

1. 「高齢者の多病と多様性」

- ・ 高齢者の病態と生活機能、生活環境をすべて把握する。

1. 1. 老化の進行速度には大きな個人差があり、その上、老化の身体的・精神的・社会的な機能面に対する影響の大きさは個人によりそれぞれ異なっている¹⁴⁾。また、生活習慣病をはじめとする多くの疾患は高齢になるにつれて有病率が高まるため、高齢者は複数の疾患に罹患していることが多い²⁻⁴⁾。したがって、高齢者に対する医療提供にあたっては、かかりつけ医としての役割を意識し、全ての病態を把握した包括的な管理を目指すことが望ましい。
1. 2. 身体的・精神的・社会的な機能の多様性から高齢者では個人差が非常に大きく、症状や所見も非定型である事が多い¹⁴⁻¹⁶⁾。こうした多様性を念頭に置き、高齢者総合的機能評価を用いて身体的・精神的・社会的な機能を個別に評価することが重要である¹⁷⁻²⁰⁾。また、高齢者では疾患の経過が医学的要因のみならず、環境要因の影響を強く受けるため、居住環境や生活習慣、経済状態、家族関係、社会関係を把握し、それらを医療に反映することが重要である²¹⁻²⁵⁾。
1. 3. 高齢者では多病のため、複数の医療機関から断片的かつ重複した医療提供を受ける可能性が高い^{10,26-28)}。一方で年齢や身体的、精神的、社会的な機能の低下などを理由に、受け入れや処置などの医療提供が制限され過少医療に陥る危険性がある²⁹⁻³³⁾。高齢者においても有効性が確立された医療行為が存在することを念頭に置き、ベネフィット・リスクバランスを考慮した医療提供を心がける^{34,35)}。

2. 「QOL維持・向上を目指したケア」

- ・ 生活機能の保持、症状緩和などによりQOLの維持・向上を目指す。

2. 1. 高齢者は若年者に比べて予備力に乏しく、若年者であれば一過性に終わるような疾病、例えば腰痛や肺炎であってもそれを契機として日常生活機能低下などによりQOL低下を生じやすい³⁶⁻³⁸⁾。一度日常生活機能低下を来すと完全な回復を期待することは難しいため^{39,40)}、転倒予防⁴¹⁻⁴⁴⁾やワクチン接種⁴⁵⁻⁴⁸⁾、口腔管理⁴⁹⁻⁵¹⁾などを行いその契機となる疾病を予防すること、また疾病に罹患した場合でも早期離床を図るとともに機能回復のためのリハビリテーションを早期から行い、日常生活機能の保持をはかることが重要である^{52,53)}。
2. 2. 老年症候群と呼ばれる高齢者に頻繁に見られる諸症状(認知症、せん妄、うつ、虚弱、廃用症候群、低栄養、嚥下障害、転倒、尿失禁、便秘、褥瘡、脱水など)⁵⁴⁾もQOL低下や日常生活機能低下を来すことが多い⁵⁵⁻⁵⁷⁾。これらの老年症候群を予防し、また発症の際には早期発見、治療するため、包括的なスクリーニング、評価が必要である。特に認知症については、広くスクリーニングを行うとともに、必要に応じて専門医療機関での鑑別診断を含めて早期に対応することが重要である。

2.3. 高齢者の疾患は、その多くが治癒を期待できない慢性疾患である³⁾。このような慢性疾患に対しては治癒を目指したやみくもな治療よりも症状緩和が重要である。保健・医療・福祉の一体的な取り組みによって療養環境の整備、メンタルケア、栄養管理や口腔ケアを含めたヘルスケア、緩和ケア等を行い、QOLを低下させる症状の緩和と共にQOLの維持・向上に努める。

3. 「生活の場に則した医療提供」

- ・患者のQOL維持に生活の場の問題は重要であり、適切な医療提供の場を選択する
- ・医療提供の場を変更する際に生じる問題を理解し、予防に努める

3.1. 患者本人が生活の場として快適である場所、QOLを最も高く維持できる場所で可能な限り長く過ごせるように医療、看護、介護、福祉による地域包括ケアを含めた総合的なケアを目指す⁵⁸⁾。入院治療が必要となった場合においても、生活の場に早く戻る事を目標として早期から退院支援を十分に行う。医療提供の場を選択並びに変更する場合には、患者本人・家族と積極的に情報を交換してどのような場がふさわしいかを決定する支援を行う^{59,60)}。

3.2. 医療提供の場を変更する際、医療提供者間のコミュニケーション不足から不適切な医療が行われることがある^{61,62)}。また、医療提供の場が変わることに伴い、せん妄などの精神症状⁶³⁾や廃用症候群³⁶⁻³⁸⁾を生じやすい。したがってこうしたリスクを理解し、予防に努めると共に円滑な医療連携を実践する⁶⁴⁾。

3.3. 医療提供の場として入院医療や外来医療に加えて訪問看護ステーションや認知症サポート医などの地域における医療資源を活用した在宅医療や施設における医療を考慮する。

