

在宅ケアネットワーク古河会報 第24号 2020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

1. 令和2年度総会

新型コロナウイルス感染拡大防止のため書面での開催になりました。

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る予定としましたが、6月の時点でまだ各施設の利用ができない状態です。したがって、定例会の開催はもう少し様子を見てからということになります。開催が可能になった時点でご連絡いたします。

また、秋に市民フォーラムとして「ピア上映会」を予定していますが、その時点で施設貸し出しに人数の制限があると、これも開催ができなくなってしまう可能性があります。

例年総会時に行ってきた前年の検討ケースの振り返りも今年は書面で行います。以下の通りです。

令和2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. 2019年度検討ケースの振り返り

1. 第2回定例会（令和元年6月4日友愛記念病院にて）

(1) 他疾患により在宅で最期を迎えた老年性認知症の2ケース

1) S状結腸癌を合併した脳血管性認知症の71歳男性

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

居宅介護支援事業所平成園 坂野純子

(ケース)

71歳男性：脳血管性認知症、S状結腸癌、変形性腰椎症、要介護1、主介護者：長女（柏市在住の弁護士）、日常生活自立度：A2、認知症自立度：1、本人の希望：家にいたい、家族の希望：入院治療は受けさせたくない、家族構成：独居

(経過)

H18年に脳梗塞。右半身不全マヒがあったが内科的治療で軽快。H25年2月に下血。S状結腸癌と診断されたが、治療を拒否。H27年12月腸閉塞で救急搬送され、緊急手術。術後、抗癌剤治療が必要とされたが、家族が付き添えないため点滴治療をやめて、内服治療。H28年9月肝臓と肺の転移判明。長女が切除を希望したが、本人が拒否。抗癌剤治療を行い、H29年6月に退院。訪問看護を週1回で開始。H30年1月在宅での看取りを

希望して当院に訪問診療を依頼。初回訪問時、軽度の背部痛を訴えるのみ。ただ、物忘れは進んでおり、服薬は一包化しフォルダーに入れて管理。4月腰痛が悪化。同時に腫瘍マーカーが急上昇。骨転移を疑い、鎮痛剤をカロナールからモルヒネに変更し軽減。しかし、痛みが増強したため、貼付剤にしてオピオイドを増量。それで痛みは軽減したが、肝転移の増大により食事がとれなくなり、独居生活が困難となる。長女は子どもの入試のため家を空けられず、実家に來たくても來られない状態。なんとか在宅での点滴を続け、年末年始を乗り越えた。しかし、1月に入り肝転移の痛みも加わって血圧と SpO₂ が低下し始めたところで家族が介護に当たれるようになり、2月3日に自宅で永眠。

(まとめ)

- ・認知症のある独居の大腸癌ケース。
- ・柏市に住む長女が時々帰省して介護。しかし、本人の症状が悪化しても家の事情で帰省がままならなくなることが多く、イライラが高じて周囲に当たり散らす状態に。
- ・最終的には子どもを連れて介護に当たることができ、自宅で看取ることができた。

2) リウマチ性多発筋痛症を合併した混合型認知症の 92 歳女性

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 大島千鶴

たんぼぼ居宅介護支援事業所 幾世和代

(ケース)

92 歳女性：混合型認知症、糖尿病、高血圧、リウマチ性多発筋痛症、要介護 4、主介護者：長女、日常生活自立度：C1、認知症自立度：IV、本人の希望：不明（家にいたい？）、家族の希望：できるだけ家でみていたい、家族構成：長女との二人暮らし

(経過)

H20 年ころから物忘れが出現。H25 年暴力的になったためレミニールが処方された。H29 年 1 月全身痛が出現。リウマチ性多発筋痛症と診断されステロイド投与開始。これによって糖尿病顕在化。H30 年からはメモリー追加。7 月から訪問看護開始。外来受診が不可能になり当院に訪問依頼。8 月から訪問開始。初回訪問時、食事は摂らず寝たきり。脱水による発熱が続くため点滴を継続。痛みは腰部と大腿部だけのため、腰椎由来の神経症状と考えカロナールを投与。それによって痛みが軽減。すると、屋内の徘徊が始まった。ステロイドは漸減することにした。H31 年になり、腰部に腫瘤形成。穿刺で膿瘍であることが分かり、切開排膿。創処置が問題。訪問看護師がつなぎタイプのパジャマを購入して着せ、創部に手が届かないように工夫。それで膿瘍は縮小。しかし、2 月に入ると食事摂取をまったくしなくなり、しかも誤嚥が起こって肺炎併発し、3 月 25 日自宅で永眠。

