



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

専門性を深めるための第4回ステップアップ研修

透析看護領域における看護診断
看護データベースを活用するためのQ&A

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

透析看護領域における看護診断 1

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

看護データベースを活用するための Q&A 4

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

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 10

編集 (医) 恵章会御徒町腎クリニック看護師長 松岡由美子

日本腎不全看護学会
専門性を深めるための
第4回ステップアップ研修

第4回：2007年10月20日(土)・21日(日)
(財)海外職業訓練協会(OVTA)レセプションホール渚
千葉県美浜区ひび野1丁目1番地

透析看護領域における看護診断

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

はじめに

本稿では、現在作成している外来透析の看護データベースの基本となる 15 の診断について概説する。

透析看護の範疇とそのデータベース

同じ透析領域の看護であっても、患者が家から通院している、入院しながら病院の透析センターに通うというような看護場面によって違いがあり、使われる看護診断も異なる。現在作成している透析領域の看護データベースは透析センターの外来患者を想定した看護場面である。そこで透析に従事している看護師に答えていただいたアンケートをもとに、われわれ学会で専門家が検討して 15 の診断名を抽出した。この 15 の診断について、それぞれの診断指標、関連因子、危険因子を検討・吟味し、臨床でよく使用されている診断

指標と危険因子を選択したうえで、それぞれを見つけやすい観察項目や質問事項につくり変えて構成したのが看護データベースである。

したがって、現在作成している看護データベースは外来透析を想定したものであり、また、看護場面によって選択する看護診断がすべて同じではなく、数も違うため他の領域で使用するには不具合がある。

透析センターにおける看護の考え方

これまでの医療者—患者関係においては、医療者が患者の状態を管理し情報提供してきたが、近年、患者自身が責任をもって主体的に治療を受け、それをサポートするのが医療者であるという関係性へと変化してきている。そこで、患者に治療とともに生きるということを自覚してもらう必要が出てきた。透析領域における医療および看護において、われわれは透析の 4 時間

表 1 透析領域でよく用いられる 15 の診断名

分類		看護診断名	過去のセミナーで解説済み	今回解説
NANDA - I 看護診断の領域	ゴードンの機能的 健康パターン			
領域 1 ヘルスプロモーション	健康知覚／健康管理パターン	非効果的治療計画管理	過去の Seminar Report を参照	
		非効果的治療計画管理（リスク状態）*		○
領域 2 栄養	栄養／代謝パターン	治療計画管理促進準備状態	過去の Seminar Report を参照	
		栄養摂取消費バランス異常：必要量以下	過去の Seminar Report を参照	
体液量不足			○	
組織統合性障害			○	
領域 11 安全／防衛	皮膚統合性障害	皮膚統合性障害		○
		皮膚統合性障害リスク状態		○
便秘		過去の Seminar Report を参照		
領域 3 排泄と交換	排泄パターン			
領域 11 安全／防衛	活動／運動パターン	末梢性神経血管性機能障害リスク状態		○
領域 12 安楽	認知／知覚パターン	慢性疼痛		○
領域 5 知覚／認知		知識不足（不足する知識を特定する）		○
領域 6 自己知覚	自己知覚／自己概念パターン	自己尊重状況的低下		○
		自己尊重慢性的低下		○
		ボディイメージ混乱		○
領域 9 コーピング／ ストレス耐性	コーピング／ストレス耐性パターン	リスク傾斜健康行動（旧：適応障害）		○

※「非効果的治療計画管理（リスク状態）」は NANDA の診断にはない。ゴードン、江川先生が提唱しているもの。入院中の患者に適用、外来透析中にはない。

のなかで効率的・効果的に援助し、それ以外の生活時間のなかで自己管理を含め患者に委ねなければいけない状況である。とはいえ、患者からの求めがあれば、いつでも専門家として知り得ることを惜しみなく提供すべきである。

