

三島圏域地域連携クリティカルパス

「脳卒中」

平成25年4月改訂版

マニュアル

- 脳卒中地域連携クリティカルパスの理念
- 脳卒中地域連携クリティカルパスの目的
- 地域連携クリティカルパスの運用
- 脳卒中地域クリティカルパス様式一覧
- かかりつけ医から病院への急性期における紹介
- 急性期病院にて
- 回復期病院にて
- 療養型病院にて
- かかりつけ医にて
- クリティカルパス退院前カンファレンス：回復期病院⇄かかりつけ医のために
- 適正管理のためのパス・ネットワーク（連絡・紹介体制）
- バーセルインデックス Barthel Index（資料1）
- 各病期における退院基準及び転院基準（資料2）
- 三島圏域地域病院一覧（資料3）

【脳卒中地域連携パスの理念】

- 地域連携クリティカルパスの普及を通じた三島圏域（高槻市、島本町、茨木市、摂津市地域）での連携体制の確立を図り、地域ぐるみで支援する体制（コミュニティ・ベース・プログラム）を構築する。
- 共通の患者紹介・報告用紙による患者管理システムの確立
- 診療所と病院の双方において脳卒中对策について共通認識を図ると共に切れ目のない治療を展開することで治療およびケアの最適化を行い、地域全体の医療水準の向上を目指す。
- 当診療パスを通じて地域住民および脳卒中既往患者に対して発症予防、再発予防、発症時の早期来院促進などを啓発し、将来的には脳卒中発症予防に貢献する。
- 医師会が主体となり疾患管理モデル事業を構築すると共に、この疾病単位別連携の運営推進を行う。

【脳卒中地域連携パスの目的】

- 脳卒中患者の救命率向上、自立と社会参加を支援する。
- かかりつけ医と医療機関等（急性期・回復期リハ病院、維持期リハ施設等）のネットワークづくりと連携の強化を計る。
- 患者の病態、活動性、背景、家庭状況、地域性等を考慮した急性期から回復期・維持期に至る各ステージに応じた適正医療を推進する。
- かかりつけ医と病院医療機関が連携し、保健・医療・福祉のサービスを効果的に提供する地域ケア支援体制を整備する。
- 地域における治療レベルの標準化と医療レベルの向上を計る。

【地域連携クリティカルパスの運用】

- 医療機関側は予防教育、診断、治療、リハビリのどの部分に関わるか明示する。（複数可）
- 各医療機関を受診する際には、地域連携パス「脳卒中」ホルダーを携帯させる。

【脳卒中地域パス様式一覧】

- 様式 1 患者様用地域連携パス用紙・説明同意書
- 様式 2 リハビリテーション患者紹介用紙
- 様式 3 退院前カンファレンス用紙（自院使用のもので可）
- 様式 4 脳卒中連携表

【かかりつけ医から病院への急性期における紹介】

- 様式なし。
- 脳卒中と判断された場合には即刻、急性期病院（資料3）への紹介を行う。
- できるだけ救急車を利用するように促す

【急性期病院にて】

- 患者家族様へ地域連携クリティカルパスについて、患者様用地域連携パス用紙・説明同意書を用いて十分説明を行った後、患者又は家族に署名をもらいコピーを1枚とる。コピーをホルダーに入れて患者または家族に渡し、原本をカルテに挟み込む。
- 回復期リハビリテーション病院への転院の場合は、リハビリテーション患者紹介用紙（様式2）、を作成する。
- 転院時にパス利用ということで、診療情報提供書、転院看護サマリー、リハビリテーション患者紹介用紙を患者に持たす。

【回復期病院にて】

- 入院時の活動性、これまでの経過に関する情報【診療情報提供書、転院看護サマリー、リハビリテーション患者紹介用紙（様式2）】を基にリハビリ計画を立てる。（1週間以内）
- MSW または医療連携室室員は在宅療養に向けて、必要な機関に連絡し、退院前カンファレンスを行う。再発予防チェックのための病院、連携するかかりつけ医を決める。また、退院後のサービスなど検討し退院日を決定する。
- 脳卒中連携表（様式4）を作成し、受診予定日を記入して患者に渡す。

