

地域連携診療計画書(Ver.2) 様

私は、下記の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、各連携施設間で共有されることに同意します。
説明・同意日 施設名

患者・家族氏名 説明者氏名

下記のいずれかに○をつけてください。
急性期用 回復期用 維持期用 かかりつけ医用

時期

約2-4週後 約3-6ヶ月後 約6ヶ月後-1年後

在宅療養の準備

介護施設
クルーブホーム
ケアハウス

急性期用 回復期用 維持期用 かかりつけ医用

医療機関

急性期医療機関 → 回復期医療機関 → 維持期医療機関

かかりつけ医(通院または在宅診療)

療養型・一般病院

急性期治療

機能回復訓練
日常生活活動訓練
補装具の選択

ケアマネジャー

住宅改修

介護保険申請

要介護認定

住宅改修プランの確認

身体障害者手帳

身体障害者手帳取

障害年金の申請

生活訓練・職業訓練の相談

福祉用具のレンタル

ヘルパーの利用

通所リハ(デイケア)
通所介護(デイサービス)

必要

若年者の
生活訓練・職業訓練の相談

福祉窓口

区市町村(介護保険担当)

区市町村(障害者福祉担当)

社会保険庁または区市町村(社会保険) (国民年金)

都・区・市町村障害者福祉担当

※この表は北海道南都府県中ネットワーク研究会のパスから一部引用させて頂きました。

[illegible]

1. 脳卒中治療後に急性期病院または連携病院（回復期）より退院された方においては、地域連携診療計画書を受け取り、内容を確認してください。地域連携診療計画加算対象患者であることは、退院証明書で確認して下さい。
2. 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に記入し、急性期病院及び連携病院（回復期）病院へ郵送してください。
3. 厚生局へ届け出をされ、基準を満たしている場合は、「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」が算定可能です。

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 Ver 1.1



名 称	郵便番号	住 所	電話番号
鳥取大学医学部附属病院（医療福祉支援センター）	683-8504	米子市西町36-1	0859-38-6961（直通）
山陰労災病院（総合支援センター）	683-8605	米子市皆生新田1-8-1	0859-33-8189（直通）

名 称	郵便番号	住 所	電話番号
皆生温泉病院	683-0002	米子市皆生新田3-7-8	0859-32-9119
錦海リハビリテーション病院	683-0825	米子市錦海町3-4-5	0859-34-2300
博愛病院	683-0853	米子市両三柳1880	0859-29-1100
養和病院	683-0841	米子市上後藤3-5-1	0859-29-5351
米子東病院	689-3425	米子市淀江町佐陀2169	0859-56-5232
大山リハビリテーション病院	689-4102	西伯郡伯耆町大原927-1	0859-68-4111
西伯病院	683-0323	西伯郡南部町倭397	0859-66-2211
日野病院	689-4504	日野郡日野町野田332	0859-72-0351
鳥取県済生会境港総合病院	684-8555	境港市米川町44	0859-42-3161
真誠会セントラルクリニック	683-0852	米子市河崎580	0859-29-0099

事務局：〒683-0824 鳥取県米子市久米町136番地
TEL 0859-34-6251 FAX 0859-34-6252

先生方にさらに脳卒中医療連携に対する理解を深めさせていただきたく、これまでの運用状況を掲載しました。今後も西部地区での脳卒中医療連携にご理解とご協力をお願い致します。

```

graph LR
    A[発症] --> B[急性期病院]
    B --> C[転院時連携]
    C --> D[回復期病院]
    D --> E[転院・退院時連携]
    E --> F[自宅・かかりつけ医]
    F --> G[退院時連携]
    G --> H[介護施設等]
  
