

氏名： A (女)

生年月日： S 〇 年 〇 月 〇 日 70 歳

疾患名： 脳梗塞(右片麻痺)、失語症

既往症： 不整脈(心房細動)、高血圧

介護度： 要介護3

記入者名： 〇〇〇〇 (職種 PT)

<本人の希望>

動かなくなった右手を少しでも良くしたい。 もう少ししっかりとしゃべれるようになりたい。

<家族等の希望>

妻の病気の回復を手伝ってあげたい。
元のようにしてほしいが無理はしない。できないことは手伝っていきたい。

<リスク>

高血圧、不整脈 発症直後の入院中に褥瘡の既往あり

<1日の過ごし方>

時間	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
							起床	朝食							昼食							夕食	就寝	

<生活状況>

<予後予測欄への記入方法>◎…改善可能 ○…維持可能 △…改善・維持の可能性低い

大	評価項目		良好	やや良好	援助にて可	やや困難	困難	自己評価	状態・必要な介助	環境配慮	課題	本人・家族の意向	目標	予後予測
	中	大												
I 基本動作	①寝返り	5	4	3	2	1		<input checked="" type="checkbox"/> つかまり <input type="checkbox"/> 殿部のずらし介助 <input type="checkbox"/> 掛布かけはずし介助 特記：	<input checked="" type="checkbox"/> サイドレール マット： <input checked="" type="checkbox"/> 硬 <input type="checkbox"/> 軟 <input type="checkbox"/> エア 特記： 褥瘡の既往あり、床ずれ予防効果のあるものを使用					○
	②起き上がり	5	4	3	2	1		<input checked="" type="checkbox"/> つかまり <input type="checkbox"/> 掛布かけはずし介助 特記：	<input checked="" type="checkbox"/> サイドレール マット： <input checked="" type="checkbox"/> 硬 <input type="checkbox"/> 軟 <input type="checkbox"/> エア 特記：					○
	③座位	5	4	3	2	1		<input type="checkbox"/> 耐久性低下 <input checked="" type="checkbox"/> リーチ範囲狭小 特記：	<input type="checkbox"/> つかまり <input type="checkbox"/> 重心移動介助 <input type="checkbox"/> 背もたれ <input type="checkbox"/> 座面調整： <input type="checkbox"/> 硬 <input type="checkbox"/> 軟 <input type="checkbox"/> 介助バー 特記：					○
	④立ち上がり	5	4	3	2	1	2	<input checked="" type="checkbox"/> つかまり <input type="checkbox"/> プッシュアップ <input type="checkbox"/> 前方重心移動介助 <input checked="" type="checkbox"/> 床からの立ち上がり介助 見守り程度 特記：	<input checked="" type="checkbox"/> 端座位： <input checked="" type="checkbox"/> 手すり： 座面高調整： <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 高 特記：	転倒時に一人で立ち上がれない 外出先で、座敷に座れない		床から安全に立ち上がることができる	◎	
	⑤立位	5	4	3	2	1		<input type="checkbox"/> 耐久性低下 <input checked="" type="checkbox"/> リーチ範囲狭小 特記：	<input checked="" type="checkbox"/> つかまり <input type="checkbox"/> 重心移動介助 <input checked="" type="checkbox"/> 支持物： 手すりやテーブルなど 床面： <input checked="" type="checkbox"/> 畳 <input checked="" type="checkbox"/> カーペット <input type="checkbox"/> 滑り止め 特記： 下肢装具がないと不安定 夫が見守り					◎

