



VA（バスキュラーアクセス）看護の あり方・関わり方

社会医療法人医翔会 札幌白石記念病院
血液浄化センター
木村 剛



ナースの星

COI開示

筆頭発表者：木村 剛

演題発表に関連し、開示すべきCOIに関する企業などはありません

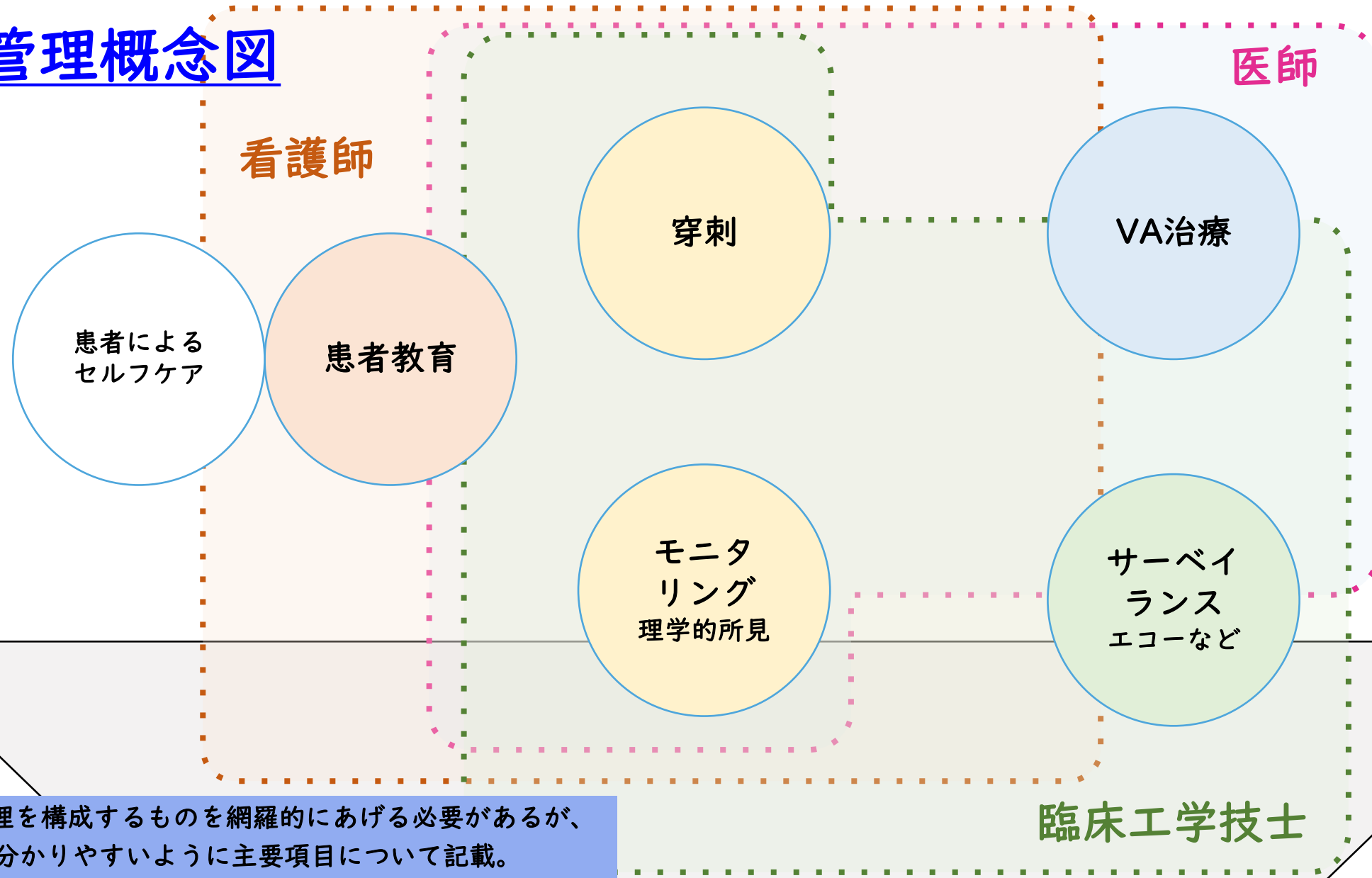


VA看護とは

- これまでVAに対する関わりについて、「VA管理」という多職種共通の言語で統一されてきたが、医師、臨床工学技士、看護師では、それぞれ専門性があり特殊性がある。よって、看護師が行う、VAを持つその人への関わりやVAへの直接的なケアにおいては、看護師特有の専門的な関わりがあるという視点である。
- VA看護とは、
「**バスキュラーアクセス（Vascular Access：VA）を持つ全ての個人および家族を対象に、看護師が独自または多職種協働にて行う、全人的かつ全般的なケア**」

（一般社団法人 日本臨床腎臓病看護研究会）

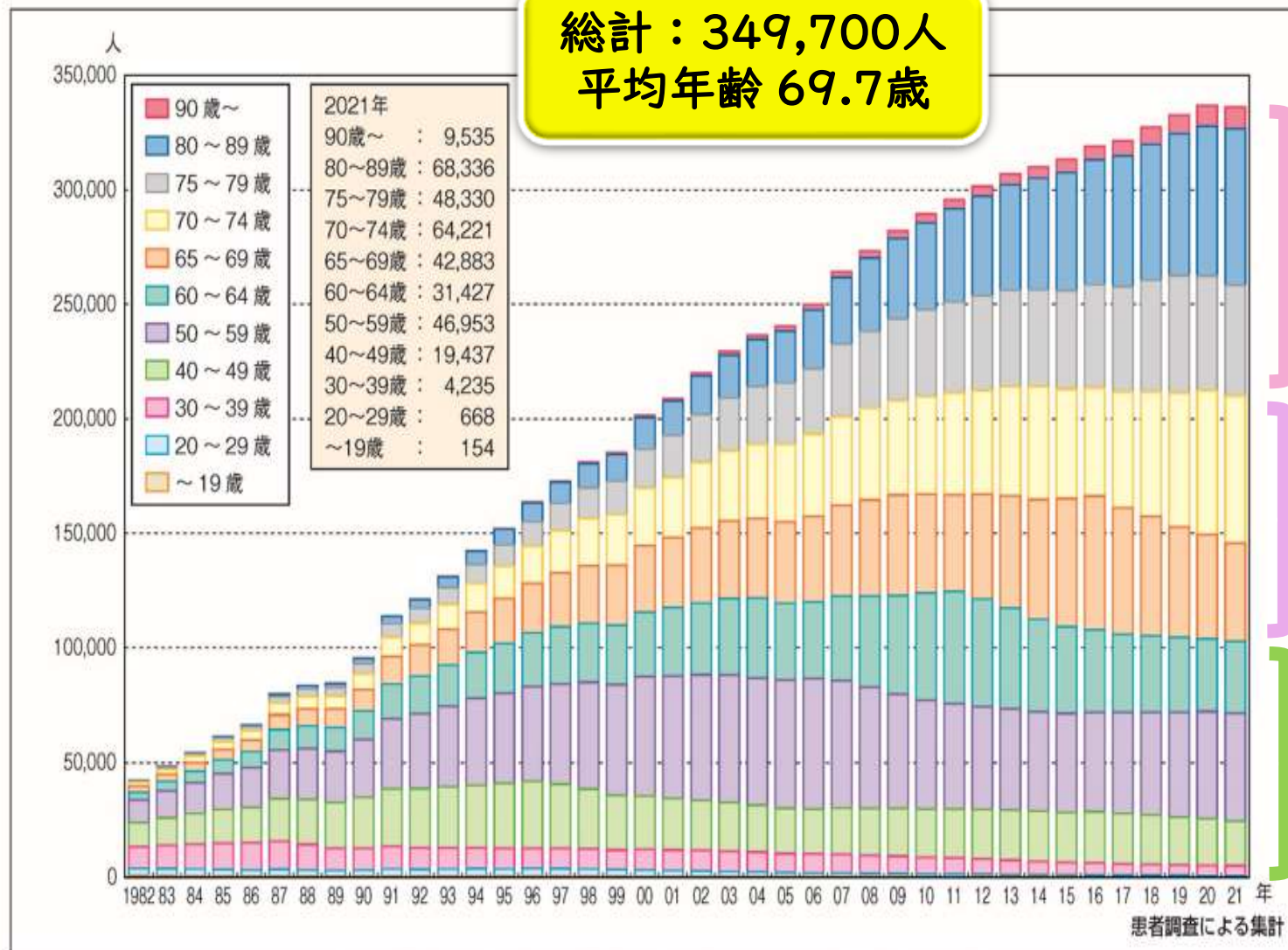
VA管理概念図



* VA管理を構成するものを網羅的にあげる必要があるが、一旦分かりやすいように主要項目について記載。

多職種連携・協働（土台のイメージ）

慢性透析患者 年齢分布の推移 (1982-2021)



75歳以上
約12万
(約37.5%)

74歳以下
約10万人
(約31.9%)

64歳以下
約10万人
(約30.6%)

透析患者の変遷

かつては

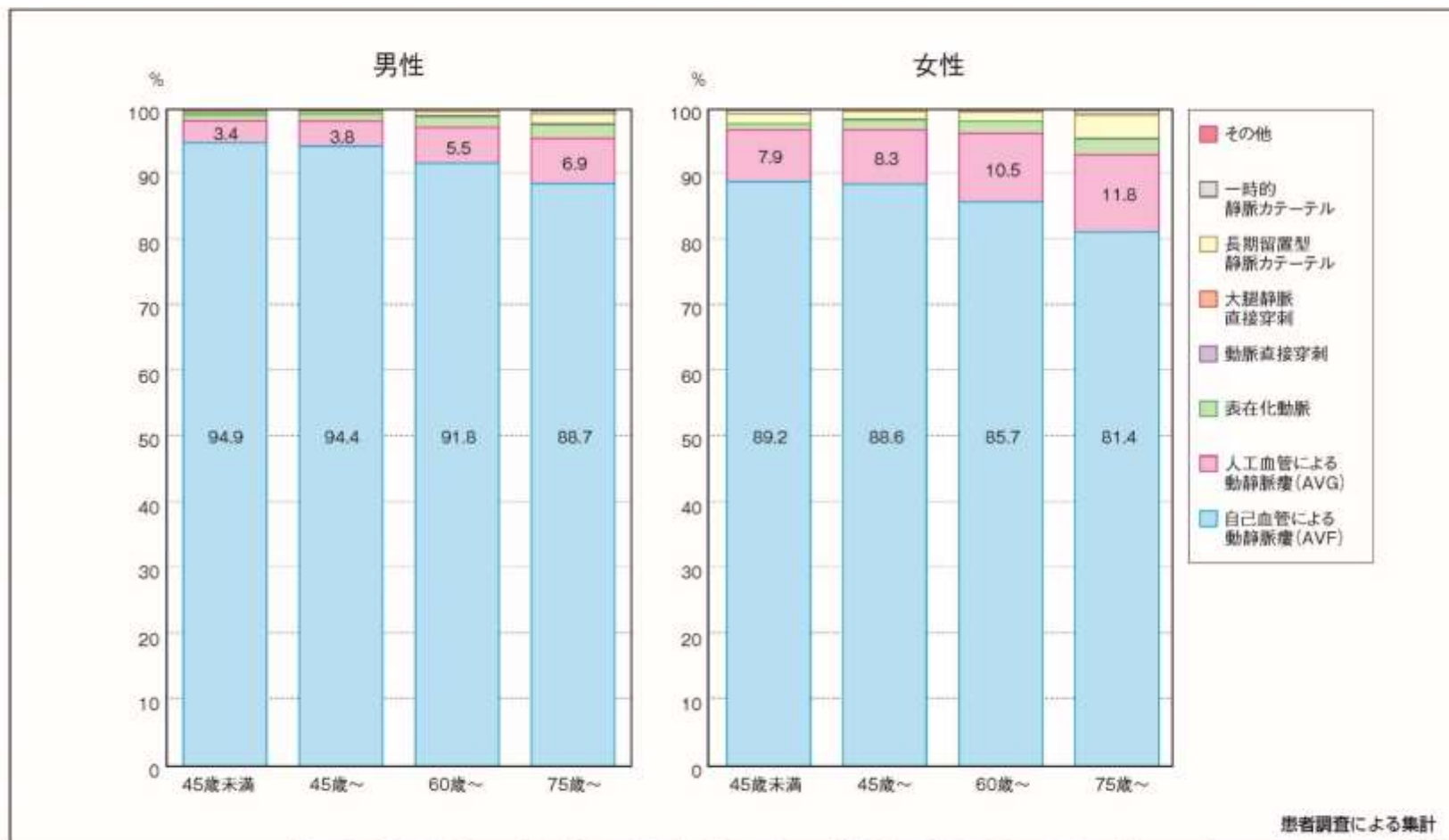
『腎臓 **が** 悪くなった **成人**』が対象

今は…

『腎臓 **も** 悪くなった **高齢者**』が対象



バスキュラーアクセス種類と 年齢,性別



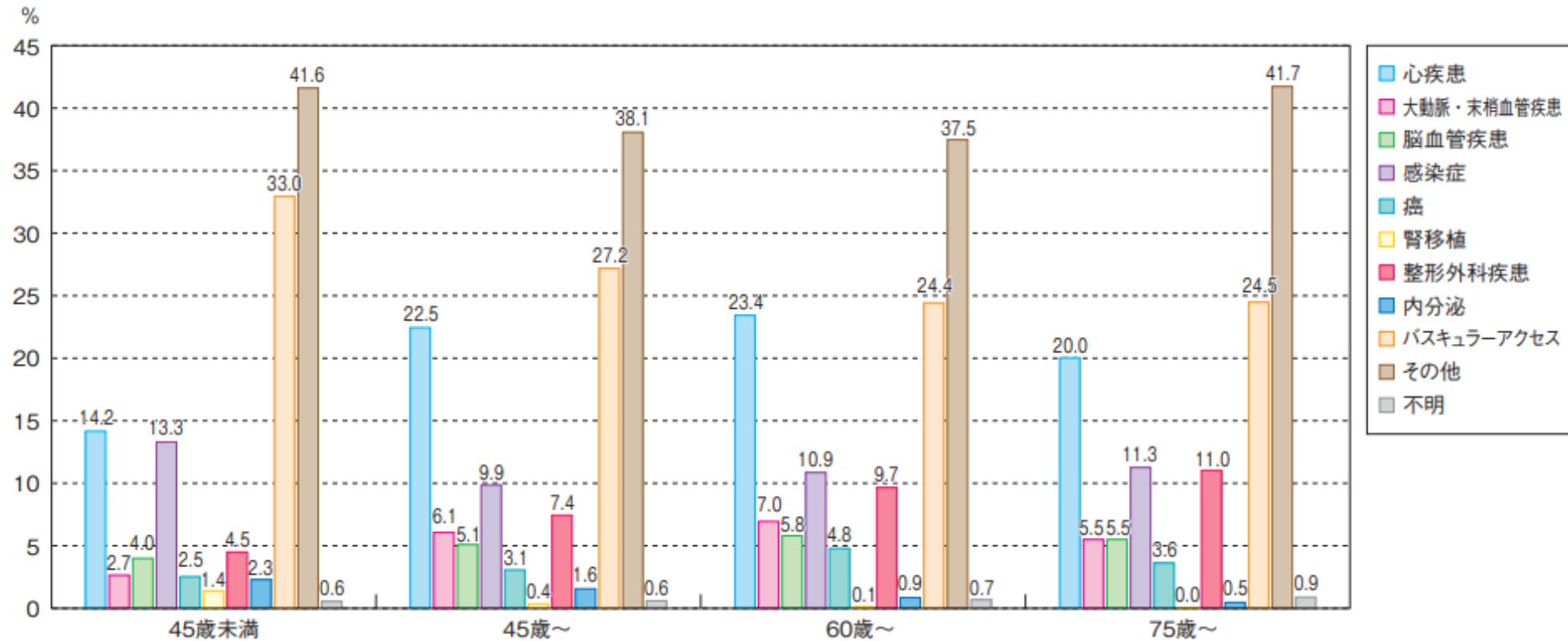
『一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況（2017年12月31日現在）」』

バスキュラーアクセス種類と 透析歴,性別



『一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況（2017年12月31日現在）」』

入院理由と年齢



「バスキュラーアクセス関連」が全ての年齢層を通じて最も多く、
全体では 25.1% を占めた。

VA看護の在り方・かかわり方

I. 知識の準備

1) 患者のVAの特徴を知ってるか？

- (1) 患者の既往歴
- (2) 血管の走行（ope記録、造影所見）
- (3) 失敗する頻度の多い部位、痛みを訴える部位
- (4) 透析効率、再循環率
- (5) シェントエコー所見

