

守山市 地域連携クリティカルパス

「脳卒中」地域連携クリティカルパス (医療福祉介護関係者用)

ふりがな	○ ○ △ △	男	年齢	明治・大正	昭和・平成
本人氏名	○ ○ △ △	女		○年10月 10日 (81)歳	

住所:守山市○○町
 同居家族:娘夫婦と同居
 介護者:娘

TEL: * * * * *

地域連携クリティカルパスを活用した支援に対する同意について

利用の目的 支援関係者限定での情報交換

同意のサイン:氏名 本人との続柄: 説明者のサイン: 日付 /

経過	急性期	回復期	維持期	
療養場所	成人病センター	守山市民病院	◎◎医院	
期間	3/26~4/18	4/18~7/22	7/22~	
原疾患・疾病分類	<input checked="" type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input checked="" type="checkbox"/> その他(糖尿病・高血圧)	<input checked="" type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input checked="" type="checkbox"/> その他(糖尿病・高血圧・気管支喘息)	<input checked="" type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input checked="" type="checkbox"/> その他()	
原疾患再発作の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
既往歴	5年前左脳内出血 高血圧 糖尿病	不整脈 心不全		
達成目標	<input checked="" type="checkbox"/> 再発作がない <input checked="" type="checkbox"/> ADLに応じたリハビリができる <input checked="" type="checkbox"/> 治療・療養の必要性が理解できる	<input checked="" type="checkbox"/> 再発作がない <input checked="" type="checkbox"/> ADLに応じたリハビリが継続できる <input checked="" type="checkbox"/> 在宅療養の必要性が理解でき	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅療養が安定している <input checked="" type="checkbox"/> 栄養状態が良好である	
在宅療養の希望	<input checked="" type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望	<input type="checkbox"/> 希望しない <input checked="" type="checkbox"/> 希望	<input type="checkbox"/> 状態が悪化しても在宅希望 <input checked="" type="checkbox"/> 状態が悪化すれば入院等希望	
病状説明	保存的な治療を行います。	脳梗塞に対してリハビリを継続します。高血圧・糖尿病に関しては内服・栄養指導を行います。		
障害・病状	筋力検査 MMT (正常~ゼロ:5~0)	上肢 (2) 下肢 (2)	上肢 (3) 下肢 (3)	
	失語の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 運動性 <input checked="" type="checkbox"/> 感覚性	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 運動性 <input checked="" type="checkbox"/> 感覚性	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 運動性 <input checked="" type="checkbox"/> 感覚性
	構音障害	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度
	嚥下障害	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度
	排尿障害	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有()
	徘徊等の問題行動	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
	意識障害・レベル			
	JCS	<input type="checkbox"/> 無 Grade1~2	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
	覚醒している:1桁 刺激で覚醒する:2桁 刺激をしても覚醒しない:3桁			
検査	CT	実施日3/26 (脳梗塞)	実施日5/8 (変化なし)	実施間隔1回/3ヵ月 予定日10/22
	MRI	実施日 4/8 (特記)	実施日4/20(再梗塞像なし)	実施間隔 2回/年 予定日1/22
	MRA	実施日 4/28		
内服薬	血圧コントロール	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(レニベース)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(レニベース プロプレス アムロジン)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有()
	抗血小板	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
	ワーファリン	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
	血糖コントロール	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(ノボリン30R朝8 タ4)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(ノボリン30R朝8 タ4)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(アマリール1mg1錠朝)
手術	<input type="checkbox"/> 開頭術 <input type="checkbox"/> 穿頭術 <input type="checkbox"/> 開頭術(クリッピング) <input type="checkbox"/> 血管内手術(コイリング) <input type="checkbox"/> 短絡術(シャント)			

