

う側面もあります。患者さんに十分なサービスを受けてもらえるよう、さまざまな知識を共有しながら患者さんとかかわる多くの人との連携を図っていくことが、これからの課題の一つだと考えています。

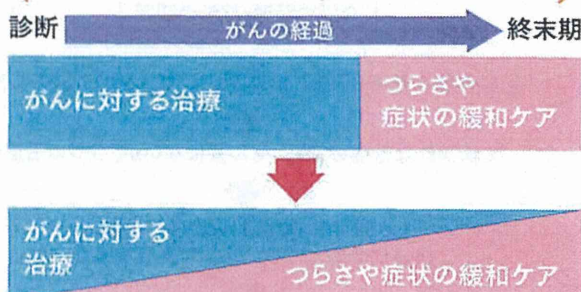
#### ④心理的な苦痛の解決

心理的な問題は、大きく二つのテーマに分けられます。一つは人間関係です。具体的には、主治医や看護師といった医療従事者との関係と、家族との関係が挙げられます。

がんを思うと家族との関係が大きく変わります。患者さんは家族に迷惑をかけたくないという悩み、家族は患者さんとの接し方にとまどいます。若い患者さんの場合、幼い子どもに病気のことを伝えるかどうかで悩む方もいらっしゃると思います。そうした人間関係の悩みにアドバイスをすることも、緩和ケアの務めです。

もう一つは、がんという病気とのつきあい方です。がんという衝撃的な出来事から生じるさまざまな問題を、患者さんとも一つひとつ明確にしていき、解決できるものから取り組んでいく方法を考えていきます。

### 緩和ケアを受ける時期の変化



#### ⑤実存的な苦痛の解決

「実存的な苦痛」というと少々難しく聞こえますが、緩和ケアにおいては「人生を生きる意味・目的、生きがい」や「信念」といった「自分の存在と意味の喪失から生じる苦痛」を表します。緩和ケアの最終的な目標は、患者さんやご家族が納得したうえで最適な治療を受け、患者さんが自分らしく豊かな人生を実現していくことです。そのためには、それぞれの段階で適切に判断し、患者さんが抱える問題に対して最適な答えを探していくことが重要なのです。

二〇一四年の春から、がん診

終末期に取り入れられるイメージが強かった緩和ケアだが、現在の医療現場では、がんと診断された時点から、診療の中で生じる苦痛を取り除く緩和ケアが行われるようになっている

※『がん患者のこころ』(ぎょうせい刊)をもとに作成

療連携拠点病院の指  
定要件が変わりまし  
た。これまでは、緩  
和ケアの専門チーム  
による診療を受ける  
には、主治医の紹介  
が必要でした。しか  
し今後は、看護師を  
はじめとする他の医  
療従事者からも緩和  
ケアの依頼ができる  
体制が求められるよ  
うになったのです。

さらに、都道府県

の拠点病院には、緩和ケアセン  
ターの設置が義務づけられまし  
た。こうした改善を積み重ねる  
ことにより、患者さんが緩和  
ケアについて直接、相談できる  
体制がさらに進むことでしょう。

### がんは共生できる 病気となり患者さんの 豊かな人生のため緩和 ケアの充実をめざす

アメリカで生まれた言葉に  
「がんサイババー」というもの  
があります。日本では、「がん  
と闘って生き残った人」という  
イメージでとらえられがちです。

しかし本来は、がんは診断され  
た後、いまを自分らしく生きよ  
うとする人たちのことを指しま  
す。

医療の進歩によって、がんは  
高血圧などの慢性疾患のよう  
にともて暮らしていける病気に  
なりつつあります。外来による治  
療が可能になり、長期入院の必  
要性も減っているからです。が  
んの種類や状態によっては、仕  
事を続けながら治療を受けるこ  
とも十分に可能なのです。

終末期に限定して考えられが  
ちだった緩和ケアですが、最近  
ではがんは診断された時点から  
患者さんへの支援が必要と考え  
られるようになりました。私は  
精神腫瘍科の医師として、さら  
に充実した緩和ケアの提供をめ  
ざしていきたいと考えています。



