

1. 当地域連携診療計画書の基本的な考え方

(1) 目的

- ・ 当地域連携診療計画書（以下、当連携パス）は、脳卒中患者の急性期・回復期・維持期・在宅における治療およびそれに関連する情報の伝達が、切れ目なく進んでいくことを目的としています。

(2) 対象

- ・ パス管理病院（急性期病院）で急性期治療を行なった全ての脳卒中患者です。
- ・ バリアンスの発生などにより、パスを逸脱した場合は終了となります。

(3) 留意点

- ・ 当連携パスは、全ての関連する医療従事者・福祉関係者が内容を理解し、記載することが可能で、連携にあたって必要な情報が得られることを目標とした接着パスです。
- ・ 連携パス記載の業務負担を可能な限り軽減するため、連携パスの記載項目は必要最小限としました。不足する情報については、各医療機関・施設ですでに運用されている診療情報提供書や経過報告書などを当連携パスに添付する方法をとって下さい。

2. 当連携パスの構成と記載に当たっての注意点

(1) 当連携パスの構成の一覧は次の通りです。

- ・「これからの生活プラン案 ご相談シート（オーバービューシート）」
- ・「患者基本情報」
- ・「急性期用シート」
- ・「回復期用シート（回復期その1）（回復期その2）」
- ・「維持期用シート」、「在宅用シート」

(2) 「これからの生活プラン案 ご相談シート（オーバービューシート）」

- ・ 患者・家族が脳卒中発症後の大まかな経過、各時期における目標（退院基準）を理解していただくためのシートです。
- ・「医療機関・介護施設」欄では、各時期を主に担当する医療機関・介護保険施設を、「ご本人ご家族」欄では各時期の患者家族の課題を、「制度活用・相談窓口」欄には各時期に必要な保健福祉制度の申請手続き内容などを、それぞれ経時的に表示しています。
- ・ 患者・家族が今後の診療や療養生活の全体的流れを理解し、自らの取り組みを促進できるように、患者・家族へ説明する際にご使用下さい。（より細かい内容の説明を行なう場合は、必要に応じて各医療機関・施設内のパスなど併用して下さい。）
- ・ 急性期病院において当該患者のパス運用開始時に作成して下さい。
- ・ 患者により、急性期から直接自宅に退院される場合や回復期病院等に転院する場合など様々なケースが考えられますが、このシートは、患者の方向性、重症度に関係なく使用できます。
- ・ このシートを渡す際は患者・家族に対して、予測される経過（急性期病院→回復期病院→自宅復帰など）について、可能な限り説明することをお願いいたします。

(3) 「患者基本情報」

- ・ 各時期に共通する基本的な情報を記載するシートです。
- ・ 当連携パスの表紙となります。
- ・ 当連携パス運用開始時に、急性期病院において作成して下さい。
- ・ 身障者手帳、介護保険などの情報に変更が生じた場合は、変更日と共に欄外に記載して下さい。

- ・退院時あるいは転院（転所）時には、原本を転帰先に送付して下さい。
- ・バリエーションが発生した場合は、添付のバリエーション・コード票をもとにバリエーション・コードを記入した上で、原本をパス管理病院に郵送して下さい。

(4) 「急性期用シート」

- ・急性期病院から在宅、あるいは回復期・維持期に移行する場合に作成して下さい。
- ・急性期病院から退院あるいは転院する際にシートを完成して、転帰先に送付して下さい。
- ・退・転院基準は、「病状が安定し、重篤な合併症がない」、「(患者あるいは家族が) 現状を理解している」、「リハビリによる能力向上が期待できる」、の3点です。
- ・転帰先はシートの最上段にあるチェックボックスに記入して下さい。
- ・日常生活機能評価表は、急性期病院から退院あるいは転院する際の患者の状態をもとに記入して下さい。

(5) 「回復期用シート」

- ・回復期病院（あるいは回復期病棟相当の機能を持つ医療機関）から在宅、あるいは維持期に移行する場合に作成して下さい。
- ・回復期病院（あるいは回復期病棟相当の機能を持つ医療機関）から退院あるいは転院する際にシートを完成して、転帰先に送付して下さい。
- ・退・転院基準は、「安心して在宅・施設療養生活をおくることができる」です。
- ・転帰先はシートの最上段にあるチェックボックスに記入して下さい。
- ・日常生活機能評価表は、回復期病院（あるいは回復期病棟相当の機能を持つ医療機関）から退院あるいは転院する際の患者の状態をもとに記入して下さい。

