

浜松肺炎地域連携パス【医療者用】

氏名()

当院では、厚生労働省が推奨する地域包括ケアシステム構想に則り、地域全体で患者さんの療養生活を支援しております。
 当院の入院は急性期での治療が終了し症状が落ち着き次第退院し、連携医療施設やかかりつけ医にて継続した治療を受けていただくことができます。
 連携医療施設では、その後の療養生活の場所の検討と支援を行います。

		急性期病院	
担当医療機関	【施設名: _____】 【担当医: _____】 連携先を太線で明示 * 維持療養施設については、連携医療施設に転院後に決定してよい * 情報提供は行っておく	転院日: 月 日 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> その他 * 送迎の有無は病院によって異なる	
* 転院の時期については、各病院・施設の転院基準に則る	1-2日目	(3日 ~ 19日)を目処に	退院1~2日前
治療期間【目安】	1日~19日目までを目安		
急性期病院	【医師】 <input type="checkbox"/> 病状や治療、今後の見通しについての説明 <input type="checkbox"/> 今後の療養先についての説明(中間医療施設のあとの療養先も今後検討が必要になることを説明する) <input type="checkbox"/> 今後の栄養補給経路(食事摂取)に関しては、退院先で相談していくことを説明する(見通しは説明する) <input type="checkbox"/> 急性期の治療が終了した後の治療は、中間医療施設の主治医の判断にお任せする旨を説明する <input type="checkbox"/> 主治医の判断で嚥下機能の評価を行う <input type="checkbox"/> 診療情報提供書を記入 【病棟看護師】 <input type="checkbox"/> 介護保険: 有・無 介護度() <input type="checkbox"/> 介護保険申請: 済・未	【病棟看護師】 <input type="checkbox"/> 療養場所の意志決定の支援 <input type="checkbox"/> 療養病院を希望する場合など、必要に応じてMSWを紹介する <input type="checkbox"/> 転院先の面談希望の方は調整 <input type="checkbox"/> 転院先が決まったら、同日中に転院先に連絡を入れる(病棟課長) <input type="checkbox"/> 診療情報提供書をFAXする(MSWに依頼) * 一報連絡後両日中に送る <input type="checkbox"/> 患者情報の補足が必要な場合には、看護師間および医師間で直接連絡を取り合う <input type="checkbox"/> 連携医療施設に転院後の療養先の希望の確認(患者用に記載) <input type="checkbox"/> ADL票をFAXする(なるべく早くに) <input type="checkbox"/> 看護サマリー準備 <input type="checkbox"/> 転院時の搬送方法を確認 <input type="checkbox"/> 転院前の最終的な患者状況を連絡 【医師】 <input type="checkbox"/> 最終的な患者状態の情報提供する	<input type="checkbox"/> 移動手段の確認 <input type="checkbox"/> 手配の確認 <input type="checkbox"/> 持ち物の確認 <input type="checkbox"/> 転院前の最終的な患者状況を連絡 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書最終確認 <input type="checkbox"/> 2週間分の処方 <input type="checkbox"/> ADL表変更あれば追加 <input type="checkbox"/> 画像・心電図等の準備し、退院時に持参できる手配 <input type="checkbox"/> 看護サマリー追加があれば記入する <input type="checkbox"/> リハビリ介入している場合はサマリー準備
連携病院生活期医療施設	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書を受け取り、受入れ確認 <input type="checkbox"/> 受け入れ決定後、転院可能日を調整 <input type="checkbox"/> 退院日を病院と家族に連絡		
症状	入院時に記載		
食事	<input type="checkbox"/> 入院時症状無 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取 【 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> ゼリー食】 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養		
治療・リハビリ	<input type="checkbox"/> 抗生剤などの薬物治療(中間医療施設移行後は先方医師の判断による) <input type="checkbox"/> 必要に応じて酸素投与 <input type="checkbox"/> 必要に応じて吸引 <input type="checkbox"/> 食事摂取の判断 * 医師の判断で、退院前に嚥下評価を行う <input type="checkbox"/> 急性期リハビリの開始[早期離床、廃用予防] <input type="checkbox"/> 理学療法士の介入の検討 <input type="checkbox"/> 褥瘡発生の予防		
患者の希望 (ACP:アドバンスケア プランニング)	以下の内容について確認したらチェック、該当箇所に記載または○印をつける <input type="checkbox"/> 今後の治療についての意思確認【日時: 年 月 日】同席者: 患者、家族()、その他() <input type="checkbox"/> 急変時の方針: DNAR、気管内挿管/人工呼吸器、未定、その他() <input type="checkbox"/> 療養場所の希望の確認: 施設や療養病院、在宅(いずれ在宅も含む)、その他() <input type="checkbox"/> 症状悪化時の対応: 急性期病院での治療を希望、連携医療施設での治療、在宅での治療、その他() * 病状が安定している場合に確認:【日時: 月 日】患者、家族() <input type="checkbox"/> 人生の最終段階の場合の療養場所の希望: 在宅、施設、療養病院、急性期病院、その他() <input type="checkbox"/> 食べられなくなったときの栄養経路についての希望: 経管栄養(胃管チューブ、胃ろう)、末梢点滴、何もしなくてよい、その他()		
院内パス	<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> なし	* ACP:アドバンスケアプランニングとは、「自分が重篤な病状や状態になったときにどこでどのようにどうやって過ごしたいかと話し合うプロセス」	

