

第 15 回
東京 PD 研究会
「PD 療法のさらなる発展をめざして」
抄録集

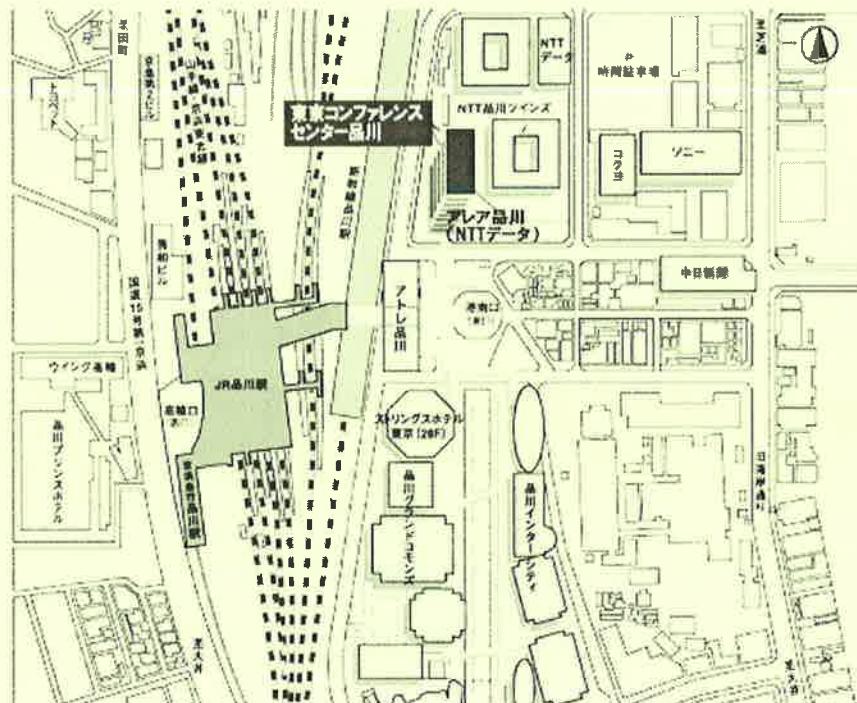
日時：5月14日（土）
14:00～18:30

場所：東京コンファレンスセンター品川

共催：東京 PD 研究会
バクスター株式会社

ご案内

- ☆ 受付は東京コンファレンスセンター・品川にて13:30より開始致します。
- ☆ 会費 1,000円
* 当日受付にてお支払下さい。
- ☆ 会場へお越しの際は電車・バスをご利用下さい。



東京コンファレンスセンター品川

TEL : 03-6717-7000

会場までのアクセス

JR「品川」駅、または、京浜急行「品川」駅 中央改札港南口（東口）より徒歩2分

お詫びと訂正

抄録集に誤りがございました。
謹んでお詫び申し上げ、訂正させていただきます。

p2 9行目 <誤>CAPD患者の質および質的変遷 <正>CAPD患者の量および質的変遷

p15 演題名 <誤>CAPD患者の質および質的変遷 <正>CAPD患者の量および質的変遷

第 15 回東京 PD 研究会プログラム

14:00~14:05 代表幹事 挨拶 多川 齊 (三井記念病院)
大会長 挨拶 岡田 一義 (日本大学医学部)

14:05~15:05 ワークショップ 1
東京地区における PD スタッフ教育の理想と現実
座長 原 茂子 (虎の門病院)
森谷 悅子 (東京医科大学病院)

1) 東京地区における PD スタッフ教育のあり方についての実態調査

日本大学医学部内科学講座腎臓内分泌内科部門
岡田 一義

2) 保存期外来を活用した early referral の実践

東京都済生会中央病院 腎臓内科
○飯田 里菜子、大塚 泰史、松本 啓、栗山 哲

3) 当院における看護師 PD 教育システム

東京都済生会中央病院 透析室
大木 奈美

4) PD 療法のさらなる発展のために企業ができること

バクスター株式会社 クリニカルコーディネーター
小出 隆子

5) 介護型在宅 PD の提案: CAPD 支援機構はこうしたい

東京女子医科大学附属第 2 病院 内科
佐中 孜

6) 東京 PD 研究会ができることは何か

三井記念病院
多川 齊

15:05～16:00 ワークショップ2
PD インフォームド・コンセントのあり方
座長 篠田 俊雄（社会保険中央総合病院）
杉本 徳一郎（三井記念病院）

- 1) 東京地区における透析療法導入時のインフォームド・コンセントについての実態調査
日本大学医学部内科学講座 腎臓内分泌内科部門
岡田 一義
- 2) 当院における CAPD 患者の質および質的変遷とインフォームド・コンセント
東京慈恵会医科大学 腎臓・高血圧内科
横山 啓太郎
- 3) 透析導入時インフォームドコンセント：当講座の実際
東京大学医学部附属病院 22世紀医療センター
腎疾患総合医療センター講座
石橋 由孝
- 4) 患者・家族の意思決定を支える看護の重要性について
町田市民病院 看護科透析室
○加藤 登喜子、榎原 千賀、大桃 美穂、羽生 訓子、
武藤 春枝
- 5) 間欠的 PD (IAPD、APDi、ICUM) のインフォームド・コンセントについて
日本大学医学部内科学講座 腎臓内分泌内科部門
○岡田 一義、丸山 範晃、松本 紘一
- 6) RRT(CAPD、HD、腎移植)選択のインフォームド・コンセントのあり方
東邦大学医学部附属大森病院腎センター
○水入 苑生、酒井 謙、小林 みゆき、福内 史子、田中 仁英、
小林 繭子、斉藤 彰信、鯉渕 清人、大谷 隆俊、相川 厚

16:00～16:30 情報交換会
ポスター・セッション：出口部ケアの工夫

16:30～18:25 ワークショップ3
PD自己管理・手技・定期検査の理想と現実
座長 痛田 実（貴友会王子病院）
久保 仁（青戸腎クリニック）

1) 東京地区における自己管理・手技・定期検査についての実態調査

日本大学医学部内科学講座 腎臓内分泌内科部門
岡田 一義

2) 長期 CAPD 繼続例からみた自己管理を考える

虎の門病院腎センター 内科
○田上 哲夫、原 茂子、乳原 善文、香取 秀幸、横田 雅史、
澤 直樹、星野 純一、諏訪部 達也、比嘉 康志、竹本 文美、
高市 憲明

