

南河内 脳卒中地域連携パス（患者さま用）

<地域連携診療計画書について> 病名などは、現時点で考えられているものであり、今後検査などを進めていくにしたがって変わり得るものです。これは、標準的な診療・看護・リハビリの入院計画です。病状によっては、変更する場合があります。ご了承ください。
 ◎このシートは、転院先病院等へご持参ください。また、退院後も大切に保管してください。

お名前	脳梗塞：□右 □左 脳内出血：□右 □左 □くも膜下出血：□脳動脈瘤破裂 □その他（ ）		分類：□アテローム□心塞栓性□ラクナ□その他： 部位：□被殻 □視床 □橋 □小脳 □その他：	脳卒中の流れについて説明を受けました。記載された診療情報が各医療機関で共有されることに同意します。 ◎説明受者（本人・家族）ご署名		
病院 主治医 担当者	急性期：	病院 主治医名：	回復期～維持期：	病院 主治医名：	平成 年 月 日 維持期：自宅療養かかかりつけ医/施設入所 ケアマネージャー：	
看護師名： 療法士名： 連携担当者名：	○救急病院の役割：病状の安定を図り、再発予防方法を決定します ＊手術 ＊脳の状態を検査 ＊病状を考慮したリハビリテーションの開始 ＊点滴治療の開始 ＊再発予防の食事・薬を開始 ＊病状や予後の説明		○リハビリ病院の役割：日常生活動作の向上を目指します ＊起き上がり・移乗動作・車椅子移動・歩行の練習 ＊日常生活の訓練（トイレ・入浴・着替え） ＊脳の高次脳機能回復の訓練 補装具の検討 ＊飲み込みの訓練 身体障がい者手帳申請		○自宅等の役割：安心して生活できることを目指します ＊日常生活動作の回復・維持訓練 ＊危険因子の食事・運動の指導 ＊仕事復帰の訓練 ＊再発兆候や日常生活動作の回復・維持方法について 障害年金申請	
ご家族 さまの 役割	リハビリ病院の面談・見学 リハビリ病院の申し込み		介護保険申請 ケアマネージャー決定と在宅準備 介護認定 担当者会議		住宅改修、福祉用具準備	
経過 日時	入院日	2日目～7日目	8日目～状態に応じ 転院日	リハビリ前期＊転院1～2週目	リハビリ中期＊転院2～4週目	リハビリ後期：転院1ヶ月以後～ 退院日
目標	・病状が安定する ・状態に応じて段階的に活動範囲が広がる ＊症状に変化があれば、知らせましょう	・状態に応じて、積極的にリハビリができる ・転院に向けて準備ができる	・新しい環境に慣れ入院生活のリズムをつくる ＊日常生活の中で「できる動作」を増やしましょう。また、目標に向け積極的にリハビリに取り組みましょう。	・退院後の生活をイメージできる ・外出・外泊を行い在宅生活上の問題を確認できる ・退院後の生活を具体的に考えられる	・再発予防に向けた日常生活行動が実行できる ・再発予防と異常の早期発見のためかかりつけ医を持つ ＊退院時「できる動作」を維持できるように、生活のリズムにリハビリを取り入れましょう。	・再発予防と異常の早期発見のためかかりつけ医を持つ ＊退院時「できる動作」を維持できるように、生活のリズムにリハビリを取り入れましょう。
説明	・医師より：病状と入院治療計画を説明します。 ・看護師より：入院生活と必要な物品について説明します。 ・薬剤師より：お薬の説明をします。 ・栄養士より：食事の説明をします。		病状と今後の治療について説明 退院後の生活について相談 今後の方針について説明 入院生活について説明 お薬の説明 食事の説明		・医師・看護師・担当療法士、相談員などがリハビリの進行状況を確認し、今後の方針を相談し、ご説明します。	・退院先に応じて、病状や日常生活動作などの情報提供を行います。 ・退院先で安心して生活を送れるように、関係職種と連携します。