```

発症

急性期病院

- 急性期治療
- 地域連携パス開始

転院時連携

回復期病院

- 回復期リハビリテーションの実施
- 再発予防治療
- 基礎疾患・危険因子の管理

転院・退院時連携

自宅・かかりつけ医

日常生活への復帰及び維持期のためのリハビリテーション

- 維持期のリハビリテーション実施
- 在宅等への復帰及び日常生活継続を支援

生活の場における療養支援

- 在宅療養支援

退院時連携

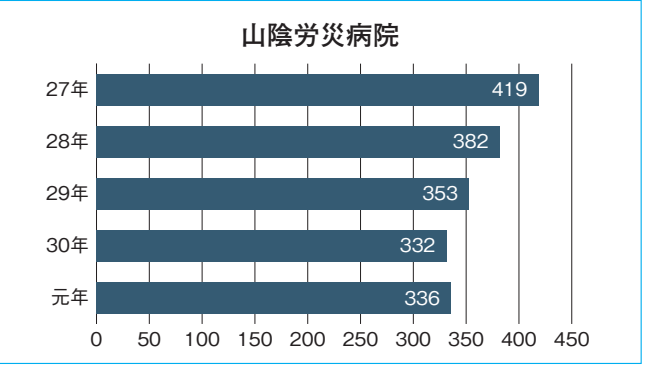
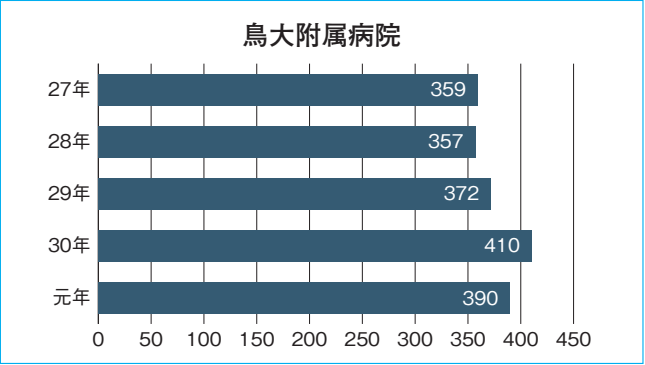
介護施設等

- 施設内生活の継続
- 再発予防・機能維持

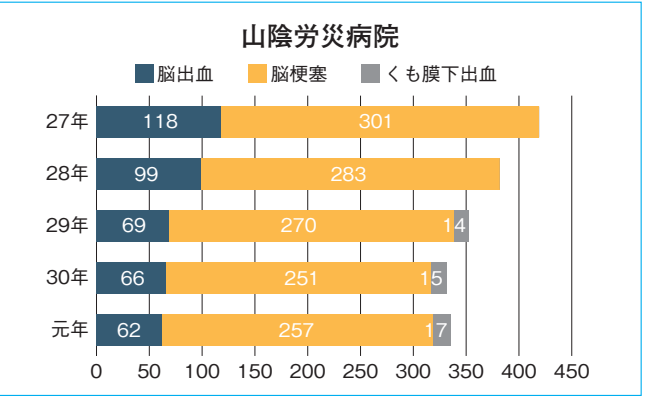
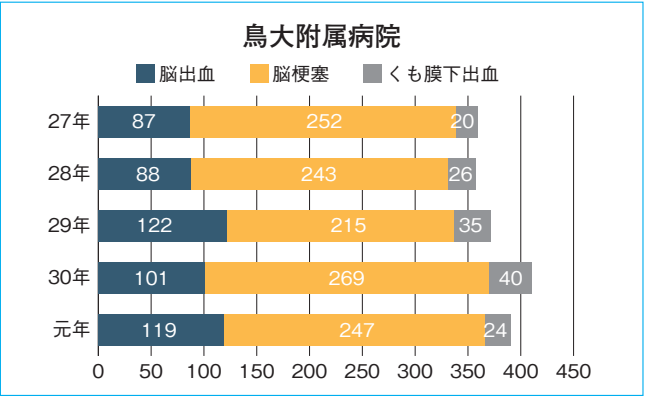
急性期病院

