



中外製薬

Roche ロシュグループ

腎不全看護

Seminar Report

第1回トピックス研修

2007年2月4日(日)



家族看護の基本を学ぶ

自己管理支援を再考する—効果的な患者教育とは
透析患者の体験理解

腎不全看護 Seminar Report

日本腎不全看護学会
第1回トピックス研修

2007年2月4日(日)

パシフィコ横浜 会議センター501号室

家族看護の基本を学ぶ 1

広島大学大学院保健学研究科保健学専攻看護開発科学講座教授 森山美知子

自己管理支援を再考するー効果的な患者教育とは 5

福岡県立大学看護学部教授・学部長／ヘルスプロモーション実践研究センター長 安酸史子

透析患者の体験理解 10

日本赤十字九州国際看護大学准教授 下山節子

より効果的な患者支援の実践のために

日本腎不全看護学会理事長 水附裕子

腎不全医療は多くの専門職が協働するチーム医療であり、最近、その傾向がますます強まっています。近年の透析患者の高齢化や長期化、糖尿病性腎症患者の増加などにより看護の内容は日々変化しております。なかでも、治療の内容をはじめ、安全・安楽を考慮した透析の維持に関連する知識・技術、患者支援の内容などについて多様化している現状が多くみられます。

われわれがおこなっている透析看護、腎不全看護の特徴として、患者のライフステージ全般に連続的にかかわっていくということがあげられます。今回は第1回のトピックス研修として、患者の生活支援を中心に、「家族看護」、「自己管理支援」、「患者の体験理解」について、それぞれ著明な先生方にご講演いただきます。先生方には、専門的に、深く、わかりやすく、皆さんにご教授いただけるものと思っております。皆さんにとって今日1日のセミナーが実りあるものになれば幸いです。



家族看護の基本を学ぶ



広島大学大学院保健学研究科保健学専攻看護開発科学講座教授
森山美知子

はじめに

慢性疾患において、なぜ家族もケアの対象にすることが重要か、家族はどのように患者を支え、支えられるのかについて、また、どのような悪循環や障害を起こしやすいのかについて、家族の協力体制形成過程や悪循環パターンの分析から解説する。さらに、家族の基本的なとらえ方、どのようなアセスメントの枠組みを用いて、システムとしての家族をどのように支援していけばよいのか、その視点について解説する。

透析を受ける患者・家族は何に苦しむのか？

透析患者とその家族は、透析には終わりがなく一生続けなければならないという重圧感とともに、自身や家族の将来に対する不安を感じている。多くの患者はずっと否認をし続け、なかなか受容することができない。透析導入にあたって多くの患者が、「透析になったら人生の終わり、でもあきらめきれない」という葛藤を感じる。

生きていくために透析を受け入れるが、それは本当の受容ではない場合もある。受容とは透析を生活の一部として受け入れること、病気をもった自己を受け入れていくことであり、一生かかっても受容できないこともある。

透析といわれることは、一時的にでも「あなたはこの世から必要ありませんよ」と宣言されたような絶望的な感覚をもつ一方で、病気をもってもなんらかのかたちで社会とつながっていたい、社会に貢献したい、誰かの役に立ちたいと考える。

浮ヶ谷らの『病気だけど病気ではない』¹⁾に述べられているように、糖尿病などの慢性疾患の受容とセルフケア実践は必ずしも正の相関があるわけではない。生きるために知識を得て実践や練習で技術を身につけていくことと「透析患者であること」を受け入れるという心理的受容とは異なる。教育、実践、練習で身につけていく知識やスキルと、心理的受容を理解して対応していくことが重要である。

透析患者は何に苦しむのかー

医療人類学的アプローチの応用

アーサー・クラインマンは著書『病いの語り』²⁾のなかで、「病いはその社会や文化の文脈のなかで、どのように受け止められ、どのように対処することを期待されているか、そして、病気をもつ患者自身がどのような体験をするかによって、その病気は特有の意味をもつ」と定義している。つまり、透析や腎不全はただの透析であり腎不全である。それが、日本の社会のなかで、「フルタイムで働けない人（仕事の中断を余儀なくされる人）は使えない」といった見方をされるなかで、患者は「自分は社会の役に立てない人間だ」という思いを抱くこともある。

たとえば、糖尿病は医療政策のもと“生活習慣病”と定義づけられてしまったため、世間では“自己養生ができない人になる病気”という見方をされてしまいがちである。そのため、糖尿病患者とその家族は、周囲に糖尿病であることを隠そうとして、肩身の狭い思いをするという苦しい体験をする。

『病いの語り』のなかで苦悩の核心に迫るアプローチとして、「個人の病いがもつ特有の意味を検討することで、苦悩を増幅させる悪循環を断ち切ることが可能である。病いのもつ意味を解釈することによって、より有効なケアを提供することも可能である」と述べられている。

2型糖尿病になったある17歳の女性は、「父親が死んだから糖尿病になった」という認識をもっていた。父親が母親と子供を遺してくも腹下出血で倒れて亡くなった。そして、専業主婦だった母親はコンビニで働き出し、いつも残り物のお弁当を持って帰ってきて、お父さんが亡くなった喪失感のなかで、皆でそれを食べながらテレビをボーッと見ているうちに病気になったと認識していた。患者それぞれに自分の病気のとらえ方が異なる。そのストーリーを聴き、彼らの苦しみに近づき、気持ちを切り替えて新たな人生を歩み出せるように支援する看護が求められている。

ライフイベントとナラティブ

患者・家族の苦悩を理解するために有用なアプローチ方法として“ナラティブ”がある。

ナラティブというのは“(病いの)語り”という意味であり、そのアプローチは「話し手にとっての真実は、それが語られるときに構成されるものである」³⁾という考え方に立脚する。相手の思考を促すような質問をおこなうことで、会話を通して新たな真実(ストーリー)を創り出そうとするアプローチである。

たとえば、「自分は病いでこんなに辛い思いをしている」という体験が語られることによって、辛い体験についての真実ができていく。そのときに、聞き手である看護師が「辛い体験をされたんですね。それでも、そのなかで学んだことや、この病気になってからよかったと思うことはありますか」と言葉をかけることで、たとえば「妻が毎日、治療のための食事をつくってくれる。こんな妻をもって私は幸せ者だと思った。妻が自分のことを大事に思ってくれることがわかった」というように、それまで患者が病いをマイナスの視点でしかとらえていなかったとしても、聞き手である看護師がうまく話を引き出すことによって病いがプラスの意味に転換されていく。

患者は家族などの重要他者との関係性のなかで、自分の人生や自分自身の生きる意味を見出すことができたとき、前向きに生きる希望をもつことができる。そこにはたらきかける看護は重要である。

家族のライフイベントと病気

慢性疾患は一生の病気であるため、さまざまなライフイベントに直面する。たとえば、「この人のためにやろう」という感情の喪失、離婚などによる家族の崩壊とそれに伴う療養の目的の喪失、失業や、こどもの病気や障害、家族員の死、強い挫折などは、時に療養に向かえないほどのストレスとなるため、病気と家族のライフイベントとの関係を視野に入れてケアをおこなっていくことも重要である。

なぜ慢性疾患では家族にアプローチするのかという第一義的理由は、アドヒアランスレベルを高め、疾患の悪化を防ぎ、疾病・症状を改善していくために、患者の重要な環境要因、第一次的な支援者である家族の支援体制を強化することである⁴⁾。

