
介護保険制度を利用して在宅に戻った CAPDの症例

米谷純子、山岸 剛^{*}、佐藤のり子^{**}

秋田赤十字病院 医療社会事業部、同 内科^{*}、株式会社ジェイ・エム・エス^{**}

A case of successful long-term CAPD care at home by using a Home-care Nursing System in the Japanese National Insurance System

Junko Yoneya, Tsuyoshi Yamagishi^{*}, Noriko Sato^{**}

Medical Social Worker, Kidney Center^{*}, Akita Red Cross Hospital, JMS Co., Ltd.^{**}

<はじめに>

介護分野での「連続携行式腹膜かん流」(continuous ambulatory peritoneal dialysis 以下CAPDと省略)への理解が乏しい、寝たきり等の理由で、長期入院や血液透析に切りかえて転院せざるを得ないかと思われていた症例が、介護保険制度を利用することで在宅へ戻る事ができたので報告する。

I 事例報告

<Aさん>

75歳女性、潟上市在住。平成15年2月にCAPDを開始し、継続していたが、腰痛がきっかけで運動機能が低下し、寝たきりになった症例である。病名は、末期腎不全、仙骨部褥創、右化膿性膝関節炎で、入院期間は平成22年1月から10カ月にも及んだ。自宅では長女と二人暮らしで、長女はせめてトイレまで歩いてほしいという希望を持っていた。CAPD交換は、入院前は本人が行っていたが、入院後は看護師と長女が担当していた。病状が不安定だったため、安定した後もなかなか自宅に戻る決心がつかず、介護保険の申請も遅れて6月に行っている。同時にCAPDに理解を示してくれるケアマネージャー(以下ケアマネに省略)探しも行い、介護度が5に決定した後は、サービスの検討に入り、長女の介護負担を軽減するため、訪問看護・ヘルパー・訪問リハビリ・福祉用具(介護ベッド・車いす)等を利用することにした。8月にはJMSの担当者から、ケアマネ・訪問看護師・ヘルパーへ説明に行ってもらった。10月には訪問看護師が病棟を訪問し、病棟看護師と情報交換や操作手順の指導を行い退院となった。

<Bさん>

73歳女性、秋田市在住。シャント閉塞を繰り返し、転倒による骨折でベッド上の生活とCAPDの選択を余儀なくされた症例である。平成23年7月にCAPDを開始した。病名は末期腎不全、

洞不全症候群、原発性胆汁性肝硬変、右尺骨肘頭骨折・左膝蓋骨骨折で、入院期間は平成23年4月から5カ月となった。長男家族と同居はしているが、家人の帰宅は遅く、本人も迷惑をかけたくないと遠慮がちだった。介護保険は車いすを借りていたもので、ケアマネはいたが、他のサービスは利用していなかった。CAPDの開始と同時にケアマネへ状況説明し、理解獲得に努めている。同時に介護度の変更も行い、介護度は5に決定した。CAPD交換は、退院時には見守りがあれば何とか本人が行えるようになったが、まだ操作手順に間違いが多く、本人や家族や医療者側の不安が大きいため、訪問看護・ヘルパー・デイサービスを利用することにした。

病状が安定した9月初めにはJMSからケアマネ・デイサービス管理者への説明に行ってもらった。9月末には、JMSの担当者とメディカルソーシャルワーカー（以下MSWに省略）がデイサービス先へ出向き、ケアマネ・デイサービス職員・訪問看護師を対象に交換手順の合同説明会を開き、退院となった。

II 問題

共通の問題としては、①初めてということもあり、また年齢的なこともあり、本人がCAPDの操作を覚える事が困難である。②家族が働いているので、協力を得られないという環境的な要因も大きい。③身体能力が低下し、介護を必要とする状態である。④介護保険のサービスを利用しようとしてもCAPDが知られていなく、サービス担当者の理解を得るのが難しいことなどがあげられる。

III 問題解決の方法

問題解決の方法として、①の対策として、本人がCAPD操作を覚えることが基本なので、引き続き指導する。②の対策として、介護保険を利用して、本人や家族への負担を少しでも軽減していくように制度を積極的に活用する。③の対策として、訪問リハビリ・デイサービス等を積極的に利用する。④の対策として、CAPDを理解してくれる事業所を選択する。そして、CAPDを理解してもらうためケアマネ・訪問看護師・ヘルパー・デイサービスの職員への教育を行う。⑤として、このように多様な地域のサービスの機関と関わるが多くなるほど、密接に連携をとり調整を行うことが必要である。

本人が基本手順を覚える方法として考えられるのは、CAPDの操作手順の説明を、単純に簡素化するということである。対象が高齢者のため、見やすく覚えやすいものを作り、関わってくれる関係者全員の共通のものにして行くことで、患者も安心して治療に専念できると思われる。今回は、そのCAPD操作を覚えるために、JMSの担当者と協力し、本人が理解しやすいように絵や図の多いものを工夫し、関係者間とも共有するものを作った。特にクランプの開け閉めに苦労したので、その部分は大きく表示している（図1）。

