

●地域連携診療計画書の内容

	目的	運用方法	記入上の留意点
患者説明用パス	<ul style="list-style-type: none"> 患者・家族に対して、転院後においても切れ目なく適切な治療が受けられることを説明するために用いる。 	<ul style="list-style-type: none"> 急性期医療機関において、入院後7日以内に個別の患者ごとの診療計画を作成し、説明する。 患者・家族に対して、地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて説明し、同意を得る。 患者・家族に文書で提供する。 患者に交付した診療計画の写しは診療録に貼布する。 	<ul style="list-style-type: none"> 上段に患者の個別の情報を記入する。 「診療内容等」の欄には、患者の個別の情報を記入する。 患者の流れを示す矢印については、該当するものの始点にあるチェック欄にチェックを入れる。
急性期パス	<ul style="list-style-type: none"> 急性期病院から回復期病院に転院する際に、患者情報の共有のために用いる。 	<ul style="list-style-type: none"> 急性期医療機関において、入院時と退院時に機能評価を行う。 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。 患者の転院時に回復期病院に提供する。 写しは診療録に貼布する。 	<ul style="list-style-type: none"> ①基本動作、②日常生活機能評価、③Barthel Indexの評価は、入院時及び退院時に記入する。 ④NIHSSの評価は、発症日及び退院時に記入する。
回復期パス	<ul style="list-style-type: none"> 回復期病院を退院し、在宅生活に戻る際に、患者情報の共有のために用いる。 	<ul style="list-style-type: none"> 回復期医療機関において、入院時と退院時に機能評価を行う。 退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。 日常生活機能評価の結果を文書にて急性期医療機関に報告する。 患者の退院時に診療所に提供する。 診療計画の写しは診療録に貼布する。 	<ul style="list-style-type: none"> ①基本動作、②日常生活機能評価、③Barthel Index、④麻痺評価、⑤高次脳機能評価は入院時及び退院時に記入する。 ⑥NIHSSの評価は、退院時に記入する。
在宅生活ノート	<ul style="list-style-type: none"> 急性期から回復期を経て、在宅生活に戻ったのち、身体機能の維持と生活の質の維持のため、専門医とかかりつけ医の定期的な診察を受ける。 	<ul style="list-style-type: none"> 様式①は回復期病院において、基本情報及び専門医の診察所見を記入し、退院時に患者に提供する。 様式②は在宅生活期において、必要に応じてコピーして使用する。 かかりつけ医が患者に同意を得た上で、回復期医療機関を退院した月又は翌月までに診療情報を急性期医療機関に文書にて報告する。 かかりつけ医が初回診療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し、文書にて急性期病院に報告する。 	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活機能評価等の報告については、回復期病院への報告は必須ではないが、退院後の患者の療養等について適切に連携を行うこと。