

の「高齢者がハッピーか」という思考そのものが、そのときは特に衝撃的に感じた。一方、今、老年内科医としての日々の診療で、よく患者本人へ「今の生活どう思いますか？」と尋ねることがある。その対象はフレイルな方から、寝たきり高度認知症含むMultimorbidityで入退院を繰り返す方まで様々であるが、「とても幸せです。皆が良くしてくれますから」というハッピーな返事をもらうなんて経験をする¹⁶⁾ことも決して少なくはない。

前述のWarrenは老年病棟を立ち上げ、多職種チーム介入を行ったと紹介したが、その際のモットーとしたのが、「Optimism and Hope (楽観と希望)」であったという¹⁶⁾。

まとめ

- 自身に潜みうるエイジズムを意識し、CGAやフレイルの視点でその多様性をとらえる。
- リスペクトの心を忘れない。
- モットーは楽観と希望。

コラム 高齢者にそのエビデンスは適用できる？

我々が日常参照しているガイドラインの推奨を目の前の高齢患者に適用してよいか、迷うことも多いと思われる。それは、ガイドラインの根拠となる臨床研究が、そもそも高齢患者を対象外としていることが多かったり、多くの臨床研究で設定されている生命予後改善等のアウトカムと、目の前の患者に設定したいアウトカム(QOLの改善など)が違ったりすることから生じる疑問である。また、高齢者は複数の慢性疾患を抱えていることが多く、それぞれの疾患ガイドラインを

どう適用させるかという問題もある。

そんな迷いへの解決策として、複数の慢性疾患を持つ高齢者ケアの意思決定に関する米国老年学会の提言(図1)¹⁷⁾の内容を紹介する。

- 生命予後が10年以上、併存疾患が少ない、フィットで機能が保たれている場合は、疾患別ガイドラインは適用できる。
- 生命予後が1～2年未満、慢性疾患の進行/終末期(例: 認知症, がん, 心不全)である場合は、疾患別ガイドラインは適用できず、治療軽減, 緩和ケア, 症状コントロールが考慮される。
- それ以外の場合(生命予後が2～10年, 併存疾患/重症度の増加がある, 機能障害がある)は、疾患別ガイドラインを適用できるか不確かであり、患者の健康の優先順位に沿ったケアを提供する。

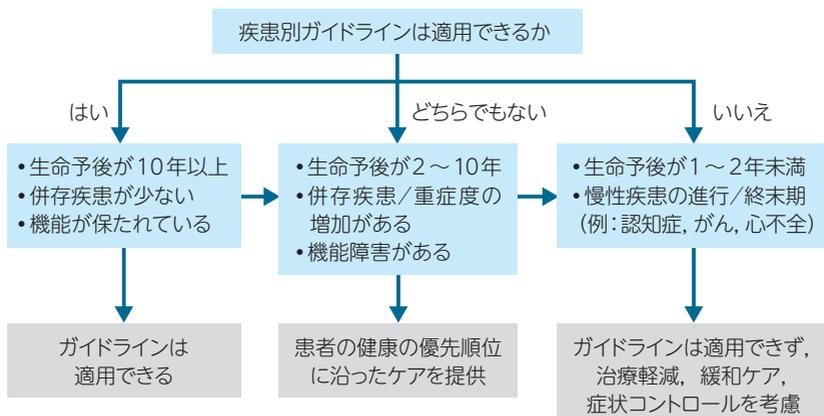


図1 複数の慢性疾患を持つ高齢者のケアの意思決定

(文献17をもとに作成)

転倒予防の訓練を受けた看護師が行う個別化多因子介入でも重篤な転倒は減少しなかったとする「STRIDE試験」⁸⁾、転倒リスクが高い70歳以上の高齢者に対して、郵送によるアドバイスに加え、転倒リスクのスクリーニング、転倒予防のための運動介入または多因子介入を行っても、郵送によるアドバイスのみを行った場合と比較して骨折は減少しなかったとする「PreFIT研究」^{9, 10)}などが代表となる。

これら近年の研究で示されたエビデンスの不確かさをふまえ、転倒のリスクが高い高齢者に対し、どうアプローチしていくべきか。薬剤療法を含めて考察していきたい。

3 スクリーニングとアプローチ

まず、65歳以上の高齢者には、年1回の転倒リスクのスクリーニングが推奨されている¹¹⁾。転倒の代表的なスクリーニングとアプローチを図1に示す¹¹⁾。評価のポイントは、「歩行・バランス評価」「多因子の評価」の2つである。歩行・バランスの評価としては、ここでは行いやすく情報量も多いget up and go test(別名timed up and go test:TUG)(図2)を紹介させて頂く。get up and go testの方法は、下記の通りである。

