

平成 21 年 5 月 8 日現在

研究種目：基盤研究 C

研究期間：2006～2008

課題番号：18592450

研究課題名（和文） 腹膜透析療養者の地域連携支援グランドモデルの構築に関する研究

研究課題名（英文） Structure of Support System by Corporation with Health and Welfare Professions for Home Setting Peritoneal Dialysis Patients.

研究代表者

三村 洋美（MIMURA NADAMI）

昭和大学・保健医療学部看護学科・准教授

研究者番号：30382427

研究成果の概要：本研究の目的は、在宅の腹膜透析療養者が在宅療養を継続できるように支援を受けられるような地域連携のモデルを構築することである。地域連携のための役割の明確化を行い、地域連携のグランドモデルを策定した。それを活用して3つのモデル地区において在宅の腹膜透析療養者の在宅支援を行い、その評価を行った。グランドモデルとしては、医療および福祉の専門職者の役割が明らかになり、それぞれが主に担当する支援内容の明確化と連携の方法が明確になった。グランドモデルを一人ひとりの腹膜透析療養者にあてはめてモディファイモデルを作成して連携支援を行った結果、グランドモデルの活用によってそれぞれの専門職者がより専門的な支援を行えるようになり、役割分担がうまく行えるようになった。さらに医療および福祉の専門職者の在宅療養を継続することへの自信にもつながった。今後は、在宅療養の継続として、このグランドモデルを活用して終末期まで支援できるかどうかの検証を行うことが課題である。

交付額

（金額単位：円）

	直接経費	間接経費	合計
2006年度	1,200,000	0	1,200,000
2007年度	1,000,000	300,000	1,300,000
2008年度	700,000	210,000	910,000
年度			
年度			
総計	2,900,000	510,000	3,410,000

研究分野：高齢者看護，在宅看護

科研費の分科・細目：看護学・在宅看護

キーワード：腹膜透析，在宅療養，透析療法，高齢者ケア，地域連携

1. 研究開始当初の背景

(1) 透析療養者の在宅療養

わが国の透析療養者は年々増加の一途をたどり、療養者の導入年齢は65歳を超え、透析医療費のますますの増加が予測される。

さらには、血液透析療養者が増大しており、高齢になった場合に病院に透析のために通院できない場合も出ており、入院を余儀なく

される場合もある。腹膜透析療養者は血液透析療養者に比べ、療養者数は少ないが透析を行う場所が在宅であり在宅で誰かが透析の管理を行えば入院しなくとも透析を行うことができる。この点において透析療養者の生活の質は高く保つことが可能であり、入院医療費を削減も可能な治療法であると考えている。

(2) 腹膜透析療養者への在宅支援

腹膜透析は在宅療養を支える医療および福祉の専門職者に理解されているとはいいがたい。在宅療養をする腹膜透析療養者の支援については在宅系のサービス事業所は消極的である。さらにケアマネジャーも腹膜透析について分からず、何か異常が起これると混乱を来し、適切なサービスの変更を行うことが難しい。

腹膜透析療養者に適切な支援が行えれば、高齢者の腹膜透析療養者も在宅療養で生活を行うことが可能である。そのためには在宅療養に関する医療職者である、訪問看護師、開業医、基幹病院の腎臓内科専門医、腹膜透析専任看護師の連携が必要である。さらに在宅療養に関する福祉職者である、ケアマネジャー、ホームヘルパーの連携も必要である。腹膜透析療養者の在宅療養に関するすべての専門職者が連携する必要がある。しかし、基幹病院の腎臓内科専門医、腹膜透析専任看護師とケアマネジャー、ホームヘルパーはほとんどの場合、接点がなく、協働することも難しい。

2. 研究の目的

在宅の腹膜透析療養者が在宅療養を継続できるように支援を受けられるような地域連携のモデルを構築することである。

具体的には1つ目は在宅支援を行う医療と福祉の専門職者の役割の明確化を行い、ランドモデルを作成することである。2つ目はランドモデルを運用して医療と福祉の専門職者が連携した支援を実施し、その評価を行うことである。

