

cohort of 61 individuals,<sup>7,8</sup> and obtained the following conversion formulae.

For 5-m gait speed  $\leq 1.6$  m/s:

$$6\text{-m gait speed} = 0.951 \times (5\text{-m gait speed}) + 0.11$$

For 5-m gait speed  $> 1.6$  m/s:

$$6\text{-m gait speed} = 0.703 \times (5\text{-m gait speed}) + 0.507$$

These formulae should be used with caution. The formulae were derived from data on functionally independent elderly, and might not be applicable to those with severe functional impairment. However, the conversion formulae for gait speed measurements developed in the present study would help interpret findings on gait speed and sarcopenia from studies on a similar population.

### Disclosure statement

No potential conflicts of interest were disclosed.

Shinya Ishii,<sup>1</sup> Tomoki Tanaka,<sup>2</sup> Yasuyoshi Ouchi,<sup>1</sup>  
Masahiro Akishita<sup>1</sup> and Katsuya Iijima<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Geriatric Medicine, Graduate School of Medicine,  
and <sup>2</sup>Institute of Gerontology, The University of Tokyo,  
Tokyo, Japan

## Predictors of death among nursing home patients: A 5-year prospective study

Dear Editor,

Several studies have assessed which factors could predict mortality in nursing home patients.<sup>1–3</sup> These predictors could help the identification of modifiable factors, discussion of prognosis and goals of long-term care.<sup>4</sup>

Within this context, Thomas *et al.* carried out a recent systematic review, and found that the domains most frequently associated with nursing care mortality were nutrition, physical function, shortness of breath and disease diagnosis.<sup>1</sup>

However, most studies in this area are centered in the USA and Europe. Therefore, assessing mortality risk factors among long-term care in other social, economic and cultural contexts are important to provide further evidence to this field of research. The present study aimed to evaluate the survival rate of Brazilian nursing home patients up to 5 years and to identify factors associated with their mortality.

### References

- 1 Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM *et al.* Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing* 2010; **39**: 412–423.
- 2 Chen LK, Liu LK, Woo J *et al.* Sarcopenia in Asia: consensus report of the Asian Working Group for Sarcopenia. *J Am Med Dir Assoc* 2014; **15**: 95–101.
- 3 Arai H, Akishita M, Chen LK. Growing research on sarcopenia in Asia. *Geriatr Gerontol Int* 2014; **14** (Suppl 1): 1–7.
- 4 Tanimoto Y, Watanabe M, Sun W *et al.* Association of sarcopenia with functional decline in community-dwelling elderly subjects in Japan. *Geriatr Gerontol Int* 2013; **13**: 958–963.
- 5 Ishii S, Tanaka T, Shibasaki K *et al.* Development of a simple screening test for sarcopenia in older adults. *Geriatr Gerontol Int* 2014; **14** (Suppl 1): 93–101.
- 6 Shinkai S, Watanabe S, Kumagai S *et al.* Walking speed as a good predictor for the onset of functional dependence in a Japanese rural community population. *Age Ageing* 2000; **29**: 441–446.
- 7 Guralnik JM, Ferrucci L, Pieper CF *et al.* Lower extremity function and subsequent disability: consistency across studies, predictive models, and value of gait speed alone compared with the short physical performance battery. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2000; **55**: M221–M231.
- 8 Studenski S, Perera S, Patel K *et al.* Gait speed and survival in older adults. *JAMA* 2011; **305**: 50–58.

This was a 5-year prospective study of residents living in a Brazilian nursing home. Participants were evaluated by a geriatrician who assessed the following aspects: sociodemographic data, functional capacity (Katz index),<sup>5</sup> comorbidities, drugs in use, time of institutionalization, number of drugs, number of diagnosis and 5-year-mortality.

We used the Mann–Whitney test (continuous) and  $\chi^2$ -test (categorical) to compare patients who died or survived in the 5 years (Table 1). Then, a backward logistic regression on 5-year mortality was carried out using SPSS 17.0 (SPSS, Chicago, IL, USA), including mortality as the dependent variable and all other variables as independent variables (sex, age, hypertension, diabetes, hyperlipidemia, dementia, stroke sequelae, depression, cardiovascular diseases, anemia, cancer, other neurological disorders, dependency, number of medications, number of diagnoses). Goodness of fit was evaluated by the Hosmer–Lemeshow test. A *P*-value of 0.05 was used to define statistical significance.

applicable to all disaster areas, the interindividual differences in amount of physical activity might have been related to whether or not they were involved in community activities or evacuation activities in the acute period of the earthquake.

The present study was partially supported in part by Kao research council for the study of healthcare science.

### Disclosure statement

The authors declare no conflict of interest.

Takeshi Yamauchi,<sup>1</sup> Katsuro Kitamura<sup>2</sup> and Ichiro Tokimitsu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>School of Human Studies, <sup>3</sup>School of Science and Engineering, Ishinomaki Senshu University, Ishinomaki, and <sup>2</sup>Graduate School of Educational Informatics, Tohoku University, Sendai, Japan

## COMMENTS

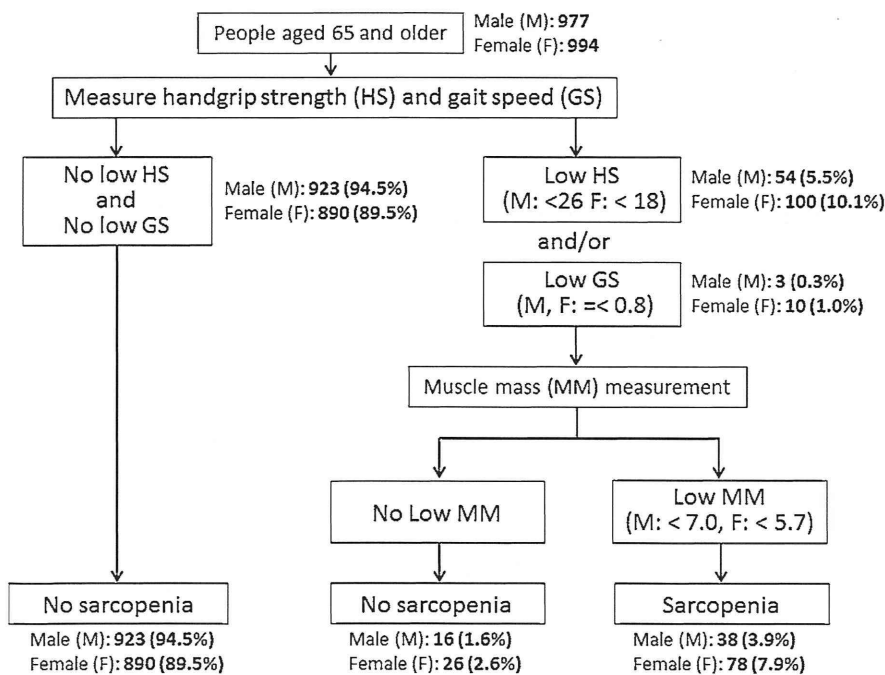
### Re: Growing research on sarcopenia in Asia

Dear Editor,

The Editorial by Arai *et al.*<sup>1</sup> signifies a major advance in sarcopenia research in Asia, and the members of the Asian Working Group for Sarcopenia (AWGS) should be praised for their attempt to develop an Asian consensus on sarcopenia diagnosis. The Asian consensus put forth by AWGS is similar to the European consensus by the European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP),<sup>2</sup> and requires the measurement of muscle strength (handgrip strength) and physical performance (usual gait speed) in addition to muscle mass for the diagnosis of sarcopenia, but differs in some important ways.<sup>3</sup> One of the important differences is

that AWGS suggests cut-off values for each of these three components, whereas EWGSOP proposes a cut-off value for usual gait speed only. However, AWGS also allows the use of a young reference group or the lowest quintile of sample distribution in each study to determine country- or study-specific cut-off values for grip strength and muscle mass.<sup>3</sup> This approach is prudent and appropriate in my view, considering the large heterogeneity of Asian countries and scarcity of outcome-oriented studies in Asia.

In contrast, AWGS proposes a single cut-off value for usual gait speed, 0.8 m/s. Gait speed is affected by muscle strength and body composition,<sup>4,5</sup> but there appears to be cross-national differences in gait speed beyond the



**Figure 1** Prevalence of sarcopenia, low muscle mass, low gait speed and low grip strength according to the recommended diagnostic algorithm of the Asian Working Group for Sarcopenia. GS, gait speed; HS, handgrip strength; MM, muscle mass.

influences of muscle strength and body composition.<sup>6</sup> Therefore, the proposed cut-off value, 0.8 m/s, might portend different outcomes in different countries.

We are carrying out a longitudinal observational study of community-dwelling, functionally independent adults aged 65 years or older in Kashiwa, Chiba, Japan.<sup>7</sup> Among 1971 study participants (977 men, 994 women, mean age 72.9 years), just 0.3% of men and 1.0% of women had usual gait speed <0.8 m/s, indicating a relatively low prevalence of sarcopenia (Fig. 1). The prevalence of sarcopenia would be 4.8% in men and 8.9% in women using 1.0 m/s as the cut-off value for usual gait speed. This finding suggests that a cut-off value higher than 0.8 m/s might be more appropriate for Japanese older adults. Our study sample was randomly selected using the resident register, and other studies in Japan reported similar gait speed in older adults, supporting the validity of our data.<sup>8-10</sup>

It is an arduous task to develop an Asian consensus for sarcopenia, and we understand there is a compelling need to establish uniform cut-off values to increase the ability to generalize study findings. However, failure to acknowledge cross-national heterogeneity and proposing a single cut-off value could lead to inaccurate estimation of sarcopenia prevalence and misleading results. Therefore, we consider that the cut-off value for usual gait speed should be study- or country-specific, until future studies prove that a uniform cut-off value is applicable regardless of country.

