

平成 28 年度 高知県立大学大学院 博士論文

保存期慢性腎臓病患者のエンパワメントを
支援する看護ケアに関する研究

**Nursing Care for the Empowerment of Pre-Dialysis
Patients with Chronic Kidney Disease**

看護学研究科看護学専攻科
博士後期課程

西岡 久美子

論文要旨

保存期慢性腎臓病患者のエンパワメントを支援する看護ケアに関する研究

西岡久美子

【目的】本研究では、医療機関における保存期慢性腎臓病(Chronic Kidney Disease:以下CKDとする)患者のエンパワメントを支援する看護ケアの状況を明らかにすることを目的とした。【方法】2014年12月～2016年1月に中四国地方などを中心に便宜的サンプリング法で、腎疾患看護を行っている病院、個人ネットワークにより、本研究の趣旨を説明し、本研究に協力可能と回答頂いた47施設と個人19名に依頼し、承諾を得た634名に郵送した。質問紙は文献を中心にエンパワメントを支援する看護の質問項目を抽出し、『病いと共に生きる患者を支える』(40項目)、『内在する力を促進する』(25項目)、『家族の力を支える』(9項目)、『専門職による支援を整える』(11項目)を作成し記述統計を用いた。項目分析後、質問項目の妥当性の検討した81項目の(新)質問紙を用いてエンパワメント支援の実態を記述統計・推定統計を用いて分析した。エンパワメントを支援する看護ケアの得点と看護師の要因、環境要因の差を分析し、信頼係数クロンバック α 、相関係数を求めた。【用語の定義】エンパワメントを支援する看護ケアとは、「CKD患者が内在する力を促進させるよう家族の力や病いと共に生きる患者を支えたり専門職による支援を整えること」とした。【倫理的配慮】本研究は、高知県立大学研究倫理審査委員会からの承認を受けた上で研究を進めた。【結果】調査用紙634部を配付し、344名を有効回答者とした(回収率67.1%, 有効回答率80.8%)。性別(女性93.6%、男性6.4%)、年齢(38.3 ± 9.46 歳)、経験など先行研究と大きな差は認められなかった。学習支援や勉強会への参加の機会があると答えた者は約90%であった。他職種連携があると答えた者は82.1%であった。多く関わる病期は、末期93.3%、保存期63.7%であった。①因子分析(最尤法、バリマックス回転)の結果、新エンパワメント支援は『意思決定を支える』『療養生活の調整を支える』『情緒的に支える』『情報の活用を支える』『家族の力を支える』『専門職の支援を整える』の6因子81項目となった。②項目-カテゴリー間相関は $r=0.332 - 0.894(p<0.01)$ で、カテゴリー間相関は $r=0.659 - 0.834(p<0.01)$ であった。また、81項目のクロンバック $\alpha=0.99$ 、6因子のクロンバック $\alpha=0.90 - 0.98$ であった。③エンパワメントを支援する看護ケアの獲得率は、70%以上であった。各支援群の獲得率は、『情報の活用を支える(78.49%)』支援群、『情緒的に支える(78.06%)』支援群が多く実施されていた。『療養生活の調整を支える(64.56%)』支援群が最も少なかったが、因子寄与率は10.19であった。④経験年数による差は、『療養生活の調整を支える』支援群で認められ($p<0.05$)、腎疾患患者への看護経験年数6年以上は、6年未満の者よりも新エンパワメント支援総合、『療養生活の調整を支える』支援群、『情報の活用を支える』支援群を多く実施していた($p<0.05$)。保存期に多く関わった経験がある者は、新エンパワメント支援総合、全てのエンパワメント支援群を多く実施していた($p<0.05$)。また、職場における学習支援や勉強会の機会がある者はエンパワメント支援を多く実施していた($p<0.05$)。施設規模500床以上や他職種連携の機会がある者は、新エンパワメント支援総合を多く実施していた($p<0.05$)。

【考察】今回のエンパワメント支援の実態と因子分析の結果から、保存期CKD患者の

エンパワメントを支援する看護とは、「CKD 患者が自分なりに病いと付き合っていく力を支援することであり、その力の支援とは、患者自身の（意思決定・療養生活調整・情報の活用）力を高めること、力を失う（揺れ動く）状況を支える（情緒的支援）こと、周囲（家族や社会）を整えていくことである。」と再定義された。本研究結果から、『療養生活の調整を支える』支援群は、他の支援群よりも獲得率が 64.56%と低かった。この支援群は、因子分析で第 2 因子として抽出され、CKD 患者のエンパワメントを支援する看護ケアに寄与率が高い支援群であるにも関わらず、獲得率が低いことは、重要な課題である。保存期 CKD 患者の療養生活を整え QOL を高めることは看護の専門性であり、今後さらに『療養生活の調整を支える』支援群の実施を高めていくことが課題であり、看護師自身の学習や経験を加味した支援が有用であると考ええる。エンパワメントを支援する看護ケアの尺度(カテゴリー)との信頼性(項目－カテゴリー間相関、クロンバック α による内的整合性)と内容妥当性が検証された。項目－カテゴリー間相関、項目－エンパワメント支援総合得点間相関から全体的に「エンパワメントを支援する看護ケア」を測定するまとまりのある質問紙である。また、他疾患との比較やモデル開発を考慮する場合、質問紙の項目を精選する必要性が示唆された。

Abstract

Nursing Care for the Empowerment of Pre-Dialysis Patients with Chronic Kidney Disease

Kumiko Nishioka

The purpose of this study was to clarify the nursing care for the empowerment of pre-dialysis patients with chronic kidney disease (CKD). In this study, a questionnaire about nursing care for the empowerment of CKD patients was mailed to nurses using convenience sampling from December 2014 to January 2016. The questionnaire consisted of 85 items and four categories. The four categories were “support to patients living with the disease (40 items),” “promotion of the patients’ internal power (25 items),” “support of the family’s power (9 items),” and “support for the promotion of cooperation among professional staff members (11 items).”

The data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including Chronbachs’ α and an item analysis to examine the validity of the question items and empowerment. The score of the nursing care for empowerment, factors related to the nurses, and environmental factors were analyzed.

Nursing care for the empowerment of Pre-Dialysis Patients with CKD was defined as support for CKD patients leading to the promotion of their internal power, support for the CKD patient’s family’s power, support for the patient living with CKD, and support for the promotion of cooperation among professional staff members.

This study received approval from the Kochi Prefectural University Research Ethics Review Committee. The survey form was sent to 634 parts. Valid responses were received from 344 nurses (recovery rate of 67.1%, effective response rate of 80.8%). First, the factor analysis (likelihood method, varimax rotation) of the results indicated that empowerment care comprised six factors over 81 items: “support of decision-making,” “supporting the ability to adjust to daily life with CKD,” “emotional support,” “supporting the ability to use information,” “supporting the family’s power,” and “promoting cooperation among professional staff.” Second, the item-category correlation was $r = 0.332\text{--}0.0894$ ($p < 0.01$) and the category correlation was $r = 0.659\text{--}0.834$. In addition, the Cronbach’s α was 0.90–0.98 for the six factors. Third, the implementation rate of empowerment care was more than 70%. Of each category-implementation rate of care, “supporting the ability to use information” (78.49%) and “emotional support” (78.06%) were the highest. While “supporting the ability to adjust to daily life with CKD” (64.56%) was the lowest, and the factor contribution ratio was 10.19%. Fourth, there were differences according to experience in nursing care for empowerment experienced learning conducted “supporting the ability

to adjust to daily life with CKD" ($p < 0.05$), more than six years' experience including in "supporting the ability to adjust in daily life with CKD," "supporting the ability to use information," and "supporting implementation" ($p < 0.05$). Subjects who had experienced learning conducted a lot of empowerment assistance ($p < 0.05$). When a facility had more than 500 beds, the overall implementation rate of nursing care for empowerment was higher ($p < 0.05$). The reliability of the linear measure of the nursing care for empowerment and content validity were inspected. It was the unified questionnaire with which "the care for empowerment" is gauged overall.

Nursing care for the empowerment of Pre-Dialysis Patients with CKD was redefined as "Supporting CKD patients in dealing with the disease in their own way, and arranging support for the cases where a patient utilizes their (decision-making, to adjust to daily life with CKD and to use information) power, for cases where the patient loses their power (unstably), and for cases where the patient's power is supported (emotional support), as well as arranging support for the patient's environment (family and society)." Awareness of professionalism is required in order to adequately adjust to daily life and contribute to the patient's QOL. One of the key issues is "supporting the ability to adjust to daily life with CKD."

It is suggested that the nurse's learning and experience of nursing care for empowerment. In the future, it is necessary to support nurses who aim for care for empowerment by clarifying the structure of the care leading to the implementation of nursing care and that the other items are selected by additional factor analysis, the factor loading amount, and by consideration of the contents when making a comparison with other diseases and model development.

目次

第 1 章	はじめに	1
I.	研究の背景	1
II.	目的	3
III.	研究の意義	3
第 2 章	文献検討	5
I.	わが国における保存期 CKD 患者の文献検討	5
1.	保存期 CKD 患者の特徴	6
2.	保存期 CKD 患者の自己管理	7
II.	保存期 CKD 患者のエンパワメント概念の文献検討	9
1.	文献検討の方法	10
2.	エンパワメント概念の発達過程	10
3.	エンパワメントの定義に関する先行研究	10
4.	エンパワメントの属性	12
III.	保存期 CKD 患者のエンパワメントを支援する看護ケア	14
1.	エンパワメントを支援する看護ケアの属性	14
2.	エンパワメントを支援する看護ケアの定義	19
第 3 章	研究方法	20
I.	研究方法	20
1.	研究デザイン	20
2.	研究対象者	20
3.	用語の定義	20
4.	エンパワメントを支援する看護の関連要因	21
5.	エンパワメントを支援する看護ケアの研究枠組み	21
6.	本研究で用いた質問紙	22
7.	調査期間	23
8.	対象者へのアクセス方法	23
9.	分析方法	23
II.	倫理的配慮	24
1.	研究参加施設に対する倫理的配慮	24
2.	研究参加者に対する倫理的配慮	25
第 4 章	結果	27
I.	対象者の概要	27
1.	看護師に関する内容（対象者の背景と関連要因）	27
2.	環境に関する内容（対象者の背景と関連要因）	28
II.	「エンパワメントを支援する看護ケア」の状況	29

1. エンパワメント支援群の状況	29
2. エンパワメント支援行動の状況	30
3. エンパワメント支援行為の状況	31
Ⅲ. (新)質問紙によるエンパワメントを支援する看護ケアの状況	43
1. 因子分析	43
2. 新エンパワメント支援の状況	50
3. 新エンパワメント支援実施状況と関連要因との関係	57
4. 信頼性・妥当性の検討	67
第5章 考察	69
Ⅰ. エンパワメントを支援する看護ケアの状況	69
1. 対象者の特徴	69
2. エンパワメント支援の実際	69
Ⅱ. エンパワメントを支援する看護ケアと関連要因	74
Ⅲ. 測定用具としての可能性	77
第6章 結論	79
Ⅰ. 結論	79
Ⅱ. 看護への示唆	80
Ⅲ. 今後の課題	81
謝辞	82
引用・参考文献	83
付録・資料	i

図表目次

図 1 エンパワメントを支援する看護ケアの研究枠組み	21
表 1 わが国のエンパワメントに関する文献で用いられている 定義	9
表 2 エンパワメントを定義した文献	9
表 3 エンパワメントの構成概念	12
表 4 エンパワメントを支援する看護ケアの構成概念	14
表 5 対象者の概要(看護師に関する内容)	27
表 6 対象者の概要(環境に関する内容)	28
表 7 エンパワメント支援総合の平均点と獲得率	29

表 8	エンパワメント支援群の平均点と獲得率	29
表 9	エンパワメント支援行動の平均点と獲得率	30
表 10	『病いと共に生きる患者を支える』支援群に含まれる 支援行為の平均点	31
表 11	【疾患の理解を深める】支援行動に含まれる支援行為の 平均点	32
表 12	【症状の増悪に対応する】支援行動に含まれる支援行為 の平均点	33
表 13	【療養行動の継続を支える】支援行動に含まれる 支援行為の平均点	34
表 14	【情緒的に支える】支援行動に含まれる支援行為の 平均点	35
表 15	【病いと共に生きる心構えを支える】支援行動に 含まれる支援行為の平均点	36
表 16	『内在する力を促進する』支援群に含まれる支援行為の 平均点	37
表 17	【意思決定を支える】支援行動に含まれる支援行為の 平均点	38
表 18	【社会資源を活用する力をつける】支援行動に含まれる 支援行為の平均点	39
表 19	【力を引き出す】支援行動に含まれる支援行為の 平均点	40
表 20	『家族の力を支える』支援群に含まれる支援行為の 平均点	41
表 21	『専門職による支援を整える』支援群に含まれる支援行為 の平均点	42
表 22	(新)質問紙 81 項目の因子分析	43
表 23	第 1 因子『意思決定を支える』支援群	44
表 24	第 2 因子『療養生活の調整を支える』支援群	45
表 25	第 3 因子『情緒的に支える』支援群	46
表 26	第 4 因子『情報の活用を支える』支援群	47
表 27	第 5 因子『家族の力を支える』支援群	48
表 28	第 6 因子『専門職の支援を整える』支援群	49
表 29	新エンパワメント支援総合の平均点と獲得率	50
表 30	新エンパワメント支援群の平均点と獲得率	50
表 31	『意思決定を支える』支援群に含まれる支援行為の 平均点	51
表 32	『療養生活の調整を支える』支援群に含まれる支援行為 の平均点	52

表 33	『情緒的に支える』支援群に含まれる支援行為の 平均点	53
表 34	『情報の活用を支える』支援群に含まれる支援行為の 平均点	54
表 35	『家族の力を支える』支援群に含まれる支援行為の 平均点	55
表 36	『専門職の支援を整える』支援群に含まれる支援行為の 平均点	56
表 37	エンパワメント支援	57
表 38	経験年数とエンパワメント支援群の獲得率	58
表 39	腎経験年数(3年以上)とエンパワメント支援群の 獲得率	58
表 40	腎経験年数(6年以上)とエンパワメント支援総合の 獲得率	59
表 41	腎経験年数(6年以上)とエンパワメント支援群の獲得率 ・ ・ ・ ・ ・	59
表 42	関わった経験が多い病期(保存期)とエンパワメント支援 総合の獲得率	60
表 43	関わった経験が多い病期(保存期)とエンパワメント 支援群の獲得率	60
表 44	施設規模とエンパワメント支援総合の獲得率	61
表 45	施設規模とエンパワメント支援群の獲得率	61
表 46	スタッフ数とエンパワメント支援群の獲得率	62
表 47	勉強会の機会とエンパワメント支援総合の獲得率	63
表 48	勉強会の機会とエンパワメント支援群の獲得率	63
表 49	学習支援とエンパワメント支援総合の獲得率	64
表 50	学習支援とエンパワメント支援群の獲得率	64
表 51	学会への参加とエンパワメント支援総合の獲得率	65
表 52	学会への参加とエンパワメント支援群の獲得率	65
表 53	他職種連携の機会とエンパワメント支援総合の 獲得率	66
表 54	他職種連携の機会とエンパワメント支援群の獲得率	66
表 55	カテゴリー(支援群)ーエンパワメント支援総合間相関 ・ ・ ・ ・ ・	67
表 56	項目(支援行為)ーカテゴリー(支援群)間相関	67
表 57	カテゴリー(支援群)の信頼係数	68
表 58	カテゴリー(支援群)間相関	68

付録・資料目次

資料 1	質問紙	i
資料 2	倫理審査承認書	vi
資料 3	研究協力へのお願い	vii
資料 4	研究承諾書	x v
資料 5	研究承諾取り消し書	x vii
資料 6	連絡表	x ix

第 1 章 はじめに

I. 研究の背景

近年、わが国の疾病構造は急性疾患から慢性疾患へと変化し、現在国民の死因の 6 割が生活習慣病である。なかでも慢性腎臓病 (Chronic Kidney Disease: 以下 CKD とする) は、2016 年 4 月に厚生労働省が発表した患者調査によると 29 万 6000 人と、成人の 8 人に 1 人が罹患している (厚生労働省, 2015)。CKD 患者への腎代替療法の 1 つである透析について、2014 年末のわが国の慢性透析患者数は、32 万 448 人であり、前年より 6010 人増加している (日本透析医学会: 2016)。透析導入患者数の増加は、医療費の高騰に伴い、国民の健康にとって重要な課題のひとつとなっている。

CKD は、慢性に経過する腎疾患や腎臓の障害を、慢性糸球体腎炎・糖尿病性腎症・慢性腎不全などの従来の疾患分類とは別に、腎障害の存在と糸球体濾過値に基づいて、末期腎不全や心血管疾患のリスクとして包括的に捉えようとする国際的な疾患概念 (日本腎臓学会, 2013) であり、2002 年から用いられている。この CKD の重症度は、糸球体ろ過量 (GFR) による 5 段階のステージによって定義されていたが、2012 年から原因、蛋白尿、GFR による分類へと変更された。

CKD の概念の背景には、(1) 末期腎不全患者数増加による医療経済への負担、(2) 透析患者の生命予後不良、(3) 心血管疾患への発症リスク、(4) 有病率増加の予想、という世界共通の認識がある。そして、疾患別ではなく腎臓の状態 (以下、ステージとする) で定義することにより、国家的に対策を進める、一般の人の理解を容易にして、周知を図るという 2 つの目的がある。

CKD に対する海外の取り組みとしては、国際的標準とされるアメリカ腎臓財団による K/DIOQI (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) 診療ガイドラインの策定や、KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes) の CKD 診療ガイドラインの改定 (2013) がある。また、国際腎臓学会と国際腎臓財団の共同による啓発活動として、2006 年以降、毎年 3 月に世界腎臓デーの開催が世界的に取り組まれている。

わが国の慢性透析患者数は、2005 年頃まで、年間約 1 万人ずつ増加していたが、2011 年末に初めて 30 万人を超えてからは、2014 年末の 32 万 448 人という前年より 6,010 人の増加に示されるように、その人数の増加が減少してきている (日本透析医学会, 2016)。その理由としては、治療薬の効果や健診システムによる早期発見が繋がっていると指摘されているが、CKD 患者の疾患進行を抑制する上では、食事療法や薬物療法などを始めとしたライフスタイルを変

容することが求められており(堀尾, 2007)、2010年の慢性腎臓病シンポジウムにおいても、CKDの進行を抑制するための治療の中心は、体重の管理と塩分制限であると述べられた。

厚生労働省は、1972年から腎疾患・腎不全対策を進め、2007年10月からCKD特別対策事業として、これまで施策の対象として明確化されてこなかった生活習慣病予防対策や、CKDの重症化防止について検討を繰り返し実施している(厚生労働省, 2008)。

このCKDへの取り組みにより、今まで治療の対象となっていなかった腎機能が正常もしくは軽度低下した人から、末期腎不全の人までが対象として含まれることとなった。また、2006年6月から、CKDの社会啓発として、日本腎臓学会、日本透析医学会、日本小児腎臓病学会の腎臓関連3団体が共同で日本慢性腎臓病対策協議会(J-CKDI)を設立した。J-CKDIはその後、日本腎臓財団およびNPO法人腎臓病早期発見推進機構(IKEAJ)、日本医師会からの参加を受け、CKD対策や啓発に向けて各組織が協力連携し活動している。

このようにCKDという概念が表されたことで、CKD患者へのケアも「慢性腎臓病の全ての段階において一貫性のあるケア、患者に対しての治療を行い、この全体の範囲での、全体の連続のなかで継続的なケアを提供していかなければならない(Biddle, 2008)」と謳われ、早期介入が必要とされる。

わが国において、1976年に日本透析看護研究会が設立され、その後、1998年に日本腎不全看護学会が設立された。そして、2003年に日本腎不全看護学会、日本透析医学会、日本腎臓学会の3学会合同認定制度として透析療法指導看護師(Dialysis Leading Nurse: 以下DLNとする。)認定制度が発足し、翌年にDLNの第1号が誕生した。DLN認定制度は、2013年に現在の6学会(日本腎不全看護学会、日本透析医学会、日本腎臓学会、日本移植学会、日本泌尿器科学会、日本腹膜透析医学会)の賛同を得て、6学会合同認定となった。また、日本看護協会では、2003年に透析看護が認定看護分野とされ、2004年に東京女子医科大学に認定看護師教育センターが開設され、現在も1施設20名定員のみの認定教育機関となっている。DLNも、透析認定看護師も、透析看護領域を中心としているが、先述したCKD患者へのケアの概念(Biddle, 2008)のように、透析室や透析患者に限定せず、透析導入を遅らせることへの活動をしている。

保存期CKD患者の生活は永続的であり、今まで看護師が多く関わってきた入院中による加療を必要とするCKD患者への療養生活の支援は、患者の療養生活の一部であるため、CKD患者への継続的な支援を考えるためには病棟、外来と限らずに支援を明らかにすることが必要である。看護学分野においても今まで透析療法導入後の

患者を対象にした研究が多くなされていたが、近年、この CKD 概念の浸透に伴い、透析療法導入前の保存期 CKD 患者を対象とする研究も増えつつある。そして、今後、CKD 概念に基づくケアやケアのエビデンスを確立して実施していく必要がある。この不可逆的に疾患が進行する保存期 CKD 患者にとってのゴールは、治癒ではなく自己管理ができることである。患者がライフスタイルを変容させていくこと、すなわち患者が自己管理能力を身につけるためには、患者がエンパワメントすることが前提となる(安酸, 2004a)。保存期 CKD 患者の自己管理を支援する看護として、患者が現在の状況のみならず、進行する疾患と共に生きていくために、自らの力を獲得していくこと、患者のエンパワメントを支援することが重要であることが言及されている。

Ⅱ．目的

本研究では、医療機関における保存期 CKD 患者のエンパワメントを支援する看護ケアの状況を明らかにすることを目的とする。

Ⅲ．研究の意義：

慢性疾患患者の治療のゴールは自己管理できることである。不可逆的に疾患が進行している保存期 CKD 患者のゴールは、疾患の進行を抑制することを目指して、食事療法や薬物療法などをはじめとしたライフスタイルの変容を行うこと、すなわち自己管理ができるようになることであり患者のエンパワメントを支援する看護が必要である。

保存期 CKD 患者への支援は、検尿異常といった軽度腎機能が低下した人から介入することが可能であり、保健師による健診後の介入の一つとして支援がなされている。しかし、医療機関において看護師は、入院治療を伴う機会の多い、腎機能が中等度低下し、心身共に支援を必要とする対象者に対して関わることが多い。そこで、次の 2 点を本研究の意義と考えた。

1. 透析療法導入からではなく、保存期 CKD 患者のエンパワメントを支援する看護ケアを明らかにすることは、自己管理能力を獲得し、実施することがその後の病期の進行度を左右する患者の支援にとって意味がある。

今後、進行を余儀なくされる保存期 CKD 患者のエンパワメントを支援する看護ケアの状況を明らかにすることにより、進行していく疾患と共に生きながら自己管理を行う患者自身の持つ力を強化したり、引き出すことができる。

2. 保存期 CKD 患者への支援の特徴を明らかにすることにより、看護者の支援に繋がる。

保存期 CKD 患者への看護は、患者の症状の無さや進行への精神的負担などの介入の難しさがある。本研究によって保存期 CKD 患者へのエンパワメントを支援する看護ケアの状況が明らかになることにより、実践における看護師の強みを活用したり、実践が困難なケアに対する学習支援へと発展させることができる。

第 2 章 文献検討

2002 年にアメリカ腎臓財団は、慢性腎臓病(CKD)の概念を新たに用いた。その後、世界腎臓ケア財団が「慢性腎臓病の全ての段階において一貫性のあるケア、患者に対しての治療を行い、継続的なケアを提供していかなければならない」(Biddle, 2008)と主張している。看護学分野においても、透析療法導入後の患者を対象にした研究が多くなされていたが、近年、この CKD という概念の浸透に伴い、透析療法導入前の保存期 CKD 患者を対象とする研究も増えつつある。不可逆的に疾患が進行する保存期 CKD 患者にとってのゴールは、治癒ではなく自己管理ができることである。保存期 CKD 患者の自己管理を支援する看護として、患者が現在の状況のみならず、進行する疾患と共に生きていくために、自らの力を獲得していくこと、患者のエンパワメントを支援することが重要であることが言及されている。本章では、わが国における保存期 CKD 患者に関する文献検討、エンパワメントに関する文献検討を行う。

I. わが国における保存期 CKD 患者の文献検討

1976 年～2016 年の医学中央雑誌において、「CKD」、「保存期」をキーワードに、看護と原著論文で絞り込み検索をかけた 57 文献から、保存期 CKD 患者で、かつ小児ではない者を対象とした文献は 9 文献であった。そのため、原著論文以外の保存期 CKD に関する文献も加えて検討していく。

わが国における保存期 CKD の研究の始まりは、1977 年の慢性疾患クリニック運営を行う松下らによって示された、腎疾患患者プロトコル作成の試みの研究である(松下ら, 1977)。松下は、その後、従来外来で施行してきた腎疾患の患者の経時的保健指導内容を再検討する目的で、検査データ(血中尿素窒素、クレアチニン、ヘモグロビンなど)、血圧、治療状況をもとに、各患者のクレアチニン上昇期間及び平均血圧を算出し、統計的に考察した(松下ら, 1983)。保健指導によって血圧や検査データの改善が得られると述べられていたが、データからは不明であった。また、江川(2000)は透析看護に関する研究も含めて、「透析看護研究会会報」(1981～1995 年)、「日本腎不全看護学会誌」(1998 年～)と Medline による検索を行い、腎不全に関する看護研究の動向を分析し検討している。わが国の研究(260 件)における看護援助に関する研究(132 件)では、「高齢者に対するケア(29 件)」や水分・食事に関する「自己管理への援助(26 件)」、患者の「社会復帰への援助(24 件)」や「精神面の援助(22 件)」が多く行われていた。治療に関する内容(95 件)では、透析のアクセスや感染などの「合併症(52 件)」や「新しい治療(25 件)」が主であった。

また、中村(2010)は、慢性腎臓病の動向に関する文献検討の中で、CKD という概念を用いて、(1)長期的な視点の導入、(2)セルフマネジメント、(3)自己決定のサポート、(4)専門技術を持つ看護師の活用という CKD 導入に伴う看護の方向性の特徴を提示し、今までの透析患者のみならず、保存期患者へのケアの重要性を示唆している(中村, 2010)。

松下ら(1977)の研究以後、わが国で取り組まれた研究について検討する。

1. 保存期 CKD 患者の特徴

保存期慢性腎不全の患者を対象とした研究として、患者の疾病認識を明らかにする研究(田川ら, 1996)、患者の主観的世界(出射, 加藤, 2001)、生活調整を妨げる要因の検討(山口, 2007)、透析の必要性を告げられた患者の透析導入の自己決定に向かうプロセスとその要因(米山, 2003)などの研究が行われている。

保存期慢性腎不全の患者は、「血清クレアチニン値やクレアチニンクリアランス」や「自覚症状」を病状の程度の判定材料にしている(田川ら, 1996)にも関わらず、「自覚症状が乏しいため腎機能が低下していく体の状況に対するイメージが形成されにくい」(山口, 2007)という問題を抱えている。諸外国においても、「腎臓病という自信がない」や「医師から検査をされるまでわからなかった」という自覚症状の乏しさを感じている(Constantini et al, 2008)。

田川は、保存期腎不全の患者 50 名を対象として質問紙調査を行い、血清クレアチニン値 2.9mg/dl 以下は 22 名(44%)、3～4.9mg/dl は 15 名(30%)、5.0mg/dl 以上は 13 名(26%)と、クレアチニン値が 3mg/dl 以上が半数以上を占めているため、患者が病状の程度の判断材料として「自覚症状 20 名(48%)」と答えた可能性があると考えられる。一方山口は、72 名の透析導入患者を対象とした調査から、生活調整が病状に影響している可能性のある 8 名の患者は、全て腎機能低下の自覚症状を感じていなかったことを報告している(山口, 2007)。また、Constantini ら(2008)は、CKD ステージ 1～3 の 14 名の男女に半構成面接を行い、山口と同様に対象者の CKD ステージが初期であるため、自覚症状の認識について判断が難しいことを明らかにしている。これらのことから、自覚症状について認識することが、初期段階の患者の問題の特徴であるといえる。

療養生活の気がかりとしては、「病気の進行 13 名(26%)」「食事療法 10 名(20%)」(田川ら, 1996)があり、療養生活で努力していることは、「食事 27 名(54%)」「安静 6 名(12%)」「食事と安

静 8 名(16%)」(田川ら,1996)と、食事が患者の生活の中で重要な位置を占めていた。

自覚症状がない患者は自身の疾患を、「怖い」「厄介・大変」「最終的に透析になるがそれは嫌だ」(田川ら, 1996)と感じ、透析療法に至ると「後悔、悲しむ、嘆く、泣く」(山口, 2007)という心理的反応を示す。透析療法の必要性を告げられた 3 名(男性 2 名,女性 1 名)の保存期腎不全患者を対象とした米山の研究においても、透析療法の必要性を告げられた後に精神的ショック→否認→不安や恐怖→葛藤、という共通の心理的プロセスを辿っていたが、その葛藤の中で重要他者や周囲の透析患者と関わりを通して、個々の目標・将来像、価値観、選択肢、自覚症状などの影響を受けながら、それぞれが透析療法の導入を受け入れる自己決定に至っていた(米山ら, 2003)。

腎臓病と共に生きる過程について、出射, 加藤(2001)は入院生活をする保存期慢性腎不全の患者(5 名)を対象とし、「患者が経験している感情や思考」、「疾病や自己についての解釈」、「重要な他者への信頼」、「自己の変化と発達」という生活体験を明らかにした(出射, 加藤, 2001)。また、CKD ステージが 1～3 の患者(14 名)を対象とした Constantini ら(2008)の研究では、保存期 CKD 患者は、腎臓病の発見と腎臓病と共に生きることを学ぶ過程の繰り返しにより CKD を再認識する生活を営んでおり、疾患特有の情報(共に生きていく必要があること、食事、薬、サポートについて)が必要であることが明らかにされている(Constantini et al, 2008)。

以上より、保存期 CKD 患者は、自覚症状を伴わない進行性の病いと共に生きる上での身体・精神面での調整を図る難しさがあること、治療上・生活上での意思決定プロセスにおいては、必要な情報が十分得られることをはじめとした支援が受けられる周囲の人々の存在が大きいといえる。

2. 保存期 CKD 患者の自己管理

2000 年頃からセルフマネジメントという概念が日本の看護においても用いられ始めた。現在は、セルフマネジメントと自己管理のそれぞれの概念を区別して用いられている研究もあるが、未だ同義語として用いられている現状もあるため、文献検討においては著者の用いた概念を用いることとした。

諸外国における患者の自己管理としては、2006 年に、腎疾患看護のセルフマネジメントのガイドラインが提示された(McCarley&Burrows-Hudson, 2005)。CKD ステージ 1～3 の患者は、セルフマネジメントを行う上で、疾患管理すること、自己

をケアすること、そして疾患関連の特別な情報を必要としていた (Constantini et al, 2008)。保存期 CKD 患者の治療の中心は体重管理と塩分制限であり、治療に関する研究は食事や運動に関するものが多かった。

保存期 CKD 患者の食事療法については、低蛋白食が効果的であると報告されている (金澤, 中尾, 2004) が、全ての患者が食事療法へのコンプライアンスが良好というわけではない (島居, 出浦, 2001)。食事療法へのコンプライアンスについて、島居, 出浦は、低蛋白食を指示されて 1 年以上継続観察された慢性腎不全患者 360 名 (男性 219 名、女性 141 名、年齢 16~91 歳) を対象として研究を行い、コンプライアンスの性差は認められず、またコントロール良好群では治療用特殊食品の使用頻度が有意に高かったことを報告している。さらに、患者の 96.8% は、厳しい蛋白制限でも腎不全の進行を遅らせることが出来るならば継続したい、という意味をもっており、食事制限の間でも透析療法に入った方がよいという例は一例もなかった。また、コンプライアンスの良好な者は、食事記録や食品計算、栄養素計算を患者自身で行っていた (島居, 出浦, 2001)。

