

在宅ケアネットワーク古河会報 第 21 号 2017 年

6 月

〒306-0044 古河市新久田 271-1 古河福祉の森診療所内 在宅ケアネットワーク古河事務局

電話: 0280-48-6521 Fax: 0280-48-6627 E-mail: eiichi.akaogi@city.ibaraki-koga.lg.jp

平成 29 年度総会および第 1 回定例会報告

1. 平成 29 年度総会

4 月 4 日古河福祉の森会館で開催しました。

今年度も、偶数月の第 1 火曜日夜に定例のケース検討を続けます。また、10 月は市民フォーラムの開催月になります。今年度は、シルバーリハビリ体操の創始者である茨城県立健康プラザの管理者大田仁史先生に来ていただくことになりました。10 月 5 日平日の午後の開催で、「介護予防のための高齢者の自主活動＝シルバーリハビリ体操（仮題）」をテーマにします。

2. 第 1 回定例会（平成 28 年度検討ケースの振り返り）

総会に引き続き、第 1 回定例会を行いました。一昨年から、第 1 回定例会は前年度検討ケースの振り返りです。以下に、概要を記します。

29 年度年会費

納入をお願いします！
郵便払込でお送り下さい
（振込先は最終ページ）

<平成 28 年度第 2 回定例会（6 月 7 日友愛記念病院にて。参加者 47 名）>

1. 胸腹水貯留を乗り切り年余の在宅介護を精神疾患の息子が続けた認知症のケース

福祉の森診療所 赤荻栄一

ウェルシア介護事業部 岡安静枝

訪問看護ステーションたんぽぽ 石向順子

90 歳（訪問開始時）女性 慢性心不全、アルツハイマー型認知症 要介護度：5 主介護者：次男 62 歳 家族構成：次男と二人暮らし 本人の希望：家にいたい 家族の希望：自分（次男）が最期まで介護したい

（経過）腹水に続いて胸水の貯留を認め、卵巣がん腫瘍マーカーの CA125 が 500 を超えていたため卵巣がんを診断したが、統合失調症を持つ次男の手厚い介護によってしだいに胸水が減り、その後腹水も減少。翌年には腫瘍マーカーも 100 以下に低下した。この後、介護を頑張る次男のために毎週の訪問を訪問看護とともに続けた。訪問看護は、次男の深夜の度重なるさまざまな訴えに丁寧に答え指導をしてくれた。その 1 年半後には、デイサービスを開始。本人は大分元気になったが、次男の介護疲れが強くなったために、その 1 年半後からはショートステイの利用開始。その頃から認知症が進行して誤嚥が頻発するようになり、その半年後に次男の見守る中で息を引き取った。ここで次男は自分が最期になにもできな

かったと激しく自分を責めることになった。その後、次男は精神科に入院して治療を受け、回復した。

（振り返り）

- ・ 卵巣がんの末期と診断したが、次男の手厚い介護によって回復した。
- ・ 結果的に胸腹水は心不全によるものだったと考えた。
- ・ 長い介護を統合失調症の次男が一人で行ったため、その介護疲れは強く、毎週訪問して次男の話を聞く必要があり、訪問看護も毎日のように訪問し、深夜にも相談に答えた。
- ・ そのまま次男は介護を続け、最期に自分の腕の中で母親が息を引き取ったため、今度は自分が何もできなかったと自分を責めることになったが、治療を受け回復した。主介護者が神経疾患を持つ場合には、さまざまな対応が必要になる。

2. 在宅看取りはできなかったものの妻の達成感が高かった事例

友愛記念病院緩和ケア科 宮崎 享

県西在宅クリニック 畠山淳也

43 歳男性 悪性神経膠腫術後再発 要介護4 主介護者：妻 家族構成：長男（二分脊椎で障害認定）長女（高2）、同じ敷地内に父母 本人の希望：家に帰りたい 妻の希望：本人の希望に応えたいが、長男がいるので不安

