

岡山県南東部
脳卒中地域連携パス運用の手引き

2025年度版

地域連携パス 岡山もも脳ネット

目 次

1． 脳卒中地域連携パスの構成と考え方	p 3
2． 脳卒中連携情報提供書の概要	p 3
3． 記載方法についての手引き	p 4 -19
4． 運用方法	p20-23
5． 定期検討項目	p23
6． 附則	p23

《 1．脳卒中地域連携パスの構成と考え方》

1. 脳卒中地域連携パスは、大きく分けて、『患者説明用オーバービューパス』と、医療者間の情報交換ツールとしての『医療者用パス（情報提供書）』からなります。
2. 『患者説明用オーバービューパス』は、脳卒中で急性期病院に入院された患者およびその家族に、急性期病院入院から回復期、維持期に至る地域完結型の治療の流れをわかりやすく説明し、各病期を担当する医療機関もしくは在宅療養への移行をスムーズにするためのものです。診療報酬上の『連携パス』とは、この、『患者説明用オーバービューパス』のことを指します。もも脳ネットでは、岡山県が公表している『岡山県内統一版脳卒中患者用オーバービューパス』を共通様式と定め使用いたします。以下『脳卒中 オーバービューパス』と通称します。
3. 『医療者用パス（情報提供書）』は、香川労災病院で開発された「藤本パス」と通称されてきたものに相当するデータベース部分で、各職種の必要最低限の情報を、漏れなく、共通言語を用いて伝達していくためのものです。もも脳ネットでは、「藤本パス」を参考にして、岡山の実情に即した医療者用パスを新規考案いたしました。これを『脳卒中 医療者用パス』と通称し運用していきます。
4. 連携パス・脳卒中連携情報提供書の役割は、患者の移動とともに医療機関間を移動し、最終的に、各機関の前方に位置する機関へ情報をフィードバックしていくためのツールになることにあります。このツールを活用した双方向性の情報交換が促進されることによって、各医療機関のスタッフ同士が **face to face** の人間関係を構築でき、地域に根ざした、患者本位の医療連携の輪が広がっていくことを期待しています。

《 2．脳卒中連携情報提供書の概要》

1. ファイルはMS Excelで作成されています（バージョンや設定方法はもも脳ネットホームページを参照してください）。
2. シートは、急性期病院、連携先施設、全体連携図、Export 用の4シートから構成されており、急性期病院と連携先病院のシートは、それぞれ4ページ構成になっています（経過報告書、NST、フリーコメント、MSWフェイスシート）。
3. 各項目の入力に関しては、担当する職種ごとに色分けしてありますので、原則的にはそれに従って入力を進めてください（各病院の事情により、適宜分担を変更してもかまいません）。黄色部分：医師、黄緑色部分：看護師、空色部分：療法士、桃色部分：MSW となっており、NSTページについては、各病院の事情に応じて、ST、NST担当者、栄養士など担当を決めて入力してください。

《3. 記載方法についての手引き》

① 医師担当部分（ページ1 黄色部分）

診療科、主治医名

自由記載。

基本情報

1) 氏名

＊患者氏名は自由入力。

＊性別、生年月日、年齢、院内 ID はプルダウンメニュー、カレンダーから選択。

2) 診断名

＊診断名は1から5まで記載可能となっており、診断名1に、今回入院の原因となった脳血管障害の病名（主病名）を入力する。2から5までは、実診療において留意が必要な合併症・併存症を、重要なものから順番に入力する。6番目以降の傷病名（既往症もふくむ）は、転院時に添付する医師の診療情報提供書に記載する。

＊診断名1は、上段のプルダウンメニューから該当する傷病名を選択し、下段左側のセルで「左右」の選択、中央のセルで病巣の部位（複数選択可能）、右側のセルで今回の脳梗塞は何度目のものか（初発、再発）を選択（不明の場合は空欄）。病名はダブルクリックで自由記載可能だが、プルダウンメニューから選んだ病名に付記したい場合は、選択された単語のあとに自由記入することができる（例えば、「アテローム血栓性脳梗塞（BAD）」のように）。

＊診断名2以下も基本的に同様の方法で記載。プルダウンメニューにないものは、ダブルクリックで自由記載可能。

3) 発症日・入院日・手術日

＊それぞれカレンダーから選択。

＊手術日については、複数の手術がある場合は診断名1に対する最初の手術日とする。

4) 治療法・輸血・アレルギー

＊治療法は診断名1に対する治療内容をプルダウンメニューから選択する。ダブルクリックで自由記載も可能。

＊輸血はプルダウンメニューから「あり、なし」を選択。

＊アレルギーは、薬物、食物に関するアレルギーの有無を記載。左側のセルのプルダウンメニューで「あり、なし」を選択し、「あり」の場合、右のセルに具体的なアレルギー名を自由記載する。