このように、患者が食事療法を自己管理して行く上では、治療用特殊食品などの補助療法を積極的に用いることや、厳しい治療であっても疾患の進行を予防できるならば継続したいという意味を持っている患者に対して、疾患の進行予防するための自己管理の支援が重要といえる。

安藤ら (2002) は、食事療法中心の教育プログラムに参加することを目的に、大学病院内科病棟に入院した 26~76 歳 (平均年齢 47.6 ± 15.7 歳) の腎疾患女性患者 9 名を対象に、透析療法導入以前の腎疾患患者の食事自己管理行動の促進状況と、腎機能障害の関係について検討した。看護師 4 名が対象患者に 1 対 1 の食事指導を行い、①実際の摂取蛋白量と指示された摂取蛋白量の差、②自己効力尺度 (岡ら (1996) のものを一部改変)、③うつ尺度 (SDS)、④血清クレアチニン値の 4 指標で調査した。腎機能の 3 病期 (正常、低下傾向、腎不全傾向) に分けて検討したところ、9 名中 7 名の摂取蛋白量が指示量に接近し、2 名 (腎不全傾向) は指示量よりもより減少していたため、食事自己管理行動が促進されたとみなされた。また血清クレアチニン値の指標は維持できていたが、この研究では自己効力感・うつについて殆ど変化は認められなかった (安藤ら, 2002)。

食事の自己管理行動の実行評価は、患者自身が行うものと看護師が行うものなどあるが、田川ら (1996) の研究では、食事の自己管理行動や腎機能障害の評価を患者自身が行っていた。患者自身

が行う「食事療法」の評価の指標は「自己管理行動 35 名(74.4%)」「自覚症状 6 名(13.8%)」「データ 4 名(8.5%)」「医師からの評価 2 名(4.2%)」であり、「安静」の評価の指標は「自己管理行動 37 名(97.4%)」と自分自身の行動であった(田川ら,1996)。

さらに、患者が療養生活において努力していることは、「食事 27 名(54%)」「安静 6 名(12%)」「食事と安静 8 名(16%)」(田川ら,1996)であった。一方、患者の自己管理を妨げる要因としては、「自覚症状が乏しいため腎機能が低下していく体の状況に対するイメージが形成されにくい」「生活調整法の理解不足」「腎機能を守る生活よりも、社会関係を維持する生活を優先する」といった生活調整を妨げる要因があるとされる(山口, 2007)。

以上より、患者自身も自己管理の中で食事療法が重要と認識したり、進行を予防できるなら厳しい治療でも継続したいという思いがあるにも関わらず、自覚症状の乏しさや疾患との付き合い方への理解不足が、退院後の自己管理を妨げる要因になっている。これについては、CKD 診療ガイドラインの改定やエビデンスの構築により、より対象者の背景に合わせた食事や運動の考え方の変化といったエビデンス(齋藤, 山懸, 2016; 安藤, 2016)が構築されつつあることを踏まえると、保存期 CKD 患者にとって、自己管理を継続させるための医療者からの疾患特有の支援が重要であるといえる。現在、保存期腎不全患者の受身的反応を改善するための腎不全教育パス作成(川畑ら, 2004)や、治療費の支払いができないといわれた患者に対する透析療法前の社会保障制度を指導内容に組み込んだ事例研究(大桃, 2005)などのように、実践報告が重ねられている。近年は、患者の自己効力の向上を目指した患者教育プログラムとして、海外では透析患者に用いられたものを岡らが開発し、保存期 CKD 患者にも適応させ、セルフマネジメント行動に効果があるとの報告されている(上星ら, 2012)。

Ⅱ．保存期 CKD 患者のエンパワメント概念の文献検討

エンパワメントは、現在はさまざまな学問領域で用いられている(表 1, 2 参照)。本研究では、「医療機関における保存期 CKD 患者のエンパワメントを支援する看護ケアの状況を明らかにすること」を目的としており、そのためには、「保存期 CKD 患者のエンパワメント」を明らかにする必要がある。そこで、まずわが国の看護におけるエンパワメント概念の主要な属性を識別し、この概念の意味を明らかにしていく。

表1 わが国のエンパワメントに関する文献で用いられている定義

研究者	定義	用いた研究者例
A.H.Katz (1993)	明確な自己の価値観の確立の過程において、認知・知識や動機・欲求などに関する能力差を埋め合わせることが可能ならしめるように、ある人の生活自体のパーソナリティに対して支援するための過程を意識化することである」	渡辺 (1995)
Gibson (1991)	「健康を増進したり、コントロールを強化するように、可能となさしめる過程」	野嶋 (1996)
Gutierrez (1990)	個人がそれぞれの生活状況を改善するための行動を起こすことができるよう、個人的、対人的、政治的なパワーを強めていく過程	下山田ら (2002)
Lee (1994)	「エンパワメント実践とは、クライアントがクライアント自身であるいは相互に協同して社会的・政治的・経済的力を獲得していくのを援助することであり、それはクライアントとの協同作業によってなされる」	久保 (1995)
Rappaport (1987)	「エンパワメントは、人々、組織、コミュニティが、自らのことがらにかんして主導権を握る過程とメカニズムであり、学校、教会、職場、ボランティア機関、社会福祉制度、政府、近隣組織における構成員による活発な参加を含み、本質的には政治的、経済的過程である。」	久保 (1995)
Segal (1995)	「エンパワメントは一般的にはパワーレスな人たちが自分たちの生活への統御感を獲得し、自分たちが生活する範囲内での組織的、社会的構造に影響を与える過程」	清水 (1997)
Solomon (1976)	「エンパワメントはスティグマを負った人々が社会のなかで関係を取り結び、そして価値ある社会的役割を遂行するようにスキルを身につけるべく援助される過程。エンパワメントの活動は問題解決の過程が否定的評価に対抗するために機能する」	久保 (1995)
Wallerstein (1988)	コミュニティやより広い社会において、自分たちの生活を掌握していくことへの、人々や組織やコミュニティの参加を促進していくソーシャル・アクションの過程	下山田ら (2002)
Zimmerman (1988)	個人が自分自身の生活全般にわたってコントロールと支配を獲得するのみならず、コミュニティの民主的な参加にも同様にコントロールと支配を獲得する一つのプロセス	下山田ら (2002)
野嶋	個人が自己の生活をコントロール・決定する能力を開発していくプロセス	野嶋 (1996)

表2 エンパワメントを定義した文献

研究者	年	対象	エンパワメントの定義
呉	2007	主介護者	主介護者は要介護者の日常生活動作の維持向上という目的を達成するために要介護者との共同作業により、自分の内在する資源を介護の役割遂行のために引き出す状態
門間	2000	保健婦	仕事の意義と自身の能力や可能性を認め、他者との関係、仕事内容をコントロールしながら積極的に能力を発揮する保健婦の姿勢
赤沢	2004	看護師	共に仕事をする医療チームとの関係において、看護師が力量発揮できるという感覚
渕田	2003	高齢者	高齢者自身の地域生活における適応、自己選択、自己決定能力を促進するために必要な要件
百瀬	2007	高齢者	何らかの疾病、障害をもちながらも、それらによる身体的問題、心理社会的影響を、個人が他者との関係性を通して認識し、その人らしく満足感のある社会生活を目指して、主体的に調整していきけるような力をつけていくこと
藤後	2002	保育士	保育実践者がパワーレスの状態を改善しようと環境に働きかけ、従来の保育士主導のサービス体系を改善し、保育士、子ども、親、地域の関係性の中で相互支援的なサービスを提供し、その影響が個人、保育園組織、コミュニティ3層にわたるもの
上杉	2004	退院後のがん患者	がん患者が退院した後に直面する困難な状況から脱却し、目標に向かっていくためのプロセスを経て、自らの能力の可能性を機能的に増大させ効果的に用いていくことが可能となること
畑ら	2003	統合失調者	利用者が、自らを考え、自己の権利を主張し、援助を求めていきながら、自立した生活を送る力を持つこと
中野	2001	家族	家族が自らの力を発揮し困難を乗り越えること

1. 文献検討の方法

本文献検討は、Walker&Avant(2005)による概念分析を参考に行った先行研究（西岡，中野，2014）から、エンパワメント概念の発達過程、定義に関する先行研究、属性を再検討した。1982年以前～2013年の医学中央雑誌の検索システムを用いて、「エンパワメント」をキーワードとして検索し、413件が抽出された。その中から、「エンパワメント」の定義、構成概念が明確である論文9件と、解説3件、2005年～2013年のCINAHLの検索システムを用いて「empowerment」、「renal」をキーワードとして該当した32文献のうち、定義、構成概念が記載されているもの1件を対象に加えた合計13件を対象とした。

2. エンパワメント概念の発達過程

エンパワメントは、17世紀の法律用語で「権利や権限をあたえること」を指し、米国の公民権運動やフェミニズム運動を契機として社会福祉、開発途上国開発、医療、教育などの領域に拡大している(久木田，1998)。元来は、権能、権限、権威の獲得を意味する用語であり、1990年前後から、「力強く自立した生活主体者として生きること」などの語源を持っている(久木田，1998)。

保健医療の領域では、1960年代からカウンセリングや心理家族療法で用いられ、また、1980年代からは、医療・看護の領域で、無気力に陥った患者が自らの健康と生活のコントロールを取り戻すプロセスを表す概念として用いられるようになった。公衆衛生学領域では、1980年代後半より、従来の専門家による情報提供型の健康教育からの健康教育の新たなアプローチとして唱えられた(久木田，1998)。

近年ヘルスプロモーションの考え方が広まるとともに、その中核をなすエンパワメントの概念は、人々が、健康に影響を及ぼす意思決定や行為を、よりコントロールできるようになるプロセス(The WHO Health Promotion Glossary, 2013)として用いられている。

3. エンパワメントの定義に関する先行研究

久木田は、empowermentとは、「力」という意味の「power」に、「～にする、～を生じさせる」という意味の接頭語の「em」と名詞形を作る接尾語の「ment」がついた語であり、「The action of empowering someone ; the state of being empowered」と言うように、エンパワーした行動、エンパワーした状態と述べていることから、「権限」と「能力」という意味での「力」を指しているといえる(久木田，1998；久保，1995)。

社会福祉学においては、米国と英国の 2 つの流れが主流となっている。米国では 1976 年の Solomon の論文が公表されて後、1980 年代にコミュニティ心理学、社会開発、フェミニズム、社会運動、リハビリテーションなど様々な領域でエンパワメントの論文が増えている(久木田, 1998)。英国においては、1990 年代よりエンパワメント概念が頻繁に用いられるようになり、社会福祉サービスの利用者、消費者がより力を持ち、力を、諸種の不利な点をもった個人とグループに移していくという意味を含むエンパワメントという用語は、その人たちの解放、権限の授与、市民権、促進、活発化という意味も含まれる(久保, 1995)。そして、共通に示された「コントロール」「流動性」「自律性」から、社会福祉学においては、障害者自らがコントロールされる側から、コントロールする側に立場が変遷した。

経営学においては、エンパワメントはアカウンタビリティとともに、人や組織のやる気とパフォーマンスを引き出す考え方(Em + Power: パワーを与える)として注目されている(Friedmann, 1992)。Friedmann は、「端的に言えば、力をつけること、あるいは力を獲得することである。(中略)たんなる経済的な向上だけでは不十分と考えるからである。貧しい人々は制度的、組織的に力を剥奪されてきたために貧しいのだから、その力の源となる資源へのアクセスの機会を得ることにより、力、特に意思決定における自律性を獲得し、貧困からの脱出」することと述べ、エンパワメント・プロセスの 8 つの資源「(1)生活空間、(2)余暇時間、(3)知識と技能、(4)適正な情報、(5)社会組織、(6)社会ネットワーク、(7)労働と生計を立てるための手段、(8)資金」を挙げた(Friedmann, 1992)。この概念を用いた福祉問題へのアプローチでは、当事者たち自身がそのおかれた状況に気づき、自分たちの生活をコントロールしたり、改善したりする力をつけることが目指されるが、ここでも同様に、立場が変遷している(小川, 1998)。

看護学において、わが国では久常によって 1986 年に「主体形成」として用いられたことが始まりであるとされている。その後、エンパワメントの検討は野嶋, 下山田が行っており(野嶋, 1996; 下山田ら, 2002)、エンパワメントは概念一致には至っていないが、エンパワメントの中で獲得する「パワー」を、自らがコントロールしうるものとする支配感、統制感、あるいはそれを獲得してゆく過程、それに伴う行動であると考えられている。今まで専門職の援助を受ける客体とみなされていた患者あるいは住民が主体であり、専門職はパートナーとして過程に参加するものと位置づけられている。その前提として、専門職者自身が十分エンパワーされていることが必要であるとされ、対象は個人、組織、

コミュニティ、社会全体の場合とさまざまであり、その意味もプロセスに焦点をあてるもの、結果としてとらえるものなど幅広く用いられている。

1995年からエンパワメントの測定用具の開発がなされ、2002年の時点では、エンパワメントの概念は多くの領域において鍵となる概念とみなされるようになり、基盤を形成する価値観が存在すること、そして「プロセス」および「アウトカム」の双方を示し、いくつかのレベルを横断して用いられるという特徴があることが改めて浮き彫りになっていた(下山田ら, 2002)。

4. エンパワメントの属性

対象とした13文献のエンパワメントの定義および構成概念を抽出し、各研究者の定義および構成概念の分析を行った。エンパワメントは、力を剥奪された者が力をつけていくこと、潜在的な力を引き出してより豊かな生活を送っていくこと、組織のパフォーマンス(力)を上げるための権限委譲ことという3つの考え方がある。

エンパワメントの構成概念は、①関係性を維持する、②知識や技術を習得する、③心に余裕を持つ、④実践する、⑤前に進む力を持つという5つに分類された(表3参照)。

表3 エンパワメントの構成概念

	秋山ら 2004	麻原 2000	呉 2008	淵田 2003	百瀬 2007	迫田ら 2004	門間 2000	上杉 2004	橋本ら 2006	藤岡 2012	長尾 2005	西田 2010	Nygårdh et al 2011
① 関係性を維持する	つながりの実感	○	○				○			○			
	社会とのつながり	○	○	○	○	○	○	○					○
	信頼関係								○			○	○
	配慮		○	○	○								
② 知識や技術を習得する	コントロール感	○	○	○	○		○						
	自己主張					○							
	感情表出					○							
	整える力		○	○	○	○	○	○	○	○		○	○
	自分なりの方法	○	○					○	○				
	決定する力	○			○								
③ 心に余裕を持つ	知識や技術	○	○	○				○				○	○
	安心感		○	○									
	幸福感		○								○		
	楽観的		○			○						○	
④ 実践する	満足感		○	○									
	共に参加すること			○	○			○			○		
	実践	○	○	○	○			○			○		
⑤ 前に進む力を持つ	問題解決	○	○						○		○	○	
	リスクをかける勇氣	○				○							
	意欲	○	○	○	○	○		○		○			
	自律	○	○	○		○	○		○			○	
	結果期待			○									
	自己効力感	○	○			○			○	○			
	信念	○	○	○				○			○		

① 関係性を維持する

「関係性を維持する」は、＜つながりの実感＞(麻原, 2000; 呉, 2008; 門間, 2000; 藤岡, 2012)、＜社会とのつながり＞(秋山ら, 2004; 麻原, 2000; 呉, 2008; 渕田, 2003; 百瀬, 2007; 迫田ら, 2004; 門間, 2000; 上杉, 2004; Nygårdh et al, 2012)、＜信頼関係＞(橋本ら, 2006; 西田, 2010; Nygårdh et al, 2012)、＜配慮＞(麻原, 2000; 呉, 2008; 渕田, 2003)から構成されている。

② 知識や技術を習得する

「知識や技術を習得する」は、＜コントロール感＞(秋山ら, 2004; 麻原, 2000; 渕田, 2003; 百瀬, 2007; 門間, 2000)、＜自己主張＞(迫田, 2004)、＜感情表出＞(迫田ら, 2004)、＜整える力＞(麻原, 2000; 呉, 2008; 渕田, 2003; 百瀬, 2007; 迫田ら, 2004; 門間, 2000; 上杉, 2004; 橋本ら, 2006; 藤岡, 2012; 西田, 2010; Nygårdh et al, 2012)、＜自分なりの方法＞(秋山ら, 2004; 麻原, 2000; 上杉, 2004; 橋本ら, 2006)、＜決定する力＞(秋山ら, 2004; 渕田, 2003)、＜知識や技術＞(秋山ら, 2004; 麻原, 2000; 呉, 2008; 上杉, 2004; 西田, 2010; Nygårdh et al, 2012)から構成されている。

③ 心に余裕を持つ

「心に余裕を持つ」は、＜安心感＞(麻原, 2000; 渕田, 2003)、＜幸福感＞(麻原, 2000; 長尾, 2005)、＜楽観的＞(麻原, 2000; 迫田ら, 2004; 西田, 2010)、＜満足感＞(麻原, 2000; 呉, 2008)から構成されている。

④ 実践する

「実践する」は、＜共に参加すること＞(渕田, 2003; 百瀬, 2007; 上杉, 2004; 長尾, 2005)、＜実践＞(秋山ら, 2004; 麻原, 2000; 渕田, 2003; 百瀬, 2007; 上杉, 2004; 長尾, 2005)、＜問題解決＞(秋山ら, 2004; 麻原, 2000; 橋本ら, 2006; 長尾, 2005; 西田, 2010)から構成されている。

⑤ 前に進む力を持つ

「前に進む力を持つ」は、＜リスクをかける勇気＞(秋山ら, 2004; 迫田ら, 2004)、＜意欲＞(秋山ら, 2004; 麻原, 2000; 渕田, 2003; 百瀬, 2007; 迫田ら, 2004; 上杉, 2004; 藤岡, 2012)、＜自律＞(秋山ら, 2004; 麻原, 2000; 呉, 2008; 迫田ら, 2004; 門間, 2000; 橋本ら, 2006; 西田, 2010)、＜結果期待＞(呉, 2008)、＜自己効力感＞(秋山ら, 2004; 麻原, 2000; 迫田ら, 2004; 橋本ら, 2006; 藤岡, 2012)、＜信念＞(秋山ら, 2004; 麻原, 2000; 呉, 2008; 上杉, 2004; 長尾, 2005)から構成されている。

Ⅲ．保存期 CKD 患者のエンパワメントを支援する看護ケア

エンパワメント概念の文献検討で用いた文献を参考にしながら、保存期 CKD 患者のエンパワメントを支援する看護ケアを検討していく。

エンパワメントの文献検討で使用した 32 文献のうち、エンパワメントを支援する内容を記載していた 11 文献を再度検討し、原著 2 文献、報告 1 文献、論説 2 文献が該当した。そこで、再度 1983～2015 年の医学中央雑誌を検索し、エンパワメントを支援する看護を記載している文献で、かつ先述した 5 文献と重ならない 6 文献、エンパワメントを検討している麻原、萱間の文献の合計 13 文献を検討した。

エンパワメントを支援する看護ケアの文献検討を行うにあたり、エンパワメントアプローチという言葉がある。エンパワメントアプローチとは、エンパワメントの考え方を患者教育に活用した Anderson&Funnel によるエンパワメントの段階的なアプローチ方法であり(藤田, 2009)、彼らはその著書の中で、行動変化の過程を 5 つのステップ(問題を特定する、感情を明らかにする、目標を設定する、計画を立てる、結果を評価する)に分ける事で、理解と学習が簡単になること、これらのステップを練習することで、自然と使えるようになることを述べている (Anderson&Funnel, 2005)。

エンパワメントを支援するケアに関する文献検討を行ったところ、エンパワメントを支援するケアのプロセスである「エンパワメントアプローチ」に該当する内容と、エンパワメントを支援するケアの要素に該当する内容が含まれていた。本研究では、「エンパワメントを支援する看護ケア」を明らかにすること、すなわちプロセスではなく概念を支える要素を明らかにしたいため、これらを整理していく。

1. エンパワメントを支援する看護ケアの属性

エンパワメントを支援する看護ケアに関する文献の中から、エンパワメントを支援する看護ケアのキーワードを抽出したところ、保存期 CKD 患者のエンパワメントを支援する看護ケアの構成概念は、『病いと共に生きる患者を支える』『内在する力を促進する』『家族の力を支える』『専門職による支援を整える』の 4 つとなった(表 4 参照)。以下に各構成概念について説明する。

表4 エンパワメントを支援する看護ケアの構成概念

		原田, 小西	鈴木 ら	藤村, 河原	伊藤 ら	坂本	天谷, 岩崎	塩川 ら	岡田, 小西	麻原	Barker	萱間	中野 ら	Fried mann
		2015	2015	2010	2006	2006	2006	2005	2004	2000	2000	1999	1996	1992
『病 いと共 に生き る患者 を支え る』	疾患の理解を 深める	○		○	○	○			○	○		○	○	
	症状の増悪に 対応する											○	○	
	療養行動の継続を 支える						○			○			○	○
	情緒的に支える	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	病いと共に生きる 心構えを支える	○		○	○	○			○	○				○
『内 在する 力を促 進する』	意思決定を支える			○			○			○		○	○	○
	力を引き出す			○	○	○	○	○			○	○	○	○
	社会資源を活用 する力をつける									○			○	
『家族の力を支える』			○		○		○					○		
『専門職による支援を 整える』		○			○		○		○	○				

1) 『病いと共に生きる患者を支える』

本研究では、【疾患の理解を深める】(原田, 小西, 2015; 藤村, 河原, 2010; 伊藤ら, 2006; 坂本, 2006; 岡田, 小西, 2004; 麻原, 2000; 萱間, 1999; 中野ら, 1996)、【症状の増悪に対応する】(萱間, 1999; 中野ら, 1996)、【療養行動の継続を支える】(天谷, 岩崎, 2006; 麻原, 2000; 中野ら, 1996; Friedmann, 1992)、【情緒的に支える】(原田, 小西, 2015; 藤村, 河原, 2010; 伊藤ら, 2006; 坂本, 2006; 天谷, 岩崎, 2006; 塩川ら, 2005; 岡田, 小西, 2004; 麻原, 2000; Barker, 2000; 萱間, 1999; 中野ら, 1996; Friedmann, 1996)、【病いと共に生きる心構えを支える】(原田, 小西, 2015; 藤村, 河原, 2010; 伊藤ら, 2006; 坂本, 2006; 岡田, 小西, 2004; 麻原, 2000; Friedmann, 1996)が含まれると考えた。

『病いと共に生きる患者を支える』は、「保存期 CKD 患者が、病いと共に生きていく体験を見つめ直せるように関わること」と考えられる。

(1) 【疾患の理解を深める】

【疾患の理解を深める】は、[交渉技術][住民のリーダーシップ][直接的な支援][技術支援](麻原, 2000)と、[専門的知識の習得](岡田, 小西, 2004)などをはじめとした、知識が技術を伝達する内容と、[多角的な臨床判断][モニタリング](中野ら, 1996)と、[看護師による疾病管理](伊藤ら, 2006)、[保健・生活指導](坂本ら, 2006)、[対象者にその集団の中での決まりごと・してはいけないこと・そぐわないことなどを教える](原田, 小西, 2015)などをはじめとした疾患管理の側面の2つが含まれた。知識や技術を伝達するという働きかけには、直接的なケアよりも、患者自身が知識や技術を自分のものにできるように支援するケアが多く含まれる。この患者自身ができるように支援することがエンパワメントの原則でもある(安梅, 2006)。保存期 CKD 患者は、自分自身で疾患を管理できる時期と、症状の増悪や疾患の進行により医療的支援が中心となって必要となる時期がある。保存期 CKD 患者にとって知識や技術を得るための医療的な支援とは、教育の場を設ける(患者教育、生活指導)ことや、患者が知識や技術を安全に行えるように疾患を管理することである。

(2) 【症状の増悪に対応する】

【症状の増悪に対応する】は、[予測性](中野ら, 1996)、[具合の悪い時に助ける][タイムリーにかかわる](萱間, 1999)が含まれた。

(3) 【療養行動の継続を支える】

【療養行動の継続を支える】は、[対象への対処と適用](麻原，2000)、[日常性を取り入れる][専門職意識に支えられた自己コントロール](中野ら，1996)、[問題解決能力を養う援助](天谷，岩崎，2006)などの対処行動を支援する内容が含まれた。

(4) 【情緒的に支える】

【情緒的に支える】は、[苦痛からの解放](中野ら，1996)、[信頼できる一貫した態度](萱間，1999)が含まれた。＜理解する＞は、[対象となる人々の理解](麻原，2000)、[評価しない](萱間，1999)、[その人なりの言葉を学ぶ](Barker,2000)、[患者のカテゴリー化](中野ら，1996)、[要望を確認し受け止める][連携への意見交換][誤解の訂正](坂本ら，2006)などが含まれた。＜傾聴する＞(坂本ら，2006)は、[無心で聴いていること](塩川ら，2005)、[つまづいている母親にじっくり関わる](藤村，河原，2010)、[対象者に試してみていやならいつでもやめられることを伝える](原田，小西，2015)などが含まれた。＜尊重した態度を示す＞は、[引き下がる][ドアから入れてもらう](萱間，1999)、[患者を尊重した患者－看護者関係][その人らしさを支える](中野ら，1996)、[生活の継続性を重視する意志の尊重](伊藤ら，2006)、[敬意を持つ](Barker，2000)、[事前了承を得る](坂本ら，2006)、[プラスのストロークを返す](藤村，河原，2010)が含まれた。＜信じる＞は、[メンバーの力を信じ見守ること](塩川ら，2005)、[子育ての振り返りを見守る援助]、[多様な見方・意味付けの提示で柔軟な物事の理解・とらえ方の拡大を育む援助](天谷，岩崎，2006)、[ずっとつきあう][薬のことを言いすぎない](萱間，1999)、[当事者の考えを尊重](岡田，小西，2004)、[患者自身を運転席に座らせる](Barker，2000)などが含まれた。

(5) 【病いと共に生きる心構えを支える】

【病いと共に生きる心構えを支える】は、疾患の進行を避けることが難しい保存期 CKD 患者が病いと共に生きていく中で、出会うことと折り合いをつけていけるようになる支援である。心構えとは、「心にかけて待ち受けること。心の用意」と定義される(新村，2008)。【病いと共に生きる心構え】を支えるとは、病いと共に生きる中で出会うことに対する心の用意を支えることである。この中には、情報提供に関する側面と、社会における関係作りの側面が含まれた。情報提供に関する側面には、[情報提供・技術支援][住民の地域に関する知識][機会の提供](麻原，2000)、[体験的知識の集積](岡田，小西，2004)、[資料を配布する][生活の意図を伝える][生活の意

図を伝える][協力活動の内容を伝える][情報提供](坂本ら, 2006)、[病院での1つの方法がすべてではないことを理解してもらう](藤村, 河原, 2010)、[対象者にこれからの見通しを説明する](原田, 小西, 2015)などが含まれた。社会における関係作りの側面には、[社会的政治的状況の変化][権力関係の変容](麻原, 2000)、[日常生活の中での役割づくり][落ち着く居場所づくり](伊藤ら, 2006)などが含まれた。

2) 『内在する力を促進する』

天谷ら(2006)は、引きもこもりの青年を抱える親へのエンパワメントの観点からの看護援助に関する研究を行った。その中で、エンパワメントの拡大に働く看護援助の特徴として「協働関係を確立する援助」「自己の再調整を支える援助」「主体的なコントロール力を高める援助」が重要であることを述べている。これらが対象者の力を促進したり、柔軟に考え行動する力を促進するという促進する力を持つ。「促進」とは「物事がはやくはかどるようにうながすこと」(大辞泉編集部, 2012a)を指す。促進とは、その促しであるため、保存期 CKD 患者が持つもともとの力を促すような働きかけである。

本研究では、力を促進するものとして【意思決定を支える】(藤村, 河原, 2010; 天谷, 岩崎, 2006; 麻原, 2000; 萱間, 1999; 中野ら, 1996; Friedmann, 1996)、【力を引き出す】(藤村, 河原, 2010; 伊藤ら, 2006; 坂本, 2006; 天谷, 岩崎, 2006; 塩川ら, 2005; Barker, 2000; 萱間, 1999; 中野ら, 1996; Friedmann, 1996)、【社会資源を活用する力をつける】(麻原, 2000; 中野ら, 1996)が含まれると考えた。『内在する力を促進する』は、「保存期 CKD 患者の潜在能力に着目して、意思決定を支え、その人らしい生活ができるように働きかけること」と考えられる。

(1) 【意思決定を支える】

【意思決定を支える】は、保存期 CKD 患者が、病いと共に生活するために治療や生活との調整を行う際に必要な決定を自分の意思でできるように支援することである。「意思決定」とは、「特定の目標を達成するためにある状況において複数の代替案から最善の策を選択すること」であり、保存期 CKD 患者においては、腎代替療法の選択、透析療法の種類の選択が疾患や治療に伴う意思決定となる。【意思決定を支える】には、[問題解決を支える](中野ら, 1996)、天谷らの[家族のエンパワメントの拡大に働く看護援助]、[主体的なコントロール力を高める援助](天谷, 岩崎, 2006)、[訪問を受けるかどうかの選択を本人に預ける](萱間, 1996)、[許可を求め患者の経験や寄

与を評価する][これまでのまとめをする](Barker, 2000)、[振り返りのツールを用いて評価する][問題整理](坂本ら, 2006)、[対象が自ら選択できるようにする](藤村, 河原, 2010)などが含まれた。

(2) 【力を引き出す】

【力を引き出す】は、保存期 CKD 患者が、病いと共に生活する中で、潜在している患者の力を引き出したり、顕在化している患者の力を強化できるように支援することである。

【力を引き出す】は、[柔軟性][自我の強化][現実からの解放][希望を育む](中野ら, 1996)、[視聴覚を補うケア](伊藤ら, 2006)、[メンバーの持っている力を引き出すコーディネートを行うこと](塩川ら, 2005)、[適切な対人距離がとれるよう認識を促す援助][否定的自己感と向き合いつつ自尊感情を育む援助][親が見逃している他者の力量・可能性・思いに対する感受性を高める援助](天谷, 岩崎, 2006)、[ヒントを与える](藤村, 河原, 2010)、[対象者に気持ちの伝え方を具体的に教える](原田, 小西, 2015)などが含まれた。

(3) 【社会資源を活用する力をつける】

「資源」とは、「広く、産業上、利用しうる物資や人材」と定義され、「整える」とは、「必要なものをすべてそろえる」

「乱れないように形をきちんとする」「交渉・相談を成立させる」「点検して望ましい状態にしておく、調整する」などの意味を含む(大辞泉編集部, 2012b;大辞泉編集部, 2012c)。

【社会資源を活用する力をつける】は、保存期 CKD 患者が必要とする物資や人材を使用可能なように望ましい状態に持っていくことである。

[地域資源の活用][地域の生活問題の解決][地域の生活問題に関わる法制化][ソーシャルサポート](麻原, 2000)、[特養入居の受け入れ支援][落ち着く居場所づくり](伊藤ら, 2006)、[チームの力の活用]、[自己活用](中野ら, 1996)が含まれた。

3) 『家族の力を支える』

野嶋は、家族エンパワーメントモデルの第一目標は「家族を尊重すること、家族の権利を擁護し、家族のための看護を展開すること」とし、11 の看護介入を示した(池添ら, 2015)。保存期 CKD 患者がエンパワーメントされるためには、家族の支援は必要不可欠ではあるが、家族はケアの資源ではなくケアの対象者でもある(野嶋, 2005)。本研究では、家族が患者、家族間、医療者と情報を共有すること、コミュニケーションを取ることが含まれた。『家族の力を支える』は、「保存期 CKD となっ

