

在宅療養者の日常生活を支える取組支援事業

「リハビリ相談事業」事例集

(令和3(2021)年度、令和4(2022)年度)

-リハビリテーション前置で在宅療養者の自立支援や重度化防止を図る-

2023年11月

茨城県

一般社団法人茨城県リハビリテーション専門職協会

在宅療養者の日常生活を支える取組支援事業（リハビリ相談事業）の概要

高齢化の進展により医療介護の必要のある高齢者が増加する一方、医療機関は病床機能の分化が進みベッド数は限られるなど、可能な限り地域での自立した生活が求められており、在宅での生活を支える生活期リハビリテーションの取組が重要となります。在宅で療養する高齢者の介護予防に資するリハビリテーション専門職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）（以下、リハビリ専門職）による取り組みは各自治体により実施されており、これらは主に要支援者および総合事業対象者に対し、要介護になることを予防する目的で行われています。

本事業は、茨城県の取組みとして（一社）茨城県リハビリテーション専門職協会に委託実施された事業であり、上記の総合事業や介護保険サービスで対応されていない主として中重度者を対象に、自立支援や重度化防止のため、茨城県地域リハビリテーション支援体制で指定された「地域リハ・ステーション」のリハビリ専門職が介護支援専門員（以下、ケアマネジャー）と対象者自宅の同行訪問を行い、心身機能や居住環境等の聞き取りから、適切なサービス利用につながる助言指導等を行うものです。

対象となる方：在宅療養中で、主治医意見書等により要介護認定を受けた被保険者

本書の活用方法

本書は、令和3（2021）年度及び令和4（2022）年度に実施した本事業の事例集です。

目次の事例一覧で、事例の内容を端的にまとめていますので気になる事例の頁番号へお進みください。また、ケアマネジャーの気づきやリハビリ専門職別で検索したい方は、下記索引から事例番号を確認いただき目次から頁番号へお進みください。

索引

1. 「自立した在宅療養生活を継続するためにケアマネジャーが気づいたこと」から探す

能力が低下してきた	21-1	21-5	22-1	22-6	22-15
介護負担が増えている	21-6	22-7	22-10	22-17	22-21
外出ができない	21-2	21-7	22-2	22-19	
福祉用具/環境面の調整が必要	21-3	22-11	22-16	22-18	
自主練習を必要としている	22-8	22-12	22-14		
退院時の連携、情報が不足している	22-5	22-9	22-13		
食事が進まない	22-3	22-20			
復職を希望している	22-4	22-22			
コロナ禍の影響が推測される事例	21-4	21-6	22-4	22-13	22-20

2. 「対応した職種」で探す

作業療法士	21-1	22-9	22-11	22-17					
言語聴覚士	22-3	22-15	22-20						
理学療法士	21-2	21-3	21-4	21-5	21-6	21-7	22-1	22-2	22-4

22-5 22-6 22-7 22-8 22-10 22-12 22-13 22-14 22-16
22-18 22-21 22-2 22-22

目次

21-1	片麻痺と全盲の独居女性。徐々に身辺動作が困難になってきた（要介護4）	6
21-2	親の介護をうけながら長期間引きこもりの60歳代男性（要介護2）	6
21-3	転倒が増えたが、歩行補助用具が定着しない（要介護1）	7
21-4	コロナ禍で通所介護を休んでいたところ徐々に歩けなくなった（要介護3）	7
21-5	入院による廃用は改善してきているが、ふらつきが残っている（要支援1）	8
21-6	サービス利用を拒み、夫の介護負担が増えている（要介護4）	9
21-7	転倒しやすく、家から出られずに困っている（要介護1区変中）	9
22-1	膝折れしやすく転倒が心配。夫に介助の助言が欲しい（要介護4）	10
22-2	本人に合った自主練習や歩行補助具の提案が欲しい（要支援1）	10
22-3	食事が進まず体重減少。言語聴覚士に相談したい（要介護5）	11
22-4	自宅で自主練習しながら復職も目指したい（要介護2）	11
22-5	退院調整せず宿泊サービスへ退院。能力改善の見込みを評価したい（要介護4）	12
22-6	歩行困難となってきたが、リハビリへの理解が進まない（要介護4）	12
22-7	転倒リスクがあるが認知機能低下のため歩こうとしてしまう（要介護3）	13
22-8	ふらつかない歩行に向けて自主練習の助言が欲しい（要支援1）	13
22-9	トイレからの立ち上がりが困難。家屋環境調整を希望（要介護4）	14
22-10	ポータブルトイレが使える能力があるか確認したい（要介護4）	14
22-11	屋外の手すり設置に助言が欲しい（要介護4）	15
22-12	歩行や家事動作に意欲的だが、動作方法が分からない（要介護3）	15
22-13	独居だがコロナ禍で病院からの退院前家屋調査ができない（要介護1）	16
22-14	自己流の運動を続けているが、方法が合っているのか相談したい（要支援1）	16
22-15	体力低下、体重減少のためケアマネジメント再考したい（要支援2）	17
22-16	夜間、週末のみ過ごす家族の家の環境整備、自主練習を検討（要介護1）	17
22-17	重度介助を要するため、機能評価し移乗介助に取り入れたい（要介護5）	18
22-18	杖歩行を試したいが支援者では判断ができない（要介護4）	18
22-19	県外への受診までの移動手段獲得できるか判断したい（要介護2）	19
22-20	コロナ感染後、食物が飲み込まれず口の中に残る（要介護5）	19
22-21	経済的にサービス導入難しいが、在宅生活を継続したい（要介護5）	20
22-22	高次脳機能障害がある方の通勤に公共交通機関が必須（要介護2）	20

