

これまで認知症ケアに関しても指摘したのと同様、急性期病院ではせん妄の問題となると、どうしても転倒転落やルートの自己抜去など、医療安全上の問題に関心が向きがちである。そのため、問題行動として取り上げられがちな過活動型せん妄への対応が話題の中心になる。しかし、在院日数の短縮化とともに問題として挙がってくるのは、むしろ低活動型せん妄の問題である。

低活動型せん妄は、昼夜を問わず、活動が全般に低下するせん妄のサブタイプである。活動性や自発性が低下する特徴から、問題として認識されにくく、低栄養や ADL低下が生じて在宅移行が困難になることで、ようやく表面化する例が多い。

## ■せん妄の治療・ケア、ここがポイント！

せん妄は身体疾患が原因であることから、せん妄への対応は

1. まず原因を同定する
- 2 身体的な原因を除去する
- 3 注意障害や精神症状に対する抗精神病薬による薬物療法を行う

一を検討する。

特に、高齢者のせん妄の原因として挙げられるのは、脱水と感染、薬剤の3点である。この3点は、せん妄の原因となる頻度の高いことと、確実な対処方法があることで、介入効果が高い。

とりわけ薬剤については、向精神薬の理解が鍵となる。せん妄に対しては、抗精神病薬を使用し、ベンゾジアゼピン系睡眠導入薬や抗不安薬は、かえってせん妄を増悪させるために用いないのが基本だ。しかし、この違いが意識されず、誤った使い方をされることが多いため、注意が必要になる。

また、抗精神病薬を使用する場合も、その目的を正しく理解したい。せん妄に対して抗精神病薬を用いるのは、せん妄に伴う注意障害や精神症状（幻視・妄想）等に対する症状改善を目指してのことだ。しかし、「抗精神病薬の投与→寝かせる」という誤解があり、入眠や鎮静を目的として誤って使用されるケースがある。

代表的な例に、ハロペリドール（商品名セレネース）の使用がある。ハロペリドールはせん妄に対する非経口治療の代表的な薬剤である。ハロペリドール自体は鎮静・催眠作用は弱く、そもそも鎮静（興奮を鎮める）には向いていない。しかし、その薬効を誤解し、せん妄に対して「寝かせる」ことを目的に用い（せん妄が夜間に増悪することから、不眠時という形で用意することがまた誤解を招くのだが）、効かないと判断して指示を繰り返した結果、過量投与に至り、翌日の過鎮静や誤嚥、薬剤性パーキンソニズムの誘発などを生じることがある。経口投与では、リスペリドン（商品名リスパダール）で同様の事態を生じがちである。

もともと、現場スタッフが相対的に少ないわが国では、夜間帯での対応が薄いというやむにやまれぬ事情がある。そのため、夜間の睡眠リズムを早期に回復させることが意識されるが、その場合には催眠作用が強く、半減期が短く、調整の効きやすいクエチアピン（商品名セロクエル）での対応が理にかなっている。薬剤のプロフィールを踏まえた使い方がポイントである。



### 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。



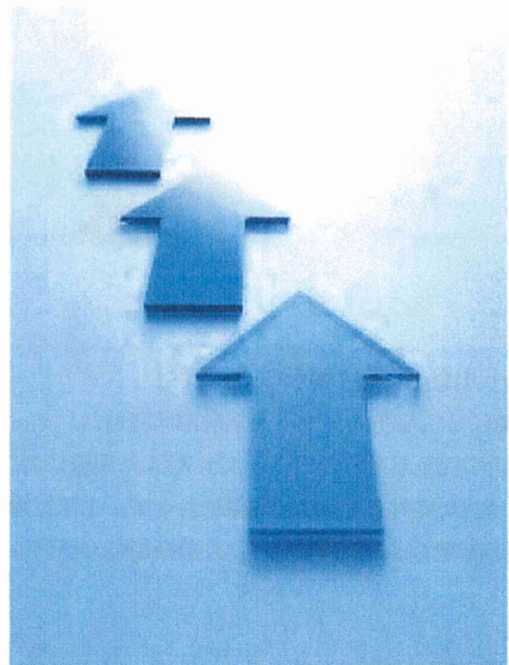
## 入院患者のせん妄、対応のポイントは -認知症～急性期病院 が向き合うとき(5)

