

腹膜透析（PD）チーム活動

担当者：上川幸子・竹ノ内洋子・中村雅美

目標：腹膜透析看護の質維持向上、病棟との継続看護の充実

1. 腹膜透析導入患者への看護活動

2009年度の腹膜透析導入患者数は7名で、前年度の導入数2名と比較すると3倍にまで増加しており、現在の総数は27名となっている。導入指導の目標は看護の質維持と早期退院の2点を掲げ、目標達成に向けて連携プレイを取っている。入院前に実施していることは、外来でのシステム選択、バック交換指導、自動腹膜透析（APD）導入である。PD看護担当看護師が、患者の入院後に実施していることは、自己管理しやすい位置に「出口部」のマーキングを行っている。又、腎臓内科が10西病棟へ移動の為、血液浄化センターのPD担当看護師が病棟へ腹膜透析導入患者のバック交換指導や日常生活指導の出張業務、病棟看護師への知識・技術提供のサポートを行った。

2. PD委員会開催による勉強会開催と情報・ケアの共有活動

PD運営委員会 1回/月

師長、透析看護認定看護師、医師、
PD担当看護師で情報共有と業務改善

PDプロジェクト委員会 1回/月

10西のPD担当看護師と情報やケアの共有、
サポート体制の構築に取り組んだ結果、
血液浄化センターと病棟の基盤づくりとなった。



<勉強会開催の一場面>

腎臓病教室開催

担当者：上川幸子、大橋香織、高濱恵枝、竹ノ内洋子、徳永阿紀子、松田美和子

目標：主体的な腎臓病教室の企画・運営、患者ニーズ対応のプレゼンテーション

企画の背景：末期腎不全や心血管疾患発症を予防することは、生活の質を維持する事のみならず、医療費の圧迫抑制に繋がる。これまで個別に医師からの依頼を受け行っていた、「生活指導」を北野病院の患者だけでなく、連携する近隣の開業医で診察を受ける慢性腎臓病（CKD）患者の参加も含め、より多くの利用者（クライアント）に自由に参加してもらう事で、治療参加への動機づけができればと考え企画されたのが「腎臓病教室」である。

開催時期：5月～8月（前期）10月～1月（後期）

担当部署：月1回、医師・管理栄養士・薬剤師・臨床検査技師・医療ソーシャルワーカー・看護師が輪番制で30分から1時間程度担当。

看護師担当日と参加者数：H21. 8/26（前期）参加者 34名
H22. 1/28（後期）参加者 18名

テーマ：CKD患者の日常生活指導（腎臓を守るためにできること）

経過と結果：前期を終了しての評価：一般的内容で参加者の求める生活に密着した内容からかけ離れていた。

後期では、以下のことに重点を置き、教室の内容を変更した。

1. 病態をわかりやすく説明し、「なぜ？」生活の制限が必要か？病態と生活の関連づけの説明

2. 目で見て理解できるスライドの工夫
3. 受講者を巻き込んだ実践指導
4. 会場設営の変更
5. 受講者の反応を確認しながらの進行

病期・対象者の限定されない集団指導であったが、参加者の多くは患者本人と患者を支える家族であったことから、あらかじめ知識を持って参加される方が殆どであり、一般的な資料に提示された内容よりも、実生活に関連づけた内容を求められた。後期の会場設営では、机を取り払い、椅子を扇形に並べることで、実践指導も行いやすく、お互いの反応がよく分かり、患者との距離感を縮めるのに効果的だった。手ごたえも感じられた。

【今後の課題】 1. 講演の場に慣れる

2. 患者同士の交流の場の提供
3. 季節や社会情勢等を取り入れた情報提供や生活の工夫。

【運営に当たっての評価】 企画時、前期終了時、後期終了時に関連職種との話し合いを行った。

他職種と協力して運営することにより、情報交換の場となり、チーム医療を意識するようになった。特に管理栄養士とは、食事指導上の連携・協働の必要性を感じ、指導内容について調整する段階へ進むことができた。

