大分県北部圏域 脳卒中地域連携パス 手引書<連携編>

H 2 3. 4~



大分県北部圏域脳卒中地域連携協議会

脳卒中地域連携パス手引書<連携編>の使い方

1.「脳卒中地域連携パス手引書く連携編>」作成の目的

北部圏域脳卒中地域連携協議会では、平成20年度に「北部圏域脳卒中地域連携パス」を作成し、試験運用期間を経て、平成22年度から本格的に運用を開始しました。

各関係機関の連携は徐々に深まりつつありますが、これまでの運用において、「切れ目のない保健・医療・福祉を提供するためには関係者の役割と連携のルールを明確にする必要がある」、「パスの内容が患者・家族に理解され、QOLの向上に反映されているか不明である」といった課題が明らかになりました。

そこで、パスの運用にあたって、単に紙面による情報提供を行うだけでなく、各関係者間で顔の 見える連携の構築に繋がることを目的に、運用上のルールをまとめ、連携編として作成しました。

各関係者が有機的につながり、ひいては北部圏域の脳卒中患者とその家族のQOLの向上につながるためにも、「脳卒中地域連携パス手引書く連携編>」をご活用ください。

2. 連携編の使用者

「北部圏域脳卒中地域連携パス」の運用者や、保健・医療・福祉機関との連携が必要とされる脳卒中患者の治療及び療養に携わる者

3. 使用方法

◇脳卒中地域連携パス役割一覧表

患者の状態、居場所、治療の状況 に沿って、「各機関の役割」、「役割 を果たす際の留意点」、「担当者」、 「必要シート及び情報」を整理して います。チェック式となっていますの で、ポイントを押さえながら、情報提 供及び連携を行ってください。

P4

+40		・ 単独主義・(ス	- T-				
1000	AEGER	ATORES	+01000003E	81	224 MPH22	965	45-1708
٥	merin	REXIER	1838年0日本, 28日本 年, 21日日日本, 日本十八日 日本日本日本日、日本十四	び 衛衛 高春・福祉の連携が3.4.一	200,000,000	1488	880-740-88
			c#e-6	① 患療療者やお薬に関する情報について、お菓子様などへの必要申集の収入に見める。	ロ 薬剤師の必ず販売をお菓子板に記入する	20924	1
				O 0-0-5つで第二円に、影響性格の受性を検討し、性格の集を行う	ロ 入物外に必ず物性療を確認する	SERRE	neasons.
	MEDICAL PROPERTY.	AMOUNTABLE OF	利性関係的人を担に組まし、日 数の対策関係を認う	O 8性財産物に、これまでの影響性報を提供する	〇 確実に内容を包えるため、FANGとによる展展での提供を基本する。	BH/CYNE	PERSON
	-0.98	からいつの数を検索文章 数数数数をおよりの	我已没有效的长部 6	ロ 利用者・実施の人場のかを受ける今後後に関する機能を受べた場合に、ショリンド第20分性用機能への受診を受す		######################################	
				の表でまた。日本の経費を含むなので、からない。もの表が必要的の以上も今日の以来。必然をおります。 「無理をある」 は、別者は「エンファレンスを行う」 ロ「は人のをが、「実施のをが、ご問からキャナで実現でおり、最近ので活動的が思想と表現しておらる ロ「は人のをが、「実施のをが、ご問からキャナで実現でおり、最近ので活動的が思想と表現しておらる	□ 巻町事業の有様を十分に指する、先の長者にまて指摘する □ 巻町事業の無料を要求ないよう様常する □ 巻町事業のユージの世報に取るも □ 巻町事業が携帯とのは報告をするように知るも □ 巻町事業の提加を表示したの様常する ○ 巻町事業の基別のようからように解する	STREET STREET	(6年2年間 8章 1 20年3 日本 6年2 4月 (一 +) 1 3 月 1 日本 ()
0	BERE OFFE	8-1980	(原由股系、2回查电子中)。 (原由股系、2面物保証子 股、3份的保予股公公共6位 助一会可支充的保予	○ 節系スタンにより向すで発達者・Gの向後で行う ロ 也解説と可能が実施を行う事品、参加であるままに用意着すてお社場を コ 出意サファンにで、他が展出、他が後さると考生されるままでである。 こ の世間が出たができる。 他が他の記述がからまできるでありません。 1 では関係などのできる。 では他の記述がからまできるでありません。 1 では最近にも思え、では他の記述がからまできるでありません。 2 では最近にも思え、では他の記述がありたまできるでありません。	会が開発していて、よれの時代であれるが、の前に、前からは で、研究をすると思いて、前側をあった。できたが表現でし、下 そのでものはのまでは大力。 の対象が、100~0人がから組織しなく人がからいの組織し の地で、「様に向かってとのようができまた。とはではあったの を記す。	STREET HWEST	その他 この他のなりを表現を この他のなりを表現を ののとのである。 のので。 のので。 。 のので。 のので。 のので。 のので。 のので。 のので。 のので。 のので。 のので。 のので。 のので。 。 のので。 のので。 。 のので。 。 のので。 のので。 。 のので。 。 のので。 。 のので。 。 のので。 。 。 のので。 。 。 のので。 。 。 のので。 。 。 のので。 。
				① 人間の意実がなから場合、各を主要から意味への関係発表を行事になってので変を考ら D 急性発育的に対し、各者の生活の様子、事実関係や危事者などについて情報発表を行う	高知度のある力、残器や食材を影響の力、調整を含まれました。まま 日 製品が予算な力、分便力の他・常度の力については、より実施な機能 欠効をもかける。	数学の数を関する場合 (カプマネジャー) 物学的意味をイター (カプマネジャー)	
	51401F 695F8	* EURER	()自活機能の維持・信息、ZAD Lの信息、2を守着信を見、正常 食り切、3を使用をのの表をは に対の、機能効果のの表を確認 また活動性のは、上をのずりを表	○信仰の小部軍部からな必然を受験する事をあるを予禁には、決定計算を表するを引きないから続いて、今回第 から、開始のからは、日本のは、日本のは、日本のは、日本のは、日本のは、日本のは、日本のは、日本の	D. 各市 本族公布经仓储主义,先出关表。まて切除する	中型動物的 (用限管理制、特別差別主, NEW)	ECCENTEN
ı			RT6	日本・主張いる意味・心を強く使用された場合についての了最を得るととして、中間連携的に対し、各者の生活の様子、常恵日 日本やの祖母などについて情報発表を行う	選加をおもろ、独居の資料を記事の方、原告を作成の有い方、本体 ロ 製品が予測な力、分差力の他に常定の力については、より構造な機能 労働を占づける	数をの数を重要を (タブサルショー) おおかががなったー (タブサルショー)	
				口 巻を 本版に対し記念の画書 徳をさま用シートンを用いても使の設明を行う 口 他機関・必須有数の事業所との開発や情報変更を行う組みに、事前に巻き 本版に改進書者で了報を得る	□ 巻を事業の希望を十分にもまれ、先の発着にまて継続する	ATOMO MATERIA ATOMO MATERIA ANGRO MATERIA	
	高音楽型でのお 高音楽型でのお	3/13/400 0/23/400 6/40/400		・ 「世界と、「日本の一年では、日本の一年である。」 「日本の一年である」 「日本の一年である」 「日本の一年である」 「日本の一年である」 「日本の一年である」 「日本の一年である」 「日本の一年である」 「日本の一年である」 「日本の一年である」 「日本の一年である。「日本の一年である」 「日本の一年である」 「日本の一年では、「日本の	① 生物・無能えたケア金属の何息となるよう性者する	総合理機関(GAME) お付別的な「対域を発生) 小型型的な「対域を発生」 を行用的な「対域を発生」 を行用的な「対域を発生」	(多数では現象 記録を最後ではあり、 2分類を表し、 その他 2、20分類を表し、 でのは、 2、20分類を表し、 でのは、
	に物行する体格	电性电阻		、有品物は、放射内は、放射性性などの際には、折点をアナナジャーでは必要的の生活の信を見ながら、いってはできま。	C SSYTTRO CONSTITUTE	GPEAL PT	i
			(1年3種数の種件-世界、200 LORAL 3基本分別。2世紀年 長の2世1月17日の日	「毎年にいていて著き場合が1.4分割では、 2.3の高年を発わる。一般のアファラン・一般に選手、機能を発展を含むしていてて変せる の自然アファラン・一般を立ている。 の自然アファラン・一般を立ている。 の自然アファラン・一般を立ている。 の自然アファラン・一般を立ている。 の自然では、一般の自然である。 のは、一般のも、 のは、一般のも、 のは、 のは、 のは、 のは、 のは、 のは、 のは、 のは	1 mm, (2011)	名乗車員(201) 最もの数を基本的 (タブマネシャー) 市場を担保をサーー (タブマネシャー)	
۰	BEXIDES TORRES 65408	sexues		□ 自由アナギシーで、建物報告といる場合を終っているシャンで選択に対象、者をに失った をのアナブンとなった。 コ シャンではおり返出をは、日本で、大きな、マナアルの大変大き続きた。 このシャンでは、一般で、大きな、マナアルの大きが、一般では、大きなないでは、 このシャンでは、一般で、大きな、マナアルの大きが、一般では、一般では、一般では、一般では、 2 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		800816888 97759	ERMINS
	英物にお客食		İ	口 あ性理機能に、これまでの影響機能を提供する	ロ 未実に内容を加えるから、FAICSとこよる構画での使用を基本する	30431 E	日本性を受用者 株名のまじる美な肉を含むのこの たまませる
*	高機能性の 人間は他に 物性する状態	811.000		日利用を金製の小阪のやを受して公司でに関する場合を受け、場合に、ションコド原文におせ関係的一の受益を受す 日入政の事業がない。小阪会、各市・電路・小規格・公司報告発表を行っていてので数を扱う 日 お性質素的に対、、各市の性点の様々・主要提供や企業ならしていて情報を発生行う。	国知念のあるで、知道や発展者が表ので、日本地を表の表して、本体 日 製品が予めなぎ、力量力の後、中直のガニフレイで、2019回転機 労働を分から	部党の開発協会業所 (タアサラシャー) 市場党務実施をクー (タアサラシャー)	