そういった点から患者とのかかわり合いは、たとえば外来で通常 10 分程度、指導看護師でも 30 分程度、入院では 24 時間であるのに対して、透析では治療の 4 時間（週 3 回）患者と接するという特徴がある。

■ 透析領域でよく用いられる 15 の診断

透析領域でよく用いられる 15 の看護診断を表 1 に示す。本稿では、過去のステップアップ研修で概説していない以下の看護診断について概説する。

1) 体液量不足

透析患者では、水分の過剰な状態は腎不全の病態そのものであるため、看護上の問題である「体液量過剰」と区分することは不可能である。したがって、この看護診断は、腎透析看護の分野では取り扱わないのが原則である。いしかえれば、自己管理である「水分摂取制限」を患者がおこなうことができれば、体液量過剰な状態は回避できるはずである。ただし、別の疾患による体液量過剰の状態がないことが前提であるが、すなわち、体液量過剰な状態は、腎透析を含む腎不全看護領域では、自己管理不足によるものと判断される。いしかえれば、「非効果的治療計画管理：水分摂取・食事摂取」と診断されることになるだろう。一方、そうした厳しい水分制限や食事制限を厳密に守る過程で、摂取する水分量を制限しすぎることがあると考えられる。そのようなときに、その患者は看護上の問題として「体液量不足」が診断される。診断指標として、突然の体重減少、皮膚緊張の低下、皮膚や粘膜の乾燥、口渇、血圧の低下などの患者の状態が診断される。

2) 組織統合性障害、皮膚統合性障害とそのリスク状態

透析患者では、治療上、皮膚損傷を生じる状態がいくつか考えられる。カテーテル部周囲の皮膚状態と透析のための穿刺による皮膚の損傷は、その中心である。また、多くの患者は糖尿病を原疾患にもっているため、糖尿病の合併症として神経障害や血管障害によって足や爪組織に損傷きたしやすい患者が少なくない。そこで、この看護診断に対しても、治療そのものから生じる皮膚や組織の損傷は、どの看護診断をするときでも同じように、合併症あるいは医療問題としての皮膚損傷と考えるべきである。

しかし、患者のそうした皮膚や組織の状態に対して自己管理行動が非常に影響するような場合は、看護上の問題として、「皮膚統合性障害」、あるいは組織までの損傷である場合は、「組織統合性障害」、また足の「皮膚統合性障害リスク状態」と診断されることになる。また、ここでも、とくに糖尿病の患者の足や爪の損傷に対して、自己管理行動がその原因と考えられるよう

な場合、「非効果的治療計画管理：足の自己管理」と診断されることがある。

この考え方は、アクセスに対する自己管理行動が原因で、アクセスに皮膚損傷が生じやすいときにも当てはまり、「非効果的治療計画管理：アクセスの管理」と診断されることもある。

どのような場合にも、それぞれの看護診断に対して、診断指標およびリスク因子に関する情報を十分に収集したうえで判断することが重要である。

3) 末梢性神経血管性機能障害リスク状態

この診断は非常に使いやすいようで使いにくい診断でもある。整形外科的治療によるシーネ固定、ギプスなどを装着した患者に使われることは考えられるが、この場合でも治療の範囲と考えるならば、医療問題として考えるべきである。その場合でも、看護援助から考えると、看護師が末梢の血管障害や神経障害をみることであり、医療問題であるなら医師からみることを課せられているはずである。

糖尿病患者の場合は、この診断の危険因子である「血管の閉塞」に関して、API（下肢血圧／上肢血圧）の測定やモノフィラメント（タッチテスト）を用いた感覚テスト、腱反射などを測定し、その結果この診断を判断することになるだろう。その場合、患者の足に対する自己管理行動（足の観察や靴の選択など）の指導に加えて、専門家への受診を勧めるような援助をすることになると考える。