(まとめ)

- ・認知症末期でリウマチ性多発筋痛症としてステロイド投与を続けていた。
- ・ステロイド以外にも投与薬剤が多かったのもので、それらを整理。ステロイドも漸減した。

- ・痛みにはコルナールを投与。それで痛みは軽減。すると徘徊が始まった。
- ・食事は摂らないため点滴を継続。ステロイド漸減中に皮下膿瘍を併発。
- ・誤嚥性肺炎を併発して、それが命取りになった。
- ・長女が一人で介護を続けていたが、そろそろ限界というところで亡くなった。

(2) 短い予後予測（日にち単位）で緩和ケア病棟から退院支援を行った甲状腺癌多発転移の症例

友愛記念病院緩和ケア科 宮崎 享、関口由貴、小沢真生、松下久美子
がん相談支援センター 渡邊希代光

(ケース)

68 歳男性：甲状腺癌、原発不明癌、要介護 4、主介護者：妻、日常生活自立度：C2、認知症自立度：M、本人の希望：早く退院したい。家族の希望：家で看取りたい

(経過)

2012 年甲状腺乳頭癌と診断。心房細動治療のため通院を中断していた。2015 年 11 月治療を希望して転院。2016 年 1 月甲状腺全摘術を受け 4 期と診断、経過観察。2018 年 5 月椎骨転移と局所再発。肺と脳に多発転移。椎骨転移は生検の結果、扁平上皮癌であり、原発不明癌だった。9 月から脳転移と椎骨転移に放射線照射。その後、10 月 18 日緩和ケア病棟へ転院。しかし、頸部痛出現。頸椎転移が判明。さらに胸腰椎にも新たな転移。頸椎はカラー固定。妻は帰宅を希望したが、意識レベルの低下あり服薬が困難に。痛みはモルヒネの持続皮下注に変更。11 月 12 日自宅へ退院。14 日救急隊から搬送希望の連絡。家族が病院での看取りを希望したため、搬送。その後、死亡を確認。

(まとめ)

- ・家での看取りを希望していたにもかかわらず、最期を病院ということになった。
- ・家族間の情報共有はどうだったのか？どういう経緯で病院搬送になったのか？退院前の調整に日数がかかりすぎたのではないかな？

2. 第 3 回定例会（平成 30 年 8 月 6 日総和中央病院にて）

(1) 本人と周囲が悩みながら在宅で最期を迎えた末期癌の 2 ケース

1) 直腸癌術後肝転移の 86 歳男性

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 渡邊真理恵

(ケース)

86 歳男性：直腸癌術後、肝臓転移、糖尿病、便秘症、軽度認知障害、要介護度：5、主介護者：妻、日常生活自立度：C1、認知量自立度：I、本人の希望：苦しくないように！、妻の希望：家で看取りたい（両親もそうした）、家族構成：妻との 2 人暮らし

(経過)

2017年4月に直腸癌手術。しかし7月には肝転移。抗癌剤治療を始めたが、副作用のために2018年10月治療をやめ、通常の点滴のみを訪問看護で続けていた。2019年3月に訪問診療依頼。4月に初回訪問。癌は増大し腹腔に腫瘍形成。腹水も貯留して、食べたものをすぐに吐いては、下痢も起こしていた。しかし、腸閉塞をいつ起こしてもおかしくない状態だった。1日500mlの点滴は継続。5月になると血圧が88/50と低下、SpO2も94%に。そろそろ最期が近いことを妻に告げると、緩和ケア病棟への入院を考えたいと。これは結婚して別居している息子たちが勧めたためだった。そのため、最期を迎えるというのはどういうことかと、このまま家で最期を迎えることになっても家族の負担はそれほどではないことを説明した。それを聞いて妻はこのまま家で見ていく決心。そして、5月16日、そのまま家で最期を迎えた。

(まとめ)

- ・抗癌剤点滴治療中から訪問看護が入り、介護の支援を行っていた。
- ・しかし最期が近くなるに連れて、介護に当たる妻の精神的肉体的負担が増えた。
- ・その様子を見た息子たちが緩和ケア病棟への入院がいいと考えた。
- ・しかし家で最期を迎えるのはそれほど負担の増えることではないことの説明を受けて、最初の希望通り家で見ていくことができた。

