

認知症をもつ高齢がん患者に関する看護実践の概観

櫻庭 奈美*

要旨：わが国における認知症をもつ高齢がん患者に関する看護研究から、認知症高齢がん患者に対する看護実践がどのように記述されているのかを明らかにし、今後の看護実践における課題を検討した。

J-DreamⅢ、医学中央雑誌Web版ver.5、DiaL、最新看護索引webの4つのデータベース（収載1983～2015年）から、認知症高齢がん患者に対する事例研究を抽出した。76件が該当し、その中の24件を分析対象文献とした。文献に記述されている部分を意味内容を損ねない程度に抽出し、医療の質評価の枠組み（Donabedian, 1988）を参照に患者背景と看護実践、結果を整理した。

認知症をもつ高齢がん患者は、在宅、民間施設、介護保険施設、精神科病棟、一般病棟といったあらゆる場で療養生活をしていた。看護実践ではBPSDのコントロールが必要不可欠なこと、セルフケアの低下を見越したがん治療の選択、がん疼痛をはじめとした症状マネジメントが必要なことが示唆された。今後は、認知症をもつ高齢がん患者とその家族の療養の仕方にも焦点をあて、生活の場が変わっても継続的に支援が受けられるような広域的ケアシステムの構築が望まれる。認知症をもつ高齢がん患者に対する看護実践の報告は限られており、今後、研究を蓄積していく必要性が示唆された。

キーワード：認知症高齢がん患者、認知症、BPSD

1. 緒言

わが国では、がんとともに共生できる社会が目指されはじめている。2007年に「がん対策基本法」が施行され、同年6月には「がん対策推進基本計画」が策定された。2012年には計画の見直しが行われ、働く世代や小児がん、がん患者の就労に関する基本計画も盛り込まれ（厚生労働省, 2012）、全体目標として「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」が掲げられた。がん治療の成績の向上のみならず、がん治療をどのように行うかといった治療環境の質の向上と治療後の長期的な副作用へ支援が望まれている。

このようながんと診断されたときからその生を全うするまでの過程をいかにその人らしく生き抜いたかを重視する「サバイバーシップ」という考え方はアメリカで約30年前に提

唱され普及してきた（日野原他, 2014）。海外のがん関連学会であるASCO（American Society of Clinical Oncology）やEAPC（European Association for Palliative Care）、MASCC（Multinational Association of Supportive Care in Cancer）でもSurvivorshipといったセッションやシンポジウムが組み込まれており、がんサバイバーを長期的にサポートするがんサバイバーシップクリニックが活用されている。

現在、日本は超高齢社会となり、がんサバイバーシップにおいても新たな課題が生じている。全がん罹患者数のうち、65歳以上の老年人口は70%にのぼっており、75歳以上の後期高齢者は41.5%（独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター, 2015）を占めている。これは、がん患者の2人に1人が65歳以上であることを示しており生産人口に比べても倍以上の数値である。がん罹患者の高齢化率の高さに伴い、近年報告されているのが、認知症をもつ高齢がん患者の報告である。

海外でのがんサバイバーシップの考え方をもとに、アメリカとは医療制度や保険制度も異なるわが国でも、65

*看護福祉学部看護学科臨床看護学講座

歳以上の高齢がん患者、特に認知症をもつ高齢がん患者への長期的なサポートを検討する時期が到来しているといえる。そこで、看護領域における認知症とがんを合併している65歳以上の患者（以下、認知症高齢がん患者）に関連した文献を概観し、認知症をもつ高齢がん患者への看護実践から今後の看護実践における課題を検討することを本稿の目的とする。

II. 認知症に関する用語定義

1. 認知症

認知症はこれまで「痴呆」と呼ばれており、英語ではDementiaと表記されてきた。Dementiaとは語源はラテン語でmens（英語：mindと同意）であり、精神や知性、思考や理解を司る心の正気を指す言葉にdeという否定を表す接頭語がついた言葉である。すなわち「心が無い状態」であり、差別的な意味を含む。「痴呆」という漢字から受ける印象や侮蔑的な意味合いを含んでいること、症状を正確に表していないことなどから、用語による誤解や偏見の解消を図るため、2004年に厚生労働省の用語検討会（厚生労働省、2004）によって「認知症」への言い換えを求める報告がまとめられた。国内における各医学会においても2007年頃までにほぼ言い換えがなされている。

認知症の診断基準も時代とともに変化している。わが国では世界保健機構（以下、WHO）による疾病及び関連保健問題の国際統計分類（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 以下、ICD）や米国精神医学会（American Psychiatric Association 以下、APA）による診断基準が用いられており、認知症は精神及び行動の障害に分類されている。これまではDSM-IV-TR（APA、2003）が広く用いられていたが、2014年にDSM-5（APA、2014）が発表され診断基準が追加修正されている。DSM-IV-TRからDSM-5への主要な変更点は2点である。一つ目は、これまでの多軸診断から、カテゴリー診断にディメンション診断が加わったことで症状の連続性が強調されたことである。二つ目は、診断的特徴だけでなく基礎となる脆弱性に対する理解が進み、それが反映されたことである。さらに、認知症の英語表記はDementiaからMajor Neurocognitive Disorderとなった。しかし、臨床現場で用いられているのは未だDementia / DSM-IV-TRも多く、認知度も高い。

これらの用語、診断基準の変更を踏まえ、ここでは認知症を複雑性注意・実行機能・学習および記憶、言語、知覚－運動、社会的認知に先行性の発症と段階的な進行があり、かつ実生活に影響がある状態と定義し使用する。