### Disclosure statement

No potential conflicts of interest were disclosed.

Shinya Ishii,<sup>1</sup> Tomoki Tanaka,<sup>2</sup> Masahiro Akishita<sup>1</sup> and Katsuya Iijima<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Geriatric Medicine, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, and <sup>2</sup>Institute of Gerontology, The University of Tokyo, Bunkyo-ku, Tokyo, Japan

### References

- 1 Arai H, Akishita M, Chen LK. Growing research on sarcopenia in Asia. *Geriatr Gerontol Int* 2014; **14** (Suppl 1): 1-7.
- 2 Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM *et al*. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing* 2010; **39**: 412-423.
- 3 Chen LK, Liu LK, Woo J *et al*. Sarcopenia in Asia: consensus report of the Asian Working Group for Sarcopenia. *J Am Med Dir Assoc* 2014; **15**: 95-101.
- 4 Buchner DM, Larson EB, Wagner EH, Koepsell TD, de Lateur BJ. Evidence for a non-linear relationship between leg strength and gait speed. *Age Ageing* 1996; **25**: 386-391.
- 5 Bohannon RW. Comfortable and maximum walking speed of adults aged 20-79 years: reference values and determinants. *Age Ageing* 1997; **26**: 15-19.
- 6 Capistrant BD, Glymour MM, Berkman LF. Assessing mobility difficulties for cross-national comparisons: results from the world health organization study on global ageing and adult health. *J Am Geriatr Soc* 2014; **62**: 329-35.
- 7 Ishii S, Tanaka T, Shibasaki K *et al*. Development of a simple screening test for sarcopenia in older adults. *Geriatr Gerontol Int* 2014; **14** (Suppl 1): 93-101.
- 8 Yamada Y, Matsuda K, Bjorkman MP, Kimura M. Application of segmental bioelectrical impedance spectroscopy to the assessment of skeletal muscle cell mass in elderly men. *Geriatr Gerontol Int* 2014; **14** (Suppl 1): 129-134.
- 9 Tanimoto Y, Watanabe M, Sun W *et al*. Association of sarcopenia with functional decline in community-dwelling elderly subjects in Japan. *Geriatr Gerontol Int* 2013; **13**: 958-963.
- 10 Yamada M, Nishiguchi S, Fukutani N *et al*. Prevalence of sarcopenia in community-dwelling Japanese older adults. *J Am Med Dir Assoc* 2013; **14**: 911-915.

## Small Group Teaching in a psychiatric hospital for dementia patients

Dear Editor,

In Japan, the cost of dementia, including the cost of care, is estimated to become approximately two- to threefold that of cancer or other major diseases within the next 30 years.<sup>1</sup> Therefore, dementia is the most important illness to teach medical students about in geriatric medicine. From April 2011 to March 2014, fifth grade medical students of Tohoku University Medical School, approximately 100 students per year,

visited Sendai Tomizawa Hospital, a psychiatric hospital for dementia patients, for Small Group Teaching (SGT). SGT, groups of five or six students, took place on Thursday afternoon every 2 weeks as part of the geriatric medical training.

From noon to 12.30 PM, lecturers asked the students of their impressions of geriatric medicine during lunchtime. From 12.30 PM to 1.10 PM, an introductory lecture titled "Hybrid therapy for dementia", which means combinational therapy of medicine and care, took place.

## G8 認知症サミット

刈野勝弘 医療法人社団淵野会 緑ヶ丘保養園

高齢化に伴う認知症の人の増加を世界共通の課題ととらえて国際的な対策を進めようと、2013年のG8議長国であるイギリスの呼びかけにより12月11日、ロンドンで「G8認知症サミット」が初めて開催された。各国の担当相のほか、世界保健機関（WHO）の責任者、研究者、製薬会社の関係者などが参加して協議が行われた。日本からは土屋品子厚生労働副大臣らが出席した。

2012年4月、WHOは“Dementia: A Public Health Priority”というタイトルで報告書を出した。2010年、全世界に3560万人の認知症患者がいると推計し、毎年770万人の新しい患者が増え、世界のどこかで4秒に1人が新しく認知症患者になっている。そして2050年には1億1540万人になると推計している。認知症の増加が今後、低中所得国において爆発的に増加することを示し、具体的な先進事例等を提示しつつ国家が果たしていくべき役割を提言している。さらに大きな課題は認知症治療、ケアにかかわるコストの増大である。現時点でコストは毎年6040億ドル（約50兆円）であり、その増加は有病率の上昇よりも急速であると推計されている。各国の社会保障全体に及ぼす経済的インパクトは莫大なものである。

イギリスにおける認知症関連コストは2009年時点で約3兆円であり、30年後には9兆円に増大すると推定されている。2009年に「認知症とともによき生活（人生）を送る」国家戦略を発表し、2014年までに改善に取り組んでいる。フランスではアルツハイマー病および関連疾患に関する国家計画（2008～2012年）、「プラン・アルツハイマー」を実施している。またオランダにおいては2000年代にはいり、「コーディネーターされた認知症ケア」実現への国の取組みが進められ、デンマークにおいても2010年から4年間にわたる「認知症のための国家行動計画」が発表されている。諸外国に比べて日本の認知症政策はどうだろうか。

人口高齢化速度の国際比較をみると、他国に比べて高齢化速度は速く、1989年に「高齢者保健福祉促進10ヵ年戦略（ゴールドプラン）」を策

定した。2000年には介護保険制度を施行するが認知症に特化した政策ではなかった。真に認知症施策が示されたのは2011年11月の「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」の報告を受けた翌年である。2012年6月、厚労省官僚だけによる「認知症施策検討プロジェクトチーム」が組織され、「今後の認知症施策の方向性について；ケアの流れを変える」が発表された。「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考えを改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できるかぎり住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指したのである。さらに同年9月には厚労省老健局より「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」が公表された。認知症ケアパスの作成・普及，早期診断・早期対応，医療・介護サービスを担う人材育成，若年認知症施策などを柱としたものである。そして5年後の目標設定については施設や精神科病院に入るのではなく，地域や在宅で支える介護サービスに重点がおかれ，認知症に対する医療施策は忘れられたのである。オレンジプランを受け、「認知症初期集中支援チーム」を設置，認知症者の自宅に訪問支援をするが，法的整備はどのようなであろうか。また認知症疾患医療センターの所管は老健局となった。2013年12月現在，243施設（基幹型・地域型）あり，さらにより身近な「認知症医療支援診療所」を65歳以上人口比率や地理的状况に応じて設置するとのことである。早期診断・対応，危機回避支援も役割としてあるが認知症の医療体制としては脆弱である。地域包括支援センターやケアマネジャーに対しても過度な負担を強いることになる。老健局はさまざまな施策を打ち出してくるが，国として認知症対策をどのようにしたいのか，理念がみえてこない。諸外国のように認知症施策の目標をしっかりと立て，達成最終年に本人や家族が生活を楽しみ満足のいく人生が送れたかを評価することが重要である。

認知症サミットの共同声明では2025年までに治療法などの特定を目指し，研究費増加については各国が2年に一度，金額を報告し合う，基金の資金集めなどの活動をする「特使」をイギリスが任命する，各国の研究内容について情報開示を進める等であり，2014年に日本などで国際会議を開催することが決まった。

日本政府の強いリーダーシップで認知症医療と介護サービスを行う専門局をつくる必要がある。適切な時期における診断・対応，治療，急性期医療，身体合併症医療，終末期医療のシステムの確立は十分に検討されなければならない重要課題である。

# 認知症疾患医療センターと認知症治療病棟\*

渕野 勝弘

日本精神科病院協会 常務理事／大分 緑ヶ丘保養園 院長

Key Words\*\* 認知症, BPSD

## はじめに

2012年4月、WHOは“Dementia: A Public Health Priority”というタイトルで報告書を出した。2010年、全世界に3,560万人の認知症患者がいると推計し、毎年770万人の新しい患者が増え、世界のどこかで4秒に1人が新しく認知症患者になっているという。2050年には1億1,540万人になると推計している。そしてさらに大きな課題は、認知症治療・ケアに関わるコストの増大である。現時点でコストは毎年6,040億ドル（約50兆円）であり、その増加は有病率の上昇よりも急速であると推計されている。各国の社会保障全体に及ぼす経済的インパクトは莫大なものである。

## 日本の国家戦略

イギリスでは「認知症とともによき生活（人生）を送る」国家戦略（2009年～2014年）を発表し、コスト削減を含めた改善に取り組んでいる。フランスでは「プラン・アルツハイマー」という国家計画（2008年～2012年）を実施、オランダは「コーディネートされた認知症ケア」の実現への国の取り組みが進められ（2000年以降）、デンマークにおいても2010年から4年間にわたる「認知症のための国家行動計画」が発表されている。

諸外国に比べ、日本の認知症政策はどうであろうか。認知症施策が真に示されたのは2011年11月の「新たな地域精神保健医療体制の構築に向け

た検討チーム」の報告を受けてからである。2012年6月、厚労省官僚だけによる「認知症施策検討プロジェクトチーム」が組織され、「今後の認知症施策の方向性について：ケアの流れを変える」が発表された。「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考えを改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できるかぎり住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指したのである。さらに同年9月には厚労省老健局より「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」が公表された。認知症ケアパスの作成・普及、早期診断・早期対応、医療・介護サービスを担う人材育成、若年認知症施策などを柱としたものである。そして5年後の目標設定については、施設や精神科病院に入るのではなく、地域、在宅で支える介護サービスに重点が置かれ、認知症に対する医療施策は忘れられたのである。

