配布資料

令和８年度　脳卒中・心不全対策事業
沖縄県心不全連携ツール運用説明会
メインテーマ「再入院・救急受診を防ぐ」

日　時：令和８年１０月１５日（木）19:00～20:00
場　所：沖縄県医師会館　会議室３（ハイブリッド開催）

司会：沖縄県医師会
常任理事　涌波　淳子

１．開　会

２．講　演

座長　琉球大学病院　第三内科　検査・輸血部　診療講師
當間　裕一郎

～心不全連携ツールの紹介～

演題１
在宅診療、施設とかかりつけ医における心不全連携ツールの活用事例
～管理の指標と目標の共有で心不全の入院・再発を防ぐ～

講師　垣花小児科内科医院　内科
首里城下町クリニック第一　循環器内科
南部クリニック　循環器内科　石原 綾乃

演題２
心不全手帳でつなぐ地域の心不全診療
～患者さんの安心な暮らしのために～

講師　沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
看護師長　比嘉 允

３．パネルディスカッション

４．閉　会

脳卒中・心不全対策事業
沖縄県心不全連携ツール運用説明会
～再入院・救急受診を防ぐ～

令和8年10月15日（木）
琉球大学病院　第三内科　検査・輸血部　講師
當間　裕一郎

（県委託事業）脳卒中・心不全対策事業

沖縄県医師会
OKINAWA MEDICAL ASSOCIATION

はじめに



これからの診療連携の在り方

Key Points

- 急性期病院・慢性期病院・かかりつけ医療機関の役割分担を明確にした連携体制による切れ目のない心不全対応が必要である。
- 高齢心不全の特性を理解し、生活支援を含む多職種との連携が必要である。

急性期病院では治療と定期検査、慢性期病院では心臓リハビリ、かかりつけ医や在宅医は安定期の心不全管理や日常的な健康管理、保健指導、場合によっては終末期対応など専門医療機関とかかりつけ医が連携を図りながら切れ目のない心不全対応を行う役割が求められています。

沖縄県医師会
OKINAWA MEDICAL ASSOCIATION

急性期医療機関とかかりつけ医の心不全連携

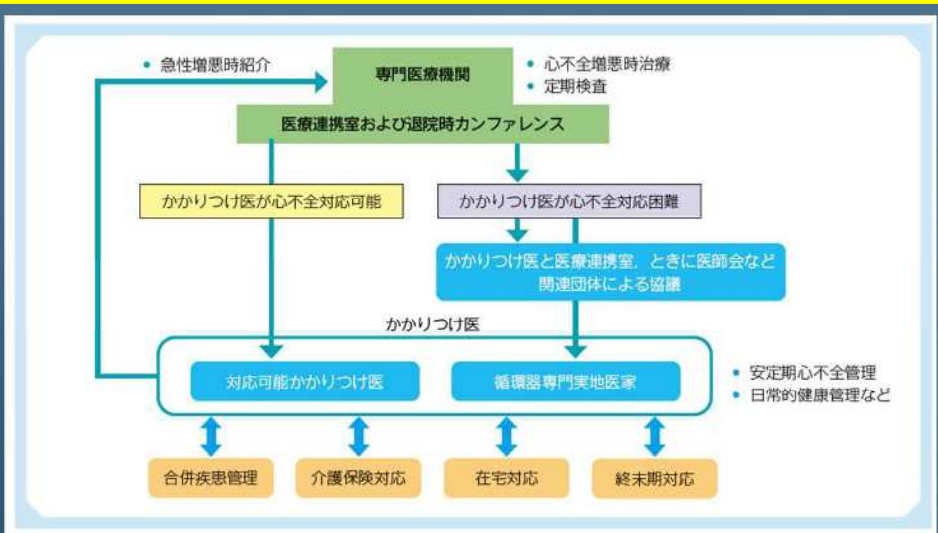


図1　専門急性期医療機関とかかりつけ医の心不全連携フローチャート

急性期病院に入院した心不全患者が退院する場合，本来のかかりつけ医が安定期の心不全治療に対応困難な場合は，退院時カンファレンスや医師会を通じて心不全対応可能な実地医家や在宅医を探してもらい，かかりつけ医の了承のもとで安定期心不全治療を，その医療機関で行ってもらうことも考慮する。

沖縄県医師会
OKINAWA MEDICAL ASSOCIATION

沖縄県心不全連携ツール

1. 心不全地域連携運用フロー
2. かかりつけ専門病院・救急病院紹介判断チェックシート
3. 心不全患者への基礎知識説明シート
4. 心不全手帳
5. 参加方法

沖縄県医師会
OKINAWA MEDICAL ASSOCIATION

沖縄県心不全連携ツール

1. 心不全地域連携運用フロー
2. かかりつけ専門病院・救急病院紹介判断チェックシート
3. 心不全患者への基礎知識説明シート
4. 心不全手帳
5. 参加方法

沖縄県医師会 OKINAWA MEDICAL ASSOCIATION

心不全地域連携運用フロー

①専門外来にて薬物調整の後に患者を紹介
・日本高血圧学会作成「心不全の基礎知識」の活用
・「心不全手帳」の使い方を説明
・「紹介判断チェックシート」を紹介状に添付



