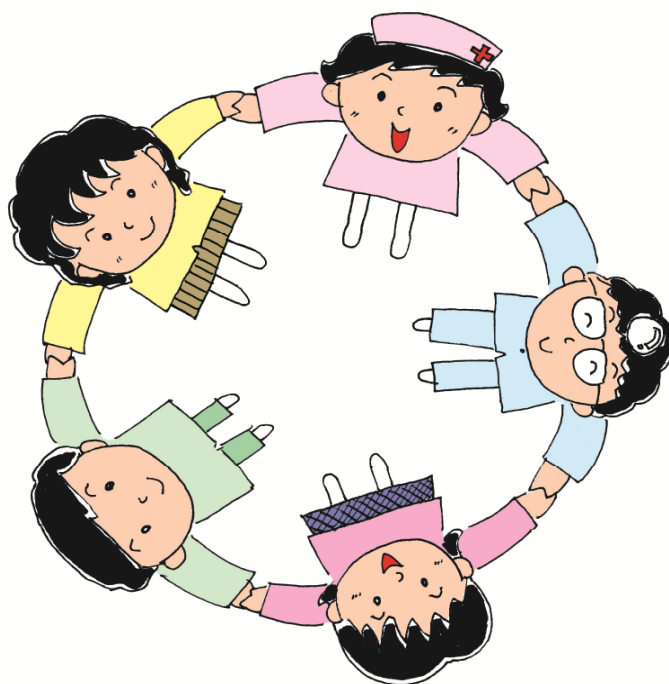


大分県北部圏域  
脳卒中地域連携パス  
手引書＜連携編＞

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〈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〈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 P4

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。

役割	役割の概要	役割の留意点	担当者	必要シート及び情報
1. 患者	脳卒中の発症、経過、治療の状況、居場所、家族の状況、QOLの向上に努める。	脳卒中の発症、経過、治療の状況、居場所、家族の状況、QOLの向上に努める。	患者本人	脳卒中の発症、経過、治療の状況、居場所、家族の状況、QOLの向上に努める。
2. 医師	脳卒中の診断、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	脳卒中の診断、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	医師	脳卒中の診断、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。
3. 看護師	脳卒中の看護、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	脳卒中の看護、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	看護師	脳卒中の看護、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。
4. 介護士	脳卒中の介護、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	脳卒中の介護、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	介護士	脳卒中の介護、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。
5. 福祉士	脳卒中の福祉、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	脳卒中の福祉、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	福祉士	脳卒中の福祉、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。
6. 薬剤師	脳卒中の薬剤管理、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	脳卒中の薬剤管理、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	薬剤師	脳卒中の薬剤管理、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。
7. 理学療法士	脳卒中の理学療法、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	脳卒中の理学療法、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	理学療法士	脳卒中の理学療法、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。
8. 作業療法士	脳卒中の作業療法、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	脳卒中の作業療法、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	作業療法士	脳卒中の作業療法、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。
9. 言語療法士	脳卒中の言語療法、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	脳卒中の言語療法、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	言語療法士	脳卒中の言語療法、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。
10. 臨床心理士	脳卒中の臨床心理療法、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	脳卒中の臨床心理療法、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	臨床心理士	脳卒中の臨床心理療法、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。
11. 社会福祉士	脳卒中の社会福祉、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	脳卒中の社会福祉、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	社会福祉士	脳卒中の社会福祉、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。
12. 介護福祉士	脳卒中の介護福祉、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	脳卒中の介護福祉、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	介護福祉士	脳卒中の介護福祉、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。
13. 介護職員	脳卒中の介護、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	脳卒中の介護、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	介護職員	脳卒中の介護、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。
14. 介護士	脳卒中の介護、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	脳卒中の介護、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	介護士	脳卒中の介護、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。
15. 介護士	脳卒中の介護、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	脳卒中の介護、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	介護士	脳卒中の介護、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。
16. 介護士	脳卒中の介護、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	脳卒中の介護、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	介護士	脳卒中の介護、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。
17. 介護士	脳卒中の介護、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	脳卒中の介護、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	介護士	脳卒中の介護、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。
18. 介護士	脳卒中の介護、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	脳卒中の介護、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	介護士	脳卒中の介護、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。
19. 介護士	脳卒中の介護、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	脳卒中の介護、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	介護士	脳卒中の介護、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。
20. 介護士	脳卒中の介護、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	脳卒中の介護、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。	介護士	脳卒中の介護、治療の計画、実施、経過観察、QOLの向上に努める。


