

《事例報告》

腹膜透析を継続した療養者の在宅終末期を支えた訪問看護支援

Home-visit nursing support for home-based end-of-life care in a patient continuing peritoneal dialysis

佐々木 早苗¹⁾, 上野 ゆり¹⁾, 石川 武雅²⁾Sanae Sasaki¹⁾, Yuri Ueno¹⁾, Takemasa Ishikawa²⁾

要旨

【目的】認知機能や身体機能が低下した腹膜透析（PD）療養者において、訪問看護が在宅療養継続にどのように寄与したかを検討した。

【患者紹介】80歳代男性。認知機能障害および身体的ADLの低下により、セルフケアも家族の支援も困難な状況にあったが、訪問看護の介入のもと、自宅で最期までPDを継続した。

【看護の実際】訪問看護師がPD手技を担い、食事や保清を含む生活支援を併せて提供。状態変化に応じて柔軟な対応が行われた。

【考察】PD継続には医療・介護の連携が不可欠であり、現行制度では訪問看護に介護的役割も求められている。

【結論】PD療養者の在宅継続支援には、訪問看護による包括的ケアと制度・多職種連携が重要である。

キーワード：腹膜透析、訪問看護、終末期、在宅看取り

1. はじめに

腎不全療養者における腹膜透析（PD: Peritoneal Dialysis）導入数は年々増加しており、2022年時点で1万人以上のPD療養者が報告されている（花房ら, 2023）。一方で、日本の透析療養者に占める腹膜透析療養者の割合は3%であり、諸外国と比較しても少ない傾向にある（中井, 2022）。その要因の一つとして、日本では血液透析が可能な施設は充実しているものの、腹膜透析に対応するスタッフや施設が乏しいことが指摘されている（Kawanishi, 2022; 中野ら, 2006）。

血液透析と比較して、PD療養者の生活の質（QoL: Quality of Life）は高い傾向があると報告されており、特に若年者や就業者、日常生活動作（ADL: Activities of Daily Living）の自立した者にとって有効な選択肢となり得る（Chuasuan et al.,

2020）。一方で、手技獲得が必要なため自己管理が可能な療養者が、導入の一つの条件になる（日本透析医学会, 2019）。導入時に実施可能であっても、その後のADLや認知機能の低下、家族構成の変化などにより手技継続が困難となれば、PDの中断（血液透析への移行を含む）や入院を余儀なくされる場合も多い（岡 & 虫明, 2022）。また、PD療養者を受け入れる在宅および介護施設の不足も指摘されている（日比野ら, 2015）。

著者らの訪問看護事業所では、PD支援センターを構え、多くのPD療養者を在宅で受け入れている。その中で、ADL・認知機能低下によりPD手技の継続が困難となりながらも、訪問看護の介入により最期まで在宅生活を継続できた事例を報告し、PD療養者の在宅看取りの実際とケアや制度上の課題について考察する。

受付：2024年11月1日 受理：2025年6月23日

1) なな一訪問看護ステーション

2) なな一訪問看護デベロップメントセンター

II. 倫理的配慮

本事例の報告にあたり、「症例報告を含む医学論文及び学会研究会発表における患者プライバシー保護に関する指針」に則り、必要なプライバシー保護を行った。また、報告にあたり療養者家族への口頭での同意を得た。

III. 事例紹介

A 氏，80 代男性。主な診断名：カテーテルトンネル感染（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌検出），末期腎不全。

1. これまでの経過

40 歳代のときに I 型糖尿病と診断され、インスリン自己注射を行っていた。20XX-1 年，かかりつけ医より透析適応となる腎機能低下を指摘され，A 病院を受診，PD が導入された。導入時，PD に関連した手技は自己で実施・管理が可能であった。20XX 年 Y-7 月，脳梗塞を発症し B 病院へ救急搬送となった。同年 Y-6 月に A 病院へ転院し，リハビリテーションを実施されたが，軽度の認知機能や左半身不全麻痺，左半側空間無視による ADL 低下を認め，インスリン自己注射や PD に関連した手技が実施困難となったため，娘による支援を受けつつ退院となった。同年 Y-4 月，PD カテーテルのトンネル感染を発症し，抗菌薬治療を行っていたが，スルファメトキサゾールトリメトプリムを起因とした発熱性好中球減少症を発症した。食事摂取量の低下とともに体液過剰となり同年 Y-2 月，再度 A 病院へ入院となった。娘の介護負担も強く，血液透析への移行も考慮されたが，本人・家族を含めた検討ののち，訪問看護導入のもと PD を継続したまま 20XX 年 Y 月，自宅退院となった。

