



表2 うつの有無による各指標の経過

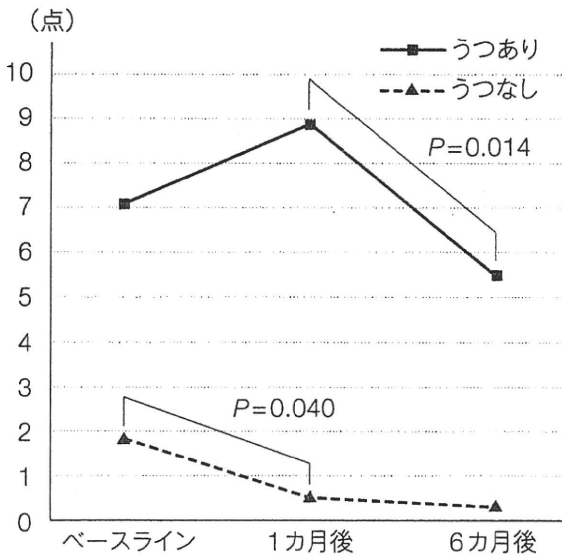
	うつあり群				うつなし群			
	ベースライン	1カ月後	6カ月後	P値	ベースライン	1カ月後	6カ月後	P値
GDS-15(点)	7.2±3.3	8.1±4.1	7.7±4.8	ns	2.1±1.9	1.9±1.4	1.5±1.3	ns
MMSE(点)	23.1±4.8	24.3±4.3	24.4±5.1	ns	23.2±5.3	23.1±5.1	23.6±5.3	ns
やる気スコア(点)	18.1±8.5	19.1±9.8	17.5±10.2	ns	14.7±6.4	14.5±7.6	13.3±6.1	ns
MADRS-J(点)	7.1±5.8	8.9±7.1	5.5±6.1	0.014*	1.8±1.3	0.5±1.2	0.3±0.9	0.040*

ベースラインと1カ月後, ベースラインと6カ月後, 1カ月後と6カ月後の比較 (mean ± SD).

(Wilcoxon 符号付き順位検定)

ns = not significant * P < 0.05

図2 MADRS-Jの得点の経過



査でも、要介護高齢者に「うつ」を高頻度に認めたと報告しており¹⁰⁾、筆者らも同様の結果となった。

加えて葛谷らは、「うつ」と認められた要介護高齢者のうち1割程度しか抗うつ薬を服用しておらず、未治療者が圧倒的に多いことを指摘している¹⁰⁾。たとえ「うつ」の診断がなされていなくても、GDS-15やMADRS-Jといった高齢者に適した評価法を用いてうつの早期診断を行い、治

療・介護ケアへつなげることが重要であると考ええる。

また、高齢者のうつの特徴は身体的不調を主訴とすることが多く、腰痛、食欲低下、胃部不快感といった身体症状のみが強く出現し、内科や整形外科等の受診を繰り返すことがあるという認識も必要である¹¹⁾。

今回の対象者の約6割が脳血管疾患を有しており、脳血管疾患群とそれ以外の非脳血管疾患群を比較した結果、脳血管疾患群で有意にうつの傾向が強く、脳血管性う

病 (vascular depression; VD)¹²⁾の存在が推察された。

一般高齢者のうつの頻度が1・8%であるのに対し¹³⁾、脳血管疾患を有する高齢者のうつの頻度は非常に高く、Hackettらは29・36%と報告している¹⁴⁾。VDは、何事にもやる気が起らないアパシー(無気力)という状態を示す¹⁵⁾ため、麻痺などの身体機能の改善が芳しくなく、リハビリテーションの帰結を悪くするとされている¹⁶⁾。

ゆえに、脳血管疾患の既往がある要介護高齢者に対しては、うつの症状が軽度であっても見逃さず、早期発見、早期治療を行うことが重要と考える。

次に、認知症とうつの関係についてであるが、うつ状態になると活動性の低下、思考・行動の停止、記憶障害などが強くなるため、認知症との鑑別が非常に難しい²⁾。アルツハイマー型認知症の初期にうつ状態を合併するという報告や¹⁷⁾、その前段階として注目されているMCI (mild cognitive impairment)で、うつを合併した場合、その後3年間で、アルツハイ



□□□文 献□□□

1) 警察庁生活安全局地域課：平成19年度中における自殺の概要資料，平成20年6月。2) 服部英幸：日老医誌 45：451，2008。3) 落合結介，他：老年精神医学会誌 18：723，2007。4) 大内尉義：認知症・うつ・睡眠障害の診療の実際，メジカルビュー社，東京，2006。5) 全国老人保健施設協会：介護老人保健施設職員ハンドブック'07年度，厚生科学研究所，東京，2007，p37。6) 矢富直美：老年社会科学 16：29，1994。7) 大塚俊男，他：高齢者のための知的機能検査の手引き，ワールドプランニング，東京，1991，p35。8) 岡田和悟，他：脳卒中 20：318，1998。9) 上島国利，他：臨床精神薬理 6：341，2003。10) 葛谷雅文，他：日老医誌 43：512，2006。11) 大内尉義：実地医科のための高齢者診療ガイド，同人社，東京，2008，p179。12) 山下英尚，他：日本医事新報 No 4403：57，2008。13) Beekman AT, et al：Br J Psychiatry 174：307，1999。14) Hackett ML, et al：Stroke 36：1330，2005。15) Hama S, et al：Int J Geriatr Psychiatry 22：1046，2007。16) 岡崎英人，他：Journal of CLINICAL REHABILITATION 14：709，2005。17) 門司 晃，他：老年精神医学雑誌 19：515，2008。18) Modrego MD, et al：Arch Neurol 61：1290，2004。19) Hebert R, et al：Stroke 31：1487，2000。20) 成田耕介，他：老年精神医学雑誌 12：155，2001。

「M型認知症の発症率が2・6倍」となるという報告がある¹⁸⁾。さらに、うつ病の既往が脳血管性認知症の有意な危険因子となることも明らかになっている¹⁹⁾。

うつと認知症は鑑別が困難なことに加え、それぞれの病態が相互に影響し、その後の発症につながる危険性も高いため、精神科医と他科の医師の連携と、慎重な経過観察が重要であると考える。

(2) デイケアの効果

一つの臨床判断が可能であるMADRS-Jにおいて、「うつあり」群の1カ月後と6カ月後、「うつなし」群のベースライン期と1カ月後で有意な改善が認められ、デイケアはうつの改善や予防に有効である可能性が示唆された。

デイケアの未利用がうつと関連しているという報告もあり¹⁰⁾、デイケアは要介護高齢者のうつ予防に欠かせないサービスであると考ええる。

さらに、デイケアの認知面に対する有効性について、成田らは認知症患者の認知機能の低下防止にデイケアが有効であると述べている²⁰⁾。今回の対象者も6カ月後までMMSEの点数が維持されており、デイケアは認知機能の維持という点においても有効であること

が推察される。

おわりに

デイケア利用中の要介護高齢者には、高い割合でうつが存在することが明らかとなった。うつ状態を早期に把握し、適切な医療、ケアへ繋げることが重要である。そのためには医療と介護の連携が、ますます重要になってくると思われる。また、うつや認知症という老年症候群の進行予防や介護予防において、デイケアはきわめて重要な介護サービスであると考えられた。

デイケアの目的としては、閉じ

こもりの解消や生活圏の拡大による活動性の向上を促し、介護予防・生活機能の向上に働きかけることである。こうした目的を達成するために、デイケア利用者の「個々のニーズ」に適した個別リハビリテーション、ケアがなされることが重要である。今後、要介護高齢者は増加していくことが予想され、デイケアの量、質両面のさらなる充実が期待される。