## 認知症における精神科医療

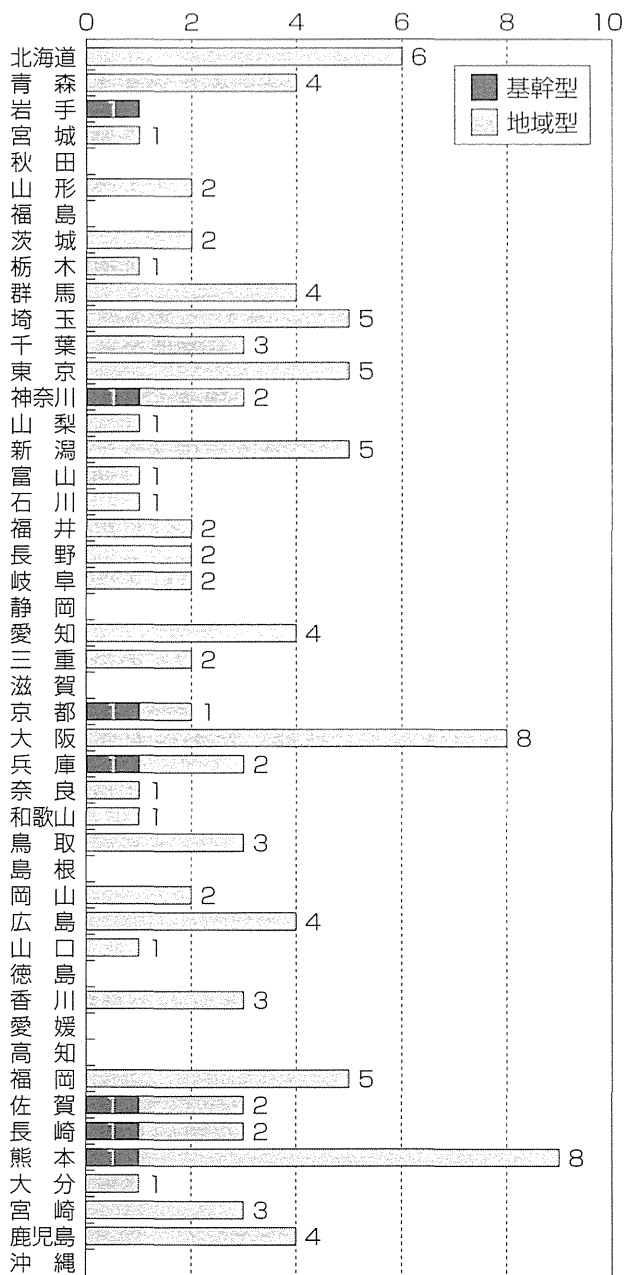
精神病床に認知症専門病棟が新設され、さらに認知症患者デイ・ケアが開始されたのは昭和63年である。現在も運営されているが、その機能は大きく変化してきている。平成元年には老人性痴呆疾患センター（当時）事業が開始され、平成17年までに約150カ所のセンターが認可された。しかし積極的に活動していたセンターは3割で、特徴的な機能もなかったため、センター事業は中止となった。平成20年、超高齢社会における認知症の増加に対する施策として、厚生労働大臣は認知症疾患医療センター事業を再開したのである。地域の精神科病院は今日まで25年以上にわたり、認知症専門医療機関として社会において大きな役割を担ってきたのである。

\*Dementia disease medical care center and dementia treatment ward

\*\*dementia, BPSD

認知症疾患医療センター 実績報告（平成24年6月～平成25年5月）（図1～8まで以下同）

- ・調査対象：193病院（※会員病院：109病院 非会員病院：84病院）（平成25年4月15日現在）
- ・有効回答：113病院（※会員病院：75病院 非会員病院：38病院）（回答率58.5%）（※日精協）



（全国：基幹型・7 地域型・106）

図1 認知症疾患医療センター（有効回答113病院）

認知症疾患医療センター

日本精神科病院協会（以下、日精協という）は

平成17年12月、センター事業の廃止に伴いセンターの今後についての検討会を開催、全国認知症疾患医療センター連絡協議会を立ち上げた。運営主体の違いはあるが、年1回の開催を通しセンター機能の向上に努めた。平成25年8月2日、第9回連絡協議会では以下の調査報告がなされた。全国193センター（平成25年4月時点）へのアンケート調査を実施、113センター（回答率58.5%）より得た回答を示す（図1）。

1. センター機能の評価

平成18年2月～3月、当時のセンター80施設への緊急調査を行い、センター機能を点数化し評価したデータがある<sup>4)</sup>。調査した機能は、①救急対応の有無と空床確保の有無、②相談事業（1年間の電話と面接相談）の件数、③鑑別診断の件数、④他病院への紹介（精神科以外）の件数である。有無、件数によって各々点数設定をし、14点満点で評価している。その結果、活動的に機能していると考えられる8点以上の施設は22施設であり、全体の約28%、逆に十分な機能を果たしていない施設（7点以下）は72%に達した。

今回は当時と同じ調査項目・手法を用い、センター機能を点数化し比較を行った。年間を通し不明の場合は評価より除き、113センターのうち94施設について機能を評価した（平成25年6～7月）（図2）。94施設のうち、基幹型5、地域型89、平成18年と比べると活動的に機能している（8点以上）と考えられる施設は89施設であり、約95%のセンターは高機能であった。しかし、施設間の活動水準には格差が認められた。

2. 相談～初診に至るまでの期間

センターは広圏域をカバーしているため、受診までの期間が2～3カ月と長く、急を要するケースには対応ができない<sup>2)</sup>と言われていたが、地域型では50%が2週間以内、遅くとも1カ月以内には約80%の人が診察を受けている。基幹型においても約83%の人が1カ月以内には受診していた（図3）。現在のセンター数は決して多いとは言えないが、認知症専門医療スタッフの貢献は大きいものがある。



