

地域包括支援センターを活用して在宅退院へ誘導した脳梗塞の1例

病歴要約番号 0000022803-000 領域 総合内科Ⅱ（高齢者）

患者の施設名 ○△■病院

患者ID	012345678	受持時患者年齢	78歳	性別	女性
受持期間	自 2016/07/05	受持期間	至 2016/08/28		
入院日	2016/07/05	退院日	2018/08/28		
転 帰：	<input type="checkbox"/> 治癒	<input checked="" type="checkbox"/> 軽快	<input type="checkbox"/> 不変		
	<input type="checkbox"/> 転科：手術あり	<input type="checkbox"/> 転科：手術なし	<input type="checkbox"/> 転科：手術あり（外科紹介症例）		
	<input type="checkbox"/> 死亡：剖検あり	<input type="checkbox"/> 死亡：剖検なし	<input type="checkbox"/> 死亡：剖検あり（剖検症例）		
フォローアップ：	<input checked="" type="checkbox"/> 外来で	<input type="checkbox"/> 他医へ依頼	<input type="checkbox"/> 転院		

### 確定診断名

- #1(主病名) 右中大脳動脈領域アテローム血栓性脳梗塞
- #2(副病名1) 誤嚥性肺炎
- #3(副病名2)
- #4(その他の副病名)

【主訴】 歩行困難

【既往歴】 肺結核；30歳代。62歳より高血圧治療中。

【社会生活歴】 年金生活者，元教員。独身・独居。

【家族歴】 父；心筋梗塞。母；高血圧。兄；肺癌。

【病歴】 2016年4月8日自宅で歩行困難となり動けなくなっている状態で，訪問した近所の知人に発見され救急車でA医療センターに搬入された。頭部MRIで脳梗塞と診断され，同院脳外科に入院した。薬物療法を施行し，リハビリテーション開始したが，誤嚥性肺炎を合併した。脳梗塞急性期治療は終了し，誤嚥性肺炎合併によるリハビリテーションの長期化が予想され，高血圧で通院していた自宅近くの当院に転院となる。

【主な入院時現症】 身長 148.5 cm，体重 42.2 kg。体温 36.3℃。脈拍 68/分，整。血圧 132/88 mmHg。

結膜：貧血・黄疸はない。

胸部聴診：心音正常，心雑音はない。呼吸音正常。腹部：平坦で、圧痛はない。血管雑音はない。左片麻痺（MMT上肢下肢とも4/5）。

【主要な検査所見】 血液所見；赤血球 399万/ $\mu$ L，Hb 13.9 g/dL，Ht 40.5%，白血球 4,300/ $\mu$ L，血小板 18.7万/ $\mu$ L。

血液生化学所見；TP 5.8 g/dL，Alb 4.0 g/dL，AST 24 IU/L，ALT 26 IU/L，LD 206 IU/L，ALP 299 IU/L， $\gamma$ -GTP 25 IU/L，CK 85 IU/L，BUN 16.0 mg/dL，Cr 0.98 mg/dL，尿酸 4.0 mg/dL，空腹時血糖 94 mg/dL，総コレステロール 178 mg/dL，トリグリセリド 124 mg/dL，HDLコレステロール 42 mg/dL，Na 144 mEq/L，K 5.2 mEq/L，Cl 108 mEq/L。CRP 0.2 mg/dL。

心電図：正常洞調律，左室肥大。

頸動脈超音波：内頸動脈に狭窄所見はない。プラークスコア8.0（中等度動脈硬化）。



居宅介護支援事業所との連携により在宅で看取った一例

病歴要約番号 0000022804-000 領域 総合内科Ⅱ（高齢者）

患者の施設名 ○△■病院

患者ID	0987654321	受持時患者年齢	92歳	性別	男性
受持期間 自	1997/06/01	受持期間 至	2017/06/18		
初診日	1997/06/01	最終診察日	2017/06/18		
転 帰：	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 軽快	<input type="checkbox"/> 不変		
	<input type="checkbox"/> 転科：手術あり	<input type="checkbox"/> 転科：手術なし	<input type="checkbox"/> 転科：手術あり（外科紹介症例）		
	<input type="checkbox"/> 死亡：剖検あり	<input checked="" type="checkbox"/> 死亡：剖検なし	<input type="checkbox"/> 死亡：剖検あり（剖検症例）		
フォローアップ：	<input type="checkbox"/> 外来で	<input type="checkbox"/> 他医へ依頼	<input type="checkbox"/> 転院		

### 確定診断名

- #1(主病名) 認知症
- #2(副病名1) 誤嚥性肺炎
- #3(副病名2)
- #4(その他の副病名)

【主訴】 咳嗽・喀痰

【既往歴】 70歳時 高血圧症、72歳時 糖尿病、86歳時 認知症。

【社会生活歴】 60歳まで会社員、その後嘱託を5年間、以後自宅で小規模農家。

【家族歴】 妻（認知症：要介護2）、息子（遠方在住）、娘（同じ市内に在住するも夫両親と同居）。

【病歴】 70歳時から高血圧症のため当院外来に通院していた。72歳時には初めて糖尿病を指摘されたが、HbA1c 6.3%程度であり、食事・運動療法などで様子を見ていた。その後、徐々にADLが低下してきたことなどもあり84歳時から訪問診療を受けるようになった。また介護保険は夫婦で利用しており、現在の区分は要介護2である。妻の区分も要介護2で、訪問看護、訪問診療などのサービスを受けている。3年前に誤嚥性肺炎で入院加療した際、退院に際し、近隣で24時間訪問看護を実施している居宅介護支援事業所と連携し、ケアマネージャーとも相談の上、訪問看護を週に2回、訪問入浴サービスを週に1回、そして訪問診療を月に1回行うこととした。退院後、状態は小康状態を維持していた。今年の春頃から食事後に咳き込んでいることが多くなり、摂食量が少なくなってきた。夏頃から時々、発熱を繰り返し、喀痰も多くなってきた。10月中旬から摂食量が大幅に減少し、夕方になると38℃を超える発熱が見られるようになったため訪問看護師からの助言もあり、往診を依頼した。

