

第14回
東京PD研究会
「より良いCAPD療法に向けて」
抄録集

日時：5月8日（土）
14:00～18:00

場所：東京年金基金センター
セブンシティ

共催：東京PD研究会
バクスター株式会社

- ③ 腎臓学教室におけるPD教育 11
 東邦大学医学部 腎臓学教室
 ○ 酒井 謙、水入苑生、長谷川昭

5. 座長からのコメント

15:35~15:45 休憩

15:45~17:55 ワークショップ II
 PD患者をめぐる医療連携
 座長 窪田 実 (貴友会王子病院)
 樋口 千恵子 (東京女子医科大学附属第2病院)

1. 東京地区での医療連携に関するアンケート調査

東京PD研究会 当番幹事
 中山 昌明

2. 基幹病院から

- ① 大学病院におけるPDでの医療連携 14
 日本医科大学第二内科¹⁾、御徒町腎クリニック²⁾、博慈会腎クリニック³⁾、博慈会記念病院腎臓内科⁴⁾、さくら記念病院⁵⁾、八丈町立病院⁶⁾、貴友会王子病院⁷⁾
 ○ 柏木哲也¹⁾、斉藤京子¹⁾、金子朋広¹⁾、飯野靖彦¹⁾、片山泰朗¹⁾、松信精一²⁾、大森容子²⁾、大沢弘和³⁾、武井寛之⁴⁾、小原功祐⁵⁾、須賀優⁵⁾、黒澤範夫⁵⁾、木村和義⁶⁾、窪田実⁷⁾
- ② 大学病院での取り組み 15
 東京大学医学部 腎・内分泌内科
 石橋 由孝
- ③ 市民から望まれる腹膜透析支援体制作り 16
 町田市民病院 透析室
 山本 裕美子

3. サテライトから

- ① 当院における医療連携の実践 17
～高齢患者への生活支援の視点から～
博腎会野中医院 透析室
○富田 ゆかり、鹿野里実、秋元朋子、野中博
- ② PDの医療連携における課題 18
青戸腎クリニック
久保 仁

16:45～17:00 休憩

4. 現状と今後の課題

- ①訪問看護ステーションにおける現状と課題 19
高島平ロイヤル訪問看護ステーション
井上 多鶴子
- ②医療連携強化のための企業ナースの役割 20
バクスター株式会社
中村 真由美
- ③終末期患者のより良いケアを推進するためには 21
日本大学医学部内科学講座 腎臓内分泌部門
○岡田一義、松本紘一

5. 特別コメンテーター

- ① PDにおける医療連携の実践
花岡 一成 (神奈川県衛生看護専門学校附属病院)
- ② 小児腎臓領域からの助言
本田 雅敬 (都立八王子小児病院)

6. 座長からのコメント

17:55～18:00 閉会の挨拶 岡田 一義 (日本大学医学部)

18:00～ 懇親会

ワークショップ I

東京地区での PD スタッフ教育

企業主催のPD教育について

バクスター（株）東京ビジネスセンター クリニカルコーディネーター

小出 隆子

今年から医師の教育カリキュラムが変更され、また日本看護協会認定の「透析看護師」の認定がはじまる。医師、看護師とも幅広い一般医療知識と専門性を兼ね備えた人材が求められる時代の到来である。

当初、透析医療の中でも「在宅治療」として位置付けられているPD療法の、治療実施施設が少なく、一般的な医療教育に組み込まれにくく、また臨床経験も積みにくいという現状があった。そこで弊社は、教育プログラムとしてPD療法の普及を目的に社内及び外部講師による、医師を対象とした「CAPD講座」、看護師を対象とした「CAPDナースカレッジ」を開催している。毎年、参加者も増え、CAPD実施施設も増加してきた。そして、経験者が募って医師、看護師のCAPDに特化した学会や研究会等が全国で開催されるようになった。現在では、日本から世界に発信するPD療法の基礎・臨床研究も盛んに行われるようになってきた。教育プログラムとして確立はしていなが、療法説明等の施設勉強会を実施も行っている。

