

提出資料① 機能 変化・予測シート

1 G

	心身機能	機能障害
初回		
2回目 カンファ (入院40日後)	・右片2ヒ BRS 上肢II-手指V-下肢IV ・水分のムセがなくなった。食形態の制限がなくなった。 ・歩行と注意障害が軽減、不眠は眠剤の服用をせず経過 ・バイタルサインが安定 ・体重が2kg増加。	・応用性に乏しい可能性あり ・右片2ヒ残存 ・低頻度語で喋語困難あり ・注意障害、半側ムシが残存 ・コントロール不安定 ・低栄養
退院時予測 (入院 <u>30</u> 日後)	・右片2ヒ BRS 上肢III-手指V-下肢V ・栄養状態の改善 ・コントロールの安定(夜間良眠) ・意識障害の改善(JCS I-1)	・右片2ヒ, 注意障害, 半側ムシは残存。 ・言語面。課題(たしこ言葉のつまる、聞き取りの困難は要) ・麻痺側の感覚障害(程度) ・注意障害(日常生活レベルは問題なし、新しい環境では西へ必要)

*病棟生活（環境）を想定して設定

提出資料② 活動 変化・予測シート

1 G

	活動	活動制限
初回	尿便意はトイレで失禁軽減 短下肢装具と四角杖で介助で歩行可能、 毎食全量摂取、食事量安定 ADL一部介助、口腔ケアができる ラインができる、他者な流がふえた、 起居見守り	階段昇降困難 トイレ一部介助 両手を使った調理ができない 転倒あり 自転車運転ができない 膝折れがあり、介助が必要 病識がない
2回目カンファ (入院40日後)		
退院時予測 (入院130日後)	入浴ふくめADL自立(柵操作をふくめて) 柵内T字杖とプラスチック装具で自立、 ベッド周囲から歩行自立 内服ボックスorカレンダー管理ができる 布パンツで失禁なし 洗たく物と下たいど片付けができる (環境調整した上で) 簡単な調理が見守りでできる。	自転車運転が難しい 階段昇降につきまといがある

*病棟生活（環境）を想定して設定

提出資料③ デマンドから退院3ヶ月後の参加目標

入院期間：×ヶ月 1 G

本人から表出される主観的な要求・要望 【デマンド】 (変化)	家に帰りたい、家族にめいわくをかけたくない、家を手元でいたい 朝早く起きないで済むようにしたい、ローストビーフを作れるように なりたい 自転車運転が出来るようになる、一人でなんでもできるようにしたい 庭での作業を続けたい	検討した内容・選んだ理由等
その人に必要で退院後3ヶ月以内に実現可能な要求・要望 【ニーズ】	ローストビーフが作れるようになる、野菜に味がよく作れるようになる なりたい 友人と交流できる 水やりができる、雑草 自転車運転したい	日中は1人。一人で"なんでもできるようにしたい"と思う。 「家族に迷惑をかけたくない」気持ちが 一貫している。 病前にやっていた趣味を他者に提供したい という思いがある。 130日入院にした理由として、本人のメンタルの 定期的CFEを行う総合計画(入浴、IADL を含め)の結果、今後はより自立した生活 期へとつなげる方向がよいと考え、入院期間を 設定した。 このため複雑な内容よりも簡単なこと であっても本人が自立して行えることを基準に 計画を考へて
退院3ヵ月後の “生きがい” “楽しみ” 【参加目標】	お家の植木替えが出来る 送付してもらって、外で友人と交流できる、買い物出来る 一人で作る料理が増える 簡単な雑草が出来る 階段昇降ができる 運転に向けた外来リハビリができる まじり世話をやるの具現化ができる(根が家事支援中)	

退院までの重点的アプローチ課題	理由（簡潔に記載）
① 屋内ADL自立（歩行・管理も含めて） ② 屋内歩行自立（手杖・器具） ③ 疼痛管理自立（内服・栄養、血圧） ④ 自宅内での役割リ獲得（調理・洗濯） ⑤ ミニインターンシップ能力向上	① 日中1人で自宅で過ごすため。 ② " ③ 再発予防 ④ QOL向上 ⑤ "、社会参加に向けてのため
退院後の生活準備課題	検討結果：理由
① 住む場所（部屋）・寝室 ② 介護が必要な部分とその介護者 ③ 生計を維持できる収入 ④ サービス調整 ⑤ 器具作製	① 2階から1階に変更、床の設置 ② あり：階段昇降器・浴室（夫・娘） ③ 減額：一時的に夫が介護休暇を利用 ④ あり：訪問リハ、住環境調整、 ⑤ あり：市営に決着

提出資料⑤

退院直後の生活スケジュール

1 G

1週間 1ヶ月		週3日月・水曜日 40分訪問リハビリ 週1日火曜日 30分訪問看護 月1回木曜日 外来受診										
時間帯		6時	7時	9時	12時	15時	18時	19時	20時	21時	22時	
本人	セルフケア	起床自立 歯磨き自立 整容・自立 朝食自立 内服自立		昼食自立		血圧測定自立		夕食自立 入浴自立 セルフケア自立		就寝		
	役割	食事準備(夫と)		洗濯日		洗濯(夫と)		食事準備(夫と)				
家族の支援 (夫娘親)		洗濯(夫と)		洗濯(夫と)		洗濯(夫と)		洗濯(夫と)		服薬確認		
介護医療		訪問で家事動作訓練 屋外歩行訓練 週3 (洗濯、掃除、調理)		訪問で健康確認(心臓、血圧、血糖) 週1		外来受診 月1						
その他の支援		友人に自宅に来てもらう 月1回										

提出資料⑥

目標・課題達成のための各職種の役割

3ヶ月後	自宅退院	参加目標	・お花の植え替えができる。 ・送迎してもらって外で友人と交流できる。 ・買い物ができる。 ・1人で作れる料理が増える。 ・簡単な裁縫ができる。 ・階段昇降ができる。 ・車転に向けた外乗りができる。 ・娘が家事支援中に孫・見守りができる。		
			目標	職種の目標	介入内容
退院時	活動	- ADL自立(階段昇降見守り~軽介助) - 屋内1FをT字杖・装具で自立 - 疾病管理ができる。 - 失禁なくトイレで排泄できる - 家事動作が家族援助の下でできる	- NS: 内服ボックスのカレンダーで管理ができる 血圧測定、記録ができる。 - OT: トイレ動作に麻痺上肢も使用している 更衣動作に麻痺上肢も使用している - PT: 杖・装具使用し、病棟で歩行できる - OT: 洗った物をたたいて片付けることができる 簡単な調理が見守りできる	- NS: 定時に血圧測定を行う 血圧手帳に記入指導する。 内服薬の包装開封動作確認 管理方法の検討 - OT: トイレ動作、更衣動作の動作学習を図る。 非利き手訓練(交換) - PT: 立位歩行訓練、装具作成検討 バランス訓練 - Ph: 薬剤指導	
	心身機能	- 右片麻痺 BRS上肢Ⅱ-手指Ⅴ-下肢Ⅴ - 栄養状態の改善 - 屋内範囲内の注意機能と 半側空間無視の改善 - 家族以外へのコミュニケーション がとれる	- ALL: 本人が精神的に安心して過ごせる - OT-ST: 日常生活レベルの注意機能改善 - ST: 低頻度語の単語困難改善 - PT: 右上肢機能向上 - RD: 適正体重が維持できる	- ALL: 本人家族の話を傾聴 家族指導(栄養、身体機能) - Dr: X-ライン面でも専門医・受診を検討 - OT-ST: 注意機能訓練 - ST: 自主トレ作成 - NS、CW、OT: レクリエーション - PT: 右上下肢の機能訓練	

* 活動は活動制限、心身機能は機能障害を含む。黒字で記載。自宅生活(環境)を想定し病棟生活(環境)との違いを赤字で修正する。

提出資料① 機能 変化・予測シート

2 G

	心身機能	機能障害
初回	・バイタルサイン安定 ・左上下肢 MMT 4 ・JCS: I-3	・右片麻痺 (BRS 上肢Ⅱ、手指Ⅱ、下肢Ⅱ) ・感覚障害 筋緊張・深部腱反射亢進 ・失語 (軽度混合型) ・高次脳機能障害 (注意・失行) ・嚥下摂食障害 (全粥ソフト食、水分トロミ) ・構音障害、耐久性低下、精神的に不安定
2回目 カンファ (入院40日後)	・夜間は熟眠感が得られない ・バイタルサイン安定	・右片麻痺 (BRS 上肢Ⅱ、手指Ⅴ、下肢Ⅳ) ・感覚障害 ・低頻度で喚語困難、失語残存 ・高次脳機能障害、注意障害軽減、失行あり ・嚥下障害 (常食、水分トロミなし、ムセなし、制限なし) ・精神的には不安定 ・耐久性向上 ・病識低下
退院時予測 120 (入院3.5日後)	・左上下肢 MMT 5 ・表情は穏やか ・JCS I-1	・右片麻痺 (BRS 上肢Ⅲ、手指Ⅴ、下肢Ⅴ) ・感覚障害残存 ・失語軽度残存 (日常生活に支障なし) ・精神状態退院に関する不安あり

*病棟生活 (環境) を想定して設定

提出資料② 活動 変化・予測シート

2 G

	活動	活動制限
初回	・普通型車いす座位可能 ・起居移乗動作一部介助 ・食事整容排泄更衣一部介助 ・車いす自走見守りレベル	・立位を伴う動作全般に介助要する ・歩行重介助(長下肢装使用) ・入浴全介助 ・食事途中で介助を要すトイレ一部介助(オムツ)
2回目カンファ (入院40日後)	・起居動作見守りレベル ・トイレに行けるようになった ・ADL全般一部介助	・移乗動作一部介助(膝折れあり) ・屋内整地は四角杖歩行短下肢装具 30m連続歩行可能 ・入浴一部介助 ・ナースコールの使用あり
退院時予測 (入院 3.5 ¹²⁰ 日後)	・杖^{フリーハンド}・短下肢装具使用で棟内歩行自立 ・病棟内ADL自立(立位で可) ・布パンツに変更(失禁なし) ・シャワ浴自立・入浴自立(浴槽も) ・内服カレンダー使用で内服管理自立 ・簡単な家事動作ができる	・階段見守りレベル(装具あり) ・屋外歩行杖短下肢装具見守り ・調理一部介助

*病棟生活(環境)を想定して設定

提出資料③ デマンドから退院3ヶ月後の参加目標

入院期間：~~3.5~~⁴ヶ月

2 G

本人から表出される主観的な要求・要望 【デマンド】 (変化)	家に帰りたい→夫に迷惑をかけたくない(家族に) ・装具なしで歩けるようになりたい ・庭での作業を続けたい ・階段昇降ができるようになりたい ・左手での調理をしたい(ローストビーフ・お菓子) ・オムツを卒業したい ・風呂一人で入りたい	検討した内容・選んだ理由等 障害受容ができている 家族に迷惑をかけたくないという思いが強く、ADL自立を望んでいる。 専業主婦であり、家事動作の獲得が必要。 家族を支えることが本人の生きがいであり趣味の調理やガーデニングなども環境調整をして実現していく必要がある。 上記を盛りこんだ参加目標とした。
その人に必要で退院後3ヶ月以内に実現可能な要求・要望 【ニーズ】	環境調整を行い、浴そう・浴含めて入浴自立する ・屋外歩行の獲得 ・家族と一緒に調理参加 ・階段の自立	
退院3ヵ月後の“生きがい”“楽しみ” 【参加目標】	料理ができるようになる ガーデニングができるようになる(環境調整必須) 友人との交流をする 孫に絵本の読みきかせをする	

