

エイズ診療中核拠点病院と 回復期リハビリテーション病床と 緩和ケア病床の連携 ～地域全体で支える体制をめざして～

高知大学医学部附属病院 副看護師長
エイズ治療対策チーム HIV専従看護師
中村 美保

(2016. 8. 22 平成28年度第1回中国・四国ブロック
エイズ治療拠点病院等連絡協議
会)

高知県:エイズ治療拠点病院

人口:約72万人

患者65人 高知大に62人

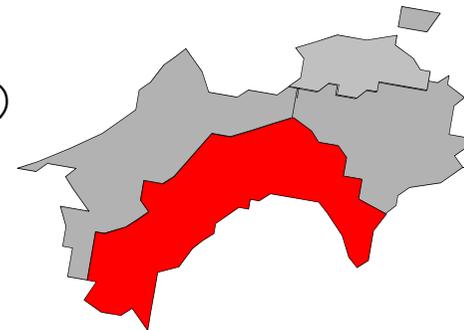
西部:幡多けんみん病院

中央:高知大病院(中核拠点)

高知医療センター

国立高知病院

東部:あき総合病院



高知大附属病院における83名の患者・感染者

(2016/8/5現在)

男性79名、女性4名

AIDS患者38名(5名は死亡)

日本人81名、外国人2名

HIV感染者45名(1名は死亡)

血友病・二次感染 5名

性感染 78名

当院7名、他の拠点病院13名

拠点病院以外 16名

保健所 12名

献血 5名

郵送キット 1名

他県より 24名

62名が通院中

60名が抗HIV療法



症例報告

<症例> 60歳代 男性

前病院での経過

- 20XX年2月 赤痢アメーバに罹患したことをきっかけに東京のクリニックを受診しHIV陽性が判明
国立国際医療研究センターを紹介され受診
5月 ART開始
- 20XX+1年1月 右足底、左大腿部にカポジ肉腫
4月 キャッスルマン病
20XX+5年6月まで治療
- 20XX+5年7月 転居にて高知大附属病院を受診

当院での経過

- 20XX+6年5月 キャッスルマン病再燃 治療開始
- 20XX+7年2月 キャッスルマン病 寛解
6月 口腔内、右胸部、右大腿にカポジ肉腫
10月 カポジ肉腫 軽快
- 以後症状もなく、外来通院、服薬自己管理等はできていた
(CD4:150個前後/ μ l HIV-RNA量:検出せず)

物忘れの出現

- 20XX+9年10月頃～
呂律困難→構音障害
認知機能の低下→物忘れ→**服薬自己管理困難**
体幹失調→排便や排尿困難感
四肢失調→歩行困難→妻が介助(車椅子)
- * ADLの低下→日常生活の介助は妻が行う
- * 外来通院→**受診日忘れ**
妻が受診日に車椅子で連れてくる

悪性リンパ腫

- 20XX+10年3月 髄液検査(細胞数:554)
悪性リンパ腫と診断
- 4月 入院
メトレキセート、キロサイド、プレドニンの
髄注を8回施行
- 7月 寛解(細胞数:3)

治療終了

<ADL>

起き上がり: 電動ベッドでの介助
移乗・食事・排泄: 全面介助
歩行: できない

<妻より>

- 自宅は義母らと暮らしており、居住地は2階になっている
- 自宅に連れて帰りたいが階段があるので、現在のADLでは連れて帰れないため、出来るだけリハビリが多い病院への転院を希望
- 高知市内でも構わない



6月10日 主治医よりMSWに回復期リハビリテーション病床へ
転院を依頼

回復期リハビリテーション病床へ 転院を依頼

- 6月12日～転院の依頼を開始
 - 1) A病院: 夜間看護師が少なく介助できない(×)
 - 2) B病院: 症例がないため(×)
 - 3) C病院: 症例がないため(×)
ただし、HIVの対応等の資料があれば再度検討資料を送付→看護師が混乱するため(×)
 - 4) D病院: 回復期リハビリ病棟へ受け入れ可能
訪問して勉強会を開催
- 7月16日 D病院へ

転院後の支援

- D病院から一番近いエイズ治療拠点病院
→E病院であり、連携を希望される
→当院からE病院へ、協力依頼
- マニュアル作成時→質問等に対応
- 病棟での患者対応で困ったとき
→電話連絡あり
→その都度対応
例) リハビリで使用した器具の消毒
入浴の順番・・・など

ADLの改善

- 立ち上がりは少し引き上げるのみ介助
(当院: 妻または看護師が全面介助)
- ベッドからの起き上がりは、柵を持ち自力で行う
(当院: 妻または看護師が電動ベッドで起き上がり介助)
- 廊下の手すりを使って、毎朝、詰所まで歩行
「おはようございます」と挨拶し自室へ帰る
(当院: 転倒防止目的にて体動センサーを装着しており、
室内歩行もできない状態)
- トイレは日中は妻の見守りで自室のトイレで排泄
(当院: 妻または看護師が尿器で排尿介助)
当院では、在宅復帰への支援は困難！！

