

平成 30 年 6 月 18 日現在

機関番号：26401

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2014～2017

課題番号：26463319

研究課題名(和文)慢性腎臓病(CKD)患者の体験を中心とした看護連携の構築

研究課題名(英文) Building a nursing collaboration focusing on the experiences of patients with chronic kidney disease

研究代表者

山中 福子(YAMANAKA, FUKUKO)

高知県立大学・看護学部・講師

研究者番号：60453221

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,600,000円

研究成果の概要(和文)：保存期のCKD患者、CKD患者に関わる看護師を対象に半構造的面接調査を行い、質的帰納的に分析した。

結果、保存期CKD患者は、自分の体感と一致しない身体の状態に直面し、戸惑いながらも、悪化させないための療養に取り組んでいた。看護師は、患者の状況に応じて病状変化の原因を患者とともに探索する、患者の感情・考えを表現できる機会をつくるなど患者の体験に着目した支援を行っていた。看護師は、患者の体験を捉え、支援につなげていた。また、個々の支援を連携するための課題が明らかになった。

研究成果の概要(英文)： Semi-structured interview surveys were administered to patients with non-dialysis CKD as well as to nurses involved in caring for patients with CKD. A qualitative inductive analysis was performed.

Results show that patients with non-dialysis CKD have had faced physical conditions that did not match their bodily self-image. Patients were, though confused, engaged in treatments with the objective of trying to prevent further deterioration. In addition, nurses proved the utility of supports that focus on patient experiences by exploring the causes of disease state changes together with patients and created opportunities for patients to express their emotions and thoughts. Results reveal that nurses can grasp patient experiences, which helps them in caring for patients. Future tasks to coordinate their individual supports are suggested.

研究分野：慢性看護学領域

キーワード：慢性腎臓病 自己管理支援 看護連携

1. 研究開始当初の背景

慢性腎臓病 (CKD :chronic kidney disease) は、末期腎不全の問題としてだけでなく、脳・心血管疾患 (CCVD) の危険因子として注目されている。CKD は、早期発見、早期介入することで腎機能の改善、あるいは維持が望める。そこで医療の現場においては、早期発見、早期治療へとつなげるように疾患を中心とした「かかりつけ医」「腎臓専門医」の連携への取り組みがなされている。CKD は、ハイリスク段階や軽度の腎機能障害の段階で早期に発見されれば、生活習慣を改善・治療することで末期腎不全状態や CCVD を回避できる。しかし、CKD の病期ステージが進んでない段階は、自覚症状がないため、生活上の不自由さをもたらす生活習慣の変容は容易でない。緩慢な慢性病をもつ患者がセルフケアを行うには、自分の身体に意識が向くという身体志向性が重要である (長瀬他,2006) といわれている。さらに慢性の病い (Anselm L.Strauss, Corbin 他 1987) は、疾患を治療するという療養環境ではなく、その人が暮らす生活の場で適切な療養行動に取り組むことが求められる。したがって、療養するうえでの生活上の困難や不自由さといった様々な課題・問題にも取り組まなければならない。つまり、患者自らが疾患を悪化させないように自己管理していくには、疾患を中心ではなく、「病い」という患者の体験を中心とした取り組みが求められているのである。

CKD 患者への看護として、自己効力感 (self-efficacy) (A.Bandura,1979) を高め、主体的に生活習慣を見直し、行動変容に取り組める看護援助の効果が報告されている (上星他,2012.高橋美希他,2012)。これらは、疾患を中心とした援助である。患者は、様々な役割や生活をしながら、療養にとりくんでいる。したがって、その人自身が生活の中で感じている療養上の困難や病いの体験をも踏まえ、療養行動が継続できるような支援が必要である。つまり、疾患中心の援助ではなく、患者の体験を中心とした援助を検討する必要がある。CKD 患者の疾患・治療の取り組みや生活上の困難・不自由さという病いという療養上の体験を中心に捉え直し、療養行動が継続できる援助が必要である。

多くの CKD 患者が訪れる外来に配置されている看護師の多くは、患者教育や支援といった関わり以外の事務的な業務等に時間 (高橋さつき他,2009.山中 2007) をとられている。CKD 患者の長期にわたる自己管理を支援するには、患者の体験を中心に捉え、看護師が互いに連携し、支援することが重要である。

