

連携パス改訂内容について

岡田 大輔(L), 荒川香穂理(SL), 鉄田直大(SL), 村上裕一, 大田麻美,
江崎千佳, 黒木多美子, 辻田芽以, 島津千秋, 松本恭平, 西村奈美, 高潮征爾, 嶋田雅子
岩崎ユリ(AV), 江良幸子(役員), 原田栄作(顧問), 松澤泰志



地域連携パス部の取り組み

- 地域連携パスの利用率向上のために
 - 連携パスの改訂
 - 運用方法の見直し
 - 熊本メディカルネットワーク（KMN） 利用推進

連携パスの改訂

1. 現在の連携パスの問題点抽出（2024年10月にアンケート実施）

- 44施設（**74.5%**）より回答あり

2. 連携パスの改訂（急性期・維持期GともMTG）

- 項目数増加に伴い、連携パス1枚目を**表・裏の2枚**に変更
- 紙運用とExcel運用に対応した2つの書式への変更
- 選択項目を「あり/なし」などの二者択一の選択方式に変更
- 外来心リハの阻害因子を追加
- 回復期後期に、外来心リハ通院頻度、ドロップアウトの有無、などを追加

連携パスの改訂

2. 連携パスの改訂（急性期・維持期GともMTG）

- 項目数増加に伴い、連携パス1枚目を**表・裏の2枚**に変更
- **紙運用**と**Excel運用**に対応した2つの書式への変更
- 選択項目を「あり/なし」などの二者択一の選択方式に変更
- 外来心リハの障害因子を追加
- 回復期後期に、外来心リハ通院頻度、ドロップアウトの有無、などを追加

改訂後の連携パス（表）紙 ver.

心臓リハビリテーション連携パス										症例識別番号 ()				
氏名:		性別:		生年月日:		年(西暦) 月 日		年齢:		歳 居住地: 市・郡				
基本情報														
バス適応:		回目		入院日:		年 月 日		算定開始日:		年 月 日				
身長:				cm		体重:		kg		かかりつけ医:				
介護保険: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				身体障害者手帳: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし										
※介護保険ありの場合は右も記載→				介護度: <input type="checkbox"/> 要支援: <input type="checkbox"/> 要介護:		サービス内容: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		※サービスありの場合は右も記載→ <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問リハ						
入院前居所: <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 (1週間以上入院している場合)								<input type="checkbox"/> 通所介護						
転帰: 退院 (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設)				転院 (<input type="checkbox"/> 心リハ算定可能施設 <input type="checkbox"/> 心リハ算定困難施設)				<input type="checkbox"/> 死亡						
入院中の心リハドロップアウト: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				※ドロップアウトありの場合は右も記載→ 理由: <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> その他 ()										
担当施設: ()														
算定疾患														
<input type="checkbox"/> 急性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 慢性心不全 <input type="checkbox"/> 開胸術後 <input type="checkbox"/> 経カテーテル大動脈弁置換術後 <input type="checkbox"/> 大動脈疾患 <input type="checkbox"/> 末梢動脈疾患 <input type="checkbox"/> 肺高血圧症														
外来心リハ移行への阻害因子						冠危険因子及びその他の合併症								
●患者・家族側			●環境側			①糖尿病:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
①認知機能低下がある※1:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			②高血圧:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
②週4日以上就労している:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			③脂質異常症:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
③運転(車/バイク)が出来ない:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			④肥満※3:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
④同居家族がない:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			⑤運動習慣:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
⑤送迎等のサポートがない:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			(≒30分/回を≒週2回)			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
⑥心リハ以外で3つ以上の			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			⑥ペースメーカー:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
医療機関通院がある:			①心リハ施行に関する医師の説明がない:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			⑦心房細動:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
⑦透析で定期的に通院している:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			②かかりつけ医で外来心リハが出来ない:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
⑧退院時の身体機能低下あり※2			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			③自施設で外来心リハが出来ない:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
⑨心リハの有用性の理解がない:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			④他施設での外来心リハ提案をしていない			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
⑩継続した心リハの希望がない:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			⑤転院先に心リハがない:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
⑪経済的理由:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			●その他			⑧慢性腎臓病			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
			①心リハ以外での外来リハ実施がある:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			⑨慢性閉塞性肺疾患:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
			②介護保険利用下でのリハ実施がある:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			⑩脳血管疾患:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
			③非監視型運動療法実施の予定がある:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			⑪運動器疾患:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
									⑫喫煙歴 ※4:			<input type="checkbox"/> current <input type="checkbox"/> past <input type="checkbox"/> なし		

※灰色の網掛けの部分は必須入力です!

