切れ目のないサービス提供を目指して

青森脳卒中地域連携パス運用マニュアル

第６．０版

令和５年　８月

青森脳卒中地域連携パス連絡協議会

目次

Ⅰ　青森脳卒中地域連携パスの概要・・・・・・・・・・・２
　１．連携種別・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２
　２．具体的なパスの流れ・・・・・・・・・・・・・・・３

Ⅱ　運用方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４
　１．パスにて使用する専用シート・・・・・・・・・・４
　２．記入手順・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・９
　３．受け渡し手順・・・・・・・・・・・・・・・・・１２
　４．患者説明・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１２
　５．ＰＨＲネットワーク利用における留意事項・・１３

Ⅲ　青森脳卒中地域連携パス連絡協議会・・・・・・・１４

Ⅳ　資料（別紙資料編）
　１．脳卒中地域連携診療計画書
　２．脳卒中地域連携パス専用シート Ver6.0
　３．日常生活機能評価表
　４．脳卒中地域連携パスＰＣ入力手順
　５．リハビリ専門職記入シート（急性期・回復期）の入力の手引き
　６．栄養部分に関する入力の手引き

Ⅰ　青森脳卒中地域連携パスの概要

１．連携種別

青森圏域での脳卒中地域連携パスは、香川県にて行われている地域連携クリティカルパス（香川シームレスケア研究会）を参考に、平成１９年１０月より運用トライアルが開始されました。平成２０年４月より本格運用となり診療報酬の算定が開始され、平成２８年４月の診療報酬改定により算定方法が変更されました。

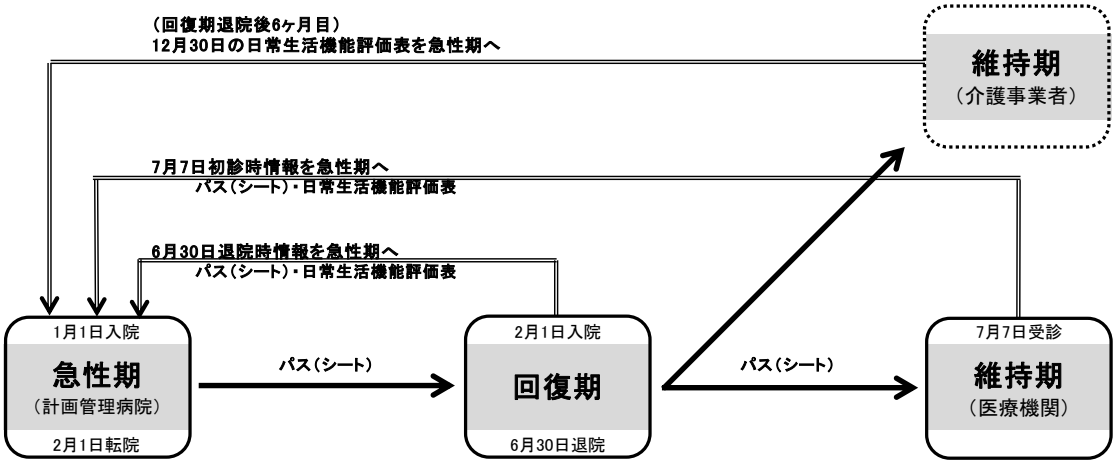
連携種別及び届出に係る項目は以下のとおりとなっております。

<table>
<tr><th></th><th>パスシート</th><th>連携種別</th><th colspan="2">診療報酬　算定項目</th></tr>
<tr><td>1</td><td>診療計画書</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>2</td><td>急性期用</td><td>急性期病院</td><td>東北厚生局へ届出
A246 入退院支援加算１
A246 地域連携診療計画加算</td><td>東北厚生局へ届出
A246 入退院支援加算２
A246 地域連携診療計画加算</td></tr>
<tr><td>3</td><td>回復期用</td><td>回復期医療機関</td><td>東北厚生局へ届出
A246 入退院支援加算１
A246 地域連携診療計画加算</td><td>東北厚生局へ届出
A246 入退院支援加算２
A246 地域連携診療計画加算</td></tr>
<tr><td rowspan="2">4</td><td rowspan="2">維持期用</td><td>維持期医療機関</td><td colspan="2">東北厚生局へ届出
B009　地域連携診療計画加算</td></tr>
<tr><td>介護事業者</td><td colspan="2">診療報酬なし
介護報酬にて医療との連携加算あり</td></tr>
</table>

２．具体的なパスの流れ

急性期病院を起点として、その後回復過程に沿って、回復期医療機関、維持期医療機関、施設・在宅へと移行する際に、患者の情報を切れ目なくスムーズに伝えるために地域連携パスを活用した情報交換を行います。

