



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
北海道・東北地区
第1回教育セミナー

2007年7月22日(日)

糖尿病性腎症患者の血圧・血糖管理のコツ
腎不全患者へのカウンセリング技術の応用

患者教育と新人看護師教育のために
血液透析療法の基礎知識



腎不全看護

日本腎不全看護学会
北海道・東北地区
第1回教育セミナー

Seminar Report

2007年7月22日(日)
北海道道民活動センター(かでる2.7)

糖尿病性腎症患者の血圧・血糖管理のコツ 1

東京都済生会中央病院腎臓内科部長 栗山 哲

腎不全患者へのカウンセリング技術の活用 4

腎友会岩見沢クリニック看護管理部長・臨床工学技士長 老久保和雄

患者教育と新人看護師教育のために

血液透析療法の基礎知識 7

編集 (医) 恵章会御徒町腎クリニック看護師長 松岡由美子

北海道・東北地区セミナー開催にあたって

北海道・東北地区透析療法指導看護師代表／
NTT東日本札幌病院 透析センター看護長 山口則子

2006年から全国各地で教育セミナーを開催することになり、今回第1回目の北海道・東北地区教育セミナーの開催となりました。

1998年に日本腎不全看護学会が発足してから、その2、3年後に北海道でセミナーをひらこうとしましたが1回目は人数が集まらなくて開催できず、2回目も20名程度であったことを考えると、それから7、8年で、今回約120名の方にお集まりいただけたことは皆さんの看護の専門性への関心が急激に高まっている結果だと実感しております。

今後は、腎不全看護に携わる皆様がより興味のある内容で、より参加しやすいかたちでセミナーを開いて、皆さんにご参加いただき、看護の向上に貢献できればと考えております。



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

現在、透析療法指導看護師資格取得者は、全国で431名、看護協会の認定看護師の資格取得者は58名誕生しています。北海道・東北地区の資格取得者はそれぞれ18名、6名です。いま全国の資格取得者が臨床において中心的な存在として活躍できるようになってきていると感じています。

全国でのセミナーとしては、ステップアップ研修、トピックス研修があります。また、11月には日本腎不全看護学会学術集会が開催されます。米国、中国の腎不全看護の状況、日本全国での地域間の連携、医療、福祉、保健など各領域の連携をどのようにおこなっていくかがテーマです。そして、そのなかで私たち腎不全看護のさらなる専門性について皆さんと一緒に追求していきたいと思っています。



糖尿病性腎症患者の 血圧・血糖管理のコツ

東京都済生会中央病院腎臓内科部長 栗山 哲



はじめに

本日は、「糖尿病性腎症患者の血圧・血糖管理のコツ」というテーマで看護師が知っておくべき知見について講演する。はじめに血糖管理、つぎに血圧管理、最後に最近の話題を提供する。

慢性腎疾患とは

近年注目を集めている慢性腎臓病（chronic kidney diseases：CKD）とは、程度の軽い腎障害から慢性腎不全までを含む疾患概念であり、どのステージ（病期）でも、腎疾患を引き起こした原因や病態生理は同じであるため共通した戦略で治療をおこなう。CKDの三大原因は糖尿病、高血圧、慢性腎炎である。糖尿病や高血圧の増加には、メタボリックシンドローム（Mets）の増加が関与している。Metsは脂肪摂取量増加と運動不足に象徴される生活習慣に起因し、病態が進行するほど合併症の頻度、臓器障害が増加するため、初期に抑制することが生命予後の点においても、医療費抑制の点においても重要なポイントとなる。Metsが進展してCKDの病期においても同様のことがいえる。

米国NKF-DOQIガイドラインによると、腎機能障害の進行を抑制・遅延化させる治療として、すでに効果が証明されている治療法は、①糖尿病における厳格な血糖管理、②厳格な血圧管理、③ACE阻害薬あるいはARBの処方であり、有望視されているがその効果についてはまだ研究の余地がある治療法は、④蛋白摂取制限、⑤高脂血症治療、⑥貧血の改善である。CKDの生命予後改善のためにはこの6つの方法を考慮するが、とくに血圧管理と血糖管理を駆使して合併症進展を抑制することが最も重要となる。

CKDの治療になぜ血糖管理が重要か？

糖尿病の本態は、インスリンの不足により細胞内にグルコースが吸収できずに高血糖状態となり、それにより細胞障害を引き起こし、最終的には多臓器の死・合併症を引き起こすことである。糖尿病が透析導入疾患の場合の問題点は、多臓器合併症を伴いやすく、非糖

尿病透析患者にくらべ生命予後が悪い点である。糖尿病透析患者においても血糖管理は重要な意味がある。

糖尿病透析患者の臨床的問題点としては、①水分・塩分管理が困難、②血糖管理が困難、③視力障害の合併が高率、④自律神経障害による臥位高血圧、立位低血圧など特異な血圧調節系の存在、⑤動脈硬化が強い、⑥心筋梗塞・脳梗塞・ASOの合併が高率、⑦低栄養、ネフローゼ症候群の合併が高率、⑧脂質・蛋白代謝障害の合併が高率、⑨感染症の合併が高率、⑩骨代謝障害の合併が高率があげられ、これらの問題は患者のQOLに大きな影響を与えている。

糖尿病透析患者の血糖管理

糖尿病腎不全患者の透析療法においては、血糖・血圧管理のしやすさが大きな差異となる。一般的に、HDは「血糖管理が容易であるが、血圧管理が困難」であり、一方、PDは「血圧管理が容易であるが、血糖管理が困難」と認識されている。PDでは血糖管理をおこなう際、腹膜の透析液による糖（エネルギー）負荷を勘案したうえで摂取カロリーの設定をおこなう必要がある。

糖尿病腎不全患者では基本的に経口糖尿病薬はあまり使用しない。ビッグアナイド薬は低血糖を起こしやすく禁忌であり、SU薬やインスリン感受性増強薬などの一部は使用が認められているが、インスリン治療が基本となる。インスリン治療の適応を表1に示す。