PD療法が日本に導入されて25年が経過し、医療従事者の欲する情報も、より高度に複雑化している。またPD療法を取り巻く環境の変化などにより、一企業が行う普及活動の一環プログラムではPD教育が不十分になるのは当然のことであろう。CAPD講座終了時の医師へのアンケート結果として「講座の他に実施研修が必要」と講義だけではなく、症例を見ながら学ぶ体制が必要と言っている。看護師は「今後学びたい内容」として、「患者の精神・心理」「スキンケア」など、より高度で臨床的な情報を欲していることが読み取れる。また、多くの施設では医師及び看護師の転勤や、配置転換といった人事的要因により、情報を得る機会や専門性を意識し継続的に関与できる機会が難しいのも現状である。

以上のことより、これからのPD教育は裾野を広げた教育体制と、臨床とのマッチングが不可欠であると考え。そこで、企業からのサポートとして、①学会等と連動してPD教育のサポート。②臨床に即した医療情報の提供。③専門性を追求していく点で研究のサポート。④企業コーディネーターと看護師との連携。などが必要であると考え。

当院における病院スタッフへの PD 教育システム

東京都済生会中央病院 透析室、 腎臓内科

○笠井晶子（カイツコ）, 齋藤真由美, 大木奈美, ※栗山 哲

[はじめに]当院透析室では, PD 患者の定時診察, EPO 注射を継続して行うシステムを作り行っている。現在 51 名の PD 患者を抱える中, スタッフの一貫した教育は, PD 患者の生活に安心感を与えるだけでなく, 患者の自己管理への意欲を向上させる因子になっていると考えられる。今回, 当院でのスタッフ教育の実情とその課題について明らかにする。

<全病棟看護師への教育>

[教育到達目標]バクスター社ツインバッグ®式バッグ®交換の手技取得。合格基準は, 当透析室にて作成したツインバッグ®チェックリストの全ての項目をクリアすること。

[教育方法]①透析室看護師が, 全病棟の主任看護師にマニュアル(ツインバッグ®のチェックリスト)に基づいたデモンストレーションを行う。②各病棟で, 主任看護師から手技を伝達してもらう。③手技練習をし, 病棟主任看護師のチェックに合格した後, 透析室看護師の手技チェックをうける。透析室看護師の手技チェックに合格後, 初めて患者へのバッグ®交換が可能となる。

[病棟看護師教育上の課題]手技チェックに合格し, 時間が経過すると手技が自己流となる。新規導入患者は, 透析室スタッフに教えられた手技との違いに混乱を引き起こすことがある。

<透析室看護師への教育>

[教育到達目標]PD 患者全てに対応ができる

[教育方法]病棟看護師と同じようにツインバッグ®の手技チェックに合格後, 患者診察の介助に入る。PD チーム(3名)の看護師より, 患者のアナムネ, 看護上の問題について申し送りを受ける。十分な事前学習をした上で, 定時診察の介助に入る。はじめの1回は見学, 2回目から実際の介助となる。患者把握をできるようになった後, EPO 注射, 電話報告の対応へと続いていく。患者に行うカテテル交換, Y セットシステムでのバッグ®交換, APD などは, 全て手技チェックに合格してから患者への対応が可能となる。

[考察]当院で導入した PD 教育システムにより, 患者教育の統一が図れている。システムの充実により, タッチコンタミなど不潔操作を事前に発見することが可能になっているのではないかとと思われる。

PD スタッフ教育の現状と課題

勝和会 井口病院

犬塚信子

透析看護分野において、日本腎不全看護学会を中心に「透析療法指導看護師」の資格をもうけることになった。

透析患者の重症化、高齢者化に伴い、ハイリスクケアや精神的配慮、社会資源の活用など患者を中心とした専門的なアプローチが求められている。

CAPD 教育に関しても、各種の研修会や研究会が開催されスタッフ教育の一翼をになっている。PD 療法にたずさわっている立場から、PD スタッフ教育の現状と課題について考えてみたい。

