

認知症とがん

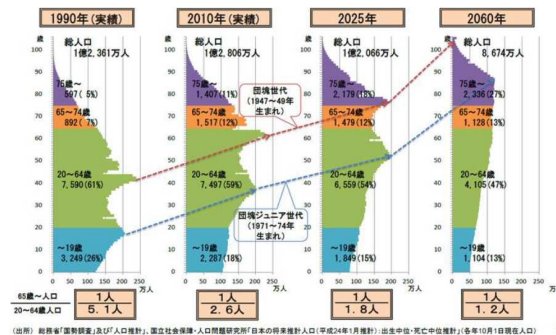
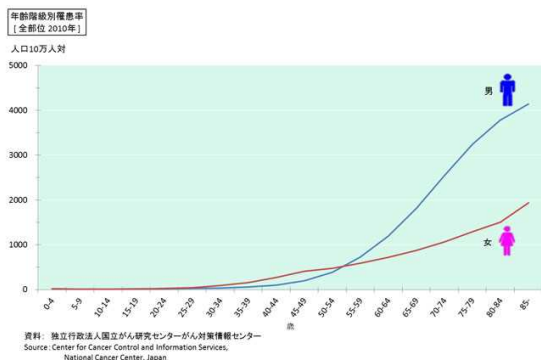
国立がん研究センター
先端医療開発センター 精神腫瘍学開発分野
小川朝生

本日の内容

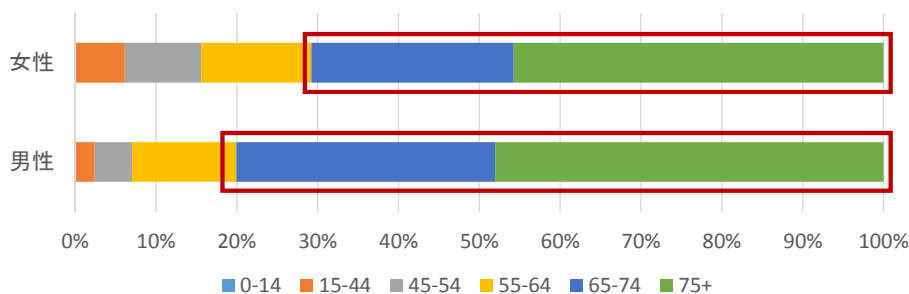
- 高齢化とがん
- 認知症
- 一般病院における認知症の問題
- がん治療における認知症の問題
 - 意思決定支援
 - 治療上の問題
 - 家族をめぐる問題
- がん治療における認知症ケアの構成要件
- 現状

超高齢社会とがん

がんの罹患と年齢は強い相関



年齢階級別がん罹患数(2015-2019の平均)

