

2023年2月21日（火）

医療連携研修3 認知症とお薬による治療

高齢者における multimorbidity（多疾患併存）と薬物療法

東京薬科大学 薬学部 臨床薬理学教室

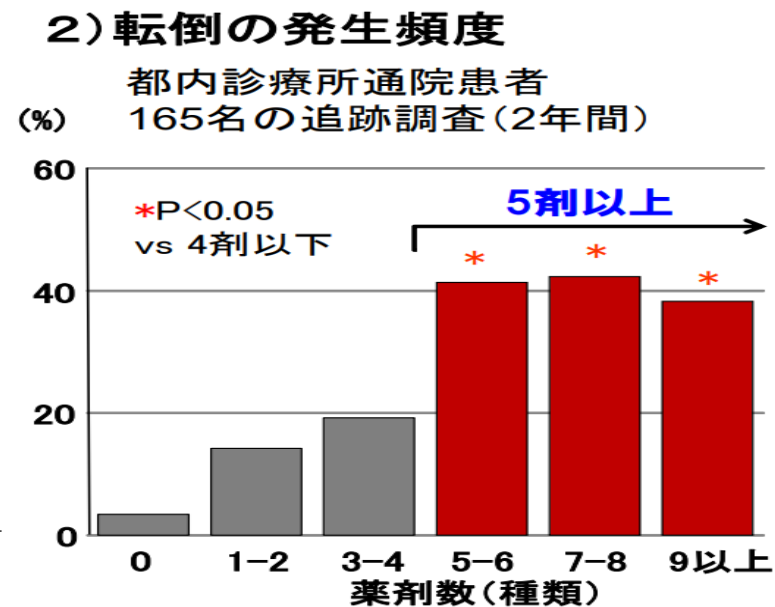
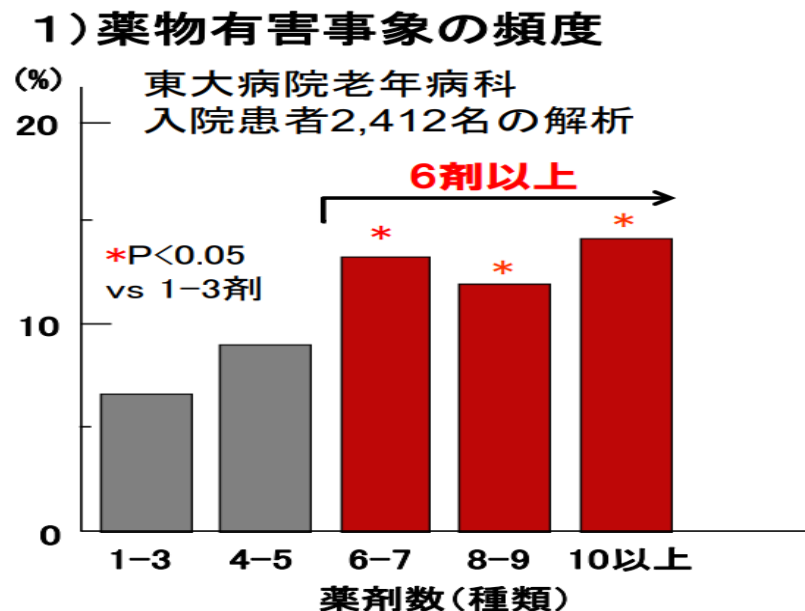
田中 祥子

高齢者におけるmultimorbidity（多疾患罹患）

- Multimorbidityは同時に2種類以上の健康状態が併存し、診療の中心となる疾患が設定しがたい状態
- 高齢者では、生活習慣病などの慢性疾患と高齢者に特有な健康状態を示す「老年症候群」が重積している。
- このため不調の原因を特定しづらく、対症療法として薬を処方した結果、新たな不調が生じる恐れがある。
- 70歳以上の高齢者では、60歳未満に比べて薬物の有害事象の出現率が1.5から2倍高い。

薬物有害事象が見られる機能上の要因

- 加齢による腎機能や肝機能の変化によって、薬物の血中濃度が高くなる。
- 薬の種類や飲み合わせによって、薬物に対する反応がでやすくなる。
- 複数の薬剤を併用することに伴って生じる問題をポリファーマシーといい、認知機能の低下にも影響を及ぼす。



併存する慢性疾患の数が多いほど認知症のリスクが高くなる

RESEARCH

 OPEN ACCESS

 Check for updates

Association between age at onset of multimorbidity and incidence of dementia: 30 year follow-up in Whitehall II prospective cohort study

Céline Ben Hassen,¹ Aurore Fayosse,¹ Benjamin Landré,¹ Martina Raggi,¹ Mikaela Bloomberg,^{1,2} Séverine Sabia,^{1,2} Archana Singh-Manoux^{1,2}

Multimorbidity status	No of dementia cases/total No	Incidence rate per 1000 person years	Incidence rate difference (95% CI) per 1000 person years	Hazard ratio (95% CI)		
				Model 1†	Model 2†	Model 3†
Overall (multimorbidity and covariates as time varying measures; median follow-up 31.7 (IQR 31.1-32.6) years)						
0 or 1 chronic condition	189/4834	1.30	0 (reference)	1 (reference)	1 (reference)	1 (reference)
Multimorbidity	450/5261	2.89	1.59 (1.51 to 1.67)	2.44 (2.04 to 2.91)	2.44 (2.04 to 2.91)	2.36 (1.97 to 2.81)

併存疾患に注目した認知症重症化予防のための研究

- 日本では、厚生労働省の認知症政策研究事業の一環として、認知症の重症度や病型別に併存疾患や投与されている薬剤との関連を明らかにするための研究が行われている。
 - 1) 認知症と併存疾患は関係するか
 - 2) 認知症があると併存疾患の治療に影響するか
 - 3) 併存疾患がある場合、認知症の治療で注意すべき点
- 日常診療に役立つ手引きを作成し、認知症者に過度でも過少でもない適正な医療提供を行う。

併存疾患に注目した認知症重症化予防のための研究

研究1 認知症者の併存疾患と治療・管理の実態調査

認知症疾患医療センター、老年科、老健施設、地域（呉市医療レセプト調査）

多施設データベースの作成を行い、認知症病型・重症度別に、併存疾患、疾患指標（血圧、HbA1c等）、薬剤、慎重投与薬PIM等について解析を行う。

研究2 認知症者の併存疾患

高血圧、糖尿病、呼吸器疾患、心疾患、食道・胃癌、大腿骨頸部骨折（東京大学）、泌尿器科の診療データベースないし前向き登録から65歳以上を各200名集積し、併存疾患毎に認知症頻度・重症度、併存疾患の治療・管理（治療薬、術式等）を調査する。

表2. 認知症の有無と併存疾患

	認知症 (n=7198)	非認知症 (n=59171)	p値
高血圧	59.8%	53.3%	<0.0001
脂質異常症	33.7%	40.7%	<0.0001
糖尿病	34.7%	33.4%	0.024
心不全	34.4%	18.5%	<0.0001
心房細動	8.8%	5.4%	<0.0001
逆流性食道炎/胃潰瘍	44.8%	38.3%	<0.0001
虚血性心疾患/陳旧性心筋梗塞	22.8%	17.4%	<0.0001
陳旧性脳梗塞	15.4%	8.8%	<0.0001
骨粗鬆症	28.7%	17.6%	<0.0001
パーキンソン病	3.7%	1.1%	<0.0001
COPD			

高血圧 56.2%
糖尿病 32.1%
心不全 35.3%

高齢者の薬物治療において優先順位が低いとされる薬物 (potentially inappropriate medications ; PIM)

