

20 血液透析から腹膜透析へと完全移行した高齢患者への在宅療養支援を振り返る

松本市立病院 看護部¹⁾ 腎臓内科²⁾木村順子¹⁾ 小林裕子¹⁾ 塩原志づ子¹⁾ 本郷茜²⁾ 赤穂伸二²⁾

【背景】

腹膜透析（以下 PD）は在宅治療であり、血液透析（以下 HD）と比較すると通院回数や治療にかかる時間的制限は少ないが、治療操作は患者もしくは家族が主体となって行う必要がある。高齢 PD 患者が安全に治療を行うためには、周囲からのサポートが望ましく、このようなシステムを assisted PD と言われている。夫婦 2 人暮らしの場合、介護者も高齢であり訪問看護などのサポートを検討する必要もある。

本事例は療法選択検討中に体調悪化により急速長期留置カテーテルを留置し HD を導入した患者が改めて PD を選択し完全移行できた症例である。高齢夫婦の 2 人暮らしであっても、患者家族の理解度に合わせた指導とサポート体制を整え支援をすることで在宅治療を可能にすることを学んだので報告する。

【事例】

A 氏 : 90 歳代男性

病名 : 慢性腎不全・心不全

生活背景 : 夫婦 2 人暮らし

親族（子供）2 人は県外に在住

ADL : 日常生活はすべて自立（入浴は見守り）

認知機能 : 軽度の認知機能低下により物忘れはあるが日常生活には影響しない

本事例の公表にあたっては、個人が特定されないよう配慮し本人家族の同意、病院倫理委員会の承認を得た。

問合せ先 : 木村順子 〒390-1401 松本市波田 4417-180

松本市立病院 腎透析センター (TEL 0263-92-3027)

〈PD 選択までの経過〉

A 氏は CKD 外来に通院中の患者であった。残腎機能のステージは既に G5 であり、透析治療の方法を検討中に急性肺炎・肺水腫により症状が悪化したため、やむをえず長期留置カテーテルを留置し HD を導入した。高齢夫婦 2 人暮らしであり、妻の運転による送迎で通院することとなった。なるべく通院回数を少なくしたいという A 氏夫婦の希望から週 2 回 5 時間で維持透析を継続した。その後状態は安定し ADL は自立した生活を送ることができていた。HD 導入から 8 ヶ月が経過し今後の維持透析方法について再度検討することとなり、遠方に住んでいる親族ともに治療方法について話し合った。A 氏は、自宅で穏やかに過ごすことを望んでおり、妻や長男長女もその思いを理解し尊重され在宅治療である PD を希望された。PD 選択の理由は HD における時間的拘束の苦痛や倦怠感・通院の負担感が主な要因であった。

〈HD から PD を選択した理由〉

*HD による 5 時間に及ぶ拘束の苦痛

*透析後の倦怠感

*妻も高齢のため運転での送迎がいつまでできるかという不安

【看護の実際】

PD 選択から導入に向け準備を進めていった。この事例では高齢夫婦 2 人暮らしで、長男長女は県外に在住しており治療への協力は困難な状況であった。そこで、在宅 PD 移行における問題点を

抽出、看護がどのように関わったらよいかを検討、看護指導計画を立案し準備を進めた。

＜在宅 PD における治療及び看護上の問題点＞

- *A 氏には軽度認知症機能低下がある
- *妻も高齢である
- *親族の治療協力が得られない環境にある
- *A 氏は妻への依存性が高く PD 操作・入浴・カテーテルケアなど妻にかかる負担が大きい
- *HD から PD への移行であり、体調が維持できる程度のバッグ交換を PD 移行後の生活リズムを崩さないように組み込む必要がある

