

南河内 脳卒中地域連携パス（医療者用）

氏名			<input type="checkbox"/> 男性	(M ・ T ・ S ・ H)		
	様		<input type="checkbox"/> 女性	年	月	日生
急性期 病名	<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> ラクナ	<input type="checkbox"/> アテローム	<input type="checkbox"/> 心原性	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 分類不能
	<input type="checkbox"/> 脳内出血	<input type="checkbox"/> 被殻	<input type="checkbox"/> 視床	<input type="checkbox"/> 橋	<input type="checkbox"/> 小脳	<input type="checkbox"/> 皮質下
	<input type="checkbox"/> くも膜下出血	<input type="checkbox"/> 脳動脈瘤破裂 <input type="checkbox"/> その他()				
医療機関・ 担当者名	急性期	病院		主治医:		
		Ns:	PT:	OT:	ST:	地域連携担当:
	回復期 等病院	病院		主治医:		
		Ns:	PT:	OT:	ST:	地域連携担当:
	維持期 (かかり つけ医・ 施設等)	名称:		主治医:		
		CM:	地域連携担当:		居宅介護事業所名:	

バリエーション基準及びコード

I 期間目標の未達/ II 在院日数の超過 III 期間目標の早期達成

バリエーションコード及び要因		
患者・家族要因	病院のシステム要因	患者・家族要因
A-1主症状	C-1検査情報や書類不備	E-1自宅退院
A-2治療・検査	C-2設備・機材・器具の故障	E-2他院決定 (他地域回復期)
A-3続発感染・疼痛	C-3診察・検査予約 ができない	
A-4合併症		E-3その他
A-5意思決定	C-4その他	
A-6理解力	地域連携	
A-7その他	D-1受入れ先の状況	
A-8他院決定(療養型)	D-2在宅支援者の調整	
医療チームの要因	D-3退院の移送調整	
B-1Drの指示忘れ、 指示の追加	D-4在宅ケア設備・器具	
	D-5その他	
B-2Drの指示通り 実行不可		
B-3その他		

