

第147回日本医学会シンポジウム

わが国の高齢者医療をめぐる諸問題

期日 平成27年6月4日（木）

会場 日本医師会館

日 本 医 学 会

第147回日本医学会シンポジウム

わが国の高齢者医療をめぐる諸問題

日 時：平成27年6月4日（木）13：00～17：00

場 所：日本医師会館 大講堂

〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16

TEL 03-3946-2121 FAX 03-3942-6517

- 13：00 開会の挨拶 高久史磨（日本医学会長）
- 13：05 シンポジウム概説（序論） 大内尉義（虎の門病院病院長）

I. 高齢者医療における最新の概念

（座長）大内尉義（虎の門病院病院長）

- 13：15 1. 高齢者の定義を再考する
鈴木隆雄
（国立長寿医療研究センター
理事長（総長）特任補佐）
- 13：40 2. 高齢者の健康寿命を障害するフレイルの概念と意義
荒井秀典
（国立長寿医療研究センター 副院長）

II. 高齢者医療のエビデンスUpdate

（座長）秋下雅弘
（東京大学大学院医学系研究科教授 加齢医学）

- 14：05 3. 認知症医療の現状と将来展望
荒井啓行
（東北大学加齢医学研究所 教授）
- 14：30 4. 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン
秋下雅弘
（東京大学大学院医学系研究科教授 加齢医学）

Ⅲ. 超高齢社会を見据えた医療介護制度とそのシステム構築

(座長) 辻 哲 夫 (東京大学 高齢社会総合研究機構 特任教授)

14:55 5. 介護保険制度と地域包括ケアシステム

迫 井 正 深

(厚生労働省老健局 老人保健課長)

15:20 6. “Aging in Place” 実現のための地域づくり

飯 島 勝 矢

(東京大学 高齢社会総合研究機構 准教授)

15:45 休憩

16:00 総合討論

(司会) 大 内 尉 義

秋 下 雅 弘

辻 哲 夫

16:55 閉会の挨拶

久 道

茂 (日本医学会副会長)

17:00 終了

第147回日本医学会シンポジウム組織委員

大 内 尉 義

秋 下 雅 弘

辻

哲 夫

I. 高齢者医療における最新の概念

1. 高齢者の定義を再考する

鈴木 隆 雄

国立長寿医療研究センター 理事長（総長）特任補佐/

桜美林大学大学院教授 加齢・発達研究所長

高齢者を65歳以上とする定義は100年以上も前の当時プロイセン王国の首相であったBismarckが決めたとされているが、その理由は不明である。わが国ではこれまで便宜上65歳以上を「高齢者」と定義し、高齢者に関する社会制度を構築してきた。しかし高齢者の定義に関して少なくとも歴年齢を用いる場合の合理的根拠はない。アジア・アフリカなどの発展途上国では60歳以上を高齢者と定義している国も少なくない。一方、高齢者の健康水準や社会的状況によりその定義が変動する可能性が明らかである。

今日の先進諸国を中心とする長寿国、わけても日本においては高齢者の健康度（生活機能/日常活動能力）、身体機能、社会貢献性（プロダクティビティ）等のいずれかの側面からみても、過去の（65歳以上）の高齢者とは明らかに異なり、いずれの能力もかつてない程に顕著に高くなっていることは多くのデータから明らかとなっている。一例として、これまでは日本の高齢者の生活機能指標は1986年に開発された老研式活動能力指標が活用されてきたが、今日の高齢者の活動水準には不十分となっており、2013年は新活動能力指標（JST版）

が新たに開発され、現在のそして近い将来の日本の（高い生活機能を有する）高齢者の活動能力を測定することが可能となっている。またわが国を代表する老化に関する長期縦断研究（東京都老人総合研究所のTMIG-LISA及び国立長寿医療研究センターのNILS-LISA）のいずれにおいても、生活機能の基盤を構成する身体機能（特に運動機能）の定点的な測定データは、過去の高齢者に比べ（出生コホートの新しい）現代の高齢者において、その能力（機能）は著しく改善しており、いわゆる「若返り」が顕著となっている。下表はTMIG-LISAにおける65歳以上の高齢者における身体機能の1992年コホートと2002年コホートの差異を示したものであるが、握力や歩行速度などいずれの測定データにおいても2002年コホートでの有意な改善が確認されており、さらに探索的分析からそれらのデータは、おおよそ10歳程度も「若返って」いることが明らかとなっている。今回のシンポジウムでは日本の高齢者の定義を再考するうえで欠かすことの出来ない生活機能の著しい向上についての科学的根拠を紹介したいと考えている。