た家族員を抱えながら家族生活を営めるよう、働きかけること」と考えられる。『家族の力を支える』には、[家族のケアへの参加を促す、家族と共にケアの目標を立てる](鈴木ら, 2015)、[家族とのほどよい距離間](伊藤ら, 2006)、[家族のエンパワメントの拡大に働く看護援助](天谷ら, 2006)、[変化をフィードバックし、家族の変化を促す](萱間, 1999)が含まれた。

4) 『専門職による支援を整える』

本研究では、専門職同士が互いを尊重すること、共通理解をすることが含まれた。『専門職による支援を整える』は、「保存期 CKD 患者を支える関係職種がお互いの専門性を生かした関わりができるように働きかけること」と考えられる。

[協働関係にあること][パートナーシップ][地域への所属意識][協力][他職種とのつながり](麻原, 2000)、[パートナーシップを確立し孤立感を和らげる援助][協働関係を確立する援助](天谷, 岩崎, 2006)、[関わる人とよい人間関係をつくる](岡田, 小西, 2004)、[馴染みの人との関係維持と新たな人間関係づくり支援](伊藤ら, 2006)といった協働する内容と、[社会との関係の調整](麻原, 2000)、[対象者が信頼している人に説得をお願いする](原田, 小西, 2015)といった調整する内容とが含まれた。

2. エンパワメントを支援する看護ケアの定義

エンパワメントを支援する看護ケアとは、「保存期 CKD 患者が内在する力を促進させるよう、家族の力や病いと共に生きる患者を支えたり専門職による支援を整えること」と定義する。また、エンパワメントを支援する看護ケアの構成概念は、『病いと共に生きる患者を支える』、『内在する力を促進する』、『家族の力を支える』、『専門職による支援を整える』である。

第 3 章 研究方法

I. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究の研究デザインは、医療機関における保存期 CKD 患者のエンパワメントを支援する看護ケアの状況を明らかにする量的記述的研究である。

2. 研究対象者

中四国地方、東海地方、関東地方、東北地方の病院に勤務する保存期 CKD 患者の看護を経験したことがある看護師 344 名とした。

3. 用語の定義

本研究は、「エンパワメント」を支援する看護ケアの状況を明らかにすることが目的であり、「保存期 CKD 患者のエンパワメント」と「保存期 CKD 患者のエンパワメントを支援する看護」の 2 つを定義する必要がある。

1) 保存期 CKD 患者のエンパワメント

保存期 CKD 患者のエンパワメントとは、「医療機関で治療中の保存期 CKD 患者が、疾病の自己管理を行うという目的を達成するために、社会に参加し、関係性を維持しながら必要とする知識や技術を習得し、心に余裕を持ちながら、自分なりの力を発揮している状態である」と定義した。

2) 保存期 CKD 患者のエンパワメントを支援する看護ケア

保存期 CKD 患者のエンパワメントを支援する看護ケアとは、「保存期 CKD 患者が内在する力を促進させるよう家族の力や病いと共に生きる患者を支えたり専門職による支援を整えること」と定義した。また、看護ケアの構成概念は、『病いと共に生きる患者を支える』『内在する力を促進する』『家族の力を支える』『専門職による支援を整える』である。各構成概念の定義は次のとおりである。『病いと共に生きる患者を支える』は、「保存期 CKD 患者が、病いと共に生きていく体験を見つめ直せるように関わること」と定義した。『内在する力を促進する』は、「保存期 CKD 患者の潜在能力に着目して、意思決定を支え、その人らしい生活ができるように働きかけること」と定義した。『家族の力を支える』は、「保存期 CKD となった家族員を抱えながら家族生活を営めるよう、働きかけること」と定義した。『専門職による支援を整える』とは、「保存期 CKD 患者を支える関係職種がお互いの専門性を生かした関わりがで

きるように働きかけること」と定義した。

4. エンパワメントを支援する看護の関連要因

先行研究では、臨床経験(年数)、専門分野の看護経験(年数)、専門分野の看護教育、専門分野に対する関心(杉野ら, 2005; 萱間, 1999; 岡田, 小西, 2004)や、勤務先の状況(萱間, 1999)、看護師のケアの対象者の背景(萱間, 1999; 岡田, 小西, 2004; 塩川ら, 2005; 伊藤ら, 2006)がエンパワメントを支援する看護の関連要因として調査されていた。したがって、本研究では、保存期CKD患者のエンパワメントを支援する看護の関連要因として、看護師の要因と環境要因があると考えた。看護師の要因は、経験年数、専門分野である腎疾患患者への看護経験年数とした。また、環境要因は、施設規模や、スタッフ数、院内もしくは近隣での他職種との連携、勉強会・院内研究などのスタッフ支援といった看護師を支援する要因と、多く関わる患者の病期とした。

5. エンパワメントを支援する看護ケアの研究枠組み

保存期CKD患者のエンパワメントを支援する看護ケアは、『病いと共に生きる患者を支える』『内在する力を促進する』『家族の力を支える』『専門職による支援を整える』という4つの支援群で構成される。各支援群に含まれる支援行動は、以下のとおりである(以下、支援群を『』、支援行動を【 】とする)。

1) 『病いと共に生きる患者を支える』支援群

『病いと共に生きる患者を支える』支援群は、【疾患の理解を深める】、【症状の増悪に対応する】、【療養行動の継続を支える】、【情緒的に支える】、【病いと共に生きる心構えを支える】支援行動で構成される。

2) 『内在する力を促進する』支援群

『内在する力を促進する』支援群は、【意思決定を支える】、【力を引き出す】、【社会資源を活用する力をつける】支援行動で構成される。

3) 『家族の力を支える』支援群

『家族の力を支える』支援群は、【家族の力を支える】支援行動のみで構成される。

4) 『専門職による支援を整える』支援群

『専門職による支援を整える』支援群は、【専門職による支援を整える】支援行動のみで構成される。

また、エンパワメントを支援する看護ケアに関係する要因としては、看護師の要因と環境要因がある(図1参照)。

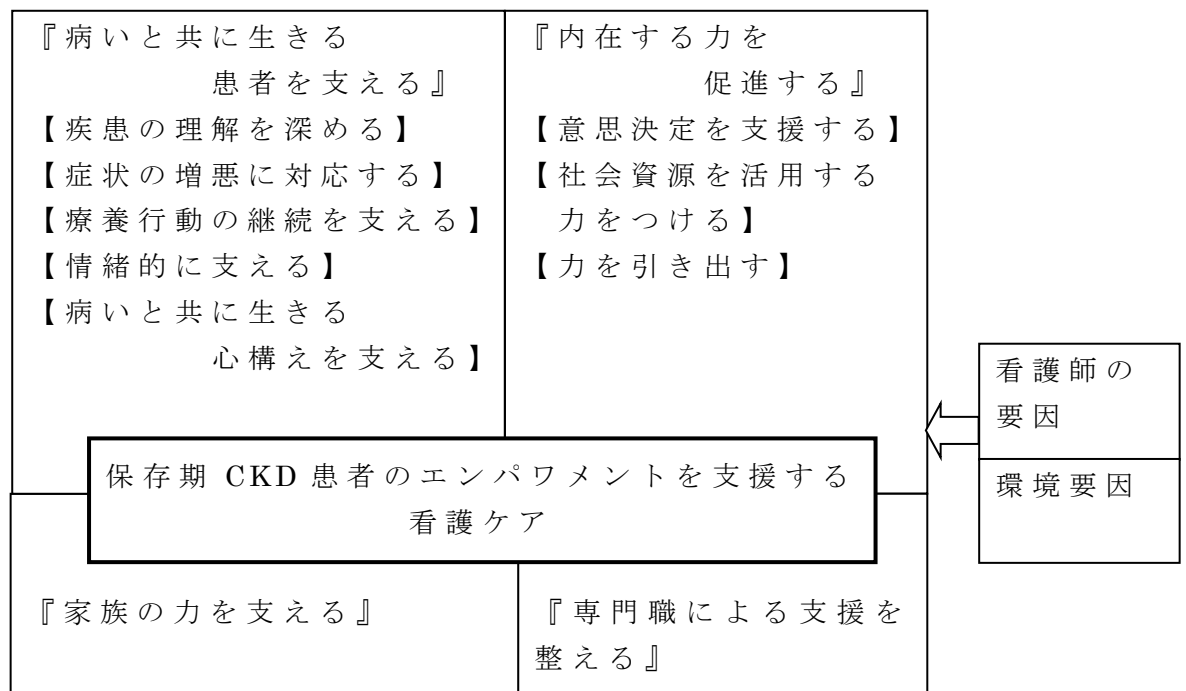


図 1 保存期 CKD 患者のエンパワメントを支援する
看護ケアの研究枠組み

6. 本研究で用いた質問紙

本研究では、基本属性と、エンパワメントを支援する看護ケアとの2つで構成する質問紙を用いた(資料1参照)。

1) 基本属性

本研究での基本属性は、以下のように、対象者の背景と、エンパワメントを支援する看護ケアの関連要因とした。

(1) 対象者の背景

対象者の背景では、年齢、性別、現在関わっている、もしくは今まで関わったことの多いCKD患者の疾患名、勤務時間、勤務場所に関すること、他職種連携に関わる職種とした。

(2) エンパワメントを支援する看護ケアの関連要因

エンパワメントを支援する看護ケアの関連要因は看護師の要因と環境要因で構成する。

① 看護師の要因

看護師の要因として、看護師経験年数、腎疾患患者への看護経験年数、現在保有する医療福祉資格の合計3項目とした。

② 環境要因

環境要因として、施設規模、勤務場所のスタッフ数、現在関わっている、もしくは今まで関わったことの多いCKD患者の病期、腎臓に関する勉強会に参加する機会の有無、職場の学習支援体制の有無、過去5年間での参加学会、他職種連携の有無の合計7項目とした。

2) 保存期CKD患者のエンパワメントを支援する看護ケア

(1) 質問紙の作成

文献から、エンパワメントを支援する看護の113項目質問項目を抽出し、109項目に精選した後に①表面妥当性と②内容妥当性の検討を経て85項目とした。

① 表面的妥当性の検討

「保存期CKD患者のエンパワメントを支援する看護ケア」を測定する目的を持っているため、109の質問項目の中に、「エンパワメントを支援する看護ケア」内容が含まれていること、「保存期CKD患者」内容が含まれていることを、慢性期看護を専門とする博士の学位を持つ研究者と看護学博士を持つ研究者、学位を持つ看護学研究者の5名に依頼した。

② 内容妥当性の検討：

109の質問項目保存期CKD患者のエンパワメントを支援する看護ケアを把握するものを表しているか、その他尋ねるべき項目がないかについては、慢性期看護を専門とす

る博士の学位を持つ研究者と看護学博士を持つ研究者、学位を持つ看護学研究者の 5 名に依頼した。

作成した質問紙は、エンパワメントを支援する看護ケアの『病いと共に生きる患者を支える』(40 項目)、『内在する力を促進する』(25 項目)、『家族の力を支える』(9 項目)、『専門職による支援を整える』(11 項目)の合計 85 項目である。回答は、「1 点—いつも行っている」「2 点—しばしば行っている」「3 点—まあまあ行っている」「4 点—あまり行っていない」「5 点—全く行っていない」の 5 件法で、得点範囲は 85—425 点である。入力時に得点を逆転させた。したがって、高得点者ほどエンパワメントを支援する看護ケアを行っていることになる。

(2) 信頼性と妥当性の検討

質問紙の完成後、最初の 30 名の実施結果より、信頼性係数としてクロンバック α を求めて検討し、確認した後に、残りの質問紙調査を実施した。また、分析過程における除外項目を除いた最終的な質問紙について、信頼性係数クロンバック α を求めた。また、妥当性は、質問紙作成過程で表面妥当性と内容妥当性を先述のように検討し、構成概念妥当性は、質問紙完成後、今回用いた質問紙が構成概念をどの程度測定しているのか因子分析法により検討した。

7. 調査期間

2014 年 12 月～2016 年 1 月

8. 対象者へのアクセス方法

中四国地方、東海地方、関東地方などを中心にした便宜的サンプリング法で、腎疾患患者へのケアを行っている病院に随時施設長、看護部、所属長などを通して対象者への配布を依頼した。また、個人ネットワークにより、本研究の趣旨を説明し、本研究に協力可能と回答頂いた透析看護認定看護師や保存期 CKD 患者に看護を行っている（もしくは行った経験がある）看護師を紹介してもらい、依頼した。対象者へのアクセスについて、詳細は、倫理的配慮の項で述べる。

9. 分析方法

全項目を下位概念毎に 5 段階のリッカートスケールを得点化した。エンパワメントを支援する看護ケアに関しては記述統計・推定統計を用いて分析した。

エンパワメントを支援する看護ケアの 85 項目の変数について、

今後看護ケアの測定用具として用いることの可能性を探るために、項目分析後に因子分析にて質問紙の洗練化を行い、新たな質問紙を作成した。これを(新)保存期 CKD 患者のエンパワメントを支援する看護ケア質問紙とし、以下(新)質問紙とする。

因子分析後の(新)質問紙とエンパワメントを支援する看護ケアの得点と看護師の要因、環境要因の得点との間の関連については平均の差として t 検定、一元配置分散分析を用いて検討した。

信頼性係数 α により信頼性を検討し、妥当性はカテゴリー間相関、項目間相関を検討した。

各分析には、SPSS ver.23 を用い、検定の統計的有意水準は 5%未満とした。

II. 倫理的配慮

本研究は、高知県立大学研究倫理審査委員会および、高知県立大学看護研究倫理審査委員会からの承認を受けた上で研究を進めた(資料 2 参照)。

1. 研究参加施設に対する倫理的配慮

研究対象者の所属機関に研究の目的、方法、知りえた情報の保護、自由意思による参加についての文書(研究協力へのお願い：資料 3)と承諾書(資料 4)、承諾取り消し書(資料 5)、連絡票(資料 6)、質問紙のサンプル(資料 1)、高知県立大学研究倫理審査委員会承認書のコピー(資料 2)、返信用封筒を送付し、承諾書による承諾を得た施設のみ対象施設とした。

研究施設に対する倫理的配慮として、1)各施設で倫理審査を実施する場合、2)高知県立大学研究倫理審査委員会による承認後、対象施設長の承認により倫理審査を省略する場合の 2 つの方法を考えた。

倫理審査委員会を持つ施設に対しては、倫理審査委員会で審査を受ける手続きについて事前に看護部にアクセスを行う際に認し、必要時倫理委員会に必要な書類の準備を行った。本研究依頼施設においては、1)各施設で倫理審査を実施する場合の該当施設はなかったため、2)の対象施設長の承認により倫理審査を省略する場合として、以下のように実施した。

対象施設長の承認により倫理審査を省略する場合として、高知県立大学研究倫理審査委員会による承認後、施設に承認書のコピーを送付し、それを参考に施設長の承認により倫理審査を省略する場合は、高知県立大学研究倫理委員会で使用した申請書一式ならびに承認書のコピーを送付し、施設長ならびに看護部(もしくは

同等部署)で検討いただいた(資料 1～資料 6 参照)。

2. 研究参加者に対する倫理的配慮

配布依頼施設は、北海道(1施設)、東北地方(1施設)、関東地方(6施設)、東海地方(10施設)、関西地方(3施設)、中国・四国地方(24施設)、九州・沖縄(2施設)の合計 47 施設に依頼し、該当のない 2 施設を除いた東北地方(1施設)、関東地方(2施設)、東海地方(1施設)、中国・四国地方(16施設)の合計 20 施設から承諾を得た。また、研究者の個人ネットワークで紹介頂いた 19 名に依頼し、承諾を得た 18 名に質問紙一式(研究協力へのお願い(本人用:資料 3)、質問紙(資料 1)、返信用封筒)を配付した。また、対象施設が決定したのち、対象施設から指示された宛先(部門)に、対象者本人宛とした質問紙一式(研究協力へのお願い(本人用:資料 3)、質問紙(資料 1)、返信用封筒)を配布可能な人数(616 名)に配布した。

研究協力へのお願い(本人用)には、研究の目的、方法、知りえた情報の保護、自由意思による参加を表記した。対象者は、研究協力へのお願い(本人用)を読んだ上で、質問紙に回答してもらった。本研究への参加は、対象者本人が質問紙をポストへ投函し、研究者が回答を回収した結果を持って同意を得たこととした(資料 3 参照)。

1) 参加の自由と撤回の自由

研究への参加は任意で、研究協力することに同意しない場合でも不利益を受けることはないこと、不自由、リスクがないこと、対象施設と参加の有無は関係ないこと、対象者が質問紙を郵便ポストに投函し、研究者が回収した結果を持って、本研究参加の同意を得たこととすること、参加の撤退と辞退は、投函前までとなることを研究へのお願い(本人用)に明記した。

2) プライバシーの保護

対象者へのプライバシーの保護として、本研究は質問紙調査であるため、質問紙自体からは個人が特定されない。本研究は、郵送調査を行うため、返送時の消印で対象施設の検討がなされる可能性があるが、結果の分析時にナンバー管理とするため、個人は特定されない。また、得られたデータは、集団として分析するため、個人情報が出流することはないことを研究へのお願い(本人用)に明記した。得られた情報はハードなどの機器には残さず保存媒体を用いた。情報の管理は鍵のかかる場所とした。研究終了時(公的な発表終了時)には個人、施設が特定できる情報は廃棄することとした。

3) 心身の負担、不利益や危険性

本研究による心身の負担とは、質問紙に答える時間的な負

担(30分程度)である。質問紙に対する質問や意見については、研究者の連絡先を明記することで対応することとした。

4) 対象が受ける利益や看護上の貢献

対象者の看護上の貢献として、エンパワメントを支援する看護ケアの状況を明らかにすることで、外来・入院と連続した今後の保存期 CKD 患者のエンパワメントを支援する看護を明らかにすることができること、患者の病期ごとの支援を明らかにすることに繋がる。そのため、今回の結果については、研究結果をまとめた最終の要旨を各施設に送付させていただくこととした。また、参加による謝礼として依頼文書と一緒にボールペンを同封し、謝礼の返送により協力してもらった人が特定されないようにした。

5) 研究結果の公表の仕方

本研究は高知県立大学の博士論文で行う研究であるため、公聴会および看護関係の学会などで公表する。また研究の要旨を参加いただいた施設にお礼状と一緒に郵送させていただくこととした。

第 4 章 結果

I. 対象者の概要

調査用紙は、634 部配布し 426 名の回答を得た(回収率 67.1%)。その内、本人からの除外希望者 1 名と腎疾患とほとんど関わったことのない対象者 3 名の合計 4 名を除き 422 名となった。さらに、エンパワメントに関する 85 項目の質問に空白や複数回答をした 63 名を除いた後、基本属性に関する項目が空白等であった対象者 15 名を除き、有効回答者 344 名(有効回答率 80.8%)を本研究の対象とした。

対象者の背景とエンパワメントを支援する看護ケアの関連要因については、ここでは対象者の背景と関連要因を一緒にし、看護師に関する内容と、環境に関する内容として述べる。

1. 看護師に関する内容(対象者の背景と関連要因)

対象者の性別は、男性 22 名(6.4%)、女性 322 名(93.6%)であった。対象者の平均年齢は、 38.3 ± 9.46 歳(22-60 歳)であり、特に 30~40 代が 221 名(64.3%)であった。看護師経験年数で人数が最も多かったのは、16 年以上の 157 名(45.6%)であった。腎疾患患者への看護経験年数で人数が最も多かったのは、6~10 年が 103 名(20.9%)であった。現在勤務している部署は、腎臓を専門とする腎臓内科、泌尿器科、人工透析科に勤務している者が 199 名(57.9%)であった。保有免許は、腎臓に関わる専門職として、透析看護認定看護師・透析療養指導看護師、その他として、透析技術認定士、糖尿病療養指導士などがあったが、看護師資格のみの者が 262 名(76.2%)であった(表 5 参照)。

表 5 対象者の概要（看護師に関する内容）

N = 344

		人数(%)	
性別	男性	22(6.4)	
	女性	322(93.6)	
年齢構成	20～29 歳	72(20.9)	
	30～39 歳	123(35.8)	
	40～49 歳	98(28.5)	
	50～59 歳	49(14.2)	
	60 歳以上	2(0.6)	
看護師経験年数	3 年未満	13(3.8)	
	3～5 年	37(10.8)	
	6～10 年	71(20.6)	
	11～15 年	66(19.2)	
	16 年以上	157(45.6)	
腎経験年数	1 年未満	18(5.2)	
	1～2 年	37(10.8)	
	3～5 年	83(24.1)	
	6～10 年	103(29.9)	
	11～15 年	47(13.7)	
	16 年以上	56(16.3)	
所属部署 (複数回答)	腎臓	腎臓内科	122(35.5)
		泌尿器科	61(17.7)
		人工透析科	56(16.3)
	腎以外	内分泌科	6(1.7)
		内科	72(20.9)
		外科	36(10.5)
		総合診療科	4(1.2)
		看護専門外来	0(0.0)
		その他	91(26.5)
看護師以外の取得免許 (複数回答)	保健師		32(9.3)
	透析療法指導看護師		9(2.6)
	透析看護認定看護師		3(0.9)
	糖尿病看護認定看護師		2(0.6)
	ケアマネージャー		13(3.8)
	その他		37(10.8)

2. 環境に関する内容(対象者の背景と関連要因)

環境に関する内容では、まず施設規模は、100床未満が32名(9.3%)、100床以上500床未満が232名(67.4%)であり、全国医療施設調査の結果と比較して、100床未満の施設が少なかった。また、勤務場所は、病棟が256名(74.4%)であった。部署のスタッフ数は、21名～30名の部署が最も多く、170名(49.4%)であった。関わることが多い疾患は、糖尿病性腎症が333名(96.8%)、次いでIgA腎症が208名(60.5%)であった。関わることが多い病期は、末期が321名(92.5%)、保存期が219名(63.0%)であった。学習支援があると答えた者は312名(90.7%)、勉強会への参加の機会があると答えた者は303名(88.1%)であった。また、5年以内に参加した学会は、腎臓に関する学会(日本腎不全看護学会、日本透析医学会、日本腎臓学会、日本泌尿器科学会)に参加した者が123名(35.8%)であり、患者会に参加した者は、20名(5.8%)であった。他職種連携の有無について、連携があると答えた者は282名(82.1%)であり、連携する職種として多かったのは医師264名(76.7%)、ソーシャルワーカー233名(67.7%)、栄養士221名(64.2%)の順であった。また、その他として薬剤師やケアマネジャー、訪問看護師、臨床検査技師などが挙げられた(表6参照)。

表6 対象者の概要(環境に関する内容) $N = 344$

		人数(%)
施設規模	20床未満	2(0.6)
	20～99床	30(8.7)
	100～499床	232(67.4)
	500床以上	80(23.3)
勤務場所	病棟	256(74.4)
	外来	50(14.5)
	医療チーム	3(0.9)
	その他	35(10.2)
部署のスタッフ数	5名以下	15(4.4)
	6～10名	17(4.9)
	11～20名	64(18.6)
	21～30名	170(49.4)
	31名以上	78(22.7)

表 6 対象者の概要(環境に関する内容)

N = 344

		人 数 (%)
勤 務 時 間	3交代	112(32.6)
	2交代	136(39.5)
	日 勤 の み	76(22.1)
	時 間 勤 務	14(4.1)
	2交代と3交代	6(1.7)
関 与 が 多 い 疾 患 (複 数 回 答)	IgA	208(60.5)
	腎 硬 化 症	145(42.2)
	糖 尿 病 性 腎 症	333(96.8)
	そ の 他	53(15.4)
関 与 が 多 い 病 期 (複 数 回 答)	保 存 期	219(63.7)
	末 期	321(93.3)
学 習 支 援	あ り	312(90.7)
	な し	32(9.3)
勉 強 会 参 加 の 機 会	あ り	303(88.1)
	な し	41(11.9)
5年以内の学会参加	あ り	142(41.3)
	な し	202(58.7)
5年以内に参加した学会 (複 数 回 答)	日 本 腎 不 全 看 護 学 会	38(11.0)
	日 本 透 析 医 学 会	62(18.0)
	日 本 腎 臓 学 会	18(5.2)
	日 本 移 植 学 会	10(2.9)
	日 本 泌 尿 器 科 学 会	5(1.5)
	日 本 看 護 学 会	49(14.2)
	患 者 会	20(5.8)
	そ の 他	43(12.5)
他 職 種 連 携	あ り	282(82.0)
	な し	62(18.0)
連 携 す る 職 種 (複 数 回 答)	医 師	264(76.7)
	栄 養 士	221(64.2)
	理 学 療 法 士	184(53.5)
	作 業 療 法 士	128(37.2)
	臨 床 工 学 士	168(48.8)
	ソ ー シ ャ ル ワ ー カ ー	233(67.7)
	そ の 他	60(17.4)

Ⅱ．「エンパワメントを支援する看護ケア」の状況

エンパワメントを支援する看護ケア 85 項目の合計であるエンパワメント支援総合の平均点は、 302 ± 55.88 点(獲得率 71.14%)であった(表 7 参照)。

表 7 エンパワメント支援総合の平均点と獲得率 $N=344$

	<i>M</i>	<i>SD</i>	得点範囲	獲得率(%)
エンパワメント支援総合	302.35	55.88	85－425	71.14

1. エンパワメント支援群の状況

エンパワメント支援群の平均点は、『病いと共に生きる患者を支える』支援群 147.49 ± 25.18 点(獲得率 73.74%)、『内在する力を促進する』支援群 86.97 ± 18.51 点(獲得率 69.57%)、『家族の力を支える』支援群 29.84 ± 7.44 点(獲得率 66.32%)、『専門職による支援を整える』支援群 38.06 ± 8.57 点(獲得率 69.20%)であった(表 8 参照)。

表 8 エンパワメント支援群の平均点と獲得率 $N=344$

エンパワメント支援群	<i>M</i>	<i>SD</i>	得点範囲	獲得率(%)
病いと共に生きる患者を支える(40 項目)	147.49	25.18	40－200	73.74
内在する力を促進する(25 項目)	86.97	18.51	25－125	69.57
家族の力を支える(9 項目)	29.84	7.44	9－45	66.32
専門職による支援を整える(11 項目)	38.06	8.57	11－55	69.20

2. エンパワメント支援行動の状況

エンパワメント支援行動において、獲得率が高かった支援行動は、『病いと共に生きる患者を支える』支援群に含まれた【症状の増悪に対応する】支援行動(獲得率 78.26%)、【病いと共に生きる心構えを支える】支援行動(獲得率 76.95%)、【情緒的に支える】支援行動(獲得率 76.62%)の順であった(表 9 参照)。

1) 『病いと共に生きる患者を支える』支援群の支援行動

支援行動の獲得率は、【症状の増悪に対応する】支援行動 27.39 ± 24.62 点(獲得率 78.26%)、【病いと共に生きる心構えを支える】支援行動 19.24 ± 3.40 点(獲得率 76.95%)、【情緒的に支える】支援行動 49.81 ± 8.19 点(獲得率 76.62%)の順で高かった。

2) 『内在する力を促進する』支援群の支援行動

支援行動の獲得率は、【力を引き出す】支援行動 32.72 ± 6.75 点(獲得率 72.70%)、【意思決定を支える】支援行動 41.99 ± 9.20 点(獲得率 69.99%)、【社会資源を活用する力をつける】支援行動 12.26 ± 3.30 点(獲得率 61.28%)の順で高かった。

3) 『家族の力を支える』支援群

支援行動の獲得率は、【家族の力を支える】支援行動 29.84 ± 7.44 点(獲得率 66.32%)であった。

4) 『専門職による支援を整える』支援群

支援行動の獲得率は、【専門職による支援を整える】支援行動 38.06 ± 8.57 点(獲得率 69.20%)であった。

表 9 エンパワメント支援行動の平均点と獲得率

$N = 344$

支援群	支援行動	<i>M</i>	<i>SD</i>	範囲	獲得率 (%)
病いと共に生きる患者を支える	【疾患の理解を深める(7項目)】	24.51	4.85	7-35	70.02
	【症状の増悪に対応する(7項目)】	27.39	4.62	7-35	78.26
	【療養行動の継続を支える(8項目)】	26.55	6.40	8-40	66.37
	【情緒的に支える(13項目)】	49.81	8.19	13-65	76.62
	【病いと共に生きる心構えを支える(5項目)】	19.24	3.40	5-25	76.95
内在する力を促進する	【意思決定を支える(12項目)】	41.99	9.20	12-60	69.99
	【社会資源を活用する力をつける(4項目)】	12.26	3.30	4-20	61.28
	【力を引き出す(9項目)】	32.72	6.75	9-45	72.70
家族の力を支える	【家族の力を支える(9項目)】	29.84	7.44	9-45	66.32
専門職による支援を整える	【専門職による支援を整える(11項目)】	38.06	8.57	11-55	69.20

3. エンパワメント支援行為の状況

エンパワメント支援行為 85 項目において、平均点が 4 点以上の支援行為は、「緊急連絡先を把握する(4.41±1.00 点)」、「データが悪い時は、患者の状態を確認する(4.35±0.78 点)」、「信頼関係を保つように意識する(4.28±0.81 点)」、「患者の気持ちを大切にする(4.26±0.80 点)」、「患者と関わる時に会話した内容を活かす(4.17±0.82 点)」、「日常生活を送る上で心配なことがないか確認する(4.15±0.87 点)」、「丁寧に説明する(4.07±0.82 点)」、「患者が話しやすい場づくりをする(4.05±0.84 点)」、「患者の質問に適切に答える(4.05±0.82 点)」、「体重の変化について伝える(4.05±0.92 点)」であり、いずれも『病いと共に生きる患者を支える』支援群であった。

1)『病いと共に生きる患者を支える』支援群に含まれる支援行為

『病いと共に生きる患者を支える』支援群には、質問番号 1～40 の 40 項目の支援行為が含まれている。平均点が 4 点以上の支援行為は、「緊急連絡先を把握する(4.41±1.00 点)」、「データが悪い時は、患者の状態を確認する(4.35±0.78 点)」、「信頼関係を保つように意識する(4.28±0.81 点)」、「患者の気持ちを大切にする(4.26±0.80 点)」、「患者と関わる時に会話した内容を活かす(4.17±0.82 点)」、「日常生活を送る上で心配なことがないか確認する(4.15±0.87 点)」、「丁寧に説明する(4.07±0.82 点)」、「体重の変化について伝える(4.05±0.92 点)」、「患者が話しやすい場づくりをする(4.05±0.84 点)」、「患者の質問に適切に答える(4.05±0.82 点)」であった。また、平均点が 2 点台の支援行為は、「治療用特殊食品の情報提供をする(2.97±1.11 点)」、「病いと共に生きるストレスに打ち勝つ方法を伝える(2.88±0.99 点)」であった(表 10 参照)。

