

原著

# 個人情報記録における 認知症原因疾患の記載状況について

—介護保険施設における調査—

梶田博之<sup>1)</sup> 大瀧誠<sup>1)</sup> 中島綾<sup>1)</sup> 中前智通<sup>1)</sup>  
森川孝子<sup>1)</sup> 久保山摩紀<sup>2)</sup> 松本謙<sup>3)</sup> 吉川義之<sup>4)</sup>

1) 神戸学院大学 総合リハビリテーション学部

2) 介護老人保健施設 和歌川苑

3) 介護老人保健施設 マリアヴィラ

4) デイサービス 雅の里

【要約】【目的】介護保険施設利用者の多くは高齢であるため、認知症をもつ人の割合も少なくない。認知症には様々な原因疾患があるが、アルツハイマー型認知症や脳血管性認知症以外の疾患名が、個人情報記録に記載されていることは稀な印象を受ける。そこで本研究では、介護保険施設の利用者の個人情報記録における認知症原因疾患の記載状況について調査し、疾患情報を把握しておくことの重要性について検討する。【対象と方法】介護老人保健施設3施設と通所リハビリテーション4施設の利用者のうち、個人情報記録に認知症に関連する疾患の記載がある人を対象とし、疾患に関してどのように記されているかを調査した。【結果】個人情報記録を調査した結果、対象数は192件となった。記載内容は、「認知症」とだけ記されていたものが95件と最多であり、「アルツハイマー型認知症」66件、「脳血管性認知症」12件、「レビー小体型認知症」8件、その他が11件であった。【考察】個人情報記録に「認知症」とだけ記載されていた人が半数近くにのぼり、認知症の原因疾患の診断が十分になされていない、または介護保険施設まで詳細な情報が伝達されていないという可能性が考えられた。疾患により適切な治療やケアの方針は異なるため、今後は、原因疾患の鑑別診断、および利用者情報の伝達の改善が望まれる。

キーワード：認知症、介護保険施設、個人情報記録

## I はじめに

本邦における2010年の65歳以上人口は約2900万人、全人口に占める割合は約23%にのぼり、世界にも類をみない超高齢社会をむかえている[1]。それに伴い、認知症高齢者数も増加しており、「認知症高齢者の日常生活自立度」がⅡ以上の人数は、2010年で約280万人（要介護認定申請を行っていない認知症高齢者は含まない）と推計される[2]。

認知症の症状としては、一般に記憶障害、見当識障害、遂行機能障害などの中核症状とともに、

妄想・幻覚、暴力行為、徘徊などのさまざまな行動心理症状が現れる。在宅での認知症患者の介護においては、特にこれらの行動心理症状への対応が難しい。高齢者のみの世帯が増加し家庭での介護力が低下している現在の日本においては[3]、在宅だけで介護を継続していくことは難しいため、介護保険における通所・入所系サービスなど各種の施設を利用しながら生活を送っている人が多い。

認知症の原因疾患は様々あるが、4大認知症疾患といわれるものには、アルツハイマー型認知症、

脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症があり [4]、それぞれに特徴的な症状を呈する [5]。中島 [6] は、認知症であることを診断するとともに、認知症の原因疾患を鑑別していかなければならないと述べているが、現状では鑑別診断が十分になされているとは言い難く、そのため、対象者の疾患特性を考慮した個別で最適な治療やケアが行われていないケースが多いのではないかと考えられる。特に、介護老人保健施設や通所リハビリテーションなどの介護保険施設においては、原因疾患としての割合が高いアルツハイマー型認知症や脳血管性認知症以外の疾患名が、利用者の個人情報記録に記載されていることは非常に少ない印象を受ける。

そこで今回、介護保険施設の利用者の個人情報記録に、認知症に関する疾患がどのように記載されているかを調査したうえで、原因疾患の鑑別診断の必要性、および医療・福祉従事者が正確な疾患名を把握することの重要性について検討した。

