小児科病棟における生体腎移植看護の導入に向けた取り組みについて

巴　祐子*、相庭結花*、大友マキ*、佐藤佐智子*、瀬田川美香**、
齋藤　満***、佐藤　滋****、羽渕友則***
秋田大学医学部附属病院 第二病棟２階*、
秋田大学医学部附属病院 地域医療患者支援センター**、
秋田大学大学院医学系研究科 腎泌尿器科学講座***、
秋田大学医学部附属病院 腎疾患先端医療センター****

Initiation of Nursing for Living Kidney Transplant Recipient in Department of Pediatrics at Akita University Hospital

Yuko Tomoe*, Yuika Aiba*, Maki Ohtomo*, Sachiko Satoh*, Mika Setagawa**,
Mitsuru Saito***, Shigeru Satoh****, and Tomonori Habuchi***
Department of Urology, Akita University Hospital*,
Consultation Support Center, Akita University Hospital**,
Department of Urology, Akita University Graduate School of Medicine***,
Center for Kidney Disease and Transplantation, Akita University Hospital****

＜緒言＞

当院泌尿器科では年間約20例の成人への生体腎移植を行っているが、小児腎移植の経験はほとんど無い。当院小児科においても腎移植などの腎代替療法を必要とする患児が治療を受けており、2018年度から小児科と泌尿器科が連携し小児腎移植を開始および管理することとなった。成人腎移植においては医師・レシピエントコーディネーター（以下RTC）・看護師・薬剤師・栄養士らによる多職種連携が既に構築されており、小児腎移植導入にあたって小児科病棟の看護スタッフも新たにその連携に加わることとなった。移植された腎臓が長期にわたり生着できるような支援の有りかたが重要であり、特に小児期においては各発達段階に応じた支援も求められる。従って小児看護に精通した小児科病棟スタッフと泌尿器科病棟スタッフ、RTCなどが協働して小児腎移植看護に携わり、小児腎移植が円滑に行われるような多職種や病棟間の連携の在り方について検討が必要と考える。

＜対象と方法＞

XX年Ｙ月、Ｚ月に腎移植を施行した患児２名を対象とし、XX年Ｙ－２月～Ｚ＋２月の看護記録やカンファレンス記録から行われた看護を検証し、今後必要な取り組みについて検討した。また、

小児科看護師19名を対象とした「腎移植勉強会」を開催し、『勉強会で教えて欲しい内容』『勉強会の感想』『腎移植看護を実施してみての感想』について、勉強会開催前・後、腎移植看護終了後に自由記載のアンケート調査を行い、回答をカテゴリ分類し、今後必要な看護支援・取り組みについて検討した。

＜症例＞

症例１：17歳、男児。

Lowe症候群を原疾患とする慢性腎不全に対し６年前より腹膜透析を行っていた。繰り返す腹膜炎の影響で腹膜機能が低下し腹膜透析の継続が困難な状況であった。血液透析への移行が考慮されたものの精神発達遅滞があることから、ブラッドアクセス作成時のみならず血液透析を施行するたびに鎮静が必要となるため、児の負担や様々なリスクを勘案した結果、両親の強い希望もあり生体腎移植を行う方針となった。

腎移植施行予定の約１カ月前に細菌性腹膜炎を発症し当院小児科病棟に入院した。抗生剤の点滴治療で細菌性腹膜炎は完治し全身状態も回復したため、当初の予定通り腎移植を行う方針となった。XX年Ｙ月に父親をドナーとする生体腎移植を施行した。術後、集中治療部を経て小児科病棟に移る予定であった。術後経過は良好であったが、第９病日からのヘパリン投与により、元来の血小板機能低下からの後腹膜出血が生じ、懸命の治療にもかかわらず集中治療部で死亡退院となった。

症例２：15歳、男児。

IgA腎症を原疾患とする慢性腎不全に対し腹膜透析を導入され、母親をドナーとする生体腎移植を行う方針となった。腹膜透析に関して自己管理はある程度出来ていたが、ノンアドヒアランスも見られていた。

