

特集：腎臓病療養指導とチーム医療

II. 腎臓病療養指導チームの確立に向けて 看護師が行う腎臓病療養支援

CKD management from the viewpoint of the nurse

杉田 和代

Kazuyo SUGITA

多方面からの療養支援が重要

慢性腎臓病(CKD)対策の重要性は国民に広く啓発され、診療方針も医療者に普及しつつある。しかし、治療が成果を上げるか否かは、治療を受ける患者の療養生活に一部依存する。社会生活を送る患者には、当然、習慣化された自分なりの生活スタイルがある。そのため、いくらCKD治療(受診・食事・服薬・体調管理など)の必要性を理解していても、この治療を生活スタイルに織り込み(療養生活)、さらにそれを継続していくのはそう容易ではない。日々の些細な出来事、例えば「仕事が忙しくて受診できない」、「付き合いで食べ過ぎた」などの療養生活を継続するうえでの葛藤や苦労は頻繁に生じる。医療者がこのようなCKD治療を行う患者の療養生活を支援するには、一人ひとりの多様な生活を十分に理解し、多方面から療養指導を行うことが重要である。さらに目標の達成には、多職種のスタッフで支援する体制の構築と連携の確立が必要になろう。

チーム医療のなかでの看護師の役割

2007年、厚生労働省医政局からチーム医療を推進する通知(1228001号)が出され、各施設ではさまざまな活動が行われている。腎疾患においても、2012年の診療報酬改定で糖尿病透析予防料が新設されたことなどが契機となり、より多職種のスタッフと連携したチーム医療が行われている。しかし、「チーム医療」という言葉だけが先行し、実態の伴った「チーム医療」が行われていない例も散見される。

チーム医療とは「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること²⁾」とされている。では、看護師は、CKDのチーム医療のなかでどのようなことを行い、チームの一員としての役割を果たしているのだろうか。看護師に期待される役割は大きく2つに分けられる。まず、1つ目は、患者がCKDの治療(受診や食事、服薬、症状の管理など)を織り込んだ生活に変更・継続することによって生じるさまざまな生活上の問題に対し、具体的な支援を行うことである。具体的な支援内容は後述するが、こうした看護師が行う支援は、患者一人ひとりの生活に焦点を当てているため多様で可視化しづらい面がある。しかし、患者の生活に寄り添った内容であり、患者が自分の療養行動を変えるきっかけや療養を継続する一助となる。

2つ目は、チームでの連携・調整役を担うことである。看護師は、受診時の患者や付き添う家族に接する機会が他職種(医師以外)より多い。受診時、患者の些細な変化に気づいたり、患者が医師に言うほどでもない、あるいは言いづらいと思っていることなどを相談される機会も多い。看護師は、患者の状態やこのような相談から、起こりうる問題などを判断し、他専門職のスタッフにタイムリーに情報を発信し、患者が他職種にも相談しやすいように調整を行う。さらに、多職種間で患者の課題や目標を共有するために、例えば、カンファレンスの開催や参加者の選定・案内などの調整も行う。このような調整役としての働きは、院内のチームのみならず、患者の暮らす地域の診療・介護施設などとの連携・調整役としても機能する。今後、超高齢社会の到来に伴い、地域とのこうした連携活動が不可欠と

表1 「腎臓看護相談」への来談者と相談内容

来談者	患者平均年齢 (歳)	平均 eGFR (mL/分/1.73m ²)
I. 患者	71.2	16.3
【内訳】		
① 不安・体調管理方法・食事などのストレス	74.9	17.6
② 治療選択	63.6	10.7
③ 透析を望まない、今後への不安	83.3	10.1
④ 緊急に治療が必要	54.0	6.7
II. 配偶者	76.1	10.8
・食事・服薬が守れない、患者が怒る		
・患者が入院、透析を拒み、困る		
III. 子供・親族	80.2	12.8
・患者(認知症など)治療選択の判断不可能		
・介護施設に入院中・治療選択		
IV. 親	45.7	21.8
・精神遅滞・うつ病 → 暴食, 受診・服薬拒否		
・将来の介護負担, 心配		