【療養型病院にて】

- 入院時の活動性、これまでの経過に関する情報【診療情報提供書、転院看護サマリー、リハビリテーション患者紹介用紙（様式2）】を基にリハビリ等のプログラムを作成する。

【かかりつけ医にて】

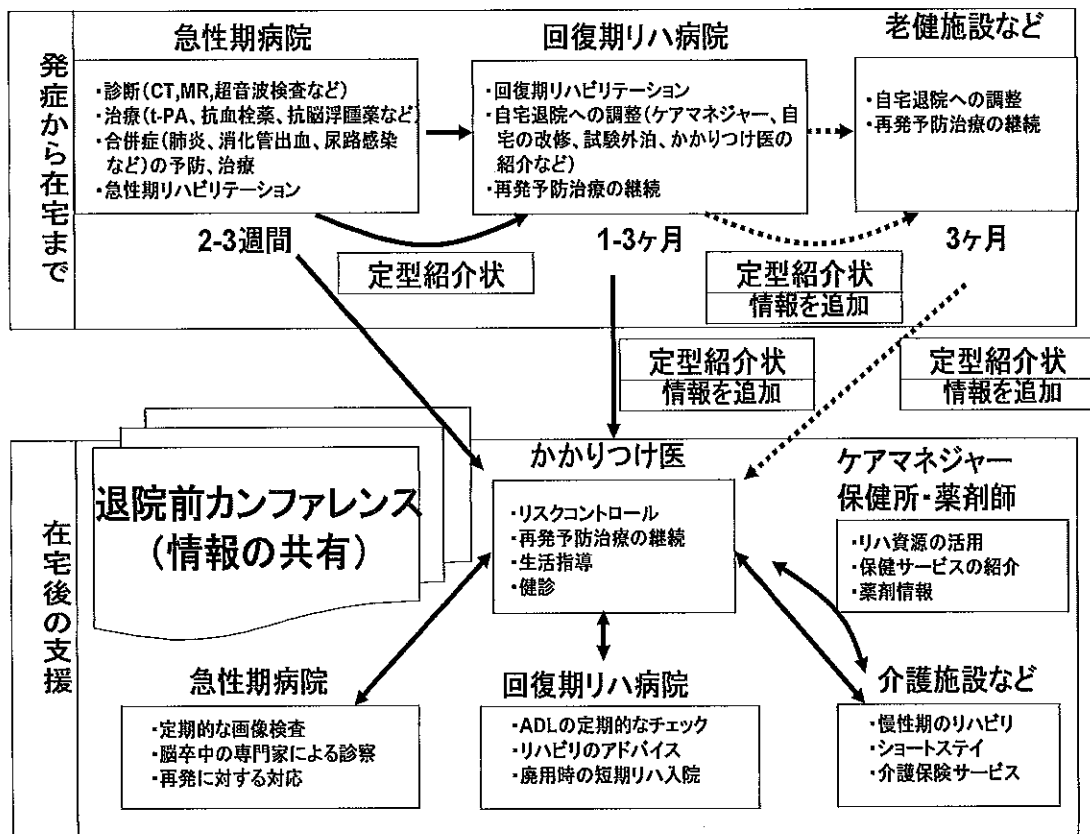
- 診療情報提供書、脳卒中連携表（様式4）を持参されるので内容を見ていただき、次回からの受診予定を決める。
- リスクコントロール、再発予防治療など日常の患者管理を行う。
- 状態変化の際は、急性期病院への受診を促す。
- 各病院の再診に関しては、その病院のシステムで予約する。但し、急性発症時は必要ない。

【退院前カンファレンス：回復期病院 ⇨ かかりつけ医のために】

- 在宅患者等への医療介護に関する情報提供の推進による円滑な在宅療養への誘導をするために介護、医療を問わず多職種との情報の共有をはかることが必要である。
- かかりつけ医、主治医、病院看護師、MSW、介護に関わる多職種（ケアマネジャー、訪問看護師、訪問リハなど）の参加したケースカンファレンスにより情報の共有化、介護サービスの調整を図る。
- カンファレンスに患者及び家族が参加することで在宅療養への不安を解消し、更に患者への介護方法などを指導することができる。
- かかりつけ医と共同診療(退院前)により、問題点の確認、対策を検討する。
- 継続看護の導入。
- これらを理解した上、退院前カンファレンス用紙（様式3）に必要事項を記載して患者に手渡す。

