鳥取県西部地区脳卒中地域連携診療計画書
運用マニュアル

2016 年 12 月　ver 1.1

2011 年 4 月　ver 1.0

公益社団法人鳥取県西部医師会

鳥取県西部地区脳卒中地域連携パス推進委員会

目次

目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1

参画施設・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1

地域連携診療計画書　１枚目・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2

地域連携診療計画書　２枚目・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3

地域連携診療計画書の流れ（図）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・4

運用の実際・・・計画管理（急性期）病院・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6

連携（回復期・維持期）病院・・・・・・・・・・・・・・・・・・7

かかりつけ医療機関・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9

定期的な地域連携診療計画の評価と見直しについて・・・・・・・・・・・・・・１１

見直し後の地域連携診療計画書の運用について・・・・・・・・・・・・・・・・１１

地域連携診療計画加算にかかる施設基準・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１２

特掲診療料の施設基準等に係る届出書（別添２）・・・・・・・・・・・・・・・１３

地域連携診療計画加算の施設基準に係る届出書添付書類（様式 12）・・・・・・・１４

鳥取県西部地区脳卒中地域連携診療計画書運用マニュアル
2011 年 4 月 ver1.0
資料　P12～P35
１．評価方法について
２．リハビリテーション連絡票（西部圏域版）
３．６ヶ月の維持期状況連絡票

※「資料」については、変更はありません。ver1.0 をご覧ください。

版　数	発行日	改 訂 内 容
ver 1.0	2011 年 4 月	初版発行
ver 1.1	2016 年 12 月	※診療報酬改定による変更 ・急性期から直接かかりつけ医に紹介された場合を追記 ・地域連携診療計画の評価・見直し・運用について

鳥取県西部地区脳卒中地域連携診療計画書運用マニュアル

【 目的 】

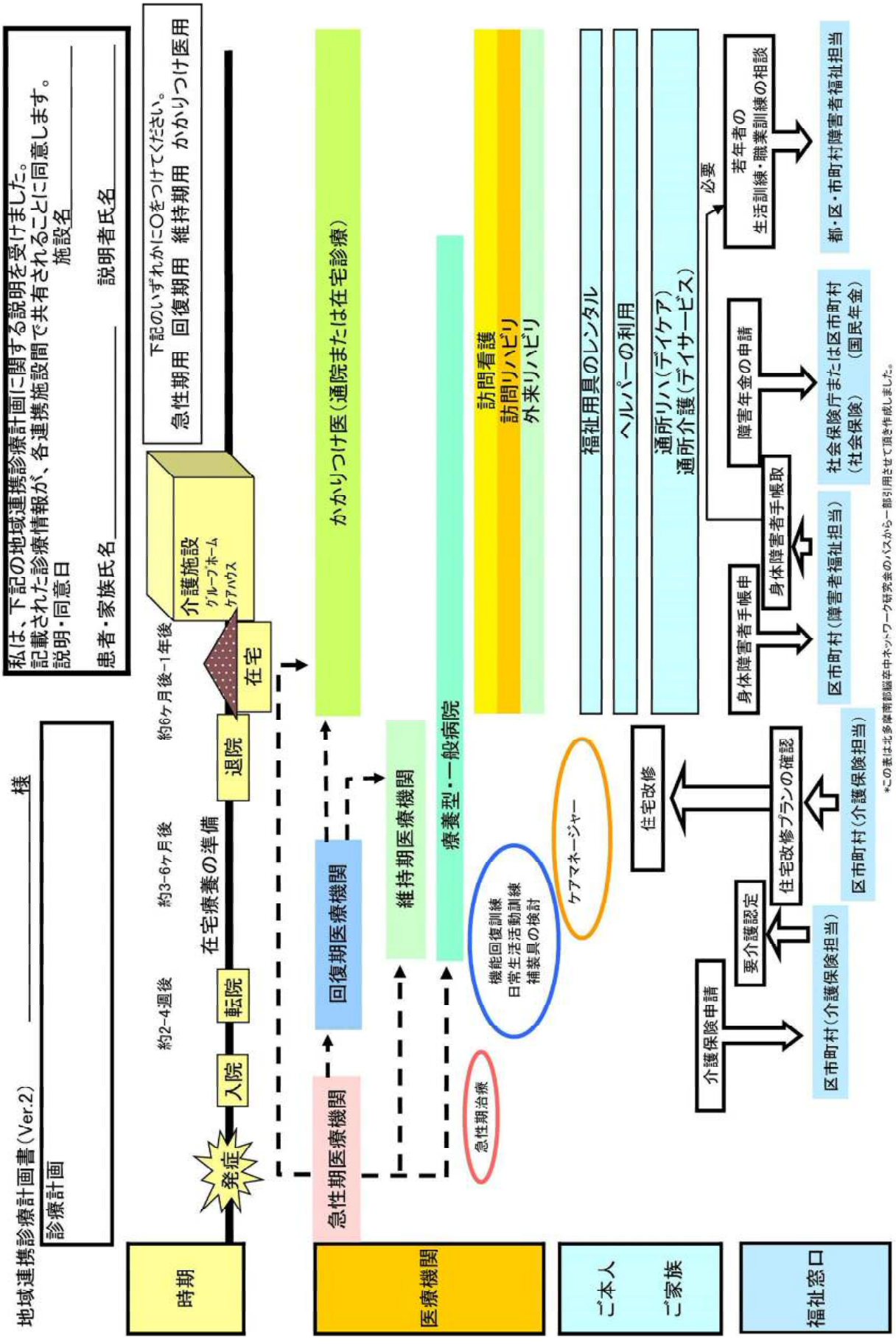
1. 脳卒中地域連携診療計画（書）を策定・運用し、計画管理（急性期）病院と連携する医療機関との病々・病診連携を強化していくこと。