「リハビリ相談事業」事例集

21-1(取手・龍ヶ崎保健医療圏)

事例	80歳代/女性/要介護4	家族構成	独居
主診断名	脳梗塞(30年前発症)	障害名	左片麻痺、視覚障害(全盲)
サービス利用状況	訪問介護、訪問看護	受診状況	定期受診

ケアマネジャーの気づき(相談内容)
 独居で全盲、麻痺があるので身の回りの生活支援で訪問介護を毎日入れてきた。入浴が介助でも難しくなっていて、どうしたらいいか相談したい。

評価のポイント	課題	助言内容
身体機能 麻痺は中～重度 拘縮、疼痛あり 活動 T字杖なんとか歩ける ADL介助 参加 交流なし ベッド上で過ごす 環境 浴室までの距離が長い 浴室段差あり	努力性の生活環境もあり、活動不活発から、痙縮の増強、ADLの制限が増えている	四点杖/介護ベッド 検討 入浴は現時点で在宅は困難 自主練習 (ポジショニング/ストレッチ) 日常的に「座る」必要性と座り方について

訪問回数
1回

ケアマネジャーより(帰結)
 ○主治医に相談し、通所リハの導入 ○4点杖での自宅内歩行ができるようになった
 ○入浴機会の通所で確保した(今後在宅でも入れるようになることは目標にする)
 ○寝たきり生活からの脱却(他者との交流)

担当：作業療法士

21-2(取手・龍ヶ崎保健医療圏)

事例	60歳代/男性/要介護2	家族構成	両親と3人暮らし
主診断名	脊柱管狭窄症	障害名	移動能力低下
サービス利用状況	-	受診状況	定期受診

ケアマネジャーの気づき(相談内容)
 治療不要と言われ長くひきこもっていた方で、病的な廃用によるものか父の介助なくしては活動ができていない。年齢が若いこともあり広い視野でケアマネジメントの作成が必要と考えている。

評価のポイント	課題	助言内容
身体機能 体幹・下肢筋力低下 臀部疼痛 活動 努力性の伝い歩き 環境 自室2階	病的な部分もあると思われるが廃用による筋力低下が著明 生活指導助言が受けられず精神的、身体的に影響を受けている	訪問リハ、通所リハの導入 歩行補助具の選定 自宅内生活が安定後、就労支援を検討していく

訪問回数
1回

ケアマネジャーより(帰結)
 ○通所系サービスを開始した
 ○筋力、姿勢、痛みが改善し、現在就職を目指し活動中

担当：理学療法士

21-3(筑西・下妻保健医療圏)

事例	90歳代/女性/要介護1	家族構成	家族と同居
主診断名	変形性膝関節症	障害名	歩行能力低下
サービス利用状況	通所介護、福祉用具貸与	受診状況	定期受診

ケアマネジャーの気づき(相談内容)
 屋内での転倒が増えてきて歩行補助具の導入など提案してきたが汎化されない。高齢で自宅生活継続するためにできることを考えたい。

評価のポイント	課題	助言内容
身体機能 下肢の筋力低下 膝痛 活動 シルバーカー歩行参加 デイサービスのみ 環境 動線に障害物が多い 照明が暗い	物が多く歩行器で歩ける 動線が確保されていない 一人で動くことができません 全体的に不活発傾向	通所介護は継続 環境整備目的で訪問リハを短期間導入 転倒しやすい場所の紹介 安定性の高い歩行補助具提案