〔謝辞〕最後に、本研究にご協力いただいたデイケア利用者の方々と施設職員に深謝致します。

なお本研究の一部は、平成20年長寿医療研究委託費「高齢者うつ病における生活改善を含めた予防法及び治療法の開発に関する研究」(研究代表者服部英幸)の一環として行われた。

(*)1 認知症介護研究・研修大府センター、*2 国立長寿医療センター

10. 認知症の地域医療—各医療機関の特性 (得手・不得手)と地域連携の現状・課題

4) 老年医療専門病院の認知症専門医 としての立場から*

● 服部英幸**

Key Words : behavioral psychological symptoms of dementia (BPSD), physical complication, a community-based cooperation system, dementia

キーセンテンス

- ・老年医療専門病院における認知症診療に関して、疾患に関する情報の普及、専門的医療の提供、地域連携の強化が求められている。
- ・認知症に伴う精神症状・行動異常(BPSD)診療に関して地域の病院とクリニックともに連携の必要性が求められていた。
- ・長寿医療センターにおいては認知症診療を充実させる努力をしているが、単独では限界がある。
- ・BPSD診療のための地域連携モデルを提示した。

はじめに

医療連携は、人口、交通、産業構造など、そのよって立つ地域の特性によって様相が異なってくる。これは当然のことであって、地域に根ざした真摯な医療を行おうとすれば教科書に書かれていることや、他の地域で見聞きしたことをそのまま当てはめてやっていけるはずがないのであるから。このことは認知症を含む高齢者医療に関してとくに当てはまる。現在、筆者が

勤務する国立長寿医療センターは日本の高齢者医療の新たな医療モデル作りを目的として2004年(平成16年)に設立されたが、地域連携モデル構築は重要なテーマとなっており、さまざまな活動を行っている。当院における地域医療連携活動は、現在地である愛知県多岐地域の特性に基づいた様相を呈していることと思われるが、当院が高齢者医療の専門医療機関ナショナルセンターとして、全国のさまざまな地域に展開されるべき認知症地域医療のモデル構築を進めていくことが期待されている。この章では、認知症診療および地域連携において求められているものと、当院において実践している認知症診療の現状についてその特徴と限界について報告する。

老年医療専門病院における 認知症診療に求められるもの

老年医療専門病院は地域における認知症診療の核となることが求められる。専門医療機関に求められる役割について驚見は次の3点を強調した。第1は、認知症の鑑別診断を行うこと、第2は、経過中に生じるうつやせん妄の治療を行うこと、第3は、身体合併症を起こして入院が必要となった際の受け入れと治療である¹⁾。一方、今後の認知症診療のあり方について2008年(平成20年)7月に認知症の医療と生活の質を高め

* 10. Community medical care for dementia—Current situations and challenges of regional alliances of each medical institution. 4) From a standpoint of medical specialist of dementia in a specialized hospital for geriatrics.

** Hideyuki HATTORI, M.D., Ph.D.: 国立長寿医療センター行動・心理療科〔☎474-8511 愛知県大府市森岡町源吾36-3〕; Department of Psychiatry, National Center for Geriatrics and Gerontology, Obu, Aichi 474-8511, Japan.

る緊急プロジェクト報告が出された²⁾。その中の重要な柱としてすでに平成20年度から整備が開始された認知症疾患センター構想がある〔2009年(平成21年)1月段階で6都道府県・指定都市14施設が認定されている〕³⁾。認知症疾患センターは2006年(平成18年)に廃止となった老人性痴呆疾患センターに替わるものとして発足した。身体的一般検査、画像診断、神経心理学的検査などの総合的評価が可能な総合病院などに設置するものとされ、設置数は各都道府県に約150カ所、専門医やサポート医などの専門医療を行える医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者などを配置する。その主な機能は三つの柱からなる。

①情報センター：普及啓発、各種媒体による認知症にかかる情報およびセンターの周知、一般相談、認知症に関する住民からの相談に対応すること。

②専門医療の提供：詳細な鑑別診断、適切な治療方針決定、急性精神症状への対応、身体合併症への対応ができること。

③地域連携の強化：医療連携協議会、顔の見える連携体制の構築、研修会の実施、診断・合併症対応技術の向上、専門相談、圏域内の資源を活用しきめ細かく対応すること。

以上である。国立長寿医療センターは現段階で認知症疾患センターにはなっていないが、地域における機能は同等のものであり、さらにこうした機能の新たな発展のための研究事業を行っていくことも求められている。

精神症状・行動異常(BPSD)を伴った 認知症診療連携に求められるもの (知多地域におけるアンケート 結果からみたニーズ)

認知症診療において地域連携が必要とされる局面は二つであるように思われる。一つは、地域における認知症患者の早期発見とそこから早期治療につないでいくこと。もう一つは、介護負担が大きく、医療介入が必要なBPSD患者および身体疾患を併発した認知症患者の診療である。早期発見・早期治療についてはすでに多くの地域でさまざまな取り組みがなされている。長寿

表1 BPSD診療の現状(アンケート結果から)

1. 認知症患者を積極的に受け入れる精神科病院はいまだ少数である
2. 退院先は介護施設がもっとも多い
3. 入院において治療困難な認知症症状は精神症状より神経症状であることが多い
4. 転院理由は合併身体症状が圧倒的に多い
5. 多くのクリニックで積極的に認知症患者を診療している
6. 外来で管理できない症状は徘徊などの過活動型BPSDである
7. 病院、クリニックともに地域の医療機関の情報公開が熱望されている

医療センターのある大府市においても地域の医師(大府市医師団)と連携でクリニックレベルでの早期発見と専門病院であるセンターへの円滑な紹介ができるシステムを構築してきた。一方で、認知症BPSD例の介護診療上の問題点として、精神症状・行動異常自体が治療介護困難であること、症状把握の困難さ、合併身体症状の治療困難(手術など入院時の管理)があげられる。また、BPSDの何に焦点を当てた介護診療を行うかで担当すべき医療機関、施設が適切に選択できるかが重要になる。すなわち、症状自体の治療、管理が目的か、合併身体症状の治療のための管理かといった問題である。目的に沿って総合病院、単科精神科病院、老人保健施設などがニーズの合った形で有機的に連携できることが望ましいが、そのための情報が決定的に不足している。どの病院が精神症状をみることができるとか、合併症状を治療するためのスタッフ、BPSD管理の専門家がいるのかなどの情報が本当に必要な場面で利用できない状況がみられる。そのための地域連携を行うための準備として、知多地域の認知症治療病棟を有する医療施設(センター以外はすべて精神科病院)と精神科クリニックに対し、BPSD患者の地域連携において求められるものに関してアンケート調査を行った⁴⁾。対象となる医療機関の内訳は、単科精神科病院7件、クリニック、総合病院14件である。結果の概略を表1にまとめた。認知症患者を積極的に受け入れる精神科病院はいまだ少数であり、神経症状や身体合併症の管理に悩まされていることがわかった。一方、多くのクリニックで積極的に認

