**対象疾患：肺炎　 浜松肺炎地域連携クリニカルパス診療情報提供用紙**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **患者ID****患者氏名**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | **計画管理病院**　　　　　　　　　　　　　　主治医　　　　　　　　　　　　　 | **連携病院**　　　　　　　　　　　　　　主治医　　　　　　　　　　　　　 | **かかりつけ医**　　　　　　　　　　　　　主治医　　　　　　　　　　　　 |
| 記載日 | 　　　　年　　月　　日 | 　　　　年　　月　　日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 肺炎の状態　　※□を記載 | ※該当項目に〇・数値を記載 | ※該当項目に〇・数値を記載 | ※該当項目に〇・数値を記載 |
| * 誤嚥性肺炎である または 疑い　（可能な施設は、以下の太枠内の記載をお願いします）
* 誤嚥性肺炎の可能性は低い
 |
| 日常生活機能 | 0点 | 1点 | 2点 | ※該当点数に〇を記載 | ※該当点数に〇を記載 | ※該当点数に〇を記載 |
| 床上安静の指示 | なし | あり |  | 0 | 1 |  | 0 | 1 |  | 0 | 1 |  |
| どちらかの手を胸元まで持ち上げられる | できる | できない |  | 0 | 1 |  | 0 | 1 |  | 0 | 1 |  |
| 寝返り | できる | 何かにつかまればできる | できない | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 |
| 起き上がり | できる | できない |  | 0 | 1 |  | 0 | 1 |  | 0 | 1 |  |
| 座位保持 | できる | 支えがあればできる | できない | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 |
| 移乗 | できる | 見守り・一部介助が必要 | できない | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 |
| 移動方法 | 介助を要しない移動 | 介助を要する 移動（搬送含む） |  | 0 | 1 |  | 0 | 1 |  | 0 | 1 |  |
| 口腔清潔 | できる | できない |  | 0 | 1 |  | 0 | 1 |  | 0 | 1 |  |
| 食事摂取 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 |
| 衣服の着脱 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 |
| 他者への意思の伝達 | できる | できる時とできない時がある | できない | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 |
| 診療・療養上の指示が通じる | はい | いいえ |  | 0 | 1 |  | 0 | 1 |  | 0 | 1 |  |
| 危険行動 | なし | あり |  | 0 | 1 |  | 0 | 1 |  | 0 | 1 |  |
| 日常生活自立度\* | J自立 A屋外介助 B屋内介助 C ベッド上 | J　　　A　　　B　　　C | J　　　A　　　B　　　C | J　　　A　　　B　　　C |
| 認知症日常生活自立度\*\* | Ⅰ自立Ⅱ見守り Ⅲ支障あり・要介護Ⅳ常に支障あり・要介護　M 要専門医療 | Ⅰ Ⅱ 　Ⅲ 　Ⅳ　M | Ⅰ Ⅱ 　Ⅲ 　Ⅳ　M | Ⅰ Ⅱ　Ⅲ 　Ⅳ　M |
| 入浴 | A自立 B半介助 C全介助 D 不可 | A　　　B　　 C　　　D | A　　　B　　 C　　　D | A　　　B　　 C　　　D |
| トイレ動作 | A自立 B半介助 C全介助 D 不可 | A　　　B　　 C　　　D | A　　　B　　 C　　　D | A　　　B　　 C　　　D |
| 摂食・嚥下機能評価（別添表1参照） | ※該当点数に〇を記載 |  |  |
| グレード1～10　※正常=10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |  |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 摂食状況のレベル（別添表2参照） | ※該当点数に〇を記載 | ※該当点数に〇を記載 |  |
| レベル1～10　※正常=10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

|  |
| --- |
| 患者の希望（アドバンスドケアプランニング）　※内容および☑を記載 |
| * 人生会議手帳
* 人生の最終段階における医療・ケアについて
 | □ あり　□ 説明済　　□ 説明未　／　　□ なし□ 未決定　　　　 □ 延命措置をご希望されない　※本人の意思を尊重した方針決定に基づく（その他：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 肺炎予防：　肺炎球菌ワクチン接種　※内容および☑を記載 |
| * ニューモバックス®
* プレベナー®
 | □ 未接種　　　　　　　　　□ 接種済　（　　　　回接種：　最終接種　 　　　　年　　　月　　　日）□ 未接種　　　　　　　　　□ 接種済　（　 　　　　年　　　月　　　日） |
| その他、申し送り事項 |

\*障害者高齢者の日常生活自立度参照　 \*\*認知症高齢者の日常生活自立度参照

高齢者浜松肺炎地域連携クリニカルパス事務局 2020年11月作成・2022年7月改訂･2022年11月改訂

**対象疾患：肺炎　 浜松肺炎地域連携クリニカルパス診療情報提供用紙（別添）**

**表１．摂食・嚥下能力のグレード**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 重症度 | グレード | 内容 |
| Ⅰ　重症経口不可 | １ | 嚥下困難または不能、嚥下訓練適応なし |
| ２ | 基礎的嚥下訓練のみの適応あり |
| ３ | 条件が整えば誤嚥は減り、摂食訓練が可能 |
| Ⅱ　中等症経口と補助栄養 | ４ | 楽しみとしての摂食は可能 |
| ５ | 一部（1～2食）経口摂取 |
| ６ | 3食経口摂取プラス補助栄養 |
| Ⅲ　軽症経口のみ | ７ | 嚥下食で、3食とも経口摂取 |
| ８ | 特別に嚥下しにくい食品を除き、3食経口摂取 |
| ９ | 常食の経口摂食可能、臨床的観察と指導要する |
| Ⅳ　正常 | １０ | 正常の摂食嚥下能力 |

**表２．摂食状況のレベル**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 摂食状況 | レベル | 内容 |
| 何らかの問題あり | 経口なし | １ | 嚥下訓練を行っていない |
| ２ | 食物を用いない嚥下訓練を行っている |
| ３ | ごく少量の食物を用いた嚥下訓練を行っている |
| 経口と補助栄養 | ４ | 1食分未満の（楽しみレベルの）嚥下食を経口摂取しているが、代替栄養が主体 |
| ５ | 1～2食の嚥下食を経口摂取しているが、代替栄養も行っている |
| ６ | 3食の嚥下食経口摂取が主体で、不足分の代替栄養を行っている |
| 経口のみ | ７ | 3食の嚥下食を経口摂取している　代替栄養は行っていない |
| ８ | 特別食べにくいものを除いて、3食を経口摂取している |
| ９ | 食物の制限はなく、3食を経口摂取している |
| 正常 | １０ | 摂食・嚥下障害に関する問題なし |

引用文献： 嚥下障害ポケットマニュアル 第4版