

## 1 地域連携診療計画書の基本的考え方

- (1) 本連携診療計画書（連携パス）は患者さんの急性期・回復期・維持期・在宅期の治療と情報が、切れ目なく進んでいくためのツールであることを目的に作成しました。
- (2) 全ての患者さんに使用できる連携パスであることを目指しています。
- (3) 全ての関係する医療者、福祉関係者が記載でき、理解できるものであること、そして各時期を担当している医療者、福祉関係者の知りたい情報ができるだけ多く載るよう努めました。
- (4) 当連携パスの様式を作成する上で、患者さんの連携にあたり必要となる情報は膨大な量となり、必要な情報すべてを網羅すると医療者・福祉関係者の業務にご負担になると考えました。そこで、当連携パスの記載項目は最小限にし、不足の情報については各医療機関・施設にて、すでに運用されている診療情報提供書や各職種の経過報告書を当連携パスに添付していただく方式としました。

## 2 使用にあたっての注意点

- (1) 連携先との連携を日頃から継続的におこない、転院後の予想される経過について患者さん・ご家族に説明できる資料を提示できることが連携パスを使用する前提です。
- (2) 患者さんの紹介や転院、逆紹介など適応やタイミングを連携先とあらかじめ取り決めておく必要があります。
- (3) 患者さん・ご家族への説明には「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りますので、そのことをよく理解していただくようにしてください。
- (4) 逸脱例（バリエーション例）は次のような症例です。①患者さん・ご家族から同意が得られなかった例、②経過中、再発、合併症など治療が優先され、脳卒中の治療プログラムを中断した例、③死亡例、④極めて軽く、支援をまったく必要としない例などです。このような症例は、バリエーション例として後日「南多摩 脳卒中地域連携パス連絡協議会（仮称）」で報告してください。

## 3 構成内容・連携パスの記載にあたっての注意点など

- (1) 「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）は、急性期から在宅期までの一連の流れと各時期での目標（退院基準）を患者さん・ご家族に理解していただくことを目的につくられています。従って、かなり大まかな内容になっています。さらに細かい内容は各病院・施設内のパスを使用していただくことになります。患者さんによっては急性期から直接自宅に戻る方もいますし、回復期病棟あるいは直接療養型病床や介護老人保健施設などに転院される方もいます。このシートは、脳卒中の重症度に関係なく使用できます。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ます。単にこのパスを患者さん・ご家族に手渡すだけでなく、予測されるコース（例：急性期→回復期→自宅）を示してあげてください。患者さん・ご家族が今後の診療や療養生活の全体的流れを理解し、取り組みが促進されることを目的

に、さまざまな患者さん・ご家族への説明時にご使用ください。オーバービューシートは「医療機関・介護施設」欄は横軸に経時的に主な担当医療機関・医療サービス提供機関を表示し、「ご本人ご家族」欄には各時期の患者家族の課題を表示、「制度活用・相談窓口」欄には経時的に保健福祉制度の申請手続き内容を表示しています。

- (2) 連携パスは「基本情報シート」と「急性期シート」、「回復期シート」、「維持期シート」、「在宅期シート」、オーバービューシートから構成されています。
- (3) 「基本情報シート」は、各期・各機関にて共通項となる基本的な情報を記載するシートであり、連携パスの表紙となります。急性期病院において、連携パスの運用開始時に作成しパスシートに添付します。バリエーション・コードは、添付のコード票をもとに記入してください。
- (4) 「急性期病院シート」には、設定した回復期・維持期・在宅の各チェックボックスを選択することで、急性期病院からの移行先を表示できます。  
「在宅期シート」では、「氏名」、「生活状況」の項目は、患者さん・ご家族に記載していただきます。また、「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ヶ月ごとにこのパスを変更し、各項目の担当者は出来る限り最新の情報を記入して下さい。このパスは、必要に応じて変更・追加訂正を行うこととします。このパスは、医療・介護共通の介護ノートに添付していただくなど、患者さん・ご家族に保管していただくこと、病院への入院・受診の際には携帯していただくことを患者さん・ご家族にご指導ください。
- (5) 「回復期シート」、「維持期シート」は、患者さんの退院時に作成してください。「回復期シート」には（その1）と（その2）とがあります。
- (6) パス対象患者のADLは、看護・介護場面における実際している当該患者のADLの表示と、リハビリ評価としての日常生活機能評価表にて表示してください。