2) 透析針の特徴を理解して使いこなせているか？

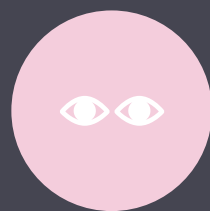
- (1) 使用している針の特徴は？（バックカット・ランセット）
 - i) 正しい把持部位、把持の仕方は？
 - ii) 推奨の穿刺角度はあるのか？

VA看護の在り方・かかわり方

1. 穿刺部位の選定
2. 穿刺技術
 - 後壁穿刺の予防と穿刺技術-
3. VA看護の範疇とVA看護管理者について



1. VA看護の在り方・かかわり方 ～ 穿刺部位の選定～



視診



聴診



触診



+ α

透析看護認定看護師197名を対象に実施した調査結果から

木村剛（2020）透析看護認定看護師が内シャント穿刺部位の選定に用いるアセスメント技術：日本腎不全看護学会誌

個人属性

回収率：98名（51.6%）有効回答率93.4%～100%

1. 個人属性	平均 (年)	標準偏差	範囲
看護師経験年数	21.9	6.3	10-36
透析看護経験年数	15.0	5.1	3-26
透析看護認定看護師経験年数	5.8	3.2	1-12
静脈穿刺経験年数	20.0	6.8	4-36
自己血管内シャント穿刺経験年数	13.3	5.5	1-26

内シヤントの穿刺部位の選定について

「2011年度版 慢性血液透析用バスキュラアクセスの作成および修復に関するガイドライン」より

- GL-2-1 : AVF 作製後、使用までの間に適切な待機期間をおくことが望ましい (O).
- GL-2-2 : AVF の新しい部位を穿刺するときには、穿刺しようとしている血管が拡張した動脈であるのか、動脈化した静脈であるのかを確認することを推奨する (O).
- GL-2-3 : AVF の穿刺部位としては、吻合部直近を避け、また透析中に VA のある側の腕を動かしても穿刺針の針先が移動しない場所を選択することが望ましい (O).
- GL-2-4 : 血液の再循環を避けるため、動脈側穿刺部位を静脈側穿刺部位よりも吻合部側に選択し、両者の間はできるだけ離すことが望ましい (O).
- GL-2-5 : 毎回穿刺部位を変え、AVF のできるだけ広い範囲にまんべんなく穿刺することが望ましい (2-D).
- GL-2-6 : 穿刺痛が強い患者には、リドカインテープの貼付やボタンホール穿刺などを考慮することが望ましい (O).
- GL-2-7 : AVF の穿刺角度は 25° 前後であることが望ましい (O).
- GL-2-8 : 抜針・止血の際には、まず穿刺針の固定用テープを剥がし、針の刺入部に滅菌ガーゼを当て穿刺針を抜去する。抜去後にはただちにガーゼのうえからあるいは止血クランプを用いて圧迫止血を行うことを推奨する (O).

Q 穿刺部位を選定するために
最も**重要度が高い**と考えるアセスメント項目

1)	患者が望む（指定する）部位
2)	失敗しないと思う部位
3)	再循環率が低い、または再循環を予防できると考えられる部位
4)	穿刺によるアクセストラブル（感染・腫脹・止血不良等）を起こしにくい部位
5)	透析中に動いても抜針せず安全に透析が実施できる部位
6)	脱血側穿刺部位と吻合部は、必ず5cm以上離すこと
7)	脱血側針先と返血側針先は、必ず5cm以上離すこと

結果Ⅰ 穿刺部位を選定するために
最も重要度が高いと考えるアセスメント項目 (n=96)

	人	%	平均 年数
穿刺によるシャントトラブル (感染・腫脹・止血不良等) を起こしにくい	36	37.5	6.6
再循環率が低い,または再循環を予防できると考えられる	24	25.0	5.6
透析中に動いても抜針せず安全に透析が実施できる	13	13.5	6.2
失敗しないと思う	8	8.3	
脱血側穿刺部位と吻合部は,必ず5cm以上離す	6	6.3	
患者が望む(指定する)場所	3	3.1	
脱血側針先と返血側針先は, 必ず5cm以上離す	0	0.0	
無効回答	6	6.3	

結果3 穿刺部位の選定が**困難な**状況の経験 (複数回答, n=96)

困難と推定される場面	悩んだ経験 あり (人)	%
皮膚に発赤や浸出液がある部位を患者が指定する	53	55.2
脱血側と返血側の距離が5cm未満と近い	53	55.2
通常の穿刺部位が止血不良	52	54.2
通常の穿刺部位に狭窄所見が現れてきた	52	54.2
動脈が穿刺しようとするシャントのすぐ近くを走行している	52	54.2
同一部位への穿刺が続いている	51	53.1
吻合部から5cm以内にしか脱血側の穿刺部位がない	42	43.8
穿刺距離が離れることで自己止血が難しくなる	19	19.8
その他	10	10.4
該当なし	7	7.3

結果3 穿刺部位の選定が**困難な**状況の経験 (複数回答, n=96)

困難と推定される場面	悩んだ経験 あり (人)	%
皮膚に発赤や浸出液がある部位を患者が指定する	53	55.2

観察項目	悩んだ経験	透析看護認定看護師 経験年数の中央値
皮膚に発赤や浸出液がある部位を 患者が指定する場合	あり (n=55人)	7.0 (1-12)
	なし (n=41人)	4.0 (1-11)

結果4 悩んだときの穿刺部位の選定方法

困難と推測される場面	穿刺部位選定方法の分類 (コード数)
皮膚に発赤や浸出液がみられるが、患者がその部位を指定する	患者へ感染の可能性やリスクを説明し 納得を得て 他の穿刺部位を選定する (44)
	患者に説明し発赤や浸出液の無い皮膚の部位を選定する (9)
	医師の診察結果をもとに医師と共に穿刺部位を選定する (7)

神経の走行を理解しておく

解剖学的に比較的安全な注射部位としては、皮静脈の分岐部を避けた肘正中皮静脈と橈側皮静脈の全面直上があげられる。**尺側皮静脈と肘正中皮静脈の分岐部では、皮神経が静脈の周囲を複雑に絡み合う解剖学的特徴を有しており、また、皮静脈の各分岐部でも同様の特征があることから、同部は静脈注射の刺入部位として不適切と考える。**

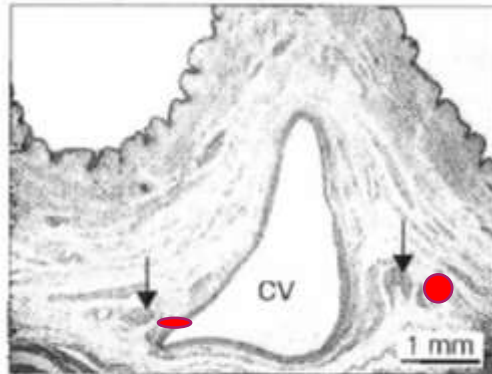


図1

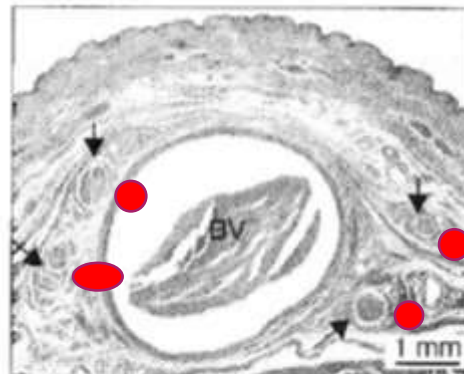


図2

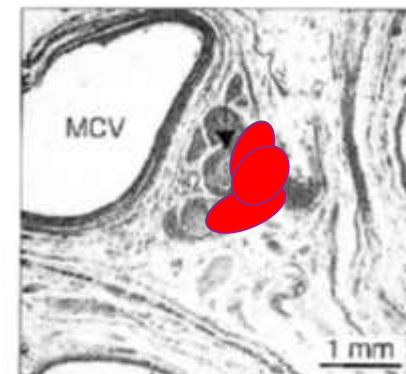


図3

図 1 ～ 3 皮静脈と皮神経（矢印）の位置的関係（HE 染色像）

図 1：橈側皮静脈（CV）と静脈の側方を走行する皮神経（矢印）

図 2：尺側皮静脈（BV）と静脈周囲を走行する豊富な皮神経（矢印）

図 3：肘正中皮静脈（MCV）と静脈側方を走行する皮神経（矢印）

体位の工夫

①：前腕1/2～肘関節までの正中皮静脈に穿刺するなら**回外**させた方が穿刺しやすい

②：吻合部から前腕1/2までの部位へ穿刺するなら**中間位**もしくは**回内**

③：撓側皮静脈への穿刺は**回内**させた方が穿刺しやすい

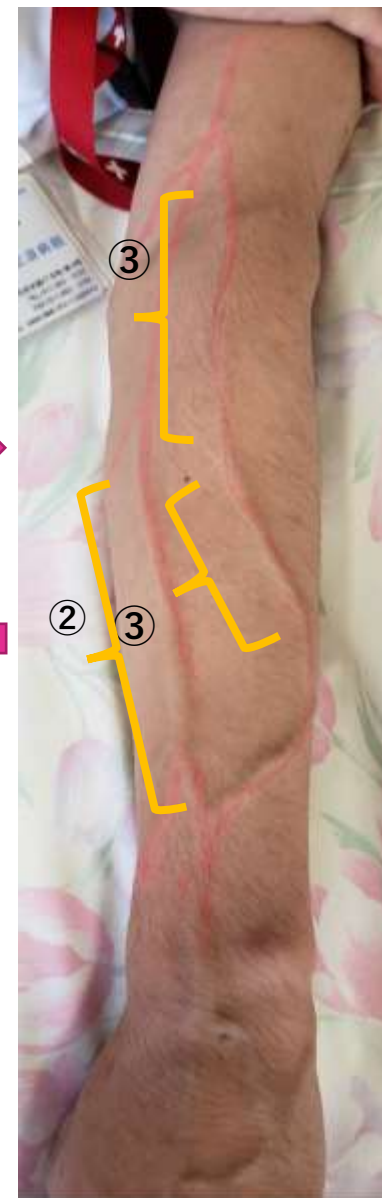
回外
(掌上向き)



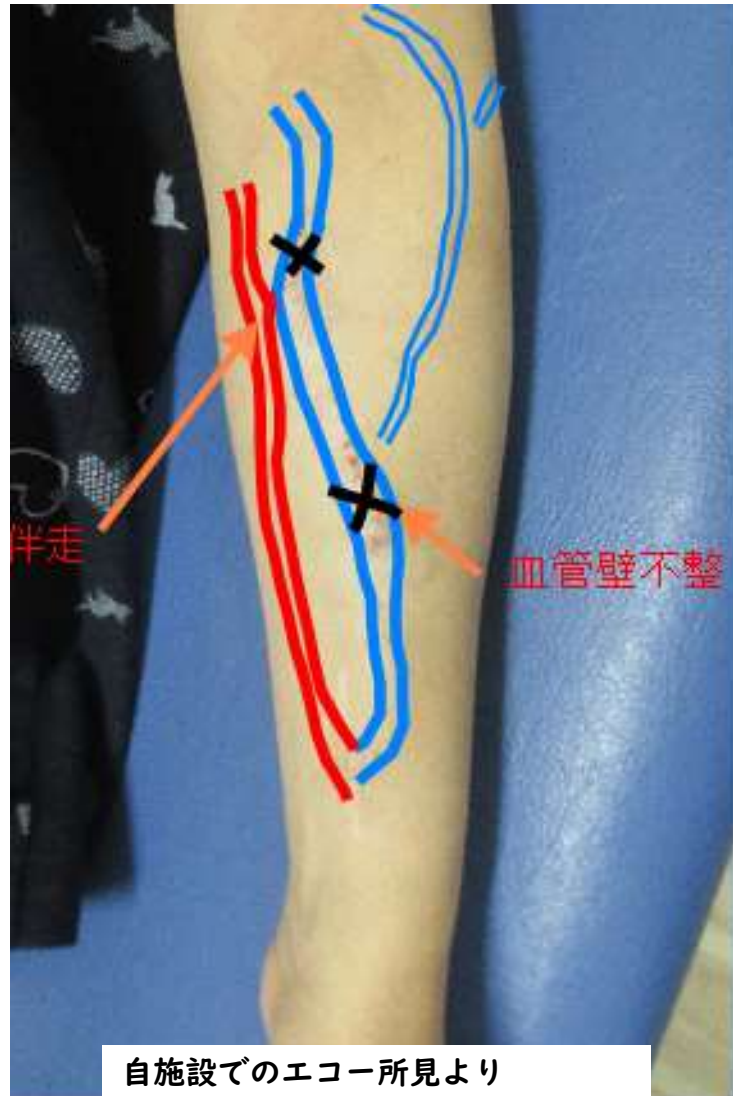
中間
(親指上向き)



回内
(掌下向き)



