



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 第18回教育セミナー

セルフケア理論の理解

セルフケア－事例展開の実際－

高齢透析患者の看護－概念－

高齢透析患者の看護－実際－



腎不全看護 Seminar Report

日本腎不全看護学会
第18回教育セミナー

2004年7月31日(土)・8月1日(日)
ヨコハマジャスト1号館8階会議室
横浜市西区高島2-12-6

講座IX(3)(4) 患者理解のための理論と実際

セルフケア理論の理解

セルフケア—事例展開の実際—

千葉大学看護学部 正木治恵

千葉社会保険介護老人保健施設 サンビューちば 内田明子

講座IV(6)(6) 高齢者の透析

高齢透析患者の看護—概念—

高齢透析患者の看護—実際—

横浜南共済病院 水附裕子

名古屋記念財団 鳴海クリニック 千葉志津子

多くの人々に支えられて

日本腎不全看護学会理事長 宇田有希

日本腎不全看護学会は、前身である透析看護研究会の設立以来20年以上にわたり、透析看護のもつ専門性を高めるために活動してきました。その大きな成果として、日本透析医学会、日本腎臓学会、日本腎不全看護学会の3学会を母体とする透析療法指導看護師認定制度が発足し、2004年1月に第一回の試験が実施されました。そしてこの度、日本泌尿器科学会、日本移植学会も認定委員会に代表を派遣してくださることとなり、本制度は第二回の試験より5学会合同認定となります。

透析医療には大勢の泌尿器科の先生方も携わっておられますし、腎不全の領域には移植も含まれます。今後、認定看護師の専門性の幅を広げていくためにも、両学会のご理解を得ておくことは大きな課題でありましたので、ご協力をお願いし、この度ご賛同をいただいた次第です。また、多くの機関にご賛同いただくことは、資格をもつ看護師の重要性を高めるためにも大変意義のあることだと思っておりますので、今後も本制度のレベルアップのためにさまざまな活動に取り組んでいきたいと考えています。

第二回の試験は2005年1月16日に実施いたします。詳細については当学会のホームページなどをご覧いただきたいと思いますが、ぜひ多くの方に資格取得をめざしてもらえましたら、これに勝るよろこびはありません。



(日本腎不全看護学会ホームページ <http://www11.ocn.ne.jp/~jann1/>)

患者理解のための理論と実際

セルフケア理論の理解

セルフケアー事例展開の実際ー



千葉大学看護学部 正木治恵



千葉社会保険介護老人保健施設
サンビューちば 内田明子

セルフケア理論の理解

はじめに

「セルフケア」は看護においては耳慣れたテーマであるが、一方で、継続して取り組んでいかなければならない新しいテーマでもある。とくに、透析患者のような、慢性的に経過し長く療養生活をつづけなければならない人たちの看護においては重要なキーワードである。ここでは、セルフケアの理論についてみていきたい。

セルフケアの定義

看護理論を展開したオレムは「セルフケアとは、個人が生命、健康、安寧を維持するために自分自身で開始し、遂行する諸活動の実践である」と定義している。オレムは、とくに疾病にかかった患者のみでなく、人々が生きるために日々みずからおこなう実践活動すべてをセルフケアとしている。

日本看護科学学会もセルフケアを定義づけている。看護科学学会によると、「セルフケアとは、対象がよい健康状態を維持するために、みずから実施する日常生活上および健康管理上の行動をいう。この行動の基礎となる知識・技術・実践などの能力は、家族を中心とした小社会において習得される。看護職者は、対象の成長発達・加齢・健康障害などに応じて、対象のセ

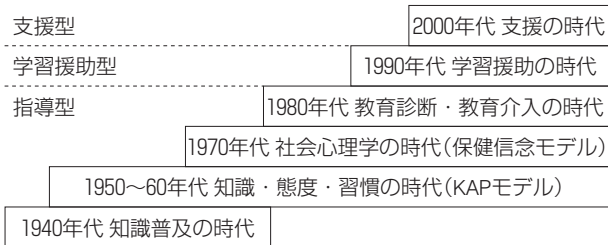
ルフケア能力が維持・促進されるよう必要な援助、あるいはセルフケアの代行を行う」としている。この定義もオレムの定義と同様に幅広く、人間が健康的に安全を得ながら生きるための諸活動全般をセルフケアとしている。

これらのほかにもセルフケアはさまざまに定義されているが、最も重要な点は、「セルフケアはその本人の主体的な取り組みである」ということであり、セルフケアの援助においてはこの点を理解しておかなければならない。

セルフケアの三つの要件

オレムはセルフケアの種類として、普遍的セルフケア要件、発達のセルフケア要件、健康逸脱に対するセルフケア要件の3つが必要であるとしている。普遍的セルフケア要件は、あらゆる人間に対して一般的に必要な要件であり、十分な空気、水分、食物、排泄、活動と休息のバランス、孤独と社会的相互作用のバランス、危険の予防、正常性の促進の8つがある。人間が日々の生活でくり返しおこなっている、生きていくために必要な行動である。

発達のセルフケア要件は、発達過程で特定される要件であり、幼少期、学童期、思春期、青年期など、人間が自立し社会で生活していくようになるための身体



知能 → 習慣 → 行為 → 行動 → ライフスタイル → QOL →

図1 健康教育の歴史的な発展過程

(吉田亨, 一部改変 (保健医療行動科学事典, メチカルフレンド社, 1999, p94 より))

的, 社会的, 心理的発達段階において必要とされるセルフケア要件である。

健康逸脱に対するセルフケア要件は, 病気や障害, あるいは医学的ケアを受けている場合に存在する要件である。適切な医療の確保, 病理学的状態の認識, 医学的に指示された諸方策の実施, 望ましくない影響の調整, 自己概念の修正, 医学的影響のもとでのライフスタイルの保持, の大きく6つのカテゴリーがある。健康の逸脱にもさまざまな種類があるが, 透析患者のように慢性疾患を有する人は, 慢性的に必要な医学的ケアを順調に実施していくため, 健康逸脱に対するセルフケア要件も継続して必要となる。先の普遍的セルフケア要件や発達のセルフケア要件に加えて, 健康逸脱に対するセルフケア要件が必要になる。セルフケアを援助する際には, このことを理解して臨むことが重要となる。