## ◇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

#### ステージ①

**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**

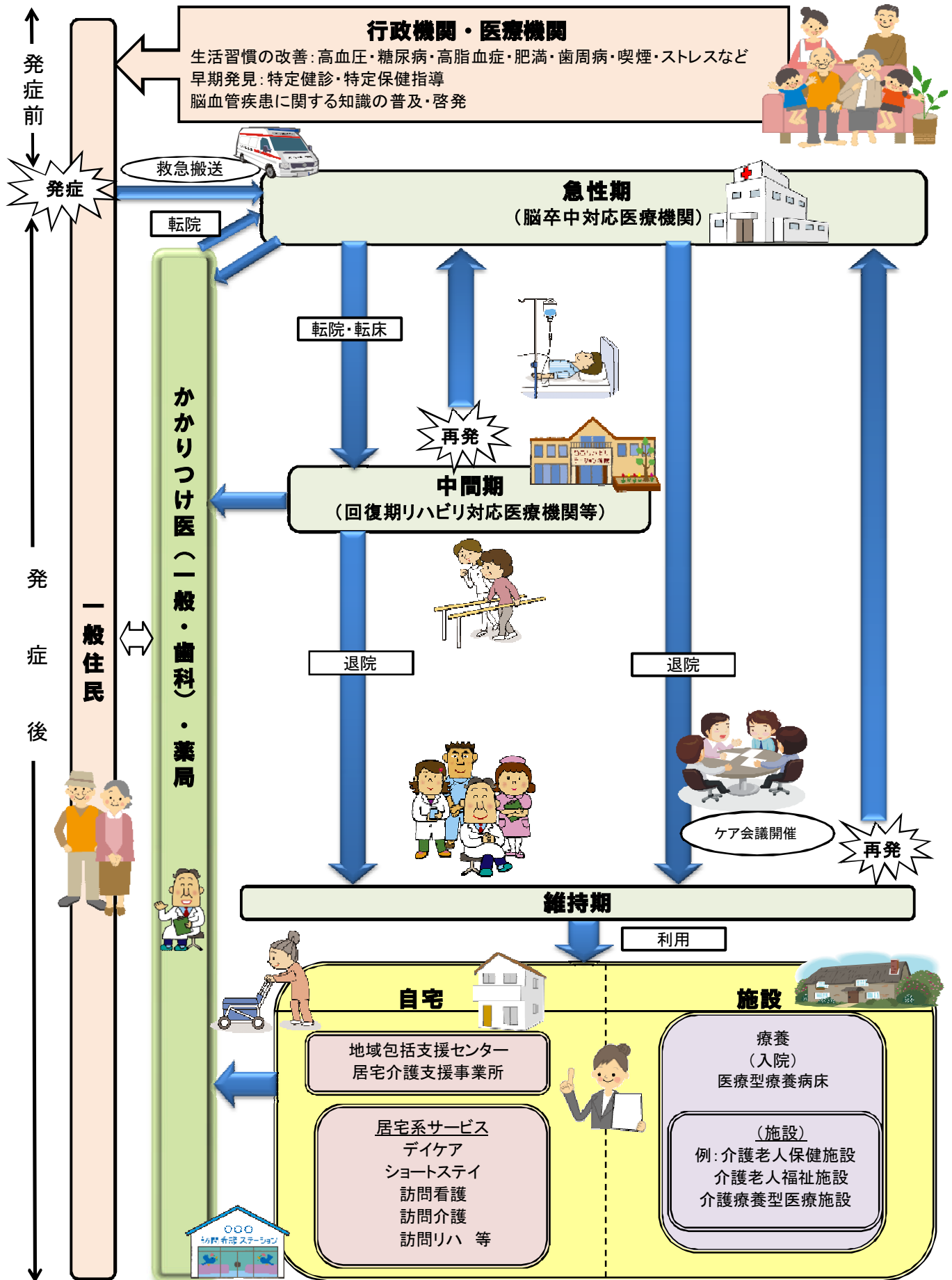
- 保健・医療・福祉の連携がスムーズに行われるように地域の連携体制の整備に努めます。
- 脳卒中に関する知識、初期症状、対処法について普及啓発を実施します。
- 生活習慣病の予防のため健康教育を実施します。