糖尿病透析患者の血糖管理目標基準は、HD、PDいずれにしても「空腹時血糖値で120mg/dL以下、2時

表1 インスリン治療の適応

	絶対的適応	相対的適応
適応となる病態	・1型糖尿病 ・糖尿病性ケトアシドーシス および抗浸透圧性非ケトン性昏睡 ・妊娠糖尿病 ・インスリン以外の治療を受けていた糖尿病患者が急性ストレスにさらされ代謝失調に陥ったとき	・2型糖尿病 ・肝疾患、高度の腎機能不全を合併し、経口薬が禁忌のとき ・他疾患治療として副腎皮質ステロイドを投与中で、インスリン以外で血糖コントロールが不十分なとき

間値で 200mg/dL 以下、HbA_{1c} で 6.5%以下とする」のが全体の意見である。

糖尿病透析患者の血糖管理指標として、HbA_{1c} よりも糖化アルブミン（GA）が適している。HbA_{1c} はエリスロポエチン（EPO）製剤により 0.4%程度低値をとるが、GA は EPO 製剤の影響は受けずに、2~4 週間の平均血糖を正確に反映する。

インスリンの分泌には、食事と無関係の基礎分泌と、食後に分泌される追加分泌がある。2 型糖尿病では、基礎分泌はある程度保たれているため、追加分泌の不足をおもに補う治療をおこなう。基礎分泌の補充には中間型、（超）持続型のインスリン製剤を 1 日 1~2 回投与し、追加分泌の補充には（超）速効型インスリン製剤を 1 日 3 回程度投与する。超速効型インスリン（インスリンリスプロ）を投与すると、非常に短時間で血中濃度があがるため追加分泌の形成にきわめて有利である。また、超持続型インスリン製剤（インスリングルルギン）は、血中濃度を長時間保つことができるため基礎分泌の形成に有用である。しかし、超持続型インスリンは、腎不全患者では効果の遷延化が懸念されるため慎重な投与が求められる。

インスリン療法には、現行インスリン療法と強化インスリン療法がある。現行インスリン療法は、1 日に 1 回または 2 回中間型インスリン製剤を投与する方法で、内因性インスリン分泌の残存した 2 型糖尿病を対象におこなわれる。一方、強化インスリン療法は、血糖管理が悪い患者に対して、基礎分泌と追加分泌のインスリン不足を補充するとともに、頻回血糖計測にもとづきインスリン量を修正しながら厳格な血糖日内変動を管理する方法である。

糖尿病透析患者では、血糖管理に影響する因子（図1）が多く、それらに注意しながらコントロールをおこなう必要がある。また、糖尿病透析患者の食事基準としては、PD で HD よりも少し摂取カロリーを抑えることがポイントとなるが、慢性消耗性である透析患者では糖尿病であってもカロリー制限は不利であるため、カロリーを補いながらインスリンや経口糖尿病薬を積極的に導入して血糖を管理していく。

- ・ 1 型糖尿病はインスリンの需要量が多く不安定
- ・ 自律神経障害による消化管吸収の不安定
- ・ 易感染性に由来する血糖変動
- ・ 視力障害によるインスリン注射の不確実さ
- ・ 食事の自己管理困難例、精神的な不安定さ

図1 糖尿病透析患者で血糖管理に影響する因子

透析患者の血圧管理

わが国の久山町研究や海外での MRFIT (Multiple Risk Factor Intervention Trial) などの大規模調査より、血圧が低いほど予後がよいとされてきた。しかし、

CKD 患者では死亡率と血圧との関連は U 字型をとり、高血圧（収縮期血圧 180mmHg 以上）が生命予後に悪影響を及ぼす一方、低血圧（収縮期血圧 100mmHg 以下）も同様に悪影響を及ぼすことが報告されている^{1) 2)}。

透析患者の高血圧と対処法

透析患者では、透析終了後の体重と血圧が適正値となるよう調整されるため、全体を平均するとつねに体液量過剰、高血圧に伴う水、ナトリウムの過剰状態である。透析患者でしばしばみられる偽性高血圧は、動脈の粥状硬化・内膜肥厚により動脈血圧と比較してカフ圧が高くなることから生じる著しい高血圧である。偽性高血圧を診断するには、動脈のなかに直接カニューレを入れることで測定できる。

わが日本国民の食塩嗜好に関する 7 つのエビデンス

わが日本国民の多くは遺伝的に塩分を保持しやすいアンジオテンシノーゲン（AGT）の T アレルをもつ。本遺伝子は salt craving（塩への渇）が強く高血圧惹起性がある。透析患者の水・食塩嗜好にも AGT 遺伝子が変換された A II が関与しており、A II を抑制する ARB や ACE 阻害薬を投与すると、透析患者の塩分（水分）嗜好を抑制する可能性が提唱されている³⁾。

食塩は血圧上昇、交感神経活性亢進、さらには血圧と独立して血小板凝集を促進し、脳梗塞や急性心筋梗塞のリスクを増加させる⁴⁾。日本人の過剰食塩の対策として、減塩指導と Mets 予防の生活習慣改善啓発が重要である。過剰食塩は血圧の上昇に影響するだけではなく、血栓性合併症や交感神経刺激も起こすことを患者へ指導していただきたい。

透析低血圧

透析患者の常時低血圧の成因としては、①自律神経・末梢神経機能の異常、②心収縮力の低下（心不全、心筋梗塞、アミロイドーシス、不整脈、心嚢液貯留、収縮性心膜炎）、③末梢血管の器質性変化（動脈硬化、アミロイドーシス）、④内分泌系の異常（両側腎摘出、甲状腺機能低下、副腎機能低下）、⑤そのほか（悪液質、栄養障害、慢性感染症、肝硬変）があげられる。

常時低血圧の治療としては、透析開始 1~2 時間前に経口薬を投与するか、あるいは、透析の後半に血圧が低下する場合は透析開始後に投与する。また、ECUM、HDF、HF、CHDF、CAVH、CAPD など血圧が低下しにくい血液浄化法を選ぶようにする。

HD 患者の血圧管理のコツ

HD 患者のドライウエイトの指標は、CTR（心胸比）が 50%以内、肺紋理の増強がない、浮腫や胸水・腹水などがいない、透析中に急激な血圧低下がない、超音波検査で下大動脈の拡張がない、血圧が良好に管理されている、自覚的にとくに重大な訴えがない、ANP

が 50pg/mL 以下である。なかでも、最も重要な指標は患者が自覚症状として“sense of well being”（充実していると感ずること）である。

透析中の血圧変動パターンには、体液量依存型とレニン依存型がある。そして、レニン依存型高血圧の原因は 3 つあり、レニン過剰分泌、透析により降圧薬が除去され降圧効果が持続しない、不均衡症候群がある。

