2026.11.15 脳卒中・心臓病などを合併する高齢がん患者対応に関する多職種研修会

認知症を合併する高齢がん患者の診療と療養を支える多職種連携



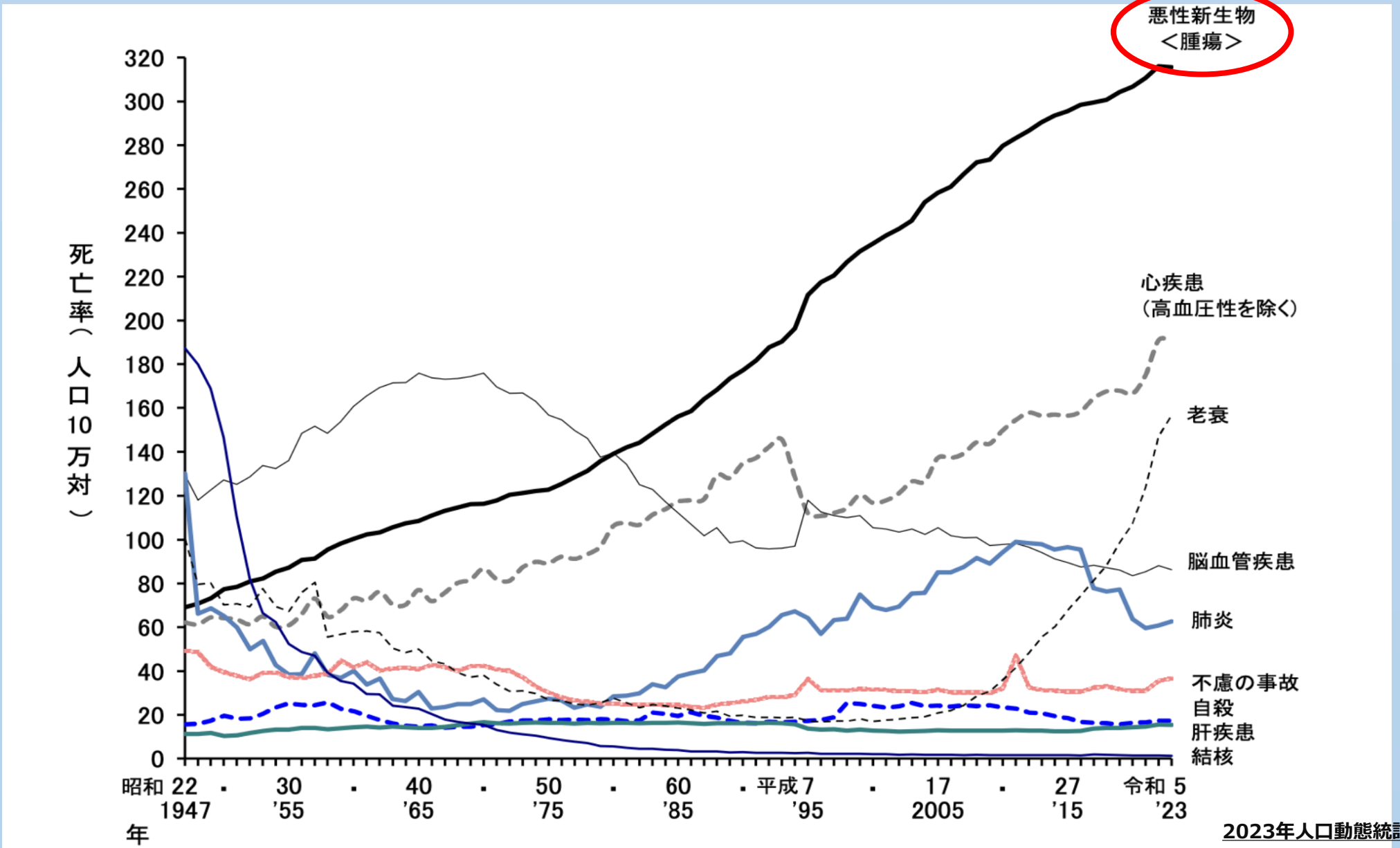




Stroke Center & Department of Cerebrovascular Surgery, International Medical Center, Saitama Medical University

