

認知症などでインスリン療法の継続が困難な患者における、回数の減量や、

インスリン離脱し内服への変更例の検討

篠田和明（港南台内科クリニック） 千場純（三輪医院）

昨今、インスリン加療が以前に比べて容易に導入できるようになり、糖尿病コントロールが容易になった。しかし高齢化にともない、インスリン治療を継続したままで、在宅医療に移行する患者が毎年増えている。そのなかには認知症を発症して、今までインスリンができていた方が困難になることが増加している。そういう症例に対し、インスリン回数の減量、内服に移行してインスリン中止できた経験を報告する。

症例1 81歳の女性 認知症あり

強化インスリン（1日インスリン4回打ち）のままグループホーム入所、主治医の精神科クリニックより依頼あり加療開始、入所時、アスパルト 12-8-10 グラルギン眠前8単位でHbA1c10.9% しかし食前血糖97でありA1cと血糖に解離あり、独居であった際はきちんと打てていなかったものが施設入所を機にきちんと打つようになり血糖が改善していると考え、インスリンの減量可能と判断した。DPP4阻害薬の追加、電話再診も駆使して、3ヶ月でインスリン離脱、現在もA1c7前半で安定している

症例2 84歳の女性 認知症あり、独居

2007年初診時、A1c9.5 強化インスリン療法 インスリン ヒト（遺伝子組換え）R12-8-8-0 インスリン ヒト（遺伝子組換え）N0-0-0-14にて引き継ぐ。インスリンの種類を変更していき、徐々に単位数を減量、2009年より認知症が顕著になり、家族の負担を減らすためインスリンの回数を減らす方向へ、
インスリン ヒト（遺伝子組換え）R→アスパルト
インスリン ヒト（遺伝子組換え）N→デテミル→デグルデク

また途中DPP4阻害薬であるシタグリプチンも使用して、最終的には2013年にインスリン、デグルデク朝8単位+GLP1製剤リキセナチド（シタグリプチンは中止）の組みあわせにて、家族が朝～昼の間に1度訪問し打ちに来るだけでコントロールできている。

考察

インスリン治療のまま在宅や認知症等になりインスリン困難になる方に対し、現在糖尿病治療は、毎年すぐれた内服薬やインスリン、GLP1製剤が続々と出ており、それをうまく利用することにより、インスリンの離脱や、離脱ができないとしても、1日の回数を減らし、家族やスタッフが打てる時間にまとめるなど工夫をして、さらに低血糖リスク軽減が可能になり、本人、介護者、スタッフの負担を減らせることができるかもしれない。困った症例は糖尿病を専門としている医師に相談してみしてほしい。