※1.HDS-R or MMSE: 20点/23点以下 ※2.CFS: clinical frailty scale :9段階で記入 (5-9:該当) ※3.BMI: 25以上 ※4. current: 1ヶ月以内喫煙あり past:1ヶ月以上禁煙している



改訂後の連携パス（表）紙 ver.

心臓リハビリテーション連携パス										症例識別番号 ()	
氏名:	性別:	生年月日:	年(西暦)	月	日	年齢:	歳	居住地:	市・郡		
基本情報											
パス適応:	回目	入院日:	年	月	日	算定開始日:	年	月	日	キーパーソン:	
			身長:	cm	体重:	kg	かかりつけ医:				
介護保険: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			身体障害者手帳: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
<small>※介護保険ありの場合は右も記載→ 介護度: <input type="checkbox"/>要支援 <input type="checkbox"/>要介護 サービス内容: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし ※サービスありの場合には右も記載→ <input type="checkbox"/>通所リハ <input type="checkbox"/>訪問リハ</small>											
入院前住所: <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 (1週間以上入院) 転院: 退院 (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設) 転院 (<input type="checkbox"/> 心リハ)											
入院中の心リハドロップアウト: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <small>※ドロップアウトありの場合は右も記載→</small>											
担当施設: ()											
算定疾患											
<input type="checkbox"/> 急性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 慢性心不全 <input type="checkbox"/> 開胸術											
外来心リハ移行への阻害因子											
●患者・家族側											
①認知機能低下がある※1: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
②週4日以上就労している: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
③運転(車/バイク)が出来ない: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
④同居家族がない: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
⑤送迎等のサポートがない: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
⑥心リハ以外で3つ以上の医療機関通院がある:											
⑦透析で定期的に通院している: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
⑧退院時の身体機能低下あり※2 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
⑨心リハの有用性の理解がない: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
⑩継続した心リハの希望がない: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
⑪経済的理由: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
●その他											
①心リハ以外での外来リハ実施がある: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
②介護保険利用下でのリハ実施がある: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
③非監視型運動療法実施の予定がある: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
④かかりつけ医で外来心リハが出来ない: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
⑤施設で外来心リハが出来ない: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
⑥他施設での外来心リハ提案をしていない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
⑦転院先に心リハがない: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
⑧運動習慣: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
<small>(≧30分/回を≧週2回)</small> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
⑨ペースメーカー: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
⑩心房細動: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
⑪慢性腎臓病: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
⑫慢性閉塞性肺疾患: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
⑬脳血管疾患: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
⑭運動器疾患: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
⑮喫煙歴 ※4: <input type="checkbox"/> current <input type="checkbox"/> past <input type="checkbox"/> なし											

●選択項目を「あり/なし」などの二者択一の選択方式に変更

<例>

・基本情報

介護保険: あり なし

・阻害因子

認知機能低下がある: あり なし

※1.HDS R or MMSE : 20点/23点以下 ※2.CFS : clinical frailty scale 9段階で記入 (5-9該当) ※3.BMI : 25以上 ※4. current:1ヶ月以内喫煙あり past:1ヶ月以上禁煙している



改訂後の連携パス（表） 追加項目（基本情報）

心臓リハビリテーション連携パス										症例識別番号 ()	
氏名:	性別:	生年月日:	年(西暦)	月	日	年齢:	歳	居住地:	市・郡		
基本情報											
パス通応:	回目	入院日:	年	月	日	算定開始日:	年	月	日	キーパーソン:	
			身長:	cm	体重:	kg	かかりつけ医:				
介護保険: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			身体障害者手帳: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
※介護保険ありの場合は右も記載→			介護度: <input type="checkbox"/> 要支援:	<input type="checkbox"/> 要介護:	サービス内容: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			※サービスありの場合は右も記載→ <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護			
入院前居所: <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 (1週間以上入院している場合)											
転帰: 退院 (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設)			転院 (<input type="checkbox"/> 心リハ算定可能施設 <input type="checkbox"/> 心リハ算定困難施設)			<input type="checkbox"/> 死亡					
入院中の心リハドロップアウト: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			※灰色の網掛け								
※ドロップアウトありの場合は右も記載→			理由: <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> その他 ()								
担当施設: ()											
算定疾患											
<input type="checkbox"/> 急性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 慢性心不全 <input type="checkbox"/> 開胸術後 <input type="checkbox"/> 経カテーテ											
介護保険で利用しているサービスの内容: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
※サービスありの場合→ <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護											
外来心リハ移行への阻害因子						冠危険因子及びその他の合併症					
●患者・家族側											
①認知機能低下がある※1: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
②週4日以上禁煙している: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
③運転(車/ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
④同居家族: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
⑤送迎等のサポートがない: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
⑥心リハ以外で3つ以上の医療機関通院がある: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
⑦透析で定期的に通院している: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
⑧退院時の身体機能低下あり※2 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
⑨心リハの有用性の理解がない: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
⑩継続した心リハの希望がない: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
⑪経済的理由: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
●その他											
①心リハ以外での外来リハ実施がある: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
②介護保険利用下でのリハ実施がある: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
③非監視型運動療法実施の予定がある: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
④慢性閉塞性肺疾患: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
⑤脳血管疾患: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
⑥運動器疾患: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											
⑦喫煙歴※4: <input type="checkbox"/> current <input type="checkbox"/> past <input type="checkbox"/> なし											
入院前居所: <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 (1週間以上入院している場合)						転帰: 退院 (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設) 転院 (<input type="checkbox"/> 心リハ算定可能施設 <input type="checkbox"/> 心リハ算定困難施設) <input type="checkbox"/> 死亡					
入院中の心リハのドロップアウト: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						理由: <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> その他 ()					

