

25 腎不全患者の保存期からのサポート体制 ～栄養科・外来・病棟・透析の連携体制作り～

松本市立波田総合病院 腎・透析センター

看護部¹⁾ 木村順子・浅田奈緒子・波多腰あや子・青木聡美・百瀬幸重
塩原志づ子・竹内亜矢子・小松まさみ・和氣広美

腎臓内科²⁾ 赤穂伸二²⁾ 高橋京子²⁾ 栄養科³⁾ 宮尾佳代³⁾

I. はじめに

当院で2007年から2009年の3年間に*緊急導入者14名,*計画導入者12名,計26名の患者が透析導入となっている。導入となった患者家族の思いを傾聴する過程で、透析を受け入れられない様子や、様々な不安を抱いており、理解するには十分な説明や時間が必要だと感じた。特に緊急導入患者にその傾向が強く見られ、腎不全保存期からの指導の重要性に気付いた。患者の悩みや不安を聴き、必要な時期に指導や説明を行うことで透析導入時期を遅らせ、当院の傾向であった約半数に及ぶ緊急透析導入を看護師の早期介入により減らすことができると考えた。そこで2009年3月より関連部署の連携体制を強化し、8月より慢性腎臓病(以下CKD)患者に対し包括的に関わり、早期看護介入を開始した。その経過と看護師介入の効果を報告する。

《緊急導入・計画導入の定義》

*緊急導入(カテーテル透析導入後アクセス形成)

*計画導入(アクセス形成手術後、透析導入)

II. 連携体制作り(連携ミーティングの実施)

連携部署:内科外来・病棟・栄養科・透析センター

《連携部署スタッフへの動機づけ》

期間 2009年3月～5月

*CKD患者への早期指導の必要性

*各部署が連携を深め情報を共有し看護介入によりもたらすメリットを説明

*各部署の現状把握と問題解決策検討

*患者連携用紙を作成(情報共有のため)

《CKD患者の早期看護師介入の準備》

期間 2009年6月～7月

*患者連携用紙活用の説明と理解を深める

*糖尿病性腎症から透析導入となる患者の経過の理解と早期介入の検討(糖尿病専門医)

《対象患者のケースカンファレンス》

期間 2009年8月～現在

*個々の患者の早期問題解決を図る

この連携ミーティングで、まず各部署の現状把握を行った。共通した問題点をあげ問題解決に向けた検討を行った。

➤ 問題点1 《CKD治療の知識不足》

解決策

1. 腎不全看護は難しいという意識や知識不足を解消するため勉強会を実施
2. ミーティングではケースカンファレンスを中心に意見交換を行う

➤ 問題点2 《各部署間の連携不足》

解決策

1. 連携用紙を作成(添付資料1)

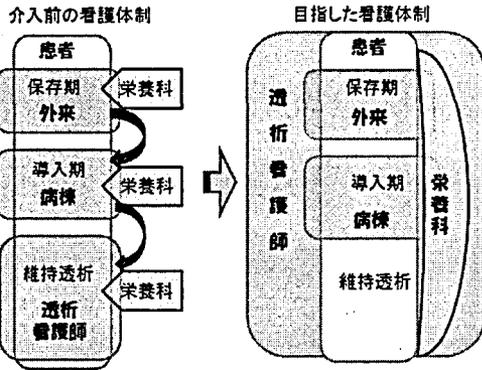
CKD患者の状態変化に応じた包括的な看護介入を行うために必要な連携用紙作成や連携方法を検討

《目指した看護体制》

今までの看護体制では外来・病棟・透析がリレー式で関わり、1人の患者のストーリーが途切れ途切れになっていた。今までの体制を見直し新たな体制を作り(図1)、2009年8月より透析センター看護師によるCKD患者への看護介入を開始した。