評価項目		良好	やや良好	援助にて可	やや困難	困難	自己評価	状態・必要な介助	環境配慮	課題	本人・家族の意向	目標	予後予測	
大	中													
Ⅱ 移動	屋内	⑥歩行	5	④	3	2	1	2	<input checked="" type="checkbox"/> 速度低下 <input type="checkbox"/> 距離短縮 <input type="checkbox"/> 転倒歴 特記： 右上肢は三角筋で保護 <input type="checkbox"/> 段差介助 <input type="checkbox"/> 姿勢保持介助 特記： 通所先では車いすで過ごすことが多い	<input checked="" type="checkbox"/> 装具： プラスティック製短下肢装具 <input checked="" type="checkbox"/> 床面段差： 5cm程度 補助具： <input type="checkbox"/> T杖 <input checked="" type="checkbox"/> 4点杖 <input type="checkbox"/> 歩行者 特記：	下肢装具を装着しないと移動ができない	自分で装具装着できるようにしたい	装具装着の自立 夜間のトイレに間に合うよう 歩行速度の向上	◎
		⑦車いす	5	④	3	2	1	<input checked="" type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> 座位耐久性低下 <input type="checkbox"/> 転倒歴 特記：	<input checked="" type="checkbox"/> クッション： 車いす用クッション使用 <input checked="" type="checkbox"/> 床面段差： 段差昇降は介助 特記： 自走型車いすを使用	通所先では介助をしてもらうことが多い			◎	
	屋外	⑧歩行	5	4	3	②	1	<input checked="" type="checkbox"/> 速度低下 <input type="checkbox"/> 距離短縮 <input type="checkbox"/> 転倒歴 特記： 屋外では不安定な場面あり、付き添い・介助が必要 <input checked="" type="checkbox"/> 段差介助	<input checked="" type="checkbox"/> 装具： <input checked="" type="checkbox"/> 路面環境： 整地のみ 補助具： <input type="checkbox"/> T杖 <input checked="" type="checkbox"/> 4点杖 <input type="checkbox"/> 歩行者 特記：	屋外を歩く頻度は少ない			◎	
		⑨車いす	5	4	③	2	1	<input checked="" type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> 座位耐久性低下 <input type="checkbox"/> 転倒歴 特記：	<input checked="" type="checkbox"/> クッション： 車いす用クッション使用 路面環境： <input type="checkbox"/> 整地 <input type="checkbox"/> 不整地 <input type="checkbox"/> 坂道 特記：				◎	
	⑩階段昇降	5	4	③	2	1	1	<input type="checkbox"/> 転倒歴 <input checked="" type="checkbox"/> 2足1段 特記： 後ろ向きで降りる	<input type="checkbox"/> 手すり： 未設置 特記： 自宅外階段10段あり	外階段が外出の制限となっている 手すりが未設置		手すりの設置 階段昇降の自立	◎	
Ⅲ 移乗	⑪ベッド・いす・車いすに乗り移る	5	④	3	2	1	<input checked="" type="checkbox"/> つかまり <input type="checkbox"/> いざり <input type="checkbox"/> プッシュアップ 特記： 立ち上がって移乗する <input type="checkbox"/> 姿勢保持介助	<input checked="" type="checkbox"/> 手すり： <input type="checkbox"/> リフト： <input type="checkbox"/> スライディングボード： <input type="checkbox"/> 座面高調整： 特記：				◎		
Ⅳ 食事	下嚥	⑫食事	5	④	3	2	1	所要時間： 30分 摂取回数： 3回/日 <input type="checkbox"/> 疲労 <input type="checkbox"/> 複数回嚥下 <input checked="" type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 交互嚥下 <input checked="" type="checkbox"/> 咳嗽力の低下 <input type="checkbox"/> 肺炎の既往 特記： おかずでまれにむせ込みあり 咳嗽力の低下ある為、見守り必要	経管： <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃・腸ろう <input type="checkbox"/> IVH <input checked="" type="checkbox"/> 食物形態の調整： パサつく食材は避ける <input type="checkbox"/> 吸引器： 特記： パサつく食材にてむせ込みやすい	最適な食物形態や特徴について本人・夫と共有する必要がある	夫：手間がかかる為 おかずを小さく刻むことは避けたい	最適な食物形態で 食事をする (介護食の情報提供)	◎	