なお、今回の文献検索では、上記定義が証明できずと

も広く文献を検討し、看護実践を明らかにするため診断名や患者の状況説明で「痴呆状態」「痴呆症状」と記載されているものも「認知症」とみなした。

2. 中核症状と周辺症状

中核症状とは、認知症の直接の原因である「脳の細胞が壊れる」ことで起こる記憶障害、見当識障害、理解・判断力の障害、実行機能障害（日本神経学会、2010）とされている。一方、周辺症状とは、「心理・行動の症状」とされ（日本神経学会、2010）、これまで「問題行動」と称されてきた。一般には、「不安」「興奮」「強い焦燥感」「妄想」「暴言・暴力」「徘徊」といった周囲の人にとって「問題がある」と思われる行動を指している。しかし、認知症者は「本人なりの世界」をあちこちで創り出し、生活しており、自他の境界の不鮮明さが脅威となり、防衛という形で表現された行動となる場合もある（阿保、2011）。さらに、周辺症状は本人の性格・素質や環境・心理状態、人間関係などが絡み合うことで引き起こされるとされており、症状という定義での説明が難しい場合も考えられる。

これらの背景を踏まえると、中核症状と周辺症状の違いはあるものの、記述した内容からは判断できない表現も散見される。よって、ここでは、事例内で記述されている患者の中核症状と周辺症状を含め「認知症に伴う症状」として扱う。

III. 文献収集と検討の方法

1. 分析資料

分析対象論文は4つのデータベース（J-DreamⅢ、医学中央雑誌、DiaL、最新看護索引web）を用いる。Web版で遡及可能な1983年から2015年までの範囲とした。最終的な検索を2016年9月中旬に行った。検索式は“（認知症）and（がん or 腫瘍）and（看護 or ケア）”とした。検索の結果、論文種類が原著論文として登録されている文献は76件であった。このうち認知症高齢がん患者のみを研究対象とした事例研究を抽出し35件となった。最終選考基準は①1事例に対し3ページ以上の研究論文②目的、方法、結果が述べられている14件を分析対象論文とした。

2. 分析方法

分析対象論文を医療の質評価の枠組み（Donabedian、1988）を参照に整理し、以下の手順で分析した。

- 1) タイトルや研究目的、事例内容を精読し中心となった看護実践について文脈を損なわない程度に抽出した。

2) その後、患者の背景を構造(structure)の領域とし、患者の所属、がん部位、認知症の診断名、程度(スケール点数など)、認知症に伴う症状の記述を抽出した。看護実践の内容と方法は、活動(process)の領域とし、看護師の実践の記述を抽出した。看護実践の効果は、成果(outcome)の領域とし、看護実践後の患者への効果を記述している箇所を抽出し分類した。

3. 信頼性と妥当性

分析資料の選定において、研究対象が「認知症をもつ高齢がん患者」であるか不明の場合は論文を取り寄せ分析対象資料であるかどうかを判断した。また、抽出した記述部分は質的研究の専門家のスーパーバイズを受け、信頼性、妥当性の向上に努めた。

IV. 結果

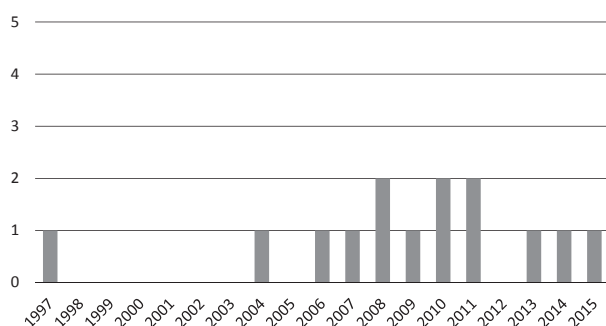
1. 抽出文献数の概要

対象とした14文献のうち年次別研究論文数推移(図)は1997年1件、2004年1件、2006年1件、2007年1件、2008年2件、2009年1件、2010年2件、2011年2件、2013年1件、2014年1件、2015年1件であった。1983年から1996年の13年間、1998年から2003年の6年間と2012年に該当する文献はなかった。患者の所属は5箇所に分類され、内訳は在宅5件、一般病棟3件、介護保険施設2件、精神科病棟2件、民間施設2件であった。

中心となった看護実践の場面は、「がんの診断・治療に関連した看護実践」「がん疼痛に対する看護実践」「認知症に伴う症状に対する看護実践」の3つに大別された(表)。

以下に3つの場面と看護実践について説明する。

図 抽出文献数の推移



2. がんの診断・治療に関連した看護実践

甲斐(2004)は、患者が膀胱生検術後すぐにベッドから降りようとする状況を記述している。それに対し、安

全を守るために鎮静剤の投与が必要だったことを記述している。さらには、夜間の不穏行動や入眠障害も出現しており、家族に了承を得て必要時に抑制をすることで患者に怪我なく検査を終了できたことを記述している。