3) ケアの工夫

- (1) 出口部消毒に 100 倍希釈ポビドンヨード液を使用して
神代クリニック¹⁾、公立阿伎留病院²⁾
○山田 朋代¹⁾、濱田 裕美¹⁾、蓬田 茂¹⁾、児玉 由美²⁾、
板持 真理子²⁾、薬袋 知子²⁾、岡田 清己²⁾
- (2) 出口部固定の考案～フェルトパッチを使用して～
博腎会野中医院¹⁾、東京大学医学部附属病院 22 世紀医療センター
腎疾患総合医療センター講座²⁾
○富田 ゆかり、大沼 富士子¹⁾、野中 博¹⁾、石橋 由孝²⁾

4) 安定期患者における定期検査の実際

東京女子医科大学附属第 2 病院 内科
○樋口 千恵子、船木 威徳、川村 知子、西村 英樹、佐中 孜

5) 自己管理はどこまで簡素化できるか

千葉北総内科クリニック¹⁾、御徒町腎クリニック²⁾、
日本医科大学第 2 内科³⁾
○松信 精一¹⁾、柏木 哲也³⁾、大森 容子²⁾、飯野 靖彦³⁾

6) 出口部ケア・オープنشャワー・入浴方法はどこまで簡素化できるか

東京共済病院 腎臓内科¹⁾、同 内科外来²⁾
○田村 博之¹⁾、花田 繁¹⁾、棚瀬 みやび¹⁾、倉田 弘美²⁾、
平原 弘江²⁾

7) 自己管理習得のための教育プログラム

順天堂大学医学部 腎臓内科学講座
○濱田 千江子、林 佳代、井尾 浩章、富野 康日己

18:25～18:30 閉会の挨拶 石橋 由孝（東京大学医学部）

ポスター・セッション：出口部ケアの工夫

1) 出口部ケアの基本的な考え方とテープについての実態調査

日本大学医学部附属板橋病院透析室¹⁾、

同 内科学講座腎臓内分泌内科部門²⁾

○貝沼 成子¹⁾、梶 英子¹⁾、丸山 範晃²⁾、岡田 一義²⁾、

松本 紘一²⁾

2) 出口部の消毒方法

(1) ヘキザックR

貴友会王子病院

○矢野由紀、大沼裕美、窪田 実

(2) ステリクリン+ASケア

東京女子医科大学田端駅前クリニック

○川村知子、木下千栄子、船木威徳、西村英樹、

樋口千恵子、佐中 孜

(3) 消毒・シャワー洗浄

杏林大学医学部附属病院腎・透析センター

○加藤千代美、田中和子、福岡利仁、山田 明

(4) 10%NaClを使った消毒方法

東京医科大学病院

○中川公子、吉浜陽子、神保洋子、戸田さやか、

吉田ともみ、森谷悦子

3) 出口部ケアとカテーテル固定の工夫

多摩北部医療センター

○高田雅恵、中村麻紀子、鈴木田鶴子

ワークショップ I

東京地区における PD スタッフ教育の
理想と現実

当院における看護師 PD 教育システム

東京都済生会中央病院 透析室

○大木奈美

当院透析室では、安全で統一された PD 看護を患者に提供するため、院内看護師への PD 教育を一貫して実施している。本講演では当院における病棟看護師、透析室看護師それぞれへの PD 教育システムについて述べる。

・病棟看護師教育システム：入院中の PD 患者のバッグ交換は、各入院病棟の看護師が行うことを基本としているため、透析室では バッグ交換の手技を指導している。現在では各病棟の主任看護師が、それぞれの病棟でバッグ交換のデモンストレーション及び手技の確認を行い、その後透析室 PD チームの看護師のテスト（以下 PD 手技テスト）を受け、合格して初めて実際に患者のバッグ交換を行うというシステムをとっている。

・透析室看護師教育システム：新たに PD に携わる看護師は PD 手技（ツインバッグ交換、Y セットシステム、接続チューブ交換、APD 手技等）を段階的に学習し、PD チーム看護師のテストを受け、合格を初めて実施可能としている。患者の診察介助、電話報告、緊急時の対応などは 1 人立ちできるまで、PD チーム看護師が指導、フォローにあたっている。院内病棟看護師の PD 手技テストの実施や PD 患者に不慣れな病棟へのバックアップなどを経て、最終的には PD 患者の導入時教育の実施を目指としている。主に PD 患者導入時教育は 1 名の担当看護師が患者退院時まで一貫して指導にあたっている。また、当透析室では、保存期外来を併設しているため、保存期外来通院時から信頼関係を築いた看護師が、引き続き透析療法選択を含めた指導を行い、継続した患者支援が行えるというメリットがある。

以上の当院においてのシステムを踏まえ、看護師 PD 教育に必要と思われること

- 1) 病棟の専門性に関係なく安全な PD 看護が提供できるよう、院内において PD 手技、及び指導法が統一される。
- 2) 透析室（及び専門病棟）が主体となり、院内看護師への定期的な PD 勉強会、技術指導の実施
- 3) 教育にあたる看護師が積極的に研究・学会活動に参加し、幅広い知識を取り入れていく。

PD 療法のさらなる発展のために企業ができること

バクスター株式会社 クリニカルコーディネーター

○小出隆子

日本で PD 療法が開始され、今年で 25 年を迎ようとしている。治験からはじまり、保険適応、施設基準の廃止、診療報酬引き上げ等により右肩上がりに普及し治療法として定着してきた。しかし、近年 ESRD 患者の増加状況と比較すると PD 患者数は停滞しており、さらなる発展のためには何が必要なのかを考えてみたい。

医療サービス提供側として、腹膜透析学会の設立や、透析専門医認定受験資格にも PD 患者の症例報告が必須とされ透析療法の 3 本柱の認知されている。しかし、透析施設ならどこでも、訪問看護ステーションすべて受け入れられるというところまではきていない。透析実施患者側でも、PD 認知度が下がってきてているというのも問題である。理由として、在宅療法にもかかわらず、PD 患者数と実施施設に偏りがあるためであろう。

メーカーとして PD 療法を定着のために、「質のよい PD 療法の普及」をめざして歩んできた。医師や看護師の教育サポート、在宅での安心した治療の継続を目的としてコールセンター、在宅配達システムの確立、災害時システムづくりをわが国ではじめて実践してきた。また、ゴミ回収など在宅医療推進の環境づくりにも注力してきた。

