

●一般演題

## 高齢者施設における心房細動と脳血管障害に関する臨床的検討および高齢者収容施設の現況

武藏野徳洲苑 栗田 明  
 三越厚生事業団 近藤 修二  
 防衛医科大学校 高瀬 凡平  
 所沢ハートセンター 桜田 真巳

### はじめに

一般に加齢とともに心臓の組織の線維化が進行し左心房が大きくなり、心房細動の頻度が増す。高齢化社会を迎えるわが国では心原性脳梗塞の原疾患として多い心房細動の増加も予測され、高齢者における心房細動は重要なテーマである<sup>1, 2)</sup>。現在特養や老健を利用する高齢者が増加しているが、脳梗塞の原因となる心房細動の頻度などについて高齢者施設からの報告はない。そこで老健や特養に入所中の超高齢者の脳血管障害と心房細動の頻度などについて調べるとともに介護保健で運用されている特養や老健の実態についてまとめた。

### 1 特養、老健入所者の疾患的特徴と高齢者の心房細動

2010年1月から2017年2月下旬までの7年間の老健(150名収容)と特養(180名収容)の入所者計618名(平均年齢85±10歳)の疾患名と認知能を調べた。両施設における診断名は臨床歴最低10年以上の内科専門医の診断名と通常の心電図所見や胸部X線所見、脳梗塞はCT、MRI検査の診断を採用した。認知症については長谷川式の簡易知能機能評価スケール<sup>3)</sup>を用い20点以下を認知症の疑いと判定した。内服薬は最低3ヵ月

以上連続服用している降圧薬、血管拡張薬、抗血小板薬などの薬剤の種類と用量を調べた。すべての症例は最低月1回の回診で得た診療情報をもとに分析した。

主要疾患は循環器疾患の237例で全体の約40%を占め最も多く、ついで骨折などのロコモ症候群の129例で約21%、そして脳血管障害の122例で19.8%であった。主要疾患名が認知症で長谷川式評価スケールの20点未満が75例(12.2%)であった。消化器疾患は41例で全入所者の6.6%であり、糖尿病でインスリン使用例は6例であった。

図1に循環器疾患237例の内訳を示す。同図

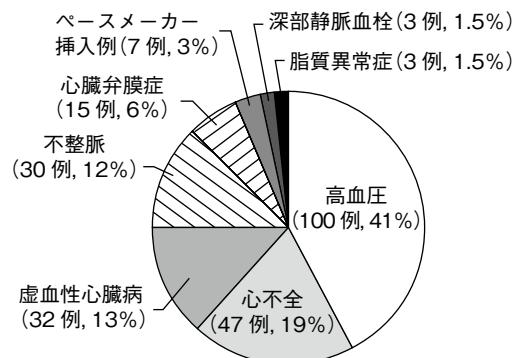


図1 循環器疾患(237例)

に示すように循環器疾患のなかで最も多い疾患は高血圧で100例(41%), ついで心不全の47例(17%), 虚血性心臓病の32例(13%), 不整脈の30例(12%), 心臓弁膜症の15例(6%), ペースメーカー挿入例の7例(3%), 深部静脈血栓や脂質異常症がそれぞれ3例(1.5%)であった。

心房細動と脳血管障害の合併例は21例で、脳血管障害を伴わない心房細動は8例に過ぎず、心房細動を有する高齢者は脳血管障害リスクが高いことが示された。主な服用薬剤は抗血小板薬が13例で最多であり、ついでワーファリンが10例、血管拡張剤の使用は6例に処方されていた。

## 2 考 察

加齢とともに心臓の機能も低下する。老化により心肥大や心筋の質的変化とリモデリングなどの変化により心房細動が起こりやすくなる<sup>4)</sup>。

老化の詳細なメカニズムは解明されていないが、加齢に伴うゲノムの減少や不安定化およびミトコンドリアの機能不全などが心房細動などの発生につながると考えられている<sup>5, 6)</sup>。不整脈の頻度は加齢とともに増加するが、最も頻度が高いのは上室性や心室性期外収縮で10～20%，ついで心房細動が3.5～10%，頻脈性の不整脈は1.6～6%である<sup>2)</sup>。心房細動は臨床的に最も頻度の高い不整脈であり、その有病率はわが国では全人口の0.86%であるが、加齢とともに上昇して80歳以上では3.2%(男性では4.4%)に達し、高齢化社会の到来とともに心房細動の有病率もたかまっている<sup>2)</sup>。2050年には全人口の1%に増加すると予測されており、心房細動は脳梗塞などの合併症を起こすがあるので治療の必要性は高い<sup>5, 6)</sup>。しかし、慢性化した心房細動を完全に抑制できる抗不整脈薬はなく、非薬物療法としてのカテーテルアブレーション法があるが、高齢者には一般的な治療法ではない。そこで高齢者を収容する老健で普遍的な薬剤として処方されている薬剤の種類を調べてみると、抗血小板薬が最も多く13例、ついでワルファリン10例、血管拡張薬6例であった。そして処方量はいずれの薬剤も1日1錠投与の

最小用量を3ヵ月以上長期間処方されていたが、めまいや消化管出血などの副作用はなかった。老健や特養の平均入所者の年齢は約88歳で超高齢者であることを考慮すると、われわれの処方した降圧薬や抗血小板薬の投与量は妥当な用量であるといえる。ついで本報告をまとめた高齢者収容施設の現況について報告する。

