

茨城県心不全地域連携の手引き

2023.10.4 作成

2023.12.1 一部改訂

2024.3.1 一部改訂

茨城県心不全地域連携の手引き作成にあたって

茨城県医療機関の皆様へ

この度、茨城県では心不全に関する地域連携に県を挙げて取り組むこととなりました。この取り組みに賛同し、連携機関として登録いただける医療機関を「茨城県心不全地域連携機関（ハート連）」と称して募集しております。

心不全は高齢化とともに増加の一途をたどっており、茨城県も例外ではありません。心不全患者が治療を受けながら住み慣れた地域でその人らしい生活を送るためには、急性期、回復期、生活期の医療機関が互いに密に連携していく必要があります。

ハート連は、茨城県の循環器病対策推進計画に基づき、茨城県心疾患対策検討部会の分科会である心不全連携会議が母体となり、2024年4月に創設されます。ハート連の事務局は、筑波大学に2022年に厚生労働省のモデル事業に選定され設立した筑波大学茨城県脳卒中・心臓病等総合支援センターが県より委託されその役割を担っております。ハート連に加盟いただくメリットとして、なによりも急性期医療機関、回復期医療機関、生活期医療機関のスタッフ同士が年3回の研修会を通じて顔の見える関係を築く機会となることが挙げられます。さらに、心不全クリティカルパスの使用により診療報酬を算定できます。そして、ハート連に加盟した施設群は公表され、この説明により患者・ご家族に安心して紹介医療機関へ通院いただけます。

ハート連は、茨城県医師会の茨城県地域包括ケア推進センターと共同で、生活習慣病の終末像とも言える心不全にフォーカスした研修会を行うなど、地域包括ケアと密接に連携します。

ハート連の加入条件は以下のとおりです。

1. 茨城県内の医療機関、施設であること
2. 心不全診療を地域医療機関と連携して行うこと
3. 研修会へ年3回以上参加すること（施設から代表1名以上）

研修会は、茨城県心不全連携会議が企画する心不全地域連携研修会（年3回）の他、茨城県地域包括ケア研修センターの医療者研修会も研修会参加としてカウントできるよう整備中です。なお、心不全クリティカルパス導入や診療報酬算定はハート連加入の努力目標ですが、必須ではありません。

この手引きが、茨城県における心不全地域連携の一助となり、患者様の生活の質の向上に貢献できれば幸いです。皆様のご協力とご支援を心よりお願い申し上げます。

茨城県心不全連携会議 会長
筑波大学茨城県脳卒中・心臓病等総合支援センター 副部長
筑波大学循環器内科 准教授
石津智子

目次

1. 心不全地域連携パス
2. 茨城県心不全地域連携会議
3. 茨城県心不全地域連携機関（通称：ハート連）加入
4. 茨城県心不全地域連携診療計画書（心不全地域連携パス）関連書類
5. 地域連携診療計画加算
6. 茨城県心不全地域連携診療計画書運用要綱

1. 心不全地域連携パス

心不全地域連携パスとは

心不全地域連携パスとは、地域で目指す心不全診療の目標を達成するために必要な道筋を定め、急性期医療機関とかかりつけ医、地域の医療・介護スタッフで役割分担、情報共有を行い、目標に向かって円滑な地域連携を進めるためのシステムである。地域における心不全診療の目的は、心不全増悪を予防し急性期治療後の安定した家庭生活を担保しながら患者が住み慣れた地域で本人の意思や希望に応じて、その人らしい生活を送れるように支援することである。

