 明德 氏（小倉リハビリテーション病院 名誉院長）

司会 橋元 隆 氏（九州栄養福祉大学 理学療法学科 教授）

【内容】

1. ケース概要

70歳代の男性、独居の方。脳梗塞発症後、左片麻痺を呈する。病前は、友人との交流や趣味である魚釣りを行うなど活動的であったが、発症後はできないことに対し自信を失い、社会参加への意欲も低下していた。そのため「その人らしい生活」の再構築に向けて、回復期リハビリテーション病棟から支援を開始し、在宅チームに課題をつなげ多職種が連携して課題に取り組んだ結果、趣味活動の再開に至ることができた。今回のケース会議では、地域リハビリテーションの根幹である「住み慣れた地域でその人らしい暮らし」を支えるための専門職の視点や関わり、そして多職種連携・地域連携の重要性について事例報告・意見交換を行った。

症例	Yさん	年齢	78歳	性別	男
障害者手帳	なし			要介護認定	要介護2
疾患名	塞栓性脳梗塞				
既往歴	持続性心房細動、高血圧症、痛風、マロリーワイス症候群、変形性膝関節症				
家族状況		主な支援者		キーパーソン	
		弟		弟	
		家族機能等			
		<ul style="list-style-type: none"> ・弟：同区在住。月8～10日程仕事をされており、状況に応じて支援の相談可能。通院や受診の同行支援あり。 ・姪：他区在住。医療関係に従事。服薬関係の相談協力、時々差し入れを持って訪問される等の支援あり。 ・友人：鉄板焼き店を開いていた時の常連客が近隣に在住。定期的に連絡を取り合い、買い物や外出支援、受診の同行支援などの協力あり。 			
生活歴					
約40年理容師として働かれ、15年程前に現在の店舗兼自宅に転居。理容師を退職後に鉄板焼き屋を経営。4～5年程前に体調面を考慮してお店を閉める。令和5年6月に脳梗塞発症後、左片麻痺を呈し、同年12月18日に自宅退院となる。					
経過					
R5. 6. 1	深夜トイレに行った際に左手が動かず、座り込んで動けなくなる。翌日夕方に知人の訪問で発見され小倉記念病院に救急搬送。塞栓性脳梗塞の診断にて入院加療。				
R5. 6. 22	小倉リハビリテーション病院へ転院。				
R5. 7. 20	在宅復帰に向けて介護保険の新規申請行い、要介護3の認定がおりる。				
R5. 10. 13	自宅にて初回の家屋調査実施。				
R5. 11. 8	カンファレンスにて、在宅復帰に向けての現状と課題点の確認。生活保護課へ現状の報告と生活環境を整えるための住宅改修や福祉用具購入についての相談。				
R5. 11. 20	貸与品のみ、実際に福祉用具をセッティングした上で2回目の家屋調査実施。				
R5. 12. 5	小倉リハビリテーション病院の退院前カンファレンスにて、在宅復帰に向けての支援内容の最終確認。				
R5. 12. 18	自宅退院後、同日担当者会議開催。訪問系サービス開始と通所サービス3事業所を体験利用予定で調整。				
ADL・IADLの状態			住環境・福祉用具等		
<ul style="list-style-type: none"> ・左片麻痺は左下肢軽度、左上肢と手指は中等度、左半身の感覚障害が残存。 ・変形性膝関節症による右膝痛残存。屋内多点杖～杖なし歩行自立。屋外は多点杖歩行見守りも右膝痛の状況によって歩行状態変動あり（100m程度の歩行は可能であるが疼痛出現認める）⇒屋外歩行は自立レベルに達しておらず、1人では外出せず、協力者がいる時のみとする。 ・床からの立ち上がりは難しく、特殊寝台付属柵を使用することで起居動作可能。 ・体験利用後、通所サービスを決定し週3回利用予定。 ・入浴は自宅で難しく、通所介護で入浴予定。⇒訪問リハビリで評価後、可能であれば自宅でも入浴予定。 ・買い物は弟や友人が支援予定。 ・食事は温めは可能な為、冷凍食品や訪問介護での調理支援予定。 			<p><レンタル> 特殊寝台・特殊寝台付属品・サイドテーブル・土間から居室に上がる框に手すり・外出用の車椅子</p> <p><住宅改修> トイレのドアノブ変更・トイレ内に手すり設置・浴室内外に手すり設置・玄関出入口に手すり設置</p> <p><福祉用具購入> シャワーチェア</p>		
医療・社会資源等の状況					
〔医療〕					
かかりつけ医（内科）	月1回	脳梗塞・高血圧症・痛風等			
かかりつけ医（整形外科）	不定期	右変形性膝関節症等			
〔サービス利用状況〕					
通所介護	週3回				
訪問リハビリ	週2回				
訪問介護	週3回	掃除・調理支援			
福祉用具貸与		特殊寝台・特殊寝台付属品・車椅子・手すり			
ふれあい収集	週1回	皇后崎環境センターが家庭ごみ全般を収集支援			

2. 事例紹介

『「自分らしさ」を引き出す回復期リハ病棟の退院支援』（添付資料参照）

小倉リハビリテーション病院 理学療法士 河田 裕行 氏

回復期リハビリテーション病棟でのチームアプローチとして、身体機能回復だけでなく、地域・社会との関わりを「つながり支援シート」を活用し、「自分らしさ」を引き出す退院支援を行った。入院時の段階から、その方の個人・環境因子に着目することで、在宅生活に繋ぐための課題把握や必要な連携を行うことが出来た。また専門職による支援だけでなく、友人を含めた地域での支援を検討できたことが、退院後の社会参加に向けた機会に繋がった。

『「自分らしさ」を引き出すケアマネジャーの役割』（添付資料参照）

北九州福祉サービス ケアマネジャー 大内田 麻里子 氏

ケアマネジャーとしてケースの「自分らしさ」を支えるために、特に独居生活を支える見守り体制を構築しながら、かつ、身体機能の回復に応じて、迅速・柔軟に対応を行うことが大切であることを報告した。そのためには多職種の情報共有を密に行い、本人に関わる専門職が「できること」を活かした対応を行うことで、本人の自己効力感に繋がり、自信を取り戻す機会になった。このような心理的变化が社会参加や趣味活動の再開に目が向くきっかけとなった。

『「自分らしさ」を引き出すアプローチと社会参加支援①』（添付資料参照）

小倉リハビリテーション病院 作業療法士 谷 江理 氏

訪問リハビリテーションでは、「できること」を最大限に引き出し、「その人らしさ」を支えることを重視した支援経過を報告した。介入は日常生活や家事動作を中心に「やってみよう」と思えるきっかけを提供し、どうしたいか自分で考えられるように関わり方を持った。本人の意見を尊重するというのは、どう生きていきたいかという意向を尊重するということと同義であり、このアプローチが、家事動作の獲得にも繋がった。訪問リハの終了に向けては、デイサービスのリハ職と連携により、獲得した動作の定着を図ることで自信と安心感を高め、趣味活動再開への有効な土台となった。

また友人と情報共有を行い、周囲の環境にも働きかけることで、趣味活動などの社会参加への挑戦に繋がったと述べた。

『「自分らしさ」を引き出すアプローチと社会参加支援②』（添付資料参照）

デイサービスファイン 作業療法士 小林 章悟 氏

デイサービスにおける作業療法士の視点から、趣味活動再開に向けた支援を行った。ケースの「もう釣りは無理」という言葉から始まったが、生活が安定するにつれ、釣りに目が向く気持ちの変化を捉え、片麻痺でも可能な釣りの方法の練習など段階的なアプローチを行った。最終的に支援者のもとで趣味活動再開の実現を果たした。

普段、支援をする中で、他機関から提供される情報の多くが機能情報に偏っており、本人の思いや価値感といったものが含まれないことも多いので、支援者から次の支援者へ、本人の思いや価値感を伝えていく意識も必要である。その人は何を大切に思い、生きているのか、「自分らしさ」を支援していくためにその部分を大切にしていきたいと述べた。

3. 意見交換

各専門職が連携する上での具体的な工夫や、本人の意欲を引き出す関わりの重要性について活発な意見交換が展開された。

【つながり支援シートについて】

○小倉リハビリテーション病院 理学療法士 河田氏

入院時に情報収集を行い、ソーシャルワーカーが基本的に「つながり支援シート」を作成するが、他職種間でも共有・追記しながら作り上げている。このシートを活用すると家族の範囲でしか本人を取り巻く環境の評価ができないことがわかる。日常生活を考えたときに身近な存在が家族にとどまることはないと考え活用している。

【本人の「やりたい」を支援することについて】

○北九州福祉サービス ケアマネジャー 大内田氏

最初は迷惑を掛けたくないという思いが強く、一人で頑張りたいと緊張していた様子だった。しかしできることを確実に実感できていったことで表情も明るくなり前向きになっていった。また一人で頑張るのではなく、支援者と一緒に頑張ろうと力を合わせたことも良い結果につながったと思う。

