

**透析患者の自己管理行動を支える動機づけと
その支援に関する研究**

筑波大学審査学位論文（博士）

2014

山 本 佳 代 子

筑波大学大学院

人間総合科学研究科生涯発達科学専攻

第1部 序論

第1章：先行研究における問題の所在	1
1.血液透析患者が置かれている現状と問題点	2
2.慢性疾患の自己管理に関する研究動向	2
1) 慢性疾患患者への自己管理支援に対する考え方の変遷	
2) 新たな慢性疾患自己管理支援の考え方に対する問題提起	
3.透析患者の自己管理支援に関する研究の動向と問題	6
1) 透析患者にとっての自己管理と支援の現状	
2) 海外の「透析患者の自己管理」支援に関する研究動向	
3) 我が国の「透析患者の自己管理」支援に関する研究動向	
4) 透析患者の「自己決定性（自律性）」に関する研究動向	
5) 自己決定理論に基づく自己管理に関する「動機づけ」の研究	
4.「自己管理支援に従事する看護師」に関する研究動向	12
1) 患者教育に関する研究の動向と変遷	
2) 患者教育における「患者との関係構築に関する看護師の認識」と課題	
3) 透析看護に従事する看護師の現状と課題	
5.患者の自律的な動機づけとその支援	15
1) 自己決定理論（Self-determination Theory）の概要	
2) より自律的な動機づけを持つための「内面化」と自律性の支援	
3) 医療の場での自己決定理論モデルの適用	
4) 日本での自己決定理論モデルの適用	
図表	21
第2章：本研究の基本概念，目的，および全体の構成	26
1.基本概念の定義	27
2.本研究の目的	27
1) 透析患者の自己管理への動機づけの認知の現状と影響要因	
2) 自己管理行動に効果的な動機づけを促進する支援	
3) 透析患者への動機づけ支援実施にあたっての問題点の明確化と看護師への支援	
3.本研究の全体の構成	29
第2部 本論	
第3章：血液透析患者の自己管理に関する動機づけ認知の実態	32
3-1【研究1】日本語版尺度の信頼性・妥当性の検証	33

図表	50
3-2【研究2】わが国の血液透析患者における自己決定理論ヘルスケアモデルの検証	61
図表	74
第4章：血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因	79
4-0【研究3】「血液透析患者の自己管理に関する動機づけの影響要因」の方法	80
4-1【研究3-1】透析患者の自己管理に関する動機づけを促進する要因	83
図表	101
4-2【研究3-2】透析患者の自己管理に関する動機づけのパターンとその影響	112
図表	126
4-3【研究3-3】精神健康度の透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響	130
図表	145
4-4【研究3-4】原疾患の透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響	153
図表	172
第5章：血液透析患者が医療者に望む自己管理支援	174
5-1【研究4】血液透析患者が医療者に望む自己管理支援	175
図表	189
第6章：透析患者の自己管理に関する動機づけの発達プロセス—患者を対象とした面接調査—	192
6-1【研究5】透析患者の自己管理に関する動機づけの発達プロセス	193
図表	217
第7章：透析施設における自律性支援の実践と課題に関する検討—看護師を対象にした質問紙調査—	219
7-1【研究6】透析従事看護師の自己管理支援に関する認識と実施の実態と影響要因	220

図表.....	246
---------	-----

第3部 結論

第8章：総合考察.....	263
1.本研究を構成する各研究のまとめ.....	264
2.透析患者の自己管理に関する動機づけを促進する支援.....	272
3.本研究から得られた透析医療の今後への示唆.....	282
4.本研究の限界と今後の課題.....	283

謝辞

引用文献

資料

第 1 章

先行研究における問題の所在

1. 血液透析患者が置かれている現状と問題点
2. 慢性疾患の自己管理に関する研究動向
3. 透析患者の自己管理支援に関する研究の傾向と問題
4. 「自己管理支援に従事する看護師」に関する研究動向
5. 患者の自律的な動機づけとその支援

第1章：先行研究における問題の所在

1. 血液透析患者が置かれている状況と問題点

我が国では、高齢化の進展に伴い、ここ20年間でいわゆる生活習慣病といわれる慢性疾患の増加が指摘されている。特に、血液透析を必要とする腎不全は、自己管理が必要な慢性疾患の代表であり、生涯にわたって食事などの生活の管理が必要とされる疾患である。また、我が国では一時、透析導入患者数は減少したにもかかわらず、2011年末には再び増加に転じて年間3万8千人余りが透析導入となり、さらに、年末患者数も2011年に30万人を初めて突破した（日本透析学会統計調査委員会,2012）。しかも、新規導入患者の平均年齢は67歳を超えるなど（日本透析学会統計調査委員会,2012）、導入年齢の高齢化や、糖尿病性腎症の増加、長期生存と合併症の多様化といった状況（江川,2001）は、今後も継続していくことが予想される。こうした血液透析を取り巻く状況の中で、患者に必要な自己管理行動はより複雑となり、透析看護の領域においても、セルフケア支援を目指した新たな方策が求められている（中村,2010）。

2. 慢性疾患の自己管理に関する研究動向

1) 慢性疾患患者への自己管理支援に対する考え方の変遷

これまで多くの医療者は、患者に必要な自己管理行動を遵守（コンプライアンス）させるために様々な患者教育を試みてきた。しかし、自己管理行動の遵守は困難であることが多く、その過程で患者・医療者双方が不満足状態に陥るといったような状況も出現してきたため、最近では、こうした従来の指導方法の限界に気づいて、見直さなくてはならないと考え

る人も増えてきている(正木,2000,石井,1998,河口ら,2000)。

そもそも、「養生法についての医療者の指示を遵守させる」という考え方の「コンプライアンス」については、1960年代後半から研究が始まったが、単に医療者が望ましいと考える知識を与えるだけでは不十分で、患者・医療者関係も一方的なものになりがちであるとの認識が高まった。そこで、日常生活の中で長期にわたって養生法を続けなければならない患者のストレスやフラストレーションを理解し、実施の難しさや障壁を明らかにしようとする試みが起きてきた。

当然のことながら、多くの慢性疾患患者は社会の中で過ごしている。そういう患者自身の日常に取り組むことが可能な養生法は何か、という視点から出発する考え方がされるようになり、自分自身を支える責任を患者自身が持って、自分を支えるために努力する「アドヒアランス」という概念が提唱されはじめ(黒江,2002a,黒江,2002b)、Watsonの10のケア因子のように、相手を人間として尊重するような概念が多く取り入れられるようになった(牛久保ら,2000)。

以上のように、患者を治療における一人のパートナーとみる視点は増えてきたが、コンプライアンス(遵守)からアドヒアランスへの転換だけでは不十分という意見もある。Glasgowら(1999)は、急性期モデルの改変ではなく、患者自身がセルフマネジメントの責任を負っていることを認知し、自律して意思決定できるよう情報提供するような「協働関係」こそが必要であると述べている。日本でも、糖尿病の患者教育においては、知識や技術を一方的に教え込むのではなく、患者自身が、日常生活で遭遇する多彩な場面で、適切な選択ができ、困難な問題を解決していけるような能力と自律性を

育てていくことを奨励（野嶋,1996, 石井,2002, ADA,2001）する動きは少なくなく、これらは「エンパワーメント」という概念として紹介されている。

このように患者の自律性を尊重する流れの中で、Deciら（Deci et al.,1995, Ryan et al.,2000）は、自己決定理論において、自己決定性（自分の欲求の充足を自律的に選択すること）がその人の行動の選択に影響するとしており、自己決定性を支える要因としては、「重要他者の姿勢・雰囲気」と「動機づけの状態」を挙げている。また、保健医療分野では、医療者の自律性を支援する姿勢・雰囲気（climate）が、患者の自律的な動機づけを促進し、自己管理行動に影響を及ぼすとして、血糖コントロール（Williams et al.,2004）や、減量（West et al.,2010）、禁煙（Williams et al.,2006）などの自己管理行動に関する動機づけと、自己管理行動との関係が調査されている。

2) 新たな慢性疾患自己管理支援の考え方に対する問題提起

前述のように、慢性疾患患者の自己管理支援に対する考え方は変化しつつあるが、コンプライアンス、アドヒアランス、エンパワーメントといった概念は、アメリカから導入された外来語であるため、日本文化という文脈の中で解釈する、あるいは日本独自の新たな概念を作り出す必要がある（牛久保ら,2000）との指摘もなされている。しかし、日本文化の中であっても、長年無意識に行ってきた日々の生活を意識的に行わなくてはならない患者の努力は相当なものであることが予想され、毎日行っている努力を医療者が見過ごしてしまうことは、患者に孤独や疎外感を感じさせることにもなる（奥

宮,1997)。患者教育に必要な熟練看護師の技を記述分析した先行研究の中には、患者の努力を評価しない言動が与えるネガティブな影響は、看護師が使用している患者教育方法よりも患者教育の効果に影響した（河口ら,2003, 安酸ら,2003）という報告もあるなど、看護師の雰囲気や姿勢が、患者の行動変容の要因として重要であることが示されている。また、患者教育の効果を高める要素としては、「専門的な知識と経験に裏付けられ、効果的な患者教育の成果を導く、専門家に身に付いている態度あるいは雰囲気」と定義された「Professional Learning Climate」^{※1}（河口ら,2003, 安酸ら,2003）が挙げられている。

※1 「Professional Learning Climate」の構成要素…心配を示す、尊重する、信じる、謙虚な態度である、リラックスできる空間を創造、聞く姿勢をしめす、個人的な気持ちを話す、共に歩む姿勢を示す、敬意を示す、ユーモアとウイット

さらに、患者に機械的に関わるのではなく、患者が直面している葛藤や努力に対して敏感になり、理解することは、患者にとって励みとなり、自己管理への原動力になるという研究（奥宮,1997）や、患者が自ら問題解決する能力や自律性を得る（エンパワーメント）現象が起こる前提条件として、患者の自己決定を尊重する医療者の姿勢・態度を重視する研究（野嶋,1996, Rodwell,1996, Gibson,1991）もなされている。その他、成人教育（アンドラゴジー）の立場から、患者の主體的な参加を促す雰囲気（climate）づくりが成人患者への教育の7つの要素のひとつであるとする研究（安酸ら,2004）のほか、糖尿病患者への看護師の介入の分析（正木ら,1993）で

は、看護師が患者への援助を困難に感じる問題の根底には、「患者としての有能性」という視点しか持たないことがあるとして、患者－医療者関係（相互作用）の進展が慢性病患者援助に重要な役割を果たすことを明らかにしている。

以上、慢性疾患患者への自己管理指導については、患者が自律的に問題解決しながら管理を実施できるよう、患者と医療者が協働することが必要であるという考え方に変化してきている。患者の主体性や自律性の向上のためには、日本文化の中においても、医療者の持つ雰囲気・姿勢（climate）が患者に影響する可能性があるため、患者に「何を指導するのか」だけでなく、「どのように指導するか」が重要であると言える。そのことによって、患者自身も体調を維持することへの責任を引き受け、自己管理に関して自律的に「動機づけ」を持って取り組めるようになることが必要と考えられる。

そこで、本研究では、透析患者の自己管理支援の要素として、「患者が自己決定的に（自律的に）自己管理に取り組むこと」と「そのための動機づけ」および「この動機づけを促進するための支援」に焦点を当てて論じることとする。

3. 透析患者の自己管理支援に関する研究の傾向と問題

1) 透析患者にとっての自己管理と支援の現状

透析患者は、透析療法に依存してしか生命を維持できないことから、彼らの自律性を維持することには大きな困難が伴う（Polaschek, 2003）ものと推測される。スウェーデンの維持血液透析患者に関する質的研究（Hagren, 2001）では、患者の経験として2つのテーマが識別されている。第1は、「命綱としての透析機」（サブテーマとして、自由の損失、介

護者への依存，分裂した家族や社会生活）で，そこでは常に生命の危機に直面した状態での苦しみが表現されていた。第2は，「苦しみの緩和」（サブテーマとして，存在の楽観論の感覚を維持すること，個人の自律の感覚を達成すること）で，そこでは，前述のような透析療法に伴う苦しみの緩和には，患者の自律の感覚が得られるような援助が重要とされている。

しかし，日本の透析看護の研究では，患者の望む看護と看護職者が考える望ましい看護との間にギャップがあったという報告がなされている（森田,2000）。それによれば，患者が，望む看護援助としては，①透析を安全安楽に行うための専門的アドバイスと実践，という直接透析療法に関連することだけでなく，②平等性，③傾聴，④“個”としての患者の理解，⑤優しさ／誠意などの人間性や態度といった，看護職者の基本的な態度や姿勢が挙げられていた。それに対して，看護職者が考える“透析患者の望む看護援助”とは，①安全安楽な透析治療の提供，②食事指導，③体調把握，④予後を予測したケア，⑤患者間の人間関係の調整，といった直接治療に関係するものが多く，⑥平等性，⑦話を良く聞く，⑧患者の経験の活用，⑨信頼関係の形成などの態度・姿勢に関するものもあったが，患者を，独自性をもった存在とみなすといった“個”を認識したような内容は挙げられていなかった。

その他，透析室という環境の特殊性として，「特殊技術の習得の必要性」から「具体的・身体的看護行為が重要視されがち」なことや，「1つの空間に多数の患者がいる」，「同じ看護職者との付き合いが長い」，「看護職者が治癒しない病の満たされない欲求のはけ口となる」などの事情があるため，透析に従事する医療者も多くのストレスにさらされており，また，「自分が努力した指導に見合うセルフマネジメントをして欲

しい」という思いから、うまくいかない場合に患者との人間関係上の問題が生じやすい（福西,1997）といった指摘もなされている。

このように、特に透析患者は、自己管理そのものが複雑で困難であることに加えて、生涯にわたって透析療法に依存しなくてはならないという状況から、心理的にも圧迫された状況にあり、しかも、透析室の特殊な環境から看護職者の間に陰性の相互作用が生まれやすいという状況におかれている。そのため、自己管理の支援は、他の疾患に比べても、医療者の持つ雰囲気・姿勢に大きな影響を受けると考えられる。

2) 海外の「透析患者の自己管理」支援に関する研究動向

まず、海外で透析患者の自己管理に関してどのような研究が行われているかについて、2012年1月7日、CINAHLでself-management + Dialysisで検索を行ったところ、26件が該当した。うち2件が文献検討、11件が学術調査の報告であったが、これらはいずれも、自己効力感（Su et al.,2009）やエンパワメント（Tsay et al.,2004）といった概念をベースに行なわれたものであった。

対象となる透析患者については、グループミーティング（Tsay et al., 2004）や個別カウンセリング（Su et al.,2009）、認知行動療法（Sharp et al.,2005）などが自己管理への自己効力感を上げ、うつ傾向を減少させたという報告があるが、いずれも単一のプログラムの効果を評価したもので、透析患者の多様性は配慮されていない。

また、身体的機能が高いと自己管理行動が促進される（Curtin,2004）とする報告はあるが、患者の動機づけの状態に着目したものはなかった。（表 1-1）

3) わが国の「透析患者の自己管理」支援に関する研究動向

次に、日本の透析患者の自己管理に関してどのような研究が行われてきたかを調べた。セルフマネジメントの概念が日本に入って間もないため、「セルフマネジメント」に加えて、「自己管理」も検索語に含めて看護領域の文献を2011年10月18日に医学中央雑誌で検索したところ、全年で2404件が該当した。その中で透析患者を対象とした文献数は246であり、比較として糖尿病患者も検索したところ489件であった。年度ごとの文献数の推移を、図1-1に示す。

これをみると、全体の文献数は、2000年ごろから急激に増えていることがわかる。また、透析患者を対象とした研究は、2003年以降、年間20～30件の研究がなされるようになってきている。

次に、前出の医中誌における透析患者の自己管理に関する検索の結果得られた246件の文献の中で、自己管理を促進するために使用されている理論や概念を、表1-2にまとめた。これによれば、2000年以前は特に理論背景は無く、事例の報告が中心であったが、2000年からは自己効力感が使用され始めるなど、理論的背景を持つ文献も見られるようになった。自己決定理論が使用されたのは、2009年の筆者自身の論文（山本ら,2009）が最初である。それ以外で患者の自己管理への動機づけに関する概念を扱ったものは、2003年に患者が目標設定することで内発的動機づけが促進されたという事例報告（谷口,2003）があるのみであった。

上記（表1-2）の文献の内容を検討すると、透析患者の自己管理行動は、影響因子として自己効力感を中心として研究

されてきたとすることができる。自己効力感については、食事水分摂取といった自己管理行動（岡ら,1996, 川島,2001）や食事への満足感（長尾,2002）に、直接影響を及ぼすことが示されている。自己効力感に関連する因子の検討では、透析管理行動の主体性（患者自身の意思判断かどうか）と家族からのセルフケア支援の2要因であったとする報告（川端,1998）と、透析受容、家族のセルフケア支援、医療者人格イメージ（誠実な人だと思う、心の暖かい人だと思うなど）、医療者のセルフケア支援（自己管理行動を行う時に手段的に、精神的に支えてくれる人がいるか）、身体症状の5要因が挙げられたとする報告（岡ら,1996）がある。

