



中外製薬

Roche ロシュグループ

腎不全看護

Seminar Report

第2回トピックス研修

2008年2月17日(日)



学会発足10年を経て
—腎不全看護師としての成長とキャリア開発について
透析室における聴く力, 話す力, 情報を取る力を磨く
看護リーダーのためのコーチングスキルについて

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 Seminar Report

日本腎不全看護学会
第2回トピックス研修

2008年2月17日(日)

パシフィコ横浜 会議センター

学会発足10年を経て一腎不全看護師としての成長と キャリア開発について 1

日本腎不全看護学会理事長／葉山ハートセンター看護部長 水附裕子

透析室における聴く力、話す力、情報を取る力を磨く 5

滋賀医科大学医学部看護学科 臨床看護学講座（精神看護学）教授 瀧川 薫

看護リーダーのためのコーチングスキルについて 10

有限会社 AE メディカル代表取締役／国際コーチ連盟マスター認定コーチ 野津浩嗣

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 13

編集 (医) 恵章会御徒町腎クリニック看護師長 松岡由美子

第2回トピックス研修の開催にあたって

京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻教授 江川隆子

本日は、JANN教育委員会主催の第2回トピックス研修にご参加いただきまして、心よりお礼申し上げます。近年、看護学校や大学が非常に増え、非常にさまざまな人材を輩出しています。透析という領域は、患者さんにとっては終末期にまで及ぶ治療のため、そこで働く者は人として、また専門職としての人間形成が不可欠です。

そこで、今回は「キャリア形成」ということを踏まえて、午前中には水附理事長より「腎不全看護師としての成長とキャリア開発」というテーマでご講義いただきます。そして午後からは、看護の専門職として非常に重要な「聴く力、話す力、情報を取る力」について、瀧川薫先生からご講義いただきます。

そして、スタッフの育成は、看護管理をはじめそれぞれの看護師にとって重要なテーマの一つですが、人を育てるということは自分自身の人間形成にもつながります。そこで、「看護リーダーのためのコーチングスキル」について AEメディカル 野津浩嗣先生にご講義いただきます。

最近お聞きした大阪大学総長 鷲田清一先生の講演での言葉が、私の職業人としての大切な言葉（心）となっています。それは、「患者の話を聞ききる」という言葉です。マンネリ化すると忘れがちな私達の姿勢を正しているような言葉です。そこでこの言葉で締めさせていただきます。

最後までどうぞ先生達の話聞ききっていただきたいと思います。簡単ですが、挨拶の言葉にさせていただきます。

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



学会発足10年を経て 一腎不全看護師としての成長とキャリア開発について



日本腎不全看護学会理事長／葉山ハートセンター看護部長
水附裕子

はじめに

本日は、1. 腎不全看護の歴史、2. 看護師のキャリア開発の必要性、3. 腎不全看護領域の資格制度とその実践、4. 学会で認定している透析療法指導看護師へのアンケート調査の結果の一部を報告し、腎不全看護師の成長について考えてみたい。

腎不全看護の歴史

まず、腎不全看護について歴史的変遷を追いながら、わが国の透析医療の現状を把握する。1970年代、わが国で透析がおこなわれるようになり、腎不全患者の延命の手段として、人工臓器（透析）によって生きていくという選択肢が生まれた。この当時の透析時間は8～10時間であった。

1972年、厚生省（現：厚生労働省）による「透析療法従事職員研修」が開始になり、1974年、透析療法合同委員会が発足。本委員会により透析療法に従事する職員の資格制度として「透析技術士認定試験」が生まれ、この制度は現在まで継続している。例年、受験者の約半数は看護師である。

1972年、厚生医療と育成医療の適用になり、ひろく一般的に透析がおこなわれるようになった。1980年代には、透析施設が病院外に建設されるようになり、治療時間も5時間程度に短縮され、就業者のためのセミナイト透析もはじまるなど、患者の生活に密着した透析がおこなわれるようになった。このころより、看護師は、患者が透析をしながら生活するために必要なケアや調整をおこなうようになった。

1976年、日本腎不全看護学会の前身である透析看護研究会が発足。透析医療の進歩・発展、透析看護の専門化、海外の学会との交流の活発化を目的に活動がはじめられた。

1990～2000年代になると、透析の長期化に伴う合併症や、糖尿病性腎症の増加、あるいは導入年齢の高齢化が徐々にみられるようになった。通院困難な患者、自己管理の困難な患者、重複障害の患者への対応

が増加したことから、看護業務のなかで患者の生活全般の調整が主要な部分を占めるようになった。看護師はガイドラインやプロトコルに基づいてケアの評価・計画・実施をおこない、他職種と連携し、ケアを管理することが求められた。

透析看護研究会は、1976年より22年間、腎不全看護の専門性の追求と腎不全患者のQOL向上のための活動をつづけ、1998年、日本腎不全看護学会に成長した。この年は、糖尿病性腎症が透析導入原因疾患として、慢性糸球体腎炎をぬいて第1位となった年でもある。本学会は、発足当時の会員数は352人であったが、現在2,836人（2008年5月末現在）となっている。学会活動の1つには、世界における学術発展に寄与することを設立趣旨に掲げ、現在、学会評議員がWFRC（腎不全看護世界基金）の理事、ISPD（国際腹膜透析学会）看護連絡委員などの役割も担っている。

2008年現在、透析看護の特徴としては、糖尿病性腎症の増加、導入年齢の高齢化、透析期間の長期化、治療法の自己決定（導入・非導入、中断・中止）などがあげられる。

透析医療・透析看護の現状を踏まえ、今後私たちが看護をどのようにおこなっていくか（対象の捉え方、看護の方法）について、これから皆さんと考えていきたい。

透析医療・透析看護の現状を把握する

透析医療に影響を及ぼす因子として、①慢性腎不全患者の現状（透析人口・年齢・透析歴・原疾患・合併症・治療方法・治療施設）、②治療を取り巻く社会・経済状況（厚生医療と障害者自立支援法、医療保険制度・介護保険制度）がある。この2つの視点から透析医療の現状を把握していく。

①慢性腎不全患者の現状

透析患者数をみると、毎年約3万人が透析導入し、約2万人の透析患者が死亡する。透析人口は、年間約6,000～1万人ずつ増加しており、今後もこの状況が

一度得た一組の知識および技術が、全生涯にわたって通用するという考え方は消滅しつつある。教育の意義は一塊の知識を獲得することではなく、人間としての存在を発展させること、すなわち人生のさまざまな経験を通じてつねに自分を成長させていくことである。

図1 ポール・ラングラン生涯教育の理念（1965年）

ポール・ラングラン（Paul Lengrand）により、1965年にパリで開催されたユネスコの成人教育推進国際委員会において、はじめて「生涯教育」の理念が話された。

づくことが予測されているが、2007年の(社)全国腎臓病協議会の調査によると、全国では約70ヵ所近くの透析施設が、閉鎖または縮小したと報告されている。

透析患者の年齢・性別をみると、導入患者の平均年齢が66.4歳、全患者の平均年齢が64.4歳である。導入患者の年齢は男性で60歳代、女性で70歳代が多く、全透析患者では男性・女性ともに70歳代が最多である。

透析導入の主要原疾患をみると、1/3が糖尿病性腎症、1/3が慢性糸球体腎炎である。近年、原疾患が不明である、あるいは腎硬化症などが増加傾向にある。

治療法をみると、全透析のうち血液透析が96%を占める。透析年数をみると、患者の約半数は5年未満、1/4が5年以上10年未満、残りの1/4が10年以上40年未満である。

②治療を取り巻く社会・経済状況

わが国は急速に超高齢社会に突入している。国立社会保障・人口問題研究所の「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）」によると、総人口に占める各年齢層の割合が、2055年には0～14歳までが8.4%、15～64歳までが51.1%、65歳以上が40.5%となり、生産年齢と非生産年齢の割合がほぼ同じになることが予測されており、医療費の経済的な基盤が揺らいでいる。

透析看護では、高齢透析者の増加、糖尿病透析者の増加、長期の透析患者の増加という3つの特徴が大きく影響している。

現在、導入年齢が65歳を超えているが、高齢化に伴い合併症をもつ透析患者の増加もあり、患者数の増加とともに透析医療費の増大がめだってきている。実際、高齢透析患者が増えてきた2000年ごろから包括医療制度が取り入れられ、2006年では、外来患者の検査料の包括化、透析の治療時間区分の撤廃、透析の処置料の一本化、ダイアライザー点数の減額、透析食の加算の廃止、外来透析患者のエリスロポエチン製剤の包括化などがおこなわれている。人工透析にかかる医療費が1人年間500万円ということで、26万人であれば1.3兆円となる。これは、国民の総医療費のおよそ