末端の在宅療法実施のための足場は完成した。今後の課題としては、臨床とメーカー双方の協力の下、社会認知度を上げていく必要がある。そのためには、日本での療法選択のあり方、治療効果の啓蒙活動を学会など現場の声を上げていただきたい。また、企業として、対外的情報提供、機器・薬剤開発、日本独自の PD 療法拡大のための臨床サポートは必須と考えている。さらにトータル的な腎不全療法として新たな療法の開発も視野に入れて、臨床とのベストパートナーとして活動していきたい。

介護型在宅 PD の提案：CAPD 支援機構はこうしたい

東京女子医科大学附属第2病院 内科

○佐中 孜

介護保険が2000年の4月にスタートした。要介護認定者は、65歳以上人口が2000年4月の2,165万人から、その後の3年間で228万人増えていることを背景として、はじめの3年間で218万人から344万人と126万人増、58%増となるなど、介護保険としては、当初の目論み以上の発展を遂げている。

さて、透析患者での実態は明らかになっていないが、複雑かつ深刻であることは想像に難くない。何故なら、透析患者の平均年齢は男性が62.07歳、女性が63.78歳とそれぞれ上昇し、高齢化は加速している。加えて、透析困難症の合併頻度も高い。一部は、血液濾過法、家庭透析へと移行しているが、多くは血液透析法を継続する以外に方法がないのが現状だろう。

日本透析医学会の調査によると、調査対象の要介護患者1,1726名中82名がCAPDないしはPDであった。少数には違いないが、重症度が最も高い要介護5の患者ではIPDが6.4%と、比率的には高い。PDの利便性、循環系への安定性が買われたのか、PDの将来性を暗示しているように思われる。すなわち、近年、在宅透析へのシフトが期待されているが、多くのメリットを有するPD療法が普及していくのは必然とも思われる。未だCAPD患者数は8,569名（2002年12月）で、全体の3.7%にすぎない。その普及を妨げる諸要因を考えるに、出口部感染、トンネル感染、腹膜炎や腹膜硬化症といった純医学的問題とともに、熟練したCAPD専門ナースの不足といった人的問題が大きく、この分野から的人材の喪失は想像以上と考える。

今回、設立した CAPD 支援機構は、PD 適正実施支援のための組織で、これまで CAPD 専門医療機関が育て上げたメディカル、コメディカルスタッフを引き続き集中的に把握し、これまで PD とは無縁の実地医家にも PD を知っていただき、実際に患者をケアすることができるようにならうと考えているし、通常の患者への PD 教育のみならず、高齢者については 24 時間ケア体制、地域連携ネットワークの構築、介助者を巻き込んでの CAPD も目指している。本治療法の普及が国民の生活不安の解消に大いに役立つものと国の関連機関からも期待され、平成 16 年 12 月 6 日に内閣府より『特定非営利活動法人 CAPD 支援機構』として認証を得た。

今回は、そのイメージの詳細を紹介したいと考える。

東京 PD 研究会ができることは何か

三井記念病院

○多川 齊

今回の研究会のアンケート調査では、PDスタッフの教育システムに改善の余地が大きいことが明らかになった。初任者教育は、医師では施設、看護師では施設と企業が主に担当しているが、他施設の工夫や企業の情報を共有するためのルートを要望する声が少なくなく、ステップアップのための現任者教育の場が少ないことが指摘された。学会は最新情報を提供しているが、現任者教育のためにシステム化されていないため、現場の技術的な問題や素朴な疑問に対しては必ずしも十分に答えることはできない。企業はセミナー・研修会などを開催し、身近な形式で現場に近い系統的な知識技術を得たいという要望に対応しているが、一企業の情報に偏り他企業との互換性に乏しいことはいたし方がない。学会では分からぬ現場に密着した技術や疑問、企業と独立して情報などを自由に交換できる地域のオープンな現任者教育の場が必要であり、そのために本会をどう生かしたらよいかについて私見を述べる。

東京地区における透析療法導入時の インフォームド・コンセントについての実態調査

日本大学医学部内科学講座 腎臓内分泌内科部門
○岡田一義

東京地区で PD 患者を診療している 63 施設の医師を対象に透析療法導入時にどのようなインフォームド・コンセント (IC) を行っているのか実態調査を行った。31 施設から回答があり、回収率は 49. 2% であった。

1) PD の長所

少ない通院回数 (100%)、残存腎機能の保持 (83. 9%)、社会復帰の容易性 (77. 4%)、K 制限の緩和 (74. 2%)、穿刺痛なし (71. 0%)、心機能低下症例による適応 (48. 4%)、出血しにくい (35. 5%)、尿毒素や体液のレベル一定 (35. 5%) についての IC が多く行われていた。

2) PD の短所

腹膜炎発症の可能性 (100%)、被囊性腹膜硬化症発症の可能性 (100%)、腹膜変化の発症 (83. 9%)、自己管理の重要性 (83. 9%)、清潔操作の必要性 (80. 6%)
被囊性腹膜硬化症の重篤性 (71. 0%)、出口部感染発症の可能性 (67. 7%)、毎日施行の必要性 (61. 3%)、検査による PD 繼続年数の判断 (41. 9%)、中止後の被囊性腹膜硬化症発症の可能性 (38. 7%)、日本での低い PD 選択率 (32. 3%) についての IC が多く行われていた。

3) HD の長所

1 回 4 時間と週 3 回の透析 (61. 3%)、20 年以上継続の可能性 (48. 4%)、日本での高い HD 選択率 (41. 9%)、少ない自己管理 (32. 2%) についての IC が多く行われていた。

4) HD の短所

透析による長時間の拘束 (80. 6%)、穿刺痛 (64. 5%)、K 制限の強化 (64. 5%)、残存腎機能の易悪化性 (64. 5%)、内シャント閉塞発症の可能性 (54. 8%)、抗凝固薬使用による易出血性 (45. 2%)、間欠的透析による尿毒素レベル不安定 (35. 5%)、間欠的透析による心不全悪化の可能性 (35. 5%)、易感染性の人工血管使用の可能性 (32. 3%)、透析後の強い倦怠感 (32. 3%) についての IC が多く行われていた。

各医師によって異なっている透析療法導入時の IC の内容について再検討し、適切な情報提供を患者/家族に行わなければならない。

当院における CAPD 患者の質および質的変遷とインフォームド・コンセント

東京慈恵会医科大学 腎臓・高血圧内科

○横山啓太郎

我が国の透析導入患者は急速に高齢化し、現在 65 歳を越え 70 歳に迫る勢いである。そのため都内の透析導入患者の地域的分布は中心部から周辺部に移っている。当院は港区と千代田区のほぼ境界に位置するが透析導入患者はこの数年で約 30% 減少している。