(現状)

1. PD 患者は基幹病院で維持される場合がほとんどであり、サテライト等においては、PD に携わる場面が少ない。
2. 大学病院を中心とした基幹病院は、看護師のローテーションがあり長期に患者に関わることが、難しい。
3. PD 患者において、体液コントロールを中心としたフィジカルアセスメントの指標が難しい。
4. 慢性疾患患者に対する支援体制が不十分である。

(課題)

1. 血液浄化療法へのインフォームドコンセントの有り方。
2. PD 患者を支援するスペシャリストとしての意識をもった看護師の教育と育成。

誰にでもできる腹膜透析への第一歩

東京共済病院 腎臓内科

田村 博之

人見らが行った血液透析施設に対するアンケート調査では、腹膜透析に対して医師もスタッフも手がかかる、そして合併症が大変な治療方法と印象を持っていることが示されました。こう思っている医師からのインフォームドコンセントでは患者さんも同様の印象を受けることになりかねないと考えられます。こういう悪しき印象を取り払わなければ、医学的にも社会的にも腹膜透析が至適だと考えられる患者さんに腹膜透析が施行されない状況が続いていくものと思われまます。

医師およびスタッフが抱えているこの悪しき印象を取り払うために、現在、腹膜透析療法を開始する施設への指導の内容および患者さんに対して指導されている内容についてエビデンス（CDC のガイドライン、褥創のケアのガイドライン等）に基づき吟味していく必要があると考えました。特に、当院では私が赴任する前は全く腹膜透析を行っていない施設であったため、当院において、吟味した内容について検証を行いました。

吟味した内容は

1. 腹膜透析外来は通常の外来スペースで行えないのだろうか？
2. 腹膜透析の除水量の計算を簡単にできないのだろうか？
3. 腹膜透析ではかならず除水は得られないといけないのだろうか？
4. 出口部に対する扱い方とケアの方法をもっと簡単に出来ないのだろうか？

でした。

これらの結果について詳細にご報告し、これらをもとに作成した腹膜透析導入時クリニカルパスを提示させていただきます。

医師の立場から PD チームへの教育

順天堂大学医学部 腎臓内科学講座

濱田千江子

現在腹膜透析を慢性腎不全患者に導入し、維持管理するには①導入、②外来、③緊急の個々についての対応システムの構築を必要としている。当施設においては、導入期には病棟看護師と外来および入院時担当医師さらに、PD 外来医師が連携して対応し、退院後外来通院となると PD 外来担当医師の対応となり、緊急時には入局後研修中の腎臓内科医師が対応することとなる。さらに、PD 患者が入院場合には、病棟看護師と入院担当医師が PD 外来担当医師と連携しつつ治療にあたっている。

現行の当院での腹膜透析に対する医療者（医師、看護師）は、「血液透析症例と比べて手間がかかる」「腹膜透析は難しい」印象をもっている。これらマイナスのイメージが、腹膜透析を行ってみようと思う気持ちに水をさしているのかもしれない。この負のイメージの原因として、以下のような事が挙げられる。