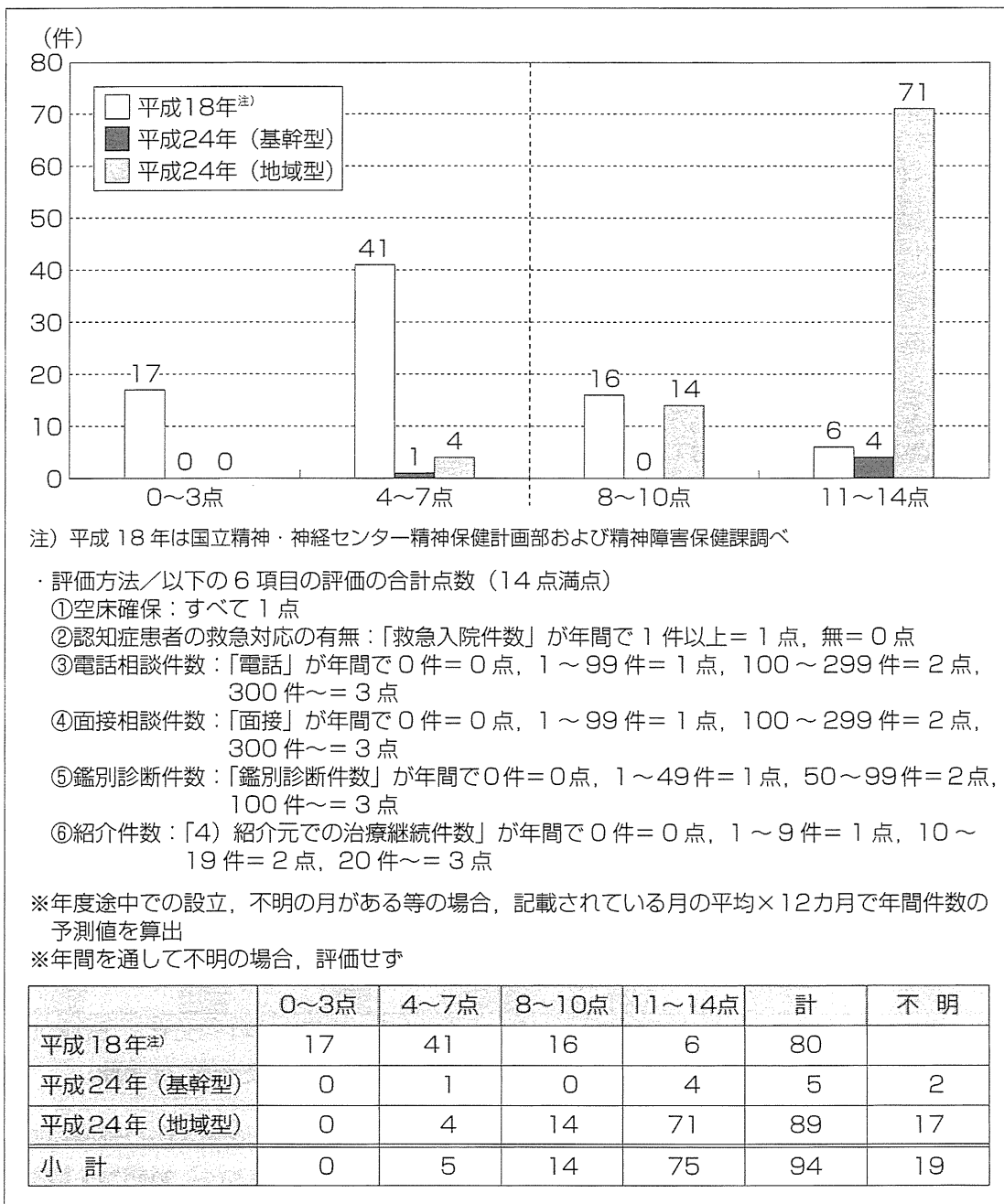


図2 認知症患者医療センター機能の評価

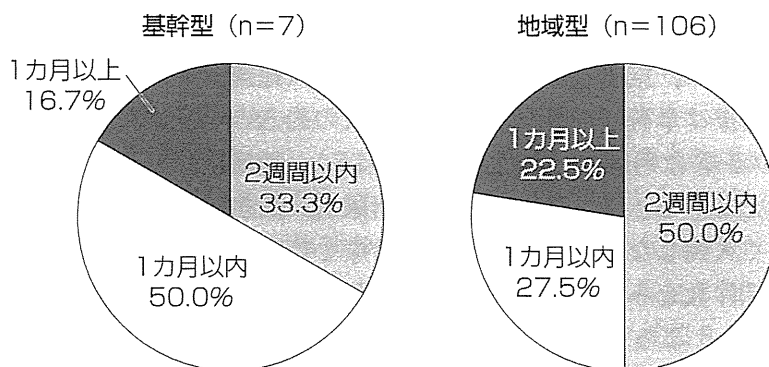


図3 相談~初診に至るまでの期間



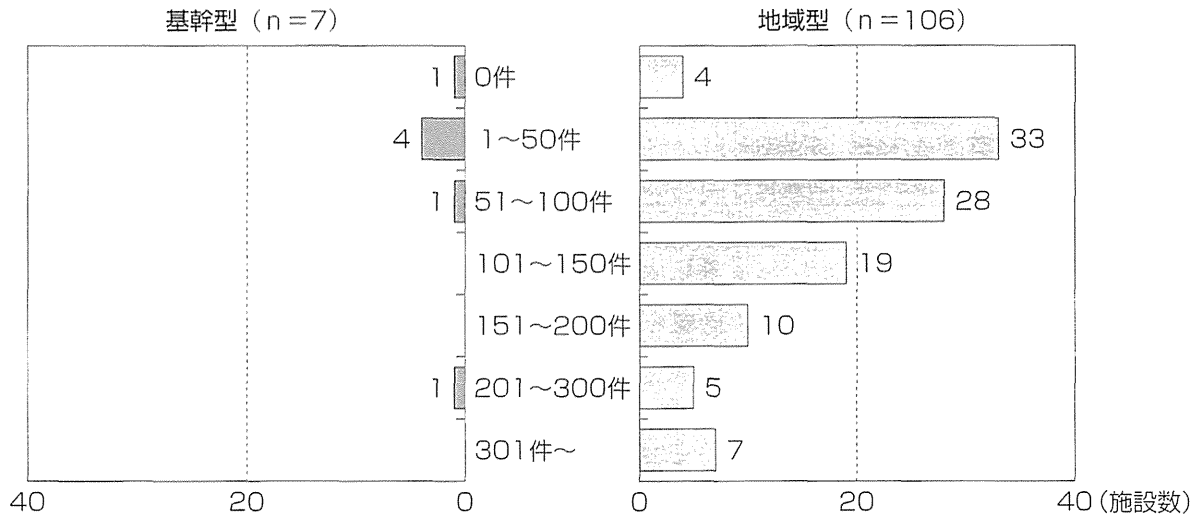


図4 センターへの入院件数（年間）別施設数

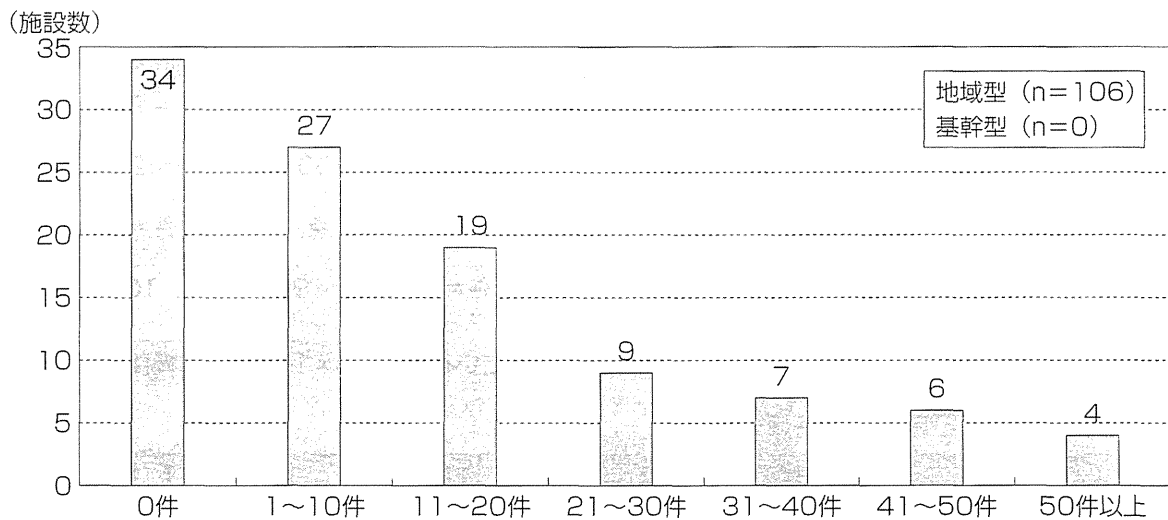


図5 重篤な身体合併症のため一般病院（連携病院）へ転院した件数（1年間）

### 3. 身体合併症治療

平成22年度より認知症疾患医療センターの設置基準が改訂され、①専門医療機関としての機能、②地域連携の機能、③身体合併症に対する救急医療機関としての機能という3つの機能のうち、地域型は①と②の機能のみとなり、空床確保もはずれた。国は、身体合併症治療は単科精神科病院ではなく、一般科を併設する総合病院（基幹型含む）で治療することを考えている。BPSDの急性期対応についてもなるべく入院しないという施策である。センターへの入院件数をみると、4つの基幹型では年間1~50件のところにピークがあり、鑑別診断や身体合併症治療による入院であっ

た。地域型では年間51~200件の入院が57施設であり、全体の約54%を占めていた。年間301件以上の入院も7施設あり、そのほとんどはBPSDによる入院であった（図4）。

地域型センターから重篤な身体合併症のため一般病院（連携病院）へ転院した件数を調べた結果、施設の約58%は年間転院数が10件以下であった（図5）。地域型における身体合併症治療は肺炎、糖尿病、高血圧など対応できる疾患は同施設にて治療を行い、さらに重症例も積極的に同施設で治療していた。逆に基幹型において積極的に治療を行っていると回答した施設が57.1%であり、基幹型の機能を十分果たしているとは言えない（図6）。

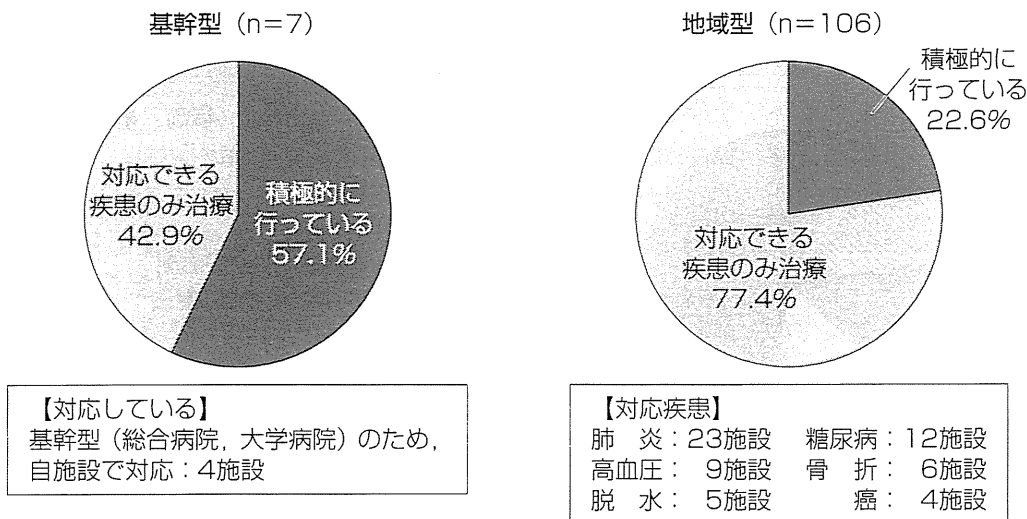


図6 身体合併症治療

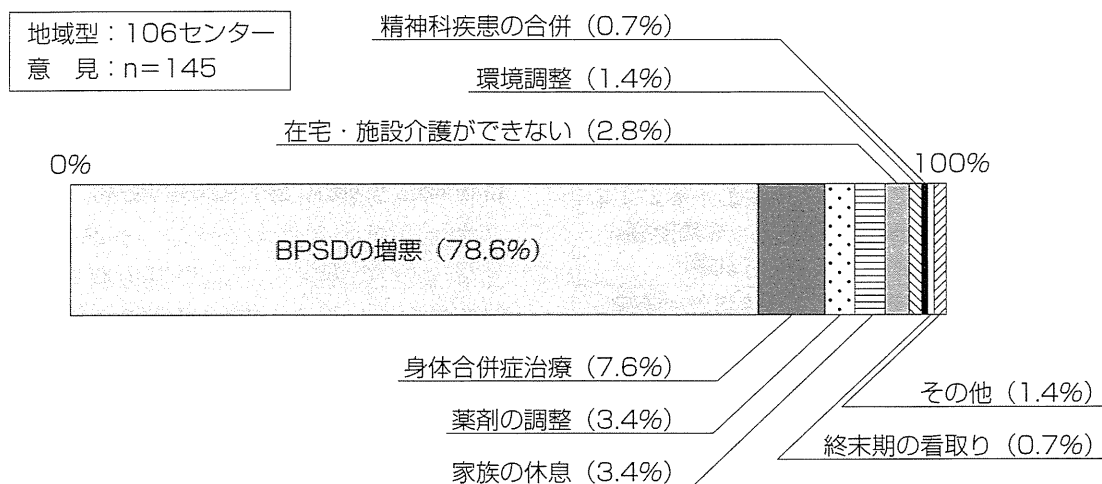


図7 精神科病院への入院が必要な状態

#### 4. 精神科病院への入院が必要な状態

入院が必要な状態について具体的な意見を述べてもらった。78.6%を占めたのがBPSDの増悪である(図7)。とくに興奮，易怒性，妄想，異常行動，幻覚等の医療的入院が多かった。次に身体合併症治療，薬剤の調整と続き，家族の休息のためという意見もみられた。さらに認知症終末期の看取りもあった。

