

岡山県南東部
大腿骨頸部骨折脳卒中地域連携パス
運用の手引き

2010年度版

地域連携パス 岡山もも脳ネット

目 次

1. 大腿骨頸部骨折地域連携パスの構成と考え方 p1
2. 大腿骨頸部骨折連携情報提供書の概要 p1
3. 記載方法についての手引き p3-13
4. 運用方法 p13-16
5. 定期検討項目 p16
6. 附則 p17

《1. 大腿骨頸部骨折地域連携パスの構成と考え方》

1. 大腿骨頸部骨折地域連携パスは、大きく分けて、『患者説明用オーバービューパス』と、医療者間の情報交換ツールとしての『医療者用パス（情報提供書）』からなる。
2. 『患者説明用オーバービューパス』は、大腿骨頸部骨折で急性期病院に入院された患者およびその家族に、急性期病院入院から回復期、維持期に至る地域完結型の治療の流れをわかりやすく説明し、各病期を担当する医療機関もしくは在宅療養への移行をスムーズにするためのものである。診療報酬上の『連携パス』とは、この、『患者説明用オーバービューパス』のことを指す。
3. 『医療者用パス（情報提供書）』は、香川労災病院で開発された「藤本パス」と通称されてきたものに相当するデータベース部分で、各職種の必要最低限の情報を、漏れなく、共通言語を用いて伝達していくためのものである。もも脳ネットでは、「藤本パス」を参考にして、岡山の実情に即した医療者用パスを新規考案した。これを『大腿骨頸部骨折連携情報提供書』と通称し運用していく。
4. 連携パス・大腿骨頸部骨折連携情報提供書の役割は、患者の移動とともに医療機関間を移動し、最終的に、各機関の前方に位置する機関へ情報をフィードバックしていくためのツールである。このツールを活用した双方向性の情報交換が促進されることによって、各医療機関のスタッフ同士が **face to face** の人間関係を構築でき、地域に根ざした、患者本位の医療連携の輪が広がっていくことを期待している。

《2. 大腿骨頸部骨折連携情報提供書の概要》

1. ファイルはMS Excel もしくはファイルメーカーで作成されている。ファイルメーカーで作成の場合は Excel に変換して運用する（バージョンや設定方法、変換方法はもも脳ネットホームページを参照）。
2. シートは、急性期病院、連携先施設、全体連携図、Export 用の4シートから構成されており、急性期病院と連携先病院のシートは、それぞれ3ページ構成になっている（経過報告書、NST、フリーコメント）。
3. 各項目の入力に関しては、担当する職種ごとに色分けしており、原則的にはそれに従って入力を進める（各病院の事情により、適宜分担を変更してもかまいません）。黄色部分：医師、黄緑色部分：看護師、空色部分：療法士、桃色部分：MSW となっており、NSTページについては、各病院の事情に応じて、ST、NST担当者、栄養士など担当を決めて入力する。

《3. 記載方法についての手引き》

①医師担当部分（ページ1 黄色部分）

診療科、主治医名

自由記載。

基本情報

1) 氏名

*患者氏名は自由入力。

*性別、生年月日、年齢、院内IDはプルダウンメニュー、カレンダーから選択。

2) 診断名

*診断名は1から6まで記載可能となっており、診断名1に、今回入院の原因となった病名（主病名）を入力する。2から6までは、実診療において留意が必要な合併症・併存症を、重要なものから順番に入力する。

*診断名1は、プルダウンメニューから該当する傷病名を選択する。病名はダブルクリックで自由記載可能だが、プルダウンメニューから選んだ病名に付記したい場合は、選択された単語のあとに自由記入することができる。

*診断名2以下も基本的に同様の方法で記載。プルダウンメニューにないものは、ダブルクリックで自由記載可能。

3) 発症日・入院日・手術日

*それぞれカレンダーから選択。

*手術日については、複数の手術がある場合は診断名1に対する最初の手術日とする。

4) 治療法・輸血・アレルギー

*治療法は診断名1に対する治療内容をプルダウンメニューから選択する。ダブルクリックで自由記載も可能。

*輸血はプルダウンメニューから「あり、なし」を選択。

*アレルギーは、薬物、食物に関するアレルギーの有無を記載。左側のセルのプルダウンメニューで「あり、なし」を選択し、「あり」の場合、右のセルに具体的なアレルギー名を自由記載する。