表 10 『病いと共に生きる患者を支える』支援群に含まれる支援行為の平均点 $N=344$

番号	支援行為	M	SD	範囲
2	緊急連絡先を把握する	4.41	1.00	1-5
12	データが悪い時は、患者の状態を確認する	4.35	0.78	1-5
24	信頼関係を保つように意識する	4.28	0.81	1-5
15	患者の気持ちを大切にする	4.26	0.80	1-5
3	患者と関わる時に会話した内容を活かす	4.17	0.82	1-5
5	日常生活を送る上で心配なことがないか確認する	4.15	0.87	1-5
32	丁寧に説明する	4.07	0.82	1-5
11	体重の変化について伝える	4.05	0.92	1-5
13	患者が話しやすい場づくりをする	4.05	0.84	1-5
6	患者の質問に適切に答える	4.05	0.82	1-5
8	患者に会える時に意識的に声をかける	3.99	0.87	1-5
22	状態が悪い時、患者が不安にならないように配慮する	3.99	0.85	1-5
7	患者に起こりうる危機的状況を理解して関わる	3.99	0.82	1-5
34	患者の気分が沈んでいるときは気遣いを示す	3.97	0.81	1-5
14	生活スタイルに合わせて患者指導をする	3.84	0.95	1-5
4	患者が自分自身の症状を知る意味を伝える	3.81	0.96	1-5
27	治療について情報提供をする	3.78	0.88	1-5
37	病気について情報提供をする	3.69	0.89	1-5
26	患者が自分で症状を確認できるように説明する	3.69	0.85	1-5
10	緊急時の日常生活の注意点を確認する	3.67	0.99	1-5
30	病状について情報提供をする	3.65	0.88	1-5
16	医療者が患者の症状を知る意味を伝える	3.62	1.02	1-5
21	診断を受ける際の患者の心理的負担への配慮をする	3.61	0.99	1-5
31	日常生活を管理できていると思えるように、声かけをする	3.58	0.82	1-5
19	倦怠感があるとき、服薬の確認をする	3.56	1.05	1-5
28	倦怠感に対応できるように支援する	3.55	0.88	1-5
17	嘔吐に対応できるように支援する	3.53	1.10	1-5
29	患者を信じる	3.53	0.89	1-5
38	患者が抱える葛藤に対応する	3.47	0.88	1-5
36	自己の限界や無力感などを抱いた患者に寄り添う	3.41	0.97	1-5
33	適度な運動を続けることができるようアドバイスをする	3.38	0.93	1-5
39	受診が嫌にならないよう通院や治療への声かけをする	3.34	1.03	1-5
20	食事制限による苦痛を軽減させるためのポイントを教える	3.33	1.06	1-5
1	検査後の結果を伝える	3.32	1.16	1-5
23	外食のとり方を指導する	3.15	1.08	1-5
40	趣味や仕事と治療が両立できるよう、受診日を調整する	3.14	1.19	1-5
9	他患者の成功体験を伝える	3.14	1.03	1-5
18	旅行などイベント時の食事についてアドバイスをする	3.05	1.10	1-5
25	治療用特殊食品の情報提供をする	2.97	1.11	1-5
35	病いと共に生きるストレスに打ち勝つ方法を伝える	2.88	0.99	1-5

(1) 【疾患の理解を深める】支援行動に含まれる支援行為

【疾患の理解を深める】支援行動に含まれる支援行為の平均点が高かったのは、「体重の変化について伝える(4.05±0.92点)」、「治療について情報提供する(3.78±0.88点)」、「病気について情報提供をする(3.69±0.89点)」、「病状について情報提供をする(3.65±0.88点)」支援行為の順であった(表11参照)。

表 11 【疾患の理解を深める】支援行動に含まれる支援行為
の平均点 N=344

番号	支援行為	<i>M</i>	<i>SD</i>	範囲
11	体重の変化について伝える	4.05	0.92	1－5
27	治療について情報提供をする	3.78	0.88	1－5
37	病気について情報提供をする	3.69	0.89	1－5
30	病状について情報提供をする	3.65	0.88	1－5
1	検査後の結果を伝える	3.32	1.16	1－5
9	他患者の成功体験を伝える	3.14	1.03	1－5
35	病いと共に生きるストレスに 打ち勝つ方法を伝える	2.88	0.99	1－5

(2) 【症状の増悪に対応する】支援行動に含まれる支援行為

【症状の増悪に対応する】支援行動に含まれる支援行為の平均点が高かったのは、「急連絡先を把握する(4.41±1.00点)」、「データが悪い時は、患者の状態を確認する(4.35±0.78点)」支援行為の順であり、すべての支援行為の平均点は3.5点以上であった(表12参照)。

表 12 【症状の増悪に対応する】支援行動に含まれる支援行為の平均点

N=344

番号	支援行為	<i>M</i>	<i>SD</i>	範囲
2	緊急連絡先を把握する	4.41	1.00	1－5
12	データが悪い時は、患者の状態を確認する	4.35	0.78	1－5
22	状態が悪い時、患者が不安にならないように配慮する	3.99	0.85	1－5
7	患者に起こりうる危機的状況を理解して関わる	3.99	0.82	1－5
19	倦怠感があるとき、服薬の確認をする	3.56	1.05	1－5
28	倦怠感に対応できるように支援する	3.55	0.88	1－5
17	嘔吐に対応できるように支援する	3.53	1.10	1－5

(3)【療養行動の継続を支える】支援行動に含まれる支援行為
【療養行動の継続を支える】支援行動に含まれる支援行為
の平均点が高かったのは、「生活スタイルに合わせて患者指導をする(3.84 ± 0.95 点)」、「緊急時の日常生活の注意点を確認する(3.67 ± 1.00 点)」支援行為の順であった(表 13 参照)。

表 13 【療養行動の継続を支える】支援行動に含まれる支援行為の
平均点 $N=344$

番号	支援行為	M	SD	範囲
14	生活スタイルに合わせて患者指導をする	3.84	0.95	1－5
10	緊急時の日常生活の注意点を確認する	3.67	1.00	1－5
33	適度な運動を続けることができるよう アドバイスをする	3.38	0.93	1－5
20	食事制限による苦痛を軽減させるための ポイントを教える	3.33	1.06	1－5
23	外食のとり方を指導する	3.15	1.08	1－5
40	趣味や仕事と治療が両立できるよう、 受診日を調整する	3.14	1.19	1－5
18	旅行などイベント時の食事について アドバイスをする	3.05	1.10	1－5
25	治療用特殊食品の情報提供をする	2.97	1.11	1－5

(4) 【情緒的に支える】支援行動に含まれる支援行為

【情緒的に支える】支援行動に含まれる支援行為の平均点が高かったのは、「信頼関係を保つように意識する(4.28±0.81点)」、「患者の気持ちを大切にする(4.26±0.80点)」、「患者と関わる時に会話した内容を活かす(4.17±0.82点)」、「日常生活を送る上で心配なことがないか確認する(4.15±0.87点)」、「患者が話しやすい場づくりをする(4.05±0.84点)」支援行為の順であった(表14参照)。

表 14 【情緒的に支える】支援行動に含まれる支援行為の平均点

N=344

番号	支援行為	M	SD	範囲
24	信頼関係を保つように意識する	4.28	0.81	1－5
15	患者の気持ちを大切にする	4.26	0.80	1－5
3	患者と関わる時に会話した内容を活かす	4.17	0.82	1－5
5	日常生活を送る上で心配なことがないか確認する	4.15	0.87	1－5
13	患者が話しやすい場づくりをする	4.05	0.84	1－5
8	患者に会える時に意識的に声をかける	3.99	0.87	1－5
34	患者の気分が沈んでいるときは気遣いを示す	3.97	0.81	1－5
21	診断を受ける際の患者の心理的負担への配慮をする	3.61	0.99	1－5
31	日常生活を管理できていると思えるように、声かけをする	3.58	0.82	1－5
29	患者を信じる	3.53	0.89	1－5
38	患者が抱える葛藤に対応する	3.47	0.88	1－5
36	自己の限界や無力感などを抱いた患者に寄り添う	3.41	0.97	1－5
39	受診が嫌にならないよう通院や治療への声かけをする	3.34	1.03	1－5

(5) 【病いと共に生きる心構えを支える】支援行動に含まれる支援行為

【病いと共に生きる心構えを支える】支援行動に含まれる支援行為の平均点は全て 3.5 点以上であり、平均点が高かったのは、「丁寧に説明する(4.07 ± 0.82 点)」、「患者の質問に適切に答える(4.05 ± 0.82 点)」支援行為の順であった(表 15 参照)。

表 15 【病いと共に生きる心構えを支える】支援行動に含まれる
支援行為の平均点 $N=344$

番号	支援行為	M	SD	範囲
32	丁寧に説明する	4.07	0.82	1－5
6	患者の質問に適切に答える	4.05	0.82	1－5
4	患者が自分自身の症状を知る意味を伝える	3.81	0.96	1－5
26	患者が自分で症状を確認できるように説明する	3.69	0.85	1－5
16	医療者が患者の症状を知る意味を伝える	3.62	1.02	1－5

2)『内在する力を促進する』支援群に含まれる支援行為

『内在する力を促進する』支援群には質問番号 41～65 の 25 項目の支援行為が含まれる。平均点が 4 点以上の支援行為はなく、平均点が高かったのは、「患者が行ってきた努力を認める(3.88 ± 0.87 点)」、「患者がどうしていきたいか確認する(3.81 ± 0.91 点)」支援行為の順であった。また、平均点が 2 点台の支援行為は、「職場や周囲の人々に患者自身が病いを説明できるよう支援する(2.95 ± 1.00 点)」、「患者会などの組織を紹介する(2.38 ± 1.15 点)」であった(表 16 参照)。

表 16 『内在する力を促進する』支援群に含まれる支援行為の平均点 $N=344$

番号	支援行為	<i>M</i>	<i>SD</i>	範囲
55	患者が行ってきた努力を認める	3.88	0.87	1-5
63	患者がどうしていきたいか確認する	3.81	0.91	1-5
57	患者が疾患を受け止めていこうという姿勢を支援する	3.77	0.89	1-5
49	興味を示す内容についてはより積極的に説明をする	3.74	0.91	1-5
41	患者の価値観を尊重する	3.72	0.86	1-5
48	患者が思っていることを表明できるように配慮する	3.71	0.91	1-5
58	意思決定に必要な情報を提供する	3.70	0.91	1-5
45	患者が頑張っていることを、あと押しする	3.69	0.92	1-5
50	自己管理の方法を振り返り、よりよい方法の選択を支援する	3.62	0.92	1-5
51	自己管理の主体が患者であると理解できるよう関わる	3.62	0.91	1-5
60	指導後の反応から、患者の能力を把握して支援する	3.57	0.92	1-5
64	患者が意思決定するのを待つ	3.53	0.90	1-5
53	職場や療養環境で困っていることについて確認する	3.52	0.95	1-5
56	目標達成に合わせた自己管理の方法を話し合う	3.50	0.93	1-5
52	患者が行動の改善点を見出せるよう、一緒に振り返る	3.47	0.93	1-5
47	患者と生活を一緒に振り返り、今後のことを考える	3.46	0.99	1-5
54	患者と共に目標の達成を確認し、承認する	3.43	0.94	1-5
42	利用できる社会資源を教える	3.41	1.06	1-5
46	患者と共に行動変容が可能な点を考える	3.41	0.96	1-5
59	患者と共に実行可能な目標を立案する	3.40	0.94	1-5
44	実行可能な計画を患者と共に考える	3.26	1.03	1-5
65	患者が症状と検査結果を記録できるよう支援する	3.22	1.00	1-5
62	患者が行った自己管理に関する判断から行動変容につなげる	3.19	0.92	1-5
61	職場や周囲の人々に患者自身が病いを説明できるよう支援する	2.95	1.00	1-5
43	患者会などの組織を紹介する	2.38	1.15	1-5

(1) 【意思決定を支える】支援行動に含まれる支援行為

【意思決定を支える】支援行動に含まれる支援行為の平均点が高かったのは、「患者がどうしていきたいか確認する(3.81 \pm 0.91 点)」、「患者の価値観を尊重する(3.72 \pm 0.86 点)」、「意思決定に必要な情報を提供する(3.70 \pm 0.91 点)」支援行為の順であった(表 17 参照)。

表 17 【意思決定を支える】支援行動に含まれる支援行為の平均点

N=344				
番号	支援行為	<i>M</i>	<i>SD</i>	範囲
63	患者がどうしていきたいか確認する	3.81	0.91	1－5
41	患者の価値観を尊重する	3.72	0.86	1－5
58	意思決定に必要な情報を提供する	3.70	0.91	1－5
50	自己管理の方法を振り返り、よりよい方法の選択を支援する	3.62	0.92	1－5
64	患者が意思決定するのを待つ	3.54	0.90	1－5
52	患者が行動の改善点を見出せるよう、一緒に振り返る	3.47	0.93	1－5
47	患者と生活を一緒に振り返り、今後のことを考える	3.46	0.99	1－5
54	患者と共に目標の達成を確認し、承認する	3.43	0.94	1－5
46	患者と共に行動変容が可能な点を考える	3.41	0.96	1－5
59	患者と共に実行可能な目標を立案する	3.40	0.94	1－5
44	実行可能な計画を患者と共に考える	3.26	1.03	1－5
62	患者が行った自己管理に関する判断から行動変容につなげる	3.19	0.92	1－5

(2)【社会資源を活用する力をつける】支援行動に含まれる支援行為

【社会資源を活用する力をつける】支援行動に含まれる支援行為の平均点が高かったのは、「職場や療養環境で困っていることについて確認する(3.52±0.95点)」支援行為の順であった。また、平均点が2点台の項目は、「職場や周囲の人々に患者自身が病いを説明できるように支援する(2.95±1.00点)」、「患者会などの組織を紹介する(2.38±1.15点)」支援行為であった(表18参照)。

表18【社会資源を活用する力をつける】支援行動に含まれる支援行為の
平均点 N=344

番号	支援行為	<i>M</i>	<i>SD</i>	範囲
53	職場や療養環境で困っていることについて確認する	3.52	0.95	1-5
42	利用できる社会資源を教える	3.41	1.06	1-5
61	職場や周囲の人々に患者自身が病いを説明できるように支援する	2.95	1.00	1-5
43	患者会などの組織を紹介する	2.38	1.15	1-5

(3) 【力を引き出す】支援行動に含まれる支援行為

【力を引き出す】支援行動に含まれる支援行為の平均点が高かったのは、「患者が行ってきた努力を認める(3.88±0.87 点)」、「患者が疾患を受け止めていこうという姿勢を支援する(3.77±0.89 点)」支援行為の順であった(表 19 参照)。

表 19 【力を引き出す】支援行動に含まれる支援行為の平均点 $N=344$

番号	支援行為	<i>M</i>	<i>SD</i>	範囲
55	患者が行ってきた努力を認める	3.88	0.87	1－5
57	患者が疾患を受け止めていこうという姿勢を支援する	3.77	0.89	1－5
49	興味を示す内容についてはより積極的に説明をする	3.74	0.91	1－5
48	患者が思っていることを表明できるように配慮する	3.71	0.91	1－5
45	患者が頑張っていることを、あと押しする	3.70	0.92	1－5
51	自己管理の主体が患者であると理解できるよう関わる	3.62	0.91	1－5
60	指導後の反応から、患者の能力を把握して支援する	3.57	0.92	1－5
56	目標達成に合わせた自己管理の方法を話し合う	3.50	0.93	1－5
65	患者が症状と検査結果を記録できるよう支援する	3.22	1.00	1－5

3)『家族の力を支える』支援群に含まれる支援行為

『家族の力を支える』支援群には質問番号 66～74 の 9 項目の支援行為が含まれる。全ての支援行為の平均点は 3 点台の得点であり、最も平均点が高かった支援行為は、「医療者と家族の間で情報を共有する(3.54 ± 0.95 点)」であった。また、最も平均点が低かった支援行為は、「家族が過去に用いた対処行動を大切にする(3.20 ± 0.96 点)」であった(表 20 参照)。

表 20『家族の力を支える』支援群に含まれる支援行為の平均点 $N=344$

番号	支援行為	M	SD	範囲
70	医療者と家族の間で情報の共有をする	3.54	0.95	1－5
68	患者への支援に関する家族の思いを聞く	3.39	0.97	1－5
73	患者と家族との間で情報共有ができるよう支援する	3.38	0.89	1－5
74	患者の支援について、家族ができる部分を話し合う	3.34	0.95	1－5
71	家族の日常生活が維持できるように支援する	3.30	1.00	1－5
66	家族機能を維持できるように支援する	3.25	0.96	1－5
67	家族の対処行動を知り支援する	3.25	0.95	1－5
69	家族間で療養生活に関するコミュニケーションがとれるように促す	3.21	1.01	1－5
72	家族が過去に用いた対処行動を大切にする	3.20	0.96	1－5

4)『専門職による支援を整える』支援群に含まれる支援行為
『専門職による支援を整える』支援群には質問番号 75～85 の
11 項目の支援行為が含まれる。この支援行為の平均点は全て 3
点台であった。最も平均点が高かった支援行為は、「主治医と患
者との仲介をする(3.96±0.95 点)」で、最も平均点が低かった支
援行為は、「患者が利用する相談窓口などの具体的利用の仕方
を把握する(3.08±1.02 点)」であった(表 21 参照)。

表 21『専門職による支援を整える』支援群に含まれる支援行為の平均点

N=344				
番号	支援行為	M	SD	範囲
85	主治医と患者との仲介をする	3.96	0.95	1－5
79	必要に応じて関係職種と患者について 話し合いをする	3.67	0.95	1－5
84	栄養士と患者との仲介をする	3.65	1.06	1－5
76	連携する専門職同士が互いに尊重するように 心がける	3.61	0.90	1－5
78	他部門と日頃から話し合い、つながりを つくる	3.58	0.96	1－5
83	互いの職種の限界を知った上で役割分担を する	3.42	0.99	1－5
82	他機関からの問い合わせに対して、継続した 対応をする	3.32	1.06	1－5
75	関係先の連絡先、受付時間などの情報を 共有する	3.26	1.11	1－5
80	専門職同士で用語や表現への共通理解をする	3.26	1.02	1－5
77	定期的に話し合いの場を持ち、役割分担を 確認する	3.24	1.08	1－5
81	患者が利用する相談窓口などの具体的利用の 仕方を把握する	3.08	1.02	1－5

Ⅲ．(新)質問紙によるエンパワメントを支援する看護ケアの状況

1．因子分析

85 項目の質問項目を用いた項目分析の結果、81 項目とした。除外した項目は、「検査後の結果を伝える」、「緊急連絡先を伝える」、84「栄養士と患者との仲介をする」、85「主治医と患者との仲介をする」の 4 項目である。

この 81 項目を因子分析(最尤法、スクリープロットにより因子数を決定、バリマックス回転)を行ったところ、因子数は表 22 に示すように 6 因子となった。

表22 (新)質問紙81項目の因子分析(最尤法、バリマックス回転)

番号	変数名	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	因子6
52	患者が行動の改善点を見出せるよう、一緒に振り返る	0.676	0.310	0.239	0.326	0.202	0.173
47	患者と生活を一緒に振り返り、今後のことを考える	0.667	0.271	0.245	0.223	0.300	0.186
56	目標達成に合わせた自己管理の方法を話し合う	0.663	0.287	0.208	0.253	0.207	0.239
54	患者と共に目標の達成を確認し、承認する	0.655	0.300	0.226	0.273	0.195	0.243
46	患者と共に行動変容が可能な点を考える	0.641	0.353	0.220	0.222	0.228	0.188
59	患者と共に実行可能な目標を立案する	0.633	0.218	0.205	0.165	0.323	0.275
50	自己管理の方法を振り返り、よりよい方法の選択を支援する	0.628	0.359	0.247	0.301	0.189	0.178
44	実行可能な計画を患者と共に考える	0.627	0.361	0.186	0.161	0.239	0.200
51	自己管理の主体が患者であると理解できるよう関わる	0.618	0.287	0.338	0.266	0.191	0.214
49	興味を示す内容についてはより積極的に説明をする	0.596	0.199	0.328	0.293	0.214	0.201
55	患者が行ってきた努力を認める	0.574	0.133	0.427	0.244	0.195	0.217
60	指導後の反応から、患者の能力を把握して支援する	0.558	0.245	0.268	0.292	0.282	0.251
45	患者が頑張っていることを、あと押しする	0.536	0.210	0.478	0.177	0.260	0.167
58	意思決定に必要な情報を提供する	0.535	0.207	0.246	0.347	0.287	0.263
53	職場や療養環境で困っていることについて確認する	0.530	0.292	0.281	0.280	0.282	0.198
62	患者が行った自己管理に関する判断から行動変容につなげる	0.515	0.370	0.113	0.230	0.350	0.329
63	患者がどうしていきたいか確認する	0.500	0.082	0.338	0.312	0.286	0.232
48	患者が思っていることを表明できるように配慮する	0.490	0.131	0.465	0.266	0.228	0.278
57	患者が疾患を受け止めていこうという姿勢を支援する	0.476	0.096	0.419	0.356	0.271	0.165
37	病気について情報提供をする	0.466	0.275	0.260	0.351	0.248	0.206
64	患者が意思決定するのを待つ	0.421	0.199	0.221	0.246	0.246	0.317
38	患者が抱える葛藤に対応する	0.411	0.272	0.401	0.305	0.311	0.188
31	日常生活を管理できていると思えるように、声かけをする	0.385	0.373	0.344	0.202	0.217	0.215
61	職場や周囲の人々に患者自身が病いを説明できるよう支援する	0.369	0.314	0.077	0.107	0.385	0.304
因子寄与		11.51	8.25	7.92	7.50	7.34	6.92
因子寄与率		14.21	10.19	9.77	9.27	9.06	8.54
累積寄与率 (%)		14.21	24.39	34.17	43.43	52.49	61.04

表22 (新)質問紙81項目の因子分析(最尤法、バリマックス回転)

番号	変数名	因子 1	因子2	因子3	因子4	因子5	因子6
23	外食のとり方を指導する	0.248	0.735	0.168	0.236	0.120	0.076
18	旅行などイベント時の食事についてアドバイスをする	0.202	0.716	0.167	0.293	0.144	0.123
20	食事制限による苦痛を軽減させるためのポイントを教える	0.263	0.674	0.268	0.274	0.222	0.147
25	治療用特殊食品の情報提供をする	0.181	0.639	0.048	0.222	0.207	0.137
21	診断を受ける際の患者の心理的負担への配慮をする	0.239	0.515	0.290	0.365	0.251	0.146
43	患者会などの組織を紹介する	0.257	0.510	-0.027	0.110	0.106	0.268
35	病いと共に生きるストレスに打ち勝つ方法を伝える	0.331	0.489	0.258	0.189	0.232	0.142
65	患者が症状と検査結果を記録できるよう支援する	0.403	0.467	0.091	0.149	0.265	0.312
42	利用できる社会資源を教える	0.372	0.445	0.222	0.174	0.277	0.244
39	受診が嫌にならないよう通院や治療への声かけをする	0.378	0.432	0.310	0.152	0.161	0.274
9	他患者の成功体験を伝える	0.206	0.422	0.162	0.402	0.178	0.144
33	適度な運動を続けることができるようアドバイスをする	0.312	0.418	0.226	0.253	0.280	0.139
40	趣味や仕事と治療が両立できるよう、受診日を調整する	0.296	0.412	0.211	-0.006	0.128	0.325
28	倦怠感に対応できるように支援する	0.227	0.411	0.377	0.276	0.294	0.279
17	嘔吐に対応できるように支援する	0.020	0.408	0.392	0.190	0.213	0.272
19	倦怠感があるとき、服薬の確認をする	0.148	0.378	0.378	0.291	0.223	0.202
24	信頼関係を保つように意識する	0.220	0.154	0.666	0.252	0.129	0.146
15	患者の気持ちを大切にすること	0.163	0.106	0.603	0.408	0.158	0.062
34	患者の気分が沈んでいるときは気遣いを示す	0.366	0.181	0.600	0.190	0.191	0.172
22	状態が悪い時、患者が不安にならないように配慮する	0.246	0.260	0.594	0.367	0.192	0.147
32	丁寧に説明する	0.245	0.210	0.589	0.257	0.112	0.178
41	患者の価値観を尊重する	0.353	0.145	0.567	0.140	0.177	0.251
29	患者を信じる	0.192	0.061	0.533	0.086	0.077	0.185
36	自己の限界や無力感などを抱いた患者に寄り添う	0.353	0.380	0.427	0.162	0.252	0.234
因子寄与		11.51	8.25	7.92	7.50	7.34	6.92
因子寄与率		14.21	10.19	9.77	9.27	9.06	8.54
累積寄与率 (%)		14.21	24.39	34.17	43.43	52.49	61.04

表22 (新)質問紙81項目の因子分析(最尤法、バリマックス回転)

番号	変数名	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	因子6
5	日常生活を送る上で心配なことがないか確認する	0.273	0.146	0.189	0.628	0.126	0.211
4	患者が自分自身の症状を知る意味を伝える	0.276	0.271	0.089	0.601	0.139	0.132
10	緊急時の日常生活の注意点を確認する	0.146	0.356	0.171	0.552	0.148	0.217
3	患者と関わる時に会話した内容を活かす	0.206	0.130	0.285	0.504	0.135	0.208
14	生活スタイルに合わせて患者指導をする	0.353	0.313	0.320	0.501	0.196	0.153
7	患者に起こりうる危機的状況を理解して関わる	0.189	0.237	0.331	0.501	0.098	0.268
11	体重の変化について伝える	0.232	0.178	0.177	0.485	0.117	0.109
8	患者に会える時に意識的に声をかける	0.062	0.248	0.377	0.471	0.155	0.188
6	患者の質問に適切に答える	0.271	0.216	0.297	0.470	0.079	0.165
13	患者が話しやすい場づくりをする	0.146	0.169	0.468	0.469	0.230	0.107
27	治療について情報提供をする	0.361	0.291	0.183	0.462	0.213	0.178
12	データが悪い時は、患者の状態を確認する	0.203	0.076	0.390	0.440	0.100	0.115
16	医療者が患者の症状を知る意味を伝える	0.176	0.342	0.283	0.439	0.196	0.193
26	患者が自分で症状を確認できるように説明する	0.349	0.339	0.256	0.431	0.252	0.216
30	病状について情報提供をする	0.357	0.295	0.359	0.345	0.245	0.119
68	患者への支援に関する家族の思いを聞く	0.274	0.195	0.236	0.204	0.708	0.288
71	家族の日常生活が維持できるように支援する	0.254	0.280	0.199	0.171	0.685	0.291
69	家族間で療養生活に関するコミュニケーションがとれるように促す	0.261	0.249	0.159	0.183	0.683	0.320
70	医療者と家族の間で情報の共有をする	0.265	0.171	0.270	0.208	0.648	0.262
73	患者と家族との間で情報共有ができるよう支援する	0.315	0.198	0.251	0.213	0.642	0.311
72	家族が過去に用いた対処行動を大切にす	0.306	0.262	0.172	0.129	0.612	0.304
74	患者の支援について、家族ができる部分話し合う	0.346	0.242	0.155	0.225	0.579	0.370
67	家族の対処行動を知り支援する	0.285	0.282	0.177	0.205	0.555	0.348
66	家族機能を維持できるように支援する	0.301	0.302	0.176	0.150	0.533	0.356
80	専門職同士で用語や表現への共通理解をする	0.175	0.191	0.148	0.200	0.279	0.656
78	他部門と日頃から話し合い、つながりをつくる	0.258	0.099	0.284	0.232	0.303	0.653
77	定期的に話し合いの場を持ち、役割分担を確認する	0.203	0.185	0.211	0.180	0.351	0.648
82	他機関からの問い合わせに対して、継続した対応をする	0.222	0.212	0.157	0.195	0.213	0.607
83	互いの職種の限界を知った上で役割分担をする	0.283	0.123	0.280	0.265	0.219	0.588
81	患者が利用する相談窓口などの具体的利用の仕方を把握する	0.232	0.344	0.103	0.193	0.210	0.582
79	必要に応じて関係職種と患者について話し合いをする	0.377	0.062	0.220	0.272	0.343	0.578
76	連携する専門職同士が互いに尊重するように心がける	0.221	0.151	0.308	0.186	0.308	0.562
75	関係先の連絡先、受付時間などの情報を共有する	0.152	0.271	0.152	0.146	0.301	0.517
因子寄与		11.51	8.25	7.92	7.50	7.34	6.92
因子寄与率		14.21	10.19	9.77	9.27	9.06	8.54
累積寄与率 (%)		14.21	24.39	34.17	43.43	52.49	61.04

(1)第 1 因子 (24 項目):『意思決定を支える』支援群

この因子には、「患者が行動の改善点を見出せるよう、一緒に振り返る」、「目標達成に合わせた自己管理の方法を話し合う」「自己管理の主体が患者であると理解できるよう関わる」といった患者中心のケアである内容の項目が高い負荷量であったことと、「興味を示す内容についてはより積極的に説明をする」、「患者が行ってきた努力を認める」といった患者自身が持つ自己管理する力を後押しする項目が高い負荷であった。『意思決定を支える』支援群とし、「病いと共に生きていく上で患者が自分なりの方法を見出していく過程の行動に働きかけること」と定義した(表 23 参照)。

表 23 第 1 因子 『意思決定を支える』支援群

因子 負荷量	項目内容	旧項目		
		番号	支援群	行動
0.676	患者が行動の改善点を見出せるよう、一緒に振り返る	52	内	意思
0.667	患者と生活を一緒に振り返り、今後のことを考える	47	内	意思
0.663	目標達成に合わせた自己管理の方法を話し合う	56	内	力
0.655	患者と共に目標の達成を確認し、承認する	54	内	意思
0.641	患者と共に行動変容が可能な点を考える	46	内	意思
0.633	患者と共に実行可能な目標を立案する	59	内	意思
0.628	自己管理の方法を振り返り、よりよい方法の選択を支援する	50	内	意思
0.627	実行可能な計画を患者と共に考える	44	内	意思
0.618	自己管理の主体が患者であると理解できるよう関わる	51	内	力
0.596	興味を示す内容についてはより積極的に説明をする	49	内	力
0.574	患者が行ってきた努力を認める	55	内	力
0.558	指導後の反応から、患者の能力を把握して支援する	60	内	力
0.536	患者が頑張っていることを、あと押しする	45	内	力
0.535	意思決定に必要な情報を提供する	58	内	意思
0.530	職場や療養環境で困っていることについて確認する	53	内	資源
0.515	患者が行った自己管理に関する判断から行動変容につなげる	62	内	意思
0.500	患者がどうしていききたいか確認する	63	内	意思
0.490	患者が思っていることを表明できるように配慮する	48	内	力
0.476	患者が疾患を受け止めていこうという姿勢を支援する	57	内	力
0.466	病気について情報提供をする	37	病	理解
0.421	患者が意思決定するのを待つ	64	内	意思
0.411	患者が抱える葛藤に対応する	38	病	情緒
0.385	日常生活を管理できていると思えるように、声かけをする	31	病	情緒
0.369	職場や周囲の人々に患者自身が病いを説明できるよう支援する	61	内	資源

注：因子分析前の旧項目の番号、支援群、支援行動(行動と示す)を示している。『病いと共に生きる患者を支える』支援群は病、『内在する力を支える』支援群は内と示す。また、【疾患の理解を深める】支援行動は理解、【症状の増悪に対応する】支援行動は増悪、【療養行動の継続を支える】支援行動は継続、【情緒的に支える】支援行動は情緒、【病いと共に生きる心構えを支える】支援行動は心構え、【意思決定を支える】支援行動は意思、【社会資源を活用する力をつける】支援行動は資源、【力を引き出す】支援行動は力と示す。

(2)第 2 因子(16 項目):『療養生活の調整を支える』支援群

この因子には、「外食のとり方を指導する」、「旅行などイベント時の食事についてアドバイスをする」といった療養生活における自己管理の具体的な知識や技術の提供が高い負荷量であったこと、「患者会などの組織を紹介する」「病いと共に生きるストレスに打ち勝つ方法を伝える」という療養生活における自己管理を継続していくために必要となる方法が高い負荷量であったこと、因子負荷量は低いが、倦怠感や嘔吐といった急性増悪時の対応が含まれたことから、療養生活の中で起こり得ることへの対処や自己管理行動の継続を支えるといった整える方法を支えるという意味で『療養生活の調整を支える』支援群とし、「療養生活の中で起こり得ることへの対処や自己管理行動の継続に向け整える過程で状況に合わせて働きかけること」と定義した(表 24 参照)。