（経過）2014年5月悪性神経膠腫に対し手術と放射線治療施行。2015年9月再発、再手術。この頃から軽度の失語症、右上下肢麻痺。2016年1月12日、食欲不振、活動性低下で前医入院。失語症と右片麻痺は残存し、2月3日当院緩和ケア病棟入院となった。2月8日ご家族（妻、父）と面談、ステロイドの効果が限定的で、徐々にADLが低下していることを説明。今後神経症状の進行、誤嚥性肺炎などの合併症を話し、余命は月単位でなく週から日単位での経過とも説明した。その結果、妻は、ご本人のご希望も踏まえて自宅療養できる今がチャンスと理解、自宅退院を希望した。訪問診療・訪問看護等の支援を受けることとして2月13日退院。

2月16日より訪問診療を開始。訪問を始めた当初、奥さんは、障害を持つ子供と夫の両方のケアに当たり、「このまま自宅で最期まで見ていけるだろうか」という不安や、介護による不眠からくる身体的疲労感を抱え、自宅で最期を迎えることに対して消極的な印象だったが、訪問を重ねるにつれて、「もし病院へ入院したら子供たちを置いていくことになるので不安。このまま自宅で最期まで見て行こうと思います」と、在宅に対しての前向きな発言が聞かれるようになった。訪問4日目までは、頭痛の訴えに対し頓用の鎮痛剤の内服にて症状のコントロールは良好であったが、5日目より飲水時の誤嚥が目立つようになり、11日目に38.0℃を超える発熱と尿混濁がみられ尿路感染症の合併が考えられた。経口摂取も困難となったため補液管理となり、同時に抗菌薬投与開始した。これらの処置により17日目には尿路感染自体は改善傾向にあると確認できたが、翌日早朝自宅で呼吸停止状態となり、救急搬送先の病院で、腫瘍内出血として死亡確認。

（振り返り）

- ・退院時、病状変化と急変時の対応について十分な説明ができていたか？
- ・短期ではあったが、本人と家族の希望である自宅での療養生活を支援できた。
- ・在宅での看取りを決めかねていた矢先での急変に家族は動揺し救急搬送を選択。
- ・急変時の対応や意志の確認はできていると医療者側では考えていたが、実は不十分。
- ・今回の事例から、信頼関係の構築や情報共有の大切さを改めて認識できた。

＜平成 28 年度第 3 回定例会（8 月 2 日総和中央病院にて。参加者 31 名）＞

1. 痛みと不安があるも在宅を続け二人の娘に家で看取られた独居胆嚢がんの 1 ケース

福祉の森診療所 赤荻栄一

訪問看護ステーションたんぽぽ 新妻律子

84 歳 女性 手術不能肝内胆管癌 要介護 2 主介護者：次女 家族構成：独居（次女と三女がいるが、どちらも結婚して別世帯） 本人の希望：入院はしたくない 家族の希望：本人の希望を叶えさせてあげたい

（経過）肝機能異常の精査の結果、肝内胆管癌と診断された。一時、手術の方針となっていたが、できている場所が悪いので結局手術せずに狭くなった胆管にステントを挿入して退院することになった。

平成 27 年 3 月、退院後初めての外来。腰背部痛を訴えており、これに対してトラマールが処方されていた。この痛みは、変形性脊椎症によるものと思われたが、トラマールを続けて様子を見ることにした。しかし、病気に対する不安があり、痛みと倦怠感が悪化したため、MS コンチンとオプソを開始。腰背部痛は軽減したが、臀部の痛みが出現。これは明らかに神経痛だったので、局所ブロックを施行。効果があつたので、これを続けた。しかし、不安感は続き、食欲が落ちて痛みも全般的に強くなってきたこともあり、5 月から訪問診療を開始。同時に訪問看護を依頼。ただし、本人は他人からの手助けを好まず、訪問看護も必要がないという感じだった。