治療・薬剤 処置・検査	・入院治療計画を基に治療を行います。 ・体温や脈拍、血圧など一般状態を観察します。 ・病状に応じて、持続点滴や必要な検査を行います。 ・現在、処方されているお薬があれば、看護師にお預け下さい。		・病状によって、内服薬の調整を行います。 ・病状に応じお薬の説明を行います。		・内服治療を継続します。 ・体温や脈拍、血圧など一般状態を観察します。 ・持参薬は看護師にお預け下さい。持参薬の内容は、医師の指示で病状に応じて変更する場合があります。 ・お薬の管理方法は看護師と一緒に決めましょう。	・処方されたお薬は正しく服用しましょう。 ・定期診察・やかかりつけ医の診察を必ず受けましょう。 ・薬の飲み忘れ、規則的な生活が送れるようにご家族にも協力をお願いします。
活動 安静度	・医師が、病状に応じて動作や動ける範囲を検討します。 ・病状により、活動の範囲や進み方に個人差があります。 （ベッド上安静 → ベッド上で座る → 車椅子で移動 → 歩行器で移動 → 杖で歩行）		・病状に合わせて、焦らずに活動範囲を広げましょう。 ・転院によって生活環境が変化するため、転倒に注意しましょう。		・外出・外泊を行い在宅生活の訓練をします。 ・必要に応じて、自宅を訪問します。	・退院時の「できる動作」を維持できるように、日常生活を工夫しましょう。 ・つまずいたり、ベッドから転倒・転落しないように、自宅の環境を整えましょう。
日常生活機能 評価点数	○入院前→（ ）点 ← 点数が小さい程 できることが増える！ →		○退院前→（ ）点		○退院時→（ ）点	
リハビリ	・医師の指示で開始します。 ・積極的なリハビリが受けられるよう、病状を安定させ体力と能力の回復を目指しましょう。 基本動作（起き上がり・立つ・歩くなど）・・・理学療法 生活動作（食べる・着替える・お風呂に入る・階段昇降など）・・・作業療法 コミュニケーション（話す・聞く・書くなど）・・・看護/言語聴覚療法 摂食機能（飲み込みなど）・・・看護/言語聴覚療法		・急性期病院でのリハビリの情報を基に、担当療法士が評価・訓練を行います。 ・リハビリ訓練だけでなく、入院生活動作の中にもリハビリを取り入れましょう。 ・リハビリの期間は、病状や進行状況により個人差があります。		・今後の生活に向けて、目標を検討します。 ・必要に応じて、ご家族に介護方法を分かりやすく指導します。	・必要に応じて、デイサービスや通院リハ、訪問リハを継続し、退院時の「できる動作」が維持できるようにしましょう。 ・施設へ入所された方は、施設の相談員とご相談下さい。
栄養	・医師の許可で開始します。 ・食事ができる病状を確認し、適切な食事の内容・形態を検討します。		・必要に応じて栄養指導を行います ・食事の様子を確認します。 ・必要に応じて、食器やスプーンなど補助具を工夫します。		・在宅で可能な方法を相談し、できる限り日常生活動作が自立できることを目指します。	・自分のできることに、お手伝いが必要なことを確認しましょう。 ・安心して在宅生活を送れるようにご家族に協力をお願いします。 ・飲酒や喫煙、偏食など生活習慣を見直しましょう。
清潔	・洗面・口腔ケア・整髪など手伝いながら行います。 ・安静度や活動の範囲により、方法を検討します。		・病状に応じてお手伝いします。 ・「できる動作」を確認し、安全に入浴（身体の清潔を保つ）方法を検討します。		・自立が困難な場合は、ご家族と相談しながら介助を軽減できる工夫し練習します。	
排泄	・病状によって、尿管カテーテルを留置したり、ベッド上で行います。 ・病状に応じた排泄方法を一緒に考えます。		・病状に応じた方法を一緒に考えます。 ・排泄の自立に向けて段階的に練習します。			
相談	・退院後の生活について相談をします。 ・必要な方に介護保険など社会資源の説明をします。 ・その他に医療や入院中の生活、不安などのご相談をお受けします。		・転院の準備を行います。 ・転院先と面談します。 ・転院の準備を行います。		・ケアマネージャーが在宅のプランを作成します。 ・利用する介護サービスを検討しましょう。 ・退院に向けての問題や課題を整理して相談しましょう。	・退院先に応じて、必要な医療・介護サービスが継続できるように相談します。