小児科病棟のベッドが満床であったため泌尿器科病棟に入院し、XX年Ｚ月に生体腎移植を施行した。急性期はICUで管理され術後２日目から泌尿器科病棟へ転棟した。小児科病棟に空床ができ術後９日目より小児科病棟に転棟した。術後経過は良好で術後１か月での定期腎生検で拒絶反応は認められず、予定通り退院となった。

生体腎移植導入に向けた関わり

１）導入に向けた準備

⑴　RTCによる多職種・多部門調整

⑵　移植前カンファレンス

泌尿器科医師・小児科医師・薬剤師・検査技師・RTC・泌尿器科看護師・小児科看護師・小児科外来看護師が参加し、患児の情報共有や意見交換を行った。

⑶　看護スタッフへ腎移植勉強会

泌尿器科医師・RTCが講師となり、移植の流れや看護上の留意点、合併症や薬剤管理の仕方、クリニカルパス等について勉強会を実施した。

⑷　院内留学

小児科病棟看護師が泌尿器科病棟で移植看護を見学した。泌尿器科病棟で生体腎移植患者の集中治療部からの帰室の様子や実際の看護を見学してもらい、患者の病室準備やクリニカルパスの説明等を協働して行った。

２）小児科看護師の反応

勉強会開催前・開催後、腎移植看護終了後のアンケート調査の結果、４つの大カテゴリ、17つの小カテゴリに分類することができた。以下【　】を大カテゴリ、（　）を小カテゴリの内容とする（表１）。

表１　小児科看護師の反応のカテゴリ分類

	大カテゴリ	小カテゴリ
勉強会前	不安	アセスメント・判断に不安がある 急変対応・看護ができるか不安
	知識不足	病態・治療・看護の知識不足 術後管理について
勉強会後	不安の緩和	イメージができた 不安が和らいだ
	腎移植・看護の理解	勉強会がわかりやすかった 治療・手術・看護について学んだ 免疫抑制薬についての知識が増えた
腎移植後	効果の実感	一連の流れの把握 パスを通しての理解 看護に活かせた RTCとの連携
	課題	患児を失った悲しみ 退院指導前の外泊中の対応 術後検査の把握 パスに対する不慣れ

小児科看護師は、勉強会開催前（アセスメント・判断に不安がある）（急変対応・看護できるか不安）といった【不安】と（病態・治療・看護の知識不足）（術後管理について）という【知識不足】を抱えていた。勉強会を受けることで（勉強会が分かりやすかった）（治療・手術・看護について学んだ）（免疫抑制剤が分かった）と【腎移植・看護の理解】ができたため、（イメージができた）（不安が和らいだ）という【不安の緩和】につながったと考える。腎移植後においては、（一連の流れの把握）や（パスを通しての理解）ができ（看護に活かせた）という実感や（RTCとの連携）により【勉強会などの効果の実感】が得られた一包で（患児を失った悲しみ）（退院指導前の外泊中の対応）（術後検査の把握）（パスに対する不慣れ）といった【今後の課題】が挙がった。

各症例における関わり

症例１

術前より小児科病棟に何度も入院した既往があったことから、小児科看護師が主体となって術前オリエンテーション、免疫抑制薬内服に関する指導や薬剤師への服薬指導依頼を実施したが、これらは問題無く実践出来ていた。RTCが相談窓口となっていたが、小児科病棟からの介入依頼はほぼ無かった。しかし、細菌性腹膜炎治療後からの生体腎移植となったため、クリニカルパス通りにスケジュールが消化できず不安や難しさを実感したり、また死亡退院となったことで生体腎移植看護がつらい経験となってしまった看護師もいた。