看護職員がより質の高い看護を国民に提供するためには、看護職員がその専門性を追求し、また人間として成熟し、自己実現を目指すための生涯教育は重要である。また、高学歴化社会のなかで、専門職業人としての社会的評価を得る観点からも推進する必要がある。

図2 厚生省健康政策局看護課の定める看護職員生涯教育の範囲（1992年）

4%を占めていることになる。

このような状況のなかで、看護師は従来の透析室でのケアだけでなく、患者の生活の場面でのケア、あるいは家族のセルフケア機能までも含めて生活調整することが求められるようになっており、日常業務の範囲が拡大・拡散・混乱しつつあるといえる。看護には、①より特化した専門知識や技術の習得、②ほかの医療チームや、地域のヘルスケアチームとの協働、③安全で安楽な治療環境の提供などが求められている。

看護師のキャリア開発の必要性

看護師のキャリア開発の必要性について考えていく前に、ポール・ラングランの生涯教育の理念（図1）、厚生省（現：厚生労働省）健康政策局看護課による看護職員の生涯教育の範囲（図2）を提示する。

図1、図2に示したように、看護師は生涯を通じた人間的成熟が求められている。疾病構造が変化し、医療費の抑制政策、医療情報システムの多様化、あるいは患者の権利の主張などの社会的背景や、看護師の教育レベルとして専門・認定看護師など特定領域の専門資格の誕生など、さまざまな背景から看護師の質向上、キャリア開発の必要性は高まっている。

キャリア開発とは、職業を通して自己実現の欲求や期待を実現することであると考えている。看護師は患者とともに成長しあう存在であり、理論にもとづく行動が看護実践ととらえ、看護師自身が実践力を身につけ、成長すると考えている。

厚生労働省医政局看護課の「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会」報告書では、新人看護職員研修の考え方として「看護は人間の生命に深くかわる職業であり、患者の生命、人格および人権を尊重することを基本とし、生涯にわたって研鑽されるべきものである。新人看護職員研修は、看護実践の基礎を形成するものとしてきわめて重要な意義を有する」と述べられている。

研修をはじめ教育機関の設定などキャリア開発が積極的におこなわれる背景には、18歳年齢の減少によるケアニーズに対する看護師不足、教育中のドロップア

ウトが約10%、就職後1年以内の離職率が9.3%という状況があり、日本看護協会や厚労省でも新人看護職員定着のための検討会や、基礎教育のあり方検討会、臨床研修制度の充実、受け入れ態勢の問題などを協議している。私たち先輩も、新人看護師に対してどのようなかわりができるのかを模索していくことが次の世代を育て、自分自身も研鑽を重ねることになるのではないだろうか。

新人看護職員研修の必要理由として、①高齢化、医療の高度化、在院日数の短縮による看護業務の複雑・多様化、②業務密度の高まり、切迫した時間、多重課題への対応、③業務中断など学生時代とは異なる体験の連続、④医療安全の確保など看護師に求められる責任の拡大、があげられている。リアリティショックの緩和をはかり、職場適応や定着を促進することが必要である。

透析領域において研修の必要性を考えると、①高齢化、医療の高度化、透析の長期化などにより介護度の高い患者が多い、②看護業務の多様化・業務密度の高まり（プライミング、穿刺、除水計画、回収時間ごとのバイタルサイン、透析経過のチェックなどの多くの透析医療遂行業務を限られた時間のなかでおこなう必要がある）、③透析室管理（ベッド配置、感染対策、空調）、透析者のセルフケア教育、生活・環境調整（家族、介護、通院、他施設）、医療安全の確保など、看護師に求められる責任の拡大、があげられる。腎不全医療、透析看護の特性を知り、知識や技術の向上を図り、キャリア開発につなげることで、職場適応や定着を促進することが必要である。

新人職員の研修が法的にどのように位置づけられているかをみると、医師には医師法第16条2で臨床研修が義務づけられており、歯科医師には歯科医師法16条の2で臨床研修をおこなうよう努めると明文化されている一方、看護師は法制度による規定はない。地方公共団体や病院開設者の措置において、看護師本人が自ら進んで能力向上を図ることが期待されているが、個々人の意識に委ねる部分が大きい。専門職業人として成長するためには、自らが努力を重ねるとともに、新人の時期から生涯にわたって継続的に自己研鑽を積むことができる研修支援体制が整備されていることも重要である。

腎不全看護の傾向として、実践に対する比重が変化し、看護師が患者の日常生活のケアを管理する必要性が増えてきた。とくに生活や時間の調整、コーディネート機能などがあげられ、必要な知識や技術としては、知識の提供や指導の方法、患者や家族との信頼関係の構築のための方法など、ケアのレベルアップが望まれる。

つぎに、「めざす看護」を阻む要因としては、個人レベルの問題では、経験不足、知識不足、意欲のな

さ、マンネリ化、燃え尽き症候群などがあげられる。システムの問題では、繁忙、不適切な人員配置・業務分担、非効率的な業務の遂行、透析者の看護度の変化があげられる。これら一つひとつの要因を分析していくことで、「めざす看護」到達への道が開けるだろう。

腎不全看護領域の資格制度とその実践

日本腎不全看護学会発足時の設立趣意にも述べるように、腎不全看護の目的は、治療中の安全を確保すること、看護職を取り巻くヘルスケアチームとともに患者・家族が、腎不全をもちながらも合併症の併発が最小限で、充実した生活を送るためのよりよいセルフケアを援助することである。会員一人ひとりの専門性や主体性の向上、腎不全看護の標準化、腎不全看護研究の質的・量的拡大をめざすことで腎不全看護をより質の高いものにしていくことが目標である。

透析医療における従事職員の分布

2006年12月末の（社）日本透析医学会統計調査委員会の調査報告によると、透析医療に従事する職員別の分布をみると、看護師、准看護師あわせて3万2,000人、59%にのぼる。患者対看護師数の推移をみると、1984年の調査開始以来徐々に減りつづけ、現在、患者10人対比の看護師数は1.21人である。つぎに2000年12月にトキワクリニックの中原宣子さんが全国300施設を対象に調査し、154施設から回答を得た結果によると、透析医療に従事する看護師と准看護師の比率は、看護師58%、准看護師42%であった。看護師の配置基準7:1が導入されたことにより、看護師が病棟に確保され、透析室などの外来部門に属する部署は准看護師が多くなってきているという声も聞く。

腎不全看護領域の資格制度

現在、学会が関与している腎不全看護領域の資格制度は2つある。1つは、平成15年度よりおこなっている5学会合同認定の透析療法指導看護師である。教育目標は、①個別的ケアの実践と評価ができる、②知識、技術の習得で安全・安楽な治療環境を提供できる、③効果的な長期療養生活の支援ができる、④実践的モデルとなり、医療チームへの指導ができる、⑤臨床看護の質向上に主体的に取り組む、の5つである。現在、日本全国で564人の透析療法指導看護師が誕生している。臨床における看護の質的向上のための、実践モデルとして活動することが期待されている。もう1つは、平成16年度よりおこなわれている日本看護協会の透析看護分野の認定看護師である。認定看護師には、看護現場において、水準の高い看護の実践・看護師としてのモデル、看護職者への指導・相談の役割を担うことが求められている。平成19年7月現在、58

表1 腎不全看護の専門性が発揮できたと思われる領域

	エキスパートレベル	中堅レベル	一人前レベル
患者とのかかわり	患者教育 - 集合教育の講師 - 学習支援プログラムの実践 コンサルティング能力 - 治療・看護のマネジメント - 役割の相談・対応 - 多職種間の調整 役割認識 - 他職種への問題提起 - 情報提供 - 他施設との連携・交流	高度な実践 - 異常の早期発見 - 予測的にかかわり - 治療選択の支援 - リスクの高い患者の透析実践 リーダーシップ役割 - 看護の継続指示 協働的な実践 - 医師への意見・報告・提案 - 他職種との連携 - 研究発表 指導的役割 - 研究発表のモデル的实践	適応能力 - 自信を持ち、広い視野で患者とかわかれる 技術習得 - 穿刺などの透析にかかわる一連の技術習得 臨床能力 - 根拠のある説明と患者指導 - 患者との信頼関係の確立 個別的問題解決能力 - 介入困難な患者の看護
スタッフとのかかわり	コンサルティング能力 - 感染管理 - 病後改善 - PASの導入 - スタッフへの相談・対応 役割認識 - 新しい技術・知識の提供 - 学習会講師 - 腎不全看護の啓蒙	リーダーシップ役割 - 学習会の企画・運営 - 研修会への参加推進 - スタッフへのアドバイス 指導的役割 - 学生・新人への指導 - スタッフ指導 - 専門的知識・技術の提供 - 研究支援・研究発表	
院外活動	役割認識 - 院外講師 - 患者・医療職・福祉職対象の講義 - 看護学校、透析以外の看護分野での講演、学習の機会に参加 - 学会、研究会での座長・司会 - 研究活動 - 執筆活動		

