

日 時：2019年10月1日(火) 20時10分～21時10分

会 場：ふれあい歯科ごとう

参加者：五島、飯塚、稲山、遠藤、栗原、齊藤、佐藤(雅英)、田口、余郷、吉田、佐藤(惟)

テーマ：在宅で看取りたい～夫婦の歴史 そして 夫婦の絆～ (報告者：吉田かおる)

<報告内容>

■事例概要

N子さん 77歳女性 夫と2人暮らし 新規申請で要介護2 一男一女あり

食事：夫が食べさせるが時々N子さんもスプーンで食べることができる

X年サービス開始⇒デイサービス週2回⇒言葉も出るようになる

夫婦での海外旅行中に行方不明になる⇒少しずつ様子の変化⇒アルツハイマー型認知症の診断

X+2年 誤嚥性肺炎で1か月入院：入院中食事制限あり

病院の言いつけを守り夫が内緒で固形物を食べさせる⇔長女夫婦が夫に注意するが納得せず。

病院側からもおかゆ、ゼリー、ムースを勧められたが夫は納得しない。⇒退院

■在宅での様子

帰ってきた日から常食を食べさせるがほとんど摂取できず、水分がやっと。

夫はN子さんの好きなクラシックをかけてテーブルに生花を飾る。味付けにアクセントをつける。

⇒徐々に食欲が出て入院前の量が食べられるように。⇒体力が付き、表情が出てくる。

■2度目の入院 (前回退院から2か月後、約1週間)

尿路感染症のため入院⇒在宅に戻るがADL全介助、発語なし。

X+3年 要介護2から要介護5へ

■3度目の入院 (前回退院から1年半後、約1週間)

X+4年 誤嚥性肺炎。状態悪く経鼻栄養に。

夫の介護負担も考え「療養型に移るべきでは？」と主治医、病院関係者、長男、長女の意見。

⇔夫は「絶対に在宅で見たい。しかし経鼻栄養では困る。口から食べさせたい！」

退院：N子さんは無表情・無反応⇒訪問診療医は看取りの話。ケアマネは夫のメンタルケアを考える。

⇒看護師より夫へ入れ歯の出し入れの練習をしてほしいとお願い。

⇒2週間後、1日4回入れ歯を外して口腔ケアができるようになる。

長男は療養型に入れなかった夫に立腹。

長男、夫、ケアマネでどうしたらN子さんが一番幸せなのか話し合う。

五島先生のラジオをyoutubeで聴かせる⇒長男も納得。

夫はラジオを聞いて多くの知識を得ており「吉田さんこれをしなきゃだめだよ！」とケアマネに話す。

■食事をを行うときの工夫

大好きなクラシック音楽、鮮やかな生花を置く、食姿勢を整える、食事にアクセント、声かけ。本人がうとうとし始めたら、大好きなバニラアイスを口に入れる⇒覚醒して食事を続けられる。

■4度目の入院（前回退院から2か月後、約2週間）

尿路感染症、アルツハイマー型認知症の悪化 ショートステイ先で意識障害
ほとんど意識がない状態。療養型への転院を勧められる。

⇒経鼻栄養でも在宅で看取りたいと夫。

以前は在宅介護に反対していた長男や長女も「父親が後悔しないように」と全面的に協力。

■看取りに向かって

ほとんど意識がなく目も開かない。経鼻栄養だけで生きる。

夫は残された時間を大切に過ごす。N子さんは全く動かないが枕もとで思い出話を聞かせる。

夫の努力でここまで穏やかに過ごせた。

■反省点

- ・ 最初の誤嚥性肺炎の診断が出た時に、夫に口腔ケアの重要性をもっと強く伝えるべきだった。
- ・ 入院期間について：1回目の入院時、治療が終了していたのに退院するまでの期間が長すぎた。入院が長くなったことで急激にADL低下。もっと早く退院できるように動くべきだった。

