

File 20

医療法人 新都市医療研究会君津会

玄々堂君津病院  
総合腎臓病センター

所在地：千葉県君津市東坂田4-7-20  
透析ベッド数：玄々堂君津病院49床、入院透析10床  
坂田クリニック50床  
玄々堂木更津クリニック52床  
南大和病院52床、入院透析6床  
南大和高座クリニック22床  
透析患者数：825名（2015年3月24日現在）  
血液透析816名、在宅透析2名、腹膜透析7名

当院の透析室は1974年から透析治療を開始し、患者さんの増加に伴い少しずつ拡張を重ね、2012年に総合腎臓病センター\*を立ち上げて、現在は800名以上の透析患者さんの治療を行っています。平均年齢は66.1歳で、透析歴40年を迎えた方が2名います。また、2013年から腹膜透析と在宅透析の受け入れ体制を整え、慢性腎臓病（CKD）患者さんの生活スタイルに合わせて、血液透析、腹膜透析、腎移植、在宅透析の治療が選択できるようになりました。看護師はすべての治療においてコーディネーターとして関与し、患者さん教育や患者さんおよび家族の精神的サポートを行っています。そして患者さんが安心して治療を受けられるように継続的なケアを行っています。

\*総合腎臓病センター：医療法人新都市医療研究会君津会に属する2病院3透析クリニック（玄々堂君津病院、坂田クリニック、玄々堂木更津クリニック、南大和病院、南大和高座クリニック）で血液透析、腹膜透析、腎移植、バスキュラーアクセス治療、急性血液浄化などを行う。



CAPDチームメンバー。前列右から2人目が筆者

総合腎臓病センターにおけるチーム活動の実際

執筆

木村 純子 さん（看護部副看護部長、透析師長、血液浄化部副部長）

はじめに

当院は地域における慢性腎臓病（CKD）患者さんの医療連携を図る目的で、2012年に総合腎臓病センター（以下、腎センター）を設立し、15チームを編成して、最新医療の提供に取り組んでいます。本稿では、腎センターにおける代表的な3チームを紹介します。

CAPDチーム：  
受け入れ体制づくり

まず、筆者が担当しているCAPD（腹膜透析）チームは、腎代替療法におけるすべての治療を、患者さん自身が選択できるように2012年から1年の準備期間を設け、活動を開始しました。筆者は以前にCAPD看護に携った経験はありますが、土台ができていない当院で一から立ち上げるに当たり、何から準備すればよいか悩みました。そこで、①CAPDに関わる看護師に基礎的知識・技術を教育すること、②外来からCAPD導入までの流れを明確にすることとし、CAPDを受け入れる病棟と関連部署との連携を目指して、各職種より16名のメンバーを集め、プランを立案しました。チームメンバーへの教育は業者の協力を得て勉強会を開催し、院内へのスタッフにも参加を呼びかけました。さらにCAPDの理解ができるように、チームメンバーで分担してCAPDマニュアル（表）を作成しました。そんな中、CAPD導入直前の2カ月前に当院での電子カルテ導入が決まり、急遽電子カルテについても打ち合わせを行いました。

このようにして、完成したCAPDマニュアルは全職員を対象に説明会を開催しましたが、部署での問題点が続出、このまま

表 CAPDマニュアル作成内容

腎代替療法の説明	①患者説明パンフレット、②腎代替療法の説明方法
CAPD概要	①導入用基礎情報用紙、②CAPDシステムの特徴
入院	①入院～退院までの流れ、②導入クリニックパス
手術	①手術クリニックパス、②コンディショニング
CAPDトレーニング	①バッグ交換、②記録ノート、記載方法、③出口部ケア
物品準備	①必要物品チェックリスト、②薬品・機材配送
試験外泊	①外泊時の観察ポイント、②異常時の対処方法
退院・在宅でのCAPD開始	①退院時申し送り用紙、②定期外来受診

では、導入部署のCAPDチームメンバーの負担が大きくなるだけで、管理的に検討すべき課題が多く残されてしまいました。そこで病棟の看護師長と相談し、介入の不足点を補いながら準備を進め、CAPDは予定通り2013年4月に1病棟で運用を開始しました。CAPD患者さんが増えるに伴い、1病棟だけの受け入れ体制では対応が困難となり、2014年から2病棟でCAPDの対応を可能にしました。

チームリーダーは、いかにして全体を把握し、問題が発生している部署に対しては、チームメンバーだけに任せるのではなく、メンバーの相談に乗り、部署の看護師長を巻き込み、一緒に問題を解決していくかが必要だと痛感しました。