人の透析看護分野の認定看護師が誕生している。

それぞれの資格取得者は、臨床看護の質的な向上に取り組み、モデルとしてますます研鑽することが期待される。透析看護実践力を評価するために、透析技術、透析中の管理・ケア、看護実践、患者支援、問題解決能力などの項目に分けて段階的なケア評価リストをつくることも推奨される。

看護業務基準のなかには看護実践基準があり、看護職は主治医師の指示のもとに医療行為をおこなうが、医療行為の理論的根拠と倫理性、対象者にとっての適切な手順、医療行為に対する反応の観察と対応については看護独自の判断をおこなうことができるとされている。看護の実践能力を高めることで、医師の治療内容を確認したり、説明を求めることもできる。

腎不全看護の専門性を考える

透析療法指導看護師の有資格者 431 人に、資格取得後の仕事上の変化についてアンケート調査をおこなった。現在、100 人より回答を得たので報告する。

業務内容についてベナーの腎臓病看護における発達モデルにあてはめた。ベナーの腎臓病看護における発達モデルは、その項目を一つずつ具現化していくこと

でリーダーが形成されて、腎臓病領域の専門看護師として成長・発達していくモデルである。第1段階：新人レベル（主体的な学習に基づき日常の看護実践に取り組む）、第2段階：一人前レベル（臨床看護の質向上に主体的に取り組む、看護の充実を目指す）、第3段階：中堅レベル（看護の充実をめざし、看護の専門性を追及することができる）、第4段階：エキスパートレベル（看護の充実をめざし、看護の専門性を追及し、実践できる）とそれぞれ定義した。

「患者とのかかわり」「スタッフとのかかわり」「院外活動」について、それぞれのレベルにおける適応能力や技術習得を表1に示す。表1に示したように、患者とのかかわりは、一人前レベルの課題を含み、中堅、エキスパート領域と全般にわたっており、スタッフとのかかわりの項目は、中堅レベルとエキスパートレベルの課題が占めている。院外活動の項目はエキスパートレベルの課題がほとんどである。

おわりに

私たちは、今後、変化を積極的にとらえ、その変化に対応していくことが求められる。そのために、まずは自身やスタッフの看護のレベルを省みて、協働的な組織、チームメンバーを育成することが求められる。

透析室における 聴く力，話す力，情報を取る力を磨く



滋賀医科大学医学部看護学科 臨床看護学講座（精神看護学）教授
瀧川 薫

はじめに

私は、これまで看護師や臨床工学技士の仕事を通して、透析の黎明期を経験し、ダイアライザーや管理装置の開発、大学病院における CAPD の導入、臨床での患者指導などに携わってきた。以前にくらべて、管理装置はマイクロコンピュータが導入されて、オートメーションによるプライミングも可能となり、ダイアライザーの機能も格段の進歩を遂げた。これだけ透析の技術が進歩し、看護師も専門教育を受ける機会がありながら、なぜ患者の不満が継続して存在しているのだろうか。そして、透析室に勤務している看護師の士気が下がっているのだろうか。その疑問を頭の片隅に置きながら、今日の講義を聴いてほしい。

医療における安心感と信頼感

医療においては、「安心・安全」を前提とした治療が求められているが、医療の高度化や複雑化、人員不足などにより、その「安心・安全」を維持することが難しくなっている。「安心・安全」とは、安らかに危険がなく、傷つくことのない状態である。患者が心配や不安がなく安心して透析をおこなうためには、信頼に基づいた人間関係が必要不可欠である。普段から医療従事者と患者が積極的に言葉を交わし、信頼関係を構築していくことが重要になる。コミュニケーションを通じて患者の信頼感を獲得できるかどうかは、医療従事者にとっては個人の問題でなく、病院として安心感を提供できるかどうかという組織全体の問題でもあるといえる。

信頼感の獲得には、コミュニケーションだけではなく、すべてのケアが安全・確実におこなわれることが求められる。わたしたち看護師は、透析という技術を患者に提供するだけではなく、透析患者という人間とのかかわりを中心とする対人専門職種である。ところで、人間関係では、①対象の理解、②関係性の理解、③自己の理解、が大事である。この3つに基づき、以下で解説していく。

相手を知ることー透析患者の理解

透析看護を展開するうえでの対象者である透析患者を知ること、そのための知識や技術について、以下に解説する。

コミュニケーションの危機的状況

救命・救急、生理的な機能維持という手段・ケアが優先される場、患者の生死という極限に曝される場、生命倫理が問われる場においては、コミュニケーションの危機的状況が認められる。

透析室では、穿刺から透析開始、血液回収までの一連の作業がある程度は流れとして決まっているため、馴れ合いが生じやすい傾向があり、一個人としての患者の個別性を無視したおざなりな指導や教育がなされてしまう危険性がある。

透析患者の高齢化が進み、患者の最期に関与することが多くなると、死を意識しながら患者にかかわらなければならない。今後は、在宅看護やターミナルケアを含めた新たな透析のあり方を考える必要性が示唆されている。

透析患者のなかには、身勝手、要求過多、攻撃的、強度の甘えや依存、一方的な恋愛感情、無気力、うつ、なげやり、焦燥感、あきらめ、愚痴、嘆き、コンプライアンス不良、自分流、強がり、一方的といったタイプに加え、認知症や人格障害などの特徴をもった患者がいるため、対応困難な場合がよくある。

透析施設におけるメンタルケアの課題

透析患者は、導入期には透析告知に対してショックを覚えたり、事実を否認するなどという反応を示す。わが国では移植はあまり積極的におこなわれていないため、慢性腎不全になると一生を通じて透析を余儀なくされる状況にあり、そのことに対する不安や不満をもつ。インフォームド・コンセントの困難さもここに原因がある。透析を余儀なくされた患者は、家族のなかでの役割関係を変化させなければならないことが多

く、このような患者・家族関係にも看護師が関与していかざるを得ない場合もある。患者と長期にわたってつきあっていかなければならないため、看護師側が患者に特別な思い入れをしてしまったりという問題（逆転移感情）もおきやすい。

幸いにして移植がおこなえても、移植が不成功に終わり再び透析をしなければならない場合や、患者の高齢化により要介護状態になった場合のメンタルケア、死期が近づいたときのターミナルケア、遺族に対するグリーフケアなどのメンタルケアも必要になる。

透析患者の心の状態には、多くの内的・外的要因が影響している。透析の中止は直接的な死を意味するため死への不安をつねにもつ。または、生体の恒常性維持の困難さや性的能力の低下、人間関係面でのストレスなどといった喪失への不安、時間的・身体的拘束に加え、食事療法など制限を伴う問題も抱えている。

腎機能の廃絶やそれに伴う病態、透析療法および合併症から生じる病態も考慮するよう心がける。とくに糖尿病性腎症透析患者の場合には、神経麻痺や視力障害など多くの合併症を伴いやすく、食事制限も伴うため、心の状態に気を配る必要がある。

身体的状態（易疲労性、焦燥感、睡眠障害、うつ症状、長期透析に伴う器質性脳症状、高齢化による問題など）、心理的状态（不安、悲嘆、食事制限の受け止め方、将来の希望や生きがいの喪失）などの内的要因が、患者の心の状態に影響を及ぼす。また、食事療法に家族が支援的か否か、医療者が患者を受容・承認しているか否かという態度などの外的要因も、患者の心の状態に影響を及ぼす。

以上のことから、透析看護では、生死のきわどい状況のなかでさまざまな制限を守り、精一杯生命を維持しようとしている患者の努力や気持ちを承認し、受容する度量が必要である。患者の精神状態を理解したうえで患者指導や患者教育、患者理解に努めることが、透析看護の質を向上させるために必要不可欠である。

障害者役割と病者役割

透析患者は病者ではなく、障害者である。透析している限りにおいては、日常生活を維持し、社会参加することができる。しかしながら、わが国の透析患者の多くは透析を受ける際、パジャマを着てベッドに横になり、あとは医療従事者が穿刺しモニターを見ながら血流量を調整し、食事指導をおこなっている。透析患者は病者であるというような常識が認められるが、この状況は透析医療に従事しているスタッフが透析患者を病者として見ていることが関連しているのではないと思われる。

ゴードンの障害者役割には、①能力に対応した役割の修正、②能力低下を補う道具的依存を含む、③自分

の状態の共同管理者であることへの期待、④自分自身のPR担当者であることへの期待、が含まれる。②の道具的依存とは、腎機能低下に対して能力の低下を補うための透析機器やダイアライザーの使用を伴うということである。③の共同管理者というのは、患者が自身で自分の体調や食事を管理し、必要に応じて医療従事者が介入するということである。④の自分自身のPR担当者であるというのは、慢性腎不全であるから透析をしなければいけないが、透析をする限りにおいては普通の人と変わらない生活ができるから働かせてほしいなどと、世間に対して自分の弱い部分と健康的な部分を同時にアピールしていくことが期待されている。