5) 感染症

*HBV、HCV、TPHA、MRSA、結核についてはラジオボタンで複数選択可能。その他の感染症については、右のセルに自由記載。

6) 現病歴・診療経過

*入院にいたる経過・診療経過の要点のみ記載。詳細は、医師の診療情報提供書に記載。

7) 既往歴

*主たる既往歴を自由記載

8) 薬物療法

*内服中、あるいは施注中の薬品名（商品名）のみ記載すればよい（細かいミリ数、投与方法などは医師の診療情報提供書へ）。特にコメントが必要な場合のみ、詳しく記載してよい。

発症時所見

*NIHSS、mRS、Barthel Index、JCS、GCS までは疾患を問わず必須のスケールとし、必ず全項目の点数をプルダウンメニューから選択し記載すること。WFNS、Hunt & Kosnik、Fisher は、疾患によって必要あれば選択。

② 看護師担当部分（ページ 1、2 黄緑色部分）

発症前ADL(ページ1)

1) 食事

a) 自立	自力での摂取が可能な状態
b) 見守り	経口摂取が可能であるが、声かけや見守りが必要な状態
c) 一部介助	何らかの介助が行われている状態
d) 全介助	自分で食べることが出来ず全面的に介助されている状態

2) 排泄

a) 自立	自力での排泄が可能な状態
b) 見守り	直接介助はしていないが転倒の防止等のために声かけや見守りが必要な状態
c) 一部介助	何らかの介助が行われている状態
d) 全介助	自分で排泄することが出来ず全面的に介助されている状態

3) 更衣

a) 自立	介助なしで衣服を着たり脱いだりできる状態
b) 見守り	直接介助はしていないが転倒の防止等のために声かけや見守りが必要な状態

c) 一部介助	衣服の着脱に一部介助が行われている状態
d) 全介助	衣服の着脱の行為すべてに介助が行われている状態

4) 入浴

a) 自立	介助なしで入浴できる状態
b) 見守り	直接介助はしていないが転倒の防止等のために声かけや見守りが必要な状態
c) 一部介助	何らかの介助が行われている状態
d) 全介助	自分で入浴することができずすべてに介助が行われている状態

5) 移動

a) 自立	自力歩行または、杖や歩行器等を使用して歩行が可能な状態
b) 見守り	自力で歩行が可能であるが転倒の防止等のために声かけや見守りが必要な状態
c) 一部介助	何らかの介助が行われている状態
d) 全介助	自分で移動することができず全面的に介助が行われている状態

転院時所見(ページ1)

1) JCS

プルダウンメニューから、レベルを選択する。

2) 監視

プルダウンメニューの「なし」「移動時」「夜間」「常時」から選択する。

3) 抑制

プルダウンメニューの「なし」「移動時」「夜間」「常時」から選択する。

(方法)

プルダウンメニューの「なし」「柵」「拘束衣」「抑制帯」「ミトン」「メガホン」「体動センサー」から選択する。

4) 問題行動

プルダウンメニューの「なし」「徘徊」「昼夜逆転」「転倒・転落の危険性」「夜間譫妄」「その他」を選択し、「その他」を選択した場合は内容をフリー入力する。

5) 栄養投与

プルダウンメニューの「経口摂取」「経管栄養」「胃ろう」「点滴」「IVH」「その他」から選択する。
種類はフリー入力する。

(挿入日・径・長さ・次回交換日)

カニューレ、カテーテル、チューブの該当する数字を入力またはカレンダーから入力する。

6) 食事の形状

フリー入力する。

* 但し、各施設の基準に関する資料を連携施設に配布などしておくことが望ましい。

7) 義歯

プルダウンメニューの「なし」「上」「下」「部分」から選択する。

個数

数字を入力する。

8) 吸痰頻度

プルダウンメニューの「なし」「2時間間隔」「4時間間隔」から選択する。

10) 褥瘡

プルダウンメニューの「あり」「なし」を選択する。

(部位)

プルダウンメニューの「頭部」「肩甲骨」「仙骨」「腸骨」「大転子」「座骨部」「踵部」から選択。

日常生活動作

1) 看護必要度 A

モニタリング及び処置等の評価欄の 8 項目(1.創傷処置(①創傷の処置(褥瘡処置を除く)②褥瘡処置)、2.呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)、3.点滴ライン同時 3 本以上の管理、4.心電図モニターの管理、5.シリンジポンプの管理、6.輸血や血液製剤の管理、7.専門的な治療・処置、8.緊急搬送後の患者(2 日間))の各項目横にあるプルダウンメニュー「あり」「なし」を選択する。

2) 入浴

介助度をプルダウンメニューの「自立」「見守り」「一部介助」「全介助」から選択する。

* 詳細は「発症前ADL」の項を参照。

(入浴方法)

プルダウンメニューの「特浴」「一般浴」「シャワー浴」「清拭」から選択する。

(最終実施日)