表 24 第 2 因子『療養生活の調整を支える』支援群

因子 負荷量	項目内容	旧項目		
		番号	支援群	行動
0.735	外食のとり方を指導する	23	病	継続
0.716	旅行などイベント時の食事についてアドバイスをする	18	病	継続
0.674	食事制限による苦痛を軽減させるためのポイントを教える	20	病	継続
0.639	治療用特殊食品の情報提供をする	25	病	継続
0.515	診断を受ける際の患者の心理的負担への配慮をする	21	病	情緒
0.510	患者会などの組織を紹介する	43	内	資源
0.489	病いと共に生きるストレスに打ち勝つ方法を伝える	35	病	理解
0.467	患者が症状と検査結果を記録できるよう支援する	65	内	力
0.445	利用できる社会資源を教える	42	内	資源
0.432	受診が嫌にならないよう通院や治療への声かけをする	39	病	情緒
0.422	他患者の成功体験を伝える	9	病	理解
0.418	適度な運動を続けることができるようアドバイスをする	33	病	継続
0.412	趣味や仕事と治療が両立できるよう、受診日を調整する	40	病	継続
0.411	倦怠感に対応できるように支援する	28	病	増悪
0.408	嘔吐に対応できるように支援する	17	病	増悪
0.378	倦怠感があるとき、服薬の確認をする	19	病	増悪

注：因子分析前の旧項目の番号、支援群、支援行動(行動と示す)を示している。『病いと共に生きる患者を支える』支援群は病、『内在する力を支える』支援群は内と示す。また、【疾患の理解を深める】支援行動は理解、【症状の増悪に対応する】支援行動は増悪、【療養行動の継続を支える】支援行動は継続、【情緒的に支える】支援行動は情緒、【病いと共に生きる心構えを支える】支援行動は心構え、【意思決定を支える】支援行動は意思、【社会資源を活用する力をつける】支援行動は資源、【力を引き出す】支援行動は力と示す。

(3)第 3 因子(8 項目):『情緒的に支える』支援群

この因子には、「信頼関係を保つように意識する」「患者の気持ちを大切にすること」「患者の気分が沈んでいるときは気遣いを示す」といった気持ちを支える支援が高い負荷量であったことから、いずれも精神的な支援の 1 つと考え、『情緒的に支える』支援群とし、「進行性の病いと共に生きる患者の揺れ動く心に寄り添いながら安寧に向けて働きかけること」と定義した(表 25 参照)。

表 25 第 3 因子『情緒的に支える』支援群

因子 負荷量	項目内容	旧項目		
		番号	支援群	行動
0.666	信頼関係を保つように意識する	24	病	情緒
0.603	患者の気持ちを大切にすること	15	病	情緒
0.600	患者の気分が沈んでいるときは気遣いを示す	34	病	情緒
0.594	状態が悪い時、患者が不安にならないように配慮する	22	病	増悪
0.589	丁寧に説明する	32	病	心構え
0.567	患者の価値観を尊重する	41	内	意思
0.533	患者を信じる	29	病	情緒
0.427	自己の限界や無力感などを抱いた患者に寄り添う	36	病	情緒

注：因子分析前の旧項目の番号、支援群、支援行動(行動と示す)を示している。『病いと共に生きる患者を支える』支援群は病、『内在する力を支える』支援群は内と示す。また、【疾患の理解を深める】支援行動は理解、【症状の増悪に対応する】支援行動は増悪、【療養行動の継続を支える】支援行動は継続、【情緒的に支える】支援行動は情緒、【病いと共に生きる心構えを支える】支援行動は心構え、【意思決定を支える】支援行動は意思、【社会資源を活用する力をつける】支援行動は資源、【力を引き出す】支援行動は力と示す。

(4)第 4 因子(15 項目):『情報の活用を支える』支援群

この因子には、「日常生活を送る上で心配なことがないか確認する」「緊急時の日常生活の注意点を確認する」といった患者が自己管理する上で必要となる情報を持っているか否かの確認が高い負荷量であったことと、「患者が自分自身の症状を知る意味を伝える」「患者と関わる時に会話した内容を活かす」といった患者が持つ情報を活用するための関わりが高い負荷量であったことから、情報を提供するのみではなく、患者自身が主体的に情報を活用していけるような関わりを意味すると考え、『情報の活用を支える』支援群とし、「情報が患者にとって必要な資源として使えるように働きかけること」と定義した(表 26 参照)。

表 26 第 4 因子『情報の活用を支える』支援群

因子 負荷量	項目内容	旧項目		
		番号	支援群	行動
0.628	日常生活を送る上で心配なことがないか確認する	5	病	情緒
0.601	患者が自分自身の症状を知る意味を伝える	4	病	心構え
0.552	緊急時の日常生活の注意点を確認する	10	病	継続
0.504	患者と関わる時に会話した内容を活かす	3	病	情緒
0.501	生活スタイルに合わせて患者指導をする	14	病	継続
0.501	患者に起こりうる危機的状況を理解して関わる	7	病	増悪
0.485	体重の変化について伝える	11	病	理解
0.471	患者に会える時に意識的に声をかける	8	病	情緒
0.470	患者の質問に適切に答える	6	病	心構え
0.469	患者が話しやすい場づくりをする	13	病	情緒
0.462	治療について情報提供をする	27	病	理解
0.44	データが悪い時は、患者の状態を確認する	12	病	増悪
0.439	医療者が患者の症状を知る意味を伝える	16	病	心構え
0.431	患者が自分で症状を確認できるように説明する	26	病	心構え
0.345	病状について情報提供をする	30	病	理解

注：因子分析前の旧項目の番号、支援群、支援行動(行動と示す)を示している。『病いと共に生きる患者を支える』支援群は病、『内在する力を支える』支援群は内と示す。また、【疾患の理解を深める】支援行動は理解、【症状の増悪に対応する】支援行動は増悪、【療養行動の継続を支える】支援行動は継続、【情緒的に支える】支援行動は情緒、【病いと共に生きる心構えを支える】支援行動は心構え、【意思決定を支える】支援行動は意思、【社会資源を活用する力をつける】支援行動は資源、【力を引き出す】支援行動は力と示す。

(5)第 5 因子(9 項目):『家族の力を支える』支援群

この因子には、「患者への支援に関する家族の思いを聞く」など家族への支援内容が含まれた。病いを抱えた患者が力をつけていくための支援には、患者のみならず家族が持つ力にも着目して支援する必要があると考えた。『家族の力を支える』支援群とし、「患者である家族員と共に家族生活を営めるよう寄り添い働きかけること」と定義した(表 27 参照)。

表 27 第 5 因子『家族の力を支える』支援群

因子 負荷量	項目内容	旧項目	
		番号	支援群
0.708	患者への支援に関する家族の思いを聞く	68	家族
0.685	家族の日常生活が維持できるように支援する	71	家族
0.683	家族間で療養生活に関するコミュニケーション がとれるように促す	69	家族
0.648	医療者と家族の間で情報の共有をする	70	家族
0.642	患者と家族との間で情報共有ができるよう 支援する	73	家族
0.612	家族が過去に用いた対処行動を大切にする	72	家族
0.579	患者の支援について、家族ができる部分を 話し合う	74	家族
0.555	家族の対処行動を知り支援する	67	家族
0.533	家族機能を維持できるように支援する	66	家族

注：因子分析前の旧項目の番号、支援群を示している。『家族の力を支える』支援群は家族と示す。

(6)第 6 因子(9 項目):『専門職の支援を整える』支援群

この因子は、「専門職同士で用語や表現への共通理解をする」や「他部門と日頃から話し合いの場を持ち、つながりをつくる」といった、他職種連携での工夫が高い負荷量であったことから、『専門職の支援を整える』支援群とし、「患者を支える関係機関や職種が互いの専門性を活かしながら連携するように働きかけること」と定義した(表 28 参照)。

表 28 第 6 因子『専門職の支援を整える』支援群

因子 負荷量	項目内容	旧項目	
		番号	支援群
0.656	専門職同士で用語や表現への共通理解をする	80	連携
0.653	他部門と日頃から話し合い、つながりをつくる	78	連携
0.648	定期的に話し合いの場を持ち、役割分担を確認する	77	連携
0.607	他機関からの問い合わせに対して、継続した対応をする	82	連携
0.588	互いの職種の限界を知った上で役割分担をする	83	連携
0.582	患者が利用する相談窓口などの具体的利用の仕方を把握する	81	連携
0.578	必要に応じて関係職種と患者について話し合いをする	79	連携
0.562	連携する専門職同士が互いに尊重するように心がける	76	連携
0.517	関係先の連絡先、受付時間などの情報を共有する	75	連携

注：因子分析前の旧項目の番号、支援群を示している。『専門職による支援を整える』支援群は連携と示す。

2. 新エンパワメント支援の状況

エンパワメントを支援する看護ケア 81 項目の合計である新エンパワメント支援総合の平均点は、 287.01 ± 54.00 点(獲得率 70.87%)であった(表 29 参照)。

表 29 新エンパワメント支援総合の平均点と獲得率 $N=344$

	<i>M</i>	<i>SD</i>	範囲	獲得率 (%)
新エンパワメント支援総合	287.01	54.00	114－405	70.87

1)新エンパワメント支援群の状況

新エンパワメント支援群の平均点は、『意思決定を支える』支援群 84.99 ± 17.81 点(獲得率 70.82%)、『療養生活の調整を支える』支援群 51.65 ± 12.21 点(獲得率 64.56%)、『情緒的に支える』支援群 31.22 ± 5.26 点(獲得率 78.06%)、『情報の活用を支える』支援群 58.87 ± 9.56 点(獲得率 78.49%)、『家族の力を支える』支援群 29.84 ± 7.44 点(獲得率 66.32%)、『専門職の支援を整える』支援群 30.44 ± 7.34 点(獲得率 67.65%)であった(表 30 参照)。

表 30 新エンパワメント支援群の平均点と獲得率 $N=344$

新エンパワメント支援群	<i>M</i>	<i>SD</i>	範囲	獲得率(%)
意思決定を支える (24 項目)	84.99	17.81	24－120	70.82
療養生活の調整を支える (16 項目)	51.65	12.21	16－90	64.56
情緒的に支える (8 項目)	31.22	5.26	8－40	78.06
情報の活用を支える (15 項目)	58.87	9.56	15－75	78.49
家族の力を支える (9 項目)	29.84	7.44	9－45	66.32
専門職の支援を整える (9 項目)	30.44	7.34	9－45	67.65

2) 新エンパワメント支援群に含まれる支援行為の状況

(1)『意思決定を支える』支援群に含まれる支援行為

『意思決定を支える』支援群には、24項目の支援行為が含まれている。平均点が4点以上の項目はなく、平均点が高かったのは、「患者が行ってきた努力を認める(3.88±0.87点)」、「患者がどうしていきたいか確認する(3.81±0.91点)」、「患者が疾患を受け止めていこうという姿勢を支援する(3.77±0.89点)」の順であった。また、平均点が2点台の支援行為は「職場や周囲の人々に患者自身が病いを説明できるよう支援する(2.95±1.00点)」で、この支援行為は因子負荷量も最も低かった(表31参照)。

表 31 『意思決定を支える』支援群に含まれる支援行為の平均点

N=344

支援行為	M	SD	範囲
患者が行ってきた努力を認める	3.88	0.87	1-5
患者がどうしていきたいか確認する	3.81	0.91	1-5
患者が疾患を受け止めていこうという姿勢を支援する	3.77	0.89	1-5
興味を示す内容についてはより積極的に説明をする	3.74	0.91	1-5
患者が思っていることを表明できるように配慮する	3.71	0.91	1-5
患者が頑張っていることを、あと押しする	3.70	0.92	1-5
意思決定に必要な情報を提供する	3.70	0.91	1-5
病気について情報提供をする	3.69	0.89	1-5
自己管理の方法を振り返り、よりよい方法の選択を支援する	3.62	0.92	1-5
自己管理の主体が患者であると理解できるよう関わる	3.62	0.91	1-5
日常生活を管理できていると思えるように、声かけをする	3.58	0.82	1-5
指導後の反応から、患者の能力を把握して支援する	3.57	0.92	1-5
患者が意思決定するのを待つ	3.54	0.90	1-5
職場や療養環境で困っていることについて確認する	3.52	0.95	1-5
目標達成に合わせた自己管理の方法を話し合う	3.50	0.93	1-5
患者が行動の改善点を見出せるよう、一緒に振り返る	3.47	0.93	1-5
患者が抱える葛藤に対応する	3.47	0.88	1-5
患者と生活を一緒に振り返り、今後のことを考える	3.46	0.99	1-5
患者と共に目標の達成を確認し、承認する	3.43	0.94	1-5
患者と共に行動変容が可能な点を考える	3.41	0.96	1-5
患者と共に実行可能な目標を立案する	3.40	0.94	1-5
実行可能な計画を患者と共に考える	3.26	1.03	1-5
患者が行った自己管理に関する判断から行動変容につなげる	3.19	0.92	1-5
職場や周囲の人々に患者自身が病いを説明できるよう支援する	2.95	1.00	1-5

(2)『療養生活の調整を支える』支援群に含まれる支援行為

『療養生活の調整を支える』支援群には 16 項目の支援行為が含まれている。平均点が 4 点以上の支援行為はなく、平均点が高かったのは、「診断を受ける際の患者の心理的負担への配慮をする(3.61 ± 0.99 点)」、「倦怠感があるとき、服薬の確認をする(3.56 ± 1.05 点)」、「倦怠感に対応できるように支援する(3.55 ± 0.88 点)」支援行為の順であった。また、平均点が 2 点台の支援行為は「患者会などの組織を紹介する(2.38 ± 1.15 点)」、「病いと共に生きるストレスに打ち勝つ方法を伝える(2.88 ± 0.99 点)」、「治療用特殊食品の情報提供をする(2.97 ± 1.11 点)」であった(表 32 参照)

表 32 『療養生活の調整を支える』支援群に含まれる支援行為の平均点

N=344			
支援行為	M	SD	範囲
診断を受ける際の患者の心理的負担への配慮をする	3.61	0.99	1-5
倦怠感があるとき、服薬の確認をする	3.56	1.05	1-5
倦怠感に対応できるように支援する	3.55	0.88	1-5
嘔吐に対応できるように支援する	3.53	1.10	1-5
利用できる社会資源を教える	3.41	1.06	1-5
適度な運動を続けることができるようアドバイスをする	3.38	0.93	1-5
受診が嫌にならないよう通院や治療への声かけをする	3.34	1.03	1-5
食事制限による苦痛を軽減させるためのポイントを教える	3.33	1.06	1-5
患者が症状と検査結果を記録できるよう支援する	3.22	1.00	1-5
外食のとり方を指導する	3.15	1.08	1-5
趣味や仕事と治療が両立できるように、受診日を調整する	3.14	1.19	1-5
他患者の成功体験を伝える	3.14	1.03	1-5
旅行などイベント時の食事についてアドバイスをする	3.05	1.10	1-5
治療用特殊食品の情報提供をする	2.97	1.11	1-5
病いと共に生きるストレスに打ち勝つ方法を伝える	2.88	0.99	1-5
患者会などの組織を紹介する	2.38	1.15	1-5

(3)『情緒的に支える』支援群に含まれる支援行為

『情緒的に支える』支援群には 8 項目の支援行為が含まれている。平均点が 4 点以上の支援行為は、「信頼関係を保つように意識する(4.28 ± 0.81 点)」、「患者の気持ちを大切にすること(4.26 ± 0.80 点)」、「丁寧に説明すること(4.07 ± 0.82 点)」支援行為の順であった。また平均点が 2 点台の支援行為はなかった(表 33 参照)。

表 33 『情緒的に支える』支援群に含まれる支援行為の平均点 N=344

支援行為	<i>M</i>	<i>SD</i>	範囲
信頼関係を保つように意識する	4.28	0.81	1－5
患者の気持ちを大切にすること	4.26	0.80	1－5
丁寧に説明すること	4.07	0.82	1－5
状態が悪い時、患者が不安にならないように配慮すること	3.99	0.85	1－5
患者の気分が沈んでいるときは気遣いを示す	3.97	0.81	1－5
患者の価値観を尊重すること	3.72	0.86	1－5
患者を信じる	3.53	0.89	1－5
自己の限界や無力感などを抱いた患者に寄り添う	3.41	0.97	1－5

(4)『情報の活用を支える』支援群に含まれる支援行為

『情報の活用を支える』支援群には 15 項目の支援行為が含まれている。平均点が 4 点以上の支援行為は、「データが悪い時は、患者の状態を確認する(4.35 ± 0.78 点)」、「患者と関わる時に会話した内容を活かす(4.17 ± 0.82 点)」、「日常生活を送る上で心配なことがないか確認する(4.15 ± 0.87 点)」、「体重の変化について伝える(4.05 ± 0.92 点)」、「患者が話しやすい場づくりをする(4.05 ± 0.84 点)」、「患者の質問に適切に答える(4.05 ± 0.82 点)」支援行為の順であった。また、平均点が 2 点台の支援行為はなかった(表 34 参照)。

表 34 『情報の活用を支える』支援群に含まれる支援行為の平均点 $N=344$

支援行為	<i>M</i>	<i>SD</i>	範囲
データが悪い時は、患者の状態を確認する	4.35	0.78	1－5
患者と関わる時に会話した内容を活かす	4.17	0.82	1－5
日常生活を送る上で心配なことがないか確認する	4.15	0.87	1－5
体重の変化について伝える	4.05	0.92	1－5
患者が話しやすい場づくりをする	4.05	0.84	1－5
患者の質問に適切に答える	4.05	0.82	1－5
患者に会える時に意識的に声をかける	3.99	0.87	1－5
患者に起こりうる危機的状況を理解して関わる	3.99	0.82	1－5
生活スタイルに合わせて患者指導をする	3.84	0.95	1－5
患者が自分自身の症状を知る意味を伝える	3.81	0.96	1－5
治療について情報提供をする	3.78	0.88	1－5
患者が自分で症状を確認できるように説明する	3.69	0.85	1－5
緊急時の日常生活の注意点を確認する	3.67	1.00	1－5
病状について情報提供をする	3.65	0.88	1－5
医療者が患者の症状を知る意味を伝える	3.62	1.02	1－5

(5)『家族の力を支える』支援群に含まれる支援行為

『家族の力を支える』支援群には 9 項目の支援行為が含まれている。平均点は全て 3 点台であり、最も平均点が高かった支援行為は、「医療者と家族の間で情報を共有する(3.54 ± 0.95 点)」であった。また、最も平均点が低かった支援行為は、「家族が過去に用いた対処行動を大切にする(3.20 ± 0.96 点)」であった(表 35 参照)。

表 35 『家族の力を支える』支援群に含まれる支援行為の平均点 $N=344$

支援行為	<i>M</i>	<i>SD</i>	範囲
医療者と家族の間で情報の共有をする	3.54	0.95	1－5
患者への支援に関する家族の思いを聞く	3.39	0.97	1－5
患者と家族との間で情報共有ができるよう支援する	3.38	0.90	1－5
患者の支援について、家族ができる部分話し合う	3.34	0.95	1－5
家族の日常生活が維持できるように支援する	3.30	1.00	1－5
家族の対処行動を知り支援する	3.25	0.95	1－5
家族機能を維持できるように支援する	3.25	0.96	1－5
家族間で療養生活に関するコミュニケーションがとれるように促す	3.21	1.01	1－5
家族が過去に用いた対処行動を大切にする	3.20	0.96	1－5

(6)『専門職の支援を整える』支援群に含まれる支援行為

『専門職の支援を整える』支援群には 9 項目の支援行為が含まれている。平均点は全て 3 点台であった。最も平均点が高かった支援行為は、「必要に応じて関係職種と患者について話し合いをする(3.67 ±0.95 点)」で、最も平均点が低かった支援行為は、「患者が利用する相談窓口などの具体的利用の仕方を把握する(3.08±1.02 点)」であった(表 36 参照)。

表 36 『専門職の支援を整える』支援群に含まれる支援行為の平均点

N=344			
支援行為	M	SD	範囲
必要に応じて関係職種と患者について話し合いをする	3.67	0.95	1－5
連携する専門職同士が互いに尊重するように心がける	3.61	0.90	1－5
他部門と日頃から話し合い、つながりをつくる	3.58	0.96	1－5
互いの職種の限界を知った上で役割分担をする	3.42	0.99	1－5
他機関からの問い合わせに対して、継続した対応をする	3.32	1.06	1－5
関係先の連絡先、受付時間などの情報を共有する	3.26	1.11	1－5
専門職同士で用語や表現への共通理解をする	3.26	1.02	1－5
定期的に話し合いの場を持ち、役割分担を確認する	3.24	1.08	1－5
患者が利用する相談窓口などの具体的利用の仕方を把握する	3.08	1.02	1－5

3. 新エンパワメント支援実施状況と関連要因との関係

新エンパワメント支援実施状況と関連要因との関係について、分析を行った。看護師の要因(経験年数、腎疾患患者への看護経験年数、保有する資格の数)と、環境要因(患者の病期、施設規模、スタッフ数、勉強会への参加の機会、職場の学習支援、学会等への参加、他職種連携の機会)を関連要因とする。

また、エンパワメント支援と各関連要因について分析するにあたり、エンパワメント支援は、表 37 に示すように、Y1 を 81 項目の合計である新エンパワメント支援総合、Y2～Y7 を各エンパワメント支援群として検討していく。

表 37 エンパワメント支援

Y1	新エンパワメント支援総合
Y2	意思決定を支える支援群
Y3	療養生活の調整を支える支援群
Y4	情緒的に支える支援群
Y5	情報の活用を支える支援群
Y6	家族の力を支える支援群
Y7	専門職の支援を整える支援群

1) 経験年数

YはXによる差があるという仮説を検証する。Xは経験年数、YはY1～Y7である(表37参照)。経験年数により、Y1～Y7の支援行為に差があり、経験年数が多い者のほうがエンパワメント支援を多く実施しているという仮説を立てたところ、Y3カテゴリーに統計的有意差がみられた($p<0.05$)。すなわち、経験年数と『療養生活の調整を支える』支援群は関係がある(表38参照)。

表 38 経験年数とエンパワメント支援群の獲得率 $N=344$

支援群	経験年数	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i> (4,339)	<i>p</i>
療養生活の調整 を支える	3年未満	13	56.44	12.48	2.799	<i>ns</i>
	3～5年	37	63.99	12.39		<i>ns</i>
	6～10年	71	61.99	15.87		.026* <i>ns</i>
	11～15年	66	63.05	16.20		<i>ns</i>
	16年以上	157	67.17	15.03		<i>ns</i>

* $p<0.05$ 、** $p<0.01$

2) 腎疾患患者への看護経験年数

YはXによる差があるという仮説を検証する。Xは腎疾患患者への看護経験年数、YはY1～Y7である(表37参照)。腎疾患患者への看護経験年数により、Y1～Y7の支援行為に差があり、腎疾患患者への看護経験年数が多い者のほうがエンパワメント支援を多く実施しているという仮説を立てた。

(1) 腎疾患患者への看護経験年数が3年以上と2年以下

3年以上の腎疾患患者への看護経験看護師のほうが2年以下よりも、Y5では、統計的有意な差がみられた($p<0.05$)。すなわち、腎疾患患者への看護経験年数が3年以上の看護師のほうが、『情報の活用を支える』支援群を多く実施していた(表39)。

表 39 腎疾患患者への看護経験年数(3年以上)とエンパワメント支援群の獲得率 $N=344$

支援群	経験年数	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (342)	<i>p</i>
情報の活用を支える	3年以上	289	79.08	12.62	-1.972	.049*
	2年以下	55	75.39	13.11		

* $p<0.05$ 、** $p<0.01$

注：腎疾患患者への看護経験年数は、経験年数と示す。

(2)腎疾患患者への看護経験年数が6年以上と5年以下

腎疾患患者への看護経験年数が6年目以上と5年目以下では、Y1、Y3、Y5カテゴリーに統計的有意差がみられた($p<0.05$)。すなわち、腎疾患患者への看護経験年数が6年以上の看護師のほうが新エンパワメント支援総合、『療養生活の調整を支える力』支援群、『情報の活用を支える』支援群を多く実施していた(表40、41参照)。

表40 腎疾患患者への看護経験年数(6年以上)とエンパワメント支援総合の獲得率 $N=344$

	経験年数	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (342)	<i>p</i>
新エンパワメント支援総合	6年以上	206	72.04	13.64	-2.0	.046*
	5年以下	138	69.12	12.71		

* $p<0.05$ 、** $p<0.01$

注：腎疾患患者への看護経験年数は、経験年数と示す。

表41 腎疾患患者への看護経験年数(6年以上)とエンパワメント支援群の獲得率 $N=344$

支援群	経験年数	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (342)	<i>p</i>
療養生活の調整を支える	6年以上	206	66.23	15.86	-2.492	.013*
	5年以下	138	62.07	14.01		
情報の活用を支える	6年以上	206	79.89	12.63	-2.510	.013*
	5年以下	138	76.40	12.69		

* $p<0.05$ 、** $p<0.01$

注：腎疾患患者への看護経験年数は、経験年数と示す。

3)資格数

YはXによる差があるという仮説を検証する。Xは資格数、YはY1～Y7である(表37参照)。資格数の多い者が、Y1～Y7の支援行為に差があり、資格数の多い者がエンパワメント支援を多く実施しているという仮説を立てたところ、統計的有意差は認められなかった。

4) 病期(保存期、末期)

YはXによる差があるという仮説を検証する。Xは病期(保存期、末期)、YはY1～Y7である(表37参照)。病期(保存期、末期)への関わりの有無によりY1～Y7の支援行為に差があり保存期に多く関わる者のほうがエンパワメント支援を多く実施しているという仮説を立てたところ、①保存期の患者と多く関わった者は、Y1～Y7に統計的有意差がみられた($p<0.05$)。すなわち、保存期の患者と多く関わるものはすべてのエンパワメント支援を多く実施していた(表42、43参照)。②末期の患者と多く関わった者は、すべての支援行為に統計的有意差が認められなかった。

表 42 関わった経験が多い病期(保存期)とエンパワメント支援総合の
獲得率 N= 344

	保 存 期	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (342)	<i>p</i>
新エンパワメント支援	多い	219	72.72	12.95	3.472	.001*
総合	多くない	125	67.61	13.42		*

* $p<0.05$ 、** $p<0.01$

表 43 関わった経験が多い病期(保存期)とエンパワメント支援群の
獲得率 N= 344

支 援 群	多 い ^a		多 く ない ^b		<i>t</i> (342)	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
意思決定を支える	73.05	14.17	66.93	15.23	3.749	.000**
療養生活の調整を支える	66.42	15.26	61.30	14.77	3.029	.003**
情緒的に支える	79.42	12.71	75.68	13.64	2.554	.011*
情報の活用を支える	80.30	12.15	75.32	13.19	3.543	.000**
家族の力を支える	67.96	16.50	63.45	16.27	2.449	.015*
専門職の支援を整える	69.25	16.26	64.84	16.05	2.435	.015*

注 a: $n=219$ 、b: $n=125$

* $p<0.05$ 、** $p<0.01$

5) 施設規模

YはXによる差があるという仮説を検証する。Xは施設規模、YはY1～Y7である(表37参照)。施設規模により、Y1～Y7の支援行為に差があり、施設規模が大きいほうがエンパワメント支援を多く実施しているという仮説を立てたところ、500床以上は、Y1～Y5について統計的有意差がみられた($p<0.05$)。また、500床以上の施設と20～99床では、Y1、Y3の支援行為について統計的有意差がみられ、500床以上と100～499床では、Y1～Y5の支援行為について、統計的有意差がみられた($p<0.05$)。すなわち、500床以上は、20～99床と比べて新エンパワメント支援総合、『療養生活の調整を支える』支援群を多く実施していた。また、500床以上では、100～499床と比べてエンパワメント支援総合、『意思決定を支える』支援群、『療養生活の調整を支える』支援群、『情緒的に支える』支援群、『情報の活用を支える』支援群を多く実施していた(表44、45参照)。

表 44 施設規模とエンパワメント支援総合の獲得率

N=344

		n	M	SD	$F(3,340)$	p	
						全 体	500 床
新エンパ ワメント 支 援 総 合	20 床 未 満	2	73.46	19.38	5.121	.002	ns
	20～99 床	30	68.58	11.14			.049*
	100～499 床	232	69.42	13.09			.001**
	500 床 以 上	80	75.85	13.67			—

* $p<0.05$ 、** $p<0.01$

表 45 施設規模とエンパワメント支援群の獲得率

N=344

支援群		n	M	SD	F(3,340)	p	
						全体	500 床
意思決定を 支える	20 床未満	2	77.50	22.39	4.390	.005	ns
	20～99 床	30	67.86	13.08			ns
	100～499 床	232	69.42	14.65			.004**
	500 床以上	80	75.83	14.96			-
療養生活の 調整を 支える	20 床未満	2	68.13	9.72	7.161	.000	ns
	20～99 床	30	60.92	12.38			.007**
	100～499 床	232	62.71	14.74			.000**
	500 床以上	80	71.20	16.07			-
情緒的に 支える	20 床未満	2	78.75	5.30	4.311	.005	ns
	20～99 床	30	75.42	13.62			ns
	100～499 床	232	76.84	13.05			.004**
	500 床以上	80	82.56	12.55			-
情報の活用 を支える	20 床未満	2	80.67	14.14	4.719	.003	ns
	20～99 床	30	78.93	12.88			ns
	100～499 床	232	76.87	12.68			.001**
	500 床以上	80	82.97	12.00			-

* $p<0.05$ 、** $p<0.01$

6) スタッフ数

YはXによる差があるという仮説を検証する。Xはスタッフ数、YはY1～Y7である(表37参照)。スタッフ数により、Y1～Y7の支援行為に差があり、スタッフ数が多いほうがエンパワメント支援を多く実施しているという仮説を立てたところ、Y6カテゴリーに統計的有意差がみられたが、スタッフ数間での統計的有意差は認められなかった($p<0.05$)。スタッフ数により『家族の力を支える』支援群の実施に統計的有意差がある(表46参照)。

表 46 スタッフ数とエンパワメント支援群の獲得率 N=344

支援群		n	M	SD	F(4,339)	p	
						全体	6～10名
家族の力を 支える	5名以下	15	67.85	17.97	2.792	ns	
	6～10名	17	56.60	14.74		—	
	11～20名	64	62.78	17.39		.026*	ns
	21～30名	170	67.86	16.20			.056
	31名以上	78	67.69	15.88			.086

* $p<0.05$ 、** $p<0.01$

7) 勉強会

YはXによる差があるという仮説を検証する。Xは勉強会の有無、YはY1～Y7である(表37参照)。勉強会の機会により、Y1～Y7の支援行為に差があり勉強会の機会のある者のほうがエンパワメント支援を多く実施しているという仮説を立てたところ、Y1～Y7全てに統計的有意差がみられた($p<0.05$)。勉強会の機会がある者は、すべてのエンパワメント支援を多く実施していた(表47、48参照)。

表 47 勉強会の機会とエンパワメント支援総合の獲得率 $N=344$

	勉強会	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (342)	<i>p</i>
新エンパワメント支援	あり	303	71.85	13.05	3.802	.000**
総合	なし	41	63.58	13.32		

* $p<0.05$ 、** $p<0.01$

表 48 勉強会の機会とエンパワメント支援群の獲得率 $N=344$

支援群	勉強会あり ^a		勉強会なし ^b		<i>t</i> (342)	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
意思決定を支える	71.83	14.55	63.39	14.99	3.471	.001**
療養生活の調整を支える	65.68	14.97	56.31	15.01	3.758	.000**
情緒的に支える	78.96	12.77	71.40	14.19	3.508	.001**
情報の活用を支える	79.40	12.36	71.74	13.70	3.676	.000**
家族の力を支える	67.19	16.61	59.84	14.58	2.698	.007**
専門職の支援を整える	68.66	16.27	60.16	14.66	3.174	.002**

注 : a : $n=303$ 、b : $n=41$

* $p<0.05$ 、** $p<0.01$

8) 学習支援

YはXによる差があるという仮説を検証する。Xは学習支援の有無、YはY1～Y7である(表37参照)。学習支援により、Y1～Y7の支援行為に差があり学習支援の機会のある者のほうがエンパワメント支援を多く実施しているという仮説を立てたところ、Y1～Y4、Y7、に統計的有意差がみられた($p<0.05$)。学習支援がある者は、新エンパワメント支援総合、『意思決定を支える』支援群、『療養生活の調整を支える』支援群、『情緒的に支える』支援群、『専門職の支援を整える』支援群を多く実施していた(表49、表50参照)。