提出資料④	課題整理シート 2 G
退院までの重点的アプローチ課題	理由（簡潔に記載）
① 屋内のADL動作の自立（装具使用で） ② 疾病管理ができる ③ 簡単な家事動作ができる ④ 左上下肢MMT5レベル	① 日中は自宅内で独居であり、安全に生活を送る必要がある ② 再発の予防や皮膚トラブルの予防を図るため ③ 本人の専業主婦としての役割である家事動作を一部可能にするため ④ 階段昇降やガーデニングでの作業を可能にするため
退院後の生活準備課題	検討結果：理由
① 住む場所（部屋）・寝室 ② 介護が必要な部分とその介護者 ③ 生計を維持できる収入 ④ 車の運転 ⑤ 患者・家族の相談相手の確保	① 1Fの洋室へ居室を変更する：階段昇降の自立が困難なため ② 買い物は家族付きそい、通院は夫かヘルパー利用、家事動作はヘルパー利用：自立が困難なため（屋外活動安全管理） ③ 身体障害者手帳の申請：1級相等になれば障害年金の受給ができると経済的負担を軽減できる ④ 評価が必要：運転試験場にて適正試験が必要 ⑤ 訪問看護、訪問リハビリ、ケアマネジャー、ヘルパー、主治医

1週間
1ヶ月

週4回 訪問介護、週1回 訪問看護、月1回 火曜日受診、週1回 外来リハビリ 土曜日

時間帯

6時

9時

12時

15時

18時

21時

本人

セルフ
ケア起床:自立
ADL:自立
血圧測定入浴自立
皮膚管理そうじ
洗濯
↓

役割

朝食準備
後片付け昼食準備
後片付け夕食準備
後片付け家族の
支援
(夫娘親)

体調管理(夫)

夫が手伝う
服薬確認介護
医療週4回
訪問介護訪問看護からの
訪問リハビリ週1回
週1回外来リハビリその他の
支援

月1回 ケアマネージャー訪問

3ヶ月後 自宅退院	参加目標	①料理ができるようになる ②ガーデニングができるようになる ③友人との交流をする ④孫に絵本の読みきかせをする		
		目標	職種の目標	介入内容
退院時	活動・活動制限	・フリーハンド・短下肢装具使用で屋内移動が自立できる。 ・自宅内のADLが自立できる。 ・内服カレンダー使用で内服管理が自立できる。 ・簡単な家事動作ができる。 ・見守りで階段昇降ができる。 ・杖と短下肢装具使用で屋外歩行が見守りでできる。	NS内服管理ができる NS・SW:退院後の生活をイメージし不安を把握する。 PT:フリーハンドでの移動が行える。 病棟場面で見守りで階段昇降ができる リハビリ場面から屋外歩行ができる OT:電子レンジを使用した調理動作、洗い物動作の獲得 自宅環境でのADLが自立できる	NS:カレンダーを使用した内服管理の指導 退院後は空袋を確認し飲み忘れがないかを夫に確認してもらえるように指導する。 PT:歩行練習、階段練習、屋外歩行練習 杖具の作成、家屋を平価、ご家族への介助指導。 OT:調理訓練、洗濯、そうじ練習
	心身機能・機能障害	・精神状態の安定 ・左上下肢MMT5レベル ・疼痛管理ができる。 ・皮膚の観察ができる ・高次脳機能障害の改善	NS・SW:退院後の生活をイメージし不安を把握する。 NS:自身の体調変化や異常に気づき、他者に伝えることができる PT・OT:上下肢の筋力が向上し、基本動作が安定して行うことができる OT・ST:高次脳機能障害について家族が理解できる。	NS・SW:訪問サービスで本人、家族の精神面のサポートを依頼 血圧計やパンフレットを用いた再発予防について指導 救急車を呼ぶ、かかりつけ医への相談を指導 皮膚状態の確認箇所を本人、家族へ指導する PT・OT:基本動作練習、筋力増強練習 OT・ST:高次脳機能障害について説明する

*自宅生活（環境）を想定して、目標を赤字で修正

提出資料① 機能 変化・予測シート

3 G

	心身機能	機能障害
初回	・バイタルサイン安定 ・左上肢 MMT 4 ・JCS I-3	・右片麻痺 (BRS 上肢Ⅱ, 手指Ⅱ, 下肢Ⅱ) ・感覚障害 ・内服自己管理不可 ・失語 ・高次脳機能障害 (注意・実行) ・嚥下・摂食障害・排便障害 ・耐久性低下, 精神的不安定性 ・不眠
2回目 カンファ (入院40日後)	・全身状態安定 ・食形態制限・トロミなし ・精神的安定ニ至る ・体重2kg増加 ・BRS 手指Ⅴ ・IQ 93, BBT 190点 ・服薬不使用	・注意・実行軽減 ・内服再開訓練 ・BRS 上肢Ⅱ, 下肢Ⅴ ・感覚障害 ・高次脳機能障害 ・日常生活での転倒困難 ・不眠 (熟睡感なし)
退院時予測 (入院100日後)	・全身状態安定, 体重+2kg ・筋力・耐久性向上, 左右握力向上 ・BRS 手指Ⅴ ・MMT (左/右): 上肢 1/5, 手指 3/5, 下肢 3/5 ・睡眠の質改善	・失語回復軽減 ・失行・注意: 条件が揃えば ADL・I ADL 7割レベルにまで回復 ・感覚障害残存 ・握力低値 ・BRS 上肢Ⅱ, 下肢Ⅴ~Ⅴ

* 病棟生活 (環境) を想定して設定

	活動	活動制限
初回	普通型車いす坐位可能、起居・移動動作一部介助、食事・整容排泄更衣一部介助、車いす自走見守レベル	立位を伴う動作全般に介助を要する(腰おれ) 歩行重介助(レール使用) 入浴全介助、食事途中で介助を要す トイレ一部介助(オムツ使用) ・内服自己管理不可
2回目カンファ (入院40日後)	・起居見守り ・4点杖+短下肢装具で30m歩行 ・FIM 20→45点	・失禁取服 ・内服閉封訓練 ・取仙居おし(ニューール使用を要しない) ・移乗で介助あり、更衣必要、起居で見守り必要 ・歩行で光見・杖必要 ・ADL全般一歩介助あり、病院内移動は早い
退院時予測 (入院100日後)	・起居自立、トイレ終日自立、失禁なし。 更衣、装具着脱自立 ・屋内移動：T字杖+短下肢装具で自立 ・屋外移動：T字杖+短下肢装具で見守り ・階段：4点杖+短下肢装具で見守り ・FIM：107点程度。 ・IADL一部獲得 ・内服1日自我管理	・入浴：シャワー・個浴見守り、若し院内移動取付あり ・屋外：T字杖+短下肢装具(見守り必要) ・階段：4点杖+短下肢装具(見守り必要) ・環境設定レシャワー浴自立 ・浴槽は見守り+環境設定

* 病棟生活（環境）を想定して設定

提出資料③ デマンドから退院3ヶ月後の参加目標

入院期間：3 ヶ月

3 G

本人から表出される主観的な要求・要望 【デマンド】 (変化)	家に帰りたい → 一人でなんでもできるよになりたい ・オムツを使わない, 早起したい, 装束なしで歩きたい, お風呂に一人で入りたい, 階段を一人で昇り降りしたい, 庭での作業をしたい, 本に絵本の読み聞かせをしたい, おかし・ロールケーキを作りたい, 友人と連絡を取りたい.	検討した内容・選んだ理由等 病前 R. 家事や趣味の生活から役割であつ、生きがい. ・1つの役割、生きがいと達成すること、他の役割、生きがいへとつながり、達成項目が増えいくと考えたから.
その人に必要で退院後3ヶ月以内に実現可能な要求・要望 【ニーズ】	環境設定、家族からの協力、カーブスを利用し、庭作業を行なうことが出来る・調理が出来る → 友人と交流出来る ・自宅に安全に一人でシャワー・浴が行える	
退院3ヵ月後の“生きがい” “楽しみ” 【参加目標】	・環境設定、カーブス、家族の協力を得て、庭作業・調理が出来る → 庭作業、調理から、友人と交流を図ることが出来る. ・環境設定とし自宅に安全に一人でシャワー・浴ができる。	

退院までの重点的アプローチ課題	理由（簡潔に記載）
① 主 ADL 修正自立 ② 屋内短下服+T字杖で歩行自立 ③ 階段移動+短下服着脱で見守り ④ 着脱の着脱自立 ⑤ 屋外短下服+T字杖で見守り	① 自宅での1人での行動時間が長い、本人のペースで歩ける ② 同上。（歩行/5m程度） ③ 玄関段差を解消するため、庭作業を想定。 ④ のと 同上、入浴時に着脱の必要あり。 ⑤ 活動範囲の拡大。
退院後の生活準備課題	検討結果：理由
① 住む場所(部屋)・寝室 ② 介護が必要な部分とその介護者 ③ 生計を維持できる収入 ④ 環境設定、住宅改修 ⑤ サービス内容	① 寝室は1階 洋室に移す：2階まで階段があるため。 ② IADL, 屋外移動, 階段. 介護者：父、長女、両叔、ヘルパー ③ 父の収入に2、維持可。 ④ 環境設定、改修により、安全に生活ができるように。 ⑤ サービスを利用し、ADL・IADL が行えるように

1週間
1ヶ月

ヘルパー利用(週2回), 訪問リハ(週2回) 通院(月1回), 通所リハ(週2~3回)

時間帯

6時

9時

12時

15時

18時

21時

起床:自立
朝食~~食器洗い~~
~~洗濯物干し~~

昼食(配食サービス)

入浴:シャワー

夕食:自立(準備はあり)

本人

セルフ
ケア

役割

食器洗い
洗濯物干しガーデニング
(ウッドデッキ等)家族の
支援
(夫娘親)

体調確認

そうじ(休日に)

長女・両親の
夜間食事の提供服薬の確認
夕食の準備
入浴の見守り介護
医療

通院(月1回), 訪問リハ(週2回), 通所リハ(週2~3回)

その他の
支援

ヘルパー利用(週2回), ケアマネの訪問(月1回)

3ヶ月後 自宅退院	参加目標	・環境設定、家族からの協力、サービスを利用して、庭作業を行う、調理ができる ・環境設定として、自宅での安全に1人でシャワー浴ができる		
		目標	職種の目標	介入内容
退院時	活動・活動制限	・起居・トイレ自立、失禁なし ・更衣・装具着脱自立 ・屋内移動：T字杖＋短下肢装具で自立 ・屋外移動：T字杖＋短下肢装具で歩行 ・階段：手すり＋短下肢装具で見守り ・FIM：107点程度（IADL-歩行獲得） ・内服の1日自己管理 ・シャワー浴見守り	→ Nrs/Cw/Pos（環境設定・起居・排泄・排せつ） → PT（T字杖＋短下肢装具使用見守り） → PT（手すり使用＋短下肢装具使用） → PTOT（歩行・転倒予防・排泄管理） → Nrs.OT（自己管理） → Nrs/Cw/Pos（環境設定・起居・シャワー浴）	Nrs: Drと内服管理の連携、本人指導、病棟内動作の定着、家族指導 Cw: 同上 PT: 起居・歩行立位・段差昇降・装具作成・着脱訓練 環境設定・病棟家族への介助指導 OT: ADL・IADL訓練・自助具作成・環境設定 環境設定・病棟家族への介助指導 高次能訓練 ST: 高次能訓練
	心身機能・機能障害	・全身状態安定、体重＋2kg ・BRS半指V工 ・筋力・耐久力向上 MMT(右/左): 上肢1/5, 半指3/5, 下肢3/5 ・睡眠の質の改善	Dr: 全身状態の管理 栄養士: 栄養状態・適切な体重管理 Nrs/Cw/OT（痛みの管理） Nrs/Cw/PT.OT（基礎的ADL） Nrs/ST/Cw（不安の軽減） PT.OT/Nrs	Dr: 病状説明、内服コントロール 栄養士: 本人・家族への栄養指導 PT: 筋力強化訓練、歩行入力 OT: 上肢機能訓練 → 全職種: 43カンパニースの支援、コミュニケーション