HD 中の血圧低下の原因としては、透析中の除水過剰、plasma refilling*の不良、ドライウエイト設定の問題、低血糖発作、フサンによるショックなどがある。また、透析開始時における原因としては、First use syndrome（ダイアライザーが体質に不適合）、透析液濃度異常、消毒液残留、透析液温度異常、PAN 膜と ACE 阻害薬の併用によるショックなどがあげられる。

*plasma refilling：アルブミン濃度が低いために、透析で水を引いたとき、間質から血管に水を引く力が弱くなり低血圧を引き起こすこと。

PD患者の血圧管理のコツ

PD 患者の 30～40%で体液量の過剰がある⁵⁾が、PD 患者の生命予後に塩分除去・除水の重要性が示されている⁶⁾。

糖尿病 PD における除水改善方法としては、除水に必要な血糖の濃度勾配をつくるために、①血糖管理を第一におこなう、②高濃度ブドウ糖 PD 液を処方する、③除水亢進薬としてトラネキサム酸を使う、④ APD を用いる、⑤ ECUM/HD 併用する、⑥ Icodextrin を処方するなどの方法がある。Icodextrin は、10 時間以上にわたって継続的に水分・塩分を除去することが可能であり、透析効率 (Kt/V) も上がる。また、降圧効果も期待できるとともに腹膜炎時の限外濾過もおこなえる。

降圧療法のコツ

透析患者の高血圧の特徴として、①就寝時に血圧が低下しない non-dipper 型が高率である (90%)、②早朝高血圧が高率である (70%)、③血圧全体のレベルが上昇し治療抵抗性になる。透析患者で降圧療法をおこなう際には、まず体液量の是正をおこなったうえで、患者の病態と薬剤の特徴、時間を考慮した治療を工夫することできめ細やかな血圧管理がおこなえる。カルシウム拮抗薬や利尿薬は体液量を減少させるため、夜に服用すると血液が濃縮して朝の心血管イベントが起きやすくなることから、朝に服用することが望ましいとの考えがある。一方、RA 系抑制薬の ACE 阻害薬、ARB は夜間に服用して早朝に降圧のピークをもっていき、早朝の心血管イベントを抑制することが望ましいとの考えがある。α₁ 遮断薬は早朝高血圧に有効であるため就寝時に服用するとよい。

表2 DOPPS：日本・米国・欧州の比較

	日本	米国	欧州
登録患者数 (人)	2,169	3,856	2,590
年齢 (歳)	58.6 (12.5)	60.5(15.5)	60.2(15.2)
男性の割合 (%)	61.90	53.40	57.60
透析歴 (年)	7.4(6.4)	3.4(3.8)	5.1(5.6)
1 年間粗死亡率 (%)	6.6	21.7	15.6
相対死亡リスク	1	3.78	2.84
冠動脈疾患 (%)	19.2	49.8	29.4
脳血管疾患 (%)	12.5	18.4	13.7
B 型肝炎罹患率 (%)	2.2	2.4	4.1
C 型肝炎罹患率 (%)	13.4	7.4	11.5
Kt/V	1.21	1.26	1.25
透析時間 (分)	240	213	240
初回血流量 (mL/min)	160	300	200～300
アクセス	93% 動静脈瘻	58% 人工血管	67～90% 動静脈瘻
血清 P 値 (%)			
>5.5mg/dL	53.6	51.9	49.4
Intact PTH 値 (pg/mL)	196(241)	316(473)	269(365)
Hb (g/dL)	10.1	11.7	11.1～11.7
EPO 投与量 (U/週)	5,297	17,360	7,401～12,312

(塚本雄介：世界の透析ガイドラインの今後。臨床透析 22：59-70,2006 より引用)

透析の国際比較

透析の事情は日本、米国、欧州でまったく異なる。Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS) をもとに日米欧の透析を比較した (表 2)。日本の特徴として、長い透析歴、低い死亡率、低い冠動脈疾患率、低い血流量、多い内シャント頻度、低い Hb と EPO 投与量、管理良好な i-PTH があげられる。これは欧米では移植が多いこと、また、米国では全員が透析を受けられないなどの医療保険制度の違い、日本の低い EPO 使用制限、米国での人工血管の奨励システムなどが影響している。この国際比較は、行政・保険システムとその問題、医師の考え方、患者の受け取り方の違いなどによって、透析医療も著しく変わることを示唆している。

文献

- 1) Iseki K *et al*: Predictors of stroke in patients receiving chronic hemodialysis. *Kidney Int* 50: 1672-1675,1996
- 2) Mazzuchi N *et al*: Importance of blood pressure control in hemodialysis patient survival. *Kidney Int* 58: 2147-2154, 2000
- 3) Oldenburg B *et al*: Controlled trial of enalapril in patients with chronic fluid overload undergoing dialysis. *Brit Med J* 296: 1089-1091, 1988
- 4) Somova L *et al*: Platelet activity and salt sensitivity in the pathogenesis of systemic (essential) hypertension in black Africans. *Clin Exp Hypertens* 15:781-796, 1993
- 5) Nakayama M *et al*: Multicenter survey on hydration status and control of blood pressure in Japanese CAPD patients. *Perit Dial Int* 22:411-414, 2002
- 6) Ates K *et al*: Effect of fluid and sodium removal on mortality in peritoneal dialysis patients. *Kidney Int* 60: 767-776, 2001

腎不全患者への カウンセリング技術の応用

腎友会岩見沢クリニック看護管理部長・臨床工学技士長 老久保和雄



はじめに一腎不全患者のストレスマネジメントの必要性

腎不全患者は透析治療や腎移植治療にかかわらず、さまざまな葛藤やストレスに苦悩する事態に遭遇する。ストレスはスムーズな人間関係を阻害する要因となり、ひいては、いじめなどのモラルの低下、仕事の能率の低下、医療ミスの増加、燃え尽き症候群の発生などの悪影響を引き起こしかねない。そのような患者に対応する手段の一つにカウンセリング技術がある。

今回は、『透析看護』（日本腎不全看護学会編）に執筆したカウンセリング技術を超えて、より包括的なストレスの理解として、ストレスの未解決が引き起こす問題や、ストレスマネジメントについて解説する。