2) 非切除食道癌再発肺転移の76歳男性

福祉の森診療所 赤荻栄一

ニチイケア古河訪問看護 鈴木香織

(ケース)

76歳男性、食道癌、肺転移、糖尿病、要介護度：要支援2、主介護者：姉、姪、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：本人の意向を大事に、家族構成：妻が介護施設入所しており独居（姉夫婦と同アパート）

(経過)

2018年6月切除不能食道癌に対して化学放射線治療施行。同年12月肺転移。抗癌剤治療でも増大。2019年3月にも抗がん剤治療を追加。しかし、効果がなかったため4月以降は一切の癌治療をやめることにして当院へ訪問診療依頼。5月9日初回訪問。独力で身の回りのことはできていたが、増大した肺転移のため痰の喀出不良。本人が緩和ケア病棟への体験入院を希望したため紹介状を書く。21日SpO2が92%に低下したため在宅酸素導入。このあと、本人から最期まで家にいたいと。29日下腹部痛が増強。皮下転移が増大していた。6月6日訪問入浴。しかし夜間に不穏状態。リスパダールとトラマールで状態は落ち着く。11日に最後の訪問入浴。12日そのまま自宅で永眠した。

(まとめ)

- ・抗癌剤と放射線治療は効果なし。しかし、本人の気持ちは治療を続けること。

- ・しかし、体への負担のある効果のない抗癌剤治療は意味のないことを理解して在宅へ。
- ・緩和ケア病棟の体験入院を希望していたが、全身状態悪化につれ「このまま在宅で」と。
- ・訪問入浴を受けてよかったと。しかしその夜不穏に。これにリスパダールとトラマール。
- ・最期近くに妻が面会。さらに最期の訪問入浴を受けて翌日に家で永眠した。

3. 第4回定例会（平成30年12月3日古河赤十字病院にて）

（1）自宅退院を希望された心不全末期患者の退院支援

古河赤十字病院 小野寺幸代

（ケース）

82歳女性：うっ血性心不全急性増悪、肥大型心筋症、大動脈弁狭窄症、介護度：要介護1、主介護者：長男、日常生活自立度：A2、認知症自立度：自立、本人の希望：家に帰りたい、家族の希望：家に連れ帰りたい、家族構成：夫は施設入所、長男家族2人と同居（経過）

2019年9月17日倦怠感と呼吸困難あり、訪問看護師に勧められ救急車で古河赤十字病院へ。心不全増悪として入院。人工呼吸と昇圧剤投与で落ち着き、10月2日からリハビリ開始。その後、一旦不整脈の出現により血圧が低下したが、抗不整脈剤の追加で軽快し、退院調整に入る。地域包括ケア病棟を経て退院。退院時酸素量は、安静時3ℓ/分、労作時3.5ℓ/分となった。排泄は1日7～8回あったため、自宅でもポータブルトイレの使用を促すと、「自宅でポータブルトイレを使うくらいなら施設に入ったほうがまし」と。10月19日退院時カンファ。「今回の入院は、自宅に帰れないことになるかと思ったと本人が言っていたので、本人も心不全が悪化しているのは承知しているはず。肥大型心筋症では突然死の可能性が高い」と主治医から説明。家族からは「これから何が起きてももう後悔することはないでしょう」と。その後、塩分制限について管理栄養士からの説明の後、本人の意向を踏まえて自宅退院となった。

（まとめ）

- ・心不全の増悪をくりかえしえおり、再入院や突然死の可能性の高いことを踏まえた上で、本人の意向を尊重して自宅退院となった。
- ・心不全の在宅管理では塩分制限が最も重要であり、体重、浮腫の有無、排泄状態の確認が必要と。
- ・移動には歩行器、入浴時には椅子が必要なので、酸素チューブのまとわりつきによる転倒の危険性があることに注意が必要とも。

（2）在宅での看取りとなった若年者と高齢者のケース

1）両親と伯母が悩みながら在宅での看取りとなった悪性神経膠腫の17歳女性

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 渡邊眞理恵、大澤栄子

(ケース)

17 歳女性：脳悪性神経膠腫、介護度：なし、主介護者：母、伯母、日常生活自立度：C2、認知症自立度：自立、本人の希望：治療を続けたい（癌の告知なし）、家族の希望：意識があるうちは家に置きたい、家族構成：両親、妹との三人暮らし