なり、調整役としての役割がより重要になると予測される。

看護師が行う療養支援

看護師が行う療養支援は、診察前後の待ち時間を利用して行われる場合が多いが、最近では看護師が主体となり、患者の生活に伴う症状や自己管理を支援するために別途に時間と場所を確保して行う看護外来(看護相談)が増えつつある。「ストマ外来」や「糖尿病看護相談」、腎領域では「治療選択の看護相談」などが好例である。筆者も、2014年までの8年間、特定機能病院で「腎臓看護相談」と称して、CKD患者とその家族の療養生活を支援する目的で患者の個別相談を行っていた。腎臓看護相談は診療科医師の多大な協力の下に行われ、8年間の相談件数は約780件に上った。この看護相談での来談者の相談内容、看護師が行った主な療養支援を以下に記す。

1. 「腎臓看護相談」での相談内容

2012年4月～2013年3月の1年間の看護相談総件数は145件で、その内訳(来談者・相談内容・平均年齢、腎機能)を表1に示す。看護相談への来談者は患者自身が最も多く、平均年齢は71.2歳、平均eGFRは16.3mL/分/1.73m²、多くはCKDステージ4の段階であった。相談内容①の『不安・体調管理方法・食事などのストレス』では、検査結果が急激に悪化した際の不安な気持ちや、自覚症状の少ないなかでの管理の難しさが相談された。特に食生活では、患者は「腎臓病には食事が大事である」ことはわかっており、常に「これは食べ

てはいけない」と意識しながらも食べてしまうストレスや、食の楽しみや自由が奪われる苦悩などを訴えられ、さらには「人と食事すると思うと面倒で」といった内容もあり、円滑な人間関係の構築までもが阻害されている現状が推察された。②の『治療選択』では、患者の平均eGFRは10.7mL/分/1.73m²と低値であったことを反映し、医師から透析が必要になるとの説明を受けたが、「それだけは避けようと思ってがんばってきたのに……」との失望や挫折感でうちのめされた気持ちを吐露する一方で、今後、仕事や生活がどのように変わってしまうか不安な気持ちを抱えた葛藤が理解された。③の『透析を望まない、今後への不安』では、高齢患者は「透析してまで生きて……」、「今(住んで)いるところで死にたい」など、今までの生き方を変えてまでの透析を望まない意向を語るほか、ADLの低下に伴って「これ以上家族に迷惑をかけたくないな」と呟くなど、筆者自身もどのような言葉を口にしてよいのか戸惑うことが多かった。

来談者が患者以外の場合は配偶者、特に妻からの相談が大半で、「患者が食事を守らないので注意すると怒る、これが自分自身にもストレスである」などの相談が多かった。また、子供や親族からの相談では、「患者が認知症などで今後の治療選択ができない」、「これ以上の介護の負担は無理である」、逆に、「患者が透析を受けないと決めており説得に応じようとしなくて困っている」などの相談がみられた。親からの相談として印象に残ったのは、精神遅滞、うつ病などの患者を持つ高齢の親から、「患者は食事などが制限できず過食になる」、「服薬や受診を拒否する」、介護者である自分も

表2 主な支援内容

- ・腎臓病に対してどのように思っているのか丁寧に聴く。
- ・日常生活(食事, 内服, 体調管理)で工夫していることを引き出す(動機づけ, 継続の強化, 情緒的支援)。
- ・腎臓機能や検査値の補足説明を行い, 解釈を修正(正しい知識・習得, 身体の変化を予測する力)
- ・患者ができる目標を設定(例: 血圧, 体重測定し記録, 散歩, ご飯の量を少なく)
- ・治療選択の具体的な情報を提供(例: 繰り返される質問に丁寧に返答)(未知の治療への理解, 生活の変化を調整・支援)
- ・腎代替療法(HD, CAPD, 腎移植):具体的に生活の変化の説明

「高齢なので自分が死んだときはどうしたらよいのか」などの切実な相談であった。

2. 具体的な看護支援内容

看護師が実施した患者への具体的な支援内容を表2に示す。

1) 患者が「自分の病気」をどのように捉えて生活しているのか丁寧に聴く

患者は、初回面談時に透析を勧められるのではないかと不安を抱えていることが多く、この点に十分配慮し、まず、面談目標である「腎臓病と上手につきあう生活のお手伝いをしたい」ことを伝え、面談を開始した。面談では自由に話せる雰囲気をつくり、患者が腎臓病といわれて苦勞している内容を丁寧に聴くよう心がけた。このなかで看護師は、患者が「自分の病気」をどのように捉え、生活(食事や服薬などの理解も含む)を送っているかをできる限りありのまま捉えるように努めた。患者は十分に話しをすることによって自分で療養生活での課題(どのようにしたいのかなど)をより明確化でき、看護師とともに具体的で実行可能な方法を考えるきっかけを作るのに役立ったと考える。

