

「老年科」

■特集の背景と目的

未曾有の超高齢社会を迎え、今後ますます高齢化率が高まることが確実視されている日本にあって、我々医療者も高齢者を診療する機会が急増しています。病院総合医の仕事のほとんどの部分を占めているといっても過言ではありません。そして、医療者であれば誰しも「高齢者を大切にしたい」との思いをもって診療にあたっているものと想像しますが、ではどうすれば「高齢者を大切にすることになるのでしょうか？

本特集ではその問いに対する解を示すべく、以下のトピックを取り上げています。

総論：「老年医学の考え方」「医療保険制度・介護保険制度」「介護施設・サービス」

高齢者診療の「要」：「高齢患者へのアプローチ」「治療指針決定」「アドバンス・ケア・プランニング」

急性期各論：「Geriatric Failure to Thrive」「褥瘡」「ポリファーマシー」「急性尿閉」「不穏・意欲低下・不眠」

「認知症」「食べられない」「便秘」「転倒」「疼痛ケア」

退院後のケアと予防：「Transition of care」「予防医療」

このほか、多職種連携を考えるために必読の座談会、「すべてのスタッフで高齢患者を大切に！」の日々の実践を助ける、付録「回診の極意」も掲載しています。この1冊が、高齢者診療への困難に立ち向かうための、実践に直結した知識と診療技術を提供し、すべての医療者のバイブルとなることを目指しています。

■目次とダイジェスト

はじめに|すべてのスタッフで高齢者を大切にしたい！

- 許智栄 アドベンチストメディカルセンター 家庭医療科
- 関口健二 信州大学医学部附属病院 総合診療科/市立大町総合病院 総合診療科

総論

1 高齢者診療で考慮すべきこと：単なる成人の延長としてとらえない老年医学の考え方

- 玉井杏奈 台東区立台東病院 総合診療科
<ダイジェスト>

日本は世界に先駆ける超高齢社会であり、どの専門領域でも高齢者を診察しない日などないであろう。しかしながら、卒前教育や初期臨床研修で老年医学を体系的に学ぶ機会は非常に限定されており、必要な知識・スキルはその後の自己研鑽により獲得せざるを得ないのが現状と思われる。莫大な高齢者診療のニーズに応えるためには、老年専門医の養成よりも、老年医学に造詣の深い医師やコメディカルの養成が重要であると筆者は考える。

本稿では、高齢者のさまざまな特徴と、それを老年医学ではどう切り取って評価しているかをまとめる。日々の診療に参考になることが少しでもあればと願っている。

2 超高齢社会における「病院」と「医師」：地域の暮らしを支える包括的な活動の一部として

- 高山義浩 沖縄県立中部病院 感染症内科・地域ケア科
<ダイジェスト>

高齢化に直面する日本の医療について、戦後の医療政策の変遷を確認したうえで、「医療ニーズの変容」と「社会保障費の急増」という2つの側面から検討する。そして、地域主体の医療改革を実現する道筋を考える。

さらに、主に急性期病院の医師に求められる役割として、①生活復帰に向けた介入を早期に開始すること、②地域の医療資源と適切に連携すること、③患者の自己決定をできるだけ尊重すること、の3つのポイントを紹介する。

3 医療保険制度・介護保険制度：日本の高齢者医療をとりまく制度を知り、実臨床で有効活用するために

- 神山佳之 沖縄県立中部病院 地域診療科
- 本村和久 沖縄県立中部病院 総合診療科
<ダイジェスト>

本稿では高齢者医療における医療保険制度、介護保険制度について、厚生労働省の白書から紹介する。これを知ったうえで、患者のQOLや機能の維持・改善を目的として間違えることなく有効利用するために、医師に求められる考え方、および申請書の具体的記載方法について解説する。また、介護保険制度をうまく活用していくための多職種連携のポイントについてもふれる。

