

穂の国脳卒中地域連携パス

# 運用マニュアル

Ver.1.3

## I. 脳卒中連携パス運用の方法

### 1) 運用の開始

1. 急性期病院において、急性期脳卒中患者が回復期リハビリテーション病院（以下：回復期病院）への転院基準に到達したら、その旨を主治医やケースワーカーなどが患者や家族に説明し、今後の方向性について話し合いを行う。
2. 転院基準に当てはまらない部分があるが回復期への転院を希望する場合などは、個別に回復期病院と相談のうえ運用すること。
3. 回復期病院への転院の方向と決まったら、「穂の国脳卒中地域連携クリニカルパス Ver1.3」（以下連携パス）に必要事項を記入し、連携パス運用開始とする。
4. 患者用パスなどを用いて、脳卒中連携パスの内容を患者・患者家族に説明し、転院の承諾を得る。そして患者用パスと脳卒中地域連携診療計画書の所定の欄に、説明した日時・説明者を記入する。
5. 説明の際には、患者個人情報に関連病院で保存され、後日検討会などに提供される旨も同意を得ること。
6. 説明した患者用パスはコピーをしてカルテに 1 部保存し、患者にも 1 部手渡すこと。

### 2) 急性期病院から回復期病院へ

1. 連携パス内の診療情報提供書に必要事項を記入する。
2. この際に、転院基準に到達していることを再度確認する。
3. 各病院の担当者が、決められた連絡方法で回復期病院へ情報の提供を行い、転院の手続きに入る。（②共通診療情報提供書を回復期へ FAX で送る）
4. 転院の日時が決定したら、連携パス（CD）など必要な資料を作成する。

5. 必要書類とともに転院する.

- ◇ 急性期病院から退院もしくは施設へ急性期病院から回復期病院を經由せずに直接退院もしくは施設へ転院の場合、地域連携診療計画管理料（急性期病院・900点）、地域連携診療計画退院時指導料Ⅱ（維持期・300点）、地域連携診療計画情報提供加算（介護報酬・300単位）の算定は不可となるため、連携パスの表紙（施設名入力欄の下）に「算定不可」を入力（プルダウンから選択）する。

3) 回復期病院から退院もしくは施設へ

1. 急性期病院から患者が転院してきたら、連携パスに必要事項を記入し、患者用パス用いて患者・家族に治療方針を説明する。説明後は、④患者用パスと③オーバービューパスの所定の欄に、説明した日時・説明者を記入する。

2. 回復期病院から患者が退院する際には、必要事項を記入のうえ、連携パス（CD）を患者に手渡す。

（退院後本研究会に所属していない、かかりつけ医に通院予定、または介護保険サービス事業所を利用予定の場合は、CDは経過報告書と一緒に急性期病院に返送する）

3. 必要に応じて看護サマリー、リハサマリー等も連携パスに添付する。

4. コピーをしてカルテに1部保存し、もう一部を経過報告書と一緒に急性期病院に返送する。

4) 維持期（かかりつけ医・介護保険サービス事業所）

1. 回復期退院後の受診、通所リハ・訪問リハ等の開始時の際には、連携パスに必要事項を記入する。

2. 回復期退院後1か月以内に急性期へ返信する。返信の際には、連携パスをコピーしてカルテに保存し、連携パス（CD）を急性期病院に返送する。（リハ

ビリ介入患者のみ退院 1 か月後の FIM を記入)

5) データの集計・解析とフィードバック

1. 各急性期病院は、返送されたパスのデータを集計し、バリエーション解析など行う。各回復期病院は退院した患者のデータを収集し、バリエーション解析など行う。
2. 急性期病院、回復期病院及び維持期施設（かかりつけ医、介護保険サービス事業所）が一堂に会する検討会を定期的に開催し、集計解析したデータを元に、パスや連携システムの改正を随時行う。