慢性疾患を取り巻く概念の変遷

健康教育の歴史的な発展過程

医療者—患者間における健康教育は歴史的に発展・変遷してきている。かつては医療職は疾患を治癒させるということのみが中心として考えられていたが, 1940年代に入り, セルフケアのように対象者が主体的に自分自身の健康を守るための行動に必要な健康教育がおこなわれるようになった。健康, 病気に対する知識を学んでもらうという知識普及の時代であり, 健康教育の黎明期にあたる。しかし, 知識だけでは患者がセルフケア要件に取り組めるようになる場合とならない場合が出てきたため, 知識のみを教育する健康教育が見直され, 1950～1960年代には, 知識の普及とともに, 態度の変容・好ましい習慣(行動の変容)の要素を取り入れるようになった。これが, 知識・態度・習慣の時代である。

その後 1970年代に入ると社会心理学にもとづいた保健信念モデルの時代に移っていく。人が行動を変える場合には必ず動機が存在し, その動機と, 実際に行動する場合の負担とのバランスで現実の行動が決定さ

れるという人々の心の動きを解明し, 健康教育に取り込み, 患者のセルフケア能力を高めていこうとする時代である。そして 1980年代には, どのように教育すれば効果的に患者のセルフケアにつながり, 自己管理を実行できるようになるのかという点を考慮した, 教育診断・教育介入の時代となる。教育方法に主眼をあて, 工夫をはじめた時代である。この 1980年代までが, 健康教育の変遷を大きく区分して, 指導型の時代にあたる。知識, 態度, 習慣や社会心理学などさまざまな要素が加わってきてはいるが, 基本的には医療者, つまり専門家が患者に指導するという考えにもとづいて健康教育がおこなわれてきた。それが, 1990年代に入ると大きく変化するようになる。先に述べたようにセルフケアは人間が主体的におこなう行動であり, その主体性を伸ばすために, 指導のみではなく学習の援助が必要であると考えられるようになってきたのである。主体的に学習するためにはどのような援助をすればよいのかが模索される, 学習援助型・学習援助の時代へと移り変わったのが 1990年代である。この時代では, 医療者は学習援助の方法を専門的な能力として獲得し, この技法を活用することにより患者へ対応していかなければならない。

そして 2000 年に入り, 今後は, とくに透析医療を含めて慢性疾患においては, 学習の面の援助だけでなく患者の人生そのものを支援する「支援の時代」となっていくことが予想される。学習援助に支援の要素を加えて援助していくことが, 患者の主体的なセルフケアの促進に必要となってくるであろう。

慢性疾患領域における概念の変遷

健康教育において時代とともにその概念が変遷したように, 慢性疾患領域においても時代とともにこれまでさまざまな概念がうまれている。まず 1970 年頃に“セルフケア”の概念が出はじめた。それは, それま

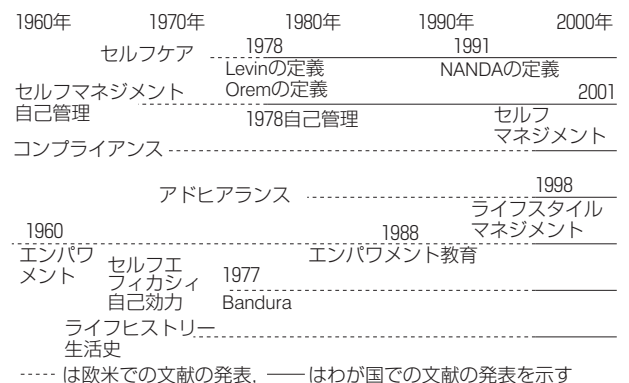


図2 慢性疾患領域におけるセルフケアから個人史へ

(黒江ゆり子ほか: 病いの慢性性 Chronicity と個人史. 看護研究 35(4): 19-30, 2002 より引用)

での感染症中心から、日常生活が大きく影響する成人病、慢性疾患中心へと疾病構造が転換したことによるもので、以降、多くの人によりその定義づけがなされてきた。現在、看護の領域においては重要な概念の一つとなっている。

また、“自己管理”・“セルフマネジメント”という概念もある。セルフケアが日々の生活に必要な基本的な実践活動全般を含んでいるのに対し、健康逸脱に関するセルフケア要件のみに特定した概念として自己管理・セルフマネジメントという用語が用いられるようになった。

“コンプライアンス”も同様な時期に出てきた言葉である。透析医療での体重管理、水分制限、塩分管理、カリウム制限など、治療に伴って必要な内容を医療者が指示し、患者がどの程度遵守することができるかという概念である。また、その後生まれた用語として、“アドヒアランス”という用語もある。コンプライアンスが治療上の指示に従うかどうかという受動的な側面を表しているのに対し、アドヒアランスは、患者が自分自身を支える責任をもっておこなう主体的な態度を意味している。現在では“ライフスタイルマネジメント”という言葉で表現されることもある。

“エンパワメント”は、自らの生活を統制し、人生に意味を見出し社会にはたらきかけ、十全たる人間としての力を獲得していくプロセスであり、そのためにはどのような教育が必要かが問われる。

“セルフエフィカシー”は、ある目的を達成するために行動を選択するその人の自信や、その行動をおこなうことでもたらされる結果への期待に対する能力をあらわす。期待には、行為の結果に対する期待（その行為をおこなえばよい結果が得られる）と、効力に対する期待（自分にはその行為ができる）がある。日本語では“自己効力”と訳される。

“ライフヒストリー”・“生活史”は、患者の人生がどのような生活のなかで培われてきたかを医療者が理解しようとする概念である。看護師は透析が必要になった後の患者にかかわることになるが、その患者がそれ以前の生活で培ってきた価値観や生き方を理解し、看護ケアに役立てようとする考え方である。

■ 事例の記載－ベナー看護論にもとづいて－

これまでみてきたようなセルフケアの概念、理論は看護にあたって理解しておかなければならないが、理論を実践の場で活用するためには別の課題もある。ベナーは「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」と述べている。ベナーは、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j通じて得られた既存のノウハウを記録すること

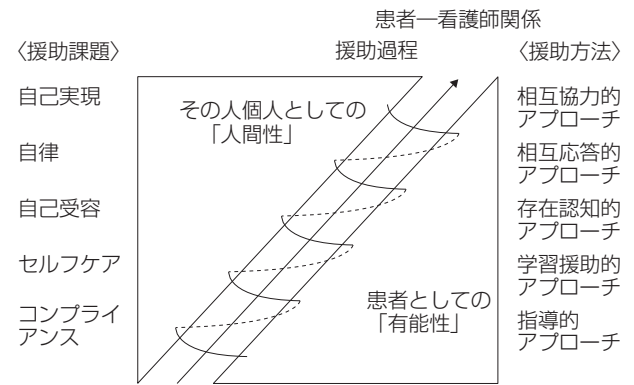


図3 看護援助の構造図

(正木治恵：慢性病患者の看護援助の構造化の試み－糖尿病専門外来看護の臨床経験を通して。看護研究 27(4)：81-94, 1994より引用)