訪問回数
1回

ケアマネジャーより(帰結)
 ○通所介護継続中
 ○転倒についても通所介護で経過をフォローしてもらい在宅生活が継続できている

担当：理学療法士

21-4(筑西・下妻保健医療圏)

事例	80歳代/女性/要介護3	家族構成	夫と二人暮らし
主診断名	認知症、パーキンソン症候群	障害名	歩行能力低下
サービス利用状況	通所介護(休止中)	受診状況	定期受診

ケアマネジャーの気づき(相談内容)
 コロナ感染拡大で通所介護を休んでいたところ、徐々に歩けなくなり這って移動、介助量も増えている。再開の見込みがあるまでの間、どのように在宅生活を継続してもらおうとよいか。

評価のポイント	課題	助言内容
身体機能 重度円背 四肢運動失調 活動 這って移動 ADL介助 参加 外出なし トイレ移動以外動かない 環境 布団生活 物が散乱している	外出自粛で活動性が顕著に低下し能力が低下した 身体機能、認知機能低下のリスクが大きい	まずは今の能力を維持すること 通所再開まで、訪問リハ導入 和式生活にあわせた環境調整

訪問回数
1回

ケアマネジャーより(帰結)
 ○リハビリ相談後すぐに訪問リハビリを開始
 ○自らトイレへ行くなど、自宅内での活動量が増えて状態が戻りつつある
 ○通所介護再開まで、現在の在宅生活を継続することができそう

担当：協和中央病院 理学療法士

21-5(水戸保健医療圏)

事例	80歳代/男性/要支援1	家族構成	家族と同居
主診断名	肝機能障害、重度心不全	障害名	歩行能力低下
サービス利用状況	通所介護	受診状況	定期受診

ケアマネジャーの気づき（相談内容）
入院による廃用が改善してきているがふらつきが残っている。通所介護の看護師より理学療法実施の提案あり、サービス導入の是非を検討したい。

評価のポイント	課題	助言内容
身体機能 筋力低下 難聴（補聴器なし） 活動 独歩 参加 通所介護のみ	加齢による筋力低下と不活発による廃用が心臓への過負荷になるリスク	自主練習で経過観察 家庭内役割を作り活動機会確保 安楽な歩行（歩行補助具活用）

訪問回数
1回



ケアマネジャーより（帰結）
○介護度の変化もなく在宅生活継続中

担当：理学療法士

21-6(鹿行保健医療圏)

事例	70歳代/女性/要介護4	家族構成	夫との2人暮らし
主診断名	右大腿骨転子部骨折、認知症	障害名	認知機能低下・移動能力低下
サービス利用状況	訪問入浴・訪問ヘルパー・デイサービス（週2回）中断中	受診状況	整形外科、認知症について定期受診中

ケアマネジャーの気づき（相談内容）
通所・入所施設利用を本人が拒み、旦那様が献身的に介護をしている。少しでも旦那様が楽になるよう、介助方法等について指導してほしい。通所系サービスを中断し、生活機能低下が心配。

評価	課題	助言内容
身体機能 筋力低下 活動 時間を要すが、起立・立位保持が部分的にできる	移乗動作介助量が多く、介護負担になっている ベッド上の生活が長く、介助量が増える可能性がある	残存機能を活かした、移乗介助方法を指導 残存機能を維持・向上するための旦那様の負担にならない範囲の運動を指導

訪問回数
1回



ケアマネジャーより（帰結）
○移乗介助が楽に行えるようになった
○残存機能を維持向上するための運動方法が分かった。
○通所サービス中断中も無理なく運動が継続できるようになった。
○ケアマネの不安に対応できる事業となった。

担当：理学療法士

22-2(筑西・下妻保健医療圏)

事例	80歳代/男性/要支援1	家族構成	妻と二人暮らし
主診断名	腰痛	障害名	歩行能力低下
サービス利用状況	特になし	受診状況	泌尿器科・他 適宜

ケアマネジャーの気づき(相談内容)
 徐々に移動が困難になってきている。サービス導入を提案しているが感染自粛があり進まない。自己流で運動はしているが、低下してきているため本人にあった自主練習の指導と歩行補助員の提案がほしい

評価のポイント	課題	助言内容
身体機能 全身の筋力低下 後方重心 活動 ADL自立しているが すべて痛みを我慢	筋力低下と疼痛があり転倒のリスクがあるが、特に対策がとられていない	自主練習指導(複数回指導) 改善の見込みあり訪問リハの提案 更衣に使用する椅子の高さ調整 痛みを配慮した起居動作の指導

訪問回数
3回

ケアマネジャーより(帰結)
 ○訪問リハ(理学療法)の導入
 ○サービス拒否だったが専門職の助言で同意を得ることができた

担当：理学療法士

22-3(土浦保健医療圏)

