「脳卒中地域連携パス北九州標準モデル」取り扱い要領

□　個人情報の保護について

・「連携パス」は患者の個人情報であるため、各医療機関で責任を持って管理し、個人情報が流出することがないよう十分留意してください。

・「連携パス」の使用及び連携する医療機関等への提供に際しては、患者家族の同意を得て行ってください。

・「連携パス」の受け渡しは、原則として紙ベースで行ってください。（ただし、同一法人内等で情報通信機器が整備されている場合はその使用は妨げない。）

・「連携パス」で得られた患者情報は、連携の目的以外に使用しないでください。

□　「医療機関用パス」記入上の注意事項

＊FIM は任意事項ですが、わかる範囲で記入にご協力ください。

＊記入欄が小さくなっていますので、簡潔に記載し、必要な情報は添付資料で提供してください。また、チェックボックスへのチェックは、他の項目に重ならないよう、レチェックしてください。

（１）急性期病院

①入院時記入事項

項目	記入者	内容の説明	備考
【基本情報】 氏名 性別 年齢	急性期 ＭＳＷ	患者に関する基本的な情報	＊医療保険、介護保険等の確認 ＊退院時（転院時）各事項を再確認
【急性期病院】 施設名 担当医・看護師・ＯＴ・ＰＴ・ＳＴ・ＭＳＷ	ＭＳＷ	急性期病院における担当者情報	
入院日 診断名 発症日（初回、再発） 手術日 手術名	医　師	＊診断名：病名をチェックし、病型を記入する。部位等については、簡単に記載して下さい。	・「退院日」、「在院期間」は、退院（転院）時に記入する
治療経過等	医　師	＊脳卒中治療で管理等が必要な疾病について、病名をチェックする。特記事項には、コントロール状態など補足説明をする。 ＊検査データ等について、必要に応じて、資料として添付する。	
患者・家族への説明 ＊患者説明用パスを交付し、説明する。	医 師・看護師等	＊患者家族への説明は必須 患者・家族に説明した日及び説明者を漏れなく記入する。	（地域連携診療計画管理料　抜粋） 患者の同意を得て入院後７日以内に個別の診療計画を作成して説明し、それを文書で提供する。交付した診療計画の写しを診療録に貼付する。

②転院時記入事項

<table>
<tr><th>項目</th><th>記入者</th><th colspan="3">内容の説明</th><th>備考</th></tr>
<tr><td rowspan="8">急性期病院を退院する時の神経症状</td><td rowspan="8">医　師</td><td colspan="3">各事項の評価できる事項をチェックし、必要事項を記入する。
（判定基準：Ｐ13、14）
＊嚥下障害の程度
軽　度（嚥下食で経口のみ）
中等度（経口と補助栄養）
重　度（経口不可）
＊片麻痺の程度
軽　度（Brunnstrom stageⅤ,Ⅵ）
中等度（Brunnstrom stageⅢ,Ⅳ）
重　度（Brunnstrom stageⅠ,Ⅱ）</td><td>＊評価できない事項は空欄とする

Brunnstrom stageの基本概念に準じて記入する。
（臨床的な判断で記入しても可）</td></tr>
<tr><td colspan="4">＊Brunnstrom stageの基本概念</td></tr>
<tr><td rowspan="2">重度</td><td>stageⅠ</td><td colspan="2">随意運動が見られない。筋は弛緩性である。</td></tr>
<tr><td>stageⅡ</td><td colspan="2">随意運動あるいは連合運動として、共同運動がわずかに出現した状態。関節の動きにまでは至らなくてもよい。痙性が出始めている。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">中等度</td><td>stageⅢ</td><td colspan="2">随意的な共同運動として関節の運動が可能な段階。痙性は高度となる。</td></tr>
<tr><td>stageⅣ</td><td colspan="2">共同運動パターンが崩れ、分離運動が部分的に可能になった状態。痙性は減退し始める。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">軽度</td><td>stageⅤ</td><td colspan="2">さらに分離運動が進展した状態で、stageⅣよりも複雑な逆共同運動の組み合わせが可能となる。しかし、一部の動作には相当な努力が必要である。</td></tr>
<tr><td>stageⅥ</td><td colspan="2">分離運動が自由に、速く、協調性をもって行える状態。諸動作は正常あるいは正常に近い(多少の拙劣さは許される)。痙性は消失するかほとんど目立たない。</td></tr>
<tr><td colspan="4">＊その他の欄は、認知症の有無等を記入</td></tr>
</table>