南河内 脳卒中地域連携パス（医療者用）

医師	氏名		性別	男 女	(M・T・S・H)	年	月	日	生	病名	☐ 脳梗塞： ☐ 右 ☐ 左 分類： ☐ アテローム心塞栓性 ☐ ラクナ ☐ その他（ ☐ 脳内出血： ☐ 右 ☐ 左 部位： ☐ 被殻 ☐ 視床 ☐ 橋 ☐ 小脳 ☐ その他（ ☐ くも膜下出血： ☐ 脳動脈瘤破裂 ☐ その他（			急性期治療法	☐ 血栓溶解療法 ☐ 抗血小板療法 ☐ 抗凝固療法 ☐ その他							
	HP名	急性期病院() 主治医()									回復期リハビリ病院() 主治医()						在宅・施設等() 主治医()					
看護師	担当者	Ns:	PT/OT/ST:		MSW:		Ns:								PT/OT/ST:		MSW:		CM: 居宅介護事業所名()			
	経過	☐ 短期コース入院 ☐ 長期コース入院		2～7日 2～14日		8～14日頃転院 15日～病状に応じて転院										前期(転院1、2週～) 中期(転院～1、2ヶ月以後) 後期(転院～2、3、ヶ月後)		退院予定: H 年 月 日頃		リハビリ病院退院後1.2ヶ月後～		
	達成目標	☐ 入院治療計画に基づく ☐ 院内パスに基づく				退院予定: H 年 月 日頃														☐ 再発を予防しながら、在宅生活を送ることができる ☐ 無理のない日常生活のリズムを整える ☐ 退院時のADLを維持する ☐ 脳卒中再発防止と再発時の対応について(診察時)		
	治療等	☐ 入院治療計画に従う ☐ 点滴 ＊内容は診療情報提供書参照				【継続管理】 ☐ 抗血小板剤 ☐ 抗凝固剤 ☐ その他 ☐ インスリン: ☐ 自己注射 ☐ 内服 ☐ 他														☐ 定期診察 () ☐ バスを計画管理病院へ(退院月の翌月末までに)		
	退院時添付書類等					☐ 退院時に必要な検査の実施 ☐ 採血 ☐ 胸部XP ☐ 頭部CT ☐ ECG ☐ PT-INR ☐ 頭部MRI ☐ 他 ☐ フィルムの貸し出し										☐ 退院時に必要なデータの添付(検査の実施) ☐ 採血 ☐ 胸部XP ☐ 頭部CT ☐ ECG ☐ PT-INR ☐ 頭部MRI ☐ 他 ☐ 貸し出しフィルムの返却						
	IC内容					退院時点でのリハゴール→ ☐ 独歩 ☐ 伝い歩き ☐ 歩行器 ☐ 車椅子移動 ☐ 全介助 ☐ 他										退院時点でのリハゴール→(医師のIC) ☐ 独歩 ☐ 伝い歩き ☐ 歩行器 ☐ 車椅子移動 ☐ 全介助 ☐ 他						
	看護師	患者が望む退院時の姿																				
	家族が望む退院時の姿																					
医師	評価指標	入院当初 /		退院時 /		転入後 /								リハ中期 /		退院時 /		受診時 /				
		☐ JCS ☐ NIHSS		☐ JCS ☐ NIHSS		☐ JCS ☐ NIHSS								☐ JCS ☐ NIHSS		☐ JCS ☐ NIHSS						
コメディカル	リハビリ	入院当初 /		退院時 /		転入後 /								リハ中期 /		退院時 /		受診時 /				
	その他	☐ mRs ☐ BI ☐ FIM		☐ mRs ☐ BI ☐ FIM		☐ mRs ☐ BI ☐ FIM運動/認知 /								☐ mRs ☐ BI ☐ FIM運動/認知 /		☐ mRs ☐ BI ☐ FIM運動/認知 /		☐ mRs ☐ BI ☐ FIM運動/認知 /				