【国立がん研究センター東病院 精神腫瘍科長 小川朝生】

前回、急性期病院におけるせん妄への対応の現状について概説した。今回は引き続き、せん妄への組織立った対応について考えてみたい。

### ■せん妄には組織立った取り組みで

せん妄の原因と治療については前回も触れたが、せん妄対応のガイドラインは現在までに海外から示されている。その指針の大きな方向性は、以下の2点にまとめられる。



#### 1発症予防

：入院初期のハイリスク患者の同定と、ハイリスク患者に対する▽促進因子の調整（見当識の補強、疼痛等症状管理の強化）▽直接因子の（可能な限りの）予防（脱水の予防、多剤併用の整理、感染予防）

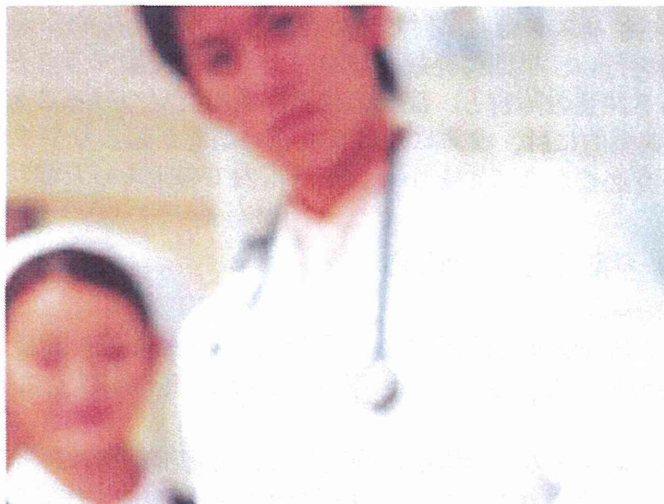
#### 2重症化予防

：ハイリスク患者に対して、定期的にせん妄症状評価を実施することによる早期発見・早期対応

これに沿って対応のポイントを具体的に見ていこう。

(残り 1614字 / 全 1964字)

## ① ハイリスク患者を同定する



せん妄への対応という点、日本では、時計やカレンダーの設置、日中の覚醒の促しのよう  
に「せん妄が発症してからの個別のケア」に関心が向きがちである。しかしガイドライン  
にある通り、発症・重症化の予防という点では、まず「せん妄は見落としが多い」という事実  
を踏まえ、評価の定まったスクリーニングをチームとして行い、その情報を共有することが  
要になる。

言い換えれば、せん妄に対して看護ケアが効果を発揮するためには、ハイリスク患者を網  
羅し、かつ継続したリスク管理を行う体制を確保することが必要であり、そのためには、施  
設や病棟を挙げての組織立った取り組みが求められる。

## ② ハイリスク患者に予防的に介入する

せん妄への対応として、看護が力を発揮する領域に環境調整があるが、ともすれば外部環  
境の調整（照明調整や昼夜のリズムづくり）にばかり目が向きやすい。しかし、促進因子へ  
の対応の中で、より基本的かつ強力な介入は、実は身体環境の管理、特に疼痛の管理である  
。

これは日本ではまだ十分に意識されていないことが多い。しかし、疼痛管理やその他の苦  
痛、排便等、身体症状管理の徹底は、地道ではあるが、最も介入効果の高いところであるた  
め、院内教育などで意識したい点である。

あわせて、直接因子への対応も同じく、地味ながら効果的な介入方法である。特に、脱水  
の予防は、入院・外来の高齢者で必ずと言ってよいほど出てくる、せん妄の主要な因子であ  
る。入院していて、かつ食事摂取量を管理していれば、脱水は起きないと思われがちだが、

脱水は、海外の介護施設での身体管理の指標にもなるほど、重要なせん妄予防のポイントでもある。

### ③ 定期的に症状評価を行う

ハイリスク患者に対しては上記のような予防的介入と並行して、定期的にせん妄の症状評価を行い、早期に発症を見つけ、対応を開始することが必要である。特にせん妄の主症状である注意の障害と、症状の急激な変動を見つけることがポイントになる。