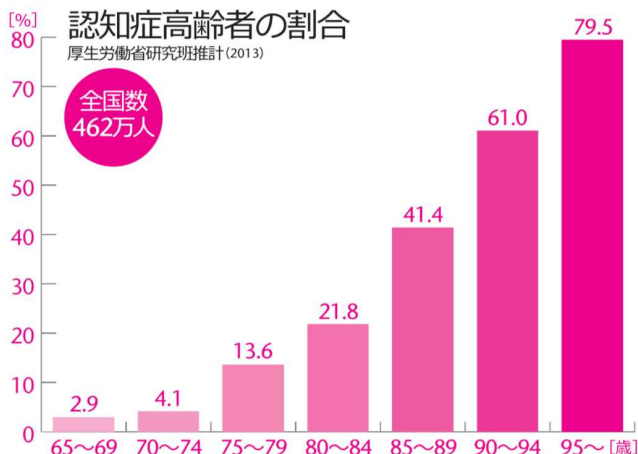


国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

7割以上が65歳以上
がんは高齢者の疾患でもある

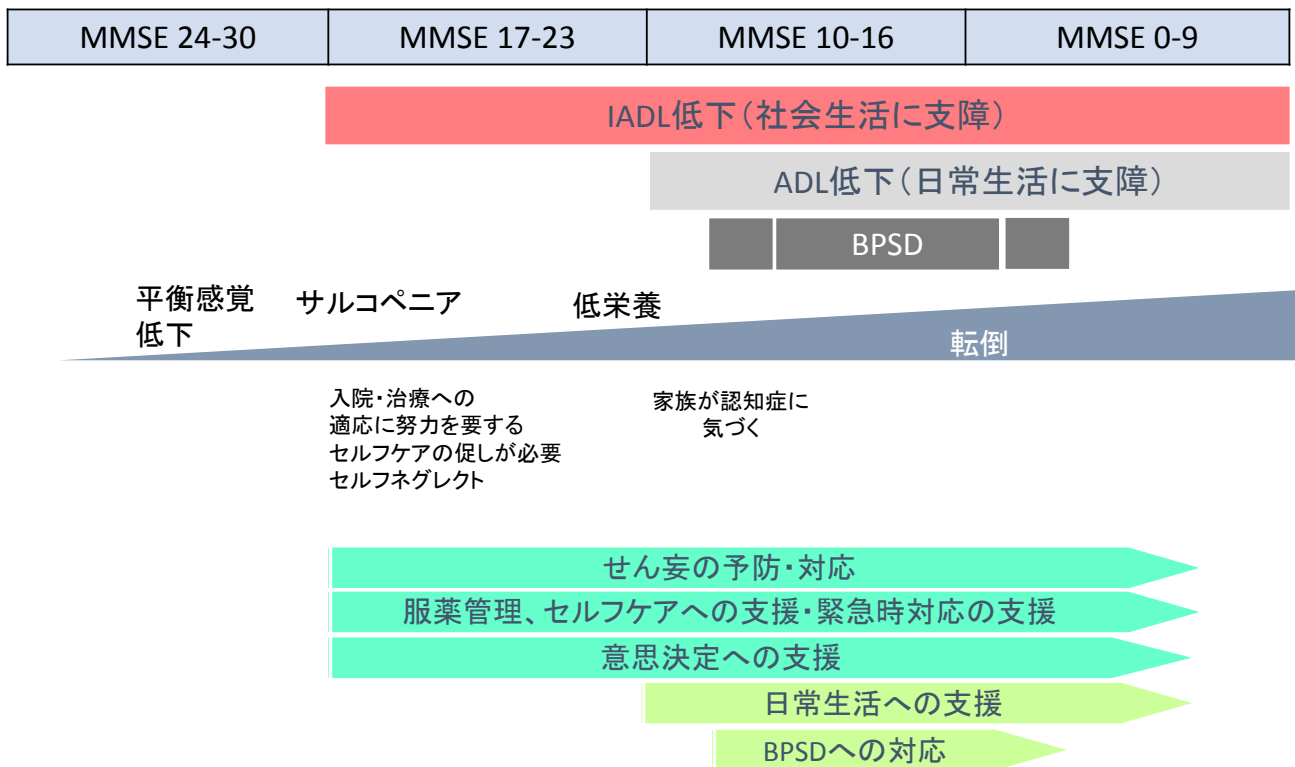
認知症

- 一度正常なレベルまで達した精神機能が、何らかの脳障害により、回復不可能な形で損なわれた状態
- 認知症とは、特定の「病名」ではなく、「症候群」
- 65歳以上の約15%が認知症と推定される
- 約50%はアルツハイマー型認知症