急性期病院		紹介あり（紹介元： ）		病院・クリニック等）・ 紹介なし																																																																																											
医師	経過	発症日 月 日 入院日 月 日 退院日 月 日		主たる神経徴候について {																																																																																											
	達成目標	<input type="checkbox"/> t-PA <input type="checkbox"/> 手術術式 手術日 月 日 経過		}																																																																																											
	治療等	<input type="checkbox"/> 再発予防治療導入について <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 大量飲酒 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> 抗凝固薬ワルファリン <input type="checkbox"/> 新規経口抗凝固薬 <input type="checkbox"/> 降圧薬 <input type="checkbox"/> 経口血糖降下薬 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 脂質低下薬 <input type="checkbox"/> 心不全薬 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 回復期・維持期への申し送り		<input type="checkbox"/> 合併症 転倒転落 再発・症状進行 褥瘡 嚥下障害・肺炎 気管切開 てんかん 認知症 <input type="checkbox"/> その他既往歴																																																																																											
急性期からの転院基準	<input type="checkbox"/> 退院後急性期病院への受診 発症()カ月後前後 予定される検査 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 急性期治療の終了 <input type="checkbox"/> 回復期リハが可能・必要な状態 <input type="checkbox"/> 神経症状の増悪なし <input type="checkbox"/> 転院の準備が可 <input type="checkbox"/> 全身状態が安定 <input type="checkbox"/> 患者家族の地域連携の理解																																																																																														
コメディカル	評価指標	入院当初 退院時 月 日 月 日 FIM合計点 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 30px;">0</td><td style="width: 30px;">0</td></tr> </table>		0	0	退院時modified Rankin Scale (評価日 月 日) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 80px; height: 20px;"> <tr><td></td></tr> </table>																																																																																									
	0	0																																																																																													
リハビリ(リハプログラムの内容、経過や問題点)	リハ開始日: 月 日 PT OT ST		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>入院時</td> <td>退院時</td> </tr> <tr> <td>移乗</td> <td>ベッド、椅子、車椅子</td> <td></td> </tr> <tr> <td>移動</td> <td>トイレ 浴槽、シャワー 歩行、車椅子</td> <td></td> </tr> <tr> <td>コミュニケーション</td> <td>理解 表出</td> <td></td> </tr> <tr> <td>社会的認知</td> <td>社会的交流 問題解決 記憶</td> <td></td> </tr> </table>			入院時	退院時	移乗	ベッド、椅子、車椅子		移動	トイレ 浴槽、シャワー 歩行、車椅子		コミュニケーション	理解 表出		社会的認知	社会的交流 問題解決 記憶																																																																													
	入院時	退院時																																																																																													
移乗	ベッド、椅子、車椅子																																																																																														
移動	トイレ 浴槽、シャワー 歩行、車椅子																																																																																														
コミュニケーション	理解 表出																																																																																														
社会的認知	社会的交流 問題解決 記憶																																																																																														
地域連携担当	連携今後の方向性	<input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 在宅(無条件・条件付き) <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> 家族状況他 <input type="checkbox"/> キーパーソン		予定の生活場所																																																																																											
看護師	どのような看護と介護をしたか	{																																																																																													
栄養	食事開始 月 日	口腔内の状況 {																																																																																													
口腔ケア	食事種類・形態	} 服薬 {																																																																																													
服薬	食事動作評価	}																																																																																													
清潔排泄	最終保清 月 日 () ・ 排泄 月 日 ()																																																																																														
