

在宅ケアネットワーク古河会報 第23号 2019年

5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31年度総会および第1回定例会報告

1. 平成31年度総会

4月2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、秋に市民フォーラムを開催する予定です。

総会に引き続き、第1回定例会を開催しました。例年通り、前年の検討ケースの振り返りです。概要を以下に記します。

31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)

2. 第1回定例会

<30年度検討ケースの振り返り>

1. 第2回定例会（平成30年6月5日友愛記念病院にて）

(1) リウマチ・脊柱管狭窄症・心筋梗塞後の廃用性障害で在宅看取りをした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

古河総合病院居宅介護支援事業所 井原千晴

(ケース) 87歳男性：リウマチ、脊柱管狭窄症、慢性心不全、要介護5、主介護者：妻、日常生活自立度：C2、認知症自立度：1、本人の希望：家にいたい、介護者の希望：家で見ていきたい、家族構成：妻と二人暮らし

(経過) 平成23年に心筋梗塞、28年にリウマチと診断。29年10月に肺炎を発症して入院。その入院中に脊柱管狭窄症による腰痛が出現して歩行困難になった。11月、肺炎軽快後退院に合わせて訪問開始。その時点で、痛みのため寝たきり状態で、食事は摂れず水分のみ摂取。にもかかわらず、リウマトレックスやプレドニンに始まり、降圧剤、抗凝固剤、鎮痛剤など20種類以上の薬剤を服用。これらの整理が第一に必要と思われ、まず降圧剤を減らした。それでも収縮期血圧は100~130と問題なし。12月に入ると水分も摂れなくなり、同時に服薬もできなくなったため、利尿剤以外すべての服薬を中止。するとすぐに体調回復したため、抗凝固剤、免疫抑制剤、鎮痛剤、PPIを再開した。12月18日38℃の発熱あり、SpO2が92%に低下したため、誤嚥性肺炎と判断。抗生剤を入れた点滴を開始。これによって状態は改善したが、まだ食事が摂れないため、年末年始に点滴を継続することにした。元旦にうどんを食べさせた後、嘔吐し誤嚥。訪問看護でこのまま在宅を続けることを確認。4日訪問時にはSpO2測定できず。6日に永眠。

(まとめ)

- ・肺炎が軽快したところで、本人が強く希望して退院。
- ・あまりにも多い服薬数で食事も摂れないような状態だった。
- ・それを減らしたが、それでも誤嚥が起こってしまった。
- ・一時持ち直したが、結局、誤嚥性肺炎が致命症になった。
- ・妻は在宅での看取りに満足していた。

(2) 変形性脊椎症による廃用性障害でショートステイ中に急変死した1ケース

福祉の森診療所 赤荻栄一

わたらせ居宅介護支援事業所 鹿倉孝子

(ケース) 86歳女性：変形性脊椎症、脊椎多発圧迫骨折、歩行障害、要介護3、主介護者：夫、日常生活自立度：B2、認知症自立度：自立、本人の希望：できるだけ自分で頑張りたい、家族の希望：家で頑張るのはいいが・・・、家族構成：夫との二人暮らし

(経過) もともと変形性脊椎症と椎体多発骨折によって腰背部痛があったが、平成29年12月に転倒してから自力で起き上がることができなくなったため、訪問を開始した。

同時に仙骨部に褥瘡形成。そのまま家で頑張るとのことで、夫に介護を任せ様子を見た。褥瘡は軽快。しかし、だんだん食事が摂れなくなったため、介護する夫への配慮もあり、ショートステイを利用。それまで、通所系のサービスは知り合いがいると気恥ずかしいとして、利用してこなかった。この初めての経験はいいものだったので、正式にショートステイを利用することにした。

2月になり寒さが厳しくなったところでショートステイに。しかし、まもなく呼吸困難が出現(ApO2低下し、チアノーゼ出現)。誤嚥性肺炎を疑われ救急搬送されて入院。その入院直後、胸部大動脈解離にて死亡した。

