

# 高齢透析者の在宅ケアの現状と課題

The Present Condition of Home-Care and Social Work Problems  
in Fragile Elderly Hemodialysis Patients

丹野 真紀子

## はじめに

近年の透析医療における技術の進歩は、透析を導入する適応患者の拡大とともに患者数の増加をもたらし、現在では透析人口は16万人を超えている。そして、高齢透析患者や糖尿病性腎症患者などの合併症を有する患者も増加の一途をたどっている。現在、患者の平均年齢も毎年約1歳ずつ上昇しており、高齢透析者に対するケアについては今後の重要課題であると思われる。

本論文では、高齢透析者の実態とその抱えている課題について明らかにするとともに、高齢透析者へのケアについて、特に在宅における福祉と医療の連携について考察していきたい。

## 1. 高齢透析者の抱える問題

### 1) 重複障害化の実態

1988年に愛知県下の透析医療機関73施設に対して要介護患者についてのアンケート調査がなされた<sup>1)</sup>。この調査では透析患者10人につき一人以上が要介護患者といった状況が明らかになっている。調査内容を見ると、対象患者4123名のうち老人患者総数は752名である。老人患者の入院状況は、全老人患者中171名と22.7%を占め(図1)、更に、老人入院患者の半数以上が6か月以上の長期入院となっている(図2)。要介護の障害内容では糖尿病によるものと思われる失明が最も高率であり、骨関節障害や脳血管障害後遺症も高い頻度を占め

図1 老人患者の入院状況

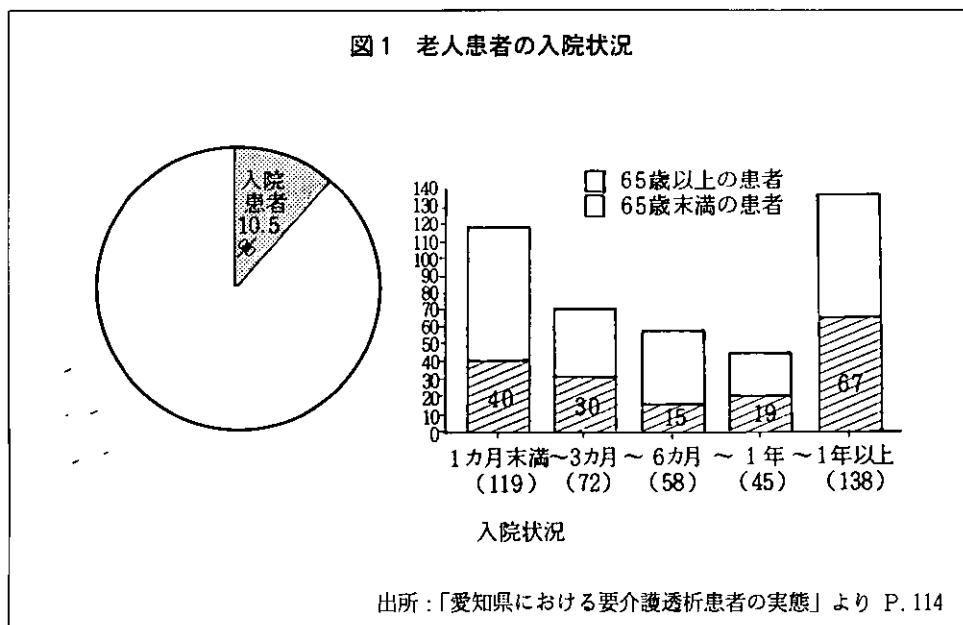
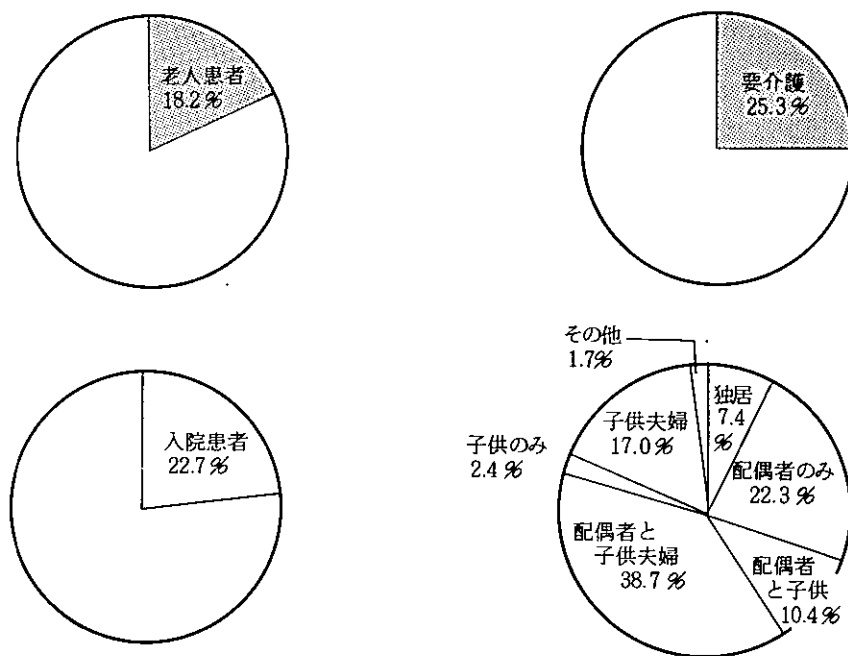