※1.HDS-R or MMSE: 20点/23点以下 ※2.CFS: clinical frailty scale 9段階で記入 (5-9該当) ※3.BMI: 25以上 ※4.current: 1ヶ月以内喫煙あり past: 1ヶ月以上禁煙している



改訂後の連携パス（表） 追加項目（算定疾患）

心臓リハビリテーション連携パス										症例識別番号 ()	
氏名:	性別:	生年月日:	年(西暦)	月	日	年齢:	歳	居住地:	市・郡		
基本情報											
パス通応:	回目	入院日:	年	月	日	算定開始日:	年	月	日	キーパーソン:	
			身長:	cm	体重:	kg	かかりつけ医:				
介護保険: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			身体障害者手帳: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
※介護保険ありの場合は右も記載→			介護度: <input type="checkbox"/> 要支援:	<input type="checkbox"/> 要介護:	サービス内容: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			※サービスありの場合は右も記載→ <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問リハ			
入院前居所: <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 (1週間以上入院している場合)			<input type="checkbox"/> 通所介護								
転帰: 退院 (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設)			転院 (<input type="checkbox"/> 心リハ算定可能施設 <input type="checkbox"/> 心リハ算定困難施設)			<input type="checkbox"/> 死亡					
入院中の心リハドロップアウト: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			※ドロップアウトありの場合は右も記載→								
			理由: <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> その他 ()			※灰色の網掛けの部分は必須入力です!					
担当施設: ()											
算定疾患											
<input type="checkbox"/> 急性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 慢性心不全 <input type="checkbox"/> 開胸術後 <input type="checkbox"/> 経カテーテル大動脈弁置換術後 <input type="checkbox"/> 大動脈疾患 <input type="checkbox"/> 末梢動脈疾患 <input type="checkbox"/> 肺高血圧症											

外来心リハ移行への阻害因子

<p>●患者・家族側</p> <p>①認知機能低下がある※1: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>②週4日以上就労している: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>③運転(車/バイク)が出来ない: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>④同居家族がない: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>⑤送迎等のサポートがない: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>⑥心リハ以外で3つ以上の医療機関通院がある:</p> <p>⑦透析で定期的に通院している: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>⑧退院時の身体機能低下あり※2 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>⑨心リハの有用性の理解がない: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>⑩継続した心リハの希望がない: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>⑪経済的理由: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p>	<p>●環境側</p> <p>①公共交通機関の利便性が悪い: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>②心リハ施設の距離が遠い: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>●医療側</p> <p>①心リハ施行に関する医師の説明がない: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>②かかりつけ医で外来心リハが出来ない: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>③自施設で外来心リハが出来ない: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>④他施設での外来心リハ提案をしていない <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>⑤転院先に心リハがない: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>●その他</p> <p>①心リハ以外での外来リハ実施がある: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>②介護保険利用下でのリハ実施がある: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>③非監視型運動療法実施の予定がある: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p>	<p>算定疾患に肺高血圧症を追加</p> <p>②高血圧: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>③脈管異常症: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>④肥満※3: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>⑤運動習慣: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>(≧30分/回を≧週2回) <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>⑥ペースメーカー: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>⑦心房細動: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>⑧慢性腎臓病: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>⑨慢性閉塞性肺疾患: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>⑩脳血管疾患: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>⑪運動器疾患: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>⑫喫煙歴 ※4: <input type="checkbox"/>current <input type="checkbox"/>past <input type="checkbox"/>なし</p>
---	--	---

※1.HDS R or MMSE : 20点/23点以下 ※2.CF S : clinical frailty scale 9段階で記入 (5-9該当) ※3.BMI : 25以上 ※4.current:1ヶ月以内喫煙あり past:1ヶ月以上禁煙している



