

|           |                           |   |                |
|-----------|---------------------------|---|----------------|
| Data Base | 病名: 脳卒中 ( ) 部位:           | 既往歴:  | アレルギー:         |
| 発症前情報     | 住居:                       | 連絡先:  | キーパーソン: (続柄: ) |
| 入院時情報     | 発症日:平成 年 月 日 入院日:平成 年 月 日 | 手術: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(手術日:平成 年 月 日 手術名: ) | 発症後合併症:        |

|      |               |            |                                 |            |
|------|---------------|------------|---------------------------------|------------|
| 適応基準 | 意識障害のない、脳血管障害 | 転院基準と時期の目安 | 急性期治療が終了し、合併症がなく、今後も症状悪化の恐れがない。 | 発症から14日前後  |
|      |               | 退院基準と時期の目安 | 症状がほぼ固定し、在宅または施設の生活に適應できる       | 発症から90 日以内 |

| 達成目標 (アウトカム)         | 急性期病院(王子総合病院)  |  |  | 転院先医療機関(苫小牧東病院)   |  | 在宅または施設  |
|----------------------|--|--|--|---|--|--|
|                      | 1日目  | 2日目~7日目  | 8日目~転院まで   | 一般病棟:入院日~1週間  | 回復期リハビリテーション病棟:退院まで  | 退院   |
| 患者状態                 | <input type="checkbox"/> 梗塞巣拡大を予防する  | <input type="checkbox"/> ADLの拡大  |  | <input type="checkbox"/> 神経症状の改善<br><input type="checkbox"/> 脳卒中再発防止<br><input type="checkbox"/> 循環動態の安定<br><input type="checkbox"/> 余病併発がない  |  | <input type="checkbox"/> 神経症状の維持<br><input type="checkbox"/> 脳卒中再発防止<br><input type="checkbox"/> 循環動態の安定<br><input type="checkbox"/> 余病併発がない   |
| 生活動作                 |  |  |  | <input type="checkbox"/> 発症前に近い生活への復帰<br><input type="checkbox"/> 生活指導の内容が実践できる<br><input type="checkbox"/> 転倒・転落がない  |  |  |
| 知識・理解                | <input type="checkbox"/> 治療に対し協力できる<br><input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーションが理解できる   | <input type="checkbox"/> 内服の必要性を理解できる  | <input type="checkbox"/> 退院後の不安が軽減できる<br><input type="checkbox"/> 退院日の無理な希望がない   | <input type="checkbox"/> 病状の理解<br><input type="checkbox"/> 薬剤の必要性が理解できる   | <input type="checkbox"/> 病状の理解<br><input type="checkbox"/> 薬剤の自己管理ができる<br><input type="checkbox"/> 退院後の生活の理解<br><input type="checkbox"/> 退院後の不安が軽減できる  | <input type="checkbox"/> かかりつけ医への受診の必要性の理解<br>(定期検診や異常を感じた時など)   |
| 合併症                  | <input type="checkbox"/> 合併症を起こさない   | <input type="checkbox"/> 合併症を起こさない   | <input type="checkbox"/> 再発の防止   | <input type="checkbox"/> 心疾患、高血圧の管理<br><input type="checkbox"/> 糖尿病、高脂血症の管理<br><input type="checkbox"/> 薬剤効果判定・副作用の防止   |  | <input type="checkbox"/> 心疾患、高血圧の管理<br><input type="checkbox"/> 糖尿病、高脂血症の管理<br><input type="checkbox"/> 薬剤効果判定・副作用の防止  |
| 治療・処置                | <input type="checkbox"/> 持参薬の確認・管理<br><input type="checkbox"/> 承諾書類・問診票の回収   | <input type="checkbox"/> 内服管理  | <input type="checkbox"/> 内服管理  | <input type="checkbox"/> 治療可能な神経症状に対する薬剤治療<br><input type="checkbox"/> 合併症の有無を判定し、治療を行う<br><input type="checkbox"/> 薬剤管理  |  | <input type="checkbox"/> 必要に応じてかかりつけ医を受診、<br>または訪問診療、訪問看護、訪問リハ   |
| 検査                   | <input type="checkbox"/> 入院時セット<br>・採血、検尿 ・心電図(12誘導)<br>・X-P(頭・頸部各2R、胸部正面)<br>・脳MRI(DWI、MRA) ・頸MRA<br>・RIのオーダー   | <input type="checkbox"/> RI(脳血流シンチ)<br><input type="checkbox"/> 採血<br><input type="checkbox"/> CT<br><input type="checkbox"/> MRI(T2・FLAIR)  | <input type="checkbox"/> CT<br><input type="checkbox"/> HDS-R<br><input type="checkbox"/> 採血(転院前日)   | <input type="checkbox"/> 評価のための検査<br>(X-P、嚥下造影、採血、検尿等)<br>(MRI、CT、UCG、DCG、RI等)  | <input type="checkbox"/> CT、MRI撮影(必要に応じて)<br><input type="checkbox"/> 採血(必要に応じて)   |  |