*自宅生活（環境）を想定して、目標を赤字で修正

	心身機能	機能障害
初回	・バイタルサイン安定 ・左上下肢MMT4 ・JCS: I-3	・右片麻痺(BRS上肢Ⅱ.手指Ⅱ.下肢Ⅱ) ・感覚障害 筋緊張・深部腱反射亢進 ・失語(軽度混合型) ・高次脳機能障害(注意・失行) ・えんげ・摂食障害(全が牛・ソフト食・水分ロゼ) ・構音障害・耐久性低下・精神的に不安定
2回目 カンファ (入院40日後)	・状態安定 ・失行・注意障害の軽減 ・食事摂取量の安定・制限なし	・拙劣さあり ・BRS: 上肢Ⅱ.手指Ⅴ.下肢Ⅳ ・喋り言葉困難 ・不眠・不安
退院時予測 (入院120日後)	・えんげ機能改善(常食) ・MMT 右上下肢 2~3 ・MAS 上肢2.下肢 2~3 ・精神安定 ・生活リズム安定	・BRS(右): 上肢Ⅱ.手指Ⅴ.下肢Ⅳ~Ⅴ ・感覚障害残存 ・失語: 日常会話 ・不眠・不安 → 日中パフォーマンス低下

*病棟生活（環境）を想定して設定

提出資料② 活動 変化・予測シート

4G

	活動	活動制限
初回	・普通型車いす座位可能 ・起居移乗動作-一部介助 ・食事整容排泄更衣-一部介助 ・車いす自走見守りレベル	・立位を伴う動作全般に介助要する(膝折れ) ・歩行重介助(長下肢装具使用) ・入浴全介助 ・食事途中で介助を要す。トイレ一部介助(オムツ使用)
2回目カンファ (入院40日後)	・ADL介助量軽減 ・短下肢装具での歩行キョリUP	・失禁(+) ・移乗時膝折れ(+) →装具使用 ・自転車や応用動作が困難 ・ADL監視～一部介助レベル
退院時予測 (入院120日後)	・病棟内ADL自立 (移乗・排泄・更衣・清拭) ・短下肢装具+杖で自立(移動) ・内服の自己管理ができる ・入浴:シャワー・フェア・ルーフトオル・洗体ブラシ ・短キョリ独歩可能(装具使用)	・屋外歩行困難(長キョリ)→見守り ・IADL見守り～一部介助 ・入浴シャワー・フェア見守り。浴槽お風呂で自立。

*病棟生活(環境)を想定して設定

提出資料③ デマンドから退院3ヶ月後の参加目標

入院期間：4ヶ月

4 G

本人から表出
される主観的な
要求・要望

【デマンド】
(変化)

家族に心配や迷惑をかけたくない→入浴・
~~排泄が一人でできる(洗濯・食器・ゴミ・アレルギーも
洗いながら食事の準備ができる)→簡単な調理
ができる→犬・猫の世話物が作れる~~

その人に必要で
退院後3ヶ月以
内に実現可能な
要求・要望

【ニーズ】

・自分の身の回りのことをサービスを利用して
自立できる。
・家族・友人との交流ができる

退院3ヵ月後の
“生きがい”
“楽しみ”

【参加目標】

簡単な調理ができる
自分でハーブも育てて料理に使用できる
家族・友人との交流ができる
外出

検討した内容・選んだ理由等

日中1人になる時間がある
るのでADL自立が必要。

背景から趣味や交流を
深めて精神的に不安を
取りのめき。家庭内での
役割を設けたため。

退院までの重点的アプローチ課題	理由（簡潔に記載）
① 屋内ADL自立 ② 屋外歩行 見守り～修正自立 ③ IADL 見守り～一部介助 ④ 生活リズム安定、不安改善 ⑤ 疾病管理見守り	① 日中 独居の為 ② 趣味活動 再会確獲 ③ 社会的役割の再開 ④ 日中パフォーマンス向上の為 コミュニケーション能力向上 ⑤ 再発予防、感覚障害によるヒトトラブルの予防
退院後の生活準備課題	検討結果：理由
① 住む場所(部屋)・寝室 ② 介護が必要な部分とその介護者 ③ 生計を維持できる収入 ④ 介助指導 ⑤ サービス検討 ⑥ 趣味活動調整	① 11番に 寝室移動(ベッドに設置型のトイレ検討)でより住みやす ② 屋外長距離歩行、入浴、調理 (風呂、トイレ、階段) ③ 障害者手帳による補助 ④ 屋外歩行介助位置、リフト等、入浴注意点等、内服 ⑤ 訪リハ(週2)、ヘルパー、定食(週1) 確認指導 ⑥ 物品・環境調整、動作指導

1週間 1ヶ月		月1通院(家族付き添い), 週2訪り(月・金各1時間) 週1訪看(水) ヘルパー(火・木他)											
時間帯		6時		9時		12時		15時		18時		21時	
本人	セルフ ケア	起床:自立 朝食:自立 更衣:自立 内服:見守り				昼食:自立				夕食:自立			
	役割	朝食準備 掃除洗濯				調理準備				ガーデニング 孫読め聞かす			
家族の 支援 (夫娘親)		内服確認				買い物(土日)				内服確認 入			
介護 医療		週2訪り、週1訪看 入浴・調理(ヘルパー)											
その他の 支援		友人と調理・ガーデニング											

3ヶ月後 自宅退院	参加目標	・自分でハーブを育てて料理に使用できる。 ・簡単な調理ができる ・家族・友人との外出ができる		
		目標	職種の目標	介入内容
退院時	活動・活動制限	・短下肢装具+杖で屋内自立 ・内服一部介助～見守り ・入浴見守り ・屋外歩行見守り(長キリ) ・IADL見守り～一部介助	(入院2ヵ月後) NS: 起居・移動自立、自室トイレ歩行見守り(短キリ) PT: T字杖開始、歩行耐性向上、車又(脚車) OT: 更衣、入浴見守り、杖の使用方法指導 ST: 言語、注意、思考耐性向上 SW: 介護力の認識、社会資源の活用 (入院3ヵ月後) NS: 自室内歩行自立(全) PT: 屋外歩行開始、段階段昇降練習、 訓練内自室-トイレ間フリーハント歩行練習 OT: 調理訓練、床上下移動開始、→連歩歩行練習	NS、OT: トイレ、入浴、更衣動作の指導 指導方法統一、覚悟強化、水やり PT: 立位、歩行、バランス、段差練習、杖の活用 ST: 二重課題、フットワーク訓練、スケジュール管理 SW: 本人の周りの環境確認、本人の強み見つけ 家族以外に情報提供 家族指導(PT) (3ヵ月) 全職種: 家族指導(歩行、調理、リフト説明)
	心身機能・機能障害	・常食摂取可能 ・MMT 右上下肢2～3 ・BRS(右): 上肢Ⅰ、肘Ⅴ、下肢Ⅳ～Ⅴ ・日常会話可能 ・生活リズム安定 ・不安改善	NS: 一部疾病の管理ができる PT: 移動が杖歩行監視で可能となる (入院3ヵ月) NS: 継続 PT: しゃべり出し動作確認 バランス能力向上(物拾い等)	NS: 内服・血圧自己管理指導 服薬調整検討、精神面観察(全職種) 精神科コンサルテーション (入院3ヵ月) NS: 内服・血圧の家族指導 ヒットラブル有無確認・指導 リハビリ進捗に合わせた適宜ポジティブFB 家族本人間の緊急時の連絡手段・連絡先 共有しておく

* 自宅生活(環境)を想定して、目標を赤字で修正

・自宅動線内の確認(リフト活用)

	心身機能	機能障害
初回	・バイタルサイン安定. ・健側のMMT4レベル. ・覚醒が保たれている.	・右片麻痺 Br. stage II-III-IV. ・感覚障害 ・筋緊張異常 ・失語 ・高次脳機能障害 ・嚥下・摂食障害 ・排泄障害 ・精神面不安定
2回目 カンファ (入院40日後)	・運動麻痺の改善 ・BET カットオフレジ ・嚥下・摂食機能の改善. ・食開状態上がった. ・体重増加. ・精神面の安定. ・ADLの向上.	・失語の残存. 本の読み聞かせには不安あり. ・排泄がオムツ ・失行症状の残存
退院時予測 (入院3日後) 150	・FAS stage. - II - V - IV ・コミュニケーション機能改善. ・健側機能維持 ・認知機能向上 ・体重更にプラス2kg.	・高次脳機能障害残存 ・筋緊張異常(全肢)

*病棟生活（環境）を想定して設定

提出資料② 活動 変化・予測シート

5 G

	活動	活動制限
初回	普通型車に陸行可能、走り居、移乗動作一部介助 食事、軽容排泄更衣一部介助 車に自走見守レベル	立位を1歩も動作全般に介助要す(膝掛け) 歩行重介助(長下肢装具使用) 入浴全介助、食事途中で介助を要す トイレ一部介助(オムツ使用)
2回目カンファ (入院40日後)	走り居動作見守り、短下肢杖使用 オムツ→リハビリパンツ(巾着減少) FIM改善 食事量UP、排泄対応UP	移乗動作時の膝掛け、ナースコール使用がはいまいで1人で移乗、転倒 ADLまだ介助が必要 X家事参加が現状ではまだ難しい? 本の読み聞かせにはまだ不安
退院時予測 (入院 70 90 150 日後)	コミュニケーションUP(友人と話せるようになっていく) 内服自己管理 トイレ失禁時の対応 (パット交換できる) 走り居動作自立(装具・更衣の自立) 屋内歩行自立、屋外見守りレベル (装具・杖)→病棟内見守り、自室内自立 トイレ動作自立 *1 *2	長キヨリ移動見守り (屋外歩行は見守り) 入浴介助 トイレ動作見守り 軽容更衣が必要(更衣はみぎ) 更衣一部介助 *1...入浴初一歩 *2 IFで高床 本人は

*病棟生活(環境)を想定して設定

自立
*1...入浴初一歩
*2 IFで高床
本人は
家事一部再開(トイレ、洗濯、料理)

提出資料③ デマンドから退院3ヶ月後の参加目標

入院期間：5ヶ月

5 G

本人から表出
される主観的な
要求・要望

【デマンド】
(変化)

家に帰りたい→しっかり良くなる→家族に面^別対面^別もバ配を
かけたくない→1人で何ができるようになりたい
家族に会いたい→孫の好きなお菓子を作りたい→ロストビブを作れるように
なりたい→車が運転できるようになりたい→庭の作業が出来るように

検討した内容・選んだ理由等

デマンドが自分のことから家族のことに
変化している。自分のことに関する目標
も具体化している。

その人に必要で
退院後3ヶ月以
内に実現可能な
要求・要望

【ニーズ】

器具無しで身の周りのことが出来る。
簡単な調理や家族、友人との交流が出来る。

専業主婦であり、家事の獲得
が求められているため、身の周りのこと
や調理の必要性がある。

退院3カ月後の
“生きがい”
“楽しみ”

【参加目標】

- ・~~プランクの氷や花の観察~~ ^{庭に22} ^{庭の作業やゴミ} ^{が出来る}
- ・~~庭の作業・ウッドデッキで座して花の水やり~~
- ・簡単に調理 (自分で作っておすそ分け)
- ・自宅と家族や友人と交流
- ・送迎してもいいお宅で ^{孫との交流}
(友人宅)

年齢が若く、日中独居、家族への
負担を減らしたいとの思いがあり
身の周りのことが自立する必要がある。

・家事は本人で

退院までの重点的アプローチ課題	理由（簡潔に記載）
① 屋内歩行自立（屋外は見守り） ② 屋内ADL自立 ③ 家事動作一部自立 ④ 内服管理自立	① 日中独居、夫は就労継続必要、迷惑をかけたくない ② 本人の思い ③ 専業主婦（本人の役割） ④ 高血圧、再発予防
退院後の生活準備課題	検討結果：理由
① 住む場所（部屋）・寝室 ② 介護が必要な部分とその介護者 ③ 生計を維持できる収入 ④ 夕飯の準備 ⑤ 通院	① 持ち家のため不変 寝室を（Fへ（ベッド））階段までの手すり ② 買い物（一緒に／ネット） 屋外歩行見守り 介護者：夫と夫 訪問員 ③ 介護保険サービス 改修の検討（玄関、4F） 入浴介助 42入不変 ④ お米とみそ汁は本人、主菜はそうじいや夫料理や女中の手配 ⑤ 女中の休日に予定、カーシェア利用

