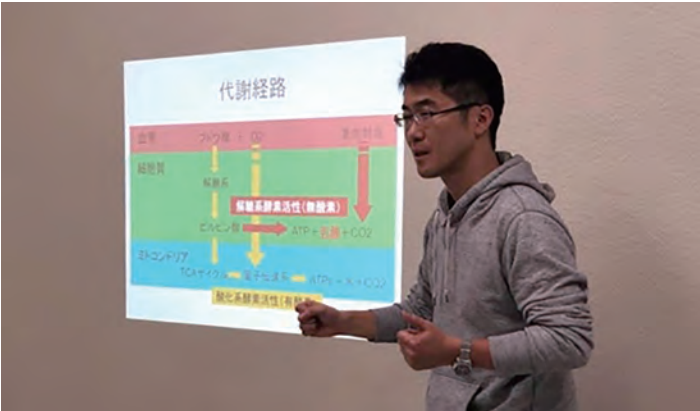


地域における心不全ケア啓発プロジェクト

南部 路治 ●一般社団法人しなさきリハビリサポート協会 代表理事



セミナーの様子

要旨

本プロジェクトは、地域における心不全ケアの啓発と在宅支援体制の強化を目的に、医療・介護従事者を対象としたセミナーおよび実践的支援を展開した。セミナーでは心不全の病態理解や再発予防を中心に講義を行い、延べ36名が参加した。また、セミナー参加事業所の協力により、心不全ケアを実施した在宅利用者のデータ提供を受け、分析対象とした。結果、心疾患群の再入院率は23%にとどまり、ADL自立度も高く、在宅療養の継続可能性が示唆された。さらに、16件の訪問支援を通じて心電図モニタリングや運動指導などを実施し、多職種連携の重要性が再確認された。今後は、人材育成やオンライン支援、評価指標の整備を進め、持続可能な心不全ケアの地域定着を目指す。

地域医療貢献のポイント

高齢化が進む地域において、心不全患者が住み慣れた環境で療養を継続できるよう、訪問支援と医療連携を強化し、再入院予防とQOLの向上を図った。

1. 目的と方法

高齢化が進行する地域において、心不全患者が住み慣れた自宅で療養生活を継続するには、再入院を予防しつつ、医療・介護の連携体制を構築することが重要である。そこで本プロジェクトでは、地域の医療・介護従事者に向けた心不全ケアの啓発と、在宅支援体制の強化を目的に活動を展開した。

具体的には、心不全の基礎知識、病態理解、服薬・運動管理、再発予防をテーマとするセミナーを5回開催し、延べ36名の専門職が参加した。また、セミナー後には、参加者が所属する事業所の協力を得て、心不全ケアを実践している利用者の臨床データを提供いただき、在宅支援の成果について多角的に分析を行った。さらに、心電図モニタリング、個別運動プログラムの提供、生活習慣指導を行う16件の在宅訪問も実施し、現場での具体的支援に取り組んだ。

2. 現状の成果・考察

セミナー参加者の多くが「明日から活用できる内容だった」と高く評価し、実践的な学びを得る場として機能した。セミナー参加

表1 利用者の基本情報 (2024.7~2025.3)

全疾患数	163	年齢 歳	76.9 ± 15.2
悪性新生物 (%)	52 (32.5)	性別 男	77 (47.2)
心疾患 (色)	41 (25.6)	(%) 女	86 (52.8)
呼吸器疾患 (%)	12 (7.5)	那覇市	134 (83.8)
脳血管疾患 (%)	8 (5)	豊見城市	11 (6.9)
認知症 (%)	7 (4.4)	居住地 (%)	西原町 5 (3.1)
腎不全 (%)	6 (3.8)		浦添市 3 (1.9)
神経難病 (%)	6 (3.8)		南城市 1 (4.4)
その他 (%)	14 (8.6)		その他 6 (3.9)

図1 心疾患利用者の日常生活動作

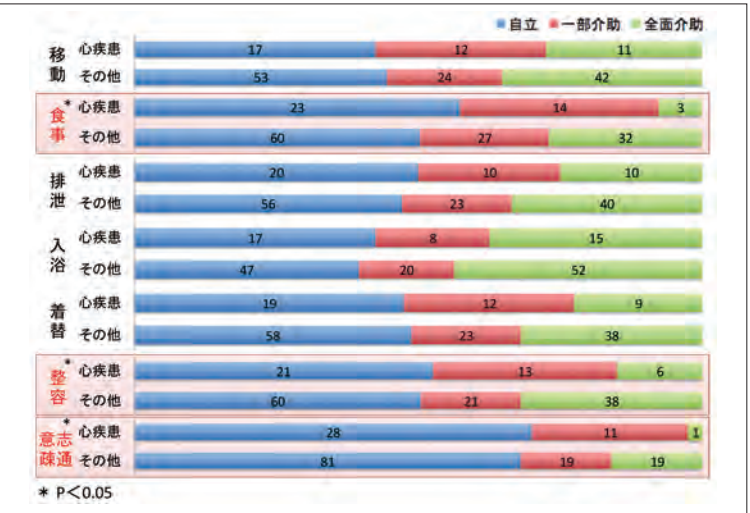


図2 心疾患利用者の転帰先



施設(5施設)から提供された2024年7月~25年3月の利用者データでは、心疾患が全体の25.6%を占め、悪性新生物に次いで2番目に多い疾患であった。平均年齢は76.9歳であり、那覇市を中心とした地域の在宅利用者が対象となった(表1)。

日常生活動作(ADL)の項目別分析では、心疾患群において「食事」「整容」「意思疎通」の自立度が非心疾患群に比べて有意に高く(p<0.05)、適切な支援によって在宅生活を維持できることが示唆された(図1)。さらに、心疾患利用者の再入院率は23%であり、日本心臓リハビリテーション学会が報告する1年以内の平均再入院率(約30%)と比較しても良好な水準であった(図2)。

これらの成果は、地域医療従事者の積極

的な関与と、多職種での継続的支援体制が、心不全管理における再入院予防およびQOL維持に有効であることを示している。

3. 今後の展望

一方で、離島や過疎地域では参加率が低く、また在宅訪問の需要に対して人材リソースが不足している状況もみられた。今後は、地域特性に応じたセミナー設計やオンライン講座の導入、ボランティアや新規人材の養成を通じて支援体制の拡充を図っていく。

また、定期的な評価指標の設定とフィードバックにより活動の質を高め、ICTを活用した遠隔モニタリングや情報共有も視野に入れながら、持続可能な地域包括ケアの一翼を担う心不全ケア体制の定着を目指す。



在宅訪問の様子

