

シンポジウム

3. 高齢者医療の抱える課題とその対策

司会 東京大学大学院医学系研究科老年病学 秋下 雅弘
司会 国立長寿医療研究センター 荒井 秀典

司会者のことば

高齢化率が30%を超えようとしている。当然医療の現場で遭遇する患者もほとんどが高齢者となる。外来患者に比べ、入院患者、急性期医療に比べ、慢性期医療において高齢者の占める割合は高くなり、より複雑な病態を抱えた高齢者の診療に従事することがほとんどとなる。高齢者の特徴としては、多病、ポリファーマシーに加え、認知症、フレイル・サルコペニア、転倒、失禁などの老年症候群の合併である。従って、加齢とともに増加する疾病の予防、管理に加えて、加齢により増加する老年症候群の管理を適切に実践することが、高齢者のQOL、ウェルビーイングの維持、向上につながる。しかしながら、これまでの医学教育の現場ではこのような複雑な病像を呈する高齢者を包括的に評価し、適切に介入を提供する教育・トレーニングの提供はほとんど行われてこなかった。その理由は老年医学が十分に医学部の教育の中に浸透しておらず、ごく少数の限られた大学のみでし

か実践的教育がなされていないためである。そのため、老年医学教育の質を担保するとともに、いかにそれを卒後教育の中でも必須化するか、教育に従事する医療者の育成をいかに図るかが今後の課題である。また高齢者においては、急性期医療のみで医療が完結することが少なくなり、地域で安心して最期まで治し支える医療を享受できる地域包括ケアも重要である。しかしながら、様々な取り組みにもかかわらず、医療と介護のギャップは十分に埋まっているとはいえない。さらには多死の時代を迎えて、自らが希望する場所で最期を迎えることができる体制の構築も加速する必要がある。尊厳を持ちながら、どのような形で最期まで一人一人を支えることができるか、エンドオブライフケアの問題も含めて、十分に卒前、卒後教育を提供することが望まれる。本シンポジウムにおいてはこのような高齢者医療の問題を議論することにより今後の方向性を明確にしたい。

1) 多病・ポリファーマシー

東京大学大学院医学系研究科老年病学 秋下 雅弘

ポリファーマシーは、単に服用する薬剤数が多いこと（多剤服用）ではなく、それに関連して薬物有害事象や服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態である。高齢者は薬物の代謝・排泄機能や心身機能が低下し、かつ要介護状態にあることも多く、ポリファーマシーの問題が顕在化しやすい。特に、認知機能や身体機能が軽度低下し要介護の前段階であるフレイル患者における薬剤使用は、上手くいけば病状の改善をもたらすフレイルを脱することに繋がるが、一歩間違えると認知機能低下や転倒から要介護状態に背中を押してしまうリスクをはらむ。ポリファーマシー対策の指針として、日本老年医学会のガイドラインや厚労省の指針が策定され、さらに診療報酬でも対策が保険点数化されるなど、まさに国を挙げてこの課題に取り組んでいるものの、改善しているとはいいがたい状況である。

ポリファーマシーの背景には高齢者の多病 (multimorbidity) があり、簡単な解決策はない。つまり現在の医療は専門化が進み、疾患毎にその専門医に受診し、そしてそれぞれに処方を受ける結果としてポリファーマシーが形成されるからである。本来は多病を一元的に管理するからかりつけ医の存在が必要で、老年科医や総合内科医にその役割が期待される。また、多職種の間も重要である。薬の専門家である薬剤師は医師と連携してポリファーマシー対策で中心的役割を果たすことが期待されるし、病状観察とコミュニケーションに優れた看護師、運動や栄養の専門家である療法士や管理栄養士がそれぞれ得意な領域で関与すれば、チーム全体で大きな力を発揮できるはずである。本講演では以上の点を概説し、日常診療へのフィードバックにつながることを期待する。

2) 高齢者の多様な認知症とその対応

杏林大学高齢医学 神崎 恒一

アルツハイマー病に対する疾患修飾薬の保険適用が間近になっている一方、適用にならないと思われる中等度以上の認知症者も数多く存在し、その中には高齢認知症者が多く含まれると予想される。

高齢者の認知症の特徴は非典型的で特定の病型に当てはまらないケースが多いことである。一般に認知症の病型で最も頻度が高いアルツハ

イマー型認知症 (AD) は全体の 6 割前後を占めると言われている。しかしながら、高齢者において臨床的に AD と診断されながら病理診断ではそうでなかった例が 17%、逆に臨床診断では AD ではなかったが、病理診断が AD であった例が 39% であったという報告がある。また、AD と診断されている高齢認知症者の少なくとも 2 割以上はアミロイドβ (Aβ) の沈着がみられない SNAP (suspected non-Alzheimer's disease pathophysiology) であるとも言われている。それだけ高齢

略歴は 132~133 頁に記載

者のAD診断は容易でないということであろう。これは演者も日常臨床で感じる場所である。

若年者のpureなADは一般に症状も画像も典型的で症状の進行も早い。高齢者のADもしくはADと診断されているケースではpureなADは少なく複合的な病像を呈し、進行は必ずしも早くなく、身体疾患やフレイル、心理的な影響を受けやすい。SNAPのなかには海馬領域にNFTが沈着する神経原線維変化型老年期認知症(SD-NFT)

や内側側頭葉を中心に嗜銀顆粒が沈着する嗜銀顆粒性認知症(AGD)、最近注目されている大脳辺縁優位性加齢性TDP-43脳症(LATE)、2型糖尿病に合併する糖尿病性認知症などがある。

