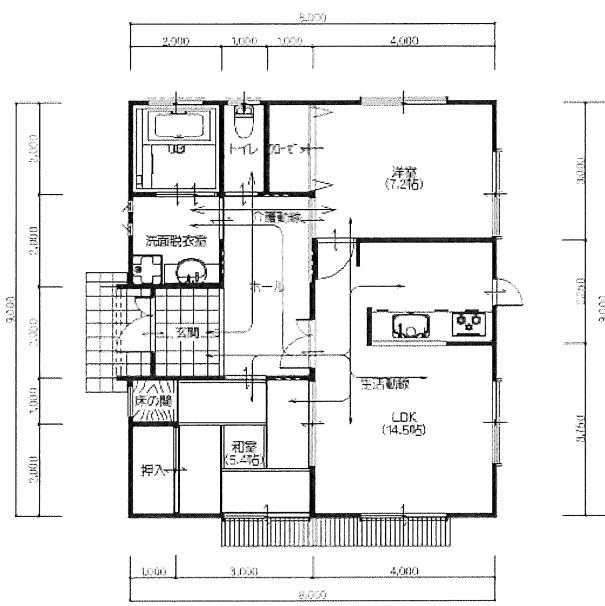


利用者名	鹿児島 太郎 さん	性別	男	年齢	78 歳
主 訴	〔相談内容〕 令和 4 年 1 2 月に脳梗塞で入院。現在は服薬治療と機能訓練を行っている。病院からは、病状も安定しているためそろそろ退院に向けて準備を進めたいと意向がある。介護者である妻は退院後の在宅での介護を不安に思っており、相談に至る。				
	〔本人・家族の意向〕 本人「脳梗塞でマヒが残ってしまい車いすの生活です。悔しくて残念です。入院した時はくよくよと悩んでいましたが今はリハビリを頑張っています。少しでも良くなればと考えています。そろそろ退院と聞いています。妻に負担をかけることはわかっていますが自宅に帰りたいです。今の状態では、トイレや風呂が困ると思っています。」 妻「自宅で介護をしたいと思っています。しかし、介護は初めてです、自分も腰や膝が痛いく十分な世話ができるか心配でたまりません。特に病気の再発が心配です。」				
生活歴・生活状況 ＊これまでの生活と現在の状況	〔生活歴〕 南さつま市の出身。両親、弟、寝たきりの祖母と5人暮らしだった。小さな時から祖母や弟の面倒をよく見ていた。優しい性格。高校卒業後は、県外に就職する（大手食品会社）。25歳の時に帰鹿し警備員の仕事につく。30歳で結婚、2児（長男・長女）を育てる。教育熱心でPTA活動にも積極的に参加していた。60歳で定年退職、退職後は妻や友人たちと、旅行や飲み会など生活を楽しんでいた。地域の活動にも参加、民生委員も長年続けていた。最近の楽しみは家庭菜園と20歳の孫の成長。月に1回孫と家庭菜園をすることをとても楽しみにしていた。		〔家族状況〕 妻と2人暮らし 妻；74歳、軽度難聴あり。以前から両膝に痛みがあり膝関節症で整形に通院している。買い物等外出は、杖を活用している。 長男；52歳。福岡在住。入退院時は付き添って手続き等してくれる。妻も職に就いており日常的な介護の協力は難しい。 長女；50歳、鹿児島市内に住んでいる。週に1回程度面会に来てくれる。子供が大学受験を控えている。		
病歴	〔経過・病歴等〕 45歳の時に糖尿病・高血圧症を指摘される。服薬治療を続けていたが72歳で脳梗塞を発症する。幸い目立った後遺症もなく退院。その後も服薬や運動など健康に気をつけて生活が続けていた。令和4年12月、夕食時に左手にしびれあり。救急車で受診、検査後脳梗塞再発と診断され入院となる。後遺症で左上下肢麻痺となる。入院直後は、ふさぎ込んでいる姿が良くみられ家族以外の面会ができない状況にあった。 5月下旬より「少しでも良くなりたい」と前向きな発言が聞かれるようになりリハビリに積極的になる。現在は回復期病棟に入院中、週末以外は毎日機能訓練を行っている。入院直後は立ち上がりも困難であったが、今は機能訓練室で、杖を使って20分ぐらい歩けるようになっている。「リハビリをもっと頑張って少しでも良くなりたいよ」が口癖である。順調に経過すれば3月末ごろ退院予定。糖や血圧は内服薬にてコントロールできている。		<pre>graph TD A[74歳 変形性膝関節] --- B[52歳 福岡在住] A --- C[50歳 鹿児島市在住]</pre>		
	〔主治医〕 病院主治医：A 医師 退院後はかかりつけ医：B 医師となる 病院主治医の意見 糖尿病や高血圧症があり動脈硬化が進行していますので脳梗塞の再発のリスクは高いです。現在は HbA1c や血圧も服薬にて安定しています。退院後は服薬の管理が必要です。ADLは機能訓練の効果もあり徐々に良くなっています。ただし年齢など考慮すると移動は車いすではないかと思います。移動や移乗時には転倒の十分注意してください。				
日常生活自立度	障がい高齢者の日常生活自立度	A 2	認知症高齢者の日常生活自立度	自立	
認定情報	要介護 3				