で得られる実践知識とがある」とし、事例を記述することにより、この、日々の臨床経験をj通じて得られる既存のノウハウを記録することで得られる実践知識を導き出そうとした。

また、ベナーは「臨床状況はつねに理論的説明より多様であり、複雑。臨床実践が卓越性の概念を生む」とし、その卓越性をエキスパートとよんだ。つまり、理論のみでエキスパートが生まれるのではなく、理論を知識として基礎におきつつ、臨床実践の現象をくり返し、その現象のなかから意味を見出すことでエキスパートが生まれるとしている。看護師は臨床経験が重要であるが、臨床経験の豊富さがその人の専門性を高め、その人の経験のなかで頭のなかにノウハウが記録され、実践知識となっていることが、実際に経験豊富なベテラン看護師によくみられる。ベナーは、パイロットを対象としたドレイファスの技能習得モデルを臨床看護実践に応用し、臨床看護実践能力を5つの段階に区分している。

■ セルフケア援助論

看護援助の構造

看護援助をおこなうとき、私たちは患者さんの2つの側面に着目する。患者の、患者としての有能性と、その人個人としての人間性がそれである。患者としての有能性とは、水分、カリウムの管理など、患者としておこなわなければならないことを実施できる能力であり、その人個人としての人間性とは、患者としてではないその人自身である。患者のもつこの2つの側面のどちらに視点を置くかにより、援助方法と援助課題は異なり、アプローチ方法も段階的に変わってくる。

まず、患者の有能性の面に最も大きく目を向けた場合の援助方法が、指導的アプローチである。たとえば導入初期の患者などでは、必要なことをおこなえるように、患者としての有能性を伸ばさなければならない。このようなときには指導的アプローチによる看護

援助がおこなわれ、コンプライアンスの向上がその援助の課題となる。

つぎに、視点のおき方が有能性から人間性に移るにしたがって、援助方法は学習援助的アプローチ（後述）、存在認知的アプローチ（後述）、相互応答的アプローチ、相互協力的アプローチへと推移する。

相互応答的アプローチは、患者の人生で起こるさまざまな変化や体験に応答するアプローチである。換言すれば相談にのるということである。患者の人間性に大きくウエイトをあてた援助の方法であり、患者の自律が援助課題となる。相互協力的アプローチは、患者が力を発揮できるように、看護師は、その患者と医療者としてできることを協力していくアプローチである。ここでの援助課題は、患者の自己実現となる。

学習援助的アプローチ

指導というのは必要なことを伝えることであるが、学習援助は患者が自分で判断できるように援助していくアプローチである。指導的アプローチでは、看護師や医療者が患者のデータを見、客観的データと照合し、解釈し判断してその結果を患者に伝える。一方、学習援助的アプローチでは、データをどう解釈できどのような判断になるのかという、指導的アプローチにおいて医療者がおこなっているプロセスを患者自身がおこなえるようにしていく。さらに患者は、自分で解釈・判断したあと、具体的な対処方法を決め、評価していく。このプロセスを患者とともにおこなっていくことが学習援助的アプローチの一つである。看護援助においては、この学習援助的アプローチと指導的アプローチを使い分けていくことが重要である。

存在認知的アプローチ

存在認知的アプローチは、患者の存在を価値ある存在として認知し、患者のもつ力を信じ、相手があるがままの自己を語れるように接するアプローチである。患者が自己を振り返り気づくことを目的としたかわりであり、相互浸透の結果に生じる両者間の体験を重視している。

看護実践能力はどのように育つのか

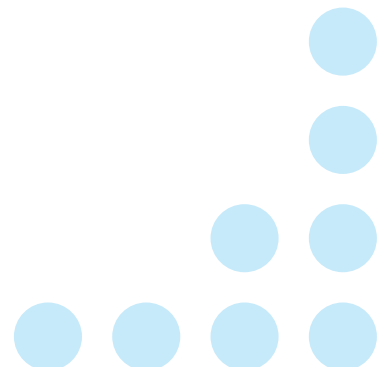
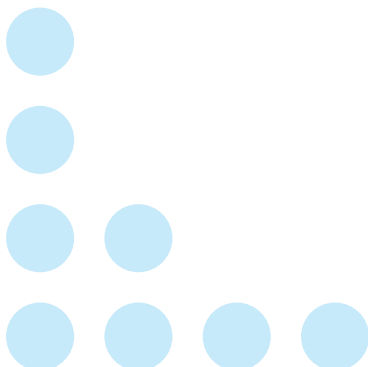
看護実践能力を向上させるには、看護実践や事例の“振り返り（reflective practice）”が重要であるといわれ、近年さかんに推奨されている。理論的な知識や実践的な知識、判断や行為とその行為の結果を振り返り、事例を展開することが重要である。また、その振り返りにより、ケアの能力を自分自身に問いつつ、臨床経験から臨床の知恵を獲得していくことで、臨床能力・看護実践能力が高まっていく。

■ おわりに

看護の実践能力を高めるためには経験年数は重要であるが、経験年数だけでははかれない実践力の違いが生まれる場合もある。エキスパートとよばれる卓越した実践力を身につけるためには、実践事例の振り返りを積み重ね、そこから学べることを着実に自分の知識として重ねていくことが重要であろう。

文献

- 1) Dorothea E. Orem：オレム看護論。看護実践における基本概念〔第3版〕、小野寺杜紀訳、医学書院、東京、1995
- 2) Patricia Benner：ベナー看護論。達人ナースの卓越性とパワー、井部俊子ほか訳、医学書院、東京、1992



セルフケア－事例展開の実際－

実際に経験した看護事例を記述することで、ベナーのいう「臨床経験を通して確立されたノウハウを記録することで得られる実践知識」を導き出すことができる。

①セルフケアに関連した自己の実践事例を1例記述する。

- ◇選ぶ事例は、自分の印象に残っている事例。必ずしも困難だった事例でなくてもよい。
- ◇そのときの状況や患者の様子、反応、思い描いていたことなどを物語風に記述する。
- ◇従来の看護過程にとらわれず、主観的に記述する。



