

脳梗塞クリニカルパス (最軽症・軽症)

患者氏名

病日	入院当日	年	月	日
項目	医師の指示		看護、その他	
安静度	<input type="checkbox"/> ベット上安静 <input type="checkbox"/> 院内移動 車椅子 ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他 ( )			
食事	<input type="checkbox"/> 絶食 <input type="checkbox"/> 飲水 可 不可 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> 食事介助 要 不要 <input type="checkbox"/> 配下膳 要 不要	
排泄	<input type="checkbox"/> ベット上 ポータブルトイレ移動可 病棟内トイレ可 <input type="checkbox"/> 蓄尿 要 (3日間) 不要		<input type="checkbox"/> 排泄介助 要 不要 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ介助 <input type="checkbox"/> 尿器処理	
保清	入浴不可			
処置	<input type="checkbox"/> ライン確保			
治療	<input type="checkbox"/> 注射箋記入		<input type="checkbox"/> キサンボン <input type="checkbox"/> スロンノン <input type="checkbox"/> ヘパリン持続 <input type="checkbox"/> グリセオール <input type="checkbox"/> その他	
内服	<input type="checkbox"/> 持参薬 全て続行 全て中止 一部続行 (別途指示)		<input type="checkbox"/> 配薬方法 ( ) <input type="checkbox"/> 内服確認 要	
説明・指導	<input type="checkbox"/> 入院診療計画書		<input type="checkbox"/> 病歴聴取 <input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション <input type="checkbox"/> 必要物品確認 <input type="checkbox"/> 排泄方法説明 <input type="checkbox"/> 安静度説明 <input type="checkbox"/> 蓄尿説明 (必要時) <input type="checkbox"/> 家人の付き添い (有・無) <input type="checkbox"/> 服薬指導 (薬剤師)	
検査	<input type="checkbox"/> MRI 申し込み <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 胸部X-P <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/>			
リハビリ	不可			
観察				
	入院時 ( )	2時間後 ( ) 午後入院時不要	18時	<屯服薬> ( : )
体温				
脈拍				
血圧				( : )
その他				
意識障害	無・有 ( )	無・有 ( )	無・有 ( )	
瞳孔異常	無・有 ( )	無・有 ( )	無・有 ( )	( : )
頭痛・頭重感	無・有	無・有	無・有	
構音障害	無・有 ( )	無・有 ( )	無・有 ( )	
膀胱直腸障害	無・有 ( )	無・有 ( )	無・有 ( )	
嘔気・嘔吐	無・有	無・有	無・有	
運動麻痺	無・有 ( )	無・有 ( )	無・有 ( )	
食事摂取量	昼	夕		
<コメント>				
バリエーション	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
サイン	日勤		準夜	

脳梗塞クリニカルパス（最軽症・軽症）

患者氏名

病日	2 日目	年	月	日
項目	医師の指示		看護その他	
	<input type="checkbox"/> ベット上安静 <input type="checkbox"/> 室内歩行可 <input type="checkbox"/> 院内移動 車椅子 ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他			
食事	<input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> ( )		<input type="checkbox"/> 食事セッティング 要 不要 <input type="checkbox"/> 配下膳 要 不要 <input type="checkbox"/>	
排泄	<input type="checkbox"/> ベット上 ポータブルトイレ移動可 病棟内トイレ可		<input type="checkbox"/> 排泄介助 要 不要 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ介助 <input type="checkbox"/> 尿器処理	
保清	入浴不可		<input type="checkbox"/> 洗面・口腔ケア <input type="checkbox"/> 全身清拭 <input type="checkbox"/>	
治療	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> キサンボン <input type="checkbox"/> スロンノン <input type="checkbox"/> ヘパリン持続 <input type="checkbox"/> グリセオール <input type="checkbox"/> その他	
内服	<input type="checkbox"/> 新たな処方 無 有 (別途指示)		<input type="checkbox"/> 配薬方法 ( ) <input type="checkbox"/> 内服確認 要	
説明・指導	<input type="checkbox"/> 服薬指導		<input type="checkbox"/> 安静度説明 <input type="checkbox"/> 蓄尿 <input type="checkbox"/> 排泄方法説明 <input type="checkbox"/> 服薬指導 (薬剤師)	
検査	<input type="checkbox"/> APTT (ヘパリン使用時) <input type="checkbox"/> MRI 申し込み (入院時に出来なかった場合) <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー申し込み <input type="checkbox"/> UCG 申し込み <input type="checkbox"/>			
リハビリ	不可			

<共同問題>  
 # 1 急性期であり症状が悪化する恐れ  
 # 2 入院に対する不安  
 # 3 安静を強いられる事による苦痛  
 # 4 病状・症状によるADLの制限  
 # 5 ADLの変調をきたしたまま退院後の生活に適応できるか不安がある  
 # 6 再梗塞を起こすことに対する恐れ (健康維持管理についての不安)  
 <アウトカム>  
 # 1  
 症状変化時、速やかに看護婦に伝えることができる  
 症状の悪化が無い  
 症状について質問ができる  
 むせなく食事が摂取できる  
 # 2  
 病気・経過に対する質問ができる  
 入院についての感想が言え質問ができる  
 # 3  
 安静が守れる  
 安静に応じた行動範囲が理解できる  
 苦痛が伝えられる  
 安静範囲で苦痛が緩和できる  
 # 4  
 必要な援助が受けられる  
 \*新たな処方がでた時後、1 日間は内服確認する事

観察	6 時	1 0 時	1 8 時	<屯服薬>
体温				( : )
脈拍				
血圧				
その他				( : )
意識障害	無・有 ( )			
瞳孔異常	無・有 ( )	無・有 ( )	無・有 ( )	
頭痛・頭重感	無・有	無・有	無・有	( : )
構音障害	無・有 ( )	無・有 ( )	無・有 ( )	
膀胱直腸障害	無・有 ( )	無・有 ( )	無・有 ( )	
嘔気・嘔吐	無・有	無・有	無・有	
運動麻痺	不変・増悪・軽快	不変・増悪・軽快	不変・増悪・軽快	
尿・便回数(前日)	尿 回・便	回・尿量	ml	
食事摂取量	朝	昼	夕	

<コメント>

バリエーション	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
看護婦サイン	深夜 <input type="checkbox"/> 日勤 <input type="checkbox"/> 準夜 <input type="checkbox"/>