2. 研究の目的

CKD 患者の療養上の経験を明らかにし、患者の体験を中心とした支援、および看護連携による継続支援を検討する。

3. 研究の方法

第1段階として、支援に必要な CKD 患者の療養上の体験を患者の語りから明らかにする。

第2段階として、CKD 患者にかかわる看護師の看護支援を看護師の語りから明らかにする。

第3段階は、第1段階で明らかになった患者の療養上の体験と第2段階で明らかになった看護支援を比較し、患者の体験に中心にした看護連携による継続支援を検討する。

4. 研究成果

(1) 第1段階

CKD 患者の療養上の体験を明らかにする。

研究方法：対象者は、末期腎不全で透析療法等の腎代替療法が必要な病期を除く、保存期にある CKD 患者で研究協力に同意が得られた人。半構成的インタビューガイドを用いてインタビューを行った。分析方法は、逐語録を作成し、CKD 患者の療養に関するこれまでの取り組みや困難などの体験を抽出し、カテゴリー化した。

倫理的配慮：研究者が所属している施設および研究依頼を行った医療施設の倫理審査の承認を得た。対象者に研究の主旨、方法、倫理的配慮について文書を用いて口頭で説明した。研究協力への意思は、自由意志であり、断ることで不利益が生じないように紹介施設に知らせないことを伝え、同意を得たうえで研究を進めた。

結果：研究協力者は、12名。男性8名、女性6名、腎硬化症5名、IgA腎症4名、糖尿病性腎症5名、年齢30歳代~80歳代 (平均65.2歳) 診断されてから3年~19年経過 (平均9.6年) CKDステージ ~ 6名、 ~ 8名。

保存期にある CKD 患者の体験として、【自分の体感と異なる腎機能の低下状にとまどう】、【とりあえず病気を悪くしないように養生を続ける】、【自分の取り組みの成果を評価する】、【試行錯誤しながら自分が納得できる方法を探す】、【自分の取り組みと成果をともに検討する】、【終わりが無い取り組みに疲弊する】、【時には開き直る】の7つのカテゴリーが抽出された。

1) 【自分の体感と腎機能が一致しない】体験

CKD 患者は、体調不良などの自覚症状はない状況で検診や他疾患の精査の際に腎機能の低下を指摘されていた。「自分はなんともないから腎臓が悪いと思えない」、「痛くとかないので自分はまだ大丈夫」と思っていた。【自分の体感と腎機能が一致しない】体験をしていた。そのため、自分の腎臓の異変に確信が持てず、仕事を優先して放置したり、気にしつつも検査が怖くて受診を先延ばしにしたりしていた。

2) 【とりあえず病気を悪くしないように養生を続ける】体験

患者は、腎機能低下の実感がもてないままに治療、検査が進む中で悪化させないために「とりあえず人と同じようにしながら養生だけは行う」、「仕事の合間で受診する」といった取り組みを行っていた。患者は、生活の中で【とりあえず悪くしないように養生を続ける】という体験をしていた。医療者の指示に従おうと、通院するための時間の確保や周囲に知られないように何とか養生をする努力をしていた。そのため、ストレスによって体調を崩したり、治療が中断したりすることがあった。

3) 【自分の取り組みの成果を評価する】体験

患者は、「血圧や検査結果から自分の腎機能状態のモニタリングする」過程で「自分の腎臓に影響するものを見出す」「自分の腎臓に影響するものを避ける」といった取り組みをしていた。【自分の取り組みの成果を評価する】体験をしていた。評価は、取り組みの手応えとして、あるいは手応えのなさの両方をもたらしていた。また、【自分の取り組みの成果を評価する】体験から、腎臓には特效薬はない、治療するのは自分だと病気の向き合いかたの変化につながっていた。

4) 【試行錯誤しながら自分が納得できる方法を探す】体験

患者は、療養法を続けるなかで「腎臓の専門家の話を聞く」など様々な専門職を活用したり、「とりあえず腎臓に良いというものはやってみる」と様々な取り組みを試していた。それぞれの取り組みを【自分の取り組みの成果を評価(する)】し、【試行錯誤しながら自分が納得できる方法を探す】体験としていた。その中から、自分ができそうと思う方法を考えて試し、自分の判断で調整するというその人なりの方法の習得につながっていた。