2) 日常生活(食事, 服薬, 体調管理)で工夫していることを引き出す

面談中、看護師は患者の日常生活でのちょっとした工夫を引き出すようにし、患者が努力しがんばっていることを、患者が自分自身で意識できるように言葉にして伝えた。これは患者の療養生活への動機づけや継続の強化につながったと考える。

3) 腎臓機能や検査値の補足説明を行い, 解釈を修正

補足説明の過程では、患者はさまざまなことをたずねてきた。例えば、食品一つひとつを取り上げて食べてよいかを確認したり、「薬が変わって調子が悪い」、「血圧は測るたび違う値である」など、こと細かに日々の生活での疑問を口に

した。看護師は患者の質問からその原因を同定し、誤った解釈を修正し、患者の腎臓機能、検査値などを解釈し、治療(薬剤, 食事など)との関連をわかりやすく説明して患者の理解を高める努力を行った。

4) 患者ができる目標を設定, 継続への支援

患者への補足説明後、患者自身が「こうしたほうがいい」、「やってみよう」などと思えるように促し、次回までの目標を設定した。同時に患者が自分の微妙な体調変化を把握しやすいように、血圧や体重を測定する具体的な方法(血圧計の種類, 測定部位, 体位, 時間, 測定回数など)のほか、特に測定するだけで終わりにせず、測定する目的や記録することの重要性を伝えて、次回受診時に記録された内容を確認した。継続の重要性を意識的に言葉にして伝え、モチベーションの維持を心がけた。

5) 治療選択の具体的な情報を提供

患者は、医師から透析の説明を受け、さまざまな思いを抱いて来談することから、患者が医師などに話しづらい思いを率直に話せるように心がけた。患者からは、例えば「透析を行わない方法はないのか」、「本当に行ったほうがいいのか」などの質問が繰り返される場合が多く、患者の混乱や否定したい気持ちと受け止め、その都度丁寧に説明をし、気持ちが落ち着き、理解しようとするタイミングを待った。患者から具体的な腎代替療法への質問がされるようになってから、今後の生活がどのように変化(日課, 通院方法, 食事, 体調, 経済面など)するかをイメージできるように説明した。特に腎代替療法についてすべてを説明しようと焦らずに、患者の気持ちや理解度に合わせ根気よく行った。

6) 体調の変化を素早く察知できるように説明

ステージ5に至った高齢患者には、診察前に患者から体調変化(自宅血圧・体重の変動, 浮腫, 食事量, 脱水症状など)を細かに聞き取り、医師に情報提供を行った。患者や家族、介護施設のスタッフには、心不全や尿毒症の症状をわかりやすく説明し、また、自宅(施設)で体調が急激に変化した場合の受診方法を理解しているかを確認し、夜間帯や祭日・休日の受診方法や受診に必要な情報などを説明した。

3. 院内外での多職種と連携を図る調整

看護師によるチームでの調整役としての概要は前述したが、院内外での多職種のスタッフと連携を図る事例は増えつつある。例えば、医師からの「介護者(高齢)の物忘れが多くなった。患者の食事が乱れている」などの情報を基に面談を行った事例がある。この精神遅滞の患者とその家族は、地域とのつながりがほとんどなく、社会資源を活用することもなく暮らしていた。面談時、家族は今後の不安を打ち明け、

