



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  
東海地区  
第1回教育セミナー

2006年7月30日(日)

腎不全医療概論とその実際

腎不全看護概論

座談会 第52回日本透析医学会総会に向けて  
—いま透析医療・透析看護に必要なもの—



# 腎不全看護

日本腎不全看護学会  
東海地区  
第1回教育セミナー

## Seminar Report

2006年7月30日(日)  
中外東京海上ビル

講座 I 『腎不全患者の身体機能と治療の理解』

腎不全医療概論とその実際 1

葵セントラル病院院長 高山公洋

腎不全看護概論 4

増子記念病院副看護部長 佐藤久光

2006年7月26日(水)  
パレスホテル

座談会 第52回日本透析医学会総会に向けて 7

—いま透析医療・透析看護に必要なもの—

出席者

司会 日本透析医学会理事／大阪市立大学大学院医学研究科代謝内分泌病態内科学教授 西沢良記

日本腎不全看護学会理事長／医療法人社団愛心会葉山ハートセンター看護部長 水附裕子

日本腎不全看護学会副理事長／聖隷佐倉市民病院副看護部長 内田明子

## 日本腎不全看護学会 教育セミナー 地方会の第一回目として

透析療法指導看護師(DLN)連絡協議委員会東海地区代表/  
岡崎北クリニック 江崎アサ子

これまでの教育セミナーは年に4回程度、本部主導でおこなっていましたが、本年度から全国を7ブロックに分け地区ごとに展開することになり、この度、第1回の東海地区教育セミナーを開催する運びとなりました。日本腎不全看護学会をはじめとする5学会認定による透析療法指導看護師の認定試験がこれまでに3回おこなわれ、全国に279名、東海地区に51名誕生しております。

この東海地区セミナーが腎不全看護に携わる看護師の知識の向上、さらなるレベルアップに貢献できるような魅力のあるセミナーにしたいと考えております。事務局からのご案内やホームページを参照して、ぜひご参加ください。



日本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

地区ブロック主催の教育セミナーがいよいよ開始となり、この東海地区がトップバッターです。腎不全看護学会会員数は1998年に設立当時300名程度でしたが、現在2,402名です。まだ全国透析看護専従者の1割にも満たない数ですが、会員の増加により看護の質向上、

人材育成など透析医療への貢献度も高められると考えております。また、来年は学会設立10周年記念学術集会を横浜で開催予定です。米国の腎不全看護教育に携わってこられた Nancy Gallagher 先生、世界腎不全看護基金(WFRC)でご活躍の Geraldine Biddle 先生を招聘予定です。各地区セミナーの発展とともに第9回(仙台)、第10回学術集会に多くの方にご参加いただきますようお願い致しまして、ご挨拶とさせていただきます。



# 腎不全患者の身体機能と治療の理解

## 腎不全医療概論とその実際

葵セントラル病院院長 高山公洋



### はじめに

ここでは、腎不全医療概論とその実際について、腎臓の構造と機能、腎臓病全般、腎不全の基礎と治療法、血液透析療法の原理と適応、血液透析療法の現状と課題、インフォームド・コンセントなどについて解説する。

### 腎臓の構造と機能

腎臓は第11～13胸椎の高さの後腹膜腔内に左右一対存在し、10～11cm×5～6cm、120～150gの握りこぶし大の臓器である。腎臓は糸球体を中心とした血管と尿細管からなり、最小機能単位をネフロンという。腎臓は血液から尿を生成するため、心臓から注がれた大量の血液を200万個の糸球体で濾過し、まず原尿をつくる。その原尿は尿細管を通過するあいだに再吸収（水、ナトリウム、ブドウ糖、アミノ酸など）や分泌（有機酸、アンモニア、カリウムなど）を経て、最終的にその1%が尿として排泄される。腎臓は、老廃物の排泄、水分・電解質の調節、酸塩基平衡の調節をおこない、体液の恒常性を維持するとともに、ホルモンの産生臓器・標的臓器として、血圧や骨代謝の調節、造血ホルモンの分泌にも関与している。

### 腎臓病全般

腎臓病は、組織学的（病理学的）診断名、臨床的診断名、機能的診断名などの分類によってさまざまな名称があり複雑である。近年では、腎疾患の早期発見と予防に向けて慢性腎臓病（chronic kidney disease: CKD）と世界的に統一した疾患名が提唱されている。

腎臓病の特徴を表1に列記した。進行性である半面、症状が現れにくく、検尿により異常を早期に発見し対処することが重要である。

知っておくべき腎臓病には、慢性腎炎（総称名で、代表的なものにはIgA腎症があり、これはわが国で一番頻度が高く、40%が長期の経過を経て腎不全に至る）、糖尿病性腎症（透析導入の最大の原疾患）、腎硬化症（長期の高血圧症に伴う）、多発性嚢胞腎（遺

伝性疾患。半数が腎不全となる）、ネフローゼ症候群（病態名で、各種腎疾患に伴う）などがある。

### 腎不全とは

腎不全とは、さまざまな原疾患により腎臓のはたらきが低下した状態を指し、血液検査で簡単にわかり、一般的にはクレアチニン（Cr）2mg/dL以上を腎不全とする。治療をおこなっても進行を止めるのは困難であり、初期は無症状、末期は尿毒症が現れ、透析が移植がおこなわれなければ死に至る。

