

透析施設併設型訪問看護ステーションは 高齢独居透析患者の在宅療養を 可能にする



医療法人 心信会
白金訪問看護ステーション

○森藤 祐美 長谷川 智子
犬丸 万里子 堀 妙子



医療法人 心信会
池田バスキュラーアクセス・透析・内科
Access/Nephrology/Dialysis

水内 恵子 池田 潔

【背景①】

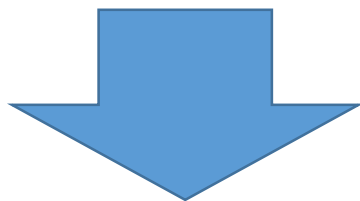
- 2016年末の透析患者総数: 319,107人
うち65歳以上: 211,140人(全体の66.2%)

(日本透析医学会2016年末わが国の慢性透析療法の現況より)

- 高齢透析患者が抱える問題

①認知症、フレイルなどによる通院困難

②長期の入院ができない(最長3ヶ月)



介護保険サービスの活用やサポートが必要

(訪問介護、訪問看護、介護タクシー、通所リハビリなど)

【背景②】

- 透析施設で患者の在宅療養生活の実態把握することは困難であり、介護保険サービス利用が不十分な現状
- 患者、家族の訪問看護の必要性に対する認識不足

「週3回の透析通院しているから訪問看護は必要ない」