おがわ・あさお

医学博士。2004年、大阪大  
学大学院医学系研究科修了  
後、国立病院機構大阪医療  
センター神経科勤務。2008年、国立がん  
センター精神腫瘍学開発部医員。2009年、  
独立行政法人国立がん研究センター東病  
院精神腫瘍学開発部ユニット長。2012年、  
同病院臨床開発センター精神腫瘍学開発  
分野ユニット長を経て、2013年より現職。  
日本サイコオンコロジー学会理事。



《新連載》

病棟マネジメントとしての

# 認知症・せん妄 対策

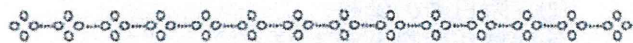
小川朝生

国立がん研究センター東病院  
臨床開発センター  
精神腫瘍学開発分野 分野長



1999年大阪大学医学部医学科卒業。2004年国立病院機構大阪医療センター神経科医員、2007年国立がんセンター東病院精神腫瘍科医、2009年より現職。日本サイコオンコロジー学会理事。身体治療中の患者の精神心理的支援に携わり、せん妄や認知症への多職種による対応、高齢者の包括的アセスメント方法などに取り組んでいる。

## 急性期病棟における 認知症・せん妄の現状と問題点



### 高齢者の増加と急性期病棟の変化

我が国は、2013年には65歳以上の老年人口が3079万人となり、全人口の24.1%を占めるに至った<sup>1)</sup>。平均寿命が延びることは、加齢と関係する疾患の発症率・有病率が增大することを意味する。同時に高齢者の人口が増加することは、何らかの加齢に関する基礎疾患（老年症候群）を持ちつつ、治療する患者が増加することも示している。超高齢社会を迎えた我が国は、高齢患者特有の問題を考慮に入れた治療のあり方を検討する必要に迫られている。

では、高齢患者が増える結果、急性期病棟ではどのような変化が予想されるだろうか。

まず、高齢患者の増加は、受診する患者数が増加することと直結する。増え続ける患者にどのように対応していくか、特に75歳以上の人口が倍増する大都市近郊の医療問題は緊急の課題である。大都市郊外で、医療施設を今後急速に増やすことは現実的には難しい。今後、病院の能力を超えるレベルまで患者が増加し、入院医療が限界まで追い込まれる危険が出てくる。その時には、入院をしながら在宅療養環境を整えるだけの時間的な余裕はなくなってくるかもしれない。

併せて問題になるのは、患者の病態の変化である。老年症候群を持った患者が増加するため、さまざまな合併症の問題が増加する。特に、精神医学的側面からは、次のような問題が浮かんでくる。

- ・ 認知症を合併した患者の増加（例えば、65歳以上の患者の8%は認知症を合併する）
- ・ 認知症があると、せん妄を発症しやすくなる（内科入院患者の約15%が入院中にせん妄を合併する）。せん妄を発症すると入院が長期化するだけではなく、再入院が増加し、1年後の死亡率も高まる
- ・ 認知症の初期症状として「抑うつ症状」「自発性の低下」が増加する（アルツハイマー病における抑うつの併発率は15～20%になる。自発性の低下は、リハビリの阻害因子となる）

このように、高齢者をケアする上で、認知症やせん妄、抑うつ症状などは高頻度で認められ、身体管理にも密接に影響する。高齢者の治療を進める上で、精神症状への対応は避けて通れない問題である。

一方、せん妄や認知症が問題と認識しつつも、どのように対応すればよいのか、悩む施設も多いのではないだろうか。悩む理由に



は、何が問題になっているのか、課題が見えてこないという面もあるだろう。取り組む上で重要なことは、せん妄や認知症への対応は、今や個々のスタッフの能力に頼る時代ではなくなり、チームや組織として取り組む必要が出てきている点である。第一回である本稿では、高齢者の精神症状として重要な課題であるせん妄・認知症を中心に現状とその問題点(表)をまとめてみたい。

## せん妄の症状と治療・ケア

せん妄は、急性に生じる注意力障害を主体とした精神神経症状の総称である。高齢の入院患者において最も高頻度に認められる精神神経症状であり、治療のあらゆる時期に出現する。

