後期高齢者を診る（Ⅰ）

老年症候群の考え方と高齢者の総合機能評価

杏林大学高齢医学教授
神　﨑　恒　一
（聞き手　齊藤郁夫）

齊藤　老年症候群と高齢者の総合機能評価について神﨑先生におうかがいいたします。

まず、老年症候群、これはどういったものなのでしょうか。

神﨑　お年を召されると、どうしても体の訴えが多くなりやすくなります。具体的には、腰が痛いですとか、膝が痛いですとか、目が見えにくいですとか、耳が聞こえにくいですとか、そういったややもすれば不定愁訴というふうに片付けられやすい、いわゆる非特異的な症状がだんだん増えてきます。そういった訴えを、単なる非特異的な徴候、不定愁訴と呼ばずに、私たちは高齢者特有の問題点として、老年症候群という名前をつけて管理、注目するようにしております。

齊藤　加齢に伴って、特にこれといった原因がなくて、ぐあいが悪くなる、そういったことでしょうか。

神﨑　おっしゃるとおりです。例えば心不全ですとか胃潰瘍といった病気は必ずはっきりした医学的な原因があるのですが、今申し上げました老年症候群というのは、先生がおっしゃいますとおり、必ずしも原因が一つに特定しにくく、それゆえに対処しにくいという問題点があります。

齊藤　そういった中で、どういったポイントが重要なのでしょうか。

神﨑　老年症候群の中でも、とりわけ重要と考えられるのが摂食、ごはんを食べること。その延長としての栄養の障害、やせていくことですね。筋肉の量が落ちていくことになります。それが歩行障害にもつながりますし、それから物を食べれば当然排泄という問題も出ます。排泄に関しては、失禁、主には尿失禁のことが多いのですが、失禁があり、必ずしも自分の意思で尿を出すことができないということは、人の尊厳にかかわる問題ですから、これはその人にとって大きな問題です。場合によってうつにつながることもあります。そのような摂食とか排泄以外に、歩行の問題、場合によっては転倒につながりますし、あとは物を考える

という認知の問題。それから、生活に対する意欲ですとか、うつですとか、そういった項目が重要と考えられます。これらはその人の生活の質に大きく影響するという意味で、とりわけ重要な老年症候群と認識されています。

齊藤　高齢者になりますと、いろいろな病気にもなるでしょうけれども、病気に加えて、その人全体を見るということでしょうか。

神﨑　おっしゃるとおりです。

齊藤　例えば、具体例で挙げていただくと、どうですか。

神﨑　例えば、これは私が実際外来で２年以上拝見していた患者さんの例ですが、その方は糖尿病と高血圧のある高齢の女性で独居でした。外来でお話をする中で、特にコミュニケーションに問題を感じなかったので、認知機能に問題があるとは考えていなかったのですが、その方があるとき、2010年の夏でしたが、熱中症になって入院されました。その際、入院中の看護師とのやり取り、もちろん熱中症による意識障害がなくなった後ですが、意識障害がないにもかかわらず、どうもコミュニケーションが非常にちぐはぐであるということがわかりました。

そのときに初めて認知機能検査であるMMSEという検査をやりましたら、30点満点で17点という点数でした。MMSEはカットオフが23点であり、点数で必ずしも認知症を判断するというわけではないのですが、17点という点数は明らかに低くて、その後の検査を追加して、そのときに初めて、この患者さんが認知症であるということがわかりました。

その方は、今お話ししたように、糖尿病と高血圧がおありになる方で、それにプラスして認知機能に問題があったと考えられます。糖尿病と高血圧に対して、食事指導や運動指導を行い、薬をお出ししていたわけです。ところが振り返って考えた場合、認知に問題がある方に対して、どれほど食事療法ですとか服薬がしっかりできていたかという点は、非常にあいまいであり、問題があった可能性が考えられます。そういう意味で、認知機能のほか、どのくらい自分の生活がちゃんと営めていたかということをきちっと評価しておく必要があったということを自戒させられた例です。

