



中外製薬

Roche ロシュグループ

# 腎不全看護

## Seminar Report

日本腎不全看護学会  
中国・四国地区  
第1回教育セミナー  
2006年12月10日(日)

血液透析合併症

透析スタッフのためのコミュニケーション技術



# 腎不全看護

日本腎不全看護学会  
中国・四国地区  
第1回教育セミナー

## Seminar Report

2006年12月10日(日)  
岡山コンベンションセンター  
ママカリフォーラム

### 血液透析合併症 1

川島会川島病院院長 水口 潤

### 透析スタッフのためのコミュニケーション技術 5

滋賀医科大学医学部看護学科 臨床看護学講座(精神看護)教授 瀧川 薫

## 透析看護の専門性確立をめざして

佐藤循環器内科看護部長 /

日本腎不全看護学会中国・四国地区代表 高橋妙子

日本腎不全看護学会は今年度より全国を7ブロックに分け、各地区で教育セミナーを開催することとなり、今回は中国・四国地区の第1回のセミナーです。

本日のセミナーには、会員・非会員あわせて130名あまりのご参加を賜り、たいへん光栄に存しております。腎不全看護に携わる看護師として、本日の講演を各自施設にもち帰り、ぜひ職場に生かしていただきたいと思います。

中国・四国地区教育セミナーは年1回の開催を予定しており、2007年度は12月2日に愛媛県松山市にて開催を予定しております。腎不全看護学会ホームページを参照いただき、ご参加くださいますようお願い致します。



日本腎不全看護学会教育委員長 / 葉山ハートセンター

副看護部長 大坪みはる

日本腎不全看護学会は2006年11月の第9回総会におきまして、教育体系を見直し、透析看護の基礎教育は各地域でおこない、全国では透析看護の最先端としてグループワークなどを通じた参加型・開発型のステップアップ研修、講演形態のトピックス研修を開催することとなりました。

また、次回第10回総会は、2007年11月に記念大会として「拡がれネットワーク！腎不全看護の新たな展開」というテーマで横浜にて開催を予定しております。米国よりNancy Gallagher先生とGeraldine Biddle先生を招聘し、それぞれ「アメリカの腎不全看護教育」、「世界の腎不全看護の現状」についてご講演いただく予定です。

仙台での第9回の総会には、全国から90題の研究発表がありました。来年はぜひ中国・四国地区の皆さんにも積極的にご参加いただき、研究の成果を全国的に発表していただきたいと思います。



# 血液透析合併症



川島会川島病院院長 水口 潤

## はじめに

合併症は、生命予後を左右する病態と QOL を左右する病態に分けられる。生命予後を左右する病態として、栄養障害、動脈硬化、免疫能の低下があげられる。一方、QOL を左右する病態として、不均衡症候群、腎性貧血、骨関節症があげられる。

以下に、透析療法に伴う合併症とその危険因子について概説する。

## 栄養障害

透析患者の約 30%は低栄養状態である。低栄養状態では病気にかかりやすく死亡率が高い。栄養障害を引き起こす原因として、①尿毒素が溜まって食欲がわかない、②きちんと食事をとっていない、③透析膜や透析液の生体適合性が悪いことによる慢性炎症や異化亢進、④透析による栄養素の喪失などがある。

## 動脈硬化・高血圧・冠動脈疾患

動脈硬化には高血圧が関与しており、維持透析患者の高血圧合併頻度は、血液透析患者で 43.0%、腹膜透析患者で 27.6%と報告されている。透析患者の高血圧の 90%以上の原因は、水とナトリウムの貯留であり、このような患者に降圧薬を投与しても効果が現れにくい。そのため、まずは水とナトリウムの貯留を評価し、貯留があれば降圧薬を投与する前に改善する必要がある。血圧が高いほど死亡リスクが高く、平均血圧 80~100mmHg を基準とすると、140~160mmHg 以上で生命予後が悪い。

また、透析患者では冠動脈疾患が多く、死亡原因の 7%を心筋梗塞が占め、非透析患者と比較し 5 倍多い。これは透析が原因によるものではなく、ほとんどの場合、透析開始時にすでに冠動脈疾患が発症していることによる。

動脈硬化の促進因子として、高血圧のほか、糖尿病、高脂血症、カルシウム・リン代謝異常、高ホモシステイン血症、高サイトカイン血症、カルボニルストレスなどがある。動脈硬化が亢進すると、全身の動脈が石

