

脳卒中地域連携パスグループ

脳卒中地域連携クリティカルパス事業

富山市保健所

高橋洋一

研究要旨

平成19年度には中核市である富山市において、医療から介護まで連携する全脳卒中患者を対象とするクリティカルパスを作成した。平成20年度はこれを実際の医療、介護現場で使用し、パスの問題点として以下の3点が認められた。①パスを使用する患者の選定、②維持期でのパスの活用状況が低い、③パスを記載する負担（記載項目が多い）。このため、平成21年度にパスの改定を行うこととした。今回は回復期病院スタッフを中心としたワーキンググループであったが、今回は急性期病院、維持期の機関の意見を広く集約するため、急性期病院医師、開業医、介護支援専門員、訪問看護師、回復期病院のスタッフ等からなるワーキンググループを作った。ワーキンググループを5回開催し、改定内容の検討を行い、案を作成した。案を富山脳卒中地域連携パス研究会で再検討して、パスの改定を決定した。

目的

医療機関の機能分化が進み、脳卒中の診療も急性期病院、回復期リハビリ病院、維持期病院、在宅での医療・介護と一人の患者に連続して多くの機関が関わるようになって来ている。そのため、患者の情報が切れ目なくスムーズに伝わり、医療と介護の連携が円滑に行われるように、平成19年度に富山脳卒中地域連携パスを作成した。平成20年度はパスを実際の医療、介護現場で利用した。病院間、病診及び医療機関と福祉機関との連携が円滑に行くように、「富山の脳卒中地域連携の会」（以下連携の会）等を開催した。平成21年度は使用実績を集計し、使用しての問題点を確認する。さらなる円滑な連携推進のため、必要があれば、パスを改定する。

方法

平成20年度のパス使用実績を集計評価するとともに、パスを使用している問題点を確認する。年3回「連携の会」を開催し、使用している機関からのパスの問題点に関する意見も直接聞く。「連携の会」での意見を踏まえ研究会を開催し、必要があれば、パス等の改定を決定する。

パス改定にあたっては、今回は急性期病院、維持期の機関の意見を広く集約するため、急性期病院医師、開業医、介護支援専門員、訪問看護師、回復期病院のスタッフ等からなるワーキンググループを作る。ワーキンググループでパス改定案を作成する。研究会で改定したパスを決定する。

実施事項

- ①脳卒中地域連携クリティカルパスの医療・介護の現場での使用
- ②年3回の連携の会の開催と、使用状況の報告
- ③年2回の研究会の開催とパス等の改定
- ⑤ワーキンググループ作成
- ⑥年5回のワーキンググループの開催とパス改定案を作成

(1) 脳卒中地域連携パス

①実施状況

日時・会場	内 容	参加
平成21年 5月27日(水) 午後5時～6時 富山市民病院	第1回富山脳卒中地域連携の会 作業部会 議題 ①患者状況の集計結果(平成20年4月～12月分) ②各施設でのパスの適用状況 ③次回の当番幹事について 検討事項 ①急性期病院では、回復期病院へ転院する人にパスを適用 ②急性期病院の記載項目が多く負担が大きい ③回復期病院では、パスの運用により受け取る情報量が増え、リハビリが充実 ④次回の当番幹事は富山赤十字病院とする	40名
5月27日(水) 午後7時～8時 富山市民病院	第1回富山脳卒中地域連携の会 ①急性期病院より運用状況の報告 (済生会富山病院、富山赤十字病院、富山大学附属病院、富山県立中央病院、富山市民病院) ②回復期病院より運用状況の報告 (アルペンリハビリテーション病院、高志リハビリテーション病院、八尾総合病院) ③意見交換	100名
7月13日(月) 午後7時～ 8時30分 富山市保健所	第1回富山市脳卒中地域連携パス研究会 議題 ①富山脳卒中地域連携パスの適用について ②富山脳卒中地域連携パスの改訂について ③連携の会の幹事病院 検討事項 ①パスの適応を急性期病院から回復期・維持期(在宅を含む)へ転院する人とする 施設入所は適応しない ②パスの記載内容を見直し改訂する ③ワーキンググループを開催し、改訂作業を行う ④連携の会の当番幹事は次回富山赤十字病院	14名
9月3日(木) 午後5時～ 5時45分 富山赤十字病院	第2回富山脳卒中地域連携の会 作業部会 議題 ①患者状況の集計結果 (平成20年4月～平成21年3月分) ②当番幹事の病院について ③患者状況のデータ収集について ④パスの様式の改訂について 検討事項 ①次回の当番幹事は済生会富山病院 時期は来年1～2月頃 ②患者状況のデータ収集は継続 ③各施設に委員を推薦してもらいワーキングを設置 改訂作業を行い、素案を作成	46名

日時・会場	内 容	参加
9月3日（木） 午後6時～ 7時50分 富山赤十字病院	第2回富山脳卒中地域連携の会 ①急性期病院より運用状況の報告 （済生会富山病院、富山赤十字病院、富山大学附属病院 富山県立中央病院、富山市民病院） ②回復期病院より運用状況の報告 （アルペンリハビリテーション病院、高志リハビリテ- ション病院、八尾総合病院） ③意見交換	88名
10月5日（月） 午後7時～ 8時30分 富山市保健所	第1回富山市脳卒中地域連携パスワーキング 議題 ①富山脳卒中地域連携パスの見直しについて ②パスの改訂作業について 検討事項 ①パスの目的 ②パスの適応患者について ③様式（重複を避ける、維持期の望む情報） ④次回までの検討事項	23名
10月26日（月） 午後7時～ 8時30分 富山市保健所	第2回富山市脳卒中地域連携パスワーキング 検討事項 ①パスの目的・目標設定 ②パスの適応患者について ③アウトカムについて ④様式の改訂 ⑤運用について ⑥次回までに各施設にて改定案を提出	23名
12月14日（月） 午後7時～ 8時30分 富山市保健所	第3回富山市脳卒中地域連携パスワーキング 検討事項 ①各施設でのパス改定案について ②FAX送信票とパス基本情報の一体化 ③紹介状やサマリーの必要性 ④今後のスケジュールの確認	18名
平成22年 1月28日（木） 午後6時30分～7時 名鉄トヤマホテル	第3回富山脳卒中地域連携の会 作業部会 議題 ①パスの改訂状況 ②各施設からの意見の報告及び検討 ③FAXの送信票について	40名