埼玉医科大学国際医療センター 脳神経外科・脳卒中外科　武裕士郎

主な死因別にみた死亡率（人口10万対）の年次推移



2023年人口動態統計（厚生労働省）

我が国における要支援･介護度の高い患者割合

（単位：%）　　2022（令和４）年

現在の要介護度	第１位		第２位		第３位	
総　　数	認知症	16.6	脳血管疾患（脳卒中）	16.1	骨折・転倒	13.9
要支援者	関節疾患	19.3	高齢による衰弱	17.4	骨折・転倒	16.1
要支援１	高齢による衰弱	19.5	関節疾患	18.7	骨折・転倒	12.2
要支援２	関節疾患	19.8	骨折・転倒	19.6	高齢による衰弱	15.5
要介護者	認知症	23.6	脳血管疾患（脳卒中）	19.0	骨折・転倒	13.0
要介護１	認知症	26.4	脳血管疾患（脳卒中）	14.5	骨折・転倒	13.1
要介護２	認知症	23.6	脳血管疾患（脳卒中）	17.5	骨折・転倒	11.0
要介護３	認知症	25.3	脳血管疾患（脳卒中）	19.6	骨折・転倒	12.8
要介護４	脳血管疾患（脳卒中）	28.0	骨折・転倒	18.7	認知症	14.4
要介護５	脳血管疾患（脳卒中）	26.3	認知症	23.1	骨折・転倒	11.3

注：「現在の要介護度」とは、2022（令和４）年６月の要介護度をいう。

要介護の原因第1位：認知症

(厚生労働省：2022年)国民生活基礎調査

認知症の主な病型・診断・治療

主な病型

アルツハイマー型
記憶障害が中心

血管性認知症
脳血管障害と関連

レビー小体型
認知の変動・幻視・パーキンソニズム

前頭側頭型
行動・人格や言語の変化

診断の基本

① 問診・生活機能
本人・家族から経過、ADL/IADLを確認

② 認知機能評価
HDS-R、MMSEなど（単独で確定しない）

③ 原因・鑑別
診察、血液検査、頭部MRI/CT等

重要
せん妄、うつ、薬剤性などを除外・評価

治療・ケア

薬物療法
- ドネペジル・ガランタミン・リバスチグミン・メマンチン（病型・病期に応じて）
- **抗アミロイドβ抗体薬**

  早期アルツハイマー病の一部に適応（専門施設で適応・安全性を評価）

非薬物的支援
環境調整、活動支援、家族・介護者支援

併存疾患への対応
血管危険因子・疼痛・睡眠・薬剤を評価

がん診療での注意：急な認知・行動の変化は「認知症の進行」と決めつけず、せん妄・身体疾患・薬剤の影響を評価

出典：日本神経学会監修『認知症疾患診療ガイドライン2017』ほか

本日の内容

- ✓ がんと認知症：国内データを中心に
- ✓ データから見えてくる問題点：併存による新たな課題
- ✓ 問題点対する対策：患者・家族を含めた多職種連携

日本のがん患者数と認知症患者数

年間新規がん罹患数（2023年）

約99.3万人

うち65歳以上：約75.6万人（約76%）

65歳以上の認知症患者数（2022年推計）

約443万人

65歳以上人口の12.3%

がんの罹患数は「年間新規診断」、認知症患者数は「ある時点の有病者数」。

出典：厚生労働省「全国がん登録 2023年」；認知症施策推進関係会議資料（2022年推計）

高齢がん患者と認知症：国内データ

がん種	患者数	認知症併存率
胃がん	6,016	5.1%
大腸がん	7,257	5.8%
肺がん	4,502	6.4%
3がん種合計	17,775	約5.7%

Morishima et al., BMC Cancer, 2023

認知症併存は進行がん診断と関連

がん種	軽度認知症：調整OR	中等度～重度認知症：調整OR	解釈
胃がん	1.49	1.79	重症度が高いほど進行がん診断との関連が強い
大腸がん	1.47	3.14	中等度～重度では進行がん診断のオッズが約3.1倍
肺がん	1.40	3.78	中等度～重度では進行がん診断のオッズが約3.8倍

Morishima et al., BMC Cancer, 2023

予後：認知症合併と全死亡の関連

約2～3倍

国内30病院：胃･大腸･肺がん診断後3年間の全死亡ハザード

中等度～重度の認知症で、全死亡との関連がより強い傾向

Morishima et al., BMC Cancer, 2023

認知症併存とがん治療：55研究レビュー

治療法	個別研究のOR / HR範囲	解釈
化学療法	0.11～0.68	実施が少ない方向
放射線治療	OR 0.24～0.56	実施が少ない方向
手術	OR 0.30～1.30	研究間で不一致