HD 導入 12 ヶ月後に PD カテーテルを留置し HD・PD 併用期間を設け導入時指導を開始した。

＜看護目標＞

1. A 氏夫婦が PD の手技及びカテーテルケアを習得し在宅治療に移行できる
2. A 氏が在宅での PD を継続し、体調を維持し日常生活を送ることができる

＜具体策＞

1. A 氏と妻が共同して手技を手順書通り行えるようになるまで、HD 日以外も通院し練習日を設ける
2. 指導にあたる看護師は 1～2 名に限定、内容が異ならないように手順書に沿って繰り返し指導する
3. 手順書は文字を拡大し 1 つ 1 つの手技が見やすいように工夫をする
4. 練習では助言を徐々に控え見守りに変更していく
5. 訪問看護師にも練習時の同席を依頼、指導内容を病院看護師と共有し在宅治療開始に備えてもらう

6. 訪問看護と透析看護師で役割を分担し訪問スケジュールを調整、在宅治療をサポートする
7. 在宅でのバッグ交換手技の様子を、訪問看護と病院とで共有するため連携を密に行う
8. 在宅治療の不安や負担に感じることを聞き取り、精神的サポートに努めるとともに改善策を検討する
9. A 氏夫婦と訪問看護師へトラブル時は病院へ連絡してもらうよう説明する
10. 日常生活でどの時間帯にどのようにバッグ交換を行うか、A 氏夫婦の意見を聞き調整する

＜訪問看護と透析センターの連携＞

在宅への移行期、A 氏夫婦が安定して PD 手技ができるようになるまでは看護師の見守りが必要と考えられた。以前から長期留置カテーテル管理のため利用していた訪問看護ステーションでは PD 患者に関わったことがなく、ステーション看護師にも PD の原理とバッグ交換手技・カテーテル出口部ケアなど覚えてもらう必要があった。病院でのトレーニングの様子を見学してもらい手技をビデオに撮影してもらうなどの協力が得られ、引き続き訪問してもらうための準備を進めた。

在宅移行時は頻回の訪問が必要になると考えられ、介護保険による訪問から医療保険による「特別訪問看護指導」に切り替え、透析からの訪問は「退院後訪問」の制度（表 1）で対応した。

「特別訪問看護指示書」	1日複数回	週4日 14日間	訪問可能
「退院後訪問」	退院後1か月以内	5回	訪問可能

表 1 訪問に関する医療制度

<PD 開始 1 週目>

治療方法

HD 5 時間×2 回

PD 非 HD 日に実施

1.5%レギュニール 1500ml

1 回貯留 (病院にて貯留から排液まで)

1 週間は非 HD 日も病院へ通院してもらい妻とともにバッグ交換手技・接続操作・透析液の準備・注排液操作のトレーニングを行った。既存のパンフレットは文字が小さく説明が多いため、ポイントのみを拡大しカレンダー式にめくる形式の手順書を作成。手順にそって「つなぐ」へのセット・ツインバッグ操作・排液を実施してもらった。A 氏は手順をなかなか覚えることができず、PD 操作は妻が主に行うこととした。1 週間のトレーニングで徐々に看護師が声をかけなくても一連の手順を実施できるようになった。

<PD 開始 2 週目～4 週目 (在宅治療開始) >

治療方法

HD 5 時間×1 回

PD 非 HD 日に実施

2.5%レギュニール 1500ml×1 回

ECO1500ml (夜間貯留)

↓

2.5%レギュニール 1500ml×2 回

1 回 3 時間貯留

2 週目から PD 治療の場を在宅へ移行した。病院での環境と違うため妻の不安は大きかった。在宅治療開始初日は、透析センター看護師と訪問看護師の両方で訪問し在宅での様子を共有した。在宅治療開始 2 週間は透析センター看護師と訪問看護で毎日どちらかが入れるよう調整しアシスト体制を整えた。(表 2) 妻も高齢であり戸惑うと手順が混乱してしまうことがたびたびあった。特に注液前排液の工程があることで混乱する傾向があ

り医師を含めてカンファレンスを行い、前排液を一連の手順から抜くこととした。交換回数が増えても手順を変えず、ツインバッグでの連続した注排液は行わず、1 回ごと排液バッグへ接続し排液することとした。この方法により安定したバッグ交換ができるようになり、4 週目には夫婦 2 人での交換が可能になった。出口部も安定したため、シャワー浴可となり訪問看護では入浴介助とカテーテルケアを目的とした介入へ変更した。