症例 I 50台女性、透析5年 I 型糖尿病



	FV	RI
	(ml/min)	
BA(シャント側)	597	0.47

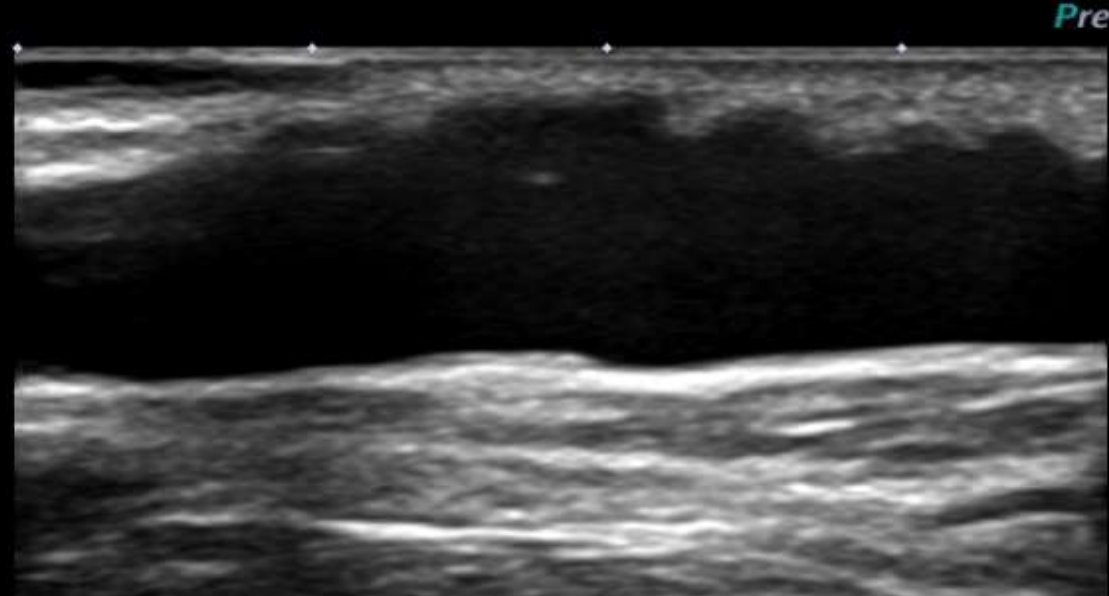
<シャント 血管>

全体的に血流良好。狭窄なし。吻合部径:3.5 mm

- ・シャント 血流は尺側側に流れている
- ・末梢側穿刺箇所にて、血管壁の不整あり。
- ・穿刺部の間でA-V間が極めて近い箇所がある。

<外側枝>

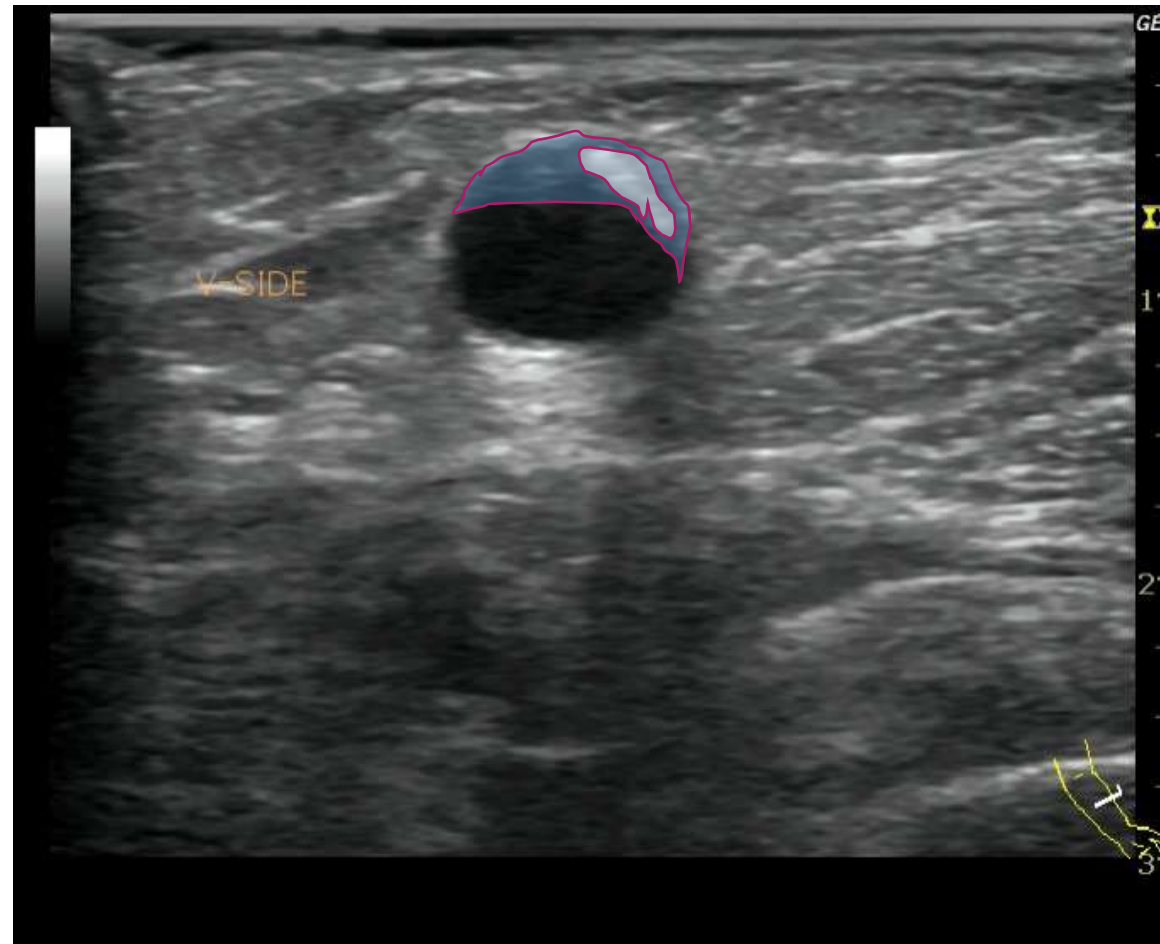
外側の分枝は中枢側まで蛇行・狭窄なし。
血管径1.7-mm。可視範囲内で全体的に2 mm弱。
枝が3か所ほど出ている。
血管径が確保されれば穿刺は可能と思われる。



