



はじめに

②

調査への回答

施設情報

Q01. 施設名等の基本情報、およびご連絡先についてご回答ください。

施設名 *

都道府県 *

施設代表電話番号 *

ホームページ等に記載された貴施設の代表電話番号を括弧、ハイフンなしでご記入ください。

施設番号

日本循環器学会の施設Noをご記載ください。協力依頼メールで貴院名の頭に記載した番号です。

ご連絡先

※ 記載内容について疑義がある場合、ご連絡させていただくことがございます。

ご部署 *

お名前 *

メールアドレス *

Q02. 貴院の病床数について、あてはまるものをご回答ください。 *

Q03. 急性心不全の貴施設における2020年の入院件数について、あてはまるものをご回答ください。 *

(慢性心不全の急性増悪も含みます)

Q04. 貴施設の学会認定について、あてはまるものを選択してください。(複数選択可) *

1. 日本循環器学会 研修施設

- 2. 日本循環器学会 研修関連施設
- 3. 日本心不全学会
- 0. どれにも当てはまらない

Q05. 貴施設の施設基準について、届出しているものを選択してください。(複数選択可) *

- 1. 心大血管疾患リハビリテーション料 1
- 2. 心大血管疾患リハビリテーション料 2
- 3. 入退院支援加算 1
- 4. 入退院支援加算 2
- 5. 地域連携診療計画加算
- 0. どれも届出していない

ストラクチャ指標

Q06. 貴院の人的要因について、貴施設の常勤職員数をご記入ください。
他の項目と重複していても構いません。いない場合は「0」をご記入ください。

1. 日本循環器学会専門医(人) *

2. 心不全療養指導士(人) *

3. 慢性心不全看護認定看護師(人) *

4. 理学療法士 *

5. 作業療法士 *

6. 言語聴覚士 *

7. ソーシャルワーカー(社会福祉士) *

8. 公認心理士・臨床心理士 *

9. 心臓リハビリテーション指導士 *

Q07. インフラストラクチャについて、有無または病床数をご回答ください(2019年1~12月)。

1. CCU病床数(床) *

(ない場合は「0」をご記入ください)

2. 地域包括ケア病棟・病床の病床数（床）*

(ない場合は「0」をご記入ください)

3. 看護専門外来の有無*

1. あり 0. なし

(心不全患者対象)

プロセス指標

Q08. 急性心不全患者について、地域の医療従事者（医師・連携室看護師・訪問看護師・ケアマネジャー）との地域連携バス使用の有無をご回答ください。

また、「あり」と回答した場合は、連携バスのタイプごとに使用の有無、使用率等をご回答ください。

地域連携バス使用の有無*

1. あり 0. なし

1. 一方向型地域連携バス使用の有無*

1. あり 0. なし

2. 循環型地域連携バス使用の有無*

1. あり 0. なし

(循環型：かかりつけ医と連携した定期診察・採血・投薬や検査を規定したバス)

3. その他連携バス*

1. あり 0. なし

4. 急性心不全患者における地域連携バスの使用率(2019年)*

選択してください

(慢性心不全の急性増悪を含む)

5. 急性心不全患者における「地域連携バス以外の連携ツール」の使用率(2019年)*

選択してください

(慢性心不全の急性増悪を含む)

Q09. 病院とかかりつけ医療機関の医療従事者の間での個別の患者の治療方針共有の有無をご回答ください。

「共有している」と回答された場合はQ10～Q12もご回答ください。*

1. 共有している 0. 共有していない

(紹介状への治療方針の記載を含む)

Q10. Q09で「共有している」と回答した場合、どの医療従事者間で治療方針などの情報を共有していますか。（複数選択可）*

- 1. 医師－医師間
- 2. 看護師－看護師間
- 3. 理学療法士－理学療法士間
- 4. その他

「4.その他」と回答された場合は具体的にご記入ください。（自由記載）

Q11. 病院とかかりつけ医療機関の医療従事者の間で利用している連携ツールについてあてはまるものを選択してください。（複数選択可）*

- 1. 手帳・ノート
- 2. Excelファイル
- 3. クラウドデータベース
- 4. その他

「4.その他」と回答された場合は具体的にご記入ください。（自由記載）

Q12. 病院とかかりつけ医療機関の従事者の間の連携ツールにおける患者の個人情報の入力担当者について、あてはまるものをご回答ください。（複数回答可）*

- 1. 病棟主治医
- 2. 外来主治医
- 3. 病棟看護師
- 4. リハビリスタッフ
- 5. その他

「5.その他」と回答された場合は具体的にご記入ください（自由記載）

Q13. 急性期病院入院中の患者・家族指導の際、以下の項目の実施状況をご回答ください。
実施率は、貴施設における対象患者の実施率です。

1. 心不全の疾患教育*

（病態、検査、治療の理解、病態の把握）

2. 冠危険因子の管理状況*

（血圧、脂質、血糖、BMI等）

3. セルフケアマネジメントの重要性*

選択してください

(服薬、生活習慣、体重コントロール等)

