

地域リハビリテーションケース会議

資料集 No. 29



**Kitakyushu
Action!**

動かせ、未来。北九州市

○第51回地域リハビリテーションケース会議
令和7年3月5日(水) 18:30~20:30
ウェルとばた 中ホール

主催：北九州市保健福祉局地域リハビリテーション推進課

地域リハビリテーションケース会議 資料集 No.29 目次

第 51 回:『その人らしさを大切に』～地域生活の再建を支える支援者と地域の重層的支援～

1. まとめ	1
2. 配布資料	
(1) 次第	7
(2) ケース概要	8
(3) 事例紹介	9
(a) 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	
北九州福祉サービス株式会社 ケア・リハビリセンター小倉北	
介護支援専門員 宮崎 洋一	
(b) 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	
株式会社ホットウィル リハビリセンターウィル片野	
介護福祉士 矢野 優	
(c) その人らしい暮らしを再建するリハアプローチと多職種連携について	
医療法人 都留内科医院 訪問リハビリテーション	
理学療法士 馬崎 美緒	
(d) 地域でのその人らしい生活の再建に向けた医療介護連携	
～本人家族の思いを重視したチームアプローチ～	
公益財団法人健和会 大手町リハビリテーション病院	
理学療法士 今村 彰秀	
(4) ミニ講座・有識者コメント	31
「パーキンソン病のリハビリテーション治療」	
産業医科大学若松病院 リハビリテーション科 診療科長 蜂須賀 明子	
3. 参加者アンケート結果	35

第51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3月5日(水)18:30～20:30

場所：ウエル戸畑 中ホール

テーマ：『その人らしさを大切に』

～地域生活の再建を支える支援者と地域の重層的支援～

参加者：185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. ケース検討の概要

パーキンソン病を発症し約7年が経過した80歳代の男性。23歳で独立して以降、長年住み慣れた地域で眼鏡屋を営んでいた。社交的な性格で、古くからの友人やパーキンソンの会、常連のお客など地域とのつながりが強かった。

パーキンソン病発症後も眼鏡屋の経営継続や同窓会等への参加を目標に、デイサービスを利用しながら、意欲的にリハビリを継続してきたが、新型コロナウイルスへの感染により体調が悪化したことで、廃用症候群が進行。活動量が急激に低下し、移動や活動が困難となったことで閉業を決断。

訪問リハビリテーションが介入し、社会参加の再獲得などを目標に支援を実施するも、外出中に転倒し、腰椎圧迫骨折にて入院することとなった。多くの課題が残る在宅復帰を目標に入院加療中のケースである。

経過が長く、状態が短期間にて変動する中で、一貫して支援に関わったケアマネジャーを中心に、「その人らしさを大切に」し地域の輪を途切れさせない支援者の関わり、また支援者間の輪をつなぐ連携の在り方について意見交換を行った。

2. 事例紹介

経過の長いケースであり、対象者を取り巻く環境や状況の変化に応じた支援が分かりやすいよう、支援経過を三期に分けて紹介。

I 期	『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』 (パーキンソン病発症からCOVID-19感染まで)
II 期	『生活の再構築に向けた支援者の関わりと多職種連携 ～本人家族の思いを支える～』 (感染後から転倒骨折による入院まで)
III 期	『地域でのその人らしい生活の再建に向けた医療介護連携 ～本人家族の思いを重視したチームアプローチ～』 (入院から在宅復帰まで)

(1)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 Ⅰ～Ⅲ期

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
介護支援専門員 宮崎 洋一氏

ケアマネジャーとしての関わりを三期に分けて説明。各期での本人の状況や希望、家族の気持ちに寄り添った関わりや支援内容を紹介。眼鏡屋を継続したい、友人との交流を続けたいなど、その人らしさや本人の意向を最も重視し、地域とのつながりを途切れさせない、目標設定や支援を実施した。変化に戸惑い不安を抱える家族の思いにも寄り添い、不安の原因をひとつひとつ丁寧に整理し、具体的な方法や手段を提案することで不安を軽減。本人及び家族の双方の思いを尊重した支援を実施した。

また、支援者間での連携については、情報共有と合わせて本人や家族の思いを共有することを重視し、支援者間で同じ思い・目標を共有することでチーム力を高めた。支援者間が直接連絡を取りやすいよう働きかけ、環境設定をするなど、支援者の輪がつながることを重視した支援を実施した。

(2)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 Ⅰ期

株式会社ホットウィル リハビリセンターウィル片野
介護福祉士 矢野 優氏

パーキンソン病発症後も、眼鏡屋の経営を続けることや地域(仲間)との交流を続けることを目標に、長期にわたり支援を実施した。本人の眼鏡屋を継続したい、同窓会に行きたい等の具体的な目標を常に本人と共有した。「人には迷惑をかけられない」と、日々リハビリや眼鏡屋の継続に励む本人に寄り添い支援を実施することで、長期にわたって高いモチベーションを持ち続けることに繋がった。

新型コロナウイルス感染後、利用は一旦途切れたが、その後も訪問リハビリと連絡を取り、通所時の本人の情報共有や通所サービスの利用再開に向けた目途等について共有するなど、支援者の輪を途切れさせないように取り組んだ。

(3)その人らしい暮らしを再建するリハアプローチと多職種連携について Ⅱ期

医療法人 都留内科医院 訪問リハビリテーション
理学療法士 馬崎 美緒氏

新型コロナウイルスへの感染により、廃用症候群が進行し自宅内での基本動作が困難となったことで介入を開始。ベッド位置や動線等生活環境を整えるとともに、本人が送りたい生活を丁寧に聞き取り、日常生活動作獲得等の支援に反映した。また、眼鏡屋を閉業することを決心した後も、本人の思いやその人らしさを重視し、長期的な目標として眼鏡屋の片づけや同窓会への参加などを目標に掲げ本人のモチベーションを引き出した。

本人への支援だけでなく、妻の介護疲れに対し、介助量を軽減する方法の伝達に尽力するとともに、妻の不安感や思いに寄り添い精神的なフォローも心がけた。

転倒骨折にて入院となるまで、約1カ月の関わりであったが、ケアマネジャーやデイサービス事業所とも直接連絡を取り、本人・家族の思いや情報を共有することで、さらに具体的な支援計画へと反映するなど支援者間のつながりも重視した。

(4)地域でのその人らしい生活の再建に向けた医療介護連携 Ⅲ期

～本人家族の思いを重視したチームアプローチ～

公益財団法人健和会 大手町リハビリテーション病院
理学療法士 今村 彰秀氏

転倒による腰椎圧迫骨折にて入院加療。入院中に在宅復帰に向けて家屋調査を実施した。本人の身体機能、家族の介護力に応じて、自宅内のベッド周辺環境や動線を中心に生活環境を整備した。また、在宅復帰に不安を抱える家族に対し、介助方法を伝達し、不安感の軽減を図った。在宅復帰するにあたっては、身体機能の予後予測やそれに伴う必要な支援などを支援者間で共有していく必要がある、地域でのつながりを継続することも課題と感じた。

3. 参加者との意見交換

【本人の気持ちの変化に寄り添うことについて】

閉業を余儀なくされた時期や、転倒による骨折での入退院時において、本人・家族の気持ちの変化が大きかった。そのたびに、本人・家族の気持ちや不安に寄り添いながら、医師などの関係機関と情報を共有し、具体的な対応や支援を提案・実施してきた。

本人・家族の希望や意思を最も大切に、不安を感じていることを丁寧に聞き取って対応することで、不安の軽減に繋がり、関係機関とも共通の目標に向けた支援が可能となった。転倒骨折により状況は悪化したが、本人の「閉業後の片づけをしたい」という意思を尊重し、今後も関係機関と連携しながら支援を継続する。

本人の気持ちや意思を大切に、不安の一つひとつ丁寧に向き合うことが、その人らしさを大切にしたい支援に繋がると感じている。

【パーキンソン病の疾病管理や連携について】

パーキンソン病の疾病管理においては、運動療法に加えて、生活環境の調整も非常に有効である。また、症状の変化に応じて、医師と連携しながら適切なタイミングで服薬の調整を行うことも重要だと感じている。医師と円滑に連携できる体制や関係性の構築も、今後の課題である。

また、本ケースは家族との外出中に転倒骨折したが、身体状況の変化のみならず、生活状況や活動状況、意向の変化についても早期から予測し、家屋内の支援に留まらず車の乗降動作練習の実施や、見守り・軽介助の必要性、リスク管理の重要性等をより強く明確に伝達することが、転倒予防において重要であると感じている。

【感染症の流行による連携の変化とその対応策】

感染症の流行により、連携が希薄になったことは大きな課題であるが、病院から地域へ患者を送り出す際には、これまで以上に工夫が求められていると考える。例えば添書に加えて運動内容の資料を添付したり、ご家族に直接資料を渡したり、家屋調査等の機会を活用し関係機関が可能な限り顔を合わせて共有したりするなど、情報をより有効に伝達する方法を工夫した。特に家屋調査については、病院のリハ専門職とケアマネジャー、本人・家族が同席できたことで、より具体的に必要な支援を確認でき、退院後の支援として実践で