リハビリテーション医学系の視点による障害者役割は、①自己の社会的不利に対して忍耐強く打ち勝つこと、②能力低下に適応すること、③障害されていない身体機能を用いて能力低下の代償をおこなうこと、④ある程度は仕事をおこない、社会的に活動性を高めること、の4つの側面から構成されている。つまり、障害者としての自覚をもち、社会的な役割を担うことが求められている。

理想的な医療者・患者関係として、T.S. サスとM.H. ホランダーの「医師・患者関係の三つのモデル」をもとに解説する。

①能動・受動の関係（親・幼児モデル）

重症・大出血・昏睡など緊急の場合などで、患者自身が行動、理解、協力できないなどの場合のモデルである。医療者が、患者の「最善の利益」を考慮してさまざまな処置をする。

②指導・協力の関係（親・年長児モデル）

患者がそれほど重態でない場合などで、患者は病気ではあるが何が起きているのかを自分でよく理解しており、医療者の指示にしたがう能力、ある程度の判断を下す能力をもっている場合のモデルである。患者は病気を治すために積極的に医療者に協力していく関係である。

③相互参加の関係（成人・成人モデル）

糖尿病や高血圧、透析患者などの慢性疾患などの場合で、患者自身が治療プログラムを実行できる場合である。医療者は相談に乗ることによって患者の自助活動を支援する関係である。

日本の透析患者が、医療者と③の相互参加の関係を築こうという意識をもてるように、われわれ医療者が積極的に指導していく必要がある。

透析に従事する看護師の自己理解

つぎに、看護師自身の自己理解のための知識について

て解説していく。

まずは、自己表現の3つのタイプについて紹介する。

①非主張的な自己表現方法

相手を優先して、自らも率直な表現をせずに曖昧な態度を取る。非主張的自己表現になる要因は、他者に嫌われたくない、葛藤を回避したい、ものわりのいい人という印象をつねに周囲にもたれたいと願うためである。自分の存在や感情、思考や欲求を軽んじ（自己犠牲の精神、対象を大切に扱いすぎる）、依存心が極端に強いことなども要因となる。

②攻撃的な自己表現方法

自己中心的で自己愛的、しばしば支配的な態度を取る。攻撃的な自己表現方法になる要因は、権威や地位を崇拝するためである。師長や主任など、肩書きのある人に多い。その根底には、自分の主張が絶対に正しいという思い込みが強すぎる、相手に対する期待が大きすぎる、日常の業務が多忙でストレスフルであるなどの要因があることも多い。

③アサーティブな自己表現方法

自己と他者の両方を大切にする相互尊重・相互理解の態度を取る。アサーティブな自己表現は、医療者にとって理想的な自己表現方法であり、これを身につけるためには、以下のポイントがある。専門家としての適度な自信と謙虚さにもとづき、自分の意見・主張・感情を素直に表現するようにする。相手に対して関心をもちながら傾聴する。話し合いによる歩み寄りを試みる。弱くて不完全な自分を認めて受容する。日々の勉強により自信を深める。自分の感情を適切に扱う。

また、非合理的な思い込みをもっている場合にもコミュニケーションがうまくとれない原因となるため、修正を心掛けなければならない。看護師における非合理的な思い込みの例としては、“看護師は、医師の言うことには絶対に従わなければならない”“患者に対しては常に受容的で共感的な態度で接しなければならない”などであるが、患者指導の際など心を鬼にして患者にかかわらなければいけないときもある。

“積極的に主張することは出しゃばりだと思われる”“自立している人間は、絶対に依存や相談をしない”“仕事ができないのは、能力・やる気・努力が足りないからである”といった思い込みもある。自分にできること、できないことを十分理解しており、できないことは人に助けを求めることができる（誰に対して支援を求めたらいいかということもわかる）ことが、真の自立・成熟したエキスパート看護師といえる。また、新人看護師の仕事ができない理由は、その人のやる気や努力が足りないからではなく、慣れてい

ないためである。慣れていないためにその人本来の能力が発揮できないということを理解し、新人が十分に慣れるまで周りが支援することが求められる。

コミュニケーションの基礎知識

コミュニケーションとは、「正解のない、人と人との関係づくり」である。社会生活を営む人間にとって、お互いに意思や感情、思考を伝達し合うことは避けられない（不可避性）。自分の気持ちを相手に伝えるには、コミュニケーションの基本的な知識が役に立つ。

コミュニケーションには、言語的なコミュニケーションと非言語的なコミュニケーションがある。非言語的なコミュニケーションには、じっと見つめる、そばに寄り添うなどがあるが、看護においても有効なコミュニケーション方法である。言語的なコミュニケーションで留意すべきことは語彙である。相手の年齢や性格などに応じて、語彙に気遣って説明する必要がある。

コミュニケーションは言葉のキャッチボールといわれるが、相手と言葉を交わしても、相手が納得していなければコミュニケーションは成立していない。コミュニケーションの前提として、相手に関心をもつことが重要である。愛情の反対は憎しみではなく無関心であることを知っておく必要がある。

患者指導においても、頭でわかるだけではなく、日常のコミュニケーションでその人の生活に沿った指導をして、相手が納得できるような説明を心掛けることが重要である。

援助的コミュニケーション ―言葉と気持ち

嫌われる言葉と好かれる言葉：相手の人格を否定する言葉、アイデンティティを構築している要素に対する批判、「なにぐずぐずしてるの」「さっさとやりなさいよ」など自分ばかりを優先する言葉、指示・命令は嫌われる言葉である。反対に、喜ばれる言葉は、「かしこまりました」「どうぞ」という相手を優先する言葉や褒め言葉である。

あいまい語：10代、20代前半の若者は、あいまい語を多用する。「一応」「～とか」「私的には」「～というか」などのあいまい語を多用すると、無責任であるように相手は感じ疑心暗鬼になるため、使わないようにしたい。

励ましの言葉とねぎらい・いたわりの言葉：「がんばって」という未来志向の励ましの言葉は、「今以上にがんばらなければいけないのか」という切迫した思いを相手に抱かせる。「がんばってますね」「がんばってこられましたね」という現在や過去に対するねぎらい・いたわりの言葉は、相手のがんばりを評価し、そのうえで「がんばってね」と指摘することで相手に与える印象がまったく違う。

同感と共感：同感とは、同情とほぼ同意であるが、感情移入してしまい、一緒に泣いたり、笑ったり、喜んだりするだけのことであり、プロとしてのかわりとして相応しいのは、共感である。共感とは相手と一定の距離を保ちながら、相手の気持ちを受容し対処方法について検討する態度である。

援助的コミュニケーションとカウンセリング・マインド
 カウンセリング・マインドとは、患者から情報収集するときの心構えである。

- ①あるがままに受け入れる（道徳的に批判したり、私的な善悪の基準や好みで判断しない）。
- ②訴えに耳を傾ける（一律的、機械的な判断・反応はしない。聞くときには前かがみが好ましい）。
- ③一貫した態度を示す。患者の心理的な安定を図るためにも、感情の起伏が少ないように平常心で業務をおこなうようにする。
- ④実感を大事にする（患者との日常会話では、詮索的な質問や論理的な説明を避け、包容力のある態度でかわる。患者教育のなかで、場合によっては詮索的な質問や論理的な説明をしなければならないこともあるため、その場合は患者に断りをいれる）。
- ⑤否定的感情の表現を支える（相手が怒っているときに、理屈で説得を試みたり、言葉で対抗しようすると相乗効果で怒りが増幅してしまう。否定的な感情の表出は、自分に非がある場合や、相手がうさ晴らししたいなどの場合があるので、むしろ冷静沈着に対応するよう心掛ける）。
- ⑥相手にもたらす影響を知る（看護者自身の言動の影響力について知っておく必要がある）。
- ⑦秘密は守る（興味本位の情報のやり取りはしない。患者指導をする際にも、ほかの患者に聞こえてしまうことを避けるために筆談する、透析終了後に別室で話すなどの方法が選べる。また、指導の名のもとに、別の患者の事例をむやみやたらに出すのは避ける必要がある）。
- ⑧患者や家族が話しやすい雰囲気をつくるよう努める（患者の不満や攻撃的言動に対しても、反射的に否定せず、相手の心情を理解しようと努める）。また、スタッフ全員が共通の方向性をもって、一貫した態度で患者に接する必要がある。そのために、スタッフ同士でカンファレンスやミーティングをおこない、情報共有や話し合いがなされる必要がある。
- ⑨耳を傾け、よく見る（雑念にかられたり、役割意識のまま対応せず、相手をよく見て対話する）。
- ⑩患者のペースを尊重する（徐々に順序立てて表現できるように働きかける。相手から話を聞くとときには、前後の脈絡や時制、時間の流れなどを本人が整理できるようにしながら質問していく）。