Caba et al., JNCI Cancer Spectr, 2021

高齢がん患者に特有の問題

問題点	臨床上の問題	治療への影響
フレイル・ADL	予備力低下、転倒	有害事象・入院
併存疾患	心不全・腎機能低下	治療選択の制約
多剤併用	相互作用・服薬負担	有害事象の増加
栄養・社会支援	低栄養、独居、通院困難	治療中断

Dale et al., J Clin Oncol, 2023

認知症患者に特有の問題

症候	患者に起こること	ケア上の課題
記憶・遂行機能障害	説明・予定・服薬を忘れる	反復説明・支援
病識・判断力低下	病気・危険の認識が難しい	意思確認の工夫
BPSD（行動・心理症状）	不安・妄想・歩き回り	環境と原因の評価
生活機能低下	金銭・食事・移動に支援	介護負担

認知症疾患診療ガイドライン2017

BPSD：認知症の行動・心理

行動

- 興奮・易怒性、暴言・攻撃的行動
- 歩き回り（徘徊）、落ち着かなさ
- 介護への抵抗、睡眠・覚醒の乱れ

心理

- 妄想、幻覚
- 不安、抑うつ
- アパシー（意欲低下）

がん患者では、疼痛・感染・便秘・尿閉・薬剤・せん妄などの誘因をまず評価する

認知症疾患診療ガイドライン2017

併存で「増幅」する既存の問題

問題点	認知症が加わると	臨床的帰結
低栄養・脱水	摂取不足を訴えられない	急性増悪・せん妄
通院負担	予約や移動の自己管理が困難	治療遅延・中断
多剤併用	誤服薬・飲み忘れが重なる	副作用・治療不十分
身体機能低下	症状に応じた自己対処が困難	転倒・ADL低下

Morishima et al., BMC Cancer, 2023; Dale et al., J Clin Oncol, 2023

併存で「新たに生じる」問題

新たな問題点	具体例	必要な仕組み
有害事象の見逃し	発熱・痛み・下痢を申告できない	観察・連絡基準
意思決定の反復	治療同意を忘れる／拒否が変動	支援付き意思決定
治療と生活の両立困難	点滴・入院環境で不穏	環境調整・代替療法
家族が治療の鍵	送迎・内服・急変対応を担う	介護力評価・公的支援

Caba et al., JNCI Cancer Spectr, 2021; Dale et al., J Clin Oncol, 2023

医療従事者と患者・家族：負担の二重構造

- **医療従事者側**

  症状・副作用の把握、意思決定支援、治療強度の調整が必要

- **患者本人**

  治療の理解、環境変化への適応、症状の表現が難しい

- **家族・介護者**

  送迎・服薬・急変対応に加え、仕事と介護の両立が課題

Caba et al., JNCI Cancer Spectr, 2021

本日の内容

- ✓ がんと認知症：国内データを中心に
- ✓ データから見えてくる問題点：併存による新たな課題
- ✓ **問題点対する対策：患者・家族を含めた多職種連携**

対応の基本：高齢者機能評価と本人の価値観

評価項目	確認項目	実行
認知機能・せん妄	本人が重視する生活	短い説明と理解確認
ADL・転倒・栄養	治療の利益と負担	支援付き意思決定
併存疾患・服薬	家族・介護力	治療・支援計画を調整

Dale et al., J Clin Oncol, 2023

Department of Cerebrovascular Surgery, International Medical Center, Saitama Medical University

認知症患者のがん治療：何を基準に意思決定するか

がんの病状・予後

病期・治療目標
期待される利益

身体・認知機能

ADL・フレイル
認知機能・併存疾患

本人の意向・価値観

意思決定支援

治療の利益・負担

有害事象・通院負担
治療後の生活の質

家族・社会的支援

介護力・服薬管理
在宅医療・地域資源

認知症の診断のみで判断せず、本人の意思を支えながら治療を個別化する

Dale et al., J Clin Oncol, 2023 ; 厚生労働省「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」

病識低下・治療拒否：説得より背景の確認

状況	避けたい対応	具体的対応
「がんではない」	繰り返し論破する	短く説明し、理解を確認
検査・治療を拒否	直ちに強制する	痛み・恐怖・時間帯を確認
同意が不安定	家族のみで決める	本人の意思と能力を個別評価