患者の療養生活を把握したうえで、
必要な在宅支援に取り組む必要がある

2014年9月 院内訪問看護部門を開設

➡要介護認定者数の増加

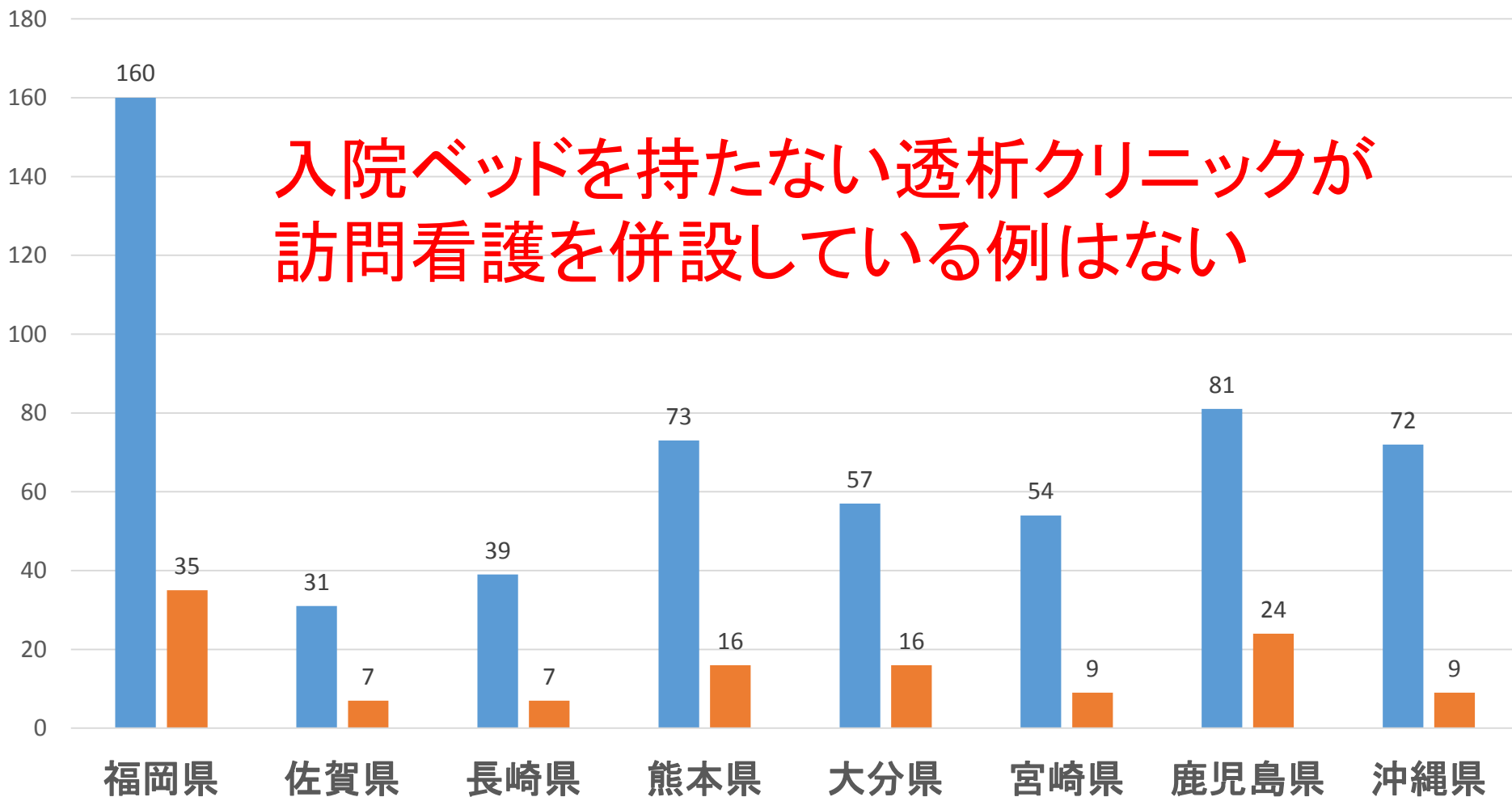
2017年9月 白金訪問看護ステーションを開設

九州圏内の透析施設数と併設訪問看護ステーション数

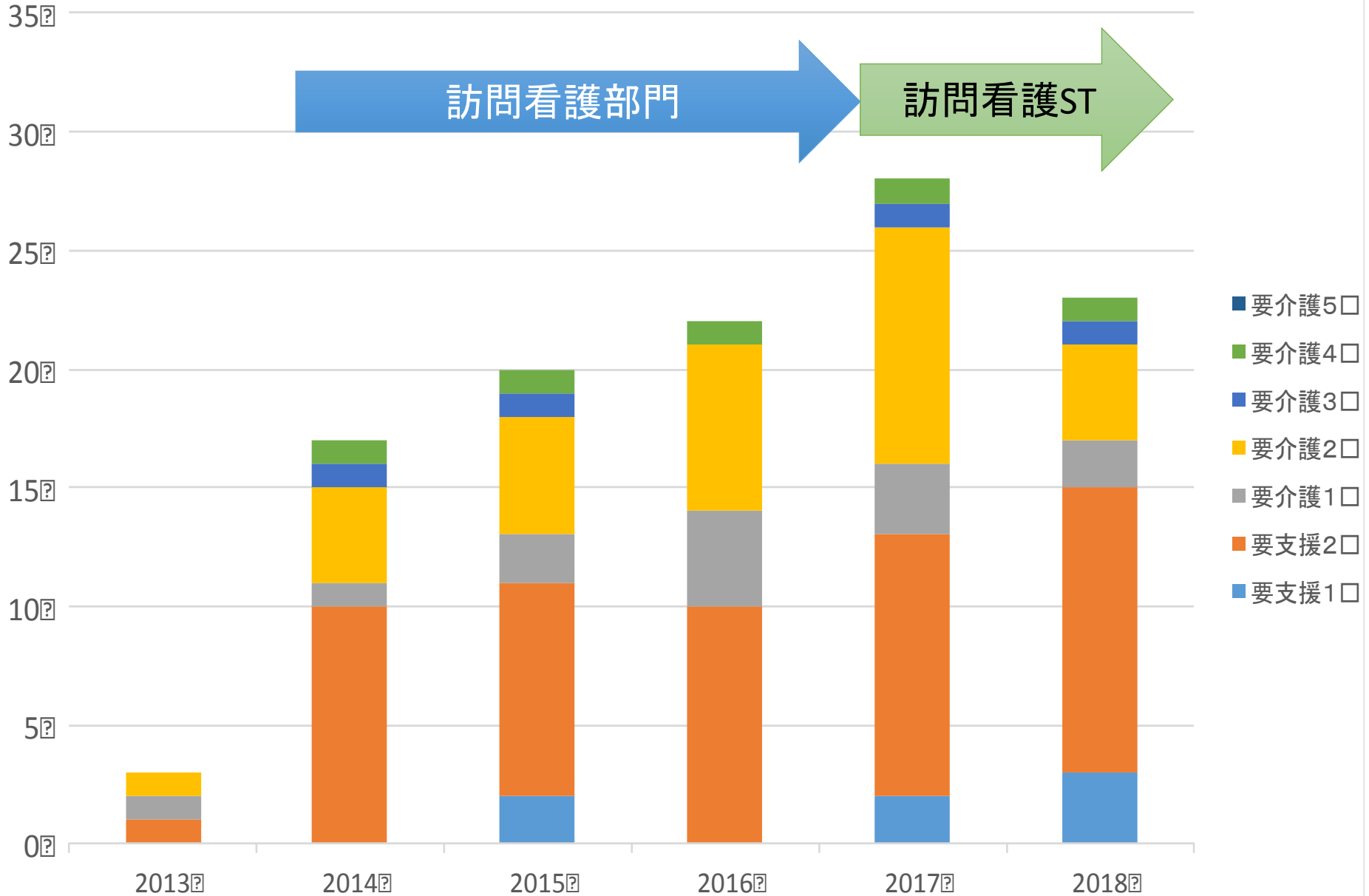
(2018.11.20 現在調査)

■ 透析施設数 ■ 訪問看護ステーション

入院ベッドを持たない透析クリニックが
訪問看護を併設している例はない



当院透析患者 要介護認定者数 推移 (9月時点)



【訪問看護の介入事例】

今回、訪問看護の介入により

自宅から通院透析中の高齢独居透析患者が、
通院継続を可能にした事例を経験した。

【事例紹介】 A氏 90歳代 男性 末期腎不全、透析歴8年

- 身体状況：整容更衣と入浴の一部介助が必要
通院手段：公共交通機関（バス）利用から、
透析患者がつくった透析患者のためのNPO法人送迎サー
ビス「ステップ福岡」利用に切替えた

