

意思・病状・認知・生活に合わせた 治療・療養法のアレンジをする 治療の看護仕立て

小田 和美 Oda Kozumi
長野県看護大学看護学部

下田 ゆかり Shimoda Yukari
朝日生命成人病研究所附属丸の内病院看護部

伊波 早苗 Iha Sanae
滋賀医科大学付属病院継続看護室

患者教育研究会

本稿のポイント

【治療の看護仕立てとは】

看護職者が、治療を、対象者の意思・病状・認知・生活に合わせて、対象者が実行できるように工夫し調整すること

【治療の看護仕立ての構成】

●発想の転換

- ・生活を“理想的な治療”に近づけるのではなく、治療を“患者の生活”に近づける
- ・患者の今営んでいる生活は、その人の価値観や人生観を反映したもの
- ・生活の変えられること、変えられないことは、その人の意思や認知を知ることによって推測する
- ・看護師と患者は、変えたくない生活に、療養方法を工夫し、すり合わせることで、患者が「これならやれる」という方法を見いだしていく

●専門知識の活用

- ・無制限に治療を生活に近づけるわけではない
- ・看護師は、疾患や治療、人間に関する深い専門知識を活用して、患者の「健康・well-beingの現状とこれから起こり得る健康障害についての見通し」を立てる

【患者主体だから“看護”仕立て】

- ・看護はその人に“合った”こと、“必要な”ことを健康・well-beingの視点から援助を行う専門職
- ・ただし、主体を患者において、それを行うからこそ“看護”仕立てであることを忘れてはいけない。

病気のコントロールのための療養行動がうまくいかない患者に対して、将来の危険性を説明してもなかなか生活習慣を変えられないことはよくあります。もしかしたら、その患者は遠い将来の合併症よりも、明日のリストラを心配しているのかもしれない。

ここでは、仕事や家族との関係を優先したために、病状に合った食事療養法が難しい生活スタイルの患者に、意思・病状・認知・生活に合わせた食事療養法の支援を行った事例を紹介します。

看護師は、どのように専門的知識・技術を駆使して将来の見通しを立てていったのか、そして、病状に合った食事療養法が難しい生活スタイルの中で、病状改善に効果的な食事療養法を行うための教育的支援をどのように行っていったのかについて述べていきます。

意思・病状・認知・生活に合わせた 食事療養法を行うための教育的支援の実際

事例 病気であることを理解しておらず、病状に合った食事療養法が難しい生活スタイルの患者

1)入院までの経過

田代さん(仮名)は48歳の男性で、電気メーカーの管理職。妻と10歳の娘の3人暮らしで、近所に母親が住んでいる。風邪症状があつて内科を受診したときに、会社の診療所の検査で8月のHbA_{1c}値が7.0%だったことを医師に話した。来院時の検査結果は、空腹時血糖値242mg/dL、

HbA_{1c}値8.2%、尿タンパク(3+)、血圧138/80mmHg。

43歳頃に会社の検診で「血糖値が高めだから薬を飲みなさい」と言われ、それ以降、定期的に会社の診療所に通い、処方された薬を内服していた。また、血圧が高いことも指摘されており、降圧薬も処方されていた。受診の際に内服していた薬は、オイグルコン1.25mg×2(朝・夕)、メルピン250mg×3(朝・昼・夕)、ニューロタン50mg×2(朝・夕)、アムロジン5mg×2(朝・夕)、カルデナリン4mg×1(朝)。

田代さんは糖尿病性腎症の進行も疑われたため、血糖コントロールと腎症の精査の目的で入院となった。入院が決まったときには、「糖尿病とはつきり言われたことはないのですが、自分は糖尿病なんですか」と怪訝な様子で話していた。入院時の身長は169.5cm、体重は105.0kg。

2) 入院までの生活の様子

会社の診療所で1日1600kcalの食事療法が指示され、栄養指導を受けたことがあったが、「自分ひとりで行くことは無理」で、カロリーを考へて食事をすることはなかった。朝は自宅で食べていたが、昼と夜は外食。夜は仕事が忙しく帰宅が22時頃になることがほとんどで、空腹感が強くなるとさらに食べ過ぎてしまうと考へて、ほぼ毎日帰路の途中で夕食をとっていた。

