

2 視力障害がある一人暮らしの透析患者を支えるための連携の必要性について

諏訪赤十字病院透析センター1) 内科2)

笠原 寛2)

高山 美和1) 赤羽 かおり1) 水上 智恵1) 日暮 幸江1) 他スタッフ一同

1 はじめに

一人暮らしで視力障害のある患者が透析を導入した。少しずつ視力障害が進みほとんど見えない状態になった。転倒、骨折、止血不良など様々なトラブルを繰り返しながらも一人暮らしを強く望んだ。デイサービスのスタッフ、ホームヘルパー、ケアマネージャーなどいくつかの職種が患者と関わった。しかし、それぞれの立場での対応が中心になり円滑な連携が取れていなかった。この症例から一人暮らしの患者を支える為の連携の必要性と関わり方について学んだので報告する。

2 患者紹介

患者：渡〇〇子(以下 W 氏)68 歳女性

原疾患：糖尿病性腎症

透析導入：1998. 12. 2

合併症：糖尿病性網膜症(H. 7.3 身体障害者2級)、白内障、変形性脊椎症

家族構成：24歳で離婚、子供なし、一人暮らし、兄弟は神奈川県在住

透析室での様子：水分コントロール不良(4-5 Kg 増)にて HD 時間短縮し、ECUM 施行、通院は杖歩行、「死にたい」という自暴自棄な言葉が聞かれた。時々透析の止血圧迫が不十分で視力障害のため、出血していることがあった。

3 経過(表)

	経過	社会資源
		<デイサービス> カリンの里
		<ホームヘルパー> 掃除、買物
		<送迎サービス>
H10.12.2	HD導入	
H11.4 ~ 7	転倒、骨折、大腸Ca、OP	
H12.	止血不良時々あり(自	

	分で止血した)	
	「要介護1」となる	
H13.6.30	止血不良・・・多量出血	①ペンダント式緊急ボタン(近所・友人・消防署) ②透析日ヘルパーさんが15~16時に止血確認に訪問 ③料理はなるべくヘルパーさんに作ってもらう
	転倒、胸部打撲	
H13.4.11	吐血<入院、輸血施行>	一人暮らしの限界
		神奈川の妹夫婦と同居
H13.5.23	転院	

W 氏は様々な人々・職種に支えられて生活していたが W 氏を取り巻く人々の横のつながりはほとんどなかった。当透析センターは、ケアマネージャーなどと直接関わりをもてなかったが、働きかけはしていた。

W 氏は視力障害があり透析導入後様々なけがや病気、入退院を繰り返していた。止血不良による多量出血で入院した時には病棟Ns、ケアマネージャー、兄弟の間で話し合いが持たれ今後の対策が決められた。

その後、止血不良は早期発見、対処されていた。しかし、転倒や打撲の頻度は増し、その都度対策を提案したが、W 氏はすべて拒否し杖歩行で通院していた。

また、W 氏は視力低下が導入時より進んでいることを気にしていた。両眼とも白内障の手術をしたが、視力の改善は見られなかった。この頃から水分コントロールが悪化、自暴自棄の言葉も聞かれた。デイサービスや家での様子がわからず私達はそんな W 氏にどう関わればいいのか悩んでいた。

そんな状態が続く中 W 氏は吐血して入院した。私達はそこで初めてケアマネジャーと話し、透析室では死にたいと言っていた W 氏が家を改築して頑張ろうとしていた事を知った。私達はこの事実に驚き、W 氏の一面しか見ていなかったことに気づいた。

W 氏はこの入院をきっかけに一人暮らしに限界を感じ、兄弟のいる神奈川へ転院となった。

4 結果及び考察

この症例を通してデイサービススタッフ、ケアマネジャーそれぞれと話し、役割や感じたことを確認した。ケアマネジャーは生活を中心にに関わり、転倒を繰り返す W 氏に視力障害者の施設入所や兄弟との同居を勧めた。しかし、W 氏の拒否により断念、安全器具の取り付けなど家の改造を計画した。デイサービスのスタッフは、元気がない W 氏を気にしながらも一日を楽しく過ごせるように関わっていた。私達は医療者の立場から W 氏に適した透析を提供できるよう関わった。(図1参照)

通院時の安全の為送迎サービスを薦め、自己管理不良に対し配食サービスや教育入院を薦めたが拒否された。堀川氏は『糖尿病性腎症における否認は根深いものであり、長期間にわたって持続し、修正が難しい』²⁾と述べている。また、坂倉氏は『単身者ほど1人で頑張ろうとする患者が多く、患者の自尊心を尊重し、定期的に福祉サービスの情報を伝え、援助の開始を待つ事もある。』¹⁾と述べている。

W 氏がこれほど拒否する理由のひとつには、諏訪で40年余り一人暮らしを続け「人に頼らず自由に生きたい、迷惑をかけたくない」と言う思いが強かったことがあると思われた。W 氏に関わる私達は W 氏の望む一人暮らしを続けさせたいと思っていたが、限界を感じていた。しかし、透析スタッフは透析室での W 氏しか見えておらず、ケアマネジャーは生活面で関わり、デイサービスのスタッフは医療のことは医療者に任せると言う姿勢だった。それぞれの役割以外のことは他の職種が関わると言う思い込みが横のつながりを無くしていた。又、W 氏の転院後の話で知った事だがケアマネジャーやデイサービスのスタッフにとって病院は敷居が高く話し合いが必要と感じていながらも言い出せずにいた。私達はこのような傾向も踏まえて他の職種との連携をとることが必要だと感じた。

一人の患者を支えるには、関わる職種間で問題点や情報を共有することがその患者にとって最適な問題解決法を導く糸口となることを再認識した事例と考えられた。

5 結語

一人暮らしの患者を支えるには関わるいくつかの職種が異なった視点から同じ目的で支援

することが必要である。

6 おわりに

W 氏はたくさんの人に支えられていた事を、その人々に迷惑をかけていると思っていた。入院中も「死ねるものならここで死にたい、簡単に死ねないね。」と言っており、結果的には一人暮らしを続けられず転院となった。私達はそんな W 氏の心の支えにはなれず無力感を感じていたが、転院後透析センターに W 氏から元気でやっていると言うはがきが届き、これでよかったのかなと思えるようになった。

この症例で学んだ事を今後の透析看護に生かしていきたいと思う。

7 参考文献

- 1) 坂倉春美: 社会資源の活用と介護支援。床透析 1998. 10. 14-12
- 2) 堀川直史他: 糖尿病患者の透析導入前後とリエゾン精神医学。臨床透析 2000. 8. 16-10
- 3) 幾高敏晴他: 透析視覚障害者へのケア。臨床透析 1998. 11. 14-13

介護保険の運用

W氏を取り巻く人々

(図 1)

