

熊本県心臓リハビリテーション地域連携パス
運用マニュアル

2024年6月作成

【目的】

- (1) 良質な医療を、効率的かつ適正に提供する。
- (2) 急性期、回復期、維持期の医療施設が情報を共有する。
- (3) それぞれの医療施設の役割分担を明確化する。
- (4) 患者に対して診療内容、治療経過、最終ゴールを明確化する。
- (5) パスの記載内容を収集・解析することで現状の問題点を把握し、今後の施策を検討する。

【対象】

- ・心大血管疾患リハビリテーション料で算定する全例

【基本原則】

- ・連携パス/各期別タスクは「紙運用」

- ・連携パスおよび各タスク記載のタイミングは、連携パス/タスクともに転院/自宅退院直前の状態とする。

回復期後期の場合、算定 150 日直前

維持期の場合、150 日以降/月に 13 単位後の心リハ終了直前

- ・入力者については任意とする。

各施設にて検討いただき、記載者の選定をお願い致します。

医師/看護師/リハスタッフ/薬剤師/管理栄養士 等

- ・心大血管疾患リハビリテーション料で算定するリハビリテーション終了時を、地域連携パス終了点とする。

【注意点】

- ・リハ開始となった時点でパス導入する。
- ・時期的区分は、心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドラインに準じる。



【熊本心リハ地域連携パスの構成書類】

① 連携パスオーバービュー

心臓リハビリテーション連携パス				
氏名:	生年月日:	年 月 日	年齢:	才
かかりつけ医:				
基本情報	バス通店 回目 性別	Key person:	身長: cm	体重: kg (/)
入院日:	年 月 日	算定開始日	年 月 日	職業:
フェーズ	急性期	回復期前期	回復期後期	維持期
担当施設	施設名: ()	施設名: ()	施設名: ()	施設名: ()
算定疾患	★ ○患者が運動療法的重要性を理解し実践している ○回復期後期のリハビリ通院先が決まっている ○患者が疾患教育教材(ノート)を持っている ○患者が自己管理ノートを持っている ○バスに運動機能および耐容能評価がされている ○バスにADLが評価されている ○バスに認知機能が評価されている			
冠危険因子 その他 合併症	糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> ※1 運動習慣(≧30分/回を≧週2回) <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> () ペースメーカー <input type="checkbox"/> () 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 運動器疾患 ()			
外 来 移 行 へ の 阻 害 因 子	●患者・家族側 該当 <input type="checkbox"/> 1. 認知機能低下がある※2 <input type="checkbox"/> 2. 週4日以上就労している <input type="checkbox"/> 3. 運転(車/バイク)が出来ない <input type="checkbox"/> 4. 同居家族がない <input type="checkbox"/> 5. 送迎等のサポートがない <input type="checkbox"/> 6. 心リハ以外で3つ医療機関通院がある <input type="checkbox"/> 7. 退院時の身体機能低下がある <input type="checkbox"/> CFS※3 () 8. 心リハの有用性の理解がない <input type="checkbox"/> 9. 継続した心リハの希望がない <input type="checkbox"/> 理由: () ●環境側 該当 <input type="checkbox"/> 公共交通機関の利便性が悪い <input type="checkbox"/> ●医療側 該当 <input type="checkbox"/> ①心リハ施行に関する医師の説明がない <input type="checkbox"/> ②かかりつけ医で外来心リハが出来ない <input type="checkbox"/> ③施設で外来心リハが出来ない <input type="checkbox"/> ④施設での外来心リハ提案をしていない <input type="checkbox"/>			
	アウトカム ●患者・家族側 該当 <input type="checkbox"/> 1. 認知機能低下がある※2 <input type="checkbox"/> 2. 週4日以上就労している <input type="checkbox"/> 3. 運転(車/バイク)が出来ない <input type="checkbox"/> 4. 同居家族がない <input type="checkbox"/> 5. 送迎等のサポートがない <input type="checkbox"/> 6. 心リハ以外で3つ医療機関通院がある <input type="checkbox"/> 7. 退院時の身体機能低下がある <input type="checkbox"/> CFS※3 () 8. 心リハの有用性の理解がない <input type="checkbox"/> 9. 継続した心リハの希望がない <input type="checkbox"/> 理由: () ●環境側 該当 <input type="checkbox"/> 公共交通機関の利便性が悪い <input type="checkbox"/> ●医療側 該当 <input type="checkbox"/> ①心リハ施行に関する医師の説明がない <input type="checkbox"/> ②かかりつけ医で外来心リハが出来ない <input type="checkbox"/> ③施設で外来心リハが出来ない <input type="checkbox"/> ④施設での外来心リハ提案をしていない <input type="checkbox"/>	包括的リハの重要性の説明あり(理想は3職種以上) 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> リハスタッフ <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他 () リハ継続先候補が調整されている <input type="checkbox"/> 疾患教育教材(ノート) 配布 <input type="checkbox"/> 自己管理ノート 配布 <input type="checkbox"/> 運動・耐容能の評価 <input type="checkbox"/> ADLの評価 <input type="checkbox"/> 認知機能の評価 <input type="checkbox"/>	包括的リハの重要性の説明あり(3職種以上) 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> リハスタッフ <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 疾患教育教材(ノート) 配布 <input type="checkbox"/> 自己管理ノート 配布 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 心エコー評価 <input type="checkbox"/> 運動機能一握力/SPPB <input type="checkbox"/> 耐容能-CPX/TMT/GMND <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 <input type="checkbox"/> 自己管理 可 <input type="checkbox"/> 支援必要 <input type="checkbox"/>	リハビリの重要性の説明がある 医師 <input type="checkbox"/> 疾患教育教材(ノート) 配布 <input type="checkbox"/> 自己管理ノート 配布 <input type="checkbox"/> 運動機能一握力/SPPB <input type="checkbox"/> 耐容能-CPX/TMT/GMND <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 <input type="checkbox"/> 自己管理 可 <input type="checkbox"/> 支援必要 <input type="checkbox"/>