2型糖尿病の患者の家族が、どのように患者の食事療法の協力者となるかという過程を稲垣ら⁵⁾の研究をもとに、われわれがさらに研究を進めた。稲垣らによると、家族が食事療法の支援者となるためには以下の3つの大きなステップをとる。

第1段階：協力者となるための取り組みをおこなう

多くの家族が「なぜ自分の家族が病気になったのか」とショックを受け、悲嘆のプロセスを踏む。糖尿病の教育指導を受けると、家族は自分の性格・素質と対比し、自分が食事療法を一生担っていけるかどうかを査定する。そして、食事療法をおこなうことに負担を感じる。それを乗り越えると、“糖尿病食は健康食だ。自分の体のためにもいい”と食事療法に対する印象操作をおこない、“3食決まった時間に食べる、食後はものを口にしない”などの具体的目標設定をおこなう。そして、「患者を支えられるのは自分しかない」と意気込み、具体的体制の立て直しをおこない、家族は患者の協力者となる。第1段階のドロップアウトは、今後おこなっていかなければならない内容や負担の量と自分の性格とを対比させ「自分は頭が悪いのでできない」などと自己効力感の低さから尻込みする／やめるときに起こる。

第2段階：慣れようとする取り組みをおこなう

第1段階を乗り越えると、家庭での食事の量や味付けについて、患者に病院食とくらべるなどしてもらいながら調整していく。そこで、糖尿病についてテレビや本などから情報を得たり、同じ糖尿病をもつ人の存在を知り始めると、自分だけが糖尿病の食事で苦労しているのではないことを知る。また、患者が食べたいもの、飲みたいものを我慢してきちんと自己管理をしているのをみて、家族も応えようと努力し協力・支援体制をつくっていく。第2段階のドロップアウトは、患者がコンプライアンスを保てないときに、家族が支援する意欲がなくなってしまうときに起こる。

第3段階：体制の安定を図るために自己と周囲を評価し調整する取り組みをおこなう

第2段階を乗り越えると第3段階に移行する。この段階は協力体制の維持を図る。たとえば、家族は周囲からの干渉を避けるため患者を守る行動をとり、また、患者と同じものしか食べない、患者の前では食べないなどと行動を自制する。この自制は患者のコンプライアンスを保つ最大の条件であると考え、患者からの感謝の言葉やデータの改善などの成果は、家族にとっての励みになるが、患者が感謝を示さなかったり、家族が自制できないなど悪循環のコミュニケーションが発生すると第3段階のドロップアウトが起こる。つまり、患者が家族に感謝を示さず、家族も患者のために行動しないときである。

コミュニケーションの悪循環パターンの分析

うまくいっていない患者・家族には、コミュニケーションの悪循環が起こっている。特徴的なパターンと

して、①夫婦の共依存、②患者の強い依存と配偶者の無視、③家族員の過干渉と患者の逃避の3つのパターンがある⁶⁾。

悪循環パターンを断ち切る方法は、①の場合、お互いの共依存に気づいてもらう。②の場合には、家族カウンセリングをおこないながら、患者自身の依存行動に気づいてもらい、対等な位置づけで、もう一度家族の関心が患者に向くよう家族を引き込むことが重要である。③の場合には、家族が患者のためと思って一生懸命やりすぎないように、患者の主体性を尊重するように家族に話す。

家族看護の基本の理解

家族は社会の基本単位である。帰ったら手洗いやうがいをする。3食きちんとバランスよく食べる。睡眠を規則的にとる。怒りや悲しみの感情の処理の仕方や、弱い者への対応など、行動の基本はすべて家族のなかで教えられて、築かれるものである。

家族において最も重要な機能は“問題解決”である。家族というのは、父、母、子どもという構成要素の相互作用のあるシステムであり、家族システムのなかには、基本となる夫婦システム、きょうだいシステムがあり、それぞれのシステムの間には境界がある。さらに、地域社会や環境、文化など、上位のシステムとの間にも境界があり、また影響を受ける。境界とはルールのことであり、うまくいっている組織では境界が柔軟でしっかりとしている。子どもが親に対して意見もいえない、感情表出ができない、などと境界が固すぎる家族システムは崩れやすい。

家族の関係性のバランスがよく、家族の構造として、源家族を含めた世代の階層と秩序が保たれ、支援を含めた関係性が適切に維持され、世代間の価値や文化、礼節などがつぎの世代に受け継がれていくことは、家族の安定や健康な家族の維持に重要である。

家族の発達

表1 CarterとMcGoldrickの核家族発達6段階モデル

ステージ1	結婚前期 大人として独立する
ステージ2	結婚初期
ステージ3	出産・小さな子どものいる家族
ステージ4	思春期の子どもがいる家族
ステージ5	子どもが独立する
ステージ6	老後を迎えた家族

(森山美知子, 2001⁷⁾ より引用)

個人が誕生し、成人し、青年前期、中期、後期と成長しそれぞれの発達課題があるように、家族にも発達段階がある。CarterとMcGoldrickの核家族発達6段階モデル(表1)では、以上の6つの段階それぞれに発達課題があり、それぞれの時期にそれぞれの発達課題を終えることが大切である。

家族のなかで問題解決能力が重要である理由は、日常の小さな問題解決の積み重ねのなかから信頼関係が生まれ、そこに愛情が育ち、絆が強まっていくからである。それぞれのステージの発達課題は、それを乗り越えることによって家族としての絆を強く成長していくための課題である。しかし、多くの家族がこのプロセスを踏まずにきてしまっている。

家族員が病気になるということは、その発達課題を学ぶチャンスである。そこで、疾病や疾患に関連して起こる問題(入院するかしないか、誰かが付き添うのか、透析をするとなったら誰が送り迎えをするか、誰が夕食をつくるかなど)に対処できるよう家族の意思決定能力やセルフケア能力(問題解決能力)を高め、家族の成長・発達を支援することが家族看護のゴールである。

患者のコンプライアンス、またはアドヒアランス行動がみられないときに、患者や家族に何が起きているのだろうと考える視点をもつことが重要である。

家族アセスメントの枠組み

家族に何が起きているのかをアセスメントする枠組みをもつことによって、問題を明確にし、アプローチがおこないやすくなる。

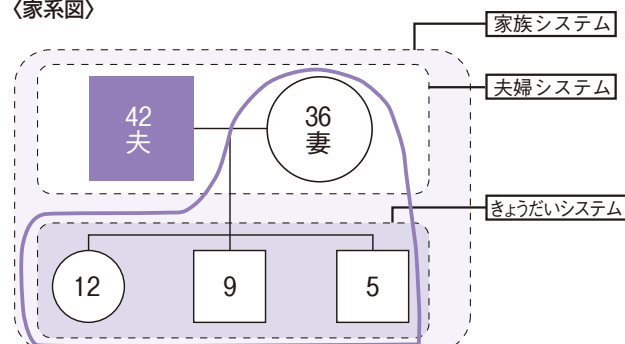
家族関係は人間関係であり、無意識にもつ性役割(ジェンダー)の意識、加えて夫婦間の力関係(パワーバランス)がどのようにはたっているかによって、さまざまな問題が起こってくる。いまどのようなパワー葛藤がおきているのかということを見極めて介入していくことが有効である。