○小倉リハビリテーション病院 作業療法士 谷氏

介入を始めたときは「できることを自分でやる」という気持ちになかなか出来なかった。担当していたPTと関わり方を話し合いながら、麻痺に対する本人の思いにもはっきり向き合うことを心掛けた。専門職が「無理やりやらせる」のではなく、本人が「やりたい」と感じるまで寄り添い、適切なタイミングで「やってみよう」と思えるようなきっかけを提供していく「仕掛け」が重要であると思う。そこには専門職として評価や目標設定が大切であり、そのうえで適切な段階付けを行いながら本人の自己決定を尊重していくことが大切である。

【デイサービスでの社会参加支援について】

(業務内、外の活動バランスと社会参加支援における課題など)

○デイサービスファイン 作業療法士 小林氏

デイサービスでの釣り再開の支援などは、制度上の位置付けがない取組である。「その人らしい」生活を支援するというのを大切にしている事業所であったので、今回、会

社の後押しもあり支援ができた。今後、社会参加をフォローできるような社会の仕組みがあると、支援が広がっていくと思う。

【意見交換(まとめ)】

橋元 隆 氏 (九州栄養福祉大学 理学療法学科 教授)

「人に1匹の魚を与えよ、さればその人1日空腹にあらず。人に魚釣りの技を教えよ、さればその人一生空腹にあらず。」 という中国のことわざで、一時的な支援よりもスキルや知識を習得することが長期的な解決につながることを説くものである。

これはリハビリテーションに関わる専門職にとって大切な考え方であり、今回のケースもまさにその通りである。自立支援の考え方として、胸に止めておきたい。

4. ミニ講座・有識者コメント

『脳梗塞の診断からリハビリテーション治療まで』(添付資料参照)

産業医科大学リハビリテーション医学講座 松嶋 康之 准教授

脳梗塞の種類や診断方法、病態把握の重要性について解説があり、今回の事例である心原性脳塞栓症も詳しく説明を頂いた。脳梗塞後のリハビリテーションは、急性期から回復期、そして生活期へと切れ目のない多職種連携が重要であり、機能回復だけでなく、ADLや社会参加の向上を目指すことが重要である。また、ロボット訓練などの最新技術の活用や、地域の医療情報連携の仕組みである「脳卒中地域連携パス」の現状や課題も紹介して頂き、多職種連携、地域全体の連携の重要性を述べられた。

5. 総括

『地域リハビリテーションとは、「その人らしさ」を支えるとは、

地域リハビリテーションケース会議とは』

医療法人共和会 小倉リハビリテーション病院 名誉院長 浜村 明德 氏

本ケースを通して「地域でその人らしく、障害があっても生きていくこと」を支える地域に根差したリハビリテーションの在り方や、そのことを学ぶ場であるケース会議の役割について総括された。

【地域リハビリテーションとは】

地域リハビリテーションは高齢者だけでなく、障害を持つ子どもから成人まで、すべての世代を対象に「住み慣れたところで一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができる」ことを目標に、専門機関だけでなく、地域住民を含めた体制づくりが課題である。

【その人らしさを支えるとは】

その人らしさへの支援は、一言でいうとリハビリテーションの目標だと考えて差し支えない。WHOで健康の定義があるが、それは単に生物学的健康を指すのではなく、生活や社会とのつながりなども含めた幅広いものである。突き詰めていくと、地域での取組とは孤立化させないこと、孤立化していない状態を維持できれば健康にかなり近づくとと思われる。孤立化予防とは、ある意味地域リハビリテーションの究極の目的といえる。

また持っている能力が生かされて暮らすということも大事である。ただ自立、自立とあまり言われすぎると、利用者の方から「この人は私のことわかってくれない」と思われてしまう。非常に難しいところであるが、先ほどの事例報告にあったように、そっと背中を押しながら目標を一つ一つ達成していけると良いと思う。

本来「自分らしく生きる」ということは本人の自己決定であり、我々支援者で決めることはできないところである。しかし当事者だけでは「自分らしい生活」を整備することが難しい場合が多い。我々支援者の役割は「自分らしい生活」につなげられるような条件・環境を整えることにある。

【「つながり」への働きかけ】

今回の事例のテーマにあった社会参加、ICFにある参加には「つながり」が大事なキーワードである。地域とのつながりがあることによって、地域から見守られて生活ができると感じられることが大切である。そのつながりを感じられるように支えることが我々の目標になると思う。

2019年の地域包括ケア研究会報告書の中にも、「要介護度が高くなっても、なじみの関係性のある友人とのコミュニケーションや、地域との繋がりが不要になるわけではなく、むしろ重要になること、さらにそのような地域の関係性を意識した働きかけができる専門職が不可欠である」と述べられている。今後、本日の事例報告のような視点をもって取り組んでいくということは大事になると考える。

【地域リハビリテーションケース会議の役割】

ケース会議の目的・役割は3つあり、「情報共有と収集の場」「施設・職種間連携の場」「生涯教育の場」である。様々な機関、専門職の方が参加していること、行政が事務局を担い22年継続していることは稀有である。ケースを通して支援経過や連携方法、また疾病や障害について専門家の先生に講演していただくことで事例の要点をわかりやすく学べることが特徴である。

また最終的には市全体の連携を促進しネットワーク構築を目標にしていることも特徴である。障害のある方々を一つの法人やひとつの職種で支えることは難しく、地域全体で支え

る体制をつくることが重要であり、その体制づくりを下支えしているのがこの地域リハビリテーションケース会議である。

「自分らしさ」を引き出す 回復期リハビリ棟の退院支援



医療法人共和会
小倉リハビリテーション病院
臨床サービス部 理学療法士
河田 裕行

事例紹介

- 【年齢・性別】 78歳・男性（入院当時76歳）
- 【疾患名】 塞栓性脳梗塞（左上下肢麻痺）
- 【現病歴】 令和5年6月上旬に発症し、急性期病院へ救急搬送
6月下旬に当院回復期リハビリ棟へ転院
- 【病前生活】
 - 約40年理容師として働き、他にも古本屋やクリーニング屋を営
 - 以後、鉄板焼き店を約10年経営し、閉店後は生活保護を受給
 - 1人暮らし、KPIは弟（同区内）、姪とのかかわりもあり
 - 約40年釣りクラブに所属、友人交流が盛んで飲み会仲間がいる
 - 明るく大らかで、他者への気配りを忘れない方

「自分らしさ」を引き出す退院支援の取り組み

■ つながり支援シート



入院中の経過①

- 【入院時評価】
- 中等度左片麻痺（Ⅲ-Ⅳ-Ⅳ）、高次脳機能障害による注意散漫さ、右膝痛あり
 - 起居動作、ADL一部介助
 - 車椅子介助、歩行は平行棒介助



	1か月目	2か月目	3か月目
身体機能	中等度左片麻痺、右膝痛+		下肢麻痺軽度
高次脳機能障害	中等度注意障害、左USN	左USN改善	
ADL動作	見守り～介助	全て見守り	入浴以外自立
歩行能力	平行棒介助	四点杖介助	多点杖見守り
本氏の意向	独居への不安、施設も念頭	独居再開希望（不安+）	現実検討が不十分な訴えあり
退院支援	自己決定を尊重し計画	介護保険申請（要介護3）	CM決定、在宅サービス検討
つながり支援	友人が数名あり、友人C（釣りの趣味仲間、近隣在住）の存在を把握	友人A、友人Bの存在（常連客）と、自宅に来る友人らの存在を把握	本氏に再開への意欲があることを確認

入院中の経過②



	4か月目	5か月目	6か月目
身体機能			
高次脳機能障害		上肢麻痺軽度	
ADL・IADL動作		注意障害軽度	
歩行能力	入浴自立	病棟多点杖自立	調理・掃除：介助
本氏の意向	多点杖見守り	生活の具体的なイメージがすむ	病棟杖なし自立、屋外見守り
退院支援	独居生活再開にやや楽観的	退院前訪問実施 (1回目)	友人との外出に意欲的
退院前訪問実施 (1回目)	友人らの存在が本氏、家族に とって、今後の生活の安心感に つながっている事を確認	退院前訪問実施 (2回目)	退院前カンファレンス
退院前訪問実施 (2回目)		友人A (常連客) が姪とも親 しく頼れる存在で、訪問中に顔 を出してくれる	本氏、家族、友人A、友人B に対して再開に向けた現状と 課題を共有
つながり支援			