かかりつけ専門病院

かかりつけ医



②自覚症状が以前より悪化している場合
・かかりつけ専門病院、または救急病院への
「紹介判断チェックシート」の利用





救急病院

②’安静時呼吸困難や胸部レントゲンで肺水腫を認める場合
・かかりつけ専門病院、または救急病院への
「紹介判断チェックシート」の利用

※かかりつけ医：日頃から通っている診療所等
かかりつけ専門病院：循環器専門医が常駐し、急変時の対応が可能な病院
救急病院：循環器専門医が常駐している救急告示病院

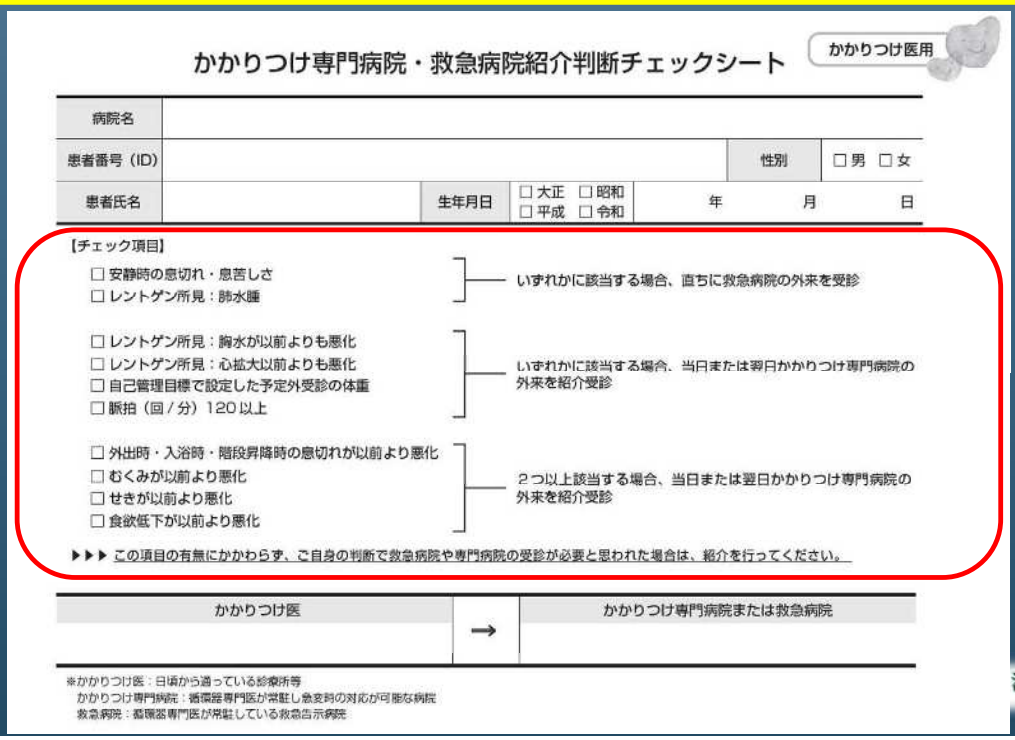
沖縄県医師会 OKINAWA MEDICAL ASSOCIATION

沖縄県心不全連携ツール

1. 心不全地域連携運用フロー
2. かかりつけ専門病院・救急病院紹介判断チェックシート
3. 心不全患者への基礎知識説明シート
4. 心不全手帳
5. 参加方法

沖縄県医師会 OKINAWA MEDICAL ASSOCIATION

かかりつけ専門病院・救急病院紹介判断チェックシート



かかりつけ専門病院・救急病院紹介判断チェックシート

かかりつけ医用

病院名			
患者番号（ID）		性別	□男 □女
患者氏名	生年月日	□大正 □昭和 □平成 □令和 年 月 日	

【チェック項目】

□安静時の息切れ・息苦しさ
□レントゲン所見：肺水腫
→ いずれかに該当する場合、直ちに救急病院の外来を受診

□レントゲン所見：胸水が以前よりも悪化
□レントゲン所見：心拡大以前よりも悪化
□自己管理目標で設定した予定外受診の体重
□脈拍（回／分）120以上
→ いずれかに該当する場合、当日または翌日かかりつけ専門病院の外来を紹介受診

□外出時・入浴時・階段昇降時の息切れが以前より悪化
□むくみが以前より悪化
□せきが以前より悪化
□食欲低下が以前より悪化
→ 2つ以上該当する場合、当日または翌日かかりつけ専門病院の外来を紹介受診

▶▶▶ この項目の有無にかかわらず、ご自身の判断で救急病院や専門病院の受診が必要と思われた場合は、紹介を行ってください。

かかりつけ医	→	かかりつけ専門病院または救急病院

※かかりつけ医：日頃から通っている診療所等
かかりつけ専門病院：循環器専門医が常駐し急変時の対応が可能な病院
救急病院：循環器専門医が常駐している救急告示病院

沖縄県医師会 OKINAWA MEDICAL ASSOCIATION

かかりつけ専門病院・救急病院紹介判断チェックシート

- □ 安静時の息切れ・息苦しさ
- □ レントゲン所見：肺水腫

} いずれかに該当する場合、直ちに救急病院外来受診

- □ レントゲン所見：胸水が以前より悪化
- □ レントゲン所見：心拡大が以前より悪化
- □ 管理目標で設定した予定外受診の体重
- □ 脈拍（回/分）120以上

} いずれかに該当する場合、当日または翌日かかりつけ専門病院外来受診

- □ 労作時息切れが以前より悪化
- □ むくみが以前より悪化
- □ 咳が以前より悪化
- □ 食欲低下が以前より悪化

} 2つ以上該当する場合、当日または翌日かかりつけ専門病院外来を受診

沖縄県医師会 OKINAWA MEDICAL ASSOCIATION

沖縄県心不全連携ツール

1. 心不全地域連携運用フロー
2. かかりつけ専門病院・救急病院紹介判断チェックシート
3. **心不全患者への基礎知識説明シート**
4. 心不全手帳
5. 参加方法

