

当院における外来維持透析患者を巡る現状と課題

<見守り型 通院透析を始めて>

医療法人社団 三清会 羽田おおぞらクリニック

○富士岡 法子 ○遠藤 晃彦 ○三井 久男

<目的>

高齢での血液透析導入や心血管合併症を有する透析患者様の増加に加え

肢体不自由、独居、経済的困窮等の社会的制限があり通院透析の困難な症例が増加している。

通院困難となった透析患者様の対応策として有用なモデルが存在せず

現場個別対応がなされているのが現状である。

今後増え続ける要介護透析患者様にどのように対応するか？

当院ではプライバシーを尊重した暮らしと支援サービスを目的とした施設を設けることで

入院透析を目的として御紹介を受けた患者様で在宅復帰できた症例を提示し

日常生活管理の支援、患者支援の問題点と限界を考察した。

維持透析患者の現状

高齢での血液透析導入
心血管合併症を有する患者の増加
肢体不自由、独居
経済的困窮などの社会的な制限

通院透析が困難な症例が
増加している。

- 透析患者全体のうち65歳以上の高齢者は59.8%
- 2012年の導入患者の平均年齢が透析患者全体の平均年齢より高い
→ 新規導入患者年齢が全体の平均年齢を押し上げる傾向にある

高齢透析患者が抱える身体的な問題

①心血管系合併症の管理

虚血性変化 弁膜症 心房細動 低心機能
⇒透析困難症に対しての透析療法を選択(ex: HDF)
⇒循環器内科による併診

②VAの管理

血管の荒廃、動脈硬化症によりVA作成困難
狭窄や閉塞(VAT)
⇒担当医による人工血管、動脈表在化の造設
長期留置カテーテルに対応

③栄養管理と感染症

- i) 低栄養は感染症を助長する
⇒食事を工夫 <味 食感を優先>
高齢者では塩分が感じられないと食が進まない場合もあり
あくまで摂食量を優先する
- ii) 誤嚥性肺炎は入院透析患者での合併頻度が高い
⇒食後すぐにベッドで横にならないよう指導
⇒歯科医師、歯科衛生士による口腔内ケア
- iii) 褥瘡防止：エアマット、頻回の体交
⇒褥瘡治療（軟膏処置・トリミング）

① 支援を準備 <通院環境と全身状態の底上げ>

紹介いただく患者様情報のMSWを通じての
情報共有 (医師 ← 看護師 ← 臨床工学技士)

入院前より療養計画を立て
入院後もカンファランスで情報共有

<治療の実行>

<評価: 栄養状態やADL>

<改善>

<ゴール>

- 1) 通院環境の整備と全身状態の改善のための療養計画を検討。
- 2) 治療の実行を経て栄養状態やADLの評価を行い
外来通院というゴールに向けて努力する

② 自立不能患者を作らない試み

i) ADLの低下に対して

⇒リハビリ可能な関連施設へ転院
(医療法人 平和病院)

ii) 早期の合併症への取り組み

CVD PAD ⇒循環器内科医が毎週金曜日診察

眼病変 皮膚疾患 VAT ⇒積極的に専門科への受診・併診を行う

iii) 患者さんとのコミュニケーション

全職員が患者さんの生きてきた過程や考え方を理解し

⇒病と向き合えるよう(自己決定支援)

⇒積極的に話しかけ

⇒決して独りにしない

退院(外来通院というゴール)に向けたモチベーション維持

- 1) ADL改善は積極的にリハビリテーションを関連施設と協力のもと行う。
- 2) 退院に向けて患者さんのモチベーションを高め、自己決定を支援する為にも話しかけること(コミュニケーション)は欠かせない。

iv) 栄養・透析効率の評価と追求

○透析効率 (Kt/v 1.35~1.57)

○標準化蛋白異化率(n PCR)

1.1g/kg/day~0.56g/kg/day

○筋肉量を反映するクレアチン産生速度

%CGR 78~110%

○血糖コントロールはグリコアルブミンで評価し

20%以下を目標とする

<積極的にインスリン強化療法またはスライティングとする>

⇒効率よりも患者さんの希望は常に優先される

<透析時間など>

- 1) 栄養状態改善の評価では
食事摂取量・ドライウェイトの増加
だけでなく標準蛋白異化率
クレアチン産生速度も
評価項目として取り入れている。

③ 「居」：生活維持

i) 当院の近隣にサービス付き入所施設と連携

⇒往診診療による支援チーム

<医師 看護師 医療事務 MSW>

⇒バイタル把握(家庭血圧・血糖値)

内服管理

ii) 食事制限・自炊の出来ない通院患者

(自立・独居)では

⇒透析食をクリニックで毎食摂る。

スタッフと食卓を並べる⇒コミュニケーションを取る機会となる

患者さんは毎日ナースセターに自発的に立ち寄るようになった

- 1) 通院環境の整備ではサービス付き
入所施設からの通院透析を検討するこ
とで服薬指導を行うことができ、また
バイタルを把握(家庭血圧・血糖値)
と食事摂取量を評価できる。

入院透析から通院透析となった症例

症例	HD歴	原疾患	入院透析となった要因	エピソード	治療内容	転帰
S.N 69歳 男	4年	慢性糸球体腎炎	飲水コントロール困難 うっ血性心不全	精神遅滞4度 第二種知的障害	透析食をクリニックで 毎食摂る	独居
M.K 51歳 男	1年	Ⅱ型糖尿病	飲水コントロール困難 うっ血性心不全 AMI x2	鬱病	透析食をクリニックで 毎食摂る	独居
H.M 59歳 男	5年	腎硬化症	るい瘦 腹水コントロール不能	アルコール性肝硬変	減塩 アミロノン配合散3p3x レカルニチン	自宅
Y.M 63歳 男	12年	腎硬化症	るい瘦	右被殻出血後 左片麻痺	食事摂取量の増量	サービス付き 入所施設
S.M 68歳 男	17年	腎硬化症	うっ血性心不全 OMI 3枝病変 CABG後	低心機能 EF15% 長期留置カテーテル	飲水制限 減塩	ケアレジデンス 大森
M.D 71歳 女	15年	Ⅱ型糖尿病	うっ血性心不全	低心機能 EF23% 動脈硬化	飲水制限 減塩	サービス付き 入所施設
H.K 78歳 女	5年	Ⅱ型糖尿病	うっ血性心不全 心房細動 肺炎	低心機能 EF25%	Rate control 飲水制限 減塩	ケアレジデンス 大森
K.O 63歳 女	導入	Ⅱ型糖尿病	脊柱管狭窄症術後・歩行困難	身寄りが無い		有料老人 ホーム

入院透析が必要として御紹介を受けた患者様で
通院透析となった8症例を
提示する

1年間で御紹介頂いた60名の患者様

男性42名



男性では約26%が外来通院として退院できている。

女性18名



女性では約30%が外来通院として退院できている。

<結語>

- 1) 入院透析患者を通院透析とする上で見守りが必要なケースが数多く存在する
- 2) セルフケアを支援するチーム医療と見守り型通院透析を行うことで、入院透析患者を通院透析としていくことができた。
<key word: 風通しのよいチーム>
- 3) 透析療法はあくまでも元気な生活を支援するもので透析療法が主体になってはいけない
腎不全でも、その人らしく生きていけるよう援助していくことが重要である。