

静岡県西部広域脳卒中地域連携パス ご紹介



静岡県西部広域 脳卒中地域連携パス

2015年6月17日(水)作成: 聖隷浜松病院 地域料連絡室



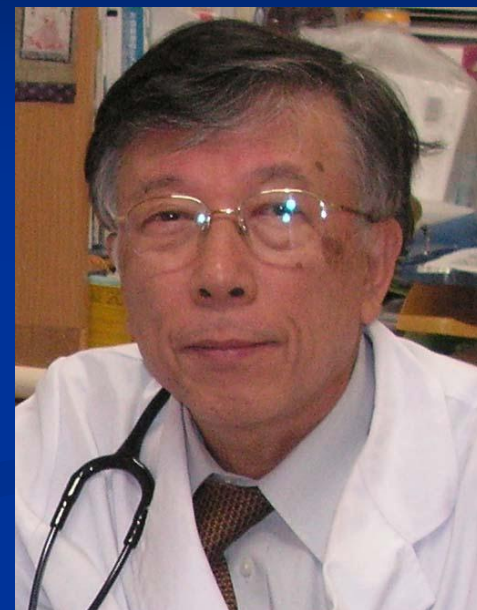
脳卒中地域連携パスができるまで

「脳卒中の地域ネットワークを考える会」

■ 2003年12月より活動

■ 目的

- 脳卒中患者様の急性期管理から慢性期管理への円滑な移行のためのインフォームドコンセント
- 病院、診療所間の情報共有化による外来及び在宅管理の推進
- 地域における脳卒中医療を出来る限り標準化し、利用者に開示すること



渥美哲至先生

聖隷浜松病院 脳神経外科 田中篤太郎医師のスライドより抜粋



Department of Neurosurgery, Seirei Hamamatsu General Hospital

なぜ脳卒中地域連携パスが必要か？

- この患者さんのリスクファクターは何か？
- どの程度までリスクファクターを管理すればよいのか？
- 神経所見のどこに注意してこの患者さんを見ればよいのか？
- この処方は本当に必要なのか？
- この処方は同効他剤に変更してよいのか？
- 診療所でずっと見ていて良いのか？

特徴①

- すべての脳卒中の患者様(入院)に適応する。
- 各医療機関のパス(診療)の間を埋めるものがこの地域連携パス
- 最終ゴールと診療情報を共有する形のパスとし、日程は区切らない

特徴②

- 病院－病院間のみでなく、病院－診療所間にも使用する。
- 循環型パスポート形式のパスとし、すべての情報は情報開示を兼ね患者様にもパスポートのように持っていただく。
- 同一の紹介状を書けば地域内すべての参加する医療機関で使うことができる

脳神経外科領域研究会中部地域連絡会
1999年11月
脳神経外科領域研究会中部地域連絡会
〒410-0001 静岡県浜松市東区東町1-1-1

氏名: _____ 性別: 男/女

〒 _____ 市町村 _____ 番地 _____

科: _____

病棟名: _____

主治医/手術者: _____

手術室: _____

手術日/手術時間: _____



静岡県西部地域 脳卒中地域連携バス

脳卒中の地域ネットワークを考える会(2009年11月21日現在)



静岡県西部広域脳卒中地域連携パス

パスポート表紙 - 入力 -

地域ネットワークで援助するあなたの健康管理

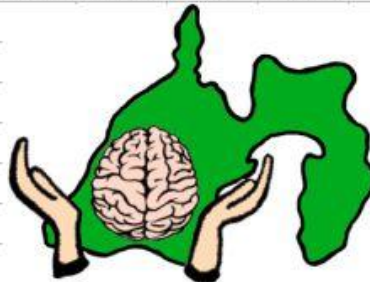
《病院、診療所にかかるときは必ず持参しましょう》

別名：					
氏名：				性別：	
生年月日(西暦)：				発症時年齢：()	歳
住所：					
連絡先：					
かかりつけ診療所名：					
急性期病院名：					
担当ケアマネジャー施設名：					

【地域連携パスポート必要ページ案内】

- 急性期→回復期 1p～5p
- 回復期→維持期 6p～7-()p ※7-()pは()内に継続ページを記載してください。
- 急性期→維持期 1p～5p、7-()p ※7-()pは()内に継続ページを記載してください。

※6pは回復期退院時に発行の為、急性期より維持期へ退院の場合は、パスポートには入らない。



静岡県西部広域 脳卒中地域連携パス

静岡県西部広域脳卒中地域連携パス運用検討会(2010.5.12改定)



静岡県西部広域脳卒中地域連携パス（患者様用）

紙運用

※静岡県西部広域脳卒中医療連携パス一式は、診療を受ける時には必ず持参しましょう。

患者氏名

様

担当医療機関	急性期病院	(中間医療施設)	維持期担当施設
	【施設名： _____】	【施設名： _____】	【施設名： _____】
	<p>あなたの連携先を直線(太線)で明示していきます</p> <p>複数の医療施設が連携して、治療や機能回復・維持を実施していきます</p>	<p>□リハビリ病院 □療養病院 □その他(_____)</p>	<p>□自宅 □介護施設(_____) □療養病院 □その他(_____)</p>
再精査指示	□3ヶ月後 □6ヶ月後 □1年後		

あなたの目標	《 _____ 》	《 _____ 》	《 _____ 》
	希望：社会復帰 自宅復帰 他(_____)		

治療 リハビリ	<input type="checkbox"/> 手術を行います <input type="checkbox"/> 薬物治療を行います <input type="checkbox"/> 危険因子の評価を行います <input type="checkbox"/> 再発予防の投薬を行います	<input type="checkbox"/> 再発予防の投薬を継続します <input type="checkbox"/> 全身状態の管理と定期的な評価などを行います <input type="checkbox"/> 起居動作・移乗や移動動作などの訓練を行います <input type="checkbox"/> 日常生活や社会参加場面に応じた訓練を行います <input type="checkbox"/> コミュニケーション・嚥下などの訓練を行います <input type="checkbox"/> 日常生活に即した訓練や指導を行います <input type="checkbox"/> 介護保険や各種制度の説明、利用法、その他何でも困ったことの相談にのります <input type="checkbox"/> 各職種から家屋環境調査、杖・装具・車椅子等の選定・導入及び退院後の在宅できるリハビリの指導、家族指導を行います	<input type="checkbox"/> 再発予防の投薬を継続します <input type="checkbox"/> 危険因子の管理とフォローアップを行います <input type="checkbox"/> 日常生活動作の維持訓練を行います
	<input type="checkbox"/> 急性期リハビリを開始します		

説明と承諾	<p>病状や予後について説明します 入院治療方針等に本人またはご家族の方に承諾頂きます</p>	<p>機能回復の見通しなどを説明します 入院治療方針等に本人またはご家族の方に承諾頂きます</p>	<p>再発兆候の有無や日常生活動作の維持方法等について説明します</p>
その他	<p>自宅復帰時には日常生活が行い易いように改修などのアドバイスを行います 必要に応じ介護認定・障害者認定などの申請手続きについてお手伝いします</p>		

私は、この表にある地域連携診療計画に関する説明を受けました。記載された診療情報が各連携医療機関で共有されることに同意します。

説明と同意	年 月 日 主治医:	年 月 日 主治医:	年 月 日 主治医:
(署名)	患者氏名 又は 代理人の場合 続柄(_____) 代理人氏名:	患者氏名 又は 代理人の場合 続柄(_____) 代理人氏名:	患者氏名 又は 代理人の場合 続柄(_____) 代理人氏名:

※病状により上記の内容は変更となる場合があります。
 ※治療結果の具体的内容等はパスポート内に記載されておりますので参照ください。
 ※地域連携パスには、あなたの大事な情報が記載されています。加筆や変更などは危険ですのでご注意ください。
 ※記載された診療情報は、事務局等で匿名化(個人が識別できないデータとする)の上、統計的解析や学術発表等に使われる場合がございます。ご了承下さい。



静岡県西部広域脳卒中地域連携パス 診療情報提供用紙(急性期病院 紹介状)
急性期病院退院時に作成。転院打診時、及び退院(転医含む)に提出、必ず画像を添えること
入力運用