沖縄県医師会 OKINAWA MEDICAL ASSOCIATION

心不全基礎知識　説明シート



沖縄県医師会
OKINAWA MEDICAL ASSOCIATION

基礎知識説明シート：左室駆出率



沖縄県医師会
OKINAWA MEDICAL ASSOCIATION

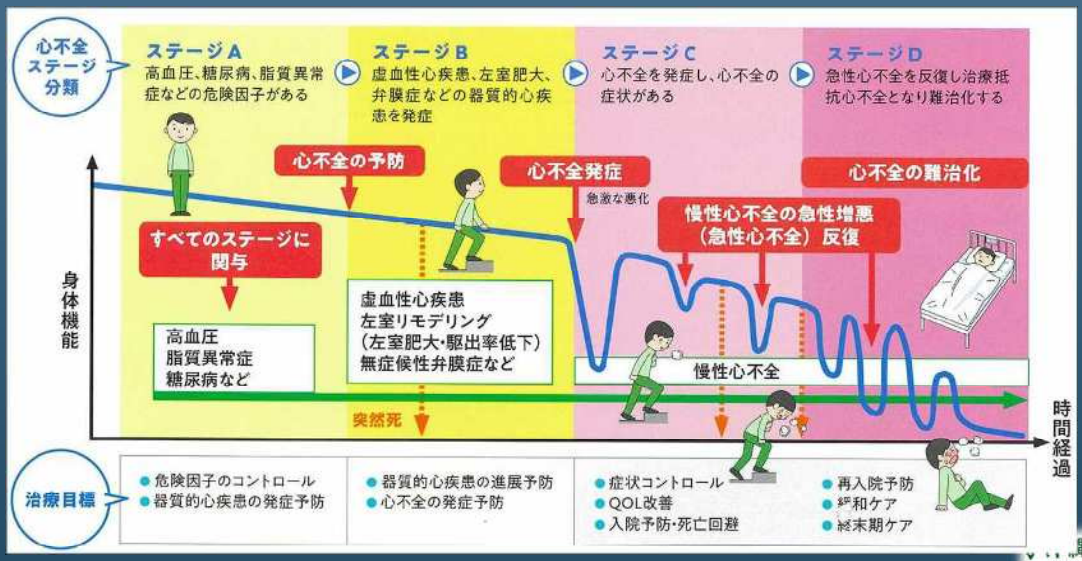
基礎知識説明シート：ESC2026年ガイドラインで変更



沖縄県医師会 OKINAWA MEDICAL ASSOCIATION

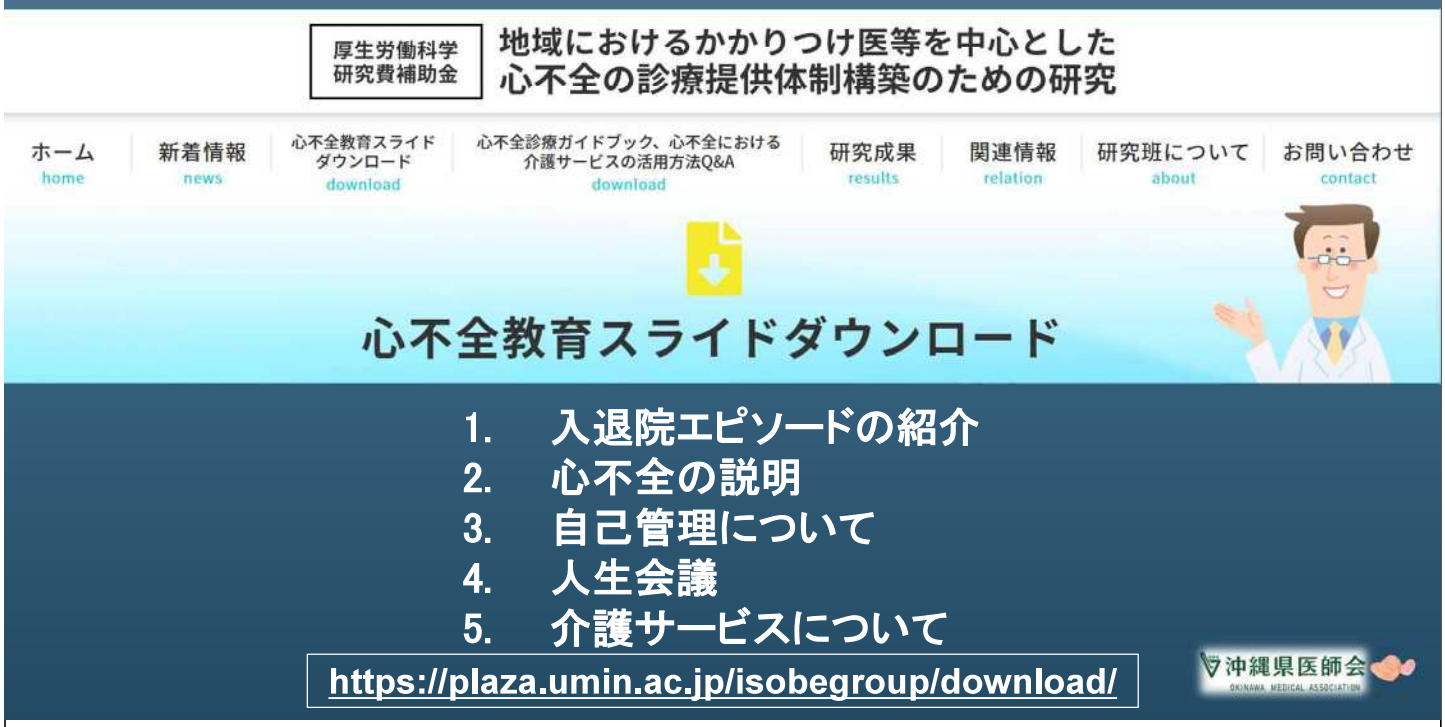
基礎知識説明シート：心不全の進展ステージ

心不全とは、心臓が悪いために息切れやむくみが起こり、
だんだん悪くなり生命を縮める病気です。



沖縄県医師会 OKINAWA MEDICAL ASSOCIATION

心不全教育スライド



1. 入退院エピソードの紹介
2. 心不全の説明
3. 自己管理について
4. 人生会議
5. 介護サービスについて

https://plaza.umin.ac.jp/isobegroup/download/

沖縄県医師会 OKINAWA MEDICAL ASSOCIATION

沖縄県心不全連携ツール

1. 心不全地域連携運用フロー
2. かかりつけ専門病院・救急病院紹介判断チェックシート
3. 心不全患者への基礎知識説明シート
4. **心不全手帳**
5. 参加方法

沖縄県医師会 OKINAWA MEDICAL ASSOCIATION

沖縄県心不全手帳のご紹介



沖縄県医師会
OKINAWA MEDICAL ASSOCIATION

心不全手帳：はじめのページ



沖縄県医師会
OKINAWA MEDICAL ASSOCIATION

心不全手帳:毎日の記録



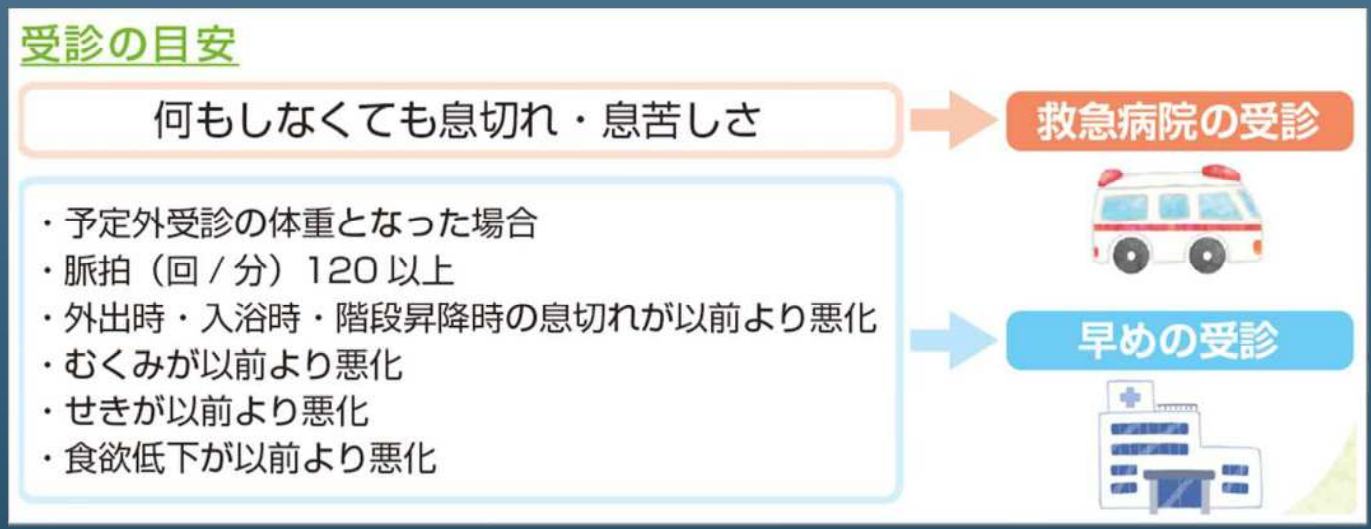
毎日の記録

年	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土