古城他(2010)は、通院による放射線療法治療中の患者に車での運転を控えるよう指導しても「誤って車を運転してしまう」ことや「病院を間違える」といった状況があったことを記述している。それに対し、行き先カードを作成し、院内アテンダント・外来看護師と患者情報を共有することで、予定されている放射線療法7～8割を終了できたことを記述している。田村他(2010)は認知症状の悪化の要因を「入院という慣れない環境と放射線治療のストレス」と記述していた。松林(2008)は患者が末梢静脈路を自己抜去するという場面を記述している。看護師は、家族から患者のこれまでの生活パターンや行動、性格など患者の人となり情報を収集し、患者の行動を行為として理解しようと試みている。これにより患者の生活スタイルを病棟ではなくこれまでの患者に合わせるといった介入が可能となり、家族の付き添いを依頼することで自己抜去を防止できたとしている。このような自己抜去の出来事は甲斐(2004)の事例でも記述されていた。

さらに、松林(2008)は、患者が「夫に自分が癌であると告知され、ショックを受けたが、そのことを忘れてしまった」「なぜ化学療法を受けなければいけないかわからない」という場面を記述している。「説明しても興奮」する患者に対し、「不安」と「患者の失敗行動を健常者と同じように接し否定してしまった」ことが患者の「興奮」を助長させたとアセスメントし、「痴呆性高齢者に対する個別対応指針」に基づいて対応を見直した。そして、患者の治療中に家族に付き添いを依頼することで、患者に安心感を与えられ安全に入院治療が実施できたとしている。

山本(2015)は本人から“ストーマがいつとれるのか、なくなるのか”と昼夜問わず電話で問い合わせがあったが、看護師は、その都度初めて聞いたように問い合わせに応じ“とれない”ことを説明している。その結果、3週間後に“これはずっとやね”とストーマがとれないことを理解できたことを記述している。

大川(2007)の文献では患者の配偶者も認知症となりストーマ管理が滞り、ストーマ周囲に浸出液を伴う潰瘍が形成された事例を報告している。患者は装具の剥離、装具の上からの搔破を繰り返し「問題行動」となっていた。それに対し看護師は、患者がパウチを剥がすという行動の背景には皮膚障害による搔痒感、不快感があると患者のBPSDの背景をアセスメントした。さらにBPSDの原因として考えられた皮膚障害の改善に向けて処置内容

