

荒尾市立有明医療センター

心不全地域連携バス

運用マニュアル

2024（令和6）年10月作成

## 心不全地域連携パスの運用について

### 1. 目的

心不全地域連携クリニカルパスは、患者さんに安心で質の高い医療を提供するために、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、包括的に管理することで、心不全の急性増悪を予防し、長期予後の改善を図るために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

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

状態の安定した症例で、かつ連携医療機関での治療・リハビリ・療養が必要な患者を想定する。

#### <適応基準>

急性心不全の患者

慢性心不全の患者

心臓弁膜症の患者

陳旧性心筋梗塞の患者

### 4. 各医療機関の役割

#### <荒尾市立有明医療センターの役割>

- ・救急医療や高度な専門的治療及び検査（心臓カテーテル検査、ペースメーカー、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

#### <かかりつけ医の役割>

- ・慢性期の治療、管理、療養など、地域で生活する患者の健康管理を主な役割とする。

### 5. 心不全地域連携パス開始時期

個別の患者に対する心不全地域連携パスの適応開始は、荒尾市立有明医療センターの医師が判断する。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. 心不全地域連携パスの構成書類

- (1) 診療情報提供書
- (2) 心不全地域連携診療計画書兼同意書

入院中や今後の予定を説明するもので、心不全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

(3) 心不全地域連携クリニカルパス

退院から一定期間ごとに患者の状態をチェックする

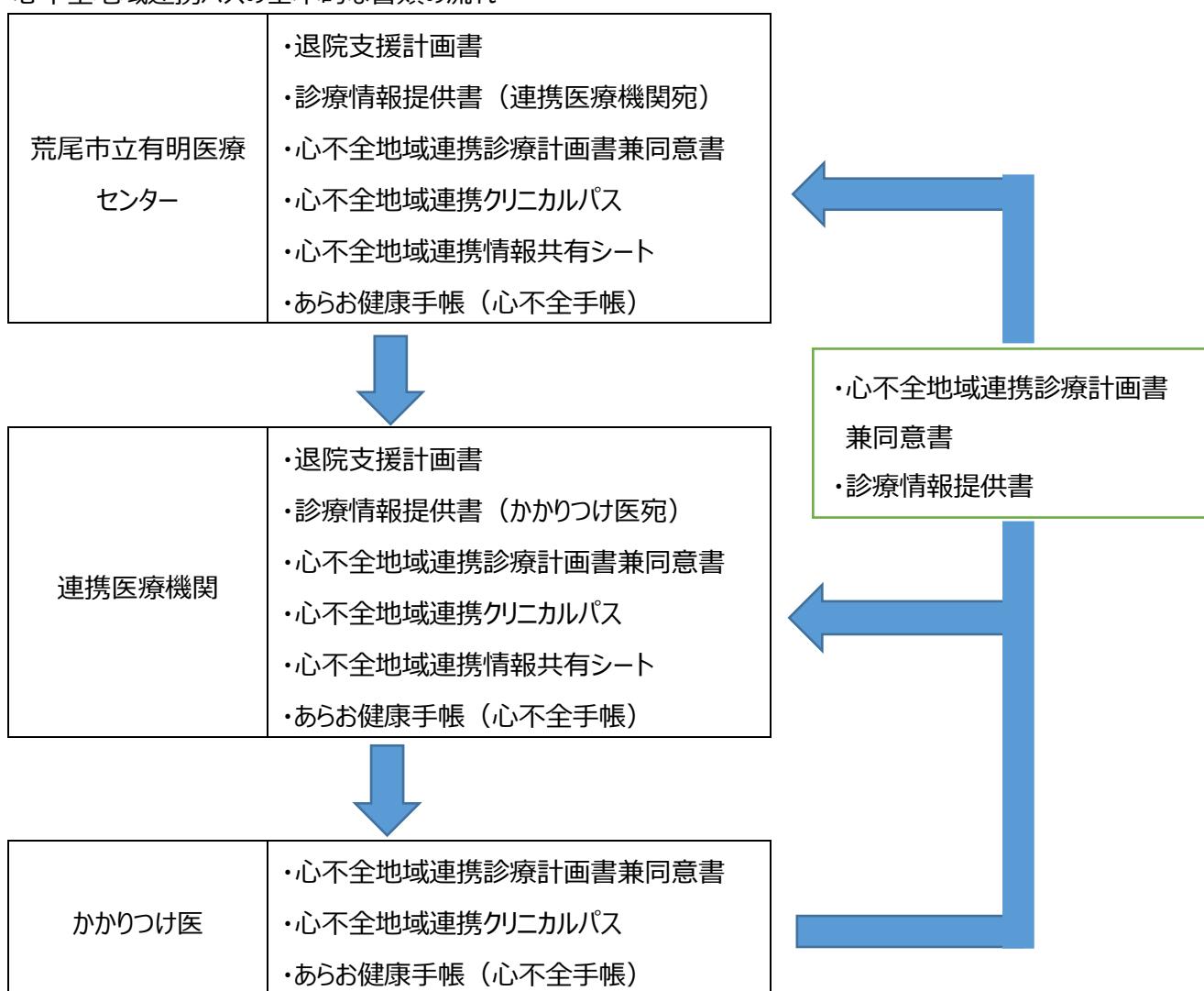
(4) 心不全地域連携情報共有シート

退院時の患者の状態を記載する

5) あらお健康手帳（心不全手帳）

心不全の注意事項等、患者自身の状態を記入し医療機関に現状を伝えるツールとして使用する。

## 7. 心不全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の算定について（施設基準の届出）

地域連携診療計画加算の算定について、連携病院で算定する場合、入退院支援加算の施設基準の届出が済んでおり、新たに「地域連携診療計画加算（入退院支援加算の加算）」の届出が必要となります。

また、かかりつけ医で算定する場合、診療情報提供料（I）に係る「地域連携診療計画加算」の届出が必要となります。