- Step1: 椅子から立ち上がる
- Step2: 3m歩く
- Step3: 方向転換する
- Step4: 椅子に戻る
- Step5: (振り向いて)椅子に座る

get up and go testでは全体の秒数を測定するが、同時に動作をみること、筋力、平衡、前庭機能、歩行全般の障害の評価など、簡便

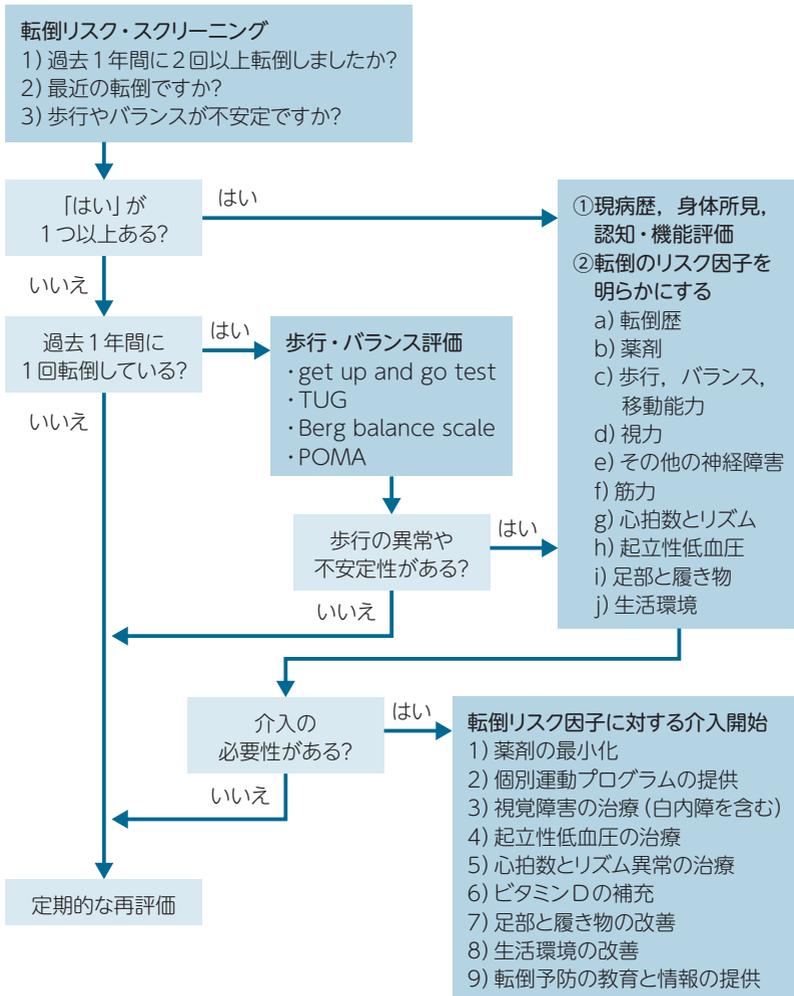


図1 転倒の代表的なスクリーニングとアプローチ

(文献11をもとに作成)

ながら多角的な情報が手に入るのが最大のメリットである。かかる秒数が長ければ長いほど、転倒リスクが高い傾向になる¹²⁾。ただし、カットオフに関しては研究によって様々であり、年齢とともに正常値が違いうことに留意する必要がある。60歳代では8.1(7.1~9.0)秒、70歳

3) フレイルと服薬アドヒアランス

フレイル高齢者は、服薬アドヒアランスが低下すると報告されている⁹⁾。服薬アドヒアランスの低下は死亡リスクとなるため、服薬アドヒアランスを保つことは薬物治療の重要な課題である。表1に示した通り、服薬アドヒアランス低下の原因は多岐にわたる⁸⁾。その多くはフレイルの危険因子と重複しており、アドヒアランスの低下はフレイルの一側面をとらえていると考えることもできる。フレイルと同様、社会的状況や生活環境なども含めて多角的に評価し、必要な対策を講じていく必要がある(※1章3「アドヒアランスの低下」参照)。

表1 服薬アドヒアランス低下の原因

1. 服薬管理能力低下 <ul style="list-style-type: none">・認知機能の低下・難聴・視力低下・手指の機能障害・日常生活動作 (ADL) の低下	5. 主観的健康感が悪いこと (薬効を感じられない等、患者自身が健康と感じないこと)
2. 多剤服用	6. 医療リテラシーが低いこと
3. 処方の複雑さ	7. 自己判断による服用の中止 (服薬後の体調の変化、有害事象の発現等)
4. うつ状態	8. 独居
	9. 生活環境の悪化