日時・会場	内 容	参加
1月28日（木） 午後7時～ 8時50分 名鉄トヤマホテル	第3回富山脳卒中地域連携の会 ①作業部会での検討事項についての報告 ②脳卒中地域連携パスの使用状況と診療報酬加算状況 ※学術講演会 講演Ⅰ「南砺市における地域医療連携の取り組み」 南砺波市民病院 院長 南 眞司 氏 講演Ⅱ「かかりつけ医からみた地域リハビリテーションの問題点」 矢野神経内科医院 院長 矢野 博明 氏 ※情報交換会	99 名
2月4日（木） 午後7時～ 8時30分 富山市保健所	第4回富山市脳卒中地域連携パスワーキング 検討事項 ①これまでの意見を集約したパス改定案について ②マニュアルについて	19 名
2月25日（木） 午後7時～8時 富山市保健所	第5回富山市脳卒中地域連携パスワーキング 検討事項 ①パス改定案についての検討 ②マニュアルについて ③運用状況の集計方法	19 名
3月4日（木） 午後7時～8時 富山市保健所	第2回富山市脳卒中地域連携パス研究会 検討事項 ①改定様式の決定 ②運用状況の集計方法の検討	14 名

②富山市脳卒中地域連携パスワーキング構成

区 分	職 種	人 数
急性期	医師	7
	看護師	2
	作業療法士	1
	理学療法士	1
	医療ソーシャルワーカー	1
回復期	医師	5
	理学療法士	3
	看護師	1
	医療ソーシャルワーカー	1
維持期	医師	2
	看護師	1
介 護	作業療法士	1
	介護支援専門員	1
	看護師	1

計 28

富山脳卒中地域連携パスVer.2 FAX送信票

取扱注意・紹介先FAX番号再確認			
送信日	平成	年	月 日

宛 先		紹介病院名	
病院	様	病院	地域連携室
(FAX:	)	電話:	担当者
		FAX:	

平素は格別のご配慮を賜り、厚く御礼申し上げます。脳卒中地域連携クリニカルパス対応の患者様が入院されており貴院への転院を希望されておられます。ご配慮のほどよろしくお願い申し上げます。

紹介患者基本情報

フリガナ 患者氏名	様	性別	男 ・ 女	生年月日	M・T・S・H	年	月	日 () 歳
		主治医名	科					
住所				電話	-	-	職業	
入院日	平成	年	月	日	初発・再発	☐ 初発 ☐ 再発 (初回	年	月 日)
病型	☐ 脳内出血 ☐ 脳梗塞 ☐ くも膜下出血			今回発症日	平成	年	月	日
部位	☐ 右麻痺 ☐ 左麻痺 ☐ 両麻痺 ☐ その他 () ☐ 無			手術日	平成	年	月	日
				術式				
認知症	☐ 有 (軽度・ 中等度・ 重度) ☐ 無			発症前 身障手帳	☐ 有 (種類 級) ☐ 無			
発症前 介護保険	☐ 無 ☐ 有 (要支援 ☐ 1 ☐ 2 要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5)							
既往歴及び 受傷前に 治療中の 疾患	☐ 高血圧 (☐ 継続中) ☐ 糖尿病 (☐ 継続中) ☐ 脂質異常症 (☐ 継続中) ☐ 心房細動 (☐ 継続中) ☐ 心筋梗塞/狭心症心不全 (☐ 継続中) ☐ 腎不全 (☐ 継続中) ☐ 肝不全 (☐ 継続中) ☐ 胃潰瘍 (☐ 継続中) ☐ 神経因性膀胱 (☐ 継続中) ☐ アレルギー (☐ 継続中) ☐ 整形外科的疾患 (☐ 継続中) ☐ 白内障 (☐ 継続中) ☐ 緑内障 (☐ 継続中) ☐ 高次脳機能障害 (☐ 継続中) ☐ 抑うつ状態 (☐ 継続中) ☐ その他 ()							
感染症既往	☐ 肺炎 (☐ 継続中) ☐ 尿路感染 (☐ 継続中) ☐ その他 ()			身長	cm	体重	kg	
感染症	☐ 検査無 ☐ 検査有 HBS ()、HCV ()、MRSA ()、多剤耐性菌 ()、緑膿菌 ()							
発症前ADL	☐ 自宅 ☐ 施設 ☐ その他			現在のADL	0点	1点	2点	
食事	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助			床上安静の指示	☐ なし	☐ あり		
排泄	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助			どちらかの手を胸元	☐ できる	☐ できない		
更衣	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助			寝返り	☐ できる	☐ つかまればできる	☐ できない	
整容	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助			起き上がり	☐ できる	☐ できない		
入浴	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助			座位保持	☐ できる	☐ 支えがあればできる	☐ できない	
移動	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助			移乗	☐ できる	☐ 見守り・介助必要	☐ できない	
意思疎通	☐ 良好 ☐ やや困難 ☐ 困難 (失語その他)			移動方法	☐ 介助不要	☐ 介助必要		
現在の 摂食状態	☐ 経口摂取 ☐ 経管栄養 (fr) ☐ 胃ろう (造設日 年 月 日 fr) ☐ TPN ☐ その他 ()			口腔清潔	☐ できる	☐ できない		
				食事摂取	☐ 介助なし	☐ 一部介助	☐ 全介助	
				衣服の着脱	☐ 介助なし	☐ 一部介助	☐ 全介助	
現在の 食種	☐ 常食 ☐ ソフト食 ☐ きざみ ☐ ミキサー ☐ ゼリー ☐ とろみ ☐ その他 ()			他者への意思の伝達	☐ できる	☐ できない時がある	☐ できない	
				指示が通じる	☐ はい	☐ いいえ		
排泄動作	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助			危険行動	☐ ない	☐ ある		
使用 排泄用品	☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ 留置カテーテル ☐ おむつ			日常生活機能評価	合計点 評価日 平成 年 月 日			
キーパーソン	続柄 () 連絡先 ()			リハ終了後の 退院希望先	☐ 自宅 ☐ 施設 () ☐ 他病院 () ☐ その他 () ☐ 未定			

富山脳卒中地域連携パスVer.2 FAX返信票

取扱注意・紹介先FAX番号再確認

返信日 平成 年 月 日

返信先	返信元病院名
病院 地域連携室 担当者様	病院 地域連携室 担当者
FAX	FAX
患者 様	年齢 歳 性別 男 ・ 女

貴院よりご依頼のあった上記患者様は

☐ 1 月 日 ()、 転院予定としました。

時頃までに転院の準備をして当院にお越しください。

☐ 2 転院の検討をさせていただきたく、事前に 診察 ・ 面談 をさせていただきます。

☐ 診察は、 月 日 () 時 分 頃の予定です。

☐ 面談は、 月 日 () 時 分 頃の予定です。

当日は ご家族様 ・ ご本人様 が、 紹介状 ・ 保険証 を持っておいでください。

☐ 3 残念ながら、今回はお受けできません。理由は以下の通りです。

()