月／日	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
体重（Kg）														
血圧（mmHg） 朝（脈拍 回／分）	／（ ）	／（ ）	／（ ）	／（ ）	／（ ）	／（ ）	／（ ）	／（ ）	／（ ）	／（ ）	／（ ）	／（ ）	／（ ）	／（ ）
血圧（mmHg） 寝る前（脈拍 回／分）	／（ ）	／（ ）	／（ ）	／（ ）	／（ ）	／（ ）	／（ ）	／（ ）	／（ ）	／（ ）	／（ ）	／（ ）	／（ ）	／（ ）
自覚症状 息切れ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
自覚症状 むくみ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
自覚症状 疲れやすさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
自覚症状 せき	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
自覚症状 食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
運動（○か×で記入）														
お薬チェック 朝	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
お薬チェック 昼	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
お薬チェック 夕	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

メモ

沖縄県医師会 OKINAWA MEDICAL ASSOCIATION

受診の目安



受診の目安

何もしなくても息切れ・息苦しさ → 救急病院の受診

・予定外受診の体重となった場合
・脈拍（回／分）120以上
・外出時・入浴時・階段昇降時の息切れが以前より悪化
・むくみが以前より悪化
・せきが以前より悪化
・食欲低下が以前より悪化 → 早めの受診