3. 研究の方法

(1) 3ヶ所のモデル地区を設定し、医療および福祉専門職者へのヒアリングおよび連携のためのワークショップを開催した。

(2) ランドモデル作成のためのワークショップを行い、ランドモデル作りと療養者一人ひとりに合わせてモディファイモデルを策定した。

(3) 3ヶ所のモデル地区で、実際に策定したモディファイモデルを運用し、評価を行った。

4. 研究成果

(1) 医療および福祉専門職者へのヒアリング結果

在宅系では、訪問看護師8名とケアマネジャー5名、ホームヘルパー9名、開業医1名にヒアリングを行った。

それぞれの専門職者は、共通して腹膜透析の在宅支援については重要性があることを認識していた。しかし、訪問看護師の中には緊急時の対応については、自信がないため病院搬送をすることが最善の手段だと答える

ものもいた。また、緊急時の対応として腹膜炎の処置として腹膜洗浄をしながら基幹病院の腹膜透析専任看護師と腎臓内科専門医に連絡を取ることができると答えた訪問看護師もいる。訪問看護師の腹膜透析に関する知識や技術、緊急時の対応の経験によって、対応の方法が異なっていることが分かった。

ケアマネジャーは、持っているライセンスによって知識の違いが大きく、その知識によって認識が違っていた。看護師のライセンスを持つケアマネジャーは腹膜透析の緊急対応について訪問看護師に観察項目と対処方法について指示をしていると答えた。また、腹膜透析について知識不足を補うために基幹病院の腹膜透析専任看護師に情報を求めたり、腹膜透析のメーカーのクリニカルコーディネーターの看護師に腹膜透析の説明を受けていた。薬剤師や歯科衛生士のライセンスを持つケアマネジャーも積極的に情報を得ており薬剤情報も知っていたが、腹膜透析を行うことで日常生活上に生じる問題や緊急時の対応については、基幹病院に電話をするか訪問看護師を要請していることがほとんどであった。

ホームヘルパーの数人は腹膜透析療養者に医療行為を頼まれることがあり、それに困惑すると答えた。また、すべてのホームヘルパーは緊急時には訪問看護師に連絡をする と答えた。腹膜透析という在宅医療があるために、気を使うことが多いということも答えた。医療行為について頼まれることは、クランプの開閉やデバイスの蓋を閉めることであった。直接的な医療行為ではないが、交換バックやデバイスの操作については、知識がなく、そのため操作を誤る可能性があることが分かった。

開業医でヒアリングができたものは1名であったが、腹膜透析療養者の在宅支援については基幹病院の腎臓内科専門医と情報共有できており、ケースカンファレンスを行っている と答えた。訪問看護師との連携も良く、訪問看護師が訪問後に腹膜透析療養者の状態を報告してくれると答えた。

施設系では、基幹病院の腹膜透析専任看護師3名、腎臓内科専門医3名、老人保健施設の相談員1名にヒアリングを行った。

基幹病院の腹膜透析専任看護師の全員が在宅系の医療および福祉専門職者がどのようなことに困難を感じているのか理解できないと話した。ケアマネジャーや訪問看護師からの相談はその都度受けているが、具体的な状況が分かりにくく、腹膜透析専任看護師の説明で理解できているのか不安であると答えた。また、腹膜透析療養者の在宅療養については訪問看護師の方が良く理解していると思うと答えたが、互いの情報を共有する

ことができれば、在宅で困ることに基幹病院が関与できると思うと答えた。

腎臓内科医は地域の開業医と連携して腹膜透析療養者の状況を把握していると答えた。以前からワークショップを行ったり、医師会の会議を行っているため、その場で情報共有や診療の相談が行われていることを話した。また、開業医からの相談や入院治療が必要な事例については必ず対応をすることが在宅支援のための基幹病院の役割であると答えた。

(2) ワークショップの開催と各専門職の役割

腎臓内科専門医と開業医の地域連携のためのワークショップを行った。結果、腹膜透析の導入と緊急入院に関しては開業医で対応が難しく、基幹病院が行う。緊急時の対応が開業医の判断だけでは難しい場合は基幹病院が無条件で受け入れる。地域連携のマネジメントはケアマネジャーが中心で行い、情報の共有ができるようなつながりを持つ。

腹膜透析専任看護師と訪問看護師およびホームヘルパーの地域連携のためのワークショップを行った。結果、訪問看護師とホームヘルパーの知識を高めるために6ヶ月に1回のセミナーを実施する。緊急時にはまずは情報を訪問看護師が把握し療養者を実際に確認する。その後訪問看護師はケアマネジャーに報告し、腹膜透析専任看護師の指示を受ける。ホームヘルパーは見守りを行い、医療行為に関しては療養者自身または家族に行ってもらう。問題が発生すれば訪問看護師へ報告を行う。

