

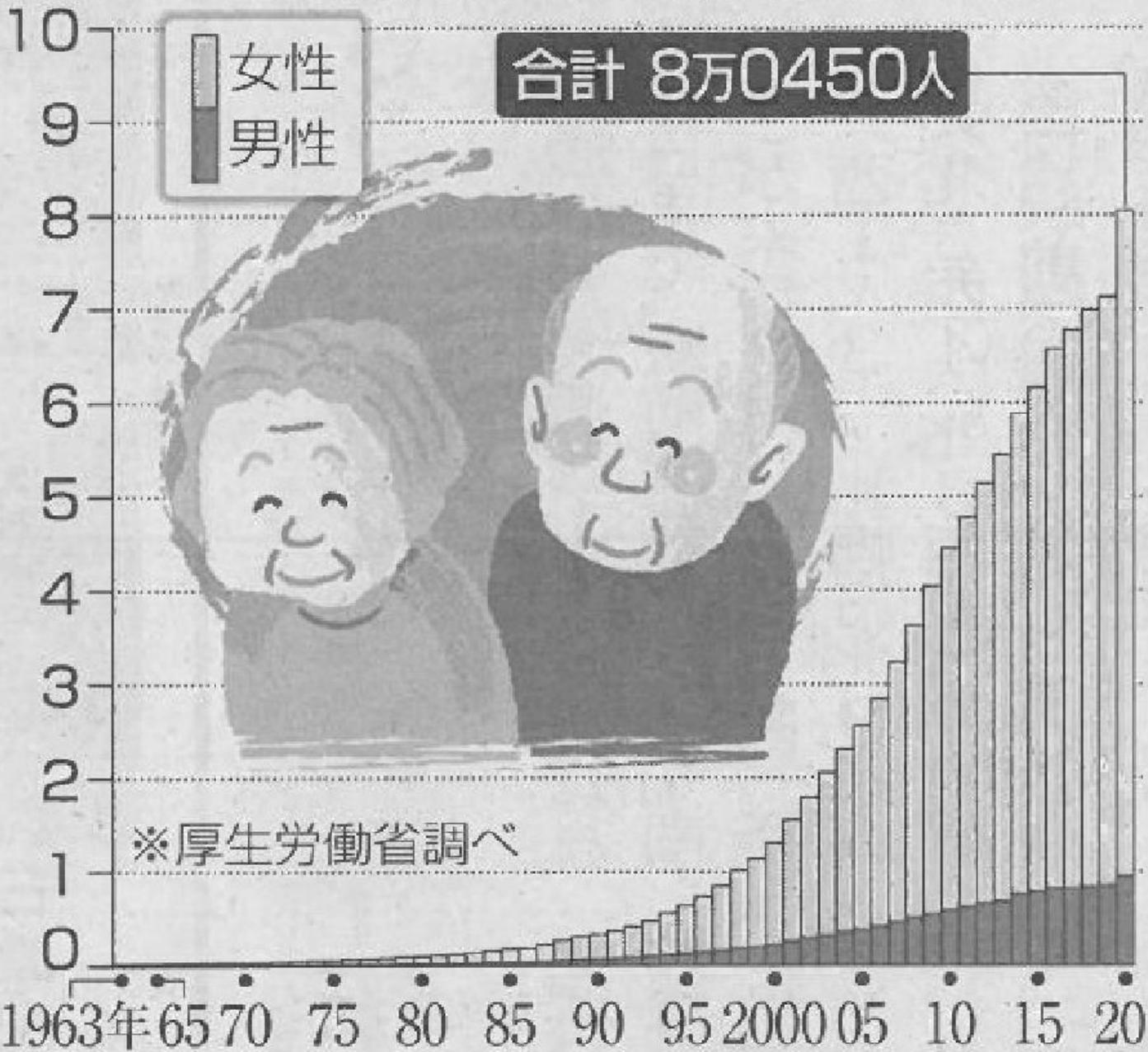
高齢者医療の 問題点

押味和夫

村の診療所には、
ご高齢の患者さんが多いです。
より良い医療をめざして、
みなさんと一緒に考えましょう。

万人

100歳以上の高齢者数の推移



高齢者の定義

65～74歳 前期高齢者

75歳以上 後期高齢者

しかし、この定義には医学的・生物学的に明確な根拠はない。近年、個人差はあるものの、この高齢者の定義が現状に合わない状況が生じている。

日本老年学会・日本老年医学会提言 2017

65～74 歳 准高齢者

75～89 歳 高齢者

90 歳～ 超高齢者

高齢者に多い疾患・事故

- 認知症
 - 脱水症
 - 脳卒中
 - 便秘症
 - 前立腺肥大症
 - 高血圧症
 - 脂質異常症
 - がん
 - 不整脈、心不全
 - 骨粗鬆症
 - 肺炎、尿路感染症
 - 腎機能障害
 - 譫妄、鬱
- 失禁
 - 熱中症
 - 誤嚥
 - 転倒
 - 骨折
 - 徘徊