きている。

通所サービスにおいては、本人の状況の変化に応じてタイムリーかつ頻繁にケアマネジャーと連絡を取り共有することに努めた。

また、訪問リハビリテーションにおいては、初回訪問にケアマネジャーも同席し、住環境の確認や課題の整理、必要な支援内容を一緒に確認した。それにより、情報や目標の共有が強化され、その後も連絡を取りやすい関係を維持することができた。

このような連携体制があったことで、通所サービスや訪問リハビリテーションの支援者同士が直接連絡を取り合い、情報共有を行うなど、支援の輪をつなぐことができた。

対面によるコンタクトの機会が減少しているからこそ、より頻繁に連絡を取り、より細かい情報を共有するなど連携を密にしていくことが必要であると感じている。

具体的にどのように連携を図っていくかは、ケースに応じた検討や工夫が必要であるが、次に渡して終わりではなく、「つなぐ」という意識を持つことが大切である。また、つないだ情報がどのように活かされているのか等のフィードバックも含め、お互いに共有できる体制や関係づくりも必要であると感じている。

常に、次の支援者へつなぐ、または共に支援している支援者間がつながっているか意識し実行することが重要であると考えている。

4. ミニ講座(添付資料参照)

「パーキンソン病のリハビリテーション治療」

産業医科大学若松病院 リハビリテーション科診療科長 蜂須賀 明子氏

5. 有識者コメント

産業医科大学若松病院 リハビリテーション科診療科長 蜂須賀 明子氏

< I 期での支援について >

一般的にヤールの分類1～2.5度の時期に、積極的な運動習慣や活動的な生活習慣に向けた介入を行うことが望ましいが、本人家族の理解や自覚が得られにくく介入に繋がりにくいことが課題である。また、高齢で発症するほど短期間でマイルストーン(転倒や認知症などの重要な症状)が出現する可能性が高い。本ケースについては、一般的に介入が難しいとされるヤールの分類1～2度の時期に、ウィル片野での支援等により継続した運動習慣を確保できていたため、マイルストーン発症までの延伸及び良いコンディションが長く続くことに繋がったのではないかと評価できる。

< II 期での支援について >

ヤールの分類2～4度へ移行する過程であり、転倒や認知症発症の懸念が強まる時期であるが、訪問リハが介入し核となる ADL を中心として支援を積極的に行っていたことから、介入時期や支援内容も適切だったと考える。使用する CUE(合図やきっかけ)については、本人のこだわり(本ケースは足をたたくなど)や取り入れやすさを考慮し本人に適した手法を選択していくことが望ましい。また、マルチタスクが苦手な傾向があるため、例えば会話をしながらの動作が困難である可能性なども考慮した関わりが必要である。家族や関係機関に対しても、こうした特性を踏まえた適切な支援方法などの共有が必要である。

<Ⅲ期での支援について>

入院後から現在にかけての状態は、ヤールの分類5度に近い状況である。パーキンソン病の発症は片側性で、最初に症状が現れた側から重度化が進行し、左右差が見られる傾向が重要な特徴であるが、本ケースについても同様であり、片側性に対するリハビリテーションの介入方法や環境設定も適切であったと評価できる。また、今後は嚥下機能の低下も懸念される。嚥下障害が進行した場合には、嚥下造影検査や嚥下内視鏡による精査を行うことも、より効果的なサポートに繋がると考えられる。

産業医科大学若松病院においても実施している、短期入院によるリハビリテーション治療強化での支援も、地域での生活を継続するうえで状況改善のきっかけとして有効である。退院後の生活をより改善できるよう、実際の生活場面で活用できる情報や具体的な介入方法の提供が可能。例えば、夜間のトイレに関して排泄機能障害の状況に応じた介助方法の工夫や装具・福祉用具の調整・選定などが挙げられる。

また、介護保険だけでなく、難病受給者証や身体障害手帳による福祉サービス等フォーマルなサービスの活用も考慮し支援する必要がある。例えば足部の問題を抱えるパーキンソン患者も多いが、足部の装具作製費の補助等が難病受給者証の制度で活用できることもある。

近年では、パーキンソン病患者が世界的にも増加しており、日本においては高齢者の患者が大多数であることから、私たち支援者がパーキンソン病患者に関わる機会はさらに増えていくと考えられる。

そのため、医療・介護・地域が連携し、それぞれの専門性を活かしながら情報を共有し合うことが重要であり、それにより効果的な支援体制の構築が可能であると考えている。

5. まとめ

小倉リハビリテーション病院 名誉院長 浜村 明德氏

【「その人らしさ」を大切にす支援】

病状の変化を三つの時期に分けて紹介した各発表では、ケアマネジャーが支援の核となり、介入の方針にはその人らしさや本人の意向を最も重視するという一貫性が見られた。また、どの支援者も支援の軸として、「その人らしさ」を大切にしており、本人やご家族の価値観、そして「やりたいこと」を徹底的に尊重した支援が行われていた。このような姿勢は、特別な場面に限らず、私たちが日々の業務やケース支援においても常に意識し、実践していくべき重要な視点であると再認識する機会となった。

【重層的な支援体制とは】

障害があっても誰もが安心して暮らせる社会を実現するためには、「安心」とは何かを改めて考える必要がある。ここでいう「安心」とは、具体的に誰かをあてにできること、そして、いざというときに頼れる人が身近にいて、そのような人たちに二重、三重に取り囲まれている状態であり、このような支援の重なりが、地域の中で実現していることが理想である。

その人のまわりに、社会参加の場がしっかりと担保されていることも重要である。友人や地域の人々とのつながりの中で、見守りや支え合いが行われる環境があることで、日々の暮らしに安心感が生まれる。生活とは本来、社会的な営みであり、一人きりでは成り立たない。だ

からこそ、地域とのつながりや社会参加が重要であり、困ったときには専門職が適切に関わり、支援者の輪をつなぐとともに、地域の輪をつなぐ、途切れさせない支援を提供できる体制が求められている。

【「自分らしく生きる」「自己決定」を支える】

“地域リハビリテーション”の目標は、「安全に、その人らしく、いきいきとした生活ができること」、「地域包括ケア」の目標もまた、「自分らしい暮らしを人生の最後まで続けられること」であり、両者の目指す場所は同じである。

自分らしくどう生きるかは、他の誰でもなく本人自身が考え選ぶものであり、支援者の役割は、その人が望む生活を実現するために必要な条件を整えることである。具体的には、健康の維持に必要なケア、安全な生活環境の担保、そして本人の力を最大限に活かすための支援などが含まれる。

また、誰の手も借りずに生活することだけが自立ではなく、介助を受けながらも、自分らしい生活を送れていればそれは「自立」と言える。

障害が重くなると、「迷惑をかけたくない」「弱った姿を見られたくない」と感じ、他者との交流から遠ざかることがある。しかしながら、孤立を防ぎ、心の健康を守るには、社会や地域とのつながりを保つ、または絶やさないことが重要であり、ケアやリハビリにおいてとても大切な要素である。

さらに、本人の「自己決定」は、ケアやリハビリにおいて非常に重要な項目である。自分の意思で選び、決めることができる環境を整え、本人の「自己決定」を大事にできる支援を行うことが非常に重要である。

「安心」、「自分らしさ」などが担保される地域リハビリテーションや地域包括ケアの体制を整え、人生の最期まで自分らしく過ごせる北九州市を目指したい。

第51回 地域リハビリテーションケース会議

日時：令和7年3月5日（水） 18：30～20：30

場所：ウェルとばた 中ホール

テーマ：『その人らしさを大切に』～地域生活の再建を支える支援者と地域の重層的支援～

コーディネーター：浜村 明德（小倉リハビリテーション病院 名誉院長）

橋元 隆（九州栄養福祉大学 理学療法学科 教授）

1 事例報告（50分）

I期：『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』
（パーキンソン病発症からCOVID-19感染まで）

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
介護支援専門員 宮崎 洋一
株式会社ホットウィル リハビリセンターウィル片野
介護福祉士 矢野 優

II期：『生活の再構築に向けた支援者の関わりと多職種連携～本人家族の思いを支える～』
（感染後から転倒骨折による入院まで）

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
介護支援専門員 宮崎 洋一
都留内科医院 訪問リハビリテーション
理学療法士 馬崎 美緒

III期：『地域でのその人らしい生活の再建に向けた医療介護連携
～本人家族の思いを重視したチームアプローチ～』
（入院から在宅復帰まで）

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
介護支援専門員 宮崎 洋一
公益財団法人健和会 大手町リハビリテーション病院
理学療法士 今村 彰秀

2 意見交換（25分）

九州栄養福祉大学 理学療法学科 教授 橋元 隆

3 ミニ講座・有識者コメント（25分）

テーマ 「パーキンソン病のリハビリテーション治療」

産業医科大学若松病院 リハビリテーション科 診療科長 蜂須賀 明子

4 総括（15分）

小倉リハビリテーション病院 名誉院長 浜村 明德

ケース概要 (第51回 地域リハビリテーションケース会議)