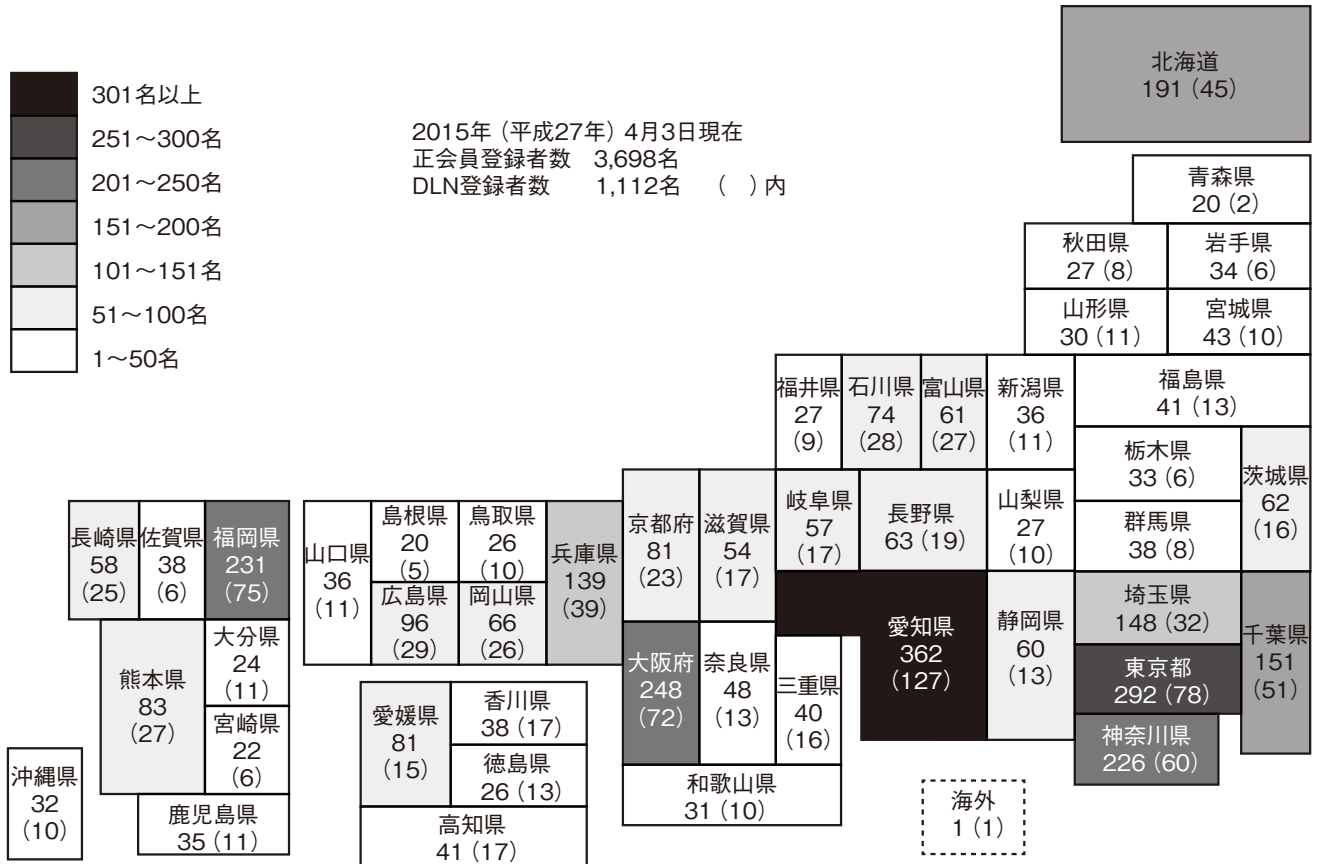


図 日本腎不全看護学会 正会員(透析療法指導看護師：DLN)全国分布(文献 10 より引用，改変)

今まで拒んでいた社会資源からの援助を承諾した。早速医療ソーシャルワーカー(medical social worker：MSW)に情報提供をして、患者と家族が地域と連携を保てるよう地域包括支援センターとの合同カンファレンスを行い、支援を受けられるように調整した。患者や家族は、このような診療以外の話は診察室ではなかなかできないのが現状で、連携を調整する核となる看護師の役割の重要性が理解された事例であった。

また腎代替療法を受けるか否かの意思決定では、患者の意思決定が最も重要であるが、認知症、精神障害などで患者自身が判断できない場合や、高齢な患者と家族の考えが相反している場合も稀ではない。最近では、介護施設などに入居している高齢患者も増加し、受診時は介護施設のスタッフの付き添いで、家族に会う機会も限られるようになってきた。医師は、家族が患者の状態をどの程度理解しているかや治療への意向を認識できずに診療を行っている場合も多い。医師と看護師が連携を密にして情報交換を行うことが重要で、看護相談で患者と家族との面談を行い、初めて互いの率直な考えや今後の治療への意向を話し合うことが可能に

