

# 東京都脳卒中地域連携診療計画書の手引

## ● 地域連携診療計画書とは

地域連携診療計画書（地域連携パス）とは、急性期の病院から在宅療養まで切れ目のない医療を受けられるよう診療計画を作成し、医療機関等で共有して用いるものです。

患者が安心して治療を続けられるよう、発症後の治療の流れや診療内容の説明書として、また医療・介護関係者間の情報共有ツールとして活用されます。

## ● 東京都地域連携診療計画書の構成

東京都は、地域連携診療計画書（地域連携パス）等を活用した地域連携体制の整備に取り組んでいます。

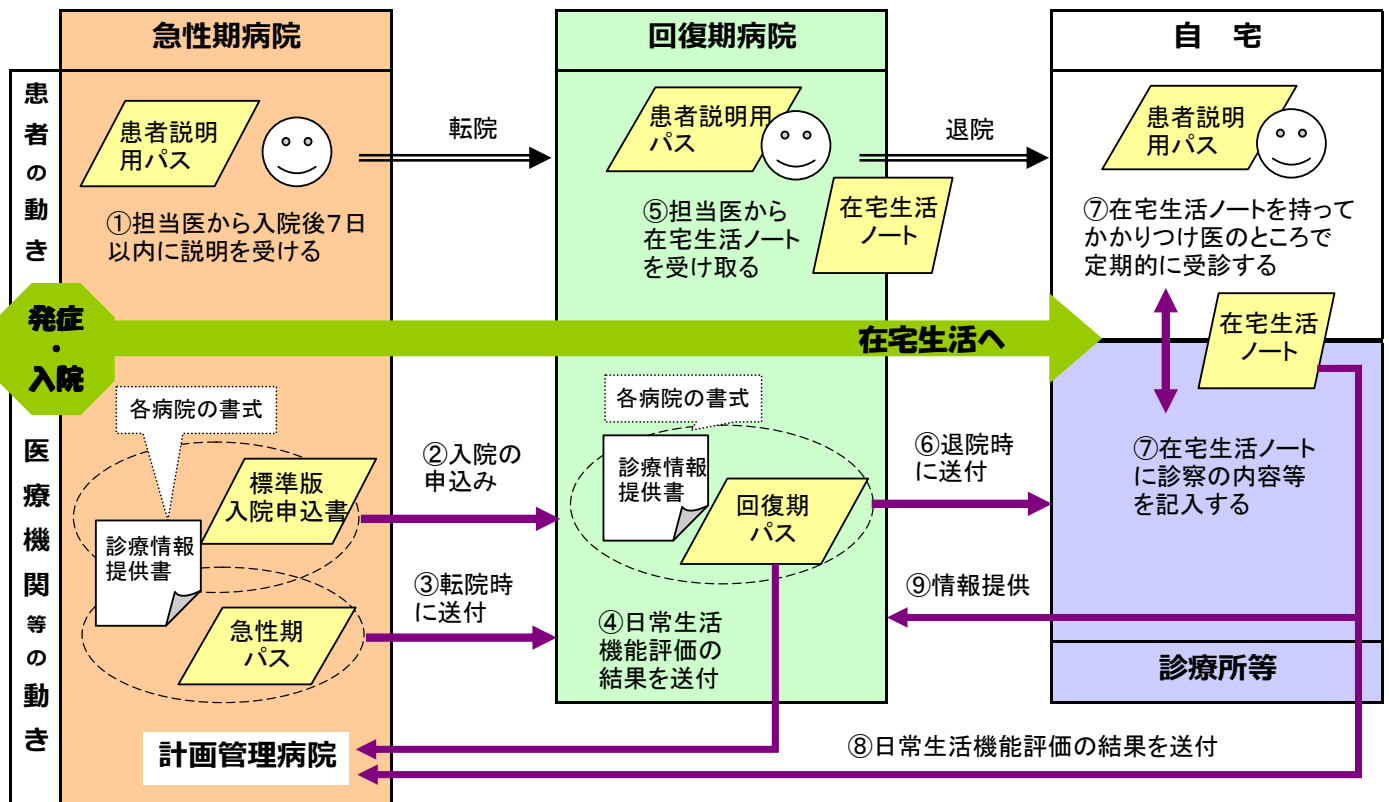
脳卒中医療の地域連携を一層推進するため、①患者説明用パス、②急性期パス、③回復期パス、④在宅生活ノートの4種類のパスで構成される「東京都脳卒中地域連携診療計画書」を作成しました。また、このパスとあわせて利用できる東京都標準版入院申込書を作成しました。

