心不全　地域連携クリニカルパス運用マニュアル

１．目的

地域連携クリニカルパス（以下、「連携パス」という。）は、患者に安心で質の高い医療を提供するため、連携医療機関と急性期病院の医師が、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増悪の予防および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

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．連携パス運用（適応）開始時期・対象患者≪適応基準≫

個別の患者に対する連携パスの適応開始は急性期病院の医師が判断するが、状態の安定した症例であり、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。

４．構成書類

【医療者用連携パスの構成書類】

ⅰ）診療情報提供書

ⅱ）同意書

ⅲ）①自宅または施設へ退院する場合

心不全地域連携情報共有シート（ケアマネージャーがいる患者、施設入所する患者を対象とする）

②リハビリ・療養目的に転院する場合

「地域連携パス運用開始（依頼）届≪様式１」（以下、「様式１」という。）、患者プロフィールシート、認知症チェックリスト、心不全地域連携情報共有シート、医療者用クリニカルパス

※心不全地域連携情報共有シートは看護サマリーを兼ねる。

【患者用連携パスの構成書類】

ⅰ）患者用地域連携診療計画書

ⅱ）心不全手帳

患者に心不全の病態や自己管理の必要性の理解を促し、日々の血圧や体重等を記録するもの。医療関係者の治療方針の決定や治療目標の共有に用いる。

ⅲ）説明書・同意書

５．実施（運用）手順について

■急性期病院■

≪入院～退院見込み決定まで≫

（１）患者を決定する。（担当：医師）

（２）患者と家族へ治療・リハビリ・療養における地域連携の必要性の理解と希望の確認をする。（担当：病棟看護師）

（３）患者用地域連携診療計画書の内容説明、交付、連携の同意書を取得する。同意書は２部コピーし、原本は急性期病院（の診療録）に保管し、写しを患者および連携医療機関へも交付する。（担当：病棟看護師）

（４）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）

≪退院見込み決定～退院まで≫

（５）退院見込みを決定する（担当：医師）

（６）連携コーディネートの開始

①自宅または施設へ退院する場合

必要に応じて、心不全地域連携情報共有シートを活用し関係機関と情報共有をおこない自宅退院または施設入所の調整を図る。
（担当：医療ソーシャルワーカー・退院調整看護師）

②リハビリ・療養目的に転院する場合

ア.「様式１」と、医療者用連携パスの構成書類を FAX 送信し、連携パスの運用による診療を打診、受諾を得る。

※受諾を得られなかった場合は、再度患者の意向を聞き他連携医療機関との再調整を図る。
（担当：医療ソーシャルワーカー・退院調整看護師）

イ．患者と家族に連携希望先の連携受諾の報告をする。
（担当：病棟看護師）

≪退院～連携医療機関へ紹介まで≫

（７）医療用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■

①自宅退院または施設入所する場合

ア．投薬、検査については、基本的に連携医療機関でお願いします。

イ．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ご確認ください。

ウ．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、降圧薬のご調整をお願いします。

エ．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ご指導をお願いします。

オ．心不全手帳は医療機関受診時には必ず携帯し提示するよう患者にご指導の継続をお願いします。

カ．病状変化がある場合は「7．対処方法」を目安にご対応をお願いします。病状に応じて「8．紹介基準」を参考に急性期病院地域連携室へご連絡、「様式 2」を送付のうえ外来受診予約の取得をお願いします。診療情報提供書は、急性期病院受診時に患者が持参できるよう作成お願いします。

②リハビリ・療養目的に転院する場合

ア．連携依頼の受信と受諾可否の回答

急性期病院からの連携パス運用の打診「医療者用地域連携パスの構成書類に対し、「様式 1」にて受入れの可否の回答をお願いします。

イ．投薬、検査、退院判断については、連携医療機関でお願いします。入院中に病状変化がある場合は「7．対処方法」を目安にご対応をお願いします。病状に応じて「8．紹介基準」を参考に急性期病院地域連携室へご連絡、「様式 2」の送付のうえ紹介をお願いします。診療情報提供書は、急性期病院受診時に患者が持参できるよう作成お願いします。

ウ．入院中は心不全手帳に日々の血圧、体重の自己記録のご指導の継続をお願いします。

エ．退院時は医療機関受診時に心不全手帳を必ず携帯し提示するよう患者にご指導の継続をお願いします。

オ．退院時は、かかりつけ医へご紹介をお願いします。また必要に応じ急性期病院地域連携室へご連絡のうえ外来受診予約の取得をお願いします。

■患者■

患者は「患者用地域連携診療計画書」「心不全手帳」を保管・管理するものとします。なお、パスの対象疾患以外で医療機関を受診する際も「心不全手帳」を持参するものとします。