事例 2型糖尿病の家族

〈事例〉

患者：42歳、男性、自営会社社長。2型糖尿病の再入院。HbA_{1c}は11%。妻は同じ会社の部長で、栄養士資格を有している。家族は病院にまったく姿をみせず、看護師の電話に「せっかく食事をつくっても、『こんなもの食えるか』と言って食べてくれません。今では夕食のときに家に帰ってこなくなりました。もう疲れしました。勝手にしたらいい」と述べた。患者はノンアドヒアランスで、治療に対して投げやりの姿勢をみせる。

〈家系図〉



いったい、この家族に何が起きているのかを想像してみる。家族アセスメントの1つの方法は、まず、家系図と最低限の情報で、家族アセスメントの樹形図を基礎に「この家族に何が起きているのか」の仮説を立てる。この家族には、以下が想像できる。

うまくいっていない慢性疾患の家族では、多くの場合、家族の下位システムが崩れている。本来、家族の下位システムは点線のようにになっているが、実線のように崩れ、家族の関係性のバランスも崩れる。夫の性役割意識は「男性優位」で、これまで主導権を握っていたのかもしれないが、糖尿病の食事療法が始まった後からは、妻が夫のためにと注意をくり返すことによって、性役割の力関係が崩れ、夫は面白くなかったのかもしれない。夫のコンプライアンス行動がみられなかったことから、食事療法の協力体制形成過程の第2段階で崩れ、夫婦間の悪循環コミュニケーションが起きていることが推察される。下位システムが崩れると、バランスを保つために妻は夫とよりも子どもと関係性を強めるようになり、夫が排除されるという下位システムの崩れが強化される。そうすると、家族は団結して問題に立ち向かうことも、解決することもできなくなり、家族の発達課題が達成できなくなり、信頼関係も絆も強まっていかず、消失してしまう。こうなると、夫はますます望ましい行動からは遠い行動を取るようになり、ノンアドヒアランス行動は強化される。悪い関係性のなかにいることによって、子どもは摂食障害など二次障害を発生させる場合もある。

この家族にどのように介入するか

介入の重要点は、もちろん、患者教育である。動機づけをおこない、アドヒアランス行動を高めることで、悪循環は軽減される。しかし、この動機づけが難しい。子どもも引き込み、子どもの父親への関心を引き出し、それを父親に伝える支援をしたり、妻の関心事や心配事を夫に伝える場のセッティングも有効であろう。崩れた下位システムを元に戻すには、家族の関心を患者に向け、一緒に問題解決のための話し合いができるようにすることも重要である。さらに、家族が自分で振り返ることのできる質問（治療的質問）をおこなうと有効である。たとえば、「糖尿病と診断される前と後とでは、何が変わりましたか」と質問することで、家族は考え、気がつくかもしれない。もしかしたら、夫は「病気になる前は食べたいものを聞いてくれていたのに、今は一方的に作って食べさせられる」と、食が苦痛なものに変化したと感じているかもしれない。これは、悪循環パターンとそれを生み出している要因に気づいてもらうような支援である。

家族にも悲嘆があり、適応に時間がかかる。また、家族にも自己効力感の高低があり、コントロールの所在も内的、外的、さまざまである。看護師は患者のアセスメントと同じように家族もアセスメントし、家族に適合した教育を展開していく必要がある。

おわりに一家族支援のポイント

家族がどこでつまづいているのか、どのような悪循環パターンが存在しているのかを見極めることである。この際に、アセスメントモデルを理解しておくことは役立つ。

家族には、悪循環パターンに気づいてもらい、語りを促し、そして、家族の強さや長所をほめることである。自分たちの強さに気づくことで、家族の認識が変化し、前向きになることができる。

家族のサポートを最大限に引き出すためには、家族員みんなの関心が患者に向いていること、役割の転換が図れること、お互いをいたわれること、そして、問題解決の話し合いがおこなわれることが重要である。

家族の変化や癒しはさまざまなアプローチから起こる。さまざまな家族がいるが、看護師は「その家族にいったい何が起きているのだろう」という中立性を維持するような関心をもって介入・アセスメントし、多角的に仮説を立てて支援していく。変化を起こすのは家族自身であり、看護師は変化の媒体である。

現象は複雑にみえても、ほとんどの問題は、嫉妬、悔しさ、怒り、憎悪などの人間の感情が元になって起こっている。このような感情は、その人の大切に思っているものや信念と異なった事象が起こると発生しやすい。

その感情を表出しコントロールすることが、表面に現れている問題の解決につながっていく。その人の苦しみは何なのか。何がその人の行動を引き起こしているのかを見極め、そこにはたらきかけながら、家族の成長・発達を見守っていくのが“家族看護”である。

文 献

- 1) 浮ヶ谷幸代：病気だけど病気ではない、誠心書房、東京、2004
- 2) アーサー・クラインマン：病いの語り―慢性の病いをめぐる臨床人類学、誠信書房、東京、1996
- 3) 小森康永ほか編著：ナラティブ・セラピーの世界、日本評論社、東京、1999
- 4) F Walsh & CM Anderson 編：慢性疾患と家族、金剛出版、東京、1994
- 5) 稲垣美智子ほか：2型糖尿病患者を持つ家族の食事療法における協力体制形成過程、金沢大学つるま保健学会誌 25: 75-82, 2001
- 6) 戸井間充子ほか：糖尿病患者の家族関係に生じるノンコンプライアンスの要因と治療的变化を起こした看護介入、家族看護学研究 5: 17-25, 1999
- 7) 森山美知子：ファミリーナースングプラクティス 家族看護の理論と実践、医学書院、東京、2001、pp.316-232

自己管理支援を再考する一効果的な患者教育とは



福岡県立大学看護学部教授・学部長／ヘルスプロモーション実践研究センター長
安酸史子

はじめに

本日は、「自己管理支援を再考する一効果的な患者教育とは」というテーマで、患者指導をおこなう際に有用な理論を解説する。前半は、患者とのかかわりの大きな枠組み・概念を紹介し、後半では、事例を理論でとらえ、アプローチを検討する。

セルフマネジメントモデル

患者教育モデルには、メディカルモデル、公衆衛生モデル、セルフマネジメントモデルの3つがある。

川で溺れている人を例にとると、メディカルモデルは「溺れている人を助ける」イメージである。公衆衛生モデルでは、「川の中に入ると溺れる可能性がある」ので、川に入ってはいけないと禁止したり、こうすべきという理想を教育・指導したりするイメージである。セルフマネジメントモデルは、「どのように泳いだら溺れないかを指導する」イメージである。生活者として生活している場を川のなかとして、「あなたが泳いでいるところは波が荒くて深みのあるところだから、場所を変えたほうがいい」などと指導したり、泳ぎ疲れてしまったときにいったん陸に上がらせたりする。セルフマネジメントモデルでは、患者自身が生活に折り合いをつけて病気をコントロールすることに責任をもつ。それを支援するコーチの役割が医療者という考え方である。慢性疾患の患者に対しては、このセルフマネジメントモデルが最も適している。とくに糖尿病の初期では自覚症状がなく、「どう泳ぐか＝どのように自己管理をおこなうか」ということが患者に委ねられているため有用である。

