

# 南河内 脳卒中地域連携パス (医療者用)

氏名	@{Patient.Name} 様		@{Patient.Sex}	@{Patient.BirthdayJC2} 生	@{Patient.AgeYear} 歳 @{Patient.AgeMonth} か月
	<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> ラクナ梗塞 <input type="checkbox"/> アテローム血栓性脳梗塞 <input type="checkbox"/> 心原性脳塞栓症			
急性期病名	<input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 分類不能		
	<input type="checkbox"/> 脳内出血	<input type="checkbox"/> 被殻出血 <input type="checkbox"/> 視床出血 <input type="checkbox"/> 橋出血 <input type="checkbox"/> 小脳出血 <input type="checkbox"/> 皮質下出血 <input type="checkbox"/> 脳室内出血			
医療機関・担当者名	<input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤破裂 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	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:	
維持期(かかりつけ医・施設等)	名称:		主治医:		
	ケアマネ:	地域連携担当:	在宅介護事業所名:		

発症前のADL	屋内移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 手押し車 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 補助器具 ( )
	屋外移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 手押し車 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 補助器具 ( )
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル等 <input type="checkbox"/> ストマ
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管
	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 不可
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自宅浴槽 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴

アレルギー・感染症情報

患者の状況	項目	評価	急性期		回復期		維持期	
			入院時	退院時	入院時	退院時	入院時	退院時
日常生活機能評価	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)						
合計			0	0				
バリエーション評価 ※有りの場合基準及びコード入力			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )

## バリエーション基準及びコード

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	E-3その他
A-4合併症		
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受け入れ先の状況	
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	
B-2Drの指示通り 実行不可	D-5その他	
B-3その他		

急性期病院		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	NIHSS スコア 点
	達成目標	<input type="checkbox"/> t-PA 手術術式	<input type="checkbox"/> 血栓回収術	主たる神経徴候について	
	治療等	再発予防治療導入について		<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病
	急性期からの転院基準	急性期治療の終了 神経症状の増悪なし 全身状態が安定		再発・症状進行 嚥下障害・肺炎 てんかん その他既往歴	
コメディカル	評価指標	FIM合計点 入院時 0 月 日 退院時 0 月 日	運動麻痺	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
	リハビリプログラム内容・経過・課題	食事 整容 清拭 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 移乗:ベッド,車椅子 移乗:トイレ 移乗:浴槽,シャワー	移動:歩行,車椅子 階段 理解 表出 社会的交流 問題解決 記憶	BrStage 右上肢 ( ) 右手指 ( ) BrStage 右下肢 ( ) 健側MMT 上肢 ( ) 手指 ( ) 下肢 ( ) 協調運動障害 ( ) 感覚障害 ( ) 嚥下障害 ( ) 食形態 ( ) 構音障害 ( ) 高次機能障害 ( ) 認知機能障害 ( ) 下肢装具 ( )	
		リハビリ起算日: 月 日	利き手 右 左		
地域連携担当	連携	介護保険 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 介護度 ( ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> その他 ( )	家族状況 同居家族 ( ) キーパーソン ( ) 同居以外の家族 ( )	現時点での最終的な生活場所の希望 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 療養 <input type="checkbox"/> その他	
	今後の方向性	備考			
看護師	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助	移動手段 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> その他	保清 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	栄養	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助	エネルギー kcal 主食形態 ( ) 副食形態 ( ) トロミ <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 ( ) 経管栄養内容 ( )	着衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 内服管理 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 病氣治療の受け止め方、今後の意向	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ハルンカテーテル <input type="checkbox"/> その他	最終排便日 1日尿量 ml	本人	家族(続柄)
	睡眠	<input type="checkbox"/> 睡眠剤使用 (特記事項)		認知面、意識レベル	
	糖尿病注射薬	<input type="checkbox"/> インスリン・GLP-1使用 管理者 ( <input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 看護師 )		認知障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 義歯 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )		程度: ( )	
	デバイス	<input type="checkbox"/> 経管栄養 Fr cm 固定 <input type="checkbox"/> CV 挿入部位 交換日 <input type="checkbox"/> ハルンカテーテル Fr ml <input type="checkbox"/> 気管切開 商品名 mm 交換日			
	呼吸管理	<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> その他 ( ) 酸素設定 ( )			
看護実践・退院指導	入院中の問題点と退院指導				

回復期等病院	
医師	経過 転院日: 年 月 日 治療内容、経過について 退院: 年 月 日 達成目標 <input type="checkbox"/> 再発予防治療導入について <input type="checkbox"/> 抗血小板 <input type="checkbox"/> 抗凝固薬ワルファリン <input type="checkbox"/> 直接経口抗凝固薬 <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"/> 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 転倒転落 再発・症状進行 褥瘡 治療等 <input type="checkbox"/> 摂食・カロリー指示 ( ) ( ) 嚥下障害・肺炎 気管切開 てんかん 認知症
	評価指標 FIM合計点 入院時 月 日 退院時 月 日 運動麻痺 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> BrStage 右上肢 ( ) 左上肢 ( ) BrStage 右手指 ( ) 左手手指 ( ) BrStage 右下肢 ( ) 左下肢 ( ) 健側MMT 上肢 ( ) 手指 ( ) 下肢 ( ) 協調運動障害 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 感覚障害 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 食形態 ( ) 構音障害 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 発語明瞭度 ( ) 高次機能障害 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 認知機能障害 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 下肢装具 <input type="checkbox"/> 長下肢 <input type="checkbox"/> 短下肢 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 点
	コメディカル リハビリプログラム内容・経過・課題 リハビリ起算日: 月 日 PT OT ST
地域連携担当	介護保険 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 介護度 ( ) ケアマネジャー情報 事業所名 ( ) 担当者 ( ) ケアプラン内容 退院先 かりつけ医 備考
	移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 移動手段 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> その他 栄養 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 エネルギー kcal 主食形態 ( ) 副食形態 ( ) トロミ <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 ( ) 経管栄養内容 ( ) 備考
	排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> バルンカテーテ <input checked="" type="checkbox"/> その他 最終排便日 1日尿量 ml 備考
	睡眠 <input type="checkbox"/> 睡眠剤使用 ( 特記事項 ) 糖尿病注射薬 <input type="checkbox"/> インスリン・GLP-1使用 管理者 ( <input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 看護師 ) 口腔ケア <input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 義歯 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) 歯科衛生士介入 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )
	デバイス <input type="checkbox"/> 経管栄養 Fr cm 固定 <input type="checkbox"/> CV 挿入部位 <input type="checkbox"/> バルンカテーテル Fr ml <input type="checkbox"/> 気管切開 商品名 mm 交換日 交換日 交換日 透析用シャント(部位) <input type="checkbox"/> その他 ( ) 呼吸管理 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> その他 ( ) 酸素設定 ( ) 吸引(回数: )
看護師	保清 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 着衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 内服管理 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 病氣治療の受け止め方、今後の意向 本人 家族(続柄) ( ) 認知面、意識レベル 認知障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 程度:
看護実践・退院指導	入院中の問題点と退院指導

維持期医療機関		リハ病院退院後1,2か月後～
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 <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"/> 直接経口抗凝固薬 <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
	治療等	<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"/> バスを急性期病院へ(退院月の翌月末までに)返送
コメディカル	リハビリ	
地域連携担当	介護保険	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 介護度〔 〕
	ケアマネジャー情報	事業所名〔 〕 担当者〔 〕
	ケアプラン内容	
	退院先	かかりつけ医
	備考	
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)
	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
	清潔排泄	
	その他必要事項	