	Kさん	年齢	86	性別	男性
障害者手帳	なし			要介護認定	要介護 1
疾患名	パーキンソン病				
家族状況		主な支援者		キーパーソン	
		妻、長女		妻	
<p style="text-align: center;">家族機能等</p> <p>妻が主に介護している。妻も不眠症で眠れないので夜中も対応してしまい疲れるという悪循環になっている。長女も近くにおり、本人の調子が悪い時は泊まり込みで支援してくれることもあった。長男は宮崎在住。二男は同居だが、朝8:00頃から出勤し16~17:00頃帰宅している。</p>					
生活歴					
<p>小倉生まれ。戦争中、疎開で日明に行った。戦後、父が54歳で退職。その後父は亡くなる。兄弟も5人いたが3人は早くに亡くなった。母一人だったので中学卒業と同時に時計の見習い奉公に出た。23歳で独立して開業。27歳で結婚。その後現在まで店を切り盛りする。</p>					
経過					
H29頃	大腸ポリープや便秘など発症				
H30.3/14	九州労災病院にてパーキンソン病の診断受ける				
H30.4/17	ケアマネ初回訪問。介護認定要支援2。数件通所サービス体験利用後ウィル片野利用開始。				
R2.2	右半身（手、指先、足）の筋力低下を感じる。運動は1日4回継続。コロナウィルスが流行するが、来年9月の60周年までは頑張りたいと休まず店を続ける。				
R2.5	仕事で細かい作業が出来なくなってきており業者に依頼している。異動のため担当CM交代。				
R3.4	介護認定更新で要支援1になる。包括に移管となる。				
R6.7	コロナウィルス感染しまつた動けなくなった。区分変更するので担当変更希望と包括より連絡あり。区分変更と同時に要介護暫定のケアプラン作成、訪問リハビリ、歩行器導入。				
R6.8	お店の継続が困難なため閉店を決意。				
R6.9/10	リハビリにて歩行状態改善してきていたが、外出時転倒し第一腰椎にヒビ。				
R6.9/27	痛みが強いため健和会大手町病院入院。その後大手町リハビリテーション病院転院。				
ADL・IADLの状態				住環境・福祉用具等	
<ul style="list-style-type: none"> ・リビングのイスからの立ち上がりは反動を付けなければならない。 ・ベッドはギャッジアップで20~22度起こせばスムーズに起き上がり可能。 ・歩行器（持ち上げ型歩行器）を使用しベッドからリビングまで15~20m自立歩行可能。 ・トイレ内でつかまれば立位保持できるがズボンやリハビリパンツの上げ下ろしは一人では困難。 ・入浴は自宅では難しく、デイケアにて入浴予定。 ・食事が院内ではむせが強く、一口大で水分はとろみが必要。妻が対応できないとのこと。で、宅配弁当を退院後試してみる。 ・夜間はオムツ+パットが良いかもしれない。 				<ul style="list-style-type: none"> ・室内は段差なし。玄関上がり框あり。手すりなどの設置はなし。 ・勝手口にも段差あるが住宅改修にて手すり設置済み。 ・レンタルにて介護ベッド、介助バー、歩行器。ポータブルトイレ購入予定。 	
医療・社会資源等の状況					
〔医療〕					
MDR病院	月1回	パーキンソン病			
NKT病院	月1回	便秘など			
〔サービス利用状況〕					
訪問リハビリ	週2回				
福祉用具貸与		歩行器、特殊寝台、特殊寝台付属品、車イス			
〔自費対応〕： 有償運送タクシー					

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

～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～

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・家族の思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事で介護保険の利用を決定。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。素人なので専門的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、モニタリングが状態の変化に留意していた。

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。

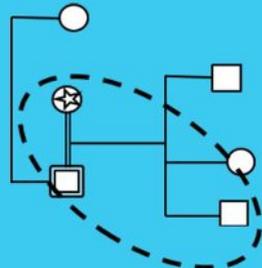
玄関：広い。つかまる場所 壁、靴箱。段差23cm+10cm

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、階段10段くらい上った2階。



自宅の様子



5

本人の想い

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よ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た。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。

6

ADL

- ・ 毎日冷水摩擦、竹ふみ、ゴムバンドで筋トシ、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

7

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。

8

店の段差がきつくなってきた

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がある。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

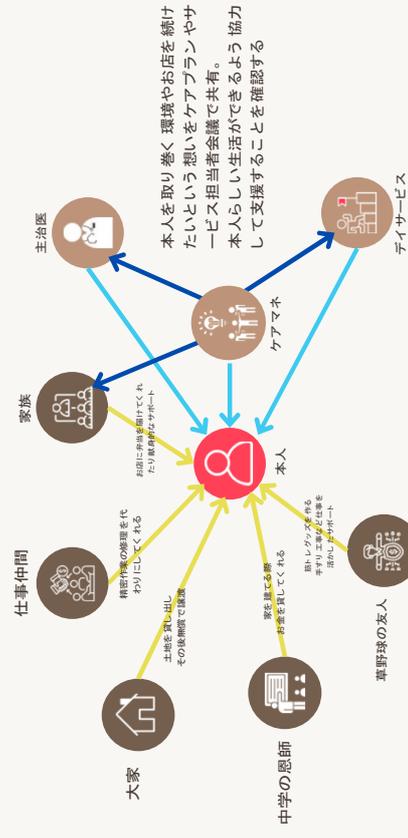
課題： お店の環境（階段が高い。お店のトイレが2階にしかない）

本人：自分でも慣れ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思う思いもあるので、運動に取り組み今を感にして向上していきたい。

目標
転倒して怪我等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、自主トレニングの質を向上させる。

目標	本人の現状/ケアプラン	ケアプラン	実施場所	期間
1. 転倒しないようにする	・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、自主トレニングの質を向上させる。	・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、自主トレニングの質を向上させる。	①ケアルーム ②中社内科リハビリセンター ③リハビリ ④中社内科リハビリセンター ⑤リハビリ ⑥中社内科リハビリセンター	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、体操トレニング）や習慣（冷水浴）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、自主トレニングの質を向上させる。
・自分でやっているトレニングを続ける。
【1日の目標】
接客をスムーズにするために、右手の握力、立ち回り、足のふみこみをかききたえたい
【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

【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

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～

本人の想い

- ・ 家族の支えがあった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い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。早く元氣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。

家族や友人の支えがあるので感謝している

- 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)

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～

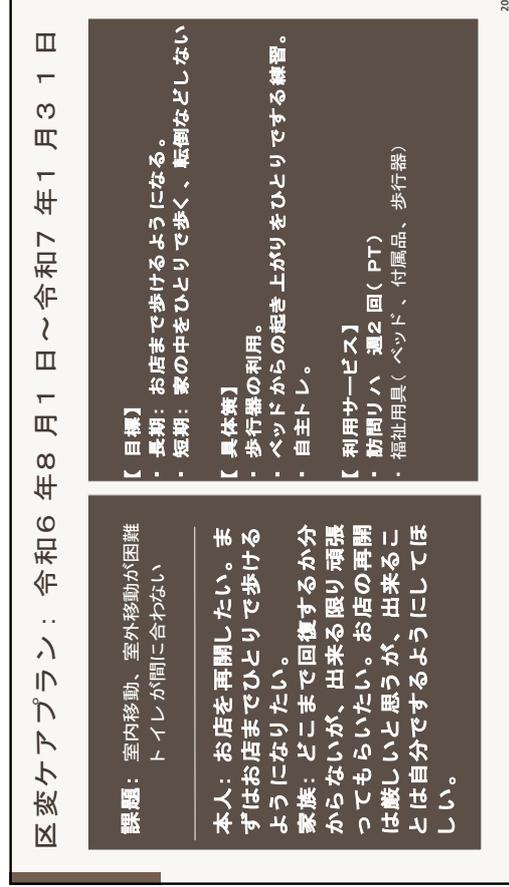
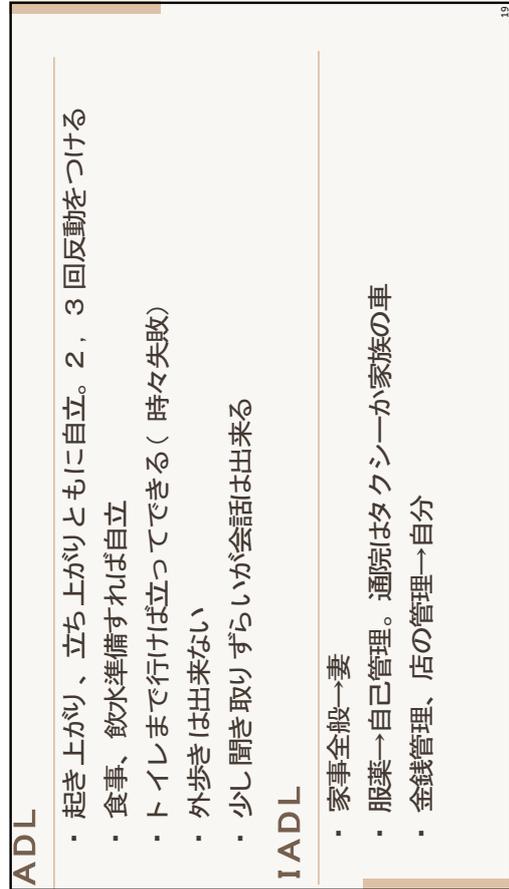
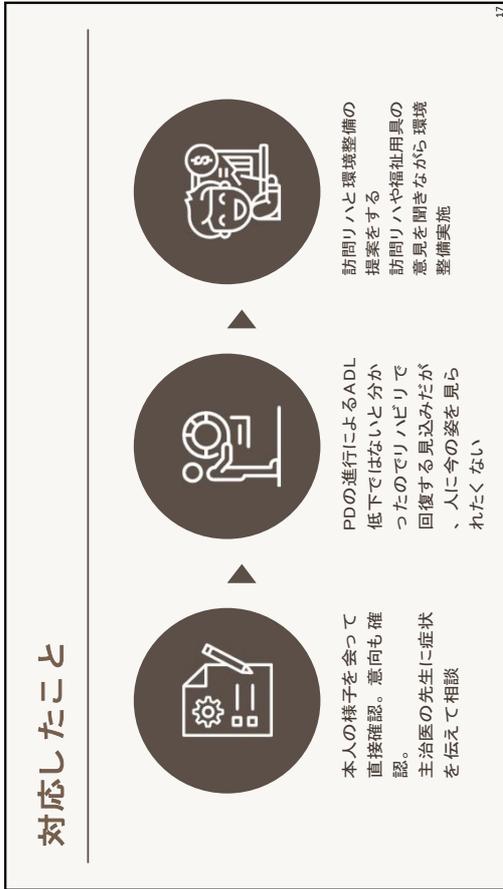
要介護度：要支援2 → 要介護1

