

# 高齡者総合的機能評価

名古屋大学附属病院老年内科

梅垣宏行

# 老年者の症状・疾患の特徴

1. 急性疾患以外にも数多くの疾患を有し、多病であることが多い
2. 症状や経過が非定型的なことが多い
3. 症状や治療に対する反応性の個人差が大きい
4. せん妄や不穏などの精神・神経症状が出現しやすい\*
5. 恒常性維持機構破綻が出現しやすい(電解質、免疫系、凝固系、内分泌系など)
6. 薬物副作用が出現しやすい
7. 急性疾患に引き続き次々と合併症が発症しやすい
8. 急性疾患でも障害を残し慢性化しやすい
9. 患者がおかれている社会的状況によって予後が左右されやすい

# 超高齢者の救急外来受診症例

- 93歳 男性
- 救急外来受診時診断名: 肺炎
- 基礎疾患: 陳旧性心筋梗塞(下壁, 91歳)、低血圧症、神経因膀胱(尿道カテーテル挿入)、腰部脊椎管狭窄症、歩行障害(車椅子使用)、認知機能障害、中枢性無呼吸
- 病歴: 91歳時に心筋梗塞(下壁), 完全房室ブロックのため入院(CAG施行せず)。以後、外来を定期受診。胸部不快感、低血圧症状(めまい、倦怠感、食欲不振)、発熱その他の症状を訴え、繰り返し救急外来への受診を繰り返したが、入院の適応はないと判断され、いつも帰宅を命ぜられていた。今回はSpO<sub>2</sub>の低下があり、入院の適応ありと判断された。

高齢者は、様々な臓器の機能が低下しているため、多くの疾患を有し(もしくは併発し)、歩行や認知、摂食、排泄等に障害をきたしやすいため、自立した生活が困難になる。

多疾患を同時に管理(順位を付けて)

老年症候群の評価

日常生活自立度(ADL)等生活状況の評価

高齢者の診療を行う上では、疾患だけでなく、さまざまな付帯情報を把握する必要がある。

**総合評価が必要**

# CGAとは

- Comprehensive  
総合的、包括的
- Geriatric  
高齢者、老年医学
- Assessment  
評価

# CGA

- 多職種で
- 総合的に評価
- 必要な介入を計画・実施  
(名前はassessment 評価ですが——)

# CGAの定義

## umbrella reviewの結果

- a multidimensional, multidisciplinary process which identifies medical, social and functional needs, and the development of an integrated/co-ordinated care plan to meet those needs’.

# CGAの定義

## umbrella reviewの結果

- a multidimensional, multidisciplinary process which identifies medical, social and functional needs, and the development of an integrated/co-ordinated care plan to meet those needs’.

# CGAの定義

## umbrella reviewの結果

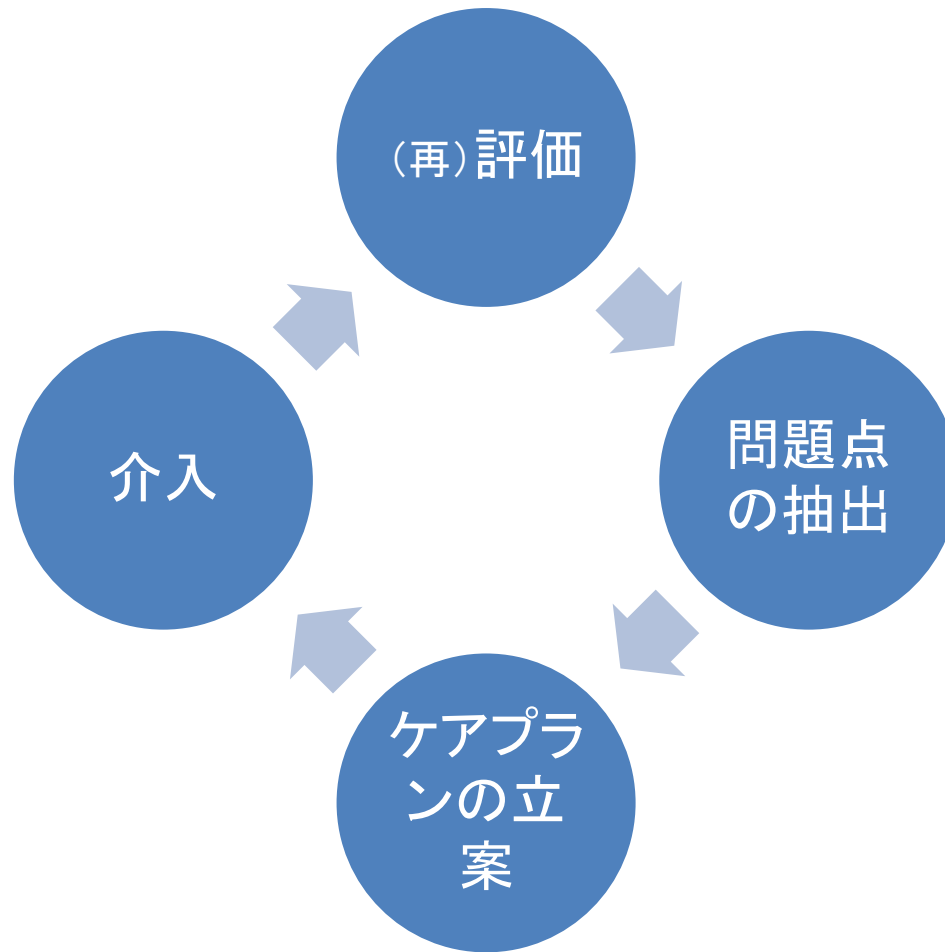
- a multidimensional, multidisciplinary process which identifies medical, social and functional needs, and **the development of an integrated/co-ordinated care plan to meet those needs**'.

CGAの同義語として

geriatric evaluation and management  
(GEM)