(6) 「維持期用シート」

- ・維持期病院（療養型病床など）あるいは施設（介護老人保健施設など）から在宅に移行する場合に作成して下さい。
- ・維持期病院（療養型病床など）あるいは施設（介護老人保健施設など）から在宅復帰をはたす際にシートを完成して、転帰先に送付して下さい。
- ・退・転院基準は、「安心して在宅・施設療養生活をおくることができる」です。
- ・転帰先はシートの最上段にあるチェックボックスに記入して下さい。
- ・日常生活機能評価表は、維持期病院（療養型病床など）あるいは施設（介護老人保健施設など）から退院あるいは退所する際の患者の状態をもとに記入して下さい。

(7) 「在宅用シート」

- ・「氏名」、「生活状況」の項目は、患者・家族に記載していただきます。
- ・「かかりつけ医意見欄」には、かかりつけ医の他に薬剤師の記載も含まれます
- ・初期評価から3～6ヶ月ごとにこの更新を行います。各項目の担当者は出来る限り最新の情報を記入し、必要に応じて変更・追加訂正を行って下さい。
- ・シートが更新された時点で、パス管理病院に更新されたシートの写しをパス管理病院に送付して下さい。
- ・このシートは医療・介護共通の介護ノートに添付するなどして、患者・家族に保管していただき、病院への入院・受診の際には携帯していただくように、患者・家族にご説明をお願いします。

3. 当連携パスの運用方法および運用にあたっての注意点

(1) 当連携パス使用にあたっての説明と同意

- ・急性期病院は当連携パスを開始する際に、患者・家族に当連携パスを用いた医療機関あるいは介護保険施設間における情報共有および診療連携について説明の上、同意を得て下さい。
- ・同意の際は、各シート内の署名欄に、本人あるいは家族の署名を得て下さい。
- ・患者・家族への説明には「これからの生活プラン案 ご相談」シートを使用しますが、患者さんの状態により異なる経過をとる場合も少なくないため、患者・家族にそのことをよく理解していただ

くように説明をお願いします。

(2) ID 番号

- ・当連携パスは、ケース毎に ID 番号を付します。
- ・ID 番号は、パス管理病院（急性期病院）の番号と、それに続くケース毎の番号により構成されます。（ID 番号 例：01-0001、01-0002、・・・・・・）
- ・パス管理病院（急性期病院）番号については、別に定めます。
- ・以前に当連携パスのケースとなった患者が、脳卒中を再発し、再度当連携パスのケースとなった場合は、新しい番号となります。

(3) 当連携パスの原本、複写の保管

- ・基本的に医療機関・介護保険施設等が原本を保管し、患者・家族は複写を保管します。
- ・担当医療機関・介護保険施設等は、担当するシートが完成した時点で、原本をパス管理病院に郵送して下さい。
- ・パス管理病院は郵送されたシートの情報を診療報酬算定情報とし、当連携パスの情報全体を管理して下さい。
- ・「在宅」シートについては、原本を患者・家族が管理します。医療機関を受診する際などに持参していただくよう、説明をお願いします。

(4) 当連携パスからの逸脱

- ・脳卒中の再発や合併症の悪化などのバリエーションによる当連携パスからの逸脱が発生した場合は、連携パスは終了となります。
- ・担当するシートを記入した上で、「基本情報シート」の「バリエーション」の項目にバリエーション・コード表を用いてバリエーションの内容を記載し、パス管理病院に郵送をお願いします。
- ・患者・家族に、当連携パスのケースから外れたこと、逸脱した理由を説明して下さい。
- ・急性期病院等に転院が必要な場合は、通常の診療情報提供書などにより情報提供を行なって下さい。

(5) 当連携パスに記載されない情報の伝達

- ・当連携パスに記載されない情報は、各医療機関・介護保険施設で用いられている所定の診療情報提供書・看護サマリ・リハビリサマリ・MSW連絡票などをパスに添付して下さい。
- ・添付資料の有無を各シート内にあるチェックボックスに記載して下さい。

(6) 窓口と連絡方法

- ・当連携パスを使用するにあたり、担当部署および転院（退院）相談などを行う際の連絡手段（電話で直接相談するのか、FAX を送付するのかなど）をあらかじめ決定し、情報として公開して下さい。
- ・最終的な退院・転院のタイミングは、各医療機関・施設間で連絡をとり調整して下さい。
- ・連携先との連携を日頃から継続的に行ない、転院後に予想される経過を患者あるいは家族に説明することが可能なことが、当連携パスを使用するための前提となります。

以上