- ⑪コミュニケーションの活性化に心掛ける（忙しそうでも、とても声を掛けるような雰囲気ではないという状況にはしない。多忙でも、穿刺しながら、バイタルチェックしながら、返血しながら、笑顔を見せたり、声を掛けてみたりして情報収集する）。
- ⑫「自分はどんな行動の仕方、話し方をしがちか」という自らのパーソナリティ傾向を知る。
- ⑬心を和ませるユーモア感覚をもつ（ただし、ブラックユーモアは相手に対する批判的な傾向があるため、看護師は使うべきではない）。

人が話を聞けなくなる理由

①注意の分散（2つの話を同時に聴こうとするときなど）

例えば、ある患者と話しているときに隣の患者が話し掛けてきた場合、もし隣を向いて話し始めれば、はじめに話していた患者は、自分は見捨てられたという感覚をもつ。反対に、後から話しかけてきた患者を無視して最初の患者と話し続けられれば、後から話しかけた隣の患者は、自分は無視されたという気持ちをもつ。そういう時は、隣の患者に「ごめんなさいね。今こちらの方とお話ししていますから、後でお話しさせてもらいますね」というように、一人ひとりにきちんと対応することが大事である。

②話の内容が自分に関係ない、面白くない（簡単すぎる・複雑すぎる）と思われる場合

患者に話を聞いてもらうためには、患者自身に関係があり、興味をもてる内容を理解しやすい言葉で説明する必要がある。反対に、看護師が患者の世間話に興味をもてない場合でも、患者は何か話し掛けてこようとする気があるのだと、必ず聞く耳をもつという態度を示しておくことが必要である。

③自分の立場や権威が話し手や話の内容により脅かされる場合

透析について患者から質問されてわからなかった場合、看護師は専門職としての自分の立場が脅かされるため話を聞けなくなる。患者は自分の病気のこと、ダイアライザーの機能、返血の方法、食べ物のことなどについて断片的な知識や、こだわりをもっていることがある。そのようなこだわりも大切にしながら、それがあまりにも偏向している場合には修正するような指導も大事である。

④話から連想されたことに関心がってしまった場合

⑤いかに問題を解決すればよいかに気を取られ、話を早呑み込みしてしまう場合

⑥一方的に自分の価値観にもとづいて相手の話を理解してしまう場合

⑦つねに多忙すぎるという自己弁護

価値観が相手とは乖離しているにもかかわらず押し付けて、相手の本質が見えなくなってしまうことや、また、多忙すぎるという理由による自己弁護は通用しない。相手に対する関心をもち、同時並行的な作業の進め方などの工夫により、効率的な情報収集が可能となる。

おわりに

透析室における人間関係は長期にわたって同じ顔合わせであることが多く、そのなかでつねにコミュニケーションに対して意識的になるのは容易なことではない。さらに、透析看護師は常日頃から自分のメンタルヘルスに注意しながら、自分の価値観や方法論・心構えを自分自身に言い聞かせて患者とかかわらない限り破綻がきやすい職場だということを知っておいていただければと考える。

文 献

- 1) 五十嵐透子：自分を見つめるカウンセリング・マインド ヘルスケア・ワークの基本と展開，医歯薬出版，東京，2003

看護リーダーのためのコーチングスキルについて



有限会社 AE メディカル代表取締役 / 国際コーチ連盟マスター認定コーチ
野津浩嗣

はじめに

近年の急速な IT の普及によるスピード化や組織のフラット化、成果主義の導入など社会を取り巻く状況は変化している。この大きな変化のなかで病院が生き残るためには、看護師一人ひとりの果たす役割が以前にもまして大きくなっている。一方、看護師それぞれの職業に対する価値観や成育背景も変化してきており、これまでの年功序列型の画一的な指導ではうまくいなくなっている状況があちこちでみられる。

そこで本日は、このような時代の大きな変化に対応すべく、スタッフ育成の新たな方法の一つであるコーチングを使ったスタッフの育成・コミュニケーションについて、実習を入れながら解説していきたい。

コーチとは

“コーチ”の語源は、“馬車”、“家庭教師”、“スポーツのコーチ”である。これら3つに共通することは、“相手が目標を達成するためのサポートをする”ということである。すなわち、コーチとは、相手の目標達成を支援するサポート役である。

10年ぶりに改定された広辞苑 第六版（2008年1月発行）に、初めてサポート役としての“コーチング”という語彙が収載された。そこでは、“本人が自ら考え行動する能力を、コーチが対話を通して引き出す指導術”と定義されている。

コーチングの歴史

1950年代、マネジメントの分野において組織のなかで人のやる気を引き出す仕事としてコーチという言葉が使われ始める。1999年、日本コーチ協会が設立され、2000年NPO（非営利法人）となる。2000年ごろから、企業が管理職研修としてコーチングを採用しはじめた。2002年、病院・介護施設などでコーチングを採用、2004年より各種学校などでコーチングを採用しはじめた。

表1 コーチングの哲学

1. 相手の中に答え、能力はすでに備わっている。
2. 相手のやる気・能力を引き出し、相手の自発的な行動を促進させること。
3. 双方向コミュニケーションでおこなわれる。
4. 相手との価値観の違いを認め、よりよい人間関係を構築する。

コーチングとは何か？

コーチングの根幹をなす考え方を表1に示す。

コーチングの目的は、相手の目標達成の支援である。相手から言われて行動するよりも、自分で考えたり気づいたりして行動する確率のほうが高く、やる気も高くなる。

表1の1～3は、これまでのコーチングの主流な考え方であったが、最近注目されているコーチングの柱は、「4. 相手との価値観の違いを認め、よりよい人間関係を構築する」というものである。コーチングは、多種多様な価値観をもっている人間同士が、他人との価値観を埋めていく際に有用なスキルである。

2つのコミュニケーションスタイル

コミュニケーションには大きく分けて2つのスタイルがある。1つは、一方向コミュニケーションであるティーチング（指示命令）というスタイルである。仕事には経験や責任が伴うため、ティーチングスタイルが必然的に多くなる。とくに医療は、患者の命を預かるという難しい職業であり、なかでも緊急性が高い項目や新人スタッフに対する指導ではこのティーチングスタイルが有用である。

もう1つは、双方向コミュニケーションであるコーチングというスタイルである（図1）。スタッフと対話し、スタッフに質問することによって、スタッフから答えを引き出すというスタイルである。スタッフとともに考え、目標を共に達成していくパートナーの役

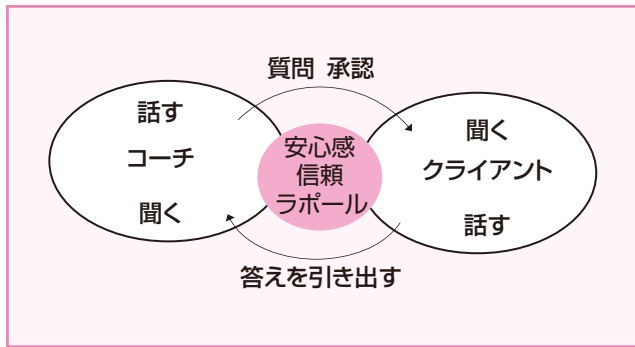


図1 コーチングは双方向コミュニケーション

割（コーチ）が今後の望ましい管理職のあり方である。この2つのスタイルのコミュニケーションを使い分けることが重要である。

「聞く」

文部科学省の「listen」の訳は「聞く、傾聴する」となっているため、本講義では、「聞く」の表記を使う。表記が「聞く」でも看護でよく使用する傾聴するという意味の「聴く」と同じである。

コーチングでは、「聞く」ことが重要な位置づけを占める。それは、話し手が「自分の話をしっかり聞いてもらっている」と感じることで、自分を受け入れられていることを確認でき、聞き手に対して信頼感を覚えるからである。

また、話すことで頭の中が整理され、考えが明確になり、行動しやすくなる。また、そのような聞き方ができる相手には、意見やアイデアを提案しやすく、業務への参画意欲が向上するなどのメリットがある。

女性の「聞く」と男性の「聞く」

女性の「聞いてほしい」という欲求のほとんどは、「自分のことをわかってほしい、知ってほしい」という欲求であるのに対して、男性の場合は「聞くからには何らかの問題を解決する」という欲求であることが多い。そのため、女性が男性に相談するとき、ただ「わかってほしい、知ってほしい」と思っているにもかかわらず、男性は「問題を解決しよう」とするため、コミュニケーションの齟齬が生じる。

相手の話を聞くときに、「自分のことをわかってほしい」、「答えを出してほしい」という2つの欲求のうち相手がどちらの欲求をもっているかを聞き分ける必要がある。

双方向コミュニケーションとはどういうものか？

コミュニケーションは言葉のキャッチボールといわれる。私たちの発する言葉には色や形がないため、話をした相手がその言葉（ボール）をしっかりと受け止

めてくれたかどうかかわからない。「もし、わたしたちが発する言葉に色や形があったなら、このスタッフとどのような色や形のコミュニケーションをとっているだろうか」と考えてみることを提案したい。

