

## 症例報告

# チーム医療により在宅医療継続が必要なくなった事例

高瀬義昌<sup>1</sup>, 榊原幹夫<sup>2</sup>, 奥山かおり<sup>1</sup>, 五十嵐中<sup>3</sup>, 水上勝義<sup>4</sup>

<sup>1</sup>(医社) 至高会たかセクリニック, <sup>2</sup>名城大学薬学部病院薬学研究室,

<sup>3</sup>東京大学大学院薬学系研究科・医薬政策学講座, <sup>4</sup>筑波大学大学院人間総合科学研究科

## Examples of Cases Where It Is No Longer Necessary to Continue Home Medical Care by Team Medical Care

Yoshimasa Takase<sup>1</sup>, Mikio Sakakibara<sup>2</sup>, Kaori Okuyama<sup>1</sup>,  
Ataru Igarashi<sup>3</sup> and Katsuyoshi Mizukami<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Medical Corporation Association Sikoukai Takase Clinic,

<sup>2</sup>Laboratory of Clinical Pharmacy and Health Care Management, Faculty of Pharmacy, Meijo University,

<sup>3</sup>Department of Drug Policy and Management, Graduate School of Pharmaceutical Sciences,  
The University of Tokyo,

<sup>4</sup>Graduate School of Comprehensive Human Sciences University of Tsukuba

Received, October 21, 2017; Accepted, June 14, 2018

### Abstract

For elderly persons who started home medical care, prescriptions were reviewed from the viewpoint of proper use, and support was provided through interprofessional collaboration. The patient was a 79-year-old woman with gait disturbance, bath refusal, depression, sleep disorder, and behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD), but conversation increased as the eating habits improved and mental state stabilized, making gait possible. Family support was also a key for amelioration. Intervention resulted in improved quality of life (QOL) and outpatient treatment became possible following home medical care. In order switch from home medical care to outpatient care, it is also important for each person (e.g., pharmacists, nurses, caregivers, nursing care support counselors) to participate as a member of a medical team to quickly sense changes and share information among with the key persons in medical care/nursing care in community-based integrated care system, or the primary care physician.

**Key words** : home medical care, interprofessional, primary care physician

### 緒 言

在宅医療は外来患者の継続的医療であり、それが終末期まで続くもので、薬物療法に困難を抱えた患者や家族に対して最期まで責任を持って診るという代表的な診療形態の1つである。超高齢社会の日本において、地域包括ケアシステムの構築が推進され、そのなかで在宅医療の重要性が増してきている。その理由として併存疾患が多い高齢者の薬物治療における「多剤処方の問題」がある。いくつかの外来を受診する患者は処方薬剤数が増えていく傾向にあるが、6剤以上を服用する患者では医薬品有害反応 (Adverse Drug Reaction) の発生が高いとの報告<sup>1)</sup>がある。医薬品有害反応は、患者のQOLを低下させ、その対策のために医療・介護費が必要となる。薬物療法に関わる患者のQOLの低下には患者あるいは

介護家族の要因も挙げられる。すなわち「服薬の理解が困難」、「薬剤管理が困難」、「嚥下機能の低下」など薬物療法に関連した困難を抱える在宅患者と、その家族のQOLを向上させる取り組み<sup>2)</sup>が必要になると考えられる。しかし、かかりつけ医のみで薬物療法に関する種々の問題を解決することは難しい。特に薬剤師は多職種が連携・協働して得た情報を集約し、その専門性を発揮しかかりつけ医に最適な処方提案をすることで問題解決の糸口を探ることも求められる。

今回、在宅医療で処方を見直し、薬を削減した結果、QOL、基本的な生活動作 (ADL) が改善し、在宅医療継続の必要性がなくなった症例を経験した。在宅医療のニーズが増すなかで、示唆に富んだ症例と考えられるため報告する。

## 対象および方法

対象は、在宅医療を実施している都内 T クリニック（東京）の医師が訪問診療を開始した患者である。訪問開始時と訪問開始3カ月後に、同行した看護担当者より患者に QOL, ADL に関する調査を行った。QOL は、健康関連 QOL を測定するために開発された包括的な評価尺度 (EQ-5D-5L)<sup>3)</sup> で調査をした。EQ-5D-5L 評価表では、回答結果をもとに「完全な健康 = 1」, 「死亡 = 0」と基準化された健康状態のスコアを算出した。ADL は、Barthel Index<sup>4)</sup> を用いて調査した。Barthel Index は、食事・移乗など 10 項目で構成され、各項目を自立度に応じて 15 点・10 点・5 点・0 点と評価し、合計 100 点満点で評価した。さらに、開始時と 3 カ月後の薬剤数についても調査した。

## 倫理的配慮

初診時に、患者および介護者に対し、本調査の目的および内容を文書にて十分に説明し、患者および介護者の自発的な意思による同意を文書で得た。なお、本研究は、NPO 医薬品適正使用推進機構の倫理委員会より承認を得た。