灰化する。

動脈硬化に心不全も関与する。透析患者の死因の 23.2%が心不全であり、一般人と比較すると 5~10 倍と心臓死が多い。心筋障害は肥大型と拡張型に分けられるが、まず肥大が起こり、つぎに拡張が起こる。心不全の原因は、高血圧のほか、貧血による酸素の供給量増加、1,000mL/min 以上流れるハイフローシャント、副甲状腺ホルモン (PTH) による心筋抑制などである。

透析患者の死因の 11.3%が脳血管障害である。ラクナ梗塞を含めると脳出血より脳梗塞のほうが発症頻度は高いが、脳出血のほうが片麻痺や死亡につながる頻度が高い。非透析患者と比較して透析患者の脳卒中発症率は約 3 倍、脳出血では約 8 倍、脳梗塞では約 2 倍と非常に高頻度である。脳血管障害の危険因子として、脳出血では高血圧や長期透析、脳梗塞では糖尿病や高齢があげられる。近年の糖尿病性腎症からの透析導入患者の増加、患者の高齢化を考えると、ますます脳血管障害患者が増加すると予測される。

高血圧を合併する透析患者の予後は悪く、血圧が高いほど脳出血の頻度、死亡率が高いという報告があり、血圧の管理が重要となる。全国アンケート調査でも、透析患者が脳血管障害を起こすと、半数が死亡し半数が生存する。生存する半数が要介護となり、そのうち半数が寝たきりになるという報告がある。

## 免疫能の低下

免疫能が低下すると、感染症と癌が増加する。

## 感染症

透析患者で問題になる感染症として、結核（とくに肺外結核）、ウイルス性肝炎、MRSA や深在性真菌症、ウイルス性肺炎が多い。

透析患者では結核の罹患率が高く、一般人と比較して男性で 6.4 倍、女性で 16 倍と非常に多い。細胞性免疫能が非常に低下している透析導入期にかかりやすく、症状として不明熱が出現し、患者本人は元気であるが、抗生剤を投与しても熱が下がらないというような

場合に結核であることが多い。肺外結核であると、レントゲンや喀痰検査で検査できないため診断がむずかしい。また、透析患者は細胞性免疫も低下しているため、ツベルクリン反応をしても陽性反応が出ない。そのため、抗結核薬を試験的に投与して、熱が下がるかどうかで診断する。

透析患者では、ウイルス性肝炎、とくにC型肝炎（HCV 抗体陽性）合併患者が非常に多い。これは、透析患者の貧血の治療として15年ほど前まではエリスロポエチン製剤が使用できず、蛋白同化ホルモンが使用され、それでも貧血が改善されない患者にはすぐに輸血がおこなわれていたことによる。当時はHCV検査がなかったため、輸血時にHCVが血液に混入してしまい、陽性患者の増加につながった。現在ではきちんと検査がおこなわれているため輸血によるHCV感染の危険性は低下した。したがって、HCV抗体陽性率は15年以上の長期透析患者に多い。

### 悪性腫瘍

わが国の透析患者の悪性腫瘍の割合は、非透析患者と比較して男性で1.9～2.6倍、女性で3～4倍多いと報告されている。その原因として、腎不全では体内に尿毒素などの不要な物質が溜まるが、それらに発癌性があるためと推測されている。また、透析患者は細胞性免疫が低下しているため、癌細胞が育ちやすい状況にある。透析患者は年1回検診をすることがガイドラインで定められており、保存期腎不全では無症状で発見されなかった癌が透析開始後に検診を受けて発見されることが多い。好発部位は腎臓、胃、肝臓、肺、腸などである。透析患者の腎癌の大部分は、非透析患者の癌と組織型が異なり、転移しにくいという特徴がある。

### 透析困難症

透析困難症はQOLを阻害するが、生命予後を左右するものではない。透析施行中や直後にみられる症状で、透析療法を中断、あるいは治療モードの変更を余儀なくされるような状態である。

### 不均衡症候群

不均衡症候群とは、透析療法中から終了後12時間以内にみられる頭痛、倦怠感、嘔気など非特異的な中枢神経症状を呈する症候群である。古典的には、透析導入時に頻度が高く、重症例では痙攣や昏睡になることが報告されている。

透析によって血液から不要な物質が除去されることにより血液内濃度が低下するが、脳の血液循環は血液脳関門があるため濃度が高いまま維持されるため、血液濃度差拡大による脳圧亢進や、脳浮腫が引き起こされる。

### 透析低血圧

透析低血圧は、間欠的治療により体液過剰を補正しなければならぬ血液透析療法の宿命であり、最大にして最多の合併症である。原因としては、自律神経機能障害、血管収縮能の低下、心機能障害があげられる。そのほか、透析自体に関連した血液量の低下、透析膜の生体不適合などが原因となる。透析中に低血圧が起こった場合には、原因を一つひとつ是正していく。

