高齢者に多く見られる心疾患と介護認定

さいたま赤十字病院循環器内科　　松村　穣

本日の内容

1 高齢化と心疾患

高齢化の現状と主要な心疾患

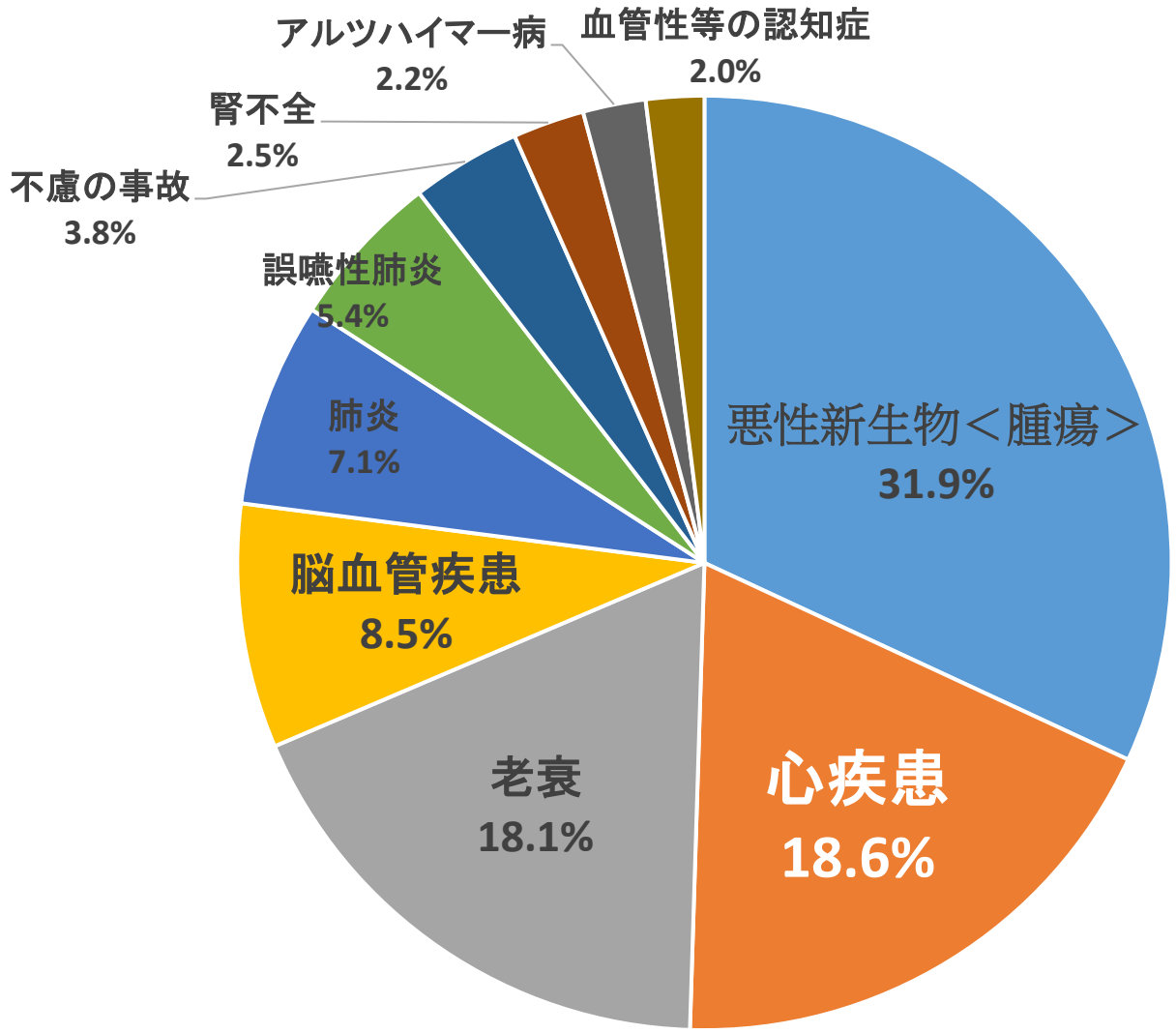
2 高齢者の代表的心疾患

- 心不全
- 心房細動
- 大動脈弁狭窄症
- 虚血性心疾患

3 心疾患とフレイル

4 心疾患の要介護認定

2025年 死因別死亡数



出典：厚生労働省「人口動態統計」

高齢化と心疾患

約29%

2024年高齢化率
（65歳以上人口割合）

推計　2040年＝35%
　　2070年＝39%

約700万人

要介護・要支援認定者数（概数）

死因第2位

心疾患（高血圧性を除く）は日本人の主要死因の上位

加齢とともに心疾患の有病率は上昇

「疾患の治療」だけでなく「生活機能を保つ」視点が重要になります

出典：厚生労働省「人口動態統計」「介護保険事業状況報告」（数値は概数）

高齢者に多い主な心疾患

1 心不全

2 不整脈

- 心房細動

3 心臓弁膜症

- 大動脈弁狭窄症

4 虚血性心疾患

- 急性冠症候群
- 慢性冠症候群（慢性冠動脈疾患）

心不全の定義と疫学

- 何らかの心機能障害によりポンプ機能が低下し、息切れ・浮腫・運動耐容能低下を来す臨床症候群
- 国内患者数は約120万人規模と推計され、高齢化とともに増加（**心不全パンデミック**）
- 患者の多くは75歳以上で、HFpEFの割合が高い
- 増悪・入院を繰り返しながら、ADLが段階的に低下していく

高齢者心不全の特徴

高齢・多疾患併存・フレイル・認知機能低下が重なりやすく、心臓だけでは語れない

出典： 2025年改訂版　心不全診療ガイドライン（日本循環器学会 / 日本心不全学会合同ガイドライン）

心不全の患者数の推計

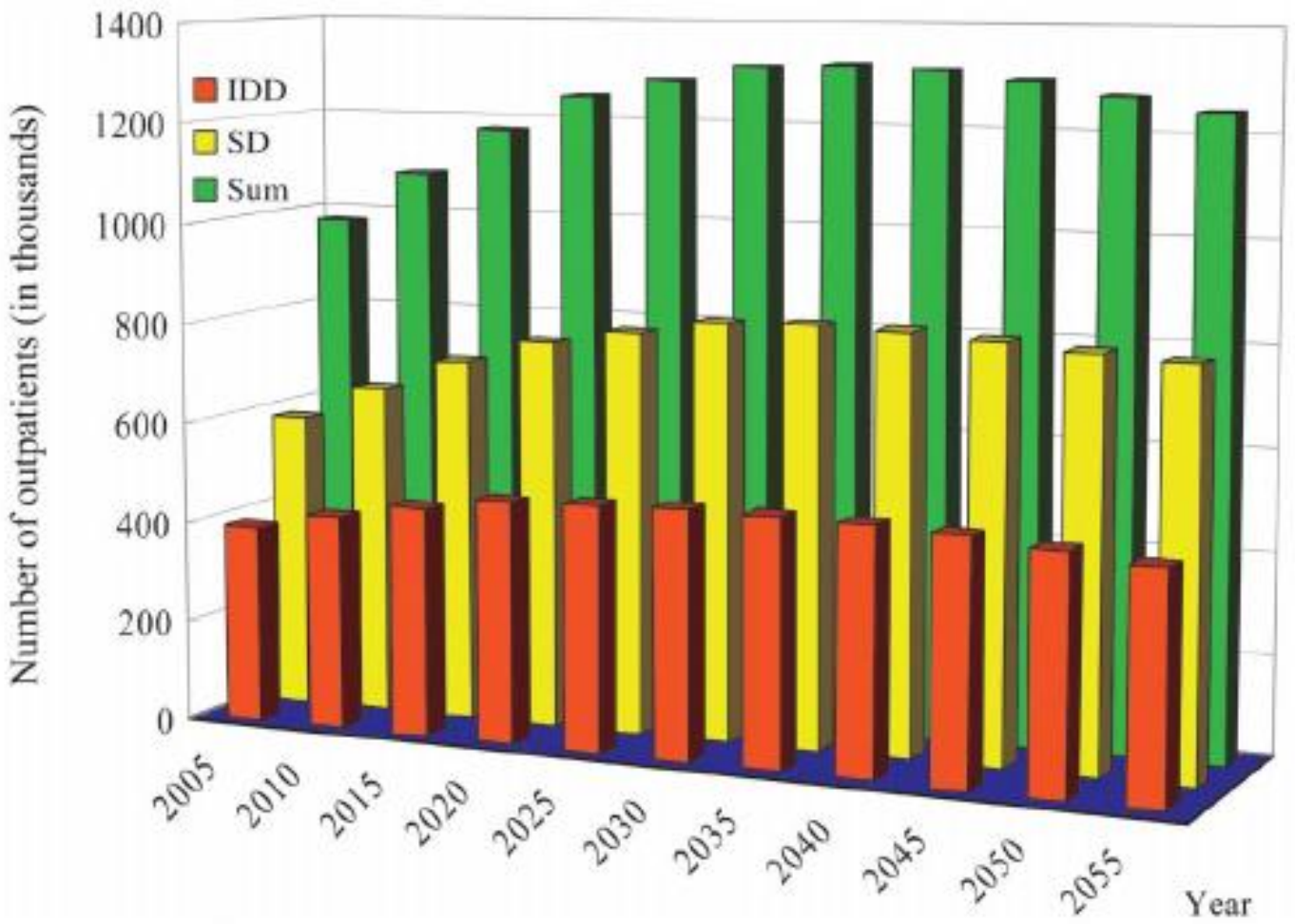


Fig 1. Bar graphs showing the cumulative total counts of systolic dysfunction (SD), isolated diastolic dysfunction (IDD), and left ventricular dysfunction stratified by 5-year intervals (from 2005 until 2055).

(Okura Y, et al. Circ J, 2008;72:489-91)

心不全の定義と疫学

- 何らかの心機能障害によりポンプ機能が低下し、息切れ・浮腫・運動耐容能低下を来す臨床症候群
- 国内患者数は約120万人規模と推計され、高齢化とともに増加（**心不全パンデミック**）
- 患者の多くは75歳以上で、HFpEFの割合が高い
- 増悪・入院を繰り返しながら、ADLが段階的に低下していく