- ✓ 高齢者で有害事象を起こしやすい薬物
- ✓ 効果に比べて有害事象の危険が高い薬物
- ✓ 期待される効果を有害事象のリスクが上回る薬物



高齢者に対して慎重な投与を要する、あるいは投与を控える

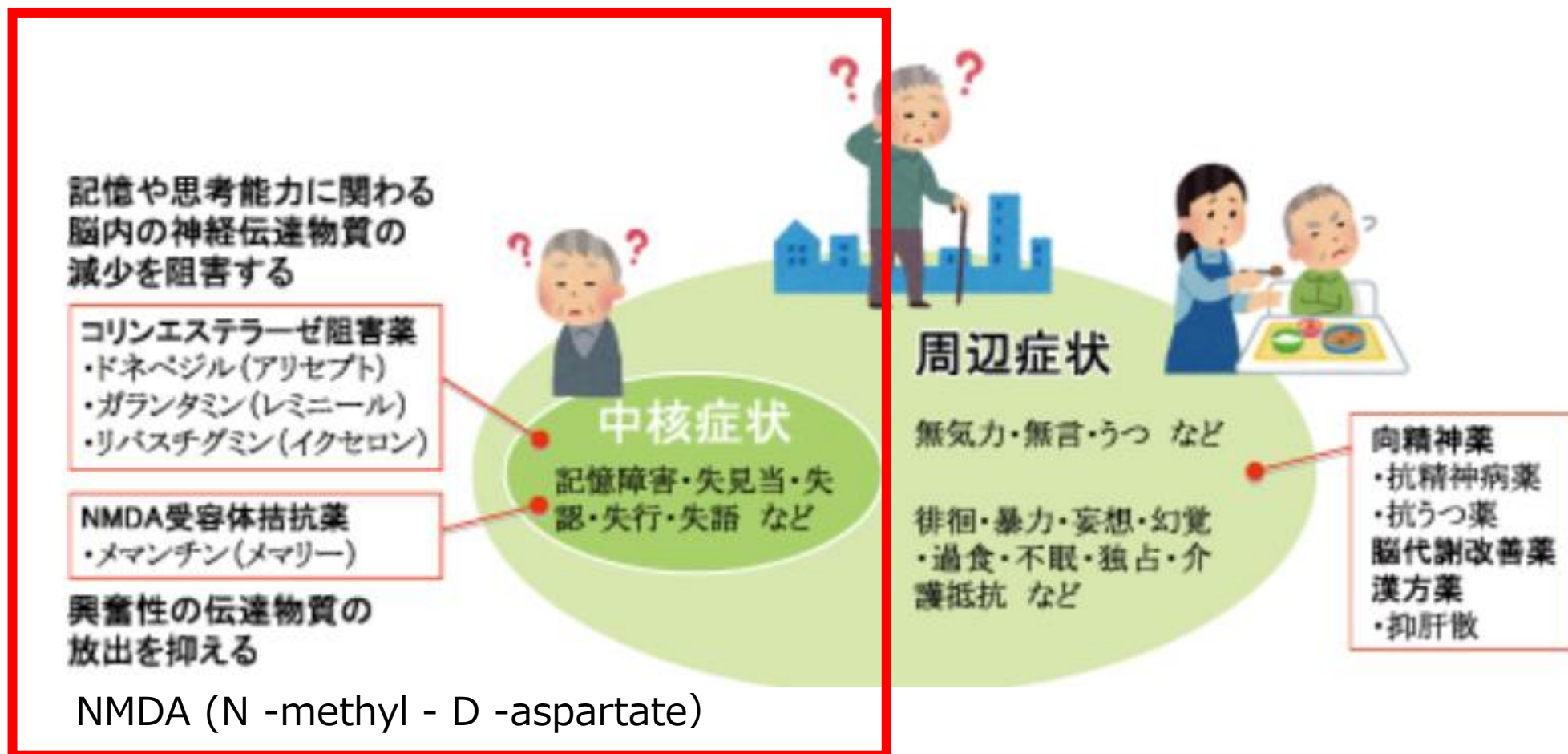
「特に慎重な投与を要する薬物のリスト」に該当する薬剤の一般名と医薬品コード一覧

＜コード利用上の留意点＞

2017年2月時点で薬価収載されている医薬品を対象とした。ただし、2017年3月末収載削除が予定されていたトリプロリジンは除外した。
成分がWHO ATCに登録されていない場合は、上位の医薬品クラス(4th level, chemical subgroup)化学的分類)を記載した。
感冒薬など短期使用の医薬品、注射剤、外用剤、は除外した。
ガイドラインに掲載されたインスリンは、スライディングスケールによる投与方法に注意を払うという意図のため、コード化作業から除外した。
配合剤のうち成分の組み合わせを表現したATCコードの特定ができない場合は※として、別途示した。

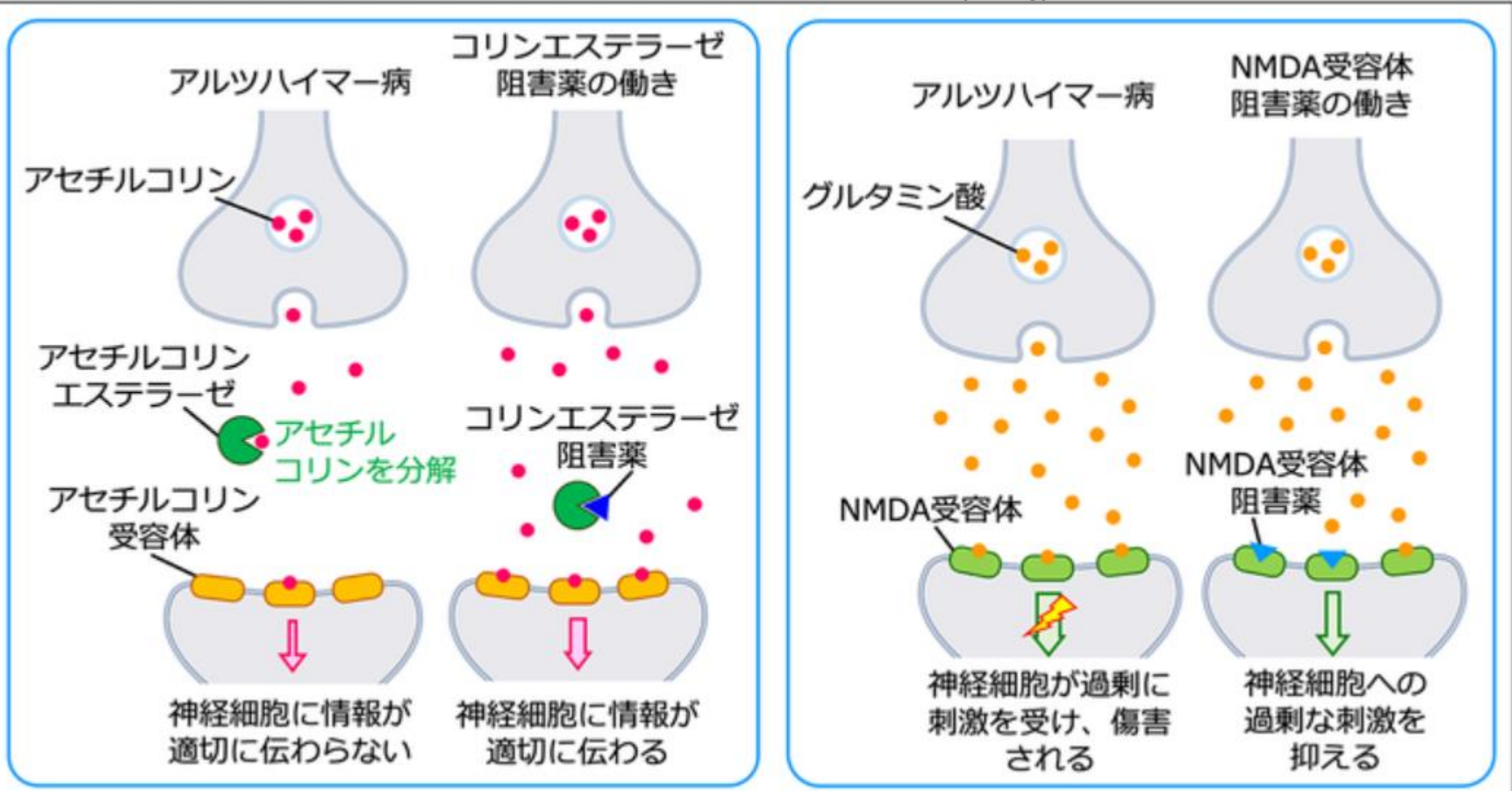
分類	薬物(クラスまたは一般名)	代表的な一般名 (すべて該当の場合は無記載)	対象となる患者群 (すべて対象となる場合は無記載)	推奨される使用法	該当する一般名(2017年2月)	薬価基準収載医薬品コード	ATCコード
抗精神病薬	定型抗精神病薬	定型抗精神病薬 (ハロペリドール、クロルプロマジン、レボメプロマジンなど)	認知症患者全般	定型抗精神病薬の使用はできるだけ控える。非定型抗精神病薬は必要最小限の使用にとどめる。 ブチロフェノン系(ハロペリドールなど)はパーキンソン病に禁忌。 オランザピン、クエチアピンは糖尿病に禁忌。	オキシペルチン	1179011	N05AE01
					クロカブラミン塩酸塩	1179030	N05AX
					クロルプロマジンフェノールフタリン酸塩	1171005	N05AA01
					クロルプロマジン塩酸塩	1171001	N05AA01
					スピベロン	1179015	N05AD
					スルトブリド塩酸塩	1179032	N05AL02
					ゾテピン	1179024	N05AX11
					チアブリド塩酸塩	1190004	N05AL03
					チミベロン	1179026	N05AD
					ネモナブリド	1179036	N05AL
					ハロペリドール	1179020	N05AD01
					ビバンベロン(フロロピバミド塩酸塩)	1179006	N05AD05
					ピモジド	1179022	N05AG02
					フルフェナジンマレイン酸塩	1172009	N05AB02
					ブロクロルベラジンマレイン酸塩	1172010	N05AB04
					プロベリシアジン	1172005	N05AC01
					プロムベリドール	1179028	N05AD06
					ベルフェナジン	1172006 1172007	N05AB03
					ベルフェナジンフェンジゾ酸塩	1172004	N05AB03
					ベルフェナジンマレイン酸塩	1172013	N05AB03
抗精神病薬	非定型抗精神病薬	非定型抗精神病薬 (リスベリドン、オランザピン、アリビプラゾール、クエチアピン、ペロスピロンなど)	認知症患者全般		モサブラミン塩酸塩	1179035	N05AX10
					レボメプロマジンマレイン酸塩	1172014	N05AA02
					アセナピンマレイン酸塩	1179056	N05AH05
					アリビプラゾール	1179045	N05AX12
					オランザピン	1179044	N05AH03
					クエチアピンフマル酸塩	1179042	N05AH04
					クロザピン	1179049	N05AH02
					バリベリドン	1179053	N05AX13
					プロナンセリン	1179048	N05AX
					ペロスピロン塩酸塩水和物	1179043	N05AX

