
CAPDから血液透析へ療法変更した 高齢者の療法変更における関わり

渡邊磨梨菜、千葉直美、石塚浩美、浅利可奈子、筒井紘子、
遠藤知子、高橋さつき、宮形 滋、原田 忠
中通総合病院 3 B病棟

Involvement with the Elderly Patient who Changed Treatment CAPD to Hemodialysis

Marina Watanabe, Naomi Chiba, Hiromi Ishizuka,
Kanakano Asari, Koko Tsutsui, Tomoko Endo, Satsuki Takahashi,
Shigeru Miyagata, Tadashi Harada
Nakadori General Hospital

<はじめに>

腹膜透析（以下CAPDとする）は循環動態の変化が少なく、血液透析に比べ通院回数が少ない事から高齢者に向いているとされる¹⁾。しかし高齢患者の場合、合併症や認知力の低下から自立してCAPDを行うことが困難な状況が発生する。

今回CAPDから血液透析へ療法変更した高齢患者と関わり、療法変更における看護師の役割について考察したため報告する。

<症例>

患者：70歳代女性

社会背景：夫と二人暮らし。秋田市外に住み、通院に一時間要す。

長女（看護師）は県外に在住、次女（看護師）は秋田市内に住み、通院などの協力を得ることが難しい。

経過：昭和64年 IgA腎症 ネフローゼ症候群

平成23年 7月 腎機能が悪化し当院へ紹介される

平成23年 8月 シャント造設

平成23年10月 CAPDカテーテル留置術

11月 CAPD療法導入

平成24年 7月 腰部脊柱管狭窄症

平成25年 2月 軽度認知症の疑い

<研究方法>

1. 研究期間 平成25年2月18日～H25年10月1日
2. 研究方法 事例研究
3. 分析方法 患者・家族の言動や面接の内容、入院中の看護実践を振り返り、高齢患者の療法選択における看護の役割について分析する。
4. 倫理的配慮 患者・家族へ研究の目的を説明し、研究以外に使用しない事を説明し同意を得た。

<実践結果>

患者は平成25年2月18日透析液が注入出来ないと当院救急外来を受診する。原因はカテーテルの屈曲であり、一度帰宅した。しかし自宅へ戻りCAPDを開始すると操作が分からず、再度救急外来を受診した。カテーテルと排液バッグの接続動作が理解出来ず、カテーテルが引っ張られていても気にしないといった状況であり、夫も入院治療を強く希望した。血液データの悪化（BUN58.7、Cr8.09）もみられたため、入院となった。

家族は出来るだけ本人にCAPDを頑張ってもらいたいと希望しており、患者へ一つ一つの動作に助言と介助し、再指導を行った。その結果、血液データの改善（BUN29.7、Cr7.25）が見られた。しかし患者は認知症症状による、不穏行動が出現し、指導が理解出来ず、患者がCAPDを自立して行うことは困難であると考えられた。医師から家族へ、CAPDを継続するには家族のサポートが必要であること、また血液透析へ移行するという選択肢もあることが話された。その結果、家族は3回/週の通院は困難だと考え、夫がCAPDの手技を覚えることを希望し、夫への指導を開始した。

指導の結果、夫はCAPD手技を獲得することが出来た。またFastPETの結果はHighAverage、腹膜機能に問題はなくCAPDの継続が可能であった。しかし、試験外泊の結果、患者は日常生活においても介助を要し、家族は「あれでは、お手上げ」と話し、CAPDを継続しながら、患者を自宅で看することは難しいと訴えてきた。患者自身がホームヘルパーや訪問看護を拒否していたことや、CAPD患者の受け入れが可能な施設が近隣にはない事から、CAPDの継続が困難となった。今後血液透析へ移行した場合の維持透析先や、通院方法などについて検討する必要があると、患者、家族、多職種との話し合いを繰り返し行った。その結果、患者・家族が安心・安全に透析治療を行える入院での血液透析を行うことに決定した。