5) 【自分の取り組みと成果をともに検討する】体験

患者は、【試行錯誤しながら自分が納得できる方法を探す】過程で検査の数値だけでなく、【自分の取り組みと成果を(医療者と)ともに検討する】体験をしていた。「検査結果を取り組みと照らし合わせ(る)」医療者とともに検討することで「本当の意味がわかる」という体験をし、自分の方法の手応えを得ていた。そのため、思うような成果がみられなかった場合であっても否定的な感情を持ちつつも自分には適してなかったと切り替え新たな方法を検討していた。また、この体験により、自分のやり方は、今の時点では自分にとっての正解だという確信につながっていた。

6) 【終わりがない取り組みに疲弊する】体験

患者は、「自分の不調の捉えにくさ」や「療

養の成果の実感のなさ」、「頑張っても年々成果が見えなくなる」ことで、【終わりがない取り組みに疲弊する】という体験していた。そのため、患者は、自分なりの療養と生活を調整する方法に取り組みつつも日々の暮らしの中で不自由さや閉塞感を持っていた。

7) 【時には開き直る】体験

患者は、日々の取り組みのなかで「日頃の飢餓感を時には満たす」、「ストレスをためすぎないように息抜きをする」、「度が過ぎないようにする」といった疲弊しきらないように【時には開き直る】体験をしていた。この体験は、ストレスで自分の身体にそのような変化が起こるかが【自分の取り組みの成果を評価する】ことによって知っており、【試行錯誤しながら自分が納得できる方法を探す】、【自分の取り組みの成果をともに検討する】の体験と関連していた。

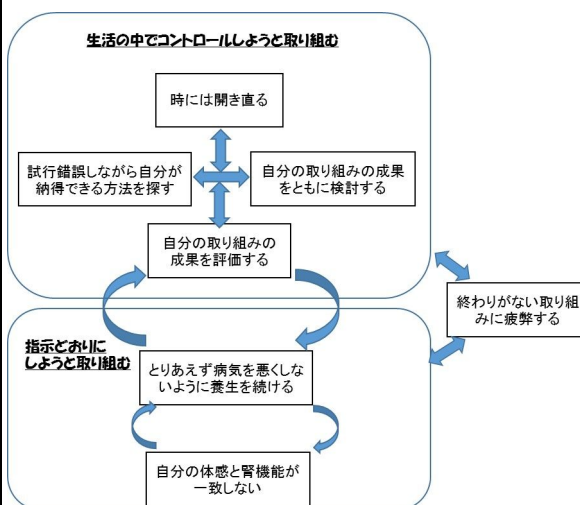


図1 保存期CKD患者の体験

CKD ステージにかかわらず、保存期にあるCKD患者は、自分の体感と一致しない身体の状態に直面し、戸惑いながらも、悪化させないために指示どおりの療養に取り組んでいた。そして、療養を続ける過程で自分の療養法を検査結果に照らし合わせて評価し、納得できる方法を習得し、生活の中で病気をコントロールしようと取り組んでいた。同時に療養の成果が実感できず、終わりがない取り組みに療養上の不自由さ、閉塞感も体験し、取り組みに影響していた。(図1)

なお、糖尿病腎症の患者は、糖尿病合併症として腎症を理解しており、糖尿病を悪化させないように取り組んでいた。今回の調査では、自分の腎機能低下が進行していることを把握していないケースがあった。

(2) 第2段階

C K D患者にかかわる看護師の支援を明

らかにする。

研究方法：CKD 患者にかかわった経験のある看護師で研究協力に同意が得られた人。半構成的インタビューガイドを用いてインタビューを行った。分析方法は、患者の自己管理、抱えている生活上の困難に対する支援カテゴリー化した。

倫理的配慮：研究者が所属している施設および研究依頼を行った医療施設の倫理審査の承認を得た。対象者に研究の主旨、方法、倫理的配慮について文書を用いて口頭で説明した。研究協力への意思は、自由意志であり、断ることで不利益が生じないように紹介施設に知らせないことを伝え、同意を得たうえで研究を進めた。