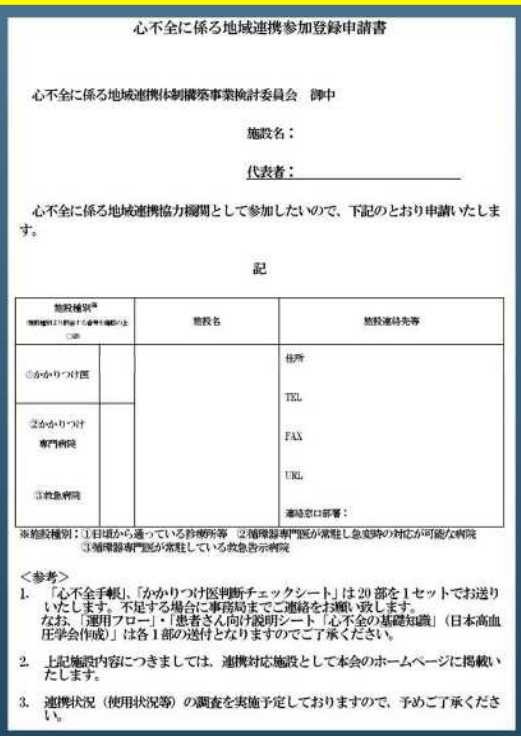
沖縄県医師会 OKINAWA MEDICAL ASSOCIATION

沖縄県心不全連携ツール

1. 心不全地域連携運用フロー
2. かかりつけ専門病院・救急病院紹介判断チェックシート
3. 心不全患者への基礎知識説明シート
4. 心不全手帳
5. 参加方法

沖縄県医師会 OKINAWA MEDICAL ASSOCIATION

参加方法



心不全に係る地域連携参加登録申請書

心不全に係る地域連携体制構築事業検討委員会　御中

施設名：

代表者：

心不全に係る地域連携協力機関として参加したいので、下記のとおり申請いたします。

記

施設種別※		施設名	施設連絡先等
①かかりつけ医			住所 TEL
②かかりつけ専門病院			FAX URL
③救急病院			連絡窓口部署：

※施設種別：①日頃から通っている診療所等　②循環器専門医が常駐し急変時の対応が可能な病院
③循環器専門医が常駐している救急告示病院

＜参考＞
1. 「心不全手帳」、「かかりつけ医判断チェックシート」は20部を1セットでお送りいたします。不足する場合に事務局までご連絡をお願い致します。
なお、「運用フロー」・「患者さん向け説明シート「心不全の基礎知識」（日本高血圧学会作成）」は各1部の送付となりますのでご了承ください。
2. 上記施設内容につきましては、連携対応施設として本会のホームページに掲載いたします。
3. 連携状況（使用状況等）の調査を実施予定しておりますので、予めご了承ください。

参加希望の施設は本日配布している
「心不全に係る地域連携参加登録申請書」を
沖縄県医師会事務局宛てご提出ください。

対象施設
医療関係施設、介護関係施設、薬局等
院内の勉強会等でご利用いただき利用促進にご協力ください。

＜問い合わせ先＞
沖縄県医師会　業務1課
〒901-1105　南風原町字新川218-9
TEL：098-888-0087／FAX：098-888-0089
E-mail：g1@okinawa.med.or.jp

沖縄県医師会HPにも
様式を掲載しております
https://www.okinawa.med.or.jp/medical/chiikiiryou/shinfuzen-2/