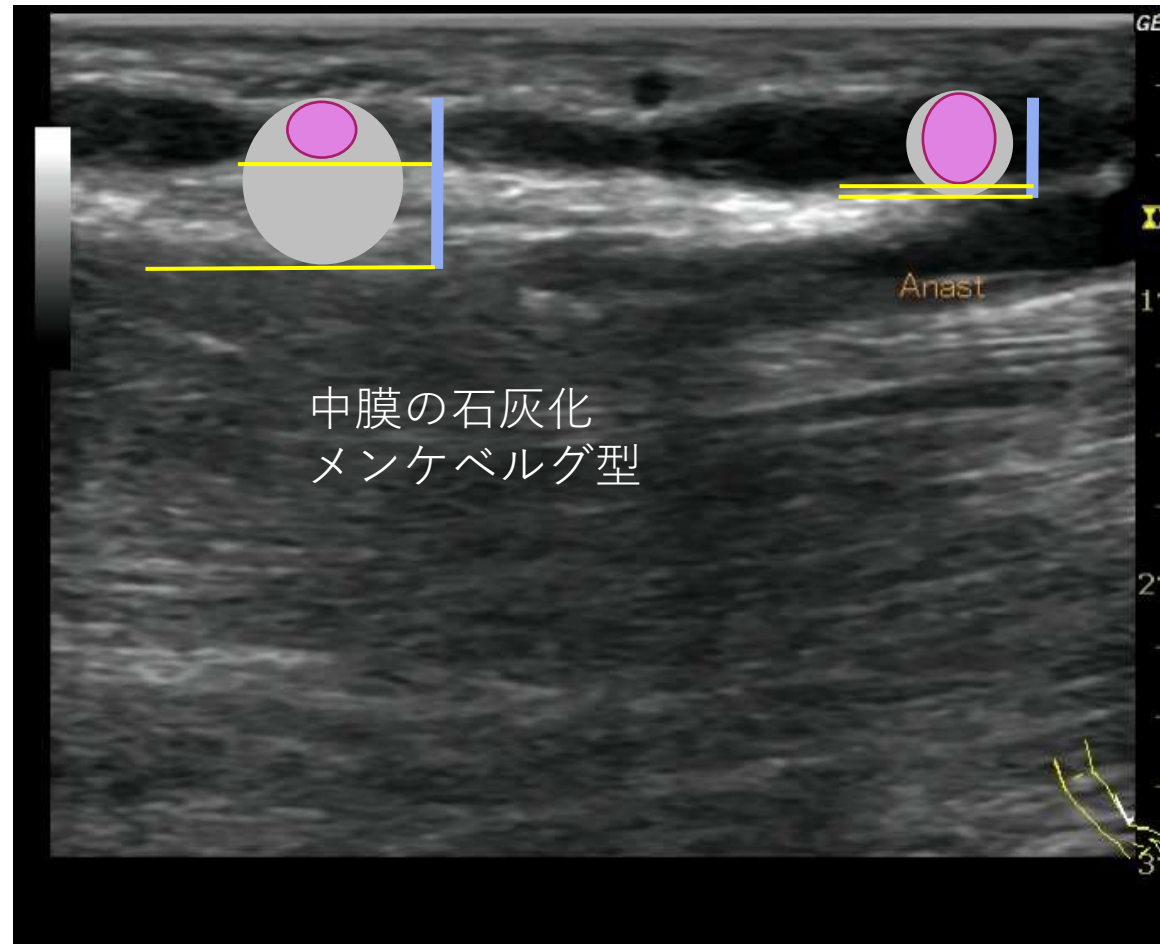
自施設でのエコー所見より



石灰化 短軸



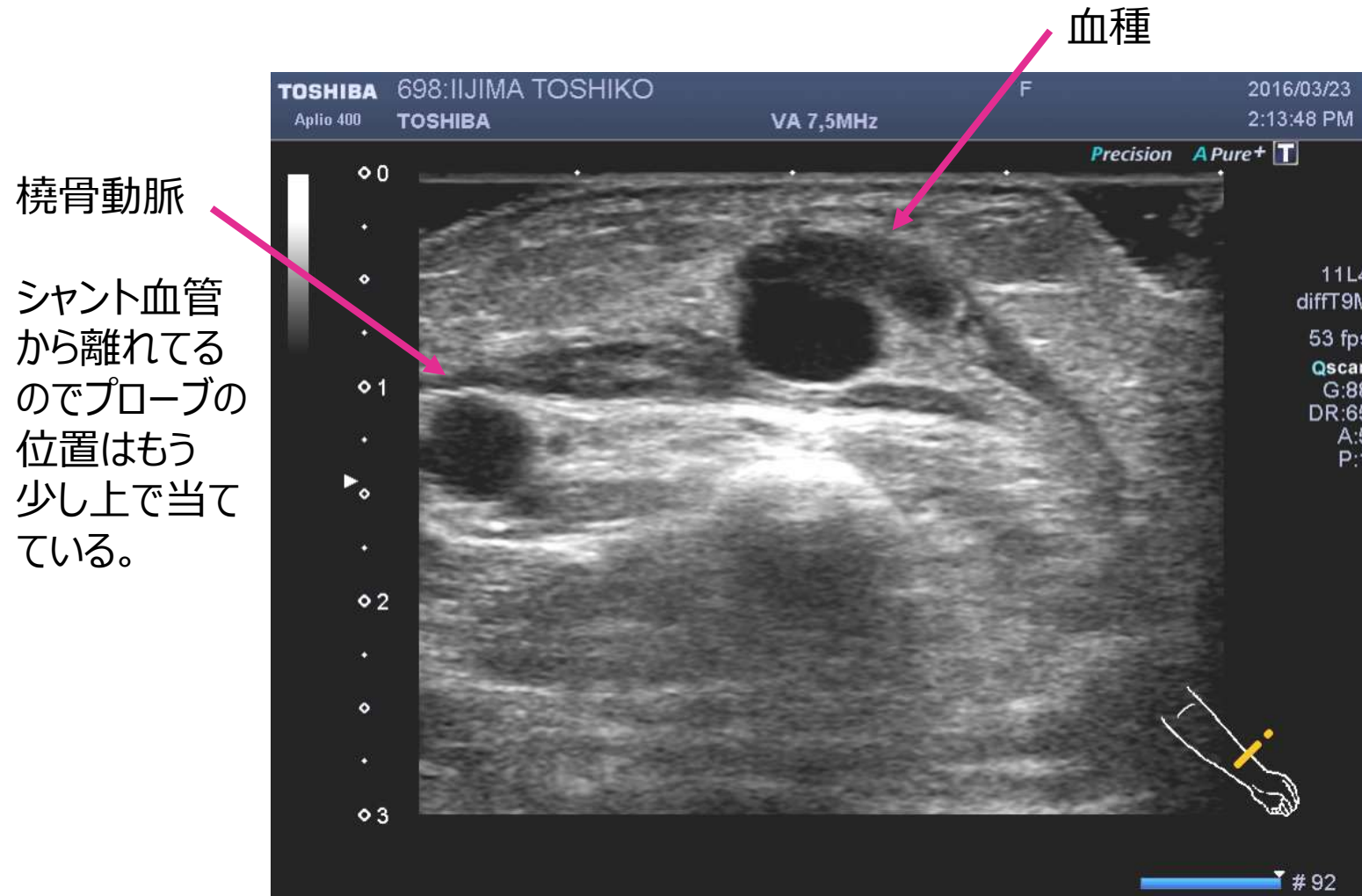
内膜肥厚＋血栓による高度狭窄



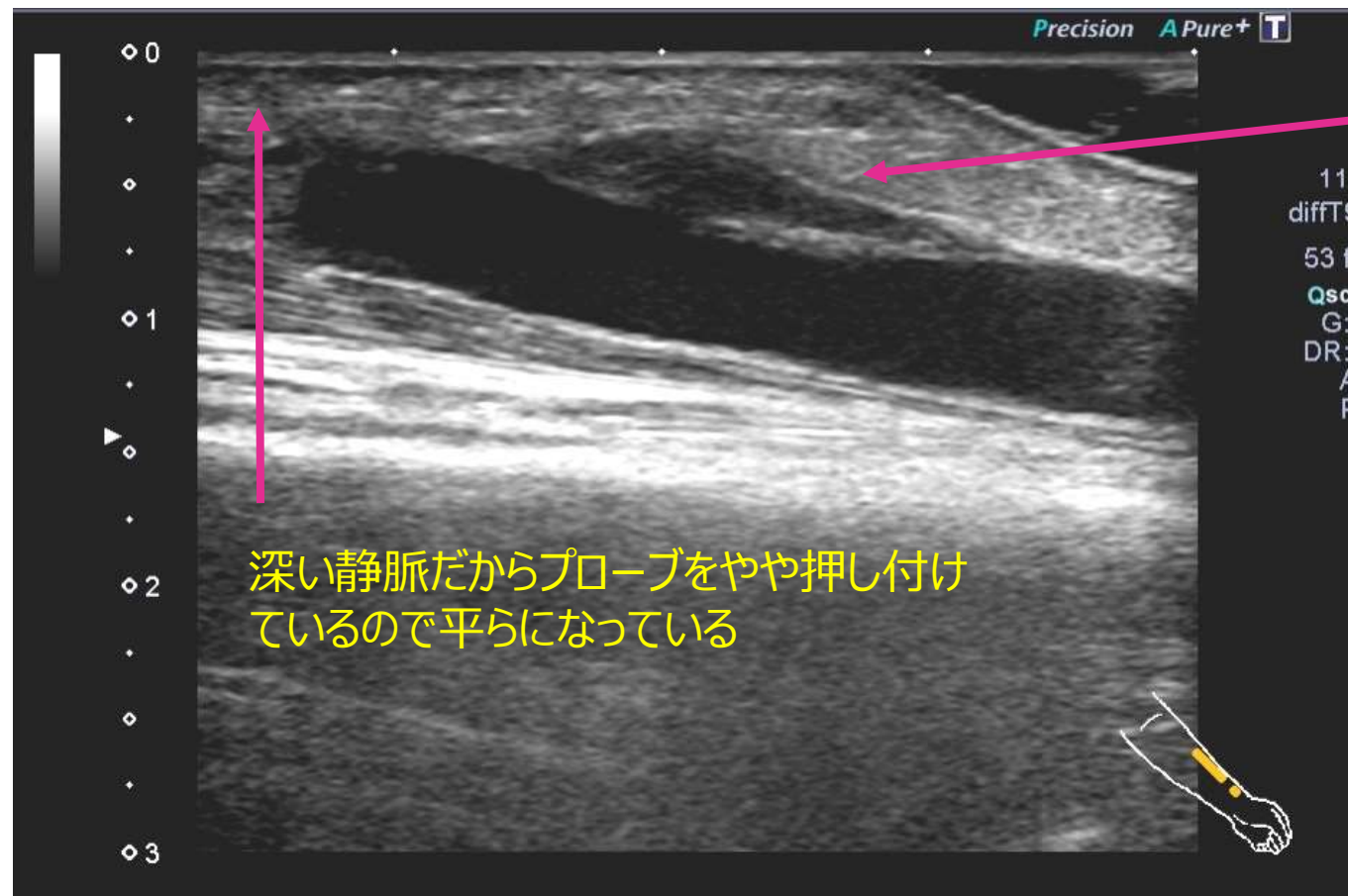
穿刺失敗



血種 + 浮腫（短軸）



血種 + 浮腫（長軸）

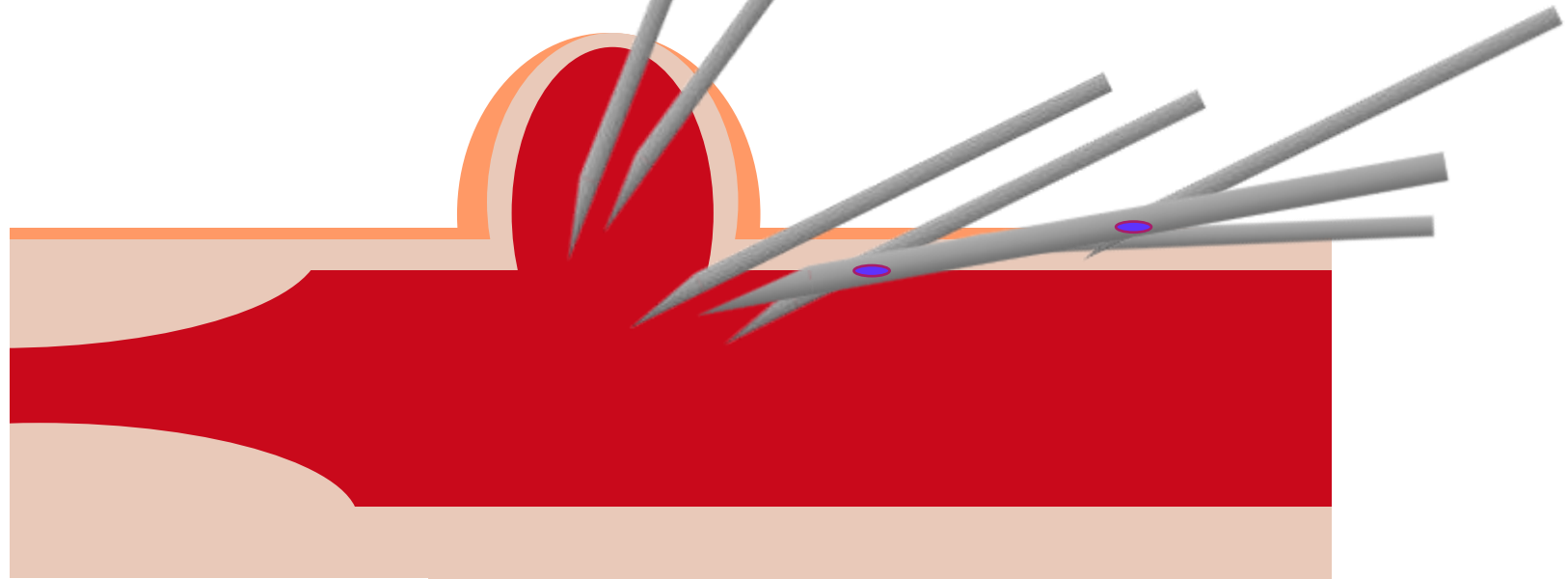




穿刺の実際：イメージトレーニング

シャント瘤の穿刺は、
皮膚と血管の穿刺距離を作ること

皮膚が弁となり適切な圧迫に
より早期の止血が可能である

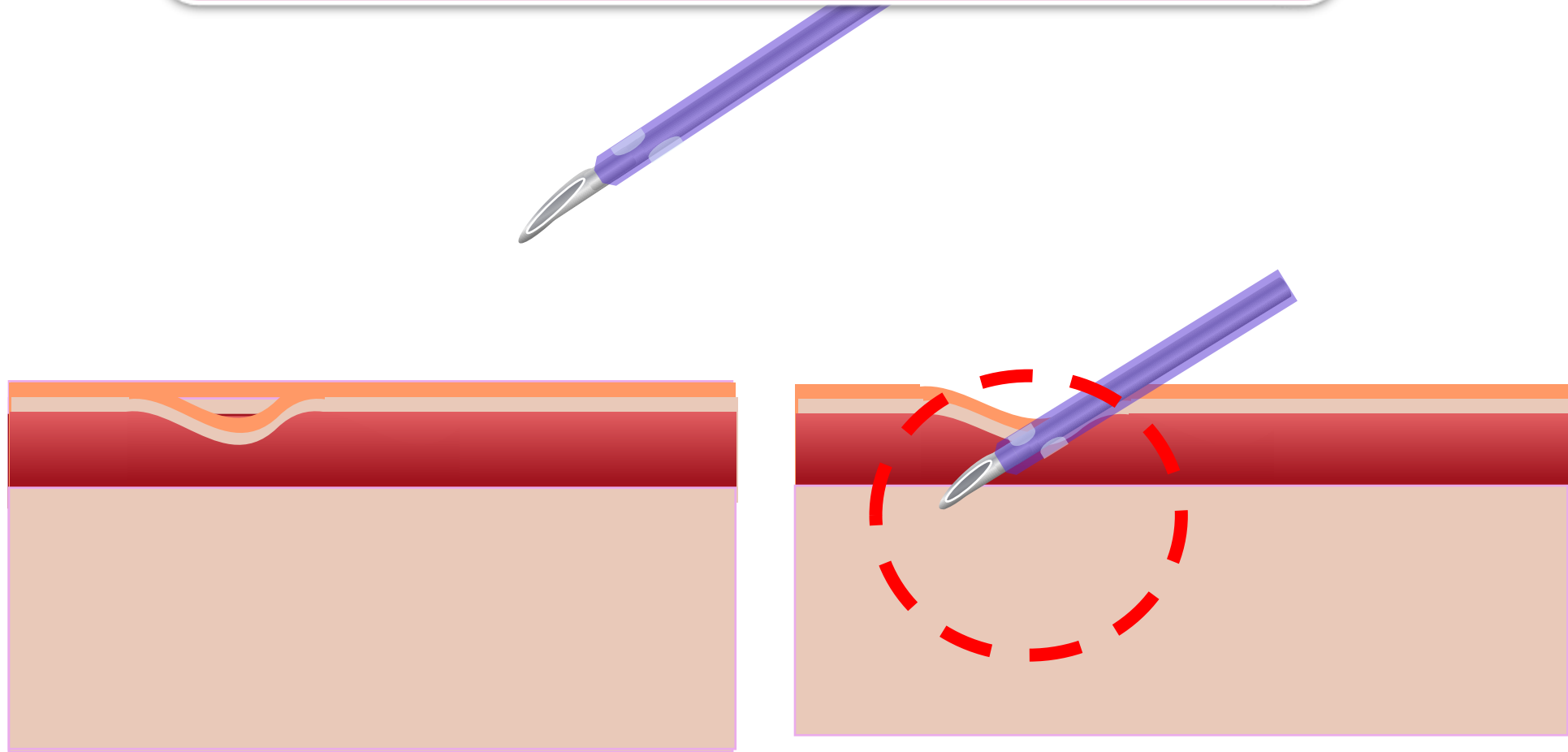


実際の穿刺I

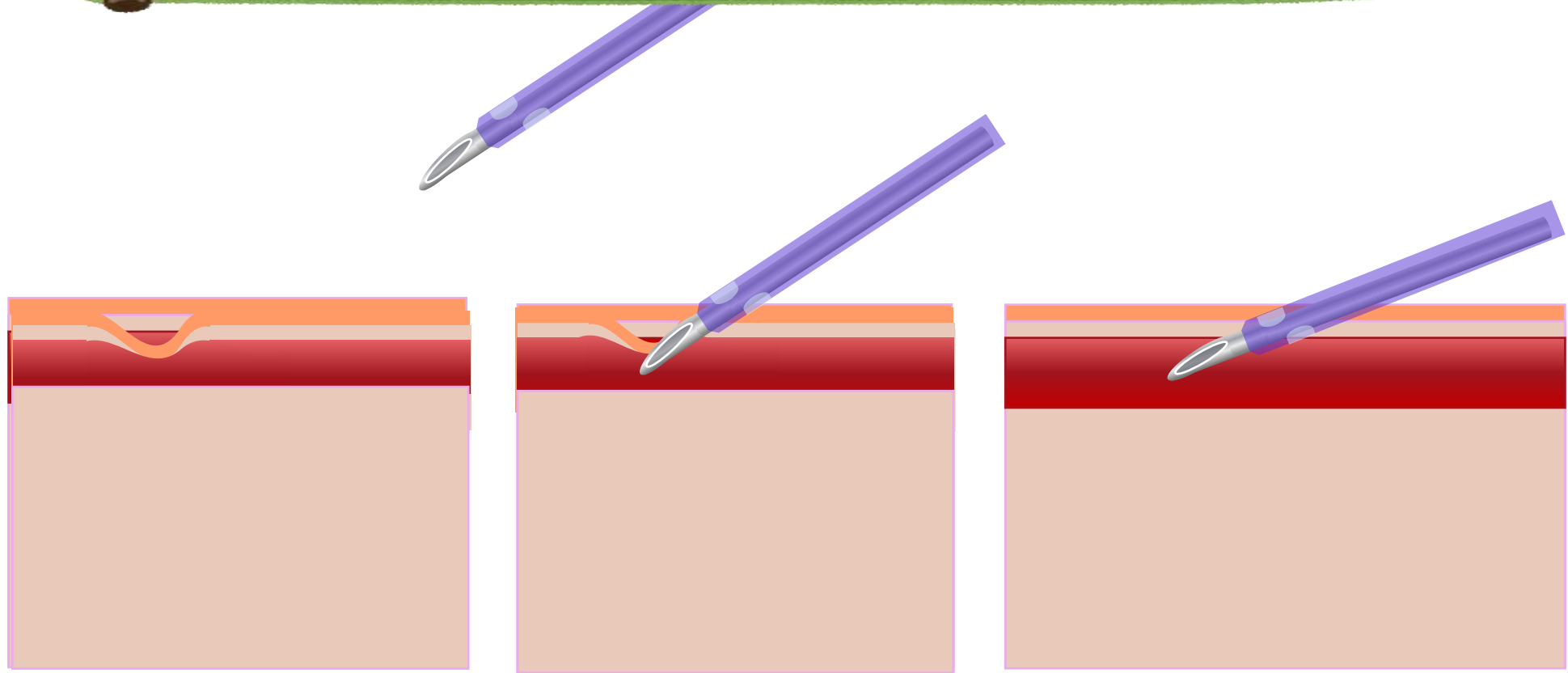
60歳代 女性 糖尿病性腎症 透析歴6年 冠動脈バイパス QB250ml/min



血管内腔はあるのに突き抜けてしまう
高齢者の血管における失敗例



針を戻して血管腔を
広げてから再度進める



穿刺の実際2

80歳代 女性 糖尿病性腎症 QB200ml/min 16G



人工血管を長持ちさせるために～各素材共通～

- 近い部位への頻回穿刺を避ける
 - 背景
 - 患者さんの痛みを低減するために行われがち
 - 影響
 - 人工血管に局所的なダメージを与えて血腫や止血不良の原因となる
- 長持ちのコツ
 - 穿刺可能な部位をまんべんなく使用することが長持ちにつながる



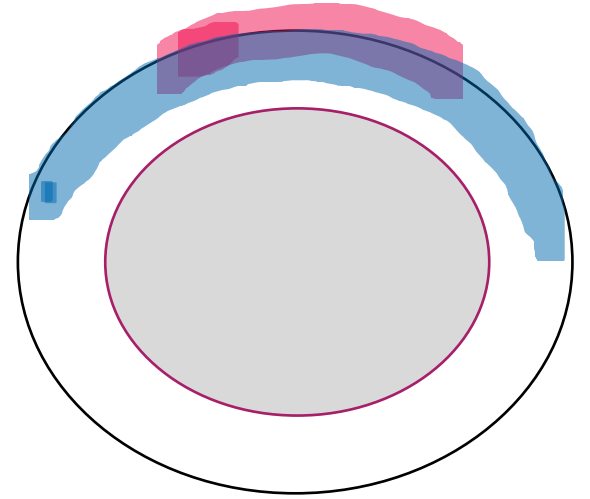
Graft section with "one-site-itis"

穿刺の実際 3 AVG穿刺

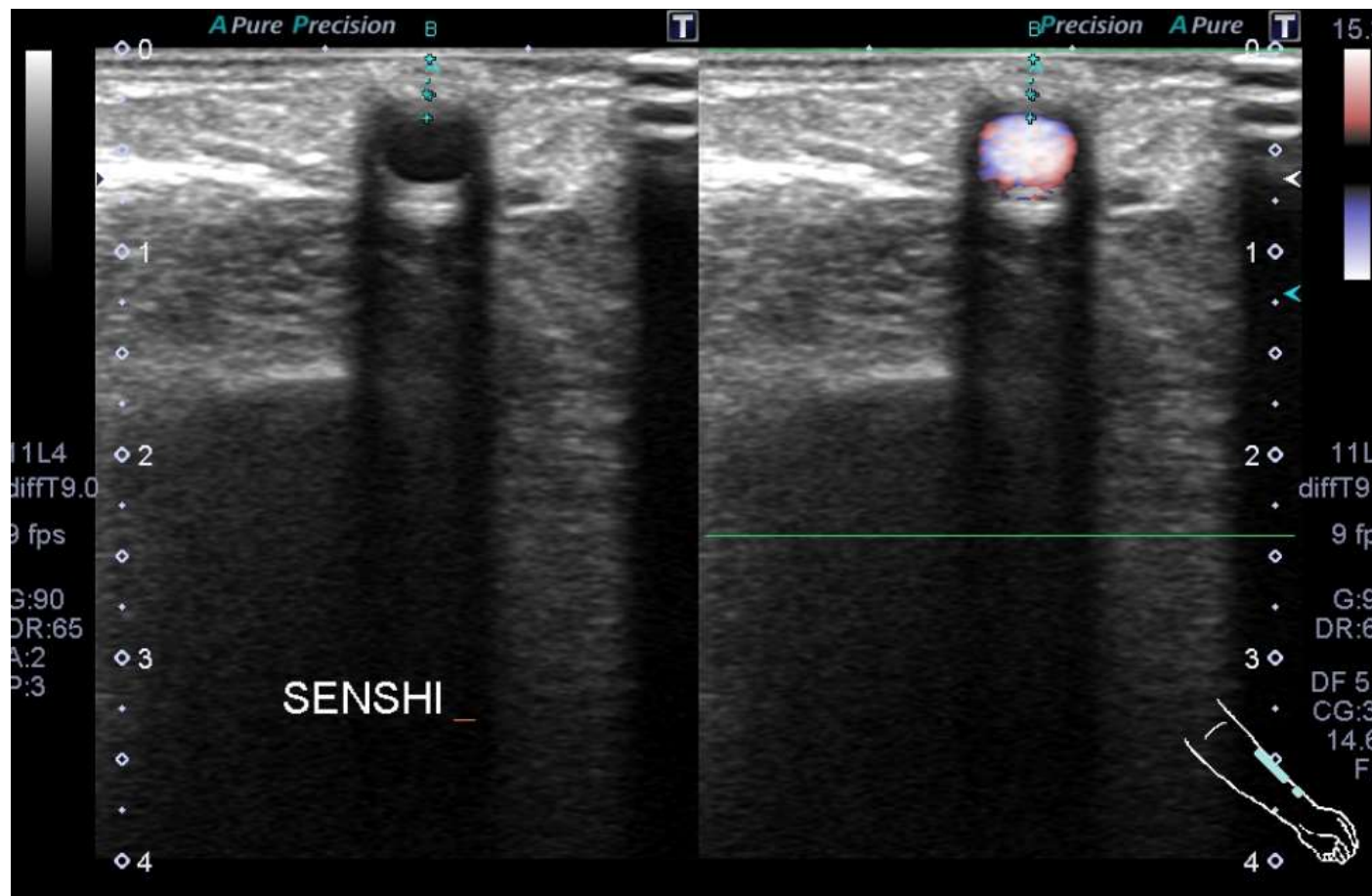
血管を転がして側面を使用する



血管の上面だけでなく、広い範囲を使用



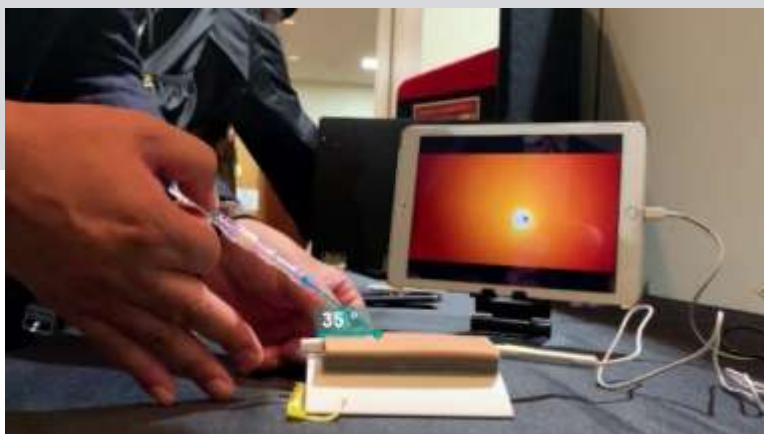
穿刺部エコー 血腫なしを確認



2. VA看護の在り方・かかわり方 ～穿刺技術～

後壁穿刺と穿刺角度について

Go Kimura¹, Takuya Matsuyama², Yuki Mizuno² Stop posterior wall puncture of the arteriovenous graft (AVG). New findings of cannulation techniques from a prospective observational study with an AVG model and plastic cannula for dialysis ; 2022Mar 18;11297298221081650. doi: 10.1177/11297298221081650.