脳卒中地域連携パスの推移（平成27年～令和元年）

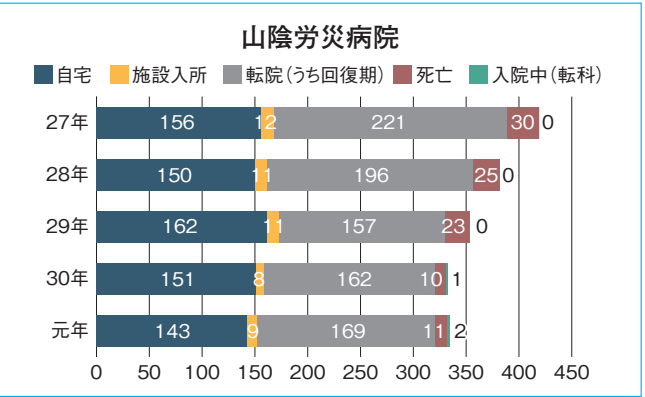
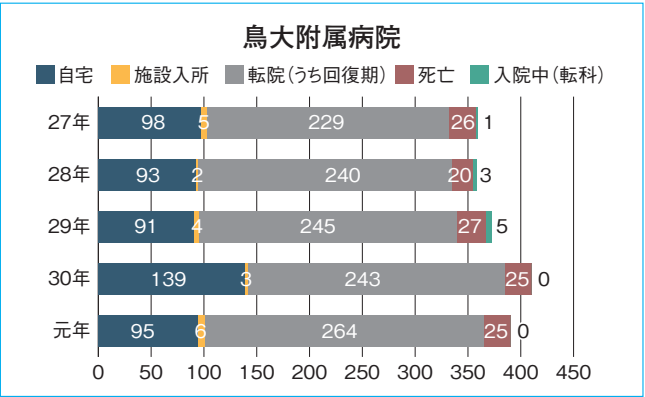
◆連携パス件数



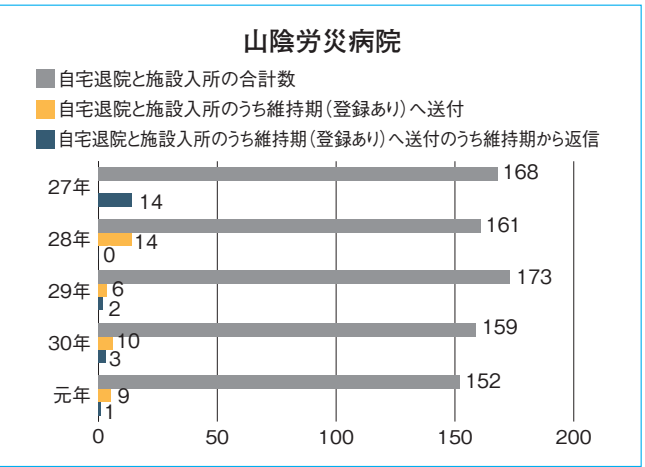
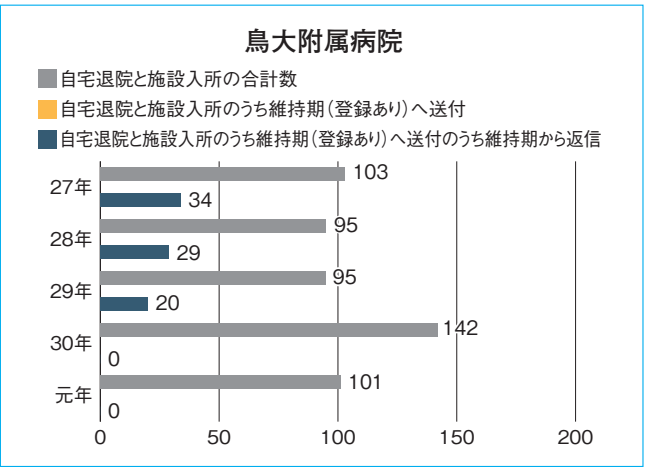
◆疾患別