4 介護施設・サービスの現状：治療のゴール設定に今後ますます不可欠となる知識

- 山村修 福井大学医学部 地域医療推進講座
<ダイジェスト>

厚生労働省の患者調査によれば、我が国の入院患者のうち65歳以上の高齢者が占める割合は年々増加し、平

成26年には71.1%に達している。このうち75歳以上の高齢者は50.8%を占める。一方で高齢入院患者の平均在院日数は65歳以上で41.7日、75歳以上に限っても47.6日まで短縮している。過去30年間における我が国の医療は、増加する高齢患者を入院ベッドの高回転で支えてきた。この傾向は今後も強まり、「おおむね在宅、時々入院」が当面の目標と言えるだろう。しかし高齢者の平均寿命と健康寿命との間には男女とも約10年の隔たりがあり、在宅ばかりでは対応できない場合も少なくない。

本稿では介護施設や各種サービスを紹介し、治療のゴール設定に不可欠となる知識として、その役割と相違点を列記する。

【コラム1】 Patient-Centered Medical Home : 米国における患者中心のメディカルホームの取り組みから学べること

- 向原圭 久留米大学医療センター 総合診療科
<ダイジェスト>

米国において、患者中心のメディカルホームPatient-Centered Medical Home (PCMH) という概念がある。PCMHは、「小児から青年、成人までの患者に包括的なプライマリ・ケアを提供するためのアプローチであると同時に、個々の患者とのかかりつけ医との（さらに適切と考えられる場合は、患者の家族も含めた）協力関係を促進するヘルスケアの場」と定義される。そして、①かかりつけ医、②医師が指揮する医療チーム、③全人的志向、④ケアのコーディネートと統合、⑤質と安全、⑥ケアへのアクセスの向上、⑦支払いの7つの共同原則をもとに、さまざまな取り組みが行われている。

本コラムでは、PCMHの概念と具体的な取り組みの例を紹介し、日本の地域包括ケアシステムの取り組みとの共通点を探す。最後に、我が国の高齢者医療へ向けての提言および病院総合医へのメッセージにつなげる。

高齢者診療の「要」

5 高齢患者へのアプローチ：老年症候群と高齢者総合的機能評価（CGA）について

- 許智栄
- 狩野恵彦 厚生連高岡病院 総合診療科
<ダイジェスト>

高齢者診療が一般成人と大きく異なる点の1つに、疾患への対応もさることながら、機能やクオリティオブライフ（QOL）の維持ないし向上に努めて対応しなければならない点が挙げられる。でなければ、疾患は治癒したにもかかわらず、その間に機能低下が進行し、QOLの低下した人生を受け入れなければならないという、高齢者を予期せぬつらい事態に追いやるリスクが一般成人に比べて高くなるためである。

しかし、高齢者に起こりやすい症状や徴候は、時にあまりにも多いため、見過ごされたり、医師と患者双方の「年のせい」というバイアスから詳細な評価が行われず、気がつくときより大きな問題となって健康被害をもたらす、ということが繰り返されてきており、残念ながら現在でも少なからず起きている。

このように見過ごされてきた症状や徴候を「老年症候群」ととらえ、積極的に評価し、介入することで、機能とQOLの向上に努める重要性ならびにその有効性を示したことが、そもそもの老年医学の始まりである。高齢者診療には老年症候群という高齢者特有の症状や徴候と、すべてをもれなく評価し介入していく方法、つまり高齢者総合的機能評価comprehensive geriatric assessment (CGA) を知ることが必要なのであり、本稿で順を追って説明したい。

6 高齢者の急性期病態における治療指針決定のプロセス：実践例から学ぶ共有意思決定

- 樋口雅也 Department of Medicine, Columbia University Medical Center/Division of Geriatrics and Palliative Medicine, Weill Cornell Medical Center
<ダイジェスト>

高齢者のアドバンス・ケア・プランニング（ACP）や、事前指示（アドバンス・ディレクティブ）の重要性が叫ばれている。しかし、それらが広く普及しているとはいえない現状だ。特に急性期病院では、事前に十分な話し合いがない状況での意思決定を余儀なくされることも多い。このような状況では、患者・家族だけでなく、医療者にとっても、患者の価値観や人生観を医療に反映する意思決定は大変難しいとされている。

意思決定とは、いくつもの小さなプロセスの積み重ねである。一度に大きな決断をし、それで終わりなのではない。本稿では、医療者と患者・家族が、病状、価値観、感情を共有し、意思決定を共同作業で行うプロセスとして、Shared Decision Making（SDM）、すなわち共有意思決定について解説し、症例を通して具体的に示していきたい。