という言葉もあります

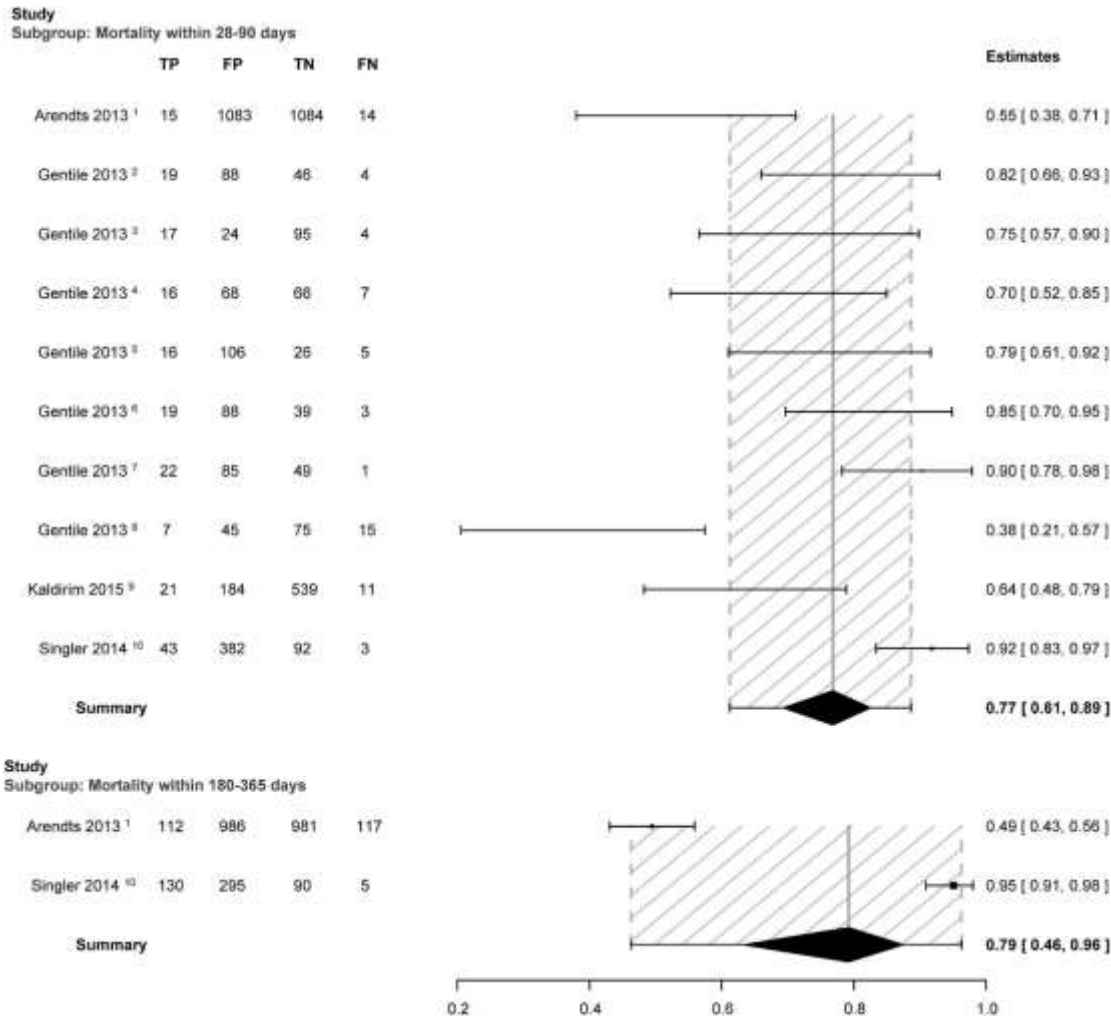
# CGAの実践



# 期待されるCGAの効果

- 診断の正確性の向上
- ケア・リハビリの最適化
- 医療的なアウトカムの改善
- ケアプランの最適化
- 入院中の合併症などの予防
- 退院計画の最適化

# 救急部門におけるCGAの効果 死亡率の低下

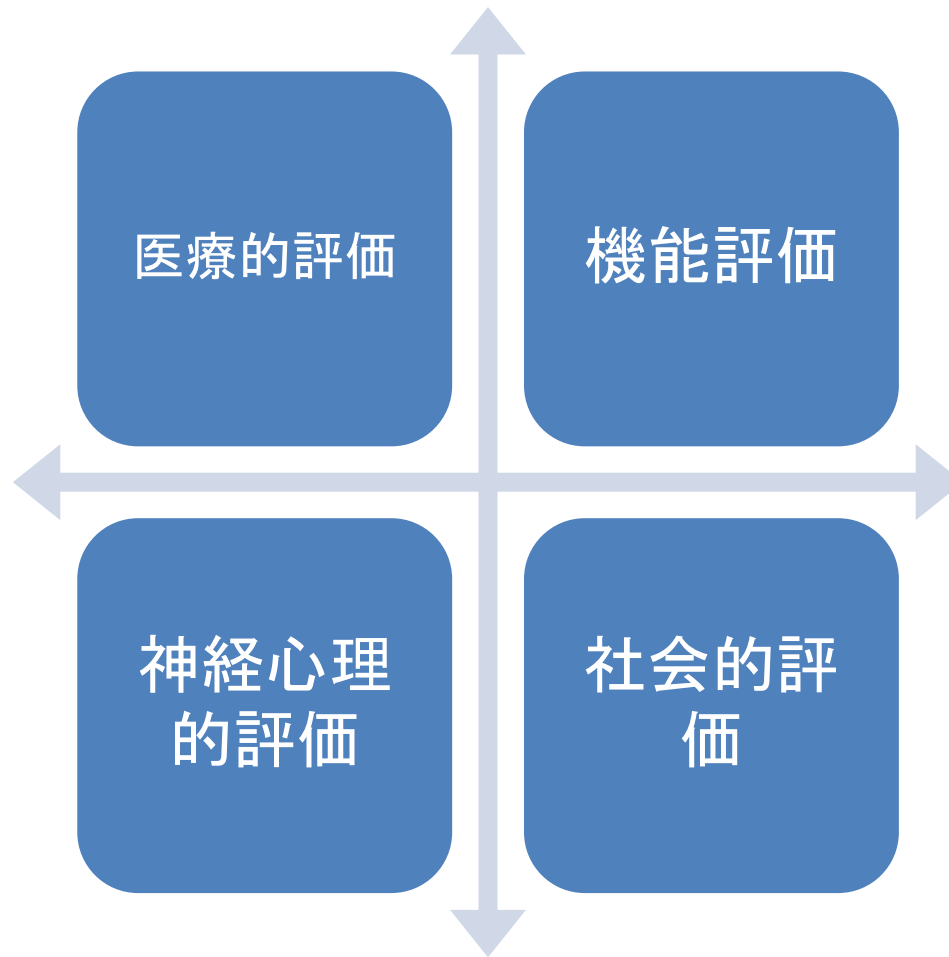


# CGAのエビデンス

## Cochrane Database Syst Revより

- 自宅での生存率改善
- 施設入所の減少
- 死亡率の低下
- 機能低下の予防

# CGAの構成要素



# 多職種チーム

医師

看護師

リハビリ療  
法士

MSW

栄養士

薬剤師

# 高齢者総合機能評価

- ・病気にに関して:

抱えている病気は？ 通院中の病院は？ 服用薬？ 認知症の有無

- ・入院前の生活状況に関して:

同居者は？ 主たる介護者は？

家族, 介護者との人間関係は？

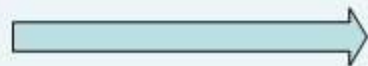
普段生活の様子(ADL, 外出, 社会的活動)

介護の状況(介護保険の有無, 介護サービスの利用状況)

経済状況

- ・老年症候群（歩行障害、食欲低下、摂食・嚥下障害、体重減少、排尿障害、尿失禁、不眠など）

・ADL  
・認知機能  
・意欲  
・うつ



BADL, IADL, JABC  
MMSE, HDS-R, I~IV (M)  
やる気スコア, Vitality index  
GDS15

# チーム医療・介護

ケース会議

医師：治療方針の決定  
介護状況などの社会的状況を  
踏まえて退院のゴールを決定する。

看護師：CGA, 老年症候群の評価  
患者支援の具体策を検討

薬剤師：患者・家族への服薬指導

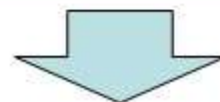
療法士：ADLの評価,  
リハビリに関する助言

栄養士：栄養状態の評価  
栄養療法に関する助言

ソーシャルワーカー：退院/転院/転所を  
具体的に進める



情報収集  
多職種連携  
きめ細かい  
診療・看護・介護



医療・看護・介護・福祉の  
方針を立て、共有する。



# Barthel Index (基本的ADL)



移乗



移動



階段昇降



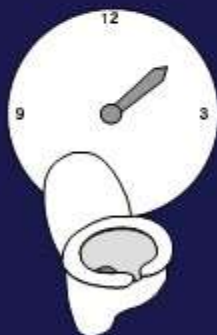
食事



入浴



トイレ動作



排尿  
コントロール



排便  
コントロール



更衣



整容

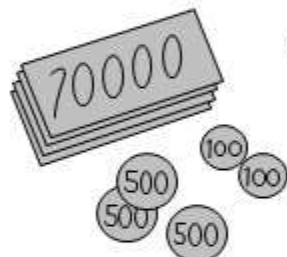
点数が高いほど自立していることを表す。

# Instrumental ADL

## IADL尺度 (Lawton & Brody)



電話の使用



家計管理



買い物



食事の準備



乗り物の利用



服薬管理

掃除などの家事



洗濯

	質問内容	配点	
1	お歳はいくつですか？(2年までの誤差は正解)	0 1	
2	今日は何年の何月何日ですか？ 何曜日ですか？(年、月、日、曜日が正解できてそれぞれ1点ずつ)	年	0 1
		月	0 1
		日	0 1
		曜日	0 1
3	私たちが今いるところはどこですか？ (自発的に出れば2点、5秒おいて家ですか？ 病院ですか？ 施設ですか？ の中から正しい選択をすれば1点)	0 1 2	
4	これから言う3つの言葉を言ってみてください。あとでまた聞きますのでよく覚えておいてください。 (以下の系列のいずれか1つで、採用した系列に○印をつけておく) 1: a) 桜 b) 猫 c) 電車 2: a) 梅 b) 犬 c) 自転車	0 1	
		0 1	
		0 1	
5	100から7を順番に引いてください。 (100-7は？、それからまた7を引くと？と質問する。最初の答えが不正解の場合、打ち切る)	(93) 0 1	
		(96) 0 1	
6	私がこれから言う数字を逆から言ってください。 (6-8-2、3-5-2-9を逆に言ってもらう。3桁逆順に失敗したら、打ち切る)	2-8-6 0 1	
		9-2-5-3 0 1	
7	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってください。 (自発的に回答があれば各2点、もし回答がない場合、以下のヒントを与え正解であれば1点) a) 植物 b) 動物 c) 乗り物	a: 0 1 2	
		b: 0 1 2	
		c: 0 1 2	
8	これから5つの品物を見せます。それを隠しますの何があつたか言ってください。 (時計、鏡、タバコ、ペン、硬貨など必ず相互に無関係なもの)	0 1 2 3 4 5	
9	知っている野菜の名前をできるだけ多く言ってください。 (答えた野菜の名前を右欄に記入する。途中で詰まり、約10秒間待っても出ない場合にはここで打ち切る) 0~5=0点、6=1点、7=2点、8=3点、9=4点、10=5点	0 1 2	
		3 4 5	
合計得点			

立憲神司、長谷川和夫、下坂光 他「改訂長谷川式簡易知能評価スケール」の作成。老年精神医学雑誌2：1339-1347、1991  
立憲神司、長谷川和夫、下坂光 他「改訂長谷川式簡易知能評価スケール」の作成(続編)。老年社会医学 14 Suppl：91-96、1992