せん妄では、注意力の障害に加えて、不眠や昼夜逆転などの睡眠覚醒リズムの障害、感情の変動、精神運動興奮、幻視や錯視などの知覚障害、妄想など多彩な症状が出現する。せん妄は、転倒・転落やラインの自己抜去などの医療安全面から問題として挙げがちであるが、一方で家族や医療者とのコミュニケーションを阻害する因子ともなり、身体症状のコントロールを不良にする。また、せん妄自体が全身状態の不良を示す徴候であり、早期の発見・対応は、身体症状管理上でも重要である。

### ❖疫学

急性期一般病院においては、入院中の患者の有症率は内科病棟で15～20%、高齢者病棟で約30%との報告がある。緩和ケア病棟では入院時点で20～45%で、その後全身状態が悪くなるにつれて上昇し、死亡前には83%に達する<sup>2,3)</sup>。

### ❖マネジメント(薬物療法, 非薬物療法, 日常生活の支援)

せん妄は診断と同時にその原因を検索し、

## 表 ● 急性期病院における 認知症の治療・ケアの課題

コンサルテーション精神科医によるフォーカスグループの結果より

1. 認知症と気づかれていない
2. せん妄の合併  
せん妄は身体疾患による影響が重なっており、身体治療のできない精神科病院の受け入れは困難(院内コンサルテーションで対応するしかない)
3. 院内の連携(コンサルテーションに出ない)
4. せん妄を含め、スタッフの知識・技能・経験の不足  
①不適切な対応が症状の増悪を招く(身体抑制など)  
②在院日数の延長  
③無理な退院と再入院  
④家族に過度の負担を強いる(24時間の付添を要請)
5. 認知症患者の身体アセスメントの問題(見逃されている)
6. 退院調整に時間を要する

↓  
認知症と身体治療を両方可可能な施設は  
極めて少ない

平成25年度第2回「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」参考資料を改編

回復・修正可能な原因を同定する必要がある。高齢者の場合、せん妄発症の要因として、1. 薬剤、2. 脱水、3. 感染が絡むことが多い。特に見落としてはならないのは、薬剤(ベンゾジアゼピン系薬剤、抗コリン薬)である。また、がん患者においては、オピオイドが関連するせん妄が20～50%と多い。オピオイドの適切なタイトレーションと併せてせん妄への対応を進める必要があり、疼痛のアセスメントと連動した対策が必要である。

### ❖薬物療法

せん妄の治療は、ほとんどの場合、抗精神病薬を用いた薬物療法を実施する。抗精神病薬は、もともと統合失調症や双極性障害の治療薬として開発された薬剤であるが、せん妄の治療においても標準治療薬に位置付けられ



入院

退院

認知機能のアセスメント  
がなされていない

せん妄発症：  
内科病棟20%  
外科病棟30～50%  
緩和ケア病棟50%

### 身体管理

認知症患者の身体ケアの方法を知らない  
疼痛対策が不十分  
自覚症状がとれないため早期発見・対応が困難  
アパシーを放置

### せん妄

せん妄に気付かない  
不適切な疼痛管理、ベンゾジアゼピン系薬剤使用、抑制、低栄養・脱水、活動低下  
家族への過度の負担

### 認知症ケア

BPSD（低活動）：意欲低下、拒食、抑うつ  
気付かない／低栄養・脱水／感染（尿路、呼吸器）／活動低下  
BPSD（過活動）：焦燥、攻撃性、暴力  
評価・対応方法を知らない  
不適切な薬物療法、抑制  
低栄養・脱水  
家族への過度の負担

せん妄遷延  
認知症増悪

↓  
身体悪化  
入院長期化  
ADL低下  
在宅移行困難

せん妄の原因は身体疾患であり、発症時は重篤な場合が多く、転院などの対応は事実上困難

徘徊については、リスク評価、アセスメント方法があるが、知られていない

急性期病院は構造上、暴力・攻撃性には弱く、対応は困難

## 入院中の ケアの問題

る。抗精神病薬の治療効果については、2000年以降、術後せん妄を対象に無作為化比較試験も行われるようになった。

### ❖非薬物療法

非薬物療法では、せん妄の増悪因子となる環境要因を減らすために、多職種による複合プログラムが有効性を示している。介入のポイントは、次の2点である。

- ・入院初期のハイリスク患者の同定
- ・ハイリスク患者に対する繰り返しの評価

せん妄は見落としが多いことから、評価の定まったスクリーニングをチームとして実施し、発症予防と重症化予防の対策を徹底して行うことが鍵である。我が国では個別のケアに関心が向きがちであるが、看護ケアが効果を発揮するためには、網羅性と継続性が必要であり、組織的な取り組みが求められる。