◆転帰先



◆維持期との運用

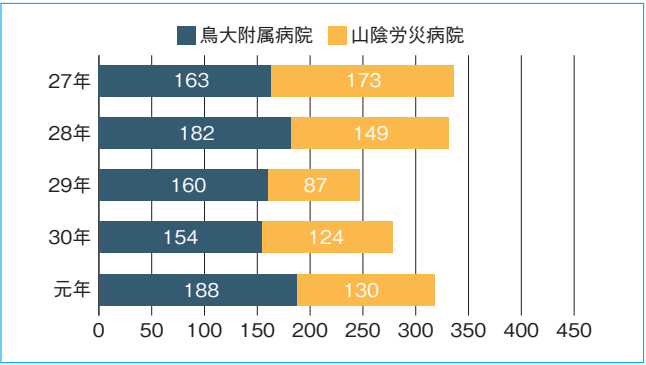


回復期病院

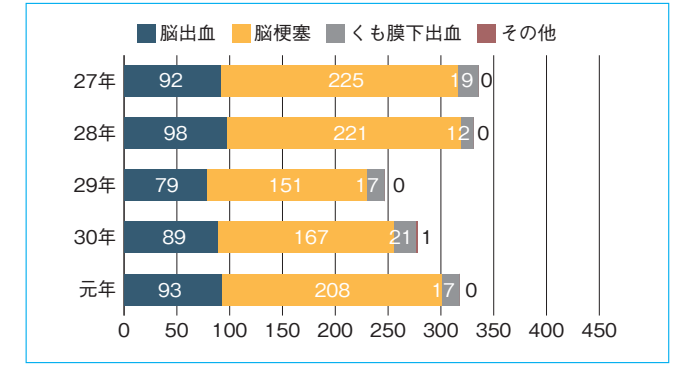
脳卒中地域連携パスの推移（平成27年～令和元年）

(錦海リハビリテーション病院・養和病院・皆生温泉病院・大山リハビリテーション病院・博愛病院・米子東病院の合計件数)