II. 連携パスの記載方法

1) 連携パスの構成

- 共通アイテム 穂の国脳卒中地域連携パス Ver1.3
  - ① 表紙
  - ② 共通診療情報提供書・急性期～回復期転院基準
  - ③ 地域連携診療計画書（医療者用オーバービューパス）
  - ④ 患者用パス
  - ⑤ 日常生活評価表・FIM
  - ⑥ 医師用情報提供書
  - ⑦ 薬剤師用情報提供書
  - ⑧ かかりつけ医通院経過表  
経過記入ポイント・バリエーション分析コード表
  - ⑨ 看護師用情報提供書
  - ⑩ リハビリ用情報提供書
  - ⑪ 回復期退院情報（回復期退院基準）

⑫ 維持期かかりつけ医返信書類について

- その他（各病院の仕様で運用，必要に応じ情報提供として使用）
  1. 看護サマリー
  2. リハサマリー
  3. 画像情報（CD など）

2) 共通事項

1. 必要事項は原則記入し，漏れのないことを確認する。
2. どうしても記入できない部分はその旨を記載する。
3. 原則パソコン入力（エクセル仕様）とし，使用する用語はできるだけ統一されたものを使用する。
  - ・ エクセル入力ではプルダウンリストになっている。
  - ・ 背景色薄ピンクのセルは自動入力になっている
4. 転院基準などチェックボックスにもチェック漏れのないように。
5. ファクス送信が行われるので，できるだけ大きなフォントで入力すること。

3) ②「共通診療情報提供書」の記載方法

1. 患者情報・入院時評価・医学的情報
  - ・ 原則，医師が記入する。  
(内服薬情報は薬剤師が記入しても可)
  - ・ 基本情報の漏れはないように記入する。
  - ・ 現病歴は簡潔に記入する。とくに，以降の項目で記載される部分ではできるだけ重複をさけること。
  - ・ 既往症や合併症の情報は非常に重要であるので，記載漏れのないように。
  - ・ 内服薬の情報には，内服薬のみでなく，インスリン注，外用薬，吸入

薬などの常用しているすべての薬剤の情報を記載すること。

## 2. リハビリ情報

- ・ リハスタッフもしくは医師・看護師が記入する。
- ・ 転院時にリハビリ情報提供書が作成されるので、簡潔に記載すること。

## 3. 入院前情報

- ・ 原則、看護師、もしくはケースワーカーが記入する。
- ・ 連絡先電話番号などに間違いがないように十分確認すること。

## 4. 看護情報

- ・ 看護師が記入する
- ・ 栄養情報は、食種などはもちろんのこと、嚥下・摂食の状態や経管栄養の量や注入速度など、転院後すぐに栄養管理ができるように十分な情報を記載すること。
- ・ 転院時に看護サマリーを添付する場合にも、回復期病院で受け入れ判定ができる十分な情報提供をすること。

## 5. 転院基準

- ・ 原則、医師がチェックする。
- ・ 記載漏れのないように確認すること。
- ・ 転院基準に合致していない部分があるが転院希望の場合には事前に転院先病院との協議が必要となる。

## 6. 記載者欄

- ・ 記載者の漏れのないように。  
担当医名，担当薬剤師，担当療法士，担当 MSW，担当看護師名入力すると自動入力される。

- 4) ③「地域連携診療計画書（オーバービューパス）」、④「患者用パス」、⑤「日常生活機能評価表・FIM」の記載方法
- ・ 基本情報は記載漏れのないように。
  - ・ 内容に関しては、各施設で各患者にあった内容に変更してもかまわない。
  - ・ 使用する用語はできるだけ統一されたものを使用する（エクセル入力ではプルダウンリストになっている）。
  - ・ 日常生活機能評価は、担当病院でもれなく記入し、転院先に伝達するように。（急性期退院時、回復期退院時、かかりつけ医受診時）
  - ・ 転院基準のチェック漏れのないように。
  - ・ 急性期病院では、連携パス適応になった時点で患者・家族に説明を行い、説明・指導の欄に必要事項を記入すること。なお、説明の際には、患者説明用パスも併用して説明すること。
  - ・ 回復期・維持期では、必要事項を記入のうえ、リハビリプランとあわせてパス内容を患者・家族に説明をすること。説明後、説明・指導の欄に必要事項を記入すること。なお、説明の際には、患者用パスも併用して説明すること。
  - ・ 回復期病院を退院する際には、転院時の状態を記入後、これを患者家族に説明する。

- 5) ⑥「医師用情報提供書」、⑨「看護師用情報提供書」の記載方法

- ・ 基本情報は記載漏れのないように。
- ・ 内容に関しては、各施設で各患者にあった内容に変更してもかまわない。
- ・ 使用する用語はできるだけ統一されたものを使用する（エクセル入力

ではプルダウンリストになっている).

