

## 【調査票(案)】脳卒中に係る地域連携パスの運用状況について

貴院における脳卒中に係る地域連携パスの運用状況について教えてください。  
着色セルに記載してください。

所属		担当課		回答者	
電話		E-Mail			

問1. 貴院において、脳卒中に係る地域連携パスを導入していますか。

- 1 導入している  
 2 導入を予定している  
 3 検討中 → 問3にお進みください。  
 4 導入予定なし → 問3にお進みください。  
 5 その他 ( ) → 問3にお進みください。

問2. 問1で「1 導入している」「2 導入を予定している」と回答された所属にお伺いします。

(1) 導入している（もしくは導入を予定している）地域連携パスについて教えてください。※不明の場合は、空欄で構いません。

パスの名称		運用主体	運用している地域	運用開始時期
協議会等の 設置の有無	ICT活用の有無	運用方法		

(2) 地域連携パスを運用している患者数を教えてください。(令和6年度)  
( ) 人

(3) 連携先について教えてください。(令和6年度)

- ・回復期リハビリテーション病院 ( ) 件
- ・生活期(維持期)医療機関 ( ) 件
- ・かかりつけ医 ( ) 件
- ・介護保険施設 ( ) 件
- ・その他 ( ) 件

⇒その他の連携先:

(4) 地域連携パスを運用する上で工夫していることがあれば教えてください。

問3. 地域連携パスを運用する上での課題があれば教えてください。

例) 連携先の協力が得られない

入退院支援加算の施設要件にある「連携機関との面会」の機会が少なく、算定が難しい  
パスの作成が煩雑である、またパスのメリットを感じない

ご協力いただき、ありがとうございました。