典型的には、夕方にかけて症状の増悪が起こりやすいため、日中と比較した重症度評価を行う必要があることから、チーム内での定まった症状評価と情報共有が重要になる。

### ④ 早期発見・早期対応

抗精神病薬の使用方法も重要である。せん妄を発症した場合、意識障害の原因となる身体要因を除去することが治療方針となるが、9割以上に抗精神病薬の治療が併せて行われる。

せん妄への薬物療法に関連して、抗精神病薬は鎮静効果が弱いということは前回も触れた。せん妄に対して抗精神病薬を用いる目的は、注意の障害の改善や幻視、妄想などの精神症状の改善であって、決して「寝かせる」ことではない。しかし、どうしてもせん妄が重症化してから発見されると、その過活動となった行動自体を管理せざるを得なくなる。結果として「寝かせ」ざるを得なくなり、抗精神病薬もいきおい鎮静を目指した使い方となる。すると過量投与になり、過鎮静などの有害事象が生じやすくなる。

このような有害事象を避けるためにも、できる限り早期に発見することが治療の質を上げるうえで肝心である。

### ■ポイントは疑う目と情報共有

筆者の勤務する国がんと東病院では、せん妄への対応をいかに効果的に行うかを検討してきた。上記の問題を踏まえ、医療安全部門と看護部の全面的な協力を得て、▽症状評価に関する知識・技術について、ビデオ学習を取り入れた教育プログラム  
▽せん妄を疑った場合にチーム内あるいは職種を越えて情報共有を行う研修プログラムを作り、公開・提供している（関心のある方は、当院臨床開発センター精神腫瘍学開発分野までお問い合わせいただきたい）。



急性期病院で増え続ける入院患者の認知症・せん妄への対応について、5回にわたり解説してきたが、これらは、高齢者ケアに広く共有される課題でもある。医療安全の点からも、患者の療養生活の質の向上の点からも、より適切な対応が広まることを願っている。

ご愛読いただきました「認知症～急性期病院が向き合うとき」は今回が最終回です。





### 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。

。



## 認知症患者のがん診療

小川 朝生\*

[*Jpn J Cancer Chemother* 41 (9): 1051-1056. September, 2014]

Cancer Treatment for Patients with Dementia: Asao Ogawa (Division of Psycho-Oncology, National Cancer Center Hospital East)

## Summary

Cancer is a disease associated with aging. In Japan, the rate of aging is estimated to be over 25%. Further, the prevalence of dementia also increases with age, and cancer patients with dementia are becoming more common. Dementia is a progressive condition characterized by impairment in memory and at least one other cognitive domain (language, praxis, gnosis, or executive function), as well as a compromised ability to perform daily functions. Impairment of short-term memory and executive function in particular are associated with an increased risk for functional decline and mortality. Assessment of cognitive function is necessary to ensure that cancer patients can provide informed consent and understand the risks, benefits, and alternatives of therapeutic treatment. The health care team needs to ascertain whether patients have the mental capacity for cancer treatment, will comply with the treatment schedule, and will understand when to seek help. Elderly cancer patients undergoing treatment need to be assessed for vulnerability with the comprehensive geriatric assessment (CGA). **Key words:** Cancer, Geriatric oncology, Psycho-oncology, Dementia, **Corresponding author:** Asao Ogawa, Division of Psycho-Oncology, National Cancer Center Hospital East, 6-5-1 Kashiwanoha, Kashiwa. Chiba 277-8577, Japan

**要旨** 超高齢化社会を迎えるとともに高齢がん患者が増加している。高齢がん患者の増加とともに、認知症を合併したがん患者を治療する機会も増えてきた。認知症を合併した場合、がん治療を遂行する上で意思決定能力の有無の確認やアドヒアランスの確保、緊急時の判断が困難になる問題があり、その背景には認知症に伴う短期記憶障害と遂行機能障害が関与する。認知症のがん患者の治療を考える上で、遂行機能障害の有無、社会的支援の有無を評価することは重要であり、高齢者総合的機能評価 (CGA) の実施など包括的なアセスメントの確立・普及が望まれる。