4. 「高齢者に対する薬物療法の基本的な考え方」

- ・有害事象や服薬管理、優先順位に配慮した薬物療法を理解し、実践する。

4.1. 高齢者では有害事象が起こりやすい^{65,66)}。薬物動態や薬力学の加齢変化^{67,68)}を理解し、原則的に少量から薬物を開始し、薬物に対する反応・薬物有害事象をモニターしながら漸増する^{69,70)}。多剤併用（特に6剤以上）に伴って予期せぬ相互作用や薬物有害事象の危険性は高くなるため^{6,71-76)}、可能な限り多剤併用は避ける。また、高齢者に対して有害事象を起こしやすい薬物が知られており^{77,78)}、それらの薬に関しては特に慎重に適用を考慮する⁷⁹⁾。

4.2. 認知機能の低下、巧緻運動障害、嚥下障害、薬局までのアクセス不良、経済的事情、多剤併用など薬剤療法に対するアドヒアランスを低下させる要因は多岐に渡る⁸⁰⁾。服薬アドヒアランスについて、本人だけでなく家族や介護者からも定期的に情報を収集し、アドヒアランスを低下させる要因を同定し、予防・改善に努める^{81,82)}。また、合剤の使用や一包化、剤形の変更など服用が簡便になるよう工夫する⁸³⁾。

- 4.3. 高齢者は慢性疾患や老年症候群を複数有していることが多いが、高齢者対象の診療ガイドラインは十分に確立されておらず⁹⁾、若年者対象の診療ガイドラインの適用により必ずしも良好な結果が得られないため、疾患や症状毎に薬物療法を行う考え方は必ずしも適切でない¹⁰⁻¹²⁾。個々の患者の疾患や重症度、臓器機能、身体機能・認知機能・日常生活機能、家庭環境を総合的に考慮し、患者と家族の目指す治療目標に応じて薬物の適用と優先順位を判断し、必要な薬物を選択し⁸⁴⁾、優先度が低い薬剤は中止を考慮する^{66,85,86)}。
- 4.4. 代替手段が存在する限り薬物療法は避け、まず非薬物療法を試みるべきである^{69,70)}。全ての薬物（ビタミンや漢方薬、OTCなども含む）をお薬手帳などを用いて把握し^{87,88)}、併用薬が不明な場合、原則的に新たな処方避ける。薬物動態や薬力学の加齢変化、生活環境の変化^{67,68)}によって、薬物が不要になる場合がある事を理解し、定期的に必要性を見直すべきである^{66,89-92)}。

5. 「患者の意思決定を支援」

- ・意思決定支援の重要性を理解し、医療提供の方針に関して合意形成に努める。

- 5.1. 高齢者医療では想定される優先目標が立場や価値観の違いによって異なってくる。例えば、高齢者医療の優先順位に関する意識調査において、高齢者が医療に対して望むことは「病気の効果的治療」や「身体機能の回復」であったが、医師が優先することは「QOL（生活の質）の改善」と異なっていた⁹³⁾。したがって治療に関するエビデンス、予後に関する情報を提供することによって意思決定を支援し、患者本人と家族の価値観を尊重しつつ目標に関して合意形成を行う事が重要である⁹⁴⁾。
- 5.2. 合意形成において最も重視すべきことは患者本人の意思・価値観である。終末期や認知機能障害等により患者本人から意思、価値観を確認することが困難な場合であっても、患者本人の価値観を家族や医療チームが想定し、合意形成を目指す。

6. 「家族などの介護者もケアの対象に」

- ・家族をはじめとした介護者の負担を理解し、早期に適切な介入を行う。

- 6.1. 介護者は心身に大きな負担がかかり、QOL低下やうつ病などの危険性が高まることが報告されている⁹⁵⁻⁹⁸⁾。したがって医療提供に際しては介護サービスなどの社会資源を得られるよう積極的に情報を提供し、レスパイトケアなどの介護者の負担を軽減する方策を考えることが必要である^{25,99-102)}。介護者の心身への負担が強い場合には医療機関への受診を勧める。
- 6.2. 本邦においては少子高齢化や核家族化の影響から、独居高齢者、高齢者が高齢者を介護するいわゆる「老老介護」、認知症患者が認知症患者を介護するいわゆる「認認介護」が社会問題化している¹⁰³⁾。そうした介護状況には格別の注意が必要であり、早期に家族等と相談し、介護能力を考慮した上で、介護保険サービスの導入等の対応を行うことが望ましい。

7. 「患者本人の視点に立ったチーム医療」

- ・患者もチームの一員であることを理解し、患者本人の視点に立った多職種協働によるチーム医療を行う。

7.1. チーム医療とは「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」¹⁰⁴⁾と定義される。高齢者に対するチーム医療の適切な導入は医療の質・安全性の向上、医療スタッフの負担軽減に有効である¹⁰⁵⁻¹¹²⁾。医療提供者は医療、看護、介護、福祉に携わる各職種の専門性をお互いに理解、尊重し、多職種協働によるチーム医療を行う¹¹³⁾。

7.2. チーム医療においては、患者本人の視点に立つことが重要である¹¹³⁾。相談と説明を行うだけでなく、患者本人及び家族のチームミーティングへの参加を促す。患者本人及び家族が能動的に医療提供に関わることで、医療の質の向上¹¹⁴⁾、機能低下や入院の予防^{59,60,115)}が期待できる。