施設基準の届出については、いずれの施設においても九州厚生局熊本事務所に、以下の施設基準届出書と関係資料を加算算定月の前月までに届出を行う必要があります。

#### <連携病院>

##### ■ 基本診療料の施設基準に関する届出

- ・別添 7 基本診療料の施設基準に係る届出書 「入退院支援加算の地域連携診療計画加算」
- ・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
- ・様式 12 の 2 心不全地域連携クリニカルパス
- ・様式 40 の 9 入退院支援加算の施設基準に係る届出書添付書類（地域連携診療計画加算に○）

※関連する資料

- ・心不全地域連携診療計画書兼同意書
- ・心不全地域連携クリニカルパス
- ・心不全地域連携クリニカルパス（患者さん用）
- ・心不全判定シート

#### <かかりつけ医>

##### ■ 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 「地域連携診療計画加算」
- ・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
- ・様式 12 の 2 心不全地域連携クリニカルパス

※関連する資料

- ・心不全地域連携診療計画書兼同意書
- ・心不全地域連携クリニカルパス
- ・心不全地域連携クリニカルパス（患者さん用）
- ・心不全判定シート

#### <共通>

##### ■ その他の要件

- ・心不全地域連携バスの連携医療機関に参加する。（参加同意書をご提出いただきます）
- ・心不全地域連携バスに関する情報等を共有するため、荒尾市立有明医療センターと年 3 回以上の面会が必要です。

#### 9. 運用手順について（荒尾市立有明医療センター→連携病院→かかりつけ医）

<荒尾市立有明医療センター（計画策定病院）>

### (1) 入院～退院見込み決定まで

- ・心不全地域連携パスの適用患者を決定する（主治医）
- ・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（主治医、担当看護師）
- ・心不全地域連携診療計画書兼同意書等で心不全地域連携パスの内容を説明し同意を得る（主治医、担当看護師）
- ・心不全地域連携診療計画書兼同意書は、同意サイン記入後2部コピーし、原本は患者の入院中は病棟で保管し、退院（転院）時に診療情報提供書と一緒に患者に渡す。  
また、コピーは1部を患者さんへ、1部を患者サポート・医療連携室へ渡す（担当：病棟看護師）
- ・患者サポート・医療連携室は、心不全地域連携診療計画書兼同意書（コピー）を電子カルテにスキャンし、紙媒体は別に保管する。（担当：患者サポート・医療連携室）
- ・患者に心不全手帳を交付し、内容について説明する。（担当：病棟看護師）
- ・転院調整を開始する。（担当：患者サポート・医療連携室 MSW）

