

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. 1版

令和6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 Ver6.1	
	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。

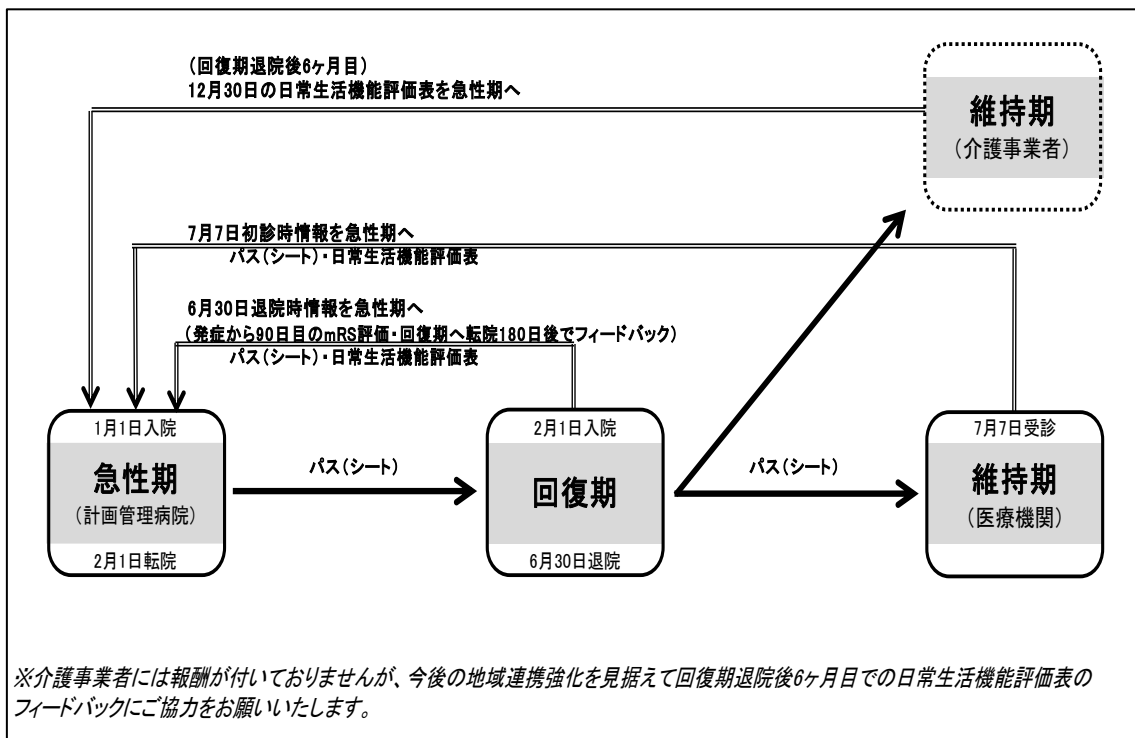
連携種別及び届出に係る項目は以下のとおりとなっております。

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

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



※介護事業者には報酬が付いておりませんが、今後の地域連携強化を見据えて回復期退院後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	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	<input type="checkbox"/> 脳の状態を調べます <input type="checkbox"/> 点滴治療を開始します <input type="checkbox"/> 危険因子の評価を行います (タバコ・血圧・糖・脂質・心臓) <input type="checkbox"/> 再発予防の食事・薬を開始します <input type="checkbox"/> リハビリテーションを開始します <input type="checkbox"/> 病状に応じて手術を行います	<input type="checkbox"/> 起き上がりの練習をします <input type="checkbox"/> 移乗動作の練習をします <input type="checkbox"/> 車椅子移動の練習をします <input type="checkbox"/> 歩行練習を行います <input type="checkbox"/> 飲込みの訓練をします <input type="checkbox"/> 日常生活の訓練をします (トイレ・食事・着衣など) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 再発防止のための診療を行います <input type="checkbox"/> 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	継続した治療が必要、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	機能訓練の見直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)

