7-9	演題	高齢者の腹膜透析「本人の想いを支える！」
	副題	～治療と生活のバランスをとり QOL の向上～

腹膜透析訪看		法人名	社会福祉法人 一廣会
家で生ききる		施設名	かないばら苑訪問看護ステーション

発表者名（職種）	木下　元子 看護師等	都道府県	神奈川県
共同発表者	杉山　彰範	住所	川崎市麻生区片平 1430
共同発表者		TEL	044-986-1511
共同発表者		FAX	044-986-4646
共同発表者		メールアドレス	ikko-kana@smile.ocn.ne.jp
共同発表者		URL	https://recruit.kanaibara.or.jp/

今回の発表施設またはサービスの概要	かないばら苑訪問看護ステーションは社会福祉法人一廣会が母体です。平成 28 年 11 月から今年で 7 年目を迎えます。理念は、安心して住み慣れた家で生活を続けたい、その思いに寄り添い本人様とご支援者を支える看護を提供しています。

研究の目的、PR ポイント

A 氏は、腹膜透析（以下 PD）という治療が生じ生活が変化しました。PD 手技習得の困難さ、身体変化や様々の問題を乗り越えながら治療を継続しています。老々介護の中に治療が入り、生活の様々な変化が起こり、PD が円滑に実施できない状況もありました。家族、訪問看護、医療従事者、デイサービス、ケアマネジャー、訪問介護等の支援に支えられながら、治療中心の在宅生活ではなく「本人の思いを支えながら」PD を 1 年半続けてきたケースの関わりを報告いたします。

取り組んだ課題

1、A 氏の在宅 PD の支援と取組
　様々な既往歴に伴う状態変化で、手技の習得には困難さがあり、本人のペースに合わせ支援を実施。状態変化時の基幹病院の対応と受診前の情報提供等の連携。
2、奥様の支援
　奥様は認知症があり奥様の理解を確認しながら出来る項目の手技を指導。
3、在宅生活を支える為の多職種での情報共有
　ケアマネジャーとの情報共有や支援、デイサービスや病院、他の訪問看護ステーションとの連携。

具体的な取り組み

1、退院後、関係性を築く事に寄り添い PD を取組ました。徐々に精神状態も安定して、本人中心に操作を進める事が出来るようになりました。A 氏も「覚えるのが精一杯」と話し、出来た事を称賛し繰り返し介入しました。病院受診時には、A 氏の PD の手技や問題点、精神状態などを医師に伝え連携しました。
2、奥様は手技や操作全体を覚える事が出来ず主介護者の役割は困難でした。PD を手伝いたいとの気持ちがあり、病院より指導を受けた腹部の消毒とガーゼ保護を役割として担当して頂きました。奥様は「ボケ、ボケ、どうしょうもないね」と辛い気持ちを話されることもあり、出来る手技に着目し自信を持って頂けるように支援致しました。
3、家族、他職種との情報共有・連携は、電話やメール、連絡ノート等を使用し行いました。
　病院との連携は、退院カンファレンスや入院中の PD の説明に参加し状況把握を行いました。又、通院時には、在宅の生活、PD の経過等の情報を提供しました。デイサービス利用の開始前には、在宅での PD 手順や機械操作の説明を行いました。

活動の成果と評価

1、自宅での PD 初期は手順を覚える事で精一杯であり、本人も不安や戸惑いがあった。本人の状態に合わせて繰り返しながら手技や操作を行えるようになった。双極性障害の症状で躁状態では外出し PD 時間に戻らず、抑鬱状態では、PD 治療を拒否し病状が悪化しました。その変化も A 氏の生活と受け止め支援を継続しました。A 氏の状態が変化すれば、家族介護にも限界があり、デイサービスでの PD 受け入れにより、本人の思い、「家で好きなように暮らしたい」を考慮しながら在宅生活を継続できるようになりました。
2、奥様は手順に沿って行うには限界がありましたが、認知症だから出来ない、分からないと思わず、根気よく介入して行く事で出来るようなりました。
3、担当ケアマネジャーを中心にタイムリーに連絡や情報共有できた事が多職種で A 氏を支援できた要因です。

今後の課題

今後 PD を選択され在宅で生活をする高齢者が増えてくる傾向にあります。PD 治療を受け入れる施設が少ないのが現状です。それには、専門的知識の習得、手技、トラブル時の対応、急変時の対応、病院との連携、支援施設との情報の共有、協力が不可欠です。治療と生活のバランスを考慮しながら自宅での生活を維持できるかが、PD の今後の課題であると考えます。