健康診断の新たなる展望（Ⅳ）

高齢者健診

国立長寿医療研究センター研究所長
鈴　木　隆　雄
（聞き手　大西　真）

大西　鈴木先生、今回は高齢者健診についてうかがいたいと思います。

今後ますますご高齢の方が増えてくることが予想されていますけれども、ご高齢の方の健康上の問題点からお聞かせいただけますでしょうか。

鈴木　日本は世界の中でもトップの高齢社会、今や超高齢社会といっていいと思うのですけれども、これは単に高齢者が増えている、あるいは寿命が延びるということだけではなくて、高齢者の健康が昔から見て相当大きく変わってきています。

昔のように平均寿命が短くて、高齢者の数も少なかったときは、慢性疾患だけではなく、脳卒中後遺症を抱えたような高齢者というイメージでしたし、背中が曲がっていたりとか、虚弱のイメージが非常に強かったのですけれども、今は必ずしもそうではないということです。

これは、日本で２～３カ所でやっている、高齢者の加齢にかかわる老化の縦断研究などのデータを総合しますと、20年前、あるいはもっというと10年ぐらい前の高齢者と、今日の高齢者とでは、身体状況や健康状態も全然違っています。今日では高齢者の多様性も含め、ひとくくりにはできないといえるでしょう。

大きく分けますと、前期の高齢者と後期の高齢者です。前期の高齢者、65～74歳の高齢者の方々は、非常に活力もありますし、健康状態も良好です。疾病予防をきちっとやって乗り越えてきた方々が今その主体をなしていますので、ある意味で非常に元気です。ですから、社会活動性も高いですし、そういう意味では前期の高齢者はたいへん健康的な集団です。

しかし、75歳以上の後期になりますと、病気というよりは虚弱という、老化に伴う心身の機能の減弱が明らかとなり、日常の生活を自分で自立して行うことが困難となってきた集団といえるでしょう。今後の高齢社会というのは後期高齢者が増えていきますので、そういう方々の健康をどのように見守

っていくかということが非常に大きな課題になります。そういう中で高齢者の健診というものを位置づけていかなければいけないのかなと思います。

大西　一般的には働き盛りの方が、いわゆるメタボ健診といいますか、特定健診みたいなものが盛んにやられていますけれども、ご高齢の方と随分対象が違うわけですが、そういった健診と高齢者の健診はどういった点に考え方の違いがあるのでしょうか。

鈴木　若い方の健診は、かつては老人保健法に基づいて、40歳以上の方々に健康基礎調査というかたちでやっています。今は、ご存じのように、各保険者がその健診を担う。やはり40歳以上が主たる対象です。ただ、それがいわゆるメタボ健診といわれる特定健診、特定保健指導ですが、これは基本的には、循環器疾患をターゲットにしている。明確に病気をターゲットにしているのです。

日本人の死亡は、がん死亡、あるいは循環器死亡が非常に多いのです。脳卒中も心疾患も、いってみれば循環器死亡になりますので、それを合わせると、たいへん多くの方々が罹患する可能性の高い循環器疾患を予防しなければならない。そういう意味で、健診を若いときからやっている。

今までの経緯を見ますと、健診の効果もあって、循環器の死亡率は大幅に改善しているのです。ですから、寿命が延びているのです。ところが、危険因子を持っている方の割合ですとか、発症率、特に脳卒中の発症率、これは年齢調整や人口の変動を調整しても、ほとんど減っていないのです。これは秋田県の脳卒中登録を見てもわかりますし、九州大学でやっている有名な久山町研究を見ても、死亡率は改善されたけれども、リスクを持つ割合の方や発症率は必ずしも下がっていないことが示されています。

これはやはり問題でして、死亡率は改善したけれども、発症率が変わらないということは、１回その病気を発症したあと、後遺症を抱えて生きる、すなわち要介護の状態になって生きるということを意味するのです。