脳卒中地域連携診療計画書 急性期			
種別	急性期	作成日	
シームレスID (患者ID)		医師	
フリガナ: _____			
氏名	姓 _____ 名 _____	性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>
生年月日	____年 ____月 ____日	年齢	____歳
住所	〒 _____ 市 _____ 区 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号		
診療名 (病名)	____	発症日	____年 ____月 ____日
入院日	____年 ____月 ____日	入院時状態	NHSS /42 JCS _____ GCS _____
加算時: セルフケア 運動 0点 認知 0点 合計 0/128点 選択時: 運動 0点 認知 0点 合計 0/128点 (1.完全自立 2.軽度自立 3.中重度介助 4.重度介助 5.完全介助)			
セルフケア		移動	
食事	経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/>	歩行	歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/>
排泄	経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/>	手袋	手袋 <input type="checkbox"/> 手杖 <input type="checkbox"/>
更衣 (上半身)	経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/>	階段	階段 <input type="checkbox"/>
更衣 (下半身)	経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/>	移動コントロール	移動コントロール <input type="checkbox"/> 排泄コントロール <input type="checkbox"/>
トイレ動作	経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/>	コミュニケーション	理解 <input type="checkbox"/> 表現 <input type="checkbox"/>
ベッド、椅子、トイレ	経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/>	直進の身体状況	身長 _____ cm 体重 _____ kg
浴槽、シャワー	経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/>		
入院前情報: 生活場所 _____ 介護施設 _____ 介護認定 _____ 介護手帳 _____ 認知症老人自立度 _____ サービス利用 _____ ADL: 食事 _____ 排泄 _____ 更衣 _____ 入浴 _____ 移動 _____ 病前の状態: 歩行障害 _____ 運動障害 _____ 視力障害 _____ その他 _____ 職業: _____ かかりつけ医: _____ 紹介医: _____			
転院時情報: NHSS /42 認知症老人自立度 _____ 問題行動 _____ 最終実施 _____ 最終訓練 _____ 最終実施 _____ 最終訓練 _____ 最終実施 _____ 最終訓練 _____ 日常生活機能: ルート _____ 食事の分岐 _____ 水分摂取 _____ 義歯 _____ 経管栄養の種類 _____ (製品名) _____ 服用薬: 投与量 _____ 剤形 _____ 剤 _____ 剤 _____ 剤 _____ チューブ: チューブ _____ 挿入 _____ 固定部位 _____ cm 固定 _____ 最終交換日 _____ 経管栄養開始日 _____ PEG等造設日 _____ 吸引実施 _____ その他処置 _____			
紹介目的、症状経過、治療経過、検査結果及び従来歴等 コメント欄 主治医 () 氏名 _____ JCS _____ BP目標値 _____ NHSS目標 _____ 転院先: _____ 回復期病院転院後 _____ 他科受診: _____ 他科情報 _____ 看護師 () 氏名 _____ MSW () 氏名 _____ 紹介元: 〒030-8553 青森市東通2丁目1番1号 ●施設名 青森県立中央病院 脳神経センター 医師氏名: _____ 連絡先 医療連携部 TEL 017-726-8377 FAX 017-726-8162			

(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	
共通評価項目	リハへの協力 意識 目覚め 痛覚 温度 触觉 言語 発話 聴理解 書字 認知 MMSE 歩行 歩行能力 日常生活 ADL 転倒 転倒リスク	病態・処置事項・病情中のリスク等 特記事項 目覚め 痛覚 温度 触觉 新拍上取	*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明らか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: <input type="checkbox"/> あり (作業療法士) 氏名: _____ 添付書類: <input type="checkbox"/> あり (言語聴覚士) 氏名: _____ 添付書類: <input type="checkbox"/> あり 備考:
	1 認知機能低下 (HDS-R /30) (*MMSE 必要時 /30) 2 覚醒機能障害 3 日常的なコミュニケーション手段 4 Brunstrom Stage 初回 最終 5 筋緊張異常 6 協同性障害 7 感覚障害 8 関節可動域制限 9 筋力 10 疼痛	11 高次脳機能障害 症状 12 基本動作能力 点数 13 STEF 右 左 14 嚥下・言語 15 装具使用	