2. 脳卒中患者の在宅生活（元の生活）復帰を目標とし、脳卒中地域連携診療計画の運用のもとに医療機関、介護施設、多職種が機能と役割を分担しつつ、緊密な連携により、再発予防に努める中で、そのことを効果的に達成する。

【 参画施設 】

鳥取県西部および島根県東部地域の連携する医療介護福祉機関

地域連携診療計画書　1 枚目



鳥取県西部脳卒中地域連携パス

急性期病院 ＿＿＿＿＿＿　回復期・維持期 ＿＿＿＿＿＿　かかりつけ医 ＿＿＿＿＿＿

ふりがな ＿＿＿＿＿＿　急性期患者ID ＿＿＿＿＿＿

患者氏名 ＿＿＿＿＿＿　性別 □　生年月日 ＿＿＿＿＿＿

発症日 ＿＿＿＿＿＿
急性期入院日 ＿＿＿＿＿＿
手術日 ＿＿＿＿＿＿
リハ開始日 ＿＿＿＿＿＿
急性期退院日 ＿＿＿＿＿＿

回復期入院日 ＿＿＿＿＿＿
回復期退院日 ＿＿＿＿＿＿
かかりつけ医受診日 ＿＿＿＿＿＿

診断名 □脳梗塞 □脳内出血 □くも膜下出血 □その他　治療 □保存的 □tPA □手術 □その他

病巣部位 □左 □右 □両側 □多発性 □ACA □MCA □PCA □皮質下 □放線冠 □被殻 □視床 □中脳 □橋 □延髄 □小脳 □その他　感染症 □HBV □HCV □MRSA □MDRP □梅毒 □その他

障害名 □左片麻痺 □右片麻痺 □失語症 □構音障害 □嚥下障害 □高次脳機能障害 □膀胱直腸障害 □失調 □その他　合併症 □高血圧 □狭心症 □糖尿病 □心房細動 □高脂血症 □誤嚥性肺炎 □神経因性膀胱 □陳旧性心筋梗塞 □その他

基本動作

	リハ開始日	回復期・維持期 入院日	回復期・維持期 退院日
寝返り			
起き上がり			
端座位			
立ち上がり			
立位			
	＿＿点	＿＿点	＿＿点

	急性期	回復期・維持期入院時	回復期・維持期退院時
栄養投与経路	□経口 □胃瘻 □中心静脈栄養 □経鼻胃管 □末梢静脈栄養	□経口 □胃瘻 □中心静脈栄養 □経鼻胃管 □末梢静脈栄養	□経口 □胃瘻 □中心静脈栄養 □経鼻胃管 □末梢静脈栄養
栄養カロリー 嚥下障害食	＿＿kcal/日 □ペースト □キザミ □一口大 □水分トロミ	＿＿kcal/日 □ペースト □キザミ □一口大 □水分トロミ	＿＿kcal/日 □ペースト □キザミ □一口大 □水分トロミ
膀胱カテーテル	○常時留置 ○間欠導尿 ○ナイトバルーン ○不要	○常時留置 ○間欠導尿 ○ナイトバルーン ○不要	○常時留置 ○間欠導尿 ○ナイトバルーン ○不要
呼吸管理	気管切開 ○無 ○有　酸素投与 ○無 ○有　喀痰吸引 ○無 ○有 ＿＿回/日	気管切開 ○無 ○有　酸素投与 ○無 ○有　喀痰吸引 ○無 ○有 ＿＿回/日	気管切開 ○無 ○有　酸素投与 ○無 ○有　喀痰吸引 ○無 ○有 ＿＿回/日
褥瘡	○無 ○有 部位 ＿＿	○無 ○有 部位 ＿＿	○無 ○有 部位 ＿＿
昼夜逆転/徘徊	○有 ○時々あり ○なし ○有 ○時々あり ○なし	○有 ○時々あり ○なし ○有 ○時々あり ○なし	○有 ○時々あり ○なし ○有 ○時々あり ○なし
抑制	○常時必要 ○日中必要 ○夜間必要 ○不要	○常時必要 ○日中必要 ○夜間必要 ○不要	○常時必要 ○日中必要 ○夜間必要 ○不要
抑制種類	□ミトン □体幹抑制 □車椅子シートベルト □センサー	□ミトン □体幹抑制 □車椅子シートベルト □センサー	□ミトン □体幹抑制 □車椅子シートベルト □センサー
転倒	○たびたびあり ○まれにあり ○なし	○たびたびあり ○まれにあり ○なし	○たびたびあり ○まれにあり ○なし