		⑬水分	5	④	3	2	1	<input checked="" type="checkbox"/> むせ <input checked="" type="checkbox"/> 咳嗽力の低下 特記： とろみ無しの水分をコップで摂取するとまれにむせ込みあり 見守り必要 摂取量： 1400ml 摂取回数： 3食+3回/日	経管： <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃・腸ろう <input type="checkbox"/> IVH 方法： <input type="checkbox"/> コップ <input checked="" type="checkbox"/> ストロウ <input type="checkbox"/> スプーン 水分形態： <input type="checkbox"/> 増粘剤 <input type="checkbox"/> ゼリー化 水 _____ ml に対して 増粘剤 _____ g <input type="checkbox"/> 吸引器： 特記： コップでは一口量が多くなる為、ストローでの摂取が望ましい	一口量の自己調整困難	水分にとろみは付けたくない	水分摂取は ストローを使用し 誤嚥の機会が減少する	◎	
		⑭服薬	5	4	③	2	1	<input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 非経口 <input type="checkbox"/> 咳嗽力の低下 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ 特記： 薬が一錠ごとに薬袋に入れられ、薬袋からの取り出しに時間がかかり介助が必要	形態： <input checked="" type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 散剤 <input type="checkbox"/> カプセル 配慮： <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> 溶かす <input type="checkbox"/> 食物への添加 経管： <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃・腸ろう <input type="checkbox"/> IVH 管理： <input type="checkbox"/> カレンダー <input type="checkbox"/> ボックス <input type="checkbox"/> 一包装 特記： 夫が薬を一つずつ薬袋から取り出している	右片麻痺の為、薬袋からの薬の取り出しが難しい	夫に介助されず自分で服薬したい	薬袋の一包装により 自身で服薬できる	◎	
	⑮食事動作	5	④	3	2	1	<input checked="" type="checkbox"/> 非利き手 食事姿勢： <input checked="" type="checkbox"/> いす <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> 姿勢保持介助 特記： 右片麻痺の為、容器の種類によって開閉作業の介助が必要なことがある	<input checked="" type="checkbox"/> 箸 <input checked="" type="checkbox"/> スプーン <input checked="" type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助具： <input type="checkbox"/> 装具： <input type="checkbox"/> 介助者： <input type="checkbox"/> 介助力： 特記： 箸やスプーン等の柄の性状や形状の変化にも対応可能				○		
Ⅴ 排泄	⑯トイレ動作	5	4	③	2	1	3	<input type="checkbox"/> 便座の立ち座り介助 <input type="checkbox"/> 下衣の上げ下ろし介助 <input type="checkbox"/> 清拭介助 特記： 立位が不安定なため夫が見守っている	場所： <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> その他 用具： <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> トイレに手すり未設置 特記： トイレの移動までは下肢装具が必要	夫の見守りが必要	一人で行って欲しい	手すりの設置により、自立できる	◎	
	⑰排尿管理	5	4	③	2	1	<input checked="" type="checkbox"/> 失禁 <input checked="" type="checkbox"/> 頻度 週に1回程度 特記： 夜間のみ間に合わず失敗あり <input type="checkbox"/> 時間誘導 <input type="checkbox"/> 服薬管理	<input type="checkbox"/> オムツ <input checked="" type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> リハバン <input type="checkbox"/> その他： <input type="checkbox"/> トイレまでの動線上に手すり等なく、装具なしで歩けない 特記： パッドは夜間のみ使用	夜間のトイレまでの移動に時間がかかる	失敗をなくしたい	トイレに間に合うよう、歩行速度が上がる	◎		
	⑱排便管理	5	④	3	2	1	<input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 頻度 特記：	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> リハバン <input type="checkbox"/> その他： 特記：				○		