経過		急性期	回復期	維持期
継続治療	リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 理学療法(脳血管リハ・運動リハ) <input checked="" type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語療法 <input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/> パーセルインデックス (入院前)50 /100 50/100	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 理学療法(脳血管リハ・運動リハ) <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語療法 <input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/> パーセルインデックス55/100	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 理学療法(脳血管リハ・運動リハ) <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語療法 <input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/> パーセルインデックス55/100
	気管カニューレ	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種類・サイズ)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種類・サイズ)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種類・サイズ)
	胃ろうチューブ	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種類・サイズ)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種類・サイズ)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種類・サイズ 交換頻度)
安静度		<input type="checkbox"/> ベッド上 <input checked="" type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 立位 <input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 座位 <input checked="" type="checkbox"/> 立位 <input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 座位 <input checked="" type="checkbox"/> 立位 <input type="checkbox"/> 歩行
移動		<input type="checkbox"/> ストレッチャー <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> ストレッチャー <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖	
食事・栄養	栄養状態	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良
	食欲	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良
	塩分制限	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(7g)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(7g)	味付け(薄味)
	カロリー	<input type="checkbox"/> 制限なし <input checked="" type="checkbox"/> 制限あり(糖尿病1200cal)	<input type="checkbox"/> 制限なし <input checked="" type="checkbox"/> 制限あり(糖尿病1200cal)	<input type="checkbox"/> 制限なし <input checked="" type="checkbox"/> 制限あり(配食弁当 糖尿病食)
	水分	<input checked="" type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 制限あり()	<input checked="" type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 制限あり()	<input checked="" type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 制限あり()
	形態(流動・きざ)	形態(全粥軟菜)	形態(普通食)	形態(普通食)
	経口・経管	<input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管	<input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管	<input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティング <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> セッティング <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> セッティング <input type="checkbox"/> 全介助
その他				
排泄	尿失禁の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	自立・オムツ・留置カテーテル	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル (種類・サイズ)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル (種類・サイズ)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル (種類・サイズ)
	下剤の服用	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(薬:酸化マグネシウム)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(薬:カマグ)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(薬:カマグ)
清潔(自立・介助)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助	
更衣(自立・介助)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助	
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input checked="" type="checkbox"/> 眠剤使用(薬:アモバン)	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input checked="" type="checkbox"/> 眠剤使用(薬:レンドルミン)	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input checked="" type="checkbox"/> 眠剤使用(薬:レンドルミン)	
薬の自己管理	<input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 家族により管理	
コミュニケーション障害		<input type="checkbox"/> 聴覚 <input checked="" type="checkbox"/> 視覚 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 聴覚 <input checked="" type="checkbox"/> 視覚 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 聴覚 <input checked="" type="checkbox"/> 視覚 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症
療養環境	キーパーソン	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(娘)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(娘)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(娘)
	介護者	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
	退院後の療養場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input checked="" type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input checked="" type="checkbox"/> 施設	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設
	主治医	<input checked="" type="checkbox"/> 脳外科(○○Dr) <input checked="" type="checkbox"/> 内科(△△Dr)	<input checked="" type="checkbox"/> 脳外科(◎○Dr) <input checked="" type="checkbox"/> 内科(△△Dr)	主治医:◎◎医院 連絡先:*****
	訪問看護事業所名と24時間対応		事業所名: <input type="checkbox"/> 対応可 <input type="checkbox"/> 対応不可	事業所名: ▲▲訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> 対応可 <input type="checkbox"/> 対応不可
介護保険(含む障害者自立支援関連)	介護保険申請	<input checked="" type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済(介護度:)	<input type="checkbox"/> 未 <input checked="" type="checkbox"/> 済(介護度:3)	<input type="checkbox"/> 未 <input checked="" type="checkbox"/> 済(介護度:3)
	障害者自立支援関連		<input type="checkbox"/> 障害者手帳申請済(級) <input type="checkbox"/> 障害者手帳申請中 <input checked="" type="checkbox"/> 障害者手帳必要なし	<input type="checkbox"/> 障害者手帳申請済(級) <input type="checkbox"/> 障害者手帳申請中 <input checked="" type="checkbox"/> 障害者手帳必要なし
	介護支援専門員	氏名: 連絡先:	氏名: ○◎A子 連絡先:*****	氏名:○◎A子 連絡先:*****
	訪問介護			<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 必要(事業所:△△)
	デイサービス			<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 必要(事業所:○▽事業所)
	リハビリ			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 通所(事業所:○▽ディケア) <input checked="" type="checkbox"/> 訪問(事業所:○▽訪問RH)
	訪問入浴			<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 必要(事業所:)
	ショートステイ			<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 必要(事業所:○▽)
福祉用具			<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 必要(事業所:◎◎◎◎)	

経過	急性期	回復期	維持期
関係者との連携カンファレンス	退院調整会議 4/15 主なる課題:病状回復 自己管理	退院前カンファレンス 7/16 主なる課題:安心安全な療養生活の支援	サービス担当者会議 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
急変時の対応・後方支援	かかりつけ医 (連絡先:)	再発作(連絡先:成人病センター) かかりつけ医(連絡先:*****)	再発作(連絡先:◎◎医院) かかりつけ医(連絡先:*****)
看護サマリー(心理面のゆらぎ等を中心に)	在宅介護に対しての不安が強く、施設入所を家族は希望。本人は在宅への退院を希望。	日常生活が維持できるようADL拡大のRHを行い、自己管理できるように指導。	転倒や病気の再発に対する不安があり訪問看護で支援。