前期高齢者で増加

脱水、麻痺、骨関節変形、視力低下、発熱、
関節痛、腰痛、喀痰、咳、喘鳴、食欲不振、
浮腫、やせ、しびれ、言語障害、悪心嘔吐、
便秘、呼吸困難、体重減少

後期高齢者で増加

認知症、ADL 低下、骨粗鬆症、椎体骨折、嚥下
困難、尿失禁、頻尿、譫妄、鬱、褥瘡、難聴、
貧血、低栄養、出血傾向、胸痛、不整脈

高齢者医療の問題点（1）

- 複数の疾患を同時に抱えていることが多い
- 病状・病態の非典型例が少なくない
- 病歴についての正確な情報が得にくい
- 理学的所見が取りにくい
- 検査がしにくい 例、レントゲン撮影

高齢者医療の問題点 (2)

- 病気の説明が正しく伝わらない
- 患者さんのリビング・ウィル Living Will への配慮が必要
- 認知症への対応で苦慮する
- 突然の事故で思わぬことになる
転倒、捻挫・骨折、誤嚥

訴え

- 訴えがいくつもある。後期高齢者では、平均8つ
- 不特定の訴えが多い
- 主訴の表現もずばりとはいかない。上手く解釈する必要がある

子供を診るのに似ている

- **足りない病歴**は家族から。医療スタッフ、前のカルテなどからも補う。
- **理学的所見**はできる範囲内で。医療スタッフの日頃の観察から得る。スタッフ間の協力が大事。
- **検査**はできる範囲内で

正しい情報（診断）が 正しい治療につながる

- 正しい診断を目指す
- 正しい治療法を目指す
- しかし病気や治療法をていねいに説明しても、
理解や協力が得られないことがある。

あとは家族に説明

キーパーソンが誰かを決めてもらう

治療上の問題点（1）

- 高齢者では、どの治療法が最も適切かの**エビデンス**が不足していることが多い。
- **併存疾患**(comorbidity)が多いため、各疾患ごとにどの治療法がベストなのかを病院の限られたスタッフで決定することが難しい（専門家が不足）。
- 併存疾患が多いと、投与する薬剤が多くなる。**ポリファーマシー** (polypharmacy) の問題が生ずる。