妻はフルタイムで仕事をしているために、平日には、小学生の娘は学校から祖母宅に帰り、夕食を祖母と一緒にとっていた。妻は仕事帰りに自分の夕食のための総菜を購入してから祖母宅に娘を迎えに行き帰宅するのが日課で、平日に夕食が準備されていることはなかった。休日は、楽しみのために家族そろって食事に出かけることがほとんどで、子どもの好みを最優先にしていた。

3) 入院後の診断と精査結果

精査の結果、田代さんは2型糖尿病で腎症第3期A(顕性腎症前期)と診断された。そこで、食事療法は、1600kcal、タンパク質50g、塩分6g制限になった。

1. 看護師が行った教育的支援の実際

1) 田代さんの意思・認知・生活

(1) 病気であることを理解していない(認知)

田代さんは、血糖値が高いことや肥満であることを、会社の診療所に行く度に注意されていたようですが、自分が糖尿病であるとは思っていませんでした。そのため、栄養指導を受けても、それほど深刻には考へておらず、指示された食事療法はほとんど行っていませんでした。

(2) 資料やデータを基に論理的かつ系統的に理解したい(意思)

田代さんに糖尿病の説明を聞いたことがあるか尋ねた

ところ、「最初わーつといろいろ言われても困る」と答えていました。糖尿病や腎臓の精査の結果を医師から伝えられたときには、「急に腎臓まで悪いと言われてもわからない」と不機嫌に訴え、「資料やデータを示してくれた方がわかりやすい」と何度も言っていました。

(3) 家族の生活スタイルを変えるつもりはなく、自分で行える療養法を知りたい(意思・生活)

娘が祖母宅で食事をとることは祖母の様子伺いのつもりもあって変えたくないこと、フルタイムで働く妻に自分のためだけに夕食をつくらせることはしたくないことなど、「家族に協力を仰ぐのは難しい」と話していました。

また、仕事については、40歳代の管理職であり、「自分にしかできない仕事がある」ので早く帰宅することはできないと答えており、「自分のできる実行可能な方法を知りたい」と繰り返し訴えていました。

2) 田代さんの病状と治療・療養法

専門的知識・技術に基づき、疾患の現状とそのリスクについての見通しと、実行可能な治療・療養方法の見通しについて表1に示しました。

3) 病状のコントロールに効果的な食事療法のための教育的支援

(1) 検査結果などの数値や資料を示した論理的かつ系統的な病気の説明

看護師は、まず、田代さんには自分が糖尿病であること、糖尿病性腎症が進行していることを理解してもらうために、糖尿病と糖尿病による慢性合併症について診断基準を示しながら、今の体の状態を説明しました。すると、田代さんは「わかりました。自分は糖尿病なんですね」と話し、その後、自分の病歴を振り返ってみて「自分は既に合併症が出ている」と発言しました。