	質問内容	得点
1(5点)	今年は何年ですか 今の季節は何ですか 今日は何曜日ですか 今日は何月何日ですか	
2(5点)	ここは何県ですか ここは何市ですか ここは何病院ですか ここは何階ですか ここは何地方ですか(例 関東地方)	
3(3点)	物品名3個(相互に無関係) 検者は物の名前を一秒間に一個ずつ言う。その後被験者に繰り返させる。 正答一個につき1点を与える。3例全て言うまで繰り返す(6回まで) 何回繰り返したかを記せ。 回	
4(5点)	100から順に7を引き、(5回まで)あるいは「フジノヤマ」を逆唱させる	
5(3点)	3で提唱した物品名を再度復唱させる	
6(2点)	(時計を見せながら)これはなんですか (鉛筆を見せながら)これはなんですか	
7(1点)	次の文章を繰り返させる。 「みんなで力をあわせて綱を引きます。」	
8(3点)	(3段階の命令) 「右手にこの紙を持ってください」 「それを半分に折りたたんでください」 「机の上に置いてください」	
9(1点)	(次の文章を読んでその指示に従ってください。) 「目を閉じなさい」	
10(1点)	(何か文章を書いてください。)	
11(1点)	(次の図形を書いてください)	
合計得点		



# 老年期うつ病評価尺度（GDS15）

No.	質問事項	回答	
1	毎日の生活に満足していますか	いいえ	はい
2	毎日の活動力や周囲に対する興味が低下したと思いますか	はい	いいえ
3	生活が空虚だと思いますか	はい	いいえ
4	毎日が退屈だと思ふことが多いですか	はい	いいえ
5	たいていは機嫌よく過ごすことが多いですか	いいえ	はい
6	将来の漠然とした不安に駆られることが多いですか	はい	いいえ
7	多くの場合は自分が幸福だと思いますか	いいえ	はい
8	自分が無力だなあと思ふことが多いですか	はい	いいえ
9	外出したり何か新しいことをするより家にいたいと思いますか	はい	いいえ
10	何よりもまず、もの忘れが気になりますか	はい	いいえ
11	いま生きていることが素晴らしいと思いますか	いいえ	はい
12	生きていても仕方がないと思ふ気持ちになることがありますか	はい	いいえ
13	自分が活気にあふれていると思いますか	いいえ	はい
14	希望がないと思ふことがありますか	はい	いいえ
15	周りの人があなたより幸せそうにみえますか	はい	いいえ

1, 5, 7, 11, 13には「はい」に0点、「いいえ」に1点を、残りにはその逆を配点し合計する

松林公蔵ほか：老年者の情緒に関する評価. Geriatric Medicine 32 : 541-546, 1994を引用  
『老年医学系統講義テキスト』2013より

# 意欲の指標 (Vitality Index)

1) 起床 (wake up)	いつも定時に起床している 起こさないと起床しないことがある 自分から起床することはない	2 1 0
2) 意思疎通 (communication)	自分から挨拶する, 話しかける 挨拶, 呼びかけに対して返答や笑顔がみられる 反応がない	2 1 0
3) 食事 (feeding)	自分から進んで食べようとする 促されると食べようとする 食事に関心がない, まったく食べようとしない	2 1 0
4) 排泄 (on and off toilet)	いつもみずから便意尿意を伝える, あるいは自分で排尿, 排便を行う 時々, 尿意便意を伝える 排泄にまったく関心がない	2 1 0
5) リハビリ・活動 (rehabilitation, activity)	みずからリハビリに向かう, 活動を求める 促されて向かう 拒否, 無関心	2 1 0

除外規定: 意識障害, 高度の臓器障害, 急性疾患 (肺炎など発熱)

① 薬剤の影響 (睡眠薬など) を除外, 起床できない場合, 開眼し覚醒していれば2点

② 失語の合併がある場合, 言語以外の表現でよい

③ 器質的消化器疾患を除外, 麻痺で食事の介助が必要な場合, 介助により摂取意欲があれば2点  
(口まで運んでやった場合も積極的に食べようとすれば2点)

④ 失禁の有無は問わない。尿意不明の場合, 失禁後にいつも不快を伝えれば2点

⑤ リハビリでなくとも散歩やレクリエーション, テレビでもいい。寝たきりの場合, 受動的理学運動に対する反応で判定する

Toba K et al : Geriatr Gerontol Int 2:23-29, 2002

『老年医学系統講義テキスト』2013より

## やる気スコア

	まったくない	少し	かなり	おおいに
1) 新しいことを学びたいと思いますか？	3	2	1	0
2) 何か興味を持っていることがありますか？	3	2	1	0
3) 健康状態に関心がありますか？	3	2	1	0
4) 物事に打ち込めますか？	3	2	1	0
5) いつも何かしたいと思っていますか？	3	2	1	0
6) 将来のことについての計画や目標を持っていますか？	3	2	1	0
7) 何かをやろうとする意欲はありますか？	3	2	1	0
8) 毎日は張り切って過ごしていますか？	3	2	1	0
	まったく違う	少し	かなり	まさに
9) 毎日何をしたらいいか誰かにいってもらわなければなりませんか？	0	1	2	3
10) 何事にも無関心ですか？	0	1	2	3
11) 関心を惹かれるものなど何もないですか？	0	1	2	3
12) 誰にもいわれないと何もしませんか？	0	1	2	3
13) 楽しくもなく、悲しくもなく、その中間くらいの気持ちですか？	0	1	2	3
14) 自分自身にやる気がないと思いますか？	0	1	2	3
	合計			

Apathy Scale (島根大学第3内科版) : 16点以上をアパシーありと評価

岡田和悟ほか: 脳卒中 20: 318-323, 1998

『老年医学系統講義テキスト』 2013 より

## CGA7：評価内容・正否と解釈・次へのステップ

番号	CGA7の質問	評価内容	正否と解釈	次へのステップ
①	<外来患者> 診察時に被験者の挨拶を待つ	意欲	正：自分から進んで挨拶する 否：意欲の低下	Vitality index
	<入院患者・施設入所者> 自ら定時に起床するか、もしくはリハビリへの積極性で判断		正：自ら定時に起床する、またはリハビリその他の活動に積極的に参加する 否：意欲の低下	
②	「これから言う言葉を繰り返して下さい（桜、猫、電車）」、 「あとでまた聞きますから覚えておいて下さい」	認知機能	正：可能（できなければ④は省略） 否：復唱ができない ⇒ 難聴、失語などがなければ中等度の認知症が疑われる	MMSE・HDS-R
③	<外来患者> 「ここまでどうやって来ましたか？」	手段的ADL	正：自分でバス、電車、自家用車を使って移動できる 否：付き添いが必要 ⇒ 虚弱か中等度の認知症が疑われる	IADL
	<入院患者・施設入所者> 「普段バスや電車、自家用車を使ってデパートやスーパーマーケットに出かけますか？」			
④	「先程覚えていただいた言葉を言って下さい」	認知機能	正：ヒントなしで全部正解。認知症の可能性は低い 否：遅延再生(近時記憶)の障害 ⇒ 軽度の認知症が疑われる	MMSE・HDS-R
⑤	「お風呂は自分ひとりで入って、洗うのに手助けは要りませんか？」	基本的ADL	正：⑥は、失禁なし、もしくは集尿器で自立。入浴と排泄が自立していれば他の基本的ADLも自立していることが多い 否：入浴、排泄の両者が× ⇒ 要介護状態の可能性が高い	Barthel index
⑥	「失礼ですが、トイレで失敗してしまうことはありませんか？」			
⑦	「自分が無力だと思いますか？」	情緒・気分	正：無力と思わない 否：無力だと思う ⇒ うつの傾向がある	GDS-15

# 高齢診療科外来初診問診表

年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_, 年齢 \_\_\_\_\_ 歳, 性別: 男・女

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

職業 (現在 \_\_\_\_\_, 過去 \_\_\_\_\_ 歳まで \_\_\_\_\_)

1. 今日はどなたといらっしゃいましたか？

ひとりで・別の人と一緒に → どなたとですか？ ( \_\_\_\_\_ )

2. どのようにして病院までいらっしゃいましたか？複数に○をつけて結構です。

徒歩・自転車・バス・電車・タクシー・自家用車

3. 今日はどのような理由でいらっしゃいましたか？

4. 普段お困りの症状についてご記入ください。

5. 現在、何らかの病気で病院にかかっていますか？

病名: ( ) 歳または ( ) 年から

病名: ( ) 歳または ( ) 年から

病名: ( ) 歳または ( ) 年から

6. 普段かかりつけの先生がいますか？ ない・ある → “ある” の場合、下にご記入ください。

7. 現在定期的にのんでいる薬の名前と服用の仕方(朝1錠, 夕1錠など)を下にご記入ください。

お薬手帳があればお見せください。

12. 生活状況についておうかがいします。

(1) 現在どなたとお住まいですか？

一人暮らし

同居者あり → どなたと一緒に住んでいますか？

(2) 介護保険をもっていますか？ いいえ・はい

(3) ヘルパーに来てもらっていますか？ いいえ・はい → “はい”の場合、介護の内容を下にご記載ください。

(4) デイサービスをご利用ですか？ いいえ・はい → “はい”の場合、下にご記載ください。

施設名

利用曜日

(5) 趣味その他、普段行っている活動があればご記入ください。

13. 毎日の生活についておうかがいします。

食欲：ない・あまりない・ある

排尿：昼間（ ）回くらい,夜間（ ）回くらい

便秘：（ ）日に（ ）回

睡眠：〔よく眠れる・寝つけない・何度も目がさめる・朝早く目がさめる〕

タバコ：現在：吸う 1日（ ）本 ・吸わない

過去：吸っていた（ ）歳まで1日（ ）本・吸ったことがない

お酒：飲まない・飲む：お酒の種類（ ），お酒の量：1日（ ）ml

頻度：週に（ ）回

以下のことは自分（患者さん本人）で行いますか？それともどなたかの助けがあって行っていますか？ 助けてくださるのはどなたですか？

外出 自分でする・手伝ってもらう（誰に？： ）

買い物 自分でする・手伝ってもらう（誰に？： ）

お金の管理 自分でする・手伝ってもらう（誰に？： ）

食事の準備 自分でする・手伝ってもらう（誰に？： ）

薬の管理 自分でする・手伝ってもらう（誰に？： ）

掃除 自分でする・手伝ってもらう（誰に？： ）

洗濯 自分でする・手伝ってもらう（誰に？： ）

電話をかける 自分でする・手伝ってもらう（誰に？： ）

以上で終わりです。有り難うございました。

お呼びするまでもう少しお待ち下さい。

**CGAは共通言語**

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 女	〒
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。			
医師氏名		電話 ( )	
医療機関名		FAX ( )	
医療機関所在地			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入) 及び発症年月日

