

## 訪問看護師との連携による在宅に繋げるフットケア支援体制 ～セルフケア能力の低い患者の在宅療養移行期のフットケア支援を通して～

柿宇土敦子

静岡赤十字病院 看護部・外来

**要旨：**糖尿病神経障害があり、足壊疽で切断に至った患者は、再発のハイリスク状態にある。再発予防には継続的なフットケアが重要である。今回セルフケア能力が低く、足病変再発のハイリスク患者に対し、糖尿病看護認定看護師は、在宅フットケアを継続するために、自施設の訪問看護師と連携し、入院中より在宅療養移行支援の体制を整えることができた。糖尿病看護認定看護師は入院中より、訪問看護師にフットケアに必要なケアポイントを伝え、在宅でも統一したケアが提供できるよう関わった。患者は退院後、在宅でフットケアの支援を得ながら、徐々にセルフフットケアができるようになり、創傷は治癒に向かった。糖尿病看護認定看護師と訪問看護師が協働し在宅療養移行支援体制を整えることで、患者の生活の場に合わせたフットケアの継続が可能である。

**Key words：**在宅療養移行支援、フットケア、訪問看護、継続看護、連携

### I. はじめに

昨今、糖尿病足病変の重症化で、下肢切断となる人は年間1万人以上と言われており、足の指だけといった小切断数を加えるとその件数はさらに多くなり、足を切断する人は毎年増加している。下肢切断は、患者の日常生活動作（Activities of Daily Living：ADL）、生活の質（Quality of Life：QOL）のみでなく生命予後にも重大な悪影響を及ぼすこととなる。足病変を形成した患者は再発リスクが高いため、その予防には日々の継続したフットケアが大変重要となる。高齢になると加齢による身体機能の低下、患者の理解力や判断力が低下している場合には、自己管理が困難となる。

今回、糖尿病足病変で足趾の切断に至った入院患者は、足の状況、セルフケア能力や過去の療養状態をみると、糖尿病足病変の発生要因が大きく関わり再発する可能性が高かった。退院後は施設入所が決定していたが、介護者がいないため、足の処置・ケアを患者自身で行うには不安を抱えていた。このような患者に対し、退院後、治療や

ケアの継続について糖尿病看護認定看護師（以下CN）に相談依頼があった。糖尿病足病変の再発予防のためには、患者を含めた在宅療養移行期の支援体制を整える必要がある。そこでCNは、退院後も継続したフットケアが実施できるよう、在宅療養移行期の支援を図るため、自施設内の訪問看護師と連携しながら、お互いの看護の専門性を活かし支援体制を整え実施することができた。在宅療養移行期のプロセスを振り返り、在宅に繋げたフットケア支援体制への取り組みを報告する。

### II. 言葉の定義

#### 1. 在宅療養移行期

退院1週間前から退院後2週間の期間

#### 2. 糖尿病足病変

糖尿病神経障害や末梢血管障害、皮膚の損傷、身体防御機能の低下などの要因により下肢に発症・進行する感染、潰瘍、深部組織の破壊性病変（趾間や爪の白癬、靴ずれ、胼胝、鶏眼、足壊疽等）

### Ⅲ. 看護介入期間

2014年7月上旬から7月下旬

### Ⅳ. 倫理的配慮

研究の要旨及び個人が特定されない配慮をする旨を説明し、患者・家族、院内訪問看護師に同意を得た。

### Ⅴ. 事例紹介

#### 1. 患者データ

A氏. 70歳台, 男性. 身長170cm, 体重60kg, BMI20.76. 独居生活.

糖尿病歴は約40年で、治療の自己中断がある。インスリン注射治療も継続できておらず、1,600カロリーの食事療法も摂取過剰で、血糖値は250～300mg/dlと高値で、HbA1C（ヘモグロビン・エイワンシー）は9～10%台と著しく悪かった。当院のフットケア外来へは末梢動脈疾患（Peripheral Arterial Disease: PAD）で5年前に紹介された。足の手入れについて教育指導していた。セルフケアにおいては靴下を履く習慣はある。