②記述した看護事例を検討し展開する。

- ◇参加者で看護事例についてディスカッションする。
- ◇過去の事例から看護をよりよくしていくための知識を導き出す。

当日のセミナーでは、4つの事例が展開された。

展開事例①

50歳代男性、糖尿病性腎症により他院で導入後、転院してきた患者。自己管理の指導は受けてきたとのことであるが、転院1ヵ月後頃より除水に伴う急激な血圧低下や一次的な意識の消失、嘔吐などを起こすようになる。自己管理についてくり返し指導するが聞き入れる様子もなかった。しかし、あるときシャント閉塞を経験し、それ以降はスタッフの指導やアドバイスを受け入れるようになり、次第に適正な自己管理がおこなえるようになった。

- ⇒患者が透析療法を受け入れていない可能性を考慮した看護が必要なのではないか
- ⇒トラブルを経験した後に患者が変容する理由は何か
- ⇒指導にあたる看護師側のよくなってもらいたいという懸命な思いをもっと伝えてもよいのではないか

などの点がディスカッションされた。

展開事例②

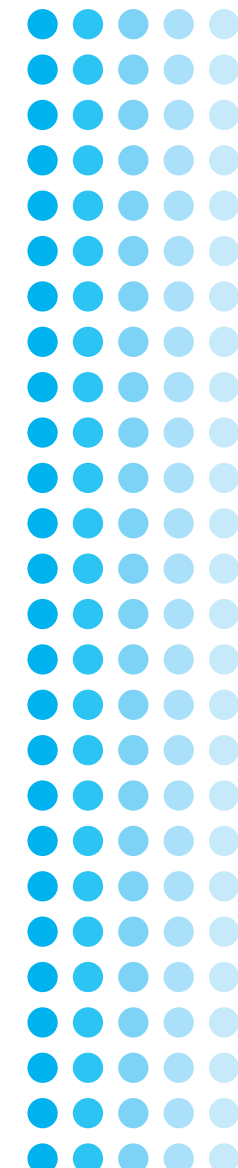
40歳代男性、透析導入から4年の患者。仕事など生活環境にも問題を抱えていた。体重管理に問題があり再三指導するも効果がほとんどなく、頻回に溢水症状を呈する。一部のスタッフには心を開くが、指導を担当するスタッフには反抗的で受け入れない。次第に投げやりな言動が多くなるようになった。

- ⇒看護においては本人の変容を“待つ”という時間も必要ではないか
- ⇒患者への指導の時期と程度、かかわる人数も検討しなければならないのではないか
- ⇒人は、必ずしも正しい行動を選択するとは限らないということを理解しておかなければならないのではないか

などの点がディスカッションされた。

展開事例③

30歳代男性、糖尿病性腎症により3年前に血液透析導入。導入前の糖尿病の栄養指導も



効果がなく、導入後の食生活も同様であった。つねに周囲と距離をおき、指導についても聞きはするが守られない状態がつづく。あるとき得意分野をきっかけとして彼のほうからスタッフに話し掛けることがあり、彼の関心のあるものがわかる。その得意分野に関連づけた食生活管理を提案することにより、徐々に体調管理ができるようになってきた。

- ⇒体重などの検査データで評価されることに配慮した看護が必要なのではないか
- ⇒患者と看護師のかかわりあいを進展させるきっかけをつかむ感性が必要ではないか
- ⇒患者とともに看護師も変わっていくことで相互作用を高めていかなければならないのではないか

などの点がディスカッションされた。

展開事例④

慢性糸球体腎炎を原疾患とする透析歴3年の患者。職業柄と本人の嗜好により果実の摂取が多く、カリウム値が非常に高い。手紙を通じて家族に協力を求めたところ助力が得られ、徐々に果実の過剰摂取が制限され、カリウム値が落ち着いてくるようになってきている。

- ⇒患者の家族とのかかわり方、はたらきかけ方はどのようなものか
- ⇒セルフケアにより患者みずからが透析方法を選択することが重要ではないか
- ⇒透析医療に対しての知識を高め、厳しい制限を少しでも緩やかにする方法を模索していかねばならないのではないか

などの点がディスカッションされた。

memo



高齢者の透析

高齢透析患者の看護—概念—

高齢透析患者の看護—実際—



横浜南共済病院 水附裕子



名古屋記念財団
鳴海クリニック 千葉志津子

高齢透析患者の看護—概念—

■ はじめに

現在、総人口に占める65歳以上の高齢者の比率が19.5%を超え、わが国は未曾有の勢いで高齢化社会を迎えている。透析医療の領域においても高齢化は進行しており、このような時代に対応して、透析医療の周辺も大きく変化しつつある。ここでは、高齢社会の特徴のなかから、わが国の慢性透析療法の現状、高齢透析者と介護保険、高齢者の透析、腎不全看護と介護に求められるものについてみていきたい。

■ わが国の慢性透析療法の現状

わが国の慢性透析療法の現況

2003年末におけるわが国の透析患者数は23万7710人で、毎年約1万人ほど増加している¹⁾。透析療法の内訳では、約96%の患者が施設での血液透析療法を、約4%の患者が腹膜透析をうけている。在宅血液透析患者はきわめて少ない。一方で、日本人の死亡原因の8位が腎不全であり、相当数の人が腎不全で亡くなっていることが理解できる。患者の平均年齢は、新規導入患者の平均、全患者の平均とも年を追うごとに高齢化してきており、2003年末における平均年齢は新規導入患者で65.35歳、全患者で62.75歳となっている。1995年では導入患者平均は61.0歳、全患者平均が58.0歳であり、10年に満たない期間で約4.3歳高齢化している。高齢化が急速に進んでいることがうか

がえる。

原疾患では、1998年より糖尿病性腎症が約40%で第一位となっており、二位が慢性糸球体腎炎で約29%となっている。また、わずかずつではあるが、腎硬化症が増加してきている。腎硬化症は高齢者に多いといわれており、この点も高齢化の一現象としてとらえることができよう。

死亡原因としては、現在第一位は心不全であるが、その推移は横ばいか若干減少してきている。反対に感染症による死亡が増加してきており、患者の高齢化と糖尿病性腎症の増加がその理由の一端であると推測されている。

年齢別の患者生存率をみた場合（1983年以降導入例）、90歳以上で導入した患者では、1年で50%の生存率となっている。75～89歳では2.5年で50%、60～74歳では5年で50%となっている。高齢化が進み、近年では高齢者をさらに前期高齢者・中期高齢者・後期高齢者に区分することもあるが、高齢であるほど生存率が低くなっている。

