

# 脳卒中医療連携における 地域連携パスの関わり

一般医家の参入を期待して

神奈川県総合リハビリテーションセンター  
七沢リハビリテーション病院脳血管センター  
山下俊紀

# 保健医療計画（厚労省・都道府県）

## 神奈川県保健医療計画（第5次）（平成20～24年度）

### 疾病別の医療連携体制の構築

**4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）**

**5事業（救急、災害、へき地、周産期、小児）**

**シームレスな連携体制の構築**

**+在宅医療（脳卒中の維持期・がんの終末期）**

### 地域連携クリティカルパスの導入計画

救命率の向上・後遺症の軽減に向け、疾病予防から急性期、慢性期の治療やリハビリテーション、さらには在宅医療まで、切れ目のない医療を提供するための医療連携体制の構築

地域連携パスの普及により、病病連携、病診連携を図るとともに、地域における支援機関の円滑な連携を推進

# 神奈川県保健医療計画（第5次医療法改正） 地域連携クリティカルパスの導入計画 （平成20～24年度）

二次保健医療圏で地域連携クリティカルパスの検討  
脳卒中 ⇒ 湘南西部（平塚・秦野・伊勢原）  
湘南西部地区地域連携クリティカルパス検討委員会  
目標

急性期病院とリハビリテーション病院と  
維持期病院・診療所・介護施設との連携で  
脳卒中の発症から維持、再発に対する  
スムーズな医療連携体制を構築する

脳卒中地域連携クリティカルパスのモデルを作製  
⇒ 全県に広めて県下共通的に普及

脳卒中の広域シームレス医療体制の構築  
＜地域間連携＞

# 脳卒中の医療機能の連携体制

予防期：生活習慣病の予防・治療  
かかりつけ医

急性期：病院前救護・急性期医療・急性期リハビリテーション  
急性期を担う医療機関

回復期（亜急性期）：回復期リハビリテーション  
基礎疾患の管理・再発予防の治療  
回復期リハビリテーション病棟

維持期：入院・入所療養  
維持期リハビリテーション  
療養病床・老人保健施設

維持期：在宅医療・介護・在宅療養支援  
基礎疾患の管理・再発防止の治療管理  
維持期リハビリテーション  
在宅療養支援診療所・かかりつけ医・  
訪問看護ステーション・居宅介護サービス事業所

医療

介護

# 脳卒中リハビリテーションの流れ

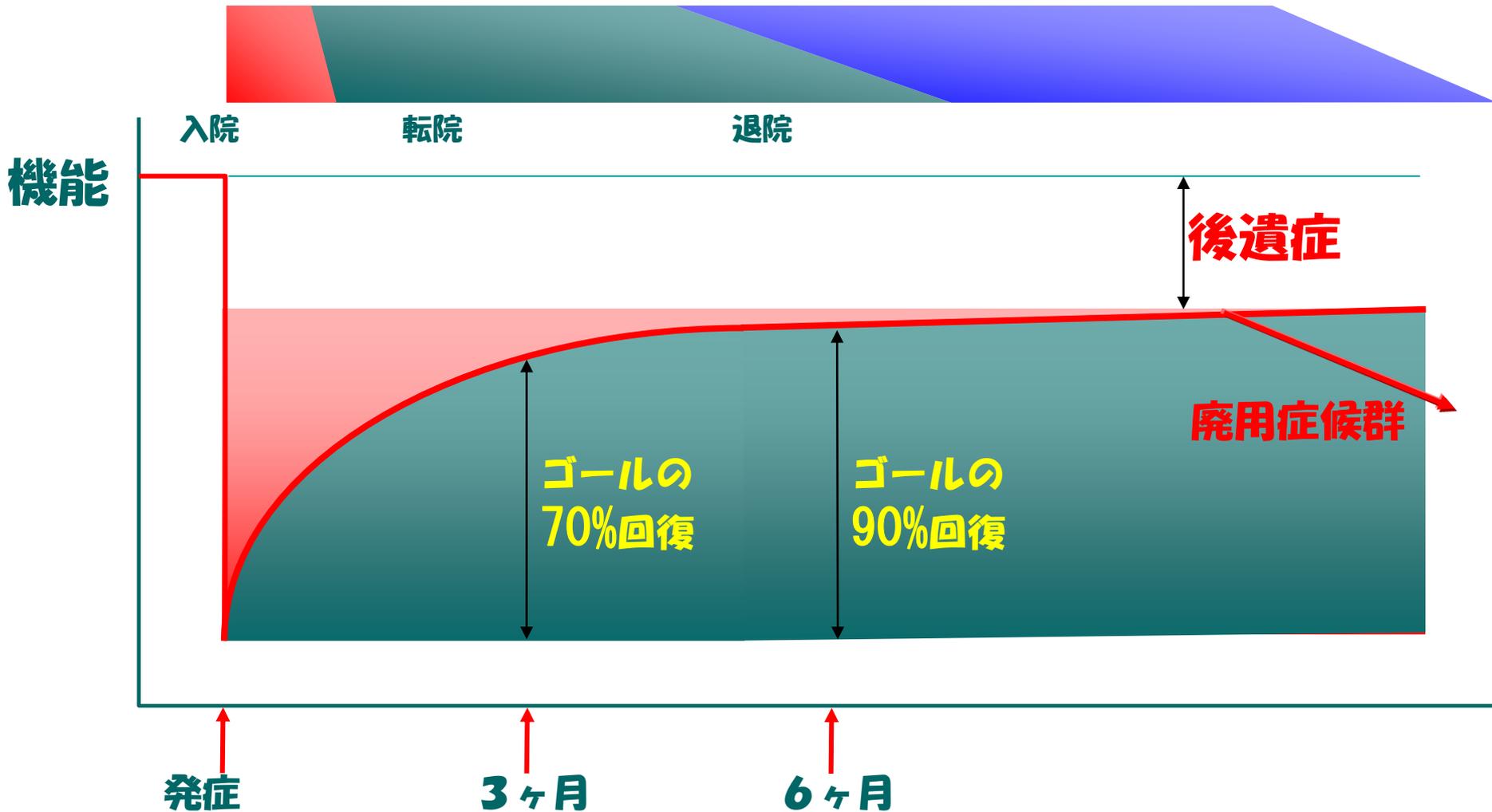
急性期リハビリ  
急性期治療

2~3週間

回復期リハビリ  
PT, OT, ST

2~5か月間

外来等で維持期リハビリ  
週1回程度  
/介護保険利用



# なぜ地域連携クリティカルパスの導入か？

- 急性期医療の充実・システム整備

  - 脳卒中医療の高度化・迅速化

  - 急性期病床の停滞・空床確保

  - 病院群を分けて機能分担

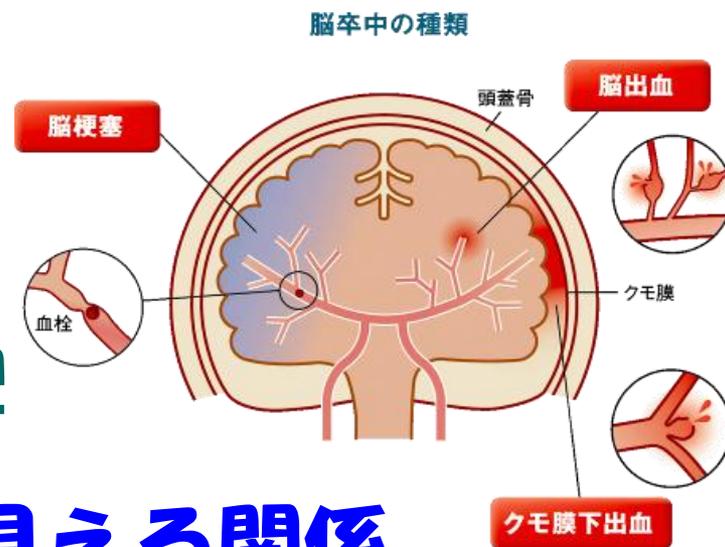
  - スムーズな病院間の引き継ぎ

- 脳卒中の医療はいろいろ？

  - 臨床統計がない

- 脳卒中の病期は長い！

  - 患者情報の共通一元管理

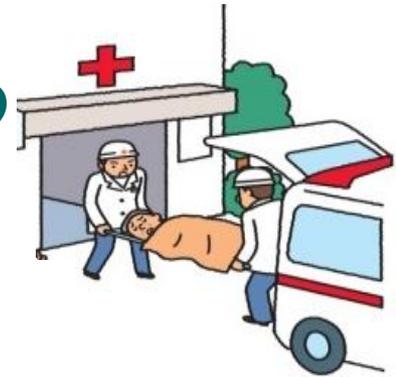


情報伝達のツール・顔が見える関係

# 連携パスになぜ全県共通化を求めるか？

## 脳卒中！どこで診療を受ける？

- 療養が長期になる・基礎疾病がある
- 複数医療機関で治療継続されることもある
- 必ずしも居住地で発症しない
- 搬送先が遠方になることもある
- 転院先が異地域のこともある
- 転居ありうる



必ずしもずっと同一地域で治療を受けない  
同一地区内で医療介護が完結されない  
広域で治療が継続される事が多い！

# パスは県西部から全県共通化へ

神奈川県西部脳卒中地域連携懇話会

県西部脳卒中地域連携ネットワーク

(湘南西部地区地域連携クリティカルパス検討委員会)



神奈川県脳卒中広域シームレス医療研究会

県内における各地域の連携ネットワークの会が加盟

脳卒中地域連携パスの神奈川県共通化



神奈川県医師会脳卒中地域連携連絡協議会



各ネットワークと郡市医師会とが協働して  
急性期・回復期・維持期の連携体制構築へ

各地医師会毎に脳卒中医療連携情報交換会

# これからの進展

神奈川脳卒中広域シームレス医療研究会と  
県医師会の郡市医師会脳卒中地域連携連絡協議会とが  
協働して推進役となり、脳卒中地域連携パスの普及、  
神奈川県下共通化を試みる