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は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。





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た。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、外出しようとして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。



21

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～

22

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ビリアプローチ

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棟を経て退院となる。病棟からの提案で入院中に区分変更した。退院後は集約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。



23

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

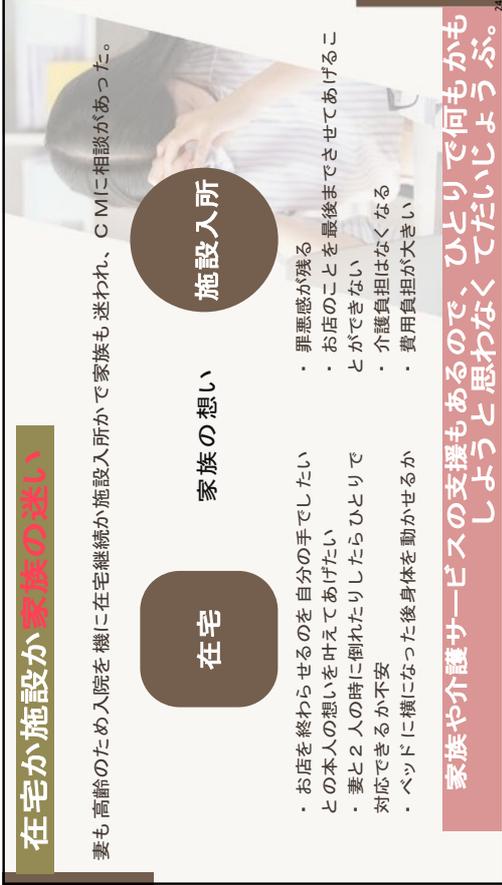
- ・ お店を終わらせるのを自分の手でしたい
- ・ との本人の想いを叶えてあげたい
- ・ 妻と2人の時に倒れたりしたらひとりでは対応できるか不安
- ・ ベッドに横になった後身体を動かせるか

家族の想い

- ・ 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

施設入所

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いいだろう。



24

退院までの連携

病院に連絡

【転院時10月末】
MSWと連携。ケアプラン、基本情報を送付。
【11月中旬頃】
家族との話し合いの結果在宅復帰の意向を伝える

退院前カンファレンス12/24

本人、妻、長女、
病院MSW、PT、看護師
デイケアPT、GM

- ・退院後はデイケア週3回、訪問リハ(ST)、福祉用具(特殊寝台、寝台付属品、手すり、移動補助具)をしていないので、今後練習していく。
- ・デイケアは3カ月は目標に集中的にリハビリを行い、その後はデイサービスへの移行なども視野に入れて検討していく。
- ・訪問リハビリは主にSTで介入する。
- ・特殊寝台と付属品、立ちアップ、移動支援用具、p.tの購入を予定している。
- ・要介護認定区分変更の結果に依りて要調整は必要。

家屋調査12/16

本人、PT、GM、福祉用具で実施。
本人に実際に動いてもらい動作確認。

- 【課題】
- ・リビングのイスからの立ち上がり
 - ・ベッドからの立ち上がり20～22度くらいまでギヤッジアップ
- 必要
- ・食事は一口大と軟飯。妻が対応できない
 - ・トイレとの位置関係からも夜間はオムツ+パットが良さそう

本人の想い 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、話をしようとするが言葉がでずもどかさうにされていた。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と話せるようになってほしい。

友人たちとしっかりと話しができるようになってほしい。

26

ADL

- ・起き上がり、立ち上がりともに軽介助、ベッドギヤッジアップ
- ・食事、飲水は軟飯、一口大刻み、水分はロミ、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。言葉がなかなかかかず声がいさく聞き取れない

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。通院はタクシーが家族の車
- ・金銭管理→家族

27

退院後ケアプラン：令和7年1月10日～

【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と相手に伝えることができる
 - オムツを外出できる
 - 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

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。

28

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、スプーンを口へ運べない

※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。修理依頼を承
けていたままの商品が店に
残っているのので返したい。

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のリハビリにより劇的な改善が見られた。
- ・ 妻の負担が大きくなるなら
ないよう、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ず、本人の意欲がなくなってきた。迷いを大きくしてしまいました。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が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。ジブーンが介護を受ける立場なら、そんな地域に住みたいなと思いま

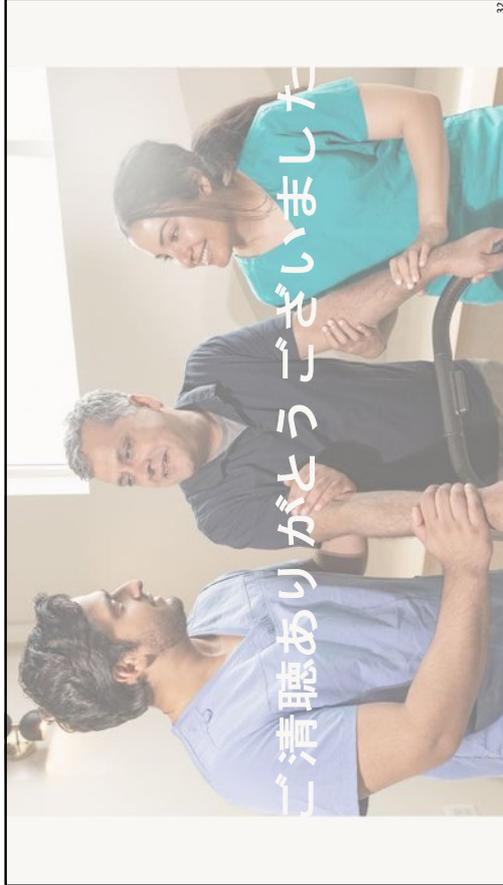


30

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

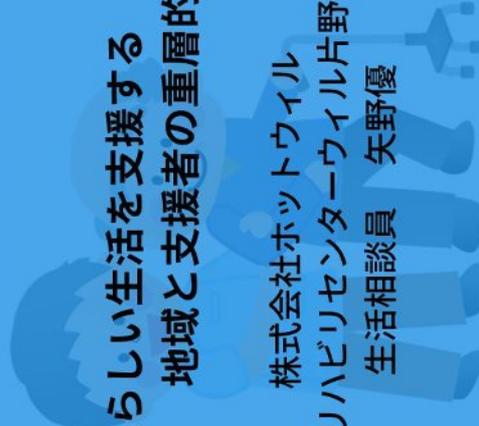
本ケースでは、病気の進行やアクシデントでライフスタイルが変化していく過程において、本人・家族の思いをいかに大事にできるかに重点をおいてマネジメントしました。
【ご本人・ご家族が望む生活】を聞き取り、それをチームで共有する。チーム全体が想いを統一できれば、ご本人・ご家族に最大のケアを提供できるはずです。



31

「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」

株式会社ホットウィール
リハビリセンターウーイル片野
生活相談員 矢野優



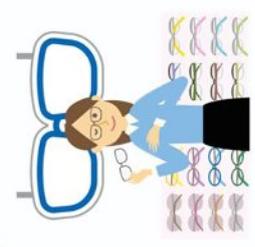

目次

1. A様について
2. 地域（仲間）支援
3. プロフェッショナル支援
4. ケアマネージャーと共有、連携した点（多職種連携）
5. まとめ



A様について

現在85歳のA様
23歳（1962年）に独立してめがね屋を開業
2018年3月にパーキンソン病発症
2018年5月からデイサービスご利用開始
デイサービス利用しながら、店を切り盛りする
そして、病状の進行により2024年に閉店となる

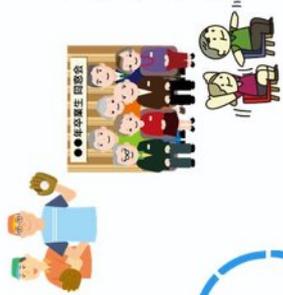



A様について

お仕事柄、デイサービスでも他お客様との交流はとてども社交的。同一疾患のお客様とのコミュニケーションも積極的に行われていました。
デイサービスの利用時は社交的な言動がみられるが、ご家族様には「周囲の方々には迷惑をかけたたくない」という気持ちを強く伝えていたようです。




地域（仲間）支援



- ・約60年間、長年にわたりめがね屋の経営
- ・早朝野球のメンバーとの交流
- ・小学校の同窓会
- ・パーキンソン病友の会
- ・リハビリセンターウイイル片野

株式会社
ホットウイイル

A様の希望



- ・めがね屋の経営の継続
→毎日店を開けることが出来る
お店の60周年まで店を続ける
毎日通勤し仕事を続ける
- ・家族と旅行に行きたい
- ・地域（仲間）との交流
→同窓会、パーキンソン病友の会の参加
リハビリセンターウイイル片野の継続
- ・身体機能の維持
→散歩や自主訓練の取り組み

株式会社
ホットウイイル

プロフェッショナル支援

A様の目標

- ・毎日店を開けることが出来る
- ・お店の60周年まで店を続ける
- ・家族と旅行に行きたい

etc.

