

令和6年度ケアマネジャー向け研修会

『リハビリ効果を出す在宅ケアマネジメント』

～ 慣れ親しんだ日常生活の中での

リハビリテーションの有効性について ～

一般社団法人なごや在宅療養研究会

介護福祉士 介護支援専門員 馬場 隆幸

看護師 介護支援専門員 小澤 和枝

82歳の認知症の男性が脳卒中を発症し急性期病院入院後、ご家族が回復期リハビリ病院を経由せずに在宅復帰を選択した事例

【入院前の様子】

●入院前は、主介護者の次女様ご家族と同居。

認知症あり（要介護1認定）活動性の低下あり、リハビリ
目的で半日デイサービスに通所していた。

次女様は週3日近隣でパート勤務。

●前立腺肥大（尿閉） 1日3回次女様が導尿対応。

●症状ごとに3カ所のクリニック外来通院を次女様支援

①高血圧症 →内科のクリニック通院

②認知症 →認知症専門クリニック通院

③前立腺肥大 →泌尿器科クリニック通院

82歳の認知症の男性が脳卒中を発症し急性期病院入院後、ご家族が回復期リハビリ病院を経由せずに在宅復帰を選択した事例

【入院中の経過】

- 2024年2月10日、右上肢の麻痺出現
2月11日急性期病院へ救急搬送。左視床出血指摘



- 2月13日より入院中リハビリ開始
右不完全麻痺あり。歩行は「支える」介助が必要。
認知機能の低下あり。食事摂取全介助。



- 2月26日
回復期リハビリ病院へ転院せず、自宅退院。

82歳の認知症の男性が脳卒中を発症し急性期病院入院後、ご家族が回復期リハビリ病院を経由せずに在宅復帰を選択した理由とは．．．

ご家族の在宅サービス選定のポイント

- 1)入院中に「自分の名前が言えない」「食事の食べ方がわからない」などの認知機能の低下がみられた。
- 2)ご本人の性格的に「知らない人」や「慣れない環境」への不安が強い。
→→→入院期間の長期化による認知症状の更なる悪化を懸念した。
- 回復期リハビリ病院で行うリハビリテーションを「慣れた自宅」で「在宅サービス」により実施していく方法を選択した。
- 同居の次女様は、現在の仕事（保育士）を継続しながら、お父様の介護を続けたい意向がある。



急性期病院の主治医や相談員、在宅サービス担当者とケアマネジャーが連携し、自宅退院に向けた調整を図る。

82歳の認知症の男性が脳卒中を発症し急性期病院入院後、ご家族が回復期リハビリ病院を経由せずに在宅復帰を選択した理由とは．．．

ご家族の在宅サービス選定のポイント

- 主介護者の次女様が週3日仕事が続けられる体制
➡仕事の日「通所サービス」が利用できる。
- ご本人の心身の状態に応じ、尿管カテーテルの管理や認知症ケア、個別の活動プログラムによる支援が受けられる通所サービスの選定。
- 訪問看護は、看護師による体調管理、尿管カテーテルの管理および理学療法士によるリハビリテーションの提供。
- 訪問診療の導入により、医療の提供体制の整備と緊急時の支援体制。

82歳の認知症の男性が脳卒中を発症し急性期病院入院後、ご家族が回復期リハビリ病院を経由せずに在宅復帰を選択した事例

【自宅退院後の週間プラン】 要介護 1 → 要介護 4

※24時間緊急時体制：訪問看護、訪問診療

月	火	水	木	金	土	日
療養通所 9:30 16:00 入浴	訪問診療 訪問看護 PT	療養通所 9:30 16:00 入浴	療養通所 9:30 16:00 訪問看護 NS	療養通所 9:30 16:00 入浴	在宅 家族介護	在宅 家族介護

訪問看護ステーションから提供されるリハビリ

訪問看護（理学療法士）リハビリ

訪問看護ステーションから提供される理学療法士によるリハビリテーション。在宅療養中の利用者様の日常生活の動作や能力の回復と向上をさせる手段の一つです。

医療保険のリハビリテーション

医療保険のリハビリテーション

※理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）による訪問看護は、訪問看護療養費Ⅰ・Ⅱに該当し、1回30分～90分の訪問で、週に最大3回まで利用可能です。

訪問看護ステーションから提供されるリハビリ

介護保険のリハビリテーション

介護保険のリハビリテーション

※理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）による
訪問看護は1回あたり20分。1人の利用者に週に最大6回までの
訪問が可能。