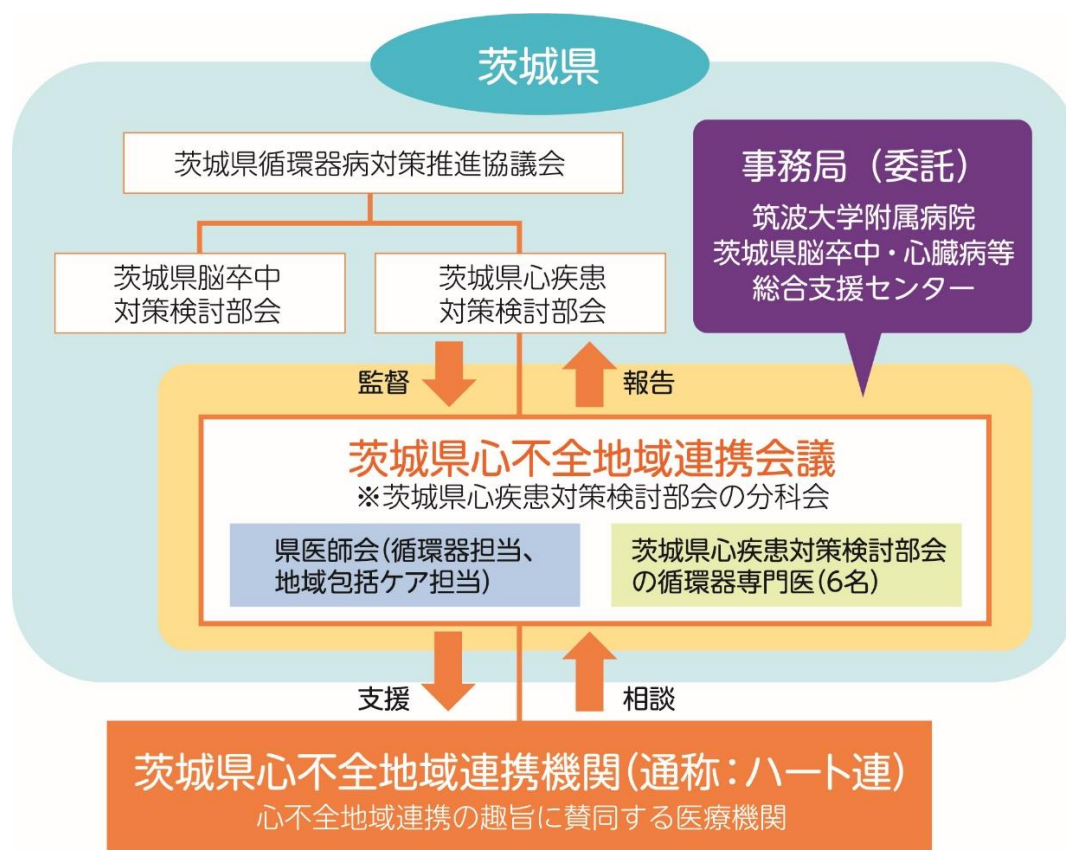
心不全地域連携パスは、効率的かつ効果的に地域の心不全診療の質を向上させるためのツールとなるシステムである。

心不全地域連携パスの目的

心不全患者が、住み慣れた地域でその人らしい生活を送るために、県内の各地域に心不全チームのネットワークを作ることが（特に高齢者にとっては）必要となる。医療機関の枠をこえて、各地域にオールいばらき心不全チームを作ることが心不全地域連携パスの目的である。

2. 茨城県心不全地域連携会議

茨城県心不全地域連携会議とは



- ・筑波大学附属病院茨城県脳卒中・心臓病等総合支援センターは、茨城県心不全地域連携会議の事務局を担う。
- ・県内に茨城県心不全地域連携機関（以下：ハート連）を募る。
- ・ハート連は、実際にパスを運用する主体となる。
- ・実際のパス運用に当たっては、各地域の急性期を担う病院が中心となるため、ハート連は、まず日本循環器学会専門医研修施設、および研修関連施設に声掛けする。
- ・ハート連は、順次拡大し、心不全診療を地域医療と連携して行うすべての茨城県内医療機関で、研修会に年3回以上出席することを条件として、茨城県心不全地域連携会議が任命する。
- ・事務局は、任命したハート連をリスト化して管理する。
- ・ハート連は、地域ブロック毎に拠点施設（ハート連拠点病院）を選出する。
- ・地域ブロックについては、茨城県9医療圏を基本とするが、現状の医療リソースに応じて、複数の医療圏が協力して拠点施設を選出する。

3. 茨城県心不全連携機関（ハート連）加入

- ・研修会への参加

年3回の心不全地域連携パス研修会へ参加し、地域における心不全診療の質を向上させるとともに、地域心不全ネットワークを構築する。

- ・院内ハートチームの整備、充実

4. 茨城県心不全地域連携診療計画書（心不全パス）関連書類

	名称	概要
資料1	・茨城県心不全地域連携診療計画書	・患者への説明時に使用し、入院中や今後の予定を伝える
資料2	・心不全地域連携パス説明書	・心不全地域連携パスの患者説明書
資料3	・心不全手帳	・患者の退院時の状態を記載し、医療機関の連携に利用 ・患者に入院中の指導内容を伝える ・患者の毎日の記録（患者セルフケア）
資料4	・心不全セルフチェックシート	・「心不全のサインの観察」を説明する際に使用する ・心不全手帳に貼り付けて利用
資料5-A	・診療情報提供書①簡易版 （急性期医療機関→回復期・療養期 および生活期医療機関）	・心不全入院からの退院時、外来での状態安定時に地域のクリニックの先生へご紹介する際に使用する ・簡易版は自施設で使用している紹介状と併用して使用する
資料5-B	・診療情報提供書①詳細版 （急性期医療機関→回復期・療養期 および生活期医療機関）	
資料6	・診療情報提供書② （回復期・療養期および生活期医療 機関→急性期医療機関）	・心不全増悪時の紹介や共同診療を行っている患者さんの定期受診時に使用する