介護保険の介護度は要支援2、デイケアサービス週1回、訪問介護のサービスを週1回受けていた。趣味は囲碁。賭け事が好き。賭け事優先でデイケアサービスをキャンセルする事がたびたびあった。権利擁護センターの日常生活支援事業員に金銭管理を依頼していた。在宅のフットケアは、足浴準備や保湿クリームの塗布を、ヘルパーに促されて行っている状況であった。

2014年1月、左第4・5趾間に潰瘍を形成し救急外来受診となった。翌2月には下肢血管拡張術のため入院している。退院後、引き続き介護保険による福祉サービスを組み入れていたが、A氏自身の潰瘍の処置や予防のためのフットケア、開業医受診が継続できていなかった。5月に左第4趾・5趾の足壊疽、虚血による激痛、骨髄炎で再び入院となった。入院時のHbA1cは11.5%だった。

#### 2. 入院時足の状態

- 1) 知覚障害：両足の触圧感5.07モノフィラメントで感覚鈍麻あり



図1 入院時の足の状態

- 2) 皮膚の状態：両足白癬、爪白癬で肥厚爪、左4・5趾間潰瘍形成、第5趾足壊疽で趾尖部黒色化有り。左第1趾外側も黒色壊死となり、下肢、足裏は皮脂欠乏状態であった（図1）。

- 3) 足の血流状態：両側足背動脈触知不可、左足趾冷感あり。

- ①皮膚灌流圧spp（潰瘍治癒には40mmHg以上必要）

左足背19mmHg 右足背37mmHg

- ②足関節圧ABI（正常0.9～1.3cm, 0.9以下は血流障害を疑う）

左0.87 右1.03

#### 3. 入院経過

5月下旬、心臓血管外科での血管造影の結果、後頸骨動脈と左膝窩動脈の閉塞が認められ血管拡張術が施工された。形成外科にて腐骨除去術とデブリードメントが施工された。持続陰圧療法を開始し、創部の経過は良好で、創部縮小・閉鎖をみると、自己処置可能なレベルまで軽快した。糖尿病治療については、インスリン注射療法が必要となり、病棟看護師は退院に向けて、インスリン注射手技の確認、自己血糖測定を開始していた。

### Ⅵ. 看護介入及び結果

#### 1. 在宅療養移行期—準備（退院1週間前）

入院中にアパートから高齢者集合住宅に変わったため、退院後はケアマネジャー、利用するデイ

ケアサービス施設も変わる。糖尿病に関しては地域の開業医へ紹介となる。A氏の療養環境が大きく変化するなか、過去のA氏の療養状態、足病変のハイリスク状態より足病変の再発の可能性が高い事が予測された。A氏の自己管理行動の自立に向けての支援体制を整えるために、A氏と一緒に検討する場を設けた。

### 1) 退院前カンファレンスの開催

退院前カンファレンスを開催し、患者、CN、内科医師、病棟看護師、院内訪問看護師、医療ソーシャルワーカー（Medical Social Worker：MSW）、ケアマネジャー、ヘルパーが一同に集まり、関係者との顔合わせ、情報を共有した。創傷処置での注意点を確認し合い、患者自身が行うことは、インスリン注射、自己血糖測定、足浴、保湿ケアで、訪問看護師は前記治療・処置の実施確認、創傷処置・ケアの実施と、役割を明確にした。

### 2) 足の処置・ケア方法の統一と洗浄時のポイントの確認

足の知覚鈍麻で熱傷、外傷といった足病変のハイリスク状態にあるため、風呂場での足浴温度、カランに触れることなど、新しい住居環境のなかで潜んでいる問題はないか、アセスメン

トした。足病変の再発予防、悪化防止のために、足の処置・ケアについて、CNは訪問看護師と統一を図るため、病棟での足浴、創傷処置の見学の機会を設定し実施した。A氏にも浴室で創傷の洗浄を行っていただき、その際、シャワーの水圧を使って創傷亀裂部を十分すすぐことを伝えた。訪問看護師には綿棒を使用し、創傷の亀裂部の汚れや、浸出液を喀出するよう伝えながら実施した。訪問看護師は処置を画像に納め、手順書を作成した（図2）。CNと訪問看護師は、A氏が自分で自分の足を守っていくことの必要性を伝え、支援の中でその態度を一貫して持つことを確認しあった。