時系列での例



※介護事業者は回復期退院後6ヶ月目での日常生活機能評価表のフィードバックにご協力をお願いいたします。

Ⅱ　運用方法

１．脳卒中地域連携パスにて使用する専用シート

（１）脳卒中地域連携診療計画書（患者用パス）

脳卒中地域連携診療計画書

氏名	青森　花子　殿	年齢	48	病名		発症日		説明日	

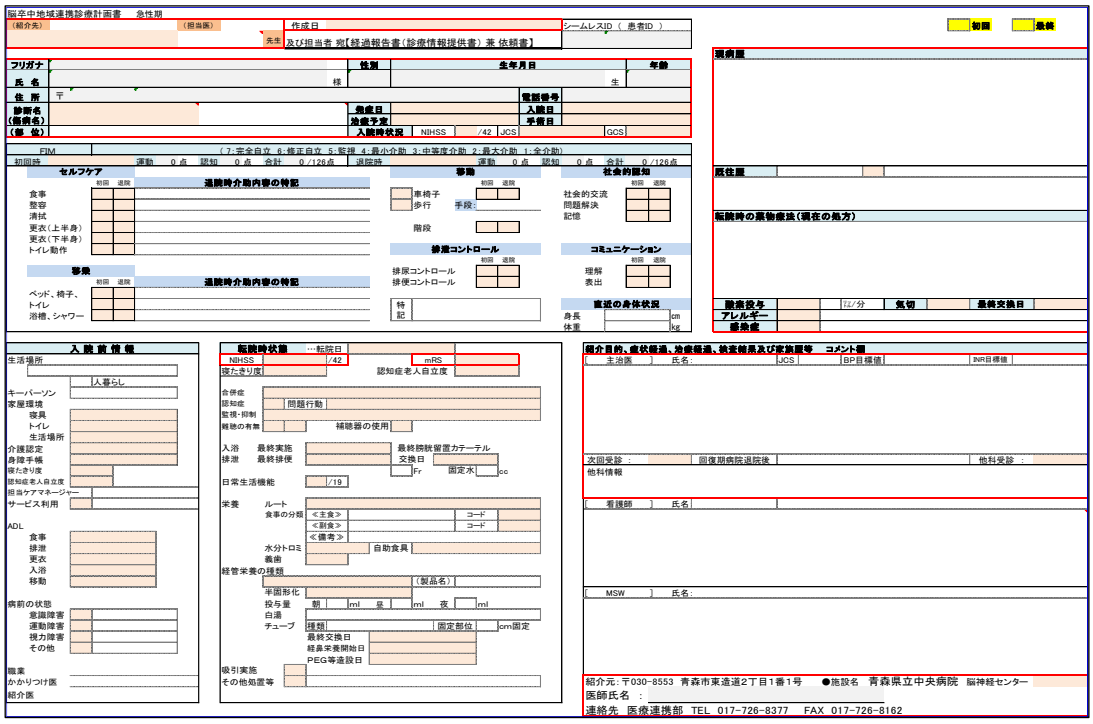
分類	急性期病院	回復期病院	維持期施設
施設名	青森県立中央病院　脳神経センター	連携する医療機関	療養施設・介護施設・かかりつけ医など
期間	発症から5週目まで	転院から6ヶ月後まで	発症から約6ヶ月目以降
看護目標	病状を安定させます	日常生活動作の向上を目指します	再発防止を行います
治療・リハビリテーション	□ 脳の状態を調べます □ 点滴治療を開始します □ 危険因子の評価を行います （タバコ・血圧・糖・脂質・心臓） □ 再発予防の食事・薬を開始します □ リハビリテーションを開始します □ 病状に応じて手術を行います	□ 起き上がりの練習をします □ 移乗動作の練習をします □ 車椅子移動の練習をします □ 歩行練習を行います □ 飲込みの訓練をします □ 日常生活の訓練をします （トイレ・食事・着衣など） □ 脳の高次機能回復を訓練します	複数の医療施設が連携して機能の回復や維持のための治療を実施します □ 再発防止のための診療を行います □ 日常生活動作の維持訓練を行います
退院基準	自宅で生活できる運動能力があり，自宅での訓練方法も理解している	家族の介護により自宅での生活および通院が可能	家族の介護により自宅での生活および通院が可能
転院基準	症状は安定しているが，立位や歩行などに障害があり，回復期病院での訓練の必要性を理解している	継続した医療が必要．あるいは家族による介護が困難	
説明	病状や予後について説明します 治療方針をご承諾いただきます	機能訓練の見通しなどを説明します 治療方針をご承諾いただきます	危険因子の食事・運動を指導します 再発徴候や日常生活動作の維持方法について説明します
その他	自宅復帰時には日常生活が行いやすいように改修などのアドバイスを行います 必要に応じ介護認定・障害者認定などの申請手続きについてお手伝いします		

この診療計画書は、計画の概要等をお知らせするものであり、治療・検査等を決定するものではありません。
病状に応じて変更することがありますのでご了承ください。病名も今後の検査で変更される場合があります。
上記の計画書を運用するにあたり必要な情報は、急性期病院と回復期病院間では、
NOBORIサービス（PHRネットワーク）の地域連携パス機能にて共有します。

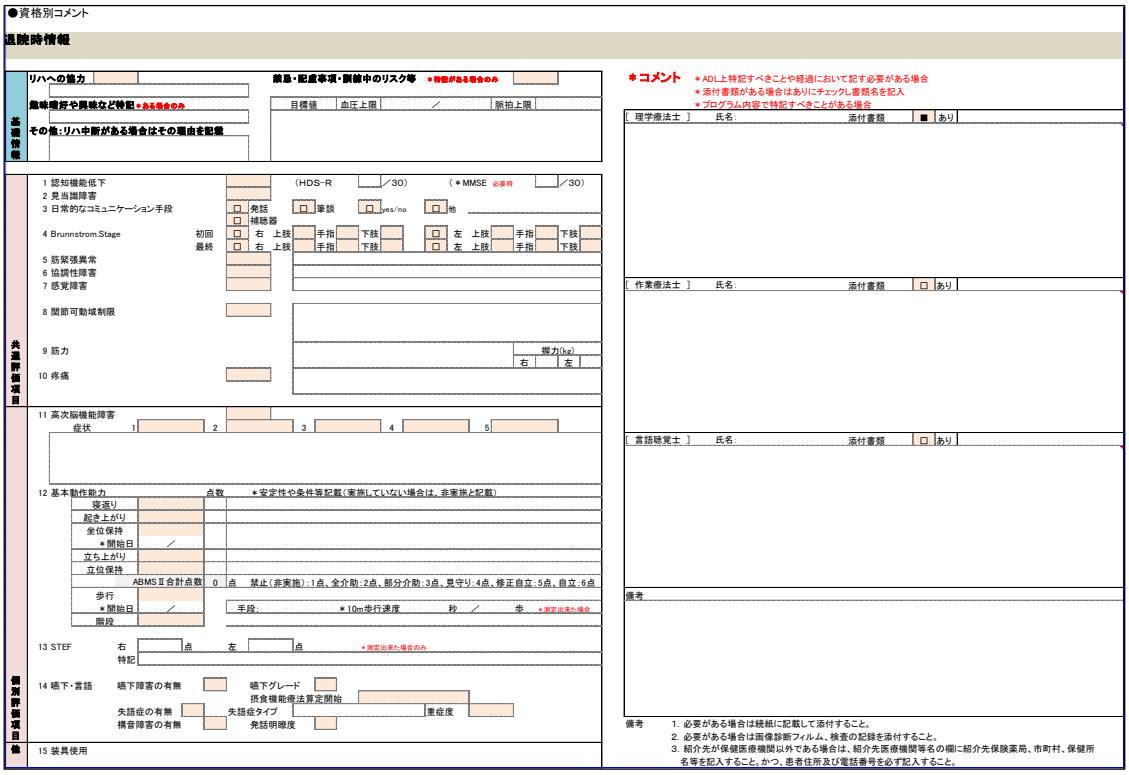
患者（あるいは家族）署名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（２）－１－①　脳卒中地域連携パス　急性期専用シート（医療者用パス）