表 認知症高齢がん患者に対する看護実践の概要

文献 番号	著者 (発行年)	患者の 所属	がん 部位	看護実践の重点※1		患者の状況	看護実践の内容		看護実践の評価/結果
				がん治療	認知症				
1	若松他 (1997)	在宅	肝	老年期 痴呆症	◎	「癌を見捨てろのか」 夜間の徘徊と意味不明な訴え 食欲不振、腹部膨満、下眩浮腫、全身黄染などの症状が あっても苦痛を訴えることがなく穏やかな表情	家庭訪問、電話連絡 いつても入院できる体制の整備 病状の変化を妻と一緒に観察 保清の援助を妻とともに実施	略痰喀田因難を機に入院 できる限り在宅での環境を維持	
2	甲斐 (2004)	在宅	膀胱	痴呆	◎	膀胱生検術直後に尿管スタッフの注意を聞かずベッドより降りようとする 夜間不穏行動と入眠障害 留置針・尿管カテーテルの自己抜去 看護師に暴言、中途退院とともに叫ぶ	鎮痛剤投与、家族の了承を得て必要時拘束 家族から入院する前の行動や睡眠パターン、元の性格、 生きざまについて情報収集 生活リズムをこれまでのスタイルに合わせる 危険防止のための抑止していた行動を受け入れる	患者の性格や生きざまなどを理解できる ようになり、積極的にコミュニケーションが取れるようになった。 同患患者と交際で話せるほど精神的に安定した	
3	田中他 (2006)	精神科	口腔	認知症 HDS 11	◎	フエイヌスケールを「3番」「4番」と答える 疼痛の自発的訴えはなく、疼痛の増強はなかった 肩を抱いて頰を押さえてうすくまり、強い疼痛があると予測できるときでも 「3番、3番」と答えることが続く	患者の表情を写真撮影しフエイヌスケールと照らし合わせ、 患者用のフエイヌスケールを作成 疼痛に影響を及ぼすADLの情報を集める	患者の痛みによるADLの障害の程度や痛みを感じている時の顔や行動がわかるようになり鎮痛薬を増量することができた 増量により行動スケール、写真スケールも改善した	
4	大川 (2007)	民間 施設	大腸	認知症	◎	器具交換を忘れる 器具不届、器具上からの落破 スローアロー周囲の皮膚障害（浸出液、潰瘍他）	問題行動のアセスメントと原因除去 介護職員へのスロー管理、申請指導 フエイヌスケールの使用	皮膚障害の改善 問題行動の消失 家族の経済的負担軽減	
5	松林 (2008)	一般 病棟	胆管	脈血管性	◎	なせ化学療法を受けなければいけないのかわからない 夫に自分が癌であると告知され、ショックを受けたが、そのことを忘れている 日常動作は見守りにて自立 点滴の自己抜去	失敗行動を受け入れる 疾患から推測して具体的な質問をする 家族に来院、付き添い依頼をする	化学療法の有否反応出現時には早期に発見・対応できた 患者の興奮を抑制 点滴の自己抜去がなくなった	
6	後他 (2008)	介護 保険 施設	膀胱	脈血管性 MMSE 17 CDR 2	◎	失見当識頻発（昼夜30分-1時間ごと） 血中ヘモグロビン濃度の低下 局間にしわを寄せ、身体を震くしているというからそうな表情や様子でも 「痛くありません」	医療用麻薬の使用 適量赤血球輸血の実施 表情やうすから看護師は痛みがあると判断 医師の間でのカンファレンス	医療用麻薬の投与経路の変更 拒否がなかった 医療用麻薬の定時投与開始 痛みのサインの決定と共有	
7	野口 (2009)	在宅	乳房	AD	◎	ケアへの抵抗、興奮、攻撃的言動、徘徊、テレビと現実が重なるような妄想 腫瘍の検出、自腹、出血とともに痛みを訴えることが多く処置を拒否 痛みの種類と程度を表現できない VAS「わからない」	訪問看護を導入し、在宅サービスの見直し 前赴直を毎日訪問看護師が実施（処置前の足浴、夫に手を握って もらう） フエイヌスケールの使用	在宅療養の継続 夫の介護負担の軽減 患者の痛みの程度を同じ尺度で把握できる ようになった	
8	古城他 (2010)	一般 病棟	胆管 膵	認知症	◎	日常生活は成立、興奮・判断力の低下および短期記憶障害 誤って車を運転する、病院を間違える 清潔行動がおそろそになる 食欲不振、倦怠感増強、嗜眠傾向	長男と連絡を定期的に取る 家族内での意向調整の依頼 訪問診療の導入、症状コントロール 介護保険利用による福祉用具貸与	放射線治療を7.8割終了 妻と長男が納得した状態まで在宅で過ご すことが出来た	
9	田村 (2010)	一般 病棟	乳房	認知症	◎	強い痛み耐性、自分の部屋がわからない 同じ話を繰り返す、荷物をまとめ徘徊 告知後に徘徊が悪化	再入院時に同じベッド配置にする 患者の行動を制止しない スキャンジブを図る、方言を使う、時計とカレンダーを見せる	満足した表情で部屋に戻る 一緒にリビングジョンを楽しむ食事摂取 量の増加	
10	塩塚他 (2011)	介護 保険 施設	大腸	AD B2、IV	◎	母が認識できない ゴミ箱で放尿、暴言、他人所者とトランプル おしほりなどを着衣の内側にしまいこむ 食事を摂っていても「何か食べ物ください」 見当識障害、いらつき、食事量の低下	抗不安薬、鎮痛薬投与、行動の見守り 危険なものを側におかない 問合の準備、嘔気、嘔吐の予防 苦痛の有無の観察 解剖、病態生理から苦痛と思われる体勢の回避 苦痛そうな時は、正常値の血圧と比較し機敏で協議 本人に時間をかけて話をする	嘔吐せず過ごせた 苦痛表情が和らいだ	
11	畑田 (2011)	精神科	胃	AD	◎	徘徊や昼夜逆転、息子に対する被害妄想により家族と衝突 自宅での対応困難、施設入所するも特定の職員に対して暴言や被害妄想がある 拒否的、意欲低下、拒食	家族の協力を得て気分安定を図る できるだけ訪室し、ゆつくりと話を聞く、時間を待つ 自宅への外出を調整する	一緒に解決策を考えていくことでお互い が納得のいく形での自宅退院を実施する ことができた	
12	山口他 (2013)	在宅	大腸	AD HDS 12 FAST 4	◎	がんの告知は受けたが、腹痛や倦怠感を「老化的現象」と捉える 妄想などのBPSDの影響で折り合いが悪くなり、独居生活 鎮痛剤の内服は記憶障害や判断能力の低下などの影響で自己管理が困難となる 疼痛が持続的になり、不安を表出	訪問看護と訪問介護を併用やす（服薬支援と心身の安全を確認） スタッフ間で患者の生活状況を情報共有 MT、パッチ貼付部位、保護剤の検討 ドレッシングケアにメッセージを書く、ボスター掲示	患者の安心が得られた 鎮痛薬の内服が可能となり、良好な疼痛コントロールができた MT、パッチをはがすことがなくなった	
13	高橋他 (2014)	民間 施設	膀胱	認知症	◎	日中は臥床していることが多い、スローアローを気にせずに体動 動きにくいと着尿袋を外す。生活指導をすると怒りだす	介護者の監視	潰瘍の再発がなくなった	
14	山本 (2015)	在宅	大腸	認知症 HDS 11a HDS 13	◎	便汚染した衣類のゴミ箱外出 昼夜問わずスローアローが「いつとれるのか」と電話で問い合わせをする	週2回の訪問看護（状態観察、内服管理、スローアロー器具交換） ICEモデルを用いたセルフケア能力と介護力のアセスメント 毎回の電話に初めのように「どれかいい」と説明 便処理の環境を整える、手順のおかけ	3週間後に「これはずっとやね」と スローアローを判断できた 衣類の便汚染の回数が減少した	

AD：アルツハイマー型認知症／※1：最も焦点が当たっていた実践を◎、次に焦点が当たっていた実践を○とした。

を見直し、介護職員にストーマ管理を指導し、皮膚障害が改善した。

高橋他（2014）も介護付き老人ホームに入所中の利用者がストーマを気にせずに体動し、難治性の皮膚潰瘍を繰り返し形成した事例を報告している。利用者は「動きにくいと蓄尿袋を外す」「生活指導すると怒りだす」状況であったが「介護者の監視」をすることで潰瘍の再発が防止できたことを記述している。

