

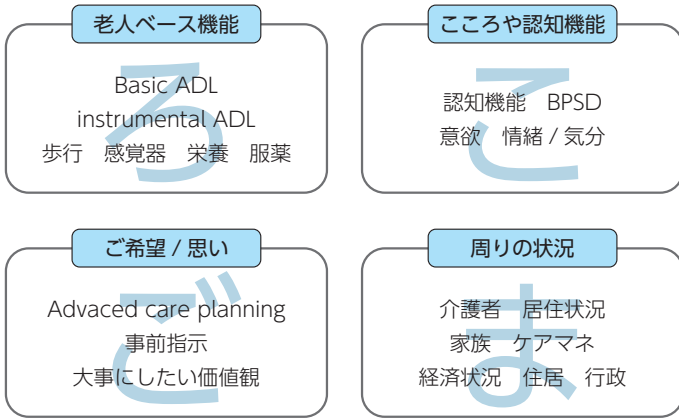
1 患者総合評価にとって大事な「まごころ」

24時間365日の医学管理に際しては、医学的内容だけではない患者さんの全人的把握と、多職種との情報共有が鍵になります。

特に、在宅医療の大半を占める高齢者のケアでは、医学的診断が問題解決に直接つながるのは半分以下とも言われています。高齢者を診るときには、鑑別疾患をもとに治療プランを立てることはもちろん重要ですが、同じように、高齢者の機能を障害する要因を、たとえ**医学的介入が不要のものであっても同定することが重要**となります。

それを踏まえて、カルテを読むだけで患者さんの動画イメージが想像できるような整理ツールが「まごころ」です。これは高齢者包括評価（comprehensive geriatric assessment: CGA）という老年医学のアプローチをもとにして筆者がオリジナルに作成したものです。CGAとは、疾患や障害のある高齢者に対して、医療・社会・精神/心理・機能的観点から総合的に評価を行う手法であり¹⁾、対象者、セッティング、介入方法や追跡期間が不均一で一概に述べにくいものの、医療の質の向上、患者の機能回復・QOLの向上、経済効果（早期退院、再入院の低下）のエビデンスがあります。

例えば、入院患者へのCGAは3～12カ月後に在宅で存命である可能性をわずかに高め、施設入所率を低下させます²⁾。大腿骨頸部骨折の入院患者においては、致死率低下や施設入所率の低下、周術期のせん妄も減少させます³⁾。高齢者救急入院に対するCGAは死亡率と在宅復帰率を改善したというRCT⁴⁾すらもあります。



CGA で取り扱う項目は非常に多岐にわたりますが、これを覚えやすくエッセンスのみ抽出したのが「まごころ」です。

まごころは4つのパートから構成されています。それぞれのパートは「老人(ろうじん)のベース機能」, 「こころや認知機能」, 「ご希望や思い」, 「周り(まわり)の状況」です。これらの頭文字を後者から取っていくと「ま・ご・こ・ろ」となります。ここには「まごころを持って患者さんを支える」という願いも込められています。それでは、まごころの各パートの構成内容を見ていきましょう。

老人ベース機能

Basic ADL	
Dressing	着替え
Eating	食事
Ambulating	移動・歩行
Toileting	排泄
Hygiene	衛生：入浴，歯磨き，整髪
Instrumental ADL	
Shopping	買い物
Housekeeping	掃除，洗濯など
Accounting	金銭管理
Food preparation	炊事
Transport	乗り物を利用した外出

1 Basic ADL と Instrumental ADL

高齢者では「バイタルサイン」ともいえる重要な指標が ADL（日常生活動作 Activities of Daily Living）です。

ADL は、Basic ADL と Instrumental ADL の 2 つに大きく分けられます。

Basic ADL とは、＜Dressing: 着替え Eating: 食事 Ambulation: 歩行 Toileting: 排泄 Hygiene: 風呂＞という人間の生活の基本的な動作です。つまり、「**これが障害されると日常的に介護の手が必要な状況**」となる項目です。覚え方は「**“ET だー” (ET DAH) あるいは DEATH**」です。

一方、Instrumental ADL は、＜Shopping: 買い物 House-keeping: 清掃 Accounting: お金の管理 Food preparation: 料理 Transport: 公共交通での移動＞という日常生活を営む上で重要な動作であり、「**これが障害されると独居での生活を送るのが困難**」と判断され、さまざまな社会福祉サービスが必要となってきます。覚え方は「**SHAFT (骨幹)**」です。