（２）－１－②　脳卒中地域連携パス（急性期）専用シート（医療者用パス）
リハビリテーション専門職用


●資格別コメント

退院時情報

基礎情報

リハへの協力

趣味嗜好や興味など特記 ＊ある場合のみ

その他：リハ中断がある場合はその理由を記載

緊急・記載事項・訓練中のリスク等 ＊特記がある場合のみ

目標値　血圧上限　／　脈拍上限

共通評価項目

1 認知機能低下　（HDS-R　／30）　（＊MMSE 必要時　／30）

2 見当識障害

3 日常的なコミュニケーション手段　□ 発話　□ 筆談　□ yes/no　□ 他　□ 補聴器

4 Brunnstrom Stage　初回 □ 右 上肢 手指 下肢　□ 左 上肢 手指 下肢　最終 □ 右 上肢 手指 下肢　□ 左 上肢 手指 下肢

5 筋緊張異常

6 協調性障害

7 感覚障害

8 関節可動域制限

9 筋力　握力(kg)　右　左

10 疼痛

個別評価項目

11 高次脳機能障害　症状 1　2　3　4　5

12 基本動作能力　点数　＊安定性や条件等記載（実施していない場合は、非実施と記載）

寝返り

起き上がり

坐位保持　＊開始日　／

立ち上がり

立位保持

ABMS Ⅱ合計点数　0 点　禁止（非実施）：1点、全介助：2点、部分介助：3点、見守り：4点、修正自立：5点、自立：6点

歩行　＊開始日　／　手段：　＊10m歩行速度　秒　／　歩　＊測定出来た場合

階段

13 STEF　右　点　左　点　＊測定出来た場合のみ　特記

14 嚥下・言語　嚥下障害の有無　嚥下グレード　摂食機能療法算定開始

失語症の有無　失語症タイプ　重症度

構音障害の有無　発話明瞭度

他

15 装具使用

＊コメント　＊ADL上特記すべきことや経過において記す必要がある場合　＊添付書類がある場合はありにチェックし書類名を記入　＊プログラム内容で特記すべきことがある場合

［理学療法士］　氏名：　添付書類　■ あり

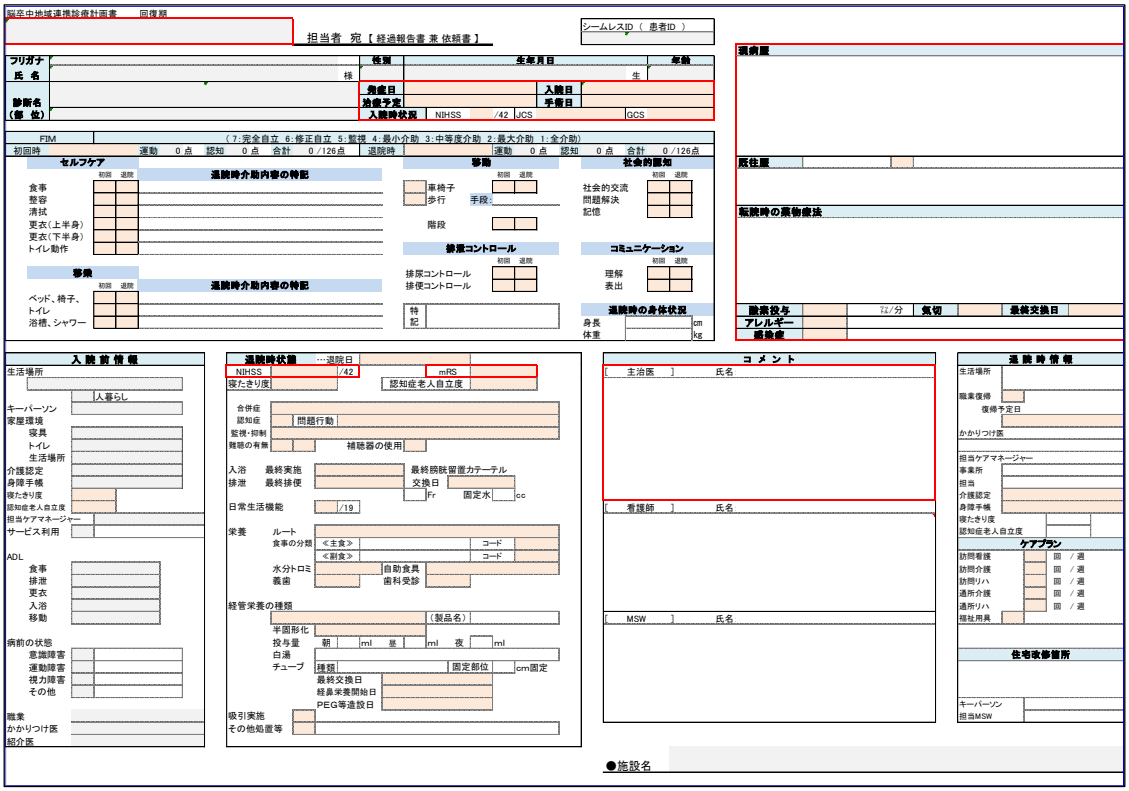
［作業療法士］　氏名：　添付書類　□ あり

［言語聴覚士］　氏名：　添付書類　□ あり

備考

備考　1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断フィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保健医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

