

SDMの質向上に向けた 多職種連携による生活目標の実践

国立病院機構 熊本医療センター

副看護師長 透析看護認定看護師 腎代替療法専門指導士 深山 美香

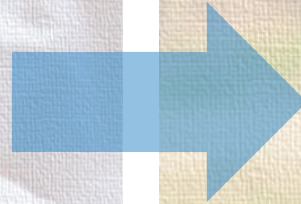
ナースの星 WEBセミナー COI 開示

筆頭発表者名： 深山 美香

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。



疾患を治癒し
生命を維持する時代



慢性疾患を抱えながら
よりよい生活を考える時代

Active Life

CKD医療・看護は、CKD治療や腎代替療法が適応となっても
身体的、精神的、社会的に今まで以上に積極的に生活できる状態

「生きがい」「希望」「QOL」「やりがい」「人生」「夢」

「生きる意味」「生きる目的」「信念」「期待」「心の支え」

患者の生活（価値）に焦点をあてた

「生きる糧」 質の高いCKD医療・看護が よりどころ」
求められている

「生きる力」「精神的支柱」「生きる喜び」「望み」「やりがい」

「個別性」「アイデンティティ」「自分らしさ」

誰でもできる！みんなのできる！
医療と生活をつなげる方法

生活目標
Life targets

「血圧管理」 「体重管理」
「脂質管理」 「貧血改善」
CKD治療の要素
「血糖管理」 「塩分制限」
「カリウム制限」

医療と生活を繋ぐ

「生きがい」 「希望」 「QOL」
「人生」 「夢」
「生きる意味」 「生きる目的」
「信念」 「期待」 「心の支え」
「生きる力」 「精神的支柱」
「生きる喜び」 「望み」
「やりがい」 「個別性」
「アイデンティティ」 「自分らしさ」

医療

生活（価値）

生活目標 [Life targets]

治療（CKD管理・腎代替療法など）に関連しない、患者の日常生活での
評価可能な**生きがい・夢・行いたいこと**を言語化し、それを目標として
設定したもので、患者・家族・医療者・介護者・地域と共有した**共通目標**

Tokuda K : Career development and success of Certified Nurse-activities and resolve of Certified Nurse in dialysis nursing. The Japanese Journal of Clinical Dialysis 2022 ; 38 : 1401-1405



Shared Decision Making

医学的な情報やエビデンスと患者の**生活背景や価値観**など医療者と患者が双方の情報を共有しながら一緒に意思決定していく**プロセス**

生活目標の重要性

生活目標とは、患者が日常生活で達成したいと考える具体的な目標や願望。これを**医療の決定過程（プロセス）**に取り入れることによって、医療と患者の生活が繋がり、医療に対する満足度が高まる

生活目標を取り入れたSDMの利点

1. 患者のエンゲージメントの向上

生活目標が明確になることで、患者が自分の治療に対して主体的に考える

2. 治療とケアの個別化

個々の生活目標に基づいた治療計画が立案され、より効果的な医療とケアが提供される

3. 生活の質の向上

医療における目標が生活の質の向上に直結することで、患者の満足度や幸福度が増す

生活目標の実践

[Life targets]



年 齢 / 性 別	Aさん 70歳代 女性		
原 疾 患	CNI腎症＋サンゴ状腎結石		
既 往 歴	7 年前	再生不良性貧血 初診CKDステージG5 腎機能低下があり腎臓内科へ紹介	
生 活 環 境	夫と二人暮らし 家事炊事を担っている 近くに娘夫婦が住んでいる		
現 病 歴	5年前腎機能の悪化あり、左シャント作成し段階的に血液透析導入。 これまで透析においても不安や苦痛を訴えられたことはなく 常に笑顔で挨拶を交わされる。自分から話しかえることは 少なく、透析中もテレビを見たり穏やかに過ごされている。 しかし、最近体重増加が多く、CTRも拡大傾向であった。		

Aさんの状態

夫の送迎で通院

自宅からの所要時間：20分

身長：145.0cm

BWt：45.0kg BMI：21.4kg/m²

BP：123/79mmHg PR：76 bpm(s)

BT：36.2 °C SpO₂：98 % (room air)

Edema (浮腫) (－) Fatigue (倦怠感) (＋)

Appetite (食欲) (＋) Nausea (吐き気) (－)

Shortness of breath (呼吸苦) (－)

CGA7

①意欲：正

②認知機能(復唱)：正

③手段的ADL：正

④認知機能(遅延再生)：正

⑤基本的ADL(清潔)：正

⑥基本的ADL(排泄)：正

⑦情緒・気分：正

薬 剤

①カルタン錠500mg3T毎食

②ネキシウムカプセル20mg 1 cap 夕

③フェブリク10mg1錠 朝

④シクロスポリン50mg2T朝夕

⑤ミルセラ150μg/ 2 W

血液浄化

HD (週3回4.0時間) 膜面積1.5m²

左AVF

血流量 200mL/min

抗凝固剤

ヘパリンNa初回0単位 持続600単位

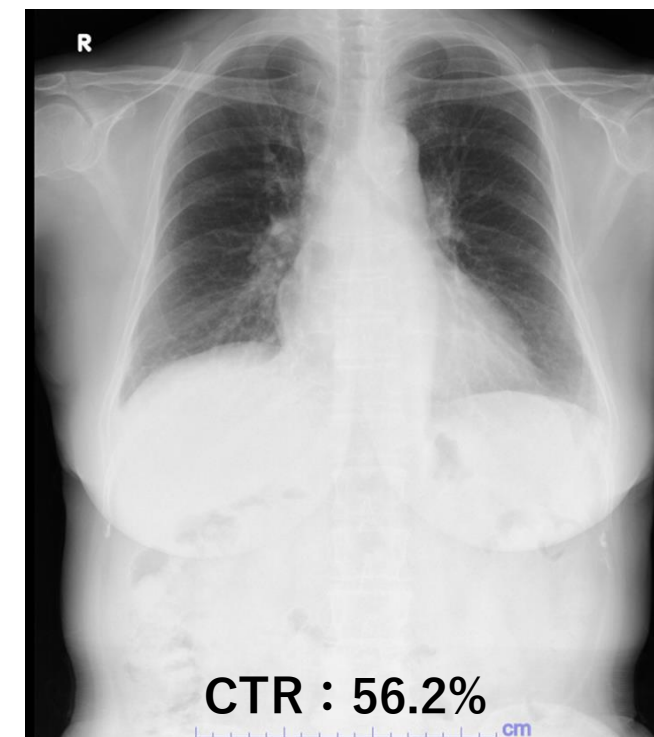
➤ 3か月ごとにPTA

Aさんのデータ

ALb	3.0	g/dL
CK	77	U/L
AST	29	U/L
ALT	19	U/L
γ -GTP	10	U/L
LD	120	U/L
BUN	54	mg/dL
Cre	9.54	mg/dL
Na	137	mEq/L
CL	103	mEq/L
K	5.8	mEq/L
IP	6.9	mg/dL
UA	5.0	mg/dL
CRP	0.33	mg/dL
Ca	8.2	mg/dL