認知機能とケア

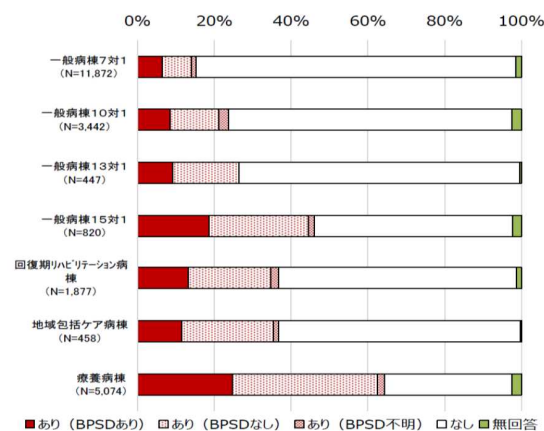
初期の段階から身体治療には影響を及ぼす



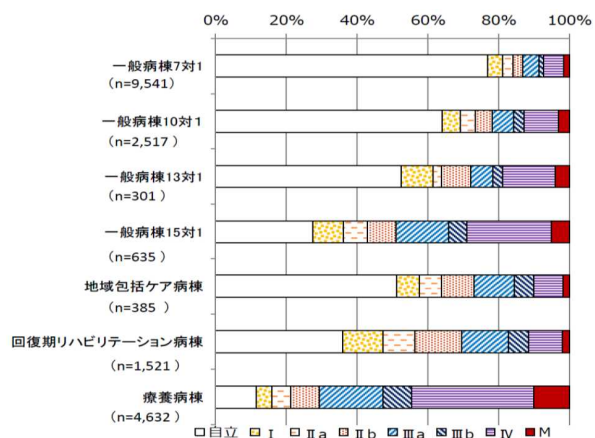
わが国の一般病院での認知症

一般病棟7対1及び10対1においては、「認知症あり」の患者は2割程度、療養病棟においては6割以上入院している

〈各病棟の入院患者のうち、「認知症あり」の患者割合〉
※精神科病棟以外



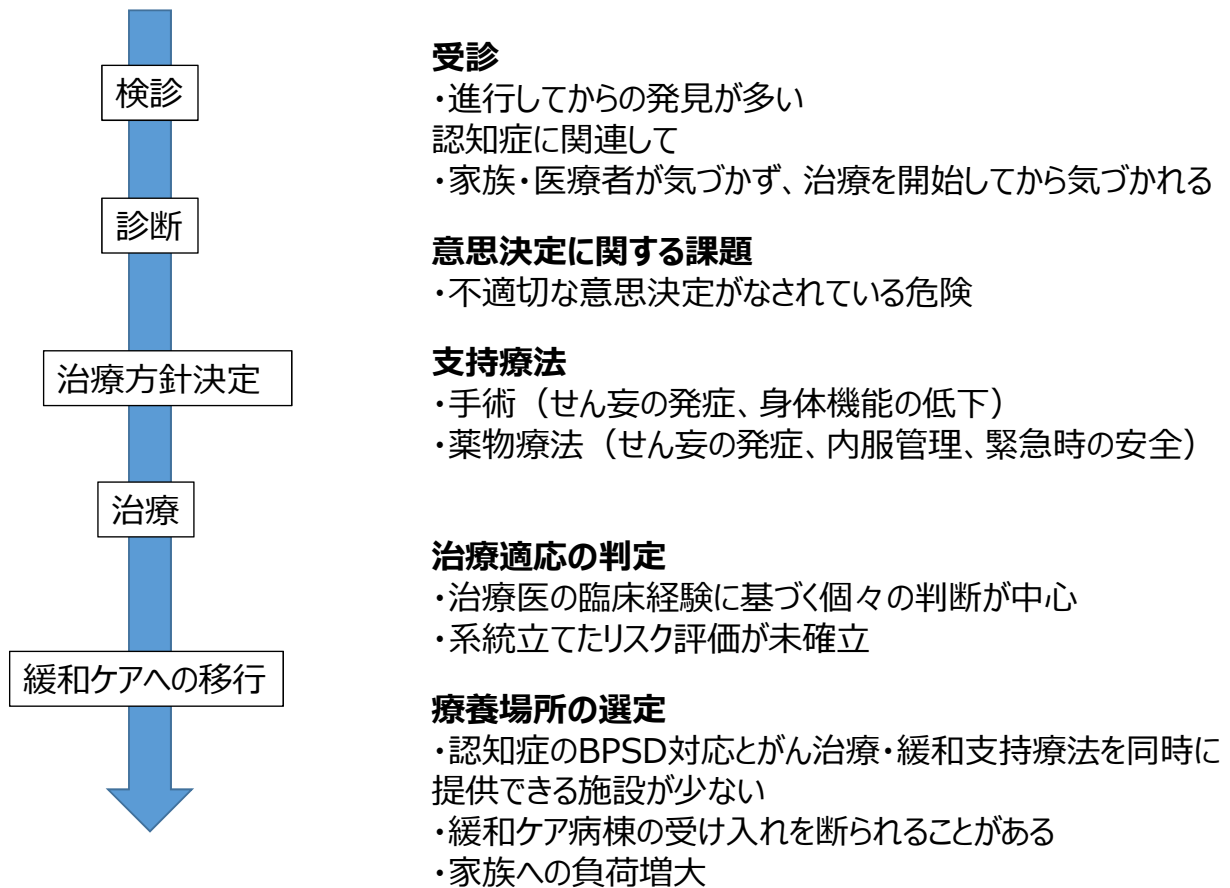
〈各病棟の入院患者における認知症高齢者の日常生活自立度〉



出典：平成26年度入院医療等の調査（患者票）

精神科コンサルテーション依頼のうち、25%がせん妄、11%が認知症（2015 東病院）

認知症とがん



認知症とがん治療

- ・ 大腸がん
治療開始から6ヶ月以内の死亡率
認知症なし： 8.5%
認知症あり： 33%

(Raji, et al. Arch Int Med 2008)