※手すり
- 階段、7F、トイレ、玄関

1週間 1ヶ月		通院(月1回) 母宅へ行く(週1-2回) 訪問リハ(週2回) PT・OT 2~3										
時間帯		6時 7時 9時 12時 15時 18時 21時										
本人	セルフケア	起床: 自立 更衣: 自立 朝食・中食: 自立 血圧測定 昼食: 自立 入浴: 自立 夕食: 自立 就寝: 準備										
	役割	夫の見送り 血圧測定 手洗準備 昼食準備 入浴準備 家の金銭管理 水やり 夕食準備 → 片付け お米 一品 夫との会話 洗面										
家族の支援 (夫・娘・親)		体調確認 内服 買い物支援 夕食準備 洗濯物の運搬 内服確認										
介護医療		(月1回受診) (週2-3回訪問リハ)										
その他の支援		(外出時の送迎) (娘・友人の来訪)										

3ヶ月後 自宅退院	参加目標	・庭の作業やゴミ出しができる。 ・自宅で簡単な調理を作り、娘へおすそ分けできる。 ・迷走のせいで、娘宅(友人宅)で孫との交流ができる。		
		目標	職種の目標	介入内容
退院時	活動・活動制限	・フリンジー・ショウ(友人との会話) ・内服自己管理、疾患の管理 ・トイレのバット交換可能。 ・起居自立 ・屋内ADL自立(入浴はシャワー) ・歩行病棟内自立、居室内自立 ・家事一部再開(洗濯、皿洗い、洗濯機の手洗い) ・長距離移動(屋外)は見守り ・階段昇降は手すりありで見守り。	ST: 家族、友人とコミュニケーションがとれる NS: 飲み水、食事、飲み水、飲み水、内服ができる。血圧自己管理ができる。 NS・OT: トイレのバット交換ができる。 シャワーを一人で安全に入れる。 病棟内でのADLが自立できる。 OT: 家事動作が一部できる(洗濯、料理、掃除機、洗濯機の手洗い) PT: 病棟内移動自立、階段見守り。 SW: 退院後の相談先の確保。	ST: 言語訓練、コミュニケーションの指導。(家族へ) NS: 内服管理方法の検討と使用服薬状況の確認、生活指導 NS・OT: トイレ動作訓練、失禁量に合わせたバットの選定、ADLの実動作訓練 OT: 家事動作訓練 PT: 歩行・階段練習、バランス訓練 SW: 退院前CFの調整、身体介護申請の案内 サービス内容の情報提供(本人・家族へ)
	心身機能・機能障害	・BRS: Ⅱ-V-V ・フリンジー・ショウ機能改善 ・健側機能維持。 ・体重プラス2kg ・高次脳機能(注意等)残存 ・筋緊張異常	OT: マニキュア管理、利き手交換 (NS) PT・OT: 自主練習の獲得。 ST RD: 体重の自己管理、低栄養を脱却すること。 ST: ADLが自立できる程度に、高次脳機能OT改善できる OH: 口腔内の清潔を保つことができる。 Dr・Ph: 薬の管理	OT: マニキュア管理の指導、利き手交換訓練 (NS) PT・OT: 自主練習指導 ST RD: 栄養指導、栄養管理 本人・家族含めて ST: 高次脳機能訓練、家族指導。 OT OH: 口腔内状況の確認、口腔衛生指導 Dr・Ph: 内服調整、状態確認、病状説明

* 自宅生活(環境)を想定して、目標を赤字で修正

	心身機能	機能障害
初回		
2回目 カンファ (入院40日後)	・バイタルサイン安定 ・耐久性の向上 ・意識障害改善 (評価がとれた様になった)	・Brs:Ⅱ-V・Ⅳ 肩亜脱臼 ・感覚障害残存. 利き手交換 ・失語 (低頻度語. 喚語困難) ・注意機能改善 (机上検査でカットオフ値↑) ↳ ADLに支障あり ・えん下障害改善 ・精神的に不安定 (眠剤OFF)
退院時予測 (入院150日後)	左上下肢MMT5	・右での改善 (Ⅱ~Ⅳ - V・Ⅳ~Ⅴ) ・感覚障害残存. ・筋緊張亢進は継続 ・亜脱臼は改善 ・ADLに支障が出ない範囲で注意機能改善

*病棟生活（環境）を想定して設定

提出資料② 活動 変化・予測シート

6 G

	活動	活動制限
初回		
2回目カンファ (入院40日後)	・FIM 38→72 ・起居見守り ・失禁減る(オムリ→リハビリ) ・装具+四点杖で30m歩行可(リハ) →昼はトイレで排泄	・移乗時に膝折れ防止 ・NSコールあいまい→転倒あり ・装具必要 ・夜間 オムリ(失禁あり) 自分で交換
退院時予測 (入院150日後)	・左上下肢MMT5 ・院内装具+杖で歩行自立 ・基本動作自立 ・歩行動作自立(オムリ)+パッドで排泄自立 ・手すり使用し階段自立 ・福祉用具使用し入浴自立 ・薬の開封動作は可能 ・左手で介助(おし便用) 右手は補具か手	・屋外見守り ・内服の確認は必要

*病棟生活（環境）を想定して設定

提出資料③ デマンドから退院3ヶ月後の参加目標

入院期間：5ヶ月

6 G

本人から表出
される主観的な
要求・要望

【デマンド】
(変化)

その人に必要で
退院後3ヶ月以
内に実現可能な
要求・要望

【ニーズ】

退院3ヵ月後の
“生きがい”
“楽しみ”

【参加目標】

・家に帰りたい → (孫のお世話をしていい.
ローストビーフを作りたい.
自動車を運転したい.)

・家族に迷惑をかけたくない → (オムツを使いたくない 階段を
お風呂を一人で入りたい 一人で歩ける
洗濯機を使いたい したい)

・一人で外出できる → 炊具使用し娘宅に付き
孫に会える.

・自宅での本人の役割 → とうじ 洗いく 調理
の再獲得

・環境調整してガーデニングの再会

・娘宅で孫の世話ができる

・友人と外出

・ガーデニングで採れたものを使って調理

検討した内容・選んだ理由等

発症当初はぼくぜんとしていた
目標が具体的になっている。

ADLに関する目標は
入院中に達成予定

本人の能力からとうじ現状に
は可能ではないが
調理が本人の希望で本人
役割があることで精神安定
いっなり考える
(役割のとり合わせ)

活動範囲を近いところ
(娘宅/庭) から始め
友人との外出にもつながる
と考える。

退院までの重点的アプローチ課題	理由（簡潔に記載）
① 屋内ADL自立(装具、福祉用具は使用) ② 階段昇降自立、屋外歩行見守り ③ 疾病管理の自立見守り ④ 補助手の獲得 ⑤ 屋外歩行見守り	① 日中独居、夫の負担軽減、本人の希望の為 ② 寝室が2階 ③ 再発予防(自己中断防止) ④ 調理メインのIADLの獲得 ⑤ 娘宅へ、買物、友人宅と外出、ガーデニング再開
退院後の生活準備課題	検討結果：理由
① 住む場所(部屋)・寝室 ② 介護が必要な部分とその介護者 ③ 生計を維持できる収入 ④ IADL ⑤	① 夫と部屋チェンジ ② 内服のと体調の確認、屋外移動のサポート(夫) ③ 変更なし、福祉用具、サービスのため支出増 ④ 介護保険利用も、サービスと家族のサポート ⑤

提出資料⑤

退院直後の生活スケジュール

栄養管理、本人の負担軽減 6G

1週間
1ヶ月

月1回 月曜日受診 週2回 火・木 ヘルパー 水・金 配食(昼食)
訪問リハ 1時間

時間帯

6時

9時

12時

15時

18時

21時

本人

セルフ
ケア

起床:自立

更衣:自立

朝食:自立

内服:自立

昼食:自立

夕食:自立

入浴:自立 就寝準備

トイレ利用

夜間排泄:自立

役割

朝食準備

後片付け

昼食準備

~~洗濯(諸手洗い)~~

夕食準備

家族の
支援
(夫娘親)

体調確認
内服確認
(※)

外來受診
(月・木)

平日に来るよう。
IADLの支援(親・娘)
旦那は天と外出、IADLのサポート

ヘルパー品置
(平日・木)

介護
医療

① 火・木 ヘルパー
月1回 受診

配食(水・金)

※2 訪問リハ 1時間(週2)

その他の
支援

※1 ヘルパー: 昼食のサポート、調理補助

※2 訪問リハ: 散歩・ガーデニング・右 upper の機能訓練

洗濯・お風呂 → 退院直後のため、家族に行ってもらう段階的に自分でやるように

3ヶ月後 自宅退院	参加目標	・ 帰宅後の世話が出来る ・ 人と外出 ・ ガーベージを掃除機で吸い取って調理									
		<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="341 535 1083 640">目標</th><th data-bbox="1083 535 1973 640">職種の目標</th><th data-bbox="1973 535 2884 640">介入内容</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="341 640 1083 1270"> ・ 屋内ADL自立 (結果、福祉用具は使用) ・ 階段昇降自立 (2足1段) ・ 屋外歩行見守り ・ 調理自立 ・ 内服継続 ・ 補助具の獲得 </td><td data-bbox="1083 640 1973 1270"> PT: 杖+杖具で院内歩行自立 (補助) 手すり使用し2足1段で階段自立 杖+杖具で屋外歩行見守り (補助) NS-OT: ADLでの右手の使用機会を増加 CW ST: コミュニケーションの問題なくとす </td><td data-bbox="1973 640 2884 1270"> PT: 立位・歩行・階段 ex 装具選定 OT: 右 upper 機能 ex ADL ex NS: ADL動作統一 CW OT ST: 言語 ex 高次脳機能 ex 全: 家族指導 SW: サポート調整 CH への連携 </td></tr> <tr> <td data-bbox="341 1270 1083 1911"> ・ バイタルサイン安定 ・ 左上肢 MMTS ・ 精神的安定 ・ 睡眠リズムを整える ・ 右上下肢 Brs II~IV-V-IV-V </td><td data-bbox="1083 1270 1973 1911"> Dr NS 再発なく過ごせる RD PT OT 左上肢機能 向上・維持 </td><td data-bbox="1973 1270 2884 1911"> Dr 内服調整、検査 NS 手帳によるセルフチェック指導 内服指導 排便コントロール PT OT 自立指導 → NS 実施状況確認 RD 栄養指導 </td></tr> </tbody> </table>	目標	職種の目標	介入内容	・ 屋内ADL自立 (結果、福祉用具は使用) ・ 階段昇降自立 (2足1段) ・ 屋外歩行見守り ・ 調理自立 ・ 内服継続 ・ 補助具の獲得	PT: 杖+杖具で院内歩行自立 (補助) 手すり使用し2足1段で階段自立 杖+杖具で屋外歩行見守り (補助) NS-OT: ADLでの右手の使用機会を増加 CW ST: コミュニケーションの問題なくとす	PT: 立位・歩行・階段 ex 装具選定 OT: 右 upper 機能 ex ADL ex NS: ADL動作統一 CW OT ST: 言語 ex 高次脳機能 ex 全: 家族指導 SW: サポート調整 CH への連携	・ バイタルサイン安定 ・ 左上肢 MMTS ・ 精神的安定 ・ 睡眠リズムを整える ・ 右上下肢 Brs II~IV-V-IV-V	Dr NS 再発なく過ごせる RD PT OT 左上肢機能 向上・維持	Dr 内服調整、検査 NS 手帳によるセルフチェック指導 内服指導 排便コントロール PT OT 自立指導 → NS 実施状況確認 RD 栄養指導
目標	職種の目標	介入内容									
・ 屋内ADL自立 (結果、福祉用具は使用) ・ 階段昇降自立 (2足1段) ・ 屋外歩行見守り ・ 調理自立 ・ 内服継続 ・ 補助具の獲得	PT: 杖+杖具で院内歩行自立 (補助) 手すり使用し2足1段で階段自立 杖+杖具で屋外歩行見守り (補助) NS-OT: ADLでの右手の使用機会を増加 CW ST: コミュニケーションの問題なくとす	PT: 立位・歩行・階段 ex 装具選定 OT: 右 upper 機能 ex ADL ex NS: ADL動作統一 CW OT ST: 言語 ex 高次脳機能 ex 全: 家族指導 SW: サポート調整 CH への連携									
・ バイタルサイン安定 ・ 左上肢 MMTS ・ 精神的安定 ・ 睡眠リズムを整える ・ 右上下肢 Brs II~IV-V-IV-V	Dr NS 再発なく過ごせる RD PT OT 左上肢機能 向上・維持	Dr 内服調整、検査 NS 手帳によるセルフチェック指導 内服指導 排便コントロール PT OT 自立指導 → NS 実施状況確認 RD 栄養指導									