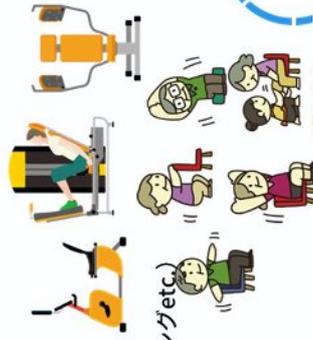


株式会社
ホットウイイル

プロフェッショナル支援

デイサービスでの内容

- ・集団体操
- ・ストレッチ体操
- ・月間体操（ボール体操・体幹トレーニングetc.）
- ・起立トレーニング 20回3セット
- ・マシントレーニング 1台10分間
- ・理学療法士による、個別トレーニング、日常生活動作のアドバイス



株式会社
ホットウイイル

プロフェッショナル支援

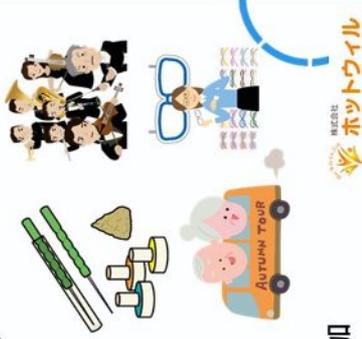
要支援2の認定でしたが、デイサービスは
お店の定休日の水曜日、週1回のご利用。
仕事が入ると、デイサービスを休まれ
お仕事優先にされる。
ご自宅では、ストレッチ・スクワット・散歩
筋力トレーニングなど、行われていました。



株式会社
ホットウィール

プロフェッショナル支援

介護保険以外にも、
訪問鍼灸サービス利用での心身のケア。
地域（仲間）、専門的な支援により
めがね屋の継続
ご家族との旅行、音楽会の鑑賞
同窓会、パーキンソン病友の会の参加



株式会社
ホットウィール

ケアマネージャーと共有、連携した点（多職種連携）



2018年～デイサービスご利用開始時は、病状の
大きな進行もなく、定期的な利用状況の報告。
2024年に入ってから、すくみ歩行がみられ
るようになり、歩行時に介助を要するようになっ
てきたことにより、毎利用時の報告を行う。

株式会社
ホットウィール

ケアマネージャーと共有、連携した点（多職種連携）



2024年3月～7月にかけて病状進行により、
利用控えが多くなる。
理由としては、「トイレに時間がかかるよ
うになり人に迷惑をかける」からとのこと。
自宅訪問時には、自室からリビングまでの間
に、物干し竿で作製した簡易的な手すりの設
置されていた。

株式会社
ホットウィール

まとめ

約60年間、地域に根ざした経営を続け、2018年にパーキンソン病を発症後も「店を開け続ける」「60周年まで続ける」という強い意志を持ち、地域の仲間や専門職の支援を受けながら生活されてきました。

2024年に病状の進行により閉店を迎えましたが、地域と専門職が連携し「その人らしい生活」を支え続けた事例です。



まとめ

課題として、病状の進行に伴う生活の変化へ迅速な適応、外出機会の確保、閉店後の心理的サポートが挙げられます。
自宅環境の整備や、多職種連携の強化を図り、地域とのつながりを維持しながらA様が自分らしい生活を続けられるよう支援を行うことが重要と思われま



その人らしい暮らしを 再建するリハアプローチと 多職種連携について

医療法人 都留内科医療院 訪問リハビリテーション
理学療法士 馬崎美緒

- ① 訪問リハビリ開始までの経緯
- ② ご本人について (本人・家族の希望)
- ③ 評価、問題点の抽出、目標設定
- ④ 支援内容
- ⑤ まとめ

訪問リハビリ開始までの経緯

訪問リハビリ介入前は、リハビリ特化型デイサービスの利用
をしながら眼鏡屋を経営していた



2024年7月

コロナウイルスに感染し体調が悪化
活動量の減少により廃用症候群が進行

- ▷ デイサービスの利用が困難
 - 一人でお店まで行くことが困難となりお店の閉店

「リハビリ特化型デイサービスの利用を再開できること」
を目標に同年8月から訪問リハビリを開始

ご本人について



- ・ 真面目な性格
「自分のことは自分でしたい」と強く思われている
- ・ 眼鏡屋さんの店主
- ・ 社会的
友人の訪問や電話は度々あり、交流が多い
今年度は米寿のお祝いに同窓会をする予定
以前はパーキンソン病の会などにも参加していた
(コロナ禍で機会減)

ご本人の生い立ち



・戦後、父親が退職に他界
 ・5人の兄弟がいずれも早く亡くなる
 ・母の希望
 ・2人の子供を育てながら、現在は専業主婦として働いている
 ・現在まで63年間お店を切り盛りしてきた

「自分の力でしたい」という自立心が強くなり、 本人らしさが形成されていった

5

ご本人・ご家族の希望

本人



- ・またデイに行けるようになりたい
- ・妻や家族に迷惑をかけたくない
- ・自分のことは自分でしたいので健康維持したい
- ・長年続けてきたお店の整理をしたい

ご家族（妻）



- ・自分のことを自分でしてほしいが、手伝えることも増えてきている
今より悪くなってしまおうと支援も難しくなってくる
- ・デイに行けるようになってほしい

6

本人らしさ（介入前の状況）

【自宅での普段の様子】

- ・歩く前に準備体操をする（すくみ足の予防）
- ・服は自分で選ぶ（身だしなみを整える）
- ・入浴時に下着を洗う、洗った下着を干す
- ・デイサービスで習った自主トレーニングを継続して行っている

【活動と参加】

- ・仕事（眼鏡屋）
- ・常連のお客様との交流

7

初期評価

（2024年8月初旬）

【血圧】 105～120/60～70mmHg、【脈】 70～80回/分、【Spo2】 96～97%

【関節可動域制限】 左足関節背屈

【筋力】 全身の低下著明(右<左)

【SPPB】 4/12点（起立1点、歩行0点、バランス3点）

【パーキンソン病症状】
 ホーン・ヤールの重症度分類：Ⅲ度(小刻み歩行・すくみ足が見られる)、
 生活機能障害度：Ⅱ度(日常生活・通院に部分的な介助が必要)
 すくみ足＋、突進歩行＋、動作開始時や方向転換時に動作が不安定

【内服情報】
 パーキンソン病の薬は1日4回（8時、12時、15時、18時）内服

8

初期評価

(2024年8月初旬)

【基本動作】

寝返り：ベッド柵を使用して自力で可能、
起き上がり：(左側へ)介助、(右側へ)物的支持で自立
端座位：自立、立ち上がり：手すり等を使用し見守り、
立位保持：見守り
移動：歩行器歩行見守り(方向転換時にふらつきあり)

【ADL】 BI：60点

(減点項目(点)：移乗10、トイレ5、入浴0、歩行10、階段5、更衣5、排便5、排尿5)

【IADL】 FAI：5点

【日常生活自立度】 A1

【認知症高齢者の日常生活自立度判定基準】 自立

問題点の抽出

- ① 妻の介護疲れ、ストレス(不眠症)
自宅内移動、起居時やトイレ時に見守りや介助が必要
- ② デイサービスの利用が困難となっている
筋力や歩行能力、運動耐容能の低下
- ③ 社会参加が困難となっている
屋外歩行能力・運動耐容能の低下、整理整頓が困難

訪問リハビリの目標

短期目標

- ① 基本動作の介助量軽減
- ② デイサービスの利用再開ができるようになる

長期目標

- ③ 社会参加の再獲得

(友人との交流、パーキンソン病の会・同窓会への参加、お店の片付けなど)

訪問リハビリでの支援内容

- ① 基本動作の介助量軽減
 - ・基本動作練習
(自宅内移動、起居動作、トイレ動作などの反復練習)
 - ・環境調整
(右側から起き上がれるようにベッドの配置を変更)
 - ・妻への介助方法の伝達
(精神的なフォローも心がけた)

訪問リハビリでの支援内容

② デイサービスの利用再開ができるようになる

- ・PTとOTで1回60分を週2回で介入
筋力増強運動や歩行練習などを中心に実施
- ・元々自主運動を行っていたため、
ご本人の**性格や意志を配慮し**、内容は大きく変更せず、
運動フォームの修正や回数・セット数の調整を行なった

13

医師が人 看護師が人 訪問リハビリセンター

訪問リハビリでの支援内容

③ 社会参加の再獲得

(友人との交流、パーキンソン病の会・同窓会への参加、お店の片付けなど)

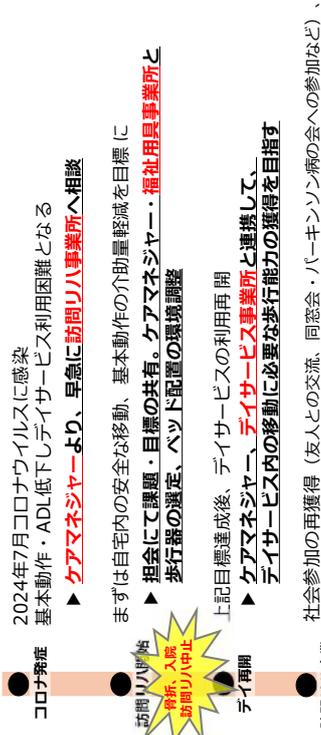
- ・ 屋外歩行評価
- ・ お店内の移動評価を検討していた が...