導入期の教育（手技、管理の方法、緊急事態の判断）や外来での指導に時間と労力を要する
緊急対応システムを準備する必要

透析処方を始め特有の腹膜透析に関連した必要な情報が多い

外来でのチェックのポイントが多くて大変

患者に医療知識があり新しい医師が担当しにくい雰囲気がある

・入院時の患者に代わってのバッグ交換（医師が行うため）が負担、、、

腹膜透析が一連の慢性腎不全治療の過程の1段階であるとすれば、腹膜透析の専門看護師や栄養師を含めた医療スタッフによる管理システムの構築が必要と考える。

今回、当施設の腹膜透析管理のシステムを元に、今後の開かれた腹膜透析療法のための望ましい管理システムについて検討したい。

医師の立場から 腎臓学教室における PD 教育

東邦大学医学部 腎臓学教室

酒井 謙、水入苑生、長谷川昭

わが国の歪んだ末期腎不全治療形態のなかで、PD 選択がさらに伸び悩む理由はなにか。透析導入患者の高齢化、糖尿病の増加、核家族化による介護力低下、HD 施設の経済力学、夜間救急医療体制と PD スタッフの未確立、等々様々な問題がある。全国の透析患者数の地区別統計では、第一位東京都、第 2 位、大阪府、第 3 位神奈川県、第 4 位愛知県の順であるが、PD 患者の占める割合はそれぞれ 3.4%、3.1%、3.6%、3.2%であり全国平均の 3.7%を何れも下回る。その一方で血液透析最大収容能力は年々増加傾向にある。

PD については医学科でも看護学科でも卒前教育において系統講義の機会はずくない。すべて卒業になるわけだが、少ない普及率ではその機会も均等でない。施設によっては全く PD を行わないところもある。PD 患者が腎臓以外の疾患で入院した場合、当該病棟や当該医師看護師もどうしたらよいか分からなくなってしまうこともしばしばである。

末期腎不全治療法の選択の最終判断が十分な説明の後患者自身にまかされた場合、医学的社会的理由を除いても PD50%、HD50%であったという報告が欧米からなされている。お隣中国では北京近郊の腎臓内科責任者 51 名のアンケート調査にて、将来もっと PD を普及させるべきと考えるのは全体の 90%を超える。なのになぜ実際の PD が普及しないのか？そのひとつに PD 専門教育を受けていないことがこの中国のアンケート調査でも指摘されている。

東京都の高齢者介護が目指す目標（東京都福祉局平成 15 年 10 月）のなかに高齢者が自立して尊厳ある生活を送る、要介護になっても住み慣れた地域で生活できる、家族が介護のある暮らしとやさしく向き合える、人生の最期を自分らしく迎えることができるとある。まさしく高齢化社会が求めている末期腎不全治療形態は PD そのものかもしれない。PD、HD、腎移植という末期腎不全治療法選択を熟知でき実践できる卒後教育を推進するために今何が必要かを考察する。

ワークショップⅡ

PD 患者をめぐる医療連携

PD患者をめぐる医療連携 大学病院におけるPDでの医療連携

日本医科大学第二内科 ○柏木哲也 齊藤京子 金子朋広 飯野靖彦 片山泰朗
御徒町腎クリニック 松信精一 大森容子
博慈会腎クリニック 大沢弘和
博慈会記念病院腎臓内科 武井寛之
さくら記念病院 小原功祐 須賀優 黒澤範夫
八丈町立病院 木村和義
貴友会王子病院 窪田実

一般外来においては病院機能の分化が進みつつあり、それに伴い円滑な地域連携が進められている。つまり病院・診療所はその機能を明確に分化することが求められる。病院は、急性期と回復期、療養型に分けられ、外来は主に診療所が担うことになる。ある病院のホームページには次のような文章がある。“患者さんを中心に、病院と診療所が協力して、よりよい医療をすることを病診連携といいます。入院の必要な方、より高度な検査が必要な場合、かかりつけの先生から病院に紹介いたします。入院の方も退院のときは、信頼できる先生を病院より紹介します。少しでも快適に診療が受けられる体制を作ろうと考えています。このためには、医療機関同士が機能分担し、協力しあうことが大切と考えています。”当院ではCAPD患者を導入後、一般の血液透析患者と同様に腎臓・透析専門医のいるクリニックにご紹介し、紹介後も患者についての情報交換を行い、入院の必要なケースやより高度な検査が必要な場合のみ大学病院において治療を行っている。八丈町立病院においても大学病院にて導入後、定期的に専門医が八丈島で診察するとともに、トラブルが発生した場合はインターネットを活用しその解決に当たっている。

