

## 29 腹膜透析外来における外来継続クリニカルパスを用いた試みと評価

佐久総合病院 透析室 鷹野 美代子 芝田 房枝  
小中沢 絵里子 依田 久美子 池添 正哉 山崎 諭

### 【はじめに】

腹膜透析（以後 PD）患者が、在宅で適切な自己管理を継続していくには、看護師の指導やサポートが重要な役割をはたす。月 1 回外来受診時の、看護師の関わりは、重要で、治療の継続に大きく関与している。しかし、当院では平成 19 年 4 月より、7 対 1 入院看護基準の導入により、外来部門である透析室では、看護師配置数の減少が余儀なくされた。

それまで専任制で担当していたが、師長を含む兼任看護師 5 名で、日替わりで月に 1 回程度、担当する状況になった。緊急時の問い合わせ先が透析室であり、担当看護師は情報不足から、電話の対応が困難で不安が強いとの意見がでた。今回 PD 外来患者に対し、医師・外来、病棟看護師間で情報の共有化を行い、統一した治療看護を提供する目的で、継続クリニカルパス（以後パス）を用い評価したので報告する。

### 【研究目的】

1. 当院の治療状況を把握し、至適透析が提供できているか調査する。
2. パスを用い、医師と看護師が情報の共有化を行う。
3. パスを用いて記録の時間の短縮を図る。
4. 入院病棟との連携をはかり、継続看護を実践する。

### 【背景】

- (1) 病床数 821 床、急性期医療を中心とした総合病院長野県東信地域の中核病院としての役割を担い、平成 18 年 4 月より DPC を導入しており、現在 155 種類のパスを使用、平均在院日数 15.7 日、稼働率 91%
- (2) 看護部概要  
看護師（保健師・助産師含む）899 名看護職員平均年齢 38.4 歳、平均勤務年数 11.4 年、離職率 8.4%
- (3) 血液透析の状況  
ベッド数 50 床、外来血液透析患者 178 名、入院患者約 18 名、腹膜透析患者数 30 名（内 SMAP

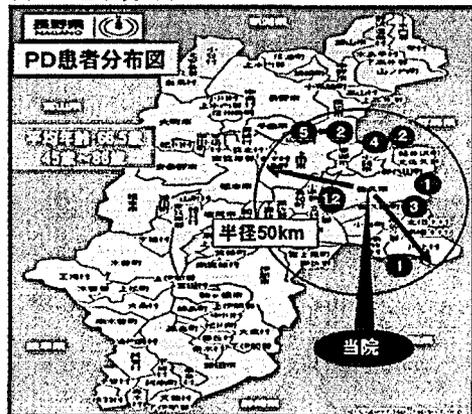
鷹野 美代子 成人病棟 2 階透析室  
〒384-0301 佐久市白田 194 ℡(0267)82-3131

者 35 名、週 1 回外来（医師専任）

法 7 名）、週 2 回外来（医師別）腎移植後外来患  
(4) 透析室スタッフ数

看護師 16 名（PD 兼任 5 名）、平均年齢 42.3 歳、  
透析室経験年数 5.8 年、臨床工学技士 11 名、看護  
助手 3 名、介護福祉士 1 名

(5) PD 患者分布図



長野県、東信地域にて唯一の PD 療法を行っており、東信地域全体に分布し、通院圏はおおよそ半径 50 キロメートル以内です。通院方法は、公共交通機関が少なく自家用車がほとんどです。平均年齢 66.5 歳。70 歳以上新規導入者は 57% をしめ、新規導入、最高年齢は 85 歳です。

### 【研究方法】

研究期間：2009 年 9 月 1 日～2010 年 4 月 30 日  
対象患者：PD、PD・HD 併用患者、SMAP 埋め込み中 PD 外来通院中の患者 30 名

方法

- ① 患者の管理状態の把握  
（当院での PD 患者の継続率・離脱率・腹膜炎発症率の算出）
- ② 透析室 PD 担当看護師へアンケートを実施し、現状の問題点を把握する
- ③ 医師・病棟看護師の意見も踏まえ、外来継続パスを作成し評価する

