

神奈川県東部脳卒中連携クリニカルパス運用マニュアル（急性期）

H20.4.月作成

H23.8 月

1. 地域連携パスの適応は、急性期の治療経過の段階にあるリハビリカンファレンスの中で、最終決定は医師にある
急性期病院の退院／転院基準
 - 1) 疾患の診断が確定している
 - 2) 急性期治療が終了している
 - 3) 急性期の病状が安定している
 - 4) 治療方針が確定していること脳卒中地域連携パスのルール（回復期以降）
 - 1) 在宅になったらパス終了
 - 2) 急性期病院へ転院したらパス終了
 - 3) 特老が決定したら療養型でパス終了
 - 4) 死亡でパス終了
2. 回復期病院への転院日時が決定した時点で、SW が電子カルテメールで関連コメディカルに患者情報を配信する
：内容）患者名、ID、病棟名、転院先回復期病院名、転院日情報など
*主治医は看護師へ伝えること
3. 同パス参加コメディカルメンバー
医師・看護師・理学療法士・言語聴覚士・作業療法士・栄養士・SW
地域医療連携部 *薬剤師：今後検討予定
4. 各コメディカルは、転院日前日までに（原則）パス（急性期部分）の記入（テンプレート）をする。
テンプレートは、記録の SOAP 欄の O 項目を右クリックして開く
具体的記入内容と担当者は、別紙参照のこと
5. 地域連携パスは、基本的に紙運用である。転院当日までにクリニカルパス専任がテンプレートから紙（連携シート）への記入をする
6. 記入されたパスは、病棟クラークがスキャナし、1 枚コピーをとって、患者ファイルに保管。原本を患者へ渡す（診療情報管理部承認済み）
7. 転院時、必要な書類
神奈川県東部脳卒中連携パス・日常生活機能評価表
上記の書類を通常、退院・転院時に必要な書類に加える
：これらは、今後パス内の診療情報の質と量の見直し後、改善していく

急性期 (病院)

主治医 () □ 在宅 ()
 発症日 () □ 回復期リハ病院 ()
 ID () □ 療養型病床群 ()
 入院日 () □ 老人保健施設 ()
 退院日 () □ グループホーム・ケアハウス ()
 在院日数 () □ クリニック ()

ADL	入院前	入院時	退院時	回復期のリハを選択してください
mRS				A 短期リハコース (mRS1~3: 第1ヵ月)
BI				B 一般リハコース (mRS4: 1~3ヵ月)
FIN				C 特殊リハコース (mRS5: 第1~6ヵ月)

(※ A, B, Cに○を付けてください)

[急性期治療]

- 脳梗塞 ラクナ梗塞 tPA
- アテローム血栓症 ヘパリン
- 脳塞栓 抗血小板療法
- その他 ()
- 脳出血 被蓋出血 保存的療法
- 出血量 () ml 視床出血 定位的血腫除去術
- 皮質下出血 開頭血腫除去術
- 小脳・脳幹出血 その他 ()
- くも膜下出血 脳動脈瘤 クリッピング
- AVM スパズム
- 水頭症 (VPS, LPS)
- その他 ()

[まだ治療中の合併症]

() () [かかりつけ医]

[脳卒中地域連携パスのルール]

- ① 在宅になったらパス終了
- ② 急性期病院へ転院したらパス終了
- ③ 持老が決定したら療養型でパス終了
- ④ 死亡でパス終了
- ⑤ 入院中は何かあってもパスは続きます (パスのコースを変更して下さい)

回復期リハ (

主治医 ()
 ID ()
 入院日 ()
 退院日 ()
 在院日数 ()

[リハコース・ADL]

ADL	R	入院時	1	2	3
A					
B					
C					
mRS					
BI					
FIN					
果介機使					

日常生活機能評

急性期退院時	合計点
回復期退院時	合計点

(※ A, Bに○を付けてください)

[エンドポイント]

- [入院]
- 急性期病院へ転院 脳
 - () 病院
 - (原因 ()) 肺
 - 死亡 (原因 ()) そ

在宅 《主治医 (

(急性期・回復期・維持期・クリ
 ID () 通
 来院日 () 訪
 通

有床ケア入院 (

主治医 ()
 ID ()
 入院日 ()
 退院日 ()
 在院日数 ()