3. がん疼痛に対する看護実践

塩塚他（2011）は、大腸がんが発見されたが家族の意向で外科的治療、延命処置を希望しなかった事例を記述している。看取りの時期が近づくと苦痛が出現し始め「眉間のしわ」「顔色」を観察し、「正常値の血圧との比較」「鎮痛剤投与1時間後の表情との比較」などを疼痛のサインとしていた。疼痛のサインが分かった後は、鎮痛剤の使用で対応し「苦痛表情が和らいだ」としている。後他（2008）は患者の痛みサインを①笑顔がなく表情が悪い②眉間にしわが寄っている③視線が定まらない④発語がない⑤ベッド上での体動が多くなる⑥ベッドの上での体動がまったくない⑦身体を硬くしている⑧夜眠れていない⑨食事やおやつをまったく口にしないの9つに決定したことを記述している。

山口他（2013）は、在宅療養中の患者について鎮痛剤の内服管理が困難となった事例を記述している。NRS（Numeric rating scale）を参考までとして使用したが、繰り返し聴取することで患者が自主的に表現できるようになったことを記述している。患者がオピオイド貼付剤を何度も剥がしてしまうことに対し、訪問看護時に貼付部位を調整すること、貼付剤の上から保護材を貼付するなどの対策をとっていた。さらにドレッシング剤に「はがさないで」とメッセージを記入することや、室内にポスターを掲示していた。その結果、貼付剤を剥がすことなく痛みが軽減しADLが維持できたことを記述している。野口（2009）は「痛みの程度を数字を用いて表現してもらうことを試みたが数字に対する認識が低下しており“わからない”と繰り返す」「頓用の痛み止めは内服するが、定期薬は拒否する」「薬をなかなか飲み込まず“にがい”と吐き出すことがある」という事例を記述していた。それに対し、フェイススケールを用いることで“これかな”と示し指すことができたことを記述していた。その後、患者と配偶者と訪問看護師の3者が同じフェイススケールを使用し評価したことにより、患者の痛みを把握が可能となり痛みを軽減する基準をもてたことで薬剤調整が可能となったとしている。その実践の評価では、「どの程度自身の痛みを理解し、表現できたかは明らかではない」と記述している。

田中他（2006）は、「肩を抱いて頬をおさえてうずくまり、強い疼痛があると予測できるときでも“3番3番”と言う」患者の事例を記述していた。それに対して、患者から自発的な痛みの訴えがないことからフェイススケールを用いていた。さらにそのフェイススケールは患者の顔を写真にとり、その患者専用のフェイススケールを用いて痛みをアセスメントしていた。患者だけでなく、医療者や家族もフェイススケールを使用し、複数の目で判断した内容をすり合わせていた。さらにADLから患者の生活への障害をアセスメントしていた。その結果、患者の痛みの程度を把握し評価できるようになったことを記述している。同じような、医療者の見立てと患者の表現の不一致は、後他（2008）も記述している。患者は「1日の排尿回数が60回以上となり目の下にくまをつくりげっそりとした表情でも、よく眠れましたと答える」、「眉間にしわを寄せ、身体を硬くし辛そうな表情であったため医療者が患者に痛みを尋ねると“痛くありません”と答える」との記述がみられた。

がん疼痛に対する非薬物療法の内容と効果、結果の記述は見当たらなかった。

4. 認知症に伴う症状に対する看護実践

若松他（1997）は、「俺を見捨てるのか」と訴える患者の様子や「夜間の徘徊」「意味不明な訴え」を記述している。それに対し、看護師は家族への看護実践を中心に展開し、結果「出来る限り今の環境を維持できた」と評価している。

甲斐（2004）は、「看護師に暴言」「中途覚醒とともに叫ぶ」症状が見られたが、患者と積極的にコミュニケーションをとることで、患者が同室者と笑顔で話せるほど精神的に安定したことが記述されている。

田村他（2010）は、強い帰宅願望があり、自室もわからなくなること、同じ話を繰り返すこと、荷物をまとめて徘徊することなどを記述している。それに対し「患者の行動を制止しない」「再入院時に同じベッド配置にする」ことや「スキンシップを図る」「方言を使う」こと、時計とカレンダーを見せるといった関わりを行っていた。その結果、徘徊中の患者が満足した表情で部屋に戻ることや一緒にレクリエーションを楽しむことができ、食事摂取量が増加したことを記述している。

塩塚他（2011）は患者が「娘を認識できない」「ゴミ箱で放尿する」「他入所者とトラブルになる」「おしぼりなどを着衣の内側にしまいこむ」、食事を摂取した後でも「何か食べ物をください」という患者の状況を記述していた。さらには、家族内が不仲となり、施設入所する事例や家族が認知症への理解が少ないために患者本人に怒ってしまうといった周辺症状による家族との問題も記

述されている。それに対し「危険なものを側におかない」など環境を整えることで、患者の自立と安全の守ることができたと記述している。

畑田（2011）は“長男と妻が性的関係にある”という被害妄想により家族と衝突し、施設入所した経緯を記述している。さらに「徘徊」「昼夜逆転」、家族の面会回数が減少したことに対して“家族に見捨てられた”と泣く様子も記述されていた。気分の安定を意図として「時間を出来るだけとるようにし院内喫茶店に誘ったり、話を傾聴した」ことを記述している。その結果、患者に妄想的な発言が認められなくなり「自宅退院できた」ことを記述している。

山本（2015）は、ストーマの便処理が不十分で便汚染した衣類のまま外出していたことを記述している。それに対して看護師はボディイメージの変化によるBPSDの悪化を予測しつつICFモデルを用いてセルフケア能力を見極め、介助点と見守り点を判断したことを記述している。さらに患者自身が便処理しやすい環境を整備することで患者のセルフケア能力を高めることができたこと、衣類の便汚染が減ったことを記述している。