* 自宅生活（環境）を想定して、目標を赤字で修正

提出資料① 機能 変化・予測シート

7 G

	心身機能	機能障害
初回	・バイタルサイン安定 ・左上下肢MMT4 ・JCS: I-3	・右片麻痺(Brs上肢Ⅱ.手指Ⅱ.下肢Ⅱ) ・感覚障害 筋緊張、深部腱反射亢進 ・失語(軽度混合型) ・高次脳機能障害(注意、実行) ・嚥下機能障害(全漿食、水分トシ) ・構音障害、耐性低下 精神的に不安定
2回目 カンファ (入院40日後)	・半側空間無視は改善 ・認知良好(コース) ・食形態は制限なし口腔機能改善 ・体重2kg↑摂取量も安定.	・右片麻痺(Brs上肢^(Ⅲ)→手指Ⅴ.下肢Ⅳ) ・注意障害は残存,半側空間+失行. ・喚語困難あり.失禁まだあり. ・精神的不安定(不眠)
退院時予測 (入院180日後)	・歩行可能 失行は改善. ・失語. ・利手交換 ・筋力.耐久性向上 ・バイタルサイン安定 ・覚醒良好	・筋トーン上がった。(Brs上肢Ⅱ~Ⅳ,手指Ⅴ~Ⅵ,下肢Ⅳ~Ⅴ) ・感覚障害は残存 ・失語は残存+注意 ・注意障害

*病棟生活(環境)を想定して設定

提出資料② 活動 変化・予測シート

7G

	活動	活動制限
初回	・普通型車いす座位可能 ・起居移乗動作一部介助 ・食事整容排泄更衣一部介助 ・車いす自走見守りレベル	・立位を伴う動作全般に介助要する(膝折木) ・歩行重介助(長下肢装具使用) ・入浴全介助 ・食事途中で介助を要すトイレ一部介助(おしり使用)
2回目カンファ (入院40日後)	・一部介助であればADL介助助量も減少 ・起居見守り、移乗支えがあれば可能。 ・リハビリへ変更、トイレで排泄可、失禁回数減。 ・食形態は制限なし。	・ADL介助あり。 ・病棟で歩行していない
<u>食事・整容・更衣・トイレ</u> <u>自立</u> 退院時予測 (入院180日後)	・<u>装具は着用し、屋外歩行つきついT字使用</u> ・座位でかーデニング <u>屋内リハビリ自立</u> 支持物使用し。 ・<u>ADL自立</u> ・料理は自助具使用 + カット野菜使いたから 回数は減らした。(見守り下) ・<u>服薬の筒封は輪道具で使えて可能</u> ・<u>基本動作自立</u>、友人とのLINE可	・<u>装具は外せなさそう。</u>、<u>コミュニケーションは聞き手の推すは必要</u> ・立位でかーデニングは難しい。、<u>入浴見守り一部介助</u> ・服薬管理は介助(夫)量によってはサービス利用 ・孫の世話は一では難しい。 ・<u>手すりなしの階層昇降困難</u> ・買い物は介助者必要。、<u>服薬の最終確認は介助</u>

*病棟生活(環境)を想定して設定 ——: 病棟生活を想定

提出資料③ デマンドから退院3ヶ月後の参加目標

入院期間：6ヶ月

7 G

本人から表出される主観的な要求・要望 【デマンド】 (変化)	「装具は外したい」「家に帰りたい」「階段は一人で昇降したい」 「ローストビーフ作りたい・お菓子作りたい(世話)」 「運転したい」「お風呂に一人で入れるように」「ガーデニングかしたい」 「友人と連絡とりたい」「ぬいぐるみはかけたくない」	検討した内容・選んだ理由等 先のとと考えると、装具は必須。 (HOPEの実現には必要)。 ・家事は本人にとって役割活動となってる ↓ その中でも料理は特に行いたい作業となっていると思われる。 ・自宅内だけでなく、社会交流の機会を設けたい。 ・「家に帰りたい」「ぬいぐるみはかけたくない」 ↓ 環境をととのえながら、なるべく自分で行えるように 環境 生活とする。(家での生活) ・孫とずっと一緒にいたため、今後も交流はもていきたい。
その人に必要で退院後3ヶ月以内に実現可能な要求・要望 【ニーズ】	・つぎいで階段昇降(一歳足一段)手すりもつける。 ・シャワ-チェア使用し、シャワ-浴自立、洗体は自励具使用。 ・毎日 ^{木の日} 1食 ^{一品}は料理 ・孫との交流 ・ガーデニングは介助者と一緒に座位で行う ・友人と直接会っている。洗濯機をまわす、たたむ	
退院3カ月後の“生きがい” “楽しみ” 【参加目標】	(・電動車いすで友人・家族と出かけられる フラワーアレンジメントの再会) ・ローストビーフを作る・お菓子を作る。 ・休日に家族とガーデニング(座りながら植木の植え替え) ・洗濯を夫と分たんして行う。 ・孫へ絵本の読み聞かせができる。	

退院までの重点的アプローチ課題	理由（簡潔に記載）
①屋内ADL自立 + 移動自立 ②非麻痺側筋力MMT 5 / 他者の力借りながら ③失行・注意・調理（失行・注意）訓練できる。 ④疾病管理ができる。 ⑤屋外（ガーデニング部）移動 近所見守り ～ 一部介助	①日中独居であるため、本人の希望。（しっかりといたい + 料理したい） ②独居の中で転倒しない。 ③HOPEに調理あり。 ④再発予防 ⑤表しめのガーデニング再開
退院後の生活準備課題	検討結果：理由
①住む場所（部屋）・寝室 ②介護が必要な部分とその介護者 ③生計を維持できる収入 ④身障手帳の申請 ⑤	①1F洋室に寝室を変更。玄関、ウッドデッキ、勝手口に手すり（屋内自立・転倒予防） ②服薬チェック → 夫 調理 → 訪問スタッフ（娘・母）：再発予防・役割活動 ③夫：収入は変わらないが、福祉の介入によって経費は増える可能性あり ④サービス利用。 ⑤

提出資料⑤

退院直後の生活スケジュール

7 G

1週間
1ヶ月週2回(月)(金)1時間ツハ 月1回受診(火) かがつけ医(ヘルパー-or夫)
(月)~(金)ヘルパー

時間帯

6時

9時

12時

15時

18時

21時

本人

セルフ
ケア起床:自立
更衣:自立
朝食:自立 服薬(見守り)

昼食:自立

入浴:自立
夕食:自立就寝
夜間排泄
自立

役割

~~内服チェック~~

買い物(休日・夫といっしょに)

家族の
支援
(夫娘親)~~内服チェック~~
体調・内服チェック(朝夕)買い物 昼食準備 娘:一緒に孫と交流
(レトルト・パン・冷凍など)介護
医療

(月1回(火)受診) 週2回ツハ(月)(金)(PT・OT)

(月)~(金)ヘルパー(掃除・洗濯・買い物)+夕食準備

その他の
支援

友人との交流

~~月1かがつけ医~~

3ヶ月後 自宅退院	参加目標	ワークビーン、おかしを作る（他者援助あり） ・休日に家族とガーデニング ・洗濯を夫と分担して行う ・孫へ絵本の読み聞かせ。		
		目標	職種の目標	介入内容
退院時	活動・活動制限	・ADL自立（歩行等） ・服薬の開始は道具で可 (フック補助) 本人に任せ ・屋外歩行介助 ・洗濯（調理の一部参加）	・基本生活自立（Ns・OT） ・室内歩行自立（屋外介助（Pt） (杖具・杖) ・服薬管理自立（Ns・OT） ・要訪リハ・ヘルパーへの移渡し（Sw） ・家族指導（家族指導）（ST） ・身近な人との円滑なコミュニケーションが可能	Pt=立位・歩行 杖具の選定 Ns=トイレ・更衣 服薬管理 (一包化) Sw=CMに作 OT=ADL・歩 行訓練 外出・外泊訓練、自立指導（Pos）
	心身機能・機能障害	バイタル安定、利便性向上、 非支配側MMTS、BBS46↑ 持久性↑、 注意障害、感覚障害残存 Brd(I-IV, IV-V, IV-V)	・持久性向上（Pt）（歩行訓練） ・表出（文章レベル）（ST） 栄養指導（Rd） ・自己健康管理（Ns）（Rd） 6分間250m以上 歩行可能	・毎日の血圧確認（Ns） ・栄養指導（Rd） ・立位・歩行練習（Pt） ・自立指導（Pos） ・余暇活動の提供（Ns・OT） ・言語機能・高次脳機能訓練（ST）

家族指導

- ・両親への状況説明
- ・家族内の役割分担
- ・できる活動の説明

*自宅生活（環境）を想定して、目標を赤字で修正

提出資料① 機能 変化・予測シート

8 G

	心身機能	機能障害
初回	- バイタルサイン安定 - 左上下肢MMTx - JCS: I-3	- 右片麻痺(BRS上肢II.手指II.下肢II) - 感覚障害 筋緊張. 深部腱反射亢進 - 失語(軽度混合型). 構音障害. 持続性低下 精神的不安 - 高次脳機能障害(注意・失行) - 嚥下摂食障害(全粥/水食. 水分0.5)
2回目 カンファ (入院40日後)	- バイタル安定 - 耐久性向上 - 精神状態安定 - 体重増加 - 立位バランス向上	- BRS(上肢:II. 手指:V. 下肢:IV) - 注意障害. 失行あり - 半側空間無視 - 嚥下機能向上 - 筋緊張高い - 表在. 深部感覚障害
退院時予測 (入院 <u>20</u> 日後)	- 不眠改善 - 栄養改善 - 筋力. 耐久性向上 - 立位バランス向上 - 四点杖歩行介助量軽減 - 理解良好	- 上肢麻痺残存 BRSII-V. 下肢麻痺残存 BRSV - 注意障害. 失行あり(軽度残存) - 感覚障害残存 - 筋緊張高い

*病棟生活(環境)を想定して設定

提出資料② 活動 変化・予測シート

8 G

	活動	活動制限
初回	・普通型車イス座位可能 ・起居移乗動作一部介助 ・食事整容排泄更衣一部介助 ・車イス自走見守レベル	・立位を伴う動作全般に介助要する(膝折れ) ・歩行重介助(手すり・杖使用) ・入浴全介助 ・食事途中で介助を要すトイレ一部介助(オムツ使用)
2回目カンファ (入院40日後)	・FIM介助量軽減 ・オムツ→リハビリパンツへ(失禁減) ・歩行介助量軽減 ・食事自立(常食・トロミナリ)	・車イスベース ・ナースコール使用あり ・移乗一部介助 ・ADL介助
退院時予測 (入院 20 日後)	・食事自立・整容自立 ・移乗自立 ・車イス駆動自立 ・杖歩行見守り ・トイレ見守り自立 ・連絡可能(スリッパ・操作) ・更衣自立(準備・修正のみ介入)	・更衣(上・下)一部介助 ・排泄介助(失禁時) ・IADL制限 ・歩行時装具使用 ・シャワー浴見守り(浴槽浴介助) ・階段昇降(手すり使用・一部介助)