高齢者心不全の特徴

高齢・多疾患併存・フレイル・認知機能低下が重なりやすく、心臓だけでは語れない

出典： 2025年改訂版　心不全診療ガイドライン（日本循環器学会 / 日本心不全学会合同ガイドライン）

心不全の入院患者数

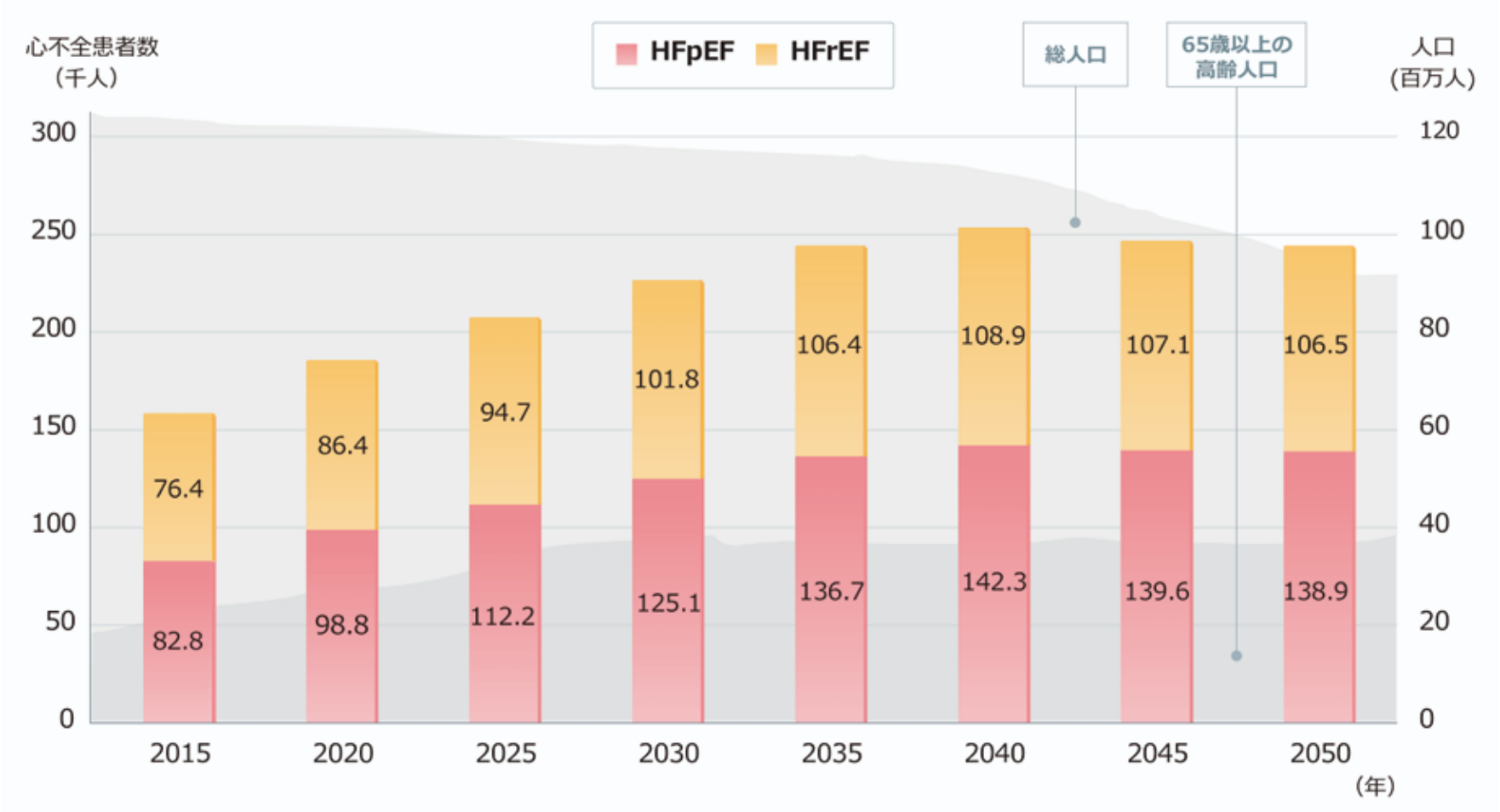


図７　年齢・性調整心不全患者数の推定

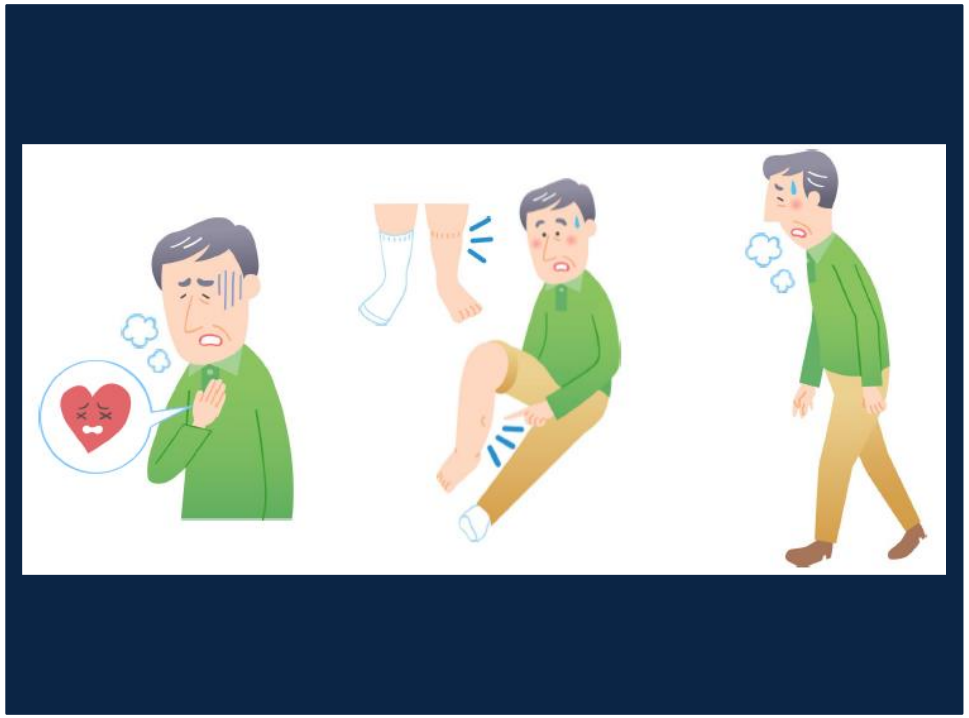
（Fujimoto W, et al. 2021 [72] を参考に作図）

出典： 2025年改訂版　心不全診療ガイドライン（日本循環器学会 / 日本心不全学会合同ガイドライン）

心不全：高齢者で最も重要な病態

主な症状・徴候

- 労作時の息切れ・起坐呼吸・夜間の呼吸困難感
- 下腿の浮腫、急激な体重の増加
- 高齢者では食欲低下・元気がない・せん妄といった非典型症状



心不全の原因

- すべての心臓病が原因となりうる
- 心臓以外の疾患も原因となりうる

  高血圧、貧血、甲状腺疾患など自己免疫疾患

  腎臓病、肥満、膠原病や血管炎、糖尿病、筋疾患

  妊娠、薬剤など

出典： 2025年改訂版　心不全診療ガイドライン（日本循環器学会 / 日本心不全学会合同ガイドライン）

心不全のステージ

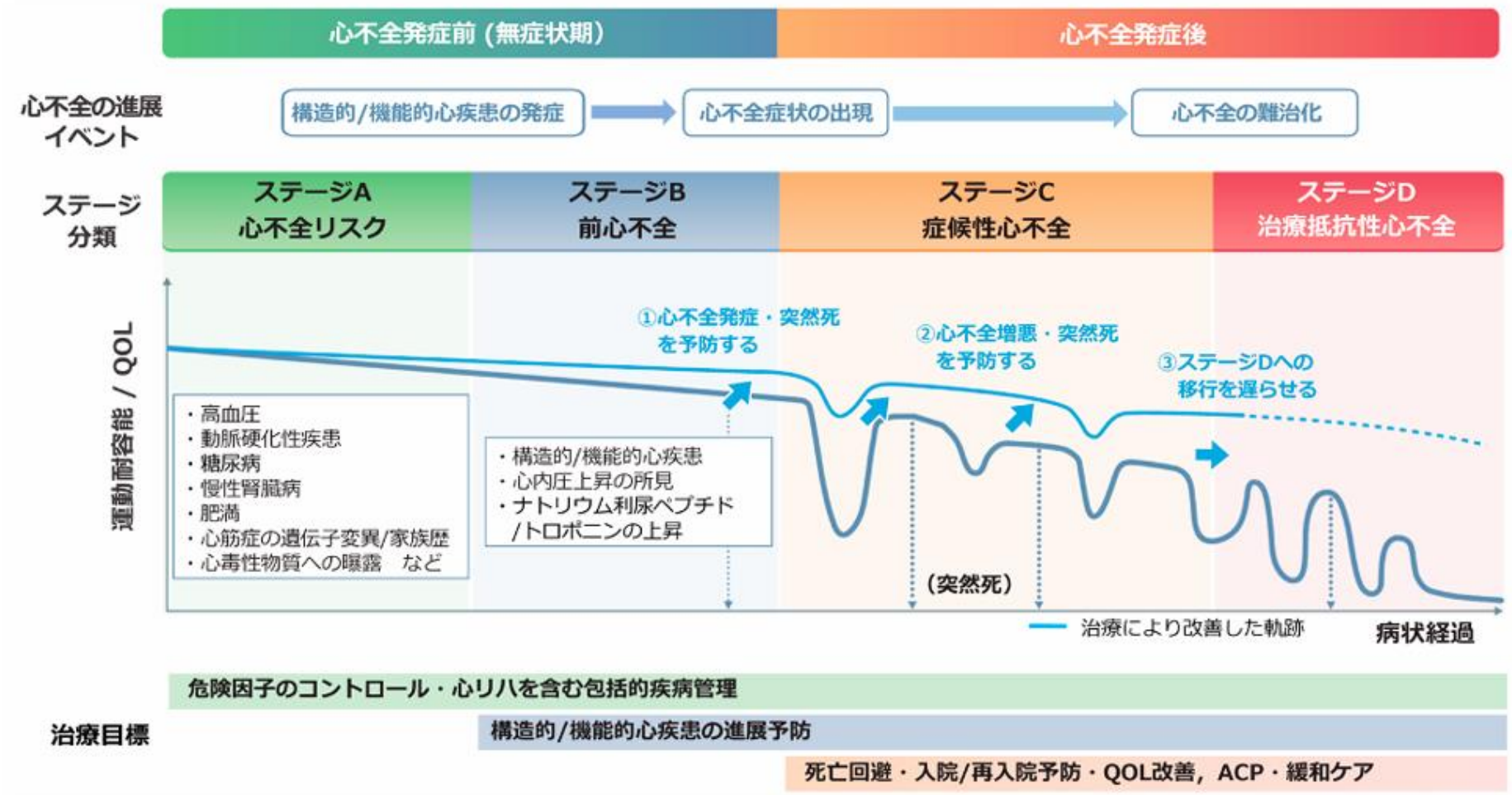


図２　心不全ステージの治療目標と病の軌跡

出典： 2025年改訂版　心不全診療ガイドライン（日本循環器学会 / 日本心不全学会合同ガイドライン）

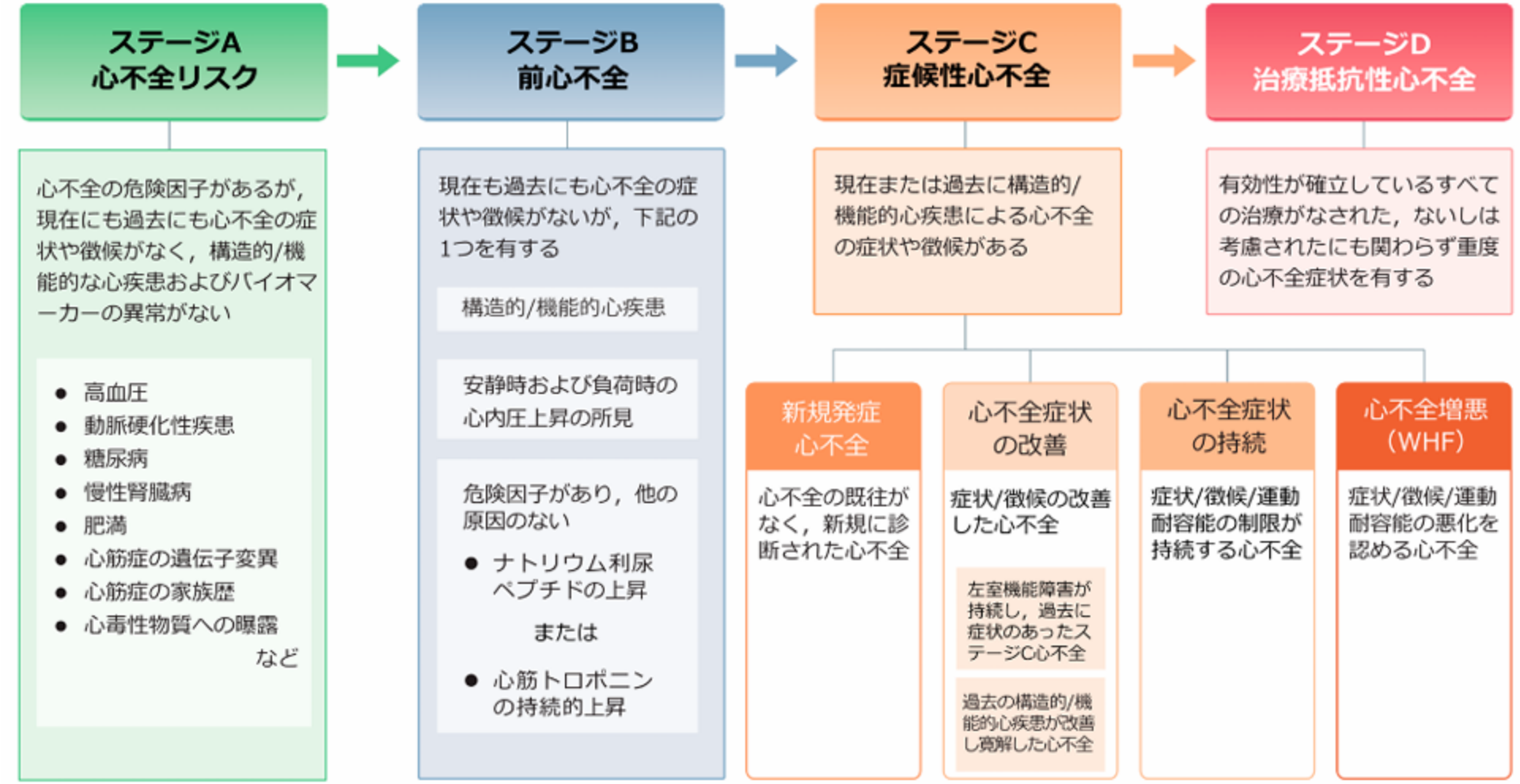


図３　心不全のステージ分類

（Heidenreich PA, et al. 2022 [5] を参考に作図）

出典： 2025年改訂版　心不全診療ガイドライン（日本循環器学会 / 日本心不全学会合同ガイドライン）

心不全のステージ分類

ステージ	状態	介入の考え方
A	危険因子あり・心疾患なし	高血圧・糖尿病・脂質異常の管理
B	器質的心疾患あり・症状なし	ACE阻害薬/ARB、β遮断薬で進展予防
C	器質的心疾患あり・症状あり／既往	薬物療法、塩分管理、心臓リハビリ
D	治療抵抗性（難治性）	補助循環・移植の検討、緩和ケア、ACP

出典： 2025年改訂版　心不全診療ガイドライン（日本循環器学会 / 日本心不全学会合同ガイドライン）

心不全の診断：症状＋BNP＋心エコー

1
症状・所見
息切れ・浮腫・起坐呼吸
頸静脈怒張・体重増加

2
BNP/NT-proBNP
採血で心負荷を評価し、重症度・予後も把握

3
心エコー
LVEF、弁膜症、拡張能、右心負荷を評価

- BNP 100 pg/mL以上、NT-proBNP 300 pg/mL以上で心不全の可能性。BNP 200 / NT-proBNP 900以上で可能性が高い
- 高齢・腎機能低下・AFで上昇し、肥満では低値になる点に注意
- 同一患者の「基準となる値」を把握しておく