■その他■

急性期病院および連携医療機関は、他方の医療機関への連携パスに関連する書類の送付時には適宜控えをとるなど紛失等に備えるものとします。

６．対処方法

バリアンス	対処方法
息切れ 呼吸困難感	① SpO2 の確認 ② レントゲン撮影 ③ 体重増加の有無 →①～③は、「8. 紹介基準」を参照 ④ 血圧上昇の有無 高血圧時は降圧剤の追加や増量（例：Ca 拮抗薬など） →改善なければ急性期病院へ紹介
体重増加 浮腫	① SpO2 の確認 ② レントゲン撮影 ③ 体重増加の有無 →①～③は、「8. 紹介基準」を参照 ④ 低栄養やネフローゼ症候群など他疾患との鑑別
動悸感	① SpO2 の確認 低下している場合は急性期病院へ紹介 ② 12 誘導心電図 持続性の頻脈や徐脈の場合は急性期病院へ紹介 ③ ホルター型心電図 総心拍数の 20%を超す不整脈や心室頻拍などの場合は急性期病院へ紹介
胸痛	① 12 誘導心電図 新規の変化がある場合や症状が頻回な場合は急性期病院へ紹介

７．紹介基準（県南心不全スコア）

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

喘鳴	3 点	■合計 5 点以上 当日か翌日の 外来予約取得 ■合計 4 点 1 週間以内の 担当医外来予約取得 ■合計 3 点 水分・塩分量の確認、 利尿剤追加の検討 ■1～2 点 経過観察
胸水貯留	2 点 ※両方該当でも 2 点	
目標体重 2 kg以上超過		
体動時の息切れ	2 点	
浮腫	1 点 ※両方該当でも 1 点	
食欲不振		

北野病院（大阪府）の心不全ポイントより改訂

上記基準でスコアが合計 4 点以上に合致する場合は様式 2 をご記入の上、急性期病院地域連携室へご連絡のうえ外来受診予約の取得をお願いします。夜間、休日については、従来通りの連絡をお願いします。

８．みやぎ県南中核病院（急性期病院）問い合わせ先

（平日）8：30～17：15

連携担当部署（患者サポートセンター）

TEL　0120-60-5526

FAX　0224-51-5506

E-mail　renkei@southmiyagi-mc.jp

令和 3 年 4 月改訂

説明書

「地域連携診療計画書（地域連携クリニカルパス）」について

みやぎ県南中核病院では、患者さんにわかりやすく安全で質の高い医療を目指して「地域連携診療計画書（地域連携クリニカルパス）」（以下、「クリニカルパス」という）を活用しています。クリニカルパスでは病気の経過を予測し最善の診療計画を立て、患者さんに納得していただいたうえでさまざまな職種が協力して診療にあたります（チーム医療）。診療方針について患者さんと医療者が共有できるようにしています。

１．〔目的〕
私たちは、クリニカルパスを用いて地域の連携医療機関と、同じ診療方針で安全で質の高い医療を提供したいと考えています。クリニカルパスでは、患者さんを中心に、病院や地域のさまざまな職種が診療方針を共有し、地域一体で協力体制を作ります。
２．〔方法〕
具体的な地域医療連携については、急性期入院期間中（病状によって 8～21 日間程度）は、みやぎ県南中核病院が日々の診療を担当し、退院後は連携医療機関が診療で継続します。「患者用地域連携診療計画書」「心不全手帳」を利用・活用していただき、患者さんにも診療方針を共有していただきます。病状が変化した時でも安心していただけるように、患者さんの診療情報を共有し、地域での連携体制を作ります。
３．〔有害事項、費用負担〕
地域連携診療のために有害事項や特別な費用のご負担はありません。
４．〔同意〕
上記の目的、方法に患者さんの同意をいただける場合にクリニカルパスの運用を開始します。

ご心配な点があれば、医療機関へご相談下さい。

同意書

みやぎ県南中核病院
病院長殿

このたび、「地域連携診療計画書（地域連携クリニカルパス）」の利用について十分な説明を受けました。

地域連携クリニカルパス、その
☑　１．目的
☑　２．方法
☑　３．有害事項、費用負担
☑　４．同意

上記について、説明を受け、よく理解しました。
地域連携クリニカルパスの利用について同意します。

同意日　　年　　月　　日

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
家族氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、地域連携クリニカルパスの利用について上記の項目を説明しました。

説明日　　年　　月　　日

説 明 者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

FAX 送信表

様式１

患者様の貴院への連携希望により、地域連携クリニカルパスの運用開始≪依頼届（兼受入れ確認票）を FAX 送信させて頂きます。

連携医療機関の先生方におかれましては、お手数ですが、連携受入れの可否について回答のうえ、ご返信いただきたくお願い申し上げます。

連携医療機関 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 担当者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ TEL： FAX：	← →	みやぎ県南中核病院 （急性期病院） 地域医療連携担当者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ TEL：0224-51-5500（代） FAX：0224-51-5511（直）

地域連携クリニカルパス運用開始≪依頼≫届（兼受入れ確認票）

【みやぎ県南中核病院（急性期病院）にて MSW が記入】

患者氏名	年　　月　　日生
診 断 名	
入 院 日	年　　月　　日

【連携医療機関が記入】

受入れ有無	１．受入れ可　　２．受入れ不可
担当医師	
転 院 日	年　　月　　日　　時　　分