

ポートフォリオB3-⑥ ～チームアプローチ 在宅におけるLCPの在り方～

《カバレーター》 イギリスで利用されている看取りのクリニカル・パスLiverpool Care Pathway(LCP)を参考にした看取りツールは日本では緩和ケア病棟で利用が徐々に広がりを見せているが、在宅ではまだ利用されていない。病院死が8割を超える現代では、在宅で看取することは家族にとって課題が多く、患者と家族が安心して穏やかな看取りを迎えるためには、決め細やかな配慮が欠かせない。在宅医療では、在宅診療支援診療所、訪問看護ステーションなど複数の施設スタッフが関わっており、統一した対応が取りにくい、看取りに向けてはスタッフ各々の方針、方向性が一致していることが必要である。従って在宅という場ではより一層LCPのような看取りツールが必要とされる。ただ、本来LCPはEnd of life strategy やadvance care planning (ACP)を前提に作成されているが、日本にはACPに相当する終末期プログラムは存在しない。その事実を踏まえた上で、LCPを参考に在宅でも利用できる看取りツールを独自に作成し、実際にターミナルのケースに適用した。スタッフ間の統一した対応として非常に有効であったが、課題もあり、ACP、LCPについてのスタッフ内での学習の必要性と訪問看護を適切に導入するための議論が必要であることがわかった。

Liverpool Care Pathway(LCP) : イギリスにおいてDr. Jhon Ellershaw(Marie Curie Center Liverpool)により2003年に提唱された看取りのクリニカル・パスである。ホスピスにおけるbest practiceを、病院や在宅、ナーシングホームにも広めようという、国家的プロジェクト(NHSがLCPを支持)。チェック・リスト形式のパスで、**患者を看取るまで、そして看取り後の治療とケアの手引き**となり、**経過記録を支援する**ことを目的として作られている。LCPを導入することによって看取りのケアの標準化が図られ、**必要なケアがもれなく行われることができるようになる**。

作成した看取りツール

～穏やかな看取りのために～

以下の内容は、自宅で最期を迎える患者様やご家族が穏やかに安心して最期の時間を過ごすことができるように支援するためのツールです。関わる医療スタッフが各項目を共有することでよりよい看取りにつながると考えられています。まず、開始基準が満たされた時点においてスタッフ間でこの内容を確認、共有し、以後定期的に各項目をチェックします。

*** 看取り準備開始になった方については朝のカンファレンスで毎回確認。***
開始基準:

・寝たきり状態 ・半昏睡／意識低下 ・ごく少量の水分しか口にできない
・錠剤の内服ができない

以上の4項目のうち2項目以上を満たし、かつ予後1週間前後と予測される。

アセスメント ⇒ 目標

***** 看取り期 *****

どこで最期を迎えたいか:

不必要な検査や治療の中止:

苦痛に備えての臨時指示 ⇒ 『**コンフォートセット**』

苦痛についての定期的なチェック ⇒ 『**苦痛に関するチェックリスト**』

家族、関係者への連絡方法:

患者の状態の把握:

家族が患者の状態変化を理解しているか:

家族のしてあげたいこと、したいことが達成されているか:

***** 死別後 *****

死後処置について相談または実行した

家族に所定の手続きについて知らせた

家族に必要な書類や助言を提供した

(遺族ケアのリーフレットを渡した)

【**苦痛に備えての臨時指示(コンフォートセット)**】

①疼痛時 ②呼吸困難時 ③嘔気・嘔吐時 ④不穏時 ⑤気道分泌過多時の5項目について各々指示内容をケースに合わせて作成。

【**苦痛についてチェックリスト**】

■痛みがない / ■嘔気・嘔吐がない / ■呼吸困難がない / ■過度な分泌が問題とならない / ■不穏がない / ■口腔内が湿潤し清潔である / ■排泄について患者が苦痛なく快適である / ■快適な環境である

以上の8項目について日々の観察内容を記載。

症例① 60歳 女性

卵巣癌ターミナル、腹水貯留

訪問開始からしばらくはステロイドに反応あり、ADLは自立していたが、約3ヶ月で衰弱が進行しベッドから起き上がることも困難になっていた。同時期より経口摂取が困難となり、水分をとることがやっとの状態になってきた。