結果：研究協力者は、CKD 患者にかかわる看護師 11 名、CKD 患者支援経験年数 3～ 11 年（平均 5.7 年）。

看護支援は、CKD の普及啓発活動、集団指導から、モニタリング、原因疾患・CKD ステージに応じた専門的な保健指導と多岐にわたっていた。

今回は、個別の患者への支援について報告する。

保存期にある CKD 患者への支援として【自分の腎臓に意識を向ける】、【医療者とのずれを補正する】、【患者自身が気づけていない原因を明らかにする】、【生活をともに振り返り患者自身が改善案を考えられる】、【感情・考えを表現できる】の 5 つのカテゴリーが抽出された。

1) 【自分の腎臓に意識を向ける】支援

健診などで初期の腎機能低下の段階で受診した患者に対して、「まだ大丈夫と軽くみられないように情報提供する」、「病院にかかっているので大丈夫と安心しすぎないように反応を確認する」、「自分で自分をフォローできるように測定値をいっしょに確認する」などの【自分の腎臓に意識を向ける】支援を行っていた。特に健診で受診を勧められたものの医療者にまだ大丈夫といわれることで自分の腎臓の状態を軽視していないかを重視してかわり、健診・受診を継続するように支援していた。

2) 【医療者とのずれを補正する】支援

看護師は、検査結果や医療者の説明内容を患者が「どのように理解しているか反応をみる」、「結果を療養とつなげる」といった【医療者とのずれを補正する】支援を行っていた。特に検査結果のみが印象に残った場合、その後の療養行動につながることを重視していた。また、この支援は、患者に対してだけでなく、医療者にも必要であることが語られていた。

3) 【患者自身が気づけていない原因を明らかにする】支援

看護師は、「データ・測定値から状況を捉える」、「患者自身が感じる体調を捉える」、「生活状況など深く深く聞く」などのモニタリングを行い、【患者自身が気づけていない原因を明らかにする】支援を行っていた。体調を悪くする原因によって、診察や生活指導、社会資源の活動など次の支援につなげていた。さらにこの支援は、患者に生活の状況など深く深く尋ねることによって【生活をともに振り返り患者自身が改善案を考えられる】支援につながる支援となることもあった。

4) 【生活をともに振り返り患者自身が改善案を考えられる】支援

看護師は、何らかの療養に取り組んでいる患者に対して、「食事制限の戸惑いを丁寧に聞く」、「患者なりの療養方法を捉える」、「やってみた方法を振り返り、改善ポイントを確認する」など【生活をともに振り返り患者自身が改善案を考えられる】支援を行っていた。この支援では、患者が指導されたとおりに実施できることよりもその人なりに改善に取り組みながら調整できることを看護師は重視していた。

5) 【感情・考えを表現できる】支援

看護師は、モニタリングや生活の状況を聞き取りながら、「患者の心配事を話してもらおう」、「疲弊していないか確認する」、「頑張っていることを伝える」など疲弊した状況を吐き出してもらおうなどの【感情・考えを表現できる】支援を行っていた。腎疾患の場合、本人の頑張りが検査結果の成果として見えにくいいため、無力感や疲労感を蓄積させないことを意識していた。

上記の 5 つの看護支援をセルフマネジメントの視点で、日常的な支援と専門的支援（腎疾患看護の専門的な知識・技術を要する支援）で分類・構造化した。結果、5 つの看護支援は、看護師が把握する段階から患者へのフィードバックの段階と幅がある支援といえる。つまり、把握の段階は、日常的な支援であり、把握した内容を意図的にフィードバックし、患者自身が考え・気づく支援につながる段階は、専門的支援という 1 つの支援に日常的な支援から専門的支援を包含した構造になっているといえる。

また、施設を越えた支援としては、記録物を用いて支援内容や気付きな情報の提供を行っていた。患者の生活上の体験を支援の中心とした看護連携は、見出せなかった。しかし、看護師は、患者が療養に過程で体験する状況に対して適切な支援を行うために施設内外の個人的なつながりを活用し、自身の支援内容を検討していた。

