

高齢者マルチモビディティ パーフェクトガイド
The Perfect Guide to Geriatric Multimorbidity

総論



高齢者 マルチモビディティ を考える

総編集 | 宮地良樹 京都大学名誉教授/静岡社会健康医学大学院大学学長
伊藤 裕 慶應義塾大学名誉教授/慶應義塾大学予防医療センター特任教授
荒井秀典 国立長寿医療研究センター理事長

中山書店

本シリーズのねらい―序に代えて

このたび、「高齢者マルチモビディティ パーフェクトガイド」（総論1巻，各論15巻）を刊行する運びとなりました。総論巻の冒頭にあたり，総編集者を代表して，本シリーズ刊行の経緯とともに，高齢者のマルチモビディティ（多疾患併存）について，一般医，専門医，ならびに医療専門職の皆様に特にお伝えしたい考えを序文として述べたいと思います。

私は皮膚科医として，過去40年余にわたり約250冊の医学書の編集に携わってまいりました。大学退任後，縁あって出身地である静岡県に社会健康医学系の大学院大学を設置するミッションを担い，開学後は学長として，医師および医療専門職の社会人教育を中心に，本学の発展に尽力してきました。本学の教育・研究・社会実装を貫くキーワードは「高齢者」です。自らもまもなく後期高齢者になろうとするこの時期に，社会健康医学の視点を活かし，一般医・専門医・医療専門職を対象とした高齢者医療の教科書を編みたいと念じてきました。

折しも，本学の副理事長に，内分泌学，高血圧，糖尿病，抗加齢医学を専門とされる伊藤裕・慶應義塾大学名誉教授をお迎えする機会を得ました。伊藤先生は「メタボリックドミノ」の概念を提唱され，「幸福寿命」「老化負債」など，独創的な視点から加齢医学を牽引されてきた泰斗です。本構想をご相談したところ，「単なる高齢者医学の書籍はすでに数多く存在するが，現在最も本質的な課題は高齢者のマルチモビディティである」と，まさに核心を突くご指摘をいただきました。この一言が，本シリーズのコアコンセプトを明確にしました。

さらにこの構想を具体化するにあたり，私は，高齢者医療・介護・福祉政策に関するシンクタンク機能と研究拠点機能を併せ持ち，健康長寿社会の実現に尽力されている国立長寿医療研究センター理事長の荒井秀典先生存在を即座に思い起こしました。そこで京都大学時代からご厚誼を賜ってきた荒井先生に編集へのご参画をお願いしたところ，快くお引き受けいただき，ここに私を編集ファシリテーターとする「総編集」体制が整いました。三名で編集会議を重ね，高齢者医療をめぐる論点を整理し，本シリーズの基本理念を次のように定めました。

すなわち，超高齢社会となった日本において，高齢者が抱える多様な疾患の診療を担う機会は急速に増加していますが，多疾患を併存する高齢者を，いかに診るべきかについて明確な指針は必ずしも存在しません。高齢者向けガイドラインのない疾患を壮年者と同一の基準で治療してよいのか，一つの疾患に重きを置いた治療が他疾患にどのような影響を

及ぼすのか——こうした悩ましい臨床局面において、高齢者のマルチモビディティに伴走する医師・医療専門職として、いかに包括的で患者さんに寄り添う診療を提供できるのか、というコンセプトです。

このコンセプトを出発点として、高齢者マルチモビディティを考えるうえで枢要と考えられる15領域を設定し、それぞれの分野の第一線の専門家に各論巻の責任編集をお願いしました。

本シリーズの編集を通じて、私が強く認識するに至ったのは、「高齢者マルチモビディティ医療の主役は一般医である」という事実です。疾患別ガイドラインは決して「足し算」で用いることはできず、ガイドライン遵守が必ずしも最善医療を意味するわけではありません。高齢者医療において優先されるべきアウトカムは、「病気」そのものよりも、患者個人の生活機能と価値観です。しかし、ここであらためて強調しておきたいのは、本シリーズが専門医療の重要性を相対化したり、専門性の価値を減じたりするものでは決してないという点です。専門医療は「深さ」において、一般医療は「広さ」において、それぞれ代替不可能な役割を担っており、両者は優劣の関係ではなく、相互依存の関係にあるからです。