課題分析標準項目	現在の状況
健康状態	病名：脳梗塞後遺症、高血圧症、糖尿病 治療状況：回復期病棟入院中、抗凝固剤、降圧剤、血糖などの薬を服用 麻痺：左不全麻痺、利き手は右 左下肢に装具をつけている 身長：168 センチ 体重：60 キロ 血圧：120～140/80～90mm h g 時折上昇して臨時薬を服用 血糖：110～130（食前薬あり）HbA1c7.2%（入院時 11.3%） 再発を予防するために毎食後の服薬は自分でしっかり管理が出来る 本人「麻痺が残って残念だ、二度と病気をくり返したくない」 妻「病気の再発が心配です、本当に自宅で暮らしていいか悩んでいます」
ADL	寝返り：何かにつかまればできる 起き上がり：何かにつかまればできる 移乗：何かにつかまればできるが、不安定 歩行：機能訓練室では、杖を使ってセラピストの見守りで20分は歩行可能。不安定で転倒のリスク有。つかまるところがない場所では車いす移動（左下肢装具あり） 着衣：ズボンの着脱には介助が必要。ボタンの掛け外しは難しい 入浴：現在、病院ではシャワー浴。自宅に帰っての入浴は、おそらく浴槽の出入りや浴槽内からの立ち上がり時の介助が必要と思われる 洗身：身体の前側は自分で洗えるが、それ以外は介助が必要 食事：いすに座り、箸を使って食べる。介助は必要ない 洗面：自分で出来る。本人は「片手なので洗い難い」と言っている 本人「妻に迷惑をかけないように少しでも良くなりたいと思っています」 妻「せめてトイレぐらいは自分で行けるようになってほしい」 PT「少しでも良くなりたいとリハビリには積極的です。ただし、年齢など考慮すると現状維持が精いっぱいではないかと感じています。また、最近は機能訓練に前のめりで焦っているなど心配しています」
IADL	調理・掃除：入院前より、妻が行っている 本人が行う習慣がない 現在入院中のため、入院前の情報 買い物：家庭菜園の肥料や農薬など孫と一緒に出掛けていた 外出：免許は返納、受診や買い物は長女や孫援助を受けていた 金銭管理：日常の買い物など自分で金銭管理を行っていた
認知力	認知症日常生活自立度：I 年連相当の物忘れはあるが日常生活に支障はない、服薬管理もできている
コミュニケーション力	言語障害はない、意思疎通は良好であるが、自分の悩みや苦しみはあまり話さない 視力は老眼だが見えている 聴力は、数年前から耳が遠くなってきて、大きな声で話しかけないと聞こえない事が多くなっている
社会との関わり	入院前は近所の人や仲間とよく集まっていた PTA や自治会の活動に良く参加していた（民生委員を長年勤めていた） 長男は年に2回程度、お盆と正月に帰省 長女は週末と一緒に食事をしていた 孫は月に1回程度訪問、最近は家庭菜園を一緒に行っていた 弟は69歳、年に数回は電話連絡あり 本人「麻痺が残ってしまい情けない、本当は家族以外の人と会いたくないよ」 妻「リハビリに熱心に取り組んでいることはありがたいのですが、何となく心配です。楽しみにすることが少しでもあればと思っています」
排尿・排便	排尿：トイレまで間に合わず失敗してしまったということが数回あった 排便：洋式トイレにて行っている。ズボンの着脱には介助が必要 本人「失敗してしまい情けない、でも自分ではどうしようもない」

