

# 市立函館病院

## 誤嚥性・細菌性肺炎地域連携パス

### 運用マニュアル

## 誤嚥性・細菌性肺炎地域連携パスの運用について

### 1. 目的

誤嚥性・細菌性肺炎地域連携パスは、急性期病院と連携医療機関の医師が患者の治療経過を共有し、シームレスな医療の継続を実施するためのツールとして活用されることを目的とする。

### 2. 対象医療機関

誤嚥性・細菌性肺炎地域連携パスを共有し、パスによる連携医療を希望される連携医療機関を対象とする。

### 3. 対象患者

#### <適応基準>

誤嚥性・細菌性肺炎（もしくは、誤嚥性・細菌性肺炎が強く疑われる患者）

#### <除外基準>

15歳未満の患者

人工呼吸器管理を要する患者

透析患者

### 4. 各医療機関の役割

#### ・市立函館病院（急性期病院）の役割

救急医療や高度な専門的治療（NPPV等）

#### ・一般病院、回復期・療養病院の役割

（高度な専門的治療以外の）治療の継続（点滴治療、酸素療法等）

日常生活への回復に向けた治療やリハビリテーション

### 5. 誤嚥性・細菌性肺炎地域連携パス開始時期

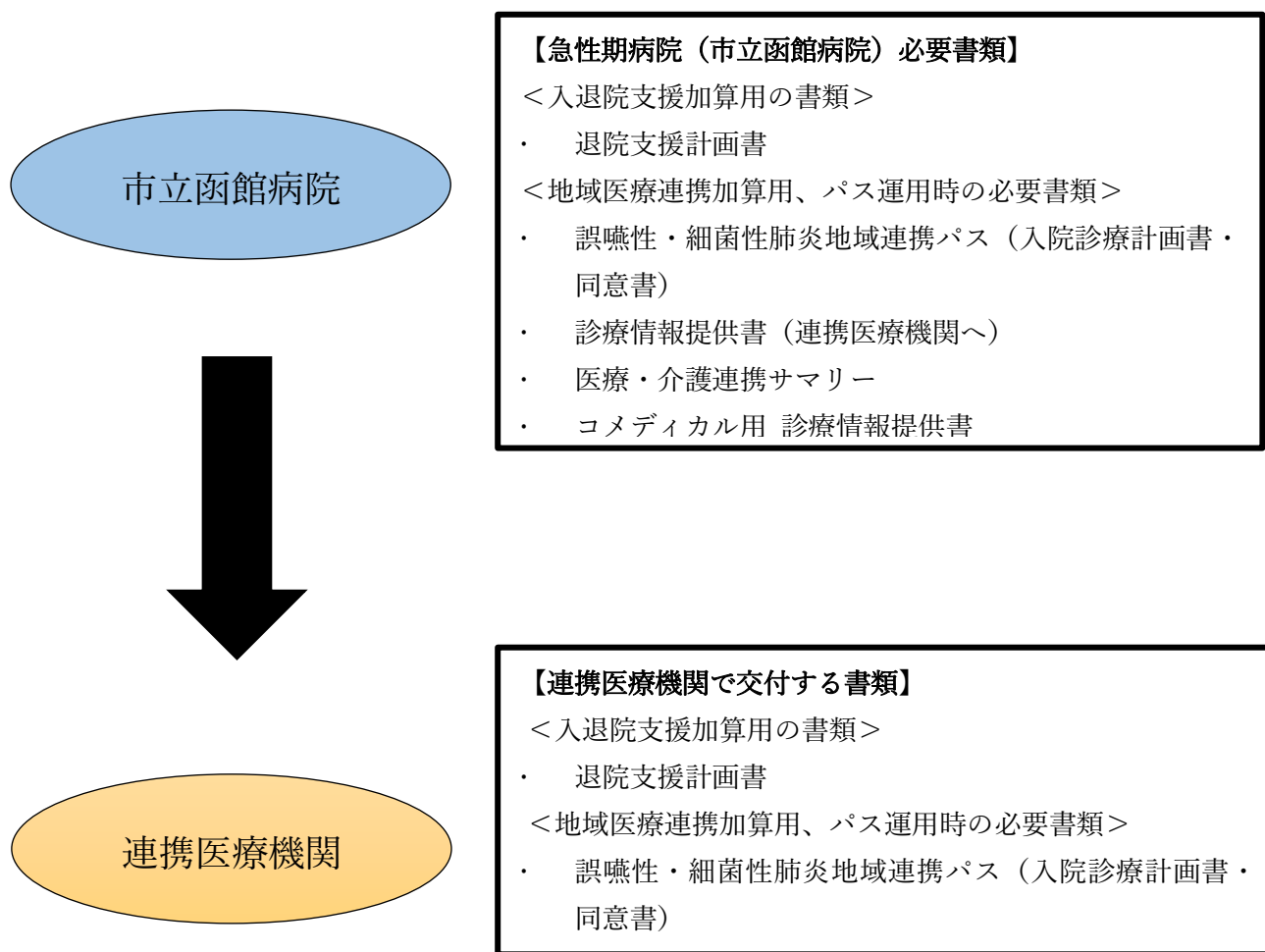
個別の患者に対する誤嚥性・細菌性肺炎地域連携パスの適応開始は、急性期病院の医師が判断する。