1. \_\_\_\_\_ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)

2. \_\_\_\_\_ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)

3. \_\_\_\_\_ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)

(2) 症状としての安定性 安定 不安定 不明  
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)

(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容  
(最近(概ね6ヶ月以内)に全健に影響のあったもの及び 難治疾患についてはその診断の根拠等について記入)

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置				
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について  
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2  
・認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)  
・短期記憶 問題なし 問題あり  
・日常の意思決定を行うための認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない  
・自分の意思の伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない

(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)  
無 有 { 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊  
火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他 ( )

(4) その他の精神・神経症状  
無 有 (症状名: \_\_\_\_\_) 専門医受診の有無 有 ( ) 無

(5) 身体の状態

利き腕 ( 右 左) 身長=  cm 体重=  kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: \_\_\_\_\_)

麻痺 右上肢 (程度: 軽 中 重) 左上肢 (程度: 軽 中 重)  
右下肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)  
その他 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)

筋力の低下 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)

関節の拘縮 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)

関節の痛み (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 左 ・下肢 右 左 ・体幹 右 左

褥瘡 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)

その他の皮膚疾患 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動  
屋外歩行 自立 介助があればしている していない  
車いすの使用 用いていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している  
歩行補助具・器具の使用(複数選択可) 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

(2) 栄養・食生活  
食事行為 自立ないし何とかが自分で食べられる 全面介助  
現在の栄養状態 良好 不良  
→ 栄養・食生活上の留意点 ( )

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針  
尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心臓機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊  
低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他 ( )  
→ 対処方針 ( )

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し  
期待できる 期待できない 不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)  
訪問診療 訪問看護 訪問歯科診療 訪問薬剤管理指導  
訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問歯科衛生指導 訪問栄養食事指導  
通所リハビリテーション その他の医療系サービス ( )

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項  
・血圧 特になし あり ( ) ・移動 特になし あり ( )  
・摂食 特になし あり ( ) ・運動 特になし あり ( )  
・嚥下 特になし あり ( ) ・その他 ( )

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)  
無 有 ( ) 不明

5. 特記すべき事項  
要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

(ここに特記すべき事項を記載する欄)



# 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており <b>独力で外出する</b> 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、 <b>介助なしには外出しない</b> 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、 <b>座位を保つ</b> 1. <b>車椅子</b> に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により <b>車椅子</b> に移乗する
	ランク C	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で <b>寝返り</b> をうつ 2. 自力では <b>寝返り</b> もうてない

\* 判定にあたっては、補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない。

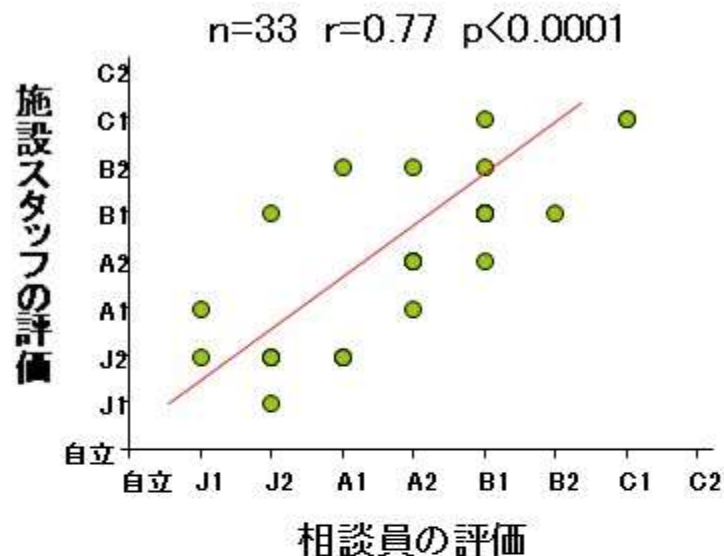
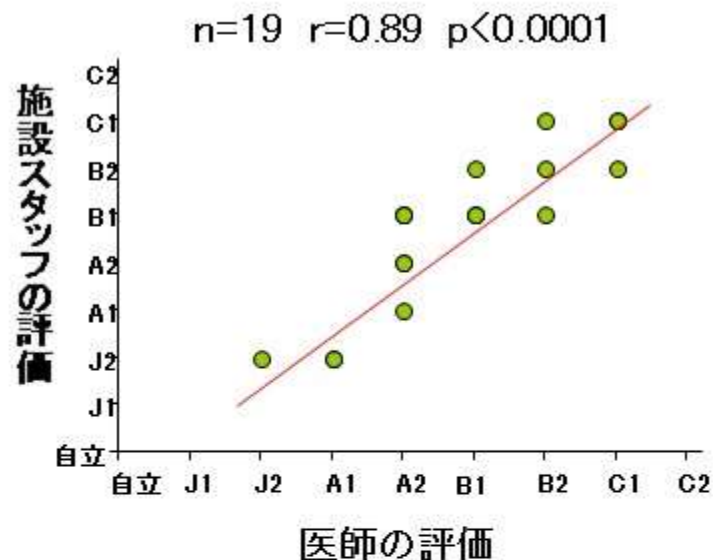
注) 判定に際しては、「～をすることができる」といった「能力」の評価でなく、「状態」、特に「移動に関わる状態像」に着目して、日常生活の自立の程度を4段階にランク分けし評価するものとする。



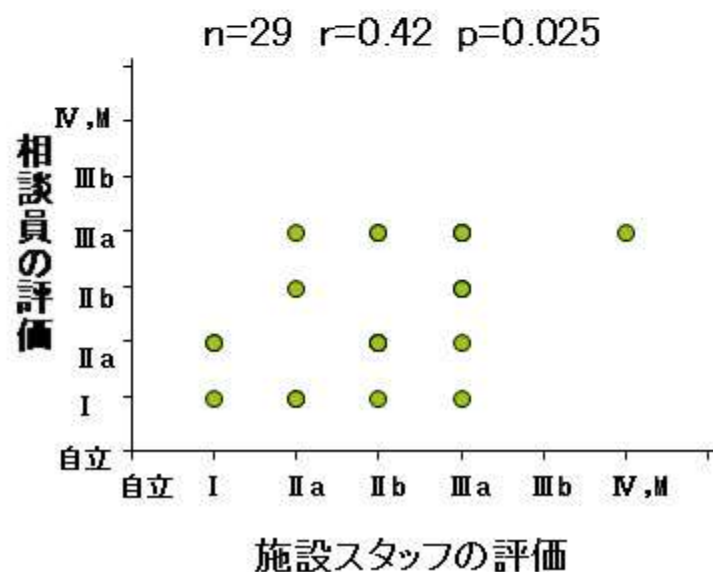
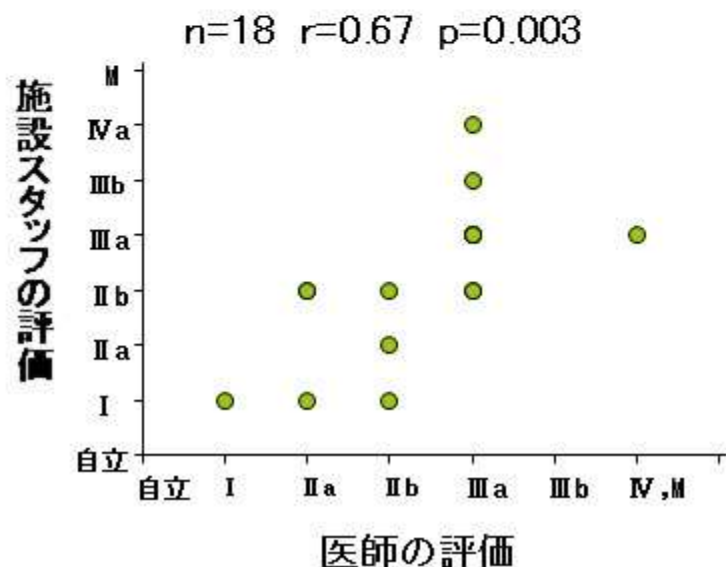
# 認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判断基準	みられる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している	
II	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立できる	
II a	家庭外で上記 II の状態がみられる	たびたび道に迷うとか、 <b>買物や事務、金銭管理</b> 等それまでできたこと <b>が失われる</b> 等
II b	家庭内でも上記 II の状態がみられる	<b>服薬管理</b> ができない、 <b>電話の対応</b> や訪問者との対応など1人で留守番ができない等
III	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さがみられ、介護を必要とする	
III a	日中を中心として上記 III の状態がみられる	<b>着替え、食事、排便、排尿</b> が上手にできない、時間がかかる。 <b>基本的ADL</b> やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記 III の状態がみられる	ランク III aに同じ
IV	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする	ランク IIIに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