【適正管理のためのパス・ネットワーク（連絡・紹介体制）】

三島圏域脳卒中地域連携パス



バーセルインデックス (Barthel Index; 機能的評価)

<資料1>

1 食事	10 : 自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える 5 : 部分介助 (たとえば、おかずを切って細かくしてもらう) 0 : 全介助
2 車椅子からベッドへの移動	15 : 自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む (非行自立も含む) 10 : 軽度の部分介助または監視を要する 5 : 座ることは可能であるがほぼ全介助 0 : 全介助または不可能
3 整容	5 : 自立 (洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り) 0 : 部分介助または不可能
4 トイレ動作	10 : 自立、衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む 5 : 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する 0 : 全介助または不可能
5 入浴	5 : 自立 0 : 部分介助または不可能
6 歩行	15 : 45M以上の歩行、補装具 (車椅子、歩行器は除く) の使用の有無は問わない 10 : 45M以上の介助歩行、歩行器の使用を含む 5 : 歩行不能の場合、車椅子にて 45M以上の操作可能 0 : 上記以外
7 階段昇降	10 : 自立、手すりなどの使用の有無は問わない 5 : 介助または監視を要する 0 : 不能
8 着替え	10 : 自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む 5 : 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える 0 : 上記以外
9 排便コントロール	10 : 失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能 5 : ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む 0 : 上記以外
10 排尿コントロール	10 : 失禁なし、収尿器の取り扱いも可能 5 : ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む 0 : 上記以外

注) 代表的な ADL 評価法である。100 点満点だからといって独居可能というわけではない

(Mahoney. F. L. & Barthel. D. W.: Functional evaluation:

The Barthel Index. Maryland. State. Med. J. 14(2):61-65, 1965 より)

各病期における退院基準および転院基準

急性期病院 退院・転院基準

<退院基準>

- 自宅での生活が可能な運動能力である
- 自宅でのリハビリテーション継続の必要性を理解し、同意している

<転院基準>

- 自力歩行が困難であるか、あるいは意識障害などの神経症状を有しているが、症状は安定している
- 現状を理解できている
現状では自宅での生活は困難であり、転院先の医療機関でも地域連携パスを用いて「切れ目のないリハビリテーション・ケア」を行う必要を理解している