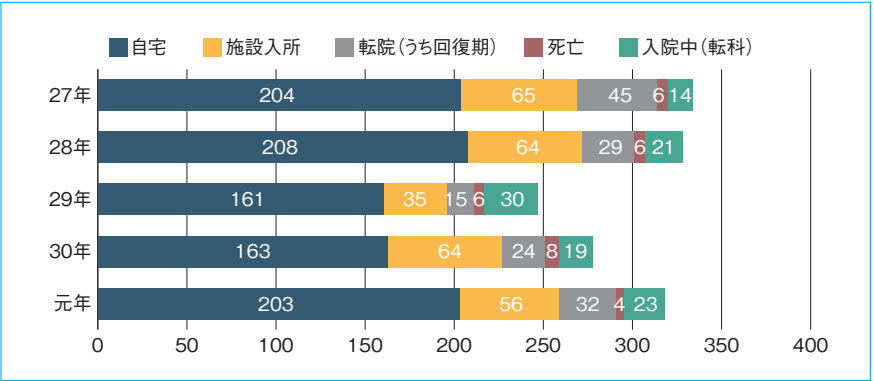
◆連携パス件数



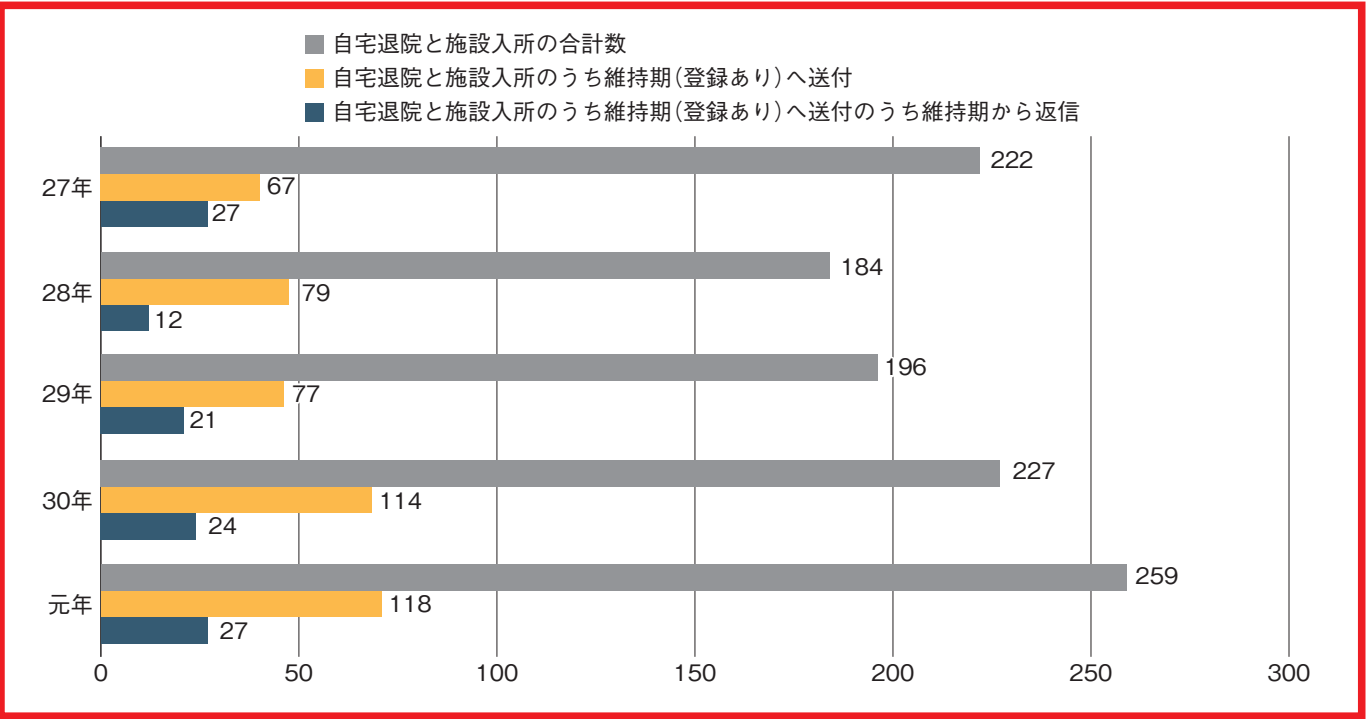
◆疾患別



◆回復期からの転帰先



◆維持期との運用



脳卒中診療発展のための連携パスの重要性

錦海リハビリテーション病院 角田 賢

鳥取県西部の脳卒中地域連携パスは、この地域で主に脳卒中救急医療を担っている鳥取大学医学部附属病院と山陰労災病院の2つの医療機関で同じフォーマットで運用されている。また脳卒中後の回復期医療を担う6つの回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関がすべてこの連携パスに参加しており、この連携パスによって、鳥取県西部圏域で脳卒中を発症した患者さんがどのように在宅復帰へ向けた医療を受けているのかが明らかになり、地域全体の脳卒中医療を把握できる貴重な資料ともなっている。

脳卒中による死亡率は低下しているものの、要介護状態となる原因の最大の要因であり、十分な回復がなければ、地域の医療、介護資源への負担、患者家族の介護負担は過大なものとなってしまう。また高齢化が全国的に見ても最も速い速度で進行する地域の一つであるこの鳥取県にあって各病院がそれぞれの特長を生かしていくことで地域全体の脳卒中診療の水準を向上させていくことが可能となる。鳥取県西部地域の脳卒中地域連携パスは、急性期、回復期に続く維持期への連携を行うツールとして今後さらに発展させていくことが重要と考える。「住み慣れた地域でその人らしい生活を最期まで」という地域包括ケアの理念を実現していくための「武器」としてのこの連携パスをさらに充実させていくことを目指していきたいと考える。



野坂医院 野坂 美仁

脳卒中地域連携パスが他の疾患の連携パスと大きく異なるのは、循環型ではなく、急性期から回復期を経てかかりつけ医へと一方向型となっている点です。鳥取県西部地域連携パスが医師会を中心に策定されるにあたって、脳卒中患者をかかりつけ医として診療していく上でこのパスの運用がメリットとなるように、このパスの対象患者さんが再発した場合には、診療した急性期病院のバックアップが得られるように働きかけ、運用マニュアルに「在宅復帰後、脳卒中の再発などが疑われた場合には、紹介元の急性期（計画管理）病院に連絡し、必要に応じて患者受け入れを依頼する。」という一文が明記されました。脳卒中パスそのものは一方向となりますが、鳥取県西部地区では、かかりつけ医と急性期病院をつなぐ重要な役割を果たすツールとなるように作られたことは、医師会が中心となって連携パスの地域統一化を果たした成果の一つと言えるでしょう。

脳卒中で治療を受けた方が紹介されたとき、脳卒中連携パスでは診療情報提供書だけでなく、看護サマリーやリハビリテーション連絡票も同時に送付されてきます。これらの情報があることで、あらかじめ患者さんの日常・社会生活や介護環境の問題点や課題を把握でき、介護サービスのプランニングに役立っています。西部医師会の先生方には、今後とも脳卒中地域連携パスの運用に一層のご協力を頂ければ幸いです。