診療報酬 算定	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	入院日: 年 月 日 / 退院日: 年 月 日	記載日: 年 月 日
患者氏名:		性別: <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日: ()歳
	科	医療機関名:	
	先生御侍史	医師名:	
診断:		発症日: 年 月 日	(時 分)
来院時主症状	なし		
基礎疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 心房梗死症 <input type="checkbox"/> その他 ()		
合併症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 呼吸不全 <input type="checkbox"/> 再発性肺炎 <input type="checkbox"/> 腎機能不全 <input type="checkbox"/> 肝機能不全 <input type="checkbox"/> 尿路感染症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 下肢静脈血栓症 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 大腸骨関節骨折 <input type="checkbox"/> その他 () <small>※上記にチェックがある場合は、必ずデータを添付すること。</small>		
医療処置	<input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 酸素吸入(加圧含む) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 挿管 <input type="checkbox"/> その他 ()		
転院目標	<input type="checkbox"/> 自宅退院 <input type="checkbox"/> 療養型病院 <input type="checkbox"/> 入所型施設 <input type="checkbox"/> その他 ()		
転院・転院目的	<input type="checkbox"/> 治療の継続 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 長期療養 <input type="checkbox"/> 外来診察・投薬 <input type="checkbox"/> その他 ()		
急性期(紹介元) 外転院の必要性	<input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 転院中以外の状態で受診必要()科) <input type="checkbox"/> 必要 (<input type="checkbox"/> 定期検査 <input type="checkbox"/> 投薬)		
転院中 再発が疑われる場合の対応	<input type="checkbox"/> 当院(急性期病院) <input type="checkbox"/> 初期対応が可能な場合は貴院にて		
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [名称]		

既往歴:

現病歴と治療経過(紹介時):

退院時追加事項: 追加なし

退院時処方:

※処方継続を要する薬剤: なし あり [薬剤名:]

急性期病院退院時に作成。転院打診時、及び退院（転医含む）に提出 入力運用

入院日： 年 月 日 / 退院日： 年 月 日		記載日： 年 月 日	
患者氏名：		様	性別： 0 生年月日： () 歳
身体状況	<input type="checkbox"/> 麻痺 [<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢] <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 関節拘縮 () <input type="checkbox"/> 疼痛あり <input type="checkbox"/> 失禁症 <input type="checkbox"/> 嚥下障害		
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 → ()		
注意すべき行動	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り → ()		
生活の見守り	<input type="checkbox"/> 不必要 <input type="checkbox"/> 必要 → ()		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取 [<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ベース食 <input type="checkbox"/> ゼリー食] <input type="checkbox"/> 経管栄養 [<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう] 点滴 [<input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 木屑]		
Ns 排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【使用器具】 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他 ()		
移動手段	<input type="checkbox"/> 介助を要しない移動 <input type="checkbox"/> 介助を要する移動(搬送含む)		
起き上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
立ち上がり～移乗	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助が必要 <input type="checkbox"/> できない		
坐位保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない		
保清入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
看護情報提供書	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり ※退院時に記載のこと。		
日常生活機能評価表	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり ※退院時、地域連携診療計画管理料算定の場合、必ず別紙記載すること。		
キーパーソン	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 無し		家族構成：
主介護者	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 無し		
Ns 介護保険	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 済 等級 → ()		
身障手帳	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 済 等級 → ()		
療養型・施設の予定や希望の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 申込済み ↓ <input type="checkbox"/> 希望有り ↓ 【医療機関： ()】		

退院時記載欄

Dr 退院・転院基準 (退院時必須)				
循環器呼吸器疾患	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり ⇒ 運動負荷 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能			
感染症	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他)			
重症度	病前mRS:	入院時mRS:	退院時mRS:	地域連携診療 入院時 WFRS Gr:
リハ別紙提出書	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり			
リハ 退院後リハ必要性	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> 入院リハ <input type="checkbox"/> 通院リハ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ]			

静岡県西部広域圏平中地域連携バス 診療情報提供用紙 (中間医療施設 紹介状)

回復期病院から診療所・療養型病院・施設等へ転院する場合に使用

患者氏名:		様		(患者の年齢)		
				歳 性別:	0	
				記載日:	年 月 日	
		病院・医院				病院
						科
		先生御侍史		医師		

退院・転院基準 (退院時必須)	
--------------------	--

< 診断 >
 1)
 2)
 3)
 4)

< 治療経過 >
 お世話になります。急性期病院までの病歴や経過などは、前医の記録をご参照下さい。
 以下に当院での治療経過などを記載します。よろしくお願ひ申し上げます。

< 退院処方 >

当院退院時のmRS:

当院での外来リハビリの予定 (あり なし)

診療所、施設等へ退院時、「定期フォロー依頼検査」記載後、3部コピーを提出。その後、白紙をコピーし使用。紙運用

患者氏名:		性別:	0	生年月日:	()	歳
定期的フォロー依頼検査 (病院退院時に必ず記載する)	①病院は、注意を要する項目にチェックを入れ、かつ、管理目標値を記載して下さい。診療所、施設等は、検査値、SNS静岡脳卒中機能スケール改定浜松版の記載をお願いします。 ②ご家族の方等も、家庭血圧や脈拍、SNS静岡脳卒中機能スケール改定浜松版の記載を、月1回程度お願いします。					
	日付	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
記載者	病院 医師:					
退院病院ID	病院医師の指示項					
検査項目	管理目標値 (目安)	退院時	<input type="checkbox"/> 検査値等は 表面に添付	<input type="checkbox"/> 検査値等は 表面に添付	<input type="checkbox"/> 検査値等は 表面に添付	<input type="checkbox"/> 検査値等は 表面に添付
<input type="checkbox"/> 血圧						
<input type="checkbox"/> 脈拍						
<input type="checkbox"/> 体重						
<input type="checkbox"/> OT-Cho						
<input type="checkbox"/> HDL-C						
<input type="checkbox"/> LDL-C						
<input type="checkbox"/> FBS						
<input type="checkbox"/> HbA1c						
<input type="checkbox"/> PT-INR						
<input type="checkbox"/> ()						
※ SNS静岡脳卒中機能スケール改定浜松版	下記は、診療所の先生方や、看護師・介護士・ケアマネージャー・家族等、診療・看護・介護に関わる方が定期的にご記載ください。 ※2点以上低下は再発の疑い、急性期病院へ相談をしてください。					
2点:	①室内移動					
している、自立又は、見守り、	②外出					
1点:	③トイレ					
介助をしている、※程度は問わない、	④入浴					
0点:	⑤更衣					
していない、又は、全介助	⑥経口摂取					
	⑦口腔ケア(ケム)					
合計						
Dr.						
特に注意する症状、又は、状態 ※例(脱水、発熱など)						
家族						
症状や状態で見つけたこと等 ※例(食欲不振、便秘、物忘れなど)						

診療所で 記載

静岡県西部広域脳卒中地域連携パス 診療情報提供用紙 (再発予防ノート)

診療所、施設等へ退院時、「定期フォロー依頼検査」記載後、3部コピーを提出。その後、白紙をコピーし使用。 紙運用

患者氏名： _____ 性別： **0** 生年月日： _____ (_____) 歳

定期的フォロー依頼検査 (病院退院時に必ず記載する)

①病院は、注意を要する項目にチェックを入れ、かつ、管理目標値を記載して下さい。 診療所、施設等は、検査値、SNS静岡脳卒中機能スケール改定浜松版の記載をお願いします。
②ご家族の方等も、家庭血圧や脈拍、SNS静岡脳卒中機能スケール改定浜松版の記載を、月1回程度お願いします。

日付			/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
記載者	病院 医師:							
退院病院D	病院医師の指示項目		□検査値等は 裏面に添付	□検査値等は 裏面に添付	□検査値等は 裏面に添付	□検査値等は 裏面に添付	□検査値等は 裏面に添付	□検査値等は 裏面に添付
検査項目	管理目標値 (目安)	退院時						
<input type="checkbox"/> 血圧								
<input type="checkbox"/> 脈拍								
<input type="checkbox"/> 体重								
<input type="checkbox"/> T-Chol								
<input type="checkbox"/> HDL-C								
<input type="checkbox"/> LDL-C								
<input type="checkbox"/> FBS								
<input type="checkbox"/> HbA1c								
<input type="checkbox"/> PT-INR								
<input type="checkbox"/> ()								



Ns
SNS静岡脳卒中機能

下記は、診療所の先生方や、看護師・介護士・ケアマネージャー・家族等、診療・看護・介護に関わる方が定期的にご記載ください。 ※2点以上低下は再発の疑い、急性期病院へ相談してください。