(文献8より引用)

4 フレイル高齢者への処方戦略

フレイル高齢者に対する治療・処方の決定に関する原則は、一般高齢者と同様である。しかし、フレイルは心身機能が低下した状態でありながら可逆性も有しており、積極的に治療するのか、QOLの向上を優先するのか、臨床家にとってジレンマが生じやすい。その克服は容易ではないが、1つの指針としてフレイル高齢者への処方戦略を図1に示した^{10~12)}。ここでは、図1の流れに沿って具体的に解説する。

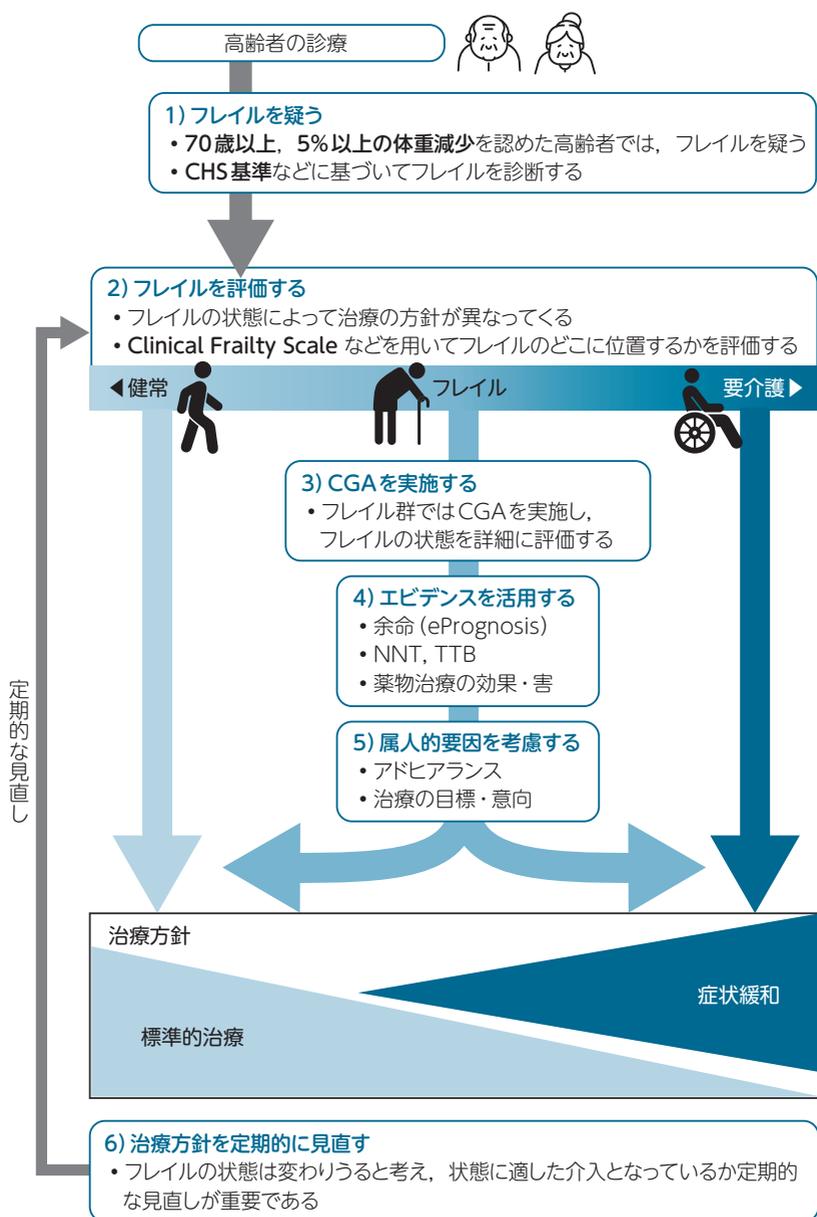


図1 フレイル高齢者の処方フローチャート

(文献10~12をもとに作成)