医療機関でのストレスマネジメントの応用

ストレスマネジメント技術を医療機関で応用できるのは以下のような場面である。

- ①生活習慣病、慢性疾患、心身症などのストレス関連疾患の対応：従来からの疾病の予防法や治療法に加え、対象者と周囲の人の不健康な生活習慣を変え、人間関係を改善する援助をする。
- ②ノンコンプライアンス行動への対応：セルフケア能力を育てるためには、自分の気持ちをわかってもらえる、安心して自己主張、自己決定できる関係や場をもたせる援助をする。
- ③燃え尽き症候群が起こりやすい人への対応：燃え尽き症候群は、過剰な依存心や自己抑制心をもっている人に多く、自分の気持ちや要求を表現する力が弱いことが問題となる場合が多い。したがって、本当はどうしたいのかを自覚させ、「私」を表現し伝える力、相手の話を正しくリスニングする力をつけさせ、ストレス源に向けて積極的な行動をとる習慣を身につけさせる。

ストレスマネジメント力

ストレスには、良性ストレス（Eustress）と悪性ストレス（Distress）がある。課題が与えられたとき（1次的ストレス）、高度の期待や現実不可能な課題を与えられつづけた結果として疲労や病氣、時にはいじ

めなどの悪性ストレス（2次的ストレス）を生じる。1次的なストレスのなかでも学習活動、生産活動、創造活動、愛情、共感、協力などから引き起こされるストレスは良性ストレスとして行動を起こすエネルギー源となるため、それを対象者のなかから引き出し、ストレスを活用する方法（ストレスマネジメント力）を身につけさせたい。

心のエネルギー

心の3つの本質的欲求には、慈愛欲求（人を愛し認め信じる愛；愛したい、尊敬したい、優しくしたいなど）、自己信頼欲求（人からどう思われようと自分を信じ認める愛；自分を好きになりたい、成長させたいなど）、慈愛願望欲求（人から愛され、認められる欲求；受け入れられたい、期待されたい、価値観をわかってほしいなど）があり、このうち一つでも満たされないと心は不安定になりメンタルヘルスが保てなくなる。この3つの本質的欲求のどれが欠けているかを探っていくことで問題解決をはかるカウンセリング法を紹介する。

しかし、時には、本当の自分の欲求を見つけたとしても、心の傷（トラウマ）や逃避的行動を取りつづける個人特有のくせ（心理パターン）があると、本当の欲求を充足する行動を起こせなくなることがある。このような場合の原因と対処法は、別項の「二重意思論と心傷体験（トラウマ）」に示す。

カウンセリング理論と技法

人（自分も含む）の訴えや行動、感想、印象などの背景にある気持ちや感情を把握することがカウンセリングにおいて重要となる。対象者が欲求を充足しているかどうか、また、対象者がその欲求に対してどのような充足行動を取ろうとするのか、あるいは行動を取らないようにするのかが見えてくる。

相手の気持ちや動機を明確にする4つのステップは以下のとおりである。①訴えや感想、行動の背景の感情を明らかにする。②その感情を生み出している欲求を明らかにする。③要求がどのような心の欲求から生じているのかを明らかにする。④心に隠された本当の欲求が明らかになると、そのための行動の目標が立てられる。

コミュニケーションの4つの基本技法

1) 観察法：気持ちをとらえる方法

観察法は、相手の気持ちや思い、感情をよく見たり、聞いたりすることで、気持ちをとらえる方法である。観察するポイントとして、①気持ちや感情、セリフ、独特の言い回し、②目・顔・声の表情の変化、ジェスチャー、姿勢の変化などの態度、③心がジーンとするキーマッセージがあげられる。

2) 傾聴法：気持ちを受け止める方法

傾聴法は、相手の話を聞く妨げとなる自分の考えや心の壁（ブロックング；思い込み、説教、説得、意見の押し付け、先読み、評価、都合のよい整理など）を取り除いて、相手の気持ちを受け止める方法である。ブロックングがおきたときは意識的に脇に置く。相手に真剣に聞いているという気持ちが伝わるように、体をぐっと寄せて聞くといい姿勢を保つ。

3) 確認法：気持ちを確かめる方法

確認法は、相手の話のポイントとなる点をくり返したり、要約したりして相手に返すことで、相手の反応をみて気持ちを確かめる方法である。もし、ポイントが外れていることをフィードバックしたと感じたら、「違いましたね」と正直に伝えたり、言い直したりする。

4) 共感法：気持ちをわかりあう方法

共感法は、相手が話している状況や気持ちをよく考え、具体的にイメージしたうえで相手と同じ気持ちになって言葉を返す方法である。

基本的カウンセリング手順

上記のコミュニケーションの4つの基本技法をもとに、臨床でカウンセリングをおこなう基本的な手順とその発問法の例を表1に示す。この手順どおりにおこなうだけでなく、応用も可能である。対象者の気持ちや感情を引き出し、感情の裏に隠されたものを引き出すような言葉かけ（発問）をしていくことが大切である。

ストレスマネジメント法

われわれは通常、多少困難な課題であっても、自分の本当の欲求を知り、速やかに内的、外的要求のコントロールをはかり、経済的・時間的・能力的・物理的などのさまざまな見通しの確保、支援者の確保ができるように行動を起こし対処している。思い通りにならないときには、自分の要求が高くないか、他者の要求が高くないかを確認したり、優先順位をつけたり、いつどこでおこなうかという見通しを確保したり、気持ちの通じる人に相談したり、支援を求めたりというストレスマネジメント法を身につけたい。