#### 5. 精神科病院からの退院を妨げる要因

平成23年，「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム（第2ラウンドのとりまとめ）」の公表によると，認知症治療病棟に入院中の患者の50%が退院できるまでの期間を，平成

32年度までに現状の約6カ月から2カ月とするように目標が定められた。認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会報告書<sup>1)</sup>によると，認知症治療病棟では入院日数が90日以内の人が26.3%，120日以内が32.6%を占めていた。一方361日以上の長期入院が29%を占め，短期間で退院する群と長期入院している群との二峰性があることが示されている。今回のわれわれのアンケート調査結果を見ると，退院を妨げる要因として，家族の拒否(26.3%)，介護施設や地域の受入れ拒否(21.0%)が多く，さらに経済的理由，社会資源不足，BPSDの改善が望めないという順であった(図8)。おそらくこれらの要因を解消しなければ，約3割の長期入院の患者は退院

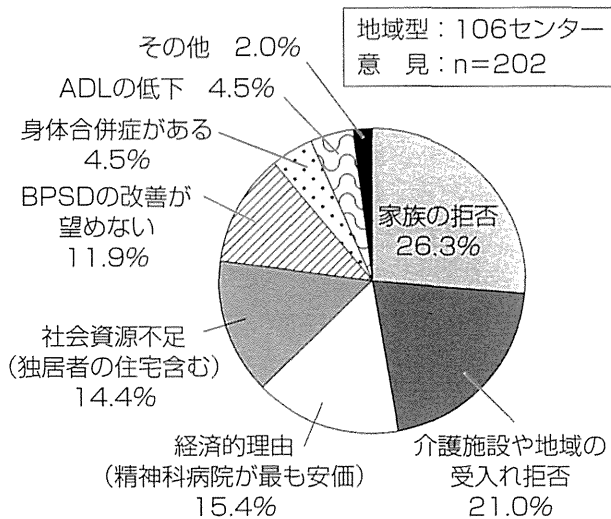


図8 精神科からの退院を妨げる要因

表1 認知症治療病棟の4つの機能と内容

機能	内容
①急性期治療機能	BPSD 中心の治療 早期退院を目指す (2 カ月)
②リハビリテーション機能	PT・OT・ST・管理栄養士等による 作業療法、口腔ケア・栄養指導 (リハビリテーション加算)
③身体合併症治療機能	身体科医師による身体疾患の管理・ 治療 (身体合併症管理加算)
④終末期治療機能	高度の認知障害 失語・失行・失認・廃用症候群等 精神科医師・身体科医師・コメディカルスタッフ (重度加算)

できないであろう。

### 認知症治療病棟

認知症治療病棟は精神病床をもった病院に認可され、現在全国で3万床を超える病床数がある。BPSD がとくに著しい重度の認知症患者とはADLにかかわらず(平成20年に改正)、幻覚・妄想・夜間せん妄・徘徊等の症状が著しく、その看護が困難な患者に対し、急性期に重点を置いた集中的な入院医療を行う病棟である。しかし、長い病棟運営の中で患者の状態像も変化し、機能分化を考えなければならない時期に来ている。

表1に認知症治療病棟に今後期待される4つの

表2 重度認知症の予後(6カ月以内の死亡率予測)

項目	得点
1 ADLの全介助(移動、着替え、排泄、食事など)	1.9
2 男性	1.9
3 癌の合併	1.7
4 うっ血性心不全の合併	1.6
5 2週間以内の酸素療法	1.6
6 息苦しさ	1.5
7 食事摂取量:1/4以下	1.5
8 症状の不安定性	1.5
9 便秘	1.5
10 寝たきり	1.5
11 84歳以上	1.4
12 1日の中で覚醒している時間がほとんどない	1.4

6カ月以内の死亡率予測

12点:70%, 9~11点:57%, 6~8点:40%, 3~5点:23%, 1~2点:11%, 0点:9%

(Mitchell SL, Kiely DK, Hamel MB, et al: Estimating prognosis for nursing home residents with advanced dementia. JAMA. 291: 2734 - 2740, 2004)

機能を示す。①急性期治療機能、②リハビリテーション機能、③身体合併症治療機能、④終末期治療機能である。急性期(2カ月)に重点を置き、クリニカルパスを用いて集中的治療を行う。その後のリハビリ機能も重要であり、多くのコメディカルスタッフが治療に参加することが求められる。認知症治療病棟における身体合併症調査<sup>3)</sup>では、入院時に何らかの身体合併症があった患者は約60%であり、常勤する身体科医師(74%の病院が雇用)による治療が行われていた。今回の認知症疾患医療センターの調査(図5, 図6)からもわかるように、一般病院での対応は難しく、自施設にて身体合併症治療を行わなければならない。また、認知症の終末期の対応は大きな課題である。在宅ですべて完結するには限界がある。精神科医師と身体科医師、コメディカルスタッフも加わり、人生の終末を迎える機能も必要とされる。参考として重度認知症の予後(6カ月以内の死亡率予測)を示す(表2)。癌のターミナルケアと同様に、認知症患者のターミナルケアについても十分に議論をしなければならない。

## おわりに

わが国の高齢者対策の中で、最も大きな課題は認知症施策である。この認知症施策を効果的に推進していくという名のもとに、認知症疾患医療センターの所管は厚生労働省社会・援護局（精神・障害保健課）から老健局に移った。認知症は脳の病気であり、精神科医療で取り扱ってきた疾患である。厚生労働省内の認知症施策の一元化とこれに応じた組織の見直しにより、医療を扱ったことがまったくない老健局が認知症医療の施策を行うことは、どうしても納得がいかない。認知症医療・介護サービスを行う専門局をつくる必要がある。認知症になってもできる限り住み慣れた地域で暮らし続けるためには、医療・介護支援だけでなく、地域全体で支える体制づくりが大切であり、「地域包括ケアシステム」の構築は必要不可欠である。認知症の長い経過の中には、BPSDの増悪をくり返し、精神科病院への入院を余儀なくされるケースもある。法的にも最も人権に配慮しているのは精神科病院である。平成26年4月より「認知症疾患医療センター診療所型」が加わり、地域連携機能をより高め、「認知症初期集中支援チーム」と協力して認知症者の自宅に訪問支援をするというが、法的整備は不十分である。地域包

括支援センターやケアマネジャーに対しても過度な負担を強いることになる。諸外国のように認知症施策の目標をしっかりと立て、達成最終年に、本人や家族が生活を楽しみ満足のいく人生が送れたかを評価することが重要である。

認知症医療においては早期診断、鑑別診断をただ急ぐのではなく、適切な時期における診断・対応を行い治療を開始することが重要である。認知症急性期医療、リハビリテーション医療、身体合併症医療、終末期医療のシステムの確立は、今後検討されなければならない重要課題である。

## 文 献

- 1) 富士通総研：認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する調査研究。平成24年度厚生労働省老人保健健康増進等事業，2013。
- 2) 粟田主一：認知症疾患医療センターの活動状況調査及び機能評価指標の策定に関する研究 図表33.平成24年度厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業，2013。
- 3) 日本精神科病院協会：認知症高齢者とその他の高齢精神障害者の身体合併症対策と治療同意について。平成21年度厚生労働省老人保健健康増進等事業，2009。
- 4) 竹島 正（主任研究者）および精神・障害保健課調べ：精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究。平成18年度厚生労働科学研究，2007。

# 高齢統合失調症患者の動向と身体合併症治療のあり方\*

渕野 勝弘

日本精神科病院協会 常務理事／大分 緑ヶ丘保養園 院長

**Key Words\*\*** 統合失調症, 高齢患者, 身体合併症, 同意書

## はじめに

わが国の65歳以上高齢者は3,100万人を超え、全人口に占める割合は25%となった。超高齢社会になって久しいが、精神科病院における入院患者についても同様に高齢化が進み、なかなか地域移行が進まない状況にある。5万人を超える認知症入院患者の精神科医療における処遇も大きな課題であるが、今回は高齢統合失調症患者の動向を中心に、身体合併症治療についても考えてみたい。

## 入院患者数の減少と疾病別内訳

病床数－医療施設調査、入院患者数－病院報告によると、平成23年は病床数は34.4万床、入院患者数は30.7万人であり、共に減少傾向を示している(図1)。また3年ごとの患者調査によると、入院患者数の減少に伴い、統合失調症患者数は減少しているが、アルツハイマー病をはじめとする認知症患者は増加が示されている(図2)。とくに疾病別内訳の推移を見ると、平成17年に19.7万人が入院していた統合失調症患者は年々減少を続け、平成20年には18.5万人、平成23年には17.2万人となった(図3)。

## 将来推計と年齢別入院患者数

精神病床の統合失調症入院患者数の将来推計(図4：平成17年患者調査とその分析・推計)に

よると、平成20年には19万人、平成23年には18.2万人と推計されていたが、現実には予測値よりも約1万人以上減少していた。おそらく今後、統合失調症入院患者は減少を続け、平成38年頃には10万人になるのではないかと推測される。また、年齢別入院患者数を3年ごとに比較してみると、50代以下で減少しているのに比べ、60代以上ではどの年代の患者も増加していた(表1)。50代以下の患者の退院は促進することができるが、60代以上の統合失調症患者の退院は大変厳しい状況にあると言える。さらに大きな問題は、65歳以上入院患者(6.7万人)より、75歳以上入院患者(2.4万人)の増加率が高いことである。認知症入院患者等を加えた精神病床入院患者の年齢分布を見ても、平成23年には入院患者の50%が65歳以上であり、75歳以上比率も増加していることが示されている(図5)。