患者教育の目標は、セルフマネジメント能力が身につくことであり、教育のポイントとして以下の4つがあげられる。①身体疾患をではなく、疾患の結果引き起こされる患者の反応を扱う。②患者の反応をみる際、問題解決、意思決定、患者の自信（自己効力）に注目していく。③患者と看護職はパートナーシップの関係である。④患者は長期間にわたり日々のマネジメ

ントに責任をもつ。

問題解決の“問題”とは、“患者にとっての困り事”である。たとえば、医療者側からは蛋白制限を守れないことが問題であっても、患者にとっては、蛋白制限を守れないことの背景にある家族や友達などとの人間関係に伴う意識が困り事となっている場合が多い。たとえば、患者が夫婦で外食したときに蛋白制限があるためおかずを残そうとすると、夫が「目の前で残されると食べた気がしない」と言う。すると患者は夫に悪い気がして、つい食べてしまう。これは、夫婦関係を良好に維持しつつ蛋白制限を守りたいが、なかなかうまくいかないという生活者の視点であり、これが患者にとっての困り事になる。外食の際に、何を注文するか、どのくらい食べるかといったことはすべて意思決定である。意思決定をおこなうときに、目標行動を遂行できるかどうかの患者自身の気持ち（自信）を自己効力とよび、セルフマネジメント支援の中心的な要素となる。

セルフマネジメント支援の構成要素

セルフマネジメント支援の構成要素は、知識、スキル、自信の形成（自己効力）、QOLの4つである。知識とスキルは、それぞれの患者がセルフケアをおこなうのに必要な知識とスキルを絞り込んで提供することで、患者が自信をもって行動ができるようになる。

QOLについては、糖尿病初期の患者教育では、「いまの生活を続けると、将来透析をしなければならなくなりますよ。そうすると将来のQOLが下がるので、いまは我慢して生活指導を守らなければなりません」と指導することが多い。しかし、正確な知識を提供して今の生活を続けたら将来どのような危険性があるかを患者に理解してもらう必要はあるが、過度に言いすぎて、現在の生活の質を極端に落としてしまうことも避けなければならない。

透析になった先にもまた人生があるわけで、患者が希望をもって生きる支援をしていかなければならない。たとえば、旅行が趣味の患者が「腎臓が悪い人は

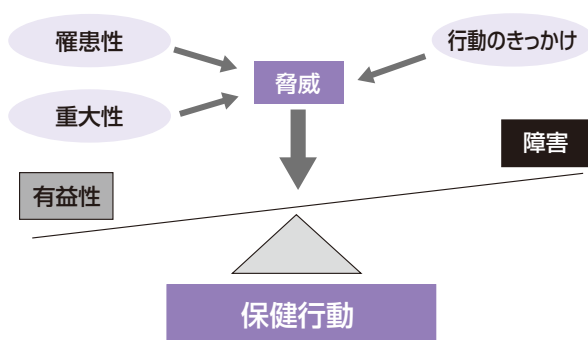


図1 健康信念モデル

安静が第一」といわれ、「大好きな旅行がもう一生できないのですか」と質問してきた場合、「安静が一番ですから」と答えるのではなく、「あなたにはこのくらいの機能障害があるので、脈を測って120くらいまでの運動なら大丈夫です」というように、その患者の程度に応じて許可できることがある。患者本人がやりたいこと（希望）を聞いたうえで、現在の生活の質をある程度維持できるよう積極的に支援していく。そして、患者が自分で選択して、いまの生活の質も維持しながら、先々がそうひどくならないところを探っていくようにする。

セルフマネジメントにおける看護職と患者の関係

医療者は専門的な知識を提供しながら患者と治療同盟をつくり、共同目標を立て共同ケアをしていくというパートナーシップの関係を築くことが求められる。セルフマネジメントには、客観的に測定・観察できるデータや兆候の意味を自己管理の指標として対処する方法を身につける**サイン・マネジメント**、自分の症状と生活のなかで折り合いをつけて付き合っていく方法を身につける**シンptom・マネジメント**、ストレスに対してストレスラーを減らしたり、受け止め方を変えたり、サポートを使ったり、ストレスラーに対する対処方法を変える方法を身につける**ストレス・マネジメント**がある。

データが自分の努力ではなかなかよくならない場合は、それ自体がとてもストレスになるため、その状況の受け止め方を中心にかかわるようにする。透析をすでに導入している場合、透析のない状態に戻ることは難しい。避けられない状況のなかでどのように生活していくかということは非常に重要な視点である。

健康信念モデル(図1)

健康信念モデルは、患者が医療者の薦めた行動（保健行動）をなかなかできないときに、個人の信念・自覚をアセスメントするモデルとしてすぐれている。

罹患性と重大性に対する患者自身の自覚（脅威の自覚）と、その保健行動を取ることにに対する有益性と障

害の自覚のバランスによって、対象者の保健行動のしやすさをアセスメントできる。正確な知識を提供して適度な脅威の自覚をもたせる。脅威の自覚が強すぎると、うつになったりマイナス思考になることもあるため、いたずらに脅威の自覚は高めない。また、誤った情報で脅威を感じさせてはいけない。

思い込みや間違った知識などにより障害の自覚が大きい場合には、正確な知識をもって正す。そして、有益性の自覚を高くすることにより対象者の保健行動を促すことができる。

ヘルス・ローカス・オブ・コントロール

ローカス・オブ・コントロールは、Rotter JBにより提唱された概念であるが、事態に対してのコントロールの所在によって内的統制と外的統制のタイプに分けたものである。内的統制タイプは、ある事態に対して自分の力でどうにかできると認知する。この場合には、自発的もしくは主体的に対処するために必要な行動を実行する。外的統制タイプは、ある事態が自分の力ではどうしようもないと認知する。この場合には、偶然的な運命の力や有力な他者、自然の力などに委ねてしまう。

これを Wallston KA らが健康に特化させた考え方がヘルス・ローカス・オブ・コントロールである。これは、つぎの3次元の尺度に分類される。①行動の自己責任（内的統制）、②医師や看護師、家族、友人など重要他者の力に依存（外的統制）、③運命や偶然で動く（外的統制）。

これを健康教育へ活用すると、①の行動の自己責任（内的統制）の人に対しては自己の力で解決できるように情報提供をおこなったり、過去の体験と結びつけることで自ら行動できるように援助する。②の外的統制の人に対しては、医療者や他者に対して期待をしていることから、信頼関係を高め、対象者の力になれるようなかわりが必要とされている。信頼関係を築く前提として、正確な知識が必要である。③運命や偶然で動くという考え方の人に対しては、条件や環境を整えることで行動を起こすきっかけとなる。

患者のタイプによってアプローチを変えないと、やる気があるのにその人の力が引き出せないで抵抗感になったり、信頼を失う原因ともなりうる。

変化ステージモデル(トランスセオレティカルモデル)

変化ステージモデルは、James O. Prochaska が患者のレディネス（準備段階）をアセスメントして、それぞれのステージに応じた介入法をおこなうことが有用であると提唱したモデルである。ステージは無関心期（前熟考期）、関心期（熟考期）、準備期、行動期、維持期に分けられる。

たとえば、ほぼ毎日ビール中瓶2本と日本酒3合を飲んでいる人が飲酒量を減らすという目標を立て、実際に週に1日休肝日を設け、日本酒もなんとか2合にした行動期の例である。しかし、その飲酒量ではまだ多いため医療者からすると、もう一頑張りしてほしいところである。