◇脳卒中地域連携パスの運用における関係機関の連携方法 P5~P

脳卒中地域連携パス役割一覧表に 沿って、さらに詳細な「各機関の役割」と「役割を果たすの際の留意 点」等を記載しています。一覧表と ともに活用してください。

脳卒中地域連携パスの運用における関係機関の連携方法

<u>ステージの</u>

患者の状態:発症する前患者の居場所:自宅又は施設

各機関の目標:①生活習慣の改善、②早期発見、③知識の普及・啓発を

行い脳血管疾患の発症予防、再発予防に努める。



(1)各機関の役割

①行政機関

- □ 保健・医療・福祉の連携がスムーズに行われるように地域の連携体制の整備に努めます。
- □ 脳卒中に関する知識、初期症状、対処法について普及啓発を実施します。
- □ 生活習慣病の予防のため健康教育を実施します。

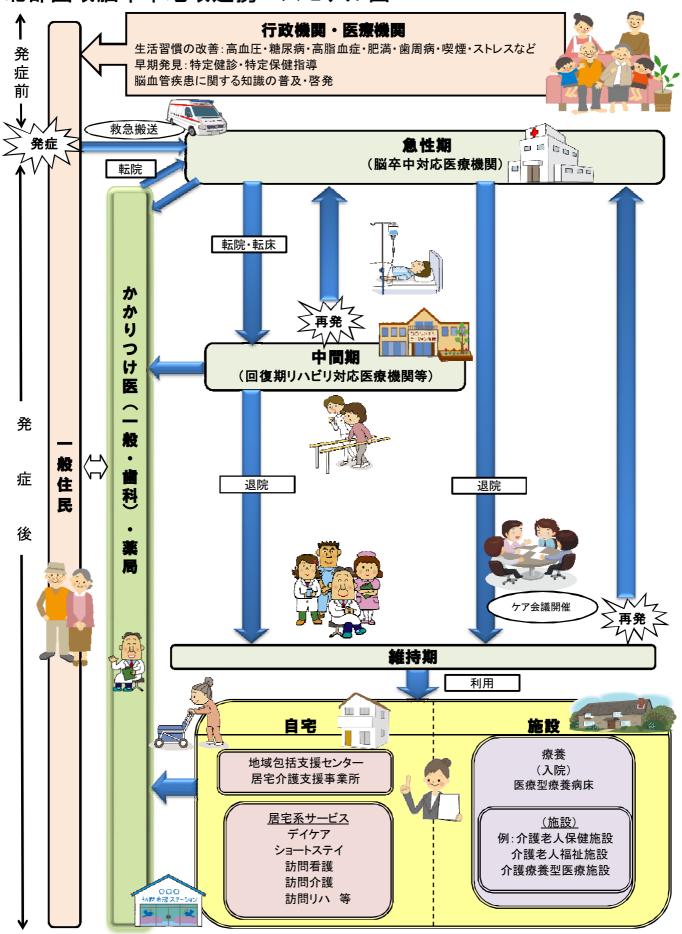
◇脳卒中連携に関する機能情報一覧

脳卒中の治療から在宅・施設ケアにおける、医療・歯科医療・介護・薬局・訪問看護のそれぞれの分野の機関情報を掲載しています。

(平成23年2月~3月に実施した機能情報調査にご協力いただいた機関の回答内容を掲載しています。)

						2.00	利用	Ī	nia Eli	Ī	, -	ピス	被	i i i	地坡	樹並	同など
						T COM M (MICHAEL)	2 ###	AL 100 - 100 MILES		ı	117 444	CII (c. 46.00	旧字在市	日半佐郡	日産後高田市	2.4時間の電話相談	製の時法問
le.	1006	新在地	電話 FAX	担当部署・担当者	メールアドレス/ ホームページ 等			l		l			: 91		ii.		
1	計問者提ステーションかわしま	大分県中津市宮夫9-5	(電話) 0979-24-4503 (FAI) 0979-24-3971	集永 桂子	ナルアドレス generalited course or in ホームペーン http://www.cours.or.in/f.genein	_	c	Ī	,	Ī)	Δ.	Δ		Ī	0	0
24	計問者護ステーション リハビリ 供来部 樹の子	大分県中津市新博多町1708番地	(電話) 0979-26-0153 (FAI) 0979-26-0154		3-67FLX <u>kinolo518s8 dan re io</u>	C	c	I		ľ		0	0	0	I	Ī	
03	豊後高田訪問看護ステーション あゆみ	大分県皇後裏田市新地1176番地	(電話) 0978-22-3982 (FAI) 0978-24-3766	阿部 登代子	8-44-9 http://www.18.com/re-ip/fakachus/fitm/	C	c	I		I	I	Ī	Δ		0 0	0	
-	計問者後ステーション オアシス	大分県宇佐市大学和気477-1	(電話) 0978-37-3377 (FAI) 0978-37-3719	吉本 三津子	チルアドレス <u>kiki resisificamot con re io</u> ホームページ <u>http://www.usuksi.com</u>	_	c			I			0			0	
100	計問者後ステーション 夢	大分県宇佐市大宇穏田443番地	(電話) 0978-25-8555 (FAI) 0978-25-8556	多田 美枝子	3-67FLX <u>game0708018figz.con.ne.jp</u>		o			ŀ			0	0	0	0	0
60	医療法人 英然会 計問看護ステーションふる里	大分集中津市中央町1丁目8-36	(電話) 0979-24-1731 (FAI) 0979-26-0405	橋本 洋子	ナールプドレス <u>infolleizerkaijo</u>		c					I			Ī	0	
7-	ハートフル訪問看護ステーション	大分県中津市上宮永48-6 ロイヤルマンション上宮永201	(電話) 0979-24-1754 (FAI) 0979-24-1758	横田 孝史		C	c			ŀ		I			I		
00	いずみの間 別問者強ステーショ:	大分県中津市水添2744番地	(電話) 0979-23-3999 (FAI) 1979-23-3999	助問看護課 住藤 弘美	3-A7FUX <u>histodilizaninosonojo</u> 8-A4-V <u>http://www.inuminosonojo</u>		o	1	c	ŀ	1	Δ				0	
91	医療法人各株会 村上別問者提ステーション	大分県中津市片福町1361	(電話) 0979-23-6110 (FAI) 0979-23-6110	日泊 美春	#-87FUX <u>toutarillisorintainet</u> #-6<-> <u>toto//www.kurintainet/</u>	_	o	I		I		0			I	0	
10	医療法人三光会 なかつ訪問看護ステーション	大分県中津市大亨永添833-1	(電話) 0979-27-1321 (FAI) 0979-23-1320	山野 英子		c	c	Ī		Ī	Ī	Δ	Ī	Δ	T	0	

