

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3版

平成27年3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

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	4

添付資料

- ・南河内 脳卒中地域連携パス（医療者用）記載の手引き
- ・南河内脳卒中地域連携パス初期情報シート
- ・南河内圏域脳卒中地域連携診療計画書（患者様用）
- ・南河内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）
- ・南河内 脳卒中地域連携パス（医療者用）記載の手引き
- ・南河内 脳卒中地域連携パス（医療者用）記載見本

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、数回の改訂を経て現在に至っています。

運用開始から5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

○南河内脳卒中地域連携パス初期情報シート(以下「初期情報シート」)

- ・急性期病院から回復期等病院へ転院する際に、受け入れを問合せするためのツール。

○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	田辺脳神経外科病院、城山病院、 近畿大学医学部附属病院、 大阪南医療センター	近畿大学医学部堺病院
	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、 藤本病院、富田林病院、金剛病院、 青葉丘病院、寺元記念病院 青山第二病院	八尾はあとふる病院、 日野病院、いぶきの病院
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、医師が必要と認めたもの。
(ただし、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
	転院先検討	* 連携病院へFAX	初期情報シート
	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 * バリエーションの記録	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 * バリエーションの記録 * 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
医療機関 維持期	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)。
- ・看護サマリーは各領域での専門的な内容を把握する必要性が高いため、パスと併用で使用する(内容が重複しないようにする)。
- ・リハ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。
- ・維持期医療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) 初期情報シート

- ・ 情報提供日と発信病院、受診病院及び太字囲みの項目は必ず記入する。
- ・ FAXでは患者名はイニシャルで記載し、受け入れ確定後、電話で患者氏名を伝える。
- ・ 主病名以外の「治療中の疾患等」は、現在把握している状況等を出来るだけ正確に記入する。
- ・ FAXを受けた機関は、受け入れ可否を記入し、3日以内に返信する。
- ・ 病状により受け入れの検討を要する場合は、その旨をコメント欄に記載し返信する。

2) 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。

3) 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）。
- ・ 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、年始めは卅★/を前に挿入する。

項目別事項

<コメディカル：評価指標> FIM, mRs を記載する。

記載者の負担を減らすためリハサマリーを兼ねることができるようフリー記載としている。

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（そのため、破線で区切っている）。

<MSW：家族状況> 可能な範囲で記載する。

<看護師：服薬> 「薬剤師」により実施された場合はその旨記入する（例：薬）。

<看護師：安静度> 可能な限り、日付を記載する。

<看護師：バリアス> 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（監修：前 大阪南医療センター 脳卒中センター部長 橋川 一雄先生）

用語	解説																								
JCS	<p>Japan Coma Scale 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） 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> <p>II. 刺激に応じて一時的に覚醒する（2桁の点数で表現） 10 普通の呼びかけで開眼する 20 大声で呼びかけたり、強く揺するなど開眼する 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> <p>III. 刺激しても覚醒しない（3桁の点数で表現） 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</p> </div> <p>この他、R（不穩）・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。 ¹⁾</p>																								
NIHSS	<p>National Institute of Health Stroke Scale 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。 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>																								
SIAS	<p>Stroke Impairment Assessment Set（脳卒中機能障害評価法） “さいあす”と読む。脳卒中の機能障害を定量化するための総合評価セット。9種類の機能障害に分類される22項目からなり、各項目とも3あるいは5点満点で評価する。障害がまったくない場合0点となりすべてが最重症の場合は126点となる。①多面的な脳卒中機能障害の評価項目として必要かつ最小限の項目を含む。② 検者一人で簡単に短時間で評価できる。③各項目が単一のテストによって評価できる。④非麻痺側機能を含んだ総合評価セットである。といった特徴がある。</p>																								
mRS	<p>modified Rankin Scale 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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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。 † 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めない。 ²⁾</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																								

BI	<p>Barthel Index (機能的評価)</p> <p>日常生活動作 (ADL) を評価する方法のひとつ。食事、移乗などの10項目を、それぞれ自立、部分介助など数段階の自立度で評価する。レベル分けの基準が項目ごとに具体的に設定されているため、理解しやすく簡単に使用でき、広く活用されている。自立度に応じて点数を設定しており、完全に自立している場合は100点になる。目安として、総合点数が40点以下ならほぼすべての項目に介助が必要、60点以下では起居移動動作を中心に介助が必要だと推測することができる。</p>
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	<p>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</p>
PT-INR	<p>プロトロンビン時間-国際標準化比率の英文略記で、血液の固まりやすさを表す指標の一つ。標準は1.0で、数字が大きくなるほど血液が固まりにくいことを意味する。主にワーファリンの投与量を調節するための評価指標として用いられる。日本では2.0~3.0が勧められているが、70歳以上のNVAF患者では出血の危険性を配慮して1.6~2.6にすることが推奨されている。</p>
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) や試験などの対象者 (患者や被験者) が、治療や臨床試験・試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>

© iPad 無料アプリ「SYNAPSE ERm」を用いると、JCS、mRS、BI、NIHSS を自動計算できます。

※用語によっては、最もわかりやすい文献を探した結果、あえてウィキペディアを引用・参考としたものもあります。

引用文献 (最終アクセス日: 全て平成26年3月13日)

- 1) st-medica「JCS ジャパン・コーマ・スケール Japan Coma Scale」
<<http://www.st-medica.com/2012/04/japan-coma-scalejcs.html?m=1#!/2012/04/japan-coma-scalejcs.html>>
- 2) 日本脳卒中学会「脳卒中治療ガイドライン2009」<<http://www.jsts.gr.jp/main08a.html>>
- 3) 看護roo!「看護用語辞典 ナースpedia」 「バリアンス」
<<https://kango.919.co.jp/word/%E6%A5%AD%E7%95%8C%E7%94%A8%E8%AA%9E/%E3%83%90%E3%83%AA%E3%82%A2%E3%83%B3%E3%82%B9/>>

参考文献 (最終アクセス日: 全て平成26年3月13日)

- 1) ウィキペディア (Wikipedia): フリー百科事典「JCS」<http://ja.wikipedia.org/wiki/Japan_Coma_Scale>
- 2) ウィキペディア (Wikipedia): フリー百科事典「NIHSS」<<http://ja.wikipedia.org/wiki/NIHSS>>
- 3) 日経メディカルオンライン「ストロークスケール」
<<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/all/special/stroke08/keyword/200803/505755.html>>
- 4) 慶応義塾大学 医学部 リハビリテーション医学教室「SIAS脳卒中機能評価法」<<http://www.keio-reha.com/sias/>>
- 5) 国立国会図書館「レファレンス協同データベース レファレンス事例詳細」
<http://crd.ndl.go.jp/reference/modules/d3ndlcrdentry/index.php?page=ref_view&id=1000027614>
- 6) 医療法人社団茜会「FIM」<<http://www.akanekai.jp/Functional%20Independence%20Measure.html>>
- 7) 太田医院「いろいろなQ&A PT-INRとは?」<<http://www.ohtaoffice.jp/iroiroqa/2010/04/13/11.php>>