4. 多職種チームによる情報提供*

選択してください

(疾患管理の必要性、介護方法、ライフスタイル、福祉資源の紹介等)

6. 緩和ケア*

選択してください

7. ACP*

選択してください

(アドバンスケアプランニング)

5. ポリファーマシー解消の推進*

選択してください

(処方見直しやその理由の記載、指導等)

8. その他(自由記載)

Q14. 退院後の通院計画を立てる際に、重症化、再発、再入院、QOL低下のリスク評価実施の有無をご回答ください。*

1. 実施している 0. 実施していない

上記で「実施している」と回答した場合は、以下に挙げたリスク評価項目それぞれについて貴施設における実施率をご回答ください。

1. 左室駆出率(LVEF)*

選択してください

2. BNP(退院時)*

選択してください

3. NT-pro_BNP*

選択してください

4. NYHA*

選択してください

5. SEATTLEリスクスコア*

選択してください

6. MAGGICリスクスコア*

選択してください

(13臨床変数、1年後死亡予測)

7. 認知機能*

選択してください

8. 抑うつ*

選択してください

9. フレイル*

選択してください

10. サルコペニア*

選択してください

11. 栄養状態*

選択してください

12. 血検査検査リスク*

12. 血栓塞症リスク

選択してください
(CHADS2等)

13. 出血リスク*

選択してください
(HAS-BLED、日本版高出血リスク等)

14. 転倒リスク*

選択してください

15. 嚥下障害*

選択してください

16. せん妄*

選択してください

17. 血圧*

選択してください

18. 血液検査結果*

選択してください

19. 生活習慣*

選択してください

20. Charlson comorbidity index*

選択してください

21. 心不全の入院歴*

選択してください

22. 家族構成*

選択してください

23. 薬剤誘因性老年症候群と主な原因薬剤*

選択してください

(ふらつき・転倒、記憶障害、抑うつ、排尿障害・尿失禁等)

24. 高齢者総合機能評価*

選択してください

(認知機能、日常生活動作、生活環境、患者の薬剤選択嗜好評価)

25. その他のリスク評価項目 (自由記載)

Q15. Q14の重症化、再発、再入院、QOL低下のリスク評価項目の中で、かかりつけ医療機関・転院先へ情報提供 (診療情報提供書、看護サマリー等)を行っている項目をご回答ください。(複数選択可)*

1. LVEF 2. 退院時BNP 3. NT-pro BNP 4. NYHA 5. SEATTLEリスクスコア
 6. MAGGICリスクスコア 7. 認知機能 8. 抑うつ 9. フレイル 10. サルコペニア
 11. 栄養状態 12. 血栓塞栓症リスク 13. 出血リスク 14. 転倒リスク 15. 嚥下障害
 16. せん妄 17. 血圧 18. 血液検査結果 19. 生活習慣 20. Charlson comorbidity index
 21. 心不全の入院歴 22. 家族構成 23. 薬剤誘因性老年症候群 24. 高齢者総合機能評価 25.その他
 99. どの項目もしていない

Q16. Q14の重症化、再発、再入院、QOL低下のリスク評価項目の中で、地域連携バス等の連携ツールに記載している項目をご回答ください。（複数選択可）*

1. LVEF 2. 退院時BNP 3. NT-pro BNP 4. NYHA 5. SEATTLEリスクスコア
 6. MAGGICリスクスコア 7. 認知機能 8. 抑うつ 9. フレイル 10. サルコペニア
 11. 栄養状態 12. 血栓塞栓症リスク 13. 出血リスク 14. 転倒リスク 15. 嚥下障害
 16. せん妄 17. 血圧 18. 血液検査結果 19. 生活習慣 20. Charlson comorbidity index
 21. 心不全の入院歴 22. 家族構成 23. 薬剤誘因性老年症候群 24. 高齢者総合機能評価 25.その他
 99. どの項目もしていない

Q17. 急性期退院後の重症化、再発、QOL低下予防のための取り組み実施の有無(2020年1月以前)についてご回答ください。

取り組み実施の有無*

1. 実施している 0. 実施していない

上記で「実施している」と回答した場合は、以下に挙げた取り組みについて貴施設の「入院中における」対象患者の実施率をご回答ください。

1. 退院前教育*

選択してください

(緊急対処、セルフケアマネジメントと二次予防行動への動機づけ)

2. 入院心臓リハビリテーション*

選択してください

3. かかりつけ医、訪問看護師等との連携バスの勉強会、情報共有*

選択してください

4. かかりつけ医、訪問看護師等との個別患者に関する会合*

選択してください

5. ポリファーマシー対策*

選択してください

(処方見直し内容やその理由の記載、指導等)

6. 多職種による栄養指導*

選択してください

以下に挙げた取り組みについてそれぞれ貴施設の「外来における」対象患者の実施率をご回答ください。

7. 心臓リハビリテーション*

選択してください

8. 退院後、外来や心リハでの患者教育*

選択してください

(個人面談、集団教育)

9. 在宅心臓リハビリテーション*

選択してください

(かかりつけ医)