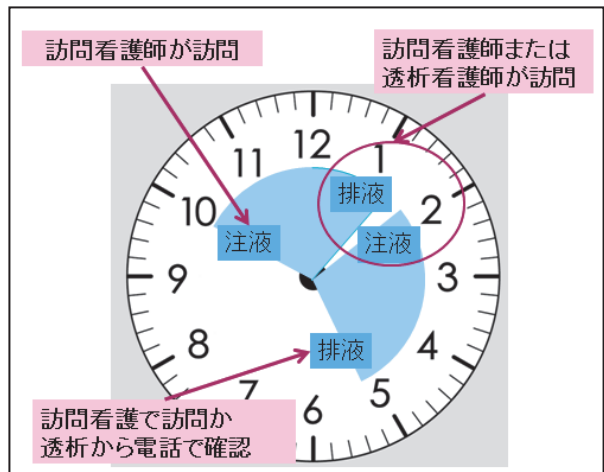


表 2 訪問看護ステーションとの訪問体制

<PD 単独への移行期 (4 週目以降) >

治療方法 (4 週目)

HD 5 時間×1 回 → 3 時間×1 回

PD 2.5%レギュニール 2000ml×2 回/週 4 回

完全 PD へ移行するため PET や 24 時間腹膜機能検査を実施し必要な透析液量を検討した。PET 結果では High Average であり、1 回の貯留時間を 3 時間で設定した。

2 回の血液透析期間では 1500ml～2000ml/回の除水を行い、尿量は 600ml～1000ml 維持していた。PD でこの除水量と溶質除去を補うため、2.5%レギュニール 1500ml から 2000ml×2 回・3 時間貯留へ変更した。しかし 2000ml の貯留は腹満感が強く 3 時間貯留が難しいと訴えがあった。A 氏と妻には 3 時間は貯留が必要であることを、再度

説明し理解してもらい 1500ml×3 回貯留へ変更となった。

治療方法 (5 週目)

HD 実施せず

PD 2.5%レギュニール 1500ml×3 回/週 5 回

治療方法 (6 週目以降)

PD 2.5%レギュニール 1500ml×3 回/週 6 回

PD 開始 5 週目以降は HD を中止した。その分 PD での効率を上げる必要があった。日中のバッグ交換もしくは夜間貯留を試し、最終的には妻の希望に合わせ 1 日 3 回週 6 回治療となった。

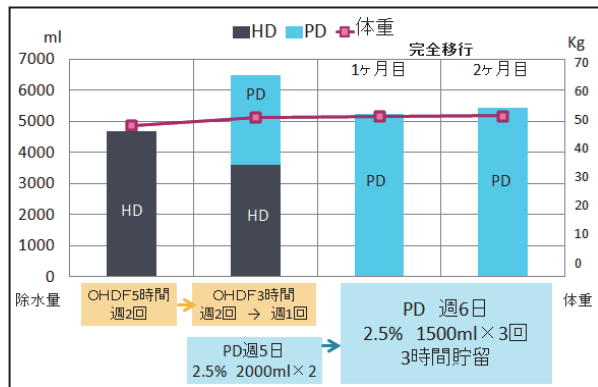


表 3 HD から PD 移行前後の週間平均除水量

移行後は、週 2 回 HD での総除水量と同等の除水が得られ体重は維持された。(表 3) 食事内容や量も大きな変化がなく規則的な生活を送っており、現状維持が妥当と判断され PD へ完全移行した。