田代さんが糖尿病であることを納得したところで、合併症を発症・進行させないために血糖コントロールが有効で、そのために食事療法が必要であることを説明しました。

また、簡易血糖測定器を使って、頻回に血糖測定をしていたので、その値を記録してもらい、病院食の内容と照らし合わせて説明しました。すると、「食べ過ぎた分

表1 | 専門的知識に基づいたリスクと可能性の見通し

疾患と治療・療養のリスクと可能性の見通し		活用した疾患に関する知識・技術	
病気の現状とそのリスクについての見通し	現在の病状	<p>血糖値が高いと言われてから5年で入院時のHbA_{1c}値は8.2%(JDS値)とコントロールの評価は不可である。慢性合併症は、糖尿病性腎症3A期と顕性腎症の状態である。血圧は降圧剤を内服して基準値上限であり、腎症の影響が考えられる。</p>	<p>血糖コントロール指標とその評価は、HbA_{1c}値8.0%(JDS値)、空腹時血糖値160mg/dLは「不可」である。</p> <p>BMI=体重(kg)/(身長(m))²で、25以上が肥満、BMIが35以上40未満は肥満3度である。血圧のコントロール指標は、収縮期130mmHg未満、拡張期80mmHg未満である。</p> <p>長期間持続する高血糖・脂質異常を含む代謝障害と、高血圧などの血管障害因子によって起こる全身の血管を中心とした組織の変性・機能喪失で慢性の合併症が起り、細小血管症と大血管症に分類される。これらは機能予後、生命予後の決定因子となる。</p>
	病気のリスクと将来の見通し	<p>カロリーを考えて食事したことがないことから長期間血糖コントロール不良であったことが推測でき、他の合併症も発症・進行していることが疑われる。このことは、BMIは34.5kg/m²で肥満3度であることから推測できる。</p> <p>肥満3度でインスリン抵抗性が高いことが推測され、血糖コントロールは難しいことが考えられる。</p> <p>また、将来的には透析になる可能性が高く、透析になると、今まで通りの生活や仕事を続けることに支障が出てくる。</p>	
実行可能な治療・療養方法の見通し	現在の目指すところ	<p>糖尿病であること、慢性合併症である糖尿病性腎症が進行していることを理解・納得する。</p> <p>食事療法が必要であること、特にカロリーを減らすことだけでなく、腎症が進行しているためにタンパク質、塩分を減らす必要があることを理解する。</p> <p>生活の中で、カロリー制限、タンパク制限、塩分制限の食事療法を行う方法を習得する。</p> <p>カロリーを減らした食事をすることによって、体重を減らす。</p>	<p>糖尿病性腎症の食事基準は、総エネルギーは1kgあたり25~30kcal、タンパク質は1kgあたり0.8~1.0g、塩分は7~8g/日である。</p> <p>指示カロリーは標準体重63.2kgに1kgあたり約25kcalで換算した1600kcalである。タンパク制限は50g、塩分制限は6gである。</p>
	療養における優先順位	<p>糖尿病であること、慢性合併症である糖尿病性腎症が進行していることを理解・納得する。</p> <p>食事療法が必要であること、特にカロリーを減らすことだけでなく、タンパク質・塩分を減らす必要があることについて理解する。さらに、生活の中に取り入れられる食事療法の方法を検討し、取り入れる方法を習得する。カロリーを減らした食事をすることによって、結果として体重が減る。</p>	
	療養方法を修正することによる病状改善の可能性	<p>生活の中に食事療法を取り入れ、摂取カロリーを減らすことによって、血糖コントロールの改善が期待でき、慢性合併症の発症・進行を予防できる。さらに、タンパク質制限、塩分制限、降圧治療によって、現在、顕性腎症前期(第3期A)にある糖尿病性腎症の病期の進行を遅らせることができる可能性がある。</p>	<p>血糖コントロール、タンパク制限、減圧治療により、腎症の進行を遅らせ、透析までの時間を長引かせることができる可能性がある。</p>
	療養方法の実行可能性	<p>頭ごなしに言われることは好まず、資料やデータを用いた論理的・系統的な説明によって理解しやすい傾向がある。また、「～したい」という意思がはっきりしており、意思を尊重することで自己決定して自ら取り組むことができると推察される。</p> <p>仕事がある自分自信を持っており、忙しいことが誇りである。また、家族の生活を変えたくないため、今の外食中心の生活スタイルの中で食事療法を行っていくことが最も実行可能性が高い。具体的には、表3・表4を多く含むメニューを覚えて、避ける・残すなどする。ピュウフェ形式の食事の回数を減らすことをめざす。</p>	<p>成人の場合、アンドラゴジーモデル*に基づいて、レディネスを尊重して教育的支援をすることが有効である。</p> <p>また、40歳代は壮年期の中心年齢であり、自立した社会生活を営むこと、精神活動の充実を図る時期である。ハヴィガースト**は、満足すべき職業的遂行の維持を発達課題として挙げている。</p>

*アンドラゴジー：成人の学習を援助する技術の学問。学習者としての成人のライフステージや発達段階の独自の特徴に着目し、成人の学習を援助する総合的で一貫性のある理論と技術の体系化をめざしたもの。対して、子どもの教育学はペダゴジーと呼ばれる。
**ロバート・J・ハヴィガースト：アメリカの教育心理学者。個人が健全な発達を遂げるために、発達のそれぞれの時期で果たさなければならない課題(発達課題)を提唱した。