腎不全は全身に尿毒素が溜まるため、あらゆる臓器に多彩な症状を呈する。腎機能の指標として尿素窒素（BUN）、Cr、シスタチンC、クレアチニンクリアランス（Ccr）がある。

### 腎不全の治療法

保存期腎不全の治療方針は、残存腎機能を保持することを目的として、体液・電解質異常の是正、酸塩基平衡の維持、代謝老廃物の蓄積抑制、尿毒症症状の改善をめざし、生活管理・安静、食事療法、腎機能増悪因子の除去、薬物療法などがおこなわれる。

生活指導は、腎臓病の種類、程度、合併症の有無、年齢、社会的背景などで違いがあり、日本腎臓学会よりガイドラインが出されているが、画一的な基準を設けることはむずかしく、その科学的根拠はない。ま

表1 腎臓病の特徴

1. 一次性（原発性）と二次性（続発性）がある。  
原発性：急性腎炎、慢性腎炎、間質性腎炎など  
続発性：糖尿病性腎症（糖尿病）、腎硬化症（高血圧）、ループス腎炎（全身性エリテマトーデス）など
2. 予備能力が大きいため自覚症状が出現しにくい。その結果、進行してから気づくことも少なくない。
3. 緩徐で慢性の経過をとる。
4. 腎機能低下が始まると自然に進行していく。
5. 構造上血管が豊富なため、動脈硬化や高血圧の影響を受けやすい。
6. 発症原因および進行の機序が未解明で、根治療法が未確立である。
7. 腎不全の末期になれば透析療法が必要となり、ライフスタイルが大きく変わる。

た、食事療法のポイントは、塩分管理、蛋白制限と十分なカロリー摂取である。糖尿病性腎不全の場合でも蛋白制限をおこなうなら、カロリーはしっかり摂取し、インスリンで血糖コントロールをおこなうことが望ましい。腎不全の薬物治療として、降圧薬、利尿薬、高脂血症治療薬、尿酸低下薬、尿毒症物質吸着薬、貧血改善薬、活性型ビタミンD薬、リン吸着薬の使用頻度が高い。臨床治験も多数おこなわれており、新薬の登場により今後治療法も変わっていくと考えられる。

末期腎不全の治療として、血液透析（HD）、腹膜透析（CAPD）、腎移植がある。これらを腎代替療法とよぶが、3つの治療法から患者のライフスタイルや希望に応じて選択されるべきで、治療間の移行や併用もおこなわれる。最近では初めから移植がおこなわれることもある。

## CAPD

CAPDは、残存腎機能が保持されやすいので血液透析より先におこなったほうがよいという特徴がある。また、CAPDは、比較的血压および体液が良好に管理されやすく、バスキュラーアクセスが不要、自由度・就業率が向上するというメリットがある。CAPDのバッグ交換は原則として1日4回おこなう必要があるが、日中の交換を省いて、夜間に機械を使う方法もある。また、近年CAPDの段階的導入法（stepwise initiation of PD using Moncrief and Popovich technique:SMAP法）が臨床応用されている。SMAP法は、カテーテル挿入を事前におこなうため、ゆとりのある計画的な透析療法が可能となった。

しかしながら、CAPDの半数例で合併症が原因により数年で治療困難となる。合併症のうち一番多いのが腹膜炎である。また、重症な合併症として被嚢性腹膜硬化症（EPS）がある。EPSとは、びまん性に肥厚した腹膜の広範な癒着により、イレウス症状を呈するもので、全CAPD症例の2.5%、8~10年で5.9%、15年以上で17.2%とCAPD歴の長期化に伴い発症率が増加するため、長期間のCAPDでは注意が必要である。

## 腎臓移植

腎臓は、心停止下で摘出して移植が可能であり、さらに臓器の保存時間も長く、摘出後48時間まで移植が可能である。日本では、年間800件前後腎臓移植がおこなわれているが、米国では生体・死体腎臓移植合計で年間1万2,000件と日本の15倍である。免疫抑制剤の進歩により急性拒絶反応を抑えることができ、血液型不適合移植、夫婦間移植も可能になった。しかし、慢性拒絶反応により再び透析が必要になることもある。

移植成績が改善している状況にもかかわらず、移植希望患者数が伸びていない。これは、維持透析患者に

腎移植の情報が少ないことも一因で、各施設で啓蒙していく必要がある。また、献腎数が少ないことも大きな問題であり、一般社会への啓蒙はより重要である。

## 血液透析療法の原理と適応

透析とは、半透膜を介して濃度の高い溶質が低いほうへ移動する拡散と、圧力差で溶質と溶媒が移動する限外濾過という現象を利用して、血液から不要なものを除き、透析液から必要なものを取り込む方法である。

また血液透析のほかに、血液濾過（HF）、血液透析濾過（HDF）などいくつかの様式があり、ポイントは透析量が多いほど合併症は少なく予後がよいことであり、できれば長時間透析が勧められる。連日透析ではその効果は証明されているが、保険適応がない。HDFには透析にはない多くの効果があり、オンラインHDFとして普及している。