各病院連携ネットワークと各郡市医師会とで慢性期・  
維持期を担う診療所や介護サービス事業所のネット  
ワークへの参入を期す

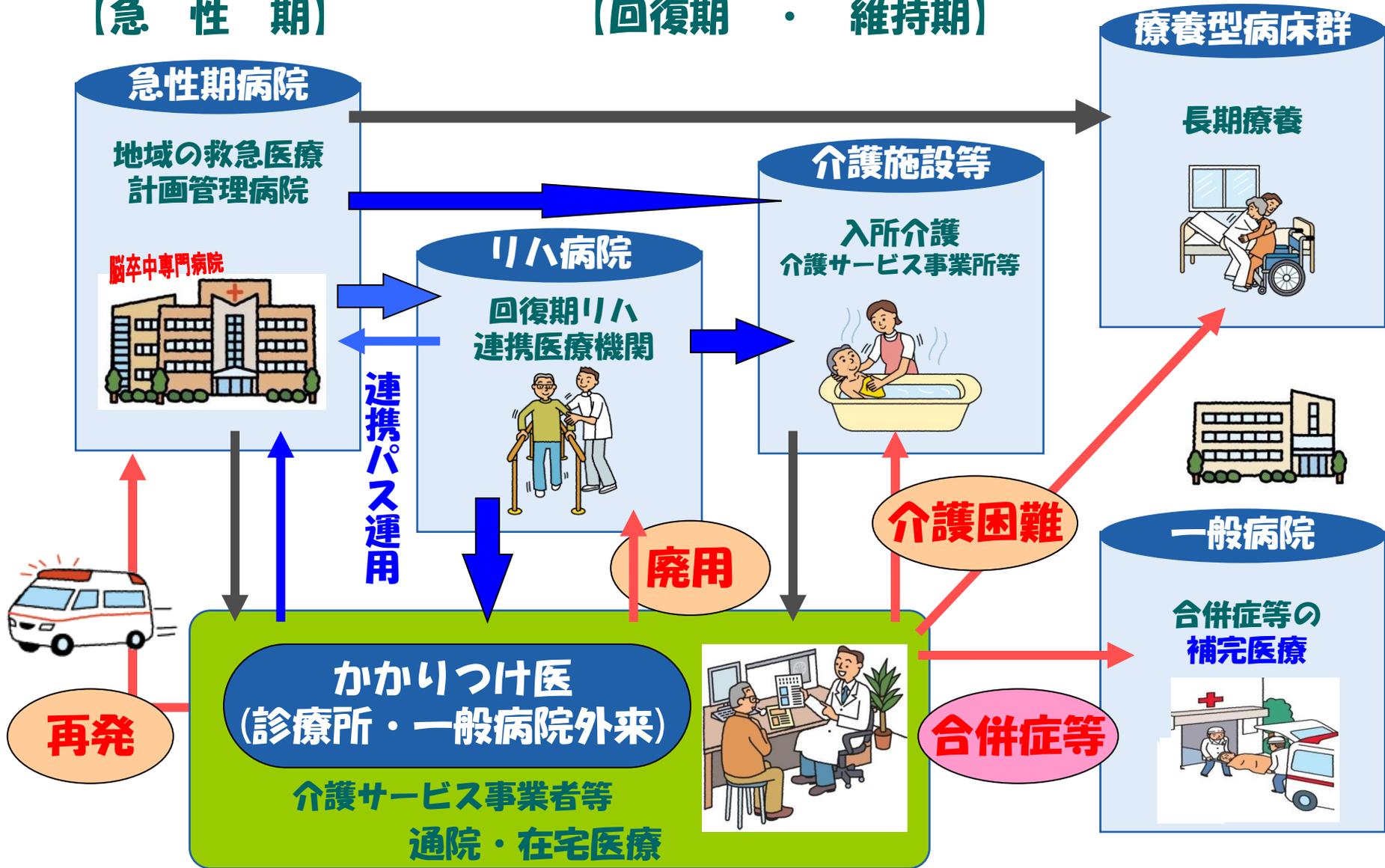
各ネットワークが各郡市医師会をベースとして  
急性期から維持期までの脳卒中医療地域連携体制  
を構築する

神奈川脳卒中広域シームレス医療研究会と県医師会の  
郡市医師会脳卒中地域連携連絡協議会とが  
ネットワーク・郡市医師会を集約して互換性を図る

# 脳卒中医療連携のながれ

【急性期】

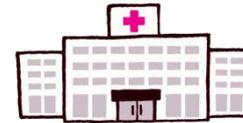
【回復期・維持期】



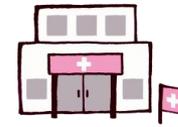
# 脳卒中医療の地域連携体制の構築

救急医療のスムーズな連携 = 急性期病院を空ける！

第一段：急性期病院からリハビリ病院への連携



第二段：リハビリ病院から診療所への連携

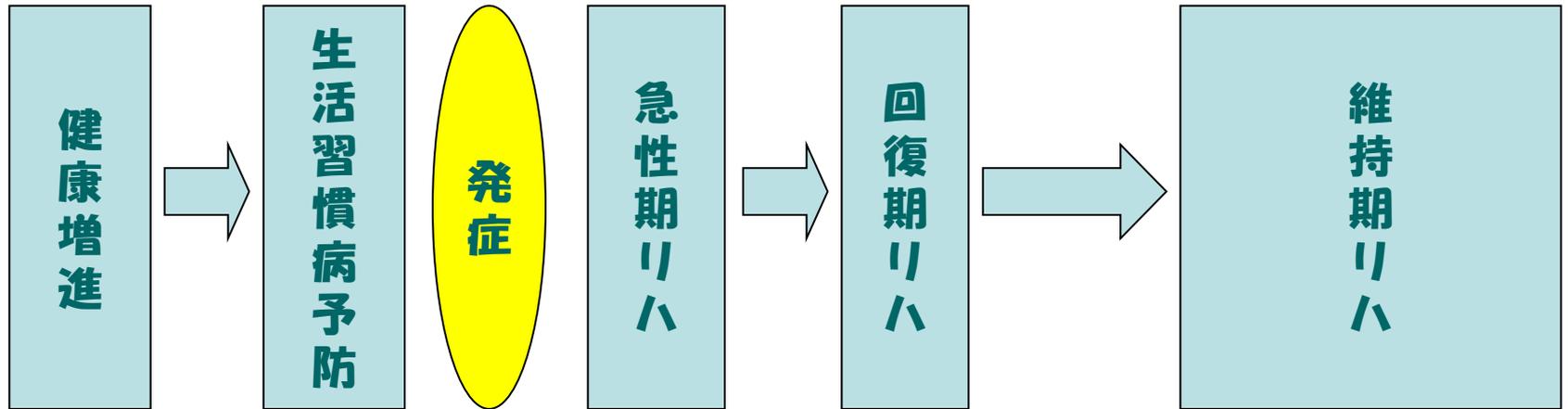


第三段：介護支援（サービス）事業所との連携

普及には行政の誘導と健保の導入  
介護保険との連動？



# 医療と介護



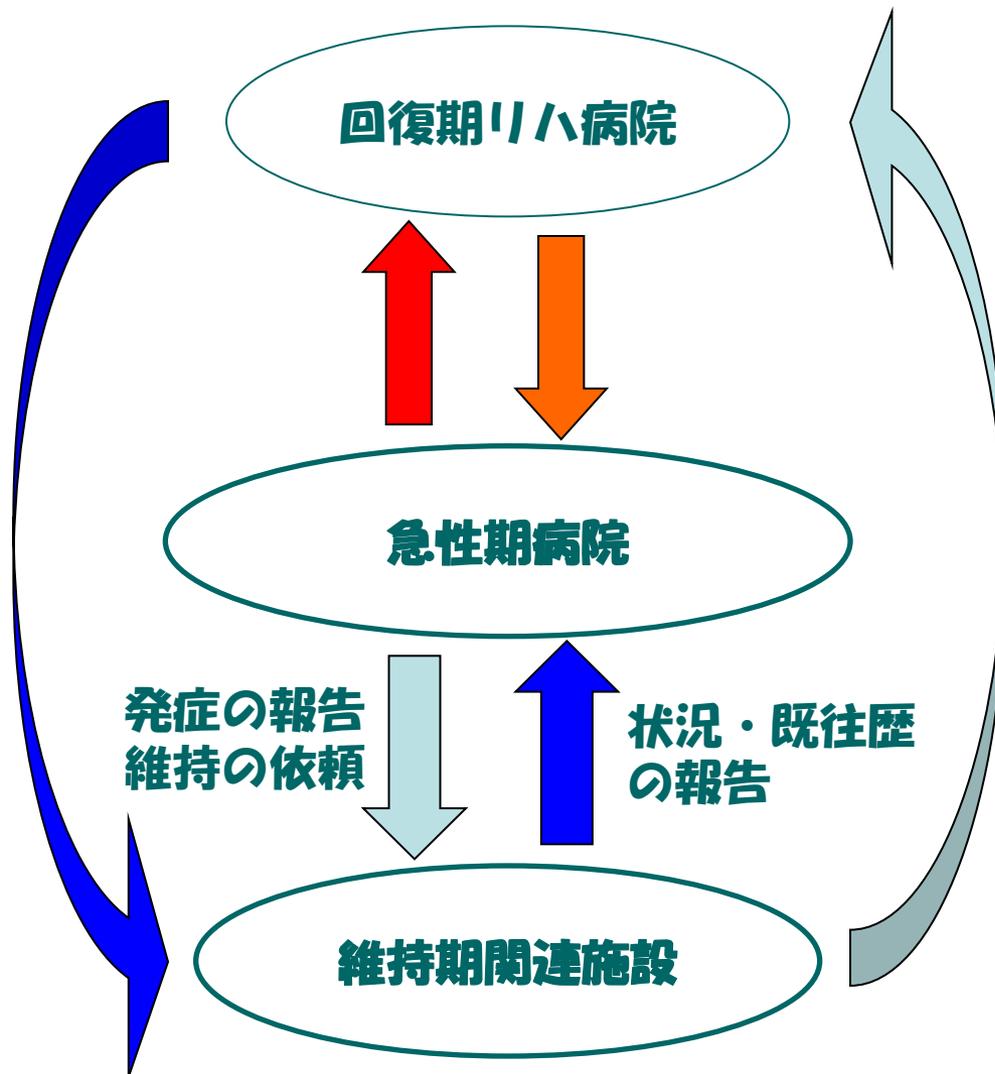
老人保険事業・介護予防事業  
健康増進法

医療事業

老人保険事業・介護予防事業  
介護保険・医療保険

介護認定

# 連携パスの流れ



診療所等の医療施設と介護保険施設の連携

# 連携の流れの改革！

## 脳卒中医療地域連携の流れは

- ・ 急性期病院⇒リハ病院⇒診療所がよい

## 現実には

- ・ 急性期病院⇒リハ病院⇒急性期病院⇒診療所
- ・ リハ病院からかかりつけ医に送り出したい
- ・ かかりつけ医を挙げられるのはリハ病院より急性期病院（土地勘・診療内容から）
- ・ 再発以外の合併症・続発症の入院加療は元病院とはいかないことが多い