2 歩行評価としての Get up & Go test

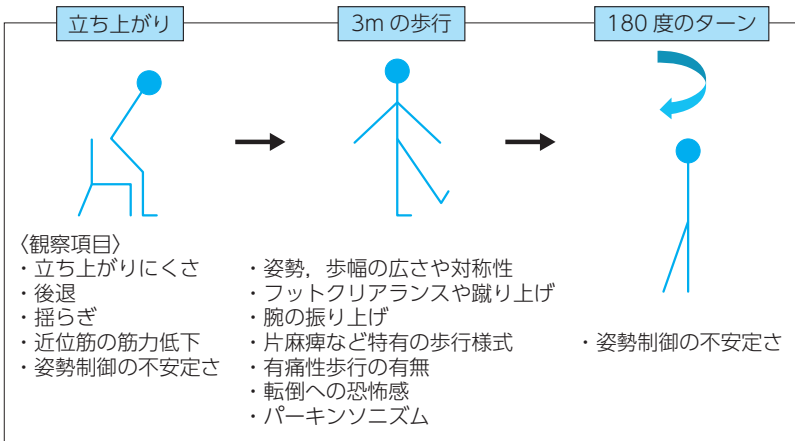
担当看護師「鈴木さん、また転倒しました～」

主治医「またですか……仕方ないですね～……」

このように「転倒」を単なるアクシデントとしてとらえることなく、早急に評価し、介入を行うべきです。転倒に伴い**大腿骨近位部骨折が発症すると、その後の年間の死亡率が36%上昇する**という報告があります⁵⁾。

もっとも簡易な歩行評価方法が「Get up & Go test」です。これは、「被験者が壁から3m離れた椅子に座り、合図とともに何もつかまらずに立ち上がり（もし、いつも使用している歩行補助器具があればそれを使うことは可能）、一度静止してから壁に向かって歩き、壁に触れずに方向を変えて再度もといいた椅子に腰掛けるまでの運動」を観察するものです。

この歩行の様子から、歩行補助具が必要か、介入可能な原因（疼痛、視力・聴力障害、パーキンソン類縁疾患の有無、不適切な靴など）がないかを探っていきます。可能な限り動画を撮って評価することをおすすめします。



立ち上がって、いったんストップ → 3m歩いてもらい
→ 180度ターンして → もう1回元の場所へ

<Get up & Go test の評価項目と疾患との関係>

- ☑ パーキンソン病 (PD) では歩行開始時、曲がり角、部屋などへの入り口、狭い場所、方向転換時などの「すくみ足」が典型的
- ☑ 椅子から立ち上がることが困難であれば、下肢近位部の筋力低下か関節の障害、パーキンソン症候群、片麻痺や対麻痺が疑われる。
- ☑ 立ち上がって数秒間の不安定性は起立性低血圧や小脳失調症、下肢筋力低下や下枝の痛みが疑われる。
- ☑ 脳梗塞後・脊髄疾患・多発性硬化症でよく認める錐体路障害では、麻痺側の上肢が内転屈曲し下肢は伸展した Wernicke-Mann 肢位をとる。これで股関節が外旋、膝関節は伸展、足関節は底屈位となる。
- ☑ 両下肢の痙縮による歩行障害では、両膝は伸展し、内反尖足位で床をこすりながら、歩幅を狭く歩く「はさみ脚歩行 (scissors gait)」を認める。脊髄血管障害、脊髄炎、遺伝性痙性対麻痺、ALS、脳性麻痺などで認める。
- ☑ 歩行時の小刻み歩行はパーキンソン病や正常圧水頭症を考える。歩隔を大きくした歩行 (wide base) は脳血管性認知症や正常圧水頭症を考える。アームスイングの消失はパーキンソン病、レビー小体型認知症を疑う。
- ☑ 前脛骨神経麻痺ではかかと歩行、腓腹筋麻痺ではつま先歩行ができなくなる。
- ☑ 方向転換が困難であれば、パーキンソン病、多系統萎縮症、小脳失調、片麻痺、視野異常、深部覚異常などが疑われる。
- ☑ 座る動作が安全にできない場合は視野異常、下肢近位部の筋力低下などが疑われる。
- ☑ 歩行の不安定性をもたらす薬剤として、睡眠薬、抗うつ薬、抗不整脈薬 IA 群の使用があることも注意する。