

# 透析患者の独居が難しくなった事例 ～介護支援専門員と協働した支援～

医療社団法人 城南会

西條クリニック鷹番

○平野典子 藤田菊恵 西條公勝

# 第71回 日本透析医学会 COI開示

**筆頭発表者名：平野 典子**

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある  
企業などはありません。

# 目的

今回、透析患者で独居が難しくなった事例を、要介護認定後の約2年に渡り、担当の介護支援専門員と協働して支援を行った事を報告する。

# 倫理的配慮

プライバシー保護の為、個人情報情報を厳重に管理し、配慮を行った。

# 事例

- A氏 70歳代
- 年金暮らし 若いころは、はり・鍼灸のマッサージをしていた
- キーパーソン：30年来友人Bさん
- パートナー死去 一人暮らし
- 介護 要支援2→要介護2
- 20XX年腹部エコーで腎アミロイドーシス疑い
- C病院へ精査のため、受診していた。徐々に、腎機能低下し、20XX年5月に内シャントを造設した。数年後、血液透析を導入した。

# 経過

- 以前は、午後透析 透析前にヨガに行く
- 友人と、食事に行くことが楽しみ
- 週1回 買い物・洗濯介助

透析中で動けないから。  
透析前に体を動かしている。



- 20XX年12月 他院受診で外出の際、転倒し、股関節を痛める
- 午前透析へ移動 送迎サービスを利用
- ACP聞き取り

最後までここで暮らしたい。  
友人と外出するのが楽しみ。



- 20XX年7月 透析中の血圧が高く、主治医の指示で、服薬状況を確認のため、自宅訪問する
- 残薬があり、薬剤師に相談し、薬の配達と薬カレンダーを使用その後、服薬できるようになった
- 地域包括支援センターに、介護区分変更申請を促す

薬をどこに置いたかわからない。  
ご飯食べて、薬のんで……。  
どこに置いたかな。



- 20XX年7月 介護度：要支援2→要介護2  
介護支援専門員担当決定
- 介護支援専門員とともに自宅訪問する
- A氏の今までの経緯と「最後まで自宅にいたい」意思を  
介護支援専門員と情報共有する

ここで過ごしたい。  
今の筋力を維持したい。  
通えるリハビリを見つけたい



- 20XX年10月 A氏薬局に「薬がない。」と連絡あったと薬剤師より連絡あり、自宅へ訪問すると、薬カレンダーに薬あり。
- 股関節痛のため、歩行も介助が必要になってきており、認知機能低下を考え、介護支援専門員に担当者会議を提案した。
- A氏宅で担当者会議1回目も、A氏不在にて、介護支援専門員、訪問看護師、自治体担当者と、情報交換を行う

- 20XX年1月

透析中の血圧200/以上となり、残薬等自宅での自己管理ができなくなってきた。薬カレンダーにセットする薬を、隠すようになる。

→介護支援専門員へ相談するも、毎日の服薬支援は厳しい。確実に服薬する為、週3回透析室での服薬管理へ切り替えたが、高血圧が持続していた。

介護支援専門員に再度相談して、一日一回 月～土まで送迎介護ヘルパーや非透析日の訪問介護に、服薬の誘導を行い、血圧130～150/で推移することができた

• 20XX年2月

物忘れ外来受診 脳血管性認知症と診断 積極的治療は望まず

担当者会議2回目 30年来の友人Bさんも参加する

今の生活を、関係者で支援していく。今後、財産管理なども含め、介護支援専門員より成人後見人制度を申請することとなる

「物忘れがある。」  
「ここで、生活していきたい。  
でも、できなくなるなら、どこか施設に行くしかないな。」



- 20XX年4月

1人で外出し、動けなくなり、自宅の住所が言えず、クリニックに、通行人の方が連れてきていただいた。A氏「動けなくて、わからなくなった。」自宅へ送り、介護支援専門員へ報告する。

- 20XX年7月

VA外来の受診日を間違え、タクシーで一人で受診していた。介護支援専門員に連絡し、付き添いを依頼した。

- 20XX年9月

成人後見人制度整い、施設への転居

明日、施設に行く。  
今までありがとう



# 考察

- A氏は、最後まで自宅で過ごしたいと思いを語っていた。介護支援専門員ともA氏の意味決定を共有して、在宅での支援を行った。血液透析に通院されるA氏の心身の変化があるたびに、介護支援専門員と報告・連絡・相談を行ったことは、在宅での支援を迅速に行うことができたのではないかと考える。
- 透析施設の看護師の役割の一つとして、週3回血液透析に通院する患者の心理的・身体的・社会的な変化を観察することではないかと考える。A氏の身体的変化を察し、主治医へ相談し、介護認定を促したことがきっかけで、介護介入につながった。

- また、今回のように家族の支援のない独居の患者は、透析室の看護師と介護支援専門員が連携して、患者の意思決定支援を担う可能性もある。
- 身体機能の低下により、施設に移ることになったため、A氏の望む結果にはならなかった。施設入所まで、在宅での生活をすすめる上で、介護支援専門員と協働し、支援することは重要であると再認識した事例であった。
- 今後も、透析患者の高齢化が進む中、医療と介護の連携が不可欠であると考え、透析患者の生活支援を行っていく。

# 結語

今後も透析患者の生活支援のため、地域の介護支援専門員をはじめとする多職種連携が不可欠である。

# 謝辞

A氏に関りを持っていただいた介護支援専門員をはじめ、介護ヘルパー・理学療法士・薬剤師・訪問看護師の皆様  
に感謝を申し上げます。