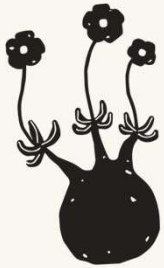
地域のつながりから始まった、
「暮らし」を取り戻す在宅療養支援

生活目標につなげる在宅リハビリとケアマネジメント

令和8年度ケアマネジャー向け研修会



一般社団法人なごや在宅療養研究会
あゝす在宅療養支援センター

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

3年間で考えてきた在宅リハビリとケアマネジメント

令和6年度

どこで支えるか

慣れ親しんだ日常生活の
中でのリハビリ

↓

**自宅や地域そのものを、
リハビリの場として活かす**

令和7年度

どう支えるか

急性増悪から生活再建までの
工程管理

↓

**状態変化に合わせ、
多職種で目標と支援をつなぐ**

令和8年度

何のために支えるか

生活目標につなげる
在宅リハビリと
ケアマネジメント

↓

**本人が望む「暮らし」から
リハビリをケアプランへ位置
付ける**

**「リハビリを利用する」から、
「本人の暮らしの中で、リハビリをどう活かすか」へ**



あゝす在宅療養支援センター

今日考えてほしいこと

リハビリを、ケアプランの中で
「何のために」位置付けていますか？

機能訓練を入れることが目的ではありません。
本人のどんな「暮らし」につなげるのかを考えます。

ケアマネ実務ポイント　**サービス名より先に、本人の生活目標を言葉にする**

今日持ち帰ってほしい3つ

1 リハビリは、本人の生活目標から考える

2 生活の中には、リハビリの機会がある

3 ケアマネジャーは、それをケアプランにつなぐ

事例紹介

事実

76歳女性。79歳の夫と二人暮らし

- 外出や他者との交流が少ない生活
- 入院数か月前から、買い物や調理が難しくなっていた
- 介護認定は受けていなかった
- 受診には消極的で、かかりつけ医はいなかった

支援が必要になる前から、暮らしの変化は始まっていた

入院前から起きていた暮らしの変化

外出が減る

買い物・調理が困難

食欲低下・歩行不安定

転倒

小脳出血

病名だけでは見えない経過があります。

病気になる前の「暮らし」を見る

ケアマネ実務ポイント　受診歴やADLだけでなく、買い物、調理、外出、交流の変化をたどる

小脳出血・入院後の状態

事実

低栄養	食事が十分に摂れない
体重23kg	状態悪化への懸念
歩行介助	トイレまで約3mを手引き
意欲低下	リハビリが進まない
要介護4	入院中の認定結果

夫が抱えていた不安

家族の言葉

リハビリ病院への転院を勧められている

- 食事が摂れず、体重が23kgまで減っている
- このままリハビリを続けられるのか
- 高齢夫婦二人で自宅生活を続けられるのか

夫の不安は、退院後の「暮らし」そのものに向いていた

事例の入口

家族の希望

家族の言葉

「自宅に連れて帰りたい」

夫の希望から、支援の組み立てが始まりました。

ケアマネ実務ポイント　**希望をそのままサービスに置き換えず、実現に必要な条件を確認する**

相談は、地域の顔なじみから始まった

夫	自宅に連れて帰りたい
民生委員	顔なじみとして相談を受ける
在宅サービス相談	状況と希望を聞き取る
病院・ケアマネ・地域の専門職	退院後の支援を具体化する

ケアマネ実務ポイント　**相談の入口は、制度の中だけとは限らない**

相談を受けた専門職は、何を見たのか

病状

体調、栄養、移動能力

本人の思い

自宅でどう過ごしたいか

家族

介護力、不安、続けられる範囲

暮らし・環境

住まい、動線、地域とのつながり

ケアマネ実務ポイント　サービス名を決める前に、本人が続けたい「暮らし」を確認する

「自宅へ帰る」と「自宅で暮らし続ける」の違い

自宅へ帰る

退院という一時点

自宅で暮らし続ける

毎日の療養と生活が続くこと

目標は、本人が自分の「暮らし」の中で療養を続けられること

ケアマネ実務ポイント　自宅退院をゴールにせず、退院後の一日と一週間を具体的に描く

自宅で暮らし続けるために必要だったこと

食事
摂取量と栄養

排泄
自分で行く環境

移動
室内の安全

医療
状態観察と受診

家族介護
無理なく続く範囲

外出・参加
買い物と他者交流

一つのサービスではなく、暮らし全体の条件を整える

ケアプランの視点

1週間の暮らしとして支援を組み立てる

月	火	水	木	金	土	日
訪問看護	療養通所 9:30〜16:00	訪問看護 （PT）	療養通所 9:30〜16:00	訪問診療 訪問看護 （PT）	療養通所 9:30〜16:00	家族と 日常生活

