

# 地域連携クリティカルパスとは

## ● クリティカルパスとは

- クリティカルパスとは、良質な医療を効率的、かつ安全、適正に提供するための手段として開発された診療計画表。
- もともとは、1950年代に米国の工業界で導入されはじめ、1990年代に日本の医療機関においても一部導入された考え方。
- 診療の標準化、根拠に基づく医療の実施（EBM）、インフォームドコンセントの充実、業務の改善、チーム医療の向上などの効果が期待されている。

## ● 地域連携クリティカルパスとは

- 急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるもの。
- 診療にあたる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けることができるようにするもの。
- 内容としては、施設ごとの診療内容と治療経過、最終ゴール等を診療計画として明示。
- 回復期病院では、患者がどのような状態で転院してくるかを把握できるため、改めて状態を観察することなく、転院早々からリハビリを開始できる。
- これにより、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現する。

今後の脳卒中の医療体制は、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれらの医療機関間の連携により、医療から介護サービスまでが連携し継続して実施される体制を構築することが重要。

### (1) 発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制

- 発症後2時間以内の、専門的な診療が可能な医療機関への救急搬送
- 医療機関到着後1時間以内の専門的な治療の開始

### (2) 病期に応じたリハビリテーションが可能な体制

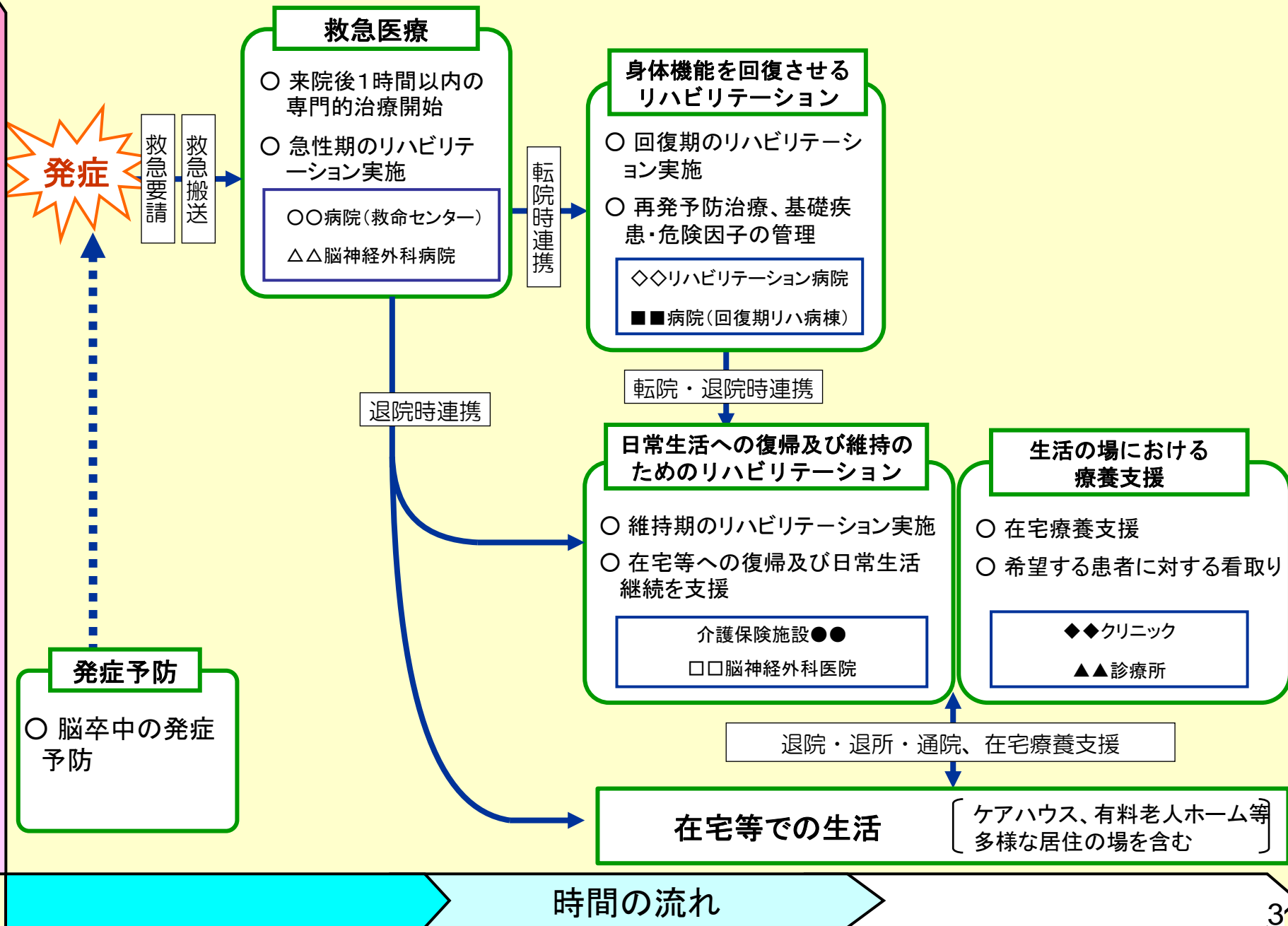
- 廃用症候群や合併症の予防、セルフケアの早期自立のためのリハビリテーションの実施
- 機能回復及び日常生活動作向上のために専門的かつ集中的なリハビリテーションの実施
- 生活機能を維持又は向上させるリハビリテーションの実施