事例	90歳代/女性/要介護5	家族構成	息子と二人暮らし
主診断名	脳梗塞後遺症、認知症	障害名	摂食障害
サービス利用状況	訪問介護、訪問看護、通所介護、他	受診状況	定期訪問受診

ケアマネジャーの気づき(相談内容)
 幾度の入院でほぼ全介助。食事がうまく進まず体重減少。ケアサービスを中心に調整し単位数がない。関係する栄養士から言語聴覚士の助言を受けることを勧められ、食事の工夫について相談したい。

評価のポイント	課題	助言内容
身体機能 左顔面神経麻痺あり 嚥下反射遅延によるむせ 簡単なコミュニケーション可 活動 ADL全介助 参加 デイサービス利用 (食事は2割程度) 環境 普通型車いす	口腔内に食べ物が残留しやすい 誤嚥性肺炎のリスクあり 一口量やとろみの未調整 食事介助方法が統一されていない	口腔ケアの必要性と方法 食事姿勢(リクライニング車いすへ変更した) 一口量の設定 水分のとろみのつけ方 食事方法/介助方法

訪問回数
2回

ケアマネジャーより(帰結)
 ○在宅生活を最期まで送ることができ家族が喜んでいた
 ○食事方法が統一され看取りまで自宅で過ごすことができた

担当：言語聴覚士

22-4(筑西・下妻保健医療圏)

事例	60歳代/男性/要介護2	家族構成	奥様と二人暮らし
主診断名	悪性リンパ腫後の右下垂足	障害名	筋力低下/排尿障害
サービス利用状況	福祉用具貸与	受診状況	腫瘍は寛解し経過観察

ケアマネジャーの気づき(相談内容)
 外出自粛のため自宅での自主練習を希望している。後々は復職も目指している。介護保険のみならず可能性を広げるための相談をしたい。

評価のポイント	課題	助言内容
身体機能 下肢筋力低下 排尿障害	腫瘍は寛解したが免疫力低下、感染拡大があり活動が広がらない	排尿障害については再度受診 自主練習 姿勢のセルフチェック
活動 自宅内車いす移動 屋外は杖歩行 改造車の自主練習中	自己導尿後の残尿感あり	
環境 手すりなど調整済		

訪問回数
2回

ケアマネジャーより(帰結)
 ○免疫が低下しているので自宅でする運動がわかってよかった
 ○障害福祉のサービス(機能訓練)を本人も見学し、選択肢が広がった

担当：理学療法士

22-5(鹿行保健医療圏)

事例	80歳代/女性/要介護4	家族構成	息子と二人暮らし
主診断名	腰椎圧迫骨折	障害名	下肢筋力低下、ADL低下
サービス利用状況	通所介護(宿泊利用)	受診状況	定期受診

ケアマネジャーの気づき(相談内容)
 入院時せん妄が強く、退院調整せず退院した。現在は宿泊サービスを使用してほぼ事業所で過ごす。自宅での生活をふやすために能力改善の見込みと事業所での過ごし方について助言がほしい。

評価のポイント	課題	助言内容
身体機能 下肢筋力低下 腰部痛 座位、立位バランス不良 認知低下、注意障害	筋力低下と疼痛があり、すべてに介助を要する 和式スタイルの生活	排泄動作獲得の可能性あり 座位姿勢での過ごし方 上肢筋力強化の練習 立ち上がり(滑り止めの工夫) できる動作と介助が必要な動作の見極めと介助方法
活動 車いす/いざり 排泄・更衣要介助 移乗・立ち上がり要介助		洋式生活への転換
環境 布団生活		

訪問回数
2回

ケアマネジャーより(帰結)
 ○自主練習を継続し自宅トイレへの移乗が可能になった
 ○自宅生活にシフトする話が進んでいる(本人意欲もあり)

担当：理学療法士

22-6(水戸保健医療圏)

事例	80歳代/男性/要介護4	家族構成	奥様と二人暮らし
主診断名	認知症	障害名	歩行能力低下
サービス利用状況	通所介護、福祉用具貸与	受診状況	定期受診

ケアマネジャーの気づき（相談内容）
 歩行が困難となってきている。最後まで歩いてほしいという家族の要望があるがリハビリへの理解が進まない。自己判断でリスクのある自主練習をするので適切な練習を説明してほしい。