2. 退院時の状態

1) 日常生活動作

退院時の ADL の状況は，以下の通りであった。

移動：車椅子を使用していたが，室内程度であれば伝い歩きが可能。

食事：セッティングすれば自身で可能。

排泄：オムツを併用しつつ，トイレで排泄。

入浴・保清：一部介助でシャワー浴が可能。

衣服着脱：ほぼ全介助

内服：準備をすれば自身で内服可能。

また，以下は訪問看護指示書における記載内容である。

障害高齢者の日常生活自立度：ランク B2（屋内での生活は何らかの介助を要し，日中もベッド上での生活が主体であるが，座位を保つ。介助により車いすに移乗する）

認知症高齢者の日常生活自立度：ランク IIb（日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても，誰かが注意していれば自立できる。家庭内でもその状態が見られる）

2) 社会的背景

妻（認知症）と二人暮らし。娘が近隣に在住していた。

要介護認定は，以前要支援 1 を認定されていたが，期限切れとなっており，介入開始時は認定なしであった。

3) 退院時の医療・介護体制

A 病院：外来診察（1 回/月），緊急時の対応

訪問看護ステーション：PD 関連手技やインスリン自己注射の実施・支援，体調管理等

退院時の PD メニュー（日曜日のみ注液なし）：
ミッドペリック L250，1,500 mL×2 回（朝，昼），
ニコペリック L，1,000 mL×1 回（夕）

IV. 看護の実際

表 1 に訪問看護介入後からの A 氏の経過を示した。

表1：訪問看護開始後の経過

月		Y	Y+2	Y+3	Y+5			Y+7	Y+8
イベント		自宅退院	妻：地域包括センター の介入開始		・褥瘡発生（仙骨部、 踵部） ・エアマット導入 ・在宅診療医導入				
寝たきり度		B1～B2							
介入内容 訪問看護		状態観察・アセスメント、PDの実施、PDカテーテル刺入部の洗浄・消毒、インスリン皮下注射の実施、保清（シャワー浴介助・清拭・おむつ交換、 口腔ケアなど）、内服介助、食事準備の促し							
回数		3回/日							
透析メニュー		ミッドペリックL250 1,500 mL×2回（朝、昼） ニコペリックL 1,000 mL× 1回（夕）	ミッドペリックL135 1,000 mL×2回（朝、昼） ニコペリックL 1,000 mL×1回（夕）						

寝たきり度（障害高齢者の日常生活自立度）：高齢者の日常生活自立度を客観的に判定する尺度であり、生活自立のJ（何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する）、準寝たきりのA（屋内の生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない）、寝たきりのB（屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ）およびC（日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する）の4ランクに分類される。さらに各ランクは2段階に分類され、J1：交通機関等を利用して外出、J2：隣近所なら外出、A1：介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活、A2：外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活、B1：車いすに委譲し、食事、排泄はベッドから離れて行う、B2：介助により車いすへ異常、C1：自力で寝返りをうつ、C2：自力で寝返りも出来ない、に分類される。

本人や家族のPD関連手技やインスリン皮下注射が困難であり、訪問看護師が手技の実施を担った。介護保険申請を行うと訪問看護回数が制限されるため、介護保険申請は行わなかった。食事は宅配食を利用し、保清や更衣などは訪問看護師が行い、食事、内服の準備などは、妻が中心に行えるよう声かけやメモなどを用いて促した。