透析患者の動向

透析患者の現況より、現在の透析医療、透析患者の動向としては、①透析医療は高齢者医療の側面をもつ、②65歳以上の透析患者の割合は全体の約45%である、③導入患者の年齢別生存状況からみると、高齢年齢群になるに従い、予後が不良という結果になってい

る、④高齢化は合併症の併発やADLの低下により、医学的、社会的な新たな問題を生んでいる、といった特徴を有している。

高齢透析患者の増加への対応

増加する高齢透析患者への対応として、大平²⁾は8つの点をあげている。①心血管系に低影響度の透析法の選択、②送迎支援・重症患者の受け入れ先の確保、③家族内外の介護者の確保と社会的支援体制、④老年医学・リハビリ医学との連携、⑤終末期医療の充実、緩和医学との連携、⑥透析非導入・継続中止例に対する学際的支援体制、⑦社会的資源の活用と拡大、医療ソーシャルワーカー(MSW)との連携、⑧心のケア、精神科医・臨床心理士との連携、である。

看護の特徴

看護の特徴としては、その人自身の人生、生き方そのものにかかわっていくことがあげられる。治療が円滑におこなわれることのみではなく、生活全般に介入していくことが重要となる。日常生活の活動性と生活の質の向上が目標となるので、高齢者の社会復帰とはどのようなものであるか、私たち自身もともに考えていかなければならない。生活の概念というのは、身体的ケアや心理的支援など、身体、心、暮らしや人間関係、生きがいなど、人が生きていくうえでの営み全般ということができる。

・要介護患者の増加

看護にかかわる要素として、要介護患者の増加は大きなポイントである。要介護患者増加の背景としては、やはり高齢化がある。高齢者の身体的特徴として、視力や聴力の低下、心肺機能の低下、あるいは骨・関節の変形や筋力の低下がある。これらにより自分の身の回りのことをおこなえなくなる率が高い。たとえば、通院に関してみると、渋谷³⁾は、透析患者で自立通院ができているのは45歳以上では77%、60歳以上では53%、75歳以上では23%と報告している。高齢患者ほど自立通院不能の患者が多くなっていることがわかる。また、透析患者では、一般の高齢者より

も実年齢以上に身体的な老化を認めることが多いという特徴があり、その点もまた、生活支援を必要とする患者の増加につながっている。

腎硬化症・糖尿病の増加も要介護患者の増加の原因となっている。要介護状態の原因となる失明、麻痺、壊疽、四肢切断などが糖尿病では非常に多い。また、運動障害の原因の半数近くは脳血管障害に由来するものであるが、脳血管障害も糖尿病性腎症に多い。また、長期透析患者の増加も介助を必要とする患者の増加につながっている。

・高齢者とその家族の退院後の生活に関するニーズ

高齢者が退院して自宅に戻るために必要な要素としては、①生活するための筋力・作業能力、②退院後に医療や地域の資源を活用する能力、③対人関係能力が低下しないこと、の3つがあげられている。また反対に、退院を延長させる要因としては、①高齢者であること、②高齢者だけの夫婦世帯であること、③介護者がいないこと、④障害廃用性の変化があること、⑤ターミナルの患者であること、⑥自宅以外への退院、などがある。先の3つの能力が低下したり、これらの要素をもつ患者では、退院したり在宅で医療を継続することが難しくなる。

■ 高齢透析患者と介護保険

介護保険とは

介護保険は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病などにより要介護状態となり、入浴や排泄、食事などの介護、機能訓練ならびに看護および療養上の管理その他の医療を要する者などについて、能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるようにという目的で2000年4月にその制度がはじまった。要介護状態とは、病気や障害、あるいは加齢により日常生活の援助が必要となった状態のことであり、透析患者の場合では、透析療法に附随する通院、服薬・水分や食事の管理、シャントの管理などがその対象としてあげられる。これまで多くの透析患者は身体障害者手帳を保有していたが、介護保険は医療保険とは別の保険制度である。介護保険の保険者は市町村および特別区(以下「市町村」とする)で、財源は、保険料、

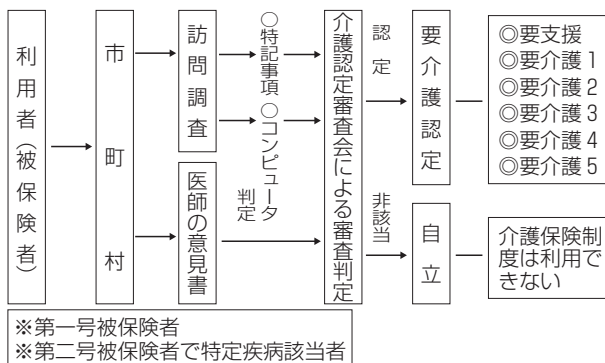


図1 介護保険制度
要介護認定の申請から認定まで

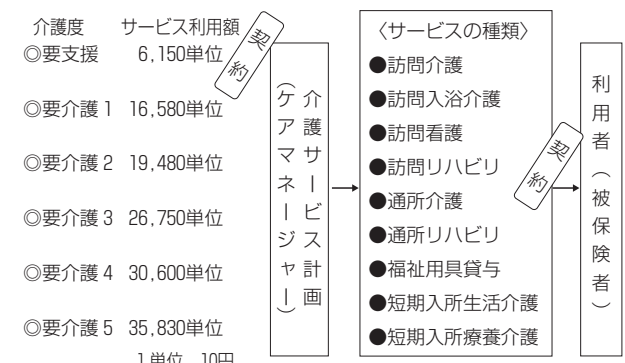


図2 介護保険制度
要介護認定からサービス利用まで

- 両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症
- 糖尿病性神経障害, 糖尿病性腎症, 糖尿病性網膜症
- 脊椎管狭窄症 ●脳血管疾患 ●閉塞性動脈硬化症
- 骨折を伴う骨粗鬆症 ●早老症
- 初老期における痴呆 ●慢性閉塞性
- 筋萎縮性側索硬化症 ●パーキンソン病
- 肺疾患後縦靭帯骨化症 ●脊髄小脳変性症
- シャイ・ドレーガー症候群 ●慢性関節リウマチ

図3 特定疾病

(40歳から64歳の介護保険適用対象疾病・第二号被保険者)

国, 都道府県, 市町村で構成される。

介護保険を利用するためには, サービスを希望する人が申請をし, 認定を受ける必要がある。審査の結果認定を得られれば, 要介護度が決められたうえでケアマネージャーが選定され, 介護のサービスが立てられてその利用が可能となる。利用者の負担はおおむね1割である(市町村により異なる)。被保険者は65歳以上の人であるが, これに加えて特定の疾病を有する40~64歳の医療保険加入者も介護保険を申請することができる。特定疾病に腎不全は含まれていないが, 透析医療にかかわるものとしては, 糖尿病に関する合併症や変形性の関節症などがある。

