

巻頭言

日本老年薬学会雑誌 発刊にあたって

日本老年薬学会 代表理事
秋下雅弘

1. はじめに

我が国の人口の4人に1人が65歳以上、8人に1人が75歳以上という時代を迎え、明確な定義はないものの超高齢社会に入ったと考えてもよいであろう。しかし、超高齢社会の抱える真の問題は75歳以上の後期高齢者の増加にある。後期高齢者の半数は大きな疾患を有し、30%は要介護状態にあるという状況は、今後数十年の医学・医療の進歩では、さほど改善しないと見込まれており、医療機関の多くが後期高齢者で占められることは避けられない。厚生労働省の患者調査によると、すでに全国の外来患者の4分の1、入院患者の半数は75歳以上である。都市部の高齢化が今後顕著なことを考えると、大都市の基幹病院でも、今後は必然的に高齢者医療の波を被ることになる。このように、我々が今後直面する高齢者医療は、元気に通院する前期高齢者ではなく、多くの疾患と老年症候群、日常生活障害を抱え、しばしば救急搬送される後期高齢者を主な対象としたものになると考えられる。つまり、臓器横断的で生活環境にも配慮した包括的な医療が必要である。

そのような社会変化の中で、ポリファーマシーをはじめとする薬学上の喫緊の課題に対応するべく誕生したのが老年薬学という新たな学術分野であり、日本老年薬学会である。本学会は、2016年1月に設立され、現在の会員数は約1,500名であるが、設立目的に謳われているように「高齢者の薬物治療に関する実践と研究の振興及び知識の普及、会員相互及び内外の関連学会との連携協力を行うことにより、老年薬学の進歩を図り、もって我が国における高齢者医療の発展に寄与し、社会に貢献することを目的とする」ことを考えると、今後ますますの発展が期待されるし、そうあらねばならない。

今般、日本老年薬学会雑誌の発刊にあたり、老年薬学の基盤となる高齢者医療の基本的考え方を概説した。

2. 高齢患者の特徴

高齢者の疾患・病態上の特徴を表1にまとめたが、特に後期高齢者によく当てはまる。まず多病であるが、ポリファーマシーに直結する問題として薬物療法上も重要である。高齢者の疾患は、生活習慣病をはじめとする慢性疾患が多く、臓器の老化が基盤にあるため治癒しない

という特徴がある。この点は、老年症候群においてより顕著となる。老年症候群は、高齢者に特有もしくは高頻度に認める症候で、ケアを含めた包括的な対処を要するものと定義される。認知症、尿失禁、難聴など非常に頻度の高いものから、嚥下困難、転倒など頻度はやや低くても、肺炎や骨折といった重大問題につながるものまで様々な症候がある。

疾患や症候と関連して日常生活に支障を来すことも高齢患者の特徴である。日常生活機能には様々な側面があり、高齢者総合機能評価(Comprehensive Geriatric Assessment, CGA)と呼ばれる評価ツール(表2)を用いて治療管理目標、退院後の療養環境の判断、手術適応や術後の管理に利用される。様々な算定要件はあるが、入院中にスクリーニングを含めたCGAを実施すれば総合評価加算100点の診療報酬が付けられるため、導入する病院が急増している。CGAのスクリーニングおよび評価ツールの詳細については、日本老年医学会のホームページに掲載されている内容(<http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/kensyu/siryu.html>)を参考にさせていただきたい。

高齢者の多面的な問題を包含する概念として日本老年医学会からフレイル(frailty)の呼称が提唱された。フレイルは、加齢に伴いストレスに対する脆弱性が亢進し

表1 高齢者の疾患・病態上の特徴

1. 複数の疾患を有する
2. 老年症候群が増加する
3. 認知機能など日常生活障害を抱える
4. 症状が非定型的である
5. 薬物に対する反応性が異なる
6. 社会的因子の影響が大きい

表2 高齢者総合機能評価(Comprehensive Geriatric Assessment, CGA)の主な構成要素と標準的スケール

1. 基本的ADL: Barthel Index
2. 手段的ADL: Lawton
3. 認知機能: 改訂長谷川式知能評価スケール(HDS-R), Mini-Mental State Examination (MMSE)
4. 気分: Geriatric Depression Scale (GDS)
5. 意欲: Vitality Index
6. 問題行動: Dementia Behavior Disturbance (DBD) Scale
7. 療養・生活環境: 家族構成, 要介護認定など

た状態で、身体的、精神・心理的、社会的要素からなる要介護状態の前段階を指す（図1）。フレイルは、治療やケアを上手く提供することで回復しうる可能性、つまり可逆性を含む概念でもある。社会的要素は医療で解決できるものではなく、医療提供体制を含めて地域や多職種との連携が重要な鍵となる。