出典： 2025年改訂版　心不全診療ガイドライン（日本循環器学会 / 日本心不全学会合同ガイドライン）

心不全の診断・左室駆出率による分類

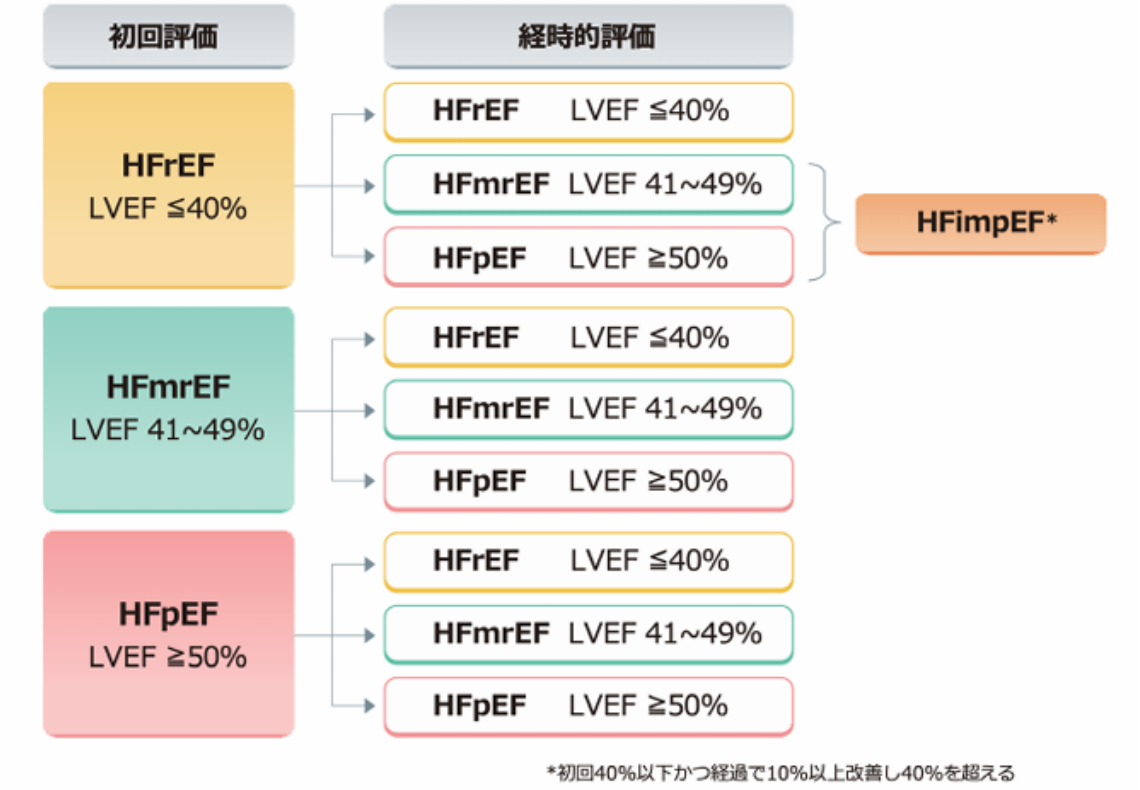


図５　初回評価時の LVEF と LVEF の経時的変化による心不全の分類

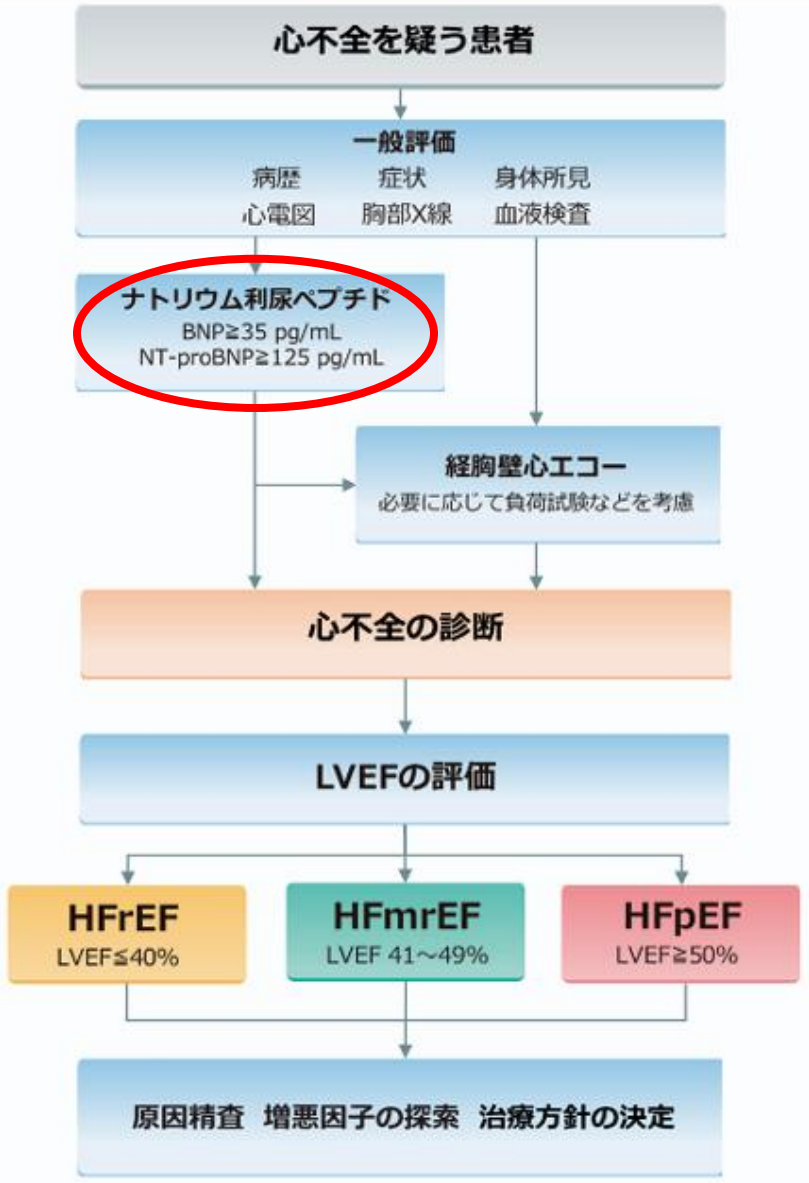


図８　心不全の診断プロセス

出典：2025年改訂版　心不全診療ガイドライン（日本循環器学会 / 日本心不全学会合同ガイドライン）

心不全の診断にBNP/NT-proBNPをどう使うか

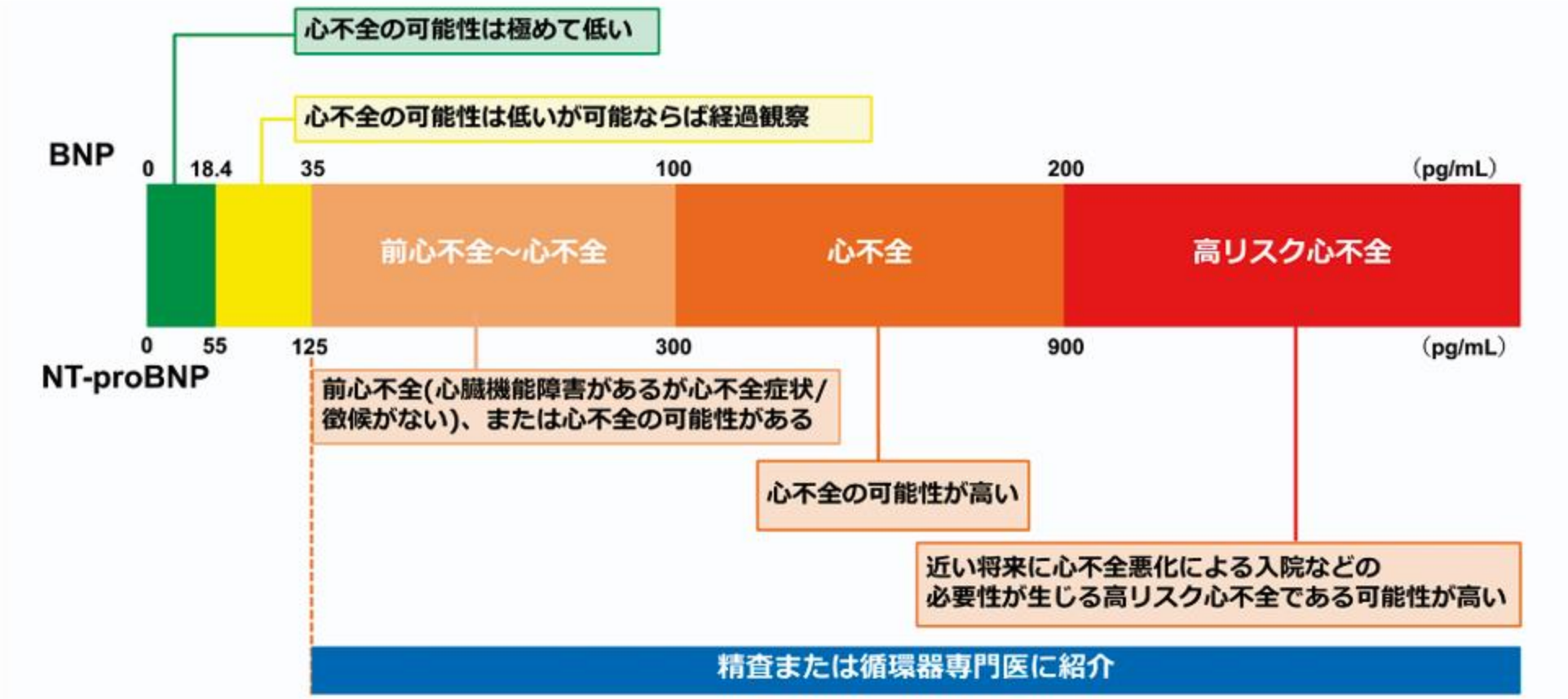


図 12　BNP/NT-proBNP を用いた心不全診断や循環器専門医への紹介基準のカットオフ値

(日本心不全学会. 2023 [100] より)

出典： 2025年改訂版　心不全診療ガイドライン（日本循環器学会 / 日本心不全学会合同ガイドライン）

心不全の重症度：NYHA心機能分類

分類	身体活動と症状	ケア・観察の視点
Ⅰ度	通常の身体活動で症状なし	再発予防・生活習慣の維持
Ⅱ度	日常活動で息切れ・疲労・動悸が出る	体重・むくみの自己管理、活動量の維持
Ⅲ度	軽い活動でも症状。安静時は無症状	活動の調整、介助の検討、増悪サインの早期発見
Ⅳ度	安静時にも症状がある	医療的管理が中心。生活全般に介助が必要になりやすい

主治医意見書や認定調査で、NYHA分類とともに「どの動作で症状が出るか」を具体的に伝えることが重要となります。

NYHA 心機能分類	I	II	III	IV
症状の増悪なく 実施可能な 最低限の 身体活動				
	• 時速８kmのジョギング • 階段を急ぎ足で昇る • 11kg程度の重量物をもって階段を昇る • バスケットボールやスカッシュ	• 時速６kmの平地歩行 • 階段１階分を普通の速度で昇る • 中断のない性交	• 時速４kmの平地歩行 • 階段１階分を昇る • 休憩をはさまないシャワー • 衣服の着脱 • ゴルフ	• どのような身体活動でも症状が出現する • 安静時でも症状が出現する
	≧6 METs	3.5-5.9 METs	2-3.4 METs	≦2 METs