項目	記入者	内容の説明	備考
必要な医療 急性期病院を退院する時の機能評価	看護師・ リハビリ 専門職種等	急性期病院からの退院（転院）にあたって、継続的に必要な医療の該当項目をチェックする。 【必須事項】 Barthel Index　（判定基準Ｐ4） 各項目の該当事項をチェックし、合計点を記入する。 【任意事項】（判定基準Ｐ5～7） FIM 障害高齢者日常生活自立度 認知症高齢者日常生活自立度	＊その他、必要な医療やこれまでの経過等、必要と思われる情報については、添付資料等で補足する。 ＊Barthel Index は単純明快でその内容を理解すれば誰でも正確かつ迅速に評価でき、最も多く用いられているといわれている。 ＊任意事項については、わかる範囲で記入する。
看護上の問題	看護師	各項目の該当事項をチェックし、問題行動及びその他事項については、具体的な状況がわかるように簡潔に記入する。 ＊問題行動 幻覚・幻聴、興奮、不穏、妄想、暴力、介護への抵抗、昼夜逆転、不眠、徘徊、危険行為、不潔行為などの有無及び対処の方法など ＊その他 患者の病識の有無、障害受容など 【必須事項】 「日常生活機能評価表」（Ｐ8）を用いて評価し、点数を記入する。	（地域連携診療計画管理料　抜粋） 退院時（転院時）に、日常生活機能評価を行い、その結果を地域連携診療計画書に記入する。
リハビリテーション	リハビリ 専門職種	急性期の欄に記入する。転院時の訓練の実施状況について、該当の項目の欄に、その内容や単位数（時間数）などを記入する。 「その他問題点など」の欄には、リハビリを実施するうえで、問題となる事項などを記入する。	＊記入要領 Ｐ11 参照

項目	記入者	内容の説明	備考
退院日・在院期間 転帰先	ＭＳＷ	転院日及び在院期間を記入し、転帰先の該当事項をチェックする。	
介護保険	ＭＳＷ	介護保険の認定状況を記入する。 介護保険有の場合は要介護度を記入し、介護保険証の写しを添付するとともに、担当ケアマネがいる場合は連絡する。 無の場合は無にチェックし、申請中の場合は、申請月日を記入する。	

※すべて記入が終わったら、コピーをとって、転院先病院等に渡す。原本は手元に保管する。添付資料となるものがあれば、併せて転院先病院等に渡す。

（２）回復期病院

①入院時記入事項

項目	記入者	内容の説明	備考
【基本情報】	ＭＳＷ	急性期からの内容に変更がないか確認する。	＊追加でほしい情報や確認事項等は、電話等で問い合わせる。
【回復期病院】 施設名 担当医･看護師･ＯＴ、ＰＴ、ＳＴ、ＭＳＷ 入院日	ＭＳＷ	回復期病院における担当者情報	

②退院時記入事項

項目	記入者	内容の説明	備考
回復期病院を退院する時の神経症状	医　師	各事項の評価できる事項をチェックし、必要事項を記入する。 （判定基準：Ｐ1～2） ○嚥下障害の程度 軽　度（嚥下食で経口のみ） 中等度（経口と補助栄養） 重　度（経口不可） ○片麻痺の程度 軽　度（Brunnstrom stageⅤ,Ⅵ） 中等度（Brunnstrom stageⅢ,Ⅳ） 重　度（Brunnstrom stageⅠ,Ⅱ）	＊評価できない事項は空欄とする ＊Brunnstrom stageの基本概念に準じて記入する。

＊Brunnstrom stage の基本概念

重度	stageⅠ	随意運動が見られない。筋は弛緩性である。
	stageⅡ	随意運動あるいは連合運動として、共同運動がわずかに出現した状態。関節の動きにまでは至らなくてもよい。痙性が出始めている。
中等度	stageⅢ	随意的な共同運動として関節の運動が可能な段階。痙性は高度となる。
	stageⅣ	共同運動パターンが崩れ、分離運動が部分的に可能になった状態。痙性は減退し始める。
軽度	stageⅤ	さらに分離運動が進展した状態で、stageⅣよりも複雑な逆共同運動の組み合わせが可能となる。しかし、一部の動作には相当な努力が必要である。