## II 対象と方法

介護老人保健施設3施設、通所リハビリテーション4施設の利用者の個人情報記録のなかに、認知症に関する疾患名が記載されているものを対象とした。そこに疾患名がどのように記載されているか、また診断を受けた年が記されているかについて調べ集計した。なお、調査期間は2012年2月～2012年8月とし、その期間中に入所または通所歴のある利用者を対象とした。

調査にあたっては、利用者の氏名や生年月日など個人が特定できるような情報は記録せず、個人情報の保護およびデータの管理に留意した。

## III 結果

調査を実施した結果、認知症関連疾患の記載が

あったのは192件（男性56件、女性136件）であった。そのうち、介護老人保健施設の利用者が147件（76.6%）、通所リハビリテーションの利用者が45件（23.4%）であった。

疾患名は、「アルツハイマー型認知症」が66件（「若年性アルツハイマー」2件を含む）（34.4%）、「脳血管性認知症」が12件（6.3%）、「レビー小体型認知症」が8件（「レビー小体型認知症の疑い」と記載されていた2件を含む）（4.2%）、「認知症」とだけ記載されていたものが95件（49.3%）、その他として、「老人性認知症」が9件、「混合型認知症」が2件であった（図1）。

診断を受けた年については、個人情報記録に記載されていたものが87件（45.3%）、記されていないものが105件（54.7%）であった。

## IV 考察

認知症の原因疾患として、以前は脳血管性認知症が最も多いといわれていたが、現在ではアルツハイマー型認知症の割合が最も高く、脳血管障害を伴うアルツハイマー病を含めれば、約半数にのぼるとされている [7]。また、レビー小体型認知症はアルツハイマー型認知症に次いで多い（15～35%）という報告 [8] や、前頭側頭葉変性症は若年性認知症の代表的疾患とされてきたが、近年、65歳以上でも一定の割合で存在することが指摘されるなど、認知症医療および疾患の認知度の変化に伴い [9]、認知症の原因疾患の頻度も変わっていく可能性もある。

認知症の原因疾患には、それぞれ特徴的な症状 [10] があるため、その症状にあった対応が必要である。薬物療法では、各疾患によって薬物に対する反応性に違い [11-13] があるといわれており、薬物の選択を誤ると症状を悪化させるおそれもある。4大認知症疾患には根治的治療法はまだ確立されていないため、ケア的関わりを中心とし

