

診療アウトカムに関する専門部会報告書

**～船橋市立リハビリテーション病院の診療成果に関する中期目標および
他の医療機関等とのネットワークの構築について～**

平成１９年３月１９日

診療アウトカムに関する専門部会

目次

1	はじめに	1
2	専門部会の目的及び目標	2
3	検討手法	2
4	診療成果に関する中期目標	3
5	基本的な考え方	3
	1) 医療連携について	3
	2) リハビリについて	4
6	医療連携に当たっての条件	5
	1) 地域連携ネットワークの構築	5
	2) 接触窓口の確立等による地域連携機能の強化	5
	3) 医療技術の向上と共有	6
	4) 継続した共同診療の実施	6
	5) 医療機関及び医師等に関する情報の共有	6
	6) 診療情報共有化	6
	7) 連携パスの導入	7
7	各医療機関等の役割	7
	1) 急性期病院	7
	2) 回復期病院	8
	3) 維持期施設等	8
8	連携パスの作成と推進	9
	1) めざすべき3つの観点	9
	2) 連携パスに期待される効果	9
	3) 標準事例からの乖離度（バリエーション）	10
	4) 作成の方法	10
	5) 作成の日程	10
9	連携ガイドラインについて	11
	1) めざすべき3つの観点	11
	2) 連携ガイドラインの対象とする医療機関及び施設	11
	ア) 急性期病院	11
	イ) 維持期施設等	11
10	患者及び家族の役割	12
11	おわりに	13

（別紙1）診療成果に関する中期目標

（別紙2）連携のためのガイドライン

1 はじめに

日本は、2004年にイタリアを抜いて世界一の高齢大国になった。今後、超高齢社会に向けてどういう医療システムが最も効率的かつ良質な医療を提供できるかを考えなければならない。

新しい地域医療計画では、医療サービスの質の向上には医療システムの整備のほか「患者や住民の視点」に立った「情報の整備」によって「連携を推進」していくことが必要であると指摘されている。

船橋市立リハビリテーション病院（以下「市立リハビリ病院」という。）が主として治療することになる脳血管疾患等は、急性期病院での治療、回復期のリハビリ、その後の長期ケアなど疾病が発症してから自宅に復帰するまで、複数の施設等や多くの医療関係者等が診療に関わることになるため、こうした多様な資源の確保、そしてそれらの物的及び人的な連携が極めて重要である。

市立リハビリ病院は、急性期と維持期の医療サービスをつなぐ役割を担うことから、いかに切れ目のないスムーズな連携体制をつくっていくのかが患者に質の高い医療サービスを提供する上での重要な鍵となる。

このため、市立リハビリ病院においては、急性期病院から患者を受け入れ、そして維持期の医療サービスあるいは介護サービスにつなげるための地域の医療者や関連施設によるネットワークを構築することが、開院までに取り組まなければならない重要な作業となる。

当専門部会では、市立リハビリ病院の診療成果に関する中期目標を設定するとともに、外部医療機関等とのネットワークに関するデザインを行うことを目的として専門家による検討を行い、船橋市において各関連病院が連携体制を構築する上での指針を示すこととした。

船橋市は戦後半世紀にわたり、かつては若い地域であったものが、これからは高齢化の急速な進行が予測されており、その変遷は大都市圏近郊都市として極めて典型的な経緯をたどっている。船橋でのこの新たな試みが成功すると、同様な都市にとって、極めて有用な先進的なモデルとなると期待される。

平成19年3月19日

診療アウトカムに関する専門部会

座長 長谷川 敏彦

2 専門部会の目的及び目標

当専門部会の役割は、市立リハビリ病院に関する中期目標を検討する「船橋市立リハビリテーション病院運営委員会」の下で、目標や診療ネットワークについて医学的知見に基づく専門的な検討を行うことである。目的は、まずリハビリにおける患者や家族の本質的なニーズが早期自宅復帰にあることに鑑み、診療成果の中期目標として、自宅復帰率及び疾患発症から退院までの日数を評価指標とし、具体的な目標値を設定することである。

