

# 安来市立病院 地域連携室つうしん

No. 50  
令和3年 11月



## ～地域包括ケア病棟から在宅医療へつなげた事例のご紹介～

平素は当院の事業運営にあたり格別のご支援ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

当院では本年6月から在宅医療の訪問看護、訪問リハビリテーションを、8月からは総合内科医による訪問診療を開始いたしました。これにより、当院を利用中の在宅療養の方と地域包括ケア病棟から退院された方に在宅サービスをご利用頂けるようになりました。また、当院での対応が困難で、高次医療機関へつないだ超急性期脳梗塞、心筋梗塞等の診療科領域の患者様が、自宅退院という目標に向けて、高次医療機関から当院の地域包括ケア病棟に紹介入院されるようになりました。「急性期病院から直接退院するのは不安だが、“在宅療養”を目標としたい」という方にとっては、転院先として良い選択肢であると自負しています。

今回の「連携室つうしん」では、高次医療機関から当院地域包括ケア病棟に転院され、チーム医療により在宅復帰を遂げられた症例をご紹介します。

企画経営部部长 田中 将志

## 奇跡の帰還 ～安来市立病院からの脱出劇～

ご本人のたゆまぬ努力、ご主人の熱い支援に加え、当院コメディカルが一致団結した結果、7ヶ月に渡る当院でのリハビリを経て、在宅復帰をされた70代女性Tさんについて、皆様にご紹介いたします。

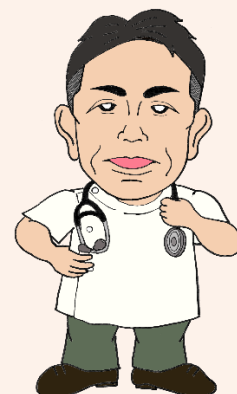
Tさんは、大きな病院で令和2年5月開心術をされました。しかし適切な治療でも体調回復が芳しくなく、11月当院へ転院してこられました。気管切開、人工呼吸器による呼吸補助中、また十分に経口摂取できないため、胃瘻から栄養補給実施中でした。

転院当初より、ご本人は自宅へ帰りたく希望しておられましたが、半年以上の闘病経過から、私は無理と考えておりました。しかし、Tさんは、当院から自宅への脱出を目指して頑張られました。まず看護師さん・リハビリのスタッフと、よく意思の疎通を図られ、スタッフ経由でご自身の希望をかなえようと試みられました。看護師さん、次いでリハビリの先生から安静度解除の提案が再三あり、ゆっくり進める条件でリハビリ強度アップ、安静解除を私も許可しました。結果として呼吸能力が明らかに改善しました。次にTさんは、呼吸補助具を外す時間の延長や経口摂取挑戦を、コメディカルの意見として私へ訴えられました。私は、これもスタッフの熱意に押し切られる形で、昨年12月下旬から、監視下呼吸補助オフ時間延長や経口摂取挑戦を許可しました。本年1月上旬、口から十分食事摂取できるようになり、2月には呼吸補助器械は夜間使用のみで可となりました。

結果として栄養状態改善、運動能力改善→体力回復→機能回復という、期待以上の成果が得られました。おかげで4月に胃瘻・気切孔とも閉鎖できました。

その後、Tさんはさらにリハビリを頑張られました。また入院当初から病棟と連絡をとっていた地域連携室も、私の知らないうちにご主人と福祉調整を行い完了してしまいました。

私はゴーサインを出すしか選択肢がなくなり、6月退院としました。現在Tさんは近所のW先生に丁寧に診療していただき在宅生活を続けておられます。実は転院後、私は処方箋をほとんど変更しておりません。当院コメディカルとTさん、ご主人のチーム力が奇跡の在宅復帰につながりました。こうしたうれしいケースが増えるよう、私たち安来市立病院職員一同これからも頑張っております。ご支援のほど宜しくお願いいたします。



循環器内科医 森正剛



※写真を掲載するにあたり、事前に御本人様の同意を得ております。

## ～病棟看護師の立場より～

昨年の11月中旬に夫と主治医と共に、気管切開人工呼吸器を装着、胃瘻造設した状態でT氏は転院してこられました。T氏は夫と二人暮らしで、息子家族は県外在住です。転院目的が「治療継続と共に看取りの方向」であったため、“全身状態も悪く意志疎通も難しい患者様が来られる”のだと思い込んでいました。T氏は介助で起き上がる事ができ、持参のホワイトボードやジェスチャー、口の動きから意志表示が可能でした。ホワイトボードに「まんじゅうが食べたい」と書かれていました。

入院時より本人や夫から自宅退院の強い希望があり、人工呼吸器を外した状態で退院ができるように、リハビリと治療が開始となりました。「桜が咲く頃には退院する」ことが、本人と夫の目標となっていました。