しかし、なぜ自己効力感がこれらの要因に影響を受けていたのかを、看護支援が自律性を支援するものであったかという視点や、動機づけの状態は自律的であったかという視点から調査したものは、見当たらなかった。

さらに、この自己効力感を向上させるためにステップバイステップ法などの認知行動療法が試されている（柿本ら,2004）ものの、認知行動療法の技法選択を誤ると患者の動機づけが得られない（恩幣ら,2008）という問題も指摘され、透析看護の分野では、未だに新しい支援方法開発の必要性を訴える文献（中村,2010）が報告されるなど、効果的な方略を模索中の段階にあると言える。

4) 透析患者の「自己決定性（自律性）」に関する研究動向

透析患者の自己決定性に関しての研究には、「自己決定」と表現しているものの、その英訳が「decision-making」となっているなど、「意思決定」について扱っているものも多く、明確に定義しているものは少ない。自己管理行動に関する意思

決定を扱ったもの（野嶋ら,1997）では、決定した内容への満足度が高い「意思決定」の特徴として、「柔軟性の持てる選択肢があること」や「決定にあたって患者自身の自己関与があること」があったとの報告がある。

自己決定を、「活動を行うことを自分の意志で決定したという認知や感情」と定義し、「self-determination」として使用している研究（岡ら,1997）では、透析患者が自己決定する理由（日常生活や透析療法において、自分から進んでやっていること自分で決めて行っていることは何で、それはどうしてか）として、a.生きることへの意欲 b.医療者の判断に対する不信および不満 c.自己管理は自分の責任 d.自覚症状への信頼 e.医療者へのあきらめ f.データに関する自己基準の保有 g.医療情報・知識保有 h.医療者の態度への否定的感情の8項目が、抽出されていた。このうち、aとcは満足できる生活への積極的な姿勢で、b,e,hは良好でない人間関係に自己決定の理由があることがわかったとされているが、この研究での自己決定は、自己管理行動への動機づけを目標とする立場はとっていない。

また、看護診断でノンコンプライアンスと診断される血液透析患者への面接調査（伊藤,2002）では、さまざまな理由による自己決定がなされており、そのことがセルフケア行動の確立につながるという結論が出されていた。しかし、ここでの自己決定の内容は、「医療者の求めるものと違う、自分なりの養生法を試してみる」などの自己判断について聞いたものであった。

以上より、透析患者の自己決定については、概念定義が曖昧な研究が多く、自ら進んで選択して行動する自己決定性が

どのような要因で促進されるかや、自己決定性がどのように自己管理行動に影響しているかについては、これまで調査されていないことがわかる。

5) 自己決定理論に基づく自己管理に関する「動機づけ」の研究

自己管理に関する「動機づけ」の先行研究を調べるために、CINAHLで2012年3月19日に、検索語「autonomous motivation」を用いて検索を行った結果は41件であったが、これに「dialysis」を加えると0件になった。これまでアルコール依存症患者に治療的なカウンセリングを行って、「自律的動機づけ」が向上した患者では飲酒量が減少した(Osterman, 2011)、2型糖尿病患者の食事管理は自律的動機づけと関連があった(Nouwen, 2011)などの報告はあるが、透析患者において自己決定理論を基盤とした自律的動機づけに着目した調査は見当たらなかった。

4. 「自己管理支援に従事する看護師」に関する研究動向

1) 患者教育に関する研究の動向と課題

日本の看護分野では、患者教育に関してどのような研究がなされてきたのかを確認するための文献検討を行った。2012年2月29日に医学中央雑誌を用いて検索語を、「患者教育」、「看護」とし、対象年を2007年～2012年として、症例報告と会議録を除いて、対象研究デザインを、メタアナリシス、ランダム化比較試験、準ランダム化比較試験、比較研究に限定して検索したところ、244件の該当があった。この244件の研究内容を表1-3に示す。

これによると、知識補充内容や教材に関する報告が最も多く、次いで患者の疾病管理などの実態に関する報告が多かったが、患者の疾病管理に影響する心理的要因に関する報告や、理論的な背景のある教授方略を実践している研究は少ないことがわかる。また、看護師自身のスキルや対人関係能力を扱っている研究も少なく、その内容も経験年数や指導時間に関する調査や指導している項目に関するものにとどまった。

患者教育に関する研究動向のレビュー（大池,2010）においても、教育の効果について書かれたものはあるものの、患者の行動変容に向けた具体的な支援について記載されている文献はないと指摘されていた。したがって今後は、看護師が具体的にどのように関わっていけば患者の行動変容などの成果が得られるのかについての実証的な研究が必要と思われる。

2) 患者教育における「患者との関係構築に関する看護師の認識」と課題

看護師が患者への教育を行う際に使用する患者看護師関係構築能力に関する先行研究を、2011年10月19日に、医中誌を用いて検索した。検索語としては、「看護師患者関係」、「患者教育」、「看護」を使用し、会議録を除いた結果、144件が該当した。

内容的には、症例とのかかわりを通して信頼関係が築かれたという実践報告が多い中で、看護師側の意識の問題点に言及しているものは8件と少なかった。

その中で、小倉ら（2009）は、「患者指導に関する研究は、系統だった研究が少ない」と指摘して、看護職者への質問紙調査を行っているが、結果は、必要性を認識していても実施できていない項目があつて、特に、「指導方法を患者が選択す

る」,「患者が主体的に体験する方法を取り入れる」などの項目で認識と実践との乖離が大きいと報告するなど,「患者の自律性を尊重する」看護実践が少ないという実態を明らかにしている。

また,富永ら(2010)は,糖尿病療養指導士の資格保持者や,糖尿病看護歴が長いものほど,糖尿病患者へ否定的な働きかけをしていると報告しており,これは,単に病態の理解や経験年数だけでは患者教育に関する意識は改善されない可能性があるため,看護師の患者教育への意識の改善や,実施状況の改善を図ることの必要性を示唆する結果である。

3) 透析看護に従事する看護師の現状と課題

透析医療従事者においては,治療が長期に渡るために対人関係での弊害が起きやすい(福西,1997)という,患者側の特性による患者支援の困難さに加えて,透析看護に従事している看護師は,透析看護そのものへの興味よりも産休明けなどの配置転換で従事することになったという看護師が多く,やむを得ず仕事を続けているという感覚を有する看護師が多い(中原ら,2002)ことや,透析を行う施設の規模や看護体制にばらつきが多いこと(中原,2003)など,医療者側の問題も指摘されている。

透析に従事する看護師や施設側の多様性を考慮すると,看護師がチームとして,透析患者への自己管理支援に関するスキルを高めていくことには困難さが伴う可能性もあり,特に,半数以上の透析患者が小規模透析施設で治療を受けているという状況の中では,小規模施設での専門職の継続教育の不足(本吉,2009)も指摘されている。

以上のように、患者の自己管理行動を促進するためには、「自律的に自己管理に取り組むための動機づけ」と、この動機づけを「促進するための支援」が必要であるにも関わらず、患者の行動変容に向けた具体的な支援や、その前提条件となる看護師のスキルや対人関係能力に関する研究は少ないのが実情である。そのため、自己管理支援にあたって「看護師に必要とされるスキル」も明らかにされていない。加えて、透析看護の分野では、継続教育が困難な環境にある場合が多く、透析看護に従事しながらスキルを獲得していくのは容易ではないという実態もある。そのため、透析に従事する看護師に必要な自己管理支援のスキルの効果的な普及のために、自己管理支援の知識やスキルの明確化・具体化が必要と言える。

5. 患者の自律的な動機づけとその支援

これまで、患者側と看護師側の双方から自己管理支援に関する先行研究を概観してきたが、これからの透析を含む慢性疾患患者の自己管理支援は、新しい患者教育のパラダイムに合致していることと、患者が自律的に自己管理に取り組むことのできる動機づけに関する知識と支援方法に関する看護師のスキルの必要性を述べてきた。

本研究では、看護師に求められる具体的な知識やスキルを明らかにするために、人の行動を促進する動機づけについての理論で、その促進方法の支援に関しても述べられている自己決定理論を理論的基盤において研究を進めるが、この理論で提唱されている「自律的動機づけ」の促進方法について様々な視点から明らかにしていくこととする。

1) 自己決定理論 (Self-determination Theory) の概要

自己決定理論とは、「内発的動機づけ」と「外発的動機づけ」の違いを説明したものである。「外発的動機づけ」は、他人を喜ばせるとか、報酬を得るといった外的誘因から生じるものであるのに対して、「内発的動機づけ」は、それ自体を目的としているとか、することが楽しい、といった内的誘因から生じるものである。この「内発的動機づけ」に基づいた行動は、行動の持続・調整、課題の達成度において優れている（市川,1995, Deci et al.,1985）とされており、教育の場でも学習効果を向上させるために活用されてきた。しかし、内発的に動機づけられた行動でも、金銭やほめるといった報酬、監視などの外的統制によって、動機づけの内発性は減少するとされている（Deci et al.,1995）。また、表面的な面白さを与えることから来る擬似内発的動機づけも存在し、これは自律的に生じる動機づけとは区別される（速水,1998）。

さらに、外発的動機づけは、「自己決定性（自分の欲求の充足を自ら自由に選択すること）」の程度により分類*2できるとされ、先の擬似内発的動機づけの存在を考慮すると、行動の理由が他者から与えられたものであっても、自ら選んで行動を開始する動機づけは、手段的ではあるが、自律的に生じる動機づけであると考えられるもので、同一化調整から内発的動機づけが「自律的動機づけ」であるとされている（Ryan et al.,2000）。

図 1-2 に、内発的動機づけと外発的動機づけ、各調整と自己決定性の関係、自律的動機づけの範囲を示す。

※2 各調整での行動の理由(Locus of Causality)の分類

外的調整：強制されている

取り入れ調整：不安だから、恥をかきたくないから

同一化調整：自分にとって重要なことだから，自分の価値として
統合的調整：価値付けられた目標に適合して喜んで

2) より自律的な動機づけを持つための「内面化」と自律性の支援

セルフマネジメントには，より自律的に行動を起こして維持していく動機づけが大切であると考えられるため，図 1-2 に示したように，より右に移動した「自律的動機づけ」へと「内面化」していくことが重要とされている。特に慢性疾患の管理では，体調維持や合併症予防のためといった手段的な動機づけから始まったとしても，その行為を行うことを自己決定し，終わることの無い目標を次々に設定していける（速水,1998）という点から，より「自律的な動機づけ」を持つことは大切である。

この，内面化は，この人の自律性への欲求をみたす（自律性を支援する※3）ことによって得られる。

※3 自律性の支援

- ① 個人を重要であると理解する
- ② 適切な情報を提供する
- ③ 選択の機会を与える
- ④ より健康行動に対する責任能力を持つよう励ます

(Deci et.al 1995)

図 1-3 は，「内面化」をモデル化して，行動変化までのプロセスを表現したものである。この図は，「自己決定理論ヘルスケアモデル」（Deci et al.,2002）を参考に，Deciらの文

献 (Deci et al.,1995, Ryan et al.,2000) の内容を統合して作成した。(図 1-3)

3) 医療の場での自己決定理論モデルの適用

内面化した自律的な動機づけは、個人のコンピテンス（有能感）を高め、結果として自己管理行動が増すとされているが、医療の現場では、血糖コントロール (Williams,1998)、減量 (Williams et al.,1996)、禁煙 (Williams et al.,1999, Williams et al.,2002) などの自己管理行動での理論の検証が行われている。

そのうち、減量プログラムの介入研究 (Williams et al.,1996) では、医療者からの自律支援の認知は、動機づけの自律の程度に関連し、「自律的な動機づけ」は直接 BMI の減少に関連して、減量の維持に影響することがわかっている。

また、高校生を対象とした禁煙プログラムの効果の調査では、学生が自律性への支援を感じた時は、より自律的動機づけを得、自己申告喫煙本数が減少した (Williams et al.,1999) と、報告されている。新聞紙面で公募した喫煙者を対象とした研究でも、自律性支援の認知は動機づけをより自律的にし、有能感の増加時、自律性支援感を感じているなど、喫煙行動の自制には「自律的な動機づけ」が影響していた (Williams et al.,2002)。

糖尿病に関するものでは、自律性支援は有意に HbA1c を下げ、経過フォロー中の自律的動機づけの増加と有能感の増加に寄与していた。自律的動機づけと有能感の増加は、有意に HbA1c を下げており、自己管理行動の継続に自己決定理論のモデルが当てはまるという結果を出している (Williams,1998)。

その他，自律的支援の認知（Health Care Climate Questionnaire で測定）が「自律的動機づけ」（Treatment Self-Regulation Questionnaire で測定）を増加させ，さらに自律的動機づけの増加が有能感（Perceived Competence Scale で測定）を増加させ，有能感の増加が身体的アウトカムを向上させるという因果関係についても，様々な研究（Williams,1998, Williams et al.,1996, Williams et al.,1999, Williams et al.,2002）でパス解析等を使用して検証されている。

4) 日本での自己決定理論モデルの適用

日本の中学生 483 人を対象に，各動機づけ（外的，取り入れ，同一化，内発）のどのタイプを持っているかを調査したところ，隣り合う動機との相関が高く，遠いものとの相関が低かったため，これらの動機づけは連続的なものであることが明らかにされている。また，コーピング行動との関係では，より内発に近い動機の方が，適切なコーピング行動をとり，不適切なコーピング行動が少ないという結果も得られている（Hayamizu,1997）。

また，日本の大学生を対象にした調査（Tanaka et al.,2000）では，より「自律的な動機づけ」を持つ学生はよりポジティブな学習姿勢と経験であったと報告されている。

さらに，中学生が教員から感じる climate と動機づけに関する研究（Yamauchi,2002）では，教師から，本人の能力の高まり感を大事にするマスタリー（熟達感）志向 climate を感じている学生は，学習により「自律的動機づけ」を持ち，より好ましい学習方略を身に付けていた。これに対して，教師から，良い成績を取ることを重視している遂行志向 climate

を感じた学生は、より「他律的動機づけ」を持ち、表面的な好ましくない学習方略であった。

日本でも、教育の分野ではあるが、重要他者から受ける *climate* が動機づけの自律の程度に影響を与え、「自律的動機づけ」が有効な行動変容に関連しているという結果であるため、これは日本の医療の分野でも応用が可能と考える。

表1-1 透析患者研究で使用されている理論・概念（海外：CINAHL）

年度	使用されている理論や概念
2000	ストレスコーピング QOL 保健信念モデル エリクソン発達課題
2001	—
2002	—
2003	—
2004	参加型方略 意思決定 エンパワメント 自己効力感
2005	—
2006	アドボカシー
2007	—
2008	—
2009	自己効力感 ピアサポート
2010	—

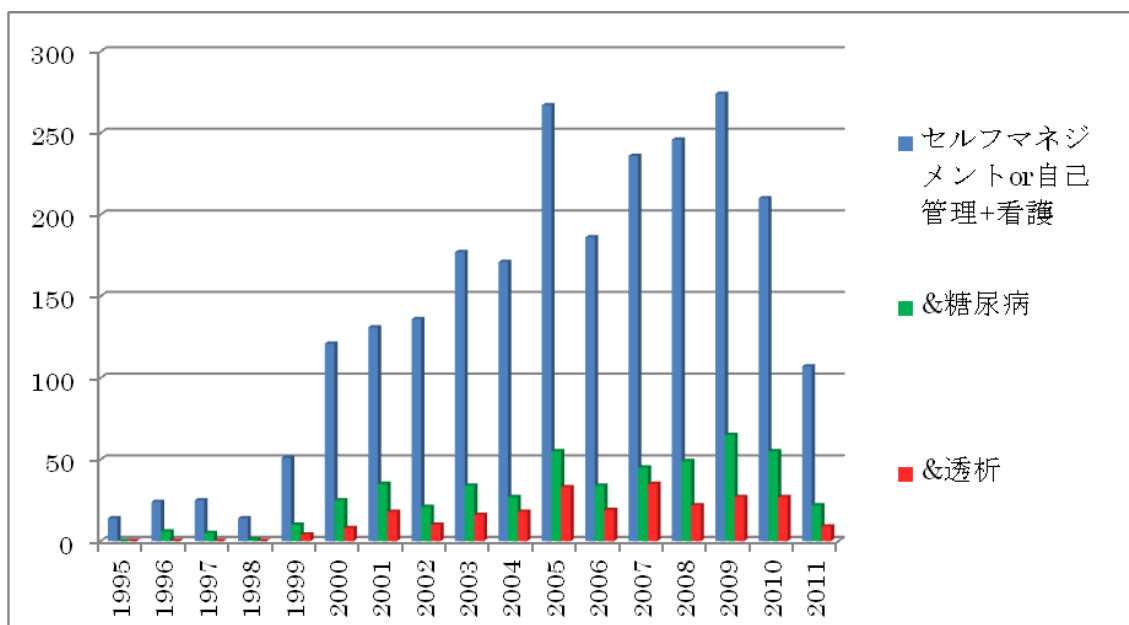


図1-1 医中誌 「自己管理」文献数の年次推移

表1-2 透析患者研究で使用されている理論・概念（日本：医中誌）

年度	使用されている理論概念
2000	自己効力感
2001	自己効力感
2002	自己観察法
2003	内発的動機づけ 傾聴的態度
2004	エンパワメント 行動変容 生活編み直し
2005	認知行動療法 コーチング ブリーフセラピー 構造化連想法 エンパワメント
2006	行動変容 生きがい連結法
2007	ローカスオブコントロール ステップバイステップ セルフモニタリング 家族看護モデル
2008	ヘルスプロモーションモデル 行動変容プログラム（EASEプログラム） ローカスオブコントロール 自己効力感 ソーシャルサポート
2009	EASEプログラム 慢性疾患セルフマネジメントプログラム 成人学習理論 自己決定理論
2010	EASEプログラム 自己効力感