新たな治療が他の疾患を悪化させていないか、その介入はその人の残された時間に見合っているのか——こうした問いを常に自問し、治療の優先順位を統合的に判断できるのは、日常診療の中で患者の全体像に向き合う一般医にほかなりません。専門医療は各臓器別には最適解を提供しますが、多疾患併存という文脈では、その部分最適の積み重ねが全体最適を損ねうることもありえます。もちろん専門医が提示する診断や治療選択肢は、高齢者マルチモビディティ診療における意思決定の基盤であり、その専門的判断なくして適切な統合医療は成立しませんが、その構造的限界を補完する存在こそが一般医であると、私は確信しています。

本シリーズは、こうした理念を具現化するために、編集者一同が心血を注いで編み上げた渾身の成果です。本書が、すべての医師・医療専門職の皆様にとって、社会健康医学的データを含めた高齢者マルチモビディティの全体像を俯瞰する手引きとなり、現代の健康課題に対応しつつ「高齢者の思いと願いに寄り添う優しい診療」を実践するための有力なツールとなることを願ってやみません。マルチモビディティという視点からエビデンスと実践知を統合し、明日からの診療にお役立ていただければ、総編集者としてこれに勝る喜びはありません。

2026年5月

総編集者を代表して

宮地良樹

京都大学名誉教授

静岡社会健康医学大学院大学学長

CONTENTS

本シリーズのねらい一序に代えて	宮地良樹	iii
-----------------	------	-----

I 高齢者マルチモビディティ診療における大切な視点

1 高齢者の抱えるマルチモビディティの実態と論点	荒井秀典	2
2 ライフコース医療からみた高齢者の病態ランドスケープ	伊藤 裕	16

II 高齢者によくある疾患・症候からマルチモビディティを理解する

1 高齢者のフレイル・サルコペニア マルチモビディティをふまえた予防とマネジメント	荒井秀典	36
2 高齢者の認知症 認知症におけるマルチモビディティ	櫻井 孝	46
3 高齢者の高血圧 高齢者マルチモビディティのハブ疾患としての高血圧	伊藤 裕	61
コラム 25年後の自分のアバターに会う経験		79
4 高齢者の脳卒中 マルチモビディティ時代の包括的診療の要点	猪原匡史	82
症例 心房細動（AF）を伴う高齢脳卒中患者の管理		88
5 高齢者の心不全・不整脈 高齢者心不全・不整脈の包括的マネジメント	大迫亮介，田中敦史，野出孝一	104
症例 HFrEF を有する後期高齢女性（在宅療養を望むケース）		112
6 高齢者の肥満と体重減少（やせ） 病態解明の進歩をふまえた課題の認識と未来展望	益崎裕章	122
診療の1コマQ&A 肥満に関連する健康障害の診療の進め方は？		133

7	高齢者の糖尿病	
	マルチモビディティを基盤とした病態理解と個別化医療	鈴木 亮 145
8	高齢者の CKD	
	老年医学的視点でとらえる CKD とマルチモビディティ	角谷裕之, 柏原直樹 161
	症例 フレイル状態の高齢者 CKD の管理	173
9	高齢者の精神障害（うつ・不眠）	
	マルチモビディティにおける精神症状	安野史彦 181
	症例 慢性心不全, 糖尿病, 慢性閉塞性肺疾患（COPD）を背景に 孤立と不眠を呈した高齢女性	185
10	高齢者のがん	
	マルチモビディティを適切に管理してこそ, がん治療がうまくいく	長島文夫 199
	症例 悪液質（カヘキシア）を伴う膀胱がんの管理	204
11	高齢者の骨粗鬆症・骨折	
	骨粗鬆症性骨折はマルチモビディティの増悪要因となる	鈴木敦詞 214
12	高齢者の難聴・めまい	
	病態を複雑化し治療介入を難しくする, マルチモビディティとしての高齢者の難聴とめまい	内田育恵 231
	コラム ノイズキャンセリングとは？	238
	コラム 低周波数音 100 Hz の音刺激の不思議な魅力 —乗り物酔い予防やメニエール病の治療にも?!—	246
13	高齢者の摂食嚥下障害	
	マルチモビディティとしての摂食嚥下障害	加賀谷 斉 248
14	高齢者の排尿障害	
	マルチモビディティ構成疾患としての排尿障害	後藤百万 262
	症例 多因子に関連する尿失禁高齢者の管理	274
15	高齢者のポリファーマシー	
	見直しが必要なマルチモビディティの処方内容	小島太郎 279
	症例 要介護状態のポリファーマシー高齢者の薬剤見直し	292
	索引	296