## 障害老人の日常生活自立度(JABCランク)に関する各職種間の比較



## 認知症老人の日常生活自立度評価(I~IV)に関する各職種間の比較



# CGAの実際

# 症例 91歳 女性

## [現病歴]

2012年2月に孫の自宅近くへ引っ越すまで、他市で**独居**し、高血圧症のため近医通院中であった。

1月より下肢痛があり、2月に末梢動脈閉塞症で心臓血管外科に入院した。この時、心房細動が見つかり**ワーファリン**の内服が開始された。

2月29日に孫が訪問したところ、空の内服包装を発見し、**3日分の内服薬を1度に服用した**ことが疑われ、当院を緊急受診した。

## [入院前処方]

アムロジンOD(2.5)1錠 分1 朝食後

オルメテック(10)1錠 分1 朝食後

メバロチン(5)1錠 分1 朝食後

プロテカジン(5)2錠 分2 朝夕食後

オパルモン(5)3錠 分3 毎食後

プレタールOD(50)2錠 分2 朝夕食後

ワーファリン(1)1錠 分1 夕食後

ワーファリン(0.5)1錠 分1 夕食後

## 入院時現症

### [バイタルサイン]

意識 清明, 血圧 150/80mmHg, 心拍数 60bpm(整)

SpO<sub>2</sub> 99%(Room Air)

[理学所見] 有意な異常なし

# 総合機能評価

Barthel Index 90/100 (歩行・階段が△)

IADL 4/8 (買物・炊事・移動・服薬が×)

MMSE 17/27(視力障害のため) ⇒ 認知機能障害あり

(日付 4/5, 場所 3/5, 計算 1/5, 遅延再生 1/5)

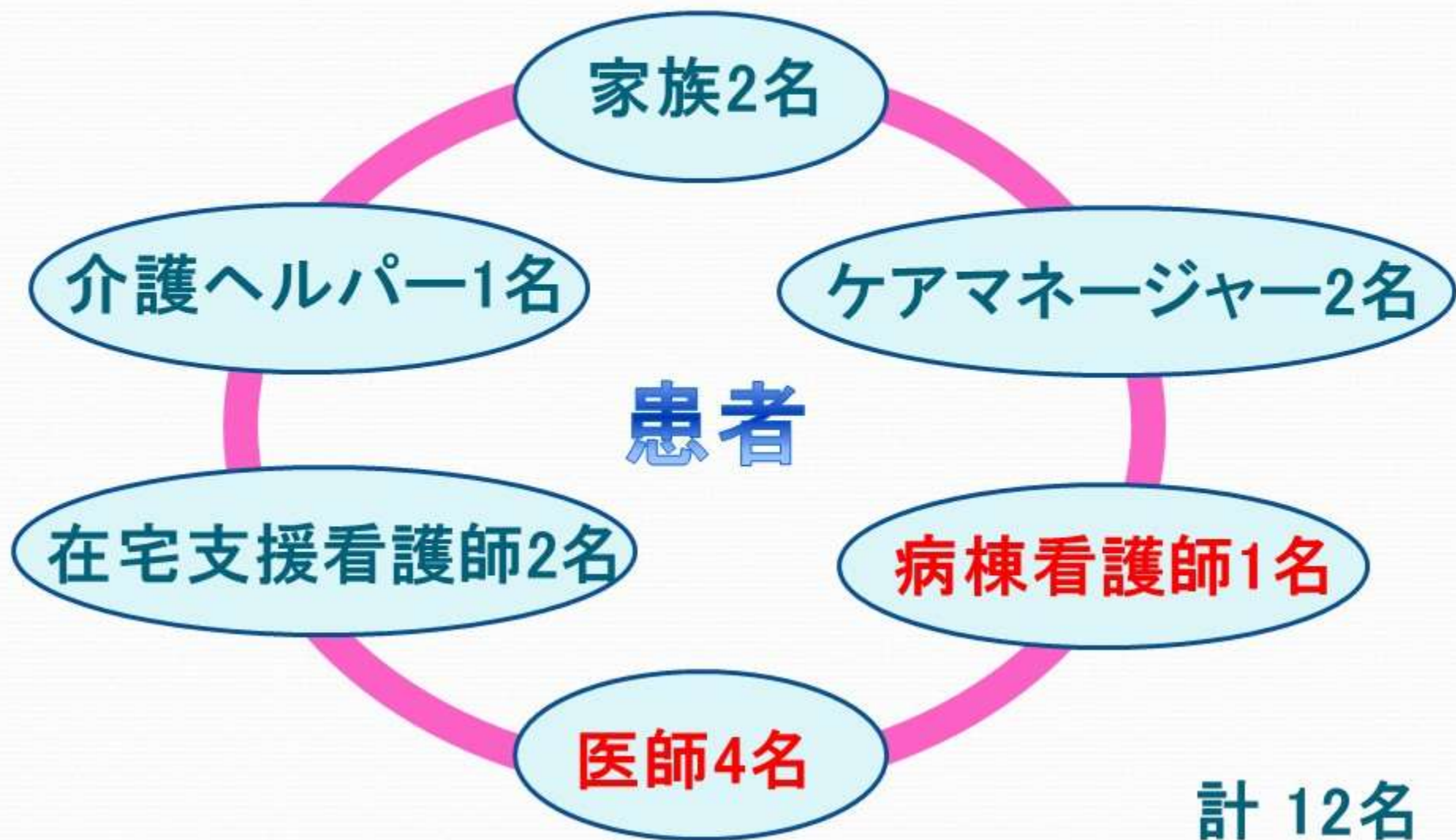
GDS15 9/15 ⇒ うつ傾向

Vitality Index 10/10 ⇒ 生活意欲は保たれている

# 入院経過

日付	日数	内容
2月29日	1	入院、総合機能評価 ケアカンファレンスの連絡調整
3月1日	2	—
3月2日	3	退院前ケアカンファレンス
3月3日	4	退院

# ケアカンファレンス 構成



# 問題点の解決策1



## \* 介護面

- ①服薬管理    ②食事の準備(火の不始末)    ③買物
- ④誰かと一緒に外に出る

手段的ADLの低下



ヘルパー・家族による介入

要支援1 → 介護区分変更申請  
ケアマネジャー選定  
介護サービス(デイサービスなど)の利用

# 問題点の解決策2



## \* 医療面

① 認知症

② 治療の必要な疾患

(特に心房細動は前回入院時初めて見つかった)

③ 服薬管理



もの忘れ外来で認知症を精査

薬の処方内容と変更箇所を本人にわかるように説明

かかりつけ医の選定

# 問題点の解決策3



## \* 服薬管理

[入院前処方]

アムロジンOD(2.5)1錠 分1朝  
オルメテック(10)1錠 分1朝  
メバロチン(5)1錠 分1朝  
プロテカジン(5)2錠 分2朝夕  
プレタールOD(50)2錠 分2朝夕  
オパルモン(5)3錠 分3毎  
ワーファリン(1)1錠 分1夕  
ワーファリン(0.5)1錠 分1夕



[退院時処方]

アムロジンOD(2.5)1錠 分1朝  
オルメテック(10)1錠 分1朝  
メバロチン(5)1錠 分1朝  
オパルモン(5)1錠 分1朝  
ワーファリン(1)1錠 分1朝  
ワーファリン(0.5)1錠 分1朝  
タケプロンOD(15)1錠 分1朝

**複雑な飲み方から1日1回の簡便な飲み方に変更**

# カンファレンス後の患者さんは・・・



- ① 要介護1認定
- ② デイサービス週2回
- ③ 内服薬は1日1回
- ④ 月・水・金ヘルパーが自宅を訪問し、内服薬管理・食事の支度・掃除
- ⑤ 外出は孫娘と一緒に



在宅介護を導入したことで、十分な医療・生活支援ができるようになった。

# 高齢者総合機能評価の実施と診療計画書の作成 日本老年医学会HPより

## 高齢者総合機能評価(CGA)

当院では、入院患者様が入院早期より退院後にどのような生活を送るかということ念頭に  
おいた医療を受けることができるために、入院中に総合的な機能評価を行っております。  
その結果をお知らせします。

項目	検査	結果	結果の評価
転倒の危険度	転倒スコア	/13	
	片足立ち	秒/ 秒	
セルフケア機能	Barthel index	/100	
一人暮らし機能	Lawton IADL	/8	
認知機能 (記憶・判断力)	HDS-R	/30	
	MMSE	/30	
気分	GDS	/15	
意欲	Vitality index	/10	