(まとめ)

- ・老老介護世帯なので、なんらかのサポートが必要だった。
- ・しかし妻は、「デイサービスに行くとき昔の友達がいるから気恥ずかしい」と。
- ・夫は完璧主義で頑固。その介護を受けるうちに妻は頑張る夫に申し訳ないという気持ちが出て、介護サービスを受ける気になった。
- ・ショートステイがいい感じだったので、寒さがひどくなるのに合わせて利用開始。
- ・しかし、その利用開始まもなく誤嚥性肺炎を起こし入院。そして、たまたま大動脈解離を併発して死亡。仕方がないことだった。

(3) 入院時全介助状態からアパート2階へ在宅復帰した協力可能親族不在の心不全脳梗塞の1ケース

友愛記念病院医療福祉相談支援センター 生沼正信

(ケース) 72歳男性：心不全、左前頭葉梗塞、要介護2、主介護者：なし、日常生活自立

度：C1、認知症自立度：1、本人の希望：早く退院したい、もう入院しないようにしたい
(経過) H28年4月30日心不全で入院。5月1日脳梗塞。言語障害と嚥下障害あり。手持ち金がないとのことで、生活保護申請。しかし、実際は年金月額11万円程度であることが判明。生保は5月のみの受給となる。その後、成年後見、日常生活自立支援、介護保険申請などを検討。6月1日、平行棒歩行可能となる。7月階段昇降訓練開始。これにより在宅へと向かうことになる。退院に向けて、ケアマネの選定、民生委員への情報提供等を行う。また、地域包括支援センターの協力のもとに貯金を引き出して、滞納金や借金の返済および返済計画立案を行い、無事に退院。その後在宅サービスを受けながら通院中。

(まとめ)

- ・本人の経過に合わせて方向性を検討した。
- ・親族不在で言語障害や廃用症候群があり、住環境整備の必要があつて、退院後の方向性を決めるのが困難なケースだった。
- ・できるだけ早期に在宅復帰の可能性の見極めやアセスメントの能力を高めることが、入院生活の短縮や確実な在宅生活の確保につながる実感ができた。

2. 第3回定例会(平成30年8月7日総和中央病院にて)

(1) 術後10年で再発、6年にわたる長い在宅生活後に自宅で死亡した副腎癌の1ケース

福祉の森診療所 赤荻栄一

ニチイケアセンター古河 高田美由紀

(ケース) 56歳男性：左副腎癌、腹膜転移、脊椎転移、仙骨転移、下半身不全マヒ、直腸膀胱障害、要介護度：4、主介護者；妹、日常生活自立度：C1、認知量自立度：自立、本人の希望：できるだけ家にいたい、妹の希望：実際の介護はできないが、できる限りの協力はしたい、家族構成：妹との2人暮らし

(経過) 2002年に友愛記念病院で手術。術後の病理診断で悪性褐色細胞腫。2012年に脊椎転移で再発。2017年まで6か所の転移巣に放射線照射し、それぞれは安定したが、2017年5月に腹膜転移出現。大腸狭窄を起こしたため、緊急でバイパス手術。その後なんとか排便コントロールができるようになったため退院。9月から、月に1度の外来通院と訪問診療の併用という形で在宅生活を続けることとなった。月1回のバルーンカテ交換を訪問時に行うこととなった。しかし、訪問時に声かけを行っても明確な返答がなく、あいづちのようなものを打つだけ。のちに学生時代に不登校だったことがあるとの情報が入った。

18年3月になると、両下肢に褥瘡形成。これは続く排便コントロール不良のため摂食不良となり栄養状態が悪化したことと下半身まひの進行によるもの。褥瘡は次第に拡大、さらに頭部の転移巣が増大。るい瘦はさらに悪化し、血圧が低下。7月10日収縮期圧が78まで低下したところで、「どうする?」と聞くと「病院には行きたくない」と。「じゃあ、このまま家でできるだけのことをやってみよう」と言うと、初めて「お願いします。ありがとうございました」とお礼の言葉。しかし、翌日そのまま息を引き取った。