評価項目		良好	やや良好	援助にて可	やや困難	困難	状態・必要な介助	環境配慮	課題	本人・家族の意向	目標	予後予測
Ⅵ入浴	⑲入浴	5	4	3	②	1	3 回/週 □ つかまり □ 浴室内移動介助 □ シャワー浴 □ 座りまたぎ 特記： 夫が介助を実施	場所： <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 □ 施設 用具： □ バスボード □ 手すり □ 浴槽台 □ リフト 特記： 浴槽の出入りに介助が必要	手すり等未整備			◎
	⑳洗体	5	④	3	2	1	介助箇所： □ 前面 □ 背中 □ 殿部 □ 手先 □ 足先 □ 頭髪 □ その他 特記： 時間がゆめが洗体は可能	用具： <input checked="" type="checkbox"/> シャワーチェアー □ 手すり □ ループタオル □ 柄付きブラシ 特記：				○
Ⅶ着替え	㉑上衣 (下着も含む)	5	④	3	2	1	<input checked="" type="checkbox"/> 座位 □ 衣服の整え介助 □ 臥位 特記： やや時間がゆめのもの自力で可能	□ 自助具： <input checked="" type="checkbox"/> 衣服の形態： かぶりシャツのみ 特記：				○
	㉒下衣 (下着も含む)	5	④	3	2	1	<input checked="" type="checkbox"/> 座位 □ 衣服の整え介助 □ 臥位 特記： 時間がゆめのもの自力で可能	□ 自助具： <input checked="" type="checkbox"/> 衣服の形態： ズボンのみ(胴ゴム) 特記：				○
Ⅷ整容	㉓洗顔	5	④	3	2	1	□ 入浴時のみ <input checked="" type="checkbox"/> 座位 □ 立位 特記：	場所： <input checked="" type="checkbox"/> 洗面所 □ その他 用具： 特記：				○
	㉔整髪	5	④	3	2	1	□ 習慣なし <input checked="" type="checkbox"/> 座位 □ 立位 特記：	場所： □ 洗面所 □ その他 用具： 特記：				○
	㉕ひげ剃り、化粧	5	④	3	2	1	頻度： <input checked="" type="checkbox"/> 習慣的 □ 外出時 □ たまに 特記： 肌の手入れ程度の化粧	場所： □ 洗面所 □ その他 用具： 特記：				○
	㉖爪切り	5	4	③	2	1	介助箇所： <input checked="" type="checkbox"/> 手指 □ 足指 特記： 左手の爪きりは介助	□ 自助具： 特記：				○
Ⅸ口腔衛生	㉗歯磨き	5	④	3	2	1	<input checked="" type="checkbox"/> 非利き手 義歯： □ 上顎 <input checked="" type="checkbox"/> 下顎 左下顎臼歯部 特記：	□ 歯ブラシ □ 粘膜用ブラシ □ 歯間ブラシ □ 舌ブラシ □ 自助具 特記： 電動歯ブラシを使用				○
	㉘うがい	5	④	3	2	1	□ 清拭 □ 吸引介助 特記：	<input checked="" type="checkbox"/> コップ □ ガーゼ □ スポンジブラシ □ 吸引付きブラシ □ その他 特記：				○
Ⅹ参加・活動	㉙趣味・余暇活動	5	4	3	②	1	活動： 入院前は友人との旅行や、自治会の婦人会の活動を楽しんでいた 頻度： 特記： 今はない	<道具や環境の配慮> □ 身体障害者手帳： 未取得 □ 精神保健福祉手帳：	家族以外の人と 会うことためらい がある	外出や交流を 楽しんで欲しい	失語症による 会話への不安が なくなる	◎
	㉚家庭内の役割	5	4	3	②	1	役割： 入院前は家事全般を担っていた 頻度： 特記： 退院してから家事は行っていない	<道具や環境の配慮>	家事を行う自信がない 夫が過介護	家事をやりたい	練習、環境整備に より、取り組める 家事が増える	◎
	㉛外出	5	4	3	②	1	外出先： 通所、病院程度 頻度： 通所は、週2回 特記： 通院は夫が付き添う	<input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具： 車いす、杖、4点杖 □ 交通手段： 特記：	病院、通所以外の 外出先がない	外出を楽しんで 欲しい	外出時の介助量が 減り、外出の頻度が 増える	◎
	㉜金銭管理	5	4	3	②	1	管理者： 夫 特記： 小銭の出し入れがうまく出来ない	特記：	小銭の出し入れが うまくできず夫が すぐに手伝ってしまう			◎

