

5. 高齢者の診かた

在宅医療を受けている高齢者の多くは慢性疾患に罹患し、しばしば複数の老年症候群を有する。これらに対する医学的な診断と治療、症状緩和に加え、高齢者が抱える苦痛を適切に評価し、総合的な生活機能評価に基づくケアと生活支援を行うことが求められる。

在宅医療を受けている高齢者の特徴

要支援および要介護者の大部分は75歳以上であり、介護が必要になる主な原因として脳血管障害、認知症、関節疾患、高齢による衰弱、骨折・転倒が多い（2013年国民生活基礎調査）。このように高齢者では加齢に伴い身体機能が低下し、90歳以上では認知症の有病率が50%を超える。

在宅医療を必要とする高齢者の多くは慢性疾患に罹患し、歩行障害、転倒、失禁、認知症、コミュニケーション障害など複数の老年症候群を有する。これらの老年症候群は原因はさまざまであるものの相互に影響し合い、慢性の経過をたどり自立を困難にする結果、ケアが必要になる。

高齢者が医療に望むこととして、死亡率の低下よりも機能障害の軽減、QOLの改善、介護負担の軽減、精神的健康状態の改善、活動性の維持に関する優先順位が高いことが、英国の調査により明らかにされている¹⁾。医師は疾患を診断し治療することを主な目的として診療するが、多くの高齢者は生活の自立を維持すること、QOLが高い状態で過ごすことを望んでいる。

このような高齢者の希望に沿った医療を進めるためには、医学的な診断、治療に加え、生活機能を評価してリハビリテーションやケアを提供する必要がある。高齢者総合機能評価は疾患だけではなく、身体機能、精神心理学的機能、社会的な状態などについて、多職種がそれぞれの専門の立場から包括的に評価する方法であ

る。地域在住高齢者に対して実施することにより、身体機能の低下を抑制し、日常生活機能を維持し、入院および施設入所の抑制、医療介護費用の削減につながる^{2, 3)}。複数の慢性疾患を有する、多くの薬剤が処方されている、独居の場合など、比較的虚弱な高齢者において特に効果が大きい⁴⁾。

高齢者の症状・症候の特徴

高齢者は一人で複数の疾患に罹患し、非定型な症状を呈することがある。このことを理解していないと疾患を的確に診断することができない場合がある。例えば肺炎や尿路感染症を生じていても特異的な症状がなく、体動の減少や食欲不振、あるいはなんとなく元気がないということがある。また、認知症が進行した高齢者では症状を適切に表現することができず、診断に難渋する。

軽度の認知症では積極的に疑わないと短時間の診察では気付かないことがある。そのような場合、薬の飲み残しがあること、片付けや部屋の整理整頓ができなくなること、会話の内容が変化することなど、日常生活の変化により認知症に気付くことがある。症状に加え普段の生活の様子について確認することが大切である。また、認知症高齢者に対して適切なケアを行わないと、認知症が進行するだけではなく、適切に治療することができなくなり、ADL、意欲、栄養状態の低下を招きやすくなる。このように、治療、ケア、身体機能は相互に影響を及ぼ

し合う。

高齢者では病態の進行や身体機能の低下に加え、死別、独居など生活状況の変化に伴い抑うつ、不安などの精神症状を来しやすいことも特徴である。予後に影響することもあるため、積極的に抑うつの有無を確認するように努める。

高齢者はしばしば複数の老年症候群を有する。老年症候群は原因はさまざまであるが相互に影響し合い、慢性の経過をたどり、自立を困難にする結果、ケアが必要となる一連の症状、所見である。大きく3つの類型に分類される⁵⁾。

- ①主に急性疾患に付随する症候
- ②主に慢性疾患に付随する症候
- ③後期高齢者に急増する症候で、ADLの低下と密接な関連を持ち、介護が重要な一連の症候群

在宅医療の対象となる高齢者の多くは基本的日常生活機能が低下しており、そのような高齢者では自立している高齢者と比べ老年症候群の数が増加する。後期高齢者で増加するADL低下、骨粗鬆症、椎体骨折、嚥下困難、尿失禁、頻尿、せん妄、うつ、褥瘡、難聴、貧血、低栄養、出血傾向、胸痛、不整脈が該当する。単純な治療はなく、医学的な診断と治療に加え、総合的な生活機能評価に基づくケアと生活支援が求められる。