備考

富山脳卒中地域連携パスVer.2(患者用)

説明日 平成

患者氏名

様

病名 ☐ 脳梗塞 ☐ 脳出血

病院名	急性期病院()病院				
予定期間	全身状態がよければ1～()週間で転院できます				
退院基準	病状が安定していること				
月日	/	/	/	/	/
経過	入院日	発症～1週目	1～2週目	2週～()週目	転院前
治療内容	診断と治療の決定 手術 ☐ 有 ☐ 無	病状に応じた適切な治療を行います	症状により治療、離床・リハビリを進めます	転院の準備をします	退院先と連絡をとります
検査	CT,MRIなど	患者さんの状態などにより、CT,MRIなどの検査を行います			
薬剤	常用薬・中止薬を確認します	点滴・内服などが行われます			薬剤師から薬の説明・指導を行います
安静度・リハビリ	今後のリハビリの仕方などを説明します	状態により異なりますが、一般には以下の順でリハビリ 座る練習 → 立つ練習 → 平行棒内歩行練習 → 杖・歩行器歩行練習 → トイレ動作や着替えなどの日常生活動作の訓練もし 患者さんの状態により、訓練内容が決まります。また、自宅での訓練			
食事	原則、飲食はできません	食事が開始されます 経管栄養の場合あります	通常の食事になります しかし、患者さんによっては治療食になります		
清潔整容	身体拭き(清拭)をします	状態により清拭・洗髪をします		シャワーまたは入浴ができます (手術患者さんでは抜糸後)	
排泄	ベッド上での排泄になります	状態により尿の管が入っていることがあります		状態によって排泄方法を選択します	
患者・家族への説明	検査結果と治療方針の説明があります	今後の方向性などスタッフと相談し決定します			地域連携室担当者が転院先や地域に連携を取り、退院後の調整をします
入院時症状/退院時状態	【入院時症状】 ☐ 意識障害 ☐ 麻痺 ☐ 言語障害 ☐ その他()	【退院時患者状態】 平成 年 月 日 移動能力 ☐ 独歩 ☐ 杖歩行 ☐ 車椅子移動 ☐ 車椅子要介助 ☐ 寝たきり 病院名 住所 電話番号 主治医		日常生活機能評価※※ 合計点 /19点	
メモ					

※上記の内容は、あくまでも計画であり、患者さんの状態などにより変更がありますので、ご了承ください

治療計画の説明を受けましたので、地域連携診療計画書(患者用及び医療者用)を使っ

平成

年 月 日 説明者名

☐ くも膜下出血

連携先病院()病院			自宅・施設()		
合併症などがなければ、1～()ヶ月間で退院できます			目標:再発予防と健康生活の維持		
状態が安定し、支援の体制が整っていること					
/ /					
転院時	1～()か月	退院前			
脳卒中と合併症などの基本的な検査をします	退院の方向性を決めます。外泊で自宅での生活に慣れましょう	退院後の支援体制が整っていることを確認しましょう	現在できる身の周り動作を続け、さらにできることを増やしましょう 閉じこもりを避け、社会参加を進めましょう 転倒予防と健康生活の維持を図ります		
転院時に血液検査や心電図、CT、MRIなどの基本的な検査が行われます			かかりつけ医などで定期的診察・検査を受けましょう		
持参薬の確認と内服を継続します	内服薬や自己注射がご自分で管理できるようにしましょう	内服薬や自己注射がご自分で管理できるようにしましょう 再発予防の薬の内服を忘れないようにしましょう			
リが行われます		家事や外出をして、生活を豊かにしましょう 施設では生活に密着した日常生活動作を中心に訓練します 余暇活動にも積極的に参加しましょう 時々、装具のチェックもしてもらいましょう 新たに病気になったり、再発しないように適度な運動をしましょう			
屋外歩行、階段昇降練習 ます 方法を学びましょう。					
通常の食事になります 患者さんによっては治療食になります	自宅への試験 外泊をします スタッフによる 住宅訪問など があります	自宅では状態により各種介護サービスを利用しましょう			
可能であれば歯みがき、 入浴などができます		通所系サービス ☐ 通所リハビリ(☐ 短時間型) ☐ 通所介護 ☐ 短期入所療養介護 ☐ 短期入所生活介護			
車椅子・歩行器・杖でトイレ まで移動して排泄を行います		訪問系サービス ☐ 訪問介護 ☐ 訪問リハビリ ☐ 訪問看護 ☐ 訪問入浴			
転倒予防や院内感染予防 などの説明があります 介護教室などに参加 しましょう	介護認定申請をします 住宅改修には介護保険を 利用することができます 詳しくは地域連携室担当者へ				
【退院時患者状態】平成 年 月 日	移動能力 ☐ 独歩 ☐ 杖歩行 ☐ 車椅子移動 ☐ 車椅子要介助 ☐ 寝たきり	【受診1ヵ月患者状態】平成 年 月 日	移動能力 ☐ 独歩 ☐ 杖歩行 ☐ 車椅子移動 ☐ 車椅子要介助 ☐ 寝たきり		
病院名 住所 電話番号 主治医	日常生活機能評価※※ 合計点 / 19点	病院・医院名 住所 電話番号 主治医	日常生活機能評価※※ 合計点 / 19点		

ださい ※※日常生活機能評価では合計点が低い程、できることが多いことになります。

での連携を行うことに同意します。

年 月 日 署名 (続柄)

富山脳卒中 地域連携パスVer.2(医療者用)

