

バイタルリンク運用好事例紹介（その20）

病院や地域の医療介護職が、チームとして意思決定支援や方針決定に関わった事例

【事例概要】レビー小体型認知症の80代男性、グループホーム（以下、GH）入所中。入院1週間前から意識変容（傾眠・発話量低下）、両上肢の強直を繰り返していた。強直と共に右共同偏視もみられ、抗てんかん薬の坐薬で一時的な症状改善と発作の再発を認め、てんかん重積状態との診断で急性期病院に入院精査をお願いした。



診療所医師

件名：病院への診療情報提供書を共有します



診療情報提供書.pdf

診療情報提供書

【てんかん重積状態】

てんかん発作（脳の神経細胞に生じる電氣的過活動により、意識消失や痙攣が生じる）が5分以上続いたり、短い発作を意識が回復しないうちに繰り返し生じる状態。

発作の持続時間や背景の脳疾患によっては、てんかん発作の消失後も脳機能障害が残る可能性がある。

〈内容の抜粋〉

症状経過だけでなく、認知症ではあるが発作前までは食事を自力摂取し、介助で庭に出ることが可能な程度の身体機能・高次脳機能レベルであったことを記載している



病院 MSW

件名：入院経過のご報告&ご相談です

※入院7日目

〈医師に確認した入院後の経過〉

1日2回の抗てんかん薬の点滴投与を開始して発作なく経過。脳波上に発作波はみられないが、意識障害は持続している。4日前に誤嚥性肺炎・敗血症を併発したが持ちこたえた。酸素2L投与中で、痰が多いため1~2時間毎に吸引している。誤嚥性肺炎を繰り返す可能性が高い。現在、経鼻胃管を挿入しているので、抗てんかん薬は経鼻胃管からの注入に切り替えている。飲水・経口摂取は困難で、1日1000mlの点滴を行っている。

肺炎に対する抗生剤治療終了後に退院可能となりますが、GHに胃管挿入したまま退院可能でしょうか？難しいようでしたら、療養型病院への転院を検討する必要があると考えています。

病院から、退院に向けての方針相談があった



診療所医師

件名：病院医師と電話で話し合った内容を共有します

※入院7日目

- ・GHでは、経鼻胃管からの薬剤注入や1日2回の点滴投与はできない。内服困難であれば坐薬を定時使用するしかないが、坐薬では発作を十分にコントロールできない可能性がある。
- ・重積状態の改善後に意識障害が一定期間遷延しうること、肺炎・敗血症に伴う低活動性せん妄等の可逆的な意識障害をみている可能性を考慮し、ドライシロップの抗てんかん薬がのめる程度にまで意識レベルが回復してこないか、もう数日病態や予後を見極めてから退院について判断して頂くことになりました。

→1週間後に病院主治医がご家族に病状説明と今後の方針を話す機会が設定されました。

経口摂取を再開できるほど回復することは難しい見込みです。

今後の方針決定に大きくかわる「意識障害が可逆的か不可逆的か」、「内服や経口摂取が可能となるのか」という点を見極める方向性を共有しています

また、経口摂取再開は難しい見込みであることを地域の医療介護職にも共有しています



グループホーム
介護福祉士

件名：娘様と奥様のお気持ち

※入院8日目

娘様から電話があり、療養先の検討も必要になるかもしれないと病院から聞いたが、療養型病院や他の施設には行かせたくない。このまま家族に会えずに見送ることはしたくない。看取りになるのは覚悟しているので、これまで過ごしていたGHに戻して欲しいとのことでした。

また、代替栄養手段としての中心静脈栄養や胃瘻造設は家族としては希望していないとのことでした。



診療所医師

件名：Re：娘様と奥様のお気持ち

※入院 8 日目

訪問診療導入時の面接でも「延命より緩和」のご希望は明確でした。そのお気持ちに変わりがないのなら、侵襲的医療処置を行うことなく、GHに戻っていただきそこでできることをするという選択肢があります。