沖縄県医師会 OKINAWA MEDICAL ASSOCIATION

在宅診療、施設とかかりつけ医における心不全連携ツールの活用事例

～管理の指標と目標の共有で心不全の入院・再発を防ぐ～

垣花小児科内科医院 内科　院長補佐
首里城下町クリニック第一　循環器内科
南部クリニック 循環器内科
石原 綾乃

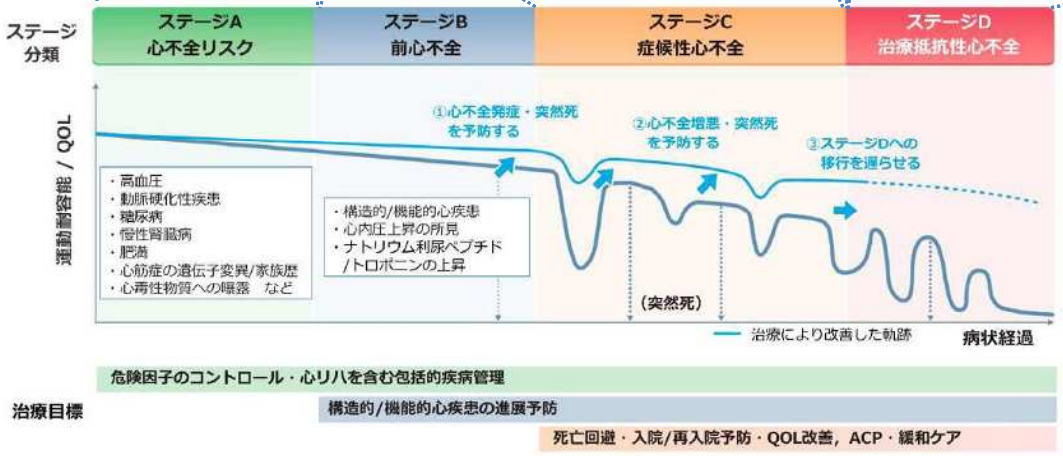
心不全の病の軌跡に沿った地域連携 ― ステージAからDまで切れ目なく ―

心不全の発症予防
リスクの軽減
地域で推進

心不全早期診断・治療
かかりつけ医と循環器医の連携

心不全入院後の包括的ケア
かかりつけ医・福祉・介護
との連携

治療抵抗性心不全のケア
専門施設との連携による**高度心不全治療**
人生の最終段階のケア
在宅医療との連携による**緩和ケア**



日本循環器学会／日本心不全学会「2025年改訂版 心不全診療ガイドライン」より引用、一部改変

心不全患者の地域連携・地域包括ケアに関する推奨とエビデンスレベル
2025年改訂版 心不全診療ガイドライン

心不全増悪で入院した患者に対して，入院担当医は，退院後に**かかりつけ医と連携**して**包括的な心不全ケア**を提供することを考慮する

推奨クラス **IIa**　エビデンスレベル **C-LD**

推奨クラス　Ⅱa：エビデンス・見解から，有効・有用である可能性が高い
エビデンスレベル C-LD：小規模臨床研究（後ろ向き研究および登録を含む）で実証されたもの

高齢者，独居者，認知機能障害者など，セルフケアに支援を必要とする患者に対して**社会資源の活用**を行う

推奨クラス **I**　エビデンスレベル **A**

推奨クラスⅠ：手技・治療が有効・有用であるというエビデンスがある，または見解が広く一致している
エビデンスレベル A：複数の無作為化臨床試験またはメタ解析で実証されたもの

地域で継続的なケアを行うため，連携する**医療・福祉・介護従事者と標準化された情報共有**を行う

推奨クラス **I**　エビデンスレベル **C-LD**

心不全診療を**「病院」**だけではなく**「患者の生活の場」**で、**「包括的かつ継続的」**に行うことを推奨

日本循環器学会／日本心不全学会「2025年改訂版 心不全診療ガイドライン」より引用、一部改変

患者の生活の場での包括的かつ継続的な心不全管理

1．心不全の病態・重症度
症状、うっ血、血圧、心機能、腎機能、電解質

2．高齢者特有の問題
多疾患併存、フレイル、ポリファーマシー、認知機能
栄養、生活機能の低下、要介護状態

3．生活・療養環境
独居、家族、施設職員、服薬管理、通院能力

4．本人の目標・生き方の共有
何を守りたい、何が負担、どこで暮らしたい、ACP

患者を包括的に評価する
入退院後、増悪時、療養環境の変化時
身体機能や介護状態が変化した時に、
繰り返し評価する

家族・多職種で共有する
医師、看護師、ケアマネ、施設職員、
薬剤師、リハスタッフ　など

心不全手帳・管理ツールを活用することで実現する

症 例 1

症 例 2

かかりつけ医からの伝達事項・指示

- **測定してほしい項目とその頻度**
- **目標範囲**
- **目標から外れた際の対応法**

➢ 体重の測定頻度。測定条件をできるだけそろえる
例）週１回起床時、週３回朝食後、毎日
➢ 目標体重と目標から外れた場合の対応指示
例）●kg以上でフロセミド１０mg追加、▲kg未満で定期内服のアゾセミドＳＫＩＰ
➢ 体重が測定できない患者・環境の場合、尿量（量、おむつの重さ）の計測

➢ 目標血圧や脈拍の指示
→ リハビリの際の指示への活用
➢ 目標範囲を外れた際の対応法
例）血圧８０以下の際には降圧薬（具体的な薬剤名）をSKIP
血圧１６０以上で症状があるときはミオコール１パフ

●残薬の確認　薬局とも共有
●処方してほしい薬剤（軟膏・便秘薬・眠剤など）の記載を指示

●内服薬の変更とその理由、必要あれば検査結果を添付
例）血圧低めで腎機能悪化していたので利尿薬へらします。

●その他、予測できる事象とその際の指示
褥瘡への対応
便秘や不眠時指示
疼痛や発熱の際の指示　　等

●ご家族への伝達事項、説明内容など
例）連絡手帳を用意するように伝えています。受診時は必ず持参するように指示しています。
ペースメーカーチェックの●●病院受診の予約日の確認を依頼しています。

施設や介護職員の教育ツールとしての役割

教育①　観察の意味を理解する
例：体重が増えた場合、単に食事量が増えたのか、体液貯留が疑われるのかを考える。
浮腫、呼吸状態、食事量などを合わせて確認する。

教育②　具体的に記録する
例：「元気がない」だけでなく、「昨日より食事摂取量が半分程度」「歩行時に休憩が増えた」など、普段との違いを具体的に書く。

教育③　報告と初期対応を身につける
例：浮腫と体重増加に気づいたら、発症時期、体重の推移、呼吸状態、服薬状況を整理して看護職や主治医へ報告する。

知る
心不全の基本と悪化のサインを学ぶ

観察する・記録する
心不全手帳を用いて日常の変化を把握する

相談する・対応する
連絡基準に従って医療職につなぐ

振り返る・学び直す
実際の事例を共有し、観察と対応を改善する

毎日の観察項目と、その意味

観察項目は患者の認知機能、ADL、施設の体制に応じて調整する。
尿量など、正確な測定が難しい項目は、排泄回数や普段との違いを記録する方法もある。

観察項目	施設職員が確認すること	心不全悪化を疑う変化
体重	同じ条件で測定	数日間の急な増加
呼吸状態	呼吸数、息切れ、呼吸の様子	安静時の息苦しさ、呼吸数の増加
浮腫	足背・下腿の腫れ	浮腫の増強、靴がきつくなる
食事・水分	食事量、食欲、飲水量	食欲低下、摂取量の変化
活動性・ADL	歩行、移乗、着替えなど	いつもより動けない、疲れやすい
睡眠・姿勢	横になって眠れるか	横になると苦しい、夜間の息苦しさ
排泄	尿量や排尿回数の変化	尿量の明らかな減少
意識・全身状態	反応、顔色、活気	混乱、傾眠、冷汗、強い倦怠感