項目	記入者	内容の説明	備考
		stageⅥ 分離運動が自由に、速く、協調性をもって行える状態。諸動作は正常あるいは正常に近い(多少の拙劣さは許される)。痙性は消失するかほとんど目立たない。	
		＊その他の欄には、認知症の有無等を記入	
必要な医療 回復期病院を退院する時の機能評価	看護師・リハビリ専門職種等	回復期病院からの退院（転院）にあたって、継続的に必要な医療の該当項目をチェックする。 【必須事項】 FIM（判定基準Ｐ5） 各項目の該当事項をチェックし、合計点を記入する。 【任意事項】（判定基準Ｐ4･6～7） Barthel Index 障害高齢者日常生活自立度 認知症高齢者日常生活自立度	＊その他、必要な医療やこれまでの経過等、必要と思われる情報については、添付資料等で補足する。 ＊Barthel Index は単純明快でその内容を理解すれば誰でも正確かつ迅速に評価でき、最も多く用いられているといわれている。 ＊任意事項については、わかる範囲で記入する。
看護上の問題	看護師	各項目の該当事項をチェックし、問題行動及びその他事項については、具体的な状況がわかるように簡潔に記入する。 ＊問題行動 幻覚・幻聴、興奮、不穏、妄想、暴力、介護への抵抗、昼夜逆転、不眠、徘徊、危険行為、不潔行為などの有無及び対処の方法など ＊その他 患者の病識の有無、障害受容など 【必須事項】 「日常生活機能評価表」(P8)を用いて評価を行い、点数を記入する。	（地域連携診療計画退院時指導料　抜粋） 退院時（転院時）に、日常生活機能評価を行い、その結果を地域連携診療計画書に記入する。その結果は急性期病院に文書で報告する。

項目	記入者	内容の説明	備考
リハビリテーション	リハビリ専門職種	回復期の欄に記入する。退院時の訓練の実施状況について、該当の項目の欄に、その内容や単位数（時間数）などを記入する。 その他問題点の欄には、リハビリを実施するうえで、問題となる事項などを記入する。	＊記入要領 P11 参照
患者・家族への説明（退院後の診療計画についての説明）	医師・看護師等	＊患者家族への説明は必須 ＊患者・家族に説明した日及び説明者を漏れなく記入する。	（地域連携診療計画管理指導料　抜粋） 退院後の診療計画を作成して説明し、それを文書で提供。交付した診療計画の写しを診療録に貼付する。
退院日・在院期間 転帰先	ＭＳＷ	転院日及び在院期間を記入し、転帰先の該当事項をチェックする。	
介護保険	ＭＳＷ	介護保険の認定状況を記入する。 介護保険有の場合は要介護度を記入し、介護保険証の写しを添付するとともに、担当ケアマネがいる場合は連絡する。 無の場合は無にチェックし、申請中の場合は、申請月日を記入する。	

※1　すべての記入が終わったら、コピー2部をとる。

※2　原本は手元に保管し、1部は急性期病院へフィードバックする。
もう一部は維持期の医療機関に渡す。添付資料となるものがあれば、併せて急性期、維持期に渡す。

（３） 維持期（自宅・施設）等

①退院時記入事項

ア　自宅退院の場合

項目	記入者	内容の説明	備考
【疾病と障害】 退院日 医師名 施設名	かかりつけ医	回復期病院からの退院日を記入するとともに、かかりつけ医の氏名、施設名を記入する。	＊治療中の疾患、介護認定、身体障害者手帳については、退院の属する月又はその翌月までに状況を記入する

イ　介護保険施設等に入所の場合

項目	記入者	内容の説明	備考
入所日 施設名 担当者 連絡先	施設担当者	回復期病院からの入所日を記入するとともに、連絡先等を記入する。	

②退院の属する月又はその翌月までの記入事項

項目	記入者	内容の説明	備考
【疾病と障害】 治療中の疾患	かかりつけ医・施設医師	治療中の疾患について該当する項目をチェックする。	＊介護老人保健施設入所者は担当医が記入する。
介護認定 身体障害者手帳	ケアマネジャー・施設担当者	要介護度及び身障の程度について、該当があれば、その項目にチェックし、身障手帳については、その等級を記入する。	
【生活・介護上の問題点】	かかりつけ医・施設担当医師	生活機能の状況や問題行動など、特に気にかかる点について記入する。記入した日及び記入者を漏れなく記入する。 ＊問題行動 幻覚・幻聴、興奮、不穏、妄想、暴力、介護への抵抗、昼夜逆転、不眠、徘徊、危険行為、不潔行為などの有無及び対処の方法など ＊その他 患者の病識の有無、障害受容など	