## 認知症の症状と治療・ケア(四)

認知症は、「一度正常に発達した認知機能

が、後天的な器質性障害（神経変性など）により低下し、日常生活や社会生活に支障を来すようになった状態」を指す。

認知症を考える上で注意したい点は、「認知症 (dementia)」は、特定の疾患に対する診断名というよりは、臨床的な状態像として用いられる点である。特に近年では、「認知症＝アルツハイマー病」との誤解が生じがちであるが、認知症の中にはほかの疾患（例えば、血管性認知症、レビー小体型認知症など）を含む。

認知症の罹患率は、過去には65歳以上の人口の4%程度と見積もられていたが、近年では高齢人口の増加や日常生活障害が重視されるようになった影響もあり、65歳以上の10%程度と見積もられている。平成21～24年度の調査では、全国の認知症の全国有病率推定値は15%（約439万人）、Mild Cognitive Impairment（正常と認知症の中間状態）の全国有病率推定値は13%（MCI有症者数は約380万人）とされている<sup>4)</sup>。



これほど認知症の有病率が高いにもかかわらず、急性期病院においては認知症が高い頻度で見落とされている。海外においても、認知症患者は急性期一般病棟の9～50%に認められるが、認知症患者のうち正確な診断を受けている者は半数以下であり、しかも入院してから気付かれることがしばしばある。高齢者病棟に入院したがん患者の27%に認知機能障害を認めたが、そのうちの36%は認知機能障害（認知症，せん妄）のアセスメントがなされていなかった<sup>2)</sup>。

### ❖身体治療を進める上での認知症の影響

認知症の症状という、「もの忘れ」のイメージが強い。しかし、認知症患者の治療を進める上では、実行機能障害の評価が重要である。

実行機能（executive function）とは、「目的のある一連の行動を有効に行うために必要な、計画・実行・監視能力などを含む認知機能」を指す。実行機能が障害されると、「決まり切ったやり方がないようなこと、新しいことへの対応がうまくできなく」なる。日常生活では、料理の手順がうまく組めなくなる、銀行での手続きができなくなるなどで気付かれる。この障害は通常、認知症が明らかになる（この時点で中等度まで進行していることが多く、記憶力が低下し、服を着ることができなくなるなど、日常生活に支障が出現する）前の軽度の段階で出現する。治療の場面では、認知症とは気付かれず、次のようなことで問題と気付かれる。

- ・症状が出た時の緊急受診の相談や来院ができない
- ・屯用薬がうまく使えない
- ・症状の変化を医療者に伝えられない

また、認知症の問題というと、認知症に伴う精神症状・行動異常（BPSD：Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）があり、大声や介護への抵抗などが挙げられる。しかし、BPSDには自発性の低下（抑うつ）や拒食など、医療者が気付きにくい活動低下型のBPSDもある。この場合、自発性の低下が放置され、ADLの低下が気付かれぬままに進行し、在宅移行が困難になるという問題がある。

### ❖意思決定能力の評価

医療において、インフォームド・コンセントの重要性は指摘するまでもない。適切なインフォームド・コンセントが成立するためには、患者が医療者から受けた説明内容を適切に判断する能力を有することが前提となる。この前提となる能力を「意思決定能力（competency）」という。

意思決定能力の欠如とは、自己の決断や行動が求められる状況において、特定の決断や行動をする能力に欠けている、という意味で使われる。

意思決定能力がないことを判断する際には、次の2点を押さえるべきである。

- ・精神や脳に機能障害があること、または精神や脳の働きに影響を与える外乱があること
  - ・障害や外乱が、特定の意思決定能力に影響を与えていること
- 詳細に述べると、次のようになる。
- ・意思決定がなされるべきことに関する情報を患者が理解する
  - ・患者がその情報を心にとめておくことができる
  - ・患者がその情報を意思決定プロセスの一部として使用したり、検討したりすることができる
  - ・決断を伝えることができる