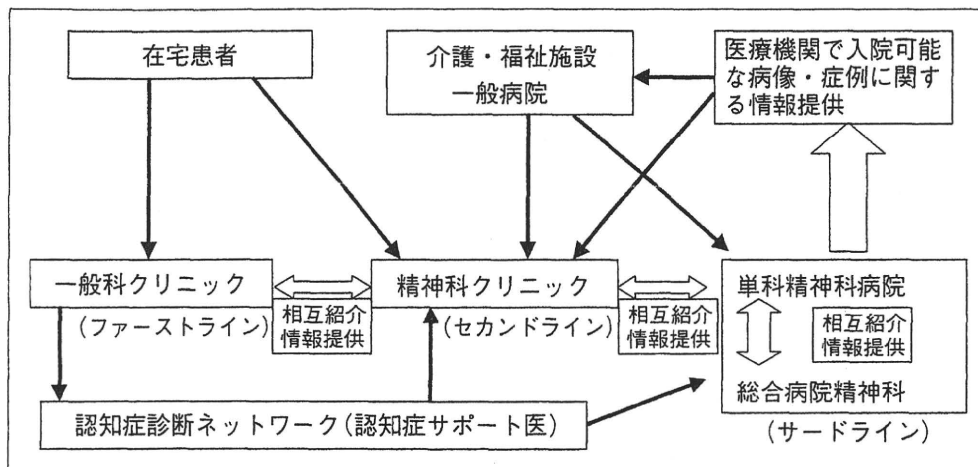


図1 BPSD地域連携モデル

知症患者を診療していることが明らかになり、地域連携に向けて将来に希望を抱かせる。そして、病院、クリニックともに地域の医療機関の情報公開が熱望されている。

以上のことより患者の状態評価方法の作成、地域における認知症治療可能施設のリスト作成、医療、介護、福祉、行政を包含する研究会の立ち上げ、地域の医師会などとの連携などが考えられた。そこで、2008年(平成20年)度から長寿センターが立地する知多地域において医師、看護師、介護・福祉関係職の三つの分野で認知症治療施設の情報提供、診療研修などを行う研究会を立ち上げた。今後、これらの会の活動を基盤により有用で円滑な診療連携を構築することをめざしている。

国立長寿医療センターにおける 認知症の診療の現況

国立長寿医療センターが存する大府市は愛知県の知多半島北部に位置する。知多半島は人口約60万人、もともと一次産業が主の地域であるが、最近は近隣の名古屋市で働く人々のベッドタウンとしての性格も併せもっている。当院はベッド数300床の総合病院であり、骨粗鬆症、骨折、褥瘡、慢性呼吸不全など、高齢者に特有のさまざまな疾患に対応できる体制作りをめざしている。認知症診療も重点的に行っており、外来では老年科、神経内科、精神科の3科が合同で物忘れ外来を毎日開いている。すべての症例について血液、放射線(MRI、脳血流シンチ、FDG-PET)、神経心理学的検査を行っており、データ

蓄積が進んでいる。認知症診断における全国規模の研究であるJCOSMIC、SEADについても中心的施設として推進しているほか、Alzheimer病におけるアミロイドPETなどの新しい診断法の開発にも参画している。一方、入院に関しては病院全体が高齢者医療の専門病院という性格を有しており、高齢者特有の疾患に関する専門的知識を有する、医師、看護師その他のコメディカルが医療、看護に当たる体制になっている。認知症に関していえば、在宅、施設、一般病院などで管理困難なBPSD患者および身体合併症を有する認知症患者のための病棟を併設している。

このように長寿医療センターにおいては、高齢者疾患とくに認知症診療のあらゆる側面に対応できる体制をとることをめざしているが、単独施設としての限界がある。外来診療に関しては地域に潜在的に存在する早期患者の診療に関して、開業医の先生方や介護、福祉の協力が不可欠である。また、入院に関しては認知症BPSD病棟のベッド数が少なく(15床)、ニーズに物理的に対応できないことや激しい攻撃性を示す患者は入院治療を行うことができない点がある。総じて、外来・入院ともに他の医療機関と同じくマンパワーの不足に悩んでおり、この点でも地域連携の確立が求められる。

認知症診療とくにBPSD 認知症医療の方向性

先にあげた認知症に関する緊急プロジェクトにおいて、認知症診療における地域連携確立の

重要性が強調された。認知症のもつ多彩な側面を考えると単独施設ですべての問題を解決することは困難である。とくにBPSD患者に関しては地域での連携システム構築がきわめて重要である。BPSD病診連携モデルを図1に示してみた。具体的な連携の形は当然、地域によって異なるであろうが、個々の患者にとってもっとも適切な対応が迅速に取れるように一般クリニック、精神科クリニック、総合病院、精神科病院、介護・福祉の緊密な連携が求められる点は共通しているであろう。その中で老人医療専門病院が中核的な役割を果たしていくことが必要である。

文 献

- 1) 鷺見幸彦. Alzheimer病：介護の現状と問題点—認知症介護における医師の役割. 医学のあゆみ 2007 ; 220 : 456-61.
- 2) 厚生労働省. 認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告. Available from : URL : <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/07/h0710-1.html>.
- 3) 厚生労働省. 認知症疾患医療センター運営事業. Available from : URL : http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/02/tp0226-1/dl_11syougai/11syougai_0022.pdf.
- 4) 服部英幸. 認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究(治療・行動・精神症状). 平成19年度長寿科学総合研究事業・認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究(主任研究者 柳澤信夫)平成19年度総括・分担研究報告書. 東京：厚生労働省；2008. p. 269-72.

* * *

ORIGINAL ARTICLE

Clinical psychological tests useful for differentiating depressive state with Alzheimer's disease from major depression of the elderly

Hideyuki HATTORI, Kenji YOSHIYAMA, Rina MIURA and Sachiko FUJIE

Department of Psychiatry, National Center for Geriatrics and Gerontology, Aichi, Japan

Correspondence: Dr Hideyuki Hattori, MD, PHD, Department of Psychiatry, National Center for Geriatrics and Gerontology, 36-3 Gengo, Morioka, Obu City, Aichi 474-8511, Japan. Email: hideyuki@ncgg.go.jp

Received 19 October 2009; accepted 14 January 2010.

Key words: Alzheimer's disease, apathy, depression, diagnosis, elderly.

INTRODUCTION

Alzheimer's disease (AD) causes various psychiatric symptoms in addition to cognitive impairment.¹ Depression is one of the most frequent psychiatric symptoms in AD patients.² Furthermore, apathy is also observed with a depressive state in the presence of AD.³ However, Alzheimer's disease with depression (AD-D) is sometimes difficult to differentiate from senile major depression (MD), despite careful follow up. As therapeutic strategies differ between AD-D and MD, a misdiagnosis might lead to the deterioration of the condition. Briefly, long-term therapy with antidepressants might deteriorate cognitive impairment. Previous studies have proposed a method to evaluate dementia-related depression⁴ and criteria for AD-D⁵. However, a simple, useful, clinical examination

Abstract

Background: A depressive state with Alzheimer's disease (AD) is difficult to differentiate from major depression (MD) in many cases. The purpose of this study was to identify differences between the two disorders using a battery of clinically available psychological tests.

Methods: We evaluated depression and apathy using the Geriatric Depression Scale consisting of 30 items (GDS30) and Apathy Scale in 38 patients with AD and 31 with MD who were diagnosed based on clinical symptoms and radiological findings. In addition, the Cornell Medical Index (CMI) was employed to compare the psychological features of the two disorders.

Results: In AD patients, the Apathy Scale score was greater than the GDS30 score, suggesting a strong tendency toward apathy. There was a significant difference in the GDS30/Apathy Scale score ratio between the two groups ($P < 0.05$, OR: 3.11). When examining the downstream mental items of the CMI, the values of tension-category parameters were significantly greater in AD patients, whereas those of depression-category parameters were significantly higher in MD patients. In individual patients, we compared the scores for the two categories, and there was a marked difference ($P < 0.001$, OR: 10.6).