家族と外出するため、車に乗る際に、バランスを崩した後方へ転倒。
その後腰痛を訴え、自宅にて経過観察していたが、痛みが軽減しないた
め病院受診。第一腰椎の骨折と診断されたため入院の運びとなった。

14

医師が人 看護師が人 訪問リハビリセンター

ー 本症例を通じた多職種連携 ー



15

医師が人 看護師が人 訪問リハビリセンター

まとめ

- ・ 今回、コロナウイルス感染によってADLが低下したパーキンソン病を罹患している利用者を担当した
- ・ ケアマネジャーの働きかけにより、**早期に多職種による介入を行うことができた**
- ・ **目標を共有し**、それぞれの**専門職が共同してアプローチ**する事が本人の望む生活を支えることに繋がると考える

16

医師が人 看護師が人 訪問リハビリセンター

都留内科医院 訪問・通所リハビリテーション

「やってみたい・・・」を「できた！」に
—可能性をあきらめない—

ご清聴ありがとうございました

入院中から在宅復帰まで

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

大手町リハビリテーション病院
理学療法士 今村彰秀

1

事例紹介

- ・A氏：男性 86歳 自営業(眼鏡、時計の修理・販売)
趣味：スポーツ観戦 (TV)

【現病歴】

2024/9/8車に乗る際転倒。腰痛あり9/10外来受診し、MRIにてL1腰椎圧迫骨折と診断。サクロメッシュ固定にて帰宅するが生活困難にて9/27入院。リハビリ目的にて10/29当医院へ転入となる。

【既往歴】

パーキンソン病 (おおよそ10年前)
褥瘡

2

A氏の生活環境

【家族構成】

妻・長男同居。妻(キーパーソン)長女近所に在住。

【環境因子】

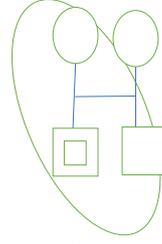
2F建て一軒家。主に1Fで生活。

【病前ADL】

屋内移動では妻介助にて固定式歩行器使用。腰痛増悪時は車椅子使用

排泄では妻下衣動作介助にて排尿時立便器使用。排便は洋式トイレ使用

入浴では妻が介助し行う。腰痛増悪時訪問入浴利用。



3

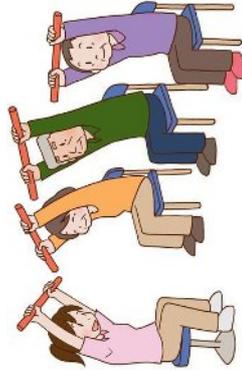
本人・家族の意向

- ・本人：妻への負担を減らしたい。
上手に方向転換ができるようになりたい。
- ・妻：安全に生活してほしい。
- ・長女：極力家の中で転ばないように動作は最小限にしてほしい。
Pトイレ使用してほしい。

4

リハビリ内容

- 体幹機能練習
- 起立練習
- 座位・立位バランス練習
- ステップ練習・方向転換練習
- 棒体操
- 歩行練習
- エスカルゴ



9

興味チェックリスト

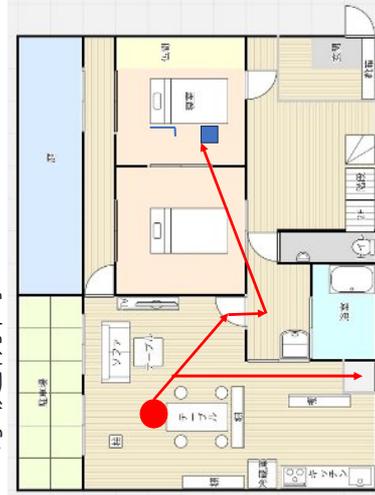
興味チェックリスト	興味あり	興味なし
1. 園芸		
2. 読書		
3. 音楽		
4. 映画		
5. 旅行		
6. 動物		
7. 料理		
8. 園芸		
9. 読書		
10. 音楽		
11. 映画		
12. 旅行		
13. 動物		
14. 料理		
15. 園芸		
16. 読書		
17. 音楽		
18. 映画		
19. 旅行		
20. 動物		
21. 料理		
22. 園芸		
23. 読書		
24. 音楽		
25. 映画		
26. 旅行		
27. 動物		
28. 料理		
29. 園芸		
30. 読書		
31. 音楽		
32. 映画		
33. 旅行		
34. 動物		
35. 料理		
36. 園芸		
37. 読書		
38. 音楽		
39. 映画		
40. 旅行		
41. 動物		
42. 料理		
43. 園芸		
44. 読書		
45. 音楽		
46. 映画		
47. 旅行		
48. 動物		
49. 料理		
50. 園芸		
51. 読書		
52. 音楽		
53. 映画		
54. 旅行		
55. 動物		
56. 料理		
57. 園芸		
58. 読書		
59. 音楽		
60. 映画		
61. 旅行		
62. 動物		
63. 料理		
64. 園芸		
65. 読書		
66. 音楽		
67. 映画		
68. 旅行		
69. 動物		
70. 料理		
71. 園芸		
72. 読書		
73. 音楽		
74. 映画		
75. 旅行		
76. 動物		
77. 料理		
78. 園芸		
79. 読書		
80. 音楽		
81. 映画		
82. 旅行		
83. 動物		
84. 料理		
85. 園芸		
86. 読書		
87. 音楽		
88. 映画		
89. 旅行		
90. 動物		
91. 料理		
92. 園芸		
93. 読書		
94. 音楽		
95. 映画		
96. 旅行		
97. 動物		
98. 料理		
99. 園芸		
100. 読書		

昔は庭いじりが好き
だったけど
今じゃ体が動かないか
らね。
そうゆうのはしなく
ていい。
今はTVでスポーツ見
るのが好きかな。

家の中で育てられる植物と
か、盆栽とはどうですか？

10

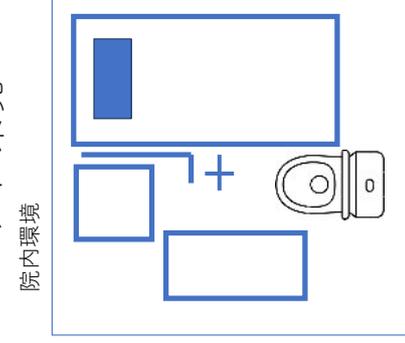
家庭訪問



- 動作・動線の確認
- 寝室環境の確認
- サービスの検討
- 福祉用具の選定
- よく座る場所
- Pトイレの位置

11

ベッド環境



昼：Dバン・
Pトイレ使用

夜：オムツ
+バット
チャェスト付け

12

ご清聴ありがとうございました

17

第51回地域リハビリテーション学会
2025年3月5日



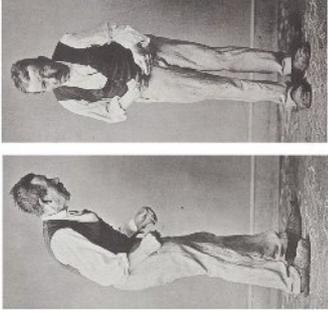
パーキンソン病のリハビリテーション治療

蜂須賀 明子 (1) (2)

- 1) 産業医科大学若松病院リハビリテーション科
- 2) 産業医科大学医学部リハビリテーション医学講座

パーキンソン病とは？ 神経変性疾患の一つ

パーキンソン患者の世界初の写真



Pierre D, the first photographs of Parkinson's Disease
Lewis PA et al. Mov Disord 2020. <https://doi.org/10.1002/mds.27965>.