1

高齢者の抱える マルチモビディティの 実態と論点

国立長寿医療研究センター 荒井秀典

はじめに

過去数十年のあいだに起こった社会の高齢化は、われわれの社会に重大な変化をもたらした。医学の進歩や国民皆保険制度、さらにはさまざまな地域保健施策によりさまざまな疾患の予防・診断・治療技術が進歩し、世界一の長寿国となった。たとえば、心血管疾患危険因子の治療は中年者に恩恵をもたらし、急性心筋梗塞や脳卒中に対する新しいより効果的な予防・治療法は、その罹患率と死亡率を大幅に減少させた。以前は不治の病として恐れられていたがんに関しても、外科治療に加えて、新しい化学療法、放射線療法、免疫療法が、新たな希望を与えている。しかし、このような医学の目覚ましい進歩の陰の部分は見逃されがちである。

多くの疾患の予防と治療における画期的な成功により、ほとんどの疾患において高齢患者がその大半を占めるようになった。高齢者が複数の慢性疾患を同時に抱える「マルチモビディティ（多疾患併存）」は、個人および社会全体における健康管理の重要な課題となっている。マルチモビディティは医療の複雑化を招き、患者の生活の質（QOL）や予後に大きな影響を及ぼす。

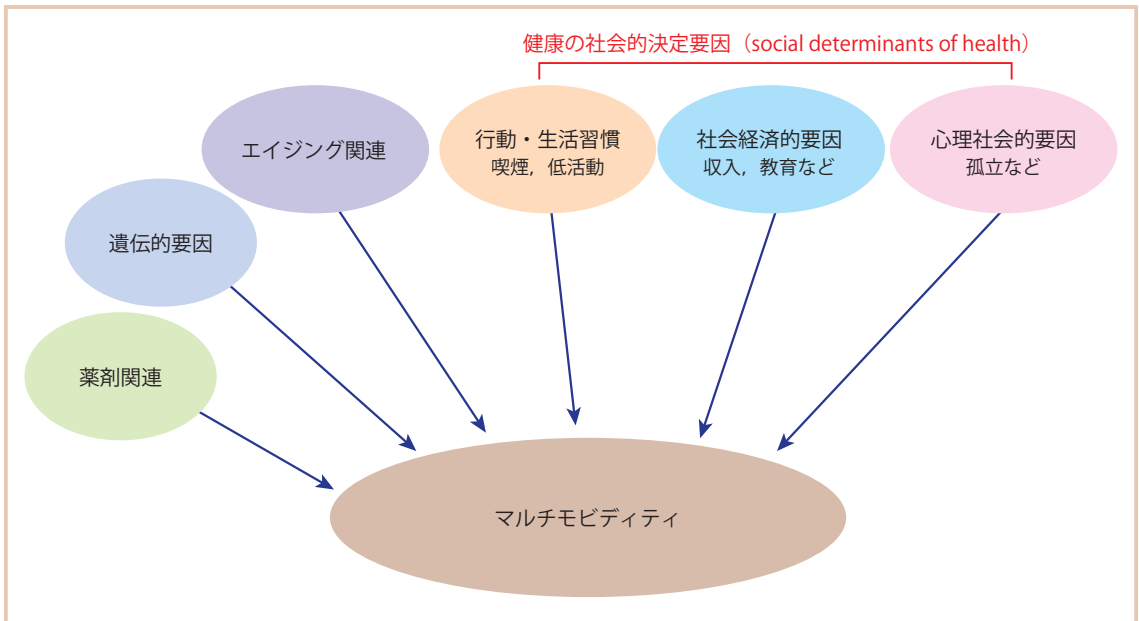
本項では、マルチモビディティの定義と実態、その影響、現在の課題、そして今後の対応策について述べる。

