

# 市立函館病院 心不全地域連携パス 運用マニュアル

## 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、包括的に管理することで急性増悪を予防し、長期予後の改善を図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

心不全連携パスを共有し、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>

慢性心不全の患者

<除外基準>

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（心臓カテーテル検査、ペースメーカー、NPPV、LTV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が主な役割とする。

### 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、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. 心不全地域連携パスの構成書類

書類等の名称	概要
心不全地域連携パス （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、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。
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。
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. 心不全地域連携パスの基本的な書類の流れ

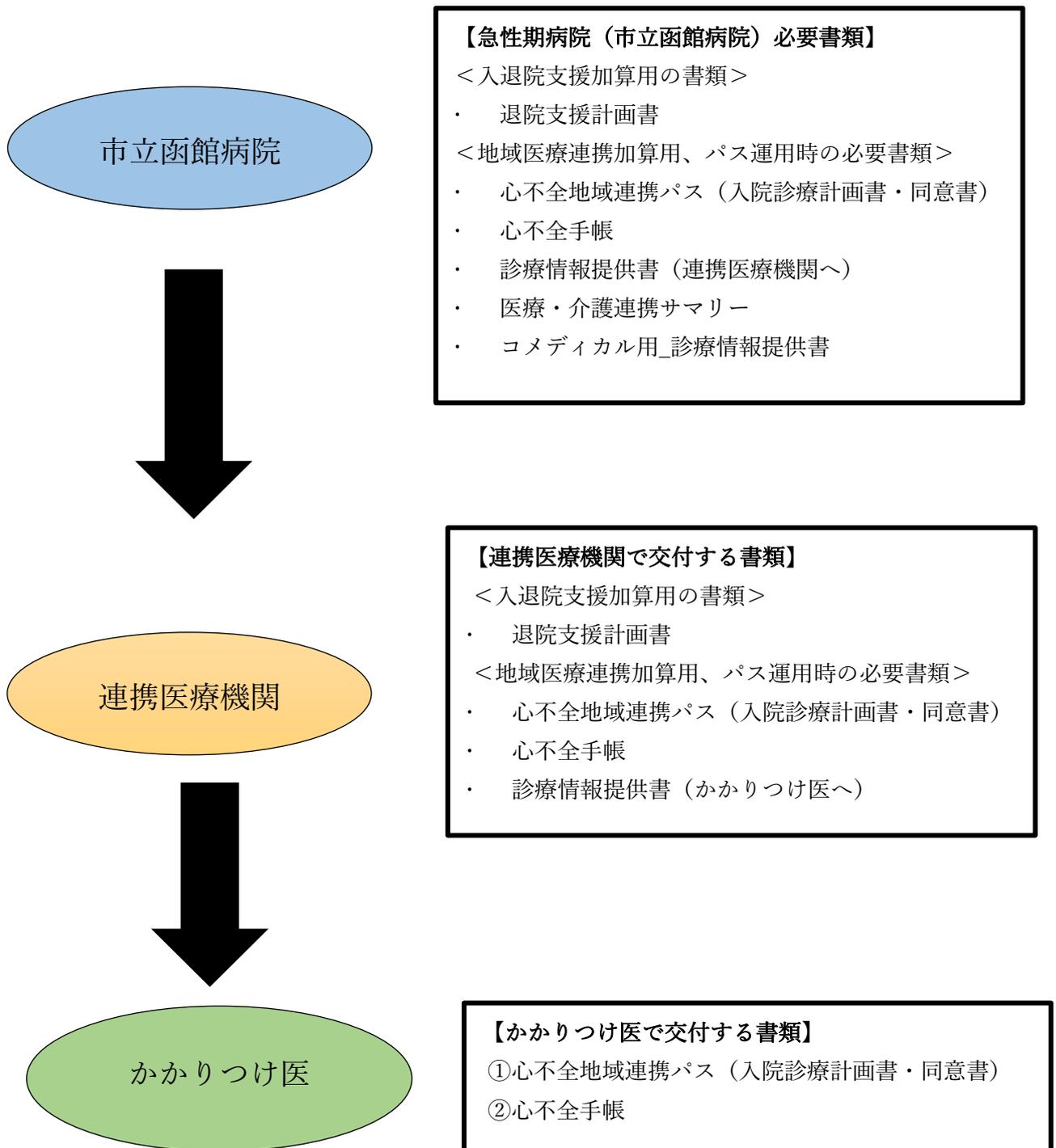




図2：心不全地域連携パス（入院診療計画書・同意書）

ID: <<PATIENTNO>>

**心不全地域連携パス（入院診療計画書・同意書）：心不全の患者様へ**

治療・検査の際、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、現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、現時点で予想されるものです。

(患者名) <<ORIBP\_KANJI>> 様 (病名1) <<ORADM\_DISEASE1>>  
 (主治医) <<ORADM\_DOCTOR>> 印 (病名2) <<ORADM\_DISEASE2>>  
 (看護師) <<ORDCNT\_N\_A>> (病名3) <<ORADM\_DISEASE3>>  
 (在宅復帰支援担当者) <<SUPPORTSTAFF>>