V. 考察

認知症高齢がん患者に対する看護実践上の課題

1. BPSD管理を前提としたがん疼痛マネジメント

がん患者の70%以上が経験するがん疼痛（Twycross, Harcourt, & Bergl, 1996）は、鎮痛薬の副作用も含めた継続的なマネジメントが必要となる場合も多い。さらにがん疼痛の緩和は、患者の生活の質の向上を目的とするため、痛みが存在だけでなく、強さや性状など詳細な痛みの情報が必要であり（Caraceni & Portenoy, 1999）、かつ副作用の報告、除痛への患者の希望など生活を含めた包括的な評価が必要である。

認知症高齢がん患者の疼痛マネジメントにおける具体的な課題は、痛みのアセスメントが非認知症者に比べ困難であることがあげられる。その要因としては中核症状により認知症高齢がん患者が痛みをどのように感じ、生活にどのような支障があるのかといった詳細な情報を会話から知ることが容易ではないことが推測される。さらに、がんの進行にともない呼吸困難感、倦怠感などの身体症状が複数出現するため、不快な症状は認知症者にとってBPSDの引き金となりやすい。海外では、認知症高齢がん患者の疼痛が過小評価、過少治療されているという報告（Bernabei et al., 1998 ; Iritani, Thogi, Miyata, & Ohi, 2011; Kosaka, et al., 2010）が散見される。しかし、疼痛は主観的・感情的体験であるため実際に認知症高齢がん患者の痛みがどのくらいであるのかは本人にし

かわからないことである。よって、疼痛がどのように評価され治療されているのか、鎮痛薬の使用量や疼痛スケールのスコア比較以外の指標も含め慎重に検討していく必要があると考える。

では、認知症高齢がん患者のがん疼痛マネジメントはどのように実施されるべきなのだろうか。認知症高齢がん患者のがん疼痛マネジメントにおいては、BPSD管理を前提としたがん疼痛マネジメントのプロセスが鍵になると考える。対象とした事例研究では、認知症高齢がん患者と医療者の様々なやりとりが記述されていた。その巧みなやりとりは、患者の行動、動作、表情のわずかな変化に気づくことや、いつもとは異なった行動が認識されたときに引き起こされていた。がん疼痛をアセスメントする際に、まず患者の変化の意味をとらえることが必要である。その際には、BPSDの状態を見極める必要がある。さらに丁寧なフィジカルアセスメントにより患者の不快な体験を予測していく能力も求められる。

患者の変化ががん疼痛による痛みの表現である可能性が高いと予測された場合、次に看護師は疼痛アセスメントのための詳細な情報を患者から聴取する。しかし、この看護師が「尋ねる」、患者が「応える」という“やりとり”が看護師のがん疼痛マネジメントにおける困難を強くさせている要因と考えられた。この“やりとり”では、患者との会話形式から、患者が自身の痛みを他者に伝えることができる能力があるかを査定することが有効であると考ええる。阿保（2011）は、認知症の人々の会話を形式上3つに分類できるとし、「意味が残っている人たちの会話」「かかわること自体に供される会話」「関与のみに支えられた会話」の順序で抽象度が高くなり、言葉の意味が徐々にそがれていく順番としている。会話中に使われる「痛い」という言葉の意味をどの程度記憶できているのか、医療者とのやりとりにどの程度関心があるのかを見極めることにより患者の潜在的な報告能力に働きかけることが可能となると考える。

認知症のタイプや記憶障害の程度によっては、患者との会話から痛みに関する情報を得るのが困難な場合も多い。その際に用いられるものが、客観的疼痛評価スケールである。MMSEが10から17点の中等度の認知機能低下の患者にもNRS（Numerical Rating Scale）とVRS（Verbal rating scale）は使用できるとされている（日本緩和医療学会, 2014）。しかし、対象文献での記述では使用できなかった報告も散見された。海外では認知症者の疼痛評価のためのスケール（Abbey et al., 2004; Snow et al., 2004）も開発されており、日本語版に翻訳されたもの（安藤, 2016）もあるため、がん疼痛に対しても使用できるか今後、妥当性も含め検討の余地があると考ええる。

長期的な生存の時期、延長された生存の時期が長期化

すると疼痛マネジメントの場は在宅や介護保険施設に移行する場合もある。しかし、認知症高齢がん患者のがん疼痛マネジメントが確立していないことは、認知症高齢がん患者の疼痛マネジメントの質の向上にはつながらない。さらに、緩和されないがん疼痛は、患者のBPSDを助長する原因となるため認知症高齢がん患者にとっては早期に解決すべき課題と考える。今後は、臨床的に有用性があり、かつ信頼性、妥当性のある認知症高齢がん患者に使用できる疼痛スケールの開発、がん疼痛マネジメントにおけるアルゴリズムの検討が望まれる。

2. セルフケアの変化に合わせたがん治療の選択

認知症高齢がん患者に対するがん治療で課題となっていたことは、認知機能障害に伴うセルフケアの低下であった。ストーマ管理が滞りようになった認知症高齢がん患者のストーマ周囲は皮膚障害を引き起こし潰瘍形成に至っていた。さらには排泄物の管理が不十分となり社会環境に不適合な行動をとることが記述されていた。薬物療法や放射線療法においても、記憶障害により通院が困難となる事例や車で通院してしまう事例もあり、患者が治療を継続できるかという課題も明らかとなった。

