

平成22年度

＜北多摩南部脳卒中地域連携診療計画書 活用の手引き＞

北多摩南部脳卒中ネットワーク研究会

平成22年12月改訂

事務局： 武蔵野赤十字病院 医療連携センター

TEL: 0422-32-3111(内線 5555)

FAX: 0422-34-2835

E-mail:renkei-c@musashino.jrc.or.jp

目 次

I. 北多摩南部脳卒中地域連携診療計画書の目的	.....P1
II. 対象者	.....P1
III. 北多摩南部脳卒中地域連携診療計画書の流れ	.....P1
IV. 地域連携診療計画書(その2)の活用	.....P3
V. 地域連携診療計画書(その3)の活用	.....P3
VI. 地域連携診療計画書(その4)の活用	.....P5
<資料>	
『北多摩南部脳卒中地域連携診療計画書(その1)～(その4)』	.....P6
ダウンロード先： 武蔵野赤十字病院： http://www.musashino.jrc.or.jp/renkei/path-nou.html	
東京都： http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo_hoken/nousottyuutorikumi/index.html	
暮らしの中の医療情報ナビ(シニア編) シーン4、5 から引用	.....P8
参画医療機関リスト(平成22年11月現在)	.....P12
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	.....P16
認知症高齢者の日常生活自立度	.....P18
日常生活機能評価表	.....P20
<添付>	
地域連携診療計画書のご案内(A3版)	
地域連携診療計画書(その3)、(その4) 記入の手引き(A3版)	

I. 北多摩南部脳卒中地域連携診療計画書の目的

脳卒中による障害を持った患者様は急性期病院から、回復期病院などを経て、在宅へ帰っていくときにその療養環境は著しく変化します。そこで北多摩南部保健医療圏内では、

「患者様が安心して地域で在宅療養を継続できるよう支援するのに必要な情報交換ができるような仕組みづくり」「患者様・ご家族がカンファレンスに参画することで、患者本位の地域連携の実現」を目的として、病院・かかりつけ医・市役所・在宅支援者が、患者様の切れ目のない支援体制を構築できるようにと、この地域連携診療計画書が作られました。

II. 対象者

北多摩南部保健医療圏内（隣接市区部を含む）の医療・保健・福祉関係機関との連携が必要とされる脳卒中患者様となります。

その他医療・保健・福祉関係機関との連携が必要とされる脳卒中以外の患者様にも活用できます。

III. 北多摩南部脳卒中地域連携診療計画書の流れ

地域連携診療計画書(その1)オーバービュー…… 急性期病院では入院した患者様、またはご家族様に地域連携診療計画書（その1）を手渡します。

これは『**北多摩南部脳卒中地域連携診療計画書（その1）～（その4）**』を使用して急性期～回復期～在宅の各医療機関で情報共有がなされ、必要時在宅支援サービスが活用されることを患者様、ご家族様に説明するためのものです。これにより患者様、ご家族様には治療のステージが次の医療機関・施設に移行しても、地域全体の医療連携による治療が切れ目なく行われていくことをご理解いただくことが可能となります。

地域連携診療計画書(その2)急性期～回復期相当…… 急性期病院から回復期病院への転院基準は「**リハビリが可能で且つ合併症がコントロールされている状態**」です。この用紙は急性期病院から回復期病院（回復期相当の機能を持つ医療機関を含む）に転院する際に使用します。内容は患者様の社会的背景、現在の病状、病棟での生活状況、リハビリの状況などについて記載されています。

地域連携診療計画書(その3)回復期相当～維持期・在宅…… 回復期から在宅への退院基準は「**在宅療養が可能であると判断されている状態**」です。この用紙は回復期病院から介護老人保健施設への転入所、またはご自宅に退院する際に使用します。入院生活からご自宅、介護老人保健施設などに患者様が移行するに当たり、生活環境・生活支援状況は著しく変化します。したがって退院調整時に医療機関は、ご家族・保健・福祉関係機関に入院時の身体的状況・生活環境・ADLをできるだけ詳細にご理解いただき、連携をスムーズに運んでいくためにも、この地域連携診療計画書を用いて医療機関側と在宅支援側とのカンファレンスを行ってください。その際には、ケアマネジャーだけではなく、かかりつけ医や介護保険サービス提供事業者など関係する多くの在宅支援者に参加していただき、よりよい生活環境作りを目指してください。また、脳卒中以外の疾患の情報共有・カンファレンス開催時など応用的に使用することもできます。