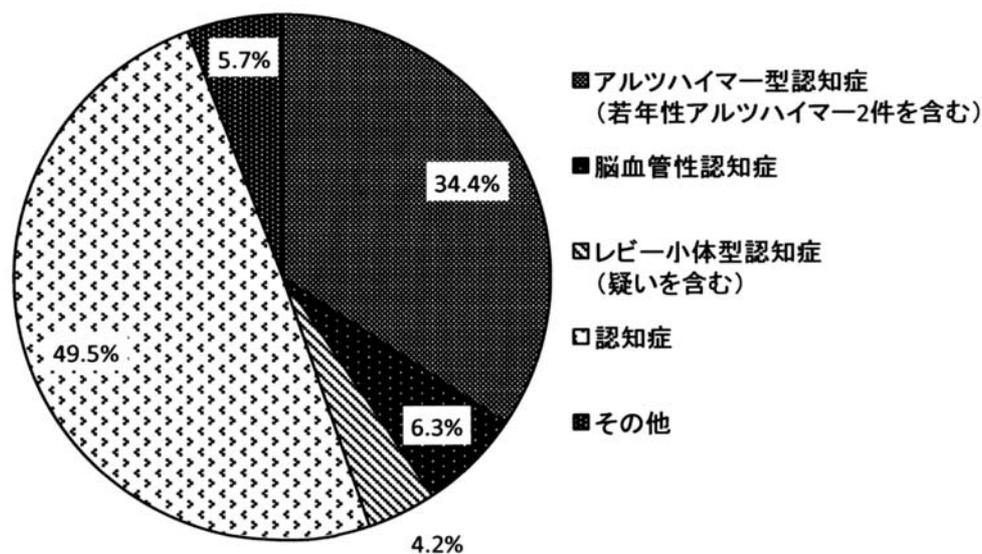


図1 診断名の内訳

た非薬物療法的対応も重要となる [14]。

例えば、レビー小体型認知症は、幻覚、パーキンソニズム、変動する認知機能障害を特徴とした認知症である。パーキンソニズムに対しては、関節可動域制限、筋力低下、嚥下障害などの身体機能面に対するリハビリテーションの必要性がある。また、レビー小体型認知症では、アルツハイマー型認知症とくらべても高率で転倒を引き起こすため [15]、段差解消をはじめとする住環境整備や福祉用具の導入が、転倒リスクの軽減に有効となりうる。

前頭側頭型認知症では、脱抑制や常同行動、被影響性の亢進などの特徴的な精神症状や行動障害がみられるが [16]、病初期には記憶障害や視空間認知障害は目立たない [17]。これらの特徴的な症状を理解したうえで、保たれているエピソード記憶や手続き記憶、視空間認知機能を利用したケアが有効であり [18]、注意深くなじみの関係を形成したうえで、常同行動を利用し、活動をルーティン化していくことがケアのポイントである [19]。

勿論、原因疾患が同じであっても認知症は非常に多様な症状を示すため、対象者個人を評価・観

察し、個別的な対応を実施していくことが重要であるが、各疾患特性を把握しケアの方向性を検討することで、より効果的な対応が可能になると考えられる。しかし、本調査において、介護保険施設利用者の個人情報記録を調べた結果、認知症に関連する疾患として最も多かった記載は、「認知症」とだけ記されているものであり (49.3%)、介護保険施設においては認知症の疾患に関する情報が不十分であるという現状が示された。

この理由としては、利用者が原因疾患を診断できるような医療機関を受診していないことが挙げられる。今回の調査では、個人情報記録に診断を受けた年が記載されていないものが54.7%にのぼり、診断を受けた医療機関が不明であるなど、疾患に関する情報が不明瞭なものが多かった。一方、精神科や神経内科への受診歴が記載されているケースは少数ではあったが、疾患名や診断を受けた年、その後の経過など、疾患に関する詳細な情報が記載されている割合が高かった。認知症の臨床診断では病歴聴取と神経学的診察が重要であり、病歴聴取で認知症の有無、症状、重症度を明らかにし、神経学的所見、神経心理検査、脳画像検査、血液・脳脊髄液検査などの結果と併せて総

合的に診断を行う [20]。しかし、画像検査機器が設置されていないことや、鑑別の困難さなど種々の理由により、どの医療機関においてもこのような診断が可能なのではない。かかりつけ医が認知症の専門でない場合などは、対象者の臨床症状のみから判断して、単に「認知症」と診断されていることも少なくないと思われる。また、本調査でレビー小体型認知症と診断されていたうちの1件は、最初はアルツハイマー型認知症と診断されていたが、後に専門医療機関を受診し、レビー小体型認知症へ診断名が変更されていた。これ以外にも、レビー小体型認知症とは診断されていないが、その典型的な臨床症状 [21] を呈している例も少なからず見受けられた。レビー小体型認知症は、アルツハイマー型認知症と類似の症状を呈することもあり、その場合の鑑別診断は困難なことも多い [22]。そのためにも、利用者に対しての専門医療機関への受診誘導や、かかりつけ医と専門医との連携体制の強化が必要である [23]。