改訂後の連携パス（表） 追加項目（阻害因子）

心臓リハビリテーション連携パス										症例識別番号 ()	
氏名:	性別:	生年月日:	年(西暦)	月	日	年齢:	歳	居住地:	市・郡		
基本情報											
パス適応:	回目	入院日:	年	月	日	算定開始日:	年	月	日	キーパーソン:	
			身長:	cm	体重:	kg	かかりつけ医:				
介護保険: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			身体障害者手帳: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
※介護保険ありの場合は右も記載→			介護度: <input type="checkbox"/> 要支援:	<input type="checkbox"/> 要介護:	サービス内容: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			※サービスありの場合は右も記載→ <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問リハ			
入院前居所: <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 (1週間以上入院している場合)			<input type="checkbox"/> 通所介護								
転帰: 退院 (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設)			転院 (<input type="checkbox"/> 心リハ算定可能施設 <input type="checkbox"/> 心リハ算定困難施設)			<input type="checkbox"/> 死亡					
入院中の心リハドロップアウト: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			※ドロップアウトありの場合は右も記載→								
			理由: <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> その他 ()			※灰色の網掛けの部分は必須入力です!					
担当施設: ()											
算定疾患											
<input type="checkbox"/> 急性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 慢性心不全 <input type="checkbox"/> 開胸術後 <input type="checkbox"/> 経カテーテル大動脈弁置換術後 <input type="checkbox"/> 大動脈疾患 <input type="checkbox"/> 末梢動脈疾患 <input type="checkbox"/> 肺高血圧症											

外来心リハ移行への阻害因子

●患者・家族側		●環境側	
①認知機能低下がある※1:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	①公共交通機関の利便性が悪い:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
②週4日以上就労している:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	②心リハ施設の距離が遠い:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
③運転(車/バイク)が出来ない:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	●医療側	
④同居家族がない:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	①心リハ施行に関する医師の説明がない:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
⑤送迎等のサポートがない:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	②かかりつけ医で外来心リハが出来ない:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
⑥心リハ以外で3つ以上の	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	③自施設で外来心リハが出来ない:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
医療機関通院がある:		④他施設での外来心リハ提案をしていない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
⑦透析で定期的に通院している:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	⑤転院先に心リハがない:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
⑧退院時の身体機能低下あり※2	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	●その他	
⑨心リハの有用性の理解がない:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	①心リハ以外での外来リハ実施がある:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
⑩継続した心リハの希望がない:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	②介護保険利用下でのリハ実施がある:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
⑪経済的理由:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	③非監視型運動療法実施の予定がある:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		⑩脳血管疾患:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		⑪運動器疾患:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		⑫喫煙歴 ※4:	<input type="checkbox"/> current <input type="checkbox"/> past <input type="checkbox"/> なし

- ・透析で定期的に通院している
- ・経済的理由
- ・心リハ施設の距離が遠い
- ・転院先に心リハがない
- ・心リハ以外での外来リハ実施がある
- ・介護保険利用下でのリハ実施がある
- ・非監視型運動療法実施の予定がある

※1.HDS R or MMSE : 20点/23点以下 ※2.CFS : clinical frailty scale 9段階で記入 (5-9該当) ※3.BMI : 25以上 ※4. current:1ヶ月以内喫煙あり past:1ヶ月以上禁煙している



改訂後の連携パス（表） Excel ver.

心臓リハビリテーション連携パス				症例識別番号
氏名	性別	年齢(歳)	生年月日	居住地
<基本情報>				
バス適応(回)	身長(cm)	体重(kg)	身体障害者手帳	
入院日	算定開始日	キーパーソン		
介護保険	※介護保険ありを選択した場合は右も記載 →	サービス内容		
入院前住所	※病院は1週間以上入院している場合			
転帰				
入院中の心リハドロップアウト	ドロップアウトの理由	※その他を選択した場合は右も記載 →		
<担当施設>				※赤色セルは必須入力です！
<算定疾患>				
<外来心リハ移行への阻害因子>				
●患者・家族側	●環境側	●医療側	冠危険因子及びその他の合併症	
①認知機能低下がある ※1	①公共交通機関の利便性が悪い	①心リハ移行に関する医師の説明がない	①糖尿病	
②週4日以上就労している	②心リハ施設の距離が遠い	②かかりつけ医で外来心リハが出来ない	②高血圧	
③運転(車/バイク)が出来ない	●その他	③自施設で外来心リハが出来ない	③脂質異常症	
④同居家族がない	①心リハ以外での外来リハ実施がある	④他施設での外来心リハ提案をしていない	④肥満 ※3	
⑤送迎等のサポートがない	②介護保険利用下でのリハ実施がある	⑤転院先に心リハがない	⑤運動習慣 (≒30分/回を≒週2回)	
⑥心リハ以外で3つ以上 医療機関通院がある	③非監視型運動療法実施の予定がある		⑥ペースメーカー	
⑦透析で定期的に通院している			⑦心房細動	
⑧退院時の身体機能低下がある ※2			⑧慢性腎臓病	
⑨心リハの有用性の理解がない			⑨慢性閉塞性肺疾患	
⑩継続した心リハの希望がない			⑩脳血管疾患	
⑪経済的理由			⑪運動器疾患	
			⑫喫煙歴 ※4	