訪問看護・訪問診療の24時間対応体制

ケアマネ実務ポイント　リハビリの機会は、PTの訪問時間だけではない

在宅リハビリは、専門職の訓練だけではない

心身機能	立つ・歩く・筋力
活動	トイレ・食事・更衣・移動・家事
参加	買い物・通所・他者交流

訓練が、実際の生活動作と社会参加にどうつながるかを見ます

ケアマネジャーの役割

ケアマネジャーが訓練内容を決めるわけではありません。

本人の生活目標

どんな暮らしを望むか

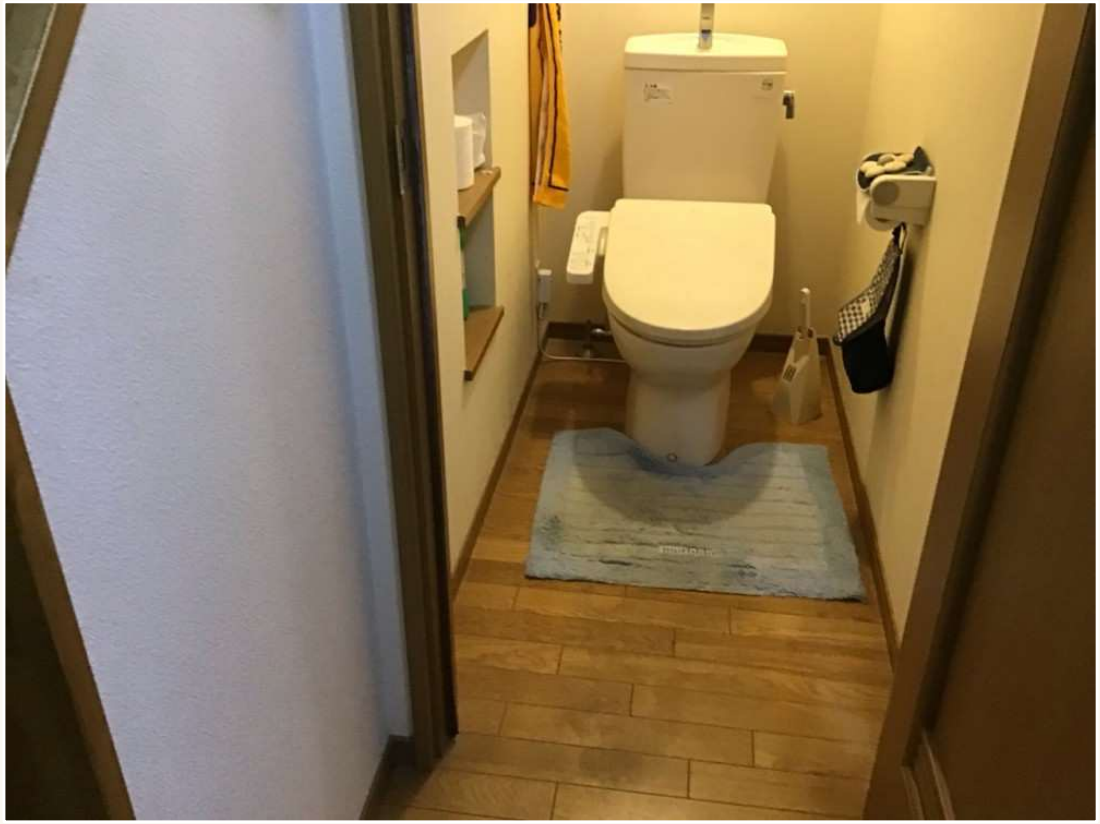
専門職の支援

評価と訓練、環境調整

ケアプランで つなぐ

ケアマネ実務ポイント　**生活目標と専門職の支援を、同じ評価軸で結ぶ**

「自分でトイレに行く」ための環境づくり

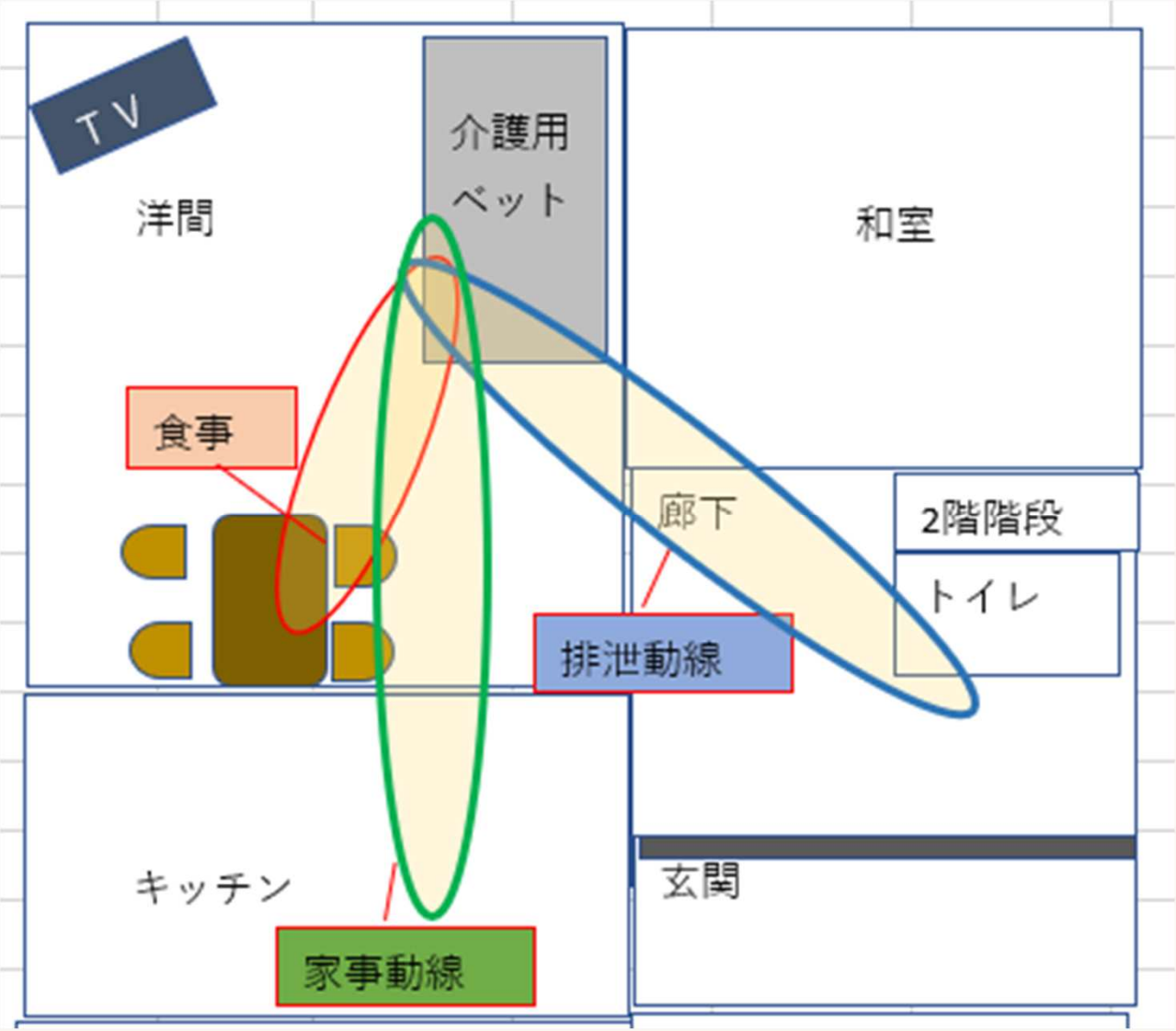


本人ができる動作
を
続けやすくする

- 手すりの位置
- 物品の配置
- 歩行車の動線
- 家族の見守り範囲

ケアマネ実務ポイント　**環境調整は、介助を増やす前に本人の力を引き出す方法**

「自分でトイレに行く」ための環境づくり

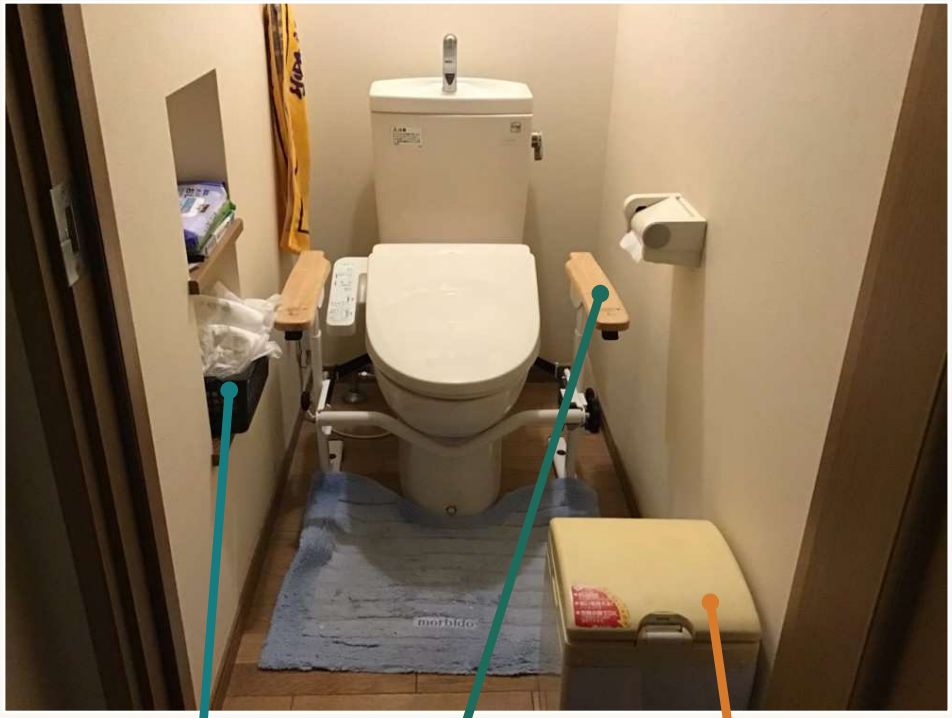


自宅の中を安全に移動できる範囲を共有

室内で歩行車を使用し、ご家族の見守りでトイレ、調理、食事など「室内の移動できる範囲」を設定する。

ケアマネ実務ポイント　「できる動作」ではなく、「自分でできる生活」をつくる

排泄動作を生活のリハビリとして考える



動作

立つ・歩く・衣類操作・方向転換・後始末

環境

手すり・歩行車・物品配置