（２）－２－①　脳卒中地域連携パス　回復期専用シート（医療者用パス）


脳卒中地域連携診療計画書　回復期

担当者　宛【経過報告書 兼 依頼書】

シームレスID（患者ID）

フリガナ　氏名　様　性別　生年月日　生　年齢

診断名（部位）　発症日　入院日　治療予定　予看日　入院時状況　NIHSS　/42　JCS　GCS

FIM　（7：完全自立　6：修正自立　5：監視　4：最小介助　3：中等度介助　2：最大介助　1：全介助）

初回時　運動　0 点　認知　0 点　合計　0 /126点　退院時　運動　0 点　認知　0 点　合計　0 /126点

セルフケア　初回　退院　退院時介助内容の特記

食事

整容

清拭

更衣（上半身）

更衣（下半身）

トイレ動作

移乗　初回　退院　退院時介助内容の特記

ベッド、椅子、トイレ

浴槽、シャワー

移動　初回　退院

車椅子

歩行　手段：

階段

排尿コントロール

排便コントロール

特記

社会的認知　初回　退院

社会的交流

問題解決

記憶

コミュニケーション　初回　退院

理解

表出

退院時の身体状況　身長　cm　体重　kg

現病歴

既往歴

転院時の薬物療法

服薬投与　アレルギー　感染症　気切　最後交換日

入院前情報

生活場所　人暮らし

キーパーソン

家屋環境　寝具　トイレ　生活場所

介護認定

身障手帳

寝たきり度

認知症老人自立度

担当ケアマネージャー

サービス利用

ADL　食事　排泄　更衣　入浴　移動

病前の状態　意識障害　運動障害　視力障害　その他

職業

かかりつけ医

紹介医

退院時状態　…退院日

NIHSS　/42　mRS

寝たきり度　認知症老人自立度

合併症

認知症　問題行動

監視・抑制

難聴の有無　補聴器の使用

入浴　最終実施　最終排便

排泄　最終排便

最終膀胱留置カテーテル　交換日　Fr　固定水　cc

日常生活機能　/19

栄養　ルート　食事の分類　≪主食≫　コード　≪副食≫　コード

水分トロミ　義歯　自助食具　歯科受診

経管栄養の種類　（製品名）

半固形化

投与量　朝　ml　昼　ml　夜　ml

白湯

チューブ　種類　固定部位　cm固定

最終交換日

経鼻栄養開始日

PEG等造設日

吸引実施

その他処置等

コメント

［主治医］　氏名

［看護師］　氏名

［MSW］　氏名

退院時情報

生活場所

職業復帰

復帰予定日

かかりつけ医

担当ケアマネージャー

事業所

担当

介護認定

身障手帳

寝たきり度

認知症老人自立度

ケアプラン　訪問看護　回 ／週　訪問介護　回 ／週　訪問リハ　回 ／週　通所介護　回 ／週　通所リハ　回 ／週　福祉用具

住宅改修箇所

キーパーソン

担当MSW

●施設名

（２）－２　脳卒中地域連携パス（回復期）専用シート（医療者用パス）
リハビリテーション専門職用

●資格別コメント

退院時情報

基礎情報

リハへの協力

趣味嗜好や異味など特記 ＊ある場合のみ

その他：リハ中断がある場合はその理由を記載

禁忌・配慮事項・制限中のリスク等　＊特徴がある場合のみ

目標値　血圧上限　／　脈拍上限

＊コメント
＊ADL上特記すべきことや経過において記す必要がある場合のみ
＊添付書類がある場合はありにチェックし書類名を記入
＊プログラム内容で特記すべきことがある場合

［ 理学療法士 ］　氏名:　添付書類　□ あり

［ 作業療法士 ］　氏名:　添付書類　□ あり

［ 言語聴覚士 ］　氏名:　添付書類　□ あり

共通評価項目

1 認知機能低下　（HDS-R　／30）　（＊MMSE 必要時　／30）
2 見当識障害
3 日常的なコミュニケーション手段　□ 発話　□ 筆談　□ yes/no　□ 他　□ 補聴器
4 Brunnstrom.Stage　急性期退院時　□ 右　上肢 0　手指 0　下肢 0　□ 左　上肢 0　手指 0　下肢 0
回復期退院時　□ 右　上肢　手指　下肢　□ 左　上肢　手指　下肢
5 筋緊張異常
6 協調性障害
7 感覚障害
8 関節可動域制限
9 筋力　握力(kg)　右　左
10 疼痛

個別評価項目

11 高次脳機能障害
症状　1　2　3　4　5

12 基本動作能力　点数　＊安定性や条件等記載（実施していない場合は、非実施と記載）
寝返り
起き上がり
坐位保持
＊開始日　／
立ち上がり
立位保持
ABMS Ⅱ合計点数　0　点　（禁止（非実施）：1点、全介助：2点、部分介助：3点、見守り：4点、修正自立：5点、自立：6点）
歩行
＊開始日　／　手段:　＊10m歩行速度　秒　／　歩　＊測定出来た場合
階段

13 STEF　右　点　左　点　＊測定出来た場合のみ
特記

14 嚥下・言語　嚥下障害の有無　嚥下グレード
摂食機能療法算定開始
失語症の有無　失語症タイプ　重症度
構音障害の有無　発話明瞭度

他

15 装具使用

（３）－１　脳卒中地域連携パス（維持期）専用シート（医療者用パス）
（維持期医療機関→急性期病院へ）

脳卒中地域連携診療計画書

担当者　宛【 経過報告書 兼 依頼書 】

シームレスID（患者ID）　0

フリガナ / 氏名	様	性	生年月日　生	年齢	現病歴・症状:
診断名		既往歴			転院時受けている薬物療法:
（部位）		治療予定	発症日		アレルギー:
感染症		手術日	入院日		

達成目標	ステップ１（ADL全介助レベル）		ステップ２（ベッド上動作レベル）		ステップ３（車いすレベル）		ステップ４（歩行可能レベル）		ステップ５（応用歩行可能レベル）	
次ステップへの達成度	□ ベッド上臥床		□ 寝返り 介助度:	開始日	□ 車いす移乗 介助度:	開始日	□ 平行棒歩行 介助度:	開始日	□ 階段昇降 介助度:	開始日
	□ ギャッチ座位 介助度:		□ 起き上がり 介助度:	開始日	□ 車いす駆動 介助度:	開始日	□ 歩行器歩行 介助度:	開始日	□ 屋外歩行 介助度:	開始日
	***	***	□ 端坐位 介助度:	開始日	□ 起立～立位 介助度:	開始日	□ 杖歩行 介助度:	開始日	***	***
	発症前 ステップ	***	***	***	***	***	□ 独歩 介助度:	開始日	最終到達 ステップ	***

入院前情報

生活場所:
（　）
人暮らし
キーパーソン
介護認定:（　）
身障手帳:（　）
寝たきり度:　認知症老人自立度:
担当ケアマネージャー:

ADL
食事：
排泄：
更衣：
入浴：
移動：

家屋構造
階段：
手すり：
寝具：
トイレ：
敷物：
職業:
かかりつけ医:
紹介医:

転院時状態（　）…転院日

□ NIHSS	/42		□ Barthel Index	/100	
□ mRS	**		□ FIM	/126	
***	**				
寝たきり度:	ランク（　）	認知症老人自立度:	ランク（　）		
***	**				
合併症：					
麻痺・抑制：					
問題行動：					
認知症：					
栄養投与：					
***	**				
ADL動作：	介助度	コメント			
食事					
入浴		最終実施日:			
排泄	最終排便日:	カテーテル更新日:			
移動					
更衣					
整容					
日常生活機能:	/19				
高次脳機能:					
嚥下障害:		嚥下・NST・PEG 記録:			
言語障害:					
補装具製作:					
その他:					

コメント

［ 主治医 ］（　）

［ 看護師 ］（　）

［ MSW ］（　）

［　］（　）

退院時情報

生活場所:
職業復帰:
復帰予定日
かかりつけ医
担当ケアマネージャー:
介護認定:（　）
身障手帳:（　）
寝たきり度:　認知症老人自立度:
ケアプラン:
訪問看護　回　／週
訪問介護　回　／週
訪問リハ　回　／週
通所介護　回　／週
通所リハ　回　／週
福祉用具:
住宅改修箇所:
キーパーソン:
担当MSW：

施設名

（３）－２　脳卒中地域連携パス（維持期）専用シート（医療者用パス）

リハビリテーション専門職用　（維持期医療機関→急性期病院へ）

資格別コメント		
理学療法士：（氏名）（　　）	作業療法士：（氏名）（　　）	言語聴覚士：（氏名）（　　）

（４）－１　日常生活機能評価表

（維持期医療機関→急性期病院へ）

青森脳卒中地域連携パス連絡協議会
地域連携診療計画加算

青森県立中央病院
医療連携部　行き
FAX番号　017－726－8162

シームレスID番号

当機関が受け入れた患者　　の状況をお知らせします。

医療機関名　　報告者名

日 常 生 活 機 能 評 価 表

患者の状況	初回受診時 年　月　日 得点		
	0点	1点	2点
1. 床上安静の指示	なし	あり	
2. どちらかの手を胸元まで待ち上げられる	できる	できない	
3. 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
4. 起き上がり	できる	できない	
5. 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
6. 移乗	できる	見守り 一部介助が必要	できない
7. 移動方法 （主要なもの1つ）	介助を 要しない移動	介助を要する移動	
8. 口腔清潔	できる	できない	
9. 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
10. 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
11. 他者への意思伝達	できる	できる時と できない時がある	できない
12. 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
13. 危険行為への対応	ない	ある	
合計得点	点		