図2 老人患者の要介護状況



出所：「愛知県における要介護透析患者の実態」より P. 115

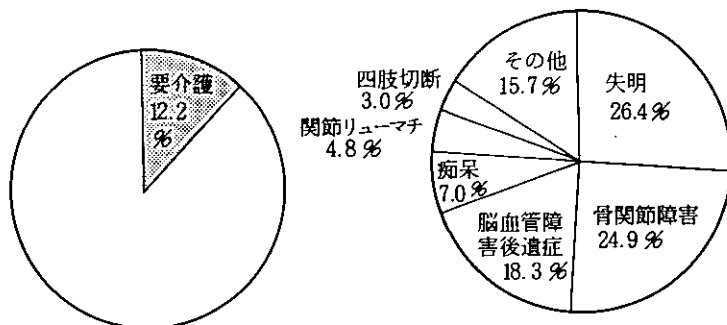
ていた (図3)。

この時期から、高齢透析患者の増加や、長期透析による合併症などの重複障害化による通院介護の問題が深刻に考え始められるようになったが、

この報告では要介護患者の占める通院介助の状況について、65歳以上の場合は約1/3が配偶者で担われていると提示している (図4)。

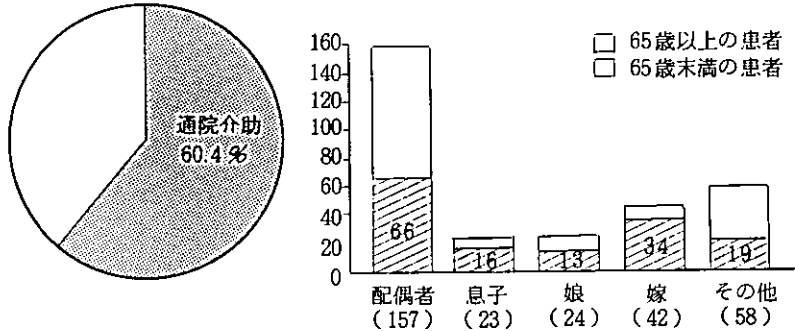
1991年に全国腎臓病連絡協議会でも同様の調査

図3 日常生活における要介護状況



出所：「愛知県における要介護透析患者の実態」より P. 114

図4 通院における要介護状況



出所：「愛知県における要介護透析患者の実態」より P. 114

を行っている<sup>2)</sup>。これは全国から54施設を無作為に抜粋して行われた調査である。この調査は愛知県のみでの調査よりも調査内容が充実しており、また、同じ調査項目では愛知県と同様の結果を見ることができる。しかし、同居家族の調査は、愛知県のみで行われた調査と違い、配偶者のみが18.8%、配偶者と子供夫婦は10.9%となっている。これは大都市の回答が多かったためと考えられる。(表1)。

表1 同居家族

1. 配偶者と独身の子供	520人	28.67%
2. 配偶者のみ	342	18.85
3. 配偶者と子供夫婦	199	10.97
4. 1人暮らし	164	9.04
5. 親と配偶者と子供	151	8.32
6. 親	95	5.24
7. 子供夫婦	74	4.08
8. 親と兄弟	72	3.97
9. 親と配偶者	46	2.54
10. 独身の子供	39	2.15
11. 兄弟	15	0.83
12. 福祉施設入所中	3	0.16
13. その他	64	3.53
NA	30	1.65
計	1,814	100.00

出所：「要介護透析患者実態調査報告書」より P. 6

調査であげられた入院の理由を見ると一番多いものが障害のために通院できない29%通院介護者がいない12%となっている(表2)。通院介護がいつも必要な人は10.9%、時々必要な人は、10.6%となっている。入院患者については愛知県での調査では6か月以上の入院が入院透析患者の40%を占めていたが、今回の調査では半数以上が1年以上の入院となっており、特筆すべきことと思われる(表3)。

表2 入院の理由

理由	総数		65歳未満		65歳以上		年齢不詳
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
1. 障害のため通院できない	59人	28.37%	33人	28.21%	26人	28.89%	1
2. 合併症の治療	42	20.19	28	23.93	14	15.56	
3. 通院介護者がいない	25	12.02	8	6.84	16	17.78	
4. 透析導入後	14	6.73	9	7.69	5	5.55	
4. 障害のため自宅で生活できない	14	6.73	7	5.98	7	7.78	
6. シェント手術	13	6.25	11	9.40	2	2.22	
6. 病院・診療所が遠いため	13	6.25	5	4.28	8	8.89	
8. その他	16	7.69	9	7.69	7	7.78	
NA	12	5.77	7	5.98	5	5.55	
計	208	100.00	117	100.00	90	100.00	1

出所：「要介護透析患者実態調査報告書」より P. 13

表3 入院

入院期間	総 数		65歳未満		65歳以上		年齢不明
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
<1	89人	42.78%	53人	45.30%	36人	40.00%	
1 ≤ <2	20	9.62	9	7.69	11	12.22	
2 ≤ <3	25	12.02	13	11.11	12	13.34	
3 ≤ <4	14	6.73	6	5.13	8	8.89	
4 ≤ <5	20	9.62	9	7.69	10	11.11	1
5 ≤	27	12.98	17	14.53	10	11.11	
NA	13	6.25	10	8.55	3	3.33	
計	208	100.00	117	100.00	90	100.00	1
比 率	100.00%		56.25%		43.27%		0.48%