ポリファーマシーの問題点

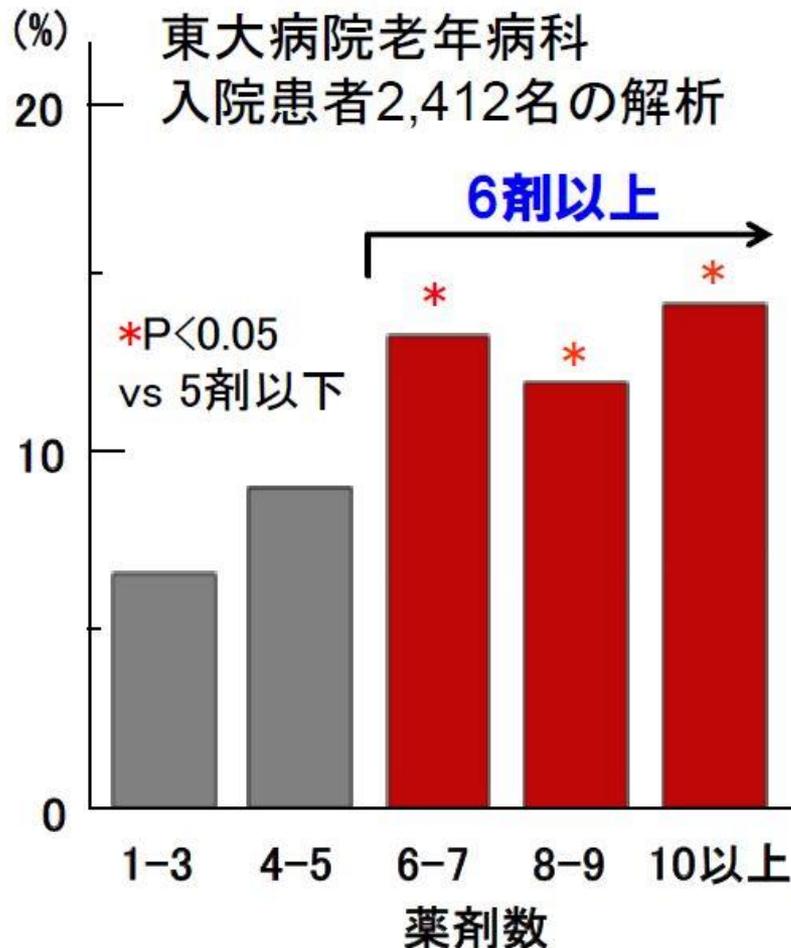
Polypharmacy ポリファーマシー

- 6種類以上の薬の投与で、薬の有害事象が多くなる
- 5種類以上の薬の投与で、転倒の発生頻度が高くなる

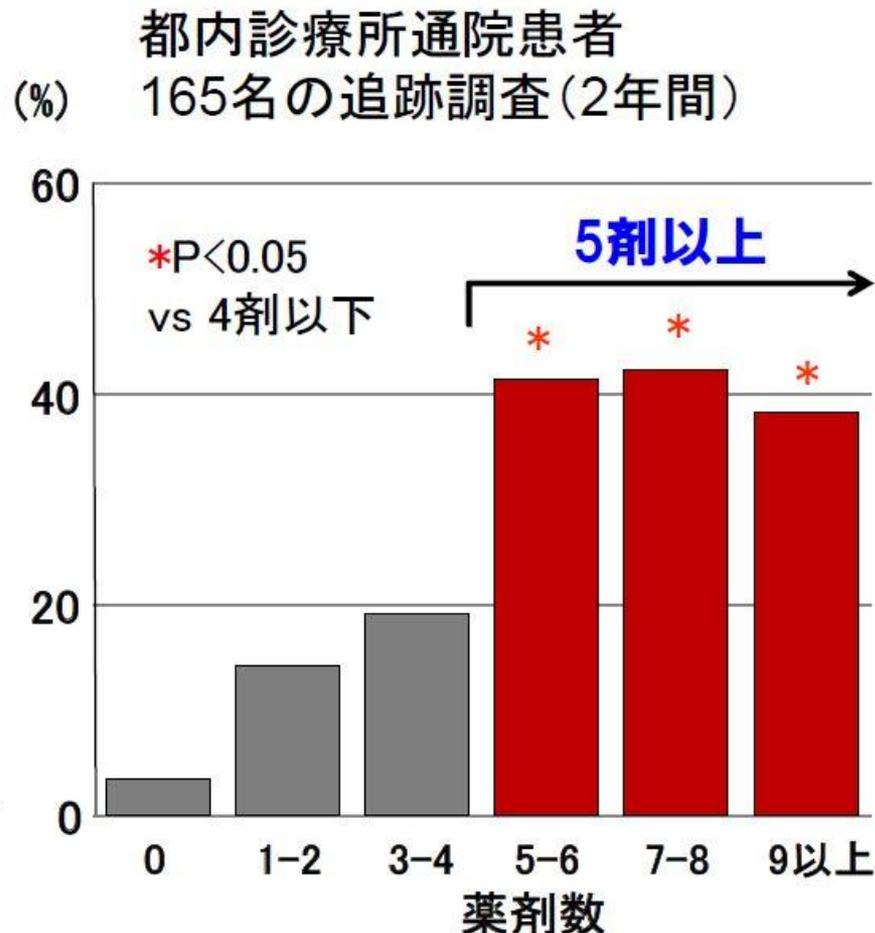


高齢者の多剤併用と老年症候群： 何剤からPolypharmacy？

1) 薬物有害事象の頻度



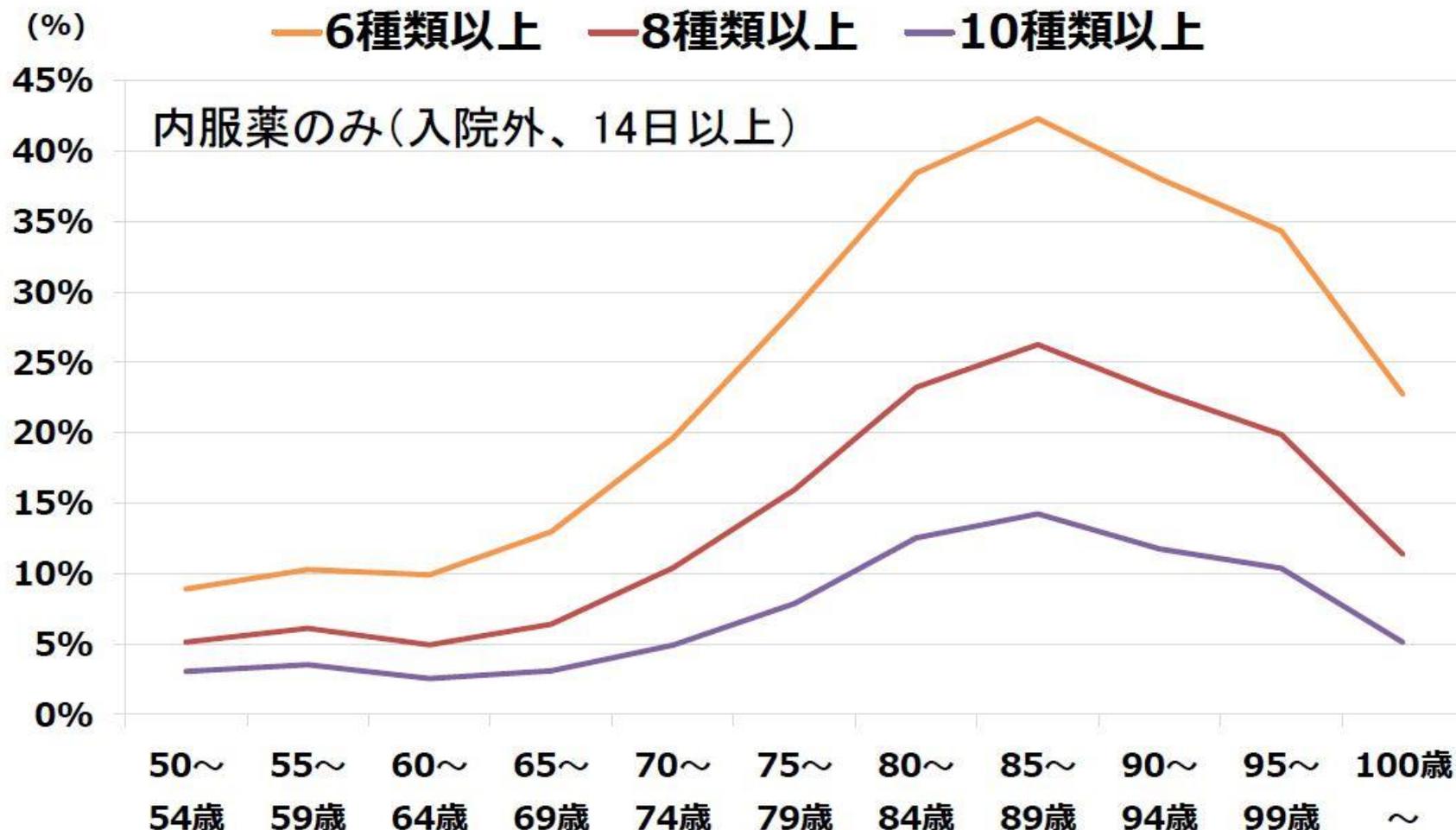
2) 転倒の発生頻度



(Kojima T, Akishita M, et al. Geriatr Gerontol Int 2012)

年齢階級別にみた多剤処方割合

(呉市国民健康保険及び後期高齢者医療広域連合 多剤集計)



厚労省第2回「高齢者医薬品適正使用検討会」資料より

ポリファーマシーを避けるために

■ 予防薬のエビデンスは妥当か？

■ 対症療法は有効か？

■ 薬物療法以外の手段は？

■ 優先順位は？

↳ 個々の病態と生活機能、生活環境、
意思・嗜好などを考慮して判断

治療上の問題点 (2)

- 併存疾患(comorbidity)があるため、薬剤の**投与量**に注意する必要がある
- 高齢者での臨床試験が少ないので、とくに新薬では、予期せぬ**副作用**が起こることがある
- 入院中に急速に**体力**が衰える
フレイル frail の評価が必要 予防が必要
- 入院中に急に**ボケる**
何故？ 予防が必要

フレイル frail とは

(名詞 frailty)

- 加齢とともに**心身の活力**(運動機能や認知機能等)が低下し、生活機能が障害され、心身の脆弱性が出現した状態
- **健康な状態**と日常生活でサポートが必要な**介護状態**の**中間**
- 適切な**介入・支援**により、生活機能の維持向上が可能。