# 維持期は病診連携で！

リハビリ病院から在宅へ

外来通院は診療所または一般病院で！

合併症は一般病院で！

在宅医療でのかかりつけ医の選択は

急性期病院からリハ病院に教示されたい

リハ病院はパスを双方向

（急性期病院と診療所）へ発行

# 神奈川県共通 脳卒中地域連携パス（試行版）の雛型

- ① 急性期病院から回復期リハビリ病院・介護保健施設へ  
（維持期診療所へ）
  - ② 回復期リハ病院から急性期病院へ報告  
同時に 通院する維持期診療所・医療介護施設へ
  - ③ 維持期診療所・療養介護施設から急性期病院へ報告
  - ④ 維持期診療所・療養介護施設から診療依頼
  - ⑤ **患者説明用包括パス**  
目標や状況の説明用で署名  
パス：診療情報に機能情報を加えたもの
- ⑤と③か④のうちの1枚のみを担当して記入  
診療情報提供書を兼ねられる

《脳卒中地域連携パス》

患者氏名

様 梗塞  ラクナ梗塞  アテローム血栓性脳梗塞  心原性脳塞栓  その他

出血  脳出血  くも膜下出血

部位  右  左  前大脳動脈  中大脳動脈  後大脳動脈

平成 年 月 日 時 分 発症

急性期治療期間			リハビリテーション訓練期間									維持期間																							
担当医療機関: 担当医:			担当医療機関: 担当医:									担当医療機関: 担当医:																							
退院基準 基準を満たせば次のステップへ移ります <input type="checkbox"/> 診断が確定している ( / ) <input type="checkbox"/> 病状が安定している ( / ) <input type="checkbox"/> 治療方針が確定している ( / ) <input type="checkbox"/> 在宅が可能か ( <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 ) <input type="checkbox"/> パス公示日 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> リハビリの適応 ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )			リハビリの期間 あなたのリハビリの期間は、( )ヶ月を予定しています。リハビリ開始後、主治医より説明があります。 リハビリの種類 <input type="checkbox"/> 医療保険【 <input type="checkbox"/> 回復期(9単位/日) <input type="checkbox"/> 療養(6単位/日・医療区分 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3) <input type="checkbox"/> 通院】 <input type="checkbox"/> 介護保険【 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設】 転院時(入院時) <table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <th>日付</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> <th>9</th> <th>( )</th> </tr> <tr> <td>移動度ステップ →理学療法(PF)</td> <td></td> </tr> </table>									日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	( )	移動度ステップ →理学療法(PF)											訪問診療 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 慢性期治療 ( ) 合併症の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) 制御 <input type="checkbox"/> 悪( ) <input type="checkbox"/> 良( ) 身障者手帳 <input type="checkbox"/> 申請 ( 級 ) ケアマネージャー: 事業所名: <input type="checkbox"/> 医療保険対象リハビリテーション* <input type="checkbox"/> 除外診断名: <input type="checkbox"/> 基礎疾患名: <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 外来リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション(要・指示書) <input type="checkbox"/> 介護保険対象リハビリテーション* <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> デイケア(要・医師の指示) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション(要・指示書) <input type="checkbox"/> 訪問看護(要・指示書) <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 施設リハ** 入所施設名: 連絡先: *医療保険と介護保険の併用は不可です **施設リハは介護老人保健施設限定です	
日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	( )																									
移動度ステップ →理学療法(PF)																																			
急性期治療 合併症など 慢性期治療 <input type="checkbox"/> t-PA <input type="checkbox"/> 既脳卒中 <input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> アルガトロン <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> オザグレルNa <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> シロスタノール <input type="checkbox"/> エダラボン <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> ワルファリン <input type="checkbox"/> ヘリリン <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> 脳質異常 <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 手術療法 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 水腫症管理 <input type="checkbox"/> 血管内治療 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 降圧剤 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 底( ) <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> その他:			寝たきり度 <input type="checkbox"/> C ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ) <input type="checkbox"/> B ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ) <input type="checkbox"/> A ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ) <input type="checkbox"/> J ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ) 日常生活動作(ADL) <input type="checkbox"/> 食事動作 ( ) <input type="checkbox"/> トイレ ( ) <input type="checkbox"/> 食事動作 ( ) →作業療法(OT) <input type="checkbox"/> 整容 ( ) <input type="checkbox"/> 入浴 ( ) <input type="checkbox"/> 整容 ( ) 更衣 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 更衣 ( ) 食事 排泄 入浴 経栄養 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 入浴 入浴 ( ) <input type="checkbox"/> 入浴 ( ) その他 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )									自立度(介護測定) <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M ( ) 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 理解の障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 表出の障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 嚥下障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 嚥下 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> 廃用に進展 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他: ( ) 食形態 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(IVH) <input type="checkbox"/> 胃瘻(PEG) <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 経管>経口 <input type="checkbox"/> 経管<経口 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> その他: ( ) 食事摂取量 / 10 <input type="checkbox"/> / 10 <input type="checkbox"/> / 10																							
必須手続き 介護保険 <input type="checkbox"/> 申請 ( / )			必須手続き等 介護保険 <input type="checkbox"/> 申請 ( / ) → 認定調査・主治医意見書・審査・判定・認定 → ( / ) 以降(最長30日間) → 要介護1~5 → <input type="checkbox"/> 居宅事業者と契約・ケアマネージャー選定 → <input type="checkbox"/> ケアプランの作成 → <input type="checkbox"/> 事業者と契約 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 → 要支援1・2 → <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターにて介護予防ケアプランの作成 → <input type="checkbox"/> 事業者と契約 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 → <input type="checkbox"/> 家屋改修 <input type="checkbox"/> 特定福祉用具の購入									介護保険サービス <input type="checkbox"/> 訪問看護(要・指示書) <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> ショートステイ 医療保険サービス <input type="checkbox"/> 訪問看護(要・指示書) <input type="checkbox"/> 訪問マッサージ(要・指示書) 神奈川県サービス <input type="checkbox"/> 食事サービス <input type="checkbox"/> 住環境整備 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> 訪問理美容 <input type="checkbox"/> 在宅重要度介護者家庭探護金 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																							
サイン欄 入院後7日以内 説明日 年 月 日 説明者氏名 ご本人署名 同意者署名 (続柄) ( )			介護保険での入所サービス 施設に短期間入所する居宅サービス <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (福祉施設でのショートステイ) <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (老健施設・病院等でのショートステイ) 居宅系サービス <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 (介護保険の指定を受けた介護付有料老人ホーム等に入居し、食事・入浴・排泄などに関わる介護が受けられます。) 地域密着型サービス <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 施設サービス <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設									緊急連絡先 担当医療機関: 担当医: 連絡先:																							
退院直前 説明日 年 月 日 説明者氏名 ご本人署名 同意者署名 (続柄) ( )			転院直後 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日									緊急連絡先 担当医療機関: 担当医: 連絡先:																							

オーバービューパス 説明用 署名欄付 中心になるパス

病医院

科

医師 宛

■神奈川 脳卒中地域連携バス

ID: 氏名: 性別: 男・女 年齢: 歳

診断名: 梗塞 □ラクナ梗塞 □アテローム血栓性脳梗塞 □心原性脳塞栓 □その他 ( ) 部位: □右 □左 □ACA □MCA □PCA 出血 □脳出血 □くも膜下出血 ( ) □被験 □視床 □大脳皮質下 □脳幹 □小脳

発症日: 年 月 日 手術: □実施 □カカシク □血管内治療 □閉鎖血腫除去 □血管塞栓 手術日: / □非実施 □減圧手術 □脳室ドレナージ □シク手術 □他 血管障害 ( )

急性期病院 ( ) 病院 科 担当医: ( ) 転 簿 退院日: 平成 年 月 日

発症・入院時の状態 合併症の状態 (発症日: 年 月 日) (発症日: 年 月 日) 主症状 現病歴

診断・治療概要 ( )

検査所見概略 □必要 □不要 平成 年 月 日

症状推移 住・生活環境 □居室(介護者有り) □居室(介護者なし) □施設 □保護施設

感染症 □未実施 □実施 (核待) 陽性: □MRSA □HBS □HCV □梅毒 □他 ( ) 輸血歴 □無 □有 ( 年 月 日 ) 治療継続上必要な項目 (合併症・監視が必要な検査とその日標値、INR日標値・インタリ投与等)

入院時目標と結果 ①診断の確定 ( / ) リハビリ開始日 ( / ) ②治療方針の決定 ( / ) □t-PA投与 □投与時 NIHSS: /42 ③病状の安定 ( / ) 輸液 □ヘパリン □アルガトロパ □エダラポン □オサグレ □その他 ( ) 投薬 □抗血小板薬 ( ) □糖尿病薬 ( ) □抗凝固薬 ( ) □その他 ( ) □降圧薬 ( ) □介護保険 □未 □中 □済 □身障手帳 □未 □中 □済

急性期病院退院・転院時 (添付書類: □診療情報提供書 □看護サマ □リハビリ実施記録書 □MSW連絡書) かかりつけ医: □無 □有 ( 医師名: )

既往歴: □気管切開 □吸引(頻度 /day) □褥創(部位)

家族の脳卒中既往歴: □無 □有 脳卒中危険因子: □高血圧 □不整脈 □心疾患 □脂質異常症 □糖尿病 □肥満 □高尿酸血症 □喫煙 □アルコール

退院時の所見 意識レベルJCS 口頭命令入力 □良好 □不確実 □不可 認知症 □無 □有 □不明 (HDS-R: 点)

高次脳機能障害 □無 □有 □不明 嚥下障害 □無 □有 ( ) 食事形態 □無 □有 ( ) □失語 □構音障害 □聴覚障害

視力・視野・複視 □無 □有 ( ) 制限食の有無 □無 □有 ( )

尿失禁 □無 □有 ( ) 便秘 □無 □有 ( )

下肢麻痺 □無 □右 □左 □軽度 □中程度 □重度 (MMT /5) 感覚障害 □無 □有 ( )

