第69回 日本透析医学会学術集会・総会

ワークショップ16

PD教育(患者、看護師、医師)

「訪問診療スタッフ教育」

楠本内科医院　院長　楠本拓生

日本腹膜透析医学会

ＣＯＩ開示

楠本　拓生

演題発表に関連し、開示すべきＣＯＩ関係にある企業などはありません。

はじめに

- 本邦において通院困難な高齢腹膜透析患者を最期まで地域で支えていくためには訪問診療を行うための体制整備を早急に行う必要がある。
- しかしながら腹膜透析の管理ができる在宅医療スタッフは限られており、地域全体で在宅腹膜透析の教育体制を整える必要がある。
- 本ワークショップでは訪問診療に関わるスタッフの教育体制に関して自施設の取り組みをもとに皆さんと議論していきたい。

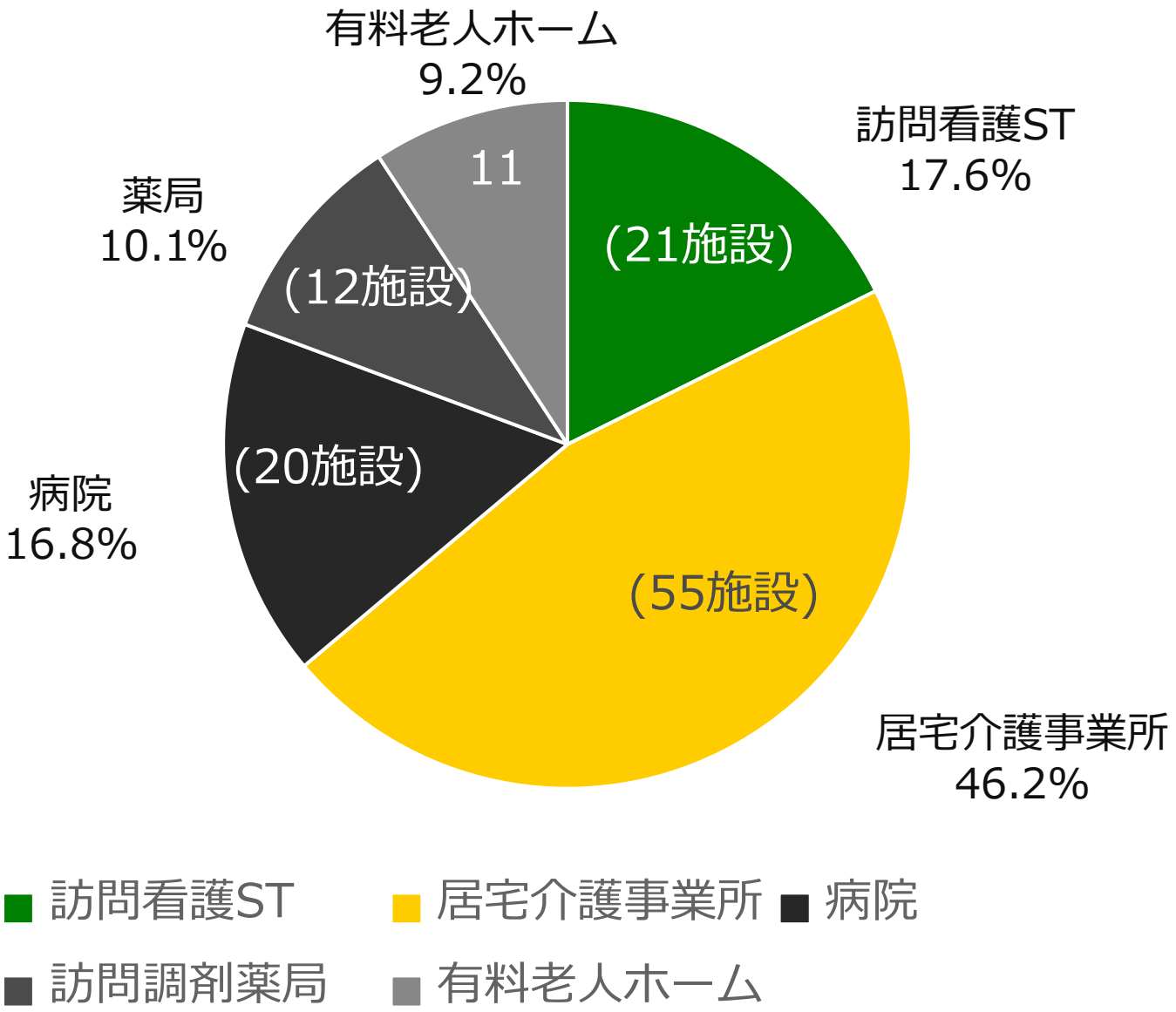
当院の紹介

医療法人　楠本内科医院

