

<入院診療計画表>

～脳卒中クリニカルパス～

<患者様氏名>

病棟	一般病床	一般病床～地域包括ケア病床	一般病床・地域包括ケア病床・医療療養病床
経過	入院日～1週間	1週間～1ヵ月	退院1週間前～  
(概ね1ヵ月) 短期入院	<ul style="list-style-type: none"> ・食事により十分な栄養を摂取出来るよう管理します。 ・トイレでの排泄と入浴動作自立に向け援助します。 ・病棟内での歩行・トイレ自立に向けて、実施状況を確認します。 	<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリの進行状況に合わせ、栄養管理を行います。 ・入浴を継続し、整容動作の自立を目指します。 ・病棟内での歩行・トイレの自立を目指します。 ・元々の生活環境に合わせ、応用動作練習を行い、自宅退院を目指します。 ・介護サービスの必要性を検討し、調整します。 	<ul style="list-style-type: none"> ・服薬・栄養管理、自主運動について指導します。 ・退院時サマリーを作成し、退院時に必要な機関へ情報提供すると共に介護サービスを利用する場合には、担当ケアマネージャーへ必要な支援について提案します。 ・必要に応じて、退院後の外来や訪問リハビリの継続について検討します。
経過	入院日～2週間	2週間～2・3ヵ月	退院2週間前
(2.5ヵ月) 中期入院	<ul style="list-style-type: none"> ・食事摂取の状況を確認し、姿勢や食形態、栄養を調整します。 ・入浴方法について検討し、清潔を保持します。 ・トイレ動作や排泄管理を確認し、トイレでの排泄を目指します。 ・起き上がりや椅子への移乗が自力で行えるよう、実施状況を確認します。 	<ul style="list-style-type: none"> ・退院先について検討し、要介護認定の申請を行います。 ・安全に経口摂取を継続出来るよう、援助します。 ・部分介助での入浴を行えるよう援助します。 ・トイレでの排泄が継続出来るよう援助します。 ・歩行での移動獲得を目指したリハビリを行います。 	<ul style="list-style-type: none"> ・服薬・栄養管理について、本人・家族へ指導します。 ・退院時に必要な機関へ情報提供します。 ・介護サービスの利用を検討し、担当ケアマネージャーへ必要な支援について提案します。 ・家屋評価の実施を検討し、退院前の環境調整を行います。 ・退院後の外来や訪問リハビリの継続について検討します。
経過	入院日～2週間	2週間～3ヵ月	3ヵ月～6ヶ月～
(3.5ヶ月以上) 長期入院	<ul style="list-style-type: none"> ・経口での食事摂取が安全に行えるように確認し、必要に応じて点滴や経管栄養の実施を検討します。 ・機械浴の実施を検討し、清潔を保持します。 ・トイレでの排泄が出来るか確認し、必要に応じてトイレへの誘導を検討します。 ・安楽に過ごせるよう、ベッド上での姿勢を確認します。 ・車椅子への移乗時のバイタルや姿勢を確認します。 	<ul style="list-style-type: none"> ・経口や経管栄養を継続し、栄養管理を行います。 ・介助での入浴を継続し清潔を保つと共に、褥瘡予防のためのケアを実施します。 ・基本動作や移乗の介助量軽減のためのリハビリを行います。 ・車椅子座位姿勢を整え、日中の離床時間延長を図ります。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅退院、施設入所、当院入院継続について方針を検討し、必要に応じて要介護認定や施設入所の申請を行います。 ・可能な限りの離床を継続し、廃用症候群を予防します。  
共通	 <ul style="list-style-type: none"> ・医師の診察と毎日のバイタルチェック、各種検査や投薬等で医学的管理を行います。 ・定期的な総合カンファレンスを実施し、計画書に基づいて説明します。 		
転帰の目安	自宅退院	<ol style="list-style-type: none"> 1. 疾病による後遺症が十分に回復し、病前環境での生活が可能 2. 疾病による後遺症が回復し、家族の介護や介護保険サービス等を利用し、自宅での安定した日常生活が可能 3. その他 	
	施設入所	<ol style="list-style-type: none"> 1. 疾病の後遺症により、家族の介護や介護保険サービスを利用しても、自宅での安定した日常生活が困難 2. その他 	
	入院継続	<ol style="list-style-type: none"> 1. 疾病の後遺症により、継続した入院での医学的管理が必要と判断される場合 2. その他 	