病状の悪化

* 20XX+10年8月下旬 D病院より

「転院後調子が良くリハビリも積極的に出来ていたが、ここ最近になってADLの低下や精神面の不安定さが出ており病状の悪化を考えている。

今後、緩和ケアの病院に紹介する場合でも、一度は医大を受診して現在の病態を知った上でのほうが望ましいと考えられるため、受診調整をして欲しい。」

と、当院MSWに連絡あり

* 20XX+10年9月上旬 受診

検査結果・今後の方針

<症状>

- 認知症の症状進行
- 項部硬直があり頷きが困難
- 嚥下困難→むせ込みあり
- 誤嚥性肺炎は合併していない

<検査結果>

- 腰椎穿刺では脳脊髄液中の細胞数の増加
細胞数:501 細胞の大半を異常リンパ球
- 脳脊髄液のみのリンパ腫再発と診断

<今後の方針>

- 治療は髄注、効果持続期間は短い

検査結果と今後の方針を 妻に説明

- 治療の再開は希望されず
治療をしない場合の余命1~2ヶ月
↓
- 緩和ケア病床へ転院したいと希望あり

*** 緩和ケア病床へ転院する方針で決定 ***

緩和ケア病床へ転院を依頼

- 9月上旬 外来担当医よりMSWに緩和ケア病床への転院を依頼
- その2日後 転院の依頼を開始
K病院緩和ケア病棟へ転院を依頼する
- K病院より受け入れ可能
訪問して勉強会を開催
- 転院依頼開始から15日後
D病院よりK病院に転院

転院後の支援

- 転院1週間後
 - K病院へ連絡
 - MSWより
- 「病棟の方は大丈夫です。心配ないと思います」
- 1週間後、直接病棟へ連絡
 - 看護師長より
- 「今のところは問題なく看護ができています」
- * * 退院後の情報・・・「漠然とした不安があった」

緩和ケア病床での経過

- 本人・家族の希望
「できる限り車椅子で過ごしたい」
車椅子での院内散歩や外出(10月中旬)
病室でも車椅子で過ごし、妻とビールを飲むこともあった
- 疼痛に対しては、カロナールでコントロール良好
- 10月末 痙攣発作 フェノバル使用
意識レベルの低下
家族らと面会
- 11月初旬 呼吸状態の悪化
家族らに見守られるなか旅立たれる

妻の感想

- 時間に追われず、自宅でのんびりと過ごしている感じがしました
- 病院でビールが飲めるとは思ってなかったので、主人と最後に一緒に飲めたことがうれしかったです
- 外出は1回しかできなかつたけれど、数時間でも家で過ごせたことは、主人にもいい思い出になったと思います
- 最後は緩和ケア病棟に入院して、本当に良かったです

課題(1): 転院に要した時間

今回の症例では、主治医からの転院調整依頼から、転院まで約1ヶ月かかっている

- ① 家族(本人)の希望
- ② 患者の受け入れを該当する病院に確認(MSW)
 - * 受け入れが出来ないと言われた場合は、理由も確認
 - ・症例がない
 - ・知識不足、スタッフがパニックになる
 - 「エイズ治療対策チームメンバーが施設訪問します」と伝えるも・・・→今回は受け入れができない
- ③ ②を繰り返す→受け入れ可能な病院が決定
- ④ 受け入れするまでの準備期間→勉強会の開催
転院日の調整
- ⑤ 転院

課題(1): 転院に要した時間

<今後>

- 入院時、何らかの課題で退院困難と思われる症例には、早期より転院調整を行うようにする
- 研修会や勉強会を開催し、HIV陽性者の受け入れに協力してくれる医療機関・療養施設等と連携する
(例えば、協力医療機関・療養施設等のリストを作成し、転院依頼がすぐにできるようにする)

課題(2): 知識不足と不安

D病院、K病院に訪問し、勉強会を開催したのは転院前の1回だけであり不十分だった
そのため、HIV感染症に対する知識不足と、漠然とした不安があった

<今後>

- 転院後も各々の病院と連絡をとり、勉強会も1回だけではなく、数回行うようにする
- 転院後も病院訪問を行い、現場で困っていることや不安などに対し、対応する

今回の症例を振り返って:(1)

<HIV陽性と診断され>

東京・・・外来通院、入院治療 5年
高知大附属病院・・・外来通院 5年
・・・入院治療 3ヶ月
回復期リハビリテーション病床・・・入院 2ヶ月
緩和ケア病床・・・入院 1ヶ月

***「医療機関と連携ができた！」と思っていたが、ある程度の時間が経過すると、「本当にこれで良かったのか？」と……**

今回の症例を振り返って:(2)

～本当は在宅の方が良かったのでは？～

回復期リハビリテーション病床へ転院し、ADLが拡大すれば在宅へ移行する予定であったが、実際は緩和ケア病床に転院となった

↓

医療者は、ケース不足や知識不足のため、患者の経過や予後を十分に把握できていなかった

↓

転院の方向に力を入れてしまい、在宅への移行は思いつかなかった

↓

例えば在宅介護支援のひとつである、訪問リハビリテーションを利用しても良かったのではないか？

↓

悔やまれる症例