褥瘡・皮膚の問題	褥瘡はない 皮膚トラブルもない
口腔衛生	洗面所に移動して自分で歯磨きを行っている 義歯の手入れが一人ではできないため夕方に介助を行っている
食事摂取	右手を使って食事と摂っている、食べこぼしなど後始末には援助が必要
行動障害	支障となる情報はない
介護力	主な介護者は妻 74 歳 両膝に変形性関節症あり 両親を介護した経験がある 自宅での介護はトイレ移動や入浴支援など負担が大きいと不安がある 性格は心配性、入院中も「長男や長女が一緒にないと」判断に迷うことが多い 父親をくも膜下出血で急に亡くしたことがあり、病気の再発を非常に心配している 長男（福岡在住・手続きや病状説明など協力的であるが日常的な介護はできない） 穏やかな性格、妻が不安な時は一緒に付き添ったり話を聴いたりしている 長女（鹿児島市在住、週に 1 回程度訪問して支援を行っている） 優しい性格、退院直後は泊まって介護したいと思いいあるが大学受験の子供がいる 弟（72 歳、持病があり面会に来る程度、介護の協力は困難） 近所の人・友人：入院中に数回面会に訪れるが本人が拒否したためその後は遠慮している。「困ったときはいつでも言ってね」と妻に伝える。協力的である
住環境	木造平屋建て、20 年前に建築している 室内は小さな段差があるが車いすでの移動も何とか可能 屋外への移動は玄関に 45 ㌢程度の段差があり一人での移動は困難である トイレは洋式、手すりの設置もある 道路から玄関までは傾斜がきつく妻の力では車いすを押すことが困難  1階 平面図
特別な事情	性格：真面目、一度決めたことはやり遂げる 家族関係：家族関係は良好、特に長女の孫は心配をして病院にもちょくちょく面会に来る。本人も孫との面会の時には嬉しそうで笑顔も見られる 入院中の様子：入院直後はふさぎこみがちで対話も殆どなかった。機能訓練で少しずつ回復が見えるようになり「リハビリを頑張って少しでも良くなりたい」と前向きな発言がある。主治医や看護師・セラピストとの関係性も良い。

被保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護保険主治医意見書 記入日 令和 0 5 年 0 6 月 0 0 日

申請者氏名	フリガナ カゴシマ タロウ 鹿児島 太郎	性別	〒 〇〇-〇〇〇〇 鹿児島県〇〇市〇〇町	在宅 ☒ 施設 ☐
生年月日	3 1 明治 2 大正 3 昭和 2 0 1 2 0 1 0 7 8 年 月 日 歳	連絡先	〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。主治医として本意見書を介護サービス計画作成に利用されることに ☒ 同意する ☐ 同意しない				
医師氏名			変更	
医療機関名	〇〇病院		電話	
医療機関所在地	鹿児島県〇〇市〇〇町		FAX	

(1)最終診察日	令和 5 年 6 月 〇 日
(2)意見書作成回数	☒ 初回 ☐ 2回目以上
(3)他科受診の有無	☒ 有 ☐ 無 (有の場合) → ☒ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他 ()

1. 傷病に関する意見

(1)診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1. に記入)及び発症年月日				
1. 脳梗塞後遺症(再発)	発症年月日(	令和	4 年	12 月 日頃)
2. 2型糖尿病	発症年月日(	平成	3 年	4 月 日頃)
3. 高血圧症	発症年月日(	平成	10 年	5 月 日頃)
(2)症状として安定性 ☒ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明 ("不安定")とした場合、具体的な状況を記入)				
(3)生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)				
令和4年12月〇〇日 夕食時に左上ににしびれがあり脳梗塞再発で再入院となっています。点滴や高気圧酸素療法施行。その後、リハビリを目的に入院加療を行い、杖を使えば20分程度は歩行が出来るまで回復しています。また、既往歴に2型糖尿病があります。現在は服薬加療にて様子を見ています。継続的な機能訓練や服薬管理が重要と思われます。今回の入院は2回目で糖尿病の既往もあり再発のリスクが高いと思われます。				

