

ひろしま脳卒中地域連携パス移行後の 脳卒中地域連携クリニカルパス ガイドライン(2020 年度改定)

1. 脳卒中地域連携クリニカルパス

急性期病院から回復期、維持期に至る地域完結型の治療の流れをわかりやすく説明し、各病期を担当する医療機関もしくは在宅療養への移行をスムーズにするためのものである。

2. 脳卒中地域連携クリニカルパスの目的

- 切れ目のない医療・介護連携体制の構築
- 脳卒中の患者が安心して日常生活に復帰できる
- 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
- 脳卒中の治療とリハビリテーション継続による地域全体の脳卒中の再発予防と重症化防止

3. 参加施設

備後地域における脳卒中地域連携に関わる医療機関、介護関連事業所等であること。この条件については、以下に記す【登録機関の条件】に準ずるものとする。

また、診療報酬を算定できない機関、他の医療圏についても参加を妨げない。すべての参加施設は、脳卒中地域連携クリニカルパス窓口担当者を設置する。各地域における医師会、行政などと連携を行い、参加依頼を勧める。

【登録機関の条件】

- 備後地域における地域連携に賛同し、協力連携する脳卒中に関わる医療機関や介護関連事業所、行政等であること
- 脳卒中地域連携クリニカルパスの運用に係る診療報酬の算定を行う医療機関は、該当する診療科について中国四国厚生局に届け出をし、広島県医療計画において、脳卒中に係る医療提供体制を担う医療機関として記載にされていること

1) 急性期を担う施設(計画管理病院)

急性期の診断と治療を行い、全身状態の安定を図る施設

対象 広島県の脳卒中に関する医療機関リストに記載されている医療機関

2) 回復期を担う施設(第2段階目の保険医療機関等)

機能障害の改善と日常生活動作の向上を図る。また地域と連携を行う施設

対象 広島県の脳卒中に関する医療機関リスト記載にされている医療機関ならびに介護老人保健施設

※ 急性期施設から直接介護老人保健施設に入所した場合、介護老人保健施設は、回復期施設として運用

3) 維持期を担う施設(第3段階目の保険医療機関等)

生活機能の維持・向上とともに再発予防を図る施設

〔施設〕対象 医療療養病院、介護老人保健施設、介護療養型医療施設

※ 回復期施設から介護老人保健施設に入所した場合、介護老人保健施設は、維持期施設として運用

〔在宅〕対象 かかりつけ医療機関ならびに上記施設以外の居宅介護支援事業所等介護サービス事業者等

4. 参加施設の義務

- 1) 年3回の「地域医療連携を考える会」、年1回の「シンポジウム」へは積極的に参加
- 2) 地域連携クリニカルパスの運営に参画
- 3) 地域連携クリニカルパスの課題抽出、改定などに積極的に参加
- 4) 施設内で情報を共有し、施設の代表者会議へ積極的に参加
- 5) 個人情報保護の遵守

5. 脳卒中地域連携クリニカルパスの運用

1) パスの適応について

[1] 適応患者

脳卒中を発症し急性期病院に入院となったすべての患者。

- ①急性期病院から転院・転所する全症例に使用する。ただし、患者(患者自身が意思表示できない場合は家族)の同意を得られない場合を除く。

[2] パスの中止について

①バリエーションが発生し、連携パスを中止する場合

- 死亡の場合
- 患者(患者自身が意思表示できない場合は家族)の意思で、撤回書が提出された場合
- 経過中、合併症・他疾患などの治療で、連携パスの継続が困難になった場合

②バリエーションはあるが、連携パスの運用はそのまま継続する場合

- 経過中、再発・合併症・他疾患などの治療の必要はあるが、連携パスの継続が可能な場合
- 急性期病院から、急性期病院へ転院し、回復期病院へ転院した場合
- 急性期病院から、回復期病院へ転院し、さらに他の回復期病院へ転院した場合
- 急性期病院から、直接退院した場合(他の診療報酬の対象)

