

5.CKD患者に対する看護師の役割と取り組み

藤枝市立総合病院 人工透析室

I. 看護師の役割

2014年6月腎臓内科医師(山本)よりCKD指導の依頼があり、透析室でのCKD指導が開始されました。当初は、透析室師長が指導を担当していましたが、現在は透析室看護師が交代で指導を行い、腎機能低下の遅延や合併症予防につながるよう患者のセルフマネジメント支援を行っています。また、意思決定支援、家族支援、エンドオブライフケアなど患者・家族に寄り添いその人らしい生活を送れるように、CKDステージごと、また多職種と連携した支援を継続して行っています。そのなかで、腎代替療法を選択しない患者や血液透析を導入後に住み慣れた自宅から施設入所となった患者など、もとの生活を継続できない患者もあり、CKD指導の難しさを痛感しています。透析医療に従事する看護師として、専門的知識だけでなく腎不全とともに生活する患者とその家族を多角的視野でとらえた指導につとめています。

II. CKD 患者に対する看護師の役割

慢性腎臓病のステージごとの看護

1) G3b

① 受診を継続する支援

自覚症状に乏しく、通院の負担を伴うため受診行動の継続が難しいという特徴があります。CKDについて説明し、受診継続の大切さを説明します。

② 食事療法を継続する支援

食事療法の必要性を説明します。さらに、栄養士から食事指導を受けた後の理解度の確認や、患者の食生活で実行可能な改善点を患者とともに考え情報提供を行います。

③ 服薬指導

服薬状況を把握し、内服の必要性について説明します。また、腎機能低下により調整が必要な薬や使用を控えたほうが良い薬があるため、市販薬やサプリメント使用時は医師に相談するよう説明します。また、お薬手帳にeGFRの数値によって「Check! CKD」シールが貼付されているか確認します。

④ 体調管理支援

血圧測定・体重測定の目的や測定方法を説明します。また、血圧や体重を記録し受診の際に持参するように説明します。そのほかに、禁煙や日常生活で気を付けることを説明し、腎機能低下の遅延や合併症予防につなげられるよう支援します。

2) G4・G5

G3bの支援を継続するとともに、下記についても支援を行います。

① 病状悪化時の対応が理解できるよう支援

CKDステージG4以降になると、患者に身体症状が出現し始めます。急激に重篤な状態にならないように、受診が必要な症状や兆候、受診方法について説明します。

② 腎代替療法を選択する支援

腎代替療法について説明し、患者・家族が意思決定できるように支援します。患者・家族にとって治療選択は人生の重大な選択となります。患者や家族にとって最善の治療法は何かを一緒に考えます。また、必要時は多職種と連携して支援します。

II. 透析導入時の看護師の役割

透析を導入すると、日々の生活が大きく変わり、一生、週3日の通院治療が必要となります。体力的・時間的・経済的・社会的にも多くの負担を強いられます。看護指導は、本人の治療選択や受け入れが円滑にできることを目標とし関わります。

緊急透析導入の時は、呼吸困難・心不全の状態、症状改善目的で直ちに透析導入をせざるを得ない状況下で行われます。患者家族が透析治療に同意し、カテーテル挿入後、透析治療へと進みます。状況に応じて連日～1日おきの透析、その後シャント造設を経て維持透析となります。

透析療法が始まり、時間の経過と共に患者からは「こんなつもりではなかった。自分は透析をしたくなかった。」という声が聞かれることがあります。また御家族も「透析をすれば大丈夫、楽になる。」という気持ちが先行してしまう傾向があります。そのため、維持透析を導入することまでイメージできている方は少なく、透析生活をスタートする準備ができていない方がほとんどです。このような場面に遭遇すると、事前にCKD指導が行われていれば、患者も御家族も心の準備ができたのに、と感じます。そのため、透析導入まで時間的猶予のあるCKD指導期間では、指導内容の一つ一つに時間をかけ、患者・家族の思いに寄り添い、説明と支援を行っていきます。

(1)看護指導の役割;以下の指導・支援を行い、他職種との連携を図ります。

1. 患者・家族が、病気を理解する
2. 生活習慣の改善の意味を理解し実践する
3. その人らしく病気とともに生きていく
4. 患者・家族が透析治療を理解する
5. 透析患者を支える社会の仕組みを知り、活用する

(2)指導内容;透析室受け持ち看護師が対応します。

1. 腎臓の働きについて
2. 末期腎不全について
3. 食事で気を付けること
4. 日常生活で気を付けること
5. 薬で気を付けること
6. 検査について
7. 腎不全の治療について
8. 医療費と保険について
9. 週3回透析を行う意味
10. 透析するときの体調の変化
11. シャント部位の血管の管理

III. おわりに

CKD患者は、長期的に継続して自己管理が求められます。そして、自己管理を続けても腎機能が限界に達し腎代替療法が必要となる時期がきます。CKD患者の喪失感や家族の負担を理解し、その人らしく生きるための治療選択ができるよう、今後も多職種と連携して支援を継続していきます。

患者さんとの関わりの中で、患者さんからの多くの言葉が心に残っています。「こんなに腎臓が悪いとは知らなかった」「話が聞けて良かった」など様々の声を聴いています。CKD 指導をした後で透析導入になった患者さんから「ついに来ってしまった」という声や「絶対に透析はやらない」と話した人が透析に同意することもありました。その中で看護師としてCKD 指導を行なっていてよかったと感じています。

今後の課題としては、腎臓内科医師・開業医・保健師との連携を図り、CKD 指導を早期慢性腎臓病（CKD）の患者から行い、病状の悪化を少しでも防ぐことにつなげたいと思っています。

また患者自らが末期腎不全の治療選択（腹膜透析・血液透析・腎移植）の自己決定ができるような指導ができればと願っています。