良好な透析治療を維持していくうえでは、適切なドライウエイトを保つことが重要である。ドライウエイトを設定する際、参考にする項目として、自覚症状（下肢つり、嘔声、立ち眩み、倦怠感、浮腫、心不全症状、胸腹水）、血压、心胸比（CTR）、心房性利尿ペプチド（ANP）、除水による濃縮度（Ht、TP、Alb）、心エコー（左室径、左房径、下大静脈径）がある。人の体は60%が水分であり、細胞内液、細胞外液のうち組織間液、血漿の3区画に分けられている。透析の除水に対しては、個々の水が血管内へ移行し有効循環血漿量を保つ。その移動スピード（plasma refilling rate）は除水に遅れるため、時間あたりの除水量が少ないほど血压は安定する。血压低下を防止するためにもゆっくり除水するのがよい。

## 血液透析療法の現状と課題

世界の末期腎不全患者数は、114万1,000人、腎移植患者数は33万8,000人である。2000年末~2001年末の1年間における世界の人口増加率1.3%にくらべ、末期腎不全患者・血液透析患者・腎移植患者それぞれの増加率は7%にのぼる。日本は透析患者数が多く、世界の透析患者数の19%を占める。

日本の透析患者数の推移は、1970年代以降急激に増加し、2005年末で25万7,765人、じつに人口500人に1人におよぶ。透析導入となる原因疾患の推移をみると、1998年に糖尿病性腎症が慢性糸球体腎炎を抜いて1位となり、2005年では導入の42%を占めている。年々、導入患者の高齢化が進み、2005年導入平均年齢66.2歳（全患者平均63.9歳）である。透析治療形態の内訳として、昼間血液透析が80%、夜間血液透析が16.2%、CAPDが3.6%である。診療報酬の改定で夜間・休日加算が減り、高齢化の進行とともに夜間透析はさらに減少していくと推測される。

年間粗死亡率は9.5%で世界で最少の値であるが、導入後の5年生存率は63%であり、予後が決してよい

といえない。これは、がん（全種）の平均5年生存率と同等の数字である。透析患者の死亡原因は、心不全、感染症、脳血管障害、悪性腫瘍、心筋梗塞の順で多く、循環器系合併症で3分の1を占めている。

### 透析療法の課題

近年、わが国では高齢者人口の増加とともに、生活習慣病に伴う心血管疾患が増加してきている。透析患者でも、糖尿病や心血管系合併症の増加、高齢化は同様で、要介護患者の増加、認知症、独居、通院困難などが問題となっている。また、検討すべき課題として社会的入院・長期入院に対する対策、透析非導入・中止の問題、透析患者の病診連携推進、透析医療診療報酬の削減・包括化の推進への対応、終末期透析への対応と事前指示（advance directive）の導入などがあげられ、個人の病態、健康観・人生観を尊重したテーラーメイド医療の実践に向けた取り組みも必要である。

### 透析看護の近未来の展望

大規模総合病院では、専門性に対する理解不足や、配置転換、導入期の患者・合併症治療の患者は多いが長期安定維持透析患者を看護する機会が少ないなどが問題で、透析専門施設では、スタッフや患者が固定しており、閉鎖社会になりやすく、業務がマンネリ化しやすいことなどが問題である。

透析看護師が将来、認定制度の目的・目標および役割を具現化し、どの施設にいてもどの患者に対しても均質な看護（処置・技術、検査・治療の説明、精神的ケア、介護の援助）の提供ができる看護師が育っていく環境が望ましい。

### インフォームド・コンセント

インフォームド・コンセントは、患者に診療目的・内容などを十分かつわかりやすく説明し、説明内容を患者が理解したうえで、患者の承諾を得てから治療にあたるのが重要である。具体的には、診断にもとづいた患者の病状を説明し、検査の目的と意味、治療内容と方法、問題点と危険性、効果や治癒の確率、その治療以外の選択肢と予想される結果、経費などが患者に説明されなければならない。

腎不全医療におけるインフォームド・コンセントでは、以下の4つのポイントを患者に十分に理解してもらうようにする。1) 腎臓病は、必ずしも症状を伴うとは限らず、慢性で進行性の経過をとる、2) 食事療法など、患者自身の理解のうえに成り立つ治療である、3) 腎代替療法の選択に関してそれぞれの治療法のメリットとデメリット、4) 合併症と予後、である。

また、事前指示書により、終末期の延命治療、食べられなくなったときの栄養摂取、植物状態に陥った場合の生命維持装置、意識が戻らない状態での透析療法について、患者の希望を事前に確認することもできれ

ばおこなっておきたい。

### おわりに

残念ながら腎疾患は進行性で透析治療に至るものが多い。いかに透析導入にさせないか、透析になったら合併症を防ぎ、元気に生存してもらうためにはどうすべきか、その手助けをするためには十分な知識をもつことであり、医療スタッフは日夜研鑽に努め、知識・技術の保持・向上に心がけることが基本であり務めでもある。

# 腎不全患者の身体機能と治療の理解

## 腎不全看護概論

増子記念病院副看護部長 佐藤久光



### はじめに

本講義の目的は、「透析療法指導看護師認定試験」を目指す人のために、試験対策を兼ねて看護界全体における「腎不全看護」の位置づけを明確にすることである。

前半は、透析療法における看護師の役割と意義について、後半は、透析看護師の必要性和役割、倫理観、透析室における看護管理、リーダーシップ、透析患者の死生観、患者・家族の心理、自己決定支援とコーディネートなどの内容から、とくにポイントとなる箇所を問題形式で解説する。