表1-3 看護における患者教育に関する研究内訳

大項目	小項目	小計	合計
知識補充実践	説明指導	43	92
	教材の工夫	40	
	教育プログラム開発	5	
	物品開発・使用	4	
システム構築	看護体制	18	36
	チェックリスト作成	9	
	クリニカルパス	9	
患者の実態把握	病状・管理状況の実態	56	77
	影響する心理要因	18	
理論背景のある教育方略の実施			8
看護師の意識・自己評価			19
その他（看護学生対象など）			12
合計			244

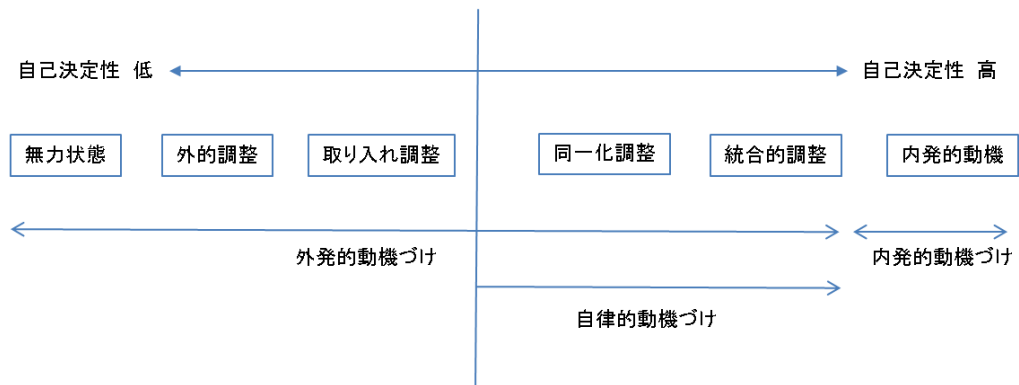


図1-2 動機づけの種類と自己決定性との関係

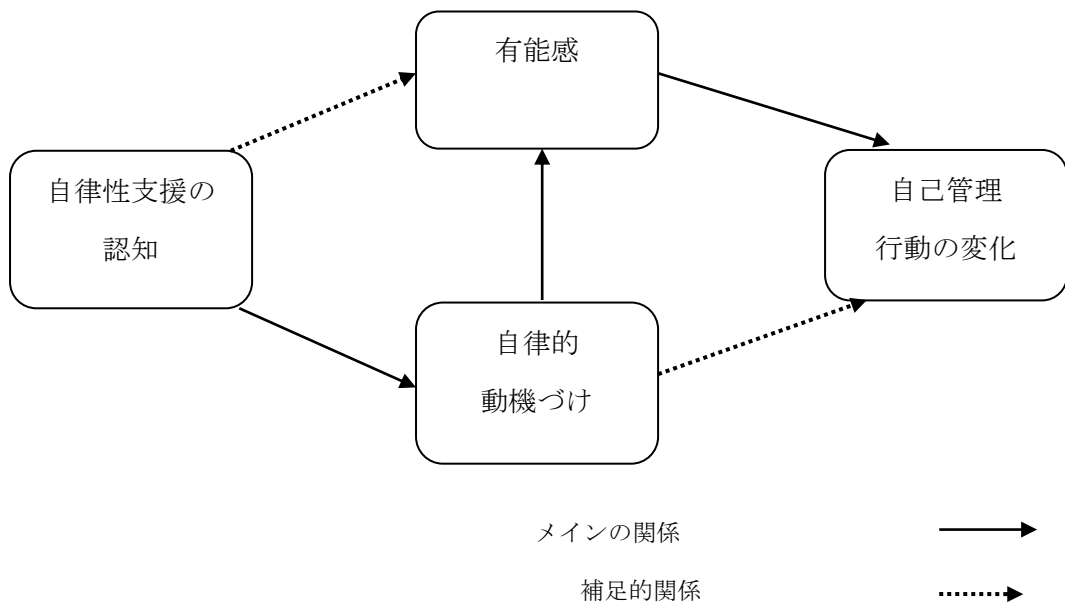


図1-3 自己決定理論ヘルスケアモデル

第2章

本研究の基本概念, 目的, および全体の構成

1. 基本概念の定義
2. 本研究の目的
3. 本研究の構成

第2章:本研究の基本概念, 目的, および全体の構成

1. 基本概念の定義

1) 自律性支援

適切な情報提供をし, 個人の価値観を尊重し, 患者自身が健康行動に対する責任能力を持つよう励ます, 関係性を重視した支援

2) 自律的動機づけ

外発的な動機づけの中でも自己決定性が高く, 課題に関する興味や価値づけから行動をはじめ, 維持する力を持つ動機づけ

3) 他律的動機づけ

外発的な動機づけの中でも自己決定性が低く, 行動の理由が他人から与えられた動機づけ

4) 有能感

自分は課題行動の実施, 継続が可能である(有能である)という感覚

2. 本研究の目的

これまでの議論に基づき, 本研究の目的を, 透析患者の自己管理動機づけの認知の現状を把握するとともに, 認知に影響する要因を明らかにし, 自己管理行動に効果的な動機づけを促進する支援を具体化することと, 並びにその支援にあたっての問題点を明確にして, 支援を実施する看護師への支援のあり方も検討することとする。

これらの目的について以下に詳しく述べる。

1) 透析患者の自己管理への動機づけの認知の現状と影響要因

本研究では、自己決定理論に基づいて、自己管理に取り組む動機づけが「自律的（自ら進んで、選択して行う）であるかどうか」という観点から、自己管理に有効な動機づけのあり方を調査する。そのために、まず、透析患者が自己管理に関する動機づけをどのように認知しているかの調査を可能にするため、日本人の透析患者において動機づけとその関連概念について測定可能な尺度の日本語版を開発する。これらの尺度を使用し、透析患者の自己管理への動機づけの自律性の程度に影響を与える要因を、「身体的要因」と「心理的要因」について量的に検討する。また、自己管理への動機づけの構造が変化していく過程については、その過程に影響した要因とともに面接調査をもとに質的に検討する。

2) 自己管理行動に効果的な動機づけを促進する支援

上記の患者を対象とした調査によって得られた知見と、質問紙調査の際に収集した患者が望む「自己管理への動機づけが高まる医療者からの支援」に関する記述内容をもとに、透析患者の自己管理行動に効果的に働く動機づけを促進する医療者からの支援のあり方を検討する。その際、透析患者の多様性に対応するため、動機づけに影響する患者の特徴に応じた支援の方向性の違いを明らかにし、効率的で効果的な支援を具体化する。

3) 透析患者への動機づけ支援実施にあたっての問題点の明確化と看護師への支援

次の段階では、透析施設に従事する看護師を対象とした調査を行う。まず、特殊な環境と言われる透析室看護師の職業意識

(透析看護へのやりがいや就業動機) とその課題を明らかにする。また, 看護師の自己管理支援に対する認識や実践の現状と課題を明らかにするために, 患者を対象とした調査によって抽出した自己管理支援の項目に対する重要性の認識と実践の程度を調査し, 自己管理支援の各項目への認識・実践への影響要因を特定する。この影響要因の分析から, 透析に従事する看護師への支援方略を明らかにし, 自己管理支援を患者側への直接支援だけでなく, 自己管理支援のスキルの高い看護師育成を通して, 患者に還元できるものにする。

3. 本研究の構成

本研究の全体の構成は以下の通りである。

最初に, 自己管理を促進する動機づけと, それに関連した概念を測定する尺度がなかったため, 外来透析患者 323 名を対象に自記式質問紙調査を行い, 【研究 1】として日本の透析患者の透析患者用自己決定理論の各概念を測定する尺度 (HCCQ, TSRQ, PCS) の日本語版作成とその信頼性と妥当性の検証を行った。次に, 【研究 2】として, 自律性が支援されたと感じると「自律的動機づけ」が促進され, 「自律的動機づけ」は有能感を介して自己管理行動を促進しているのかを検討した。

ただし, 多様な透析患者の特徴は, 自己管理の動機づけにも影響することが予測されるため, 【研究 3】では, 外来透析患者 250 名を対象に, 自己管理に関する動機づけへの影響要因を明らかにするために, 以下の 4 つの視点から検討を行った。まず, 【研究 3-1】では, 自己管理に影響する動機づけにどのような<要因>が影響しているのかについて, 「自律的動機づけ」と「他律的動機づけ」それぞれへの影響要因を検討した。次に, これまでの研究では「自律的動機づけ」が多いことが良好な自

自己管理につながることは明らかにされていたが、同じ個人の中に存在する「他律的動機づけ」の在り方については検討されてこなかったため、【研究 3-2】として、この2つの<動機づけの高低のバランス>が自己管理にどのように影響するかを検討した。さらに、【研究 3-3】では、透析患者に多く、自己管理のアドヒアランスを不良にするとされる<うつ傾向>の実態と自己管理への影響を確認し、【研究 3-4】では、近年患者数が増加し、自己管理を複雑にする<糖尿病>の有無が、自己管理にどのように影響するかを確認した。

以上の分析を通じて、実際に現場で理論を使用していく上で、その影響を考慮すべき要因について明らかにした。

【研究 4】として、【研究 1, 2】と【研究 3】の調査の自由記載欄に記入された「自己管理に関して医療者に望むこと」について記入された内容 135 件を質的に分析し、患者が望む自己管理に関する動機づけを促進する支援の要素を明らかにした。

以上の【研究 4】では、「自律的動機づけ」を促進する自律性支援である「自律性を尊重する」ことも含む患者が希望する内容の全体像は把握できたが、長期にわたる透析生活の中で患者の動機づけはどのように変化していくのか、また、変化に影響している要因（医療者の支援）も明らかにしたいと考えたため、【研究 5】として、透析歴 5 年以上の患者 10 名を対象に面接調査を行い、自己管理に関する動機づけが変化するプロセスとその影響要因を M-GTA を用いて分析した。

以上の【研究 1】から【研究 5】までの患者を対象とした研究によって、患者の「自律的動機づけ」を促進する重要性とその影響要因が明らかになり、自己管理の動機づけは発達することや、それを促進する支援についての示唆を得ることができた。しかし、現場で実際にこのような支援が行われるためにはどの

ような準備が必要なのだろうかと考え, 【研究6】として, 透析に従事する看護師193名を対象とする質問紙調査を行い, 透析室看護師の背景や置かれた状況, 自己管理支援に関する看護師の認識と実施の現状を確認し, 実施につながる要素の検討も行った。

以上の透析患者と透析に従事する看護師双方を対象にした研究結果に基づいて, 透析患者の自己管理への動機づけを促進する支援のあり方と方向性, およびそれを実現するための透析看護師のスキルアップとその支援のあり方について考察を加えた。

第3章

血液透析患者の自己管理に関する動機づけ認知の実態

3-1【研究1】日本語版尺度の信頼性・妥当性の検証

3-2【研究2】わが国の血液透析患者における自己決定理論ヘルスケアモデルの検証

3-1【研究1】自己決定理論構成概念の測定尺度日本語版の信頼性・妥当性の検証

1. 問題の背景

自己管理が必要な慢性疾患の代表である維持透析患者は、わが国では現在増加の一途をたどり、年間3万人が新規に導入している（日本透析学会統計調査委員会,2012）。また、近年、透析導入患者の平均年齢は65歳を超え、糖尿病性腎症の割合の増加や導入年齢の高齢化、長期生存と合併症の多様化などの傾向が顕著な状況にある。そのため、今後、透析患者に必要な自己管理行動はより複雑となることが予想され、透析看護のセルフケア支援を目指した透析看護の新しい方策が求められている（江川,2001）。従来の患者教育は、患者に必要な自己管理行動を遵守させるものであったが、知識や技術を一方的に教え込むのではなく、患者が日常生活で遭遇する多彩な場面で適切な選択ができ、自ら困難な問題を解決していけるような能力と自律性を育てていくことを奨励（石井,1998, 河口ら,2000, Glasgow et al.,1999, 野嶋,1996）する動きが出てきた。この、新しいパラダイムである「自律性を尊重する」考え方として、Deciらによる自己決定理論（Deci et al.,1999, Ryan et al.,2000, Sheldon et al.,2003）がある。この理論は、1970年代からDeciらが提唱してきた認知的評価理論、有機的統合理論など4つの理論を含めた動機づけに関する理論体系で、人間の自己決定と有能さに関する認知の変化が、行動への動機づけにどう作用するかを説明している。

医療の分野では、医療者が患者の自律性を支援すること（autonomy support）は、その人の自律的な動機づけ

(autonomous motivation) を促進するとされている。この自律的動機づけは、有能感 (competence) を生じさせて、自己管理行動に変化をもたらすという「自己決定理論ヘルスケアモデル」(図 3-1-1) が構築されている (Deci et al., 2002)。

一方、日本の透析看護の研究では、有能感に近い概念である自己効力感が用いられ、自己管理行動や食事の満足感に直接影響を及ぼすことがわかっている (岡ら, 1996, 長尾, 2002)。また、この自己効力感を促進させる因子については、患者の意思判断の有無と家族支援の有無とする報告 (川端ら, 1998) や、家族・医療者の支援、透析受容、医療者の人格イメージと身体症状とする報告 (岡ら, 1996) がある。

しかし、なぜ自己効力感がこれらの要因に影響を受けたのかを、医療者の支援が自律性を尊重するものであったかという視点や、患者の動機づけの状態が自律的か否かという視点から、調査したものはない。また、透析患者の自律性や動機づけの実態についても測定できる尺度もないため、新しいパラダイムに合致した自律性を尊重する看護の評価や、患者の自律性を評価する尺度の開発の必要性が生じている。

1996年に Williams ら (1996) は、自己管理行動が自律的に動機づけられているかを測定するために「Treatment Self-Regulation Questionnaire」(以下 TSRQ と略す) を作成したが、患者が感じる自律性支援の測定は 1998年に Williams ら (1998) が「Health-Care Climate Questionnaire」(以下 HCCQ と略す) を作成し、さらに同じ 1998年に行動の変化に関して自分はできるという感覚である有能感を測定するために Williams ら (1998) が「Perceived Competence Scale」(以下 PCS と略す) を作成している。

これらの尺度はこれまで、血糖コントロール (Williams et

al.,1998, Williams et al.,2004) や減量 (Williams et al.,1996), 禁煙 (Williams et al.,2006) などの自己管理行動で使用され, 尺度の信頼性・妥当性及び自己決定理論ヘルスケアモデルの検証が行われている。

2. 日本における「自律性支援の認知」「自己管理の動機づけ」「有能感」を測定する尺度の実態

1) 自律性支援の認知の測定尺度

従来の先行研究をみると, 透析患者の食事管理行動と医療者からの心理的サポートとの関係を見た調査 (Oka et al.,1999) では, 「医師, 看護師から精神的サポートを受けていますか?」という設問があるのみで, 支援に自律性を高めるような内容が含まれていたかどうかは確認できない。また, ソーシャルサポートの測定用具を一部改変して医療者用に使用した文献 (岡ら,1996) もあるが, 手段的なサポートと情緒的なサポートの有無の測定であって, 自己管理行動の自律性の尊重, たとえば「養生法の提案に選択肢があるか」といった状況は測定できない。さらに岡谷は, 看護師に対して信頼感を感じているかどうかを測定する「患者信頼スケール (岡谷,1995)」を作成していて, 下位尺度の「尊重」では, 患者が個人として尊重されていると感じているかを測定しているため, 自律性支援の要素のひとつである「個人を重要であると理解されているか」という測定は可能である。しかし, 岡谷の尺度でも, 「養生法に対する個人の思いを尊重されているか」, 「養生法の提案に選択肢があるか」といった内容については測定できない。以上より, わが国では医療者からの自律性支援のすべての要素を測定する信頼性・妥当性の検証された尺度は, 開発されていないのが, 現状である。

2) 自律的動機づけの測定尺度

内発的動機づけという語を使用した透析関連の文献は過去に1件(谷口ら,2003)だけあったが,その評価は自己管理に関する自信についての設問であり,動機づけそのものを測定していない。

