

アドヒアランスが低い患者に対し訪問看護師との連携が有効であった一例

青戸腎クリニック 山下麻衣 垣内里佳 浅田努 久保仁  
訪問看護サービス「せんじゅ訪問看護」

[はじめに]

通常、透析患者は、週3回にわたり透析施設に通院するとはいえ、それ以外の生活は自宅で過ごすため、自宅での実際の様子を透析施設単独で把握することは難しい。私たち、透析施設からの患者指導や医師の処方も、患者がどれほど自宅で実践できているかわからない。特にアドヒアランスが低い患者の実生活は不明であり、大事な服薬状況においても、一体どの程度確薬できているのか疑問である。そのため、もし家族の協力が不十分である場合などは、訪問看護師、ヘルパーなどの居宅介護支援者の協力が必要不可欠である。

[症例]

非結核性抗酸菌感染症

T氏 女性 76歳 糖尿病腎症

透析歴10年

透析導入時からレストレスレッグス症候群や不眠症を主訴に精神科に通院。

増悪すると眠剤や他の薬を自己調整してしまうことが多い。

「壁が棺桶に見える。有名人の夫婦が中に入っている」などと幻覚があり、傾眠が多く、頻回な転倒もあり。

血糖測定の自己中断もあり。

夫と二人暮らし 息子2人は遠方在住

[治療経過と訪問看護師との連携経過]

X年12月に右手指に発赤、熱感、疼痛が出現し、次第に両手指にまで増悪した。翌年3月には排膿を認めるようになり、非結核性抗酸菌症と診断。菌腫は *Mycobacterium Chelonae* であり、感受性検査でほとんどの薬剤耐性があったため、数少ない有効な抗生剤の確薬が必要になった。そのため、当院では入院前の早期の段階から、自宅での確薬は困難であると考え、訪問看護の介入を依頼した。

その後、5月に入院し多剤併用治療を施行。その後、7月に退院となったが、退院後すでに確薬ができていない状況であり、傾眠やADL低下、血圧変動も大きく、入院前より非常に全身状態が悪い状況であった。さらに夫が同時期に悪性リンパ腫で入院が必要になり、本人も再び社会的入院となった。しかし、当院ではすでに訪問看護を依頼していたため、退院後にはすぐに訪問看護を利用開始することができた。9月に夫と本人が退院する頃には、確薬ができるようになり、手指の明らかな改善も認めた。

### [訪問看護師との連携手段]

小まめな電話やFAXでの連絡、報告、相談を密に行った。

患者の性格や問題点などの詳細を共有するため、1日に数回の電話やFAXを毎日していた。

### [訪問看護師への依頼内容]

週3回の服薬管理を依頼し、一包化薬に日付を記入してもらい、毎回残薬がないか確認してもらった。その他、夫や本人への感染指導、手指処置、自己血糖測定やインスリン自己注射介入なども依頼した。



FAXの一部



訪問看護師による薬のセット

### [結果]

確薬ができるようになり、10月には明らかに手指の状態が改善した。また、傾眠がなくなり、ADLが自立。透析中の血圧も安定し、血糖値も把握できるようになった。



5 / 14

10 / 10

[考察]

今回、入院前の早期から訪問看護の介入を依頼したことや、ケアマネージャーや訪問看護師との積極的な情報交換や問題点の共有を図ったことで服薬管理が向上したと考えられる。このように、アドヒアランスが低く、家族の協力が不十分である患者は訪問看護師との密接な連携が有効である。