要介護 1～5の利用者：訪問看護 15（リハビリ）

- ・ 1回（20分間）：294単位
- ・ 2回（40分間）：588単位
- ・ 3回（60分間）：795単位（90/100）1日3回以上は10%減額

要支援 1、2の利用者：予防訪問看護 15（リハビリ）

- ・ 1回（20分間）：284単位
- ・ 2回（40分間）：568単位
- ・ 3回（60分間）：426単位（50/100）※1日3回以上は50%減額

82歳の認知症の男性が脳卒中を発症し急性期病院入院後、ご家族が回復期リハビリ病院を経由せずに在宅復帰を選択した事例

介護保険の訪問看護を利用

訪問看護（理学療法士）

- ・ 理学療法士が週に1回（40分間）リハビリの提供
訪看Ⅰ 5（1回20分×2）：588単位

訪問看護（看護師）

- ・ 看護師が2週に1回訪問。リハビリの実施状況モニタリング。
体調管理、バルン管理、緊急時の対応。
訪看Ⅰ 2（30分未満）：471単位

82歳の認知症の男性が脳卒中を発症し急性期病院入院後、ご家族が回復期リハビリ病院を経由せずに在宅復帰を選択した事例

訪問看護（理学療法士）リハビリの様子

週1回火曜日 （40分）（1回20分×2）

体調観察、日常生活の様子聞き取り

マット運動、ストレッチ

飲水、休憩

屋外歩行

階段昇降訓練

退院翌日の訪問看護リハビリの様子

歩行補助具の選定と使用訓練



2月27日（1日目）

退院直後の歩行補助具の選定と使用訓練。1か月ほどで歩行補助具は不要となる

退院翌日の訪問看護リハビリの様子



**自宅での運動の
習慣化を支援**

**退院直後は、エルゴサイクルを活用、自宅での運動の習慣化を図る。
活動時のバルンの取り扱いなども
検討。**

退院後 155 日目の訪問看護リハビリの様子

体調観察、日常生活の様子の聞き取り



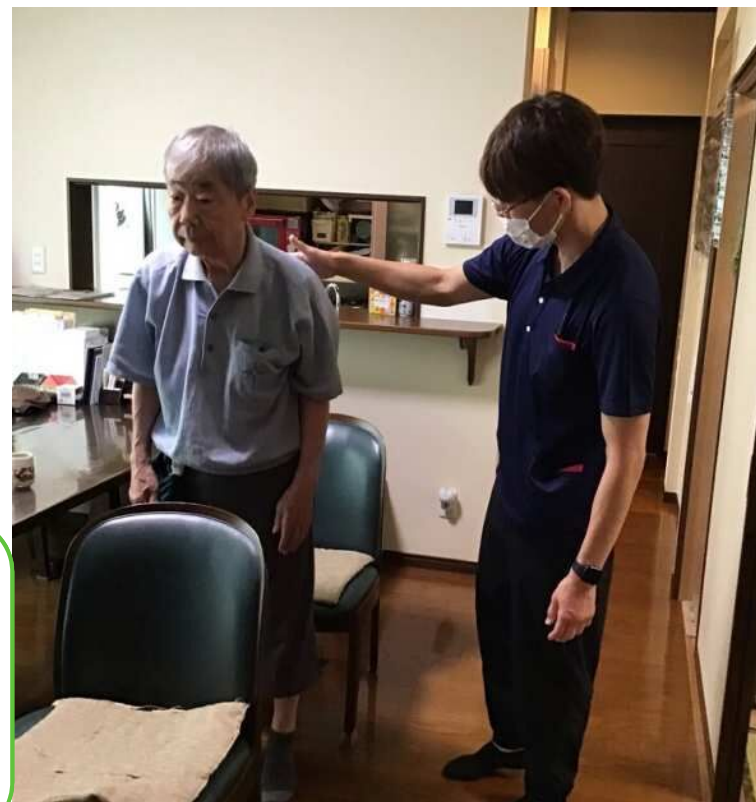
生活の中にリハビリ習慣が確立
バイタルサインチェックし、再出血を防ぐ血圧の管理も重要。

退院後 155 日目の訪問看護リハビリの様子



自宅の環境を使い、理学療法士の声掛けでリハビリ実施。トレーニングの手順など脳トレ効果も期待できる。

マット運動やストレッチ
立ち上がりの訓練は屋外歩行
の為の体づくり



退院後 155 日目の訪問看護リハビリの様子

地域の環境で屋外歩行の訓練



自宅周辺の比較的急な坂を理学療法士と10分ほど歩行訓練。炎天下ですが、日傘など熱中症対策をしながら実施。次女様同行の際は、屋外歩行時の介助のポイントなど助言。ご本人の状態の改善など共有する機会となっている。