### 筋痙攣

透析による除水や、血漿浸透圧の低下による血液容量の低下を代償するため、血管が収縮し血圧が低下しないような仕組みがある。これが筋肉の虚血状態をつくり出し、筋痙攣を引き起こすと考えられている。抜本的な治療がないため対症療法的な治療がおこなわれる。

### 不整脈

透析患者は虚血性心疾患や心筋障害の合併頻度が高いことや、透析による急速な体液量の変化や電解質の変化のため不整脈が発生しやすい。

### 腎性貧血

透析患者における腎性貧血の原因は、尿毒症による赤血球寿命の短縮をはじめとして、採血や体外循環に伴う失血、エリスロポエチン反応性低下などがあげられる。

腎性貧血に対してはエリスロポエチン製剤が使用されるが、鉄欠乏や慢性炎症、低栄養、透析不足、副甲状腺機能亢進症、悪性腫瘍などのエリスロポエチンの反応性を低下させる要因に対する対策が重要である。

### 慢性炎症

透析患者では、原疾患の腎炎や膠原病の合併などのほか、体外循環・透析液中のエンドトキシンやほかの汚染物質、人工血管（グラフト）の生体適合性、シャント感染などが原因となり慢性炎症を起こしやすい。細菌汚染物質の生体への侵入を防ぐためには、透析液の清浄化が必須となる。透析液の清浄化によって、慢性炎症や酸化ストレスが軽減され、それによって $\beta_2$ ミクログロブリンの産生、貧血、栄養障害、免疫能、骨代謝の改善、循環器合併症の減少、アルブミンの上昇、赤血球寿命の延命効果が期待される。

### 骨関節症

腎不全に伴う骨代謝異常症を総称して腎性骨症（腎性骨異栄養症）とよび、大きく分けて以下の5つに分類される。①線維性骨炎（二次性副甲状腺機能亢進症）、②骨軟化症（アルミニウム骨症）、③混合性骨症（線維性骨炎と骨軟化症の合併）、④無形成骨（副甲状腺機能低下症）、⑤骨粗鬆症。



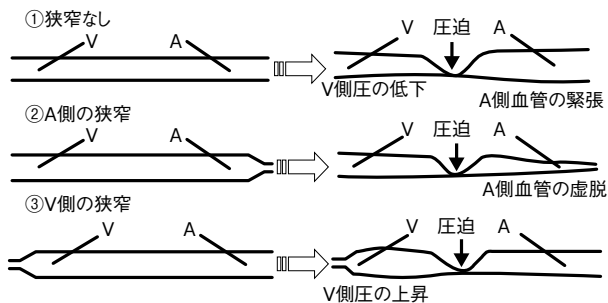


図1 狭窄・再循環の有無の診断

(西田隼人ほか：④シャントトラブル発生時の対応と防止策、透析療法と合併症対策ハンドブック、秋澤忠男編、先端医学社、東京、2004、pp.124より引用)

### 線維性骨炎（二次性副甲状腺機能亢進症）

腎機能の低下に伴いリンが蓄積され、その一方でこれまで腎臓で生成されていた活性型ビタミンDが不足すると、これに反応してPTHが過剰に分泌されることになり、骨形成と骨吸収が亢進した高回転骨という状態が引き起こされる。臨床症状としては、骨折、痛み、異所性石灰化が現れる。最近は治療がきちんとおこなわれるようになり、線維性骨炎の発生頻度は低下していると思われる。

### 骨軟化症（アルミニウム骨症）

本来は、ビタミンD欠乏により引き起こされる病態であるが、透析患者ではPTHの分泌が少なく、アルミニウムが蓄積すると石灰化が障害され、骨軟化症をきたす。臨床症状としては骨折、骨痛が現れる。

### 無形成骨（副甲状腺機能低下症）

PTH分泌の減少による骨形成の低下が原因となる。高齢者、糖尿病患者、低活動者に多く、臨床的に骨粗鬆症との区別は困難である。骨折頻度が増加する。

### 透析アミロイドーシス

アミロイドの前駆蛋白は分子量11,800の $\beta_2$ ミクログロブリンであり、透析患者の血中に高濃度に存在する。現在はダイライザーの性能が改良されたため、以前にくらべて血中濃度が低くなったが、それでも20~30mg/Lと高濃度に存在する。

透析期間の長期化、患者の高齢化に伴い発症頻度が増加している。アミロイドは、原疾患によって付着する場所が特異的であり、透析患者では骨・関節障害が問題となる。透析アミロイドーシスの主要症状は、手根管症候群、弾発指、破壊性脊椎関節症、骨嚢胞性病変、病的骨折である。