動画解析ソフトKinoveaによる解析

人工血管を長持ちさせるために～各素材共通～

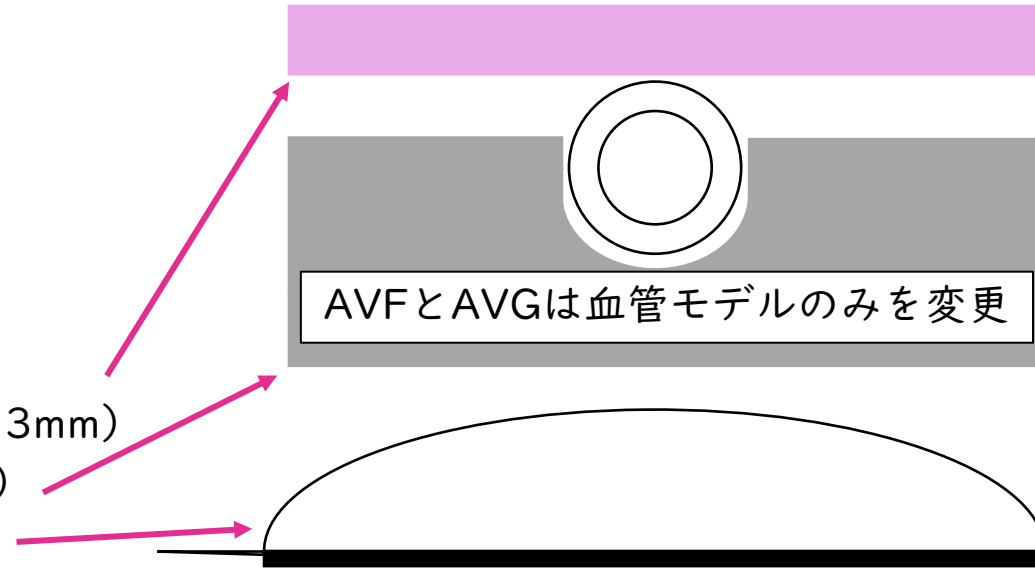
- 後壁穿刺を避ける
 - 背景
 - －人工血管の埋植デザインや部位の違い
 - 影響
 - －血栓形成、感染の原因となる
 - 長持ちのコツ
 - －人工血管の走行や深さを把握して穿刺を行う
- ※後壁穿刺をしないよう穿刺角度などをご調整ください



※後壁穿刺による血栓形成の一例

モデルの概要

- 皮膚および皮下組織モデル
 - 皮膚モデル（シリコンゲル 3mm）
 - 皮下組織モデル（スポンジ）
 - ベース（プラスチック）
- 血管モデル
 - AVG：内径5mmの人工血管
 - AVF：内径5mmの自己血管モデル
- カメラとモニター
 - カメラ（iPhone）
 - ファイバースコープカメラ
 - モニター（iPad）

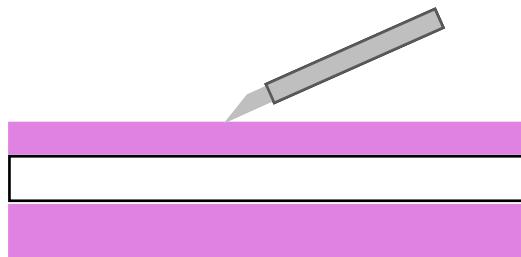


AVGとAVFの平均穿刺角度

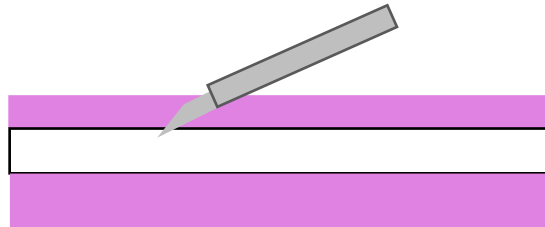
- AVGとAVFの平均穿刺角度は異なる
 - A, B, C の全時点においてAVG穿刺のほうが針を立てている*

	A. 接触時	B. 内腔到達時	C. 外套針留置時
AVG	27.9 (±7.8)	25.5 (±10.0)	12.5 (±4.1)
AVF	24.0 (±6.9)	18.6 (±8.2)	10.3 (±3.0)
p 値 *t検定	<0.01	<0.01	<0.01

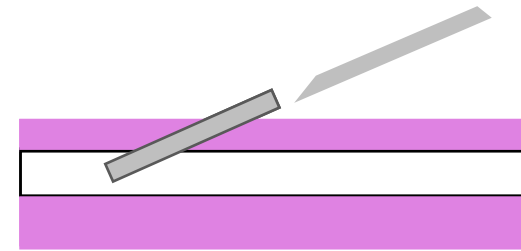
n=63



A. 接触時

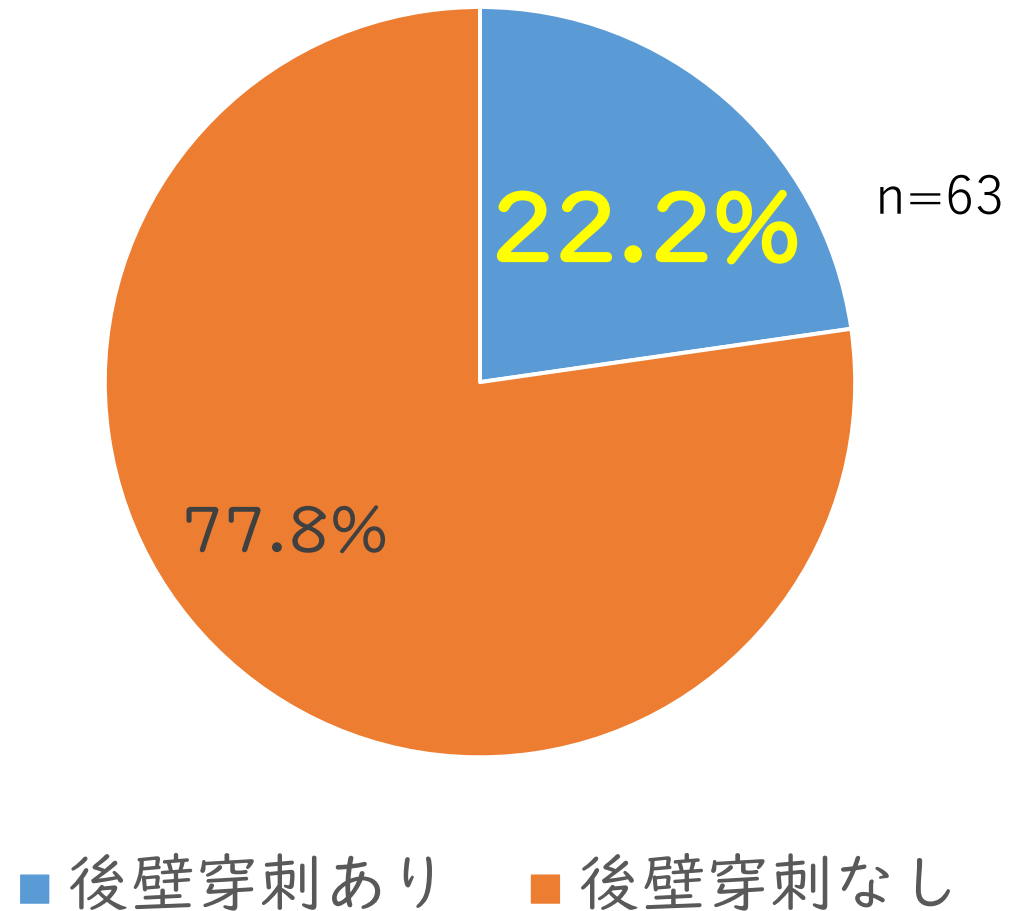


B. 内腔到達時

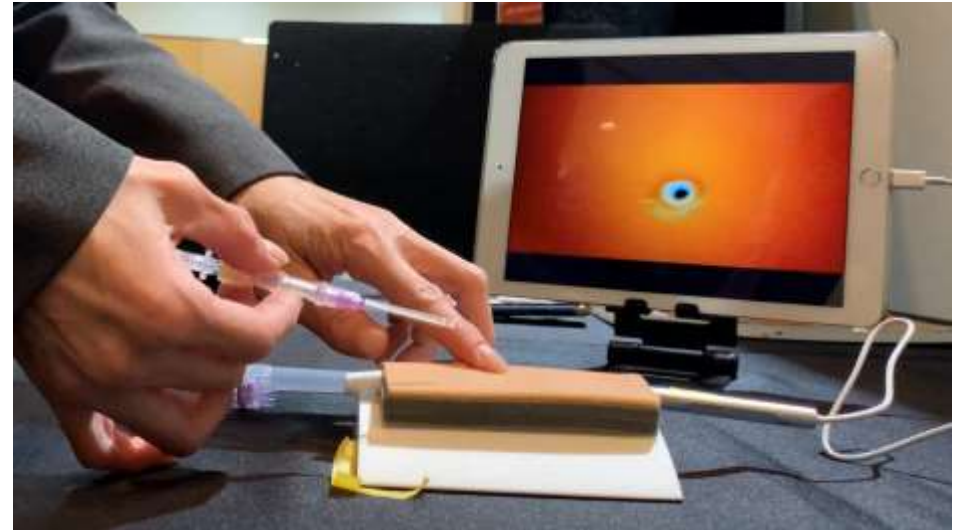
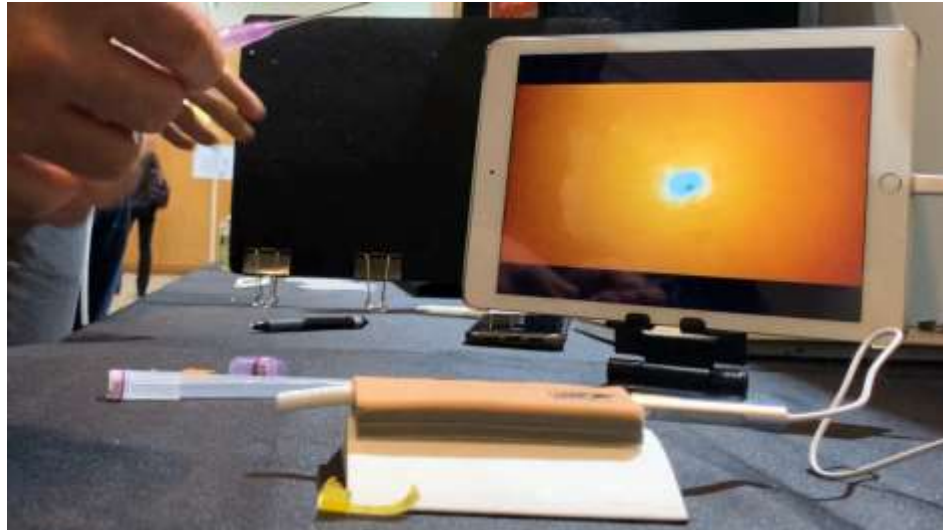


C. 外套針留置時

本調査における AVG後壁穿刺発生率



AVG穿刺の失敗例



AVG穿刺の成功例



AVG後壁穿刺と穿刺者背景

- 透析看護経験年数において有意差あり**
 - 透析看護経験5年未満で後壁穿刺が発生しやすい

後壁穿刺と穿刺者背景	p value
看護師経験年数	0.76
透析看護経験年数	<0.01
AVF穿刺経験年数	0.27
AVG穿刺経験年数	0.11
CN or Non CN	0.78

**カイニ乗検定

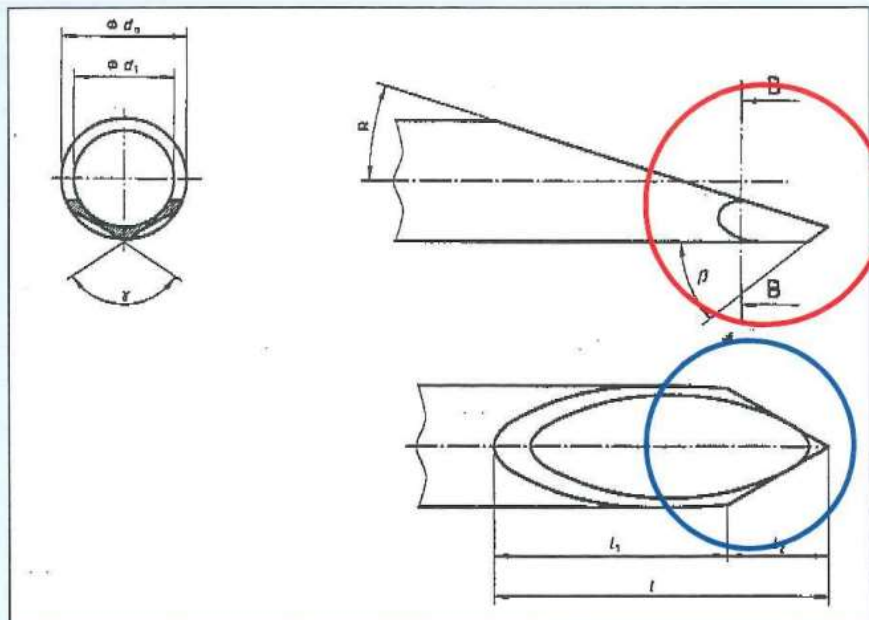
AVG後壁穿刺と穿刺方法

- 穿刺方法はAVG後壁穿刺の発生に影響する
 - 側孔より奥まで刺入して針をねかせた群で後壁穿刺が多い**
 - 外套を先に送り込む留置方法で後壁穿刺が少ない**

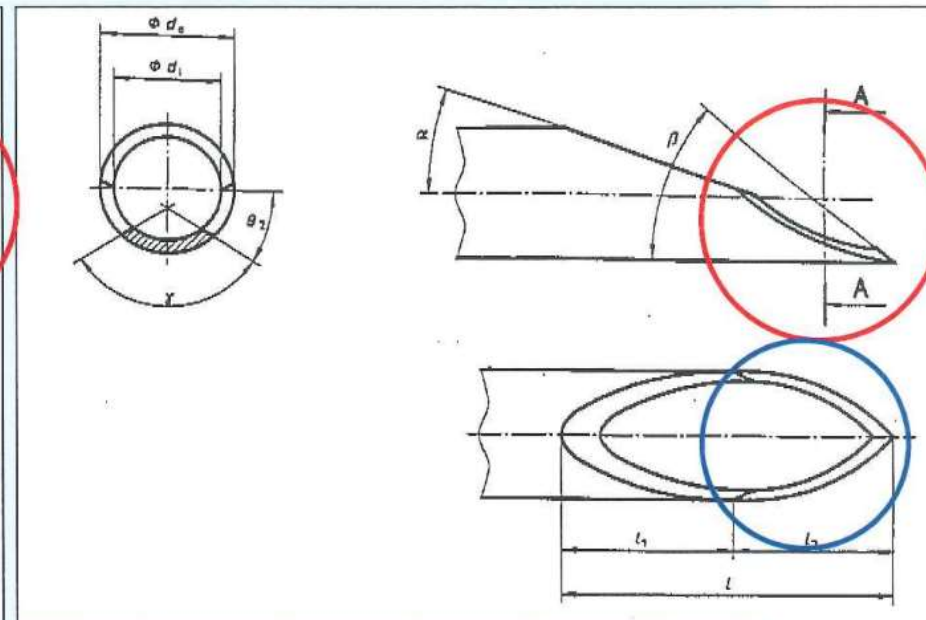
後壁穿刺と穿刺方法	p 値
穿刺針の把持部位	0.948
AからBの針のねかせ有無	0.330
BからCの針のねかせ有無	0.207
AからCの針のねかせ有無	0.063
針をねかせるタイミング	<0.01
内針を引き抜くタイミング	0.282
外套針の留置方法	<0.01