カレンダーから入力する。

3) 排泄(昼・夜)

介助度をプルダウンメニューの「自立」「見守り」「一部介助」「全介助」から選択する。

* 詳細は「発症前ADL」の項を参照。

(排泄方法)

プルダウンメニューの「トイレ」「ポータブル」「尿器」「オムツ」「カテーテル」から選択する。

4) 尿意

プルダウンメニューの「あり」「なし」「あいまい」から選択する。

(カテーテル更新日)

カレンダーから入力する。

5) 便意

プルダウンメニューの「あり」「なし」「あいまい」から選択する。

(最終排便日)

カレンダーから入力する。

6) 排泄調整要・否

プルダウンメニューの「要」「否」から選択する。

7) 嚥下障害

プルダウンメニューの「あり」「なし」から選択する。

8) 日常生活機能評価

看護必要度のチェック方法に準じて、該当する点数を選択する。

嚙下入力マニュアル

嚥下		摂食機能療法定算: ☐ 有(算定開始日:) ☐ 無	
評価日	入院時	転退院時	
JCS	選択式		
RSST(30秒間)	数字選択 回 /30秒	回 /30秒	
改訂水飲みテスト	選択式	おせのあり・なしではなく、スコアに変更しました。	
フードテスト	選択式		
嚥下5期の障害	選択式		
嚥下レベル	選択式	グレードとレベルがありましたが、レベルのみの入力に変更しました。	
食事形態	主食 形態	選択式	
	主食 分類	選択式	
	副食 形態	選択式	
	副食 分類	選択式	
分類表	水分	選択式	複数選択可能です。修正する場合は他の場所をクリックしてから、該当箇所を再度クリックしてください。「その他」の場合は嚥下コメントに記載をしてください。
	禁忌 ☐ パン ☐ 麺 ☐ ゼリー ☐ その他		
姿勢	用具	選択式	
	体幹	選択式	
	頸部	選択式	
一口量の制限	選択式	少ない一口量の制限が必要であるか否かの情報でよいとのことで、2択の選択式になっています。	
水分摂取方法	選択式		
介助の有無	選択式		
所要時間	選択式		
摂食回数	選択式		
錠剤の粉碎の有無	選択式		
内服方法	選択式	実施した場合は右記の嚥下コメントに所見と対応について記載をお願いします。	
VF/VEの有無	選択式		

嚙下コメント		記入日	カレンダー選択
職種	選択式	記入者氏名	文字入力式
①～⑥の内容があればここに記載ください。 それ以外の書くことが必要な場合もここに記載をお願いします。			
①VEやVFの結果(日時や義歯装着の有無は記載してください)； ②食事の摂取状況；③左記の食事条件に設定にしている理由； ④本人やご家族に説明した内容；⑤訓練内容；⑥その他：			

口腔健康管理状況入力マニュアル

記入日を選択
※退院に近い時期の評価が望ましい

記入者の職種を選択

残存歯の有無を選択
(あり・なし)

義歯の有無と種類を選択
※つけ外し式の入れ歯
(なし・あり(上下)・あり(上のみ)・あり(下のみ))

※2 清掃動作を選択
(自立・一部介助・全介助)

※2 義歯の洗浄方法を選択
(自立・一部介助・全介助)

・該当項目にチェック
・項目がない場合はその他に記入

・該当項目にチェック
・項目がない場合はその他に記入

記入者氏名を入力

原種	OHAT (oral assessment tool)	点	スコア
① 口唇	0(健全) 1(やや不良) 2(病的)		
② 舌	0(健全) 1(やや不良) 2(病的)		
③ 歯肉・粘膜	0(健全) 1(やや不良) 2(病的)		
④ 唾液	0(健全) 1(やや不良) 2(病的)		
⑤ 残存歯	0(健全) 1(やや不良) 2(病的)		
⑥ 義歯	0(健全) 1(やや不良) 2(病的)		
⑦ 口腔清掃動作	0(健全) 1(やや不良) 2(病的)		
⑧ 義歯洗浄	0(健全) 1(やや不良) 2(病的)		
⑨ 肉痛	0(健全) 1(やや不良) 2(病的)		
⑩ 口内環境	0(健全) 1(やや不良) 2(病的)		
⑪ その他			
⑫ 歯間ブラシ	0(健全) 1(やや不良) 2(病的)		
⑬ フロス	0(健全) 1(やや不良) 2(病的)		
⑭ 歯間粉	0(健全) 1(やや不良) 2(病的)		
⑮ スポンジブラシ	0(健全) 1(やや不良) 2(病的)		
⑯ その他			
コメント			

※1 OHAT項目のスコアを選択 (0・1・2)

※1 該当項目点数の上にカーソルを合わせると、評価指標が表示されます

※2 含嗽について選択 (自立・一部介助・不可)