WBC	30.0	$\times 10^2/\mu\text{L}$
RBC	293	$\times 10^4/\mu\text{L}$
Hb	10.2	g/dL
Ht	32.1	%
MCV	109.6	fL
MCH	34.8	Pg
MCHC	31.8	%
PLT	9.5	$\times 10^3/\mu\text{L}$

フェリチン	126	Ng/ml
TSAT	22 %	
推定塩分量	12.1g	
Int-PTH	94pg/ml	



UCG		
LVEF	76	%
E/e'	14.8	
IVST/LVPWth	10/10	mm
LVDd/Ds	41/26	mm
IVC	3/13+	mm

その時期のAさん

体重の増えが多いことについて尋ねると・・・

- ① 『水分は800mlくらいかな。だいたい守れていると思います』
『そうですね。気を付けます』と笑顔で交わされる
- ② 『なにかしてみます』とまたまた笑顔で交わされる
- ③ 体重の話になると、看護師と目を合わさなくなった…



Story

疾患や治療と患者の生活を繋げる説明

私たちは、治療や入院がスムーズにいくことだけを
ゴールだとは考えていません。

〇〇さんが、今まで以上に**Active**に生活できることを
目指して私たちはサポートしていきたいと考えています

〇〇さんの**生活目標**（大切にしていること・やりたいこと）を
教えていただけませんか



病院・医療・治療
Hospital / Medical / Treatment

人生・生活目標
Life / Life targets



健康・自己管理
Health / Self-management



患者の語り

『毎週孫が遊びに来るのが楽しみ』
『孫の好きな料理を作ってあげたくてね』
『つつい作りすぎますね』

Aさんの生活目標（Life Targets）

週末は孫のためにおいしいごはんを作る



L 生活目標達成を目的とした臨床実践（担当看護師）



① 設定時

- カンファレンスで患者の生活目標を多職種に共有
- 透析や体重に対する患者思いを把握
- 患者がこれまで実施したきたセルフケアを一緒に振り返り
- 曖昧だった飲水量に関して、統一したコップ（容量200ml）を使用を提案

② 設定 1 か月後

- 「水分頑張ってみました」体重増加はいつもより少なめの7%⇒頑張りを称賛しともに喜ぶ
- 飲水量だけでなく、食事の内容を一緒に振り返り
- 栄養指導を依頼

③ 設定 2 か月後

- この時期、飲水量のチェック表を記載しようとチェンジされるも、めんどくさくて継続できないと話される⇒透析日誌に量ではなく、コップ何杯飲んだか正の字を記載してみることを提案
- 体重の変化があることをフィードバックと体重の目標値を一緒に決める

● 週末のお孫さんとの過ごし方や食事について聞き
生活目標の達成に支障になっていることがないか確認

管理栄養士

『推定塩分量、リンが高いようです。お孫さんのためにおいしいごはんを作ることが目標なので、週末以外でできる食事の工夫やお孫さんとの食事でもできる工夫についてお話ししました。』

看護師

『飲水食事の工夫をされており、体重増加率が少なくなってきました。お孫さんとの時間も楽しまれています。』

医師

『ご飯もしっかり食べられてるし、採血結果からはもう少し透析の効率をあげたほうがいい』

臨床工学技士

『透析の効率を考えると、透析療法の変更も検討する必要があると思います。
『HDなのでOHDFに変更してはどうでしょうか』

薬剤師

『内服の飲み忘れはないようです。リン吸着薬が増えているので、透析療法の変更後の採血をみて検討してもいいかもです』

多職種連携の役割

1、患者とのコミュニケーション

対話を通じて生活目標や価値感を明確化

2、多職種カンファレンス

生活目標に基づいた個別化されたアプローチ

3、目標設定と評価

達成可能な目標を設定し定期的に評価

4、フォローアップ

継続的なサポートを行い達成に向けて調整

6か月後のAさん

患者の言葉

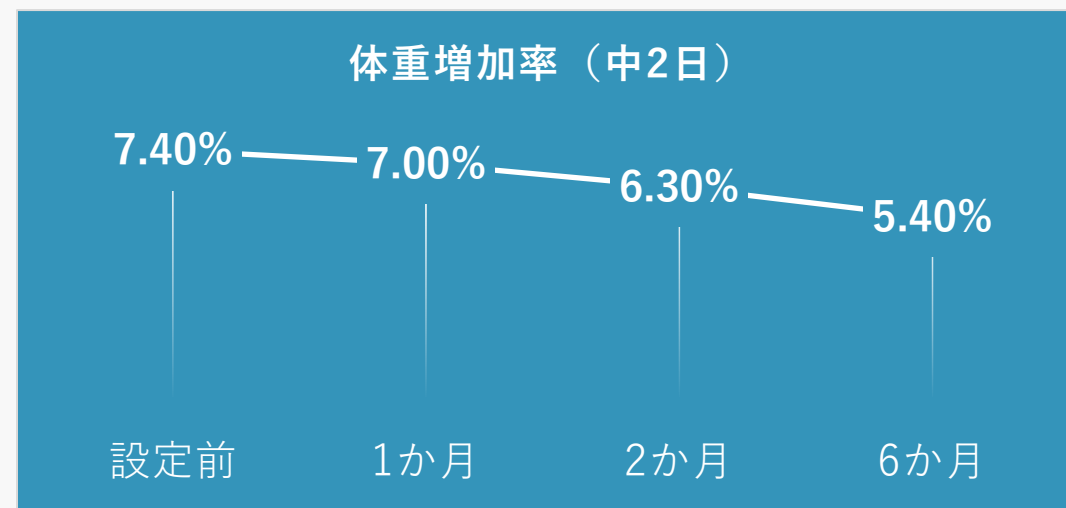
『夫が作ってくれる味噌汁は具沢山にしてもらって満足感ができました』
『飲水のチェックをしてみて飲みすぎてたことがわかって、氷で工夫してる』
『孫との時間を楽しんでも言ってもらえた時は、うれしかったし楽になった』

フィジカルの変化

- 飲水量のコントロールができている
 - 食事の工夫を行うことができている
 - 透析効率がUP
 - 採血（K,IP）、CTRの改善
- 『透析後も体が楽になった』

生活目標の達成状況

「6か月間これまで通りの家事炊事を続けることができた」
「食事の工夫をしながら週末は孫のために料理を作って、楽しい時間を過ご



達成!!