経過を追う毎にT氏のADLは拡大しました。経口摂取が可能となり、短距離歩行をしたり、一次的に人工呼吸器を外し、スピーチバルブを装着することで、短時間の会話ができるようになってきました。順調な経過を追う一方で、誤嚥による肺炎の再燃で食事を中止したり、体力、筋力低下から思うようにリハビリが進まないこともありました。不眠や体の痛みが出現し、精神的に不安定となることもありました。特に苦痛が強く眠れない夜は、背中をさすったり、ベッドサイドでたわいのない会話やT氏の話に傾聴したりと、少しでも苦痛が軽減できるように関わるようにしました。リハビリでつたい歩行ができた日や、スピーチバルブを装着し声が出た日などには、本人のタブレットで映像を録画し、喜びを分かち合いました。その映像を息子に送り状況を伝えていきました。自身でできることが増える度にT氏笑顔は増え、精神・身体的苦痛も軽減されていきました。

このような状態までADLが回復し、2月中旬に地域包括ケア病棟に転棟されました。

気管切開口閉鎖術を施行し、5月初旬から退院調整を開始しました。退院前訪問に向け、自宅でのADLを想定したベッドサイドの環境設定を行いました。5月中旬、退院前訪問を実施した。帰院後、「入院する前出来ていたことが出来なくなってショックだった。このままだとお父さんに迷惑を掛けてしまいそうで嫌だわ」と、涙ながらに胸中を訴えられました。

退院が近づくにつれ、退院後の自宅生活について自身の思いを話されることが増えていきました。傾聴することで不安の軽減や在宅での目標を定めていくことが出来ました。退院時は「長い間お世話になりました。家に帰ったらどうなるかまだ不安だけど頑張ってください」と、笑顔もみられ、6月中旬に夫とともに退院されました。

T氏はADLが回復し始めた頃、ホワイトボードと口ぱくで、「私はここに来たとき、向こうの病院に見捨てられたと思っていた。だから家にも帰れず、ここで骨を埋めるのかと思った。でもこうして、口からご飯を食べたり、呼吸器を外せる時間も長くなって、本当に先生や看護師さん達のお陰だと思っている。感謝しても、しきれない」と、涙を浮かべながら話されたことがありました。T氏に「ここまでできるようになったのもTさんが、苦しいなか治療による制限を守られたり、リハビリを頑張った結果だと思う。看護者もTさんとの関わりで学ぶことが多く、成長することができた。ありがとうございます」と、素直に伝えました。T氏と関わる上で医師や看護師、リハビリ担当者、地域連携室担当者、薬剤師、栄養士、臨床工学技士など、多職種との連携がとても重要でした。毎週多職種でカンファレンスを実施し、状態変化や統一したケアの方法、リハビリの進捗状況やなどの情報を共有を行いました。これがT氏が望む生活・目標の共有に繋がりました。患者さまを中心にチームで情報共有しながら、同じ目標に向かい関わることの大切さを改めて痛感しているところです。

この経験を活かし、患者様ご家族の意向に沿った看護の提供ができるよう、看護部全体で研鑽を重ねていきたいと思います。



## ～リハビリテーションの取り組み～

### ● 病院リハビリ（言語聴覚士の立場より）

2020年5月、開心術を施行され、その後、人工呼吸器装着、胃瘻による経管栄養の状態ですべての機能が低下した状態で転院されましたが、人工呼吸器を離脱し、経口摂食・独歩も可能となり、退院され、その後、訪問リハビリを行うこととなりました。症例を経験したので、紹介します。

転院時、この患者は、人工呼吸器装着、胃瘻造設をされていましたが、端坐位保持は可能でした。しかし、開心術後であり、耐久性は、かなり低下していました。そのため、医師・病棟看護師と頻回にカンファレンスを行い、慎重にリハビリをすすめてまいりました。本人は、リハビリにかなり積極的であり、人工呼吸器装着中でありながら、嚥下訓練を開始しました。STの訓練目標は、「お蕎麦が食べられるようになりたい」でした。姿勢や食形態を調整することで、少量であれば経口摂取が可能となった頃、人工呼吸器を装着しての訓練のため、病前に好きだったものを食べても、「おいしい」と言って下さることはありませんでした。その後、訓練意欲も低下し、笑顔も見られなくなりました。カンファレンスでその内容を話し合い、主治医から、「T氏が好きな食べ物だから訓練で使って下さい」と、リンゴを渡されました。味も香りも病前に食べていたリンゴの味がしたそうです。その日以来、笑顔が戻り、リハビリも積極的になって来られました。2ヶ月が経過し、嚥下機能も向上し、大好きなお蕎麦を召し上がって頂くことができました。また、その頃より、人工呼吸器離脱のため、病棟看護師と時間調整を行いました。同時に歩行訓練も順調にすすみはじめました。

転院から、5ヶ月が経過し、人工呼吸器の離脱に成功し、気管切開閉鎖術が施行され、さらに本格的に在宅復帰調整が行われました。転院7ヶ月にして地域連携室、リハビリ担当者にて、退院前訪問を実施しました。本人は積極的な性格であるため、在宅での運動負荷に注意することとなりました。

今回の症例は、7ヶ月間のリハビリを行い、在宅復帰が可能となりました。そして、その経過を観察してきた、リハビリスタッフが訪問リハビリを行うことができました。このような経験は、大変貴重であり、一人でも多くの患者が在宅復帰ができるよう、リハビリスタッフ一同研鑽を積んでいきたいと思っております。