私たちの発する言葉を色のついたボールだと考えて、BさんがAさんに相談するときBさんの言葉がAさんに向かって投げられると想像する。その言葉のボールがAさんによってどのように受け止められるか？受け止められないか？Aさんの最初の返答が大事になる。その一言目でBさんは自分の相談・言葉をAさんが受け止めてくれたかどうか分かる。

ラポールとは、「心と心の架け橋」という意味で、安心・信頼してコミュニケーションが取れる状態であるが、コミュニケーション学的には「開かれたコミュニケーションができる状態」とされている。

相手の受け取れる場所に相手の受け取れるスピードでボールを投げることによって、双方向コミュニケーションが成り立つ。看護師の皆さんは、「傾聴」を重要視しており、聞くことの重要性を知っている。しかし、相手にとってあなたという存在が話しやすい人であるか？という視点で再度振り返ってほしい。コミュニケーションにおいて最も重要なのは、会話のはじめに相手が自分の言葉を受け取ってくれたという感覚である。最初にこの感覚をもてないと、相手とのコミュニケーションも円滑に進まない。よい人間関係をつくるためには、まずあなたが相手の話を「聞く」という立場が重要である。話し手が、「自分の話を受け取ってもらえた」という感覚を得るところから信頼関係ははじまる。

「話す」

承認のスキル（アクノレジメントスキル）

コーチングの分野では、「褒める」に代わる言葉として「アクノレッジ」という言葉を使う。「アクノレジメント」は、「承認をすること」という意味である。承認には、存在を認める、感謝する、仕事を任せなどの幅広い意味がある。

承認には、結果承認と事実承認の2種類ある（図2）。

- ◎**結果承認**：作り出した結果を承認する。ただし、よい結果をつくっていないと承認する側、承認される側も苦しくなる。
- ◎**事実承認**：成長や成果、そのプロセスを指摘する。「患者さんとコミュニケーションがとれるようになったんだ」「申し送りが理解できるようになったんだ」

図2 結果承認と事実承認

● You メッセージ

あなたは【 】です。

● I メッセージ

私は【 】です。

図3 自分の感情を伝える

①勤務終了時の会話から

「〇〇さん、いつも遅くまでがんばっていますね。とても助かっていますよ」

②手術前にオリエンテーションをした患者さんが、オペの2, 3日後に廊下を歩いていた時

「〇〇さん、こんなに歩けたんですね。〇〇さんが頑張っている姿を見て私は嬉しいです」

③スタッフ同士の会話から

「〇〇さんがいつも助けてくれるので、私は仕事がしやすいです」

図4 日常使える声かけの例

実習で学んだように、結果だけを褒められる（結果承認）よりも、結果にいたるプロセスを褒められる（事実承認）のほうが受け取る側にとって嬉しい言葉であることがほとんどである。

組織のなかで管理職という立場であると、責任と成果が求められ、よい結果を残さないと褒めることができない立場である。さらに、毎日よい結果を残すことは難しいが、毎日成長している、患者さんのためにがんばっているスタッフは多い。そこで、看護リーダーとしてスタッフに声をかけるときに、事実承認ができる。事実承認とは、「～できるようになったね」というような事実の指摘である。褒められる側にとっても、結果承認よりも事実承認のほうが嬉しい場合が多い。

看護師の皆さんが積極的におこなってきた患者に対する「声かけ」は、事実承認である。患者がよい方向へ向かって進んでいけるように声かけをしていくように、同じようにスタッフにも声かけをする（事実承認をする）ことで、スタッフは「師長さんはわかってくれている」と考え、会話の橋（ラポール）をかけることができ、コミュニケーションを円滑におこない、その後の信頼関係を築きやすい。また、がんばっているという事実を認める「事実承認」を重ねていくことで、結果承認を早く得ることにつながるともいえるであろう。

くれぐれも「褒めるとつけあがるから」という考えではなく、「褒めて伸ばそう」というスタンスが重要である。また、「がんばっているけれど、まだ私の

望むところまでには達していない」と思うのは結果承認の考え方にとらわれている。

You メッセージとは、「あなた」を主語にした言葉であり、日常の80%はYouの言語である。Youメッセージで褒められるとその一瞬は嬉しいと感じるが、後々まであまり残らない。また、あまり何度もYouメッセージで褒められると、「何かあるのではないか?」「怪しい」と抵抗感を感じる人もいる。

一方、Iメッセージは 相手が何かしてくれたから「私は・・・と感じる」「私は・・・と思う」など「私」を主語とした言葉である。残存性がよく、抵抗感が少ない（図3）。

日常使えるIメッセージの声かけの例を図4に示す。

おわりに

本日は、実習をまじえてコーチングを体験いただいた。ぜひ本日の講義内容をふまえて、スタッフの育成、スタッフ間の連携にコーチングをいかしていただくことで、問題が1つでも多く解決できれば望外の喜びである。

株式会社アニメートエンタープライズ

ブログ <http://mastercoach.cocolog-nifty.com>

メールマガジン 「あなたに強運をもたらす今日の言葉」

著書 『スタッフ指導の決定版！ 看護コーチング～日常業務への活用の仕方から人材育成・目標管理面接まで』（日総研出版、2005）

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

水分・塩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。

今回は、「透析で発生する問題・合併症」、「検査について」取り上げました。透析者にとって合併症はつらく苦しいものですが、事前にこのような合併症が起こる可能性を知っておくことで心構えができたり、予防できたり、実際に合併症が起きた場合にも早期の対応をおこなうことが可能となります。透析とうまくつきあっていくためにも合併症について理解してもらいましょう。

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。

透析で発生する問題・合併症

〈不均衡症候群〉

からだのなかに老廃物が蓄積されていますが、それなりに体内の平衡（バランス）は保たれています。しかし透析療法をおこなうことにより、急激に老廃物が除去され、体内に不均衡（バランスが崩れること）が生じ、下記のような症状が現れることがあります。これを不均衡症候群といいます。透析導入時に起こりやすく、また除水量が多い時にも起こることがあります。



〈血圧の変動〉

* 血圧の上昇

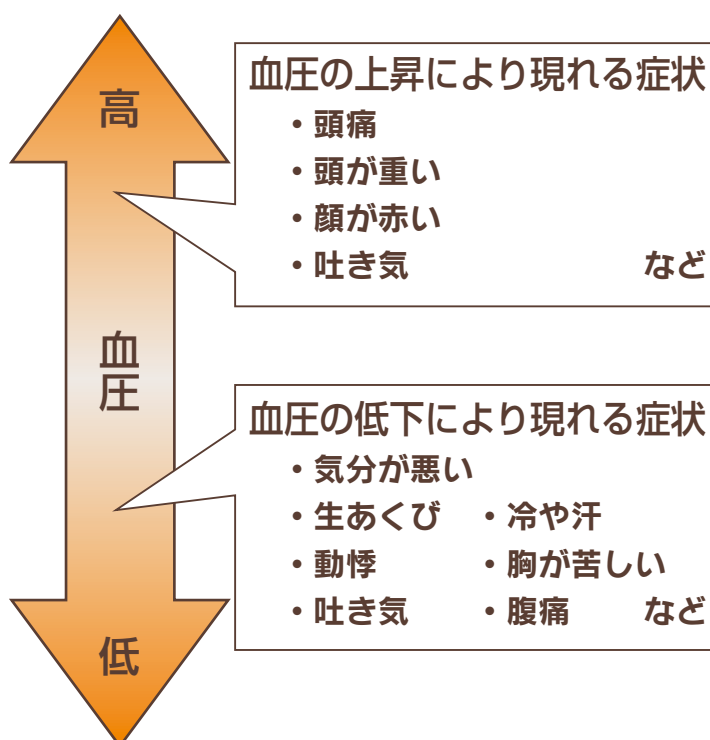
- 体重の増加が多い時
- ホルモン（レニン）の分泌が過剰な時
- 降圧薬を飲み忘れた時
- ドライウエイトの設定が高い時

