

南河内圏域
脳卒中地域連携クリティカルパスの手引き
改訂 第5版

令和7年11月

南河内圏域 脳卒中地域連携クリティカルパス検討会 実務者会議

平成21年12月作成
平成26年3月末日改訂
平成27年3月 一部改訂
令和5年10月 一部改訂
令和7年11月 一部改訂

目次

はじめに

1. 目的	1
2. 地域連携パス導入のメリット	1
3. 地域連携パスで使用する書式	1
4. 運用する機関(一覧)	1
5. 対象	1
6. 運用の流れ	2
1)各ステージにおける運用	2
2)運用上の留意事項	2
7. 地域連携パスの記載方法	3
8. 用語の定義、解説	3
9. 参考資料	5

添付資料

- ・南河内圏域脳卒中地域連携クリティカルパスの手引き 改訂第5版
- ・南河内圏域脳卒中地域連携診療計画書(患者様用)
- ・南河内圏域脳卒中地域連携パス(医療者用)
- ・南河内医療機関マップ(脳卒中)

はじめに

南河内圏域では、脳卒中地域連携クリティカルパス小委員会での検討を経て、平成 19 年より地域連携パスの試験的運用が開始されました。以後、実務者間で様式や内容について協議を重ね、5回の改訂を経て現在に至っています。

運用開始から10年が経過し、急性期から回復期に流れるパスは着実に増加し、現在では南河内圏域の脳卒中発症患者の約 20%がパスを利用しています。しかし、回復期から維持期医療機関については殆ど流れていません。理由としては、「記載することに負担感が伴う」「運用がわかりづらい」「情報を正しく読み取れているのか不安」とする声等があり、積極的に利用されていない状況となっています。

そこで、こうした点に対応できるよう、今回『南河内圏域脳卒中クリティカルパスの手引き』を改訂することとなりました。

パス運用の理解や利用を促進し、関係者の負担感や不安の軽減を図ることで、本来の目的である急性期から維持期までの切れ目のない良質な医療を提供できる体制の構築の一助となる事を願っております。

関係者の皆さんには今後ともご協力をお願いいたします。

1. 目的

脳卒中発症からの患者情報を共有し、少しでも早く『患者・家族の望む姿』を実現するためのツールとして共通の様式を用いることにより、機関間の連携を深め、どの機関においても同様に質の高い医療を受けられることを目指す。

2. 地域連携パス導入のメリット

○患者側のメリット

- ・治療等の流れが理解しやすい
- ・治療経過が見え、治療意欲が向上する
- ・十分な説明が享受できる

○医療者側のメリット

- ・医療内容の標準化
- ・業務の改善、効率化の推進
- ・チーム医療、意識改革の推進
- ・診療の継続性の確保

3. 地域連携パスで使用する書式

○南河内圏域脳卒中地域連携診療計画書(患者様用)(以下「患者用シート」)

- ・患者・家族に診療計画を説明するためのツール。
- ・本シートを使用して入院時・転院時に説明し、患者・家族に渡す。

○南河内脳卒中地域連携パス(医療者用)(以下「医療者用シート」)

- ・急性期・回復期等病院及び維持期医療機関間の情報共有のためのツール。
- ・本シートは原則として急性期病院から発信され、転院時に次の医療機関及び紹介元急性期病院に送付する。

4. 運用する機関(一覧)

区分	南河内医療圏域	同 圏域外	
急性期病院	計画管理病院	城山病院、 大阪南医療センター	近畿大学病院
	その他急性期病院	明治橋病院	
回復期等病院	さくら会病院、榎本病院、 青山病院、富田林病院、金剛病院 寺元記念病院、青山第二病院 辻本病院	日野病院、いぶきの病院、 堺平成病院、ベルピアノ病院 阪和第二泉北病院	
維持期医療機関	圏域内診療所、施設等		

5. 対象

- ・脳卒中を発症し入院加療となったすべての患者のうち、医師が回復期リハビリテーションを必要と認めたもの。
(ただし、外傷、急性・慢性硬膜下血腫、TIA 含まず、検査入院患者、予防的手術患者は除外)
- ・患者・家族への説明により、パスによる治療計画に了承を得られたもの。