そして、診療成果の向上は、市立リハビリ病院を中心とした急性期病院と維持期施設等とのネットワークが構築されていることが前提条件となることから、市立リハビリ病院が急性期病院や維持期の医療サービスあるいは介護サービスとの連携を進めていくための指針となる連携ガイドラインを定め、また、連携における診療情報の共有手段となる地域連携パス（以下「連携パス」という。）に関する基本的な考え方を示すこととし、市立リハビリ病院の中期目標として急性期病院との連携を構築することを提案する。

3 検討手法

報告書の取りまとめまでに、3回の専門部会を開催し、質の高いリハビリを実現するための視点、市立リハビリ病院の役割、他の医療機関等に期待すること等について詳細な検討を行った。

それぞれの部会での審議事項は以下のとおりである。

- ・第1回（平成18年12月21日）

医療連携に当たっての課題等について

- ・第2回（平成19年 2月 9日）

診療成果に関する中期目標について

市立リハビリ病院の医療連携における役割について

・第3回（平成19年 3月19日）

連携先となる急性期病院に期待すること

連携先となる維持期施設等に期待すること

連携パスに関する基本的な考え方

在宅での自立支援のための情報提供に関する基本的な考え方

4 診療成果に関する中期目標

患者とその家族が最も望んでいることは早期の自宅復帰であり、この実現のためには急性期病院や維持期施設等、あるいは他の回復期病院との連携が前提となることは言うまでもない。このため、医学的視点から市立リハビリ病院が達成すべき中期目標として、①自宅復帰率及び発症から自宅復帰までの期間、②連携ガイドラインに沿った医療連携の実施の2点についてとりまとめた。

この診療成果に関する中期目標は別紙1「診療成果に関する中期目標」のとおりとする。

5 基本的な考え方

1) 医療連携について

患者中心の医療連携であるべきことは言うまでもないが、医学的な観点からは、疾病の自然史に基づいた連携であることが必要である。また、治療が終了した患者の送り先（後方連携）だけでなく、新たな治療が必要となった患者の受け入れ先（前方連携）との連携も必要である。

連携に当たっては、医療機関等相互の信頼関係が求められることから、施設等のスタッフ同士の顔が見える連携を図っていくことが望ましい。

このため、各医療機関等が信頼関係を築きながら、リハビリの質的向上を図っていくためには、診療結果を各医療機関等相互に共有し、問題

点について議論し、継続的な改善を図っていくことが不可欠である。

2) リハビリについて

リハビリの最終的な目標は、可能な限り早期の自宅復帰であり、そのためには、急性期から回復期、そして維持期にかけて連続的なリハビリが提供されることが重要である。

そのためには、急性期から回復期においては、医療の質的評価に基づく連携パスを活用し、退院時のアウトカム（平均在院日数、退院時ADL等）に関し、連携する医療機関相互の診療方針の標準化が図られていることが必要である。

一方で、疾病の発症に伴って、患者のみならず家族も精神面、さらには経済面で大きな不安を抱えている。また、当然のことながら、患者は早く自宅に帰って普通に生活したいと願っている。

このため、リハビリの目標として、単に治療の結果を求めるだけでなく、こうした患者や家族のニーズに応えていくために、次のような視点に沿ってリハビリを提供していくことが求められる。

- ①患者の不安を解消すること
- ②患者の意欲を引き出すこと
- ③在院日数を減らすこと
- ④自宅復帰率を高めること
- ⑤退院後も継続的にフォローすること

また、これらを推進するに当たっては、患者に対して日常生活における留意点に関する情報の提供が必須となる。

6 医療連携に当たっての条件

1) 地域連携ネットワークの構築

医療連携においては、複数の病院があたかもひとつの病院のように相互に連携し、継ぎ目なくリハビリを提供することが必要であり、市立リハビリ病院は各医療機関等のハブ（急性期から維持期へ受け渡すための結節点）として機能しなければならない。

これを実現するためには、少なくとも急性期及び回復期においては、各医療機関における診療方針について基本的な合意がなされていることが必要であり、そのための議論の場やコミュニケーションツールといった、基本的なプラットフォームが必要である。