### バスキュラーアクセス合併症

バスキュラーアクセス（VA）合併症として、血流不足、狭窄、閉塞、感染、瘤形成、血清腫、静脈高血圧、スチール症候群、ハイフローシャントに伴う高心拍出量

表1 10年以上開存例の狭窄の数と部位

狭窄数	1カ所	12例
	2カ所	6例
	3カ所	1例
	計	19例
部位	吻合部	0例
	吻合部中枢側	13例
	動脈瘤中枢側、末梢側	3例
	その他	3例

性心不全、再循環などがある。看護師の皆さんには穿刺前には、毎回、シャント音や拍動、シャント圧上昇、スリル、前回穿刺部の状況、穿刺部の腫脹や発赤などを観察していただき、閉塞や狭窄、感染の有無、シャント動脈瘤などを早期に発見していただきたい。

シャントの狭窄・再循環の有無を診断する方法として、動脈と静脈のあいだを手で圧迫する方法がある（図1）。狭窄がない場合、圧迫するとA側の血管が緊張して膨れる。圧モニターで観察するとV側の圧が低下する。A側の狭窄がある場合、A側血管が虚脱し、血流がとれなくなってしまう。一方、V側の狭窄があるとV圧が上昇しており、圧迫するとさらに上昇する。

また、狭窄・再循環の画像診断としてはエコーと血管造影がある。エコーは侵襲が少なく、近年画像の鮮明度も向上し、透析VA向けに小型で画像の質の高い超音波エコー装置も開発されている。

さらに精密な検査を必要とする場合は、血管造影をおこない、狭窄の程度や部位を診断、VAの全体像を把握し、治療法を決定する。

また、合併症対策としてはシャントの流量測定が必要であるが、超音波ドップラー、超音波希釈法、クリットラインなどの方法があり、なかでも超音波ドップラーが簡便でベッドサイドで使用しやすい。

### 狭窄・閉塞

当院における10年以上のシャント開存例の狭窄の数と部位を表1に示す。狭窄の数は1カ所が多いが、重複する場合もあり、吻合部そのものに狭窄が起こることはなく、吻合部から少し中枢側や動脈瘤ができていく周囲にしばしば狭窄が起こる。鎖骨下静脈へカテーテルを留置していない症例でも狭窄や閉塞が起こることもある。

狭窄・閉塞部位への対応として手術による再建とインターベンション（経皮的血栓溶解療法または血栓除去療法+PTA）がある。

閉塞している場合は、インターベンション治療があまりおこなわれず、インターベンション治療をくり返している症例や、病変が複雑な症例、触診して血管が硬い症例などには即手術の適応となる。

狭窄している場合は、血流200mL/min以下の症例

や、静脈高血圧がありシャント側四肢の腫脹・発赤、静脈側回路内圧の上昇がみられる症例に画像診断をおこない、手術かインターベンションかを選択する。

インターベンションの適応は、深部静脈に病変がみられる症例、初回治療例、前回インターベンション治療で3ヵ月以上開存例などである。手術の適応は、インターベンション治療後3ヵ月未満に狭窄・閉塞した症例、病変が複雑な症例、病変部の血管が硬化している症例などである。

インターベンション治療が必要かどうかを判断する際、コンソールの静脈圧モニターが指標となるので臨床で活用いただきたい。中枢側の血管に問題のない症例で110~120mmHg、シャント造影術が必要になった症例で160mmHg程度、PTAが必要になった症例で169mmHg程度である。グラフトでは、シャント造影が必要な症例で180mmHg程度である。PTAをおこなうと圧モニターが低下する。インターベンションは回数を重ねるほど開存期間が短くなる傾向がある。

近年、インターベンション治療はカッティングバルーン、ステント、その併用がおこなわれ、以前より成績がよくなっているが、適応する症例を事前によく検討することが治療成績の改善につながる。

グラフトの1次開存率は、1年で50%、3年で15~20%程度であるが、インターベンション治療により1年で90%、3年で80%の開存率が保たれるようになっている。

## 感染

シャントの感染頻度は、自己血管内シャントでは0.12%/年、グラフトを使用した内シャントでは2.1%/年<sup>1)</sup>であり、感染防止にはなるべくグラフトを使用しない。

血液透析患者の菌血症の約50%はシャント感染症が原因であるとされている。心内膜炎、骨髄炎、髄膜炎、敗血症性塞栓症、敗血症性関節炎などの重篤な合併症の原因となる。シャント感染を起こしやすい条件として、免疫能の低下、低アルブミン血症などの低栄