(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		シームレスID (患者ID)
アリアゲ 氏名: _____ 性別: _____ 生年月日: _____ 年齢: _____ 診断名 (暫定): _____ 入院日: _____ 入退院日: _____ NIHS /42 GCS	担当 寮 [経過報告書 基礎データ] FIM () 完全自立 6. 修正自立 5. 重複 4. 最小介助 3. 中等度介助 2. 最大介助 1. 全介助 初回評価 運動: 0点 認知: 0点 合計: 0/126点 退院時評価 運動: 0点 認知: 0点 合計: 0/126点	発症日から 90日目のmRS 発症日: _____ 90日目 mRS: _____
セルフケア 食事 摂取 消化 更衣(上半身) 更衣(下半身) トイレ動作 入浴 最終実施 排泄 最終排便 日常生活機能 /19 栄養 ルート 水分摂取 薬品 経管栄養の種類 凝固剤 投与量 白濁 チューブの種類 交換日 経管栄養開始日 PEG等造設日 吸引実施 その他設置等	社会的機能 乗換手段 歩行 手杖 社会的交流 問題解決 記憶 排棄コントロール 排尿コントロール 排便コントロール コミュニケーション 理解 発出 通院時の身体状況 身長 cm 体重 kg	回復期へ転換 180日目 転院日: _____ 180日目 180日を超えた理由 <input type="checkbox"/> 状態不良 <input type="checkbox"/> 療養所へ転移 <input type="checkbox"/> 脳卒中再発 <input type="checkbox"/> 他疾患()発症 <input type="checkbox"/> 在宅に向けて調整中 <input type="checkbox"/> 施設待機中 <input type="checkbox"/> 医療的事由で調整困難() <input type="checkbox"/> 社会的事由で調整困難() <input type="checkbox"/> その他()
入居前情報 生活場所 _____ ケアー状況 _____ 介護認定 _____ ADL _____ 病前状態 _____ 職業 _____ かかりつけ医 _____ 紹介状 _____	通院時情報 主治医 () 氏名: _____ 看護師 () 氏名: _____ MSW () 氏名: _____ 生活場所 _____ ケアプラン 訪問看護 日 / 週 訪問介護 日 / 週 訪問リハ 日 / 週 通所介護 日 / 週 通所リハ 日 / 週 福祉用具 _____ 住居改修箇所 キーボード _____ 目録MSW _____	

(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

リハへの協力 難易・配慮事項・訓練中のリスク等 ●特記がある場合のみ

脳神経や聴覚など特記 ●特記がある場合のみ

その他:リハ中有所がある場合はその理由を記載

日目標 血圧目標 脈拍目標

***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 /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

4 Brunstrom 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 0 手指 0 下肢 0 左 上肢 0 手指 0 下肢 0

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

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)

送迎

起き上がり 立位保持 *開始日

立ち上がり 立位保持

歩行 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)
*開始日 手袋 *10m歩行速度 秒 歩 *測定出来た場合

13 STEF 右 点 左 点 *測定出来た場合のみ

14 嚥下・言語 嚥下障害の有無 嚥下グレード 摂食機能検査予定開始 重症度
失語症の有無 失語症タイプ 発話明瞭度

15 器具使用

(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)

フリガナ 氏名 性 生年月日 年齢

診断名 既往歴

経歴 手術日 発症日 入院日

現病歴・症状:

転院を受けている現病歴:

アレルギー:

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	<input type="checkbox"/> ベッド上臥床 <input type="checkbox"/> キャッチ座位	<input type="checkbox"/> 寝返り 介助度: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 起き上がり 介助度: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 車いす専座 介助度: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 車いす移動 介助度: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 平行歩行 介助度: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 歩行歩行 介助度: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 階級昇降 介助度: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 屋外歩行 介助度: <input type="text"/>
達成度	***	***	***	***	***

入院前情報

生活場所:

人暮らし

キーパーソン

介護認定:

身体障害:

認知症:

認知症老人自立度:

担当ケアマネジャー:

ADL

食事:

排泄:

更衣:

入浴:

移動:

家庭経済

贈与:

手すり:

寝具:

トイレ:

備品:

職業:

かかりつけ医:

紹介医:

転院時情報

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()

食事:

排泄:

更衣:

入浴:

移動:

ADL動作: 介助度 コメント

食事

入浴 最終実施日:

排泄

更衣

入浴

移動

最終実施日: カレンダー更新日:

日常生活機能: /19

高次脳機能:

嚥下障害: 嚥下・NST・PEG 記載:

言語障害:

補装具製作:

その他:

コメント

[主治医] ()

[看護] ()

[MSW] ()

[] ()

施設名

転院時情報

生活場所:

職業:

介護認定:

身体障害:

認知症老人自立度:

担当ケアマネジャー:

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:

キーパーソン:

担当MSW:

(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バス連絡協議会
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持ち上げられる	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バス連絡協議会
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持ち上げられる	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バス連絡協議会
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ヶ月目		
	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持ち上げられる	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バス連絡協議会
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ヶ月目		
	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持ち上げられる	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 Ver6.1