ケアマネ実務ポイント　「できる動作」ではなく、「自分でできる生活」をつくる

歩行車を使った室内移動（動画①）



目的は歩行器を使うことではなく、トイレや食事へ自分で移動できること

椅子からの立ち上がり（動画②）



立ち上がりは、排泄・食事・移動の出発点

スクワット等の訓練（動画③）



この運動は、暮らしの何につながるでしょうか？

床からの立ち上がり（動画④）



床での動作が、生活範囲を広げ、次の活動への意欲につながる

床マットでの動作訓練（動画⑤）



「暖かくなったら、なじみのスーパーに買い物に行きたい」

リハビリの目標は、本人の「暮らし」から生まれる

立つ	排泄や移動の出発点
歩く	家の中を自分で移動
外へ出る	通所や地域との接点
買い物に行く	本人が望む生活目標

ケアマネ実務ポイント　「機能目標」を、本人の「生活目標」へつなげて書く

療養通所での運動・食事・活動





一日の長い時間の中で

- エルゴサイクル
- 食事量の確認
- 活動と休息
- 生活リズム
- 他者との交流

通所は、運動だけでなく、日中の「暮らし」の中で療養を支える場

他者との活動も「リハビリ」の機会（動画⑥）



運動だけでなく、活動・交流・役割・楽しみも生活を活性化する

生活の中の活動が、回復を支える





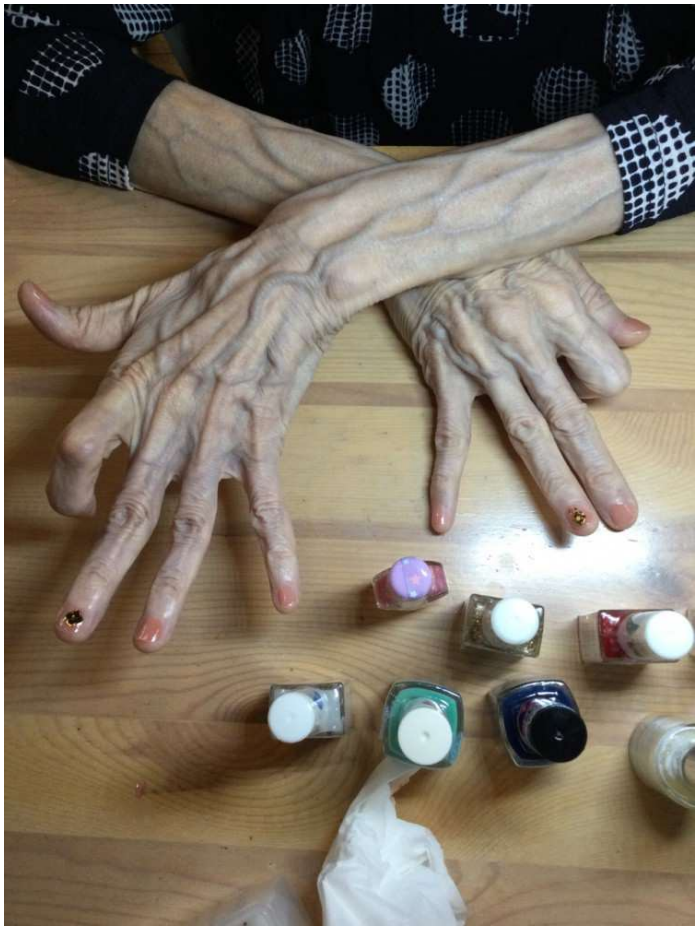


手を動かす。人に見せる。会話が生まれる。

楽しみのある活動が、生活の活性化と参加につながります。

生活の中の活動が、回復を支える





手を動かす。人に見せる。会話が生まれる。

楽しみのある活動が、生活の活性化と参加につながります。