齊藤　独りでお住まいの高齢者ですと、例えば買い物の問題とか、食事の問題とかがあるわけですね。

神﨑　おっしゃるとおりです。

齊藤　そういったものも含めてということでしょうけれども、患者さん、糖尿病、高血圧に加えて、全体を見るということで、その手段としていわゆる総合機能評価があるのでしょうか。

神﨑　おっしゃるとおりです。

齊藤　これはどういったものでしょうか。

神﨑　私ども老年医学会の中で、ある程度ルーチンにこれだけの項目を調べましょうと決めているものがあります。具体的には、今お話しさせていただきましたADL（Activities of Daily Living）がその１つです。ADLという言葉はわりとよく使われると思うのですけれども、ちょっと漠然としているかもしれません。でも私たちが言うADLというのは、例えば基本的なADL、これは屋内生活の自立を見るための10項目で、トイレでの排泄、歩行、みだしなみ、洋服の着替え、そういった10項目を100点満点で評価するような方法です。

そして、基本的ADLよりももう少し高次の機能として、独居生活の自立を見るのに適した手段的なADL、これは買い物、お金の管理、服薬管理、食事の準備、屋内をきれいにすること、そのような項目ができているか、できていないかということを評価するものです。

ADL以外の総合機能評価は今少しお話しさせていただいた認知機能としてのMMSEや長谷川式簡易知能評価スケール、そして高齢者に見られやすいうつ、低下すると問題である生活意欲、そういった項目をできるだけ多くの方に対して評価、それは疾患の評価ということとは別に、生活状態の評価を行うようにしています。

齊藤　そういったことで全体像をとらえれば理想的ということですけれども、かなりたくさんあるので、実際、日常臨床ではちょっと大変かなと思うのですが、どうでしょうか、何か工夫は。

神﨑　工夫といたしまして、今お話しした、例えばADLの項目というのは、これは別に医師が患者本人に直接問わなくても、例えば同居している家族の方から情報を入手することができます。ですから、あらかじめ紙に書かれた「これらをどうされていますか」という質問項目に、答えていただく形で情報を入手することができますし、MMSEや長谷川式スケールの場合にはコメディカルスタッフにやってもらうということもできます。

うつに関しては、ジェリアトリック・デプレッション・スケールというものがありますが、これは本人に問う形しかありませんので、これも医師が自分で行うか、コメディカルスタッフにやってもらうかになります。それから生活意欲、これは５項目なのですが、これは同居している家族の方に確認します。以上、すべてを医師がやらなければならないということはありません。

もう一つは、先生がおっしゃったように、すべての患者さんの全部を評価するということは必ずしも現実的ではありません。スクリーニング検査として、総合機能評価（CGA）の中で最も重要な項目だけをピックアップした

CGA７、すなわち７項目だけをうかがって、その中で問題がある項目のみ、より詳細な検査として、認知機能検査をやったり、手段的なADLを評価したり、GDS15を評価したりというように、まず前段階としてCGA７を行い、その後、必要な項目をフルに評価するという方法を実施できます。

齊藤　いろいろな職種の方の協力が必要だということでしょうか。

神﨑　これも最近、市民権を得ていますが、「多職種連携」という言葉があります。これは医師を中心として看護師や栄養士、薬剤師、あと実際の生活を見ているという意味で、ケアマネージャーであったり、ソーシャルワーカーであったり、そういった人たちが、総合機能評価の情報を共有し、討論を行い、ケアプランに生かしていく。そういった情報の共有を行ううえで、多職種連携や総合機能評価といった形式が大切なのだろうと思います。

齊藤　これらをコンパクトにまとめたハンドブックが近々出るのでしょうか。

神﨑　そうです。最後に少しだけお話しさせていただきたいと思います。私たち日本老年医学会で高齢者の実地診療を行ううえで、開業医の先生方ですとか病院に勤務されている先生方、高齢の方をふだんたくさん見ていらっしゃる先生方向けに、今お話しさせていただいたような総合機能評価ですとか、歩行、排泄、介護保険、介護予防、在宅医療などの問題を幅広く取り上げて、コンパクトに150ページにおさめたハンドブックをつくりました。ご覧いただければ、きっと日常診療に役立つと思います。

齊藤　ありがとうございました。