時期	急性期		
病院名	() 病院		() 病院
入院日・帰宅日	入院日 平成 年 月 日	入院日 平成 年 月 日	
担当	主治医 PT OT ST SW	看護師 PT OT	主治医 PT OT
達成目標	発症前生活レベル ☐ 0 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V 目標生活レベル ☐ 0 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V		変更の有無 変更目標生活レベル
入院中の経過 (治療・処置・検査・薬剤)	手術日 平成 年 月 日 術式 () 手術日 平成 年 月 日 術式 () 注意事項 ☐ シャント (圧) ☐ ワーファリン服用 その他 () ☐ 手術等に関する事を患者・家族に説明 ☐ 転院先へ連絡・調整 ☐ 退院についての患者・家族への説明		装具処方 ☐ 無 の開催 (完成 ☐ 無 患者・家族へ 介護保 の病状の説明 要支援 要介護 ☐ 1 身障手 ☐ 無
	急性期退院時状態 退院日 年 月 日		回復期退院時状態
到達生活レベル	退院時到達生活レベル ☐ 0 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V		退院時到達生活レベル
転倒歴	転倒歴: ☐ 無 ☐ 有 (回)		転倒歴: ☐ 無 ☐ 有
高次脳機能障害など	認知症: ☐ 無 ☐ 有 その他 ()		認知症: ☐ 無 ☐ 有
退院時確認事項など	☐ 高熱(38度)なし ☐ 重大な合併症がない ☐ 全身状態が良い		☐ 重大な合併症がない
日常生活機能評価	0点	1点	2点
床上安静の指示	☐ なし	☐ あり	☐ なし ☐
手を胸元まで持ち上げられる	☐ できる	☐ できない	☐ できる ☐
寝返り	☐ できる	☐ つかまればできる	☐ できない ☐
起き上がり	☐ できる	☐ できない	☐ できる ☐
座位保持	☐ できる	☐ 支えがあればできる	☐ できない ☐
移乗	☐ できる	☐ 見守り・介助必要	☐ できない ☐
移動方法	☐ 介助不要	☐ 介助を要する	☐ 介助不要 ☐
口腔清潔	☐ できる	☐ できない	☐ できる ☐
食事摂取	☐ 介助なし	☐ 一部介助	☐ 全介助 ☐
衣服の着脱	☐ 介助なし	☐ 一部介助	☐ 全介助 ☐
他者への意思の伝達	☐ できる	☐ できない時がある	☐ できない ☐
診療上指示が通じる	☐ はい	☐ いいえ	☐ はい ☐
危険行動	☐ ない	☐ ある	☐ ない ☐
日常生活機能評価合計	合計点	点	合計点
排泄動作	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		☐ 自立 ☐ 見守り
使用排泄用品	☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ 留置カテーテル ☐ おむつ		☐ トイレ ☐ ポータブル
現在の摂食状態	☐ 経口摂取 ☐ 経管栄養 (fr) ☐ TPN ☐ 胃ろう (造設日 年 月 日、 fr) ☐ その他 ()		☐ 経口摂取 ☐ 経管 ☐ 胃ろう (造設日 ☐ その他 ()
本人の希望			
家族の希望			
コメント	☐ 連携先病院退院後、当院受診をお願いします ☐ 連携先病院退院後はかかりつけ医での治療をお願いします		

患者氏名

男・女

回復期		生活期(自宅・施設・病院)		
年 月 日) 病院		支援施設・病院名()		
看護師		主治医 看護師		
ST SW		ケアマネジャー		
☐ 有 ☐ 無 ☐ 0 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V		変更の有無 ☐ 有 ☐ 無 維持期での変更目標生活レベル ☐ 0 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V		
月 日) 陰申請 ☐ 有 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 帳申請 ☐ 有 (級)		【受診後1ヶ月間の経過】 ☐ ケアカンファレンス の開催 自立度 ☐ J-1 ☐ J-2 ☐ A-1 ☐ A-2 ☐ B-1 ☐ B-2 ☐ C-1 ☐ C-2 ☐ 患者・家族への説明 要介護度 要支援 ☐ 1 ☐ 2 要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 【利用しているサービス】 通所系 ☐ 通所リハビリ(☐ 短時間型) ☐ 通所介護 ☐ 短期入所療養介護 ☐ 短期入所生活介護 訪問系 ☐ 訪問介護 ☐ 訪問リハビリ ☐ 訪問看護 ☐ 訪問入浴		
退院日 年 月 日		受診後1ヵ月状態 年 月 日		
☐ 0 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V (回)		受診1ヵ月到達生活レベル ☐ 0 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V 転倒歴: ☐ 無 ☐ 有 (回)		
その他()		認知症: ☐ 無 ☐ 有 その他()		
家族の理解がある ☐ 支援体制が整っている ☐		再発 ☐ 無 ☐ 有 生活場所 ☐ 自宅 ☐ 施設 ☐ 病院 ☐ 他()		
1点	2点	0点	1点	2点
あり		☐ なし	☐ あり	
できない		☐ できる	☐ できない	
つかまればできる	☐ できない	☐ できる	つかまればできる	☐ できない
できない		☐ できる	できない	
支えがあればできる	☐ できない	☐ できる	支えがあればできる	☐ できない
見守り・介助必要	☐ できない	☐ できる	見守り・介助必要	☐ できない
介助を要する		☐ 介助不要	介助を要する	
できない		☐ できる	できない	
一部介助	☐ 全介助	☐ 介助なし	一部介助	☐ 全介助
一部介助	☐ 全介助	☐ 介助なし	一部介助	☐ 全介助
できない時がある	☐ できない	☐ できる	できない時がある	☐ できない
いいえ		☐ はい	いいえ	
ある		☐ ない	ある	
点		合計点	点	
☐ 一部介助 ☐ 全介助		☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
☐ 尿器 ☐ 留置カテーテル ☐ おむつ		☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ 留置カテーテル ☐ おむつ		
栄養 (fr) ☐ TPN		☐ 経口摂取 ☐ 経管栄養 (fr) ☐ TPN		
年 月 日 、 fr)		☐ 胃ろう (造設日 年 月 日 、 fr)		
		☐ その他()		