3. 超高齢社会の患者管理

ではこれらの特徴がどのような患者管理の考え方につながるのでしょうか？ 高齢、多病、薬物有害事象、ADLの低下は長期入院に関連し¹⁾、患者にとってのみならず医療経済的な側面からも問題である。さらに、様々な要因から高齢者に対する医療提供は難しく、疾患毎のガイドラインに盲目的に従うと、高齢者に断片的で不完全な治療が多数提供されてしまい、患者の転帰は好ましいものにならないことも数多く報告されている。その要因の1つが薬物有害事象であり、ポリファーマシー（polypharmacy）、特に6剤以上服用していると有害事象の頻度が高く、減らすあるいはそれ以上増えないような処方工夫を試みるよう日本老年医学会による「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」では推奨している²⁾。実際に、疾患別ガイドラインでは、認知症患者や要介護高齢者はもちろん、何種類もの合併症がある場合や後期高齢者での対応については、エビデンスがないため記載もない。現状で取りうる最善策は、個々の症例に応じて包括的に対処することに尽きる。つまり、病態だけでなく患者の生活状況を考慮し、ニーズを汲み取って治療目標を設定し、それに従って治療の優先順位を決め

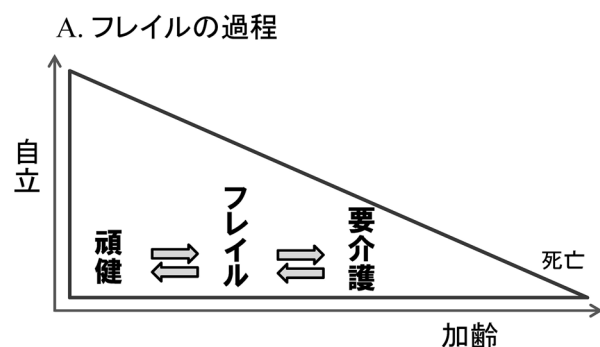
て段階的に実施することである。

そのような時代の要請を受けて、高齢者の慢性疾患管理に対する考え方も変わりつつある。糖尿病などの生活習慣病はフレイルの危険因子である。最近ではアルツハイマー病の危険因子であることもわかり、フレイルを予防するべく中高年期には厳密な管理が求められる。一方で、フレイルになったら考えを改める必要がある。不規則な服薬や食事、糖尿病管理を支える家庭環境や療養体制の不備は容易に低血糖を招く。高齢者であることに加えて認知機能障害があると低血糖症状の自覚、訴えに乏しく、重症化しやすい。結果的に、フレイルな高齢者は重症低血糖に起因する認知症などの老年症候群から要介護状態へ移行しやすく、多少の高血糖に目をつぶっても低血糖を避けることに重点が置かれる。

4. おわりに

以上のように、高齢者には特有の心身機能や生活環境の変化があり、それ自体が疾患につながるだけでなく、老年症候群や日常生活機能障害として主疾患およびその治療に大きな影響を与える。こういった高齢患者の特徴を理解して医療を行うことを目的として、考慮すべき事柄を「高齢者に対する適切な医療提供の指針」（表3）として厚労省の研究班でまとめている³⁾。共同作成した日本老年医学会等のホームページに全文が掲載されているので参照いただきたい。その5項目目に「高齢者に対する薬物療法の基本的な考え方」が挙げられており、「有害事象や服薬管理、優先順位に配慮した薬物療法を理解し、実践する」ことを到達目標としている。老年薬学を学ぶ者がこの項目を習得することは当然として、他の6項目についても習得することが求められる。

個々の疾患診療ガイドラインが高齢患者を対象としていない場合、またはガイドラインが相互に矛盾する内容を含む場合などには、本指針に示された基本的な考え方を準用して治療方針決定の一助とすることができる。また、本指針は高齢者用の診療指針作成や施策立案の際にも参考になると思われる。個別化対応でも、年齢・余命



B. フレイルの多面性

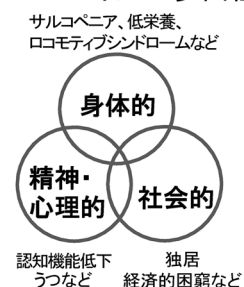


図1 フレイル (Frailty) の概念：過程と多面性

表3 高齢者に対する適切な医療提供の指針（文献3）より見出しを抜粋引用）

1. 高齢者の多病と多様性
2. QOL維持・向上を目指したケア
3. 生活の場に則した医療提供
4. 高齢者に対する薬物療法の基本的な考え方
5. 患者の意思決定を支援
6. 家族などの介護者もケアの対象に
7. 患者本人の視点に立ったチーム医療

作成：厚労科研研究班（主任：秋下雅弘），日本老年医学会，全国老人保健施設協会，日本慢性期医療協会，協力：日本医師会

や日常生活機能を考慮に入れて管理目標を立て、元気でアドヒアランスの良い方なら厳密な管理で予防を重視していくといった考え方も今後は重要になるであろう。

引用文献

- 1) Kojima T, Akishita M, Kameyama Y, Yamaguchi K, Yamamoto H, Eto M, et al. Factors associated with prolonged hospital stay in a geriatric ward of a university hospital in Japan, *J Am Geriatr Soc*, 2012, 60, 1190-1191.
- 2) 日本老年医学会・日本医療研究開発機構研究費・高齢者の薬物治療の安全性に関する研究研究班編：高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015, 日本老年医学会, 東京, 2015.
- 3) 厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）「高齢者に対する適切な医療提供に関する研究」研究班, 高齢者に対する適切な医療提供の指針, *日老医誌*, 2014, 51, 89-96.