フットケアチームの活動報告

担当者：大橋香織・竹ノ内洋子・内田和子

目標：患者の QOL の維持向上、透析看護師としての自立（自律）

【はじめに】

糖尿病では、高血糖の持続により皮膚のバリア機能が低下し、微細な外傷が難治性となる。また、神経障害が高率に発生し、神経障害により痛みが鈍化するために放置され、重症化する特徴がある。平成 15 年度から厚生労働省の「介護予防・地域支え合い事業」の中に、「足指・爪のケアに関する事業」が加わり、フットケアの重要性も高まっており、フットケアも寝たきり予防の重要なケアの一つとして位置づけられている。このような背景から、糖尿病や透析療法を受けている患者には足に対する病識を持つよう予防的な教育が重要とされる。

血液浄化センターには、高齢者も多くセルフケア困難な状況の患者が多数存在する。重症化を未然に防ぎ QOL 維持の為に、定期的な観察や教育を行っている。

【現状報告】活動の流れ

- ①足カルテの作成（足の変形、爪・皮膚の状態、自覚症状、動脈触知、タッチテスト、ABI などの検査結果、他科受診状況その他）
- ②神経障害や足病変の有無をもとに、患者ごとにリスク分類し、定期観察日を何ヶ月毎にするかフットケアチームで相談し決定
- ③看護計画の立案と評価
- ④足の観察日に一斉観察しセルフケア困難な場合は適宜爪きり、皮膚処置 1 回/月
- ⑤外傷や靴擦れ、熱傷などがある時は、各チームに継続看護の依頼をする。（写真で経過観察）
- ⑥患者（家族）へのセルフケア指導 必要時パンフレット提供・靴の選びかた
- ⑦スタッフへの認識拡大
基礎編と実技編の勉強会を開催した。今後小テストを行い技術の確認予定。
- ⑧病棟との連携
入院患者に対しても適宜足の観察や爪切りを行い、病棟に申し送り・足浴や保湿の依頼や必要時皮膚科受診の促し。
- ⑨フットケア加算
「糖尿病重症化予防（フットケア）研修」受講し、 外来糖尿病患者一人につき 170 点/月 胼胝加算も〇〇点/月 算定できる

⑩各自フットケア研修に参加し知識と技術の向上を目指している

患者指導を含め、医師・看護師がチームで関わることで、患者自身が足に興味を持ち、足の清潔・異常の早期発見への意識が高まった。ケアと観察・生活指導により看護成果として糖尿病合併症加算（170点）請求することができ病院への収益に貢献している。

【成果と今後の課題】

透析患者数に大きな変化はないが、最近爪・皮膚処置に要する件数と時間が減ってきた。ケアするスタッフが熟練したこともあるが、個々の患者のセルフケア能力が向上したとも考えられる。フットケア観察時に患者のセルフケア能力を見極め、患者に応じたケア方法を提示し、支援することで患者自身ができる範囲で自分の足を大切に守っていける。さらに患者自身でできることを増やし、足への意識向上につとめる。今後は、足チームだけでなくスタッフ全員が足の観察をでき、チェックリストを作成し、実技練習を経て、具体的に足ケアができるように取り組んでいく。今後もケア方針をスタッフ間で共有し、継続した看護が行えるよう実践していきたい。また、外来フットケアチームとも情報交換をし、今後足カルテの統一も検討中である。血液浄化センターでは、さらに患者の自立支援・転倒予防にむけて『フットエクササイズチーム』を発足させた。足機能を高めるリハビリテーションを取入れていこうと模索中である。透析療法だけでなく、患者の日常生活にとって重要な足を守る活動を、今後も続けていく。

フットケア総数 (2009.6～2010.5)

月	糖尿病患者数	非糖尿病患者数	フットケア加算（点）
2009年6月	26	23	4,420点
7月	29	13	4,930点
8月	25	10	4,250点
9月	21	10	3,570点
10月	25	13	4,250点
11月	28	17	4,760点
12月	17	6	2,890点
2010年1月	21	13	3,570点
2月	23	9	3,910点
3月	31	9	5,270点
4月	23	12	3,910点
5月	24	6	4,080点
総数(1年間)	293	141	49,810点

※ 観察頻度は当院血液浄化センターフットケアチームで定めたリスク分類によるもので現在は糖尿病患者の観察頻度は毎月としている。