また、高齢者の患者には家族のサポートが必要であることから、医療者が透析導入時に一定の条件を満たす患者群のみに CAPD 選択につき説明していた事実がある。さらに、EPS 患者の入院期間が導入患者に比べ極めて長いことから入院患者の質的変化が、血液透析療法以外の治療法である CAPD のインフォームド・コンセントを受けないことに拍車をかけていくと思料する。実際に当院においても CAPD 選択について全導入患者には説明している医師の割合は半数に満たない。当院では CAPD 患者は専門外来医が診察するため、若手腎臓内科医が維持 CAPD 入院患者と接する機会が減少している。

この現状を踏まえ、当院では透析導入時インフォームド・コンセント用の所定用紙を作成した。説明用紙には「導入 3 年以内ならば CAPD が血液透析に勝るとも劣らない予後を確保できること」、「EPS の発症が 5 年以内であれば 1% 未満であること」を明記した。また、CAPD 外来を若手腎臓内科医と併診での体制に変更している。

透析導入時インフォームドコンセント：当講座の実際

東京大学医学部附属病院 22世紀医療センター腎疾患総合医療センター講座

石橋由孝

腎不全に対する透析療法の選択は、患者およびその家族の意志で療法が選べるように PD、HD を説明する必要がある。当講座では、包括的腎補助療法の概念に基づき、腎不全の時期に応じた療法提示を原則としている。しかしながら、患者が自らの意志で療法選択することは困難なことも多く、医学的根拠のみならず、患者の性格や生活の実態に即して療法を勧めることが実際的である。当講座での透析導入時インフォームドコンセントの実態について発表させていただく。

患者・家族の意思決定を支える看護の重要性について

町田市民病院 看護科透析室

○加藤登喜子、榎原千賀、大桃美穂、羽生訓子、武藤春枝

当院では透析室看護師による保存期腎不全の患者指導に取り組み、4年が経過した。看護師が透析療法のインフォームド・コンセントにどのようにかかわるべきかを事例を通して考える。

70歳の男性（原疾患：糖尿病性腎症）。子供達は独立し、妻（要介護4）と2人暮らし。職業は1回／週カメラ専門学校の講師であり、2年前より腎不全保存期外来へ通院していた。患者は妻の介護と仕事を継続することを考え保存期にPDを自己選択した。しかし、導入期にキーパーソンである長女がPDへの不安を訴えた。当院では、透析室看護師が保存期から透析導入期と一貫して患者にかかわることができ、妻へのサポート・キーパーソンへの情報提供・退院後のサポート体制・社会資源の提供などの看護および介護を行えたため、患者との良好な信頼関係を構築でき、透析導入期でも安心感を与えられ順調なPD導入が可能であった。また、透析療法告知により長女も動搖・疾病受容の心理的プロセスがはたらいたが、長女がどのような情緒的反応を示しているのか把握し、共感的に受け止め情報を提供したことや患者がPD手技を習得し自身を取り戻したことにより、長女の心理状態も安定し家族が危機的状況を乗り越え現在も在宅療養を円滑に行っている。

このように透析導入の告知で患者および家族も動搖することから、看護師は保存期初期の段階から患者を含めた家族を一つのケアユニットとして捉え、医師が行う透析療法の選択に関するインフォームドに加えて、家族全体に生活を含めて意思決定を行えるようにアプローチし、保存期のうちに正しい理解の下に透析療法を選択させ、円滑に導入させてあげることが重要と考える。

間欠的PD（IAPD、APDi、ICUM）のインフォームドコンセントについて

日本大学医学部内科学講座 腎臓内分泌内科部門

○岡田一義、丸山範晃、松本紘一

PDは毎日施行しなければならないという概念がある。我々は、厚生科学研究・腎不全医療研究班による慢性腎不全透析導入基準（案）60点以上で、残存腎機能が比較的維持されている症例に対し、最低必要透析量と適切な除水量が得られていれば、毎日PDを施行しなくても問題はないことを報告し、間欠的携行式腹膜透析（Intermittent ambulatory peritoneal dialysis: IAPD）、間欠的自動腹膜透析（Intermittent automated peritoneal dialysis: APDi）と命名した。

また、導入基準（案）が60点未満で、保存的治療で水分コントロールが困難なネフローゼ症候群を合併した糖尿病性腎症腎不全期の症例に対し、extracorporeal ultrafiltration method (ECUM)により定期的な除水を行う症例が増加している。我々は、ECUMを施行中の症例に対し、エクストラニールを1回（10時間貯留）/1日、5回/週程度使用したところ有用であり、intracorporeal ultrafiltration method (ICUM) と命名した。

今後、IAPD・APDi・ICUMなどの間欠的なPDについてのインフォームドも必要であると思われる。

RRT (CAPD、HD、腎移植) 選択のインフォームド・コンセントのあり方

東邦大学医学部附属大森病院腎センター

○水入苑生、酒井 謙、小林みゆき、福内史子、田中仁英、小林繩子、斎藤彰信、
鯉渕清人、大谷隆俊、相川 厚

腎不全末期の治療として HD、CAPD、腎移植がある。治療法選択についてのインフォームドコンセントはどの様に行うべきかと言うことについて私見を述べてみたい。

我が国では renal replacement therapy (RRT) として年間約 30000 人に HD が、約 1400 人に CAPD が、約 600 人に腎移植が導入されている。そのうち preemptive (未透析) 腎移植は 41 人に行われているにすぎない。これは HD が他の RRT より医学的に優れていることを示唆するデータではない。腎移植にはドナー不足と言う壁があり、CAPD は自己管理や患者教育を要すると言うことも一因ではあるが、主として腎専門医、ナース自体が CAPD、腎移植の利点を患者に説明していないことによると思われる。

できれば、ビデオ、DVD などの画像を交えこの 3つ、あるいは非透析導入という方法も含め 4つの選択肢の概略を患者やその家族に説明し理解してもらうことが重要である。

