

郡山心不全地域連携バス運用要綱

令和8年7月9日作成

はじめに

このたび、郡山市医師会 地域連携パス連絡協議会では、心不全患者さんを対象とした「心不全地域連携パス」の運用を開始する運びとなりました。

わが国では高齢化の進展に伴い、慢性心不全患者さんの著しい増加が予測されており、「心不全パンデミック」とも呼ばれる時代を迎えています。このような状況の中、急性期病院だけで心不全患者さんを継続的に診療していくことは、今後ますます困難になることが予想されます。

そこで郡山市では、地域の医療機関の皆様との連携をさらに強化し、「心不全地域連携パス」を活用することで、患者さんの日常的な病状管理や自己管理を支援し、心不全の急性増悪を未然に防ぐとともに、万が一増悪した際には、地域全体で迅速かつ適切な医療につながられる体制の構築を目指しております。

郡山医師会ではこれまでも、「こおりやま心不全セルフチェックシート」を作成し、患者さんの自己管理の重要性について普及・啓発に努めてまいりました。今回運用を開始する「心不全地域連携パス」は、その取り組みをさらに発展させ、医療機関相互の情報共有と継続的な診療支援を充実させるものと位置付けています。

全国にはすでに先行して運用されている地域もありますが、まだ限られた取り組みであり、私たちも試行錯誤を重ねながら運用を進めていくことになります。

今後は、実際の運用を通じて皆様からの貴重なご意見やご提案をいただきながら、郡山地域の実情に即した、より実効性の高い「心不全地域連携パス」へと育ててまいりたいと考えております。

皆様のご理解とご協力を賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

郡山医師会、病診連携委員会・地域連携パス連絡協議会 丹治雅博

福島県循環器病対策推進協議会、福島県心不全連携パスワーキンググループ 遠藤教子

1.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・慢性期医療機関は、入退院支援加算の算定ができることが必要条件である。（診療所は不要）

また、診療所は診療情報提供料（Ⅰ）に係る地域連携診療計画加算の届出が必要。

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
- 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
- 心不全地域連携診療計画書

（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、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、加算算定開始年月、年3回の面談記録は、院内で管理する。）

2.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。郡山医師会のパス協議会の参加をもって、年 3 回の面談は可能となる。

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）

心不全地域連携パス運用にあたり、算定可能項目があります。過不足なく、算定するには、必要な書類、計画や行動が必要です。各立場により、異なるため、以下詳説します。

1.急性期医療機関

◆ 地域連携診療計画加算（300 点）が算定可能。そのためには入退院支援加算算定が必須。

※入退院支援加算は届出区分により点数が異なる（700点または190点）。

パス運用時の加算可能項目と、必要となる具体的書類

加算項目	必要となる具体的書類
(1)入退院支援加算	退院支援計画書
(2)地域連携診療計画加算	1) 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（急性期→慢性期診療所宛用）
	4) 心不全患者シート、サマリー
(3)検査・画像情報提供加算	退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報等を添付

(1) 入退院支援加算算定のための必要事項（以下流れ）

1) 入院7日以内に以下を実施。

i 退院支援計画に着手する。

ii 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)

iii 患者、家族に対する面談を実施する。

2) 退院時に退院支援計画書を交付。

(2)地域連携診療計画加算算定のための必要事項（以下流れ）

1）心不全地域連携パスの説明と同意取得（心不全地域連携診療計画書の作成）

→入院7日以内に、主治医が患者・家族に文書によりパスの説明をし、同意を得る。

同意取得後、心不全地域連携診療計画書を作成。患者用、病院用、紹介先用の3部作成する。（コピー可）

患者用は、患者家族に渡す。病院用は、スキャンもしくは保管する。

紹介先用は、転院する回復期・慢性期医療機関、又は診療所へ、郵送もしくは患者が持参する。

2）心不全手帳

→使用方法を患者・家族へ指導する。

→医療側で必要事項を記載する。

3）診療情報提供書（急性期→回復期・慢性期診療所宛用）

→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）心不全患者シート、サマリーなど（これは算定には関わらないが、作成ください）