また、医療機関から介護保険施設への、利用者の疾患情報の伝達体制にも問題があると考えられる。この点については、杉村ら [24] も、患者の医療機関移動に伴い、患者移動の流れの下流にあたる施設ほど情報が滞るか減少し、正確な医療情報がないまま医療やケアがなされていると指摘している。介護保険制度において、介護支援専門員は要介護認定者に対するケアマネジメントの中心的な存在であるが、その介護支援専門員も利用者の入退院時の診療情報などを十分に得られていない現状がある [25]。利用者に対する適切なケアやリスク管理のための情報が不足している場合は、介護保険施設側から介護支援専門員に情報提供を求めたり、利用者のかかりつけ医に直接確認するなど、サービス提供事業者側も情報収集に対して能動的な行動をとる必要があると考える。

本調査において、介護保険施設利用者の個人情報

報記録を調べた結果、認知症の疾患に関する情報が不十分である現状が示された。しかし、個人情報記録を調べていると、認知症に関連する疾患名は記載されていないが、明らかに認知症の臨床症状を呈している例も数多く見受けられた。これは、医師の診察を受けておらず「認知症」とすら診断されていない、もしくは疾患情報の伝達が完全に欠落しているためと考えられ、介護保険施設における情報不足の現状は、今回のデータが示す以上に厳しいものとなっている可能性が高い。しかし、前述したように、認知症の原因疾患を正確に把握しておくことは、適切な医療とケアの提供のためには重要である。そのためにも、利用者に対して適切な医療機関への受診を勧めること、また、介護支援専門員をはじめとした利用者の支援を行う専門職種間の情報共有体制の改善が必要であると考えられる。

#### 【参考文献】

- [1] 厚生労働省編. 平成24年版厚生労働白書, 2012, 308.
- [2] 厚生労働省. 認知症高齢者数について. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iau1.html> (2012年12月7日確認)
- [3] 大内尉義編. 標準理学療法学・作業療法学 老年学 第3版, 医学書院, 2009, 42.
- [4] 宮永和夫. 4大認知症の疫学. 精神科治療学 2007; 22巻12号: 1359-1372.
- [5] 長濱 康弘. 4大認知症疾患の神経学的所見. 精神科治療学 2007; 22巻12号: 1399-1403.
- [6] 中島 健二. 医療環境 認知症専門医制度の現状と将来. 医学のあゆみ 2010; 235巻6号: 685-688.
- [7] 山口晴保編. 認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント 第2版, 協同医書出版社, 2010, 14-15.
- [8] Zupancic M, Mahajan A, Handa K. Dementia with lewy bodies: diagnosis and management for primary care providers. Prim Care Companion CNS Disord. 2011; 13(5): doi: 10.4088/PCC.11r