岡は,自己決定の理由に関する調査(岡ら,1997a)をもとに自己決定尺度(SSHP)を作成している(岡ら,1997b)が,この尺度の作成にあたっては,「おまかせ」傾向の強い日本人は実際に自己決定を行っていても,個人の意識の中で自分が主体となって自己決定をしていると認識していない,という考えの下に,自己決定する理由が存在するかという項目の設定にしたと説明している。この尺度には,水分管理だけでなくさまざまな自己管理場面の設定があって,例えば,「透析でひく水の量は,自分の体調をもとに希望する」,「自分の経験から,針を刺す部位は自分で希望する」といった項目があるが,これらの項目は,動機づけが自律的かどうかを測定するものではない。また,もう1つのサブスケールには,「医療者の言うとおりにするのが一番良い」といった設問があるが,この設問に対しては,医療者の言いなりでかまわないという自律性の低い状態から,熟慮した上で医療者の勧めるものを統合している状態まで,様々な動機が考えられるため,動機づけの自律の程度を測定することはできない。以上より,自己管理行動に対する自律的動機づけの程度を測定する尺度は開発されていないという現状にある。

3) 有能感の測定尺度

ある行動に対する自信を測定するものとして,有能感には,自己効力感が最も近い概念である。有能感は,過去の経験に依拠する評価的な側面を意味するが,これに対して,自己効

力感とは、将来に対する期待を直接検討するものである。有能感も自己効力感も経験によって変化することが知られている概念で、設問にした場合に2つの概念を区別することは難しい。また、有能感とは既存の自己効力尺度を使用しての測定が可能だが、自己効力感とは特定の行動に関する認知のため、測定したい行動に関する尺度である必要がある。

透析患者については、透析患者用食事療法自己効力感尺度（岡ら,1996b）が作成されているのみで、水分管理を測定する信頼性・妥当性の検証された尺度は開発されていない。透析患者の自己管理は食事内容だけでなく、飲水量や運動量などを総合して行うものであるため、患者本人の行動をよく反映する水分管理（次回透析までの体重増加をコントロールする）に関する有能感（あるいは自己効力感）の尺度が必要である。また、岡の尺度が9項目であるのに対し、Williamsらが作成したPCSは4項目で、より患者への負担が少ない尺度である。以上より、透析患者の水分管理を目的とした有能感を測定する尺度が必要であると考えた。

3. 目的

以上より、我が国において、透析患者の「自律性支援の認知」、「自己管理の動機づけ」、「有能感」を効率的に測定できる用具は無いという状況にある。そこで本研究は、透析患者用自己決定理論の各概念を測定する尺度（HCCQ, TSRQ, PCS）の日本語版作成を試み、その使用可能性を検討するために信頼性と妥当性を検証することを目的とした。

4. 用語の定義

本研究では、Deciらに依拠して以下のように用語を定義した。

1) 自律性支援 (autonomy support)

個人の価値観を尊重し、適切な情報提供をすることで患者自身が健康行動に対する責任能力を持つよう励ます、協働的な関係性を重視した支援

2) 自律的動機づけ (autonomous motivation)

課題に関する興味や価値づけから行動をはじめ、維持する力を持つ動機づけ

3) 他律的動機づけ (controlled motivation)

他者から期待されたことに服従して行動を行う、受動的迎合的な動機づけ

4) 有能感 (competence)

過去の経験に依拠して、自分は課題行動の実施、継続が可能であるという感覚

5) 水分管理

次の透析までの体重増加を適正にするための生活上の工夫

5. 方法

1) 対象

対象は、近畿周辺の透析施設 11 箇所に通院する、20 歳以上の透析患者で、透析に必要な自己管理行動が安定すると思われる、導入から 1 年以上で自記式質問紙に回答可能な者とした。なお、心不全等でドライウェイト調整中の者、精神疾患・認知障害のある者、常時 A D L 介助の必要な者は除外した。

施設から許可を得て研究説明をした患者総数は 465 名、うち同意書を回収した 438 名に 1 回目の質問冊子を配付し、379 名から回収した (回収率 86.5%)。再テスト同意者は 261 名だったため、2 週間後の配付時に体調不良等で参加中止した

者を除き 242 名に配付, 225 名から回収した(回収率 92.9%)。回収分から, 尺度に欠損値のあるものを除外し, 初回テストは 323 名を, 再テストは 199 名を, 分析対象とした。また, 妥当性検証のための尺度は, それぞれの欠損値のないものを有効回答として, 患者信頼スケール 262 名, ヘルスローカスオブコントロール尺度 254 名, 食事管理自己効力感尺度 272 名であった。

2) データ収集方法

書面及び口頭で調査内容を説明して同意書を得た後, ドライウエイト, 透析前後の体重, 原疾患などの基本的な情報については, カルテから情報収集した。その際, 回答者の匿名性を保証するため, カルテから収集した記録用紙には記名せず, 未記入質問冊子に添付して対象者に配布して, 郵送で回収した。

信頼性検証のための再テストは, 同意書記入時に再テストについての意思も確認し, 同意の得られた対象者には記号化した印を 1 回目, 2 回目それぞれの質問紙に記入し, ポストイットに対象者名を記入しておいた。2 回目の質問紙配布時(初回から 2 週間後), ポストイットの対象者名で配布し, 配布後ポストイットは廃棄した。

以上の調査期間は, 2005 年 4 月より 10 月までであった。

3) 倫理的配慮

倫理的配慮として, 大阪大学医学部倫理委員会の承認と, 協力施設の代表者の許可を得て行った。対象者へは, 文章と口頭で研究目的, 匿名性の保護, 中止の自由, 不参加による不利益のないことを説明した。また, 研究者に直接郵送する

などの配慮により，通院先のスタッフに回答内容が知られないための工夫も行った。郵送での回収，再テストデータを記号化して処理することで回答者の匿名性を保持した。

4) 調査内容（質問紙の構成）

① 患者の基本属性

患者の基本属性として，年齢，性別，透析歴，職業の有無，家族と同居の有無，結婚の有無，学歴，原疾患を調査した。

② 自律性支援の認知（Health Care Climate Questionnaire 以下 HCCQ と略す）

自律性支援の認知の尺度 HCCQ は，Williams, Deci ら（1998）が開発した「看護師は，あなたの水分管理に関してあなたがどのようなことを大切に考えているか理解していると思う」，「看護師は，水分管理に関する変更案を示す前に，あなたが水分管理についてどのように考えているかを理解しようとしてくれる」，「看護師は，水分管理に関してあなたがどうやっていきたいのか注意深く聞いてくれる」といった設問からなる1因子構造の尺度で，6項目，7段階尺度（全然あてはまらない1点，わりにあてはまらない2点，少しあてはまらない3点，どちらでもない4点，少しあてはまる5点，かなりあてはまる6点，非常にあてはまる7点）である。

③ 自己管理に関する動機づけ（Treatment Self-Regulation Questionnaire 以下 TSRQ と略す）

自己管理に関する動機づけの尺度 TSRQ は，Williams, Deci ら（1996）が開発し，各設問が，対象者がよりよい水分管理を行いたいという理由にあてはまるかどうかを問う内容になっている。「自分が元気であることに責任を持ちたいから」といった「自律的動機づけ」，「他人から水分管理をするように

とプレッシャーがかかっているように思うから」といった「他律的動機づけ」, 「なぜそうするのか全く考えたことがない」といった「無動機」の3因子構造で, 15項目, 7段階尺度(全然あてはまらない1点～非常にあてはまる7点)である。

④ 有能感 (Perceived Competence Scale 以下 PCS と略す)

有能感に関する尺度 PCS は, Williams, Deci ら (1998) が開発し, 「私は水分管理を継続する能力があるという自信を持っている」, 「私はこれから水分管理をつづけることができると思う」, 「私はずっと水分管理を維持できる」, 「私には水分管理の目標を達成する力がある」の設問からなる1因子構造, 4項目, 7段階(全然あてはまらない1点～非常にあてはまる7点)の尺度である。

⑤ 患者信頼スケール

患者信頼スケールは, 看護師に対して信頼感を感じているかどうかを測定するもので, 岡谷(1995)によって作成され, 信頼性・妥当性が検証されているスケールである。全28項目からなり, 下位尺度は, 「尊重」, 「信用」, 「安心感」, 「関心」の4因子構造である。「ナースコールを押すとすぐに対応してくれる」といった看護師の基本的対応の善し悪しを問う設問もあるが, 「私に関心を寄せ, いつでも見ていてくれる感じがする」という, 患者を尊重し対応する姿勢の有無について問う設問のように, 自律性支援の側面を表現しているものもある。各設問と HCCQ の相関係数の比較を行うことで, 構成概念の妥当性を検証する。

⑥ ヘルスローカスオブコントロール尺度

この尺度は, コントロールの所在を測定するもので, 渡邊(1985)によって作成され, 信頼性・妥当性が検証されている。全14項目で, 下位尺度は「内的統制」, 「外的統制」であ

る。Deci (1985)によると、物事の結果がその人自身の行動の結果であると考え「内的統制」は、自律的あるいは他律的に動機づけられた状態で、物事の結果は自分の努力とは無関係に自分以外のものによって決まると考える「外的統制」は無動機の状態にあるとしている。

⑦ 食事療法自己効力感尺度

この尺度は、透析患者の食事療法に関する自己効力感を測定するもので、岡ら (1996b) によって作成され、信頼性・妥当性が検証されている。全9項目で、1因子構造である。Deciら (2002) は、有能感と自己効力感はともに行動に関して自分はできるという感覚である点が近い概念であるとしている。しかし、有能感は過去の経験に依拠する評価的な側面を意味し、自己効力感は将来に対する期待を直接検討するものであるという点が異なる (速水, 1998)。

⑧ 自己管理行動

自己管理行動の測定には、透析方法や薬剤投与の影響が少なく、自己管理行動を反映すると考えられる1週間分の透析間の体重増加量をその患者のドライウェイトで割った「週間体重増加率」を使用した。

5) 分析方法

結果の統計分析は、統計ソフトはSPSS 13.0 J for Windowsを用いた。また、HCCQ, TSRQ, PCSの日本語版の信頼性検討には、Cronbach α 係数と再テスト法を使用した。尺度構造の構成概念妥当性を確認するために、確認的因子分析を行った。各尺度に関連する尺度との比較では、構成概念妥当性の弁別妥当性および収束妥当性、基準関連妥当性の同時妥当性を確認した。相関係数は、尺度が順序尺度であることから、

Spearman の相関係数を用いた。

回答の負担を軽減する目的で、質問紙を A (HCCQ, TSRQ, PCS, 患者信頼スケール) B (HCCQ, TSRQ, PCS, ヘルスローカスオブコントロール尺度, 食事療法自己効力感尺度) の2種類にした。対象者を同数の2群にするため、質問紙は AB 交互に配布し、再テスト時は異なるほうの質問紙を配布した。分析の際、再テスト参加者であっても信頼性検証 (Cronbach α , 因子分析) には初回の結果のみを使用し、関連尺度との関係は、比較する尺度と同時に回答した日本語版尺度得点を使用した。

6. 結果

1) 対象者の概要

本研究の対象者の概要は、表 3-1 に示すように、平均年齢 61.3 歳 (SD \pm 10.64) で、男性 204 名 (63.2%), 女性 119 名 (36.8%) であった。2005 年 12 月末時点での透析患者の全国平均年齢 63.88 歳 (SD \pm 12.82), 並びに性別による患者割合, 男性 60.9%, 女性 39.1% と大きな差は無かった。また、1 週間分の体重増加率の平均は、ドライウェイトの 13.6% であった。

2) 日本語版作成プロセス

日本語版の作成にあたっては、この種の尺度の作成にはこれまでも数多く用いられている逆翻訳の手法 (岡谷ら, 1996, Miura et al., 2004) を用いた。HCCQ, TSRQ, PCS それぞれの原版は、Self-Determination Theory ホームページ上 (Self-Determination Theory Website, 2007-12-10, <http://www.psych.rochester.edu/SDT/>) で、各疾患用が公開

されているものを入手し、尺度原作者から透析患者用に日本語訳することの許可を得た。内容的には、日本の医療環境に合わせて「health-care practitioner」を「看護師」へ変更したほか、原版では「healthy diet」という自己管理行動を意味する部分は、Deciの許可を得て、ダイアライザーや投薬内容などの影響を受けにくい「水分管理」とした。

逆翻訳の手順に準じた翻訳には、透析看護領域の研究者2名、及びDeciの自己決定理論に基づく動機づけに関する研究をしている心理学の研究者からのアドバイスを得て、原版の表現が適切に反映されているか、日本語の表現が適切かについて検討して、日本語版 ver.1 を作成した。

この日本語版 ver.1 を英訳して、米国で看護師として働いている日本人女性と英語のネイティブスピーカーの医療従事者、尺度製作者のDeciに原文と比較してもらったところ、「TSRQ:7を気分(体調)が悪いような表現にならないようにして欲しい」と、「TSRQ:12に《of me》を追加して欲しい」との意見をいただいたため、TSRQ:7はそのままで体調不良の意味にはなっていないと判断して、TSRQ:12に「私のことを」と追加した。これを日本語版 ver.2 とした。

予備調査は、透析歴1年以上の透析に関する管理を自分で行っている透析患者2名(50代)と、透析経験に関わらず理解できる表現かどうかを確認するために慢性疾患患者2名(40代1名、60代1名)を対象に、実施した。予備調査の対象者には、質問紙の回答後に面接して、表現は平易か、文字の大きさは適切か、記入しやすい様式だったかなどについてたずねた。その結果、HCCQ全問内の「看護師は私の水分管理の…」という表現よりも「看護師はあなたの水分管理の…」という表現のほうが答えやすいという評価であったため

変更し，日本語版尺度の完成版とした。

3) 各日本語版得点

初めに，日本語版の各尺度の各設問の平均得点（すべて7点満点）を確認した。HCCQは一設問の平均得点が4.6点（SD±0.2）であった。TSRQについては，下位尺度ごとに計算し，それぞれ，自律的動機づけ5.7点（SD±0.4），他律的動機づけ3.5点（SD±0.7），無動機2.4点（SD±0.08）であった。PCSでは5.0点（SD±0.2）となった。

対象者の自己管理への動機づけは，他律的動機づけよりも自律的動機づけ得点の方が高かった。また，自律性支援の得点は自律的動機づけ，有能感よりも低かった。

4) 日本語版の信頼性

信頼性の指標として Cronbach α ，IT分析，項目除外 α ，再テストとの相関係数を確認した結果を，表3-1-2～3-1-5に示す。尺度の Cronbach α 係数は，HCCQ0.92，TSRQの下位尺度では，自律的動機づけ0.86，他律的動機づけ0.74，無動機0.74，PCS0.94と，いずれも高値を得た。

5) 日本語版の妥当性

HCCQ，TSRQ，PCSの構成概念妥当性を確認するために，主成分分析で因子を抽出し，プロマックス回転を行う因子分析を行った（表3-1-6～3-1-8）。固有値1.0以上，因子負荷量0.4以上で抽出した結果，原版と同じくHCCQ1因子，PCS1因子となった。TSRQは，原版と同じ3因子が抽出されたが，表7に示すように，日本語版の質問7と質問10は，原版と異なる因子に含まれた。

また、表 3-1-9 に示したように、日本語版の HCCQ 合計と患者信頼スケールの各設問との関係では、相関が高かったのは、「看護師は私に関心を寄せ、いつでも見ていてくれる感じがする」や「看護師は病気に立ち向かっている私をいつも見守ってくれている」といった自律性支援の要素である、看護師からの関心を感じつつ自分自身の療養行動が支えられる感覚についての設問であった。逆に相関係数が低かったのは、「ナースコールを押すとすぐに対応してくれる」や「私が急に大変な状態になっても看護師は適切な判断をして対処してくれる」といった、患者が受身の状態での看護師の対応の優劣を問う設問であった。これにより構成概念妥当性の収束妥当性、弁別妥当性が認められた。

さらに、表 3-1-10 に示したように、日本語版 TSRQ の下位尺度とヘルスローカスオブコントロール尺度の下位尺度との関係では、自律的あるいは他律的に動機づけられた状態であるとされる内的統制が、自律的動機づけ、他律的動機づけと相関し、動機づけられていない状態とされる外的統制と無動機が相関し、予測される関係で相関することが確認されたため、構成概念妥当性の収束妥当性が認められた。

なお、自己効力感と似た概念とされる有能感を測定する日本語版 PCS は、食事療法自己効力感尺度合計との相関係数が 0.65 ($p<.001$) と高く、基準関連妥当性の同時妥当性が認められた。

7. 考察

1) 対象者の概要について

2006 年末での維持透析患者（日本透析学会統計調査委員会,2006）の平均年齢は 63.32 歳であり、本研究での対象の平

均年齢 61.3 歳は母集団を良く反映していた。性別の組成も、全国では男性 60.64%、女性 39.35%であるのに対し、本研究では男性 63.2%、女性 36.8%と、これもほぼ同様の傾向がみられた。このため、本研究の対象者から日本人の維持透析患者の自己管理に関する認知を評価することが可能であると考えた。