意思決定能力の有無は、本来は法的に決定されるものである。しかし、我が国の代理人制度である成年後見制度の後見人には、生命を左右する医療行為については同意権が与えられておらず、現時点で、意思決定能力がないと判断された治療拒否のケースにどのように対応したらよいのか、法的な回答はない。そのため、生命に関連する事態において、医師は自らが行う説明を患者が判断できるかどうかを、個々の事態に合わせて判断していかなければならない。意思決定能力の判断には、一定の原則はあっても確立した法的判断基準があるわけではなく、患者の利益を第一に、慎重に個別に対応する。

実際の臨床場面において、認知症と診断された患者に対しては、能力低下が過度に評価され、適切な医療が提供されていない問題がある一方、軽度認知障害のある患者は見落とされている。

## まとめ

急性期病棟における認知機能障害（せん妄・認知症）の現状と問題をまとめた。今まで、認知症への対処は認知症ケアとして、身体管理とは別に意識されがちであった。しかし、高齢患者の増加と共に、認知症が身体管理に与える影響を踏まえた看護ケアを組み立てる必要が増している。その技術の確立と啓発が緊急の課題である。

なお、医療安全の観点から、転倒・転落防止のために身体拘束を行いがちである。しかし、拘束はせん妄の強力な増悪因子であり、せん妄患者に身体拘束を行うことはやみくもにせん妄を増悪・遷延させ、身体管理上望ましくないことが示されている<sup>5)</sup>。海外のガイドラインでは、ラインを維持する場合や身体管理上やむを得ない場合を除き、せん妄に対

して身体拘束は行わないのが原則であるので注意したい。

## 引用・参考文献

- 1) 内閣府：平成25年版高齢社会白書  
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2013/zenbun/25pdf\_index.html (2014年7月閲覧)
- 2) Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, Pereira JL, Hanson J, Suarez-Almazor ME, Bruera ED. Arch Intern Med. 2000 Mar 27; 160 (6): 786-94.
- 3) Cancer. 2000 Sep 1; 89 (5): 1145-9. Impact of delirium on the short term prognosis of advanced cancer patients. Italian Multicenter Study Group on Palliative Care. Caraceni AI, Nanni O, Maltoni M, Piva L, Indelli M, Arnoldi E, Monti M, Montanari L, Amadori D, De Conno F.
- 4) 朝田隆：厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業、都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応、平成23年度～平成24年度総合研究報告書、平成25(2013)年3月。
- 5) National Institute for Health and Care Excellence, Delirium: Diagnosis, prevention and management  
http://www.nice.org.uk/guidance/CG103 (2014年7月閲覧)
- 6) 平成25年度第2回「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」参考資料
- 7) Joray S, Wietlisbach V, Bula CJ (2004). Cognitive impairment in elderly medical inpatients: detection and associated six-month outcomes. Am J Geriatric Psychiatry, 12 (6), 639-647.

## 《新企画》隠れた症状を見逃さない

重症化させない観察力と対応力を身につける

### せん妄の早期発見と 対応・予防のポイント

国立がん研究センター東病院  
精神腫瘍科 科長 小川朝生氏



大阪 11/1 (土) 田村駒ビル

東京 11/22 (土) 日総研研修室(廣瀬お茶の水ビル)

仙台 15年1/31 (土) ショーケー本館ビル

名古屋 2/15 (日) 日総研ビル

本誌購読者: 15,500円 一般: 18,500円(共に税込)



- プロケラム
1. せん妄の特徴と知っておきたい正しい知識
  2. せん妄を早期発見するために必要なこと
  3. せん妄の治療を正しく理解  
●どんな治療法がある? ●誘発因子を軽減・除去するには? ほか
  4. 薬物療法を正しく理解  
●薬物療法の基本的な方針は? ●薬物療法をめぐる誤解とは?  
●代表的な薬剤にはどんなものがある? ほか
  5. トラブル時の対応を正しく理解

詳しくはスマホ・PCから  で検索!