1 マルチモビディティの定義と実態

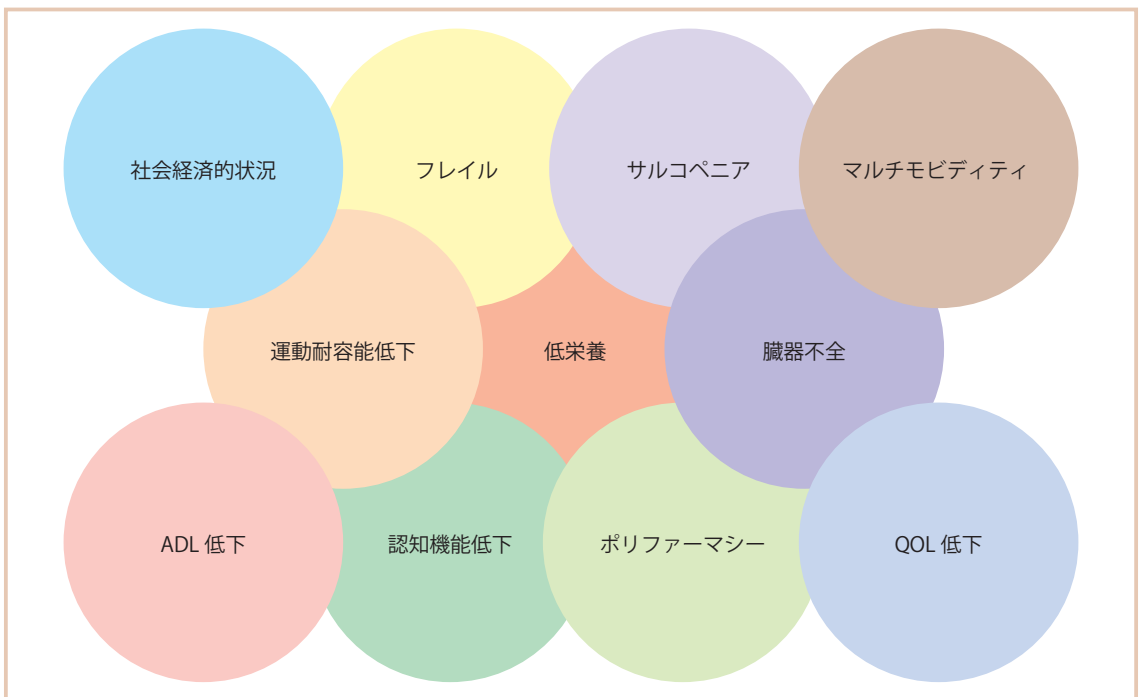
マルチモビディティは、2つ以上の慢性疾患が同時に存在する状態を指す。具体例として、高血圧、糖尿病、心不全、慢性腎臓病、うつ病などがあげられる。この状態は特に高齢者で顕著であり、65歳以上の高齢者の約25%がマルチモビディティを有しているとの報告がある¹⁾。この報告によると、マルチモビディティは加齢に加えて、社会経済的状況や抑うつ症状と関係することが示されており、生活環境がマルチモビディティに影響を及ぼしうることが示唆される（1）。

高齢化に伴い、マルチモビディティとともに²に示すように、複雑な病態を呈する高齢者が増加している。高齢者においては、複数の疾患（マルチモビディティ）を抱えるだけでなく、ポリファーマシー（多剤併用）、フレイル、サルコペニア、低栄養、認知機能低下といった問題も併存することが多い。このような高齢者に対して、日常生活活動（ADL）、QOL、社会経済的状況に配慮しながら、最適な医療、ケアを提供することが求められている。特に、マルチモビディティ高齢者への適切な医療、ケアの提供は、最も多くの医療資源を使うことになるため、高齢者医療における最大の課題の一つである。

Marengoni らによるとマルチモビディティは、死亡、自立性喪失、薬物有害事象（ADR）、施



1 マルチモビディティの要因



2 高齢者が抱える複雑な問題

2

ライフコース医療から みた高齢者の 病態ランドスケープ

慶應義塾大学予防医療センター 伊藤 裕

1 マルチモビディティと コモビディティ

マルチモビディティは、2016年のWHOの定義では、「the coexistence of two or more chronic conditions in the same individual」すなわち、「同時に2種類以上の健康状態が併存する状態」とされている。この健康状態は、しばしば長期にわたり持続的なケアを必要とする状態と考えられている。したがって、日本語訳としては「多疾患併存（症）」つまり、1人の患者が2つ以上の慢性疾患を併発している状態である。複数の疾患は、しばしば診療の中心となる疾患が設定しにくい状態となり、高齢者特有の病態として語られる「老年症候群」と重なることが多い。