平均 2年4か月 最長入院 19年3か月

65歳未満の人は、入院期間1年未満45.30%、1年以上5年未満31.62%、5年以上12.98%

65歳以上の人は、1年未満40.00%、1年以上5年未満45.56%、5年以上11.11%。

出所：「要介護透析患者実態調査報告書」より P.12

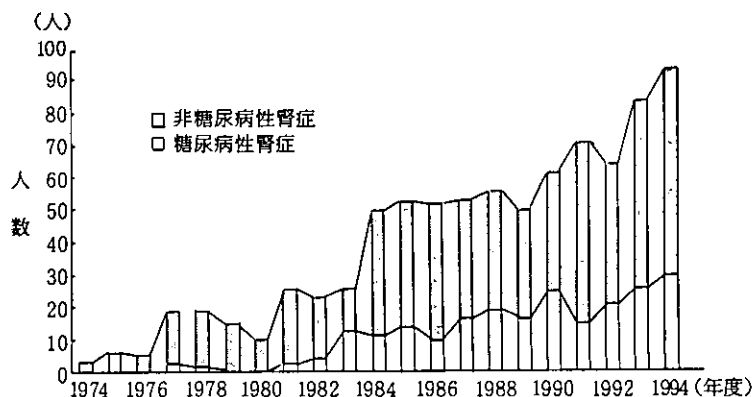
1994年に調査を行った春木谷の一医療機関の調査報告<sup>3)</sup>でも糖尿病性腎症、全身的合併症の患者の増加や要介護通院が徐々に増えていることを指摘している。そして、この医療機関の介護通院は18%に達しているという報告がなされている(図5・図6)。

透析治療は、週3日必ず医療機関で透析を受けなければならないという治療形態にその特徴があ

る。透析者は、医学的には入院治療の必要のない一般障害者が在宅療養や施設といった対応で療養できる場合と異なり、介護者の有無や患者の身体状況が通院に耐えられなくなれば直ちに入院せざるをえないという状況に置かれる。

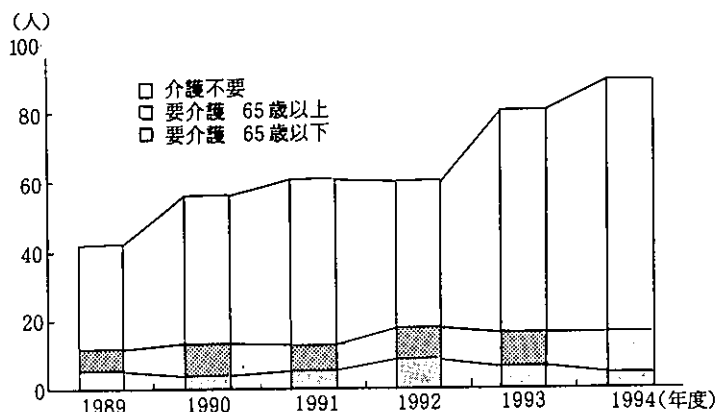
このような要介護患者や高齢透析患者の状況は、高齢化の一層の進展や核家族化などの社会条件のもと、透析導入者の現状を考え合わせると、まず

図5 透析導入数の年次推移



出所：「公立病院における透析看護管理の現状と課題」より P.100

図6 通院透析患者に占める要介護患者



出所：「公立病院における透析看護管理の現状と課題」より P. 101

ます増長されることが予想される。

透析患者の約3/4が私的医療機関で透析を受け、その半数がサテライトで透析を受けている。CAPDによる在宅への可能性はあるもの、現状では、入院施設のある透析医療機関において長期入院を承知せざるを得ない。

地域医療計画下での入院病床の規制と老人患者の在宅推進・長期入院の是正が行われている中で、これらの患者に対するリハビリのための施設や、あるいは介護通院のために必要な援助を行える諸資源の整備などといった社会的な対応を考えていかねばならない時期に来ている。また、全国腎臓病連絡協議会でも、活動の緊急課題として「在宅生活の保障や、生活施設・中間施設の整備」などを挙げ対策について研究を進めている<sup>4)</sup>。

こうした中で、透析者の在宅ケアをどのように進めていけば良いのであろうか。

## 2) 高齢透析者の問題

ここで、M・N氏の事例を通して高齢者の問題を具体的に考えてみる。

### —M・N氏(72歳)の場合—

M・N氏は62歳から透析を始めた。A病院で通院透析をしていたが、69歳の時に、合併症の心疾患のため、入院透析をすすめられるが、それを拒否。A病院には通院できないとB病院に転院し、外来透析を続ける。M氏は心臓が悪く、透析中危険な状態に陥ることも多々ある。

生活歴は66歳時に仕事を辞め、体力低下とともに移動は全てタクシーを利用している。生活は年金、諸手当で暮しを立てている。家は持ち家。2階建ての家屋であるが、足腰が弱まってしまったため、今は1階部分のみを使用。妻は難聴で二人暮らしにもそろそろ限界が来ている。二人を引き取り世話をするのはない。

その後、患者の体力が落ち、本人から入院希望が出たが、本人が望むような、自宅近くで、妻がいつでも来れる様な場所には機能のそろっている病院が見つからない。結局、近くの総合病院に無理にお願いして入院する。患者は入院して1ヶ月後に死亡した。

最近の核家族化は、この事例の様に、夫婦二人とも高齢で、しかも両者が障害を持っている家族を多く生み出している。家族介護が主流な現状においては、問題が非常に大きい。この事例の問題は、夫である患者の病気が重くなった時に近くに適切な病院が少ないことである。透析施設には診療所が多く、病床を持っている病院は少ない。事例の患者の様に高齢の場合、導入病院に帰ることは難しく、長期入院は出来ない。結果、病院間を転々とするか、透析器機のある長期入院可能な病院を捜し出すということになる。しかし、長期入院可能な病院はあっても患者宅からは遠い所が多く、実際の利用は困難である。

透析患者の入院は、透析以外の治療を必要とする場合は少ない為、1か月も入院をしていると足腰がたたなくなってしまう場合もあり、あまり勧められない。しかし、それでも社会的サービスなどが受けられず、通院が難しくなる患者もあり、問題である。入院施設を考えれば、特に最近では病床規制が厳しく、新たに病床を増設するのは困難であり、また、看護婦不足で病棟閉鎖に追いやられている状況など、検討すべき課題は大きい。