No2. 医師が記載

テンプレートは、No1、No2 シートに忠実に作成しておりますので
 関係職種の皆様は、当マニュアルを参考に記入をお願いいたします。

日常生活機能評価(急性期)について

急性期医療の責任

要介護を急性期で防ぐ

不可逆期に入ってからのリハビリテーションでは、機能の向上はわずかししか望めない。そこで、急性期の治療プロセスのあり方が問われるのである。

：退院時の機能レベルは、アウトカム指標のひとつである。

上記により同パスも機能レベルを評価することになる。地域連携パスに関する機能評価表は厚生労働省の提示しているもの（別紙）を使用する。

*テンプレート（別紙あり）入力：記入者は、理学療法士・作業療法士とする。



	急性期		回復期リハ — 維持期リハ	
	発症 — 2W	3-4W (回復期リハ)	2 M	3 M
(経過) (パス)	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 大動脈出血 <input type="checkbox"/> 脳脊髄液出血 <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤破裂 <input type="checkbox"/> 脳静脈血栓症 <input type="checkbox"/> 脳脊髄液漏れ	<input type="checkbox"/> 急性期ケリカス <input type="checkbox"/> リハコース選抜 (A, B, C) <input type="checkbox"/> リハコース説明	<input type="checkbox"/> リハコース選抜・説明 (A, B, C)	<input type="checkbox"/> リハコース選抜・説明 (A, B, C)
(リハ) (継続)	<input type="checkbox"/> リハ計画 <input type="checkbox"/> リハカンファレンス <input type="checkbox"/> mRS () <input type="checkbox"/> BI () <input type="checkbox"/> FIM () <input type="checkbox"/> A 在宅コース (0-2ヶ月) <input type="checkbox"/> B 在宅コース (2-3ヶ月) <input type="checkbox"/> C 重症コース (3-5ヶ月) <input type="checkbox"/> 在宅復帰 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 排泄障害 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 排泄障害 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 排泄障害	<input type="checkbox"/> mRS () <input type="checkbox"/> BI () <input type="checkbox"/> FIM () <input type="checkbox"/> 在宅コース (0-2ヶ月) <input type="checkbox"/> 在宅内歩行訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 在宅コース (2-3ヶ月) <input type="checkbox"/> 在宅内車椅子訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 重症コース (3-5ヶ月) <input type="checkbox"/> 在宅訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 在宅復帰管理 (在宅復帰が改善したら重症コースへ) <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 排泄障害 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 排泄障害 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 排泄障害	<input type="checkbox"/> リハ計画 <input type="checkbox"/> リハカンファレンス <input type="checkbox"/> mRS () <input type="checkbox"/> BI () <input type="checkbox"/> FIM () <input type="checkbox"/> 在宅訓練 <input type="checkbox"/> E-ADL訓練 <input type="checkbox"/> 在宅内歩行自立 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 在宅訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 在宅訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 在宅訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 在宅訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 在宅訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 在宅訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 在宅訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練	<input type="checkbox"/> リハ計画 <input type="checkbox"/> リハカンファレンス <input type="checkbox"/> mRS () <input type="checkbox"/> BI () <input type="checkbox"/> FIM () <input type="checkbox"/> 在宅訓練 <input type="checkbox"/> E-ADL訓練 <input type="checkbox"/> 在宅訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 在宅訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 在宅訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 在宅訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 在宅訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 在宅訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 在宅訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練
(経過) (看護)	医師			
(経過) (栄養)	看護師			
(経過) (栄養)	栄養士			
(経過) (栄養)	言語聴覚士			
(経過) (栄養)	医師			
(経過) (栄養)	SW			
(経過) (栄養)	理学療法士・作業療法士			
(経過) (栄養)	*急性期=回復期リハ *回復期=維持期リハ			

急性期

医師

看護師

栄養士

言語聴覚士

医師

SW

理学療法士・作業療法士

リハビリができることとします。
 施設・病院で維持リハに移行できるレベルになった時期