※初回受診時に、各項目に該当する得点の箇所に○をつけ合計得点を出し記入する。
※得点：0～19点
※得点が低いほど、生活自立度が高い。

青森市民病院
地域医療連携室
FAX番号　017－734－2177

青森脳卒中地域連携パス連絡協議会
地域連携診療計画加算

シームレスID番号

当機関が受け入れた患者　　の状況をお知らせします。

医療機関名　　報告者名

日 常 生 活 機 能 評 価 表

患者の状況	初回受診時 年　月　日 得点		
	0点	1点	2点
1. 床上安静の指示	なし	あり	
2. どちらかの手を胸元まで待ち上げられる	できる	できない	
3. 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
4. 起き上がり	できる	できない	
5. 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
6. 移乗	できる	見守り 一部介助が必要	できない
7. 移動方法 （主要なもの1つ）	介助を 要しない移動	介助を要する移動	
8. 口腔清潔	できる	できない	
9. 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
10. 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
11. 他者への意思伝達	できる	できる時と できない時がある	できない
12. 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
13. 危険行為への対応	ない	ある	
合計得点	点		

※初回受診時に、各項目に該当する得点の箇所に○をつけ合計得点を出し記入する。
※得点：0～19点
※得点が低いほど、生活自立度が高い。

（４）－２　（介護事業者→急性期病院へ）

青森脳卒中地域連携パス連絡協議会
介護事業者フィードバック用

青森県立中央病院
医療連携部　行き
FAX番号　017－726－8162

シームレスID番号

当機関が受け入れた患者　　の状況をお知らせします。

介護事業者名　　報告者名

日 常 生 活 機 能 評 価 表

患者の状況	回復期医療機関退院後　6ケ月目 年　月　日 得点		
	0点	1点	2点
1. 床上安静の指示	なし	あり	
2. どちらかの手を胸元まで待ち上げられる	できる	できない	
3. 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
4. 起き上がり	できる	できない	
5. 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
6. 移乗	できる	見守り 一部介助が必要	できない
7. 移動方法 （主要なもの1つ）	介助を 要しない移動	介助を要する移動	
8. 口腔清潔	できる	できない	
9. 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
10. 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
11. 他者への意思伝達	できる	できる時と できない時がある	できない
12. 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
13. 危険行為への対応	ない	ある	
合計得点	点		