## はじめに

わが国は、2013年には65歳以上の老年人口が3,079万人となり、全人口の24.1%を占めるに至った<sup>1)</sup>。がんは45~89歳までの男性、40~84歳までの女性の最大の死因であるように広い年齢に分布する。そのなかで特に高齢者の罹患に注目すると、全悪性新生物死亡数のうち65歳以上が78%を占めている。がんは正に高齢者の疾患である。

平均寿命が延びることは、高齢者のがん発症率・有病率が増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、がん治療において高齢がん患者が増加す

ることを示唆する。超高齢化社会を迎えたわが国は、高齢がん患者特有の問題を考慮に入れたがん治療のあり方を検討する必要に迫られている。

## 1. 加齢とそれに伴う生理的变化

加齢に伴い身体には多様な生理的变化が生じ、がんとその治療に大きな影響を与える。代表的な変化には、①体内総水分量の減少、体脂肪の増加、②腎機能の低下 (腎血流量の低下に伴うGFR低下)、③感覚系の機能低下 (視覚: 白内障、緑内障の合併、聴覚: 老人性難聴)、④心血管系障害: 起立性低血圧、期外収縮の増加、⑤呼吸器系: 肺活量の減少、残気量の増加、⑥消化管: 肝臓の薬物

\* 国立がん研究センター東病院・精神腫瘍科

代謝機能低下、⑦神経系:認知機能障害の増加がある。

特に、神経系に関しては年齢の影響が大きく、年齢群による差が大きいこと、また個体差も大きいのが特徴である。神経系の最大の問題に認知症がある。

## II. 認知症

認知症とは一般には、「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)により持続性に低下し、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し、これらの症状に感情、意欲、性格などの障害が加わることもあるが、意識障害のない時にみられる」と表現される<sup>2)</sup>。

認知症を考える上で注意をしたい点は、「認知症(dementia)」は、特定の病理学的背景をもつ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、認知症のなかには他の疾患(たとえば血管性認知症、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歳以上の人口の約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歳以上の約10%と見積もられている。年齢別では65歳1.5%、70歳で約4%、75歳で約7%、80歳で約15%である<sup>2)</sup>。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(MCI: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)と推定されている<sup>3)</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ことも知られている。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<sup>4)5)</sup>、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、しかも急性期病院に身体疾患の治療目的で入院してから気付かれることがしばしばある<sup>6)7)</sup>。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>8)</sup>。

認知症には大きく4種の病型があり、最も有病率の高いアルツハイマー型認知症をはじめとして血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉型認知症がある(表1)。それぞれの病型ごとに臨床症状が異なり、治療への影響も異なる。

## III. 認知機能障害のあるがん患者のマネジメント

認知機能障害のあるがん患者をマネジメントする上で参考になる指針に、NCCNのSenior Adult Oncologyのガイドラインがある(図1)<sup>9)</sup>。ガイドラインでは、①腫瘍が予後や苦痛に関連することを確認し、②患者が自分で治療を決めることができるかどうかを判断(意思能力の評価)、③治療のゴールが患者の希望と一致しているかを確認し、リスク評価を行った上で治療を実施するステップが示されている。

### 1. 腫瘍と予後

認知症は患者のセルフケア能力を低下させ、症状発見の遅れと関連する。認知症の代表的疾患であるアルツハイマー病では発症からの生存期間は10~15年といわれているが、合併症やケアの質も影響し、予後にはばらつきがある。一般には認知症の診断後からの生存期間はもっと短く4~7年程度といわれている。

### 2. 意思決定能力の評価

がん医療において、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が、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、二点おさえるべき点がある。具体的には、①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、②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を確認する。

詳細に述べると、以下となる。

- ・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ど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、わ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いない。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、生命に関連する事柄において、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柄に合わせて判断していかね