表1 カウンセリング手順と発問法の例

カウンセリング手順	発問法の例
1) 開かれた質問	「退院が決まってどんな気持ちですか？」 「アルコールを飲まれているとき、どんな気分ですか？」 「同じ薬が出ていますが、最近の調子はいかがですか？」
2) 効果的な沈黙	相手の話の内容や気持ちにあった表情に心がけ沈黙する。キーワードやキーマッセージ、気持ちの強さにあわせてうなずく、身を乗り出して聞く、腕組みや足組みはしない。つぎに何を言おうか迷っている場合は静かに沈黙して待つ。
3) 促し・事柄の明確化	話を効果的に促す：「それで」「それから」「そして」「どうぞ」 事柄を明確にする：「○○って何ですか？」「それは誰がいったのですか？」
4) 共感的なくり返し	（相手の言葉やいい方を利用して）「○○さんがいったときに●●だったんですね」
5) 気持ちや感情の明確化	「○○というのはどんな気持ちですか？」 「その○○という気持ちは、嬉しいですか？」 「○○というとき、どんな気持ちがあったのですか？それはどんな感情ですか？」 「その○○という気持ちの背後にはどんな感情があるのですか？」 「その○○という気持ちは、不安を感じますか？それともイライラする感じですか？悲しい感じですか？」
6) 感情の意味の明確化	「その気持ちはどんな願いや期待から生じているのですか？」 （喜びの感情に対して）「○○というのは、何か思い（願い、期待）が叶ったのですよね。どんな思い（願い、期待）ですか？○○というのは、何か期待が叶いそう（叶えたい）ですね。どんな期待ですか？」 （不安の感情に対して）「見通しがつかないと思うと不安ですね？見通しがつかない思い（願い、期待）はどんなことですか？」 （怒りの感情に対して）「○○というのは、どうしてこうなの！とか、どうしてこうしてくれないの！と思うのですね。それはどんなことですか？」 （悲しさの感情に対して）「○○というのは、本当はこうだったらいいなという思い（願い）がありますよね。それはどんなことですか？」 （苦しさの感情に対して）「○○というのは、何か嫌なことがつづいていますよね。どんなことですか？」
7) 心の本質的欲求の明確化	「その期待や願いが叶ったなら、自分へのどんな要求が満たされますか？」 「自分の損得は別にして、人を無条件で愛し認めたい心ですか？」 「人はどう思うと自分を信じ、認めたい心ですか？」 「人から認められ愛される心ですか？」
8) 目標（見通し）の明確化	「その期待や願いが叶ったら嬉しいですよ。どうしたいですか（どうするとよいと思われませんか）？」 「その願いや期待が叶ったら嬉しいですよ。自分にどんな力が必要だと思えますか？」 「その○○を叶えるのに、今日からでもできる具体的なことはどんなことですか？」
9) 癒しの言葉	「いまの自分に何と言いたい（言われない）ですか？」 「誰に何と言いたい（言われない）ですか？」 「何と言われるとホッとしますか？」
10) 共感的要約	これまでの話を要約的にくり返し、感情を表す言葉や癒しの言葉を相手になりきって気合いの入ったセリフで言う。そして、相手の言われた言葉に共感的にいう。
11) 支援・励ましの言葉	相手への本当に感じた点を言葉にして伝える。言われて嬉しくなりホッとさせる言葉をかける。

ストレスマネジメントがうまくいかない理由

上記のストレスマネジメント法がうまくいかない原因について以下に解説する。

1) アサーティブ・コミュニケーションスキルの不足

アサーティブ・コミュニケーションスキルがないと、目標を定めてもうまくいかない。意見交換がうまくいかないときに相手を攻撃する、やり込める、ご機嫌を取る、諦めるなどの姿勢を取る傾向があり、結果としてストレスマネジメントはうまくいかない。そのため、人それぞれの違いを認めあう関係を軸に、積極的、対等な自己主張をおこない、納得のいく結論を導き出す姿勢を保つようにする。

2) 自己抑制型行動特性

アサーティブ・コミュニケーションスキルのない人のなかには、たとえば周りに迎合して本音を抑えるイイコ特性（自己抑制型行動特性）をもつ傾向がある。イイコ特性が強い人は、ストレスをもちやすく、「思い通りにならないこと」自体がストレス（1次的ストレ

ス)となっており、その問題に対して現実的な対処行動をとらないため、ストレスが葛藤化、身体化、行動化した2次的ストレス症状が起り、さらにこの症状が新たなストレス源となる。このように、慢性化しやすいパーソナリティ特性を0次的ストレスといい、気持ちや考え方の癖がストレスを引き起こしている。適切な行動や問題解決方法はわかっているのに実行することに無力感、諦め、怒り、怖さなどの感情が起り無自覚に実質的な行動が取れなくなる。また、情緒的に他人に依存しやすく、気持ちのなかでは認められたい、負けたくない、評価を気にする、察してほしい、尊重されたい、理解がほしい、思い通りにしたいという気持ちがある反面、自己表現をしないため他人に理解されにくく、それに対して悲しさ、不安、怒りを抱く。自己表現をしない理由としては、相手に嫌われる、攻撃され、孤立する、見捨てられる、批判される、自信がない、人を傷つけることを恐れているため自分の気持ちを素直に出せない。

二重意思論と心傷体験(トラウマ)

理屈ではわかっているけど行動が直せない原因は、現在の行動が「隠された裏の意識(表の意思とは違う無自覚な感情)」に実質的に支配されているためである。

無自覚な裏の意識とは、過去にその人にとってショックであった経験によりつくられた心傷体験(トラウマ)であるが、普段は自覚にのぼらないように記憶の奥にしまいこむことで心の安定を保っている。この無自覚の裏の意識によって、過去のショックな経験と似た状況になるとその傷ついた感情を再度もたないように自動的に防衛し避けるプログラムが心に備わることになる。すると、「恥ずかしい思いをしないように」「プライドを保たなければならない」「罪悪感を抱かないように」と歪められて意識化されたり、人からの好意を失わないように、自分の感情を押し殺す特性(イイコ特性)へと発展していく。イイコでいることは、人とぶつかることがないため心が傷つくことや強い拒否にあうことはないが、自己主張を抑制するため、他人と心が通いあう思いも経験することができなくなり、慈愛欲求、自己信頼欲求、慈愛願望欲求という心の本質的欲求を充足することも難しくなる。

これら心理体験のパターンは大きくは以下の十人十色といえる心理パターン(癒すパターン、償いパターン、当たるパターン、妬むパターン、巻き込むパターン、助力を求めるパターン、慰めるパターン、気をひくパターン、諦めるパターン、過去の恐怖・罪悪・無力感・自己嫌悪などを自覚させないように、別のことに熱中させ喜びを得ようと「これでもか、これでもか」と努力するパターン)に分類される。

心傷体験からの解放

過去の心傷体験から解放されるための方法として、

自己関連連想法(自己イメージ連想法)と心傷風景連想法(癒しの方法)を以下に解説する。

1) 自己関連連想法(自己イメージ連想法)