### 3) 退院後の訪問看護、訪問ヘルパー介入の日程調整

退院後2週間は、在宅での創傷処置を集中的に行い、フットケア支援体制を強化するために医療保険を活用する事とした。

### 2. 在宅療養移行期一開始から終了(退院後2週間)

#### 1) 訪問看護師による新住居でのフットケアと手順書作成

新しい住居の浴室で、訪問看護師はA氏と創傷の洗浄を行った。A氏は糖尿病神経障害により知覚が著しく鈍麻なため、カランに足をのせ

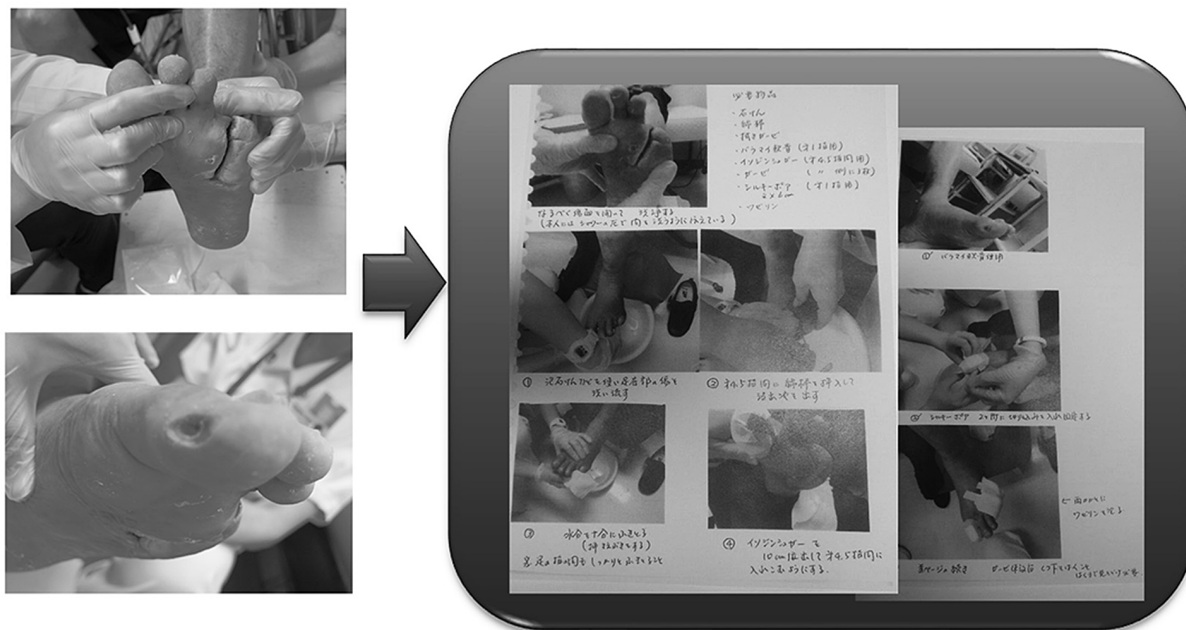


図2 訪問看護師が作成した足創傷処置手順書

ない、シャワーは腕の内側で湯の温度を確かめるなど、熱傷への危険防止のための指導を行った。また、身体柔軟性の低下が見られるため、右膝に左足をかけて創傷に手が届くように洗浄時の体勢の工夫をした。その様子を画像に落とし、訪問ヘルパーおよび患者用の手順書を新たに作成した。

## 2) 創傷洗浄方法の統一のための訪問看護師によるヘルパーへの指導

週末に創傷処置を担当するヘルパーが事前に患者の集合住宅に訪問した。浴室で当院の訪問看護師が新たに作成した手順書を元に、準備物品、創傷洗浄、処置方法のポイント、注意点を引き継いだ。ただし、足裏の創傷の亀裂部の綿棒での処置は、医療者ではないため実施は勧めず、患者がシャワー水圧で洗浄するのみに止めた。週末、ヘルパーとA氏で足の処置・ケアが行うことができ、ヘルパーへの移行は問題がなかった。