しかし、10 月になり、突然、嘔吐が出現。本人が緊急の訪問看護を依頼。薬も飲めない状態だったため、点滴を開始。それにより症状が落ち着いて、訪問看護も受け入れた。

その後、肝臓の腫大が進み、次第に同部の痛みと全身倦怠感が悪化し、食欲が低下。しかし、この時点では点滴を希望しなかった。平成 28 年 1 月になると、症状は進み、歩くことも難しくなってオムツを開始。日中は娘さんがいるが、夜は一人になるため、訪問看護を夜の 10 時にも追加した。2 月になると食事ができなくなったため、MS コンチン・オプソをフェントステープに変更。その後、腹部に転移と思われる腫瘍を触れるようになり、仙骨部に褥瘡が出現。さらに褥瘡は背部全体と踵に広がり状態は悪化。意識も低下し痰の咯出が困難となり、2 月 25 日娘さんたちに見守られて希望通り自宅で永眠した。

（振り返り）

- ・手術のできない胆管がんであるという説明を受けていたが、もともと気丈な性格だったこともあり、だれにも頼らず自分でなんとか頑張ろうとしていた。

- ・したがって外部からのサポートの受け入れは悪かったが、訪問看護の努力もあって次第に訪問看護を受け入れた。
- ・本人には長女を病死させたつらい思い出があり、嫁いだ娘たちにも苦労はかけたくないという思いもあったが、最期はその娘たちに見守られて、希望通り自宅で永眠した。

＜平成 28 年度第 4 回定例会（10 月 4 日古河赤十字病院にて。参加者 40 名）＞

1. 本人家族の希望で退院し自宅での看取りになった肺がんの 1 ケース

福祉の森診療所 赤荻栄一

訪問看護ステーションはなもも 大澤栄子

77 歳男性 骨転移のある肺癌 要介護度：4 主介護者：妻 家族構成：妻と二人暮らし（長女は隣町に嫁いでいる）だが、妻は胆嚢がん治療中 本人の希望：家にいたい 家族の気持ち：本人次第

（経過）平成 28 年 2 月、背部痛で発症。多発脊椎転移と骨盤転移のある肺癌と診断。胸椎に対しては疼痛緩和のための放射線治療とステロイド投与。しかし、両下肢のマヒが出現。続いて抗がん剤投与を行う予定だったが、全身状態が著しく悪化、本人が退院を希望したため、自宅への退院となる。ただし、主治医から家族に、胆嚢がん治療中の奥さんのことを考え、いつでも入院できるよう近くの病院への紹介状を渡されていた。

4 月 12 日の退院と同時に訪問。退院時にオキシコンチン 5 mg 2 錠 2×とレスキューにオキノーム 5 mg が処方されていた。両下肢は自力では動かせず、臀部には褥瘡形成。退院と同時に訪問看護も開始し、胆嚢がん治療中の奥さんによる介護のサポートをしてもらうこととした。この時、「家に戻れて、本人は本当に喜んでいる」と家族。

1 週後、頻尿を訴えたため、バルーンカテ挿入。さらに 4 月 22 日、痛みが十分にコントロールできていないため、オキシコンチンを 10 mg 錠に増量。それにオキノーム 2 回服用で痛みは落ち着いた。しかし、この頃から飲水量が減り、尿量も減る傾向になり、1 日 500ml の点滴を適宜施行。しかし、その後全身に浮腫が出現したため、5 月 6 日からは利尿剤の投与を始めた。

5 月 9 日呼吸困難出現したが、オキノームで軽減。が、13 日には傾眠状態となり、オキシコンチンをフェントステープに変更。ここで、家族に病院への入院かこのまま自宅で最期を迎えるかを確認すると、家族は「ぜひこのまま家で最期を」と。

5 月 15 日真夜中に呼吸停止。翌朝、死亡確認した。

（振り返り）

- ・骨転移があり治療不可能な状態の末期肺癌であり、本人は自宅への退院を希望。
- ・奥さんも胆嚢がんの治療中で介護力に不安があったが、嫁いで別居している長女が頻繁に訪れて介護、