一方、コモビディティは、やはり1人の患者において複数の疾患が存在する状態を示すが、前提として、主となる疾患が存在し、その疾患とは別に、たまたま別の疾患が発症している場合、あるいは、主たる疾患の結果、続発的に別の疾患が発症する場合（たとえば、抗がん薬投与による心腎障害、寝たきりの結果生じる誤嚥性肺炎など）などが想定されており、あくまで主と従の疾患関係が意識されている。

現在、さまざまな疾患に対する診療ガイドラインが策定されているが、これら従来のガイドラインは、コモビディティの概念に基づいている。たとえば、高血圧症のガイドライン¹⁾では、高齢

者（75歳以上）、糖尿病、CKD（慢性腎臓病）合併患者、心房細動、脳血管障害、冠動脈疾患既往者など、併存疾患がある場合、「通常の高血圧患者」とは「別枠」に降圧治療目標値を設けている。糖尿病に関しても、種々の病態、たとえば年齢や認知機能により厳格な血糖コントロールが難しい、低血糖を引き起こす可能性が高い場合には、血糖コントロールレベルは高めに設定されている²⁾（**1**）^{1, 2)}。こうしたガイドラインの設定は、あくまでそれぞれの疾患を扱う学会の専門医により編まれたものであり、専門とする疾患を主と考え、その疾患の診療を「得意とする」医師の目を通して描かれる患者の診療を反映したものとなりがちである。そのため、ともすれば、併存疾患に対する知識、経験の少なさの結果、併存疾患が軽く評価される懸念もある。

マルチモビディティの病態を考えた場合、1人の患者に併存する疾患に対する数多くのガイドラインを足し合わせて診療することは、必ずしも患者の予後の改善、健康寿命の延伸につながらない。また、そもそも、そのような診療は可能でもない。

筆者は、マルチモビディティの医療においては、以下の要件が大切であると考え、

①患者に起きる病態を、一人ひとりバイアスなく 解析し、その全体像を鳥瞰する姿勢

専門家ではなく、ある意味、AI（人工知能）の解析態度が必要であると思う。専門家は、自分の

そのためには、加齢に伴うマルチモビディティの実態、動的变化を明らかにする必要があり、筆者らは現在、年齢別の疾患クラスター（「疾患クラウド」と呼ぶ）の発生とその連関動態の解明に取り組んでいる（後述）。

加齢とともに、さまざまな「疾患クラウド」が発生し、融合して消退する。まさに、雲のような消長を呈する。したがって、マルチモビディティは時々刻々と変化する気象のように流動的であり、画一的なガイドラインの策定は不可能ではないかと思われる。

④患者の「病態物語」のナラティブな理解

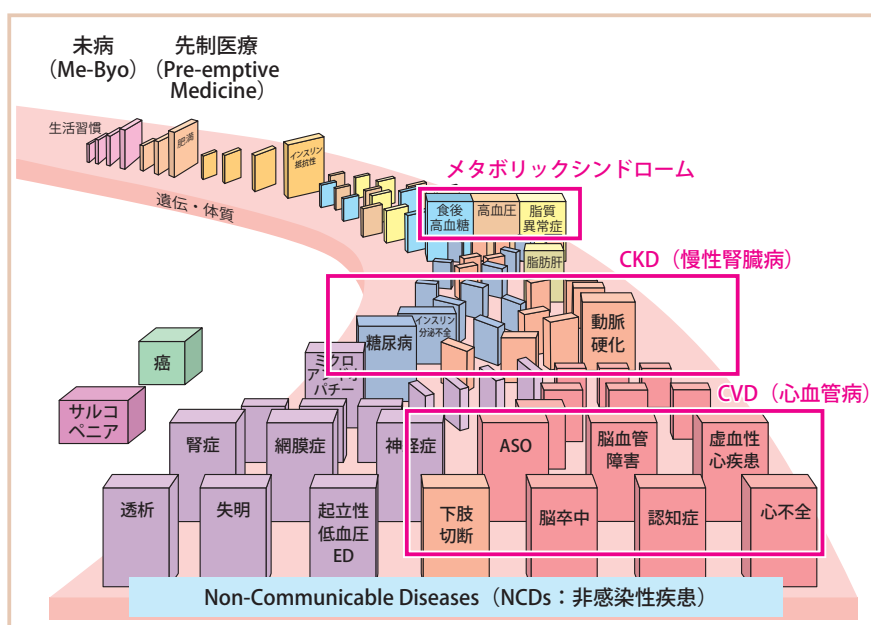
①に述べたように、自分の専門・得意領域から患者を解釈しようとする欲求を抑え、AI的な解析が必要である。しかし、同時に、もう一つの診療姿勢も必要である。すなわち、患者に起こる病を「ひとつの物語」として意識して、患者が語る物語を読み取り、解釈し、それに心を動かされるというナラティブ・スキルを用いて実践する医療