ただ、栄養摂取と投薬方法については、分けて意思決定支援を行う必要があると考えます。坐薬ではてんかん発作を繰り返すリスクは残り、「安楽」な経過をたどれる保証までは難しいことは理解して頂きたいです。



診療所医師

件名：病院の医師と電話で議論しました

※入院 13 日目

意識障害は続いており、発作の持続時間が長かったことによる脳機能障害であって、「不可逆的」な状況と判断することでした。意識は目を開ける程度で時々返答はあるが、経口摂取は全くできる状況ではないとのことでした。振り返ると、入院3週間前の「下肢で床を蹴るような動作」もてんかん発作による下肢のつっぱりであった可能性があります。

脳機能障害が生じた状況でご本人・家族が希望しない中心静脈栄養や胃瘻造設は適応がないと考えます。栄養投与を断念するという事は、今後、看取りに向かっていくことを意味します。

GHに退院する方針とする場合、①なるべく発作をコントロールできる坐薬の用法容量を見出す、②がん緩和ケアに準じて輸液量を1日500ml以下に絞って痰の吸引回数が減ることを目指す方向で合意しました。

意識障害は改善せず、今後看取りに向かっていく状況であることを共有しています

GHへの退院を想定し、GHで継続する医療ケアへの移行を病院と調整し始めています



グループホーム
介護福祉士

件名：本日病院での家族面談に同席しました

※入院 14 日目

坐薬を用いた発作予防に限界があることはご理解いただいた上で、ご家族はGHへの退院を希望されました。奥様は看取りに向かうことをよく理解されていて、「昔から主人は延命して欲しくないと言っていた」と話しておられました。



病院 MSW

件名：坐薬について医師から下記提案がありました

※入院 18 日目

現在ジアゼパム坐薬の定時投与に切り替えたところだが、小児用フェノバルビタール坐薬を使用すると抗てんかん作用を強化できる、院内採用薬ではないので退院後に処方をお願いしたい、とのことでした。小児なら4~7mg/kgで用いるため体重40kgでは160mg/回となるが、呼吸抑制を考慮すると少量の100mg/回で開始するのが安全と考えられます、とのことでした。



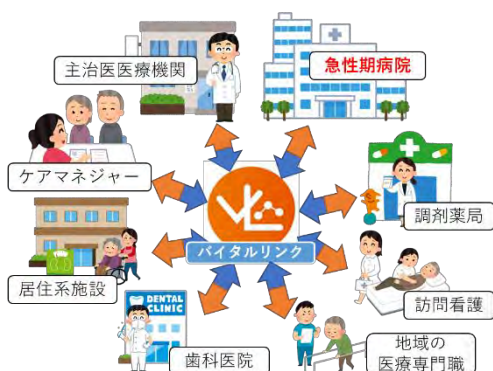
訪問薬剤師

件名：Re：坐薬について医師から下記提案がありました

※入院 18 日目

小児用フェノバルビタール坐薬100mgは在庫しているお薬です。退院後、必要でしたら処方をお願いします。

病院医師からGHにおける治療方法についての提案があり、退院前から対応することができた



【病院 MSW の登録】



病院医師 1 人 1 人を利用者に繋ぐことは煩雑であり、システム利用には電子カルテと異なる端末が必要であることから、医療連携担当職員が病院を代表して各々の利用者に繋がり、院内連携を担当する方法があり得る

推奨する利用方法

入院中にも地域 ICT を活用することや、あわせて病院 MSW 等が登録して病院を含む多機関間で情報を共有することにより、入院中から病院・診療所・居住系施設・薬局が1つのチームを形成しうる。病態や予後予測だけでなく、本人家族の意向や入院前の生活状態を踏まえて、患者の人生にふさわしい治療ケア方針に関する議論や決定において、地域 ICT が威力を発揮しうる。