4) 慢性疼痛

透析患者の場合、治療中を含めて血液循環量の変化、治療中の同一体位、また電解質のアンバランスなど複合的かつ不確かな原因で、アクセスのある上肢に、疼痛を訴える患者が少なくない。こうした慢性的（6ヵ月以上つづく）で、断続的な疼痛は患者にとって耐えがたいものである。その結果、倦怠感や体位の変化、付き合いの変化、抑うつなどさまざまな状態を引き起こすことが考えられる。そのような場合、この診断がつけられることがあるが、その看護援助は、残念ながら一貫した効果的なものが確認されていないのが現状である。ぜひ、臨床のなかでどのような援助が効果的かを検証していただきたい看護治療である。

5) 知識不足（不足する知識を特定する）

知識不足（不足する知識を特定する）は、患者がその知識や行為について未知であることを指す。つまり初めてそれらを知る場合は、この診断をつけるものではない。透析センターに来る患者の多くは、治療について、自己管理について事前に理解していることが一般的な前提である。しかし、仮に知識が十分でない患者でも、医師の指示した、そして看護師が指導した自己管理を難なくこなしている場合「知識不足（不足する知識を特定する）」の診断をつけるべきではない。すなわち、患者が自己管理行動あるいはセルフケアがおこなえていない状態を観察した場合、その要因にサ

ポート不足や動機づけ、あるいは自己効力感の有無などと同等に知識不足も存在しないかを判断し、「知識不足（不足する知識を特定する）」と判断するか、あるいは「非効果的治療計画管理：特定」とし、その原因（関連因子）が「知識不足」と判断されるかもしれない。「知識不足」を、安易に診断をつけすぎていないか注意が必要である。

6) 自己尊重状況的低下・自己尊重慢性的低下

「己」について看護では、「自己」に対して過小評価する場合を「自己尊重低下」、また体の外観、構造、機能の変化に関して危機感をもつ場合を、「ボディイメージ混乱」として「己」を分類している。透析の技術が進歩して、慢性腎不全になっても長期に生存できるようになり喜んでる人もいる一方、長生きすることで周囲との人間関係がうまくいっていない人も少なくない。そのようなときに自己尊重状況的（慢性的）低下があらわれてくる。「自分は透析をやるのはもったいない」「私は価値がない」などという言葉にあらわれる。しかし、日本人は本当にそう思っていないでも自己を卑下する文化があるため、しっかりと時間をかけて注意深く患者の言葉を聞いてほしい。

自己尊重低下の結果、引き起こされる究極の行動は、“透析に来なくなること”である。服薬や水分の自己管理ができていなくても、透析を受けに来ている間はまだ患者の自己尊重は保たれていると判断する。しかし、透析を受けている患者はつねに自己尊重を脅かされている状態にあることを忘れてはならない。

7) ボディイメージ混乱

「ボディイメージ混乱」は、乳房を切除する、四肢を切断する、やけどをするなどの体の外観、構造、機能の変化に関して“ボディイメージが崩れた”という危機感に襲われたとき起こる現象である。その場合、そのことで患者が自分の体を大げさに、または故意に隠すような行動に出たり、人との交流を控えたりといった社会的なかわりや行動の変化に関する診断指標を有するときに診断される。

透析患者の外観や構造、機能が変化する状態としては、顔色が悪くなる、アクセスを有した腕の状態、尿が出ないなどがあげられる。それによって、患者の社会的なかわりや行動に変化があると判断する際には、その変化が患者本人にとって生活の本質となるもの、すなわち食、排泄、仕事、夫婦・家族間の問題や変化であるかどうかという視点で、十分に観察し判断するべきである。中途半端な観察で判断する場合、むしろプライバシーの侵害と判断されることがあるので注意すべきである。

8) リスク傾斜健康行動

NANDA-I 看護診断 2005-2006 年版では「適応障害」という診断名であったものが、2007-2008 年版では「リスク傾斜健康行動」に診断名が変更になった。