この基本的なプラットフォームとして連携パスを軸として必要な条件を整理した。

2) 接触窓口の確立等による地域連携機能の強化

医療連携に当たっては、患者の状態を的確に把握し、連携先の医療機関等への必要な情報提供や諸手続きを迅速に進めることが必要である。

また、インフォームドコンセントや自宅復帰に向けた経済的な不安の解消のためには、医療ソーシャルワーカーの果たす役割は大きい。

このため、医療連携に当たっては、以下の観点から急性期及び回復期病院の地域連携機能の強化が求められる。

- ①急性期病院においては、早期に回復期のリハビリを提供できるよう、入院後できる限り早期に、転院の時期や疾患の状態等の患者情報を連携先の回復期病院に伝える必要がある。また、将来に対する不安を解消するための相談やインフォームドコンセントを補完する役割が求められる。
- ②回復期病院においては、長期療養となることから患者や家族からの

様々な相談に対応するほか、維持期のリハビリ関係者との連携を密にし、退院後の適切な介護・医療サービス提供者を常に把握することに努めなければならない。

3) 医療技術の向上と共有

リハビリに関する医療技術や知識の向上のため、関係者が専門医等から必要な教育を受けられる環境が必要である。

そのため、勉強会や共同カンファレンス、あるいは共同診療などを実施し、関係者相互が研鑽するための仕掛けが必要となる。

4) 継続した共同診療の実施

連携パスの非適用疾患については、転院の判断が難しいことから、急性期、回復期の医療スタッフが共同して、予後等の診断を行うことが必要になる。

また、こうした患者については、急性症状が発生した場合に回復期から急性期に救急搬送する必要度が高いため、日ごろからの情報交換を密にするほか、緊急時の連絡体制等を整備することが求められる。

5) 医療機関及び医師等に関する情報の共有

各医療機関等において提供する診療内容等について情報共有することが必要である。

6) 診療情報共有化

医療連携を推進する上で、診療情報を共有するための環境整備も重要である。

連携パスがその役割の一部を果たすことが期待されるが、連携パス非

適用疾患の場合や、維持期施設等への適切な情報提供のための診療情報提供書の基本的なフォーマットを定めておくことが必要である。

将来的な課題としては、オープンカルテなど地域の診療情報を共有化するためのＩＴの活用についても検討が必要である。

また、急性期病院においてはＤＰＣの導入に伴う電子カルテの整備に当たって、将来的な連携データベースの構築を視野に入れることも必要である。

7) 連携パスの導入

リハビリの質を高めつつ、連続的なリハビリを実現するためには、医療機関等相互間で診療情報や診療方針に関する基礎的情報を提供する連携パスの導入が不可欠である。

ただし、重症患者を中心として、連携パスの適用が困難な患者がいるため、連携パスの適用疾患と非適用疾患を明確にすることが必要である。

その上で、連携パス非適用疾患については、連携パスに代わる情報交換の仕組み等が必要である。

7 各医療機関等の役割

継ぎ目のないリハビリを提供する上で、各医療機関が果たすべき役割は、以下のとおりである。

1) 急性期病院

- ①できる限り早く回復期病院に転院させること。
- ②急性期のリハビリ（ベッドサイドリハビリ）を行うこと。また、廃用症候群の発症をできる限り抑制すること。
- ③連携パスを用いて、患者と家族に診療の流れや、早期に予後の告知を行うこと。この際、連携パスを積極的に活用して、患者と家族が十分

に理解できるよう努めること。

- ④早期に患者情報を回復期病院に連絡すること。
- ⑤重症患者については、回復期病院との連絡体制等を構築し、回復期病院に送り出した患者の急性増悪化に対応した適切な受け入れ態勢を整備すること。