項目	記入者	内容の説明	備考
【介護保険サービス等の利用状況】 担当ケアマネ 事業所名 連絡先 介護サービス等	ケアマネジャー	リハビリテーションサービス等の利用状況について、該当サービスをチェックし、回数等を記入する。 また、介護保険サービス等の利用状況についても同様に記入する。	＊在宅サービスについての状況であるため、退院の属する月又はその翌月までに自宅で生活している場合のみ記入する。
生活機能評価	ケアマネジャー・施設担当者	障害高齢者日常生活自立度 認知症高齢者日常生活自立度 Barthel Index	＊任意事項であり、介護認定を行う場合のデータ等、わかる範囲で記入する。

項目	記入者	内容の説明	備考
リハビリテーション	リハビリ専門職種	維持期の欄に記入する。退院の属する月又はその翌月までの訓練実施状況について、該当の項目の欄に、その内容や単位数などを記入する。 その他問題点の欄には、リハビリを実施するうえで、問題となる事項などを記入する。	＊記入要領 P11 参照 ＊自宅で生活し、外来・通所等リハビリテーションサービス等を利用している場合は担当のリハビリ専門職が記入する。

※1　すべての記入が終わったら、コピー2部をとる。

※2　コピーの1部を急性期病院へ、もう1部は回復期病院へフィードバックする。
原本は手元に置く。

※リハビリテーションの実施状況に関する記入要領

リハビリテーション（リハビリ）	急性期	ベッド上動作	A	セルフケア	B	移乗	C	移動	D	言語	E
	回復期	ベッド上動作		セルフケア		移乗		移動		言語	
	維持期	ベッド上動作		セルフケア		移乗		移動		言語	

（1）各時期ごと、専門職が記入する。

維持期において、自宅で生活し、外来・通所等リハビリテーションサービス等を利用している場合は、担当のリハビリ専門職が記入する。

（2）転院時等のリハビリ実施状況（訓練の内容や単位数など）を記入する。

【記入例】

ベッド上動作の欄（A）	例）ベッド柵を利用しての起き上がり訓練（20 分／日） 床面支持での起き上がり訓練 端座位保持訓練、座位バランス訓練、座位移動訓練 台を使った床からの立ち上がり訓練、手すりを利用した立ち上がり訓練、支持なしでの床からの立ち上がり訓練　等
セルフケアの欄（B）	例）座位での食事訓練（スプーン使用）（20 分／日） 自助具を用いた食事訓練、 洗顔動作での空間認知訓練、ベッド上でひげそりの訓練、洗面所での歯磨き訓練 入浴動作訓練（洗体、洗髪、浴槽のまたぎ越し） トイレ動作訓練（後始末） かぶりシャツの更衣訓練、座位でのズボンの更衣訓練　等
移乗の欄（C）	例）車いす⇔ベッドの移乗訓練（20 分／日） 車いす⇔便座の移乗訓練、車いす⇔床の移乗訓練　等
移動の欄（D）	例）車いす操作訓練（20 分／日） 車いすでの屋内（病室内、病棟内）移動訓練 介助歩行訓練、短下肢装具を使用しての杖歩行訓練 独歩での歩行耐久性向上訓練、屋内（屋外）での階段、坂道訓練　等
言語の欄（E）	例）ゼリーを用いた嚥下訓練（20 分／日） 発語訓練、書字訓練（短文レベル）、計算訓練（足し算）、構音訓練 単語レベルでの口頭伝達訓練 実用性コミュニケーション訓練　等
その他問題点	例）リハビリの意欲がなく、時に抵抗することがある。 麻痺手の亜脱臼防止策を検討中、〇〇を自主トレーニングとして指導中、万歩計利用による体力維持を検討中　等