(経過)

2018 年 5 月頭痛で発症。MRI で左視床から発生し脳深部全体に及ぶ巨大な腫瘍あり。6 月筑波大で第 3 脳室開窓と生検を施行。組織診確定後、抗がん剤と陽子線による治療開始。90%の縮小あり、9 月に退院し外来で抗がん剤を続けた。しかし、病変の増大あり、19 年 2 月から抗がん剤を変更し、サイバーナイフを 1 コース施行。しかし、6 月になると脳室の拡大を認めたため、脳圧減圧のためオンマイヤリザーバーを挿入。小脳病変に陽子線治療を追加。その後、これ以上の治療はできないとされ、余命 3 か月と告知されて 8 月に自宅へ。最期は緩和ケア病棟へ入院することとしていた。8 月 26 日初回訪問。なんとか会話は可能な状態。しかし、38.2℃の発熱。尿量の減少と舌の乾燥あり、脱水と判断して点滴を開始。点滴後に解熱。その後、熱の具合を見ながら 500～1000ml の点滴を継続。しかし、9 月 20 日嘔吐出現し意識状態も悪化。脳圧亢進によると考え、グリセオール点滴を開始。服薬が困難になったため薬剤をすべて注射剤に変更して継続。その後、むせこみが強くなり、痰が増えて肺炎を併発。入院するかこのまま在宅で行くか、家族は迷ったが、結局そのままグリセオールの点滴だけを続け在宅を続けることとなる。10 月 12 日自宅で永眠。

(まとめ)

- ・自宅退院直後はなんとか会話が可能だったが、その後、脳圧亢進症状が進んだ。
- ・必要な薬剤はすべて点滴で投与。
- ・緩和ケア病棟への入院と在宅継続との間で悩む家族に、その都度そのまま在宅を続けるかどうかを確認。
- ・まもなく最期という段階でそのまま自宅で看取することを決意した。

2) 家族の強い希望で在宅看取りとなったアルツハイマー型認知症の 89 歳男性

福祉の森診療所 赤荻栄一

りゅうじん訪問看護ステーション古河 一木美津枝

老人介護支援事業所わたらせ 渡部法子

(ケース)

89 歳男性：アルツハイマー型認知症、摂食困難、寝たきり、介護度：5、主介護者：妻、日常生活自立度：C2、認知症自立度：IV、本人の希望：家にいたい (?）、家族の希望：家に置いてあげたい（特別な治療は望まない）、家族構成：妻、長男夫婦

(経過)

歩行困難となって住んでいる 2 階から降りることができなくなり、近医から家族の代診で栄養剤をもらっていたが、認知症の進行があり、在宅での看取りを希望して当院へ紹介。2019 年 2 月 28 日初回訪問。会話はできないが、こちらの言うことは理解できる状態。手を引いてもらえば歩行も可能。翌月訪問時、歩行できなくなったと。足を見ると、爪囲炎があり両側母趾が化膿している状態。抜爪が必要と判断し、すぐに抜爪。それで再度つかまり歩行可能に。6 月になると暑い日が続き脱水気味に。そのため、飲水を勧める。8 月 29 日訪問時、痰のからみあり。そして 9 月 11 日発熱。誤嚥性肺炎と診断し、抗生剤の点滴開始。13 日 PaO₂ が 77%まで低下。家族は吸痰までは望まず、そのまま 17 日呼吸停止し、永眠。

(まとめ)

- ・認知症の治療を含め、家族は特別な治療を望まなかった。
- ・ただ、家でできることはやってもらいたいと。
- ・爪囲炎のため歩行困難になり、抜爪。それで再度歩行が可能に。
- ・脱水には家族が飲水。誤嚥による肺炎には抗生剤点滴。
- ・最低限の治療を行い、家族の希望通り、最後は肺炎を起こし自宅で亡くなった。

4. 第 5 回定例会 (2 月 4 日古河総合病院にて)

(1) 在宅で看取った高齢者の 2 ケース

1) 長い在宅生活の中で膀胱癌を併発し在宅で看取られたアルツハイマーの男性

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 中島昭子、大澤栄子

愛光園居宅介護支援 藤井美奈子

(ケース)