表1 認知症の主要な疾患と症状

	発症のメカニズム	障害部位	中核症状	周辺症状	治療のポイント
アルツハイマー型認知症	アミロイドβ蛋白の脳内沈着が原因となって、神経原線維変化が生じ、神経細胞死に至る	側頭葉・頭頂葉を中心とした症状から始まり、しだいに全般的な機能低下に至る	記憶障害: 最近の出来事が思い出せない、思い出せない・忘れたこと自体に気付くことが難しい 見当識障害: 時間や場所、人物の認識が難しくなる。最初は昼と夜を間違え、夜中に雨戸を開けたりすることで気付かれる。しだいに道に迷うようになる 遂行機能障害: 物事の段取りを組むことが難しくなる。仕事を効率よくこなせなくなる。女性では、切る・焼く・炒めるなどのそれぞれの動作はできるものの、一つの料理を完成させることができなくなる	抑うつ、意欲の低下; 実行機能の低下に伴って、作業の負荷が大きくなるなどの環境要因と神経細胞の脱落という器質的な要素が絡む 妄想: 物盗られ妄想が多い(物をどこかにしまい、しまった場所がわからなくなる。そうなる時、身近な介護者が盗んだと確信して責める) 徘徊、失禁	認知症の進行を遅らせる塩酸ドネペジルの使用 周辺症状(意欲の低下、妄想、徘徊、失禁)などの行動障害が出現するメカニズムを発見し、その対処をする
血管性認知症	脳血管障害に関連して出現した認知症を総称する	梗塞・出血を生じた部位に関連して機能障害が生じる	情動の変動: 気分の変化(怒りっぽくなる、ちょっとしたことで泣く)が生じやすい 覚醒レベルの変動: 1日や数日のなかで意識レベルの変動があり、せん妄を生じやすい 記憶障害: 最近の出来事が思い出せない、思い出せない・忘れたこと自体に気付くことが難しい 遂行機能障害: 物事の段取りを組むことが難しくなる。仕事を効率よくこなせなくなる。女性では、切る・焼く・炒めるなどのそれぞれの動作はできるものの、一つの料理を完成させることができなくなる	意欲の低下、抑うつ; 梗塞・出血に関連した脳機能の低下 人格の先鋭化: 人格の特徴がより強くてくる。慎重な性格が頑固で融通の利かない人格へ、マイペースな性格が自己中心的な人格に、気さくな性格が、無遠慮で横柄な人格になる	梗塞・出血に関連した神経症状への対応(嚥下困難、片麻痺など) 安定した環境の提供、せん妄の予防と対処
レヴィ小体型認知症	αシヌクレインが蓄積し、レヴィ小体となり、神経細胞死を誘導する	後頭葉を中心とした症状(幻視)から始まり、しだいに全般的な機能低下に至る	覚醒レベルの変動: 1日のなかで意識レベルの変動があり、注意力の障害がでる。せん妄を生じやすい 幻視: 鮮明でありありとした幻視がしやすい パーキンソン症状: 前傾姿勢やすり足歩行、姿勢反射障害、固縮などがしやすい 抗精神病薬への過敏性: 少量でもパーキンソン症状や過鎮静が生じやすい	抑うつ・不安: 病初期には記憶障害や幻視に先行して、意欲の低下や抑うつ気分、不安焦燥感で受診する場合がある パーキンソン症状: 突進歩行、転倒	抑うつ・不安への対応: 環境調整や薬物療法を行う 幻視に対しては、塩酸ドネペジルを使用 せん妄に対しては、パーキンソン症状の出現しにくい非定型抗精神病薬を少量使用する
前頭側頭葉型認知症	3リピートタウの蓄積が関係	前頭葉から側頭葉にかけての機能障害が生じる	常同行動: 同じ言動を日課のように繰り返す 脱抑制: 欲求のコントロールが難しくなり、周囲への配慮に欠ける言動が増える 注意力障害: 注意の転導性亢進、集中維持が難しくなる。ちょっとした周囲の刺激に反応してしまい、作業を続けることが難しくなる	被影響性の亢進: 外界からの刺激に影響されて、相手の動作をまねたり、同じ言葉が発する(オウム返しができる) 自発性の低下、感情の平板化: 進行すると無関心が目立ちはじめ、最終的には意欲も低下する	常同行動による時刻表的な生活をうまく利用する。外界からの刺激を少なくするように調整して、同じ時間に同じ職員が同じ対応を取れるようにする