透析患者の介護保険利用の現況

透析患者の介護保険の取得状況は, 2002年の調査で65歳以上で31.3%, 40~64歳で6.5%となっており, 非常に低い取得率であるといえる。介護保険のサービスには, ホームヘルパーや通所サービス, ショートステイなどの居宅サービスと, 老人保健施設や特別養護老人ホーム, 療養型施設などへの入所といった施設サービスがあるが, 透析患者の場合では, 居宅サービスが主となっている。訪問介護の利用では, 利用者の約2/3が家事援助と身体介護, 1/3が通院介護となっている。また, デイサービスや福祉用具の貸与・購入, 住宅の改修などが透析患者では多い。

介護保険取得者の介護度の分類は, 要介護Ⅰ, 要介護Ⅱが多く, その構成は65歳以上の被保険者と40~64歳の被保険者でほぼ同じである。しかし, 2002年の調査の時点では, 介護度不明の被保険者が約半数を占めるといった状況であった。

高齢者の透析

日本における慢性腎不全透析導入基準

現在わが国で透析を導入する基準としては, 1991年の厚生科学研究・腎不全医療研究班が作成した基準が用いられており, それによると, Ⅰ. 臨床症状, Ⅱ. 腎機能, Ⅲ. 日常生活障害度を程度に応じて点数化し, その合計が60点以上の場合には透析導入と示されている。臨床症状は, 体液貯留, 体液異常, 消化器症状, 循環器症状, 神経症状, 血液異常, 視力障害の7つの項目からはかれる。先の

3項目のほか, 年少者(10歳未満)や高齢者(65歳以上), 全身性血管合併症を有する人では10点が加算される。

腹膜透析

近年, 高齢者の透析として腹膜透析が見直されつつある。腹膜透析の有する, 循環動態への影響が少ない, 連続的で緩徐な透析療法である, シェントラブルの心配がない, などの点が高齢者にとっての利点となる。また, 通院が少なくすむ在宅医療であることも大きな利点である。

血液透析管理上の留意点

高齢者の血液透析の管理上では, 身体機能, 精神・心理的機能, 運動器系などに留意しなければならない。身体機能ではとくに心血管機能, 高血圧・低血圧, ブラッドアクセスなどが注意すべき点としてあげられる。精神・心理的機能では, 高齢者では加齢に伴って器質的な脳障害が起こりやすいことに留意したい。また, 高齢者は喪失体験の多い時期にあり, 心因的な問題を抱えている場合も多い。加えて, アルツハイマー病や脳血管障害による痴呆も起こりやすい点も理解しておかなければならない。運動器系の障害としては, 筋力の低下や骨関節障害が起こる。これらは一般の加齢でもおこることであるが, 透析患者では合併症としても起こってくる。

腎不全看護と介護に求められるもの

一般的な高齢社会は2040年ごろまで緩和が見込めないといわれており, 今後も社会保障の需要の増加はつづくものと考えられる。透析医療においても高齢化はさらに進行し, 身体機能の低下や合併症に伴うADLの低下, 重複障害, あるいは透析困難な症例が増加することが予想される。このようななか, 今後は, 腎不全看護の領域においても介護的視点をもつことが求められる。高齢者への透析が単なる延命治療とならず生活の質を重視したものにしていくためには, 看護の力が必要である。そのような意味でも, 高齢者に適した医療の模索や医療と福祉の融合という視点での継続的なケアが重要となってくるであろう。

文献

- 1) 日本透析医学会統計調査委員会：わが国の慢性透析療法の現況(2002年12月31日現在)。日本透析医学会, 東京, 2003
- 2) 大平整爾：増加する高齢者透析への対応。腎臓 26：221-225, 2004
- 3) 渋谷晴美：透析患者に対する介護, 支援。腎臓 26：227-235, 2004
- 4) 日本腎不全看護学会編：透析看護, 医学書院, 東京, 2003
- 5) 水附裕子：高齢者の腎不全看護と介護。日本腎不全看護学会誌 6：4-9, 2004

高齢透析患者の看護—実際—

患者の全体像の理解

高齢透析患者の看護では、その患者がどのような病気をもっておりその病気はどのような病期にあるのか、またどのような生活をしてきたのか、そして、その人は今、人生のどの時期にいるのかという、患者の全体像をとらえることが必要になってくる。そこには、患者がどのような思いをしているのかということも含まれる。それらのどれを見落としても、患者を丸ごととらえることが難しくなる。そしてその際には、「事実にもとづいて」「根拠にもとづいて」患者を理解していくことが個々の患者にあわせた援助を可能にしていく。

「全体像モデル」とは、患者の体、心、社会関係の事実を看護をするために必要なキーワードのみを書き込み、患者を体・心・社会関係の統一体として丸ごととらえるためのツールである。このような「全体像モデル」を用いながら、患者を把握・理解したうえで看護に臨むことが重要である。