4

退院時の「つながり支援シート」

内容 No.1		内容 No.2	
関係	頻度	関係	頻度
鉄板焼売店の常連客	月1回	趣味仲間	月1回
関係性の理解	<ul style="list-style-type: none"> 開店した頃からの交流で、家族も友人らを知っている 自宅生活において必要が存在 	関係性の理解	40年来の釣り仲間
再開への不安点の確認	不安点なし	再開への不安点の確認	身体と活動内容のギャップに不安あり
再開への意思確認	交流再開希望	再開への意思確認	<ul style="list-style-type: none"> 再開の希望あり しかし実際に釣りは難しいため、潮風に当たるだけでも行けたら希望
手段の検討	<ul style="list-style-type: none"> 食事は身、姪の協力のもと再開可能 (飲酒は控える) 細りこたつのため床に動作を伴わない調整必要 	手段の検討	退院直後の再開は難しい
本人への手段の提示・反応	病前には意欲的	本人への手段の提示・反応	本氏も退院直後の再開が難しいことは理解しており、先々に再開できたらという気持ち
家族への手段の提示・反応	家族支援が必要なることを説明し課題を共有、理解あり	家族への手段の提示・反応	本氏の意向を踏まえて今後の経過の中で検討していくことを共有
協力者への働きかけ・反応	退院前訪問時に友人Aに対し、身体機能等を共有し、支援を依頼	協力者への働きかけ・反応	なし
サービス担当者への申し送り	CM、訪問リハビリ、訪問介護、通所介護へ申し送り	サービス担当者への申し送り	CM、訪問リハビリ、訪問介護、通所介護へ申し送り

5

退院に向けた連携のひろがり (コロナ禍)



つながりを意識した退院支援では「支援の輪」をひろげていき、支援する「チーム」を作っていくことが大切

6

退院前カンファレンス

退院後の「自分らしい暮らしを再構築するための課題」	対応方法	対応者
右膝痛	<ul style="list-style-type: none"> 整形外科でのフォロー 状態に合わせて活動範囲拡大を支援 	CM、弟、姪、友人、訪問リハビリ
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> 内服確認と通院の支援依頼 食事の準備や提供、買い物依頼 	弟、姪、友人
転倒リスク	<ul style="list-style-type: none"> 床上動作支援、自宅の環境調整 IADL支援 → 役割を分担しながら実施依頼 屋外歩行のアプローチを依頼 	CM、弟、姪、友人、訪問リハビリ、福祉用具業者
つながり	<ul style="list-style-type: none"> 家族と友人で安全な再開への支援 	弟、姪、友人
食社会	<ul style="list-style-type: none"> 今後の経過に合わせて同行を提案 	友人、訪問リハビリ

7

退院時の予測と退院後訪問の結果

	退院時予測	退院後訪問 (3か月後)
健康状態	内服忘れや食生活乱れによる再発リスクの懸念	内服忘れなく飲酒も少量 家族や友人の支援あり
転倒リスク	あり	なし
移動	屋内：杖なし～多点杖自立 屋外：多点杖見守り	屋内：杖なし自立 屋外：自宅周辺のみ自立
ADL	自立	自立
IADL	調理や掃除の一部自立	買い物以外自立
身体機能の変化	右膝痛や運動量減少により低下が懸念	右膝痛は自製内で経過 徐々に運動量も向上
活動面の変化	右膝痛の状況により歩行状態変動が懸念	訪問リハビリにて買い物練習や友人の職場まで歩行可能
サービス	訪問リハビリ、訪問介護、通所介護を利用	訪問介護の回数減少を検討
心理面	安全な独居生活再開を希望	旅行や釣りの再開に意欲
つながり	家族・友人と自宅で食事会等のかかわり再開	食事会は再開 友人と小倉に外出可能

◆ 右膝痛の改善に伴い能力改善を認め、予後予測が不十分



8

まとめ 「自分らしさ」を引き出す回復期リハビリ棟の退院支援

- ◆ 当院回復期リハビリ棟では、入院前に本氏が築いてきた**つながり**を知り、「自分らしさ」を引き出すために「**つながり支援シート**」を活用して退院支援を実施した
- ◆ コロナ禍という制限がある中、退院前訪問や退院前カンファレンスを通し、**複数回にわたり生活期スタッフと顔を合わせ**、つながりを含めた連携ができたことで「**支援の輪**」がひろがっていた
- ◆ さらに、退院前訪問を通して、**友人**を含めた支援を実施できたことが、退院後の**社会参加**に向けた大切な機会になったと考えられた
- ◆ 課題としては、退院後生活の**予後予測**が不十分であり、**退院した後の生活を知る**ことが欠かせないと思われた

9

【地域リハビリテーション会議】 「自分らしさ」を引き出す ケアマネジャーの役割

～社会参加支援の実践～

北九州福祉サービス株式会社
ケアプランセンター八幡東
大内田 麻里子

事例概要



対象者:78歳、男性、独居
疾患・障害:脳梗塞後遺症(左上下肢麻痺・注意障害あり)
既往歴:マロリーワイス症候群(74歳)・非弁膜症性心房細動(68歳)・
 高血圧症(68歳)・痛風(40歳)
経済状況:生活保護受給中
性格・生活歴:温厚で誠実・几帳面な方で、家族や友人との関係良好。
 約40年程理容師として働き、退職後自宅兼店舗で鉄板焼き屋を経営、体調
 面を考慮して数年前お店を閉めたが、常連客との交流が続いている。
 釣りが好きで40年以上釣り倶楽部に所属。

見守り体制の構築について

	検討方法	検討内容
初回	家屋調査	居住環境の課題(段差、動線)と独居生活での不安点を確認。
2回目	病院カンファレンス	現在の状況と家屋調査結果を共有。 在宅生活における心配な点について検討。
3回目	環境調整後、家屋調査	設置可能な範囲で福祉用具を仮設置し、動作の検証を実施。課題の再抽出と安全性を確認。
4回目	病院カンファレンス	リハビリ、在宅サービス、ケアマネが参加し、現状最終確認、支援の方向性を決定。

見守り体制の構築について



在宅生活に向けた初期の主要課題

『安心できる独居生活に向けた体制づくり』

左片麻痺・注意障害等を抱えながら、退院後独居であり、安心できる環境で在宅生活を送るための多層的な見守り体制の構築が必要。

『自立した生活に向けた多職種の支援』

既往歴だけでなく、店舗兼自宅という構造上の原因による転倒のリスクや日常生活に対し、多職種が連携し自立に向けた目標設定、支援体制の構築が必要。

住宅環境



見守り体制の構築について



安全確保に向けた3つの具体策

居住環境の設定	転倒予防の為、「一階での生活」で様子をみて、安全面に考慮
入浴機会の確保と自宅入浴への支援	安全性を考慮して通所介護で入浴機会を確保と同時に、訪問リハビリが入浴動作・能力を評価・支援し、自宅での入浴を目指す
在宅生活定着に向けたサービス利用	週3回の通所介護、週3回の訪問介護サービスの利用により、日曜日以外は専門職による介入と安否確認、服薬確認の機会を設け、見守りのある環境を整備

週間予定表

日	月	火	水	木	金	土
家族や友人が訪問	訪問リハビリ ヘルパー	デイサービス	ヘルパー	デイサービス	訪問リハビリ ヘルパー	デイサービス

曜日を問わず、友人が自宅訪問され安否確認の支援あり。

見守り体制の構築について

インフォーマルサポートの活用

友人A・B・弟・姪

行政サービスによる見守り

ふれあい収集サービス(北九州市)

フォーマルな支援

介護サービス事業者

本人

役割: ゴミ出し支援と連動した行政的な見守りとして、定期的な安否確認と環境整備を担う。

役割: 外出支援(買い物、社会参加)による社会性の維持と、医師の指示内容等の正確な情報伝達を担う。

役割: 機能回復、日常生活動作の回復支援、入浴リスクの分離・確保。

インフォーマルサポート



弟(同区内):
受診同行・買い物支援
安否確認等



友人A:
受診同行・情報共有支援
安否確認等



姪(看護師):
服薬管理方法や内容の
理解の支援・安否確認等



友人B:
外出・買い物・安否確
認支援等

具体的な支援方法や視点、工夫

チーム共有からサービス全体を再構築

- ・訪問リハビリが定期的に機能評価、「できること」の増加と機能向上をチームへ共有。
- ・各事業所が本人と「できること」を共有し、自信に繋げることで、QOL向上へ繋げる。
- ・状況に応じて支援内容を介助から協働へ移行し、随時本人の役割へ移行。
- ・担当者会議にて現在の状況を共有、今後に向けた支援を検討し、通所サービス(リハビリ連携)と訪問介護(生活支援)等の支援目標を共有。