#### 4 運用方法

- (1) 患者さん・ご家族に連携パスシートを用いた病院・施設間の情報共有について説明し同意を求め、各シート内の本人・家族の署名欄に、署名を得てください。急性期病院において、パスに関する説明と同意を得られた患者が、当該連携パスの対象となります。
- (2) 連携パスは、脳卒中の発病ごとの発生となり、連携パスごとにIDを付します。IDは、管理病院である各急性期病院番号の次に、各病院・施設ごとの独自の患者さん番号を付してください。（例として、01-0001、01-0002、・・・・・・。）  
※急性期病院番号は、以下のように定め、本格実施後は別途、医療機関ごとに番号を付していきます。

東海大学八王子病院	: 0 1
東京医科大学八王子医療センター	: 0 2
町田市民病院	: 0 3
多摩南部地域病院	: 0 4

- (3) 連携パスは医療機関等が原本を保管し、患者さん・ご家族は複写を保管します。「在宅期」に

については患者さん・ご家族の管理となります。病院・施設間では、連携パスが発生した時点で、パスの原本を郵送し、複写を患者さん・ご家族へお渡しください。

- (4) 連携パスは、疾病の発病時ごとの発生となります。逆紹介の場合（例：回復期→急性期への逆紹介の場合）は、通常再発や合併症の悪化などが考えられます。この場合には、一旦連携パスは終了となり、連携パスは使用せずに詳細な診療情報提供書を作成していただき紹介先に送付していただくこととなります。脳卒中の再発の場合には、一旦パスは終了し、急性期病院にて再度転院の際に新たな連携パスを作成していただきます。逆紹介時などパスが一旦中断した時点で急性期病院に連携パスを郵送してください。
- (5) 急性期・回復期・維持期・在宅期の各期のシート項目以外の情報の伝達については、各医療機関・施設所定の診療情報提供書・看護サマリ・リハビリサマリ・MSW連絡票などを使用し、それらの添付資料の有無をチェックボックスに記載してください。
- (6) 連携パスを使用しての医療機関・施設間の転院の相談を行う場合、予めそれぞれの医療機関・施設にて担当部署や連絡方法（例：電話にて予め相談するのか、FAXを送付するのか）などを決め、医療機関・施設の間でよくその運用方法についての取り決めを行ってください。
- (7) 連携パスの情報は回復期から維持期、在宅期へ移行時に、急性期病院にその複写を返信してください。急性期病院にてパス情報の全体を管理します。また、回復期から維持期、在宅期へ移行時の返信内容を急性期病院は診療報酬算定情報とします。
- (8) パスの逸脱が発生した時点で、「基本情報シート」にバリエーション・コードを用いてバリエーション内容を記載し、急性期病院へパスを郵送してください。その時点で、逸脱例の連携パスは終了となります。

## 5 東京都 南多摩脳卒中地域連携診療計画書に対する評価

連携パスは、①患者さん側の視点に立てば標準化された治療を受け、できるだけ早く治療が終了し、新たな社会生活を行うことができることを支援するツールであり、②治療者側・サービス提供者側の視点にたてば、在院日数の短縮を図れ、医療と介護をスムーズにつなぐツールであることと思われま。

この連携パス体制に対する評価として、①パスの適応患者数やパス参加機関数などの数値的評価、②患者さん側の評価指標として、患者さんのADLの向上、目標達成までの期間の短縮、QOLや満足度が考えられ、③医療者側の評価指標として平均在院日数、総治療期間、在宅復帰率、医療費の抑制率などの効果の評価などがあります。

また連携パスの評価に関しては評価作業部会（仮称）にて、情報の集約と共有、問題点の洗い出し、改正案の提案などを行い、南多摩保健医療圏脳卒中医療連携協議会事務局にてそれらを取りまとめ、当該協議会にて最終決定をおこないます。

当地域連携パスについて皆さんからご意見をお聞かせください。

以上