■ 運動症状

動作緩慢, 筋強剛, 振戦
姿勢反射障害, 歩行機能低下など

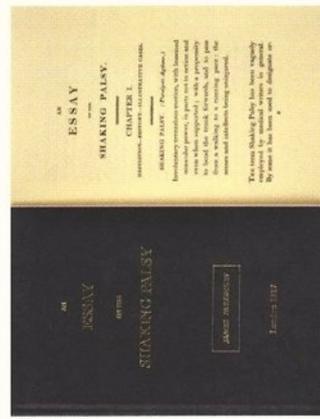
■ 「非」運動症状

認知機能障害, 気分障害
睡眠障害, 自律神経障害など

2

パーキンソン病の歴史

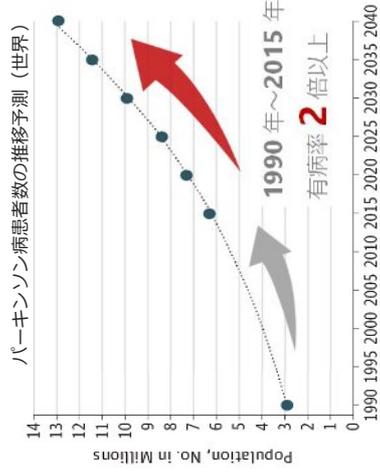
- 紀元前 1000年
古代インド医学 **Ayurveda**
「振戦疾患」と記載
- 紀元前 425~221年
中国最古の医学書 **黄帝内経素問**
「振戦と筋こわばり疾患」
- 1817年
英国 James Parkinson
An Essay on the Shaking Palsy
フランス Charcot, Vulpian
「**パーキンソン病**」と命名



Parkinson J. An Essay on the Shaking Palsy. 1817
Whittingham and Rowland for Sherwood, Neely, and Jones.

3

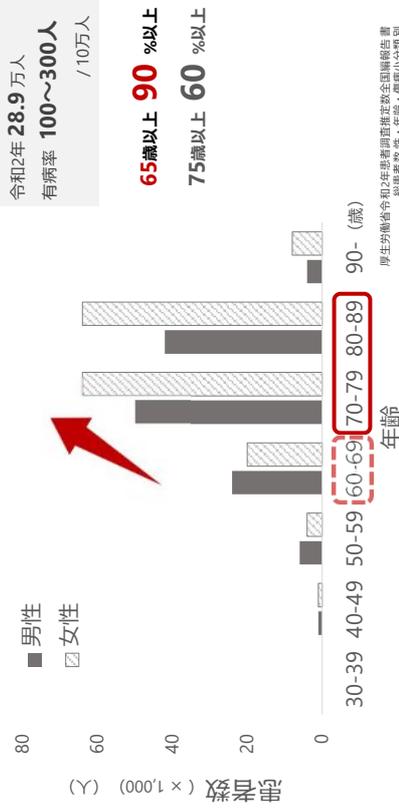
パーキンソン病 世界的に増加



Dorsey ER et al. JAMA Neurol. 2018

4

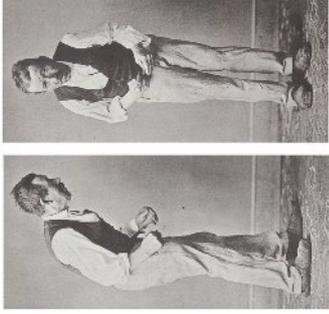
日本のパーキンソン病 高齢者PD患者が大多数



5

パーキンソン病の症状

パーキンソン病患者の世界初の写真



Pierre D. the first photographs of Parkinson's Disease
Lewis PA et al. Mov Disord 2020. <https://doi.org/10.1002/mds.27965>.

■ 運動症状

動作緩慢, 筋強剛, 振戦
姿勢反射障害, 歩行機能低下など

■ 「非」運動症状

認知機能障害, 気分障害
睡眠障害, 自律神経障害など

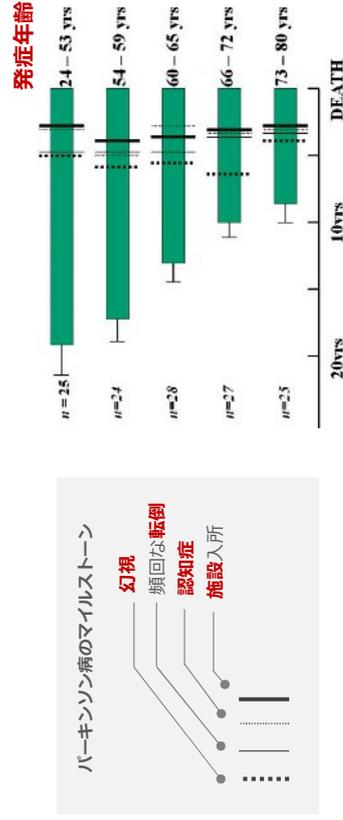
6

Hoehn & Yahr Staging Scale

- 0度 パーキンソニズムなし
- 1度 一側性パーキンソニズム
- 2度 両側性パーキンソニズム
- 3度 軽~中等度のパーキンソニズム, 姿勢反射障害あり, 日常生活に介助不要
- 4度 高度障害を示すが, 歩行は介助なしにどうにか可能
- 5度 介助なしにはベッド又は車椅子生活

7

幻覚・転倒・認知症・施設入所 高齢発症ほど早くみられる



これらの症状は治療抵抗性, 症状緩和が治療の鍵

8

短期入院 リハビリテーション治療強化 @ 若松病院



- ・ 最近, 転倒しやすい
- ・ 動きが悪くなった
- ・ 飲み込みが悪くなった など

月	火	水	木	金	土	日
1w	入院					
2w						
3w						
4w						
5w						
6w						
7w						
8w						

短期入院
リハビリテーション治療強化

退院

外来診療

産業医科大学若松病院 リハビリテーション科 (例)

13

パーキンソン病の靴補高と足底装具



14

パーキンソン病リハビリテーション治療の地域連携



15

第51回 地域リハビリテーションケース会議 参加者アンケート集計結果

日 時：令和7年3月5日(水) 18:30~20:30

場 所：ウエル戸畑 中ホール

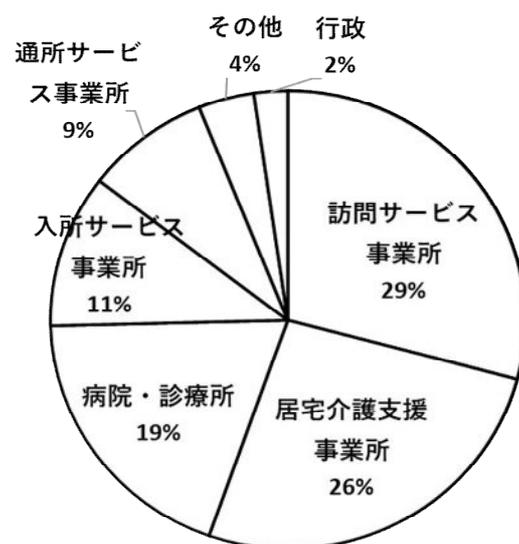
参加者：185名

回答者：130名(回収率:70%)

◆ アンケート結果

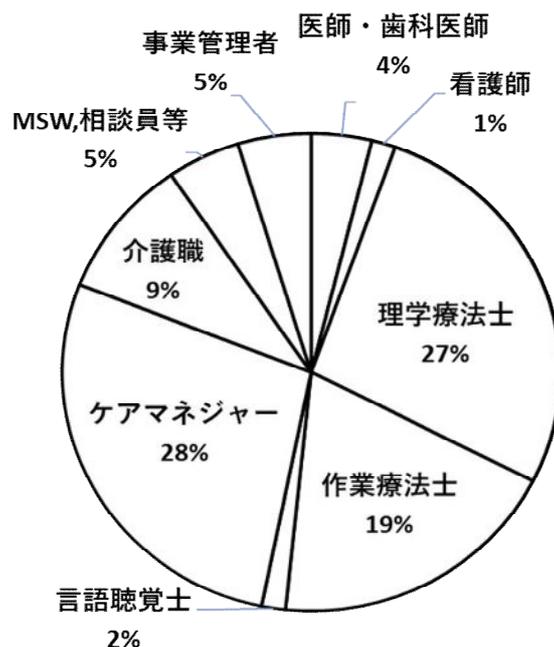
問1 所属機関

所属機関	人数(人)	割合
病院・診療所	25	19.2%
入所サービス事業所	14	10.8%
居宅介護支援事業所	34	26.2%
通所サービス事業所	11	8.5%
訪問サービス事業所	38	29.2%
行政	3	2.3%
その他(学生、教育機関、福祉用具業者等)	5	3.8%
計	130	



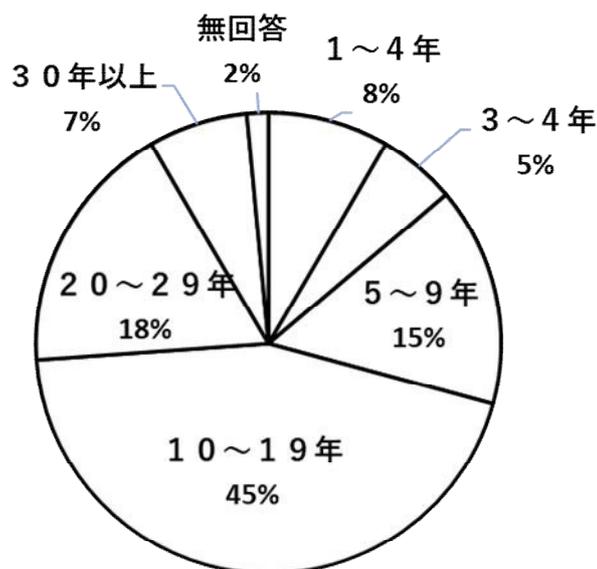
問2 職種

職 種	人数(人)	割合
医師・歯科医師	5	3.8%
看護師	2	1.5%
理学療法士	34	26.2%
作業療法士	24	18.5%
言語聴覚士	2	1.5%
ケアマネジャー	35	26.9%
介護職	12	9.2%
MSW,相談員等	6	4.6%
事業管理者	6	4.6%
計	130	