図 19　NYHA 心機能分類と身体活動

出典： 2025年改訂版　心不全診療ガイドライン（日本循環器学会 / 日本心不全学会合同ガイドライン）

心不全

HFrEFの薬物療法：4本柱

1 ARNI（ACE阻害薬/ARB）

予後改善の基本薬。低血圧・腎機能・高K血症に注意して少量から導入

2 β遮断薬

うっ血が落ち着いた安定期に少量から開始し、漸増する

Fantastic 4

3 MRA

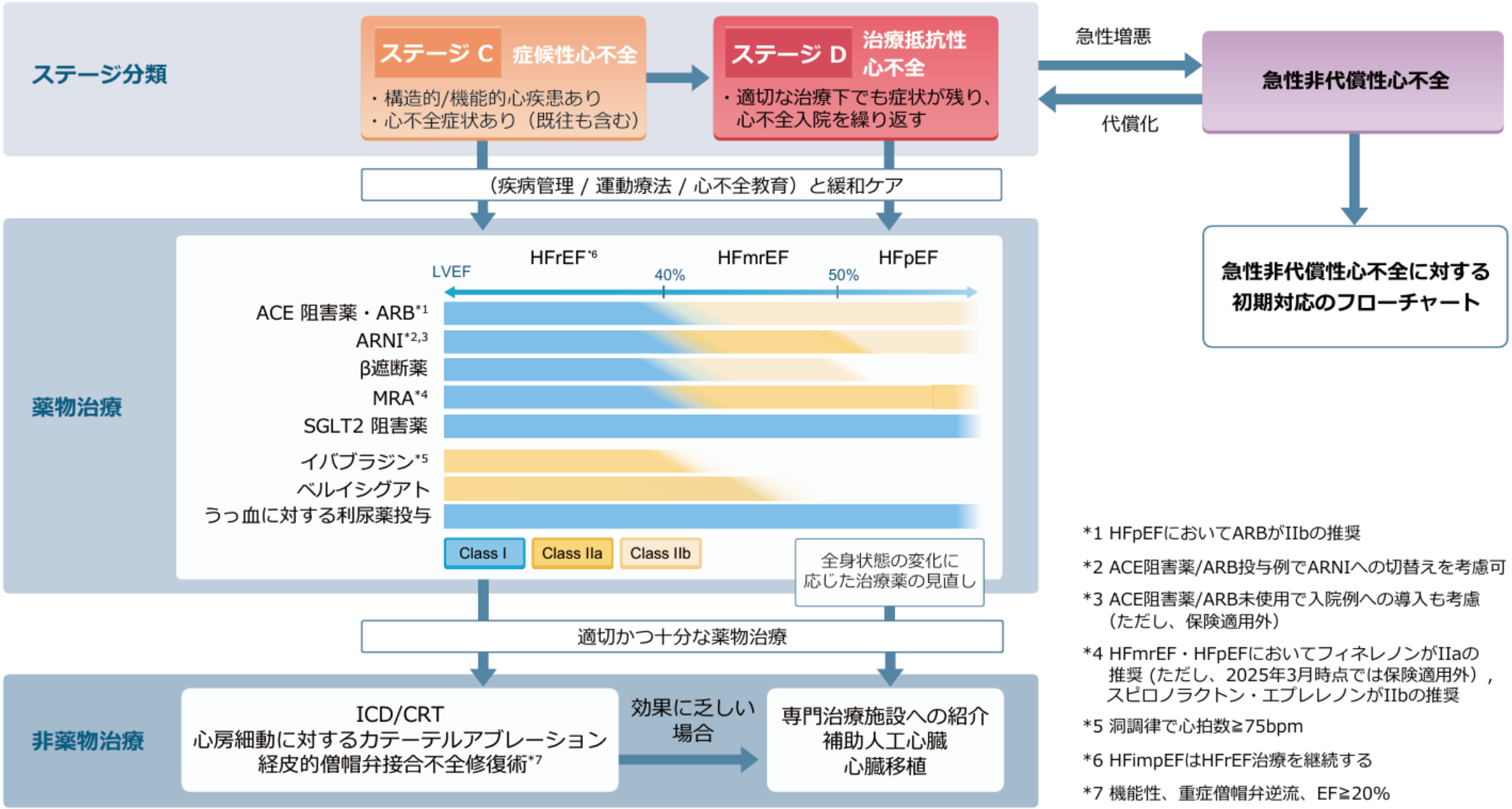
予後改善。高K血症・腎機能悪化を定期的に確認

4 SGLT2阻害薬

EFを問わず心不全入院を減少。脱水・尿路性器感染に注意

利尿薬
ベルイシグアト
イバブラジン

出典： 2025年改訂版　心不全診療ガイドライン（日本循環器学会 / 日本心不全学会合同ガイドライン）



*1 HFpEFにおいてARBがIIbの推奨

*2 ACE阻害薬/ARB投与例でARNIへの切替えを考慮可

*3 ACE阻害薬/ARB未使用で入院例への導入も考慮（ただし、保険適用外）

*4 HFmrEF・HFpEFにおいてフィネレノンがIIaの推奨（ただし、2025年3月時点では保険適用外），スピロノラクトン・エプレレノンがIIbの推奨

*5 洞調律で心拍数≧75bpm

*6 HFimpEFはHFrEF治療を継続する

*7 機能性、重症僧帽弁逆流、EF≧20%

図 24　心不全治療のアルゴリズム

出典： 2025年改訂版　心不全診療ガイドライン（日本循環器学会 / 日本心不全学会合同ガイドライン）

HFpEFの薬物療法

1 ARNI（ACE阻害薬/ARB）

予後改善の基本薬。低血圧・腎機能・高K血症に注意して少量から導入

2 β遮断薬

うっ血が落ち着いた安定期に少量から開始し、漸増する

Fantastic 4

3 MRA

予後改善。高K血症・腎機能悪化を定期的に確認

4 SGLT2阻害薬

EFを問わず心不全入院を減少。脱水・尿路性器感染に注意

利尿薬
ベルイシグアト
イバブラジン

出典： 2025年改訂版　心不全診療ガイドライン（日本循環器学会 / 日本心不全学会合同ガイドライン）

非薬物療法と心臓リハビリ

1 食事（塩分）・水分管理

塩分は6g/日未満を目安。ただし高齢者の過度な制限は低栄養に注意

2 心臓リハビリ

運動耐容能・QOL向上、再入院減少。入院中から外来・在宅へ継続

3 自己管理、在宅支援

毎日の体重測定、服薬管理、症状の早期発見を本人・家族と共有

4 デバイス治療

CRT・ICDは適応を満たす場合に検討。予後・ADLを踏まえ個別に判断

出典： 2025年改訂版　心不全診療ガイドライン（日本循環器学会 / 日本心不全学会合同ガイドライン）

心不全：介護とのかかわり

主な症状・徴候

- 労作時の息切れ・起坐呼吸・夜間の呼吸困難感
- 下腿の浮腫、急激な体重の増加
- 高齢者では食欲低下・元気がない・せん妄といった非典型症状

介護との関わり

- 急性増悪を繰り返すたびに**ADLが低下**しやすい
- 塩分・服薬・水分管理の継続が**増悪予防・再入院予防**の鍵



再入院を防ぐ【日々の3点】

① 毎朝の体重測定

② 浮腫・息切れの観察

③ 食事療法・服薬の確認

「心不全手帳」などの活用

心不全悪化のサイン：信号で共有する

安定（緑）

- 体重の変動なし
- 息切れ・むくみなし
- 食事・服薬が通常通り

対応

通常の管理を継続

注意（黄）

- 数日で体重が2kg前後増加
- むくみ・咳・息切れの増加
- 夜間の息苦しさ、食欲低下

対応

当日中に主治医・看護師へ連絡

危険（赤）

- 安静時の息切れ、横になれない
- 胸痛・冷や汗
- 意識がもうろう

対応

ただちに救急要請

※体重増加の目安などは一般的な目安です。実際の基準は主治医の指示に従ってください。

高齢心不全の緩和ケアと意思決定

- 診断時から**緩和ケア**の視点を取り入れる（がんに限らない）
- 息苦しさ・倦怠感・抑うつなど症状緩和を治療と並行して行う
- 増悪・入院を繰り返す時期に、今後の**治療方針を本人と話し合う**
- 補助循環・植込み型デバイスの適応や停止についても事前に共有
- 本人の価値観を共有し、介護・在宅支援へつなげる

アドバンスケアプランニングACP

ポイント

「治す」から「支える」へ

予後を見通した早めの対話が重要

出典：循環器疾患における緩和ケアについての提言（日本循環器学会ほか）

心房細動の疫学と病態



- 最も頻度の高い不整脈で、有病率は加齢とともに上昇
- 無症状のこともある
- 高血圧・心不全・弁膜症・睡眠時無呼吸・飲酒などが背景因子
- 左房内（特に左心耳）で血栓が形成され、心原性脳塞栓症を起こす
- 塞栓症は重症化しやすく、要介護の原因となる
- 心不全とは相互に悪化させる関係にある

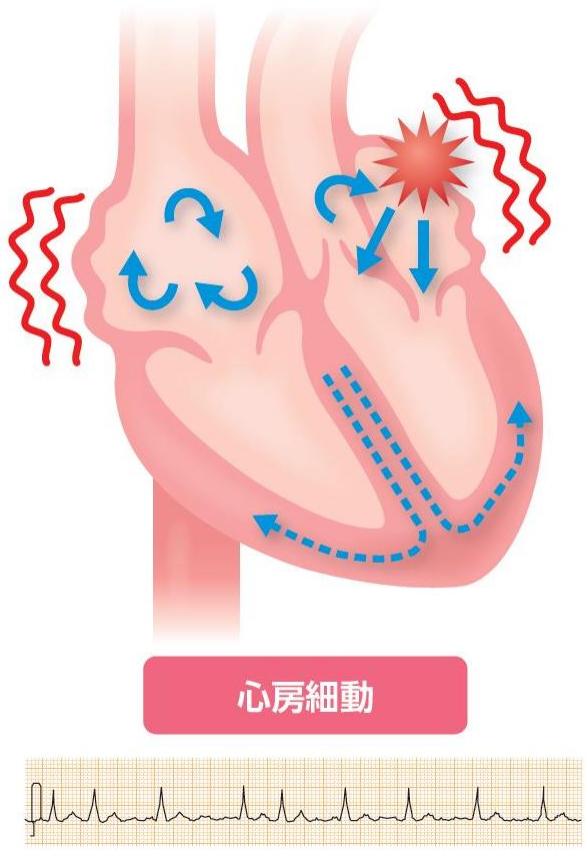
高齢者での視点

無症状のまま脳梗塞で初めて診断される例も多く、脈拍チェックが重要



出典： 2022年改訂版 不整脈の診断とリスク評価に関するガイドライン/2020年改訂版　不整脈薬物治療ガイドライン（日本循環器学会/日本不整脈心電学会）

心房細動



分類	定義
発作性	発症7日以内に洞調律へ自然停止
持続性	7日を超えて持続
長期持続性	1年以上持続
永続性	除細動・リズムコントロールを行わない方針

診断は12誘導心電図またはホルター心電図で確認。

分類によらず塞栓リスク評価は同じ

出典： 2022年改訂版 不整脈の診断とリスク評価に関するガイドライン/2020年改訂版　不整脈薬物治療ガイドライン（日本循環器学会/日本不整脈心電学会）

心房細動と心原性脳塞栓症



心房細動の脳梗塞リスク：$CHADS_2$/CHA_2DS_2-VAScスコア

項目	内容	CHADS2スコア	CHADS2-VAScスコア
C	心不全・左室機能不全	1	1
H	高血圧	1	1
A_2	75歳以上	1	2
D	糖尿病	1	1
S_2	脳梗塞・TIA・血栓塞栓症の既往	2	2
V	血管疾患（心筋梗塞・末梢動脈疾患など）		1
A	65〜74歳		1
Sc	女性		1

※ 75歳以上であれば最低2点。高齢者の多くは抗凝固療法の適応となる

出典： 2020年改訂版　不整脈薬物治療ガイドライン（日本循環器学会/日本不整脈心電学会）

抗凝固薬の選択：DOACとワルファリン

項目	DOAC	ワルファリン
位置づけ	非弁膜症性AFで第一選択	機械弁・中等度以上の僧帽弁狭窄で必須
効果発現	速い	遅い（調整が必要）
モニタリング	原則不要（腎機能・体重・年齢を確認）	PT-INR（70歳以上は1.6〜2.6）
食事・相互作用	少ない	ビタミンK含有食品・薬剤相互作用が多い
出血	頭蓋内出血が少ない	頭蓋内出血のリスクが高い

出典： 2020年改訂版　不整脈薬物治療ガイドライン（日本循環器学会/日本不整脈心電学会）

出血リスク評価：HAS-BLED

- H：コントロール不良の高血圧（収縮期血圧160mmHg超）
- A：腎機能障害・肝機能障害
- S：脳卒中の既往
- B：出血歴・貧血
- L：INR不安定
- E：高齢（65歳超）
- D：抗血小板薬・NSAIDs、アルコール多飲

使い方

3点以上は出血高リスク。抗凝固を避ける理由ではなく、修正可能な因子（血圧・NSAIDs・飲酒）を是正する

出典： 2020年改訂版　不整脈薬物治療ガイドライン（日本循環器学会/日本不整脈心電学会）

レートコントロールとリズムコントロール

1 レートコントロール

- ・β遮断薬、ジルチアゼム、ベラパミル、ジゴキシン
- ・高齢者では心拍数の下げ過ぎ・徐脈に注意
- ・心不全合併ではCa拮抗薬の使用に注意

2 リズムコントロール

- ・抗不整脈薬、電気的除細動、カテーテルアブレーション
- ・症状が強い・心不全合併・発症早期で考慮
- ・抗不整脈薬は腎機能・QT延長に注意

出典： 2020年改訂版　不整脈薬物治療ガイドライン（日本循環器学会/日本不整脈心電学会）

アブレーション・左心耳閉鎖と方針決定

- **カテーテルアブレーション**は症状改善やHFrEF合併例で有効性が示される
- 高齢者では適応を、症状・併存疾患・予後・本人の希望から判断

- **左心耳閉鎖術**は、長期抗凝固が困難な場合に検討される選択肢
- 抗凝固の継続可否は出血リスクと転倒リスクを総合して判断
- 方針は循環器専門医とかかりつけ医で共有する