「リスク傾斜健康行動」は、知識を伝達したり、思い込みを変えるような援助をしたり、さまざまなサポートをしてもなかなか行動変容ができない患者で、心理的要因が強く関与していると判断した場合に診断される看護診断である。自己管理行動を取るのが困難である、あるいは取れない、取れても継続が困難な患者であるため、「非効果的治療計画管理」と状態が類似しているが、その自己管理行動に非常に心理的問題が関与していると判断された場合、「リスク傾斜健康行動」が判断される。つまり、水分管理ができないでいる患者がいて、その背景にストレスや家族との葛藤といった心理的問題が大きく関与する場合、「リスク傾斜健康行動：水分管理」と判断されるだろう。

いいかえれば、「非効果的治療計画管理」は患者の“自己管理行動”の観察に着目した診断であるが、「リスク傾斜健康行動」は、患者の“自己管理行動”の観察に着目をするが、その関連因子であるストレス因子にとくに注目した看護診断である。したがって、この2つの看護診断の違いはその看護治療に違いをみることが出来る。つまり、患者をアセスメントした結果、自己管理行動を守れない背景としてストレスなどの感情や心理的な問題が原因となっている場合には「リスク傾斜健康行動」と診断する。つまり、「非効果的治療計画管理」に対する看護治療は自己管理行動を修正するあるいは変化することに着眼した援助法である。一方、「リスク傾斜健康行動」に対しては、自己管理行動の修正は二の次で、まず心理療法が主体であり、その結果として自己管理行動が修正されることを期待するようなかわりである。この診断は、他の看護領域では拒食症の患者や肥満の患者に対して、場合によっては診断されることがある。

■ おわりに

看護診断をおこなう際には、診断の定義、診断指標、関連因子、危険因子を頭に入れ、患者とのコミュニケーションから情報を引き出すことが重要である。そのための看護師のコミュニケーション技術の訓練は大切である。また、看護診断の学習には、『これなら使える看護診断：厳選 77NANDA 看護診断ラベル（第2版）』をぜひ参考にしてほしい。

第4回ステップアップ研修

看護データベースを 活用するための

Q&A



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

はじめに

現在、作成中の外来透析の看護データベースは、適切にかつ効率的に透析看護分野における医学的治療を起因しやすい「15の看護診断」を導くための質問や観察の手引きにあたるものである。今回のステップアップ研修では、このデータベースの質問や観察、質問ヒントが、どの診断のどの診断指標・関連因子を基にしてつくられているのか、また、診断するために十分な情報が導けるか、適切かなどについてグループで討議した。本データベースは公表前のため、掲載できないことをご了承いただきたい。本稿では、会場からの質問のなかから、看護診断をおこなっていきときのポイントをQ&A形式でまとめた。

Q. フェイスシートの項目に、「連絡先」とありますが、この連絡先には患者の家族の連絡先以外に、介護施設の担当者の名前や連絡先も記載したほうがよいでしょうか？

江川先生：その通りです。しかし、プライバシーの保護という点から、何事も慎重を期すことを心がけるべきです。そのうえで、介護担当者への連絡が必要な場合には、連絡するルートを明確に記入するようにする。施設入居者などの場合、介護度がわかったら、どの施設を経由するかを明記して、電話番号を記入します。

Q. 「治療計画管理促進準備状態」はどのようなときにつけられる診断でしょうか？

江川先生：「非効果的治療計画管理」が診断された患者でその診断指標〔症状・状態〕、あるいは関連因子が改善してきた場合に、「治療計画管理促進準備状態」が診断されます。すなわち、「治療計画管理促進準備状態」は、「非効果的治療計画管理」に引き続いて立てられる診断です。「非効果的治療計画管理」の診断指標は多くありますが、指示されている自己管理があるか否か、あればその自己管理が守られているかが基本となります。そこで指示されている自己管理があつて、それが守られていない場合には、診断指標や関連因子について、あてはまる項目がないかをアセスメントするようにします。



