



ひろがれネットワーク! 腎不全看護の新たな展開

会期 2007年11月24日(土)·25日(日)

会場 パシフィコ横浜会議センター



第10回 日本腎不全看護学会 学術集会・総会

Yu Pei 2ing



Toshiko Kamo



Yuichi Notomi



Contents

会長講演

連携から生まれる腎不全看護の可能性 - 学会設立10周年を迎えて -

大坪 みはる 先生 第10回大会長・葉山ハートセンター副看護部長

3

米国における腎不全看護について - その専門性と腎不全看護認定 -

Nancy M. Gallagher 先生 St. Joseph Medical Center, Director

8

世界各国の腎臓病看護 - 現在の到達点と将来の展望、そこへ到る道筋 -

Geraldine Biddle 先生 WFRC会長

教育講演

腎不全看護領域の実践知

正木 治恵 先生 千葉大学看護学部 教授

特別講演

透析医療によるネットワークの構築

斎藤 明 先生 東海大学医学部教授(腎·代謝内科教授兼東海大学病院腎·血液透析科長)

教育講演

中国腎不全看護の現状および将来

郁 佩青(ユ・ペイチン) 先生 上海交通大学附属第一人民医院血液浄化センター 看護師長

メンタルケアについて

加茂 登志子 先生 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター所長、精神医学教室兼任教授

20

教育講演

画像診断から見た透析患者の心臓

納冨 雄一 先生 葉山ハートセンター

23

会長講演

連携から生まれる 腎不全看護の可能性 - 学会設立10周年を迎えて-

講師

大坪 みはる 先生

第10回大会長 葉山ハートセンター副看護部長



腎不全看護の変遷と背景

わが国では1961年に国民皆保険が完成し、すべての国民は日本中どこでも同じ医療が保障されるようになった。しかし、2000年の介護保険法制定など社会保障の抜本的改革が今急ピッチで進められており、この保障が今後も継続されるか定かではない。透析医療も同様にこの変革の波に巻き込まれている。

慢性透析患者数は年間約1万人の増加傾向を続け、2006年末では施設数3,985施設、透析患者数26万4,473人で、国民500人に1人が透析患者の割合と報告されている。治療形態では腹膜透析は全体の3.5%、在宅透析は147人、腎移植は約800件前後で、圧倒的に血液透析患者数が多いのが日本の特徴である。世界の透析人口のうち、日本は19%を占めている。

わが国においては、透析医療費は医療保険および更生・育成医療の適用により自己負担はほとんどなかったが、2005年に障害者自立支援法に変わり、福祉サービスにかかる自己負担が発生するようになった。

学会が設立した1998年に糖尿病性腎症が導入原疾患で第1位になり、現在では糖尿病性腎症患者は導入患者の42.9%を占めるようになっている。このような状況から、今後合併症問題が透析看護の大きな比重を占めていくことが予想される。

また日本の人口構成の変化に合わせて、高齢者の占める比率が増えている。導入透析患者の最も多い年齢は、男性70~75歳、女性75~80歳と、後期高齢者であ

る。このため介護、通院、自己管理サポート、自己決定などの問題がさらに浮上して くると考えられる。

糖尿病や高齢患者の増加は免疫力の低下や栄養障害などに陥りやすい患者の増加となり、患者さんの活動性の低下が看護問題となっている。

腎不全看護の 歴史とその構築

わが国の腎不全看護の構築の歴史を年代ごとにまとめた。

1970年代は未知の領域の医療として、 人工臓器によって生きる人への新しいケアの開発が求められた。看護師の仕事は延命治療としての業務優先、医師の治療補佐が中心で、患者の基本的ニーズについての工夫や文献探しなど手さぐりの時期であった。既に1968年に設立していた人工透析研究会の医師の支援と透析施設の看護師長たちの熱意と努力により、1976年に200施設以上の参加で日本透析看護研究会が発足した。全国規模の腎不全看護のプロフェッショナル組織の歴史はここから始まったといえる。

1980年代に入り透析クリニックが増え、透析治療時間も6~8時間から4~5時間へ減少した。また臨床工学技師という新たな職種の誕生によるスタッフ構成の変化など、現在の透析体制が構築された時代である。看護師は医師の指示に基づきすべてのケアや透析中心の生活調整を行うなど、その役割は拡大した。保存期や移植のケアなど、透析のみではなく、幅広く腎不全の看護ケアを担うプロフェッショナ

ル組織としての位置づけで日本腎不全看 護研究会に名称変更した(1988年)。

1990年代に入ると、合併症や高齢透析者の介護問題が浮上し、介護、福祉領域との連携が増えてきた。看護師は確立した治療ガイドラインとプロトコールに基づきケアの評価、計画実施について他組織と連携してケアの管理をするなど、専門性を追及するようになった。1996年には看護協会が専門看護師、認定看護師制度を実施するなど看護師の専門性への機運の高まりを受け、1998年に個人会員組織として日本腎不全看護学会が設立した。

2000年代に入ると、社会制度の変革が 腎不全看護に強く影響すると同時に、腎 不全看護領域においては2つの資格制度 が実施されるなど、看護師はより卓越した 知識と技術を提供し、患者の生活調整を 中心に医療、保健、介護、福祉などの職種 と協働する時代となり、学会も10周年を迎 えた。

学会設立10年目の 到達点と課題

学会が目指したもの

学会は腎不全看護の基本理念を以下 のように掲げている。

- 腎不全看護の基本理念 -

腎不全看護とは延命治療の手段として 透析療法を選択した患者や家族の衝撃の 深さを知り、疾病に対する患者や家族の 反応と受容のレベルを診断し、円滑な治療が継続できるように、患者のセルフケア を支援し、必要時は援助を行い、臓器移 植および器械・装置に依拠した状況下に

おける健康回復と患者の自己実現を目指す活動を行うものである。

学会設立時の大目標として専門領域での資格取得看護師の育成があった。責任を持って役割を遂行できる人材の育成は学会の使命であり、資格取得看護師の存在は 患者・家族が透析を受容し、適応していくプロセスの支援ができる、 高度な専門知識、技術の提供、 セルフケアの個別的、継続的な支援ができる、 患者満足、治療効果を向上する、 安全性の保証を確実なものとする。このようにその必要性を論じているが、学会設立時は多くの人がその実現まではまだ遠い道のりと感じていた。

2つの資格制度のスタート

資格制度実現への努力は医師の支援 や看護学会の動きもあり、設立5年目に相 次いで2つの資格制度をスタートすること ができた。1つは5学会認定の透析療法 指導看護師で、臨床看護の質的向上に 主体的に取り組める看護師の育成を通 して、透析看護の充実を目指すことを目 的として、日本透析医学会、日本腎臓学 会、日本移植学会、日本泌尿器科学会、 日本腎不全看護学会の合同認定の資格 制度である。

もう1つは、日本看護協会の透析看護分野認定看護師である。この資格は透析看護現場において、実践、指導、相談の役割を担うことを目的に、6ヵ月の教育期間と

試験により看護協会が認定する資格制度 である。資格制度については当初の目標 は到達できたといえる。

専門性の追究

腎不全看護の専門性の追究については、系統だった学習の提供や『透析看護』の発刊、学会誌の発行、腎不全看護の研究開発の取り組みを通して行っている。内容として、透析領域における看護診断の特定や透析看護必要度の研究などがある。

学会は、この10年で会員数は352名か 62,832名に増加した。しかし透析看護専 従看護師が約3万人以上と推計すると、ま だ1割にも達していない。資格取得者は 431名で、今後も増加が見込まれる。連携 学会、研究会との協力、連携も増え、国際 的には腎不全看護世界基金(WFRC)の 理事を担当し、国際腹膜透析学会(ISP D)では看護連絡委員を長年担当するな ど、学会活動は年々拡大、発展していると いえる。

腎不全看護の新たな展開

腎不全看護に影響する要因として、さまざまな要因が考えられる。主なものとして 再生医療や透析機器の開発などの技術 革新、医療・福祉など急速な社会制度の 変革、透析人口の高齢化や合併症など患者の状態の変化や人生観、死生観などニーズの多様化。また腎臓病の予防からターミナルまで、看護範囲の広がりや高度化する医療に対して、看護の専門分化および情報のスピード化、グローバル化による国際的な看護の交流や標準化への動きが挙げられ、今後腎不全看護に携わる看護師たちには多くの対応が求められると考える。

今後の課題として腎不全看護の質的保証のためのガイドライン策定、診療報酬、資格の標榜など、社会的評価を得るための方策、ケアの開発など学際的貢献の具現化、研究成果による看護の方向性を示すなどが挙げられ、その取り組みとして学会員、資格取得者の連携による全国の腎不全看護に携わる看護師のレベルアップ、フットケア学会、糖尿病学会、循環器学会など他学会との連携によるケアの向上、保健、福祉、関連職種との地域連携による生活支援の向上、そして国際連携による活動参画や貢献などさまざまな連携により、新たな腎領域の看護が開かれていくと考える。

大会長メッセージ

透析治療黎明期から、この未知の看護領域に専門性とプロフェッショナル組織の重要性を洞察し、実行した先輩 看護師たちに敬意を表します。そして、時代の変化に対応する忍耐と努力、経験の蓄積により新たな腎不全看護 を開拓し、展開してきたすべての看護師たちに連帯の拍手を送ります。

この 開拓する精神 を引き継ぎ、科学的にそして看護する夢を語りながら、多くの人々と連携し、腎領域の看護を発展させることで腎疾患に苦しむ人および社会に貢献するプロフェッショナル組織として次代へ引き継いでいきたいと思います。

教育 講演

米国における 腎不全看護について

- その専門性と腎不全看護認定 -

講師

Nancy M. Gallagher ##



米国における看護の 基礎看護教育について

米国で看護教育を受けるには、2年課程の短大と2年または3年の課程で修了する看護学校、学士が取得できる4年制の大学の3通りがある。看護師の多くは基礎教育後もさらに学び続けており、その人達のために大学卒業後はさらに大学院修士課程や博士課程と、さまざまなコースが用意されている。

看護基礎教育プログラムは連邦や州から認可されるシステムを取っており、認可を受けたプログラムは資金援助を受けている。認可を継続するには定期的な審査を通過する必要がある。ある州では州独自の看護教育省にゆだね、ある州では連邦看護協会に委任して審査を行っている。すべての看護学校のプログラムは連邦看護協会が審査し、短大のプログラムは米国地域大学協議会が審査し、学士取得レベルとそれ以上の教育プログラムは米国看護大学協議会が審査を行っている。

認可を受けた看護教育プログラムを卒

業した後、すべての卒業生は国家試験に 合格することが必要である。合格すると看 護師免許が与えられ、勤務予定の州で登 録することになる。免許は定期的な更新が 義務づけられ、多くの州では免許更新後 も継続教育を課している。

米国保健社会福祉省の保健資源事業 局および保健人材サービス部では4年に1 度、登録看護師の状況を調査している。 2004年調査では、看護学校と短大を新規 に卒業する割合が減り、大学あるいは修士 以上の卒業生が増えるといった傾向が出 ている(表1)。短大卒以上の看護師は 1980年から増加している。これらの要因は、 1980年以降、短大卒の資格を提供するプログラムの数が急激に増加し、そのプログラムを修了した人が増えたことによる。

米国における看護師の平均年齢は47歳で、その数は290万人である(表2)。83%は常勤または時間雇用の勤務形態を取り、56.2%が病院で勤務している。以前は入院で行われていた手術の多くが外来で行われるようになり、看護師の仕事は外来中心に変化してきている。

腎不全および腎不全看護の教育は、看

護全体の基礎教育に含まれていて、腎不全に特化した正式な看護教育はない。専門的な実践経験、知識、技術は仕事をしていく中で学んでいっている。最近、2つの大学が腎不全看護専門の修士課程を始めた。このコースは看護師のプラクティショナーに特化しているので、腎不全看護教育は国家の専門職の協議会で認定されている。

学会および専門職団体等の 役割について

米国腎不全看護学会(ANNA)は腎透析看護について研究していた看護師によって1969年に設立され、治療薬と技術の進歩とともに発展してきた。当初は米国腎不全看護および工学士協会(AANNT)として設立したが、1983年、メンバーになる資格を看護師に限ることに変更すると同時に名称を変更した。

