6. 日本老年医学会はハンドブックをどう活用するか:学究的立場から

荒井 秀典

Key words: エビデンス, HYVET, EWTOPIA75, 介護予防

(日老医誌 2013; 50: 309-311)

はじめに

健康長寿診療ハンドブックは、多くのガイドラインに準拠して構成されているが、その主な目的は実地医家向けに、高齢者に特徴的な病態を中心として解説し、そのスクリーニング、初期対応、専門医紹介のタイミングを含めて解説することである。しかしながら、高齢者医療においては確固たるエビデンスが存在しないため、成人と同じガイドラインを適用すべきかどうかについて迷うケースも多い。高齢者のみを対象としたガイドラインも存在するが、多くのガイドラインは成人を主たる対象とし、高齢者に関する章を設けて、いかに高齢者にガイドラインを適応するかについて述べている。本稿では、ハンドブックの内容を受けて、ハンドブックの学究的な活用について考察したい。

高齢者医療におけるエビデンス

表1に示すように、健康長寿診療ハンドブックでは多くのガイドラインを参考として、高齢者の診療を行う際の指針を示している。従って、ハンドブックを一読すれば、頻度の多い疾患における高齢者のエビデンスの概要を知ることができる。例えば、生活習慣病である高血圧、脂質異常症、糖尿病についての管理について記載されている。しかしながら、これらの慢性疾患のガイドラインはあるものの、特に後期高齢者や虚弱高齢者に対するアプローチについてはエビデンスが乏しいことが分かる。また、ガイドラインのない領域では今後ガイドライン作成のためのエビデンスを構築する必要がある。

図1には高齢者の慢性疾患における総合的管理の考え

方が示されているが、まず数値目標を決定する前に、各患者の身体的機能、精神・心理機能、社会・経済的機能の評価が重要である。その上でQOLを考慮しながら、管理目標値を設定することが推奨されている。同時に、介護支援や社会参加・社会貢献への支援も必要とされている。従って、ガイドラインの有無にかかわらず、このような考え方は重要である。

たとえば、高血圧の治療に関してJSH2009によれば、高齢者においても積極的な降圧治療の重要性が明記されている。その理由としてはHYVETという80歳以上の高齢者を対象とした大規模臨床試験により、降圧治療を行った方がプラセボ投与群に比べ、21%総死亡が減少したことにより¹⁾、後期高齢者であっても収縮期圧160 mmHg以上は降圧治療を行うべきであるという結論になった²⁾。ただ、降圧する場合には、150/90 mmHgを中間目標として緩徐に降圧することが推奨されている。しかしながら、転倒リスクが高い虚弱高齢者に対する降圧目標をどうすべきか、などについてはコンセンサスがあるとは考えにくい。ため、虚弱高齢者における降圧目標に関するエビデンスを構築する必要があるかもしれない。

糖尿病に関しては図2に示すように基本となる血糖管理目標値としてHbA1c 7.4%未満、良好なADL、低血糖を来しにくい処方内容での目標として6.9%未満、ADLが低下した高齢者や予後不良の高齢者においては7.9%未満などの数値目標が提示されているが、十分なエビデンスがあるとはいえず、今後検討課題であろう。

脂質異常症についても75歳以上のエビデンスは乏しく、2007年の動脈硬化性疾患予防ガイドラインでは、主治医の判断に任せるとされていた。2012年に改訂されたガイドラインでは、二次予防に関するエビデンスを踏まえ、75歳以上の二次予防患者は成人同様のLDLコレステロール管理目標値が適応できるとしている³⁾。現

How should JGS utilize the clinical handbook for active aging? —From research point of view—