現在の自分の感情や気持ちをもとに、この感情をもつ自分のイメージを連想し気づきを得ることで、弊害を起こす行動パターンを修正する方法である。たとえば、「やらされる怒りと頼られると嬉しい」という感情をもつ自分はどのような自分かとイメージし、「わがままで自由にやりたい自分」という自己イメージからつくられた感情によっていることを自覚できる。

2) 心傷風景連想法(癒しの方法)

悲しい、怖い、抑え切れない怒り、パニック、文脈上あわない表現、言語・非言語の不一致する感情などの過去の強い心傷感情の存在が確認されたときに、その心傷感情を抱いた過去の体験を再現し、現在、無自覚におきる強い感情の理由に気づき癒されることで、過去からの囚われを解放する方法である。

心傷風景連想法とその癒しの手順は、以下のとおりである。①発言内容や心で思っていることの背後にある感情や期待を明確化する、②その感情を表す心のつぶやきや「心の声」を言ってもらい、その声がどのようなときに出てくるかを聞き出す、③このような感情、心の声から連想する過去の場面を思い出させるよう促す、④過去の場面で未解決だった課題に気づかせ、そのときに重要な人物に言いたかった(言われたかった)言葉や行動をカウンセラーと協力し再現する、⑤過去の心傷場面の心の声を喜びと希望のある前向きな心の声に変えてもらう。過去の心傷体験によって心傷感情がフラッシュバックし、自己感情をコントロールできない状態が持続することは、自分を信じたい心(自己嫌悪に陥ることや、自分を変えたいという強い希望)をもつ一方、簡単には変わらないという矛盾・葛藤に苦しむ。隠された意思や感情、心理パターンにもとづく心の声を自覚し、変えることで、自己解決力や自己決定力を回復させることができる。

おわりに

ストレスマネジメントの方法や考え方は、自己効力感やストレスコーチングなどの形式で通常患者に対してわれわれが日常臨床でおこなっているものである。感情や心の本当の欲求に焦点をあてていき、それを意識化させ変更させていくことが重要である。

今後皆さんが看護師・患者間や職場内の人間関係でカウンセリング技術を応用した事例報告・研究発表を進めていただくことを願っている。

文献

- 1) 宗像恒次監：患者を感動させるコミュニケーション術 患者の本当の気持ちをつかみやる気、自立心を引き出すテクニック、ばる出版、東京、2005
- 2) 宗像恒次編：栄養指導と患者ケアの実践ヘルスカウンセリング、医歯薬出版、東京、2001

血液透析療法の基礎知識

編集 (医) 恵章会御徒町腎クリニック 看護師長

松岡由美子

掲載予定

1. 腎臓の働き

腎臓の位置
腎臓の働き
尿毒症の症状

2. 透析療法

血液透析とは
ダイアライザー
血液透析の原理
透析療法・食事療法・薬物療法

3. シェント

シェント・穿刺・止血方法
シェントの管理
閉塞の予防
感染の予防

4. ドライウエイト

5. 食事療法のポイント

塩分・水分を制限しましょう
カリウムを控えましょう
リンとカルシウムについて
蛋白質の摂取
適切なエネルギーの摂取

6. 注射・内服薬について

透析中に使用する薬剤
内服薬
リンとカルシウムのバランスに関する薬

7. 透析で発生する問題・合併症

8. 検査について



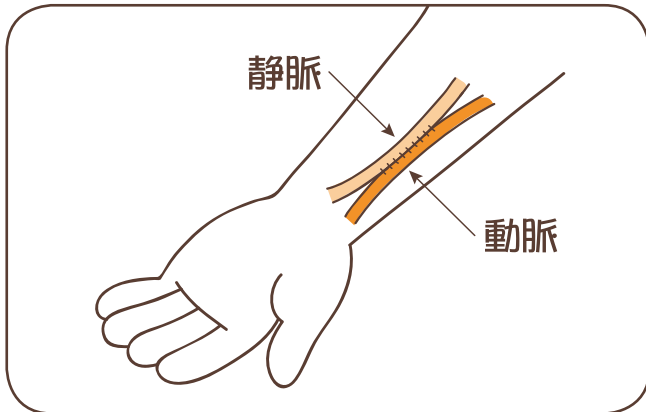
透析を受けている方の自己管理の良否は、QOL や ADL に影響を与えるだけでなく、生命予後をも左右します。自己管理行動が遂行されるには、透析者が医療者から十分な情報の提供を受け、自己疾患と病状を把握し、自己管理の必要性を理解することが大切です。

第3回目のテーマは、「シェントとその管理」について解説します。シェントは、閉塞や感染がおきる可能性があるため、透析者自身がその問題の早期発見に努めることが重要です。この資料では、透析終了後の止血方法、血液の流れの確認方法、シェントから出血したときの処置、シェントについて日常気をつけることについて解説し、異常を早期に発見し、すぐに対処できるよう注意を喚起しています。

透析者の自己管理支援、新人看護師の教育資料として、本資料を各施設でさらに思案・工夫し、より活用的な資料をつくりあげるための参考になれば幸いです。

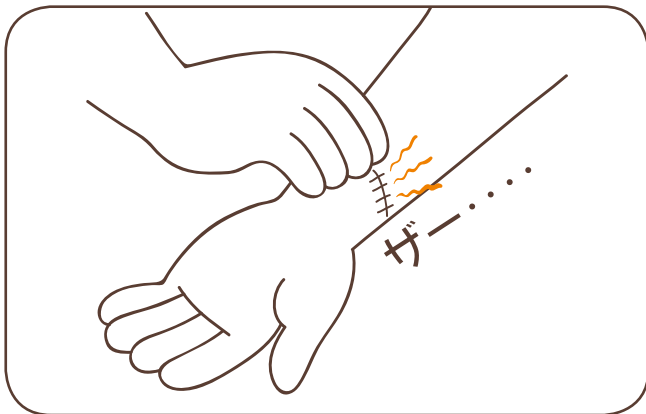
シャント

血液透析をおこなうには、大量の血液を毎回確実に人工腎臓（ダイアライザー）へ送らなければなりません。腕の静脈では大量の血液を得ることは難しいため、手術で動脈と静脈をつなぎ、内シャントを作製します。