北部圏域脳卒中地域連携パスモデル図



北部圏域脳卒中地域連携パス役割一覧表

北部	闛 攻脳쑤甲	『地域連携バス』	戈剖一 頁表				
ステージ	患者の状態	患者の居場所	各関係機関の目標	役割	留意点(時期を含む)	担当者	必要シート及び情報
			①生活習慣の改善、②早期発	□ 保健・医療・福祉の連携がスムーズに行われるように体制整備に努める			
(0)	発症する前	自宅又は施設	見、③知識の普及・啓発を行い脳	□ 脳卒中に関する知識、初期症状、対処法について普及啓発を実施する		行政機関	
	26.0E 9 .O Bij	日七人は他放	血管疾患の発症予防、再発予防 に努める	□ 生活習慣病の予防のため健康教育を実施する			
			123000	□ 基礎疾患やお薬に関する情報について、お薬手帳などへの必要事項の記入に努める	□ 薬剤師は必ず既往歴をお薬手帳に記入する	医療機関等	
				□ かかりつけ医に対し、診療情報の提供を依頼し、情報収集を行う	□ 入院時に必ず既往歴を確認する	急性期病院	──診療情報提供書
	₩ 左 由 # ※ 左	かかりのは医を受診され	各林如东院。日如仁柳光 □ 日	□ 急性期病院に、これまでの診療情報を提供する	□ 確実に内容を伝えるため、FAXなどによる紙面での提供を基本する	かかりつけ医	砂冰情秋龙以自
1	脳卒中を発症 した状態	かかりつけ医を受診又は 救急搬送をされる状況	急性期病院へ早期に搬送し、早期の治療開始を図る			居宅介護支援事業所	
				□ 利用者・家族から脳卒中を疑うような症状に関する相談を受けた場合は、かかりつけ医又は急性期病院への受診を促す		(ケアマネジャー) 地域包括支援センター	
						(ケアマネジャー)	
				□ 患者・家族に対し、診療計画書(患者さま用シート)を用いて、急性期から維持期の流れと各時期の目標(退院基準)を説明	□ 患者·家族の希望を十分に踏まえ、先の見通しまで説明する		
				し、同意を得る			
				口 入院早期にカンファレンスを行う	□ 患者・家族の気持ちを害さないよう留意する		
				 □「本人の希望」「家族の希望」を踏まえて、現在の条件下で実現可能な、最良の生活機能の状態を目標として決める	□ 患者・家族のニーズの把握に努める	急性期病院(病棟看護師)	
				ロー・デスタール 主!・ 水水 ター・ アスター・	1 心日 外放び一 パの心腔に対める		
					□ 患者・家族が医療者との信頼関係を保てるように努める		①患者さま同意書 ②診療計画書(患者さま用シート)
					□ 患者・家族の希望は刻々と変わることに留意する		③急性期情報シート
					急性期情報シートの「本人の希望」「家族の希望」の欄は、退院時にお		その他 A. 診療情報提供書
	お今加墨の		①救命救急、②障害発生予防、③悪化予防、④廃用症候群予	□ 関係スタッフにより共同で地域連携パスの作成を行う	□ ける希望をそのまま記入する(医療者側からみて不可能な希望でも、で		B. サマリー
2	救命処置の 必要な状態	急性期病院	防、⑤合併症予防などに努め早		きるだけそのままの言葉で記入する)		C. リハビリ総合実施計画書 D. 検査結果のコピー
			期に症状安定を目指す	│ │□ 他機関との調整や情報提供を行う場合、事前に患者・家族に同意書等で了解を得る	地域連携パスのシートの「入院中の経過」及び「入院中のリハの経過」 □ 欄には、目標に向かってどのようなケアを実施し、どこまで到達したのか		など
				I BIKKEVEN THANKING TO SEE THE BEAUTIFUL OF THE BEAUTIFUL	を記載する	急性期病院(地域連携室)	
				□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □			
				│ │□ 中間期病院に移行する場合、維持期病院退院後の行き先まで患者・家族と調整したうえで転院手続きをとることが望まれる			
				日 千田時期時間につかけずるのでは、「一年日時期時間に対し、大田・大田・大田・大田・大田・大田・大田・大田・大田・大田・大田・大田・大田・大			
				□ 地域連携パスを使用して中間期病院や維持期病院等に情報提供を確実に行う			
				□ 入院の事実がわかった場合、患者・家族から病院への情報提供を行う事についての了解を得る	認知症のある方、独居や高齢者世帯の方、医療依存度の高い方、家族	居宅介護支援事業所	
				□ 急性期病院に対し、患者の生活の様子、家族関係や住環境などについて情報提供を行う	□ 関係が不良な方、介護力の弱い家庭の方については、より頻回な情報 交換を心がける	(ケアマネジャー) 地域包括支援センター	
					文揆を心がける	(ケアマネジャー)	
				中間期から地域連携パスの運用を開始する場合は、患者・家族に対し、診療計画書(患者さま用シート)を用いて、中間期	□ 患者·家族の希望を踏まえ、先の見通しまで説明する		
				から維持期の流れと各期の目標(退院目標)を説明し、同意を得る			④中間期情報シート
			①生活機能の維持・改善、②AD	#持期に移行することが決まり、地域連携パスを作成したら、中間期情報シート、診療情報提供書、サマリー、リハビリ総合		中間期病院	その他 A. 診療情報提供書
_	リハビリが		Lの改善、③在宅復帰支援、④再 発予防、⑤基礎疾患の治療など	工実施計画書、検査結果のコピー等により急性期病院へも情報をフィードバックする		(病棟看護師、地域連携室、MSW)	B. サマリー