まとめ

抗凝固は「年齢」で諦めず、リスクを評価して個別に判断する

アブレーションは適応拡大している

心房細動が持続し、長期的な抗凝固療法ができない場合には、左心耳閉鎖を検討する

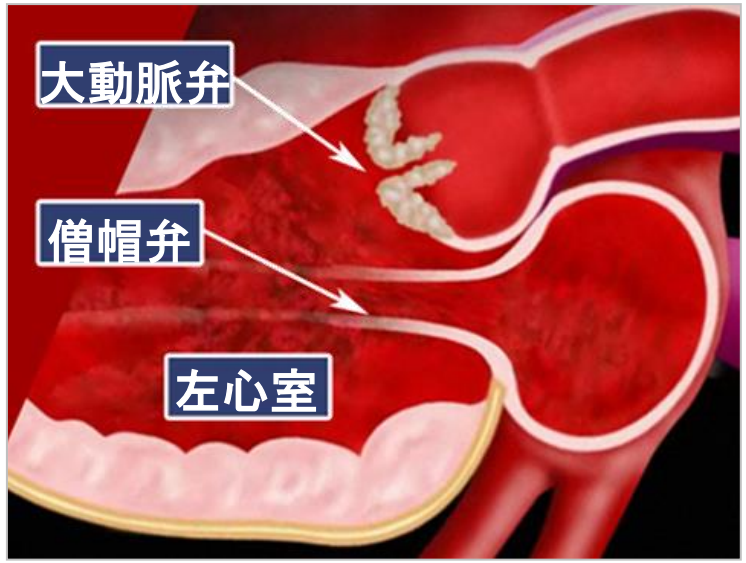
出典： 2020年改訂版　不整脈薬物治療ガイドライン（日本循環器学会/日本不整脈心電学会）

大動脈弁狭窄症の疫学と病態

- 加齢に伴う石灰化・変性が主因で、高齢者の弁膜症で最も頻度が高い
- 75歳以上では重症ASは約3〜4%と報告される
- 二尖弁や透析なども進行を早める要因
- 左室は圧負荷に対して求心性肥大で適応するが、やがて拡張障害・心不全へ
- 進行は緩徐で、長期間無症状のことが多い