患者氏名[] 男性・女性
 生年月日 年 月 日生 [] 歳

茨城県心不全地域連携診療計画書

急性期医療機関			
入院日	年 月 日		
施設名	()		
主治医	()		
入院時の症状	呼吸困難・浮腫・その他()		
心不全の状態	症状が強く、酸素投与や静注治療が必要な状態		
経過	超急性期 入院～数日	安定期 数日～約2週間	退院日(/)
達成目標	<input type="checkbox"/> 安静を守ることが出来る。 <input type="checkbox"/> 呼吸が楽になる。	<input type="checkbox"/> 酸素投与が終了する。 <input type="checkbox"/> 心不全手帳を使用 <input type="checkbox"/> 内服薬の必要性が理解できる。 <input type="checkbox"/> 生活習慣の問題点が理解できる。 <input type="checkbox"/> 退院に向けて多職種で話し合いを行う。	<input type="checkbox"/> 呼吸状態が入院前の状態になる。 <input type="checkbox"/> 服薬管理が出来る。 <input type="checkbox"/> 心不全手帳を記載できる。
治療処置検査	・安静、酸素投与、薬物治療(点滴、内服)を行います。 ・病状に応じて採血、レントゲン、心電図などを行います。 ・必要に応じてカテーテル検査や治療、ペースメーカー治療、陽圧呼吸による治療等を行います。		
食事栄養	・原則、病院食以外は食べられません。 ・医師の指示の下、食事内容を変更します。 ・医師の指示の下、適切な水分摂取量の指導を行います。 ・心不全治療のための栄養指導を行います。		
リハビリ活動	・筋力低下を予防し、日常生活動作を改善するため、医師の指示の下、早期からの心臓リハビリテーションを行います。 ・状態に応じて医師の指示の下、安静度が変更します。		
説明指導	<input type="checkbox"/> 医師:病状説明 <input type="checkbox"/> 看護師:生活指導 <input type="checkbox"/> 理学療法士:運動指導 <input type="checkbox"/> 薬剤師:薬剤指導 <input type="checkbox"/> 栄養士:栄養指導		
社会的項目	必要に応じて今後のことについて相談します。 <input type="checkbox"/> 退院支援 <input type="checkbox"/> 介護サービス等の利用 <input type="checkbox"/> 医療費について <input type="checkbox"/> 社会復帰について(就労・就学)		

回復期医療機関		
転院日	年 月 日	
施設名	()	
主治医	()	
転院時の症状	呼吸困難・浮腫・その他()	
心不全の状態	症状は安定したが入院治療の継続やリハビリが必要な状態	
経過	転院日～退院 入院期間:おおよそ1～3か月程度	退院日 (/)
達成目標	<input type="checkbox"/> 呼吸状態が悪化しない。 <input type="checkbox"/> リハビリテーションが目標に達している。 <input type="checkbox"/> 服薬管理が出来る。 <input type="checkbox"/> 体重と水分の管理が出来る。 <input type="checkbox"/> 心不全手帳を記載できる。 <input type="checkbox"/> 退院に向けて多職種で話し合いを行う。	
治療処置検査	・病状に応じて採血、レントゲン、心電図などを行います。 ・内服薬や点滴を調整しながら治療を継続します。	
食事栄養	・原則、病院食以外は食べられません。 ・医師の指示の下、食事内容を変更します。 ・医師の指示の下、適切な水分摂取量の指導を行います。 ・必要時、栄養指導を行います。	
リハビリ活動	・筋力低下を予防し、日常生活動作を改善するため、医師の指示の下、リハビリテーションを行います。 ・状態に応じて医師の指示の下、安静度が変更します。	
説明指導	<input type="checkbox"/> 医師:病状説明 <input type="checkbox"/> 看護師:生活指導 <input type="checkbox"/> 理学療法士:運動指導 <input type="checkbox"/> 薬剤師:薬剤指導 <input type="checkbox"/> 栄養士:栄養指導	
社会的項目	必要に応じて今後のことについて相談します。 <input type="checkbox"/> 退院支援 <input type="checkbox"/> 介護サービス等の利用 <input type="checkbox"/> 医療費について <input type="checkbox"/> 社会復帰について(就労・就学)	

