

応用ツール⑯ 特記事項

基本ツール（および他の応用ツール）に記載できなかった必要な内容を情報提供します。

1. 氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 _____

平成 30 年脳梗塞の発症。
その後遺症にて麻痺と失語症あり。
会話はゆっくり聞かないと本人の思いを聞き出せない状況です。

令和 2 年 8 月肺炎にて当院入院。
脳梗塞の後遺症と廃用性症候群により、寝たきりの状態となっております。
奥様の強い希望にて自宅退院となりましたが、息子さんはいずれは施設入所と考えられております。

息子さんが主介護者ですが、奥様も身体的面全般において介護可能な状態です。
排便は 3 日なれば、下剤服用。それでもなければ浣腸施行。

- ・最終排便：8 月 20 日です。
- ・最終入浴：8 月 25 日です。

8 月 30 日：家族面談。
金銭的に厳しいが施設入所を希望しています。

年金 2 か月で 35 万円位。
介護保険負担割合 2 割で月々の支払い 10 万円位で入所できる施設を希望しています。

リハビリ状況：
車いす移乗可（中～全介助）。車いす座位可。起立可（掴まるものが必要）。
意思疎通が難しいことがあります。

服薬管理：
開封、投薬、飲み込み確認まで看護師等の介助が必要な状況です。
飲み込み後の確認は口腔内を目視で行っています。

介護上特に注意すべき点：
皮膚が弱く皮膚剥離や皮下出血を起こしやすいため保清時や更衣時、体位交換時に注意が必要です。

本人：
「今後は買い物に行くのが大変だと思う。手伝ってほしい。家で風呂に入るのもできるか不安。これ（バルンパック）が取れればよいが、取れないときは誰かに見てほしい。」
※買い物や食事の支援で訪問ヘルパーサービス説明しています。
本人はお願いしたいと話しています。
※通いで入浴できるデイサービスを説明しています。
本人は利用希望しています。

作成者 所属 市立函館病院 ○○病棟

記入者 _____

ツール管理者 所属 市立函館病院 ○○病棟

氏名 _____