### 【結果 1】

当院での PD 患者管理状況  
継続率：33.7 ヶ月/患者数

離脱率：22.7%

腹膜炎発症率：1回/75.5患者月

当院ではラストPD導入患者(高齢者)が多く、継続率は全国平均より下回るが、離脱率、腹膜炎発症率は全国平均より良好でした。

### 【結果2】

透析室看護師アンケート結果です。

1. PD 患者の状態把握が難しく、電話相談時の対応に不安がある。特に PO 条件の問い合わせに困る
2. 医師、看護師の記録が別々にあり記入内容が重複し、時間の無駄であり、業務の負担が大きい
3. 入院病棟からの患者情報が把握しにくいなどの意見がほぼ全員の看護師より聞かれた。

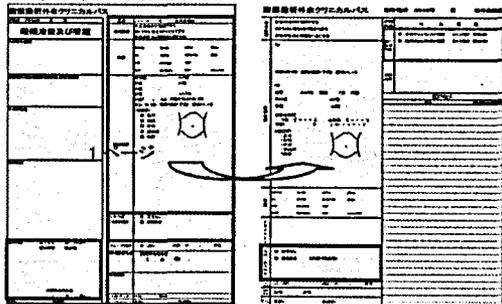
### 【対策1】

結果2より、クリニカルパスを作成した。

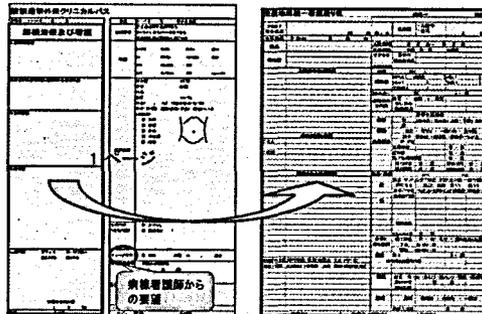
達成目標

- ①至適透析が継続できる
- ②トラブル発生時対応ができる
- ③日常生活に問題なく過ごせる

医師・看護師共に、一番欲しいPD条件に関しては、どのパスにも治療内容としてタスクに入れ、変更あり・なしのチェックボックスを設けている。はじめ作成したパスは病棟看護師が記入した、継続看護用紙の、右半分より記載し始めたが、医師より記入欄が狭く使いにくいと指摘されたので、A4、1枚に変更した。



看護師は診察前に一般状態の把握をしながら、手技と治療のチェックリストを用い、在宅での管理状況を確認する。手技のチェックリストは80%を、治療のチェックリストでは100%を、達成基準とした。基準に達しない場合は再指導とした。これが実際に使用しているチェックリストです。



次に病棟と外来の、継続看護を明確にする為に、病棟看護師に専用の用紙を作成し依頼をした。しかし、院内統一で、退院時、在宅療法が必要な患者には東信地区統一看護・送り状を必ず作成する約束があり、記録内容が重複して負担が大きいと指摘された。そこで記載内容の統一をし、看護送り状に記入することに変更した。また、病棟看護師からの要望で、チューブ交換日のタスクを追加した。取り組み後のアンケートでは、PD治療内容の変更が分かり易くなり、電話対応の不安が軽減した。時間は掛かるが、チェックリストを用い個々の患者・家族と面談することで在宅の様子を知ることができ、個別性のある指導に結びついた。また、取り組み前は診療終了後に時間を設け記録を行っていたが、チェックリスト確認時に記録する事により記録の時間短縮に結びついたという回答が得られた。

### 【考察・まとめ】

- ①当院のPD療法は患者の平均年齢を加味し、全国の数値と比較し、標準的であると推測される。
- ②外来継続クリニカルパスを用いる事で情報の共有化が図れた。
- ③記録の時間短縮に結びついた。
- ④病棟との連携が深められた。

### 【今後の課題】

栄養指導など他職種が関与できるパスに修正すると共に、入院病棟との連携がより深められるパスの作成を検討する予定です。また、2012年1月の電子カルテ導入にむけ、対応できるパスの作成に取り組んでいきたいと考える。