2) 回復期病院

- ①A D Lの改善率の向上を図るため、できる限り発症早期から患者を受け入れられるよう、必要な体制を整備すること。特に、合併症を有する患者など、重症度の高い患者を積極的に受け入れるために必要な医師、看護師の確保に努めること。
- ②自宅復帰に向けて、患者の障害に対する受容が進むよう支援すること。また、家族に対しても、精神的な不安の解消を図るよう努めるとともに、患者の予後に応じて、役割分担の必要性など、自宅復帰後の生活を念頭において、家族に対する情報提供に努めること。
- ③退院後も継続的なフォローを行うこと。特に、かかりつけ医との連携を十分に図ること。
- ④急性期病院及び維持期施設等に対する、リハビリ技術や知識の向上に努めること。

3) 維持期施設等

- ①A D Lを低下させないよう、定期的なアセスメントを行うこと。
- ②リハビリ能力が不足する場合は、回復期病院と連携して必要なリハビリサービスを提供すること。
- ③廃用症候群を早期に発見し、患者の身体機能及び能力の維持を図ること。また、A D L低下の予兆が見られる場合には、回復期病院と連携

して、適切に対処すること。

④サービス内容に関する情報提供を積極的に行うこと。

8 連携パスの作成と推進

1) めざすべき3つの観点

連携パスの作成と推進に当たって、めざすべき3つの観点は以下のとおりである。

①連携パスを作成する対象疾患基準を明示すること。

②連携パスは、診療を提供する医療機関ごとに診療アウトカムとその診療行為を明示するなど患者自身も自分の病気を治すために努力するという診療への参加意識を持ちやすくする内容とすること。

③バリエーションを分析するなど連携パスのメンテナンスを行う仕組みをつくること。

2) 連携パスに期待される効果

連携パスによって、患者にとっては、自分の予後と今後の治療計画がわかり、治療に対する意欲を高めることが期待される。

今後の医療は、日常生活圏を単位とした診療ネットワークの構築が重要といわれている。また、急性期病院から回復期の市立リハビリ病院を経て自宅に戻るまでの連携パスを作成することも必要という指摘もあり、連携パスは、船橋市において、急性期病院から市立リハビリ病院への円滑な連携を実現するため、急性期病院からの患者受入れに必要な条件を対外的に明らかにすることにつながるものと考えられる。

また、急性期病院及び回復期の市立リハビリ病院が本ガイドラインに沿って対応することにより、問題発生箇所の特定を容易にし、より質の高い連携を実現することが期待される。

3) 標準事例からの乖離度（バリエーション）

連携パスについては、熊本医療センターの取組事例でも、初めから精度の高いものを作成することは不可能であり、継続的にバリエーションを評価しながら、改善していくとのプロセスが重要であることが明らかである。

このため、急性期及び回復期における診療結果及びバリエーションの分析等を行うことが必要である。

4) 作成の方法

連携パスの作成と推進に当たっては、まず、市立医療センターとの医療連携モデルを確立し、それを基本形として他の急性期病院との連携を推進すべきである。

5) 作成の日程

別紙 1 においては、中期目標が平成 20 年 4 月から適用されることに鑑み、平成 20 年度中に連携パスの運営を開始することとしているが、実際には可能な限り早い段階での運用開始が望ましいことから、平成 19 年度に入ってからすぐに連携パスの作成に向けた検討を開始すべきである。

また、平成 20 年度以降については、他の急性期病院との間においても連携パスの作成に向けた検討を開始するとともに、連携パスの運用を通じてそのバリエーション分析を行い、さらに、「非適用患者」を対象とした連携パスの作成に向けても検討を進めるべきである。

9 連携ガイドラインについて

1) めざすべき3つの観点

以上の活動を推進するための連携ガイドラインを策定した。連携ガイドラインの策定に当たってめざすべき3つの観点は以下のとおりである。

- ①患者中心の医療連携とすること。
- ②連携する施設のそれぞれのスタッフ同士の顔が見える連携とすること。
- ③連携する医療機関相互の診療方針を標準化すること。

2) 連携ガイドラインの対象とする医療機関及び施設

ア) 急性期病院

患者の紹介元となる急性期の医療機関として想定されるものは、おおむね次の3通りである。

- ①船橋市における救急医療機関のうち回復期病棟を有する病院
- ②船橋市における救急医療機関のうち回復期病棟を有しない病院
- ③その他の医療機関

本連携ガイドラインは、市立リハビリ病院との連携の必要性が高い②の医療機関のうち、脳卒中患者の主要な搬送先である船橋市立医療センター（以下「市立医療センター」という。）をモデルとして、連携に当たっての基本的な条件等を整理している。

