

脳卒中地域連携パス 運用ガイドライン

I. 適用基準

1. 脳卒中の症例
2. 地域連携パスによる転院リハビリ加療につき本人・家族の理解が得られること。

II. 手順

ステップ	用紙	内容
急性期 病院へ入院	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域連携診療計画書（患者用） 	<ul style="list-style-type: none"> ● 主治医が脳卒中の診断 ● 入院後7日以内に主治医より患者・家族に地域連携診療計画書（患者用）を説明し同意・署名
転院先の検討	<ul style="list-style-type: none"> ● 診療情報提供書 	<ul style="list-style-type: none"> ● 主治医が連携先病院への転院を判断 ● 主治医より MSW へ紹介 ● 患者・家族と相談し連携先病院を選定 ● 患者・家族が MSW と連携先病院と転院調整 ● 転院する連携先病院が決定
連携先病院 へ転院	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域連携診療計画書（患者用） ● 地域連携診療計画書（医療者用） ● 日常生活機能評価表 ● 看護情報提供書 ● リハビリ添書 	<ul style="list-style-type: none"> ● 発症又は手術後、約2ヶ月以内で転院 ● 退院時、地域連携診療計画書（患者用）に退院時日常生活機能評価を記載し、患者・家族に渡す
連携先病院 から退院	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域連携診療計画書（患者用） ● 地域連携診療計画書（医療者用） ● 診療情報提供書 	<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅への退院では退院の約1週間程度前に診療情報提供書を作成し早めに紹介する。状況によってケアカンファレンスを開催。 ① 退院時、地域連携診療計画書（患者用）に退院時日常生活機能評価を記載し、患者・家族に渡す ② 連携先病院 MSW から松江赤十字病院地域医療連携課へ地域連携診療計画書（医療者用）を送付しフィードバック
維持期 開業医	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域連携診療計画書（患者用） ● 地域連携診療計画書（医療者用） 	<ul style="list-style-type: none"> ① 退院時、地域連携診療計画書（患者用）に退院時日常生活機能評価を記載し、患者・家族に渡す ② 維持期開業医から松江赤十字病院地域医療連携課へ地域連携診療計画書（医療者用）を送付しフィードバック

III. 入退院基準

1. 急性期病院からの退院：急性期治療が終了し、病状が安定している
2. 回復期病院への入院：リハビリの適用がある
3. 回復期病院からの退院：リハビリを行い在宅、施設退院の準備が整っている