脳梗塞クリニカルパス（最軽症・軽症）

患者氏名

病日	3 日目	年	月	日
項目	医師の指示		看護その他	
安静度	<input type="checkbox"/> 室内歩行可 <input type="checkbox"/> 病棟内自由 <input type="checkbox"/> 院内移動 車椅子 <input type="checkbox"/> その他			
食事	<input type="checkbox"/> 変更無 ・有 ( )		<input type="checkbox"/> 食事セッティング 要 不要 <input type="checkbox"/> 配下膳 要 不要 <input type="checkbox"/>	
排泄	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ移動可 病棟内トイレ可		<input type="checkbox"/> 排泄介助 要 不要 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ介助 <input type="checkbox"/> 尿器処理	
保清	入浴不可		<input type="checkbox"/> 洗面・口腔ケア <input type="checkbox"/> 全身清拭 <input type="checkbox"/>	
治療	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> キサンボン <input type="checkbox"/> スロンノン <input type="checkbox"/> ヘパリン持続 <input type="checkbox"/> グリセオール <input type="checkbox"/> その他	
内服	<input type="checkbox"/> 新たな処方 無 有 (別途指示)		<input type="checkbox"/> 配薬方法 ( ) <input type="checkbox"/> 内服確認 要	
説明・指導			<input type="checkbox"/> 安静度説明 <input type="checkbox"/> 蓄尿 <input type="checkbox"/> 排泄方法説明 <input type="checkbox"/> 服薬指導 (薬剤師)	
検査	<input type="checkbox"/> APTT (ヘパリン使用時) <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
リハビリ	<input type="checkbox"/> 有 リハビリ申し込み 月 日 (OT PT ST) <input type="checkbox"/> 無			
<共同問題> #1 急性期であり症状が悪化する恐れ #2 入院に対する不安 #3 安静を強いられる事による苦痛 #4 病状・症状によるADLの制限 #5 ADLの変調をきたしたまま退院後の生活に適応できるか不安がある #6 再梗塞を起こすことに対する恐れ (健康維持管理についての不安) <アウトカム> #1 <input type="checkbox"/> 症状変化時、速やかに看護婦に伝えることができる <input type="checkbox"/> 症状の悪化が無い <input type="checkbox"/> 症状について質問ができる #2 <input type="checkbox"/> 病気、今後の経過に対する不安を表出できる <input type="checkbox"/> 治療の必要性が理解でき受け入れられる (拒否的な言動がない) #3 <input type="checkbox"/> 苦痛が伝えられる <input type="checkbox"/> 安静範囲で苦痛が緩和できる #4 <input type="checkbox"/> 必要な援助が受けられる <input type="checkbox"/> RHの必要性が理解できる (目標設定ができる) #6 <input type="checkbox"/> 薬剤師からの服薬指導を受け薬の作用を理解している *新たな処方がでた後、1日間は内服確認する事				
観察				
	6時	10時	18時	<屯服薬>
体温				( : )
脈拍				
血圧				
その他				( : )
意識障害	無・有 ( )			
瞳孔異常	無・有 ( )	無・有 ( )	無・有 ( )	
頭痛・頭重感	無・有	無・有	無・有	( : )
構音障害	無・有 ( )	無・有 ( )	無・有 ( )	
膀胱直腸障害	無・有 ( )	無・有 ( )	無・有 ( )	
嘔気・嘔吐	無・有	無・有	無・有	
運動麻痺	不変・憎悪・軽快	不変・憎悪・軽快	不変・憎悪・軽快	
尿・便回数(前日)	尿 回・便 回・尿量 ml			
食事摂取量	朝 昼 夕			
<コメント>				
バリエーション	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
看護婦サイン	深夜	日勤	準夜	

脳梗塞クリニカルパス（最軽症・軽症）

患者氏名

病日	4 日目	年	月	日	
項目	医師の指示	看護その他			<共同問題> # 1 急性期であり症状が悪化する恐れ # 2 入院に対する不安 # 3 安静を強いられることによる苦痛 # 4 病状・症状によるADLの制限 # 5 ADLの変調をきたしたまま退院後の生活に適応できるか不安がある # 6 再梗塞を起こすことに対する恐れ（健康維持管理についての不安） <アウトカム> # 1 <input type="checkbox"/> 症状変化時、速やかに看護婦に伝えることができる <input type="checkbox"/> 症状に変わらないまたは良くなったという言葉が聞かれる # 2 <input type="checkbox"/> 治療の必要性が理解でき受け入れられる（拒否的な言動がない） # 4 <input type="checkbox"/> 転倒転落等の事故が無い <input type="checkbox"/> 必要な援助が受けられる <input type="checkbox"/> 目標にあったRHを受け自分でも実施できる # 5 <input type="checkbox"/> 病状・治療の必要性について理解でき治療に専念できる *新たな処方が出た後、1日間は内服確認する事
安静度	<input type="checkbox"/> 室内歩行可 <input type="checkbox"/> 病棟内自由 <input type="checkbox"/> 院内移動 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
食事	<input type="checkbox"/> 変更 無 ・有 ( )	<input type="checkbox"/> 食事セッティング 要 不要 <input type="checkbox"/> 配下膳 要 不要 <input type="checkbox"/>			
排泄	<input type="checkbox"/> 病棟内トイレ可	<input type="checkbox"/> 排泄介助 要 不要 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ介助 <input type="checkbox"/> 尿器処理			
保清	入浴不可	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
治療	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> キサンボン <input type="checkbox"/> スロノン <input type="checkbox"/> グリセオール <input type="checkbox"/> ヘパリン持続 <input type="checkbox"/> その他			
内服	<input type="checkbox"/> 新たな処方 無 有 (別途指示)	<input type="checkbox"/> 配薬方法 ( ) <input type="checkbox"/> 内服確認 要			
説明・指導		<input type="checkbox"/> 安静度説明 <input type="checkbox"/> 排泄方法説明			
検査	<input type="checkbox"/> APTT (ヘパリン使用時) <input type="checkbox"/>				
リハビリ	<input type="checkbox"/> 有 (PT・OT・ST) <input type="checkbox"/> 無				
観察					
	日勤10時	準夜18時	<屯服薬> ( : ) ( : ) ( : )		
体温					
脈拍					
血圧					
その他					
意識障害	無・有 ( )				
頭痛・頭重感	無・有	無・有			
構音障害	無・有 ( )	無・有 ( )			
嘔気・嘔吐	無・有	無・有			
運動麻痺	不変・増悪・軽快	不変・増悪・軽快			
尿・便回数(前日)	尿 回 ・ 便 回、尿量 ml				
食事摂取量	朝 昼 夕				
<コメント>					
バリエーション	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
看護婦サイン	深夜	日勤	準夜		