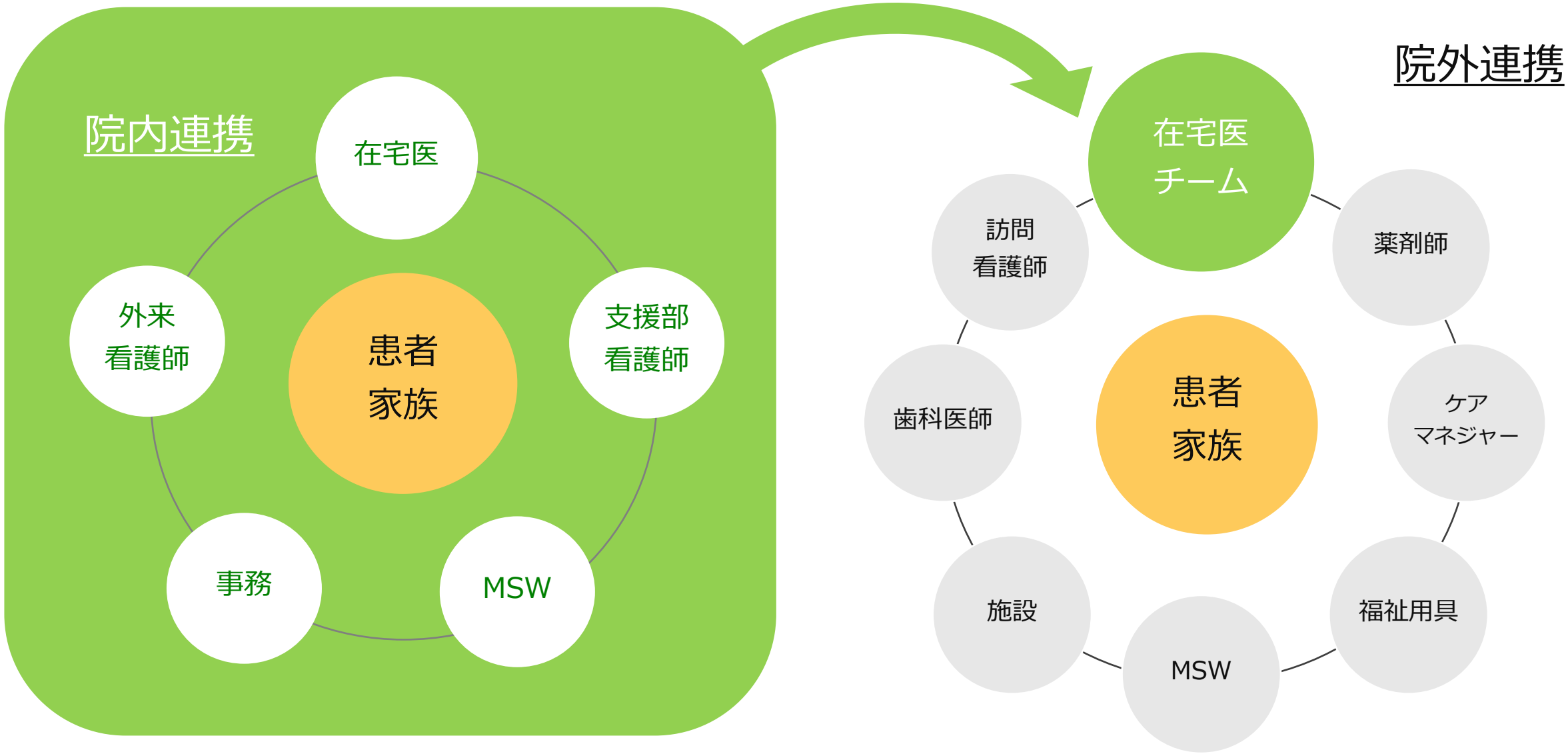
一般内科　腎臓内科　消化器内科　訪問診療　緩和ケア

- 1947年(昭和22年)開院
- 福岡県遠賀郡水巻町：人口27824人
- 在宅療養支援診療所(2016.5月)
- 在宅支援部設立(2020.4月)
- 在宅緩和ケア充実診療所(2023.7月)

連携事業所数・職種別割合



訪問診療(在宅医療)におけるチーム



問題症例から考える在宅教育の必要性

- 92歳　女性　慢性心不全・廃用症候群
- 心不全増悪にて入院加療中にADL低下（全介助)、食欲低下あり
- リハビリ意欲もなく本人は自宅退院希望
- 病院からは老衰の経過だが帰すのであれば意識がある今しかないのではないかと試験外泊を提案
- 担当ケアマネジャーは交代したばかりで在宅支援の理解が浅い
- 入院先の退院調整Nsより退院後の在宅介入依頼あり
- 家族・ケアマネジャーと事前面談