状況に合わせパスの適応・不適応を判断し、連携医療機関へ繋げる。

### 6. 誤嚥性・細菌性肺炎地域連携パスの構成書類

| 書類等の名称                           | 概要                                                      |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 誤嚥性・細菌性肺炎地域連携パス<br>（入院診療計画書・同意書） | 入院中や今後の予定を説明するもので、誤嚥性・細菌性肺炎地域連携パスを開始するにあたり患者又は家族の同意を得る。 |
| 診療情報提供書                          | 医師から転院先へ、診療内容の提供を行う。                                    |
| 医療・介護連携サマリー                      | 看護師から転院先へ、看護情報の提供を行う。                                   |
| コメディカル用_診療情報提供書                  | リハビリ技師から転院先へ、リハビリ情報の提供を行う。                              |

## 7. 誤嚥性・細菌性肺炎地域連携パスの基本的な書類の流れ



## 8. 地域連携診療計画加算算定

地域連携診療計画加算届出にあたって、急性期医療機関・連携医療機関は、入退院支援加算の算定ができることが条件です。地域連携診療計画加算算定については、いずれの施設においても厚生局へ、以下の4点の届出が加算算定前月までに必要です。(脳卒中や大腿骨頸部骨折の地域連携パスを使用している施設は届出不要です。)

- ・ 特掲診療料の施設基準に関する届出 (図1)
- ・ 誤嚥性・細菌性肺炎地域連携パス (入院診療計画書・同意書) (図2)
- ・ 地域連携診療計画加算の届出 (図3)

図1：特掲診療料の施設基準に関する届出

| 別添2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 特掲診療料の施設基準に係る届出書                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                |
| 保険医療機関コード                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 届出番号 (地連計) 第 号 |
| 連絡先<br>担当者氏名：<br>電話番号：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |
| (届出事項)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |
| [ 地域連携診療計画加算 ] の施設基準に係る届出                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |
| <p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。</p> <p>標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>保険医療機関の所在地<br/>及び名称</p> <p>開設者名 印</p> <p>東海北陸厚生局長 殿</p> |                |
| 備考1 [ ] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。<br>2 □には、適合する場合「レ」を記入すること。<br>3 届出書は、1通提出のこと。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |

