

[そ の 他]

## 高齢透析患者（認知症患者）に対する看護のかかわり

水附裕子

葉山ハートセンター

key words：高齢透析患者，認知症，透析療法，要介護

### 要 旨

透析患者の高齢化は経年的に持続し、透析看護も様々な変化している。高齢透析患者で、認知症や要介護状態の場合、透析中の安全の確保や安楽の工夫のみならず、日常生活の調整が重要となる。病院機能の他、家族機能や介護保険、地域のネットワークなどを利用した、透析を維持するための支援体制が必要となり、また維持期においても急変の対応と終末期の問題など、患者や家族の死生観を問われる状況もあり、家族のセルフケアを支援することも必要となる。高齢認知症患者では、環境調整やコミュニケーション能力が重要な意味を持つ。看護はベッドサイドのケア技術や支援体制などにより高い専門性が求められている。

### はじめに

2006年総務省統計局の「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）の総人口に占める各年齢層の割合」からみると、日本は、総人口が減少し、高齢者が増加するという少子高齢化の現象が持続し、2055年には、65歳以上が40.5%、15～64歳が51.1%となり、短期間で超高齢社会となる。このような状況の中で透析看護の対象には様々な変化が見られる。社会復帰や生活の質を維持するために、サテライト方式として機能してきたクリニック施設は、送迎の福祉車両が列を作り、医療者にターミナルケアクリニックと称され、その対応にも苦慮している。

ここでは認知症を伴う要介護透析患者への看護のかかわりについて述べていく。

### 1 高齢透析患者の増加からみえるもの

導入患者の平均年齢は年々上昇し、在籍患者の加齢と共に、透析医療は老人医療の問題を多く持つようになった。このような状況は、透析技術や機器の向上により、高齢者の透析療法が可能になったことでもあるが、さらに延命治療により高齢者の「生命の質」を問うという側面も持つようになった。

高齢で透析導入となる患者の特徴として、末期腎不全の診断が治療過程で発生すること、一般に透析歴が短いこと、あるいは感染症、循環器・脳血管障害が併発しやすいことなどがあげられる。また、高齢者は個人差が大きく、原疾患や合併症の重症度、あるいは栄養状態などにより、ADLの低下や要介護状態となり、透析が安定するまでに時間を要することも多い。さらに、維持期においても多くの診療科との連携が必要となる。また、治療や自己管理に理解が得られにくいこともある。これらのことは予後にも大きな影響を与える。

維持期では在宅での介護が必要で、生活調整も重要となる。また、高齢になればなるほど、脳の器質的変化が強く、痴呆・せん妄・意識混濁などのいわゆる認知症の症状を呈しやすく、透析治療の対応に苦慮する場面も多い。身体面での重症変化では、マンパワーや高度な医療対応も必要であり、その際には、透析治療

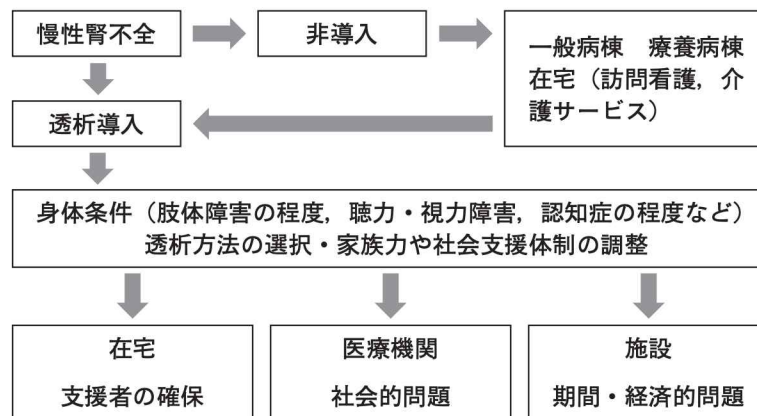


図1 高齢者における透析導入の問題点

継続か否かの問題なども出現し、終末の問題もクローズアップされる。また、生活の疲弊などから、「いつまで続くのか」という治療の継続について、その根幹となる死生観を、患者・家族自身が問われることもある。高齢透析者のQOL維持と向上には、合併症のコントロールや心身の苦痛の緩和、自己管理意欲や治療参加の意志の維持・向上、そして在宅療養への支援が必要となる。図1に高齢者の透析導入についての看護上の問題を図式化した。