※1.HDS-R or MMSE : 20点/23点以下、※2.CFS : clinical frailty scale 9段階で記入 (5-9:該当)、※3.BM : 25以上、※4.current:1ヶ月以内喫煙あり past:1ヶ月以上禁煙している なし:喫煙歴がない

改訂後の連携パス（裏） 追加項目（前期回復期）

心臓リハビリテーション連携パス		症例識別番号 ()
前期回復期	後期回復期	維持（生活）期
施設名：① () ② ()	施設名： ()	施設名：
アウトカム	アウトカム	アウトカム
施設① 施設②		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 患者が運動療法の重要性を理解し実践している <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 回復期後期のリハビリ通院先が決まっている <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 患者が疾患教育教材（ノート）を持っている <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 患者が自己管理ノートを持っている <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> パスに運動機能および耐容能評価がされている <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> パスにADLが評価されている <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> パスに認知機能が評価されている <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 栄養指導が実施されている <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 服薬指導が実施されている <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 禁煙指導が実施されている <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 外来リハ継続先が調整されている	<input type="checkbox"/> 運動療法の重要性を理解し実践している <input type="checkbox"/> 疾 <input type="checkbox"/> 自 <input type="checkbox"/> 心 <input type="checkbox"/> 運 <input type="checkbox"/> 耐 <input type="checkbox"/> 心 <input type="checkbox"/> 服 <input type="checkbox"/> 禁 <input type="checkbox"/> 自	<input type="checkbox"/> 運動療法の重要性を理解し実践している
タスク	タスク	
施設① 施設②		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 疾患教育資料（ノート）配付 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 自己管理ノート配付 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 運動機能→握力/SPPB <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 耐容能→CPX/TMT/6MWD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ADLの評価 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 認知機能の評価 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 禁煙指導	<input type="checkbox"/> 疾 <input type="checkbox"/> 自 <input type="checkbox"/> 心 <input type="checkbox"/> 運 <input type="checkbox"/> 耐 <input type="checkbox"/> 心 <input type="checkbox"/> 服 <input type="checkbox"/> 禁 <input type="checkbox"/> 自	
包括的リハの重要性と継続について説明あり(理想は3職種以上) <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> リハスタッフ <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 疾 <input type="checkbox"/> 自 <input type="checkbox"/> 心 <input type="checkbox"/> 運 <input type="checkbox"/> 耐 <input type="checkbox"/> 心 <input type="checkbox"/> 服 <input type="checkbox"/> 禁 <input type="checkbox"/> 自	
※施設①の転帰は表面記載のため省略		
施設②		
転帰を下記より選択 退院 (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設) 転院 (<input type="checkbox"/> 心リハ算定可能施設 <input type="checkbox"/> 心リハ算定困難施設) 心リハ継続： <input type="checkbox"/> 外来心リハ <input type="checkbox"/> 介護保険リハ <input type="checkbox"/> 非監視型運動療法 <input type="checkbox"/> ドロップアウト ドロップアウトの場合、下記より理由を選択 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 経済的負担 <input type="checkbox"/> 時間的制約 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 疾 <input type="checkbox"/> 自 <input type="checkbox"/> 心 <input type="checkbox"/> 運 <input type="checkbox"/> 耐 <input type="checkbox"/> 心 <input type="checkbox"/> 服 <input type="checkbox"/> 禁 <input type="checkbox"/> 自	

前期回復期

・施設名：① () ② ()

<アウトカム>

- ・施設①/施設②のどちらで実施したか選択可能
- ・栄養指導/服薬指導/禁煙指導が実施されている
- ・外来リハ継続先が調整されている

<タスク>

- ・栄養指導/服薬指導/禁煙指導

<転帰>

- ・施設②の転帰
- ・心リハ継続： 外来心リハ 介護保険リハ
非監視型運動療法 ドロップアウト
- ・ドロップアウト理由：
入院 拒否 経済的負担 時間的制約