背景

- ・ 進行期での発見（スクリーニング手段の問題）
- ・ 合併症の増加
- ・ せん妄・うつ状態の合併
- ・ 介護負担

認知機能障害とがん治療

認知機能評価は安全にがん治療を進める前提
認知症とせん妄が関連する

生じうる問題

- 意思決定能力
- 治療のアドヒアランス
- 有害事象の管理

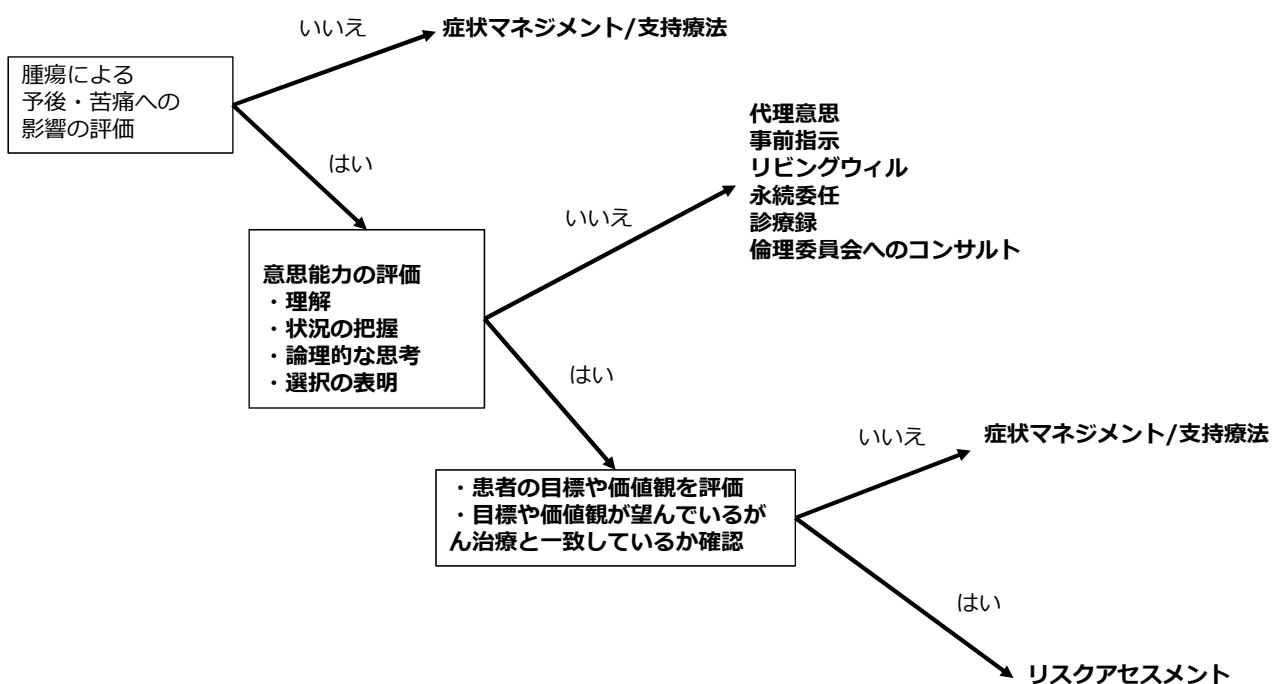
(Hurria, in Practical Geriatric Oncology 2010)

見逃されやすい

高齢者病棟入院がん患者の27%に“Blessed Test”で認知機能低下を認め
たが、そのうちの36%には認知症やせん妄などの記載、アセスメントがなされてい
なかった