↓

- 在宅医療の概要と支援の在り方について説明

環境調整の難しさ

- 家族対応のみでの試験外泊では対応困難が予想されるため退院後往診、訪問看護導入を提案していたが、環境調整をすることなく試験外泊(1泊２日)を行った。
- 帰宅後本人からの「きつい」という訴えや夜間せん妄、

  おむつ交換、体位変換に家族のみでは対応できず。
- ケアマネジャーからも「こんな状態ではデイサービスやショートステイは利用できない」と説明あり。
- 家族も自宅での介護はできないと自宅退院を諦められ療養型病院への転院となった。

問題点と対策

- 患者の**「家に帰りたい」**という思いを叶えることができなかった。

↓

- 病院側(退院支援室)の認識不足
- 支援がない中での試験外泊で家族の自信喪失
- ケアマネジャーのマネジメント不足

↓

- 地域全体での在宅医療への理解、教育が必要

当院の取り組みと
院内外のスタッフ教育

外来看護師・在宅支援部の連携

PD外来のサポート・療法選択外来・面談

訪問診療のサポート・診療アシスタント業務

連携先訪問看護STへの教育

訪問看護ステーションへの同行指導

定期的な勉強会・マニュアル作成・tube交換

連携施設への教育

有料老人ホーム・居宅介護支援事業の開拓・勉強会

施設スタッフへの講演「なぜ今PDか？」

デイサービスへの教育

デイサービスへの出張指導

学生教育（看護学生）

看護学生へのPD講義・デモ

地域住民への在宅医療の啓蒙活動

住民公開講座　「訪問診療の今とこれから」
「透析患者の現状と在宅医療における腹膜透析」

基幹病院との意思疎通

基幹病院連携室との意見交換

訪問診療の実際を伝える

同行訪問研修（医師・看護師・ケアマネジャー）

在宅でのPD管理の実際

資格取得・自己研鑽・学会発表

腹膜透析認定指導看護師・腎臓病療養指導士

「腹膜透析における在宅支援部の取り組み」

背景

当院は福岡県北九州市に隣接する町にあり、2016年より
PD患者の受け入れをおこなっている。
高齢PD患者を支援するためには、基幹病院、かかりつけ医、
訪問看護師、ケアマネージャー、薬剤師、栄養士など、
多職種の連携が不可欠ある。これらの多職種連携を
円滑にするため2020年に在宅支援部を設立した。

アシストPDにおける多職種連携

在宅支援部の概要

●構　成

・医師	2名
・看護師	4名
・MSW	1名
・医療事務	1名

●役　割

・訪問診療・オンライン診療（現在100名前後）
・家族・多職種とのコールセンター業務
・みなし訪問看護
・基幹病院等との新規患者紹介の窓口
・ACP面談の調整
・レセプト業務・介護保険伝送業務
・主治医意見書・訪問看護指示書など
　文書作成
・医療物品の準備
・PD外来、療法選択のサポート
・院内外での勉強会・研修の企画、運営
・医療用SNSによる多職種との情報共有

[多職種連携ツール]

MedicalCareStation

自宅

訪問診療のサポート

有料老人ホーム

院外での講演会

PD患者を支える在宅支援部の関わり

アシストPDでは、実際に対応する訪問看護師が
不安なく対応できるようサポートすることが重要な課題である。

①医療用SNSによるタイムリーな情報共有・指示の伝達
②緊急時の対応（マニュアル配布・自宅在庫設置）
③PD導入前から手技指導
④バッグ交換・チューブ交換の動画撮影・デモスト
⑤導入前の自宅環境調査
⑥退院時の自宅へ同行訪問
⑦PD外来・療法選択外来のサポート

通所サービス

PD手技指導

訪問看護ステーション

チューブ交換デモスト

外来

PD外来・療法選択

<トラブル時の投稿内容>

訪問時に指示が見越せる!!

当院でのアシストPD

当院で管理するPD患者は平均83.1歳と後期高齢者が多く、
ラストPDを念頭に置いたアシストPDを行っており、全例に訪問看護を導入している。
介護負担を軽減するため、バッグ交換は1日1～2回と通常より少なく設定。
訪問看護師がバッグ交換の補助、出口部の観察、排液の異常の有無など観察、
評価し、医療用SNSに画像とともに看護記録を報告する。
病院側も日々の状況把握ができるとともに、トラブルの早期発見・早期治療が
可能となる。（※マニュアル参照）
腹膜炎や出口部、トンネル感染に備えて自宅在庫の抗生剤の内服薬や
坐薬スワブ、ステーション在庫の抗生剤(腹腔内投与用)を事前に準備している。