回復期施設 退院・転院基準

<自宅退院基準>

- 外来での通院が可能。セルフケアが自立、または家族介護により在宅生活が可能

<施設入所基準>

- セルフケアに介護を要するが、家族による介護が困難

<転院基準>

- 継続した医療が必要

維持期施設 退院・転院基準

<自宅退院基準>

- 外来での通院が可能。セルフケアが自立、または家族介護により在宅生活が可能

<施設入所基準>

- セルフケアに介護を要するが、家族による介護が困難

<地域病院一覧>

急性期病院

<資料3>


地域	No.	医療機関名	電話番号	FAX番号	窓口名称
高槻市	1	うえだ下田部病院	072-673-7722	072-673-8656	医療相談室
	2	大阪医科大学附属病院	072-683-1221(代)	072-684-6339	広域医療連携センター
	3	大阪府三島救命救急センター	072-683-9911	072-683-6111	地域連携室
	4	新生病院	072-677-1333	072-677-1340	地域医療連携室
	5	第一東和会病院	072-671-1008	072-671-1030	医療福祉相談室
	6	高槻赤十字病院	072-696-0571(代)	072-696-1189	医療社会事業部
	7	高槻病院	072-681-3832	072-681-3831	地域医療課
	8	富田町病院	072-696-8959	072-696-2624	社会医療課
	9	しんあい病院	072-681-5533	072-681-8661	連携室
	10	北摂総合病院	072-690-3060	072-690-3061	地域医療連携室
	11	みどりヶ丘病院	072-681-5726	072-681-5917	医療福祉課
島本町	12	水無瀬病院	075-962-5151	075-961-5840	地域連携室
茨木市	13	済生会茨木病院	072-622-8651	072-624-8612	地域医療福祉支援センター
	14	友紘会総合病院	072-641-2488	072-641-3544	地域医療連絡室
	15	北大阪警察病院	072-643-6921	072-641-4604	医療連携推進室
	16	茨木医誠会病院	072-627-7771	072-626-2596	地域医療連携課
	17	藍野病院	072-621-1321	072-627-3627	地域医療連携室
	18	博愛茨木病院	072-622-1515	072-622-1169(直)	医療福祉相談室
	19	彩都友紘会病院	072-641-6898	072-641-6097	地域医療連絡室
	20	谷川記念病院	072-622-3833(代)	072-622-9702	医療相談室
摂津市	21	摂津医誠会病院	06-6319-0531	06-6319-5221	地域医療連絡室
	22	摂津ひかり病院	072-654-8888		
	23	昭和病院	072-633-8311	072-637-0988	

回復期病院

高槻市	1	愛仁会リハビリテーション病院	072-683-1212	072-681-7759	地域医療センター
	2	新生病院	072-677-1333	072-677-1340	地域医療連携室
	3	第二東和会病院	072-674-1008	072-674-1508	医療福祉相談室
	4	みどりヶ丘病院	072-681-5726	072-681-5917	医療福祉課
島本町	5	水無瀬病院	075-962-5151	075-961-5840	地域連携室
茨木市	6	茨木医誠会病院	072-627-7771	072-626-2596	地域医療連携課
	7	北大阪警察病院	072-643-6921	072-641-4604	医療連携推進室
摂津市	8	摂津医誠会病院	06-6319-0531	06-6319-5221	地域医療連絡室
箕面市	9	彩都リハビリテーション病院	072-728-7770	072-702-1161	地域連携部

療養型病院

高槻市	1	第二東和会病院	072-674-1008	072-674-1508	医療福祉相談室
	2	緑水会病院	072-689-6311	072-689-6315	相談室
	3	新生病院	072-677-1333	072-677-1340	地域医療連携室
茨木市	4	藍野病院	072-621-1321	072-627-3627	地域医療連携室
	5	北大阪警察病院	072-643-6921	072-641-4604	医療連携推進室
	6	茨木医誠会病院	072-627-7771	072-626-2596	地域医療連携課
	7	博愛茨木病院	072-622-1515	072-622-1169(直)	医療福祉相談室

氏名	年齢	病名	発症日	年	月	日	説明日	年	月	日
分類	急性期病院		回復期病院							
施設名	<input type="checkbox"/> 自院を記入 入院日： 年 月 日 10日～14日		回復期病院		<input type="checkbox"/> 回復期病院 転院日： 年 月 日		<input type="checkbox"/> 自宅・かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> 療養施設 複数の医療施設が連携して、治療や機能回復・維持を実施していきます			
期間	10日～14日		それ以降							
目標	病状を安定させます		再発防止を行います							
治療・リハビリ	<input type="checkbox"/> 脳の状態を調べます <input type="checkbox"/> 点滴治療を開始します <input type="checkbox"/> 危険因子の評価を行います （タバコ・血圧・糖・脂質・心臓） <input type="checkbox"/> 再発予防の食事・薬を開始します <input type="checkbox"/> リハビリテーションを開始します <input type="checkbox"/> 手術を行います		<input type="checkbox"/> 身まわりのことが自分で出来るようになります またはより少ない介助で日常生活ができるようになります <input type="checkbox"/> 日中はできるだけベッドから離れて過ごします <input type="checkbox"/> 起き上がり、立ち上がり、車椅子や杖、手すりを使った歩行、階段など移動の訓練をします <input type="checkbox"/> 日常生活（トイレ・洗顔・服の着脱・入浴等）ができるだけ自分で行えるよう工夫・練習をします <input type="checkbox"/> 飲み込み状態を評価、訓練し適切な食事をします <input type="checkbox"/> 社会生活が円滑におくれるよう訓練を行います		 <input type="checkbox"/> 再発防止のための診療を行います <input type="checkbox"/> 日常生活動作の維持訓練を行います		危険因子の食事・運動を指導します 再発徴候や日常生活動作の維持方法について説明します <input type="checkbox"/> （自宅）家族介護により在宅生活が可能である <input type="checkbox"/> （施設）家族による介護が困難である			
説明	病状や予後について説明します 治療方針をご承諾いただきます		今後の機能回復の見通しやリハビリを説明します 希望があれば家族の方への介護指導を行います <input type="checkbox"/> （自宅）家族介護により在宅生活が可能である <input type="checkbox"/> （施設）家族による介護が不十分である <input type="checkbox"/> （転院）継続した療養・医療が必要である							
転院基準	<input type="checkbox"/> 自力歩行困難である <input type="checkbox"/> 意識障害はあるが症状は安定している <input type="checkbox"/> 転院先でのリハビリ継続を理解している									
その他	自宅復帰時には日常生活が行い易いように改修などのアドバイスを行います 必要に応じ介護認定・障害認定などの申請手続きについてお手伝いします		患者氏名							
			同席者							
			説明医師							

