

## 脳卒中連携ネットワークに関するたたき案について

「脳卒中連携ネットワーク 全体イメージ図と論点」（別添）の論点 1～4 に関する今後の取組のたたき案を作成しました。

各資料の概要は、以下のとおりとなっております。

### ○ たたき案 1、2

論点 1 「中核病院への早期受診・早期搬送」に関して、脳卒中発症者の早期受診・早期搬送を促すため、一般市民向けに広報資料（たたき案 1）を、また、医師向けに書簡文（たたき案 2）を作成して、啓発を進めることとしております。

### ○ たたき案 3、4

論点 2 「病院（回復期医療）との連携の見える化」に関して、香取海匠地域における脳卒中の予後フロー、医療の流れの一般市民への見える化（たたき案 3）と、転院時における病院間の情報共有（たたき案 4）について整理しました。

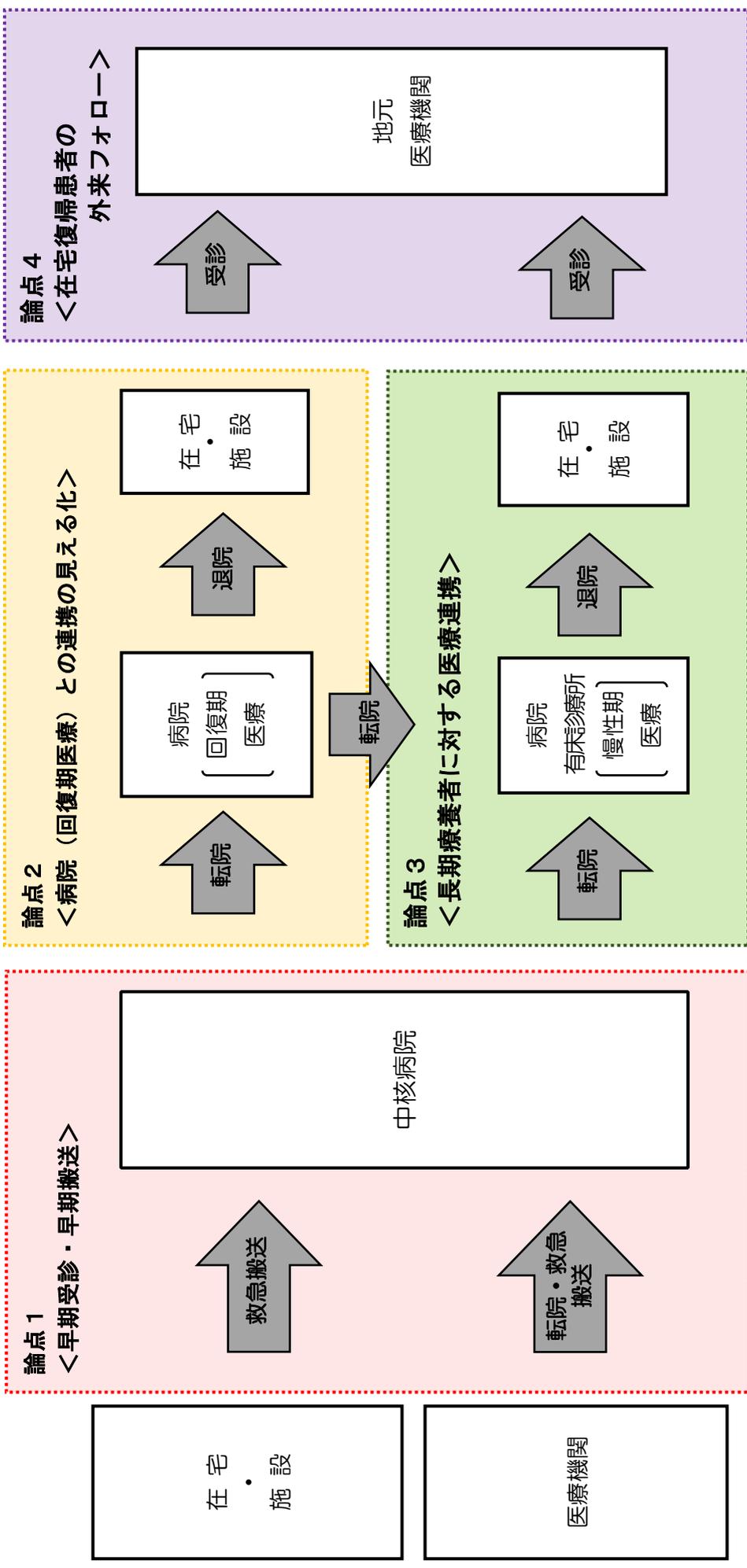
### ○ たたき案 5

論点 3 「長期療養者の医療連携」に関して、12月に実施しました医療連携に関するアンケート結果等を踏まえ、病院の取組への参考資料にすると同時に今後の活動の方向性を整理しました。

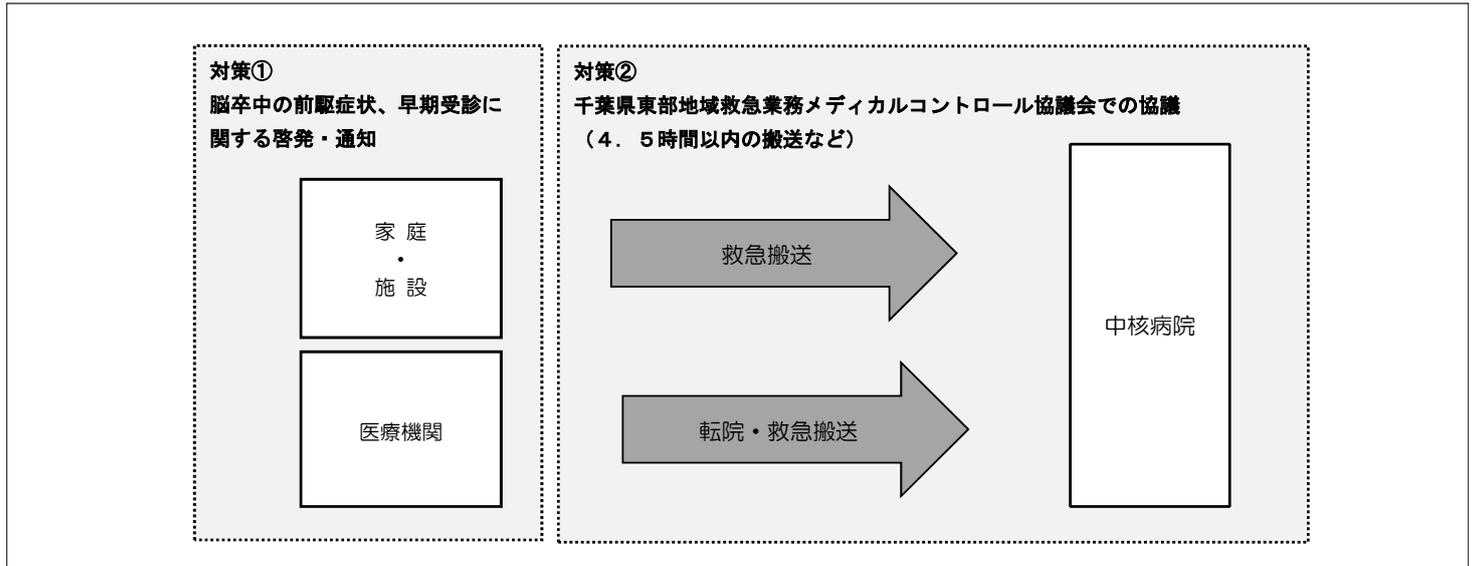
### ○ たたき案 6

論点 4 「在宅復帰患者の外来フォロー」について、外来フォローの医療機関の役割分担や診療時における「お薬手帳」の活用について、一般市民向けの啓発用に整理しました。