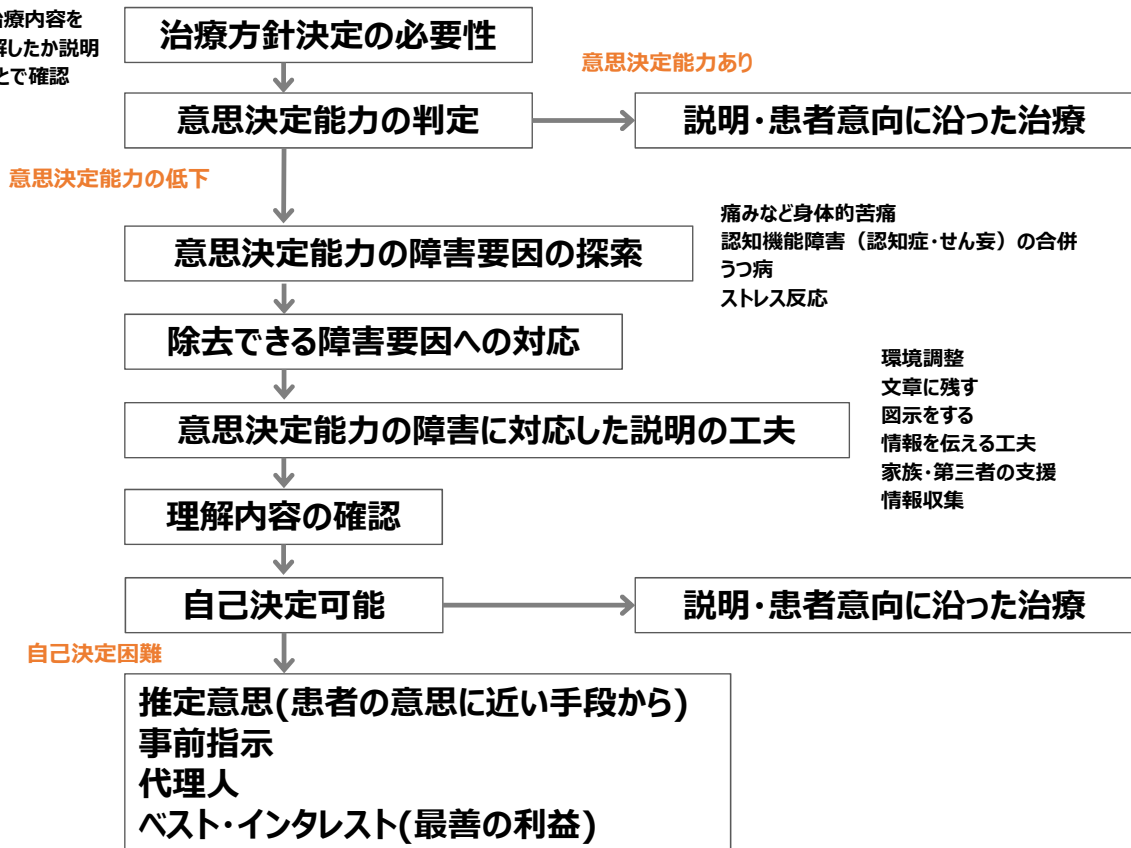
(Flood, J Clin Oncol 2006)

高齢がん患者の意思決定支援



(NCCNガイドラインより)

患者自身に治療内容を
どのように理解したか説明
をしてもらうことで確認



意思決定

- **適切な治療が提供されていない危険性**
 - 「認知症」と診断がつくと「本人は何もわからない」と誤解
 - 家族と医療者のみで治療を話し合い決めてしまう危険性
- **認知症と気づかれずに治療が進み、本人や家族に負担を強いる結果を招く危険性がある**
 - 認知症に対する認識がまだ低いため、治療開始時に見落とされる（リスクの見落とし）
 - 治療が進み、予定通り進まないことで初めて気づかれることがある
 - せん妄の合併
 - 食事摂取の低下、リハビリの遅延（アパシーによる）
 - コンプライアンスの不良（経口抗がん剤の内服、スタマ・ケア）

悪性リンパ腫の治療開始時点で25%に意思決定能力の低下がある (Sugano, 2015)
肺がんの薬物療法開始時で24%に意思決定能力の低下 (厚生科研 2012)