短期間での状態変化と多職種との連携・情報共有

退院後の支援開始時の状況変化への対応

課題: 買い物支援を担う弟が腰痛で、買い物できず、家族支援が困難。
対応: サービスを「在宅での生活支援のみ」から「買い物支援」の追加修正。

制度の枠を超えた専門的根拠の共有

課題: 訪問リハビリの継続について、当初予定していた3カ月を超えた
サービス提供の必要性を協議。

対応: 3カ月を6カ月に延長し、リハビリを継続することで機能向上に繋がった。

チームでのタイムリーな情報共有

サービス担当者会議の柔軟な運用と情報伝達の工夫

- ・短期間で情報が更新される状況に対応する為、退院からの半年間でケアプランを6回作成。(うち担当者会議5回開催)
- ・緊急性の高い支援内容の変更では、電話(テレビ電話)やFAXで情報共有し、適切な支援を実施。
- ・訪問リハビリと通所介護が直接連携を図ることで、具体的な訓練内容や目標を直接共有。

チームでのタイムリーな情報共有
～本人の「気持ち・意向」の変化～

1. 入院中：不安と回復への期待(受動的な姿勢)

歩けるようになって嬉しい、、、でもできないこと多いっばいだ、、、



動画で成果がみれて頑張りを実感できた、、、もっと頑張りたい、、、

チームでのタイムリーな情報共有
～本人の「気持ち・意向」の変化～

2. 支援開始時、在宅生活での葛藤と主体性の確立(能動的な姿勢への転換)

一人暮らしは不安、、、迷惑をかけたくない、、、何ができるかな、、、



できることが増えてきた、、、自分でもできるという自信に変えてくれた、、、

チームでのタイムリーな情報共有
～本人の「気持ち・意向」の変化～

3. 支援の成果：生きがいの再獲得(QOLの実現)

買い物や花見にも行けた。また飲んで笑える日が迎えられるなんて、、、



釣りは自分には無理、、、まさか釣りに行けるとは思わなかった、、、

今なら仲間と釣りに行けるかもしれない、、、

変化とまとめ

項目	支援前(開始時)	支援後(最終評価時)
要介護度	要介護 3	要介護 2 → 改善
入浴能力	通所サービスでの入浴のみ	自宅での入浴が可能になり、デイサービスでの入浴が3回⇒2回へ
移動能力(屋外)	一人での外出は困難	一人での買い物や友人との外出可能となり、訪問リハビリ終了
生活範囲	1階での生活に限定(階段昇降はしない)	階段昇降が可能になり、2階に行けるようになる
生活意欲	支援を「受ける」立場	「受ける」だけでなく「できる」が増えたことでデイサービスの役割が変化した
支援内容の減少	訪問介護 週3回	訪問介護 週2回 (簡単な支援は自身の役割へ)

まとめ

持続可能な地域生活の実現に向けて

- ・ 独居生活における見守り体制：多層的な支援体制を可能な限り早期に構築することで安心に繋げる。
- ・ 自立支援の視点：本人の性格や趣味を「役割」として設定。一緒に「できる」を体感してもらうことで自信に繋がりが、「したい」という意欲を引き出す工夫。
- ・ チーム連携：「些細な気づき」でも早期に頻回に連携を図り、情報共有を行うことで、目標を共有し、適切な支援を実施。



考察



- ・ ご本人の実直な性格で、訪問リハビリから提供されたリハビリメニューを、一時は臆縮炎になるほど現在も毎日続けられています。
- ・ 特に今回の事例は訪問リハビリはもろろん関係事業所間の連携を密に図ることで自立支援に繋げることができ、連携を図ることの大切さを実感しました。
- ・ ケースワーカーとの連携も密に図ることで、スピーディーに対応することができ、とても良かったと思います。
- ・ 今後ご家族や友人の方々、関係事業所との連携を図りながら、ご本人の生活に寄り添えるよう支援していきたいと思えます。



「自分らしさ」を引き出すアプローチと 社会参加支援①

医療法人共和会
小倉リハビリテーション病院 訪問リハビリテーション
地域リハビリテーション部 作業療法士
谷 江 理

【生活リズムの確立・独居生活の安定を図った時期 R5.12.18～R6.2.19】

（退院直後の生活状況）必要最低限の生活動作は行えていたが、やりにくいことが多く不安を感じていた

- ・ 自宅内は杖なし、装着なしで歩行。外出は家族の車やタクシーを利用し、外出先では車椅子使用。
- ・ 更衣・整容・排泄は自立。夜間排泄1～2回。自宅での入浴は未実施で環境調整及び評価が必要。
- ・ 炊飯などの簡単な食事準備は自身で行っているが、調理は主に訪問介護。食事時間の乱れあり、内服管理不十分（1日4回内服の設定）。
- ・ 洗濯は弟が週1回、掃除・買い物は訪問介護で実施。

目標	支援内容	他サービス等との連携	経過
<ul style="list-style-type: none"> ・ 健康管理が行え、再発を予防できる ・ 生活の中で麻痺・上肢を使えるようになる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ バイカインへの評価 ・ 内服状況の確認 ・ 睡眠状態、食事内音等の生活状況の確認 ・ 自主練習支援等 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人へ、かかりつけ医へ生活リズムに合わせた内服調整を相談するよう声掛け ・ 通所介護・上肢機能改善・維持に対する役割分担を協議 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 内服1日2回へ。酸化マグネシウム、眠剤は頓服へ変更 ・ 整形外科にて痛み止め変更 ・ 左上肢を皿などの固定に使うようになる
<ul style="list-style-type: none"> ・ 入浴自立 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入浴動作評価 ・ 環境調整（滑り止めマット導入） ・ 階段昇降手順の確認及び練習 ・ 自宅周囲歩行練習 ・ 膝の痛みの手帳（NRSで記録） ・ 環境調整（出入口手すり設置） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケアマネジャーへ評価結果を報告 ・ 通所介護・階内昇降の手順統一 ・ 練習量と膝の痛みの変化の共有 ・ 通所先での歩行状況の確認 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 12月中にシャワー浴自立、浴槽出入も安全に行っていたが、自宅での浴槽入浴頻度は低い ・ 階段昇降手順は定着。2階の換気や片付けのため、一人で上がるようになる ・ こみ出し、郵便の受け取りは可能に ・ 痛み止め変更後、屋外歩行時の痛み軽減、安定性向上 ・ 洗濯は週1回実施。掃除機かけも行うように
<ul style="list-style-type: none"> ・ 家事の再獲得 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 洗濯・物干し動作練習 ・ 掃除機かけ練習 ・ 調理練習 ・ 整理収納（室内王手環の取外し、玄関～洗面所動線、衣類の片付け場所の設定） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問介護職員へ、調理は本人の作業を聞きながら行うよう、やる気が出るような誘導を依頼 ・ 片手でやりにくい包丁・動作は介助し、その他を本人が行うように設定 ・ 上記をケアマネジャーへ申し込む 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問介護職員へ、調理は本人の作業を聞きながら行うよう、やる気が出るような誘導を依頼 ・ 片手でやりにくい包丁・動作は介助し、その他を本人が行うように設定 ・ 上記をケアマネジャーへ申し込む

【訪問リハビリ支援経過概略】

（退院時サービス等）

- ・ 訪問リハビリ週2回、40分/回。PT・OTそれぞれ1回ずつ訪問。歩行と家事動作に関しては一部役割分担していたが、基本的にはその時に必要な支援を職種間協働で実施。
- ・ 訪問介護週3回、福祉用具レンタル（ベストポジションパー、特殊寝台、車椅子）、通所介護週3回（R6.12.27～）
- ・ 弟、妹、友人A・Bの支援

時期	目標	支援内容	他サービス等との連携	
退院前 退院～ 2か月	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活リズムの確立 ・ 健康支援 ・ ADL・IADL練習 ・ 日常生活の安定 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活状況の評価 ・ 健康支援 ・ ADL・IADL練習 ・ 歩行練習（階段昇降・自宅周囲） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ R5.12.18 サービス担当者会議・リハビリテーション会議 ・ 通所介護との情報共有（電話） ・ ケアマネジャーとの情報共有（電話） ・ R6.1.31 サービス担当者会議（文書による路会） ・ 退院後の経過の共有、サービス一部変更（訪問介護支援内容） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院前カンファレンス →かかりつけ医・整形外科への診療情報提供 ・ 回復期からの申し送り ・ 回復期への経過報告 ・ 回復期への経過報告（退院後訪問）
3～5か月	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社会参加（準備） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 屋外歩行練習（近隣） ・ 買い物練習 ・ つながり支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・ R6.2.19 リハビリテーション会議 ・ 目標の見直し（近隣の屋外歩行自立） ・ R6.3.13 サービス担当者会議 ・ 訪問リハビリ支援期間の延長 ・ 友人Aとの情報共有（対面） ・ 通所介護との情報共有（対面） ←かかりつけ医からの診療情報提供 ・ R6.4.15 リハビリテーション会議 →かかりつけ医への診療情報提供 ・ R6.5.13 サービス担当者会議 →かかりつけ医への診療情報提供 ・ 訪問リハビリ終了後、サービス見直し 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 回復期からの申し送り ・ 回復期からの申し送り