維持期・生活期医療機関		
転院日	年 月 日	
施設名	()	
主治医	()	
紹介時の症状	呼吸困難・浮腫・その他()	
心不全の状態	症状がおおむねコントロールされ、自宅での生活が可能な状態	
達成目標	<input type="checkbox"/> 内服治療を継続し、食事・活動などの生活習慣に気をつけながら、再発予防が出来る。 <input type="checkbox"/> 心不全手帳を毎日記載する。	
治療検査	・内服治療を継続します。 ・体重・血圧管理を行います。 ・病状に応じて採血、レントゲン、心電図などを行います。 ・再発予防に取り組みます。	
食事栄養	・塩分摂取量、水分摂取量について適切な指導を行います。	
リハビリ活動	・日常生活の維持に向けて、筋力低下予防の運動指導を行います。	
説明指導	<input type="checkbox"/> 医師:病状説明 <input type="checkbox"/> 看護師:生活指導	
社会的項目	・必要に応じて療養支援について相談を受けます。	

各項目に✓をして、指導の漏れがないか進捗を確認することができます

心不全地域連携パスについて

はじめに

地域連携パスとは、良質な医療を安全に途切れることなく提供するための手段として開発された、地域で統一された診療計画表のことです。当院でも、「心不全」に対する地域医療パスを導入しています。急性期医療機関で専門治療を行い、病状が安定しても入院の継続が必要な場合は回復期・療養期医療機関に転院となります。自宅での生活に支障がない患者さんは、病状が安定していればかかりつけ医に紹介となります。病状の悪化が見られれば再度、急性期医療機関で治療を受けることができます。

患者様が中心となり、それを包み込むように地域全体の施設が各々の役割を果たしながら連動していく計画は、これからの社会において必要不可欠な医療システムと考えられます。この心不全地域連携パス運用に際しては、皆様の医療情報を連携する施設間で共有することに、ご同意いただくことが前提となります。

1. 他の医療機関や介護サービス事業者との診療情報の共有

当院が連携する医療機関や介護サービス事業者を利用する際は、施設間で皆様の情報が共有されます。尚、共有される情報には、病名、治療内容、治療期間、リハビリ経過等が含まれます。

2. 心不全地域連携パス利用の同意

心不全地域連携パスの利用にご同意いただいた場合には、これから利用される医療機関や介護サービス事業者においても同意されたものとし、心不全地域連携パスを利用した治療や福祉サービスが継続されます。

3. 個人情報の取り扱い

心不全地域連携パスに基づいて治療や福祉サービスを受けられる際は、連携施設間で、皆様の情報共有が行われます。皆様の情報は、大切な個人情報であるため、施設間での情報提供を含めた管理については、個人情報保護法を遵守し、心不全地域連携パス運用以外の目的には使用いたしません。また、皆様の個人情報については、ご本人による開示請求・訂正・利用停止等の権利を行使することが可能です。

4. 心不全地域連携パス利用の任意性と、同意後の撤回

心不全地域連携パスの利用においては、皆様の意志が何よりも尊重されます。利用を見合わせたい場合、また同意後、同意を撤回したい場合には、いつでもご遠慮なくお申し出ください。

心不全地域連携パスの説明時にご使用ください

心不全手帳

第3版



受診時にお持ちください

一般社団法人
日本心不全学会
The Japanese Heart Failure Society

目次

- はじめに……………1
心不全手帳の使い方
あなたの情報
- 心不全とは……………4
心不全とはどんな病気ですか？
心不全の症状とは？
心不全と診断されたら考えていきたいこと
- 心不全の悪化を防ぐために……………10
心不全のサインの観察
心不全に影響を及ぼす病気
心不全を悪化させる原因
- 心不全の検査と治療……………18
心不全の検査
心不全のお薬
お薬以外の治療方法
- 心臓リハビリ……………26
運動による治療方法
活動の目安
- 日常生活の心がけ……………32
お食事で気をつけること
こんな症状があったら要注意！
便秘を整えましょう
心臓に優しい入浴をしましょう
禁煙しましょう
節酒を心がけましょう
感染症を予防しましょう
ストレスとうまく付き合いましょう
困ったことがあったら相談しましょう
- 地域連携・連携ノート……………46
地域で連携して患者さんを診る
医療スタッフ連携ノート
- 毎日の記録……………50
家庭血圧の測定方法
体重測定の目的・方法
毎日の記録