また、『透析看護（第2版）』<sup>1)</sup>に沿って解説するので参照されたい。

### 透析療法における看護師の役割と意義

1) 透析療法の治療形態は、医師を頂点としたピラミッド型ではなく、ワンフロア同時治療またはチーム医療などのように患者を中心に据えた**円形の軌道**をもつ。そこでスタッフに求められるものは何か。

答：**メンバー一人一人の力量とバランス感覚の良否**である。

透析療法においては、看護師が自ら判断しなければならない場面に遭遇することが多く、現場での判断力が問われる。

また、透析は治療が長期にわたることが多く、患者と長期間かかわっていくため、患者と信頼関係をつくり、お互いの成長を感じ合いながら生きていくことになるため、そのような人間関係をつくる力量が問われてくる。また、主治医、臨床工学技士、栄養士、医療社会福祉士、看護師がチームを組んで日常業務をおこなうなかで、看護師はそれらの職種の調整役としてバランス感覚が求められる。

2) 施設外との連携の重要性が増しているが、それはどのような連携か。

答：**地域社会、介護福祉活動、他の学問領域などとの連携**。

今日ではとくに地域社会との連携や、介護保険下における要介護者との関係、介護福祉活動が重要である。地域社会との連携については、近年では独居の患者も多いことから、予定の時間に来院しない場合などは近所の方に見に行ってもらおうなどの地域ネットワークづくりがおこなえることが望ましい。

また、認知症患者の増加に伴う精神科領域との連携をはじめ、皮膚科、循環器科など他科との連携、心理学、哲学、あるいは自然科学など他の学問領域との連携が不可欠である。一人の患者が総合的な課題を包含しているなかでは、幅広い観点からの知識や情報をもつことが求められているからである。

3) 透析療法の質的低下を招く要因として危惧されているのは何か。

答：**医療経済の圧迫、透析看護の質的向上の努力を続けることが期待されている**。

透析療法に限らない問題であるが、医療経済の圧迫が医療現場に影響するのは事実である。とくに2006年の診療報酬改定により、病院・施設で見込まれていた収入が明らかに減少している。政策的な誘導で医療経済が変化している。

日本透析医学会の発表によると、患者10人に対して透析に携わる看護師数は、以前は2人に近い数であったが、2005年の調査では専従看護師と非常勤の看護師を合わせても患者10人対1.54人と年々漸減している。新たに透析導入される患者数が増加するなかで、1人あたりの看護師が受けもつ患者数は増え、質的低下が危惧される。

また、包括医療制度の導入により、一人ひとりの患者の看護に多くの時間を割くことがむずかしい現状がある。このような状況では、看護師一人ひとりが**質的向上**を図ることによって、社会的資源の減少に対応することが期待されている。

#### 4) 腎不全看護の定義とは何か。

腎不全看護とは、**延命治療**の手段として透析療法を選択した患者や**家族**の衝撃の深さを知り、疾病に対する患者や**家族**の反応と**受容**のレベルを**診断**し、円滑な治療が継続できるように患者の**セルフケア**を支援し、必要時には援助をおこない、臓器移植および器械、器具、装置に依拠した状況下における**健康回復**と患者の**自己実現**を目指す活動をおこなうものである。

腎不全看護の定義（宇田有希，1988<sup>2)</sup>より引用）

腎不全看護においては、患者や家族が不可逆的な疾患をいかに受容するかということが最も重要な課題である。その際、疾病に対する患者や家族の**反応と受容のレベル**を診断することにより、円滑に治療を継続できる。ここでは、「**反応を診断**する」ということが最も重要であり、これは、国際看護師協会（ICN）の看護の定義、米国看護師協会が社会声名として発表した看護の定義、Marjory GordonによるNANDAの看護診断の定義にも共通する。

また、円滑な治療をおこなうために、患者の**セルフケア**支援をおこなうが、Dorothea E. Oremによるセルフケア理論、Virginia Hendersonの『看護の基本となるもの』の前文にも述べられているように、看護師は患者が援助を必要としているかを正確にアセスメントし、患者が自ら回復しようとするエネルギーを維持・増進するためにケアする。そこでの目標は、腎移植、血液透析、腹膜透析という器械、器具、装置に依拠した状況下における**健康回復**や患者の**自己実現**を援助することである。

#### 5) 保存期腎不全における生活指導の2つの看護目標は何か。

答：できるだけ透析導入を遅らせるために、**腎不全の進行抑制**と**合併症の予防**が目標となる。

貧血や電解質の不均衡、または風邪などの感染症に罹患すると腎機能が急速に悪化するため、その予防に対する援助が求められる。

#### 6) 保存期腎不全の慢性期における看護でとくに重要な指導は何か。

答：服薬、食事、水分管理、清潔の管理、異常の早期発見、受診行動の援助。

服用する薬剤の効果や、注意点などを患者に理解させることや、異常を早期発見し、進行症状が出たときに受診行動につなげる教育的なアプローチが重要である。

#### 7) 血液透析療法における看護目標を3つ挙げよ。

答：①透析を受けながらの生活に、患者・家族が適応できるよう促すこと、②患者の意欲や主体性を維持し、自己管理能力を高めること、③安定した透析を維持し、生活の質の向上をめざすこと。