	回復期・維持期 入院時	回復期・維持期 退院時
Brunnstrom stage	上肢 ＿＿ 手指 ＿＿ 下肢 ＿＿	上肢 ＿＿ 手指 ＿＿ 下肢 ＿＿
STEF	＿＿	＿＿
握力	右＿＿ 左＿＿	右＿＿ 左＿＿
MMSE	＿＿	＿＿
高次脳機能障害	＿＿	＿＿

NIHSS　入院時 ＿＿　申込時 ＿＿　退院時 ＿＿

JCS ＿＿ ＿＿ ＿＿

転院退院基準
全身状態が安定し重篤な合併症がない □
身体・精神機能、日常生活動作能力の向上が □
在宅環境整備、社会資源活用の必要性が □
将来 ＿＿ が予測される。

社会的背景

患者職業 ＿＿
経済状況 ○問題なし ○問題あり ＿＿
同居家族 ＿＿　主介護者 ＿＿
介護者状況 □問題なし □高齢 □病弱 □仕事あり □育児介護等で多忙
家屋 ○戸建 ○マンション ○アパート ○公営住宅 ○その他
階数 ＿＿階　エレベーター ○無 ○有 ＿＿
介護保険 ○未申請 ○申請中 ○要支援1 ○要支援2 ○要介護1 ○要介護2 ○要介護3 ○要介護4 ○要介護5

診療計画

○自宅退院　外来 ＿＿
退院後フォロー 急性期 ○要 ○不要 ＿＿年＿＿月
回復期 ○要 ○不要 ＿＿年＿＿月
○転院 ○回復期リハ ○療養型 ○一般病院 ○その他
○施設 ○老人保健施設 ○老人ホーム ○グループホーム ○その他

Barthel Index

	リハ開始日	回復期・維持期 入院日	回復期・維持期 退院日
食事			
移乗			
整容			
トイレ動作			
入浴			
歩行			
階段			
着替			
排便			
排尿			
計	＿＿点	＿＿点	＿＿点

日常生活機能指標

	リハ開始日	急性期退院日	回復期・維持期 入院日	回復期・維持期 退院日	かかりつけ医受診日
床上安静指示					
どちらかの手を胸元までもちあげられる					
寝返り					
起き上がり					
座位保持					
移乗					
移動方法					
口腔清潔					
食事摂取					
衣服着脱					
他者への意思伝達					
診療療養上の指示が通じる					
危険行動					
計	＿＿点	＿＿点	＿＿点	＿＿点	＿＿点

福祉サービス利用予定 ○あり ○なし

□通所介護 ＿＿回/月
□訪問看護 ＿＿回/月
□訪問リハ ＿＿回/月
□福祉用具 □電動ベッド □車椅子 □その他…
□配食サービス
□通所リハ ＿＿回/月
□訪問介護 ＿＿回/月
□入浴サービス
□その他…