イ) 維持期施設等

回復期から維持期への連携に当たっては、患者の自立度のほか、家族の状況や地域のリハビリ資源の有無等によって連携先が大きく左右されることから、疾患や重症度等によって連携形態を標準化する

ることは困難である。

このため、市立リハビリ病院において、患者退院時のカンファレンスと日常生活における留意点に関して情報を提供することが重要である。

10 患者及び家族の役割

リハビリテーションにおいては、患者自身の意欲や努力及び家族の支援が極めて重要な要素となる。こうした観点からは、患者及び家族が、以上のようなりハビリテーションにおけるネットワークに関する理解を深め、有効に活用することも重要である。

11 おわりに

この報告書では、市立リハビリ病院をめぐる医療ネットワークに関するグランドデザインを行ったものであり、実践に結びつけるためには、関係者が自ら問題意識を持って、患者中心の医療の提供のために協力、連携しなければならない。

また、平成18年11月21日付船橋市保健・医療・福祉問題懇談会「船橋市における地域リハビリテーション体制の整備について」では、主に維持期施設との連携のあり方について提言がまとめられ、関係機関による連絡協議会の設置等も提案されているところである。今後は、それらの趣旨も十分に反映させた上で、市立リハビリ病院をハブとした急性期、回復期、維持期の連携のネットワークを総合的に構築していくことが望まれる。

（別紙１）診療成果に関する中期目標

診療成果に関する中期目標は次のとおりとする。

①次に定める指標について、それぞれ次に定める値とする。

患者や家族が最も望んでいることは早期の自宅復帰であり、個別の病状等に応じつつも「自宅に」「１日でも早く」復帰できるよう努力すべきであるが、平成２０年度から始まる中期目標期間の終了段階における目標値としては、次のとおり定める。

ア 自宅復帰率

脳血管系	７０％
整形外科系	８０％
廃用症候群	７０％

イ 発症から市立リハビリ病院を退院するまでの日数

脳血管系	１２０日
整形外科系	８０日
廃用症候群	８０日

②連携のためのガイドラインに沿って医療連携を実施すること

当専門部会が定めた連携のためのガイドラインに沿って、連携先となる急性期病院及び維持期施設等との連携を実施すること。市立医療センターとの連携に当たっては、平成２０年度中に、ガイドラインに示したすべての適用疾患について連携パスを作成し、その運用を開始すること。

市立医療センター以外の急性期病院との間については、患者の受入れに当たっての条件等の整備に係る具体的な計画を中期行動計画に盛り込み実行すること。

(別紙 2)

連携のためのガイドライン

平成 19 年 3 月 19 日

診療アウトカムに関する専門部会

目次

1	連携ガイドラインの目的	1
2	市立リハビリ病院の役割・・・ハブ中核機能	1
2.1	急性期病院との連携	1
2.1.1	急性期病院からの受入れに当たっての基本姿勢	1
2.1.2	受入可能な患者の条件	2
2.2	維持期施設等との連携	3
2.3	将来的な課題	3
3	急性期病院の役割	3
3.1	基本的な姿勢	4
3.2	患者情報の提供	4
4	維持期施設等の役割	4
5	連携パス	5
5.1	本ガイドラインにおける位置付け	5
5.2	対象疾患に関する考え方	5
5.3	現段階で想定される対象疾患	6
6	在宅での自立支援のための情報提供	6
6.1	目的	6
6.2	内容	6