(1) 脳卒中地域連携パス 急性期専用シート

脳卒中地域連携診療計画書 急性期		作成日		②	
(紹介先)		(担当医)		シームレスID (患者ID)	
氏名		性別		生年月日	
住所		電話番号		年齢	
診療名 (病名)		入院日		入院時	
(病名)		入院時状況		NHSS /42 JCS	
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)		運動 0点 認知 0点 合計 0/126点		運動 0点 認知 0点 合計 0/126点	
セルフケア		移動		社会的認知	
食事		車椅子		社会的交流	
整容		歩行		問題解決	
清拭		階段		記憶	
更衣(上半身)		階段		記憶	
更衣(下半身)		階段		記憶	
トイレ動作		階段		記憶	
移動		移動コントロール		コミュニケーション	
ベッド、椅子、		排便コントロール		理解	
トイレ		排便コントロール		表出	
浴槽、シャワー		特記		直近の身体状況	
身長		cm		体重	
kg					
生活場所		転院時状況		紹介目的、症状経過、治療経過、検査結果及び家族歴等	
介護認定		NHSS /42		主治医 氏名	
身体機能		認知症老人自立度		BPM目標値	
ADL		認知症老人自立度		PRR目標値	
転院時状況		NHSS /42		①	
転院時状況		NHSS /42		②	
転院時状況		NHSS /42		③	
転院時状況		NHSS /42		④	
転院時状況		NHSS /42		⑤	
転院時状況		NHSS /42		⑥	
転院時状況		NHSS /42		⑦	
転院時状況		NHSS /42		⑧	
転院時状況		NHSS /42		⑨	
転院時状況		NHSS /42		⑩	
転院時状況		NHSS /42		⑪	
転院時状況		NHSS /42		⑫	
転院時状況		NHSS /42		⑬	
転院時状況		NHSS /42		⑭	
転院時状況		NHSS /42		⑮	
転院時状況		NHSS /42		⑯	
転院時状況		NHSS /42		⑰	
転院時状況		NHSS /42		⑱	
転院時状況		NHSS /42		⑲	
転院時状況		NHSS /42		⑳	
転院時状況		NHSS /42		㉑	
転院時状況		NHSS /42		㉒	
転院時状況		NHSS /42		㉓	
転院時状況		NHSS /42		㉔	
転院時状況		NHSS /42		㉕	
転院時状況		NHSS /42		㉖	
転院時状況		NHSS /42		㉗	
転院時状況		NHSS /42		㉘	
転院時状況		NHSS /42		㉙	
転院時状況		NHSS /42		㉚	
転院時状況		NHSS /42		㉛	
転院時状況		NHSS /42		㉜	
転院時状況		NHSS /42		㉝	
転院時状況		NHSS /42		㉞	
転院時状況		NHSS /42		㉟	
転院時状況		NHSS /42		㊱	
転院時状況		NHSS /42		㊲	
転院時状況		NHSS /42		㊳	
転院時状況		NHSS /42		㊴	
転院時状況		NHSS /42		㊵	
転院時状況		NHSS /42		㊶	
転院時状況		NHSS /42		㊷	
転院時状況		NHSS /42		㊸	
転院時状況		NHSS /42		㊹	
転院時状況		NHSS /42		㊺	
転院時状況		NHSS /42		㊻	
転院時状況		NHSS /42		㊼	
転院時状況		NHSS /42		㊽	
転院時状況		NHSS /42		㊾	
転院時状況		NHSS /42		㊿	
転院時状況		NHSS /42		0	
転院時状況		NHSS /42		1	
転院時状況		NHSS /42		2	
転院時状況		NHSS /42		3	
転院時状況		NHSS /42		4	
転院時状況		NHSS /42		5	
転院時状況		NHSS /42		6	
転院時状況		NHSS /42		7	
転院時状況		NHSS /42		8	
転院時状況		NHSS /42		9	
転院時状況		NHSS /42		10	
転院時状況		NHSS /42		11	
転院時状況		NHSS /42		12	
転院時状況		NHSS /42		13	
転院時状況		NHSS /42		14	
転院時状況		NHSS /42		15	
転院時状況		NHSS /42		16	
転院時状況		NHSS /42		17	
転院時状況		NHSS /42		18	
転院時状況		NHSS /42		19	
転院時状況		NHSS /42		20	
転院時状況		NHSS /42		21	
転院時状況		NHSS /42		22	
転院時状況		NHSS /42		23	
転院時状況		NHSS /42		24	
転院時状況		NHSS /42		25	
転院時状況		NHSS /42		26	
転院時状況		NHSS /42		27	
転院時状況		NHSS /42		28	
転院時状況		NHSS /42		29	
転院時状況		NHSS /42		30	
転院時状況		NHSS /42		31	
転院時状況		NHSS /42		32	
転院時状況		NHSS /42		33	
転院時状況		NHSS /42		34	
転院時状況		NHSS /42		35	
転院時状況		NHSS /42		36	
転院時状況		NHSS /42		37	
転院時状況		NHSS /42		38	
転院時状況		NHSS /42		39	
転院時状況		NHSS /42		40	
転院時状況		NHSS /42		41	
転院時状況		NHSS /42		42	
転院時状況		NHSS /42		43	
転院時状況		NHSS /42		44	
転院時状況		NHSS /42		45	
転院時状況		NHSS /42		46	
転院時状況		NHSS /42		47	
転院時状況		NHSS /42		48	
転院時状況		NHSS /42		49	
転院時状況		NHSS /42		50	
転院時状況		NHSS /42		51	
転院時状況		NHSS /42		52	
転院時状況		NHSS /42		53	
転院時状況		NHSS /42		54	
転院時状況		NHSS /42		55	
転院時状況		NHSS /42		56	
転院時状況		NHSS /42		57	
転院時状況		NHSS /42		58	
転院時状況		NHSS /42		59	
転院時状況		NHSS /42		60	
転院時状況		NHSS /42		61	
転院時状況		NHSS /42		62	
転院時状況		NHSS /42		63	
転院時状況		NHSS /42		64	
転院時状況		NHSS /42		65	
転院時状況		NHSS /42		66	
転院時状況		NHSS /42		67	
転院時状況		NHSS /42		68	
転院時状況		NHSS /42		69	
転院時状況		NHSS /42		70	
転院時状況		NHSS /42		71	
転院時状況		NHSS /42		72	
転院時状況		NHSS /42		73	
転院時状況		NHSS /42		74	
転院時状況		NHSS /42		75	
転院時状況		NHSS /42		76	
転院時状況		NHSS /42		77	
転院時状況		NHSS /42		78	
転院時状況		NHSS /42		79	
転院時状況		NHSS /42		80	
転院時状況		NHSS /42		81	
転院時状況		NHSS /42		82	
転院時状況		NHSS /42		83	
転院時状況		NHSS /42		84	
転院時状況		NHSS /42		85	
転院時状況		NHSS /42		86	
転院時状況		NHSS /42		87	
転院時状況		NHSS /42		88	
転院時状況		NHSS /42		89	
転院時状況		NHSS /42		90	
転院時状況		NHSS /42		91	
転院時状況		NHSS /42		92	
転院時状況		NHSS /42		93	
転院時状況		NHSS /42		94	
転院時状況		NHSS /42		95	
転院時状況		NHSS /42		96	
転院時状況		NHSS /42		97	
転院時状況		NHSS /42		98	
転院時状況		NHSS /42		99	
転院時状況		NHSS /42		100	