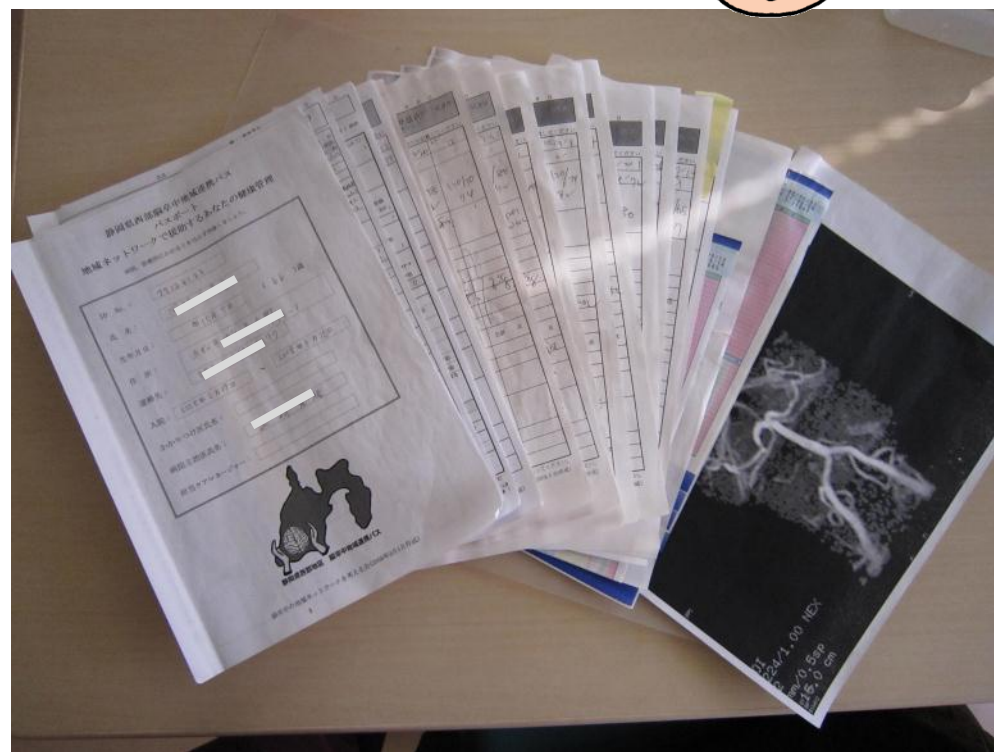
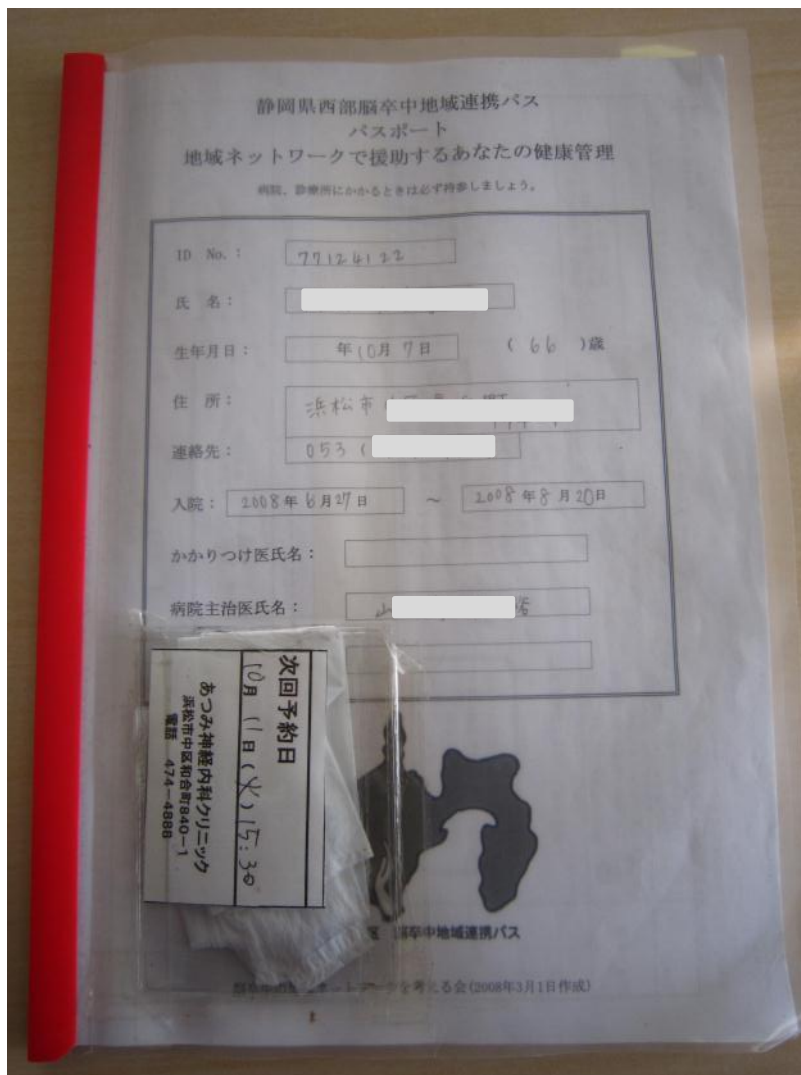
Ns SNS静岡脳卒中機能 スケール改定浜松版		下記は、診療所の先生方や、看護師・介護士・ケアマネージャー・家族等、診療・看護・介護に関わる方が定期的にご記載 ください。 ※2点以上低下は再発の疑い。急性期病院へ相談をしてください。						
2点: している。自 立又は、見守 り。	①室内移動							
	②外出							
1点: 介助でしてい る。※程度は 問わない。	③トイレ							
	④入浴							
	⑤更衣							
0点: していない。 又は、全介助	⑥経口摂取							
	⑦コミュニケー ション							
合計								
Dr 特に注意す る症状。又 は、状態 ※例(脱水、 発熱など)								
家族 症状や状態 で気づいた こと等 ※例(食欲 不振、便 秘、物忘れ など)								



A氏のパスポート(2008年～)



これは私の歴史
なんです



再診 (診療所)

22. 2. 7

投薬：
 ガスターD錠10mg 2錠
 1日2回 朝・夕食後 14日
 ジェイゾロフト錠25mg 1錠
 メパロチン錠10 10mg 1錠
 1日1回 夕食後 14日
 酸化マグネシウム錠250mg 「モチダ」 6錠
 1日3回 毎食後 14日
 ハルシオン0.25mg錠 0.5錠
 1日1回 就寝前 14日

22. 2. 23

投薬：
 ガスターD錠10mg 2錠
 1日2回 朝・夕食後 14日
 ジェイゾロフト錠25mg 1錠
 メパロチン錠10 10mg 1錠
 1日1回 夕食後 14日
 酸化マグネシウム錠250mg 「モチダ」 6錠
 1日3回 毎食後 14日
 ハルシオン0.25mg錠 0.5錠
 1日1回 就寝前 14日

22. 3. 8

投薬：
 ガスターD錠10mg 2錠
 1日2回 朝・夕食後 14日
 ジェイゾロフト錠25mg 1錠
 メパロチン錠10 10mg 1錠
 1日1回 夕食後 14日
 酸化マグネシウム錠250mg 「モチダ」 6錠
 1日3回 毎食後 14日
 ハルシオン0.25mg錠 0.5錠
 1日1回 就寝前 14日

22. 3. 23

投薬：
 ガスターD錠10mg 2錠
 1日2回 朝・夕食後 14日
 ジェイゾロフト錠25mg 1錠
 メパロチン錠10 10mg 1錠
 1日1回 夕食後 14日
 酸化マグネシウム錠250mg 「モチダ」 6錠
 1日3回 毎食後 14日
 ハルシオン0.25mg錠 0.5錠
 1日1回 就寝前 14日

投薬：
 ガスターD錠10mg 2錠
 1日2回 朝・夕食後 14日
 ジェイゾロフト錠25mg 1錠
 メパロチン錠10 10mg 1錠
 1日1回 夕食後 14日
 酸化マグネシウム錠250mg 「モチダ」 6錠
 1日3回 毎食後 14日
 ハルシオン0.25mg錠 0.5錠
 1日1回 就寝前 14日

氏名:

様

年月日

静岡県西部地区脳卒中地域連携バス (再発予防ノート:経過表) 紙運用
 経時的な症状の経過・変化を記入し急性期病院に行く時には必ず持参しましょう

脳卒中 病状経過

この欄以降に必要な項目のみ記載してください

年月日	22/2/6	22/2/7	22/2/8	22/2/9	22/2/10	22/2/11	22/2/12
施設・科名/署名	/	/	/	22/2/6	22/2/8	22/2/9	22/2/10
バイタルサイン	130/70	130/70	136/70	109/74	130/70	136/80	
血圧	64	72	72	68	72	72	
脈拍							
体重 など							
検査結果				22.11.21 MAZ 20分間隔 明らかな再発 なし	22.11.21 MAZ 20分間隔 明らかな再発 なし	22.11.21 MAZ 20分間隔 明らかな再発 なし	22.11.21 MAZ 20分間隔 明らかな再発 なし
S 室内移動							
N 外出							
S 静							
N トイレ							
S 入浴							
N 更衣							
S 経口摂取							
N コミュニケーション							
S 2点..している							
N 1点..介助でい	合計	合計	合計	合計	合計	合計	合計
S 浜松							
N 0点..していない							
S 言語障害							
N 高次脳機能障害							
S 注意する症状							
N (高リスク項目)							
S 注意する症状							
N (新しい症状が 出たら相談・連絡)							
S 処置・その他							
N 次回診察日				2/9 診察			
S (検査予定など)				2/30 MRI			