脳梗塞クリニカルパス（最軽症・軽症）

患者氏名

病日	5 日目	年	月	日		
項目	医師の指示		看護その他		<共同問題> # 1 急性期であり症状が悪化するおそれ # 2 入院に対する不安 # 3 安静を強いられることによる苦痛 # 4 病状・症状によるADLの制限 # 5 ADLの変調をきたしたまま退院後の生活に 適応できるか不安がある # 6 再梗塞を起こすことに対する恐れ（健康 維持管理についての不安） <アウトカム> # 1 <input type="checkbox"/> 症状変化時、速やかに看護婦に伝えること ができる <input type="checkbox"/> 症状に変わりないまたは良くなったと という言葉がきかれる # 2 <input type="checkbox"/> 治療の必要性が理解でき受け入れられ る（拒否的な言動がない） # 4 <input type="checkbox"/> 転倒転落等の事故が無い <input type="checkbox"/> 必要な援助が受けられる <input type="checkbox"/> 目標にあったRHを受け自分でも実施 できる # 5 <input type="checkbox"/> 入院時より行動範囲が広がり「よかった」 という言葉が聞かれる *新たな処方がでた後、1日間は内服確認する 事	
安静度	<input type="checkbox"/> 病棟内自由 <input type="checkbox"/> 病院内歩行可 <input type="checkbox"/> 院内移動 車椅子 歩行可					
食事	<input type="checkbox"/> 変更 無 ・有 ( )		<input type="checkbox"/> 食事セッティング 要 不要 <input type="checkbox"/> 配下膳 要 不要 <input type="checkbox"/>			
排泄	<input type="checkbox"/> 病棟内トイレ可		<input type="checkbox"/> 排泄 ポータブルトイレ処理 尿器処理 <input type="checkbox"/>			
保清	<input type="checkbox"/> シャワー浴 可 不可		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
治療	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> キサンボン <input type="checkbox"/> スロンノン <input type="checkbox"/> グリセオール <input type="checkbox"/> ヘパリン持続 <input type="checkbox"/> その他			
内服	<input type="checkbox"/> 新たな処方 無 有(別途指示)		<input type="checkbox"/> 配薬方法 ( ) <input type="checkbox"/> 内服確認 要			
説明・指導			<input type="checkbox"/> 安静度説明 <input type="checkbox"/> 排泄方法説明			
検査	<input type="checkbox"/> APTT（ヘパリン使用時） <input type="checkbox"/>					
リハビリ	<input type="checkbox"/> 有（PT・OT・ST） <input type="checkbox"/> 無					
観察						
	日勤10時	準夜18時	<屯服薬> ( : ) ( : ) ( : )			
体温						
脈拍						
血圧						
その他						
意識障害	無・有 ( )					
頭痛・頭重感	無・有	無・有				
構音障害	無・有 ( )	無・有 ( )				
嘔気・嘔吐	無・有	無・有				
運動麻痺	不変・増悪・軽快	不変・増悪・軽快				
尿・便回数(前日)	尿 回 ・ 便 回					
食事摂取量	朝 昼 夕					
<コメント>						
バリエーション	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
看護婦サイン	深夜		日勤		準夜	

脳梗塞クリニカルパス（最軽症・軽症）

患者氏名

病日	6 日目	年	月	日		
項目	医師の指示	看護その他	<共同問題> # 1 急性期であり症状が悪化する恐れ # 2 入院に対する不安 # 3 安静を強いられることによる苦痛 # 4 病状・症状によるADLの制限 # 5 ADLの変調をきたしたまま退院後の生活に適応できるか不安がある # 6 再梗塞を起こすことに対する恐れ（健康維持管理についての不安） <アウトカム> # 1 <input type="checkbox"/> 症状変化時、速やかに看護婦に伝えることができる <input type="checkbox"/> 症状に変わらないまたは良くなったという言葉が聞かれる # 4 <input type="checkbox"/> 転倒転落等の事故が無い <input type="checkbox"/> 必要な援助が受けられる <input type="checkbox"/> 目標にあったRHを受け自分でも実施できる # 5 <input type="checkbox"/> 入院時より行動範囲が広がり「よかった」という言葉が聞かれる *新たな処方のでた後、1日間は内服確認する事			
安静度	<input type="checkbox"/> 病棟内自由 <input type="checkbox"/> 病院内歩行可 <input type="checkbox"/> 院内移動 車椅子 歩行可					
食事	<input type="checkbox"/> 変更 無 ・有 ( )	<input type="checkbox"/> 食事セッティング 要 不要 <input type="checkbox"/> 配下膳 要 不要 <input type="checkbox"/>				
排泄	<input type="checkbox"/> 病棟内トイレ可	<input type="checkbox"/> 排尿 ポータブルトイレ処理 尿器処理 <input type="checkbox"/>				
保清	<input type="checkbox"/> 入浴可 <input type="checkbox"/> シャワー浴可	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
治療	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> キサンボン <input type="checkbox"/> スロンノン <input type="checkbox"/> グリセオール <input type="checkbox"/> ヘパリン持続 <input type="checkbox"/> その他				
内服	<input type="checkbox"/> 新たな処方 無 有(別途指示)	<input type="checkbox"/> 配薬方法 ( ) <input type="checkbox"/> 内服確認 要				
説明・指導		<input type="checkbox"/> 安静度説明 <input type="checkbox"/> 排泄方法説明				
検査	<input type="checkbox"/> APTT (ヘパリン使用時) <input type="checkbox"/>					
リハビリ	<input type="checkbox"/> 有 (PT・OT・ST) <input type="checkbox"/> 無					
観察					<屯服薬> ( : ) ( : ) ( : )	
	日勤 10時	準夜 18時				
体温						
脈拍						
血圧						
その他						
意識障害	無・有 ( )					
頭痛・頭重感	無・有					
構音障害	無・有 ( )	無・有 ( )				
嘔気・嘔吐	無・有	無・有				
運動麻痺	不変・増悪・軽快	不変・増悪・軽快				
尿・便回数(前日)	尿 回 ・ 便 回	回				
食事摂取量	朝 昼 夕					
<コメント>						
バリエーション	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
看護婦サイン	深夜	日勤	準夜			