## 症例報告

症例：78 歳女性

診断名：アルツハイマー型認知症、不安発作（不安神経症）、不眠症、抑うつ状態、骨粗鬆症、過活動性膀胱

要介護：5

処方薬剤数：訪問診療前 6 種類、3 カ月後 5 種類（図 1）

経過：施設を退去し在宅療養が開始されたが、歩行困難であったため訪問診療を開始した。当初入浴拒否、抑うつ、睡眠障害などを認めたため、家族に

ミノドロン酸水和物錠 50mg	起床時	1錠
エルデカシトールカプセル 0.75μg	朝食後	1C
酸化マグネシウム錠 330mg	朝夕食後	2錠
アセトアミノフェン錠 200mg	毎食後	6錠
ゾルピデム酒石酸塩錠 5mg	寝る前	1錠
エチゾラム錠 0.5mg	寝る前	1錠
↓		
デノスマブ（遺伝子組換え）注 60mg シリンジ	半年に 1 回	
エスシタロプラムシュウ酸塩錠 10mg	夕食後	1錠
酸化マグネシウム錠 330mg	朝夕食後	2錠
トラゾドン塩酸塩錠 25mg	昼夕食後	2錠
メマンチン錠 10mg	夕食後	1錠

図 1 訪問診療介入前後の処方薬剤

歩行困難、入浴拒否、抑うつ、睡眠障害などがあつたが、食思不振が改善し精神状態が安定したことで会話が增え、歩行可能となった。また、家族支援が改善のきっかけとなった。

に対する介護のアドバイスをを行うとともに、ゾルピデム酒石酸塩 5mg, エチゾラム 0.5mg からエスシタロプラムシュウ酸塩 10mg, トラゾドン塩酸塩 50mg へ変更した。その後、食欲不振や BPSD が改善し、会話が增え、歩行も可能となった。最終処方薬は、エスシタロプラムシュウ酸塩 10mg, トラゾドン塩酸塩 50mg, メマンチン 10mg, デノスマブ注 60mg, 酸化マグネシウム 660mg である。

## 調査結果

訪問開始時と訪問開始 3 カ月後に QOL, ADL に関する調査結果は、QOL は、0.141 から 0.547 となり、差が 0.406 あり臨床上で QOL の改善<sup>5)</sup> もあつた。ADL は、10 から 60 となり差が 50 あり食事、車椅子・ベッド間の移乗、トイレ動作、水平面の歩行・車椅子の移動、階段昇降の項目が上昇した。その後、在宅医療の必要がなくなり通院となった。

## 考 察

処方薬の見直し、服薬回数の減少、在宅ケア、家族支援により QOL, ADL が上昇を示した。その結果、在宅医療の必要がなくなり、外来診療へ移行した。本結果は、医薬品使用の適正化と介護の最適化を行いながら、より精緻な診断と治療のアプローチによって QOL や ADL が向上すれば在宅医療の継続以外の選択肢もあり得ることを示している。

患者は、「食べられない」、「歩けない」、「認知機能低下」が認められていることがほとんどだが、医薬品使用と介護の最適化を行いながら食欲や歩行状態のコントロールをしていくと食思不振や歩行困難等の症状が改善され、同時に認知機能の改善も見られることが散見される。

症例ではベンゾジアゼピン受容体作動薬を中止し、トラゾドンと SSRI のエスシタロプラムに変更したことで症状が改善した。ベンゾジアゼピン受容体作動薬は認知症機能の悪化、転倒、骨折、せん妄のリスクが報告されている<sup>6)</sup>。元来、認知症や骨粗鬆症があり、移動に介助が必要なケースだったが、ベンゾジアゼピン系薬剤の中止によって歩行が改善し介護負担を減らす一助となった。服用時期は、認知症の不安症状、夕暮れ症候群のコントロールのために 1 回目を昼食後、2 回目は服薬コンプライアンス改善と介護負担軽減のために他の薬剤と服用時期を合わせ、夕食後とした。また、骨粗鬆症に対しミノドロン酸とエルデカシトールが投与されていた。特にビスホスホネート系薬剤は服薬方法が複雑なため、認知機能が低下している患者は服薬コンプライアンスが低下しやすく、服薬介助に手間がかかることがある。ビス

ホスホネート系薬剤とビタミンD<sub>3</sub>薬をデノスマブ注の半年1回の投与に変更することで減薬が可能となり、服薬の手間が省けただけでなく在宅医療における骨粗鬆症治療の継続が容易となった。胸椎圧迫骨折および骨盤骨折により強い疼痛を訴えていたためアセトアミノフェンを処方していたが、経時的な自然軽快に加え、訪問リハビリテーションの定期的実施による筋力強化の結果、症状が緩和したため中止した。

NMDA受容体拮抗薬のメマンチンは抗認知症薬であるが、BPSDに対して効果が報告されている。ただしメマンチンはめまい、ふらつき、便秘、傾眠の発現リスクがあり、特に腎機能障害を有する患者においては有害作用が生じやすい。これらの点に注意しながら投薬を継続したが、本例では幸い有害事象は認めなかった。