7 アドバンス・ケア・プランニング（ACP）：急性期病院の医師だからこそ、ACP力が必要！

- 吉野かえで 東京ベイ・浦安市川医療センター 総合内科
- 平岡栄治 東京ベイ・浦安市川医療センター 総合内科
<ダイジェスト>

医療倫理の4原則の1つは自己決定権の尊重である。従来の医療は医師主導（パートナーリズム）で方針が決定されていたが、現在は、“Shared Decision Making”（患者と医療者で情報を共有し、ともに意思決定を行う）の重要性が認識されている。一方、「急変」した高齢患者が日々搬送される病院では、依然として患者本人の意思不在のまま、救命治療・延命治療が行われている。

本稿で取り上げる、アドバンス・ケア・プランニングadvance care planning（ACP）とは、病気や認知症などで意思決定能力がなくなった場合に備えて、患者、家族や友人、医療従事者が前もって話し合い、本人の価値観を共有する「過程」である。患者の意思決定能力が失われたあとでも、「こんな時、〇〇（患者）なら何を望

むだろう」と医療者や家族が考え、最終的に患者の意向に沿った医療が実践されることが目的である。ACPは、医療者が必ず習得すべき技術である。

急性期各論

8 高齢患者に起こる広範な機能低下：GFTTへのアプローチ：「年のせい」で終わらせない小さな働きかけが大きな変化を生み出す

- 林恒存 今村総合病院 救急・総合内科
＜ダイジェスト＞

高齢者、なかでも75歳以上の後期高齢者は、ほかの年齢層と比較して救急外来受診、救急車による搬送の割合が高い。さらに入院となった場合、高齢であるほど入院日数が長期化するというデータが示されている。その理由として、高齢患者の多くが急病に対して非常に脆弱であり、平時の体調から逸脱した場合に、急速に身体・精神機能が低下し、しかもその回復には時間を要することが挙げられる。結果的に入院前の生活環境へ戻ることが困難になるため、新たな転院先の決定まで入院が長引く。加えて入院中のさまざまな合併症により、さらに長引くという悪循環に陥る。

しかし、この負の連鎖は、高齢の患者なら例外なく起こるわけではなく、実際のところ入院前の状態まで短期間のうちに完全回復する高齢患者も多い。つまり、脆弱性は、単純に「患者が高齢である」という事実だけで起こるのではなく、そこにはGeriatric Failure to Thrive (GFTT) またはFrailtyという臨床像が大きく関連している。高齢患者の入院診療では、GFTT/Frailtyに関連した臨床像を十分念頭において、検査・治療方針を検討することが、患者の予後をより好ましいものにするために大いに役立つ。

【コラム2】褥瘡：予防と治療の長期的視点を持ち、その最初の段階にかかわることを意識する

- 坂井智達 飯塚病院 総合診療科
- 吉田伸 穎田病院
＜ダイジェスト＞

筆者は急性期病院で多科・多職種が連携した褥瘡回診にチームの一員として参加している。その参加者から以前聞いた言葉として、「高齢者の褥瘡はできてしまうとまず治らない。だから予防が大切」「褥瘡の治療には強力なエビデンスはない」「正直、急性期病院でやっていて褥瘡治療の成功体験があまりない」といったものがあつた。

褥瘡とは、皮膚かつ/または皮下組織の限局性損傷とされ、たいいていの場合、骨突出部において圧力単独もしくは圧力とずれの両者で起こると定義される。褥瘡保有者の70%は高齢者であり、褥瘡のほとんどは急性期病院で発生している。そのなかで最も褥瘡が起こりやすい状況はICU、心臓血管外科術後、整形外科的外傷後である。

本稿では、高齢者の褥瘡に対して「未然に防いでいる」さらに「発生しても手間暇かけて治していく」イメージをもてるような情報を、エビデンスを交えながら紹介していきたい。

9 ポリファーマシーへのアプローチ：入院中の薬物療法の適正化を目指して

- 矢吹拓 国立病院機構 栃木医療センター 内科
＜ダイジェスト＞

ポリファーマシーは、高齢化社会を迎えた我が国のコモンプロブレムであり、今後取り組むべき大きな課題の1つである。昨今、認知度が高まってきており、ポリファーマシーは比較的新しい問題と思われがちだが、実は100年前のOsler卿の時代から指摘されており、具体的な取り組みは1990年代のBeers医師に端を発する、古くて新しい問題なのである。