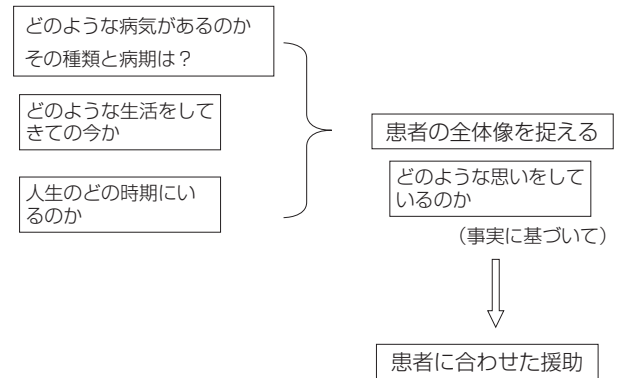
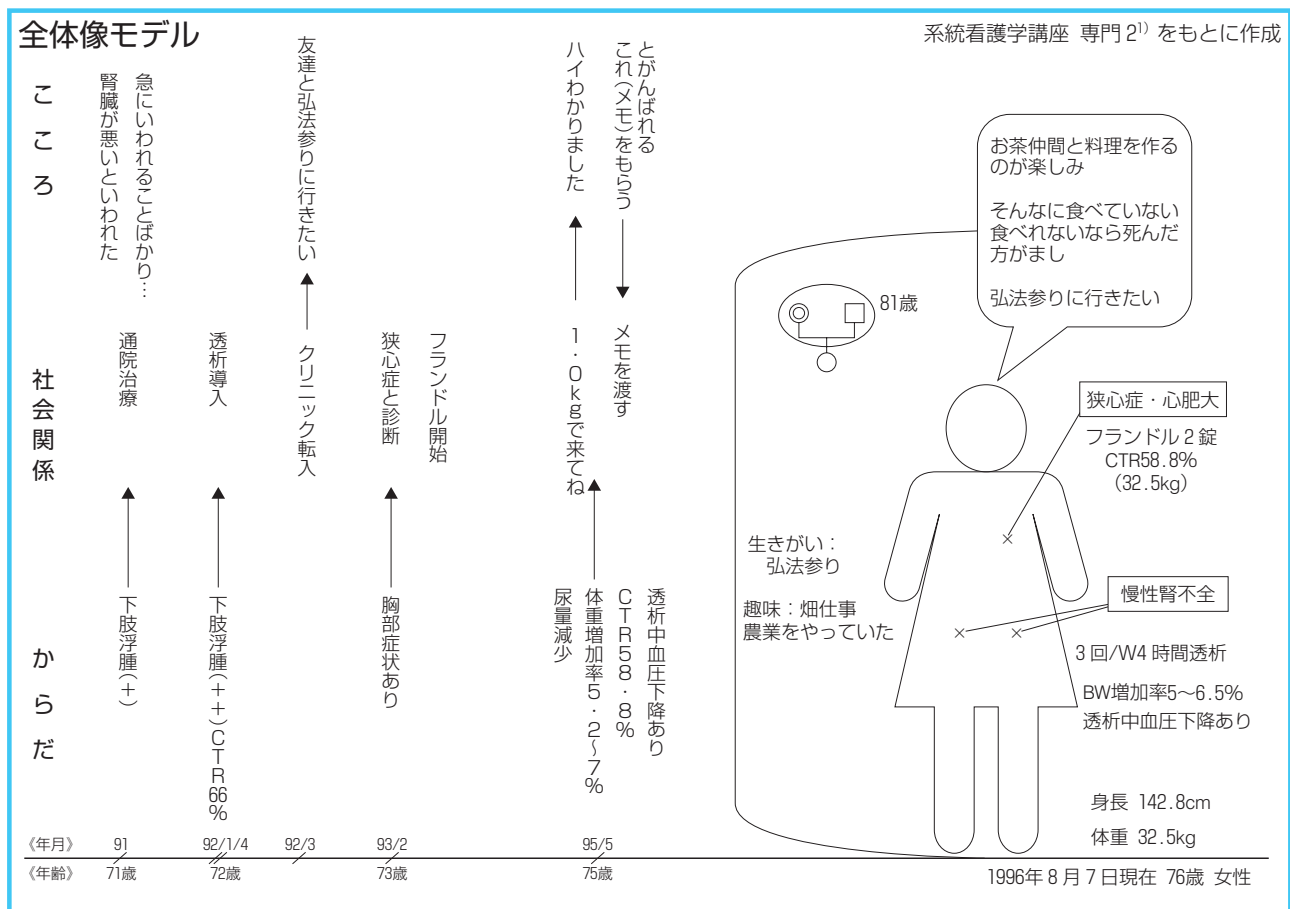


図4 患者の全体像をとらえた看護

患者の全体像をとらえた看護事例

看護事例①



どのような人か？ (体と心と社会関係の事実から)

『5年前に腎機能障害を指摘され、4年前透析導入となり、3年前より心合併症が出現し、1年前より尿量減少を機に体重管理が困難となる。それに伴い、透析前の心不全・透析中の血圧下降を伴うようになっている。夫婦二人暮しで友人に困まれ希望をもって生活している後期高齢期の小柄な女性』ととらえ、「無症状

透析を実施するため体重増加率が5.0%以下になるとよい」と必要な看護がみえてきた。

看護介入として、「つぎは1.0kg できてくださいね」と、メモに1.0kg と大きく書いて渡すと「ありがとうございます」とニコニコして帰られる。しかし、行動の変化はなかった。つまり、看護になっていなかったのである。

そこで全体像をとらえなおし、長年携わってきた職業（農業）と年齢を重ね合わせて観ることができていなかった（難しいことを求めていたのではないか）ということに気づき、②のように感じることができ、③のようなかわりを可能にした。