以上の結果をまとめると

具体的な対応法に関しては、治療・検査の説明書や退院療養計画書  
などにも記載し説明しますのでご参照下さい。

- (1) 病名、症状、推定される入院期間、予定される検査及び手術の内容並びにその日程、その他入院に関し必要な事項が記載された総合的な入院診療計画であること。
- (2) 患者が入院した日から起算して7日以内に、当該患者に対し、当該入院診療計画書が文書により交付され、説明がなされるものであること。

## 「入院診療計画書」への記入

(3) 入院診療計画書 別紙

患者ID 患者氏名 平成 年 月 日  
年齢

病名：  
(無に考えよう氏名) 病棟(病室)： 号室

症状：

推定される入院期間  入院期間 日  入院期間 日  
又は退院日 入院日 年 月 日 退院日 年 月 日

治療計画

検査内容及び日程

手術内容及び日程

食事  
(食事による転倒も含む)

特別な栄養管理の必要性 有 ・ 無

その他  
(看護、リハビリテーション等の計画)

患者さん及びご家族への説明

総合的な機能評価  日常生活動作  傾倒なし  要轉送または要経過観察  
認知機能  問題なし  要轉送または要経過観察  
気分・心理状態  問題なし  要轉送または要経過観察

注1. 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を基のいくにしたがって変わり得るものです。  
 注2. 入院期間については現時点で予定されるものです。

主治医： 説明を受けられましたら、患者氏名が明書い  
ないことを確認の上、ご署名ください。

担当看護師： 患者氏名 期  
本人・医師 署名欄

総合的機能評価を  
リスクマネジメントに活かす

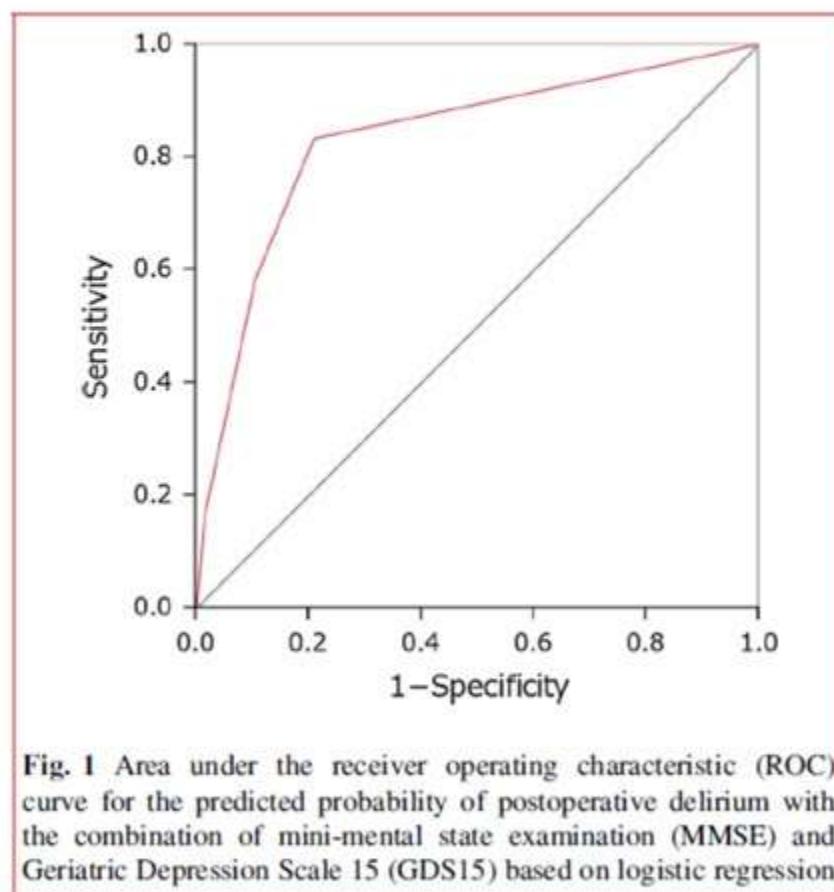
# Risk Evaluation of Postoperative Delirium Using Comprehensive Geriatric Assessment in Elderly Patients with Esophageal Cancer

World J Surg. 2016;40:2705-2712.

**Table 3** Multivariate analysis of factors associated with postoperative delirium

Variable		OR	95 % CI	P value
MMSE	1 point decrease	1.4	1.2–1.6	<0.0001
GDS15	1 point increase	1.3	1.1–1.6	0.004
Psychiatric disorder	Yes	–	–	0.067

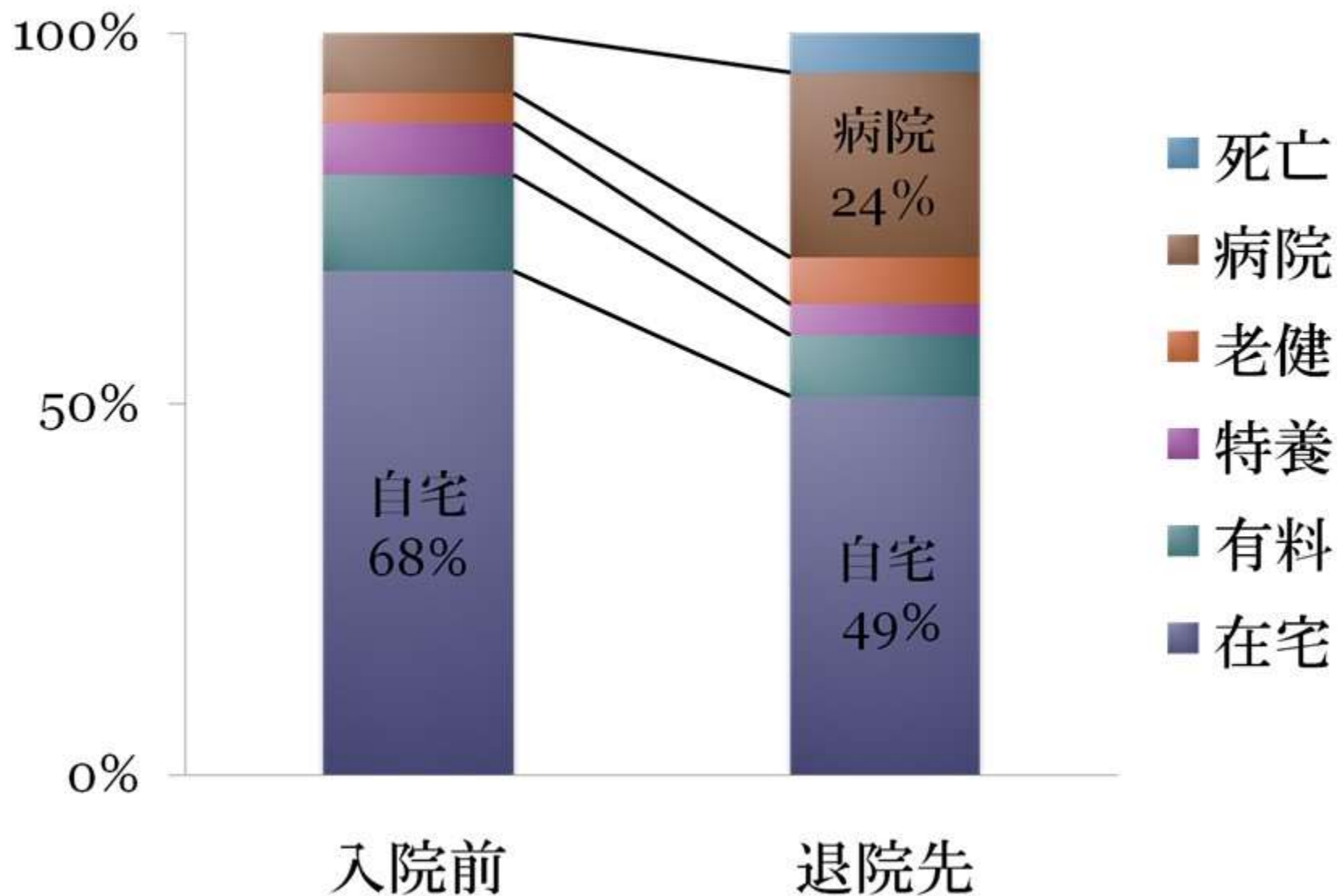
OR odds ratio, CI confidence interval, MMSE mini-mental state examination, GDS15 geriatric depression scale 15