看護師	日常生活機能評価	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>患者の状況</th> <th>発症前</th> <th>*入院後に聞き取り</th> <th>0</th> <th>転院前(急性期から)</th> <th>0</th> </tr> <tr> <th>項目</th> <th colspan="2">評価</th> <th>点数</th> <th colspan="2">評価</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>床上安静指示</td> <td colspan="2">なし(0) ・ あり(1)</td> <td></td> <td colspan="2">なし(0) ・ あり(1)</td> </tr> <tr> <td>何れかの手を胸元まで持ち上げれる</td> <td colspan="2">できる(0) ・ できない(1)</td> <td></td> <td colspan="2">できる(0) ・ できない(1)</td> </tr> <tr> <td>寝返り</td> <td colspan="2">できる(0)・何かにつかまればできる(1)・できない(2)</td> <td></td> <td colspan="2">できる(0)・何かにつかまればできる(1)・できない(2)</td> </tr> <tr> <td>起き上がり</td> <td colspan="2">できる(0) ・ できない(1)</td> <td></td> <td colspan="2">できる(0) ・ できない(1)</td> </tr> <tr> <td>座位保持</td> <td colspan="2">できる(0) ・ 支えがあればできる(1) ・ できない(2)</td> <td></td> <td colspan="2">できる(0) ・ 支えがあればできる(1) ・ できない(2)</td> </tr> <tr> <td>移乗</td> <td colspan="2">できる(0) ・ 見守り・一部要介助(1) ・ できない(2)</td> <td></td> <td colspan="2">できる(0) ・ 見守り・一部要介助(1) ・ できない(2)</td> </tr> <tr> <td>移動方法</td> <td colspan="2">介助を要しない移動(0)・介助を要する移動(搬送含)</td> <td></td> <td colspan="2">介助を要しない移動(0)・介助を要する移動(搬送含)</td> </tr> <tr> <td>口腔清掃</td> <td colspan="2">できる(0) ・ できない(1)</td> <td></td> <td colspan="2">できる(0) ・ できない(1)</td> </tr> <tr> <td>食事摂取</td> <td colspan="2">介助なし(0) ・ 一部介助(1) ・ 全介助(2)</td> <td></td> <td colspan="2">介助なし(0) ・ 一部介助(1) ・ 全介助(2)</td> </tr> <tr> <td>衣服の着脱</td> <td colspan="2">介助なし(0) ・ 一部介助(1) ・ 全介助(2)</td> <td></td> <td colspan="2">介助なし(0) ・ 一部介助(1) ・ 全介助(2)</td> </tr> <tr> <td>他者への意思伝達</td> <td colspan="2">できる(0) ・ できない時とできる時あり(1) ・ できない</td> <td></td> <td colspan="2">できる(0) ・ できない時とできる時あり(1) ・ できない</td> </tr> <tr> <td>診療・療養上の指示が通じる</td> <td colspan="2">はい(0) ・ いいえ(1)</td> <td></td> <td colspan="2">はい(0) ・ いいえ(1)</td> </tr> <tr> <td>危険行動</td> <td colspan="2">なし(0) ・ あり(1)</td> <td></td> <td colspan="2">なし(0) ・ あり(1)</td> </tr> </tbody> </table>				患者の状況	発症前	*入院後に聞き取り	0	転院前(急性期から)	0	項目	評価		点数	評価		床上安静指示	なし(0) ・ あり(1)			なし(0) ・ あり(1)		何れかの手を胸元まで持ち上げれる	できる(0) ・ できない(1)			できる(0) ・ できない(1)		寝返り	できる(0)・何かにつかまればできる(1)・できない(2)			できる(0)・何かにつかまればできる(1)・できない(2)		起き上がり	できる(0) ・ できない(1)			できる(0) ・ できない(1)		座位保持	できる(0) ・ 支えがあればできる(1) ・ できない(2)			できる(0) ・ 支えがあればできる(1) ・ できない(2)		移乗	できる(0) ・ 見守り・一部要介助(1) ・ できない(2)			できる(0) ・ 見守り・一部要介助(1) ・ できない(2)		移動方法	介助を要しない移動(0)・介助を要する移動(搬送含)			介助を要しない移動(0)・介助を要する移動(搬送含)		口腔清掃	できる(0) ・ できない(1)			できる(0) ・ できない(1)		食事摂取	介助なし(0) ・ 一部介助(1) ・ 全介助(2)			介助なし(0) ・ 一部介助(1) ・ 全介助(2)		衣服の着脱	介助なし(0) ・ 一部介助(1) ・ 全介助(2)			介助なし(0) ・ 一部介助(1) ・ 全介助(2)		他者への意思伝達	できる(0) ・ できない時とできる時あり(1) ・ できない			できる(0) ・ できない時とできる時あり(1) ・ できない		診療・療養上の指示が通じる	はい(0) ・ いいえ(1)			はい(0) ・ いいえ(1)		危険行動	なし(0) ・ あり(1)			なし(0) ・ あり(1)	
患者の状況	発症前	*入院後に聞き取り	0	転院前(急性期から)	0																																																																																										
項目	評価		点数	評価																																																																																											
床上安静指示	なし(0) ・ あり(1)			なし(0) ・ あり(1)																																																																																											
何れかの手を胸元まで持ち上げれる	できる(0) ・ できない(1)			できる(0) ・ できない(1)																																																																																											
寝返り	できる(0)・何かにつかまればできる(1)・できない(2)			できる(0)・何かにつかまればできる(1)・できない(2)																																																																																											
起き上がり	できる(0) ・ できない(1)			できる(0) ・ できない(1)																																																																																											
座位保持	できる(0) ・ 支えがあればできる(1) ・ できない(2)			できる(0) ・ 支えがあればできる(1) ・ できない(2)																																																																																											
移乗	できる(0) ・ 見守り・一部要介助(1) ・ できない(2)			できる(0) ・ 見守り・一部要介助(1) ・ できない(2)																																																																																											
移動方法	介助を要しない移動(0)・介助を要する移動(搬送含)			介助を要しない移動(0)・介助を要する移動(搬送含)																																																																																											
口腔清掃	できる(0) ・ できない(1)			できる(0) ・ できない(1)																																																																																											
食事摂取	介助なし(0) ・ 一部介助(1) ・ 全介助(2)			介助なし(0) ・ 一部介助(1) ・ 全介助(2)																																																																																											
衣服の着脱	介助なし(0) ・ 一部介助(1) ・ 全介助(2)			介助なし(0) ・ 一部介助(1) ・ 全介助(2)																																																																																											
他者への意思伝達	できる(0) ・ できない時とできる時あり(1) ・ できない			できる(0) ・ できない時とできる時あり(1) ・ できない																																																																																											
診療・療養上の指示が通じる	はい(0) ・ いいえ(1)			はい(0) ・ いいえ(1)																																																																																											
危険行動	なし(0) ・ あり(1)			なし(0) ・ あり(1)																																																																																											
バリアンス	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ 【*バリアンス基準及びコード】																																																																																														