10. 退院後早期の電話フォローアップ *

選択してください

(退院後3~5日以内のセルフケアマネジメントのサポート)

12. セルフケアマネジメント・ツールの活用 *

選択してください

(心不全ノート等)

13. 定期的な循環器内科医による外来受診 *

選択してください

15. 訪問診療 *

選択してください

(かかりつけ医または循環器専門医)

16. 訪問看護 *

選択してください

18. 多職種による心不全専門クリニック受診 *

選択してください

(循環器内科医、栄養士、薬剤師)

19. その他の取り組み (自由記載)

Q18. 急性期退院後の「重症化、再発、QOL低下のハイリスク群」に対して、COVID-19感染症の影響で2020年1月以降に「頻度が増加した取り組み」の有無をご回答ください。 *

1. あり 0. なし

上記で「あり」と回答した場合は、「頻度が増加した取り組み」を選択してください。(複数選択可) *

1. 退院前教育 2. 入院心臓リハビリテーション 3. 連携バスの定期的勉強会
 4. 個別患者に関する定期的会合 5. ポリファーマシー対策 6. 栄養指導 7. 外来心臓リハビリテーション
 8. 退院後の外来や心リハでの患者教育 9. 在宅心臓リハビリテーション 10. 退院後早期の電話フォローアップ
 11. 定期的な患者とのウェブサイト会話 12. セルフケアマネジメント・ツール活用
 13. 定期的な循環器内科医外来受診 14. 遠隔モニタリング 15. 訪問診療 16. 訪問看護
 17. 心不全専門看護外来受診 18. 心不全専門クリニック 19. その他

Q19. 急性期退院後の「重症化、再発、QOL低下のハイリスク群」に対して、COVID-19感染症の影響で2020年1月以降に「頻度が減少した取り組み」の有無をご回答ください。 *

1. あり 0. なし

上記で「あり」と回答した場合は、「頻度が減少した取り組み」を選択してください。(複数選択可) *

1. 退院前教育 2. 入院心臓リハビリテーション 3. 連携バスの定期的勉強会

4. 個別患者に関する定期的会合 5. ポリファーマシー対策 6. 栄養指導 7. 外来心臓リハビリテーション
 8. 退院後の外来や心リハでの患者教育 9. 在宅心臓リハビリテーション 10. 退院後早期の電話フォローアップ
 11. 定期的な患者とのウェブサイト会話 12. セルフケアマネジメント・ツール活用
 13. 定期的な循環器内科医外来受診 14. 遠隔モニタリング 15. 訪問診療 16. 訪問看護
 17. 心不全専門看護外来受診 18. 心不全専門クリニック 19. その他

Q20. 急性期退院後の「重症化、再発、QOL低下のハイリスク群」に対して、「個別化または強化した取り組み」を実施した項目をご回答ください。*

1. あり 0. なし

上記で「あり」と回答した場合は、「個別化または強化した取り組み」を選択してください。（複数選択可）*

1. 退院前教育 2. 入院心臓リハビリテーション 3. 連携パスの定期的勉強会
 4. 個別患者に関する定期的会合 5. ポリファーマシー対策 6. 栄養指導 7. 外来心臓リハビリテーション
 8. 退院後の外来や心リハでの患者教育 9. 在宅心臓リハビリテーション 10. 退院後早期の電話フォローアップ
 11. 定期的な患者とのウェブサイト会話 12. セルフケアマネジメント・ツール活用
 13. 定期的な循環器内科医外来受診 14. 遠隔モニタリング 15. 訪問診療 16. 訪問看護
 17. 心不全専門看護外来受診 18. 心不全専門クリニック 19. その他

Q21. Q19において、「ハイリスク群」と判断する根拠となる項目を選択してください。（複数選択可）*

1. 高齢
 2. 独居
 3. 老々介護
 4. 低心機能
 5. フレイル
 6. うつ
 7. コンプライアンス不良
 8. その他

「8. その他」と回答された場合は具体的にご記入ください。（自由記載）

アウトカム指標

Q22. 心不全患者を対象とした退院後のアウトカム評価実施の有無をご回答ください。
また、「実施している」と回答した場合は、アウトカム評価の実施時期、および貴施設における以下に挙げた評価項目の実施率をご回答ください。

アウトカム評価実施の有無*

1. 実施している 0. 実施していない

アウトカム評価の実施時期 *

1. 貴施設への心不全再入院率 *

2. 貴施設への肺炎・転倒等の全疾患再入院率 *

3. ADL *

4. IADL *

5. 健康関連QOL *

6. 疾患特異的QOL *

7. 認知機能 *

8. 死亡 *

9. 医療資源利用 *

(救急外来受診、リハビリテーション施設、介護施設入院)

10. 介護者の負担感 *

11. その他実施しているアウトカム評価 (自由記載)

Q23. 現在、貴施設が実施している脳卒中・心不全の再発・重症化予防のための方策や多職種連携において、「成果を上げていると評価できる点」、および「困難と感じている点や未解決の課題」をご記入ください。

「成果を上げていると評価できる点」 (自由記載)

「困難と感じている点や未解決の課題」 (自由記載)