【社会参加支援を行った時期 R6.2.19～5.17】

（生活状況）できることが増え、やりたいことが少しずつ出ている

- ・ 自宅内での駆動無し、自宅での入浴はシャワー浴。2階に上り換気や片付けを実施。こみ出し、郵便受けの確認は一人でやっている。
- ・ 一人で外出することは無いが、弟や友人と受診や買い物に出かける。買い物をする時は店内カートを押して歩く。
- ・ 調理、血洗、洗濯、掃除等の本人の実施頻度増加。トイレ・風呂掃除や日常の買い物の買入物は訪問介護にて実施。
- ・ 弟、友人A・Bの関わりは継続。

R6.2.19 リハビリテーション会議（訪問リハビリ担当医・担当PT・本人）

- ・ 本人より、郵便局や近所のスーパーへ行きたい、日曜大工（家の修理）をしたいの意向が聞かれる。
- ・ 退院当初に比べ膝の痛みや歩行状態の改善は減ってきており、一人で歩くことができる範囲が拡大する可能性がある。また、簡単な買い物できれば訪問介護の支援を減らせる可能性があることについてケアマネジャーと共有。訪問リハビリ3か月延長を検討。

目標	支援内容	他サービス等との連携	経過
<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分で買い物ができる ・ 郵便局に行ける（金銭管理・友人との交流） ・ 友人Aと外出できる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ スーパー、郵便局、コンビニまでの屋外歩行・買い物練習 ・ 整理収納（足関節屈伸角度リレー） ・ 友人Aの情報提供 ・ 日曜大工、釣り動作の検討 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 郵便局まで歩き、友人Aと会い、回復期本人の状況を伝える ・ 本人と通所先まで歩いていき、担当職員と現状を共有 ・ 趣味活動の再開 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 屋外用歩行では、通る場所を決めることで慣れた場所であれば不意地の対応が可能になる ・ 歩行耐久性が改善し、350m連続で歩くことができようになる（往復700mの範囲の外出可） ・ 友人A・Bと花見、食事に行く ・ 膝の痛みを自分で管理しながら散歩に行く

R6.5.17 訪問リハビリ終了 一人で近所に出掛けるようになり、自分で動作の工手や疼痛管理をするようになる

- ・ 自宅の壁の修理に友人Aの協力の下実施。調理では包丁を使う工程も自分で行うことが増えた。
- ・ 週末は本人宅にて友人A・友人Bとお酒や食事を楽しむ。
- ・ 訪問介護は週3回から週2回へ、外出用にレンタルしていた車椅子を返却。
- ・ 疼痛の増えないか、安全に外出を続けられているかのフォローと、趣味活動再開に向けての支援継続を通所介護に依頼。
- ・ R6.6.29 訪問リハビリ終了後の確認。生活状況大きな変化なし、外出は3日に1回実施。



R6.4.26 通所先まで歩く

症例

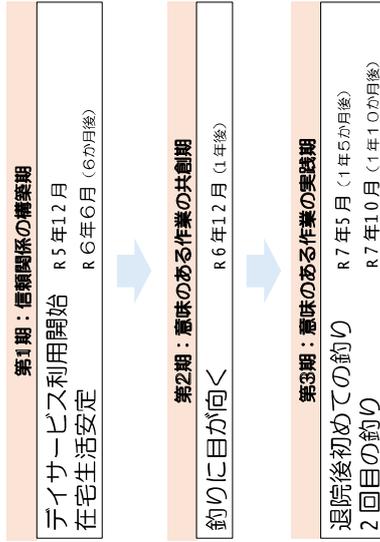


『自分らしさ』を引き出す

アプローチと社会参加支援

デイサービス ファイン
作業療法士
小林 章悟

経過



- 【対象者情報】
- ・男性、70歳代、脳梗塞(R5.6発症)
- 【身体機能】
- ・移動：屋内はT杖・装具にて自立。歩行持久性は低下。
 - ・BRS：上肢IV、手指皿(物の固定は可能、実用的なピンチ困難)
 - ・ADL：入浴のみ介助 A DL：全般に一部介助
- 【心理面・社会面】
- ・心理面：軽度の不安、意欲の低下、軽度注意障害。病前は社会的。
 - ・趣味：釣りは諦めているが、家族・知人は再開を希望
- 【OT支援体制】
- ・週3回利用
 - ・個別訓練20分/日、自主練習60分/日(合計週240分)
- (訓練内容：身体機能訓練、生活機能訓練(調理・洗濯))

第1期 信頼関係の構築期 (在宅生活安定)

作業療法目標：生活の安定と友人と外出ができるようになる(1回/月)

本氏の言葉と気持ち

- ・『もう釣りは無理やろ』
- ・釣りの話題を出しても、はぐらかされる

OTの推論

- ・『釣りは無理…』と語り、喪失感と現実のギャップ。生活の安定と信頼関係の構築を優先

OTの介入

- ・身体機能の向上に向けた介入を実施
- ・生活の再建(ADLやA DL)への介入。生活状況、心理面の変化を訪問リハビリやケアマネジャーと共有。
- ・信頼関係を築きつつ、意味のある作業を見つけるための継続的な関わり

介入による変化

- ・信頼関係が構築されていく中で、新たな問題や小さな困りごとが、会話で出てくるようになった
- ・屋外歩行自立、調理動作の拡大
- ・少しずつ前向きな気持ちに変化
- ・親しい友人と食事や飲みに行くようになった

第2期 意味のある作業の共創期（釣りに目が向く）

作業療法目標：釣りに必要な一連の動作について、本氏と共に能力と課題を整理し、今後の取り組みを共有できる

本氏の言葉と気持ち

- ・『釣りはまだ無理よ…だけど、まだ釣りに行けるようになるやろうか…』
- ・昔の釣り写真を自分から見せてくれるようになった

OITの推論

- ・生活の安定と外出頻度の増加により、自己効力感が向上。『また行けるやろうか』という言葉に、挑戦への気持ちを感じ取った。「釣り」をすすめる段階的アプローチを開始する時期と判断した。

OITの介入

- ・片麻痺者の釣りの動画を一緒に視聴 → イメージの共有
- ・「移動・準備・仕掛け・餌・竿投げ・回収・片付け」でできること・できないことを整理
- ・釣具（竿・リール）操作練習、餌つけ練習、仕掛けに糸を結ぶ練習

介入による変化

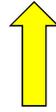
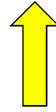
- ・『無理…』一辺倒から、少し期待を口にするようになった
- ・リハ内容を「釣り」にシフトする合意形成ができた

「釣り」の練習と自助具

竿の操作練習



仕掛けを結ぶ自助具の作成



第3期 意味のある作業の実践期（退院後初めての釣り）

作業療法目標：友人の見守り・軽介助のもとで、釣りに必要な動作を概ね自力で行える

本氏の言葉と気持ち

- ・『釣りの場で、仕掛けと餌つけができるようになれば、仲間と一緒に釣りに行けるなあ』
- ・『もう一度釣りに行って、クロを釣りたい』

OITの推論

- ・『クロを釣りたい』『仕掛けを自分で作りたい』という要求は、受動的から能動的な取り組みに転換していると感じた。OITは本人主体に自助具などの環境調整支援にシフト

OITの介入

- ・仕掛けに糸を結ぶ練習と自助具の作成（より実践的な）
- ・餌を付ける練習と自助具の作成（より実践的な）

介入による変化

- ・自身で創意工夫が出来るようになり、一緒に自助具を作ることができた
- ・仕掛けに糸を結ぶ、餌つけ、リール操作が可能になった
- ・主体性が強くなり、生活場面でも自分で創意工夫する場面がみられるようになった
- ・釣りに行ったことをきっかけに、釣りの仲間と密に連絡を取るようになった

まとめ

1. 段階的な臨床推測プロセス

- 第1期：喪失への防衛→信頼関係構築を優先
- 第2期：自己効力感の向上→段階的アプローチ開始
- 第3期：主体性の向上→環境調整支援へシフト

▶ 本氏の語りから心理状態を読み取り、支援戦略を転換

2. 意味のある作業の共創

- 『もう無理』→『また行けるやろうか』→『クロを釣りたい』
- ▶ 継続的な対話を通して、作業の意味をもに見出し「もう一度挑戦したい」と思えるまで伴走し、目標を共有するプロセスが重要

3. 他職種協働により社会参加の実現

▶ 次のスライドへ

多職種協働により社会参加の実現

デザイナーヒス

継続的なフォローと
趣味活動の支援(動作・道具など)