6. 運用の流れ

1) 各ステージにおける運用

	流れ	内容	使用する書式
急性期病院	入院	* パスの指示(担当医) * 発症前の日常生活機能評価(聞き取り)	医療者用シート
	説明と同意	* 患者・家族へ説明し、同意・署名	患者用シート
	転院先・転院日決定 日常生活機能評価	* 患者・家族へ診療計画説明 * 転院時の日常生活機能評価 (入院中に転院先病院は本人または家族と面談)	患者用シート 医療者用シート
	転院 (回復期等病院または維持期医療機関へ)	* 医療者用シートの確認 * 転院先へ右記書類を送付 * バリアンスの記録	医療者用シート 診療情報提供書 看護サマリーなど
回復期等病院	患者の受け入れ	* 患者・家族へ診療計画説明	患者用シート
	退院・転院 (維持期医療機関へ)	* 医療者用シートの確認 * バリアンスの記録 * 転院先へ右記書類を送付 * 紹介元急性期病院(計画管理病院)へ医療者用シートをコピーし送付	医療者用シート 診療情報提供書 看護サマリーなど
維持機関	地域での患者受け入れ	* 患者・家族へ転院後の診療計画説明 * 医療者用シートの内容を確認 * 急性期病院(計画管理病院)へ医療者用シートを送付	患者用シート 医療者用シート

2) 運用上の留意事項

- ・地域連携パスの取り扱いと保管・管理について、個人情報保護法を遵守する。
- ・医療者用シートの機関間での受け渡しは、郵送もしくは患者・家族や関係機関職員による手渡しで行う。具体的な受け渡し方法は、機関同士で連絡調整する。
- ・患者用シートは、患者・家族が保管する。
- ・主治医は医療者用シートとは別に、既存の診療情報提供書も作成する(記載内容は個人の裁量範囲で)。
- ・リハサマリー・看護サマリーは原則として併用しない。
- ・急性期病院が地域連携診療計画管理料を算定する場合は、入院後 7 日以内に診療計画の作成及び患者・家族へのパス運用についての説明を行い、同意を得る。
- ・維持機関が脳卒中地域連携診療報酬を算定する場合は、退院日の属する月の翌月までに医療者用シートを計画管理病院へ返送する。

7. 地域連携パスの記載方法

1) 患者用シート

- ・色つきの上 1/3 部分を中心に患者・家族に説明し、右下部に署名をもらう。
- ・各時期における家族の役割について各担当者から説明を行う。

2) 医療者用シート

共通事項

- ・択一選択、複数選択のいずれも、該当項目にチェックを入れる(□にレ印)。
- ・チェック項目にないものは文書で記載する。
- ・記載時期は、各医療機関の判断によるが、主に退院時を想定する。
- ・用紙の左端欄(主たる記載者)は職種を指定しているが、医療機関の実情に合わせて適宜変更可能。ただし各部分の「記載責任者」「パスの最終確認者」は各機関で決めておく。
- ・記載にあたっては、関与する職種が記載協力する。
- ・日付は、「平成★年○月▽日」を「○/▽」と記載する。なお、年始めは H★/ を前に挿入する。

項目別事項

<コメディカル:評価指標>

- ・FIM を記載する。
- ・各評価指標について該当項目にチェックを入れる(□にレ点)。
- ・BrStage、健側MMT、食形態(日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類に準ずる)、構音障害があれば発語明瞭度、認知機能評価を行った場合はその評価名と点数、疼痛があればその部位を各々記載する。
- ・自由記載欄は、上段の評価指標を踏まえた評価内容の追記や、リハビリの経過、リハビリの実施内容、今後の課題などを具体的に記載する。
- ・なお、「PT」「OT」「ST」間は、患者の個別性に応じて欄を超えて記入してもよい。