沖縄県・沖縄県医師会「心不全手帳」（2023年初版）






① 患者の変化を可視化

体重、血圧・脈拍、症状、運動、服薬を継続記録

“いつから、何が変わったか”を追える

② 受診の目安を共有

「予定外受診の体重」「脈拍120回/分以上」「症状悪化」など、早めの受診・救急受診の目安を患者側にも提示

③ 多職種で同じ情報を見る

家族だけでなく、訪問看護師、ケアマネジャー、デイケア等にも見せることを手帳に明記

④ 緊急時の情報源

本人・介護情報、かかりつけ医、専門病院、訪問看護、薬局などの連絡先を集約

出典：沖縄県・沖縄県医師会「心不全手帳」（2023年初版）

単なる記録帳でおわらせない

家族・施設スタッフ

毎日の体重・症状・食欲・服薬などを確認・記録

「いつもと違う」を拾い上げる

看護師・ケアマネ 医療スタッフ

手帳を見ながら
①変化を整理
②訪問診療医へ報告
③必要時に専門医へ相談

訪問診療医・かかりつけ医

居宅・施設で蓄積された経時情報を診療判断に利用

単発の値よりも「数日間のトレンド」を重視する

専門医・病院

増悪時の評価・治療調整

かかりつけ医が居宅、施設などの生活の場で実施、継続が可能な提案

- **居宅でも、施設でも、かかりつけ医でも、専門医・専門病院でも「同じ患者の、同じ時間軸」を共有する**
- **心不全手帳は「記録帳」ではなく、情報を分断させず、同じ情報を見るための地域連携の情報媒体である**
- **連携の効果により心不全の増悪、再入院を回避することにつなげる**

心不全手帳の活用

① **心不全悪化の早期発見**　家族・施設職員による観察・記録

② **施設職員の教育と対応力の向上**　知識の習得から行動へ
心不全の基本、観察項目、連絡のタイミングを手帳で共有しながら、介護職・看護職の経験や知識の差を補う

③ **医療・介護の切れ目ない連携**　施設・家族・ケアマネ・医療スタッフ・かかりつけ医・専門医の情報と時間軸の共有
日々の変化、診療時の評価、治療方針、緊急時の対応をつなぎ、患者の状態に応じた診療を支える

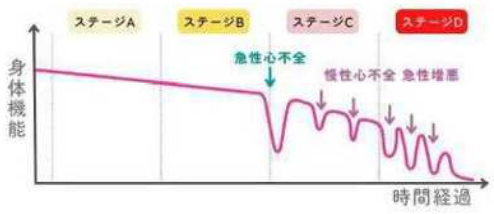


なぜ、心不全手帳を活用するのか？

✓心不全は再発を繰り返す慢性疾患

✓退院後の生活管理が重要

✓病院だけでは継続した管理が難しい

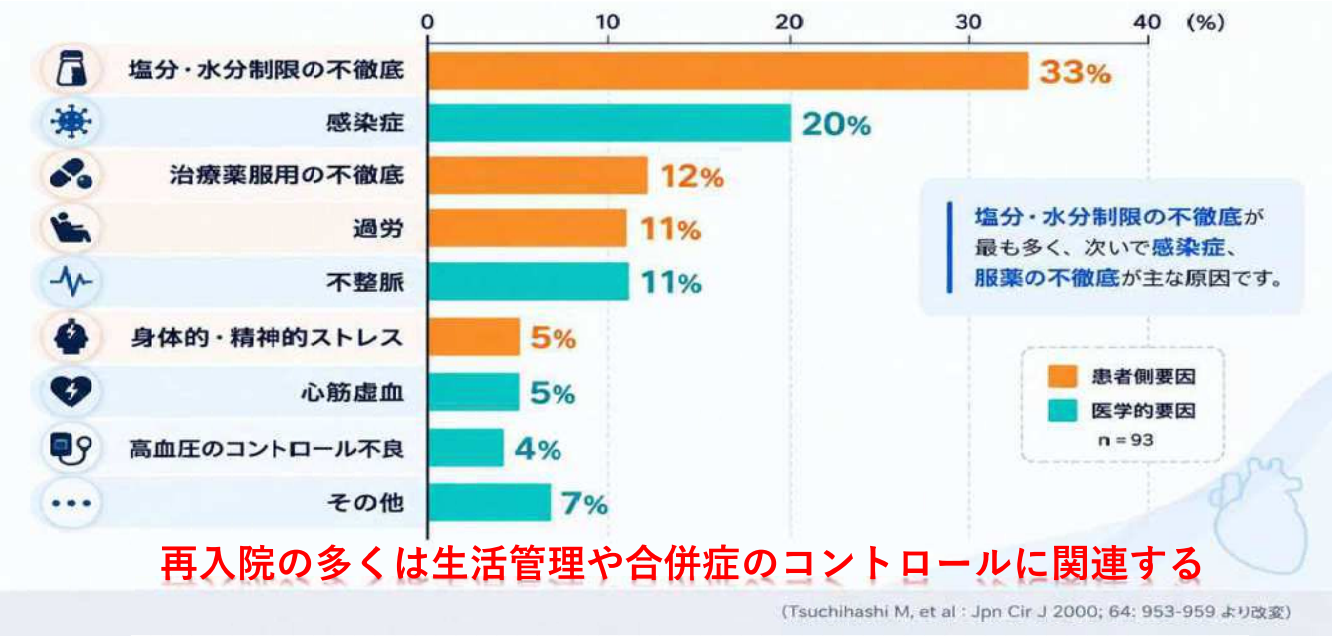


✓患者、家族を中心とした地域全体で支える仕組みが必要

心不全診療ガイドブック（心不全再発予防）

①心不全増悪時の初発症状、②至適体重の設定とその増減、③ BNP もしく は NT-proBNP値を指標にしながらモニタリングし、問題点を多職種で共有することが望ましい。
その際は、**チームで情報共有できるよう、心不全手帳の活用が有効である。**