訪問リハ

釣りへの思いの確認と練習
と継続的な声かけ

ケアマネ

釣りに対する思い
の傾聴と賞賛

入院中のリハ

釣りへの思いの確認
と継続的な声かけ

親しい友人

賞賛の場

釣り仲間

場とモチベーションの提供
賞賛の場

家族

釣りへの促しと
賞賛の場

福祉用具支援(自助具)

麻痺手でも使える道具の共有

今後の課題

1. 回復期から生活期への「意味の引き継ぎ」

▶ 機能情報だけでなく、本人の思いや価値観の共有

2. 生活の場だからこそ見える「その人らしさ」

▶ 「できる/できない」から「何を大切に生きるか」へ

3. インフォォーマル支援者を含めた地域のチーム

▶ 家族・友人など地域の力を生かす仕組みづくり



ご清聴ありがとうございました

・ニーズの変化にあわせ、連携し、それぞれの役割で支援する

生活目標点検表

生活目標：釣りで一人で仕掛け、餌つけができる

		項目	チェック	優先度	現状と課題（令和7年10月時点）	支援の方針
心身機能	身体機能	医学的な問題	○	1	脳血管疾患の既往あり 病院受診、内服により安定	現状の維持
		全身状態	○			
		リスク管理	○			
	精神機能	関心・やる気を持てる	○	1	釣りに向けて意欲高い 自立するまでには環境設定や片手 中心の作業の熟練が必要	課題解決に向けて支援を実施
		目標を作れる	○			
		精神的安定	○			
		睡眠				
身動	日常生活活動	食事を摂る	○	2	自立 入浴のみ安全のためデイサービスの 利用（浴槽の利用）	現状の維持
		排泄	○			
		整容	○			
		着替え	○			
		入浴	○			
		起居	○			
		移動	○			
	日常生活関連活動	食事の確保	○	2	友人、弟、ヘルパーによる協力で 補われている。 家事動作では、長時間立ち仕事を すると膝の痛みが出てくる。	現在、課題ないが、創意工夫によっ てはできることは増加しそう。そのた め、ニーズがあれば介入していく。
		家事（掃除、洗濯）	○			
		買い物	○			
		自己管理能力	○			
		留守番	○			
		認知面（理解、記憶）	○			
		経済面				
社会参加	生活範囲	○	2	友人、弟と外出している。また、一人 で近隣も散歩している。	現状の維持	
	自己決定能力（外出、 趣味、仕事、サービス 調整）	○				
	コミュニケーション	○				
	対人関係	○				
	交通機関の利用					
社会資源	在宅支援サービス	○	2	友人、ヘルパー利用している。	現状の維持	
	地域支援体制	○				
	緊急時の対応体制	○				
環境因子	家族機能	○	2	弟、姪との関係良好。 一階が住居スペース。 二階は趣味、物置のような使い方 （階段の昇降は安全に可能）	現状の維持	
	人的交流	○				
	家屋環境	○				
	周辺環境	○				
個人因子	生活歴の特性	○	1	魚釣り。現状では、リハ職との釣りの のみ。できることが増えれば友人と 行く予定。仕掛け、餌つけが一人で はできない	評価、実践もかねてあと数回同行 し、その後は友人との魚釣りに移行。	
	本人が望むこと	○				

脳の機能局在, 皮質脊髓路 (錐体路)

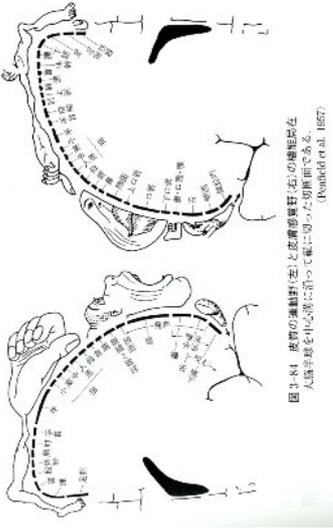


図 1-84 皮質の運動野(左)と皮質脊髄野(右)の機能局在
人猿脊髓を中心部に向けて縦に切った切面である。
(Penfield et al., 1957)

中村隆一他. 基礎運動学第6版補訂, 医歯薬出版, p115, 2016

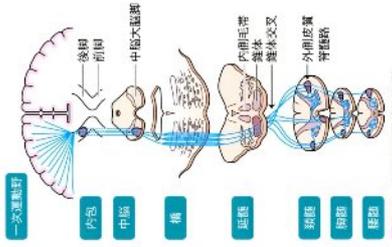
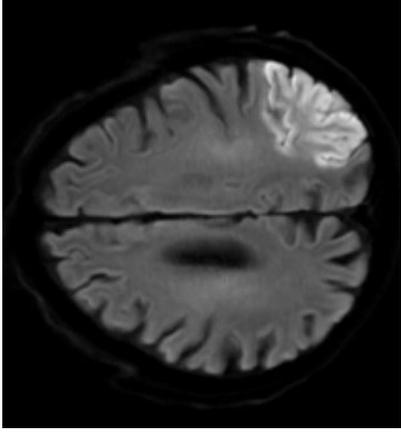


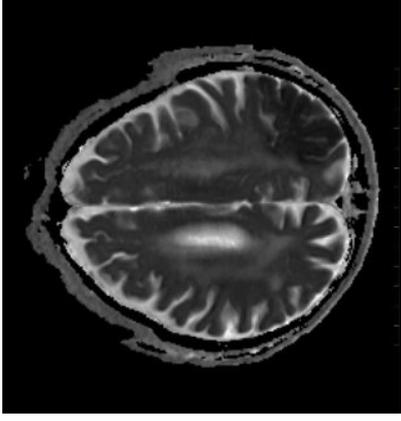
図 1-1 皮質神経路 (運動系)

リハビリテーション医学・医療コアテキスト第2版
, 医学書院, p132, 2021

急性期脳梗塞 (左後頭葉) の頭部MRI所見

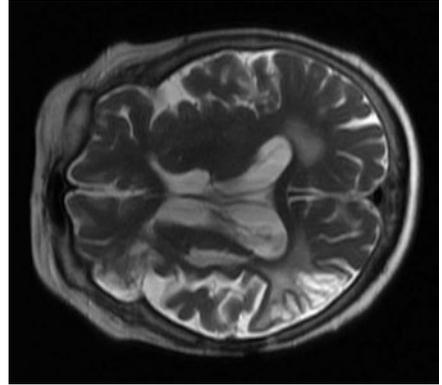


拡散強調画像(DWI) で高信号域



拡散係数 (ADC) 値の信号低下

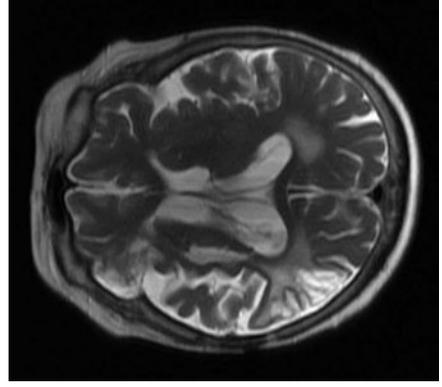
右中大脳動脈領域の脳梗塞



頭部MRI T2強調画像

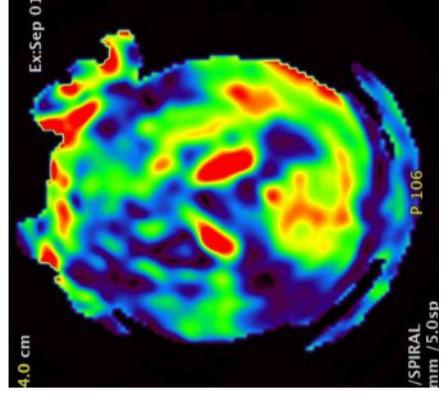


MRAで右中大脳動脈の閉塞あり



頭部MRI T2強調画像

右中大脳動脈領域の脳梗塞



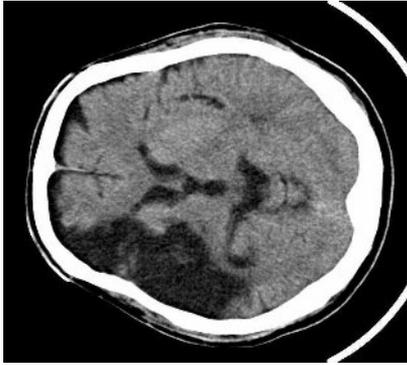
脳血流低下あり (ASL画像)