## 65歳以上高齢精神障害者の身体合併症

65歳以上入院患者の疾病別内訳(表2)によると、統合失調症患者は6.7万人で全体の46%を占めている(認知症患者37%)。日精協では平成22年に65歳以上高齢精神障害者(認知症を除く)の入院患者・退院患者調査を行った<sup>1)</sup>。

### 1. 高いADLと低いIADL

ADL自立が61.1%、「食事の用意」「金銭管理」「交通手段の利用」のIADLは「非常に困難」が66.6%を占めていた。介護保険にはなじまない高齢者であった。

### 2. 緊急の身体疾患で転院する割合は約25%

既存の身体合併症を有する患者は62.6%であり、①高血圧、②糖尿病、③腰痛症、④不整脈、⑤前立腺疾患、⑥甲状腺疾患の順に多かった。入院中

\*The trend of elderly patients with schizophrenia and treatment of physical complications

\*\*schizophrenia, elderly patients, physical complication, agreement

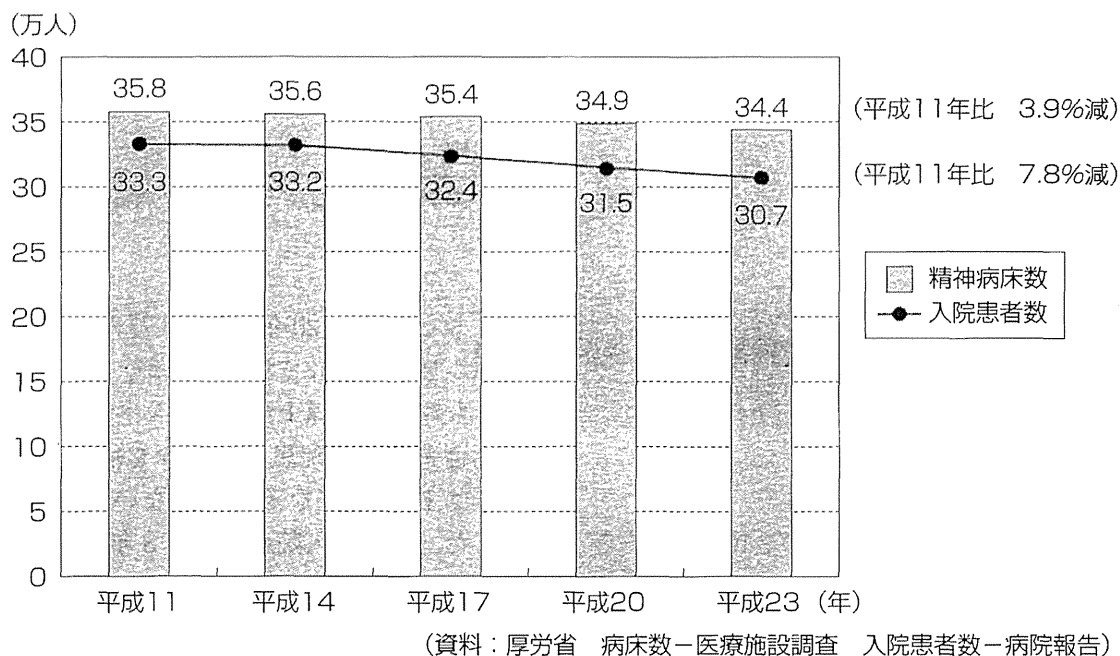
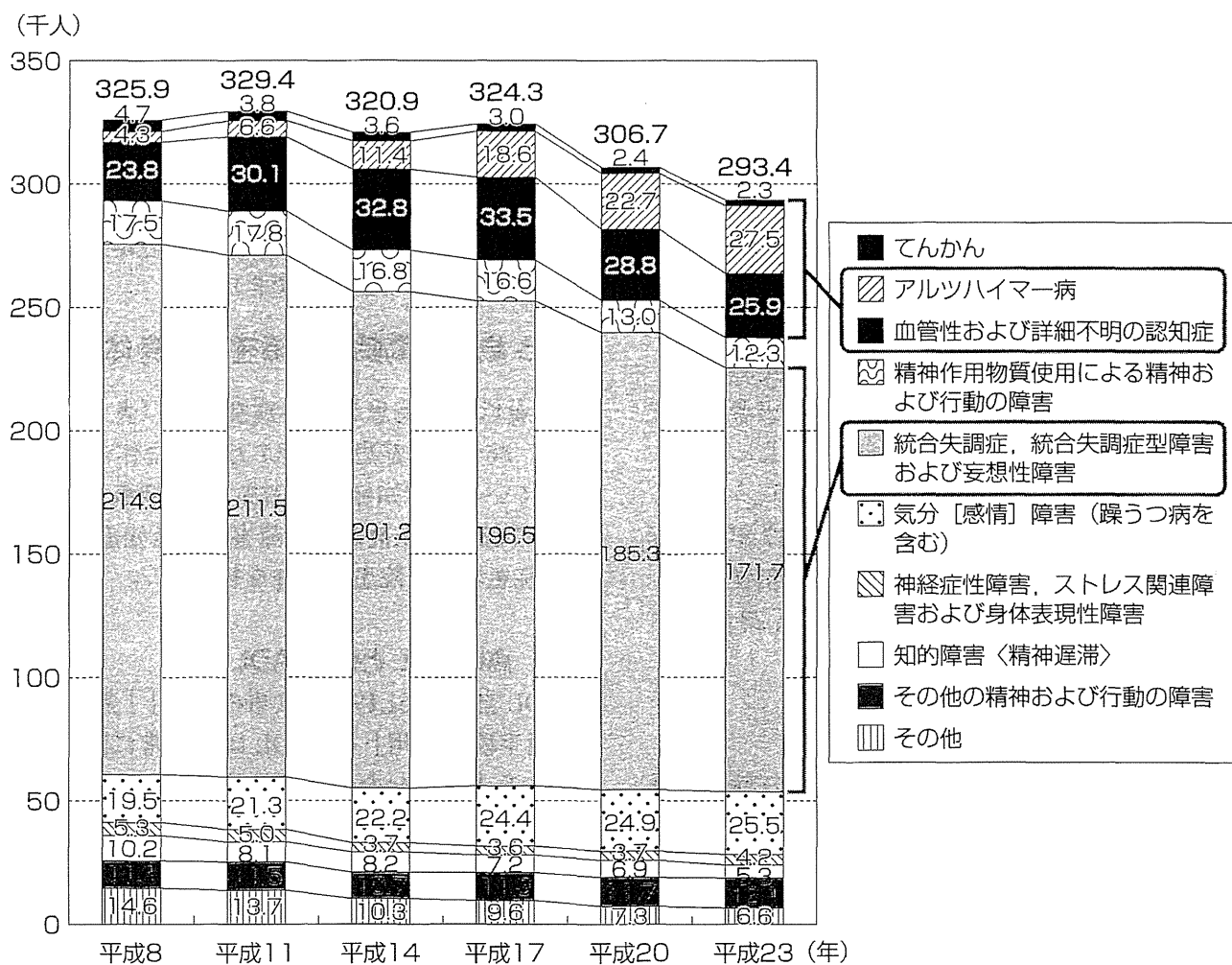


図1 精神病床数および入院患者数の変化



※平成23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

(資料：厚労省 患者調査)

