

第71回 学術講演会

日時 平成29年3月9日(木)
午後6時～8時

場所 ホテルグランヴィア京都
3階「源氏の間」

高齢者医療の現状と課題 — 認知症・フレイル —

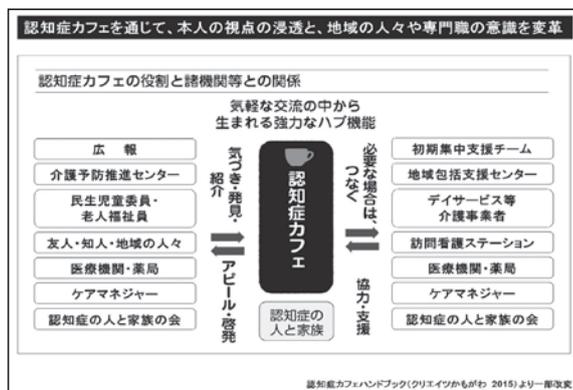
代表世話人・座長 一般財団法人神戸在宅医療・介護推進財団理事長 京都大学名誉教授 **北 徹 先生**

講演 I .

「認知症の診断・治療・ケアと 地域の取り組み」

藤田保健衛生大学医学部
認知症・高齢診療科教授

武地 一 先生

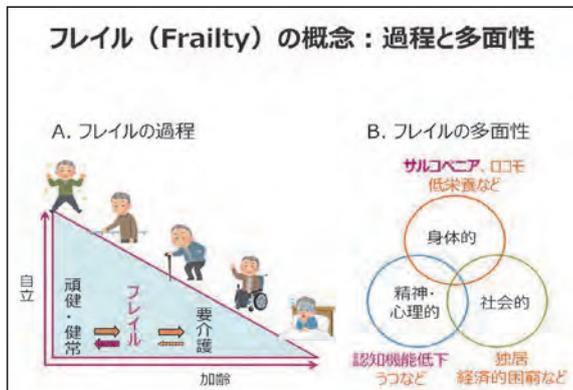


講演 II .

「フレイル・サルコペニアと 生活習慣病の管理」

東京大学大学院医学系研究科
加齢医学(老年病学)教授

秋下 雅弘 先生



共催 / 京都府医師会・京都内科医会
(公財)鈴木謙三記念医科学応用研究財団

この講演会は、日本医師会生涯教育講座2単位が取得できます。

講演I :

「認知症の診断・治療・ケアと
地域の取り組み」

藤田保健衛生大学医学部
認知症・高齢診療科教授

武 地 一 先 生



講演II :

「フレイル・サルコペニアと
生活習慣病の管理」

東京大学大学院医学系研究科
加齢医学（老年病学）教授

秋 下 雅 弘 先 生



プロフィール

1986年 京都大学医学部医学科卒業
1986年 京都大学医学部附属病院（内科研修医）
1987年 福井赤十字病院内科医員
1989年 京都大学大学院医学研究科博士課程
（加齢医学）入学
加齢医学・北徹教授、細胞生物・永田和宏教授の
指導を受ける
1993年 京都大学大学院医学研究科博士課程
（加齢医学）卒業、医学博士号取得
1993年 新技術事業団研究員（大阪バイオサイエンス研究所）
神経科学部門・渡辺恭良部長の指導を受ける
1996年 ドイツ・ザール大学生理学研究所博士研究員
アーサー・コナーズ教授の指導を受ける
1999年 京都大学医学部附属病院老年科 助手（助教）
2010年 京都大学大学院医学研究科加齢医学 講師
2014年 京都大学大学院医学研究科臨床神経学 講師
2016年 藤田保健衛生大学医学部認知症・高齢診療科 教授
現在に至る

所属学会：

日本神経学会、日本老年医学会、日本内科学会、
日本認知症学会、日本認知症ケア学会、
日本神経科学学会、日本老年精神医学会

受賞：

平成28年度日本認知症ケア学会・読売認知症ケア賞（奨励賞）

1985年 東京大学医学部卒業
1994年 東京大学医学部老年病学教室助手
1996年6月 スタンフォード大学研究員
1996年9月～1998年12月
ハーバード大学ブリガム・アンド・ウイメンズ病院研究員
帰国後前職（東京大学助手）
2000年 杏林大学医学部高齢医学講師
2002年 杏林大学医学部高齢医学助教授
2004年 東京大学大学院医学系研究科加齢医学助教授
（2007年職名変更により准教授）
2013年 同教授
現在に至る