※急性心筋梗塞、狭心症、開胸術後、経カテーテル大動脈弁置換術後、慢性心不全、大動脈疾患、末梢動脈疾患にて間欠性跛行を呈する状態から選択
 ※1.BMI: 25以上 ※2.HDS-R or MMSE: 20点/23点以下 ※3.CFS: clinical frailty scale:9段階で記入 (5-9:該当)

② 回復期前期タスク

回復期前期 (タスク詳細)		リハサマリー: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		施設名: ()
氏名:	生年月日:	年 月 日	年齢:	才
身体所見 (/)	動悸: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 () 咳嗽: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 () 創部発赤: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()	息切れ: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 () 浮腫: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 () 浸出液: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()		
検査 (/)	●血液生化学 (/):添付書類 (<input type="checkbox"/> 同封有 <input type="checkbox"/> 同封無 : 下記記載) BNP pg/ml / NT-proBNP pg/ml ●心エコー (/):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 ●心電図 (/) Sinus rhythm <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 その他 () ●ABI (/) 右 / 左			
投薬	●β遮断薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
心リハ	◆握力 (/) 右 kg / 左 kg <input type="checkbox"/> 未実施 ◆SPPB (/) 点 (バランス 点・歩行 点・起立 点) <input type="checkbox"/> 未実施 ◆耐容能 (/) 6MWD m / 3MWD m / <input type="checkbox"/> 未実施 ◆CPX (/):添付書類 (<input type="checkbox"/> 同封有 <input type="checkbox"/> 同封無 : 下記記載) <input type="checkbox"/> 未実施 AT / PeakVO ₂ / PeakWR VEvsVCO ₂ Slope / AT.HR ※CPX以外の基準: <input type="checkbox"/> カルボーネン法 (K=) / <input type="checkbox"/> 簡易法 / <input type="checkbox"/> ボルグ (拍/分、Borg) ◆ADL (/) FIM 点 / BI 点 ◆認知機能 (/) MMSE 点 / HDS-R 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 m / その他 () 有酸素運動: <input type="checkbox"/> リカンベントエルゴメーター / <input type="checkbox"/> アップライトエルゴメーター / <input type="checkbox"/> エスカルゴ / <input type="checkbox"/> トレッドミル™ ▼エルゴ: Watt / rpm / 分 ▼TM: km/h / 傾斜 % / 分 <input type="checkbox"/> 未実施			
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				