2) 施設間差の確認

本研究では 11 施設の患者を対象としているため、施設による違いの有無を検討した。患者の基本属性による差を確認するために、1 元配置分散分析を使用し確認したところ、有意差が見られたのは透析歴 ($F=3.847$ $p < .001$) と年齢 ($F=2.116$ $p < .05$) のみであった。これは、開設間もない施設があった一方で、長年透析を実施している施設もあったためと考えられる。

HCCQ, TSRQ (下位尺度 3 種類), PCS のいずれにおいても、透析施設間で有意差は見られなかった。よって、今回日本語版を作成した尺度は、施設の差による影響を受けていないと考えた。

3) 日本語版の有用性

慢性疾患患者教育の分野では、医療者の指示を遵守させる「コンプライアンス」という考え方に代わって、自分自身を支える責任を患者自身が持ち、自分自身で努力する「アドヒアランス」が提唱されはじめ (黒江, 2002), 患者を成人として尊重する概念が取り入れられるようになって来ている。また、患者自身が自律的に自己管理していくよう、医療者との協働関係を築くことも奨励されるようになってきている

(Glasgow et al.,1999, 石井,2002)。

糖尿病患者教育の研究では、患者の努力を評価しない言動が与えるネガティブな影響は、看護師が使用する患者教育方法より、患者教育の効果に影響したと報告しており（河口ら,2003, 安酸ら,2003）、成人教育の立場からも、患者の主体的な参加を促す雰囲気（climate）づくりが重要視されている（安酸ら,2004）。

しかし、透析患者の研究では、患者の望む看護と看護者が考える看護にギャップがある（森田,2000）ことや、透析室という特殊な環境から、医療者と患者の人間関係上の問題が生じやすい（福西,1997）などの事情もあるため、患者の自律性を支援する環境が提供できているか否かについての評価が必要である。

今回、自己決定理論に基づく各概念の測定尺度（HCCQ, TSRQ, PCS）の日本語版の信頼性、妥当性を検証するために質問紙調査を行った。信頼性検証に使用した Cronbach α 係数、再テストとの相関係数は 0.7 以上が高い相関と判読されるのが一般的である（川口,1999）。今回の結果は、「無動機」の再テストが 0.69 であった以外はすべて 0.7 以上であることから十分に尺度の安定性が得られたと考える。

尺度の因子構造は、HCCQ 日本語版、PCS 日本語版は、原版と同じ 1 次元尺度であった。TSRQ は、原版同様 3 因子構造であったが、2 設問については異なる下位尺度に含まれた。

設問 7 は、水分管理をしていないと「悪い人間である」と思うような考え方である。これは、日本人の特徴として、集団の価値観を個人のものより優先させる傾向がある（Deci et al.,1999）ため、医療者が好ましいとしている管理を励行することは、むしろ積極的な生き方として自律的動機づけに含

まれたのだと考える。設問 10 も、本来無動機に含まれる項目であったが、日本人の集団優先思考の影響を受け、勧められた価値観に動機づけられたものと捉えられていた。しかし、「簡単だから」という設問語句を「充分吟味し自己の価値観に組み込んだもの」ではなく、「しかたなく取り入れている状態」として読み取られ、他律的動機づけに含まれたと考える。日本語版を使用する際、設問 7 は自律的動機づけに、設問 10 は他律的動機づけとすることが妥当と思われる。

また、各日本語版尺度と関連尺度との関係も、予測される関係になったことから、基準関連妥当性の同時妥当性、構成概念妥当性の収束妥当性、弁別妥当性を持つことを表わしている。

以上のことから、日本語版 HCCQ、日本語版 TSRQ、日本語版 PCS は、信頼性と妥当性が共に高く、血液透析患者の水分管理において、自己決定理論に基づく概念「自律性支援」、「自律的・他律的動機づけ」、「有能感」を測定する尺度として有用性が示唆された。

8. 結論

HCCQ 日本語版、TSRQ 日本語版、PCS 日本語版は、Cronbach α 係数と再テストとの相関係数により、信頼性が認められた。尺度の作成に当たっては、逆翻訳の手法を遵守するとともに、専門家の意見を参考にして作成したため、内容的妥当性は十分得られたと考える。また、各日本語版と関連した概念を測定する尺度との関係から、構成概念妥当性の収束妥当性、基準関連妥当性の同時妥当性が認められた。各日本語版は、透析患者の自己管理に関する評価尺度として患者の状態評価、看護介入効果の評価の一助になると考えられる。

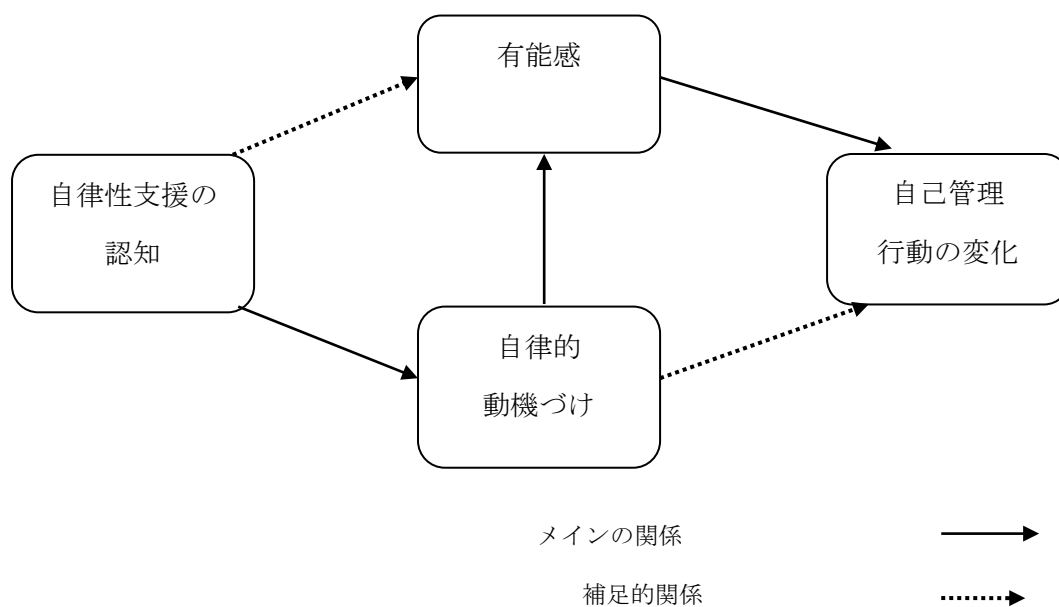


図 3-1-1 自己決定理論ヘルスケアモデル

表 3-1-1 対象者の概要

			n=323
属性	区分	人数(名)	割合(%)
性別	男	204	63.2
	女	119	36.8
年齢	20歳代	1	0.3
	30歳代	9	2.8
	40歳代	29	8.9
	50歳代	94	29.1
	60歳代	118	36.5
	70歳代	58	18.0
	80歳代以上	14	4.3
透析歴	5年未満	101	31.3
	5年以上10年未満	92	28.5
	10年以上15年未満	45	13.9
	15年以上20年未満	43	13.3
	20年以上25年未満	35	10.8
	25年以上	7	2.2
透析時間帯	昼間	236	73.1
	夜間	87	26.9
透析間隔	週3回	314	97.2
	週2回	7	2.2
	その他	2	0.6
職業	あり	99	30.7
	なし	223	69.0
同居家族	あり	279	86.4
	なし	44	13.6
原疾患	糸球体腎炎	153	47.4
	糖尿病性腎症	55	17.0
	腎硬化症	8	2.5
	のう胞腎	26	8.0
	慢性腎盂腎炎	9	2.8
	その他or不明	71	22.0
週間体重増加率(平均)			13.6% ±3.8

表 3-1-2 再テスト相関係数

			n=199
尺度	因子	r	
HCCQ	自律性支援の認知	.738	***
TSRQ	自律的動機づけ	.706	***
	他律的動機づけ	.746	***
	無動機	.691	***
PCS	有能感	.769	***
Spearman の相関係数		*** p < 0.001	

表 3-1-3 HCCQ の信頼性

n=323

HCCQ	設問	Corrected Item Total Correlation	Alpha if Item Deleted
自律性支援の認知	1	.818	.902
	2	.835	.891
	3	.676	.916
	4	.885	.884
	5	.861	.888
	6	.865	.886

Alpha=0.92

表 3-1-4 TSRQ の信頼性

n=323

TSRQ	設問	Corrected Item Total	Alpha if Item Deleted
		Correlation	
自律的動機づけ	1	.743	.830
	3	.756	.825
	6	.776	.807
	8	.837	.799
	11	.701	.863
	13	.754	.825
他律的動機づけ	2	.725	.781
	4	.749	.781
	7	.528	.822
	9	.674	.799
	12	.772	.772
	14	.792	.764
無動機	5	.845	.567
	10	.753	.805
	15	.819	.576
自律的動機づけ	Alpha=0.86		
他律的動機づけ	Alpha=0.74		
無動機	Alpha=0.74		

表 3-1-5 PCS の信頼性

n = 323

PCS	設問	Corrected Item Total Correlation	Alpha if Item Deleted
有能感	1	.925	.921
	2	.915	.914
	3	.933	.913
	4	.896	.940

Alpha=0.94

表 3-1-6 HCCQ の因子分析

	Question items	第1因子
Q4	看護師は、水分管理に関してあなたがどうやっていきたいのかを注意深く聞いてくれる	.890
Q6	看護師は、水分管理に関する変更案を示す前に、あなたが水分管理についてどのように考えているかを理解しようとしてくれる	.877
Q5	看護師は、水分管理について何でも質問するように勧めてくれる	.869
Q2	看護師は、あなたの水分管理に関してあなたがどのようなことを大切に考えているか理解していると思う	.857
Q1	看護師は、あなたの水分管理方法をどのように変更するか(変更しないことも含めて)について、いくつか選択肢を示してくれていると思う	.796
Q3	看護師は、あなたに水分管理に関する方針を変更する能力があると信じてくれている	.696
因子抽出法:主成分分析 回転法:Kaiserの正規化を伴うプロマックス法		

第3章 血液透析患者の自己管理に関する動機づけ認知の実態
3-1【研究1】日本語版尺度の信頼性・妥当性の検証

表 3-1-7 TSRQ の因子分析

因子項目	Question items	第1因子	第2因子	第3因子
自律的動機づけ	Q8 私にとって本当に重要な選択だと思うから	.869	.010	.052
	Q6 そのことについてよく考えた結果、生活の多くの点で水分管理が非常に重要であると考えたから	.846	-.096	.000
	Q13 できるだけ元気であることがとても重要だから	.779	-.064	-.012
	Q1 自分が元気であることに責任を持ちたいから	.745	-.113	-.023
	Q3 私が思うに、元気であるのに最善の方法であると考えているから	.724	.085	-.037
	Q11 私のやりたいと思っていることと一致するから	.579	.045	-.006
他律的動機づけ	Q7 水分管理をしていないと、自分自身がすっきりしないから	.579	.325	.048
	Q14 私は水分管理ができる人間であると認めてもらいたいから	-.021	.894	-.217
	Q12 私のことを他人に認めてもらいたいから	-.101	.868	-.061
	Q4 水分管理をしなければ周りの人が心配するだろうから	.104	.696	.018
	Q9 他人から水分管理をするようにとプレッシャーがかかっているように思うから	-.120	.684	.176
	Q2 水分管理をしなければ罪悪感を感じたり恥だと思ふから	.147	.670	.005
無動機	Q10 自分で考えるより、他人から言われた通りのことをするのが簡単だから	-.047	.481	.419
	Q5 なぜそうするのか全く考えていない(考えたことがない)	-.007	-.123	.941
	Q15 なぜ水分管理をするのか理由はよくわからない	.021	.035	.874
	因子間相関 第2因子	.196		
	第3因子	-.218	.354	
因子抽出法:主成分分析 回転法:Kaiserの正規化を伴うプロマックス法				

表 3-1-8 PCS の因子分析

	Question items	第1因子
Q3	私はずっと水分管理を維持できる	.940
Q2	私はこれから水分管理をつづけることができると思う	.940
Q1	私は水分管理を継続する能力があるという自信をもっている	.924
Q4	私には水分管理の目標を達成する力がある	.884
因子抽出法: 主成分分析 回転法: Kaiserの正規化を伴うプロマックス法		

表 3-1-10 TSRQ とヘルスローカスオブコントロールとの相関係数

n=254

HLOC			
TSRQ	内的統制		外的統制
自律的動機づけ	0.23 ***		-0.13 *
他律的動機づけ	0.13 *		0.15 *
無動機	-0.12		0.31 ***
Spearman の相関係数		*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001	

3-2 【研究2】わが国における自己決定理論ヘルスケアモデルの検証

1. 目的

透析患者に代表される慢性疾患患者の自己管理を支援する方法は、時代とともに変化している。以前は、指導型で患者を弱い立場とみなし、医療者からの指示を守らせる、あるいは行動を制限するという考え方、つまり、医学モデルや公衆衛生モデルが主流であったが、医療のパターナリズムへの批判や患者の権利擁護意識の高まりとともに、学習援助型と呼ばれる対等な患者－医療者関係を保ちつつ患者自身が自分の体調をコントロールすることを尊重する、セルフマネジメントが望ましいと考えられるようになってきている（河口ら,2000, Glasgow et al.,1999, 野嶋,1996）。しかし、この学習援助型の考え方は学問的にはパラダイムシフトしているが、実際に行われているとは言えないと指摘されている（安酸,2004）。特に慢性疾患患者の中でも透析患者は特殊な状況にあるため、セルフマネジメントの考え方が浸透しにくい状況にある。維持透析患者は、年間約3万人が新規に導入し続けており（河口ら,2000）、さらに、導入患者の平均年齢は65歳を超え、糖尿病性腎症の割合の増加、導入年齢の高齢化、長期生存と合併症の多様化が増している（日本透析学会統計調査委員会,2012）。しかし、透析医療従事者においては、治療が長期なために対人関係での弊害が起きやすい（福西,1997）ことや、半数以上の透析患者が小規模透析施設で治療を受けているなかで、こういった小規模施設での専門職の継続教育の不足（本吉,2009）が指摘されている。

日本の透析看護の研究では、自己効力感が自己管理行動や

食事への満足感に直接影響を及ぼすことが分かっている（岡ら,1996,長尾,2002）。自己効力感に影響する因子は、患者の意思判断の有無と家族支援の有無とする報告（川端ら,1998）や、家族・医療者のセルフケア支援の有無、透析受容、医療者の人格イメージと身体症状との報告（岡ら,1996）がある。この自己効力感を向上させようと、ステップバイステップ法などの認知行動療法が試されている（柿本ら,2004）。しかし、認知行動療法の技法選択を誤ると患者の動機づけが得られない（恩幣ら,2008）などの問題が指摘されている。糖尿病患者の研究では、「患者の努力を評価しない言動が与えるネガティブな影響」は、看護師の使用している「教育方法の種類」よりも「患者教育の効果」に影響した、と報告（河口ら,2003,安酸ら,2003）している。しかし、近年の透析患者の高齢化、病態の多様化から新しい支援方法開発の必要性を訴える文献（中村,2010）があり、効果的な自己管理の支援の方略を現在も模索中であることが分かる。透析患者の自己管理に関する動機づけに着目した報告はもともと少なく、事例報告（谷口ら,2003）に留まっている。そこで、セルフマネジメントの主要な考え方である、患者との関係形成や動機づけを維持する支援に関する新たな考え方の基盤を提供してくれる理論として自己決定理論に着目した。自己決定理論とは、Deciらが提唱した、動機づけに関する理論で、この理論では、医療者が患者の自律性を支援すること（autonomy support）は、その人の自律的な動機づけ（autonomous motivation）を促進するとしている。さらに自律的動機づけは、有能感（competence）を生じさせ、自己管理行動に変化をもたらすという「自己決定理論ヘルスケアモデル」を構築している（Deci et al.,2002）。医療の場では、血糖コントロール

(William,1998, William et al.,2004), 減量 (William et al.,1996), 禁煙 (William et al.,2006) 等の自己管理行動での検証が行われている。しかし, 医療関係では欧米での報告が中心で, 日本での研究は行われていない。そこで, 透析患者の動機づけ等の実態について測定できる尺度がなかったため, 筆者らは, 透析患者用の自己決定理論各概念の測定尺度日本語版を作成し, その信頼性・妥当性を検証した(山本ら, 2009)。さらに, 先行研究は医療関係でも, 禁煙や減量のような比較的健康度の高い対象者への保健行動に関するものが多く, 透析患者のように複雑な病態の自己管理に関する報告はない。

そこで, 本研究は, 日本の, そして外来血液透析患者における自己決定理論各概念の認知を測定し, その因果関係を検討することで, 自己決定理論が日本の透析患者の自己管理支援の基盤となる考え方として取り入れることが可能であるかを明らかにすることを目的とする。

2. 自己決定理論の概要と研究枠組み

この理論は, 1970年代から Deciら(2002)が提唱した認知的評価理論, 有機的統合理論など4つの理論を含めた動機づけに関する理論体系で, 人の自己決定と有能さに関する認知の変化が, その人の行動の動機づけにどのように作用するかを説明している。理論の中でまず, 内発的動機づけ(それ自体を目的としている, することが楽しいために生じる動機)と, 外発的動機づけ(他人を喜ばせるため, 報酬を得るために生じる動機)の違いを説明している。内発的動機づけに基づいた行動は, 行動の持続・調整, 課題の達成度においてす

