

患者氏名：
生年月日：

心不全地域連携診療計画

(様式2 R8.4.1版)

入院日 年 月 日 / 地域連携計画説明日 年 月 日

急性期 () 主治医 ()	病院 () I D () 他の担当者 ()
心不全の状態	呼吸が苦しかったりむくみがまだ強く点滴や酸素が必要な状態
達成目標・退院基準	<ul style="list-style-type: none">心不全の急性期の症状が改善し、退院が可能となる心不全の増悪因子がコントロールできている不安なく過ごせる基本的に静注薬・酸素吸入が不要(ただし病状による)服薬、栄養、リハビリを含む指導を受けている退院に向け、地域連携の多職種での情報共有ができています
治療	<ul style="list-style-type: none">安静、酸素投与、投薬を行います病状に応じて採血、レントゲン、生理検査などを行います必要に応じてカテーテル検査・治療、ペースメーカー植え込みなどを行います
食事・栄養	<ul style="list-style-type: none">病態に合わせた治療食(心臓食)を提供します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
活動度・リハビリ	<ul style="list-style-type: none">状態に応じて安静度は変化します状態に応じたりハビリを行います
清潔・排泄	<ul style="list-style-type: none">病状に応じ指示します洗面・清拭・洗髪・シャワー・入浴などベッド上排泄・尿道留置カテーテル・ポータブルトイレ・一般トイレなど
説明・指導	医師：病状説明 看護師：入院生活の説明 薬剤師：薬の説明 必要に応じて下記を行います 栄養士：栄養指導 看護師：生活指導 理学療法士：運動指導 薬剤師：薬剤指導 社会福祉士：医療費・介護サービス・社会復帰についての相談、退院・転院支援
ACP	・ACPについて必要時説明をします。

退院基準：
自宅で日常生活が可能である



入院基準：
心不全増悪のため入院加療が必要



かかりつけ医院 () I D () 主治医 () 他の担当者 ()	
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・退院基準	<ul style="list-style-type: none">心不全手帳を活用しながら、体の変化に気づき、心不全増悪を予防できる体重増加・浮腫息切れなどの悪化時に早期受診ができる
検査	<ul style="list-style-type: none">体重管理・血圧測定病状に応じて採血・尿・心電図・超音波・レントゲン検査などを行います
治療	<ul style="list-style-type: none">内服治療を行います再発の予防



退院基準：自宅で日常生活が可能である

転院基準：
改善見込みのある機能のためにリハビリが必要



一般、地域包括ケア病棟等 () I D () 主治医 () 他の担当者 ()	
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
達成目標・退院基準	<ul style="list-style-type: none">状態に応じたりハビリのゴールに達している心不全手帳を活用できる呼吸状態が悪化しない服薬管理・体重管理ができる体重増加・浮腫息切れなどの悪化時に早期受診ができる
治療	内服治療を行います
検査	病状に応じて採血・尿・心電図・超音波・レントゲン検査などを行います
食事	患者に合わせた治療食の提供や減塩と食事の工夫を行います
安静・活動度	リハビリを行い、経過をみながら活動量を増やします
清潔	医師の許可のもと、入浴等で清潔を保ちましょう
説明・指導	退院支援・介護サービス・訪問看護等の利用、医療費の相談