失調他 □無 □有 ( ) 排便器具等 □自立 □監視 □軽介助 □全介助 □非実施

排尿動作 □自立 □監視 □軽介助 □全介助 □非実施

不眠・不眠・危険行為・問題行動 □無 □有 ( )

家族に対する養子後説明 □無 □有

家族・介護等の問題 退院時投薬内容

評価 mRS □0 □I □II □III □IV □V NIHSS /42 障害高齢者の日常生活自立度 認知症高齢者の日常生活自立度 (可能なら) FIM 総点 /128 運動 /91 認知 /95

記載日: 年 月 日

急性期病院記入用

病医院

科

医師 宛

■神奈川 脳卒中地域連携バス

ID: 氏名: 性別: 男・女 年齢: 歳

診断名: 梗塞 □ラクナ梗塞 □アテローム血栓性脳梗塞 □心原性脳塞栓 □その他 ( ) 部位: □右 □左 □ACA □MCA □PCA 出血 □脳出血 □くも膜下出血 ( ) □被験 □視床 □大脳皮質下 □脳幹 □小脳

発症日: 年 月 日 手術: □実施 □カカシク □血管内治療 □閉鎖血腫除去 □血管塞栓 手術日: / □非実施 □減圧手術 □脳室ドレナージ □シク手術 □他 血管障害 ( )

回復期リハビリ病院等 ( ) 病院 科 担当医: ( ) 転 簿 退院日: 平成 年 月 日

発症・入院時の状態 合併症の状態 (発症日: 年 月 日) (発症日: 年 月 日) 主症状 現病歴

診断・治療概要 ( )

検査所見概略 □必要 □不要 平成 年 月 日

症状推移 住・生活環境 □居室(介護者有り) □居室(介護者なし) □施設 □保護施設

感染症 □未実施 □実施 (核待) 陽性: □MRSA □HBS □HCV □梅毒 □他 ( ) 輸血歴 □無 □有 ( 年 月 日 ) 治療継続上必要な項目 (合併症・監視が必要な検査とその日標値、INR日標値・インタリ投与等)

入院時目標と結果 ①診断の確定 ( / ) リハビリ開始日 ( / ) ②治療方針の決定 ( / ) □t-PA投与 □投与時 NIHSS: /42 ③病状の安定 ( / ) 輸液 □ヘパリン □アルガトロパ □エダラポン □オサグレ □その他 ( ) 投薬 □抗血小板薬 ( ) □糖尿病薬 ( ) □抗凝固薬 ( ) □その他 ( ) □降圧薬 ( ) □介護保険 □未 □中 □済 □身障手帳 □未 □中 □済

回復期病院退院・転院時 (添付書類: □診療情報提供書 □看護サマ □リハビリ実施記録書 □MSW連絡書) かかりつけ医: □無 □有 ( 医師名: )

既往歴: □気管切開 □吸引(頻度 /day) □褥創(部位)

家族の脳卒中既往歴: □無 □有 脳卒中危険因子: □高血圧 □不整脈 □心疾患 □脂質異常症 □糖尿病 □肥満 □高尿酸血症 □喫煙 □アルコール

退院時の所見 意識レベルJCS 口頭命令入力 □良好 □不確実 □不可 認知症 □無 □有 □不明 (HDS-R: 点)

高次脳機能障害 □無 □有 □不明 嚥下障害 □無 □有 ( ) 食事形態 □無 □有 ( ) □失語 □構音障害 □聴覚障害

視力・視野・複視 □無 □有 ( ) 制限食の有無 □無 □有 ( )

尿失禁 □無 □有 ( ) 便秘 □無 □有 ( )

下肢麻痺 □無 □右 □左 □軽度 □中程度 □重度 (MMT /5) 感覚障害 □無 □有 ( )

失調他 □無 □有 ( ) 排便器具等 □自立 □監視 □軽介助 □全介助 □非実施

排尿動作 □自立 □監視 □軽介助 □全介助 □非実施

不眠・不眠・危険行為・問題行動 □無 □有 ( )

家族に対する養子後説明 □無 □有

家族・介護等の問題 退院時投薬内容

評価 mRS □0 □I □II □III □IV □V NIHSS /42 障害高齢者の日常生活自立度 認知症高齢者の日常生活自立度 (可能なら) FIM 総点 /128 運動 /91 認知 /95

記載日: 年 月 日

回復期病院記入用



■神奈川 脳卒中地域連携バス

病医院 科 医師 兄

ID: 氏名: 性別: 男・女 年齢: 歳

診断名 梗塞 □ラクナ梗塞 □アテローム血栓性脳梗塞 □心原性脳塞栓 □その他 部位: □右 □左 □ACA □MCA □PCA  
出血 □脳出血 □くも膜下出血 ( ) □被殻 □視床 □大脳皮質下 □脳幹 □小脳

発症日 年月日 手術: □実施 □カテーテル □血管内治療 □閉鎖血腫除去 □血管造影  
手術日 / □非実施 □減圧手術 □脳室ドレーン □シャント □他 □血管障害 ( )

維持期担当施設 ( ) 医院・施設 担当医: ( )

発症・入院時の状態 合併症の状態 (発症日: 年月日) (入院日: 年月日) 転帰  
急性期受診目的 □再発予防(定期的全身精査) □合併症治療 □6ヶ月後 □12ヶ月後  
□再発の疑い □その他治療 □再発治療

検査所見要約 症状推移 投薬内容 輸液 内服

住・生活環境  
□自宅退院 □療養型病院 □介護施設 □急性期病院(再発時等)  
□居住者有り □要介護者なし □施設 □保護通応  
介護・身障手帳申請  
介護保険 □未 □中 □済  
身障手帳 □未 □中 □済

維持期施設での機能状態 (添付書類: □診療情報提供書 □リハビリ実施記録書 □療養型病院記入欄 (他施設紹介状記入) □かかりつけ医等記入欄 (他施設紹介状記入))

ADL	日常生活機能評価				主治医コメント
	0点	1点	2点	移動方法	
安静指示	□なし	□あり	□	□	
手の挙上	□できる	□できない	□	□	
寝返り	□できる	□難し可	□	□	
起き上り	□できる	□できない	□	□	
座位	□できる	□	□	□	
移乗	□できる	□	□	□	
栄養摂取方法	□	□	□	□	
嚥下障害	□無	□有	□	□	
食事形態	□	□	□	□	
制限食の有無	□無	□有	□	□	
尿失禁	□無	□有	□	□	
入浴	□清拭	□シャワー	□入浴介助	□	
排泄器具等	□バルーンカテーテル	□オムツ	□尿器	□差込便器	□ホーカトイル
排泄動作	□自立	□監視	□軽介助	□全介助	□非実施
不穏・不眠 危険行為・問題行動	□無	□有	□	□	
評価	mRS 0 I II III IV V NIHSS /42 障害高齢者の日常生活自立度 認知症高齢者の日常生活自立度 (可能なら) FIM 総点: /128 運動: /91 認知: /85	特記すべき事項 (ケアマネ・訪問看護ステーション等が必要に応じて記入)			
記載日	年月日				

神奈川県【試行版】維持期用 (2009.7.2)

再治療要請時紹介用  
神奈川 脳卒中地域連携バス

病医院 科 医師 兄

ID: 氏名: 性別: 男・女 年齢: 歳

診断名 梗塞 □ラクナ梗塞 □アテローム血栓性脳梗塞 □心原性脳塞栓 □その他 部位: □右 □左 □ACA □MCA □PCA  
出血 □脳出血 □くも膜下出血 ( ) □被殻 □視床 □大脳皮質下 □脳幹 □小脳

前回発症日 年月日 手術: □実施 □カテーテル □血管内治療 □閉鎖血腫除去 □血管造影  
手術日 / □非実施 □減圧手術 □脳室ドレーン □シャント □他 □血管障害 ( )

再発 診断結果 (年月日記載)  
□再発あり □入院治療  
□再発なし □専門外来治療  
□かかりつけ医で経過観察

急性期受診目的 □再発予防(定期的全身精査) □合併症治療 □6ヶ月後 □12ヶ月後  
□再発の疑い □その他治療 □再発治療

合併症 □治療必要 □入院治療  
□経過観察 □専門外来治療  
□治療不要 □かかりつけ医で経過観察

再受診時期 □不要 □3ヶ月後 □6ヶ月後 □12ヶ月後

内服薬 □継続 □変更 ( )  
合併症治療 □継続 □変更 ( )

添付検査結果 □血液検査 □CT □エコー等  
リハビリ □維持リハビリ  
清潔 □状態に応じて指示  
排渾 □状態に応じて指示  
食事 状態に合わせた食事形態 □栄養指導

回復期 or 維持期施設での機能状態 (添付書類: □診療情報提供書 □リハビリ実施記録書)

紹介状況記入欄  
□自立 □監視 □軽介助 □全介助  
日常生活機能評価 ※記入可能な施設のみ記入  
安静指示 □なし □あり □軽清拭 □できる □できない  
手の挙上 □できる □できない □食事摂取 □移動なし □一部介助 □全介助  
寝返り □できる □難し可 □衣服着脱 □移動なし □一部介助 □全介助  
起き上り □できる □できない □意思伝達 □離床可能 □できない  
座位 □できる □見え必要 □できない 指示理解 □はい □いいえ  
移乗 □できる □一部介助 □できない 危険行動 □ない □ある

栄養摂取方法 □経口 □経鼻 □胃管 尿失禁 □無 □有 ( )  
嚥下障害 □無 □有 ( ) 便秘 □無 □有 ( )  
食事形態 □清拭 □シャワー □入浴介助  
制限食の有無 □無 □有 ( ) 排泄器具等 □バルーンカテーテル □オムツ □尿器 □差込便器 □ホーカトイル  
排泄動作 □自立 □監視 □軽介助 □全介助 □非実施

不穏・不眠  
危険行為・問題行動 □無 □有 ( )

特記すべき事項 (ケアマネ・訪問看護ステーション等が必要に応じて記入)

記載日 年月日

神奈川県【試行版】(回復・維持期～急性期回復期紹介用) (2009.7.2)