### 3) 高齢者の導入をめぐる問題

以前、80歳を過ぎてから透析を導入した患者の国民健康保険の保険点数が認められないというケースが報告された。抗議が認められ、保険診療されることになったのであるがこの問題は、医療費の高騰とも絡み、消えることはない。

英国では65歳以上の高齢者の透析導入は非常に限られているという報告がある<sup>9)</sup>。これは英国の医師にとって、予算のやりくりと透析を導入する患者の選択が重要かつ厄介な仕事になっていることを示している。英国に於て、透析者の新規導入を決定するにあたり考慮に入れる点は①患者の年齢、②家族の協力、③患者の社会的地位、④患者

の生に対する積極性、⑤患者の居住区の財政状況、⑥患者の独立性で、特に④と⑥が重要視されていることを指摘している。日本では現在このような導入規制は行われていないが、25年前の透析導入時には竹内<sup>6)</sup>が同様な導入条件を考えざるを得ない状況であったことを述べているように、導入規制は大きな課題であった。

しかし、現在の高齢者の透析の導入は是か否かという問題の影には、医療の人的、物的、経済的問題が見え隠れする<sup>7)</sup>。高齢者の人権、生きる権利を考えれば、こうした議論は大きな問題であり、安楽死問題とも絡み、慎重に扱うべきである。

高齢透析者の問題はこれ以外にも古い、配偶者の死、独り暮らし、透析食の問題、通院、緊急時の対応、など、様々な問題が山積みされている。病院だけでは解決出来ない問題も多く、次に、具体的な事例とともに考えたい。

## 2. 通院高齢透析者の事例

### 1) 高齢者の在宅ケア

患者：Y・Y（女）

病名：慢性腎不全・アルツハイマー型痴呆

原疾患：慢性糸球体腎炎

透析導入：54歳

家族歴：大阪出身。両親は離婚。患者は父に引き取られる。父と患者の兄弟は大阪に在住だが患者とは仲は悪い。

〈透析前までの生活〉

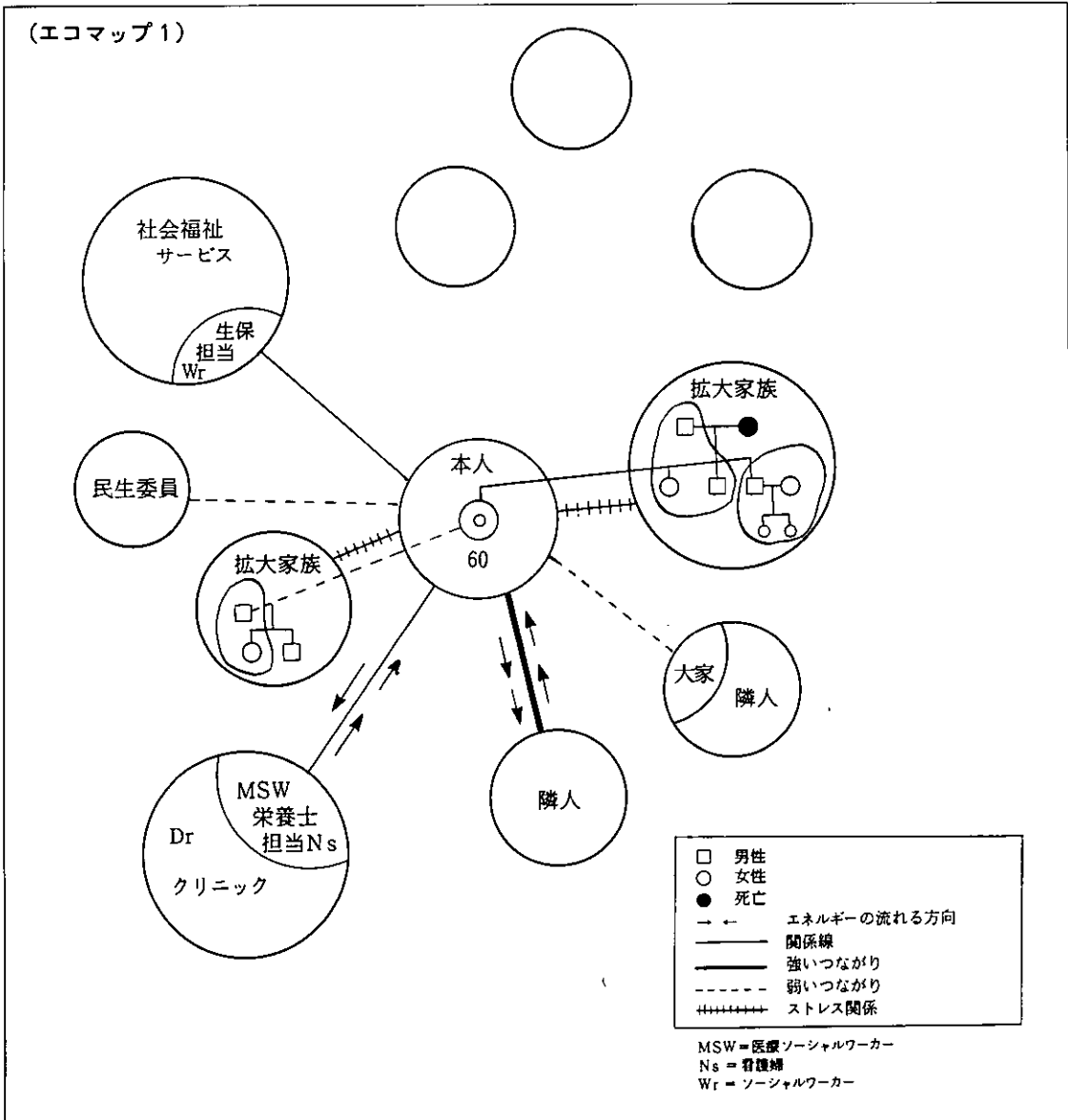
47歳より生活保護受給。無職、一人暮らし。

〈経過〉

透析導入時よりシャント（透析を行うために手首の動脈と静脈をつないで血液を流れやすくしたもの）トラブルや食事をきちんと摂取できないことによるヘマトの低下（貧血状態の悪化）により導入病院とサテライト施設の入退院を何度も繰り返してきた。