5) 感染症

*HBV、HCV、TPHA、MRSA、結核についてはラジオボタンで複数選択可能。この他の感染症については、右のセルに自由記載。

6) 禁忌肢位

プルダウンメニューから選択。ダブルクリック自由記載可能。

7) 現病歴

*以下の項目を詳細に記載すること。

(記載する項目)

- ア. 主たる既往症、合併症
- イ. 発症時の臨床症状
- ウ. 治療経過

8) 薬物療法

*内服中、あるいは投与中の商品名、細かいミリ数、投与方法などを詳しく記載。

発症時所見

*NIHSS、mRS、Barthel Index、JCS、GCS までは疾患を問わず必須のスケールとし、必ず全項目の点数をプルダウンメニューから選択し記載すること。WFNS、Hunt & Kosnik、Fisher は、疾患によって必要あれば選択。

②看護師担当部分 (ページ 1、2 黄緑色部分)

発症前ADL(ページ1)

1) 食事

| | |
|---------|-----------------------------|
| a) 自立 | 自力での摂取が可能な状態 |
| b) 見守り | 経口摂取が可能であるが、声かけや見守りが必要な状態 |
| c) 一部介助 | 何らかの介助が行われている状態 |
| d) 全介助 | 自分で食べることが出来ず全面的に介助が行われている状態 |

2) 排泄

| | |
|---------|------------------------------------|
| a) 自立 | 自力での排泄が可能な状態 |
| b) 見守り | 直接介助はしていないが転倒の防止等のために声かけや見守りが必要な状態 |
| c) 一部介助 | 何らかの介助が行われている状態 |
| d) 全介助 | 自分で排泄することが出来ず全面的に介助が行われている状態 |

3) 更衣

| | |
|---------|------------------------------------|
| a) 自立 | 介助なしで衣服を着たり脱いだりできる状態 |
| b) 見守り | 直接介助はしていないが転倒の防止等のために声かけや見守りが必要な状態 |
| c) 一部介助 | 衣服の着脱に一部介助が行われている状態 |
| d) 全介助 | 衣服の着脱の行為すべてに介助が行われている状態 |

4) 入浴

| | |
|-------|--------------|
| a) 自立 | 介助なしで入浴できる状態 |
|-------|--------------|

| | |
|---------|------------------------------------|
| b) 見守り | 直接介助はしていないが転倒の防止等のために声かけや見守りが必要な状態 |
| c) 一部介助 | 何らかの介助が行われている状態 |
| d) 全介助 | 自分で入浴することができずすべてに介助が行われている状態 |

5) 移動

| | |
|---------|-------------------------------------|
| a) 自立 | 自力歩行または、杖や歩行器等を使用して歩行が可能な状態 |
| b) 見守り | 自力で歩行が可能であるが転倒の防止等のために声かけや見守りが必要な状態 |
| c) 一部介助 | 何らかの介助が行われている状態 |
| d) 全介助 | 自分で移動することができず全面的に介助が行われている状態 |

転院時所見(ページ1)

1) JCS

プルダウンメニューから、レベルを選択する。

2) 監視

プルダウンメニューの「なし」「移動時」「夜間」「常時」から選択する

3) 抑制

プルダウンメニューの「なし」「柵」「拘束衣」「抑制帯」「ミトン」「メガホン」「体動センサー」から選択する。

(方法)

プルダウンメニューの「なし」「柵」「拘束衣」「抑制帯」「ミトン」「メガホン」「体動センサー」から選択する。

4) 問題行動

プルダウンメニューの「なし」「徘徊」「昼夜逆転」「転倒・転落の危険性」「夜間譫妄」「その他」を選択し、「その他」を選択した場合は内容をフリー入力する。

5) 栄養投与

プルダウンメニューの「経口摂取」「経管栄養」「胃ろう」「点滴」「IVH」「その他」から選択する。種類はフリー入力する。

(挿入日・径・長さ・次回交換日)