しかし、ほぼ毎日飲みつづけて30年という人が休肝日を1日設けて、日本酒の量を1合減らしているということは、本人にとってたいへんな努力である。もう一頑張りのステップを上げる「1合にする、休肝日を増やす」という決定は本人に委ねなければ、逸脱や再発が起こりやすい。

患者が努力していることを認め、患者自身でつぎの目標を決めてもらうように促すことが行動期では大切である。看護師から「量を減らすのと頻度を減らすのとどちらが大変ですか」などと尋ね、患者がいまどのような状態か、どのように感じているかを確認し、患者自身に「まず休肝日を増やしたい」などという目標を決めてもらう。目標設定のステップを上げるときには、スモールステップで上げていくこと、また、ステップを上げるという判断も患者に委ねることが行動期の目標行動継続の秘訣である。

維持期になって、大きなライフイベントがあると、そこから不適切な行動が一時的に起こること（逸脱）や、あるいは習慣化すること（再発）はよくあるため、ライフイベント対策を考えてアプローチをする。

変化ステージモデルを使った対象者へのはたらきかけの流れは、①対象者が行動変容に対して現在どのステージにいるかを明らかにする、②対象者のステージにあわせたはたらきかけをする、③対象者がまだ行動を起こしていない場合には、おもに考えへのはたらきかけをおこない、行動をしたいという気持ちになるように動機づけることがアプローチの焦点となる、④対象者が行動を起こした後は、おもに行動へのはたらきかけをおこなう。行動を評価し対象者にあった具体的な行動を考えていく。

エンパワメント

エンパワメントとは、人々や組織、コミュニティが自らの生活への統御を獲得する過程である。その人が設定した目標が達成できるように、その人の能力を育成、発展、強化するために機会や資源を提供することである（Funnell, 1990）。

「患者は自分の困り事を特定し、それを解決する力をもっている」と医療者が患者の力を信頼することがエンパワメント・アプローチの第一歩である。ヘルスケアチームの第一の任務は、教育的・心理的援助を提供し、患者が毎日おこなうセルフケアに対してよく情報を与えられたうえで決断できるようにすることである。

成人の場合は、とくに個人的に意味があって自由意志で選択した行動変化なら、実現しやすくまた維持しやすい。そして、患者が自分のこととして参加し、対話し、仲間意識・問題意識を高めて行動化していくようにする。

エンパワメントの5つのステップとしては、①問題（患者の困り事）を特定する、②患者が心を開けるような言葉かけをして、感情を明らかにする、③それを解決するために、どこに目標を設定するかを決める、④そして、生活者としてのその人の状況・視点で実現可能な計画を患者自身に立ててもらう。たとえば、会社の同僚にどのように思われるか怖くて自分は糖尿病でインスリンを打っているということを話していないという場合、同僚に「自分は糖尿病でインスリンを打っている」と話すことが計画になる。⑤結果を評価する。評価する際のポイントとしては、目標としたデータの結果のみを評価するのではなく、その目標に達するためのプランをおこなったかどうかという行動も評価していく。

たとえば、体重を3kg減らすという目標を立て、栄養指導士と相談して食事療法、運動療法の計画を立てた。そして、結果として体重が減った。そのときに、患者がきちんと食事療法や運動療法を実行したのかどうかという行動も評価する。行動は本人の自己申告であるため評価しにくい、目標を立てて一覧表をつくり、次の外来までに行動をおこなったかどうかを記入して提出してもらうなどして、その行動に対してデータはどうだったかをみて評価する。まだ行動が習慣化しておらず、なおかつデータにも反映していないときはやる気がつきにくい。そのため、データに反映していない行動でも努力していることを小さな成功体験として評価し、つぎにつなげていくことが大切である。

また、目標行動を達成できなかったときの評価として、「あなたのやる気がないから」「もっと頑張りなさい」と人を評価せずに、「あなたにあったプランでなかったからうまくいかなかったので、プランを再考しましょう」とプランを評価するようにする。

エンパワメントの学習モデルは、患者が自分の経験を振り返り、そこで何が自分にとって問題なのかを洞察し変容してまた経験をするというくり返しである。患者はなぜできないのか自分でわかっていることが多い、看護者は否定や批判をせずに患者の話を聴き、患者が自分の経験を振り返って洞察する手助けをする。

自己効力理論

結果予期と効力予期

行動する前には、この行動をおこなったらどういう結果になるか（結果予期）と、その行動を自分ができ

そうかどうか（効力予期）を考えて、行動するかどうかを決定する。

結果予期の3つの下位概念は身体・社会・自己評価である。身体についての結果予期は、たとえば、運動をすると考えたときに、「疲れるだろう」というのはマイナスの結果予期であり、「すがすがしいだろう」というのはプラスの結果予期になる。社会についての結果予期は、たとえば、アルコールや食事を指示どおりにおこなうと考えたときに、「飲み会などを断らなければならないから、友達が離れていくのではないか」というのはマイナスの結果予期で、「守ったら妻が喜ぶだろう」というのはプラスの結果予期になる。自己評価についての結果予期は、身体や社会についての結

果予期に関連した、自分自身の満足度の予期である。

自己効力理論は1977年にBanduraが提唱し、わが国でも健康教育や患者教育にかなり適用されてきている。自己効力を高めるためのアプローチが具体的であり、前述の変化ステージモデルにおける、各時期の具体的な行動をどのようにアプローチするとうまくいくかをサポートする理論としてもすぐれている。

自己効力を高めるには、以下の4つのポイントがある。①遂行行動の成功体験、②代理的経験、③言語的説得（言葉による励まし）、④生理的・情動的状態。

事例を理論でとらえ、どのようなアプローチが適切かを考える

以下の事例を理論でみていく。はじめは十分焦点化

<事例>

65歳の男性、コンビニエンスストアの店長をしているKさん。身長168cm、体重80kg。昨年12月に嘔吐・下痢で受診し、ノロウイルスによる感染と診断された。その際に、肥満と2型糖尿病（空腹時血糖が130mg/dL、HbA_{1c} 6.8%を指摘され減量が必要とのことで、嘔吐・下痢症状が収まった後、医師から外来の糖尿病教育担当看護師に依頼された患者。妻と2人の子供（小学4年生と2年生）の4人暮らし。

看護師「肥満と糖尿病ということで受診されたんですね」

Kさん「はい、そうです。糖尿病のほうはそう悪くないということで、減量すればよくなるだろうと言われました。自分の場合、糖尿病と言われてもまったく症状がありませんし、そんなに悪くないと言われてほっとしています。糖尿病で目が見えなくなったり、透析にでもなったりしたら大変ですからね。じつは兄が糖尿病が元で透析していて、大変だなと思っていたんです」

看護師「肥満についてはどうお考えですか」

Kさん「肥満と糖尿病は関係があると聞きました。今までにもやせなくてはいけないと思い、何度か食事療法に挑戦したことはあるんですが、いつも三日坊主で終わっています。食事療法というのは難しいですね」

看護師「そうですね。とくにどのあたりが難しいとお考えになりますか」

Kさん「私は元来食べることが大好きで、おなかいっぱい食べないと食べた気がしないんです。ダイエットの空腹感に耐えられないんです。それに塩辛いものと油っこいものにも目がなくて……」