高齢者での視点

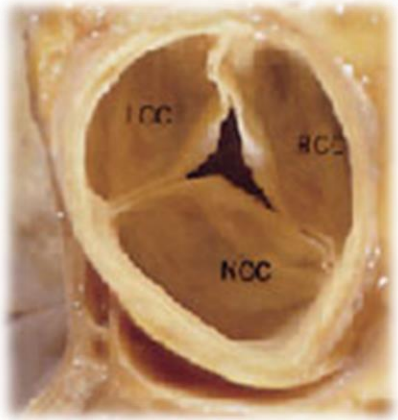
聴診で収縮期雑音があれば、心エコーで評価する。高齢者の「年のせい」を見逃さない



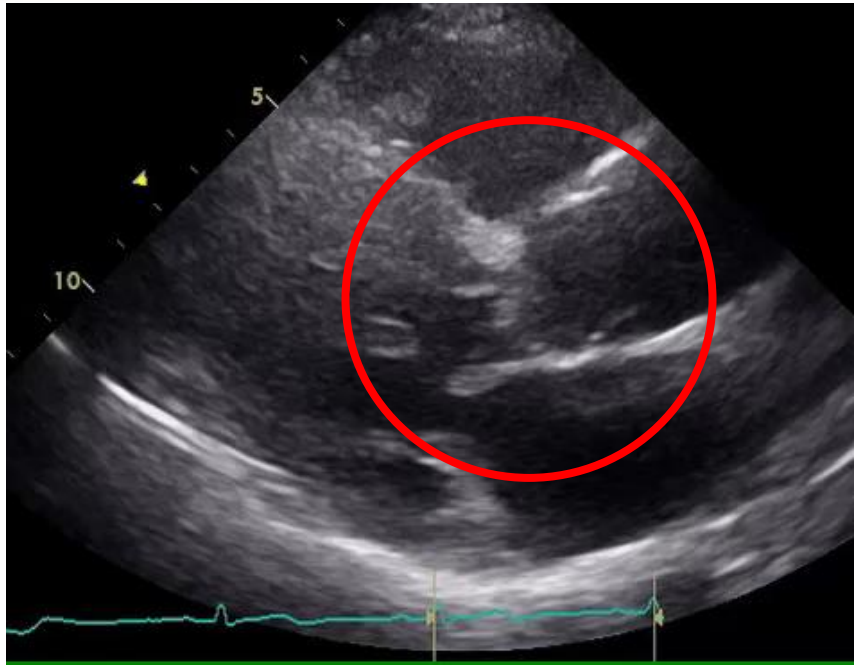


出典：弁膜症治療のガイドライン（2020年改訂版）

大動脈弁狭窄症の病態

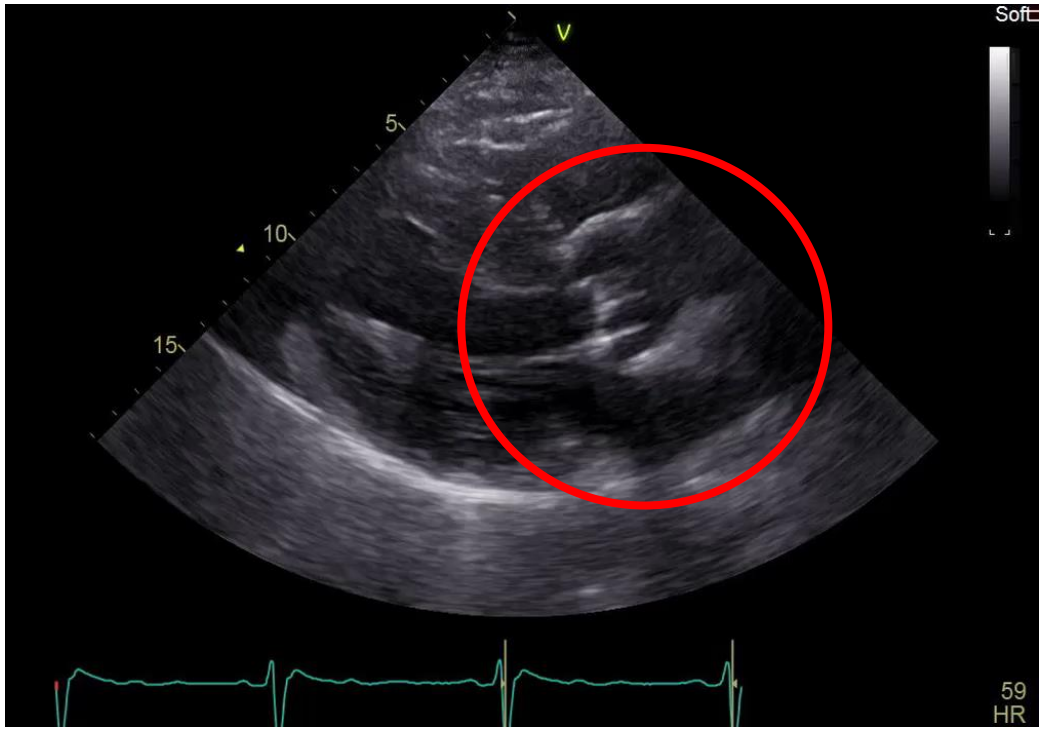


正常





大動脈弁狭窄症



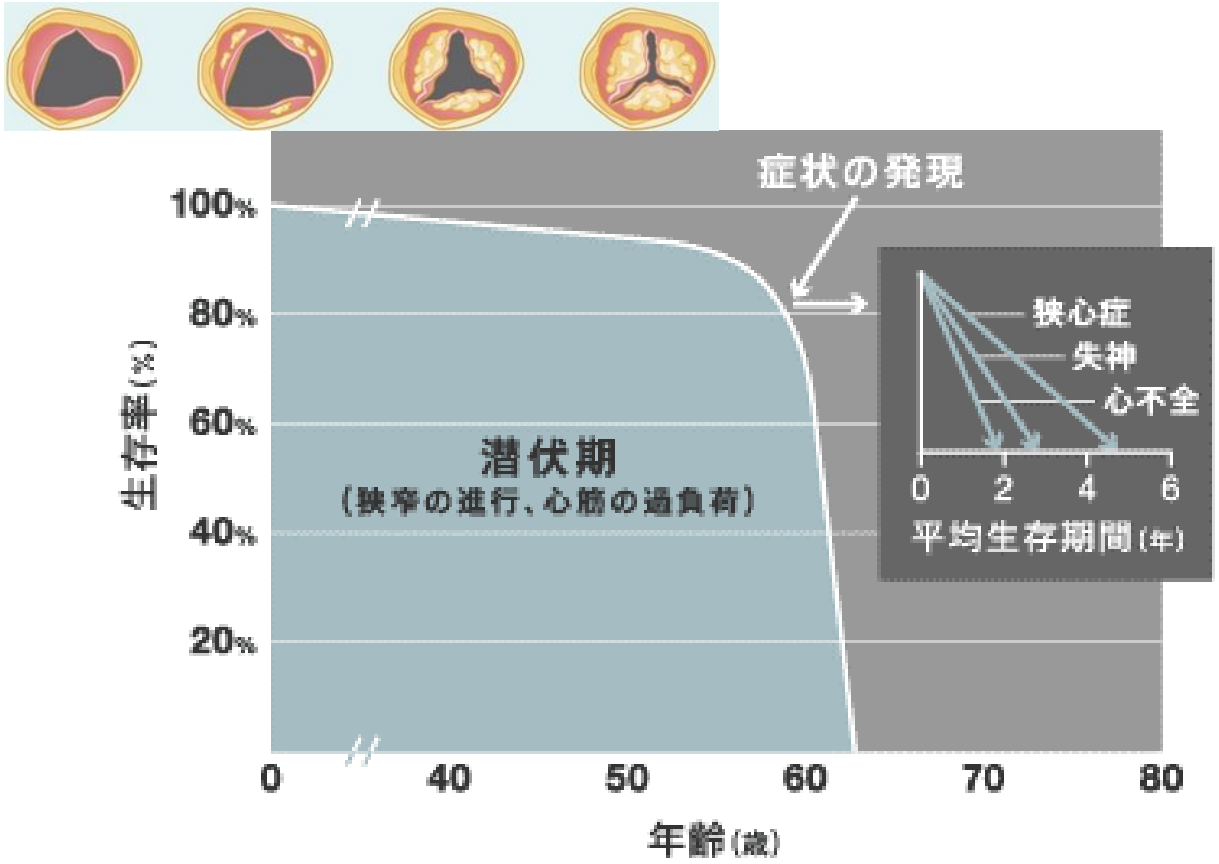
症状と身体所見

1 古典的三徴

狭心痛、失神、心不全症状（労作時息切れ）。
出現すると予後は急速に悪化

2 身体所見

収縮期駆出性雑音（頸部へ放散する心雑音）
II音の減弱、遅脈・小脈

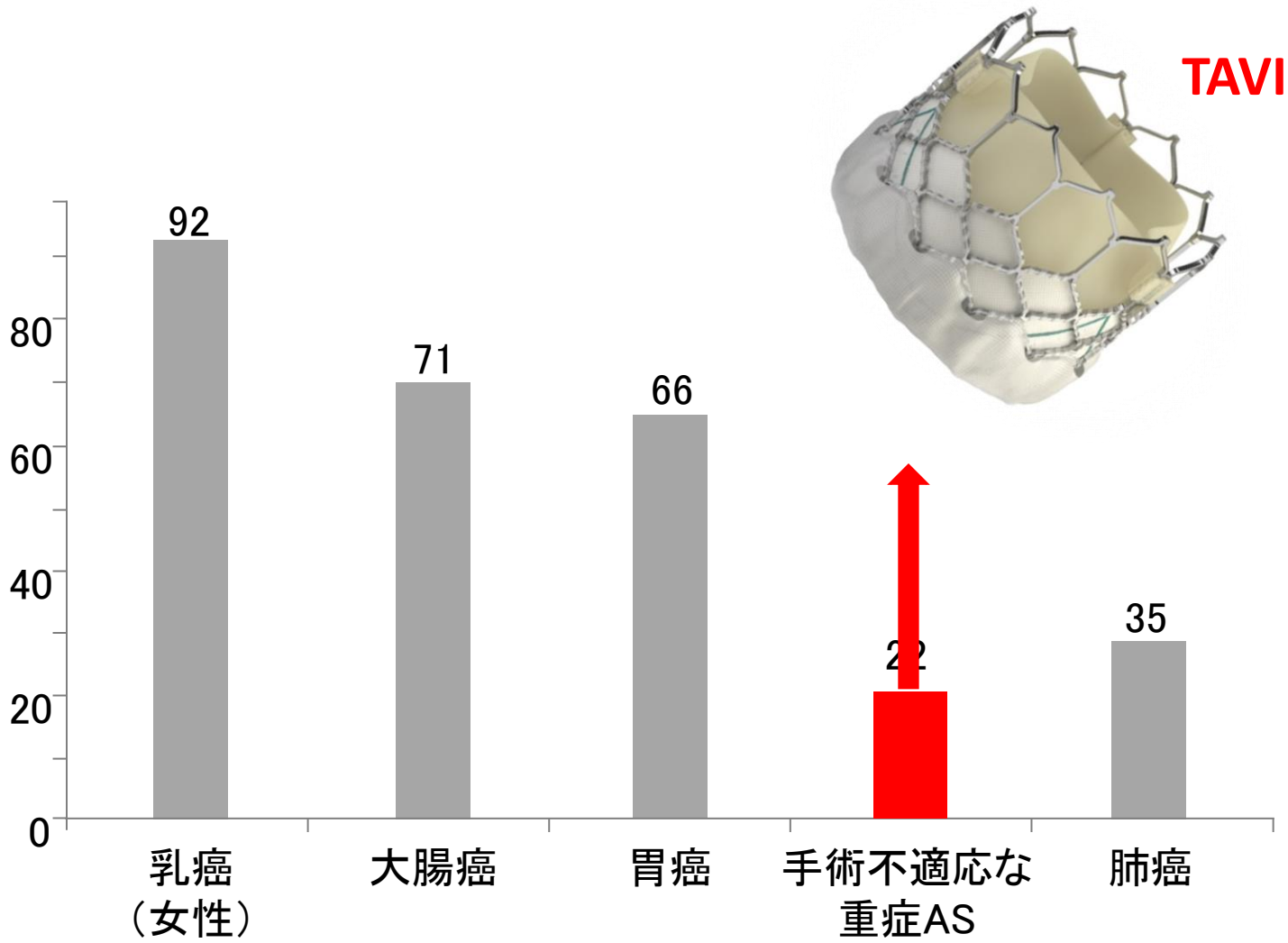


3 高齢者での注意

活動量が低下すると症状が出にくい。
ふらつき、食欲低下、疲れやすさも手がかり

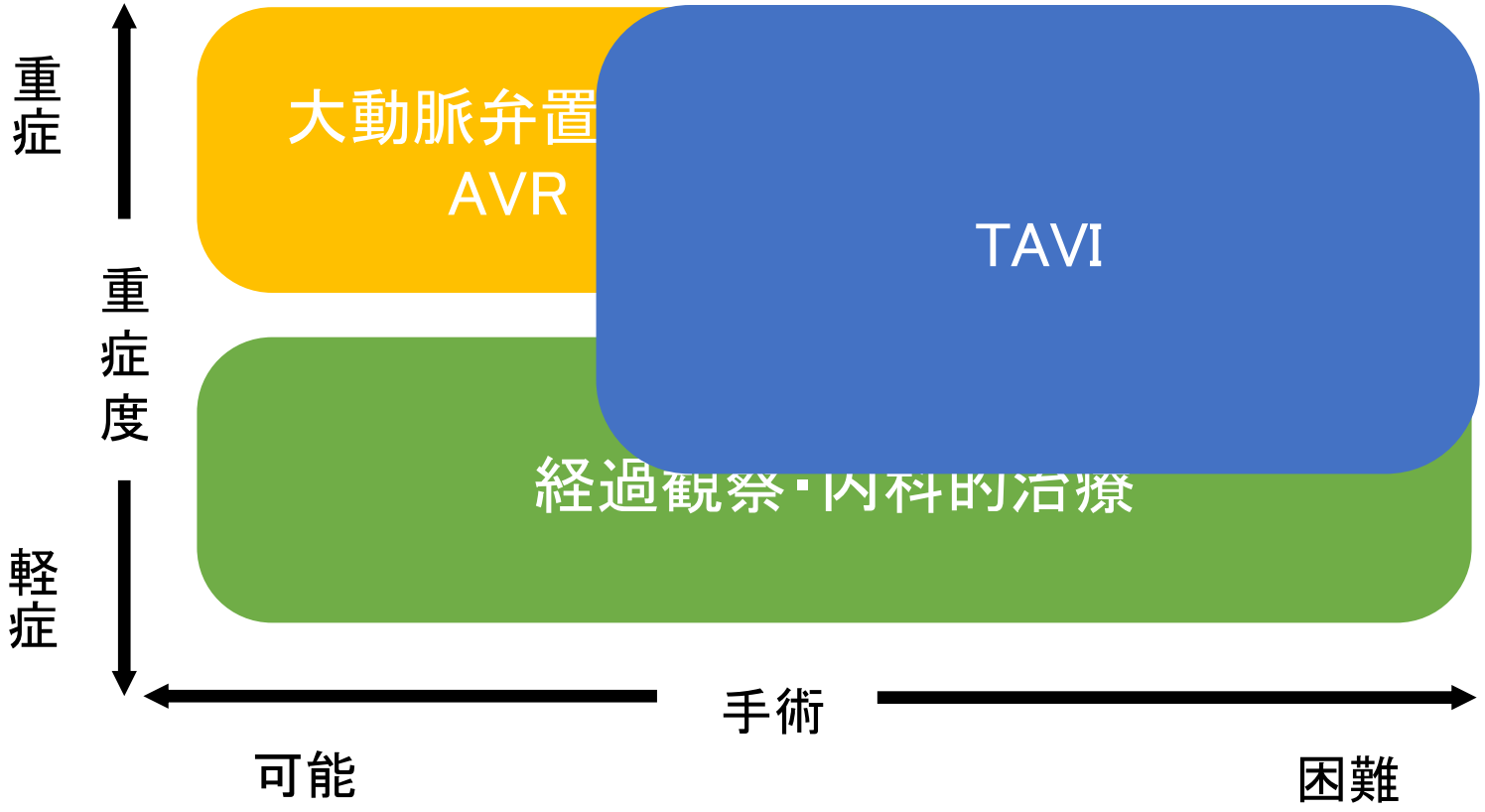
出典：弁膜症治療のガイドライン（2020年改訂版）

がんとの５年生存率比較



国立がん研究センターがん情報サービスがん統計より作図

大動脈弁狭窄症の治療



診断：心エコーと追加検査

1
心エコー
Vmax、平均圧較差、弁口面積（AVA）、EF

2
追加検査
BNPもしくはNT-proBNP
負荷心エコーやCTの石灰化スコア

3
術前評価
冠動脈評価、CTによる弁輪・アクセス経路

- 診断の中心は心エコー。圧較差は流量に依存するため、EF・一回拍出量とあわせて評価
- 血圧が高い場合は降圧後に再評価する
- BNPの上昇は症状出現・予後と関連する

出典：弁膜症治療のガイドライン（2020年改訂版）

重症ASの判定基準

指標	重症の目安
最大血流速度（Vmax）	4.0 m/s以上
平均圧較差	40 mmHg以上
弁口面積（AVA）	1.0 cm^2以下
弁口面積係数（AVAI）	0.6 cm^2/m^2以下

※ 低流量低圧較差（EF低下またはEF保持で一回拍出量低下）の重症ASは圧較差が低く見えるため、見逃しに注意

出典：弁膜症治療のガイドライン（2020年改訂版）

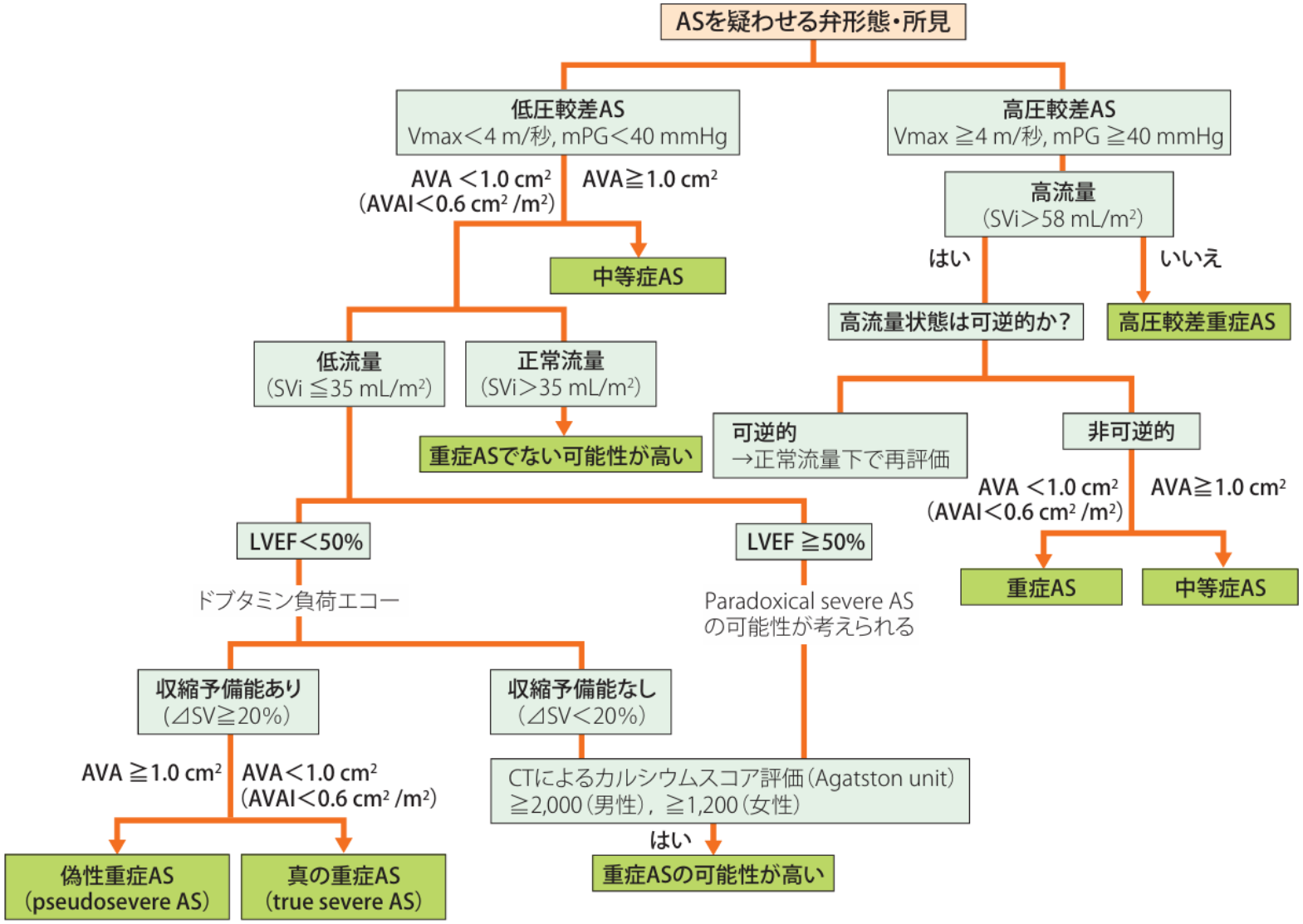


図 16　AS の重症度評価

AVAI：AVA index, Vmax：大動脈弁最大血流速度，SV：一回拍出量

出典：弁膜症治療のガイドライン（2020年改訂版）

治療介入のタイミング

- 症状のある重症ASは、原則として大動脈弁置換（SAVR/TAVI）の適応
- 無症状でもEF 50%未満の重症ASは介入を考慮
- 運動負荷で症状や血圧低下が出る場合、BNP著増、急速な進行も考慮
- 薬物療法で弁狭窄自体は改善しない
- 心不全治療は、うっ血の緩和にとどまる