養状態、糖尿病や高齢者、皮膚の乾燥による易感染性、頻回の穿刺による汚染の機会増加、グラフトや留置カテーテルなどの人工材料の使用があげられるため、これらを防ぐことが感染対策につながる。消毒剤としては、ポピドンヨードよりも消毒用エタノールのほうが作用時間は短いため使用が勧められる。

## シャント過剰血流

シャント過剰血流は、心不全や静脈高血圧の原因となるため治療が必要である。シャント過剰血流に対する流量抑制として、バンディング、グラフトによるインターポジション、シャント閉鎖などがおこなわれる。

## 瘤の形成

瘤の急速な増大、疼痛、発赤、感染の合併などは手術の適応となる。動脈瘤切除時の手術法として、端々吻合やグラフト移植がおこなわれる。

## 穿刺技術向上委員会の活動

合併症ではないが、当院でおこなっている穿刺技術向上委員会の活動を紹介する。

1999年医療スタッフの穿刺技術向上のために「穿刺技術向上委員会」が発足した。

医療スタッフ全員の穿刺技術の標準化をめざして、穿刺のビデオや穿刺時のチェック項目シートなどを使用した新人・再教育プログラム、経験年数5年以上の穿刺の上手なスタッフをエルダーと認定し、新人看護師や臨床工学技師への教育をおこなった。

その結果、過半数の穿刺技術が向上した。このように穿刺技術を統一した方法で標準化することの意義を見出すことができた。

## 文献

- 1) 大平整爾ほか：北海道における慢性血液透析患者用ブラッドアクセスに関するアンケート結果とその分析。日透析医学会誌 15：107-121, 2000

# 透析スタッフのための コミュニケーション技術

滋賀医科大学医学部看護学科 臨床看護学講座（精神看護）教授 瀧川 薫



## はじめに

本日は、「透析スタッフのためのコミュニケーション技術」と題して、透析看護の特殊性を再確認したうえで、そのなかで必要なコミュニケーション技術について精神医学的な理論も含めて解説する。

## Part1 透析医療の特殊性

医療においては、安心感が絶対条件である。Harry S.Sullivan による安心感の定義は、「人間の社会的・文化的欲求であり、心地よく緊張感のない落ち着いた状態を得ることは、人にとって大切なニーズの一つである」とされている。医療においては、検査や治療の安全性の高さ、ケアの提供による安心感の確保とともに、医療スタッフと患者との信頼関係が何よりも重要となる。信頼関係を築くことは、コミュニケーションだけでなく、すべてのケアをおこなううえで必要不可欠なものである。

透析看護では、原則として患者の死・退院・転院という看護における終結がなく、一人の患者と平均 20 年という長期間かかわるといふ特徴がある。

現在、わが国の透析患者数は全国で約 25 万人であり、先進諸国のなかでも圧倒的に数が多い。この状況は、わが国で腎移植が一般化していないためである。また、2005 年末の日本透析医学会の統計によると、糖尿病性腎症から透析導入に至っている患者が 42.0% であり、糖尿病がわが国の国民病だといわれている現状では、透析患者数のますますの増加が予測されている。

患者数の増加の一方で、透析医療においても診療報酬の包括化により収入が減少する。また、2006 年度の診療報酬改定により新設された、看護師配置基準である「7対1看護配置基準」に伴い看護師が一般病棟に流れ、外来扱いの透析室ではますます看護師が減らされる恐れもある。

ここで、医療経済の側面からも透析における看護師の位置づけが改めて問い直されており、患者－看護師関係の基盤が揺らいでいる状況がある。透析看護は、看護としての専門性が問われており、今後ますます看

護の質の向上が求められていくであろう。

患者のなかには、厄介な患者（身勝手、要求過多、攻撃的、強度の甘えや依存、一方的な恋愛感情）、気になる患者（無気力、抑うつ、なげやり、焦燥感、諦め、愚痴、嘆き）、指導に困る患者（コンプライアンス不良、自己流、強がり、一方的）、コミュニケーション不全の患者（統合失調症、認知症、人格障害）、対応困難な患者（治療拒否、医療不信、いいがかり、八つ当たり、責任転嫁、複数の施設を点々とする、こじれきった患者－医療者関係）などさまざまな患者がおり、看護師がこのような患者とかわかるときに、心理学・精神分析学・コミュニケーション論の知識が有効である。

近年、透析患者をはじめ、癌患者、皮膚疾患患者などそれぞれ特有の疾患の患者における情緒や言動を理解するときに、心理学や精神分析学の考え方を導入しようという学問（サイコネフロロジー、サイコオンコロジー、サイコダーマトロジーなど）が注目されている。