## 2 認知症を含む要介護患者の透析について

日本透析医学会統計調査委員会報告では、透析導入年齢の高齢化は顕著であり、2006年の報告では66.2歳となっている。腎硬化症による導入年齢は約72.2歳である。高齢透析患者への対応としてはCAPDなども検討されているが、「介助者がいない」「家族の負担が大きい」などの理由もあり、受け入れ状況は透析形態の3.4%前後にとどまっている。同様の「高齢者における透析導入時の年齢別腹膜透析療法(PD)の割合」の報告では、60～74歳3.6%、75～89歳2.9%、90歳以上6.8%とされ、年齢による顕著な差はみられない。

認知症の患者や、短期間で精神機能の低下がみられた場合や、治療が心理的ストレスとなり不応状態を起こした状況などでの透析導入に際しては、意思決定が家族で代行されることも多く、家族の支援力が治療継続の最優先事項となることも多い。

また、2006年の全腎協調査結果では、全体の13%は付き添い通院であり、「もし寝たきりのような状態になった時どのようにしたいか」という問いには、「病院に入院したい」が約半数(49.3%)、通院手段を

なんとか確保してでも「自宅での生活を続ける」が約半数(45%)であった。

さらに、2007年日本透析医会の「通院困難な透析患者への対応及び長期入院透析患者の実態調査、速報」では、75歳以上の半数が長期入院であり、一般病床や医療療養病床を利用し、ほぼ寝たきりや介助歩行であると報告されている。認知症を伴う高齢透析患者では、透析日と非透析日の生活の調整や通院の確保、CAPDなどの在宅治療の支援、安全な透析方法の選択などが考慮される看護の内容である。より自立した生活援助や、認知症であっても、ともに生きる姿勢で心理的な支援を行うことなどが、患者や家族の満足した生活を維持することになる。

## 3 高齢透析者の認知症と家族支援

高齢透析患者の介護者のストレスは、「だんだん悪くなる」という喪失感の連続であったり、徘徊や拒食・過食などの問題行動の出現により「手がかかる」などの負担感である。「こんなはずでは」という介護者の感情は、不安や無力感、あるいは「なんでこうなるのか」という怒りや「私のせいでは」という罪悪感や孤立感となりやすい。家族は患者の生活や透析に拘束され、将来や人生への希望が見えなくなり、「この先どうなるのだろう」という先の見えない不安や疲弊感になって医療者への攻撃となる場合もある。看護師は家族という集団のセルフケア機能を支援することも必要となる。

介護保険法は、その人が維持してきた生活習慣が、病気や障害、あるいは老いのために維持できない時、それを補うことを前提として創設された保健福祉機能である。高齢透析患者の場合、透析治療に付随する通



院、服薬・水分や食事の管理、シャントの管理など日常生活全般にわたる。しかし、介護保険だけで高齡透析患者を支援することは困難であり、現状では家族機能や病院機能、介護保険などを中心に支援している。しかし、例えば重症の認知症や家族機能がない、あるいは病床管理から長期療養に制限があるなどでは、様々なネットワークの拡大が必要となる。

#### 4 認知症患者とのかかわりの特徴

表1に国際老年精神医学会による認知症の症状の分類をあげた。

高齡者を理解するための総合的評価として介護保険制度に用いられている、高齡者総合的機能評価がある。疾患の評価に加え、ADLやIADL、認知機能、情緒・気分・幸福度、コミュニケーション、家庭環境・介護者・支援体制などの社会的環境などを総合的に評価し、個別性を重視したケアを選択する方法である。通常、厚生労働省「障害老人日常生活自立度」判定基準を用いて自立度や要介護度を判定する。認知機能については、改訂長谷川式簡易知能評価スケールが一般的である。その他に高齡者抑うつ尺度15項目短縮版、コミュニケーションテストなどについては、状況に応じ行われることが多い。

たとえば、脳梗塞後再発作で右片麻痺後に昼夜逆転、手術による入院後の徘徊、あるいは一人暮らしの高齡透析患者の老後の不安から生じる不眠など、認知症の症状が出現する機会や事象は多く見られる。生活の変化と共に、同じ言動を繰り返す、大声を出す、表情が突然変わるなど、うつやせん妄などと認知症状が様々な混在している場合もあり、専門医の診察で状況が把握できる場合も多い。