認知症が治療に及ぼす影響

- せん妄の発症： 認知症をもつ入院患者の約7割が併発
転倒・転落、ルートトラブルの主たる原因
認知症の進行
- 身体管理
 - セルフケア能力の低下： 発熱時などの緊急時に臨機応変の対応ができない
 - 合併症の増加：
 - 身体機能の低下： 低栄養・脱水を招きやすい
 - 服薬管理が困難
 - 疼痛コントロールの不良
 - リハビリが困難： 失声への対応
- 退院支援・連携
 - 施設入所の増加
 - 退院後の介護負担の増加

(Sampson 2009; Thompson 2010)
(Alzheimer Scotland 2009)

家族の負担

- 認知症の経過、関連する健康上の問題（特に身体合併症）について、ほとんどの家族は理解をしていない

(Caron, J Applied Gerontol 2005)

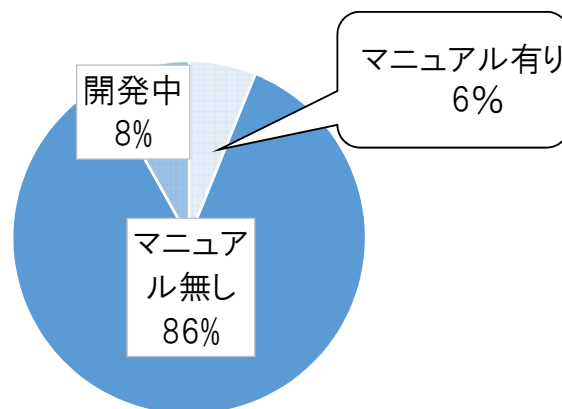
家族が負担を感じる問題

- 予後を予測しあらかじめ起こりうることを相談しなければならないこと
- 意思決定代理に伴う苦痛
- スティグマ
- 介護負担

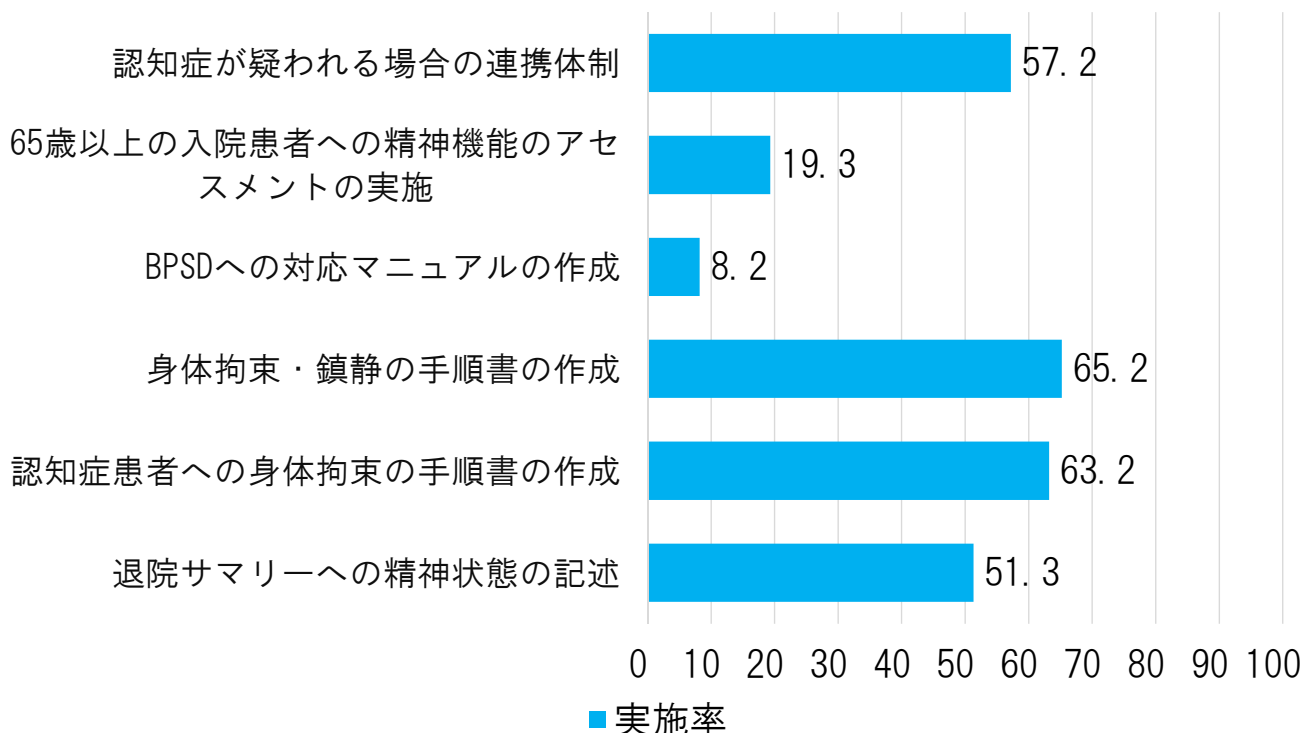
急性期病院の認知症対応の現状調査 (2015 厚生科研)