評価のポイント	課題	助言内容
身体機能 上下肢筋力低下 筋緊張異常あり 指示入力困難 活動 ADL全介助 転倒歴あり 参加 移動が困難となり通所できていない	1か月以内に転倒歴あり、慢性硬膜下血種の疑い	医師受診 自宅環境を使った動作練習や介助練習が必要 →訪問リハ導入のすすめ

訪問回数
1回

ケアマネジャーより（帰結）
 ○医師への受診、サービス導入は家族の意向で行わず経過を見ている状況
 ○ADLが低下してきている

担当：理学療法士

22-7(つくば保健医療圏)

事例	80歳代/女性/要介護3	家族構成	-
主診断名	外傷性てんかん	障害名	拘縮、歩行能力低下
サービス利用状況	グループホーム入居	受診状況	定期診察

ケアマネジャーの気づき（相談内容）
 転倒や介助負担があるが認知機能低下があるため歩こうとしてしまう。膝の拘縮に気を付けるよう医師から言われているがどのようにしたらよいかわからない。

評価のポイント	課題	助言内容
身体機能 認知機能低下 関節拘縮 片足立ち不可 活動 後方介助歩行 ADL中等度介助 環境 歩行補助具がない レンタル不可	認知機能低下のため、転倒の危険性がわからず歩いてしまう。介助方法がわからない。	歩行器の必要性と可能性 介助方法 関節可動域練習 筋力向上練習 姿勢調整 バランス練習

訪問回数
2回

ケアマネジャーより（帰結）
 ○歩行器を備品として購入。介助負担が減り歩く機会が増えた。動作耐久時間が増えた。
 ○立ち上がり、立位保持が安定し、排泄動作の介助量が減った。

担当：理学療法士

22-8(日立保健医療圏)

事例	90歳代/女性/要支援1	家族構成	息子と二人暮らし
主診断名	両変形性膝関節症・変形性腰椎症	障害名	筋力低下
サービス利用状況	通所介護・福祉用具貸与	受診状況	定期受診

ケアマネジャーの気づき（相談内容）
 通所介護で看護師より運動指導を受けているが、自分に合っていないと感じている。意欲がある方で、よりふらつかないように歩きたいという強い希望があり自主練習の助言がほしい。

評価のポイント	課題	助言内容
身体機能 下肢筋力低下 膝関節疼痛・制限 活動 独歩 ADL自立 環境 手すりなど調整済	通所介護は週1回半日のみで、自主練習運動をその時しか実施できていない。筋力強化のみでストレッチが実施できていない。	自主練習 （筋力強化とストレッチ）

訪問回数
1回

ケアマネジャーより（帰結）
 ○サービス以外の日にも、ご本人が自主練習を継続している
 ○自分にあった（必要な）運動がわかってよかったとのこと

担当：理学療法士

22-9(つくば保健医療圏)

事例	70歳代/女性/要介護4	家族構成	独居
主診断名	うっ血性心不全	障害名	廃用症候群
サービス利用状況	未利用	受診状況	定期受診

ケアマネジャーの気づき（相談内容）
 入退院を繰り返しており、今回退院時からトイレからの立ち上がりが大変になっている。ケアプラン作成にあたり能力評価と家屋環境調整を希望。

評価のポイント	課題	助言内容
身体機能 下肢筋力低下 股関節痛 立位バランス不良 認知低下、注意障害 活動 杖歩行（屋内） 立ち上がり、ADL要介助 環境 段差が多い トイレの高さが低い 参加 友人が訪問してくれる	服薬、食事管理が不十分 努力性で活動しており心的負荷がかかる 廃用性の機能低下がみられる（改善可能性あり）	段差の解消 歩行器を使用した歩行の提案 食事管理の支援 訪問リハまたは通所リハ

訪問回数
1回

ケアマネジャーより（帰結）
 ○手すり設置、歩行器を導入した
 ○リハ専門職が配置された通所サービスにつながった

担当：作業療法士

22-10(鹿行保健医療圏)

事例	70歳代/男性/要介護4	家族構成	奥様と二人暮らし
主診断名	血液がん	障害名	歩行能力低下
サービス利用状況	訪問介護	受診状況	定期受診

ケアマネジャーの気づき(相談内容)
 施設入所待ち中。オムツ交換が大変になってきていてポータブルトイレを導入できる能力があるか確認したい。自宅療養の間、妻の介護負担をできる限り軽減させたい。

評価のポイント	課題	助言内容
身体機能 上下肢筋力低下 腰痛(寝たきり) 活動 基本動作、ADL全介助 食事のみ自力摂取可能 コミュニケーション良好 環境 電動ベッド(高さ固定) ポータブルトイレ(低い) ※現状オムツ	寝たきりが腰痛を引き起 こしさらに介助量が増大 する原因となっている	オムツ交換の介助方法 除圧方法(電動ベッド使用) 除圧方法(自身での寝返り) 食事の姿勢調整 自主練習