看護師「アルコールについてはどうでしょうか」

Kさん「最近、一緒に仕事をしている妻との関係がうまくいってなくて、ストレスがたまってアルコールの量も増えていきます。夫婦関係というのはストレスの元ですね。だからといってどうしようもないですし……」

看護師「そうですね。なかなか難しいですね。今回は食事療法についてはどうしようとお思いですか」

Kさん「食事療法は肥満に効果があると思いますので、なんとかチャレンジしたいと思っています」

看護師「体を動かすことについてはどうですか」

Kさん「運動療法ってやつですか。最近、テレビで乗馬のような健康器具で体を動かすのが効果があるっていうんで、休憩時間にやってみようかと思ったことがあるんですが……」

看護師「実際にやるのに障害になることが何かありますか」

Kさん「元々運動は好きだったんですが、仕事が忙しくてそれどころじゃなくて……。それに場所をとりそうで、狭い家の中に置きそうにないからやめたんです。ウォーキングでいいって聞くんですが、やるんなら効果的な運動をきちんとしないと意味がないと思うんです。かといってジムに行く時間なんてとれないし……。お金もね……。でもなんとかチャレンジしたいとは思っています」

看護師「そのやる気をうまく生かせるように私たちもバックアップします。ところでご家族の方は今回の診断結果について何かおっしゃっていますか」

Kさん「妻は、私のことにはあまり興味を感じていないのか、もう何も言いません。子どもたちは、『パパ、もっとやせなきゃダメ』と言っています。子どももまだ小さいですし、『健康になるためには努力が必要だ』と考えて、私も頑張らねばと思っはいるのですが……」。

されているわけではないため、かわりながら、その人に合わせたかわり方をしていく。コンビニエンスストアの店長という仕事の実態やKさんの仕事の状況がわからないため、Kさんと話をし、具体的な問題を明確にする。

ストレス・マネジメントでは、妻と不仲でお酒を飲んでしまうことが問題となっている。対処としては、①ストレッサーをなくす、②ストレッサーの受け止め方を変える、③ストレッサーの対処法を変える。この場合だと、ストレッサーとなっている妻と別れる、または妻との関係に対する受け止め方を変える、ストレスだと感じたときにお酒を飲む以外の対処法をとるなどの目標が考えられる。

サポートについては、患者が行動することを子どもが褒めてくれるため、子どもから「頑張っているお父さんって素敵」というような言葉を引き出せるとよい。

健康信念モデル（図1）でみる。糖尿病になったことの認識はあり、罹患性の自覚はある。ダイエットにも取り組んでいる。しかし、兄が透析で大変な思いをするとわかっていても、自分はそんなに悪くないといわれたため「脅威の自覚が少ない」ことが、Kさんにとって行動を阻害している原因として大きいのではないかと予測できる。

減量すればデータがよくなるという有益性の自覚を感じているが弱く、家は狭いし時間がないなど障害の自覚がかなり大きいので、行動を変えてみて思ったほど障害にならなかったという経験をしてもらう支援が有効であろう。

脅威の自覚が少ないため高めてもらう。お兄さんが透析なので、糖尿病教育をおこなうとこの先どういう状況になるかを患者は知っている。したがって、糖尿病教育をおこない「目標行動をおこなわないと自分も兄のように合併症が出てくる可能性がある。楽観してられない」というところまで脅威の自覚をもてるようにする。

ヘルス・ローカス・オブ・コントロールについては、これだけの情報では不明なため、Kさんと話をし、タイプに応じたかわりをおこなう。

変化ステージをみると、少なくとも受診行動をしており、本人として、またチャレンジしたいという意思

表示をしているため準備期といえる。そのため、段階的に目標を設定して行動強化をおこなう。そして、障害のバランスが大きいと感じているため、利益と障害のバランスを変えるアプローチも組み合わせしていく。

エンパワメントに関しては、まずKさん自身の困り事を特定する。いま表面に出てきているのは、妻との不仲、空腹感、油っこいものが好きであるが食事療法では食べられないことへの不満などである。患者が取り組めそうな具体的な目標を立てる。

自己効力へのアプローチに関しては、たとえば1日2回油っこいものを食べていたのを1回にするなど具体的な行動計画を立て、小さな取り組みを累積する（成功体験）。同じような状況で乗り越えた患者と話す機会をつくる（モデリング）。外来を受診したことや、やる気を褒める（言葉による励まし）。空腹感をネガティブに考えすぎない（ポジティブ・シンキング）などの支援をする。

患者のローカス・オブ・コントロールのタイプを見極めながらアプローチを変えていく。最初に患者が言っていた困り事が、実際にはもう少し根源的なものであるようであったら、それにアプローチしていくなど、患者とかかわりながら考えを整理してかわり方を変えていくのがよい。

文 献

- 1) 安酸史子：糖尿病患者教育と自己効力，看護研究 **30**：29-36，1997
- 2) 中尾一和ほか監訳：糖尿病診療のための臨床心理ガイド，メジカルビュー社，東京，1997
- 3) 安酸史子編著：成人看護学—慢性期，建帛社，東京，1999
- 4) 松本千明：医療・保健スタッフのための健康行動理論の基礎 生活習慣病を中心に，医師薬出版，東京，2002
- 5) 松本千明：医療・保健スタッフのための健康行動理論実践編 生活習慣病の予防と治療のために，医師薬出版，東京，2002
- 6) 安酸史子ほか編：成人看護学—成人看護学概論，メディカ出版，大阪，2004
- 7) 安酸史子：糖尿病患者のセルフマネジメント教育 エンパワメントと自己効力 わかる！使える！やる気を高める！，メディカ出版，大阪，2004
- 8) 安酸史子編：成人看護学—セルフマネジメント，メディカ出版，大阪，2005
- 9) 安酸史子編著：糖尿病合併症ナースング 患者さんの気持ちに寄り添うアプローチ，医歯薬出版，東京，2005
- 10) 安酸史子編：患者がみえる成人看護の実践 理論・実践統合学習，メディカ出版，大阪，2007

透析患者の体験理解



日本赤十字九州国際看護大学准教授
下山節子

はじめに

透析患者と日々かわるなかで、看護者は透析患者の何を看て、何を聴き、どのように患者を理解しているのか。腎不全看護の基本に立ち返り、日常でわれわれがおこなっている看護を振り返ってみたい。

しばらく前に一冊の本と出会い、看護とは何であるかを自分自身に問うきっかけとなった。その本は、長濱晴子さんという看護師が難病体験を通してまとめた著書『患者になってみえる看護 難病が教えてくれたこと』¹⁾である。このなかで長濱さんは、つぎのように述べている。

“今回の入院で、患者のナースへの期待が大きい半面、今のままでは期待が持てないという事実も知りました。これではいけない、ナースはもっともっと患者の立場に近づかなければと改めて思いました。それを見ると、私はどれだけ患者の声に、心に近づいていたかを反省するばかりでした。「病気は患者が治すもの。お手伝いするのはドクターであり、ナースである」と、頭で理解していても、実際は「治してあげている。治してあげた」といった考え。また「切れば治る。飲めば治る」つまり「手術をすれば治る、薬を飲めば治る」といった予測で患者さんを見ていなかったか。患者中心の看護と思い、一生懸命やっていたつもりでも、それはあくまでも健康な人の考える看護にすぎなかったのではないだろうか、ということです。（中略）患者の真の期待に応える努力をしなければいけないと思います。”