我が国の 5 年生存率は HD、CAPD はほぼ同等とされておりおよそ 61.4%、生体腎移植 89.1%、献腎移植 83.3% である。糖尿病性腎症に対しても腎移植が第一選択であると言う報告もある。HD では通院に時間がかかり、残存腎機能保持に不利である事や糖尿病例ではシャントトラブル、透析低血圧が問題となる可能性が高いことは導入前に話しておく必要があると思う。CAPD は通院に時間が取られず残存腎機能保持に有利であることや導入早期の生存率は HD に比し優れている事も説明する必要がある。最近ではデバイスの改良により細菌性腹膜炎の頻度は減少しているが通常 5 年以上経過すると腹膜の劣化が進み中止に至る可能性があることは説明しておく。過去には 2. 2 % に被囊性腹膜硬化症 (Encapsulating peritoneal sclerosis: EPS) が発症したという事実も知らせておく必要がある。現在の腹膜透析液は改善しており腹膜機能保持に期待が持たれることも説明する。PD first で 5 年以内にできるだけ腎移植を行う。腎移植が出来ない場合は腹膜機能を見ながら約 5 年で HD に移行するのが良いと思う。しかし実際は私達の施設ではできるだけ十分な情報を提供し患者自身に治療選択をしてもらっている。

ワークショップⅢ

PD 自己管理・手技・定期検査の理想と現実

東京地区における自己管理・手技・定期検査についての実態調査

日本大学医学部内科学講座 腎臓内分泌内科部門

○岡田一義

東京地区で PD 患者を診療している 63 施設の医師と看護師を対象にどのような自己管理・手技・定期検査を行っているのかについて実態調査を行った。31 施設の医師、37 施設の看護師から回答があり、回収率は 49.2%、58.7% であった。

1) 医師への調査

定期検査を実施している施設では、血算 1 回/平均 3.6 週（中央値：4 週）・生化学検査 1 回/平均 3.6 週（中央値 4 週）・胸部レントゲン 1 回/平均 6.9 週（中央値 4 週）・KUB1 回/平均 14.6 週（中央値：12 週）・心電図 1 回/平均 16.9 週（中央値：12 週）・腹部エコー 平均 1.2 回/年（中央値：1 回）・腹部 CT 平均 1.1 回/年（中央値：1 回）・心エコー 平均 1.3 回/年（中央値：1 回）・便潜血 平均 1.1 回/年（中央値：1 回）・上部消化管内視鏡検査 平均 1.0 回/年（中央値：1 回）・眼底検査 平均 1.1 回/年（中央値：1 回）・骨塩定量と骨密度検査 平均 1.2 回/年（中央値：1 回）・腹膜平衡機能検査 平均 1.5 回/年（中央値：1.3 回）・至適透析指標（24 時間畜尿含む）1 回/平均 22.6 週（中央値：24 週）で行っていた。

2) 看護師への調査

(1) PD の自己管理と手技の指導

①注排液時の環境：4 施設が殺菌器未使用していないため、これらを除く 33 施設の検討で、殺菌器未使用時に行うように指導している施設は、手洗い 100%・マスク着用 100%・窓の閉鎖 97.0%・空調の中止 81.8%・ドアの施錠 9.1%・ヘアーキャップ装着 6.1% であった。殺菌器使用時に行うように指導している施設は、手洗い 97.3%・窓の閉鎖 91.9%・マスク着用 89.2%・空調の中止 75.7%・ドアの施錠 8.1%・ヘアーキャップ装着 5.4% であった。

②排液方法：75.7% の施設が完全に排液をさせていたが、13.5% が時間を決めて排液を終了していた。

③自己測定：毎日/毎回、測定/計算するように指導している施設は、排液量 100%・除水量 100%・体重 91.9%・血圧 86.5%・注液量 73.0%・水分バランス 54.1%・尿量 43.2%・脈拍 43.2%・体温 24.3% であった。

④出口部ケア：行うように指導している施設は、手洗い 100%・カテーテルと腹部の固定 100%・ケアの毎日施行 94.6%・出口部保護 94.6%・窓の閉鎖 86.5%・マスク着用 81.1%・空調の中止 62.2%・チタニウムアダプター保護 37.8%・ドアの施錠 5.4%・ヘアーキャップ着用 2.7% であった。ケアを行うように指導している施設では、手洗いには石鹼 97.3%・アルコール消毒 32.4%、出口部消毒にはイソジン液 78.4%、出口部保護にはガーゼ 97.1%、カテーテルと腹部の固定にはテープ 91.9%、チタニウムアダプター保護にはガーセとテープ 78.6% を使用していた。

⑤オープンシャワー、入浴：入浴時に出口部をカバーするように指導している施設は 83.8%、

指導していない施設は 16.2% であった。カバーを行っている施設では、入浴カバー用品 90.3%を使用していた。洗浄については、石鹼で軽く洗うように指導している施設 (29.7%) が多かった。なお、オープンシャワーは平均 30.6 日（中央値 25.5 日）、入浴は 平均 36.7 日（中央値 30.0 日）から開始し、入浴頻度は平均 6.0 日（中央値 7.0 日）であった。

⑥患者への指導マニュアル：すべての施設はマニュアルを使用しており、40.0% が施設独自のマニュアル、60.0% が他のマニュアルを使用していた。

（2）接続チューブ交換

施行者は、医師 35.1%・看護師 64.9% であった。マスクを着用する施設は施行者 100%・介助者 100%（介助者がいる施設）・患者 91.9%であり、ヘアーキャップを着用する施設は施行者 17.1%・介助者 15.2%（介助者がいる施設）・患者 5.4% であった。部屋の密閉を行う施設は、窓の閉鎖 97.3%・空調の中止 70.3%・ドアの施錠 16.2%であった。なお、接続チューブ交換は平均 5.7 ヶ月（中央値 6.0 ヶ月）、UV 用接続チューブ交換は 4.7 ヶ月（中央値 4.0 ヶ月）で行っていた。

各施設によって異なっている PD の自己管理・手技・定期検査の内容について再検討し、よりよい医療/看護を患者に提供しなければならない。

長期 CAPD 継続例からみた自己管理を考える

虎の門病院腎センター 内科

○田上哲夫、原 茂子、乳原善文、香取秀幸、横田雅史、澤 直樹、星野純一、
諏訪部達也、比嘉康志、竹本文美、高市憲明

【目的】

近年、被囊性腹膜硬化症合併予防のため、CAPD 継続は 7~8 年が望ましいとされているが、限られた期間においても適正な CAPD 継続が必要である。CAPD 管理において当院および多施設調査で 10 年以上の長期継続例における腎不全の病態とくに体液管理を対比検討し適切な自己管理ポイントを明らかにする。

【対象および方法】

対象は当院およびアンケート調査による他施設で CAPD10 年以上継続している 139 例（男 70、女 69 例）。導入時平均年齢 41.5 歳、CAPD 平均継続期間 12 ± 2 年。方法は血液検査所見、体液管理（血圧、至適体重からの増加量）、腹膜機能などをアンケート調査し長期継続因子を検討した。