姿勢（ナラティブ・メディスン、物語医療）である。いわゆる、患者の疾患発症とその推移を大きな「文脈、コンテキスト」として把握する力が要求される。その根底には、やはりその時々イベントが原因となって、その後の展開が変幻していくという考えがあり、常に患者の語るストーリーに耳を傾けなくてはならない。

以上の観点について、さらに詳しく述べたい。

2 メタボリックドミノの意味するところ

筆者は、2003年に、疾病の併存状態を時間軸のなかで示す臨床概念である、「メタボリックドミノ」を提唱した（**6**）⁶⁾。生活習慣のひずみから、肥満（内臓脂肪蓄積）が生じ、インスリン抵抗性が一つの共通の原因となって、同じ人で、ほぼ同時期に、血圧上昇（血圧変動リズムの障



6 メタボリックドミノ

生活習慣病（非感染性疾患）の成因、病態生理、合併症の一連の流れを示す。その最上流への介入として、未病と先制医療が位置する。

（伊藤 裕、日本臨床 2003⁶⁾ より）

2

高齢者の認知症

認知症におけるマルチモビディティ

国立長寿医療研究センター 櫻井 孝

POINT

- 認知症では非認知症に比べて、より多様な疾患や病態が併存する。
- 認知症の診断ではマルチモビディティの認知機能に及ぼす影響を考える必要がある。
- マルチモビディティは認知症発症リスクを高め、また認知症の予後を悪化させる。
- 認知症におけるマルチモビディティの治療では、薬物療法の有害事象に注意する。

はじめに

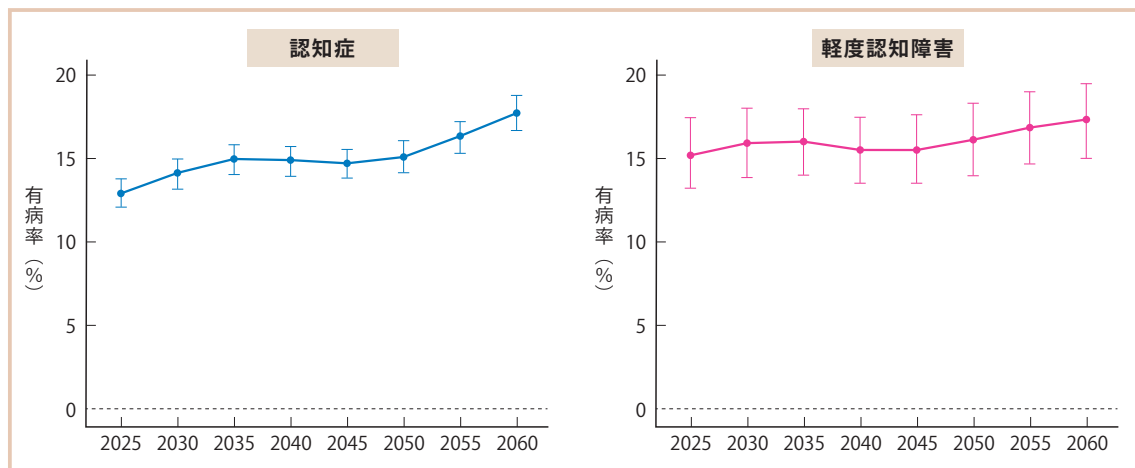
わが国の人口構成の特徴は後期高齢者が多いことである。このため、認知症および認知機能正常との境界である軽度認知障害（MCI）を有する人は今後も増加すると推計されている（**1**）¹⁾。