認知症の薬物療法



認知症の中核症状に対する薬物療法

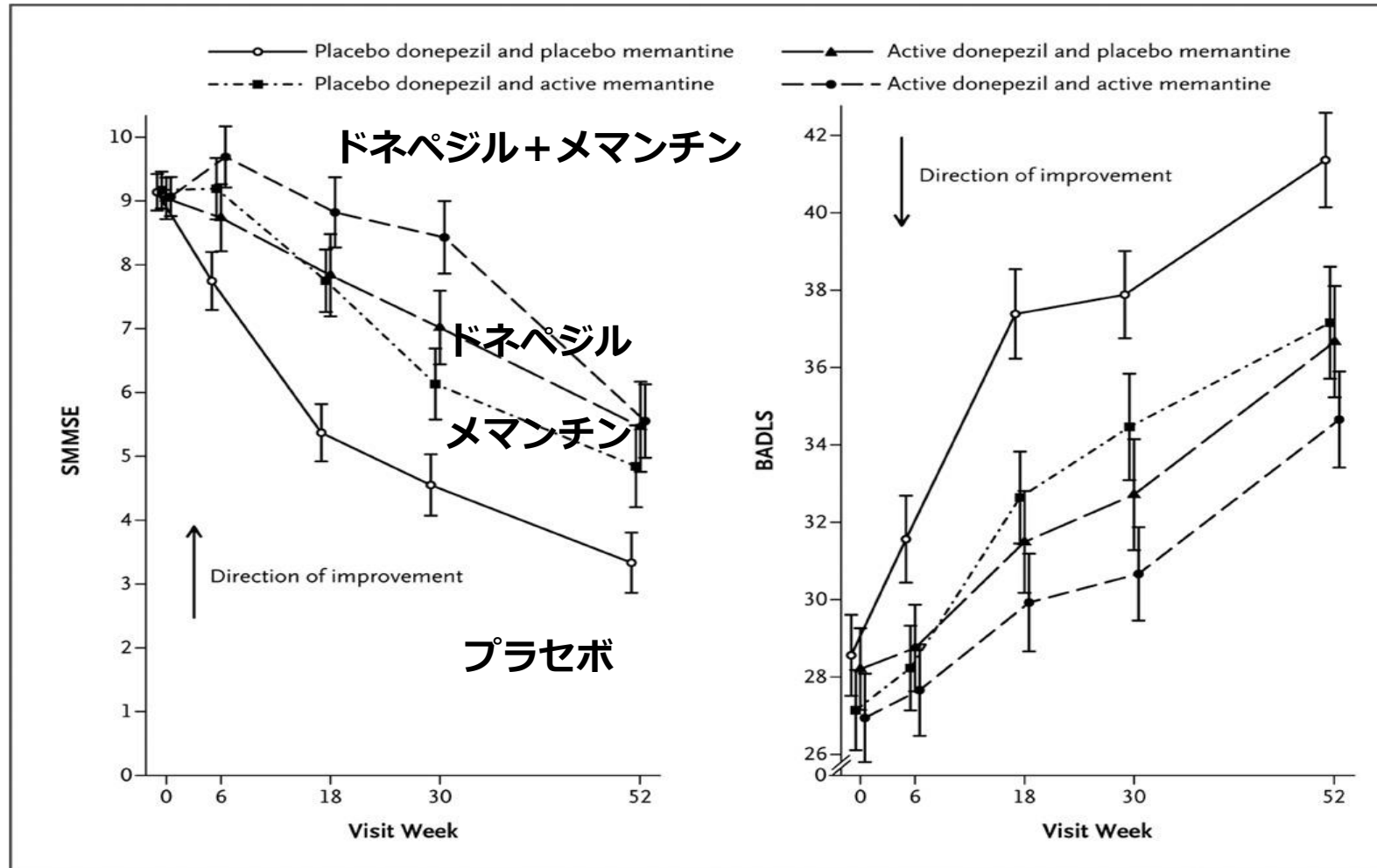
<https://patients.daiichisankyo-ep.co.jp/dementia/treatment02/>



認知症の中核症状に対する薬物療法

アリセプト® レミニール® イクセロンパッチ®
リバスタッチ® メマリー®

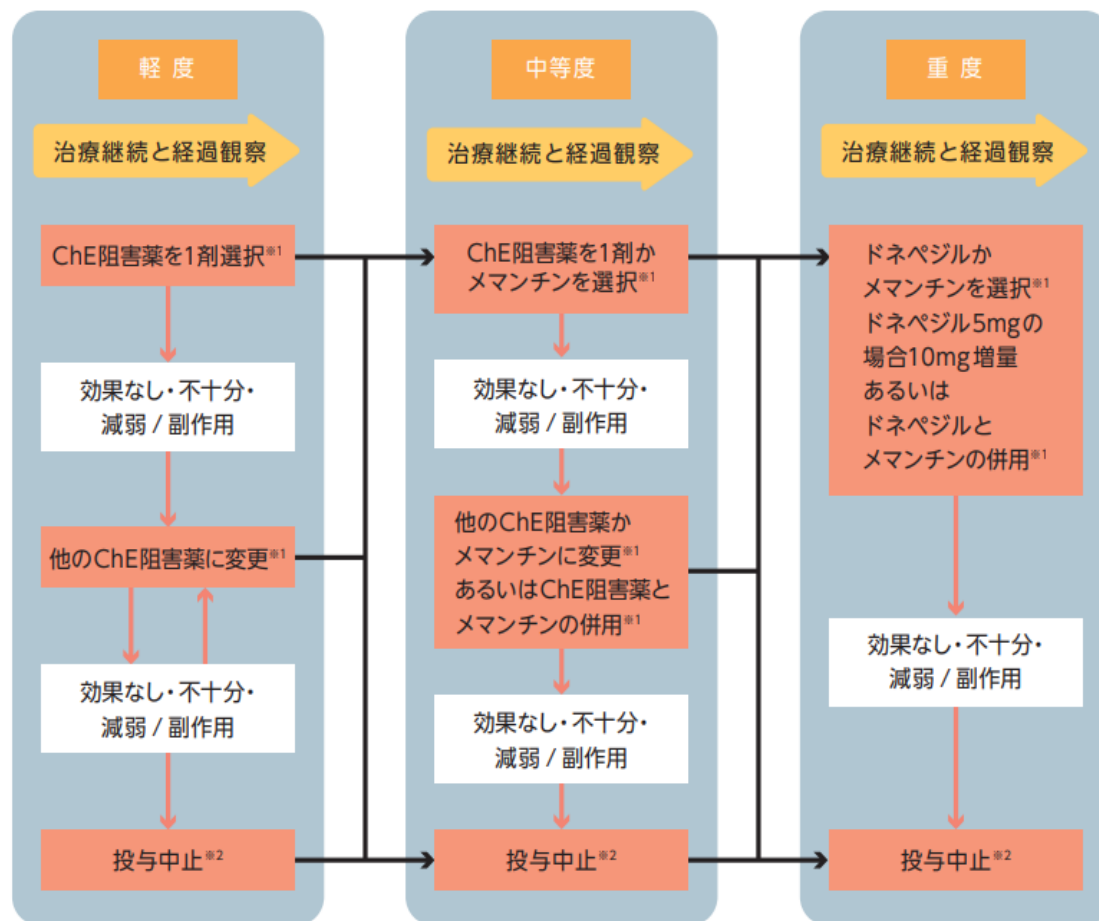
薬剤	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン	メマンチン
分類	ピペリジン系	アルカロイド系	カルバメート系	アダマンタン誘導系
作用機序	AChE阻害(※1)	AChE阻害 nAChR増強作用(※2)	AChE阻害/ BuChE阻害(※3)	NMDA 受容体拮抗
適用	①軽～中等度5mg ②重度10mg	軽～中等度24mg	軽～中等度18mg	中等～重度20mg
用量	①3mg(2週) →5mg ②5mg(1月) →10mg	8mg(1月) →16mg(1月) →24mg	①4.5mg(1月) →9mg(1月) →13.5mg(1月) →18mg ②9mg(1月) →18mg(1月)	5mg(1週) →10mg(1週) →15mg(1週) →20mg
用法	1日1回	1日2回	1日1回 パッチ剤	1日1回
半減期 (時間)	70～80	5～7	3.4	60～80
最高濃度到達 (時間)	3～5	0.5～1	8	1～7
代謝	肝臓 CYP3A4, 2D6	肝臓 CYP2A6, 3A4	非CYP	腎排泄
主な副作用 (有害事象)	消化器症状 (嘔気、食欲不振、 下痢など)、 徐脈など	消化器症状 (嘔気、食欲不振、 下痢など)、 徐脈など	消化器症状 (嘔気、食欲不振、 下痢など)、 徐脈、皮膚症状 など	めまい、 傾眠など



Howard R, et al. Donepezil and memantine for moderate-to-severe Alzheimer's disease. N Engl J Med 2012;366:893

病期別の治療薬剤選択のアルゴリズム

■ 病期別の治療薬剤選択のアルゴリズム



※1 薬剤の特徴と使用歴を考慮して選択

※2 急速に認知機能低下進行例があり。投与中止の判断は慎重に

(「認知症疾患診療ガイドライン2017」より引用)

アルツハイマー型認知症の薬物療法

記憶や思考能力に関わる
脳内の神経伝達物質の
減少を阻害する

コリンエステラーゼ阻害薬
・ドネペジル(アリセプト)
・ガランタミン(レミニール)
・リバスチグミン(イクセロン)

NMDA受容体拮抗薬
・メマンチン(メマリー)

興奮性の伝達物質の
放出を抑える

中核症状

記憶障害・失見当・失
認・失行・失語 など

周辺症状

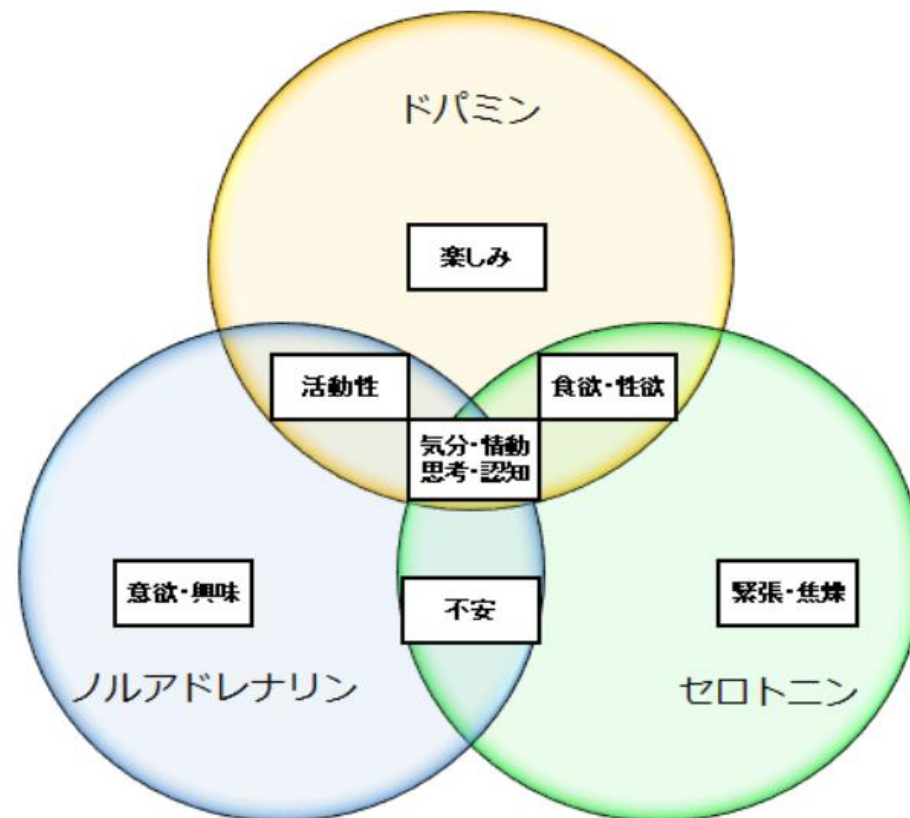
無気力・無言・うつ など

徘徊・暴力・妄想・幻覚
・過食・不眠・独占・介
護抵抗 など

向精神薬

・抗精神病薬
・抗うつ薬
脳代謝改善薬
漢方薬
・抑肝散

モノアミン（神経伝達物質）



抗精神病薬

作用機序	薬剤名	対象となる BPSD の症状	注意点	半減期（時間）	用量（mg）*
セロトニン 受容体 ・ドパミン 受容体遮断	リスペリドン	・幻覚 ・妄想 ・焦燥 ・興奮 ・攻撃	高血糖あるいは糖尿病を合併している場合にも使用可能。 パーキンソン症状に注意。	20-24	0.5-2.0
	クエチアピン		高血糖あるいは糖尿病では禁忌。 DLB に対して使用を考慮しても良い。 鎮静・催眠作用あり。	6-7	25-100
	オランザピン		高血糖あるいは糖尿病では禁忌。 DLB に対して使用を考慮しても良い。 鎮静・催眠作用あり。	22-35	2.5-10
ドパミン受容体 部分刺激	アリピプラゾール		高血糖あるいは糖尿病では慎重投与。 鎮静・催眠作用が弱い。	47-68	3-9