改訂後の連携パス（裏） 追加項目（後期回復期）

心臓リハビリテーション連携パス		症例識別番号 ()
前期回復期	後期回復期	維持（生活）期
施設名：① () ② ()	施設名： ()	施設名：
アウトカム 施設① 施設② <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 患者が運動療法の重要性を理解し実践している <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 回復期後期のリハビリ通院先が決まっている <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 患者が疾患教育教材（ノート）を持っている <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 患者が自己管理ノートを持っている <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> パスに運動機能および耐容能評価がされている <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> パスにADLが評価されている <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> パスに認知機能が評価されている <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 栄養指導が実施されている <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 服薬指導が実施されている <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 禁煙指導が実施されている <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 外来リハ継続先が調整されている	アウトカム <input type="checkbox"/> 運動療法の重要性を理解し実践している <input type="checkbox"/> リハビリが継続されている <input type="checkbox"/> 疾患教育教材（ノート）を活用している	
タスク 施設① 施設② <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 疾患教育教材（ノート）配付 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 自己管理ノート配付 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 運動機能→握力/SPPB <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 耐容能→CPX/TMT/6MWD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ADLの評価 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 認知機能の評価 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 禁煙指導 包括的リハの重要性と継続について説明あり(理想は3職種以上) <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> リハスタッフ <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> その他 () ※施設①の転帰は表面記載のため省略	タスク <input type="checkbox"/> 疾患教育教材（ノート）配付 <input type="checkbox"/> 自己管理ノート配付 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 運動機能→握力/SPPB <input type="checkbox"/> 耐容能→CPX/TMT/6MWD <input type="checkbox"/> ADLの評価 <input type="checkbox"/> 心不全増悪所見の確認 <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 禁煙指導 包括的リハの重要性と継続について説明あり(理想は3職種以上) <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> リハスタッフ <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 自己管理 (<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支援必要)	<input type="checkbox"/> 運動療法の重要性を理解し実践している <input type="checkbox"/> リハビリが継続されている <input type="checkbox"/> 疾患教育教材（ノート）を活用している
施設② 転帰を下記より選択 退院 (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設) 転院 (<input type="checkbox"/> 心リハ算定可能施設 <input type="checkbox"/> 心リハ算定困難施設) 心リハ継続： <input type="checkbox"/> 外来心リハ <input type="checkbox"/> 介護保険リハ <input type="checkbox"/> 非監視型運動療法 <input type="checkbox"/> ドロップアウト ドロップアウトの場合、下記より理由を選択 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 復職 <input type="checkbox"/> 経済的負担 <input type="checkbox"/> 時間的制約 <input type="checkbox"/> その他	転帰を下記より選択 入院 (<input type="checkbox"/> 心リハ算定可能施設 <input type="checkbox"/> 心リハ算定困難施設) <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 死亡 心リハ継続： <input type="checkbox"/> 介護保険リハ <input type="checkbox"/> 非監視型運動療法 <input type="checkbox"/> ドロップアウト ドロップアウトの場合、下記より理由を選択 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 復職 <input type="checkbox"/> 経済的負担 <input type="checkbox"/> 時間的制約 <input type="checkbox"/> その他	入院 (<input type="checkbox"/> 心リハ算定可能施設 <input type="checkbox"/> 心リハ算定困難施設) <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> パス終了 (通院から1年経過) <input type="checkbox"/> 死亡 心リハ継続： <input type="checkbox"/> 介護保険リハ <input type="checkbox"/> 非監視型運動療法 <input type="checkbox"/> ドロップアウト ドロップアウトの場合、下記より理由を選択 (<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 復職 <input type="checkbox"/> 経済的負担 <input type="checkbox"/> 時間的制約 <input type="checkbox"/> その他)

<アウトカム>
 ・心エコーが評価されている、を削除

<タスク>
 ・心エコー評価、を削除

<転帰>
 ・入院 (心リハ算定可能施設 心リハ算定困難施設)
 施設入所 死亡
 ・心リハ継続： 外来心リハ 介護保険リハ
 非監視型運動療法 ドロップアウト
 ・ドロップアウト理由：
 入院 拒否 経済的負担 時間的制約