PD 患者をめぐる医療連携 大学病院での取り組み

東京大学医学部付属病院 腎臓内分泌内科

石橋由孝

末期腎不全患者に対する腎補助療法は医学的・社会的利点および欠点を十分に説明し、インフォームドコンセントに基づいて、患者がライフスタイルも考慮して PD、HD、腎移植を選択すべきものである。PD は、残腎機能保持や移植への橋渡し（PD ファースト、ブリッジ療法）と在宅ケア（PD ラスト）に医学的・社会的利点が大いと考えられている。腎不全患者の高齢化は大学病院においても同様である。これらの患者は腎不全であることに加えて、導入期あるいは近い将来、要介護の必要となることがほとんどであり、大学病院での PD 導入に際しては、院内、地域透析クリニック、訪問看護ステーション、介助者とのスムーズな連携が必要不可欠である。当院での要介護高齢 PD 患者の導入と外来診療の実戦経験を提示し、必要なハードウェアとソフトウェアについて私見を述べてみたい。

市民から望まれる腹膜透析支援体制作り

町田市民病院 透析室

山本裕美子

町田市民病院は440床を有し平成13年4月に透析室を開設、地域の基幹病院として病診連携による紹介患者や重度合併症を持つ腎不全患者の透析導入および各種血液浄化療法をおこない市民の健康をまもる二次医療機関として位置している。開設時より平成16年4月現在13例の腹膜透析導入を行った。血液透析困難症例やすでに合併症をもち要介護状態の患者が末期腎不全となり生命の危機を迎えたとき、患者や家族にとって腹膜透析療法が不安や負担感以上に生きる希望となることがその治療法を選択する動機付けになると考える。開設時より現在までの腹膜透析の導入平均年齢は68.3才であり年齢構成は40～50才5名・60～70才4名・80～90才4名である。半数以上に合併症がありその内訳は重度心疾患が4例・脳血管障害3例・痴呆症が3例・視力障害1例である。ADL自立度は自立6例・半介助5例・全介助2例である。導入時よりセルフケア能力が自立している患者は13例のうち4例であり他例は家族や訪問看護師によりセルフケアを代行している。当院は訪問看護ステーションを併設していないため高齢者に適していると言われる腹膜透析療法導入を考えると、地域の在宅支援をいかに確立するかが課題となった。在宅PD患者の訪問看護をはじめ地域が受け入れるに辺り透析室スタッフが腎不全看護の情報発信源となり訪問看護ステーションの不安を取り除き理解を深めるための学習会開催から始め入院期間中に訪問看護ステーション担当看護師へデモンストレーションを行った。退院後の生活調整をおこない患者と家族が安心して在宅医療がスタートできるよう地域ケアマネ・訪問看護師・介護士・退院支援看護師・PD担当看護師・医師と連携による家族参加型の在宅ケアプラン作成カンファレンス（拡大カンファレンス）を開催した。

さらに医師会の生涯教育公演参加やPD訪問看護をおこなっているステーションと学習会を開催し院内の指導内容が地域において的確であるかまたPDラストを経験したステーションの体験をもとに地域看護師から意見を聞く等の支援体制を整えた経過を報告する。

当院における医療連携の実践 ～高齢患者への生活支援の視点から～

博腎会野中医院 透析室

富田ゆかり、鹿野里実、秋元朋子、野中博

【目的】PD療法は通院回数が少ない事、循環動態が安定している事等、身体的負担が少ない事から、高齢者への導入が増えている。しかし、センター施設の病棟スタッフの多くは、介護保険についての詳細を知らないことが多い。導入時や入院中の看護には重点を置いているが、生活と治療を同時に在宅で行うことの現実を、導入後十分に検討して退院へ導いているケースは非常に少ない。当院では、平成13年12月より東大病院との医療連携を通じ、延べ18名のPD患者を受け入れたうち、2症例の患者への対応について考察したので報告すると共に、計画的サポートの必要性について述べる。

【症例】

①80歳女性、独居でPD操作も自立していた患者が、痴呆症状を認めたのをきっかけに、娘と同居。ケアマネジャーと連携を取りながら、デイサービスの利用を奨める。

その後介護負担を軽減する目的で利用回数を増やし、APD療法移行等、調整を図る。

②76歳男性、腹膜炎を繰り返し、HDへの移行も検討されていた患者。入退院を繰り返し、妻も介護に疲弊していたことから、ケアマネジャーと連携し、デイサービスの利用、妻の家事負担軽減、ストレス発散を目的とした、介護ヘルパーの利用を提案し在宅治療移行。