- 目的： 急性期病院における認知症ケアの実態を明らかにする
- 対象： DPC参加病院、1578施設
- 方法： 調査票を用いた横断調査
- 内容： 施設での取組内容
病棟での取組（コンサルテーション、栄養管理）
療養環境
入退院調整の現状

- 回答率
848施設より回答（回答率は53.7%）

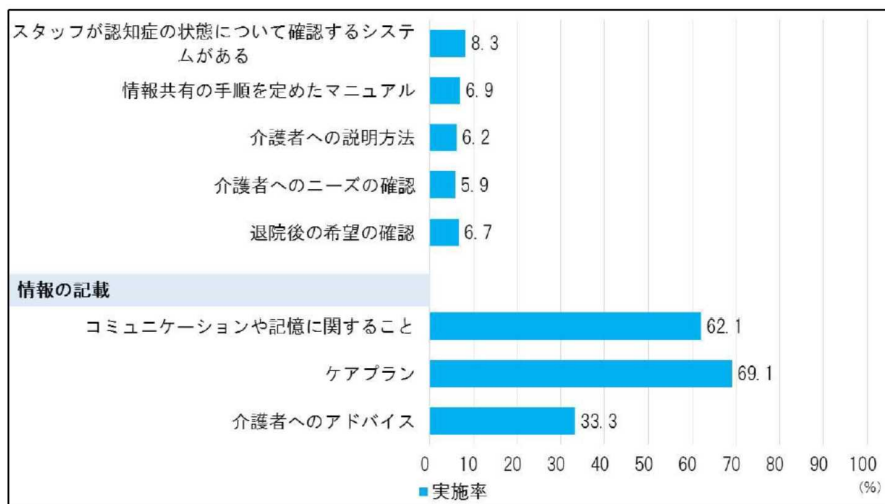


医療安全、連携体制

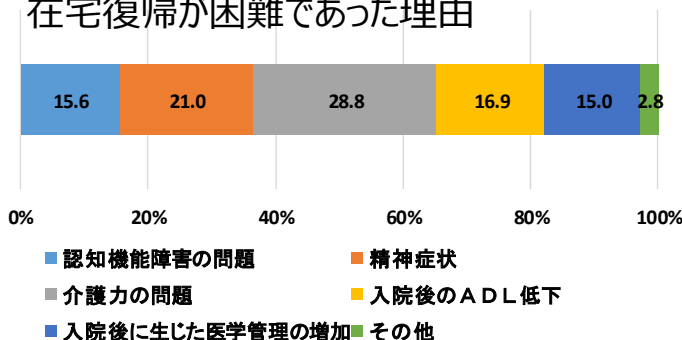


急性期・一般病院では、認知症への対応が未整備

連携・転退院の阻害要因



在宅復帰が困難であった理由



在宅復帰困難の背景に、
介護力の問題、ADL低下、医学管理の
問題が約6割

がん診療連携拠点病院の現状

コンサルテーション型の診療支援を中心に提供

- 主たる支援チーム： 緩和ケアチーム
 - 精神症状緩和担当医師を中心に、認知症・せん妄への対応を実施
 - 全拠点病院の約7割に常勤医が配置
- その他、せん妄対策チーム、認知症ケアチーム等
- 課題
 - 認知症診療・ケアに関する知識・情報不足
 - 特に、治療開始時の意思決定が適切になされていない問題が大きい
 - 高齢者の臨床試験を検討するうえで倫理的にも問題