生活目標の設定が**患者**へ与えた影響

- 目をそらしていた患者に**笑顔**が増えた
- 自分からスタッフに**話しかける**ことが多くなった
- 生活目標を設定することで、**動機付け**となり、行動変容につながった
- 生活目標を共有することで、医療者が**よき指導者**でなく、**よき理解者**となった

年 齢 / 性 別	Bさん 70歳代前半 女性		
原 疾 患	腎硬化症		
既 往 歴	20年前	高血圧	
	10年前	脳出血	
	4年前	コロナ罹患	
生 活 環 境	息子と二人暮らし （息子からは十分なサポートを得られない状況） 家事炊事を担っている		
現 病 歴	コロナ罹患後より腎機能が悪化。初診CKDステージG5で紹介。その後、療法選択外来を受診。		

Bさんの状態

バスを使用し一人で通院可能

自宅からの所要時間：20分

脳出血の後遺症で握力の低下ある

身長：142.0cm

BWt：35.7kg BMI：17.8kg/m²

BP：134/73 mmHg PR：87 bpm(s)

BT：36.2 °C SpO₂：98 % (room air)

Edema (浮腫) (－) Fatigue (倦怠感) (－)

Appetite (食欲) (+) Nausea (吐き気) (－)

Shortness of breath (呼吸苦) (－)

CGA7

①意欲：正

②認知機能(復唱)：正

③手段的ADL：正

④認知機能(遅延再生)：正

⑤基本的ADL(清潔)：正

⑥基本的ADL(排泄)：正

⑦情緒・気分：正

薬剤

①プロマック顆粒2包朝夕

②クエン酸第一鉄Na錠2T朝夕

③ランソプラゾールOD錠2T朝食前

④ニフェジピンCR錠20mg2T朝夕

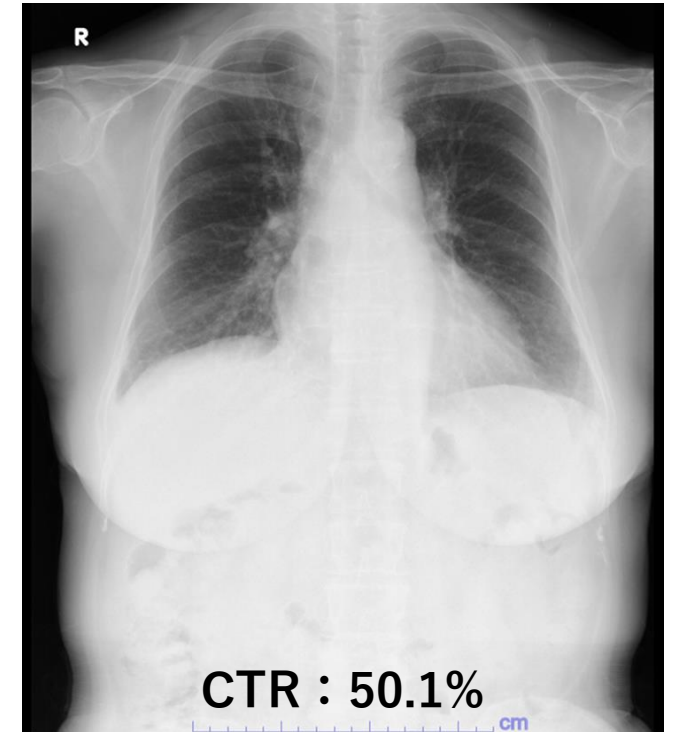
⑤ダーブロック錠2mg2T朝

Bさんのデータ

ALb	2.8	g/dL
CK	77	U/L
AST	15	U/L
ALT	5	U/L
γ -GTP	11	U/L
LD	193	U/L
BUN	40	mg/dL
Cre	5.39	mg/dL
Na	137	mEq/L
CL	107	mEq/L
K	4.3	mEq/L
IP	4.0	mg/dL
UA	6.6	mg/dL
CRP	0.43	mg/dL
Ca	8.3	mg/dL

WBC	60.0	$\times 10^2/\mu\text{L}$
RBC	399	$\times 10^4/\mu\text{L}$
Hb	11.6	g/dL
Ht	36.4	%
MCV	91.2	fL
MCH	29.1	Pg
MCHC	31.9	%
PLT	35.0	$\times 10^3/\mu\text{L}$

推定塩分量	9.4g/日
-------	--------





療法選択時の生活目標

『家での時間を大切にしたい』

『透析を始めて半年間は、これまで通りに家事炊事を続けることができる』

生活目標のために 医師と考えたこと

生活目標達成を目的とした 臨床実践（療法選択外来にて）

- ①家での時間を大切にしたいという思いを共有し、**患者の生活目標を達成できるよう療法を検討**→腹膜透析を選択
- ②脳出血の後遺症があり、握力が弱いため腹膜透析時のサポートについて検討した（訪問看護師によるアシステッドPD）

生活目標のための出口部と処方

家事の時に邪魔にならないように

台所の高さ



普段の服装



APD：TPD（夜間のみ） 手動接続

治療時間：8時間

睡眠時間・活動時間に支障がないように

腹膜透析液：1.5%ブドウ糖透析液

1200mL 3サイクル

最終注液：なし

日中活動がしやすいように

生活目標のために 病棟看護師と考えたこと

生活目標達成を目的とした 臨床実践（入院後）

- ①病棟スタッフと看護の方向性を統一するためにカンファレンスを行い、PD選択の経緯と**生活目標**について共有
- ②在宅で必要となってくるサポートを考え介入
透析液の準備・バックの開通・排液の片付け課題
- ③在宅での環境調整のために**退院前訪問**を実施