脳梗塞クリニカルパス（最軽症・軽症）

患者氏名

病日	7日目	年	月	日
項目	医師の指示		看護その他	
安静度	<input type="checkbox"/> 病棟内自由 <input type="checkbox"/> 病院内歩行可 <input type="checkbox"/> 院内移動 車椅子 歩行可			
食事	<input type="checkbox"/> 変更 無 ・有 ( )		<input type="checkbox"/> 食事セッティング 要 不要 <input type="checkbox"/> 配下膳 要 不要 <input type="checkbox"/>	
排泄	<input type="checkbox"/> 病棟内トイレ可		<input type="checkbox"/> 排泄 ポータブルトイレ処理 尿器処理 <input type="checkbox"/>	
保清	<input type="checkbox"/> 入浴可 <input type="checkbox"/> シャワー浴可		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
治療	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> キサンボン <input type="checkbox"/> スロンノン <input type="checkbox"/> グリセオール <input type="checkbox"/> ヘパリン持続 <input type="checkbox"/> その他	
内服	<input type="checkbox"/> 新たな処方 無 有 (別途指示)		<input type="checkbox"/> 配薬方法 ( ) <input type="checkbox"/> 内服確認 要	
説明・指導	<input type="checkbox"/> 病状説明		<input type="checkbox"/> 安静度説明 <input type="checkbox"/> 排泄方法説明	
その他	<input type="checkbox"/> 退院調整依頼申し込み 退院後→在宅・転院			
検査	<input type="checkbox"/> APTT (ヘパリン使用時) <input type="checkbox"/>			
リハビリ	<input type="checkbox"/> 有 (PT・OT・ST) <input type="checkbox"/> 無			
<共同問題> # 1 急性期であり症状が悪化する恐れ # 2 入院に対する不安 # 3 安静を強いられることによる苦痛 # 4 病状・症状によるADLの制限 # 5 ADLの変調をきたしたまま退院後の生活に適應できるか不安がある # 6 再梗塞を起こすことに対する恐れ (健康維持管理についての不安) <アウトカム> # 1 <input type="checkbox"/> 症状変化時、速やかに看護婦に伝えることができる <input type="checkbox"/> 症状に変わりないまたは良くなったという言葉が聞かれる # 4 <input type="checkbox"/> 転倒転落等の事故が無い <input type="checkbox"/> 必要な援助が受けられる <input type="checkbox"/> 目標にあったRHを受け自分でも実施できる # 5 <input type="checkbox"/> 入院時より行動範囲が広がり「よかった」という言葉が聞かれる <input type="checkbox"/> 現在の運動麻痺、ADLの変調をきたしたまま退院する事に対する質問や会話が聞かれる *新たな処方がでた後、1日間は内服確認すること事 *転院する場合、病院決定時その他の項目に病院名を記入				

観察

	日勤 10時	準夜 18時	<屯服薬>
体温			( : )
脈拍			
血圧			
その他			( : )
意識障害	無・有 ( )	無・有 ( )	
頭痛・頭重感	無・有	無・有	
構音障害	無・有 ( )	無・有 ( )	( : )
嘔気・嘔吐	無・有	無・有	
運動麻痺	不変・増悪・軽快	不変・増悪・軽快	
尿・便回数(前日)	尿 回 ・ 便 回		
食事摂取量	朝 昼 夕		

<コメント>

バリエーション	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
看護婦サイン	深夜	日勤
		準夜

脳梗塞クリニカルパス（最軽症・軽症）

患者氏名

病日	8	9	日	年	月	日	～	月	日
項目	医師の指示			看護その他			＜共同問題＞		
安静度	<input type="checkbox"/> 病棟内自由 <input type="checkbox"/> フリー <input type="checkbox"/> 院内移動 車椅子 歩行可						# 1 急性期であり症状が悪化する恐れ # 2 入院に対する不安 # 3 安静を強いられることによる苦痛 # 4 病状・症状によるADLの制限 # 5 ADLの変調をきたしたまま退院後の生活に適応できるか不安がある # 6 再梗塞を起こすことに対する恐れ（健康維持管理についての不安）		
食事	<input type="checkbox"/> 変更 無 ・有（ ）			<input type="checkbox"/> 食事セッティング 要 不要 <input type="checkbox"/> 配下膳 要 不要 <input type="checkbox"/>					
排泄	<input type="checkbox"/> 病棟内トイレ可			<input type="checkbox"/> 排泄 ポータブルトイレ処理 尿器処理 <input type="checkbox"/>					
保清	<input type="checkbox"/> 入浴可 <input type="checkbox"/> シャワー浴可			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
治療	<input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> キサンボン <input type="checkbox"/> スロンノン <input type="checkbox"/> グリセオール <input type="checkbox"/> その他			*新たな処方が出た後、1日間は内服確認する事 *転院する場合、病院決定時その他の項目に病院名を記入		
内服	<input type="checkbox"/> 新たな処方 無 有 (別途指示) 月 日 月 日			<input type="checkbox"/> 配薬方法 ( ) <input type="checkbox"/> 内服確認 要					
説明・指導	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 安静度説明 <input type="checkbox"/> ビデオ鑑賞 月 日					
その他	<input type="checkbox"/> 栄養指導申し込み 有 ( 月 日 ) ・無								
検査	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
リハビリ	<input type="checkbox"/> 有 (PT・OT・ST) <input type="checkbox"/> 無								

観察

	月 日 10時	月 日 10時	屯服薬		
			月日	時間	薬品名
体温					
脈拍					
血圧					
その他					
頭痛・頭重感	無・有	無・有			
構音障害	無・有 ( )	無・有 ( )			
嘔気・嘔吐	無・有	無・有			
運動麻痺	不変・増悪・軽快	不変・増悪・軽快			
尿・便回数(前日)	尿 回・便 回	尿 回・便 回			
食事摂取量	朝 昼 夕	朝 昼 夕			