Y+3月、訪問看護師により右上肢の脱力が観察されたため、A病院を受診した。左中大脳動脈領域の脳梗塞を認め、B病院へ転院・入院となった。入院による加療およびリハビリテーション後、Y+5月に自宅退院となった。嚥下機能の低下があり、食事は、嚥下調整食4（栢下，2021）、水分にとろみ付加し摂取した。移乗は軽介助を要し、排泄はほとんどオムツ内となった。その後、徐々に食思不振やADLの低下を来し、Y+7月ごろより自身での体位変換が困難となり、仙骨部と両踵の褥瘡形成を認めた。エアマット導入（要介護申請をしていないため自費）し、訪問看護師により褥瘡処置を実施した。また、在宅診療医の介入も開始となった。入眠している時間が長くなり、意思疎通も難しくなってきたが、覚醒度に合わせて妻とともに食事介助を行ったが、日に日に食事摂取が困難となった。そのため、医師と相談し、ニコペリック L 1,500 mL からミッドペリック L135 1,500 mL へ変更となった。Y+8月の訪問時に多量の下血があり、血圧低下を認めた、その翌日、訪問看護師により呼吸停止を確認、在宅診療医による死亡確認となった。

V. 考察

本事例では、訪問看護がPD療養者の在宅療養を支える上で一定の役割を果たし、患者が最期まで自宅で生活を継続するための支援体制の具体的実践が示された。特に、認知機能や身体機能の低下が進行する中で、訪問看護師がPD手技を全面的に担い、あわせて生活支援を行うことにより、治療の継続およびQoLの維持が可能となった。

1. 訪問看護による腹膜透析支援の意義

PDは、血液透析と比較して通院の負担が少なく、生活の自由度が高いため、QoLの向上に寄与する治療法とされる（Chuasuwat et al., 2020）。しかしその継続には高度な自己管理能力が求められ、認知機能や身体機能が低下した患者にとっては、単独での実施が困難となる。また、家族の支援を受けられない場合には、PDを在宅で継続するために外部からの包括的な支援が必要不可欠である（岡ら，2022）。

本事例では、訪問看護師がPD関連手技（透析液の交換、出口部の観察・清潔操作、ライン管理など）を全面的に担うと同時に、食事介助や保清、体位調整、環境整備といった生活支援も同一訪問内で実施していた。これにより、ADLが低下し認知機能にも障害のある患者が、PD治療を継続しながら在宅での生活を維持することが可能となった。訪問看護師は単なる医療行為の補完者ではなく、患者の身体的・生活的状況を総合的に評価し、主治医と連携して支援の調整を行う役割を果たしていた。

とくに経口摂取が困難となり、脱水のリスクが高まった時期には、訪問看護師が摂取状況やバイタルサイン、尿量などを継続的に観察し、主治医と相談のうえで透析液の種類や使用方法を工夫することで、身体への負担を抑えつつ治療の継続を可能にしていた。本事例では、ニコペリックからミッドペリックへの変更が行われ、長時間の留置により安定した除水が得られたことで、脱水の予防にも寄与したと考えられる。

また、定期的な訪問により褥瘡の早期発見と処置が行われ、感染リスクの軽減にもつながったと考えられる。訪問看護師は日々の観察を通じて体調変化を把握し、必要に応じて医師と連携しながら透析条件や処方薬の調整を行っていた。これらの一連の支援は、治療の継続性と安全性を担保するとともに、生活の場における包括的な支援としての訪問看護の意

義を示しているといえる。

2. 制度的課題と訪問看護の役割の拡大

一方で本事例は、現行制度の課題を示すものであった。介護保険制度の枠組みでは、訪問回数やサービス内容に制限があり、PD 手技支援を主目的とする場合には医療保険での訪問が優先される。その結果、訪問看護師が介護的支援も兼務する必要が生じ、業務負担の増加を招いている。また、介護保険施設における PD 療養者の受け入れ体制が整備されていない現状は、在宅療養を選択せざるを得ない状況を生み出している（日比野ら, 2015）。さらに、介護職は法的に PD 手技を実施できないため、訪問看護師の役割が拡大せざるを得ないが、その一方で PD に関する教育機会が限られていることも課題として挙げられる（Kawanishi, 2022）。こうした背景から、PD 療養者支援に特化した教育プログラムの整備と、介護職が基本的知識を習得できる環境の構築が求められる。