回復期等病院

経過	転院日: H 年 月 日 治療内容、経過について		退院: H 年 月 日	
	達成目標			
医師	<input type="checkbox"/> 再発予防治療導入について <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> 抗凝固薬ワルファリン <input type="checkbox"/> 新規経口抗凝固薬 <input type="checkbox"/> 降圧薬 <input type="checkbox"/> 経口血糖降下薬 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 脂質低下薬 <input type="checkbox"/> 心不全薬 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 他科受診状況 歯科 / 眼科 / 耳鼻科 / 皮膚科 / 整形外科 / その他			
	<input type="checkbox"/> 合併症 再発・症状進行 嚥下障害・肺炎 てんかん		<input type="checkbox"/> 転倒転落 褥瘡 気管切開 認知症	
治療等	<input type="checkbox"/> 摂食・カロリー指示 ()			

評価指標	入院当初 退院時		退院時 modified Rankin Scale	
	月 日 月 日		(評価日 月 日)	
FIM合計点	0	0		
セルフケア	食事 整容 清拭		移乗	ベッド、椅子、車椅子 トイレ
排泄コントロール	更衣(上半身) 更衣(下半身) トイレ動作 排尿コントロール 排便コントロール		移動	浴槽、シャワー 歩行、車椅子 階段
			コミュニケーション	理解 表出
			社会的認知	社会的交流 問題解決 記憶
			入院時	退院時

リハビリ (リハビリプログラムの内容、経過や問題点)	PT	
	OT	
	ST	

地域連携担当	<input type="checkbox"/> 介護保険 () <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 必要時障がい者手帳申請説明(精・身) <input type="checkbox"/> 障がい者手帳(精・身)申請日(月 日)
	<input type="checkbox"/> ケアプラン ()	<input type="checkbox"/> 在宅条件 ()

どのような看護と介護をしてきたか	()
------------------	-----

栄養	食事開始 月 日 食事種類・形態 () 食事動作評価
----	-----------------------------------

口腔ケア	<input type="checkbox"/> 口腔内の状況 () <input type="checkbox"/> かかりつけ歯科医
------	--