退院後 155 日目の訪問看護リハビリの様子

地域の環境で階段昇降訓練



住み慣れた自宅周辺の環境で 30 段ほどの階段の上り下りを 2 往復実施。
入院前より身体機能、耐久性の向上が図れている。

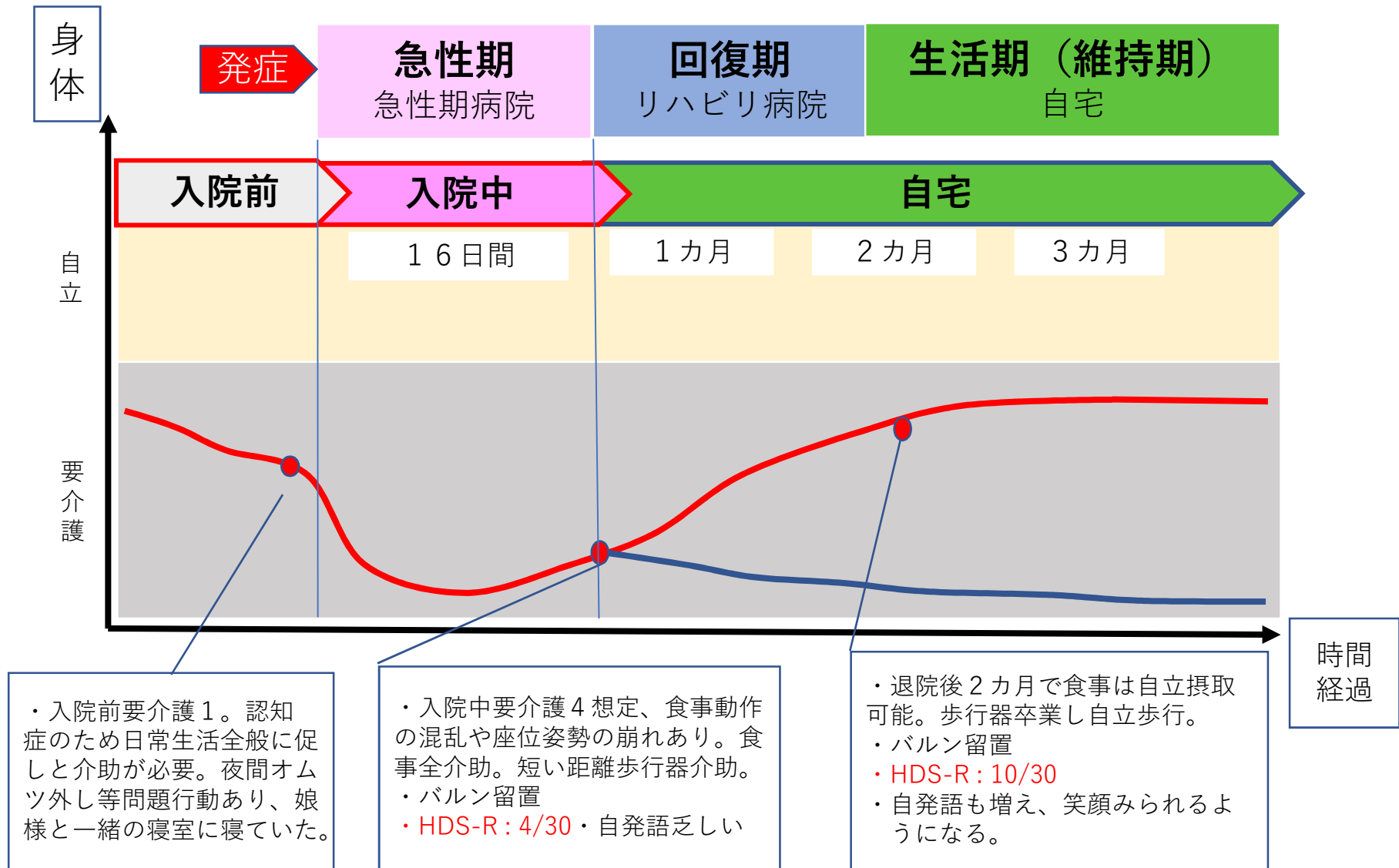
退院後 155 日目の訪問看護リハビリの様子

積極的な家事活動の促しと習慣化



リハビリの実施により心身機能の向上を図り、ご本人の「できること」を評価して「家事活動」を習慣化。具体的には次女様の支援により、ご自身の洗濯物をベランダに干す事が習慣となっている。