＜コメント＞

8	9	＜アウトカム＞				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	# 4	転倒転落等の事故が無い			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		必要な援助が受けられる			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		目標にあったRHを受け自分でも実施できる			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	# 5	入院時より行動範囲が広がり「よかった」という言葉が聞かれる			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		現在の運動麻痺、ADLの変調をきたしたまま退院する事に対する質問や会話が聞かれる			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	# 6	生活上の注意事項について質問ができる			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ビデオにより生活上の注意事項について理解が深まる			
	月日	バリエーション	サイン	深夜	日勤	準夜
8		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
9		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				



脳梗塞クリニカルパス（最軽症・軽症）

患者氏名

病日 10 11 12 13 日目 年 月 日～ 月 日

項目	医師の指示	看護その他	屯服薬																								
安静度	<input type="checkbox"/> 病棟内自由 <input type="checkbox"/> フリー <input type="checkbox"/> 院内移動 歩行可		<table border="1"> <tr> <th>月日</th> <th>時間</th> <th>薬品名</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	月日	時間	薬品名																					
月日	時間	薬品名																									
食事	<input type="checkbox"/> 変更 無・有( )	<input type="checkbox"/> 食事セッティング 要 不要 <input type="checkbox"/> 配下膳 要 不要 <input type="checkbox"/>	<p>&lt;共同問題&gt;</p> <p># 1 急性期であり症状が悪化する恐れ</p> <p># 2 入院に対する不安</p> <p># 3 安静を強いられることによる苦痛</p> <p># 4 病状・症状によるADLの制限</p> <p># 5 ADLの変調をきたしたまま退院後の生活に適應できるか不安がある</p> <p># 6 再梗塞を起こすことに対する恐れ（健康維持管理についての不安）</p> <p>*新たな処方のでた後、1日間は内服確認する事</p> <p>*転院する場合、病院決定時その他の項目に病院名を記入</p>																								
排泄	<input type="checkbox"/> 病棟内トイレ可	<input type="checkbox"/> 排泄 ポータブルトイレ処理 尿器処理 <input type="checkbox"/>																									
保清	<input type="checkbox"/> 入浴可 <input type="checkbox"/> シャワー浴可	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																									
治療		<input type="checkbox"/> キサンボン																									
内服	<input type="checkbox"/> 新たな処方 月 日 <input type="checkbox"/> 新たな処方 月 日 <input type="checkbox"/> 新たな処方 月 日 <input type="checkbox"/> 退院処方 有 無	<input type="checkbox"/> 配薬方法 ( ) <input type="checkbox"/> 内服確認 要																									
説明・指導	<input type="checkbox"/> 病状・経過説明 月 日	<input type="checkbox"/> 服薬指導（薬剤師） <input type="checkbox"/> 退院時オリエンテーション 月 日																									
その他	<input type="checkbox"/> 次回受診日 月 日	<input type="checkbox"/> リハビリテーション料																									
検査	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																										
リハビリ	<input type="checkbox"/> 有 (PT・OT・ST) <input type="checkbox"/> 無																										

観察

	月 日 日勤10時	月 日 日勤10時	月 日 日勤10時	月 日 日勤10時
体温				
脈拍				
血圧				
その他				
頭痛・頭重感	無・有	無・有	無・有	無・有
構音障害	無・有 ( )	無・有 ( )	無・有 ( )	無・有 ( )
嘔気・嘔吐	無・有	無・有	無・有	無・有
運動麻痺	不変・軽快	不変・軽快	不変・軽快	不変・軽快
尿・便回数(前日)	尿 回・便 回	尿 回・便 回	尿 回・便 回	尿 回・便 回
食事摂取量	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕

<コメント>

10	11	12	13	<アウトカム>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	#4 転倒転落等の事故が無い		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	必要な援助が受けられる		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	目標にあったRHを受け自分でも実施できる		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	#5 入院時より行動範囲が広がり「よかった」という言葉が聞かれる		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	現在の運動麻痺、ADLの変調をきたしたまま退院する事に対する質問や会話が聞かれる		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	#6 内服の自己管理ができる		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日常生活・食事療法・薬物療法について説明を受け理解できる（オリエンテーション用紙）		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	病状、経過説明が理解できる		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬の種類、作用飲み方が言える		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	再発予防のための日常生活についての質問や言葉が聞かれる		
	月日	バリエーション	サイン	深夜	日勤	準夜
10		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
11		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
12		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
13		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				

脳梗塞クリニカルパス（最軽症・軽症）

患者氏名

病日	14日目	年	月	日			
項目	医師の指示	看護その他			<共同問題> # 1 急性期であり症状が悪化するおそれ # 2 入院に対する不安 # 3 安静を強いられることによる苦痛 # 4 病状・症状によるADLの制限 # 5 ADLの変調をきたしたまま退院後の生活に 適応できるか不安がある # 6 再梗塞を起こすことに対する恐れ（健康 維持管理についての不安）		
内服		<input type="checkbox"/> 配薬方法（                    ） <input type="checkbox"/> 内服確認      要					
食事		<input type="checkbox"/>					
排泄		<input type="checkbox"/>					
説明・指導		<input type="checkbox"/> 退院時確認					
その他							
リハビリ	<input type="checkbox"/> 有（PT・OT・ST） <input type="checkbox"/> 無						
観察 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;">食事摂取量</td> <td>朝</td> </tr> </table>						食事摂取量	朝
食事摂取量	朝						
<コメント>							
バリエーション	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
看護婦サイン	深夜（                    ）日勤（                    ）						

## 脳血管撮影検査を受ける患者様へ

脳血管造影とは、足の付け根又は、ひじの太い血管から細い管を入れて造影剤を注射して、脳の血管をレントゲン撮影する検査です。

### 入院費用概算について

	2割負担	3割負担	老人保険
一泊二日の場合	約30,000円	約40,000円	約4,000円
二泊三日の場合	約35,000円	約45,000円	約6,000円

以上の料金はあくまで概算です。

検査結果によって、入院治療が必要になったときは変わる場合があります。

### 入院についての説明

- ・入院前に飲んでいたお薬は持ってきて下さい。
- ・入院に必要なものは、入院受付で渡す説明書に記載されていますが、曲がるストロークか吸い飲みを用意して下さい。
- ・入院時、この説明書をお持ち下さい。

### 入院から退院までの予定について

(患者様、医療者側の都合により変更になる場合もあります)

#### 【入院日】

- ① 検査の時間について看護婦が説明をします。
- ② 検査について主治医から説明があります。説明後に同意書を提出して下さい。
- ③ お薬について、薬剤師より説明があります。
- ④ 細い管を挿入する場所の毛を剃らせていただきます。検査の後、圧迫のためにテープを貼るので、少し広めに剃らせていただきます。(おへその下～膝の上ぐらいまで、又は右手)
- ⑤ 毛を剃ったあと、入浴していただきます。