透析患者は、透析の中止は直接的な死へつながるといふ不安のなかで、社会的な役割からの離脱、生体の恒常性維持の困難さ、性的能力の低下、人間関係面でのストレス、将来の希望や生きがいなどの喪失体験、時間的・身体的拘束に加え、食事制限、透析機器や装置、医療スタッフなどに依存せざるを得ない状況のなかで、自己管理を強いられる複雑な心理状態である。

透析患者の心理的状态には、腎機能廃絶に伴う易疲労性、焦燥感、睡眠障害、うつ症状、長期透析に伴う器質性脳症状、高齢化による問題などの身体的状態と、それに対する透析療法および合併症により生じる病態が影響している。

われわれ看護師は、日々の多忙な業務のなかでは患者の話に耳を傾け、心理にまで介入していくことができにくい状況にあるが、このような複雑な患者の心理状態を十分に受容し、評価する必要がある。また、看護師は患者にとって身近な存在であるがゆえに、このような感情のはけ口となりやすい立場であることを覚えておいていただきたい。

近年は、“Evidence based Nursing” = “根拠や

理論にもとづく看護”が中心になってきている。われわれが患者と話すときには、患者指導のため、あるいは、患者を安楽にさせるためなど合目的な行動としての会話が成立する。医療スタッフは、患者を治療やケアを施す対象者として意識し、患者とのかかわりについて、漫然と同じことをくり返すのではなく、日々それらを振り返り見直していく必要がある。

### 病者役割や障害者役割

ゴードンの障害者役割概念の4つの側面を以下に列記する。①自分自身の状態に応じた役割機能を果たす。②能力低下を補う道具的依存がある。③自分の状態を医療者とともに身体的・精神的に管理する。④自分自身でできることと、できないことを周りにアピールする。

透析患者は社会的に“病者”として認識されることが多いが、これらより“病者”よりも“障害者”として扱う必要がある。内部疾患の“障害者”として社会的な福祉の対象者として認められていることも周知の事実である。

医療はサービス業として患者満足度を意識する必要があるが、透析看護ではこれまでの過剰なサービスは避け、患者指導を基本として、患者自身でできることはおこなってもらおうようにする必要がある。

### 自己表現のタイプと自己主張を発揮させるための訓練方法

自己表現のタイプとして、非主張的な自己表現方法、攻撃的自己表現方法、アサーティブな自己表現方法がある。このうち、自己と他者の両方を大切に相互尊重・相互理解の態度（アサーティブな自己表現方法）が最も医療者に求められる理想的なコミュニケーションタイプである。このアサーティブな自己表現を身につけるには、①自分の気持ちや考え、欲求を素直に表現してみる（自分の意見には主語をつけて話す）、②相手に対して関心もちながら傾聴する、③話し合いによる歩み寄りを試みる、④弱くて不完全な自分を認めて受容する、⑤自己信頼を深める、⑥自分の感情を適切に扱う、などを心がける。

自己主張を発揮させるための訓練方法として、①ディベート（議論・討議・論争における理論武装を身につけるのに有用な手段であり、Evidence based Nursingの考え方に通じる）、②プレゼンテーション（自分の意見や案件を相手に応じて柔軟にわかりやすい言葉で置きかえ提示することを訓練できる）、③アサーティブネス：適度な自信と謙虚さにもとづいて自分の意見・主張・感情を表現することが有用である）。

人間関係で大切なことは、他者をありのままに受容することである。受容するためにはお互いが違う考えをもっているという認識のもとに、むしろ相手の多様性を楽しんで、共存しようと試みるのが重要である。

## Part2 コミュニケーション概論

看護者の臨床における人間関係上の悩みの特徴として、①二重のコミュニケーション構造（看護師同士の横のつながりと医師や看護師長との縦の関係）、②女性中心の職業集団、③医療組織内における人間関係の特殊性（透析の場合は医師、看護師、技士それぞれの仕事の役割分担ができていないか、重複していないか）、④患者－看護師という役割間の人間関係の困難性、⑤燃えつき症候群と人間関係、などがあげられる。このような複雑な人間関係から、看護師の喫煙率、飲酒率、自殺率は非常に高い。

コミュニケーションにおける言葉での情報提供は約10%であり、その他の90%は非言語的な身振り、手振り、表情、声のトーン、話すスピード、アイコンタクトなどによる伝達が占める。

### 言葉と気持ち

言葉のなかには、喜ばれる言葉と嫌われる言葉がある。患者とコミュニケーションをする際に自分が使っている言葉や話し方を一度見直してみたい。

忌み語、相手を罵る言葉、自分の利益を優先している言葉、指示命令、相手やそのアイデンティティを構築している要素（親・兄弟、出身地など）を誹謗・中傷する言葉、「～のような」「～かも」などの曖昧な表現、単語でぶつぶつ切った話し方は、相手に不安や猜疑心を引き起こす。