裏面もあります

富山脳卒中 地域連携パスVer.2(医療者用)到達ステップ表

時期	(急性期) 病院				
ステップ	ステップⅠ	ステップⅡ	ステップⅢ	ステップⅣ	ステップⅤ
健康維持・再発予防	☐ 治療法の理解と同意 (/)	☐ 治療への自主的な取り組み (/)	☐ 内服薬等自己管理 (/)	☐ 生活習慣の改善 (/)	☐ 治療法の (/)
移動能力 (/)内には リハビリ場面での 自立した日を記入	☐ 起き上がり (/) 最終: ☐ 全介助 ☐ 要介助 ☐ 見守り 最終:には 退院時の介助量を チェックください ☐ 端座位 (/) 最終: ☐ 全介助 ☐ 要介助 ☐ 見守り	☐ 車椅子駆動 (/) 最終: ☐ 全介助 ☐ 要介助 ☐ 見守り 最終:には 退院時の介助量を チェックください ☐ 起立～立位 (/) 最終: ☐ 全介助 ☐ 要介助 ☐ 見守り 最終:には 退院時の介助量を チェックください ☐ 移乗 (/) 最終: ☐ 全介助 ☐ 要介助 ☐ 見守り	☐ 杖歩行 (/) 最終: ☐ 全介助 ☐ 要介助 ☐ 見守り 最終:には 退院時の介助量を チェックください ☐ 独歩 (/) 最終: ☐ 全介助 ☐ 要介助 ☐ 見守り	☐ 階段昇降 (/) 最終: ☐ 全介助 ☐ 要介助 ☐ 見守り 最終:には 退院時の介助量を チェックください ☐ 屋外歩行 (/) 最終: ☐ 全介助 ☐ 要介助 ☐ 見守り	☐ 起き上 (/) 最終: ☐ 全介助 ☐ 要介助 ☐ 見守り 最終:には 退院時の介助量を チェックください ☐ 端座位 (/) 最終: ☐ 全介助 ☐ 要介助 ☐ 見守り
排泄動作	☐ 留置カテーテルや おむつ使用	☐ 要介助 (/)	☐ 見守り (/)	☐ 自立 (/)	☐ 留置カテ おむつ
摂食・嚥下	☐ 経管栄養 開始 (/)	☐ 経口介助 (/)	☐ 見守り (/)	☐ 自立 (/)	☐ 経管 開始 (/)
言語理解	☐ 限られた言葉のみ (/)	☐ 簡単な内容(要配慮) (/)	☐ 簡単な内容 (/)	☐ 理解可能 (/)	☐ 限られた (/)
言語表出	☐ 限られた言葉のみ (/)	☐ 簡単な内容(要配慮) (/)	☐ 簡単な内容 (/)	☐ 表出可能 (/)	☐ 限られた (/)
社会的交流	☐ 家族との交流	☐ 職員との交流	☐ 他患者との交流	☐ 社会/地域との交流	☐ 家族と
患者心理	☐ 意識の安定	☐ 混乱期	☐ 再適応の努力	☐ 日常生活への自信	☐ 意識の

【生活レベル分類】

生活レベル分類(mRSより)	
0	全く症状なし
I	何らかの症状はあるが障害はない: 通常の仕事や活動は全て行える
II	軽微な障害: これまでの活動の全てはできないが、身の回りのことは援助なしでできる
III	中等度の障害: 何らかの援助を要するが、援助なしで歩行ができる
IV	中等度から重度の障害: 援助なしでは歩行はできず、身の回りのこともできない
V	重度の障害: 寝たきり、失禁、全面的な介護

患者氏名

回復期 () 病院				生活期(医療機関・施設名) ()
ステップⅠ	ステップⅡ	ステップⅢ	ステップⅣ	受診後1ヵ月の到達レベル
理解と同意 ()	☐ 治療への自主的な取り組み (/)	☐ 内服薬等自己管理 (/)	☐ 生活習慣の改善 (/)	☐ 治療法の理解と同意 ☐ 治療への自主的な取り組み ☐ 内服薬等自己管理 ☐ 生活習慣の改善
がり () ☐ 要介助	☐ 車椅子駆動 (/) 最終: ☐ 全介助 ☐ 要介助 ☐ 見守り	☐ 杖歩行 (/) 最終: ☐ 全介助 ☐ 要介助 ☐ 見守り	☐ 階段昇降 (/) 最終: ☐ 全介助 ☐ 要介助 ☐ 見守り	☐ 起き上がり ☐ 端座位 ☐ 車椅子駆動 ☐ 起立～立位 ☐ 移乗 ☐ 杖歩行 ☐ 独歩 ☐ 階段昇降 ☐ 屋外歩行
ーテルや 使用 ()	☐ 要介助 (/)	☐ 見守り (/)	☐ 自立 (/)	☐ 留置カテーテルやおむつ使用 ☐ 要介助 ☐ 見守り ☐ 自立
栄養 ()	☐ 経口介助 (/)	☐ 見守り (/)	☐ 自立 (/)	☐ 経管栄養 ☐ 経口介助 ☐ 見守り ☐ 自立
言葉のみ ()	☐ 簡単な内容(要配慮) (/)	☐ 簡単な内容 (/)	☐ 理解可能 (/)	☐ 限られた言葉のみ ☐ 簡単な内容(要配慮) ☐ 簡単な内容 ☐ 理解可能
言葉のみ ()	☐ 簡単な内容(要配慮) (/)	☐ 簡単な内容 (/)	☐ 表出可能 (/)	☐ 限られた言葉のみ ☐ 簡単な内容(要配慮) ☐ 簡単な内容 ☐ 表出可能
の交流	☐ 職員との交流	☐ 他患者との交流	☐ 社会/地域との交流	☐ 家族との交流 ☐ 職員との交流 ☐ 他患者との交流 ☐ 社会/地域との交流
安定	☐ 混乱期	☐ 再適応の努力	☐ 日常生活への自信	☐ 意識の安定 ☐ 混乱期 ☐ 再適応の努力 ☐ 日常生活への自信

富山脳卒中 地域連携パス Ver. 2 手引書

2010 年度

富山市脳卒中地域連携パス研究会

目 次

1	基本的な考え方	1
2	使用にあたっての注意点	1
3	連携パスの記載にあたっての注意点など	3
4	運用方法	5
5	様 式	
	（1）富山脳卒中地域連携パス FAX 送信票	7
	（2）富山脳卒中地域連携パス返信票	8
	（3）富山脳卒中地域連携パス（患者用）	9
	（4）富山脳卒中地域連携パス（医療者用）	11・12

1 基本的な考え方

- (1) 富山脳卒中地域連携パス Ver.2（以下、「連携パス」という）は、患者さんの疾病の回復過程に応じて急性期・回復期・生活期における医療サービスと情報が切れ目無く進んでいくためのツールとして活用されることを目的に作成しました。
- (2) 各期のスタッフが統一した尺度を用いて治療・ケアを行うことで、富山圏域における医療の質の向上と効率化を図り、脳卒中患者を支えることを目的としています。
- (3) 急性期から回復期病棟（病院）または生活期施設・病院に転院する症例を対象とします。急性期から直接自宅に戻る軽症例は除外することとします。重度な意識障害症例も除外しますが、重度患者であってモリハビリを必要とする症例は対象とします。
- (4) modified Rankin scale (mRS) を基に作成した「生活レベル分類」で、患者さんの各時期での達成目標を設定することにしました。合併症やその他で機能の変化があれば目標を変更することができます。
- (5) 国際生活機能分類（ICF）に沿った事項を「ステップ」として呈示し、達成日を記録しました。これにより、患者さんの生活復帰にむけた各機能の変化が担当者に理解できます。
- (6) 紹介状、経過報告書、退院時サマリー等は今までどおり連携先へ送ることを前提に、この連携パスは作られています。従って、それらに書かれる内容と出来るだけ重複しないように、本パスの内容を吟味しました。また、パスに記載できない重要な情報は紹介状等に記載していただくことにしました。