維持期発行用 2種類のどちらかを記入して使用

# 使われている評価基準

脳卒中重症度評価

神経学的機能障害度評価

運動機能・認知機能

日常生活機能障害度

ADL・日常生活機能評価表

老人の日常生活自立度判定基準

介護認定用

# 重症度評価

NIH Stroke Scale 脳卒中包括的評価スケール

15項目 3~4段階評価 42点満点

Modified Rankin Scale 予後障害程度 Grade 0~5

# 機能評価

## 運動能力

MMT筋力検査 0~5/5

Brunnstrom運動検査 上肢・手指・下肢 I~VI

## 認知能力

HDS-R長谷川式簡易知能評価スケール 9項目/30点

MMSE Mini-Mental State Examination 11項目/30点

# ADL評価

**Functional Independent Measure (FIM)**

**運動ADL 13項目1~7点(91)**

**認知ADL 5項目1~7点(35) / 126点**

**Barthel Index (BI)**

**10項目 2~3段階0・5・10点 / 100点**

---

**日常生活機能評価表 (←看護必要度)**

**13項目 2~3段階 0・1・2点 / 19点**

**障害老人の日常生活自立度 ランク J・A・B・C**

**痴呆性老人の日常生活自立度 ランク I~IV・M**

# Functional Independence Measure (FIM)

## セルフケア

食 事  
整 容  
清 拭  
更衣 (上半身)  
更衣 (下半身)  
トイレ動作

## 排 泄

排 尿  
排 便

## 移 乗

ベッド・椅子・車椅子  
トイレ

風呂・シャワー

## 移 動

歩行・車椅子  
階 段

---

運動関連項目 (13項目)

合計 91点

## コミュニケーション

理 解  
表 出  
社会的認知  
社会的交流  
問題解決  
記 憶

---

認知関連項目 (5項目)

合計 35点

総合計 126点

自 立	7 : 完全自立
	6 : 修正自立
部分介助	5 : 監視・準備
	4 : 最小介助
	3 : 中等度介助
完全介助	2 : 最大介助
	1 : 全介助

# 日常生活機能評価表

患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	/
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	/
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	/
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	/
口腔清潔	できる	できない	/
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/
危険行動	ない	ある	/
		合計得点	点

※ 得点：0～19点  
 ※ 得点が低いほど、生活自立度が高い。

**パスで使用される  
機能評価  
リハビリテーション効果判定**

**看護必要度  
に係わる評価票  
(日常生活機能指標)**

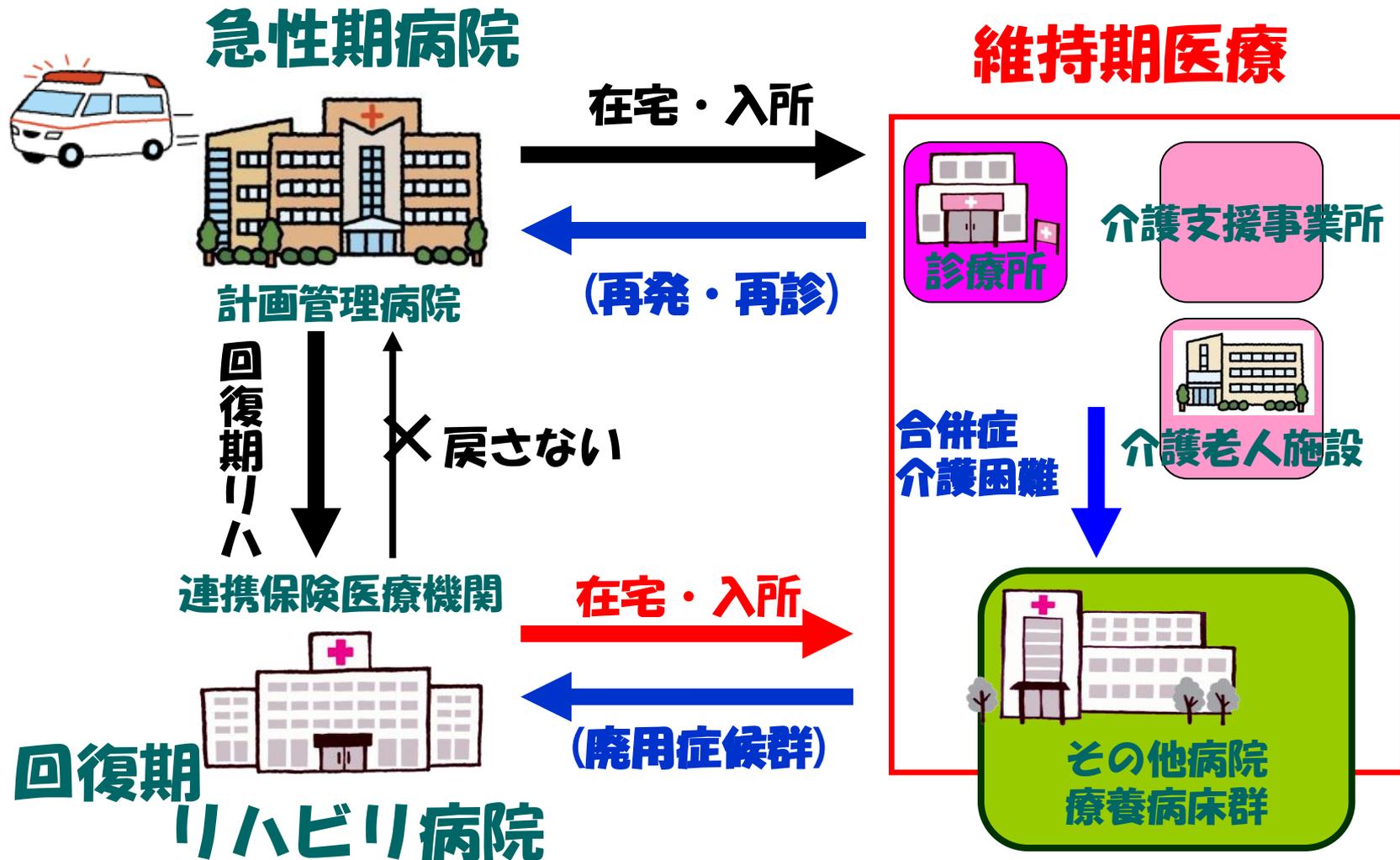
**記載は難しくありません**

# 県下共通パスとして 使い方・記入法を提示

PPTまたはPDFで用意  
神奈川県医師会HPに掲載

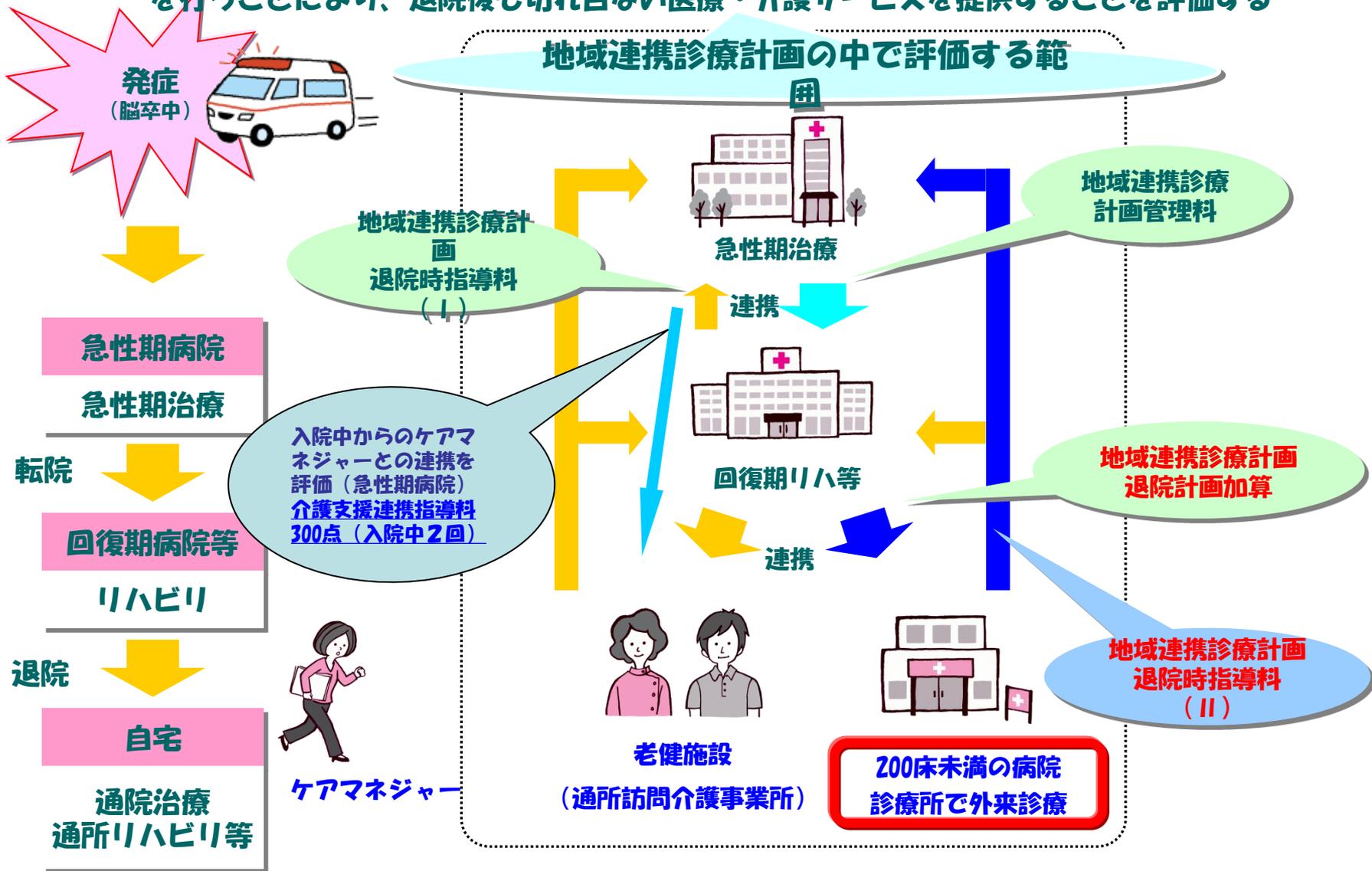
- オーバービューパスは患者に持たせておいて説明時に加筆します。
- 施設間パスは担当の1枚に記入します。
- 紹介元先の双方向に渡す場合もあります。
- コピーして必要な相手施設に渡します。
- 自病医院・施設にもコピーを保管します。
- 急性期からの綴じ込みになるとよい。