ポリファーマシーの明確な定義はなく、「必要以上に多く薬剤が処方されている状態」を指すといわれているが、過去の複数の研究から、5種類をカットオフとすると、高齢者の脆弱性、機能障害、認知機能、転倒、死亡や薬剤有害事象が増えると報告されている。本稿では、入院患者という観点から、ポリファーマシーの概要を解説していきたい。

【コラム3】急性尿閉：原因、治療の副作用にも考慮し、カテーテルフリーを目指す

- 楠川加津子 福井大学医学部附属病院 総合診療部
＜ダイジェスト＞

高齢者の入院中の合併症として、急性尿閉は比較的良好に認められる。尿閉に伴う症状のみならず、尿路感染症や腎不全に発展するため、早期の診断および加療、そして予防が重要である。

尿道バルーン留置により尿閉は解除されるが、しばしばカテーテルの留置や抜去の困難な症例がある。またカテーテルの長期留置は、カテーテル関連尿路感染catheter associated urinary tract infection (CAUTI) や、自己抜去に伴う尿道損傷などの合併症を起こす可能性があり、すみやかな抜去が望ましい。

本稿では、これらの注意点を含めた急性尿閉に対するアプローチについて、いかにしてカテーテルフリーを目指すかを念頭において述べる。

10 不穏・意欲低下・不眠へのアプローチ：3つのDを軸にして考える

- 川嶋修司 国立長寿医療研究センター 高齢者総合診療科・内分泌代謝内科
- 関口健二

<ダイジェスト>

不穏、意欲低下、不眠はいずれも日常臨床で頻りに遭遇する訴えであり、我々医療者の悩みの種である。高齢者の場合、病態が混在していることが多く、訴えが非典型的であることも多いため、適切に対応されていないまま、ADLの低下やFTTの進行、入院期間の延長につながってしまっている現状がある。

これらの症状に対しては、3つのD、すなわち、せん妄（Delirium）、うつ病（Depression）、認知症（Dementia）を軸としたアプローチを提唱する。もちろんそれぞれは独立した病態であるが、症状が類似しており、併存することも多く、またマネジメントにおいても共有する部分が多い。今まで見過ごされてきたこれらの病態に気づき、正しく鑑別診断を行うことで、より適切な対応が可能になり、高齢者のQOL最適化に役立つ。

本稿では、まず3つのDについて理解したのち、これらを疑う症状に対してどうアプローチするか、どうマネジメントするかについて解説する。

【コラム4】 認知症の拾い上げと病型診断：生活上の困難に気づき、その後のフォローまで責任をもって考える

- 井口真紀子 医療法人社団鉄祐会 祐ホームクリニック

<ダイジェスト>

急性期病棟でよくある高齢者の神経精神症状に対しては、適切な対応および急性期疾患の加療により、症状は改善することは期待できる。しかし、安定した時期になっても認知機能低下や神経精神症状が遷延することがあり、それが実際は慢性的な経過である認知症であると気づくことも少なくない。また、その症状は時として家族ですらしっかり認識されていないこともある。

本稿では実際によくある症例をもとに、認知症を疑わせる患者に対するアプローチの仕方についてまとめる。

11 「食べられない」へのアプローチ：食欲不振の原因をどのように評価し、介入するか

- 官澤洋平 愛仁会明石医療センター 総合内科

<ダイジェスト>

高齢者の「食べられない」という問題は、外来・入院どちらの場面でもよく遭遇する、頭を悩ます深刻な問題である。高齢者では加齢性の変化であり、重度となれば終末期を意味する場合もあるが、可逆性の病態が原因となる場合もあり、真摯に対応する必要がある。

本稿では、「食べられない」について、高齢者特有の原因と対応について解説したいと思う。

12 便秘へのアプローチ：8つのステップで快適な排泄を導く！

- 上島邦彦 松本協立病院 総合診療科

<ダイジェスト>

便秘症は、日常診療で最もよく遭遇する疾患の1つである。ありふれているが故に一般的には軽く扱われ、病態を考慮せずに、使用経験のある薬物を処方する医師も多いのではないと思われる。しかし、高齢者では便秘によってQOLが予想以上に低下していることも多く、是非日常診療で積極的に介入していきたい。