改訂後の連携パス（裏） 追加項目（生活期）

前期回復期		後期回復期	維持（生活）期
施設名：①（ ）②（ ）		施設名：（ ）	施設名：
アウトカム 施設① 施設②		アウトカム	アウトカム
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 患者が運動療法の重要性を理解し実践している <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 回復期後期のリハビリ通院先が決まっている <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 患者が疾患教育教材（ノート）を持っている <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 患者が自己管理ノートを持っている <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> パスに運動機能および耐容能評価がされている <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> パスにADLが評価されている <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> パスに認知機能が評価されている <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 栄養指導が実施されている <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 服薬指導が実施されている <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 禁煙指導が実施されている <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 外来リハ継続先が調整されている		<input type="checkbox"/> 運動療法の重要性を理解し実践している <input type="checkbox"/> 維持期（生活期）のリハビリが決まっている <input type="checkbox"/> 疾患教育教材（ノート）を活用している <input type="checkbox"/> 自己管理ノートを活用している <input type="checkbox"/> BNPが評価されている <input type="checkbox"/> 運動機能および耐容能評価がされている <input type="checkbox"/> ADLが評価されている <input type="checkbox"/> 疾患の増悪がない <input type="checkbox"/> 栄養管理が実施されている <input type="checkbox"/> 服薬管理が実施されている <input type="checkbox"/> 禁煙が達成されている <input type="checkbox"/> 自己管理が実施されている	<input type="checkbox"/> 運動療法の重要性を理解し実践している <input type="checkbox"/> リハビリが継続されている <input type="checkbox"/> 疾患教育教材（ノート）を活用している <input type="checkbox"/> 自己管理ノートを活用している <input type="checkbox"/> 運動機能および耐容能評価がされている <input type="checkbox"/> 疾患の増悪がない <input type="checkbox"/> 栄養管理が実施されている <input type="checkbox"/> 服薬管理が実施されている <input type="checkbox"/> 禁煙が達成されている <input type="checkbox"/> 自己管理が実施されている
タスク 施設① 施設②		タスク	タスク
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 疾患教育教材（ノート）配付 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 自己管理ノート配付 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 運動機能→握力/SPPB <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 耐容能→CPX/TMT/6MWD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ADLの評価		<input type="checkbox"/> 疾患教育教材（ノート）配付 <input type="checkbox"/> 自己管理ノート配付 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 運動機能→握力/SPPB <input type="checkbox"/> 耐容能→CPX/TMT/6MWD <input type="checkbox"/> ADLの評価	<input type="checkbox"/> 疾患教育教材（ノート）配付 <input type="checkbox"/> 自己管理ノート配付 <input type="checkbox"/> 運動機能→握力/SPPB <input type="checkbox"/> 耐容能→CPX/TMT/6MWD <input type="checkbox"/> 心不全増悪所見の確認 <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 禁煙指導 包括的リハの重要性と継続について説明あり <input type="checkbox"/> 医師 自己管理（ <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支援必要） 心リハ通院頻度（ 回/週・月）
転帰を下 退院（ <input type="checkbox"/> 心リハ継続 <input type="checkbox"/> ドロップ <input type="checkbox"/> 入院		転帰を下記より選択 <input type="checkbox"/> 入院（ <input type="checkbox"/> 心リハ算定可能施設 <input type="checkbox"/> 心リハ算定困難施設） <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> パス終了（適応から1年経過） <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 心リハ継続： <input type="checkbox"/> 介護保険リハ <input type="checkbox"/> 非監視型運動療法 <input type="checkbox"/> ドロップアウト <input type="checkbox"/> ドロップアウト理由： <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 経済的負担 <input type="checkbox"/> 時間的制約	

< 転帰 >

- 入院（心リハ算定可能施設 心リハ算定困難施設）
施設入所 パス終了(適応から1年経過) 死亡
- 心リハ継続：介護保険リハ
非監視型運動療法 ドロップアウト
- ドロップアウト理由：
入院 拒否 経済的負担 時間的制約



改訂後の連携パス（タスク詳細）

前期回復期（タスク詳細）		リハサマリー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 施設名（ ）		症例識別番号（ ）	
氏名：		生年月日： 年 月 日 年齢： 才		記載タイミング <input type="checkbox"/> 転院前 <input type="checkbox"/> 退院前	
身体所見 (月 日)	動悸 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (いつ?)) 咳嗽 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (いつ?)) 創部発赤 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (部位?))	息切れ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (いつ?)) 浮腫 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (部位?)) (程度?)) 浸出液 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (部位?))			
検査 (月 日)	●血液生化学 (月 日) 添付書類 (<input type="checkbox"/> 同封有 <input type="checkbox"/> 同封無 : 下記記載) (月 日) BNP pg/ml NT-proBNP pg/ml ●心エコー (月 日) 添付書類 (<input type="checkbox"/> 同封有 <input type="checkbox"/> 同封無 : 右記載 LVEF % 心内血栓 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (月 日) ●心電図 (月 日) <input type="checkbox"/> 洞調律 <input type="checkbox"/> 心房細動 その他 () ●ABI (月 日) 右 左				
投薬	●β遮断薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
心リハ	◆握力 <input type="checkbox"/> 未実施 (月 日) 右 kg ◆SPPB <input type="checkbox"/> 未実施 (月 日) 点 (バラ) ◆耐容能 <input type="checkbox"/> 未実施 (月 日) 6MWD ◆CPX <input type="checkbox"/> 未実施 (月 日) 添付書類 (<input type="checkbox"/>) AT ml/kg/min PeakVO VEvsVCO:Slope AT.HR ※CPX以外の基準 <input type="checkbox"/> カルボネン法 (K=) <input type="checkbox"/> 簡易 <input type="checkbox"/> Borg Scale () ◆ADL <input type="checkbox"/> 未実施 (月 日) FIM 点 ◆認知機能 <input type="checkbox"/> 未実施 (月 日) MMSE 点 ◆運動療法 <input type="checkbox"/> ストレッチ <input type="checkbox"/> レジスタンスex <input type="checkbox"/> 歩行 有酸素運動 <input type="checkbox"/> リカベントエルゴメーター <input type="checkbox"/> アップライ ▼エルゴ Watt rpm 分 ▼TM				
患者教育指導	自己管理 <input type="checkbox"/> 実践可 <input type="checkbox"/> 支援必要 (<input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 禁煙)				
備考					