## ◇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。)

No.	機関名	所在地	電話番号	担当部署・担当者	メールアドレス ホームページ	連携可能な機能															
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						
1	訪問看護ステーションかわしま	大分県中津市宮原3-5	電話) 0979-24-4520 FAX) 0979-24-2871	橋本 桂子	メールアドレス <a href="mailto:info@kawasima.jp">info@kawasima.jp</a> ホームページ <a href="http://www.kawasima.jp/">http://www.kawasima.jp/</a>	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2	訪問看護ステーション リハビリ 橋本 穂子	大分県中津市新橋多摩1778番地	電話) 0979-24-6152 FAX) 0979-24-6154		メールアドレス <a href="mailto:info@hishida.co.jp">info@hishida.co.jp</a>	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3	健康福祉訪問看護ステーションあのみ	大分県豊後高田市駅前1176番地	電話) 0979-22-2982 FAX) 0979-24-2266	伊藤 豊代子	ホームページ <a href="http://www.0210.com/Service/160/">http://www.0210.com/Service/160/</a>	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4	訪問看護ステーション オアシス	大分県宇佐市大字院敷477-1	電話) 0979-27-5277 FAX) 0979-27-2719	西本 三穂子	メールアドレス <a href="mailto:info@oasisnurse.co.jp">info@oasisnurse.co.jp</a> ホームページ <a href="http://www.oasisnurse.com/">http://www.oasisnurse.com/</a>	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5	訪問看護ステーション 夢	大分県宇佐市大字院敷444番地	電話) 0979-25-4555 FAX) 0979-25-4556	多田 美穂子	メールアドレス <a href="mailto:info@yume-nurse.com">info@yume-nurse.com</a>	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6	株式会社 富野舎 訪問看護ステーションふるま	大分県中津市上里1789-26	電話) 0979-24-1771 FAX) 0979-24-6485	橋本 洋子	メールアドレス <a href="mailto:info@furusima.jp">info@furusima.jp</a>	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7	ホームヘルプ訪問看護ステーション	大分県中津市上里48-6 旧イサキマシヤビル2階201	電話) 0979-24-1754 FAX) 0979-24-1758	橋本 孝史		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	いずみの園 訪問看護ステーション	大分県中津市本通2744番地	電話) 0979-22-2899 FAX) 1979-22-2899	訪問看護部 橋本 弘美	メールアドレス <a href="mailto:info@izumino.co.jp">info@izumino.co.jp</a> ホームページ <a href="http://www.izumino.co.jp/">http://www.izumino.co.jp/</a>	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9	株式会社 志摩舎 社上訪問看護ステーション	大分県中津市片岡町1361	電話) 0979-22-6110 FAX) 0979-22-6110	田原 美香	メールアドレス <a href="mailto:info@shimokura.co.jp">info@shimokura.co.jp</a> ホームページ <a href="http://www.shimokura.co.jp/">http://www.shimokura.co.jp/</a>	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
10	株式会社 三上舎 社上訪問看護ステーション	大分県中津市大字本通933-1	電話) 0979-27-1221 FAX) 0979-27-1320	山野 英子		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

# 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

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	発症する前	自宅又は施設	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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 生活習慣病の予防のため健康教育を実施する <input type="checkbox"/> 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		行政機関	
				<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 急性期病院に、これまでの診療情報を提供する	<input type="checkbox"/> 薬剤師は必ず既往歴をお薬手帳に記入する <input type="checkbox"/> 入院時に必ず既往歴を確認する	医療機関等 急性期病院	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	<input type="checkbox"/> 急性期病院に、これまでの診療情報を提供する <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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する	急性期病院 急性期病院(病棟看護師) 急性期病院(地域連携室)	診療情報提供書 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
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、早期に症状安定を目指す	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 入院早期にカンファレンスを行う <input type="checkbox"/> 「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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 患者・家族の気持ちを害さないよう留意する <input type="checkbox"/> 患者・家族のニーズの把握に努める <input type="checkbox"/> 患者・家族が医療者との信頼関係を保てるように努める <input type="checkbox"/> 患者・家族の希望は刻々と変わること留意する	急性期病院(病棟看護師)	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
				<input type="checkbox"/> 関係スタッフにより共同で地域連携パスの作成を行う <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 地域連携バ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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 地域連携バスのシートの「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する	急性期病院(地域連携室)	
				<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	急性期病院(地域連携室) 急性期病院(地域連携室)	
				<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	急性期病院(地域連携室) 急性期病院(地域連携室)	
③	リハビリが必要な状態	中間期病院	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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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する <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 患者・家族の希望を踏まえ、先の見通しまで説明する	急性期病院(病棟看護師) 急性期病院(病棟看護師) 急性期病院(病棟看護師) 急性期病院(病棟看護師)	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
				<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	急性期病院(地域連携室) 急性期病院(地域連携室)	
④	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	急性期病院 中間期病院 維持期病院 維持期機関	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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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) 急性期病院(病棟看護師) 急性期病院(病棟看護師) 急性期病院(病棟看護師)	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 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
				<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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か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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 在宅を見据えたケア会議の内容となるよう考慮する	急性期病院(地域連携室) 急性期病院(地域連携室) 急性期病院(地域連携室)	
				<input type="checkbox"/> 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する	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーやSWの同行を依頼する	急性期病院(地域連携室) 急性期病院(地域連携室)	
				<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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向向き、患者・家族やMSWと面識を持つとともに、情報交換に努める <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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		急性期病院(地域連携室) 急性期病院(地域連携室)	
				<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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		急性期病院(地域連携室) 急性期病院(地域連携室)	
				<input type="checkbox"/> 急性期病院に、これまでの診療情報を提供する	<input type="checkbox"/> 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する	急性期病院(地域連携室) 急性期病院(地域連携室)	
⑤	自宅又は施設での療養生活を送る状態	自宅又は施設	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	<input type="checkbox"/> 急性期病院に、これまでの診療情報を提供する	<input type="checkbox"/> 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する	急性期病院(地域連携室) 急性期病院(地域連携室)	⑤維持期情報シート
				<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	急性期病院(地域連携室) 急性期病院(地域連携室)	
⑥	再発により再度医療機関での入院治療に移行する状態	急性期病院	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	<input type="checkbox"/> 急性期病院に、これまでの診療情報を提供する	<input type="checkbox"/> 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する	急性期病院(地域連携室) 急性期病院(地域連携室)	診療情報提供書 救急処置に必要な病態整理のための医療情報
				<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	急性期病院(地域連携室) 急性期病院(地域連携室)	