作成にあたっては、イラストや図式を多用し、患者にとってわかりやすく、記載項目を必要最少限とし医療・介護関係者にとって負担の少ない様式となるよう工夫しました。

		急性期	回復期	維持期(在宅生活期)
東京都 地域連携 脳卒中 診療 計画書	患者用	患者説明用パス		
	医療者用	急性期パス	回復期パス	在宅生活ノート
東京都標準版入院申込書				
診療情報提供書 (各病院の書式)				

## ● 運用イメージ（診療報酬上の届出を行っている医療機関の例）

※算定対象：③④⑥⑧



患者への説明書として、連携医療機関等との情報共有ツールとして、  
**地域連携診療計画書**をご活用ください！

ここでは地域連携診療計画関連の規定を基に運用方法を記載していますが、届出を行っていない医療機関がパスを作成した場合でも、①診療情報提供書(250点)、②退院後の**治療計画**、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報(200点加算)の**計450点算定**できます(詳細は規定をご確認下さい)

● 各パスの目的・運用方法

	目的	運用方法(主に診療報酬上の規定)	記入上の留意点
患者説明用パス	患者・家族に対して、転院後においても切れ目なく適切な治療が受けられることを説明するために用いる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期医療機関において、入院後7日以内に個別の患者ごとの診療計画を作成し、説明する。</li> <li>患者・家族に対して、地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて説明し、同意を得る。</li> <li>患者とその家族に文書で提供する。</li> <li>診療計画書の写しは診療録に貼布する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「診療内容等」の欄には、当該患者に係る今後予定されている治療内容や必要な事項を記入する。</li> <li>治療全体の流れを示す矢印については、該当するものの始点にあるチェック欄にチェックを入れる。</li> </ul>
急性期パス	急性期病院から回復期病院に転院する際に、患者情報の共有のために用いる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期医療機関において、入院時と退院時に機能評価を行い、その結果を地域連携診療計画書に記入する。</li> <li>患者の転院時に回復期病院に提供する。</li> <li>写しは診療録に貼布する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院時及び退院時に記入するもの                             <ol style="list-style-type: none"> <li>①基本動作</li> <li>②日常生活機能評価</li> <li>③Barthel Indexの評価</li> </ol> </li> <li>発症日及び退院時に記入するもの                             <ol style="list-style-type: none"> <li>④N I H S Sの評価</li> </ol> </li> </ul>
参考 入院申込書 東京都標準版	回復期病院への入院申込書として、記載内容を必要最小限にし、医師等の負担を減らすことで、連携パスの活用促進を目指す。		<ul style="list-style-type: none"> <li>回復期医療機関が受入れ可否の判断に必要な患者情報(キーパーソンなどの家族背景等)はこちらに記載する。</li> <li>詳細な患者情報は診療情報提供書(各病院の書式)に記載し、これを併用する。</li> </ul>
回復期パス	回復期病院を退院し、在宅生活に戻る際に、患者情報の共有のために用いる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>回復期医療機関において、入院時と退院時に機能評価を行い、その結果を地域連携診療計画書に記入する。</li> <li>患者に同意を得た上で、日常生活機能評価の結果等患者の診療情報を計画管理病院に文書で報告する。</li> <li>患者に同意を得た上で、退院後の治療等を担う医療機関又は介護サービス事業者等に診療情報を提供する。</li> <li>診療計画書の写しは診療録に貼布する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院時及び退院時に記入するもの                             <ol style="list-style-type: none"> <li>①基本動作</li> <li>②日常生活機能評価</li> <li>③Barthel Indexの評価</li> <li>④麻痺評価</li> <li>⑤高次脳機能評価</li> </ol> </li> <li>退院時に記入するもの                             <ol style="list-style-type: none"> <li>⑥N I H S Sの評価</li> </ol> </li> </ul>
在宅生活ノート	急性期から回復期を経て、在宅生活に戻ったのち、身体機能と生活の質の維持・向上のため、専門医とかかりつけ医の定期的な診察を受ける。	<ul style="list-style-type: none"> <li>回復期医療機関において、基本情報及び専門医の診察所見を記入し、退院時に患者に提供する。</li> <li>定期的な受診の際に記載するページは、追加版を必要に応じてコピーして継続的に利用する。</li> <li>同意を得た上で、回復期医療機関を退院した月または翌月までに、初回診療時に行う日常生活機能評価結果等の診療情報を計画管理病院に文書で報告する。なお、算定要件上必須ではないが、回復期医療機関にも情報提供を行い、適切に連携を行うことが望ましい。</li> </ul>	