Conclusion: These results suggest that the GDS30, Apathy Scale, and CMI are useful for differentiating MD from AD and evaluating their psychological features.

method to differentiate AD-D from MD should be developed. In the present study, we compared AD-D with senile MD using psychological tests to establish differential diagnosis-based treatment for psychiatric symptoms of AD-D.

SUBJECTS AND METHODS

The subjects were 69 patients with MD or AD-D aged 65 years or older who were recruited according to the criteria discussed later. All of them had attended the Mental Vitality Clinic (depression outpatient clinic for the elderly) or Memory Clinic (dementia outpatient clinic), National Center for Geriatrics and Gerontology between 1 April 2005 and 31 March 2009 (AD-D: 38 patients, MD: 31 patients). In the present study,

diagnoses were made as accurately as possible to compare typical patients.

Criteria for AD-D included the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edition; DSM-IV) criteria, mild dementia (mini-mental state examination (MMSE) score of 18–27), and a GDS30 score of 11 points or more. In addition, we carried out magnetic resonance imaging (MRI) and single photon emission computed tomography (SPECT) in all patients, and selected patients in whom MRI showed atrophy of the hippocampus and diffuse atrophy of the cerebral cortex, and SPECT showed a reduction in blood flow in the parietal lobe and posterior cingulate gyrus. SPECT is very useful for diagnosing AD.⁶ We excluded patients meeting the following criteria:

- 1 Presence of larger infarcted foci on MRI
- 2 Marked aphasia and/or frontal lobe symptoms

Criteria for MD included the DSM-IV criteria, an age of 65 years or older at initial onset recorded on inquiry and a normal or slightly reduced cognitive function (MMSE > 20). We excluded patients meeting the following criteria:

- 1 Marked reduction in activities of daily living (ADL) related to hemiplegia or Parkinson’s syndrome (Barthel Index: less than 75)
- 2 History of alcoholism and/or drug addiction
- 3 Symptoms of psychosis such as hallucination and delusion, delirium, dissociated sensory disturbance or suspected personality disorder
- 4 Presence of infarcted foci larger than lacunar infarction on MRI
- 5 Findings of AD implicated on SPECT

The demographic data are presented in the Table 1.

Table 1 Demographic data on the subjects

	Major depression (MD)	Alzheimer’s disease with depression (AD-D)
No. patients	31	38
Age (years)	74.6 ± 5.6	76.8 ± 5.5
Sex (male/female)	7/24	8/30
Age of onset (years)	72.9 ± 5.7	73.2 ± 8.9
Educational achievement (years)	9.1 ± 2.5	8.9 ± 2.7
Baseline MMSE	25.0 ± 4.0	22.8 ± 3.6
Barthel Index	92.3 ± 8.4	95.2 ± 7.6

The data are shown as mean ± SD except for sex. All categories of baseline data had no significance. MMSE, mini-mental state examination.

Evaluation items

We used the GDS as an index of depression.⁷ For the assessment of apathy, which is defined as a lack of motivation,⁸ we used the Apathy Scale (Japanese version). This scale consists of 16 questions, and the full score is 42 points, with a cut-off of 16 points.⁹ Essentially, this scale has been used to evaluate post-stroke apathy.¹⁰ However, it is also useful for evaluating AD-related apathy.² For detailed psychological examination, we used the Cornell Medical Index (CMI).¹¹ Using this index, a neurotic tendency can be expressed as numerical data based on physical and mental complaints. In the present study, we compared the mental subcategory of the CMI (consisting of six categories: inadequacy, depression, anxiety, sensitivity, anger and tension). All psychological tests were simultaneously carried out by psychologists on the day of initial consultation or second consultation.

Statistical analysis

To compare the mean GDS and Apathy Scale scores and values of the mental sub-category of the CMI, significance was assessed using the Mann–Whitney *U*-test. To examine differences between the GDS and Apathy Scale scores in individual patients, we used the χ^2 -test. Similarly, among the mental subcategory of the CMI, we compared the depression score with the tension score in each patient using the χ^2 -test. *P* < 0.05 was regarded as significant. For the χ^2 -test, we calculated the odds ratio (OR).

RESULTS

When comparing the total GDS30 and Apathy Scale scores between MD and AD-D patients, the total GDS30 score was higher in MD patients, and the total Apathy Scale score was higher in AD-D patients. However, simple comparison did not identify any significant difference (Fig. 1). We compared the proportion of patients in whom the Apathy Scale score was greater than the GDS30 score. In the AD-D group, the proportion of such patients was significantly higher. In the MD group, the proportion of patients in whom the GDS30 score was greater than the Apathy Scale score was significantly higher. The OR was 3.11 (95% confidence interval (CI) of the OR: 1.16 ≤ OR ≤ 8.37) (Fig. 2).

We compared the six categories comprising the downstream mental items of the CMI between the MD

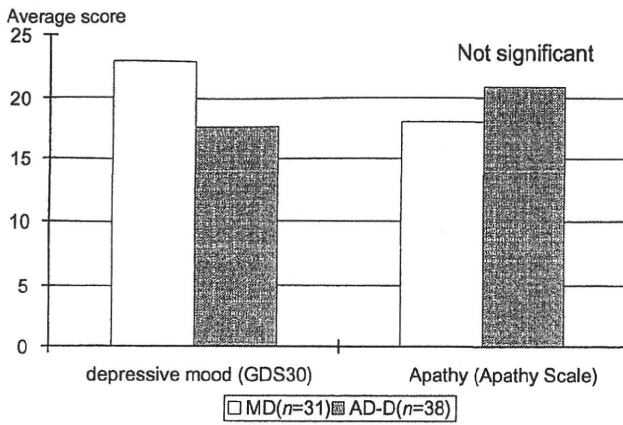


Figure 1 Comparison of the Geriatric Depression Scale (GDS) and Apathy Scale scores between major depression (MD) and Alzheimer's disease with depression (AD-D). No significant differences were identified.

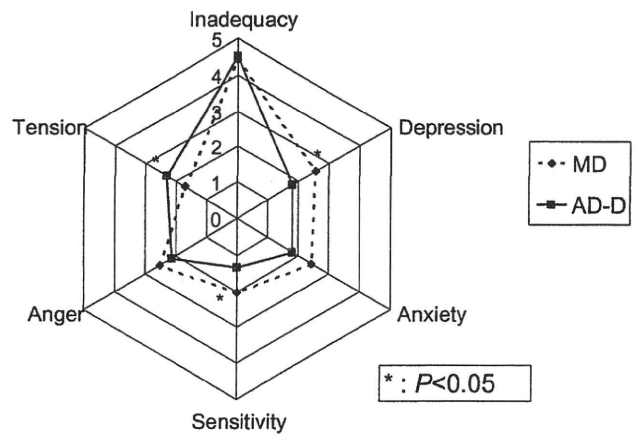


Figure 3 Cornel Medical Index-based psychological subgroups. AD-D, Alzheimer's disease with depression; MD, major depression.