□　「患者説明用パス」記入上の注意事項

（１）記入事項

①説明時記入事項

項目	記入者	内容の説明	備考
【基本情報】 氏名 性別 年齢	患者家族に説明者する者	患者に状況に関する基本的な情報	＊医療者用シート等で確認する。

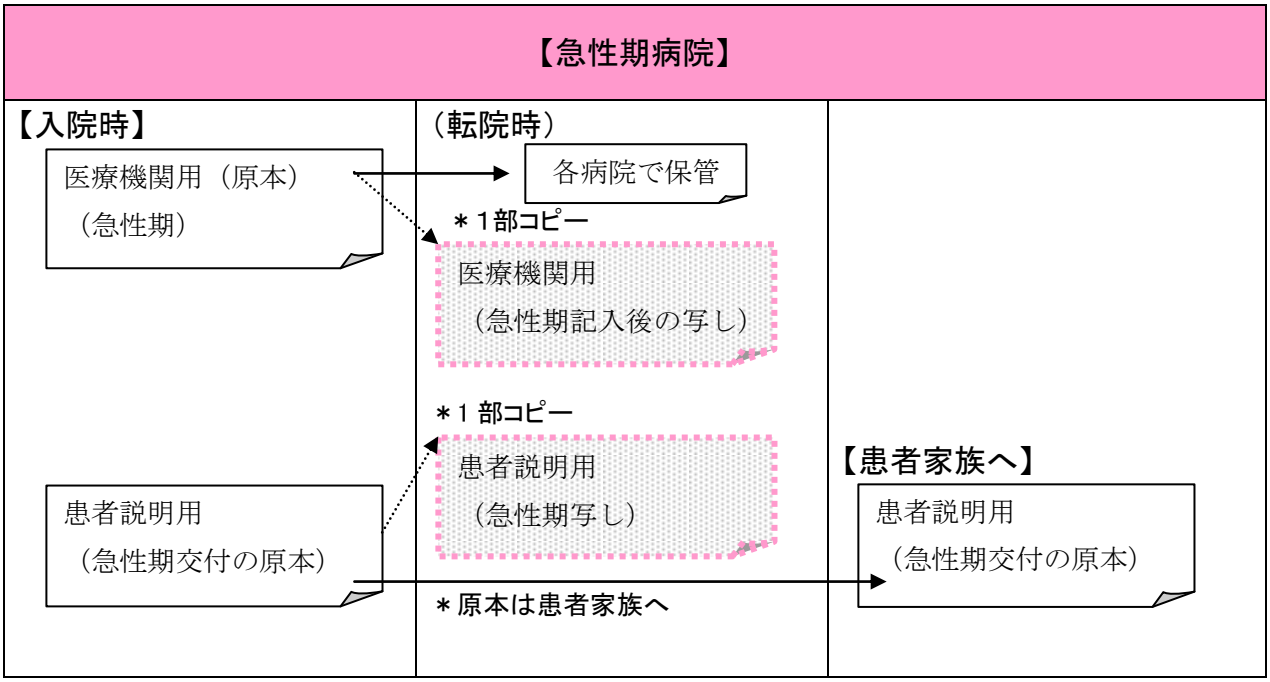