表1 1992年と2002年コホートで分布（分散と平均値）に有意差のない年齢階層

| 測定項目 | 平均値 ± 標準偏差 | | 統計的検定 | | | |
|----------|------------------|-------------------------|-----------------|--------|-----------------|-------|
| | 1992年 (65歳以上) | 2002年 (該当年齢と データ) | F ¹⁾ | P 値 | t ²⁾ | P 値 |
| 握力 | | | | | | |
| 男 | 30.2 ± 6.9 | 69+ 30.0 ± 6.6 | 1.925 | 0.166 | 0.278 | 0.781 |
| 女 | 18.2 ± 4.9 | 75+ 18.2 ± 5.3 | 1.405 | 0.236 | 0.013 | 0.990 |
| 開眼片脚起立時間 | | | | | | |
| 男 | 36.6 ± 24.0 | 69+ 36.8 ± 23.0 | 5.155 | 0.024* | -0.127 | 0.899 |
| 女 | 25.6 ± 23.0 | 68+ 25.8 ± 22.1 | 2.027 | 0.155 | -0.167 | 0.868 |
| 通常歩行速度 | | | | | | |
| 男 | 1.16 ± 0.27 | 76+ 1.17 ± 0.30 | 1.861 | 0.173 | -0.304 | 0.761 |
| 女 | 1.00 ± 0.27 | 76+ 1.00 ± 0.27 | 0.030 | 0.863 | -0.037 | 0.970 |
| 最大歩行速度 | | | | | | |
| 男 | 1.92 ± 0.44 | 69+ 1.92 ± 0.42 | 1.564 | 0.212 | -0.012 | 0.990 |
| 女 | 1.56 ± 0.40 | 73+ 1.55 ± 0.38 | 1.910 | 0.167 | 0.312 | 0.755 |

- 注 1) 両コホートの分散についてはF検定を行った。
 2) 両コホートの平均値についてはt検定を行った。
 3) *p<0.05

2. 高齢者の健康寿命を障害するフレイルの概念と意義

荒井 秀典

国立長寿医療研究センター 副院長

わが国の高齢化は急速に進んでおり、現在の高齢者人口は25%を超えている。約10年後の2025年には75歳以上の後期高齢者が2,000万人を超えると推定されており、わが国は世界一の長寿国として未曾有の超高齢社会を迎えている。これまで我が国の平均寿命は着実に延伸してきたが、健康寿命は男性で約9年、女性で約13年平均寿命より短く、介護を必要とする期間は依然として長い。したがって、いかに要介護状態に陥らないようにし、健康寿命を延伸するかが、世界一の長寿国である日本に課せられた喫緊の課題であろう。このために重要なのが脳心血管病予防とともに認知症対策とフレイル対策である。

加齢に伴い、様々な臓器機能が徐々に低下し、生理的な予備能が減少する。65歳以上75歳未満の前期高齢者と75歳以上の後期高齢者を比較すると、後期高齢者においては加齢による様々な生理的予備能の衰え

により、外的なストレスに対する脆弱性が高まり、感染症、手術、事故を契機として元の生活機能を維持することができなくなることが増えてくる。このように、加齢とともに環境因子に対する脆弱性が高まった状態がフレイルであり、健康長寿を達成する上で重要な概念である。同時に、フレイルは、高齢者の生命・機能予後の推定や包括的医療を行う上でも重要な概念であり、介入可能な病態であることから高齢者の健康増進を考える上では、すべての国民が理解すべき概念である。しかしながら、その定義、病態生理や早期発見のためのバイオマーカーの意義、適切な介入方法などについて十分な結論が出ているとは言いがたい。フレイルには身体的、精神心理的、社会的な要因があり、本シンポジウムではその歴史、意義、今後の展開など、最近の研究成果を含めて発表する。