| 薬剤                   | <input type="checkbox"/> 入院7日目まで点滴<br><input type="checkbox"/> 抗血栓薬の内服開始   | <input type="checkbox"/> 内服継続  | <input type="checkbox"/> 内服継続  | <input type="checkbox"/> 常用薬確認、内服、注射<br><input type="checkbox"/> 必要時に応じ薬剤の変更・調節<br><input type="checkbox"/> 服用管理の選択(患者又は、看護師)   | <input type="checkbox"/> 常用薬内服、注射<br><input type="checkbox"/> 必要時に応じ薬剤の変更・調節<br><input type="checkbox"/> 服用管理の選択   | <input type="checkbox"/> 常用薬内服、注射  |
| 生活動作<br>リハビリ         | <input type="checkbox"/> リハビリオーダー<br><input type="checkbox"/> 入院時評価<br><input type="checkbox"/> トイレ車椅子移動可  | <input type="checkbox"/> リハ室にてリハビリ実施<br><input type="checkbox"/> 歩行訓練<br><input type="checkbox"/> ADL訓練  | <input type="checkbox"/> 病棟内歩行(見守り、介助含む)<br><input type="checkbox"/> 病棟内ADL訓練<br><input type="checkbox"/> 退院時評価  | <input type="checkbox"/> 各種療法評価<br><input type="checkbox"/> 高次脳機能障害評価<br><input type="checkbox"/> ベッド周り環境整備、補助具の検討<br><input type="checkbox"/> 機能改善訓練<br><input type="checkbox"/> 歩行訓練(歩行器・杖・独歩)<br><input type="checkbox"/> 応用歩行訓練(階段・屋外等) | <input type="checkbox"/> ADL訓練<br><input type="checkbox"/> コミュニケーション訓練<br><input type="checkbox"/> 摂食嚥下訓練<br><input type="checkbox"/> 家庭訪問(適宜、本人家族との話し合い)<br><input type="checkbox"/> 外泊訓練 <input type="checkbox"/> APDL訓練<br><input type="checkbox"/> 社会的活動への支援(復職、趣味)  | <input type="checkbox"/> 退院時指導(介助・自己練習)  |
| 清潔                   | <input type="checkbox"/> 清拭  | <input type="checkbox"/> 入浴・シャワー介助(見守り含む)  | <input type="checkbox"/> 入浴・シャワー介助(見守り含む)  | <input type="checkbox"/> 保清方法の選択<br>(清拭、介助シャワー、介助入浴)<br><input type="checkbox"/> 口腔ケア   | <input type="checkbox"/> 見守りまたは自立入浴<br>(清拭、介助シャワー、介助入浴)<br><input type="checkbox"/> 口腔ケア   | <input type="checkbox"/> 能力にあった入浴方法<br>(介助浴・自立浴)   |
| 排泄                   | <input type="checkbox"/> トイレ介助(必要に応じて床上排泄)   | <input type="checkbox"/> 安静度に応じて介助   | <input type="checkbox"/> 安静度に応じて介助   | <input type="checkbox"/> 排泄アセスメント<br><input type="checkbox"/> 排泄方法の選択(ベッド上、ポータブル、トイレ)<br><input type="checkbox"/> 排泄量チェック   | <input type="checkbox"/> トイレで排泄を監視<br><input type="checkbox"/> トイレで排泄を自立<br><input type="checkbox"/> 排泄量チェック   | <input type="checkbox"/> 移動能力にあった排泄<br>(ベッド上、ポータブルトイレ、通常トイレ)   |
| 食事                   | <input type="checkbox"/> 糖尿病食( 単位)<br><input type="checkbox"/> 常食<br><input type="checkbox"/> その他( )   | <input type="checkbox"/> 糖尿病食( 単位)<br><input type="checkbox"/> 常食<br><input type="checkbox"/> その他( )   | <input type="checkbox"/> 糖尿病食( 単位)<br><input type="checkbox"/> 常食<br><input type="checkbox"/> その他( )   | <input type="checkbox"/> 食事摂取<br>(病状やリハビリ状況に見合った内容)<br><input type="checkbox"/> セッティング<br><input type="checkbox"/> 摂取量のチェック   | <input type="checkbox"/> 食事摂取<br>(病状やリハビリ状況に見合った内容)<br><input type="checkbox"/> セッティング<br><input type="checkbox"/> 摂取量のチェック<br><input type="checkbox"/> 栄養指導   | <input type="checkbox"/> 食事摂取<br>(病状やリハビリ状況に見合った)  |