リハビリテーション継続 ○あり ○なし

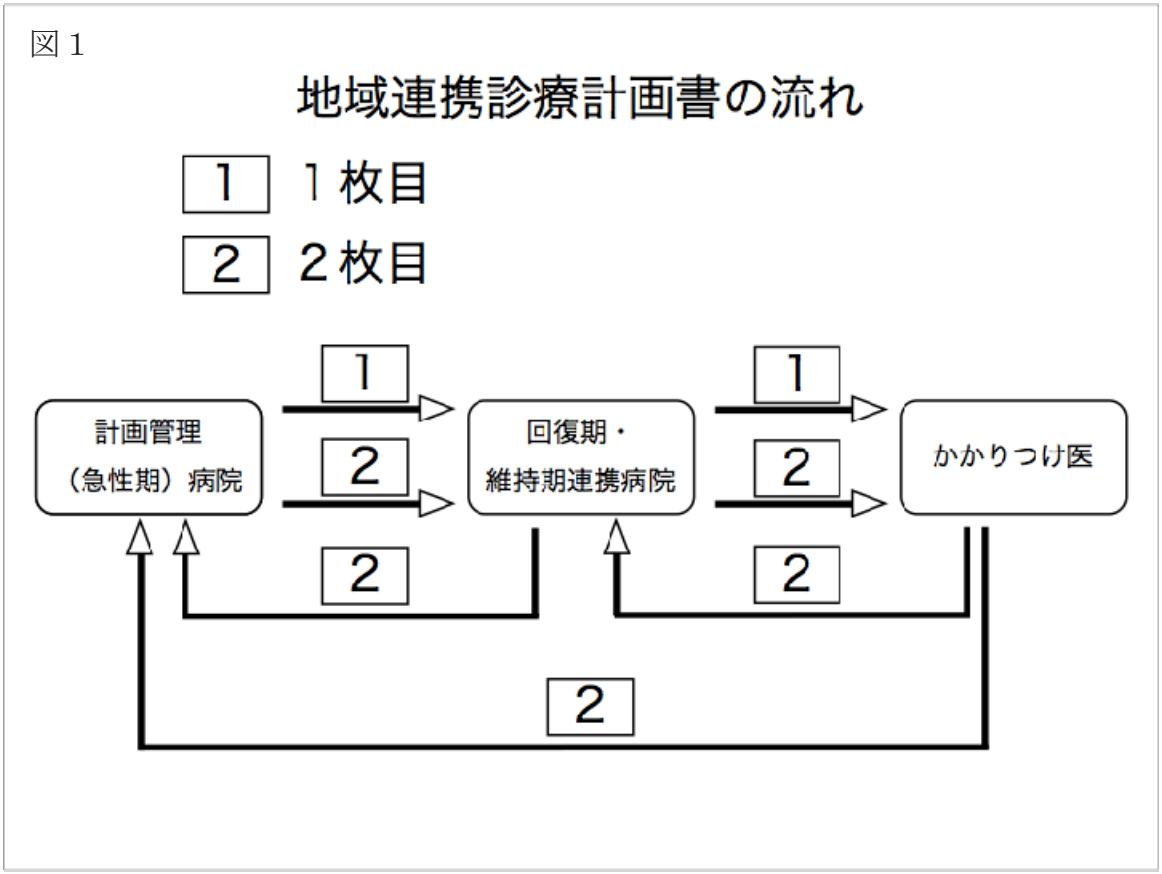
□通院リハ(PT,OT,ST) ＿＿回/月
□通所リハ ＿＿
□訪問リハ ＿＿
□市町村の福祉センター ＿＿
□自主(家族介助)訓練
□その他…