【考察】大学病院等センター施設とは異なり、サテライト施設においてPD療法を継続するという事は、すなわち在宅療法を行っていくという事に他ならない。しかしながら、PD療法自体があまり知られていない状況もあり、在宅に関わる介護スタッフが、疾患に対しての理解が希薄なので、ケアマネジャーや訪問看護スタッフへの教育が必要になる。

大切な事は、サテライト看護師、ケアマネジャー、訪問看護師・PDメーカーサポート等、双方向の医療連携体制を構築する事。

疾病管理のみならず、患者や家族の人生をどう支えていくかが重要だと考える。

患者やその家族にとって、楽しく意欲的に毎日の生活を送れる様、サポート体制や関連するサービスの有効活用を上手くアドバイス出来る、“生活支援の為にコーディネート役”として、我々看護師が在宅治療のケアを実践していくことは極めて重要であると考えます。

PD の医療連携における課題

青戸腎クリニック

久保 仁

PD 患者の医療連携を考える場合、対象患者を大きく 2 群に別けて考えた方がよい。

①要介護 PD 患者の医療連携

高齢、DM などで高度障害があり、日常の自己管理、通院などに介助の必要な例は、基幹病院側の外来でも時間と人手がかかり、管理困難であるため、積極的な医療連携をする適応である。その方が患者と家族の負担も少ない。

導入後は自宅近くのサテライトに転院し日常の管理を行う。定期受診や問題発生時に基幹病院に受診するというスタイルである。この場合、介護者の負担も考慮し患者・家族全体の QOL を考えた医療を行うことを目標にして意見交換すれば双方の医療機関での連携は取りやすい。課題は管理できるサテライトが少ないこと、基幹病院を離れることへの患者および家族の不安などがある。

②HD 併用、腹腔洗浄中の患者、カテーテル抜去後の経過観察が必要な患者の医療連携。

これらの患者の HD をサテライトで行う場合、いつまで HD 併用を続けるか、いつカテーテルを抜去するか等の治療方針をサテライト側が理解していないといけないため、十分な情報伝達が必要である。また、カテーテル抜去後の患者では抜去前の状態などから、SEP 発症のリスクなどについての情報を伝え、サテライト側でも腹部所見等について観察することが必要である。

一般に PD 患者の医療連携を円滑に行うためには、どこまでをサテライトで管理・治療するかを明らかにし、日頃から PD に対する治療方針について話し合う機会を持つべきである。

訪問看護ステーションにおける現状と課題

高島平ロイヤル訪問看護ステーション

井上 多鶴子

【はじめに】 近年、在院日数短縮の影響もあり医療処置の必要な方、医療機器を装着した方々でも在宅で療養されることが当たり前になりつつある。当ステーションにおいても平成 15 年度総利用者 141 人中、73 人 (51.8%) の方は何らかの医療的な処置管理が行われており、その最も多いものは褥瘡の処置、次いで吸入・吸引、胃瘻・腸瘻を含む経管栄養管理、褥創以外の創傷処置、在宅酸素療法と続き、在宅 PD 療法は 0 である。在宅 PD 療法の利用者状況は全国調査および板橋区内のステーションにおいてもほぼ同様の状況であり、当ステーションも過去に 4 人のみで、1999 年を最後に利用者はいない。今回、過去の症例を含む当ステーションの実態調査と板橋区内ステーションのアンケート調査結果をもとに在宅 PD 療法の現状と課題について検討したので報告する。

【方法】 1) ステーションで経験した症例の在宅療養状況の分析 2) ステーションスタッフの訪問看護前の看護経験について調査 3) 板橋区内ステーションにアンケート調査