※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
 ※記載タイミング: 転院 退院の直前の内容(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。どちらか)

③ 回復期後期タスク

回復期後期 (タスク詳細)		リハサマリー : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		施設名 : ()	
氏名 : _____		生年月日 : 年 月 日		年齢 : 才	
身体所見 (/)	動悸 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()	息切れ : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()	咳嗽 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()	浮腫 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()	創部発赤 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()
検査 (/)	●血液生化学 (/) : 添付書類 (<input type="checkbox"/> 同封有 <input type="checkbox"/> 同封無 : 下記記載) BNP _____ pg/ml ・ NT-proBNP _____ pg/ml ●心エコー (/) : 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 ●心電図 (/) Sinus rhythm <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 その他 () ●ABI (/) 右 _____ / 左 _____				
投薬	●β遮断薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
心リハ	◆握力 (/) 右 _____ kg / 左 _____ kg <input type="checkbox"/> 未実施 ◆SPPB (/) _____ 点 (バランス _____ 点 ・ 歩行 _____ 点 ・ 起立 _____ 点) <input type="checkbox"/> 未実施 ◆耐容能 (/) 6MWD _____ m / 3MWD _____ m / <input type="checkbox"/> 未実施 ◆CPX (/) : 添付書類 (<input type="checkbox"/> 同封有 <input type="checkbox"/> 同封無 : 下記記載) <input type="checkbox"/> 未実施 AT _____ / PeakVO ₂ _____ / PeakWR _____ VEvsVCO ₂ Slope _____ / AT.HR _____ ※CPX以外の基準 : <input type="checkbox"/> カルボーネン法 (K= _____) / <input type="checkbox"/> 簡易法 / <input type="checkbox"/> ボルグ (_____ 拍/分、Borg _____) ◆ADL (/) FIM _____ 点 / BI _____ 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 _____ m / その他 () 有酸素運動 : <input type="checkbox"/> リカンベントエルゴメーター / <input type="checkbox"/> アップライトエルゴメーター / <input type="checkbox"/> エスカルゴ / <input type="checkbox"/> トレッドミル™ ▼エルゴ : _____ Watt / _____ rpm / _____ 分 ▼TM : _____ km/h / 傾斜 _____ % / _____ 分 <input type="checkbox"/> 未実施				
患者教育指導	栄養指導 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / 禁煙指導 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 服薬指導 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / 自己管理 : <input type="checkbox"/> 実践可 <input type="checkbox"/> 支援必要				
備考					

※添付書類を同封する場合も、可能な限り転記 ※書類行き先: 本人へ渡し、利用するスポーツ施設等へ
※記載タイミング: 算定上限日 (150日)、もしくはスポーツ施設等へ移行する直前

④ 維持期タスク

維持期 (タスク詳細)		施設名 : ()	
氏名 : _____		生年月日 : 年 月 日	
年齢 : 才			
身体所見 (/)	動悸 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()	息切れ : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()	咳嗽 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()
	浮腫 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()	創部発赤 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()	浸出液 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()
投薬	●β遮断薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
心リハ	◆握力 (/) 右 _____ kg / 左 _____ kg <input type="checkbox"/> 未実施 ◆SPPB (/) _____ 点 (バランス _____ 点 ・ 歩行 _____ 点 ・ 起立 _____ 点) <input type="checkbox"/> 未実施 ◆耐容能 (/) 6MWD _____ m / 3MWD _____ m / <input type="checkbox"/> 未実施 ◆CPX (/) : 添付書類 (<input type="checkbox"/> 同封有 <input type="checkbox"/> 同封無 : 下記記載) <input type="checkbox"/> 未実施 AT _____ / PeakVO ₂ _____ / PeakWR _____ VEvsVCO ₂ Slope _____ / AT.HR _____ ※CPX以外の基準 : <input type="checkbox"/> カルボーネン法 (K= _____) / <input type="checkbox"/> 簡易法 / <input type="checkbox"/> ボルグ (_____ 拍/分、Borg _____) ◆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 _____ m / その他 () 有酸素運動 : <input type="checkbox"/> リカンベントエルゴメーター / <input type="checkbox"/> アップライトエルゴメーター / <input type="checkbox"/> エスカルゴ / <input type="checkbox"/> トレッドミル™ ▼エルゴ : _____ Watt / _____ rpm / _____ 分 ▼TM : _____ km/h / 傾斜 _____ % / _____ 分 <input type="checkbox"/> 未実施		
患者教育指導	栄養指導 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / 禁煙指導 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 服薬指導 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / 自己管理 : <input type="checkbox"/> 実践可 <input type="checkbox"/> 支援必要		
備考			