表 49 学習支援とエンパワメント支援総合の獲得率					N= 344	
	支援	n	M	SD	t (342)	p
新エンパワメント支援総合	あり	312	71.40	13.24	2.312	.021*
	なし	32	65.71	13.36		

* $p<0.05$ 、** $p<0.01$

表 50 学習支援とエンパワメント支援群の獲得率					N= 344	
支援群	支援あり ^a		支援なし ^b		t (342)	p
	M	SD	M	SD		
意思決定を支える	71.34	14.72	65.83	15.30	2.006	.046*
療養生活の調整を支える	65.19	15.28	58.44	13.89	2.400	.017*
情緒的に支える	78.67	13.08	72.11	12.65	2.711	.007*
専門職の支援を整える	68.33	16.21	60.97	15.90	2.450	.015*

注 a : n=312、b : n=32

* $p<0.05$ 、** $p<0.01$

9) 学会等への参加

YはXによる差があるという仮説を検証する。Xは学会等への参加(1つ以上とそれ以外)、YはY1～Y7である(表37参照)。学会等への参加により、Y1～Y7の支援行為に差があり学会等に参加した者のほうがエンパワメント支援を多く実施しているという仮説を立てたところ、Y1～Y5、Y7に統計的有意な差がみられた($p<0.05$)。学会等に参加をした者は、新エンパワメント支援総合、『意思決定を支える』支援群、『療養生活の調整を支える』支援群、『情緒的に支える』支援群、『情報の活用を支える』支援群、『専門職の支援を整える』支援群を多く実施していた(表51、表52参照)。

表 51 学会等への参加とエンパワメント支援総合の獲得率 $N=344$

	参加	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (342)	<i>p</i>
新エンパワメント支援総合	あり	142	73.63	13.04	3.266	.001**
	なし	202	68.93	13.23		

* $p<0.05$ 、** $p<0.01$

表 52 学会等への参加とエンパワメント支援群の獲得率 $N=344$

支援群	参加あり ^a		参加なし ^b		<i>t</i> (342)	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
意思決定を支える	73.55	14.48	68.91	14.82	2.888	.004**
療養生活の調整を支える	67.99	15.18	62.15	14.88	3.557	.000**
情緒的に支える	80.40	13.02	76.41	13.03	2.799	.005**
情報の活用を支える	81.30	11.70	76.51	13.11	3.479	.001**
専門職の支援を整える	70.56	16.71	65.60	15.72	2.808	.005**

注 a : $n=142$ 、b : $n=202$

* $p<0.05$ 、** $p<0.01$

10) 連携の有無

YはXによる差があるという仮説を検証する。Xは他職種との連携の機会、YはY1～Y7である(表37参照)。他職種と連携する機会により、Y1～Y7の支援行為に差があり他職種と連携する者のほうがエンパワメント支援を多く実施しているという仮説を立てたところ、Y1～Y5、Y7に統計的有意差がみられた($p<0.05$)。他職種と連携する者は、新エンパワメント支援総合、『意思決定を支える』支援群、『療養生活の調整を支える』支援群、『情緒的に支える』支援群、『情報の活用を支える』支援群、『専門職の支援を整える』支援群を多く実施していた(表53、表54参照)。

表 53 他職種連携の機会とエンパワメント支援総合の獲得率 $N=344$

	連携	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (342)	<i>p</i>
新エンパワメント支援総合	あり	282	71.72	13.29	2.565	.011*
	なし	62	66.97	12.93		

* $p<0.05$ 、** $p<0.01$

表 54 他職種連携の機会とエンパワメント支援群の獲得率 $N=344$

支援群	連携あり ^a		連携なし ^b		<i>t</i> (342)	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
意思決定を支える	71.57	14.65	67.45	15.35	1.988	.048*
療養生活の調整を支える	65.70	15.48	59.35	13.11	3.336	.001**
情緒的に支える	78.73	12.91	75.00	13.92	2.031	.043*
情報の活用を支える	79.34	12.61	74.60	12.76	2.674	.008**
専門職の支援を整える	68.57	16.08	63.44	16.78	2.258	.025*

注 a: $n=282$ 、b: $n=62$

* $p<0.05$ 、** $p<0.01$

4. 信頼性・妥当性の検討

1) 6 因子 81 項目の項目分析

カテゴリー(支援群)－新エンパワメント支援総合間の相関は $r=0.847-0.958$ で、いずれも $p<0.01$ であった(表 55 参照)。

表 55 カテゴリー(支援群)－エンパワメント支援総合間相関 $N=344$

	『意思』	『調整』	『情緒』	『情報』	『家族』	『連携』
新エンパワメント支援総合	.958**	.916**	.847**	.899**	.872**	.847**

** $p<0.01$

注：『意思決定を支える』支援群は『意思』、『療養生活の調整を支える』支援群は『調整』、『情緒的に支える』支援群は『情緒』、『情報の活用を支える』支援群は『情報』、『家族の力を支える』支援群は『家族』、『専門職の支援を整える』支援群は『連携』と示す。

2) 項目－カテゴリー相関

項目(支援行為)－カテゴリー(支援群)間の相関は、『意思決定を支える』支援群 $r=0.445-0.878$ 、『療養生活の調整を支える』支援群 $r=0.380-0.844$ 、『情緒的に支える』支援群 $r=0.332-0.821$ 、『情報の活用を支える』支援群 $r=0.418-0.799$ 、『家族の力を支える』支援群 $r=0.353-0.894$ 、『専門職の支援を整える』支援群 $r=0.389-0.844$ で、いずれも $p<0.01$ であった(表 56)。

表 56 項目(支援行為)－カテゴリー(支援群)間相関 $N=344$

支援群	r	p
『意思決定を支える』	.445－.878	0.00**
『療養生活の調整を支える』	.380－.844	0.00**
『情緒的に支える』	.332－.821	0.00**
『情報の活用を支える』	.418－.799	0.00**
『家族の力を支える』	.353－.894	0.00**
『専門職の支援を整える』	.389－.844	0.00**

** $p<0.01$

3) 内的一貫性

新エンパワメントを支援する看護ケアである支援行為 81 項目の内的一貫性を示すクロンバック α 係数 = 0.987 であった。

新エンパワメントを支援する看護ケアの支援群の内的一貫性を示すクロンバック α 係数は、『意思決定を支える』支援群 (24 項目) $\alpha = 0.976$ 、『療養生活の調整を支える』支援群 (16 項目) $\alpha = 0.941$ 、『情緒的に支える』支援群 (8 項目) $\alpha = 0.902$ 、『情報の活用を支える』支援群 (15 項目) $\alpha = 0.933$ 、『家族の力を支える』支援群 (9 項目) α 係数 = 0.956、『専門職の支援を整える』支援群 (11 項目) α 係数 = 0.932 であった (表 57 参照)。

表 57 カテゴリー(支援群)の信頼係数		N=344
支援群	項目数	α
『意思決定を支える』	24 項目	0.976
『療養生活の調整を支える』	16 項目	0.941
『情緒的に支える』	8 項目	0.902
『情報の活用を支える』	15 項目	0.933
『家族の力を支える』	9 項目	0.956
『専門職の支援を整える』	9 項目	0.932

4) カテゴリー間相関

カテゴリー(支援群)間の相関(Pearson の積率相関係数)は、強い正の相関 ($r = 0.659 - 0.834$) があった (表 58 参照)。

表 58 カテゴリー(支援群)間相関

N=344

支援群	『意思』	『調整』	『情緒』	『情報』	『家族』	『連携』
『意思決定を支える』						
『療養生活の調整を支える』	.834 ^{**}					
『情緒的に支える』	.803 ^{**}	.731 ^{**}				
『情報の活用を支える』	.828 ^{**}	.803 ^{**}	.787 ^{**}			
『家族の力を支える』	.808 ^{**}	.756 ^{**}	.659 ^{**}	.697 ^{**}		
『専門職の支援を整える』	.762 ^{**}	.714 ^{**}	.660 ^{**}	.699 ^{**}	.803 ^{**}	

^{**} $p<0.01$

注：『意思決定を支える』支援群は『意思』、『療養生活の調整を支える』支援群は『調整』、『情緒的に支える』支援群は『情緒』、『情報の活用を支える』支援群は『情報』、『家族の力を支える』支援群は『家族』、『専門職の支援を整える』支援群は『連携』と示す。

第 5 章 考察

保存期 CKD 患者は、透析療法を導入された末期 CKD 患者や腎移植患者と比較して、身体機能活動力、日常的な役割機能、全体的健康感、活力、社会機能、精神的役割機能の低下といった QOL が低いことが報告されている(吉矢ら, 2002)。また、疾患の先行きの見えなさに加え、症状が顕在化していないなどの理由から、看護師が保存期 CKD 患者への支援を行う際の困難さを明らかにした研究もある(田中ら, 2015; 尾蔵ら, 2011)。このような特性がある保存期 CKD 患者のエンパワメントを支援する看護ケアの具体的内容やエンパワメントを支援する看護ケアの実践に関連する要因が明らかになることは、患者のみならずケアを提供する看護師への支援にもつながる重要な課題であると考ええる。

そこで、①エンパワメントを支援する看護ケアの状況、②エンパワメントを支援する看護ケアと関連する要因、③エンパワメントを支援する看護ケアの測定用具としての可能性を考察で検討する。

I. エンパワメントを支援する看護ケアの状況

1. 対象者の特徴

今回の対象者は、保存期 CKD 患者に現在関わっている、もしくは関わった経験のある限られた看護師を対象としたため、対象施設は便宜的サンプリングを行った。この便宜的サンプリングによる属性や結果の偏りが生じる可能性について検討すると、保存期 CKD 患者に関わったことのある看護師の属性の性別・平均年齢は他の研究と同じであったこと、経験年数は先行研究(恩幣ら, 2009; 中原ら, 2003)においても、本研究と同様の対象者の背景であった。また、本研究の対象看護師が多く関わっていた病期は、末期 CKD 患者に関わる機会の方が多かった。そして、多く関わっている疾患として尋ねた慢性腎不全の主要 3 疾患については、本研究の対象者は全員関わっていたこと、対象者の 90% が糖尿病性腎症と関わりをもっていたことなどは、わが国における透析患者数や透析療法導入の原因となる疾病構造と一致しており、対象者の抽出過程において、特異的な結果ではなかったといえる。

2. エンパワメント支援の実際

今回、保存期 CKD 患者のエンパワメントを支援するケアは 6 因子あることが明らかになった。そして、エンパワメントを支援する看護を再定義すると「保存期 CKD 患者が自分なりに病いと付き合っていく力を支援すること。その力の支援とは、患者自身の（意思決定・療養生活調整・情報の活用）力を高めること、力

を失う（揺れ動く）状況を支える（情緒的支援）こと、周囲（家族や社会）を整えていくことである。」といえる。

患者なりに適した病いと付き合っていくことについて、近年、セルフマネジメントという概念が指導型の患者教育から学習援助型の考え方として用いられている(安酸,2004b)ように、患者なりに適した状態で、病いと付き合っていくためには、疾患管理のみならず、意思決定の側面を含む(安酸,2004b)。また、保存期 CKD 患者は進行する病いと付き合う中で、身体症状の変化、こころの変化、周囲との関係性の変化を体験するため、患者が意思決定や情報を患者自身が使えるよう変えていくという「情報を活用すること」への支援が重要であり、進行性の疾患という側面から、「療養生活を調整すること」への支援も欠かすことができない。そのため、患者自身の力とは「意思決定を支える」、「療養生活を調整する」、「情報を活用すること」である。そして、保存期 CKD 患者の特性でもある疾患の進行に伴って生じる身体症状や揺れ動く気持ちを「情緒的に支える」支援は無症状もしくは症状の出現から末期 CKD に向けて適宜行うことで患者の心の余裕や患者なりに適した病いと付き合っていくことの支援へと繋がる。また、医療機関を退院した後、もしくは医療機関に通院中の保存期 CKD 患者の療養生活を送る場である自らの療養生活の場を整えていくための家族や社会を欠かすことができない。それら家族や社会をよりよい状態にするには看護師による直接的な介入のみならず、患者を取り巻く周囲も患者同様に力をつけていく必要がある。

エンパワメントを支援する看護ケアを明らかにするための(新)質問紙、旧質問紙のエンパワメント支援総合得点のいずれもエンパワメント支援の獲得率は70%以上であったこと、また、支援群、支援行動別でみても、いずれも60%以下の支援内容を示す支援群や支援行動はなく、今回の対象者は、保存期 CKD 患者のエンパワメントを支援する看護ケアを実施していたといえる。

(新)質問紙のエンパワメント支援群別獲得率は、『情緒的に支える(78.49±12.75%)』支援群、『情報の活用を支える(78.06±13.16%)』支援群が多く実施されていた。旧質問紙(85項目)においては、【症状の増悪に対応する(78.26±13.21%)】支援行動、【情緒的に支える(76.62±12.59)】支援行動、【病いと共に生きる心構えを支える(76.95±13.61%)】支援行動が多く実施されていた。(新)質問紙、旧質問紙と共に情緒的に支える支援が多く実施されていたといえる。『情報の活用を支える』支援群と【症状の増悪に対応する】支援行動、【病いと共に生きる心構えを支える】支援行動は、含まれる項目がほぼ同じであったことと、『情報の活用を支える』支援群には獲得率が75%以上の項目が半分以上であったた

め、『情報の活用を支える』支援群が多く実施されていたといえる。
以下、(新)質問紙の各支援群で検討する。

1)『意思決定を支える』支援群

今回、旧質問紙の『内在する力を促進する』支援群に含まれた多くの項目が『意思決定を支える』支援群に含まれた。近年、「意思決定」という用語が多く用いられている。柳原は一般的な意思決定と自己決定の定義をもとに自己決定は自己か他者が明確にしたい時だけ使うものであり、先のことを決めることはすべて意思決定を使うことが正しい、と述べている(柳原, 2013)。

透析患者の医療・療養における意思決定は安食ら(安食ら, 2011)が、慢性疾患患者に対しては常盤(常盤, 2005)が API 尺度(意思決定希求度・情報希求度)を用いた測定をし、いずれも意思決定希求度は情報希求度に比べて高くないという結果を得ており、患者自身が必ずしも意思決定を望んでいないことを述べている。これについては、透析患者の自己決定の構造を明らかにした野嶋ら(1997)は、消極的決定型、なり行き任せ決定型といった自己決定を自ら行わず自己決定の支援の必要があるタイプを類型化しているように、患者に合わせた意思決定支援が必要といえる。

特に、糸球体濾過率が低下し重症度が進行した保存期 CKD 患者は、移植療法以外に身体的な改善が認められることはなく、症状の出現や日常生活上の制約は、自己管理への自信や気持ちを低下させる(井上, 林, 2009)。そのような経験を重ねる保存期 CKD 患者が自分自身の経験を確認や表現をしながらその先に進むための意思決定を支える支援群の獲得率は、平均 $70.82 \pm 14.83\%$ と重要であるにも関わらず高くなかったことから、意思決定支援の実施状況には対象者の中で差が生じているのではないかと考える。

2)『療養生活の調整を支える』支援群

慢性疾患患者が慢性状況を抱えながら生きていくとき、人は病気に伴う様々な状況と折り合いをつけるための調整や、一連の過程の中で行われる内面の作業である編み直しを行う(黒江ら, 2004)といわれる。『療養生活の調整を支える』支援群を構成する支援行為は、外食の取り方、利用できる社会資源、外来受診や適度な運動の継続など、といった、生活する中で、調整をどのようにしていくかという知識や技術に関する内容であり、保存期 CKD 患者が、病気に伴う様々な状況と折り合いをつけて生きていくことを支援するものである。この『療養生活の調整を支える』支援群は、他の支援群よりも獲得率が 64.56% と

低かった。この支援群は、因子分析（最尤法、バリマックス回転）で第2因子として抽出され、因子寄与率 10.19 であり、CKD 患者のエンパワメントを支援する看護ケアに寄与率が高い支援群であるにも関わらず、獲得率が低いことは、重要な課題である。

近年、教育入院(川畑ら, 2004)、や外来における保存期 CKD 患者へのチームアプローチ(佐藤, 2010)の報告もされている。さらに、現在、保存期 CKD 患者に対する e-learning (高橋, 岡, 2015)や対象者の行動変容を促すプログラムの報告(上星ら, 2012)など、療養生活を支えるための実践が進みつつある。本研究結果において、『療養生活の調整を支える』支援群の実施度は、臨床経験年数別で統計的に有意差が認められ($p<0.05$)、3 年未満は平均点 56.44 ± 12.48 点、3 年以上 6 年未満は平均点 63.99 ± 12.39 点、6 年以上 11 年未満は平均点 61.99 ± 15.87 点、11 年以上 16 年未満は平均点 63.05 ± 16.20 点、16 年以上は平均点 67.17 ± 15.03 点であったこと、腎疾患患者への看護経験年数により有意差が認められ($p<0.05$)、5 年以下は平均点 62.07 ± 14.01 点、6 年以上は平均点 66.23 ± 15.86 点であった。これらのことから、特に臨床経験年数、腎疾患患者を対象とした看護経験年数の少ない看護師に対して、『療養生活の調整を支える』支援群を実践することができるような教育的アプローチが必要であると考ええる。

保存期 CKD 患者の療養生活を整え QOL を高めることは看護の専門性であり、今後さらに『療養生活の調整を支える』支援群の実施を高めていくことが課題であり、看護師自身の学習や経験を加味した支援が有用であると考ええる。

3)『情緒的に支える』支援群

個人のエンパワメントの評価指標には、心のケアによってもたらされるもの「満足」「コントロール感」などの指標を示すことができることをアウトカムとしてのエンパワメントにおいて論じられている(野嶋, 1996)が、同様に、保存期 CKD 患者がエンパワメントされた状態になるためには、知識や技術といった疾患管理の側面のみならず、患者自身が療養生活を送ることができるという実感や、前向きに療養生活に臨めるといった、患者自身の心の側面から支える必要がある。

加えて、今回エンパワメントを支援する看護ケアの総得点と各カテゴリーの相関係数が高かったことから、エンパワメントを支援する看護ケアの総合獲得率の高かった本集団においては『情緒的に支える』支援群の実施が多い結果となったと考えられる。『情緒的に支える』支援群の獲得率が高かった理由とし

て、保存期 CKD 患者は末期 CKD 患者と比較すると精神的健康の得点や精神面の得点は高いが、健康な人と比較すると身体面のみならず精神面は低く (Pagels ら, 2012)、保存期 CKD 患者には精神的な支援が必要不可欠であるためといえる。

4)『情報の活用を支える』支援群

『情報の活用を支える』支援群は高い獲得率だった。田村(田村, 2003)は、個人のエンパワメントの測定内容は広い意味の「問題解決能力」と述べているように、問題解決をするための「情報」は欠かすことができない。エンパワメントにおける「情報」については、保健医療でのエンパワメントにおける医療機関の「情報」(田村, 2003)や、エンパワメント・プロセスの 8 つの資源(Friedmann, 1992)の 1 つとしての「適切な情報」にも示されるように、情報を患者が自己管理するために有用に活用できることが必要である。保存期 CKD 患者は、疾患の進行予防や生活の質の改善のみならず、透析療法や移植といった治療法選択における意思決定を避けることができず、そのためには「情報」が重要となる。この「情報」への看護支援の実践報告として、事前に情報を患者に紙媒体で提供した上で、家族も含めた支援を行うことなどが報告されている(石原, 2014)ことから、保存期 CKD 患者のエンパワメントの支援において、『情報の活用を支える』支援群の看護ケアの実施が多かったと考えられた。

5)『家族の力を支える』支援群

生活習慣・慢性疾患をもつ者への家族にアプローチする第一義的意義は、患者の重要な環境要因、第一次的支援者である家族の(患者への)支援体制を強化することである(森山, 2010)といわれる。保存期 CKD 患者のエンパワメントを支援するためには、家族のエンパワメントの支援、すなわち「家族の力」を支援する必要がある。

「家族の力」とは、「様々な視点から捉えられているが(中略)健康障害をもつ家族員がいる家族では、健康的な生活や健康状態を維持していく力、健康問題に対処し管理していく力、家族内で役割や関係性を調整していく力、家族内で協働していく力、家族生活を安定させていく力、外部資源を活用していく力などが重要になる」と言われる(瓜生, 森下, 2013)ように、より具体的支援が明確化されつつ求められてきている。

しかし、医療機関の看護師は、家族との介入を苦手とする報告(藤村ら, 2015; 田中ら, 2015)もある。本研究においても、60%以上の獲得率であったが、獲得率の高い支援群や支援群と比較すると低い獲得率といえる。

本支援群において一番獲得率の高かった支援行為は、「医療者と家族の間で情報の共有をする」であった。これは、患者の状況などの家族への説明は比較的实施しやすい行為であるためと考えられる。しかし、その他の支援行為は、「家族機能を維持できるように支援する」、「家族間で療養生活に関するコミュニケーションがとれるように促す」といった、家族を看護の対象として位置づけ、家族の生活に配慮しながら家族の中に看護師が踏み込む支援、すなわち家族をひとつのシステムとして捉え、介入するものである。これらの支援行為は、家族看護学の専門的知識と技術に基づくものであり、家族への支援が「家族看護」として現在看護職の中でも浸透しつつあることから実施している者としていない者との差が生じたと考えた。

6)『専門職の連携を整える』支援群

『専門職の連携を整える』支援群の支援行為の平均点は高いとはいえなかった。これについては、田中ら(2015)の研究においても、専門職の連携を必要と認識しながらも時間やどのように実施したらよいかわからないといった困難さを抱いていることから、保存期 CKD 患者のエンパワメントを支援する看護ケアとしては必要な内容であるが、現段階では高い平均点を得ることは難しい内容の可能性が考えられた。

本支援の実施が難しい理由には、今まで保存期 CKD 患者に対して看護師が他職種の支援を整える機会が少なかった可能性があると考えられた。保存期から末期に移行する患者の支援において、医師・栄養士をはじめとしたその他職種との連携も欠かせない。他職種連携において、看護師は患者と専門職をスムーズに繋いでいくことのみではなく、医療福祉全般に渡る相談や調整をしていくことができるよう、専門職支援者との調整をしていくことも必要である。また、保存期 CKD 患者の重症度や疾患の状況は ADL やセルフケア状況に影響するため、患者の ADL やセルフケア状況に合わせて連携内容も変わることを考えると、看護師が多く関わる病期や疾患などの影響因子も本支援群や支援行為の獲得率に影響するとも考えられた。なお、この中で「栄養士と患者との仲介をする」や「主治医と患者との仲介をする」は、獲得率は高かったが、実施が必要な項目でもあり、状況把握においては妥当な項目ではないと考えられた。

II. エンパワメントを支援する看護ケアと関連要因

エンパワメントを支援する看護ケアの関連要因について、分析された先行研究は行われていなかった。そのため、一般の看護実践能力と関連要因を

明らかにした研究を参考にして、関連要因としての看護師の要因(経験年数、腎疾患患者への看護経験年数、保有する資格の数)と、環境要因(患者の病期、施設規模、スタッフ数、勉強会への参加の機会、職場の学習支援、学会等への参加、他職種連携の機会)について検討する。

看護師の要因には、経験年数、腎疾患患者への看護経験年数、保有する資格の数が含まれる。看護師経験年数に関する先行研究において、中堅看護師の看護実践能力の発達過程に着目した辻ら(辻ら, 2007)は、臨床経験年数5年未満と看護実践能力、経験年数と看護実践能力に相関関係が認められたが、5～20年、20年以上の群では看護実践能力に相関は認められなかったというプラトー現象があることを明らかにした。しかし、臨床経験1～5年目の看護師の看護実践能力に着目した佐々木らは、看護師の看護実践能力の自己評価は3～4年で停滞した後、4～5年目に再び上昇したことを明らかにしている(佐々木ら, 2013)。このように、看護師の経験年数と実践能力は一方向の相関があるとはいえないが、少なくとも、看護実践能力と経験年数は無関係ではないと考える。

専門分野である腎疾患患者への看護経験年数については、看護師の専門分野経験年数について相関を示した研究もあるが、その研究では低い相関であった(辻ら, 2007)ことと、その他の研究では相関が認められたことを述べている研究は少なかった。今回、看護師の腎疾患患者への看護経験年数が3年以上でエンパワメントを支援する看護ケアに差がみられ、6年以上では、エンパワメントを支援する看護ケアを構成する支援群のなかでも、「療養生活の調整を支える」支援群、「情報を活用する力を支える」支援群の獲得率が高かった。そのため、看護師経験年数は関係があることが先行研究ならびに本研究結果からも支持されるが、腎疾患患者への看護経験年数と看護実践能力の関係について本研究の結果を支持することはできない。

次に、先ほどの看護師経験年数ならびに看護師の専門分野である腎疾患患者への看護経験年数で有意差が認められた支援群について考える。今回、看護師経験6年以上群が多く実施したのは、「療養生活の調整を支える」支援群、「情報の活用を支える」支援群という、患者のセルフマネジメントを支援する能力への支援であった。これは、保存期CKD患者のセルフマネジメントにおいて「体調管理」が重要であり、生活の中での具体策や患者自身を取り巻く多くの情報や状況を自分のものとしていけるような、生活を調整しながら継続していくための支援には看護師経験年数もしくは専門分野である腎疾患患者への看護経験年数がある一定以上必要であることが要因と考える。腎疾患患者への看護経験年数による差が生じた要因としては、急性増悪への対応など専門領域での経験が関係するため生じ

たとえられた。また、看護師以外の専門資格の保有については、糖尿病における臨床看護師の実践能力を調査した直成ら(直成ら, 2014)が、看護実践能力と保有資格の関係を示したが、本研究では支持されなかった。

環境要因について検討する。本研究では、患者の病期、施設規模、スタッフ数、勉強会への参加の機会、職場の学習支援、学会等への参加、他職種連携の機会とした。保存期の患者に多く関わった経験のある看護師は、末期の患者に関わった経験のある看護師に比べると、エンパワメント支援の総合得点の他、「意思決定を支える」支援群、「療養生活の調整を支える」支援群、「情緒的に支える」支援群、「情報の活用を支える」支援群、「家族の力を支える」支援群、「専門職による支援を整える」支援群といった全ての支援群の獲得率が高かった。看護師の学習と看護実践能力との関係について、学習と看護ケアとは関連することをスピリチュアリティとスピリチュアルケアを検討した田内ら(田内, 神里, 2014)の研究がある。学習支援状況(勉強会への参加の機会、職場の学習支援、学会等への参加)が整った看護師は、保存期 CKD 患者にとって必要な患者教育とは患者自身が主体となれる状況であることや患者の揺れ動く気持ちを支える必要があることを、学習によって獲得している可能性がある。今回、施設規模、スタッフ数、連携の機会は、施設規模が 500 床以上は、エンパワメントを支援する看護ケアの総合獲得率が高かった。また、「家族の力を支援する」支援群以外の支援群は、500 床以上と未満群での差は認められなかったが、それ以外のカテゴリーでの支援群の獲得率は、500 床以上群の獲得率の方が高かった。家族への支援は、規模やスタッフ数の多さ、すなわち看護職同士の模倣学習や業務の余裕、他職種連携のみでは獲得することが難しい能力のため、今回、統計的に支持されなかったと考えた。また、学習の場には、多くのコメディカルが参加しており、それらの調整をしながら患者を共に支える必要があることを意識していると考えた。これらから、学習としての看護師の外的・内的学習状況は、エンパワメントを支援するケアと関係することが支持された。今回、こうした外的・内的環境が整っている対象者はエンパワメント支援を多く実施していたと考える。

以上より、エンパワメントを支援する看護ケアに関連する要因には、看護師の要因と環境要因の 2 つが考えられた。これら、両要因に共通して本研究で支持された要因は、看護師の「経験」としての経験年数、腎疾患患者への看護経験年数、多く関わる病期と、「学習」としての看護師への学習支援や看護師自身の勉強会や学会等の学習機会への参加、「環境」としての施設規模や他職種連携の機会の 3 つの要因であるといえる。

統計結果からの推測も含むため、これらの要因の今後の質問紙の精選の過程において引き続き検討していく必要がある。

Ⅲ．測定用具としての可能性

81項目と、6カテゴリーの信頼係数 α は0.9以上であり、総合得点とカテゴリー間相関($r=0.847-0.958$)、項目－カテゴリー間相関($r=0.332-0.894$)、カテゴリー間相関($r=0.659-0.834$)、項目－エンパワメント支援総合得点間相関係数($r=0.475-0.804$)と、相関係数は全て0.3以上であり、エンパワメントを支援する看護ケアの尺度(カテゴリー)との信頼性(項目－カテゴリー間相関、信頼係数 α による内的整合性)と内容妥当性が検証され、全体的に「エンパワメントを支援するケア」を測定するまとまりのある質問紙であると考えることができる。

しかし、関連要因との差は、統計的に有意な差がない項目があった。保存期のCKD患者のエンパワメントを支援するケアの測定用具として、項目数の多さが回答率を下げている可能性もあると考えた。欠損値が多い項目はなかったが、項目数と因子の関係については、因子の数の3～4倍以上の質問項目を用意すること、質問項目数の5～10倍程度の人数での回答が必要(松尾, 中村, 2003)と考えると、今回は、6因子18～60項目が妥当と考えた。さらに、これにあたっては、今後のエンパワメントを支援する看護ケアのモデル提示もしくは尺度開発を考えると、因子分析にあたっては最尤法プロマックス回転で実施することが望ましいと考えられた(松尾, 中村, 2003)。

次に、質問項目内容である。85項目では、平均4点以上すなわち80%以上の獲得率を得た項目は、「緊急連絡先を把握する」、「データが悪い時は、患者の状態を確認する」、「信頼関係を保つように意識する」、「患者の気持ちを大切にする」、「患者と関わる時に会話した内容を活かす」、「日常生活を送る上で心配なことがないか確認する」、「丁寧に説明する」、「患者が話しやすい場づくりをする」、「患者の質問に適切に答える」、「体重の変化について伝える」支援行為であった。この支援行為の内容は、保存期CKD患者に対して看護師が通常行っているケアだが、エンパワメントの定義から考えるとエンパワメントを支援するケアとして適切ではない項目と、エンパワメントを支援する内容であっても保存期CKD患者の特徴としての判断が難しい項目が平均点が高い項目であったと考える。平均点が2点台の項目は、「治療用特殊食品の情報提供をする」、「病いと共に生きるストレスに打ち勝つ方法を伝える」、「職場や周囲の人々に患者自身が病いを説明できるよう支援する」、

「患者会などの組織を紹介する」支援行為であった。これらの支援行為の平均点は低いが、エンパワメントを支援するケアの内容を含み、かつ、保存期 CKD 患者を支援するケア内容であるという視点で適切と考える。これらより、必ずしも平均点が高かった質問項目の支援行為で保存期 CKD 患者のエンパワメントを支援する看護ケアを行っていたとはいえない。そこで、エンパワメントを支援する看護ケアの内容は、81 項目をさらに精選させていく必要があると考える。これについて、因子分析の手法では全体の項目の減少ではなく、疾患管理の内容を含む『療養生活の調整を支える』カテゴリー内での項目が減少していき、「保存期 CKD 患者」のエンパワメントを支援する看護の質問紙としての妥当性を保てなくなる可能性が出現した。そのため、各因子の説明にふさわしい項目内容・項目数を考えると一概に少なくすることのみが望ましいとは言えないため、項目数・内容を因子負荷量、内容から総合的にみていく必要がある。