①はとくに受容の段階における看護目標である。患者とその家族が不可逆的な治療を将来つづけなければならぬこと、そして透析療法をおこないながらの生活に適應することを促す援助が求められる。これら3つの目標はすべての血液透析患者にとって重要であり、個々の問題に対する目標はここから導き出される。

#### 8) 維持透析期における看護目標を3つあげよ。

答：①引きつづき体調の維持ができること、②自分なりの社会復帰の目標が達成でき、社会生活が維持できること、③合併症の早期発見ができること。

社会復帰については、疾病になる以前の生活レベルに戻るといった意味合いであり、個々人にあわせて社会復帰の具体的な目標を提起することができる。

また、シャントの管理をはじめ、長期の透析による不可逆的な骨の病変、皮膚掻痒症、風邪を含めた感染症の予防など、透析患者に特異的な疾患・合併症への理解とケアの実践が目標となる。

#### 9) 看護管理の課題を6つあげよ。

答：①適切な人員配置、②スタッフの育成、③継続教育計画、④リスクマネジメント、⑤システムの検証と評価、⑥コスト意識。

とくに近年の医療経済下では、安全で効率的な看護師数に関するエビデンスが求められており、そのエビデンスをもとに透析看護の適切な人員配置に関する基準をつくるのが重要な課題である。

また、学校教育と医療現場とのギャップにとまどい、看護師になって1年目で約9%の人が辞めてしまうという実態がある。そのため、卒後の継続的な教育、さまざまな看護レベルに応じた継続教育計画を通じた人材育成が求められる。

近年は、医療の安全性に対する国民のニーズが高く、医療者はこれに応えることが求められている。医療事故が起これないのが当たり前という状態を維持することが重要であり、そのためには日々のリスクマネジメントが欠かせない。

#### 10) 透析における医療事故の多発が示したものは何か。

答：個々の施設における質的水準の格差。

近年、透析において医療事故が多数報告されている。これらの医療事故により、施設間のレベルの格差が露見された。医療者がこれを真摯に受け止めること、日本中いつでもどこでも安全で良質な看護サービスを提供することが求められている。

#### 11) 透析医療を取り巻く社会的背景について述べよ。

答：高齢者の増加、透析医療コストの削減、医療ニーズの拡大。

透析導入患者の平均年齢が60歳を超えている。国民の医療ニーズが拡大しているにもかかわらず、人・コスト・

設備の面で提供できる資源は限られているという社会的背景があり、有能な人材、専門性をもった透析看護師が求められている。すなわち、有能な看護師の育成が不可欠である。

前半部分は、『透析看護（第2版）』<sup>1)</sup>の2～5頁にわたるわずか4頁の部分を取り上げた。ここでは、腎不全看護領域における今日的課題が内包されている。腎不全看護を牽引していく指導看護師として、ここに含まれる内容一つひとつの重要性を感じてもらいたい。

## 透析看護総論

12) 看護師の4つの責任に含まれないのはどれか。

- 1 健康の増進。
- 2 疾病の予防。
- 3 疾病の早期発見。
- 4 健康の回復。

答：3。

国際看護師協会（ICN）の倫理綱領前文には、看護師の基本的な4つの責任が謳われており、1、2、4のほかに「苦痛の緩和」が該当する。国際的に、すべての看護師がこの4つの基本的責任を果たすよう求められており、これらの責任をいかに果たしていくのかを、つねに念頭において日常業務にあたらなければならない。

13) 個人情報保護の観点から望ましくない行為はどれか。

- 1 除水量をほかの患者に聞こえるように話す。
- 2 集団で透析生活の苦勞について話し合う。
- 3 事例に関するディスカッションをする。
- 4 カルテの背表紙に患者名を記入する。

答：1。

透析患者は他人の除水量に関心が高く、個人情報保護の観点から、1は問題となる場合がある。場合によっては医師の回診の際、回診内容が周囲の患者に聞こえてしまうことがないように配慮するなど、回診のあり方を見直す必要も出てくる。3は、「個人名をあげてのディスカッション」の場合には問題となる。

14) 透析看護におけるリーダーのマネジメント能力を3つあげよ。

答：①専門的な能力、②对人的能力、③概念化能力。

①は、新人、看護師、スタッフが援助を求める際は専門的な知識・技術を要する場合が多いことから、透析看護実践能力に熟練し、役割に応じた活動をおこなう能力がリーダーシップ発揮の基盤となることによる。

②は、コミュニケーション能力であり、カウンセリング・マインドは対人関係に欠かせない能力であることによる。

③については、ものごとを認知あるいは認識し、本質を洞察する能力であり、観察力、問題発見・解決能力、先見性、判断力が求められることによる。

15) 透析患者の死生観の特徴はどれか。

- 1 器械で生かせてもらっている。
- 2 余分な人生をもらっている。
- 3 社会に迷惑をかけている。
- 4 我慢しなくていい瞬間がない。
- 5 ターミナルケアが存在しない。