DLBレビー小体型認知症

【有効性の評価】

幻覚・妄想に対して、リスペリドン、オランザピン、アリピプラゾールなどの使用を推奨する。クエチアピンの使用を検討してもよい。

レビー小体型認知症の BPSD に対して、クエチアピンとオランザピンの使用を考慮しても良い。

不安に対して、リスペリドン、オランザピンの使用が推奨され、クエチアピンの使用を考慮してもよい。

焦躁性興奮 (agitation) には、リスペリドン、アリピプラゾールは有効性が実証されており使用を推奨する。オランザピンについては使用を検討してもよい。チアプリドも興奮や攻撃性に対する有効性が報告され、脳梗塞後遺症に伴う精神興奮・徘徊・せん妄に保険適応もあるため考慮してもよい。

暴力や不穏に対して抗精神病薬の使用を考慮してもよい。

睡眠障害に、リスペリドンの使用を考慮してもよい。

徘徊に対するリスペリドンの使用を考慮してもよいが、科学的根拠が不十分である。

性的脱抑制に、抗精神病薬の使用を考慮するが、科学的根拠は不十分である。

なお、保険適応外使用にはなるが、クエチアピン、ハロペリドール、ペロスピロン、リスペリドンに関しては、原則として、器質的疾患に伴うせん妄・精神運動興奮状態・易怒性に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認めるとの通達がある（2011 年 9 月 28 日、厚生労働省保険局医療課長、保医発 0928 第 1 号。社会保険診療報酬支払基金、第 9 次審査情報提供）。

【副作用】

高齢認知症患者への抗精神病薬投与により死亡率が 1.6 ～ 1.7 倍高くなる（米国食品医薬品局 (FDA)、2005 年及び 2008 年）。また、転倒や骨折のリスクも高まるので注意を要する。

よくみられる副作用として、眠気、ふらつき、過鎮静、歩行障害、嚥下障害、構音障害、寡動、振戦、起立性低血圧、食欲低下などがあるので注意する。

抗精神病薬はアルツハイマー病における 死亡リスクを増大させる



Alzheimer's & Dementia 12 (2016) 823-830

Alzheimer's
&
Dementia

Featured Article

Mortality risk in current and new antipsychotic Alzheimer's disease users: Large scale Japanese study

Heii Arai^{a,*}, Yu Nakamura^b, Masamoto Taguchi^c, Hiroyuki Kobayashi^{d,e}, Keita Yamauchi^f,
Lon S. Schneider^g, for the J-CATIA Study Group

^aDepartment of Psychiatry and Behavioral Science, Graduate School of Medicine, Juntendo University, Tokyo, Japan

^bDepartment of Psychiatry, Faculty of Medicine, Kagawa University, Kagawa, Japan

^cOhgaki Hospital, Gifu, Japan

^dSchool of Medicine, Toho University, Tokyo, Japan

^eOtsuka Pharmaceutical Co., Ltd., Tokyo, Japan

^fGraduate School of Health Management, Keio University, Kanagawa, Japan

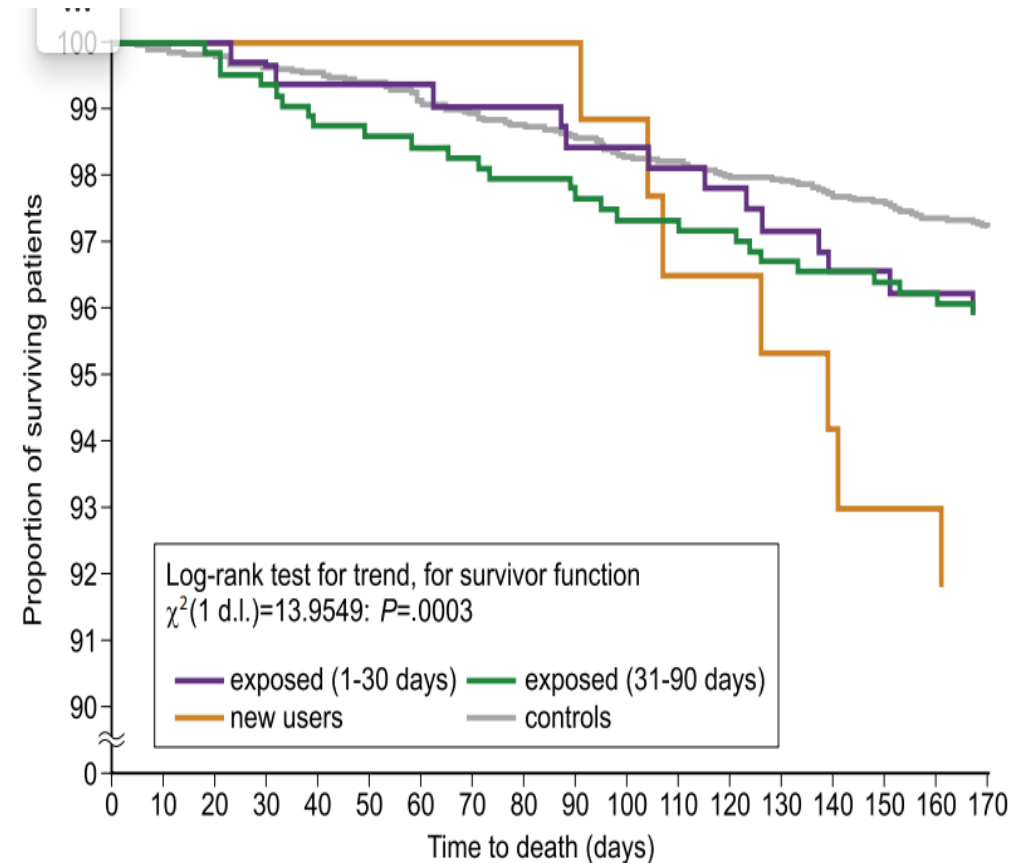
^gKeck School of Medicine, University of Southern California, Los Angeles, USA

J-CATIA (Japan Consortium for Antipsychotics Treatment in Alzheimer's Disease) 大規模前向きコホート研究

J-CATIA Study

Antipsychotic drugs	n	Dose [§] /day: mean (SD)
Atypical		
Quetiapine	1825	94.9 (109.1)
Risperidone	1203	109.3 (132.5)
Olanzapine	430	186.2 (146.0)
Aripiprazole	313	149.7 (132.8)
Others	291	103.3 (97.6)
Conventional		
Tiapride	794	53.7 (33.2)
Sulpiride	239	39.8 (34.3)
Levomepromazine	129	13.3 (16.6)

(Continued)



抗うつ薬

種類・作用機序	薬剤名	対象となる BPSD の症状	注意点	用量 (mg)
SSRI	フルボキサミン	抑うつ 前頭側頭型認知症の脱抑制 常同行動	分 3、食直後	25-100
	パロキセチン		分 1、夕食直後	10-40
	セルトラリン		分 1	25-50
	エスシタロプラム		分 1、夕食後、QT 延長例禁忌、 上限 10mg	10
SNRI	ミルナシプラン	抑うつ 心気症状としての疼痛	分 3、MAO 阻害薬との併用禁忌、 前立腺肥大合併例で尿閉の危険	15-60
	デュロキセチン		分 1、夕食直後、肝腎機能障害に禁忌	20-40
NaSSA	ミルタザピン	抑うつ、不安、 催眠作用、食欲増進作用	分 1、就寝前、血糖上昇のリスクあり	7.5-30
四環系	ミアンセリン	不安 催眠作用 焦燥	分 1、就寝前、抗コリン作用弱い、 催眠作用あり、心毒性が低い	10-30
異環系	トラゾドン		分 1、就寝前、抗コリン作用弱い、 催眠作用あり、心毒性が低い	25-100

SSRI; Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (選択式セロトニン再取り込み阻害薬)

SNRI; Serotonin Noradrenaline Reuptake Inhibitor (セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬)

NaSSA; Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressant (ノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動性抗うつ薬)

抗うつ薬

【有効性の評価】

抑うつ状態に対して、SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）や SNRI（セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬）の使用を考慮してもよい。

不安に対して、トラゾドンの有効性が報告されているが科学的根拠は不十分である。

性的脱抑制にたいして SSRI、トラゾドンの使用が報告されているが科学的根拠は不十分である。

抑うつとアパシーの鑑別は難しい場合も少なくなく、アパシーは SSRI により悪化するリスクも報告されているので、必要に応じて適切な医療連携を推奨する。

【副作用】

抗うつ薬全般の副作用は、てんかん発作閾値の低下、緑内障の悪化、心血管疾患の悪化である。SSRI で頻発する副作用は、嘔気下痢などの消化器症状であり、多くは開始直後に認められる。食直後に服用する、ゆっくりと漸増するなどにより対応する。症状が強い時は中止し変薬する。また、転倒のリスクがある。SSRI は、消化管出血や脳出血のリスクを高めることが報告されている。