. 3	必要な状態	中間期病院	に努め、機能回復の到達目標(日	 □ 維持期病院の他、直接自宅へ退院する場合は、介護保険にスムーズにつながるようかかりつけ医に対し情報提供を行う			C. リハビリ総合実施計画書 D. 検査結果のコピー
			常生活動作の向上をめざす)を達成する				など
			1% 7 G	 □ 患者・家族から病院への情報提供を行う事についての了解を得るとともに、中間期病院に対し、患者の生活の様子、家族関	認知症のある方、独居や高齢者世帯の方、医療依存度の高い方、家族	居宅介護支援事業所 (ケアマネジャー)	
				係や住環境などについて情報提供を行う	『 □ 関係が不良な方、介護力の弱い家庭の方については、より頻回な情報 交換を心がける	地域包括支援センター	
					ローウェーマナの各位ナーハーンナン・ナの日本・ナイジのナフ	(ケアマネジャー) 急性期病院(病棟看護師)	
				□ 患者・家族に対し診療計画書(患者さま用シート)を用いて今後の説明を行う	□ 患者・家族の希望を十分にふまえ、先の見通しまで説明する □	中間期病院(病棟看護師)	
				□ 他機関・介護保険の事業所との調整や情報提供を行う場合は、事前に患者・家族に同意書等で了解を得る		維持期病院(病棟看護師) 維持期機関(SW等)	
				□ 関係スタッフとともに在宅療養に向けたケア会議を開く	□ 在宅を見据えたケア会議の内容となるよう考慮する		一①患者さま同意書
				□ 退院前のケアカンファレンスには、在宅支援者の参加を考慮する	口 14七と元指えたノナ 玄威の内谷となるようう思する		②診療計画書(患者さま用シート) ③急性期情報シート
							④中間期情報シート
				かかりつけ医へ病状・経過・転帰の連絡を行うとともに、基礎疾患の継続医療と担当ケアマネジャーとの連携についてを依頼する		急性期病院(地域連携室) 中間期病院(地域連携室)	その他 A. 診療情報提供書
				中央の後端にの連絡により入鉄サービッチ利田ナチョが継ばもチャル側のは日ウ入鉄土煙車業配に、入鉄サ		維持期病院(地域連携室)	B. サマリー C. リハビリ総合実施計画書
1	医療機関での治	急性期病院		□ 患者の後遺症の状態により介護サービスを利用する可能性があると判断される場合は居宅介護支援事業所に、介護サービスの利用に至らないと判断される場合は地域包括支援センターにそれぞれ情報提供を行う			D. 検査結果のコピー
4	療等から自宅又	中間期病院		 □ 家族に対して、新規介護保険申請の前に居宅介護支援事業所に相談に行くよう説明する			など
	は施設での療養 に移行する状態	維持期病院 維持期機関		□ 外出訓練、試験外出、訪問指導などの際には、担当ケアマネジャーやSWと実際の生活の場を見ながら、リハビリ面や生活		理学療法士(PT)	
1				口	□ 担当ケアマネジャーやSWの同行を依頼する	理子療法士(PT) 作業療法士(OT)	
	1			│			
1	1			□ 担当ケアマネジャー、地域包括支援センター担当者は、できるだけ病院まで出向き、患者・家族やMSWと面識を持つととも			
			0 1 7 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	□ に、情報交換に努める		居宅介護支援事業所	
			①生活機能の維持・改善、②QO Lの向上、③再発予防、④基礎疾	 		(ケアマネジャー) 地域包括支援センター	
			患の治療などに努める	□ う(※圏域外の医療機関の場合には可能な限りとする)		地域已括文法ピンター(ケアマネジャー)	
				□ 在宅療養に向けた情報収集のため、試験外出などの際には病院スタッフに同行する			
				□ 医療・合併症に関してかかりつけ医から情報を収集し、再発防止を視野に入れ、医療を継続できるよう支援する			
			1	□ 担当ケアマネジャーは、事前情報をもとに医療の継続、リハビリの継続についてかかりつけ医等に相談し、在宅に戻った患			
	1			者のケアブランを立案する		居宅介護支援事業所	
	自宅又は施設			□ かかりつけ医から医療情報やADLの情報を定期的に収集し、ケアプランの変更を随時行う		(ケアマネジャー) 地域包括支援センター	
(5)	での療養生活	自宅又は施設		 かかりつけ医と連携して3ヶ月、6ヶ月、12ヶ月の患者の状況を評価し、維持期情報シートにより急性期病院及び中間期病		地域でおえ接てンター(ケアマネジャー)	⑤維持期情報シート
	を送る状態			□院に情報提供を行う			
	1			□ 患者のQOLの向上のため、再発予防及び合併症の管理のためのケアプラン作成に必要な情報を担当ケアマネジャーに提		おおけつは下	
	1			世界する		かかりつけ医	
			1	□ 急性期病院に、これまでの診療情報を提供する	□ 確実に内容を伝えるため、FAXなどによる紙面での提供を基本する		診療情報提供書
	再発により再度					かかりつけ医	救急処置に必要な病態整理のための医療情報
6	医療機関での入院治療に	急性期病院		□ 利用者·家族から脳卒中を疑うような症状に関する相談を受けた場合は、かかりつけ医又は急性期病院への受診を促す		居宅介護支援事業所	の医療情報
1	入院冶療に 移行する状態			□ 入院の事実がわかった場合、患者・家族から病院への情報提供を行う事についての了解を得る	認知症のある方、独居や高齢者世帯の方、医療依存度の高い方、家族 □ 関係が不良な方、介護力の弱い家庭の方については、より頻回な情報	(ケアマネジャー)	
	1			□ 急性期病院に対し、患者の生活の様子、家族関係や住環境などについて情報提供を行う	交換を心がける	地域包括支援センター (ケアマネジャー)	
<u> </u>	ı	<u>I</u>	L	The second secon	1		