1 連携ガイドラインの目的

- 本ガイドラインは、船橋市立リハビリテーション病院（以下「市立リハビリ病院」という。）が本市のリハビリ体制における「ハブ（急性期から維持期へ受け渡すための結節点）」的機能を最大限に発揮し、急性期から維持期にかけての連続的なリハビリを実現するために、他の医療機関等と連携する上での実務上の指針として定めるものである。
- また、本ガイドラインでは、連携を実施するためのツールとして、連携パス及び在宅での自立支援のための情報提供の2つの方法論についても述べており、本ガイドラインに沿った連携を実施することによって、市立リハビリ病院がリハビリのハブ中核機能として、関係する急性期、回復期、維持期それぞれの医療機関等における中心的な役割を果たすことを期待している。
- なお、本ガイドラインは、最低限の事項をまとめたものであり、状況に応じた柔軟な応用や、創意工夫によるアイデアを盛り込み、より適切な連携が実施されることを期待している。

2 市立リハビリ病院の役割・・・ハブ中核機能

2. 1 急性期病院との連携

2.1.1 急性期病院からの受入れに当たっての基本姿勢

- 急性期病院から患者を受け入れるに当たっては、以下に定める事項を基本的な姿勢とすること。
 - ①船橋市内の連携先急性期病院に対し、リハビリに関する啓発を積極的に行うこと。また、その際には、連携を図る上で本ガイドライン中「3 急性期病院の役割」に定める事項を急性期病院側が実施することについて理解を得ること。
 - ②遅くとも発症後 1 ヶ月以内には受け入れることを目標に、意識障害、酸素吸入、気管切開、中心静脈栄養等の患者も積極的に受け入れるよう努力す

ること。

③患者の紹介を受けた急性期病院に対して患者の治療経過等の情報をフィードバックすること。

④船橋市立医療センター（以下「市立医療センター」という。）との連携に当たっては、急性期病院との連携モデルとなるよう積極的に機能面及び人的ネットワークの構築に努めること。また、病院間の信頼関係を構築するため、市立医療センターの医師及び医療ソーシャルワーカー、その他関係職員との間で構成する連絡会議を定期的を開催すること。さらに、連絡会議については他の急性期病院にも参加を呼びかけ、さらなる人的ネットワークの拡大に向けて努力すること。

2.1.2 受入可能な患者の条件

○以下の条件を満たす患者については、原則として受け入れること。

- ・急性期病院でなければ実施できない必要な治療が終了していること。
- ・対象疾患については、次のとおりとすること。

①脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症の発症もしくは手術後1ヶ月以内の患者。

②大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の骨折もしくは手術後1ヶ月以内の患者。

③外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有し、手術後または発症後1ヶ月以内の患者。

④大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靱帯損傷後1ヶ月以内の患者。

⑤その他、前記に準じた状態の患者。

2. 2 維持期施設等との連携

○維持期施設等との連携に当たっては、以下に定める事項を実施すること。

- ・患者退院時に紹介先の維持期施設等とのカンファレンスを実施するほか、患者に対しては日常生活における留意点に関して情報を提供すること。
- ・患者紹介先の維持期施設等から当該患者について廃用症候群を予防するリハビリ提供依頼があった時には、速やかに対応すること。
- ・患者の自宅復帰を想定したケアプランや住宅改修等の内容について、実際に患者が自宅で生活する上で有効に機能しているかどうか評価すること。
- ・船橋市医師会等の協力を得て、紹介先の維持期施設等に関する情報を収集する他、維持期施設等に対する情報提供のあり方について調査、検討すること。

2. 3 将来的な課題

○以下に定める事項については、将来的な課題とし、積極的にその実現に努めること。

- ・患者の重傷度に応じた他の回復期病院との役割分担について検討すること。
- ・維持期施設等において患者のA D Lを簡便に評価するためのアセスメント手法について検討すること。
- ・船橋市保健・医療・福祉問題懇談会の提言「船橋市における地域リハビリテーション体制の整備について」（平成18年11月21日）を参考としつつ、維持期施設等との連携モデルについてさらに検討を進めること。

3 急性期病院の役割

○連携先となる急性期病院については、市立リハビリ病院が「2. 1 急性期病院との連携」に定める事項に沿った医療連携が実施できるよう、以下の事項に留意しつつ、最大限の協力をすることが期待される。また、特に市立医療センターについては、市立リハビリ病院と緊密な連携を保ち、他の病院のモデルとなることが望まれる。

