老人性痴呆症状が進行し、維持透析が困難になってきた患者への看護

奈良恵美子、村上久弥子、倉田みき子
秋田赤十字病院腎センター

Nurcing Approach to the Hemodialysis Patient with Senile Dementia

Emiko Nara, Kumiko Murakami, Mikiko Kurata
Kidney Center, Akita Red Cross Hospital

＜はじめに＞

高齢透析患者の増加に伴い、介護を必要とする患者が増加してきている。今回、老人性痴呆症状が進行し、日常生活管理が困難になってきた患者に対し、家族にコンタクトをとりながら福祉と連携した支援体制をつくり、安定した通院透析が維持できるように援助したので報告する[1)]。

Ⅰ．研究目的

老人性痴呆症状が進行し、日常生活管理が困難になった患者に通院透析を継続するための援助方法を検討する。

Ⅱ．研究方法

研究期間：平成12年３月～同年10月

研究方法：症例研究（質的研究）

研究場所：秋田赤十字病院　腎センター

Ⅲ．事例紹介

患　者：F・Sさん　79歳　女性

原疾患：慢性腎炎

職　業：主婦（元小学校教師）

性　格：温厚・几帳面

家族構成：夫（80歳）と二人暮し
夫は大腿骨骨折後のため歩行困難、岩城町在住
長男（48歳）秋田市内に一人暮し

既往歴：平成３年　脳梗塞

経　過：平成６年８月透析導入　電車・バスを利用し、１時間30分かけて週３回一人で通院している。導入当初より検査日を忘れることがあったが、夫の協力により大きな問題はなかった。平成11年11月穿刺の痛みを訴えるが部位が一定しない。安静が保てない・しびれ・倦怠感などの不定愁訴が続き、精神科紹介となり老人性痴呆と診断され内服処方となる。平成12年４月ころより透析中の内服薬を持参しなくなり、バッグ内にも腐敗した食物が入っていたり、それを食べようとする行動が見られるようになった。そのころより身体・着衣の汚れが目立ち、下着姿で透析室内をうろうろしたり、また時々透析日を忘れるなど痴呆症状が目立つようになった。

＜看護の展開＞

1．看護の問題点

①内服を忘れたり、透析日を忘れたりする。

②体重減少・下痢など体調不良があり食事管理に問題がある

③日常生活に困難があり介護が必要であるが支援体制がない

2．看護目標

心身の安定を図り、日常生活を安定させ通院透析を維持する

3．具体策（支援体制　図1）

①長男と面談を持ち現状の理解を図り、協力を依頼する。

②介護保険の紹介と申請をすすめ、支援体制づくりをする。

③患者の状態把握と心身の安静のため、透析中に十分コミュニケーションを持つ。

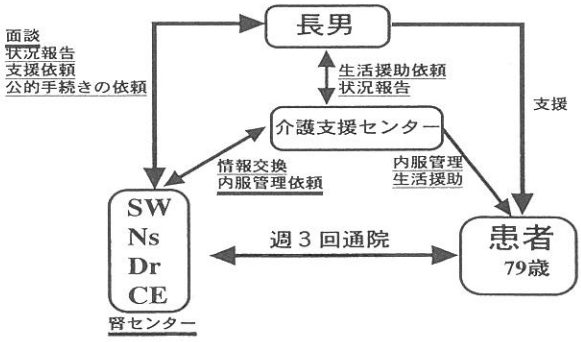

図1　支援体制

4．看護の実際

薬を服用しない患者に対し、表1のように服薬のアプローチを試みるがいずれも服用に至らず、他の支援が必要と考え長男に来院してもらった。

表2のように医師・看護婦・ケースワーカーと長男により介護介入についての話し合いを持ち、介護保険の申請をし、近くの介護支援センターに内服管理を依頼した。しかし、夫がヘルパーによる支援を強硬に拒否したため、支援の拡大につながっていない。介護介入が進まない中、患者に透析中30分位日常生活や介護支援についての話をする時間を設けたことで、透析中の安静が図られ来院時の表情も明るくなり、ゆっくり休んでから帰宅するようになった。長男も患者のことを気にかけるようになり、図1のような長男・介護支援センター・腎センターの連携による支援体制ができ、現在通院透析が継続されている。

1週間分の薬を曜日毎に分包し、ファイルに入れ渡薬 → 服用しない
↓
1～2日分　日付を入れて渡す → 服用しない
↓
連絡ノートを準備、一緒に渡す → 服用せず、ノート持参せず
↓
医師に相談　3回/day → 1回/dayに減量 → 服用せず
↓
内服管理は無理。他の支援が必要であると判断
↓
長男と面談　協力依頼　介護申請
↓
介護センターへ服薬管理依頼（非透析日、朝の分）
透析日来院時、Nsチェック

表1　内服に対するアプローチ

	目　的	話し合い結果	経　過
1回目	・患者の現状の説明 ・介護保険申請の紹介と依頼	介護保険申請する	現状理解に得られず申請しない
2回目	・再度、現状説明 ・早急な支援が必要	翌日申請し、内服・生活援助を依頼する	ヘルパー訪問で夫拒否日常生活支援ができない状態
3回目	・日常生活支援の拡大	1.介護受け入れについて両親と話し合う 2.今以上に家に帰って両親の世話をする 3.連絡を密にとる	日常生活支援拡大せず内服管理のみ

表2　介護介入のための面談（Dr.Ns.SW.長男）

＜考察＞

内服のアプローチをするが、スタッフ側がとらえていた以上に痴呆が進んでいて服用に至らなかった。表面上は通院を続けていて、生活管理もできているとの思い込みや、患者自身の訴えも無かったことが原因と思われる。また、長男は父親と確執があり疎遠であったため状態を受容できず、まだ二人で生活出来ると楽観的に受け止めていたため、現状を理解出来ず、介護申請に至るまでかなりの時間を要した。しかし、３回の面談や頻回の連絡、親の窮状を目のあたりにすることで介護の必要な現状を理解し、親のために奔走するようになった。透析中、患者とゆっくり会話を持つことで透析中の安静が図られ信頼関係が生まれ、精神的にも落ちついてきたと思われる[2)]。

長男・腎センター・介護支援センターの連携により患者の生活基盤が安定してきたものの、生活支援を拒否している夫がいるため支援の拡大に至っていない。今後、長男と同居あるいは施設入所の選択も視野に入れて話し合いを重ねていくことが必要になると考える。

医療者側は患者の家族環境や背景をとらえリードをとり、家族や福祉に働きかけ支援体制を整えていくことが必要である[3)]。また、患者の心のケアにも目を向け看護を行っていくことが重要であると考える。

＜結論＞

１．安定した維持透析を支えるために、家族・医療・福祉の連携した体制が必要である。

２．十分にコミュニケーションを持ち、信頼関係を築きニーズに対応することで心身の安定が図られる。

参　考　文　献

１）嶋田君子：痴呆患者の在宅看護を考える、透析ケア2000；6：438-441

２）松浦美恵子：超高齢者透析患者の透析導入の看護、臨床透析2000；16：1863-1869

３）木川田曲彌：超高齢者透析患者の社会体制、臨床透析2000；16：1889-1894