目的は腎不全看護におけるコアの知識 と技術の標準を明確にすること、会員が教育を受けることを推奨していくこと、腎不全

表1 学位の習得状況

	2004年	1980年から
看護学校	18%	43.5%ダウン
短大	34%	232%アップ
大学	35%	170%アップ
修士以上	13%	339%アップ

表2 他の看護師についての情報

● 平均年齢[実働]

47歳

● 看護師数

約290万人

● 常勤または時間雇用

83%

● 病院での雇用状況

56%

多くの看護師は、外来または外来中心の 施設で雇用されている。

看護の研究を推進すること、新しい情報を 普及させること、学際的な交流と協働作業 をさらに進めること、腎不全看護の実践に 関係するさまざまな課題について声明を発 信することにある。

腎不全看護に携わる看護師の数は全 米で25,000人いると言われていて、その 約半数がANNAのメンバーになっている。 準看護師、工学技師は準会員の資格で ある。臨床現場では急性、慢性の別なく ほとんどが血液透析である。メンバーの 63.5%以上が10年以上、30.3%が20年以 上の実践経験を持っている。残念なこと だが、平均年齢は51歳で高齢化が進んで いる(表3)。

ANNAメンバーの教育背景は17%が看護学校卒、33.3%が短大卒、38.8%が大学卒、10.3%が修士課程修了、0.5%が博士課程修了となっている。

腎不全看護の認定の 発展について

ANNA発足後の早い時期に、腎不全看護ケアの基準が出版された。1985年から1987年にかけてANNAで指導的な立場を果たしていた看護師が、腎不全看護の基礎的な定義と、それを実践するための計画を作り、実施してきた。

ANNAは1970年代に最初の基準を出版したが、ANNAがさらに国際的なアプロ

ーチで実践の基礎を明らかにし、実践領域とコア・カリキュラムについての出版をしたのは1986年のことである(図1)。その後、腎不全看護師における知識と実践技術を、客観的に見極めるための国家試験がスタートした。これはケアの質を測定し、審査するものである。研究活動もその活動のうちに含まれている。ANNAは腎不全看護における教育プログラムの質の向上のため、CEAB(継続看護教育監査機構)を立ち上げ、CEABが腎不全看護における教育プログラムの質を監査・認可することになっている。ANCCC COAはANNAと協調し定期的にCEABの審査を行い、監査機能と認可レベルの維持に努めている。

1986年にANNAは認定のため暫定委員会を設置し、1987年には腎不全看護認定協議会(NNCB)を設置し、現在の腎不全看護認定機構(NNCC)となった。1987年4月にパイロット試験が行われ、同年9月には最初の腎不全看護認定試験の受付が始まった。

認定看護師の役割について

米国における認定看護師の役割は、 社会と患者の安全を確保すること、質の高い患者ケアの推進、 プロフェッショ ナルとして、公的な認知を高めることにある(表4)。これらは看護師個人の自発的 なプロセスであり、個人に対して行われている認定である。認可と認定の違いは、認可はプログラムそのものに対して与えられるが、認定は個人に対して行われるものである。

NNCCはANNAから完全に独立した組織となっており、試験機構を開発するために、専門職者を試験するさまざまな機関とパートナーシップを取っていて、ほぼ4年に1回の全国的な腎不全看護の調査も行っている。この調査は看護師の知識や技術を確認するものである。看護師の仕事に関する情報の重要さのレベルと頻度に応じて、知識と実務について評価している。得られた調査結果は実際の試験問題を作る際の試案に使用される。

NNCCは腎不全看護認定試験の開発 と実施を監督する立場にあり、この領域の 臨床エキスパートで試験委員会を構成し ている。専門家は実際に試験問題を書き、 試験に盛り込む内容について、文献にあ たって、その情報の精度を確認する。過去 に実際に行われた試験の形式、盛り込ま れている内容を再審査して必要があれば 修正する。NNCCは認定だけではなく、更 新に際してもそれを発展させ維持する役割 を担っている。腎不全看護師の認定試験 には、認定透析看護師(CDN) 認定腎不 全看護師(CNN) 認定腎不全看護ナース プラクティショナー(CNN NP)があり、工 学技士のための認定血液透析工学技士 (CCHT)という資格もある。

表3 ANNAメンバーのプロフィール

● 学会会員数 11.997人(2007年3月31日現在)

1.0%

看護師 96.7%準看護師 1.3%

● 工学技士

雇用はほとんどが急性あるいは維持透析センター 実践年数[看護師] 63.5%>10年以上

30.3%>20年以上

平均年齢「看護師」 51歳以上

腎不全看護の実践の基礎

CNNの最初の認定試験は1987年9月に行われた。この試験は腎不全看護実践の熟達レベルを幅広く試すもので、現在、認定を受けている看護師数は5,272人となっている。2006年度の延べ受験者数は213人であって、合格率は79%であった。腎不全看護師の認定試験を受験するには、米国またはアメリカ圏の看護免許を有し実践していること、看護学の学位を取得していること、腎不全領域で少なくとも2年以上の経験があること、腎不全看護において30時間以上の継続教育を受けていることが受験資格となっている。

認定透析看護師(CDN)の最初の試験は2001年4月に行われた。これは透析看護を実践する腎不全看護師の実際の力量を見る試験である。現在CDNに認定されている看護師は857人である。2006年の延べ受験者数は275人、合格率は88%であった。

受験資格は、同じく米国またはアメリカ 圏の看護師の免許を持っていること、透 析領域で最低1年以上の実践経験がある こと、腎不全看護における15時間以上の 継続教育を受けていることである。最近 になって一部海外の看護師にも門戸を開 いた。

認定腎不全看護ナースプラクティショナー(CNN NP)の最初の認定試験は2006年9月に行われ、腎不全におけるナースプラクティショナーの高度な実践能力を試験した。2007年現在、33名が認定を受けて

いる。2006年の延べ受験者数は20名、合格率は80%である。

受験資格は、看護師免許を持っており、 国家(州)がナースプラクティショナーとして 認定していること、看護学の修士の学位を 取得していること、腎不全領域で少なくと も2,000時間の実践経験を持っていること、 そして腎不全看護について60時間以上の 継続教育を受けていることである。

NNCCはさらに高いレベルの米国看護協議会のメンバーとなっていて、この上位組織は多くの専門分野にまたがる看護師認定にも責任を担っている(表5)。さまざまな認定看護師の価値を公に知らしめ、認可あるいは認定の質に関するメカニズムの開発を行っている。そのための認可協議会(認定における諮問委員会)を持っている。

米国では腎不全看護が専門分野として十分に確立されている。ANNAは腎不全看護における基準とその認定に関して、その内容を維持、継続させていくとともにさらに発展、実践していく役割を果たしている。NNCCの認定にかかわる部門は、腎不全看護に携わる者に対する認可システムの創設と維持を担当している。患者の安全を確保するという目的とともに、認定看護師の認知度を世界的に高めることを意図している。米国においてはANNAの存在は確かな位置づけを持っている。これからも私たちは、未来に向けて発展を続けていきたいと考えている。

表4 認定看護師の役割

- 社会および患者の安全
- 患者のケアの質
- 専門職者としての認識と公的認知

自発的なプロセス 個人に対して証明書が授与される

表5 看護専門者のための米国協議会

- 看護認定の協働のための フォーラムを提供する。
- さまざまな公共において、看護認定の価値を宣伝する。
- ◆特別な認定の質の証明と認知のための機構を提供する──認定における 諮問委員会。

ランチョンセミナー

世界各国の腎臓病看護

- 現在の到達点と将来の展望、 そこへ到る道筋 - 講師

Geraldine Biddle 先生 WFRC会長

はじめに

WFRC(腎不全看護世界基金)は、1997年、米国、欧州、日本をはじめとし、カナダ、南米、オーストラリアを含む世界各国の主な腎不全看護組織によって設立された。WFRCの主な目的は、発展途上国における医療従事者を対象に、腎臓病の分野で教育を提供することである。これまでの10年間で、発展途上国を中心に20ヵ国以上の国々で、5,000人以上の看護師や医師に対して教育の提供を行う活動をしている。

腎臓病看護の歴史

腎不全看護が組織的な専門分野として始まったのは40年ほど前のことであるが、血液透析の発明はさらに以前にさかのぼる(表1)。

「透析の父」と称されるスコットランド人

トーマス・グラハムが、気体拡散の法則 (グラハムの法則)を発見してから50年後、 エイベルらが動物実験において血液から 物質を除去することに成功した。1924年、 ドイツ人ゲオルグ・ハースが世界で初め て人間の血液透析を行い、1940年にはオ ランダ人医師ウィレム・コルフが世界初の 回転ドラム式人工腎臓を発明し、1945年 に急性腎不全患者の透析に成功した。コ ルフ医師が開発した回転ドラム式人工腎 臓は、制約も多く、コスト高であったため実 用性に乏しかった。コルフ医師はバクス ター・ラボラトリーズ社と共同で改良を試 み、1956年に製品化にこざつけたが、広範 に使用されることはなかった。第1の問題 はコストで、第2に急性の透析には使用で きないこと、第3に長時間血液にアクセス できないことであった。

1960年代、血液透析の歴史は前進する。ヘパリンが抗凝固剤として採用され、スクリブナー医師が発明したスクリブナー・シャントが利用されるようになり、長時間、血液ヘアクセスできるようになった。1960年、ノーズ医師が家庭で最初の血液透析を行った。1964年には最初の透析セ

ンターへ、米国公衆衛生サービスから補助金が出るようになり、米国の透析患者数は増大した。現在、透析患者数は全世界で155万人以上に上っている。透析患者の分布は、米国22%、EU18%、日本18%、その他42%である。治療方法別では、大部分が血液透析である。

腎疾患患者への看護は、1915年の記 述が文献にある。コルフ医師が発表した 人工腎臓の利用に関する論文では、同僚 の看護師を共同著者としている。また、看 護師のバーバラ・コールマンは、1950年に 透析看護について最初の論文を発表し ている。正式な教科書が発表されたのは 1970年代に入ってからである。透析看護 の発展と同時に、医学やヘルスケア領域 での社会的な変化が起こり、単なる医師 の手伝いだった看護も、その役割を変え ることになる。以後、看護師に求められる 知識が増え、そのレベルも上がり、患者さ んが受ける医療もより複雑になった。例え ば、透析ユニットでの実践である。1960年 代、透析看護師はプロとして、医師の傍ら で助手の役割を務めていたが、1960年代 の終わりには、処置開始時の技術的な全

表1 血液透析の歴史 1960年代

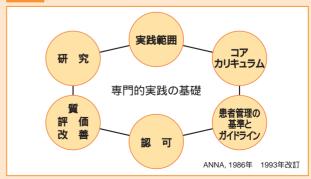
トーマス・グラハム 1805 ~ 1869年 エイベル、ラウンドトゥリー、ターナー ゲオルグ・ハース 1886 ~ 1971年 ウィレム・コルフ 回転ドラム式人工腎臓 ベルディング・スクリプナー スクリプナー・シャント 1960年 ユーキ・ノーズ博士 初の在宅血液透析 血液透析と腎臓病看護の発展 ・市販用透析膜の製造 ・ヘパリン ・スクリプナー・シャント ・公的補助金

1964年 シアトル・ホームトレーニング・プログラム 主な医療機関で透析・移植プログラムが始まる

透析の教科書はなかった

看護師と医師は実践を通じて互いに学び合った

図1 腎不全看護のモデル



責任と、患者さんに対して独立した評価を 行う責任を看護師が担うようになった。在 宅透析が必要な慢性患者さんには、看護 師がその指導をした。10年ほどで、医師が 行う実験的な処置であった透析療法が、 看護師が行う処置へと、さらに在宅で患 者さん自身が行う処置へと変化したので ある。同時に看護師の役割は、助手から 提供者、教育者、患者さんへの社会的・ 財政的・心理的な支援者へと変わった。