【結果および考察】 1) 4 症例は 66 歳～88 歳、うち 3 人は 80 歳以上。在宅療養期間は 30 日～約 2 年。比較的長期在宅療養が行えた 2 例は、介護力が十分あり、入院中から在宅チームとの連携と共同指導が行えたケースであった。2) ステーション看護師 13 人中入職前に PD 管理を経験していたのは 2 人のみであり、また所内教育は毎年行っているが利用者がほとんどいないため実際の活動はない。3) 調査協力が得られた 15 ステーション中 H15 年度の PD 利用者は 1 ステーション 1 人のみであり、過去に依頼があった所も 3 ステーションしかなく、在宅 PD 利用者が少ないのは依頼が少ないからであった。但し依頼が少ない理由と潜在的ニーズがどれほどあるかについては今回の調査では結論を出すに至らなかった。医療機器を装着して退院する方が増えている現状において在宅 PD 療養者は今後増えることが予測される。本人のみでなく介護者も高齢者という現況において在宅療養が可能か否かの条件に介護力の影響は大きく左右し、介護者の代行や支援は非常に重要になってくる。訪問看護ステーションのみでなく地域のサービス提供機関は可能な限り利用者が望む在宅療養を支援するための体制作りや受け入れ環境の整備はもちろんのこと、医療機関との情報交換や連携の方法等についての検討が今後の課題であると考えられる。

医療連携強化のための企業ナースの役割

バクスター（株）東京ビジネスセンター クリニカルコーディネーター
中村真由美

第4次医療法改正や平成14年度診療報酬改定により、平成15年8月末までに「その他の病床」が廃止され、新たに「一般病床」「療養病床」と区別されている。診療報酬上での急性期病院を取得するためには、①在院日数の短縮化（17日以内）②紹介率の向上（30%以上）③地域医療連携室の設置④退院計画の作成・実施等 急性期入院加算の条件をクリアしなければならない。社会的入院を解消するためにもこれまで以上に地域連携が求められている。Ⅰ）急性期病床における地域医療連携の強化 Ⅱ）在宅支援機能の強化（入院中心の医療からの転換）が重要なポイントとなってくる。

CAPD導入から退院へ向けて、もしくは維持期のCAPD患者の一時入院から退院までの関わりを通して、企業ナースとしてさまざまな経験をしてきた。それらの経験の中からスムーズな在宅移行に向けて、重要な点を改めて検討してみた。

- ①地域社会資源の医療・介護・福祉の役割分担を明確にする
- ②地域社会資源の利用率向上によるシステムの構築
- ③患者・家族の退院に伴う不安軽減と満足度の向上

しかし、最も重要となるのは、各関連スタッフ相互の十分なコミュニケーションであると考えられる。きちんとした退院計画が掲げられていても、それぞれのスタッフに十分に情報が伝わらなかったり、一方通行であったのではそれぞれの役割が十分に機能することができない。

私達企業ナースは、適宜スタッフ間での情報交換ができるよう関連部署へ関わりミーティングの開催をコーディネート・アドバイスしたり、各部署への専門的な知識の提供等により患者・家族・医療従事者それぞれが不安なく在宅へ移行できるようサポートするべきであると考えられる。

終末期患者のより良いケアを推進するためには

日本大学医学部内科学講座腎臓内分泌部門

岡田一義、松本紘一

終末期を迎えていても、患者自身が考える人間として尊厳を保ちながら、治療・ケアを継続することが重要である。このような観点から病院や自宅などでの治療・療養の現状と問題点について検討する。