が血糖値になるんですね」と、食べたものによって血糖値が変化することを納得したようで、「食事療法が必要であることがわかりました」と言うようになりました。

腎症については、腎臓のしくみや病期の資料を用いてその病態や腎保護のメカニズム、腎症3A期にタンパク制限、塩分制限、血糖コントロールが必要であること、

自己管理によって進行を遅らせることが可能であることを説明し、病院食ではタンパク質を多く含む食品が減らされていることを確認しました。

(2) 外食中心の生活スタイルの中でできる食事療法の方法についての教育的支援

外食でよく食べるメニューや、休日に家族で食べるファストフードのエネルギーや栄養成分を一緒に調べて、確認しました。「ハンバーガーやドーナツがあんなにカロリーが高いなんて驚きました」「いつもの夕食だと、1食で1日分です」と言うようになりました。

自宅で食べる食事についても、その取り方に関心を示したため、糖尿病の食品交換表でタンパク質の多い食品を調べたり、個々の食品のカロリーを確認するような使い方を説明しました。すると病院食について「表3(タンパク質を含む食品)が少ないですね」と納得しました。田代さんは外食でも1人前なら大丈夫と思っていたと話し、夕食の内容をどう変えたらよいか尋ねてきました。

平日の外食を減らす可能性について、入院中何度か尋ねましたが、減らすことはまったく考えていませんでした。そこで、外食での夕食のメニューを具体的に検討し、表3・表4(タンパク質とカルシウムを含む食品)を減らすようなメニューの選択や残し方を具体的に検討していったところ、「この方法で頑張ってみます」と自信を持って言うようになりました。

3) 退院後に見られた教育的支援の効果

退院2週間後の食事療法の実施状況について尋ねてみると、タンパク質やカロリーを考えながら外食をとっており、タンパク質を多く含む食品を減らしていました。また、外食の回数も入院前より減らしていました。

田代さんは、「入院中に考えた方法で無理せずやっています」と穏やかに話していました。また、今後は週に2～3回は早く帰宅すること、家族に食事療法が必要であることを話して自宅で食事をとるつもりであることを話し、実際に何回か実行していました。入院中の教育的支援については、「入院の短い期間で、無理なく自分にできて、続けていけそうな食事療法の方法を考えられたのがよかった」と評価していました。

このときのHbA_{1c}は7.7%、空腹時血糖値124mg/dL、尿タンパク(+)、体重は7.0kg減少していました。

意思・病状・認知・生活に合わせた治療・療養法のアレンジ

1. 「治療の看護仕立て」をすること

私たち看護師は、患者に治療(療養)の仕方についての教育的支援をするとき、単にテキストに載ったままの方法を説明しているわけではありません。看護師は、療養法を患者に合わせてアレンジして提供しています。私たちは、これを「治療の看護仕立て」と呼んでいます。これは、熟練看護師の看護実践から導き出された効果的な患者教育のための要素の一つ¹⁾です。

「仕立て」とはテーラーメイドのことで、「治療の看護仕立て」とはその患者用にあつらえた(tailored)²⁾治療ということになります。

お仕立て服なら、体に合わせてあつらえた洋服のことですが、治療は患者の何に合わせるのでしょうか。私たちは、「治療の看護仕立て」を「看護職者が、治療を、対象者の意思・病状・認知・生活に合わせて、対象者が実行できるように工夫し調整すること」と定義しています。すなわち、患者の意思・病状・認知・生活に合わせるのです。

先の田代さんの例では、看護師は、田代さんの「糖尿病であると思っていない」や「腎臓が悪いと思っていない」という認知に合わせて、「糖尿病や糖尿病による慢性合併症」や「食事療法の必要性」「腎臓のしくみや糖尿病性腎症の病態」などの知識を提供しています。

また、「資料やデータを示してほしい」という意思に合わせて、「診断基準を示し」たり「血糖測定値を病院食の内容と照らす」「タンパク質の多い食品や、個々の食品のカロリーを糖尿病の食品交換表で確認する」など判断の根拠を提供しました。