1969年、ASAIO(米国人工臓器学会議)の年次総会に出席した看護師たちが議決を行い、AANNTI米国腎不全看護技術協会、後のANNA(米国腎不全看護協会)を発足させた。同じころ他の国々でも同様の組織が設立された。その目的は、教育を通じた患者ケアの改善、経験を共有するためのネットワーク構築、専門業務の開発・促進で、この流れは現在も続いている。

腎臓病看護の現在

現在、腎不全看護は看護の専門分野へと成長した。ANNAは、1986年に腎不全看護モデルの実践の基礎を発表し、教科書、生涯教育、試験過程を含むモデル全体を発展させてきた(図1)。また、他の国々の腎不全看護協会でも、看護実践に必須となる基本的事項を明確化・特定化

し、ケアの基準やガイドライン作りを行っている。

現在、腎不全看護協会は、腎不全看護を提供する者の中で最も大きなグループとなった。世界中で30万人から40万人の腎不全看護師がいると推計される。腎不全看護の分野では、世界規模での協力や、ネットワークの構築、相互教育の機会、専門職として説明責任を公的に有し、材料、教材、文献の発表・普及の機会に恵まれる存在となった。世界には非常に多数の腎不全看護の専門家がいるが、腎不全看護協会のメンバーが占める比率は全体の10%以下である。

透析看護は、この40年間で大きく進歩した。しかし、教育や実務・実践の面では、国ごとの差が大きく、特に、発展途上国では教材や機関誌の不足、またインターネットへのアクセス不足が見られ、看護師教育は医師や医療関係者任せの傾向が顕著である。われわれは、腎不全看護や腎不全に関する技術の点では1つの共通言語を有しているが、基礎教育・専門教育の内容や、看護の実践内容を見ると、国による違いが著しい。

欧州透析移植看護師協会(EDTNA)のメンバーは50以上の国々にわたる。 EDTNAは変革の必要性を認識し、問題の明確化のために共同研究プロジェクトを進め、看護教育や看護実践を記述してきた。これにより、教育改善を図るべき分野が明らかとなり、欧州全体で看護教育 の標準的枠組みを法制度化しようと試み ている(表2)。これが実現すれば、看護 師が国から国へと移動しながら活躍でき るようになるであろう。

腎臓病看護の未来と課題

腎不全看護は、今や腎代償療法に限定されない。われわれは、プロとして慢性腎臓病(CKD)という腎臓病の新たなパラダイムをしっかりと理解し、すべての段階(腎臓病の早期発見と予防の促進、機能の保全から末期腎臓病まで)で、一貫性のあるケアを提供していかなければいけない(表3)

米国で国民健康栄養調査を行い慢性 腎臓病のリスクを調べた結果、約2,000万 人の人たちがリスクを抱えていることが分 かった(図2)。早期発見、早期治療が大 切であり、検査を受けることを奨励しなけ ればならない。また、腎臓病は発展途上 国でも驚異的な速さで広がっている。発 展途上国には、腎臓病治療のニーズを支 える経済力がない。腎臓病看護師が、看 護の範囲を拡大し、看護対象者に慢性腎 臓病を含む一連のケアを提供することで、 この状況を変えることができるであろう。

地域共同体で、看護師がポランティアと して腎臓病の早期発見プログラムを実施 することが望まれる。 すでに日本では、日

表2 欧州透析移植看護師協会(EDTNA)共同研究

プロジェクト 第1段階

ヨーロッパにおける腎臓病看護実践の バリエーションの概略を書き出す。

能力に関する枠組みを発展させる

- ・行為・行動の確認
- 効果的な職務遂行に求められるあらゆる"技術" ・腎臓病看護教育での重要なチャンレンジを示す

目的:実践領域での標準的枠組みを確立する

表3 これからの腎不全看護に求められるもの

腎臓病看護は、もはや腎代償療法に限定されない。

新たな腎臓病のパラダイムの共有 CKD

- ·CKD = 慢性腎臓病
- ・心血管疾患、腎臓病、糖尿病

生命維持と同様に、"機能"の維持を含めた実践に再び焦点を当てる

本腎臓財団(The Kidney Foundation, Japan) 日本腎臓病早期発見推進機構 (IKEAJ)が協力して同様のプログラムを始めている。糖尿病や高血圧の減少にはライフスタイルを変えることが必須である。早期発見と早期介入プログラムが病気の負担を低減する上で非常に重要だ。これは米国のデータであるが、末期腎臓病の罹患率が横ばいになっている(図3)、検査は予防的なケアの1つである。医師のところへ行けば終わりではなく、その後検査を受けることが重要である。

腎臓病に対処するための技術は世界中で共通だが、腎不全看護の教育内容や実務内容は国ごとの多様性が非常に大きい。また、世界的に腎臓病ケアを提供する専門家の数が不足している。その結果、的確な資格を持たず未承認の技術者たちがケアに従事している。また腎臓病のための、プライマリー・ケアや公衆衛生の分野での臨床専門看護師の需要や、熟練看護師の需要も増えている。

変わりゆく環境の中で、腎不全看護の効果的な実践をサポートし、検証するために、看護に関する文献の必要性が叫ばれている。組織を通して力を合わせ、努力し、教育や実践の環境を改善していくための機会を創出し、獲得できるかどうかに将来がかかっている。

そのためにまず、腎不全看護教育に現存する差異を減らし、腎不全看護ケアの 実践における相違点や多様性を減らして いかなければいけない。そして、腎不全看 護の実践を拡大し、世界的に促進してい く必要がある。特に、われわれはICN(国 際看護師協会)に出席し、WHO(世界保 健機関)で代表を務めるべきである。個々 の国や個々の地域社会で孤立していて は、1つの大きな素晴らしいグループにな ることはできない。未来に向かってわれわ れの専門職が前進していくためには、正 規の腎不全看護師のリーダーが招待され る国際招待会議の開催から始めるべきで ある。そこで、腎不全看護のすべての側 面を討論し、未来へ向けての優先順位を 確立し、国際招待会議の参加者からの提 案や勧告を実行するために、行動計画を 作成していきたいと思う。

JANNの役割

JANN(日本腎不全看護学会)の役割として、第1に慢性腎臓病において日本での腎不全看護の拡大を促進するということ、第2に全世界へJANNの成長と成功を発信していくこと、第3に国際リーダーシップ会議に参加すること、第4に世界に向けてJANNの提言を作成し、それを発信していくことである。

図2 腎臓病リスク人口:米国全国健康・栄養調査(NHANES) 1988~1994年

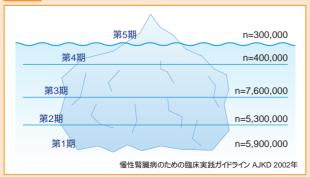


図3 補正後の発生率と年間の変化率



腎不全看護領域の 実践知

講師



正木 治恵 先生

千葉大学看護学部 教授

実践知とは

実践知という言葉は、看護の領域で最近 よく使われるようになった。しかし、実践知が 看護学にとってどういう意味があるのかとい う点については、まだよく理解されていない。

われわれは看護の理論が先にあって、それを基礎教育で学習し使っていると思いがちであるが、実際は実践や技術が先に来て、それらに理論づけをしているのである。 実践の科学であるという看護は、やはりこういう順番で理論が出ていき、またその理論を活用しながら実践の質が高まり、質の高い実践知が蓄積されていくのではないかと思っている。

看護の領域で、実践知に焦点をあてて理論を導いた人として、パトリシア・ベナーが有名である。日本にも「ベナー看護論」 」 として、医学書院から訳書が出されているが、看護実践に内在する知識を発見し、記述することを試みた彼女は、演繹的に理論を開発したのではなく、実践に埋むれている知識から帰納的に理論を導いた人である。

実践分野における知識には、理論をもと

にした科学的な発見を通して拡大される実践知識と、実践分野における臨床経験を通して得られた既存のノウハウを記録することで得られる実践知識とがある。今回は、後者の実践知識に焦点を当てる。

ベナーが看護研究の方法論として採用したのは、ハイデッガーの解釈的現象学である^注。そこではナラティブ(語り)で記述することにより実践知を記していくという方法がとられている。経験から学びを深めるためには、内省的な吟味が必要であって、そこで得られた実践知を伝える方法として、事例をナラティブで示すことを提示している^注。

病とともに生きる人の理解

カナダの看護学研究者パターソンが、糖尿病の自己管理や日常生活のさまざまな面をインタビューし、実際の生活から分析した「慢性病の転移図モデル」を示す(図1)。この図を腎不全患者さんに当てはめてみると、黄色の部分が、患者さんが自分は透析患者だとか、腎不全患者だと思っている部分で

あって、自己を規定している部分である。透 析室に通うときや医療者に会うときは、この 黄色の部分が前面にあるときである。もう一 方で、病気ではない健康(青色)な心理面 が前面に出てくるときがある。患者さんの日 常生活というのは、病気が前面のときと、健 康な人と全く変わらず健康だと思っている自 分が、行ったり来たりしながら、その場に応じ て2つの側面が出てくる。われわれ看護師 がよく目にする患者さんの側面は、病気が 前面に出ている側面で、患者さんの健康な 側面はなかなか見えにくい。

同様に、黒江氏は患者さんの2つの側面を、「自明視された生き方」と「オルタナティブな生き方:生活者」に分けている () 「自明視された生き方」とは、「病気を持った人としての生き方」を指し、「オルタナティブな生き方:生活者」とは、「疾患を持つ人としての生き方」を指す。実際に慢性疾患を持つ人たちの生き方というのは、「自己管理していく上での問題を見つけ出す人としての生き方」であって、「家族があり、社会での地位があり、心配を抱え、生きがいを持ち、さまざまな思いを持つ人としての生き方」である。それは個々において全く違うということである。

図1 慢性病の転移図モデル

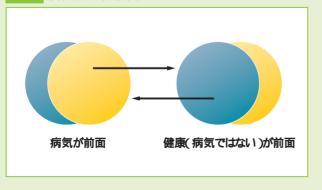


図2 対人援助関係の実践知のメタ統合



慢性病とともに生きる人は、病気と健康の 両側面をともに携えながら生きている。その ことへの理解が、慢性病とともに生きる人々 の理解になるということである。

看護事例からの学びの共有

看護ケアは多義的であり、事例は個々に固有である。患者さんはもちろん個別性があり、それに向かう看護師も個別的であり、固有である。その組み合わせは、数え切れないぐらいの数で、すべて固有性を持っているといえる。看護する看護師の行為も、看護に対応する患者さんの行為も、それぞれの身体性を備えた行為である。身体性とは、それぞれ生きてきた歴史や生活がその人の身体の中に染みこんでいることを意味する。それは関係の形成と変化によって、互いに変化し得るものである。そういう状況で生まれる看護事例というのは、ダイナミックな現象であるとともに、偶然遭遇した体験であるとも言える。

看護師の行為は「看護行為」であり、「看護目標」があり、その中で「対象理解」が深まる。患者さん側の課題は「健康状態」の改善であったり、「セルフケア」を習得することであったり、「問題解決力」を高めることであったりする。このように、看護の目標と対象の方の解決すべき課題というのがそれぞれある

(図2)

看護事例というのは、この両者の間に「相 互作用 を働かせることによってできる。この 両者の関係の「相互作用」によって、看護事 例が成り立っているということを認識しておく 必要がある。患者さんの変化を記しているも のに、最初はこういう状態でこういう言動を されていた方が だんだんこのように変わっ ていったというのはよくあるが、その状態に変 わった根拠なり、かかわりのプロセスに、必 ず看護師の「相互作用」があり、看護師はそ の「相互作用」を通して患者さんへの理解 が変わっているはずである。理解の仕方や 患者さんが大事にしたいことに気付いたり、 適切な「看護行為」を思いついたり、その両 方の現象、そのすべてが記述されることで、 看護事例の実践知というのは共有できるも のとなる。

実際の透析患者さんの事例として、糖尿病の合併症で両下肢を切断された方(A氏)の例がある。この方は、両足を失ってから後は、恐怖心から1度も湯船につかったことがなかった人である。あるとき研修でA氏を担当することになった看護師は、湯船につかったときの心地良さを味わってもらおうと、思いつく言葉を次から次へと並べたが、決して首を縦に振ってはもらえなかった。そんなA氏に対して、この看護師は、両足を失ってから今日までの、「生きる」の中に存在する不安や葛藤を想像し、「一緒に今日を再出発の日にしませんか」と声をかけたところ、湯船につかる決心をされたというものである。この看