この診療計画書は、計画の概要等をお知らせするものであり、

治療・検査等を決定するものではありません。

病状に応じて変更することがありますのでご了承ください。

病名も今後の検査で変更される場合があります。

患者氏名

同席者

説明医師

説明日

平成 25 年 2 月 作成

退院前カンファレンス用紙

家族: _____ CM: _____

平成 年 月 日()

Dr: _____ Ns: _____ MSW: _____

PT: _____ OT: _____ ST: _____

退院日: 平成 年 月 日

病棟 N	F	患者様氏名:	様	年齢	歳
------	---	--------	---	----	---

退院後利用予定サービス
 訪問介護・訪問看護・訪問リハビリ・訪問入浴・通所介護・通所リハビリ・ショートステイ
 福祉用具購入()・福祉用具レンタル()

【本人】	
【家族】	

【主治医】	在宅生活における注意点
-------	-------------

【看護師】	
-------	--

【リハビリ】	
--------	--

【MSW】	
-------	--

【CM】	
------	--

【決定事項】	
--------	--

リハビリテーション患者紹介用紙

ID: □-□□□□□□□□-脳□ <様式2>

記載日 年 月 日

紹介先施設名：	様
紹介機関名：	診療科： 医師.

患者氏名：	年齢： 歳	性別： 男 女	発症日： 年 月 日
病名：脳梗塞（左・右、 ）脳出血（左・右、 ） 小脳（出血・梗塞 ）その他：			
合併疾患：高血圧・高脂血症・糖尿病・心疾患（心房細動・ ） その他； 感染症；MRSA（+・-）→検査結果添付、肝炎（B・C）、その他；			

既往歴：

問題点： 片麻痺（右・左・両） 対麻痺 四肢麻痺 失調症 不随意運動
 失語症 嚥下障害(経管・胃瘻) 膀胱直腸障害（導尿カテ：有 無） 痴呆
 精神機能障害（管理に支障；有・無、その他；）
 高次脳機能障害（ ）
 その他：

経過概略：診療情報提供書、看護サマリー参照

処方：

意識状態：清明 ・ JCS () 気管切開：有・無

機能評価： (番号記入) ↓

JSS 運動系評価			右	左
手	1, 正常 2, 親指と小指で輪を作る 4, 指は動くが物はつかめない	3, そばに置いたコップが持てる 5, 全く動かない	()	()
腕	1, 正常 2, 肘を伸ばして挙上可 4, 腕はある程度動くが挙上できない	3, 肘を屈曲すれば挙上可 5, 全く動かない	()	()
下肢	1, 正常 2, 膝を伸ばして挙上可 4, 下肢は動くが膝立て不可	3, 自力で膝立てが可能 5, 全く動かない	()	()

ADL 評価 (準 Barthel Index)