②説明後記入事項

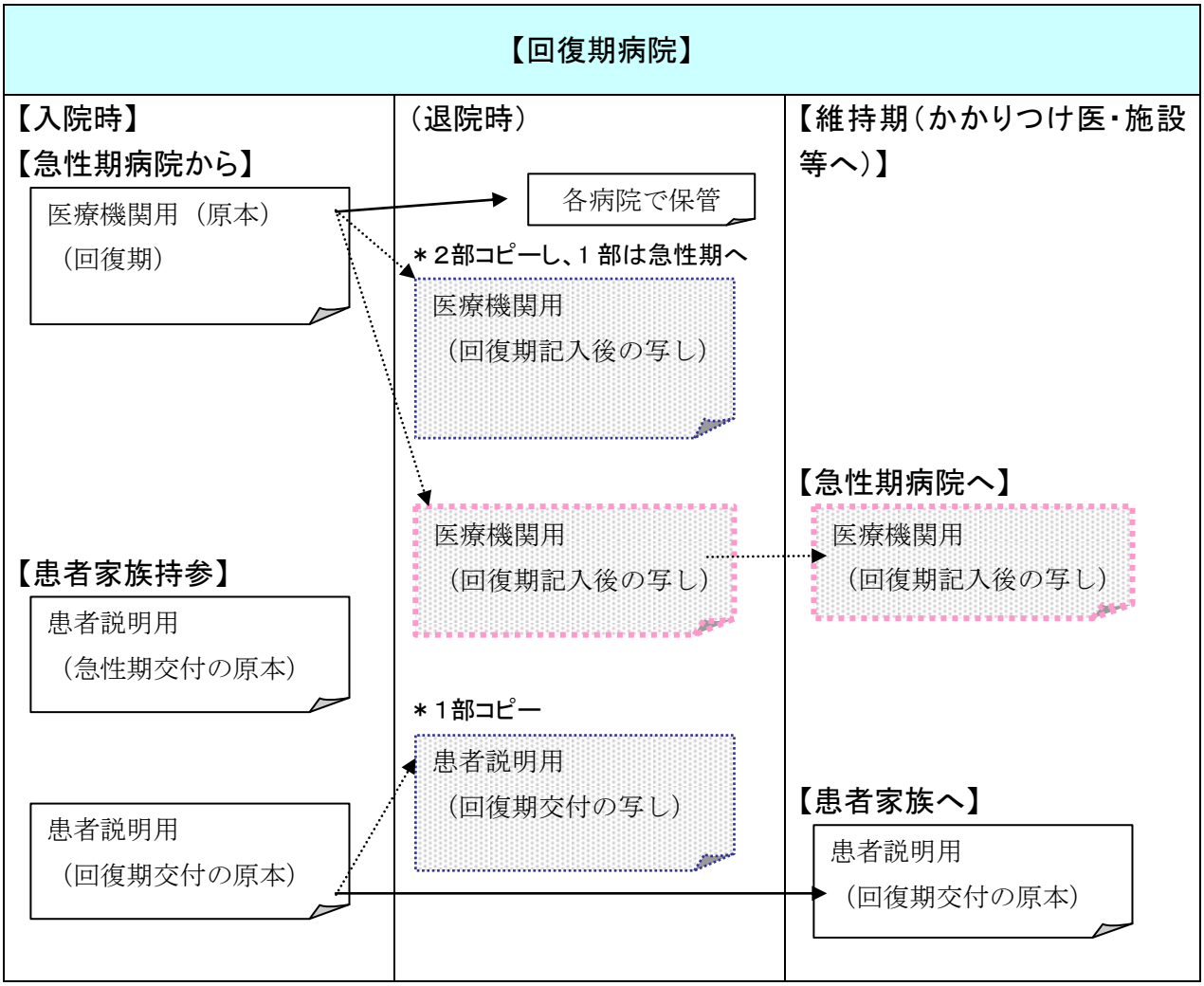
項目	記入者	内容の説明	備考
病院名 説明者 説明日	患者家族に説明した者	説明後記入。	
患者サイン	患者もしくは家族	説明を受けたことの証明として記入していただく。	