カニューレ、カテーテル、チューブの該当する数字を入力またはカレンダーから入力する。

6) 食事の形状

フリー入力する。

* 但し、各施設の基準に関する資料を連携施設に配布などしておくことが望ましい。

7) カロリー

数字を入力する。

(制限)

プルダウンメニューの「なし」「たんぱく」「塩分」から選択またはフリー入力する。フリー入力の方法は他の項目と同じ。

8) 義歯

プルダウンメニューの「なし」「上」「下」「部分」から選択する。

個数

数字を入力する。

9) 吸痰頻度

プルダウンメニューの「なし」「2時間間隔」「4時間間隔」から選択する。

10) 褥瘡

プルダウンメニューの「あり」「なし」を選択する。

(部位)

プルダウンメニューの「頭部」「肩甲骨」「仙骨」「腸骨」「大転子」「座骨部」「踵部」から選択。

11) 入浴

介助度をプルダウンメニューの「自立」「見守り」「一部介助」「全介助」から選択する。

* 詳細は「発症前ADL」の項を参照。

(入浴方法)

プルダウンメニューの「特浴」「一般浴」「シャワー浴」「清拭」から選択する。

(最終実施日)

カレンダーから入力する。

12) 排泄(昼・夜)

介助度をプルダウンメニューの「自立」「見守り」「一部介助」「全介助」から選択する。

* 詳細は「発症前ADL」の項を参照。

(排泄方法)

プルダウンメニューの「トイレ」「ポータブル」「尿器」「オムツ」「カテーテル」から選択する。

13) 尿意

プルダウンメニューの「あり」「なし」「あいまい」から選択する。

(カテーテル更新日)

カレンダーから入力する。

14) 便意

プルダウンメニューの「あり」「なし」「あいまい」から選択する。

(最終排便日)

カレンダーから入力する。

15) 排泄調整要・否

プルダウンメニューの「要」「否」から選択する。

16) 嚥下障害

プルダウンメニューの「あり」「なし」から選択する。

17) 日常生活機能評価

看護必要度のチェック方法に準じて、該当する点数を選択する。

嚥下・NST(ページ2)

経腸栄養剤については種類は選択またはフリー入力、それ以外は数字を入力する

*プルダウンメニューの中に登録がない経腸栄養剤は、セルをダブルクリックしてフリー入力

*変則的な投与の場合はコメント欄に記入する

コメント欄(ページ3)

(看護要約)

入院中の経過を記入する。

*【患者様経過報告書兼依頼書】に記載しきれないことを記入する。

(看護問題)

看護ケアを記入する。

(継続看護)

入院中の看護問題の中で継続看護が必要な事項を記入する。

*その他、病状の説明、それに対する理解度、家族に関することなど、追加説明が必要と判断した場合は適宜記入する。

③療法士(PT/OT)担当部分(ページ1 空色部分)

リハビリテーション所見

1)リハビリテーション開始日

当該病院におけるリハビリテーションを開始した日をカレンダーで選択。

2)基本動作項目:

①到達日

「リハビリテーション室で可能」となった日をカレンダーで選択。

*「病棟で自立」となった日ではないので、混乱しないよう注意。

②介助度

プルダウンメニューの「自立・監視・軽介助・中等度介助・重度介助・全介助」から選択。

③補足欄(空欄)

杖のタイプなど、簡単なコメントを自由記載可能。

3)運動機能:基本的には退院時評価

①日付

評価日をカレンダーにて入力

②ROM-t

患肢股関節、膝関節の関節可動域を5度刻みで値を直接入力

③MMT

患肢股関節、膝関節筋力をプルダウンメニュー(0~5)で選択

4) 認知障害

①日付

評価日をカレンダーにて入力

②HDS-R(長谷川式簡易認知機能スケール)