*病棟生活（環境）を想定して設定

提出資料③ デマンドから退院3ヶ月後の参加目標

入院期間：4ヶ月

8G

本人から表出される主観的な要求・要望 【デマンド】 (変化)	一人でも何でもできるようにしたい 階段昇降 ・オムツを使わない ・結果なしで歩く ・絵本の読み聞かせ ・カーデニング ・料理 ・運転 ・入浴 ・友人に会う	検討した内容・選んだ理由等
その人に必要で退院後3ヶ月以内に実現可能な要求・要望 【ニーズ】	友人に会う ・入浴 ・カーデニング ・家族と庭の手入れ ・布パンツに3回 ・家事 ・整容、食事、移動、車いす移動、自立	一人でも何かできようか考えることが出来る 家族、協力、もと段階をふんで活動の範囲を広げることが出来る 娘さんと一緒に家事を行うことで役割を担うことが出来る 家族のために何かをしたいという本人の強いデマンドと満たすことが出来る
退院3カ月後の“生きがい” “楽しみ” 【参加目標】	カーデニング → 家族と一緒に、ウッドデッキで1人で。 家族の見守りで整地杖歩行(プラスたわ器具+杖) 娘さんと家事 → 家族にふるまう	

退院までの重点的アプローチ課題	理由（簡潔に記載）
① ADL 自立（入浴、階段、歩行以外） ② 連絡手段の獲得 ③ 杖歩行見守り ④ バランス向上（BBS 36点以上） ⑤ 麻痺改善（BBS IV-V-V） ⑥ 左上肢、体幹筋力向上（MMT5） ⑦ 耐久性向上（離床時間延長）	① 夫の就労継続に必須。 ② 緊急時に必須。 ③ 能力維持、環境において必要な場面あり。 ④ 転倒リスク軽減、ADL自立に必須。 ⑤ IADL獲得に必須。 ⑥ 転倒リスク軽減、ADL自立に必須。 ⑦ 日常生活を送るために必要。
退院後の生活準備課題	検討結果：理由
① 住む場所（部屋）・寝室 ② 介護が必要な部分とその介護者 ③ 生計を維持できる収入 ④ 家屋の環境調整 ⑤ サービス調整 ⑥ 家族への介助指導、協力依頼	① 1階に移動：生活範囲を1階にまとめて、安全に自立できるようにする。 ② 入浴、階段：夫、食事準備：夫、買い物：家族、服薬管理：夫、掃除：夫、洗濯：夫 ③ 夫：変更の必要なし ④ 福祉用具導入、トイレ手すり（介護ベッド、置き型手すり、シャワーチェア） ⑤ 訪問リハビリ、デイケア、ショートステイ ⑥ 本人の安全確認、服薬確認等、家族の不安軽減のため。

基本は夫、負担軽減のため。
 家族への協力依頼、サービス利用する。

提出資料⑤

退院直後の生活スケジュール

8 G

1週間
1ヶ月

週2回 ティケア (入浴も) 不定期: 友人と交流
週2.3回 訪問リハ
~~月1回通院~~

時間帯

6時

9時

12時

15時

18時

21時

本人

セルフ
ケア

起床: 自立
更衣: 前日セリハで自立
整容: 自立 朝食: 準備
服薬: 服薬

~~シャワー~~

昼食

夕食
服薬

就寝
更衣、整容: 自立
翌日の準備

役割

ガーデニング

洗濯物
取込め

家族の
支援
(夫娘親)

朝食準備 (夫)
内服確認
体調

通院
送迎
ティケア 送り出し

昼食準備
(夫以外)

夕食準備 洗濯
内服確認
ティケア受け

介護
医療

週2回 ティケア
月1回通院
週2.3回 訪問リハ

その他の
支援

友人と交流 配食サービス
買い物サービス

8 G

PT: 病棟スタッフへの介助指導 ←

提出資料① 機能 変化・予測シート

9G

	心身機能	機能障害
初回	・バイタルサイン 安定 ・左上肢MMT4 ・JCS I-3	・右片麻痺 (BRS上肢Ⅱ、手指Ⅱ、下肢Ⅱ) ・深部・表在感覚重度鈍麻 FIM38点 ・失語 (軽度混合型) ・高次脳機能障害 (注意、失行) ・嚥下障害 ・耐久性低下、精神的に不安定
2回目 カンファ (入院40日後)	・バイタルサイン 安定、再出血のリスク低 ・精神不安改善 ・失禁減少 ・耐久性 ・体重増加 ・熟睡感得外なし	・BRS上肢Ⅴ、手指Ⅴ、下肢Ⅳ) ・嚥下機能改善 ・左ムシなし ・感覚障害は変化なし ・失行軽減 ・上肢重脱臼リスクあり、軽度失語 (上肢けん重装具)
退院時予測 (入院150日後)	・左側MMT5 ・バイタル 安定 ・眠剤内服中止 ・排便コントロール良好	・感覚障害 残存 ・上肢 補助手レベル ・BRS上肢Ⅳ 手指Ⅴ 下肢Ⅴ ・軽度失行、軽度注意障害 ・軽度失語症

*病棟生活（環境）を想定して設定

	活動	活動制限
初回	・普通型車いす座位可 ・起居、移乗一部介助 ・食事、整容、排泄更衣一部介助	・FIM 38点 ・歩行重介助 ・入浴全介助 ・食事、トイレ一部介助 ・車いす座位、膝折小
2回目カンファ (入院40日後)	・装具+杖で30m歩行可 ・起居見守り ・娘とLINEで連絡もとっている (T字杖) (アスファルト短F肢装具)	・ADL全般一部介助 (FIM 72点) ・口腔ケアに配慮士あり。整容一部介助 ・友人とは連絡をとっていない。
退院時予測 (入院150日後)	・歩行補助具+装具で病棟内歩行自立、厚木歩行自立 ・ADL全般修正自立(入浴含む) ・基本動作自立、内服自己管理 ・排便コントロール良好、血圧自己測定	・階段昇降見守り修正自立 ・手すり使用、2足1段 ・皮膚状態、体調自己管理

*病棟生活（環境）を想定して設定

提出資料③ デマンドから退院3ヶ月後の参加目標	入院期間：5ヶ月 9 G
本人から表出される主観的な要求・要望 【デマンド】 (変化)	検討した内容・選んだ理由等 ・デマンドは自分の身の回りのことから家族のことへ変化している ・家に帰りたい → しっかり良くなつてから帰りたい → ローストビーフや孫の好きなお菓子を作りたい、家族に迷惑もかけたくない、車の運転がしたい、装具なしで歩きたい。
その人に必要で退院後3ヶ月以内に実現可能な要求・要望 【ニーズ】	・元々専業主婦で家族のため毎日に料理や家事をあることが生きがいだったため、家庭内の役割を再獲得する必要がある。 ・調理お菓子を作るようになる。 ・運転再開 タクシーやバスを利用して外出する
退院3カ月後の“生きがい”“楽しみ” 【参加目標】	・ガーデンニングを再開する ・車で タクシーやバスを利用して外出して友人と会う。 ・孫のために読み聞かせをしたり、お菓子を作る。 ・そのため、家事や趣味に関連した目標とした。

退院までの重点的アプローチ課題	理由（簡潔に記載）
① 屋内歩行自立（ 左側MMT5 右側MMT4 ） ② 屋内ADL自立（杖＋装具） ③ 疾病管理、健康管理自立 ④ IADL（洗濯物畳み、レンジ調理） 再獲得⑤社会的COM可能	① 本人の「家族に迷惑をかけたくない」という希望があるため。 ② 〃 ③ 再出血予防のため、感覚障害による外傷予防のため獲得が必須。 ④ 家庭内の役割 再獲得のため。 ⑤ 失語症による社会生活の制約を受けるため
退院後の生活準備課題	検討結果：理由 理由
① 住む場所（部屋）・寝室 ② 介護が必要な部分とその介護者 ③ 生計を維持できる収入 ④ 住宅環境の整備 ⑤	① 寝室は変更（夫の寝室に）住宅改修（トイレ引き戸） ② 外出、買い物、掃除、洗濯物干し、ゴミ捨て、食事の準備 ③ 夫の収入（40万/月） ④ 玄関外、玄関内段差に手すり、ウッドデッキ段差に手すり、浴室入口に手すり、シャワーチェア、滑り止めマット、浴槽内台 ⑤

1週間 1ヶ月		週1回あり 訪問リハビリ(運動言語) 通院(月1回)					
時間帯		6時	9時	12時	15時	18時	21時
本人	セルフ ケア	起床:自立 血圧測定 更衣:自立 朝食:自立 整容:自立		昼食:自立	排泄:自立 自主トレーニング	夕食:自立	沐浴:自立
	役割	朝食準備 後片付け 洗たく ワゴン使用して運搬 床掃除 (週末)		昼食準備 昼食片付け (配食温め)	洗濯物畳み	夕食準備 夕食片付け 孫と交流	入浴観察
家族の 支援 (夫娘親)		夫見守り準備 夫掃除 洗濯 (週末)		両親の 手伝い (昼食準備)	娘買い物・通院付き添い月1回	夫:服薬確認	
介護 医療		訪問リハビリ 運動週1回、言語週1回		通院(月1回)			
その他の 支援		配食サービス		週1回:友人と 交流			

3ヶ月後
自宅退院

参加目標

① ガーデニングを再開する ③ 孫のために読み聞かせをしたり。
② タクシーやバスを利用し外出し友人と会う お菓子を作る。

		目標	職種の目標	介入内容
退院時	活動・活動制限	屋内 ・歩行自立(手杖+装具) ・ADL 修正自立 ・階段昇降修正自立 (手杖、2足1段) ・内服自己管理、血圧自己測定 ・排便コントロール良好、皮膚状態、体調自己管理	NS: 血圧管理、皮膚観察、内服管理自立 CW: 排泄コントロール自立 PT: 屋内歩行(手杖+装具)自立、階段昇降手すり自立 OT: ADL自立、IADL 一部再獲得 ST: 家族とコミュニケーションが支障なくできる SW: 障害者手帳の申請、CMとの連携	NS: 血圧自己測定し、血圧手帳に記入。 薬剤: 内服薬について指導、Fq指導 PT: 歩行訓練(居室内、浴室内裸足、低所からの起立、階段昇降、屋外不整地歩行、床上動作、歩行訓練) OT: ADL訓練、IADL(調理、洗たくの出し入れ)、園芸: 家庭菜園で野菜を育てる ST: 家族に失語の状態について説明
	心身機能・機能障害	・左側MMT5 ・バイタル安定 ・眠剤内服中止 ・感覚障害残存 ・上肢補助手レベル(上肢手指V、下肢V) ・軽度失行、軽度注意障害 ・軽度失語症	NS: 病状や血圧を自身で発見し適切に対処できる PT: 左側下肢、体幹MMT5 右側MMT4、BBS 46点 OT: 右手左手で生活動作ができる ST: 仮名文字の音読ができる	NS: 皮膚状態の確認、本人・Fqへの指導Dr. PT: 筋力向上と体幹筋向上、バランス訓練 OT: 上肢筋力訓練、動作練習 ST: 音読練習

* 自宅生活(環境)を想定して、目標を赤字で修正

提出資料① 機能 変化・予測シート

LOG

	心身機能	機能障害
初回	・バイタルサイン安定 ・左上下肢MMT+ ・JCS: 1-3	・右片麻痺(BRS 上肢Ⅱ、手指Ⅱ、下肢Ⅱ) ・感覚障害 筋緊張・深部腱反射亢進 ・失語(軽度混合型) ・高次脳機能障害(注意・失行) ・嚥下摂食障害(全形ソフト食・水分ロシ) ・構音障害、耐久性低下、精神的に不安定
2回目 カンファ (入院40日後)	・バイタル安定 状態安定し再発リスク少ない ・精神状態安定傾向 ・栄養状態改善傾向	・ムセが少なくなった(嚥下機能・熟睡感が得られなくなった) ・失語困難 ・片麻痺改善 ・注意障害改善傾向 ・失行改善傾向 ・排泄コントロール改善傾向
退院時予測 (入院150日後)	・バイタル安定 ・眠りやすくなる ・右手指・下肢機能向上 BRS-T: IV-V-V ・全身耐久性向上	・上肢麻痺残存(補助手) ・感覚障害残存 ・失語困難 ・注意障害・失行残存