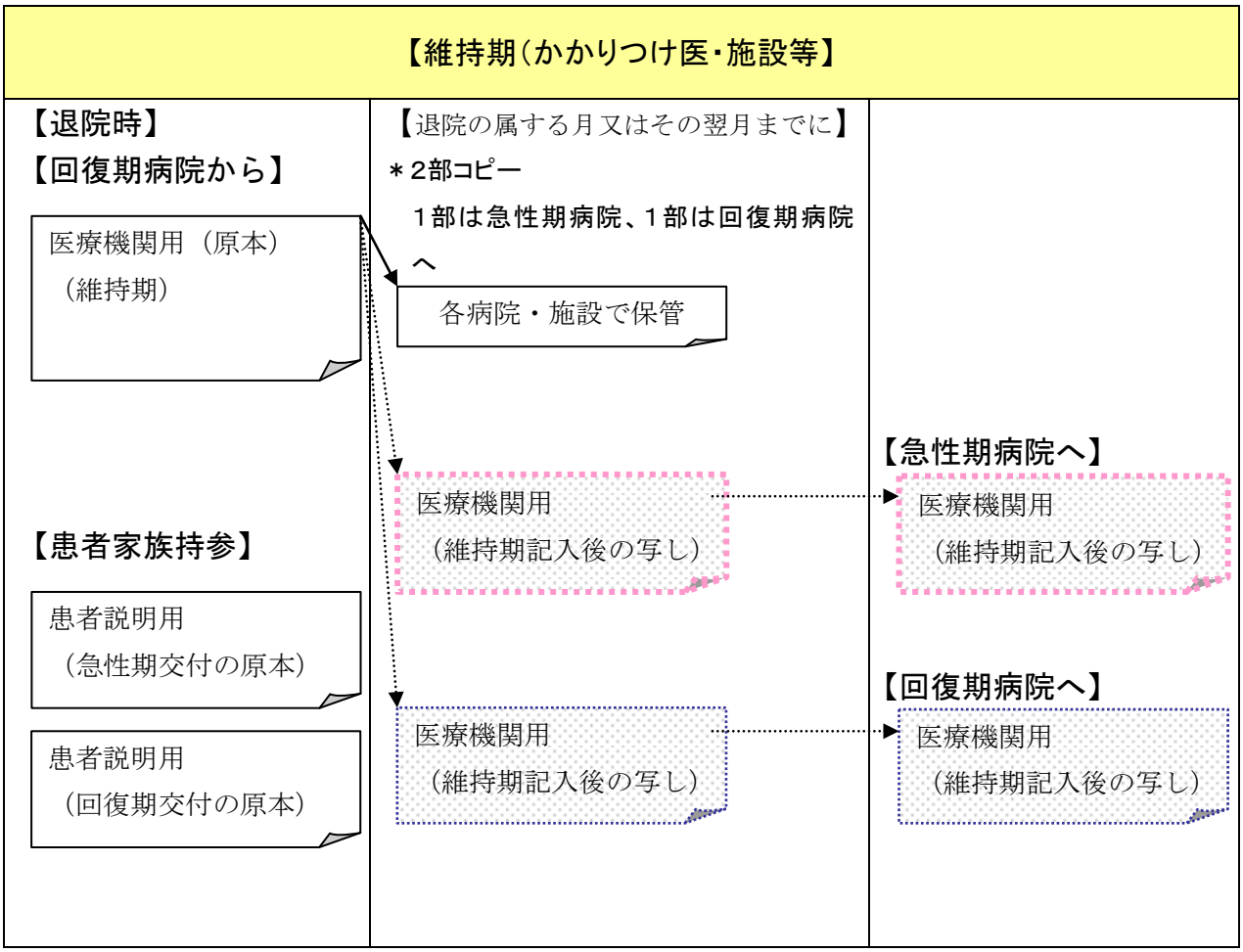
※1　すべての記入が終わったら、コピー1部をとる。

※2　コピーの1部を医療用パスの添付し、原本は患者に渡す。

※　連携パスシートの流れ


【急性期病院】
【入院時】
医療機関用（原本）
（急性期）
（転院時）
各病院で保管
＊1部コピー
医療機関用
（急性期記入後の写し）
＊1 部コピー
患者説明用
（急性期写し）
患者説明用
（急性期交付の原本）
＊原本は患者家族へ
【患者家族へ】
患者説明用
（急性期交付の原本）


【回復期病院】
【入院時】
【急性期病院から】
医療機関用（原本）
（回復期）
（退院時）
各病院で保管
＊2部コピーし、1 部は急性期へ
医療機関用
（回復期記入後の写し）
【維持期（かかりつけ医・施設等へ）】
【急性期病院へ】
医療機関用
（回復期記入後の写し）
医療機関用
（回復期記入後の写し）
【患者家族持参】
患者説明用
（急性期交付の原本）
＊1部コピー
患者説明用
（回復期交付の写し）
患者説明用
（回復期交付の原本）
【患者家族へ】
患者説明用
（回復期交付の原本）


【維持期（かかりつけ医・施設等】
【退院時】
【回復期病院から】
医療機関用（原本）
（維持期）
【患者家族持参】
患者説明用
（急性期交付の原本）
患者説明用
（回復期交付の原本）
【退院の属する月又はその翌月までに】
＊2部コピー
1部は急性期病院、1部は回復期病院へ
各病院・施設で保管
医療機関用
（維持期記入後の写し）
医療機関用
（維持期記入後の写し）
【急性期病院へ】
医療機関用
（維持期記入後の写し）
【回復期病院へ】
医療機関用
（維持期記入後の写し）