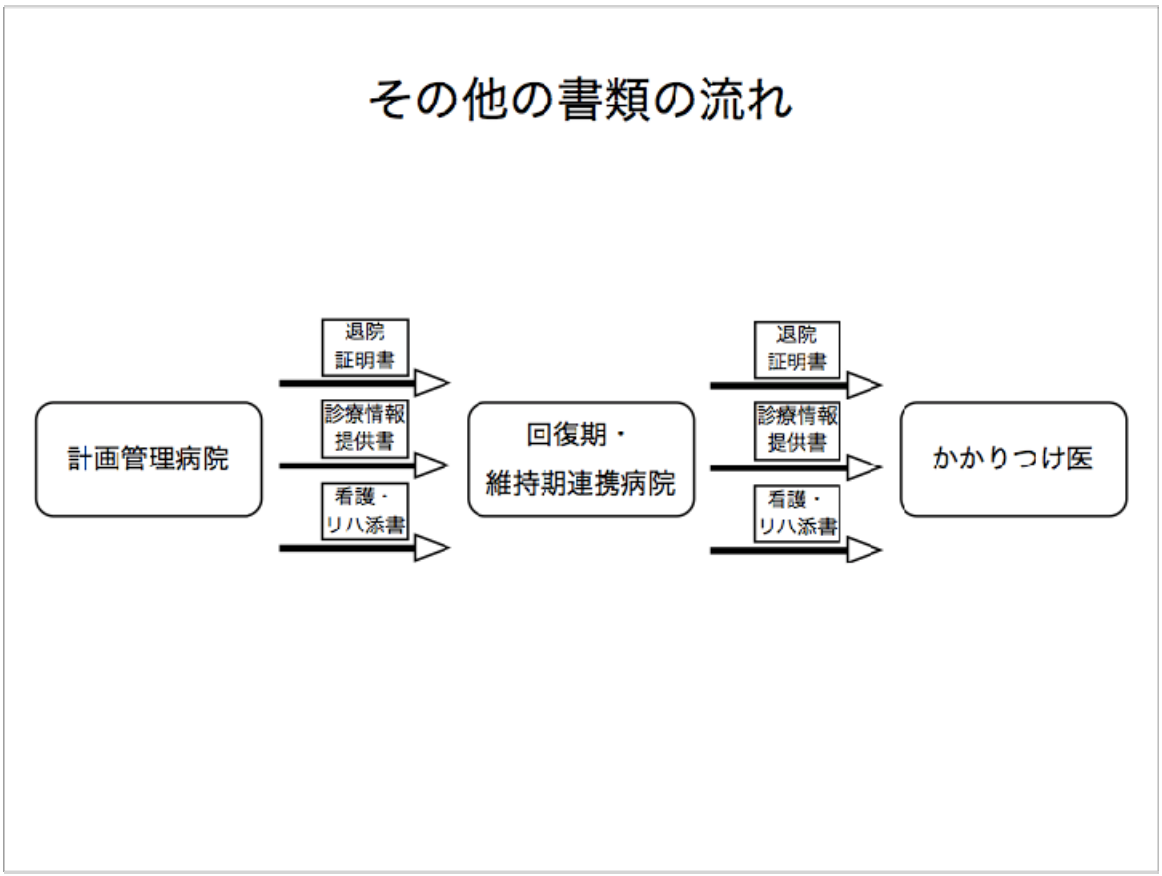
備考 ＿＿

地域連携診療計画書　2枚目

Ⅰ）連携（回復期・維持期）病院を経由してかかりつけ医に紹介された場合

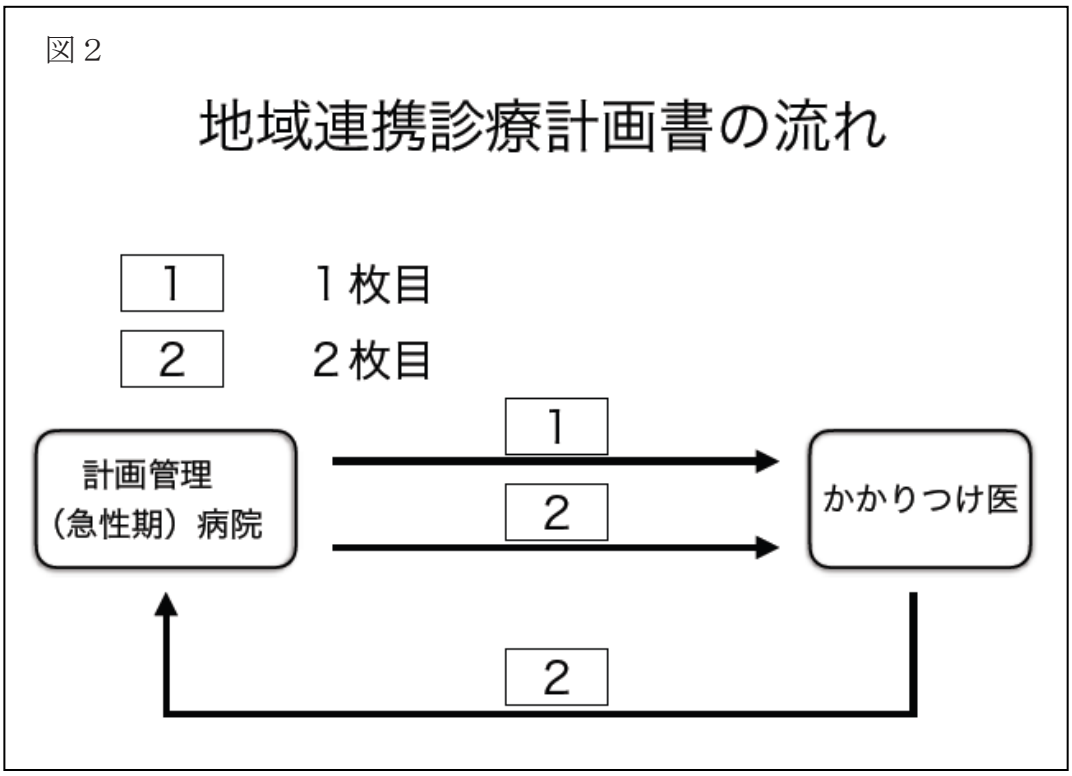
図１





Ⅱ）計画管理（急性期）病院から直接かかりつけ医に紹介された場合

図２



【 運用の実際 】

＜計画管理(急性期)病院＞

1. 地域連携診療計画書は、手術の有無などの治療方法や退院時転帰に関係なく、脳卒中で入院した全症例を対象とする。

2. 脳卒中には、脳出血、くも膜下出血、脳梗塞、入院加療をした一過性脳虚血発作を含めるが、慢性硬膜下血腫、外傷性疾患などは含まない。入院時に脳卒中の可能性がある症例は対象と考えて対応する。