心不全再入院の原因



心不全管理の主役は「セルフケア管理」

いつもと違う変化は、心不全のサインかもしれな



もちろん
疾病管理は重要

小さな変化に気づくことが、再入院を防ぐ第一歩。そこで活用してほしいのが・・・

セルフモニタリングツール（心不全手帳）

自己管理ツール
自分の体の変化に気づく

医療者とのコミュニケーションツール
診察の役にたつ情報共有



早期発見ツール
悪化のサインを見逃さな

地域連携ツール
多職種・多機関でつなぐ

心不全手帳は**“記録するだけ”**のツールではない

患者情報、介護、医療情報：**情報でつなぐ**



患者情報、介護、医療情報→**情報でつなぐ**



毎日の記録で、**悪化のサインを見える化する**



変化の経過をみることが
患者自身のセルフケアを支える

「いつもと違う」に**早く気づく**

受診の目安

何もしなくても息切れ・息苦しさ → **救急病院の受診**



- 予定外受診の体重となった場合
- 脈拍（回／分）120 以上
- 外出時・入浴時・階段昇降時の息切れが以前より悪化
- むくみが以前より悪化
- せきが以前より悪化
- 食欲低下が以前より悪化

→ **早めの受診**



早めに医療機関に相談 → **適切な対応**（外来受診・薬の調整など） → **重症化を防ぎ再入院を減らす**

診察時の**コミュニケーションが変わる**

医療者とのコミュニケーションツール

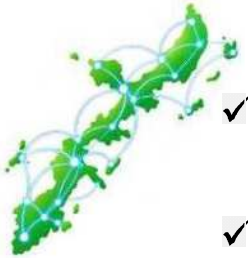
手帳をみながら一緒に確認

医療者からの賞賛が成功体験となり自己効力感UP

★セルフケア向上が期待できる★



県全体で共通のツールを使う意味



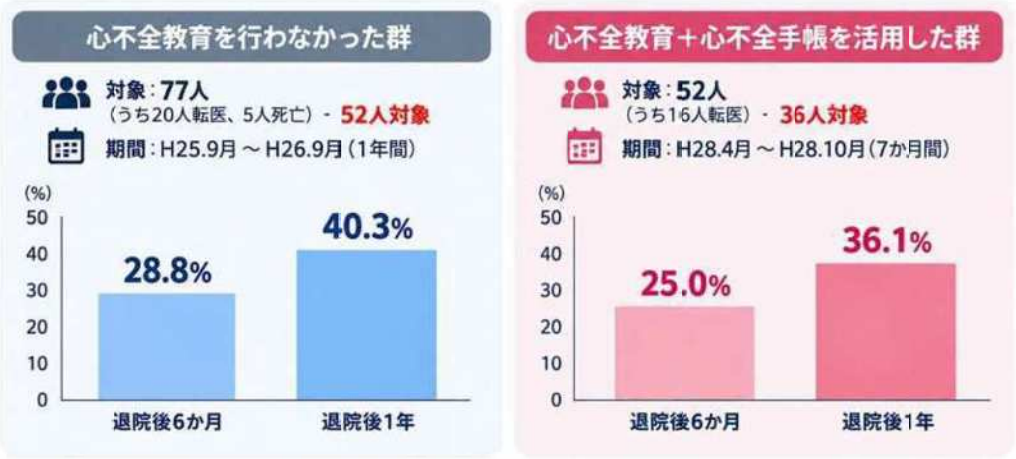
同じツールを使うことで・・・・

✔医療機関が変わっても
　同じ情報を共有できる
✔共通の記録形式で“共通言語”になる
✔情報の分析を減らし、切れ目のない支援ができる
✔地域全体の心不全診療の質向上が期待できる

沖縄のどこに住んでいても、安心してつながる心不全診療を！！

当院の心不全再入院率の比較

全国の心不全再入院率
退院後6ヵ月 27%　退院後1年 35%



入院中だけの教育と手帳の活用では、再入院率の明確な低下は認めなかった



地域で統一した**悪化時の相談基準**を手帳に組み込み、**連携パス**として活用することで、
患者・家族・医療者が共通認識を持てるようにしたことが再入院減少に寄与した。

心不全再入院予防継続管理料と地域連携

2026年度の診療報酬改定で
「心不全再入院予防継続管理料」が新設され、退院後の継続的な管理・多職種、地域連携による支援が評価されるようになりました。

- ✓ **退院後の継続的な外来管理**
- ✓ **患者指導・生活管理の支援**
- ✓ **多職種介入、地域の医療・連携**



今後は連携パスとしての活用も・・・

医師会からお願いしたい３つのこと

① 連携施設の登録をして、手帳を受け取る

② 患者さんへ手帳を渡す

受診時に「手帳を見せてください」と声をかける

③ 地域の医療者も記録・確認し、連携に活用する