3. 訪問看護の質向上と今後の展望

本事例における訪問看護の実践は、PD 療養者が在宅療養を継続する上で有効な支援モデルの一つと考えられる。今後は、このような実践の効果を科学的に検証し、その知見を共有・標準化していくことが重要である。また、訪問看護師による支援に加え、在宅診療医や地域包括支援センターとの連携を強化することで、PD 療養者が在宅で安心して生活が続けられる体制を構築する必要がある。本事例でも、訪問看護師と在宅診療医の緊密な連携により、透析条件の調整や医療的判断が柔軟に行われた点、在宅療養継続の一因と考えられる。

VI. 結論

本事例から、訪問看護は PD 療養者の在宅療養継続に不可欠な支援であることが示された。訪問看護師が PD 手技を全面的に支援し、併せて介護的支援を実施することで、認知機能や身体機能が低下した

患者でも、自宅で生活続けることが可能であった。一方で、介護保険制度や施設側の受け入れ体制の制約により、支援の継続性や看護師の業務負担に課題があることも明らかとなった。本事例は、PD 療養者に対する訪問看護の役割と、制度的課題の改善を含む支援体制の構築に向けた示唆を与えるものである。

引用文献

- Chuasuwat, A., Pooripussarakul, S., Thakkinstian, A., et al. (2020). Comparisons of quality of life between patients underwent peritoneal dialysis and hemodialysis: A systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18, 191. doi: 10.1186/s12955-020-01449-2
- 花房規男, 阿部雅紀, 常喜信彦, 他 (2023): わが国の慢性透析療法の現状 (2022 年 12 月 31 日現在), 日本透析医学会雑誌, 25 (12), 473-536.
- 日比野裕香, 神田栄一郎, 鈴木梨江, 他 (2015): 介護保険施設における腹膜透析療法の受け入れに関する実態調査, 日本透析医学会雑誌, 48(9), 525-528.
- Kawanishi, H. (2022). Historical overview and current practice of peritoneal dialysis in Japan. *Renal Replacement Therapy*, 8, 48. doi: 10.1186/s41100-022-00438-z
- 栢下淳, 藤島一郎, 藤谷順子, 他 (2021): 日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2021, 日本摂食嚥下リハビリテーション学会誌, 25 (2), 135-149.
- 中井滋 (2022): 透析医療の現状とこれから…日本と世界, 日本透析医会雑誌, 38 (1), 3-13.
- 中野広文, 古賀祥嗣, 中元秀友, 他 (2006): 末期慢性腎不全に対する腎代替療法の情報提供に関するアンケート調査, 日本腎臓学会誌, 48, 658-663.
- 日本透析医学会. 腹膜透析ガイドライン 2019.

URL : <https://www.jsdt.or.jp/dialysis/3055.html> (関

覧日 : 2025 年 6 月 23 日)

岡葵, 虫明昌一 (2022) : 高齢者における腹膜透析
の普及に向けた課題と展望, 川崎医療福祉学会
誌, 32 (1), 13-19.

Home-visit nursing support for home-based end-of-life care in a patient continuing peritoneal dialysis

Abstract

Objective: To examine how home-visit nursing contributed to the continuation of home-based care for a patient undergoing peritoneal dialysis (PD) with declining cognitive and physical function.

Patient presentation / Case presentation: An elderly man in his 80s with progressive cognitive impairment and decreased activities of daily living (ADLs) experienced significant challenges in both self-care and family support. Despite these limitations, he continued PD at home until the end of life with support from home-visit nursing services.

Nursing practice / Intervention: Home-visit nurses took full responsibility for PD-related procedures while also providing daily assistance with meals and personal hygiene. Care was flexibly adapted to the patient's changing condition, helping ensure safe and stable home treatment.

Discussion: The continuation of PD at home requires coordinated efforts across healthcare and caregiving services. Under the current insurance system, home-visit nurses are often expected to provide caregiving support in addition to medical care, particularly when formal caregiving services are limited.

Conclusion: This case demonstrates that comprehensive home-visit nursing, encompassing both clinical procedures and daily life support, can enable patients with impaired self-care capacity to continue PD at home until the end of life. Enhancing interprofessional collaboration and system-level coordination is essential to support such home-based care.

Keywords: peritoneal dialysis, home-visit nursing, end-of-life care, home death, care coordination