答：すべて。

透析患者の死生観においては、治療の長期化と永続化がもたらす問題を念頭におかなければならない。装置につながれた身体の拘束、シャントの閉塞や穿刺の失敗、合併症の危険、食事制限、経済上の危機、職業、結婚生活などのさまざまな事柄が複雑に絡み合っている状況がある。いったん開始された治療は、患者の生涯を通じて永続的にくり返され、嫌になったからといって中止できる性質のものではなく、忍耐を強いられ死に対する不安を抱えて生きていくことになる。個人的な問題のため、とらえ方が難しく混沌としている。

16) 「透析患者の導入期における心理の特徴はどれか」。

- 1 不安がより現実的になる。
- 2 運命に対し怒りが沸いてくる。
- 3 家族に対する攻撃心が表れる。
- 4 衝撃が走る。

答：1。

保存期を過ぎて導入期になるころには、患者は運命を恨んでいる段階は過ぎ、徐々に治療を受け入れる気持ちになり、現実的な不安を抱くようになる。

17) 患者の自己決定にかかわる看護師の役割として誤っているのはどれか。

- 1 患者の気持ちを医師に伝える。
- 2 治療や検査への不安をくり返し訴える場合は医師の代わりに説明し直す。
- 3 看護実践に当たり説明と同意を得る。
- 4 誤解があれば医師の代わりに補足説明する。

答：2。

情報提供をおこなうとは、確かに必要な看護行為であるが、患者が検査や治療に関して抱く不安には、治療や検査の中身についてまで看護師が医師の代行として説明し直すのは好ましくない。患者が説明内容を誤解している場合には、補足して説明する程度にとどめ、改めて医師から説明し直してもらうという配慮が必要である。

## おわりに

このように問題を自分で作成して試験対策をおこなうことも有用である。今回の問題を役立ててもらえると大変うれしい。

## 文献

- 1) 日本腎不全看護学会編：透析看護，医学書院，東京，2003
- 2) 宇田有希：特集：透析看護における現任教育マニュアル—①透析看護の概念認識。臨透析4：469-475，1988

## 第52回日本透析医学会総会に向けて —いま透析医療・透析看護に必要なもの—

〔司会〕西沢良記（日本透析医学会理事／大阪市立大学大学院医学研究科代謝内分泌病態内科学教授）

水附裕子（日本腎不全看護学会理事長／医療法人社団愛心会葉山ハートセンター看護部長）

内田明子（日本腎不全看護学会副理事長／聖隷佐倉市民病院副看護部長）

### 第52回 日本透析医学会のテーマについて

西沢 来年、第52回日本透析医学会総会が大阪で開催されます。本日は、来年の透析医学会のテーマ・企画につきまして座談会を進めてまいります。来年の会長に指名されました西沢でございます。

次回総会の大きなテーマの一つとして「Good longevity を求めて—透析医学の挑戦と新たな展開」を考えています。「Good longevity = 良質な寿命」というのは、クオリティの充実した寿命を保つということに意味があるのだという考え方です。

過去30年以上にわたって日本の透析医療が非常に発達し、世界でもトップレベルになりましたが、それをさらに発展させていくためにどうすべきか？というのがわが国におけるこれからの透析医学のテーマであると思います。この学会がそれをディスカッションできる場になればと考えています。

この「良質な寿命」について、「QOLを向上させるという意味ですか」と聞かれます。しかし、「良質な寿命」には、QOLももちろん含まれますが、もう少し広い意味で「生きるということ自身の意味づけ」を含めた意味合いと取っていただければと思います。

現在、特別講演の一つとして大阪市立大学システム神経科学教授の渡邊恭良先生に「病態医学から健康医学へ—疲労と癒しの科学」というタイトルで講演いただく予定です。渡邊先生は、大阪市立大学における文部科学省の21世紀COEプログラムとしておこなっている疲労克服研究教育拠点形成で拠点リーダーをされています。このプログラムは3つの柱があり、①国際研究部門、②臨床医学への応用を目的として臨床センターを開設し、疲労に対する実際の診療部門、③疲労に対する食品や薬品を開発する部門、で構成されています。



人間がより快適に生きていくために医学ではどうしたらよいかということはこの「良質な寿命」の一つの考え方として、疲労研究の専門である渡邊先生の講演は興味深いものになると考えています。

もう一つの特別講演として、関西学院大学社会学部教授の藤井美和先生に、「生と死を考える—死生学からのメッセージ（仮題）」というテーマで講演いただく予定です。「どのように生を考えるか？または、死を考えることによってどのように生を考えるか？」ということをご一緒に考えられる時間になりたいと思います。

藤井先生は、死生学を中心にゼミをされていますが、ソーシャルワーカーなどの医療関係者の教育にも携わっていらっしゃいますので、医療に即した考え方ができる方です。藤井先生の講演は、私たち医療者にさまざまな考えを与您していただけるのではないかと期待しています。

このように「良質な寿命」は単なるQOLの向上ではなく、もう少し広い意味でとらえるとともに、この考えをふまえて現代の透析医療を考えていきたいと思っています。

今日おふたりの先生には看護学という観点から腎不全患者さんを見た場合、今どのような話題が求められているのか示唆いただけたらと思っています。

### 看護からみた「良質な寿命」

西沢 透析患者さん、あるいは腎不全患者さんにおいて今何が求められているか、という点で何かご意見をいただけますか。

内田 ちょうど世界保健機関（WHO）の健康の定義を改めて見直す機会がありまして、その定義を要約すると「健康とは単に疾病ではないだけではない」と記載されていました。現代では疾病はあっても健康的に生きる、それが健康の意味なのだ改めて感じました。