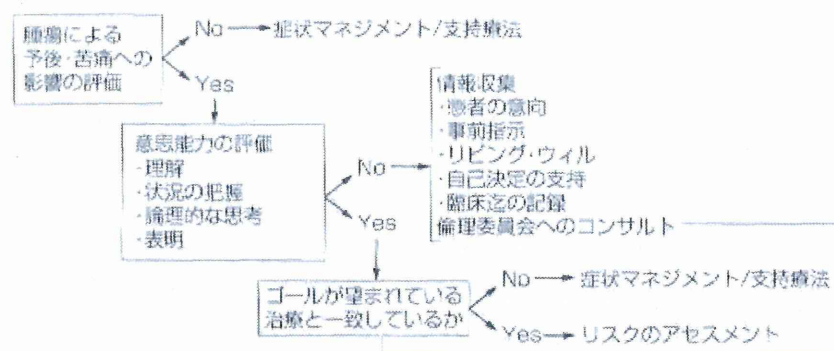


図1 高齢がん患者への対応 (NCCN guidelines, Senior Adult Oncology ver. 2, 2014 より)

表2 FAST stage

FAST stage	特徴	臨床症状
1. 認知機能の障害なし	主観的・客観的機能低下なし	
2. 非常に軽度の認知機能低下	物の置き忘れ, 喚語困難	名前や物の場所, 約束を忘れることがあるが年齢相応の変化
3. 軽度の認知機能低下	新しい場所に旅行することが困難	初めての土地への旅行のような複雑な作業を遂行する場合に機能低下が明らかになる
4. 中等度の認知機能低下	家計の管理, 買い物に支障を来す	買い物で必要なものを必要な量だけ買うことができない, 誰かがついていないと買い物の勘定を正しく払うことができない, 着替え・入浴は可能
5. やや高度の認知機能低下	洋服を着ることができない, だめ入浴をさせる	家庭での日常生活でも自立できない。買い物を一人ですることはできない
6. 高度の認知機能低下	不適切な着衣, 入浴が困難・失禁	
7. 非常に高度の認知機能低下	言語機能の喪失, 歩行機能の喪失	

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。

臨床場面において、意思決定能力が適切に判断されていないとの指摘が以前よりなされてきた<sup>19)</sup>。大きくは、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<sup>20)</sup>、軽度認知障害のある患者では見落とされている。

### 3. 治療のゴールを設定する

認知症はそれ自体が全身機能低下を示す症候群である。高齢者総合的機能評価 (CGA) を用いてがん治療の方針を決めることが望ましい<sup>9)</sup>。CGA とは comprehensive geriatric assessment の略で、疾患のある高齢者に対して、機能的、社会的、精神心理的観点からその高齢者の生活機能障害を総合的に評価する手法である<sup>21)</sup>。特にがん医療においては CGA を実施することにより、合併症 (たとえば神経傷害性疼痛による転倒) や社会的支援不足 (日中独居の患者への支援)、摂食不良 [認知症によるアパシー (意欲低下)] など、がん治療の阻害因子となり得るリスクをあらかじめ同定することができる。

特に認知症をもったがん患者の治療を検討する上で評価が必要な点は、① 意思決定能力の有無、② 経口抗がん

剤を選択する場合、スケジュールどおりの内服が困難、過量投与のリスクと関連する点、③ 有害事象を理解し、支援を求めたり、受診が必要な時かどうか判断が必要となる時に自ら選択することができない点がある。

## IV. 認知症の評価

認知症の症状というと、「物忘れ」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遂行機能障害の評価が重要である。遂行機能 (executive function) 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。遂行機能が障害されると、決まりき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。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、日常生活の支障が出現する) 前の軽度の段階ですでに出現している (表2)。がん治療の場面では、症状がた時の緊急受診の相談や来院ができなくなる、処方薬がうまく使えない、など症状の変化に対応できないことで問題と気付かれることが多く、セルフケア能力の