3. 主治医の了解のもとで、計画管理（急性期）病院入院時（7 日以内）に、患者または家族に対して、地域連携診療計画書 1 枚目（患者用）を提示して、当地域における脳卒中診療の全体像を説明の上、診療計画について署名にて同意を得る。また写しを患者家族に渡す。

4. 主治医の了解のもとで、病棟看護師、院内のリハビリテーション部、地域連携担当者へ連絡し診療情報を共有する。

5. 地域連携担当者は、連携施設への連絡調整を行ない、退院・転院先を調整する。

6. 主治医は、計画管理（急性期）病院での治療目標に到達したと判断した際には、紹介状（診療情報提供書）を記載するとともに、看護師、リハビリテーション部スタッフとともに地域連携診療計画書（2 枚目）の計画管理（急性期）病院記入項目を入力する。

7. 地域連携診療管理料加算の可否を確認し、退院証明書に明記する。

8. 退院・転院時に、地域連携診療計画書 1 枚目（患者署名済みのもの）の写し、2 枚目（計画管理（急性期）病院記入欄入力済み）を封筒に入れたものと退院証明書、紹介状（診療情報提供書）を、病棟担当看護師を通して、あるいは直接患者・家族に届ける。

9. 紹介元の医療機関があれば、入院経過を報告する。

＜連携（回復期・維持期）病院＞

入院時

1. 計画管理（急性期）病院からの退院証明書、地域連携診療計画書を受け取る。退院証明書で地域連携診療計画対象患者であるか否かを確認する。

2. 地域連携診療計画書については、１枚目（患者用、計画管理（急性期）病院で署名の入ったもの）、２枚目（計画管理（急性期）病院記入欄に必要項目が記入されているもの）を確認し、併せて診療情報提供書、看護添書、リハビリテーション連絡票などを受け取る。

3. 受け取った地域連携診療計画書の写しを診療録に保存する。

4. 入院時評価を実施し、地域連携診療計画書２枚目の所定の欄に記入する。ただし、計画管理（急性期）病院の退院時日常生活機能評価の得点が回復期・維持期の入院時日常生活機能評価得点となる。

退院時

I) 自宅退院（在宅担当医がいる場合）

1. 退院時評価を実施し、地域連携診療計画書２枚目の回復期リハビリテーション病院・維持期病院記入欄に必要事項を記入する。

2. 地域連携診療計画に基づいた退院後の療養計画を説明し、療養計画書を文書で患者または患者家族に提供する。

3. 記入後の地域連携診療計画書２枚目を２部コピーし、原本は診療録へ保存する。１部を計画管理（急性期）病院の地域連携担当へ退院後速やかに郵送する。もう１部は地域連携診療計画書１枚目（患者署名済み）の写しとともに在宅担当医へ郵送する。この時診療情報提供書、看護添書、リハビリテーション連絡票などを一緒に送る。地域連携診療計画対象患者であり、算定可能である場合にはそれを退院証明書の備考欄に記載する。

II) 自宅退院（退院後も継続して連携病院で外来診療を継続する場合）

1. 地域連携診療計画書２枚目の回復期リハビリテーション病院・維持期病院記入欄に必要事項を記入する。

2. 地域連携診療計画に基づいた退院後の療養計画を説明し、療養計画書を文書で患者または患者家族に提供する。

3. 記入後の地域連携診療計画書２枚目を１部コピーし、原本は診療録へ保存する。写しを退院後速やかに計画管理（急性期）病院の地域連携担当へ郵送する。

4. かかりつけ医記入部分に必要事項を入力し、計画管理（急性期）病院の地域連携担当に郵送する。

III)転院時（回復期リハビリテーション病棟・療養型病床転院時）

1. 地域連携診療計画書２枚目の回復期リハビリテーション病院・維持期病院記入欄に必要事項を記入する。

2. 地域連携診療計画に基づいた退院後の療養計画を説明し、療養計画書を文書で患者または患者家族に提供する。

3. 記入後の地域連携診療計画書２枚目を２部コピーし、原本は診療録へ保存する。写しを計画管理（急性期）病院の地域連携担当へ退院後速やかに郵送する。もう１部は地域連携診療計画書１枚目（患者署名済み）の写しとともに転院先へ郵送する。この時診療情報提供書、看護添書、リハビリテーション連絡票などを一緒に送る。