上記の項目にない口腔内の状況、歯科往診の対応やその内容等、自由に記入
例: ①入院前からの習慣で、入れ歯は夜間睡眠時も装着しています
②入れ歯は上の左右に1個ずつあります
③〇月〇日△△歯科の往診で動いていた右下の大歯を抜歯し、治療良好で、継続治療はありません
④入れ歯をティッシュにくるんで保管する習慣があるので紛失に注意が必要です
⑤歯ブラシを持つことはできますがブラッシングをするように動かせないため、電動歯ブラシの使用を検討していました

※1 OHATの採点方法は右記のQRコードを読み取り、もも脳ネットHPの資料室にある「連携バス運用マニュアル」から「Oral Health Assessment Tool (OHAT) 日本語版説明用資料」PDFデータをご参照ください



OHATについては東京医科歯科大学大学院 地域・福祉口腔機能管理学分野ホームページ (<https://www.ohcw-tmd.com/research/ohat.html>) をご確認ください



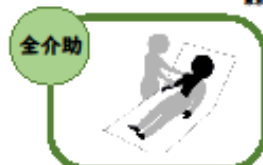
※2



口腔の管理全般において、支援の必要がない状況



口腔の管理について、準備、実施の支援、見守り、声掛け等の何らかの支援が必要な状況



口腔の管理全般において、本人による実施が困難であり、全て支援が必要な状況

本連携バスへのOHATの使用及び、マニュアルの掲載については東京医科歯科大学地域・福祉口腔機能管理学分野より許可を得ております

栄養入力マニュアル

配列の順番は
身体情報や検査所見→
必要栄養量→
提供食事内容→
実際の提供栄養量
の流れが妥当と思われ、
変更をしています。

栄養		入院時		転退院時	
評価日		選択式			
身長		数値入力 cm		cm	
体重		数値入力 kg (IBW kg)		IBWの計算後の数値を 四捨五入にしました。	
BMI		自動計算			
検査結果	TP	数値入力	g/dl	g/dl	
	Alb	数値入力	g/dl	g/dl	
	Hb	数値入力	g/dl	g/dl	
	CRP	数値入力	mg/dl	mg/dl	
検査日		選択式			
必要栄養量	基礎代謝量	自動計算	kcal	学会や施設によって考え方が異なると思いますが、いずれも上記の「現体重」を基に自動計算された数値が表示されています。栄養係数は病態に応じて決定して下さい。	
	必要エネルギー量	自動計算	kcal		
	必要たんぱく量	自動計算	g		
	必要水分量	自動計算	ml		
	必要エネルギー量	自動計算	kcal		
食事内容	食種	選択式			
	主食	選択式			
栄養補助食品		文字入力		あり・なしを選択し、ありの場合は隣の欄に記入をしてください。	
食物アレルギー		選択式	文字入力		
経腸栄養剤と白湯	朝	文字入力	数値 ml	数値 ml	数値 ml
	昼	文字入力	数値 ml	数値 ml	数値 ml
	夕	文字入力	数値 ml	数値 ml	数値 ml
	夜	文字入力	数値 ml	数値 ml	数値 ml
提供栄養量	エネルギー量	数値入力	kcal	kcal	
	たんぱく量	数値入力	g	g	
	塩分量	数値入力	g	g	
	水分量	数値入力	ml	ml	
摂取割合(主食/副食)		数値入力 / 数値入力		/	
栄養コメント					
職種		選択式	記入者氏名	文字入力式	
①嗜好調査の結果:、②禁食の内容とその理由:、③補助栄養について:、④消化器症状:、⑤現在の栄養剤に設定している理由:、⑥その他					

①～⑥の内容があればここに記載ください。それ以外の書くことが必要な場合もここに記載をお願いします。

コメント欄(ページ3)

(看護要約)

入院中の一般状態の経過を記入する。

(看護問題)

看護ケアの対処方法等を記入する。

(継続看護)

入院中の看護問題の中で継続看護が必要な事項を記入する。

＊その他、病状の説明、それに対する理解度、家族に関することなど、追加説明が必要と判断した場合は適宜記入する。

③療法士(PT/OT/ST)担当部分(ページ1 空色部分)

リハビリテーション所見

1)リハビリテーション開始日

当該病院におけるリハビリテーションを開始した日をカレンダーで選択。

2)基本動作項目:

①到達日

「訓練室で可能」となった日をカレンダーで選択。

＊「病棟で自立」となった日ではないので、混乱しないよう注意。

②介助度

プルダウンメニューの「自立・監視・軽介助・中等度介助・重度介助・全介助」から選択。

③補足欄(空欄)

杖のタイプなど、簡単なコメントを自由記載可能。

3)補装具作成

プルダウンメニューの「あり・なし」から選択。

4)運動機能(随意性)Brunnstrom Stage:

プルダウンメニューで以下のように選択。

＊左右別に「上肢・手指・下肢」の3項目。(Brunnstrom Stage I・II・III・IV・V・VI)

＊2回分の記入欄があるが、必要に応じ記入回数は調整(症状変化時など)。

＊記入時期は限定せず、少なくとも1回は記載する。

＊今回発症側(両側の場合もあり)のチェックボックスをダブルクリック。

(日付)

カレンダーから検査日を選択。

5)感覚障害

プルダウンメニューの「あり・なし」から選択。

6) 失調

プルダウンメニューの「あり・なし」から選択。

7) 認知機能

「MMS」「HDS-R(長谷川式簡易認知機能スケール)」の2種類あり。

少なくともどちらか一方は記入。プルダウンメニューで各項目の点数を選択。

* シート表面上は合計点数のみが表示されるが、点数欄をクリックすると各項目別の点数が参照可能。

* 2回分の記入欄があるが、必要に応じ記入回数は調整(症状変化時など)。

* 記入時期は限定せず、少なくとも1回は記載する。

(日付の欄)

カレンダーから選択。

8) 高次脳機能

① 失行・失認

* 頻出度の高い項目と大きな枠組みでの表現となっているため、詳細な記載・表現が必要な場合には、各領域別自由記載欄(ページ3)に記入。

(内容)

「観念・観念運動失行、半側無視、注意障害、記憶障害、情動障害、その他」から選択。複数選択可能。詳細は、「その他」の隣にある自由記載欄や、各領域別自由記載欄(シート3枚目)に記載。

② 失語(構音含む)

①と同様に、詳細は別途記入。

(内容)

「運動性失語、感覚性失語、全失語、構音障害、その他」から選択。複数選択可能。

9) 補装具製作

プルダウンメニューの「ある、なし」から選択。

転院時所見(ページ1 看護担当部分の最下段)

1) FIM

プルダウンメニューで各項目の点数を選択。

シート上は合計点数のみだが、点数欄をクリックすると詳細な内訳が閲覧可能。

2) Barthel Index

プルダウンメニューで各項目の点数を選択。

シート上は合計点数のみだが、点数欄をクリックすると詳細な内訳が閲覧可能。

3) mRS

プルダウンメニューで各項目の点数を選択。

シート上は合計点数のみだが、点数欄をクリックすると詳細な内訳が閲覧可能。

発症前情報(ページ1 MSW担当部分の最下段)

1) 家屋構造

① 建物:

プルダウンメニューの、所有:「持家、借家」、構造:「一戸建て、マンション、アパート等」、主生活域:「1階、2階、3階以上」から各々選択。

② その他:

「屋内外含めた階段や段差の有無、手すりの有無、生活対象となる家屋が複数ある場合」など、必要に応じて自由記載。

③ 寝具

プルダウンメニューの「ベッド、布団」から選択。

④ トイレ

プルダウンメニューで以下の項目を選択

左側セル:「洋式、和式」から選択。

右側セル:「手すりあり、手すりなし」から選択。

2) 社会活動

職業、特記すべき外出・趣味活動 など、必要に応じて適宜自由記載。

退院時情報(ページ1 MSW担当部分の最下段)

(回復期病院を退院時、入力)

1) 家屋改修

① 改修必要性の有無

()内は、プルダウンメニューの「(改修)要・否」を選択。

②改修内容

改修箇所、改修内容など、必要に応じ自由記載。

2) 福祉用具

購入・準備物品など、必要に応じ自由記載。

④MSW担当部分(ページ1 桃色部分)

【フェイスシート】(ページ4)

(急性期病院から回復期病院へ転院相談する際、作成)

1) 患者基本情報

氏名、生年月日、年齢、院内 ID、住所、電話番号をフリー入力。性別は「男性」「女性」いずれかを選択。

2) 傷病名

該当する傷病名を選択、またはフリー入力する。

3) 発症日、入院日、手術日

該当する日付をカレンダーで選択。

4) 障害

麻痺、嚥下障害、失語など、生じている障害をフリー入力する。

5) 既往

既往歴をフリー入力する。

発症前情報

1) 保険資格

プルダウンメニューの「国保」「協会健保」「組合健保」「共済」「後期高齢者」「生保」「労災」「交通事故」から選択する。

2) 制度

主たる保険資格以外に該当する制度がある場合、プルダウンメニューの「高齢」「重身」「特定疾患」から選択する。

3) 介護保険

介護保険の要介護認定を受けている場合は、該当する要介護度（要支援 1～要介護 5）をプルダウンメニューで選択する。要介護認定を受けていない場合は「未申請」「申請中」のいずれかを選択する。

4) 身体障害者手帳

身体障害者手帳を所持している場合は、該当する等級（1 級～6 級）をプルダウンメニューで選択する。手帳を所持していない場合は「未申請」「申請中」のいずれかを選択する。