II. 高齢者医療のエビデンス Update

3. 認知症医療の現状と将来展望

荒井 啓行

東北大学加齢医学研究所教授 脳科学研究部門 老年医学分野

1970年代, アルツハイマー病 (AD) はマイネルト基底核などの変性により神経伝達物質であるアセチルコリンが欠乏する疾患として「アセチルコリン仮説」に基づきコリンエステラーゼ阻害薬の開発が精力的に進められ, 1999年本邦で始めて「塩酸ドネペジル」がAD治療薬として承認を受けた。一方, 1980年代以降の「アミロイド仮説」からは, アミロイドベータ蛋白 ($A\beta$) 重合体は神経細胞障害性を有し, タウ蛋白の異常リン酸化や神経細胞死を介してADを発症させると多くの研究者は考えるようになったことから, $A\beta$ やタウに対する直接的な作用機序を有する「疾患修飾薬」の開発が進められるようになった。根治性を有する疾患修飾薬には, 抗 $A\beta$ ワクチン, BACE阻害薬, タウ凝集阻害薬などが挙げられている。また, 近年ADのバイオマーカー開発研究により, 脳脊髄液 $A\beta$ やタウ(リン酸化タウ) またPETによるアミロイ

ドイメーキングやタウイメーキングなど大きな進歩が見られた。正常とADの中間的ステージとして, Pre-clinical AD, Subjective cognitive decline, Prodromal ADなどの新たな概念も提唱されている。今後, これらバイオマーカーを用いたADの超早期診断と生活習慣介入や疾患修飾薬による先制医療(個別化予防介入)の時代を迎えると思われる。

参考文献

- 1) Kudo Y, et al. J Nucl Med. 2007; 48: 553-561.
- 2) Arai H, Okamura N, Furukawa K, Kudo Y. Tohoku J Exp Med. 2010; 221: 87-95.
- 3) Okamura N, et al. J Nucl Med. 2013 Aug; 54(8): 1420-1427.
- 4) Okamura N, et al. Curr Neurol Neurosci Rep. 2014 Nov; 14(11): 500. doi: 10.1007/s11910-014-0500-6.
- 5) 荒井啓行. アルツハイマー病バイオマーカー開発と治療戦略. 日本未病システム学会雑誌. 2012; 18: 89-93.
- 6) 荒井啓行, 古川勝敏. 脳脊髄液タウ蛋白測定 of 認知症診断への応用と保険収載. 医学のあゆみ. 2012; 243: 247-248.

4. 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン

秋 下 雅 弘

東京大学大学院医学系研究科教授 加齢医学

高齢者の薬物療法を困難にする要因として、有効性のエビデンスが乏しい一方で薬物有害作用（Adverse Drug Reaction, ADR）のリスクが高いことが挙げられる。高齢者のADRは重症化しやすいことも問題で、高齢者入院の3-6%を占める、あるいは長期入院の要因であるとの報告もある。高齢者ADRの要因として、薬物動態の加齢変化と多剤併用（polypharmacy）が重要だが、ADRが出やすいなどの理由で高齢者にふさわしくない薬物も多く存在する。それらの薬物や使用法をまとめて、米国のBeers、欧州のSTOPP、そしてわが国では2005年に日本老年医学会から「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」の一部として「高齢者に対して特に慎重な投与を要する薬物のリスト」が発表されてきた。

演者らは、安全性を主眼とした唯一の高

齢者薬物療法ガイドラインである「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」を全面改訂することを目的に、平成25年度より厚生労働省科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）を受けて、系統的レビューに基づいて、Minds2014で推奨されているGRADEシステムに準拠した方法で改訂作業を行ってきた。本ガイドラインの特徴として、中止の可能性を考慮すべき薬物のリストと、開始を考慮すべき薬物のリストの2つの薬物リストの作成が挙げられる。前者は、上記「高齢者に対して特に慎重な投与を要する薬物のリスト」の改訂版である。