西沢 少なくとも50～60歳以上になれば、ほとんどの方は何らかの疾病をもっています。健康には、疾病のある・なしにかかわらず、相対的なものとしてとらえ、その方の得られる範囲内での健康をできるだけ広い範囲で温存することが大切なことです。

内田 西沢先生がおっしゃるように、ほとんどの方が生活習慣病など何かしらの疾患をもって暮らしています。透析患者さんの看護も、透析はしているけれどもそれ以外の面では健康的に生きるという概念で取り組んできた



内田明子先生



西沢良記先生



水附裕子先生

と思っています。

このことから、透析患者さんが健康的に生きるためには、どのような要素が関連しているのかということを変えて考え、その要素ごとにセッションを組むと興味深いものになるのではないのでしょうか。

**西沢** たとえばどんなセッションが考えられますか。

**内田** 透析患者さんが健康的に生活するために一番大切なことは、まず必要な透析がきちり受けられることではないかと思います。そして、「できるだけ苦痛のないこと」です。痛みや痒みなどの苦痛をとにかく取るということは患者さんにとってどうということなのだろうかということも話し合われるべきテーマの一つではないでしょうか。

そのほかに、家族を含めた社会とのかかわり、医療スタッフとの関係、コミュニケーション、宗教的なことや、経済的な問題など、そのような要素ごとにセッションを組むことが考えられます。

### Good longevity の実現に向けて

**西沢** 私は国際セッションでこの4年間活動していますが、世界の透析の事情は、わが国とは大きく異なっていることを目の当たりにします。そのような世界の状況を知ったうえで、改めてわが国の透析療法を一から見直すことにより、新しい道を開拓していけるのではないかと考えています。たとえば貧血を治すときに、どこまで改善するのがよいのかなどということです。このような考え方からの再考もあってよいのではないかと思います。

糖尿病の患者さんにおいても、血糖を正常化するとき HbA<sub>1c</sub> を 6.5% 以下にするというのは常識です。そうしなければいけないとみんな考えていると思います。しかしながら、糖尿病を合併する透析患者さんの場合の血糖値のコントロールでは、一律に 6.5% でよいのでしょうか。

われわれが 2001 年に発表したデータで、透析導入のときに HbA<sub>1c</sub> が 7.5% 以上の人と未満の人で分けて調査したところ、血糖が高い人は明らかに生命予後が悪いという結果が出ました。また、今年、透析を受けている患者さんを HbA<sub>1c</sub> 8% で分けて調査したところ、やはり血糖のコントロールができていない患者さんは生命予後も悪いという結果が出ました。

この報告は、日本の学会ではあまり評価がよくなかったのですが、米国の糖尿病学会では反響が大きく、とても高い評価をいただきました。

まだまだ私たちが知らないことはたくさんあるのに、いまの常識をすべてあてはめてしまっているのではない

かと思うのです。世間では常識だと思われていたことが、透析患者さんではまったく常識ではなく、エビデンスがないものも多くあります。このような観点から「良質な寿命」を考えてみてはいかがでしょうかという提案です。

ですから、ありふれたことでもきちんと確認していくことが重要でしょう。まだ確認の足りないことはたくさんあるのではないかと、透析患者さんにとってベストが何であるかと一つずつ検証していく必要があるのではないかと、私たち医療者も考え方を改めようとしているところです。

透析患者さんの QOL についても、一般の方の QOL 調査をそのまま流用しただけで本当によいのかどうかをきちんと見直さないと本当のことはわからないのではないのでしょうか。

**水附** 私は透析療法指導看護師さんや日本看護協会認定の認定看護師さん達との対話のなかで、患者さん本人は積極的ではないのですが、家族の希望などによって、透析治療を開始することを決めたと、その方たちが生きるためには何が必要なかということをご考えていたりします。

いまのところ、どんなに短い期間であっても、透析治療を受けながら患者さんが満足できる時期があれば、それは意味があることではないかという結論しかもっていません。私は、その方のもっている時間のなかで、透析を維持しながら安定した時期、つまりその方が満足できるような時期を一緒につくっていくということは、看護としてとても重要なことの一つだと思います。そのような時期を考えると、その方にとっての「良質な寿命」というものが大事ですね。

高齢の患者さんを例に考えると、現在ではいくつかの選択肢があります。さまざまな条件で透析非導入を決断される、また、家族の同意で CAPD にする、あるいは家庭透析にするなどです。私たち医療者は何を基準に患者さんと一緒に考え、選択していけばよいのかということが話題になります。社会のなかでその方の存在価値を見出すことや、その方が生きるための満足につながることで、また、その延長線上の死というようなことまで考えてきたらどうかと思い返します。

介護保険を使ったり医療費を使って命を永らえるということでは、とてもつらいという思いを話される患者さんもいらっしゃいます。そこまでして生きなくてよかったのというような言葉を聞くと、それに対して一つの感謝の気持ちとしてとらえるのか、あるいは医療者として何ができて、どう考えればよいのか、というところでは「良質な寿命」を考える一つのきっかけになるのでは