5) 障害種類

身体障害者手帳を所持している場合、その障害種類をプルダウンメニューの「視覚」「聴覚・平衡」「音声・言語・咀嚼」「肢体」「心臓」「腎臓」「呼吸器」「膀胱・直腸」「小腸」

「免疫」から選択する（複数選択可）。

6) かかりつけ医

かかりつけ医がいる場合、フリー入力する。

7) 担当ケアマネジャー

担当ケアマネジャーがいる場合、フリー入力する。

8) 生活場所

プルダウンメニューの「自宅」「病院」「施設」「その他」から選択。「病院」「施設」の場合は施設名、病院名を自由記載する。

9) 同居家族

プルダウンメニューの「あり」「なし」から選択。ありの場合は家族の協力の「有」「無」を選択。家族構成等はフリー入力。

10) キーパーソン

キーパーソンとなる人の続柄を自由入力する。

11) 主介護者

主たる介護者となる人の続柄をフリー入力する。

ADL 等 (いつの時点の ADL か、日付を選択)
--

① 食事

該当する項目を選択。食事の内容(並食、軟菜など食事形態、治療食の内容など)と摂取量はフリー入力。

② 排泄、入浴・移動、基本動作

該当する項目を選択。

③ 日常生活機能評価

プルダウンメニューの該当する項目を選択し、点数を登録。

④ 意志疎通・認知症

該当する項目を選択し、詳細はフリー入力。

⑤ リハビリテーション

現在までの経過および問題点(意欲低下などリハビリテーションの実施において問題となる点)を自由記載。

⑥ 感染症

該当する項目を選択。複数選択可。

⑦ 医療処置

該当する項目を選択。吸痰がある場合は頻度をプルダウンメニューの「2 時間間隔」「4 時間間隔」から選択。酸素吸入がある場合は数値を入力。褥瘡がある場合は部位を自由記載。服薬状況については処方されている薬剤を自由入力。

⑧ その他

他科受診がある場合は自由記載。経済的問題は「有」「無」いずれかを選択。希望部屋は「個室」「多床室」などを自由入力。今後の方針についてはフリー入力。

⑨ フリー記載欄

その他特記すべき事項がある場合、適宜入力。

【経過報告書ページ 1】

発症前情報

生活場所、同居家族、キーパーソン、主介護者、介護認定、身体障害者手帳、障害種類、保険資格、制度、かかりつけ医、担当ケアマネジャー、についてはフェイスシートの発症前情報と連動しており、フェイスシートに入力した情報が自動的に入力される。

1) 寝たきり度

「障害老人の日常生活自立度」より該当項目をプルダウンメニューから選択。

2) 認知症老人自立度

「認知症老人自立度判定基準」より該当項目をプルダウンメニューから選択。

退院時情報

（急性期病院を退院時）

1) 転帰

退院先（または転帰）を、プルダウンメニューの「自宅」「グループホーム」「介護老人保健施設」「有料老人ホーム」「ケアハウス」「特別養護老人ホーム」「転院」「サービス付き高齢者向け住宅」「その他施設」「死亡」のいずれかから選択。

2) かかりつけ医

かかりつけ医がいる場合、自由入力する。

3) 担当ケアマネジャー

担当ケアマネジャーがいる場合、自由入力する。

4) 介護認定

介護保険の要介護認定を受けている場合は、該当する要介護度（要支援 1～要介護 5）をプルダウンメニューで選択する。要介護認定を受けていない場合は「未申請」「申請中」のいずれかを選択する。

5) 身体障害者手帳

身体障害者手帳を所持している場合は、該当する等級（1 級～6 級）をプルダウンメニューで選択する。手帳を所持していない場合は「未申請」「申請中」のいずれかを選択する。

6) 障害種類

身体障害者手帳を所持している場合、その障害種類をプルダウンメニュー「視覚」「聴覚・平衡」「音声・言語・咀嚼」「肢体」「心臓」「腎臓」「呼吸器」「膀胱・直腸」「小腸」「免疫」から選択（複数選択可）。

7) 障害年金

障害年金を受給している場合、等級を入力する。

8) キーパーソン

キーパーソンとなる人の続柄を自由記載する。

9) その他

特記事項などあれば記入する。

(回復期病院を退院時)

1) 転帰

退院先（または転帰）を、プルダウンメニューの「医療機関 一般」「医療機関 回復期」「医療機関 療養」「医療機関 有床診」「介護老人保健施設」「自宅・家族宅」「有料老人ホーム」「ケアハウス」「養護老人ホーム」「グループホーム」「介護老人福祉施設」「更生施設（身体障害者）」「その他」「死亡」のいずれかから選択。