| 説明<br>指導<br>調整<br>評価 | <input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション、病棟案内<br><input type="checkbox"/> 尿測・摂食量のチェックの説明<br>(病院食以外に摂ったもの・飲水量)<br><input type="checkbox"/> 診断の確定<br><input type="checkbox"/> 治療方針の決定 | <input type="checkbox"/> 内服指導<br><input type="checkbox"/> 麻痺側上肢肩関節脱臼防止の指導<br><input type="checkbox"/> 自宅退院もしくは転院の決定(IC)<br><input type="checkbox"/> モーニングカンファレンス(毎朝)<br><input type="checkbox"/> リハビリカンファレンス | <input type="checkbox"/> モーニングカンファレンス(毎朝)<br><input type="checkbox"/> リハビリカンファレンス<br><input type="checkbox"/> 退院・転院調整<br><input type="checkbox"/> 転院時必要書類<br><input type="checkbox"/> 地域連携パス<br><input type="checkbox"/> 診療情報提供書<br><input type="checkbox"/> 看護添書<br><input type="checkbox"/> リハビリ添書<br><input type="checkbox"/> 退院証明書 | <input type="checkbox"/> 入院時の説明・情報収集・病棟案内<br>(リハビリや治療期間など)<br><input type="checkbox"/> インテーク情報収集<br><input type="checkbox"/> 各種アセスメント(転倒・転落、褥瘡、身体拘束等)<br><input type="checkbox"/> 看護計画、ケア立案、転棟サマリ   | <input type="checkbox"/> ミニカンファレンス<br><input type="checkbox"/> リハビリカンファレンス<br>総合実施計画書説明・同意<br><input type="checkbox"/> 介護指導<br><input type="checkbox"/> 各種(FIM等)評価<br><input type="checkbox"/> 退院時の説明<br>(通院や介護保険関連など)<br><input type="checkbox"/> 退院時必要書類<br><input type="checkbox"/> 退院後サービスへの情報提供<br><input type="checkbox"/> 退院サマリ・その他 | <input type="checkbox"/> 退院時診療情報提供書<br>(王子総合病院へ)<br><input type="checkbox"/> リハビリサマリ(経過記録)<br>(王子総合病院へ)<br><input type="checkbox"/> 退院時診療情報提供書<br>(転出先へ)<br><input type="checkbox"/> 転出先の施設へリハビリ添書 |

|       |  |  |
|-------|--|--|
| 退院時情報 | <p>【退院時診療情報提供書】退院日: 年 月 日 <input type="checkbox"/>身長 cm <input type="checkbox"/>体重 kg</p> <p>病前の移動手段:<input type="checkbox"/>歩行(<input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>介助)(<input type="checkbox"/>杖 <input type="checkbox"/>歩行器) <input type="checkbox"/>車椅子(<input type="checkbox"/>自操 <input type="checkbox"/>介助) <input type="checkbox"/>ベッド上</p> <p>転院時の移動手段:<input type="checkbox"/>歩行(<input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>介助)(<input type="checkbox"/>杖 <input type="checkbox"/>歩行器) <input type="checkbox"/>車椅子(<input type="checkbox"/>自操 <input type="checkbox"/>介助) <input type="checkbox"/>ベッド上</p> <p>栄養:<input type="checkbox"/>経口 <input type="checkbox"/>経管(<input type="checkbox"/>経鼻 <input type="checkbox"/>胃瘻) <input type="checkbox"/>その他( )</p> <p>認知症:<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>疑い <input type="checkbox"/>有り MMSE/HDS-R 点 <input type="checkbox"/>転倒・転落アセスメントスコア 点</p> <p>酸素使用:<input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 吸引使用:<input type="checkbox"/>有(頻度 )<input type="checkbox"/>無 気管切開:<input type="checkbox"/>有(使用力ニューレ 号 )<input type="checkbox"/>無</p> <p>褥瘡:<input type="checkbox"/>有( ) <input type="checkbox"/>無 感染:<input type="checkbox"/>有( ) <input type="checkbox"/>無</p> <p>日常生活機能評価:合計点 点 BI: 点 主治医: _____</p> | <p>【退院時診療情報提供書】退院日: 年 月 日</p> <p>転院先:<input type="checkbox"/>自宅 <input type="checkbox"/>施設・医療機関( ) <input type="checkbox"/>その他( )</p> <p>移動手段:<input type="checkbox"/>歩行(<input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>介助 <input type="checkbox"/>杖 <input type="checkbox"/>歩行器) <input type="checkbox"/>車椅子(<input type="checkbox"/>自走 <input type="checkbox"/>介助)</p> <p>栄養:<input type="checkbox"/>経口 <input type="checkbox"/>経管(<input type="checkbox"/>経鼻 <input type="checkbox"/>胃瘻) <input type="checkbox"/>その他( )</p> <p>利用サービス:<input type="checkbox"/>訪問サービス(口リハビリ、口介護、口看護、口入浴) <input type="checkbox"/>通所サービス(口リハビリ <input type="checkbox"/>介護)</p> <p><input type="checkbox"/>住宅改修、福祉用具貸与・購入( )</p> <p>身障者手帳:<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有( 級 )</p> <p>日常生活機能評価:合計点 点 FIM: 点 介護保険:<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有(介護度 )</p> <p>主治医: _____</p> |
|-------|--|--|