

# 1 事業評価と検証について

## 事業の取組成果と課題

### 【地域の医療・介護関係者への心不全に関する教育】

2病院がそれぞれ研修会・事例検討会を実施

（効果があった点）

病院関係者と地域の医療・介護関係者の交流が深まり、心不全に関する医療連携の課題についての積極的な意見交換が実施され、多職種の連携関係の構築につながった。

（課題）

心不全事例紹介、医療機関と介護関係者との連携方法等を圏内のより多くの職種・施設へ届けて浸透率を上げるため、地域の医療・介護関係者への研修の充実が必要

### 【地域の医療・介護関係者に対する相談支援】

2病院は、地域の医療関係者からの相談支援に対応

東京女子医大病院では、心不全診療、補助人工心臓の相談窓口を設置

（効果があった点）

地域の在宅診療を行っている医療機関などとの間で相談支援を行うことで、患者が遠方から通院や入院せずに、地域で安心して療養できるようになった。

＜事例＞50歳代男性 病名：先天性心疾患

小児循環器内科がかかりつけ医。先天性心疾患/心内修復術後、末期心不全があり2週間に1度病院外来へ自家用車にて通院され点滴治療を受けていた。他県在住であったため、自宅近くの地域での受療が望ましかったが、なかなか依頼先が見つからなかった。榊原記念病院の働きかけによって、心不全サポート事業に参加された在宅診療を行っている医療機関や訪問看護ステーションが、訪問診療を引き受け、地域での療養生活につながった。

（課題）

個別の症例に関する相談なのか一般的な疑問なのか、また急ぎの相談かそうでない相談なのか、相談の内容に応じた振り分けをするには、人員体制の充実が必要

## 【デジタル技術を用いた病院と地域の医療・介護関係者間の連携・情報共有の促進】

2病院では、ICTを利用した地域の医療・介護関係者との患者情報の共有に取り組んでいる。

（効果があった点）

デジタル技術を活用することで、相談体制の充実や在宅医療への支援につながった。

＜事例＞

### ・東京女子医大病院

ICT（メディカルケアステーション）を導入、個別の患者における入院相談や心不全診療の相談体制を構築。2025年5月現在、32名の心不全患者（高齢心不全 3名、移植後 1名、植込み型補助人工心臓 28名）を登録、個別の相談を実施。

新宿区医師会が導入しているICT（バイタルリンク）を導入、診療所からの心不全診療全般に対する相談窓口を開設

### ・榊原記念病院

連携している在宅医療機関のうち希望する機関に携帯型の小型エコーを貸与、心不全の増悪が疑われる症例の場合など必要時に、画像を当院スタッフと共有して救急受診の必要性などの協議に活用するシステムを構築、4か所の訪問診療機関で使用開始、42名の患者が使用

（課題）

- ・ICTを利用した地域の医療機関との情報共有をどのような患者に適用していくべきか。
- ・診療情報の拡散防止と迅速な情報共有の両立を考えた場合のセキュリティ対策

## 事業実施による効果

心不全サポート事業を実施することで、退院支援活動が院内で活発になったこと、地域の介護関係者（訪問看護ステーションやケアマネージャーなど）と顔の見える関係を構築してきたことにより、地域の医療・介護関係者からの働きかけや協働の機会が増え、スムーズな退院・在宅環境への退院に寄与した。在宅等生活の場に復帰した患者の割合は増加、心不全患者の平均在院日数は短縮傾向を示している。

### 【数値に表れた効果】

#### ○心不全診療に関わる人材育成を推進

東京女子医大病院の心不全療養指導士は事業開始前は9人だったが、2025年4月時点で22人となり13人の増加

#### ○心不全クリニカルパスの作成

東京女子医大病院では、退院支援など地域で心不全患者を診ていくことを念頭に心不全入院クリニカルパスを新たに作成した。2024年2月からクリニカルパスの運用を開始し、2024年度末で累計32名となった。

#### ○心不全症例の退院前カンファレンス実施件数

榊原記念病院では事業実施前の2022年度は18件であったが、2024年度は32件となり、14件増加した。

#### ○在宅等生活の場に復帰した患者の割合（在宅復帰率）

榊原記念病院では事業実施前の2022年度83.9%であったが、2024年度87.6%に上昇した。

東京女子医大病院では、2018年度より85%前後で推移していたが、2024年度は86.7%に上昇した。

#### ○心不全患者の平均在院日数

榊原記念病院では、事業実施前の2022年度は18.72日であったが、2024年度は18.31日へ短縮した。

東京女子医大病院では、（2018年度16日から短縮傾向で）事業実施前の2022年度は15日であったが、2024年度は13日へ短縮した。

## 部会での議論の論点

- 心不全サポート事業をモデル的に実施してきたことにより、ノウハウはある程度蓄積されたが、今後の課題も見えてきた。本格実施前に以下の取組を進めることが必要となる。
  - ・地域の医療・介護関係者への研修の充実、心不全事例の紹介
  - ・急性期医療機関と協働して、心不全に関する教育ツールの共有を図ること
  - ・圏域内での使用を想定した連携ツールの開発
  - ・現在は2病院が存在する圏域を中心とした取組となっており、他の地域への展開をどうするかを検討
- 心不全サポート事業は地域のかかりつけ医や訪問看護ステーションなどの医療・介護関係者に対して、心不全に関する普及啓発や相談を通じた支援を行うものである。一方、脳卒中・心臓病等総合支援センター事業は、患者・家族や地域の医療機関に対して循環器病全般に関する情報提供及び相談支援を行うことを目的としている。現在、この2事業はモデル事業として実施しているが、普及啓発、情報提供や相談支援を行うという点では、一致しており、本格実施に向けて事業を再整理することも必要である。

## 2 本事業の方向性について

### 部 会 の 意 見

（地域の医療機関と連携した心不全への対応）

- 心不全は、多く高齢者に関わる問題である。今後、高齢者の増加が見込まれるため、心不全パンデミックへの対策が重要。この事業はそのための対策として効果が見込まれるのではないか。
- 病院と地域の情報共有・連携が深まったといえる。心不全患者が地域で安心して療養できているかを評価する指標は、なかなか難しい。あえて評価するとしたら、在宅復帰率のような指標を用いるのが、考えられる方法としてはよいのではないか。この事業によって、在宅復帰率が向上しているため、一定の効果があったと評価していいのではないか。

（他地域に展開する場合の課題）

- 地域の医療・介護関係者と顔が見える関係を構築できた。ただし、参加者が固定化しやすくなっているために、新しい参加者を増やす工夫も必要ではないか。
- 現状は事業実施している病院と地域連携が行われている地区医師会や診療所などの医療機関において、取組が進んできた。今後、他地域に事業を展開していく場合には、その地域の医師会と協力し、地域の医療機関の循環器内科と連携関係を構築していくことが重要。

## 今後の取組内容

- 2病院の圏域内では、地域の医療・介護関係者との間で顔の見える関係を構築することにつながり、在宅復帰率の向上などにおいて効果が表れている。一方で次のような課題が残っている。
- 第一段階として、圏域内の多くの職種・施設に心不全サポート事業を浸透させていくためには、圏域内での以下の取組を進めていく必要がある。
  - ・地域の医療・介護関係者への研修の充実、心不全事例の紹介
  - ・急性期医療機関と協働して、心不全に関する教育ツールの共有を図る
  - ・圏域内での使用を想定した連携ツールの開発
- 第二段階として、他の圏域において、地域の医師会や医療機関と連携して事業を展開する。