※初回受診時に、各項目に該当する得点の箇所に○をつけ合計得点を出し記入する。
※得点：0～19点
※得点が低いほど、生活自立度が高い。

青森市民病院
地域医療連携室
FAX番号　017－734－2177

青森脳卒中地域連携パス連絡協議会
介護事業者フィードバック用

シームレスID番号

当機関が受け入れた患者　　の状況をお知らせします。

介護事業者名　　報告者名

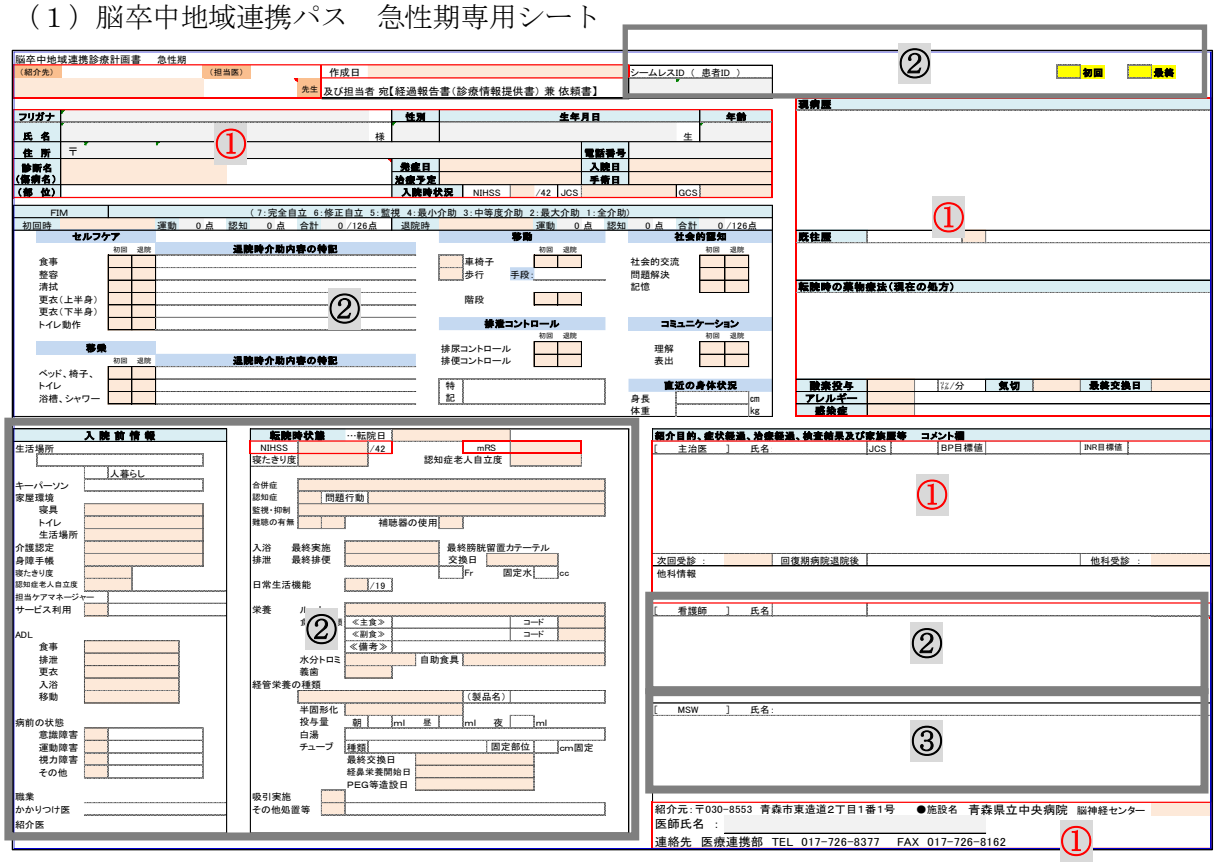
日 常 生 活 機 能 評 価 表

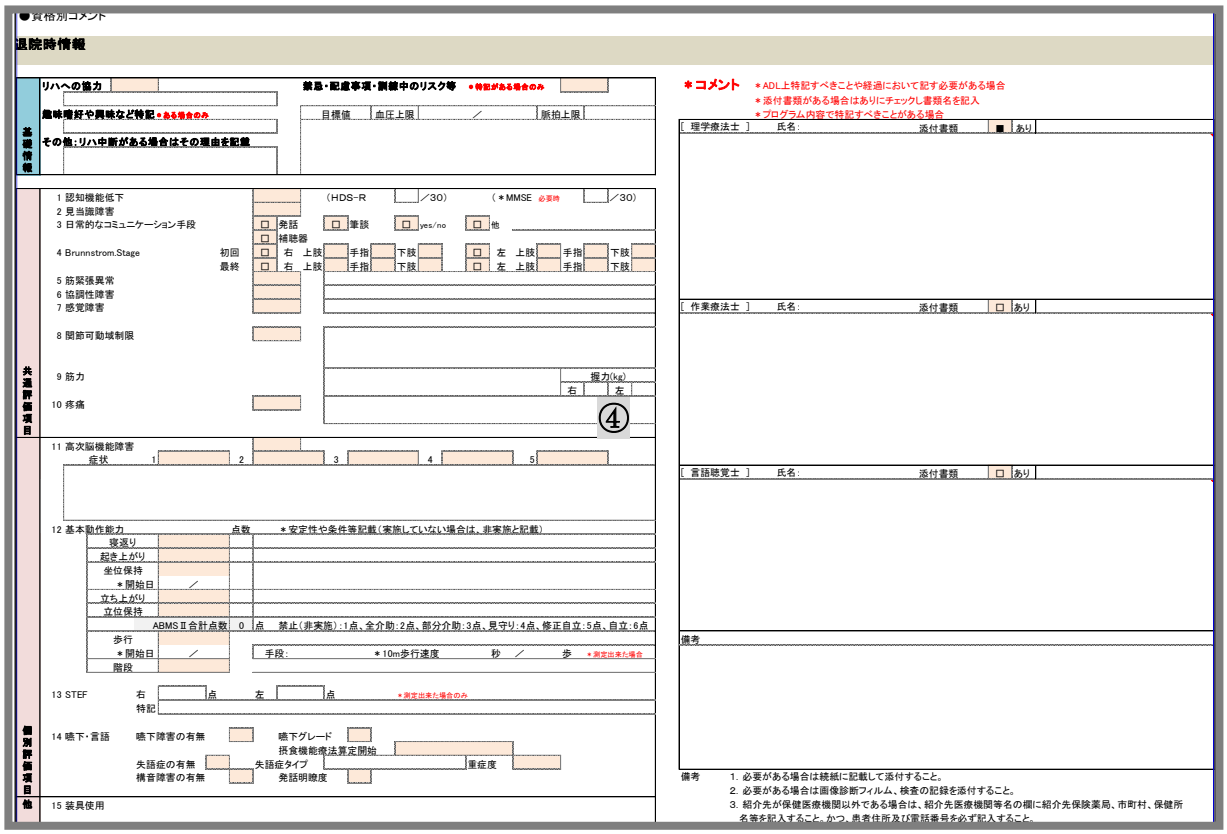
患者の状況	回復期医療機関退院後　6ケ月目 年　月　日 得点		
	0点	1点	2点
1. 床上安静の指示	なし	あり	
2. どちらかの手を胸元まで待ち上げられる	できる	できない	
3. 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
4. 起き上がり	できる	できない	
5. 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
6. 移乗	できる	見守り 一部介助が必要	できない
7. 移動方法 （主要なもの1つ）	介助を 要しない移動	介助を要する移動	
8. 口腔清潔	できる	できない	
9. 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
10. 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
11. 他者への意思伝達	できる	できる時と できない時がある	できない
12. 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
13. 危険行為への対応	ない	ある	
合計得点	点		