生活目標のための退院前訪問

- 体液管理（体重計の有無、血圧計の有無）

- PDの補助

（家の間取り、ベッドの高さ、機器の配置や高さの調整、透析液の保管場所）

- 出口部ケア

（洗面所、風呂場の環境）

- 異常時の対応

（いつでも見え



◇生活目標のための環境の調整◇

安定したPD継続のための調整だけでなく
『家事炊事の邪魔にならない』ような配置・動線

在宅連携までの流れ

腎代替療法(HD・PD・腎移植)の説明

PDの選択

入院・手術

PDに対するトレーニング

退院前訪問・試験外出

退院・家庭でのPD開始

アシステッド
PDのために

訪問看護STと連携

MSW介入: 訪問看護ステーション探し

訪問看護師さんと連携開始

訪問看護STへのトレーニング

多職種と退院前カンファレンス

在宅看護の連携開始

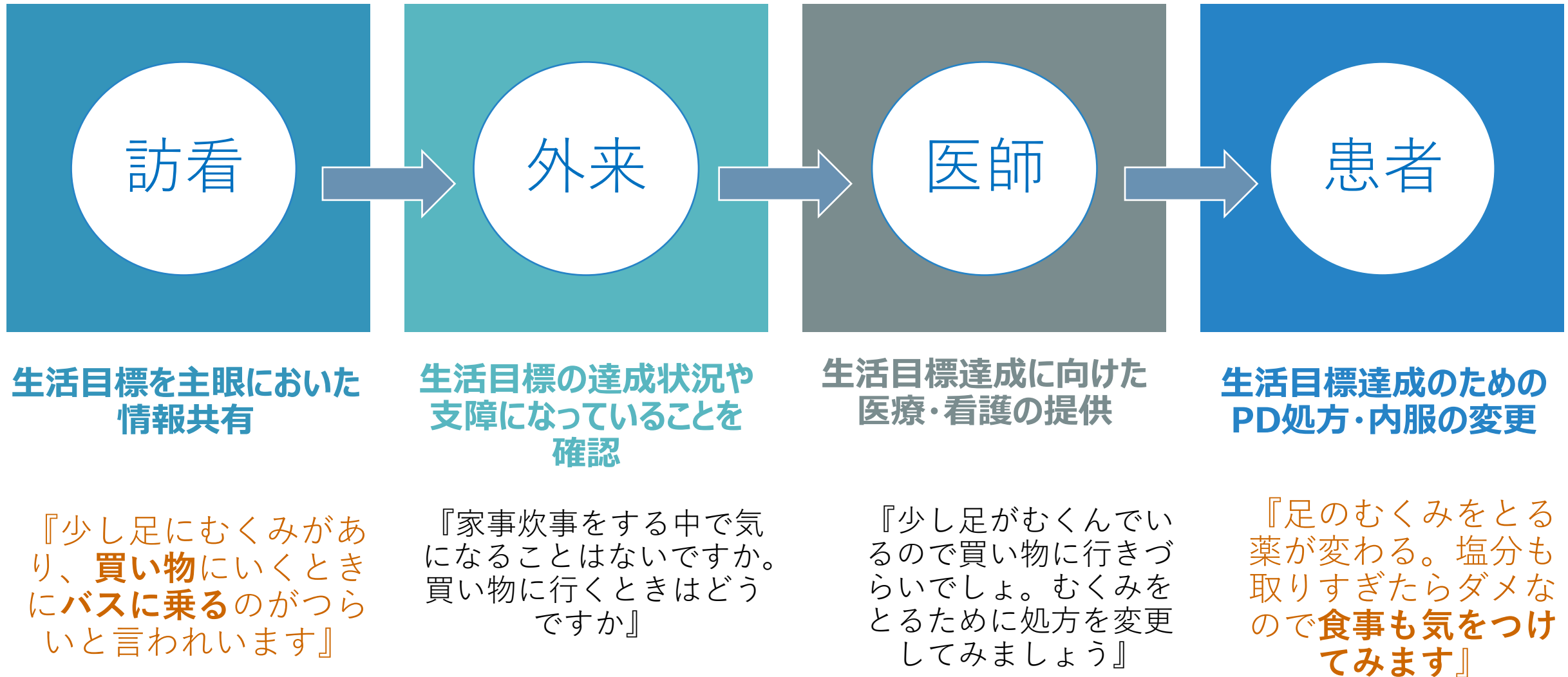
生活目標のために 訪問看護師と考えたこと

生活目標達成を目的とした 臨床実践

- ①入院中に面談を行い、実際のバック交換・A P D 接続操作・指導の場面への立ち合い
- ②退院前カンファレンスを行い生活目標と具体的なサポートについて共有
- ③在宅での継続的なサポートのために退院後も連携（電話・オンラインで生活目標を中心とした情報共有）

生活目標のための在宅との連携

生活と治療
病識の理解
セルフケアの見直し



4 か月後のBさん

患者の言葉

『足のマッサージもしてくれて軽くなった。花の手入れ、散歩もしているよ』
『透析だけじゃなくて世間話・家族の話たくさんのお話をきいてもらってる』
『訪問看護師さんにも相談できるし安心して過ごせてる』

APDの実施状況とフィジカル

- 訪問看護師が血圧・体重測定・出口部ケア・APDの準備・入浴の準備などをアシスト
- 息子さんが排液ボトルの破棄、片付けをアシスト
- 内服コンプライアンス 良
- 推定塩分量7～8gに減少
- 出口部の感染兆候なし。体重は±1kg程度で経過、浮腫なし

生活目標の達成状況

退院後もバスでの買い物ができた。

「透析導入後、これまで通りの家事炊事を続けることができた」
この体験を機に家の周りの散歩にもとりくみ始めた。

達成!!