フレイルの基準 (Friedの基準)

1. **体重減少**: 意図しない年間 4.5kg または 5% 以上の体重減少
2. **疲れやすい**: 何をするのも面倒だと週に3-4日以上感じる
3. **歩行速度の低下**
4. **握力の低下**
5. **身体活動量の低下**

3項目以上該当すると**フレイル**、1-2項目だけの場合はフレイルの前段階

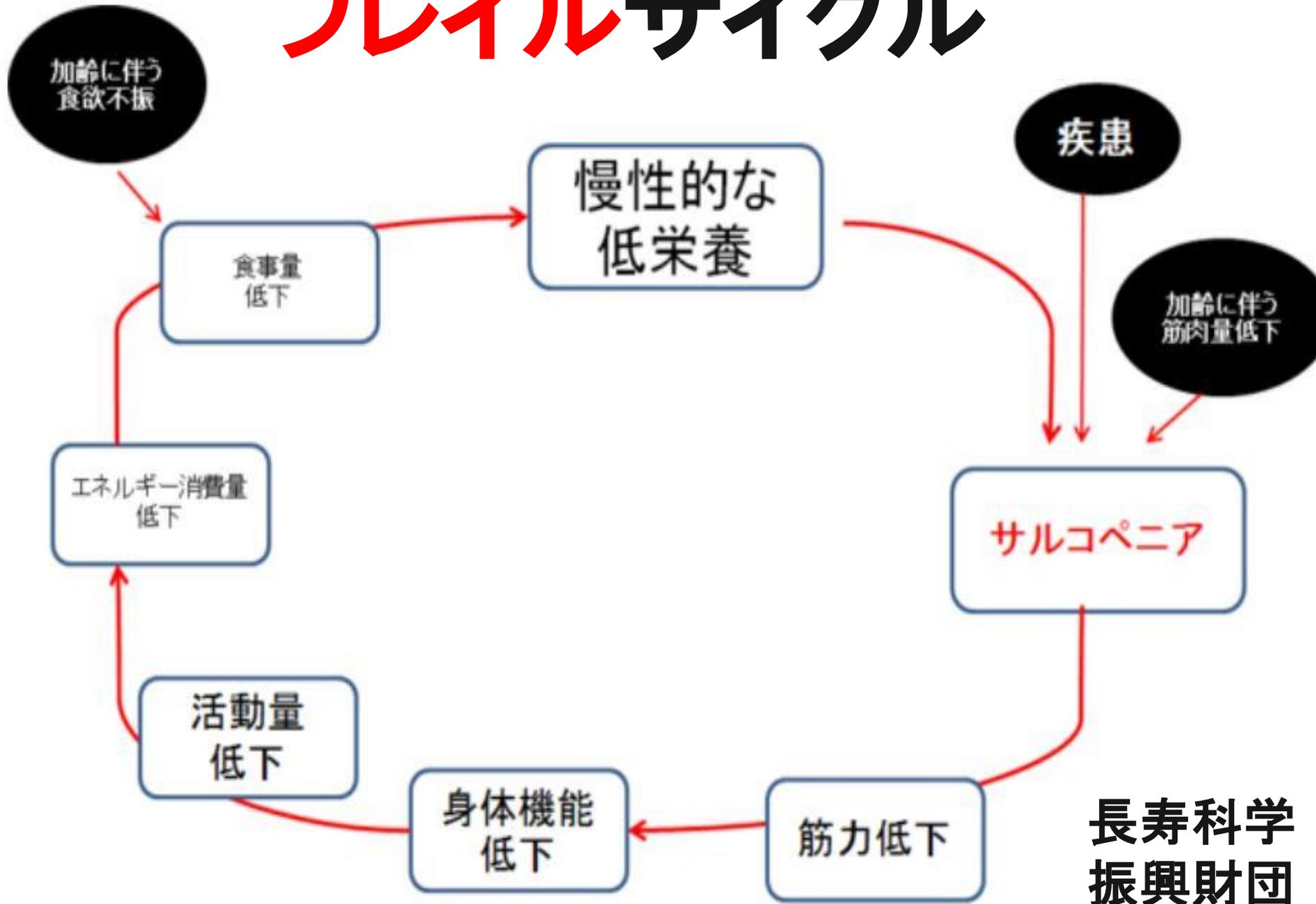
フレイル状態になるとどうなるか

- ストレスに弱くなる、病気になりやすくなる。
- 入院すると、環境の変化に対応できなくなる。
一時的に自分がどこにいるのかわからなくなる。
自分の感情をコントロールできなくなる。
- 転倒による打撲や骨折、病気をきっかけに
フレイルから寝たきりになってしまう。