ですから、今のメタボ健診というのは非常に重要で、若いときにとにかく循環器疾患の予防をする。そして、それが高齢期になっても、疾病による要介護の状態にならないということを目的にしている健診でもあるということがいえると思います。

一方で高齢者の健診というのは、いかに疾病の予防をしても、加齢によって心身の機能が減弱してまいります。日常の生活機能が衰えてまいります。高齢者の健診というのは、疾病の予防と同時に、あるいは疾病の予防よりもむしろ、日常の生活がきちんと自立してやれるかどうか。要介護状態にならずに生活ができるかどうかということ

が一番重要な視点になると思います。そこが成年期の健診と高齢期の健診の違いだといっていいと思います。

大西　そうしますと、介護予防のためということが一つ大きな柱といいますか、目的だということですね。

鈴木　おっしゃるとおりだと思います。

大西　具体的には、高齢者健診の内容に特徴があるのでしょうか。

鈴木　例えば、循環器の病気の予防ですと、血圧を測るとか、心電図をとるとか、そういったようなことが具体的なツールになります。では、高齢者での生活機能を維持する、介護予防のための健診とは具体的に何かというと、具体的に申しますと、いわゆる老年症候群、例えば転倒ですとか、あるいは栄養が偏ってやせていくとか、あるいは失禁とか、あるいはいわゆる認知機能が軽度に低下した、MCIと呼ばれる状態、それからうつ、特にサブクリニカルなうつを含めて、さらには口腔機能の低下等を予防することだと思います。

そういったような老年症候群といわれるものは、必ずしも病気ではない。けれども、高齢期になって、そういうものが顕在化すると、必ず生活の質を落としてしまう。日常の生活を過ごしていくための機能が損なわれてしまうということになりますので、高齢者の場合には病気を診るだけではなく、そういった高齢期特有の病気以外で生活に影響を及ぼしていくような老年症候群を確認し予防していく。

中でも、先ほど申し上げた頻度の高いものとしては、転倒、失禁、軽度の認知機能の低下、閉じこもりですとか、あるいは低栄養、それから咀嚼と、嚥下、つまり物をきちんとかんで飲み込むという機能、こういったものはご本人もなかなか気づかないし、なかなか病院にも行かないところがあります。そういうものを積極的に健診で見いだして、その人の生活の機能を高めていくということが大事ではないかなと思います。

大西　制度的にはどのような仕組みになっていますでしょうか。

鈴木　2000年に介護保険法が施行されて、2006年に改訂がなされたときに、介護に対するケアを給付するだけではなく、予防にもシフトする。予防を特に重視するというふうになりました。これが介護予防といわれるものです。介護予防は、実際に65歳以上の方の健診においては生活機能を評価するということになっていますし、75歳以上の方も当然同じような基準で含まれてまいります。

そういうものを担うのが、例えば地域包括支援センターと呼ばれる、各市町村にだいたい人口２万～３万規模に１カ所設置されていますけれども、そういうところが中心となって高齢者の

生活機能を守ることになっています。日常診療に当たられるドクターの方々も、そういう制度がありますし、先生方は、これは病気を重視するのか、あるいは生活を重視するのかという、いわば交通整理の、一番最前線におられる立場ですので、ぜひそういう制度ともども、気をつけていただければありがたいなと思います。

大西　私たちは通常の健診やら診療では病気のことについつい目が行ってしまうのですけれども、ご高齢の方の場合は、いかに自立をさせていくかといったことの観点が重要で、それに沿って健診とか指導をしていくということになるわけですね。

鈴木　そうですね。今は特に在宅で、自分が住み慣れ、安心して地域で、自宅で高齢期を過ごしたい。また、それを過ごせるような仕組みをみんなで整えましょう、それがよくいわれる地域包括ケアだと思うのですが、そういう理念というのは高齢社会では必須のものだと私も思っております。ですので、ぜひ医療に携わる先生方も、そういう視点を持っていただければありがたいなと思います。

大西　これからますます高齢者健診が重要になってくるということですね。

鈴木　はい、そう思います。

大西　どうもありがとうございました。