※添付書類を同封する場合も、可能な限り転記 ※書類行き先: 各施設で保管。必要時事務局へ提出
※記載タイミング: 3ヶ月に1回 (2回目以降は6ヶ月に1回)

⑤ 患者様用連携パス

心臓リハビリテーション連携パス（患者様用）

氏名【 】 リハビリの対象となる【 】 かかりつけ医【 】		心臓の健康に影響する要因 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喫煙	
入院： / ~	退院後～外来リハビリ： / ~	維持期： / ~	
【施設名： 】	(リハビリ開始より150日以内)	(150日以降～)	
【転院先： 】	【施設名： 】	【施設名： 】	
目標 <input type="checkbox"/> 自身の病気について冊子を用いて理解している <input type="checkbox"/> 自己管理ノートの使用方法を理解している <input type="checkbox"/> 自分に合った運動の方法・目安を知り実際に行う <input type="checkbox"/> 飲んでいる薬について理解している	<input type="checkbox"/> 病状が落ち着いている <input type="checkbox"/> 自身の病気について冊子を用いて理解している <input type="checkbox"/> 自己管理ノートを活用している <input type="checkbox"/> 自分に合った方法・目安で運動をおこなっている <input type="checkbox"/> 禁煙ができています <input type="checkbox"/> 食事の工夫が行われている <input type="checkbox"/> 薬の大きさを理解し飲み忘れがない	<input type="checkbox"/> 病状が落ち着いている <input type="checkbox"/> 自身の病気について冊子を用いて理解している <input type="checkbox"/> 自己管理ノートを活用している <input type="checkbox"/> 自分に合った方法・目安で運動を継続している <input type="checkbox"/> 禁煙を継続できている <input type="checkbox"/> 食事の工夫が行われている <input type="checkbox"/> 薬の大きさを理解し飲み忘れがない	
検査 <input type="checkbox"/> 病気に応じた検査・治療を行います <input type="checkbox"/> 筋力やバランスなど身体の機能評価を行います <input type="checkbox"/> 日常生活でどの程度活動できているか確認を行います <input type="checkbox"/> 身体の機能を上げるための運動を行います	<input type="checkbox"/> 血液などの定期検査を行います <input type="checkbox"/> 筋力やバランスなど身体の機能評価を行います <input type="checkbox"/> 日常生活でどの程度活動できているか確認を行います <input type="checkbox"/> 身体の機能を上げるための運動を行います	<input type="checkbox"/> 身体の機能評価を行います	
説明 <input type="checkbox"/> 医師や看護師など専門職種より包括的リハビリと退院後のリハビリについて説明を受けます <input type="checkbox"/> 禁煙についての説明があります <input type="checkbox"/> 食事についての説明があります <input type="checkbox"/> お薬についての説明があります <input type="checkbox"/> 自己管理ノートの配布・説明があります	<input type="checkbox"/> 医師や看護師など専門職種より包括的リハビリについて説明があります <input type="checkbox"/> 禁煙についての説明があります <input type="checkbox"/> 食事についてアドバイスと見直しがあります <input type="checkbox"/> お薬についての説明があります <input type="checkbox"/> 自己管理ノートの配布・説明があります	<input type="checkbox"/> 医師より包括的リハビリについての説明があります <input type="checkbox"/> 禁煙についての説明があります <input type="checkbox"/> 食事についてアドバイスと見直しがあります <input type="checkbox"/> お薬についての説明があります <input type="checkbox"/> 自己管理ノートの配布・説明があります	