〈シャント〉

手術により動脈と静脈をつなぎ、静脈の血液量を増やします。これにより、十分な血液をダイアライザーに送ることができます。

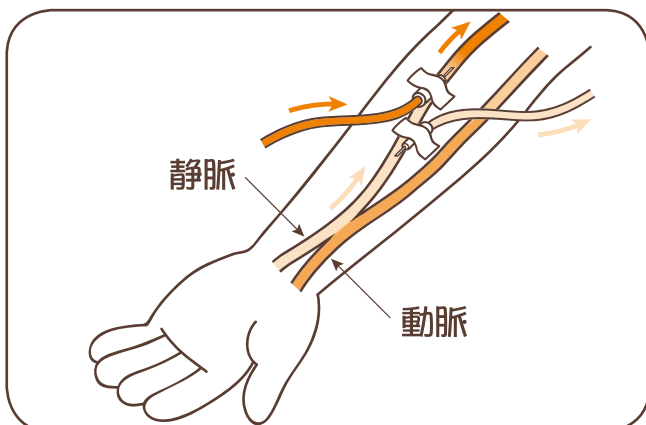


吻合部（手術したところ）に触れると、ザーザーと響くような拍動が感じられます。これをスリルといいます。

一般的には手首のあたりにつくりますが、血管の代わりに人工血管（グラフト）を使用し、動脈と静脈をつないでつくる方法もあります。

〈透析時の穿刺（針刺し）について〉

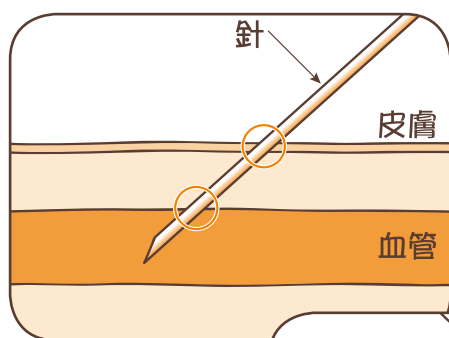
透析をする際には、ダイアライザーに血液を送るための針と、きれいになった血液をからだに返すための針の2カ所の穿刺が必要になります。



同じ部位に何回も穿刺すると皮膚や血管にダメージを与えやすいので、毎回少しずつずらします。

〈止血方法について〉

透析をする際には、身体から出ている血液が固まらないように、抗凝固薬（ヘパリンなど）を使用します。そのため透析中や透析後数時間は、普段よりも多少出血しやすい状態になります。



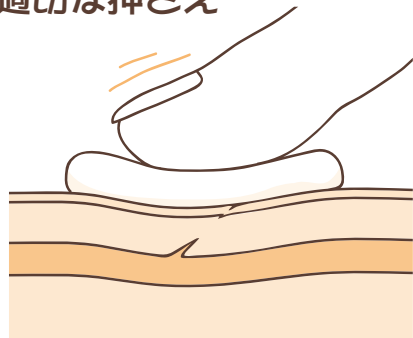
針が刺さっている状態

皮膚の針穴と血管の針穴は若干ずれています。皮膚の針穴と血管の針穴の2ヵ所を指先ではなく、指のほらを使って押さえます。



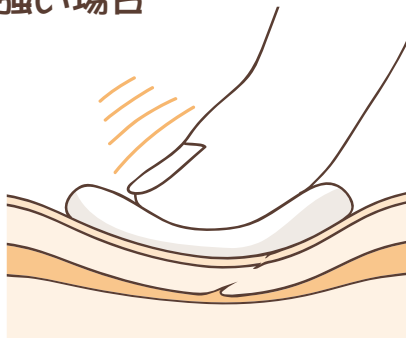
透析終了後は針を抜き、10分程度ガーゼで押さえます。

適切な押さえ



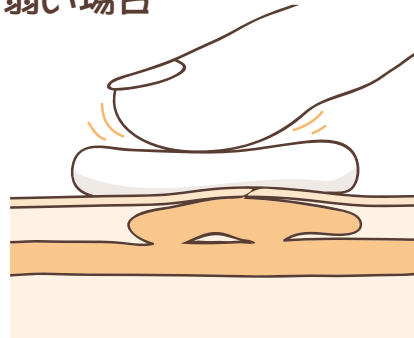
強すぎず、弱すぎず、スリル（シャントのザーザーと響くような拍動）がわかる強さで10～15分押さえます。