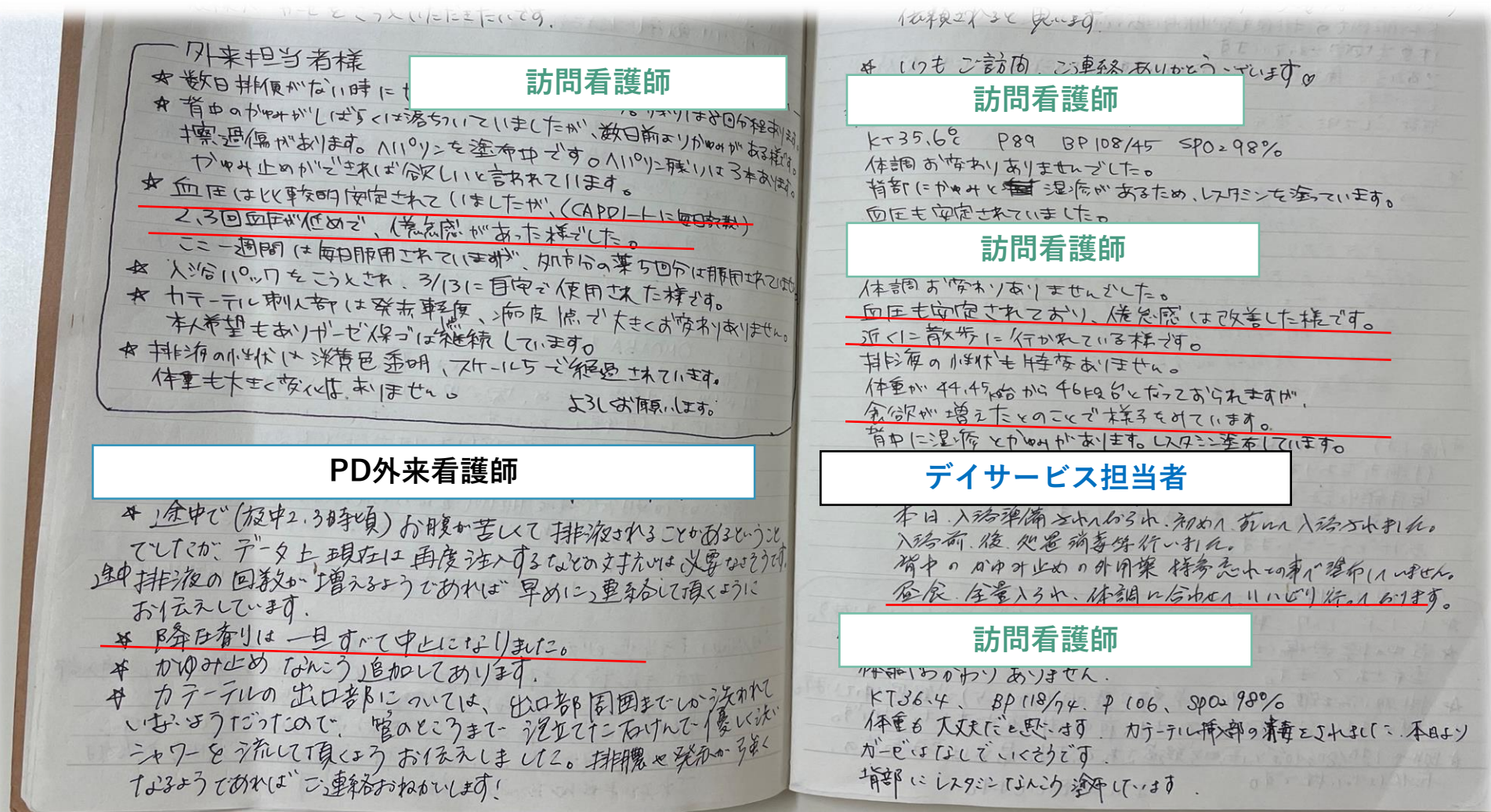
維持期の生活目標

『毎日家の周りの散歩ができる』

生活目標がUP

PDの安定と生活目標によって
以前より**Active Life**になった

在宅・地域との連絡帳



90歳代 女性

生活目標 (Life Targets) 今年中にグランドゴルフを再開する

生活目標達成のための在宅・地域連携

患者の言葉

『グランドゴルフの試合を見に行こうかな』

『まだ腰が心配だから暖かくなってから始めてみようかな』

訪問看護師

患者の変化をいち早くキャッチ！

『グランドゴルフを始める時期や気をつけることはありますか』

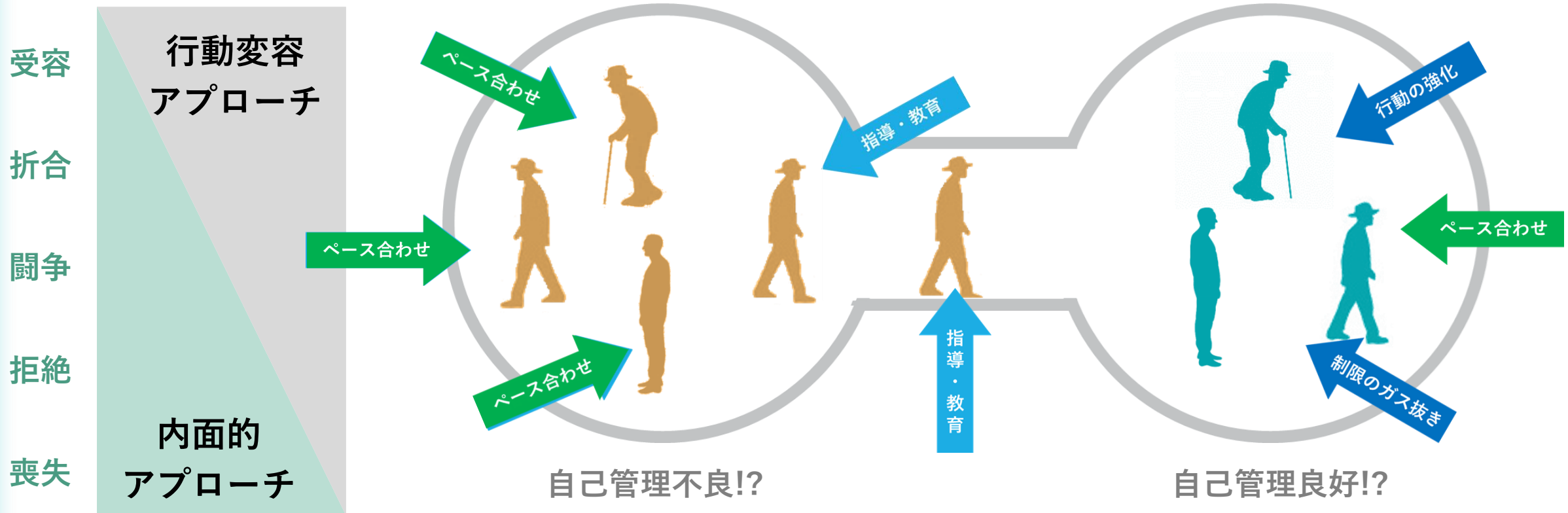


生活目標の設定が**医療者**へ与えた影響

- 生活目標を知ること**で患者理解**（生活・価値）が深まった
- 医療者と患者との間で生活や楽しみについての**会話**が増えた
- 生活目標の話からセルフケアの話に**つなげやすく**なった
- カンファレンスでの発言が**活発**になった
- 『**看護が楽しい**』をよく聞く
- 訪問看護師との生活における情報共有が増え、**連携がスムーズ**になった

大切にしている重要な 3 つの S

Stance : 患者の内面を意識した介入スタンス

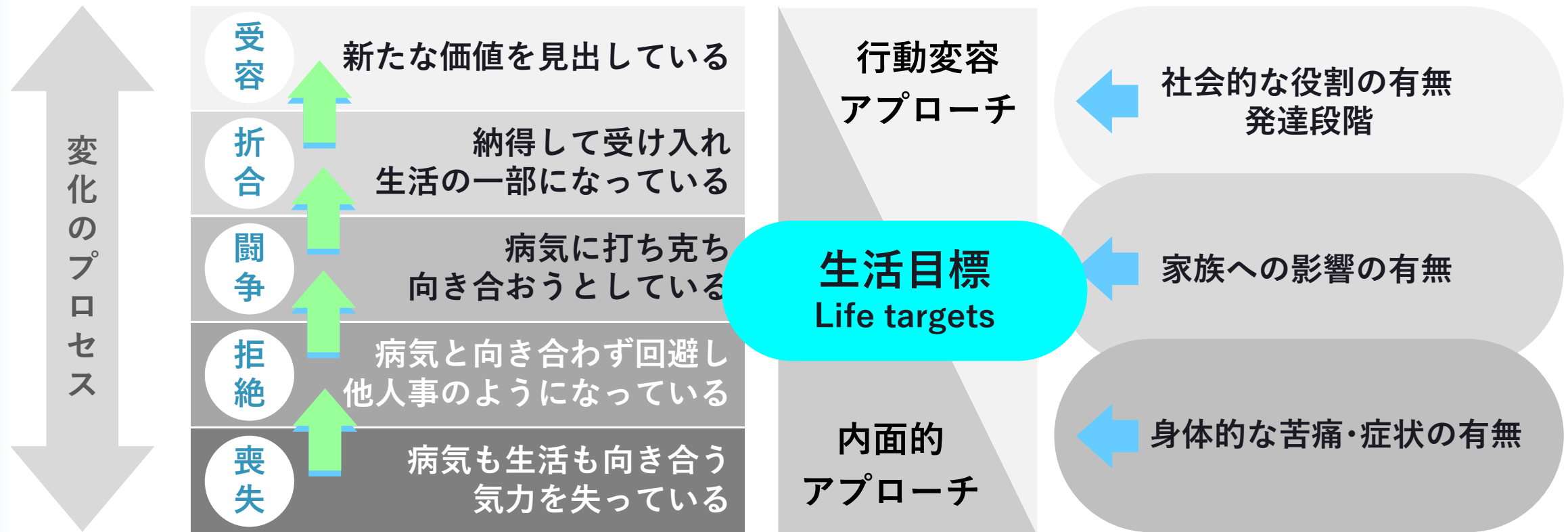


Stance

- ▶ 内面的アプローチ → 「指導・教育を受ける前のペース合わせ」
- ▶ 情緒的な介入・目標指向型介入が重要。
- ▶ 患者の「生活状況」や「願いや価値」の情報が必要。