<MSW:家族状況>可能な範囲で記載する。

<看護師:ハリアンス>看護師担当としているが、その他の職種についても確認が必要である。パスの表紙にある基準に基づき必ず記載する。

8. 用語の定義、解説

用語	解説
JCS	<p>Japan Coma Scale</p> <p>日本で主に使用される意識障害分類である。覚醒度によって3段階に分け、それぞれをさらに3段階に細分化することから、3-3-9度方式とも呼ばれる。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><p>I. 覚醒している(1桁の点数で表現)</p><ul style="list-style-type: none">0 意識清明1 見当識は保たれているが意識清明ではない2 見当識障害がある3 自分の名前・生年月日が言えない<p>II. 刺激に応じて一時的に覚醒する(2桁の点数で表現)</p><ul style="list-style-type: none">10 普通の呼びかけで開眼する20 大声で呼びかけたり、強く揺るなどで開眼する30 痛み刺激を加えつつ、呼びかけを続けると辛うじて開眼する<p>III. 刺激しても覚醒しない(3桁の点数で表現)</p><ul style="list-style-type: none">100 痛みに対して払いのけるなどの動作をする200 痛み刺激で手足を動かしたり、顔をしかめたりする300 痛み刺激に対し全く反応しない</div>

	この他、R(不穏)・I(糞便失禁)・A(自発性喪失)などの付加情報をつけて、JCS 200-Iなどと表す。																								
NIHSS	<p>National Institute of Health Stroke Scale</p> <p>脳卒中重症度評価スケールのひとつである。各項目ともに点数が高いほど重症度も高くなり最大で 42 点となる。患者の観察から重症度を短時間で評価できる。脳梗塞の治療法である rt-PA 静注療法においては、rt-PA 静注中の 1 時間は 15 分ごと、その後は投与開始から 7 時間(投与後 6 時間)は 30 分ごと、その後 24 時間までは 1 時間ごとに NIHSS を施行するように管理指針が出ている。</p> <p>点数が ADL 障害を十分に反映しないことから modified rankin scale(mRS)、stroke impairment assessment set(SIAS)などを併用することがある。</p>																								
mRS	<p>modified Rankin Scale</p> <p>日常生活における障害の程度を介助の必要度から分類する評価尺度である。国際的に最も利用されている。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>modified Rankin Scale</th> <th>参考にすべき点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>まったく症候がない</td> <td>自覚症状および他覚徴候がともにない状態である</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>症候はあっても明らかな障害はない: 日常の勤めや活動は行える</td> <td>自覚症状および他覚徴候はあるが、発症以前から行っていた仕事や活動に制限はない状態である</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>軽度の障害:発症以前の活動がすべて行えるわけではないが、自分の身の回りのことは介助なしに行える</td> <td>発症以前から行っていた仕事や活動に制限はあるが、日常生活は自立している状態である</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>中等度の障害:何らかの介助を必要とするが、歩行は介助なしに行える</td> <td>買い物や公共交通機関を利用した外出などには介助*を必要とするが、通常歩行†、食事、身だしなみの維持、トイレなどには介助*を必要としない状態である</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>中等度から重度の障害:歩行や身体的要求には介助が必要である</td> <td>通常歩行†、食事、身だしなみの維持、トイレなどには介助*を必要とするが、持続的な介護は必要としない状態である</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>重度の障害:寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする</td> <td>常に誰かの介助*を必要とする状態である</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>死亡</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>*介助とは、手助け、言葉による指示および見守りを意味する。</p> <p>†歩行は主に平地での歩行について判定する。なお、歩行のための補助具(杖、歩行器)の使用は介助には含まない。</p>		modified Rankin Scale	参考にすべき点	0	まったく症候がない	自覚症状および他覚徴候がともにない状態である	1	症候はあっても明らかな障害はない: 日常の勤めや活動は行える	自覚症状および他覚徴候はあるが、発症以前から行っていた仕事や活動に制限はない状態である	2	軽度の障害:発症以前の活動がすべて行えるわけではないが、自分の身の回りのことは介助なしに行える	発症以前から行っていた仕事や活動に制限はあるが、日常生活は自立している状態である	3	中等度の障害:何らかの介助を必要とするが、歩行は介助なしに行える	買い物や公共交通機関を利用した外出などには介助*を必要とするが、通常歩行†、食事、身だしなみの維持、トイレなどには介助*を必要としない状態である	4	中等度から重度の障害:歩行や身体的要求には介助が必要である	通常歩行†、食事、身だしなみの維持、トイレなどには介助*を必要とするが、持続的な介護は必要としない状態である	5	重度の障害:寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする	常に誰かの介助*を必要とする状態である	6	死亡	
	modified Rankin Scale	参考にすべき点																							
0	まったく症候がない	自覚症状および他覚徴候がともにない状態である																							
1	症候はあっても明らかな障害はない: 日常の勤めや活動は行える	自覚症状および他覚徴候はあるが、発症以前から行っていた仕事や活動に制限はない状態である																							
2	軽度の障害:発症以前の活動がすべて行えるわけではないが、自分の身の回りのことは介助なしに行える	発症以前から行っていた仕事や活動に制限はあるが、日常生活は自立している状態である																							
3	中等度の障害:何らかの介助を必要とするが、歩行は介助なしに行える	買い物や公共交通機関を利用した外出などには介助*を必要とするが、通常歩行†、食事、身だしなみの維持、トイレなどには介助*を必要としない状態である																							
4	中等度から重度の障害:歩行や身体的要求には介助が必要である	通常歩行†、食事、身だしなみの維持、トイレなどには介助*を必要とするが、持続的な介護は必要としない状態である																							
5	重度の障害:寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする	常に誰かの介助*を必要とする状態である																							
6	死亡																								
FIM	<p>機能的自立度評価表(Functional Independence Measure)</p> <p>特に介護負担度の評価が可能であり、数ある ADL 評価法の中でも、最も信頼性と妥当性があると言われ、リハビリの分野などで幅広く活用されている。食事や移動などの“運動 ADL”13 項目と“認知 ADL”5 項目から構成され、各項目は 1 から 7 までの 7 段階で評価する。評価項目がすべて満点には 126 点、すべてが全介助の場合は 18 点となる。3)</p>																								
バリアンス	クリティカルパスで予想されたプロセスと異なる経過や結果(アウトカム)のこと																								
IC	<p>インフォームド・コンセント(informed consent)</p> <p>「正しい情報を得た(伝えられた)上での合意」を意味する概念。特に、医療行為(投薬・手術・検査など)や治験などの対象者(患者や被験者)が、治療や臨床試験・治験の内容についてよく説明を受け十分理解した上で(informed)、対象者が自らの自由意思に基づいて医療従事者と方針において合意する(consent)ことである。単なる「同意」だけでなく、説明を受けた上で治療を拒否することも IC に含まれる。説明の内容としては、対象となる行為の名称・内容・期待されている結果のみではなく、代替治療、副作用や成功率、費用、予後までも含んだ正確な情報が与えられることが望まれている。また、患者・被験者側も納得するまで質問し、説明を求めなければならない。</p>																								