Q. データベースに「栄養摂取消費バランス異常：必要量以上」を入れたほうがよいのではないのでしょうか？

江川先生：原則的に言えば、基礎疾患や腎不全が驚くほど悪くならない以外は、水分や食事、治療の継続といった自己管理をしていれば必要量以上、すなわち制限以上の体重の増加はみられないはずで、そう考えると、栄養摂取が過剰な状態は、自己管理行動が適切に守られていないために生じる現象であり、その状態はむしろ「非効果的治療計画管理」の状態であると考えます。むしろ、透析患者は、制限をしすぎて必要量以下になる可能性はあるため、「栄養摂取消費バランス異常：必要量以下」が生じることが考えられます。したがって、食事や水分を適切な量に維持するよう指導することは非常に難しく、繊細な指導の仕方や工夫が求められています。

Q. 私たちは関連因子を頭のなかにもって患者とコミュニケーションをしながら、情報を取っていくわけですが、どれくらい深く患者から情報を集められるかは看護師個人のコミュニケーション技術による差が出てきまうと思います。安易な診断に至らないためにはどのように情報を取っていくかという手段を出しておいたほうがよいと思うのですが、

江川先生：関連因子や診断指標となる情報を導くための手法が示せばよいのですが難しいものです。患者から情報を引き出すための基本としては、十分に時間をかけて患者から情報を取ることで、即決しないことが重要です。

したがって、看護師がコミュニケーションの手技を磨くよう訓練することで患者から多くの情報を引き出すことは可能である場合もありますが、患者自身がコミュニケーションに慣れていない場合には、情報を引き出すことが難しい場合もあります。患者に自己管理についてその重要性を認識してもらうようにすることも大切です。

Q. 食事内容を記入する欄がありますが、“食事内容”という欄、1日の朝食・昼食・夕食の食事の内容を記入することになると思うので、“嗜好品”のほうがよいのではないのでしょうか？

江川先生：食事内容を記載するのは、「栄養摂取消費バランス異常：必要量以下」の診断指標のなかに、「一日推奨食物摂取量より少ない不適切な食物摂取の訴え」が出されているからです。

食事内容を書く意味は、最近、栄養障害の患者も増えてきており、「栄養摂取消費バランス異常：必要量以下」を診断するためには、食事内容のチェックも必要だと考え、この項目を設けました。また、診断指標では嗜好品であるかどうかの問題になっているのではないため、異常な食べ方の場合にはその情報を取ったり、痩せている原因になっている内容を調べるのが最も重要になります。情報を取って調べてバランスがよさそうときには、「もう少し食べても大丈夫です」という程度の指導で、空欄に記入する必要はないと考えます。

Q. 透析患者では痒痒感が問題となる場合があるので、看護診断で情報を取ったほうがよいと思うのですが、

江川先生：透析特有の痒痒感は、看護師がケアして改善できるかが明確ではないため、看護診断はおこなわないというより、そうした診断がありません。しかし、この領域のなかで、こうした患者の訴えを治療やケアすることは非常に大切なことです。しかし、非常に残念なことですが、痒痒感の原因となるリンのコントロールなどは、薬物治療によって治療されることが多いのも事実です。したがって、医療の領域となり、多くの場合、薬物の恩恵を受けるしか手がないかもしれません。

Q. 長期留置カテーテルを入れている方も増えていますが、長期留置カテーテルであると、感染が多くなっています。感染を早期に発見するために長期留置カテーテルの場合の皮膚の観察を入れたほうがよいと思うのですが、

江川先生：カテーテルによる感染は、看護の感染リスク状態の範疇を越えてしまうため、医療問題の領域になる可能性が高いことから、看護診断データベースには入っていません。しかし、カテーテルからの感染は、非常に重要な課題であるとともに、患者に課せられた自己管理です。そのため、患者の自己管理ができないことでこの部分からの感染が考えられる場合は、「感染リスク状態」が考えられるかもしれませんが、その場合も、「非効果的治療計画管理：カテーテル管理〔手技〕」と判断されることもあることを忘れていただきたいと思います。この場合の情報収集は、〈健康/知覚パターン〉で収集されることになるかもしれません。