図2 精神病床入院患者の疾病別内訳

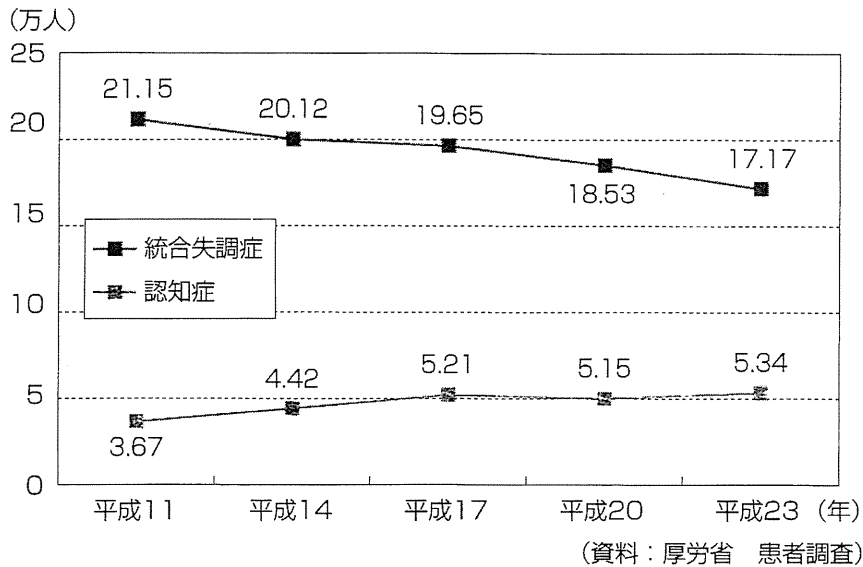
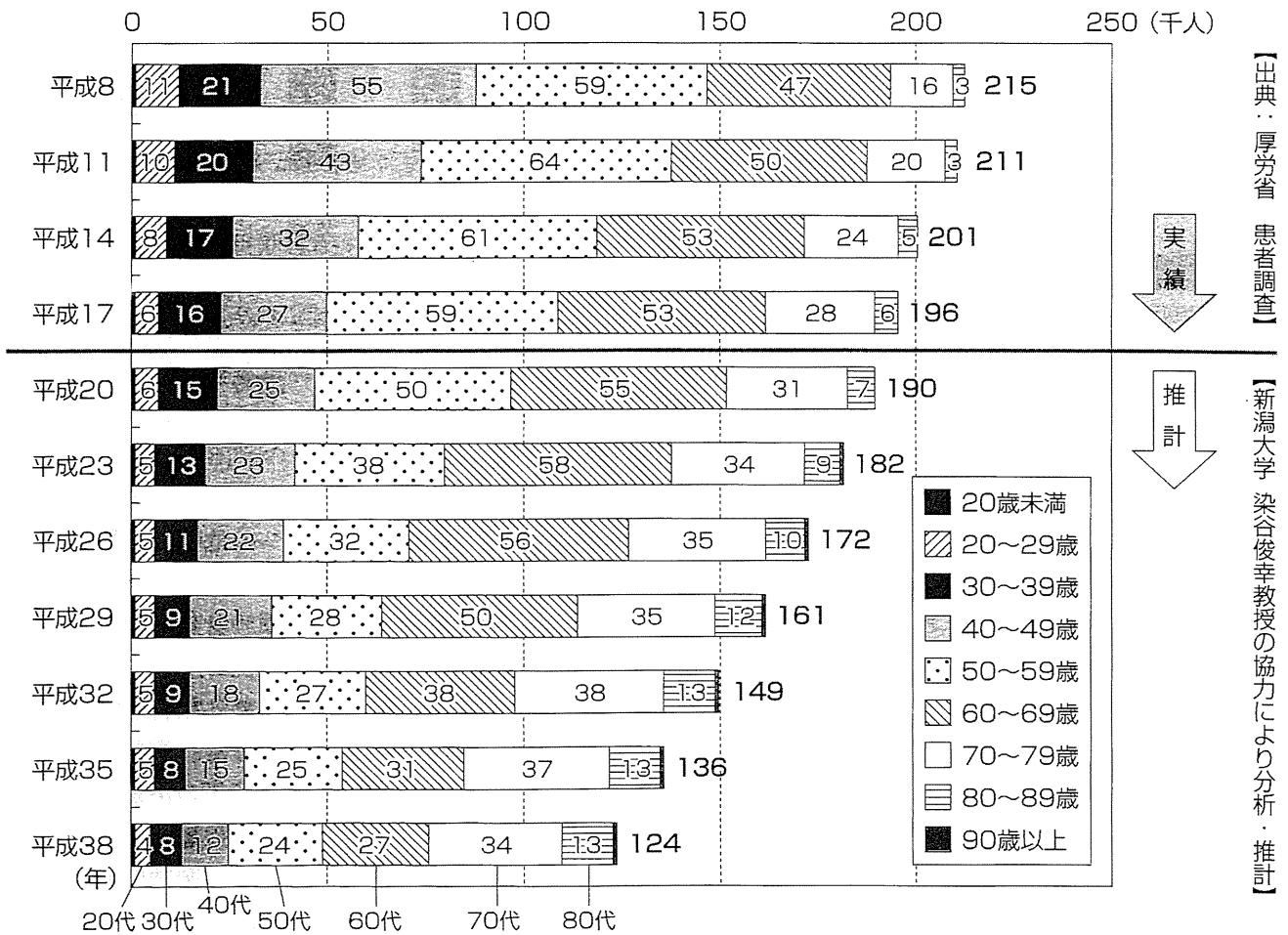


図3 精神病床入院患者の疾病別内訳の推移



(①患者調査による平成14年のn歳の入院患者数から、平成17年のn+3歳の入院患者数への増減率が将来のn歳の者においても変わらない(25歳以上)、②人口当たり入院率が平成17年以後一定(25歳未満)等の仮定をおいた推計)

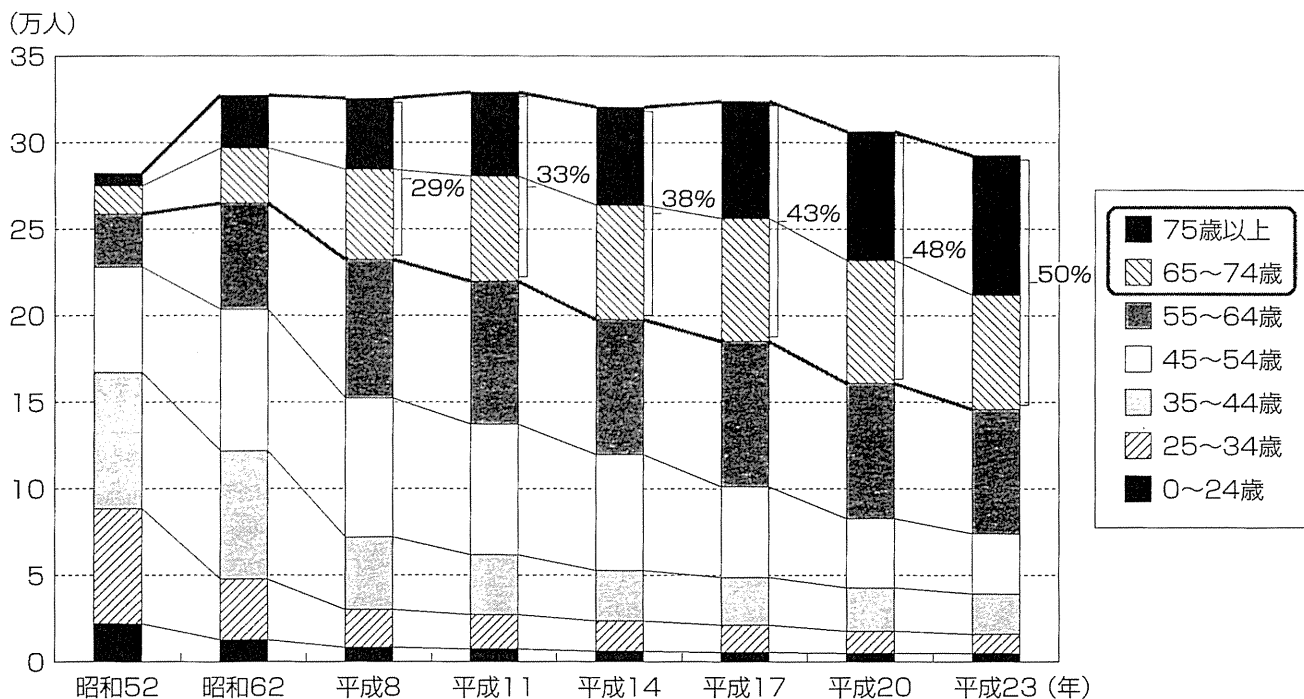
図4 精神病床の統合失調症入院患者数の将来推計



表1 統合失調症による年齢別入院患者数 (万人)

	~29歳	30代	40代	50代	60代	70代	80代	(合計)	65歳以上合計	75歳以上合計
平成17年	0.7	1.6	2.7	5.9	5.3	2.8	0.6	19.6		
平成20年	0.6	1.4	2.3	4.8	5.4	3.2	0.8	18.5	6.6	2.1
平成23年	0.5	1.2	2.1	3.7	5.4	3.3	1.0	17.2	6.7	2.4

(資料：厚労省 患者調査)



※平成23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている  
 ※入院患者のうち、不詳のものは除いている

(資料：厚労省 患者調査)

図5 精神病床入院患者の年齢分布

表2 65歳以上入院患者の疾病別内訳 (万人)

統合失調症	アルツハイマー病	血管性認知症等	気分障害	その他	合計
6.7	3.3	2.1	1.6	0.9	14.6

(平成23年 厚労省 患者調査)

は内服、インシュリン注射等の治療を精神科病院で行っていた。

緊急の身体疾患は、①重症肺炎、②意識障害(脳出血、脳梗塞)、③大腿骨等の骨折、④心疾患(心筋梗塞、心不全)、⑤消化管出血、⑥イレウス、⑦腎不全等であり、他の身体科病院に転院する割

合は24.9%であった。生命への危険や外科的処置の必要がある場合は、身体科の専門病院へ転院することになる。そして、急性期の身体治療が終わり安定した時点で速やかに再入院しているケースも多かった。また、突然死も含め、精神科病院で死亡退院する割合は11.2%であった。高齢精神障害者の増加に伴い、慢性の身体疾患の治療を行うことができる精神科医や身体科医の雇用と、緊急の身体疾患への適切な対応のできる医師配置が必要である。

### 退院可能性と退院後の居住施設

統合失調症患者の退院可能性についての調査

(平成19年度厚労科研)では、「状態の改善が見込まれず、近い将来退院の可能性がない」は45.0%であり、「状態の改善が見込まれるので居住先・支援が整えば近い将来退院可能である」が44.3%であった。しかし、精神科病院からの退院患者がいる施設の調査(平成21年度高齢精神障害者の実態調査)によると、1施設当たりの平均人数が最も多かったのは養護老人ホームの4.8人、介護老人福祉施設は1人、介護老人保健施設は0.9人である。今後、高齢精神障害者の受け皿と想定される介護保健施設等への入所に関しては、幻覚や妄想、大声や徘徊、暴力、服薬と通院の問題を理由に受入れを拒否されるケースも多いと予想される。精神科病院からの退院の可能性を考えた場合、状態の改善はほとんど期待できず、居住先・支援が整ったとしても1人で生活することは困難である。

### 高齢精神障害者への病棟の機能分化

統合失調症の再発率は85～90%と言われ、10～15%は慢性で重篤な精神病状態が続く難治例である(米国精神医学会治療ガイドラインコンペンディウム2006)。長期入院を要する高齢統合失調症患者は治療抵抗性で、症状もかなり変動する不安定な状態と判断できる。社会復帰の促進が望めない状況では、重度精神病棟と身体合併症治療病棟を整備しなければならない。超高齢社会となった現在、精神科病院の中でも高齢精神障害者の治療環境の整備が必要である。