など

* 血圧の低下

- 除水量が多い時
- 体調が悪い時（風邪、下痢など）
- 適正でない降圧薬の内服時
- ドライウエイトの設定が低い時

など



〈手足のつり〉



除水量が多すぎたりドライウエイトが低すぎる場合や、電解質（カルシウム、ナトリウムなど）のバランスが崩れた時などに手足がつることがあります。

*** 体重管理をしましょう！**

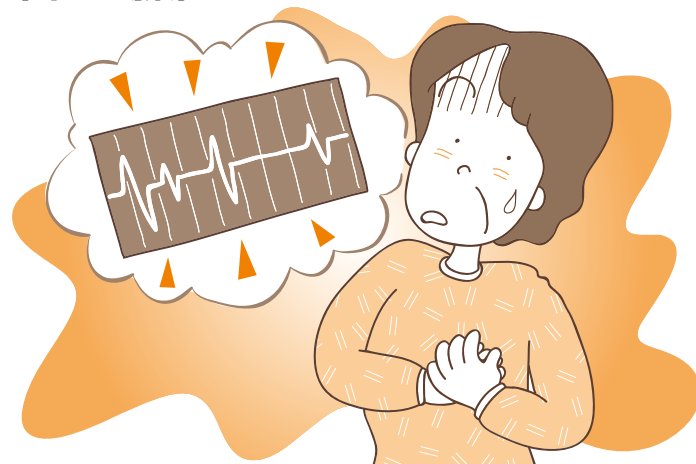
〈掻痒感（かゆみ）〉



原因はいろいろありますが、皮膚の乾燥、透析不足、リンが高い状態が続いた場合などに起こることがあります。

*** 皮膚の保湿（クリーム、軟膏を塗る）、リン制限、十分な透析を受けましょう！**

〈不整脈〉



心臓は常に規則正しく拍動しています。血液透析による過剰な体液の除去や電解質の急激な変化に伴い、心臓の規則正しい拍動が乱れることがあります。

*** 不整脈により現れる症状**

脈が抜けた感じ、動悸、胸痛、胸の不快感（締め付けられるような感じ）など

*** 体重管理をして、心臓に余計な負担を欠けないようにしましょう！**

*** 自覚症状がある時はすぐに伝えてください！**

〈うっ血性心不全，肺水腫〉



腎不全になると，貧血，高血圧，水・電解質異常などにより心臓に負担がかかります。また，過剰に水分を摂取するとからだに水が溜まり心臓の働きが悪くなりますので注意しましょう。

*うっ血性心不全・肺水腫の症状

横になると息苦しい，痰がからむ，咳が出る，不整脈，吐き気・嘔吐（吐く），からだのむくみ，顔色が悪い など

〈心・脳血管障害〉



からだの水分量の急激な変化，血圧の急激な変動，高血圧，動脈硬化などにより，心臓や脳の血管が閉塞（心筋梗塞，脳梗塞）を起こしたり，脳の血管が破裂（脳出血，くも膜下出血）してしまうことがあります。

*心・脳血管障害の症状

頭痛，胸痛，胸が苦しい，吐き気・嘔吐（吐く），めまい，けいれん，言葉の障害，麻痺（しびれ），力がはまらない，意識がなくなる など

〈貧血〉

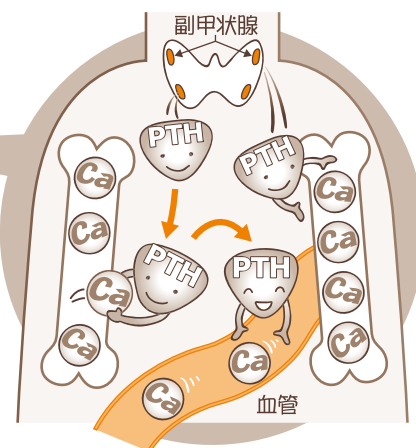
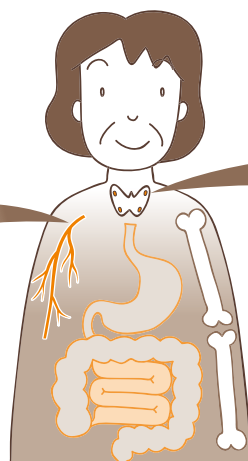
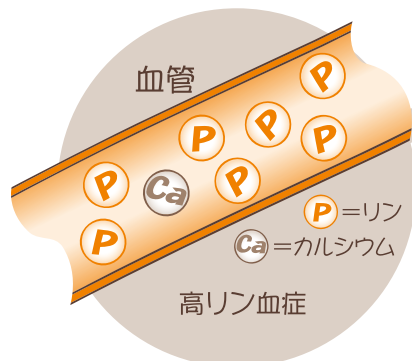


本来，腎臓から血液をつくる刺激ホルモン（エリスロポエチン）が分泌され，骨髓に働きかけて血液をつくっています。腎不全になるとその分泌が悪くなります。また，鉄の需要とバランスが崩れて，血液をつくるのに必要な鉄が不足して貧血になってしまったり，蓄積された老廃物が血液の寿命を短くしたり，食事制限のしすぎにより，貧血を起こすことがあります。

*貧血の症状

頭痛，動悸，息切れ，めまい，からだのだるさ，無力感，低血圧 など

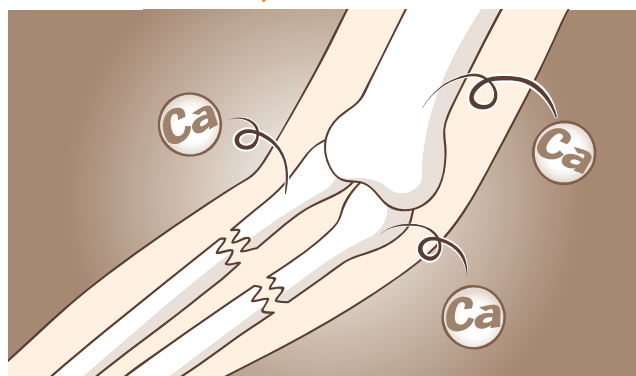
〈腎性骨異栄養症〉



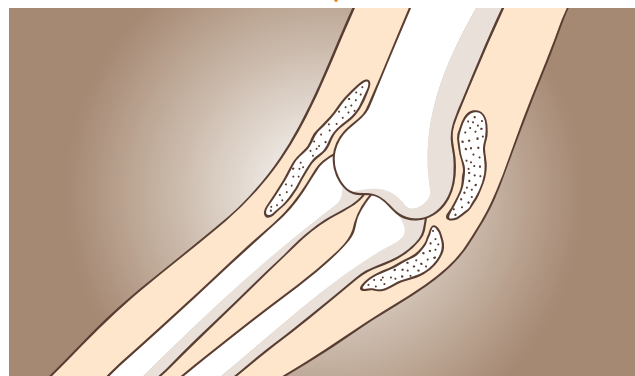
血液中のリンが高い状態になると、過剰なリンを尿中へ排泄しようとカルシウムが使われます。そのカルシウムが不足すると…

首(前頸部)にある副甲状腺から副甲状腺ホルモン (PTH) が分泌されます。

骨からカルシウムを放出させ、リンとカルシウムのバランスを取ろうとします。



骨折



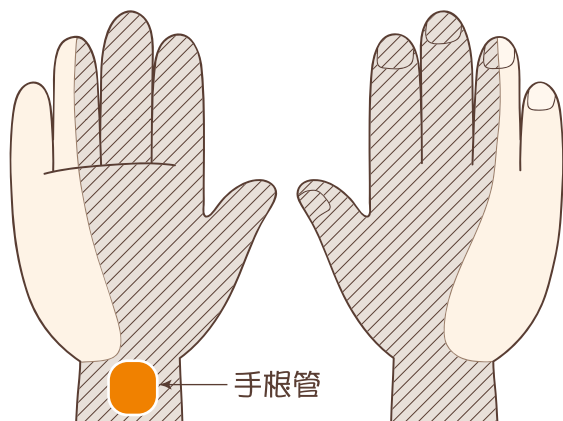
異所性石灰化

骨の中から必要以上のカルシウムが抜けてしまい、骨軟化症や線維性骨炎となり、骨折しやすい状態になったり、変形して痛みが出たりします。

リンが高く、カルシウムが低い状態が続くと、副甲状腺ホルモン (PTH) が分泌され、リンとカルシウムのバランスを維持しますが、リンとカルシウムの積が一定以上になると、血管壁や皮膚、骨・関節周囲、目の結膜、その他の臓器にカルシウムの沈着が起こり (異所性石灰化)、動脈硬化を起こしたり、痛みやかゆみが出たりします。

血清リン値×血清カルシウム値 = $55\text{mg}^2/\text{dL}^2$ 以上は異所性石灰化の危険！

〈手根管症候群〉

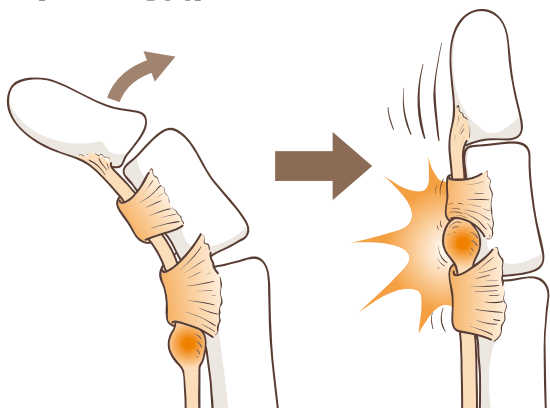


手根管とは、手首のところで神経がまとまって通過するトンネル状の部分进行いいます。腎不全になると、 β_2 ミクログロブリンという物質が尿中の排泄されずに体内に蓄積されます。手根管のトンネル部分に蓄積して、神経を圧迫したときに出る症状を手根管症候群といいます。