Q. 糖尿病のフットケアの項目で糖尿病患者が、定期的に足をチェックすることになっていますが、非糖尿病患者でも月1回定期的に足をチェックすることで、足の皮膚や爪の異常の早期発見につながると思うのですが、

江川先生：糖尿病のフットケアの項目は、糖尿病の自己管理の範疇として項目がつくられています。看護師が糖尿病でない腎不全患者の足を定期的にチェックすることはかまいませんが、一般的に糖尿病患者でない患者に自己管理として足のチェックは課しません。患者に課してもいい自己管理の事柄と、看護師が観察すべきことをきちんと区別してください。

Q. 排便回数のほかに、尿量を記入する欄も入れたほうがよいのではないのでしょうか？

江川先生：排便回数は、便秘を診断するための質問項目です。尿量の確認は、腎機能を見るものであり医師の範疇です。また、透析患者のなかで尿量がある人の割合はかなり低いので、水分管理指導の際に必要な患者に、その都度、尿量を確認すべきだと考えました。データベースは、＜看護〔漠然とした範囲〕＞すべての情報を網羅するものではなく、看護診断の領域に関する情報を的確に効率よく取る質問および観察をするものです。

Q. たとえば、体重が増加しているにもかかわらず、「水分制限を守っている」と主張した患者がいた場合、患者がわかっていたことなどを情報を提供したり、援助していくことで、最初は「自己管理ができていますか？」という質問に「いいえ」であっても、情報を取っていくうちに「はい」に変わる場合もあります。そういう場合はどのように記載すればよいのでしょうか？

江川先生：患者から時間をかけて情報を取っていくようにします。情報を取っている間はデータベースに記録しません。データベースに記録するという事は、診断の根拠となるデータを収集するということです。情報を取っていった整理がついた時点で、このデータベースに記録します。透析患者はくり返し病院に来るため、時間をかけて情報を取ることができます。診断までの間に取った情報をどこに記録しておくかは改めて検討したいと思います。

Q. 透析患者で慢性疼痛が診断されるのはどんな場合ですか？ 長期透析の合併症に伴う痛みや、手根管症候群などの痛みに対して看護師ができることというのはあるのでしょうか？

江川先生：慢性疼痛のなかには薬を使わない援助ケア〔看護治療〕〔湿布、アロマ療法、マッサージなど〕で痛みが止まるという程度の痛みも存在すると思います。

Q. 透析中の血管痛は「慢性疼痛」と看護診断できますか？

江川先生：治療中の痛みは、医学的な痛みであり、看護的にケアできるという領域ではないと考えられます。透析が終わればなくなる痛みもあります。したがって、その都度、医師の指示や経験的な判断で援助を実施してもよいと考えます。つまり、治療のためどれがどれだけその慢性の疼痛を増徴させているのか、同時に、どのような援助がその痛みを鎮めるのか定かではないからです。



Q. 知識不足はどのようなときにつけられる診断でしょうか？ 看護師が患者の情報を積極的に引き出そうとするときに、看護診断の診断指標や関連因子の言葉の意味がわかりにくいところがあるので、噛み砕いた事例のようなものを書いていただいたほうがわかりやすいのですが。

江川先生：たしかに、「非効果的治療計画管理」や「知識不足」などの断指標や関連因子は、その概念の抽象度が高くわかりにくい部分がありますが、実際には難しい表現ですので、これ以上噛み砕くことは難しいものです。しかし、つぎのように説明することができます。透析患者にとって命にかかわる重要なことは、第一に、透析がきちんとおこなえることであり、第二に、自己管理がおこなえることです。たとえば、知識不足を例にとっても、単に“患者がどのくらい糖尿病や腎透析のことを知っているか”ということではなく、“患者がおこなう自己管理行動を制限してしまう知識不足があるか”をみることが重要です。また、「非効果的治療計画管理」の関連因子の一つ、「意思決定葛藤」は、“透析のストレスから透析をやめようか”という葛藤と考えなければならぬとしか、説明することができません。