Sign

：患者の言動や表情を意識した観察 (Signの早期発見)



Sign

- ▶ 患者の言葉数や質問が増加する。
- ▶ 返事がはっきり聞き取れやすくなる。
- ▶ うなずきが明確になる。
- ▶ 患者から挨拶をしてくる。

- ▶ 腕組みが少なくなる。
- ▶ 自己管理の反省を口にする。
- ▶ 身だしなみが整う。
- ▶ 目力が増す。

Story

：疾患や治療と患者の生活を繋げる説明

First message Continuous message

私たちは、腎不全を上手にコントロールしたり、透析や移植がスムーズにできることがゴールだとは考えていません。

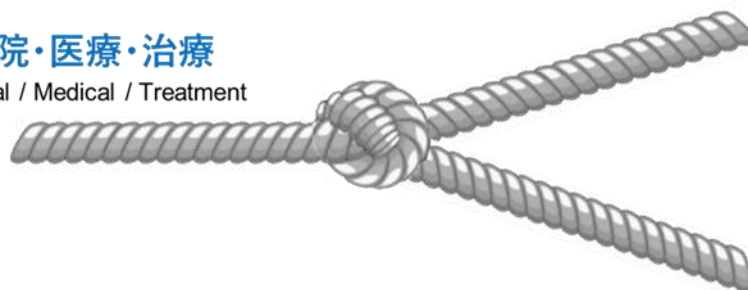
今後の〇〇さんが、今まで以上にActiveに生活できることが私たちの目指しているゴールです。



病院・医療・治療
Hospital / Medical / Treatment

人生・生活目標
Life / Life targets

健康・自己管理
Health / Self-management



Stance : 患者の内面を意識した介入スタンス

Sign : 患者の言動や表情を意識した観察 (Signの早期発見)

Story : 疾患や治療と患者の生活を繋げる説明

年 齢 / 性 別	Cさん 80歳代後半/男性			
原 疾 患	腎硬化症			
既 往 歴	20年前	高血圧	腎機能低下あり、左シャント作成し血液透析導入	
	5 年前			
生 活 環 境	一人暮らし (近くに娘夫婦が住んでいる)			
現 病 歴	1年前からシャント痛が出現。PTAなどの対応を繰り返しながら対応していた。徐々に悪化し、透析中の痛みの増悪で透析時間を短縮することもあった。痛みのコントロールができず『透析をやめる』と言われるようになり対応困難で当院紹介。			

『(生活目標)そんなのない！』

5steps

5steps of Active Life Program(ALP) 2008

腎臓病・腎代替療法または、保存的腎臓療法（CKM）を含む
CKD保存期から終末期患者に対する医療と臨床看護のの実践プロセスステップ

Activeへの階段

Step 1・2
フィジカルを
しっかり整えること
から始まる！

患者にとって
マイナスを
ゼロに近づける段階

患者にとって**プラス**を
発生させる段階

Step 1

安全・**安楽**・倫理・感染・平和

Step 2

CKD治療・腎代替療法・**合併症管理**

Step 3

生活目標の設定・ナラティブ

Step 4

生活目標の達成
生活目標に向かう過程

Step 5

免疫力Up

Active Life

Life Goals



多職種連携の実践

「透析が苦しくてたまらない」
「透析をやめるつもりだった。死んでもよか」

生活目標「そんなの無い!!」

家族「辛い思いまでしてしなくていい」

「あの薬が一番効いた。
この位の痛みなら大丈夫」

「終わってから血が止まりにくい。
血止まるまで長いからきつい」

「痛みがでないか不安で熟睡できない」
「前は手びねり（陶芸）をしたりご飯を作ったりしてた。近頃はご飯も作れなくなった。つらかった」

**「今は透析は続けていこう
と思う」**

家族「安心しました」涙を流される

1週目



2週目



3週目



【医師・臨床工学技士との連携】

- ・VA評価（過剰血流）→穿刺部変更
- ・透析条件の見直し→4時間HDへ変更

【医師・薬剤師との連携】

- ・鎮痛剤の使用と種類の検討

【栄養士との連携】

- ・一人暮らしで食事のままならず低栄養で

【薬剤師との連携】

- ・鎮痛剤注射から内服へ移行
- ・内服のタイミングの調整

【臨床工学技士との連携】

**拒
絶**

病気と向き合わず回避し
他人事のようにになっている

【家族との連携】

**闘
争**

病気に打ち克ち
向き合おうとしている

ナラティブアプローチ→
揺れ動く気持ちを表現し
自分を語る

【病棟看護師との連携】
眠前の苦痛の有無（声かけ）
鎮痛薬使用の検討

**喪
失**

病気も生活も向き合う
気力を失っている

ニーズの理解と多職種
で協働→安楽の確保

辛い思いの共有と
丁寧な説明→安心感

Stance

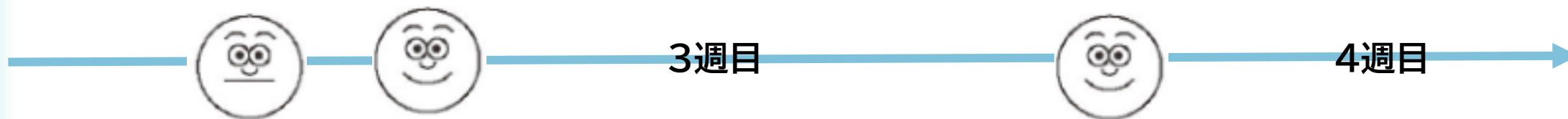
：患者の内面を意識した**介入スタンス**

多職種連携の実践

同室患者との会話

「つい最近まで透析が辛かったけど楽になった」

看護師へ「こないだ**手びねり（陶芸）**をしていた時の班長がきて、とても嬉しかった。手がかなわんからもう出来んけど、、、
昔みたいに仲間と話ができたらしいな」



- ・フェイススケールの変化
- ・夜間の睡眠 ◎
- ・透析中はテレビを見て過ごす
- ・自分から同室者へ話しかけることが多くなった
- ・笑顔が増えた

Cさんの生活目標（Life Targets）

『手びねり（陶芸）をしていた時の仲間と再会する』

Signを見逃さず

患者の言動や表情を意識した観察

Story

疾患や治療と患者の生活を繋げる説明

多職種連携の実践

同室患者との会話

「つい最近まで透析が辛かったけど楽になった」

看護師へ「こないだ**手びねり（陶芸）**をした時の班長がきて、とても嬉しかった。手がかなわんからもう出来んけど、、、
昔みたいに仲間と話ができたらしいな」

「透析をはじめてからずっと痛かった。
ここに来る前が一番つらくて逃げ出そうかと思った。」
「話を聞いてくれて、いろいろ対応してくてくれたから透析が
きつくなかった。」