認知症は中核症状といわれる共通する症状と、周辺

表1 認知症の症状

中核症状：共通して見られる症状
記憶障害 見当識障害 判断力障害 実行機能障害
周辺症状：共通して見られる症状ではない
認知症高齡者が抱えている心理的・社会的・身体的な要因に影響を受け出現する症状
知覚や思考内容、気分、行動の障害による症状
① 行動症状：徘徊 暴言・暴力 不潔行為 摂食障害 多弁・多動 不安焦燥 睡眠・覚醒障害
② 心理症状：抑うつ せん妄 妄想 幻覚

(国際老年精神医学会による)

症状といわれる認知症高齡者が抱えている心理的・社会的・身体的な要因に影響を受け出現する症状があるということを理解して、看護者は高齡透析患者の心理的・社会的・身体的な状況を分析し、調整することで進行を遅らせたり維持できることをかかわりのポイントとして理解していきたい。

#### 5 看護師のかかわりのポイント

行動症状・心理症状の要因は人によって異なるので、目に見える症状だけをなんとかしようとしても問題解決にはならないことを看護者自身が知る必要がある。つまり同じ症状でも対応策は個人で異なるということである。また、自分が人的環境であり、行動症状・心理症状の要因の一つであるという認識がまず必要である。高齡透析患者の環境変化に伴う不安を観察し、混乱や家族の中での状況、疾患に対する不安などに対応することが重要である。

次いで自分のコミュニケーションの傾向を知ることである。認知症の分類では、軽度認知症では会話の能力は比較的完全で、助けを得て会話の内容を組み立てられるので言語的コミュニケーションが可能であり、中等度認知症では、視覚的刺激や非言語的コミュニケーションに対して反応できるといわれている。看護者に忍耐力や理解力があると言語的コミュニケーションができるので、看護者の会話能力により個人差がでる。重度認知症では、体に触れると反応できるので非言語的コミュニケーションとなる。患者には伝えることができる以上に理解力があるとされており、非言語のメッセージを理解し、発することができるので、非言語コミュニケーション能力が重要となる。

看護者にとって不安やストレスを和らげるコミュニケーションの工夫は重要な課題である。認知症の症状が進むと言葉は失われてゆくが、感情は保たれることから様々な場面での感情をくみ取り、高齡者の意思を尊重するかかわりが望まれる。同じことを何度も繰り返すなど相手の質問や言葉を否定しないことが大事であり、そのためには客観的な自分自身のコミュニケーション能力の把握や、チームでの対応の工夫が必要となる。

#### 6 環境調整の重要性

透析室や病院という環境がストレスとならないよう

表2 高齢透析患者の生活調整のポイント

1. ADLの状態観察
2. 栄養障害・合併症の進展状況を知り、予防への支援を行う
3. 心身の苦痛を緩和する安楽の工夫、安定した透析の検討
4. 外界の要因と脳機能低下に至る症状の関連を探る
5. 対象の生き方や行動を知り、その気持ちに沿って、援助を行う
6. 家族との連携や支援を維持する

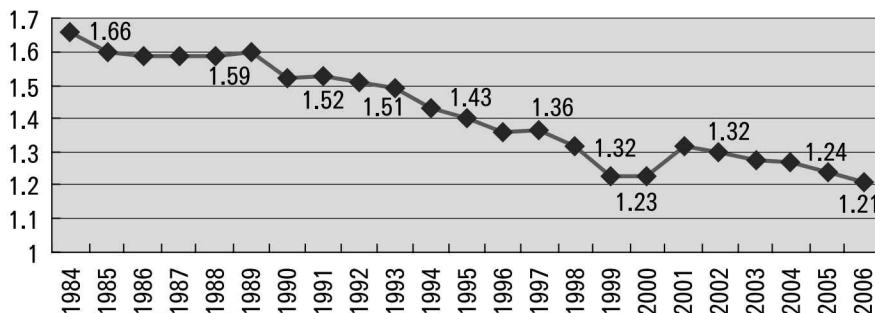


図2 患者10人対看護師数の推移(1984~2006年)  
文献1)より

な配慮として、トイレの場所、自分のベッド、あるいは食事の時間など、「いつもの生活」と関連づけることにより、「できなくなる」ということからの混乱を避けることができる。そして、安心できる環境であるかどうか細かい観察が必要である。