9. 参考資料

1) ブルンストロームステージ(BRS: Brunnstrom Stage)

上肢

stage I: 弛緩性麻痺。

stage II: 上肢のわずかな随意運動。

stage III: 座位で肩・肘の同時屈曲、同時伸展。

stage IV: 腰の後方へ手をつける。肘を伸展させて上肢を前方水平へ挙上。肘 90° 屈曲位での前腕回内・回外

stage V: 肘を伸展させて上肢を横水平へ挙上、また前方頭上へ挙上、肘伸展位での前腕回内・回外。

stage VI: 各関節の分離運動。

手指

stage I: 弛緩期(完全麻痺)。

stage II: 指の屈曲不能、または僅か可能。

stage III: 手指集団にぎり、鉤形にぎり可能。ただし指の随意伸展不能。(反射的には可能かもしれない)。

stage IV: 横つまみ可能。母指外転によるつまみ開きが可能。半ば随意的な手指進展可能。ただし不十分。

stage V: 先端つまみ可能、円柱にぎり、球形にぎり可能だが、下手で実用性が少ない。随意的な手指伸展はかなり可能。

stage VI: すべてののにぎり、つまみが可能。巧緻性向上し随意的な手指伸展完全に可能。個別の手指運動ができるが、反射が側よりわずかに劣る。

下肢

stage I: 弛緩性麻痺。

stage II: 下肢のわずかな随意運動。

stage III: 座位、立位での股・膝・足の同時屈曲。

stage IV: 座位で足を床の後方へすべらせて、膝を 90° 屈曲。踵を床から離さずに随意的に足関節背屈。

stage V: 立位で股伸展位、またはそれに近い肢位、免荷した状態で膝屈曲分離運動。立位、膝伸展位で、足を少し前に踏み出して足関節背屈分離運動。

stage VI: 立位で、骨盤の挙上による範囲を超えた股外転。座位で、内・外側ハムストリングスの相反的活動と、結果として足内反と外反を伴う膝を中心とした下腿の内・外旋。