医師、看護師、介護師、ケアマネージャー、ヘルパーなど診療、看護、介護に関係する方に記入してもらってください。
 再発予防ノート:経過表 (2008.5.20作成)

血圧手帳や糖尿病手帳など紙お持ちの方は、
ここにに入れていただきますと便利です。
その他、ご自由にご利用下さい。



完成！！



静岡県西部広域脳卒中地域連携パス パスポート表紙 -入カ-

地域ネットワークで援助するあなたの健康管理

《病院、診療所にかかるときは必ず持参しましょう》

刀かけ:
 氏名: 性別:
 生年月日 (西暦): 発症時年齢: () 歳
 住所:
 連絡先:
 かかりつけ診療所名:
 急性期病院名: 浜松市甲区住吉2-12-12 474-2222
 総合病院 聖隷浜松病院
 担当ケアマネジャー施設名:

【地域連携パスポート必要ページ案内】

- 急性期→回復期 1p~5p
 - 回復期→維持期 6p~7-()p ※7-()pは()内に継続が"ツ"を記載してください。
 - 急性期→維持期 1p~5p、7-()p ※7-()pは()内に継続が"ツ"を記載してください。
- ※6pは回復期退院時に発行の為、急性期より維持期へ退院の場合は、パスポートには入らない。



静岡県西部広域脳卒中地域連携パス運用検討会(2010.5.12改定)

静岡県西部広域脳卒中地域連携パス (患者様用) 既運用

※静岡県西部広域脳卒中地域連携パスへの登録や変更は必ず本表紙より。

維持期担当施設:

急性期病院 (中間医療施設) 施設名:

施設名:

あなたのご連携先を本表紙(大枠)で明示してください

複数の医療施設が連携して、治療や機能回復・維持を実現できます

リハビリ病院 療養病院 その他

3ヶ月後 6ヶ月後 1年後

静岡県西部広域脳卒中地域連携パス 診療情報提供用紙 (急性期退院時向け)

※前期病院退院時に作成。転院付添付。差替え退院(転院含む)に要出。入カ運用

前期病院退院日: 年月日 / 退院日: 年月日 記録日: 年月日

入院日: 年月日 / 退院日: 年月日 記録日: 年月日

種 性別: 生年月日: () 歳

入院時病状

意識 昏倒 昏睡 昏蒙 中等 重度 軽度

瞳孔 正常 異常

対光反射 正常 減弱 消失

筋力 正常 減弱 消失

歩行 正常 減弱 消失

言語 正常 減弱 消失

排泄 正常 減弱 消失

その他 正常 減弱 消失

静岡県西部広域脳卒中地域連携パス 診療情報提供用紙 (再発予防シート)

※前掲紙、転院等へ退院時、予定再入院・長期療養(予定退院、3ヶ月以上退院、60日以上退院、転院)時、転院、長期療養(予定退院)時必ず記載する。

再発予防のチェックポイント

意識 正常 減弱 消失

瞳孔 正常 異常

対光反射 正常 減弱 消失

筋力 正常 減弱 消失

歩行 正常 減弱 消失

言語 正常 減弱 消失

排泄 正常 減弱 消失

その他 正常 減弱 消失

静岡県西部広域脳卒中地域連携パス 継続用紙 (急性期退院時)

急性期退院時に作成 (予備付録シート)。連続退院。入カ運用

入院日: 年月日 / 退院日: 年月日 記録日: 年月日

患者氏名: 種 性別: 生年月日: () 歳

病状

意識 正常 減弱 消失

瞳孔 正常 異常

対光反射 正常 減弱 消失

筋力 正常 減弱 消失

歩行 正常 減弱 消失

言語 正常 減弱 消失

排泄 正常 減弱 消失

その他 正常 減弱 消失

対象疾患: 脳卒中 (別紙) 地域連携診療計画 日常生活機能評価表 既運用

※地域連携パスご利用の際は、必ずご確認ください。

患者氏名	氏名	種	計画開始日(発症時)		連携開始日(発症時)		継続日	
			月	日	月	日	月	日
鈴木 太郎	太郎	男性	2010	01	2010	01	01	01
田中 花子	花子	女性	2010	02	2010	02	02	02
山田 一郎	一郎	男性	2010	03	2010	03	03	03
佐藤 美咲	美咲	女性	2010	04	2010	04	04	04
鈴木 太郎	太郎	男性	2010	01	2010	01	01	01
田中 花子	花子	女性	2010	02	2010	02	02	02
山田 一郎	一郎	男性	2010	03	2010	03	03	03
佐藤 美咲	美咲	女性	2010	04	2010	04	04	04
鈴木 太郎	太郎	男性	2010	01	2010	01	01	01
田中 花子	花子	女性	2010	02	2010	02	02	02
山田 一郎	一郎	男性	2010	03	2010	03	03	03
佐藤 美咲	美咲	女性	2010	04	2010	04	04	04

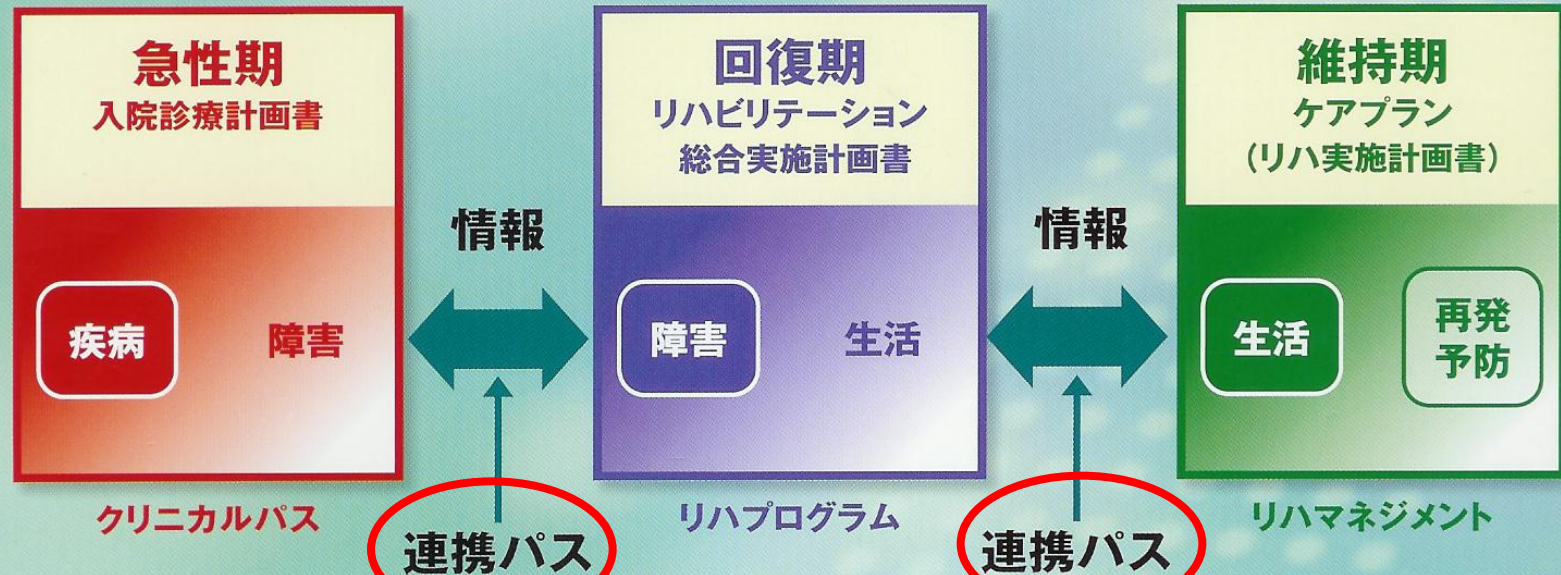
診療所先生方へのお願い

- 再発予防ノートに家庭血圧を記載するように患者様と、ご家族に指導いただく
- 再発予防ノートにSNS静岡脳卒中スケール改訂浜松版のスコアを記載するようにご家族に指導いただく
- 再発予防ノートにリスクファクターの重要項目（HbA1C、LDL choなど）の記載をいただく
※もちろんもとからお使いの手帳も可

脳卒中のクリニカルパスの概念とは？



脳卒中地域連携クリニカルパスの概念図



リハビリテーション

ADL 指標
移動能力
mRS, (BI)