心不全セルフチェックシート

週1回をめやすにチェック 理想体重_____kg

こんな症状はありませんか？

疲れやすさ・だるさ

食欲低下

眠れない

理想体重から3kgの増加・減少

動いた時に息切れがする

足のむくみの悪化

じっとしていても息苦しい

夜間の強い咳

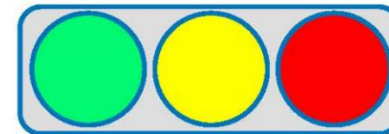
横になると苦しくなり、座ると楽になる

血圧が低くフラフラする

赤があったら、すぐに受診

黄があったら、早めにかかりつけ医受診

緑があったら、通常の診察で相談



茨城県 心不全ネットワーク

心不全手帳の「心不全サインの観察」を説明する際に使用してください。

心不全手帳に貼り付けたり、A4 など大きめに印刷して自宅の見やすいところに貼っていただいて、いつでも確認できるようにするという使用方法があります。

急性期医療機関 → 回復期・療養期および生活期医療機関

心不全地域連携クリニカルパス（診療情報提供書）

作成日：西暦 年 月 日
 紹介元： 担当医：
 紹介先： 担当医： 先生御侍史

患者名：	性別：	年齢：	(生年月日 年 月 日)
心不全の原因病名	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心筋症 () <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 弁膜症 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
合併疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 (維持透析 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 (<input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> ASV) <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
デバイス治療	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> ICD <input type="checkbox"/> CRTD or P		
心機能	左室駆出率 (EF) % (年 月 日)		
BNP/NT-proBNP (症状安定時) 腎機能	<input type="checkbox"/> BNP <input type="checkbox"/> NT-proBNP pg/ml (年 月 日) Cre mg/dl		
最終の心不全入院 退院時体重	年 月 日 ~ 年 月 日 kg 頓用利尿薬 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> フロセミド mg <input type="checkbox"/> その他 () 体重 kgを上回ったら1日1回上記を内服		
心不全治療薬	<input type="checkbox"/> ACE阻害薬/ARB/ARNI <input type="checkbox"/> β遮断薬 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> SGLT2I <input type="checkbox"/> イバブラジン		
抗血栓薬	<input type="checkbox"/> 抗血小板 <input type="checkbox"/> 抗凝固療法 (<input type="checkbox"/> ワルファリン <input type="checkbox"/> DOAC)		
水分制限	<input type="checkbox"/> あり ml/日 <input type="checkbox"/> なし		
その他の注意点など			

心不全入院から退院時、外来での状態安定時に地域のクリニックの先生へ紹介
 する際に用いてください。心不全管理において重要な要点を記入します。

心不全地域連携クリニカルパス (診療情報提供書)

作成日：西暦	年	月	日
紹介元：	担当医：		㊦
紹介先：	担当医：		先生御侍史

平素より大変御世話になっております。この度、当院で診療を受けておられる本患者様の共同診療に連携いただきたくご紹介申し上げます。下記のご報告は患者様の当院受診の度に、これまでの病歴から古く不必要なものを削除し、新しい情報を追加し、主要な情報をまとめました。本書の病歴欄には診察に当たり特にご留意いただきたい点を、2 ページ目には心不全増悪時のご紹介時の目安を記しましたので、ご高配をいただけますようよろしくお願いいたします。

紹介元 ID 番号：	患者氏名：		
生年月日：	年	月	日
	年齢：	性別：	
基礎心疾患：			
不整脈 <input type="checkbox"/> 発作性心房細動 <input type="checkbox"/> 永続性心房細動 <input type="checkbox"/> その他 ()			
デバイス <input type="checkbox"/> ペースメーカ <input type="checkbox"/> ICD <input type="checkbox"/> CTR-D/CRT-P <input type="checkbox"/> その他 ()			
主な併存症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 維持透析 <input type="checkbox"/> 治療中の悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> CPAP/ASV/在宅酸素 <input type="checkbox"/> 認知症			
病歴) (ご担当の先生に特に御留意いただきたい点を含めて)			

(裏)