※初回受診時に、各項目に該当する得点の箇所に○をつけ合計得点を出し記入する。
※得点：0～19点
※得点が低いほど、生活自立度が高い。

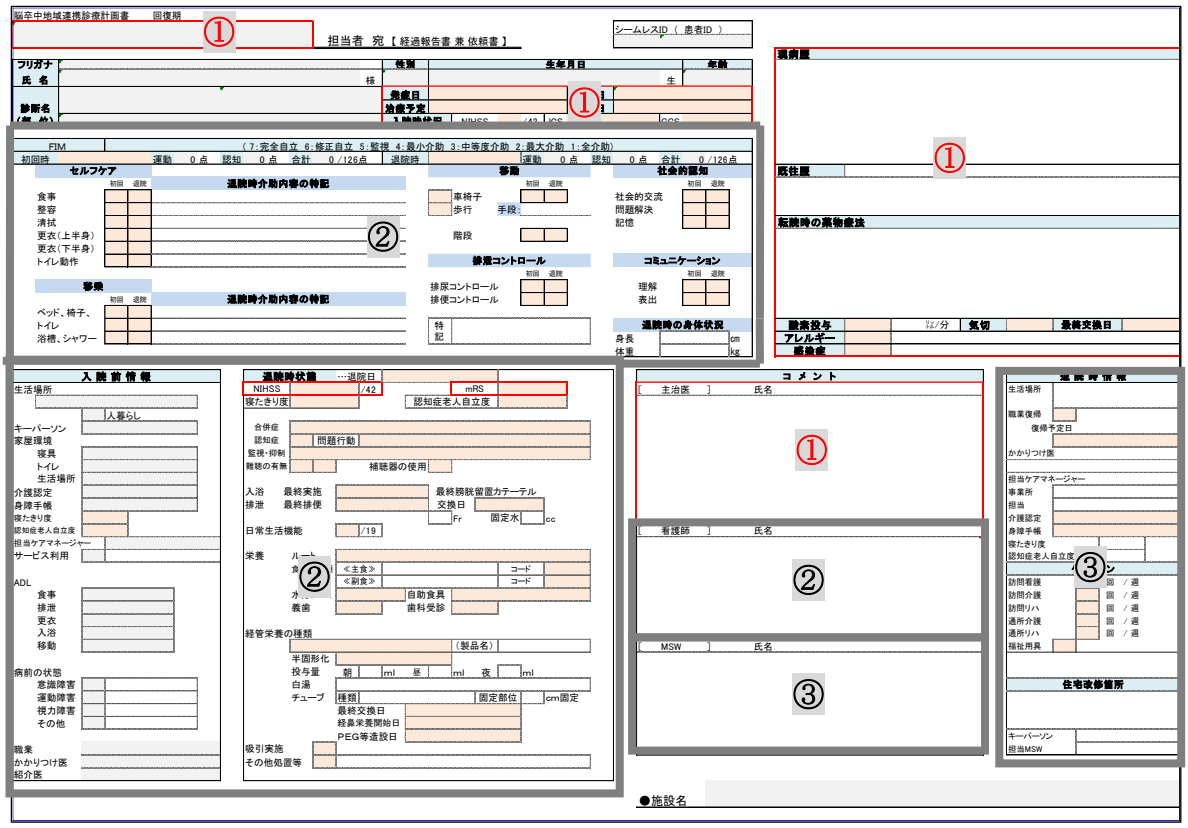
２．記入手順　：　脳卒中地域連携パス専用シート Ver6.0

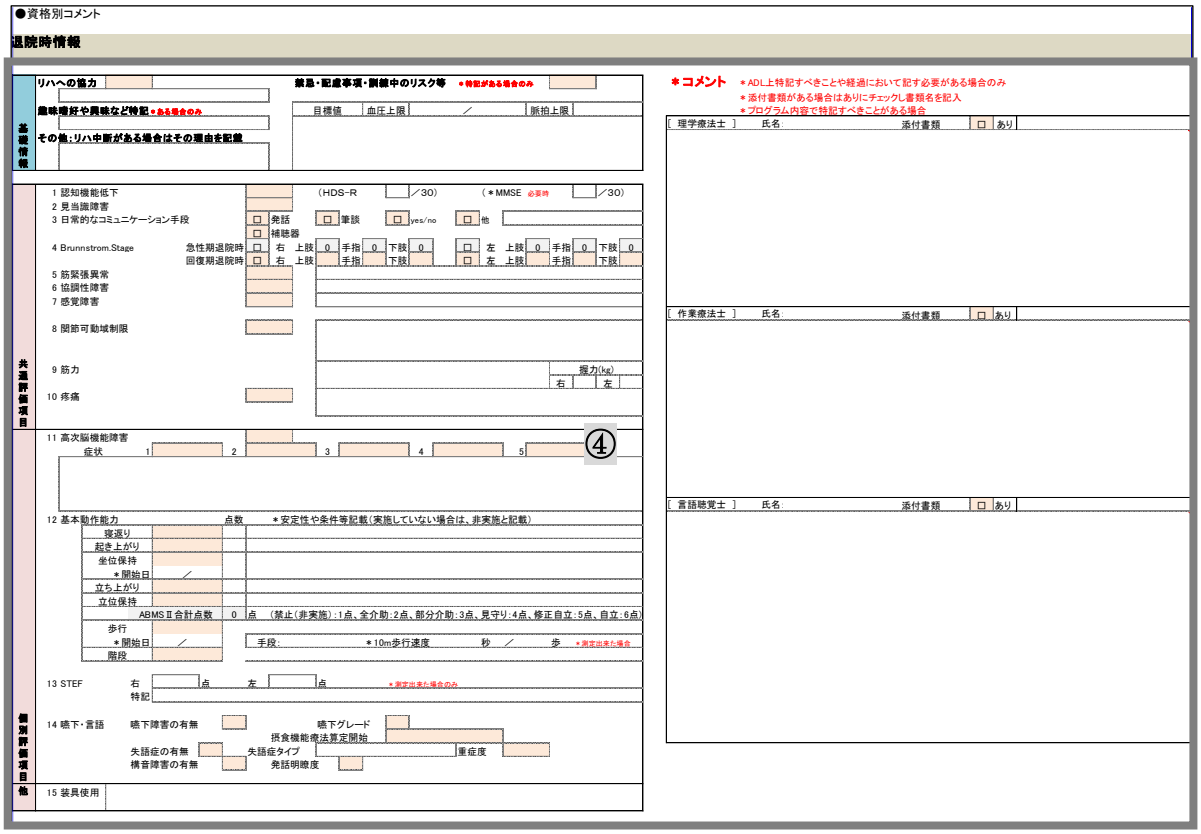
（１）脳卒中地域連携パス　急性期専用シート



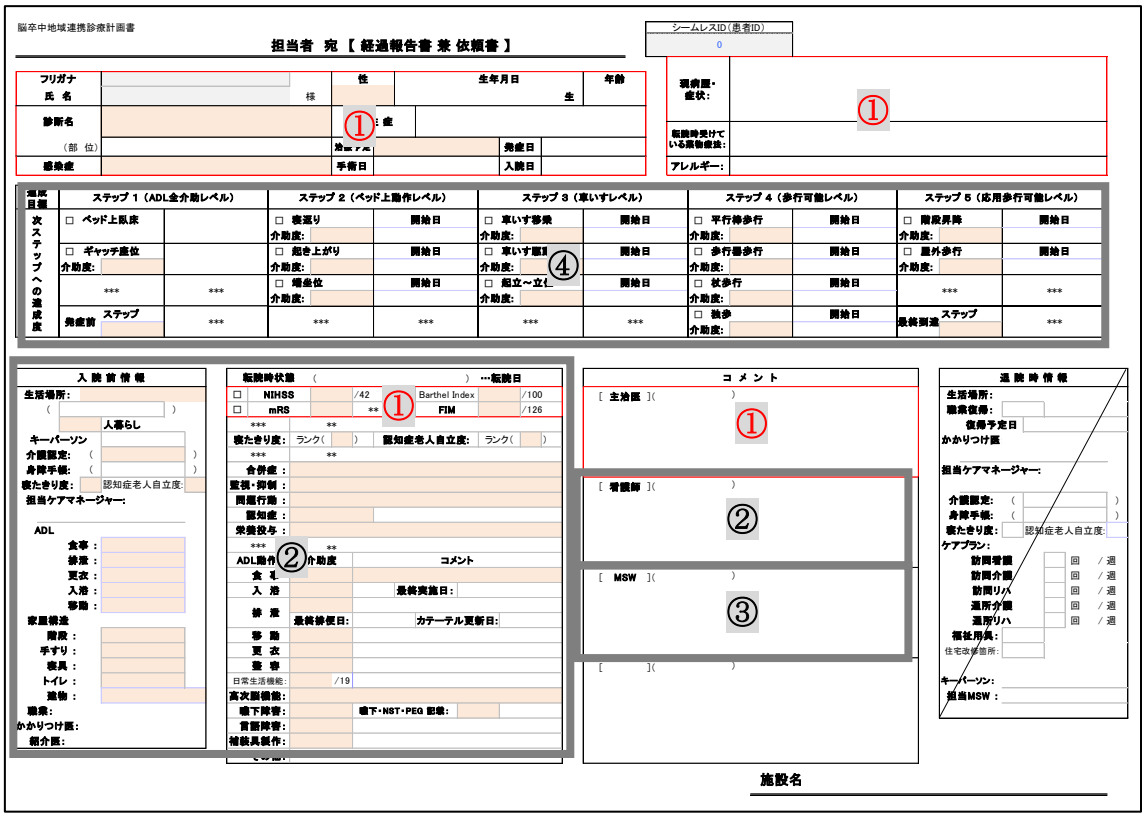


（２）脳卒中地域連携パス　回復期専用シート





（３）脳卒中地域連携パス　維持期専用シート



（１）　①　枠：医師記入欄

（２）　②　枠：看護師記入欄

（３）　③　枠：ＭＳＷ記入欄

（４）　④　枠：リハビリテーション記入欄

※理学療法士、作業療法士、言語聴覚士については、リハビリテーション専門職用シートの記入があります。

※ＰＣ入力方法は、資料編をご参照ください。

３．受け渡し方法

（１）急性期病院　→　回復期医療機関

＊PHR ネットワーク（NOBORI サービス）「地域連携パス機能」で送受信

原則として下記による。

・回復期医療機関は「PHR ネットワーク」での運用

①　急性期病院から回復期医療機関へ患者情報（第一報）を送る。

※急性期専用シート右上の「初回」に✔を付ける。

②　回復期医療機関にて受け入れ日を決めて急性期病院へ返事をする。

③　回復期医療機関の転院前日に患者情報（最終版）を送る。

※急性期専用シート右上の「最終」に✔を付ける。

④　転院となる。

（２）回復期医療機関　→　急性期病院へ

＊PHR ネットワーク（NOBORI サービス）「地域連携パス機能」で送受信

原則として下記による。

・回復期医療機関は「PHR ネットワーク」での運用

①　回復期医療機関退院時の日常生活機能評価表をチェックする。

②　回復期医療機関退院後、急性期病院へ患者情報を送る。

（３）回復期医療機関　→　維持期医療機関へ（患者持参、メール）

①　回復期医療機関にて「維持期→急性期」の連携パス用紙と日常生活機能評価表を用意する。

②　回復期医療機関退院後、維持期医療機関へ連携パスを依頼する。

（４）回復期医療機関　→　介護事業者へ（メール、ＦＡＸ、カンファレンス時）

①　フィードバック用日常生活機能評価表を渡す。

（５）維持期医療機関　→　急性期病院へ（ＦＡＸ、メール、郵送）

①　回復期医療機関を退院した患者が、維持期医療機関を初回受診した時点での医療面のコメントと日常生活機能評価表をチェックする。

②　脳卒中地域連携パス用紙と日常生活機能評価表を急性期病院へ送る。

（６）介護事業者　→　急性期病院へ（ＦＡＸ）

①　回復期医療機関退院後 6 ヶ月目の日常生活機能評価表を急性期へ送る。