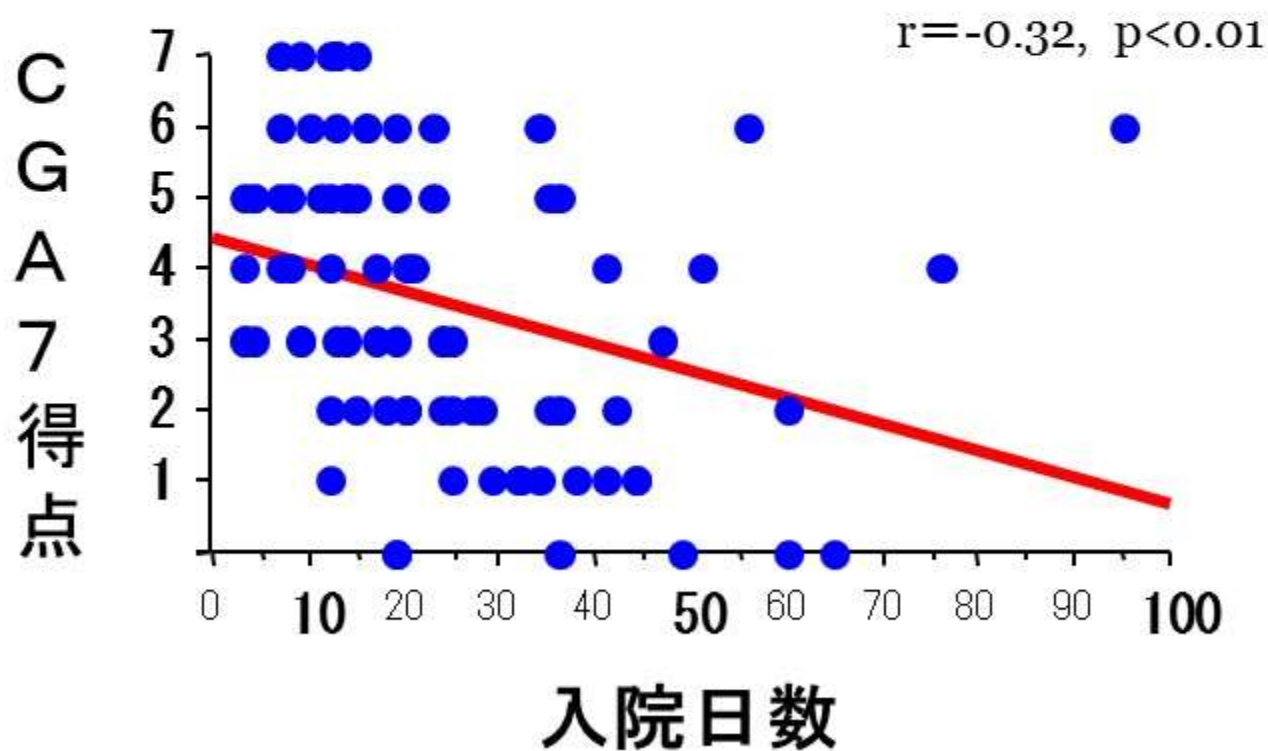
**Fig. 1** Area under the receiver operating characteristic (ROC) curve for the predicted probability of postoperative delirium with the combination of mini-mental state examination (MMSE) and Geriatric Depression Scale 15 (GDS15) based on logistic regression

# 総合的機能評価を 退院支援に役立てる

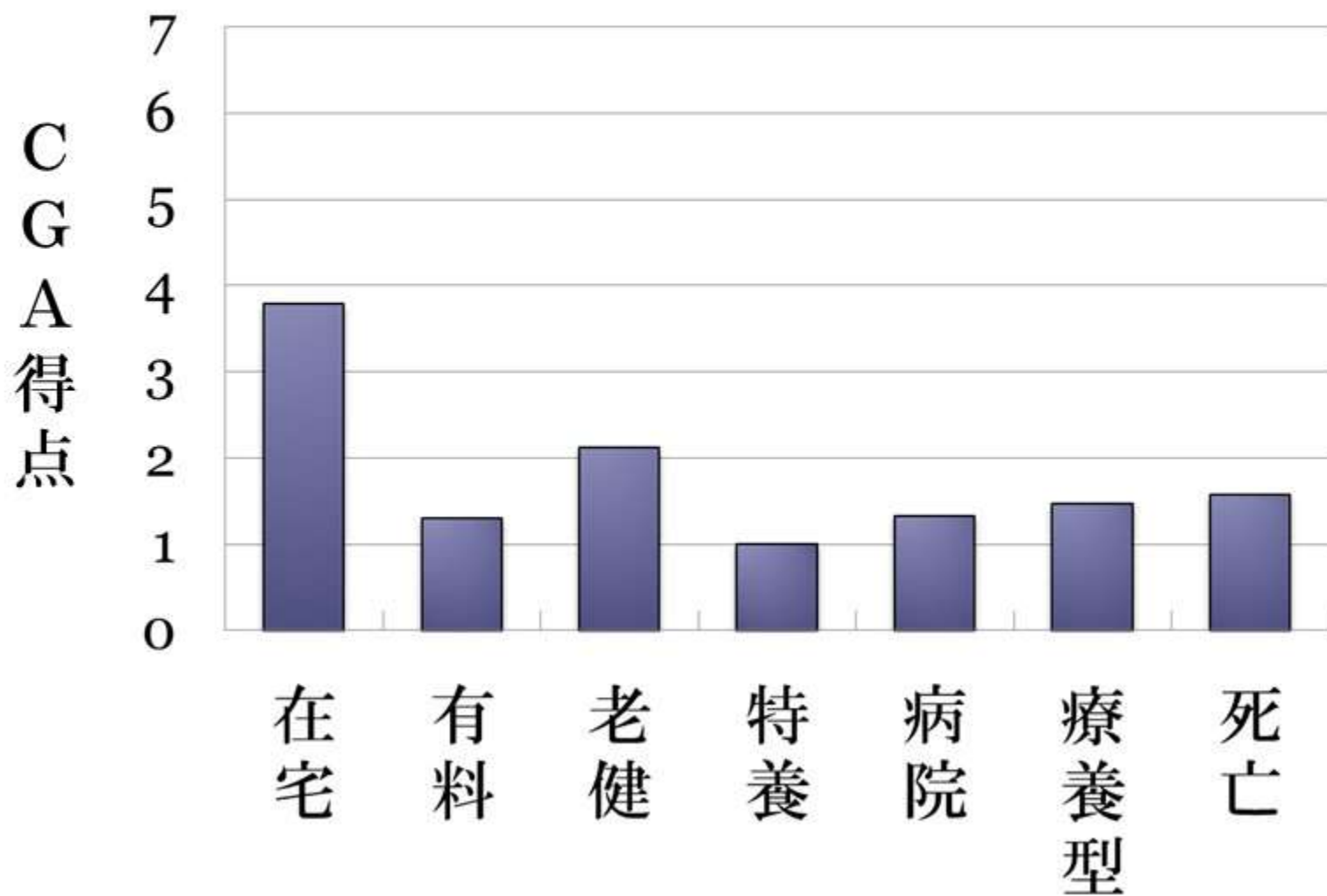
# 入院前居場所と退院後行先

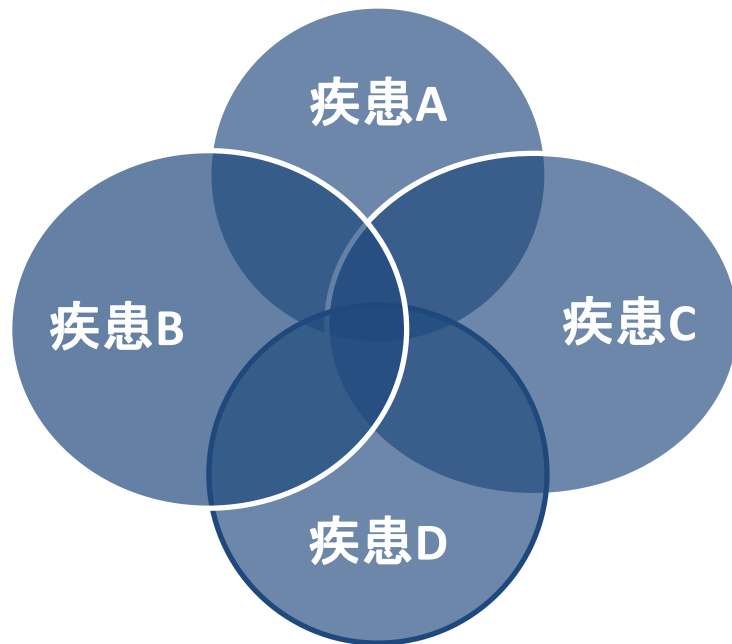
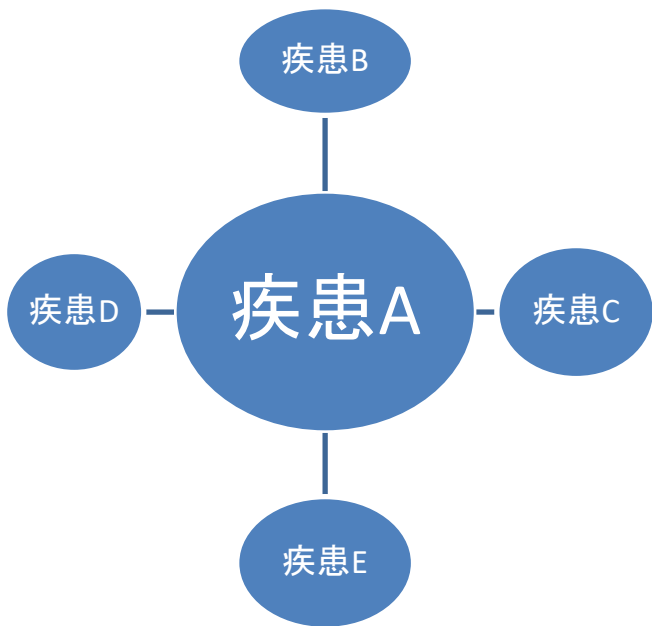