#### 1. 重度精神病棟における身体合併症治療

既存の身体疾患に対する治療、緊急性の低い内科、外科的疾患については院内で治療を行う。緊急で重篤な身体疾患については原則転院を行うが、他院での受入れ拒否等もあるため、入院時、あるいは適切な時期に本人、家族に予め身体疾患への治療に対する確認書と同意書をとっておく。現時点では法的根拠はないが、院内でできる治療をきちんと説明し、理解を得ておくことは重要である。

#### 2. 身体合併症病棟における身体治療

ADLの低下、活動性の低下を伴う慢性の身体

疾患に対し、末梢点滴、喀痰吸引、酸素療法等を行う。さらに癌や認知症の終末期(ターミナル)医療を行う機能が求められている。治療方針の同意書とともに、延命治療・蘇生術を行わない要望書を本人や家族からもらうことは必要である。

### 確認書、同意書、要望書の作成

高齢精神障害者の入院治療を行うにあたり、既存の身体疾患の増悪や新たな身体疾患の発生は予期されることである。当院では入院時に、将来起こり得る身体治療において本人、家族の希望を聞き取り、確認書(図6)を作成している。また、同時に今後の治療方針について十分な説明を行い、同意書(図7)をとるようにしている。癌や認知症の終末期医療、重度の身体疾患で生命の危険があるような場合でも、本人、家族が延命治療や蘇生を望まないなら実施しない旨の要望書(図8)を提出してもらっている。

**確 認 書**

\_\_\_\_ 様 及び ご家族様

治療に関して、病棟の御意見を伺い致します。入院中、病状が変化し、身体治療が必要になる場合があります。その時に、どのような治療を希望されるかをお伺いします。経過によって意見が変化することもあるかと思いますが、それぞれの場合で再度お尋ね致しますので、現在のお気持ちを御記入ください。

①症状が悪化し、身体科での専門的治療が必要な場合。  
 転院して専門的治療を受けたい  
 転院をしないで緑ヶ丘保健園で治療を受けたい  
 その他のご意見 ( )

②食事が摂取出来なくなった場合どうしたいですか。  
 点滴など血管からの栄養補給を受けたい  
 胃に管を通して栄養を入れる方法を受けたい  
 望みがないのなら、何らせず自然にまかせたい  
 その他のご意見 ( )

③最後を迎えた場合に蘇生処置(人工呼吸、気管挿管、昇圧剤の使用、心マッサージ等)など、出来るだけの処置を受けたいですか。  
 受けたい  
 受けなくて良い  
 その他のご意見 ( )

④人生の終末期を迎えたいと思う場所はどこですか。  
 病院  
 施設  
 自宅  
 その他のご意見 ( )

⑤以上の回答はどなたがされましたか。  
 患者さん自身  
 患者さんとご家族の方の両方  
 ご家族だけ  
 家族とは具体的にどなたですか \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印

家族代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印      家族氏名 \_\_\_\_\_ 印

患者の病棟 ( )      患者の病棟 ( )

担当医師名 \_\_\_\_\_ 印

確認者氏名 \_\_\_\_\_ ( ) 印

医療法人社団 緑野会 緑ヶ丘保健園 院長 瀧野 勝弘

図6 確認書

同 意 書

医療法人 瀬野会 緑ヶ丘保養園 院長 殿

この度私（ ）は（ ）様に対する今後の治療方針について、以下の通り説明を受け、了承しましたので同意します。

【治療方針の同意内容】

① 入院診療計画書について  
 ② 病状悪化時の説明、治療について（転院等）  
 ③ 入院中に発生しうる事故（誤嚥性肺炎、骨折、外傷等）について  
 ④ 再入院及び延命治療について

以上、貴院の治療方針について同意します。

(1) 治療方針について説明を行った日時  
 平成 年 月 日 (場所 時間 : )

(2) 説明を行なった医師等  
 担当医師名 \_\_\_\_\_ 印  
 確認者氏名 \_\_\_\_\_ ( ) 印

平成 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 家族代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印 家族氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 患者との続柄 ( ) 患者との続柄 ( )

図7 同意書

医療法人 瀬野会 緑ヶ丘保養園 院長 殿

延命治療・蘇生術を行わない要望書

この度私は、[ 自身の \_\_\_\_\_ 様 ]現在の病状を十分に認識し、家族や親近者とも話し合っており、延命治療・蘇生術が行われることがないよう要望いたします。

但し、医師が必要と認めた身体疾患の医療行為に関しては、他科の専門医等と相談の上決定をすることがあります。

平成 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 家族代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 患者との続柄 ( )  
 確認者氏名 \_\_\_\_\_ ( ) 印

図8 要望書

## まとめ

日本の超高齢社会を反映して、民間精神科病院の入院患者も65歳以上の高齢者が50%以上を占めるようになった。長期入院の多くは統合失調症患者であり、地域移行、退院促進により50代以下の入院患者数は減少しているが、60代以上、とくに増加率の高い75歳以上入院患者は今後も増加すると予測される。65歳以上の高齢統合失調症患者は治療抵抗性で症状の変動も多く、地域移行の望めない状況にある。さらに内科的治療を要する身体疾患を6割以上の患者が合併しており、日常の環境要因等の多くの要因によって容易に緊急の治療を要する身体病を発生する。身体科へ転院する割合は約25%であるが、それ以上に受入れを拒否されたケース等を含めると、精神科病院内で身体治療を行わなければならない。精神科医はもちろん、常勤の身体科医（認知症治療病棟を有する病院での身体科医の常勤率は約74%<sup>2)</sup>）と

協働して治療にあたる体制を整備することが重要である。

治療を行うにあたっては、患者本人、家族に対し身体疾患の重症度の説明や院内でできる治療の限界を十分に説明し、理解を得て治療が決定されなければならない。しかし自己決定の機能が減少している場合には、事前に身体治療、終末期治療についての希望を聞いておくべきである。そのためにも治療方針の同意書等は必要となる。今後は各精神科病院においても積極的に身体治療が行われることを期待する。

## 文 献

- 1) 日本精神科病院協会：認知症患者と高齢精神障害者の施設サービスについて。平成22年度老人保健健康増進等事業，2010。
- 2) 日本精神科病院協会：認知症高齢者とその他の高齢精神障害者の身体合併症対策と治療同意について。平成20年度老人保健健康増進等事業，2008。



## 認知症の「新たな国家戦略」

常務理事 瀧野 勝弘

2013年のG8議長国であるイギリスの呼びかけにより、昨年12月11日、ロンドンで「G8認知症サミット」が初めて開催された。各国の担当相のほか、世界保健機関（WHO）の責任者、研究者、製薬会社の関係者等が参加して協議が行われた。日本からは厚生労働副大臣らが出席した。

2012年4月、WHOは“Dementia: A Public Health Priority”というタイトルで報告書を出している。2010年、全世界に3,560万人の認知症患者がいると推計し、毎年770万人の新しい患者が増え、世界のどこかで4秒に1人が新しく認知症患者になっている。そして2050年には1億1,540万人になると推計している。認知症の増加が今後、低所得国において爆発的に増加することを示し、具体的な先進事例等を提示しつつ国家が果たしていくべき役割を提言している。

さらに大きな課題は認知症治療、ケアに関わるコストの増大である。2010年時点でコストは毎年6,040億ドル（約50兆円）であり、その増加は有病率の上昇よりも急速であると推計されている。各国の社会保障全体に及ぼす経済的インパクトは莫大なものである。

イギリスにおける認知症関連コストは2009年時点で約3兆円であり、30年後には9兆円に増大すると推定されている。2009年に「認知症とともによき生活（人生）を送る」国家戦略を発表し、2014年までに改善に取り組んでいる。フランスではアルツハイマー病および関連疾患に関する国家計画（2008～2012年）、「プラン・アルツハイマー」を実施している。またオランダにおいては2000年代に入り、「コーディネートされた認知症ケア」実現への国の取組みが進められ、デンマークにおいても2010年から4年間にわたる「認知症のための国家行動計画」が発表されている。諸外国に比べて日本の認知症政策はどうだろうか。

2000年に介護保険制度が施行されたが、認知症に特化した政策ではなかった。真に認知症施策が示されたのは2011年11月の「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」の報告を受けた翌年である。2012年6月、厚労省官僚だけによる「認知症施策検討プロジェクトチーム」が組織され、「今後の認知症施策の方向性について：ケアの流れを変える」が発表された。同年9月には厚労省老健局より「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」が発表された。そして2017年の目標設定については、施設や精神科病院に入るのではなく、地域や在宅で支える介護サービスに焦点が置かれ、認知症に対する医療施策は忘れられたのである。オレンジプランはあまりに偏った政策であった。

増え続ける認知症の実態に国の対策が追いつかない状況にあり、在宅にこだわり過ぎた結果、介護施設や精神科病院への入院が必要な状態の者まで適正な処遇が受けられない。最近では、徘徊認知症者の鉄道事故による監督義務を配偶者が怠ったとして損害賠償命令が出されている。さらに行方不明者1万人の実態などを考えると、地域、在宅で支える介護サービスだけでは限界がある。家族はもちろんのこと、地域包括支援センターやケアマネジャーに対しても過度な負担を強いることになる。

2014年11月6日、「認知症サミット日本後継イベント」の国際会議で、安倍総理は認知症に対する「新たな国家戦略」の策定を表明した。この発言は本気で政府一丸となって認知症問題に取り組む姿勢を示したものであり、大いに期待することができる。認知症の精神科医療、身体合併症医療、終末期医療のシステムの確立と介護・福祉等のサービスの支援により、本人や家族が満足のいく人生を送れるような社会をつくることが重要である。