○受診時には自己管理ノートをお持ちください

⑥ 自己管理用紙

自己管理用紙

日付（変更日）	適正体重	予定外受診体重
/	kg	kg
/	kg	kg
/	kg	kg

名前：

熊本県心臓リハビリテーション推進事業

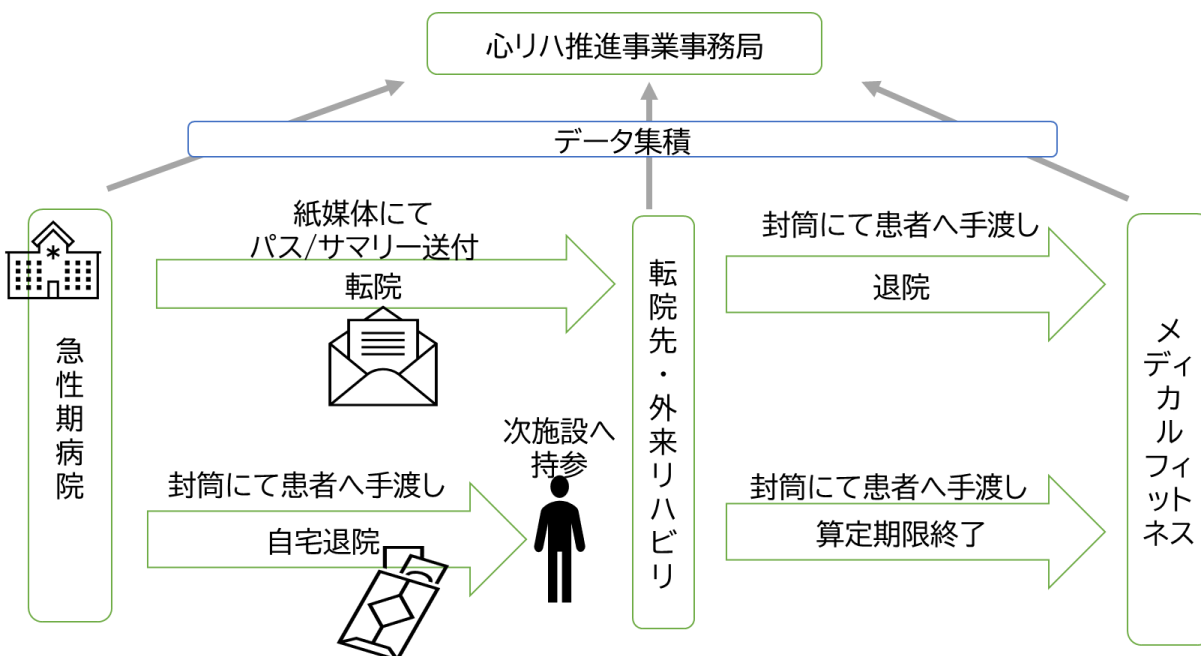
⑦ 項目記載説明書

以下の説明を参考に各フェーズの文書について記入をお願いします
 （フェーズにより項目が異なります。記載されている項目について参考にしてください。）

リハサマリー	リハビリスamarリーの添付の有無をチェック
身体所見 (詳細日)	動作
	息切れ
	咳嗽
	浮腫
	創部発赤
検査 (検査日)	血液生化学
心エコー	
心電図	
投薬	β遮断薬
心リハ	握力
	SPPB
	耐容能
	CPX
	ADL
	認知機能
	運動療法
	エルゴメーター
	トレッドミル
	自己管理
患者教育指導	
備考	

【基本的な書類の流れ】

- ・患者様と連携パス/タスク等の原本は一緒に移動
- ・持参もしくは送付されたパス/タスクに追記
- ・期別終了時に記載されたパスはコピーし、レターパックへ
- ・通し番号記載/氏名/生年月日⇒対応表（Excel）へ記載
- ・一定数集まり次第、事務局へ郵送