2 使用にあたっての注意点

富山脳卒中地域連携パスは①「富山脳卒中地域連携パス FAX 送信票」、②「富山脳卒中地域連携パス返信票」、③「富山脳卒中地域連携パス（患者用）」、④「富山脳卒中地域連携パス（医療者用）」の4部から構成されています。

どこをどの職種が記載するかは、各医療機関・施設であらかじめ取り決めておいてください。

(1) 富山脳卒中地域連携パス FAX 送信票・返信票

FAX 送信票は「紹介患者基本情報」の提供書でもありますので、パスの一部として保存してください。また、急性期から回復期、回復期から次の連携先施設へは、「紹介患者基本情報」欄も他の書類等と一緒に送ってください。

(2) 富山脳卒中地域連携パス（患者用）

- (ア) 連携パス（患者用）は診療報酬上の「地域連携診療計画書」となります。従って、これを使って急性期病院入院 1 週間以内に患者さん・家族に今後の診療計画を示してください。その時、患者さんまたは家族のサインをもらってください。
- (イ) 病名、手術の有無、入院時症状などの欄にチェックを入れてください。また連携先病院が既に決定しているのであれば記入をしてください。予定入院期間を記入してください。
- (ウ) 病状やパスに書かれた内容などを説明した後、コピーを患者さん・家族に手渡して、原本はカルテと一緒に保存してください。退院（転院）時にもう一度記載があります。
- (エ) 転院時に「月日」、「退院時患者状態」、「日常生活機能評価」を記入して、もう一度コピーを患者さん・家族にお渡しください。カルテにもコピーを残し、原本を連携先病院に連携パス（医療者用）、紹介状等と一緒に送ってください。
- (オ) 回復期では連携パス（患者用）の原本を受け取り、入院予定期間や今後のリハビリなどの予定を説明してください。署名は要りません。患者さんが退院される時、「退院時患者状態」および「日常生活機能評価」の合計点を記入してください。そして、そのコピーを患者さん・家族に渡し、原本を次の紹介先の生活期病院・診療所に連携パス（医療者用）、紹介状、サマリーとともにお送りください。
- (カ) 生活期病院・診療所では介護保険等で受けるサービス内容を連携パス（患者用）の所定の部位にわかる範囲でチェックを入れていただき、受診後 1 ヶ月に患者状態の欄にもチェック等を入れてください。
- (キ) それを連携パス（医療者用）とともに受診後 1 ヶ月に紹介元病院（回復期病院など）に FAX でお送りください。

(3) 富山脳卒中地域連携パス（医療者用）

- (ア) 連携パス（医療者用）はオーバービュー式としました。
- (イ) 「発症前生活レベル」は、mRS を基にした評価法で判断してください。また、最終的な目標（アウトカム）を入院 1 週間前後に目標生活レベルで予想してください。
そして、患者さんの転院時、達成できた生活レベルも同様に評価して、記載ください。
- (ウ) 自宅と老人保健施設などを「生活期」にまとめました。パスの終了する時期（エンドポイント）は急性期・回復期病院から退院して医療機関に受診後 1 ヶ月としてください。最終評価をしていただいた時点でこのパスは終了となります。

- (工) 各病期の担当欄の項目にチェックまたは記入をお願いします。そして、次の紹介先に連携パス（患者用）、紹介状、サマリーとともに送ってください。生活期では受診後1ヵ月に評価していただき、連携パス（医療者用）を連携パス（患者用）と一緒に紹介元病院に送ってください。

3 連携パスの記載にあたっての注意点など

(1) 生活レベル分類

modified Rankin Scale(mRS) を元に分類しました。

0	全く症状なし
I	何らかの症状はあるが障害はない：通常の仕事や活動は全て行える
II	軽微な障害：これまでの活動の全てではできないが、身の回りのことは援助なしでできる
III	中等度の障害：何らかの援助を要するが、援助なしで歩行ができる
IV	中等度から重度の障害：援助なしでは歩行はできず、身の回りのこともできない
V	重度の障害：寝たきり、失禁、全面的な介護

(2) ステップ

- (ア) ステップの欄では達成日を記入してください。リハビリ場面などで出来るようになった日を「達成日」としてしてください。この日を明確に判定することが困難な場合がありますが、数日の誤差があってもかまいません。訓練の開始日ではありません。経管栄養は開始日を記載してください。但し、「社会的交流」「患者心理」では、日付の記載はいりません。経過中に達成されていれば、チェックをつけてください。

- (イ) どの職種がどこを記載するかは、各医療機関、施設で話し合っていて決めてください。

(3) 項目の説明

健康維持・再発予防	治療法の理解と同意	治療法などの説明を行い、患者さん本人が理解されているか否か、そして同意が得られたかを判断します。家族の同意が得られていても、本人が意識不明で理解が困難な場合には記載はできません。
	治療への自主的な取り組み	治療者側の主観的な判断で記入してください。達成日を記入することが困難であれば、チェックのみで良いです。
	内服薬等自己管理	本人が自分で薬を管理できるようになった日を記載してください
	生活習慣の改善	喫煙、飲酒、運動習慣などでの改善があった日付を記載してください。