もう一つは、共有するための教育を行っていく。これはBさんが利用するデイサービスセンターで説明をした写真である。訪問看護師、デイサービス職員、ケアマネに参加してもらい、担当者より操作手順の説明と実演をしてもらった。参加者にも実際に交換してもらい、交換のバッグ一式はデイサービスに置いて、その後も練習できるようにした（図2）。

CAPD操作手順


1. 排液

【排液】

(お腹の汚れた薬を出す)
機械で薬の管とお腹の管
をつないでお腹を空にし
ます。

②排液バッグ
(空バッグ)のクランプ

開く

お腹が空になったら、両方のクランプを閉じます。



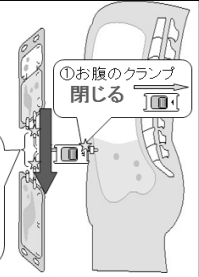
2. 空気抜き

【空気抜き】

空になったお腹に薬を入れる
前に、管に残っている空気を
抜きます。

②薬バッグのクランプ(青)
排液バッグのクランプ(白)

開く(5秒) 閉じる




3. 注液

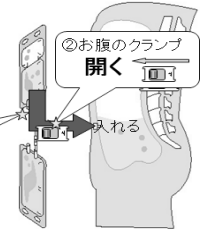
【注液】

管の空気を抜いたら、
新しいきれいな薬を
お腹に入れます。

①薬のバッグ(青)
のクランプ

開く

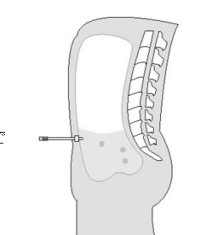
薬が全部お腹に入ったら、両方のクランプを閉じます。



4. 貯留

【貯留】

機械で薬の管とお腹の管
を切ります。
入れた薬をお腹に貯めた
まま、次のバッグ交換まで
過ごします。



+ AKITA RED CROSS

図1

訪問看護師・デイサービス職員への説明会



+ AKITA RED CROSS

図2

Ⅲ 結果

1. 簡単な操作手順を作成し、本人の手順理解へとつなげる事が出来た。
2. 同じ手順表を利用し、サービスを提供してくれる関係者の共通の理解へとつなげていくことが出来た。
3. JMSの担当者とMSWと一緒にデイサービスセンターに出向き、説明を繰り返すことで安心につながり、CAPDの経験が無い事業所に受け入れてもらった。
4. 介護保険制度を利用することで、家族の負担軽減につながって行った。
5. 在宅に戻れることで本人の自立を促し、意欲促進の効果を奏したと思われる。
6. 連絡調整を密にすることで、医療機関と地域の事業所との連携を図ることが出来た。

Ⅳ さらなる問題

しかし、ここで問題提起したいのは、訪問看護の費用と回数制限についてである。

訪問看護は医療保険よりも介護保険が優先となる。介護保険でCAPDの交換に毎日4回訪問看護が入ろうとすれば、介護度5でも10日間で上限になってしまう。介護の必要度が高い人はこれだけで使い切ってしまう、後は何も利用できないことになる。

介護保険を利用せずに、医療保険を利用すると週に3回が限度で、1日複数回訪問はできない。限度を越えれば10割自己負担である。(福祉医療を持っていても償還払いになる。)

医療保険を優先し、毎日訪問するためには、①特別指示書が必要(例えば急性増悪などは2週間という期限が付いている。)②特別指示書が必要でない場合の二通りである。(図3)

さらなる問題・・・

1. 介護保険

介護5 358,000円⇒1割 35,800円
訪問看護 1時間 8,300円⇒830円×回数(CAPD4回)
×日数(30日)= 99,600円

2. 医療保険

特別指示書が必要	①急性増悪 ②気管切開 ③褥そう④人工呼吸器
特別指示書が不要	①特定疾患 ②ターミナル

+ AKITA RED CROSS

図3

Aさんは娘さんの協力で、介護保険を利用して土日を除いた毎日一回訪問看護で乗り切っている。Bさんは特定疾患を利用して毎日訪問看護を利用している。介護が必要なCAPDの人が在宅を続けるためには、医療保険で認めてもらい、毎日訪問できるようにするなどの働きかけが必要と考える。

V まとめ

CAPDは高い社会復帰性やQOLの向上という利点に反し、家族の負担や精神的ストレスも大きい。軽減するためのサポート体制を作らないと孤独に陥っていく可能性も高いと思われる。家族が疲れた時に利用できる施設といえば、今までは短期入院をしてもらい乗り切っていた。今後は、もっと気軽に利用できるショート先の確保に力を入れたい。また、どこにどのような施設があるのか、サービスを提供してくれるのか、ケアマネがいるのか、新しい情報の提供と開拓を行い、それぞれを調整していくのがMSWの役割と考える。