地域連携診療計画書(その4)フィードバック…… 退院時のカンファレンスの結果、作成したケアプランについてご本人・ご家族と話し合いの機会を持ち、計画管理病院（入院していた急性期病院）にフィードバックするためのものです。退院月または翌月の様子をもとに、在宅生活を支えるケアチームと急性期病院の先生方との相談する機会として、地域連携診療計画書（その4）を活用することができます。

病状に変化があった場合は受診・検査の必要性などあらかじめ決められた緊急時連絡先へ地域連携診療計画書（その4）を渡します。その際、かかりつけ医を通じて医療機関へ連絡します。

安心して在宅生活が継続できるよう、かかりつけ医や介護保険サービス提供事業者などの意見を集約し、医師との連携・サービス担当者会議に活用することができます。

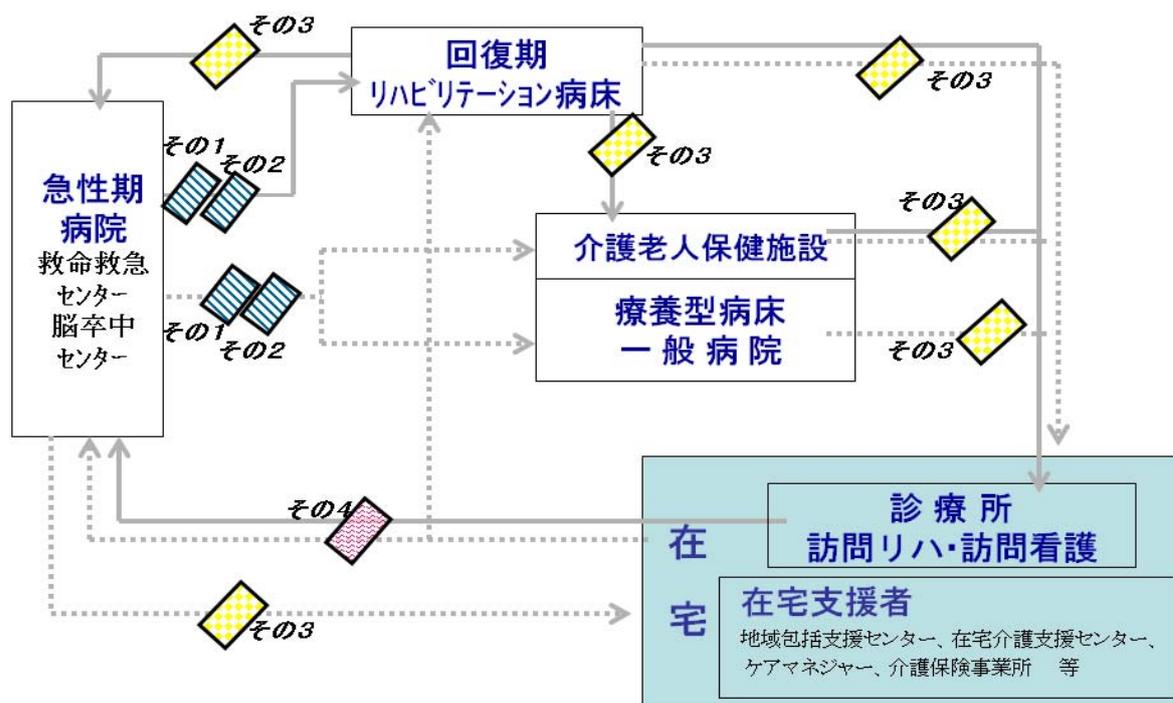
※ 参考：暮らしの中の医療情報ナビ(シニア編)・東京都福祉保健局発行・

ご本人・ご家族に医療制度や医療保険、介護保険制度などに関する情報を理解していただき、納得のいく医療を受けてもらうことを目的とした冊子です。シニア編は脳卒中を取り扱っています。