# 入院時CGA7と入院日数



# 入院時CGA7と退院後行先





# 高齢者総合機能評価 (CGA)に基づく 診療・ケアガイドライン

# 2024

- 長寿医療研究開発費  
「高齢者総合機能評価(CGA)ガイドラインの作成研究」研究班
- 日本老年医学会
- 国立長寿医療研究センター

## ▶ スコープ作成

- ① CGAにはさまざまな構成要素があるが、各要素の有用性はどうか？ また、どの評価ツールが有用か？  
⇒ 「CGAの各要素とそのツールの効果」
- ② CGAを老年疾患や老年症候群の管理に活かすことが求められているが、主な老年疾患・老年症候群の管理にCGAは有用か？  
⇒ 「CGAを用いた老年疾患・老年症候群の管理」
- ③ 診療とケアの現場で多職種に用いられているCGAであるが、さまざまな医療介護現場および専門職種によるCGAの利用は有用か？  
⇒ 「医療介護現場や関係職種によるCGAの利用」

という3つのテーマをまず設定した。

## ▶ スコープ作成

続いて、3テーマの下位領域として、

### ① CGAの各要素とそのツールの効果

スクリーニング，ADL（基本的ADL，手段的ADL），認知機能，うつ，意欲，QOL，社会的要素，フレイル/栄養の8領域

### ② CGAを用いた老年疾患・老年症候群の管理

フレイル/低栄養，認知症，ポリファーマシー，Multimorbidity，糖尿病，高血圧/心疾患，（誤嚥性）肺炎，骨折，外科手術（周術期），悪性腫瘍（化学療法など）の10領域

### ③ 医療介護現場や関係職種によるCGAの利用

看護（看護師），介護（ケアマネ，介護福祉士等の役割），薬剤師，リハビリテーション，アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の5領域

合計23領域を設定し，各領域のクリニカルクエスチョン（CQ）策定までを2022年度に行った。

# 1

## スクリーニング

| CQ | I-1

高齢者においてCGAによるスクリーニングは有用か？

ステートメント

高齢者に対してCGAによるスクリーニングを行うことを推奨する。

エビデンスの強さ

B

推奨度

1

(合意率：100%)

# CGA 総論

## ▶ CGAとは

高齢者総合機能評価（Comprehensive Geriatric Assessment：CGA）とは、疾患の評価に加えて、日常生活活動度（ADL）、手段的ADL、認知機能、気分・意欲・QOL、社会的背景等を系統的に評価する手法を指す。

## ▶ CGAの意義

CGAを行うことで生活状況の全般的把握とさらに詳しい確認を行うためのヒントが得られ、疾患・病態の管理上も本人の状況に合わせて適切と思われる対応を取ることが可能になる。

**症例1**

80歳, 男性

**診断**: 糖尿病, 糖尿病合併症 (網膜症, 神経症, 腎症), 高血圧, 心不全

**老年症候群**: 易転倒性, 記憶障害, 頻尿

**定期検査**: 血液検査, 尿検査, 胸部X線

**常用薬**: 経口糖尿病治療薬, ACE阻害薬, Ca拮抗薬, 利尿薬, 抗血小板薬

**▶ CGA**

**基本的ADL**: Barthel Index 90/100 (△階段, △排尿コントロール)

**手段的ADL**: Lawton 2/8 (×買物, ×食事の支度, ×家事, ×洗濯,  
×交通手段, ×服薬管理)

**認知機能**: HDS-R 20/30, MMSE 23/30 (時間の見当識, 短期記憶等で失点)

**気分・意欲**: GDS 4/15, Vitality Index (意欲の指標) 8/10

**社会的背景**: 妻と同居, 杖歩行, 要介護認定未取得

## ▶ 症例1

- 糖尿病罹患歴が長く複数の合併症，併存症を有する症例．生活には特に支障ないが，最近時々つまずいて転倒することと物忘れが目立つようになったことを外来で妻が報告．
- CGAを実施したところ，基本的ADLはほぼ保たれており，一方で手段的ADLに問題が多く，特に服薬管理に支障があり，残薬がかなり多いことがわかった．認知機能では時間の見当識と短期記憶を中心に失点が目立ち，軽度認知症レベルの点数．
- 生活状況を聞き取っていくと，下肢筋力も低下しているが，視力低下により障害物がよく見えていないことが転倒の最大の原因であること，薬は半分程度しか服用しておらず，血糖管理不良の一因にもなっていることがわかった．
- 服薬管理は認知機能の低下に由来すると考えて，妻に支援を依頼．転倒リスクを考慮して抗血小板薬の中止，降圧薬の減量（Ca拮抗薬の中止），処方全般の見直しと服用法の単純化を行った．
- 認知機能低下については認知症疑いとして精査を予定．介護予防サービスの導入や転倒予防のための住宅改修を視野に，介護保険申請を行うこととした．その際の主治医意見書作成ではCGAの結果が参考になる．

## ▶ 症例1

- このように、CGAを行うことで生活状況の全般的把握とさらに詳しい確認を行うためのヒントが得られることがまず利点である。
- さらに、疾患・病態の管理上も本人の状況に合わせて適切と思われる対応を取ることが可能になる点も大きなメリットである。

**症例2**

76歳，女性

**診断**：骨粗鬆症（胸腰椎多発圧迫骨折），変形性膝関節症，不眠症

**老年症候群**：歩行困難，腰痛，食欲不振・体重減少，便秘

**定期検査**：血液検査，骨密度測定

**常用薬**：骨粗鬆症治療薬，鎮痛薬，緩下薬，睡眠薬

**▶ CGA**

**基本的ADL**：Barthel Index 85/100（△平地歩行，△階段，△排便コントロール）

**手段的ADL**：Lawton 6/8（×買物，×食事の支度）

**認知機能**：HDS-R 28/30，MMSE 28/30（見当識で失点）

**気分・意欲**：GDS 12/15，Vitality Index（意欲の指標）7/10

**社会的背景**：独居（娘が隣の市に在住），外出時は歩行器使用，要支援2

## ▶ 症例2

- 骨粗鬆症による胸腰椎多発圧迫骨折と変形性膝関節症に慢性腰痛もあって、歩行や身体動作に制限があり、閉じこもりがちな生活を送っている症例。
- 便秘や不眠、食欲不振・体重減少にもこれらの病態が寄与していると考えられ、フレイル状態に陥ってきている。
- CGAを行うと、基本的ADLで移動能力の低下、排便コントロールに問題がある。
- 手段的ADLはほぼ保たれているが、歩行困難のために食材の買い物が十分にできず、また調理は可能だが、おっくうで総菜や弁当中心の食事で、食欲もないので食事を抜くこともある。
- 認知機能は保たれているが、GDS 12/15点とうつ状態である。
- 娘が週に1～2回訪問し、買い物や掃除などをしてくれる。要支援2を取得しているが介護サービスは利用していない。
- うつ状態および身体機能の改善のためにレクリエーションやリハビリテーションが必要であり、ケアマネジャーを介して通所サービスを利用することとし、ヘルパーによる生活支援も開始してもらった。うつに対しての薬物療法も今後検討していくこととした。

## ▶ 症例2

- この症例では、CGAを実施することで医学的および生活上の問題を把握して適切な介入につなげることができた。
- また、CGAの結果を示すことでケアマネジャーも状況をすぐに理解し対応してくれたが、CGAは血液検査や画像診断と違い介護福祉関係の専門職も理解できるいわば多職種の共通言語であることがよくわかる。

▶ これらの症例でCGAをまったく実施しなかったら？

- 加齢変化や持病のせいなどとして大した問題意識を持たず，経過観察のみで介入につながらなかった可能性は十分ある.
- または，身体疾患を念頭に置いた諸検査や訴えに対しての対症療法は行われたかもしれないが，それらがより良好な転帰につながる可能性は低いであろう.

## ▶ 高齢者にとって良好な転帰とは何か？

- 一般成人に対する医療ではゴールドスタンダードとされる死亡率の低下が、高齢者医療では必ずしも最重要視されるわけではない。
- 高齢者に限らずとも健康長寿が強調され、QOL で調整したQALY (quality-adjusted life year) をアウトカム評価や医薬品などの費用対効果評価に用いることが国際標準になってきている。
- 高齢者医療におけるアウトカムの優先順位に関する意識調査の結果では、医師等の医療提供側および受療側である高齢者の双方にとって「死亡率の低下」はさほど重要ではなく(実際には12項目中最下位)、「QOLの改善」や「身体機能の回復」「介護者の負担軽減」「活動能力の維持」「精神状態の改善」が重視されていた。

- 本ガイドラインでも、そのような視点からクリニカルクエスチョン(CQ)毎にアウトカムを設定してシステムティックレビューと推奨度の決定を行った。
- また、これらのアウトカムが重要ならば、診療やケアでも評価しなければならず、それらを系統的に評価する手法であるCGAの意義は十分にあることは当然である。

ご清聴ありがとうございました