# 脳卒中連携ネットワーク 全体イメージ図と論点



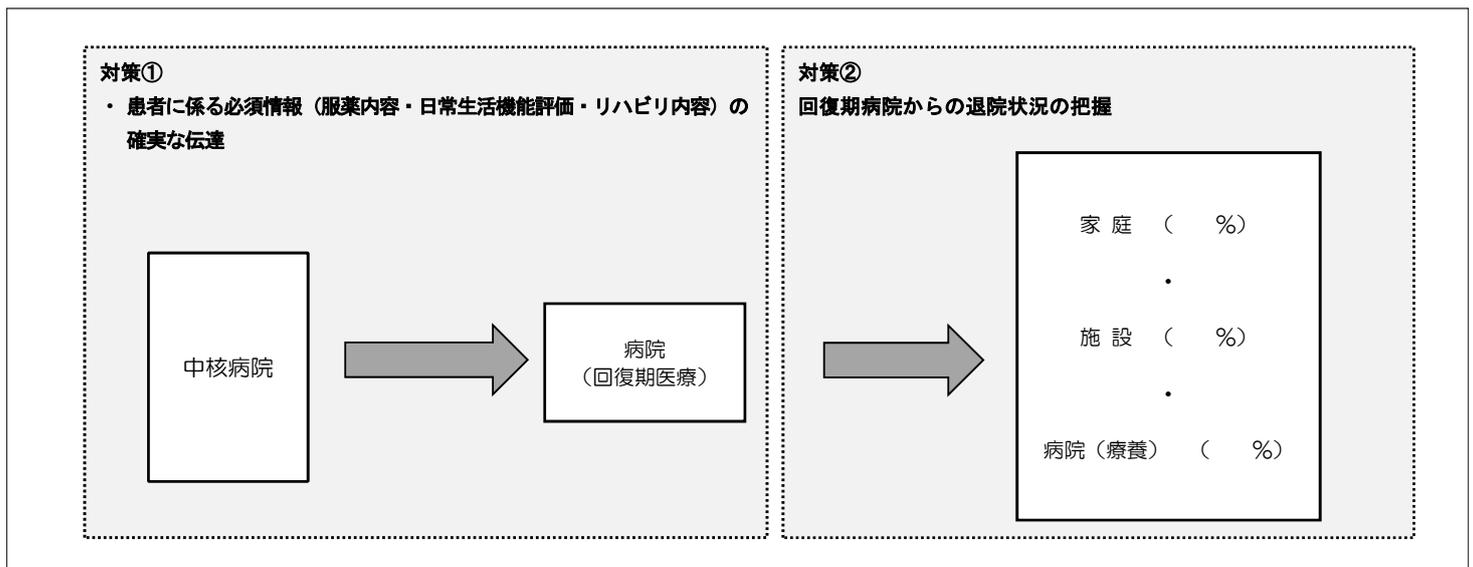
＜論点1＞ 中核病院への早期受診・早期搬送



(評価指標)

- 中核病院における t-PA 治療実施数 (実施率)
- 香取海匝圏域内脳卒中死亡率
- 脳卒中患者受診数
- 脳卒中死亡率
- 脳卒中在宅復帰率
- 啓発・通知の実績