<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/inavi/pdf/senior.pdf#page=4>

これらの地域連携診療計画書はご本人・ご家族が原本を保管します。ご本人・ご家族と共有する情報と提供先の関係機関を確認して下さい。各関係機関で地域連携診療計画書の複写を保管する際には、個人情報の取り扱いに注意して下さい。

北多摩南部脳卒中 地域連携診療計画書 (連携パス) の流れ



IV. 地域連携診療計画書(その2)の活用

急性期病院から回復期病院へ転院する準備段階で使用します。

職種ごとに二重線枠で記入枠を分けてあります。この計画書は記入が完成した後に、ご本人ご家族の方の署名を頂き、原本を渡すことになっています。急性期病院と回復期病院両方でコピーを保管して下さい。

回復期病院にとって転院後の治療計画を立てる上で、これだけは必要であるとされた項目に絞って集約されています。可能な限り、記入漏れのないようにして下さい。特に“日常生活機能評価表”と“主治医から家族への面談内容”は必須です。リハビリの枠では、詳細内容は別紙参照を原則としてありますので必ず別紙のサマリを作成・添付して下さい。この計画書には最低限の必要情報として、FIMとSIASの点数、補助具、装具に限定してあります。医師、看護師の枠の中に収まらない重要事項や特段の注意を要すること、例えば併存症の治療経過や処置・看護内容などで回復期病院に伝達すべき情報があれば、別紙を作成し添付して下さい。

V. 地域連携診療計画書(その3)の活用

回復期病院から、老人保健施設への転入所、または自宅へ退院する場合に、医療機関と在宅支援者との連携をスムーズに運ぶためのものです。

- 「**基本情報**」欄は、家族背景、経済状況、家屋状況や社会資源の利用状況などこれから在宅生活を送る際に必要な情報が記載されています。退院時のご本人・ご家族の希望については記載されていないことがありますが、そのときはカンファレンスの際に確認します。
- 「**疾病**」欄は、①診断名 ②障害 ③在宅療養・生活習慣のリスクと④注意点、⑤併存症・合併症の注意点や⑥悪化・再発予防策など、医師が説明した内容で、わからない用語があったらカンファレンスの際に確認します。今後の在宅生活で注意すること、対応策に反映することができます。
- 「**処方**」欄は、入院中に処方された薬がここに記載されます。自己管理ができているか等薬の管理状況、定時に飲み忘れては困る薬などを確認します。
- 「**栄養**」欄は、カロリー・塩分・食形態など食事の制限などはここに記載されます。看護欄の食事介助の必要性和併せて確認しましょう。
- 「**看護**」欄は、病棟での生活状況（ADL）について細かく記載されています。入院中にされていた工夫を在宅でのケアに反映できるよう参考にしましょう。医療処置や排泄介助の方法等、日中と夜間の違いはないかなど、詳細を確認しましょう。また看護サマリー等の別紙がある場合は活用しましょう。
- 「**リハビリ**」欄は、入院中の身体機能訓練の目標、在宅で継続すべきことや必要なリハサービスについて記載されています。在宅で機能低下しないように何をするかを考える時に参考にしましょう。

- 「**今後予想される問題と対策**」欄は、在宅生活を送る上で必要なこと、解決すべき課題について医療者と在宅支援者で検討した内容が記入されます。カンファレンスに参加できない場合でも医療機関の方針を在宅支援者に伝えることも目的としています。
- 「**生活時間**」欄は、上段に入院中の活動時間や排泄時間・処置時間など、下段には在宅での生活時間を記入しましょう。介助が必要な時間帯、回数など確認することによって、一緒に生活するご家族とご本人が実際の生活をイメージできるようにします。また、入院生活とその家庭の生活時間のずれについても確認しておきましょう。
- 「**必要なサービス**」欄は、導入時期・利用したほうがよいサービスなど確認します。
- 「**緊急時の病院連絡先**」「**在宅かかりつけ医**」欄は急変時の相談先や、退院後のかかりつけ医を確認します。かかりつけ医にいつ受診して地域連携診療計画書（その4）を渡すかなども、ご本人・ご家族と確認します。