脳卒中地域連携パスの運用における関係機関の連携方法

ステージの

患者の状態: 発症する前

患者の居場所: 自宅又は施設

各機関の目標:①生活習慣の改善、②早期発見、③知識の普及・啓発を

行い脳血管疾患の発症予防、再発予防に努める。



(1)各機関の役割

①行政機関

- □ 保健・医療・福祉の連携がスムーズに行われるように地域の連携体制の整備に努めます。
- □ 脳卒中に関する知識、初期症状、対処法について普及啓発を実施します。
- □ 生活習慣病の予防のため健康教育を実施します。

②医療機関等

□ 基礎疾患やお薬に関する情報について、お薬手帳などへの必要事項の記入に努めましょう。

ステージ(1)

患者の状態: 脳卒中を発症した状態

患者の居場所: かかりつけ医を受診又は救急搬送をされる状況 各機関の目標:急性期病院へ早期に搬送し、早期の治療開始を図る。



(1)各機関の役割

(1)急性期病院

□ かかりつけ医に対し、診療情報の提供を依頼し、情報収集を行ってください。

②かかりつけ医

□ 急性期病院に、これまでの診療情報を「診療情報提供書」等で情報提供してください。 なお、確実に内容を伝えるため、FAXなどによる紙面での提供を基本としてください。

③居宅介護支援事業所・地域包括支援センター

ケアマネジャー

□ 利用者・家族から脳卒中を疑うような症状に関する相談を受けた場合は、かかりつけ医又は急性 期病院への受診を促してください。

(2)必要シート及び情報

□ 診療情報提供書

ステージ ②

患者の状態: 救命処置の必要な状態

患者の居場所: 急性期病院

各機関の目標:①救命救急、②障害発生予防、③悪化予防、④廃用症候群予防、

⑤合併症予防などに努め早期に症状安定を目指す。



(1)各機関の役割

①急性期病院 病棟看護師

- □ 患者・家族に対し、診療計画書(患者さま用シート)を用いて、急性期から維持期の流れと各時期の目標(退院基準)を説明し、同意を得て下さい。 なお、患者・家族の希望を十分に踏まえ、先の見通しまで説明しましょう。
- □ 入院早期にカンファレンスを行ってください。 患者・家族の気持ちを害さないよう留意し、ニーズの把握に努めるとともに、患者・家族が医療者 との信頼関係を保てるように努めることが大切です。
- □「本人の希望」「家族の希望」を踏まえて、現在の条件下で実現可能な、最良の生活機能の状態を 目標として決めてください。 患者・家族の希望は刻々と変わることに留意することが必要です。