ないでしょうか。

看護ではこのような内容はつねに課題となっています。周囲から「なぜこんな高齢の方を透析に？」というような言葉も聞かれます。

私が透析の看護を始めたころは、透析が命をつなぐための治療でした。それが発展し、生活の一部として透析がとらえられるようになり、いま、また命を考えるための治療になりつつあります。同じような状況ではありませんが中身は違うのではないかと思います。自分自身の課題でもありますが、とても考えさせられるテーマだと思います。高齢者だけの問題ではありませんが、高齢者の場合、患者本人が決めることに家族の大きな力も関与するため、問題も多々あります。

### 患者さんの自己決定について

**内田** この「良質な寿命」というものを考えるときに、自己決定について一つのテーマとして取り上げてよいのではないかと思います。私は以前、介護老人保健施設に勤務していたので、高齢者のさまざまな場面に接したことがあります。たとえば、患者さんのさまざまなことは息子さんが決めるのだけれども、それに同意している患者さん自身が決めたことになるのです。息子さんのいうことに従うことが、その方にとっては自己決定なのです。だからすべてを家族が決めているわけではないのです。最後はやはり自己決定しているのではないかなと思うような場面がたくさんありますので、高齢者も含めたそういう自己決定の提唱をしたいと思っています。

**水附** そうですね。それは興味深いですね。

日本人は自分のために生きるのは苦手で、家族や重要他者のために生きるというような傾向、自律的に生きるよりも他律的に生きる傾向があるといわれています。透析患者さんも、家族のために生きるということがとても大きな力になります。そういうことを少し掘り下げるのもしいのではないのでしょうか。

**西沢** 「良質な寿命」は医療の本質だと思っています。透析ではとくに強く意識せざるを得ないということで今回取り上げる予定ですが、このような思考はすべての医療に通じるのではないかと思います。今までは「長寿」が医療の大きなテーマでしたが、もうその時代は過ぎていくのではないのでしょうか。betterでもないしbestでもなく、goodなのです。

**内田** 先日、ケアマネジャーを対象としたケアマネジメント学会のランチョンセミナーで、透析患者さんのことについて講演してほしいと依頼がありました。ケアマネジャーの方たちは透析患者さんのことがよくわからないので、患者さんを受けもつのを敬遠気味という話を伺いました。

透析療法ではさまざまな職種の方たちと連携しなければなりません。他職種の方にも透析患者さんのことを知っていただくために、医療機関側もどんどん情報を提供していかなければなりません。

また「Good longevity」と考えたときに、家族の役割も重要だと思います。看護の分野では家族看護というジャンルができましたね。

**水附** そうですね。しかし、いまは家族といっても高齢

者世帯や独居も多くなり、また施設入所の方もあります。家族機能そのものも薄くなってきているようにも思います。このようななかでは家族というよりも、社会の連携・相互システムに焦点をあてたほうがよいかもしれません。

**内田** 確かにケアマネジャーをしているときに、お年寄りが「遠くの子供より近くの子供だ」といわれることがありました。いまはそういう時代になったのだと感じました。

**水附** 高齢の方にどのような死を迎えたいかと聞くと、独りで暮らしたい、最後まで好きなことをやって、それで突然死んでいくのが一番いいという方が、思っている以上に多くて驚きました。新聞などで「孤独な死」などと取り上げられますが、本人にとってはそれが望んでいたことだったのではないかと、ふと考えることもあります。

**内田** 私が働いていた老健の高齢者なども、そのような考え方の方は多かったですね。七夕の短冊に、「苦しみに死ねますように」というようなことを書かれてしまうのです。実際は、高齢者には死の話はタブーではないのです。死についての話はよく話題にのびります。

また、先ほどお話にでましたが、日本人は人のために生きるということを高齢者も大事にしていました。何か選択肢で迷ったときにそちらを選ぶことも多いかと思えます。

**西沢** 多分にあると思います。とくに、日本人には道德観念として自分のために何かをやることはあまりよいことではないという、何となく後ろめたさを感じる部分があります。人のためにやることは正々堂々としたこととしてよいという感覚はありますね。外国は個人主義ですから自分のためにやるのが当たり前で、人のためにやるのはおかしいということにもなります。

**水附** そうですね。自分のためには長生きできないのかもしれませんが、人のためということであれば、子供が小学校に入るまで、花嫁姿を見るまで、孫の顔を見るまでということはよく耳にします。

日本人と外国人では死についてのとらえ方が違うようにも思います。

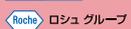
透析導入するとき、患者の意見は二分します。もう結構ですという方と、透析をやってほしいという家族の気持ちを汲もうとする方です。それでも、実際に透析治療を受けない方はほとんどいません。前者であれ後者であれ、家族の意見を尊重し、ほとんどの方は導入します。このような患者の意思というのは大変むずかしいテーマですが、私たちが考えなければならぬことの一つだと思っています。

**西沢** 本日は、いろいろご意見をいただきましたので、先生方の意見を参考にして、来年の透析医学会で取り上げるテーマをさらに検討し、たくさんの方にご参加いただき、討論していただきたいと思っています。どうもありがとうございました。



CHUGAI

中外製薬株式会社



2006年10月作成  
EPO 06冊子13101