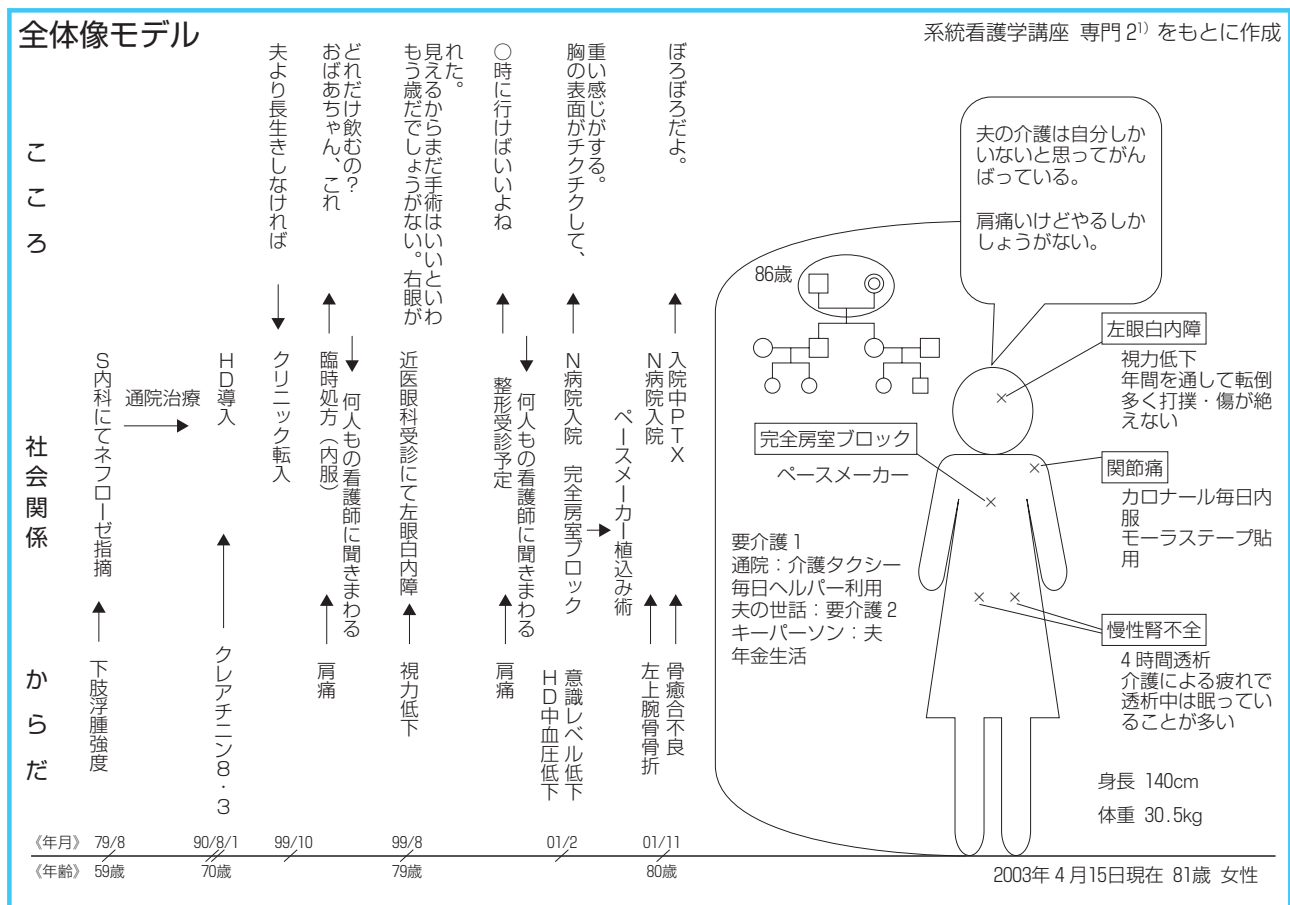
〔場面〕 透析終了後、体重測定をしているAさんに声をかけた。

患者の言動	看護師の思い・感じたこと	看護師の言動
①体重計に乗りながら、「よかった」とニコニコしている。	②よかった、全部ひけたな。今までの言い方ではAさんには無理だったかもしれない。ゴールを言ってみよう。	③記録の手を休めて微笑み返しながら「Aさん、つぎは34.0kg できてくださいね」と声をかける。
④「そうゆってもらえるとピカッとわかったヨ!」と、大きな声で言う。	⑤通じた! やはり、わかっていなかった。今度はきっと大丈夫。	⑥「よかった! じゃあ34.0kg よろしくね」と大きな声で言う。

その後のAさんは体重増加率が減少し、仲間とともに念願の弘法参りに出かけている。

先の看護介入のように高齢透析患者は、長いあいだの生活の仕方を大切に観ていかなければ丸ごととらえることができず、看護することはできない。この事例では、全体像を見直すことで患者を丸ごととらえることができ、「持てる力を活用し高めるような援助」、つまり看護ができたのである。

看護事例②



どのような人か？（体と心と社会関係から）

『ネフローゼ発症から長い経過を経て、13年前から血液透析を受けている。3年半前、完全房室ブロックという命の脅かしがあったがペースメーカーを植え込み、その半年後骨折し、骨融合が悪くPTXを受けている。その後も肩痛はあるが要介護2の夫の世話をしながら自らも要介護1の認定を受けている。ヘルパーを利用しながら生活し、介護タクシーで通院透析を受けている小柄な後期高齢期の女性』ととらえることができる。そして、「今のレベルが少しでも長く保持でき、がんばっている自分を褒めて生活できるとよい」と必要な看護がみえてくる。

この患者において、以下のような場面に出会ったら、あなたならどのような対応（看護）をしますか？

〔場面〕 以前は、タクシーの運転手が透析前後に透析室まで付き添い、荷物を運び、準備・片付けを手伝っていたが、2003年4月からは介護タクシーがスタートし、要介護1の患者は玄関までの送迎となった。透析終了後、大きな荷物（透析グッズ）を1袋ずつ両手に持ち、待合室のソファまで一人で歩いていき荷物を置いて腰掛けている。

患者の言動	看護師の思い・感じたこと	看護師の言動
①眉間にしわをよせ、首をやや傾け、看護師の顔を見て「もうだんだん肩が痛くなって上がらなくなってきているのに自分で荷物を下まで持ってかないかなんて酷だ」と立ち上がり、看護師に近づき「おばあちゃん一生懸命がんばっているのにつらい」と口調強くなり唾液が飛ぶ。	②しんどいだろうな。この年齢で、こんな状態でよくがんばっている。何とかしてあげたい…。	③患者の側にしゃがみ込み肩に手を添えて「Bさん、介護保険が変わって本当に大変だね。何とかしてあげたいけど、手伝ってあげることができなくてゴメンネ。師長に何とかできないか相談しておくからね」と顔を覗き込みながら言う。

その後、患者は看護師に「いいよ、いいよ、おばあちゃんは、そんな心配しなくていいよ」と相手を気遣う言葉をかけている。

患者の全体像を丸ごととらえることができているので②のような感情が湧き上がり、③のような看護介入ができている。この場面では、十分現状認識できている患者が、看護師に自分がかんばっていることをわかって欲しかったのであり、それをスッポリと引き受けてもらえたことで患者は逆に相手を気遣うという自身の持てる力を出している。

高齢透析患者の看護は、何もかも周りが手を出すことで本人の持てる力を摘み取ってしまうとADLが落ちてしまうということをお心することも必要である。よってこの場面では「患者の持てる力を最大限に引き出す」という看護ができていると評価することができる。

このように、全体像モデルを活用すると患者を体と心と社会関係から丸ごととらえることができ、どのように看護すればよいかが見えてくるのである。

文献

- 1) 系統看護学講座 専門2 基礎看護学, 医学書院, 東京, 1990
- 2) 透析療法合同専門委員会: 血液浄化療法ハンドブック, 共同医書出版社, 東京, 1998
- 3) 薄井坦子: 科学的看護論 第3版, 日本看護協会出版会, 1997
- 4) 薄井坦子ほか: 看護の心を科する(解説・科学的看護論) 日本看護協会出版会, 東京, 1996
- 5) 薄井坦子: 科学的な看護実践とは何か(上・下), 現代社, 東京, 1996
- 6) 眞田清子ほか: 患者理解への看護の視点, 日本看護協会出版会, 東京, 1996
- 7) 宮本真巳: 看護場面の再構成, 日本看護協会出版会, 東京, 1995
- 8) 石本静代ほか: 臨床実習成功24例 日本看護協会出版会, 東京, 1991