高齢者の検査の特徴

高齢者では若年者と比べ採血検査の基準値が異なる場合がある。仮に同じ値であっても、若年者と同じ治療を行うことが適切であるとは限らない。例えば若年者では動脈硬化性疾患を予防する観点からコレステロール値は低いことが望ましいが、高齢者が低コレステロールを示す場合には低栄養状態や甲状腺機能亢進症を疑う必要がある。また、高齢者では水分摂取の状況や体位が検査値に影響を及ぼすことがある。利尿薬や降圧薬をはじめとする薬剤が検査値に影響

することがしばしばあり、その可能性も考慮する必要がある。このような若年者との違いに加え、高齢者では個人差が大きいことも特徴であり、日常の検査値を把握しておき、変化を捉えて判断することが大切である。

在宅における高齢者総合機能評価

在宅医療の対象となる高齢者の多くは複数の疾患を有する。同時に生活機能障害を生じやすく、診断、治療に加え、包括的な機能評価に基づいたケアに努めることが求められる。高齢者では疾患、生活機能、精神心理学的機能、社会的状況が複雑に絡み合い、さまざまな問題を引き起こすことがあり、総合的な機能評価により全体像を把握する必要がある。このような複数の領域に及ぶ課題に対し医師が一人で対処することは困難であり、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護福祉士、ケアマネジャーなどがチームとして協働して取り組む必要がある。

表. 高齢者総合機能評価の項目

1. コミュニケーションに影響する機能 ①視覚 ②聴覚 ③言語機能
2. 身体機能 ①基本的日常生活動作 ②手段的日常生活動作
3. 精神心理的機能 ①認知機能 ②抑うつ ③意欲・生きがい
4. 生活の質 (QOL)
5. 社会的状況 ①介護者 ②家族構成 ③住居 ④支援の内容
6. 栄養状態
7. 治療の状況 ①疾患 ②治療の状況 ③服薬状況

評価項目は疾患、治療および服薬状況などの医学的内容に加え、視覚・聴覚・言語機能などコミュニケーションに影響する機能、基本的日常生活動作および手段的日常生活動作などの身体機能、認知機能、抑うつ、意欲・生きがいなどの精神心理的機能、QOL、家族の構成および介護者、住居、フォーマルサポートおよびインフォーマルサポートを含めた支援の内容、栄養状態まで多岐に及ぶ(表)。

身体機能については、身の回りの動作などの基本的日常生活動作とより高次な生活機能である手段的日常生活動作の両面について評価する。その際、しているADLとできるADLを意識しながらリハビリテーションやケアに努める。

認知機能の評価として長谷川式認知症スケールやミニメンタルテストがよく用いられている。時計描画試験は簡易に実行機能の評価することができるため、服薬管理やセルフケア能力を評価する際に役立つ。

抑うつは15項目の老人うつスケールを用いて評価されることが多い。抑うつのスクリーニングとして15項目のなかから気分の落ち込みと喜びの喪失に該当する2項目を評価することも有用である。

栄養状態に関しては、体重やBMIの変化、皮下脂肪厚や筋面積を推測するための身体計測、アルブミンなどの血液生化学的検査による評価とともに、口腔ケアの状態を含めた摂食嚥下機能を評価する。

家族構成、趣味の活動、社会との交流などの生活状況を把握することは、治療、リハビリテーション、ケアの目標設定に役立つ。婚姻状況、同居者の有無、子どもと会う頻度・満足感、社会的な結び付きの頻度・満足感と認知症の発症リスクに関係が認められており⁶⁾、ソーシャルネットワークが高いほど認知症の発症リスクは抑制される。また、生きがいを感じているほどアルツハイマー型認知症の発症および認知機

能の低下が抑制される⁷⁾。近年、生活習慣や疾患への罹患など個人の健康決定要因に加え、地域健康決定要因への働きかけが重要であることが認識されるようになっている。ソーシャルキャピタルは地域住民の間の信頼感や互助意識に基づく人的つながりなどを指す概念であり、地域包括ケアシステムを構築していくためにも大切な要素である。必要とする生活支援、ケアを提供する際、フォーマルサポートに加え、インフォーマルサポートを上手に組み合わせることが、好ましい支援につながる。

身体機能、精神心理的機能、社会的状況は相互に影響を及ぼし合うため、それぞれの機能を評価した上で、全体を捉えるように努める。そのことにより、在宅医療を行う高齢者に対して必要な支援が明らかになるとともに、効果的に支援するための方法を多角的に探ることが可能になる。

