

特別講演「腎不全患者と共に歩む ～その人らしい生き方を支えるために～」

日本赤十字社医療センター 看護部 今井早良 前川早智子

1. はじめに

わが国の慢性腎臓病（Chronic Kidney Disease：CKD）患者は約 1330 万人と推定され、成人約 8 人に 1 人が CKD に罹患しているといわれている。

（今回は CKD 患者を以下、腎不全患者と記す）

腎不全患者は治ることのない病いを生涯にわたり抱え、時には合併症や生命を脅かされる恐怖と向きあいながら療養生活を送っている。さらに体重管理や食事療法など日々のセルフケアが求められる。そのため長期にわたる療養生活の中で、不安やストレスを抱える患者も多いが、たとえ病いを持ちながらも、その人らしくあることが重要と考える。様々な苦悩を抱える腎不全患者が自分らしい生活や豊かな人生を送るために、私たち看護師はどのような支援が行えるのか、改めて考えてみる。

2. 腎不全看護で大切にしたい看護の視点

腎不全患者のその人らしい生き方を支えるために、腎不全看護の核となるであろうものを以下に挙げる。

① 患者を理解する

腎不全を抱えながら生きるということが、患者にとってどのような意味を持つのか、それは一人ひとり異なる。腎不全に罹患するという当事者にとっての経験は、その時々の葛藤や戸惑い、悔しさ等の感情、病気の認識など、患者個々で捉え方も異なる。看護師は「腎不全」という一般的な疾患の理解だけではなく、目の前の患者の語りを聴き、その人にとって「病む」とはどのような経験なのかを捉えようとするのが重要となる。患者一人ひとりに関心を寄せ、患者それぞれがもつ固有のライフスタイルやその土台となる価値観・死生観、考え方、病いの歴史などを理解しようとするのが大切となる。

② 関係性を構築する

腎不全に罹患し末期腎不全に至る経過は長く、数年から数十年に及ぶこともある。それ故、患者の病いの背景や歴史を共有し、それを踏まえた関係性を構築していくことが必要となる。患者や家族の想いを汲み取り信頼関係を構築するためには、継続的に関わる大切である。医療者と患者の関係は、援助する側/される側という一方向な関係ではなく、同じ目標に向かって共に歩もうとする双方向の関係であることを患者や家族へ伝え、共有することも大切な支援となる。

③ セルフケアを支援する

腎不全患者は療養生活の中で、食事療法や服薬管理、運動療法など様々なセルフケアを獲

得し、これまで培ってきた生活行動やライフスタイルの修正が必要となる。仕事の調整や友人との関わり、外食の仕方など生活全般を見直し、加えて生活の中で自ら実践できるよう、家族や職場などの理解を得ることも大切である。看護師は心理的な側面の支援も継続しながら、患者が自らセルフケアを実践できる能力（セルフケア能力）を維持し、高められるよう支援することが重要である。患者の努力に対してポジティブフィードバックを行い、セルフケア継続の糧となるような支援も大切である。

④ 意思決定を支援する

腎不全の保存期から維持期にわたり患者が意思決定をする場合は複数あるが、中でも腎代替療法の選択は患者にとって重要な意思決定となる。また腎代替療法選択後も、環境の変化・社会や家庭での役割の変化・心理的な変化など絶えず変化は起こりうるものである。年齢の変化もその一つであり、加齢と共にこれまで出来ていたことが出来なくなることも増えてくる。腎不全とわかったその時から患者がどのように生活していきたいのか、人生の最期をどのように迎えたいのか等を看護師は重視し、腎不全と共に生きる患者に対して、その時々で患者にとっての最善策は何かを考える必要がある。腎不全看護において、意思決定支援は透析導入期だけではなく、人生の最終段階まで絶え間なく繰り返される支援である。

3. その人らしい生き方を支える腎不全看護

腎不全看護は腎不全保存期から終末期まで、その人らしく生きることを支える支援が多岐にわたる。そのため先に述べた看護の核となる考え方と、その実践が大切だと考える。

腎不全保存期では腎保護教育や腎代替療法選択支援が必要である。腎保護教育では個々の患者が持っているセルフケア能力を理解し、その患者に適した支援方法を工夫することが求められる。そのためにも患者一人ひとりの個性や生活背景を踏まえた個別的な看護の実践が重要となる。また腎代替療法の選択は、患者の生活と密接しており人生を大きく左右するものともいえる。よって腎代替療法の選択を余儀なくされた患者や家族の心理的葛藤は計り知れないものと推測される。さらに近年ではCKMも選択肢の一つとなり、様々な選択肢がある中、医療者がバイアスをかけることなく、患者にとっての最善の治療法を患者と医療者が共に考えるSDMのプロセスを踏むことが重要である。

そしてわが国は超高齢多死社会を迎えている。腎不全患者も同様に高齢化が進み、透析導入患者の平均年齢は70歳を超えている¹⁾。その人らしく生きるという支援の先に、人生の最期をどのように迎えたいかということを患者と共に考える必要性が高まっているといえる。高齢者の約半数が「自宅で人生の最期を迎えたい」と希望している一方で、実際に亡くなる場所は病院や診療所が8割を占めるというデータもある²⁾。もしもの時に備え、将来の医療およびケアについて患者を主体に、その家族や近しい人、医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、患者の意思決定を支援するプロセスであるアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の取り組みが広がってきている。一方で慢性腎不全のように慢性疾患を持つ患者は、複数の疾患を合併している患者も多いうえに治療期間が長く、治療期と終末期の区別が

曖昧であるといった難しさがある。さらに慢性疾患は長い経過を辿り、病気の受け止め方や理解の仕方も時間とともに変化するという特徴がある。そのため医療者はその変化を捉え、患者を理解した上で ACP を進めることが大切である。

全ての病期を通して SDM を繰り返し、ACP を含めて患者と共に考えていく関わりが腎不全看護に求められている。

4. おわりに

腎不全看護で大切なことは、腎不全患者が自分の生活を調整しながら自分の生活や人生を豊かに過ごすことができるよう支援することである。腎不全患者や家族が、「どうありたいか、どう生きたいか、どう最期を迎えたいか」を重視して、患者の人生の伴走車としてこれからも歩んでいきたい。腎不全患者の人生の物語を医療者も共に紡いでいく、そのような存在でありたいと願う。

文献

- 1) 日本透析医学会「わが国の慢性透析医療の現況 2023 年末の慢性透析患者に関する集計」
<https://docs.jsdt.or.jp/overview/> (2025/11/11)
- 2) 内閣府：「平成 24 年度 高齢者の健康に関する意識調査」
<https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h24/sougou/gaiyo/index.html> (2025/11/11)