地域連携室

- □ 関係スタッフにより共同で地域連携パスの作成を行ってください。 急性期情報シートの「本人の希望」「家族の希望」の欄は、退院時における希望をそのまま記入 し、医療者側からみて不可能な希望でも、できるだけそのままの言葉で記入してください。
- □ 他機関との調整や情報提供を行う場合、事前に患者・家族に同意書等で了解を得てください。
- □ 中間期病院に移行する場合、維持期病院退院後の行き先まで患者・家族と調整したうえで転院手続きをとることが望まれます。
- □ 地域連携パスを使用して中間期病院や維持期病院等に情報提供を確実に行ってください。 地域連携パスのシートの「入院中の経過」及び「入院中のリハの経過」欄には、目標に向かってど のようなケアを実施し、どこまで到達したのかを記載してください。

②居宅介護支援事業所・地域包括支援センター ケアマネジャー

□ 入院の事実がわかった場合、患者・家族から病院への情報提供を行う事についての了解を得るとともに、急性期病院に対し、患者の生活の様子、家族関係や住環境などについて情報提供を行ってください。

認知症のある方、独居や高齢者世帯の方、医療依存度の高い方、家族関係が不良な方、介護力の弱い家庭の方については、より頻回な情報交換を心がけましょう。

(2)必要シート及び情報

- □ (1)患者さま同意書
- □ ②診療計画書(患者さま用シート)
- □ ③急性期情報シート
- □ その他
 - A. 診療情報提供書
 - B. サマリー
 - C. リハビリ総合実施計画書
 - D. 検査結果のコピー など

- -

ステージ ③

患者の状態: リハビリが必要な状態

患者の居場所:中間期病院

各機関の目標:①生活機能の維持·改善、②ADLの改善、③在宅復帰支援、

④再発予防、⑤基礎疾患の治療などに努め、機能回復の

到達目標(日常生活動作の向上をめざす)を達成する



(1)各機関の役割

(1)中間期病院

(病棟看護師、地域連携室、MSW)

- □ 中間期から地域連携パスの運用を開始する場合は、患者・家族に対し、診療計画書(患者さま用シート)を用いて、中間期から維持期の流れと各期の目標(退院目標)を説明し、同意を得てください。
- □ 維持期に移行することが決まり、地域連携パスを作成したら、中間期情報シート、診療情報提供書、サマリー、リハビリ総合実施計画書、検査結果のコピー等により急性期病院へも情報をフィードバックしてください。
- □ 維持期病院の他、直接自宅へ退院する場合は、介護保険にスムーズにつながるようかかりつけ 医に対し情報提供を行ってください。

②居宅介護支援事業所・地域包括支援センター ケアマネジャー

□ 患者・家族から病院への情報提供を行う事についての了解を得るとともに、中間期病院に対し、 患者の生活の様子、家族関係や住環境などについて情報提供を行ってください。

認知症のある方、独居や高齢者世帯の方、医療依存度の高い方、家族関係が不良な方、介護力の弱い家庭の方については、より頻回な情報交換を心がけましょう。

(2)必要シート及び情報

- □ ④中間期情報シート
- □その他
 - A. 診療情報提供書
 - B. サマリー
 - C. リハビリ総合実施計画書
 - D. 検査結果のコピー など









ステージ ④

患者の状態: 医療機関での治療等から自宅又は施設での療養に移行する状態

患者の居場所:急性期病院・中間期病院・維持期機関

各機関の目標:①生活機能の維持·改善、②QOLの向上、③再発予防、

④基礎疾患の治療などに努める。



(1)各機関の役割

①急性期病院·中間期病院·維持期病院 病棟看護師

- □ 患者・家族に対し診療計画書(患者さま用シート)を用いて、今後の説明を行ってください。 なお、患者・家族の希望を十分にふまえ、先の見通しまで説明しましょう。
- □ 他機関・介護保険の事業所との調整や情報提供を行う場合は、事前に患者・家族に同意書等で 了解を得てください。

地域連携室

- □ 関係スタッフとともに在宅療養に向けたケア会議を開催してください
- □ 退院前のケアカンファレンスには、在宅支援者の参加を考慮してください。
- □ かかりつけ医へ病状・経過・転帰の連絡を行うとともに、基礎疾患の継続医療と担当ケアマネジャーとの連携についてを依頼してください。
- □ 患者の後遺症の状態により介護サービスを利用する可能性があると判断される場合は居宅介護 支援事業所に、介護サービスの利用に至らないと判断される場合は地域包括支援センターにそ れぞれ情報提供を行ってください。
- □ 家族に対して、新規介護保険申請の前に居宅介護支援事業所に相談に行くよう説明してください。

理学療法士(PT)·作業療法士(OT)

□ 外出訓練、試験外出、訪問指導などの際には、担当ケアマネジャーやSWと実際の生活の場を見ながら、リハビリ面や生活指導などについて意見交換が行える場を設定してください。

②居宅介護支援事業所・地域包括支援センター ケアマネジャー

- □ 入院の事実がわかった場合、担当ケアマネジャーは、家族に連絡し病院と連絡調整をすることに ついて了解を得てください。
- □ 担当ケアマネジャー、地域包括支援センター担当者は、できるだけ病院まで出向き、患者・家族や MSWと面識を持つとともに、情報交換に努めましょう。
- □ 退院前に開催される病院スタッフ・本人・家族とのケアカンファレンスに出席し、今後の連携等について十分に情報交換を行ってください。(※圏域外の医療機関の場合には可能な限りとする)
- □ 在宅療養に向けた情報収集のため、試験外出などの際には同行するとよいでしょう。
- □ 医療・合併症に関してかかりつけ医から情報を収集し、再発防止を視野に入れ、医療を継続できるよう支援してください。