地域毎に連携する職種すべてで、連携して在宅支援するためのワークショップを行った。

第1モデル地区での連携については、基幹病院の腎臓内科専門医と開業医の連携は良く医師が中心となって腹膜透析療養者の支援が行われていた。開業医から腎臓内科専門医へ処方や治療方法について相談が行われている。6ヶ月に1回のPETなどの検査は基幹病院で行い、その折に腎臓内科専門医が開業医からの経過を確認して評価を行っている。定期的に療養者の透析量や腎機能および腹膜機能の確認を行い、両者が共有している。訪問看護師は異常時にどこに相談すれば良いかわからず、ケアマネジャーに相談をしている。ケアマネジャーから基幹病院に連絡をして指示をもらっている。訪問看護師は腹膜透析自体がめずらしいので、異常時に何が起きているのかかわからず、困惑している。ホームヘルパーも異常があったらどうすれば良いのだろうかと不安の中で訪問をしている。機関病院の腹膜透析専任看護師は在宅の

ケアマネジャーや訪問看護師に腹膜透析療養の管理上の注意を伝えなかったが、どのようにして連絡をとればいいのかかわからず、療養者にケアマネジャーか訪問看護師に伝言するように話すことが多い。ケアマネジャーは連携の中心として、訪問看護師、ホームヘルパー、開業医、腎臓内科専門医とは面識があり、情報を提供している。腹膜透析外来までは行くが腹膜透析専任看護師がいるということは理解しておらず、話しをせずに帰っていたことが分かった。

第2モデル地区での連携では、基幹病院の腹膜透析専任看護師と訪問看護師が連携して中心となって腹膜透析療養者の支援を行っていた。訪問看護師たち(2箇所の訪問看護ステーションの職員)は腹膜透析療養者が退院して訪問が始まることをきっかけに腹膜透析外来で研修を受けている。そのため、訪問前後で互いに連絡を取り合ったり、訪問看護師が腹膜透析外来に寄って相談をすることが行われている。腎臓内科専門医から積極的に開業医への紹介はされておらず、腹膜透析療養者の希望で開業医を主治医とした場合には、その後のフォローは行われていない。ケアマネジャーは訪問看護師、腹膜透析専任看護師、ホームヘルパーとは良く相談をしている。主治医とは連携会議の時しか面識がなく、ほとんど連絡は看護師を通して行われている。ホームヘルパーは訪問看護師をうまく連携しており、困った場合には訪問看護師の指示を仰いで解決できている。

第3モデル地区での連携では、訪問看護師とケアマネジャーが連携して中心となって腹膜透析療養者の支援を行っていた。訪問看護師とケアマネジャーが情報を共有しながら、訪問看護師が医療系の専門職者へ情報を流し、ケアマネジャーが福祉系の専門職者へ情報を流すという方法を取っている。訪問看護師は腹膜透析外来を訪問して腹膜透析療養者の診療の情報を得て、療養生活の情報を伝えることを行っている。この地区ではケアマネジャーがホームヘルパーの他に介護老人保健施設や特別養護老人福祉施設の連携をはかっており、腹膜透析療養者のショートステイが行われていた。それぞれの施設では看護師が1名ずつ基幹病院の腹膜透析外来で研修を受け、腹膜透析の手技を習得している。両施設の看護師は、何かあれば訪問看護師が24時間対応で相談にのっているが、最近では異常の発見やその対処方法についてもそれぞれの看護師が判断できるようになっている。

3つの地区はそれぞれに特徴を持った腹膜透析療養者の支援を行っているが、すべての地区で、連携するすべての専門職者がどのように関るかを明確にすることが重要である。また、地域連携支援グランドモデルでは、ケ

アマネジャーを情報の中心とした支援を行う必要がある。そこで、それぞれの地区で実際の腹膜透析療養者に対しての支援のためのモディファイモデルを作成して、運用および評価を行った。