護の事例から学ぶべきことは、それまで入浴を拒否されていた方に、どうやって湯船につかっていただくかということではない。看護師に向かって矢印が出ていない状況であったものが、その人は両足を失ってから今までどんな生活をしてこられたのだろう、どんな生き方になったのだろう、さまざまな不安や葛藤を抱いてこられたのだろうと、看護師が想像することによって、「再出発しませんか」の一言が発せられ患者さんを動かした。患者さんは、「じゃあ、あなたとなら入ってみようか」という気持ちになった。この患者さんの心を思いやった行動を実践知として伝え、実践知として学んでいくことが必要である。

腎不全看護領域の実践知として必要と される項目がいくつかある(図3)「毎日の 生活の中に自己管理していくコツを見つけ 出すこと」は透析看護に限らず、慢性疾患 に必要な課題である。「腎不全、透析 ととも に生きることについての自分の考えを自己 の納得のいくものにすること」に関して、患者 さんが透析を受け入れるプロセスにかかわ る看護師の実践とは何なのか、透析が納得 していくものになりつつあるなという効果をど うやって看護師はキャッチできるのか、そこ を実践知の中から明らかにできるのではな いか。そこには何があるのかというところが実 践知として抽出できると、他の人が使える形、 共有できる形になっていく、「透析導入によ り、家族や周囲の人々との関係が崩壊した り停滞したり、そしてまた絆を構築し直した りできること、も、日々透析の患者さんとかか

図3 腎不全看護領域の実践知

毎日の生活の中に自己管理していくコツを見つけ出すこと

腎不全(透析)とともに生きることについての 自分の考えを自己の納得のいくものにすること

透析導入により、家族や周囲の人々との関係が 崩壊したり、停滞したり、そしてまた絆を 構築し直したりできること

自己の生と死を見つめることについて

など

図4 生涯を通じで、看護する *ために パーソナルポートフォリオの活用

ポートフォリオとは

個人を基軸とし、その人の これまでの活動や「仕事歴」、 あるいは「学習歴」などを ファイルしたもの。

自己確認された成長の軌跡

ポートフォリオの活用

意志ある学びとするために

・「目標」と「成果」を照らし合わせて 自ら「評価」する

やりっぱなしの研修にしない

・忙しいからこそ価値ある軌跡を一元化しておく

自己評価、他者評価、相互評価

ポートフォリオを俯瞰し再構築する
・「知が普遍化し、自分の中に しっかり入った」という感じになる

(鈴木敏恵:ポートフォリオ評価とコーチング手法, 医学書院, 2006)

わっている人は、いろいろな状況を見ている と思う。そこには何があったのか、そのとき看 護師はどう対応したのか、自分たちはどう見 ていたのか。看護師と患者さんの変化のプ ロセスが、実践知として蓄積されることを期 待する。

実践力の向上

看護をアート・アンド・サイエンスといって、 アートの部分を強調することがある。田坂氏 は、「アード(art)」とは、「技術」と「心得」の結 びついたものであると称している造り、心得と は、一般的には「対象に対する謙虚な気持 ちょうかりやすく説明しようとする親切さょ 「相手に伝えようとする熱意」などで「正しい 心の姿勢や心構えを身につけていることが 必要とされる。

腎不全看護の領域での正しい心や姿 勢、心構えとは何か。アートというと芸術とも 関係するが、芸術の鑑賞、習得には感性が 求められる。美と文化への感性を高めるこ とによって、実践能力を高めていくことがで きるのではないか。"美しさ"とは既成のもの ではなく、各人がそれぞれに創り上げるべき もので、その都度、美しいもの、感動する何 かを事例の中で見つけ出し、そこに働きかけ ることである。相手の中に美しさを見いだす ことで他者を容認し肯定する。これが心構 えの1つである。

私たちは看護師の医療職文化に浸り、その 中で働いているが、文化とは何かと自分に 問い返すことはなかなかない。この問いは、 私たちの目を意識の表層から深層へと転じ させてくれる。患者の意思表示の表層、患 者が言った言葉の奥にある深層に問いかけ ることが「文化への感性」である。

美と文化への感性を高め、" 見える もの ど 見えない 生の の両方に目を向けて、そ の関係を見ることが「看護のアートを探求」 し、「実践知の質向上を導く」ことにつながる。

実践能力を磨く具体的な手段として、パ ーソナルポートフォリオがある(図4) 16% ポー トフォリオとは「個人」を基軸とし、その人の これまでの活動や仕事歴、学習歴などを ファイルしたもので、自己確認された成長の 軌跡である。看護事例では、患者の情報だ けを書いている記述が多いが 看護師も必 ず変化し、その成長過程が蓄積されている。 看護師自身も成長を確認し、成長を確実な ものにしていくために、記録として残す必要 がある。「ポートフォリオの活用」として、意志 ある学びとするために「目標」と「成果」を 照らし合わせて、自ら「評価」していくことが 必要とされる。忙しいからこそ価値ある軌跡 を一元化しておき、「自己評価、他者評価、 相互評価」し、「ポートフォリオを俯瞰し再構 築する」ことで、「知が普遍化し、自分の中に しっかり入った」という感じになる。実践知、 実践能力を高めていくためには、ここが重要 である。ポートフォリオ評価の考え方として、

能力のピラミッドが示されている(図5)下 から順に、Knows(知っている)レベル、 Knows how どのようにするかを知ってい る)レベル、Shows how(どうするかを示 す)レベル、Dose(実際に行っているか)レ ベルがある。上に行くほどそれに対応する能 力が少なくなることを意味する。知っている ことはたくさんあるが、これは大切だと思って 実際に行っていることは少ないということで ある。このピラミットを循環させ、より力強くす るためにも、ポートフォリオ評価が重要である。 ポートフォリオの記入の仕方は、現在までの 経験を再評価し、自己を評価し目標と行動 を書(図6)型。事例を詳細に積み重ねて 記述しておく。その事例には、患者の変化だ けでなく自己の変化も記述する。どの程度 reflective practitionerに成長しているか を振り返り、獲得した自分の実践知を意識 し、自分の中に根付いているかを明確にし、 成長を記録する。そうすることにより、自分で も成長が自覚でき、実践に自信が持てるよ うになる。これは、実践知を自分の実践能 力の向上に生かす方法として活用できる。

参考文献

- 注1)パトリシア ベナー: ベナー看護論, 医学書院, 1992
- 注2) Interpretive Phenomenology: Embodiment, Caring, Ethics in Health and Illness, 1994; ベナー 解釈的現象学, 医歯薬出版 2006
- 注3)Benner, P. et al.: Clinical Wisdom and Intervention in Critical Care. (井上 智子 監訳:ペナー 看護ケアの臨床知 - 行 動しつつ考えること、医学書院、2005)
- 注4)黒江 ゆり子:「クロニックイルネス」とは何か? 看護学雑誌, 71 (12), 2007
- 注5)田坂 広志: 企画力 ダイアモンド社 .2004
- 注6)鈴木 敏江: ポートフォリオ評価とコーチング手法, 医学書院,
- 注7)大関 信子: 英国の卒後教育での実際, Quality Nursing, 6 (3) 2000

図5 ポートフォリオ評価の活用



英国の看護師卒後教育 (PREP、2001年4月)

- ・3年毎の免許再申請
- ・3年毎に最低5日間の研修
- ・専門職として個人の成長記録 (ポートフォリオ)の作成
- 定期間職場を離れた場合、 「再教育コース」の受講

(Miller:能力ピラミッドとその評価, 1990)

図6 ポートフォリオの記入

記入の3つのステップ

(専門職としての成長記録)

現在までの経験を 再評価する

現在の自己評価

目標と行動計画を 立てる

記載内容

- ・ 資格の種類、取得年月日
- ・学歴 • 膱厯
- · 臨床指道歴 · 教職歴
- ·現職(種類·期間) •研究業績
- ・関連領域の卒後教育
- ・どの程度reflective practitionerに 成長しているか

(大関信子:英国の卒後教育での実際, Quality Nursing, 6(3), 2000)

透析医療による ネットワークの構築

講師

斎藤 明 ఙ

東海大学医学部教授 (腎·代謝内科教授兼東海大学病院 腎·血液诱析科長)



ネットワークの必要性

治療・看護においては、同質の仲間の 集まる組織のもつ考え方の狭小な面を、他 領域・異質の仲間と連携することにより、幅 広い知識・考え方を受け入れ、患者さんの 治療における広がりと深まりを作り出すこと が要求される。このため、ネットワークは欠か せない。その際、自らの目標を明確にし、他 組織の目標を理解し認めることにより、共 通の目標を設定・確認し、その達成に力を 合わせることが大切である。

透析医療を取り巻くネットワークはいろいろあるが、ネットワークを活用するにあたっては、患者さんの身体のことや精神的な状況を正確に把握することが重要である。その上で、病態を改善することを目的として、学問なり知識・実践を持った学会・個人・組織と日常的な交流を促進することである。さらに、より完全な腎機能を発揮できる治療システムの構築に必要な学問・技術を有する組織・個人との積極的連携が必要である。

今の透析医療の不足部分を補足し、完 全にしていくには、他領域の専門家との連 携が必要となる。また、現行治療の不完全 さから生じる合併症の原因究明・診断・治 療を向上させることのできる学会・組織・個 人との積極的連携を進めることも必要だ。 合併症というと心臓であったり足の潰瘍で あったり痺れであったり、いろいろなものが 関与している。内科医・透析に専任してい る者1人だけでは十分理解できない、あるい は治療できない部分がある。これをどうやっ て総合的に取り組んでいくかということであ る。さらに、患者さんの社会復帰、在宅化の 促進、あるいは安心・安全な治療生活の実 現とその向上につながる諸団体・学会・個 人とは積極的に協力関係を構築する。この ようなことが必要ではないかと思う。

医療においては、基礎的なネットワーク以外に医学的なネットワークや社会的なネットワークがその周りを取り巻いている(図1)。これらは全部必要である。個々の患者に何が必要かを考えて積極的に協力する関係を積み重ねていくことにより、完璧なネットワークになっているというのが理想的である。

透析医学会のネットワーク

私は透析医学会理事長を務めていたときに、透析医学を発展させることで、患者さんと社会に貢献する立場を明らかにした。 患者さんの望む治療方法を開発していくために、新科学技術開発活用委員会を組織し、新しいサイエンスを患者さんの治療に導入することに力を入れた。さらに、臨床で明らかにされた事実を整理・体系化して治療ガイドラインを作成するガイドラインを作成するガイドラインを作成し、現在進行中のものもある。これらをより活発化し、広く正しい治療が普及するようにした。

他学会との連携では、まず糖尿病性腎症の患者さんの血糖管理において、糖尿病学会、腎臓学会とともに合同委員会を結成し検討を行っている。腎臓学会、小児腎臓病学会、腎不全看護学会と日本慢性腎臓病対策協議会を結成し、連携活動を積極的に行ってきた。

連携には、組織と組織の連携と、個々の

図1 透析医療を取り巻くネットワーク

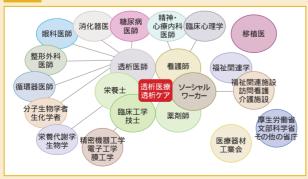
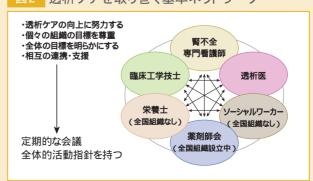


図2 透析ケアを取り巻く基本ネットワーク



連携の2通りある。組織と組織の連携とは、その領域全体として他領域とどう交流するかである。ガイドライン作成などでの連携は、組織と組織のネットワークが行う。今や1つ1つの学会が、勝手に1つ1つ実践している時代ではない。ガイドライン1つをとっても、いくつかの学会が協力し合わないとできない。患者さんの状態がそれを望んでいるのであるう。