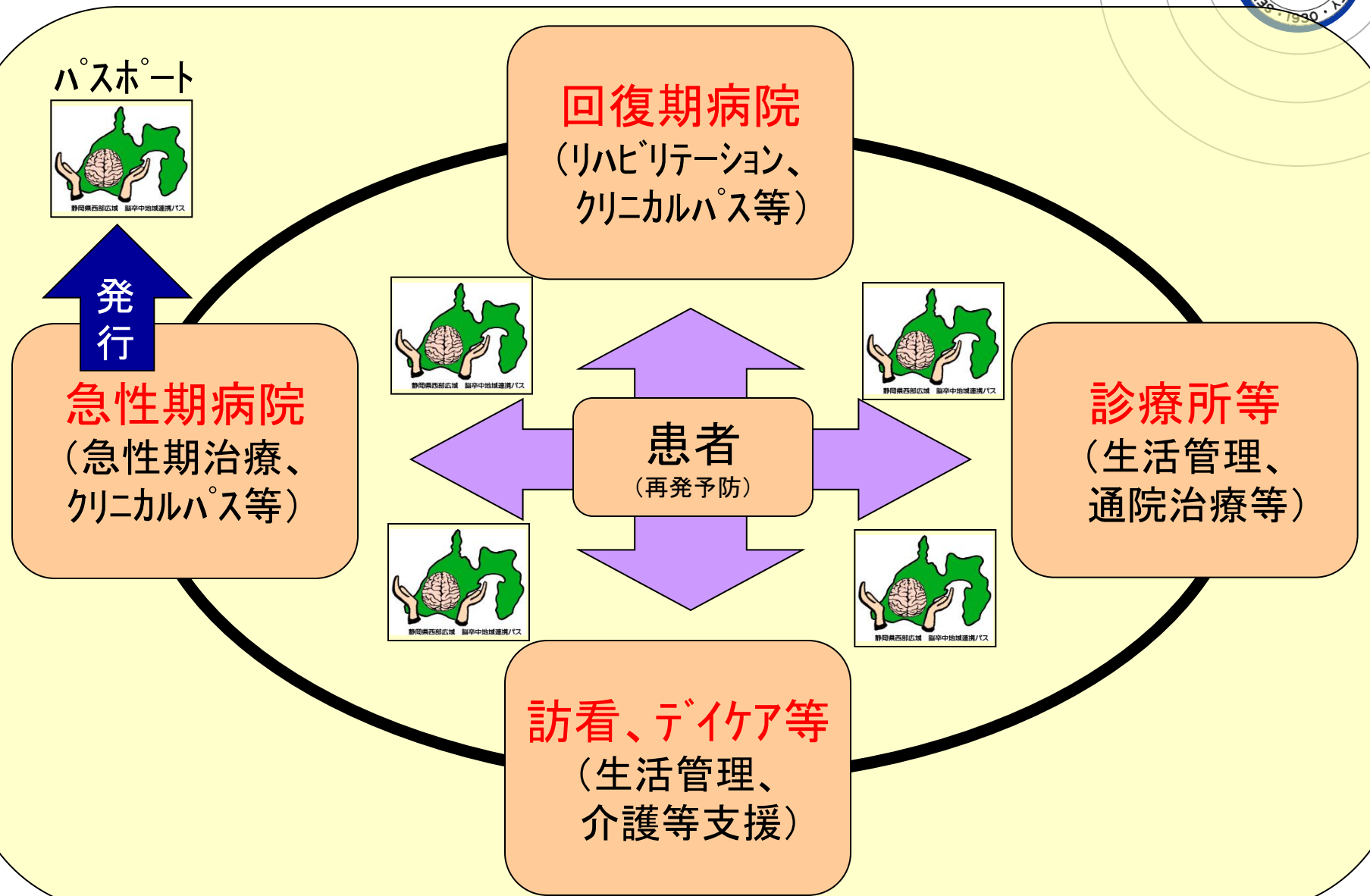
ADL 指標
FIM, BI
老人日常生活自立度



ADL 指標
老人日常生活自立度
(FIM, BI)

診療情報の共有・治療の継続性 (再発予防・併存疾患の管理)