#### 【当日検査前】

- ・検査直前は食事がありません。かわりに点滴をします。
- ・検査に行く30分前になりましたら排尿をすませ、裸になり検査着に着替えて病室でお待ち下さい。
- ・貴金属、めがね、入れ歯などは一切はずしておいて下さい。
- ・足の付け根から検査を行う場合、検査後ベットで寝たままになります。必要があれば、尿の管を入れます。
- ・緊張を和らげる注射を行います。検査室には寝台で、看護婦がついて移動します。

## 【検査後】

(検査終了後、本人とご家族に主治医から検査結果について説明があります。)

### 足の付け根から検査した場合

- 出血を防ぐため、検査した方の足の上に1kg程の重りを乗せます。重りは4時間後にはずします。検査した足は曲げないように、ベッドで寝たままです。食事、排泄も寝たままベッドの上です。座ったり、自分で寝返りをうつことはできません。腰が重くなったり痛くなった場合や、検査した足がしびれたり、痛みのあるときは看護婦をお呼び下さい。
- 飲水は30分後、食事は2時間後からできますが、看護婦が来るまでお待ち下さい。
- 主治医が検査した部分を確認してから起きることができます。安静時間は翌朝まで続きます。その後の安静は必要ありません。

### ひじから検査した場合

- 出血を防ぐため、検査した方の腕を曲げないようにやわらかい板をテープで固定します。検査した腕を曲げなければ、座ったり、トイレに歩いて行けますが、なるべくベッドの上で安静にして下さい。検査した腕がしびれたり、痛みのあるときは看護婦をお呼び下さい。
- 飲水は30分後、食事は2時間後からできますが、看護婦が来るまでお待ち下さい。不便ですが、左手で食べて下さい。
- 主治医が検査した部分を確認して板とテープをはずします。その後の安静は必要ありません。

☆検査後は、定期的に看護婦が血圧・脈拍・体温などを測りに伺います。検査した部分も確認させていただきます。

痛い時、苦しいときは遠慮せず看護婦を呼んでください。




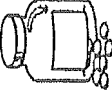
## 【退院日】

- 会計は10時前後に請求書をお渡しする事ができます。1階の会計でお支払い後、一度ナースステーションにお戻り下さい。次回外来日を確認して、診察券をお渡します。
- 不明な点などありましたら、遠慮なくお尋ね下さい。



脳血管撮影検査の入院経過表

☆患者様、医療者側の都合により変更になる場合があります。

病日	入院日 (月 日)	検査前 (月 日)	検査後 (月 日)	退院日 (月 日)
処置	細い管を挿入する部分の毛を剃ることがあります。毛を剃った後入浴します。	必要があれば尿の管を入れます。検査室に行く前に看護婦が血圧、脈拍などを測ります。	看護婦が定期的に血圧、脈拍などを測ります。痛み、しびれなども確認・対処します。	主治医が検査した部分を確認して、ガーゼをとります。
点滴注射		点滴をします。検査室に行く前に、緊張を和らげる注射をします。	検査室からの点滴が終了したら、点滴の管を抜きます。	
食事		検査直前は食事がありません。 	検査後30分から飲水できます。食事は2時間後からできます。	主治医が検査した部分を確認すれば、普通に起きて食べられます。
薬		検査直前は中止してください。	夕食後の分から飲んでください。 	検査結果で飲み薬が変更になった場合は、薬剤師から説明があります。
説明指導	入院前に飲んでいた薬は持ってきて下さい。飲んでいる薬について、薬剤師より説明があります。		検査結果について御本人と家族に説明 (主治医)	次回外来予約の確認 (看護婦) 退院後の生活について質問に答えます。(看護婦)
活動	特に制限ありません。	検査室には寝台で、看護婦がついて移動します。	足の付け根から検査した場合、翌朝までベットで寝たままです。食事も排泄もベットのの上です。 肘から検査した場合、検査した腕を曲げなければ制限はありません。	主治医が検査した部分を確認すれば、制限はありません。
その他				退院会計は10時前後に出来ず。検査した部分のばん創膏は翌日取って下さい。

## 血管撮影検査を受けた後の注意

- \* 退院日に主治医が検査した部分に貼った絆創膏は、翌日お取りください。  
下着などで擦れて、少し血液が付くようでしたら、カットバンなどを貼ってください。  
表面は皮膚が傷ついて、くっついていないように見えますが、血管は修復されているので心配ありません。
- \* 退院した後2～3日は、激しい運動は避けて、検査した部分をむやみに動かすのは控えてください。  
普通に日常生活を送るには支障ありません。
- \* できれば、検査した手の手首又は足の甲の脈が触れるか、ご本人かご家族に頼んで2～3日確認してください。
- \* 次のような症状があった場合、すぐに外来に受診して下さい。
  - ・ 内出血が広がる
  - ・ 刺した部分に強い痛みがある
  - ・ 検査した方の手または足の感覚が鈍い、冷たい、しびれるなど
- \* 検査した部分だけでなく、退院のときと比べて何か症状の変化がある場合にも、早めに外来に受診してください。

### 脳血管撮影クリニカルパス

患者氏名 ( ) 主治医 ( )  
担当看護婦 ( )

#### 入院時指示表 (全て主治医記入)

◆入院時診断・入院目的

- ◆食事 常食 高血圧食 糖尿病食 ( )
- ◆血圧 収縮期 ( ) mmHg または拡張期 120 mmHg 以上でアダラート 10mg 舌下  
30分後に再検降下みられない場合再度投与、それでも下がらない場合 Dr call
- ◆熱発時 38.5℃以上 ボルタレン坐薬 (25mg) 1屯 インダシン坐薬 (25mg) 1屯
- ◆頭痛時 ポンタール1錠屯 ロキソニン1錠屯
- ◆不眠時 エバミール1錠屯
- ◆便秘時 プルセニド1~2錠屯
- ◆下痢時 ロペミン1錠屯 ラックB 1包+タンナルビン末1g屯
- ◆嘔吐時 プリンペラン1A 静注、筋注
- ◆不穏時 アタラックスP 1A筋注 セニラン坐薬3mg 1個屯 薬使用後 Dr call
- ◆痙攣時 Dr call