### わが国の特養や老健の現状

わが国の総人口は平成28年10月には約1億3000万人弱で、65歳以上の総人口は約3460万と約26.6%を占める高齢化社会に突入し、団塊の世代が75歳以上となる平成37年(2025年)には3677万に達し、約4人に1人が75歳以上の高齢者に達すると予測されている<sup>7)</sup>。わが国の医療保険や平成30年の一般会計歳出約97.4兆円のうち医療保険費の国家予算は約30兆円である<sup>7)</sup>。

著者の所属する特養や老健の国家予算は表1に示すように介護保健費は3.1兆円の規模である<sup>8)</sup>が、国家予算の約3%を費やしている老健や特養や介護型病院に関する情報が乏しいので、これまで著者が経験した介護保険で運営されている高齢者施設の現況について調べた。老健は表2に示すように入所の主な目的は身体的機能を強くるリハビリを中心であるのに対し、特養は居住が主な目的で生活の場が中心である<sup>9)</sup>。老健は病院との関係が重要で病院と自宅との中間的な位置で医師は常駐しなければならない。しかし特養は居住が主な目的であるので、医師は必ずしも常駐する必要はなく兼業の医師で対処している施設が多い。老健は人生の最終を迎える看取り介護は普遍的に行われているのに対し、特養では看取りは状況に応じて対処している施設が多い。また薬剤については老健では定期処方が大半であるのに対し、特養は医療機関に通院している施設が多い<sup>10)</sup>。いずれにしても老健や特養に勤務する医師は疾患の治療法や薬の知識だけでなく福祉ケアの知識も求められる。介護福祉は高齢化社会を迎えるわが国では今後ますます必要になるので、著者の経験をもとに介護高齢者医療の現況についてまとめた。

表1 医療保険と介護保険の違い

|                             | 医療保険              | 介護保険<br>(高齢者ケア)                        |
|-----------------------------|-------------------|--|
| 対象者                         | 被保険者全員            | 65歳以上の要介護者                             |
| 使う理由                        | 病気やケガの治療          | 要介護者に対しての生活支援                          |
| 使う内容                        | 疾患の治療             | 介護相談、ケアプラン作成<br>介護施設の利用、訪問介護、用具のレンタルなど |
| 方針決定                        | 医師                | ケアマネ、医師                                |
| 認定制度                        | なし                | あり                                     |
| 保証内容                        | 3割負担(一部対象者に1割・2割) | 1割負担(一部対象者に2割)                         |
| 国家予算(医療関連)<br>一般会計歳出：97.4兆円 | 約30兆円             | 約3.1兆円                                 |

表2 老健と特養

|                     | 老健  | 特養   |
|---------------------|---|--|
| (1)主な入所目的           | 身体をよくする場でリハビリが中心                                | 居住が主で生活の場が中心   |
| (2)病院との関係           | 病院から自宅退院までの中継的な存在                               | 中継的な意義は稀<br>状況に応じて対処   |
| (3)医療職の役割<br>(人員配置) | 医師、看護師、リハビリ、介護職員、社会福祉士の常駐が定められている <sup>1)</sup> | 医師は非常勤で可能<br>看護師(入所者数で異なる) <sup>2)</sup> 、機能訓練士1人、介護職員1人、栄養士1人 |
| (4)入所後の動向           | 看取りは必要に応じて対処                                    | 看取りになるケースもある   |
| (5)医療行為             | 定時処方が多い、薬剤師、栄養士との協力は必須                          | 栄養士、薬剤師との協力は必要で状況に応じて対処  |

1) 介護療養型老人保健施設：医師1人、看護職員18人、介護職員18人

従来型の老人保健施設：医師1人、看護職員10人、介護職員24人人員配置(100床あたり)

2) 看護師：入所者数が30人以下では常勤換算で1人以上配置、31～50人で2人以上配置、51～130人で3人以上配置、130人以上で1人以上配置

## ま　と　め

最近の医療の発達は目覚ましく、特に循環器疾患では初期治療の広範に行われるようになり、初期治療に成功した症例が老健や特養で増加している。高齢化社会を迎えているわが国では、最後まで看取ることができるような倫理観をもった医療システムの構築が望まれる。

本論文の要旨は第82回日本循環器学会学術集会(大阪)において発表した。

## 文　献

- 新博次. 高齢者における心房細動の管理. 日老医誌 2012;49:573-5.
- Inoue H, et al. Prevalence of atrial fibrillation in the general population of Japan: an analysis based on periodic health examination. Int J Cardiol 2009;137:102-7.
- 長谷川式簡易知能評価スケール(改訂版).
- 大川真一郎. 加齢に伴う変化. 心臓病学. 東京：医学書院；1995. 98-104.
- 清水逸平, 南野徹. 心臓における老化シグナルの意

Symposium：第54回埼玉不整脈ペーシング研究会

- 義. 心臓 2017;49:1203–7.
- 6) 奥山裕司. 心房細動の成因・機序. 臨床難治性不整脈研究会 編. 難治性不整脈診療 エキスパートのアプローチ. 中外医学社；2016.
  - 7) 犀川哲典. 高齢者の心房細動とUpstream治療. 日老医誌 2005;42:535–6.
  - 8) 厚生白書. 超高齢社会における現状と課題. 2017.
  - 9) 厚生労働省. 平成30年(2018)人口動態統計の年間推計. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suisei18/index.html>
  - 10) 栗田明, 近藤修二. 老人保健施設における介護ケアの実態. 日老医誌 2017;54:195–6.