＊手根管症候群の症状

手のしびれ、痛み、知覚が鈍くなる、手や肩からひじにかけての痛み、握力の低下 など

〈ばね指〉

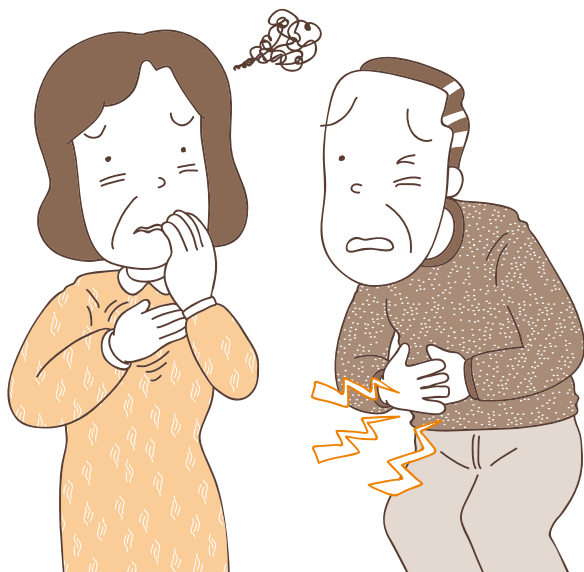


β_2 ミクログロブリンの蓄積などにより指の付け根の腱鞘に腱滑膜炎（腱鞘炎）が起こることにより発症します。指が曲がりにくく、無理に曲げると曲がるが、まっすぐ戻りにくい。手指の屈伸の度に炎症を起こした指の付け根の腱鞘に腱の腫れた部分が引っかかり、カクカクとした指の動きをします。

＊ばね指の症状

指の運動制限、痛み、握力の低下 など

〈消化管合併症〉



水分制限により食べ物が胃に停滞しやすく、胃液の逆流を起こしやすくなります。さらに、体液量の増加などの結果、消化管の毛細血管が拡張し、胃・十二指腸の血管異形成の頻度が高く、粘膜のびらんや潰瘍、出血を起こしやすくなります。また慢性便秘により憩室（腸にできるポケットのようなもの）の頻度が高く、大腸の血流も低下しているため憩室炎や虚血性腸炎を生じやすくなります。

＊消化管合併症の症状

胃・腹痛、胸やけ、食欲不振、便が黒い など

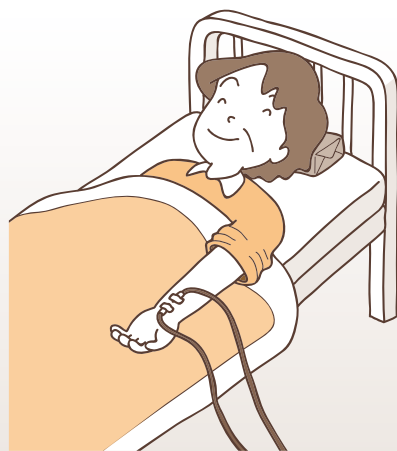
＊定期的に胃・大腸の検査を受けましょう！

〈合併症を防ぐための注意点〉

血液透析をおこなっていくうえで、いろいろな問題や合併症が生じることと思いますが、下記の事柄に注意して予防しましょう！



体重の増加を抑えましょう
(ドライウエイトの3~5%以内)



無理のない透析をしましょう
(1時間あたりの除水量を少なくする)



効率のよい透析を受けましょう
(十分な時間と回数)



栄養のバランスを整えましょう



薬は医師の指示を守り忘れず
に内服しましょう



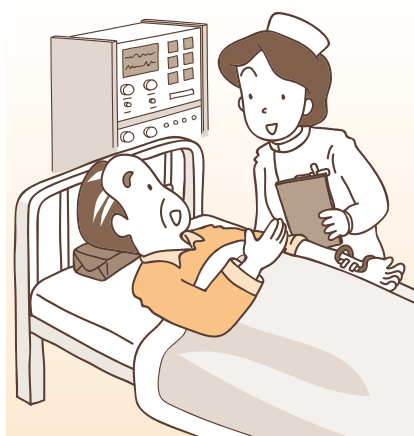
感染症(シャント感染, 風邪, インフルエンザなど)を予防しましょう
(栄養・清潔・うがい・手洗い)



自宅での血圧測定や検査データをよく理解し、からだの状態を把握しましょう

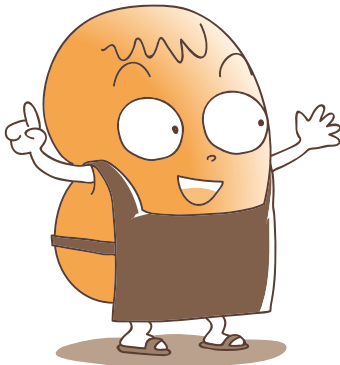


定期的に診察・検査を受けましょう



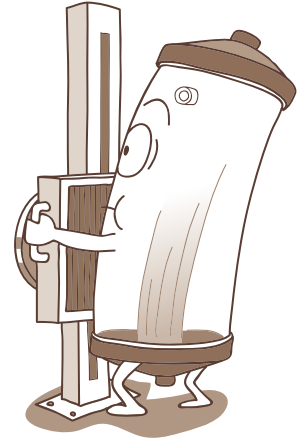
何か疑問があれば、医師、看護師、技士に相談しましょう

検査について



透析者に必要な検査

- ・血液検査
- ・胸部レントゲン
- ・心電図・心エコー
- ・眼底検査
- ・胃・大腸検査
- ・腹部画像診断

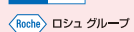


血液透析を受けている方は、腎臓の働きが悪くなったことにより、一般の検査基準値とは異なる基準である場合があります。以下の、当クリニックの目標値をご参考にしてください。

検査項目	目標値	基準値	備考
心胸比	50%以下	50%以下	身体に余分な水が溜まっている時や心臓に病気がある場合は大きくなります。ただし、年齢などにより個人差があります。
尿素窒素	70~90mg/dL	8~22mg/dL	たんぱく質をエネルギーに換えた時の老廃物。
クレアチニン	男：12~15mg/dL 女：10~13mg/dL	0.61~1.04mg/dL	体格（筋肉量）、運動により差があります。
尿酸	9~10mg/dL 以下	7.0mg/dL 以下	高値になると通風の原因になります。
ナトリウム	135~145mg/dL	135~150mg/dL	塩分を摂りすぎると、むくみ、喉の渇き、血圧の上昇の原因になります。
カリウム	3.6~5.5mEq/L 以下	3.5~5.3mEq/L	6.5以上だと心臓に異常が起こることがあります。
リン	3.5~6.0mg/dL	2.5~4.5mg/dL	カルシウムとバランスが悪くなると副甲状腺を刺激し、骨や血管などに異常を生じます。
カルシウム	8.4~10.0mg/dL	8.4~10.2mg/dL	リンとのバランスが悪くなると副甲状腺を刺激し、骨や血管などに異常を生じます。心臓への影響もあります。
赤血球	330万~390万 μ L	427~570万 μ L	貧血の指標です。低値では貧血症状が、高値ではシャント閉塞などの原因になります。
ヘモグロビン	10g/dL 以上, 12g/dL 未満	13.5 ~17.6g/dL	
ヘマトクリット	30%以上, 36%未満	39.8~51.8%	
白血球	3,000~8,000 μ L	3,900~9,800 μ L	高値では炎症、感染が考えられます。
血清鉄	男：60~200 μ g/dL 女：50~160 μ g/dL	48~188 μ g/dL	低値では貧血の改善が遅延します。
フェリチン	100~400ng/mL	男：15~250ng/mL 女：5~80ng/mL	鉄の貯蔵庫で、低値では鉄欠乏、高値では鉄過剰、また悪性腫瘍の時にも高値になります。
総蛋白	6.2~8.3g/dL	6.5~8.3g/dL	栄養状態の指標です。低値では抵抗力がなくなり感染症を起こしやすい、傷が治りにくくなります。
アルブミン	3.5~5.0g/dL	3.8~5.3g/dL	
総コレステロール	180mg/dL 以下	130~219mg/dL	高値では動脈硬化の危険があります。
中性脂肪	50~130mg/dL	30~149mg/dL	
Intact PTH	60~180pg/mL	15~65pg/mL	低値では骨に、高値では骨や臓器に異常を生じます。
β_2 ミクログロブリン	20~30mg/L	1.2~2.2mL/L	高値では手根管症候群などの透析アミロイドーシスを起こすことがあります。



中外製薬株式会社 |



2008年6月作成
EPO 08冊子15501