*病棟生活（環境）を想定して設定

提出資料② 活動 変化・予測シート

10 G

	活動	活動制限
初回	・普通型車いす座位可能 ・起居移乗動作一部介助 ・食事整容排泄更衣一部介助 ・車いす自主見守りレベル	・立位を伴う動作全般に介助を要する(陣作小) ・歩行重介助(長下肢器具使用) ・入浴全介助 ・食事途中で介助を要するトイレ一部介助(利用使用)
2回目カンファ (入院40日後)	・食事整容排泄の制限がなくなった。 ・ADL一部介助 ・器具+杖で歩行が30m可能 ・失禁が減った	・移乗、トイレ、排泄 ・陣作小一部介助 ・ADLやリハビリが進みづら ・食事動作がしづらい(趣味) ・階段昇降 ・食事が残っている。 ・友人との関係が心配
退院時予測 (入院150日後)	・器具着用下で歩行自立可(下着あり) ・エスレエ服薬自立 ・入浴見守り、環境調整などの他は自立。 ・血圧、内服の自己管理 ・移動能力の向上 ・(家族の協力)服薬カレンダー-記入済。 ・自己管理できるようになる	・食事動作、見守り軽介助(料理に介助が必要/機能・認知・知的) ・入浴自立困難(身体自立)→器具操作・安全管理・食料準備 ・階段昇降自立困難 ・移動範囲の狭小化 ・フューチャー・シヨンの取りづらさがある。 ・交友関係の減少につながる。

*病棟生活（環境）を想定して設定

提出資料③ デマンドから退院3ヶ月後の参加目標		入院期間：5ヶ月	10G
本人から表出される主観的な要求・要望 【デマンド】 (変化)	家に帰りたい → 一人でも何でもできるようになりたい → 装束「ズ」で歩きたい → 階段を一人で昇りたい → 自転車に乗りたい → 庭もしたい → 夫に料理を任せてほしい → 様に読み聞かせをしてほしい → 夫に迷惑を掛けたくない	検討した内容・選んだ理由等 ・自分のことから家族のことへ変化している。 ・目標が具体的になっている	
その人に必要で退院後3ヶ月以内に実現可能な要求・要望 【ニーズ】	・自宅に帰ることから日常生活動作を獲得 ・歩行自立 ・階段自立 ・趣味・家事の再開	・家族に迷惑を掛けたくないという思いが強い為、自宅内自立を目指している。 ・自宅内での役割を果たせるようになる。	
退院3カ月後の“生きがい”“楽しみ” 【参加目標】	・家族と一緒に料理ができるようになる。 ・孫への面倒をみる ・装束をつけて自宅内で自由に動ける。 ・環境調整をしてガーデニングができる。 ・運動再開に向けて準備を始める (外歩行、教習所)	・本人の生きがいを楽しめるようになる。	

退院までの重点的アプローチ課題	理由（簡潔に記載）
① 屋内ADL自立（歩行・T字杖歩行含む） ② 血圧・内服管理自立 ③ 高次脳機能障害の代替手段獲得 ④ 家事動作練習 ⑤ 退院後の意向確認・イメージ共有	① 日中独居のため、未だ負担軽減を図るため。 ② 再発予防のため。 ③ 家事動作・ADLを安全に行えるようにするため。 ④ 役割の獲得を図るため。 ⑤ 本人・家族の意向に沿った退院支援を行うため。
退院後の生活準備課題	検討結果：理由
① 住む場所（部屋）・寝室 ② 介護が必要な部分とその介護者 ③ 生計を維持できる収入 ④ 住宅改修 ⑤ 介護サービス調整 ⑥ 車の運転	① 寝室、居住スペースを1階に変更：階段を使用せずに行うため。 ② 着せうの着せ、調理、家族、訪問リハビリ、訪問看護 ③ 変化なし：就労していただけたため ④ ウッドデッキ、玄関外、内、トイレに手すり：活動範囲を広げるため。 ⑤ 福祉用具の導入、レンタル、訪問リハ、看護、配食：家族の負担軽減 ⑥ 外来リハで評価：活動範囲が広くなったため、代替手段模索のため。

提出資料⑤		退院直後の生活スケジュール						LOG
1週間 1ヶ月		週3日 訪問リハビリ 週1日 訪問看護 月1日 受診 (月1日 外来リハビリ) 配食サービス						
時間帯		6時	9時	12時	15時	18時	21時	
本人	セルフケア	起床:自立 更衣:自立 整容:自立 朝食:自立 内服:自立 昼食:自立 孫へ世話 シャワー:自立 更衣:自立 夕食:自立 就寝準備 自立 就寝						
	役割	朝食準備・片付け 掃除 洗濯 ガーデニング 洗濯物取り込み 夕食準備・片付け 夫との会話						
家族の支援 (夫娘親)		内服確認 受診・外来へ送迎 買い物 夕食準備手伝い						
介護医療		週2~3日 訪問リハビリ 週1日 訪問看護 月1日 病院受診 (月1日 外来リハビリ)						
その他の支援		ネットスーパー 配食サービス 週2日娘へサポート(訪問・調理)						

3ヶ月後 自宅退院	参加目標	・家族と一緒に料理ができるようになる ・歩行面倒をみる ・装具を使用して自宅内で自由に動く ・環境調整をしてガーデニングができる ・運転再開に向けた準備で始められる(外乗り、教習所)		
		目標	職種の目標	介入内容
退院時	活動・活動制限	・装具・T字杖使用し歩行自立 ・服薬管理自立(一泊化・カレンダー) ・入浴見守り、環境設定して他は自立	PT: 院内T字杖+装具使用して歩行自立 NS: 内服自立(カレンダー) OT・NS: 求食・洗髪自立、浴衣認知、更衣自立、福祉用具選定 MSW: 各関係機関との橋渡し面接	PT: 歩行練習、装具選定 NS: 段階的な服薬管理指導 OT: 上肢・高次脳機能訓練、ADL訓練、IADL訓練 MSW: CMの選定、情報提供 MSW・OT: 車いす運転準備・情報提供
	心身機能・機能障害	・バイタル安定 ・眠りがなくなる ・右手指・下肢機能向上(Brs・T:V) ・全身耐久性向上	NS: 血圧管理 PT・OT・NS: 活動量向上	NS: 血圧自己チェック指導 PT・OT・NS: 歩行訓練 PT・OT: 自主練習定着を図る OT: 作業活動へ提供

家族評価等

提出資料① 機能 変化・予測シート

11G

	心身機能	機能障害
初回	- バイタルサイン 安定 - 左上下肢 MMT 4 - JCS: I-3	- 右片麻痺 (BRS 上肢Ⅱ, 手指Ⅱ, 下肢Ⅱ) - 感覚障害 筋緊張・深部腱反射亢進 - 失語 (軽度混合型) - 高次脳機能障害 (注意・失行) - 嚥下機能障害 (全粥・ソフト食・水分ロシ) - 排泄障害・耐久性低下・精神的に不安定
2回目 カンファ (入院40日後)	- 血圧安定 (バイタル安定) ・体重2kg 増 - 嚥下機能向上 ・毎食全量摂取 - 尿・便意向上 (リハビリ・ハロニツ使用) - 食形態制限なし - 半側空間無視カットアウト - 入院時より精神面落ち込み減	- BRS (上肢Ⅱ, 手指Ⅴ, 下肢Ⅳ) - 失行・注意障害軽減 失禁 - 低強度話で喋り困難 - 熟睡感が得られない - 感覚障害
退院時予測 (入院120日後)	- バイタル 安定・全身状態安定 + 再発予防 - 栄養状態改善 + 維持 - 排泄コントロール良好 - MMT 5 (左上下肢)	- 注意障害残存 → 安全管理 - BRS (上肢Ⅱ, 手指Ⅴ, 下肢Ⅳ) → 麻痺側管理 - 感覚障害 - 熟睡感が得られない - 上下肢機能維持・向上

* 病棟生活 (環境) を想定して設定

提出資料② 活動 変化・予測シート

11 G

	活動	活動制限
初回	・普通型車いす座位可能 ・起居移乗動作一部介助 ・食事、整容排泄更衣一部介助 ・車いす自走見守りレベル	・立位を伴う動作全般に介助を要する ・歩行重介助(長下肢装具使用) (膝折れ) ・入浴全介助 ・食事途中で介助を要す。トイレ一部介助 (オムツ使用)
2回目カンファ (入院40日後)	・血圧安定(バイタル安定)・尿・便意(リハビリ) ・嚥下機能向上・食事量増加・FIM向上 ・尿イ・ADL一部介助・起居見守り ・家族との面会時、表情良い。 ・家族とLINEで連絡可・30m歩行可 ・他者からの声かけに反応する。(4点杖+短下肢装具)	・移乗介助(膝折れ)・トースター使用 ・4点杖歩行、短下肢装具 ・失禁残存 ・友人と面会、連絡とれていない
退院時予測 (入院120日後)	・起居、移乗自立・更衣自立・排泄自立 ・<u>屋内歩行自立</u>・整容自立・布巾使用 ・内服管理カレンダー使用し可能 ・(孫に絵本の読み聞かせ) ^{コミュニケーション能力の向上} ・他者との交流 ^{セルフケア一部自立} ・ADL自立(入浴以外)	・入浴見守り (家事全般介助) ・屋外歩行見守り (自動車運転困難) ・<u>階段見守り</u> (手すり使用) ・(買い物(サービス、付き添い))

*病棟生活(環境)を想定して設定

提出資料③ デマンドから退院3ヶ月後の参加目標

入院期間：4ヶ月

11G

本人から表出される主観的な要求・要望 【デマンド】 (変化)	家に帰りたい・家族に会いたい→1人で何でも出来るようになった →オムツを使いたくない、風呂に1人で入りたい、1人で階段昇降したい →装具なしで歩きたい→庭作業がしたい、孫にお菓子を作りたい、夫の好物を作りたい、自動車運転ができていないと困る、孫に絵本の読み聞かせ→夫に迷惑をかけるようなら施設に入りたい	検討した内容・選んだ理由等 ・デマンドが具体的にできてきている ・徐々に家族のことに変化している ・退院後の生活を考えられている ・本人の家庭内での役割につながるように、達成していく必要がある ・入院前の生活状況に少しでも近づけるようなデマンドを実現する必要がある。 ・上記を盛り込んだ参考目標とした
その人に必要で退院後3ヶ月以内に実現可能な要求・要望 【ニーズ】	(自宅退院) 排泄自立(布パンツ使用)、孫に絵本の読み聞かせ 入浴(移乗 移動見守り)→サービス利用 自立 庭作業を見守りから参加、階段は見守りから実施 夫と調理 家事動作一部可能(簡単な調理など)	
退院3カ月後の“生きがい” “楽しみ” 【参加目標】	①(ADL自立)身の回りのことを自分でできる ②庭作業を家族と一緒にできる ③手すり使用で階段自立 ④一部家事動作(洗濯、簡単な調理)が出来はじめる	