(3) 地域連携支援グランドモデルの展開
第1モデル地区で策定したAのモデルは図1に示すとおりである。

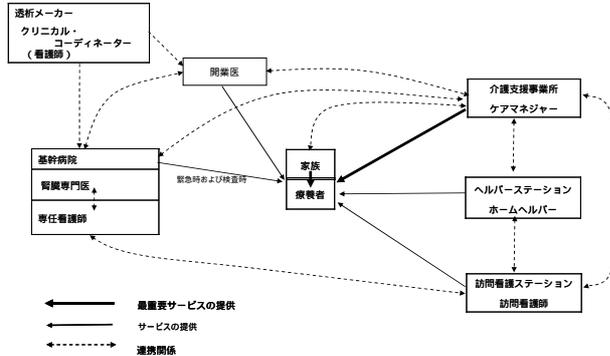


図1. Aのモデル

Aは妻と二人暮らしの85歳男性である。要介護度は3である。妻は83歳であり喘息で自宅療養中のため、Aの介護は不可能である。子どもは近所にいるが嫁に行きAと妻の介護は不可能である。ケアマネジャーを中心として、在宅系の専門職者はホームヘルパー、訪問看護師、開業医である。施設系の専門職者は腎臓内科専門医と腹膜透析専任看護師である。さらに透析メーカーのクリニカルコーディネーターが薬剤情報の提供を補佐するための連携を行うことになった。

基幹病院は、Aの急変時には必ず受け入れを行うように支援体制を作り、6ヶ月に1回のPETなど、腎機能・腹膜機能検査を行い、情報を発信する役割を担った。

訪問看護師は腹膜透析専任看護師から技術指導を受け、6ヶ月に1回の割合で訪問看護師とホームヘルパーを対象とした勉強会を企画した。講師は腹膜透析専任看護師と透析メーカーのクリニカルコーディネーターが担当することになった。

実際の支援では、ケアマネジャーが中心となり、在宅系と施設系の専門職者のつながりを作ることができた。特に訪問看護師とホームヘルパーが腹膜透析療養者を理解でき、急変時も落ち着いた対応が取れるようになった。Aは1年間に2回の腹膜炎を起こしたが、共にホームヘルパーから訪問看護師へ報告がされ、訪問看護師が排泄を基幹病院へ持ち込んで検査を行うことで、腹膜炎の早期発見が可能であった。さらに訪問看護師によって腹膜洗浄が早期に開始されたため、通常は1週間の入院治療が2日で終わり在宅療養への復帰が可能であった。

第2モデル地区で策定したBのモデルは図2に示すとおりである。

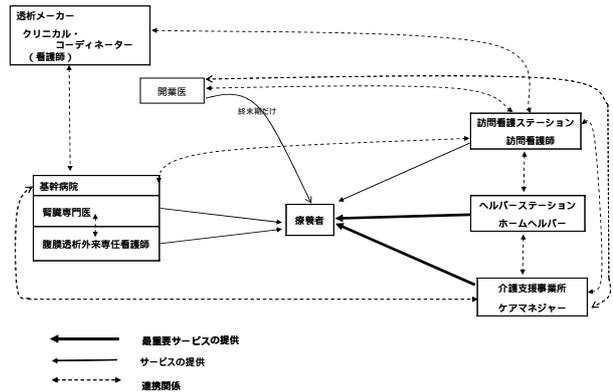


図2. Bのモデル

Bは一人暮らしの90歳女性である。要介護度は3である。子どもが2人いるが県外で遠い場所に住んでおり、子どもも高齢であるためBの介護ができない状態である。ケアマネジャーを中心として在宅系の専門職者はホームヘルパーと訪問看護師である。施設系の専門職者は腎臓内科専門医と腹膜透析専任看護師である。透析メーカーのクリニカルコーディネーターが薬剤情報の提供を補佐するための連携を行うことになった。処方開業医に委託せず、基幹病院の腎臓内科専門医がおこなうことになった。