脳卒中地域連携パス 連携図





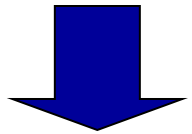
地域連携パスと 診療報酬改訂

診療報酬改訂の経緯



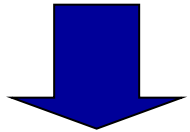
平成18年

急性期・回復期、大腿骨頸部骨折を評価



平成20年

急性期・回復期、
大腿骨頸部骨折、脳卒中を評価

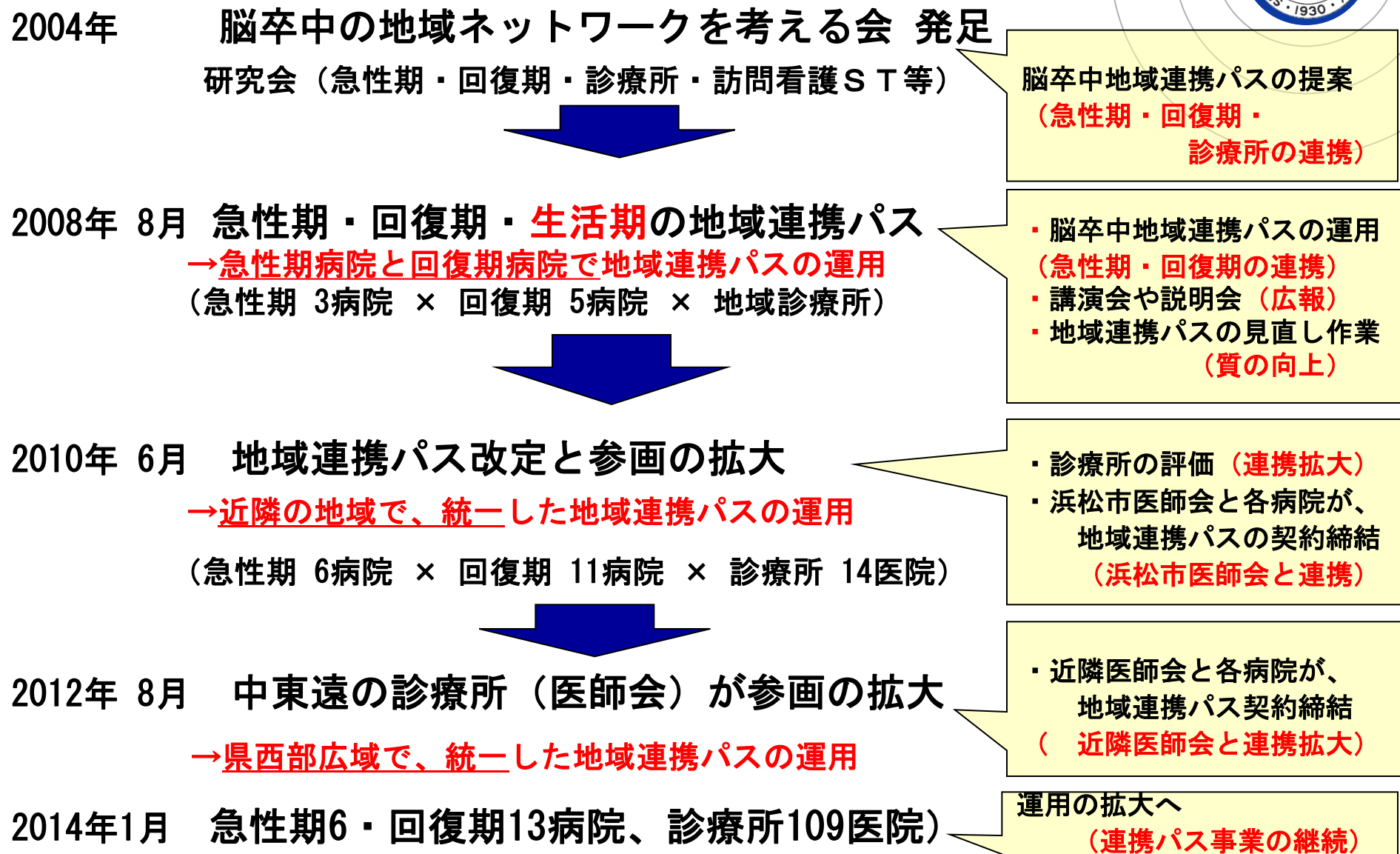


平成22年

急性期・回復期・診療所等、
大腿骨頸部骨折、脳卒中を評価

3段階の
連携を評価

脳卒中連携パス 運用までの経緯





静岡県西部～中東遠地域での参画施設

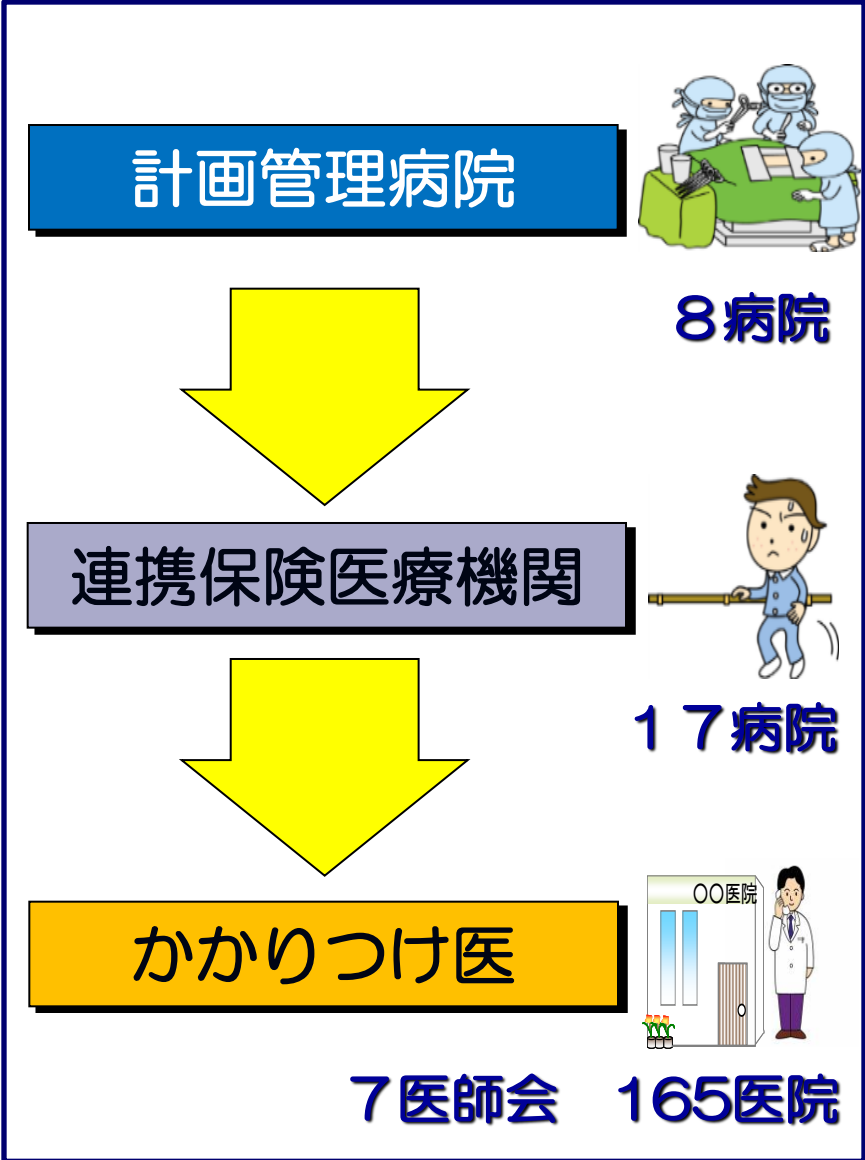


当院

参画 (脳卒中・大腿骨)

医療機関

※2014年1月1日現在



	医療機関名	大腿骨	脳卒中
計画管理病院	聖隷浜松病院	○	○
	聖隷三方原病院	○	○
	浜松医療センター	○	○
	磐田市立総合病院	○	○
	浜松医科大学附属病院	○	○
	中東遠総合医療センター	○	○
	浜松赤十字病院	○	
	浜松労災病院	○	
連携保険医療機関	浜松北病院	○	○
	北斗わかば病院	○	○
	浜松市リハビリテーション病院	○	○
	常葉リハビリテーション病院	○	○
	協立十全病院	○	○
	すずかけヘルスケアホスピタル	○	○
	市立御前崎総合病院	○	○
	公立森町病院	○	○
	浜松南病院	○	
	引佐赤十字病院	○	
	豊田えいせい病院	○	
	磐南中央病院	○	
	袋井みつかわ病院	○	
	聖隷リハビリテーション病院	○	
	遠州病院		○
	磐田脳神経外科病院		○
	菊川市立総合病院		○
連携診療所	天竜病院	○	
	すずかけセントラル病院	○	○
	浜松市医師会	○	○
	浜北医師会	○	○
	浜名医師会	○	○
	引佐医師会	○	○
	磐田市医師会	○	○
	磐周医師会	○	○
	小笠医師会	○	



地域連携パス原本の内容
はこんな感じです

Excelシートの改訂作業



■管理者用2013年11月1日開始 ■.xls [互換モード] - Microsoft Excel

【急性期病院→中間医療施設への転院基準】
 ■入院の原因となった脳卒中の症状増悪を認めない。
 ■入院の原因となった脳卒中の症状増悪を認めない。

13	坐位保持	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えがあればできる	<input type="checkbox"/> できない
14	保清入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
15	看護情報提供書	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり ※退院時に記載のこと。	
16	日常生活機能評価表	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり ※退院時、地域連携診療計画管理料算定の場合、必ず別紙記載すること。	
17	キーパーソン	<input type="checkbox"/> 本人	<input checked="" type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 子供 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし
18	主介護者	<input checked="" type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 子供 ()	<input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし
19	介護保険	<input type="checkbox"/> 不要	<input checked="" type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 済 等級 → ()
20	身障手帳	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 済 等級 → ()
21	療養型・施設の予定や希望の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 申込済み	<input type="checkbox"/> 希望有り

家族構成：
夫と長女の3人暮らし
長男・次女は別居

【医療機関：】

退院時記載欄

【急性期病院→中間医療施設への転院基準】
 ■入院の原因となった脳卒中の症状増悪を認めない。
 ■バイタルサインが安定し合併症がコントロールされている。
 ■再発予防の方針が確立されている。
 ■リハビリの効果が期待される。

【急性期病院→維持期施設への転院基準】 ■入院の原因となった脳卒中の症状増悪を認めない。 ■バイタルサインが安定し合併症がコントロールされている。 ■再発予防の方針が確立されている。 ■リハビリの効果が期待される。

【急性期病院→自宅への退院基準】 ■入院の原因となった脳卒中の症状の増悪を認めない。 ■バイタルサインが安定し合併症がコントロールされている。 ■再発予防の方針が確立されている。 ■リハビリの効果が期待される。

病前mRS: 入院時mRS: 退院時mRS: 入院時 WFNS Gr: 入院時

リハ別紙報告書 なし あり

退院後リハ必要性 なし あり【 入院リハ 通院リハ デイサービス デイケア 訪問看護 訪問リハ 】

静岡県西部広域脳卒中地域連携パス運用検討会(Q012.9.26改定)

プルダウンメニュー

静岡県西部広域脳卒中地域連携パス 診療情報提供用
 診療所、施設等へ退院時、「定期フォロー依頼検査」記載後、3部コピーを提出。その後、

患者氏名： 性別： 生年月日：

定期的フォロー依頼検査 (病院退院時に必ず記載する)

①病院は、注意を要する項目にチェックを入れ、かつ、管理目標値等は、検査値、SNS静岡脳卒中機能スケール改定浜松版の記載
 ②ご家族の方等も、家庭血圧や脈拍、SNS静岡脳卒中機能スケールをお願いします。

日付	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
記載者	聖隷浜松病院 医師：					
退院病院D	病院医師の指示項目					
検査項目	管理目標値 (目安)	退院時	<input type="checkbox"/> 検査値等は裏面に添付	<input type="checkbox"/> 検査値等は裏面に添付	<input type="checkbox"/> 検査値等は裏面に添付	<input type="checkbox"/> 検査値等は裏面に添付
<input type="checkbox"/> 血圧	140/90>					
<input type="checkbox"/> 脈拍						
<input type="checkbox"/> 体重						
<input type="checkbox"/> T-Cho						
<input type="checkbox"/> HDL-C	40≥					
<input type="checkbox"/> LDL-C	<120					
<input type="checkbox"/> FBS						
<input type="checkbox"/> HbA1c	<6.9					
<input type="checkbox"/> PT-INR						
<input type="checkbox"/> ()						
SNS静岡脳卒中機能スケール改定浜松版	下記は、診療所の先生方や、看護師・介護士・ケアマネージャー・家族等、にご記載ください。 ※2点以上低下は再発の疑い。急性期病院へ相談を					
2点：自立又は、見守り。	①室内移動	1				
	②外出	0				

規定値

静岡県西部広域脳卒中地域連携パス 統計用紙 (急性期病院)

急性期病院退院時に作成 (予後統計データ)。退院時提出。 入力運用



Dr

病型

部位

素因など

治療・投薬

TIA 脳梗塞【 ラナ梗塞 BAD 脳血栓 脳塞栓 (心原性 AtoA)】 脳内出血

脳室内出血 出血性梗塞 静脈(洞)梗塞 その他 ()