ぐれている (Deci et al.,1995, 市川,1995) とされており、教育の場で学習効果向上に活用されてきた。外発的動機づけは「自己決定性 (自分の欲求の充足を自ら自由に選択すること)」の程度により分類でき、行動の理由が他者から与えられたものであっても自ら選んで行動を開始するものを「自律的動機づけ」、自己決定性の低いものを「他律的動機づけ」と区別している。医療の場、特に慢性疾患の管理では制限も多く、管理する行為そのものを喜びとする内発的な動機づけは生じにくいと考えられる。しかし、自律的動機づけは、自己管理行動が「合併症を予防したいから」といった手段的な動機づけから始まったとしても、その後も自己管理行動を続けることを自ら選択し、目標を次々に設定していける (速水,1998) 動機づけである。そのため、他律的動機づけは、自律的動機づけへと「内面化」することが重要である。「内面化」は、その人の「自律性への欲求を満たす (自律性を支援する)」ことによって得られる (Ryan et al.,2000) としている。医療の場では、患者が医療従事者から自律性を尊重する支援を受けたという認知が自律的動機づけを増加させ、更に自律的動機づけの増加が有能感を増加させ、有能感の増加が自己管理行動や身体的アウトカムを向上させるという因果関係も各研究 (William,1998, William et al.,1996, William et al., 2004, William et al.,2006) においてパス解析等を用いて検証されている。以上の研究より「内面化」が進み、行動の変化が起こるまでのプロセスをモデル化した「自己決定理論ヘルスケアモデル」(Deci et al.,2002) が構築されている。このモデルを参考に、先行文献 (William,1998, William et al.,1996, William et al., 2004, William et al.,2006, Ryan et al.,2000, Sheldon et al.,2003) の内容を統合して研究の枠組みを作成

した。(図 3-2-1)

3. 用語の定義

本研究では以下のように用語を定義した。

1) 自律性

自分で自分の行動を意味づけし，選択して行動すること

2) 自律性支援

適切な情報提供をし，個人の価値観を尊重し，患者自身が健康行動に対する責任能力を持つよう励ます，関係性を重視した支援

3) 自律的動機づけ

課題に関する興味や価値づけから行動をはじめ，維持する力を持つ動機づけ

4) 有能感

自分は課題行動の実施，継続が可能である（有能である）という感覚

4. 方法

1) 対象者

本研究の対象は研究1と同様である。近畿周辺の透析施設11箇所に通院している20歳以上の維持透析患者で，透析に必要な自己管理行動が安定すると考えられる導入から1年以上の者，自記式質問紙への回答可能である者とし，精神疾患・認知障害のある者，常時ADL介助の必要な者は除外した。また，調査中にドライウエイトが変更すると分母が変わり週間体重増加率を算出できないため，心不全等でドライウエイト調整中の者も除外した。

施設から許可があり研究説明をした患者総数は465名、うち同意書を回収した438名に質問冊子を配布し、379名から回収した。回収率は86.52%であった。このうち、欠損値のない323名（有効回答率73.74%）を対象とした。

2) データ収集方法

書面及び口頭で調査内容を説明し、同意書を回収した後に、ドライウエイト、透析前後の体重、原疾患の項目をカルテから情報収集した。回答者の匿名性を保証するため、カルテから収集した記録用紙へは記名せず、未記入質問冊子に添付して対象者に配布し、郵送で回収した。調査期間は、2005年4月より10月であった。

3) 倫理的配慮

倫理的配慮として、大阪大学医学部倫理委員会の承認と、協力施設の代表者の許可を得て行った。対象者へは、文章と口頭で研究目的、匿名性の保護、中止の自由、不参加による不利益のないことを説明した。また、通院先のスタッフに回答内容が知られないために、研究者に直接郵送で回収するなどの配慮をした。

4) 調査内容

① 属性

患者の属性として、年齢、性別、透析歴、ドライウエイト、透析間隔（週に何回実施しているか）、透析時間帯（昼間か夜間か）、職業の有無、家族と同居の有無を調査した。

② 自律性支援の認知

自律性支援の認知の測定には、患者が自律性支援を受けて

いると感じているか否かを測定する尺度で、Deciらが開発・作成した「Health-Care Climate Questionnaire」(以下 HCCQ と略す)を使用した。HCCQは、「看護師は、あなたの水分管理に関してあなたがどのようなことを大切に考えているか理解していると思う」「看護師は、水分管理に関する変更案を示す前に、あなたが水分管理についてどのように考えているかを理解しようとしてくれる」「看護師は、水分管理に関してあなたがどうやっていきたいのか注意深く聞いてくれる」などの6項目、7段階、1因子構造の尺度で、既に筆者(山本ら,2009)が日本語版を作成し、信頼性・妥当性を検証しているものである。

③ 自己管理に関する動機づけ

自己管理に関する動機づけの測定には、患者が自己管理行動を遂行する理由、因果律の所在(Locus of Causality)の違いに関する尺度でDeciらが開発・作成した「Treatment Self-Regulation Questionnaire」(以下 TSRQ と略す)を使用した。TSRQでは、各設問が、対象者がよりよい水分管理を行いたいという理由にあてはまるかどうかを問う内容になっており、「自分が元気であることに責任を持ちたいから」といった「自律的動機づけ」、「他人から水分管理をするようにとプレッシャーがかかっているように思うから」といった「他律的動機づけ」、「なぜそうするのか全く考えたことがない」といった「無動機」の3因子構造で、15項目、7段階の尺度である。TSRQについても、既に筆者(山本ら,2009)が日本語版を作成し、信頼性・妥当性を検証してある。

④ 自己管理に関する有能感

自己管理に関する有能感の測定には、行動の変化に関して自分はできるという感覚である有能感を測定する尺度で、や

はり Deci らが開発・作成した「Perceived Competence Scale」(以下 PCS と略す) を使用した。PCS は、「私は水分管理を継続する能力があるという自信を持っている」「私はこれから水分管理をつづけることができると思う」「私はずっと水分管理を維持できる」「私には水分管理の目標を達成する力がある」という4項目、7段階、1因子構造の尺度で、これについても、既に筆者が(山本ら,2009)が日本語版を作成し、信頼性・妥当性を検証してある。

⑤ 自己管理行動

自己管理行動の測定には、透析方法や薬剤投与の影響が少なく、自己管理行動を反映すると考えられる1週間分の透析間の体重増加量をその患者のドライウエイトで割った「週間体重増加率」を使用した。

5) 分析方法

まず、HCCQ・TSRQ(下位尺度ごと)・PCSの α 係数を算出し、各平均得点を算出した。次に、患者属性(性別・年齢・透析歴・透析時間帯・透析間隔・職業の有無・同居家族の有無・原疾患)と自己決定理論各概念間の相関係数およびマンホイットニーU検定を行った。さらに、自己決定理論ヘルスケアモデルをもとに作成した予想パス図の適合度を共分散構造分析で検討した。モデルの評価には、CFI(Comparative Fit Index, 以下CFIと略す)、NFI(Normed Fit Index, 以下NFIと略す) RMSEA(Root Mean Square Error of Approximation, 以下RMSEAと略す)を用い、CFI、NFIが0.95以上、RMSEAが0.05以下であればこのモデルが良く適合している(豊田,2007)と判断した。統計ソフトはSPSS 13.0 J for Windows と AMOS5 を使用。検定はすべて両側

検定，有意水準 0.05% 以下とした。

5. 結果

1) 対象者の概要

わが国の 2005 年末での維持透析患者の平均年齢は 63.88 歳（日本透析学会統計調査委員会,2006）であり，本研究での対象の平均年齢 61.3 歳は母集団を良く反映していた。性別の組成も，全国では男性 60.90%，女性 39.09%（日本透析学会統計調査委員会,2006）であるのに対し，本研究では男性 63.2%，女性 36.8%となった。また，1 週間分の体重増加率の平均はドライウェイトの 13.4%であった。（表 3-2-1）

2) 自己決定理論構成概念測定尺度の結果

各尺度の α 係数は HCCQ（自律性支援の認知）が 0.919，TSRQ 各下位尺度が 0.744～0.856，PCS（有能感）が 0.941 と高く，分析可能と判断した。各尺度の項目数が異なるため，各設問の平均得点（すべて 7 点満点）を算出した結果，HCCQ 4.56 点（SD±1.81），TSRQ 自律的動機づけ 5.53 点（SD±1.48），他律的動機づけ 3.09 点（SD±1.85），無動機 2.39 点（SD±1.86），PCS 5.17 点（SD±1.56）であった。

3) 患者属性と自己決定理論各概念間の関係

患者属性と自己決定理論各概念（HCCQ の下位尺度「自律性支援の認知」，TSRQ の下位尺度「自律的動機づけ」「他律的動機づけ」「無動機」PCS の下位尺度「有能感」）間の相関係数を算出した。（表 3-2-2）相関係数 $r = 0.3$ 以上であったものは，自律性支援の認知と自律的動機づけ，自律的動機づけと無動機（負相関），有能感と年齢および週間体重増加率（負

相関)、自律性支援の認知、自律的動機づけの組み合わせであった。さらに、名義尺度で測定した属性(原疾患、透析間隔、透析時間帯、職業の有無、家族と同居の有無)と自己決定理論各概念との関係をマンホイットニーU検定で確認したところ、有意差のあった組み合わせは、以下の通りであった。自律性支援の認知は透析間隔が週3回の者のほうが有意に高得点であった。自律的動機づけは、職業を持っている者と同居家族のいる者の得点が有意に高かった。他律的動機づけは昼間透析者のほうが有意に高かった。無動機は昼間透析者と同居家族のない者の得点が有意に高かった。有能感は家族と同居している者の得点が有意に高かった(表3-2-3)。

4) パス解析

自己決定理論の各概念で因果関係のパス図を作成し、共分散構造分析を行った。自己決定理論ヘルスケアモデルにおいて重要な関係である、自律性支援の認知から自律的動機づけ(標準化パス係数.35)、自律的動機づけから有能感(標準化パス係数.55)、有能感から週間体重増加率(標準化パス係数-.26)は、有意な因果関係が得られた。(図3-2-2)パス図の適合度指標は、CFI=1.000、NFI=.999、RMSEA=.000であった。CFI、NFIは0.95以上であり、RMSEAは0.05以下で統計学的なモデル採択の目安(豊田,2007)を十分に満たした。以上より、設定したモデルは受容できると判断した。

6. 考察

本研究では、日本の透析患者においても自己決定理論に基づくヘルスケアモデルが適用できるかを確認するため、理論の構成概念と自己管理行動および患者属性との関係を検討し

た。相関係数での比較，パス分析から結果を考察する。

まず，PCS（有能感）と自己管理行動のアウトカムである週間体重増加率の相関 $r = -.30$ は，HbA1c をアウトカムとした糖尿病患者における調査（Williams,1998，Williams et al.,2004）での相関係数 $r = -.24 \sim -.38$ と同じ傾向を示した。さらに TSRQ の自律的動機づけと PCS は $r = .62$ に対して $r = .51$ （Williams,1998），HCCQ（自律性支援の認知）と自律的動機づけとの関係では，本研究が $r = .35$ に対して $r = .42$ （Williams,1998）と同じ傾向であった。これまで透析患者へ自己決定理論を用いた研究は行われてこなかったが，糖尿病患者と同様に自己決定理論ヘルスケアモデルを適用できる可能性が示唆された。

次に，自己決定理論各概念が，その理論で提唱されているような因果関係にあるものかどうかを検討した。今回，患者属性と自己決定理論各概念との関係の結果からは，職業のあるものは自律的動機づけを有意に高く感じていたが，これは就業のための体調コントロールという明確な目標を持ちやすく，透析を生活に取り入れる努力を行っているからではないかと考える。一方，同居家族の無いことは，自律的動機づけ低下や無動機に関係しており，自律的動機づけを持ちにくい状況があることが予測される。このように属性によって自己決定理論の各概念は多少の影響を受けてはいるが，予想パス図での分析では，予測された関係が高い適合度で支持された。本研究の対象者においても，医療者が患者の自律性を支援すること（autonomy support）を患者が認知すると，その人の自律的な動機づけ（autonomous motivation）を促進し，さらに自律的動機づけは，有能感（competence）を介して，自己管理行動に変化をもたらしている状態であった。Deciらの

行った米国人を対象とした報告と比較すると、禁煙に関する調査（Williams et al., 2006）では、自律性支援の認知から自律的動機づけ（標準化パス係数.14）、自律的動機づけから有能感（標準化パス係数.27）、有能感から喫煙行動の評価（標準化パス係数.24）で有意な因果関係があったが、本研究結果も同じ関係を示し、標準化パス係数も高かった。従来、日本人の特徴として、自分の意見を主張することに慣れておらず、集団の価値観を個人の物より優先させる傾向がある（Deci et al., 1995）と考えられてきた。自らの身体になされる医療行為を決定する際、「自分」「家族」「医師」の三者の意見をどの割合で考慮するか、という健常者を対象とした大規模調査（大木, 2005）でも、「自分」の意見を考慮する割合は平均 30%程度と低い。しかし、治療効果を期待できない状態の設問では治療スタイル、生活スタイルに関して自分で決定したい気持ちが高まったとも報告している。日本の高齢者とハワイ在住日系高齢者との比較（松井, 2007）でも、医療に関する情報の希求や意思決定度は日本在住者のほうが有意に高かったとしているなど、慢性疾患において必要な自己管理行動を継続するために、自己の生活を自ら調整することへの欲求は、日本人であっても尊重されるべきものである。今回、自己決定理論で述べられる「自律性を支援する」ことが患者の自律的動機づけを促進し、有能感を介して自己管理行動を変化させられる可能性が示唆されたことで、日本人患者にとっての「自律性」の重要性がさらに明らかになったと考える。

透析患者の自己管理は、治療に依存しなければ生きられないという点で非常に身体的心理的苦痛を伴う。この苦痛を理解することは重要である。しかし、このような状況をも受容

し、積極的に自己管理に取り組む姿勢を作るには、患者自身が養生法と生活との折り合いをつけ、病気と共に生きることがその人にとって意味のあることにならなければならない（安酸,2005）。しかし、全国の透析施設を対象とした看護師への調査では、業務が繁忙で患者と接する時間が十分でないと感じる看護師が多く、患者との関係や患者管理に重荷を感じていると報告している（中原ら,2002）。治療を支える業務だけでなく、看護師が自分自身の生き方考え方を生かして、患者が腎不全と共存できる生き方をサポートする役割を担っているという実感が重要である。そのためには、患者の自己管理を「自律的に」サポートするという自己決定理論の考え方が非常に有用である。本研究の結果から、日本の透析看護の分野において、患者の自律性を支援する重要性が示唆された。今後も患者の自律性に注目し、支援の具体策について開発されることが望まれる。

7. 結論

日本の外来透析患者においても自己決定理論モデルは適用可能であり、医療者が患者の自律性を支援することは、その人の自律的な動機づけを促進し、さらに自律的動機づけは、有能感を生じさせ、自己管理行動に変化をもたらしている可能性が示唆された。

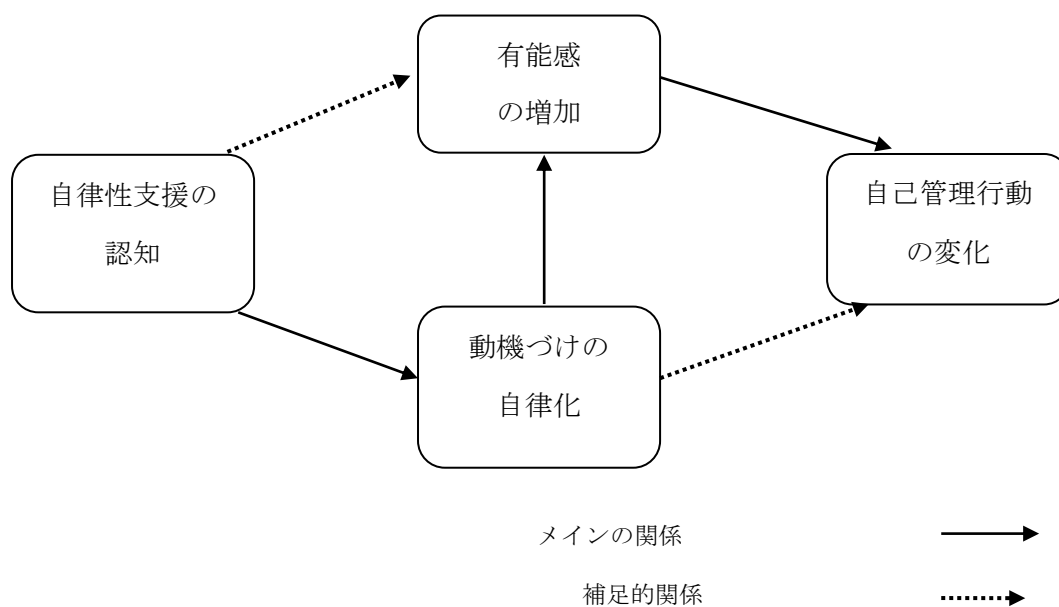


図 3-2-1 研究枠組み

第3章 血液透析患者の自己管理に関する動機づけ認知の実態
3-2【研究2】わが国における自己決定理論ヘルスケアモデルの検証

表 3-2-1 対象者の属性 n=323

属性	区分	人数	割合 (%)
性別	男	204	63.2
	女	119	36.8
年齢	20 歳代	1	0.3
	30 歳代	9	2.8
	40 歳代	29	8.9
	50 歳代	94	29.1
	60 歳代	118	36.5
	70 歳代	58	18.0
	80 歳代以上	14	4.3
透析歴	5 年未満	101	31.3
	5 年以上 10 年未満	92	28.5
	10 年以上 15 年未満	45	13.9
	15 年以上 20 年未満	43	13.3
	20 年以上 25 年未満	35	10.8
	25 年以上	7	2.2
透析時間帯	昼間	236	73.1
	夜間	87	26.9
透析間隔	週 3 回	314	97.2
	週 2 回	7	2.2
	その他	2	0.6
職業	あり	99	30.7
	なし	223	69.0
同居家族	あり	279	86.4
	なし	44	13.6
週間体重増加率 (平均)		13.6% ±3.8	