基幹病院に受診をしているためBの急変時には基幹病院への受け入れをすることになった。水分、食事管理の指導も基幹病院の腹膜透析専任看護師が行うことになった。

在宅療養でのモニタリングを訪問看護師が行い、腹膜透析専任看護師への報告をすることで相談しながら異常を早期に発見することになった。

ホームヘルパーは日常生活の支援とBが自分で腹膜透析を行えるような声がけを担当することになり、Bができるだけ長く自分で腹膜透析ができるように支援する役割を担った。

実際の支援では、ケアマネジャーへ情報の集約を行うことができた。腹膜透析専任看護師と訪問看護師およびホームヘルパーは情報共有できていた。

支援開始6ヶ月目にBは風邪を引いた後に歩行がおぼつかなくなり、基幹病院への受診が難しくなった。ホームヘルパーの声がけで腹膜透析は自分で行うことができた。この頃から開業医が往診するようになった。開業医は腎臓内科専門医からの申し送りを受けていたが、コンサルテーション機能が働かず連携がうまく取れていたとはいえない。開業医への情報提供は訪問看護師とケアマネジャーが主に行っていた。また、開業医からの情報を基幹病院に伝達するのはケアマネジャーであったが、大切な情報を的確に伝達していたかは疑問が残る。

支援開始 8 ヶ月目に B は心不全の増悪で基幹病院に入院となり、死亡した。終末期にどのような支援が必要であるのかを検討する必要がありと感じている。

第 3 モデル地区で策定した C のモデルは図 3 に示すとおりである。

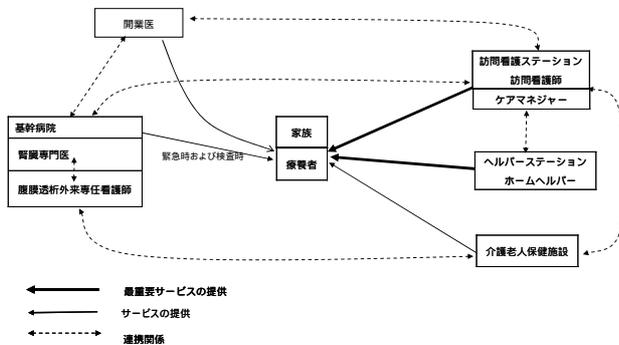


図 3. C のモデル

C は一人暮らしの 96 歳女性である。要介護度は 4 である。息子とその妻と 3 人暮らしである。息子とその妻が介護をしているが、ともに高齢であり十分な介護はできない。C のケアマネジャーは訪問看護ステーションの看護師である。この場合、ケアマネジャーは訪問看護師との連絡調整は容易である。さらにホームヘルパーと開業医と介護老人保健施設の相談員との連携をとることになった。この介護老人保健施設には、腹膜透析の手技の研修を受けた看護師がおり、年に数人の腹膜透析をしている利用者を受け入れている。施設系の専門職者は腎臓内科専門医と腹膜透析専任看護師である。

基幹病院は、C の急変時には必ず受け入れを行うように支援体制を作り、6 ヶ月に 1 回の腎機能・腹膜機能検査を行い、情報を発信する役割を担った。

実際の支援では、在宅療養はホームヘルパーが声がけをして C が自分で腹膜透析を継続できるように支援をした。C は時々、腹膜透析の手技を忘れてたり間違えたりする。その時には息子が息子の嫁が腹膜透析を行っている。訪問看護師は在宅療養の様子を判断してケアマネジャーか訪問看護師から開業医と基幹病院へ情報提供をした。

70 歳代の息子夫婦から、負担が大きいとケアマネジャーに相談があったため、支援開始 3 ヶ月目に 1 週間のショートステイを行った。C も息子夫婦もできるだけ長く在宅療養をしたい。さらに息子夫婦は家で C を見取りたいと希望している。

開業医と訪問看護師からは、終末期にどのように在宅で腹膜透析を行いながら見取るか、基幹病院はどのような支援が可能なのかを検討したいと希望している。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文](計 10 件)

三村洋美, 安酸史子, 看護がひらく腹膜透析の未来 患者ではなく療養者, 透析ケア, 12(4), 424-426, (2006), 査読無

三村洋美, 安酸史子, 看護がひらく腹膜透析の未来 療養者の未来を信じて, 透析ケア, 12(5), 525-527, (2006), 査読無

三村洋美, 人見裕江, 中平みわ, 國方弘子, 田村博之, 腹膜透析療養者のセルフケア能力に影響を及ぼす要因, 看護研究, 39(1), 55-64, (2006), 査読有

三村洋美, 【在宅療養患者の急変とその対処】在宅透析を受けている患者の急変とその対処, EMERGENCY CARE, 19(12), 1125-1130, (2006), 査読無