針の研磨(カット)方法の違いによって？

バックカット



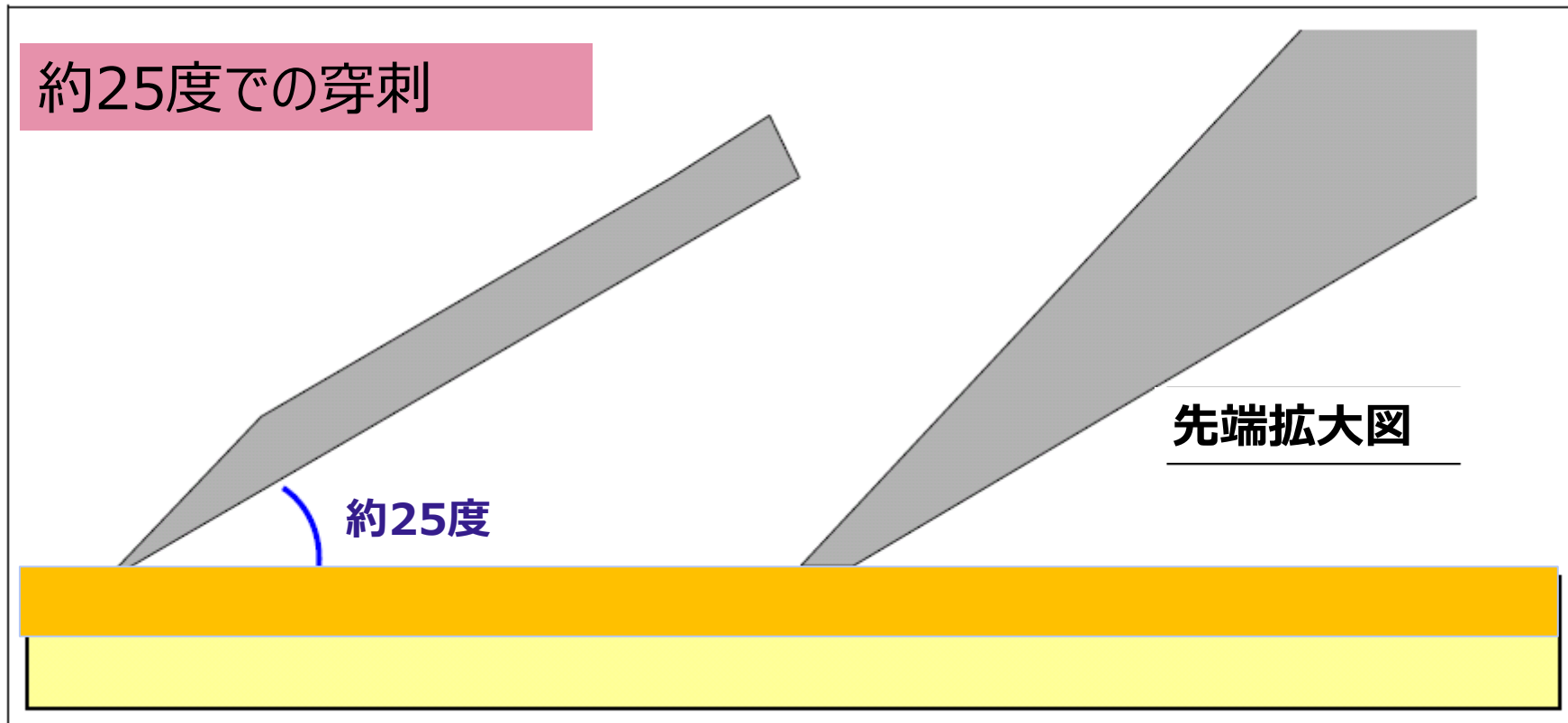
ランセットカット



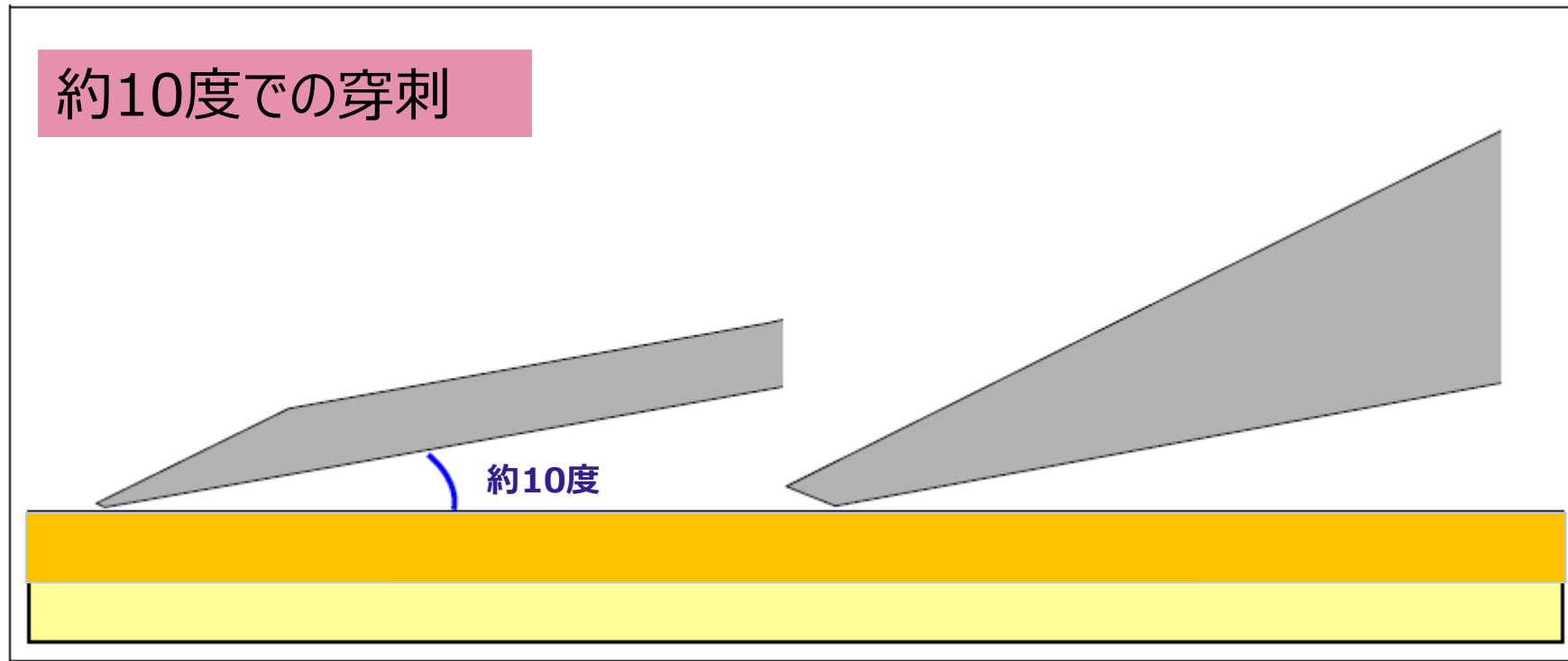
バックカットでは直線的形状の刃先と船底構造により刃先先端が上方に位置することが特徴です。

ISO-10555:注射針国際基準より

バックカット針による穿刺時の 角度と針先の様子：25～26度



バックカット針による穿刺時の 角度と針先の様子：10度

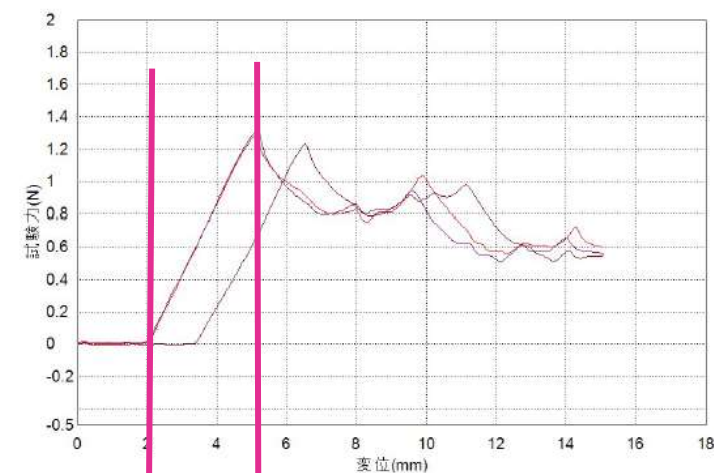


穿刺角度の違いによる抵抗値指数



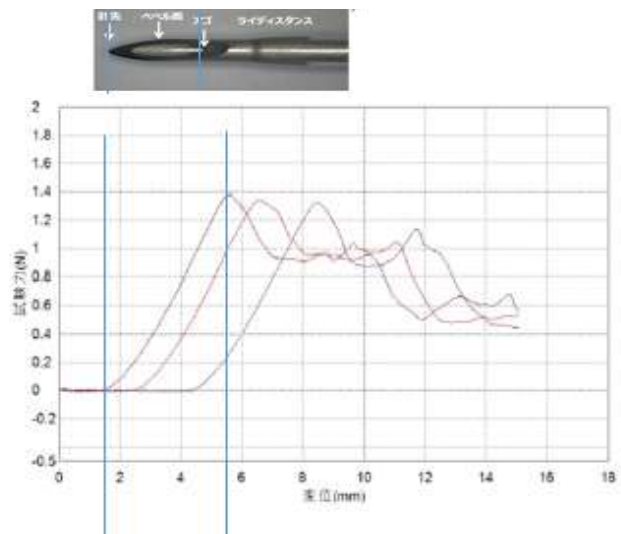
キーワード		品名	
結果ファイル名	20190913_穿刺抵抗_20_0_16L_xtas	条件ファイル名	20190829_松_xmas
作成日	2019/09/17	試験日	2019/09/13
試験モード	シングル	試験種類	圧縮
速度	200mm/min	試験片形状	平板
バッチ数	1	サブバッチ数	3

名前 パラメータ 単位	最大点 試験力 全エリアで計算 N
1_1	1.27951
1_2	1.23231
1_3	1.31114
平均値	1.27432
標準偏差	0.03967
最大値	1.31114
レンジ値	0.07883

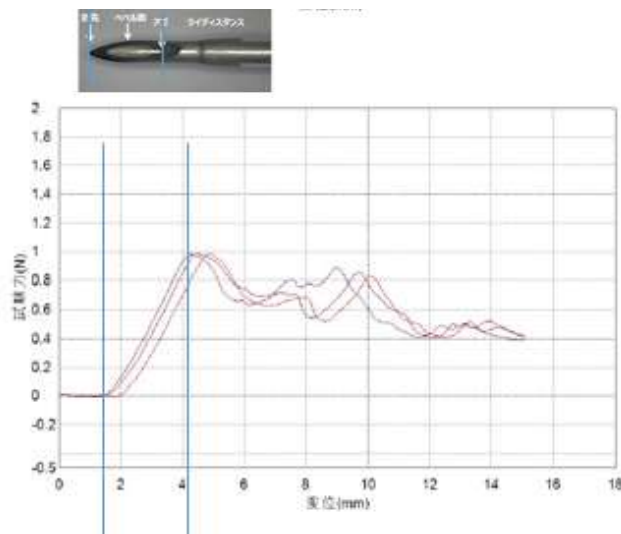


穿刺角度の比較 バックカットランセット

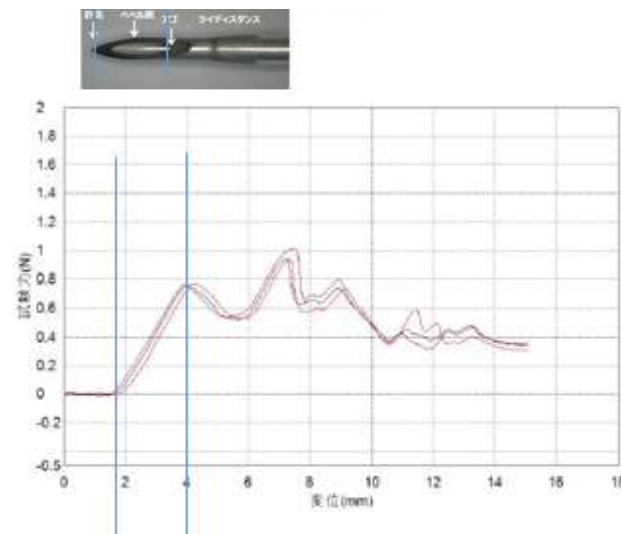
16GVカット 穿刺角度 20° ベベル角度 0°



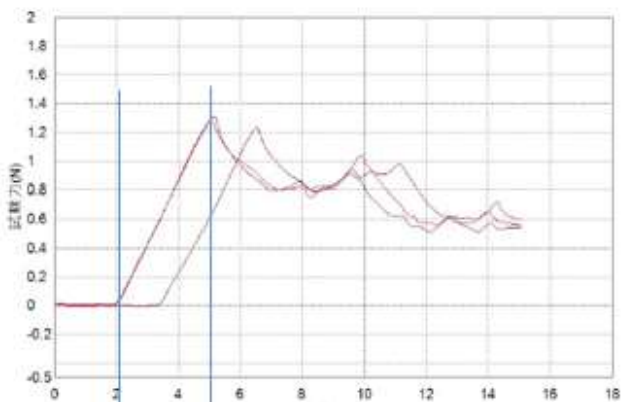
16GVカット 穿刺角度 30° ベベル角度 0°



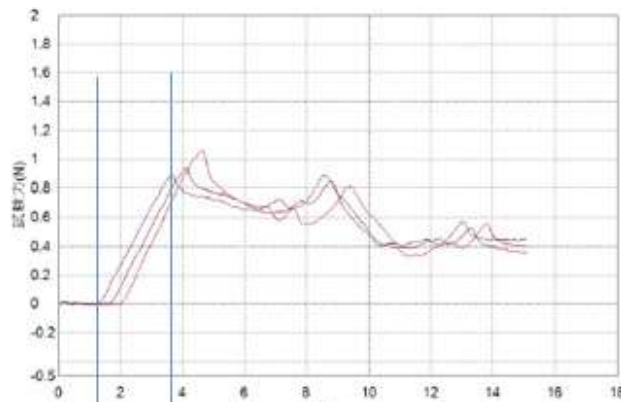
16GVカット 穿刺角度 40° ベベル角度 0°



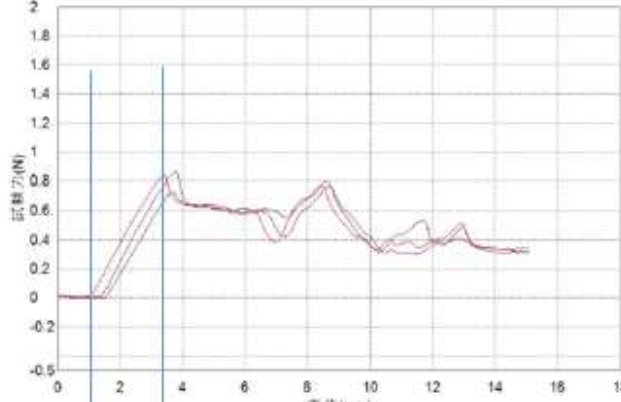
16Gランセット 穿刺角度 20° ベベル角度 0°



16Gランセット 穿刺角度 30° ベベル角度 0°

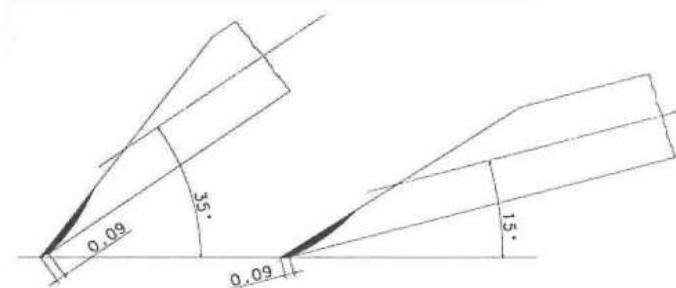
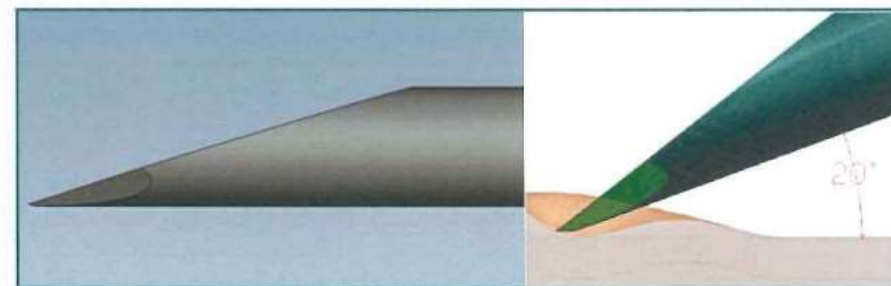
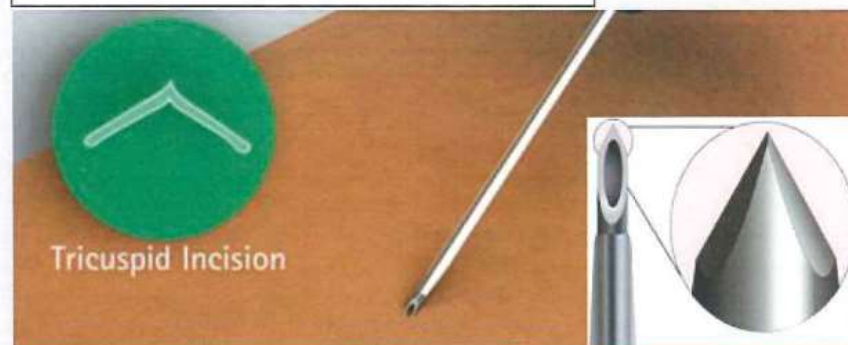
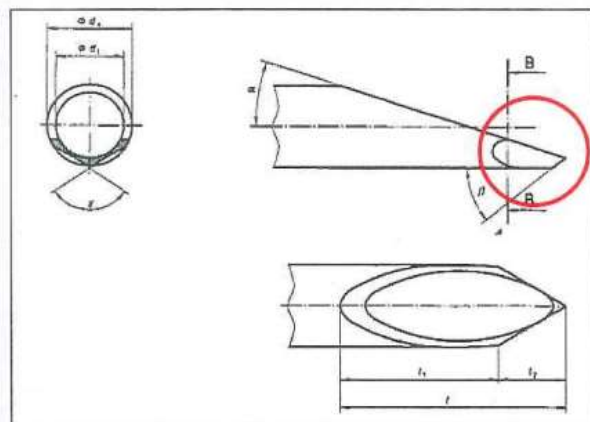