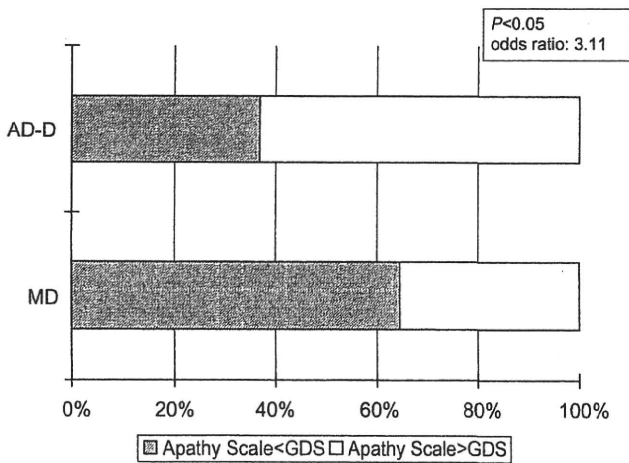


Figure 2 Comparison of the number of patients with respect to differences in the Apathy Scale and Geriatric Depression Scale (GDS) scores. AD-D, Alzheimer's disease with depression; MD, major depression.

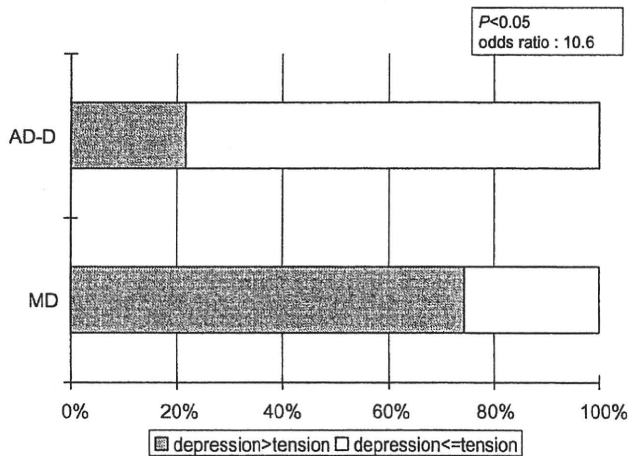


Figure 4 Comparison of the number of patients with respect to differences in the tension and depression scores among the downstream items of the Cornel Medical Index. AD-D, Alzheimer's disease with depression; MD, major depression.

and AD-D groups. The scores for depression, anxiety, sensitivity and anger were higher in the MD group; there were significant differences in the scores of depression ($z = 2.82, P < 0.05$) and sensitivity ($z = 2.34, P < 0.05$). In the AD-D group, the scores for inadequacy and tension were higher; there was a significant difference in the tension score ($z = 2.51, P < 0.05$) (Fig. 3). We calculated the scores for tension and depression in each patient, and compared them between the MD and AD-D groups. In the AD-D group, the proportion of patients in whom the tension score was higher than the depression score was sig-

nificantly larger. In the MD group, the proportion of patients in whom the depression score was higher than the tension score was significantly greater (OR: 10.3, 95% CI: $4.06 \leq OR \leq 27.52$) (Fig. 4).

DISCUSSION

Depression has been termed pseudodementia as a result of its dementia-like symptoms, such as a depressive mood and psychomotor inhibition. Recent studies have shown the close association between depression and dementia. The incidence of MCI increases with the severity of depression.¹² A study

reported that the condition deteriorated to AD in a high proportion of elderly patients with depression during a 4- to 18-year period of follow up.¹³ According to another study, a neuropsychological test with the MMSE in elderly depressive patients without dementia showed cognitive hypofunction. In particular, the speed of information processing was reduced.¹⁴ Also executive abilities were impaired in elderly patients with MD.¹⁵ These results suggest that it is difficult to differentiate MD from AD-D. However, appropriate intervention might relieve symptoms or delay disease progression, although treatment methods differ between the two disorders. Therefore, we must make maximum efforts to differentiate these disorders.

Previously, a differentiation method using a biochemical procedure was proposed.¹⁶ However, it is still difficult to differentiate a depressive state related to initial AD-D from MD in primary care. To examine the differences between the two disorders, typical patients should be compared. However, it is difficult to accurately diagnose these disorders based on clinical symptoms and the results of simple cognitive function tests alone, as shown in patients with MD-related pseudodementia. In the present study, diagnoses were made as accurately as possible, using radiological examinations as an auxiliary diagnostic procedure. The results of these examinations might be more useful for assessing patients in whom differentiation is difficult.

The present study showed that mood and vitality assessment were important for differentiating MD from a depressive state related to AD-D. Compared with the GDS score, the relatively high Apathy Scale score was characteristic of AD-D. In the AD-D group, apathy was a characteristic finding, which might be one of the important differences from MD. The present results suggest that, even in patients showing a high GDS score, the possibility of AD-D should be considered when the Apathy Scale score is high.

Both the GDS and Apathy Scale can be simply applied in clinical practice. However, based on the results of the present study, the use of a combination of the two scales and comparison of the results might be useful for differentiating AD-D from MD in elderly people. Several methods to evaluate apathy have been proposed.^{17,18} However, the Apathy Scale (Japanese version) used in the present study is available for elderly patients in whom ADL are relatively well maintained.

In addition, the CMI, which is routinely used although the number of question items is large, is also useful for differentiating the two disorders. AD-D might be characterized by the coexistence of the tendency of tension as well as apathy. This can be interpreted as a kind of reaction for the primary brain hypofunction and psychiatric symptoms responding to it. Clinically, this sign is difficult to differentiate from a depressive state, although it differs from apparent cognitive hypofunction resulting from thought inhibition in the presence of depression. Considering such psychological inhibition, mental approaches and care should be developed. The present study using the GDS, Apathy Scale and CMI showed the psychological differences between AD-D and MD of the elderly, which might facilitate a differential diagnosis.

ACKNOWLEDGEMENTS

This work was supported by the Research Grant for Longevity Sciences (18C-8) from the Ministry of Health, Labour and Welfare. The protocol of this study was approved by the Ethics Committee, National Center for Geriatrics and Gerontology.

REFERENCES

- 1 Mirakhor A, Craig D, Hart DJ, McLroy SP, Passmore AP. Behavioural and psychological syndromes in Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; **19**: 1035-1039.
- 2 Starkstein SE, Jorge R, Mizrahi R, Robinson RG. A prospective longitudinal study of apathy in Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006; **77**: 8-11.
- 3 Starkstein SE, Jorge R, Mizrahi R, Robinson RG. The construct of minor and major depression in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 2005; **162**: 2086-2093.
- 4 Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry* 1988; **23**: 271-284.
- 5 Olin JT, Katz IR, Meyers BS, Schneider LS, Lebowitz BD. Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease: rationale and background. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002; **10**: 129-141. Review. Erratum in: *Am J Geriatr Psychiatry* 2002 May-Jun; **10**(3):264.
- 6 Imabayashi E, Matsuda H, Asada T *et al.* Superiority of 3-dimensional stereotactic surface projection analysis over visual inspection in discrimination of patients with very early Alzheimer's disease from controls using brain perfusion. SPECT. *J Nucl Med* 2004; **45**: 1450-1457.
- 7 Yesavage JA, Brink TL, Rose TL *et al.* Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982-83; **17**: 37-49.
- 8 Marin RS. Apathy: a neuropsychiatric syndrome. *J Neuropsychiatr Clin Neurosci* 1991; **3**: 243-254.
- 9 Okada K, Kobayashi S, Yamagata S, Takahashi K, Yamaguchi S. Poststroke apathy and regional cerebral blood flow. *Stroke* 1997; **28**: 2437-2441.