服薬	内服治療の継続と管理() 服薬方法
----	--------------------

清潔排泄	最終保清 月 日 () ・ 排泄 月 日 ()
------	---------------------------

看護師	患者の状況	回復期入院時		回復期退院時	
		項目	評価	項目	評価
日常生活機能評価	床上安静指示	なし(0) ・ あり(1)	0	なし(0) ・ あり(1)	0
	何れかの手を胸元まで持ち上げれる	できる(0) ・ できない(1)	0	できる(0) ・ できない(1)	0
	寝返り	できる(0) ・ 何かにつかまればできる(1) ・ できない(2)	0	できる(0) ・ 何かにつかまればできる(1) ・ できない(2)	0
	起き上がり	できる(0) ・ できない(1)	0	できる(0) ・ できない(1)	0
	座位保持	できる(0) ・ 支えがあればできる(1) ・ できない(2)	0	できる(0) ・ 支えがあればできる(1) ・ できない(2)	0
	移乗	できる(0) ・ 見守り・一部要介助(1) ・ できない(2)	0	できる(0) ・ 見守り・一部要介助(1) ・ できない(2)	0
	移動方法	介助を要しない移動(0) ・ 介助を要する移動(搬送含)	0	介助を要しない移動(0) ・ 介助を要する移動(搬送含)(1)	0
	口腔清掃	できる(0) ・ できない(1)	0	できる(0) ・ できない(1)	0
	食事摂取	介助なし(0) ・ 一部介助(1) ・ 全介助(2)	0	介助なし(0) ・ 一部介助(1) ・ 全介助(2)	0
	衣服の着脱	介助なし(0) ・ 一部介助(1) ・ 全介助(2)	0	介助なし(0) ・ 一部介助(1) ・ 全介助(2)	0
	他者への意思伝達	できる(0) ・ できない時とできる時あり(1) ・ できない	0	できる(0) ・ できない時とできる時あり(1) ・ できない(2)	0
	診療・療養上の指示が通じる	はい(0) ・ いいえ(1)	0	はい(0) ・ いいえ(1)	0
	危険行動	なし(0) ・ あり(1)	0	なし(0) ・ あり(1)	0

バリエーション	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 【*バリエーション基準及びコード】
---------	---

維持期医療機関

リハ病院退院後1.2ヶ月後～

医師	経過	治療内容、経過について
	達成目標	<input type="checkbox"/> 再発予防治療導入について <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 大量飲酒 <input type="checkbox"/> 肥満
	治療等	<input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> 抗凝固薬ワルファリン <input type="checkbox"/> 新規経口抗凝固薬 <input type="checkbox"/> 降圧薬 <input type="checkbox"/> 経口血糖降下薬 <input type="checkbox"/> 脂質低下薬 <input type="checkbox"/> 心不全薬 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 急性期病院への申し送りや問い合わせ事項 <input type="checkbox"/> パスを急性期病院へ(退院月の翌月末までに)返送

コメディカル	リハビリ	在宅・施設での維持期リハの検討・実施

地域連携担当	連携	生活場所	<input type="checkbox"/> 必要時障がい者手帳申請説明(精・身) <input type="checkbox"/> 障がい者手帳(精・身)申請日(月 日)
	今後の方向性	キーパーソン 居宅介護支援事業所 家屋状況	

看護師	どのような看護と介護をしてきたか	家族指導(介護支援及び介助方法の指導)
	栄養	生活指導(栄養)

看護師	口腔ケア	口腔ケアの実施 (かかりつけ歯科医:)
	服薬	服薬管理指導

看護師	清潔排泄				
	日常生活機能評価	患者の状況	初診時のADL / 0	その他必要事項	
		項目	評価		点数
		床上安静指示	なし(0) ・ あり(1)		
		何れかの手を胸元まで持ち上げれる	できる(0) ・ できない(1)		
		寝返り	できる(0)・何かにつかまればできる(1)・できない(2)		
		起き上がり	できる(0) ・ できない(1)		
		座位保持	できる(0) ・ 支えがあればできる(1) ・ できない(2)		
		移乗	できる(0) ・ 見守り・一部要介助(1) ・ できない(2)		
		移動方法	介助を要しない移動(0)・介助を要する移動(搬送含)(1)		
		口腔清掃	できる(0) ・ できない(1)		
		食事摂取	介助なし(0) ・ 一部介助(1) ・ 全介助(2)		
		衣服の着脱	介助なし(0) ・ 一部介助(1) ・ 全介助(2)		
		他者への意思伝達	できる(0) ・ できない時とできる時あり(1) ・ できない(2)		
		診療・療養上の指示が通じる	はい(0) ・ いいえ(1)		
危険行動	なし(0) ・ あり(1)				

ハリアンス 無 有→ 【*ハリアンス基準及びコード_____】