(2)必要シート及び情報

- □ ②診療計画書・患者さま用シート
- □ ③急性期情報シート

□ (1)患者さま同意書

□ ④中間期情報シート

□ その他

- A. 診療情報提供書
- D. 検査結果のコピー

- B. サマリー
- C. リハビリ総合実施計画書

など

ステージ ⑤

患者の状態: 自宅又は施設での療養生活を送る状態

患者の居場所: 自宅又は施設

各機関の目標: ①生活機能の維持・改善、②QOLの向上、③再発予防、

④基礎疾患の治療などに努める。



(1)各機関の役割

①居宅介護支援事業所・地域包括支援センター ケアマネジャー

- □ 担当ケアマネジャーは、事前情報をもとに医療の継続、リハビリの継続についてかかりつけ医等に相談し、在宅に戻った患者のケアプランを立案してください。
- □ かかりつけ医から医療情報やADLの情報を定期的に収集し、ケアプランの変更を随時行ってください。
- □ かかりつけ医と連携して3ヶ月、6ヶ月、12ヶ月の患者の状況を評価し、維持期情報シートにより 急性期病院及び中間期病院に情報提供を行ってください。

②かかりつけ医

□ 患者のQOLの向上のため、再発予防及び合併症の管理のためのケアプラン作成に必要な情報を 担当ケアマネジャーに提供してください。

(2)必要シート及び情報

□ ⑤維持期情報シート



ステージ ⑥

患者の状態: 再発により再度、医療機関での入院治療に移行する状態

患者の居場所:急性期病院

各機関の目標: ①生活機能の維持·改善、②QOLの向上、③再発予防、

④基礎疾患の治療などに努める。



(1)各機関の役割

①かかりつけ医

□ 急性期病院に、これまでの診療情報を「診療情報提供書」等で情報提供してください。 なお、確実に内容を伝えるため、FAXなどによる紙面での提供を基本としてください。

②居宅介護支援事業所・地域包括支援センターケアマネジャー

- □ 利用者・家族から脳卒中を疑うような症状に関する相談を受けた場合は、かかりつけ医又は急性 期病院への受診を促してください。
- □ 入院の事実がわかった場合、患者・家族から病院への情報提供を行う事についての了解を得るとともに、急性期病院に対し、患者の生活の様子、家族関係や住環境などについて情報提供を行ってください。

