

# 地域で病気を治す

ケアマネージャーの皆様へ

## ～脳卒中地域連携パス維持期版へのご協力のお願い～

日頃より、医療との連携にご協力いただきありがとうございます。

上越医師会では、地域で多職種での診療/ケア体制を構築する事を目的に種々の活動を行なっています。特に、脳卒中の患者様については、維持期においてもたくさんの職種の方々がかわる事で、生活機能の維持、生活の質の向上が図られるものと確信しております。

今回、貴君が担当されているご利用者様は、上越脳卒中地域連携パスにより急性期病院から回復期病院、今後維持期に移行されるご予定です。下記の地域連携パスの理念、実際の運用などについてご理解いただき、ぜひご協力いただきたく、よろしくお願いいたします。

### 今までの医療スタイル

脳梗塞で倒れた。  
右手、右足が動かない。

救急車で搬送。

空床のある病院

通院中の病院



通常の病状なら、一つの総合病院で  
すべての治療を完結する。

通常の診断（CT）→ 点滴治療 → リハビリ

3ヶ月後、退院

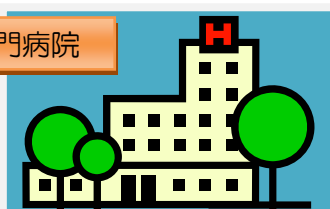
入院していた病院の外来に通院し、  
外来でリハビリを行なう。

### これからの医療スタイル

脳梗塞で倒れた。  
右手、右足が動かない。

救急車で搬送。

脳卒中専門病院



各医療機関の専門性を生かして  
地域で患者さんを治療する。

専門医師/24時間体制での診断（MRI・CT）  
→ 集中治療室などでの急性期治療（2週間程度）

2週間後、転院

回復期  
リハビリ病院



2ヶ月後、退院

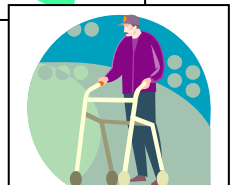
在宅



かかりつけ医



通所リハビリ  
（介護保険）



専門医師/専門リハビリ職による集中した機能訓練

**地域連携パスとは** 地域を一つの医療機関のように考え、複数の医療機関をスムーズに患者さんが適切に効率よく利用できるための、いわば「申し送り帳」のようなものです。従来の紹介状が進化・発展したもので、病気の種類別に、それぞれの関係機関で同じ様式のものが使われます。

**良い点**

- それぞれの病院の機能が、最大限に発揮できる。
- 少ない医療資源を、地域住民が公平に利用できる。
- 医療水準を、一定以上に保ち、入院期間が短くなる。

**大変な点**

- 患者さんは「急性期／専門病院を追い出された!!」と感じやすい。
- 関係する機関は、記載する書類が増え、事務作業が大変。
- システムをすべての関係機関が充分理解し、機能するようになるには、時間がかかる。

**脳卒中地域連携パス維持期版の目的** 脳卒中の患者さま/ご家族を医療機関だけで支えることはできません。維持期では、脳卒中の再発予防だけでなく、生活の質を維持向上する必要があり、そのためには、介護をふくむ多職種での協働作業が不可欠です。連携パスで、急性期→回復期→維持期(在宅・施設)に移った患者さまについて、維持期での情報を多職種で共用し、急性期・回復期病院へフィードバックする事が維持期パスの目的です。

**維持期パスの構成:**

以下の A4 2 枚で構成されます。

- ①地域連携連絡票(担当ケアマネ作成)
- ②診療チェックリスト(かかりつけ医作成)

ご参考までに、作成事例を添付しました。

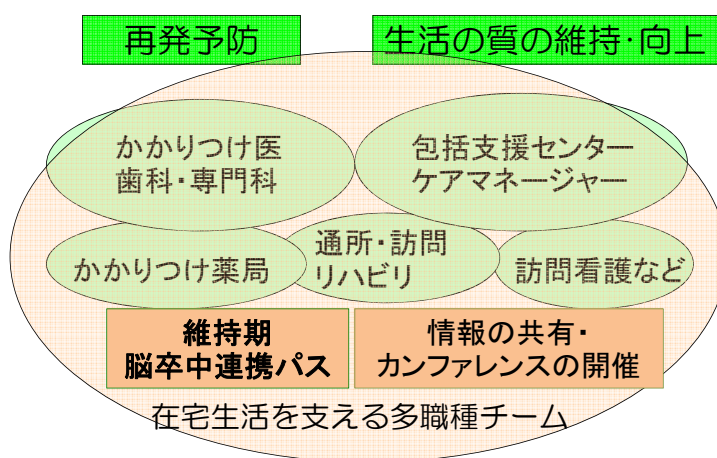
退院翌月の20日をめどに、かかりつけ医に①の書類作成を提出してください。かかりつけ医は、退院翌月末までに維持期パス(①+②)を急性期・回復期病院に送付します。

実際の維持期パスの流れなど詳細については、上越医師会ホームページ;ケアマネ連携広場をご覧ください。

なお、連携パスに関する個人情報を維持期の多職種で共有することについては、急性期病院の時点で本人・ご家族に承諾いただいています。

ご不明な点、ご意見がありましたら、いつでも ①回復期病院地域連携室 または ②連携パス事務局(県立中央病院地域県立中央病院 地域連携センター)  
TEL:025-522-7711(代表)  
FAX:025-524-3232  
E-mail : [tiikirenkei@cent-hosp.pref.niigata.jp](mailto:tiikirenkei@cent-hosp.pref.niigata.jp)  
にご連絡ください。

**(1) 維持期での診療水準を保つ。**



**(2) 回復期/急性期病院へのフィードバック**