60歳ころより物忘れが目立ち、他のスタッフより最近ぼけてきたのではないかという声が出始める。当時、医療ソーシャルワーカー（以下 MSW と略す）は、福祉事務所と連絡を取り、電話の設置などスタッフとの連絡方法を検討していた。そして電話が患者宅に設置された。しかし翌月頃から患者は今日が何日かわからなくなっていた。（エコマップ1）

神経内科の医師にぼけ度を測定してもらった。診断は初老期痴呆。この診断をもとに市役所にヘルパー派遣を願うが進展せず。理由は、雑ながらも本人の日常生活に問題が見られないためということであった。この結果、なるべく長く患者が望むような通院透析ができるように、患者本人と話し合い、非透析日にもお弁当を出すことが検討された。実際には衛生面の考えから自宅にお弁当を持



ち帰るよりも医療機関に食べに来ることとなる。しかし、毎日来院することはなかった。

それから約1年後、本人の金銭感覚が次第になくなり、金銭の絡むトラブルが増える。また、医学的には、ヘマト低下が問題となっており、毎日患者に食事に来てもらおうと、ランチコールノート作りがなされた。これは日勤の看護婦が患者宅に電話をし、昼を食べに来るように知らせるものである。その後はほとんど休むことなく食べに来るようになっていく。

その後、物忘れの度合いが激しくなり、情緒不安定状態が続く。再度、神経内科の医師に診断をしてもらったところ、診断はアルツハイマー型痴呆で、これは社会生活を送り得る最低レベルと考えられるとのことであった。この診断の結果、患者の通院困難な状況が予測され、今後の見通しを福祉事務所と共に検討することとなった。

福祉事務所と医療機関検討会の中で、ヘルパーの派遣を具体化することと保護費の分割払いの提案がなされた。保護費の分割とは、最近では1週間位で保護費の大半を使ってしまい、その後の生活のめどが立たず、保護費の前借りなどの問題があったためである。また、冷蔵庫をいっぱいにし、そのほとんどを腐らせてしまうことも多々あり、ヘルパー派遣が真剣に検討された結果、ヘルパー派遣は週1回、また保護費分割は月2回に分けて支払われることとなった。

しかし、電話料金の未払いのため、電話が止められ、また、昼食が半分しか摂取できず、歩行も腰痛のためかおぼつかなくなるなど身体機能の低下が認められ、医師の判断にてB病院に入院となる。

入院後、B病院を退院し、在宅での通院透析の可能性が出てきたため、在宅の場合どこまで患者をフォローできるか検討することになる。患者の在宅には福祉と医療との連携が必要で、再度福祉

事務所と医療機関との検討会が行われた。この話し合いの中で、ヘルパー派遣やホーム入所について話された。ホーム入所は、透析があるからというわけではないが前例がないため難しいと言う返事であった。また、ホームからの週3日の通院の付添に職員はさけないと言う話もあった。その他、アルツハイマー型痴呆の診断を受けている点でも入所は難しいとの話もでた。ヘルパー派遣は以前の在宅での状況時にヘルパーとの関係がうまくいっておらず、今度の利用については困難であるとのことであった。患者退院後、在宅による通院は不可能ではないのかという意見が大半を占め、在宅が不可能ならば、転院先を見つけなければならぬということになった。しかし転院先が見つからない恐れも十分あるため、通院透析を行うための患者の金銭管理についての教育について検討がなされた。(エコマップ2)

しかし、その後は、通院透析に戻ることなくB病院よりS病院(老人病院)へ転院することとなった。S病院にて死亡。(64歳)

## 2) 高齢透析者の通院介護をめぐる問題

患者：K・T(63歳)女

原疾患：糖尿病性腎症

〈生活〉

生活保護受給。無職、一人暮らし。

〈経過〉

25年間糖尿病で入退院を繰り返していた。3年前より腎機能が低下し、自宅にて突然倒れ、以後歩行困難となり入院。3か月後に透析導入となった。導入後も歩行困難があるため入院したながらリハビリを続ける。導入から1年が経ち4点杖使用ながら歩行が出来るようになった。患者も、今なら家に帰ってもう一度自分の生活を取り戻したいと退院の意志を見せ、外来透析の移行となった。