表 3-2-2 自己決定理論構成概念間の相関係数 n = 323

	年齢	透析歴	DW	体重増加率	HCCQ 自律性支援	自律的 動機づけ	他律的 動機づけ	TSRQ 無動機	PCS 有能感
年齢	1								
透析歴		1							
DW			1						
体重増加率				1					
HCCQ(自律性支援)					1				
TSRQ 自律的 他律的 無動機						1			
PCS(有能感)							1		
Spearman の相関係数								1	

DW: ドライウエイト * p < 0.05 ** p < 0.01 *** p < 0.001

表 3-2-3 患者属性と自己決定理論各概念間の関係 n=323

因子	患者属性	平均ランク	Z 値	有意確率
自律的動機づけ	職業あり	145.7	-2.028	.043
	なし	168.5		
	家族あり	167.6	-2.728	.006
	なし	126.3		
他律的動機づけ	昼間透析	169.9	-2.536	.011
	夜間透析	140.3		
無動機	家族あり	157.4	-2.248	.025
	なし	190.8		
	昼間透析	170.1	-2.626	.009
	夜間透析	139.9		
有能感	家族あり	166.3	-2.102	.036
	なし	134.6		

マンホイットニーU検定

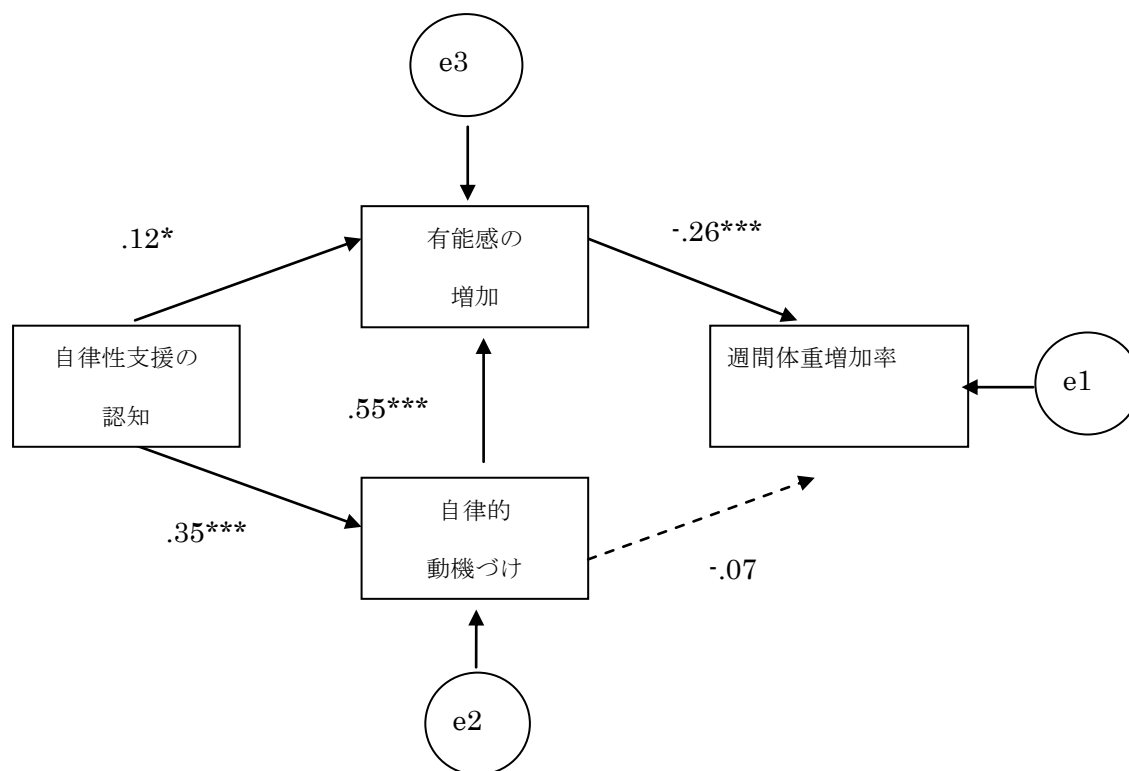


図 3-2-2 解析のためのモデル図と標準化係数

$\chi^2=0.125$ (df=1 n=322) p=0.724 CFI:1.000 NFI:0.999 RMSEA:0.000

*p<0.05 ***p<0.001 e=誤差変数

第4章

血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの 影響要因

4-0【研究3】「血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因
とその支援」の方法

4-1【研究3-1】透析患者の自己管理に関する動機づけを促進する要因

4-2【研究3-2】透析患者の自己管理に関する動機づけのパターンとその影
響

4-3【研究3-3】精神健康度の透析患者の自己管理に関する動機づけへの
影響

4-4【研究3-4】原疾患の透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響

【研究3】「血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因とその支援」の方法

以下の【研究3-1】、【研究3-2】、【研究3-3】、【研究3-4】は、血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因を検討するために、関東の透析施設に通う患者の対象にした量的研究である。

1. 方法

1) 対象

【研究3-1】～【研究3-4】の対象は、いずれも、首都圏にある透析施設で治療中の外来血液透析患者で、自記式質問紙に回答可能な、認知力に問題ない者とした。質問紙は、調査の実施に了解の得られた首都圏9か所の透析施設（総合病院透析室3か所と透析クリニック6か所）337名に配布した。

施設から許可を得て研究の説明を行い、同意の得られた337名に質問紙を配布し、260名から回収した（回収率77.2%）。このうち欠損値の少ない250件を分析対象とした。

2) データ収集法

書面及び口頭で調査内容を説明し、同意書を得た後に、ドライウエイト、透析前後の体重、原疾患といった基本的な情報については、カルテから情報収集した。その際、回答者の匿名性を保証するため、カルテから収集した記録用紙には記名せず、未記入質問冊子に添付して対象者に配布し、郵送で回収した。調査期間は、2011年10月より2012年10月であった。

3) 倫理的配慮

倫理的配慮として、東京工科大学倫理委員会の承認と、協力施設の倫理委員会および施設代表者の許可を得て行った。対象者へは、文章と口頭で研究目的、匿名性の保護、中止の自由、不参加による不利益のないことを説明した。また、通院先のスタッフに回答内容が知られないために、研究者に直接郵送で回収するなどの配慮をした。

4) 調査内容（質問紙の構成）

主な調査内容は、【研究3-1】～【研究3-4】すべてに共通する患者の基本属性（年齢、性別、透析歴、職業の有無、家族と同居の有無、結婚の有無、学歴、原疾患）と自己管理行動（透析間の体重増加率）のほか、各研究では以下の内容を使用した。

① 【研究3-1】

自律性支援の認知（HCCQ）、自己管理に関する動機づけ（TSRQ）、自己管理に関する有能感（PCS）、不安（STAI）、ストレスコーピングスタイル（SCI）、精神健康度（GHQ-28）

② 【研究3-2】

自律性支援の認知（HCCQ）、自己管理に関する動機づけ（TSRQ）、自己管理に関する有能感（PCS）、不安（STAI）、ストレスコーピングスタイル（SCI）、精神健康度（GHQ-28）、腎疾患患者のQOL（KD-QOL）

③ 【研究3-3】

自律性支援の認知（HCCQ）、自己管理に関する動機づけ（TSRQ）、自己管理に関する有能感（PCS）、不安（STAI）、ストレスコーピングスタイル（SCI）、精神健康度（GHQ-28）、腎疾患患者のQOL（KD-QOL）

④ 【研究3-4】

自律性支援の認知（HCCQ）、自己管理に関する動機づけ（TSRQ）、自己管理に関する有能感（PCS）、不安（STAI）、ストレスコーピングスタイル（SCI）、精神健康度（GHQ-28）、腎疾患患者のQOL（KD-QOL）

各々の尺度や質問紙の内容については実際に使用した【研究3-1】～【研究3-4】の中で説明する。

5) 分析方法

統計ソフトはSPSS 20.0 J for Windows と AMOS 20.0 を使用し、検定はすべて両側検定、有意水準5%以下とした。

4-1 【研究3-1】透析患者の自己管理に関する動機づけに関連する要因

1. 目的

1) 問題の背景

近年、我が国の透析患者が置かれた状況として、高齢者や糖尿病からの腎不全が増えた（日本透析学会統計調査委員会,2012）ことで、患者の自己管理には複雑なスキルが求められ、細やかな支援が必要になったとされているが中村（2010）は、透析患者に対する新たな支援方法開発の必要性を訴えて、様々な方略を模索している。

こうした状況の中で、筆者はこれまで、Deciらの自己決定理論ヘルスケアモデル（Deci et al.,2002, 山本ら,2009）に基づく自己管理に対する動機づけに着目して調査を行ってきたが、その結果、透析患者の水管理が良好に実践されるためには、有能感を促進する「自律的動機づけ」を持つことが有効である（山本ら,2009）ことが明らかになった。

自己決定理論に基づく健康管理に関する調査は従来からも行われてきたところであるが、これまでの調査は、肥満者の体重管理（Williams et al., 1996, Viera et al.,2010）や喫煙者の禁煙（Williams et al.,2006）を扱ったものが大部分である。慢性疾患に関するものとしては、糖尿病の血糖コントロール（Williams et al.,1998, Williams et al.,2004）において、禁煙の維持などの管理行動の向上や体重減少、血糖値の改善などの成果が得られたという報告はあるものの、透析患者のように複雑な管理を必要とし、しかもその管理によって腎機能そのものが改善するわけではないという状況下での自己管理についての報告は、これまでになされていない。

また、「自律的動機づけ」や有能感によって変化した成果については、様々な管理行動の向上や身体的な改善、QOL (Vieria et al.,2010)、治療への満足感 (Halvari et al.,2010)などを測定した調査が行われているが、「自律的動機づけ」を促進する要因としては、理論の構成概念である「自律性支援」(Williams et al.,1998, Williams et al.,2004, Williams et al.,2006, Chan et al.,2009, Halvari et al.,2010)を測定したものがほとんどである。

さらに、「自律的動機づけ」への要因に関する報告は少なく、化学物質関連障害患者に対して6週間後の治療への動機づけの自律度の強さを予測する要因を検討した研究 (Simoneau et al.,2003)では、初めの時点で薬物による障害を強く感じていることや、途中、治療効果によって薬物による障害が少ないこと、重要他者からのフィードバックによって有能感が増すことなどが要因として挙げられていたが、患者の基本属性や心理的要因が「自律的動機づけ」に及ぼす影響や、「他律的動機づけ」が促進される要因との比較は、なされていない。

しかし、透析患者においては、導入期を除いて治療効果を実感することは少なく、多様な患者層の中で動機づけを感じるプロセスもまた多様であることが予測される。そこで、本研究では、透析患者において「自律的動機づけ」はどのような要因に影響を受けて促進されるのか、また、動機づけの中でも自律度が低い「他律的動機づけ」に至る過程との違いは何かを明らかにすることを目的とする。

2) 心理的要因の選択

透析患者は、治療法が発達した現在でも「将来への不安」や「治療時間の長さ」といったストレスの多い状況に置かれており、常に不安を緩和したり、気持ちを整えたりとい

う感情調整をしながら生活していることが知られている（原ら,2004）。特に，透析に至る原疾患が非糖尿病患者の場合には，体重増加率と不安の程度を測定する STAI（State-Trait Anxiety Inventory）得点に有意な正の相関が認められた（栗原ら,2012）という報告もあるため，不安と自己管理に関する動機づけの関係を検討することにした。

また，うつ症状は透析患者にしばしばみられる症状（Battistella et al.,2012）であり，わが国においても一般健常人と比較して，抑うつや神経症傾向が高率であることが報告されている（福西ら,1998）。特に，うつ症状のある透析患者では，うつ症状のない患者に比べて，必要な水分や食事管理のアドヒアランスが悪く（Khalil et al.,2011），体重増加量も多い（Taskapan et al.,2005），と報告されるなど，うつ症状の有無は，自己管理行動を行う上で重要な役割を果たしている可能性があるため，うつ症状と動機づけの関係を確認することにした。

これに加えて，透析患者のコーピングスタイルに関する先行研究では，うつと「問題焦点型コーピング」使用には負の相関があり，うつと「情動焦点型コーピング」には正の相関があるという報告（Gülseren et al.,2011）や，「回避と抑制」が抑うつと不安と正相関し，「問題解決のための相談」は，「自分のことは自分でしたい」という志向性の低い患者の場合，セルフケア実施意図を高めていたという報告（中村ら,2012）があるなど，コーピングスタイルは，精神的健康度を介して自己管理行動へ影響している可能性がある。しかし，これまでコーピングスタイルと自己管理の動機づけとの関連は調べられていないため，ストレスコーピングのスタイルと動機づけとの関係についても確認することとした。

2. 方法

1) 対象

本調査の対象は【研究3-2】～【研究3-4】と同様である。首都圏にある透析施設で治療中の外来血液透析患者で、自記式質問紙に回答可能な、認知力に問題ない者である。

質問紙は、調査の実施に了解の得られた首都圏9か所の協力施設（総合病院透析室3か所と透析クリニック6か所）からの許可を得て研究説明をした患者総数413名、うち同意書の得られた337名に質問冊子を配布し、260名から回収した。回収率は77.15%であった。このうち、自己管理の動機づけを測定するTSRQに欠損値のない250名（有効回答率74.18%）を、分析の対象とした。

2) データ収集法

【研究3-1】～【研究3-4】共通で、80ページに示したとおりである。

3) 倫理的配慮

【研究3-1】～【研究3-4】共通で、81ページに示したとおりである。

4) 調査内容（質問紙の構成）

① 患者の基本属性

患者の基本属性として、年齢、性別、透析歴、職業の有無、家族と同居の有無、結婚の有無、学歴、原疾患を調査した。

② 自律性支援の認知

自律性支援の認知の測定には、患者が自律性支援を受けて

いると感じているか否かを測定する尺度で、Deciらが開発・作成した「Health-Care Climate Questionnaire」(以下HCCQと略す)を使用した。HCCQは、「看護師は、あなたの水分管理に関してあなたがどのようなことを大切に考えているか理解していると思う」、「看護師は、水分管理に関する変更案を示す前に、あなたが水分管理についてどのように考えているかを理解しようとしてくれる」、「看護師は、水分管理に関してあなたがどうやっていきたいのか注意深く聞いてくれる」などの6項目、7段階、1因子構造の尺度で、既に筆者(山本ら,2009)が日本語版を作成して、その信頼性・妥当性を検証しているものである。

③ 自己管理に関する動機づけ

自己管理に関する動機づけの測定には、患者が自己管理行動を遂行する理由、因果律の所在(Locus of Causality)の違いに関する尺度で、Deciらが開発・作成した「Treatment Self-Regulation Questionnaire」(以下TSRQと略す)を使用した。TSRQでは、各設問が、対象者がよりよい水分管理を行いたいという理由にあてはまるかどうかを問う内容になっており、「自分が元気であることに責任を持ちたいから」といった「自律的動機づけ」、「他人から水分管理をするようにとプレッシャーがかかっているように思うから」といった「他律的動機づけ」、「なぜそうするのか全く考えたことがない」といった「無動機」の3因子構造で、15項目、7段階の尺度である。TSRQについても、既に筆者(山本ら,2009)が日本語版を作成し、信頼性・妥当性を検証してある。

④ 自己管理に関する有能感

自己管理に関する有能感の測定には、行動の変化に関して自分はできるという感覚である有能感を測定する尺度で、や

はり Deci らが開発・作成した「Perceived Competence Scale」(以下 PCS と略す)を使用した。PCS は、「私は水分管理を継続する能力があるという自信を持っている」、「私はこれから水分管理をつづけることができると思う」、「私はずっと水分管理を維持できる」、「私には水分管理の目標を達成する力がある」という4項目、7段階、1因子構造の尺度で、これについても、既に筆者が(山本ら,2009)が日本語版を作成し、信頼性・妥当性を検証してある。