加齢に伴いさまざまな老年症候群も増加する。老年症候群とは、高齢者に多くみられる、医師の診察や介護、看護を必要とする症状、徴候の総称である。老年症候群の症状、徴候は50項目以上が存在する。認知症では非認知症と比較して、より多くのコモビディティが存在する。マルチモビディティのパターンには、関連する疾患に基づくものと、老年症候群に基づくものがある。歩行障害や転倒、睡眠障害、体重減少は代表的な老年症候群であるが、アルツハイマー病（AD）の脳の器質的変化に基づいてこれらの症状、徴候が生じる可能性も指摘されている。

一般に認知症の症状は、認知機能症状と行動・心理症状（BPSD）に分けられる（**2**）²⁾。多くの変性性認知症では、記憶障害、判断力の低下、

見当識障害などの認知機能症状が中核的な症状であるが、初期に認知機能症状が出揃うことはない。初期症状としては、気分障害、運動障害、睡眠障害などの非認知機能症状であることが多く、これらの症状とマルチモビディティとの区別は必ずしも容易ではない。さらに、認知症には若年期から高齢期にわたり危険因子が存在する³⁾。中年期の高血圧、糖尿病、肥満、うつ、聴力障害、高齢期の視覚障害などである。これらの危険因子をもつ人が認知症を発症すると、マルチモビディティとなる。つまり、認知症を有する高齢者では、認知症に関連する疾患、老年症候群に加えて、認知症リスクとなる疾患が一人の人間に混在することになる。

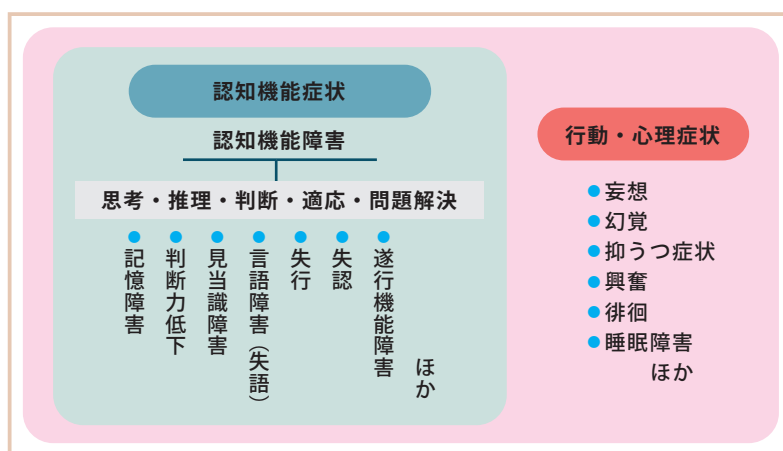
高齢者におけるマルチモビディティの定義には明確な診断基準はなく、認知症のマルチモビディティの病態とを明確に区別することは容易ではない。そこで本項では、認知症のマルチモビディティは、認知症を含む2つ以上のコモビディティを有する状態と定義する。また、認知症とマルチモビディティの関係性を理解しやすくするために、認



1 認知症および軽度認知障害（MCI）の有病率の将来推計（95%信頼区間）

認知症と軽度認知障害の有病率は今後も上昇傾向。

（二宮利治，認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究，令和5年度老人保健事業推進費等補助金報告書¹⁾をもとに作成）



2 認知症の症状

（国立長寿医療研究センター編，認知症サポート医養成研修テキスト，令和6年度（2024年度）第1版，2024²⁾をもとに作成）

知症の診断，治療，ケア，予防の視点から知見を整理したい。

1 認知症の考え方

世界保健機関（WHO）の国際疾病分類第11

版（ICD-11）による認知症の診断基準を^{3) 4)}に示す。記憶，遂行機能（計画を立て効率的に実行する能力），注意，言語，社会的認知（他人の気持ちに配慮した言動をとる能力）および判断，精神運動速度（思考，反応，動作などのスピード），視覚認知または視空間認知（見たものを正確に知覚する能力，空間を把握する能力）の認知