

図2

統一チェックリスト

腎不全外来→病棟→腎センター

住所		TEL		
連絡先		TEL		
初診年月日	年 月 日	原疾患及び合併症		
受 持 医	医 師			
患 者 状 況	1. 患者及び家族背景の特記事項	食生活の記録	指示栄養量	
	2. 職業及び勤務状況	調理担当者	熱量 (kcal)	
	3. 家族の協力 ・生活管理 ・食事管理	外食の状況	たん白質 (g)	
		その他	塩分 (g)	
			水分 (g)	
			年 月 日現在	
栄 養 指 導	初回指導日 年 月 日 (面接 回)	特記事項		
	1. <input type="checkbox"/> 食品材料・調味料などの使用量を計算する <input type="checkbox"/>			
	2. <input type="checkbox"/> 1日に食べられる食品の目安を覚える <input type="checkbox"/>			
	3. <input type="checkbox"/> 十分なエネルギーを確保する <input type="checkbox"/>			
	4. <input type="checkbox"/> たん白質を制限する <input type="checkbox"/>			
	5. <input type="checkbox"/> 塩分を制限する <input type="checkbox"/>			
	6. <input type="checkbox"/> 食品成分表・腎臓病食品交換表を使う <input type="checkbox"/>			
	7. <input type="checkbox"/> 栄養価計算を行なう <input type="checkbox"/>	記入日 / サイン		
保 健 指 導	初回指導日 年 月 日 (面接 回)	特記事項		
	1. <input type="checkbox"/> 腎臓の動き <input type="checkbox"/>	7. <input type="checkbox"/> 食事療法の原則 <input type="checkbox"/>		
	2. <input type="checkbox"/> 腎機能検査 <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/> 安静の必要性と休息 のとり方 <input type="checkbox"/>		
	3. <input type="checkbox"/> 慢性腎不全の病態 <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/> 感染予防 <input type="checkbox"/>		
	4. <input type="checkbox"/> 保存療法期の意義 <input type="checkbox"/>	10. <input type="checkbox"/> 測定(飲水・尿量・ 体重・血圧) <input type="checkbox"/>		
	5. <input type="checkbox"/> 血液透析とは <input type="checkbox"/>	11. <input type="checkbox"/> 服薬について <input type="checkbox"/>		
	6. <input type="checkbox"/> 腎センター見学 <input type="checkbox"/>	12. <input type="checkbox"/> 連絡の必要な症状 <input type="checkbox"/>		
			記入日 / サイン	
	医 療 相 談	初回指導日 年 月 日 (面接 回)		
		1. 身障手帳		
		2. 保険状況		
		3. 経済的な背景		
4. 病気への理解(情緒不安など)				
		記入日 / サイン		
備 考	パンフレット配布時期			
	病棟からの申し送り事項	注) 理解度チェック基準 A 良好 B 普通 C 劣る		

(レ 指導チェック)
(理解度チェック)

北里大学病院

看護職による相談活動

図3

		病棟		患者連絡票	
		外来	保健相談室	退院月日	再診予定日
		診断名	主治医名	年月日	年月日
入院 中・通院 中 の 経 過	手術・検査・処置				
	患者の 状態				
問 題 点 ・ 連 絡 事 項	退院・通院指導内容				
	保健婦の家庭訪問 要・不要				
		病棟・外来名 () 記載者 ()			

看護, V. 北里大学病院

〈保健指導の目的〉

1. 患者・家族が慢性腎不全を理解し、医師の治療方針を受け止め、自己管理で保存療法の期間を延長できるように支援する。
2. 社会生活が継続できるように支援する。

慢性腎不全の病態生理、保存療法の意義について医師の説明をどのように理解しているか確認しながら

ら、疾病の理解と受容への支援をしている。自己管理については、個々の生活状況に合わせて、疲労や感染予防、食事療法等々、生活へどのように取り入れるか具体的に指導している。

〈事例紹介〉

1. 患者背景

年 齢 40歳

性 別 女性

診断名 慢性腎不全・腎性網膜症

家 族 20歳の長男（同居）、18歳の双子の次男三男（別居）、共に社会人

職 業 調理士。2交替勤務で1日立ち通しである。

現病歴 昭和53年に職場検診で尿蛋白、高血圧を指摘され、近医へ1か月入院。昭和55年に風邪をひき近医へ受診。そこで当院を紹介され受診する。

生活歴 母子家庭で本人が働き生計を立ててきた。子供が自立後、友人とカラオケスナックへ行く事が楽しみであった。元来健康に対し無頓着で食事も好き嫌が多く、ほとんど職場で漬物やお茶漬けを食べて食事を済ませていた。