がん治療は、がんと診断された患者に対し手術、放射線、薬物療法することが患者にとって利益であると判断される場合に提案され、患者と家族の同意を得て実施される。近年は、集学的治療が主体となり治療内容は複雑化し、治療期間も延長している。さらに入院期間の短縮によって手術説明も外来で行われ、術後のフォローアップも外来で行われている（大腸癌研究会，2014）。化学療法や放射線療法に関しても可能な限り患者の日常生活を保つため外来で実施される流れになってきてり、外来看護師が治療に携わることが多い。

一方、外来看護師は患者を支援する上で「生き方まで関われない」「患者の背景や不安の具体的内容が明確にできない」といった課題を感じており（佐藤他，2003）、患者の生活歴や生活環境、性格を知る機会や患者に残された能力をアセスメントする時間も限られ、患者をよく知る家族の力に頼らざるを得ない状況であることが推察される。認知症高齢がん患者の家族の状況は、BPSDの影響で患者との折り合いが悪くなる（山口他，2013）ことや“長男と妻が性的関係にある”という被害妄想により患者と衝突（畑田，2011）していることが報告されており、精神的負担感を抱えていることが考えられる。認知症高齢がん患者の世帯状況は、単独世帯が26.8%、核家族が60.2%を占めている（厚生労働省，2014）。認知症高齢がん患者の子供年齢は中年期であることが推測され、職業や家庭を通して自己実現に向かおうとする時期であり、社会的役割を担っている家族も多

い。これらの家族背景を踏まえると家族の協力を求めるのにも限界があると考ええる。

では、このように治療内容の複雑化、治療期間の延長とともに治療環境が変化中、セルフケアが変化した認知症高齢がん患者が自らの生活に合わせたがん治療を選択し、継続できるためにはどのような看護実践が必要になるのだろうか。認知症高齢がん患者のがん治療においては、数年から十数年後の長期的な管理、副次的な障害への対策が必要となる。そのため、治療選択時には、看護師が患者のセルフケアがどう低下していくのかという長期的な見通しから、がん治療による影響と生活の変化を予測することが必要である。さらに、患者の判断力、記憶力の低下、実行機能障害といった中核症状と家族の介護力の継続的なモニタリングにより、患者と家族の生活環境に合わせた治療が選択できるような意思決定支援場面の援助も重要になると考える。

それに加え、がん治療に関連した課題は、がん治療の場が入院から外来、入院から在宅へと変更されているに従い、在宅や民間施設といった医療者の関与が少なくなりやすい場で浮き彫りになってくることが示唆された。がん患者に対する看護実践は、がん連携拠点病院といったがん治療を担う機関だけでなく、介護保険施設や精神科病棟といった場でも求められており、どの療養場所に移行してもがんとともに共生できる支援システムが必要と考える。看護師や介護職員が、がん看護に関する基本的知識、技術を習得する場の提供やがん看護専門看護師やがんに関連した看護分野の認定看護師をリソースとできる環境整備が必要であると考ええる。

文献

- Abbey J, Piller N, De Bellis A, Esterman A, Parker D, Giles L, & Lowcay B. The abbey pain scale : A 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. *International Journal of Palliative Nursing*. 10(1), 6-13 (2004)
- 阿保順子. 認知症の人から見える世界. 日本保健福祉学会誌. 1-9 (2011)
- American Psychiatric Association (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸訳). *DSM-IV-TR精神疾患の分類と診断の手引*. 新訂版. 東京, 医学書院, 2000/2003
- American Psychiatric Association. (高橋三郎, 大野裕監訳). *DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル*. 東京, 医学書院, 2014
- 安藤千晶. コミュニケーション障害を持つ高齢者の痛み行動観察尺度: 日本語版DOLOPLIS-2の紹介. *Palliative Care Research*. 11 (3), 910-915 (2016)