## 増える入院患者の認知症に急性期病院は - 認知症～急性期病院が向き合うとき (1)

【国立がん研究センター東病院 精神腫瘍科長 小川朝生】

わが国では2013年、全人口に占める高齢者(65歳以上)の割合が25%を越え、4人に1人が高齢者という時代を迎えた。高齢者人口の増加はすなわち、加齢に関連する基礎疾患(老年症候群)を持ちつつ、治療を受ける患者が増加することを意味している。医療現場では今、比較的自立はしているものの医療的な対応を要する高齢者(vulnerable elders)に合わせて、治療の適応の是非を判断したり、支援の調整を行ったりするニーズが高まっている。特に、75歳以上の人口が倍増する大都市近郊では今後、患者の増加につれて、入院中に在宅療養環境を調整する時間的な余裕がなくなってくるかもしれないと危惧されている。

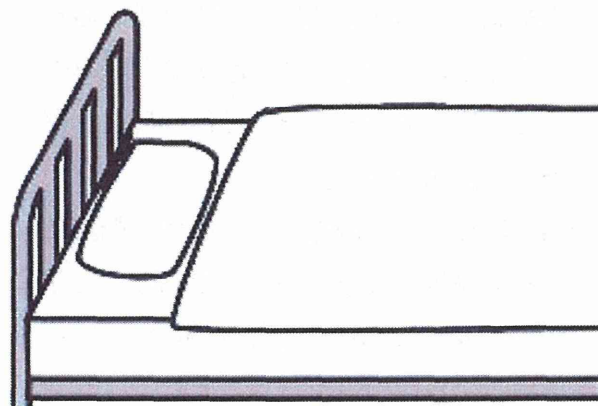
### ■超高齢時代で変わる急性期病院のケア

併せて問題になるのは、患者の病態の変化である。急性期病院においても、老年症候群を合併した患者が増加し、さまざまな合併症への対応や複合的な問題への対応の必要性が増している。

例えば、次のような事例はいかがだろうか。

#### 【70歳代男性 胃がん】

胃がんに対して胃全摘を施行し、術後経過は良好であった。しかし、食事が再開となっても食事量の回復が遅い。日中も臥床しがちで、リハビリも拒否する。ADL(日常生活動作)が低下し、在宅移行が困難になった。「元気がない」ので、病棟はうつ病を疑って精神科にコンサルトを依頼した。精神科医が入院前の生活について家族に尋ねると、次のようなエピソードが出てきた。



「患者はもともと活動的で、よく外出をしていた。しかし、入院の半年ほど前から、外出



医療介護情報サービス

Career Brain

Copyright(c)2014 CareerBrain Co.,Ltd. All Rights Reserved.



の予定を入れても、当日になると時間に間に合うように支度をする事ができず、見かねた妻がキャンセルの電話を入れるといったことを数回繰り返していた。さらに最近では、日中下着のままで過ごしたり、夕方暗くなっても電灯のスイッチを入れなくなったりした。もともときれい好きだったのに、風呂にも促されて入るようであった」

次回配信は 8月 28日 15: 00を予定しています  
(残り 1834字 / 全 2603字)



このエピソードを聞いて、どのようなことが疑われるだろうか。活動性が落ちて「元気がない」ようにみえるが、実は、認知症の初期症状が疑われる事例なのである（認知症の初期では、記憶障害よりも段取りを組む実行機能の障害が目立つ。普段通りの生活を送ることに今まで以上の努力を要するようになる）。一見、身体的には問題はないものの、胃がんの入院時に生活のアセスメントが行われていれば、術後の自発性低下を見据えた支援の必要性を予見できたかもしれない。

このように精神医学的側面から問題となるのは、認知症やせん妄を中心とする認知機能障害を合併した患者へのケアや支援の在り方である。認知症・せん妄は、治療や看護、地域連携の面で問題となるのみならず、入院の長期化につながったり、在宅復帰が困難になったりして、病院運営にも影響することを考えれば、急性期病院でも治療や対応能力を向上させることが求められるのは言うまでもない。しかし一方で、何の問題に、どのように取り組むべきかが見えにくいのも事実である。



医療介護情報サービス

**Career Brain**

Copyright(c)2014 CareerBrain Co.,Ltd. All Rights Reserved.