図2：誤嚥性・細菌性肺炎地域連携パス（入院診療計画書・同意書）

ID: <<PATIENTNO>>

誤嚥性・細菌性肺炎地域連携パス（入院診療計画書・同意書）：誤嚥性・細菌性肺炎（疑い）の患者様へ

（患者名）<<ORIBP\_KANJI>>

（主治医）<<ORADM\_SDOCTOR>>

（登録医）<<ORDCT\_N\_A>>

（在宅連携支援担当）<<SUPPORTSTAFF>>

（病名1）<<ORADM\_DISEASE1>>

（病名2）<<ORADM\_DISEASE2>>

（病名3）<<ORADM\_DISEASE3>>

治療・検査の間、患者様の安全上、氏名等を確認させて頂く場合があります。ご理解の程お願い致します。

注1）病名等は、随時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わります。

注2）入院期間については、随時点で予定されるものです。

患者様用



| 急性期病院（当院での治療） |                                                                                                     |     |                 |                                                                                                                        |     |     |                         |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-------------------------|
| 入院期間          | <<CP_PLANSTARTDATE_MD_S>>                                                                           |     |                 |                                                                                                                        |     |     |                         |
|               | 1日目                                                                                                 | 2日目 | 3日目             | 4日目                                                                                                                    | 5日目 | 6日目 | 7日目～                    |
| 検査            | ・採血、尿、痰の検査<br>・レントゲン検査                                                                              |     | ・採血<br>・レントゲン検査 |                                                                                                                        |     |     | 7日目<br>・採血<br>・レントゲン    |
| 治療・処置         | ・点滴を行います（状態に応じて、継続・終了します）<br>・状態に合わせて、吸入、酸素治療を行います                                                  |     |                 |                                                                                                                        |     |     |                         |
| 食事            | ・食事はできません<br>・飲水は、医師の確認が必要です。<br>・必要時、管から栄養をとることがあります                                               |     |                 | 4～5日目<br>・状態に応じて、嚥下機能評価をします。<br>・嚥下機能評価の結果により、食事が開始になります（必要に応じて、介助致します）<br>・むせがある場合、とろみをつけたりします                        |     |     |                         |
| 内服            | ・普段飲んでいるお薬は、医師の指示のもと内服してください<br>・医師の指示により、中止するお薬がある場合があります                                          |     |                 |                                                                                                                        |     |     |                         |
| 安静度           | ・特に制限はありません<br>・自力で動けない場合は、体位変換を行います                                                                |     |                 |                                                                                                                        |     |     |                         |
| リハビリ          | ・必要に応じて、リハビリ（歩行訓練、日常生活訓練）・嚥下評価（訓練）を行います。                                                            |     |                 |                                                                                                                        |     |     |                         |
| 清潔            | ・誤嚥性肺炎予防のため、お口の中を清潔に保ちます。（洗面、うがい看護士がお手伝いします。）<br>・状態に応じて、清拭・陰部ケアを行います<br>・週1回、入浴介助を行います             |     |                 |                                                                                                                        |     |     |                         |
| 説明            | ・入院生活についての説明をします<br>・治療を継続するため、一般病棟への転院調整を開始します。<br>※当院は急性期病院であり、救急としての機能を維持するため、ご理解のほどよろしくお願い致します。 |     |                 | ・転院先の病院、転院日について説明を致します（転院日までの目安は、7～10日です）<br>・酸素療法や点滴を行っている状態でも、転院する場合があります。<br>・転院は、基本的に介護タクシー等を利用致します（費用は自己負担となります。） |     |     |                         |
| 目標            | ・発熱による苦痛が軽減できる<br>・呼吸困難感が軽減できる<br>・誤嚥がない                                                            |     |                 |                                                                                                                        |     |     | ・誤嚥性・細菌性肺炎症状が軽化せず、転院できる |

・特別な栄養管理の必要性  
☐ 無  
☒ 有（栄養状態に合わせた、栄養指導を行います。）

在宅連携支援計画  
・日常生活動作が維持できるような環境設定や介助方法の支援に努めます

主治医の説明に納得し、同意致します。

令和 年 月 日

（患者名）

（患者代理人）

患者本人との捺印  
（ ）  
（患者様が未成年または親族の同意が必要な場合、記載をお願いします。）

| 連携医療機関                                                     |       |
|------------------------------------------------------------|-------|
| 入院                                                         | 退院    |
| ・状態に応じて、採血、尿、痰、レントゲン検査を行う場合があります                           |       |
| ・経過中に急変した場合は、急性期病院へ連携します。<br>・状態に応じて、点滴を継続します              |       |
| ・嚥下機能に応じて、食事が開始されます                                        |       |
| ・普段飲んでいるお薬は、医師の指示のもと内服してください<br>・医師の指示により、中止するお薬がある場合があります |       |
| ・特に制限はありません                                                |       |
| ・機能障害の改善<br>・日常生活動作の維持、向上<br>・運動機能の維持、向上<br>・食べる訓練         |       |
| ・状態に応じて、清拭・入浴・介助などができます                                    |       |
| ・リハビリ評価<br>・実施計画の説明                                        | ・退院指導 |
| ・日常生活動作が改善できる                                              |       |