（身体合併症等への適切な対応）

認知症の人の身体合併症等への対応を行う急性期病院等では、身体合併症への早期対応と認知症への適切な対応のバランスのとれた対応が求められているが、現実には、認知症の人の個別性に合わせたゆとりある対応が後回しにされ、身体合併症への対応は行われても、認知症の症状が急速に悪化してしまうような事例も見られる。身体合併症対応等を行う医療機関での認知症への対応力の向上を図る観点から、関係団体による研修も積極的に活用しながら、一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講を進める。

身体合併症への適切な対応を行うためには、身体合併症等への対応を行う急性期病院等における行動・心理症状（BPSD）への対応力を高めること、及び精神科病院における身体合併症への対応力を高めることがともに重要であり、身体合併症等に適切に対応できる医療の提供の場の在り方について検討を進める。

急性期病院をはじめとして、入院、外来、訪問等を通じて認知症の人と関わる看護職員は、医療における認知症への対応力を高める鍵となる。既存の関係団体の研修に加え、広く看護職員が認知症への対応に必要な知識・技能を修得することができる研修の在り方について検討した上で、関係団体の協力を得ながら研修を実施する。

認知症対応

認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

- 認知症ケア加算の算定
- 看護職員認知症対応力向上研修
全都道府県を通じて開催（2016-）
- 一般医療機関における認知症対応のための院内体制整備の手引き
（2015 老健事業）

一般医療機関における認知症対応の
ための院内体制整備の手引き

平成27年度
老人保健事業推進費等補助金（老人保健制度推進費等事業）
認知症の人の行動・心理症状や身体合併症対応など
看護型の医療介護等の提供のあり方に関する研究会

急性期病院に求められる認知症対応

- 認知症の見落としを防ぐ・初期支援
- せん妄の予防・発見・対応
- 認知機能障害に配慮をした身体管理
 - 疼痛
 - 栄養管理・脱水の予防
 - 服薬管理
 - セルフケア指導・支援
- 認知症を考慮した退院調整
- 認知機能障害に配慮をしたコミュニケーション
- 認知機能障害に配慮をした治療同意・意思決定支援
- BPSDを予防する環境整備
- 向精神薬使用の適切な判断

個々人の臨床技術で対応するのではなく、システムとして構築し、どの施設でも提供できるようにする必要

がん治療中のせん妄へのマネジメントプログラム

【多職種によるせん妄対応プログラム(教育,運用)の開発】

A) 教育：非薬物的ケアの提供上の問題の抽出、行動科学を基に目標設定

- 実施：看護師45名を対象にせん妄プログラムを実施
- 評価：せん妄ケアに対する自信
- 普及：『がん看護せん妄ケアコース』『地域におけるがん看護せん妄ケア研修企画・指導者養成研修』を2014年から実施し、がん診療連携拠点病院を対象に**202名受講**
国立がん研究センターがん対策情報センターより拠点病院向け研修会を開催



B) 運用：対応の流れを可視化、院内システムの構築

- 実施：2013年4月～9月に国立がん研究センター東病院**全職員**を対象にせん妄対応プログラムを実施
- 評価：プログラム実施前後で、せん妄への認識、予防的ケアの実施向上

結果	プログラム前 (n = 4,463)	プログラム後 (n = 4,030)	Odds ratio (95% CI)
ベンゾジアゼピン系薬剤の使用頻度, %	28.5	23.9	0.79 (0.72-0.88)*
抗精神病薬の使用頻度, %	16.2	21.9	1.40 (1.25-1.57)*
せん妄の記載, %	3.4	15.1	5.19 (4.29-6.31)*
転倒・ルートトラブル	3.2	2.4	0.71 (0.54-0.94)*
入院費用(平均)	886,137	788,085	0.90 (0.90-0.90)*

運用プログラムの臨床効果や医療経済的な側面から効果が示唆(東病院にてパイロット)比較試験の実施 (AMED 2016-)

課題の解決に向けて

- 認知症・せん妄に関する基本的な知識・技術の早急な普及・啓発
- 特にがん医療においては
 - 治療開始時点での意思決定支援のプログラム開発と標準化
 - 意思決定能力の評価ならびに認知機能障害に配慮をした支援法
 - 基本的な支持療法のプログラム確立（せん妄、疼痛、認知症の身体管理）
 - 認知機能障害ががん治療に与えるリスク評価の確立（高齢者のレジストリ構築）

高齢化によるインパクトに対応するため、2025年までに定着させる必要