6) ⑧「かかりつけ医来院時所見」の記載方法

- ・ 基本情報は記載漏れのないように.
- ・ 内容に関しては、各施設で各患者にあった内容に変更してもかまわない.
- ・ 使用する用語はできるだけ統一されたものを使用する (エクセル入力ではプルダウンリストになっている).
- ・ 日常生活機能評価は、担当病院でもれなく記入し、急性期病院に伝達するように.
- ・ ⑧『経過表記入のポイント』を参考にして記載する.

退院 3・6・12 カ月後の経過観察は担当医先生の判断で施行し、患者の持参のパスに記載。再発等で急性期病院等受診の際に経過の情報として活用する。

7) ⑪「回復期退院情報」の記載方法

- ・ 記載漏れのないように.
- ・ 運動機能評価は回復期退院時の状態を評価して記載する.
- ・ 使用する用語はできるだけ統一されたものを使用する。(選択できるものはエクセル入力ではプルダウンリストになっている)
- ・ バリエーション分析について、患者にとって不利な方向でバリエーションとなった場合 (予定入院期間の延長 (概ね 1 週間以上), 目標未達成, 状態悪化により転院・転棟 等) は「負」、良い方向でバリエーションとなった場合 (予定入院期間より早く退院可となった 等) は「正」を入力.
- ・ バリエーションコードについて、バリエーションとなった原因について項目



の中から選択する。原因が複数ある場合は、複数の項目に入力する。

8) ⑩「リハビリテーション情報提供書」の記載方法

- ・ 使用する用語はできるだけ統一されたものを使用する（エクセル入力ではプルダウンリストになっている）。
- ・ 起算日は正確に。（急性期と回復期で一致しているように）
- ・ 離床状況について、開始した日時を記載する。（ ）内はその時の特記事項を記載する。
- ・ その他の評価について、このリハ情報提供書に項目のない評価を行った場合、その結果を入院時・退院時間問わず記載する。
- ・ 現在の ADL について、FIM を記載する。  
（⑤「日常生活機能評価・FIM」の FIM 点数を入力すると、運動項目合計点・認知項目合計点・全項目合計点が自動入力される）
- ・ 添付資料について、資料内にこのリハ情報提供書と重複する内容がある場合は、その部分の記載は不要。

9) ⑦「薬剤師用情報提供書」の記載方法

- ・ 使用する用語はできるだけ統一されたものを使用する（エクセル入力ではプルダウンリストになっている）。
- ・ 急性期病院では、入院前服用薬の情報も入力する。

### III. データ集計

1) 回復期退院時成績

- ・ 回復期病院は、計画管理病院から回復期病院へ転院した患者について、入院期間、FIM、日常生活機能評価等の回復期退院時成績を

「穂の国脳卒中医療連携 調査シート」へ、1患者ごとに入力する。  
(患者名は入力しない)

- ・ 1年間(4月～3月)に回復期病院を退院した脳卒中患者を対象とし、パス対象者と非対象者両方のデータを入力する。
- ・ データ収集の対象
  - ① 連携パス対象患者+非対象患者(連携パスを使用せず回復期病院へ転院した脳卒中患者)
  - ② 計画管理病院からの紹介患者で、直接回復期病棟へ入棟せず、一度同施設の一般病棟等へ転院後、回復期病棟へ転棟した例も対象
  - ③ 回復期病棟を持たない施設で、計画管理病院から回復期の患者として一般病棟等へ転院した例も対象
- ・ 各回復期病院で入力したデータを統合して、穂の国脳卒中医療連携研究会総会にて報告する。
- ・ このデータは集計後、全会員施に配布する。