破裂脳動脈瘤【 AcomACA ICA MCA VA BA 多発 未確認】

入院期間	入院時	入院中	退院時
3	入院日:2013年 12月 20日 / 退院日:2014年 1月 日		
4	病室名: 聖隷浜松病院		
5	検査	検査	検査
6	<input type="checkbox"/> 採血	<input type="checkbox"/> 採血	<input type="checkbox"/> 採血
7	<input type="checkbox"/> 頭部CT・MRI	<input type="checkbox"/> 頭部CT・MRI	<input type="checkbox"/> 頭部CT・MRI
8	<input type="checkbox"/> 頸部血管エコー	<input type="checkbox"/> 頸部血管エコー	<input type="checkbox"/> 頸部血管エコー
9	<input type="checkbox"/> 胸部X-P	<input type="checkbox"/> 胸部X-P	<input type="checkbox"/> 胸部X-P
10	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> ECG
11	<input type="checkbox"/> PT-INR ()	<input type="checkbox"/> PT-INR ()	<input type="checkbox"/> PT-INR ()
12	<input type="checkbox"/> 脳血管造影	<input type="checkbox"/> 脳血管造影	<input type="checkbox"/> 脳血管造影
13	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()
14	治療	治療	治療
15	<input type="checkbox"/> 手術	<input type="checkbox"/> 手術	<input type="checkbox"/> 手術
16	<input type="checkbox"/> 静脈性血管腫	<input type="checkbox"/> 静脈性血管腫	<input type="checkbox"/> 静脈性血管腫
17	<input type="checkbox"/> 腫瘍出血	<input type="checkbox"/> 腫瘍出血	<input type="checkbox"/> 腫瘍出血
18	<input type="checkbox"/> グリセロール	<input type="checkbox"/> グリセロール	<input type="checkbox"/> グリセロール
19	<input type="checkbox"/> アスピリン	<input type="checkbox"/> アスピリン	<input type="checkbox"/> アスピリン
20	<input type="checkbox"/> ワルファリン	<input type="checkbox"/> ワルファリン	<input type="checkbox"/> ワルファリン
21	<input checked="" type="checkbox"/> ダビガトラン	<input checked="" type="checkbox"/> ダビガトラン	<input checked="" type="checkbox"/> ダビガトラン
22	<input type="checkbox"/> その他抗血小板剤 ()	<input type="checkbox"/> その他抗血小板剤 ()	<input type="checkbox"/> その他抗血小板剤 ()
23	全身管理	全身管理	全身管理
24	<input type="checkbox"/> 合併症予防	<input type="checkbox"/> 合併症予防	<input type="checkbox"/> 合併症予防
25	<input checked="" type="checkbox"/> 下肢静脈血栓予防	<input checked="" type="checkbox"/> 下肢静脈血栓予防	<input checked="" type="checkbox"/> 下肢静脈血栓予防
26	<input type="checkbox"/> スキンケア・PEG-STOMACARE	<input type="checkbox"/> スキンケア・PEG-STOMACARE	<input type="checkbox"/> スキンケア・PEG-STOMACARE
27	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒・転落予防	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒・転落予防	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒・転落予防
28	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()
29	リハビリ	リハビリ	リハビリ
30	<input checked="" type="checkbox"/> グリセロール	<input checked="" type="checkbox"/> グリセロール	<input checked="" type="checkbox"/> グリセロール
31	<input type="checkbox"/> アスピリン	<input type="checkbox"/> アスピリン	<input type="checkbox"/> アスピリン
32	<input type="checkbox"/> ワルファリン	<input type="checkbox"/> ワルファリン	<input type="checkbox"/> ワルファリン
33	<input checked="" type="checkbox"/> ダビガトラン	<input checked="" type="checkbox"/> ダビガトラン	<input checked="" type="checkbox"/> ダビガトラン
34	<input type="checkbox"/> その他抗血小板剤 ()	<input type="checkbox"/> その他抗血小板剤 ()	<input type="checkbox"/> その他抗血小板剤 ()
35	説明	説明	説明
36	<input checked="" type="checkbox"/> 急性期院内パス選択 (脳出血長期パス)	<input checked="" type="checkbox"/> 急性期院内パス選択 (脳出血長期パス)	<input checked="" type="checkbox"/> 急性期院内パス選択 (脳出血長期パス)
37	<input checked="" type="checkbox"/> 主治医説明(疾患・予防・予後予測)	<input checked="" type="checkbox"/> 主治医説明(疾患・予防・予後予測)	<input checked="" type="checkbox"/> 主治医説明(疾患・予防・予後予測)
38	<input checked="" type="checkbox"/> 地域連携パス説明【同意 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし】	<input checked="" type="checkbox"/> 地域連携パス説明【同意 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし】	<input checked="" type="checkbox"/> 地域連携パス説明【同意 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし】
39	<input checked="" type="checkbox"/> 発症前日常生活機能評価(連携先のみ)	<input checked="" type="checkbox"/> 発症前日常生活機能評価(連携先のみ)	<input checked="" type="checkbox"/> 発症前日常生活機能評価(連携先のみ)
40	<input type="checkbox"/> 病前mRs, 入院時mRs, BI	<input type="checkbox"/> 病前mRs, 入院時mRs, BI	<input type="checkbox"/> 病前mRs, 入院時mRs, BI
41	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()
42	指導	指導	指導
43	<input checked="" type="checkbox"/> 院内パス	<input checked="" type="checkbox"/> 院内パス	<input checked="" type="checkbox"/> 院内パス
44	<input type="checkbox"/> バリアンス	<input type="checkbox"/> バリアンス	<input type="checkbox"/> バリアンス
45	<input checked="" type="checkbox"/> 服用指導	<input checked="" type="checkbox"/> 服用指導	<input checked="" type="checkbox"/> 服用指導
46	<input checked="" type="checkbox"/> 栄養指導	<input checked="" type="checkbox"/> 栄養指導	<input checked="" type="checkbox"/> 栄養指導
47	<input type="checkbox"/> 退院前訪問指導	<input type="checkbox"/> 退院前訪問指導	<input type="checkbox"/> 退院前訪問指導
48	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()