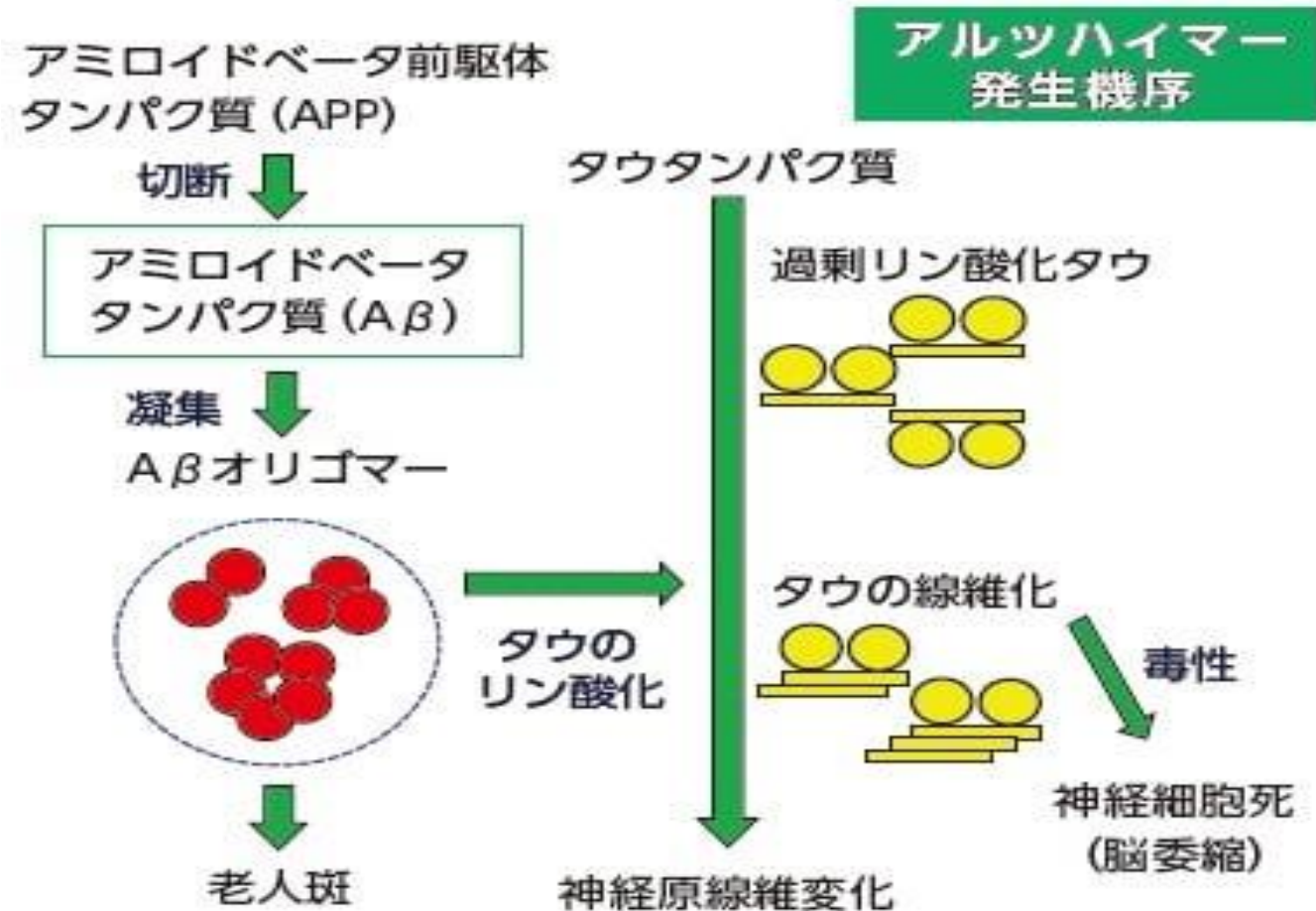
NSAIDs や抗血小板薬との併用は注意を要する。SSRI 以外で留意する副作用は、前立腺肥大症状の悪化である。

SSRI; Selective Serotonin Reuptake Inhibitor（選択式セロトニン再取り込み阻害薬）

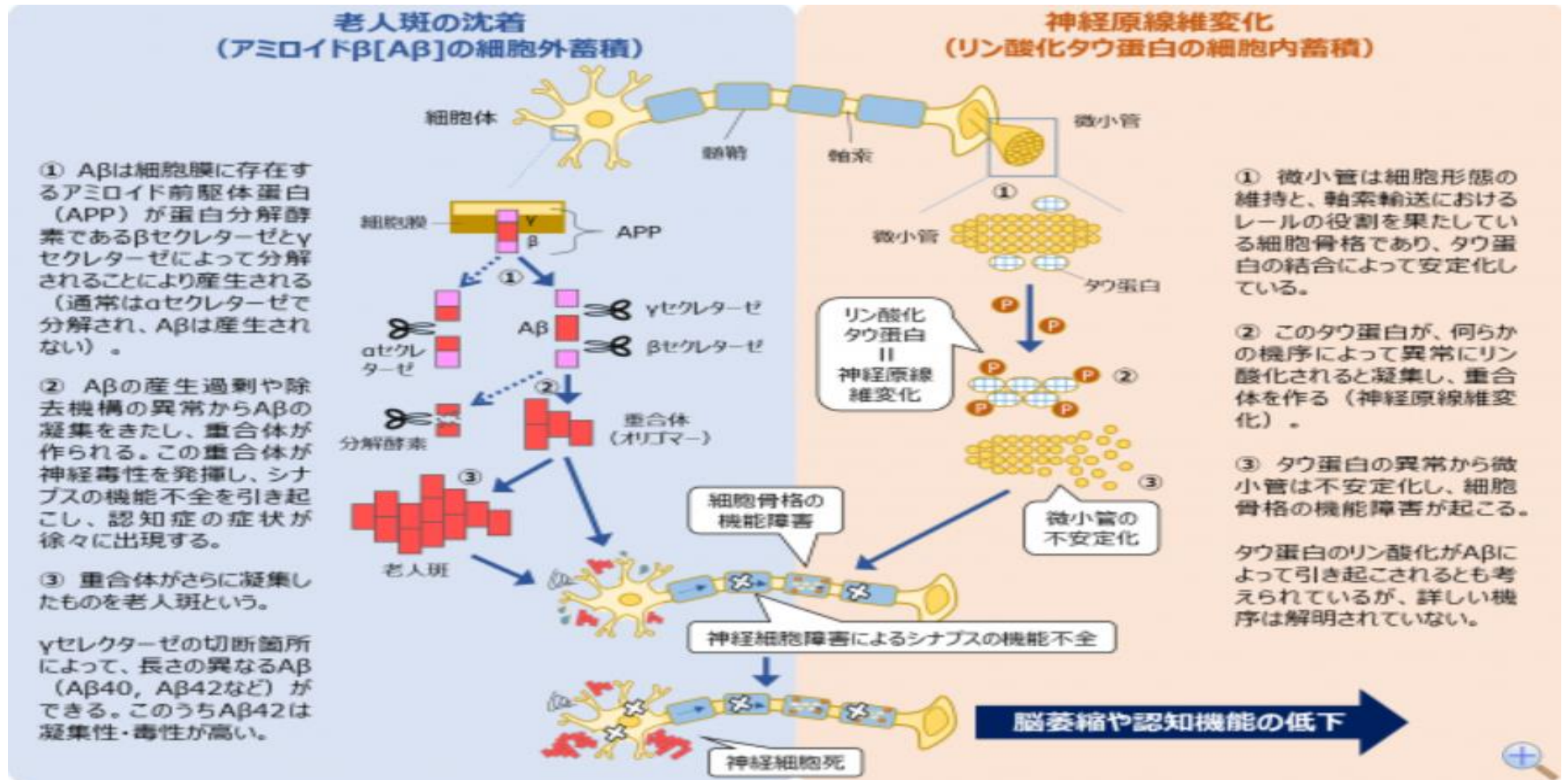
SNRI; Serotonin Noradrenaline Reuptake Inhibitor（セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬）

NaSSA; Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressant（ノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動性抗うつ薬）