訪問で見えること／通所で見えること

訪問で見えること

- 実際の家と動線
- トイレ、ベッド、福祉用具
- 家族の介護のしかた
- 本人が日常で困る場面

通所で見えること

- 食事量と疲労
- 一日の活動性
- 他者との関係
- 長い日中時間の過ごし方

ケアマネ実務ポイント　場面ごとの情報を持ち寄り、ケアプランの目標と照らす

異なる生活場面から、同じ利用者さんを見る

訪問

実際の家・動線・家族介護

通所

食事・活動・交流・疲労

同じ利用者さん
の
「暮らし」

訪問と通所は、優劣ではなく補い合う関係

家族が続けられることも、支援の条件

家族の暮らし

夫の介護負担	毎日の介助量と休息
レスパイト	通所利用中に休める時間
配食	食事準備の負担を減らす
家族自身の暮らし	仕事、睡眠、外出を続ける

ケアマネ実務ポイント　本人の目標と、家族が無理なく支えられる条件を同時に確認する

ケアプランに、どう書くか

△　筋力低下があるためリハビリを行う

目的がサービス利用で止まり、暮らしとの関係が見えにくい

○　本人の生活目標から書く

自宅でトイレや食事などの生活動作を継続し、本人が希望する買い物への外出につなげるため、立ち上がり・移動能力の改善を図る

生活目標と、必要な活動、リハビリが一つの文でつながる

生活目標　＋　必要な活動　＋　リハビリ

ケアマネ実務ポイント　「改善する機能」だけでなく、「その力を使う生活場面」を書く

ケアプランで確認したい4つ

① 何のために	本人の生活目標
② どこで	自宅・通所・地域
③ 誰が何を担う	PT、看護、介護、家族、福祉用具など
④ 何で効果を見る	実際の暮らしがどう変わったか