血液透析導入後、さらに血液データは改善（BUN28.6、Cr5.20）し、不穏行動も落ち着いた。また、入院時は臥床しがちであったが、趣味の読書をするなどの変化が見られた。「CAPDをやればやるほど、自分が馬鹿になっていくような気がしていた」とCAPD施行時の自身の状況についても話されるようになった。患者が「やっぱり家に帰りたい」と思っていた事を改めて確認し、患者の状況から私たちも患者が自宅復帰する事を目標とした。再度他職種と連携をはかり、維持透析先、通院方法、家族のサポートがどの程度可能であるかを確認し、退院について検討した。家族から、「夫が仕事を退職し自宅から患者を維持透析先へ通院させる」と話しがあり、自宅から通院が可能な他院へ紹介し、自宅への退院が決定した。

<考察>

入院後、看護師がCAPDを行ったことで血液データの改善が認められたことから、患者は自宅で十分なCAPDが行えていなかったと考える。血液透析導入後、「CAPDをやればやるほど自分が馬鹿になっていく気がしていた」と話していたことから、不安を抱えながらCAPDを行っていたのではないかと考える。佐藤²⁾は「PD在宅支援で最も重要なポイントは、施設医療であるHDと異なりPDでは治療行為が在宅へ持ち込まれることである。このため在宅で医療行為を介助するためには、家族介助を含め社会資源の活用が必要である」と述べているように、患者主体の治療を高齢者が自宅で継続するためには、家族のサポートや社会資源の活用は必要不可欠となる。しかし今回のように家族の介護力不足や、社会資源の活用抵抗がある場合、CAPDの継続は難しい状況になってしまう。実際に患者が自宅でどのようにCAPDを行っていたのか、不安があったのかは患者がCAPDを導入後、関わる事が出来ていなかった。高齢者が安心して選択した治療を継続するためにも、透析維持期となっても外来通院時の面談や、家庭訪問など継続して患者に関わる事が出来れば、患者がCAPDをより長く続けられることに繋がるのではないかと考える。

また看護師は患者の状況や、家族の介護力を見極め、今の患者にとって適した治療方法について考える必要もある。野澤³⁾は「PD維持期からHDへの移行期の看護では患者の理想とする健康像を明確にし、ともに問題解決することでQOL向上を目指すこと、HDに対する不安点を解消し適切な時期に移行できるよう患者とともに対策を講じていくことが重要と考える。その際、PD中止基準だけでなく、患者の状況でHD移行の時期を見極め、介入していく」と述べている。今回FastPETの結果腹膜機能に問題はなくCAPDそのものの継続は可能であったが、患者・家族の社会的背景や病状からCAPDの継続は困難な状況であった。入院時より患者・家族の「CAPDを続けたい」という意向に出来るだけ寄り添い、指導を行った。認知症症状が出現し、不穏行動が出現していた患者を見て、家族は不安を感じていたと思うが、積極的に家族へ介入し思いを引き出すことが出来た。治療変更することで、患者だけではなく家族のライフスタイルに変化が生じ、出現した問題点を一つ一つ抽出し解決策を共に考えたことで、「家に帰りたい」という患者・家族の希望に添い、納得して治療変更出来たと考える。

<結論>

患者が自ら選んだ治療方法が問題なく行えているか、不安はないかなど透析維持期となっても継続した看護を行う。

患者・家族へ積極的に関わることで、問題点、思いを抽出し予測される経過、治療方法、解決策を共に考え、患者・家族が納得して療法選択出来るように関わる。

引用・参考文献

- 1) 中野広文、竹口文博、小野文恵、他：介護支援に難渋した高度痴呆CAPD患者の1例、腎と移植、Vol.57、No.5、692-694、2004、11
- 2) 佐藤純子、志賀紀代美、志賀恵美子、他：腹膜透析患者における介護保険利用状況と問題点、腹膜透析2006、284-286、2006
- 3) 野澤祐美、伊藤絵美、亀卦川雅美、他：PDからHDへ移行する患者の看護、腹膜透析2009、425-427、2009