 報 告

順天堂医学 46(2)
p. 227~230 (2000)

老人専門外来通院患者の病状と介護認定

Clinical symptoms and ranking of care service for elderly out-patients

一 宮 洋 介*

YOSUKE ICHIMIYA

辻 昌 宏*

MASAHIRO TSUJI

植 田 由美子*

YUMIKO UEDA

稲 見 理 絵*

RIE INAMI

馬 場 元*

HAJIME BABA

目的：介護保険制度の運用開始にあたり，老年患者の病状と介護認定度との関係を明らかにして，問題点を検討する。

対象：順天堂大学浦安病院神経精神科老人専門外来通院中で平成12年4月までにかかりつけ医の意見書を作成提出した20症例である。

方法：対象の臨床症状・痴呆の程度・日常生活動作能力（特に寝たきり度）と介護認定の結果を調査して，比較検討した。

結果：介護認定の結果は要支援から要介護5まで広きにわたったが，自立とされたものはなかった。身体症状がより重い介護認定をもたらし傾向が認められた。

結論：今回検討した症例では介護認定作業において，痴呆症状より身体症状に重きがおかれていた。今後は痴呆症状を適切に評価する作業が必要である。

キーワード：介護保険，痴呆，日常生活動作能力

Key words：Insurance for the care and assistance for the elderly, dementia, ADL

はじめに

平成6年，順天堂大学浦安病院に老人性痴呆疾患センターが開設されて以来，老年人口の少ない浦安地域においても，痴呆老人の相談件数は年々増加している¹⁾。このため平成8年9月から月2回の老人専門外来を設け円滑な診療を図っている。症例は痴呆の始まりであったり，うつ病との鑑別が必要となるような比較的軽度の痴呆が多い。しかし，軽度の痴呆だから介護の度合いも軽いというわけには行かないように思われる。

実際，介護保険制度開始前のモデル事業の段階で，痴呆をもつ老人の評価に問題があるとされ²⁾³⁾，一次判定ソフトの見直しが行われた。

今回われわれは，平成12年4月の介護保険制度導入を迎えるにあたり，老人専門外来通院中で『かかりつけ医の意見書』を作成した症例が，どのように介護認定されたのか興味を持ち，病状と介護認定結果の検討を行った。

対象および方法

対象は当院老人専門外来通院中で，介護保険を利用するために当科に『かかりつけ医の意見書』の作成を求めてきた20症例（男性7名・女性13名）である。これらの症例の臨床症状と介護認定の結果を比較検討した。

* 順天堂大学医学部附属順天堂浦安病院神経精神科
Department of Neuro-Psychiatry, Juntendo University Urayasu Hospital, Chiba, Japan
[July 17, 2000 原稿受領] (Sept. 14, 2000 掲載決定)

結 果

対象の年齢は52歳から89歳にわたり、平均年齢は男性71.4歳・女性77.6歳であった。

居住地は浦安市8名・市川市4名・船橋市3名・江戸川区3名・習志野市1名・千葉市1名であった。

介護状況は、在宅17名・入所3名（老人ホーム2名・ケアハウス1名）で、主たる介護者は、娘7名・妻6名・息子の妻4名・息子3名であった。

診断は、アルツハイマー病15名・脳血管性痴呆3名・体感幻覚症1名・うつ病1名であった。

日常生活評価を表-1に示した。寝たきり度はAが18名と全体の90%を占め、痴呆度はⅢが10名と半数を占めた。

介護認定の結果と症例の一覧を表-2に示した。要支援から要介護5まで広く分布しているが、要介護1が6名と30%を占めた。自立と判定されたものはなかった。

改定《長谷川式簡易知覚機能評価尺度》（HDS-R）は1点から26点にわたり、平均は14.4点であった。介護認定度とHDS-Rの平均点の関係を図-1に示した。

症 例

ここで今回検討した20症例の中から、精神症状がいちじるしいにもかかわらず、要支援とされた症例と軽度痴呆だが骨折のために車椅子の生活となり、要介護4とされた症例を呈示する。

症例1：80歳 女性、アルツハイマー病。

同胞7名の末子、姉3名が痴呆のため老人ホームで亡くなっているが、詳細は不明である。女学校を卒業

表-1 日常生活自立度

	J	A	B	C	計
正常	0	1	0	0	1
I	0	0	0	0	0
II	1	3	0	0	4
III	0	10	0	0	10
IV	0	3	1	0	4
M	0	1	0	0	1
計	1	18	1	0	20

表-2 症例一覧

（AD：アルツハイマー病，VD：脳血管性痴呆）

	症例	年齢	性	診断	自立度	HDS-R
要支援	T S	79	F	AD	J-II	14
	T F	80	F	AD	A-M	25
要介護1	Y T	69	F	AD	A-IV	22
	M N	71	F	うつ病	A-II	19
	K R	72	M	AD	A-II	19
	K F	74	F	AD	A-III	6
	H N	83	M	体感幻覚	A-正常	26
	A M	83	F	AD	A-II	15
要介護2	M S	67	M	AD	A-III	17
	H O	87	F	AD	A-IV	8
	Y K	89	F	AD	A-III	13
要介護3	I U	68	M	VD	A-III	17
	K A	78	F	AD	A-III	7
	F O	79	M	AD	A-III	1
	K N	89	F	AD	A-III	16
要介護4	I S	52	M	AD	A-IV	9
	S A	59	F	AD	A-III	20
	F A	70	F	VD	A-III	20
	K T	79	M	AD	A-III	4
要介護5	S A	81	F	VD	B-IV	10