※バリエーション発生の場合は、①②とも報告する。

※地域診療連携加算は、脳卒中が主病名で連携パスが運用され、連携病院へ転院した場合に請求できる。

2) パスの同意、撤回について

- [1] ひろしま脳卒中地域連携パスの利用に関しては、「ひろしま脳卒中地域連携パスに関する説明書・同意書」を用いて急性期(計画管理)病院が行う。またこのパスについては、利用途中であっても、患者(患者自身が意思表示できない場合は家族)が撤回の意思がある場合、撤回書を提出することにより、撤回できることをあわせて説明する。
- [2] 患者から同意を得た急性期病院は、同意書を診療録に貼付する。
- [3] 撤回書が提出された医療機関は、当該患者の連携パス運用医療機関に撤回の旨を連絡し、登録解除を行う。撤回書は、同意書と同様に診療録に貼付する。

3) 脳卒中地域連携クリニカルパス・入退院基準

- [1] 急性期病院退院基準
危機を脱出し、全身状態が安定している。
- [2] 回復期病院入院基準
回復期のリハビリテーションを行うことにより、障害改善が見込まれる。
- [3] 回復期病院退院基準
障害改善が安定し、在宅復帰あるいは入所等の準備が整っている。
- [4] 維持期病院入院基準
 - 急性期・回復期の治療を終了している。
 - 現状では自宅、維持期施設での生活は困難であり、医療機関で医学的管理を行う必要がある。
- [5] 在宅への退院基準
 - 急性期・回復期の治療を終了している。
 - 自宅での生活が可能な身体・認知能力である。
 - 在宅でのリハビリテーション・ケアを理解し同意している。
- [6] 施設入所基準
 - 急性期・回復期の治療を終了している。
 - 現状では自宅での生活が困難である。
 - 転院先の施設等でもリハビリテーション・ケアを行う必要がある。

4) 機能別役割

[1] 急性期病院

脳卒中急性期治療に主眼が置かれ、患者の全身状態把握や点滴など、急性期治療の流れが示された疾患ごとのクリニカルパスにより、「疾病」中心に治療を行う。

パスの目的は、適切に検査・治療を行うことで時間とコストを効率化しエビデンスに基づく治療の標準化を目指すと共に質の向上を図ることにある。パスは、多職種により作成され患者に関する内容が時系列的に同時に表記されることからチームアプローチの有用なツールである。

【手順】

- ① 急性発症した脳卒中患者が入院したら、7日以内にひろしま脳卒中地域連携パスの説明を行い、同意書にサインをもらう。
- ② 同意書とともに撤回書についても説明する。
※撤回書は、同意書を提出した医療機関へ提出される。
- ③ 説明者は、署名をもらった同意書を診療録に貼付する。
- ④ 各急性期治療のパスにそって治療を行った後、退院・転院調整を行う。
- ⑤ 退院・転院時、備後脳卒中地域連携パスの記載を行い、CD等を使用し紙媒体と併せて転院先へ送付する。
- ⑥ 退院時患者家族へ説明し、診療録へ記載・添付する。

[2] 回復期病院・施設

患者の運動麻痺や失語症などの機能障害、歩行能力や日常生活活動(ADL)などの能力低下に対する治療が主体となる。それらの評価をもとに作成されたリハビリテーションプログラムに基づいて、リハビリテーション治療が行われる。評価・予後予測・プログラム作成・実施・検証・再評価といったプロセスを実施することで、設定した個別の目標への到達を目指す。

【手順】

- ① 急性期病院から受け取ったパスを取り入れ確認する。
- ② 回復期入院時の情報を入力し、ひろしま脳卒中地域連携パス・回復期について説明する。
- ③ 各回復期治療のパスに沿って治療しながら、退院・転院調整を行う。
- ④ 退院後の施設・介護支援専門員等と連携する。
- ⑤ 原則として、訪問指導やカンファレンス等を実施する。
- ⑥ 退院時、情報提供し、継続した治療・リハビリテーション支援を行う。
- ⑦ 急性期へ連携パスを返信し、回復期退院時地域連携パスをかかりつけ医、介護支援専門員へ配布する。(CD・紙媒体等随時対応)
- ⑧ 急性期から届いたCDまたはネットワークを通じてパスを返信する。
- ⑨ 同時に、維持期(生活期)へパスを準備し、CDまたは紙媒体で配布する。
- ⑩ 退院時、患者家族に説明し、診療録に記載・添付する。
- ⑪ 脳卒中発症1年後の受診を勧奨する。