【結果】

腹膜機能検査では Weekly CCr 53 ± 12 L/週、KT/V 1.9 ± 0.5 、D/P Cr 0.7 ± 0.1 。体液量の管理に関しては至適体重からの増加量は 0.4 ± 1.7 kg、CTR49±6%であった。腹膜炎の頻度は平均 1 回/110 ヶ月であった。医師へのアンケート結果からは、長期継続につながった因子として自己管理が良好であるとの回答が一番多かった（25%、17/70 施設）。

【結論】

これらの症例では、残腎機能が少なく尿量がみられないにもかかわらず、体重増加が少なく心胸比拡大も認めず体液量の適切な管理がなされていた。腹膜機能低下と体液過剰との関連が報告されているが、体液過剰にみられない至適体重が維持されていたことが長期継続をえた因子であり腹膜機能低下予防にも関与していたと推察された。アンケート調査からも自己管理、とくに体液管理が良好であったことが継続可能因子と考えられた。

出口部消毒に 100 倍希釈ポビドンヨード液を使用して

神代クリニック¹⁾、公立阿伎留病院²⁾

○山田朋代¹⁾、濱田裕美¹⁾、蓬田 茂¹⁾、児玉由美²⁾、板持真理子²⁾、葉袋知子²⁾、岡田清己²⁾

現在腹膜透析は、硬化性腹膜炎が克服されつつあるが、いまだに出口部感染、トンネル感染で悩まされることがある。我々は、この出口部ケアに使用する消毒液を工夫することにより、出口部の改善、出口部周囲の皮膚の状態の改善を得て、さらに患者の満足感を得ることができたので報告する。

これまで当院および公立阿伎留病院では、M社製のポビドンヨード液（以下 I 剤略す）を使用してきた。しかし、岩崎らによると、I 剤は J 社のポビドンヨード液（以下 J 剤と略す）に比べ、細胞毒性が強いという報告もあり、長期に連日使用すると皮膚障害を併発し、感染のもとになると考え J 剤に変更した。さらにポビドンヨード液は即効的な殺菌効果が得られなくなる希釈倍数は 500～1000 倍であり、細胞に対する毒性が認められなくなる希釈倍数は 100～5000 倍といわれているため、100 倍希釈の J 剤を使用した。

【方法】

100 倍希釈の J 剤を消毒液として使用し受診ごとに以下の観察を行った。

1. 出口部周囲のヒフの状況
2. 出口部の細菌検査

【対象】

当院 3 名、公立阿伎留病院 6 名、計 9 名の CAPD 症例。

【結果】

1. 出口部周囲の黄染の消失、乾燥感、搔痒感の消失を認めた。
2. 使用前後で検出細菌に有意な変化を認めなかった。

【考察】

変更初期は不安感を訴えていた患者も使用するにつれて皮膚の状態の改善、自覚症状の改善を認め、満足感を与えることができた。腹膜透析では透析液の交換という処置に加え、血圧、体重の測定、時には尿量の測定などが求められる。さらにお口部ケアを行うなど、手がかかることが多い。そこで色をつけるという消毒法から脱却し、さらには消毒という処置から開放できれば、QOL の改善になり、CAPD 症例の増加につなげることができるのでないかと考え報告する。

最後に、ご指導をいただいた、前熊本中央病院、現中央仁クリニック院長、福井博義先生に感謝します。

出口部固定の考案～フェルトパッチを使用して～

博腎会野中医院¹⁾ 東京大学医学部附属病院 22世紀医療センター腎疾患総合医療センター講座²⁾

○富田ゆかり¹⁾、大沼富士子¹⁾、野中 博¹⁾、石橋由孝²⁾

【背景】

テンコフカテーテル出口部管理は、PD 患者の QOL および PD 継続に影響する。ケアの原則は、出口部・トンネル皮膚を健常な状態に維持することであり、適度な頻度の洗浄とカテーテルの固定が重要になる。当院ではケア頻度を減ずるため、クロルヘキシジン含有パッチ（バイオパッチ）を使用し、カバー入浴としていたが、入浴頻度が減少し、QOL を落としていると考えられた。そのためバイオパッチの代替となる低コストで頻回交換可能な材料を検討し、フェルトパッチを試作使用した。

【方法と結果】

11 名の PD 患者（71±13 才、男：女=9:2）を対象として、以下のいずれかの出口部ケアオプションを患者の入浴環境、ケア施行者および頻度、皮膚の状態に応じて提供している。

1. バイオパッチ固定（1 回/週） + カバー入浴
2. バイオパッチ固定（1 回/週） + フィルム（テガダーム）固定（1 回/週）
3. フェルトパッチ固定（1-7 回/週） + カバー入浴

11 名のうち、慢性肉芽を伴う 1 例を除き全例でフェルトパッチを使用、出口部トンネル感染はほとんど認めていない。入浴回数は 5.8±1.9 回/週（PD 導入前）→3.2±1.4 回/週（PD 導入後）。

【考察】

「適度な洗浄および固定」の出口部管理の原則に合致する点で有望と考えられ、手作りで始めたフェルトパッチの実用性について検討した。安価で頻回交換できるため入浴回数が保持され（HD 患者とほぼ同等）、皮膚トラブルも無く安全と考えられた。

安定期患者における定期検査の実際

東京女子医科大学附属第2病院 内科

○樋口千恵子、船木威徳、川村知子、西村英樹、佐中 孜

我々の施設では CAPD 導入は SMAP で外来導入としており、導入後の除水量や腹膜機能が安定しない時期（約 1 ヶ月）は外来受診が 1～2 週に 1 回、血液検査やレントゲン検査は 2～4 週に 1 回程度必要とする患者が多い。しかし安定期に入った患者では原則外来診療は 1 回／月、血液検査（血算、生化学）が 1 回／月、その他の血液検査（鉄代謝、iPTH、 β 2MG）、胸部・腹部レントゲン、心電図、腹部エコー、腹部 CT、全身骨撮影、骨密度、便潜血、Ccr などの透析効率検査、腹膜機能検査、排液中皮細胞面積測定などを年 1 回検査としている。これらの検査や診察で異常がある場合や、他の疾患を合併している患者については別途検査を組んでいる。安定期の患者は体重やむくみの変動により飲水量や使用透析液のグルコース濃度を自己調節し、また毎月のデータをノートに記載させながら指導することにより食事摂取量や内容を自己管理しており、これらの検査頻度で全身状態は良好に保たれている。