プルダウンメニューで各項目の点数を選択

*シート表面上は合計点数のみが表示されるが、点数欄をクリックすると各項目別の点数が参照可能。

*記入時期は限定せず、少なくとも1回は記載する。

5) 脳血管疾患:脳血管疾患の既往歴の情報

チェックボタンの「あり・なし」から選択。

6) 部位

上記、脳血管疾患で『あり』であれば左右どちらかチェックボタンの「あり・なし」から選択。

7) 高次脳機能

①失語

チェックボタンの「あり・なし」から選択。

②失行

チェックボタンの「あり・なし」から選択。

③その他

失語、失行以外の高次脳機能障害がある場合、チェックボタンの「あり・なし」から選択。

8) 補装具

チェックボタンの「あり・なし」から選択。

転院時所見(ページ1 看護担当部分の最下段)

1) FIM

プルダウンメニューで各項目の点数を選択。シート上は合計点数のみだが、点数欄をクリックすると詳細な内訳が閲覧可能。

2) Barthel Index

プルダウンメニューで各項目の点数を選択。シート上は合計点数のみだが、点数欄をクリックすると詳細な内訳が閲覧可能。

発症前情報(ページ1 MSW担当部分の最下段)

1) 家屋構造

①建物

プルダウンメニューの、所有:「持家、借家」、構造:「一戸建て、マンション、アパート等」、主生活域:「1階、2階、3階以上」から各々選択。

②その他

「屋内外含めた階段や段差の有無、手すりの有無、生活対象となる家屋が複数ある場合」など、必要に応じて自由記載。

③寝具

プルダウンメニューの「ベッド、布団」から選択。

④トイレ

プルダウンメニューで以下の項目を選択

左側セル:「洋式、和式」から選択。

右側セル:「手すりあり、手すりなし」から選択。

2) 社会活動

職業、特記すべき外出・趣味活動 など、必要に応じて適宜自由記載。

退院時情報(ページ1 MSW担当部分の最下段)

(回復期病院を退院時、入力)

1) 家屋改修

①改修必要性の有無

()内は、プルダウンメニューの「(改修)要・否」を選択。

②改修内容

改修箇所、改修内容など、必要に応じ自由記載。

2) 福祉用具

購入・準備物品など、必要に応じ自由記載。

④MSW担当部分(ページ1 桃色部分)

【経過報告書ページ1】

発症前情報

生活場所、同居家族、キーパーソン、主介護者、介護認定、身体障害者手帳、障害種類、保険資格、制度、かかりつけ医、担当ケアマネジャー、についてはフェイスシートの発症前情報と連動しており、フェイスシートに入力した情報が自動的に入力される。

1) 寝たきり度

「障害老人の日常生活自立度」より該当項目をプルダウンメニューから選択。

2) 認知症老人自立度

「認知症老人自立度判定基準」より該当項目をプルダウンメニューから選択。

退院時所見

(回復期病院を退院時、入力)

1) 転帰

退院先（または転帰）を、プルダウンメニューの「医療機関 一般」「医療機関 回復期」「医療機関 療養」「医療機関 有床診」「介護老人保健施設」「自宅・家族宅」「有料老人ホーム」「ケアハウス」「養護老人ホーム」「グループホーム」「介護老人福祉施設」「更生施設（身体障害者）」「その他」「死亡」のいずれかから選択。

2) かかりつけ医

かかりつけ医がいる場合、自由入力する。

3) 担当ケアマネジャー

担当ケアマネジャーがいる場合、自由入力する。

4) 介護認定

介護保険の要介護認定を受けている場合は、該当する要介護度（要支援 1～要介護 5）をプルダウンメニューで選択する。要介護認定を受けていない場合は「未申請」「申請中」のいずれかを選択する。

5) 身体障害者手帳

身体障害者手帳を所持している場合は、該当する等級（1級～6級）をプルダウンメニューで選択する。手帳を所持していない場合は「未申請」「申請中」のいずれかを選択する。

6) 障害種類

身体障害者手帳を所持している場合、その障害種類をプルダウンメニュー「視覚」「聴覚・平衡」「音声・言語・咀嚼」「肢体」「心臓」「腎臓」「呼吸器」「膀胱・直腸」「小腸」「免疫」から選択（複数選択可）。