評価項目		良好	やや良好	援助にて可	やや困難	困難	状態・必要な介助	環境配慮	課題	本人・家族の意向	目標	予後予測		
XI コミュニケーション	理解	③指示理解	5	④	3	2	1	方法： <input checked="" type="checkbox"/> 音声 <input type="checkbox"/> 文字 <input type="checkbox"/> 支援者 <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> 記号 <input type="checkbox"/> その他 特記： まれにゆっくり話す・繰り返し話すなどが必要なことあり	物品： <input type="checkbox"/> 筆記用具 <input type="checkbox"/> コミュニケーションツール <input type="checkbox"/> 補聴器 <input checked="" type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> その他 特記：				○	
		④会話理解	5	4	③	2	1	方法： <input checked="" type="checkbox"/> 音声 <input checked="" type="checkbox"/> 文字 <input checked="" type="checkbox"/> 支援者 <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> 記号 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> その他 特記： 複雑な内容や長い文章は文字の併用が必要	物品： <input checked="" type="checkbox"/> 筆記用具 <input type="checkbox"/> コミュニケーションツール <input type="checkbox"/> 補聴器 <input checked="" type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> その他 特記：	失語症に対する夫の理解が不十分で対応も不良	会話の内容は概ね分かる	失語症に対する夫の理解が高まり適切な対応が習得される	◎	
		⑤メディア情報の理解	5	4	③	2	1	方法： <input checked="" type="checkbox"/> 音声 <input checked="" type="checkbox"/> 文字 <input type="checkbox"/> 支援者 <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input checked="" type="checkbox"/> 記号 <input type="checkbox"/> その他 特記： ラジオのような音声のみでは理解不良 文字や記号などの併用が必要	物品： <input checked="" type="checkbox"/> テレビ <input checked="" type="checkbox"/> 新聞 <input checked="" type="checkbox"/> 雑誌 <input type="checkbox"/> ラジオ <input checked="" type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> その他 特記： 新聞や雑誌のような文字や記号などがある方が理解しやすい				○	
	表出	⑥基本的要求の表出	5	4	③	2	1	2	<input checked="" type="checkbox"/> 発語 <input checked="" type="checkbox"/> 書字 <input checked="" type="checkbox"/> 音読 <input checked="" type="checkbox"/> 支援者 <input checked="" type="checkbox"/> ジェスチャー <input checked="" type="checkbox"/> 指さし <input checked="" type="checkbox"/> 描画 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 表情 <input type="checkbox"/> はい/いいえ 特記： ことばが出てこないことや言い誤りが多い 夫の対応方法は不良	物品： <input checked="" type="checkbox"/> 筆記用具 <input checked="" type="checkbox"/> コミュニケーションツール <input type="checkbox"/> 補聴器 <input checked="" type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> その他 特記： 様々な手段を活用することで意思を表出することが出来る	夫が過度に代弁してしまい本人の意思表出機会を奪ってしまっている失語症に対する夫の理解・対応が不十分	様々な手段を使って自分で意思を伝えられるようにになりたい	最適な手段により意思表出の機会が増える失語症に対する夫の理解・対応の改善	◎