退院時、通院のことが問題になる。結果、朝は



比較的元気なのでタクシーを利用し、帰りは役所からヘルパーによる通院介助をすることになった。

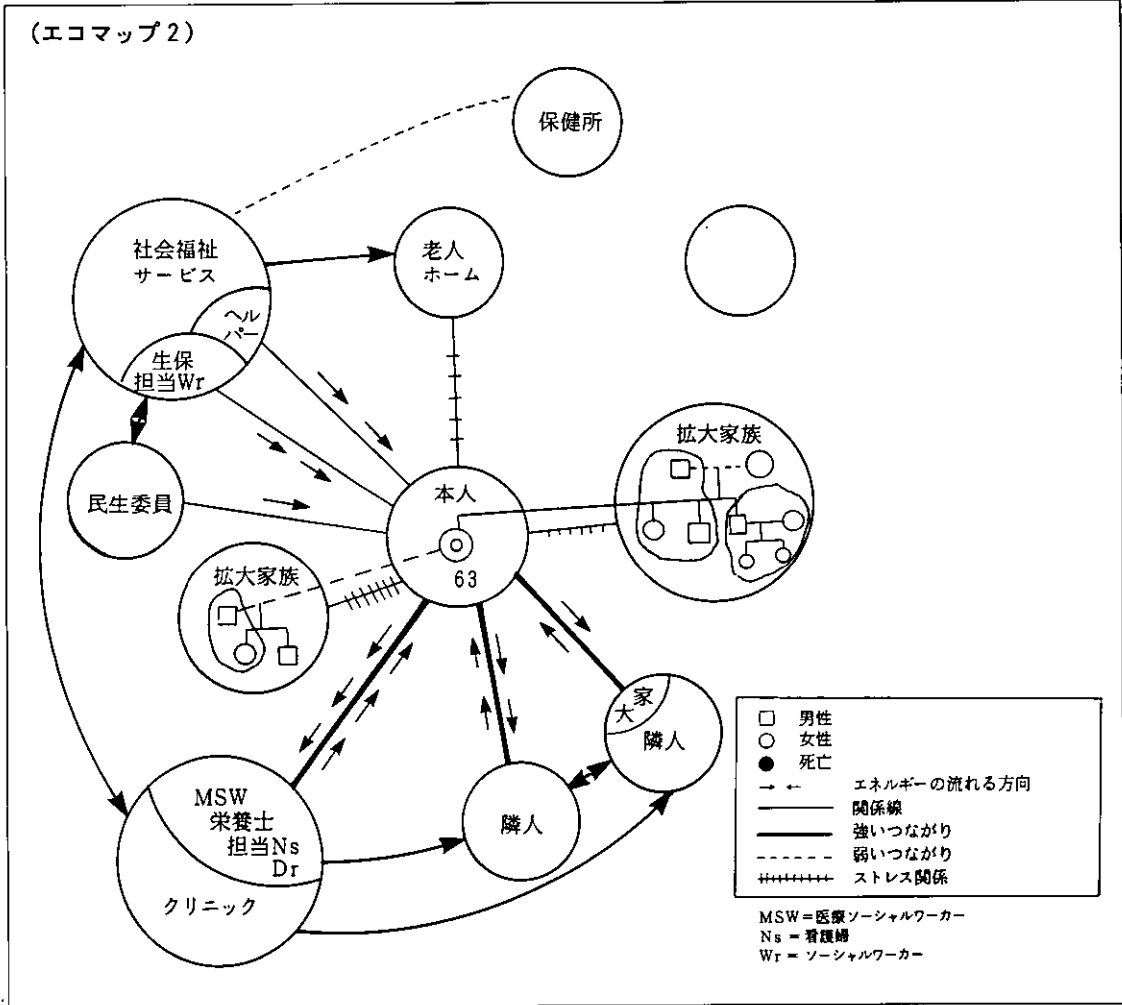
しかし、実際に外来透析移行になると、朝のタクシーがつかまらず、ヘルパーも回数を増やすことは困難。また、社会福祉協議会でもボランティアがすぐには見つからず利用出来ない。家族も仕事があるため手伝うことが出来ないで、結局、医療機関側で迎えに行くことになった。また、帰りも患者の具合が悪いため医療機関の車で送ることになる。その結果、ヘルパーの利用は通院介護よりも、日常生活の援助が中心となった。ヘルパーが食事を作るようになって、食生活は以前よりも

よくなっている。(エコマップ3)

### 3. 事例からの考察

#### 1) 高齢透析者の在宅ケアを考える事例から

エコマップ1は様々な福祉サービスを考える前に置かれていたYさんの環境である。これを見ると病院と患者との余りにも強い関係が非常に目につく。病院以外には友人としての大家と隣家の人のみである。ほぼ毎日病院に来るようになった患者にとって病院以外の生活を見つけるのは難しくなることは想像出来る。しかし、外来透析の病院でYさんの全てを見るのは非常に難しく、病院が