未来志向形の「頑張ってくださいね」という励ましの言葉は、相手にいま以上の頑張りを期待されているというプレッシャーを与える。反対に、過去形、現在進行形の「頑張ってくださいましたね」「頑張っていましたね」というねぎらい、いたわりの言葉は、同じ「頑張る」という言葉を使用しても、相手にプレッシャーを与えることなく評価し褒める言葉になる。

相手に必要以上に感情移入してしまうことを同情、同感というが、医療者として求められるのは、患者とともに痛みや苦しみを共有しながらも、医療者としての客観的な立場から対応を考える共感である。

「大丈夫だから」「心配ないから」という根拠のない無責任な言葉や、「自分でできるでしょ」、「また～?」「もう～?」「えっ～?」などの責められている感じを与える言葉、ため息、「規則ですから」「絶対に」「必ず」という原理原則、断言などは患者を傷つけ、医療者としてふさわしくない言葉であるため、使用しないように注意を要する。



## さまざまなコミュニケーション技術

### 【傾聴の姿勢】

傾聴はアクティブリスニングともよばれ、全身全霊を傾けて、相手に関心を示しながら、話を聞くことであり、傾聴、受容、共感的態度は、カウンセリングにおける基本的な考え方にもとづいている。

### 【質問のしかた】

#### 閉ざされた質問⇒開かれた質問に

「その後お変わりありませんか？」 ⇒ 「その後いかがでしょうか？」  
「気分はよろしいですか？」 ⇒ 「ご気分はどのようでしょうか？」  
「熱はありますか？」 ⇒ 「熱の状態はいかがですか？」  
「痛みは感じますか？」 ⇒ 「痛みの状態はどうですか？」  
「よく眠れましたか？」 ⇒ 「睡眠の状態はいかがですか？」  
「この問題に関心がありますか？」 ⇒ 「この問題にどのように関心がありますか？」  
「この提案にご納得いただけますか？」 ⇒ 「この提案にどのくらいご納得いただけますか？」

開かれた質問をすることで、相手にとって優先度の高い答えが返ってくる。

質問する際の留意点としては、一度に2つ以上の質問をしない、誘導するような質問をしない、批判・評価を避ける、「大丈夫？」という言葉もなるべく使わないように留意する。

心理的な負担をかけないほうが望ましい場面や、これから具体的な質問に入る前の最初の声かけのきっかけとしては、相手が「はい」「いいえ」で答えられるような《閉ざされた質問》が効果的である。相手が自分の言葉で話したいと思っているときや、相手の考えや感情を明確に知りたいときに、「何が」「どのように」「なぜ、どうして」というような形式の《開かれた質問》が効果的である。「なぜ、どうして」という言葉は、相手を防衛的にさせたり、責められたような印象を与えたりするため頻回な使用は避けるようにしたい。《開かれた質問》の方法として、幅のある柔軟性「何について話していただけますか」、焦点化「～についてもう少し詳しく話していただけますか」、明確化「それはどのような意味でしょうか」などの形式がある。

### 【最小限の励まし】

あいづちを打つ、相手の話の語尾をとらえて話題を提供しながら会話をつなげていくことで、「あなたの話をきちんと聞いていますよ」という意思を相手に伝える最小限の励ましとなる。

### 【要約・くり返し】

話し合われた内容・感情をまとめるために、話の終わりや話題が変わる場面で使う。内容を明確にしたり、

くり返し伝えることによって、相互理解を深めて誤解を防ぐこともできる。

### 【沈黙】

#### 沈黙の意味

伝えたいことがない。  
迷っている。  
怒りや悲しみのために言葉を失っている。  
話すことを拒否している。  
恥ずかしくて言えない。  
話の内容を考えている。  
言葉では表現できないような複雑な思いがある。  
一人になりたい。  
注意を引きたい。  
何かを相手に理解・納得させたい場合。

沈黙とは、決して消極的な表現方法ではなく、積極的で上記のような含蓄に富んだ表現方法であることが多い。話のあいだに意識的に沈黙をつくることは、患者に理解させたい場合などに、医療従事者にとって有効な方法である。

## コーチングスキル

患者教育や患者指導、新人教育や新人指導などに有効なスキルとして、コーチングが注目され始めている。コーチングの基本センスは「人は自分のなかに答えをもっている。その答えを引き出し、自発性にもとづいた行動を促していく」ことである。

患者主導型の医療を展開していくときに、患者のニーズを引き出し、患者－医療者間の双方向コミュニケーションから生み出される合意と患者の自主性を尊重した情報提供、インフォームド・コンセントをおこなううえでコーチングの導入が有用である。