長濱さんの例のように、看護師が患者になってみえることはたくさんある。長濱さんが示す看護者の3つの段階を記したこの三角形（図1）¹⁾を頭の片隅において、今日の講義を聞いていただきたい。

前半は、看護基礎教育の現場で学生に何を伝えているのかを通じて透析看護に必要なものを考えたい。後半は、15年以上の透析看護の現場での血液透析患者との出会い、わが国のCAPD黎明期の看護活動、100人前後の腎移植患者との出会い、福岡市透析看護

研究会の研修会の立ち上げを通して感じた看護に対する思いをお話したい。

看護基礎教育の現場から

私は30年近く臨床現場で「よい看護をしたい」と自分なりに一生懸命取り組んできたが、大学という教育の現場に入って学生たちを前にしたときに、自分が今までおこなってきた看護を言葉で説明することが難しかった。自分が経験してきた看護のすばらしさ、大切さを次世代を担う学生たちにつないでいくために必要なことは、じつは日々の看護実践のなかにある理論や概念を呼び起こし、「看護とは何か」を問い直す、考える機会をもつことだと思う。

「患者の体験を理解する」ことはどういうことなのか、なぜ必要なのかを学生に学んでもらいたいと思っている。そのために、慢性疾患をもつ人を理解するために必要な概念（病みの軌跡、コンプライアンス・アドヒアランス、QOL、受容）を学習するとともに、慢性疾患をもつ人を援助するために必要な概念（共同目標、エンパワメント、自己効力、成人教育）を学習している。

授業の一環として、病い体験を聞くことを取り入れている。実際に、授業に透析患者さんを招いてお話を聞かせていただいたり、実習で透析患者さんから直接お話を聞く機会をいただいたりしている。

皆さんも今までにたくさんの透析患者さんからそれ

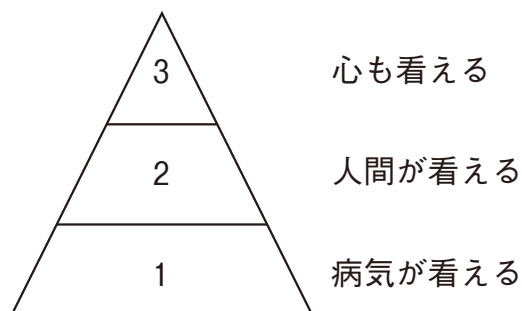


図1 ナースの階段
（長濱晴子, 1996¹⁾より引用）

それぞれの病い体験を聴いてきたと思う。その病気体験をわれわれ看護師一人ひとりが後輩に伝えて、患者理解をより深めることができるようにならなければならないと考える。そうすることが透析看護の質の向上の第一歩になるのではないだろうか。本日は、皆さんに私が出会った透析患者さんのお一人を紹介する。

中島由希子さんは、福岡腎臓病患者連絡協議会の事務局次長をしている。透析歴25年、そして3年前に母親から腎移植を受けた。中島さんには、私が勤務をする大学で「27年！命を繋いだ透析と腎臓移植」のテーマで講演をしていただいたが、2006年10月の九州・沖縄地区の日本腎不全看護学会教育セミナーでも講演をしていただいた。

私は中島さんと30年前に出会った。その当時、3年目の透析生活に入っていた中島さんはとても安定しているように見えた。しかし、その後カウンセリングを受けた中島さんは、まだ自分自身、透析生活を受け入れることに対して葛藤があることに気づかされたと言った。私は、このとき、透析を受け入れることがいかに大変で苦しいことなのかを中島さんから学ぶことができた。

また、長い透析生活のなかで、ある時期「だめな人間だ」とレッテルを貼られ苦しかった体験や、看護師の寄り添う看護に触れ癒された思いや、医師に「普通への挑戦やね」という言葉をかけられどれだけ励まされ支えられてきたかなど、多くのことをわれわれに語ってくださった。われわれ看護師は、病を体験しているその人に近づかない限り、何も知りえないし成しえないし看護ができるはずがない。このことを決して忘れてはいけない。

成人看護学慢性期の実習では、この「病いの体験」を聴くことを大切にしている。実習は3週間である。病みの軌跡を十分に聴くだけの時間はとれないが、それでも患者の体験を聴くことを通して学生は「看護とは何か」を問い直す貴重な学びを得ている。

そして、すべての学生が、この3週間の実習期間中に透析クリニックへ1日実習をおこなっている。病棟実習でなくても、たとえ1日の実習でも患者さんに学生が受けもつことの同意を得たうえで、「病いの体験」を聴かせていただいている。われわれはこのような「透析者のナラティブ」に真摯に耳を傾ける必要があると思う。

中島さんは、講演のときに預かってきたメッセージを披露された。それは、いま透析を受けている人たちからわれわれ看護師へのとても暖かいメッセージであった。

「とにかくめげないでください。

わがままな患者に何か言われたとしても、
穿刺がうまくいかなかったとしても、

親しくなった患者が亡くなったとしても、

そして勉強熱心であってほしい。

失敗には必ず原因があるから、

先輩や上手にしている人を観察したりアドバイスを受けてたりして、

何が違うのかを発見してほしい。

最後に明るくあってほしい。

看護師は患者の希望の光ですから、

いつも元気で明るくあってもらいたい。

そして、ユーモア感覚もね……」

病みの軌跡

慢性疾患の管理のための看護モデルのなかで“病みの軌跡”の概念を紹介したい。この概念は、1960年StraussとCorbinが“死に逝くときにある患者”を研究していたとき、「現れてくる行路の管理」という現象を概念化する方法を探すなかで「軌跡」という用語を慢性疾患へ適用したものである。そして、1992年、病気の慢性状況においては、病気とともに在るその人の人生あるいは生活をつなげた軌跡として捕らえることの重要性を指摘した。つまり、患者とその家族を一つのシステムととらえることによって病気に随伴する身体的・心理的制約のために慢性疾患患者が日常生活のなかで遭遇する問題や苦しみを明らかにできるということを見出している。

医療スタッフは、患者の既往歴はよく知っているが、病気の痛みや過去の治療に対する患者の経験についてはあまり知らない。患者のそのような経験は患者と医療スタッフとの相互作用やケアに対する患者の反応に影響を与える。入院せずに家庭で自分なりに苦痛に対応したり、自己管理をおこなったりしてきた患者に対して“対応のむずかしい患者”とレッテルを貼っていないだろうか。レッテルを貼るのは、気がつかない、患者を看ようとしなないからであり、ここが問題である。

Patricia Bennerの看護理論でも、疾患と病気を区別しているように、“病気”といわれるときには、能力の喪失や障害を巡る人間独自の体験を意味する。患者が病気に伴ってどのような支障が生じているのか、患者のいま置かれている状況とあわせて病気の意味を理解していくことが大切である。

Straussらの研究から導き出された局面によると、慢性の病気は日常生活にさまざまな問題をもたらし、そして、患者とその家族が生活の質を維持するためにその問題を管理しなければならないとしている。起こ