この連載では、身体治療を主とする急性期病院において、認知症やせん妄がどのような影響を与えるのか、どのような対応が望まれるのかを考えてみたい。

## ■認知症の罹患率は高まっている

以前、認知症の罹患率は65歳以上の人口の約4%と報告されていたが、高齢者の増加や社会生活の変化、認知症を診断する上で日常生活障害が重視されるようになったことも影響し、近年では「65歳以上の約10%が認知症に相当する」と見積もられている（年齢別では65歳で1.9%、70歳で4%、75歳で7%、80歳で15%）。また、日常生活には支障を来してはいないものの、生活を保つのに努力を必要としたり、何らかの負荷が増したときには対処が困難になったりなど、ハイリスクの状態である軽度認知障害（Mild Cognitive Impairment）は13%と推定されている。

高齢者の増加を受けて近年、急性期病院での認知機能障害への対応についても検討されている。急性期病院では、認知症に加えてせん妄（身体疾患に起因する軽度の意識障害）も問題となる。

海外では、がん医療に特化した高齢者病棟（急性期相当）の入院患者のうち、27%に何らかの認知機能障害を認めたとの報告があるほか、総合病院に入院した時点で、31%の高齢患者が治療に関する理解が困難で、治療同意能力を欠いていたとの報告がある。また、せん妄についても急性期病院ではおしなべて高齢患者の15-20%程度に認められるとされ、日本でもほぼ同様と推測される。一部認知症にせん妄が合併する場合もあるが、おおよそ急性期病院に入院する高齢患者の20-30%程度は、何らかの認知機能障害を合併していることが予想できる。

## ■急性期病院で見落とされる認知機能障害

一方で、急性期病院においては、認知機能障害が高率で見落とされているという実態もある。

ある調査では、認知機能障害を持つ患者のうち、4割は調査以前に認知機能に関する評価がなされていなかったとの指摘もある。また、急性期病棟に入院中の患者で、入院前に認知症の診断を受けていたのは半数以下であり、身体治療中に初めて問題に気付かれ、認知症と診断されるケースが多いとの指摘もある。

筆者の勤務する国立がん研究センター東病院においても、認知機能の低下があり、治療内容の理解が不十分である（治療同意能力の障害）症例のうち、プライマリー・チームがその問題に気付いていた割合は2割にとどまっていた。

認知機能の障害が見落とされる背景には、臨床現場が多忙なこともあるが、次の4つのことが影響していると言える。



**1.高齢者の問題は「年齢のせい」にされがち：**

正常な加齢性変化との違いの判断にスタッフが慣れていない

**2 認知症の症状は「もの忘れ」だけであるとの誤解：**

認知症の主要な問題は実行機能障害（先を予測して計画をしたり、段取りを組んだりする能力が障害される）であることが知られていない

**3 精神症状の基本的な評価方法に慣れていない：**

特にせん妄では、現場のスタッフが「何かおかしい」と感じつつも、うまく言えないために情報を共有できず、結果として対応が後手に回ってしまう

**4 低活動型せん妄や認知症のアパシー（自発性の低下）のように活動が落ちるタイプの問題が気付かれにくい：**

医療者は、問題行動として現れるタイプの問題には気付きやすいが、行動として出ないタイプの（目につきにくい）問題は見落としやすい

次回、急性期病院でどのような点が問題になっているのかを具体的に検討していきたい。



**小川朝生（おがわ・あさお）**

国立がん研究センター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発分野分野長。1999年阪大医学部卒、2004年阪大大学院医学系研究科卒。12年7月より現職に就任（東病院精神腫瘍科長を併任）。14年度厚生労働科学研究費補助認知症対策総合研究事業において、主任研究者として認知症に対する包括的支援プログラム開発を担当。学術研究助成基金助成金「がん診断後のうつ病の背景因子に関する分子疫学的検討」班でも主任研究者を務める。