(まとめ)

- ・再発後に長い治療歴のある人で、学生時代に引きこもりの経歴があり、また同じように引きこもりの状態になっていた。
- ・最後に初めて「病院には行きたくない」と明確な意思表示をして、そのまま自宅で息を引き取った。やはり、つらい気持ちを抑え込んでいたのだろうと考えられた。

(2) 仙骨部にできた巨大褥瘡を 1 年にわたって処置を続けたものの、誤嚥性肺炎で在宅死した認知症（老衰）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

古河社協介護支援事業所 安部一枝

(ケース) 99 歳女性：老年性認知症、仙骨部巨大褥瘡、要介護度：5、主介護者：嫁、日常生活自立度 C2、認知症自立度：M、本人の希望：(おそらく、家にいたい)、家族の希望：病院には入院させたくない、家族構成：息子夫婦と 3 人世帯

(経過) 近医に通院していたが、寝たきりになるとともに仙骨部に褥瘡形成。皮下に膿瘍を形成したため、当院に転医。2017 年 7 月初診時、褥瘡を覆っていた痂皮と壊死物を切除。これによって深さ 3 cm の膿瘍を形成していることが判明。大きく切開を広げ、洗浄を訪問看護に任せて、当院へは 2 週ごとに来院。感染はしだいに沈静。

9 月から週 1 回の訪問開始。それ以外は、訪問看護とデイサービス時の洗浄を続けた。当初 12×8 cm のポケットがあったが、次第に縮小。最初は洗浄時にも反応はほとんどなかったが、しだいに食べられるようになるとともに、意思疎通も可能に。年末には肺炎を起こしたが抗生剤の点滴で軽快。翌年 5 月には褥瘡径は 8×3.5 cm まで縮小した。

しかし、7 月 5 日夜に嘔吐し、吐物がそのまま翌朝まで放置されることになり、誤嚥からの肺炎を再発。今回は食事が摂れるようにならず、17 日訪問中に心停止。

(まとめ)

- ・寝たきりになってできた褥瘡は、あっという間に拡大し、大きな褥瘡を形成した。
- ・大きなポケットをつくった褥瘡は訪問看護によってしだいに縮小した。
- ・当院初診からちょうど 1 年後に誤嚥を起こして、それが命取りになった。100 歳まであと半年のところだった。
- ・家族の長期にわたる介護も大変だった。嫁は「私の努力は分かってもらえているのか？」とときどきぼやいていたという。

3. 第 4 回定例会 (平成 30 年 12 月 4 日古河赤十字病院にて)

(1) 夫がストーマケア・インシュリン注射手技を習得し自宅退院となった末期癌患者の退院支援と退院後訪問

古河赤十字病院 青木紀子

(ケース) 66 歳女性：上行結腸癌、肝転移、閉塞性イレウス、糖尿病、介護度：申請中、

主介護者：夫、日常生活自立度：C2、認知症自立度：自立、本人の希望：家に帰って孫と花火を見たい、家族の希望：家に連れて帰ってあげたい、家族構成：夫と二人暮らし

（経過）イレウスで発見された上行結腸癌。H29年5月24日、緊急右半結腸切除術。6月2日、縫合不全による腹膜炎のため緊急開腹、人工肛門造設。しかし、イレウス症状が再燃し胃管とCVカテ挿入。リハビリは開始されていて、術後9日目には便の自己廃棄可能に。しかし、肝転移のための発熱あり、自己廃棄が困難になることも。したがって、夫がストマケアとインシュリン注射の訓練を受け、退院の方向へ。7月15日、脊椎転移から下半身マヒに。夫は車いすでもいいから、一度は自宅へ連れ戻したいと。7月21日腹痛のためオキシコンチン開始。7月25日退院。この時オキシコンチンを20mgに増量。26日傾眠状態のためオキシコンチンを10mgに減量するも回復なし。むせがあり、嚥下が難しい状態。27日退院後訪問すると、脱水状態であり、意識も混濁気味。夫も不安を感じていたため、救急再入院となった。