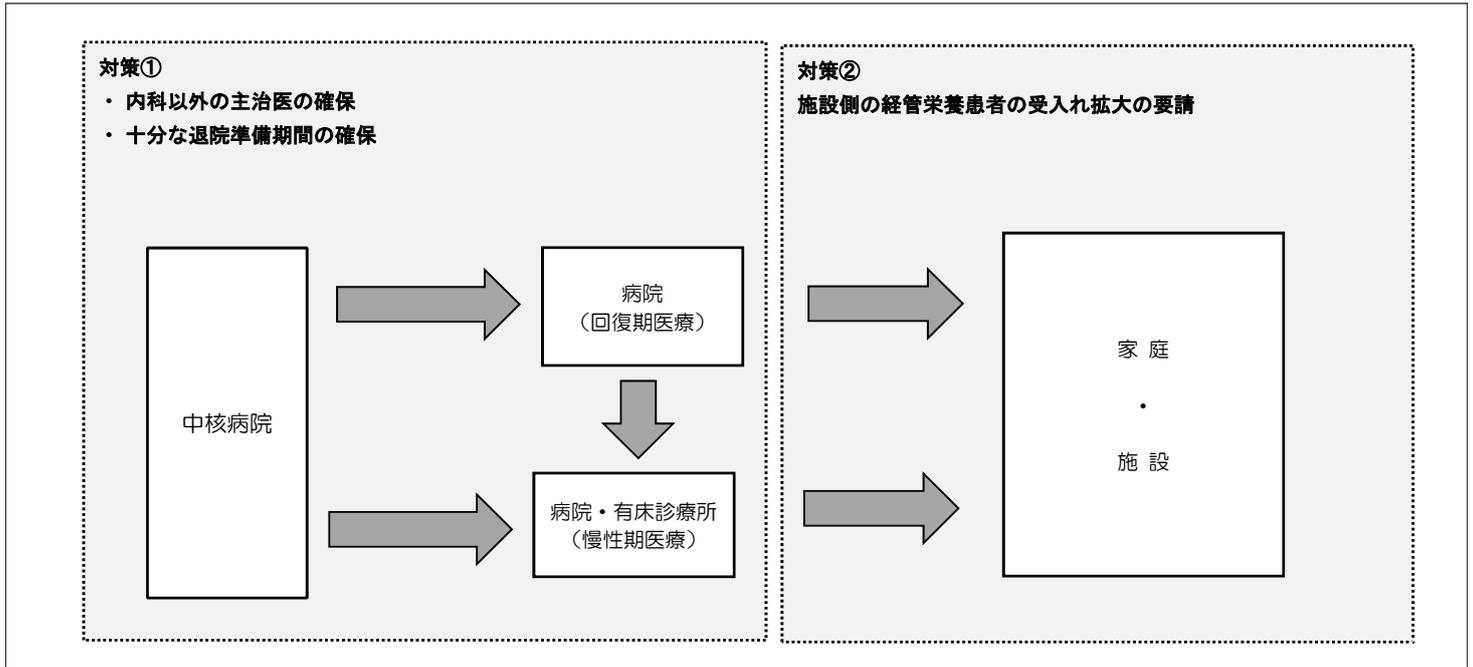
＜論点2＞ 病院（回復期医療）との連携の見える化



(評価指標)