＜入院診療計画表＞脳卒中クリニカルパス

経過		入院日～2週間	2週間～1・2ヶ月	2～4ヶ月～	退院1ヶ月前～	退院時
部 門	医師	・診療計画 ・リハビリ処方 ・初期カンファレンスIC	・回診・診察 ・褥瘡回診 ・診療計画の修正 ・定期カンファレンスIC	・回診・診察 ・褥瘡回診 ・診療計画の修正 ・定期カンファレンスIC	・回診・診察 ・褥瘡回診 ・診療計画の修正 ・最終カンファレンスIC	・退院時医学的管理指導 ・退院時サマリー
	検査	・入院時検査 ・前医CT・MRI確認 ・薬剤血中濃度測定	・定期検査 ・CT・MRI確認(必要時) ・各種検査(必要時) ・薬剤血中濃度測定(必要時)	・定期検査 ・CT・MRI確認(必要時) ・各種検査(必要時) ・薬剤血中濃度測定(必要時)	・定期検査 ・CT・MRI確認(必要時) ・各種検査(必要時) ・薬剤血中濃度測定(必要時)	・定期検査 ・CT・MRI確認(必要時) ・各種検査(必要時) ・薬剤血中濃度測定(必要時)
	薬剤師	・薬剤管理指導同意書確認 ・持参薬剤内容識別	・薬剤管理指導	・薬剤管理指導	・薬剤管理指導	・退院時服薬指導
	看護介護	・生活活動評価・看護計画 ・持参薬の確認 ・情報収集 ・患者用パスを渡す ・入院診療計画書を渡す	・定期評価・計画修正 ・口腔衛生・栄養状態の管理 ・生活動作確認、活動量拡大 ・食形態の管理 ・服薬状況の確認	・定期評価・計画修正 ・口腔衛生・栄養状態の管理 ・生活動作確認、活動量拡大 ・食形態の管理 ・服薬状況の確認	・定期評価・計画修正 ・外出・外泊の計画 ・服薬状況の確認	・退院時指導 ・退院時サマリー ・退院時薬の確認
	医療相談員	・初期カンファレンスの計画 ・患者・家族環境の情報収集 ・患者・家族面接	・定期カンファレンスの計画 ・外部関係機関への連絡	・定期カンファレンスの計画 ・退院先の検討、調整 ・外部関係機関への連絡 ・福祉制度関係調整	・最終カンファレンスの計画 ・家屋評価・外出・外泊の調整 ・退院後の介護サービス調整 ・患者・家族面接	・外部関係機関への連絡
	栄養士	・栄養・NSTスクリーニング	・NST回診 ・栄養管理計画	・NST回診 ・栄養管理計画修正 ・栄養管理指導	・NST回診 ・栄養管理計画修正 ・栄養管理指導(家族へ)	・退院時栄養指導 ・栄養管理計画の評価
	リハビリ	PT ・理学療法評価・計画 ・病前身体機能の情報収集	・定期評価・計画修正 ・身体機能へのアプローチ ・基本動作・歩行練習	・定期評価・計画修正 ・身体機能へのアプローチ ・基本動作・歩行練習 ・自主練習の指導	・自主練習の指導 ・外出・外泊の計画 ・自宅へ向けた生活動作練習	・自主練習指導・指導書作成 ・維持期機関への添書作成
OT	・作業療法評価・計画 ・高次脳機能評価 ・病前生活活動の情報収集	・定期評価・計画修正 ・身体機能へのアプローチ ・基本動作・ADL練習	・定期評価・計画修正 ・基本動作・ADL練習 ・IADLの評価・練習 ・自主練習の指導	・自主練習の指導 ・外出・外泊の計画 ・自宅復帰へ向けたIADL練習	・退院時生活活動指導 ・維持期機関への添書作成	
ST	・言語療法評価・計画 ・摂食・嚥下機能評価・計画 ・高次脳機能評価	・定期評価・計画修正 ・コミュニケーション練習 ・摂食・嚥下練習 ・高次脳機能アプローチ	・定期評価・計画修正 ・コミュニケーション練習 ・摂食・嚥下練習 ・高次脳機能アプローチ	・家族への食形態・介助法指導 ・家族へのCOM方法指導	・退院時生活活動指導 ・維持期機関への添書作成	