(3) 第 3 段階

第 1 段階で明らかになった患者の療養上の体験と第 2 段階で明らかになった看護支援を比

較し、患者の体験に中心にした看看連携による継続支援を検討する。

結果

1)CKD 患者の体験を構造化したものに看護支援がどのように関係するのかを整理した。(図2)

CKD 患者の体験をセルフマネジメントの視点で検討すると、まず初めに指示どおりにしようとする段階から、次に患者自身が主体的に自分の病気を生活の中でコントロールしようとする取り組み段階、つまりセルフマネジメントへと進むのではないかと考える。初めの段階では、【自分の腎臓に意識を向ける】支援が重要となる。これは、CKD ステージにかかわらず、患者自身の自分の病気に向き合うために必要である。CKD は、腎機能低下が進行してもほとんど自覚症状がないため、身体の不調を身体感覚でつかみにくい。【自分の体感と腎機能が一致しない】状況で一方的な情報提供を行っても負担感やまだ大丈夫という気持ちが強くなり、結果的には放置などにつながる。

また、指示どおりにしようとする取り組み段階から、次の段階に進むには、【とりあえず病気を悪くしないように養生を続ける】という受動的な取り組みから、患者自身がコントロールするという主体的な患者へと転換する必要がある。今回、CKD 歴が長く、ステージ～の段階であっても主体的にコントロールする段階に至っていない人が存在した。そのためには、患者が実施している中で自ら気づいている内容を引き出し、患者自身が考えられる支援が必要となる。この支援を行うには、慢性病をもつ人に対する理解、支援技術が必要となるといえる。

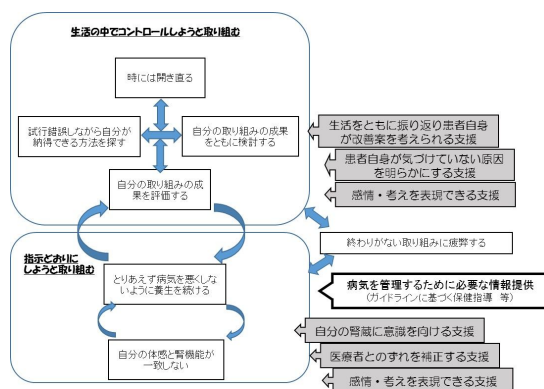


図2 保存期CKD患者の体験と看護支援

CKD 患者の支援には、CKD ステージに合わせた内容を情報提供(ガイドラインに基づく保健指導等)と、患者の体験にあわせた支援が必要である。

2)患者の体験に中心にした看看連携による継続支援を構造・過程・結果(ドナベディアンモデル)の視点から検討した。

患者の診療行動は、CKD ステージ毎に健診等の健診機関から、かかりつけ医、腎臓専門

施設へという流れがあると思われた。しかし、今回の調査から、患者は【試行錯誤しながら自分が納得できる方法を探す】中で受診する施設を自身で決定していた。これには、患者の経済的要因やその地域の医療資源といった要因が大きく影響していると推察された。そのため今回みられた連携は、腎専門施設の外来看護師が腎臓手帳などの記録による情報提供・共有であった。構造としては、連携するための連携先や人員、仕組みづくりが課題である。仕組みづくりにおいては、その地域のCKD 患者の動向と地域の資源を考慮する必要がある。

看看連携の過程は、患者の体験に対して適切な支援ができたかということである。そのために、まず、患者の体験を共通理解し、自身が実践している支援の共有と適切性を検討していくことが課題である。

そのために今回の結果を元に以下の課題に取り組み、看看連携による継続支援のモデルを作成する。

(4)今後の課題

患者が今どの段階の体験をしているのかを共通理解できるように視点を明確にする。特定の地域(医療過疎地域)でのCKD 患者の動向と資源の関係性を明らかにする。

を用いてその地域での腎疾患専門病院の看護師(認定看護師等の資格を有する看護師)による看看連携の方法を検討し、検証する。

5. 主な発表論文等

6. 研究組織

(1)研究代表者

山中 福子(YAMANAKA FUKUKO)
高知県立大学・看護学部・講師
研究者番号: 60453221

(2)研究分担者

山田 覚(YAMADA SATORU)
高知県立大学・看護学部・教授
研究者番号: 70322378