シンポジウムでは、改訂版ガイドラインの骨子と、そこで明らかにされた高齢薬物療法の安全性に関するエビデンスについて講演する。

Ⅲ. 超高齢社会を見据えた医療介護制度とそのシステム構築

5. 介護保険制度と地域包括ケアシステム

迫 井 正 深

厚生労働省老健局 老人保健課長

2000年に導入された介護保険制度は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となった人びとが「尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う」ことを目的としつつ、要介護状態となった場合においても「可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように」という理念のもとで、各種介護サービスを提供するものである。

一方、制度創設から15年が経過する中で、65歳以上の人口は2,165万人から約700万人増加するとともに、少子高齢化の進展や低成長経済・厳しい財政状況など、介護保険制度をはじめとする社会保障制度を取り巻く環境は、更に厳しい状況を迎えている。介護サービス提供の着実な拡充とともに、更なる高齢化が進展する2025年以降の社会構造変革を見据えて、今後更に増加するであろう医療と介護を同時に要する高齢者が、生きがいをもって健やかに、住み慣れた地域社会で過ごしていけるような体制づくりが求められている。“地域包括ケアシ

ステムの構築”はこのような時代認識のもとで、地域のマンパワーや施設等のサービス提供状況、高齢化のスピードや地域における生活支援等の実情に応じた、地域主体の取組みである。

このような取組みを推進するため、2012年の介護報酬と診療報酬の同時改定では、医療と介護の機能分化・連携の強化、認知症にふさわしいサービスの提供について充実を図り、出来る限り住み慣れた地域で、住宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステムの構築を進め、更に2014年には地域における切れ目のない医療提供体制確保・地域包括ケアシステム構築のための制度改正、そして2015年には地域包括ケアシステム構築を一層推進するための介護報酬改定など、矢継ぎ早の制度改革や報酬改定が実施されている。

一連のキーワードである「地域包括ケアシステム」をどのようにとらえ、どのような道筋でその実現を目指すのか。これらの鍵となる概念や関連する政策・取組みを中心に、介護保険制度と地域包括ケアシステムについて、私見を交えながら概観する。

6. “Aging in Place” 実現のための地域づくり

飯 島 勝 矢

東京大学 高齢社会総合研究機構 准教授

未曾有の超高齢化を目の前にして大都市圏を中心に後期高齢者が倍増し、同時に認知症や独居高齢者が激増するとも推測される中、我が国の医療政策が問い直されており、幅広い視点から医療・介護提供体制を大きく進化させていく時期に来ている。そこには「病人である前に『生活者』である」という理念の下に、住み慣れた街全体で生から死までを地域全体で支え、みて(診て・看て)いくという地域完結型の医療への進化、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。すなわち従来の「治す医療」から『治し支える医療』という原点に立ち返る必要があり、その象徴的存在がまさに在宅医療である。言い換えれば、生活臨床とも言うべき心を委ねられた医療人が横に寄り添う姿が必要である。さらに、様々な連携(例えば、医療・介護・福祉の連携、各地区医師会・急性期から慢性期管理のできる病院・大学などの医育機関の連携、行政との連携、など)も強化されるべきであり、その結果、生活者でもある患者様を中心にして、全職種によ

るシームレス(切れ目のない)な現場を作り上げられるのであろう。

同時に、前述の医療・介護連携システム構築に加え、生活環境整備や生活支援などの多面的サポートも必要となってくる。そこには『Aging in Place(住み慣れた街でいつまでも)』をイメージし、最期まで生きがいを持てる長寿社会のまちづくりを目指す学際的な研究も重要である。われわれ東京大学・高齢社会総合研究機構(ジェロントロジー)は千葉県柏市をフィールドとして課題解決型の社会実証研究を行いながら、地域のまちづくりを多角的な視点で取り組んでいる。この『柏プロジェクト』を通して、最上流での介護予防から在宅療養までを展望した「総合的なまちづくり」を可視化したモデルとして具現化することを目的としている。その基盤となる真の地域包括ケアの改革が進むかどうかは、医療・介護関係者、行政、そして市民も含めた「まちぐるみでの活性化」が上手く進むかどうかにか大きくかかっている。

総合討論

(司会) 大内 尉 義
虎の門病院病院長

秋 下 雅 弘
東京大学大学院医学系研究科教授 加齢医学

辻 哲 夫
東京大学 高齢社会総合研究機構 特任教授