サルコペニア sarcopenia

- sarco 筋肉 penia 減少(欠乏)
- 筋肉量が減少、歩行速度が低下。フレイルの状態の中でも、筋肉に注目した概念
- 加齢によるサルコペニアと病気に伴って起きるサルコペニアがある

フレイルサイクル



フレイルへの介入方法

- 持病のコントロール
- 運動療法
- 栄養療法
- 感染症の予防

日頃から適度な運動やバランスのよい食事などにより感染症に強い体作りをするだけでなく、インフルエンザワクチンや肺炎球菌ワクチンを接種する

高齢者での薬物療法

エビデンスが欠如

- 高血圧
- 脂質異常症
- 糖尿病
- 慢性腎疾患
- がん

特に慎重な投与を必要とする 薬物とは

- 重篤な有害作用が出やすい薬物
- 有害作用の頻度が多い薬物

高齢者への薬物投与； 併存疾患 (comorbidity) に注意

- 腎機能障害があると・・・腎排泄型の薬に注意
- 肝機能障害があると・・・肝代謝の薬に注意
- 精神障害があると・・・アドヒアランスの低下

などなど

加えて、polypharmacy の問題

一生懸命治療したが、 治療は限界

- いずれ訪れる**死は免れそうにない**。余命がわずかになってきた。
- **回復不能**の判断は、主治医を含む複数の医療スタッフによりなされるのが望ましい。
- 治療をあきらめるなら、**次の段階**は？

ターミナルケア
緩和ケア

安楽死
尊厳死

- 我々には、病気の自然経過を早めるような医療行為は許されていない

ターミナルケア

- 治療による延命よりも、病気の症状などによる苦痛や不快感を緩和し、精神的な平穏や残された生活の充実を優先させるケア

緩和ケア

- 緩和ケアでは、ターミナルケアに加えて治療も並行して進める。痛みなどの苦しみを緩和して、QOLを改善する。

安楽死と尊厳死の違い

- **安楽死**は、医師など第三者が薬物などを使って患者の死期を積極的に早めること。
- **尊厳死**は、延命措置を断わって自然死を迎えること。
- どちらも「不治で末期」「本人の意思による」という共通項はあるが、「**命を積極的に断つ行為**」の有無が決定的に違う。
- 「命を積極的に断つ行為」は許されていない。

尊厳死（1）

- 尊厳死とは、不治で末期に至った患者が、本人の意思に基づいて、死期を単に引き延ばすためだけの延命措置を断わり、自然の経過のまま受け入れる死。本人の意思は健全な判断のもとでなされることが大切で、尊厳死は自己決定により受け入れた自然死と同じ。

日本尊厳死協会の考え方

尊厳死 (2)

具体的に、主に次の5つの手段

- 胃ろうの中止
- 中心静脈栄養法など点滴の停止
- 人工透析の中止
- 人工呼吸器を外す
- 抗がん剤の投与中止

尊厳死はいまも医師が殺人罪などで訴えられる可能性のある“**グレーゾーン**”の医療行為

治療による延命行為を続けるか ターミナルケアに移るか

■ どのようなプロセスで決めるか

本人の生前の意思 リビング・ウィル

(個人の尊厳と価値観・人生観を尊重)

家族の意思

科学的な根拠(予後の予測)を参考に

(でも医療スタッフは本当のことは
なかなか本人には言いにくい)

Living Will

リビング・ウイル

■ 生前の意思

- 死に方の希望・・・例えば、① 尊厳死の権利を主張して、延命治療はしない、あるいは延命治療の打ち切りを希望する。
- ② 最期まで生きたい、人工呼吸器を。
- 他に、葬儀の方法、臓器提供など

ターミナルケア

開始する時期（1）

- 通常の治療同様、ターミナルケアを行うかどうかは、病気の予後についての告知後の、患者本人や家族の意思に任されている。
- しかし、ターミナルケアを始めるということは「**延命をあきらめる**」こととほぼイコールとなるため、開始の決断はとてもデリケートな問題。

ターミナルケア

開始する時期（2）

- **がん**などの病気の場合には、病状から予測される余命や、治療の効果が期待できるかどうかなどを考慮して、タイミングを決断することになる・・・ムズカシイ
- **認知症**や**老衰**の場合は、寝たきりになって介助があっても**食事ができなくなったとき**が、一般的にターミナルケアの開始時期と考えられている・・・わりとカンタン
- 本人の意思で開始を決断できるのが理想的だが