透析ケアにおける チーム医療

透析ケアにおけるチーム医療は、患者さん を直接的に取り巻く職種のみのチーム医 療、すなわち施設内ネットワークが基本であ る。 看護師、 医師、 臨床工学技士、 栄養士、 薬剤師、ソーシャルワーカーが患者さんを通 してすぐ連携できる。一番いい道を模索で きる、これらが施設内でしっかりとできるよう になることが基本であり、これができないと治 療・ケアが進まないという領域でもある(図 2) 透析ケアを取り巻くネットワークには、全 国組織がないところも多い。できればすべ てのところに全国組織があって、その領域全 体の全国的な意見が反映されることが望ま しい。互いに絶えず連携の会議を行って、 全体の方向性と必要事項を話し合う場を定 期的に設けていきたい。

血液透析患者さんの治療・管理は、医師、看護師、栄養士、ソーシャルワーカーが

チームであたる。チーム医療でなければ患 者さんのケアができないという状況である。 また、外科をはじめ、精神科、循環器内科、 呼吸器内科、脳外科、血管外科、眼科、皮 膚科などと、合併症に伴って関係していく必 要がある。ネットワークの構築は患者さんの 状況次第だが 透析ケアの向上に必要な 科学・技術を専門とする組織・個人と連携 し、より深いかたちで、人として、また病気を 持つ人としての患者さんをとらえること 齢化する透析患者さんの精神的・身体的 状態を改善するために必要な施設・組織・ 個人と連携し、また患者さんに新たな環境 を提供するために必要な組織との提携をす ることである(表1)、全体的・体系的な取り 組みが必要である。

看護師が患者ケアの中心

透析ケアの中心的な存在は看護師である。医療に関しては医師が中心になるが、ケアに関しては看護師さんが中心的存在になる。その中心的存在としての看護師の組織、あるいは個人が、これから極めて重要な役割を担っている。組織としてリーダーシップを発揮するには、強い団結を前提とした組織力の強化が不可欠である。その意味から、腎不全看護学会もその立場に至っているのかが問われている。組織力の強化には、個々の組織員の自己の確立と、プロフェッ

ショナルとしての個の確立が求められる。そして広く深い人生観が前提になるため、自己を磨かなければならない。その結果として組織が強くなり、さらにその組織がより大きな組織の中心になっていく。

「仕事を通しての成長の仕方(表2)とは、まず、どんな人間になりたいのかを自分の中で明確にする。その理想を基礎にして、人生の達成目標を持つ。一度決めたらその目標達成に向けてあきらめないで努力を続けること。自分が「したいこと」と「しなければならないこと」が、自分の中で何の矛盾もなく同一に思えたら、その人は相当なことをやれる人になっていくだろうと思う。

チーム医療の必要性を学ぶ

私が医師になった1969年のころは、透析で人が生きられるなどと思っている人のいない時代であった。透析を受けたことにより、会社から解雇されても誰も文句が言えない時代で、世をはかなんで自殺を試みた人も多数いた。そういう状況のために、最初から看護師さんやソーシャルワーカーさんなしでは、その家庭との関係、職場との関係などは成り立たなかった。

透析による1年生存率が50%あるかないかという時代のため、あるとき突然患者さんに泣かれるということも経験した。そんな時、何という言葉で励ましていいかわからない状

表 1 患者を取り巻く透析ケア・ネットワーク(地域的ネットワーク)

透析患者さんの治療そのものを 安全、高効率、無症状治療にするためのネットワーク: 医師・看護師・臨床工学技士・透析関連機器会社

透析患者のケアを向上させるためのネットワーク: 看護師・透析医師・各科専門医師・栄養士

社会復帰を促進させるネットワーク: 看護師・透析医師・ソーシャルワーカー・県/市の福祉課福祉事業所・ 保険所保健婦・デイケアセンター・在宅介護士、その他

在宅透析治療のネットワーク: 透析医師・看護師・臨床工学技士・透析機器会社・ 訪問看護センター

表2 仕事を通しての成長の仕方

まず、人間的にどんな人になりたいかを明確にする。

その理想を基礎にして人生の達成目標をもつ。その目標は高ければ高いほどよい。

一度決めたら目標達成に向けてあきらめないで努力を続ける。 [自分がしたいことと、しなければならないこと、使命感」が 自己の中で何の矛盾もなく合体できている人が最も目標を達成しやすい】

そして10年実践すればその人はほぼ70%まで その理想に近づいている。

人にとり(周りの人・愛する人から)自分が評価され、期待され、求められていることを実感できていることが最も幸せであろう。

況で、「これからこんなに良くなるよ」ということをお示ししたい、という思いが強くなった。 そこで私は、民間病院の中で治療を行っていても、次に患者さんが「こんなに良くなるよ」 と思える治療法を開発するということもやらないと、「この方々と長くお付き合いはできないな」という思いに至った。この時すでに、外へのネットワークの必要性を感じた。

民間病院の臨床家の面と、ある種研究者の面を融合させながら過ごしてきたが、50歳になった時、単身米国に渡りバイオ人工腎臓の研究を開始した。尿細管の代謝機能や内分泌機能を血液透析の技術に取り込むためだ。人工腎臓に尿細管機能を追加すると、今の合併症のかなりの部分がもっと軽く、あるいは進行しない、というようなことができるのではないかということで、次に患者さんにご提示できる「こういうものがありますよ」というのが何かというと、これだろうと考えた(表3)。

臨床研究・開発の ネットワークの成果

•DOPPS (Dialysis Outcome and Practice Pattern Study)

国際的な治療法と治療の結果は国によって違うが、多数の国の患者を無作為に抽出して解析することで、どの治療法がどういう結果をもたらし、どの治療法が一番素晴らしい治療法かが分かる。その中で、日本の

透析患者さんの死亡に対するリスクを1とすると、ヨーロッパの患者さんは2.8倍。米国の患者さんは約3.8倍であることが分かった。日本の透析患者さんの死亡リスクは世界で一番低い。この結果にもかかわらず、日本の透析の詳しい治療方法が世界に普及していない。国際的なネットワークの中で、日本はまだ十分な役割を果たしていないというのが現実で、何とかしなければいけない。・バイオ人工尿細管の開発を目指して

障害尿細管の再生のメカニズムも分かっ てきている。腎臓の機能は多岐にわたり、再 生するのは非常にたいへんである。しかし、 急性腎不全で2~3週間尿が出なくなった 患者さんも、透析を行っているうちにだんだ ん利尿期になって、尿量が出るようになって 治っていく、その過程の中で、 腎臓の中にあ る未分化な細胞や骨髄の中にある未熟な 細胞が 尿細管になって治癒することが分か ってきた。自然状態での再生を確認するた めに、分子生物学者と提携して研究を行っ たところ、腎臓の尿細管が特異的に持って いる、キドニー・スペーシフィック・カドフェリン という遺伝子の発現があり、骨髄細胞が尿 細管に分化するのが分かった。そういう細胞 をきまく育てれば、人工尿細管ができるので はないかと考えられるようになった。

・細胞膜の二重構造の応用

血液透析の濾過器を、1週間ぐらいへパリンをずっと使わなくても詰まらないようにできれば、患者さんは1週間に1度だけ病院へ来て濾過器を換えれば、あとは家でできる

ようになる。

そのためにはどうするかとなると、難しい話になるが、それには東大工学部の工学者と提携を行った。細胞膜のリン脂質は、二重構造になっている。その細胞膜のリン脂質を模したポリマーを開発して、それで膜の表面を修飾すると、血液が、細胞膜と接触して通っているような錯覚を起こしてくれるということになる。これはMPCといい、すでに人工膵臓用の血糖センサー、コンタクトレンズや化粧品にも使われていて、血液透析への応用も近い。

まとめ

医師が目指すネットワークと看護師さんが 目指すネットワークは、共通する部分も多数 あるが、違っているところもかなりある。このた め、互いに分担し合わなければいけないと ころと協調しなくてはいけないところがある。 私はパートナーの1人として、ケアを行う上で のネットワークの中心は、看護師さんであると 思っている。腎不全看護のネットワーク構築 のため、一層、皆様方が、その中軸になるだけの強い組織力を持たれて、実践していた だけるように願う、表4)。それがわが国の透 析患者さんの一層のQOLの向上につながっていく。わが国でのネットワーク構築の成 功が、世界の患者さんのQOLの向上に貢献 すると信じている。

表3 現行透析療法の問題点と新たな取り組み

現行の血液透析は週3回、1回約4時間、1週168時間中12時間 (7%)を治療に充てるのみであり、また、糸球体機能を不完全に 代行するが、尿細管の代謝機能の代行は皆無である。

したがって、食事制限を強くしても、長期になるにつれて重篤な合併症に苦しなことになる。

したがって、次世代の人工腎臓では、 間欠的透析を持続濾過に替え、 尿細管の代謝機能を付加することが強く望まれる。

そこで、大学に移るに際して、持続装着型のバイオ人工腎臓の 開発に取り組んだ。

表4 腎不全看護のネットワークの構築

慢性腎臓病(CKD)患者さんの進行防止のための 取り組みから始まり、末期腎不全における治療選択、 そして透析導入、退院、社会復帰、または家庭からの通院、 リハビリテーション、在宅治療、訪問看護、介護、老健施設など 患者さんの延命、QOL向上や安心、安全にかかわるすべての 組織、施設、人と交わり、強力し合う。

何よりも国(厚生労働省や関連医療・福祉関連行政)の理解・協力が不可欠であり、そこへの持続的接触と説得は極めて重要である。

上記の実現に向ける努力の継続性や強さ、深さは組織や個人の「何をどのようにしたいのか」という人間であり、看護師としての信念(世界観、使命感)の強さに裏打ちされる。

中国腎不全看護の現状および将来

講師

郁佩青(ユ・ペイチン)先生

上海交通大学附属第一人民医院 血液浄化センター 看護師長



中国の慢性腎不全患者は約100万人いて、そのうち血液透析治療を受けている患者は約85,000人、腹膜透析を受けている患者は約13,000人いる。全国の透析施設数は、1989年の305ヵ所から2006年には2,691ヵ所に増え、腹膜透析を実施している施設は約800ヵ所、腎移植を実施している病院は169ヵ所、透析装置数は16,822台である(表1)。近年、中国経済の急速な発展と透析治療保険の整備・充実により、腎不全患者が増え、装置数・患者数ともに毎年伸び続け、今後も増加傾向にある。

中国で初めて透析治療が行われたのは1957年だが、北京、上海、広州の病院で臨床使用が本格的に始まったのは1970年代に入ってからである。1980年、中華医学会腎臓病学会が北京で設立されて以降、透析治療は全国に普及し、ほとんどの地域で血液透析治療が実施されている。透析治療の普及に伴い、質保証の必要性が認識されるようになった。1999年以降、各

地で血液透析品質管理センターが設立され、2001年に、ダイアライザー、回路リユースの使用および品質基準が発行された (衛生局)。2007年からは透析登記ネットワークの実施が始まった。これらは、血液透析治療の安全性の保証や施設での感染発生の減少にも役立っている。

中国各地の人口数と医療保険人口およびGDPの状況をみると、経済発展の格差が非常に大きいことが分かる(図1)。GDPが高く、経済発展が進んでいるところや沿岸都市は、比較的透析の医療保険カバー率が高くなっている。中国全土で医療保険のカバー率が一番高いところは北京で、その次が上海である。一番低いところは内陸の貴州省で5%に留まっている。全国の医療保険人口比率は11%である。

二市一省の慢性透析療法の概況

北京、上海、広東における人口と透析 医療の保健状況、透析の概況を見ると、 広東の医療保険加入比率が北京や上海

図1

と比較して低い(表2)。これは、面積が広く農村の人口が比較的多いからである。 上海と北京の患者数はそれほど変わらないが、施設数では上海は北京の半分程度である。北京と上海の慢性透析患者数は、1999年から2005年の間、毎年1,200人から1,600人増加した。これに対応して、人工透析装置数も毎年増加している。

人口100万人に対する透析治療率を見ると、透析の治療率は、上海が469.21人、北京は391人、広州は83.4人となっている(表3)。広州は農村の人口が多いため、治療率も医療保険の関係で非常に低い。透析の医療保険の普及に伴い、透析年別の発生率と治療率は毎年上がってきている。年末の透析新導入患者数は、上海は3,973人、広東は6,075人、北京は4,742人である。死亡率は上海が一番高く17%、広東は12%、北京は11%である。