IV)施設入所時

1. 地域連携診療計画書２枚目の回復期リハビリテーション病院・維持期病院記入欄に必要事項を記入する。

2. 地域連携診療計画に基づいた退院後の療養計画を説明し、療養計画書を文書で患者または患者家族に提供する。

3. 記入後の地域連携診療計画書２枚目を２部コピーし、原本は診療録へ保存する。写しを計画管理（急性期）病院の地域連携担当へ退院後速やかに郵送する。もう１部は地域連携診療計画書１枚目（患者署名済み）の写しとともに入所先へ郵送する。この時診療情報提供書、看護添書、リハビリテーション連絡票などを一緒に送る。

継続入院時

1. 連携病院から退院されず治療を継続している場合には、脳卒中発症後 1 年が過ぎた時点を目途として、地域連携診療計画書 2 枚目の連携病院記載欄を記入、ならびに診療進捗の評価を実施して計画管理（急性期）病院の地域連携担当へ報告する。

2. その後、診療状況が大きく変化した場合（転院、転所、死亡など）には、計画管理（急性期）病院の地域連携担当にその旨を報告する。

計画管理（急性期）病院への転院時

1. 連携病院へ転院後、合併症の発生や状態の急変を認めたために、計画管理（急性期）病院での加療が必要となった場合には、連携病院の医師より紹介元診療科へ直接連絡する。

2. 必要に応じて、紹介元診療科が状態に変化を認めた患者の転院を受け入れる。

3. 計画管理（急性期）病院で受け入れ後、状態が安定し治療再継続が可能と判断した際には、連携病院への転院を再度依頼し治療を行なう。その場合には、可能な限り同じ地域連携診療計画書で運用し、経緯については地域連携診療計画書備考欄に記入する。

4. ただし、患者の状態、疾患のために他の医療機関での治療が適切と連携病院の主治医が判断した場合にはこの限りではない。

＜かかりつけ医療機関＞

平成 28 年度診療報酬改定で、地域連携診療計画退院時指導料Ⅱが廃止され、これに相当するものとして、「診療情報提供料Ⅰ」への加算分として「地域連携診療計画加算」が新設された。これに伴い、計画管理（急性期）病院から直接かかりつけ医に紹介された場合にも、上記が算定可能となった。
但し、同加算を算定するに当たっては、かかりつけ医が個別に厚生局への施設基準の届け出を行うことが必要である。

【厚生局への届け出に関する事項】
届け出については、P13、P14 に付した別添 2、様式 12 を用い、これらに地域連携診療計画書〈P2、P3〉を添付すること。

初回受診時

Ⅰ）連携（回復期・維持期）病院を経由してかかりつけ医に紹介された場合 **図１(P4)**

1. 地域連携診療計画加算対象患者であることを計画管理（急性期）病院からの退院証明書により確認する。

2. 計画管理(急性期)病院から地域連携診療計画書の受け取りを確認する。

3. 地域連携診療計画書については、１枚目（患者用、計画管理（急性期）病院で署名の入ったもの）、２枚目（計画管理（急性期）病院記入欄、回復期・維持期病院記入欄に必要項目が記入されているもの）を確認し、併せて診療情報提供書、看護添書、リハビリテーション連絡票などを受け取る。

４．計画管理（急性期）病院及び連携（回復期・維持期）病院へのフォローアップ受診の必要の有無を地域連携診療計画書２枚目の該当欄により確認する。

Ⅱ）計画管理（急性期）病院から直接かかりつけ医に紹介された場合 **図２(P5)**

1. 地域連携診療計画加算対象患者であることを計画管理（急性期）病院からの退院証明書により確認する。

2. 計画管理（急性期）病院から地域連携診療計画書の受け取りを確認する。

3. 地域連携診療計画書については、１枚目（患者用、計画管理（急性期）病院で署名の入ったもの）、２枚目（計画管理（急性期）病院記入欄に必要項目が記入されているもの）を確認し、併せて診療情報提供書、看護添書、リハビリテーション連絡票などを受け取る。

４．計画管理（急性期）病院へのフォローアップ受診の必要の有無を地域連携診療計画書２枚目の該当欄により確認する。

計画管理（急性期）病院、連携（回復期・維持期）病院との連携

１．初回診察時に日常生活機能評価の評価項目について評価を行い、地域連携診療計画書２枚目のかかりつけ医記入欄（診察日と日常生活機能評価）に記入し、２部コピーし、１部を計画管理（急性期）病院へ、もう一部を紹介元の連携（回復期・維持期）病院に郵送する。記入後の地域連携計画書は 1 枚目、2 枚目ともに診療録に保存する。