ターミナルケア

- 身体的ケア
- 精神的ケア
- 社会的ケア

精神的ケアと社会的ケアは、
家族や友人の役割が重要

Elisabeth Kübler-Ross

On Death and Dying 死ぬ瞬間 1969

- 病気により死を宣告された人の心理状態は、

第1段階 **否認**

第2段階 **怒り**

第3段階 **取引**

第4段階 **抑うつ**

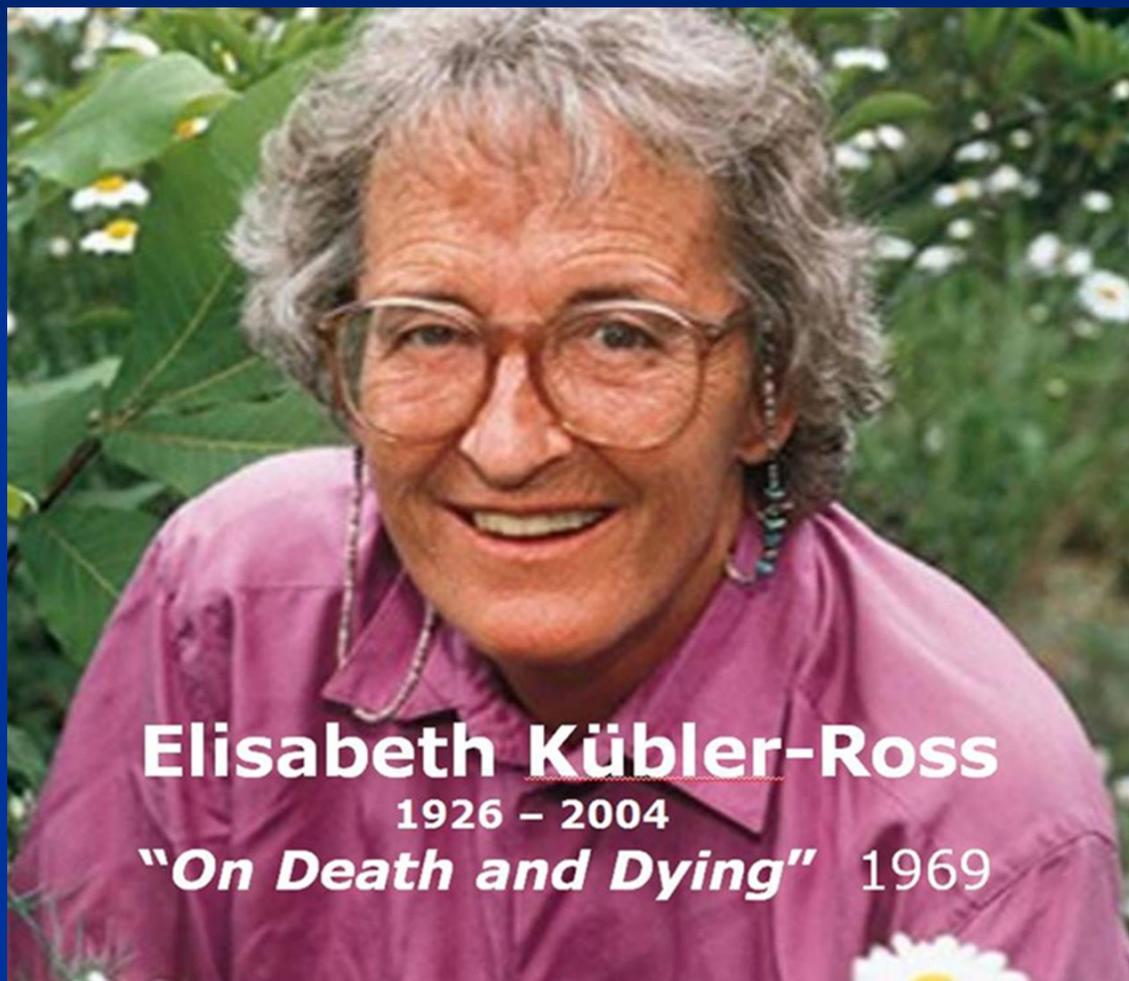
第5段階 **受容**

という5段階のプロセスをたどる、と発表

否認から受容へのプロセス

- 「否認」から「抑うつ」までの間には、「なぜ自分が」という怒りや、避けられない死への抵抗、恐怖や不安などが言動となって表れてくる。家族など周囲の人間にとっても苦しい時期だが、こうしたプロセスがあることをあらかじめ理解した上で、本人の心の整理を手助けし支えてあげる。
- 「受容」の段階でも心が揺らぐことがある。可能な限り肉体的苦痛を緩和し、**コミュニケーション**を取りながら不安を取り除くことで、本人の臨む最期を迎えられるようにする。