頭部CT

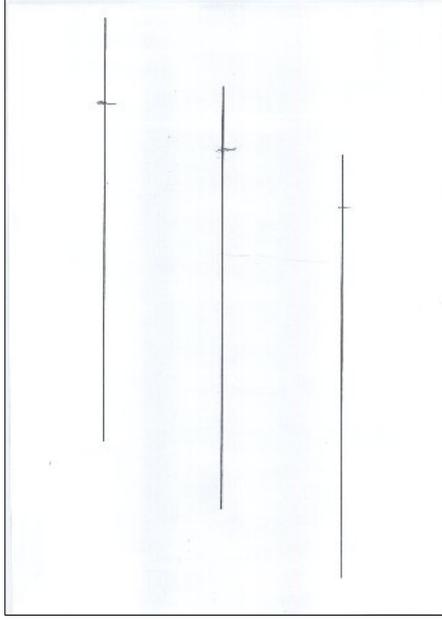
左半側空間無視：線分二等分試験



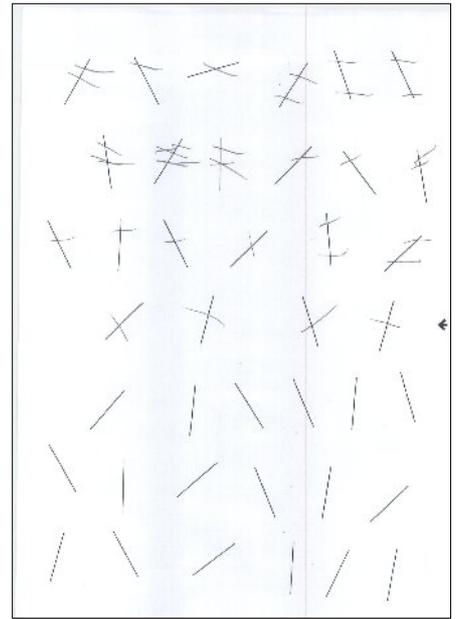
右被殻出血



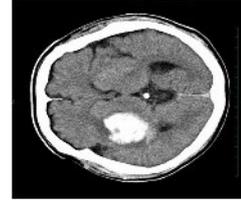
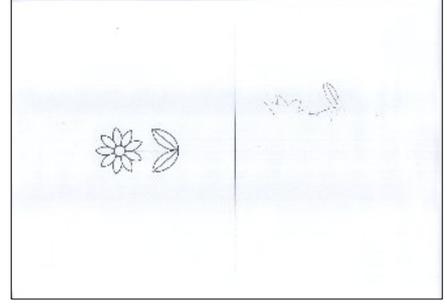
右中大脳動脈領域の脳梗塞



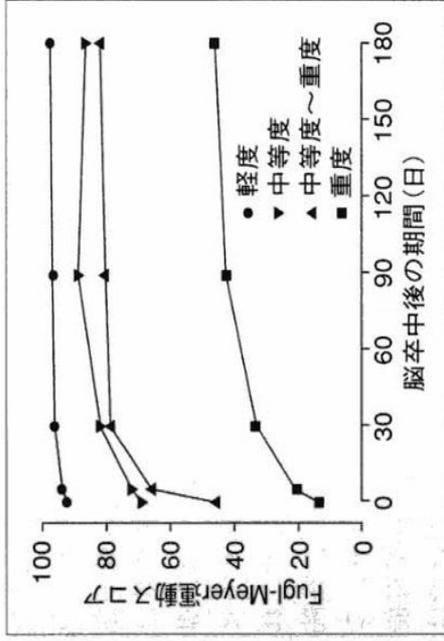
左半側空間無視：線分抹消試験



左半側空間無視：図形の模写



脳卒中による麻痺の回復過程



Duncan PW, et al. 1992

脳卒中片麻痺の評価：ブルンストロームステージ (BRS)



- 「**質的变化**」としての中枢性麻痺
- 末梢性麻痺は「量的変化」
- 片麻痺の回復過程をもとに **6段階**に分類
- 「**連合反応・痙性** → **共同運動** → **分離運動**」
- 上肢・手指・下肢の各々で評価する。

ブルンストロームステージ (BRS)

- I … 随意運動 (-)
- II … **共同運動・連合反応 (+)**
- III … 共同運動 ↑, 痙性 ↑
- IV … **共同運動 → 分離運動 (+)**
- V … 分離運動 ↑
- VI … 分離運動完成, 協調性 ↑



入院リハビリテーション治療の内容

● 入院リハビリテーション強化 (3週間)

- 上肢ロボット支援訓練：アームトレーナー
- 目標設定, 集中的作業療法, 課題指向型訓練
- ホットパッド
- 起立台による足関節持続伸張 (45分/日以上)
- 歩行訓練 (歩容指導)
- 器具検討



● 自主訓練の指導

- イラスト入り自主訓練プログラム
- 自己評価表

項目	1	2	3	4	5	6
歩行速度 (歩速)						
歩行距離 (歩行)						
歩行時間 (歩行)						
歩行回数 (歩行)						
歩行回数 (歩行)						
歩行回数 (歩行)						



脳卒中治療ガイドライン2021 [改訂2025]

上肢機能障害

1. 軽度から中等度の上肢麻痺に対しては、**麻痺側上肢を強制使用させる訓練などの特定の動作の回復を含む訓練**を行うように勧められる（推奨度A, エビデンスレベル高）。
2. **ロボットを用いた上肢機能訓練**を行うことは妥当である（推奨度A, エビデンスレベル高）。
3. Brain-computer interface (BCI)を応用した上肢機能訓練を行うことは妥当である（推奨度B, エビデンスレベル高）。
4. 中等度から重度の上肢麻痺に対して、もしくは肩関節亜脱臼に対して、**神経電気刺激**を行うことは妥当である（推奨度B, エビデンスレベル中）。
5. 他者の動作を観察しながら行う訓練や、バーチャルリアリティを用いた訓練を行うことは妥当である（推奨度B, エビデンスレベル高）。
6. **経頭蓋直流電気刺激 (tDCS)**、**反復性経頭蓋磁気刺激 (rTMS)**、埋め込み型刺激装置を用いた迷走神経刺激を行うことは妥当である（推奨度B, エビデンスレベル高）。



脳卒中治療ガイドライン2021 [改訂2025]

機能改善と活動性維持のための患者および家族教育

1. 患者と家族もしくは介護者を対象とした、**多職種チームによる情報提供**（基本動作およびADLの現状、継続的な訓練の必要性とその内容、介護方法、脳卒中発症後のライフスタイル、福祉資源など）と**脳卒中知識の啓発**が勧められる（推奨度A, エビデンスレベル中）。
2. **危険因子の管理**には、効果的な介護福祉サービス提供のための組織改編を旨とした啓発と行動介入が勧められる（推奨度A, エビデンスレベル中）。
3. **患者の行動変容を長期的に継続**させるために、対面、郵便、オンラインなどによって**自己管理プログラムを提供**することは妥当である（推奨度B, エビデンスレベル高）。
4. 家族もしくは介護者に対して、対面、郵便、オンラインなどによる支援を提供することは妥当である（推奨度B, エビデンスレベル中）。



脳梗塞の再発予防

- 危険因子の管理
高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム、肥満
- 心原性脳梗塞
抗凝固療法：ワルファリン、直接作用型経口抗凝固薬（DOAC）
- 非心原性脳梗塞
抗血小板療法：アスピリン、クロピドグレル、シロスタゾール、prasugrelなど
頸動脈内膜剥離術など



脳卒中地域連携パス

- 急性期・回復期・生活期の切れ目のないリハビリテーションサービスが必要
- 医療機関相互の連携を強化する重要なツール
- 患者情報の共有
- 患者家族への説明

第52回 地域リハビリテーションケース会議

参加者アンケート結果

テーマ：「自分らしさ」を引き出すチームの力～社会参加支援の実践～

日時：令和7年12月10日(水)18:30～20:30

場所： ウェルとばた 中ホール

参加者：202名

回答者：147名(回収率:72.7%)

◆ 申込者属性(職種別)

	職種	人数	割合
1	医師	5	2.5%
2	歯科医師	2	1.0%
3	看護師	6	3.0%
4	理学療法士	72	35.6%
5	作業療法士	45	22.3%
6	言語聴覚士	5	2.5%
7	歯科衛生士	1	0.5%
8	介護福祉士・介護職	19	9.4%
9	MSW・PSW・相談員	9	4.5%
10	社会福祉士	8	4.0%
11	ケアマネジャー	23	11.4%
12	福祉用具専門相談員	5	2.5%
13	管理者	1	0.5%
14	事務職	1	0.5%
合計		202	100%

◆ アンケート結果

問1 所属機関

所属機関	人数	割合
病院	40	27.2%
診療所	5	3.4%
歯科診療所	2	1.4%
介護老人保健施設・介護老人福祉施設等	1	0.7%
居宅介護支援	14	9.5%
訪問介護	18	12.2%
訪問看護	7	4.8%
訪問リハ	8	5.4%
通所介護	13	8.8%
通所リハ	15	10.2%
障害者施設等	11	7.5%
その他(福祉用具貸与、小規模多機能事業所)	3	2.0%
未回答	9	6.1%
合計	147	100%