<ディスカッション>

- ・ ご本人がどうしたいか意思表示はできたのか。
⇒表情の変化から読み取るしかない。病院にいる時は何とも言えない表情。
- ・ お父さんは大正解。アルツハイマーだから誤嚥性肺炎は起こらない。固形物が口に入ったから認知できる。固形物を口に入れていたからこれだけ長く頑張っているのでは。夫は「飲める」ということがわかっていた？ 病院の言いなりだったらもっと早くダメになっていたかもしれない。
- ・ 在宅での食形態について、入院時病院に書面で渡しているが全然生かしてもらえなかった。
- ・ 入退院を繰り返すと3回目くらいの時に「療養型か自宅か」と迷うが、最期亡くなった時に家族がどれだけできたか、頑張った時間があるか。亡くなる前の段階でどれだけ一緒に頑張ったか。家族がやりたいと思ったことを全部できたことが達成感につながるのでは。
- ・ 長男の意見もわからなくはない…ケアマネが夫の背中を押したことがベストサポーター。
- ・ ラジオ番組が大きかった。夫もいろんな知識が入って強くなった。誰かが「間違っていない」と伝えてくれたことが大きい。
- ・ 疾患がわかっていないとケアがストップしまう。レビー小体型認知症など動きの問題が出てくる認知症の可能性もあった？ ⇒パーキンソンじゃないかという話もあったが違った。

- ・ N子さんは自分で入れ歯の出し入れが全然できない。デイの人がやっていたが夫は「自分は絶対できない」と言っていた。しかし訓練したら2週間で1日4回できるようになった！
- ・ 他人が入れ歯を外すときのコツはあるのか？⇒大きく口を開けさせてはダメ。「軽く開けてください」歯科衛生士や看護師が教えて家族が口腔ケアをできるようになると大きい。
- ・ 病院の人がリハビリしても知らない人だと口を開けない。夫やいつもお世話してくれるデイサービスの職員がやってくると口を開けてくれる。本人はわかっている。
- ・ 病院は本人・家族に相談しながら進めておらず、自宅は夫や長男と相談しながら進めている印象…
⇒最初は「病院のいうことが100%正しい」とケアマネも思っていた。「夫が勝手に固形物を食べさせている」ケアマネがちくっていた。新食研で勉強を重ねていろいろ考えるようになった。
- ・ 福祉用具と認知症は相性が悪い。間違った使い方でやると十分なパフォーマンスが出せない。今回のケースだとご飯食べているならそれが正解。床ずれもないし、福祉用具の出番はあまりない。
- ・ 経管栄養だけで生きている状態でも、においをかがせてあげたり、聴力は残るので声かけをしてケアしてあげたい。
- ・ 子どもたちの心の変化が良い。最初反対だったのが同意になったというのはすごい。ドタバタしたら今度は息子さんの後悔もあった。はじめは「とにかくお父さんを説得して」とケアマネに迫られ困惑したこともあった。変化のきっかけはやっぱり五島先生のラジオ。
- ・ ご家族がネックになることが多い…きょうだいが多いとなおさら。ご家族との向き合い方、話をするためのツールが重要。

<論点まとめ>

- ・ 来年2月に病院で発表する予定。「五島先生のラジオで変わりました」とアピール？
- ・ 夫が「入れ歯を口に入れて退院させて」と言っているのに全然入っていなかった。病院と在宅での連携を考える上での一つの問題提起をしても良いかも。病院側も反省があるかもしれない。
- ・ 写真で病院と在宅での食事の変化を見せると良い。「安心して地域に送り出してください」
- ・ 大学病院に勤めていた頃、退院時にはイニシアティブをとらねばという思いもあり「こうしたらどうか」と話す感じになっていた。時間的にもゆっくり家族の思いなど聞けず「どうしていこう」ではなく「どうしたら退院できるか」という視点からの話になってしまっていたかもしれない。
- ・ 祖母が入院していた頃、医療ソーシャルワーカーも説明ばかりでこちらの話はあまり聞いてくれず何のためのソーシャルワーカーかと思ったことがある。
- ・ 病院だと退院がゴール。在宅は退院がスタート。視点がずれている。少しでも「退院がスタート」と考えている病院は連携が取りやすい。そういう病院が増えると良い。

<次回予定>

日 時：2019年11月11日（月）19時30分～

場 所：ふれあい歯科ごとう

発表者：稲山未来

以 上