16Gランセット 穿刺角度 40° ベベル角度 0°



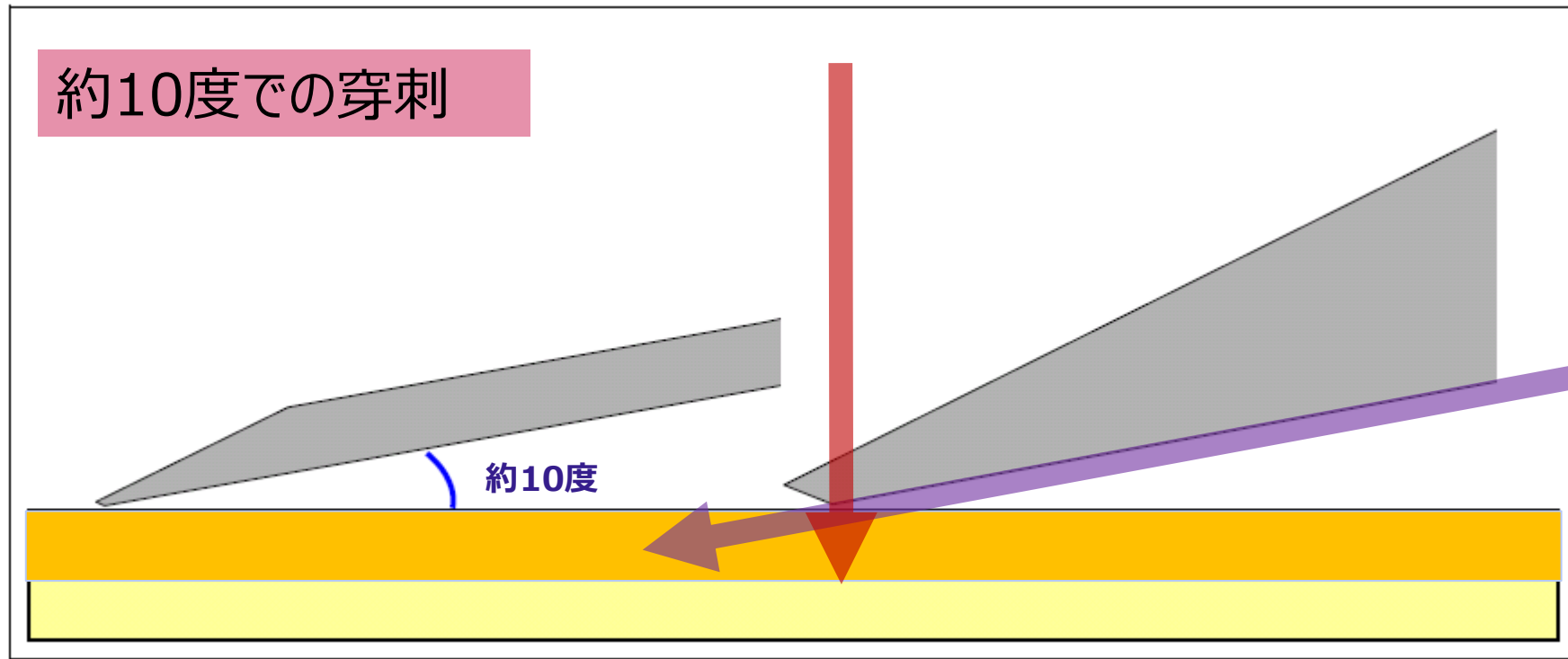
Q.4 イントロカンセーフティ3の切れ味が悪い

A.4 各社、同一膜で比較検討していますが、決して切れ味は悪くありません。他施設様でも変更した際は同じ様に言われる事がありますが、少し継続使用して頂き、慣れて頂くと問題無いケースが多いです。もし、穿刺時滑る様な感じがあれば、少し立てて頂ければスムーズに穿刺出来るかと思います。
(皮膚を貫いたら寝かせて進めて下さい。)



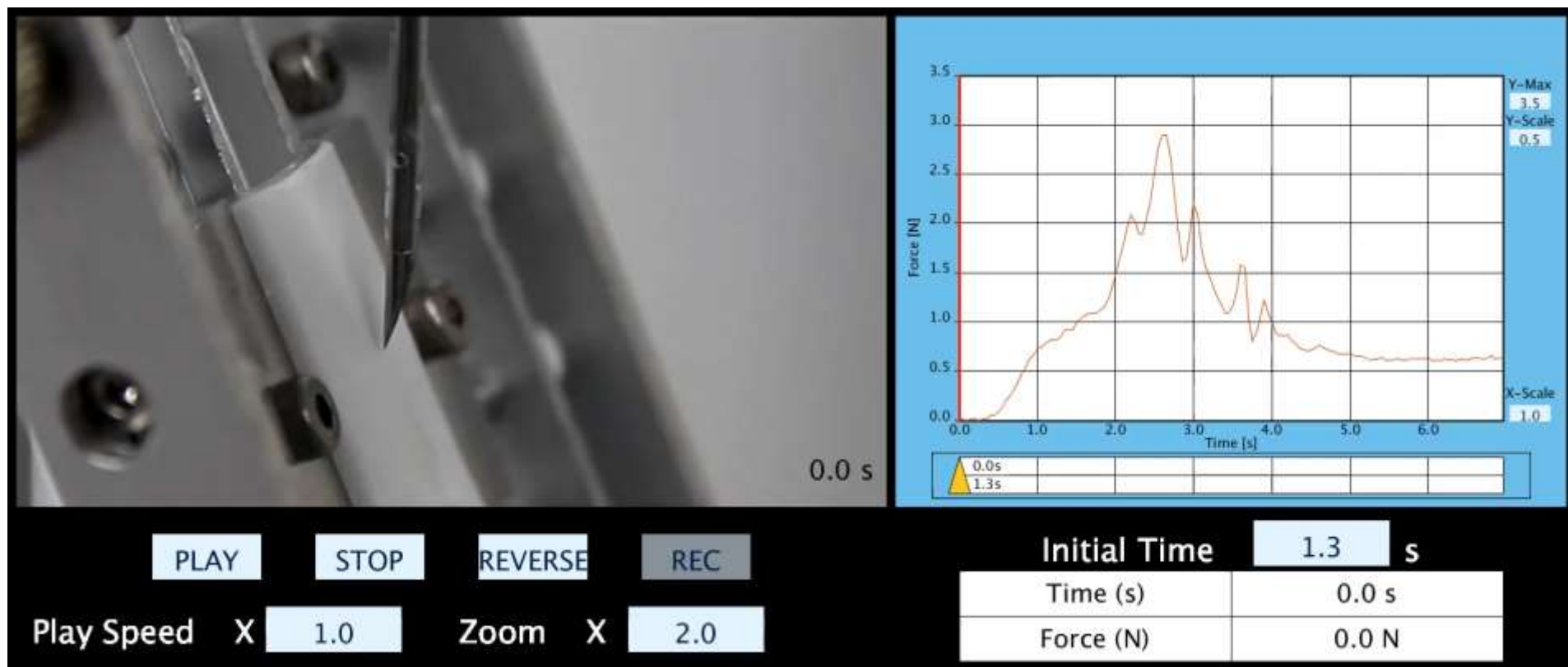
バックカットのメリットは、穿刺孔がV字になる為、組織損傷が少なくカテーテル抜去後の治癒も早くなります。

バックカット針による穿刺時の 角度と針先の様子：10度



【目的】 AVGの推奨穿刺角度を明らかにする

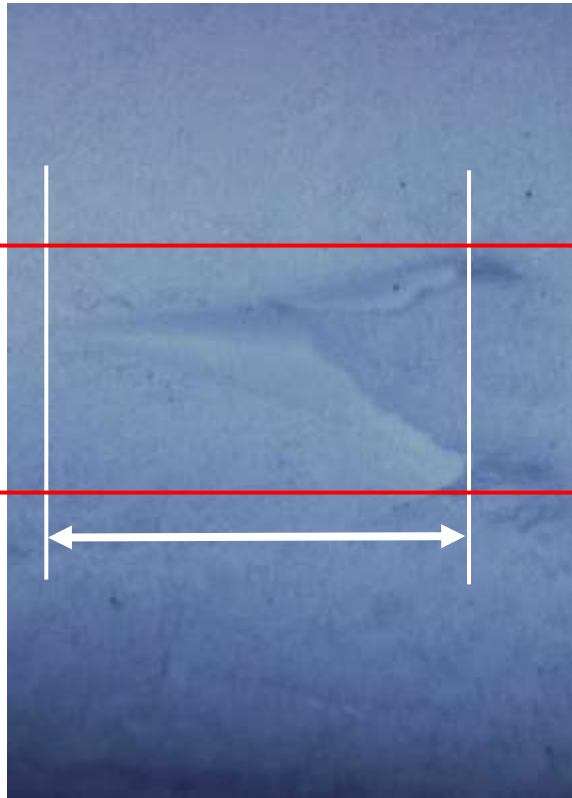
画像提供：モザークメディカルジャパン合同会社



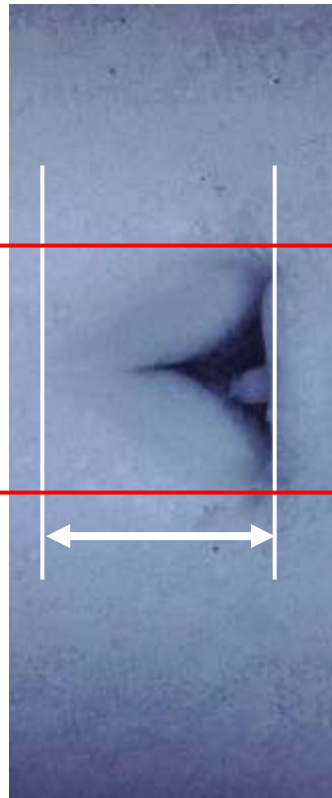
実際の穿刺抵抗測定：25度の場合

結果1-1 穿刺角度による侵襲の違い（刺入部）

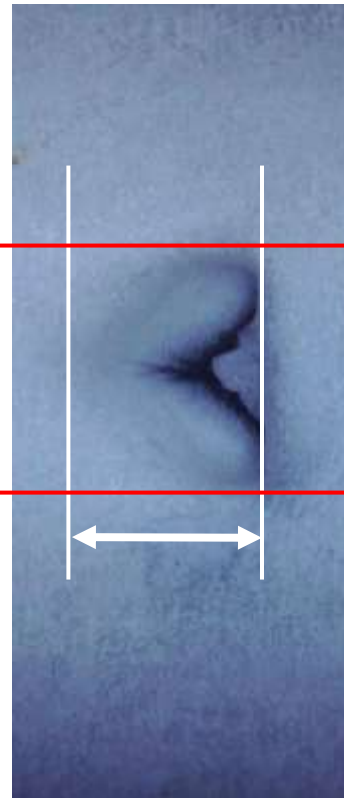
バックカット
針15度



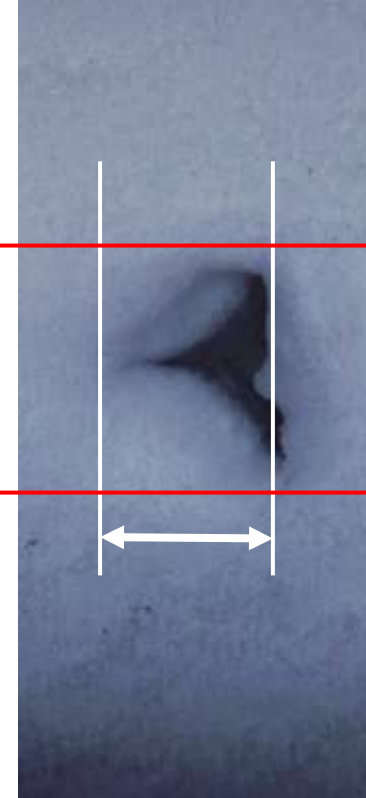
バックカット
針25度



バックカット
針35度

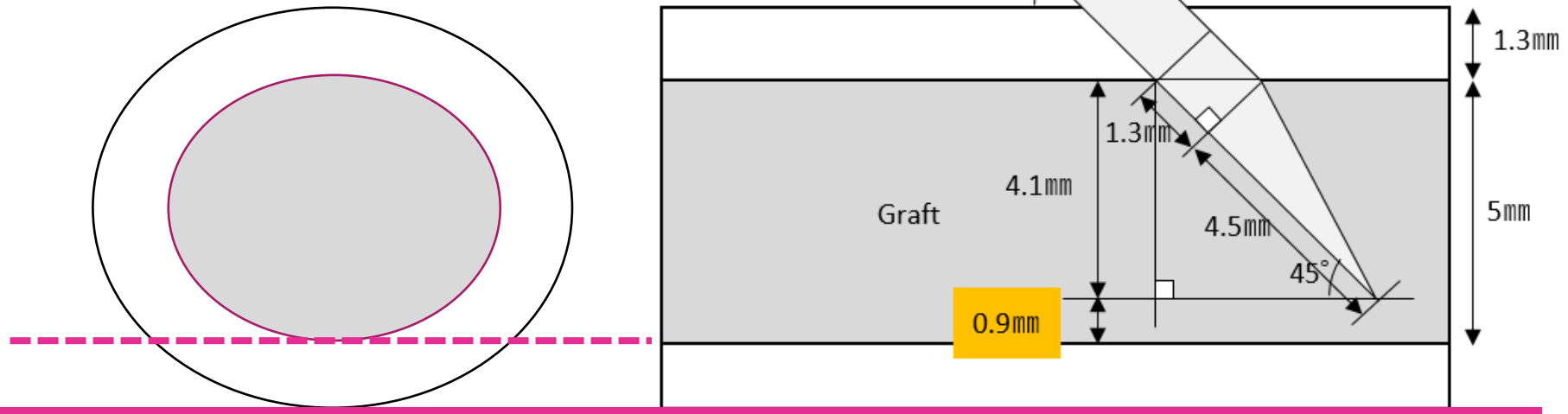
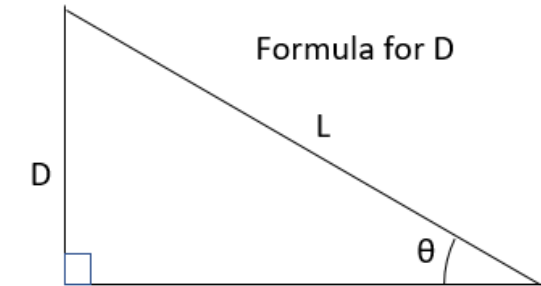


バックカット
針45度

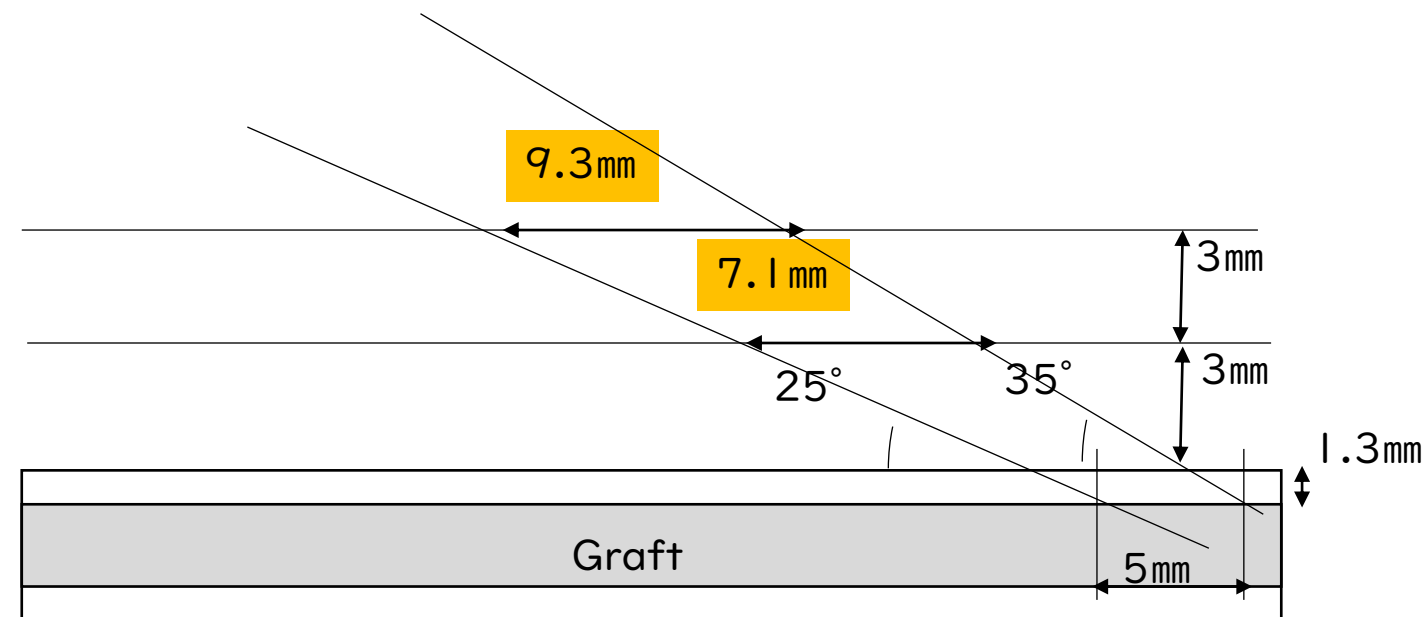


結果3 穿刺角度毎のクリアランス

Puncture angle (°)	各穿刺角度毎のクリアランス (mm)	
	Needle size	
	16G	17G
15	2.6	2.9
25	1.9	2.4
35	1.4	1.9
45	0.9	1.5