（まとめ）

- ・退院当日のオピオイド増量となり、薬効評価ができないままの退院となった。
- ・それでも、退院2日後に自宅訪問ができたため、状況把握できて早期の対応ができた。
- ・自宅で孫と一緒に花火を見ることはできなかった。

（2）呼吸困難が強くなり入院後まもなく死亡した肺小細胞癌の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ぼぼ 根橋育代

たんぼぼ居宅支援 幾世和子

（ケース）75歳女性：多発脳転移のある進行肺小細胞癌、介護度：1、主介護者：娘、日常生活自立度：C1、認知症自立度：自立、本人の希望：できるだけ家にいたい、癌は治したい、家族の希望：本人の意向に沿いたい、家族構成：息子との二人暮らし（息子はうつのため介護力にはならない）

（経過）2017年12月に嘔声を訴え古河赤十字病院受診。CTにより肺癌が疑われ入院。両側反回神経マヒを起こした縦隔型肺癌（小細胞癌）と診断された。多発脳転移もあり、抗癌剤治療開始。4コース施行後に腫瘍の著明な縮小を認めたもののリンパ節の増大と胸水の増加を認めたため、効果はなかったと判断。さらに、そうこうするうちに失語症が出現し脳転移の増大が確認されたため、6月14日から全脳照射。

全身状態の悪化のため、これ以上の抗癌剤治療は適応がないと判断され、自宅への退院を希望。6月19日退院。20日から訪問開始。本人は、この時点でまだ治せると思っていた。

初回訪問時、食欲低下と嚥下困難を訴えるが、意識は清明で、受け答えも良好。血圧：116/56、脈拍：85/分、SpO2：96~97%。本人が点滴を希望したため、1日500mlの点滴を継続し、またエンシュアを試してみることにした。

エンシュアもなんとか飲んでいるようだったが、7月になると両足に痛みが出現。それが

次第に下肢全体の知覚低下に変化。8月になると声に力がなくなり、さらに両下肢のマヒに進行した。8月2日在宅酸素を導入し、古河の花火を見ることができた。しかし、8月6日呼吸が苦しいと入院を希望。1日2回で続けていた訪問看護のバイタルチェックでも SpO₂ が 91% (毎分 5L の酸素吸入下) まで低下していたため、古河赤十字病院へ入院を依頼。入院後、呼吸困難緩和目的でモルヒネの静注開始。8月8日穏やかに永眠。

(まとめ)

- ・ 治癒の見込めない肺癌だったが、本人は治したかった。
- ・ 可能な限り家で過ごしたいとの本人の希望で在宅に戻った。
- ・ 初回訪問時、脳転移の症状は消えていたが、食欲が落ちたままだった。
- ・ それでも、本人は治るものと思っていた。
- ・ 長男は、母親のその状態を見、かつ仕事に行けない職場との間で葛藤を抱えることになり、うつ状態に。
- ・ 結局、長女が全面的に介護にあたることになった。
- ・ 最期には、呼吸困難が強くなると本人の不安が増大し、在宅は続けられなくなった。
- ・ しかし、入院して安らかに最期を迎えることができた。
- ・ 長男には、家で看取することはできない心の状態だった。

(3) ご主人が在宅で看取った腎臓癌肺転移の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

古河社協介護支援事業所 安部一枝

(ケース) 75歳女性：両側腎癌、多発肺転移、多発脳転移、介護度：5、主介護者：夫、日常生活自立度：C2、認知症自立度：自立、本人の希望：家にいたい、家族の希望：楽にしてやりたい (治せるものなら治してやりたい)、家族構成：夫との二人暮らし