腎臓内科外来においては、推算糸球体濾過量（eGFR）20以下の患者さん100名を医師別にリストアップし、腎代替療法の説明状況を把握して、介入が必要な患者さんに対してカンファレンスを行います。医師と看護師が連携して腎代替療法説明に力を入れ始めてから、CAPDを希望する患者さんが増え、計画的なCAPD導入を行い、外来と病棟との連携がスムーズになりました。今後もCAPDチームメンバーからの意見や問題提起に耳を傾けて、一緒に解決法を考えていきたいと思っています。

CKD患者教育チーム：  
教育入院マニュアルとパスの作成

CKD患者教育チームでの最初の取り組みは、教育入院マニュアルとパスの作成でした（図）。腎臓内科外来には他施設

図 CKD教育入院パス（患者用）

からの紹介がありますが、末期腎不全になってからの紹介が多く、緊急透析をせざるを得ないケースがあります。また、患者さんはCKDの自覚症状が少ないため、初期段階での教育入院パスの活用がなかなか行えませんでした。そこで、CKD担当医師と相談し、さまざまな疾患で入院している患者さんの腎機能をチェックし、CKD初期段階の患者さんに教育入院パスの使用を検討しました。さらに腎臓内科外来でも受け入れが可能にならないかと考え、近隣地区の保健師さんとCKD管理について連携する機会を設けました。その結果、市の健診で蛋白尿を指摘された患者さんからの受診相談や保健師さんからの相談が腎臓内科外来に入るようになりました。

さまざまな角度からアプローチするCKD患者教育チームは、腎臓病教室を開催し、外来患者さんとともに職員や保健師さんと一緒に勉強しています。地域におけるCKDの早期発見と治療が行えるよう、チーム一丸となって取り組んでいます。

フットケアチーム：  
徹底した技術教育

フットケアチームでは、フットケア外来の立ち上げに向けて、研修会参加、他施設見学、月2回のフットケア技術訓練、フットケアマニュアルの作成などを7カ月の準備期間で行い、2012年7月31日に、フットケア外来を開設しました。外来開設当初から、患者さんの増加と足病変の重症度は予想を超え、対応する看護師の人員不足となり、フットケア外来を担う看護師の増員を行いました。フットケア経験の浅い看護師の教育には健常者の足で徹底した技術訓練を行い、患者さんの足でフットケア経験を重ねてアセスメントを繰り返し、リスクのある患者さんのフットケアを不安なく行えるようになってきました（写真）。

フットケア外来開設1年目の評価では、組織的なサポートが得られ、医師と一緒に学習でき、看護師のやる気につながったとの評価が得られた一方、フットケア外来の運営体制が不明瞭で、1人の看護師への責任が重いといった評価も聞かれました。この評価をもとに問題点を検討し、看護師主導のフットケア外来の方向性を明確にし、フットケアマネージャーの導入や透析室でのフットケアを開始しました。

透析室ではこれまでフットケアを実施していましたが、月に2回1日中、技術訓練を受けた透析室看護師が、透析中の患者さんの足をアセスメントし、フットケアを行います。糖尿病足病

変ハイリスク要因を有する患者さんには、フットチェック、爪切り、角質切除、足浴などのフットケアを実施し、足の保清、保湿、熱傷予防、傷を作らないための方法、靴の選び方・履き方、足の異常発見時の早期受診など、予防的フットケア方法についても指導を行います。さらに経皮的血管形成術（PTA）を行った患者さんに対して、毎月のフットチェックで経過観察を行い、異常の早期発見に努めています。何よりも、その場で担当医師に相談ができ、タイムリーな透析室での診療が可能になりました。

フットケアチーム全体で技術向上に取り組む熱意が、病院内に伝わっています。



写真 フットケア外来の様子

おわりに

腎センターの3チームの取り組みを紹介しました。チームリーダーが現状を分析し予測してマネジメントを行っても、必ずうまくいくとは限りません。実践してみて初めて分かる問題も多々あります。患者さんの問題やスタッフの問題、病院組織として考えていくものなどさまざまです。その問題としっかり向き合い、1つひとつ丁寧に解決していくことが大事だと思います。新たな問題に向き合う中で、さらに発展的な課題が見えてくることがあります。

在宅透析チームでは、患者さんの教育のみならず、患者さんを支える家族の負担を軽減する取り組みが必要になってきました。災害対策チームでは、職員間だけでなく、患者さんとともに災害対策に取り組んでいく必要性がでてきました。バスキュラーアクセスチームでは、多職種間で症例カンファレンスを行うことで技術の向上がみえてきました。これからも15チームがそれぞれの立場で多職種と協働して取り組み、地域のCKDを抱える患者さんの役に立てればと願っています。新しく加わった南大和病院との連携も強化し、地域における腎センターとして、さらなる発展に向けて努力していきたいと思っています。