

鳥取県中部地区 脳卒中地域連携パス 運用要項

I. 目的

- 1) 脳卒中診療において中部地域医療機関が機能分担と連携をはかり、地域として質の高い医療・介護を途切れなく実現するようにする。
- 2) 急性期・回復期・維持期（在宅）と分担された脳卒中患者の病状、診療経過を一連の流れとして医療者（介護者）側、患者側双方が理解する。

II. 対象症例

脳卒中（脳梗塞・脳出血）急性期治療を受けた後、在宅生活を目指す患者とする。

III. パスの構成

脳卒中地域連携パスは、『脳卒中地域連携パス診療計画書』、『脳卒中地域連携パス説明書』、『脳卒中地域連携パスシート』から構成される。

脳卒中地域連携パス 診療計画書	患者および家族に診療計画を説明し同意を得る為の書類。 計画管理病院で発行し、同一シートを用いて各医療機関で説明・同意を得る。
脳卒中地域連携パス 説明書	患者および家族に地域連携パスの流れを説明する為の書類。
脳卒中地域連携 パスシート	患者転院（退院）の際に連携先の各医療機関等で必要とされる情報を記載し、情報を共有する為の書類。 ※医師用・看護師用・リハビリ用・MSW用および、かかりつけ医記載用がある。（※急性期・回復期病院共用）

IV. 基本原則

- 1) パスの登録症例は急性期病院側で決定しパスの起点となり、その運用は脳卒中発症後1年目までとする。

大きく3つの医療・介護施設に分類される。

(A) 急性期病院 (B) 回復期病院 (C) 慢性期医療機関（かかりつけ医）

- 2) 急性期病院では入院後約1週間以内に、患者又は家族に対して地域連携診療計画に沿った治療を行うことの説明と同意を得る。書類には脳卒中地域連携パス診療計画書、脳卒中地域連携パス説明書の2枚を患者に提供し脳卒中地域連携パス診療計画書に署名を得た後、急性期病院側カルテに1部残し原本は患者へ渡す。

- 3) 回復期病院に転院する患者には、連携パスシート（医師用・看護師用・リハビリ用・MSW用）を記載し転院先病院へ送付する。急性期病院にも1部保管し、医師会連携室にも1部送付する。
- 4) 急性期病院から直接自宅退院される患者は、連携パスシート（医師記載シートのみ）を記載し登録かかりつけ医へ送付する。急性期病院にも1部保管し、医師会連携室にも1部送付する。
- 5) 回復期病院は、転入院時に患者より急性期病院からの脳卒中地域連携パス診療計画書を受け取り、それを用いて診療計画の説明を行い、同意・署名を得た後、回復期病院側カルテに一部保管し、原本は患者へ返却する。また、患者退院時に連携パスシートと共に急性期病院へ一部送付する。
- 6) 回復期病院は、患者の退院時に連携パスシートを登録かかりつけ医に提供すると同時に、急性期病院に1部送付し回復期病院にも保管しておく。また、1部を医師会連携室へ送付する。
- 7) 回復期・急性期病院は、ケアマネージャーから連携パスシートの参照依頼があった場合、退院後のケアプラン作成の基礎資料となるためご協力をお願いします。
- 8) 登録かかりつけ医は初回受診時に、患者より地域連携パス診療計画書を受け取り、診療内容の説明を行い同意・署名を得る。原本は患者に返却し、一部はカルテに保管する。また、連携パスシート（かかりつけ医→急性期病院）送付時に併せて急性期病院へ一部送付する。
- 9) 登録かかりつけ医は初回受診時に日常生活機能評価を実施する。結果を連携パスシート（かかりつけ医→急性期病院）に記入し、パス運用より1年以内に急性期病院に送付すると同時に医師会連携室にも1部送付する。
- 10) 急性期病院退院後は、回復期病院、かかりつけ医で適宜薬剤療法、危険因子の管理、血液検査を施行する。薬剤療法、危険因子の管理は原則的に各種ガイドラインや診療情報提供書やパスに特に意見の提示があればそれを参考にしつつ行う。
- 11) 抗血小板療法や抗凝固剤は副作用や特に理由がなければ原則継続投与する。薬剤選択については変更可能である。
- 12) 頭部MRI、頭部CT検査、エコーは発症1年目など適宜急性期病院と連携し行う。

※本連携パスの運用は平成22年12月1日より試験運用を開始する。

※本連携パスについてのお問い合わせは下記までご連絡下さい。

《連絡先》鳥取県中部医師会 連携室

〒682-0804

鳥取県倉吉市東昭和町150（鳥取県立厚生病院内）

TEL/FAX: (0858) 24-5690

E-MAIL: compath-cishikai@trad.ocn.ne.jp

平成22年9月27日作成

(平成23年3月 一部改正)