● 資格別コメント

退院時情報

リハへの協力

職能維持や興味など特記・ある場合はその理由を記載

その他: リハ中断がある場合はその理由を記載

目標値 血圧上限 / 肩拍上限

*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
- 退院時情報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

言語療法士 氏名 添付書類 あり

備考

- 必要がある場合は継続して添付すること。
- 必要がある場合は画像診断フィルム、検査の結果を添付すること。
- 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健薬局、市町村、保健所名等記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

(2) 脳卒中地域連携パス 回復期専用シート

脳卒中地域連携診療計画書 ①		担当者 宛【経過報告書 依頼書】	シームレスID (患者ID)
フリガナ 氏名	性別	生年月日	年齢
診断名 (病位)	発症日	入院日	手術日
	治療予定	入院時状況	NHSS /42 JCS GCS

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	食事 整理 清拭 更衣(上半身) 更衣(下半身) トイレ動作	移動	車椅子 歩行 階段
排泄	便器 排泄	排泄コントロール	排便コントロール 排便コントロール
入浴	入浴 洗髪 洗足 入浴 移動	コミュニケーション	理解 表出
ADL	食事 排泄 更衣 入浴 移動	通院時の身体状況	身長 体重

生活場所	人暮らし
キーパーソン	
家庭環境	
介護認定	
身体機能	
認知症/自立度	
担当ケアマネジャー	
サービス利用	

通院時情報	NHSS /42 mRS
認知症/自立度	
問題行動	
入浴 最終実施 最終排泄 最終排尿	
日常生活機能	/19
栄養	
水分/口ミ	
義歯	
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	
吸引実施	
その他処置等	

主治医	氏名
看護師	氏名
MT	氏名
PT	氏名

生活場所	
職業復帰	
復帰予定日	
かかりつけ医	
担当ケアマネジャー	
事業所	
担当	
介護認定	
身体機能	
認知症/自立度	
認知症老人自立度	
訪問看護	日/週
訪問介護	日/週
訪問リハ	日/週
通所介護	日/週
通所リハ	日/週
福祉用具	

転院日	
180日目	
180日を超える理由	
<input type="checkbox"/> 状態不良	
<input type="checkbox"/> 疫学病種へ転換	
<input type="checkbox"/> 脳②	
<input type="checkbox"/> 他疾患()発症	
<input type="checkbox"/> 在宅に向けて調整中	
<input type="checkbox"/> 施設待機中	
<input type="checkbox"/> 医療的事由で調整困難()	
<input type="checkbox"/> 社会的理由で調整困難()	
<input type="checkbox"/> その他()	