認知症疾患診療ガイドライン2017

拒薬：薬剤の必要性と飲めない理由を分ける

- **飲み忘れ・手順の混乱**

  一包化、服薬カレンダー、訪問看護などを検討

- **嚥下障害・悪心・味の問題**

  剤形・服用時刻の変更を薬剤師・処方医に相談

- **妄想・拒否・重要薬の中断**

  安心できる環境で再提案し、抗がん薬などの中断は速やかに連絡

Dale et al., J Clin Oncol, 2023

徘徊・妄想：行動の「原因」を探す

行動	確認する背景	非薬物的対応
歩き回り	痛み・尿意・不安・習慣	安全な動線・付き添い
被害妄想	不安・見失い・環境変化	否定せず感情を受容
急な興奮	感染・脱水・薬剤・せん妄	身体評価・環境調整

認知症疾患診療ガイドライン2017

せん妄と認知症を区別する

特徴	認知症	せん妄
発症	通常は緩徐	急性・亜急性
経過	比較的持続	日内変動が大きい
注意障害	初期は比較的保たれることも	目立つ
対応	継続的支援	原因検索・緊急評価

Dale et al., J Clin Oncol, 2023 ; 認知症疾患診療ガイドライン2017

急な状態変化：せん妄を見逃さない

普段と違う：注意・反応の低下、混乱、活動性の変化

↓

急性発症・変動性・注意障害 → せん妄を疑う

↓

誘因を評価：感染・脱水・低酸素・代謝異常・疼痛・便秘・尿閉・薬剤

↓

緊急性を判断し、原因検索・治療と多職種で情報共有

日本サイコオンコロジー学会ほか編：がん患者におけるせん妄ガイドライン2025年版，第3版

薬剤管理：相互作用・副作用・腎機能に注意

組み合わせ・背景	主なリスク	確認・対応
ドネペジルとQT延長リスク薬	徐脈・QT延長・失神	心電図・電解質・症状を確認
抗コリン作用薬の重複	認知機能低下・せん妄・尿閉	処方全体を確認し減薬を検討
メマンチンと腎機能低下	薬物曝露の増加	腎機能に応じ用量を調整
オピオイド導入・増量	傾眠・便秘・せん妄	鎮痛効果と副作用を評価

日本老年医学会：高齢者の安全な薬物療法ガイドライン

在宅療養：変化を捉え、連絡先と対応を共有

観察項目	家族・訪問職が見るサイン	対応の目安
全身状態の変化	発熱・摂取低下・尿量減少	速やかに医療チームへ相談
疼痛・便秘	表情・活動性変化、排便減少	疼痛・排便・薬剤を評価
急な意識・行動変化	混乱・反応低下・傾眠・興奮	せん妄を疑い早期に診察
神経症状	突然の麻痺・言語障害・けいれん	即座に評価・救急対応（療養方針考慮）

社会資源：早期から医療・介護をつなぐ

- **介護保険サービス・ケアマネジャー**

  ケアプラン作成、訪問介護・看護、通所・短期入所等の利用調整

- **地域包括支援センター**

  高齢者の総合相談・権利擁護・介護予防支援

- **がん相談支援センター**

  治療・療養・仕事・経済面の相談と院内外の連携支援

まとめ：治療と生活を多職種で支える

- **① 認知症の診断のみで治療適応を判断しない**

  がんの病状、身体・認知機能、本人の意向を総合して個別化する

- **② せん妄・身体症状・薬剤有害事象を早期に捉える**

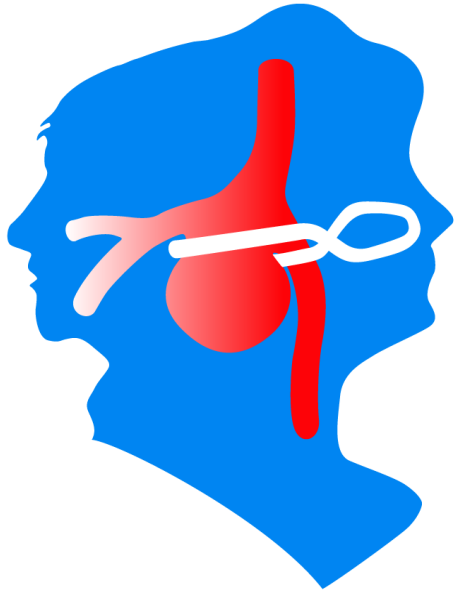
  本人・家族・訪問職で観察項目と連絡基準を共有する

- **③ 治療方針と療養生活を多職種で支える**

  意思決定支援と介護・地域資源を治療早期から組み合わせる

Morishima et al., BMC Cancer, 2023; Caba et al., JNCI Cancer Spectr, 2021; Dale et al., J Clin Oncol, 2023

Thank you for your kind attention



Department of
Cerebrovascular Surgery

Saitama International Medical Center