2) かかりつけ医

かかりつけ医がいる場合、自由入力する。

3) 担当ケアマネジャー

担当ケアマネジャーがいる場合、自由入力する。

4) 介護認定

介護保険の要介護認定を受けている場合は、該当する要介護度（要支援 1～要介護 5）をプルダウンメニューで選択する。要介護認定を受けていない場合は「未申請」「申請中」のいずれかを選択する。

5) 身体障害者手帳

身体障害者手帳を所持している場合は、該当する等級（1 級～6 級）をプルダウンメニューで選択する。手帳を所持していない場合は「未申請」「申請中」のいずれかを選択する。

6) 障害種類

身体障害者手帳を所持している場合、その障害種類をプルダウンメニュー「視覚」「聴覚・平衡」「音声・言語・咀嚼」「肢体」「心臓」「腎臓」「呼吸器」「膀胱・直腸」「小腸」「免疫」から選択（複数選択可）。

7) 障害年金

障害年金を受給している場合、等級を入力する。

8) キーパーソン

キーパーソンとなる人の続柄を自由記載する。

9) その他

特記事項などあれば記入する。

【コメント欄】（ページ3）

転院相談時から変化があった点（例；要介護認定が下りた等）、その他特記すべき事項などあれば適宜記入する。

フリー記載 4ページ目コメント欄、MSW 記載欄の下

振り当てられたコメント欄に入力が入りきらない場合、フリーコメント欄を利用する。

加算のチェック欄 1ページ目経過報告書兼依頼書の下

入退院支援加算1 ☐有 ☐無

地域連携診療計画加算 ☐有 ☐無

上記の欄のチェックに関しては、病院ごとに記入者を決定し、入力する。

《4. 運用方法》

① 適用基準

連携パス・連携情報提供書は原則として、急性期病院から転院・転所する全症例に添付するものとする（地域連携診療計画加算の算定の有無に関わらず、全症例に使用する）。県南東部の脳卒中に関する医療情報交換の基本フォーマットとして活用していく。ただし、診療報酬請求上の連携パス非適用例は以下の症例とする。

- A) 患者・家族から同意を得られなかった例。
- B) 経過中・再発・合併症などの治療が優先され、脳卒中治療が中断した例。
- C) 急性期病院から直接在宅退院した例。
- D) 死亡例。

② 具体的な書類のやり取り

1. 連携パス・脳卒中連携情報提供書の使用の一般的ルール

- A) 急性期病院から転院・転所する全症例に使用する。各症例には、各急性期病院内のIDのほかに、連携パスID（各病院で決める）をつけ、回復期、維持期通した背番号として用いる。

施設名	病院 ID
岡山旭東病院	OKT
岡山済生会病院	OSA
岡山大学病院	OUN
岡山中央病院	OCE
岡山労災病院	ORO
川崎医科大学総合医療センター	KKA
岡山医療センター	OMC
岡山赤十字病院	ORC
岡山西大寺病院	OSD
岡山市立市民病院	OCI

- B) 地域連携診療計画加算を請求する対象となる症例については、適用であることを明示するようにする。
- C) 急性期病院から回復期病院に転院した際、本来、急性期病院で記入すべき連携パスの記入漏れがあった場合は、回復期病院の医師の判断で追加記入してよい。

2. 各病院の窓口と情報の管理

急性期病院は、連携パスを適用している症例がリハビリ転院する時、連携してい

る回復期病院に対して、①その症例が連携パス適用（地域連携診療計画加算算定有）であることを明示する（例えば、オーバービューパスに『地域連携診療計画加算 有』と記入するなど）、②回復期病院退院時に診療情報を返送する郵送先を明示する（例えば、地域医療連携室、脳卒中担当科病棟詰め所など）。各病院の事情があるため、転院時に、郵送先を明示したカバーレターを連携パスに同封して、他の添書類とともに回復期病院に提供する。

3. 患者用ファイルの作成

- A) 連携パス、各種同意書、検査データなどを患者自身が持ち運び、転院先や在宅療養のスタッフ、患者家族と情報を共有するために、急性期病院入院時にファイルを患者へ手渡し、ファイルに編綴してもらう形をとる。また、ファイルは患者のものであるため、患者自身に管理してもらう。
- B) ファイルの名称は『脳の連携ファイル』とする。患者名など基本情報を1ページ目に綴じる。
- C) ファイルのサイズはA4で、色は自由（黄が望ましい）。ファイルは各病院で購入配布する。
- D) 患者は、脳卒中で各医療機関を受診する際、必ずこのファイルを持参する。

4. 急性期病院で準備すべき書類または電子ファイル

- A) 岡山県の地域連携診療計画書（オーバービューパス）
- B) 岡山県の脳卒中医療体制図（岡山県の脳卒中医療連携体制について）
- C) 医療者用パス（電子ファイル）
- D) 退院時日常生活機能評価表（これはAに組み込まれている）
- E) 医師診療情報提供書（Cで代用可だが原則作成する）
- F) 看護師、療法士の添書（Cで代用可）
- G) 脳の連携ファイル（入院時に患者に渡す）
- H) この他に、各病院で患者説明用レジメを作成してもよい。
- I) CD-RW（Cを書き込む）