透析導入患者の主な疾患として、慢性 腎糸球体腎炎による末期腎不全の比率が 一番高く、46%に上っている。中国も他の 国と同様、糖尿病性腎症が増加傾向にあ り、18%に上っている。その次が腎硬化症 で15%となっている。透析導入患者の死

表1 中国慢性透析療法概況(至2006.12不完全統計)

 ESRD患者数
 : 約1,000,000人

 その内
 : 約85,000人

 ・CAPD患者
 : 13,000人(13%)

 ・透析施設数
 : 2,691施設

その内・CAPD実施施設数: 約800施設・腎移植実施: 169施設・透析装置数: 16,822台

70000 60000 - 人均GDP(RMB) - 人口(万) - 医保人口(万) - 医保人口(万) - 医療保険人口/総人口 11% 20000 10000 - 人力(万) - 医療保険人口/総人口 11% - 大力(万) - 医療保険人口/総人口 11%

2006年中国各地の人口・医保人口およびGDP

亡原因で一番多いのは心不全で27.37% に上る。2番目は脳血管障害で、3番目は 感染症である。

中国における主な血液浄化治療は血液 透析で、80.91%を占めている。その次は、 腹膜透析で16.16%である。透析患者の透 析回数は、通常、週3回、12時間を要する。 3回の透析を受けることができる患者の比 率は62%で、週2回の透析治療を受けて いる患者は34%である。透析治療を維持 できない原因は2つあり、1つは仕事の関 係で正常な透析治療を維持できないこと もう1つは医療保険の問題で、自己負担金 を払えないことである。透析患者の生存 率は、上海では5~10年が22.21%、10年 以上の生存率は平均5%である。また、中 国では肝炎の感染率を下げるために、肝 炎の患者と非肝炎の患者は、別々の部屋 で透析を実施し、特にC型肝炎患者は機 械を別にしている。透析医療スタッフの肝 炎感染率は、B型肝炎の方がC型肝炎よ り高い。

一般に上海の透析室は、透析効果を Kt/Vで判断している。上海の透析効果は 中国国内で一番高い。血液透析患者と CAPD患者のKt/Vの評価値を見ると、血 液透析患者のKt/Vの平均値は1.45で、 CAPD患者は1.73である。また、貧血の治療と改善のために、慢性透析患者の 83.2%がEPOの投与を受けている。鉄剤 は平均的に6,282単位を使っており、ヘマ トクリットの平均値は29.4%である。栄養 改善状況は、アルブミンの値が40g/Lを超えている患者の比率が上海は38%、北京は22%である。上海の透析患者の栄養改善状況は北京より良い。

中国血液透析実施管理について

中国における血液透析の向上、治療の 安全性の保証や透析実施関係者の透析 室の管理意識を高めるために、各地に血 液透析品質管理センターを設け、透析施 設の監督・管理を強化するとともに、血液 透析品質管理マニュアルも作成した。こ れにより、透析治療実施のプロセスを規範 化し、透析治療に関する管理体系を構築 することができた。このマニュアルには、 透析実施管理総則が書かれており、透析 導入の基準、血液透析治療の手順や透析 時間の監視、規律的な透析や時間、効率 指標や測定、透析用水質の管理、制度や 職務責任について厳しく定められている。

透析管理センターは、透析施設の実施 状況の監督・検査責任がある。透析施設 から関係者を集め、年に2回、各施設の血 液透析の実施状況について監督・検査を 行う。監督・検査の結果は、その場で病 院側にフィードバックされる。また透析管 理センターの基準に違反した場合は、決 められた期間内に改善するよう指導し、 現場の血液透析医療の持続的な改善が 確保できるようにしている。透析管理センターは、透析液の管理についても厳しい 基準を定めている。透析用水と透析液の 採用基準は、基本的に米国のAAMI基準 を参照している。透析液の水質は、各施 設の専従管理者が管理し、月に1回、透析 用水の細菌・エンドトキシンの測定を行っ ている。

透析室には、交替制度、血液透析レポートとデータの保管制度、消毒隔離制度、新たに透析を導入する前の患者に対するB型・C型肝炎の検査制度があり、また血液透析治療経過のレポート、スタッフ教育のための勉強会の制度、スタッフの健康検査制度、透析装置の点検と洗浄消毒制度もある。

血液透析品質管理センターでは、看護師長の主な責任についても定めている。 看護師長は日常の業務管理を行う、看護計画を立て、重症患者の治療に参加して 指導する、医師と一緒に回診し重篤な病例について検討する、積極的に新技術・ 新項目の研究に参加する、新人と研修者 の指導・管理を行うなどである。

看護の在職継続教育 および資格認定

中国の看護師の学歴は、看護の知識化 と専門化により以前より高くなってきてい る。また、看護の在職継続教育も行われ

表2 透析医療関連スタッフ

市	年	医師	看護師	技士
上海	2006	213	1:8-12 546 患者数:8287	30
北京	2005	233	1:8-12 633 患者数:8000	45

表3 二市一省の人口・保険透析状況

地区	人口 (万)	医保人口 (万)	医保 占人口	人均GDP (RMB)	施設数	装置数	患者数
北京	1,581	679.5	43%	49,505	79人/施設 123	1,586	6人/台 9,658
上海	1,815	730.67	40%	57,310	137人/施設 62	1,188 19台/施設	7.2人/台 8,529
広東	9,304	1421.1	15%	28,077	50人/施設 186	1,055 6台/施設	8.9人台 9,349

ており、その目的は専門知識の習得、腎不 全看護研究の質的・量的向上、および患 者治療の長期化・重症化・高齢化に対応 した継続的な教育の強化を行い、看護と 患者の関係を改善していく必要がある(表 4) 毎年、看護師は規定に従い継続教育 を受けた後、登録申請を行う。看護の質 向上のために、勤務以外の時間を利用し て在職教育を受けなければいけない。ま た、看護領域の関連課題を研究し、研究 内容を関連雑誌に論文として掲載してい る。透析室の看護をするには、必ず看護 師の免許を取らなければいけない。免許 を持っている看護師が、透析室で3ヵ月の 透析教育と実践を行い、1年以内に関連 教育を受け、受講証を取得する必要があ る。看護の資格認定と在職教育は、基本 的には血液透析品質管理センターが行っ ている。外にも、専門機関の教育に参加 する必要がある。資格認定と教育をする 機関は、基本的に中華医学会、各地の腎 臓病分会、専門機関として血液透析品質 管理センターがある。

中国血液透析看護の現状および未来

中国では疾患中心の看護から、患者中心の看護になってきている。 われわれは 患者の身体の問題、心理、精神などの必要な援助のために、理想的な透析看護の 目標を立てて実施している。血液透析の 看護の現状として、まず患者に対してさま ざまな精神的・心理的な支援を行わなければならない。患者の社会復帰に自信を 持たせることが非常に大事である。看護 の質の向上については、透析患者が治療 を受ける以外に、回復のための全体的な 看護が必要になってきている。患者の健 康回復や生存率、透析効果の評価、透析 時間の保証、合併症の減少、透析用水質 の保証、栄養の改善あるいは合併症の発 生の検証などの問題について、看護師は 非常に重要な役割を果たしている。

中国の腎不全看護が直面する問題は、透析患者の重症化・高齢化・長期化である。透析患者の重症化によって、疾患の変化と透析治療範囲の拡大が進んでいる。長期化による病状の複雑性も高まってきている。他の病気から腎不全になる高齢患者は、全透析導入患者のうち20~30%になる。それぞれの症状に応じて個別看護対策を取り、最適な看護を行う必要がある。

腎不全看護の目的は、腎不全患者がいずれの治療方法をとっても、患者に最適な看護を通じて治療効果を上げることである。透析患者に対する全体的な看護として、患者の各方面から指導教育を行う必要がある。透析室の看護の質向上には、われカルチーム全員の努力が必要である。

腎不全患者数の増加に伴って、看護不 足が一段と深刻になってきている。20年 前、患者と看護師の比率は2:1の状況だったが、現在の患者と看護師の比率は8~12:1となってきている上、技士の仕事が看護師に回ってきている(表5)。また、さまざまな国とメーカーの透析装置が入っているため、中国の看護師には工学的な勉強も求められる。中国の透析スタッフの中にはソーシャルワーカーや栄養士といった人はいない。

看護師は、継続教育によって新しい知識や情報を得て、患者との交流技術を向上させている。看護の質向上は、患者ができるだけ健康を回復し、気楽に、なるべく楽に生活できることを目的としている。看護専門技術を向上させると同時に、患者とのコミュニケーション能力を教育、強化する必要がある。また危機処理能力を向上させ、障害の発生を避けていく必要がある。

腎不全は一定の比率で発生する慢性 疾患である。中国はまだ発展途上の国で、 医療保険率もまだそれほど広がっていない。できるだけ早く医療保険がすべての 腎不全患者に行きわたることを期待してい る。そしてまた、国土の地域格差を取り除 き、全国に透析を普及させ、透析の質を 向上させていきたい。

表4 看護の在職継続教育

目 的:専門知識の習得、腎不全看護研究の質的、 量的な向上および患者治療の長期化、 重症化、高齢化に直面し、継続的に教育強化。

- 毎年看護師は規定により継続教育を受け、 最低ポイントを取得
- 登録体制:継続教育の最低ポイント取得対象、 登録申請受付、またそれは昇進条件の1つになります。

表5 看護対患者の比率

腎不全看護不足

20年前 —— 患者: 看護師 2:1

現在 — 患者:看護師 8-12:1

メンタルケアについて

講師

加茂 登志子 先生

東京女子医科大学附属 女性生涯健康センター所長 精神医学教室兼任教授



職業性ストレスと看護師

医師や看護師といった医療職は、労働基準法にあてはめにくいところもあり、全体に産業ストレスの高い職業であるといえる。その中で、看護職全般のストレスの特徴として言えることは、一般健康調査表(GHQ:ジェネラル・ヘルス・クエスチョネア)でポイントをつけると非常に高い傾向がみられ、アルコール依存症であったり、強迫症・不安神経症などの神経症症状を呈したりする比率が高く、経験5年未満と10~15年の看護師のストレスが高いことが日本の看護のストレス研究でわかってきている**;

産業メンタルヘルスの分野では、12項目版、20項目版、60数項目版といった簡易調査表による職業性ストレスが研究されており、職種別の研究も行われている。12項目版は、仕事の量的負担感、仕事に対するコントロール感、上司や・同僚の支援の有無などが調査の主項目となっている。20項目版ではさらに分割され、達成感などサブカ

テゴリーが追加されている。調査の結果、 仕事の量的負担感が高く、コントロール感 が低いほど職場ストレスが高い傾向にあり、 上司や同僚の支援の存在がこうしたストレ スを緩和することもわかってきた。

ここに公立病院の女性看護職を対象と した職業性ストレスについての調査結果が ある(図1)、職業性ストレスを項目別に GHQ得点と抑うつ度得点の関係をみると、 患者さんの重篤性を除くすべてのストレス 尺度で相関関係のあることが分かる。量 的・質的な負荷、対人関係の困難などは GHQ得点と正の相関関係が見られ、裁量 度、同僚・上司の支援や達成感などは負の 相関関係が見られる。患者 - 看護者関係 の問題、仕事以外の悩み・心配ごとも、程 度が悪いほどGHQのポイントが上がるとい う傾向がある。これらは抑うつ得点とも相関 しており、GHQとほぼ同じ傾向がある。職 場でのストレスのコントロールが看護師の QOLと大きくかかわっていることが分かる。

透析スタッフの看護師の場合、とくにストレスが高いのは「患者さんのケア」について 否定的ストレスを感じているというものであった※2。私自身が透析に関わっていたとき に多かった相談は、患者さんとのトラブルの問題であった。また、透析技術に対する習得度とストレスの関係を調べたところ、トラブル時の対応で非常にストレス度が高いことが報告されている³³³。