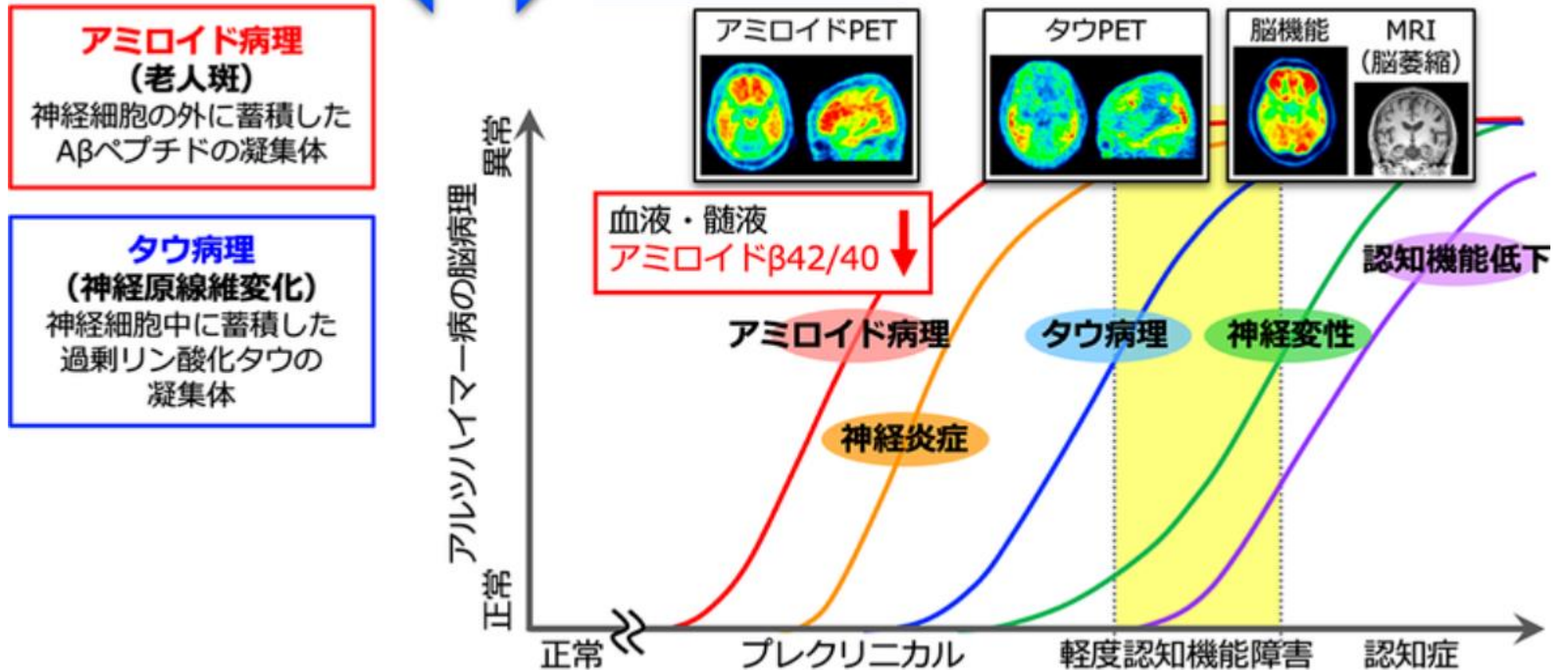
アルツハイマー病発症の仕組み：アミロイドカスケード仮説



アルツハイマー型認知症でみられる神経細胞の変化

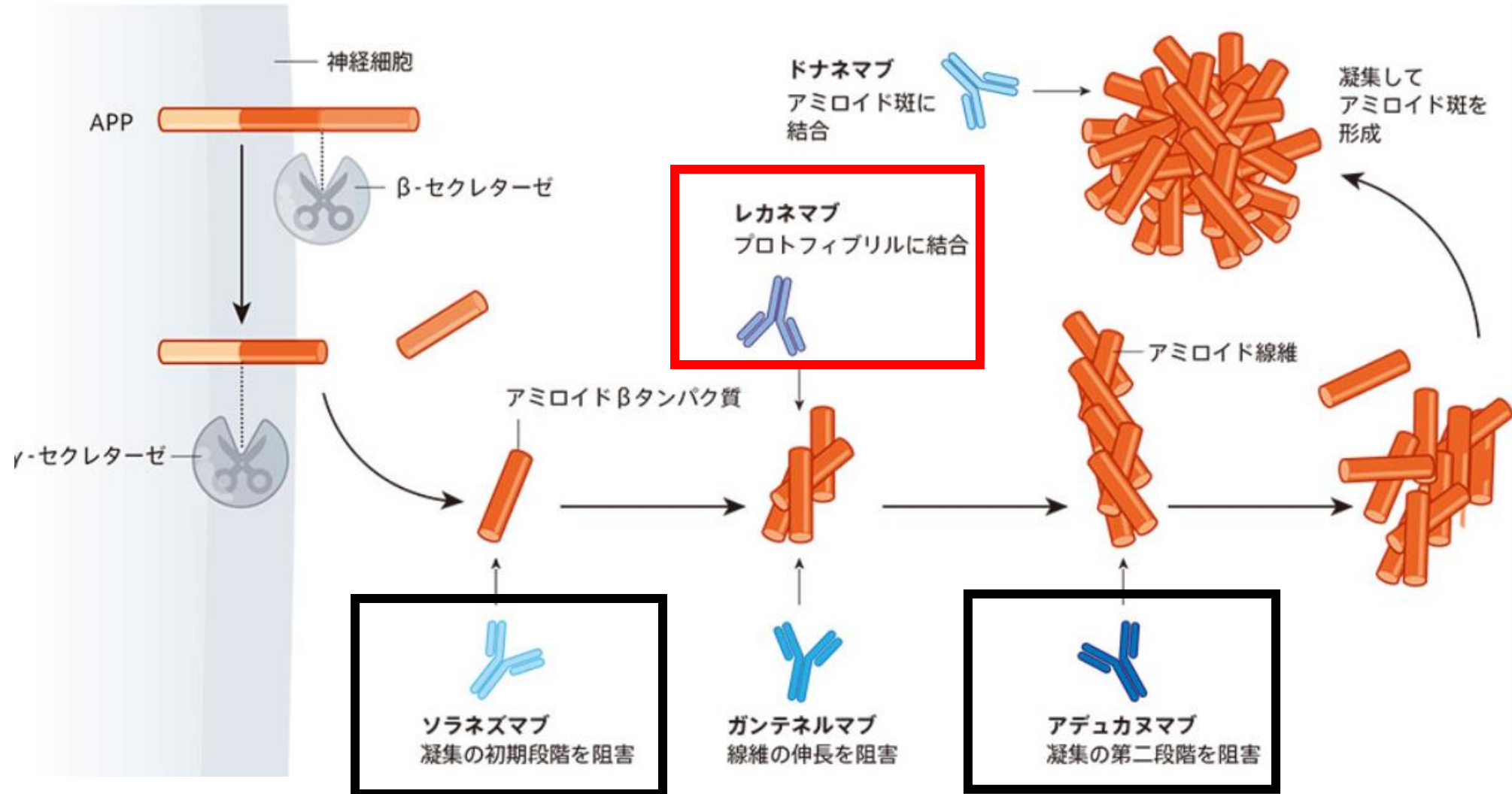


アルツハイマー病における脳病理の変化と臨床症状



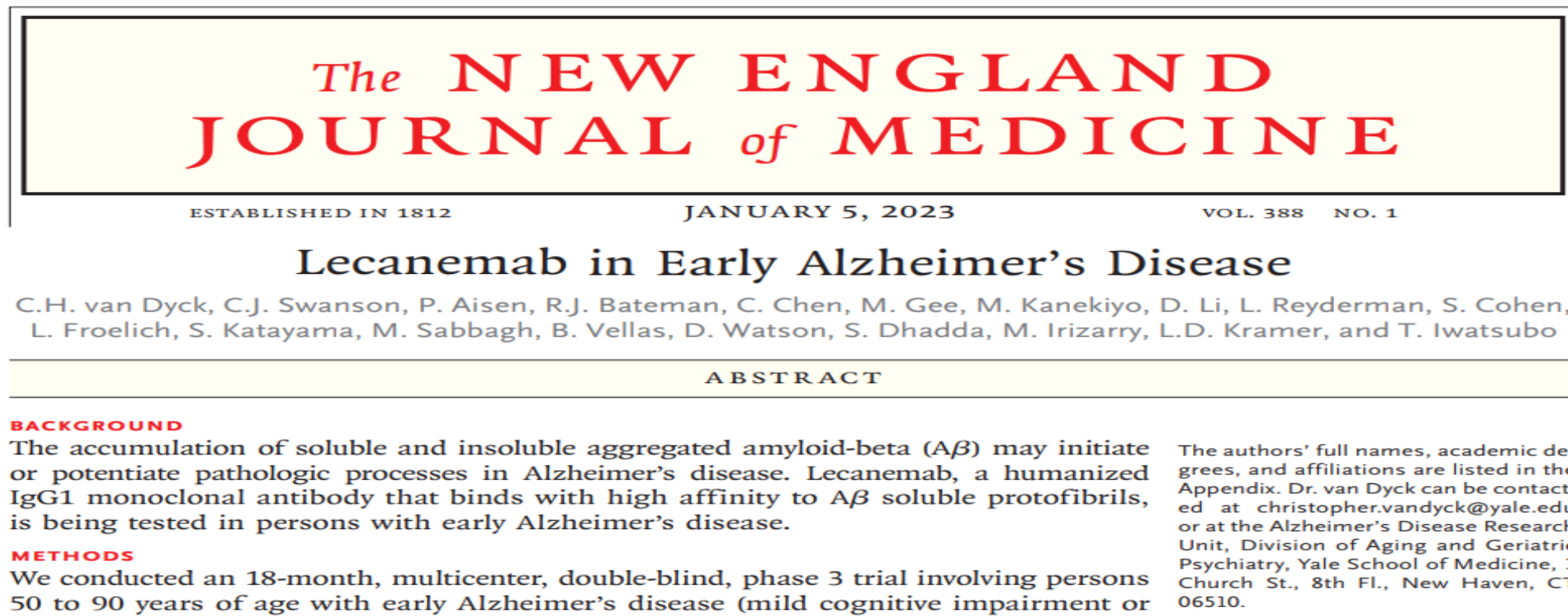
Yu Hirota, Yasufumi Sakakibara, Kyoko Ibaraki, Kimi Takei, Koichi M. Iijima, Michiko Sekiya, "Distinct brain pathologies associated with Alzheimer's disease biomarker-related phospho-tau 181 and phospho-tau 217 in *App* knock-in mouse models of $A\beta$ amyloidosis" *Brain Communications*, 2022, doi: 10.1093/braincomms/fcac286

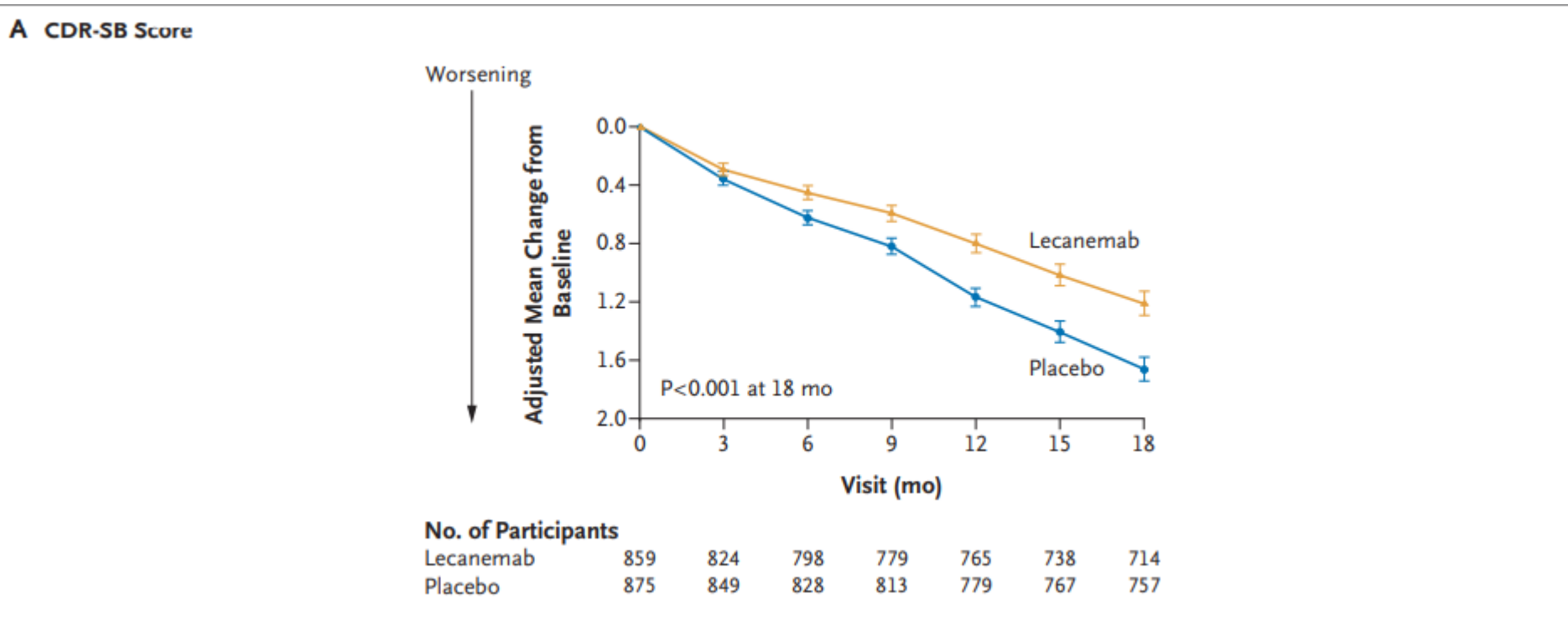
アミロイドβタンパク質に対する抗体医薬品



LEQEMBI™ (レカネマブ)