終末期にPDを施行していると安定した透析を長期間継続できることが多く、現行制度下では入院日数制限の少ない病床をもつ医療機関との連携が重要な意味を持つ。歴史的にPD患者が入院した場合に算定できない特定保険医療材料があり、医療経済面からみると入院HDに比較して入院PDは受け入れづらく、結果として長期入院を可能とする医療機関が少ない現状がある。意識調査を行ったところ、透析医がPDを推進し、病院経営者がPDの必要性を理解し、病棟看護師の協力を得ることができれば、APD施行や間欠的PD処方（IAPD、APDi）への変更により、特定保険医療材料の使用頻度を極力減少させると、少人数ではあるが入院PD患者の収容も可能となる。なおこの場合、間欠的PD処方を適応し適切な透析量が得られない場合に備えて、事前に患者や家族から予後などについてのinformed consentを得ておく必要がある。透析不足の状態での治療を継続することは倫理的に問題があり、現実的には病院側の負担によって適切な透析量を確保する処方が行われていると思われるが、現行制度化で行き場を失った長期入院PD患者のケアと病院経営を両立させるためにこのような方法論も選択肢の一つとなる。このようなことから入院時算定不可の特定保健医療材料を算定できるように働きかけていくことも重要なポイントである。加えて、在宅における尊厳ある終末期を迎えることができる環境も強化するために、医療保険、介護保険下の訪問看護体制の充実も急務である。これにより数多くの患者が病院ではなく自宅で終末期を迎えるという選択肢を得ることができると思われる。

米国では、患者の自己決定を尊重し、事前指定書による尊厳死が法的に認められ、患者の希望に沿った質の高い終末期医療が行われている。本邦では、自己決定を尊重した終末期医療を希望する国民が増加しているが、事前指定書による尊厳死は法制化されていない。透析医への意識調査より、意思表示ができない終末期患者の安定した透析を、事前の患者の自己決定を尊重し家族の同意の下で、多くの透析医は治療を中止する（したい）、あるいは法的保証のもとで治療の中止を望んでいることが明らかとなった。意思表示できないPD患者の終末期に、事前の患者本人の意思に従い、家族が延命治療であるPDを中止することも一つの選択肢として選ぶことができる社会環境の整備、国民意識の醸成をしていく必要がある。

東京PD研究会会則

- 第1条 本会は東京PD研究会と称する。
- 第2条 本会は事務局を三井記念病院腎センターにおく。
- 第3条 本会は腹膜透析に関する事項の研究を通じ、治療技術の進歩、普及ならびに腎不全患者のQOLの向上を図ることを目的とする。
- 第4条 本会は前記目的を遂行するため次の活動を行う。
1. 学術集会の開催
 2. 抄録誌、研究会誌等の刊行
 3. その他、本会の目的に沿った活動
- 第5条 本会は当面会員制としない。
- 第6条 本会活動（主として学術集会）への参加は、当該地域内の医療機関並びに研究施設において腎不全治療及びその周辺医療に携わり、あるいはこれから携わろうとする全ての医師、看護師、技師及びその他のパラメディカルスタッフとし、会等の参加は各施設、各人の自由意志に基づくものとする。
- 第7条 前記以外の団体、個人においても事務局に届け出、承認を得た場合には集會に参加することが出来る。
- 第8条 本会に世話人数名をおき、協力して全ての運営、発展に務める。
世話人のうち1名は代表世話人として、本会を代表し会務を統括する。
- 第9条 本会に会計幹事をおく。会計幹事は本会の会計の任にあたり、毎年世話人會において前年度の会計決算報告を行う。
- 第10条 本会の會議は学術集会および世話人會とする。
- 第11条 学術集会は、原則として年2回定例会を開催する。
学術集会会長は世話人において選出する。学術集会の形式は学術集会会長が世話人會に諮って決定する。
- 第12条 代表世話人は世話人會を随時招集することができる。世話人の現在数の過半数の出席をもって成立とし、当該議事につきあらかじめ書面をもって意思表示したものは、これを出席者とみなす。
- 第13条 本会の事業遂行に要する費用は、学術集会参加費及びその他をもってこれにあてる。
- 第14条 本会の会計年度は、毎年1月1日より12月31日までとする。
- 第15条 本会則に定めるもののほか本会の運営その他の必要事項については、世話人會の議を経て定めることとする。
- 第16条 本会則は、世話人會において3分の2以上の賛同、承認を得て改定することができる。
- 付則1. 本会則は平成6年1月1日より発効する。