2. 援助経過

昭和55年7月～昭和61年10月（透析治療目的で入院）までの6年間支援を行った。面接回数24回。外来受診時、毎回患者に声をかけて面接した。

①未受診が続く時期 昭和55年7月～昭和56年2月（8か月）

血圧160～180/90～110で心肥大傾向があった。浮腫、倦怠感があると病識をもつが、自覚症状が無くなると半信半疑になる。病気のことは考えたくない。制約を受けて生きるより、好きなことをして早く死ぬ方が良いと話している。仕事が忙しいからとたびたび未受診となった。

保健婦は診断のショックから立ち直れず、受け入れられない状態と判断し、通院治療の継続を当面の目標として援助を開始した。

電話連絡を行い受診勧奨の働きかけを繰り返し行った。長男にも連絡し、疾病の説明と継続治療が必要なこと、疲労予防などに家族の協力を得ることが支えになることを伝えた。

また、受診に車で片道1.5時間かかる事も受診を困難にしていると考えられた。近医なら仕事終了後に通院可能との本人の意志を確認し、主治医に相談の結果、本院主治医と近医との併診体制をとり当院へは3か月毎の受診で良いことになった。

一方、労働状況や内容がかなり身体的負担になっていると判断し、仕事での無理を少しでも軽減するために働く時間を短くすることを提案した。それによる収入の減少が問題となったため、障害年金受給を勧め、ケースワーカーを紹介した。

看護職による相談活動

栄養指導については「家で御飯を炊いたことはなく指導された通りには作ってられない」と拒否的で受け入れる態度がなかった。そこで、通常ならすぐに栄養士による指導が始まるところを、保健婦が日常生活全体の相談にのりながら、時期を見て栄養士につなげることにした。

その結果、定期通院を守り、受診できないときは前もって保健婦へ連絡を入れるようになった。

②生活変容が見られた時期 昭和56年3月～昭和61年8月（5年6か月）

「治らない病気と思うと落ち込むが孫の顔を見るまでは生きたい。仕事だけは続けたい」と前向きな姿勢がみられるようになった。徐々に疾病を受け止めようとしてきた時期と判断した。保健婦は患者の気持ちを受け止めながら受診のたびに面接を繰り返し、食生活の改善、高血圧を助長するタバコの禁煙、節酒を勧めた。また、腎血流量を増やし腎臓の安静をはかるために職場でも暇な時や仕事終了後に横臥することなど、日常生活に取り入れられる具体的な自己管理について指導を行った。

その結果、週に1～2回スナックへ行き深酒していたが、月に1～2回、水割り2杯程度に減らすことができるようになった。喫煙については、禁煙を試みたが失敗。しかし、1日10本以内におさえられるようになった。

また仕事終了後には、必ず1時間程度横臥してから帰るようになった。障害年金受給により収入の減少をあまり気にしなくてすむようになったため、職場の理解も得て、休みを体調に合わせてとるようになった。

食事も、バランスを考えた規則的3回食の食生活に改善していった。栄養指導は実際に摂取したものについて助言してもらい形で受け入れ、自分の職場の栄養士を受診に同伴し相談するようになった。

この間、長男の結婚独立、次男の交通事故などの危機があったが、それを乗り越えながら、本人なりの自己管理ができるようになった。

③透析治療を目前にした時期 昭和61年9月～10月（2か月）

透析に対して「痛いと聞いた。透析になれば1～2年で終わりかなと考えてしまう。」などと恐怖心が強かった。保健婦は、透析治療を受け入れられるよう支援することを目標にした。透析は腎臓の代わりに血液中の老廃物を取り除いてくれること、今までの自己管理の経験こそ透析と共存していける力になること、透析しながら社会生活は可能なことを説明し、透析中の患者を紹介した。同じ疾病を持つ仲間との交流から透析導入を少しずつ受け入れていった。

透析後は、「体が楽になった」、「今後の生活設計を考えている」など前向きな姿勢を自ら伝えてきた。

6年間の長期に渡り生活全体の相談者として保健婦が支援し続けたことで、保存療法を維持することができ、透析治療も受け入れていけた事例と思われる。