４．患者説明

患者・家族への説明は「診療計画書」（患者用パス）を使用します。

患者用パスは、急性期から維持期まで一連の流れとそれぞれの時期の目標・治療・退院基準等について患者及び家族に理解していただくことを目的として作成されていますので、大まかな内容のみが記載されています。

患者説明時の留意点として、今後の治療、リハビリテーションの方針、転院などについて説明し、地域連携パスの使用について了承を得た上で、署名をもらってください。

５．ＰＨＲネットワーク利用における留意事項

（１）利用登録

① ＰＨＲネットワークを活用した脳卒中パスを安全に運用するため、ＰＨＲネットワーク利用届出書を事務局 青森県立中央病院に提出する。

② ＰＨＲネットワーク利用の届出を受け、ＰＳＰ社にて各施設の管理者ユーザーを登録し、クライアント証明書およびパスワードを管理者ユーザーあてに送付する。

③ 管理者ユーザーにて、各施設内の利用者を登録（参照:設定マニュアル）する。

④ 連携パスの次フェーズ移行のための入力作業の最終確認方法については、各施設で取り決めること。

（２）端末の設定（参照:端末設定マニュアル）

① クライアント証明書のインストール

② ＰＨＲネットワークにアクセスするためのショートカットもしくはブックマークの作成

③ エクセルの設定変更

※インターネットからダウンロードしたエクセルファイルのマクロ機能の利用制限を緩和するため

（３）問合せ

ＰＨＲネットワークの端末設定及び連携パス入力操作等に対する照会先

青森県立中央病院　医療連携部　企画グループ

Email：renkei@med.pref.aomori.jp

TEL ：０１７―７２６―８４９３

FAX ：０１７―７５２―９７３３

Ⅲ　青森脳卒中地域連携パス連絡協議会

１．概要

青森圏域では、脳卒中地域連携パスの普及を図ることを目的とし平成１９年５月より「青森圏域脳卒中地域連携パス作成検討委員会」を立ち上げ平成２０年４月より本格運用を開始いたしました。

その後、平成２０年度に２５８件、平成２１年度に２１８件の連携パスを運用してきましたが、さらなる定着・普及を目指し平成２２年１２月１日「青森脳卒中地域連携パス連絡協議会」を設置致しました。

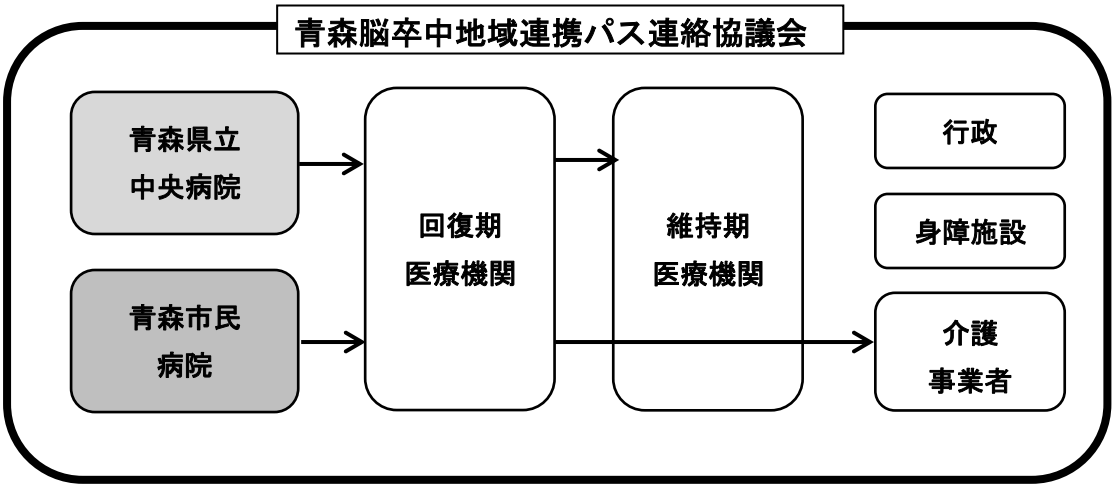
２．世話人施設

以下の施設が世話人として運営方針を検討しています。

急 性 期 病 院：青森県立中央病院、青森市民病院

回復期医療機関：あおもり協立病院、青森慈恵会病院、青森敬仁会病院、芙蓉会村上病院、南内科循環器科医院、青森新都市病院

行　政　機　関：東地方保健所、青森市保健所

３．連絡協議会のイメージ図

急性期病院が２施設あることからルートが２通りとなりますが、医療と介護を包括した調整団体として当連絡協議会を位置付けております。