ところが Kübler-Ross は・・・



1万人以上の死にゆく人の心を見つめた彼女だが、脳卒中で倒れ自分が死を待つばかりとなった。

「死んでいく自分を受容することは、実に難しい。精神分析は時間と金の無駄だった。自分の仕事、名声、たくさん届けられるファン・レター、そんなのは何の意味もない。今何もできずにいる自分など一銭の価値もない。」

ターミナルケアで、 残された時間を充実したものに するには (1)

- 「最期は**自宅**で家族に見守られながら迎えたい」と考える人は多い。しかし、在宅でターミナルケアを行うには、人手の確保や急変時の対応、介護者の体力と精神面のバックアップなど、クリアしなければならないことがいくつもある。

ターミナルケアで、 残された時間を充実したものに するには (2)

- **本人の意思**を最大限尊重できるように、意思疎通ができなくなる前に**話し合っておく**ことが大切。

コミュニケーション

つるい養生邑病院における 看取り の具体的な方法

「適切な看取りに対する指針」にあり

- 医師による説明
- 看取り対応の実施
- 看取り対応の実施における責任体制と役割

病院長、主治医、統括看護師長、病棟看護師長、看護職員、管理栄養士、介護職員および看護補助者

- 夜間緊急時の連絡と対応
- 看取りに対する職員教育

家族に対する積極的支援

- 関係専門職種へ相談しやすい環境を整える
- 家族の精神的・身体的負担への配慮
- 家族関係への支援
- 家族の希望や心配事への配慮
- 死後の援助(グリーンケア)を行う

余話:アルツハイマー病の原因はウイルスか

認知症のブレインサイエンスとケア

ーアルツハイマー認知症は

抗ウイルス薬で予防できる

式場病院顧問

松下哲氏 (1960卒)

この小文は拙著「認知症のブレインサイエンスとケアーアルツハイマー認知症は抗ウイルス薬で予防できる」(2011年かまくら春秋社発行)を紹介したもので、認知症を来す疾患とケアについて記したものです。中でも最も読者に伝えたい想いに駆られたのは「不治の病とされてきたアルツハイマー認知症は感染症で予防や治療が可能」という知見です。ケアについては系統的に記述されている英国キットウッドの著書に準拠しました。

アルツハイマー認知症は原因不明の変性疾患でなく、感染症で予防可能であるという概念は、1982年カナダの神経病理学者が、病変がヘルペスウイルス急性脳炎と同じく辺縁系に生じることに着目したことに始まります。2018年台湾から「この概念を実証す

る最初の決定的疫学研究」がもたらされます。

アルツハイマー認知症の主な病原菌、口唇ヘルペスウイルスは若年に初感染が起こり、高齢では全員が感染しています。ウイルスは初感染で三叉神経節に潜伏し、その後再感染で三叉神経「節」から脳幹にある三叉神経「核」、更に辺縁系へ感染します。この再感染が繰り返されて脳がダメージを受け続けるとアルツハイマー認知症が発病します。アルツハイマー認知症の病理所見はこれに一致し、長い潜伏期を経て発病する病気であることを書き記します。高齢になって発症するかどうかは「再感染の頻度」と、再感染時に「抗ウイルス薬で治療」されたかどうかで決まります。

一方、既に発症した人の治療に関しては、早期アルツハイマー認知症のステージで抗ウイ

ルス薬の効果をみる第二相試験が米国老化研究所で組まれています。中間報告によれば、偽薬群では78週で15%認知能低下が見られたのに対し、抗ウイルス薬服用群では低下が見られず、PETでも有意差を認め、第三相試験に進むのに十分な成績が得ら

れました。

ここでアルツハイマー認知症について記した知見は、現在、専門家を含めて殆どの人が知らない状況にあります。一刻も早くこの知見が広まり、アルツハイマー認知症が激減する時代が来ることを私は切に願っています。

2022年5月のニュース！

認知症のなかで最も多いアルツハイマー病 AD の原因が口唇ヘルペスウイルスで、抗ウイルス薬服用で AD は進行しないようだ、との報告。