図3：地域連携診療計画加算の届出

様式 12

地域連携診療計画加算の施設基準に係る届出書添付書類

地域連携診療計画に係る事項

| 地域連携診療計画を策定している疾患名 | 担当医師 |
|--------------------|------|
|                    |      |

[記載上の注意]

1 連携保険医療機関等において共有された地域連携診療計画を添付すること。

2 地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式12の2を参考にすること。

9. 連携病院

- 誤嚥性・細菌性肺炎地域連携パスの連携医療機関に参加する。
- 急性期病院（市立函館病院）の地域連携課と年3回以上面会し、地域連携パスに関する情報を共有する。

## 10. 運用手順について

### <急性期病院（市立函館病院）>

#### (1) 入院～退院予定まで

- ・ 誤嚥性・細菌性肺炎地域連携パスの適用（担当：医師）
- ・ 患者と家族へ、治療・リハビリ継続のため転院の必要性を説明し同意を得る。（担当：医師・看護師）
- ・ 誤嚥性・細菌性肺炎地域連携パス（入院診療計画書・同意書）の交付、内容を説明し同意を得る。誤嚥性・細菌性肺炎地域連携パス（入院診療計画書・同意書）は2部コピーし、原本は急性期病院（市立函館病院）で保管、コピーは1部患者、1部患者サポートセンター（入退院支援課）へ（担当：病棟看護師）
- ・ 患者サポートセンター（入退院支援課）は、コピーされた誤嚥性・細菌性肺炎地域連携パス（入院診療計画書・同意書）をID-LINKへ添付する。（担当：MSW）
- ・ 患者・家族の同意後、転院調整開始。（担当：MSW）
- ・ 連携医療機関にパス運用による診療を打診、受託を得る。（担当：MSW）
- ・ 患者と家族に、連携希望先の連携受託の報告をする（担当：MSW）

#### (2) 退院～連携医療機関へ紹介まで

- ・ 誤嚥性・細菌性肺炎地域連携パスの構成書類を準備し、患者へ交付する（担当：病棟看護師）  
※ 書類は、患者が連携医療機関へ持参する。

#### <連携医療機関>

- ・ 患者、家族に誤嚥性・細菌性肺炎地域連携パス（入院診療計画書・同意書）の説明を行い同意を得る。
- ・ 投薬、検査、退院判断については、連携医療機関で実施する。
- ・ 入院中に病状変化し、連携医療機関での対応が難しい場合には、急性期病院（市立函館病院）へ連絡する。

## 11. 誤嚥性・細菌性肺炎地域連携パス 連携医療機関一覧

### <連携病院>

| 病院名                            | 連携部署                 | 連絡先          |
|--------------------------------|----------------------|--------------|
| 社会医療法人<br>高橋病院                 | 地域連携室                | 0138-23-7221 |
| 社会福祉法人 函館厚生院<br>ななえ新病院         | 医療相談室                | 0138-65-8879 |
| 医療法人 徳洲会<br>共愛会病院              | 入退院支援室               | 0138-33-1166 |
| 社会医療法人仁生会<br>西堀病院              | 地域連携課                | 0138-78-0102 |
| 公益社団法人函館市医師会<br>函館市医師会病院       | 地域医療連携センター・<br>クローバー | 0138-43-6000 |
| 社会福祉法人 北海道社会事業協会函館病院<br>函館協会病院 | 地域医療福祉連携室            | 0138-53-1644 |

12. 誤嚥性・細菌性肺炎増悪時の対応

連携医療機関での対応

誤嚥性・細菌性肺炎増悪が疑われる場合には、診療情報提供書を用いて急性期病院（市立函館病院）に紹介する。

13. 市立函館病院（急性期病院）問い合わせ先

（平日）8：30～17：15

患者サポートセンター（入退院支援課）

TEL：0138-43-2000

FAX：0138-43-8310

14. 運用開始日

2023 年 3 月 1 日