緊急受診時紹介先 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他院 ()					
退院時体重 kg (目標体重 <input type="checkbox"/> 退院時体重を維持 <input type="checkbox"/> kg)					
心不全増悪時の御紹介の目安 安静時・夜間の呼吸困難 (当日中に受診の手配をお願いします。) 3 kg以上の体重増加 労作時呼吸困難の悪化あるいは出現 その他の理由 ()					
利尿薬 頓用指示 <input type="checkbox"/> 体重 kg 以上増加時に フロセミド/アゾセミド mgを追加内服					
BNP	pg/ml	Cre	mg/dl	Na	mEq/l
NT-pro BNP	pg/ml	Hb	g/dl	K	mEq/l
ADL <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり					
同居家族 <input type="checkbox"/> 有り () <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 施設入所 ()					
キーパーソン (電話番号:)					
心不全治療薬 (EF 分類に基づき心不全の予後改善を期待しての処方です。できる限り継続お願いいたします) (LVEF %、心不全 stage B・C・D) <input type="checkbox"/> ACEI/ARB/ARNI (種類:) <input type="checkbox"/> β 遮断薬 (種類:) <input type="checkbox"/> ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬 (種類:) <input type="checkbox"/> SGLT2 阻害薬 (種類:) <input type="checkbox"/> イバブラジン 心不全の症状を和らげるための内服 (催不整脈作用などあり。症状や副作用に合わせて調整ください) <input type="checkbox"/> 経口強心薬 ()					
利尿薬 <input type="checkbox"/> ループ利尿剤 (種類: mg) <input type="checkbox"/> トルバブタン (サムスカ OD mg)					
抗血栓薬 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> 抗凝固療法 (<input type="checkbox"/> ワルファリン <input type="checkbox"/> DOAC)					
飲水制限 <input type="checkbox"/> 有り (ml/日) <input type="checkbox"/> 無し					
日常生活指導 <input type="checkbox"/> 塩分制限 6g/日、 <input type="checkbox"/> 推奨運動強度 ()					
次回当院受診 <input type="checkbox"/> 有り (年 月 日 担当医師:) <input type="checkbox"/> 無し					