2. 特別な医療(過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	☐ 点滴の管理	☐ 中心静脈栄養	☐ 透析	☐ ストーマの処置	☐ 酸素療法
	☐ レスピレーター	☐ 気管切開の処置	☐ 疼痛の看護	☐ 経管栄養	
特別な対応	☐ モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)		☐ 褥瘡の処置		
失禁への対応	☐ カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1)日常生活の自立度等について									
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	☐ 自立	☐ J 1	☐ J 2	☐ A 1	☒ A 2	☐ B 1	☐ B 2	☐ C 1	☐ C 2
・認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立	☒ I	☐ II a	☐ II b	☐ III a	☐ III b	☐ IV	☐ M	
(2)認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)									
・短期記憶	☒ 問題なし		☐ 問題あり						
・日常の意思決定を行うための認知能力	☐ 自立	☒ いくらか困難		☐ 見守りが必要	☐ 判断できない				
・自分の意思の伝達能力	☒ 伝えられる		☐ いくらか困難		☐ 具体的な要求に限られる	☐ 伝えられない			
(3)認知症の行動・心理症状(BPSD) (該当する項目全てにチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)									
☒ 有 (有の場合)→	{	☐ 幻視・幻聴	☐ 妄想	☐ 昼夜逆転	☐ 暴言	☐ 暴行	☐ 介護への抵抗	☐ 徘徊	
☐ 無		☐ 火の不始末	☐ 不潔行為	☐ 異食行動	☐ 性的問題行動	☐ その他 ()			
(4)その他の精神・神経症状の有無									
☒ 無 ☐ 有	「症状名	専門医受診の有無			☐ 有 ()	☐ 無			

あてはまる項目をチェック ☒ してください。

(5) 身体の状態

利き腕 (☒ 右 ☐ 左) 身長 = cm 体重 = kg (過去6ヵ月の体重の変化 ☒ 増加 ☐ 維持 ☐ 減少)

☐ 四肢欠損 (部位: _____)

☒ 麻痺 ☐ 右上肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☒ 左上肢 (程度: ☐ 軽 ☒ 中 ☐ 重)

☐ 右下肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☒ 左下肢 (程度: ☐ 軽 ☒ 中 ☐ 重)

☐ その他 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☒ 筋力の低下 (部位: 左上下肢 程度: ☐ 軽 ☒ 中 ☐ 重)

☒ 関節の拘縮 (部位: 左肘関節 程度: ☐ 軽 ☒ 中 ☐ 重)

☒ 関節の痛み (部位: 左肩関節 程度: ☒ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 失調・不随意運動 ・上肢 ☐ 右 ☐ 左 ・下肢 ☐ 右 ☐ 左 ・体幹 ☐ 右 ☐ 左

☐ 褥瘡 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 ☐ 自立 ☒ 介助があればしている ☐ していない

車いすの使用 ☒ 用いていない ☐ 主に自分で操作している ☐ 主に他人が操作している

歩行補助具・装具の使用 (複数選択可) ☐ 用いていない ☒ 屋外で使用 ☒ 屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 ☒ 自立ないし何とか自分で食べられる ☐ 全面介助

現在の栄養状態 ☒ 良好 ☐ 不良

→ 栄養・食生活上の留意点 _____)

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

☒ 尿失禁 ☒ 転倒・骨折 ☒ 移動能力の低下 ☐ 褥瘡 ☐ 心肺機能の低下 ☒ 閉じこもり ☒ 意欲低下 ☐ 徘徊

☐ 低栄養 ☐ 摂食・嚥下機能低下 ☒ 脱水 ☐ 易感染性 ☐ がん等による疼痛 ☐ その他 (_____)

→ 対処方針 機能訓練による左上下肢の麻痺の軽減、筋力増強を図る _____)

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

☒ 期待できる ☐ 期待できない ☐ 不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。 予防給付により提供されるサービスを含みます。)

☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問歯科診療 ☐ 訪問薬剤管理指導

☐ 訪問リハビリテーション ☐ 短期入所療養介護 ☐ 訪問歯科衛生指導 ☐ 訪問栄養食事指導

☒ 通所リハビリテーション ☐ 老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ その他の医療系サービス (_____)

☐ 特記すべき項目なし

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 (該当するものを選択するとともに、具体的に記載)

☒ 血圧 (_____) ☐ 摂食 (_____) ☐ 嚥下 (_____)

☒ 移動 (_____) ☒ 運動 (_____) ☐ その他 (_____)

☐ 特記すべき項目なし

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい。)

☒ 無 ☐ 有 (_____) ☐ 不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載してください。特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や障害者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付して頂いても結構です。)