2) 嚥下調整食学会分類 2021

学会分類 2021 (食事) 早見表

コード 【1-8 項】	名称	形態	目的・特色	主食の例	必要な咀嚼能力 【1-10 項】	他の分類との対応 【1-7 項】
0	j 嚥下訓練食品 0j	均質で、付着性・凝集性・かたさに配慮したゼリー 離水が少なく、スライス状にすることが可能なもの	重度の症例に対する評価・訓練用 少量をすくってそのまま丸呑み可能 残留した場合にも吸引が容易 たんばく質含有量が少ない		(若干の送り込み能力)	嚥下食ピラミッド L0 えん下困難者用食品許可基準 I
	t 嚥下訓練食品 0t	均質で、付着性・凝集性・かたさに配慮したとろみ水 (原則的には、中間のとろみあるいは濃いとろみ*のどちらかが適している)	重度の症例に対する評価・訓練用少量ずつ 飲むことを想定 ゼリー丸呑みで誤嚥したりゼリーが口中で溶けてしまう場合 たんばく質含有量が少ない		(若干の送り込み能力)	嚥下食ピラミッド L3 の一部 (とろみ水)
1	j 嚥下調整食 1j	均質で、付着性、凝集性、かたさ、離水に配慮したゼリー・プリン・ムース状のもの	口腔外で既に適切な食塊状となっている (少量をすくってそのまま丸呑み可能) 送り込み際に多少意識して口蓋を舌を押しつける必要がある 0j に比し表面のざらつきあり	おもゆゼリー、ミキサー粥のゼリーなど	(若干の食塊保持と送り込み能力)	嚥下食ピラミッド L1・L2 えん下困難者用食品許可基準 II UDF 区分 かまなくてもよい (ゼリー状) (UDF: ユニバーサルデザインフード)
2	1 嚥下調整食 2-1	ビュール・ペースト・ミキサー食など、均質でなめらかで、べたつかず、まとまりやすいもの スプーンですくって食べることが可能なもの	口腔内の簡単な操作で食塊状となるもの (咽頭では残留、誤嚥をしくいように配慮したもの)	粒がなく、付着性の低いペースト状のおもゆや粥	(下顎と舌の運動による食塊形成能力および食塊保持能力)	嚥下食ピラミッド L3 えん下困難者用食品許可基準 III UDF 区分 かまなくてもよい
	2 嚥下調整食 2-2	ビュール・ペースト・ミキサー食などで、べたつかず、まとまりやすいもので不均質なものも含む スプーンですくって食べることが可能なもの		やや不均質 (粒がある) でもやわらかく、離水もなく付着性も低い粥類	(下顎と舌の運動による食塊形成能力および食塊保持能力)	嚥下食ピラミッド L3 えん下困難者用食品許可基準 III UDF 区分 かまなくてもよい
3	嚥下調整食 3	形はあるが、押しつぶしが容易、食塊形成や移送が容易、咽頭でばらけず嚥下しやすいように配慮されたもの 多量の離水がない	舌と口蓋間で押しつぶしが可能なもの押しつぶしや送り込みの口腔操作を要し (あるいはそれらの機能を賦活し)、かつ誤嚥のリスク軽減に配慮がなされているもの	離水に配慮した粥など	舌と口蓋間の押しつぶし能力以上	嚥下食ピラミッド L4 UDF 区分 舌でつぶせる
4	嚥下調整食 4	かたさ・ばらけやすさ・貼りつきやすさなどのないもの 箸やスプーンで切れるやわらかさ	誤嚥と窒息のリスクを配慮して素材と調理方法を選んだもの 歯がなくても対応可能だが、上下の歯槽間で押しつぶすあるいはすりつぶすことが必要で舌と口蓋間で押しつぶすことは困難	軟飯・全粥など	上下の歯槽提問の押しつぶし能力以上	嚥下食ピラミッド L4 UDF 区分 舌でつぶせる および UDF 区分 歯槽間でつぶせる および UDF 区分 容易にかめるの一部

出典: 日本摂食嚥下リハ学会 HP ホームページ:

<https://www.jsdr.or.jp/wp-content/uploads/file/doc/classification2021-manual.pdf>