以下に、医療現場で有用なコーチングスキルを紹介する。

### 【ペーシング】

ペーシングとは、相手の雰囲気、話すスピード、声の大きさ、トーン、身振り、言葉遣いなどを意識的にあわせていくことであり、相手の心の扉を開くために有効な方法である。楽しそうな人には楽しそうに、丁寧な人には丁寧なかかわり方、くだけた言葉を使う人には失礼にならない程度に語尾をくだいた表現にする。われわれは専門職としての意識を忘れず、相手の個性にあわせて臨機応変に対応していく必要がある。

ただし、ペーシングをしてはいけない場面として、相手がこちらに怒りを向けている状態がある。ここでは、まず静かに相手を受け止め、冷静に相手と対応することが望まれる。感情的になっているときに知的論争はしないことが重要である。

## 【Iメッセージ】

### Iメッセージ・Youメッセージ・Weメッセージの例

Youメッセージ 「あなたは頑張っていますね。」  
Iメッセージ 「私は、あなたの頑張りがとても嬉しいです。」  
Weメッセージ 「私たちは、あなたが頑張ってくれているので助かっています。」

われわれは日常で“Youメッセージ”を多用している。“Iメッセージ”は、“Youメッセージ”にくらべ感情的に訴えかける力があるため、大切なメッセージは「私」を主語とした“Iメッセージ”で伝えると効果的である。

## 【枕詞】

言いにくいことを伝える前の前置きとして、「ちょっと言いにくいことですが」「参考までに聞いていただきたいのですが」などという枕詞を使う。許可を得たり、相手に心づもりをさせたり、ショックを緩和する効果がある。

## 【一時停止】

医療現場では、1人の患者にずっと付きっ切りになることはむずかしく、患者が話している途中で中断せざるを得ない状況がよくある。

このようなときに、話し手が一文節の区切りがついて息継ぎしたときに、「話の腰を折るようで申し訳ありませんが」「お話の途中で申し訳ありませんが」などという言葉を含み話を中断するという一時停止のスキルを使うことで、相手が話を遮られたときに感じるフラストレーションを緩和することが可能となる。

## 【質問の種類】

コーチングにおける質問は、相手自身が気づいていないことや、明確に意識していないことについて質問をすることで、相手の思いや考えを引き出したり、相手の気持ちを整理させたり、何らかの気づきを促すという意図がある。

相手がいまどのようなことを希望しているかを尋ねる場合や、これから先において何かに取り組んでいくための行動を促すためには、**未来型質問**が効果的である。

たとえば、体重増加が多かった患者に対して、「なぜ水分を取りすぎてしまったのですか」という**過去型質問**を使うと、過去の失敗やできなかったことに焦点を当てることになり、患者は責められたような気持ちになる。このようなときには、体重増加が多いため透析で除く水の量が増えることを事実として伝え、落ち着いた時期を見計らって、「体重を増やさないようにするには、どうしたらよいと思いますか？～さんなりの工夫として何が考えられますか？」と尋ねることにより、怒られているという感じを与えず、自分のことを気にしてくれている、自分なりに反省しよう、という前向きな気持ちを起こさせる。

**肯定型質問**は、否定語句「～ない」を入れない質問のしかたである。意識して肯定型の質問にかえることで、相手に余裕をもたせ、前向きに考えさせることができる。

否定型質問は、相手に責められている、プレッシャーをかけられているといった印象を与えやすい。その場合には、主語を相手（人）にせず、「原因は何ですか？」というように原因を主語にすることにより、否定的なイメージを避けることができる。

## おわりに

透析室での看護は、一般病棟での看護にくらべて、より複雑でより細やかな看護が必要とされている。これらのコミュニケーションに関する知識やスキルを職場やスタッフの雰囲気、患者の雰囲気、地域性などとあわせて応用することで、計画的な患者指導・患者教育を前提とした治療的コミュニケーションに活用し、透析看護の独自性や専門性を確立していただきたい。

## 参考文献

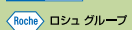
- 1) 五十嵐透子：自分を見つめるカウンセリング・マインドヘルスケア・ワークの基本と展開，医歯薬出版，東京，2003
- 2) 奥田弘美ほか：メディカル・サポート・コーチング入門 医療者向けコミュニケーション法，日本医療情報センター，東京，2003
- 3) 専修学校教育振興会情報教育研究会編著：文部科学省認定情報処理活用能力検定準2級テキストコミュニケーション 改訂版，実教出版，東京，2003





CHUGAI

中外製薬株式会社



ロシュグループ

2007年3月作成  
EPO 07冊子13701