- 01190.
- [9] 朝田隆, 池島千秋. 若年性認知症の疫学調査とその問題点. 精神医学 2009; 51巻10号: 945-952.
- [10] 長濱 康弘. 4大認知症疾患の神経学的所見. 精神科治療学 2007; 22巻12号: 1399-1403.
- [11] 橋本 衛, 兼田 桂一郎, 池田 学. レビー小体型認知症のBPSDの特徴と治療. Dementia Japan 2012; 26巻1号: 82-88.
- [12] 頼高 朝子, 森 秀生. Lewy小体型認知症. 内科 2012; 109巻5号: 783-787.
- [13] 山口 晴保, 牧 陽子, 山口 智晴ら. 認知症へのmemantine実践的投与 鎮静効果による介護負担軽減と活動性低下などの副作用を減らす減量投与について. 臨床精神薬理 2012; 15巻9号: 1517-1524.
- [14] 谷向 知, 池田 学. 4大認知症疾患の非薬物療法的対応. 精神科治療学 2007; 22巻12号: 1427-1430.
- [15] 工藤 由理, 佐藤 厚, 今村 徹ら. 物忘れ外来における在宅患者の転倒 アルツハイマー病(AD)とレビー小体を伴う認知症(DLB)の比較検討. The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine 2008; 45巻Suppl.: S226.
- [16] 繁信 和恵. 前頭側頭型認知症のBPSD. 老年精神医学雑誌 2010; 21巻8号: 867-871.
- [17] Bozeat S, Gregory CA, Ralph MA, et al. Which neuropsychiatric and behavioural features distinguish frontal and temporal variants of frontotemporal dementia from Alzheimer's disease? J Neurol Neurosurg Psychiatry 2000; 69(2): 178-186.
- [18] 池田学, 田辺敬貴, 堀野敬他. Pick病のケアー保たれている手続き記憶を用いて-. 精神神経学雑誌 1995; 97巻3号: 179-192.
- [19] 時政昭次, 池田学, 博野信次. 痴呆性疾患患者における活動性維持の検討-調理活動からの一考察-. 総合リハビリテーション 1996; 24巻9号: 861-869.
- [20] 篠原 もえ子, 山田 正仁. どう診断する 認知症の診断. 内科 2012; 109巻5号: 757-762.
- [21] 井関 栄三, 山本 涼子. 非アルツハイマー型変性痴呆の診断のポイント. 精神科治療学 2005; 20巻9号: 899-903.
- [22] 鷺見 幸彦. 認知症の病態を学ぶ レビー小体型認知症. 薬事 2012; 54巻10号: 1609-1613.
- [23] 鷺見 幸彦. かかりつけ医制度の現状と課題. 老年精神医学雑誌 2012; 23巻3号: 287-293.
- [24] 杉村 公也, 保黒 政大, 岡野 昭夫ら. 患者主体の医療情報データベースシステムの創造と活用サービスに関する研究. 中部大学生命健康科学研究所紀要 2011; 7巻: 32-39.
- [25] 五十嵐 歩, 山下 悦子, 山田 ゆかり. 居宅介護支援事業所における診療情報の入手の実態と影響要因. 厚生指標 2010; 57巻13号: 27-32.

# Documenting diseases that cause cognitive impairment in the personal information record

## —a survey of geriatric service facilities

**Hiroyuki Kajita**<sup>1)</sup>   **Makoto Otaki**<sup>1)</sup>   **Aya Nakajima**<sup>1)</sup>   **Toshimichi Nakamae**<sup>1)</sup>  
**Takako Morikawa**<sup>1)</sup>   **Maki Kuboyama**<sup>2)</sup>   **Ken Matsumoto**<sup>3)</sup>   **Yoshiyuki Yoshikawa**<sup>4)</sup>

1) Faculty of Rehabilitation, Kobe Gakuin University

2) Long-term Care Health Facility, Wakagawaen

3) Long-term Care Health Facility, Maria-Villa

4) Day Service Center, Miyabinosato

**Purpose :** Because many geriatric service facility users are elderly, the percentage with cognitive impairment is quite significant. Although cognitive impairment can be caused by various diseases, documentation of such causes in the personal information record is relatively rare, with the exception of Alzheimer's disease and vascular dementia. In this study, we examined the current condition of documentation of diseases that cause cognitive impairment in the personal information record of geriatric service facility users and discuss the importance of obtaining access to such disease information. **Subjects and methods :** Subjects with personal information records describing diseases related to cognitive impairment were examined in 3 long-term care health facilities and 4 daycare centers, and the method of disease information documentation was investigated. **Results :** A total of 192 subjects were confirmed from examination of personal information records. Among these, 95 subjects were listed as "Dementia" only, 64 subjects as "Alzheimer's disease", 12 subjects as "Vascular dementia", 8 subjects as "Lewy body dementia", and 13 subjects as other records. **Discussion :** Nearly half of the subjects examined in the study had only "Dementia" listed on their record, indicating the possibility of insufficient diagnosis for diseases causing cognitive impairment or that the information was not transmitted to geriatric service facilities. Because appropriate treatment and care policies vary by disease, it is important to clarify the cause of cognitive impairment and improve the transmission of user information.

**Key Words :** dementia, geriatric service facilities, personal information record