予後

古典的には症状出現後の平均生存は、狭心痛5年・失神3年・心不全2年とされ、待機のリスクが高い

出典：弁膜症治療のガイドライン（2020年改訂版）

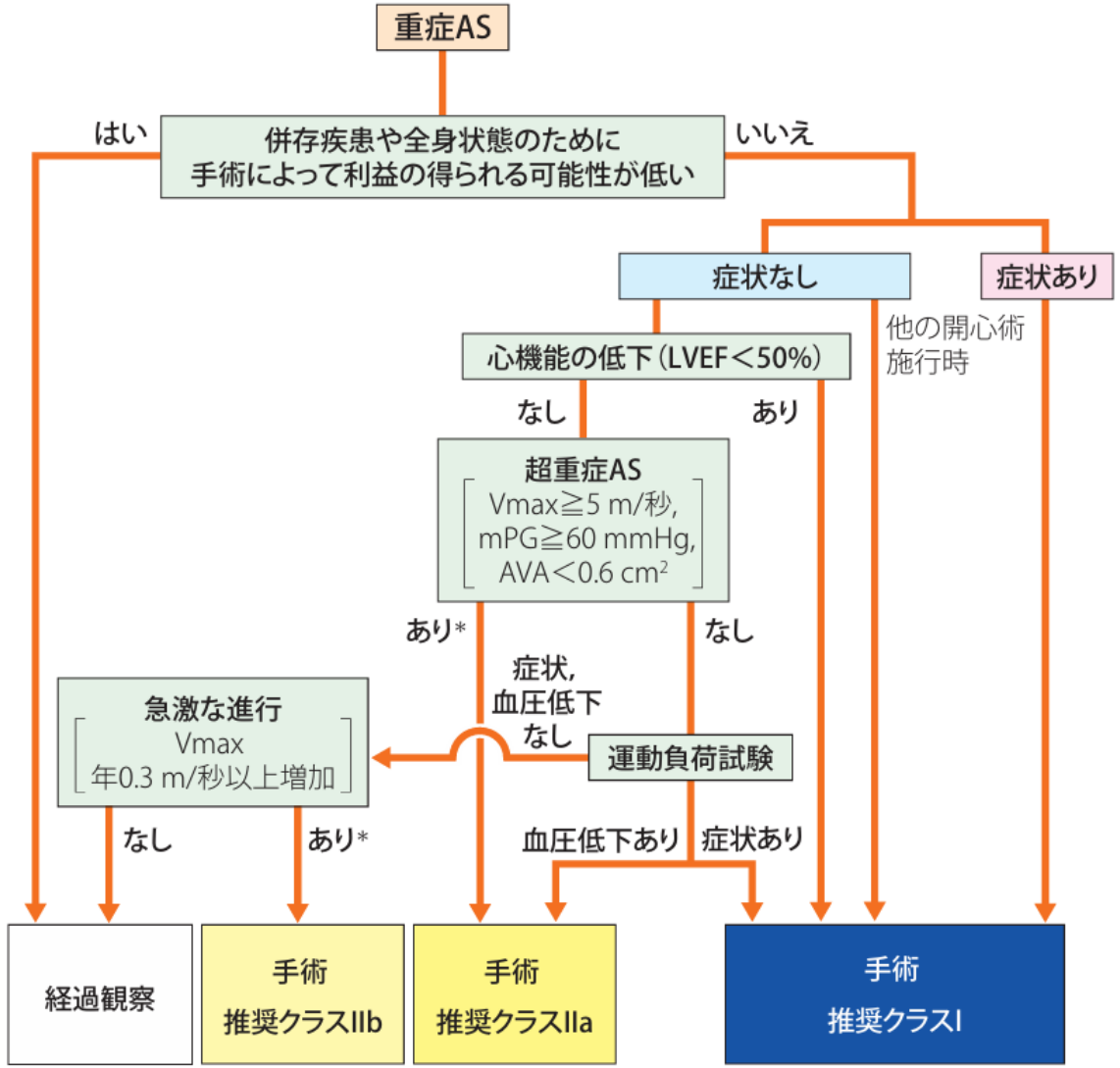


図 17　重症 AS の手術適応

* 手術リスクが低い場合（解剖学的／患者背景をふまえて，その手技［SAVR・TAVI含めて］が低リスクである場合）

Vmax: 大動脈弁最大血流速度

出典：弁膜症治療のガイドライン（2020年改訂版）

表 33　AS 患者の治療方針決定において弁膜症チームで協議すべき因子

	SAVR を考慮する因子	TAVI を考慮する因子
患者背景に関する因子	・若年 ・IEの疑い ・開胸手術が必要な他の疾患が存在する 　CABGが必要な重症冠動脈疾患 　外科的に治療可能な重症の器質的僧帽弁疾患 　重症TR 　手術が必要な上行大動脈瘤 　心筋切除術が必要な中隔肥大 　など	・高齢 ・フレイル ・全身状態不良 ・開胸手術が困難な心臓以外の疾患・病態が存在する 　肝硬変 　呼吸器疾患 　　閉塞性肺障害（おおむね1秒量＜1L） 　　間質性肺炎（急性増悪の可能性） 　出血傾向
SAVR，TAVIの手技に関する因子	・TAVIのアクセスが不良 　アクセス血管の高度石灰化，蛇行，狭窄，閉塞 ・TAVI時の冠動脈閉塞リスクが高い 　冠動脈起始部が低位・弁尖が長い・バルサルバ洞が小さいなど ・TAVI時の弁輪破裂リスクが高い 　左室流出路の高度石灰化があるなど ・弁の形態，サイズがTAVIに適さない ・左室内に血栓がある	・TF-TAVIに適した血管アクセス ・術野への外科的アプローチが困難 　胸部への放射線治療の既往　（縦隔内組織の癒着） 　開心術の既往 　胸骨下に開存するバイパスグラフトの存在 　著しい胸郭変形や側弯 ・大動脈遮断が困難　（石灰化上行大動脈） ・PPMが避けられないような狭小弁輪

SAVR/TAVIの治療の選択は患者の希望も十分に考慮して行う

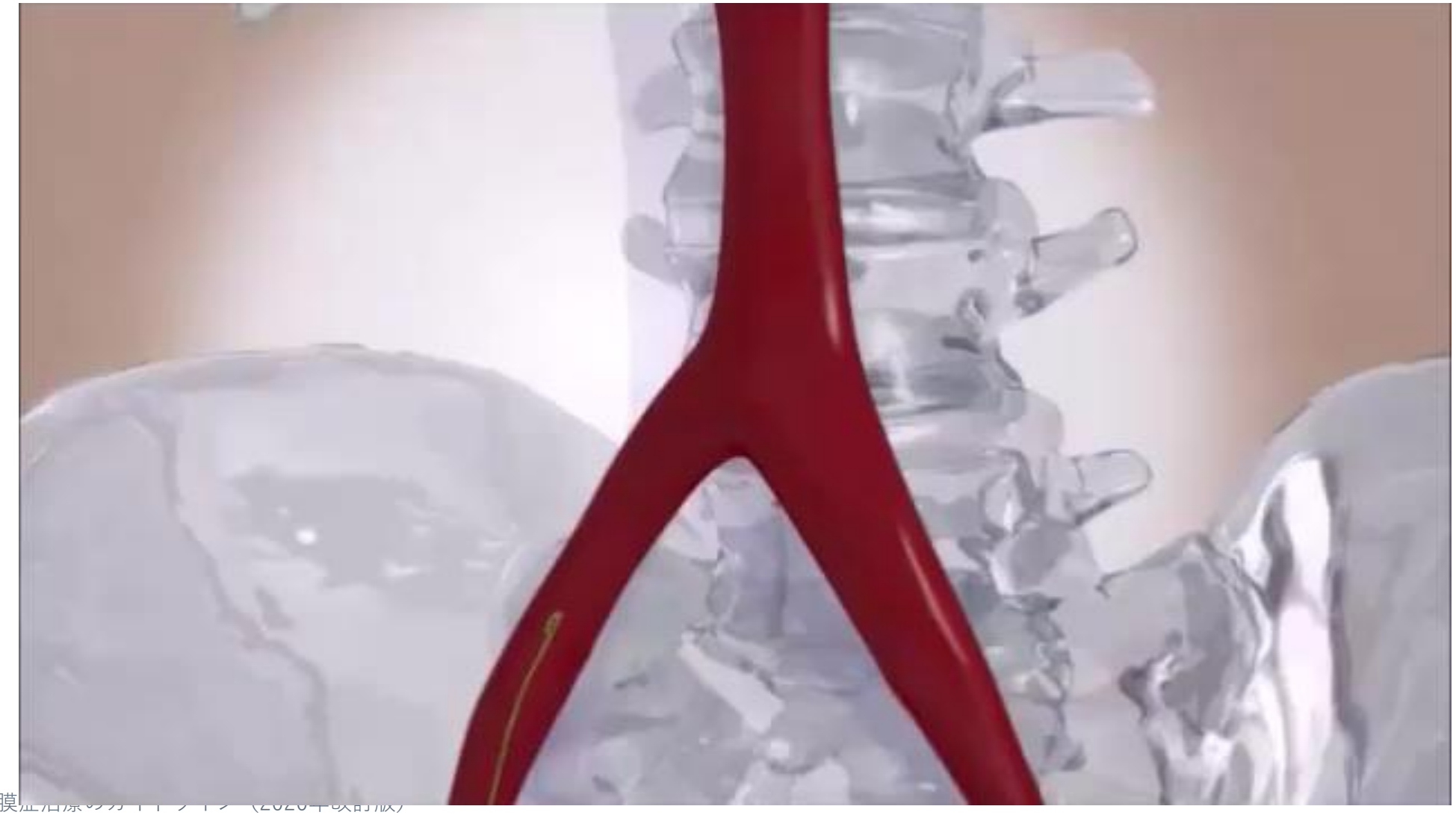
出典：弁膜症治療のガイドライン（2020年改訂版）

SAVRとTAVIの選択

項目	SAVR（外科的大動脈弁置換術）	TAVI（経カテーテル的大動脈弁移植術）
年齢の目安	70歳未満	75歳以上
70〜75歳	ハートチームで個別に判断	ハートチームで個別に判断
侵襲	開胸・人工心肺	カテーテル（経大腿動脈アプローチが主）
入院・回復	長い	短く、早期離床が可能
特有の合併症	出血、術後AF、脳卒中	弁周囲逆流、伝導障害（ペースメーカー）
耐久性	長期データが豊富	中長期データが蓄積中

出典：弁膜症治療のガイドライン（2020年改訂版）

TAVI（経カテーテル的大動脈弁移植術）



出典：弁膜症治療のガイドライン（2020年改訂版）

虚血性心疾患の分類

区分	病態	代表的な疾患
急性冠症候群（ACS）	プラーク破綻と血栓形成による急性の冠血流低下	STEMI、NSTEMI、不安定狭心症
慢性冠症候群（CCS）	安定した冠動脈狭窄や冠攣縮による心筋虚血	労作性狭心症、冠攣縮性狭心症、陳旧性心筋梗塞

出典：急性冠症候群ガイドライン（2018年改訂版）／安定冠動脈疾患の診断ガイドライン（2018年改訂版）

高齢者の非典型症状

- 典型的な胸痛を欠く「無痛性」の心筋梗塞が多い
- 息切れ、倦怠感、嘔気、冷汗、意識障害として現れる
- 糖尿病・女性・後期高齢者で特に非典型になりやすい
- 心不全の増悪や、ADL低下として発見されることもある

高齢者は多枝病変・石灰化・慢性完全閉塞が多く、治療選択が複雑になる

見逃さないために

「いつもと違う」息切れ・元気のなさ・食欲低下では、心電図とトロポニンを考える

出典：急性冠症候群ガイドライン（2018年改訂版）／安定冠動脈疾患の診断ガイドライン（2018年改訂版）

急性冠症候群の診断の流れ

1
症状・心電図
12誘導心電図を速やかに（10分以内が目安）

2
心筋トロポニン
高感度トロポニンを経時的に測定

3
再灌流療法
STEMIは緊急冠動脈造影・PCI

- ST上昇型急性冠症候群（急性心筋梗塞）は再灌流までの時間が予後を規定する
- 不安定狭心症についても、状態が許せば早めの冠動脈治療が推奨

- 高齢者は搬送・判断の遅れが転帰を悪化させる
- ご高齢であっても急性期の積極的な冠動脈治療は予後を改善する

出典：急性冠症候群ガイドライン（2018年改訂版）／安定冠動脈疾患の診断ガイドライン（2018年改訂版）

慢性冠症候群の診断

- 検査前確率（年齢・性別・症状・危険因子）を評価して検査を選択
- 負荷心電図・負荷心筋シンチ・負荷心エコーで虚血を評価
- 冠動脈CTは陰性的中率が高く除外診断に有用（高度石灰化では限界）
- 運動困難な高齢者では薬物負荷やCTを選択
- 冠動脈造影・FFRは、侵襲的評価として血行再建の判断に用いる

- 基本は薬物療法で症状をなくすこと
- 冠動脈治療をするかどうかは、症例ごとに検討する

高齢者での視点

運動負荷が難しい例が多く、検査選択は「できる検査」を基準に考える

出典：急性冠症候群ガイドライン（2018年改訂版）／安定冠動脈疾患の診断ガイドライン（2018年改訂版）

慢性冠症候群の薬物療法

1 抗血小板薬

アスピリンを基本とし、出血リスクを踏まえて継続・選択する

2 抗狭心症薬

β遮断薬、Ca拮抗薬、硝酸薬、ニコランジル。徐脈・低血圧に注意

3 スタチン

二次予防ではLDL-C 70 mg/dL未満を目標とする。高齢者でも有益

4 危険因子の管理

血圧・血糖・禁煙・体重。過度な降圧・低血糖を避ける

出典：急性冠症候群ガイドライン（2018年改訂版）／安定冠動脈疾患の診断ガイドライン（2018年改訂版）

血行再建：PCIとCABG

項目	PCI	CABG
適応の傾向	単枝・急性期・手術高リスク例	多枝・左主幹部・糖尿病・低EF
侵襲	低い（カテーテル）	高い（開胸・人工心肺）
課題	再狭窄、抗血小板薬の併用期間	脳卒中、創部、回復・リハビリ期間
高齢者での視点	フレイルや併存疾患が多い場合、低侵襲を優先	長期予後と手術リスクのバランスをハートチームで判断

※ 血行再建は「予後改善」だけでなく「症状・ADL改善」の観点でも評価する

出典：2018年改訂版 冠動脈疾患患者における血行再建ガイドライン

高齢者の抗血栓療法

- PCI後は抗血小板薬2剤併用（DAPT）を行うが、高出血リスクでは期間を短縮
- DAPT後は、抗血小板薬の単剤へ移行する
- AF合併では抗凝固薬＋抗血小板薬単剤（クロピドグレルが基本）
- トリプル療法は短期間にとどめ、消化管出血予防のPPI併用を検討
- 出血リスクと血栓リスクのバランスを、定期的に見直す