◆入室時間 ( ) 時 分・on call 例目)

◆穿刺部位 (右・左) (上腕動脈・股動脈)

◆安静度 検査前 フリー II a II b III

検査後 上腕動脈穿刺時、病棟内安静

朝まで上肢シーネ固定

3時間上肢シーネ固定

股動脈穿刺時

翌朝までベット上仰臥位安静

6時間ベット上仰臥位安静

◆内服口持参薬 (続行、中止、一部続行) 別途指示あり

脳血管撮影クリニカルパス（2泊3日用）

患者氏名（ ） ◆印は主治医がチェックすること

病日	検査前日（ 月 日）パス導入	検査当日 検査前（ 月 日）
処置	<input type="checkbox"/> 剃毛部位（ソケイ部・右肘部） <input type="checkbox"/> マーキング（足背A・とう骨A）	◆ <input type="checkbox"/> 末梢静脈ライン留置 ◆ <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル挿入（要・不要） ◆ <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル留置
点滴・注射	◆ <input type="checkbox"/> 注射箋記入	<input type="checkbox"/> 検査前 ポタコールR500ml <input type="checkbox"/> プレメディ 硫酸アトロピン 0.5 mg 1 A im +アタラックスP 2.5 mg (1/2A) im <input type="checkbox"/> 検査室持参 低分子デキストラン 250ml +ヘパリン3000E
内服		<input type="checkbox"/> 内服薬の確認
食事	<input type="checkbox"/> 検査当日、検査前一回分のみ食止め入力 検査後おにぎり入力	<input type="checkbox"/> 絶飲食確認（検査前一回のみ）
清潔	<input type="checkbox"/> 剃毛後入浴	
説明・指導	<input type="checkbox"/> 検査前オリエンテーション <input type="checkbox"/> 必要物品確認 <input type="checkbox"/> 服薬指導 ◆ <input type="checkbox"/> 検査説明・同意書 ◆ <input type="checkbox"/> 入院診療計画書	<input type="checkbox"/> 出棟時間（ 時 分） <input type="checkbox"/> 家人来院確認（来る・来ない） <input type="checkbox"/> 義歯除去
検査	<input type="checkbox"/> 血型 <input type="checkbox"/> 血I <input type="checkbox"/> 生化学 <input type="checkbox"/> 感染症	
観察	<input type="checkbox"/> バイタルサイン（日勤） 血圧（ / mm Hg） 脈拍（ min 整・不整） 体温（ °C） <input type="checkbox"/> 意識レベル（ ） <input type="checkbox"/> 頭痛(有・無) <input type="checkbox"/> 嘔気(有・無) <input type="checkbox"/> マヒ(有・無) <input type="checkbox"/> しびれ(有・無)	<input type="checkbox"/> バイタルサイン（出棟前） 血圧（ / mm Hg） 脈拍（ min 整・不整） 体温（ °C） <input type="checkbox"/> 意識レベル（ ） <input type="checkbox"/> 頭痛(有・無) <input type="checkbox"/> 嘔気(有・無) <input type="checkbox"/> マヒ(有・無) <input type="checkbox"/> しびれ(有・無)
共同問題とアウトカム	【共同問題】 # 1 検査に伴う合併症を起こす危険性がある # 2 ベット上安静による腰痛や右肘関節を屈曲できない不自由さなどの苦痛がある。 # 3 検査に対する不安がある # 4 退院後の健康維持管理の不安がある（日常生活・食事療法・薬物療法） 【アウトカム】 # 3 <input type="checkbox"/> 検査に対して具体的な質問がきかれる（詳細記入） <input type="checkbox"/> 不安に思っていることを言葉に出して言える <input type="checkbox"/> 入院経過表について解らない事が質問できる	
問題の評価 コメント		
バリエーション	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
サイン	日勤 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 準夜 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	深夜 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日勤 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



脳血管撮影クリニカルパス（2泊3日用）

患者氏名（ ）

◆印は主治医がチェックすること

病日	検査当日（検査後）（ 月 日）				
点滴	<input type="checkbox"/> 終了後末梢静脈ライン抜去				
内服	<input type="checkbox"/> 内服再開確認（有・無）				
食事	<input type="checkbox"/> 飲水開始30分後（ 時 分から） <input type="checkbox"/> 食事開始2時間後（ 時 分から） <input type="checkbox"/> 食事介助（有・無） <input type="checkbox"/> 食事摂取量、昼（ %）夕（ %）				
観察	<input type="checkbox"/> 帰室時間（ 時 分）				
	時間	直後	2時間後（ : ）	4時間後（ : ）	6時間後（ : ）
	血圧	/	/	/	/
	脈拍	/min 整・不	/min 整・不	/min 整・不	/min 整・不
	体温	℃	℃	℃	℃
	穿刺部出血	有・無	有・無	有・無	有・無
	A触知	可・不可	可・不可	可・不可	可・不可
	排尿 自尿	有・無	有・無	有・無	有・無
	尿量	ml	ml	ml	ml
	頭痛	有・無	有・無	有・無	有・無
	嘔気	有・無	有・無	有・無	有・無
	意識レベル低下	有・無	有・無	有・無	有・無
	マヒ	有（不変・悪化）・無	有（不変・悪化）・無	有（不変・悪化）・無	有（不変・悪化）・無
しびれ	有（不変・悪化）・無	有（不変・悪化）・無	有（不変・悪化）・無	有（不変・悪化）・無	
説明	◆ <input type="checkbox"/> 本人・家族へ検査結果説明				
安静	安静解除 <input type="checkbox"/> 可（ 時 分） <input type="checkbox"/> 不可				
治療・処置	股動脈穿刺時 砂のう1kgにて穿刺部圧迫 1時間 <input type="checkbox"/> 砂のう除去（ 時 分施行） 6時間で安静解除の場合 ◆ <input type="checkbox"/> ガーゼ交換（ 時 分施行） ◆ <input type="checkbox"/> 穿刺部チェック（異常有 ・無） <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル抜去				
	上腕動脈穿刺で3時間シーネ固定の場合 ◆ <input type="checkbox"/> ガーゼ交換（ 時 分施行） ◆ <input type="checkbox"/> 穿刺部チェック（異常有 ・無） <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル抜去				
共同問題とアウトカム	【アウトカム】 #1 <input type="checkbox"/> 観察項目に異常がない #2 <input type="checkbox"/> 体位の工夫や薬の使用で苦痛の軽減ができた #3 <input type="checkbox"/> 終了時「無事に終わって安心した」「ほっとした」「楽だった」等という言葉が聞かれた。				
問題の評価とコメント					
バリエーション	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
サイン	日勤	準夜			