84 歳男性：アルツハイマー型認知症、膀胱癌、糖尿病、慢性心不全、介護度 3、主介護者：長男と嫁、日常生活自立度 B2、認知症自立度：IIIb、本人の希望：入院はイヤだ、家族の希望：家で看たいが・・・、家族構成：長男夫婦と二人の孫

(経過)

平成 24 年認知症の BPSD のため措置入院となり、アルツハイマー型認知症と診断されて投薬を受け、落ち着いた後に精神科へ外来通院していた。平成 27 年 5 月血尿があり、当院で CT と尿の細胞診で膀胱癌と診断。しかし、特別な治療はしないことになって、当院で対症療法しながら経過を見ることになった。あわせて認知症薬も当院で処方継続。その後、ときどき血尿があったが止血剤で止まった。しかし、平成 31 年 4 月から下腹部の痛みが出てきたために撮った CT で膀胱癌の増大があり、右尿管の閉塞による水腎症を認めた。さらに痛みとともに出血が頻発したため、止血剤と鎮痛剤を継続服用。そして歩行が困難になったため、訪問看護開始。ところがすぐに尿閉となりバルーンカテーテルを挿

入。しかし案の定カテーテルを自己抜去しようとし、そのためにカテーテルが嵌頓して抜去困難に。古河病院泌尿器科に入院しカテーテル抜去し、太いカテーテルを挿入して退院。しかし、そのままカテーテルをいれたままにしておくことはできないだろうと判断し、炎症の治まる 3～4 日後に抜去することとした。10 月 7 日予定通り抜去。下腹部や臀部の痛みを訴えたが経口鎮痛剤と坐剤、および抗精神病薬で対応。11 月になると傾眠傾向となり、12 月に尿閉となったためカテーテルを再挿入。しかし、その後は傾眠状態のため自己抜去することなかったものの、痰の喀出が困難となり、家族による痰の吸引を行うも 12 月 13 日誤嚥性肺炎により自宅で死亡。

(まとめ)

- ・アルツハイマー型認知症の在宅ケア中に膀胱癌を併発したが、無治療とした。
- ・血尿で初発した後 4 年間はほぼ無症状で過ごせたが、痛みが出現した後に症状が増悪。
- ・歩行困難となり訪問看護開始。その直後に尿閉。バルーンカテーテルは自己抜去を試み、抜去困難に。
- ・泌尿器科でカテーテルを再挿入してもらったが、時期を見て抜去。そのまま 2 か月間は再度在宅での生活を送ることができた (10 年ぶりに自宅の岩風呂に)。
- ・その後は抗精神病薬とボルタレン座薬で痛みをコントロール。その後傾眠傾向となり、それにあわせて誤嚥が多くなり、肺炎を併発して亡くなった。

2) 自然に自宅での看取りとなった 99 歳の女性

福祉の森診療所 赤荻栄一

(ケース)

99 歳女性：廃用性障害、歩行困難、骨粗鬆症、高血圧、主介護者：長女、介護度：1、日常生活自立度：C1、認知症自立度：自立、本人の希望：このまま家にいたい、家族の希望：本人の気持ちを大事にしたいが心配、家族構成：長女夫婦家族 4 人と同居

(経過)

令和元年 7 月に食欲低下。その後急に体力が落ちてほぼ寝たきりに。なんとか食事と排泄は自力でできるが、今後は心配と訪問依頼。9 月 10 日初回訪問。血圧：116/40、脈拍：72/分、整。胸腹部に異常なし。薬は残薬があるということで、そのまま来月訪問することに。4 週後、38℃の発熱と嘔吐ありと連絡。コロナールで様子を見るよう指示。しかし、すぐに解熱し、コロナールは飲まずに済んだと連絡あり。10 月 8 日訪問。血圧：120/46、脈拍：76/分で変化なく、診察でも特に変化はなかった。その 1 か月後の訪問時には、軟便で吐き気があると。しかし、腹部には軽度の圧痛を認めたのみ。ファモチジンとガスマチンを処方して様子を見ることにしたが、状態が悪化していると思われたため訪問看護導入することにした。しかし、訪問看護開始予定の週初めの 11 月 14 日朝、家族が呼吸停止で発見。直ちに訪問し、死亡を確認。

(まとめ)

- 食べられなくなった原因は胃腸炎と思われ、その後急に老衰が進んだ。
- 本人と家族がとくに治療を望まなかったために、そのまま家で様子を見た。
- そして、そのまま家で最期を迎えた。

<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