それまでは目立った疼痛もなく、生活も自立できていたため、訪問看護の利用は拒否していた。

主介護者は夫だが、平日日中は仕事。朝から昼までは長男がいるが、午後から夜までは患者ひとりになる。

看取り期であると判断されたため、主介護者であるご主人にその旨を伝え、急変時の対応や一人の時間をなるべく少なくするため、ヘルパーサービスや看護師による介入を要することを説明した。

看取り期に対してLCPを発動。

一患者さん自身に最期を迎える場所について改めて問うたところ、最期まで自宅にいたいとの希望であった。

一服薬については困難になっていることからすべて中止へ。

一現在の状態について、ご主人には再度電話で説明。了解されていた。また、電話で患者さんの状態を確認する際に長男にもご本人の状態は癌の進行により日にち単位であることを説明。

一苦痛に対する臨時指示については、患者さんの状況に合わせてコンフォートセットを作成することとした

生じ得る苦痛は、疼痛、呼吸困難、嘔気であった。

以前に嘔気に対して使用していたジプレキサは変な感じがあった嫌だと自己中断しており、その他にも拒薬あり。服薬コンプライアンスは悪いことから、臨時薬も場合によっては内服を拒否される懸念があった。そのため、臨時指示に使用する薬剤のうち、処方でもうさせてもらった薬の選択には慎重を要した。また、介護者がご主人と長男しかおらず、臨時指示薬として坐薬の使用は拒否された。

⇒ 以上を踏まえて、**コンフォートセットを作成**。

最終的には臨時薬で処方したリスパダールを1回使用した。

【参考文献】・OPTIM ステップ緩和ケア／LCP 日本語版

・Care of the dying edited by John Ellershaw / Susie Wilkinson

・Advance Care Planning : A Guide for Health and Social Care Staff

考察

今回初めてLCPを利用して、同じ事業所内の訪問看護ステーションと情報共有及び終末期ケアを行った。それまでも同じ事業所ということで患者情報はこまめに共有していたが、LCPの利用によって、明らかな変化がみられた。まずはLCPの発動により関わるスタッフ全員が看取り期を意識することができた。そしてこれまで以上に頻回に情報交換をするようになっていた。また具体的な項目があることで、各項目に即して話すため効率的な情報交換になる。何より情報の漏れがない。

LCPの発動にあたって浮上した幾つかの問題としてはひとつには家族への受け入れの問題である。LCPの項目にも家族の理解や同意を確認する部分があるが、それまでの受け入れの確認としての意味合いである。今回の症例はいずれもターミナルで症状が進行している状態で在宅医療導入となっており、家族の理解や受け入れを促す時間はあまりないと判断されたため、診療外の時間を使って家族と話し合う時間を作るなど頻回に本人や家族の理解や意向を確認し、状況を説明する機会をつくるよう心がけた。現状では在宅でLCPを使用する場合、そうした慎重な対応なくしては効果的に運用することは難しいのではないと思われる。これはまさにLCPの前段階としてACPを行う重要性を物語っているといえる。また、いずれのケースも経済的理由で最初から訪問看護を導入することには拒否があったが、介護力に乏しいケースでは特に訪問看護を導入する必要がある。

コンフォートセットについては、経済的問題や実際に介護者が実施できるかなど考慮しながら慎重に選択する必要がある。患者に負担してもらおう分の臨時薬の種類と院内で準備できる薬剤にはそれぞれ制限があることもわかり、想定されるケース別に幾つかの在宅用セットメニューを考えておく必要がある。

NEXT STEP

■ターミナルの『在宅導入時における訪問看護の利用』をいかに勧めるか、連携している訪問看護ステーションと勉強会やカンファレンスでの検討を重ねる必要がある。その際、ACPIについても学ぶ必要があるだろう。また他の事業所でどのように工夫しているのか見学やインタビューを通して調査する。

■コンフォートセットは在宅用に幾つかセットメニューを準備してパンフレットなどで介護者に提示できるようにする。院内準備薬についても柔軟に対応できるよう、連携する訪問薬剤師や訪問看護師を交えて検討する。