[3] 維持期病院・施設

「生活」をキーワードとして、福祉サービスを活用しつつ、かかりつけ医を中心に原病の再発予防や併存疾患の管理、歩行能力やADLの低下防止を目的に、ケアプランおよびリハビリテーション実施計画書に基づいて、リハビリテーションマネジメントを行う。

【手順】

- ① 急性期または回復期病院から受け取ったパスを取り入れ、確認する。
- ② 維持期入院時の情報を入力する。
 - 急性期病院から転院の場合
ひろしま脳卒中地域連携パス・回復期について説明。回復期のパスに記載する。
 - 回復期病院から転院の場合
ひろしま脳卒中地域連携パス・生活期について説明。生活期のパスに記載する。
- ③ パスに沿って治療しながら、退院・転院調整を行う。
- ④ 退院後の施設・介護支援専門員等と連携する。
- ⑤ 必要時、訪問指導、カンファレンス等を実施する。
- ⑥ 退院時 情報提供を行い、継続した治療・リハビリテーション支援を行う。
- ⑦ 急性期へ連携パスを返信し、維持期退院時地域連携パスをかかりつけ医、介護支援専門員へ配布する。
※急性期・回復期から届いた CD またはネットワークを通じてパスを返信する。同時に、次の生活期へパスを準備し、CD または紙媒体で配布する。
- ⑧ 脳卒中発症1年後の受診を勧奨する。

[4] 生活期(在宅)

「生活」を維持し、さらに「いきがい」「楽しみ」「役割」等を取り入れ、福祉サービスを活用しつつ、かかりつけ医を中心に原病の再発予防や併存疾患の管理、歩行能力やADL の低下防止を目的にケアプランおよびリハビリテーション実施計画書に基づいて、リハビリテーションマネジメントを行う。

【かかりつけ医手順】

- ① 急性期または回復期病院・維持期病院から受け取ったパスを取り入れ確認する。
- ② ひろしま脳卒中地域連携パス・生活期について説明する。
- ③ 退院後の施設・介護支援専門員等と連携する。
- ④ 生活期で落ち着いた3カ月を目途に、ひろしま脳卒中地域連携パス(生活期)を記載して急性期病院に返信し、受診状況を報告する。
- ⑤ 必要時、担当者会議・カンファレンス等を実施または参加する。
- ⑥ 急性期へ「受診状況報告書」を返信する。
※ 急性期・回復期から届いた CD またはネットワークを通じてパスを返信する。
- ⑦ 脳卒中発症1年後の受診を勧奨する。または、1年後評価を自院にて行い(MRI・FIM 等) 計画管理病院に報告する。

【介護支援専門員手順】

- ① 急性期または回復期病院から受け取ったパスを取り入れ確認する。
- ② 退院後かかりつけ医・介護サービス事業所等と連携する。
- ③ 担当者会議・カンファレンス等を実施し、継続した支援を行う。

2015.3 作成

2019.9 改定

2020.4 改定

- ④ 生活期で落ち着いた3カ月を目途に、ひろしま脳卒中地域連携パス(生活期)の記載に協力し、かかりつけ医に急性期(計画管理)病院に報告を勧奨する。
- ⑤ 脳卒中発症1年後の受診を勧奨する。または、1年後評価を記載し、急性期(計画管理)病院に報告する。

[5] 情報の収集(パスデータ)

- ① 連携パス管理シートにデータを入力し、年度の集計を3月に事務局に送信する。
- ② 年次報告を年1回の「地域医療連携を考える会」で公表する。
- ③ 事務局が保有する集計データが必要な場合は、使用する理由等を申し出て許可を得る。