自己管理はどこまで簡素化できるか

千葉北総内科クリニック¹⁾、御徒町腎クリニック²⁾、日本医科大学第2内科³⁾

○松信精一¹⁾、柏木哲也³⁾、大森容子²⁾、飯野靖彦³⁾

腹膜透析(PD)の利点は通院回数が少なくてすみ、社会復帰がより容易な治療法である。しかし、頻回の診察ができず、診察までの間に思わぬ合併症の発症や病態の変化を認めることがある。そのため、自己管理による排液、出口部の状況観察、体重、血圧の自己測定などが必要となる。これらの自己管理を透析患者が負担と感じることがPDの増加を妨げる一因だとすると、これらをどこまで簡略化できるかは非常に重要な問題である。本演題ではサテライトクリニックでの管理の実際と問題点を示すとともに、この問題に対して検討、御教示いただき、より安全なPDの施行とPD患者の増加に役立つことを期待したい。

出口部ケア・オープンシャワー・入浴方法はどこまで簡素化できるか

東京共済病院腎臓内科¹⁾、同病院内科外来²⁾

○田村博之¹⁾、花田 繁¹⁾、棚瀬みやび¹⁾、倉田弘美²⁾、平原弘江²⁾

当院では腹膜透析の診療の開始にあたって、今まで用いられてきたマニュアルを基本に、経験とエビデンスをもとに改変した新しいマニュアルを作成しました。その中の出口部の管理について、実施方法を示します。

出口部はカテーテルという異物をまるで自分の皮膚のようにしっかりと固定されことが肝要と考え、そのために、術後から出来るだけカテーテル出口部に引っ張りの圧力がかからないようにすること、除菌を行うことを目的とした手技としました。

1. 術直後よりドレッシングフィルムを用いた創部の密閉とカテーテルの固定。
2. 抜糸直後からの水道水のオープンシャワー。(石けん等は用いません。)
3. 皮膚の常在菌の進入を抑制する消毒。
4. カテーテルの固定。

で出口部ケアを行っています。

入浴は、シャワー浴と浴槽に入る入浴とに分けています。出口部の完成を確認後、浴槽に入る入浴を許可しています。浴槽に入る入浴へは手術後おおよそ3ヶ月ぐらいで移行できるものと考えています。

出口部ケアがオープンシャワーですので、全身のシャワー浴時も出口部には何も覆わずにシャワー浴します。全身シャワー後、出口部ケアを行います。

浴槽に入る入浴ももちろん何も覆わずに入ります。最後に出口部ケアを行います。

完成した出口部とは上皮がしっかりとカテーテルと密着している状態と考えています。なお、一度密着しても、強い力でカテーテルを引っ張ると密着が外れ、浸出液等が出てくるようになりますので、再度密着するまでは、シャワー浴のみとしています。

上記の方法で実施してきた結果をふまえ、出口部ケアの素案を示します。

さらに、出口部の合併症である感染、肉芽、消毒による皮膚の色素沈着などの治療とうについても示したいと思います。

自己管理習得のための教育プログラム

順天堂大学医学部 腎臓内科学講座

○濱田千江子、林 佳代、井尾浩章、富野康日己

【目的】

PD療法は患者自身による自己管理を特徴とする。PDが導入され在宅治療がはじまると、バッグ交換やカテーテルケア、水分管理、食事管理の全てを患者自身が行うこととなる。安全で快適な透析ライフを提供するために自己管理の研修・習得プログラムを準備することは重要である。

【現状】

当院における自己管理習得のプログラムは①保存期における透析療法全般に関する情報の提供、②導入入院期（約2週間）の基礎的PD研修、③外来での個々の症例に則った指導の3段階となっている。近い将来に透析療法が必要な末期腎不全状態と判断されると外来医師から資料とともに透析療法に関する情報が提供される。腹膜透析を希望する患者には、PD外来担当医師から詳細かつ具体的な情報提供が行なわれる。導入時の入院では、看護師がバッグ交換手技・カテーテルケアに関する指導を行い、入院担当医師に加えPD外来担当医師が退院までに基礎的な水分管理、カテーテル関連トラブル・腹膜炎等の感染症に関し個別に指導し、理解の程度を確認している。外来では、毎回外来以降の透析処方を含む水分・溶質の除去、血圧のコントロール、食事管理の状況、カテーテルケアを含めた手技を評価した上で、今後1ヶ月間の生活管理の目標を設定している。

【問題点】

自己管理の自立を習得するうえで最も重要な問題となるのは、導入時のプログラムである。導入時、患者には様々な医療情報が複数の医療スタッフから提供される。患者側の問題点としては①予備知識がない、②体調が末期腎不全状態のため不良である、③透析生活となり将来への不安感をふくめ精神的なストレスが多い点があげられる。医療者側の問題点としては、①短期間に多くの知識を提供する必要がある、②多岐にわたる情報提供のためチーム対応となる（情報の共有が必要）、③患者個々によって提供する情報の種類・程度を考慮する必要がある、④情報は患者自身が確実に行えるよう提供する必要がある等である。

【考察】

環境の急激な変化に対応するため精神的ストレス多い患者に、効率よく短期間に集中して情報を提供するためには、①情報は重要かつ必要最小限であること、②理解しやすい形で提供されること、③step by stepで進行していくシステムであることが重要と考える。

ポスター・セッション

出口部ケアの工夫

出口部ケアの基本的な考え方とテープについての実態調査

日本大学医学部附属板橋病院透析室¹⁾、内科学講座腎臓内分泌内科部門²⁾

○貝沼成子¹⁾、梶 英子¹⁾、丸山範晃²⁾、岡田一義²⁾、松本紘一²⁾

PD カテーテルの感染予防は、種々のガイドラインの中で血管留置カテーテル挿入による基準が代用されており、明確なガイドラインがないのが現状である。

手洗いと手指消毒に関しては、石鹼と流水による手洗い、あるいは、アルコールをベースにした擦り込み式消毒剤を用いた手指消毒が推奨されているが、手指汚染の程度、常在細菌叢の減少程度、一過性細菌叢の機械的除去の重要性なども考慮する必要がある。

出口部の皮膚消毒に関しては、2%グルコン酸クロルヘキシジン（日本では、0.5%のみが許可）、ヨードチンキ、10%ポビドンヨードが推奨されているが、ポビドンヨードゲルや抗菌薬含有軟膏の使用は推奨されていない。