5. 回復期病院で準備すべき書類

- A) 岡山県の地域連携診療計画書（オーバービューパス）
- B) 医療者用パス（電子ファイル）
- C) 退院時生活機能評価表（これはAに組み込まれている）
- D) 医師診療情報提供書（Bで代用可だが、原則作成。）
- E) 看護師、療法士の添書（Bで代用可）
- F) 脳の連携ファイル（入院時に患者から受け取り退院時に返す）

G) この他に、各病院で患者説明用レジメを作成してもよい。

H) CD-RW (B を書き込む)

6. 急性期病院入院時の手順

- A) 対象症例は、全ての脳卒中（頭部外傷を除く、急性発症又は急性増悪した脳梗塞（一過性脳虚血発作を含む）、脳出血、又はくも膜下出血の治療を実施している場合）とする。
- B) 主治医は、入院時（もしくは1週間以内）に、患者家族もしくは患者本人に対して、必要事項を記入した連携パスと、脳卒中医療体制図を示し（各病院の説明レジメを使用してもよい）、連携の流れについて説明を行う。患者もしくは家族が連携パスによる連携医療に対し了解された場合、オーバービューパスの署名欄に署名してもらう。署名後、原本は脳の連携ファイルに綴じ、写しをカルテに保存する。
- C) 医療者用パスは、入院中に各職種の担当領域について適宜記載を進める（記載方法の詳細は別項にて詳述）。
- D) 転院・退院時、退院日と日常生活機能評価をオーバービューパスの所定欄に記入する。コピーを2部とり、1部を病院カルテに編綴、1部を医療者用パスに同封し、転院先へ渡す。オーバービューパスの原本は、脳の連携ファイルに編綴し、患者もしくは患者家族に手渡す。この際、転院先にて脳の連携ファイルを主治医に渡すよう説明する。
- E) 転院・退院時、医療者用パスについては、入力後、1部印刷し病院カルテに編綴する。CD-RWに書き込み、他の添書類と共に回復期病院に渡す。
また、医療者用パスの内容は診療情報提供書と同等の内容であるため、必ず封筒等に入れ封をして渡す。

7. 回復期病院入院時の手順

- A) 主治医は、入院時に、患者家族もしくは患者本人から脳の連携ファイルを受け取り、そこに編綴されているオーバービューパスに必要な事項を記入し、入院から退院、在宅までの連携の流れについて説明を行う。患者もしくは家族がオーバービューパスによる連携医療に対し了解された場合、オーバービューパスの署名欄に署名してもらう。署名後、原本は脳の連携ファイルに綴じ、写しをカルテに保存する。
- B) 医療者用パスは、入院中に各職種の担当領域について適宜入力を進める（記載方法の詳細は別項にて詳述）。
- C) 退院時、退院日と日常生活機能評価をオーバービューパスの所定欄に記入する。コピーを3部とり、1部を病院カルテに編綴、1部を医療者用パスに同封し、

維持期医療機関および紹介元の急性期病院へ送付する。オーバービューパスの原本は、脳の連携ファイルに編綴し、患者もしくは患者家族に返却する。この際、転院先にて脳の連携ファイルを主治医に渡すよう説明する。

- D) 医療者用パスについては、入力後、2部印刷し、1部を病院カルテに編綴し、1部は維持期病院に渡す。また、CD-RW書き込み、急性期病院へ送付する。
- E) 在宅療養に戻った患者のケアマネジャーから、医療者用パスの内容について情報提供の依頼があった場合は、紙媒体、電子媒体のいずれでもよいので封筒に入れ封をして情報提供する。

《5．定期検討項目》

各病院では、以下の項目を定期的に集計する。

- (ア) 脳卒中の全入院症例数に対する連携パス適用数
- (イ) 非適用例の内容と症例数
- (ウ) 連携パス使用例の各病院での在院日数、および総在院日数
- (エ) ADL改善度評価
- (オ) 転帰（自宅退院、転院など）

連携パス使用の評価は、上記の集計以外に、以下の観点から行っていく。

- (カ) 患者のADL向上に要した日数の短縮効果
- (キ) 医療費の抑制につながったかどうか
- (ク) 連携パスを使用したことによる患者満足度の向上はあったか

《6．附則》

- 1) 上記の運用手順は、平成21年4月1日から適用するものとする。
- 2) 随時、運用等の見直しを行い、適宜改訂するものとする。
- 3) 各病院の院内事情により制約をうける部分もあるため、連携機関に周知を図った上で、各病院の現状に即した運用を行うことは可とする。

平成20年1月作成

平成20年5月改訂

平成21年12月改訂

平成22年10月改訂

令和7年10月改訂