### ● 訪問リハビリ

2020年11月に当院に転院して来られました。転院時からリハビリを担当し、7ヶ月間の入院リハビリを行い、その後、訪問リハビリを行う経験をしたので、紹介します。

転院時は、人工呼吸器装着、胃瘻造設による栄養の状態でした。7ヶ月間の入院リハビリを行い、人工呼吸器離脱、経口摂取、独歩も可能となり、当院を退院することができました。開心術後、心不全も末期の状態でありましたが、患者は、積極的なリハビリ・行動をされることが多く、その後の息切れ、疲労が強く前面にでる傾向がありました。そのため、病棟看護師と頻回のカンファレンスを行い、全員でコンセンサスを得ていました。そのことも踏まえて訪問リハビリを行うこととなりました。在宅でも、行動を慎重に設定し指導するようにしました。その後、患者自身も行動を自制しつつ、行動範囲を拡大することができました。

しかし、夏場で、心不全が悪化する場面もありました。在宅では、ケアマネージャー、訪問看護師とも情報を共有し運動が過負荷にならぬよう全員で見守ることとしました。退院時には「入院したときは、こんな生活ができると思わなかった。在宅でも身体も心も支えてもらい大変心強かった」と、言葉をいただきました。今後も訪問リハビリをすすめる上でも、ケアマネージャー、訪問看護らのチームと情報を共有し、在宅での生活が少しでも長く継続できるよう支援していきたいと思っております。



## ～退院支援について～

T氏は、「看取りを含めた全身状態の管理目的」で、転院の受け入れを行いました。転院時、人工呼吸器を装着し、胃瘻栄養、A D Lは移乗動作や端坐位保持可能な状態でした。転院後、多職種で毎週カンファレンスを行い、呼吸器離脱、経口摂取、独歩も可能となられ、自宅に退院することができました。転院から6ヶ月が経過し、本格的な退院支援が始まり、相談員として関わらせて頂いた様子を報告させていただきます。

T氏は、心機能が低下しており、行動すると、後々倦怠感や息苦しさなどの心不全症状が出現していました。病院では周囲のスタッフが様子をみながら、行動制限を行い体調管理していました。しかし、在宅では本人と夫を中心に自己管理して頂くことが大事になると考え、スタッフに視点を変えて指導して貰う様に、多職種カンファレンスで働きかけました。当初、スタッフより、本人が行動制限出来ないで、外出泊をためらう様子が見られました。地域連携室の立場から、外出泊で自己管理出来ない様では、自宅では過ごせないと進言したこともあり。自己管理に向け毎週カンファレンスを重ね、院内の調整と院外の介護サービススタッフとも情報共有を始めました。

退院前訪問では、院内・外のスタッフと共に同行しました。本人は、入院前と同様に歩行が出来る気持ちで居られましたが、5m毎に椅子を置き、休憩を挟みながら歩行して頂きました。それでも、酸素飽和度の低下が見られ、本人も思ったように歩行出来ない自分にショックを受けている様子でした。自分のしたいことは多いが、自分で出来ることが少ないと自覚されたようです。「私、自分では出来ると思うけど、自分で思うほどすると、後でえらくなる。自分で出来ないことが、情けない気がしている。でも、出来ることもあるから、やってみないとね。自分で調整できるようにならないとね」と、徐々に自分の状態を受容され、行動変容がみられました。外出、外泊を行うと「調理もしたい、洗濯も干したい」など、要望も増えることもありました。心機能にあった生活をどのようにしていくか、訪問看護や訪問リハビリ、福祉用具など介護サービスを、ケアマネジャーや在宅のスタッフと情報共有・調整し、無事退院をすることができました。退院後も、本人の要望の話しを伺いながら、在宅医、ケアマネジャーを中心に在宅生活を継続できていると伺っています。

T氏の関わりを通し、多職種カンファレンスで同じ目標を共有し、支援して行くことの大切さを再認識しました。これからも、患者ご本人・ご家族の希望を支援・調整できるよう、院内・外の職種と共働していきたいです。



※写真を掲載するにあたり、事前に御本人様の同意を得ております。

# ONE TEAM

～ 一人はみんなのために みんなはひとつのために ～



医療関係者の皆様に、当院病棟が受け入れ可能な状態であるかの確認ができるように「空床情報」をホームページに掲載をするなど、利用頂きやすい環境を整えました。

また、9月からは、6月に開始した在宅医療の実績により、地域包括ケア病床が「地域包括ケア病棟Ⅰ」の算定要件を満たしたため、その届出を行うと共に43床に増床いたしました。

右のQRコードからご確認頂けますので、ご活用ください。



病院QRコード

地域連携室は、  
先生方のお役に立てるよう尽力いたします。  
ご依頼お待ちしております！



安来市立病院 地域連携室

担当：竹田・田中・長島・山本

予約受付時間 8：30～17：00

TEL 0854-32-2333

FAX 0854-32-2335