以上より、エンパワメントを支援する看護ケアの状況調査としては 81 項目 6 因子で説明は可能であるが、今後、他疾患との比較やモデル開発を考慮する場合、因子負荷量、内容の検討などで項目を精選していくことが測定用具の妥当性のみならず、回答率を上げることに繋がると思われる。

第 6 章 結 論

本研究は、保存期 CKD 患者のエンパワメントに着目し、保存期 CKD 患者のエンパワメントを支援する看護ケアの開発を目指して、保存期 CKD 患者のエンパワメントを支援する看護ケアの状況を明らかにすること、すなわち 1) 保存期 CKD 患者のエンパワメントを支援する看護ケアの状況を明らかにする、2) 保存期 CKD 患者のエンパワメントを支援する看護ケアとその関連要因を明らかにする、3) 保存期 CKD 患者のエンパワメントを支援する看護ケアで使用した質問紙の測定用具としての可能性を探るの 3 つだった。

I . 結 論

344 名(回収率 67.1%，有効回答率 80.8%)の看護師から得られた保存期 CKD 患者のエンパワメントを支援するケアは、以下のとおりである。

1. 保存期 CKD 患者のエンパワメントを支援する看護ケアは、『意思決定を支える』『療養生活の調整を支える』『情緒的に支える』『情報の活用を支える』『家族の力を支える』『専門職の支援を整える』の 6 支援群 81 項目であった。

2. 保存期 CKD 患者のエンパワメントを支援するケアは、「保存期 CKD 患者が自分なりに病いと付き合っていく力を支援することであり、その力の支援とは、患者自身の（意思決定・療養生活調整・情報の活用）力を高めること、力を失う（揺れ動く）状況を支える（情緒的支援）こと、周囲（家族や社会）を整えていくこと」であると再定義された。

3. エンパワメントを支援するケアの獲得率は 70%以上であった。各支援群の獲得率は、『情報の活用を支える』支援群、『情緒的に支える』支援群が 75%以上と最も高く、『療養生活の調整を支える』支援群が 64.56%と最も低かった。『療養生活の調整を支える』支援群は、他の支援群よりも獲得率が 64.56%と低かった。この支援群は、因子分析（最尤法、バリマックス回転）で第 2 因子として抽出され、因子寄与率 10.19 であり、CKD 患者のエンパワメントを支援する看護ケアに寄与率が高い支援群であるにもかかわらず、獲得率が低いことは、重要な課題である。

4. 保存期 CKD 患者のエンパワメントを支援する看護ケアと関連がある要因は、看護師の要因、環境要因の両方から共通する要因として、経験年数、腎疾患患者への看護経験年数、多く関わる病期といった「経験」、看護師への学習支援や看護師自身の勉強会や学会等の学習機会への参加といった「学習」、ケアを実施する施設規模や他職種連携の機会といった「環境」の 3 要因となった。

5. 看護師経験年数による差は、『療養生活を調整する力を支える』支援群で認められた ($p<0.05$)。また、腎疾患患者への看護経験年数 6 年以上は、6 年未満の者よりもエンパワメント支援総合、『療養生活の調整を支える』支援群、『情報の活用を支える』支援群を多く実施していた ($p<0.05$)。学習を獲得している対象者はエンパワメント支援を多く実施していた ($p<0.05$)。施設規模が 500 床以上では、エンパワメントを支援する看護ケアの総合獲得率が高かった ($p<0.05$)。

6. 保存期 CKD 患者のエンパワメントを支援する看護ケアの測定用具の可能性としては、信頼性(項目－尺度間相関、クロンバック α 係数を用いた内的整合性)と妥当性(表面妥当性、内容妥当性、構成概念妥当性)が検証された。項目－カテゴリー間相関は $r=0.353-0.894$ ($p<0.01$)、カテゴリー間相関は $r=0.659-0.834$ ($p<0.01$)であった。また、信頼係数は全体でクロンバック $\alpha=0.99$ 、6 因子ではクロンバック $\alpha=0.90-0.98$ であった。したがって、エンパワメントを支援する看護ケアの尺度(カテゴリー)との信頼性(項目－カテゴリー間相関、信頼係数による内的整合性)と内容妥当性が検証され、全体的に「エンパワメントを支援するケア」を測定するまとまりのある質問紙であった。しかし、関連要因との差については、統計的に有意な差がでない項目もあり、エンパワメントを支援する看護ケアの状況調査としては 81 項目 6 因子で説明は可能であるが、今後、他疾患との比較やモデル開発を考慮する場合、因子負荷量、内容の検討などで項目を精選していくことが測定用具の妥当性のみならず、回答率を上げることに繋がるといえる。

II. 看護への示唆

本研究によって、保存期 CKD 患者のエンパワメントを支援する看護ケアの状況が明らかになった。中でも、看護師が多く実施していたケアは、『情報の活用を支える』支援群、『情緒的に支える』支援群であり、これは保存期の揺れ動く患者の心理を支援するため

不可欠なケアが実施されていたといえる。一方で『療養生活の調整を支える』支援群は、最も獲得率が低かったが、因子分析で第2因子として抽出され、CKD患者のエンパワメントを支援する看護ケアに寄与率が高い支援群であるにも関わらず、獲得率が低いことは、重要な課題である。今後、保存期CKD患者の療養生活を整えQOLを高めることは看護の専門性であり、今後さらに『療養生活の調整を支える』支援群の実施を高めていくことが課題であり、看護師自身の学習や経験を加味した支援が有用であると考ええる。さらに、エンパワメント支援の実施に差があること、その実施状況に関係している3つの要因である「経験」、「学習」、「環境」であることが本研究で明らかになった。経験を積むことやエンパワメントを支援する看護ケア実施の機会を増やすのみならず、看護師を支援する内容として、意図的な「学習」支援を組み込むことがエンパワメントを支援する看護ケアをさらに実施することが可能である。学習支援においては、エンパワメント支援の構造を明確にすることや、今回獲得率が低かった項目などにも着目した学習支援を行うことも効果的であると考えられた。

Ⅲ．今後の課題

今回は、対象者へのアクセスが難しかったこと、質問項目の読み取りづらさなどもあり、対象者数が少なく、欠損値も多かった。エンパワメントを支援する看護ケアを明らかにするための質問紙としての結果は得られたが、測定用具としては、他疾患との比較やモデル開発を考慮する場合、質問紙の項目を精選する必要性が示唆された。

謝 辞

お忙しい中、本研究にご協力頂きました看護師の皆様、また、快くフィールドを紹介していただきました多くの病院の看護部長様、院長様をはじめ、東京女子医科大学 認定看護師教育センター山内英樹先生、東京工科大学 森田夏実先生、認定看護師教育センター卒業生の方々に深謝いたします。皆様のご協力によりデータを得ることができました。調査用紙の作成にあたり、ご協力・ご助言頂きました高知県立大学の先生方、本当にありがとうございます。

最後に、長期にわたり研究を支援し暖かく励まして頂いた高知県立大学 中野綾美先生、野嶋佐由美先生、長戸和子先生に深謝いたします。

引用・参考文献

安食和子、丸山祐子、原田孝司、ほか(2011): 慢性腎不全患者の意思決定についての検討、日本透析医学会雑誌、44(2)、153-161.

赤沢昌子(2004): 地方総合病院における看護師へのエンパワーメントと仕事のコントロール、燃え尽き状態との関係、日本看護学会論文集 看護管理、34、145-147.

秋山さちこ、海老真由美、村山正子(2004): 住民組織に所属する個人エンパワメント構造、日本地域看護学会誌、7(1)、35-40.

天谷真奈美、岩崎弥生(2006): 社会的ひきこもり青年を抱える親への看護援助に関する研究、千葉看護学会会誌、12(1)、79-85.

安藤詳子、田中美由紀、松浦恵子、ほか(2002): 腎機能障害と患者の食事自己管理行動の促進に関する検討、Quality Nursing、8(1)、67-72.

安藤康弘(2016): CKDの進展抑制と治療 運動療法、内科、118(1)、93-96.

安梅勅江(2006): エンパワメントのケア科学 当事者主体チームワーク・ケアの技法(第1章 エンパワメントとは)、医歯薬出版株式会社、第1版、2-7.

Anderson,B.,Funnell,M(2005): The Art of Empowerment(2nd).American Diabetes Association.石井均監訳(2008): 糖尿病エンパワメント 愛すること、おそれること、成長すること、p124、医歯薬出版.

麻原きよみ、平林恭子、横内範子、ほか(1993): 在宅障害者の機能訓練教室活動に関する評価的研究 教室参加者の社会関係に焦点を当てて、日本公衆衛生雑誌、40(5)、363-374.

麻原きよみ、根橋美保、百瀬典子、ほか(1996): 母と子の教室活動の評価 教室活動の評価と担当保健婦の変化、保健婦雑誌、52(4)、309-314.

麻原きよみ(2000): エンパワメントと保健活動 エンパワメント概念を用いて保健婦活動を読み解く、保健婦雑誌、56(13)、1120-1126.
Barker.P.(萱間真美訳)(2000):【エンパワメントに着目した活動を】精神保健活動の技術としてのエンパワメント.保健婦雑誌、56(13)、1136-1142.

Biddle,G.(宇田有希監修)(2008): 世界各国の腎臓病看護 現在の到達点と将来の展望、そこへ至る道筋.日本腎不全看護学会誌、10(1)、24-31.

Constantini,L.,Beanlands,H., McCay,E., et al(2008):The Self-Management Experience of People with Mild to Moderate Chronic Kidney Disease,Nephrology Nursing Journal,35(2),147-155.

- 小学館 大辞泉編集部編(2012a): 大辞泉、第2版、小学館、下巻、2030.
- 小学館 大辞泉編集部編(2012b): 大辞泉、第2版、小学館、下巻、2615.
- 小学館 大辞泉編集部編(2012c): 大辞泉、第2版、小学館、上巻、1581.
- 江川隆子(2000): 腎不全患者のケアに関する研究の動向と今後の課題、看護研究、33(4)、273-280.
- Friedmann, J.(1992): Empowerment: The Politics of Alternative Development(1st). John Wiley & Sons. 斉藤千宏、雨森孝悦(1995)、市民・政府・NGO 「力の剥奪」からエンパワーメントへ」、新評社、初版、8-121.
- 藤村博恵、河原加代子(2010): 地域での活動体験をもつ助産師の入院中の産褥期ケア、日本保健科学学会誌、12(4)、200-210.
- 藤村史穂子、上林美保子、蘇武彩加、ほか(2015): 退院支援・退院調整に関わる医療機関の看護職が感じる困難とその対処、岩手県立大学看護学部紀要、17、1-12.
- 藤岡寛(2012): 障がい児をもつ母親のエンパワメント獲得につながる母子入園での体験、外来小児科、15(2)、211-216.
- 藤田三恵、川島和代、諸江由紀子(2008): 慢性疾患患者が食事を改善し維持に至る認識の変化の過程、日本看護研究学会雑誌、31(5)、39-48.
- 藤田佐和(大西和子、岡部聡子)(2009): 成人看護学概論(第Ⅵ章 成人看護に使用される理論・モデル 8.エンパワーメント)、ヌーヴェルヒロカワ、第2版、211-217.
- 原田春美、小西美智子(2015): 保健師の人間関係形成能力と職務経験の関連性、日本看護医療学会雑誌、17(1)、1-11.
- 橋本卓也、岡田進一、白澤政和(2006): 障害者のセルフ・エンパワメントの内的生成要因について 自立生活を送る重度障害者に焦点をあてて、社会福祉学、48(4)、105-117.
- 長谷川毅、鈴嶋よしみ、秋澤忠男、ほか(2008): 保存期慢性腎不全患者における SF-36v2 日本語 acute 版の計量心理学的検証、日本腎臓学会誌、50(1)、42-50.
- 畑哲信、前田恵子、辻井和男、ほか(2003): 統合失調症患者に対するエンパワーメントスケールの適用、精神医学、45(7)、733-740.
- 樋口謙次、久保晃、下地大輔、ほか(2013): 保存期慢性腎臓病(CKD)患者における身体活動量と QOL との関連、理学療法科学、28(4)、481-486.

堀尾勝(2007)：CKD 進展抑制に向けて、臨床看護、33(9)、1290－1295.

淵之上里子、佐々木千世、永井英佳、ほか(2004)：在宅への支援を通して～家族看護エンパワーメントモデルにて振り返る～、家族看護学研究、10(2)、112.

渕田英津子(2003)：エンパワーメントを意図した高齢者の生活条件に関する研究、日本保健福祉学会誌、9(2)、19－29.

出射史子、加藤久美子(2001)：慢性腎疾患患者の主観的体験世界、岡山大学医学部保健学科紀要、12(1)、19－26.

池田京子、櫻井浩治、村松芳之、ほか(2000)：血糖値と心理的要因に関する研究－糖尿病患者のセルフ・エフィカシーと不安・抑うつについて－、心療内科、4(3)、231－237.

池田京子(2002)：Ⅱ型糖尿病患者の自己効力感、不安、抑うつと血糖コントロールとの関連、新潟医学会雑誌、116(1)、41－47.

池添志乃、野嶋佐由美、中野綾美、ほか(2015)：家族支援専門看護師による家族への看護介入『家族看護エンパワーメントガイドライン』を活用して、高知女子大学看護学会誌、40(2)、63－72.

井上智恵、林裕子(2009)：保存期腎不全患者の生活の本質的な意味、日本慢性看護学会誌、3(1)、1－8.

石原文緒(2014)：CKD 保存期の外来支援「糖尿病透析予防指導」「腎代替療法選択支援」、日本血液浄化技術学会会誌、22(3)、222－224.

伊藤智子、景山真理子、森山美恵子、ほか(2006)：コミュニティを基盤としたミニディサービス事業にみる高齢者エンパワーメントプロセスと促進要因の検討、日本地域看護学会誌、9(1)、53－58.

門間晶子(2000)：保健婦のエンパワーメントの構造と規定要因の分析、日本看護科学会誌、20(2)、11－20.

金澤良枝、中尾俊之(2004)：慢性腎不全患者に対する低たんぱく食事療法の効果および身体的・社会的態様との関連性の検討、腎臓、27(2)、99－104.

川畑恵美香、北原良香、永松由紀子、ほか(2004)：保存期慢性腎不全教育入院のクリニカルパスの導入、日本腎不全看護学会誌、6(2)、99－105.

萱間真美(1999)：精神分裂病者に対する訪問ケアに用いられる熟練看護職の看護技術 保健婦、訪問看護婦のケア実践の分析、看護研究、32(1)、53－76.

Kidney Disease Improving Global Outcomes : Clinical Practice Guidelines

[http://kdigo.org/home/guidelines/\(2016.8.24\)](http://kdigo.org/home/guidelines/(2016.8.24))

金外淑、嶋田洋徳、坂野雄二(1996)：慢性疾患患者の健康行動に対するセルフ・エフィカシーとストレス反応との関連、心身医学、36(6)、499－505.

小松実恵子、恩幣宏美、岡美智代(2010)：糖尿病腎症患者における糖尿病治療・療養中断に対する思い、日本保健医療行動科学会年報、25、196－208.

高知県立大学看護学部 家族看護学研究室 代表 野嶋佐由美
(2013)：家族エンパワーメントガイドライン.

厚生労働省 第2回 腎疾患対策検討会資料. 2008.3

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000000zsyd-att/2r985200000000zszu.pdf> (2016.3.14)

厚生労働省 平成 26 年 (2014) 患者調査の概況.2015.12

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/dl/kanja-01.pdf>
(2016.7.25)

久保美紀(1995)：ソーシャルワークにおける Empowerment 概念の検討－Power との関連を中心に－、ソーシャルワーク研究、21(2)、93－99.

久木田純 (久木田純・渡辺文夫編) (1998)：現代のエスプリ 376：エンパワーメント (第1章 エンパワーメントとは何か)、初版、至文堂、10－34.

黒江ゆり子、藤澤まこと、普照早苗(2004)：病の慢性性(Chronicity)における「軌跡」について－人は軌跡をどのように予想し、編みなおすのか－、岐阜県立看護大学紀要、4(1)、154－160.

槇本香、野嶋佐由美、中野綾美、ほか(2015)：専門看護師による家族の意思決定の支援・アドボカシーに関する実践 家族看護エンパワーメントガイドラインにもとづく看護実践.高知女子大学看護学会誌、40(2)、53－62.

松尾太加志、中村知靖(2003)：誰も教えてくれなかった因子分析(2章 因子分析)、初版、北大路書房、45－92.

松下和子、杉本かめの、門馬かよ子、ほか(1977)：腎疾患患者プロトコル作成の試み、保健婦雑誌、33(8)、457－467.

松下和子、渡部純子、杉本かめの、ほか(1983)：腎疾患患者の経時的保健指導内容の再検討、聖路加看護大学紀要、第9号、1－12.

McCarley,P.B.,Burrows-Hudson,S.(2006)：Chronic Kidney Disease and Cardiovascular Disease - Using the ANNA Standards and Practice Guidelines to Improve Care: Part 1: The Epidemiology of Chronic Kidney Disease: The Risk Factors and Complications That Contribute to Cardiovascular Disease,Nephrology Nursing Journal, 33(6), 666－674.

- 村上美華、梅木彰子、花田妙子(2009)：糖尿病患者の自己管理を促進および阻害する要因、日本看護研究学会雑誌、32(4)、29－38.
- 百瀬由美子(2007)：高齢者のヘルスプロモーションにおけるエンパワメント尺度の開発、身体教育医学研究、8、21－32.
- 森田夏実(2008)：血液透析療法を受けながら生活している慢性腎不全患者の“気持ち”の構造、聖路加看護学会誌、12(2)、1－13. .
- 森山美知子(2010)：壮年期生活習慣病患者の家族ケア、家族看護、8(2)、51－56.
- Molzahn,A.E.,Bruce,A.,Sheilds,L.(2008):Learning from Stories of People with Chronic Kidney Disease,Nephrology Nursing Journal.35(1),13－20.
- 永井眞由美(2003)：自助グループに関わる難病患者のエンパワメントのプロセスとその要因に関する研究.日本難病看護学会誌、7(2)、123－128.
- 長尾佳代(2005)：長期透析者のエンパワメント活用について.日本看護学会論文集 成人看護 II、35、364－366.
- 中原宣子、森田夏実、内田雅子(2003)：看護師からみた日本の透析医療と看護の方向性、日本透析医学会雑誌、36(6)、1215－1221.
- 中村光江(2010)：慢性腎臓病看護の動向に関する文献的考察、日本赤十字九州国際看護大学 Intramural Research Report、8号、43－52.
- 中野綾美、宮田留理、畦地博子、ほか(1996)：エンパワメント現象を生み出す看護者のこころのケアの特性、看護研究、29(6)、519－529.
- 中野綾美(2001)：ネフローゼ症候群の子どもと共に生きる家族のエンパワメント、小児看護、24(11)、1563－1568.
- 中山貴美子、岡本玲子、塩見美抄(2005)：住民からみたコミュニティ・エンパワメントの構成概念、神戸大学保健学科紀要、21、97－108.
- 中山貴美子、岡本玲子、塩見美抄(2006)：コミュニティ・エンパワメントの構成概念－保健専門職による評価のための「望ましい状態」の項目収集－、日本地域看護学会誌、8(2)、36－42.
- 直成洋子、片田裕子、原島利恵(2014)：糖尿病看護に関わる臨床看護師の看護実践評価の検討－糖尿病看護実践評価表を用いて－、茨城キリスト教大学看護学部紀要、6(1)、35－44.
- 日本腎臓学会編(2013)：CKD 診療ガイド 2013(エビデンスに基づくCKD 診療ガイドライン 2013 前文)、初版、東京医学社、vii－x iii.
- 日本糖尿病学会編(2013):科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン、南江堂、295－296.
- 日本透析医学会：図説 わが国の慢性透析療法の現況

<http://docs.jsdt.or.jp/overview/pdf2015/p003.pdf> (2016.7.25)

新村出編(2008): 広辞苑、第6版、岩波書店、1001.

西田みゆき(2010): 養育上の困難を抱える母親の Empowerment の概念分析、日本看護科学学会誌、30(2)、44-53.

西岡久美子、中野綾美(2014): 看護学領域におけるエンパワメントの文献的考察—わが国の看護における保存期 CKD 患者への適用—、高知女子大学看護学会誌、39(2)、88-93.

野嶋佐由美(1996): 看護ケアパラダイムの変換をめぐって エンパワメントに関する研究の動向と課題、看護研究、29(6)、453-464.

野嶋佐由美、梶本市子、日野洋子ほか(1997): 血液透析患者の自己決定の構造、日本看護科学学会誌、17(1)、22-31.

野嶋佐由美(2005): 家族エンパワメントをもたらす看護実践(第1章 家族看護学と家族看護エンパワメントモデル)、第1版、へるす出版、1-15.

野坂久美子、中谷信江(2012): 保存期から透析導入に至った慢性腎臓病患者の自己管理における看護の検討、インターナショナル Nursing Care Research、11(3)、69-76.

Nygårdh, A., Wikby, K., Malm, D., et al (2012): Empowerment Intervention in Outpatient Care of Persons with Chronic Kidney Disease Pre-Dialysis, Nephrology Nursing Journal, 39(4), 285-294.

小川喜道(1998): 障害者のエンパワメント. イギリスの障害者福祉(第8章 障害者のエンパワメント)、初版、明石書店、164-176、岡美智代、宗像恒次、戸村成男、ほか(1996): 自己効力感を中心とした血液透析患者の食事管理行動の影響要因、日本保健医療行動科学学会年報、11、233-248.

岡田麻里、小西美智子(2004): 個別的な関わりから地域ケアシステムを構築するための基盤となる能力、看護研究、37(1)、65-78.

Okubo, R., Kai, H., Kondo, M., et al (2014): Health-related quality of life and prognosis in patients with chronic kidney disease: a 3-year follow-up study), Clinical and Experimental Nephrology, 18(5), 697-703.

尾蔵清佳、今井三佳、北川真依、ほか(2011): 看護師が認識する糖尿病腎症初期患者へのケア、日本糖尿病教育・看護学会誌、15(1)、11-17.

恩幣宏美、青木栄子、島崎玲子、ほか(2009): 日本腎不全看護学会関東地区教育セミナー参加者の実態調査 セルフケアを学ぶ看護者の心理状態の検討、日本腎不全看護学会誌、11(2)、70-76.

大桃美穂(2005): 社会保障制度を指導に取り入れたシステムづくり、日本腎不全学会誌、7(2)、95-98.

大浦まり子、田中輝和(2003)：保存期慢性腎不全患者のセルフケア行動に対する自己効力感の特徴、香川県立医療短期大学紀要、5巻、25－32.

大浦まり子、田中輝和(2006)：保存期慢性腎不全患者のセルフケア行動に対する自己効力感とその関連因子、香川県立保健医療大学紀要、3巻、127－136.

Pagels,A.A., Söderkvist,B.K.,Medin,C.,etal(2012):Health-related quality of life in different stages of chronic kidney disease and at initiation of dialysis treatment, Health Qual Life Outcomes,10,71

<http://www.hqlo.com/content/10/1/71>(2016.3.3)

Richard,C.J.(2006)：Self-care management in adults undergoing hemodialysis,Nephrology Nursing Journal,33(4),387－394.

齋藤知栄、山懸邦弘(2016)：CKD ステージが進行した患者と高齢者のCKD 対策と今後の課題、内科、118(1)、19－24.

坂井初恵(安梅勅江編著)(2005)：コミュニティ・エンパワメントの技法 当事者主体の新しいシステムづくり(第11章地域ケアの連携促進)、第1版、医歯薬出版株式会社、119－132.

坂本雅代、羽山由美子、山居輝美、ほか(2006)：エンパワメントを理念とする患者アドボカシー相談のアクションリサーチ、大阪府立大学看護学部紀要、12(1)、37－43.

迫田裕子、田中宏二、淵上克義(2004)：教師が認知する校長からのソーシャルサポートに関する研究、教育心理学研究、52(4)、448－457.

佐々木晶子、深田美香、奥田玲子、ほか(2013)：A 県の臨床経験1年目から5年目の看護師の実践能力に関する自己評価、米子医学雑誌、64、154－162.

佐藤明美(2011)：CKD 外来診療への介入～認定看護師として～、磐田市立総合病院誌、11(1)、50－53.

島居美幸、出浦照國(2001)：保存期慢性腎不全における低たんぱく食に対するコンプライアンスの検討 低たんぱく食に対するコンプライアンスの検討、日本病態栄養学会誌、4(1)、41－47.

清水準一(1997)：ヘルスプロモーションにおけるエンパワーメントの概念と実践、看護研究、30(6)、453－458.

下山田鮎美、吉武清實、三島一郎、ほか(2002)：エンパワーメント理論を用いた実践活動および研究の動向と課題、宮城大学看護学部紀要、5(1)、11－19.

下山節子、水町淑美、阿部オリエ、ほか(2005)：腎不全看護におけるQOL 研究の動向と今後の課題、日本赤十字九州国際看護大学紀要、4、118－127.

塩川幸子、秋山潮子、安田美紀、ほか(2005)：アルコール依存症のグループにおけるエンパワメントを促進する保健師の関わり 生活の視点からのアルコール依存症の回復支援、日本アルコール関連問題学会雑誌、7、118－123.

曾根智史(2000)：エンパワメント 特集 今を読み解くキーワード集．保健婦雑誌、56(12)、1038－1039.

杉野美恵、松本明子、有村奈津子、ほか(2005)：エンパワメントアプローチを看護師へ教育した効果－化学療法看護の充実を目指して－、日本看護学会論文集成人看護 II、36、42－44.

鈴木みずえ、山岸暁美、玉田慈美、ほか(2015)：急性期医療における認知症高齢者のための看護実践の方向性 パーソン・センタード・ケアを目指した教育プログラムによる検討、日本認知症ケア学会誌、13(4)、749－761.

田川由香、正木治恵、野口美和子、ほか(1996)：慢性腎不全間者の疾病認識と自己管理について、千葉大学看護学部紀要、18、89－95.

高橋さつき、岡美智代(2015)：セルフケアを支えるセルフラーニングをもたらす新たな取り組み－患者用 eラーニング教材の開発－、継続看護時代の外来看護、20(1)、21－24.

高橋さつき、岡美千代、恩幣宏美、ほか(2009)：看護師が外来で行う慢性腎臓病 1～4 期の患者教育実施率と実施に影響を及ぼす構造の分析、日本透析医学会雑誌、42(5)、363－368.

田村誠(2003)：「エンパワーメント」の評価方法と考え方、病院、59(8)、730－734.

田中ともみ、清水真佐子、池田英利、ほか(2015)：保存期慢性腎臓病患者への指導時に看護師が抱える困難、日本看護学会論文集成慢性期看護、45、92－95.

田内香織、神里みどり(2009)：終末期がん患者のケアの携わる看護師のスピリチュアリティとスピリチュアルケアの因果関係に関する研究、日本看護科学学会誌、29(1)、25－31.

Tims,S.,King,L.,Bennett,P,N.(2007)：Empowerment for people with end stage renal disease: A literature review, Renal society of Australasia Journal, 3(2), 52－58.

常盤文枝(2005)：慢性病者の医療ケア上における自己決定に関する認識と行動および影響要因の検討、日本看護科学学会誌、25(3)、22－30.

藤後悦子(2002)：保育実践のエンパワーメントに関する研究、保育の研究、19、71－77.

辻ちえ、小笠原知枝、竹田千佐子、ほか(2007)：中堅看護師の看護実践能力の発達過程におけるプラトー現象とその要因、日本看護研究学会雑誌、30(5)、31－38.

上星浩子、岡美智代、高橋さつき、ほか(2012): 慢性腎臓病教育における EASE プログラムの効果 ランダム化比較試験によるセルフマネジメントの検討、日本看護科学会誌、32(1)、21-29.

上杉和美(2004): 退院後のがん患者のエンパワメント、高知女子大学看護学会誌、29(1)、37-47.

瓜生浩子、森下幸子(2013): キーワードで学ぶ! 家族看護学入門 第6回 家族の力・強さ・ストレングス、家族看護、11(2)、133-140.

渡辺洋一(1995): エンパワメントを志向したソーシャルワークに関する一考察、ソーシャルワーク研究、21(2)、100-107.

The WHO Health Promotion Glossary

<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>(2013.11.30)

Walker, L.O., Avant, K.C(2005): Strategies for Theory

Construction in Nursing(第4版)、Pearson Education. 中木高夫、川崎修一(2008)、看護における理論構築の方法、89-122、医学書院.

呉小玉(2007): 中国における主介護者のエンパワメント尺度の内容妥当性と翻訳妥当性に関する研究 要介護高齢者の日常生活動作の維持向上に焦点を当てて、日本看護科学学会誌、27(1)、23-33.

呉小玉(2008): 「主介護者エンパワメント尺度(MCEM)」の中国版の作成、日本看護科学学会誌、28(3)、3-13.

山口伸子(2007): 血液透析導入患者の実態調査 緊急透析導入患者の生活調整を妨げる要因の抽出を試みて、日本腎不全看護学会誌、9(2)、75-80.

柳原清子(2013): 家族の「意思決定支援」をめぐる概念整理と合意形成モデル がん臨床における家族システムに焦点をあてて、家族看護、11(2)、147-153.

安酸史子(2004a): 糖尿病患者のセルフマネジメント教育(第Ⅲ章 エンパワメント引き出すアプローチ法)、第1版、メディカ出版、64-68.

安酸史子(2004b): 糖尿病患者のセルフマネジメント教育(第Ⅲ章 エンパワメント引き出すアプローチ法)、第1版、メディカ出版、18-30.

米山民恵、笠原由美子、厚地尚子、ほか(2003): 腎不全患者の透析療法への思いと自己決定 心理的経過に着目して、臨床看護研究、10(1)、39-46.

吉矢邦彦、蓮沼行人、岡伸俊、ほか(2002): 保存期腎不全患者の健康関連 QOL の検討(SF-36による評価)、腎と透析、53(5)、677-682.

「保存期の慢性腎臓病患者のエンパワメントを支援する 看護ケアの実態に関する研究」に関する調査協力をお願い

この質問紙は、保存期の慢性腎臓病患者さんのもつ力の1つである「エンパワメント」に焦点をあて、看護師の皆さまが、保存期の慢性腎臓病患者さんに対して、どのような看護ケアを行っているかを教えていただき、将来、保存期の慢性腎臓病患者さんへの看護ケアを開発することを目指しています。この質問紙の構成は、①回答いただくあなたのことと②あなたが実施している看護ケアに関することの2部構成となっております。倫理的配慮や連絡先などにつきましては、研究協力へのお願いをご参照ください。

ご多用の中誠に恐れ入りますが、質問紙調査の主旨をご理解いただき、ご協力いただけますよう、お願い申し上げます。

回答方法

質問に答えていただく中で、該当する英数字に○印をつけてください。それ以外のものには、下の例にあるような数字に該当する箇所に○印を付けてください。また、その他〔 〕には、具体的事項をご記入ください。

例 過去5年間で、下記学会など、参加されたもの全てに○をつけてください。その他には具体的に記入ください。

①日本腎不全看護学会、b.日本透析医学会・・・f.日本看護学会
g.患者会、②その他（日本看護研究学会）

*ご回答に必要な時間の目安は、30分程度です。

*アンケート項目「1. ご回答くださる方を教えてください」のみお答えいただいた方も、アンケート調査用紙を返信用封筒に入れてご投函ください。

I. ご回答くださる方のことを教えてください。該当する英数字に○をしてください。
その他〔 〕には、具体的事項をご記入ください。

1. 性別について教えてください。(a. 男性 b. 女性)

2. 年齢について教えてください。カッコ内にご記入ください。〔 〕歳

3. ご所属について教えてください。

1) 施設の規模を教えてください。(a. 20床未満 b. 20～99床 c. 100～499床 d. 500床以上)

2) あなたの勤務場所について教えてください。

(a. 病棟 b. 外来 c. 医療チーム d. その他〔 〕)

3) 2)の勤務場所の種類を教えてください。

〔 a. 腎臓内科 b. 泌尿器科 c. 人工透析科 d. 内分泌科 e. 内科 f. 外科 g. 総合診療科
h. 看護専門外来 i. その他〔 〕 〕

4) 2)のスタッフ数(看護師のみ)を教えてください。

(a. 5名以下 b. 6～10名 c. 11～20名 d. 21～30名 e. 31名以上)

5) 勤務時間を教えてください。

(a. 3交代 b. 2交代、c. 日勤のみ、d. 時間勤務)

↳ d. 時間勤務の方は、勤務時間を教えてください 〔 時～ 時〕

4. 看護師の経験や資格について教えてください。

1) 看護師の経験年数を教えてください。

(a. 3年未満 b. 3～5年 c. 6～10年 d. 11～15年 e. 16年以上)

2) 腎臓疾患を持つ患者さんへの看護の経験年数を教えてください。

(a. 1年未満 b. 1～2年 c. 3～5年 d. 6～10年 e. 11～15年 f. 16年以上)

3) お持ちになられている医療福祉関係の資格について教えてください。

現在お持ちになられている資格のうち、あてはまるもの全てに○をつけてください。

〔 a. 看護師 b. 保健師 c. 助産師 d. 透析療養指導看護師 e. 透析看護認定看護師
f. 糖尿病看護認定看護師 g. 慢性看護専門看護師 h. ケアマネージャー
i. その他〔 〕 〕

5. 現在関わられている(今まで関わられた)慢性腎臓病の患者さんについてお尋ねします。

関わっている(関わられた)ことが多い腎臓疾患の患者さんの疾患名と病期を教えてください。

(複数回答可)

疾患名 (a. IgA腎症 b. 腎硬化症 c. 糖尿病性腎症

d. その他〔 〕)

病期 (a. 保存期 b. 末期(透析))

6. 勉強会などについてお教えください。

1) 院内もしくは、近隣で、腎臓病に関する勉強会などに参加される機会がありますか?