- Bernabei R, Gambassi G, Lapane K, Landi F, Gatsonis C, Dunlop R, ... for the SAGE Study Group. Management of pain in elderly patients with cancer. JAMA, 279(23), 1877-1882 (1998)
- Caraceni A, Portenoy RK. An international survey of cancer pain characteristics and syndromes. IASP task force on cancer pain. International association for the study of pain. Pain. 82(3), 263-274(1999)
- 大腸癌研究会. 大腸癌治療ガイドライン医師用. 2014年版, 2014, 大腸癌手術後のサーベイランス. <http://www.jsccr.jp/guideline/2014/particular.html#no8> (参照2016-10-03)
- 国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」. 地域がん登録全国推計によるがん罹患データ. 1975年～2012年, http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/dl/index.html#incidence (参照2016-9-16)
- Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed?. JAMA. 260(12), 1743-8 (1988)
- 畑田知佐. 認知症患者の退院支援を通して学んだこと 患者の思いに寄り添って. 日本精神科看護学会誌. 54(3), 119-123 (2011)
- 日野原重明, 山内英子, 松岡順治編集. 実践 がんサバイバーシップ. 東京, 医学書院, 2014
- Iritani S, Thogi M, Miyata H, Ohi, G. Impact of dementia on cancer discovery and pain. Psychogeriatrics. 11(1), 6-13 (2011)
- 甲斐由季子. 膀胱全摘手術を受けた予後不良である痴呆老年患者への看護. Urological Nursing. 9(4), 402-406 (2004)
- 古城美穂, 伊藤真由子, 齊藤広美, 伊藤昌代. 地域で支える高齢者の退院・在宅支援 夫が末期がんである夫婦の在宅支援事例から. 北海道社会保険病院紀要. 9, 59-62 (2010)
- Kosaka Y, Fujii M, Ishizuka S, Azumi M, Yamamoto T, Sasaki H. Dementia of patients with cancer. Geriatrics & Gerontology International. 10(3), 269-271(2010)
- 厚生労働省. 「痴呆」に替わる用語に関する検討会報告書. 2004, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/12/s1224-17.html> (参照2016-10-03)
- 厚生労働省. がん対策推進基本計画. 2012, http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan_keikaku.html (参照2016-10-03)
- 厚生労働省. 平成27年国民生活基礎調査の概況. 2014. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa15/index.html> (参照2016-10-03)
- 松林千春. 認知力低下のある化学療法患者の看護 失敗から多くを学ぶ. 市立三沢病院医誌. 16, 36-40(2008)
- Mullan F. Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. New England Journal of Medicine. 313, 270-273 (1958)
- 日本緩和医療学会. がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2014年版. 緩和医療ガイドライン委員会(編著). 東京, 金原出版株式会社, 2014
- 日本神経学会. 認知症疾患治療ガイドライン2010. 認知症疾患治療ガイドライン作成合同委員会(編著). 東京, 医学書院, 2010
- 野口智子. 認知症に乳がんを合併した患者の在宅看護. 認知症ケア事例ジャーナル. 2(3), 231-235 (2009)
- 大川恵美. 加齢・認知症に伴い他者にストーマケアの相談できなかった一症例. 東海ストーマ会誌. 27(1), 66-70 (2007)
- 佐藤まゆみ, 小西美ゆき, 菅原聡美, 増島麻里子, 佐藤禮子. がん患者の主体的療養を支援する上での外来看護の問題と問題解決への取り組み. 千葉大学看護学部紀要. 25, 37-44 (2003)
- 塩塚優子, 山岸小夜子, 遠藤三恵子, 桑田美代子. 大腸がんが発見された重度認知症高齢者のターミナルケア 亡くなるその日まで食べる楽しみを支える. 認知症ケア事例ジャーナル. 3(4), 347-355 (2011)
- Snow AL, Weber JB, O' Malley KL, Cody M, Beck C, Bruera E, Ashton C, Kunik ME. NOPPAIN: A nursing assistant- administered pain assessment instrument for use in dementia. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders. 17(3), 240-246(2004)
- 高橋夏絵, 河島秀昭. ストーマ装具貼付面に繰り返し生じた難治性皮膚潰瘍の1症例. 泌尿器ケア. 19(7), 750-755 (2014)
- 田村初枝, 東門佳代子, 知念衣都子, 川満尚子. 認知症をもつ患者の緩和ケアと看取りについての事例研究. 沖縄県看護研究学会集録. 26, 67-71 (2010)
- 田中正孝, 松比良彩, 桐原本佳代, 井上由佳, 藤田歩, 諫早智宏, 河合美佐. 認知症で疼痛を的確に表現できない口腔がん患者の疼痛コントロール 点数式アセスメント表と写真版フェイススケールの有効性を考える. 国立病院看護研究学会誌. 2(1), 9-13 (2006)
- Twycross R, Harcourt J, & Bergl S. A survey of pain in patients with advanced cancer. Journal of Pain and Symptom Management. 12(5), 273-282(1996)
- 後 智子, 米倉靖子, 本間千代子, 滝澤うめ子, 塩塚優子, 桑田美代子. 膀胱癌を抱えた認知症高齢者のケア～終末期の病状変化に添うケアを模索した事例を通して. 認知症ケア事例ジャーナル. 1(3), 341-349 (2008)
- 若松タヅエ, 伊達奈穂子, 西川昭彦. 在宅ケアを支えるもの～老年期痴呆患者の癌末期を在宅で過ごすため

に. 日本精神科看護学会誌. 22, 336-338 (1997)
山口友恵, 近藤美恵子, 上田信恵, 今井浩平, 山口崇,
岡部町子. 認知症に進行がんを合併した独居療養者の
服薬アドヒアランスを高めるための在宅看護の実際.

緩和ケア. 23 (5), 416-419 (2013)
山本克美. 認知症をもつストーマ造設者の訪問看護の実
際. STOMA. 22 (1), 32-34 (2015)

Overview on Nursing Intervention for Elderly cancer patients with Dementia

Nami SAKURABA*

Abstract : Dementia is a progressive neurodegenerative condition that increases with advanced age. An aging population has led to a rapid increase in the prevalence of dementia. Age is also a risk factor for most cancers, therefore, it is expected that there are increasing numbers of patient with both dementia and cancer.

Cancer patients experience many distressing symptoms during the course of their illness. The principles of symptom management include taking an aggressive detailed approach, prioritizing, and evaluation after intervention. It is extremely difficult providing effective nursing intervention for elderly cancer patients with Dementia. In this paper, published Japanese nursing intervention in last 20 years were reviewed and identified issues on care of elderly cancer patients with Dementia. There are three main issues ; 1) Management of BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) ; 2) Establishment of Self-care ; 3) Continuous Care.

There are limited numbers of research available at this date on nursing intervention for elderly cancer patients with dementia. Accumulating body of evidence is very high priority to show the better guidance of care.

Keywords : elderly cancer patients, Dementia, Neurocognitive Disorders, BPSD

* Health Sciences University of Hokkaido