問2 職種

職種	人数	割合
医師	4	2.7%
歯科医師	2	1.4%
看護師	4	2.7%
PT	50	34.0%
OT	29	19.7%
ST	3	2.0%
MSW、相談員等	15	10.2%
ケアマネジャー	19	12.9%
介護職	12	8.2%
事務職	1	0.7%
事業管理者	3	2.0%
その他(福祉用具専門相談員・営業職)	4	2.7%
未回答	1	0.7%
合計	147	100%

問3 経験年数

経験年数	人数	割合
1～2年	16	10.9%
3～4年	12	8.2%
5～9年	26	17.7%
10～19年	52	35.4%
20～29年	34	23.1%
30年以上	7	4.8%
合計	147	100%

問4 参加回数

参加回数	人数	割合
はじめて	54	36.7%
2～3回	44	29.9%
それ以上	45	30.6%
未回答	4	2.7%
合計	147	100%

問5 地域リハビリテーションケース会議に参加した目的は何ですか？(複数回答可)

参加目的	人数	割合
取り組みを知りたいから	80	25.6%
他職種の意見が聞きたいから	58	18.5%
社会資源情報を知りたいから	23	7.3%
情報整理の方法を知りたいから	19	6.1%
連携の仕方を知りたいから	46	14.7%
上司や同僚に誘われたから	28	8.9%
地域リハビリテーション・地域包括ケアについて知りたいから	54	17.3%
その他	5	1.6%
合計	313	100%

※その他:新人教育の参考にするため、テーマに興味があった、
職員が発表したため、担当事例だった

問6-1 今回の地域リハビリテーションケース会議は参考になりましたか？

参考度	人数	割合
参考になった	139	94.6%
普通	8	5.4%
参考にならなかった	0	0.0%
合計	147	100.0%

問6-2 地域リハビリテーションケース会議が参考になった理由、その他意見

※自由記載、意見抜粋

【「その人らしさ」「自分らしさ」への支援、生きがい・価値観の尊重に関すること】

◆ コーディネーターの言葉に共感

「人に1匹の魚を与えよ、さればその人1日空腹に非ず。人に魚の釣り方を教えよ、さすればその人一生空腹に非ず。」このことわざの通り、その人にとって「何が生きていく上での力になるか」という言葉が強く心に残った。本人主体で活動・参加につながる関わり方がとても参考になった。

◆ 「その人らしさ」の再認識と尊重の重要性

- ・患者の障害だけでなく、利用者の思いや価値観を深く理解し、それに基づいた支援の必要性を再認識した。
- ・事例の内容、またそれを基に主体性、自分らしさを引き出すために何が大事かそれぞれわかりやすくまとめられており、浜村先生のお話しにも勇気づけられた。

◆ 生きがい・価値観を見出す支援

- ・自分らしく生きるための素晴らしさや、したいことを見つける意欲を引き出す支援の重要性を感じた。
- ・患者、利用者の障害だけをみるのではなく、「その人そのもの、その人を大切にしているもの」を一緒に共有し、病後どう生きていくか支援していくべきだと再認識した。
- ・ケースの方が釣りに行かれた時の写真に涙が出そうでした。

◆ サービス外の関わりや地域の力活用や柔軟な対応

- ・サービスの枠組みを超えた関わりや、地域の力を活用した支援の重要性を感じた。
- ・趣味活動など、マニュアルにないその人らしさ支援における「グレーゾーン」への柔軟な対応が求められることを学んだ。

◆ 主体性を引き出す関わり、「待つ」姿勢の価値

- ・本人の意欲や意思を引き出し、活動・参加へつなげるアプローチの重要性を学んだ。
- ・焦らず利用者のペースに合わせて「待つ」ことの意義とそれが支援に繋がることを実感した。
- ・ご本人がやってみよう、できるかと思える関わりが勉強になった。症例の方の気持ちに寄り添いながら、焦らずに価値観が転換できるようアプローチされた事が素晴らしいと感じた。

◆ 「してあげる」から「伴走する」視点へ

- ・医療側が持つ「してあげる」視点から、本人を中心に据え、共に歩む「伴走する」視点への転換の重要性を認識した。

【多職種連携・チームアプローチ・地域連携の重要性】

◆ 多職種連携の重要性

- ・困りごとを抱える本人を含め、各チームメンバーがそれぞれの役割を活かし、より良い手段を検討するために協働することの重要性を再認識した。
- ・切れ目のないリハビリテーションがその人らしい生活を支援すると改めて理解できた。
- ・回復期から「その人らしさ」を支援する大切さや、それを生活期へ引き継ぎチーム

で支援していく重要性を学んだ。

- 回復期からの情報共有など今後しっかり聞き取りを行おうと思った。趣味も諦めず介入していきたいと感じた。
 - 回復期～生活期へのつながり、連携の仕方が参考になった。
 - 自分自身、病院生活のゴールだけを重要視してしまっている状態だったため、退院後の生活に焦点を充てたアプローチを考えるととてもいいきっかけになった。
 - MSWとしてケアマネジャーと連携をとることは多いがケアマネジャーから訪問リハ、デイサービススタッフがどのように本人と関わり、地域との関わりを再開しているのか知らなかったので参考になった。
- ◆ **家族以外のつながりの活用**
- 家族だけでなく、友人など地域の力を生かす取り組みや、患者を取り巻く環境を評価することの必要性を学んだ。
 - 対象者に関わる「つながり支援」の重要性を再確認した。また、つながり支援シートの活用がその人を取り巻く環境、対人関係まで視野を広げられてよいと感じた。
- ◆ **「したい」を「できる」に変える支援**
- 「したい」ことを「できる」に実現する支援において、支援チームの一員である訪問介護の役割に触れてもらえると良いと感じた。

【その他(感想・ご意見)】

- ◆ 事例報告について議論したい。
- ◆ 出来なかった、またはうまくいかなかった症例も知りたいと感じた。
- ◆ 4部構成で退屈することなく、連携や「つながり」について深く理解できた。
- ◆ デイサービスで活動面に対する支援に取り組んでいる事業所があると知り必要な方には紹介をしたいと感じた。
- ◆ 浜村先生と橋元先生のお話が分かりやすく、また長い間活動を続けられている熱量に脱帽致しました。
- ◆ 最後の浜村先生のお話しの中にあっただよように、医療では「してあげる立場」からの視点が強いように感じています。「その人を中心に」という考え方は、福祉の領域では以前から言われていることなので、福祉の領域からの話を主にしてもよいと感じました。
- ◆ その人らしさを引き出すために、他職種の連携、チームでの関わりが大事である事は分かっているつもりですが、自身が働いている事業所内でさえ、共通理解が難しいと感じます。例えば、「認知症の人が安心できる関わりが大事」という事は共通理解できても、関わり方が、各々が考える「安心できる関わり」が異なることがあります。色々な関わり方をした後、どの関わり方が良かったのか、を確認する手段がなく、やりっぱなしになってしまうことがあります。
- ◆ 年齢を重ねていくと、身体的、認知的なレベル低下が必ず出てきます。その時に、どうやってその人らしさを引き出し、維持していくかを難しく感じています。
- ◆ いろんな課題を抱えているが、今回のケース会議を聞いて、明日から頑張っていきたいと感じました。

問7 今後も地域リハビリテーションケース会議に参加したいと思いますか？

参加希望	人数	割合
参加したい	135	91.8%
わからない	8	5.4%
思わない	0	0.0%
未回答	4	2.7%
合計	147	100%

問8 今後、取り上げてほしい事例や研修会へのご意見※自由記載

- ◆身寄りのない方への支援
- ◆認知症の方の支援
- ◆難病、頸損等の支援
- ◆多系統萎縮症の方の支援
- ◆介護者の高齢化に伴うケアマネジメントのあり方・支援（老老介護、親が子を介護）
- ◆福祉用具リフトの導入事例
- ◆医療 DX について
- ◆外出支援
- ◆自動車運転再開事例
- ◆食べる支援、食べないと選択した看取り
- ◆リハ、Ns、MSW、CM、福祉用具等の多職種連携について
- ◆NPO との連携について、地域づくりについて、障害グループ同士の交流について
- ◆北九州市で利用できる支援サービス等の導入方法について

【お知らせ】

地域リハビリテーションケース会議に関する情報提供は、

北九州市地域リハビリテーション推進課のホームページで行なっています。

<https://www.city.kitakyushu.lg.jp/contents/18301043.html>



見てね！

〔お問い合わせ〕

北九州市保健福祉局 地域リハビリテーション推進課

〒802-8560 北九州市小倉北区馬借一丁目7-1

総合保健福祉センター（アシスト21）3階

（電 話） 093-522-8724 （FAX） 093-522-8772