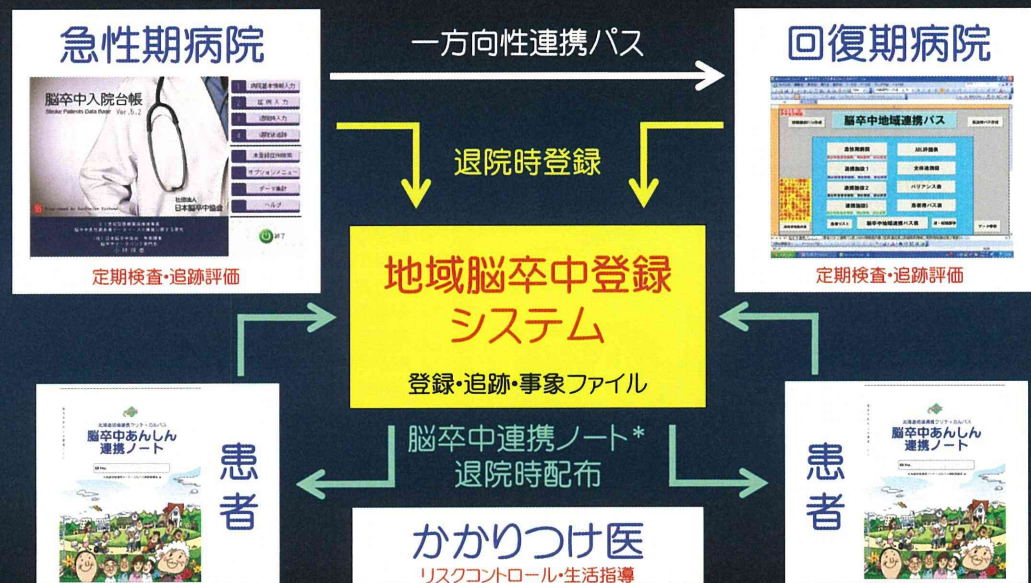


## 脳卒中の医療体制

	【予防】	【救護】	【急性期】	【回復期】	【維持期】	
機能	発症予防	応急手当・病院前救護	救急医療	身体機能を回復させるリハビリテーション	日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーション	《在宅療養》 生活の場での療養支援
目標	●脳卒中の発症予防	●発症後2時間以内の急性期病院到着	●来院後1時間以内の専門的治療開始 ●急性期に行うリハビリテーション実施	●回復期に行うリハビリテーション実施 ●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理	●維持期に行うリハビリテーション実施 ●在宅等への復帰及び生活の継続支援	●在宅療養支援 ●希望する患者に対する看取り
医療機関例			●救命救急センターを有する病院 ●脳卒中の専用病室を有する病院	●リハビリテーションを専門とする病院 ●回復期リハビリテーション病棟を有する病院	●介護老人保健施設 ●介護保険によるリハビリテーションを行う病院・診療所	●診療所 等
求められる事項(抄)	●基礎疾患・危険因子の管理 ●初期症状出現時の対応について、本人等に教育・啓発 ●初期症状出現時における急性期病院への受診勧奨	【本人・周囲にいる者】 ●速やかな救急搬送要請  【救急救命士】 ●適切な観察・判断・処置 ●急性期病院に2時間以内に搬送	●CT・MRI検査の24時間実施 ●専門的診療の24時間実施 ●来院後1時間以内にt-PAIによる脳血栓溶解療法を実施 ●外科的治療が必要な場合2時間以内に治療開始 ●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実施	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●機能障害の改善及びADL向上のリハビリテーションを集中的に実施	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●生活機能の維持・向上のリハビリテーション実施 ●在宅復帰のための居宅介護サービスを調整	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●訪問看護ステーション、調剤薬局と連携した在宅医療 ●希望する患者に対する居宅での看取り ●居宅介護サービスとの連携
連携		●発症から治療開始までの時間短縮	●医療施設間における診療情報・治療計画の共有			
指標による現状把握	●基本健診受診率	●発症から救急通報までの時間 ●救急要請から医療機関到着までの時間	●SCU等を有する医療機関数・病床数 ●t-PAIによる脳血栓溶解療法実施医療機関数、実施率 ●急性期リハビリテーション実施医療機関数	●回復期のリハビリテーション実施医療機関数  ●入院中のケアプラン作成率	●介護保険によるリハビリテーション実施施設数  ●地域連携クリティカルパス導入率	●在宅療養支援診療所数
	●在宅等生活の場に戻った患者の割合 ●発症1年後のADLの状況 ●脳卒中を主原因とする要介護認定者数 ●年齢調整死亡率					