訪問看護も家族のサポートに積極的に関わった。

- ・痛みはオキシコンチンとオキノームでコントロールされていたが、飲水量尿量が減るのに

合わせて点

滴を開始。経口摂取量と尿量の少ない時に点滴を行うことにした。しかし、摂取量と排泄量とのバラ

ンスがうまく取れず、利尿剤の投与でも十分な利尿が得られずに浮腫が悪化して、心肺不全を起こし

たもの考える。

・それでも家族は「あまり苦しまずに家で最期を迎えることができてよかった」と。

2. 家族の希望で退院となり、そのまますぐに自宅で亡くなった認知症の1ケース

福祉の森診療所 赤荻栄一

ツクイ介護支援事業所 中内悦代

ツクイ訪問看護ステーション 高田美由紀

83 歳女性 高度認知症 要介護度：5 主介護者：別居の長女と次女 家族構成：独居 本人の希望：不明 家族の思い：家で最期を迎えさせたい

（経過）平成 27 年 7 月に急性心筋梗塞のためステント挿入。8 月に退院し、グループホーム入所。11 月 2 日嘔吐して、意識低下。頭部 CT で左脳出血と診断され、保存的治療。状態が安定した後、平成 28 年 2 月に転院し、リハビリを続けたが、誤嚥性肺炎をくり返したため、大腿静脈から中心静脈カテーテルを挿入。補液の種類により熱発したため、家族は次第に不安になって、自宅退院を希望。6 月 21 日にケアマネジャーに連絡。28 日に退院の予定となった。しかし熱発し退院延期。そのまま退院前カンファとなった。家族は 1 日でも早い退院を希望。そのため、カテーテルはそのまま、7 月 1 日（金曜日）に退院となった。

同日から訪問開始。訪問時、難聴もあり呼びかけにうなづく程度。体温 37.4℃、血圧：102/60、脈拍：106/分、SpO2:95%（酸素 2L 吸入）。聴診では、ラ音聴取せず。しかし、呼吸音の増強があったため、利尿剤の投与を続け、吸入酸素量を 2.5L に増やして、様子を見ることにした。

7 月 4 日（月曜日）訪問入浴。本人は気持ちよさそうだったと。この日の訪問時、血圧：90/54、脈拍：110/分、SpO2:94%（酸素 4L）で、触診で腹部に肝臓腫大を認め、眼球結膜に黄疸を認めた。聴診では、ラ音は聴取せず。7 日から、在宅用に新しい注入ポンプに変更予定とした。

しかし、5 日容体が悪化。同日の 13 時 25 分死亡確認。肝腫大と黄疸については、検査はしないこととしたため、詳細は不明。ただ、これほど早く死亡につながるものとは考えなかった。心不全だけではなく、何らかの肝臓病変があったのかもしれない。

（振り返り）

・在宅への家族の強い希望があり、それに応えた。

・金曜日に中心静脈カテーテルをつけたまま退院。土日はそのまま輸液を続け、月曜日に久しぶりの入

浴。そして、翌日に亡くなったため、短期間の自宅生活だったが、少なくとも自宅で入浴でき、本人

も喜んでいたことに家族は満足。

・確かに、もう少し退院が遅れると、自宅に帰ることはできなかったかもしれないと思われ、終末期の見定めは難しいと改めて考えさせられた。

・このような認知症末期のケースでも在宅に戻り、そのまま最期を迎えることができる。

<平成 28 年度第 5 回定例会（2 月 7 日古河病院にて。参加者 39 名）>

1. 在宅で家族に看取られたアルツハイマー型認知症の 2 ケース

（1）主治医からそろそろ看取りの段階と進められて在宅となったケース

福祉の森診療所 赤荻栄一

訪問看護ステーションたんぽぽ 本多めぐみ

古河社協居宅支援事業所 今井直子

96 歳女性 認知症 老衰 左大腿骨頸部骨折 要介護 5 主介護者：嫁 家族状況：息子夫婦と同居

本人の希望：100 歳まで生きたい（？） 家族の思い：自然に任せ、家で看取りたい

（経過）老衰のためデイの最中にも摂食困難、低体温、低血圧がしばしば起こるようになった。これを見た主治医から胃瘻の話とともに在宅に移るのがいいという話があったため、胃瘻をつくらず自然に任せることにして在宅を選んだ。