学会活動：

日本老年医学会副理事長、日本老年薬学会代表理事
日本動脈硬化学会理事、日本Men's Health医学会理事
日本性差医学・医療学会理事

主な研究テーマ：

老年病の性差、高齢者の薬物療法

「認知症の診断・治療・ケアと地域の取り組み」

藤田保健衛生大学医学部
認知症・高齢診療科教授

武 地 一

少子高齢化が進む日本において地域包括ケアの確立が求められているが、その中で、認知症の課題に取り組むことは重要である。その理由として、①認知症では自律性の低下、すなわち自分自身の生活を律していくことの難しさがあり、独居、高齢者単独世帯が増加する中、社会的な支援が不可欠なこと、②ありふれた病気である一方、病態理解や支援のため病気の状況、家族や生活環境、身体併存症の状況、生活史など多数のパラメーターへの配慮が必要で専門性を求められる点も多いことなどが挙げられる。

医学的には2011年、2013年にNIA-AA、DSM-5という形で、アルツハイマー型認知症あるいは認知症の診断基準が更新され、アミロイドPET、タウPETなどの病理的背景に基づいた新たな診断ツールが発展してきており、病態の理解は飛躍的に進歩してきている。新薬の開発においても、これらのバイオマーカーに基づいた発症前の介入にシフトしてきている。目下の治療においては、コリンエステラーゼ阻害剤、NMDA受容体拮抗薬による治療に加え、認知症による行動・

心理症候を緩和するための薬物療法・非薬物的介入についてガイドラインが作成されている。アルツハイマー型認知症については、根本治療薬としての抗体療法などの新規開発が進んでいるが、実際に処方可能となるまでにはまだ時間がかかる可能性も高い。

包括的な認知症施策として2012年の「今後の認知症施策の方向性について」の発表、2015年の新オレンジプランとしての刷新が行われている。特に新オレンジプランでは、本人の視点の重視として、認知症の人にも様々な活動に主体的に参加してもらうことが謳われている。また、認知症の人の家族へのケアの重要性も7つの柱のうちの1つとして示されている。それらの基本施策に沿って、各自治体において、独自の認知症施策が策定され、認知症ケアパス、認知症初期集中支援チーム、身体合併症の入院治療への認知症ケア加算、認知症カフェなどの具体的な取り組みが各自治体・医療介護機関・地域で推進されている。

これらの施策のキーポイントをおさえ、まちづくり・地域づくりの過程も経つつ、認知症の疾病観を変えていくことが、地域包括ケアの確立につながるものと思われる。様々な人々が、ジブンゴトとして参加し、学び、経験することが欠かせない。

「フレイル・サルコペニアと生活習慣病の管理」

東京大学大学院医学系研究科
加齢医学（老年病学）教授

秋 下 雅 弘

国民の4人に1人が65歳以上、8人に1人が75歳以上という超高齢社会を迎えているが、超高齢社会の問題は、今後著増する後期高齢者にこそある。何故ならば、前期高齢者は複数の生活習慣病を抱えつつも概ね元気であるのに対し、後期高齢者の約3割は要介護状態にあるからである。多病と多症候、そして要介護の後期高齢者を診るには、病態のみならず生活機能、家庭・介護環境などその人の健康に関わるすべてを把握し、その中で重要な問題は何かという本質を見極め、それに基づいて医療やケアの優先順位付けをして提供しなければならない。

そのような超高齢社会の問題として、フレイル（Frailty）とサルコペニア（Sarcopenia 加齢性筋肉減少症）が話題になっている。フレイルとは、加齢に伴いストレスに対する脆弱性が亢進した状態で、サルコペニア、動作緩慢、易転倒性、低栄養のような身体的問題、認知機能障害やうつなどの精神・心理的問題、独居や経済的困窮などの社会的問題を抱えた要介護状態の前段階を指す。高血圧、糖尿病、

脂質異常症などの生活習慣病はフレイル・サルコペニアの危険因子であることが疫学研究から明らかにされている。したがって、生活習慣病へ積極的に介入することはフレイルの予防につながると考えて、頑健ないしプレフレイルな中高年者に対しては推奨するべきであろう。

一方で、フレイル～要介護の場合、厳密な管理が薬効過多や低栄養による有害事象を招く危険が高いことから、管理基準を緩めにする指針の策定が糖尿病や高血圧では行われている。特に、介入試験のエビデンスも無い領域で、多剤併用（Polypharmacy）やサルコペニアなどの老年症候群が高齢者の生活習慣病治療では大きな障壁となり、介入を押し進めるのか一歩引くのか判断に悩む局面が多い。個々に益と害のバランスを押し量り、包括的判断を下すことが求められる。

以上のように、予防効果重視の中高年期と安全性重視の後期高齢期とで考え方を変えることがポイントだと考えられ、その変曲点を探る方策についても議論したい。