症例２

術後９日目までは泌尿器科病棟で管理し、空床ができた術後９日目からは小児科病棟に転棟の上管理することとなった。小児科病棟へ転棟する際の申し送り時に、泌尿器科看護師より看護観察やクリニカルパスの使用法、退院指導を協働して行うことを伝えた。転棟後も、泌尿器科看護師が小児科病棟へ赴き、小児科看護師に対し種々検査についての補足説明を行った。その際、不安や疑問の聴取をしたが特に質問などは無かった。小児科看護師よりRTCへ退院指導の依頼が有り、退院指導についてはRTCが実施した。その際、泌尿器科病棟看護師は同席したが、小児科看護師は同席出来なかった。

小児科看護師は外泊時の注意点などについて説明を受けておらず、患児が外泊した際に生ものを摂取するなど予定外のイベントが起きてしまい、指導の困難さを感じていた。また、クリニカルパスについても詳しい内容が分かる看護師と分からない看護師がいたため、検査や処置が円滑に行われないこともあった。さらに、泌尿器科医師と小児科看護師が密に会話をする機会が少なく、情報共有がスムーズに行うことができなかった。そのため、患児や家族に不安を与えたのではないかと考える小児科看護師もいた。

＜考察＞

小児科病棟に腎移植術を導入するにあたり、勉強会や院内留学、多職種カンファレンスは、知識の習得や腎移植に対する不安の軽減に有用であった。しかし、腎移植後の検査や処置の見落としが起きたことや、クリニカルパス予定外のイベントが起きた際の対応について困難感を感じる看護師もいたため、小児科看護師への支援には更なる検討の余地がある。先行研究でも、診療科以外の病棟におけるクリニカルパス、アウトカム表の使用方法が不十分であることが報告されており、専門病棟以外でパスを使用する場合には明確に使用手順を送る必要がある[1)]とされている。今回の２症例においても、勉強会・院内留学に参加した看護師や転棟時の申し送りを受けた看護師と、そうではない看護師との間では知識に差が生じていた。今後は、事例検討やシミュレーションなどの検討、指導方法の整備、状況に応じてどのように対応したらよいか、表を作成するなど支援の充実を図る必要があると考える。

小児腎移植看護においては、発達段階や特徴を重視した関りが重要とされており[2)]、小児科病棟

看護師と泌尿器科病棟看護師がお互いの専門性を生かして意見を共有しながら、小児腎移植看護を提供することが重要と考える。小児腎移植がスムーズに行われるよう、小児の発達段階に応じたクリニカルパス、患児向けの説明用紙の作成などを共同して作成することも必要である。

今回、泌尿器科医師と小児科看護師のコミュニケーションの場が不足していたことも課題として挙がった。泌尿器科医師と小児科医師の役割分担が不明瞭で指示系統がわかりにくかったこと等から、情報共有が円滑に行うことができなかったという意見も聞かれた。泌尿器科医師と小児科看護師が密にコミュニケーションを取れるよう、小カンファレンスなどの場を設ける、泌尿器科医師と小児科医師の役割分担を明瞭にする、指示受けの方法等について取り決めをする、などが必要となる。

その他、患児の入院病棟の決定方法が定まっておらず、受け入れ側の体制が整う前に入院・転入となり、病棟間で意思統一できなかったことも問題として浮き彫りとなった。関係者間で目的やスケジュールを共有し方針の統一を図ることが必要と考えられ、医師や病棟師長など責任者間での話し合いの場を設けるなど、受け入れ体制の整備を進めていくことも課題である。

＜結語＞

勉強会や院内留学、多職種カンファレンスは、知識習得や腎移植に対する不安の軽減に有用であった。今後の課題として各部署の連携強化と体制整備が重要であり、また小児科看護師が腎移植看護を経験する機会を十分に設ける必要がある。それらを実践することで小児科病棟でも腎移植が今まで以上に円滑に行われる様になると考える。

＜文献＞

1）岩渕伴子、平澤智子、加納　彩、他：クリティカルパス　冠動脈造影パスの施行に関する病棟間の差異、Japanese Journal of Interventional Cardiology 19：534-539、2004.

2）大谷美紀、鹿内三起子、高木眞弓、他：小児腎移植患者への退院指導の実態調査、日本小児腎不全学会雑誌 31：251-252、2011.