入院直後は麻痺が残ったこともあり障害受容がなかなか進まずリハビリも消極的でした。令和5年5月頃より「少しでも良くなって、また自宅に帰る」と目標を持って頑張っています。現在は杖を活用すれば10分程度は自立して歩行が出来ますが筋力低下や関節の拘縮もあり転倒のリスクは高い状態です。退院後も転倒のリスク軽減を目的とした環境整備やリハビリテーションの継続が必要と思われます。また、糖尿病や高血圧症は服薬にては、状態は安定しています。退院後も継続的な治療が必要と思われます。

これまでの支援経過（概要）

令和5年4月20日

夕食時に左手のしびれあり救急車で病院受診、診察後脳梗塞で入院となる
当日より点滴や高気圧酸素療法が開始となる

4月21日

床上での機能訓練開始

5月10日

回復・リハビリ病棟に転棟となる 機能訓練室で訓練開始

*ふさぎ込みがち、家族以外の面会を拒否している

5月下旬

機能訓練で起き上がりが自立となる。また機能訓練室であると何かにつかまれば立ち上がりができるようになる。

*表情にも徐々に笑顔が見られるようになる。「リハビリを頑張って少しでも良くなりたい」と前向きな発言が聞かれる。

6月

積極的にリハビリを行う。平行棒であれば歩行ができるようになる。妻に「だんだん良くなっている、頑張れば良くなる」と笑顔で話をする。退院を念頭に機能訓練の目標を、杖を使えば5分の歩行ができるとする。

7月

退院に向けて準備。相変わらず機能訓練を熱心に取り組んでいる。機能訓練室であれば杖を使って20分ぐらい歩行ができるようになる・ただし担当のリスクがありセラピストが見守っている。日常的な移動は車いす。

7月15日

退院に向けてカンファレンスを行う（別紙情報あり①）

8月10日

自宅に退院となる。自宅で担当者会議を行う。福祉用具購入（ポータブルトイレ）通所リハビリ（3回/週）入浴支援も兼ねる。トイレへの移動を念頭に置いて住宅改修の計画を立てる。

8月12日

初回の通所リハビリ利用。事業所へ訪問する。少し緊張した様子であった。熱心に機能訓練を行っている。入浴支援も受けて本人より「何とかふろにも入ることができ良かった」と聞き取る

9～10月

自己都合で通所を休むことがあったが定期的に利用している。モニタリングでは「病院のリハビリと違う、時間も短いし効果があるのか？」と訴えることある。事業所のスタッフを交えながら現在の機能訓練の内容や目標を再度利用者と一緒に話し合いを行う。表情が少し硬い

12月10日

妻が外出しているときに自宅でトイレに行こうと廊下で転倒する。妻が1時間後に帰宅、失禁していた。近所の人に助けってもらって病院受診を行う、骨折はなかった。

*心配だったため後日、病院主治医も受診する。現在の回復状況を含めて病状説明ある。内容は次のようなことであった「脳梗塞後9か月程度経過、病状は安定している。リハビリについては頑張っているが現状維持が精いっぱい。今後は機能を維持するために機能訓練を続けてください」など

12月20日

自宅に定期訪問する。本人は寝室に閉じこもっている。「今日は誰にも会いたくない」と話をするのができなかった。

12月後半

本人より「令和元年でリハビリは終わりにする」と直接通所事業所に電話連絡がある。事業所より担当ケアマネに報告がある。妻に電話連絡する。「本人がリハビリはもうやめると言って寝室に閉じこもっています。声をかけても怒りっぽくなっているため少し様子を見たい」と聞き取る