< 身体所見 >
 ・ 部位や程度、いつ起こるか？について明示
< 検査 >
 ・ 心電図のSinus rhythmを「洞調律」へ変更
< 心リハ >
 ・ 未実施、を追加
 ・ CPXの検査項目に単位を追加
 (例) AT **ml/kg/min**

※添付書類を同封する場合、転記は任意 ※書類行き先：自宅退院時は本人、転院は転院先の施設
 ※施設毎に記載する場合、回復期前期は合計2部になります



連携パス運用方法の見直し

3. 連携パス運用方法の問題点

- 連携パス運用そのものが業務負担になっている

4. 連携パス運用方法の改訂

- 外来心リハ症例や心リハ施設への転院症例を除き、記入内容を簡略化する
- 記入内容は、必須入力部分のみ（基本情報や外来心リハ移行への阻害因子）

必須入力項目：灰色の網掛け部分

心臓リハビリテーション連携パス										症例識別番号 ()			
氏名:		性別:		生年月日:		年(西暦) 月 日		年齢:		歳 居住地:		市・郡	
基本情報													
バス適応:		回目		入院日:		年 月 日		算定開始日:		年 月 日		キーパーソン:	
				身長:		cm		体重:		kg		かかりつけ医:	
介護保険: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				身体障害者手帳: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									
※介護保険ありの場合は右も記載→ 介護度: <input type="checkbox"/> 要支援: <input type="checkbox"/> 要介護:				サービス内容: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				※サービスありの場合は右も記載→ <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問リハ					
入院前居所: <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 (1週間以上入院している場合)												<input type="checkbox"/> 通所介護	
転帰: 退院 (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設) 転院 (<input type="checkbox"/> 心リハ算定可能施設 <input type="checkbox"/> 心リハ算定困難施設) <input type="checkbox"/> 死亡													
入院中の心リハドロップアウト: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし													
※ドロップアウトありの場合は右も記載→ 理由: <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> その他 ()													
担当施設: ()													
算定疾患													
<input type="checkbox"/> 急性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 慢性心不全 <input type="checkbox"/> 開胸術後 <input type="checkbox"/> 経カテーテル大動脈弁置換術後 <input type="checkbox"/> 大動脈疾患 <input type="checkbox"/> 末梢動脈疾患 <input type="checkbox"/> 肺高血圧症													
外来心リハ移行への阻害因子						冠危険因子及びその他の合併症							
●患者・家族側			●環境側			①糖尿病:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
①認知機能低下がある ※1: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			①公共交通機関の利便性が悪い: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			②高血圧:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
②週4日以上就労している: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			②心リハ施設の距離が遠い: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			③脂質異常症:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
③運転(車/バイク)が出来ない: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			●医療側			④肥満※3:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
④同居家族がない: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			①心リハ施行に関する医師の説明がない: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			⑤運動習慣:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
⑤送迎等のサポートがない: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			②かかりつけ医で外来心リハが出来ない: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			(≒30分/回を≒週2回)			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
⑥心リハ以外で3つ以上の医療機関通院がある:			③自施設で外来心リハが出来ない: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			⑥ペースメーカー:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
⑦透析で定期的に通院している: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			④他施設での外来心リハ提案をしていない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			⑦心房細動:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
⑧退院時の身体機能低下あり ※2 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			⑤転院先に心リハがない: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			⑧慢性腎臓病			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
⑨心リハの有用性の理解がない: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			●その他			⑨慢性閉塞性肺疾患:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
⑩継続した心リハの希望がない: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			①心リハ以外での外来リハ実施がある: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			⑩脳血管疾患:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
⑪経済的理由: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			②介護保険利用下でのリハ実施がある: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			⑪運動器疾患:			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
			③非監視型運動療法実施の予定がある: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			⑫喫煙歴 ※4:			<input type="checkbox"/> current <input type="checkbox"/> past <input type="checkbox"/> なし				

※灰色の網掛けの部分は必須入力です!

※1.HDS-R or MMSE : 20点/23点以下 ※2.CFS : clinical frailty scale :9段階で記入 (5-9:該当) ※3.BMI : 25以上 ※4. current:1ヶ月以内喫煙あり past:1ヶ月以上禁煙している