Nakamura Memorial Hospital

## 循環型広域連携パス\*と地域脳卒中登録



北海道地域連携クリティカルパス運営協議会

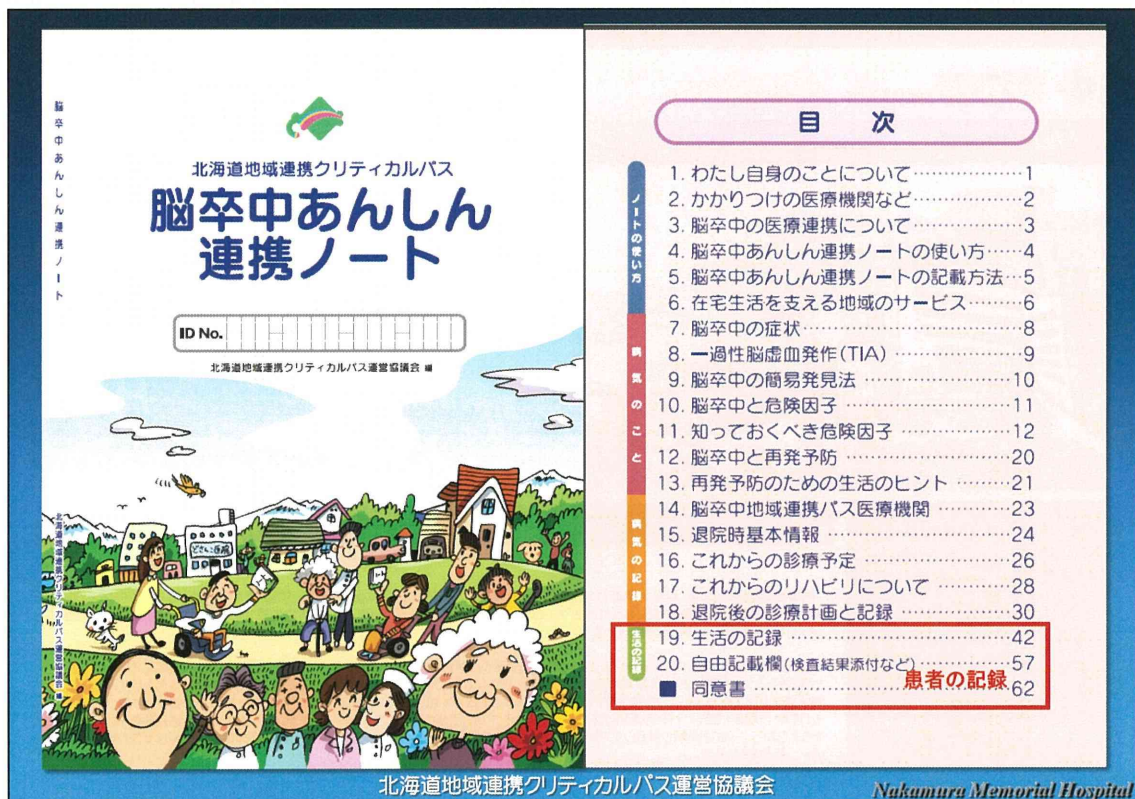
Nakamura Memorial Hospital



目次	
1. わたし自身のことについて	1
2. かかりつけの医療機関など	2
3. 脳卒中の医療連携について	3
4. 脳卒中あんしん連携ノートの使い方	4
5. 脳卒中あんしん連携ノートの記載方法	5
6. 在宅生活を支える地域のサービス	6
7. 脳卒中の症状	8
8. 一過性脳虚血発作(TIA)	9
9. 脳卒中の簡易発見法	10
10. 脳卒中と危険因子	11
11. 知っておくべき危険因子	12
12. 脳卒中と再発予防	20
13. 再発予防のための生活のヒント	21
14. 脳卒中地域連携バス医療機関	23
15. 退院時基本情報	24
16. これからの診療予定	26
17. これからのリハビリについて	28
18. 退院後の診療計画と記録	30
19. 生活の記録	42
20. 自由記載欄(検査結果添付など)	57
■ 同意書	62