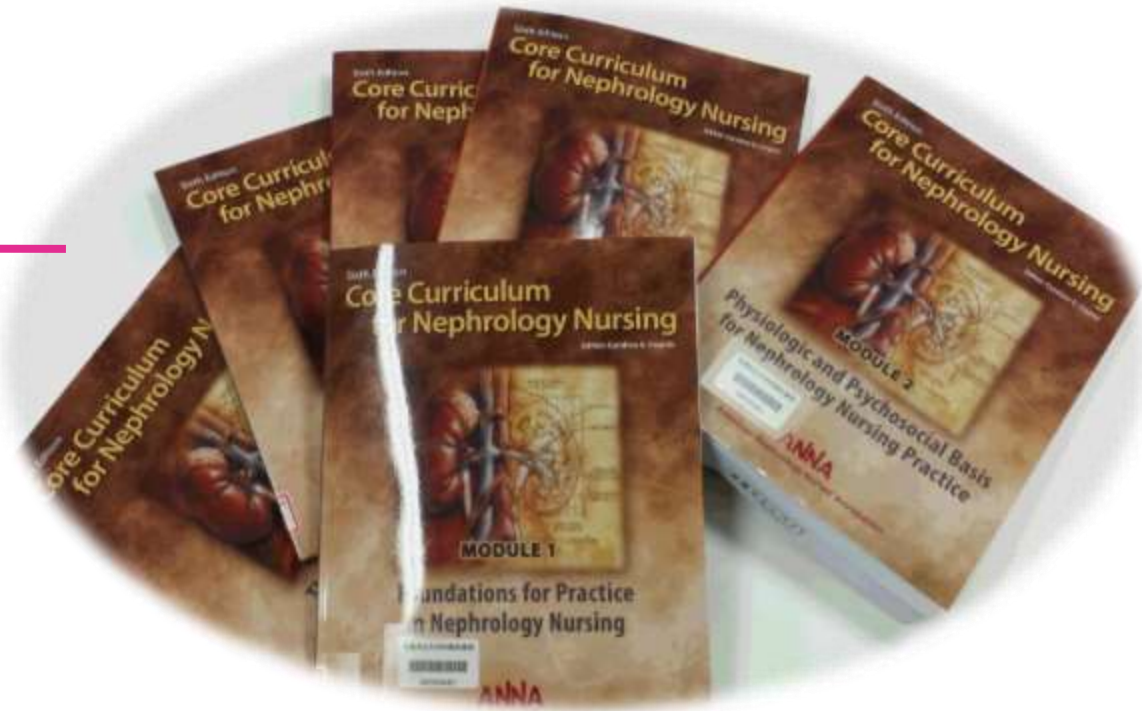
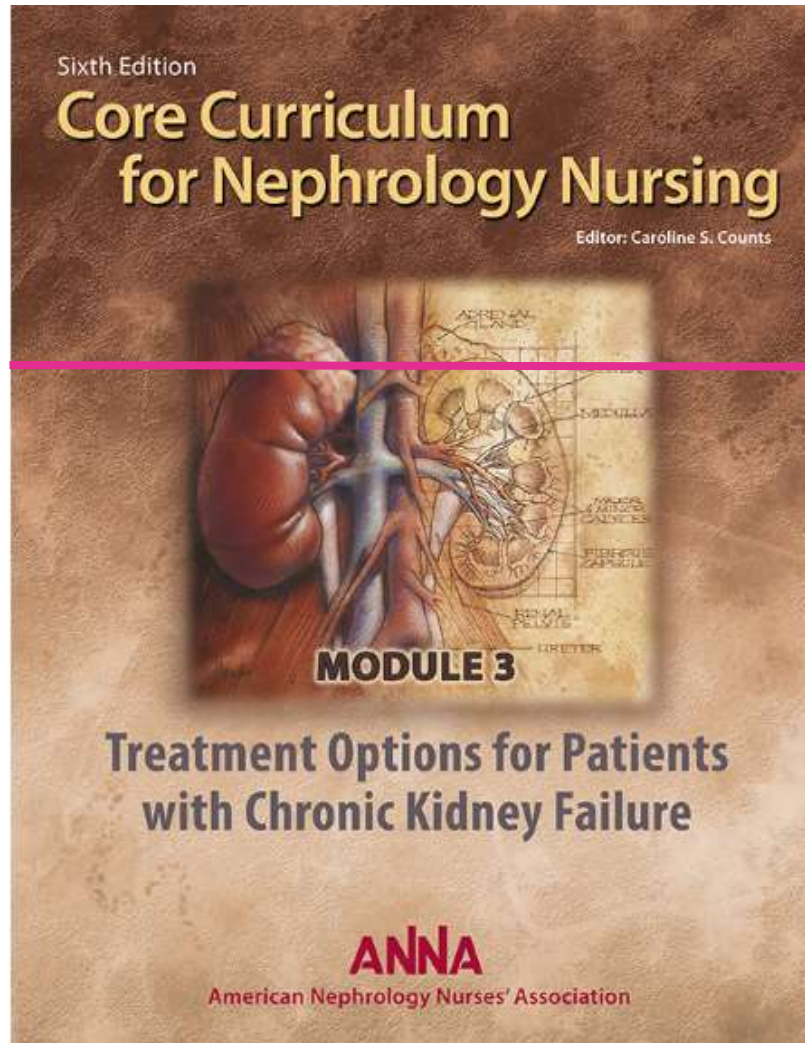
結果4 穿刺間隔の推計



AVG内径			
穿刺角度	開始点-穿刺点距離 (mm)	血管の深さ (mm)	
		3	6
25	W	9.2	15.7
35	W	6.1	10.4
ΔW (mm)		3.1	5.2
穿刺点5mm離れた場合の開始点距離 (mm)		8.1	10.2

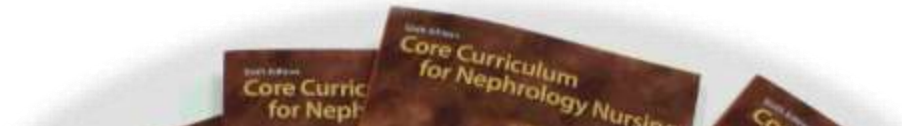
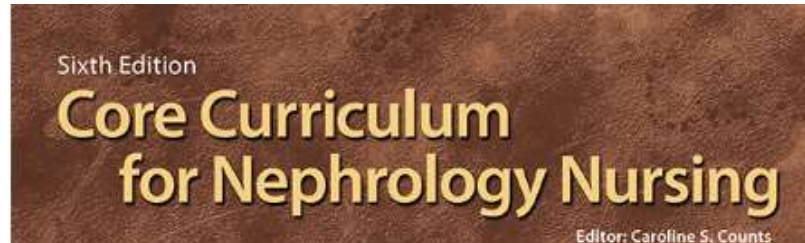
米国腎臓病看護協会

American Nephrology Nurses Association (ANNA)



米国腎臓病看護協会

American Nephrology Nurses Association (ANNA)



Chapter 3 Vascular Access for Hemodialysis 167

Editor: Kim Deaver

Authors: Kim Deaver, Caroline S. Counts

Section A	Preparing for a Vascular Access for Hemodialysis – The Process and the Education	172
Section B	The Arteriovenous Fistula	176
Section C	The Arteriovenous Graft	197
Section D	Central Venous Catheters	206
Section E	The Vascular Access Center	215
Section F	Monitoring, Surveillance, and Diagnostic Testing – Detection of Access Dysfunction	216
Section G	CMS ESRD Interpretive Guidelines Pertaining to the Vascular Access	218

3. Anesthetics for needle insertion.

a. Intradermal lidocaine.

- (1) Used immediately prior to needle insertion.
- (2) Causes a bee-like stinging sensation and may be more painful than the needle.
- (3) Risk of accidental intravenous infusion.

b. Topical anesthetic cream.

- (1) Correct contact time is important for the drug to be effective.
- (2) Needs to be applied by the patient prior to coming to the facility.
 - (a) Maximum depth of 3 mm requires 60 minutes of contact.
 - (b) Maximum depth of 5 mm requires 120 minutes of contact.
- (c) After application, the patient covers the site with plastic wrap to protect clothing and to ensure that the drug does not get wiped off prematurely.
- (d) There has been some concern that the cream is not sterile and may provide a medium for bacterial growth.

c. Patient preference per facility policy.

3. 穿刺のための麻酔薬

b. 局所麻酔クリーム

- (1) 薬剤が効果を発揮するためには、適切な接触時間が重要である。
- (2) 患者が施設に来る前に塗布する必要がある。

(a) 最大3 mmの深さで

60分の塗布が必要

(b) 最大深さ5 mmの場合、

120分の塗布が必要

3. Anesthetics for needle insertion.

a. Intradermal lidocaine.

- (1) Used immediately prior to needle insertion.
- (2) Causes a bee-like stinging sensation and may be more painful than the needle.

3. 穿刺のための麻酔薬

穿刺時の疼痛ケアに SDMの視点を踏まえた関わり

(c) After application, the patient covers the site with plastic wrap to protect clothing and to ensure that the drug does not get wiped off prematurely.

(d) There has been some concern that the cream is not sterile and may provide a medium for bacterial growth.

c. Patient preference per facility policy.

方法

1. 対象：A病院で外来維持透析を受けている患者60名の内、
同意の得られた46名
2. 研究期間：令和3年9月から令和4年2月28日
3. 研究デザイン：質的研究
4. 調査方法
 - (1) 面接内容は、国内の先行文献を参考に研究者が独自に作成
 - (2) 面接は、研究者が透析中に半構成的面接法で15分～30分行った
 - (3) 面接内容は、対象者の承諾を得てICレコーダーに録音した
 - (4) 録音した音声を文字に起こしデータ分析した

穿刺される患者の気持ち

患者へのインタビューを分析 (n=46)

108コード/17サブカテゴリー/7カテゴリーが抽出された

【医療者の的確な対応による安心感】	4サブカテゴリー	39コード
【穿刺ミス後に起こる不安】	3サブカテゴリー	11コード
【穿刺は任せなければならない】	2サブカテゴリー	21コード
【穿刺者との関係性を壊したくない】	2サブカテゴリー	12コード
【確実に安楽な再穿刺の所望】	2サブカテゴリー	11コード
【穿刺が上手くいかないことへの怒り】	2サブカテゴリー	9コード
【穿刺ミスがあることは仕方がない】	2サブカテゴリー	8コード

VA看護の範疇

「VAの作成前から透析維持期まで幅広い期間でのケアを意味し、外来や入院、診療科を問わず包括する。」

(解説)

- VA看護の範疇は、その人らしいVAを選定できるよう支援することや、作成直後のVA管理（VAの作成の術前・術後管理）、VAの日常管理、維持透析期における穿刺から抜針までの安全・安楽なケア、セルフケアのための患者指導、VA関連の合併症予防に対しても行われる指導やケア、**多職種との協働**を意味する。さらに、急性血液浄化療法やアフエーシス時に使用するカテーテルや腎移植後の使用しなくなったVAも含まれる。
- ここでいうVAとは、自己血管使用皮下動静脈瘻(arteriovenous fistula：AVF)、人工血管使用皮下動静脈瘻（arteriovenous graft：AVG）、表在化動脈、非カフ型カテーテル、カフ型カテーテルのことを示し、腹膜透析用のカフ型カテーテルはこの対象とはしない。

患者に必要な、患者が求めるVA看護を探求し続けていきたい

VA看護管理者

VA看護管理者とは、

VA看護を実践・指導・評価し、
管理プロセスを展開できる能力を有する者



一般社団法人
日本臨床腎臓病看護研究会
Japanese Society for Clinical Nephrology Nursing



バスキュラーアクセス看護管理者養成委員会

Vascular Access Nursing Manager Development Committee

委員メンバー

委員長	木村 剛	社会医療法人医翔会 札幌白石記念病院
委員	城間 久美絵	熊本赤十字病院
委員	松木 理浩	富山市立富山市民病院
委員	吉本 隆史	独立行政法人労働者健康安全機構 東京労災病院
委員	鉾立 優作	公益財団法人 豊郷病院
委員	上條 隆介	東京労災者医療会 東葛病院
委員	安藤 恭代	医療法人朝霧会 じんの内医院
委員	石田 真由	兵庫県立尼崎総合医療センター
委員	杉山 瞬	医療法人社団日高会 日高病院
委員	篠原 謙太	日本赤十字社広島看護大学
委員	江上 豊	国家公務員共済組織連合会 舞鶴共済病院
委員	市川 裕美	社会医療法人 景岳会 南大阪病院
委員	山岸 さゆり	日本赤十字社愛知医療センター 名古屋第二病院
委員	徳田 勝哉	医療法人 原三信病院

外部委員メンバー

委員	平山 遼一	高橋内科クリニック (看護師)
委員	小林 大樹	関西労災病院 (臨床検査技師)
委員	人見 泰正	桃仁会病院 (臨床工学技士)



VA看護管理者

Vascular Access Nursing Manager

患者さん も スタッフ も
あなたの VA看護を待っています

2024年受講者募集予定!!



一般社団法人
日本臨床腎臓病看護研究会
Japanese Society for Clinical Nephrology Nursing

VAN



Thank you for your attention !!



たくさんの質問をいただきありがとうございました

質問に答えながらVA看護について深めていきましょう



1. 数ヶ月前に透析室に配属となり、まだまだシャント音の狭窄、閉塞の見分け方、シャント音の正常異常の見分け方が難しいと感じています。これは経験を積むしかないのでしょうか。



2. 穿刺困難な患者さんに対して工夫していることがあれば教えてください。

患者さんへの配慮

スタッフへの配慮

技術に関する工夫



3. 内シャント作成後に、使用前にロスした患者さんがいますが、
そういうことはよくあることなのでしょうか。



4. シヤントの運動療法にはどのようなことが推奨されますか。
実際に患者さんには血流維持のため、こういったケアを紹介されますか？



5. シヤントの観察を統一した表現で出来るツールについて知りたいです。



6. アクセスマップをどのように作っているか、わかりやすくするために何か工夫していることはありますか？



7. 当院ではシャントエコーは医師のみ実施しております。私個人の中では、看護師のシャント エコーを導入したいのですが、看護師の抵抗感が強く難色を示すため提案できない状況です。臨床工学技士さんは看護師に遠慮しエコーを実施していません。いずれは看護師もエコー下穿刺をすることを目標にしています。まずは看護師がエコーを当てFVとRIのみ記録に残すことから始めてみようと考えていますが、何か良い提案があれば教えてください。

8. シャント穿刺で難渋することがあり、シャントエコーの開始を考えています。エコー下での穿刺についても教えていただきたいです。



9.VA管理が看護師任せの患者さんが多いのですが、患者さんへのVA管理方法の伝え方で工夫されていることはありますか？



10. 全身状態があまりよくない方のアクセスで狭窄があっても広げた方が良いのか医師が決めることかと思いますが、ぜひ教えてください。



11.認知症患者さんの透析導入に向けての意思決定支援や、シャント管理に不安を感じることが多いです。具体的な対応例やポイント等あれば教えてください。



12. VA看護について教えてほしい





第3回 日本臨床腎臓病看護研究会 学術集会・総会

❁ 会 期 2024年3月9日(土)・10日(日)
❁ 会 場 岐阜県立看護大学
❁ 会 長 薄井 園 公立学校共済組合 東海中央病院
❁ 顧 問 松岡 哲平 医療法人社団大誠会 理事長



日本臨床腎臓病看護研究会事務局
マリス株式会社
〒060-0041 札幌市中央区大通東7丁目18-2
TEL 011-280-8008 FAX 011-280-4000
E-mail info@jscnn.org

CKD看護を看る

日程：2024年3月9日 土曜日
10日 日曜日

場所：岐阜県立看護大学

大会長 薄井 園





CKD看護を看る

慢性腎臓病の看護は患者様の生活背景を把握しオーダーメイドの関わりが求められている。

オーダーメイドの関わりが実践できるようそれぞれが経験した看護の取り組みを看て、自分の実践に役立て、多くの患者様の療養生活がより良いものになるように学びを深める場としたい。