- 病院 (回復期医療) からの退院状況の推移 (脳卒中連携パス情報)
- 見える化情報の活用・広報 (医療機関・施設への情報提供など) の実績

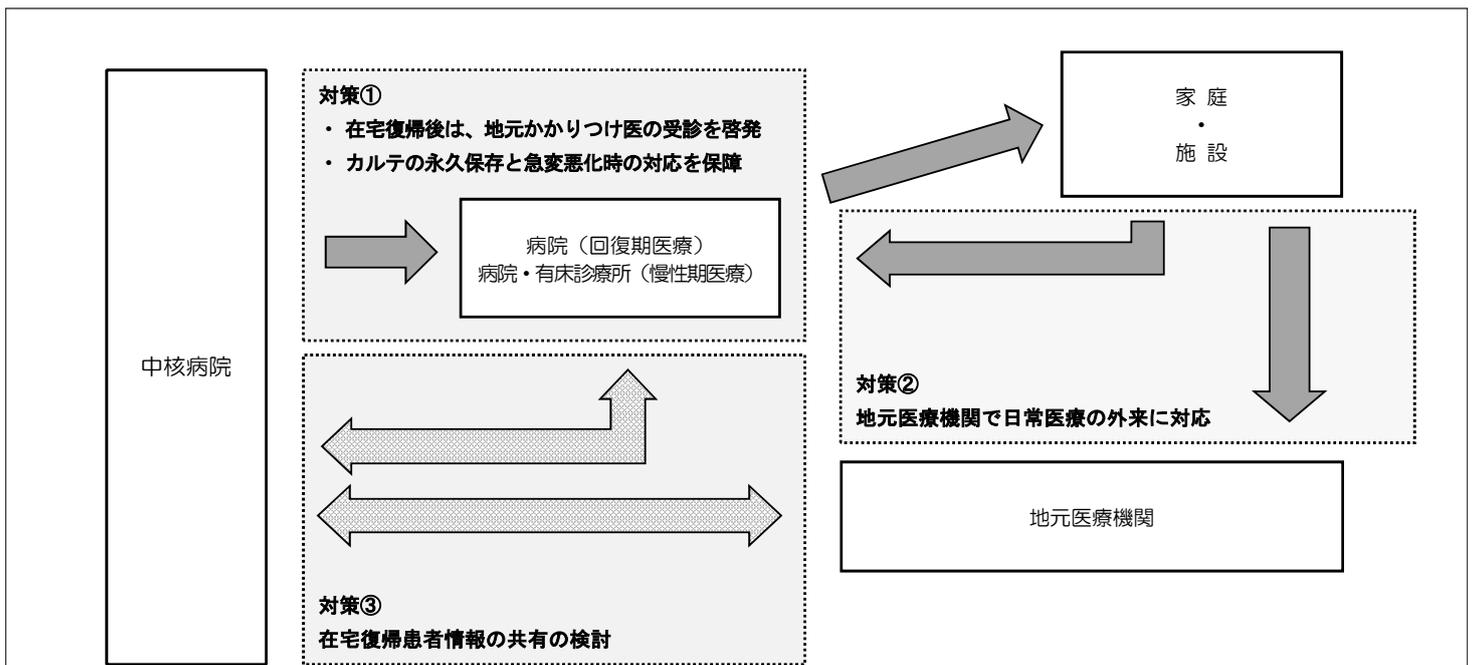
### <論点3> 長期療養者の医療連携



(評価指標)

- 脳卒中 平均在院日数
- 1か月以上在院の患者数・率 (中核病院)
- 6か月以上在院の患者数・率

### <論点4> 在宅復帰患者の外来フォロー



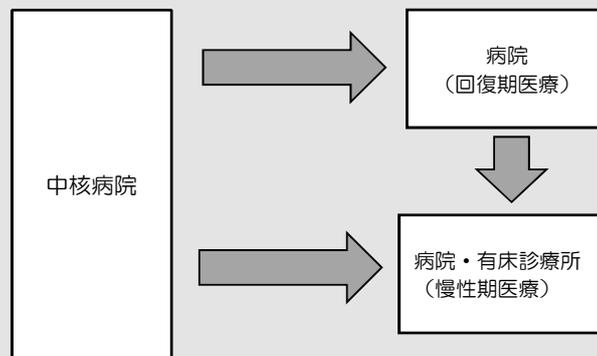
(評価指標)

- 在宅復帰患者の内科受診数・率 (中核病院)

## <論点5> 冬期感染症流行期の患者受入れ

### 対策

- ・ 院内感染対策の徹底を依頼
- ・ 院内感染対策の実施に保健所も協力



### (評価指標)

- ・ 感染症流行期に患者受入れ中止をした病院数

論点1 ①一般向け

**1分でも早く!**

**～脳卒中は待ってられません～**

**<主な症状> 突然片側に異状、激しい頭痛が出る場合も!**

**片側の顔や手足の麻痺**

よだれが出る。  
笑顔が作れない。  
手足が動かない。



**言語障害**

しゃべれない。  
ろれつが回らない。



**視野障害**

片目が見えにくい。  
カーテンがかかった  
ように見えなくなる。



**経験したことのない頭痛**

バットで殴られたよう  
な痛み。吐き気、嘔吐、  
意識障害が伴うことも



**10分程度で治っても、大きな発作の前兆です!**

**<すぐにやること>**

ためらわずに **119** または国保旭中央病院を直ちに受診  
様子を見てはいけません。その後の病状は時間との勝負です。  
受診時はなるべく「おくすり手帳」を用意してください。

**<最近、気になることがあった人は! >**

脳卒中の前兆の可能性が  
あります。  
すぐにかかりつけ医で相談してください。

論点1② 病院、診療所、医師向け

脳卒中（疑い）の患者さんを診察した香取・海匠医療圏の先生方へ

平素より地域医療にご協力頂き感謝いたします。

さて、香取海匠医療圏では、平成30年から医療連携のテーマに脳卒中のネットワークをとりあげ、救急からリハビリ、地域移行までの課題を再整理し、解決に向けた取り組みを検討しております。

救急におきましては、当医療圏では、ストロークバイパスを採用しており、脳卒中（疑い）患者をt-PA治療、血栓回収療法、緊急の手術が可能な医療機関（旭中央病院、成田赤十字病院など）にすみやかに搬送する体制をとっております。