【事例紹介】 A氏 90歳代 男性 末期腎不全、透析歴8年

- 精神状況：難聴はあるが、認知症状なく、性格は穏やかで会話を楽しむ人であった。
- 社会状況：24年前より独居。子供3人とも、市内在住しているが、年に数回、電話連絡する程度で、訪問や介入なし。
本人の楽しみは、年に1回程、自分で申し込み、一人で出かける国内旅行。
- 生活状況：炊事・調理・洗濯は、独居になってからするようになり自立。
透析中のお弁当は 毎回 自作のお弁当を持参してい

【現病歴・既往歴】

- ・2010年6月：原疾患：腎硬化症にて、
透析導入（右前腕内シャント）
- ・2010年9月：当院維持透析通院開始
- ・2016年1月：右人工血管造設（7月、再建術）
- ・2016年7月：左上腕動脈表在化
- ・2016年9月：右上腕グラフト感染 入院中に重症左室機能低下、
重度大動脈弁狭窄症を認めるが、高齢のため保存的
治療となった
- ・2017年9月：訪問看護導入
- ・2017年10月：重症心機能低下、重症大動脈弁狭窄症
進行による心不全状態にて入院（11月末退院）
- ・2017年11月末：退院後より、訪問看護再開

【訪問看護介入①:2017年9月〇日】

左腕の挙上困難、全身倦怠感

本人は「大丈夫、困っていません」

布団敷いたまま、室内掃除がされていない
ゴミ袋しめられず、家中に虫がわいている

訪問看護開始

- ・訪問看護による全身状態管理、服薬管理、入浴介助
室内環境整備
- ・ステップ福岡による送迎サービス利用開始

生活環境整備中に、心不全にて救急入院となった

【訪問看護介入②：2017年11月退院後】

心身の負担軽減のため、
自宅から近く、送迎のある透析施設へ転院

「透析に詳しい看護師さんに来てほしい」と希望があり

白金訪問看護ステーション訪問再開

＜介護保険サービス利用：要介護1＞

- ・訪問介護：週2回（買物・掃除・洗濯・入浴介助・ゴミ捨て）
- ・福祉用具：介護ベッド、ベッド柵（自費レンタル）
- ・訪問看護：週1回 水分塩分制限・療養指導の指示
自宅での体重増加が多いため、飲水制限600ml/日が
守られるよう食生活の指導と転倒予防のため下肢筋力
増強訓練・リハビリを行っていった。

【具体的な食生活の問題点】

- DWに対して、体重増加(2~3kg)があり、下肢浮腫を認めた。

⇒「お茶はあまり飲まないです。コップ1杯くらい」
「ジュースがおいしいですね。コップ3杯くらい」
「朝は野菜スープをお玉で5杯」

★コップ1杯 ⇒ 400ml入るコップを使用していた

★スープ1杯 ⇒ 通常の3倍量のスープの素を使用していた

★水分制限600ml/日 ⇒ ジュース、お茶、氷菓子、スープ

「それぞれを一日に600ml(600×4=2400ml)飲んでいい」

という認識

【食生活改善方法の経過】

1. 普段の食生活状況を確認することで、実際の自己管理との差を確認していった。
2. 実際に使用している食器・食材を用いて、食生活が改善するように指導していくことで、**水分量・塩分量、飲水量を指示範囲内におさまるように調整できるようになり、体重増加が抑えられるようになった。**
3. 外食時の注意点や**具体的な摂取量**を料理本の写真をみせ、血液検査データと食事内容・食事量を照らし合わせ、「味をみてほしい」と言われた際には味見をして、**工夫できることを一緒に考え、調整できるようになった。**

【結果】 訪問看護の介入による成果

1. 関係機関が連携することで、体調変化に際し、速やかに病院受診をするなど、状態変化への対応が可能となり、全身状態管理されている。
2. 本人は、子供たちに心配をかけては悪いと連絡をとらないようにしていたが、子供たちの方から連絡が入り、様子をみにきてくれるようになった。家族関係が修復したことで、家族からのサポートを受けられるようになった。
3. 生活環境・生活基盤が整備されたこと、リハビリ・下肢筋力訓練により筋力維持につながり、楽しみにしていた国内旅行にでかけられた。

【考察】

1. 疾病のために日常生活が崩壊していることを、本人も周囲も気付かず、どうにか生活と通院を継続している高齢独居男性の実生活の現状確認することは必要だった。
2. 実生活の場を理解し、独居となってから独学で炊事洗濯を行ってきたこと、性格や家族関係、価値観を理解したうえで生活基盤を整える必要があった。
3. 訪問看護で生活改善を行い、通院可能となることを見守ることができた。

【まとめ】

透析施設併設型訪問看護ステーションは、
高齢独居透析患者の在宅療養生活の継続
を可能にする