２．計画管理（急性期）病院及び連携（回復期・維持期）病院へのフォローアップ受診が指示されている場合にはそれを実施する。

３．在宅復帰後、脳卒中の再発などが疑われた場合には、紹介元の計画管理（急性期）病院に連絡し、必要に応じて患者の受け入れを依頼する。

計画管理（急性期）病院との連携

１．初回診察時に日常生活機能評価の評価項目について評価を行い、地域連携診療計画書２枚目のかかりつけ医記入欄（診察日と日常生活機能評価）に記入し、１部コピーし、１部を計画管理（急性期）病院へ郵送する。記入後の地域連携計画書は 1 枚目、2 枚目ともに診療録に保存する。

２．計画管理（急性期）病院へのフォローアップ受診が指示されている場合にはそれを実施する。

３．在宅復帰後、脳卒中の再発などが疑われた場合には、紹介元の計画管理（急性期）病院に連絡し、必要に応じて患者の受け入れを依頼する。

【 定期的な地域連携診療計画の評価と見直しについて 】

1. 鳥取大学医学部附属病院および山陰労災病院で開催日時・場所を協議のうえ、連携する病院・施設との連絡会（「地域連携パス運用連絡会」）を定期的に開催し、地域連携診療計画の評価と見直し、運用方法等について検討する。

注）地域連携パス連絡会に参加の病院・施設には「出席証明書」が交付されます。

2. 検討対象は、計画管理（急性期）病院ならびに回復期リハビリテーション病院、維持期病院、かかりつけ医（連携病院）、介護施設までの診療内容を記した地域連携診療計画書等である。

3. 検討・修正された地域連携診療計画関連資料ならびに検討議事録は、事務担当がメールまたは郵送で配付する。

【 見直し後の地域連携診療計画書の運用について 】

1. 上記の地域連携パス運用連絡会で見直し・修正された地域連携診療計画書は、計画管理（急性期）病院が中四国厚生局長あてに具体例および実施事例数とともに使用開始前に届け出をする。

2. 計画管理（急性期）病院は、1.の届け出が厚生局に受理された旨を速やかに連携施設へ通知するものとする。

【 地域連携診療計画加算にかかる施設基準 】

○計画管理（急性期）病院

地域連携診療計画加算（退院支援加算の加算）の算定が厚生局に受理された医療機関である。

（１）あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画が作成され、連携保険医療機関等と共有。

（２）連携保険医療機関等の職員と当該保険医療機関の職員が、地域連携診療計画に係る情報交換のために、年３回以上面会し、情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直しを適切に実施。

（３）退院支援加算１又は退院支援加算３に係る施設基準の届出。

○連携施設（かかりつけ医）

地域連携診療計画加算（診療情報提供料Ⅰの加算）の算定が厚生局に受理された医療機関である。

（１）あらかじめ疾患や患者の状態に応じた地域連携計画が作成され、連携保険医療機関等と共有。

（２）連携保険医療機関等の職員と当該保険医療機関の職員が、地域連携診療計画に係る情報交換のために、年３回以上面会し、情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直しを適切に実施。

※ かかりつけ医は、地域連携診療計画加算にかかる届出が無い場合でも、脳卒中地域連携パスに可能な限り参加し、西部圏域におけるシームレスな医療連携にご協力ください。

別添２

特掲診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード		届 出 番 号	（地連計） 第　　号

（連絡先
担当者氏名:
電 話 番 号:）

（届出事項）

［　地域連携診療計画加算　］の施設基準に係る届出

□　当該届出を行う前６月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

□　当該届出を行う前６月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

□　当該届出を行う前６月間において、健康保険法第78条第１項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

□　当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

平成　　年　　月　　日

保険医療機関の所在地
及び名称

開設者名　　印

中国四国厚生局長　殿

備考１　［　　］欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
２　□には、適合する場合「レ」を記入すること。
３　届出書は、正副２通提出のこと。

様式 12

地域連携診療計画加算の施設基準に係る届出書添付書類

１．地域連携診療計画に係る事項

地域連携診療計画を 策定している疾患名	担当医師

２．連携保険医療機関等に係る事項

（１）最初に入院を受け入れる保険医療機関

保険医療機関の名称	連絡先

（２）（１）の保険医療機関から転院後の入院医療を担う保険医療機関

連携先　（　　）件	
連携施設の名称	連絡先

（３）（２）の保険医療機関を退院した後の外来医療等を担う連携保険医療機関等

連携先　（　　）件	
連携施設の名称	連絡先

３．地域連携診療計画に係る情報交換のための会合に係る事項

連携先　（　　）件	
連携施設の名称	過去１年間の面会日

［記載上の注意］

１　連携保険医療機関等において共有された地域連携診療計画を添付すること。

２　地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式１２の２を参考にすること。