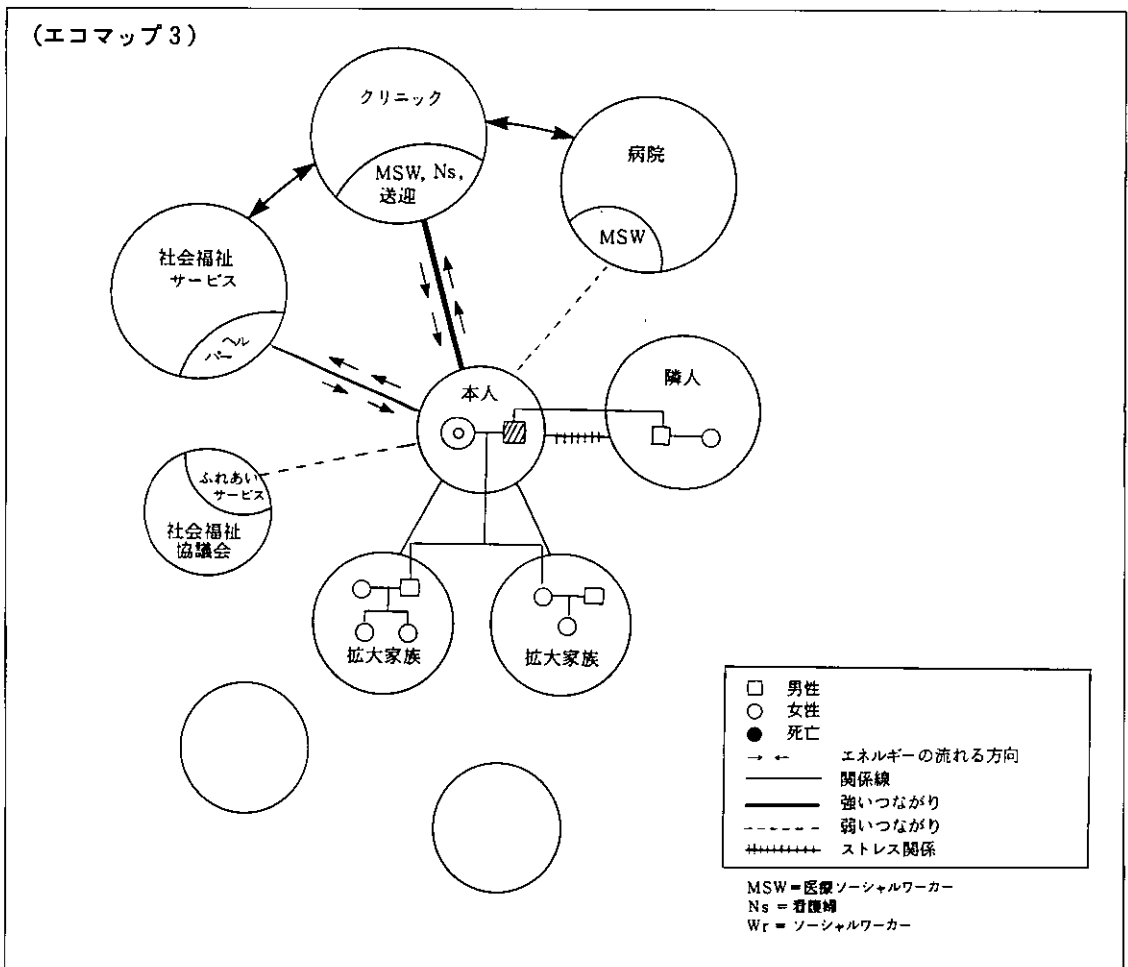


背負っていった重さを感じることができる。

エコマップ2を見ると、社会福祉サービスはYさんへの働きかけを行っているものの、Yさん自身の社会福祉サービスへの働きかけは余りないことがわかる。また、その観点からクリニックとの関係を見てみると、医療行為という点においては患者とクリニックの間に相互作用はあったが、治療を離れた生活面での関わりになるとクリニックからの一方的な関わりではなかったかと思われる。その良い例に、ランチコールノート作りをして電話をかけたのはクリニックからで、患者からクリニックに電話をかけてくることはなかったように記憶している。

患者にとっては、クリニックや公的機関よりも、アパートの下の階のおばさんや大家さんの方がより近い存在であったのだろう。また、このマップを見ていると、市役所、クリニックで一つのグループができ、また近所の友人、アパートの下の階のおばさん、民生委員で一つのグループとなっていてその相互交流はない。

エコマップ2の状況をタイムテーブルで表したのが図7である。この様に本人の生活を見てみると、透析治療の日是非常に疲れて何もできない状態であったため、本人が自分のために使える時間が非常に少なくなっていることがわかる。本人が昼食をとり病院に来なくても、それは生活者の



面で考えれば当然である。医療機関だけでYさんを見る事には限界があり、地域のサービス、特に、Yさんの生活を基本に考えたサービスが必要であった。本人の生活をトータルにとらえたサポートをするためのマネージメント、例えば、当時は行なっていなかったが、昼食の配膳サービスが利用可能であったら、もう少しYさんの生活にあったケアができたと思われる。福祉サービスの多様化は、在宅を考える上では重要である。患者をトータルにケアするためには、あらためて、医療機関のみならず、地域との連携が必要であると考えさせられた。

この患者は単身である。そのためエコマップによる患者の環境をとらえる第一次の輪の中は本人一人である。その空いた空間を埋めるためにはもしかすると第2の輪が必要なのかもしれない。患

者の在宅を可能にするためには公的機関のみならず、患者に近い関係の人達も加え、一つの大きな和が作られ、その中で患者はもしかすると在宅で生きていけたのかもしれないと思われる。しかし、その場合でも、生活者としての本人の生活をどうコーディネートするかが大事で、マネージメントが大きな援助の課題になるであろう。(エコマップ4)

## 2) 高齢透析者の通院介護をめぐる問題を考える事例から

透析者の入院で、通院困難を理由に挙げていた患者の多さは説明したとおりである。この患者も、回りからの援助が無ければ入院透析となってしまう患者である。

この事例は、通院の足としてタクシーを考えて

図7 タイムテーブル

		PM																
		早朝	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9
月	サービス内容	透析治療																
	提供者	病院																
火	サービス内容	食事																
	提供者	病院																
水	サービス内容	透析治療																
	提供者	病院																
木	サービス内容	食事																
	提供者	病院																
金	サービス内容	透析治療																
	提供者	病院																
土	サービス内容	ヘルパー 食事																
	提供者	市役所 病院																
日	サービス内容																	
	提供者																	

いた。費用は生活保護費から出るため、心配していなかったが、肝心のタクシーが捕まらないという事は予定外の誤算であった。透析者の場合は、通院できない、つまり透析を抜かすということができない患者である。この事例のように緊急な場合、公的機関では手続きや、人などの問題もあり、早急には動けない。そういう時に、臨機応変に動ける足を医療機関側が持っていることはとても重要だと思われる。

しかし、医療機関側が全てを担うのは重すぎる。在宅で患者を支えるには様々な社会資源をかき集め、それらをパッケージする必要がある、医療機関もパッケージされるひとつになることも大切である。