7) 障害年金

障害年金を受給している場合、等級を入力する。

8) キーパーソン

キーパーソンとなる人の続柄を自由記載する。

9) その他

特記事項などあれば記入する。

【コメント欄】（ページ 3）

転院相談時から変化があった点（例；要介護認定が下りた等）、その他特記すべき事項などあれば適宜記入する。

⑤NST・ST担当部分（ページ 2）

※この項目については該当があれば記入すること

『嚥下』の項目

- 1) 摂食機能療法算定日：算定開始日をカレンダーで選択。
- 2) 評価日
訓練開始日：訓練開始時直近の日付をカレンダーで選択。
転退院時：転院・退院直近の日付をカレンダーで選択。
- 3) JCS：訓練開始時及び転退院時の JCS をプルダウンメニューで選択。
- 4) 改定水飲みテスト：プルダウンメニューで「むせあり、むせなし」から選択。
- 5) フードテスト：プルダウンメニューで「むせあり、むせなし」から選択。
- 6) VF：実施日をカレンダーで選択。所見については自由記載で入力。
- 7) VE：実施日をカレンダーで選択。所見については自由記載で入力。
* 2回分のスペースあるが、回数は各施設の事情によって適宜決める。
- 8) 嚥下 5 期の障害
プルダウンメニューの「先行期のみ、先行期・準備期、先行期～口腔期、先行期～咽頭期、先行期～食道期、準備期・口腔期、準備期～咽頭期、準備期～食道期、咽頭期のみ」から選択。
- 9) 気管切開
プルダウンメニューで「あり、なし」を選択。
- 10) Grade
プルダウンメニューで該当 Grade を選択。介助が必要な場合は「A 付」の評価を選択。

『到達レベル』の項目

プルダウンメニューから、「レベル 1：間接的嚥下訓練のみ、レベル 2：ゼリー状物の経口摂取、レベル 3：3食経口摂取、レベル 4：3食経口摂取自立、レベル 5：常食の経口摂取」を選択。

- 1) 日時：カレンダーから選択。
- 2) 経口／経管：プルダウンメニューから選択。
- 3) 食事形態：プルダウンメニューで主食、副食、水分の各項目について該当する形態を選択。補助栄養については自由記載とする。
* 主食：ミキサー、全粥、軟飯、米飯から選択。
* 副食：ペースト、極刻み（とろみ要）、極刻み（とろみ不要）、刻み（とろみ要）、刻み（とろみ不要）、軟菜一口大（とろみ要）、軟菜一口大（とろみ不要）、ソフト食、軟菜（原形）、常食から選択。
* 水分：とろみ不要、ネクター状、コンデンスミルク状、ヨーグルト状、ハチミツ状、ゼリー状から選択。

4) 摂食時の体位：プルダウンメニューで、体幹、頸部について該当項目を選択。

*体幹：ギヤッジアップ 30°、ギヤッジアップ 30° 右側臥位、ギヤッジアップ 30° 左側臥位、ギヤッジアップ 30° 右側臥位、ギヤッジアップ 45°、ギヤッジアップ 45° 左側臥位、ギヤッジアップ 60°、ギヤッジアップ 70~80°、車いす座位、フリーから選択。

*頸部：前屈位、右回旋、左回旋、伸展、フリーから選択。

5) 介助の有無

プルダウンメニューにて「自立、見守り、一部介助、全介助」から選択。

6) 摂取量

プルダウンメニューにて「1割、3割、5割、7割、10割」から選択。

6) 摂取所要時間

プルダウンメニューにて「0~5分、5~10分、10~15分、15~20分、20~30分、30~40分」から選択。

7) 摂食回数

プルダウンメニューにて1回/日、2回/日、3回/日、5回/日から選択。

8) 内服方法

プルダウンメニューにて「内服不可（経口）、ゼリーの中に散剤を埋め込んで内服、トロミの中に散剤を埋め込んで内服、トロミの中に錠剤を埋め込んで内服、ゼリーの中に錠剤を埋め込んで内服、ゼリーで内服、トロミで内服、水で内服」から選択。