ストレスに対する 対処行動と防衛機制

ストレスへの対応のコツは、 相手を知る、 自分の状態を知る、 協力者・援助者を持つ、 対処ストラテジーを工夫することである。 対人ストレスに関係する対処行動と防衛機制(あるいは防衛機能)の2つの概念は、透析に限らずさまざまな慢性疾患の患者さんにかかわる重要な概念である。

相手を知るために、ストレス学のABC、透析患者さんのメンタルケアのポイントを知る必要がある。

心身の正常と異常はどこで分けるのか。 普通の状態とは、自分自身が「私はいい感 じだわ」、「100%元気ではないけれど70~ 80%は大丈夫」という状態である。それとは 違い、少し具合が悪くなったのを病気の状

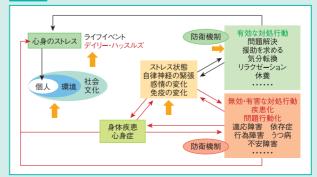
図1 公立病院女性看護職の職業性ストレス得点と GHQ得点・抑うつ度得点の相関

01.0107/// 1452	- 201371100	HIM
職業性ストレス尺度	GHQ得点	抑うつ度得点
量的負荷	0.32 ***	0.25 ***
質的負荷	0.44 ***	0.37 ***
対人関係の困難	0.35 ***	0.40 ***
裁量度	-0.31 ***	-0.21 ***
同僚上司の支援	-0.14*	-0.21 ***
達成感	-0.27 ***	-0.08 ***
患者の重篤性	0.05	0.11 ***
患者―看護者関係の問題	0.13*	0.21 ***
仕事以外の悩み・心配ごと	0.49 ***	0.44 ***
D 01000/7#4 . # 0 05 ##	***	

Pearsonの相関係数: *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

影山隆之他:公立病院における女性看護職の職業性ストレスと精神健康度との関連 大分看護科学研究 4(1),1-10(2003)

図2 心身のストレス ライフイベント



態と考える。自然な気分の変動や寒いと起きにくい、などの状態があって、そこにショックやストレスや疲労・消耗が加わると、心身状態に波が生じ、鬱や不安などの身体症状が起こる。多くの人は、普通の状態の波の中で元気に戻れている。ところが、ショックやストレスが重なり、心身が疲労・消耗すると、この波がいつの間にか病気の状態へと下に降りてしまい、普通の状態に戻らず、例えばうつ病として経過するようになる。これを精神科では自生化という。このため、普通の状態と病気の状態との境目(適応障害)にある間に対処(一次予防)するのがよい。

心の病気の発症のプロセスを「バイオ・サイコ・ソーシャルモデル」という。生物学的な要因があって、そこへ心理社会的なストレスがかかり、本来持っていたストレスに対する対処行動や防衛機制が破綻するような力学が働いた場合である。また、社会的な要因で、社会環境の負荷が強くなる場合、例えば経済不況や透析に関してネガティブな印象を持つ地域で働いている、また自分の家族の問題などもここに加わる。こうした要因が重なって、発症することになる。この心の病気の発症のメカニズムは、スタップも患者さんも同様である。

ストレスや危機に直面した場合の人間の 反応や行動様式は、大きく分けて2つある。 1つは「防衛機制 (ディフェンス・メカニズム) で、嫌なことが起きてストレスが発生したと きの私たちの心の反応様式である。もう1つ が「対処行動(コーピング・ビヘイピア)や方 策(コーピング・ストラテジー)」である。例え ば、嫌なことがあったら、今日は同僚を誘っ て外に食事に行こうというものである。一般 的な対処行動に、「食う」「寝る」「遊ぶ」」飲む」がある。防衛機制は、「忘れる」といあえず棚上げする」といったものを言う。これらは重なり合う部分もあるが、防衛機制は受動的で無意識の世界のもので、対処行動は比較的能動的で意識的なものと考えられている。この2つがメンタルヘルスの世界で大きくかかわっている。

心身のストレッサーは、ライフイベンド 例: 「配偶者の死」「新しく仕事について覚え なければいけないことがたくさんある」と、 デイリー・ハッスルズ(日常生活のイライラ、 例:「上司とうまくいかない、「今日も同僚が 休んでしまった」とがある(図2) これらが 個人にかかってストレス状態が起き、自律神 経の緊張や感情の変化、免疫の変化が起 き、コルチゾールやアドレナリンが上がる。ス トレス状態にあって、そこに有効な対処行動 が行われると、ポジティブなフィードバックと なり、心身のストレスが軽くなる。しかし、ス トレスが大きかったり、何らかの要因で個人 の力が弱まったりすると、有効な対処行動 がとれなくてなって、無効・有害な対処行動 に変わったり、問題行動を起こしたり、身体 疾患や心身症を惹起することがある。これ らがお互いに影響しあうと、ストレスを増大 させて悪循環に陥る。この悪循環に陥った 場合に、気をつけなければならないことは、

「ストレスそのものを減らす」「個人の力を 強める」「ストレス状態を緩和する」「対処 行動を増やす」「別の対処行動をとる」な どである。こうした心がけで、悪循環から脱 し、よいサイクルへと戻ることができる。これ は、透析スタッフも患者さんも、メンタルヘル スという意味では同等で、スタッフが楽にな ると患者さんも連動して楽になり、患者さん が楽になることでスタッフが楽になるといっ た、相互関連がみられる。

防衛機能・病気への反応には、取り組 み方の姿勢に7つの水準がある。1の高い 適応水準の場合は、連携がとれて、他人 のことを考えたり、問題が予測できたりす る。また、嫌なことがあってもユーモアで対 処できるなど、こうしたことができると前述の よいサイクルに入っていける。2は精神的抑 制の水準で、3の軽度の心像歪曲の水準 になると、例えば脱価値化といって「透析の 仕事なんて、やっぱりどうってことなかった」 というように、価値の切り下げを行うように なるなど、問題が起こってくる。ここまでが 日常的な水準で、何とかやっていける。4の 水準以下(4:否定、5:重度の心像歪曲、 6:行為化、7:防衛機能の統制不能な水 準)になると、先ほどの悪循環の赤いライン に陥りがちである。

ストレスへの対処を意味するコーピング には、大きく言って情動焦点コーピング(気 分転換やリラクゼーション)と問題焦点コー ピング(問題解決・直面化)の2つがある。 両者を、バランスよく組みあわせるのがポイ

図3 依存と退行で結果的に振り回されてしまう例

Case 1 25歳女性

・先天性腎疾患のため15歳から血液透析に導入となった。 IQ50前後で若干の知的障害があり、養護学校卒業後は 作業所に通所している。シャントトラブルが続き、再手術の 後から、透析中穿刺側の腕の痛みを訴えるようになり、食事 の介助や体向を変えるときなど看護師を頻繁に呼ぶように なった。全く自分で動こうとしないことが続いたので看護師 が注意したところ、明日から透析に来ないと言い始めた。

図4 導入時に操作性が問題となった例

Case 2 62歳男性

・家族経営の会社社長。糖尿病性腎症から急性肺水腫となり緊急透析導入。その後維持透析となった。導入後半年になるが、透析中は終始いらいらしており、穿刺や昼食の配膳の順番にひどくこだわる。ともすると、医療ミスで透析から離れられなくなったと公言したりもする。仕事の指示のための電話を医療スタッフにかけさせることが多く、対応が少しでも遅れると怒り始める。

ントである。ストレスコーピングインベントリー (SCI)と東大式エゴグラム(TEG)を組み合わせると、その人の行動様式とストレスへの反応様式がよく分かる。こうしたことを把握しておくと、透析スタッフのメンタルヘルスだけでなく、透析患者さんの問題行動への理解も助けられる。

透析患者のメンタルヘルス

透析患者さんによく見られるメンタルへルスの問題の中でも、透析施設で私がよく看護師から相談を受けたものとして、問題行動からの分類で「セルフケアができない」、「攻撃的な言動・行動が多い」、「依存的でなんでも医療者にしてもらおうとする」、「虚無的な発言が多く、周りを巻き込んで、みんなを嫌な気分にさせて困る」などが多かった。慢性疾患は、それ自体がストレス関連性疾患である心身症と考えたほうがうまくケアができる。慢性身体疾患の闘病生活は終わりのない闘いであり、患者さんは心理的に反応する。反応が大きければ疾病を悪くすることになり、ストレスが増え、悪循環に陥る。

Case (図3)は、思春期から透析を受けている軽い知的障害がある若い方で、シャントラブルを機に過度の依存から退行に発展した。こういう場合はまずストレスを言語化できるような話し合いを持つべきであ

る。その際、臥床では退行が起こりやすい ので、透析室よりも別室で互いに椅子に座 った環境で話したほうがよい。Case (図 4)は、家族経営の会社社長の男性で、依 存と退行に加えて操作性(他者を操作して 自分の思い通りに動かすことを考える必 要がある。職場での人間関係を透析室の 人間関係に援用し、上下関係の指示系統 で突破しようとする、このような場合には、話 し合いでのストレスの言語化に加えて、患 者さんと必要な距離をとって医療の場での 節度を伝えていくことと、スタッフ間で連絡 を取り合い、対応を一貫化させることが重 要である。Case (図5)は、「転移と逆転 移(この人はまるで自分のお父さんみたい だから、もっとやさしくしてあげよう)の問題で ある。これがしばしば患者さんの誤解を招 くことがある。病院の枠外では看護師と患 者さんの関係が機能しなくなり、恋愛感情 を持たれる場合がある。Case (図6)はセ ルフケアがうまくいかない患者さんの例で、 このような場合には、患者さん自らがよくな りたいと思えるように働きかける必要がある。 セルフケアがうまくいかない理由はいくつか あるが、管理がうまくいかない場合は、いっ たん管理から離れて、会話の中で患者さ んの生活史を聞き出し、共感を示して、感 情面からの支援を優先させることである。ま た、カンファレンスで患者さんの情報を分析 して、情報を共有し、陰性感情におぼれな いようにすること。患者さんにがんばってい る姿勢が見えたら、褒めること。透析患者さ

んは自分の喪失感・失敗感を持っている方が多いため、褒められることに関してポジティブな反応が見られ、これがお互いの関係をよくするもとになる。このように、何か問題が起こったときに、どう解釈しどう対応するかが見えると、患者さんへのストレス軽減につながる。

援助者の基本的な姿勢として、「自分の役割を意識する」エンパワーメント(患者さんへのカづけ)は患者さんのセルフケアのためにあると考える」プライバシーに配慮する」個人の問題としてではなく社会構造的な問題として理解する」実務中心のサポートから始める」「他の職種の援助者とネットワークを形成する」自分自身や他の援助者のメンタルヘルスに留意する」ということが重要である。

自分の状態を知るには、遊びながら精神状態のチェックを行ったり、TEGやSCIなど職業性ストレス簡易表を使ってセルフチェックを行ったりして自分自身を把握し、同時に、自分自身の変化を自覚・記録することである。そして対処方法をとにかく増やす。悪循環に陥らないよう、問題が起きたらうまく解消し、よいサイクルの中でストレスとつきあっていくことが重要である。

参考文献

- 注1) 仲谷誠: 医療スタッフのメンタルヘルス対策, 日本医事新報, 2007.11
- 注2) 小林恵他:長野県透析研究会誌24巻1号,2001
- 注3)柴田弘子他:山形市立病院済生館医学雑誌巻1号,2004

