

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	● 地域連携診療計画書(患者用)	● 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	● 診療情報提供書	● 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	● 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	● 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	● 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	● 在宅への退院では退院の約1週間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 から急性期病院()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	● 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)	③ 退院時,地域連携診療計画書(患者用),日常生活機能評価を記載し,患者・家族に渡す ④ 維持期開業医から急性期病院(脳卒中で最初 に入院した病院;松江赤十字病院・松江市立病院)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

2010.11.4 作成

2025.11.27 一部改訂