医療機関側が患者の送迎をするところは少しずつであるが増えている。在宅が叫ばれる今、比較的臨機応変に活動できる資源としての活用範囲は大きい。但し、どういう場合に動かすのか、基準などをしっかり持っていないと他の患者との差別となり、患者あるいは介護する家族に新たなストレスを与えてしまう可能性も考えられる。

在宅で患者を支える場合に、公的資源を利用せず家族内で頑張っている患者を看ている人も多い。しかし、いつも家族で完全に支えることができるとは思えない。家族に何かあった場合にクリニック内での支えがあるということがわかっていると、それが家族への潜在的な支えとなり得るのではないだろうか。

高齢透析者の自立や、通院問題をとらえた場合、これらのケースを見て解るとおり、ミクロ的な視点ではなく、マクロ的な視点が透析者への援助を行う上で大事である。

## 終わりに

高齢透析者の事例を検討した中から、今後の課題をとらえてみたが、これらのケースのまとめと

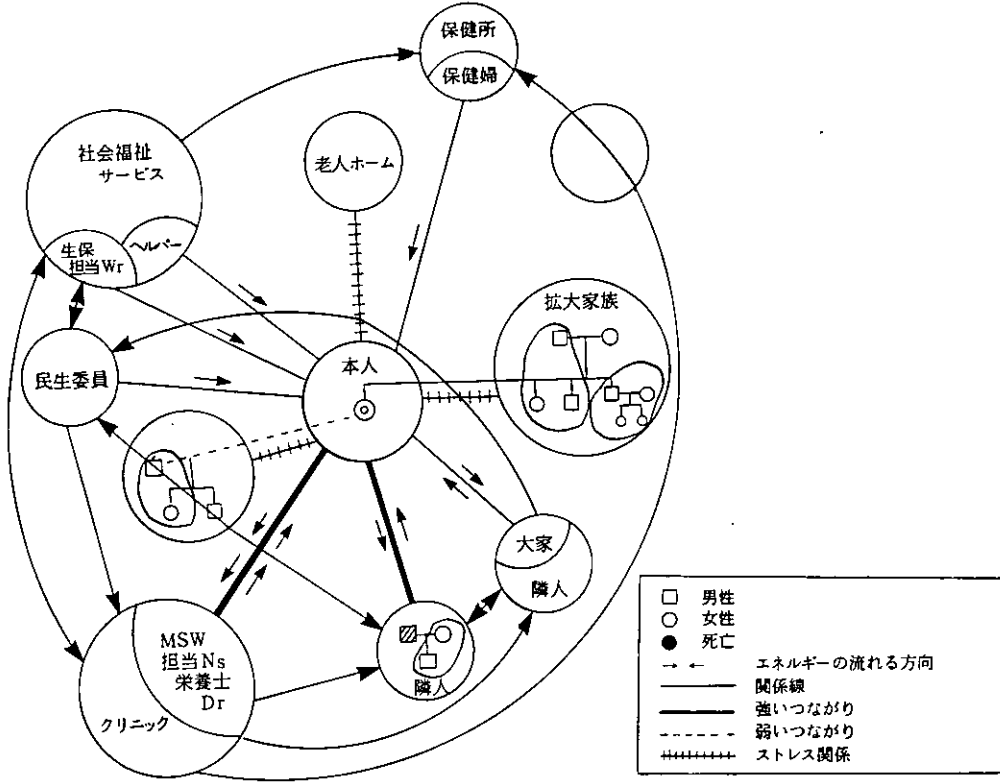
して在宅生活、通院問題をとらえる場合、特に社会資源との関わり方が、大きな課題になることが浮き彫りにされた。単身者、高齢夫婦のみの生活と、家族の単位が小さくなればなる程、患者を支える広い環境が必要となるのはこれらのケースを見ても明らかである。もはや、医療機関だけで問題が解決することはなく、いかに地域と福祉サービスを患者に結びつけるか、また、患者を取り巻く環境の中に医療機関も一つの資源として溶け込むかということだと考えられる。

患者を支える資源が多い程、それぞれの機関がそれぞれの持つ役割を発揮でき、連携プレーがとれる。それが、患者がよりよい環境にいられるか否かという結果となるのだと感じた。

## —注—

- 1) 八木恵子・羽柴徹・鳥山高伸・川原弘久著「愛知県における要介護透析患者の実態」『臨床透析 Vol.6 No.6』日本メディカルセンター 1990年 pp. 113-116
- 2) 全国腎臓病連絡協議会「要介護透析患者実態調査報告書」『要介護透析患者対策確立のために』全国腎臓病連絡協議会 1991年 pp. 1-23
- 3) 春木谷マキ子著「公立病院における透析看護管理の現状と課題」『臨床透析vol.12 No.3』日本メディカルセンター 1996年 pp. 99-104
- 4) 全国腎臓病連絡協議会「要介護透析患者対策確立のために—私たちの考え方」『要介護透析患者対策確立のために』全国腎臓病連絡協議会 1991年 pp. 41-42
- 5) 北野優里著「医学的適応と社会的適応の間—英国における現況から」『臨床透析1992 Vol. 8 No. 4』日本メディカルセンター 1992年 pp. 21
- 6) 竹内正気著「透析医療20年の軌跡」神奈川県腎友会 1991年
- 7) 前田貞亮著「医学的適応と社会的適応の間—医師の立場から」『臨床透析1992 Vol. 8 No. 4』日本メディカルセンター 1992年 pp. 7-17

(エコマップ4)



MSW = 医療ソーシャルワーカー  
 Ns = 看護婦  
 Wr = ソーシャルワーカー