訪問回数
1回

ケアマネジャーより(帰結)
 ○ベッドアップにより腰痛が緩和され食事が進んでいる
 ○ベッド上で下肢の運動を継続されている
 ○2回目訪問を予定していたが、施設入所が決まった

担当：理学療法士

22-11(水戸保健医療圏)

事例	70歳代/男性/要介護4	家族構成	妻と二人暮らし
主診断名	糖尿病、腎盂腎炎、腰椎骨折、他	障害名	歩行能力低下
サービス利用状況	住宅改修	受診状況	定期受診

ケアマネジャーの気づき(相談内容)
 ふらつきがあり屋外の手すり設置などをご家族が希望されているが、どのように改修すればよいかわからない。

評価のポイント	課題	助言内容
身体機能 下肢筋力低下・感覚障害 短期記憶低下 円背 活動 独歩(転倒リスクあり) ADL見守り～軽介助 環境 段差が多い 車乗降まで距離がある 参加 痛み、痺れで外出意欲減退	不活発な生活状況にあり、身 体機能低下、転倒リスクが高 まる。糖尿病、他持病への意 識が薄く自己管理は難しい。 外出に向けた環境調整が必要。	屋内外に手すり設置 訪問または通所リハ導入

訪問回数
1回

ケアマネジャーより(帰結)
 ○屋外の手すり設置が完了した(書面でもらったので工務店へ伝えやすかった)
 ○本人が動ける範囲が広がり活動量が増加した
 ○リハサービス導入にはまだ至っていないがいつでも受けられるという安心感ができた

担当：作業療法士

22-12(取手・龍ヶ崎保健医療圏)

事例	70歳代/女性/要介護3	家族構成	夫と二人暮らし
主診断名	関節リウマチ	障害名	歩行能力低下
サービス利用状況	訪問看護	受診状況	定期受診

ケアマネジャーの気づき(相談内容)
本人が歩行練習に意欲的。通所系サービスは拒否があり本人にあった機能向上の練習を教えてほしい。

評価のポイント	課題	助言内容
身体機能 関節可動域制限 しびれ、痛み 活動 歩行器歩行(屋外車いす) ADL見守り～軽介助 環境 段差解消済 参加 家事などに意欲的 (非実施)	意欲はあるが、関節リウマチがあり動作の方法がわからない	自助具による活動の拡大 通所リハによる身体機能の改善 自主練習 トイレ、浴室の手すり位置

訪問回数
1回

ケアマネジャーより(帰結)
 ○通所リハを開始予定
 ○自主練習継続中

担当：理学療法士

22-13(取手・龍ヶ崎保健医療圏)

事例	80歳代/男性/要介護1	家族構成	独居
主診断名	敗血症	障害名	筋力低下、体力低下
サービス利用状況	-	受診状況	入院中

ケアマネジャーの気づき(相談内容)
コロナ感染拡大により退院前指導(家屋調査)が実施できない予定。独居のため退院後安全な生活を提供するためには家屋調査の結果をケアマネジメントに反映したい。

評価のポイント	課題	助言内容
身体機能 足関節可動域制限 バランス能力低下 活動 独歩 運搬能力が困難 参加 自治会活動など活発 環境 段差多い(特に玄関) 屋外不整地	玄関の段差や洗濯干しの屋外歩行、買い出し、遠方の定期受診の方法などを再考する、または入院中に獲得する必要がある。ものをもって移動する能力が必要。	家屋調査 →病院職員へ情報提供 運搬能力の必要性 定期受診の家族送迎 切れ目のない訪問リハ導入

訪問回数
1回

ケアマネジャーより(帰結)
 ○訪問リハを退院後すぐに開始できた
 ○通院や買い物など屋外移動ができるようになるまで家族が対応している

担当：理学療法士

22-14(筑西・下妻保健医療圏)

事例	70歳代/男性/要支援1	家族構成	独居
主診断名	頸椎圧迫、先天性変形性股関節症	障害名	感覚障害
サービス利用状況	訪問介護	受診状況	必要時

ケアマネジャーの気づき（相談内容）
 自己流で運動を続けているが素人作成のプログラムのため、方法が合っているか気になっている。今後も一人暮らしを続けていけるための自主練習を続けてほしい。

評価のポイント	課題	助言内容
身体機能 両上肢痺れ 筋力低下 股関節関節可動域制限 脚長差 活動 家事・買い物 掃除のみヘルパー 環境 上がり框高い 参加 自営業（座り作業）	自主練習を確認したところ、神経圧迫を強める動きが含まれていた	運動の種類削除と追加 痺れが増強する場合は受診