認知症のある方、独居や高齢者世帯の方、医療依存度の高い方、家族関係が不良な方、介護力の弱い家庭の方については、より頻回な情報交換を心がけましょう。

(2)必要シート及び情報

- □ 診療情報提供書
- □ 診療情報提供書C2
- □ 救急処置に必要な病態整理のための医療情報





テージ		<mark>Þ地域連携パス</mark> 作 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	各関係機関の目標	役割	留意点(時期を含む)		必要シート及び情報
, ,	2000	10. E 47/E-9///		□ 保健・医療・福祉の連携がスムーズに行われるように体制整備に努める	ENWINDER OF	12.11	必安ソート及び情報
		4.4	1(1) 生活型槽の改善(2) 早期祭	□ 脳卒中に関する知識、初期症状、対処法について普及啓発を実施する		行政機関	
0	発症する前	自宅又は施設	血管疾患の発症予防、再発予防	□ 生活習慣病の予防のため健康教育を実施する			
			に努める	□ 基礎疾患やお薬に関する情報について、お薬手帳などへの必要事項の記入に努める	□ 薬剤師は必ず既往歴をお薬手帳に記入する	医療機関等	
				□ かかりつけ医に対し、診療情報の提供を依頼し、情報収集を行う	□ 入院時に必ず既往歴を確認する	急性期病院	沙病桂织担供 事
	nv + 1 + 20 +	/ / / / - / F + 55 - /		□ 急性期病院に、これまでの診療情報を提供する	□ 確実に内容を伝えるため、FAXなどによる紙面での提供を基本する	かかりつけ医	一診療情報提供書
1	脳卒中を発症 した状態	かかりつけ医を受診又は教急搬送をされる状況	急性期病院へ早期に搬送し、早期の治療開始を図る	□ 利用者・家族から脳卒中を疑うような症状に関する相談を受けた場合は、かかりつけ医又は急性期病院への受診を促す		居宅介護支援事業所 (ケアマネジャー) 地域包括支援センター (ケアマネジャー)	
				□ 患者·家族に対し、診療計画書(患者さま用シート)を用いて、急性期から維持期の流れと各時期の目標(退院基準)を説明し、同意を得る	□ 患者·家族の希望を十分に踏まえ、先の見通しまで説明する		
				□ 入院早期にカンファレンスを行う	□ 患者・家族の気持ちを害さないよう留意する		
				│ │□「本人の希望」「家族の希望」を踏まえて、現在の条件下で実現可能な、最良の生活機能の状態を目標として決める	┃ □ 患者・家族のニーズの把握に努める	急性期病院(病棟看護師)	
				コーナンの中土」の水の中土」と出るだって、砂田の木川「「大火が可能を、東大の土山底地の下心と口脈としている。	L NE SINO- NO LIE CON O		3 2 * + + = = =
					□ 患者・家族が医療者との信頼関係を保てるように努める □ 患者・家族の希望は刻々と変わることに留意する		①患者さま同意書 ②診療計画書(患者さま用シー ③急性期情報シート
2	救命処置の 必要な状態	急性期病院	①救命救急、②障害発生予防、 ③悪化予防、④廃用症候群予 防、⑤合併症予防などに努め早	□ 関係スタッフにより共同で地域連携パスの作成を行う	急性期情報シートの「本人の希望」「家族の希望」の欄は、退院時にお ける希望をそのまま記入する(医療者側からみて不可能な希望でも、できるだけそのままの言葉で記入する)		その他 A. 診療情報提供書 B. サマリー C. リハゼリ総合実施計画書
	必安な状態		期に症状安定を目指す	□ 小機眼 小部数 小陸却担併ナケミ場合。 古並に 中央・学性に 日来事体 スフのナタフ	地域連携パスのシートの「入院中の経過」及び「入院中のリハの経過」		D. 検査結果のコピー な
				□ 他機関との調整や情報提供を行う場合、事前に患者・家族に同意書等で了解を得る □ 口腔ケアについて、歯科医師、歯科衛生士と連携をとることが望まれる	□ 欄には、目標に向かってどのようなケアを実施し、どこまで到達したのか を記載する	急性期病院(地域連携室)	
				□ 中間期病院に移行する場合、維持期病院退院後の行き先まで患者・家族と調整したうえで転院手続きをとることが望まれる			
				□ 地域連携パスを使用して中間期病院や維持期病院等に情報提供を確実に行う			
				□ 入院の事実がわかった場合、患者・家族から病院への情報提供を行う事についての了解を得る □ 急性期病院に対し、患者の生活の様子、家族関係や住環境などについて情報提供を行う	認知症のある方、独居や高齢者世帯の方、医療依存度の高い方、家族 □ 関係が不良な方、介護力の弱い家庭の方については、より頻回な情報 交換を心がける	居宅介護支援事業所 (ケアマネジャー) 地域包括支援センター (ケアマネジャー)	
				中間期から地域連携パスの運用を開始する場合は、患者・家族に対し、診療計画書(患者さま用シート)を用いて、中間期 □ から維持期の流れと各期の目標(退院目標)を説明し、同意を得る	□ 患者·家族の希望を踏まえ、先の見通しまで説明する	(7) (4)	④中間期情報シート
			①生活機能の維持・改善、②AD Lの改善、③在宅復帰支援、④再 発予防、⑤基礎疾患の治療など に努め、機能回復の到達目標(日 常生活動作の向上をめざす)を達 成する	単一		中間期病院 (病棟看護師、地域連携室、MSW)	その他 A. 診療情報提供書 B. サマリー
3	リハビリが 必要な状態	中間期病院		□ 維持期病院の他、直接自宅へ退院する場合は、介護保険にスムーズにつながるようかかりつけ医に対し情報提供を行う			C. リハビリ総合実施計画書 D. 検査結果のコピー
				□ 患者・家族から病院への情報提供を行う事についての了解を得るとともに、中間期病院に対し、患者の生活の様子、家族関係や住環境などについて情報提供を行う	認知症のある方、独居や高齢者世帯の方、医療依存度の高い方、家族 □ 関係が不良な方、介護力の弱い家庭の方については、より頻回な情報 交換を心がける	居宅介護支援事業所 (ケアマネジャー) 地域包括支援センター (ケアマネジャー)	な
				□ 患者・家族に対し診療計画書(患者さま用シート)を用いて今後の説明を行う	□ 患者·家族の希望を十分にふまえ、先の見通しまで説明する	急性期病院(病棟看護師)	
				□ 他機関・介護保険の事業所との調整や情報提供を行う場合は、事前に患者・家族に同意書等で了解を得る		中間期病院(病棟看護師) 維持期病院(病棟看護師) 維持期機関(SW等)	
				□ 関係スタッフとともに在宅療養に向けたケア会議を開く	□ 在宅を見据えたケア会議の内容となるよう考慮する		①患者さま同意書②診療計画書(患者さま用シー)
				□ 退院前のケアカンファレンスには、在宅支援者の参加を考慮する			③急性期情報シート
				かかりつけ医へ病状・経過・転帰の連絡を行うとともに、基礎疾患の継続医療と担当ケアマネジャーとの連携についてを依頼する		急性期病院(地域連携室) 中間期病院(地域連携室)	④中間期情報シート その他 A. 診療情報提供書
	医療機関での治	急性期病院		思者の後遺症の状態により介護サービスを利用する可能性があると判断される場合は居宅介護支援事業所に、介護サービスの利用に至らないと判断される場合は地域包括支援センターにそれぞれ情報提供を行う		維持期病院(地域連携室)	B. サマリー C. リハビリ総合実施計画書 D. 検査結果のコピー
4)	療等から自宅又	中間期病院		│ │□ 家族に対して、新規介護保険申請の前に居宅介護支援事業所に相談に行くよう説明する			t _o
-	は施設での療養 に移行する状態	維持期病院 維持期機関		「外出訓練、試験外出、訪問指導などの際には、担当ケアマネジャーやSWと実際の生活の場を見ながら、リハビリ面や生活			1
				指導などについて意見交換が行える場を設定する	□ 担当ケアマネジャーやSWの同行を依頼する	作業療法士(OT)	
				□ 入院の事実がわかった場合、担当ケアマネジャーは、家族に連絡し病院と連絡調整をすることについて了解を得る			
				 担当ケアマネジャー、地域包括支援センター担当者は、できるだけ病院まで出向き、患者・家族やMSWと面識を持つととも			
			①生活機能の維持・改善、②QO	」 に、情報交換に努める 		居宅介護支援事業所 (ケアマネジャー)	
			Lの向上、③再発予防、④基礎疾 患の治療などに努める	□ 退院前に開催される病院スタッフ・本人・家族とのケアカンファレンスに出席し、今後の連携等について十分に情報交換を行う(※圏域外の医療機関の場合には可能な限りとする)		地域包括支援センター (ケアマネジャー)	
				□ 在宅療養に向けた情報収集のため、試験外出などの際には病院スタッフに同行する□ 医療・合併症に関してかかりつけ医から情報を収集し、再発防止を視野に入れ、医療を継続できるよう支援する			
				□ 担当ケアマネジャーは、事前情報をもとに医療の継続、リハビリの継続についてかかりつけ医等に相談し、在宅に戻った患者のケアプランを立案する		居宅介護支援事業所	
	自宅又は施設			│ □ かかりつけ医から医療情報やADLの情報を定期的に収集し、ケアプランの変更を随時行う		(ケアマネジャー) 地域包括支援センター	
5	での療養生活を送る状態	自宅又は施設		□ かかりつけ医と連携して3ヶ月、6ヶ月、12ヶ月の患者の状況を評価し、維持期情報シートにより急性期病院及び中間期病院に情報提供を行う		地域已括文法センター (ケアマネジャー)	⑤維持期情報シート
				患者のQOLの向上のため、再発予防及び合併症の管理のためのケアプラン作成に必要な情報を担当ケアマネジャーに提供する		かかりつけ医	
\dashv	再発により再度			□ 急性期病院に、これまでの診療情報を提供する	□ 確実に内容を伝えるため、FAXなどによる紙面での提供を基本する	かかりつけ医	診療情報提供書 救急処置に必要な病態整理のた
	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1					の医療情報
6	医療機関での 入院治療に	急性期病院		□ 利用者・家族から脳卒中を疑うような症状に関する相談を受けた場合は、かかりつけ医又は急性期病院への受診を促す	認知症のある方、独居や高齢者世帯の方、医療依存度の高い方、家族	居宅介護支援事業所	