図5 医療者に恋愛感情を持ってしまった例

Case 3 35歳男性

- ・職場で事故にあい、右大腿部骨折で入院した病院で慢性腎不全が発見され、2ヵ月後に透析導入 となった。家族と疎遠であり、職までも失ったAさんは、入院中に生活保護受給となった。 ・担当看護師B子さん(30歳)は献身的な看護をすることで一日置かれている。B子さんは血液透析 を受けていた父を肺水腫で亡くした経験から看護師を志した人で、「自分の患者さんには父のように
- 死んではしくない」と常日頃から言っている。
 ・意気消沈しているA名んに対し、B子さんは姉のように親身に接し、個人的な悩みにも耳を傾けた。
 次第にAさんの透析の自己管理は改善し骨折の経過も良好で、退院することになった。Aさんは退院のとき、B子さんにとネックレスを贈った。患者さんからの贈り物を受け取ることは禁止とされていたが、B子さんはせっかくの気持ちを申し訳ないと思い、「今回だけですよ」といって受け取った。
 ・退院後、一人の生活に戻ったAさんはその後B子さんの優しさが忘れられず、透析毎に声をかけた
 は、BZさんはそのなど問いませま。本名の人が簡単の人が答れることである。これでは、またました。
- ・返院使、一人の生活に戻ったRさんはその傾むすさんの優しさかざれられる、変が毎上、戸をかけた が、B子さんはそのつど優しく接した。ある日、自分が贈ったネックレスをつけていることを発見たAさんは、居ても立っても居られない状態になり、B子さんの透析業務が終了するのを外で待ち、B子さんが職場から出てきたところに駆け寄って交際を申し込んだ。B子さんはただただ困惑するばかけ・・・

図6 元来のセルフケア能力が問題となる例

Case 4 57歳男性

- ・元来大酒家。高卒後職を転々としている。
- ・45歳 糖尿病を指摘されたが放置
- -48歳 妻と離婚 単身生活
- ・50歳 勤めていた会社をリストラされ、タクシー運転手となる。
- ・55歳暮れ 風邪を契機に腎不全が発見され、緊急透析導入となり、
 - その後維持透析に移行。失業。
- ・57歳 水分管理が困難で、常に5から7kgの

体重増加があり(DW 51kg)、心筋梗塞、

足指の壊疽、網膜症など合併症多数。セルフケアへの アプローチを試みているが暖簾に腕押し。

少し突っ込んだ話をすると怒り出してしまう。

画像診断から見た 透析患者の心臓

講師



納富 雄一 先生

背景

透析患者さんは、1985年から2005年の20年間で15万人増えているが、1年間の死亡者数はほとんど変わっていない。死亡原因では、感染症や悪性腫瘍が微増している半面、脳血管障害、心筋梗塞は対策が進んだこともあって減少している。ところが透析患者の心不全死はどうかというと、1996、1997年を減少のピークに、その後は徐々に上昇している(図1)。

心不全は予後が悪いと言われている。 5年生存率で大腸がんは20%くらい、最も 多い肺がんでは70%くらいであるのに対して、心不全では症状がほとんどない心疾患(NYHA)の人で、胃がんや乳がんとほぼ同じ死亡率(35~40%)である。症状が出始めると死亡率はさらに上がる。

透析患者さんの心臓では、何が起こっているのか?(図2)***)心不全の患者さんは、高血圧とか脂質代謝異常といった基礎疾患に加えて、透析による影響を考えなければいけない。基礎疾患が引き起こすのは、心臓にかかる圧負荷と動脈硬化である。これに加えて透析患者さんでは、CaやPの代謝異常のため、冠動脈や弁で石灰化が起こっている。また、体液が貯留するため容量負荷で高血圧が起こりやすくなる。

石灰化

透析を続けるとCaが沈着してくる。循環器においては冠動脈、大動脈、末梢動脈や、弁膜に沈着が起こる。ここで特に問題なのが、大動脈弁、僧帽弁である。心臓には4つの弁があるが、右心系の弁に比べて、この2つの弁は高い圧力に耐えなければならず、石灰化が進みやすい。石灰化が進んでうまく開かなくなれば、弁の狭窄が起こり、うまく閉じなくなれば閉鎖不全になる。冠動脈でも、動脈硬化に加えて石灰化が進めば狭窄になる。大動脈では石灰化が進めば狭窄になる。大動脈では石灰化

図1 透析患者の心不全死 = 再増加中

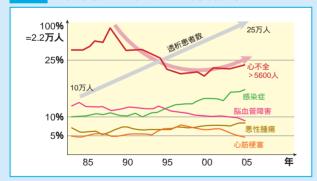


図3 大動脈弁 石灰化 大動脈弁狭窄症

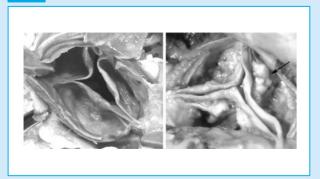


図2 透析心に、何が起こっているのか?

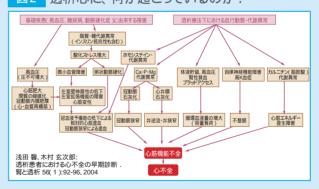


図4 大動脈弁 石灰化 大動脈弁狭窄症



に加え、大動脈瘤などが合併症として考えられる。末梢動脈では、シャント不全や下肢の動脈の石灰化が問題となる。また、脳梗塞も末梢動脈の石灰化に関連した問題である。

大動脈弁と僧帽弁の場合、僧帽弁が開いているときに左心房から左心室に血液が流入し、流入し終わったら大動脈弁が開いて、血液を全身に送り出す。大動脈弁が開かなければ全身に血液が出ていくのが障害される。僧帽弁が開かなければ血液が左心室に入って来ないし、うまく閉じない場合には全身に送ろうとした血液がまた戻ってしまうという問題が出てくる。どちらも大切な弁である。

大動脈弁

正常な人の大動脈弁は、3枚からなり薄くできていることがよく分かる(図3-左)。これに対し大動脈弁の狭窄症が進んでいる人の弁は、動脈硬化や石灰化が進み、3枚の弁が開かない状態になっている(図3-右)。

大動脈弁の狭窄症の人の心臓をエコーで見ると、カルシウムが沈着しているところがポツポツと白く見える。このCaの沈着が見られると大動脈弁の狭窄症を疑うことになる(図4)。画像的には疾患を疑うところまでである。

では、エコーでは何がわかるのか。大動脈弁は、正常であれば約4cm²ほど開くと言われていて、正常な場合、開いた弁を通過する血液のスピードは約1m/sである。ところが、大動脈弁の狭窄症の人では、弁口面積(血液が通過する弁が開いたときの面積)が1cm²を下回る(図5)。同じだけの血液量が通過しなければならないとすれば、その速度は速くならざるをえない。そこで、実際の弁口面積をエコーで見て測定することが困難でも、通過速度で実際に大動脈弁の狭窄症がどれくらい進んでいるか、弁口面積がどれくらい狭くなっているかを推定することができる。

さらに、弁を通過する速度で予後を予測 することができる(図6) 注2、大動脈弁を通 過する速度が最大3m/s未満の場合、5年間で80%くらいの方が心不全になったり、 弁置換を受けたり、死亡したりといった心事故を回避できるのに対し、通過速度が3~4m/sと速くなってくると、何らかの心臓の事故を起こす人が増えてくる。特に2年目以降で差が出る。通過速度が4m/sを超えると非常に危険なため、エコーで通過速度が速いことがわかれば、すぐに外科医に紹介するなど手段を護じなければいけない。

また、弁を通過する速度だけでなく、石灰化があるかないかも重要である。石灰化がない、または少ししかないという患者さんは、3m/s未満の速度があまり速くない人と同じような生存率である。しかし、石灰化が中等度から重度にあれば、速やかに手術しなければならない。

冠動脈

透析患者さんの冠動脈の石灰化は、普通の動脈硬化の場合よりも非常に強い。 カテーテル冠動脈造影検査でも石灰化し

図5 大動脈弁狭窄症 = 弁口通過速度

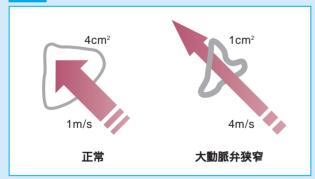


図7 心エコーで手軽に検査

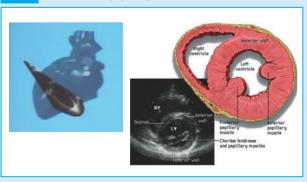


図6 大動脈弁 狭窄度 予後を予測

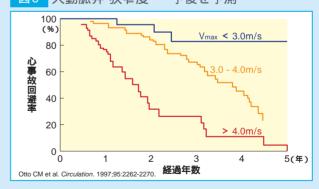


図8 左室 肥大"; 求心性と遠心性



た部分を見ることができるが、CTの方がよりはっきりと見える。石灰化が進んで、狭いところが出てくると、そこから先は血流がうまく流れず狭心症になる。

CTで石灰化が見えるのに、冠動脈造影ではあまり狭窄はないと診断されることがある。CTは確かに動脈硬化とか石灰化の様子をよく表すが、狭窄があるかないかの決定的な診断の手立てにならないことがある。石灰化の存在が、血管内腔の血流の様子まで表さない場合があるからだ。このため、CTでは石灰化が強く、狭窄を疑われる症例であっても、血流は問題ないといった偽陽性が起こる。CTは、冠動脈狭窄症の診断は苦手だが、石灰化の分布の様子や狭窄している部分をよく評価することができる。冠動脈狭窄症は、カテーテル検査でなければ診断がつかないこともある。

大動脈、末梢動脈

透析患者さんの場合は、大動脈でも石灰化がいたるところで進む。石灰化があると、バイパスに使う血管(グラフト)を縫う際に、固いところがあり、縫いづらい。場合によっては、いつまで縫っても血液が止まらないこともある。

末梢動脈のシャントラブルにも石灰化が関係している。また、CTでは、閉塞性動脈硬化症の血液の流れが悪い様子も明らかになる。末梢動脈病変のEnd-stage(末期)の腎臓病患者さんの10年生存率はで50%くらいだが、末梢動脈の病変があると

生存率はさらに低くなる注()。

左室容量負荷: 遠心性肥大

負荷というのは仕事量である。容量負荷とは、体の水分量が多い場合や、弁膜症、逆流異常があり、左心室の仕事が多くなることである。圧負荷とは、高血圧や、大動脈弁の狭窄があると、左心室が血液を出すときに出しづらくなり、仕事の内容がきつくなることである。

遠心性肥大の評価は、心臓を輪切りに して、左心室を断面で見て行うが、それは 簡単にエコーでできる(図7) 輪切りにし たとき、正常な心臓と比べると、圧負荷が かかっている場合は、心臓の大きさ自体は 変わらないのに、心臓の筋肉が厚くなる求 心性肥大を起こす(図8) 圧負荷の場合 は中心に向かって肥大していくのに対して、 主に透析患者さんに見られるような容量負 荷の場合には、遠心性肥大、つまり外側に 向かって肥大していき、心臓にとって仕事 がきつい、仕事量の多い状態となる。維持 透析の患者さんには常に容量負荷がかか っているため、遠心性肥大が起こる(図9) それに加えて、透析を受けている患者さん の心臓には、大動脈弁の狭窄や、高血圧 のために圧負荷もかかってくる。そのため、 容量負荷と圧負荷の両方がかかるという ことになる。

肥大が起こるということは、いわばデフ レ・スパイラルに例えられるのと同じ状況に なる(図10) つまり、透析患者さんの心臓 というのは、増加する仕事量、悪化する仕 事の質のため、弁膜症が進み、狭窄症が 起こる。透析を長期にわたって続けること で、仕事量自体が増加し続けて、だんだん 心臓自体が疲弊して心筋の収縮力が低下 する。すると、余計心臓が大きく厚くなるこ とで心筋の機能低下をカバーしようとす る。心臓が大きくなると、弁膜症が一層発 症しやすくなり、厚くなることで狭心症や心 筋梗塞が起こりやすくなる。そうすると、ま た心臓の仕事量が増えて、仕事の質が悪 化するという悪循環が起こる。そのために、 いつか心臓に限界の日が来てしまい、透 析困難症や心不全を引き起こすことにな る。透析もできない、どうしようもないという 事態になる。

その日を予測するのが心臓のエコーや、 心臓のCTである。その日が来ないように、 検査でいつも予測して、危険な状態になら ないようにするのが画像診断である。

参考文献

- 注1) 浅田馨, 木村玄次郎: 透析患者における心不全の早期診断, 腎と透析 56(1):92-96,2004
- 注2) Otto CM et al; Circulation.1997;95:2262-2270
- 注3) Rosenhek R et al: *N Engl J Med*. 2000; 343:611-617 注4) ajagopalan S. et al: *Circulation*, 2006:114:1914-1922

図9 遠心性肥大 = 大きく分厚く



図10 デフレ・スパイラル