82歳の認知症の男性が脳卒中を発症し急性期病院入院後、ご家族が回復期リハビリ病院を経由せずに在宅での回復過程



慣れ親しんだ自宅での生活リハビリの効果

介護者（次女様）へのインタビュー

7月30日（155日目）

○仕事を継続しながらお父さんの介護が出来ている

○拒否なく通所が継続でき状態の改善が図れている

お父さんに合う通所サービスを探し、バルン管理やきめ細やかな個別の関わりができる療養通所介護の利用開始した。お父さんが拒否なく通所が継続でき、状態がみるみる改善していった。

○自発語が増え他者との関わりが増えた

お父さんの言葉が増えたことに驚いた。聞かれたことに「はい」と返事をする程度だったが、自発的な発語が増え、意思を伝えることができるようになった。

慣れ親しんだ自宅での生活リハビリの効果

介護者（次女様）へのインタビュー

7月30日（155日目）

○右側失認の改善

右側の空間の認識ができない障害認め、歩行時に右側をぶつける。
右側の食事の認識ができない症状見られたが、現在は改善している。

○食事が一人で食べれるようになった

食事動作の混乱があり、食べ方が解らず食事に介助が必要であったが、スプーンを使い一人で食事が可能となる。現在は箸を使い食事ができている。

○認知症専門医より認知症状が改善していると言われた

入院前より認知症状の改善が図れている事を実感している。

入院中 HDS-R : 4 / 30

現在 HDS-R : 10 / 30 (↑改善)