(経過) 平成 27 年 10 月体調不良のため自治医大受診し、両側腎癌・多発肺転移と診断。がんセンター中央病院を紹介されて抗癌剤治療開始。しかし、効果なく、平成 29 年 9 月慶応大学にセカンドオピニオン。オブジーボ開始。やはり効果が得られず、平成 30 年 6 月別の分子標的薬を開始。しかし、それによる肝障害が出現し、中止。7 月には脳の多発転移が発見され、30 日まで全脳照射。8 月 2 日在宅酸素毎分 2L 吸入で退院。

8 月 7 日初回訪問。この時、寝たきりだが、会話は可能な状態。9 月 11 日の慶応大受診までは、玉川温泉に行ったりする予定とのことなので、次回訪問はその後に予定。しかし、その間、脳圧亢進予防のために処方されていたイソバイドシロップが飲めないため、グリセオール点滴をやってもらいたいとの希望あり。しかし、夫は訪問サービスの提供を「自分でできる」とすべて拒否。しかし、訪問看護師に対して 30 分以上、時に 1 時間にもわたって相談や話を続けることがあった。さらに、夜間にも状態の報告と相談がしばしばあった。それは時に 2 時間にも及ぶことがあった。

9月13日訪問時からグリセオールの点滴を開始。また、肺転移の増大による気管支狭窄音が聞こえ、咳が激しいため、オキシコドンを増量。また、酸素投与量を2.5Lに増量。これでSpO₂:98%。22日でグリセオールの点滴をいったん中止。しかし、意識低下気味となったため家族の希望により24日からグリセオール再開。25日には発熱あり、意識がもうろう状態となったため、診療所受診。胸部X-pでは明らかな肺炎は認めなかったが、SpO₂が96%まで低下していたため入院を希望。古河総合病院へ入院。

10月17日CVカテーテル挿入し退院。麻薬は貼付剤に変更。この時、酸素毎分3.5LでSpO₂が96%。意識低下あり、服薬できない状態。夫はグリセオールの点滴を希望。さらに咳発作が続くため、デュロテップを2.1mgから4.2mgに増量。その後、気管支狭窄音は強くなり、30日には左の呼吸音が消失。31日にご主人の腕の中で最期を迎えた。

(まとめ)

- ・ 治癒の見込めない状態の進行した腎癌だった。
- ・ 夫は、診断から治療まで、十分な診療を受けられなかったと思っており、それぞれの医療機関に不満が募っていた。
- ・ しかも、まだ何かできることがあるはずだという思いが強く残っていた。
- ・ 呼吸困難と咳発作、それに脳転移によるマヒと言語障害が主な症状だった。
- ・ 夫は、その症状による苦しみを緩和してもらいたいという思いと同時に治って欲しいという思いが合体した強い思いになっていた。
- ・ しかし、最後は助かる見込みはないことを理解し、症状を取るため麻薬を増量することを受け入れた。

4. 第5回定例会(2月5日古河総合病院にて)

(1) 在宅生活をやめ緩和ケア病棟で最期を迎えた COPD 合併肺癌の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ぼぼ 腰塚弘恵

たんぼぼ居宅介護支援 幾世和子

(ケース) 72歳男性:左肺扁平上皮癌、COPD、介護度3、主介護者:妻、日常生活自立度B2、認知症自立度:自立、本人の希望:できるだけ家にいたい、家族の希望:家で看たいが・・・、家族構成:妻と二人暮らし

(経過) 胸部X-pで異常を指摘され、自治医大で精査。2017年2月に気管支鏡検査で左肺扁平上皮癌と診断。縦隔リンパ節に転移があったため、手術不能であり、放射線化学療法(放射線治療と抗癌剤治療)を行った。この治療後、退院。しかし、家では寝たきりに近い状態が続いた。

翌年2月、肺門～縦隔リンパ節再発。これに対してオプジーボによる治療を行ったが、腫瘍は増大。それ以上の抗癌剤治療の適応はないと判断されて退院。訪問診療を依頼。2018年11月7日から訪問診療開始。訪問看護はすでに10月から始まっていた。痛みにオキシコ