3. 1 基本的な姿勢

- ・急性期リハビリを実施するとともに廃用症候群の発症を抑制すること。
- ・可能な限り連携パスを用いて、患者に早期に予後を告知すること。
- ・連携パスの非適用患者については、適切な転院時期を判断するために市立リハビリ病院との連携体制を構築すること。
- ・可能な限り早期に市立リハビリ病院に転院させること。
- ・市立リハビリ病院の患者の病状急変時には、当該患者を紹介した急性期病院は速やかに患者を受け入れ、必要な治療を行うこと。
- ・紹介した患者に関する退院時の情報提供が市立リハビリ病院からあった場合には、急性期病院側における診療内容に関する評価を行うこと。
- ・市立リハビリ病院が開催する担当医師および医療ソーシャルワーカーで構成される連絡会議に参加すること。
- ・今後、地域連携のためのオープンカルテ等を導入する際は協力すること。

3. 2 患者情報の提供

- ・早期に市立リハビリ病院に紹介することが想定される患者に関する情報を市立リハビリ病院に連絡すること。
- ・中等症の患者については、おおむね4日を目途に予後の判断をし、疾患の状態、転院の時期等の患者情報を市立リハビリ病院に連絡すること。

4 維持期施設等の役割

○連携先となる維持期施設等は、市立リハビリ病院が「2. 2 維持期施設等との連携」に定める事項に沿った連携を進めることができるよう、以下の事項に留意しつつ、最大限の協力をすることが期待される。

- ・患者やサービス利用者が廃用症候群となることを防止するために定期的なアセスメントを行うとともに、ＡＤＬ低下の予兆が見られる場合には、市立リハビリ病院その他の医療機関等とも連携して適切に対処すること。
- ・市立リハビリ病院との協力の下、リハビリの技術や知識の向上を図ること。
- ・市立リハビリ病院が各施設のサービス内容等について情報を収集することに協力すること。

5 連携パス

○中期目標に定める連携パスの作成に当たっては、以下の事項に留意し、実施すること。

5. 1 本ガイドラインにおける位置付け

- ・本ガイドラインでは、連携パスに関する基本的な考え方を示すにとどめる。
具体的な連携パスは、今後、市立医療センターと市立リハビリ病院においてワーキンググループを設け、作成すること。

5. 2 対象疾患に関する考え方

- ・全ての疾患について詳細な連携パスが必要ということではないこと。
- ・疾患によっては、連携パスの適用が困難な場合があり、連携パスの適用疾患と非適用疾患を明確にすることが重要であること。
- ・対象疾患は、大きく脳血管疾患と骨折に分けること。

5. 3 現段階で想定される対象疾患

	適用疾患	非適用疾患
脳血管疾患	・ 中等症の －脳梗塞 －くも膜下出血 －脳出血	・ 重症の －心原性脳梗塞 －くも膜下出血 等 ・ 廃用症候群
骨折	・ 合併症のない －大腿骨頸部骨折	・ 合併症のある －大腿骨頸部骨折 ・ 多発性骨折 ・ 脊髄損傷

6 在宅での自立支援のための情報提供

○本ガイドライン中「2. 2 維持期施設等との連携」に定める情報提供に当たっては、以下の事項に留意し、実施すること。

6. 1 目的

- ・ 退院患者が自宅生活において退院時のA D Lを維持するために必要な注意点等を記載した書面を提供し、当該患者が可能な限り長期間自立して生活できるように支援すること。

6. 2 内容

- ・ 退院時のA D L
- ・ 疾患再発予防について
- ・ 閉じこもりの防止について
- ・ 自宅でできるトレーニング
- ・ 自分でできる機能低下評価
- ・ 困ったときの相談窓口

診療アウトカムに関する専門部会委員名簿

座長	長谷川 敏彦	日本医科大学 医療管理学教室	教授
専門委員	松岡 かおり	社団法人 船橋市医師会	理事
専門委員	小澤 俊	医療センター	院長
専門委員	金 弘	医療センター救命 救急センター	センター長

(敬称略)