強い場合



強すぎると血液の流れが悪くなり、シャント閉塞の原因になります。

弱い場合



弱すぎるとなかなか血が止まらず、出血したり、皮膚と血管の間に内出血を起こします。

《止血ベルトを使用されている方へ》

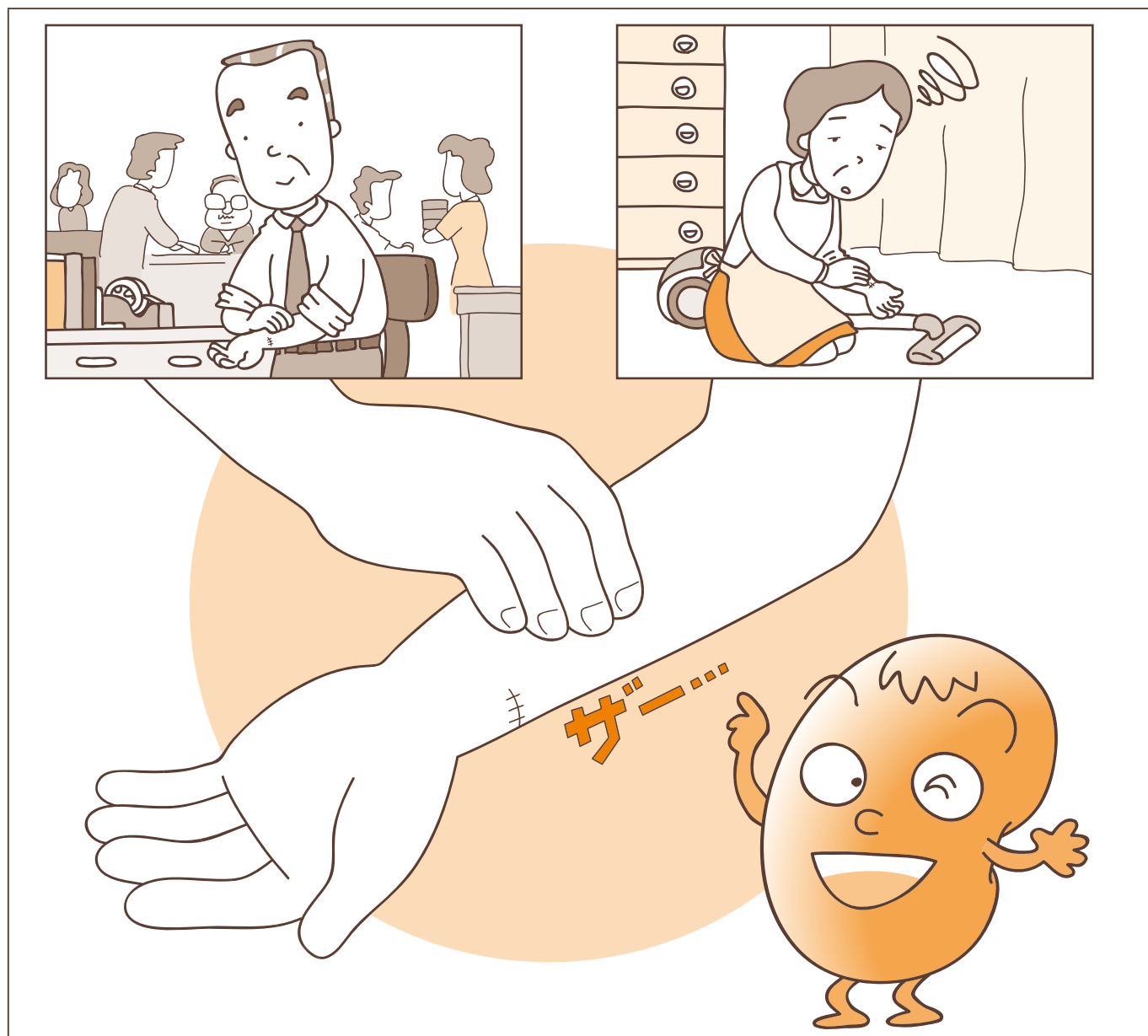
止血ベルトは、スリル（シャントのザーザーと響くような拍動）がわかる程度の強さで使用しましょう。

長時間の使用は、シャント閉塞の原因になるので避けましょう。

〈シャントの管理〉

シャントは、血液透析をおこなううえで最も大切なものです。
シャントを長持ちさせるために、次の点に注意しましょう。

《血液の流れの確認》



毎日、朝夕のほか気づいた時にシャントに手をあて、スリル（シャントのザーザーと響くような拍動）を確認してください。とくに立ちくらみや血圧が下がった感じがする時には、確認をお願いします。

スリル（シャントのザーザーと響くような拍動）が触れない時は、シャントが閉塞している恐れがありますので、すぐにクリニックに連絡をしてください。

《こんなとき・・・！》



針穴から血がなかなか止まらない。



シャント部やその周囲が腫れる、赤くなる、熱を感じる、痛みがある、硬い感じがする。



シャント部、その周囲に触れてもスリル（シャントのザーザーと響くような拍動）がない。

すぐにクリニックまたは緊急連絡先へ電話をしてください。

《 緊急事態 》

シャント側の腕からの大量出血の時（事故やけがで止血が優先する場合）

- 傷口を圧迫する。
- しばらくしても止血できない時は、シャント吻合部（手術した傷のあるところ）も圧迫する。
（シャントは閉塞することがありますが、この場合は、出血を止めることが優先されます）
- 救急車で近くの病院に行き、処置を受けてください。



〈閉塞の予防〉



シャント側での腕枕



シャント側の
腕時計



シャント側の腕に
荷物をかける



シャント側での
血圧測定



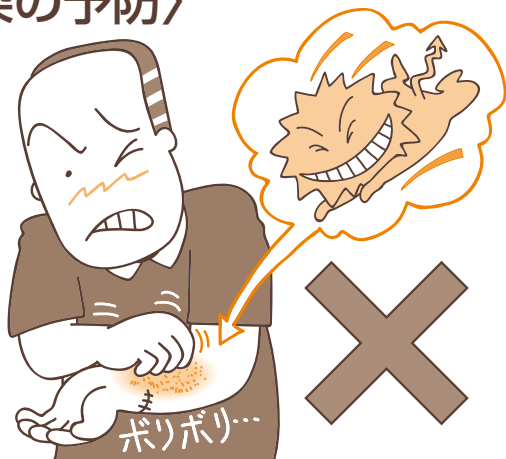
シャント側でつり革に
つかまる

上記の行為は血液の流れが妨げられ、シャントトラブル（発達不良や血流不足、血管の狭窄や閉塞）の原因になるため避けるようにしましょう。



急激な血圧の低下も、シャントトラブルの原因になります。急激な血圧の低下を起こさないように、急に立ち上がったり、長湯をしてのぼせたりすることのないよう注意してください。また、過度の除水や誤った降圧薬の内服も血圧低下の原因になるため、体重管理、内服管理、血圧測定など自己管理を心がけましょう。

〈感染の予防〉



シャント側の掻き傷、かぶれがひどくなると傷口から細菌が入る恐れがあります。



シャント側の腕は常に清潔にしましょう。

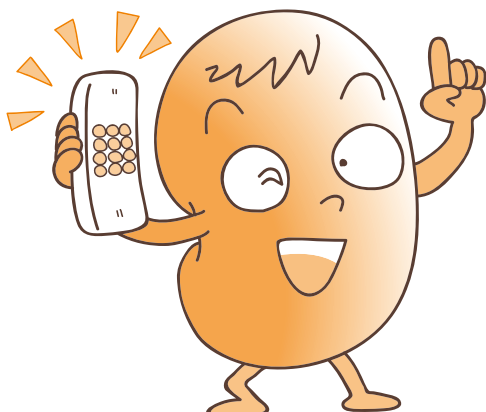
透析当日……



透析日の入浴は、再出血や針穴から細菌が入る恐れがあるため避けましょう。



穿刺部の周囲が赤くなったり、熱っぽい時は炎症が起きている恐れがあります。



その他、異常を感じたら
すぐにクリニックに連絡をしてください。



中外製薬株式会社 |

 ロシュ グループ

2007年11月作成
EPO 07冊子14401