「**リハビリも頑張らなんね**」

3週目

4週目

転院

- ・フェイススケールの変化
- ・夜間の睡眠 ◎
- ・透析中はテレビを見て過ごす
- ・自分から同室者へ話しかけることが多くなった
- ・笑顔が増えた

【家族と共有】

- ・自宅にある作品を持ってきてもらう。
- ・食事の食器を変えてみる

【多職種と共有】

- ・医療者との間で手びねり（陶芸）の会話が増えた
- ・リハビリ介入
- ・在宅復帰を目指し、リハビリ病院へ転院調整

**生活目標で
生きる気力を
引き出した**

当院における生活目標に取り組むための工夫

時間がとれない・・・



生活目標チェアー

- ◆ 体重測定時や止血の時間を使ってコミュニケーションをとる

『やりたいことやれてる？』

- ◆ 生活目標チェアーを導入！生活目標の関わりをしていることをアピール。

- ◆ それを見て他スタッフが業務量を調整
みんなで生活目標を
サポートできる体制



みんなを巻き込めない・・・

氏名:	様	受持医:	受持看護師:						
月日(日時)	/	/	/	/	/	/	/	/	/
経過(病日等)	入院1日目	入院2日目	入院3日目	入院4日目	入院5日目	入院6日目	入院7日目	入院8日目	入院9日目(退院)
あなたの生活における目標(生活目標)	生活目標: 半年から1年以内の期間で設定し、生活の中でやりたいこと・続けたいことなどを教えてください								
入院目的	慢性腎臓病の治療について理解し、生活目標達成に向けた自己管理行動について知ることができる								
達成目標		◆治療・ケアの必要性が理解でき自己管理できる ・CKDについて ・塩分について	◆治療・ケアの必要性が理解でき自己管理できる ・内服について ・血糖について	◆治療・ケアの必要性が理解でき自己管理できる ・食事療法について ・生活目標について	◆治療・ケアの必要性が理解でき自己管理できる ・食事療法について ・生活目標について	◆治療・ケアの必要性が理解でき自己管理できる ・食事療法について ・生活目標について	◆治療・ケアの必要性が理解でき自己管理できる ・食事療法について ・生活目標について	◆治療・ケアの必要性が理解でき自己管理できる ・食事療法について ・生活目標について	◆治療・ケアの必要性が理解でき自己管理できる ・食事療法について ・生活目標について
治療・薬剤(点滴・内服)リハビリ	内服薬の確認を行います	疾患に合わせた治療を行います							
検査	採血を行います 糖尿病をお持ちの方は、自己血糖測定を行います(1日4回毎食前・眠前)	検査を行います							
活動安静度	制限はありません								制限はありません
食事	治療食になります								治療食になります
清潔	入浴できます								入浴できます
排泄	24時間尿管を行います								
セルフケア(自身で行うこと)	・血圧測定:1日2回 ・体重測定:()時 ※血圧と体重をノートに記録します								
医師からの説明	入院診療計画について説明し、検査結果について説明します								
薬剤師・栄養士からの説明									
看護師からの説明	・クリティカルパスの説明を行います ・血圧測定・体重測定について説明します ・動脈硬化について説明します								・退院後の生活について説明します ・指導内容の確認を行います(アンケート)
標準薬	ACE阻害薬/ARB SGLT2阻害薬(尿たんぱくを減らす時) フォシーガ □10mg								