木村順子(看護部) 松本市立波田総合病院 腎透析センター

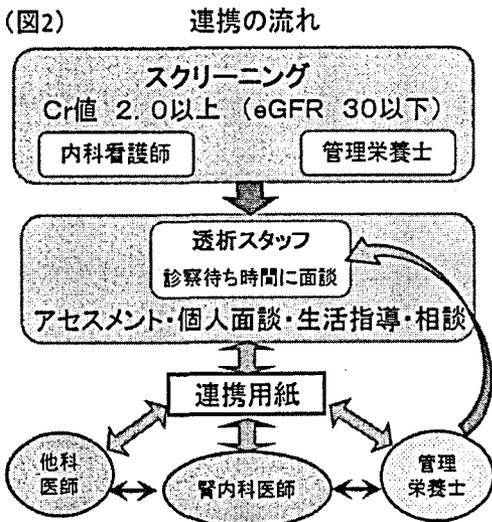
(図1) CKD患者への看護体制の変化



III. 対象患者スクリーニング

最近の傾向として糖尿病性腎症(以下DM性腎症)による透析導入者が増えていること、高血圧や高齢が及ぼす心血管系疾患からの透析導入が多いことから、腎外来以外の患者に対しても、CKD としてとらえ看護介入が必要である。そこで内科外来看護師によりクレアチニン値 2.0 以上・平均 eGFR30 以下でスクリーニングを行った。また、栄養科で入院中の患者に対し腎臓食を提供している患者をピックアップしてもらうこととした。

IV. 連携・介入の流れ (図2)



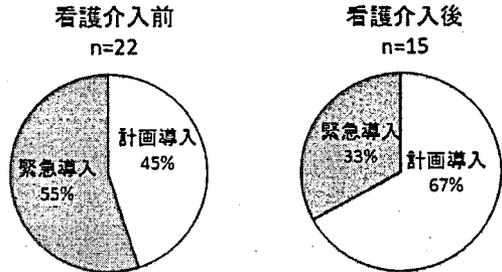
診察日の検査結果待ち時間 (30分~1時間) を利用して面談を実施。患者・家族の病気に対する悩み

や相談を最優先とし、内容は多岐に及ぶ。治療や病状などの疑問に答え、腎臓の機能・腎不全症状への理解を深めていただく努力をしている。病期が進行してきた場合は、患者家族が透析治療を理解し自分らしい生活を第一に考えた療法選択ができるよう傾聴の姿勢とコミュニケーション技術を活用している。面談中に得た内容を連携用紙に記入し医師に伝え診察の参考にしてもらっている。他科の患者にも透析センターの看護師が介入し腎専門医と連携しながら、腎性貧血治療の提案や吸着剤の内服調整などを行い、以前より早い段階で腎保護のケア提供が出来るようになった。

V. 結果

この体制により、今までは溢水状態で緊急導入となりがちであった DM 患者を症状が悪化する前に対応し、計画導入することも可能となった。計画導入の場合、尿毒症など症状が現れる前にアクセス形成目的での入院のみとなり、平均在院日数は介入前の 24.8 日から 10.7 日に短縮することができ、緊急導入は 55% から 33% に減少した (図 3)。

(図3) 看護介入前後の導入経緯変化



計画導入ができた 10 名はアクセス形成後、外来通院を続け準備をしたうえで導入となっている。アクセス形成後、導入までの期間は平均 73 日であった。緊急導入患者は DM 3 名 (eGFR9.2)・脳出血 1 名 (eGFR7.2)・腸穿孔 1 名 (eGFR11.0) であった。DM による導入患者 2 名は、初回面談時既に溢水状態にあり導入が必要な状態であり、1 名は院外紹介からの緊急導入であった。いずれも腎不全の認識が低く指導不足であった。

VI. 考察

《早期看護介入の効果》

CKD 患者は長期的経過により病状が変化していく。また独居高齢者や老々介護家庭も多く家庭背景を考慮した関わりも必要である。自覚症状がない CKD 患者に生活習慣・食習慣を改善させることが重要であり、早い段階から看護師が関わり患者のセルフマネジメントへの動機付けをしていくことが、その後の経過に大きく影響していくと実感した(図4)。

(図4) 早期看護介入の効果

CKDステージ	説明・指導	効果
3~4	生活改善・食事指導 腎機能説明 腎保護治療説明	行動変容
4~5	症状説明 患者家族の思い 療法選択説明	腎不全 透析治療の 理解
導入期	生活変化の説明 透析治療の説明 症状アセスメント	信頼関係