相互リンク

マクロ?の入れ込み
一度のチェックでOK

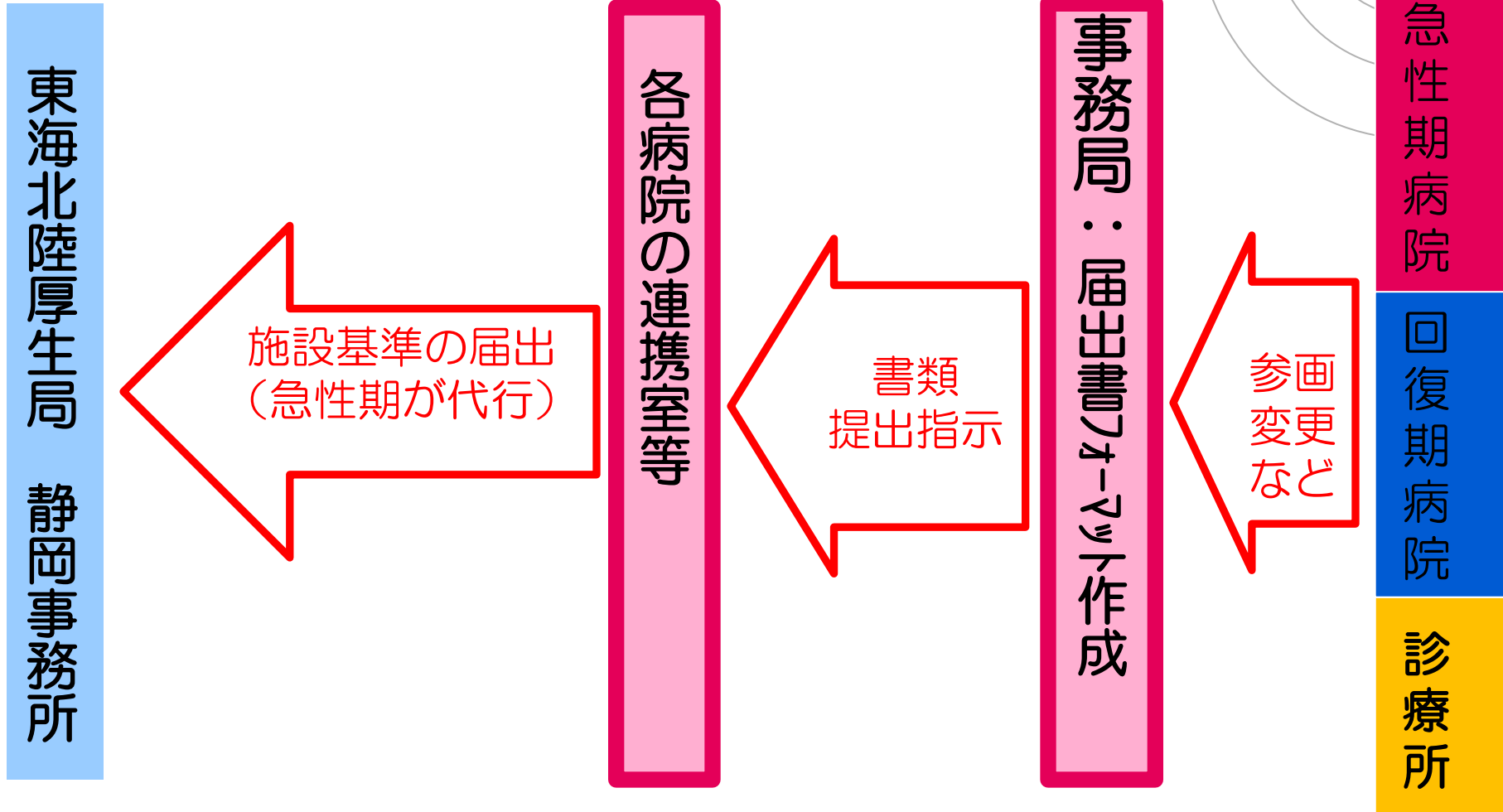


新規参画や変更

施設基準届出に関して

**【重要】脳卒中地域連携パスへの参画には、
「静岡県保健医療計画」で、脳卒中診療に
関わる医療機関として掲載されていること。**

施設基準届出（急性期病院が代行提出）



詳細は、事務局（浜松医大・連携室）にお問い合わせ下さい



脳卒中地域連携パス 運用概要

(参 考)

急性期病院 運用(1/2)



- ①患者に急性期～診療所の連携を説明・同意。
(患者用パス)
- ②院内クリニカルパス：
地域連携クリニカルパス(医療者用パス)
又は、各病院のクリニカルパスで対応。
- ③退院転院基準に基づき、回復期病院・診療所等
と連携。
- ④診療報酬算定：
 - ・連携病院へ転院、計画管理料を算定。
 - ・7/1報告(通称)で県へ実績報告(年1回)。

⑤クリアファイル(透明)を用意。

⑥パスポートの発行(クリアファイルへの綴じ込み)

- ・急性期病院紹介状
- ・急性期病院データ用紙
- ・急性期病院統計用紙
- ・再発予防ノート

記載項目： 定期的フォロー依頼検査(管理目標値含む)

SNS脳卒中スケール改定浜松版

特に注意する症状・状態

- ・日常生活機能評価表(受傷前、退院時)

※発行後、原本を患者に手渡し。

※再診時やデイケア等、常に携帯するように指導。

⑦年次報告・学術統計のデータ収集と管理。

回復期病院 運用(1/2)



①患者に回復期～診療所の連携を説明・同意。
(患者用パス)

②院内クリニカルパス:

地域連携クリニカルパス(医療者用)

又は、各病院のクリニカルパスで対応。

③退院転院基準に基づき、診療所等へ退院
連携診療所の場合、診療報酬算定可能の情報を提供。

④診療報酬算定:

- ・連携診療所は、退院時指導料(I)＋加算100点を算定。
- ・退院療養計画書・日常生活機能評価表の写しを、
急性期病院へ報告。
- ・7/1報告(通称)で県へ実績報告(年1回)。



⑥パスポートへ追記

- ・中間医療施設紹介状
- ・再発予防ノート

記載項目： 定期的フォロー依頼検査

SNS脳卒中スケール改定浜松版

特に注意する症状・状態(医師)

- ・日常生活機能評価表(入院時、退院時)

※発行後、原本を患者に手渡し。

※再診時やデイケア等、常に携帯するように指導。

⑦年次報告・学術統計のデータ収集と管理。

① パスポートへ追記

・再発予防ノート

記載項目： 定期的フォロー依頼検査
SNS脳卒中スケール改定浜松版
特に注意する症状・状態（医師）

・日常生活機能評価表（初診時）

※再診時やデイケア等、常に携帯するように患者へ指導。

※再発予防ノートに症状・状態の気づきやSNSスケール等の記載を指導。

※原本を患者に手渡し。再診時やデイケア等、携帯するよう指導。

② 診療報酬算定：

・回復期が診療報酬算定した場合、**初回のみ**退院時指導料（Ⅱ）を算定。

・再発予防ノート（初診時）・日常生活機能評価表（初診時）の写しを、**急性期病院、回復期病院へ報告（FAX可）**。

医師会との連携：急変時の対応



【浜松市医師会との取り決め】 ※浜松市医師会総会にて

■ 原則として初回入院の急性期病院が受け入れる

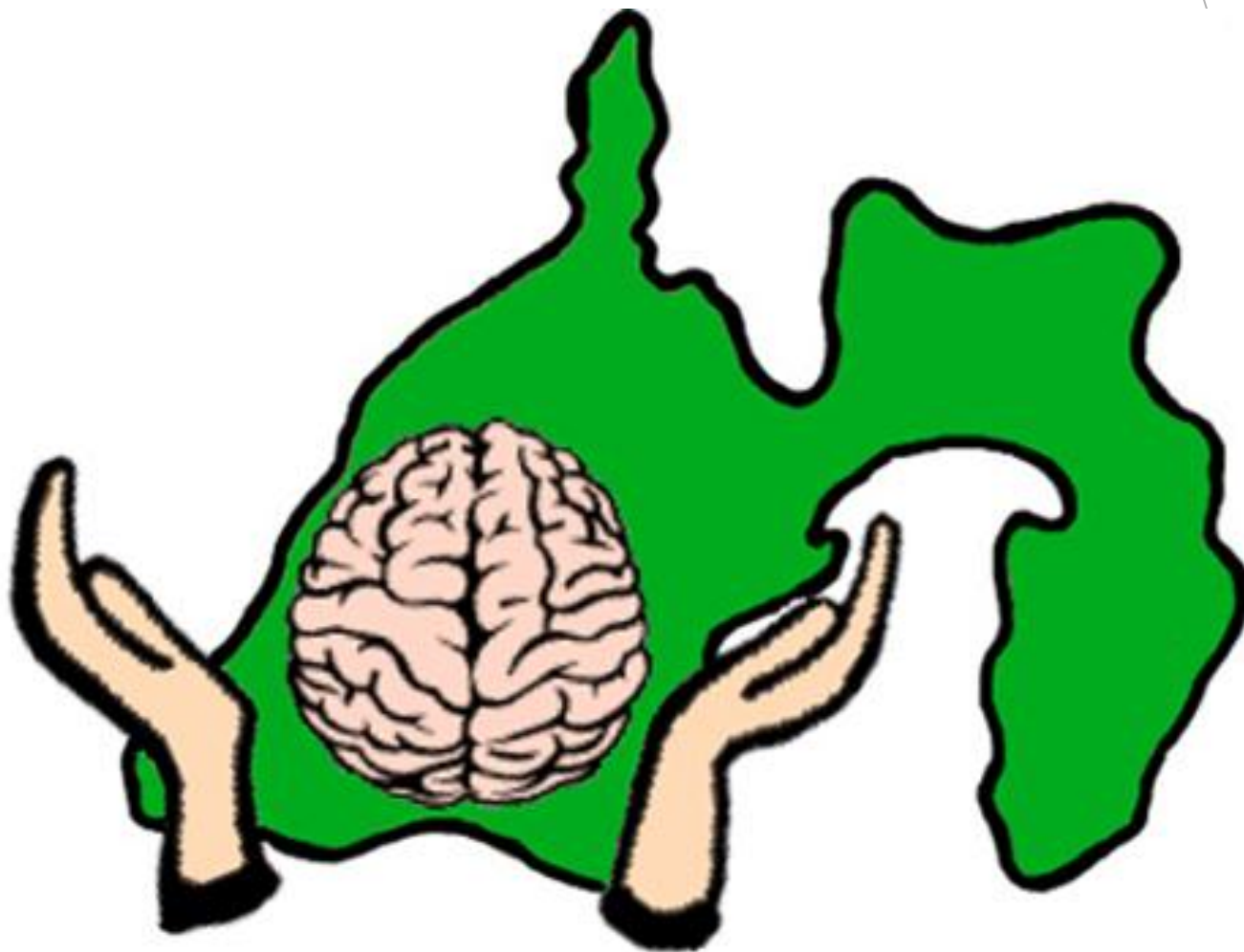
→ 仮に、急性期病院が満床時で受入れ不可？

【平日時間内】

急性期病院がまず外来で対応。入院が必要な場合
急性期病院が、地域ネットワークを考える会の世話人
レベルで対応し、他の急性期病院に紹介等おこなう。

【時間外】

二次救急患者として、浜松方式に準ずる



静岡県西部広域 脳卒中地域連携パス