◆ みんな（多職種）の目につく
ところへ記載する

カルテ、クリティカルパス
パンフレット等

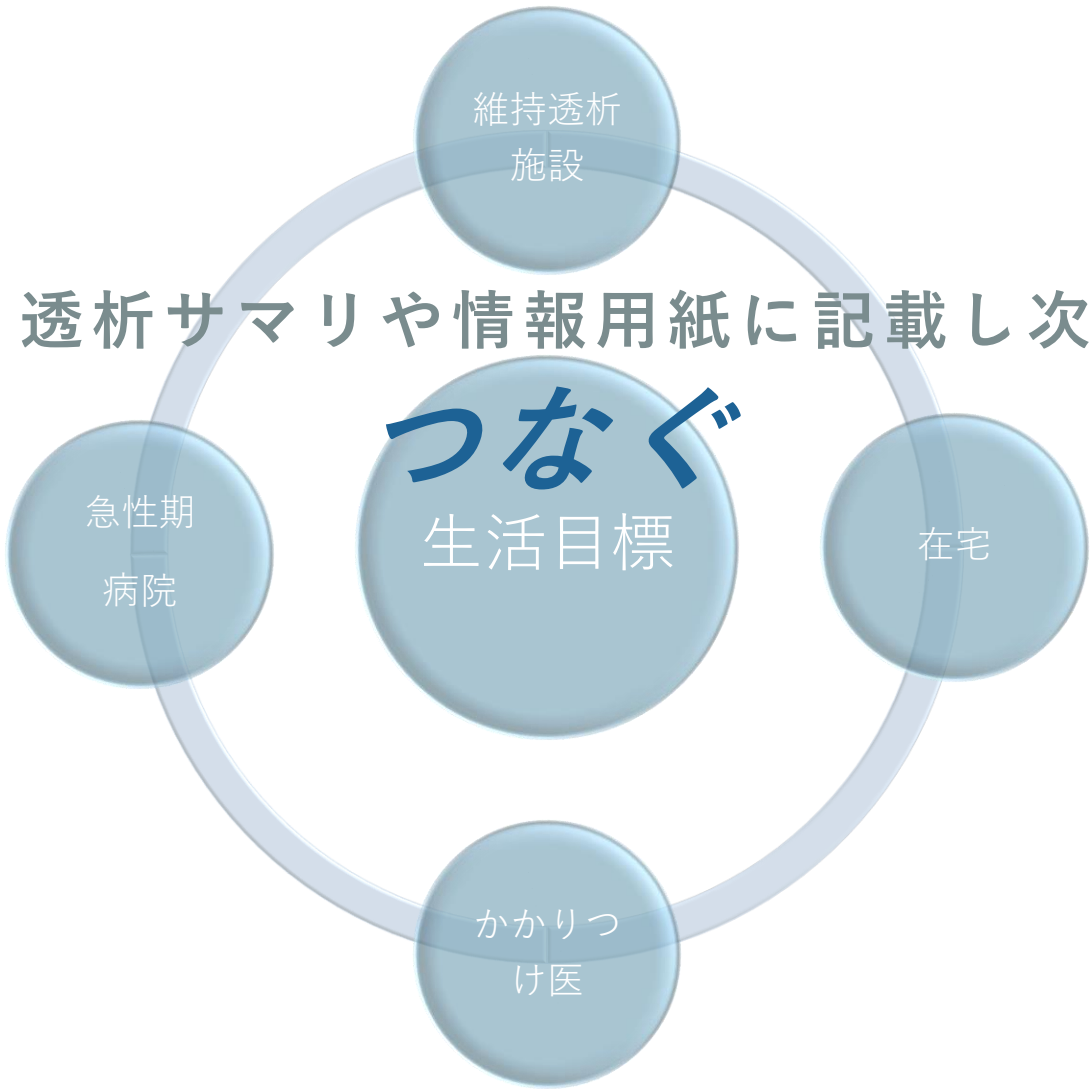
◆ カンファレンスで生活目標を
共有

カンファレンス冒頭で伝える

切れ目のない連携のために・・・

紹介院		様		透 析 情 報 用 紙	
患者氏名	様	性別 男・女	生年月日	M・T・S・H	年 月 日 歳
原疾患:			住所:		
シフト:	回/週	月・火・水・木・金・土	時間	連絡先:	
基礎体重	kg ()	含む・含まない	透析導入日	年 月 日	透析歴 年
測定時の条件 ()			保険の種類:		
CTR:	% ()	年 月 日 透析前・後 撮影	バスキュラーアクセス		
血液浄化法:	HD・HDF・その他 ()		シャント: 右・左・自己血管・人工血管		
血流量:	ml/分	高Na 使用 無・有 ()	穿刺針: A側 G・V側 G		
ダイアライザー:	膜素材 ()				
抗凝固剤:	ヘパリン・低分子ヘパリン・その他 ()				
投与量:	初回 単位	持続 単位			
透析液流量:	ml/分	透析液種類 ()			
透析時の注射薬			穿刺図		
薬液	曜日			Wルーメン・長期型留置カテーテル・右・左	
ESA製剤				長期型留置カテーテルの場合: ヘパリンロックの量	
その他				A側: ml・V側: ml	
透析時の内服薬			アレルギー: 無・有 ()		
・			禁忌薬: 無・有 ()		
・			感染症: HBs-Ag () HBs-Ab () HCV ()		
特記事項			ATLA () 梅毒 () その他 ()		
			消毒でのアレルギー: 無・有 () 使用中)		
			絆創膏でのアレルギー: 無・有 () 使用中)		
家族構成:					
キーパーソン:					
転院までの経過					
透析中の状況					
【生活目標】					
いつもお世話になっております。貴院で、月 日から透析をよろしくお願い致します。内服薬の一覧と最新の検査データ、過去 回分の透析記録用紙を送付いたします。何か不明な点がございましたらご連絡ください。					
施設名:		看護師:	臨床工学技士:	師長 印	技士長 印

◆ 透析サマリや情報用紙に記載し次へ



CKD入院

CKD外来

逆紹介

（多職種からのCKD療養計画書）

透析サマリ

生活目標

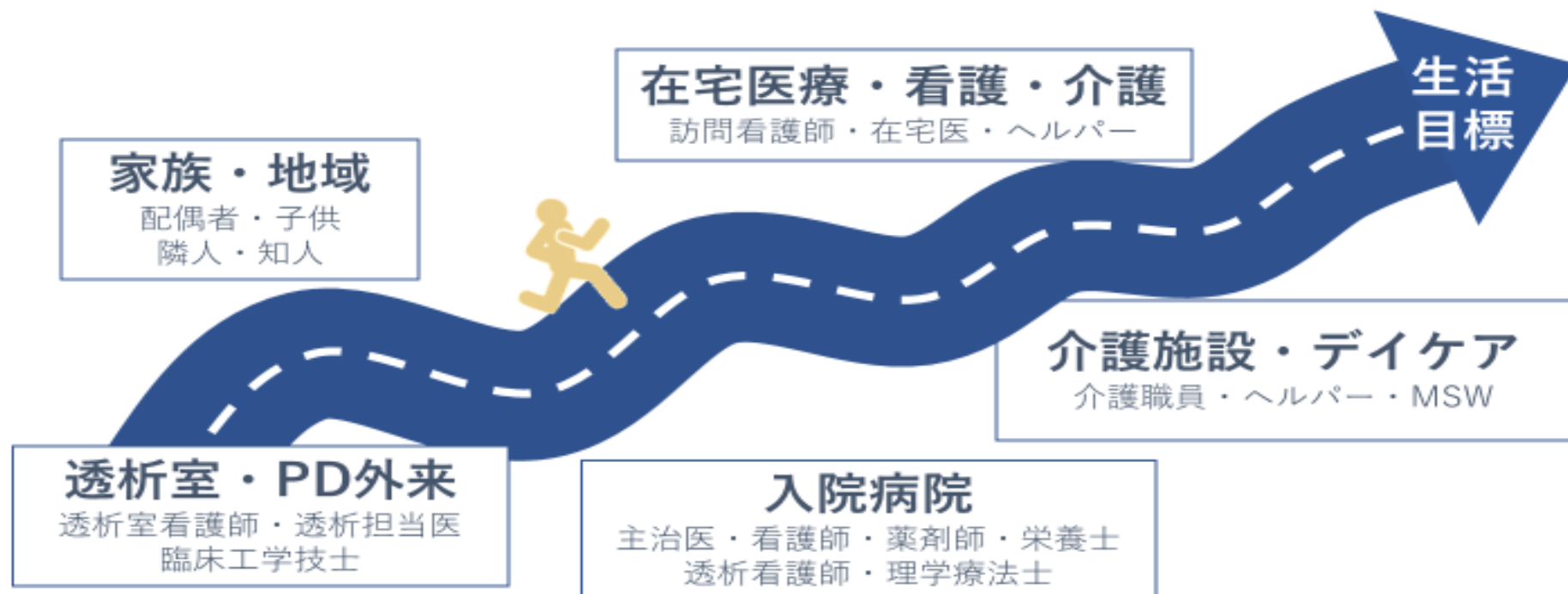
Life targets

透析導入時



療法選択外来

全ての施設で生活目標を共有できる!!



生活目標で切れ目のない多職種病診連携で
質の高いCKD診療・看護を目指して



LT (生活目標) 処方 (医師)

LT (生活目標) 食事療法 (管理栄養士)



Take Home Message

- I. 誰でもできる。誰からでもいい。大切なのは共有・つなげること
- II. 多職種にとって目指すべきゴールが明確となり、よりチーム力を発揮できる
- III. SDMの質向上には、患者の生活目標を中心にしたアプローチが不可欠であり、より良い医療の提供と生活の質向上が期待できる