# 脳卒中医療連携 地域循環・完結型

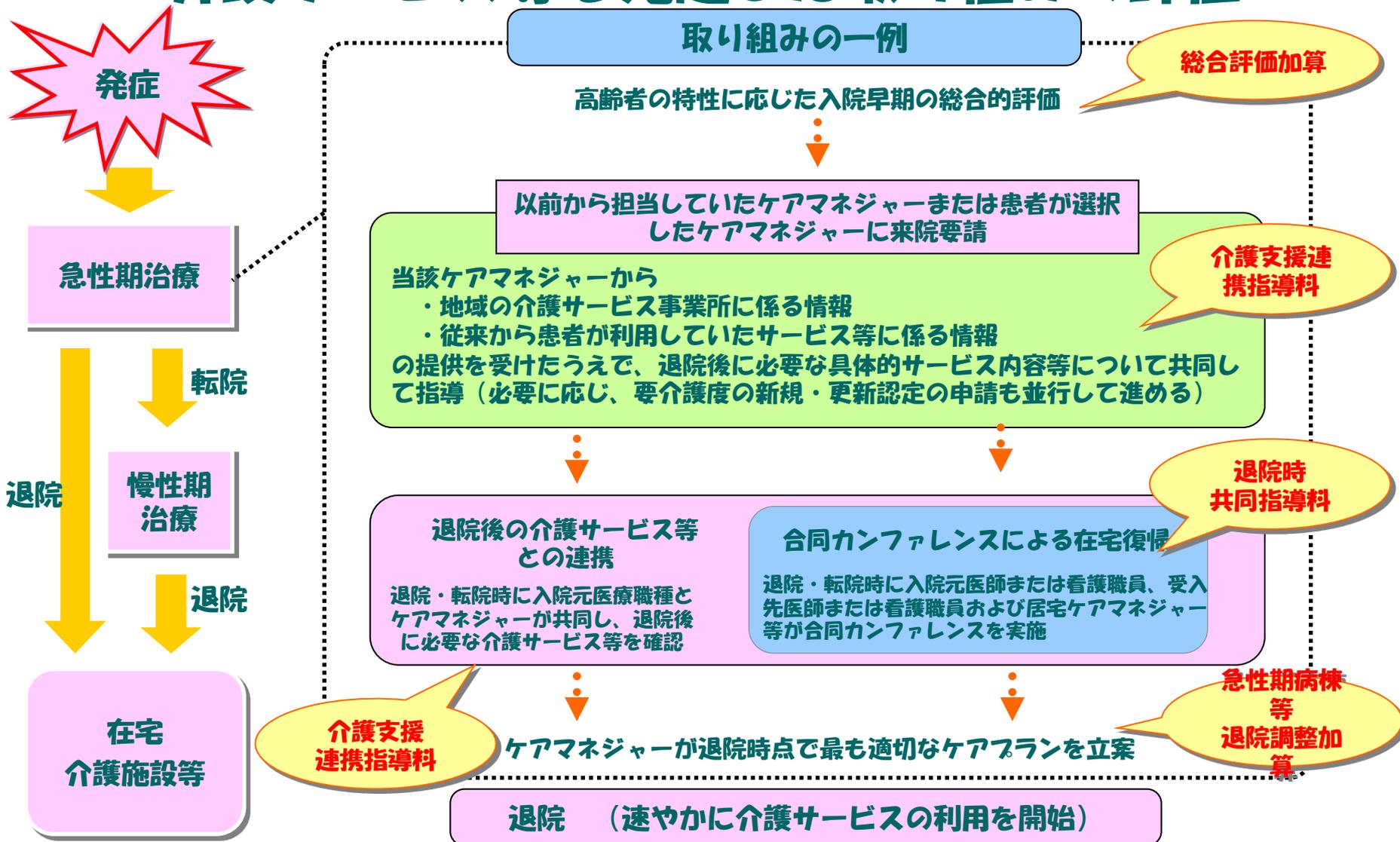


# 医療・介護関係の連携の推進

リハビリテーション等の医療・介護サービスを行うことにより、退院後も切れ目のない医療・介護サービスを提供することを評価する



# 急性期病院における退院後の 介護サービス等を見越した取り組みの評価



# 診療報酬を得るための手続き 関東信越厚生局（神奈川事務所）への届出の実際

地域連携診療計画管理料

地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）（Ⅱ）

- 手続きの中心は急性期計画管理病院にある
- 一つの計画管理病院につき“複数の”
  - 連携保険医療機関（回復期リハ病院と介護老人保健施設）
  - 退院後の通院治療を行う医療機関（診療所等）をリストアップして一括申請する必要がある

# 脳卒中地域連携医療ネットワークに 診療所や一般病院が参加するには

脳卒中地域連携パスを使用した地域連携診療計画  
のもとに

リハ病院（連携保険医療機関）を退院した患者を  
外来診療する場合には急性期治療をした急性期  
病院（計画管理病院）に状況報告をすると診療  
報酬対価がある

診療所は、自らもリハ病院退院後の外来医療を担  
う維持期の地域保健医療機関として「連携診療  
計画退院時指導料（Ⅱ）」を関東信越厚生局に  
届け出ておく必要がある

# 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）の届出

別添 2

## 特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	届出番号 ( ) 第 号
連絡先 担当者氏名： 電話 番号：	
(届出事項)  <b>[ 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）の施設基準に係る届出</b>	
☐ 当該届出を行う前6か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か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揭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か月間において、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・保険薬局の所在地 及び名称  <div style="text-align: right;">                     開設者名 印                 </div>	
<b>関東信越厚生局長殿</b>	
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「☐」を記入すること。 3 届出書は、正副2通提出のこと。	

- 1 「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。
- 2 「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。
- 3 「既届出」欄にチェックをした場合は、届出年月を記載する。
- 4 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

## 施設基準の届出

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式(別添2)	
1	ウイルス疾患指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	1, 4
2	高度難聴指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	2
3	喘息治療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	3
4	糖尿病合併症管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	5
4の2	がん性疼痛緩和指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	5の2
4の3	がん患者カウンセリング料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	5の3
5	小児科外来診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	6
6	地域連携小児夜間・休日診療料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	7
6	地域連携小児夜間・休日診療料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	7
6	院内トリアージ加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	7
6の2	地域連携夜間・休日診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	7の2
7	ニコチン依存症管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	8, 4
8	開放型病院共同指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	9, 10
9	在宅養護支援診療所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	11
10	地域連携診療計画管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	12, 12の4
10	地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	12の2, 12の4
10	地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	12の3, 12の4
11	ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	13
11の2	がん治療連携計画策定料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	13の2, 13の4
11の2	がん治療連携指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	13の3, 13の4
11の3	認知症専門診断管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	13の5
11の4	肝炎インターフェロン治療計画料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	13の6
12	薬剤管理指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	14, 4
12	医薬品安全性情報等管理体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	14の2
12の2	医療機器安全管理料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	15
12の2	医療機器安全管理料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	15



# 急性期計画管理病院が提出する添付書類

様式12

急性期病院(900点)

地域連携診療計画管理料の施設基準に係る届出書添付書類

## 1. 計画管理病院に係る事項

届出先は地方厚生局長

### (1) 地域連携診療計画担当医師について

	脳卒中	大腿骨頸部骨折
担当医師名		

### (2) 一般病棟の平均在院日数等について

病床数	床	平均在院日数	日
届出入院基本料の区分		(※17日以内であること。) (算出期間: 年 月 日～ 年 月 日)	

## 2. 連携保険医療機関に係る事項

### (1) 計画管理病院から転院後の入院医療を担う保険医療機関又は介護老人保健施設

件	脳卒中 連携先 ( )件			
	届出入院基本料の区分	連携施設の名称	連絡先	届出入院基本料の区分

### (2) (1)の医療機関を退院した後の外来医療を担う保険医療機関又は介護サービス事業所

大腿骨頸部骨折	脳卒中 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

大腿骨頸部骨折	頻度	脳卒中		
		会合の名称	出席医療機関	開催頻度

情報交換会名・リハ病院・診療所を羅列

【記載上の注意】

- 1 計画管理病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関等と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4を参考にすること。
- 3 地域連携診療計画書は、計画管理病院及び連携保険医療機関ともに同じものを届け出ること。
- 4 脳卒中について届け出の場合は、当該医療機関が都道府県の作成する医療計画に記載されていることがわかる書類を添付すること。

# 連携するリハビリ病院が提出する添付書類

様式12の2

回復期リハ病院等(600点)

地域連携診療計画退院時指導料(I)の施設基準に係る届出書添付書類

## 1. 受入病棟に係る事項

届け出入院料の区分	病床数

急性期病院を羅列

## 2. 連携する医療機関に係る事項

### (1) 計画管理病院

保険医療機関の名称	連絡先	対象疾患	担当医師名

### (2) 退院後の外来医療を担う保険医療機関又は介護サービス事業所 (100点)

件	脳卒中 連携先 ( )件		
	届出入院基本料の区分	連携施設の名称	連絡先

診療所 居宅介護支援事業所等を羅列

## 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

参加の有無	① 参加あり ② 参加なし
-------	------------------

## 3. 脳卒中についての届け出

① 届け出あり ② 届け出なし
--------------------

【記載上の注意】

- 1 計画管理病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関等と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は、計画管理病院及び連携保険医療機関ともに同じものを届け出ること。
- 3 脳卒中について届け出の場合は、当該医療機関が都道府県の作成する医療計画に記載されていることがわかる書類を添付すること。