このような高齢者総合機能評価を実施するためにはある程度の時間を要する。特定の職種だけが評価するのではなく、各職種がそれぞれの専門性に基づいて評価し、共有しながら、経時的に変化する状態を把握し、治療、ケア方針を検討するのが理想的である。

苦痛についての評価

がんに伴う疼痛はよく認識されているが、非がん疾患でも疼痛の頻度は高いことが明らかにされている。疼痛は在宅医療を必要とする疾患、例えば慢性心不全や慢性呼吸不全などでも生じることが多い。原疾患に起因する場合もあるが、多くは併存している骨関節疾患によるものであり、併存疾患を含めた適切な診断、評価が不可欠である。その上で快適に過ごし、よりよいQOLを目指すためには積極的治療と緩和医療を時期で分けるのではなく、疾患の治療と同時に症状緩和に努めることが求められる。

高齢者は痛みの他にも、不眠などの身体症状

に加え、社会的活動からの疎外を含め、さまざまな苦痛を抱えながら生活している。自ら苦痛を訴えることはまれであり、主要な苦痛については積極的に有無を確認するようにする。

機能予後を予測したアプローチ

高齢者は入院するとせん妄、認知機能低下、身体機能の低下が生じやすくなる。重症な急性疾患で入院した高齢者では入院しなかった場合と比べ、フォローアップ時に認知機能の低下を来すことが多く、重症ではない疾患で入院した高齢者でも認知症リスクが高くなる⁸⁾。また、死亡前1年間の身体機能の軌跡を類型ごとに検討した調査により、半数以上を占める進行性または持続する高度な身体機能の低下がある高齢者では、入院に伴いさらに身体機能は低下することが示されている⁹⁾。

したがって、このような軌跡をたどる高齢者に対して入院治療の代わりに緩和ケアアプローチを考慮し、少しでも快適に日常生活を過ごすことができるような支援を検討することが適切な場合がある。普段から治療およびケアの計画について十分に話し合いを重ね、生命予後に加え身体機能や認知機能の予後を予測しながら、入院に伴うリスクを理解しておくことが、適切な終末期の意思決定の促進につながる。高齢者に対して急性期病院で治療を目指した医療だけで対応することは困難であり、住まいで生活を支える医療としての在宅医療が果たす役割は大きい。

(山中 崇)

《引用文献》

- 1) Roberts H, Khee TS, Philip I: Setting Priorities for Measures of Performance for Geriatric Medical Services. *Age and Ageing* 23(2): 154-157, 1994.
- 2) Stuck AE, Aronow HU, Steiner A, Alessi CA, Buella CJ, Gold MN, Yuhas KE, Nisenbaum R, Rubenstein LZ, Beck JC: A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *N Engl J Med* 333: 1184-1189, 1995.
- 3) Stewart S, Pearson S, Luke CG, Horowitz JD: Effects of home-based intervention on unplanned readmissions and out-of-hospital deaths. *J Am Geriatr Soc* 46(2): 174-180, 1998.
- 4) Stijnen MM, Van Hoof MS, Wijnands-Hoekstra IY, Guldmond-Hecker Y, Duimel-Peeters IG, Vrijhoef HJ, Jansen MW: Detected health and well-being problems following comprehensive geriatric assessment during a home visit among community-dwelling older people: who benefits most? *Fam Pract* 31(3): 333-340, 2014.
- 5) 鳥羽研二：高齢者に特有な症候 老年症候群。改訂第3版老年医学テキスト，日本老年医学会編，メジカルビュー社，66-71，2008。
- 6) Fratiglioni L, Wang HX, Ericsson K, Maytan M, Winblad B: Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *Lancet* 355: 1315-1319, 2000.
- 7) Boyle PA, Buchman AS, Barnes LL, Bennett DA: Effect of a Purpose in Life on Risk of Incident Alzheimer Disease and Mild Cognitive Impairment in Community-Dwelling Older Persons. *Arch Gen Psychiatry* 67(3): 304-310, 2010.
- 8) Ehlenbach WJ, Hough CL, Crane PK, Haneuse SJPA, Carson SS, Curtis JR, Larson EB: Association Between Acute Care and Critical Illness Hospitalization and Cognitive Function in Older Adults. *JAMA* 303(8): 763-770, 2010.
- 9) Gill TM, Gahbauer EA, Han L, Allore HG: The role of intervening hospital admissions on trajectories of disability in the last year of life: prospective cohort study of older people. *BMJ* 350: h2361, 2015.