- 10 Starkstein SE, Fedoroff JP, Price TR, Leiguarda R, Robinson RG. Apathy following cerebrovascular lesions. *Stroke* 1993; **24**: 1625–1630.
- 11 Brodman K, Erdmann AJ Jr, Lorge I, Wolff HG. The Cornell Medical Index: an adjunct to medical interview. *JAMA* 1940; **140**: 530, 534–1949.
- 12 Barnes DE, Alexopoulos GS, Lopez OL, Williamson JD, Yaffe K. Depressive symptoms, vascular disease, and mild cognitive impairment: findings from the Cardiovascular Health Study. *Arch Gen Psychiatry* 2006; **63**: 273–279.
- 13 Kral VA, Emery OB. Long-term follow-up of depressive pseudodementia of the aged. *Can J Psychiatry* 1989; **34**: 445–446.
- 14 Butters MA, Whyte EM, Nebes RD *et al*. The nature and determinants of neuropsychological functioning in late-life depression. *Arch Gen Psychiatry* 2004; **61**: 587–595.
- 15 Lockwood KA, Alexopoulos GS, Kakuma T, Van Gorp WG. Subtypes of cognitive impairment in depressed older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000; **8**: 201–208.
- 16 Post A, Ackl N, R ucker M *et al*. Toward a reliable distinction between patients with mild cognitive impairment and Alzheimer-type dementia versus major depression. *Biol Psychiatry* 2006; **59**: 858–862.
- 17 Toba K. Vitality Index as a useful tool to assess elderly with dementia. *Geriatr Gerontol Int* 2002; **2**: 23–29.
- 18 Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychology in dementia. *Neurology* 1994; **44**: 2308–2314.

特集：高齢者在宅医療の新しい展開

各論

2. 高齢者在宅医療の実際
3) 認知症への対応

服部 英幸

各論

2. 高齢者在宅医療の実際
3) 認知症への対応

服部 英幸

KEY WORD

- 認知症
- せん妄
- 生活機能障害
- 介護保険
- 成年後見制度
- 認知症疾患医療センター

SUMMARY

認知症診療においてかかりつけ医による在宅医療はますます重要になっているが、認知症特有の問題がある。それについて、認知症の症状と評価、認知症治療とケア、家族への対応、認知症医療に関わる職種と専門医の4点に整理した。認知症の症状と評価ではスクリーニング評価法、鑑別すべき疾患・病体について解説した。認知症治療とケアでは、介護困難な状態としての精神症状・行動異常(BPSD)と生活機能障害の2つがあることを示した。家族への対応では、介護保険、成年後見制度、自動車運転について家族に説明すべき事柄や判断基準を解説した。最後に在宅医療が困難になったときの紹介先としての施設、関連職種、専門医のみつけ方について解説した。

はじめに

認知症診療においては、通院治療が困難になりやすいことや、高齢者特有の身体合併症の多さなどから、かかりつけ医による在宅医療の存在意義が増してきている¹⁾。一方で、認知症患者の在宅医療には困難が積みまわっている。地域で在宅医療を進めている河郷は、在宅医療の困難事例として認知症と悪性腫瘍末期を挙げている²⁾。そこで、認知症に関して在宅医療の現場で悩み、困っていることは何かという点について、整理してみると次のようになる。

1. 認知症の症状と評価(早期に認知症かどうかを見分けるコツがあるのか)
2. 在宅での認知症治療・ケア
3. 家族への対応
4. 認知症医療に関わる職種と専門医(在宅での限界を感じたときに、どのようにすべきか)

以下、これらについて考察する。

認知症の症状と評価

高齢者が認知症の症状を示しているかを知るのは意外と難しい。その理由は、認知症を示す多くの疾患が慢性に経過するため、加齢変化と区別がつけづらいこと、本人に病識がなく、取り繕いの行動をとろうとすることが多く、家族も当初は本人の変化を否定する心理に傾きがちであるためである。そうはいつても、次第に何かおかしいという印象を周囲に与えるようになってくる。表1は認知症患者の家族が最初に気づいた行動の変化である。これらは、加齢による記憶力低下とは質的に異なった状態を示唆しており、家族の話から認知症を疑うきっかけとなる³⁾。医師が簡易にできる評価法として、OLD(Development and validation of Observation

服部 英幸 (独立行政法人国立長寿医療研究センター精神科医長)

表2 OLD(Development and validation of Observation List for early signs of Dementia)

	明らかにある	あるかどうか 確かではない	明らかにない	観察評価できない
いつも日にちを忘れている	1	2	3	4
少し前のことをしばしば忘れる	1	2	3	4
最近聞いたことを繰り返すことができない	1	2	3	4
同じことを言うことがしばしばある	1	2	3	4
いつも同じ話を繰り返す	1	2	3	4
特定の単語や言葉が出てこないことがしばしばある	1	2	3	4
話の脈絡をすぐ失う	1	2	3	4
質問を理解していないことが答えからわかる	1	2	3	4
会話を理解することがかなり困難	1	2	3	4
時間の観念がない	1	2	3	4
話のつじつまを合わせようとする	1	2	3	4
家族に依存する様子がある(本人に質問すると家族の方を向くなど)	1	2	3	4

「明らかにある」の項目が4つ以上で認知症を疑う
(文献4より引用)

表1 家族が最初に気づいた認知症高齢者の日常生活の変化

- 同じことを言ったり聞いたりする
- 財布などを盗まれたという
- だらしなくなった
- いつも降りる駅なのに乗り過ごした
- 夜中に急に起きだして騒いだ
- 置忘れやしまい忘れが目立ってきた
- 計算の間違いが多くなった
- 物の名前が出てこなくなった
- ささいなことで怒りっぽくなった

(文献3より引用)

List for early signs of Dementia)がある(表2)⁴⁾。しかし、すぐに認知症があると判断することは危険である。

認知症と鑑別すべき病態は症状や経過によく注意しておく。せん妄、失語症は経過が急性である。高齢者のせん妄は、脱水などの身体疾患や薬物を基盤として発生することが多い点に注

意する。失語症の中でも左側頭葉の梗塞、出血によって生じるウェルニッケ失語症では喃語(ジャルゴン)と呼ばれる、支離滅裂な言動を突然始めることがある。梗塞巣が限定的であれば四肢麻痺などのほかの神経症状を示さず、言語症状のみ認められ、周囲からは認知症になったという印象をもたれることがある。2~3日で突然出現したと思われるような行動異常では、薬物服用歴聴取や、血液検査、頭部CTを考慮する。うつ状態では悲しみの表出や自己を過小評価する言動が多く、アルツハイマー型認知症などでみられる自己防衛的な取り繕いと大きな違いがある点に注目する(表3)。

認知症以外の状態を除外できたら、認知機能障害のスクリーニングと重症度の評価を行う。評価方法には質問式と観察式の2種類がある。よく使われる改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)やMinimental State Examination(MMSE)は質問式であり、N式老年者用精神状

表3 認知症と鑑別すべき病態

1. せん妄
症状：著しい意欲低下，突然現れる行動異常，物忘れ
原因：身体疾患，薬物の影響
2. 失語症
症状：言語表出の障害(ブローカ型)，言語理解の障害(ウェルニッケ型)
原因：脳血管障害によって起こることが多く，急性の変化を示す
3. うつ状態
症状：悲哀感，自己の過小評価
原因：心因，環境因が大きい，悪性腫瘍そのほかの重大な身体疾患が誘因になることもある