9) 訓練内容・アビランス

プルダウンメニューから一部選択可能だが、該当しないものは自由記載も可能（ダブルクリックにて自由記載可能となる）。

《4. 運用方法》

1) 適用基準

連携パス・連携情報提供書は原則として、急性期病院から転院、転所する全症例に添付するものとする（地域連携診療計画管理料の適用の有無に関わらず、全症例に使用する）。

ただし、診療報酬請求上の連携パス非適用例は以下の症例とする。

- A) 患者・家族から同意を得られなかった例。
- B) 経過中、合併症などの治療が優先された例。
- C) 急性期病院から、直接在宅退院した例。
- D) 死亡例。

2) 具体的な書類のやり取り

①連携パス・連携情報提供書の使用の一般的ルール

A)急性期病院から転院、転所する全症例に使用する。各症例には、各急性期病院内の ID のほかに、連携パス ID（各病院で決める）をつけ、回復期、維持期通した背番号として用いる。連携パス ID は 1 骨折 1 番号とする。

| 施設名 | 病院 ID |
|------------|-------|
| 岡山旭東病院 | OKT |
| 岡山済生会病院 | OSA |
| 岡山大学病院 | OUN |
| 岡山中央病院 | OCE |
| 岡山労災病院 | ORO |
| 川崎医科大学川崎病院 | KKA |
| 岡山医療センター | OMC |
| 岡山赤十字病院 | ORC |
| 岡山西大寺病院 | OSD |

B) 急性期病院から回復期病院に転院した際、本来、急性期病院で記入すべき連携パスの記入漏れがあった場合は、回復期病院の判断で追加記入してよい。

②各病院の窓口と情報の管理

急性期病院は、連携パスを適用している症例がリハビリ転院する時、連携している回復期病院に対して、①その症例が連携パス適用中であることを明示する②回復期病院退院時に診療情報を返送する郵送先を明示する（たとえば、地域医療連携室など）。

③急性期病院で準備すべき書類または電子ファイル

- A) オーバービューパス
- B) 大腿骨頸部骨折連携情報提供書
- C) 退院時日常生活機能評価（これは A に組み込まれている）
- D) 医師診療情報提供書（B で代用可）
- E) 看護師、療法士の添書（B で代用可）
- F) この他に、各病院で患者説明用レジメを作成してもよい。
- G) 資料（検査データ・レントゲン）
- H) CD-RW

④回復期病院で準備すべき書類

- A) オーバービューパス（上記）

- B)大腿骨頸部骨折連携情報提供書（上記）
- C)退院時生活機能評価（上記）
- D)医師診療情報提供書（Bで代用可）
- E) 看護師、療法士の添書（Bで代用可）
- F) この他に、各病院で患者説明用レジメを作成してもよい。
- G) CD-RW

⑤急性期病院入院時の手順

- A)対象症例は、大腿骨頸部・転子部骨折で手術治療を受け、連携先に転院してリハビリテーションを受ける全ての患者。
- B)主治医は、入院時（もしくは1週間以内）に、患者家族もしくは患者本人に対して、必要事項を記入した連携パスと、連携の流れについて説明を行う。患者もしくは家族が連携パスによる連携医療に対し了解された場合、連携パスの署名欄に署名してもらう。署名後、一旦、原本はカルテに編綴せず保存する。
- C)連携情報提供書は、入院中に各職種の担当領域について適宜記載を進める（記載方法の詳細は別項にて詳述）。
- D)術後経過を観察・合併症のチェックを行い、問題がなければ転院の準備を進める。転院相談時に連携情報提供書を完成させ、印刷し転院先へ送る。
- E)転・退院時、退院日と日常生活機能評価合計点を連携パスの所定欄に記入する。連携情報提供書は変更・追加があれば入力する。担当看護師はこのコピーを2部とり、1部を病院カルテに編綴、他の1部を連携情報提供書および添書類に同封し、転院先へ伝達する（原本紛失の場合のバックアップとして）。連携パスの原本は、患者もしくは患者家族に手渡す。この際、転院先にて連携パスを主治医に渡すよう説明する。
- F)連携情報提供書については、コンピューター入力後1部印刷し病院カルテに編綴する。ただし、各スコアの素点を別途印刷する必要はない。
- G)連携情報提供書ファイルを CD-RWに保存し、他の添書とともに回復期病院に伝達する。