Q. PD ではカテーテルが出ていることにより、管が出ている、お腹が大きくなる、銭湯に行きにくいなどボディイメージの混乱を伴いやすいため、「ボディイメージ混乱」を診断する際に、PD についての診断項目も入れたほうがよいと思うのですが。

江川先生：「ボディイメージ混乱」を診断するには、社会的なかわり、つまり、家族や友人などとの関係、社会生活の中心となる食事や排泄が阻害されていないかを評価することです。PD でボディイメージ混乱をきたし、社会生活を阻害しやすいかという、そうとは言い切れないと思うため、とくに PD に限った診断項目を網羅しなくてもよいと考えました。つまり、質問していただいた程度の表現は、このような患者であれば普通に訴えるものであり、したがって、もう少し不快な心理的表現や行動を捉えたうえで判断することが大切であると思います。

Q. 「リスク傾斜健康行動」の質問として「健康状態を過小評価する」とありますが、意味がとらえにくいので、「健康状態」を「健康問題」に置き替えたほうが意味が通りやすいと思うのですが。

江川先生：診断指標では「健康状態の変化」となっているため、「健康状態」を「健康状態の変化」に変えてもおかしくありません。ここで大切なことは、「非効果的治療計画管理」と「リスク傾斜健康行動」の2つの診断の違いを理解して使い分けられることです。「自己管理を自分のいまの健康状態に合わせて変化させることができない」という非受容的な態度や「いまの健康状態を過小評価するような状態」が出ている場合、ストレスや低すぎる自己効力感が自己管理行動に大きく影響していると考えられ、心理的なことが問題となっている場合には、リスク傾斜健康行動が診断されるでしょう。とくに水分や食事の自己管理に失敗している患者のなかには、リスク傾斜健康行動と診断される患者が含まれていると考えられます。

おわりに

今回のステップアップ研修の大きなテーマは、15の看護診断の理解と、看護診断を導くための情報の取り方をメインにしました。今後、このデータベースを使って事例展開をつづけていきたいと考えています。また、今後看護診断だけでなく医療問題領域の記録も看護の評価として考え、その記録の検討もおこなっていききたいと考えています。さらには、この15の看護診断に対する看護治療の開発のための臨床研究を積極的に推奨していきたいと思いますので皆さんのご協力をよろしくお願いいたします。



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
たんぱく質の摂取
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。

食事療法は、前半・後半2回に分けて解説します。今回は、たんぱく質の摂取、適切なエネルギーの摂取について取り上げました。透析者は食事内容・摂取量に制限を伴いますが、制限しすぎることはかえってからだに悪影響を及ぼします。食事療法は、水分管理とやらんで透析者の自己管理の中心となるものであり、たんぱく質、エネルギーともに適切な量を摂取することの重要性を理解していただくことが重要です。

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。

〈たんぱく質の摂取〉

たんぱく質はからだをつくるうえで大切なエネルギー源ですから、1日の必要量は確実に摂取する必要があります。

1日のたんぱく質摂取量の目安

1.0 ~ 1.2g/kg

____さんの場合

1日のたんぱく質摂取量は____gをお願いします。

※たんぱく質が不足すると・・・



むくみ



だるい



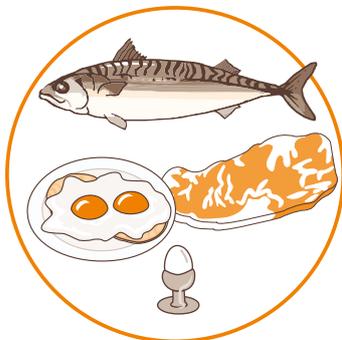
貧血

たんぱく質が不足すると体力がなくなり、風邪などの感染症を起こしやすくなります。

※たんぱく質を摂り過ぎると・・・

たんぱく質を摂り過ぎると、体内に老廃物が蓄積し、尿素窒素、リンなどの血液データの悪化を生じます。集中力がなくなり、下肢のイライラやしびれ感、かゆみが生じたりすることがあります