ンチンとオキノームが投与されていた。

SpO₂は95～97%だが、体動時の呼吸困難が強いため在宅酸素療法（HOT）導入。しかし、状態は変わらず、妻の介護疲れも重なって来たため、友愛記念病院の緩和ケア病棟への入院を希望。妻のレスパイトを兼ねて12月4日入院。すぐに退院を目指した退院時カンファレンスを行ない、退院後の支援の体制を決めたが、結局、体動時の呼吸困難が収まらないため静脈麻酔剤（ドルミカム）を投与して沈静を図るしかなく、12月28日、そのまま緩和ケア病棟で永眠。亡くなる前日に、二人の息子さんと会うことができた。

（まとめ）

- ・最初の放射線・抗癌剤治療終了後から、呼吸困難があり、ほとんど動けない状態になっていた。
- ・そこに再発が起り、オブジーボによる治療を行ったが、無効だった。
- ・むしろ、呼吸困難はさらに強くなり、家に帰っても寝たきりの状態だった。
- ・これは在宅酸素療法を開始しても変わらなかった。
- ・この状態を在宅で支える妻の介護負担は増える一方であり、そのまま在宅を続けるのは困難となり、お試しと妻のレスパイトを兼ねて緩和ケア病棟に入院したが、結局、退院することはできず、そのまま入院後4週目に亡くなった。
- ・バイタルサインなどの客観的指標以上に本人の呼吸困難が強く対応が困難だった（これはオブジーボの副作用の肺線維症が起こっていたため？）。

（2）長い在宅生活ののち誤嚥により自宅で最期を迎えたアルツハイマー型認知症の女性

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

白英荘居宅介護支援 篠崎亜紀

（ケース）97歳女性：アルツハイマー型認知症末期、主介護者：長女、介護度：5、日常生活自立度：C2、認知症自立度：M、本人の希望：不明、家族の希望：家で最期まで看たい、少しでも長く生きていて欲しい、家族構成：長女との二人暮らし

（経過）平成19年、山中医院でアルツハイマー型認知症と診断。平成20年11月、交通事故に逢って左上腕骨骨折。それ以降、臥しがちになり、平成24年ころから寝たきり。

デイは希望せず、訪問介護と訪問看護を利用して在宅介護。平成27年7月から当院で訪問診療を開始した。この時点で傾眠傾向があり、便秘が続いていた。また、食事がうまく摂れていなかったため、エンシュアを処方した。

血圧は90～110の間。介護者の娘は、血圧と便秘が心配。さらに時々呼吸があらくなるのが心配。そのため、全身状態に心配なことが起こると、しばしば古河病院に救急車で受診した。また、ときどき仙骨部に褥瘡ができたが、その都度カデックス塗布し、軽快。

認知症の進行による無目的な行動や興奮が起こると抗不安剤（アルプラゾラム）や抗精神病薬（セロクエル）の処方を希望。最低限度の量を処方して、様子を見た。

平成 29 年になると、血圧が 80～90 の間に低下。さらに平成 30 年になると、褥瘡が悪化。このため、経済的な理由で一時利用を断っていた訪問看護を再開。以後、便秘、褥瘡、夜中の大声騒ぎ、など認知症末期の症状に対して、訪問看護への緊急連絡をくり返したが、平成 30 年 12 月 9 日、誤嚥による窒息で永眠。その状態でも、なんとかできないかと救急車を呼んで古河病院へ。延命措置を願った。

(まとめ)

- ・長い間、寝たきりになっていた母の介護を長女独りで続けていた。その介護法は誤嚥の起こるのが当然のやり方だったが、直そうとはしなかった。
- ・長女には母親に対する思い入れが強く、少しでも長く生きていて欲しいと言っていた。
- ・その母親の身体に起こるささいな変化にも長女は心配になり、対応を望んだ。
- ・認知症末期の症状であるにも関わらず、それを認めることができない様子だった。
- ・したがって、当然の結果と思われる誤嚥による呼吸停止後も、延命措置を願った。
- ・関わった人すべてにとって、本人よりも介護する長女への対応のほうが大変だった。

<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