# 外来診療を担う診療所・病院が提出する添付書類

## 200床未満の病院・診療所(300点)

様式12の3

地域連携診療計画退院時指導料(Ⅱ)の施設基準に係る届出書添付書類

### 1. 計画管理病院に係る事項

急性期病院名  
複数病院記載

保険医療機関の名称	連絡先	対象疾患	担当医師名
		脳卒中	

### 2. 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

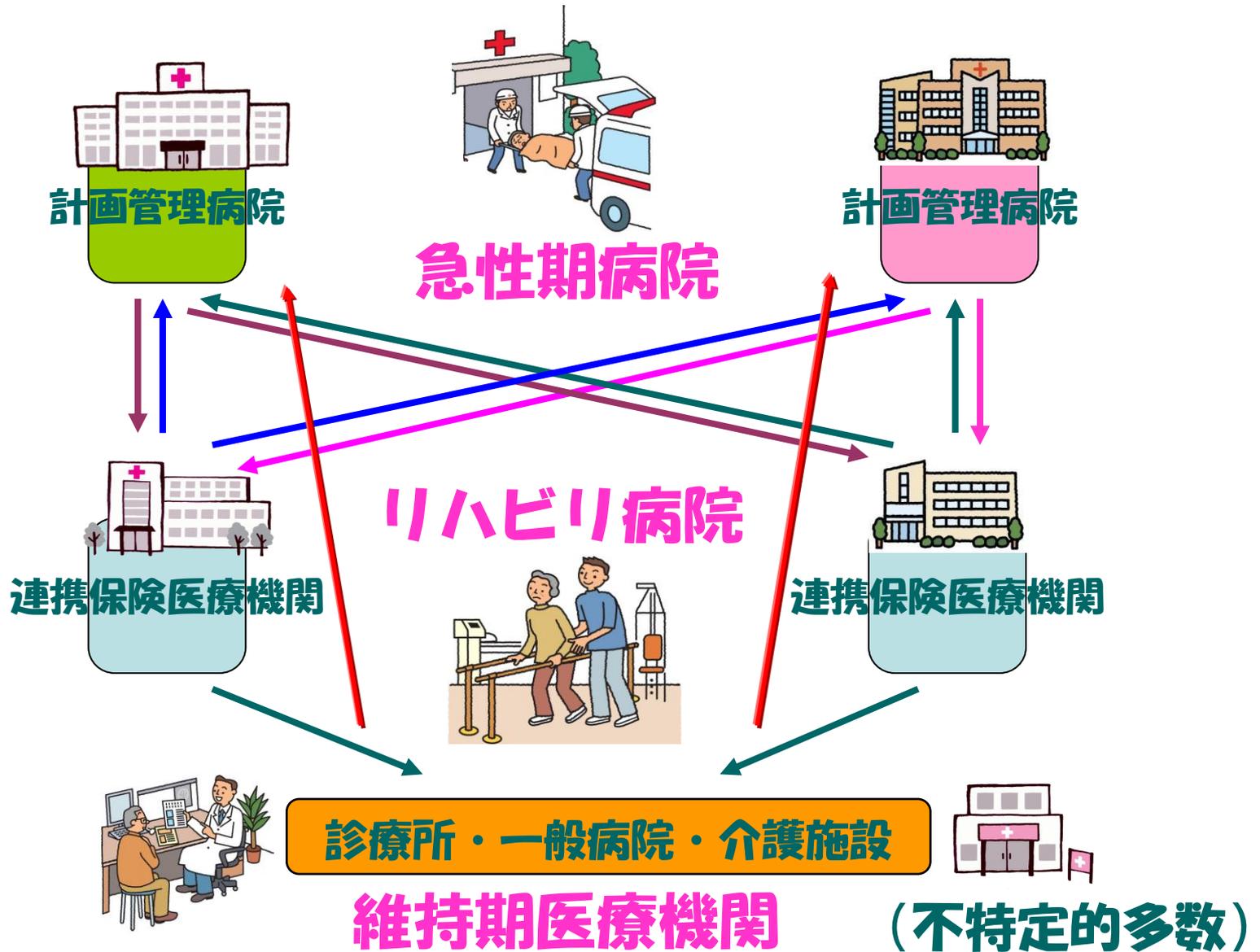
参加の有無	1 参加あり 2 参加なし
-------	------------------

#### [記載上の注意]

- 1 計画管理病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関等と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は、計画管理病院及び連携保険医療機関ともに同じものを届け出ること。

脳卒中について届け出る場合は、当該医療機関が都道府県の作成する医療計画に記載されていることがわかる書類を添付すること。**の記載が無い すなわち不要!**

# 連携は複数病院が錯綜！手続ききも！



# ネットワークで行う届出の具体的方策

- 一計画管理病院毎に連携医療機関・診療所等をまとめて申請の基本形を作成！
- 申請は個々の施設だが書類は一括同様に！
- 「仕組み」の申請であるから計画管理病院に続いて（一緒に）申請されるべき！

- 
- 医師会が診療所・(介護施設)をリストアップ
  - 急性期病院が連携診療所・介護支援施設を登録する
  - リハ病院も同様の登録、診療所も登録する
  - リストは逐次更新していく

# 神奈川県西部脳卒中地域連携ネットワーク の実態

# 県西部で急性期から維持期まで連合軍に！

神奈川県西部脳卒中地域連携ネットワークに  
郡市医師会単位で診療所の参加を募る

- ・ 平塚市医師会・中郡医師会
- ・ 秦野伊勢原医師会
- ・ 小田原医師会・足柄上医師会
- ・ 厚木医師会



計画管理病院を核とした連携体制の確立

< 病・病・診 連携 >

# 神奈川県西部脳卒中地域連携ネットワーク

## 神奈川県西部脳卒中地域連携懇話会加盟病院

(相模川以西：湘南西部、県西の二次保健医療圏と厚木)

平成20年2月始動

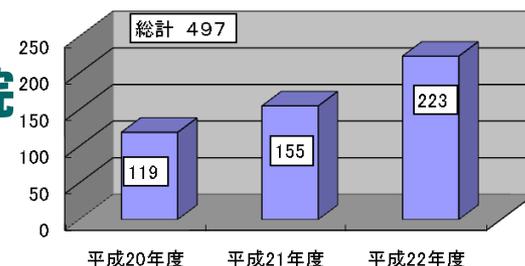
### 急性期計画管理病院

- 東海大学付属病院
- 厚木市立病院
- 東名厚木病院
- 湘南厚木病院
- 平塚市民病院
- 平塚共済病院
- 秦野赤十字病院
- 小田原市立病院
- 神奈川県立足柄上病院
- 山近記念総合病院

### 連携回復期病院(リハビリテーション)

- 七沢リハビリテーション病院脳血管センター
- 鶴巻温泉病院
- 国立病院機構神奈川病院
- 湯河原厚生年金病院
- 小林病院
- ふれあい平塚ホスピタル
- オアシス湘南病院
- 熱川温泉病院
- 東海大学大磯病院

七沢リハビリテーション病院脳血管センター  
入院時県西部脳卒中地域連携バス利用数



# 加入診療所等募集！（例）

〇〇地区脳卒中地域連携（情報交換）会への参加のお誘いと

脳卒中地域連携パスの運用受け入れ（参加）許諾アンケート

平成20年より厚労省の保健医療計画に基づき神奈川県でも脳卒中地域連携体制の確立をめざして脳卒中地域連携クリティカルパスの構築をしてまいりました。同年に脳卒中地域連携パスを用いた急性期病院と回復期リハビリ病院との病病連携に健保対価が付き、〇〇地区の病院でも連携パスを運用しております。当地域で運用しております連携パスが、現在、神奈川県共通脳卒中地域連携パスとして県内各地で利用されております。

脳卒中の診療は急性期医療、回復期リハビリだけでは済まず、再発予防のための基礎疾患の維持医療やリハビリ継続のために、維持期医療と称して診療所の先生方には、かかりつけ医として継続的な医療管理・指導をお願いすることが多いと思われれます。地域内の急性期病院、回復期リハビリ病院、維持期間連施設（かかりつけ医、介護施設、療養病床など）で発症から再発・合併症まで対応できるスムーズな循環型地域連携が求められるところです。

平成22年より脳卒中の連携医療では、診療所や介護施設を含めた連携パスの利用にも健保対価が付きました。健保対価を求めるためには、病院側が連携パスを利用した診療に協働する診療所をリストアップして届出をする必要があります。そこで今回、厚木地区でも病病連携と共に連携パスを利用した診療に協働して頂ける診療所をリストアップするためにご参加頂ける診療所を募ることにしました。この点につきましては別添の「〇〇地区脳卒中地域連携（情報交換）会」でご説明いたします。

当地区でネットワークを組む脳卒中地域連携パスの計画管理病院は、

〇〇病院、〇〇病院、〇〇病院、〇〇病院、〇〇病院 等で、

連携医療機関（回復期リハビリ病院）は、

〇〇病院、〇〇病院、〇〇病院、〇〇病院、〇〇病院 等です。

健保対価は、次のように発生します。

- ・ パスをもって受診した患者の状態を急性期計画管理病院にパスで報告することで「地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）300点を算定できる。
- ・ 必要書類は、対応する急性期計画管理病院のリストを記載し地域連携診療計画に係る情報交換のための会合に参加ありに記して厚生局に提出する。
- ・ 「地域連携診療計画書＝連携パス」は神奈川県共通パスとして用意されている。

〇〇地区脳卒中地域連携の会入会（健保対価登録）希望アンケート

〇〇地区脳卒中ネットワークの計画管理病院（急性期病院）と連携保険医療機関（リハ病院）に登録され、「連携保険医療機関（リハ病院）退院後の外来医療を担う保険医療機関」として申請・登録されることを希望するかどうかを調査させていただきます。

脳卒中の外来医療を担う保険医療機関の登録申請希望書

〇〇地区脳卒中ネットワーク 御中

〇〇地区脳卒中ネットワークの計画管理病院（急性期病院）と連携保険医療機関（リハ病院）に登録され、「連携保険医療機関（リハ病院）退院後の外来医療を担う保険医療機関」として申請・登録されることを希望する。

診療所名

院長名

所在地

電話番号・ファックス番号

メールアドレス

上記をご記入の上、〇月〇日までに〇〇医師会事務局に提出して下さるか、  
〇月〇日の情報交換の会合にご出席の時に受付にお出し下さい。

世話人：〇〇医師会地域保健担当理事 〇〇

事務局：〇〇病院地域連携室 〇〇

# 連携して退院後の外来診療を担う 診療所及び200床未満の病院

神奈川県西部脳卒中ネットとして参加してくれる診療所等

平成23年7月末 103施設

---

小田原医師会	21診療所
足柄上医師会	17診療所 1病院
平塚市医師会	14診療所
中郡医師会	7診療所
厚木医師会	24診療所 3病院
秦野伊勢原医師会	15診療所 1病院

# 神奈川県域としての今後の展開

- 同一エリア内・エリア越えの連携機関を  
まとめて申請書類作成の簡略化をしたい！
- 隣接ネットワークの相互乗り入れを可能に！
- いずれは全県共通化して全県一括申請へ！