詳細版では病歴まで記載することができます。病院書式の診療情報提供書を使用される場合は、心不全の要点のみ記入する簡易版を使用してください。

5. 地域連携診療計画加算

5-1 茨城県心不全地域連携パスの算定項目

茨城県心不全地域連携パス

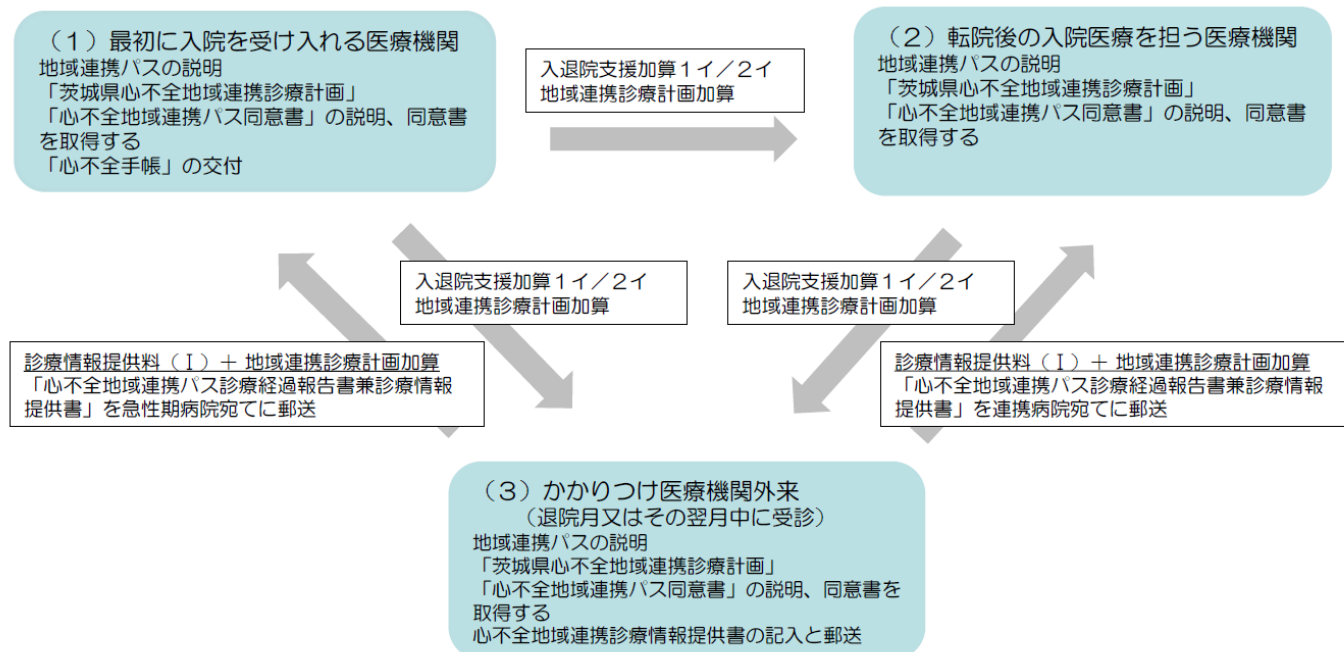
診療報酬：茨城県心不全地域連携パスの算定項目は下記のとおり

- (1) 最初に入院を受け入れる医療機関
 (2) 転院後の入院医療を担う医療機関

区分	項目	点数
A246 1イ/2イ	入退院支援加算	700点/190点
A246注4	地域連携診療計画加算	300点

- (3) かかりつけ医療機関

区分	項目	点数
B009	診療情報提供料（I）	250点
B009注16	地域連携診療計画加算	50点



5-2 地域連携診療計画加算の届出

地域連携診療計画加算を算定にあたって、急性期医療機関、回復期・療養期医療機関は、入退院支援加算の算定ができることが必要条件である。（生活期医療機関は不要）
また、生活期医療機関は診療情報提供料（1）に係る地域連携診療計画加算の届出が必要。
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3点の届け出が加算算定前月までに必要である。

- ・特掲診療料の施設基準に関する届出書（資料7）
- ・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（資料8）
- ・茨城県心不全地域連携診療計画書（資料1）

（脳卒中や大腿骨頸部骨折等の地域連携パスを使用している施設は、適用パスの種類が増えても新規届出不要である。ただし、資料8、加算算定開始年月、年3回の面談記録は、院内で管理する。）

5-3 地域連携診療計画加算の維持

地域連携診療計画加算算定のために各医療機関は、連携病院（急性期医療機関、回復期・療養期医療機関、生活期医療機関）と年3回の面談が必要である。心不全地域連携パス研修会の参加をもって、年3回の面談とする。

各施設で年3回の面談の記録を保存する。（形式は問わない）

例 茨城県心不全地域連携診療計画に係る情報交換のための会合実績

	会合名称	実施内容	実施日
1	例) 第1回心不全地域連携パス研修会	・パス運用の現状報告 ・問題、課題点の共有	令和6年5月25日（土）
2			
3			
4			
5			

施設基準上、年3回以上の面会が必要

例)

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
心不全	○○○○

【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。

6. 茨城県心不全地域連携診療計画書運用要綱

作成：令和5年12月1日 筑波大学附属病院脳卒中・心臓病等総合支援センター

6-1 急性期医療機関

(茨城県心不全地域連携診療計画書作成医療機関)

< 心不全パス運用時の必要書類 >

・ 入退院支援加算用の書類

退院支援計画書

・ 地域連携診療計画加算用の必要書類

① 茨城県心不全地域連携診療計画書

② 心不全手帳

③ 診療情報提供書等 (回復期・療養期または生活期医療機関へ)

地域連携診療計画加算 (300点) の算定には、入退院支援加算の算定を必ず行う必要がある。

入退院支援加算算定に必要なこと

■ 入院7日以内に以下を実施する

- ・ 退院支援計画に着手する。
- ・ 退院支援カンファレンスを実施する。(入退院支援加算 2 の場合はできるだけ早期に行う)
- ・ 患者、家族に対する面談を実施する。

■ 退院時に以下を実施する

- ・ 退院支援計画書を交付する。

地域連携診療計画加算算定に必要なこと

① 心不全地域連携パスの説明と同意取得

- ・ 入院7日以内に、主治医が患者・家族に文書により説明し、同意を得る。
- ・ 同意取得後、心不全地域連携診療計画書を2部 (患者用・カルテ用) コピーし、1部は患者家族に渡す。カルテ用はスキャンもしくは保管する。
- ・ 原本は、転院先、又はかかりつけ医療機関受診時、郵送もしくは持参する。