なった事例も多い。また、介護施設などの介護者・看護師に浮腫や体重の変化といった患者の体調の急激な変化を速やかに把握できる方法を伝え、受診ごとに管理ノートなどを使用して情報交換を行うなど、院外の施設との連携が奏効した事例もある。今後、超高齢社会の到来に伴い、認知症などで患者自身が意思決定するのが困難なケースが増えると予測される。患者の意思を忖度して多職種で連携し、家族が適切な決定を行えるよう支援する体制を構築していくことがより重要となろう。

療養支援ができる看護師の育成：日本腎不全看護学会の取り組み

1. CKD 患者の支援ができる人材育成

日本腎不全看護学会は 1998 年に研究会から学会に移行した。当初の会員数はわずか 352 名であったが、16 年経った現在は約 3,700 名と約 10 倍の会員数に増加した(図)。

2004 年には、腎臓病看護に特化した人材育成を目指し、日本腎臓学会をはじめとした 6 学会(日本腎不全看護学会・

日本腎臓学会・日本透析医学会・日本移植学会・日本泌尿器科学会・日本腹膜透析学会) 認定の透析療法指導看護師 (Dialysis Leading Nurses : DLN) の認定を開始した。現在、透析療法指導看護師は 1,112 名になり、会員の約 3 割が認定を受け全国で活躍している。DLN の試験は年に 1 回実施し、認定後は 5 年ごとの更新制である。さらに、DLN を含めた会員を対象にさまざまな研修・セミナーを開催している。そのうち全会員を対象とした基礎研修では、末期腎不全、透析患者の支援に加え、2009 年から CKD の病態や治療、CKD ステージの理解と看護についても研修内容とし、腎臓病患者の幅の広い病期を支援できる研修を年 2~4 回実施している。

2. 各施設の活動から地域への活動へ

各病院で積極的に CKD 診療・支援が行われていることを反映し、日本腎不全看護学会学術集会の CKD に関する演題数は 2009 年以降増えつつある。その内容も看護師の支援方法、多職種や地域との連携に関するチーム医療に関する演題が多く、チーム医療の拡がりを感じさせる。また各地域の DLN が、自己の勤務場所(病院)だけでなく互いに連携を強め、CKD 患者や透析患者への支援のための情報交換や学習会などを地域単位で行っている。特に DLN が中心に活動している長野県腎不全看護連絡会は、地域住民を対象に 2009 年から毎年「慢性腎臓病市民フォーラム」を開催し、草の根の腎臓病予防・対策・啓発活動を展開している。

おわりに

今後、超高齢社会に伴い CKD 患者はますます増加が見

込まれる。予防と治療には、病院内外のさまざまな職種のスタッフが連携し合い、お互いに専門性を発揮した活動が不可欠である。そうした支援ができるよう、真のチーム医療の体制の構築と人材の育成が肝要である。

利益相反自己申告：申告すべきものなし

文 献

1. 厚生労働省医政局. 医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について(通知) 2007; (第 1228001号).
2. 厚生労働省. 安心と希望の医療確保ビジョン 2008.
3. 厚生労働省. チーム医療の推進について(チーム医療の推進に関する検討会 報告書) 2010.
4. 数間恵子. 外来看護に求められる専門性と役割. 看護実践の科学 2012; 37: 6-41.
5. 平成 22 年度日本看護協会業務委員会, 日本看護協会. 外来における看護の専門性の発揮に向けた課題 2010. <http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/fukyukeihatsu/gairaikango0731.pdf>
6. 日本腎臓学会(編). 腎疾患重症化予防実践事業 生活・食事指導マニュアル改訂委員会: 医師・コメディカルのための慢性腎臓病 生活・食事指導マニュアル 2015.
7. 平方秀樹(監). 日本腎不全看護学会資格認定制度 透析療法指導看護師の軌跡. 大阪: 医薬ジャーナル, 2014.
8. 杉田和代, 高井一美, 神山明子, 東山 恵, 本館教子. 超高齢者の治療選択を支える—その人とともに考える治療と連携—. 腎と透析 2011; 71(3): 427-429.
9. 篠田俊雄, 杉田和代(編). どうする? 透析導入前後の支援 CKD 患者の療養指導ガイド. 東京: 学研メディカル秀潤社. 2014.
10. 日本腎不全看護学会ホームページ. <http://ja-nn.jp/>