ポイント

高齢・低体重・腎機能低下・貧血は高出血リスク。「減らす勇気」も必要

出典：2020年改訂版 冠動脈疾患患者における抗血栓療法／ 2020年 JCS ガイドライン

ACS後の管理と心臓リハビリ

1 二次予防

禁煙、血圧・脂質・血糖の管理。ACE阻害薬/ARB、β遮断薬、スタチンを継続

2 心臓リハビリ

退院後も外来で継続（数か月）。再入院・死亡の低下とADL維持に寄与

3 心不全の合併

EF低下例は心不全治療に準じ、高齢者の筋力・栄養も併せて評価

4 フォローと連携

症状の再発・服薬継続・生活環境を、介護・訪問看護と共有

出典：急性冠症候群ガイドライン（2018年改訂版）／安定冠動脈疾患の診断ガイドライン（2018年改訂版）

心臓疾患とフレイル・サルコペニア



悪循環を断ち切る介入

- 心臓リハビリテーション：運動耐容能と再入院率の改善が期待される
- 過度な安静を避け、主治医の指示の範囲で活動を維持
- 栄養（たんぱく質・減塩のバランス）と口腔管理
- 転倒・起立性低血圧に配慮した服薬見直し

心疾患と老年症候群

- 転倒、低栄養、認知機能低下、うつ、尿失禁、せん妄などが重なる
- 心疾患の悪化は、これらの症候を引き起こし、逆も成り立つ
- 治療の目標は「生命予後」だけでなく「機能予後・QOL」も含める
- ガイドラインの適用は、背景の個別性を踏まえて判断する

高齢者診療の視点

「疾患」ではなく「生活機能」を単位に診る。
包括的高齢者機能評価（CGA）の活用

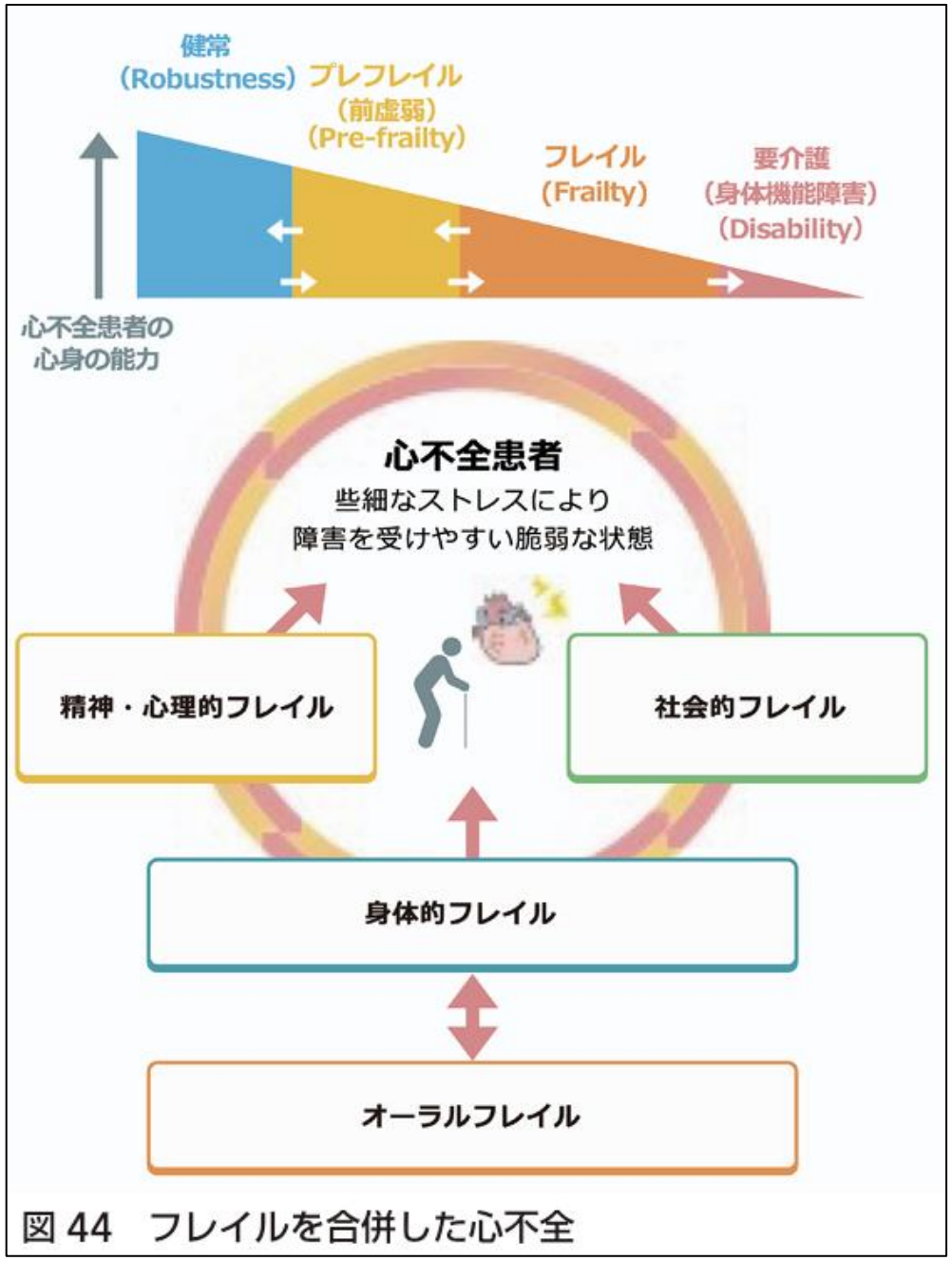


図 44　フレイルを合併した心不全

出典： 2025年改訂版　心不全診療ガイドライン（日本循環器学会 / 日本心不全学会合同ガイドライン）

要介護認定の流れ

1
申請
本人・家族が市区町村へ

2
認定調査
調査員が訪問し心身状態を確認

3
主治医意見書
疾患・状態を医師が記載

4
一次判定
コンピュータによる判定

5
二次判定
介護認定審査会

6
通知
申請から原則約30日以内

医療・介護専門職が担うところ

- 主治医意見書に心疾患の経過・程度・制限を具体的に記載する
- 調査時は「調子の良い日」だけでなく普段の状態を伝える

要介護度区分と状態の目安

区分	状態の目安（概略）
要支援1	日常生活はほぼ自立。一部に支援が必要で、状態の改善が見込まれる
要支援2	要支援1より生活機能の低下がやや大きく、支援が必要
要介護1	立ち上がりや歩行が不安定。部分的な介護が必要
要介護2	身の回りの世話の一部に介助が必要
要介護3	食事・排泄・入浴などの多くに介助が必要（中等度）
要介護4	日常生活のほぼ全般に介助が必要
要介護5	介護なしでは日常生活がほぼ困難

心不全は症状に波があるため、認定時の状態と「悪い時」の状態の両方を伝えることが重要です。

心疾患は介護認定を受けづらい？
心疾患患者の介護度は軽く認定されることが多い？



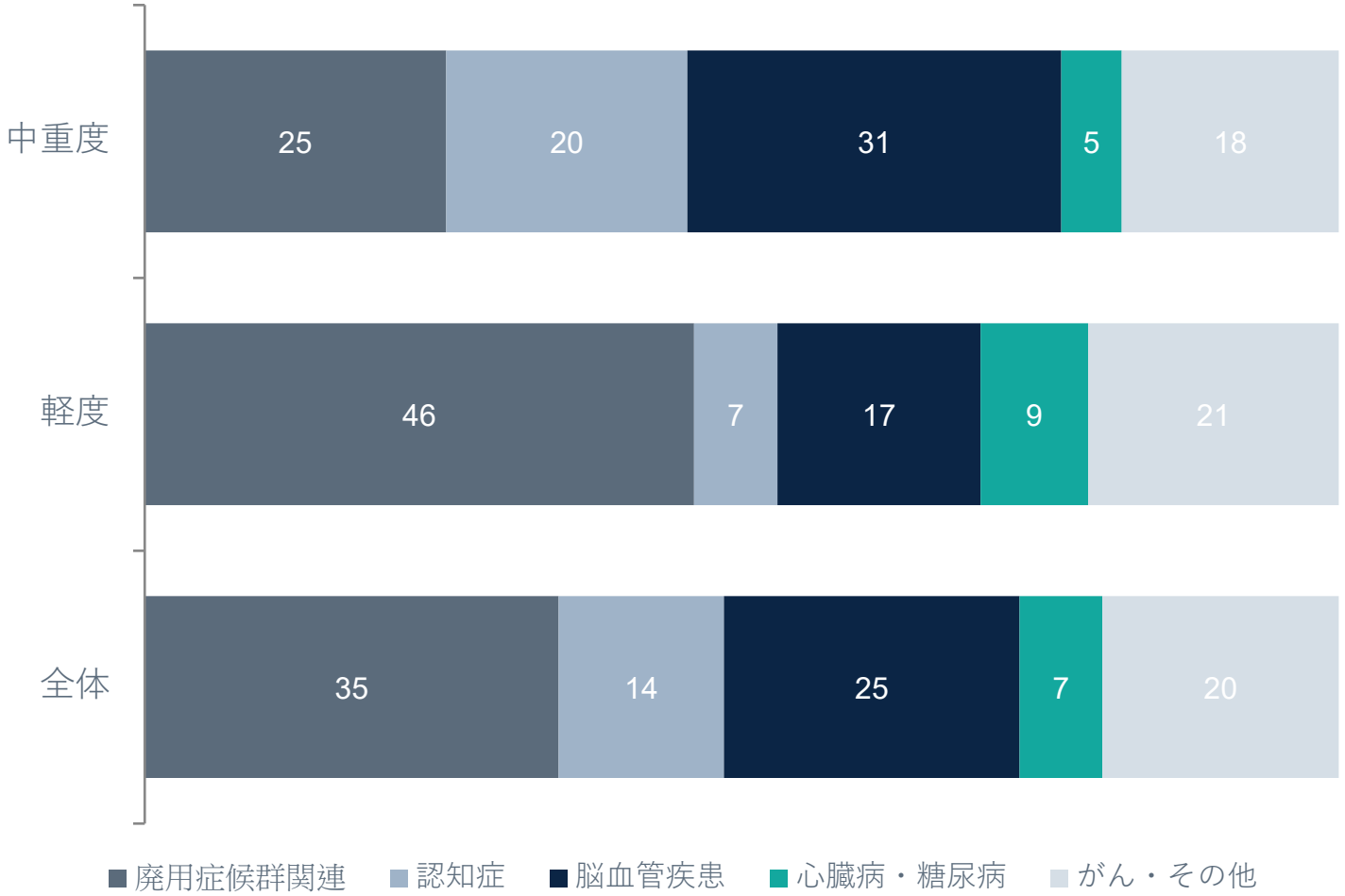
認定調査







介護が必要となった原因と心臓病



読み取りポイント

心臓病は主原因としては全体の一部だが、心不全を介した衰弱・廃用や脳血管疾患の基礎疾患として関わる

主原因の集計には現れにくい心疾患の影響も考慮を

出典：厚生労働省 要介護度別の原因疾患（平成19年国民生活基礎調査改変） 単位：% ※最新調査では順位が変化

特定疾病と制度上の注意点

1 第1号被保険者（65歳以上）

原因疾患を問わず、認定されれば介護サービスを利用できる。

2 第2号被保険者（40〜64歳）

16の特定疾病が原因の場合のみ対象。**心疾患は特定疾病に含まれない。**

3 心疾患の記載例

心機能・NYHA分類・再入院歴・浮腫・運動制限を具体的に。

4 状態の変動性

心不全は波があるため、認定後の変更申請を視野に

介護認定

主治医意見書の書き方のポイント

1 傷病名と経過

心疾患の診断名・発症時期、直近の増悪・入院歴・治療内容を簡潔に

2 状態の安定性

心不全は変動する疾患。「不安定」の場合は、予後の見通しを記載

3 生活機能とリスク

転倒、嚥下、認知症、心不全悪化のリスクなど、介護で必要な視点

4 具体的に書く

「労作時息切れで〇m歩行まで」など具体的に表記する

出典：厚生労働省 要介護認定に関する資料／主治医意見書記入の手引き

まとめ

1. 高齢者の心疾患は心不全・心房細動・虚血性心疾患・弁膜症が中心で、症状は非典型に現れやすい
2. 心疾患は直接的・間接的に要介護状態と密接に関連する
3. 主治医意見書・調査では変動する病状を具体的に伝える
4. 体重・浮腫・息切れの観察と多職種連携で再入院と要介護化を予防





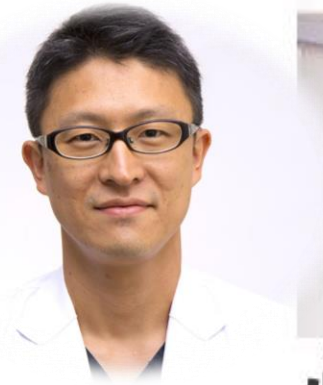
さいたま赤十字病院

日本赤十字社

心臓疾患のエキスパートとして

さいたま赤十字病院の循環器内科、心臓血管外科では、赤十字の人道、博愛の精神に基づき、地域の先生から信頼される医療を提供できるよう、近隣の病院と連携し、患者さん１人１人にとって最適と思われる治療を行っています。

24時間365日
お電話にてご対応します。







循環器内科
心臓血管外科

ホットライン

070-7068-2196

医療関係者専用の直通電話です

〒330-8553 埼玉県さいたま市中央区新都心１番地５　048-852-1111（代表電話）

循環器内科・心臓血管外科専用ホームページ　http://cardiolsrc.com/index.php