本稿ではまず、高齢者が便秘になりやすい背景と便秘の定義について述べる。そして、実際の診療の流れをフローチャートで示し、薬を処方する前に検討すべき事項を整理して、非薬物治療の重要性、安全で有効な薬物治療のあり方について考察する。

13 転倒へのアプローチ：評価と予防の基本を押さえ、入院中だからこその介入を行う

- 世戸博之 愛仁会明石医療センター 総合内科

<ダイジェスト>

高齢者の転倒は単なる事故ではなく、複数の要因により生じる症候群である。また、転倒は高齢者における外傷やそれに起因する障害、死亡の主要な原因であり、転倒によりADLの低下、施設入所、抑うつなどの合併症が生じ得る。このように、転倒は高齢者の予後を大きく左右する重大な事象であるため、包括的な評価および予防が重要となる。

本稿では、まず前半で転倒の疫学、高齢者における転倒のリスク因子やリスク評価、予防について解説し、続く後半で、高齢入院患者の転倒に対してどのようにアプローチすればよいかを述べる。

【コラム5】 疼痛ケア：「痛み」をバイタルサインの1つととらえ、効果的に介入する

- 伊藤真次 Kokua Kalihi Valley Comprehensive Family Services

<ダイジェスト>

高齢者における疼痛ケアの最も大事な目標は、痛みや痛みによる苦しみをコントロールして、身体機能をできるだけ維持し、QOLを保つことである。「第5のバイタルサイン」ともいわれる「痛み」は、身体的側面だけでなく、精神的、社会的、宗教的、文化的な面とも関連し、行動や社会生活にまで影響をもたらすため、QOLを考えるうえでは非常に重要である。また、痛みは主観的なものであることに加え、認知機能に問題のある高齢者では、訴えが乏しかったり非典型的な訴えをするため過小評価されて、しっかりと治療されないことが多い。

本稿では、この「痛み」をバイタルサインの1つととらえて、我々が日々遭遇している高齢者の急性期の痛みを、より頻りに、より包括的に評価し、効果的な治療介入を行えるようにすることを目的としている。

多職種連携 座談会

14 超高齢社会における急性期病院の役割：多職種連携の活性化が病院の在り方を変えていく

退院後のケアと予防

15 Transition of care : 医療のバトンをしっかりと次の医療従事者に渡すために

- 齊木好美 練馬光が丘病院 総合診療科
- 小松裕和 佐久総合病院 地域ケア科
<ダイジェスト>

患者にとって必要な、医療によるケアがうまく引き継がれなければ、本来ならば防ぎ得る再入院や有害事象が発生しかねない。本稿では、急性期管理中に整えた医療によるケアを退院後も継続していくにあたり、病棟医として何が重要なのかを述べる。

まず、この章を理解するにあたって、「Transition of care」という概念を理解していただきたい。Transition of careは、AGSにおいて「患者が異なる施設へ移動する、もしくは同施設内でも医療レベルが変わる際に、医療によるケアの調整および継続性が保証されるために必要な行動」と定義されている。入退院はもちろんのこと、集中治療室から一般病棟への転棟、介護施設への入所など、患者自身の医療を受ける環境が変化する際に、医療のバトンが適切に渡せるように配慮することである。

ここでは、Transition of careのなかでも急性期病院からの退院にフォーカスをあて、どのような知識をもち、何に注意して、急性期病院の主治医としてかかわるべきかについて述べる。

16 高齢者における予防医療：3つの原則をふまえ、予防接種、がんスクリーニングを行う

- 森英毅 国立病院機構 長崎医療センター 総合診療科・総合内科
<ダイジェスト>

本稿ではまず、高齢者の予防医療について、考慮すべき3つの原則を説明する。次いで、予防接種、がんスクリーニング、その他の予防医療に分けて解説を進める。エビデンスが不十分、かつ個別性が高い領域であるが、多くの高齢者に対し、適切な予防医療を提供するのに役立てば幸いである。

付録|高齢入院患者の回診における極意「実践回診！高齢者」