**県内自由に移動できる環境整備！**

- 情報交換会は 年3回が必要  
複数の計画管理病院合同で実施！  
県・各ネットワーク・都市医師会の  
3レベルを利用！

# 神奈川県下広域協働体制への取り組み

神奈川県脳卒中広域シームレス医療研究会（急性期病院と回復期リハ病院の会）  
加盟ネットワークグループ名 中心的急性期計画管理病院

---

神奈川県西部脳卒中連携懇話会

神奈川県東部脳卒中連携の会

横浜西部脳卒中地域連携の会

横浜北部脳卒中地域連携の会（YS-NET）

横浜南部脳卒中地域連携の会

横浜脳卒中地域連携懇話会

横浜脳卒中・リハ連携研究会（Y-CIRCLE）

川崎北部脳卒中地域連携の会

県央地区脳卒中地域連携パス

首都圏脳卒中連携パス

相模原北部脳卒中連携ネットワーク

フラインアタックネットワーク

三浦半島脳卒中ネットワーク（MSN研究会）

藤沢脳卒中ネットワークセミナー

・（湘南鎌倉・茅ヶ崎市立・その他・・・）

東海大学病院

済生会横浜市東部病院

聖マリ医大横浜西部病院

昭和大横浜北部病院

横浜栄共済病院

横浜市大病院

横浜医療センター

聖マリアンナ医大病院

大和市立病院

北里大学病院

相模原協同病院

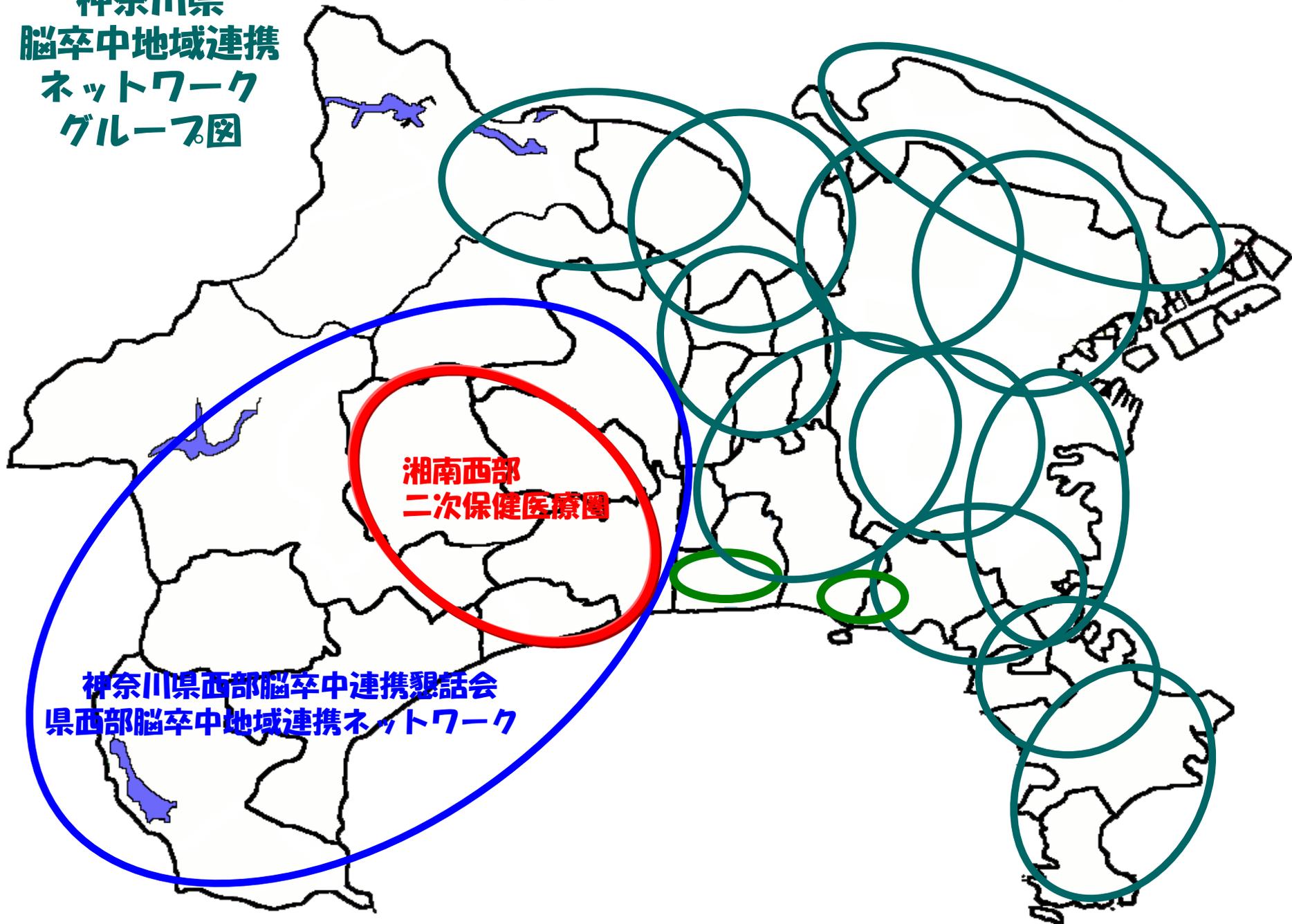
横須賀共済病院

横須賀うわまち病院

藤沢市民病院

# 神奈川県脳卒中広域シームレス医療研究会加盟

神奈川県  
脳卒中地域連携  
ネットワーク  
グループ図



湘南西部  
二次保健医療圏

神奈川県西部脳卒中連携懇話会  
県西部脳卒中地域連携ネットワーク

# もう一つのこれから目指すところ！

(医療は病・病・診の連携体制ができた)

- **医療と介護の連携 =**  
**老人保健施設・老人福祉施設・在宅介護の連携**  
**医療・介護連携の問題点の洗い出し**
- **医療保険と介護保険の弱点**
- **医療行政と介護行政の協働**
- **具体的には医療と介護を結ぶ連携パスの構築**  
**既存の入所書類やケアマネ処方の書式の整理**

**目標は情報の共有**

# 急性期・回復期⇒維持期の連携 診療対価

## ・ 在宅療養を担うかかりつけ医との連携

診療所と共同で退院後の在宅療養指導

退院時共同指導料 1	在宅療養支援診療所	1000点
	指定診療所以外	600点
退院時共同指導料 2	入院保険医療機関	300点
	保険医同士	+300点
病院・診療所・歯科・薬局・介護の3者以上の共同+		2000点

## ・ 介護サービスの導入を見越した

### 居宅介護支援事業者との連携

入院中に医療機関の医師又は医療従事者と

居宅介護支援事業者等の介護支援専門員と共同して

退院後の介護サービスを指導（入院中2回まで）

介護支援連携指導料 300点

# 急性期・回復期⇒維持期の連携 介護対価

## 介護報酬（居宅介護支援事業者）

- **医療連携加算** **150単位**  
病院または診療所に入院する時の情報提供
- **退院・退所加算**

<b>(I)</b>	<b>30日以下</b>	<b>400単位</b>
<b>(II)</b>	<b>30日超え</b>	<b>600単位</b>

  
退院時に病院職員と面談して情報収集

# 県医師会ホームページにパスの解説あり 神奈川県共通パス雛型のダウンロード可能



## 神奈川県医師会

Welcome to Kanagawa Prefecture Medical Association Home Page



会員専用ページ

### 関連リンク

#### ドクタートピックス

神奈川県による不活化ポリオワクチン接種に関する神奈川県医師会の考え方

タンデムマス法導入のための研修会

脳卒中地域連携クリティカルパス

がん地域連携クリティカルパス運用の手引き

臨床研究に関する倫理審査特別委員会

インフルエンザ関連について

神奈川県医師バンク

日本医師会女性医師バンク

日本医師会生涯教育on-line

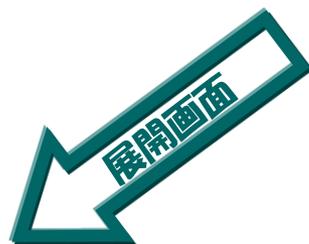
日本医師会医師年金

不要です

クリックする



# 神奈川県医師会



## 脳卒中地域連携クリティカルパス

### ◆ 脳卒中クリティカルパスについて

神奈川県脳卒中地域連携パスのダウンロードはこちら。

### ◆ 地域連携計画管理料加算の手続き方法について

七沢リハビリテーション病院山下俊紀先生より、神奈川県西部の脳卒中地域連携ネットワークが厚生労働省に対して地域連携管理料加算の手続きを行う予定であり、その際の手順・資料などを提供いただきましたので、ここにご紹介いたします。

### ◆ 協議会等の資料について

『**郡市医師会脳卒中地域連携担当理事連絡協議会**』並びに『**脳卒中地域連携に関する情報交換会及び症例検討会**』資料のダウンロードはこちら。

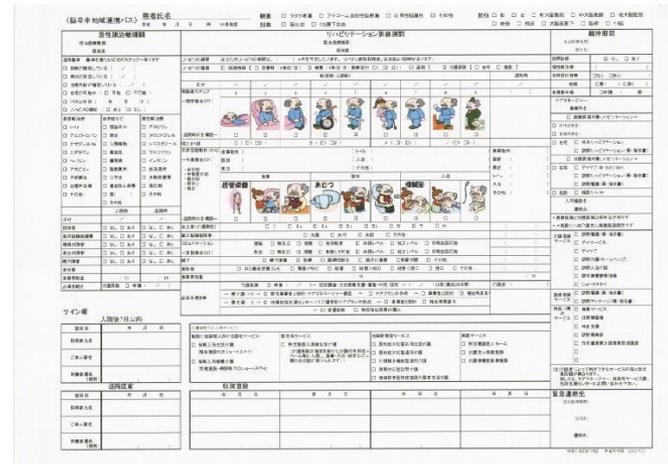
#### 【**郡市医師会脳卒中地域連携担当理事連絡協議会**】

第1回	平成22年 7月22日 (木) 午後5時30分	神奈川県総合医療会館	次第	資料
-----	-------------------------	------------	----	----

#### 【**脳卒中地域連携に関する情報交換会及び症例検討会**】

第2回	平成23年 6月 9日 (木) 午後6時30分	神奈川県総合医療会館	次第	資料
第1回	平成23年 1月20日 (木) 午後6時00分	神奈川県総合医療会館	次第	資料

### 一過性脳虚血発作(TIA)について



Excel版をご利用の場合はこちらからダウンロードしてください。  
(Excel2003)

※ダウンロードの方法はこちらから