【データ集積の方法】

- ・連携パスオーバービューと各期タスクのコピーを、レターパックにて定期的に事務局まで送付する。その際、氏名と生年月日の黒塗りが必要。

全施設での通し番号

氏名、生年月日の黒塗り

No. 24-150

心臓リハビリテーション連携パス									
氏名:		生年月日:		性別:		年齢:		かかりつけ医:	
基本情報	パス対応	回目	性別	Key person		身長	cm	体重	kg (/)
	入院日	年	月	日	算定期間	年	月	日	職業
フェーズ	急性期			回復期前期			回復期後期		
担当施設	施設名: ()	施設名: ()	施設名: ()	施設名: ()	施設名: ()	施設名: ()	施設名: ()	施設名: ()	施設名: ()
確定疾患	*			<input type="checkbox"/> 〇患者が運動療法の重要性を理解し実践している <input type="checkbox"/> 〇回復期後期のリハビリ通院先が決まっている <input type="checkbox"/> 〇患者が疾患教育教材（ノート）を持っている <input type="checkbox"/> 〇患者が自己管理ノートを持っている <input type="checkbox"/> 〇パスに運動機能および耐容能評価がされている			<input type="checkbox"/> 〇運動療法の重要性を理解し実践している <input type="checkbox"/> 〇運動療法の重要性を理解し実践している <input type="checkbox"/> 〇回復期のリハビリが決まっている <input type="checkbox"/> 〇疾患教育教材（ノート）を活用している <input type="checkbox"/> 〇自己管理ノートを活用している <input type="checkbox"/> 〇運動機能および耐容能評価がされている		
冠危険因子	<input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> ※1 運動習慣(≧30分/回を≧2回/週) <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> ()			<input type="checkbox"/> 〇RPPが評価されている <input type="checkbox"/> 〇RPPが評価されている			<input type="checkbox"/> 〇運動療法の重要性を理解し実践している <input type="checkbox"/> 〇リハビリが継続されている <input type="checkbox"/> 〇疾患教育教材（ノート）を活用している <input type="checkbox"/> 〇運動機能および耐容能評価がされている <input type="checkbox"/> 〇疾病の増悪がない <input type="checkbox"/> 〇RPPが評価されている		

・対応表 (Excel) を作成し、入力後、Excel ファイルに鍵をして事務局にメールで返送する。

通し番号	氏名	生年月日
24-150	心リハ太郎	1944年5月12日
24-151	心リハ花子	1952年11月11日

<送付先 熊本県心臓リハビリテーション推進協議会のメールアドレス>

Kumamoto.CAREunited@gmail.com

・ Excel ファイルに鍵をする方法

1. **[ファイル]**、**[情報]** の順に選択します。
2. **[ブックの保護]**、**[パスワードを使用して暗号化]** の順に選択します。
3. **[パスワード]** ボックスにパスワードを入力し、**[OK]** を選択します。
4. **[パスワードの再入力]** ボックスのパスワードを確認し、**[OK]** を選択します。

【運用手順について】

急性期病院 回復期/一般病院

1. 連携パス立ち上げおよび記載
2. 回復期前期タスク実施および記載
3. 患者様用パス説明
4. 転院/自宅退院時に通し番号対応表に記載
5. 連携パス/前期タスク印刷 郵送

※回復期後期へ移行しなければパスは終了。原本は患者様本人が希望すればお渡しする。

※転院の場合でも、心大血管疾患リハビリテーション料算定継続でなければ、サマリーには同封せずパスは終了。(熊本県 59 施設一覧表参照) 介護保険サービス利用の場合も同様。

回復期後期 回復期/一般病院

1. 連携パスの追記 直接外来心リハから開始の場合、連携パス立ち上げおよび記載
2. 回復期後期タスク実施および記載
3. 患者様用パスの追加説明
4. 算定 150 日終了時に通し番号対応表に記載
5. 連携パス/後期タスク印刷 郵送

維持期

1. 連携パスの追記
2. 維持期タスク実施および記載
3. 終了時に通し番号対応表に記載
4. 連携パス/維持期タスク印刷 郵送

【問い合わせ先】

熊本県心臓リハビリテーション推進協議会事務局

Kumamoto.CAREunited@gmail.com

【運用開始日】

2024 年 6 月より運用開始。