そして、専門的知識と技術を活用して、病状とその将来の見通しを「血糖コントロールの改善と腎症進行の遅延が見込める」と判断し、「仕事を優先したい」ことや「家

族の生活を変えたくない」という意思と生活を尊重し、「自分が実行可能な食事療法の方法」として「外食が中心」の生活を変えないで食事療法する方法を習得できるように教育的支援を行っています。

2. 専門的知識・技術に裏打ちされた

発想の転換である「治療の看護仕立て」

これまでの教育的支援の方法は、どうしても医療者が「適切」と判断する治療・療養方法を患者に習得してもらい、生活をできるだけ「適切」な方法に近づけることを患者に要求していたのではないのでしょうか。

「治療の看護仕立て」には、生活を理想的な治療に近づけるのではなく、治療を患者の生活に近づけるという発想の転換があります。患者の今営んでいる生活は、その人の価値観や人生観を反映したもので、生活の変えられること、変えられないことは、その人の意思や認知を知ることによって、看護師は推測することができます。

そして、看護師と患者が、変えたくない生活に、療養方法を工夫し、すり合わせることによって、患者が「これならやれる」という方法を見いだしていくのです。生活習慣を変える必要がある病気は、たいてい慢性病で、慢性病は治癒することがなく、病気と長期間、たいてい一生付き合いがいかねばなりません。生活の調整も、実行できて、続けられなければ意味がないのです。

治療を生活に近づけるとはいえ、それは無制限に行っ

ているわけではありません。このとき看護師は、疾患や治療、人間に関する深い専門的知識を活用して、患者の「健康・well-beingの現状とこれから起こり得る健康障害についての見通し」を立てています。例えば、目に見える看護行為としては「見守る」ことであっても、幅広い専門的知識に基づいた現状と危険性の判断に裏打ちされた行為なのです。

患者主体だから“看護”仕立て

テーラーメイドの治療という言葉の流行ともなっていて、テーラーメイドの知識・技術という言葉もよく見かけるようになりました。看護は、その人に“合った”こと、“必要な”ことを健康・well-beingの視点から援助を行う専門職ですが、その“主体は患者にある”ことを忘れてはいけません。その意味で“看護”仕立てと要素に名前をつけました。

看護とは何か、常に心において患者に関わるようにしたいものです。

■ 引用・参考文献

- 1) 河口てる子：患者教育の実践研究事例「看護の教育的関わりモデル」、国際ナースレビュー、33(3)、p.116-121、2010。
- 2) 伊波早苗・小田和美・丹下幸子・土屋陽子・小平京子：糖尿病患者に提供する実践知としての知識・技術—疾患・治療に関する知識・技術の看護仕立て、プラクティス、23(5)、p.533-538、2006。

病の苦悩を和らげる家族システム看護

イルネスビリーフモデル：患者と家族と医療職のために

BELIEFS AND ILLNESS A Model for Healing

ロレイン・M・ライト／ジャニス・M・ベル 著
小林奈美 訳・監訳 松本和史 訳
A5判 408頁 定価4,410円（税込）

患者・家族の病の苦悩を深めるビリーフ（信念）に挑み、苦悩を和らげるビリーフに変化させるための考え方と介入の実際を事例を交えて紹介！患者・家族の変化を促す癒しの会話例満載です。

主な内容

第I部 ビリーフ：問題の核心

第1章 病の苦悩から癒しへ至る、実践のためのモデル／
第2章 ビリーフを理解する／第3章 家族に関するビリーフ
／第4章 病に関するビリーフ／第5章 施療的な変化に関する
ビリーフ／第6章 医療者に関するビリーフ

第II部 イルネスビリーフモデル

第7章 ビリーフを変化させる状況をつくりだす／第8章 病
に関するビリーフを識別する／第9章 苦しめるビリーフ
に挑む／第10章 楽にさせるビリーフを強化する／第11章
悲嘆と家族：死別にイルネスビリーフモデルを適用する



日本看護協会出版会 コールセンター（ご注文）TEL.0436-23-3271 FAX.0436-23-3272