- 2023年1月6日に、アルツハイマー病治療薬として米国FDAから迅速承認され、日本では1月16日に承認申請。
- Aβ病理が確認されたADによる軽度認知障害または軽度認知症



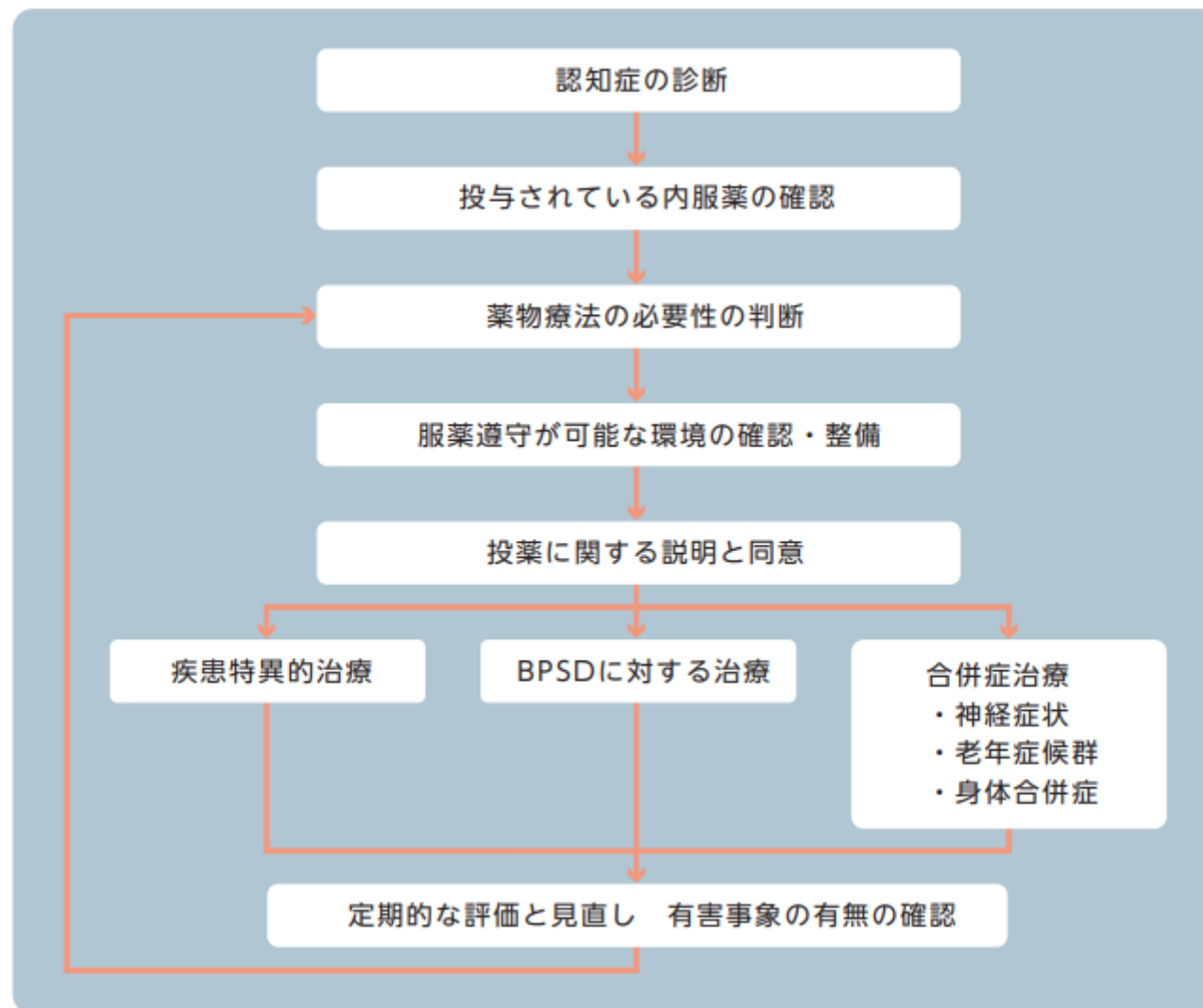


薬の有効性を判断する項目のCDR-SBスコア（記憶、見当識、判断力、問題解決など6項目からなる臨床的認知症重症度判定尺度）の増悪はプラセボ群と比較して27%改善した。

Table 3. Adverse Events.*		
Event	Lecanemab (N = 898)	Placebo (N = 897)
Overall — no. (%)		
Any adverse event	798 (88.9)	735 (81.9)
Adverse event related to lecanemab or placebo†	401 (44.7)	197 (22.0)
Serious adverse event	126 (14.0)	101 (11.3)
Death	6 (0.7)	7 (0.8)
Adverse event leading to discontinuation of the trial agent	62 (6.9)	26 (2.9)
Adverse event that occurred in ≥5% of participants in either group		
Infusion-related reaction	237 (26.4)	66 (7.4)
ARIA with microhemorrhages or hemosiderin deposits	126 (14.0)	69 (7.7)
ARIA-E	113 (12.6)	15 (1.7)

アミロイド関連画像異常（Amyloid Related Imaging Abnormalities; ARIA）として、脳浮腫（ARIA-E）および脳微小出血（ARIA-H）が12.6%（プラセボ1.7%）およびARIA-Hは17.0%（同8.7%）みられた。

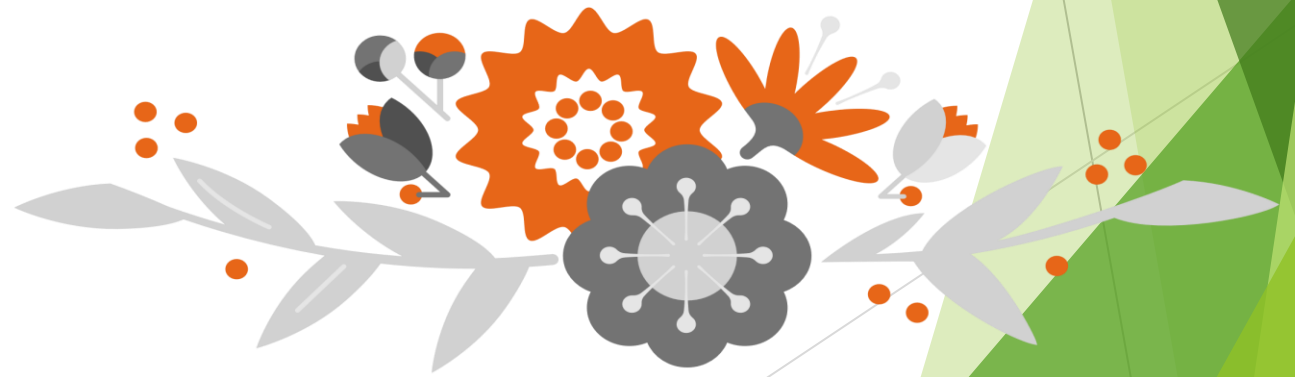
認知症の薬物療法フローチャート



参考文献

- 認知症疾患診療ガイドライン2017 日本神経学会
- 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015 日本老年医学会
- 高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編） 厚生労働省
2018
- 高齢化社会におけるかかりつけ医のための適正処方の手引き
（認知症） 日本医師会
- かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神病薬使用ガイド
ライン（第2版） 認知症に対するかかりつけ医の向精神病薬
使用の適正化に関する調査研究班

