

フレイル増悪リスクの見える化と地域包括ケアへの実装: 心不全患者を対象とした予防的多職種連携モデルの開発

松村 光一郎 ●近畿大学 医学部循環器内科 講師



医師による身体診察と、コメディカルによる体組成計を用いた筋肉量評価および握力測定を実施している様子

地域医療貢献のポイント

心不全患者におけるフレイル増悪リスクを可視化することで、地域における早期の予防的介入を可能とする。さらに、多職種による支援モデルを地域包括ケアに実装することで、再入院抑制と健康寿命延伸に寄与する。

1. 背景と目的

わが国では高齢化に伴い心不全患者が増加し、再入院の反復や要介護化が地域医療における重要な課題となっている。高齢心不全患者では、サルコペニア、低栄養、認知機能低下、歩行能力低下、社会的孤立といった複合的フレイルが病態進行に深く関与する。本研究では、近畿大学病院の心不全レジストリーを活用してフレイルリスクスコアを構築し、地域における予防的介入へと展開することを目的とする。

2. 取り組みの方法

フレイルリスクスコアに基づき高リスク患者を抽出し、以下の多職種連携による介入を行う。

- ・ **医師**：薬物治療最適化、フレイル悪化・再入院リスクの説明
- ・ **看護師**：体重・症状モニタリング、セルフケア支援

- ・ **管理栄養士**：栄養評価、個別栄養指導
- ・ **薬剤師**：服薬指導、ポリファーマシーの是正
- ・ **理学療養士**：外来心臓リハビリテーションの実施
- ・ **地域包括支援センター**：生活状況把握、介護サービスや福祉資源との調整

3. 期待される成果

- 1) フレイル増悪や心不全再入院リスクを「見える化」することで、退院後早期からのリスク層別化が可能となり、適切なタイミングでの予防的介入につながる。
- 2) 大学病院で開発した予測モデルを地域包括ケアの現場で運用可能な形に実装することで、医療機関と介護・福祉サービス間の情報共有と連携が促進され、切れ目のない支援体制の構築に寄与する。
- 3) 多職種連携による個別介入を通じて、身体機能や栄養状態、QOLの維持・改善が期待されるとともに、心不全再入院の抑制や在宅生活の継続につながる。
- 4) これらの取り組みにより、心不全患者の健康寿命の延伸および要介護化の遅延を実現し、地域包括ケアシステム全体の質的向上と医療・介護資源の効率的活用に貢献する。