表4 日常生活動作において現れやすい代表的な問題

- ・食事
一点集中食い，食事動作や咀嚼・嚥下の遅さ，食べてもすぐそれを忘れる，こぼす，異食，犬食い
- ・排泄
失禁，不潔行為(便こね)，放尿，汚れた下着を隠す，便器に詰め物
- ・入浴
しようとなし，洗わない，風呂から出てきて着替えしない
- ・着脱
着脱動作がのろい，しようとなし，着衣失行，重ね着，TPO お構いなしの装い
- ・歩行・移動
徘徊，転倒
- ・整容・衛生
歯磨きのやり方を忘れた，うがいもできない，ひげを剃らない
- ・1人にしておけない
届いた宅急便をしまいこんで報告しない，人からもらったものを報告しない，訪問販売を受け入れる，勝手にどこかへ行ってしまう
- ・安全面
火の元(たこ足配線，ガスのつけっ放し，タバコの不始末，仏壇の線香・蠟燭)，運転

(文献5より引用)

態尺度，Clinical Dementia Rating(CDR)は観察式である。質問式評価法は短時間とはいえ，ある程度の手間がかかる点や，本人が拒否的であるとできないなどの弱点がある。観察式は家人，介護者に記入してもらうので手間は省けるが，観察者の主観が入りやすく，同じ患者なのに評価がぶれやすい弱点がある。病院やクリニックでは質問式がよく用いられるが，多忙な在宅医療では観察式が使い勝手がいいかもしれない。

認知症治療・ケア

認知症在宅介護において問題となるのは，精神症状・行動異常(BPSD)と認知機能低下に伴

う生活機能障害⁵⁾である。BPSDは，原因疾患による脳機能障害の反映という側面と残存する機能による環境への適応という側面がある。生活機能障害は脳機能障害の直接的反映と考えられ，BPSDに比して注目されることは少ないが，介護を困難にする重大要素である(表4)。生活機能障害への対応に関しては，朝田らの著作が参考になる⁶⁾。

在宅診療においては，BPSDへの治療を求められる場面もあると思われる。医学的な常識でいえば，まずきちんとした診断をつけ，それに基づいて治療を決定すべきだが，現実問題として認知症の診断は専門機関が少ないことや，本人・家族が受診したがないなどの理由で，は

表5 認知症に伴う精神症状・行動異常(BPSD)に対する薬物療法

	抗認知症薬	抗精神病薬	抗てんかん薬	抗うつ薬	漢方薬
認知症の症状	アセチルコリンエステラーゼ阻害薬(ドネペジル)	ブチロフェノン系(ハロペリドール) フェノチアジン系(クロルプロマジン)	ベンズアミド系(スルピリド, チアプリド) 非定型抗精神病薬(リスペリドン, クエチアピン, オランザピン, ペロスピロンほか)	SSRI(パロキセチン, フルボキサミン, サートラリン)(*1) SNRI(ミルナシプラン)(*2)	抑肝散
中核症状	知的機能低下 ○				
		過活動症状			
	せん妄 ○	○ ○ ○			
	幻覚・妄想 ○	○ ○ ○ ○			○
	不安・焦燥 ○	○ ○ ○	○		○
BPSD	徘徊・多動 ○	○ ○ ○	○		
		低活動症状			
	アパシー ○				
	抑うつ ○		○	○ ○	

*1: 選択的セロトニン再取り込み阻害薬

*2: セロトニンノルアドレナリン再取り込み阻害薬

つきりとつけられないままに対応を迫られることも多い。表5には症状別での薬物療法を示した。低活動症状と過活動症状に分けて薬物治療を行うのがよい。その中で以下の点に配慮する。

- A. 身体管理と並行して行っていく
- B. 高齢医学の原則に則った薬物使用(3S: 簡単な処方(simple), 少量投与(small), 短期間(short))
- C. 患者のQOLを維持することと、介護者

の負担軽減を図ることを目標とする
木之下は、在宅での認知症診療について「認知症になるかもしれない未来の私が満足しないようなケアや医療にはしないことが原則」⁷⁾であるとしている。心すべき提言であろう。

家族への対応

家族介護者は、この先病状の経過がわからな

いことへの不安や、認知症の行動異常や生活機能障害が24時間、365日連続していることからくる疲労感が重なり、身体的にも精神的にも負担感が大きい⁸⁾。家族への支援は認知症在宅医療を進めていく上で極めて重要である。多くの問題があるが、ここでは以下の3点について考えたい。

1. 介護保険など利用できる社会資源、サービスについての知識に乏しい

認知症介護をしている家族の中には、インターネットなどで介護保険、福祉に関する知識を豊富にもっている方たちがいる反面、介護保険の申請の仕方などを知らないで孤軍奮闘しておられる人たちも少なからず存在している。あるいは介護、福祉について知っていても、あえて使いたがらない家族もある。認知症介護は長期戦を覚悟する必要があるが、支援は可能な限り利用することが追い詰められないための必須条件であること、介護保険の場合、市役所などの窓口で申請の相談をするだけでよいこと、認定のための調査受け入れをためらわないようにすることなどを、粘り強くわかってもらう努力を行うべきだ⁹⁾。

2. 本人の介護・医療に必要な資金確保および犯罪から守るための成年後見制度について¹⁰⁾

医療・介護においても先立つものは銭ということがある。認知症高齢者の財産を守り、本人のために有効に使ってもらう必要がある。さらに詐欺などの犯罪に弱い。特に独居高齢者は標的になりやすいようだ。福祉関係者が訪問すると、家の中に布団が山のように積み上げられていた、本人はどうしてこんなに布団を買ったのかよく覚えていないといった事例もある。介護に責任をもてる家族、弁護士などに依頼して金銭管理をしてもらう成年後見制度を有効活用したい。医師も鑑定書の作成などで手間を負わされるが、在宅医療のために必要なものとして取り組んでいただきたい。鑑定書作成に関しては、精神科医あるいは精神保健指定医である必要はない。もちろん、家族の中には財産目当てとい

う例もないではない。しかし、現実問題としての金銭がらみの話も避けるべきではないだろう。

3. 自動車の運転をさせるべきかについて

平成21年の道路交通法の改正により、免許更新時に高齢者の適正検査が行われることになり、認知症と判明した場合は免許の取り消しもあり得ることになった。認知症を疑う患者が運転している場合に、医師に判断を求められることが多くなっている。公共輸送機関の有無などの地域差、生活背景の違いなどがあり、判断に悩まされる。認知機能低下と運転能力の関連については現在、研究が進められているが、現段階の目安としてはMMSE、CDRなどの評価結果に従って判断することが各国のガイドラインとして示されている(表6)^{11, 12)}。

認知症医療に関わる職種と専門医

BPSDなどで在宅医療での限界を感じたときに、介護施設や専門医へ紹介したいが、どうしたらいいかわからないという話をよく聞く。認知症は医療、介護、福祉にまたがる広範な背景をもっており、それらに関連する職種の連携によって、患者・家族を支えることが可能になる。医療以外の職種では地域包括支援センター、行政、ケアマネジャー、在宅サービス(ホームヘルパー、ショートステイ、デイサービス、小規模多機能型居宅介護)、介護施設が関わっており、地域における情報を得ておくことが重要である^{13, 14)}。

一方、認知症の医療連携に関しては、老年内科、神経内科、精神科などにまたがっており、それぞれの科においても、すべてのドクターが認知症に詳しいというわけではない。現段階では以下のようなやり方が勧められる。

1. 地域連携の中での関係形成

最近では認知症関連の地域連携組織が各地に立ち上げられている。これらの会に積極的に参加していただくことで、「顔のみえる」連携が可

表6 認知症患者の運転に関する指針

1. American Academy of Neurology
CDR 1以上のAD患者：運転するべきではない。
CDR 0.5のAD患者：6カ月ごとの実地運転技能評価が必要である。
2. American Psychiatric Association
CDR 2以上：運転するべきではない。
CDR 0.5, 1：特に日常生活活動の障害があれば、実地運転技能評価を受けるべきである。
3. Canadian Medical Association
MMSE 24未満：不可逆性なら運転するべきではない。
MMSE 24以上でも、判断、抽象思考、病識の障害があれば実地運転技能評価を受けるべきである(実地運転技能評価に関する記載はない)。
4. Japanese Society of Neurology Guideline
CDR 1以上：運転するべきではない。
CDR 0.5：6カ月ごとの認知症の評価が必要である。