訪問回数
1回

ケアマネジャーより（帰結）
 ○自分の運動に間違いがないことがわかりご本人が安心された
 ○神経症状の悪化もなく、新しい運動の追加に意欲的に取り組まれている

担当：理学療法士

22-15(日立保健医療圏)

事例	90歳代/男性/要支援2	家族構成	家族と同居
主診断名	胃がん（胃全摘）、両側大腿骨骨折	障害名	摂食障害
サービス利用状況	通所介護	受診状況	定期受診

ケアマネジャーの気づき（相談内容）
 座っていることが大変になり通所を休んでいる。その間に体力が落ち、体重減少、ふらつきが見られるようになった。今後のケアマネジメントを再考していくための助言を取り入れたい。

評価のポイント	課題	助言内容
身体機能 全身筋力低下 摂食障害 疲れやすい 活動 杖、手すり歩行 参加 通所介護休み中 自主練習の意欲あり	栄養不足によるフレイル状態	補助食品の選定 食品カタログの提供 食形態の提案 通所でできるまでは自主練習

訪問回数
1回

ケアマネジャーより（帰結）
 ○食事に大きな変化はないが意欲がでてきて通所再開した
 ○食品カタログを参考に今後の食事を家族と相談中

担当：言語聴覚士

22-16(つくば保健医療圏)

事例	90歳代/女性/要介護1	家族構成	息子と二人暮らし
主診断名	認知症、膝蓋骨骨折	障害名	歩行能力低下
サービス利用状況	通所介護	受診状況	定期受診

ケアマネジャーの気づき(相談内容)
 夜間、週末のみ親族の家で過ごしている。転倒があり親族宅の環境整備ができていないことが気になっている。認知症のため環境適合が難しいので親族宅でできる自主練習も定着してもらいたい。

評価のポイント	課題	助言内容
身体機能 下肢筋力低下 短期記憶低下 膝痛 活動 独歩(転倒リスクあり) 環境 手すりは整備済 参加 食器洗い	手すりがあるものの、長さ不足やバランスを崩しやすい場所に設置されていないなどあり。慣れない家環境のため十分な対策が必要。	トイレの手すり設置 屋外の歩行器歩行 自主練習

訪問回数
1回

ケアマネジャーより(帰結)
 ○助言をもらった通りの家屋改修を予定
 ○歩行器導入して屋外を歩くようになった

担当：理学療法士

22-17(取手・龍ヶ崎保健医療圏)

事例	80歳代/女性/要介護5	家族構成	-
主診断名	脳梗塞	障害名	四肢麻痺
サービス利用状況	グループホーム入居中	受診状況	-

ケアマネジャーの気づき(相談内容)
 重度介助を要する。本人の能力を知り、能力を最大限に活用した移乗を取り入れていきたい。

評価のポイント	課題	助言内容
身体機能 四肢麻痺 拘縮 意思疎通困難 活動 臥床生活 普通型車いす移動	四肢に拘縮があり、力が入る動きも見られない 擦過傷などが散見される	移乗方法(全介助の方法) 離床時間の確保 リクライニング車いす導入

訪問回数
1回

ケアマネジャーより(帰結)
 ○介護全体の課題がわかった
 ○安全な移乗方法がわかり実践している

担当：作業療法士

22-18(水戸保健医療圏)

事例	60歳代/女性/要介護4	家族構成	家族と同居
主診断名	多発性骨髄腫、腰椎骨折	障害名	骨折しやすい
サービス利用状況	小規模多機能通所介護、訪問看護、福祉用具貸与	受診状況	定期受診

ケアマネジャーの気づき（相談内容）
杖歩行を試したいという本人希望があるが病気の特性もあるため支援者では判断ができない。安全な生活を継続するために自主練習を習得してもらいたい。

評価のポイント	課題	助言内容
身体機能 筋力低下 腰部痛 関節可動域制限 骨折しやすい	痛みがありバランスや活動に影響を与えている 易骨折性があり自主練習の方法に注意が必要	歩行器歩行の継続 自主練習指導 通所事業所での歩行機会 痛みが増強した時の対処法
活動 屋内歩行器 屋外車いす		
環境 スロープ、手すり		
参加 家事		

訪問回数
1回

ケアマネジャーより（帰結）
○安全な自主練習がわかり継続している ○安全な歩行方法がわかり安心して生活を継続されている
○通所事業所のマンパワー調整をして歩行機会を提供していく予定