② 心不全手帳

- ・ 使用方法を患者・家族へ指導する。
- ・ 必要事項を記載する。

③ 診療情報提供書（回復期・療養期または生活期医療機関へ）

- ・診療情報提供書を作成し、転院先、又はかかりつけ医療機関へ郵送もしくは持参する。

④ サマリーなど

- ・退院日までに各職種が必要事項を記載し、回復期・療養期医療機関または生活期医療機関（クリニックおよび、訪問看護ステーション）と情報共有する。

【注意事項】

- ・心不全地域連携診療計画書は紙媒体で、診療情報提供書へ同封し情報共有する。
- ・患者が転院先、又はかかりつけ医療機関を受診する際に、心不全手帳を必ず持参するよ
うに伝える。

6-2 回復期・療養期医療機関

<急性期医療機関からの送付書類及び患者持参書類>

- ①茨城県心不全地域連携診療計画書
- ②診療情報提供書（急性期医療機関から）
- ③心不全手帳
- ④サマリー等

急性期医療機関と同様に、地域連携診療計画加算(300点)を算定するには、入退院支援加算(600点または190点)の算定を必ず行う必要がある。

<回復期・療養期医療機関で交付する書類>

- ・ 入退院支援加算用の書類
退院支援計画書
- ・ 地域連携加算用の必要書類
 - ①茨城県心不全地域連携診療計画書
 - ②同意書
 - ③心不全手帳
 - ④診療情報提供書（生活期医療機関へ）
 - ⑤診療情報提供書（急性期医療機関へ）

入退院支援加算用に必要なこと

■入院7日以内に以下を実施する

- ・退院支援計画に着手する。
- ・退院支援カンファレンスを実施する。(入退院支援加算2の場合はできるだけ早期に行う)
- ・患者・家族に対する面談を実施する。

■退院時に以下を実施する

- ・退院支援計画書を交付する。

地域連携診療計画加算算定に必要なこと

①心不全地域連携パスの説明と同意取得

- ・入院7日以内に、回復期・療養期医療機関の部分について、主治医が患者・家族に文書により説明する。
- ・説明後、心不全地域連携診療計画書を2部（患者用・カルテ用）コピーし、1部は患者・家族に渡す。カルテ用はスキャンもしくは保管する。

- ・ 原本は、かかりつけ医療機関受診時、郵送もしくは持参する。

②心不全手帳

- ・ 使用方法を患者・家族へ指導する。
- ・ 必要事項を記載する。

③診療情報提供書（生活期医療機関へ）

- ・ 退院時に生活期医療機関への診療情報提供書を記載し、郵送もしくは送付する。

⑤診療情報提供書（急性期医療機関へ）

- ・ 退院時に急性期医療機関への診療情報提供書を記載し、送付する。

⑥サマリーなど

- ・ 必要に応じて、退院日までに各職種が必要事項を記載する。
- ・ 退院時に急性期医療機関の情報と併せて、生活期医療機関（クリニックおよび、訪問看護ステーション）と情報共有する。

【注意事項】

- ・ 紙媒体にて診療情報提供書へ同封し情報共有する
- ・ 患者がかかりつけ医療機関を受診する際に、心不全手帳を必ず持参するよう伝える。

6-3 生活期医療機関

<急性期、回復期病院からの送付書類及び患者持参書類>

- ①茨城県心不全地域連携診療計画書
- ②診療情報提供書（急性期病院または回復期・療養期医療機関から）
- ③心不全手帳

生活期医療機関は、地域連携診療計画加算の届け出を行うことで、診療情報提供料250点+地域連携診療計画加算50点を上乗せすることが可能となる。

<生活期医療機関で交付する書類>

- ①診療情報提供書（急性期病院または回復期・療養期医療機関へ）

地域連携診療計画加算算定に必要なこと

①茨城県心不全地域連携診療計画書

- ・かかりつけ医から患者に説明する。
- ・説明後、心不全地域連携診療計画書を2部（患者用・カルテ用）コピーし、1部は患者・家族に渡す。カルテ用はスキャンもしくは保管する。

②診療情報提供書（急性期または回復期・療養期医療機関へ）

- ・紹介先からの退院月もしくはその翌月に、急性期病院への診療情報提供書を記載し送付する。

③心不全手帳

- ・急性期、回復期・療養期医療機関での記載を確認し、診察する。

■心不全増悪時の対応

かかりつけ医での対応

- ・心不全増悪が疑われる場合には、資料6診療情報提供書②（回復期・療養期および生活期医療機関→急性期医療機関）を用いて連携する急性期医療機関に紹介する。
- ・受診時には、心不全手帳を持参するように伝える。