移動能力 (注*)	起き上がり	つかまってでも自分で起き上がりができるようになった状態。
	端座位	ベッドの端で座位が取れる状態。手すりにつかまっても良い。
	車椅子駆動	自力で駆動できる状態。空間無視や認知症などで危険を伴うために見守りが必要な場合は不可とし、見守りにチェックをつけてください。
	起立～立位	自力で立ち上がり、立位保持ができる状態。手すりを使用しても良い。
	移乗	手すりを使用しても、車椅子への移乗が可能な状態。
	杖歩行	杖や歩行器を使って歩く。 補装具（短下肢装具など）を使用しても良い。
	独歩	屋内歩行可能。但し下肢装具をしていても良い。
	階段昇降	手すりを使用しての階段昇降ができれば可。
	屋外歩行	屋外歩行が可能な状態。補装具（杖、下肢装具など）をしていても良い。
排泄動作	留置カテーテルやおむつ使用	尿意がなく、留置カテーテルやおむつ使用。
	要介助	パンツやズボンの上げ下げや、便器に座る等に介助が必要。
	見守り	転倒や失禁の危険性があり、排泄動作に見守りが必要。
	自立	手すりを使用しても、すべて自立。
摂食・嚥下	経管栄養	経口摂取が困難で経管での栄養摂取をしている状態。開始日がわかれば記載してください。
	経口介助	経口での摂取は可能であるが、介助が必要とする状態。
	見守り	経口摂取が可能であるが、声かけや見守りが必要な状態。
	自立	自力での摂食が可能。
言語理解	限られた言葉のみ	全く困難か、あいさつなどの限られた言葉のみ理解可能。
	簡単な内容（要配慮）	簡単な内容の理解が介助や配慮があれば可能。
	簡単な内容	基本的な要求など簡単な内容の理解が可能。
	理解可能	日常生活で必要な言語の理解可能。
言語表出	限られた言葉のみ	全く困難か、あいさつなどの限られた言葉のみ表出可能。
	簡単な内容（要配慮）	簡単な内容の表出が介助や配慮があれば可能。
	簡単な内容	基本的な要求など簡単な内容の表出が可能。
	表出可能	日常生活で必要な言語の表出可能。
社会的交流	家族との交流	会話などの交流が家族のみに限られている状態。
	職員との交流	看護師・リハスタッフなどとの交流が可能な状態。
	他患者との交流	他の患者との交流が見られる状態。スタッフの励ましや助言があっても良い。交流にあって自分をコントロールすることができる。
	社会/地域との交流	患者本人から他の患者に声掛けなどをして交流の機会を作ったり、病棟内でのゲームなどに積極的に参加する状態。自宅にあってはデイサービスや地域の行事などに参加する状態。
患者心理	意識の安定	不穏や夜間せん妄が無い状態。障害について正確には認識されていない。
	混乱期	障害への悲観的な態度から立ち直りつつある状態で、家族や周囲の人のことも考えられる状態。
	再適応の努力	機能回復や ADL についての機能訓練など積極的になっている。障害を受け入れる準備ができている。
	日常生活への自信	生活自立に向けて、退院後の問題解決に積極的である。在宅での生活・就労などに自信を持てる状態。障害の受け入れが出来ている。

注＊：一段目の（ ）内にはリハビリ場面で達成した日を記入してください。最終とは退院時の必要な介助量です。あてはまる介助量を「全介助・要介助・見守り」の中からチェックしてください。

（４）障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所なら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1 介助なしで車椅子に移乗し、食事・排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
	ランク C	一日中ベッド上で過ごし、排泄・食事・着替えにおいて介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力で寝返りもうてない

※判定に当たっては、補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない

4 運用方法

- （１）用紙は手書き用のみ用意しました。他の施設へ紹介されるときは必ず原本をお送りください。患者さん・家族には連携パス（患者用）のコピーを手渡してください。
- （２）急性期病院→連携先（回復期）病院
FAX で転院依頼を行う時は FAX 送信票にある「紹介患者基本情報」および主治医紹介状を、転院時には連携パス（患者用）、連携パス（医療者用）の原本と入院科以外の受診科の紹介状、看護・リハサマリーなどをお送りください。もし、FAX 送信以後に患者さんの症状等に変化があった場合には、その内容を記載した主治医からの紹介状を添えてください。
- （３）連携先（回復期）病院→生活期（医療機関・施設）
FAX 送信票にある「紹介患者基本情報」と連携パス（患者用）、連携パス（医療者用）の原本と主治医および他科の紹介状、看護・リハサマリーなどをお送りください。