表5 multimorbidity患者の不適切な処方と副作用を最小限に抑えるための方法

- 1) 薬の服用の開始や服用量の変化は、1剤ずつゆっくり始めよう。中止ではなく減量も考慮しよう。
- 2) 「この症状は私の処方箋なしで対処できますか？」と尋ねよう。たとえば
 - 睡眠障害は、睡眠衛生の改善と行動の変化で対処できるか？
 - 尿失禁は、計画的な排尿と泌尿器科のリハビリテーション専門医への紹介で対処できるか？
 - 逆流性食道炎は、食事の変更とベッドの頭の上昇で対処できるか？
 - 足首の浮腫は、脚の挙上と圧迫ストッキングで対処できるか？
- 3) 患者さんの現在の目標と好みに応じて、投薬リストを年1回はレビューしよう。
- 4) 薬物投与スケジュールを統合して、複雑さとエラーの可能性を最小限に抑える。処方方の90%が1日4回以下の服用であり、投薬(朝、正午、夕方、就寝)を指定する標準化されたスケジュールを提案すべきであった。ケアプランの見直しも必要である。
- 5) 可能な場合は治療を統合する〔つまり、アンギオテンシン変換酵素(ACE)で血圧、腎保護、心不全の阻害薬としての効果〕。
- 6) スタチンやビスホスホネートなどの薬を処方するときには、5年以上の生存を推定している高齢の患者にのみ利益をもたらす可能性があることにも注意しよう¹³⁾。
- 7) 特に複数の処方医がいる場合は、全体的な投薬計画に関してサポートするために、かかりつけ薬局が推奨される。
- 8) 薬剤師だけでなく、理学療法士または作業療法士、ソーシャルワーカーや精神科医による社会的ケアの学術的サポートがあるかを確認しよう。

(文献12より改変引用)

5 multimorbidityの問題点を統合し「見える化」することでアプローチを考える

multimorbidityという状態の個別性の高さのため、介入も個別に考えなければならないことは理解しやすいだろう。先述したガイドラインに記載されている介入方法でも個別性の高いものにはなるのであるが、筆者が心がけている「multimorbidityのトライアングル」を紹介したい(図3)¹⁴⁾。詳細な解説は成書¹⁴⁾をご覧ください、大きく3つのステップに大別される。

1) STEP 1

1つ目のステップは先述したmultimorbidity patternやSocial Vital Signsに基づいた生物心理社会問題を統合したプロブレムリス

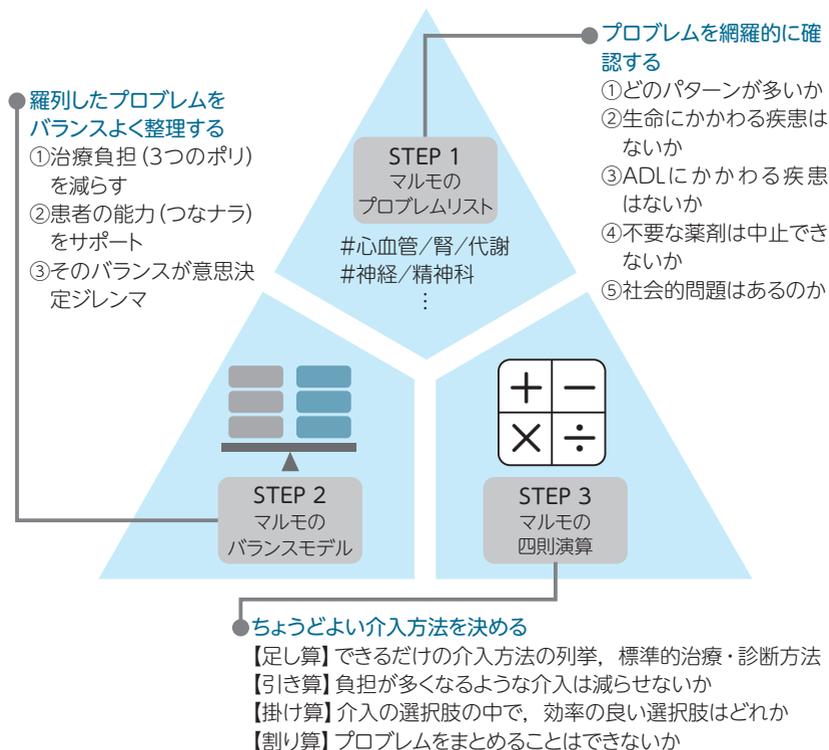


図3 multimorbidityのトライアングル

[大浦 誠：医学界新聞，2021；3444 (レジデント号)より転載]

トを作成し，患者がどの疾患パターンなのかをとらえ，生命やADLにかかわる緊急性の高い問題がないかを確認し，薬剤の中止の必要性や心理社会的な介入の方向性を考えることである。生物心理社会的なプロブレムをまとめて把握することで，問題点がどこにあるのかとらえることが目的である。

2) STEP 2

次のステップは，治療負担が重くないか，患者の能力をサポートできているかのバランスが取れているのかを確認することである。治療