## 3) CNと訪問看護師との連携

退院後、毎週1回、A氏はフットケア外来を受診していた。その際、創傷の状況と処置変更点や診察室での患者の様子を、CNは訪問看護師宛に情報提供書を作成し伝えていった。創傷が治癒傾向にあるのは、訪問看護師の継続看護が奏功している結果であると称えていった。またCNは訪問看護師との連携を図るため、訪問看護室を訪ねたり院内メールを活用し、タイムリーにA氏の情報交換を行い、コミュニケーションを深めた。その中で、訪問看護師が、ヘルパーが行っていた掃除、洗濯、布団干しについて、A氏の自立を進めるため、ケアプランの見直しをケアマネジャーに図っていることや、A氏が開業医受診時の持ち物の確認を訪問看護師に求める行動があったことを知ることができた。

創傷の治癒は改善傾向で、形成外科医の指示がより、足の洗浄と保湿ケアのみとなったため、自施設内の訪問看護師による訪問看護は終了となった(図3)。



図3 在宅ケア移行後の創傷治療状況

## VII. 考 察

### 1. 在宅療養移行支援と多職種間の連携

A氏の足病変のアセスメント結果とこれまでのA氏の療養状態、患者のパーソナリティーを考えると、退院後の創傷の治癒遅延や感染、足病変の再発が予測された。再発予防のためには、在宅での足の創傷処置・ケアの継続が必要なことは言うまでもない。特に在宅に医療処置を持ち込む場合には、処置やケアの質を担保するための、入院中から在宅療養移行期の支援がより重要になる。そのため、自施設内の訪問看護の活用は、退院日までの限られた時間のなかで支援体制が整い、有効であったと考える。

在宅療養移行期の支援体制では、訪問看護や訪問介護の導入目的を明確にし、関係者間での統一認識することが重要と考える。退院前カンファレンスにより、①足の創傷の治癒促進のための創傷処置の統一、②足病変の再発防止・悪化予防のための留意点の確認、③患者の自己管理行動を支援する態度、について、各職種の意思統一が図れ、効果的であったと考える。

退院1週間前に、CNが訪問看護師への患者の創傷処置の見学の間を設け、処置ポイントを説明したことで、訪問看護師は継続フットケアへの理解がより深まったと思われる。更に訪問看護師が画像を活かした処置手順書を作成したことで、看護職間の退院指導の統一が図れたと思われる。

退院後、訪問看護師は、A氏の生活の場に合わせた足浴や体位の工夫を加えた創傷処置の手順書を作成した。療養の場を反映した訪問看護師ならではの看護の専門性の発揮がみられ、手順書は患者のセルフケア支援への指導媒体として、また地域への継続看護に効果を齎せたと言えよう。

## 2. 患者の自立支援

セルフケア能力が低い患者を在宅で支えていく中で、入院時から自施設の訪問看護師がフットケアに関わったことで、患者は安心感が得られたと思われる。また、A氏自ら、開業医受診時の持ち物確認の申し出があったことは、訪問看護師への安心感に加え、フットケアを通じての信頼関係が築き上げられた結果と考えられる。新しい生活の場に順応していく段階において、2週間の在宅フットケア支援体制は、A氏の自主的な受診行動への変容を導いたと考えられる。

## 3. CNと訪問看護師の連携効果

在宅療養移行期の支援体制のなかで、医療施設から在宅に看護を繋いでいくためには、それぞれの立場の看護師が共に支え称えあい、看護の力を発揮することが重要と考える。訪問看護師の継続

看護の効果をCNが称賛したことで、訪問看護師のモチベーションが高まり、双方の信頼関係と連携がさらに深まったと考えられる。

## IX. まとめ

在宅に繋げるフットケア支援体制を具体化するためには、退院前からの創傷処置方法の実際を訪問看護師に指導、説明することで、在宅療養移行期の自立支援のポイントが明確になり、看護の方向性を統一した支援が可能となる。これからも、CNと自施設内の訪問看護師のコミュニケーションを図り、在宅療養移行支援の具体的なサポート体制を整え、足病変の再発予防と患者のQOL向上に努めたい。

## 参考文献

- 1) 宇都宮宏子：看護がつながる在宅療養移行支援，日本看護協会出版，第1版，2014
- 2) 小柳貴子（編）．ケース20を徹底分析！チームで取り組む糖尿病療養援助，糖尿病ケア，メディカ出版，2005