		連携医療施設	維持療養施設
担当医療機関	【施設名: 】 【担当医: 】 <input type="checkbox"/> 療養病院	【施設名: 】 【担当医: 】 <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> 療養病院 <input type="checkbox"/> 自宅(かかりつけ医)	
* 転院の時期については、各病院・施設の転院基準に則る	転院後	(20日～)を目処に	以降～
治療期間【目安】	20日目～		以降を目安
急性期病院	* 急性期病院の治療が必要と判断された場合や患者・家族が希望される場合には、速やかに連絡を取り合い、対応を相談する		* 急性期病院の治療が必要と判断された場合や患者/家族が希望される場合には、速やかに連絡を取り合い、対応を相談する * 高齢者肺炎患者の維持療養施設におけるマネジメント指針を参照
連携病院 生活期医療施設	【転院後に実施】 <input type="checkbox"/> 今後の治療や機能回復の見通しなどの説明 <input type="checkbox"/> 今後、自宅退院になる場合には、診療所の紹介などを検討	<input type="checkbox"/> 今後の治療方針や検査結果、処方等を紹介元医療機関へ報告	
症状	来院時記載	増悪時	来院時に記載
	<input type="checkbox"/> 来院時症状無 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 紹介元医療機関へ相談	<input type="checkbox"/> 来院時症状無 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> その他()
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取【 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> ゼリー食】 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取【 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> ゼリー食】 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
治療・リハビリ	<input type="checkbox"/> 医師の判断で、必要な薬物治療 <input type="checkbox"/> 食事摂取の判断に基づき、栄養補給経路の検討 * 医師の判断で、嚥下評価を行う <input type="checkbox"/> 嚥下訓練など日常生活に応じたリハビリ	<input type="checkbox"/> 介護保険や各種制度の説明、利用法、その他困ったことのご相談	<input type="checkbox"/> 治療継続無し <input type="checkbox"/> 必要な薬物治療 <input type="checkbox"/> 嚥下状況(むせ有り) <input type="checkbox"/> 生活自立度【 <input type="checkbox"/> 生活自立 <input type="checkbox"/> 準寝たきり <input type="checkbox"/> 寝たきり 】
患者の希望 (ACP:アドバンスケア プランニング)	左記の内容を確認 希望の変更があった場合には記載 * 病状が安定している場合に確認【日時: 年 月 日】患者、家族() * 人生の最終段階の場合の療養場所の希望:在宅、施設、療養病院、急性期病院、その他() <input type="checkbox"/> 食べられなくなったときの栄養経路についての希望: 経管栄養(胃管チューブ、胃ろう)、末梢点滴、何もしなくてよい その他()		
* ACP:アドバンスケアプランニングとは、「自分が重篤な病状や状態になったときにどこでどのようにどうやって過ごしたいかと話し合うプロセス」			