(a. ある b. ない)

2) 院内研究など職場の学習支援体制の有無を教えてください (a. ある b. ない)

3) 過去5年間で、下記学会など、参加されたもの全てに○をつけてください。

〔 a. 日本腎不全看護学会、b. 日本透析医学会、c. 日本腎臓学会、d. 日本移植学会、
e. 日本泌尿器科学会、f. 日本看護学会 g. 患者会開催の勉強会、
h. その他〔 〕 〕

4) 院内もしくは近隣の他職種との連携される機会の有無を教えてください。

(a. ある b. ない)

↳ あると答えられた方にお尋ねします。連携される職種、全てに○をつけてください。

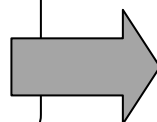
〔 a. 医師、b. 栄養士、c. 理学療法士、d. 作業療法士、e. 臨床工学士、f. ソーシャルワーカー、
g. その他〔 〕 〕

Ⅱ. 以下の８５項目は、保存期の慢性腎臓病患者を支援する看護ケアに関する質問です。

あなたが過去に行われたことや現在行っていることを思い出し、もっともよくあてはまるものに○をつけてください。

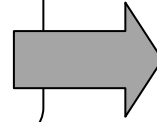
		<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; display: inline-block;"> 1. いつも行っている 2. しばしば行っている 3. まあまあ行っている 4. あまり行っていない 5. 全く行っていない </div>				
		いつも	しばしば	まあまあ	あまり	全く
1	検査後の結果を伝える。	1	2	3	4	5
2	緊急連絡先を把握する。	1	2	3	4	5
3	患者と関わる時に会話した内容を活かす。	1	2	3	4	5
4	患者が自分自身の症状を知る意味を伝える。	1	2	3	4	5
5	日常生活を送る上で心配なことがないか確認する。	1	2	3	4	5
6	患者の質問に適切に答える。	1	2	3	4	5
7	患者に起こりうる危機的状況を理解して関わる。	1	2	3	4	5
8	患者に会える時に意識的に声をかける。	1	2	3	4	5
9	他患者の成功体験を伝える。	1	2	3	4	5
10	緊急時の日常生活の注意点を確認する。	1	2	3	4	5
11	体重の変化について伝える。	1	2	3	4	5
12	データが悪い時は、患者の状態を確認する。	1	2	3	4	5
13	患者が話しやすい場づくりをする。	1	2	3	4	5
14	生活スタイルに合わせて患者指導をする。	1	2	3	4	5
15	患者の気持ちを大切にする。	1	2	3	4	5
16	医療者が患者の症状を知る意味を伝える。	1	2	3	4	5
17	嘔吐に対応できるように支援する。	1	2	3	4	5
18	旅行などイベント時の食事についてアドバイスをする。	1	2	3	4	5
19	倦怠感があるとき、服薬の確認をする。	1	2	3	4	5
20	食事制限による苦痛を軽減させるためのポイントを教える。	1	2	3	4	5
21	診断を受ける際の患者の心理的負担への配慮をする。	1	2	3	4	5
22	状態が悪い時、患者が不安にならないように配慮する。	1	2	3	4	5
23	外食のとり方を指導する。	1	2	3	4	5
24	信頼関係を保つように意識する。	1	2	3	4	5
25	治療用特殊食品の情報提供をする。	1	2	3	4	5

1. いつも行っている
2. しばしば行っている
3. まあまあ行っている
4. あまり行っていない
5. 全く行っていない



		いつも	しばしば	まあまあ	あまり	全く
26	患者が自分で症状を確認できるように説明する。	1	2	3	4	5
27	治療について情報提供をする。	1	2	3	4	5
28	倦怠感に対応できるように支援する。	1	2	3	4	5
29	患者を信じる。	1	2	3	4	5
30	病状について情報提供をする。	1	2	3	4	5
31	日常生活を管理できていると思えるように、声かけをする。	1	2	3	4	5
32	丁寧に説明する。	1	2	3	4	5
33	適度な運動を続けることができるようアドバイスをする。	1	2	3	4	5
34	患者の気分が沈んでいるときは気遣いを示す。	1	2	3	4	5
35	疾いと共に生きるストレスに打ち勝つ方法を伝える	1	2	3	4	5
36	自己の限界や無力感などを抱いた患者に寄り添う。	1	2	3	4	5
37	病気について情報提供をする。	1	2	3	4	5
38	患者が抱える葛藤に対応する。	1	2	3	4	5
39	受診が嫌にならないよう通院や治療への声かけをする。	1	2	3	4	5
40	趣味や仕事と治療が両立できるよう、受診日を調整する。	1	2	3	4	5
41	患者の価値観を尊重する。	1	2	3	4	5
42	利用できる社会資源を教える。	1	2	3	4	5
43	患者会などの組織を紹介する。	1	2	3	4	5
44	実行可能な計画を患者と共に考える。	1	2	3	4	5
45	患者が頑張っていることを、あと押しする。	1	2	3	4	5
46	患者と共に行動変容が可能な点を考える。	1	2	3	4	5
47	患者と生活を一緒に振り返り、今後のことを考える。	1	2	3	4	5
48	患者が思っていることを表明できるように配慮する。	1	2	3	4	5
49	興味を示す内容についてはより積極的に説明をする。	1	2	3	4	5
50	自己管理の方法を振り返り、よりよい方法の選択を支援する	1	2	3	4	5
51	自己管理の主体が患者であると理解できるよう関わる。	1	2	3	4	5
52	患者が行動の改善点を見出せるよう、一緒に振り返る。	1	2	3	4	5
53	職場や療養環境で困っていることについて確認する。	1	2	3	4	5
54	患者と共に目標の達成を確認し、承認する。	1	2	3	4	5
55	患者が行ってきた努力を認める。	1	2	3	4	5
56	目標達成に合わせた自己管理の方法を話し合う。	1	2	3	4	5

1. いつも行っている
2. しばしば行っている
3. まあまあ行っている
4. あまり行っていない
5. 全く行っていない



		いつも	しばしば	まあまあ	あまり	全く
57	患者が疾患を受け止めていこうという姿勢を支援する。	1	2	3	4	5
58	意思決定に必要な情報を提供する。	1	2	3	4	5
59	患者と共に実行可能な目標を立案する。	1	2	3	4	5
60	指導後の反応から、患者の能力を把握して支援する。	1	2	3	4	5
61	職場や周囲の人々に患者自身が病いを説明できるよう支援する。	1	2	3	4	5
62	患者が行った自己管理に関する判断から行動変容につなげる。	1	2	3	4	5
63	患者がどうしていきたいか確認する。	1	2	3	4	5
64	患者が意思決定するのを待つ。	1	2	3	4	5
65	患者が症状と検査結果を記録できるよう支援する。	1	2	3	4	5
66	家族機能を維持できるように支援する。	1	2	3	4	5
67	家族の対処行動を知り支援する。	1	2	3	4	5
68	患者への支援に関する家族の思いを聞く。	1	2	3	4	5
69	家族間で療養生活に関するコミュニケーションがとれるように促す。	1	2	3	4	5
70	医療者と家族の間で情報の共有をする。	1	2	3	4	5
71	家族の日常生活が維持できるように支援する。	1	2	3	4	5
72	家族が過去に用いた対処行動を大切にする。	1	2	3	4	5
73	患者と家族との間で情報共有ができるよう支援する。	1	2	3	4	5
74	患者の支援について、家族ができる部分を話し合う。	1	2	3	4	5
75	関係先の連絡先、受付時間などの情報を共有する。	1	2	3	4	5
76	連携する専門職同士が互いに尊重するように心がける。	1	2	3	4	5
77	定期的に話し合いの場を持ち、役割分担を確認する。	1	2	3	4	5
78	他部門と日頃から話し合い、つながりをつくる。	1	2	3	4	5
79	必要に応じて関係職種と患者について話し合いをする。	1	2	3	4	5
80	専門職同士で用語や表現への共通理解をする。	1	2	3	4	5
81	患者が利用する相談窓口などの具体的利用の仕方を把握する。	1	2	3	4	5
82	他機関からの問い合わせに対して、継続した対応をする。	1	2	3	4	5
83	互いの職種の限界を知った上で役割分担をする。	1	2	3	4	5
84	栄養士と患者との仲介をする。	1	2	3	4	5
85	主治医と患者との仲介をする。	1	2	3	4	5

以上で質問は終わりです。ご協力ありがとうございました。

様式 4

平成 26 年 11 月 25 日

承認書

高知県立大学研究倫理審査委員会

委員長 池田 光徳



下記の研究課題について、高知県立大学研究倫理審査委員会規程及び研究倫理審査に関する取り扱いについての迅速審査（オ）に基づき、高知県立大学看護研究倫理審査委員会の審査結果を承認いたします。

高知県立大学看護研究倫理審査委員会

委員長 藤田 佐和



申請者 西岡 久美子 様

研究課題 保存期の慢性腎臓病患者のエンパワメントを支援する看護ケアの実態に関する研究

承認番号 看研倫 14-48 号

高知県立大学看護研究倫理審査委員会において、上記の研究計画における倫理を審査した結果、審査基準の全てを満たしていると判断しましたので、看護研究倫理委員会規程 8 条 6 項により、本研究計画を実施することを承認いたします。

〇〇 病院（施設名）
院長（職位）
〇〇 〇〇殿

「保存期の慢性腎臓病患者のエンパワメントを支援する
看護ケアの実態に関する研究」の質問紙調査ご協力をお願い

年の瀬もいよいよ押しつまりつつありますが、皆様にはますますご健勝のこととお慶び申し上げます。私は、高知県立大学看護学研究科博士後期課程の学生です。山陽学園大学看護学部で看護教育に携わりながら、博士課程の学生として、現在、保存期の慢性腎臓病患者さんの看護ケアに関心を持ち、研究に取り組んでおります。保存期の慢性腎臓病患者さんの自己管理を支援していくためには、患者さんのもつ力に着目しながら支援していくことが重要であると考えております。今回、その患者さんのもつ力の1つとして、「エンパワメント」に焦点をあて、「保存期の慢性腎臓病患者のエンパワメントを支援する看護ケアの実態に関する研究」に関する質問紙の作成をいたしました。本研究で考えるエンパワメントとは、患者さんが心に余裕を持ちながら自己管理のために必要な知識や技術を習得し、社会の中で自分なりの力を発揮している状態のことです。

別紙の研究の概要（研究の目的、方法、参加に伴って起こりうることなど）についてお読みになられた上で、承諾いただけましたら、是非、貴施設にご協力いただけますと幸いです。

研究に対する疑問・質問等がございましたら、必ずお答えいたしますので、西岡までご連絡下さいますようお願いいたします。尚、本研究は高知県立大学看護研究倫理審査委員会の承認を得ております。

高知県立大学大学院 看護学研究科
博士後期課程 西岡 久美子
指導教員：中野 綾美
高知県立大学看護学部 教授

連絡先 西岡久美子
住所 岡山市中区平井1-14-1
山陽学園大学看護学部
電話 086-901-0772
E-mail kumiko_nosaka@sguc.ac.jp

研究の概要

1. 研究の目的

本研究は、保存期の慢性腎臓病(以下 CKD とします) 患者さんのエンパワメントを支援する看護ケアの実態を明らかにすることを目的としています。本研究の成果に基づいて、将来、保存期の CKD 患者さんのエンパワメントを支援する看護ケアを開発することを目指しています。

2. 対象者

現在もしくは今までに、保存期の CKD 患者さんの看護をされた経験のある看護師さんが本研究の対象者となります。

3. ご協力をお願いしたい質問紙調査の方法

対象となる看護師の皆さまには、同封いたします質問紙への回答をお願いしたいと考えております。この質問紙の内容は、1) ご回答くださる方のこと 2) 保存期の CKD 患者さんを支援する看護ケアの実施に関することの 2 部構成となっております。

貴施設にご協力をお願いしたい質問紙調査方法の流れにつきましては、別紙の質問紙調査方法の流れ図に示させていただきましたので、以下 1) ～ 4) と併せてお目通し下さい。

- 1) 同封しております本研究協力へのお願い(施設用)、質問紙調査方法の流れ図、質問紙にお目通しください。
- 2) 検討され、(1)貴施設の倫理委員会開催後に決定、(2)研究にご協力いただける場合、(3)参加されない場合の 3 つについて図示いたしました。
- 3) (1) 貴施設の倫理委員会開催後に参加の可否を決定の場合
 - ①研究者が新たに貴施設の倫理委員会で検討頂くための手続きが必要な場合
貴施設で倫理審査を実施される場合は、貴施設の倫理委員会に必要となる書類などの手続きの準備をさせていただきます。必要時、高知県立大学看護研究倫理審査委員会で使用した申請書(承認書のコピーも含めて)なども提出させていただきます。
同封の連絡票にご担当者の連絡先をご記入いただき返送ください。
折り返し、研究者から担当者様宛に連絡させていただきます。
 - ②研究者から新たな提出が不要な場合
以下、(2)、(3)にお進みください。
- (2) 研究にご協力いただける場合
(施設長の承認により倫理審査を省略される場合を含む)
 - ①施設長もしくは看護部(同等部署)の承諾書(研究者控え)をご記入ください。
 - ②連絡票にご協力いただけます人数や送付先などをご記入ください。
 - ③承諾書(施設用)は、貴施設で研究終了期間まで保存下さい。
 - ④承諾書(研究者控え)と連絡票は、同封の封筒で返送ください。
- (3) 参加されない場合
ご検討いただきありがとうございました。本送付一式はお手数ですが、貴施設で破棄いただくか研究者宛に返送頂きましたらこちらで破棄いたします。
- 4) 参加される方への郵送と同意の得方
研究者は、承諾書(研究者控え)と連絡票を確認し、連絡票の送付先に質問紙一式(研究協力へのお願い(本人用)、質問紙、返信用封筒、謝礼)を必要部数分送付いたします。看護師さんの研究への参加は、投函された質問紙を研究者が受け取り、それをもって、同意を得たこととさせていただきます。

4. 対象者の研究参加の任意性と参加撤回・辞退の自由

対象者の研究への参加は任意であり、研究に参加することを同意されない場合でも不利益を受けることはありません。これら参加の任意性と参加撤回・辞退の自由について、研究へのお願い（本人用）に記載しております。

5. 個人情報の保護

本研究は、結果の分析時に番号管理とし、個人は特定されないようにします。また、得られたデータは、集団として分析するため、個人情報が流出することはありません。得られた情報はハードなどの機器には残さずUSBなどの保存媒体を用います。さらに、情報の管理は研究者の所属する大学内の鍵のかかる場所とし、研究終了時には個人、施設を特定できる情報は廃棄いたします。

6. 得られたデータの利用範囲、研究成果の公表

本研究は博士論文で行う研究であるため、本研究で得られたデータは、公聴会および看護関係の学会などで公表させていただきます。

7. 研究に参加することで得られる対象者の利益と不利益

研究に参加することで得られる対象者の利益とは、エンパワメントを支援する看護ケアの実態が明らかになることで、外来・入院と連続した今後のCKD患者さんのエンパワメントを支援する看護を明らかにすることができること、患者の病期ごとの支援を明らかにすることに繋がることです。そのため、今回の結果については、研究結果をまとめた最終の要旨を貴施設に送付させていただきます。また、参加による謝礼として依頼文書と一緒にボールペンを同封し、謝礼の返送により協力してもらった人が特定されないようにさせていただきます。参加に伴う時間の拘束は30分程度です。

8. 研究の科学的価値や当該領域・社会に対する貢献

本研究は、現在国を挙げて取り組まれている慢性疾患対策においても、また年々増加している透析患者を生活習慣病の段階から看護介入するための示唆を得るという社会に対しても貢献できると考えます。

高知県立大学大学院 看護学研究科 博士後期課程
西岡 久美子

連絡先：西岡久美子
岡山市中区平井1-14-1
山陽学園大学看護学部
（電話）086-901-0772
（E-mail）kumiko_nosaka@sguc.ac.jp

指導教員：中野 綾美（高知県立大学看護学部 教授）
（連絡先）088-847-8710

〇〇 病院（施設名）
看護師（職位）の皆様

「保存期の慢性腎臓病患者のエンパワメントを支援する
看護ケアの実態に関する研究」の質問紙調査ご協力をお願い

年の瀬もいよいよ押しつまりつつありますが、皆様にはますますご健勝のこととお慶び申し上げます。私は、高知県立大学看護学研究科博士後期課程の学生です。山陽学園大学看護学部で看護教育に携わりながら、博士課程の学生として、現在、保存期の慢性腎臓病患者さんの看護ケアに関心を持ち、研究に取り組んでおります。保存期の慢性腎臓病患者さんの自己管理を支援していくためには、患者さんのもつ力に着目しながら支援していくことが重要であると考えております。今回、その患者さんのもつ力の1つとして、「エンパワメント」に焦点をあて、「保存期の慢性腎臓病患者のエンパワメントを支援する看護ケアの実態に関する研究」に関する質問紙の作成をいたしました。本研究で考えるエンパワメントとは、患者さんが心に余裕を持ちながら自己管理のために必要な知識や技術を習得し、社会の中で自分なりの力を発揮している状態のことです。

別紙の研究の概要（研究の目的、方法、参加に伴って起こりうることについて）お読みになられた上で、同意いただけましたら、是非ご参加いただけますと幸いです。

研究に対する疑問・質問等がございましたら、必ずお答えいたしますので、西岡までご連絡下さいますようお願いいたします。尚、本研究は高知県立大学看護研究倫理審査委員会の承認を得ております。

高知県立大学大学院 看護学研究科
博士後期課程 西岡 久美子
指導教員：中野 綾美
高知県立大学看護学部 教授

連絡先 西岡久美子
住所 岡山市中区平井1-14-1
山陽学園大学看護学部
電話 086-901-0772
E-mail kumiko_nosaka@sguc.ac.jp

研究の概要

1. 研究の目的

本研究は、保存期の慢性腎臓病（以下 CKD とします）患者さんのエンパワメントを支援する看護ケアの実態を明らかにすることを目的としています。本研究の成果に基づいて、将来、保存期の CKD 患者さんのエンパワメントを支援する看護ケアを開発することを目指しています。

2. 調査の方法

本研究協力へのお願いを読まれた後、同意いただけましたら、同封いたしました質問紙への回答とポストへの投函をお願いいたします。この質問紙の内容は、①ご回答くださる方のこと、②保存期の慢性腎臓病患者さんを支援する看護ケアの実施に関することの 2 部構成となっております。

3. 研究参加の任意性と参加撤回・辞退について

研究への参加は任意であり、研究に参加することに同意されない場合でも不利益を受けることはありません。また、あなたが所属されている施設と本研究参加への有無は関係ありません。今回、あなたが質問紙を郵便ポストに投函し、研究者が回収した結果を持って、本研究にご協力いただく同意を得たこととさせていただきます。また、データは個人を特定できないように回収いたしますので、参加の撤回と辞退については、投函前までとなります。

4. 個人情報の保護

本研究は、結果の分析時に番号管理とし、個人は特定されないようにします。また、得られたデータは、集団として分析するため、個人情報が流出することはありません。得られた情報はハードなどの機器には残さず USB などの保存媒体を用います。さらに、情報の管理は研究者の所属する大学内の鍵のかかる場所とし、研究終了時には個人、施設を特定できる情報は廃棄いたします。

5. 得られたデータの利用範囲、研究成果の公表

本研究は博士論文で行う研究であるため、本研究で得られたデータは、公聴会および看護関係の学会などで公表させていただきます。

6. 研究に参加することで得られる利益と不利益

本研究に参加することで得られる利益とは、エンパワメントを支援する看護ケアの実態を明らかにすることで外来・入院と連続した今後の CKD 患者さんのエンパワメントを支援する看護を明らかにすることができること、患者さんの病期ごとの支援を明らかにすることに繋がります。そのため、今回の結果については、研究結果をまとめた最終の要旨を貴施設に送付させていただきます。また、参加による謝礼として本依頼文書と一緒にボールペンを同封させていただきます。事前にお渡しする理由は、謝礼の返送により協力してもらった人が特定されないようにするためです。参加されない場合も返却の必要はございません。参加に伴う時間の拘束は 30 分程度です。

7. 研究の科学的価値や当該領域・社会に対する貢献

本研究は、現在国を挙げて取り組まれている慢性疾患対策においても、また年々増加している透析患者を生活習慣病の段階から看護介入するための示唆を得るという社会に対しても貢献できると考えます。

高知県立大学大学院 看護学研究科 博士後期課程
西岡 久美子

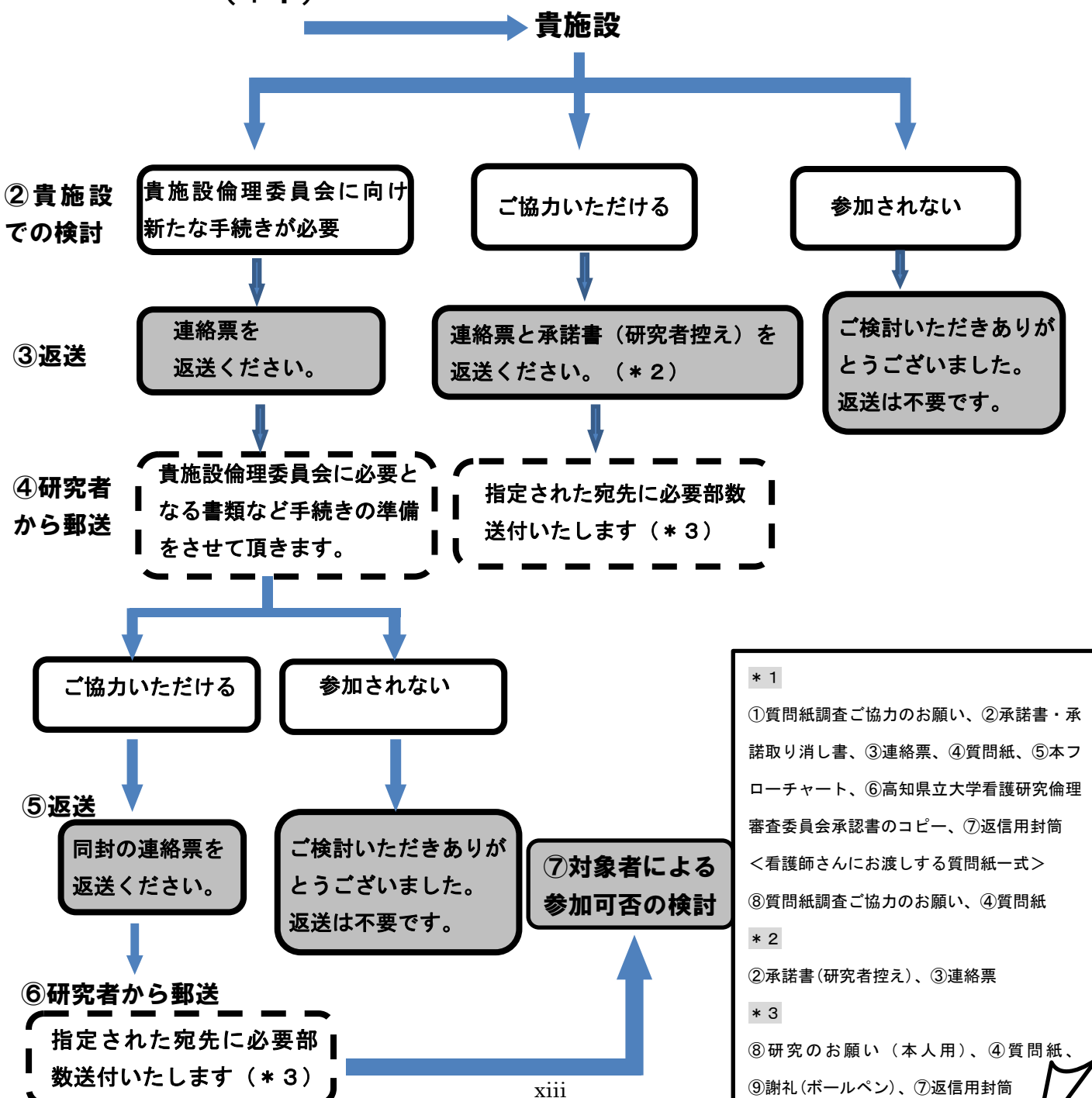
連絡先：西岡久美子
岡山市中区平井 1-14-1
山陽学園大学看護学部
(電話) 086-901-0772
(E-mail) kumiko_nosaka@sguc.ac.jp

指導教員：中野 綾美 (高知県立大学看護学部 教授)
(連絡先) 088-847-8710

「保存期の慢性腎臓病患者のエンパワメントを支援する看護ケアの実態に関する研究」の質問紙調査方法の流れ図

① 研究者からの郵送

(* 1)



* 1

①質問紙調査ご協力をお願い、②承諾書・承諾取り消し書、③連絡票、④質問紙、⑤本フローチャート、⑥高知県立大学看護研究倫理審査委員会承認書のコピー、⑦返信用封筒
<看護師さんにお渡しする質問紙一式>

* 2

②承諾書（研究者控え）、③連絡票

* 3

⑧研究のお願い（本人用）、④質問紙、⑨謝礼（ボールペン）、⑦返信用封筒

下記の資料一式を同封させていただいております。

「保存期の慢性腎臓病患者のエンパワメントを支援する
看護ケアの実態に関する研究」の質問紙調査ご協力のお願い

・・・・・・・・・・ 1 部

承諾書（施設用・研究者控え）・承諾取り消し書（施設用・研究者控え）

・・・・・・・・・・ 各 1 枚ずつ

連絡票・・・・・・・・・・ 1 枚

質問紙・・・・・・・・・・ 1 部

「保存期の慢性腎臓病患者のエンパワメントを支援する看護ケアの実態に
関する研究」の質問紙調査方法の流れ図

・・・・・・・・・・ 1 枚

高知県立大学看護研究倫理審査委員会承認書のコピー・・・・・・・・ 1 枚

返信用封筒・・・・・・・・・・ 1 枚

＜看護師さんにお渡しする質問紙一式＞

「保存期の慢性腎臓病患者のエンパワメントを支援する
看護ケアの実態に関する研究」の質問紙調査ご協力のお願い

・・・・・・・・・・ 1 部

質問紙・・・・・・・・・・ 1 部

承諾書

(施設用)

私は、この度、「保存期の慢性腎臓病患者のエンパワメントを支援する看護ケアの実態に関する研究」に関する目的、意義、研究方法、守秘義務、研究協力への任意性、協力中断の自由、心身負担への配慮、研究結果の公表の仕方、ならびに看護上の貢献に関する説明を受け、研究の主旨を理解しましたので研究に協力いたします。

施設責任者

平成 年 月 日

署名

研究依頼者

平成 年 月 日

署名

高知県立大学大学院 看護学研究科 博士後期課程

西岡 久美子

連絡先：住所 岡山市中区平井 1-14-1

山陽学園大学看護学部

電話 086-901-0772

080-5759-7304 (携帯)

指導教員：中野 綾美 (高知県立大学看護学部 教授)

連絡先：088-847-8710

この承諾書と別紙の「質問紙調査ご協力へのお願い」は、研究期間 (平成 28 年 3 月 31 日) が終了するまで、大切に保管していただきますよう、お願い致します。

承諾書

(研究者控え)

私は、この度、「保存期の慢性腎臓病患者のエンパワメントを支援する看護ケアの実態に関する研究」に関する目的、意義、研究方法、守秘義務、研究協力への任意性、協力中断の自由、心身負担への配慮、研究結果の公表の仕方、ならびに看護上の貢献に関する説明を受け、研究の主旨を理解しましたので研究に協力いたします。

施設責任者

平成 年 月 日

署名 _____

研究依頼者

平成 年 月 日

署名 _____

高知県立大学大学院 看護学研究科 博士後期課程

西岡 久美子

連絡先：住所 岡山市中区平井 1-14-1

山陽学園大学看護学部

電話 086-901-0772

080-5759-7304 (携帯)

指導教員：中野 綾美 (高知県立大学看護学部 教授)

連絡先：088-847-8710

この承諾書と別紙の「質問紙調査ご協力へのお願い」は、研究期間（平成 28 年 3 月 31 日）が終了するまで、大切に保管していただきますよう、お願い致します。

承諾取り消し書

(施設用)

高知県立大学大学院 看護学研究科 博士後期課程

西岡 久美子 宛

私は、自由意思に基づいて、「保存期の慢性腎臓病患者のエンパワメントを支援する看護ケアの実態に関する研究」への協力を承諾しましたが、その承諾を撤回します。

平成 年 月 日

署名 (施設責任者)

署名 (研究依頼者)

高知県立大学大学院 看護学研究科 博士後期課程

西岡 久美子

連絡先：住所 岡山市中区平井 1-14-1

山陽学園大学看護学部

電話 086-901-0772

080-5759-7304 (携帯)

指導教員：中野 綾美 (高知県立大学看護学部 教授)

連絡先：088-847-8710

承諾取り消し書

(研究者控え)

高知県立大学大学院 看護学研究科 博士後期課程

西岡 久美子 宛

私は、自由意思に基づいて、「保存期の慢性腎臓病患者のエンパワメントを支援する看護ケアの実態に関する研究」への協力を承諾しましたが、その承諾を撤回します。

平成 年 月 日

署名 (施設責任者)

署名 (研究依頼者)

高知県立大学大学院 看護学研究科 博士後期課程

西岡 久美子

連絡先：住所 岡山市中区平井1-14-1

山陽学園大学看護学部

電話 086-901-0772

080-5759-7304 (携帯)

指導教員：中野 綾美 (高知県立大学看護学部 教授)

連絡先：088-847-8710

連絡票

●本連絡票は、下記連絡先等を記載して頂く用紙です。

該当する□にチェックをし、担当者の連絡先などをご記入下さい。

☐ 研究に参加いただける。

協力頂ける予定人数（質問紙の送付部数）_____ 名

質問紙送付先の担当者様のお名前_____

所属部署_____ 職位_____

電話番号_____

☐ 貴施設倫理委員会に、研究者から新たな資料等の提出が必要。

担当者のお名前_____

住所_____

電話番号_____

●その他 連絡事項