【主な入院時現症】 身長 161 cm、体重 48.1 kg。体温 38.1℃。脈拍 92 bpm。血圧 98/40 mmHg。長谷川式知能評価スケール：17点。眼瞼結膜に貧血はなく、眼球結膜に黄疸はない。口腔：軽度の乾燥を認める。また、口腔には食物残渣がやや残っている。胸部：右肺で吸気時ラ音を聴取する。腹部：平坦、軟で、圧痛はない。血管雑音はない。四肢：浮腫はない。

【主要な検査所見】 血液所見；赤血球 320万/ $\mu$ L、Hb 9.8 g/dL、Ht 29.4%、白血球 9,610/ $\mu$ L、血小板 27万/ $\mu$ L。血液生化学所見；TP 6.7 g/dL、Alb 3.1 g/dL、総ビリルビン 0.7 mg/dL、AST 11 IU/L、ALT 14 IU/L、BUN 24 mg/dL、Cr 1.28 mg/dL、尿酸 5.1 mg/dL、トリグリセリド 85 mg/dL、HDLコレステロール 45 mg/dL、LDLコレステロール 81 mg/dL、Na 129

mEq/L、K 4.1 mEq/L、Cl 98 mEq/L. CRP 12.4 mg/dL. <動脈血ガス分析（自発呼吸、room air）> ; pH 7.339、PaCO<sub>2</sub> 33.2 Torr、PaO<sub>2</sub> 65.1 Torr、HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 20.1 mEq/L、SaO<sub>2</sub> 91%.

---

### 【プロブレムリスト】

#1. 誤嚥性肺炎 #2. 認知症 #3. 高血圧・糖尿病 #4. 妻と同居（介護者は認知症を有する妻）

---

**【入院後経過と考察】** #1. 往診時の診察所見では右肺に湿性ラ音を聴取した。経過から、誤嚥性肺炎を考えた。入院加療も勧めたが、家族（妻と娘）、ケアマネージャーとも相談の上、在宅で診ていくこととした。第10病日には更に経口摂取も難しくなってきたため、細胞外液を中心に補液を行った。訪問看護師からの情報や家族の求めに応じて、第13病日にも往診を行った。この際には脈拍 98 bpm、血圧 90/42 mmHg、呼吸数 20/分、SaO<sub>2</sub> 92%（room air）であり、様子を見ることとした。翌日午前7時過ぎに家族から呼吸が止まっているようだとの連絡が入ったため再び往診し、午前7時40分に妻と娘が同席の下で死亡を確認した。#2. 認知症については長谷川式知能評価スケールで17点と低下を認めたが、その事で大きな臨床上の問題点はなかった。また本人の意志としてハッキリと示されたものはなかったが、「周囲に迷惑をかけたくない」と常々言っていたとのことである。#3. 高血圧・糖尿病に関してはずっと内服薬を継続してきたが、10月に入ってからは内服を中止していた。#4. 認知症の妻も介護保険の要介護2であり、一緒に在宅サービスを受けてきていた。娘は同一市内在住であり、主たる意志決定者、息子は遠方に在住であり、たまに帰省するのみである。

### 【退院時処方】

**【総合考察】** 高齢化の進展が著しい我が国の現状から考えて、在宅医療の必要性は近年増加している。殊に高齢者単独、あるいは高齢者のみの二世帯の場合には、その介護力の低下も相俟って極めて難しい舵取りを迫られる。そのような中で、地域医療に関わろうとする医師は医療のみならず、介護や福祉の現場と十分にコミュニケーションを図りながら連携をとることが求められている。つまり地域医療の視点が求められている。地域医療の視点とは医学の視点が個人から臓器へ、そしてさらには細胞レベル、分子レベルへと詳細な方向で向かっていくのに対して、個人から、人、そして人が集まる家族などの集団、組織、そして人々が暮らす地域へと向かう視点である（地域医療テキスト、2009、20、医学書院）。地域医療における医師の役割は高齢者の疾病治療だけでなく、多様性をもつ高齢者への個別的対応を求められるという点である。医学モデルの考え方のみならず、様々な医療職からなる多職種連携チームのリーダーとしてカンファレンス型の合意形成を行い、その中から方針を決定していく生活モデルを基盤とした考え方を理解・実践していくこと、即ちコーディネーター能力が求められる。本症例では92歳の夫婦二人暮らしをしている認知症を持つ高齢者が、誤嚥性肺炎を発症し、その経過を診たものである。高齢者ゆえに有する問題点として夫婦共に軽度の認知症を有する点、同居者が配偶者のみであるという点、子供がいずれも同居しておらず、親を常時見ることのできない点などがあった。本症例ではそのような状況の中で、最終的に患者自身の決定権も勘案しつつ、家族への配慮も含め十分に対応ができたのではないかと思われる。

---

専攻医 所属施設名：○△■病院

専攻医： 内科 太郎

担当指導医： 日内 花子

---