脳血管撮影クリニカルパス（2泊3日用）

患者氏名（ ）

◆印は主治医がチェックすること

病日	退院日（ 月 日）			
内服	（有・無）			
食事	□朝食摂取量（ %）			
安静	□フリー（股動脈穿刺で翌朝まで安静の場合、ガーゼ除去後フリー）			
治療・処置	◆□ガーゼ交換（ 時 分施行） ◆□穿刺部チェック（異常有 ・無） □尿道カテーテル抜去			
説明・指導	◆□次回外来予約（ 月 日） ◆□退院処方（有・無） □紹介状（有・無） □退院会計 □診察券 □服薬指導（処方追加時のみ） □サージカルテープ除去の説明・指導			
観察	□バイタルサイン（深夜） 血圧（ / mmHg） 脈拍（ /min） 体温（ °C） □穿刺部異常（有 ・無） □意識レベル低下（有 ・無） □頭痛（有・無） □嘔気（有・無） □マヒ（有・無） □しびれ（有・無）			
共同問題とアウトカム	【アウトカム】 #1 □観察項目に異常がない #2 □体位の工夫や薬の使用で苦痛の軽減ができた #3 □終了時「無事に終わって安心した」「ほっとした」「楽だった」等という言葉が聞かれた。 #4 □外来で渡した生活指導パンフレットについて解らない事が質問できた			
問題の評価コメント				
バリエーション	□なし □あり			
サイン	深夜		日勤	

分担研究報告書

二次、三次救急医療機関の機能分担と医療情報の連携に関する研究

分担研究者 信川 益明 杏林大学医学部総合医療学教室助教授

**研究要旨** 二次医療圏内の医療機関の医療連携に関する医療情報の調査、分析を実施することにより、この地域での救急医療連携システムを構築する上での基礎資料を把握し、構築の方法論について検討した。

本研究では、大都市の二次医療圏における連携普及の現状を調査分析し、連携を推進する上での問題点の把握、及び具体的な解決策の検討を行った。東京都の北多摩南部医療圏を取り上げ、保健医療福祉連携システムに関する調査を実施した。

調査対象は北多摩南部医療圏内の保健所、福祉事務所、市の担当部署、社会福祉施設、訪問看護ステーション、社会福祉協議会等の188ヶ所、（708名）である。回収率は31.2%（221名）であった。このうちの104名についての集計、分析した。

その結果、保健所と保健所以外の施設における関係者の間には、保健所が現在および今後も果たす役割について差が認められたが、保健所が今後も医療福祉のコーディネーターとしての役割を求められていた。住民サービスの向上を図るために、保健所と保健所以外の施設における関係者の双方から、総合相談窓口、保健医療福祉それぞれの具体的なサービス内容が分かるパンフレットが求められていることが明らかとなった。

地域の医療連携を行うにあたり、保健・医療・福祉関連施設における種々の情報の把握は組織的な展開、各機関の役割分担の明確化と実践、紹介・逆紹介の実施、連携に必要な情報の公開と活用などの医療連携システム構築のために不可欠と考える。

A. 研究目的

高齢化社会を目前にしている現在、地域における保健医療福祉の連携がますます必要になってきている。保健所、医療施設、社会福祉施設等のあり方の原点に戻り、各々の機能と適切な連携を図ることによって、住民が居住している身近な地域で適切な保健サービス、及び医療福祉サービスを

受けられるようにすることが求められている。

保健サービスと医療福祉サービスとの連携を確実にいき効果を上げるためには、組織的な展開、各々の施設の役割分担の明確化と実践、紹介・逆紹介の実施、連携に必要な情報の公開と活用、運用推進のための専従職員の配置と活動、各施設と住民への

連携の普及などが必要である。

本研究では、大都市の二次医療圏における保健医療福祉の連携システムを実際に機能させる上で重要な連携普及のためのシステム構築の方法論と評価のあり方について検討している。

## B. 研究方法

### 1. 保健医療福祉連携システムに関する調査

東京都の2次医療圏の中から北多摩南部医療圏（武蔵野市、三鷹市、調布市、府中市、小金井市、狛江市）を取り上げ、保健医療福祉連携システムに関する調査を実施した。

調査対象は、北多摩南部医圏内の保健所、福祉事務所、市の担当部署、社会福祉施設、訪問看護ステーション、老人保健施設、身体障害者施設、共同作業所、授産所、社会福祉協議会等の188ヶ所、（708名）である。

調査項目は、施設種別、職種、性別、年齢、就業年数、インターネットホームページ開設、保健所の役割、保健所と医療福祉施設の取り組み、保健所の連携の取り組み、保健所と医療福祉施設との連携を図るための工夫・努力、住民サービス向上のために求められるもの、住民の個人情報のプライバシー保護、保健医療福祉の連携による住民のメリット、連携がとれていないことによる住民のデメリット、連携の現状等である。

回収率は、31.2%（221名）であ

った。このうちの104名（保健所52名、保健所以外の福祉関連施設等52名）についての集計の結果は下記の通りであった。

### （倫理面への配慮）

研究実施の上で、倫理面での問題はない。本研究の調査対象は保健所、保健センター、医療施設、社会福祉施設等であり、調査内容は保健医療福祉の連携に関する項目であるため、本研究実施により、人権擁護上の配慮、研究対象者に対する不利益、危険性の排除や説明と理解に関わる状況、実験動物に対する動物愛護上の配慮等といった倫理面の問題は生じない。

## C. 研究結果

### 1. 保健所

#### （1）職種：

保健所（52名）については、職種は、技術職14名、保健婦13名、事務職11名、医師5名、歯科衛生士2名、栄養士1名等であった。就業年数は、1～3年未満23名、20年以上11名、1年未満10名等であった。

#### （2）保健所が現在果たしている役割

保健所が現在果たしている役割（地域保健医療計画推進のための関係機関との連携及び調整、健康問題に関する総合相談窓口など）については、衛生統計調査を除いてはほとんどの回答者が把握していた。

#### （3）保健所が今後も果たさなければなら