### (3) 在宅療養が可能な体制

- 生活の場で療養できるよう、医療及び介護サービスが相互に連携した支援

# 脳卒中の医療体制

医療機能



時間の流れ

# 医療連携の取組(青森県)

脳梗塞(患者用) パターン1 60日パス  
(むつ総合病院・大間病院→むつリハビリテーション病院→在宅)

施設名	むつ総合病院・大間病院					むつリハビリテーション病院				在宅		
	入院当日	3日目	6日目	7日目	退院日(14日目)	4週(28日目)	8週(56日目)	8週～	退院(60日目)	2週間後	1ヵ月後	6ヵ月後
経過日付	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )	( / )
目標	○新たな症状が出ないようにする。 					○リハビリに意欲的に参加できる ○退院に向けた準備ができる				○自宅で生活できる 		
検査	○脳梗塞の状態を調べる検査があります。 ○検査については、前日の夕方看護師が説明します。					○状態に応じて脳梗塞の検査があります				○外来受診日 ( / ) ○(必要時)退院介助があります。 ○薬は継続して服用します。		
治療	○医師の指示により、点滴や薬による治療を行います。 ○他院の薬をお持ちの方はお申し出下さい。 (医師の指示により中止又は変更になることもあります) ○酸素吸入で脳の酸素不足を補うことがあります。 					○状態に応じて薬による治療が継続します 				○検査結果の説明があります 		
状態のチェック	○1日1~2回血圧測定をします。 ○朝と昼に体温測定をします。 					○1日1回血圧測定をします。○外泊します				○定期的に血圧を測定します。 		
安静度	○ベッド上で過ごします。 ○ベッド上で少しずつ起き上がります。 ○回復状態に応じて車椅子に移ります。 					○歩行する準備を始めます 				○歩行します。 		
食事	○食事内容は状態に応じて変わります。鼻から胃まで管を入れて栄養をとることもあります。					○食事をとる練習をします ○介助でシャワー浴ができます。 				○自分で食事がとれます。 ○入浴できます。 		
清潔	○状態に応じて身体を清潔に保ちます。入浴できない間は看護師が身体を拭きます。					○トイレの練習をします				○トイレで排泄できます。		
排泄	○ベッド上で過ごす間はベッド上で排泄します。おしっこの管を入れることもあり					○状態に応じてベッド脇やトイレで排泄で				○必要な場合は自宅改修の指導をします		
リハビリ	○理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が担当し ○状態に応じたプログラムを作ります。 					○機能回復の訓練をします。 ○退院前に自宅を訪問し、状況を確認します。 ○自宅を想定したリハビリを行いません ○自宅での生活方法を指導します				○(必要時)通所リハビリがあります。 ○(必要時)訪問リハビリがあります。 		
ご本人・ご家族への説明	○医師から病気や入院中の治療計画について説明があります。 ○看護師から入院生活について説明があります。 ○入院中は定期的に薬剤師からお薬についての説明があります。					○医師から入院中の治療計画について説明があります。 ○外泊についての留意点について説明があります。 ○退院後の生活について説明があります。				○利用できるサービスについてケアマネジャーと相談します。 ○必要に応じて色々な制度を利用します		
相談	○次の事項を確認します。 ・介護保険を申請しているかどうか。 ・入院について介護支援専門員に連絡が済んでいるかどうか 					○必要時、医師・看護師・ケアマネジャー・リハビリ担当者などと退院後のことについて相談します。 ○必要な書類がありましたらお早めにご準備下さい。(介護保険意見書・その他) ○介護保険の申請をします。				○必要時、医師・看護師・ケアマネジャー・リハビリ担当者などと相談します。 ○必要時、住宅改修などの相談をします。 ○必要な書類がありましたらご準備ください。 ○ケアマネジャーが在宅のケアプランを作ります。		
窓口	○病棟看護師長にご相談ください。					○病棟看護師長にご相談ください。				○ケアマネジャーにご相談ください。		



\* 状態に応じて予定が変更になることもありますので、ご不明な点は各窓口にご相談ください。

地域連携パス(下北圏域)

# なぜ、脳卒中の医療体制構築が必要か？

## 取り組む必要性

- 脳卒中の総患者数 約 137万人
- 救急車で搬送した脳卒中患者数 約 33万人／年（全体の11%）
- 脳卒中が原因で死亡した数 約 13万人／年（第3位）
- 脳卒中が寝たきりの原因である割合 約 30 %
- 脳卒中が原因で介護が必要になった割合 約 26 % （第1位）

脳卒中は、発症後生命が助かったとしても片麻痺、嚥下障害、言語障害、認知障害などの後遺症が残ることが多く、患者及びその家族は、発症前に比べ、日常生活に支障を来すことが多い。

## 連携の必要性

- 脳卒中を発症した場合、まず救急医療において内科的・外科的治療が行われる。
  - ⇒ 脳梗塞では、発症後3時間以内に血栓溶解療法を開始すると予後が良い。
    - 治療ができる医療機関に2時間以内に到着することが重要。
  - ⇒ 急性期から積極的なリハビリテーションを行うことは、廃用症候群の予防、セルフケアの早期自立に有効。
- その後、身体機能を回復させるリハビリテーション、日常生活に復帰させるリハビリテーションが行われる。
- もし障害が残れば、介護サービスと医療サービスを受けながら長期ケアが行われる。

患者の疾病史によってケアは変わる。患者中心の医療では、多様なサービス提供者が連携して、継続的にサービスを行うことが必要である。