りうる結果を予測して症状を管理し、随伴する障害に対応すること、そして、患者が病気とどのように付き合ってきたかということをも病みの軌跡をたどることによって理解することが重要である。

事例を用いて病みの軌跡を解説する

〈事例〉

患者：Sさん、53歳、男性、無職

既往歴：糖尿病性腎不全

35歳の職場検診で尿糖が診断され、その後は糖尿病外来を受診していたが、44歳で高血圧を合併、48歳頃から腎機能が低下してきた。50歳で視力障害のために退職。その後、腎外来に通院せずドロップアウト。1ヵ月前に風邪をきっかけに受診し、その際医師から透析に導入したほうがよいといわれたが拒否した。今回の受診は肺水腫を併発し、救急車で運ばれ緊急透析導入になった。データは非常に悪い。態度が横柄。子ども2人は独立しており、妻と二人暮らし。

家族歴：父親は糖尿病に伴う心筋梗塞で死亡。母親は5年前に胃癌で死亡。

Sさんにインタビューをしながら病みの軌跡を聴いていく。父親も糖尿病であったが、Sさん自身も22歳のころから肥満傾向がつづいていた（前軌跡期）。35歳のときにはじめて尿糖が出てから（軌跡発症）、現在55歳まで20年間の病みの軌跡がある。

Sさんの人生のなかで35歳までの日々は仕事も順調、子どもも生まれて平凡で幸せな日々だったと思われる。父親が糖尿病であったが、心筋梗塞で死亡するまで糖尿病であると知らなかった。父親が糖尿病の合併症で亡くなって糖尿病に関心をもった、また48歳頃から腎機能が低下したが、同時に仕事が忙しくなり、単身赴任も経験し、外食中心で仕事中心の生活をしてしまった（不安定期）。

50歳になって視力障害が起こって退職を余儀なくされたときには、周りに当り散らし受診も嫌になってドロップアウトした。このときから妻がパートで働き出した。Sさんは妻がパートに働きに出るようになって、自分が厄介者になったという意識が非常に強かった。そのころ母親が胃癌で急死した。大きなショックが重なって混乱状況にあるときに、いよいよ透析に入らなければいけないと医師にいわれたが、透析することに希望を見出せず死んだほうがましという気持ちになっていった。そのとき、妻は協力的にサポートしようと考えていたが、お互いにその思いを十分に伝えあっていなかった。子ども二人は独立しており、子どもに対する心配はない。

病みの軌跡をとっていくと、さまざまな状況が明らかになっていく。現状をアセスメントすることで、問題となっていることが明らかになり、今後よい方向に行路が向くようなアプローチを支援できる。

Sさんは腎機能の喪失、失職、母親との死別などあいつぐ喪失体験している。これだけの喪失体験を乗り

越えていくためには、非常にエネルギーが必要である。経済的な不安や、透析そのものに対する不安、予後の不安、Sさんの妻の健康問題などの不安も出てくる。

Sさんのサポートとして考えられるモデルは、軌跡発症から20年という長い経過を経た後、不安定な要因が解消されずに急性期、クライシス期の局面を迎えた。この局面をできるだけ早く乗り越えることができるように支援することが最も重要である。糖尿病性腎不全であることから、さまざまな合併症が予想されるため、病態を安定させる必要がある。できるだけ安全な透析をすることで生命の危機を脱することが第一である。そして、心理的・社会的なサポートが不足しているため、患者の葛藤がおきないようにわれわれが介入して、できるだけ安定期の状態での病みの行路を維持できるよう支援する必要がある。

病みの軌跡は、慢性疾患をもつ人とその家族への看護ケアモデルであるが、つねに病気の慢性的状況がもたらす問題の多様性、多面性、複雑性を考慮した総合的ななかかわりをめざさなければならない。

病みの軌跡を聴くことで何がわかるか

「病みの軌跡を聴くこと」によって、対象者の立場に立ちやすくなり、対象者の気持ちに沿ったアプローチもしやすくなり、方向を定め管理することも可能となる。

そして、軌跡の枠組みの焦点が病気の慢性性に向けられているため、慢性疾患患者の病態を理解しやすい。われわれは、急性の変化に注意が向きやすく、慢性性に経過する病態に関しては注意が向きにくいいため、合併症予防も放置されやすいがそれを防げる。

また、福岡市透析看護研究会の研修会での事例で一人の看護師が、関係のうまくいかない患者の病みの軌跡をとったところ、自分自身の考えや、感情、その傾向に気づききっかけとなったと報告している。病みの軌跡は相手を理解するための枠組みであるが、このように看護者の感性を高める枠組みとしても適用できる。

そのほか、病みの軌跡は他職種の人とのチームカンファレンスやアセスメントにも有用である。透析看護では、患者と週3回長期にわたってかかわるという特徴的な現場である。そこで、患者の病みの軌跡を取ることで、さらなる対象理解につながり、また軌跡の予想が可能となり、よりよい看護を提供するための一つの材料にもなるだろう。

この病みの軌跡のモデル適用は、透析看護ではまだ打ち出されていない。透析患者に日々接しているわれわれが患者の病みの軌跡を聴きながら、透析患者に何が起きているのかをもっと表現していく必要があるだろう。

看護には一つのパラダイムがあるが、人間と健康と環境と看護という透析看護のメタパラダイムをつくって、これから軌跡の枠組みを使って透析看護をもっと充実させていきたい。

この軌跡の枠組みには、システムモデル、総合作用モデル、発達モデルが組み込まれており、透析患者にこの軌跡の枠組みを用いてアセスメントすれば、腎機能の障害への適応を促すための因子、適用過程を妨害する因子を明確にできるだろう。看護師に求められるのは、この軌跡の枠組みによって患者の体験世界を理解することであり、患者の自己決定や、自立した意思、判断を受け入れて、自己決定を尊重する姿勢をもつことである。患者の日々の活動や人生の課題をアセスメントし、患者が不安やストレスへ対処し、今後の透析生活へ向かい合いセルフマネジメントをおこなえるように支援すること、そして、家族・医師・地域社会と患者の調整役の役割が求められる。

おわりに

患者本人にとってその病気がどういう意味をもっているのかということに気づかない限り、よい看護は展開できないだろう。看護者は患者とその家族から聴くこと、看ることを通して成長していく存在であってほしい。

看護者としての段階（図1）¹⁾として、第1段階は病気が見える、第2段階は人間が見える、そして第3段階は心も見える。こういう看護師になりたいと思っている。皆さんも日常自分がおこなっている看護をいま一度振り返っていただきたい。

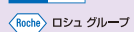
文 献

- 1) 長濱晴子：患者になってみえる看護 難病が教えてくれたこと、医学書院、東京、1996
- 2) Pierre Woog 編：慢性疾患の病みの軌跡 コービンとストラウスによる看護モデル、黒江ゆり子 ほか訳、医学書院、東京、1995
- 3) Anselm L. Strauss ほか：慢性疾患を生きる ケアとクオリティ・ライフの接点、南裕子監訳、医学書院、東京、1987
- 4) 黒江ゆり子ほか：病みの軌跡 中範囲理論入門、佐藤栄子編、日総研、2005
- 5) 安酸史子編著：成人看護学—慢性期、建帛社、東京、1999



CHUGAI

中外製薬株式会社 |



ロシュ グループ

2007年5月作成
EPO 07冊子13901