担当：理学療法士

22-19(取手・龍ヶ崎保健医療圏)

事例	60歳代/男性/要介護2	家族構成	独居
主診断名	広範性脊柱管狭窄症	障害名	屋外歩行能力低下
サービス利用状況	訪問介護、訪問看護	受診状況	定期受診

ケアマネジャーの気づき（相談内容）
進行性の病気で歩行能力が徐々に低下しているが独居で主治医が県外のため受診までの安全な移動手段獲得について、支援者で判断ができずケアマネジメントの参考意見を取り入れたい。

評価のポイント	課題	助言内容
身体機能 下肢麻痺（強直） 下肢感覚障害 下肢全体の痛み	ご自身で工夫されているが道具の安全性など不確かな部分が多い 県外への公共交通機関を利用した移動は不整地や不意なことが多いため困難	県外への受診は同伴者必要 通所または訪問リハサービス導入
活動 屋内手すり 屋外杖歩行 多趣味・家事		
環境 自作のベッド、トイレ		

訪問回数
2回

ケアマネジャーより（帰結）
○一人では危ないことをご本人が理解し知人に同伴を依頼した
○知人同伴のものと、安全に県外病院の受診をすることができた

担当：作業療法士

22-20(水戸保健医療圏)

事例	90歳代/女性/要介護5	家族構成	娘と二人暮らし
主診断名	認知症、糖尿病、腰椎圧迫骨折	障害名	認知機能低下
サービス利用状況	通所介護（宿泊利用）	受診状況	定期受診

ケアマネジャーの気づき（相談内容）
 コロナ感染症罹患後より食物が飲み込まれず口の中に残るようになってきている。定期的なサービスは拒否があるため様子を知りたい。

評価のポイント	課題	助言内容
身体機能 難聴 認知機能低下 歯牙欠損 活動 意思疎通困難 ADL見守り～一部介助 歯茎レベルの食物	加齢による摂食機能低下 義歯の不足もあり、摂食可能な食物に制限がある	義歯作成の提案 口腔体操 食安全確保のための食事形態

訪問回数
1回

ケアマネジャーより（帰結）
 ○やや食物残差の頻度や量が減ってきて、食事が維持され本人の意欲も出てきている
 ○歯科へ相談のため受診予定

担当：言語聴覚士

22-21(水戸保健医療圏)

事例	90歳代/女性/要介護5	家族構成	家族と同居
主診断名	上腕骨頸部骨折（臥床）	障害名	拘縮
サービス利用状況	通所介護（月1回）	受診状況	定期受診

ケアマネジャーの気づき（相談内容）
 経済的にサービス導入が難しく寝たきり生活を送っている。介護中の骨折（保存）後、残っていた上肢の動きも低下し拘縮が進んでいる。今後も在宅生活を継続するためにできることを知りたい。

評価のポイント	課題	助言内容
身体機能 右片麻痺 認知機能低下 全身の筋力低下 活動 寝たきり 意思疎通困難 背景 日中独居 経済的課題	日中一人で寝たきりで過ごしている。骨折の管理も不十分で偽関節、能力の悪化リスクがある。	家族が行えるマッサージや関節の動かし方

訪問回数
1回

ケアマネジャーより（帰結）
 ○教えてもらった動かし方を、家族が実施しているが十分とは言えない
 ○サービス導入が難しいため家族と相談をしながら追加でこの事業を活用したいと考えている

担当：理学療法士

22-22(水戸保健医療圏)

事例	50歳代/男性/要介護2	家族構成	家族と同居
主診断名	脳梗塞、左空間無視	障害名	高次脳機能障害
サービス利用状況	-	受診状況	定期受診

ケアマネジャーの気づき(相談内容)
 復職するために公共交通機関の利用が必須。高次脳機能障害があり社会生活にでていくためのケアマネジメントを考えるにあたり助言を取り入れたい。

評価のポイント	課題	助言内容
身体機能 左片麻痺 左空間無視、左視野欠損 注意障害 筋緊張高い 活動 杖歩行できるが声掛け必要 参加 リハビリ出勤中(家族送迎)	知っている人の間では行動できるが、初めての場所や突如の判断、雑踏などでは行動が制限される 復職にあたり電車の利用が必須 筋緊張が高くなりやすい	ストレッチ継続の必要 通勤は反復練習が必要 →訪問リハの提案 駅員等の協力

訪問回数
1回

ケアマネジャーより(帰結)
 ○訪問リハ(最寄り駅利用や電車乗車練習)の導入が決まった
 ○復職の支援をどのようにしたらよいかわかりケアマネジメントの参考になった

担当：理学療法士