食 事	<input type="checkbox"/> 自立 (10)	<input type="checkbox"/> 部分介助 (5)	<input type="checkbox"/> 全介助 (0)
移 乗	<input type="checkbox"/> 自立 (15)	<input type="checkbox"/> 部分介助 (10)	<input type="checkbox"/> ほぼ全介助 (5)
整 容	<input type="checkbox"/> 自立 (5)	<input type="checkbox"/> 部分介助 (0)	<input type="checkbox"/> 全介助 (0)
トイレ	<input type="checkbox"/> 自立 (10)	<input type="checkbox"/> 部分介助 (5)	<input type="checkbox"/> 全介助 (0)
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 (5)	<input type="checkbox"/> 部分介助 (0)	<input type="checkbox"/> 全介助 (0)
歩行(45m)	<input type="checkbox"/> 自立 (15)	<input type="checkbox"/> 介助で可能 (10)	<input type="checkbox"/> 車椅子自操可(5)
階 段	<input type="checkbox"/> 自立 (10)	<input type="checkbox"/> 部分介助 (5)	<input type="checkbox"/> 不 能 (0)
更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 (10)	<input type="checkbox"/> 部分介助 (5)	<input type="checkbox"/> 全介助 (0)
排 便	<input type="checkbox"/> 自 立・失禁なし (10)		<input type="checkbox"/> 部分介助・時に失禁(5)
排 尿	<input type="checkbox"/> 自 立・失禁なし (10)		<input type="checkbox"/> 部分介助・時に失禁(5)

合計点 () 点

現段階での予後説明：独歩・伝い歩き・車椅子移動・全介助
 その他()

今後の方向性：在宅・老健・療養型病院
 その他 ()

日常生活機能評価	患者の状況	評価	患者の状況	評価
○:できる △:要介助 ×:できない	床上安静の指示を守ることができる		どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	
	寝返り		起き上がり	
	座位保持		移乗	
	移動		口腔清潔	
	食事摂取		衣服の着脱	
	他者への意思の伝達		診療・療養上の指示が通じる	
	危険行動の回避			

患者氏名:		かかりつけ医: ○○病院主治医									
病型: □ラクナ梗塞 □アテローム血栓性梗塞 □心原性脳塞栓症 □脳出血 □SAH		リスクファクター: □高血圧 □糖尿病 □脂質異常症 □心臓病		年 月 日		回復期リハ病院退院日:		年 月 日		回復期リハ病院	
発症日:		急性期病院入院日:		年 月 日		回復期リハ病院退院日:		年 月 日		回復期リハ病院	
tPA使用		急性期病院		有・無		回復期リハ病院		年 月 日		回復期リハ病院	
パス適応基準: ・自宅での生活が可能 ・外来通院が可能		パス除外基準: ・脳梗塞の再発		・高血圧、糖尿病、心臓病、その他疾患の憎悪		3ヶ月後(月)		6ヶ月後(月)		1年後(月)	
回復期退院時		1~2ヵ月後		3ヶ月後		4~5ヶ月後		6ヶ月後		1年後	
		かかりつけ医で診察		病院で診察		かかりつけ医で診察		病院で診察		かかりつけ医で診察	
□血圧(140/90以下目標)											
□降圧薬(ARB、Ca拮抗薬など)											
□抗不整脈薬											
□胸部X線											
□心電図											
□血糖(mg/dL)											
□HbA1c(%)											
□体重(kg)											
□血糖降下薬											
□インスリン薬(投与内容)											
□TC(mg/dL)											
□LDL(mg/dL)											
□脂質異常治療薬											
□抗血小板薬											
□抗凝固薬											
□PT-INR											
□頭部CT/MRI											
ランキンスケール											
FIM評価											
申し送り											
次回受診日											
		年		月		日					

ランキンスケール
 0: 後遺症なく社会復帰
 1: 軽度の後遺症はあるけど病前の生活ができる
 2: 家庭内自立(家庭内だと自分のことは何でも自分で行える)
 3: 自分で歩けるけど日常生活にいくらかの介助が必要
 4: 介助なしには歩行できない
 5: ベッド上生活で常にケアが必要
 6: 死亡