M.S.W.	連携今後の方向性	☐ 医師の指示によりリハ開始 ☐ 理学療法開始 / ~ ☐ 作業療法開始 / ~ ☐ 言語療法開始 / ~ ☐ 摂食・嚥下訓練開始 / ~												☐ リハ総合実施計画書に従う ☐ 家族面談 ☐ 家屋調査依頼 ☐ 心身機能訓練 ☐ 嚥下訓練 ☐ 補装具の検討 ☐ 他		☐ 在宅生活評価 ☐ 心身機能訓練 ☐ 嚥下訓練 ☐ 補装具の検討 ☐ 他		☐ 通院(通所)・訪問リハの検討 ☐ 退院時リハ指導(本人及び家族) ☐ 在宅生活に基づく訓練(外出・外泊訓練) ☐ 必要時調理訓練 ☐ 他		☐ 在宅・施設での維持期リハの検討・実施 ()		
看護士	説明等	☐ 地域連携システムについて ☐ 介護保険： ☐ 未 ☐ 申請中 ☐ 有：要支援() / 要介護() ☐ 在宅(無条件・条件付き) ☐ 老健 ☐ 療養型 ☐ 他 ☐ 家族状況他												☐ 紹介元病院と転院の調整 ☐ 介護保険： ☐ 未 ☐ 申請中 ☐ 有：要支援() / 要介護() ☐ 在宅(無条件・条件付き) ☐ 老健 ☐ 療養型 ☐ 特養 ☐ 他 ☐ 家族状況他		☐ 必要時施設入所に関する説明 ☐ 介護保険： ☐ 未 ☐ 申請中 ☐ 有：要支援() / 要介護() ☐ 在宅(無条件・条件付き) ☐ 老健 ☐ 療養型 ☐ 特養 ☐ 他 ☐ 家族状況他		☐ 必要時障がい手帳申請説明(精・身) ☐ 障がい手帳(精・身)申請日(/) 【今後に向けた連携】→ ☐ カンファレンス(/) ☐ かかりつけ医 【 ☐ ケアマネ 【 ☐ 介護サービス 【		☐ 家族指導(介護支援及び介助方法の指導)		
	栄養	☐ 絶飲食 ☐ 食事開始 / ~ ☐ 栄養指導		☐ 経口摂取 (*治療食 ☐ 無 ☐ 有：食) ☐ 胃/腸ろう ☐ 他										☐ 食事種類/形態確認 ☐ 食事動作評価		☐ 栄養指導(必要に応じて実施) ☐ 自立度の向上や介助量の軽減を目標に、必要な援助を行う。		☐ 退院指導(必要時、自宅訪問を実施) ＊外泊・外出での問題点を把握し、在宅生活に向けての課題を整理する。		☐ 生活指導(栄養) ☐ 口腔ケアの実施(かかりつけ歯科医：)		
	服薬	☐ 持参薬の確認		☐ 服薬管理指導										☐ 内服治療の継続と管理		☐ 服薬管理指導		☐ 服薬管理指導		☐ 服薬管理指導		
	清潔排泄	サマリー参照												サマリー参照				☐ 自立度に応じて、在宅生活で適切な方法を検討				
	安静度	☐ ヘッドレスト ☐ 坐位 / ~ ☐ 車椅子 / ~ ☐ 歩行者 / ~ ☐ 歩行可 / ~												☐ ヘッドレスト ☐ 坐位 / ~ ☐ 車椅子 / ~ ☐ 歩行者 / ~ ☐ 歩行可 / ~				☐ 自立度に応じて、在宅生活で適切な方法を検討		☐ ヘッドレスト ☐ 坐位 ☐ 車椅子 ☐ 歩行者 ☐ 歩行可		
	バリアンス	☐ 無 ☐ 有→ 【※バリアンス基準及びコード_____】												☐ 無 ☐ 有→ 【※バリアンス基準及びコード_____】				☐ 自立度に応じて、在宅生活で適切な方法を検討		☐ ヘッドレスト ☐ 坐位 ☐ 車椅子 ☐ 歩行者 ☐ 歩行可		
		☐ 無 ☐ 有→ 【※バリアンス基準及びコード_____】												☐ 無 ☐ 有→ 【※バリアンス基準及びコード_____】				☐ 自立度に応じて、在宅生活で適切な方法を検討		☐ ヘッドレスト ☐ 坐位 ☐ 車椅子 ☐ 歩行者 ☐ 歩行可		
看護士	I期間目標の未達成 II在院日数の超過 III期間目標の早期達成		バリアンスコード及び要因		患者・家族要因		病棟のシステム要因		患者・家族要因		E-1主症状		C-1検査情報や書類不備		E-1自宅退院		B-10示す忘れ、指示の追加		D-4在宅ケア設備・器具			