Hidehiko Arai: 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻

表1 参考にしたガイドライン一覧

ガイドライン	発行年	関係団体
高齢者総合的機能評価ガイドライン	2003	長寿科学総合研究 CGA ガイドライン研究班
認知症疾患治療ガイドライン	2010	日本神経学会
高齢者の安全な薬物療法ガイドライン	2005	日本老年医学会
骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン	2006	日本骨代謝学会
高血圧治療ガイドライン	2009	日本高血圧学会
科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン	2010	日本糖尿病学会
動脈硬化性疾患予防ガイドライン	2007	日本動脈硬化学会
脂質異常症治療ガイド	2008	日本動脈硬化学会
心房細動治療（薬物）ガイドライン	2008	日本循環器学会
COPD 診断と治療のためのガイドライン第3版	2009	日本呼吸器学会
慢性気道疾患プライマリケア医用ガイド	2005	IPAG
過活動膀胱診療ガイドライン	2005	日本排尿機能学会
男性下部尿路症状診療ガイドライン	2008	日本排尿機能学会
夜間頻尿診療ガイドライン	2009	日本排尿機能学会
EBMに基づく前立腺肥大症診療ガイドライン	2001	日本泌尿器科学会
EBMに基づく尿失禁診療ガイドライン	2004	日本泌尿器科学会
脳卒中治療ガイドライン	2009	日本脳卒中学会
急性冠症候群の診療に関するガイドライン	2007	日本循環器学会
成人市中肺炎診療ガイドライン	2007	日本呼吸器学会
成人院内肺炎診療ガイドライン	2008	日本呼吸器学会
褥瘡予防・管理ガイドライン	2009	日本褥瘡学会
終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン	2007	厚生労働省

図1 高齢者慢性疾患における総合的管理の考え方（健康長寿診療ハンドブックより）

目標値設定の考え方

- ・QOLを重視し、年齢、ADL、患者の価値観や経済状態と合せて総合的に検討する

基本となる血糖管理目標値

- ・HbA_{1c} 7.4%未満、FBS 140mg/dl未満

75歳未満・良好なADL・低血糖を生じにくい処方内容の患者での目標値

- ・若・壮年者と同様（HbA_{1c} 6.9%未満）

ADLが低下した症例、予後不良の症例など

- ・低血糖や著明な高血糖の予防に配慮しながら個別の目標を設定する（HbA_{1c} 7.9%未満など）

HbA_{1c}はNGSP値で表示

図2 高齢者糖尿病の血糖管理（健康長寿診療ハンドブックより）

在、75歳以上の1次予防に関する脂質低下療法のエビデンスがないため、現在老年医学会が中心となって、EW-TOPIA75試験が進行している。

介護予防に関するエビデンス

認知症患者や要介護高齢者の増加は大きな社会問題となっているが、その予防に関するエビデンスはほとんどない。ハンドブックにおいても介護予防に関して、一つの章にまとめられている。しかしながら、エビデンスに関する記載はなく、介護予防に関する日本の予防対策に

関して述べられているのみである。今後の日本に必要なのは、現在の特健診、基本チェックリストを用いたスクリーニングで早期に虚弱高齢者を同定し、適切な予防介入を行うことにより、ADLや認知機能の低下を予防できるかどうかを明らかにすることである。現在行われている、二次予防事業対象者をターゲットとした予防プログラムも今後検証していく必要があり、エビデンスを元に改善の余地があると思われる。

我々は地域における介護認定を受けていない二次予防事業対象者を対象として、運動による介入を6カ月行う

ことにより、その後1年間における要介護認定率を半分以下に抑制できることを明らかにした。また、基本チェックリストにおいて7つ以上の項目を満たす高齢者では、6つ以下に比べ、有意に要介護に陥る可能性が高いことを明らかにし、基本チェックリストにより、ハイリスクの高齢者を選定し、適切な介護予防を行うことは大きな意義があると考えている (Yamada M, Arai H, et al, unpublished).

おわりに

本稿ではハンドブックを学究的に生かす方法について考察した。すなわち、すでに高齢者においてはエビデンスに基づくガイドラインがある領域とそうでない領域が

あり、そうでない領域においては今後エビデンスの構築が望まれる。特に、介護予防に関するエビデンスはほとんどないため、超高齢社会における健康長寿を維持するためには、この分野におけるエビデンスの構築も重要と考えられる。

参考文献

- 1) Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu D, et al: Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med* 2008; 358: 1887-1898.
- 2) 日本高血圧学会：高血圧治療ガイドライン 2009.
- 3) 日本動脈硬化学会：動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012.