令和5年1月

定期訪問やモニタリングを含めて自宅を訪問する。（別紙情報あり②）

ケースカンファレンス面談の様子（抜粋）

① 病院での面談（契約の合意・情報収集・アセスメント） 出席者：本人 妻 長女 MSW CM	
令和5年7月15日 情報収集のため病院訪問 本人と妻、長女と相談室で面談する 本人「病気をした時には、麻痺になってしまってもう駄目だと思っていました。リハビリを始めてからは徐々に良くなって、今は20分ぐらい歩けるようになりました。うれしいです。そろそろ退院だと病院から言っています。退院までにはまだまだリハビリを頑張っ て少しでも良くなりたいと思っています。」 本人「リハビリを頑張っているけど今の状態ではトイレやふろが困りそうだ」 本人「そうなんです」 妻「私も高齢で膝も悪くて夫を支えることが大変です 何とか助けてくれますか？」 本人「リハビリと入浴ができるなんて、一石二鳥だ。 退院後もリハビリを頑張っ て少しでも良くな らないとい けないね」 妻「こちらこそよろしくお願いします。初めてのことで不安でたまりません。特に病気の再発が心配です」 娘「私のできる範囲で母の介護を手伝いたいと思っています。しかし、自分の子供の大学受験です。4月以降になればもう少し協力ができると思っています」 長男（MSW さんより情報提供）「仕事もあり日常的な支援はできませんが必要があれば鹿児島に帰る予定です」	ケアマネジメントを担当するため挨拶をする「鹿児島さんこんにちはケアマネの桜島です 退院に向けてお話を伺ってもいいですか？」 「そうなのですね リハビリを頑張っ て少しでも良くな りたいと思っ ているのですね」 「ところで退院に向けて準備をしたいと考えていますが自宅に帰ったらどのようなことが困りそうですか」 「ではトイレ移動と入浴の支援が必要ということですか？」 「わかりました 退院直後は転倒の危険もあるので簡易の便器を準備します 必要に応じてトイレまでの廊下などは手すりの設置も検討します。入浴については、リハビリも頑張りたいと意向が有ったり病院からも継続が必要だったりと聞いています。デイケア、介護保険で通ってリハビリができるサービスです。また入浴も支援をしてくれますので計画しましょうか？」 「一緒に頑張りましょう」ケアプランを作成し、退院の準備をします。よろしくお願いします。

退院（別紙退院時にケアプラン）

退院直後は順調にサービスを利用していたが退院後半年を過ぎたごろから通所を休みがちになる

② 定期訪問での様子

本人「特にないよ・・・」表情は硬い

妻「最近はいライラしています　ちょっとしたことで怒り出します　この前は私がいなくて一人でトイレに行こうと転んでいました　たまたま近所の人だったので助かりました」

本人「大丈夫・・・一時通所休もうと思っています」

妻「通所を休んだら体は動かなくなるし　お風呂もはいれないよ」

本人「お風呂に入れなくても死にはしない　ほっておいてくれ」

その後は表情も硬くなり対話ができない状況になる

以後は自宅に閉じこもりがちになっている

「最近通所を休みがちになっていますが何か理由がありますか？」

「転んだのですね？ケガはなかったですか？」

「・・・わかりました」

妻より情報提供

先日、転倒したので主治医を受診。骨折などはなかったが経過について状態の説明があった。

主治医「脳梗塞後9か月程度経過している。病状は安定している。リハビリについては頑張っているが現状維持が精いっぱい。今後は機能を維持するために機能訓練を続けてください」と病状説明があった。

居宅サービス計画（1）

利用者及び家族の生活に対する意向

本人：自宅に帰ってもデイケアでリハビリを頑張って少しでも良くなりたい。トイレやお風呂は手伝ってもらい安心して暮らして行けたらと思っています

家族（妻）：自分ができる介護は自分でして、できないところは手伝ってもらい自宅で介護をしたいと思っています。一番心配なのは病気の再発です。

総合的な援助の方針

心身機能の低下の防止、残存機能の活用を図りながら、できるところは自分で行っていただき、自立支援を目指し、介護サービスを利用しながら、可能な限り居宅生活を継続する支援を行う

居宅サービス計画（2）

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	目標				サービス内容	サービス種別
	長期目標	期間	短期目標	期間		
リハビリを続けて少しでも良くなりたい	機能が少しでも良くなって生き生きとした生活が送れる	令和5年4月～6か月	退院後もリハビリが継続できる	令和5年4月～3か月	歩行訓練 バランス訓練 レクリエーション 友達作り	通所リハビリ
できるところは自分でした、できないところは手伝ってもらい自宅で安心して暮らしたい	安心して自宅で暮らせる	令和5年4月～6か月	定期的に入浴ができる	令和5年4月～3か月	入浴による保清	通所リハビリ
			失敗しないで排泄ができる	令和5年4月～3か月	安全に排泄ができる環境整備	福祉用具購入 ポータブルトイレ 住宅改修 手すりの設置
病気を再発しない	病気が再発しない	令和5年4月～6か月	毎日薬がしっかり飲める	令和5年4月～3か月	残薬を確認して服薬管理	居宅療養管理指導 主治医 薬剤師

週間サービス計画表

月	火	水	木	金	土	日
○△通所 リハビリ		○△通所 リハビリ		○△通所 リハビリ		