退院までの重点的アプローチ課題	理由（簡潔に記載）
①屋内ADL自立 ②疾病管理 ③コミュニケーション ④両上下肢機能維持・向上	①家族の介護負担軽減・病前生活に近い形での自宅退院に必要 ②身機能の維持・向上、再発防止に必要 ③家族とのコミュニケーションができているので、読み聞かせを目標にしたい ④屋内ADL自立に必要なため
退院後の生活準備課題	検討結果：理由
①住む場所(部屋)・寝室 ②介護が必要な部分とその介護者 ③生計を維持できる収入 ④家屋評価 ⑤サービス調整 ⑥趣味活動	①寝室変更(1階洋室)：階段も使用しない安全な導線確保のため ②未：屋内外の移動に見守りが必要なため/長女：家事支援のため/両親：通院支援のため ③支出あり：住宅ローンに合わせ、サービス利用分の支出 ④評価が必要：福祉用具設置検討のため ⑤あり：家族の介護負担軽減のため ⑥一部再会：生きがいにつながるため

提出資料⑤

退院直後の生活スケジュール

11 G

1週間
1ヶ月

週4回 平日ヘルパー、週1回訪問ナ
月1回 外来受診

時間帯

6時

9時

12時

15時

18時

21時

本人

セルフ
ケア

起床
更衣
整容 } 自立

朝食:自立
服薬:自立

昼食:自立

夕食:自立
入浴:見守り
服薬:自立

就寝準備
夜間排泄:自立

役割

食器洗い

買い物(週1回)

洗濯たため
子供に絵本の読み聞かせ
(孫)

家族の
支援
(夫娘親)

朝食準備 (夫)
(月1回 外来受診:両親)

買い物(週1回夫)
洗濯しるみ
(週2回:長女)

入浴見守り
(夫)

介護
医療

週1回訪問ナ
ガーディング

週4回 家事(入浴)ヘルパーナ

その他の
支援

宅配サービス

※1...慣れてきたら、長女の支援も検討

家族の負担が多ければ、介護サービス利用も検討
自宅での生活にゆとりがでたら、フラワーアレンジメントで外部との
交流場面も検討

提出資料⑥

目標・課題達成のための各職種の役割

11 G

3ヶ月後 自宅退院	参加目標	①身の回りのことを自分でできる ②庭作業を家族と一緒にできる ③手すり使用で階段 ④一部家事動作(洗濯・簡単な調理)が出来始める		
		目標	職種の目標	介入内容
退院時	活動・活動制限	①セルフケア 一部自立 ②ADL自立(入浴以外) ③コミュニケーション能力向上 ④屋内移動自立	①Ns:内服・血圧自己管理できる ②OT.Ns.Cw:口腔ケア・更衣・排泄の自立 ③Ns.OT.Cw:入浴動作(シャワー自立) ※浴槽移動は見守り ③ST.OT.Cw.Ns:音読できる ④PT:病棟内歩行自立 階段(12~14段)が見守りできる	①Ns:カレンダー使用法の指導 OT.Ns:内服開始時刻指導 Ns:毎日血圧自己測定・血圧手帳 ②Ns.OT.Cw:Mレシ等・排泄状況・Mレシ 毎食後の入浴 ③ST.OT.Cw.Ns:病棟内で電話の自主トレ ④立位・歩行バランス訓練
	心身機能・機能障害	①安全管理 ②麻痺側管理 ③上下肢機能維持・向上 ④栄養状態改善・維持 ⑤全身状態安定・再発予防 ⑥健側MMT5	①PT.OT:転倒リスク管理ができる ②OT.PT.ST.Ns.Cw:麻痺側管理できる ③OT.PT:自主トレの定着を図ることにできる→ PT:立位での動作が毎回可能になる ④CN.Ns:栄養管理ができる ⑤再発予防のための知識を獲得できる 体調の変動に気づくことができる	①PT.OT:患者家族指導 ②指導 ③自主トレの提案・指導 →④栄養指導 →⑤再発予防指導

*自宅生活(環境)を想定して、目標を赤字で修正

提出資料① 機能 変化・予測シート

12 G

	心身機能	機能障害
初回	- バイタルサイン安定 - 左上下肢 MMT 4 - JCS: I-3	- 右片麻痺 (BRS 上肢 II, 手指 II, 下肢 II) - 感覚障害 筋緊張・深部腱反射亢進 - 失語 (軽度混合型) - 高次脳機能障害 (注意・失行) - 嚥下摂食障害 (全粥ソフト食、水分トロミ) - 構音障害、持久性低下、精神的に不安定
2回目 カンファ (入院40日後)	- バイタルサイン安定 - 水分トロミなし (嚥下機能改善) - 食事摂取量安定 → 栄養状態改善傾向 - Wt +2kg - 持久性向上、半側空間無視改善 失語 注意障害軽減 - 頓服不眠で眠前薬あり	- 失禁あり (減少) 残存 - 失行症状、注意障害軽減 - BRS II-V-IV - 但頻度語で喚語困難あり - 熟眠感乏しい
退院時予測 (入院120日後)	- バイタル安定 排泄コントロール良好 - 栄養状態改善、体重増加 - 失語、失行改善 - 内服自己管理 - 夜間入眠	- 注意障害残存 - 麻痺残存 BRS II-V-II - 感覚障害残存 - 精神面での落ち込みあり - 高次脳機能障害

*病棟生活（環境）を想定して設定

提出資料② 活動 変化・予測シート

12 G

	活動	活動制限
初回	・普通型車いす座位可能 ・起居移乗動作一部介助 ・食事整容排泄更衣一部介助 ・車いす自走レベル	・立位を伴う動作全般に介助を要す(膝折れ) ・歩行重介助(長下肢装具使用) ・入浴全介助 ・食事途中で介助を要すトイレ一部介助
2回目カンファ (入院40日後)	・起居動作見守り リハビリパンツ使用(大葉減少) ・食事形態制限なし ・離床時間確保し延長、W/C自走安定 ・他者から話しかけられれば応じる	・ADL一部介助 移乗軽介助 ・歩行^軽介助(SLB使用し30m歩行、4点杖) ・尿失禁
退院時予測 (入院120日後)	・装具着用し屋内歩行自立(T字杖使用) ・排泄布パンツ ・食事自助具自立 ・移乗自立 ・整容更衣自立 ・シャワー浴自立 ・内服自己管理	・入浴見守り ・屋外歩行見守り〜一部介助 ・階段昇降、手すり使用し見守り

*病棟生活（環境）を想定して設定

提出資料③ デマンドから退院3ヶ月後の参加目標

入院期間：~~3~~⁴ヶ月 / 2 G

本人から表出される主観的な要求・要望 【デマンド】 (変化)	・家に帰りたい→普通のご飯が食べたい→オハツを使用したくない ・装具を使用したくない ・お風呂1人で→1人で階段昇降できるようにしたい→娘・孫のお世話したい→家族に迷惑かけたくない ・再死しないか心配、ガーデニングしたい →入院前の生活に少しでも近づいて自分でできることを増やしたい	検討した内容・選んだ理由等 自分のことから家族のことへ段階的に変えていっている → 全介助→少しずつ自分でできることが増えて、Fiaにやっておいてほしいことなど、考えができていっている → 背景からFiaのことを大切にしているため、周囲の人と一緒に妻としての役割を実現する必要がある。 → 上記を盛り込んで参加目標とした
その人に必要で退院後3ヶ月以内に実現可能な要求・要望 【ニーズ】	・サービス(ヘルパー、訪問介護)利用し入浴自立、手すり使用で階段昇降自立 ・Fiaと一緒に買い物、簡単な調理をする ・環境設定してFiaと一緒にガーデニング再開 ・友人と会える(外出)・孫に絵本を読ませる ・タクシー利用、フラワアレンジメント	
退院3カ月後の“生きがい”“楽しみ” 【参加目標】	・妻、母として自分の役割を担える ・友人と交流 ・家族に料理をふるまえる、一緒に作る ・孫のお世話が出来る ・Fiaと一緒にガーデニング再開	

退院までの重点的アプローチ課題	理由（簡潔に記載）
① 屋内歩行自立 ② 入浴以外のADL自立 ③ 一人で食事の準備ができる ④ Fia支援 ⑤ 疾病管理の自立	① 日中、独居生活を安全に過ごすため ② 夫の就労継続に必須 ③ ④ ENT後、家事支援、外出（通院など）、精神面、Fia指導 ⑤ 再発予防（疾病、内服、食事、健康管理）
退院後の生活準備課題	検討結果：理由
① 住む場所（部屋）・寝室（1F） ② 介護が必要な部分とその介護者 ③ 生計を維持できる収入 ④ サービス調整 ⑤ 住宅改修	① 寝室を1Fに変更し、居住スペースを1Fに。出入りを勝手口にし、本人・Fiaの負担を軽減 ② 入浴（浴槽）はヘルパー、外出・家事支援は家族 ③ 夫（貯蓄あり） ④ 本人のADL、IADLの向上のため ⑤ 本人が安心・安全に過ごせるように

提出資料⑤

退院直後の生活スケジュール

12 G

1週間
1ヶ月

週2回 おフロ(ハルパー)、リハビリ(PT・OT 1人)
→ 月・木 → 火・金

月1回(土) AM

時間帯

6時

9時

12時

15時

18時

21時

本人

セルフ
ケア

起床
更衣
整容
自立

朝食
内服
VS

昼食: 自立

入浴: 介助
シャワ-浴: 自立

夕食
内服

就寝準備
夜排泄
自立

役割

夫と一緒に
朝食準備

準備・片づけ

夫と一緒に
夕食準備
片づけ

家族の
支援
(夫娘親)

夫 朝食準備

シャワ-浴の時、
家に居てもらう

1日分の
内服確認
(夫) 夕食準備
片づけ

※ 娘さんが来てくれている時には、孫の世話をし、家事をしてもらう。一桶にワードデックを置く。

介護
医療

月1回受診

吉

週2回吉方岡リハビリ、ハルパー

その他の
支援

配食サービス

ハルパー

※ 1. リハスタッフ、娘のタイミングで家事(片づけ、洗濯)重作をする。

提出資料⑥

目標・課題達成のための各職種の役割

12 G

3ヶ月後 自宅退院	参加目標	① 妻・母として自分の役割を担える ② → 家族に料理がはかるとええ、一緒に作るお世話ができる ③ 家族と一緒に「カーデニング」再開		
		目標	職種の目標	介入内容
退院時	活動・活動制限	自立: 初歩、 トイレ動作 、排便コントロール 更衣、整容 修正: 食事自助具、トイレ動作 装具着用、屋内歩行自立 見守り: 入浴、内服自己管理 手すり使用、階段昇降 軽介助: 屋外歩行 ・屋敷の準備ができる(レンジ使用)	PT: バッド、トイレの初歩自立 (NS) 移動は杖・装具使用し、棟内歩行 手すり使用、階段昇降できる 屋外歩行できる OT: 自助具選定して食事できる、入浴が (NS) できる 更衣、整容、トイレ自立 内服(用器)、レンジ使用 NS: 内服自己管理、排便コントロール SW: 介護サービス調整	(NS、OT、PT、ST、CW) ・介助方法を統一し、A・B・C訓練実施 (PT) 装具作成し、歩行・階段訓練 (OT) 配下膳の訓練、つまみ動作練習 ・家屋調査、福祉用具選定 (NS) 服薬アセスメント、排泄チェック表記入 (SW) ケアマネージャーの選定、 本人・家族に情報提供、収集 ※ 各職種ごとにFia指導
	心身機能・機能障害	全身状態安定 (バイタル、再出血リスクなし、栄養改善) ・排泄コントロール良好 ・BPS II-V-V ・高次脳機能障害軽減	NS: VS自己測定し、ノートやケイタイに書き込み 排便コントロール、疾患管理 Dr: 再出血で自宅にENTできる PT: 運動感覚麻痺改善 OT: 運動感覚麻痺改善 ST: 高次脳機能障害改善 (多職種) 本人・Fiaの不安軽減 SW: AD: 栄養改善	(NS) 日キ・NSで入力して正確さ (Dr) Dr.に定期で検査依頼、内服調整、 IC (NS) 下痢調整、疾病に因り本人・Fia指導 (PT、OT) 促進訓練、感覚入力 (ST) 注意課題、言語訓練 (SW) IC調整、Fia指導、カンパニース調整 (AD) 本人・Fia指導

* 自宅生活（環境）を想定して、目標を赤字で修正