(4) 生活期（医療機関・施設）

受診後1ヵ月に連携パス（患者用）、連携パス（医療者用）の原本の所定の欄に記入していただき、原本を連携先病院（回復期病院）に送り返してください。

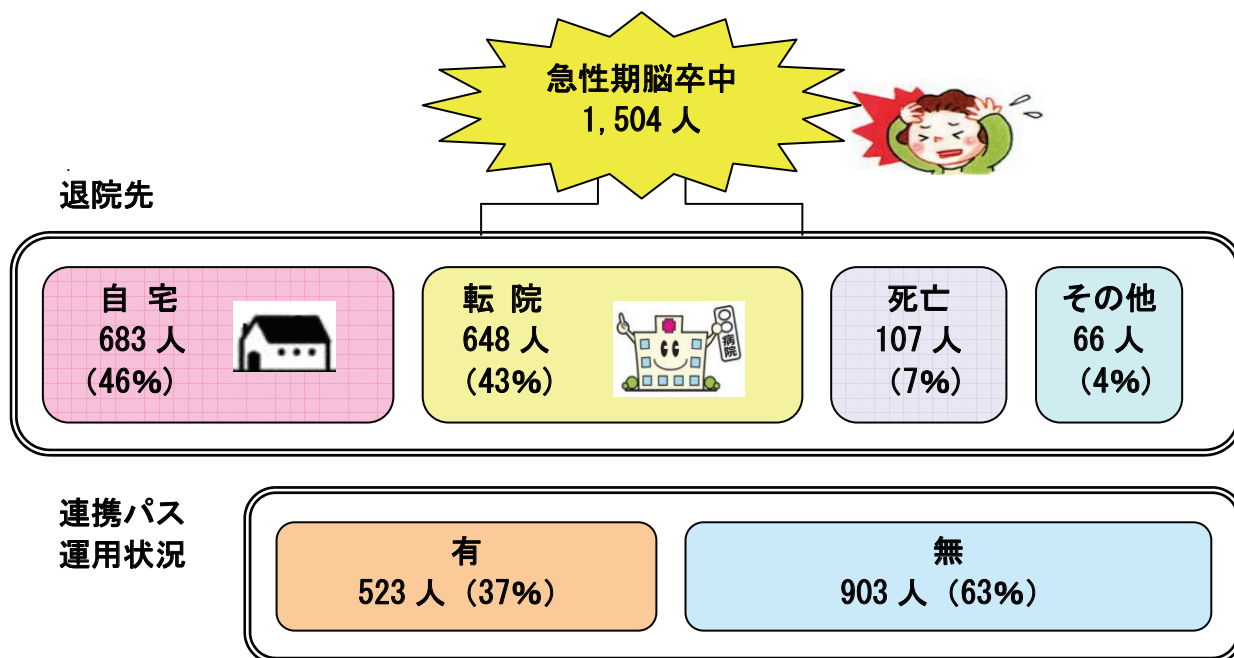
(5) その他（回復期から急性期への逆紹介の場合など）

再発や他の合併症の悪化などで紹介元病院などへ逆紹介した場合には、その時点でパスは終了します。その旨を急性期病院へ伝えてください。

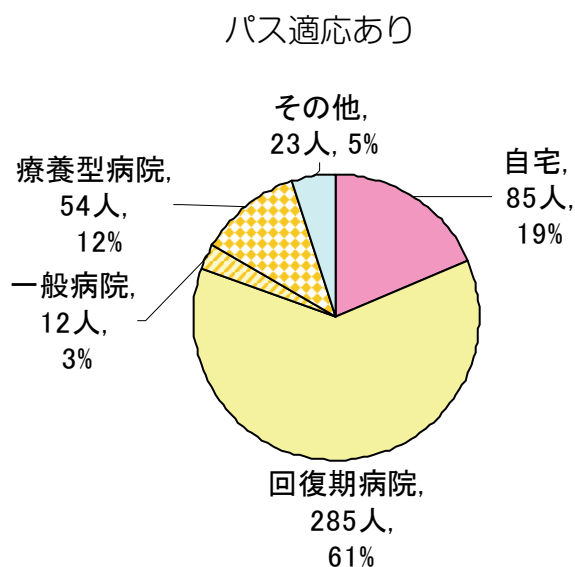
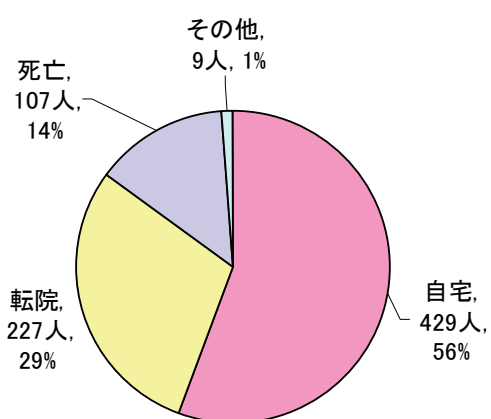
富山脳卒中地域連携パス運用状況（平成 20 年 4 月 1 日～平成 21 年 3 月 31 日）

（ア）急性期病院での転帰とパスの運用状況

急性期病院：済生会富山病院、富山赤十字病院、富山大学附属病院
富山県立中央病院、富山市民病院



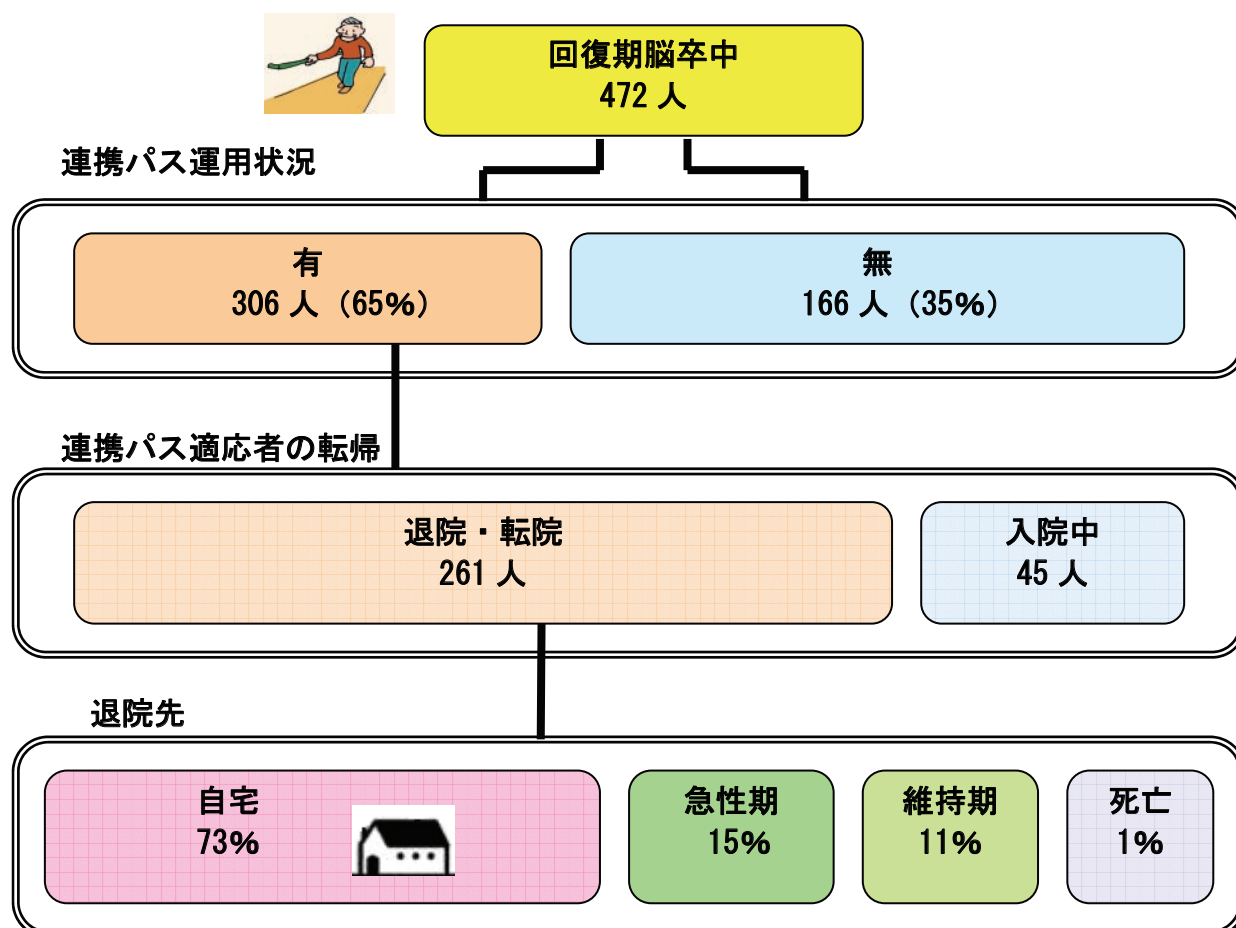
（イ）パスの適応の有無別による転帰



自宅復帰例は最初からパスの適応外としている病院が多い。

(ウ) 回復期病院での転帰とパス運用状況

回復期病院：アルペンリハビリテーション病院、高志リハビリテーション病院、
八尾総合病院



急性期病院への転院の理由として、脳卒中の再発、肺炎などの合併症によるもの

(工) 脳卒中患者の流れ