4 月末訪問開始。傾眠状態だが、バイタルサインは安定。介護サービスは従来通り週 4 回のデイ、適宜ショートステイを利用することとし、急変の可能性があることを考えて訪問看護を同時に利用することにした。7 月、仙骨部に褥瘡ができたが、家族の処置で軽快。それと同時に本人の状態がよくなり、声かけに目をパッチリ。

しかし、11 月に入り気温が低くなると同時に低体温状態になり、意識も低下傾向。次第に痰を出せなくなり、24 日自宅で死亡した。

主介護者は、「最期の状態になっても、治療を受ければ、本人が言っていた『100 歳まで生きる』を叶えられるのではないか」という思いがあり、何もせずに最期を迎えさせることを悩んだ。それに対して、私が「7 か月もの間十分にやるべきことをやった」と話して、そのまま看取ることを納得させた。

（振り返り）

- ・訪問開始時からいつ急変してもおかしくない状態だった。
- ・主介護者がうまく介護し、危機的な状況を何度も乗り越えることができた。
- ・冬に向う時期に低体温から全身状態が悪化して自然な形で亡くなったが、主介護者は、看取った後も「もしかしてと思う気持ちが残っていた」と話した。

（2）興奮や幻覚があり家族の希望で在宅へ移ったケース

福祉の森診療所 赤荻栄一

訪問看護ステーションさわやか 岡泉真弓

古河病院居宅介護支援事業所 館野由美子

85 歳女性 アルツハイマー型認知症、左上腕骨骨折、糖尿病、慢性腎不全 要介護度：2

主介護者：娘 家族状況：娘一家と同居 本人の希望：入院はしたくない 家族の思い：
このまま家で

（経過）4、5 年前から薬の自己管理ができなくなっていた。そして 3 年前にショートステイを利用した時に認知症が悪化。幻覚を見るようになった。

9 月に転倒して左上腕骨骨折。左上腕を固定するために入院したところ興奮し、病室で
の家族による介護を要求されたため退院。そのまま家で上腕を固定したまま様子を見た。

11 月 8 日初回訪問。声かけに顔を向けるが会話は成り立たない。バイタルサインは問題
なし。14 日、2 回目の訪問。37.1℃の熱があり、呼吸音には痰のからむ音が聞こえた。ト
ロミ食を指示し、どうしても食べられないときには 1 日に 500ml の点滴をすることにし
た。3 日間点滴を施行。その後は、介護や状態に不安がある時に、訪問看護ステーション
に連絡して、サポートを受けた。ただ、痰の吸引はどうしてもできないとのことだった。

その後、なんとか経口摂取できるようになったが家族から「看取りの場所を自分が決め
てしまっているのか」と相談され、そこで「誤嚥のため経口摂取は問題。ただ、今の状態
で点滴をしても少しの延命ができるだけだと思うので、そのまま自然に任せるという選択
肢もある」と話す。

その結果、家族は何もしないことを選び、12 月 2 日に肺炎のため自宅で死亡した。

（振り返り）

- ・最期を自宅で迎えるということで訪問が始まった。
- ・誤嚥が問題だったが、家族は点滴をすべきかどうかを悩んだ。
- ・「今の状態では、何もしないという選択肢がある」と話し、家族はそれを選んだ。
- ・看取った後、家族は「やり遂げたという気持ちだ」と言った。

＜事務局より＞

在宅ケアネットワーク古河の年会費は、個人会員 1000 円、施設会員 5000 円、賛助会員 10000 円です。
個人会員がまとめて送金する場合は、全員のお名前をお忘れなく！

ゆうちょ口座記号番号 記号 10690 番号 49397401 加入者名 在宅ケアネットワーク古河