このようなAD様高齢認知症者をどのように支援するのか、2023年6月に可決された「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」を踏まえて考えてみたい。

3) 高齢者診療におけるフレイル、サルコペニアの意義を考える

国立長寿医療研究センター 荒井 秀典

フレイル、サルコペニアの知名度は徐々に上がってきたように思われるが、高齢者診療の現場においてはまだまだその知名度は低く、フレイル、サルコペニアに対するスクリーニング、診断、予防、介入が適切に実践されているとは言いがたい。フレイル、サルコペニアはいずれも高齢者において合併しやすい病態であり、併存疾患よりむしろ予後を規定する可能性があるため、その診断及び管理は極めて重要である。フレイルについては、世界的に診断基準は統一されていないものの、我が国の診療現場では基本チェックリストやJ-CHS基準が用いられることが多くなっており、運動、栄養介入、社会参加の促し、ポリファーマシー対策などが行われている。サルコペニアについては、アジアサルコペニアワーキンググループ(AWGS)による2014

年の診断基準に続き、2019年には改訂版が出され、より日常診療で活用しやすい診断基準となった。なお、現在Global Leadership Initiative of Sarcopenia (GLIS)が構成され、世界的な診断基準の作成に向けた動きがあるため、注目したい。また、介入についてはサルコペニア診療ガイドラインが2017年に発出されたことにより、運動、栄養を中心とした介入が標準的な方法として確立している。このようにフレイル、サルコペニアともに診断基準が確立し、標準的な介入方法も確立しているにもかかわらず、日常診療の場において活用されていないのは診療報酬でのインセンティブがないからである。今後は、診療報酬による加算が認められるような活動とともにフレイル、サルコペニアについての普及啓発を継続する必要がある。

4) 地域包括ケア：地域づくりの視点からの深化

東京大学高齢社会総合研究機構・未来ビジョン研究センター 飯島 勝矢

複数の慢性疾患をベースに医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者がさらに増加

する。同時に認知症や独居高齢者も激増していくと予想されている。そこでわが国では、地域

によって大きく異なる人口構造の変化に対応していくためにも、全国の各地域で地域包括ケアシステム構築を推進し、かなり年数が経過してきており、深化が問われる段階に入ってきた。特に、大都市圏と地方圏の地域事情の差異も非常に大きく、わが国の医療介護政策の強化、そして実際の地域内での迅速なシステム構築も求められる。よって、幅広い視点から医療・介護提供体制を大きく進化・深化させていく時期にも来ており、多面的な視点からの社会的なイノベーションが急務である。

そこで、高齢期であってもいかに生活の質を保ち、自立度が低下した時期でも住み慣れた地域で最期までという地域包括ケアの中核を担う考えを関係者全員および国民自身が改めて再認識すべきである。「病人である前に『生活者』である」という理念の下に、住み慣れた地域全体で生から死までを支え、みて（診て・看て）い

くという地域完結型の医療介護連携体制への進化、そして機能分化型のシステム型医療へのパラダイム転換が求められる。

病院死亡率はピーク時から10%以上減少し、在宅医療の普及が図られたように受け止めるが、純粋に自宅での看取り率が上昇しているわけではないようである。実際は多様な居宅系高齢者施設での看取りの増加による要因が大きく、これは大都市圏特有の傾向というわけでもない。コロナ・パンデミックによって、在宅医療の価値や意義が見直されたのも事実である。原点に立ち返り、生活者の人生に寄り添い、看取りまで支える「安心ある在宅療養」の基盤構築を目指して、地域特性を十分に考慮しながら、かかりつけ医を軸にする在宅医療の推進、そして地域内での異なるサービス提供者間のネットワーク化・IT化も強く求められるのであろう。

5) エンドオブライフケア

名鉄病院 院長, 名古屋大学名誉教授 葛谷 雅文

我が国では高齢者の数の増加に伴い看取りの数が毎年増加しているが、高齢者本人や家族にとってのquality of death (QOD) の観点から見て、満足のいく看取り方、看取られ方が増えているかを考えると、残念ながらお不十分と言わざるを得ない。我が国では諸外国に比較しても病院死が圧倒的に多く、自宅死が少ないことが指摘されてきたが、近年施設での看取りは少し増加したものの、少ない自宅での看取りと病院死の多さは相変わらずである。病院での看取りが本人の意向に即したものであればよいが、そうでない場合も多いことが想定される。

本人が納得した医療・ケアを受けるという自立の尊重が近年重要視されているが、歴史的には「医師の方針が尊重される」(父権主義) から

「患者自身の自己決定」、さらに「共同意思決定(多職種・本人・家族と共同で意思決定作業)」へと発展してきており、この共同意思決定のためのツールとしてアドバンスケアプログラム(ACP)が存在する。

将来高齢者本人が自分の意思を表明できなくなった時のために、自らがどのような最期を迎えたいか、どこまでの医療を望むか、どこで療養したいかなどの意思を家族や医療者たちと共有しながら、あらかじめ確認するプロセスであるACPも医療者間ではその名前は浸透したものの、なお実践が進んでいない。また残念ながら高齢者自体に「人生会議」がなお十分に周知されていない現実がある。ACPのタイミングは色々あり、元気なうちからご家族などと将来につい

て話し合っていたきたいのはやまやまではあるが、ご自分の病気の発症や、入院、介護サービスの導入時などはACPの良いタイミングと思われる。また病状などの情報を得るにはやはり医療者が主に関わる医療現場でのACPの取り組

みが何よりも求められている。ACPさえ実践できればQODの向上が望めるわけではないが、まずはACPが医療現場や地域に広がる必要がある。