《診療報酬算定要件》

○地域連携診療計画書退院時指導料（I）600点

（回復期病院）は計画管理病院（急性期病院）にて地域連携診療計画管理料を算定した患者に対し、患者の同意を得た上で、地域連携診療計画（地域連携パス）に基づく退院後の診療計画（その3）を作成するとともに、説明し、文書（その3）にて患者又は家族へ提供する。また、計画管理病院（急性期病院）に対し文書（その3コピー）にて報告した場合に、退院時に算定する。

○地域連携診療計画退院計画加算 100点

患者ごとに策定された地域連携診療計画（地域連携パス）に沿って、退院後の療養を担う保険医療機関（かかりつけ医）又は介護サービス事業所等と連携を行い、患者の同意を得て、退院後の診療計画について、文書（その3）にて退院後の療養を担う医療機関（かかりつけ医）や介護サービス事業所等に提供した場合に地域連携診療計画退院時指導料（I）に加算する。

VI. 地域連携診療計画書(その4)の活用

ご本人の在宅生活の様子・身体状況等、かかりつけ医を通して計画管理病院(入院していた急性期病院)に情報提供するためのものです。

- 「生活状況 ご本人・ご家族から」欄は、ご本人、ご家族・ケアマネジャーがケアプランの内容を考慮して記入しましょう。これにより、急性期病院は退院後の本人の状況が把握できます。
- 「主な日常生活上の活動」欄は、上段に在宅生活の様子、下段に介護保険サービス提供時間などを記入します。この欄は1日の流れを時間軸に沿って記入し、在宅生活をイメージできるようにしたものです。
- 「利用しているサービス」欄は、現在利用している在宅サービスを記入します。
- 「看護・介護」欄は可能であれば訪問看護・訪問介護などの介護保険サービス提供事業者記入してもらいます。それらの職種のかかわりが無い場合にはケアマネジャーが記入します。これは在宅生活の基盤となる情報です。医療行為や処置方法、その部位、頻度、使用している薬品などについては地域連携診療計画書(その3)や看護サマリーなど既存の書類を活用します。また在宅生活を支援する上で対応に苦慮していることを記入します。
- 「リハビリ」欄はリハビリサービスの提供者に記入してもらいます。それらの職種のかかわりが無い場合にはケアマネジャーが記入します。
- 「在宅で継続していること」欄は、入院中に指導されたプログラムや決まりごとについて、在宅で継続していることを記入しましょう。
- 「回避していること」欄は病状や障害の特性に配慮してやってはいけないこと、または介護者や関係機関が注意していること・回避していることなどを詳しく記入します。そうすることで急性期病院に、より具体的に退院後の身体機能維持の状況が伝わるようにするためです。
- 「リハサービス」欄は介護保険サービス以外でも利用しているリハビリについて頻度や時間など具体的に記入しましょう。リハビリサマリーがある場合は添付をするとよいでしょう。
- 「ケアマネジャー等の支援者からの意見・相談」欄は、在宅介護支援者から、医療職者に相談したいこと、報告したいことを記入します。本人・家族からの相談・意見も踏まえたものにしましょう。
- 「かかりつけ医からの意見・相談」欄は、通院時、往診時に把握した状態、状況などについてかかりつけ医に記入してもらい、急性期病院との連携に役立てます。

《診療報酬算定要件》

○地域連携診療計画退院時指導料(Ⅱ) 300点

診療所又は許可病床数 200床未満の病院

この診療報酬は回復期病院からの退院月又は翌月までに地域連携診療計画(地域連携パス)に基づいて外来医療を提供した患者に対し、計画管理病院(急性期病院)へ情報提供を行う(その4のコピーを送付する)ことで算定できます。その際、日常生活機能評価を行い、記載することが必要です。また、本書式(その4)に記入後、各計画管理病院(急性期病院)の医療連携室宛にご送付いただくことも必要となります。