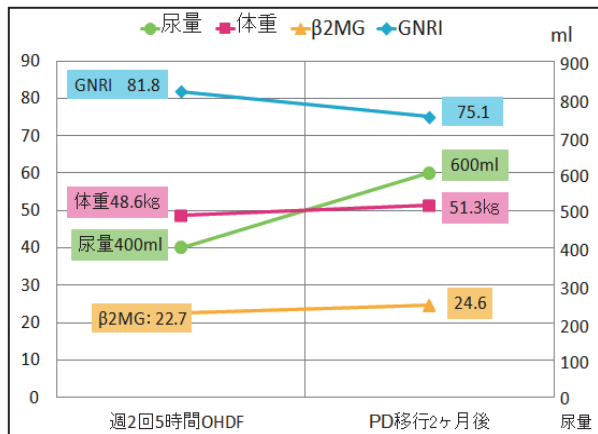


表 4 HD から PD への移行前後身体変化

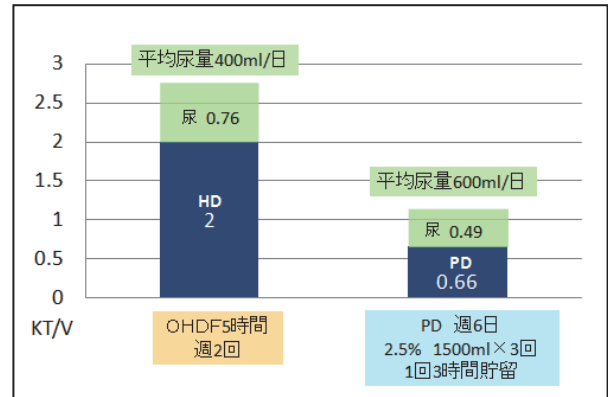


表 5 HD 治療と PD 治療による透析効率と残腎 (Weekly Ccr) の変化

HD 治療 (移行前) と PD 移行 2 カ月後で栄養状態 (表 4)・透析効率・残腎機能 (表 5) を比較した。透析効率はほぼ半減しているが、移行後も体調や認知機能に変化がなく日常生活を送ることができている。

【考察】

後期高齢者の腹膜透析導入期のポイントとして上田は「指導が受けやすい環境を整え高齢者のペースに合わせた方法・ツールを工夫し、スタッフ間で意思統一をはかり管理・ケアを高齢者自身とともに実践・継続する」と述べている。この事例で HD から PD に完全移行できた要因として看護師の一貫した指導と訪問看護との連携が、患者の不安を軽減しスムーズな移行を支えることができたと考える。

在宅治療開始期 (2 週目から 4 週目) では、訪問看護ステーションと密な電話連絡により家庭での様子も把握でき、サポート体制ができていたと考える。訪問看護師も A 氏夫婦の不安な思いや気持ち傾聴してくれていた。特に妻の精神的負担は大きく、支援時には気持ちを吐露してもらえるように関わったのはよかった。

完全移行には A 氏の健康状態が維持できる程度の透析効率が必要となる。尿量は 1 日 500ml〜

700ml 程度維持出来ており、PD による除水量と尿量を合わせ、1日 1000ml 前後を目標値とした。

平松らは「残存腎機能が保持されている高齢者においては、透析不足の症状がなければ、1日 1～3 回透析貯留の必要最小限の透析処方でも維持可能である。」²⁾と述べている。本事例でも HD と比較すると透析効率は半減しているが、日常生活には影響していない。透析液の種類・量は医師とカンファレンスを重ね検討し、必要量を確保できるバッグ交換回数や交換の時間帯は A 氏と妻の意見を尊重しながら変更できたことで PD への完全移行が図れたと考える。また年齢を重ねることで予想される身体機能の低下や低栄養・体液過剰などの合併症に対して今後も経過観察は必要である。

【結語】

高齢患者の腹膜透析導入においては、生活の QOL を維持できる透析量と治療実施時間を患者家族とともに模索することが重要であり、在宅治療を実践しながら生活していくためのサポートや看護支援が大切であると学んだ。また患者の身体的変化に合わせ治療方法の変更が必要となる時期が来ると予想されるが、本人や家族の思いを尊重した関わりを継続したいと思う。

【COI 開示】

本論文において開示すべき利益相反関係にあたる企業等はなし

【参考文献】

- 1) 上田泰枝 後期高齢透析患者の看護のあり方を再考する.
臨床透析 32 : 47-49, 2016
- 2) 平松信, 大脇浩香, 丸山啓輔. 高齢者のための腹膜透析. 腹膜透析 2022 : 38-39, 2022
- 3) 寺嶋理沙, 丸山之雄. 高齢腹膜透析患者に対する assistedPD の現況. 腹膜透析 86 : 793-797, 2019