# 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①

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

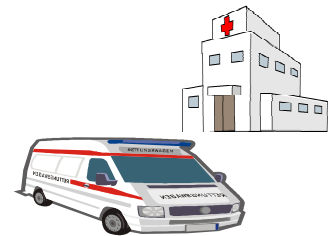
- 基礎疾患やお薬に関する情報について、お薬手帳などへの必要事項の記入に努めましょう。

## 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

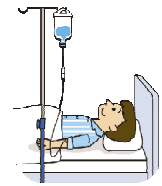
- 診療情報提供書

## 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、同意を得てください。  
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。
- 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ます。
- 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

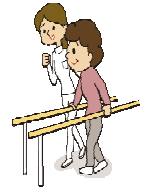
- ①患者さま同意書
- ②診療計画書(患者さま用シート)
- ③急性期情報シート
- その他
  - A. 診療情報提供書
  - B. サマリー
  - C. リハビリ総合実施計画書
  - D. 検査結果のコピー など

## 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

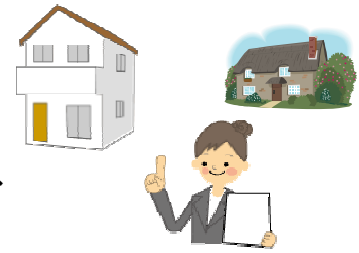
- ①患者さま同意書
- ②診療計画書・患者さま用シート
- ③急性期情報シート
- ④中間期情報シート
- その他
  - A. 診療情報提供書
  - B. サマリー
  - C. リハビリ総合実施計画書
  - D. 検査結果のコピー
  - など

## ステージ 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



# 北部圏域脳卒中地域連携パス役割一覧表

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	発症する前	自宅又は施設	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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 生活習慣病の予防のため健康教育を実施する <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 薬剤師は必ず既往歴をお薬手帳に記入する	行政機関	
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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 急性期病院に、これまでの診療情報を提供する <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 入院時に必ず既往歴を確認する <input type="checkbox"/> 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する	急性期病院 かかりつけ医	診療情報提供書
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期に症状安定を目指す	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 入院早期にカンファレンスを行う <input type="checkbox"/> 「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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 患者・家族の気持ちを害さないよう留意する <input type="checkbox"/> 患者・家族のニーズの把握に努める <input type="checkbox"/> 患者・家族が医療者との信頼関係を保てるように努める <input type="checkbox"/> 患者・家族の希望は刻々と変わること留意する	急性期病院(病棟看護師)	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
				<input type="checkbox"/> 関係スタッフにより共同で地域連携パスの作成を行う <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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進行 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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する	急性期病院(地域連携室)	
③	リハビリが必要な状態	中間期病院	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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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する <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 患者・家族の希望を踏まえ、先の見通しまで説明する	中間期病院 (病棟看護師、地域連携室、MSW)	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
				<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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)	
④	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	急性期病院 中間期病院 維持期病院 維持期機関	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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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) 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)	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 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
				<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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は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は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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 在宅を見据えたケア会議の内容となるよう考慮する	急性期病院(地域連携室) 中間期病院(地域連携室) 維持期病院(地域連携室)	
				<input type="checkbox"/> 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する	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーやSWの同行を依頼する	理学療法士(PT) 作業療法士(OT)	
				<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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、情報交換に努める <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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		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)	
⑤	自宅又は施設での療養生活を送る状態	自宅又は施設		<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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		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)	⑤維持期情報シート
				<input type="checkbox"/> 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		
⑥	再発により再度医療機関での入院治療に移行する状態	急性期病院		<input type="checkbox"/> 急性期病院に、これまでの診療情報を提供する	<input type="checkbox"/> 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めの医療情報
				<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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)	