出口部の保護に関しては、滅菌カーゼとフィルムドレッシングが推奨されているが、汗の多い患者には滅菌ガーゼのほうがよいと考えられている。皮膚のドレッシング交換回数に関しては、滅菌カーゼ 2～3回/週、フィルムドレッシング 1回/週が行われている。

東京地区の各施設で出口部ケアに使用されているテープ（不織布、レーヨン不織布、ポリエステル・レーヨン混合、メッシュ、ポリウレタンドレッシングフィルム、布、ビニール、プラスチック、ポリウレタンドレッシングフィルム、ポリオレフィン系フィルムなど）の実物および素材・メーカーなどを示す。

PD カテーテルの感染を予防するための evidence-based medicine を確立し、ガイドラインを作成する必要がある。

出口部の消毒方法

(1) ヘキザックR

貴友会王子病院

○矢野由紀、大沼裕美、窪田 実

(2) ステリクリン+ASケア

東京女子医科大学田端駅前クリニック

○川村知子、木下千栄子、船木威徳、西村英樹、樋口千恵子、佐中 孜

(3) 消毒・シャワー洗浄

杏林大学医学部附属病院腎・透析センター

○加藤千代美、田中和子、福岡利仁、山田 明

(4) 10%NaClを使った消毒方法

東京医科大学病院

○中川公子、吉浜陽子、神保洋子、戸田さやか、吉田ともみ、森谷悦子

出口部ケアとカテーテル固定の工夫

多摩北部医療センター

○高田雅恵、中村麻紀子、鈴木田鶴子

東京P D研究会会則

第一章 総則

- 第1条 本会は東京P D研究会と称する。
第2条 本会は事務局を社会福祉法人 三井記念病院 腎センターにおく。

第二章 目的および活動

- 第3条 本会は腹膜透析療法の研究を通じ、治療技術の進歩、本療法の普及、啓蒙並びに腎不全患者の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・研修会等の開催
 2. 抄録誌・学術集会誌等の刊行
 3. その他、本会の目的に沿った学術的調査・研究等の活動

第三章 構成員

- 第5条 本会の会員は役員（第四章、第8条）の他、本会の目的に賛同し、学術集会に参加する者とする。
- 第6条 本会活動（主に学術集会）への参加者は、東京都内および近隣地域の医療機関並びに研究施設において、腎不全治療およびその周辺医療に携わる、あるいはこれから携わろうとする全ての医師、看護師、臨床工学技士、薬剤師、栄養士、MSW、臨床検査技師、放射線技師、およびその他のコメディカルスタッフとし、集会等への参加は各施設、各人の自由意思に基づくものとする。
- 第7条 前述以外の団体、個人においても事務局に届け出、承認を得た場合には学術集会に参加することができる。

第四章 運営および役員

- 第8条 本会に次の役員をおき、各々協力して会の運営、発展に努める。
- | | |
|---------|------------|
| 1. 代表幹事 | 1名 |
| 2. 幹事 | 10名前後 |
| 3. 当番幹事 | 1名（幹事持ち回り） |
| 4. 監事 | 1名 |
- 第9条 幹事の互選によって代表幹事1名を選出する。代表幹事は本会を代表し会務を統括する。
- 第10条 幹事は代表幹事の推薦により、幹事会の承認をもって任じられる。幹事は幹事会を構成し、本会の運営を協議し、会務を執行する。
- 第11条 当番幹事は幹事の持ち回りとし、当期学術集会を本会会則に基づいて企画・主宰する。
- 第12条 当番幹事は事務局並びに各幹事の協力を得て、学術集会等の開催の実務を担当する。
- 第13条 監事は本会の業務および経理を監査し、定期幹事会において報告する。
- 第14条 役員の任期、改選方法については当分の間定めず、本会発展の推移において協議する。
- 第15条 役員が退任しようとする時には、理由を付して退任届を代表幹事あてに提出しなければならない。

- 第16条 役員が本会の名誉を著しく傷つけた時、または本会の目的ないし役員としての義務に違反する行為を行った時は、幹事会の議決を経て除名することができる。
- 第17条 本会に顧問をおくことができる。顧問は幹事会で推薦し、代表幹事が委嘱する。顧問は幹事会に出席して発言できるが、議決権はない。

第五章 幹事会

- 第18条 代表幹事は原則として年1回、定期幹事会を招集する。但し、代表幹事が必要と認めた場合、あるいは2名以上の幹事から会議の目的を示して要請があった時は、その日から30日以内に臨時幹事会を招集しなければならない。
- 第19条 1. 幹事会の成立は現幹事数の過半数の出席をもってし、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。
2. 幹事会の議決は出席者の過半数をもって決する。

第六章 学術集会等

- 第20条 学術集会は毎年1回開催する。
- 第21条 学術集会の開催日および会場は、幹事会が決定し、当番幹事が企画・主宰する。
- 第22条 学術集会開催当日、参加者より参加費を徴収する。
- 第23条 学術集会参加費は、幹事会にて協議のうえ隨時定めるものとする。
- 第24条 学術集会の記録として学術集会誌および抄録集を刊行、または電子媒体により公開することができる。

第七章 会計

- 第25条 本会の活動に要する費用は、学術集会参加費（第六章、第22条）および団体からの寄付をもってあてる。
- 第26条 本会の会計年度は1月1日から12月31日までとする。

第八章 会則の改定および本会の解散

- 第27条 本会の会則は幹事の3分の2以上の賛同、承認を得て改定することができる。
- 第28条 本会は幹事会において4分の3以上の賛同、承認を得なければ解散できない。

第九章 補則

- 第29条 その他の活動（第二章、第4条の3）については、必要に応じ幹事会にて協議する。
- 第30条 本会の活動を通じて得た学術的、統計的情報を、幹事会の許可なく、本会の活動以外の目的に使用することはできない。
- 第31条 1. 本会則は平成6年1月1日より発効する。
2. 本会則は平成16年7月1日に改定した。
3. 本会則は平成17年7月1日に改定した。
- 第32条 本会則に定めるものの他、本会の運営その他の必要事項については、幹事会の議決を経て定めることとする。

代表幹事 多川 齊

幹 事	石橋由孝	岡田一義	窪田 実	栗山 哲
	篠田俊雄	杉本徳一郎	中尾俊之	原 茂子
	樋口千恵子	本田雅敬	水入苑生	横山啓太郎

監 事 佐中 孜

(五十音順)

事 務 局 社会福祉法人 三井記念病院 腎センター

TEL : 03-3862-9111 FAX : 03-5687-9765

〒101-8643 東京都千代田区神田和泉町 1