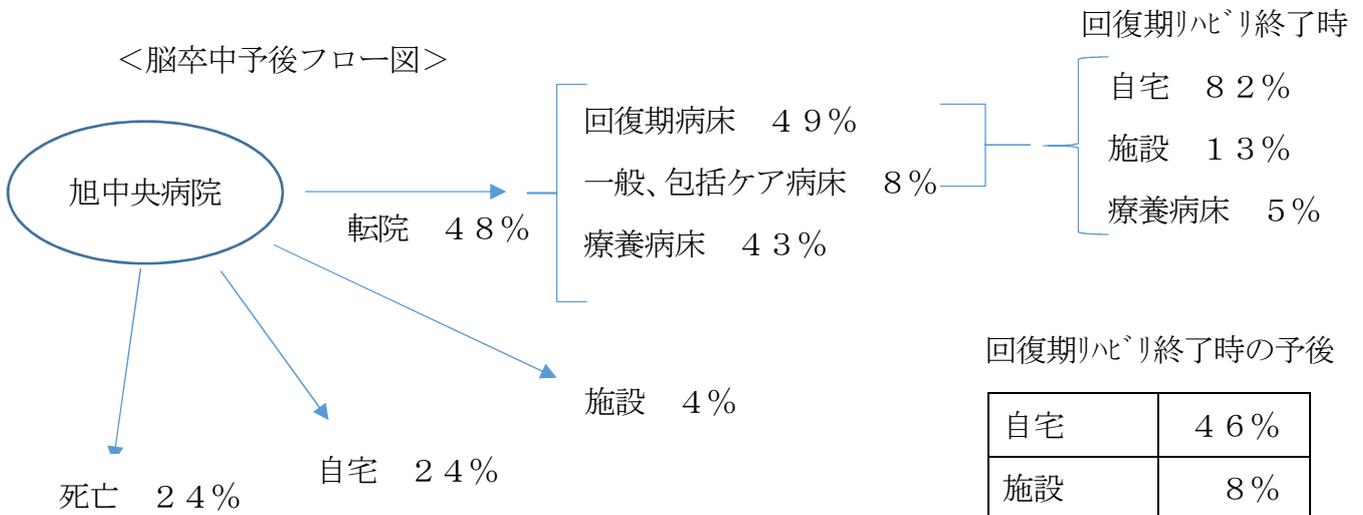
先生方におかれましては、脳卒中を疑う急性期の患者を診療した際には、治療までの時間を短縮するため、確定診断（CTなど諸検査）等を行わず、救急隊に依頼するなど上記医療機関に直ちに救急搬送あるいは受診の指示をしていただきますようお願い申し上げます。

平成 年 月 日

香取健康福祉センター  
海匠健康福祉センター

論点2 脳卒中医療連携の見える化

<脳卒中予後フロー図>



<脳卒中医療の流れ>

	急性期	リハビリテーション	自宅、施設など
期間	発症～2週間	1～5ヶ月	
主な医療	急性期治療・手術 急性期リハビリ 基礎疾患などの治療	急性期からの治療継続 回復期リハビリ	日常診療 維持期リハビリ
リハビリの目標	ベッド上からリハビリ開始	日常生活に必要な動作の向上(起き上がり、移動、トイレ、風呂、着替えなど)	日常生活動作能力の維持



論点3

急性期以降の脳卒中患者の受け入れに向けて

- 内科以外の医師にも主治医をお願いする。
- 専門医の採用
- 医療依存度の低い患者の退院促進

療養病床入院患者の地域移行に向けて

- 入院時から退院に向け在宅調整や介護施設の打診を開始
- 管外施設も含め多くの施設と顔の見える関係を維持

長期入院の主な理由（医療区分1の集計）

- 施設の空き待ちが30人（入所待ち、在宅困難）
- 手技では、NGチューブが17人で最多（胃ろう10人、吸引3人）であり、空き待ちの半数以上が特定の日常手技を必要としている。

今後の活動の方向性

- 地域包括ケアにより在宅介護の対象者を拡大する。
- 介護施設に対して、空き待ち患者の受入調整をすすめると同時に、NGチューブ、胃ろうなど日常の手技を要する患者の受入拡大をすすめる。
- 介護施設に余裕のない場合、長期入院者は当面医療での管理が必要となるが、将来的には、医療から介護への病床転換による対応を選択肢とする。

# 論点4 在宅復帰患者の外来フォロー

## ～お薬手帳の活用～

たたき案6