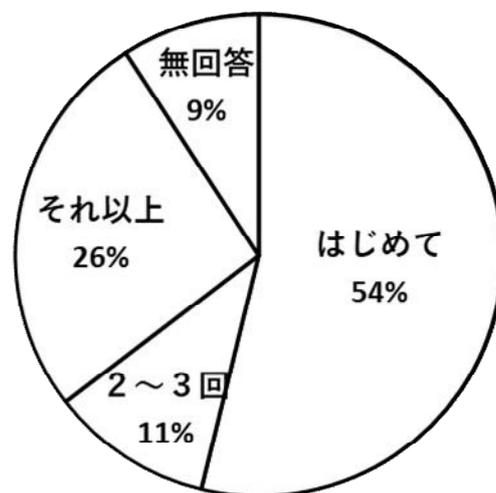
問3 経験年数

経験年数	人数(人)	割合
1～4年	11	8.4%
3～4年	7	5.4%
5～9年	20	15.4%
10～19年	58	44.6%
20～29年	23	17.7%
30年以上	9	6.9%
無回答	2	1.5%
計	130	



問4 参加回数

参加回数	人数(人)	割合
はじめて	70	53.8%
2～3回	14	10.8%
それ以上	34	26.2%
無回答	12	9.2%
計	54	



問5 参加した目的（複数回答可）

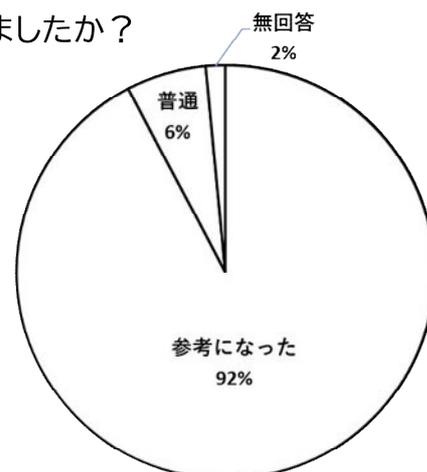
参加目的	人数(人)	割合
取り組みを知りたいから	79	60.8%
他職種の意見が聞きたいから	69	53.1%
連携の仕方を知りたいから	54	41.5%
地域リハビリテーションや地域包括ケアについて知りたいから	41	31.5%
社会資源情報を知りたいから	28	21.5%
情報整理の方法を知りたいから	13	10.0%
上司や同僚に誘われたから	10	7.7%
その他	11	8.5%
計	135	

(その他)

- ・パーキンソン病のケア、在宅支援について学びたかったから
 - ・コーディネータの先生方のお話が聞きたかったから
- 等

問6 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(人)	割合
参考になった	120	92.3%
普通	8	6.2%
無回答	2	1.5%
計	130	



【上記の内容に対する回答理由(自由記載)】

①ミニ講座について

- ・ 内容が大変分かりやすく、とても学びとなった。知識を深めることができた。
- ・ 疾病を理解し、リスクに備えた支援の重要性を実感した。
- ・ 各病期の状況、各病気に応じた対応を学ぶことができた。経過を整理できた。
- ・ 具体的症例を通じて医学的知識とともに学ぶことができた。症例と講座の内容が連動しておりより理解しやすかった。
- ・ 運動や内服調整含めた支援の重要性をさらに理解できた。地域でかつチームで支えることが必要なのだと分かった。
- ・ 疾患の振り返りやマイルストーンや支援方法に対して改めて学ぶことが出来た。
- ・ PDに関する薬の情報等も知りたかった。

②事例紹介・ディカッションについて

- ・ 発症から現在までの長い経過を知る機会が少ないので貴重な症例報告だった。
- ・ 対象者の各時期に応じた各職種のアプローチが分かりやすく、各職種のその人らしい生活を実現させるための取組みや視点は大変聴き応えがあり参考になった。
- ・ 病院リハ、訪問リハの進め方を初めて知ることができた。支援者間で目標の共有が重要であり、インフォーマルな支援の例も知れた。
- ・ 多職種の視点や考え、評価内容や支援方法を聞くことができ思考の幅が広がった。
- ・ 支援者にとっても恵まれたケースであり、支援者の対応が対象者に大きく影響することを実感し、支援者の関わり方が重要だと感じた。
- ・ 身体状況の変化に応じたケアや支援、訓練・評価等、時期別にとても分かりやすかった。
- ・ 上手くいった点だけでなく、上手くいかなかった点も知ることができ良かった。
- ・ その人らしさを支援するためには、ケアマネジャーとの連携は必須で入院後早期からの情報連携、医療介護連携が重要だと理解した。
- ・ 要支援から要介護になっていく流れや支援内容の変化が、その人らしさを大切にしたものとなっていて大変参考になった。
- ・ 同様のケースを担当しており、目標設定や関わりが非常に適切で参考になった。
- ・ 医療介護連携に難しさを感じていた支援者の発表にとっても共感でき、アプローチなど再度考える機会となった。
- ・ 各職種の発表にあった課題点は今後も自分にとって考えるべき内容だと共感した。
- ・ ディスカッションでは同じような悩みについて話題が上がり共感できた。

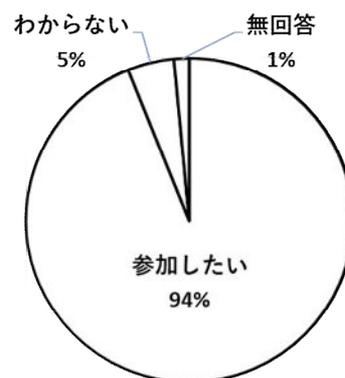
- ・ 医療～在宅にかけて各職種の役割が途切れることなく繋がっていると感じた。
- ・ 多職種連携について、各職種間を繋ぐこと、そのチーム作りの重要性を学んだ。
- ・ Aさんの状況に応じて、本人の希望に寄り添い対応をされていた事、各支援者間での情報連携も十分ですごいと思った。このような支援方法もあるのだと勉強になった。
- ・ 1人の対象者を多職種で支えて行くことを当たり前にしていきたいと思った。
- ・ 訪問リハとして勤務するうえで、「その人らしくいきいきとした生活」を支援するという原点に戻って介入していきたいと思った。
- ・ 連携課題についてもう少しディスカッションしたかった。
- ・ 具体的な多職種連方法、どういった注意点やリスクを共有したか聞きたかった。
- ・ I～Ⅲ期に分けた発表はとても良かったが、資料を切り替えるのが難しく感じた。
- ・ めがね屋継続に対する本人の想いや、継続を視野に入れた支援、その難しさ、そこにこだわった場合の関わりも例として聞いてみたかった。
- ・ もう少しPDの疾患(排泄障害や ON・OFF 等)に対するケアの内容を知りたかった。
- ・ 家族へのアプローチについてもっと詳しく聞きたかった。

③総括について

- ・ 浜村先生の総括でのその人らしい生活に関する考えやコメントに勇気づけられた。
- ・ 自分らしい暮らし(生き方)を実現するためのチーム連携が必要であるだけでなく、地域交流・社会関連・自己決定の重要性を実感した。
- ・ 利用者の気持ちに寄り添える支援者ありたいと思った。
- ・ 友人・仲間を支えられる生活はその方の築いてきた財産で興味深い症例であった。
- ・ インフォーマルサービスは重要性であり、地域生活のモチベーションにかなり影響することを実感した。また自身は地域との繋がりがどうなのか考えさせられた。

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(人)	割合
参加したい	122	93.9%
わからない	6	4.6%
無回答	2	1.5%
計	130	



問8 今後、取り上げてほしい事例や研修会へのご意見など(自由記載)

①今後取り上げてほしい事例

- ・ 身寄りのない方、地域との繋がりが薄いケースの支援
- ・ 認知症高齢者の支援
- ・ 重度障がい児者に対する周囲及び地域の支援
- ・ 精神疾患、難病患者等への対応
- ・ 地域ケア会議、訪問通所 C やいきデイ等も含めた支援
- ・ ALS 等進行性疾患への支援
- ・ リハビリ意欲がない又は拒否のある事例(関節リウマチ等)の支援

- ・ 困難事例における多職種連携
- ・ 事例の疾患に関わらず、具体的な連携方法にさらに焦点を絞った事例報告

②研修会について

- ・ 会場が狭く換気にもう少し配慮してほしかった。
- ・ 対面開催でとても刺激を受けることができ良かった。
- ・ 時系列での発表が分かりやすかった。
- ・ その人らしさ支援、つながり支援シリーズを実施してもらいたい。
- ・ 橋元先生がポイントを整理しながら進行してくれたため、理解しやすかった。

〔お知らせ〕

リハビリテーション連絡協議会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/ho-huku/18301042.html>





〔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