急性期医療機関（市立函館病院）			（ 病院 ）	（ 在宅 ）
入院日～数日 <<CP_PLANSTARTDATE_MD_S>> ~ <<急性期治療>>			一般病棟 転院後～13日目 <<亜急性期治療>>	14～16日目 <<転院予定日>>
達成目標	・安静を守ることができる ・呼吸が楽になる ・体重が減る	・呼吸状態が改善する ・内服薬の必要性が理解できる ・生活習慣の問題点が理解できる	・ <b>慢性的な高度治療は必要としないが</b> 、施設や自宅での生活を行えるようにする必要 ・ <b>心不全に対する入院治療やリハビリテーションの継続が必要</b>	・軽度の機能障害はあるものの、自宅での生活に支障がない
治療処置検査	・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を行います ・病状に応じて、安静、酸素投与、点滴、内服を含めた薬物療法を行います ・病状に応じて、採血、レントゲン、心電図検査などを行います		・ <b>心不全手帳を活用できる</b> ・呼吸状態が悪化しない ・リハビリテーションが目標に達している ・服薬管理ができる ・体重と水分の管理ができる	・自宅での生活は難しいが、心不全症状はコントロールできている
食事	・病状に応じて、治療食を提供します ・適切な水分摂取量の説明を行います		・ <b>リハビリ</b> ・筋力低下を予防し、日常生活動作を改善するため、リハビリを行います ・必要に応じて、生活指導を行います	・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
安静度リハビリ	・状態に応じて、安静度が変わります ・筋力低下を予防し、日常生活動作を改善するため、早期からリハビリを行います		・病状に応じて採血、レントゲン、心電図検査などを行います ・内服薬を調整しながら治療を継続します ・必要に応じて、薬剤指導を行います ・状態に応じて、塩分・水分制限があります ・必要に応じて、栄養指導を行います	・ <b>心不全手帳を記載しましょう</b> ・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
清潔排泄	・病状により指示をだします ・状況に応じて、入浴などで清潔を保ちましょう		・ <b>退院後は、かかりつけの医療機関に満院します。</b> ※ 患者さんの状態にもよりますが、基本的に市立函館病院や回復期病院以外の医療機関となります。	
説明	・医師より病状説明があります ・看護師より入院生活についての説明があります ・状態に応じて、下記の指導を行います <input type="checkbox"/> 理学療法士：運動指導 <input type="checkbox"/> 看護師：生活指導 <input type="checkbox"/> 薬剤師：服薬指導 <input type="checkbox"/> 管理栄養士：栄養指導	・ <b>リハビリや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。</b> ※ 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致します。 ・ <b>心不全手帳の説明をします</b>	・転院先の病院、転院日について説明を致します。 ・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 ・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。）	

・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。）

在宅復帰支援計画  
 無  
 有（日常生活動作が維持できるような環境設定や介護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、記載をお願い致します。)  
 (患者代理人) \_\_\_\_\_

(医療機関名) \_\_\_\_\_ (主治医) \_\_\_\_\_  
 (主治医) \_\_\_\_\_ (患者名) \_\_\_\_\_  
 (患者代理人) \_\_\_\_\_ (患者代理人) \_\_\_\_\_

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。

図4：心不全手帳



<心不全手帳の入手方法について>

- ・ (株)第一三共 担当：杉山 (080-1031-4545)
- ・ 市立函館病院 (4南病棟) で、発注依頼・在庫管理

連携病院

- ・ 心不全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。

9. 運用手順について

<急性期病院 (市立函館病院) >

(1) 入院～一般病棟転科前まで

- ・ 心不全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)
- ・ 心不全地域連携パス (入院診療計画書・同意書) の交付、内容を説明し同意を得る。心不全地域連携パス (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、コピーされた心不全地域連携パス (入院診療計画書・同意書) をID-LINKへ添付する。(担当：MSW)

(2) 一般病棟～退院予定まで

- ・ 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)
- ・ 一般病棟に転科後、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)

(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>

### ■ 治療、リハビリ、療養目的で転院する場合

- ・ 患者、家族に心不全地域連携パス（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。
- ・ 入院中は、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。
- ・ 退院時は、医療機関受診時に心不全手帳を携帯し提示するよう患者に説明する。

### ■ 自宅退院または施設入所する場合

- ・ 患者、家族に心不全地域連携パス（入院診療計画書・同意書）の説明を行い同意を得る。
- ・ 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。
- ・ 入院中に病状変化し、連携医療機関で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。
- ・ 投薬、検査については、連携医療機関で実施
- ・ 退院後は、受診ごとに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

## 10. 心不全地域連携パス 連携医療機関一覧

### <連携病院>

病院名	連携部署	電話番号
社会医療法人仁生会 西堀病院	地域連携課	0138-78-0102
医療法人 亀田病院	地域連携室	0138-41-8883
医療法人 徳洲会 共愛会病院	入退院支援室	0138-33-1166
社会医療法人 高橋病院	地域連携室	0138-23-7221
社会福祉法人 北海道社会事業協会函館病院 函館協会病院	地域医療福祉連携室	0138-53-1644

## 11. 心不全増悪時の対応

### 連携病院・かかりつけ医での対応

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急性期病院（市立函館病院）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。

## 12. 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

13. 運用開始日

2022年4月より運用開始