→退院日までに各職種が必要事項を記載し、回復期・慢性期医療機関または生活期医療機関（診療所および、訪問看護ステーション）と情報共有する。

＊ ＊ ご注意いただきたいこと ＊ ＊

・心不全地域連携診療計画書は、紙媒体で作成し診療情報提供書へ同封願います。

（紹介先でこの計画書を使用します）

・患者が紹介先医療機関を受診する際、心不全手帳を必ず持参するよう、指導願います。

2.回復期・慢性期医療機関

◆ 地域連携診療計画加算(300点)が算定可能（急性期医療機関と同様）。

そのためには、入退院支援加算の算定が必須。

※入退院支援加算は届出区分及び算定する入院料により点数が異なる（地域包括医療病棟・回復期リハ病棟・地域包括ケア病棟1,000点、療養病棟1,300点または635点）。

パス適応患者は以下の書類を持参します。（または、急性期医療機関より郵送）

1）心不全地域連携診療計画書（→回復期・慢性期医療機関で再度使用ようになる）
2）診療情報提供書（急性期医療機関から）
3）心不全手帳
4）心不全患者シート、サマリー等

パス運用時の加算可能項目と、必要となる具体的書類

加算項目	必要となる具体的書類
(1) 入退院支援加算	退院支援計画書（回復期・慢性期医療機関にて作成）
(2) 地域連携診療計画加算	1）心不全地域連携診療計画書（上記書類1） 2）心不全手帳（上記2） 3）診療情報提供書（回復期・慢性期→急性期医療機関宛用） 4）診療情報提供書（回復期・慢性期→診療所宛用） 5）心不全患者シート、サマリー（上記4）
(3) 検査・画像情報提供加算	退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報等を添付

(1)入退院支援加算算定のための必要事項（以下流れ）

①入院7日以内に以下を実施。

- 1) 退院支援計画に着手する。
- 2) 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）

- 3) 患者、家族に対する面談を実施する。

② 退院時に退院支援計画書を交付。

(2) 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・慢性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。診療所へその後紹介となる場合は、さらにもう1部を用意し、紹介状に添付する。

2) 心不全手帳

→使用方法を患者・家族へ指導する。

→医療スタッフが、必要事項を記載する。

3) 診療情報提供書（急性期医療機関へ（いわゆる、退院報告）

→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。

4) 診療情報提供書（診療所へ）

→退院時に診療所への診療情報提供書を記載し、郵送もしくは送付する。

5) 心不全患者シート、サマリーなど（可能な限り作成ください）

→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（診療所および、訪問看護ステーション）と情報共有する。

＊ ＊ ご注意いただきたいこと ＊ ＊

- ・心不全地域連携診療計画書は、紙媒体で作成し診療情報提供書へ同封願います。

（紹介先でこの計画書を使用します）

- ・患者が紹介先医療機関を受診する際、心不全手帳を必ず持参するよう、指導願います。

3.診療所

- ◆ 診療所は、地域連携診療計画加算の届け出を行うことで、急性期医療機関または回復期・慢性期医療機関で地域連携診療計画加算300点を算定している患者に対し、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。

急性期医療機関、回復期・慢性期医療機関からの送付または患者持参書類

1) 心不全地域連携診療計画書
2) 診療情報提供書（急性期医療機関または回復期・慢性期医療機関から）
3) 心不全手帳

パス運用時の加算可能項目と、必要となる具体的書類

加算項目	必要となる具体的書類
(1)地域連携診療計画加算	心不全地域連携診療計画書（上記1）書類
(2)診療情報提供料（Ⅰ）	1) 診療情報提供書 （診療所→急性期医療機関または回復期・慢性期医療機関宛用）
	2) 心不全手帳

(1) 地域連携診療計画加算算定のための必要事項（以下流れ）

1) 心不全地域連携診療計画書（紹介状に添付されている）

→診療所医師から患者に説明する。診療所の記入欄を確認し、作成する。

→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

1) 診療情報提供書を急性期医療機関または回復期・慢性期医療機関へ送る。(いわゆる来院報告)

→紹介先からの退院月もしくはその翌月に、患者が診療所を受診した場合、地域連携診療計画に基づく診療状況等を、急性期医療機関または回復期・慢性期医療機関へ診療情報提供書を記載し送付する。

2) 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。

◆ パス参加患者が心不全増悪したときの対応

1. 急性期や回復期・慢性期医療機関の、症状悪化時の指示（急性期医療機関からの紹介状に記載あり）を実行しても改善がない、またはそのような状況になく急を要する場合、急性期医療機関へ紹介。その際、診療所→急性期病院宛の紹介状に記載し、担当病院連携室へ連絡する。
2. 患者へは、病院受診の際、心不全手帳を持参するように指導する。

附則 この要綱は、令和 8 年 8 月 1 日から施行する。