※送付前に CD-RW のウイルスチェックを必ず行うこと

⑥回復期病院入院時の手順

- A) 主治医は、入院時に、患者家族もしくは患者本人から連携パスを受け取り、必要事項を記入し、入院から退院、在宅までの連携の流れについて説明を行う。患者もしくは家族が連携パスによる連携医療に対し了解された場合、連携パスの署名欄に署名してもらう。署名後、一旦、原本はカルテに編綴せず保存する。

B)連携情報提供書は、入院中に各職種の担当領域について適宜記載を進める（記載方法の詳細は別項にて詳述）。

C)退院時、退院日と日常生活機能評価合計点を連携パスの所定欄に記入する。

担当看護師はこのコピーを3部とり、1部を病院カルテに編綴、他の1部を医療者用パスおよび添書類に同封し、維持期医療機関および紹介もとの急性期病院へ伝達する。連携パスの原本は、患者もしくは患者家族に返却する。

この際、転院先にて連携パスを主治医に渡すよう説明する。

D)定期的にレントゲンを撮る。

D)連携情報提供書については、コンピューター入力後2部印刷し（ただし、各スコアの素点を別途印刷する必要はない）、1部を病院カルテに編綴する。他の1部は、急性期病院へ郵送する。急性期病院への連携情報提供書は CD-RWに保存して送る。

E)連携情報提供書のファイルを CD-RW に保存し、他の添書とともに維持期病院に伝達する。

F)在宅療養に戻った患者のケアマネジャーから、連携情報提供書の内容について情報提供の依頼があった場合は、紙媒体、電子媒体のいずれでもよいので提供する。この際、診療情報提供料（A）が保険請求できる。

※送付前に CD-RW のウイルスチェックを必ず行うこと

《5. 定期検討項目》

各病院では、以下の項目を定期的に集計する。

- (1) 全症例数（上記対象者について）
- (2) (1)のうち、パス使用患者数
- (3) (2)のうち、男女別患者数
- (4) (2)の平均年齢
- (5) (2)の自院における平均在院日数
- (6) (2)の退院先別患者数
 - ①転院（連携病院、連携外病院別）
 - ②施設
 - ③自宅
 - ④その他
- (7) (2)の患者の転院先病院（連携病院、連携外病院別）とその患者数
- (8) (6)の①のうち、連携先病院を退院している患者数
- (9) (8)における、
 - ①転院先平均在院日数
 - ②退院先（自宅、病院、施設、その他）
 - ③退院時最終 ADL（W/C、歩行器、T杖、独歩、不明）
- (10) 1日の平均リハビリテーション時間または単位数（全症例、又はパスの症例で）

- (11) 入院してから手術までの平均日数
- (12) 手術してからリハビリテーション開始までの平均日数
- (13) 手術してから転院までの平均日数
- (14) (2)のうち自院退院時の退院先別移動能力

連携パス使用の評価は、上記の集計以外に、以下の観点から行っていく。

- (ア) 患者のADL向上に要した日数の短縮効果
- (イ) 医療費の抑制につながったかどうか
- (ウ) 連携パスを使用したことによる患者満足度の向上はあったか

《6. 附則》

- 1) 上記の運用手順は、平成22年11月1日から適用するものとする。
- 2) 約半年をめぐりに運用等の見直しを行い、適宜改訂するものとする。
- 3) 各病院の院内事情により制約をうける部分もあるため、連携機関に周知を図った上で、各病院の現状に即した運用を行うことは可とする。

平成20年1月作成
平成20年5月改訂
平成21年12月改訂
平成22年10月改訂