●資格別コメント

●施設名

リハへの協力	職員・配慮事項・訓練中のリスク等	*コメント
職員連携や異職種など特記	目標値 血圧上限 / 脈拍上限	*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
その他:リハ中絶がある場合はその理由を記載		*退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

1 認知機能低下 (HDS-R /30) (*MMSE の適用 /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 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/>
4 Brunnstrom Stage	急性期退院時 回復期退院時
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	
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(変換してない場合は、非変換と記載)
13 STEP	右 / 左 点 *測定出来た場合のみ
14 嚥下・言語	嚥下障害の有無 嚥下グレード 摂食機能療法開始日 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
15 器具使用	

理学療法士	氏名	添付書類	<input type="checkbox"/> あり
作業療法士	氏名	添付書類	<input type="checkbox"/> あり
言語聴覚士	氏名	添付書類	<input type="checkbox"/> あり

(3) 脳卒中地域連携パス 維持期専用シート

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	姓	生年月日	年齢	現病歴・ 症状: 発症時受けて いる薬物療法: アレルギー:
診断名	①: 産	発症日	入院日	
診療能	手術日	退院日	再入院日	

項目	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)	
	項目	備考	項目	備考	項目	備考	項目	備考	項目	備考
次ステップへの達成度	□ ベッド上臥床 介助度: ***		□ 寝返り 介助度: ***	開始日	□ 車いす乗換 介助度: ***	開始日	□ 平行歩行 介助度: ***	開始日	□ 階段昇降 介助度: ***	開始日
	□ キャッチ座位 介助度: ***		□ 起き上がり 介助度: ***	開始日	□ 車いす離脱 介助度: ④	開始日	□ 歩行器歩行 介助度: ***	開始日	□ 屋外歩行 介助度: ***	開始日
	***		□ 寝巻位 介助度: ***	開始日	□ 起立~立上り 介助度: ***	開始日	□ 杖歩行 介助度: ***	開始日	***	***
到達度	到達ステップ	***	到達ステップ	***	到達ステップ	***	到達ステップ	***	到達ステップ	***

入館前情報

生活場所: ()
介護認定: ()
身体手帳: ()
認知症老人自立度: ()
担当ケアマネジャー: ()

ADL
食事: ()
排泄: ()
更衣: ()
入浴: ()
移動: ()

家族構成
開設: ()
手すり: ()
寝具: ()
トイレ: ()
建物: ()
職業: ()
かかりつけ医: ()
紹介医: ()

転院時状況 () ...転院日 ()

□ NIHSS /42 Barthel Index /100
□ mRS ** ① FIM /126

寝たきり度: ランク() 認知症老人自立度: ランク()

合併症: ()
既往・病歴: ()
開腹手術: ()
認知症: ()
栄養摂取: ()

ADL動作 ② 介助度 () コメント ()

食 料 ()
入 浴 () 最終実施日: ()
排 尿 ()
移 動 () 最終実施日: ()
着 衣 ()
書 書 ()

日常生活機能: () /19
高次脳機能: ()
嚥下障害: () 嚥下・NST・PEG 設置: ()
言語障害: ()
補装具製作: ()

コメント

[主治医] () ①

[看護師] () ②

[MSW] () ③

退院時情報

生活場所: ()
職業復帰: ()
復帰予定日: ()
かかりつけ医: ()

担当ケアマネジャー:
介護認定: ()
身体手帳: ()
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 _____

- (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 発症から 90 日目のmRSを評価する。
 - ② 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。
 - ③ 回復期医療機関退院後、急性期病院へ患者情報を送る。
- ※ ただし、回復期医療機関へ転院後 180 日目に回復期に入院中の場合は、180 日を超える理由を記載し、急性期病院へ連携パスをフィードバックする。

(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。