図-1 介護認定とHDS-R

し26歳で結婚、2子をもうけた。

76歳時に夫が亡くなり、長女夫婦と同居するようになる。78歳時より物忘れが出現、79歳時には「財布がなくなる」「バックがなくなる」と訴えるようになった。80歳時、同居している長女に物を盗まれると警察に駆け込むようになって当科を受診。初診時、礼節は保たれていたが、長女に対する物盗られ妄想を認めた。HDS-Rは25点、頭部CTではごく軽度の脳表萎縮像を認めた。

長女に対する攻撃性がいちじるしく、長女は介護に疲弊した状況であったため、抗精神病薬（リスペリドン3mg/日）投与と老人ホームへの収容を要した。

介護保険の『かかりつけ医の意見書』を精神症状がいちじるしいとして提出するも、要支援と認定された。

症例2：70歳 女性、脳血管性痴呆。

同胞はない。戦争のため女学校中退。鉄道会社に勤務し、22歳時に結婚。3子をもうけた。

63歳時に物忘れが出現するも、同居の長女夫婦とは特に問題なく過ごしていた。70歳時より徘徊が目立つようになり、夜間せん妄が出現。深夜に屋根に登ろうとして隣家のシャッターに挟まれ、レスキュー隊が出動するという騒ぎを起こしたために当科を受診。初診時、礼節は保たれていたが、やや多幸的で、老人デイケアを見学した様子を「先日は老人の人達を見に行ってきました」と述べた。HDS-Rは20点で、頭部MRIにて多発性脳梗塞を認めた。

脳機能改善薬（アニラセタム600mg/日）と抗精神病薬（チアプリド25mg/日）の投与により夜間せん妄は軽快した。

介護保険の『かかりつけ医の意見書』を提出した時点では歩行に問題はなかったが、この症例はその後転倒して大腿骨骨折を生じ、調査、認定作業の時点では車椅子の生活となった。この身体症状の変化に伴い要介護4と認定された。

考 察

今回検討した老人専門外来通院中の症例は、大部分が在宅で、独歩にて外来通院可能なものであり、身体的な問題は少なかった。要介護認定の結果は、自立はなかったものの、要支援から要介護5まで広く分布した。

要介護5の症例は痴呆とパーキンソン症状がいちじ

るしく、車椅子の生活であった。要介護4の症例には50歳代のアルツハイマー病2名が含まれている。50歳代発症、いわゆる早発性の2症例は何れも臨床病期は中期で、失語など大脳巣症状を呈しており、日常生活にかなり介護を要するものであり、これらの判定は順当なものと考えられる。症例2は、『かかりつけ医の意見書』を提出した時点では日常生活評価の寝たきり度はAであり、痴呆の程度からも、今回検討した要介護1のグループに相当するものと思われたが、その後、転倒骨折して車椅子を使用するに至ったため、認定作業の時点で寝たきり度はB以上と判定され、要介護4と認定されたものと推察される。すなわち身体症状の変化のために、より重い認定がなされたものと思われる。

一方、症例1は特定の家族、しかも主たる介護者である娘に対して物盗られ妄想を持ち、介護者が心身ともに疲弊した状況であった。このため精神科的薬物療法、施設収容を要したわけである。本症例のADLには問題なく、礼節も保たれ、痴呆の程度も軽いことから要支援と認定されたものと思われる。しかし自立的に活動できるということが、本症例の場合、警察に訴えでという行動につながり、介護の負担を増やしたと考えられる。すなわち精神症状のために介護の負担が大きかったにもかかわらず、身体症状に問題ないために軽い認定がなされたものと思われる。

以上述べたように、今回の検討からは、介護認定作業において全体として痴呆症状より、身体症状に重きがおかれている印象があり、今後はこのような事例を検討しつつ、痴呆の適切な評価がなされるよう、診断マニュアルの整備、一次判定ソフトの見直し、審査委員会に痴呆の専門医を加えるなどの作業が必要と思われる。また現状においては、『かかりつけ医の意見書』を作成する場合に、難しい専門用語を用いるより、いかに介護に手間がかかるのかを具体的な表現で付記することが肝要であろう。

さらに被介護者が同等の病状であっても、介護者によって介護ストレス度が異なる場合があり⁴⁾、認定作業の段階でこの介護者側の要因をどのように考え、取り扱うのかも今後の重要な検討事項と思われる。

また、介護認定度とHDS-Rの点数の関係については、今回の検討では症例数が少ないために統計学的な相関を云々することはできなかったが、今後さらに症例を増やして、HDS-Rが判定のための指標の一つに

なり得るものなのかを検討する必要があると思われる。

介護保険制度の本格的な運用が開始されて4ヵ月が過ぎようとしているが、予想された⁵⁾ように限られた診療時間の中で新規あるいは2回目の意見書作成を次々と、しかも期限付きで求められるようになっていく。この現場の実態も無視できない問題であり、診療レベルを下げないような配慮が求められるべきであろう。

なお、本稿の要旨は第15回日本老年精神医学会にて報告した。

文 献

- 1) 一宮洋介, 辻 昌宏, 高木一郎, 他: 順天堂大学浦安病院における老人性痴呆疾患センター活動——センター開設以来4年間の相談内容と相談後の経過の検討. 順天堂医, 1998; **44**: 313~319.
- 2) 本間 昭: 介護保険制度導入の影響について. 精神科治療学, 1999; **14** (増): 184~189.
- 3) 青柳 俊: 要介護認定の問題——厚生省一次判定ロジックの過去・現在. 総合リハ, 2000; **28**: 51~58.
- 4) 室伏君士: 痴呆老人への対応と介護. 東京; 金剛出版, 1998.
- 5) 一宮洋介: 介護保険. 老年精神医学雑誌, 1998; **9**: 1280~1281.