ケアマネ実務ポイント　サービス担当者会議では、4つの問いを同じ言葉で共有する

モニタリングで確認したいこと

- 実際にトイレへ行けているか
- 食事量と体重の変化
- 移動できる範囲
- 外出や活動への意欲
- 家族の負担と休息
- リハビリ内容と生活目標のつながり

ケアマネ実務ポイント　**「リハビリを利用しているか」ではなく、「リハビリが暮らしにどう表れているか」を見る**

効果を暮らしで見る

在宅療養支援の「効果」

夫のインタビュー

「顔なじみの民生委員が、
サービスにつないでくれた」

「自宅に帰る選択でよかった」

「入院中より食べられ、
自分でトイレへ行ける」

「本人のペースでリハビリができ
、効果が出ている」

本人の変化
「買い物に行きたい」という生活目標が生まれ、活動への意欲につながった

心身機能　活動　参加　家族負担　療養継続

ケアマネ実務ポイント　リハビリの効果は、身体機能だけでは評価しない

在宅療養支援の「目的」と専門職としての学び

自分の「暮らし」の中で、療養を続けていく。

医療・介護・リハビリ・生活支援は、その暮らしを支えるための手段。

専門職としての理念

「何のために、この支援をするのか」を考える軸

自分自身の学び（現任教育）

実践・評価・対話・振り返り

支援の見直し

日々の実践を振り返り、他の専門職と対話することが、

自分自身の支援を考える力を育てる。



あゝす在宅療養支援センター

まとめ

1. リハビリは本人の生活目標から考える
2. 生活の中にはリハビリの機会がたくさんある
3. ケアマネジャーはその機会をケアプランにつなぐ

本人が、自分の「暮らし」の中で
療養を続けられることを目指して。