受診前、骨折を2回繰り返しており、家族は強い不安を訴えていたため、上記薬剤による転倒リスク回避、骨粗鬆症治療の継続に加え、訪問リハビリテーションを実施したところ、3カ月後に歩行が可能となった。家族に対しても家族自身の不安の軽減に努めるとともに、ユマニチュード関連書籍・DVDの紹介などによる認知症ケアについての理解促進を図った。易怒性が緩和し、本人の笑顔が増え、家族の精神的負担が軽減した。

処方見直し時の体調の確認は、看護師や介護福祉士からの報告が有用であった。在宅では、服薬管理は患者自身または家族に委ねられるが、患者や介護家族が高齢の場合、理解力が低下し、適切な薬物投与が遵守されていない頻度が高くなる。患者や介護者に対し、薬剤師や看護師等と連携しながら服薬自立に向けた支援を提供すること<sup>7)</sup>も必要である。

薬局薬剤師は、現時点においてはまだまだ十分に機能しているとはいえない。今後は、急増する認知症高齢者のケア、骨粗鬆症治療、骨折等整形外科的疾患の予防・治療に対して大きな役割が期待されている。具体的には、注射薬も含めての剤型の提案、サプリメントの提案、歯科医師との連携の提案などがある。また、抗認知症薬の症状と時機にあわせた処方提案を期待したい。

医療・介護連携のキーパーソンであるかかりつけ医を中心とした在宅医療への取り組み強化は、今後の超高齢社会において重要な課題である。市町村の行う地域包括ケアシステムにおいては、かかりつけ医を中心とした関係職種とのネットワークを構築し、双方向の連絡・連携体制を築き、多角的視点をもとに諸問題の対応していくことが大切である。

QOL向上のためには、医薬品使用の最適化、介護の最適化を同時にバランスよく対応する必要がある。かかりつけ医を中心とした薬剤師、看護師、介護福祉士や介護支援相談員などの各専門職がいち早く変化を察知し多職種間で情報共有することで、変化に応じた治療とケア

の提供を行うことが可能となる。

在宅医療は外来患者の継続的医療でもあり、それが終末期まで続くもので、最期まで責任を持って診るという代表的な診療形態の1つである。しかし、世界に類をみない超高齢社会の日本では、すべての人々を在宅で診ることは不可能に近い。かかりつけ医の重要な役割として、患者の生活機能の維持、向上をマネジメントし、暮らしの場でQOL向上支援に関与することが求められている。

かかりつけ医を中心とした多職種の介入により在宅医療の必要がなくなり高齢者が外来診療に戻れる可能性を今回示した。しかし、その後も高齢者が安心して住み慣れた地域で生活を継続するためには、外来主治医と多職種の協働による継続的支援がより重要となる。患者のQOLが向上すると、薬剤師、看護師、介護福祉士や介護支援相談員などの各専門職の業務も軽減される。今後、急速な超高齢社会に伴う在宅医療推進の一方で、業務や医療費の大幅な効率化も検討課題となってくるだろう。地域や時代のニーズに応え持続可能な医療制度の確立が重要であると考えられる。QOLが向上し在宅医療から外来医療に移行した際の各専門職への評価も必要と思われる。成功報酬のような評価があれば、QOL向上への目的意識が高まる可能性もあり、医療保険制度における評価の仕組みの構築を期待したい。

## 利益相反

本論文に関して、開示すべき利益相反状態は存在しない。

## 引用文献

- 1) 日本老年医学会・日本医療研究開発機構研究費・高齢者の薬物治療の安全性に関する研究研究班：高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015，メジカルビュー社，東京，2015，p8-9.
- 2) 高瀬義昌，笹田美和，榊原幹夫，五十嵐中，亀井浩行，鍋島俊隆ほか，高齢者において処方薬の削減によりQOLが上昇した事例，老年精神医学雑誌，2014，25，1388-1393.
- 3) 池田俊也，白岩健，五十嵐中，能登真一，福田敬，齋藤信也ほか，日本語版EQ-5D-5Lにおけるスコアリング法の開発，保健医療科学，2015，64，47-55.
- 4) 日本老年医学会：健康長寿診療ハンドブック，日本老年医学会，東京，2011，p139.
- 5) Walters SJ, Brazier JE. Comparison of the minimally important difference for two health state utility measures EQ-5D and SF-6D. *Qual Life Res*. 2005; 14, 1523-1532.
- 6) Gray SL, LaCroix AZ, Hanlon JT, Penninx BW, Blough DK, Leveille SG et al. Benzodiazepine use and physical disability in community-dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2006; 54, 224-230.
- 7) 厚生労働省：厚生労働省医政局長通知（医政初0430第1号），医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について，p2-3，<<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/05/dl/s0512-6h.pdf>>. cited 5 June, 2018.