### (2) 退院見込み決定～退院まで

- ・退院日を決定する
- ・連携医療機関に心不全地域連携パスによる診療を打診、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）

### (3) 退院～連携医療機関へ紹介まで

- ・心不全地域連携パスの構成書類を準備し、患者へ全て渡す（担当：病棟看護師）  
※書類は、患者が連携医療機関へ持参する

#### ＜連携病院＞

##### ■治療、リハビリ、療養目的で転院となった場合

- ・患者および家族に、心不全地域連携診療計画書兼同意書にて、心不全地域連携パスを使用することを説明し同意を得る。
- ・投薬、検査、退院判断については、連携病院で実施する。
- ・入院中に病状が変化し、連携病院での対応が難しい場合には、荒尾市立有明医療センターへ連絡する。
- ・入院中は、あらお健康手帳（心不全手帳）に日々の血圧、体重の自己記録の患者指導を継続する。
- ・退院時に、医療機関受診時には、あらお健康手帳（心不全手帳）を携帯し提示するよう、患者に説明する。
- ・退院時に、かかりつけ医へ紹介する。

#### ＜かかりつけ医＞

##### ■自宅退院または施設入所する場合

- ・患者および家族に、心不全地域連携診療計画書兼同意書にて、心不全地域連携パスを使用することを説明し同意を得る。

- ・あらお健康手帳（心不全手帳）に記載されている目標体重、目標血圧をもとに、水分、塩分、利尿薬、降圧薬を調整する。
- ・心不全手帳に記載されている運動の目安をもとに、運動療法の指導を実施する。
- ・心不全手帳は、医療機関受診時には携帯し提示するよう患者に説明する。
- ・在宅でのフォロー中に病状変化し、かかりつけ医での対応が難しい場合には、荒尾市立有明医療センターへ連絡する。
- ・投薬、検査については、かかりつけ医で実施する
- ・受診ごとにあらお健康手帳（心不全手帳）に記載されている日々の自己記録を確認する。

#### <患者>

- ・患者は「患者用心不全地域連携リカルパス」と「あらお健康手帳（心不全手帳）」を保管・管理する。
- ・心不全地域連携パスの対象疾患以外で医療機関を受診する際も「あらお健康手帳（心不全手帳）」を持参する。

## 10. 紹介基準

心不全増悪が疑われる場合には、診療情報提供書を用いて荒尾市立有明医療センターに紹介する。受診時には、あらお健康手帳を持参するように伝える。

バリアンス	対処方法
安静時の呼吸困難感	
起坐呼吸状態	急性期病院へ連絡後、当日救急搬送
SpO2 低下（呼吸不全）	

脈拍（回/分） 120 以上	4 点	合計点 ■ 5 点以上…すぐにかかりつけ医か救急外来受診！！
目標外体重	3 点	■ 4 点…当日（翌日）かかりつけ医を受診
安静時の息苦しさ	5 点	■ 3 点…1週間以内にかかりつけ医を受診
むくみ	1 つでも症状がある場合は	
外出・階段息切れ	1 点	
食欲低下		
咳	※全て該当でも 1 点	

上記基準でスコアが合計 5 点以上に合致する場合は、すぐにかかりつけ医か荒尾市立有明医療センター外来にご連絡の上受診してください。時間外・休日については救急外来へご連絡ください。

※荒尾市立有明医療センターに電話連絡する際には、必ず『心不全判定シートのスコアが 5 点以上』とお伝えください。

## 12. 問い合わせ先

管理部署：荒尾市立有明医療センター 患者サポート・医療連携室

対応時間：平日 8：30～17：15

TEL：0968-63-1115（代表電話） FAX：0968-62-4543

## 13. 運用開始日

令和6（2024）年10月より運用開始