		⑦日常会話	5	4	3	②	1	2	<input checked="" type="checkbox"/> 発語 <input checked="" type="checkbox"/> 書字 <input checked="" type="checkbox"/> 音読 <input checked="" type="checkbox"/> 支援者 <input checked="" type="checkbox"/> ジェスチャー <input checked="" type="checkbox"/> 指さし <input checked="" type="checkbox"/> 描画 <input type="checkbox"/> 夫 <input checked="" type="checkbox"/> 表情 <input checked="" type="checkbox"/> はい/いいえ 特記： 文章レベルの意思伝達は様々な方法を用いても不十分になることが多い	物品： <input checked="" type="checkbox"/> 筆記用具 <input checked="" type="checkbox"/> コミュニケーションツール <input type="checkbox"/> 補聴器 <input checked="" type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> その他 特記： 本人用のコミュニケーションノートを使用すると伝達度が向上				◎
		⑧複雑な内容の意思伝達	5	4	3	2	①	1	<input checked="" type="checkbox"/> 発語 <input checked="" type="checkbox"/> 書字 <input checked="" type="checkbox"/> 音読 <input checked="" type="checkbox"/> 支援者 <input checked="" type="checkbox"/> ジェスチャー <input checked="" type="checkbox"/> 指さし <input checked="" type="checkbox"/> 描画 <input type="checkbox"/> 夫 <input checked="" type="checkbox"/> 表情 <input checked="" type="checkbox"/> はい/いいえ 特記： 複雑な内容の意思伝達は著しく困難 本人も自覚している	物品： <input checked="" type="checkbox"/> 筆記用具 <input checked="" type="checkbox"/> コミュニケーションツール <input type="checkbox"/> 補聴器 <input checked="" type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> その他 特記：				○
		⑨家族または身近な支援者との交流	5	④	3	2	1	<input checked="" type="checkbox"/> 発語 <input checked="" type="checkbox"/> 書字 <input type="checkbox"/> 音読 <input type="checkbox"/> 支援者 <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> 指さし <input type="checkbox"/> 描画 <input type="checkbox"/> 表情 <input type="checkbox"/> はい/いいえ 特記： 夫との交流が主 夫の対応に不満を抱いている	対象者： <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> その他 場所： <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅外 特記：	家族以外との交流がほとんどない	夫の対応に不満を抱いている	夫の理解・対応が改善し、本人との会話意欲が向上する	◎	
	⑩家族以外の人との交流	5	4	③	2	1	<input checked="" type="checkbox"/> 発語 <input checked="" type="checkbox"/> 書字 <input checked="" type="checkbox"/> 音読 <input type="checkbox"/> 支援者 <input checked="" type="checkbox"/> ジェスチャー <input checked="" type="checkbox"/> 指さし <input checked="" type="checkbox"/> 描画 <input type="checkbox"/> 表情 <input type="checkbox"/> はい/いいえ 特記： スタッフとの関係性は良好だが、コミュニケーションは自信が無く消極的	対象者： <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 知人 <input checked="" type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> その他 場所： <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅外 <input type="checkbox"/> 通院・通所先 特記： 特定のスタッフとの交流が主	コミュニケーションに自信が無い為、特定のスタッフとの交流が主	コミュニケーションに不安はあるが、色々な人と交流を持ちたい	交流範囲の拡大	◎		

<予後予測欄への記入方法>◎…改善可能 ○…維持可能 △…改善・維持の可能性低い

<生活目標>

生活の目標		自己評価	①	②
3	ヶ月後の目標 身の回りのことを自分でできるようになり、夫や夫以外でも多様な手段を用いてやりとりができるようになる。	実行度	3 / 10	6 / 10
		満足度	3 / 10	5 / 10

<得られた変化>

家庭内の役割も徐々に増え、自らコミュニケーションをとるようになるなど、精神的にも安定してきたと思われる。また病気に対する家族の理解も良くなり、過介護の改善が図られつつある。床からの立ち上がりや玄関外階段の昇降が可能となり、外出時の介助量を軽減できた。

<次なる課題>

通院・通所以外の外出の頻度はまだ少なく、通所リハの卒業も視野に入れ、引き続き活動・参加を促せるよう関わっていく。具体的には、屋外歩行とコミュニケーション能力の向上が必要となると思われる。合わせて調理などの家庭内の役割についても支援を継続し、自信のある生活を取り戻せるよう関わっていく。