高齢者は外部環境に合わせて、自分の行動を上手にコントロールすることが困難なため、環境の変化によりこれまでできていた「自分らしい」「自立した」生活の継続が困難になる場合が多い。透析時間の確保や安全性の保持、安楽のための工夫などには、生活行動と関連して、患者にとっての心身の負担軽減、安全性・機能性・快適性・継続性などの環境アセスメントを行い、わかりやすく使いやすい安心のある環境の工夫が必要となる。

また、環境調整の一つとして、病態や症状との関連からその人らしさを考えることは重要な意味を持つ。「今まで病院にかかったことのない人」の透析導入後の世界や、慢性の疾患を維持しながら透析導入となった高齢者の受け止め方や病気の意味は異なる側面を持ち、患者が生きている世界も異なる。その世界を想像し、その人自身に視点をあてた意味を探ることは看護を実践する上で重要な意味を持ち、認知症患者の「老いを生きること」の意味を家族を含めて考えるきっかけとなる。そして人生の先輩として、謙虚に誠実にその「生きること」にかかわることが必要である。

高齢者は多くの人とのかかわりを通して影響しあい、

相互に関係を創り、自分を形成してきた存在である。人は誰も異なる歴史を刻みながら生き、また、それぞれの性格や好み、育った環境、家族構成、教育背景、職業、人生観などにより「その人らしさ」や個性が作られる。成育史を知るとは相手を理解するための情報となるので、看護師はまずそのことを知り、その世界に付き合っていくことが必要である。

高齢者の生活調整のポイントを表2に示した。

## 7 透析室における看護師数

安全な透析を継続する上で、そこに配置される看護師数についての統一した基準はない。図2に透析医学会調査での患者10人対比の看護師数の推移を示した。10人対比の看護師数は減少傾向にあり、1.23人程度から2006年末では1.21人となっている。この数字は入院・外来、導入期・維持期を含めた平均であり、各施設での受け持ち患者数には大きな差が生じていることが窺われる。この差は、看護量あるいは看護度、看護必要度、手のかかり度などの言葉で表現される看護ニーズとの関連や、看護師の実践能力にも関係している。

日本腎不全看護学会、日本透析医学会、日本腎臓病学会、日本泌尿器科学会、日本移植学会の5学会合同認定である、透析療法指導看護師は看護ニーズへの対応能力を、テクニカルスキルやヒューマンスキル、マネジメントスキルとして、専門職の自覚から、習熟、



表3 看護師のキャリア開発の必要性

1. 社会的背景	高齡化と疾病構造の変化 医療費抑制政策
2. 医療背景	医療情報システムの多様化 選択できる医療・患者の権利主張 新しい看護システムの必要性
3. 教育背景	教育レベルの多様化 専門看護師・認定看護師の出現

成熟までの発達により臨床看護の質的向上に主体的に取り組める看護師の育成をめざしている。現在560名の資格取得者がおり、透析看護の変化を積極的に捉え、その対応の一助となっている。

表3に看護師のキャリア開発の必要性について示した。

#### おわりに

高齡透析者においては、急性期の救命的で高度な医療対応という面と、慢性期の継続・維持のマンパワーや認知症への対応、など異なる二つの問題を生じやすい。医療経済の側面からは「高齡者」「認知症」というキーワードは慢性透析導入の是非や中止などの論点

になりやすく、医療の進歩・発展ゆえにまた問題となっている。現実に認知症を持つ高齡透析患者は、医療機関、家族、地域を巻き込んで多くの問題を持っている。

しかし、看護者は目の前の患者を“老いを生きる”延長線上にある一つの過程として捉え、ベッドサイドのケア技術のみならず、患者が一定の安定した生活時期を得られることに意義を見出し、かかわってきたい。

#### 文 献

- 1) 日本透析医学会統計調査委員会：わが国の慢性透析療法の現況，2006年12月31日現在，日本透析医学会，2007。
- 2) 日本透析医会：通院困難な透析患者への対応及び長期入院透析患者の実態調査，結果速報，2007。
- 3) 全国腎臓病協議会：2006年度血液透析患者実態調査報告書，障害者団体定期刊行物協会，2007。
- 4) 大平整爾：増加する高齡者透析への対応。腎臓，26(3)；221-226，2004。
- 5) 日本認知症ケア学会編：認知症ケアの実際1，総論；ワールドプランニング，2004。
- 6) 六角僚子：その人にとっての環境を考える。老年看護学，9(2)；40-44，2005。
- 7) 田中ちさと：認知症のBPSDはなぜ起こる？ エキスパートナース，22(15)，30-31，2006。