退院時情報の必要性和服薬



本人の情報

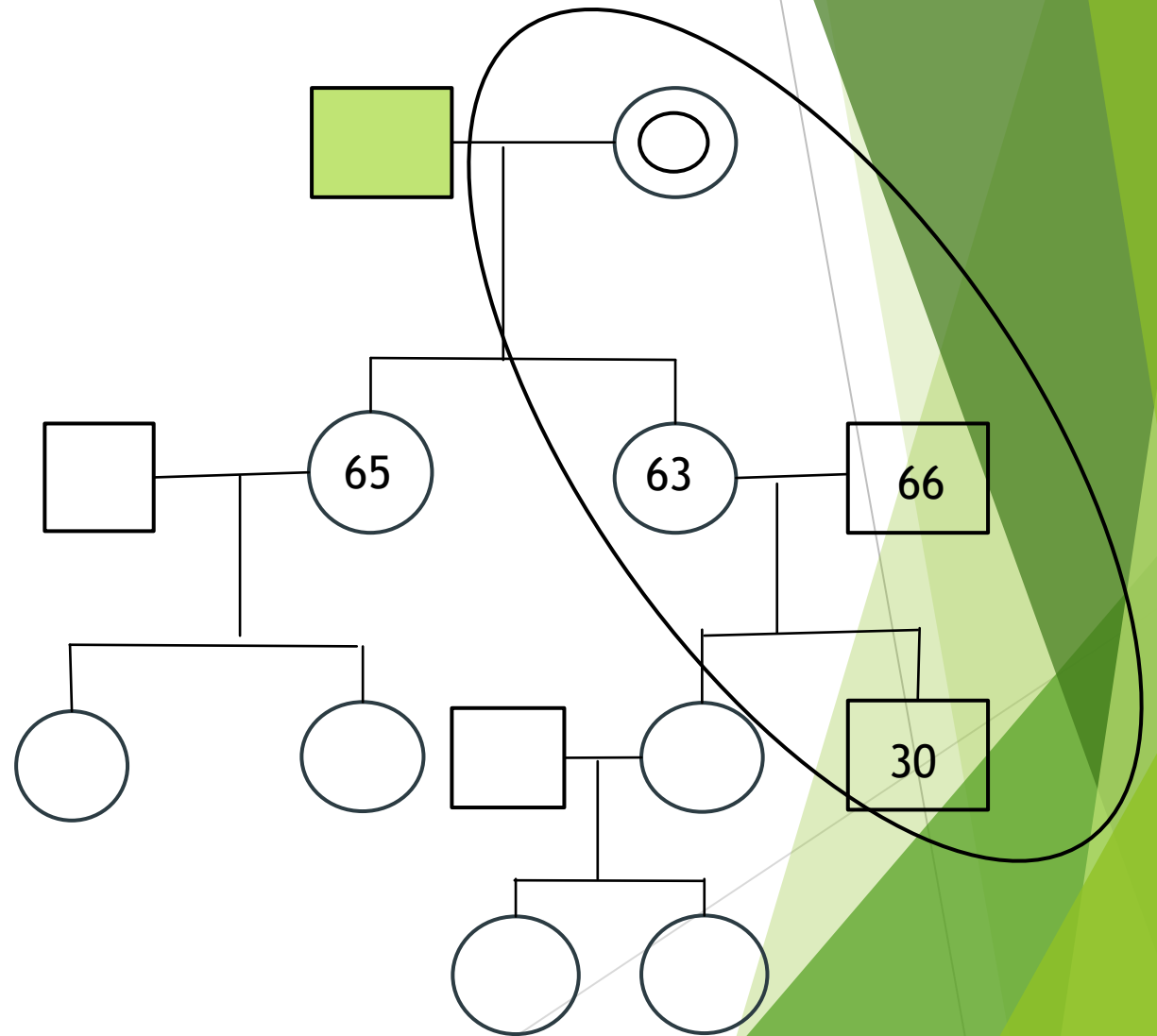
- ・年齢 90歳
- ・女性
- ・要介護1

- ▶ 既往歴：アルツハイマー型認知症
・高血圧・心不全・大腿頸部骨折
・心房細動
- ▶ ADL：室内歩行は問題なし
外出は車いす
食事、排せつは自立
- ▶ 意向：自宅での生活パターンを壊さず
マイペースに暮らしたい。

家族の状況・環境

2世帯住宅の 1階に住む

- 次女一家と暮らす
- 全員就労している
- 次女はパート業務
- 次女の夫や孫は関わっていない
- 家族関係は良好



経緯

**約2年前までは掃除や調理など行えていたが
徐々に認知症が進行。**

**調理などが困難になり次女がおかずなど持っ
ていくようになる。**

**身なりも洋服を何枚も重ね着するようになり
昼間は寝ていることが多くなった。**

昨年9月

**次女帰宅すると苦しそうにしているところを
発見。**

**主治医に相談したところ救急で市内の循環
器病院に搬送するよう指示あり。**

**入院後はコロナ感染拡大時期のために面会
できず2週間が経った。**

入院14日目

急に退院支援看護師より次女に連絡があった。

「せん妄がみられ、物取られ妄想や『夜間人がうろつきまわり気持ち悪い。どうにかしてほしい。』と訴えが出てきている。

心不全の病状は概ね改善してきている、認知症の進行もあり入院が長引く事のリスクが大きい。」と退院を勧められる。

家族の都合により翌日退院。

病院からの情報は主治医への診療情報のみ。

ケアマネには退院前日家族より「病状の回復見られているので明日退院。」と連絡あり。

退院された当日は疲れていたのかふらふらしているので寝かせて様子を見た。

その翌日も次女から「足取り悪くベッドから歩き出す事が出来ない 車いすが必要。」とケアマネに連絡が入る。

**椅子に座らせているが体の保持できない。
声をかけるともうろうとしており会話できない。**

**退院時に渡された薬は3日分で、
一包化されている。**

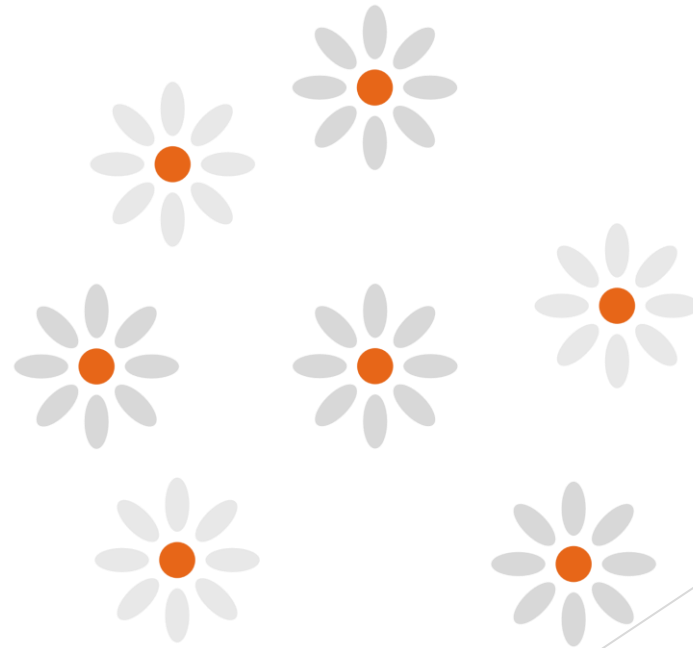
サマリーなどの入院情報なし。

服薬情報 (退院後)

- ▶ ビオスリー配合OD錠 3錠 (朝昼夕各1錠)
- ▶ ビソプルロロールフマル酸塩錠 2錠 (朝夕1錠)
- ▶ ベラパミル塩酸塩錠40mg 2錠 (朝夕1錠)
- ▶ アトルバスタチンOD錠10mg 2錠 (朝夕1錠)
- ▶ ランソプラゾールOD錠15mg 1錠 (朝1錠)
- ▶ フロセミド錠20mg 1錠 (朝1錠)
- ▶ メコバラミン錠 0.5mg 3錠 (朝昼夕各1錠)

退院5日後の状態

- ・心不全の管理
- ・不定愁訴
- ・鬱
- ・せん妄
- ・認知症



検討課題

- ① 医療と連携
- ② 薬剤師との連携
- ③ 訪問看護・精神フォロー

多疾患を抱え認知機能低下のある方へ 退院直後からの支援



本人の情報

①対象者

Bさん67歳

女性

介護保険申請中



②病歴

- 脳幹梗塞左麻痺
- 糖尿病
- 白内障
- 子宮がん全摘50代
- 認知機能低下
(未診断)

③受診状況

- 大学病院の外来受診
内分泌科（糖尿病）
脳神経科（脳幹梗塞
フォロー）

④ADL

左半身麻痺。
移動は伝い移動。
排泄紙パンツ使用。
3日に1回シャワー浴自立。
食事調理は湯煎や電子レンジ使用し、摂取している。

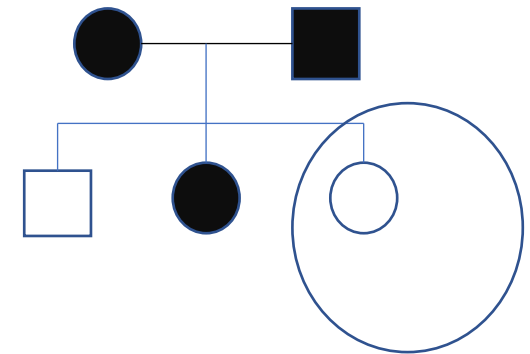
⑤性格

おだやかで話し好き。
こだわりを持つと意思を通す強さもある。友人やお客さんとの交流もあった。連絡してくれる友人がいる

⑥生活歴

50歳までは化粧品の販売と飲食店勤務。
子宮がんや潰瘍性大腸炎など発症。仕事の継続が徐々に困難になる。

⑦家族背景



A病院 MSWの電話相談からはじまる

本人より「糖尿病の加療としてインシュリンが開始になった翌日にこういう状態になった。処方をした大学病院の次回の受診 〇月〇日には退院して受診をしたい。」



主治医は「もう少しリハビリを継続しながら、病状観察して帰ってもらいたい。」

数度の医師の説明にも本人の意思は変わらず



退院許可



1人暮らし・支援者もない・担当生活福祉課ワーカーからはまだ退院させないよう要求

退院はもう決まっているので・・・

支援の経過①

退院日に自宅訪問

- 2DKの自宅内が物であふれている
- 本人が移動する際にも物をまたぎながら玄関まで移動
- 10kg以上体重が減ってやせたとの事
- 玄関先で再訪問の約束し、面談終了



支援経過②

退院3日後訪問

- ・リビングで面談。玄関先、キッチン、部屋、トイレ、浴室、通路、すべてに物があふれている。3回転倒したとのこと
(転倒予防のため生活動線を確認)
- ・起床、食事時間、服薬時間もばらつき、決められた回数も内服できていない
- ・飲みかけのアルコールの瓶が何本も床にある。また、たばこやライターも床やこたつに置いている
- ・食事はレトルトごはんをおかゆにし、レトルトの中華丼やマーボー丼をかけて摂取。飲み込みや咀嚼がしづらさがある

支援経過③

退院6日目

- ・伝い歩きができるように、職員3名で部屋を片づけ、玄関から寝室までの動線を確認
- ・食品の整理、残数の確認
- ・薬の内服状況確認、残薬の確認

服薬情報

- ロスバスタチン錠 5mg 1錠/日
- トラディアンズ配合錠BP 1錠/日
- エナラプリルマレイン酸塩錠5mg 2錠/日
- ミチグリニドCa・OD錠10mg 3錠/日
- ニフェジピンCR錠20mg 2錠/日
- クロピドグレル錠75mg 1錠/日

廃棄ごみの状況

- ・可燃、プラごみ 45L 7袋 アルコール瓶5本
(この時点で室内片付け30%程度)

👉 アルコール瓶10本以上在庫あり

👉 くすり残薬過去3年程度の物が量45L袋1.5袋程度

本人の意向

- 手足の動きを回復させるために機能訓練を早くしたい
- 自分で買い物に行けるようになり、料理をしたい
- キッチンも食品で埋もれているから片付けたい

今後の課題

- 身体機能および認知機能はどうか？
- 状況にあった薬と食事について
- 生活環境を整える アルコール問題
- 判断能力のない人に対する意思決定支援