慣れ親しんだ自宅での生活リハビリの効果

介護者（次女様）へのインタビュー

7月30日（155日目）

次女様の家族の関わりや、長女様の週末介護の支援など、介護されている次女様の心理的な支えになる。

配食サービスの活用など上手にサービスを活用し、負担軽減につながっている。

ご本人が夜間に起きている事があり、次女様が睡眠不足になる事もあるが、体を休める時間を確保できている。

今後、安心してショートステイを利用できるまで改善した。

療養通所個別活動の様子

2月28日（2日目）



退院直後、個別活動プログラムに沿って運動（エルゴサイクル）の習慣化を図る。

3月27日（30日目）



運動（エルゴサイクル）の習慣化が図れ、画像見ながら回想療法へも展開

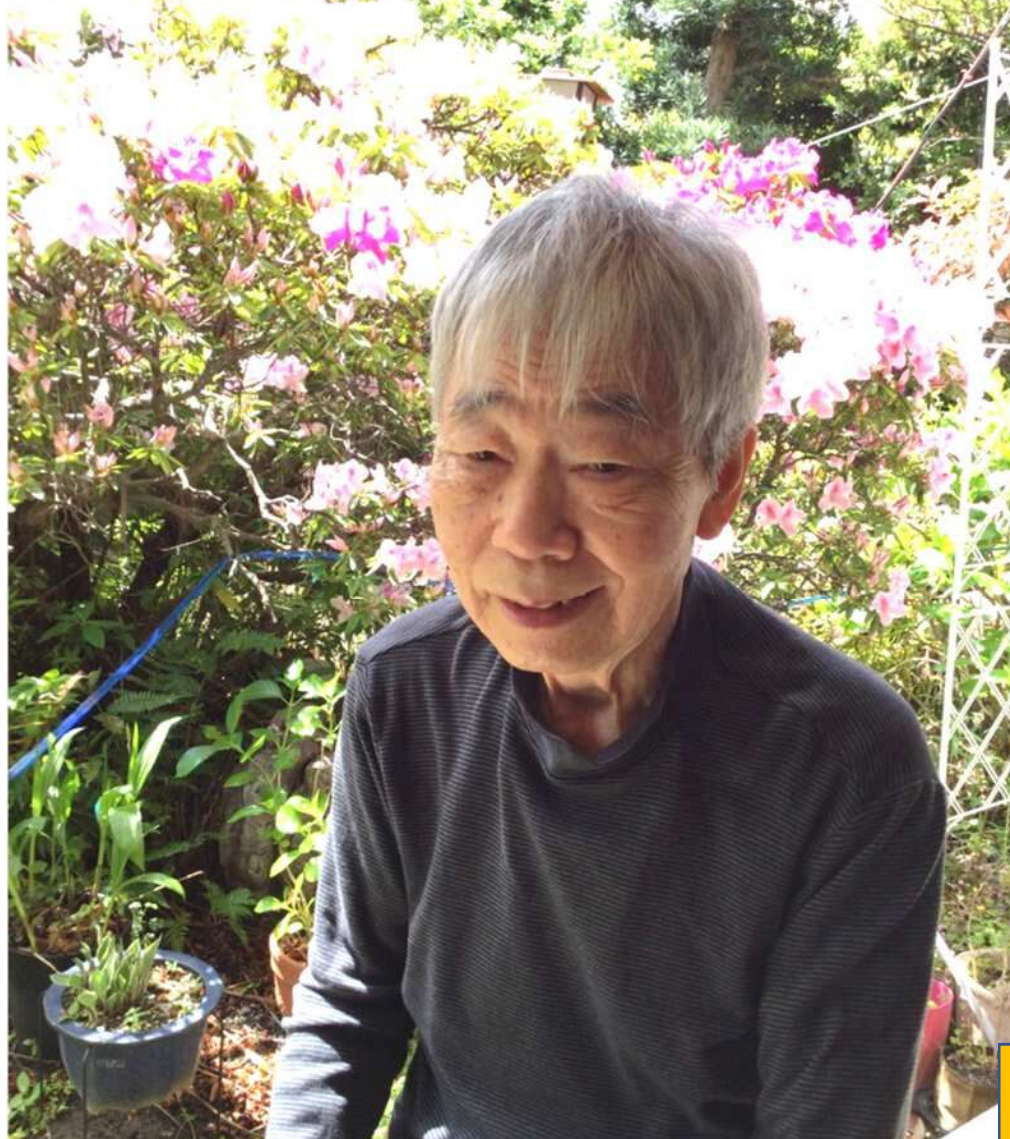
療養通所個別活動の様子

5月16日（80日目）



他者との活動や棒引きゲームなど不安や緊張なく活動できるようになる。

療養通所個別活動の様子



4月17日（51日目）

緊張や不安が無くなり、笑顔も多く、自発的な発語も増えています。

リハビリ効果を出す在宅ケアマネジメント

総合的なケアの提供

早期の課題抽出と役割分担

個別化された計画の作成と評価に基づく段階的な対応

ケアの連続性

家族や介護者へのサポートと療養指導

効果的なリソース（能力、時間などの資源）の活用

リハビリ効果を出す在宅ケアマネジメント

総合的なケアの提供（ケアプラン第1表に明記）

ケアプランの総合的な援助の方針を踏まえ、各サービス担当者のご家族がチームとして連携を図る。

早期の課題抽出と役割分担（ケアプラン第2表に明記）

早期介入で課題を抽出し、課題の共有と役割の分担、情報連携の方法を構築

個別化された計画の作成と評価に基づく段階的な対応 （モニタリングと計画更新）

個別性を踏まえた計画の作成と実践。実践からの評価に基づき段階的にレベルを上げて対応していく。

- 自宅内でのリハビリで活動のための基礎的体づくり
- 実用的な活動を習慣化
- 活動に合わせたウロバックの変更

リハビリ効果を出す在宅ケアマネジメント

ケアの連続性

活動の習慣化を図り、自宅での**日常生活の活動に展開**

→自分の洗濯物を干す、自分の食べたお皿を洗うなど習慣化を支援

→訪問看護（リハビリ）の活動 →通所の活動 →**自宅での活動**

家族や介護者へのサポートと療養指導

通所サービスと訪問サービスの特性を活かした場面の活用

効果的なリソース（能力、時間などの資源）の活用

訪問や通所サービスの特性や専門性を効果的に活用

→療養通所：集団の効果、医療ニーズ、個別活動プログラム等

→訪問看護：医療専門職（看護師、理学療法士）の対応

ご家族を含めた資源の有効活用

→同居のお孫さんの声掛けや長女様の通いの支援等

リハビリ効果を出す在宅ケアマネジメント

最後に、

認知症高齢者の割合は、年齢とともに高まり、
高齢化が進む日本において、身近な病気といえます。
また、脳卒中も高齢者に多く発症する病気です。

環境の変化に弱い認知症の方が、慣れ親しんだ日常生活の中で、
リハビリ効果を出す在宅ケアマネジメントが
回復期リハビリテーションと同等に選択肢となるよう
在宅サービスの充実が求められています。