(文献12より引用)

能になる。

2. 学会専門医の検索

日本老年精神医学会、日本認知症学会ではそれぞれ、専門医制度を設けており、各ホームページに専門医の所在地が示されているので、容易に検索できる。

3. 認知症疾患医療センターとの連携

認知症疾患医療センターは平成20年度より、地域における認知症医療の中核として厚生労働省が都道府県、政令都市に呼びかけて設立している。基本的に総合病院であり、認知症の診断、治療、身体合併症の治療を行うことができ、地域の認知症診療の中核となることが期待されている。全国で150カ所の設置を目標としているが、まだ達成できていない。地域による偏在が激しく、熊本県、大阪府では多くの認定施設があるが、全く存在しない地域もある。しかしながら、次々に認定機関が増加している。近辺にあるかどうかについては自治体のホームページを参照するか連絡をとってほしい。

認知症患者と家族を取り巻く背景は、身体的、精神的、社会的に複雑である。したがって在宅医療・介護には、様々な職種との協同、専門医との連携が不可欠である。現状はまだ不十分な

ところも多いが、地域連携の発展が認知症在宅医療にとって重要であることは間違いなく、よりよい方向へ進める努力が求められる。

文 献

- 1) 苛原 実：病態別・疾患別の在宅医療 認知症。日医会誌 139(特別号1)：S182-S185, 2010.
- 2) 河郷 忍：在宅医療をすすめるために 地域医療連携を考える 平成19・20年における新規往診依頼の背景と連携について。山口県医学会誌 44：65-69, 2010.
- 3) 東京都福祉局：高齢者の生活実態および健康に関する調査・専門報告書, 1995.
- 4) Hopman-Rock M et al：Development and validation of the Observation List for early signs of Dementia(OLD). Int J Geriatr Psychiatry 16：406-414, 2001.
- 5) 朝田 隆：認知症で見られる非認知症状とその対応。神経内科 72(Suppl 6)：138-143, 2010.
- 6) 朝田 隆ほか編著：こうして乗り切る、切り抜ける認知症ケア, 新興医学出版社, 東京, 2010.
- 7) 木之下徹：BPSD とその対応 在宅患者訪問診察の経験から 認知症の臨床における最近の話題。精神神経学雑誌 111(8)：954-959, 2009.
- 8) 石踊紳一郎：認知症高齢者の在宅支援の現状と課題。心と社会 40(3)：38-44, 2009.
- 9) 服部万里子：最新 図解でわかる介護保険のしくみ(改訂4版), 日本実業出版社, 東京,

- 2009.
- 10) 永島賢也：社会的・制度的支援と家族介護
成年後見制度. 認知症診療マニュアル 神経
内科特別増刊号 72(Suppl 6) : 222-224, 2010.
 - 11) 井関美咲ほか：社会的・制度的支援と家族介護
認知症患者の運転免許. 認知症診療マニ
ュアル 神経内科特別増刊号 72(Suppl 6) :
225-228, 2010.
 - 12) 松本光央, 池田 学：認知症患者の自動車運
転を中止する基準. 精神科 11 : 56-61, 2007.
 - 13) 三宅貴夫：認知症の人と家族を支える(事例篇)
(12)(最終回). 介護保険情報 10(12) : 42-45,
2010.
 - 14) 鉾丸俊一：認知症高齢者の地域支援とは
MSW の立場から医療・福祉機関の連携を考え
る. 医療ソーシャルワーク 56 : 3-7, 2008.

(執筆者連絡先) 服部英幸 〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 35 独立行政法人国立長寿医療研究センター精神科

後期高齢者医療と老年医学

遠藤 英俊

要 約 後期高齢者医療制度は平成20年4月に創設されたが、制度上の問題が数多く存在し、初期から見直しの議論がされており、しかしながら本制度は保険制度としては非常によくできており、老年医学の観点からは高く評価できる。本稿では後期高齢者医療制度の現状と課題を整理し、高齢者医療の要点についても記述した。特に高齢者総合機能評価の意義と退院カンファレンスの重要性を踏まえて、今後地域において医療福祉連携が求められており、高齢者医療におけるシームレスケアの重要性を強調した。また老年医学における、高齢者担当医の役割や制度上の意義について論述した。さらに今後の制度改革を念頭に、高齢者医療のさらなる質の向上にむけて、ワークショップ研修をはじめ様々な医師への研修の充実を提言した。超高齢社会を支えるにあたり、老年医学の存在なくして高齢者医療の充実ははかれない。この点をふまえてよりよい地域医療制度への改革と今後の老年医学の発展を期待したい。

Key words : 後期高齢者医療制度, 老年医学, 総合機能評価, 高齢者担当医

(日老医誌 2010; 47: 95-100)

はじめに

後期高齢者医療制度は超高齢社会における新しい社会保障の一つの方策として、75歳以上の後期高齢者について、その心身の特性や生活実態を踏まえ、平成20年4月に独立した医療制度として創設された¹⁾²⁾。財源は患者負担を除き、公費5割、現役世代からの支援(約4割)のほか、高齢者から広く薄く、保険料を(1割)徴収する仕組みとなっている。現役世代からの支援は国保(約4,100万人)、被用者保険(約7,300万人)の加入者数に応じた支援となっている。またソフト面では診療報酬の加算で手当てされており、後期高齢者の心身の特性等にふさわしい医療が提供できるよう、新たな診療報酬体系が構築された。しかしながら徴収方法の問題や、仕組み上の問題もあり、後期高齢者医療制度そのものに対する反対も根強く、見直し、廃止の議論がなされている。しかしながら一方で後期高齢者医療制度は老年医学の観点から重要な意義をもつ制度である。本制度の趣旨を踏まえ、地域医療保険に移行するとしても、高齢者医療において重要な医療体系は維持すべきである。

表1 制度の概要

- | | |
|----|--|
| 1. | 75歳以上の後期高齢者については、その心身の特性や生活実態を踏まえ、平成20年度に独立した医療制度を創設する |
| 2. | 財源は患者負担を除き、公費5割、現役世代からの支援(約4割)のほか、高齢者から広く薄く、保険料を(1割)徴収する |
| 3. | 現役世代からの支援は国保(約4,100万人)、被用者保険(約7,300万人)の加入者数に応じた支援とする |
| 4. | 後期高齢者の心身の特性等にふさわしい医療が提供できるよう、新たな診療報酬体系を構築する |

後期高齢者医療(長寿医療制度)の概要

後期高齢者医療制度は財政的にも、適正な医療を安定的に提供するためにも、新しい医療体系を構築する目的で施行された。後期高齢者医療制度を考える上で保険料や保険証などの保険制度上の課題と、診療報酬上の改変と二つに分けて考えることができる。制度の概要を表1に示した。診療報酬上の変化については高齢者医療を考える上で重要なポイントが存在する。

在宅医療においては一定の包括払いを導入し、高齢者担当医制度が導入された。高齢者医療を考える上で75歳以上の高齢者が主治医(高齢者担当医)をもつことは自然なことであるし、在宅医療に対応するためにも有利である。検査や薬も一人の医師を中心に一元化し、お薬