<現在のPD患者概要>

<アンケート結果>

小笠原内科・岐阜在宅ケアクリニック視察・研修

日本在宅ホスピス協会会長

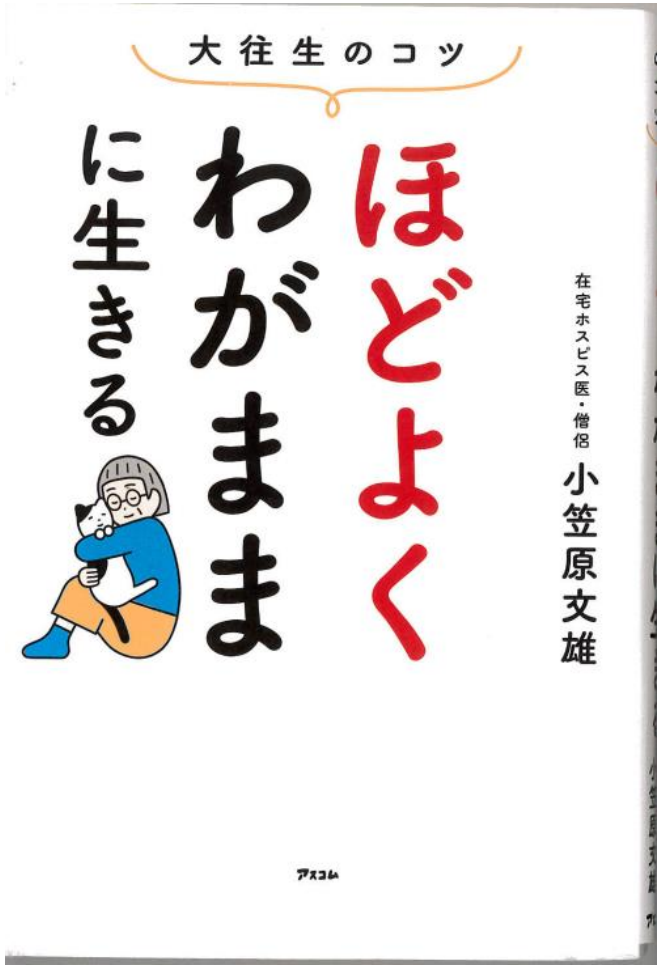
認知症の一人暮らし　ADLベット上

患者さんより掲載の許可済み

朗らかに生きて笑顔で旅立つ、「めでたいご臨終」を迎えるためには暮らしたい**処**で心を込めた看取りをしてくれるケアチームによる緩和ケアを受けることが近道

「腎不全で人工透析の人は、家で腹膜透析ができる在宅医を選ぶ」

新刊の紹介



かかりつけ医を探す際は、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、地域の医師会、市・区役所に相談することができます。また、「日本在宅ホスピス協会」のホームページに掲載してある医療機関やTHP（198ページ参照）に問い合わせてもいいでしょう。

②正しいマッチングをしよう

在宅医を選ぶときに、「家が近いから」という理由だけで決めるのはお勧めしません。在宅医のスキルと患者さんの状態がマッチングしているかを見極めることが大切です。具体的には、次のとおりです。

○原則、24時間対応している在宅医を選ぶ
○一人暮らしの人は、在宅医と直接話し合ってから選ぶ
○末期がんの人ならモルヒネを使い慣れている在宅医や、がん患者さんの在宅看取り率が80％以上の在宅医を選ぶ（小笠原内科は95％以上）
○心不全の人は心不全の専門知識のある在宅医がベストで、近くにいなければ循環器の専門医と「教育的在宅緩和ケア（215ページ参照）」をしてくれる在宅医を選ぶ
○腎不全で人工透析の人は、家で腹膜透析ができる在宅医を選ぶ
○認知症の人は、かかりつけ医や在宅医療の経験が豊富な在宅医を選ぶ
○小児や精神疾患の人は、在宅医療をしてくれる医師を選ぶ

③厚生労働省の認可を参考にしよう

在宅医療をしている診療所の中には、在宅療養支援診療所や機能強化型在宅療養支援診療所、在宅緩和ケア充実診療所として、厚生労働省に認定されている診療所があります（小笠原内科は、在宅緩和ケア充実診療所）。

こうした診療所については、各都道府県の健康医療局や医療整備課、医療政策課、あるいは医師会などに問い合わせるといいでしょう。また、ホームページで紹介している自治体もあります。

まとめ

院内スタッフ教育

- 外来部門・在宅部門の連携・協働
- 勉強会準備・マニュアル作成
- 資格取得・学会発表・視察・研修

他部署（事業所）への指導をすること
自体が一番のスタッフ教育

院外多職種・地域スタッフ教育

- 訪問看護STへの教育
- 施設勉強会
- 出張指導・バッグ交換デモ
- 講演会
- 同行訪問研修

ご清聴ありがとうございました。