目次	
1. わたし自身のことについて	1
2. かかりつけの医療機関など	2
3. 脳卒中の医療連携について	3
4. 脳卒中あんしん連携ノートの使い方	4
5. 脳卒中あんしん連携ノートの記載方法	5
6. 在宅生活を支える地域のサービス	6
7. 脳卒中の症状	8
8. 一過性脳虚血発作(TIA)	9
9. 脳卒中の簡易発見法	10
10. 脳卒中と危険因子	11
11. 知っておくべき危険因子	12
12. 脳卒中と再発予防	20
13. 再発予防のための生活のヒント	21
14. 脳卒中地域連携バス医療機関	23
15. 退院時基本情報	24
16. これからの診療予定	26
17. これからのリハビリについて	28
18. 退院後の診療計画と記録	30
19. 生活の記録	42
20. 自由記載欄(検査結果添付など)	57
■ 同意書	62





## 脳卒中連携ノート(循環パス)の特徴

- ・ 『慢性疾病管理』のための連携(ストラクチャー)  
提供側からのアプローチ: 指導と評価  
患者側からのアプローチ: 学習と責任
- ・ 『再発予防・重症化予防』を目標(プロセス)  
EBMに基づく再発リスクの制御  
高リスク群に対する早期介入
- ・ 『地域脳卒中登録』による検証(アウトカム)  
在宅療養開始時に基本情報を登録  
担当医・専門医による追跡評価を登録

Nakamura Memorial Hospital



北海道地域連携  
クリティカルバス運営協議会

文字サイズ 小 中 大

▶ ホーム ▶ サイトマップ ▶ 個人情報保護方針

クイックメニュー 参加機関一覧 参加申請



メインメニュー

- ▶ ホーム
- ▶ ニュース
- ▶ 関連記事等
- ▶ よくあるご質問
- ▶ 公開書庫

閲覧数が多いFAQ

「脳卒中あんしん連携ノート」試行に向けて

経 過

第5次医療法改定の後、厚生労働省より各都道府県に「4疾病」に対する「医療計画」の策定と実施が求められました。「4疾病（平成26年度からは精神疾患も追加され5疾病）」とは、がん、急性心筋梗塞、糖尿病、脳卒中であり、本邦の主要な死亡原因となっている疾患、社会に対して大きな影響を持つ疾患を指しています。

これらについて北海道では平成20年3月に策定された北海道医療計画において、道民が発症しても住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、4疾病においては「地域連携クリティカルバス（以下バスと記載）」等を活用して、医療連携体制を構築することとしました。地域連携クリティカルバスとは、地域の医療機関の間における情報を共有し、お互いの医療の手順や行程をできるだけ標準化するツール（ツール：道具・行程表）であり、バスの活用は医療の質を高める大切な手法の一つと考えられています。自分達の住む地域の医療・福祉の事情を考えながら、一方で標準化されたバスを活用することは、北海道のような広大な地域においては、道民の健康を守るためにも有効な手段の一つと考えられます。

Nakamura Memorial Hospital

## 本日のまとめ

- ・ 脳卒中は再発率が高く、再発後には介護度が増悪する。脳卒中の再発予防では、**危険因子の厳格な管理**とともに、再発予防のための**薬物治療の安全な使用と継続**が必要であるが、その長期的な管理は十分ではない。今後は在宅患者を中心に、**脳卒中地域連携（後方連携）**による再発予防のための長期的な管理が課題となる。
- ・ 脳卒中の後方連携では、連携バスにより患者一人一人の診療情報と治療計画を地域で共有することが重要となるが、その様式については、発症から在宅までの『**機能回復**』を目指す『**一方向性バス**』と、在宅後の『**再発予防**』を目指す『**循環型バス**』に機能分化させる必要がある。
- ・ 慢性疾患としての脳卒中診療の課題は『再発予防』であり、通院患者を対象とする**地域脳卒中登録**と『**脳卒中連携ノート（循環型バス）**』の配布を地域全体で実施し、担当医と専門医による定期的評価（データベース化）により、地域での再発予防を検証することが重要である。

Nakamura Memorial Hospital