たんぱく質を多く含む食品



肉・魚・卵類



乳製品



豆類

〈注意点〉

たんぱく質が多く含まれている食品にはリンも多く含まれているので、1日の指示量を守るようにしましょう。

〈適切なエネルギーの摂取〉

エネルギーとは、私たちが生きていくための燃料です。

1日のエネルギー摂取量の目安

27 ~ 39kcal/kg

性別，年齢，身体活動レベル
により必要量は異なります

____さんの場合

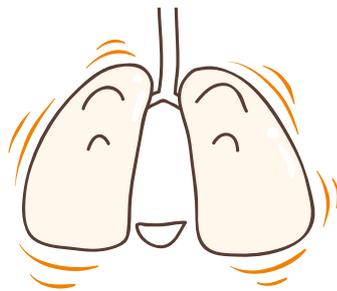
1日のエネルギー摂取量は____kcalをお願いします。



手足を動かす



心臓を動かす



呼吸をする



食べ物を消化する

エネルギーの主な栄養素（三大栄養素）は、糖質・脂質・たんぱく質です。
その比率は、糖質 55%，脂質 25%，たんぱく質 20%ぐらいが望ましいですね。



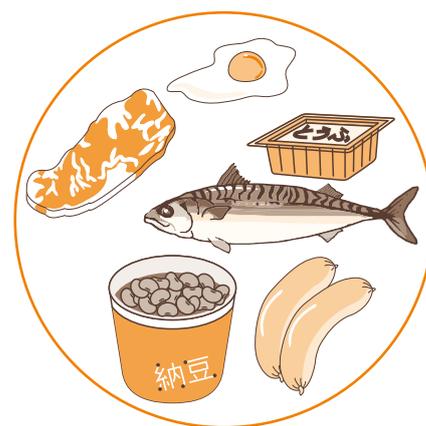
●糖質食品

ご飯，パン，もち，
小麦粉，砂糖，飴
など



●脂質食品

油，マヨネーズ，
ドレッシング，バ
ター，マーガリン
などの油脂類など



●たんぱく質食品

肉類，魚類，卵，
乳製品，豆類など

※エネルギー摂取が不十分であると・・・

エネルギーが不足すると、からだの脂肪を燃やしエネルギーとするため、カリウムが高くなる場合もあります。



食欲がなくなる



体力・抵抗力がなくなる



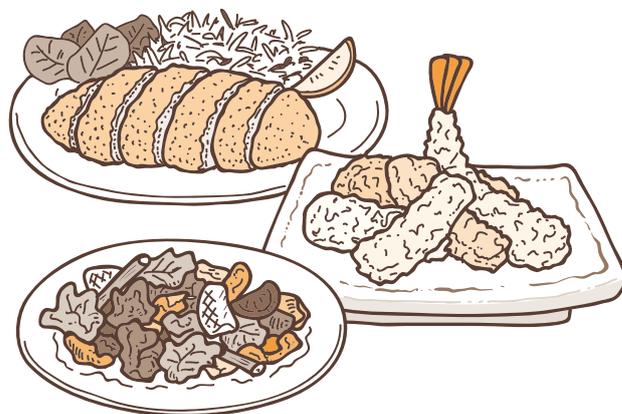
貧血

エネルギー摂取が不十分であると、体力がなくなり、風邪などの感染症を起こしやすくなります。

〈エネルギー摂取のコツ〉

- * 1日3食の食事を習慣にしましょう。
- * ご飯など主食を十分に摂りましょう。
- * 揚げ物や炒め物など油料理を摂りましょう。

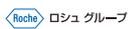
食事摂取量が少ない時は、お食事の味付けに砂糖や粉あめを使ったり、おやつを摂ることをお勧めします。





CHUGAI

中外製薬株式会社 |



ロシュグループ

2008年3月作成
EPO 08冊子15001