貞兼千絵, 三村洋美, 松尾理恵, 柴原綾子, 伊藤華奈子, 吉村季実子, 寺園香織, 今村朋子, 倉田弘美, 平原弘江, PD療養者のセルフケア能力とKDQOLの関係, 腎と透析 61 別冊 腹膜透析 2006, 213-214, (2006), 査読無

三村洋美, 三上裕子, 人見裕江, 吉尾千世子, 要介護高齢腹膜透析療養者の訪問看護師に対する認識と訪問看護師自らの認識, 日本腎不全看護学会誌, 9(2), 46-56, (2007), 査読有

三村洋美, PDとQOL 腹膜透析療養者のQOLと看護介入指標, 腎と透析, 63 別冊 腹膜透析 2007, 67-70, (2007), 査読無

三村洋美, 【大切なポイントを見落とさない!的確な情報収集から抽出する問題リストの挙げ方】高齢患者・家族との情報交換, 看護さろくと看護過程, 18(2), 18-24, (2008), 査読無

三村洋美, 人見裕江, 中村陽子, 田村博之, 吉尾千世子, 要介護腹膜透析療養者のバッグ廃棄の現状と適正処理のための支援システムの検討, 医療廃棄物研究, 20(2), 99-103, (2008), 査読無

松本知代, 花井佑子, 栗田芙美, 三村洋美, 吉尾千世子, 人見裕江, 田村博之, 腹膜透析療養者に認知する支援の状況 帰納的探索研究による状況の把握, 腎と透析, 65 別冊 腹膜透析 2008, 314-316, (2008), 査読無

[学会発表](計 5 件)

三村洋美, 腹膜透析療養者のセルフケア能力及び療養者の日常生活の認識から SF-36 への影響モデルの検討, 2006 年 6 月 23 日, 第 51 回日本透析医学会学術集

会，横浜
三村洋美，透析医療満足度アセスメントツールの項目検討，2007年6月17日，第52回日本透析医学会学術集会，神戸
三村洋美，要介護腹膜透析療養者のバック廃棄の現状と適正処理のための支援システムの検討，2007年7月29日，第26回医療廃棄物研究会講演会，東京
三村洋美，腹膜透析療養者の看護介入指標の効果評価，2008年6月20日，第53回日本透析医学会学術集会，大阪
三村洋美，血液透析療養者のセルフケアに関する認識とQOLの関係，2008年11月30日，第11回腎不全看護学会学術集会，名古屋

〔図書〕(計3件)

やさしさの在宅ケア

三村洋美，人工透析患者の退院連携支援，人見裕江編，やさしさの在宅ケア 高齢者の保健看護と福祉，ふくろう出版，in press.

栄養療法スタッフマニュアル

三村洋美，急性腎不全 看護のポイント，清野裕他編，栄養療法スタッフマニュアル，医学書院，in press.

三村洋美，糸球体腎炎・ネフローゼ症候群 看護のポイント，清野裕他編，栄養療法スタッフマニュアル，医学書院，in press.

三村洋美，慢性腎不全・透析 看護のポイント，清野裕他編，栄養療法スタッフマニュアル，医学書院，in press.

三村洋美，糖尿病性腎症 看護のポイント，清野裕他編，栄養療法スタッフマニュアル，医学書院，in press.

透析看護

三村洋美，自己概念，日本腎不全看護学会編，透析看護，医学書院，in press.

三村洋美，役割理論，日本腎不全看護学会編，透析看護，医学書院，in press.

三村洋美，腹膜透析と自己管理，日本腎不全看護学会編，透析看護，医学書院，in press.

三村洋美，腹膜透析関連技術，日本腎不全看護学会編，透析看護，医学書院，in press.

三村洋美，適正な腹膜透析のための計画，

日本腎不全看護学会編，透析看護，医学書院，in press.

三村洋美，カテーテル出口部ケアとバック交換，日本腎不全看護学会編，透析看護，医学書院，in press.

6. 研究組織

(1) 研究代表者

三村 洋美 (MIMURA NADAMI)

昭和大学・保健医療学部看護学科・准教授
研究者番号：30382427

(2) 研究分担者

人見 裕江 (HITOMI HIROE)

近畿姫路大学・看護学部看護学科・教授
研究者番号：30259593

下山 節子 (SHIMOYAMA SESTUKO)

日本赤十字九州国際看護大学・看護学部看護学科・准教授

研究者番号：60341541