《CKD 治療における看護師の役割》

CKD 変化に合わせ医師から専門的な指導や説明がなされるが、情報を持たない患者にとって1回で理解できるものではない。また医師から説明された内容が理解できなくても、それを言い出せないこともある。そのため患者の気持ちを代弁し医師に伝えることも看護師の大切な役割である。看護師は患者のいちばん身近にいる。常に患者側に立ちコミュニケーションをとりながら、患者が理解しやすい情報提供を行いアドバイザーとなり、患者自身が問題解決していくための協力者となることが看護師の役割であると考えられる。

参考文献

- 1) 日本腎臓学会編：CKD 診療ガイド2009 改訂第2版 東京医学社, 2009, ISBN978-88563-185-6
- 2) 日野佐智子, 他：末期腎不全患者への医療情報提供と準備. 臨床透析 2009 10. vol. 25, p. 51-56, 日本メディカルセンター
- 3) 近藤房江：セルフマネジメントとは何か. 臨床透析 2009 11. vol. 25, no. 12, p. 51-56, 日本メディカルセンター
- 4) 監訳 太田喜久子, 他：フォーセット看護理論の分析と評価 新訂版 p. 243-292, 医学書院, 2008, ISBN978-4-260-00634-7
- 5) 城ヶ端初子：優しい看護理論 改訂2版 p. 27-42, MCメディカ出版, 2005, ISBN978-4-8404-1418-0

添付資料

(資料 1)		慢性腎臓病連携用紙 NO1	
ID	氏名	様	歳 生年月日
現在の病状についての患者・家族の認識を確認しサポートする			
腎不全保存期(透析導入準備期)	初回観察項目(血清Cr2.0以上が対象)		現在の病状に対する認識・理解度・本人家族の考え
	<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧治療	治療開始時期	腎不全について自覚していない 腎不全ステージ5であることを話すと 「腎臓が悪くなると治らないのかねえ」と言う 指導開始項目 <input checked="" type="checkbox"/> 腎臓の働き 引き続き要指導 <input type="checkbox"/> 尿量測定指導 <input type="checkbox"/> 食事・水分制限 <input checked="" type="checkbox"/> 腎不全について <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病性腎症について <input type="checkbox"/> 腎不全の療法
	<input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病治療	薬剤治療開始時期 インシュリン 降血糖薬	
	<input checked="" type="checkbox"/> 視力低下	程度	
	<input type="checkbox"/> 食欲不振	程度	
	<input checked="" type="checkbox"/> むくみ	程度	
	<input checked="" type="checkbox"/> 日常生活に支障をきたす倦怠感	日常生活障害の程度 中程度(日常生活が著しく制限される) 高度(尿毒症症状のため起床困難)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 腎性貧血治療	エポジン治療あり (なし)	
	<input type="checkbox"/> 持続的蛋白尿	蛋白制限あり g/da	
	<input type="checkbox"/> 多尿・夜間尿	尿量 約 ml/day	
透析導入前	患者の生活背景および家族構成		キーパーソン 嫁んでいる娘
	食事について		現在の栄養制限
	自宅での調理者	夫	エネルギー kcal
	買ってきた		蛋白 g
		カリウム mg	
		お惣菜が多い	塩分 g
栄養指導または最近の指導		年 月 日	指導内容・患者の反応や理解度・今後の予定
内服薬について			
既往歴			
		月日	内容
		記入例	
		2009/8/25	夫と二人暮らし県住4F階段 (夫は、右麻痺装具装着し歩行可) 食品の買い出しは娘、調理は夫 栄養バランス不良(栄養指導必要) 低血糖症状時々あり 倦怠感強く、日常生活障害あり 腎不全ステージ5であることを話すと「腎臓が悪くなると治らないのかねえ」と言う 腎性貧血の進行あり (エポジン使用検討してください) 家族も含めた指導が必要 全身浮腫あり、自宅での体重測定を指導しました