⑤ 不安(状態不安・特性不安)

不安の測定には、新版 STAI (State-Trait Anxiety Inventory)を使用した。これは、Spielbergerが開発したものを、肥田野らが日本の文化に合うように改訂(肥田野ら,2000)して、個人の情緒状態としての不安および個々のパーソナリティー特性としての不安を測定できるようにしたもので、これらは、状況不安と特性不安と呼ばれる。状態不安とは、不安を喚起する事象に対する一過性の状況反応で、特性不安とは、不安になりやすい比較的安定した個人の特性である。STAIは、透析患者を対象とした調査(Klang et al.,1998,大日方ら,2000)においても、既に不安を測定するのに用いられている。

⑥ ストレスコーピングスタイル

ストレスコーピングスタイルの測定には、ストレスに対してどのような反応・対処の傾向があるかを捉えるために開発されて、本明らが日本人に合わせて改訂した尺度 SCI (Stress Coping Inventory)を使用した。これは、ラザルスの理論(本明ら,1991)に基づき、ストレス状況に対してどのように対処するかを、対処の2つの志向性(問題解決型と情動中心型)と、8つの対処型(計画型・対決型・社会的支援模索型・責

任受容型・自己コントロール型・逃避型・隔離型・肯定評価型)に分類して(日本健康心理学研究所,2009),どの志向性・対処型の傾向が強いかを確認するものである。これまでは,主にパニック障害患者(日野ら,1999)や,更年期女性(千場,2009)の対処行動の測定に用いられてきた。設問は64項目で,あてはまる2点,少しあてはまる1点,あてはまらない0点の3段階で評価するが,SCIでは,どの対処法も自由に利用できる柔軟性のあることが好ましいとされている。

⑦ 精神健康度

精神健康度の測定には, GHQ-28 (The General Health Questionnaire) を使用した。GHQは,「いつもより忙しく活動的な生活を送ることが」や「いつもより自分のしていることに生きがいを感じる」などの項目に対しては,「できた」,「いつもと変わらなかった」(各項目への配点は,2項目とも0点),「いつもよりできなかった」,「まったくできなかった」(2項目とも1点)で回答し,「生きていることに意味がないと感じたことは」や「不安を感じ緊張したことは」などの項目へは,「まったくなかった」,「あまりなかった」(2項目とも0点),「あった」,「たびたびあった」(2項目とも1点)の4段階で評価する。得点が高くなるほど精神的健康が低下しており,得点は5/6点をカットオフポイント(中川ら,1985)とした。GHQは,透析患者の精神健康度の測定にも既に数多く用いられていて,1970年代から透析患者の精神健康度の低さ(GHQ得点の高さ)が報告されてきた(福西,1988)が,2000年代に入っても,透析患者にはGHQ得点が高い患者が多い(シェリフ多田野ら,2006,竹本ら,2008)ことが報告されている。

⑧ 自己管理行動

自己管理行動の測定には、透析方法や薬剤投与の影響が少なく、自己管理行動を反映すると考えられる1週間分の透析間の体重増加量をその患者のドライウェイトで割った「週間体重増加率」を使用した。

5) 分析方法

まず、自己管理行動の指標である週間体重増加率と、各尺度得点および基本属性との関係を明らかにするために、相関係数を確認し、関連のある変数とその傾向を確認した。その後、自律的動機づけ、他律的動機づけを従属変数とした重回帰分析の結果をもとに作成した予想パス図の適合度を、共分散構造分析で検討した。モデルの評価には、CFI(Comparative Fit Index, 以下CFIと略す)、NFI(Normed Fit Index, 以下NFIと略す)、RMSEA(Root Mean Square Error of Approximation, 以下RMSEAと略す)を用い、CFI、NFIが0.95以上、RMSEAが0.05以下であればこのモデルが良く適合している(豊田ら,2007)と判断した。統計ソフトはSPSS 20.0 J for Windows と AMOS 20.0 を使用し、検定はすべて両側検定、有意水準0.05%以下とした。

3. 結果

1) 対象者の概要と研究1との比較

質問紙は、9つの協力施設260名から回収した。回収率は77.15%であった。このうち、自己管理の動機づけを測定するTSRQに欠損値のない250名(有効回答率74.18%)を、分析の対象とした。なお、患者の負担軽減のため、STAI, GHQ-28, SCIについては自由参加としたため、それぞれの有効回答数は、STAIが188、GHQ-28が193、SCIが126となった。(表

4-1-1)

基本属性（表 4-1-2, 4-1-3）をみると、関西圏での調査時【研究 1】の対象者と、今回の対象者で平均年齢では大きな違いはなく、1週間分の体重増加率は【研究 1】と比べてやや少なく 11.35%であった。（表 4-1-4）また、【研究 1】では透析クリニックで治療をする患者のみが対象であったが、今回は 9 施設中 3 か所が総合病院内の透析室で、回答数全体の 25.0%を占めていた。（表 4-1-5）

透析歴 5 年ごとに導入年齢を比較したところ、透析歴が長い患者では有意に導入年齢が低かった。（表 4-1-6）

学歴と職業有無の関係を確認したところ、職業を持っている患者では有意に学歴が高かった。（表 4-1-7）

2) 自己決定理論構成概念尺度の安定性の確認

各尺度の因子分析（最尤法：プロマックス回転）を行ったところ、HCCQ（自律性支援の認知）は 1 因子構造，TSRQ（自己管理の動機づけ）は 3 因子構造（自律的動機づけ・他律的動機づけ・無動機），PCS（自己管理に関する有能感）は 1 因子構造であることが確認できた。これは、【研究 1】と同様の結果であるため、【研究 3】の対象者も同様の分析が可能であると判断して、以下の分析を実施した。表 4-1-8～4-1-10 に因子構造と各尺度得点の平均と信頼性係数を示す。

3) 自己決定理論構成概念の概念間関係の確認

自己決定理論構成概念の各測定尺度得点と週間体重増加率との関係を検討するにあたって、「自律的動機づけ」は年齢と（ $r=.22$ $p=0.001$ ）、「他律的動機づけ」は透析歴（ $r=.17$ $p=0.007$ ）と、それぞれ弱い相関関係にあったため、この 2

変数を制御した偏相関係数を確認した。(表 4-1-11)その結果、自律性支援と「自律的動機づけ」が正相関し、「自律的動機づけ」と有能感が正相関し、有能感と体重増加率が負相関するという具合に、研究2と同様かつ自己決定理論で提唱されている関係になったため、この理論の考え方を基盤として今後の検討を進めていくことが可能であると判断した。

4) 心理的要因（不安・精神健康度・コーピングスタイル） の記述統計

今回の調査では、透析の自己管理への動機づけへ影響する要因を特定するために、基本属性および心理的要因について検討した。心理的要因としては、不安、精神健康度、コーピングスタイルを測定した。各測定尺度の平均得点、最大値、最小値は以下の通りである。(表 4-1-12)

5) 自律的動機づけへの影響要因の確認

自己管理に関する動機づけに影響している要因を確認するため、動機づけ尺度得点を従属変数として重回帰分析を行った。独立変数の選定として、各動機づけと相関関係にあった変数を確認し、従属変数との前後関係を考慮しつつ決定した。たとえば、「自律的動機づけ」では、有能感や週間体重増加率といった背景要因ではなく、動機づけが促進された結果の変数と考えられるものは除外し、ステップワイズ法で残った変数を確認した。

まず、「自律的動機づけ」を従属変数、「年齢」、「結婚の有無」、「透析歴」、「自律性支援の認知」、「他律的動機づけ」、「無動機」、「状態不安」、「特性不安」、「身体症状」、「社会活動障害」、「GHQ-28 合計」、「問題解決型コーピング」、「情動中心

型コーピング」,「肯定評価型コーピング」を独立変数として分析したところ,ステップワイズで残った変数は,「自律性支援の認知」,「肯定評価型コーピング」であった。また,同様の手続きによって,「自律性支援の認知」を従属変数とした重回帰分析を行なったところ,「導入年齢」と「社会活動障害」が残った。肯定評価型コーピングについては,患者自身が個性として持っている思考パターンと考えて,これ以上の分析は行わなかった。

次に,「自律的動機づけ」とは性格が異なるとされている「他律的動機づけ」に関しても,同様の手続きによって重回帰分析を行ったところ,「自律性支援の認知」,「特性不安」,「無動機」が残った。このうち,「自律性支援の認知」はすでに分析済みであり,「特性不安」については患者の特性であるため,「無動機」についてのみさらに分析を追加したところ,ステップワイズで残った変数は「学歴」と「糖尿病の有無」であった。(表4-1-13~4-1-16)

6) 自己管理の動機づけへの要因の因果関係の検討

前項の重回帰分析で残った変数を参考に,「自律的動機づけ」に至る関係と,「他律的動機づけ」に至る関係を表すパス図を作成して,最も適合度の良いものを採用した。(図4-1-1)

「他律的動機づけ」に至る関係では,自律性支援の認知の要因として前項で確認した導入年齢を除外した方が,適合度が良く,社会活動障害はパス図では,自律性支援の認知への関係は有意にならなかった。むしろ,特性不安との相関関係があって,寄与率も高く,全体の適合度もよかったため,図4-1-2の結果を採用した。

7) 動機づけの違いとコーピングスタイルとの関係

「自律的動機づけ」は、問題解決コーピング ($r=.37$ $p=0.000$)、情動中心コーピング ($r=.38$ $p=0.000$) および、肯定評価型コーピング ($r=.43$ $p=0.000$) と中程度の相関関係にあった。「他律的動機づけ」は、どのコーピング項目とも相関しなかった。

4. 考察

1) 自己決定理論構成概念測定尺度の安定性と概念間との関係

今回の HCCQ, TSRQ, PCS の因子構造は、研究1と全く同じであったため、関西と関東という施設の所在地の違いでは、透析患者の認知に差がないことが確認された。また、今回の対象には総合病院の透析室で治療をしている患者が25.0%含まれていたが、研究2同様、各概念間と体重増加率との相関も自己決定理論で予測されるような関係になり、透析患者の自己管理に関する認識において、『自律性支援を認知すると「自律的動機づけ」が増し、「自律的動機づけ」が促進すると有能感が増し、有能感が増進すると自己管理行動が増す』という自己決定理論の概念の考え方は、多くの患者で適応できる可能性が示唆された。このため、今後の分析も、自己決定理論のモデルを基盤に検討することが可能であると判断した。

2) 自己管理への動機づけの要因としての「自律性支援の認知」

自己管理に関する動機づけの要因として、重回帰分析を行ったところ、「自律的動機づけ」も「他律的動機づけ」も、自律性支援の認知が、ステップワイズ法で残った変数として確

認められた。寄与率でもそれぞれの動機づけにとって最も大きい影響がある要因として確認できたため、自律性支援の認知が、自己管理を行う上での動機づけに重要な概念であることが明らかになった。

ただし、「自律的動機づけ」と「他律的動機づけ」は、双方とも「外発的動機づけ」として「内発的動機づけ」に対比するもの（上淵,2005）であり、今回も弱いながら互いに相関関係にある。もともと、外発的な動機づけの中でも、自己決定性の度合いによる違いであるこの2つの動機づけは、自己決定の概念を軸とした連続軸上に位置する（上淵,2005）もので、「他律的動機づけ」は、自律性や関係性への欲求を満たされることによって自己管理への価値や規範を自分のものとすることができ（内在化）、「自律的な動機づけ」に変化する（Ryan et al., 2000）とされている。ただし、今回「他律的動機づけ」も「自律性支援の認知」によって促進されていた。これは、「自律性支援」が、自己管理への動機づけが少ない、または非常に自己決定的でない状態から、他律的であったとしても自己管理への動機づけを持ち始めることを促すからではないかと考える。「自律性支援」は動機づけのある人はより自律的に行動できるよう促すものであるだけでなく、動機づけを持つことが困難な状況の患者にとっても重要な支援である可能性が示唆された。

さらに、「自律性支援の認知」は、透析導入年齢が高く、社会的活動障害が少ないことによって促進されるという結果であった。これは、導入年齢が高い場合には、退職後など社会的な役割が少ない場合が多く、導入年齢が若い患者に比べて自己管理に集中できる環境にあることや、高齢者ではこれまで行ってきた生活習慣を容易には変更できないことから、自

己管理に関する自分の考えや要望を積極的に医療者に伝える傾向があることなどが推測される。加えて、透析歴の長い群では有意に導入年齢が若いという傾向がみられたが、透析歴が長い患者では自己管理も安定し、改めて自己管理について話し合う機会も減ることが予想されるため、医療者から支援を受けているという感覚が少なくなりがちであることも影響している可能性がある。

また、社会的活動障害は、「仕事や日常生活を楽しみ、活動的に過ごせているかどうか」を問う設問であるが、透析に伴う自己管理によって日常生活が障害されている場合は多く、自己管理に関しての支援を素直に受け取れない可能性もある。この社会的活動障害は、GHQ-28の下位尺度で、うつ傾向と関連している。うつ傾向のある患者では、不安やうつ気分が軽減していても自己効力感の向上が認められないという報告（佐々木ら,2004）もあり、自律性を尊重しようとしても、むしろ焦らせたり無理をさせてしまうこともありうる。

よって医療者は、透析歴が長い患者へも関心を向け、透析による日常生活の影響の大きさの評価を行い、うつ傾向の有無に注意して患者の「自律性支援」を行うことが重要であると考えられる。

3) 自律的動機づけと他律的動機づけへの要因の違い

上記のように、自律的・他律的動機づけは、いずれも「自律性支援の認知」によって促進されていたが、今回の調査において、「自律的動機づけ」が自己管理行動を促進する有能感と正相関していることと比較して、「他律的動機づけ」は無動機と正の相関関係にあることや、体重増加率に関連のある有能感とは関連がないことから、自己管理を促進するためには

「自律的動機づけ」を促進する必要があると言える。それでは、どのような場合に自律的、あるいは他律的動機づけにつながるのだろうか？

今回の調査では、自律性支援の認知以外では、肯定評価型コーピングという要因を受けるとより「自律的動機づけ」が増していた。一方、不安や無動機の要素が多い場合には、「他律的動機づけ」が増していた。透析患者を対象とした先行研究（原ら,2004）では、消極的回避的対処が、問題解決対処よりも使用されているという結果が報告されていたが、今回の調査では、「自律的動機づけ」は、問題解決コーピング、情動中心コーピング、肯定評価型コーピングと相関関係にあり、「自律的動機づけ」が高い患者では、積極的に多種のコーピングを使用して問題に対処しているという結果が得られた。Welchら（2001）は、情動的コーピングを使用する透析患者は心理的ストレスを強く感じたとしているが、今回の調査では、「困難は自分の経験や成長につながった」と考える肯定評価型コーピングの使用が特に「自律的動機づけ」につながっており、患者は情動的であってもより肯定的なイメージを持って対処行動をとるように促すと、「自律的動機づけ」が高まることが示唆された。

一方、「特性不安」は、「社会的活動障害」の影響を受けつつ、「他律的動機づけ」に促進的に働く関係にあることが分かった。本来、「特性不安」は、状況に関わらず不安傾向を持つ状態であるが、透析患者ではうつ傾向を呈する割合が多く（福西ら,1988, シェリフ多田野ら,2006, 竹本ら,2008）、うつ状態の症状としての不安を感じやすい傾向を持っていることや、透析治療の仕事や日常生活への影響からくる将来への不確かさなどを感じている可能性が高い。患者が「出来事や目的に

確実な価値を置くことができないような状況」として透析を捉えていた場合には、不安感が増し、「他律的な動機づけ」を促進する要因となっていたと考える。

また、「無動機」と「他律的動機づけ」とは相関関係にあり、一軸的な構造の中では「他律的動機づけ」と接する関係（上淵,2005）にある。人は一般に、所属する集団の価値や規範を身に付けてそれに従うが、そのプロセスが不完全だった場合、「～すべき」とか「～でなければならない」という形で、取り入れられる（佐々木ら,2004）。透析患者の場合は、透析に必要な自己管理が身に着ける規範となり、自己管理ができるように動機づけられることが望ましいが、強制や服従から起こる行動では、自分自身にとって何が正しいのかを見つけだすより、他者を喜ばせることに焦点を合わせるようになりがちである（Deci et al., 1995）。このようなプロセスによって、「無動機」が「他律的動機づけ」を増すことになると考えられる。

さらに、本調査では、「無動機」は、「学歴」が低いことと、原疾患が「糖尿病」であることが要因であった。学歴が低いと現在職業についている割合が有意に低くなるが、年齢では有意差は認められなかった。透析患者では、治療による時間的制約もあって、正規雇用者として職業を継続していくのは容易でないために、透析患者をめぐる雇用状況には厳しいものがある（Van Manen et al., 2001）が、比較的高学歴者では雇用の機会が保たれている（Curtin et al.,1996）との報告もある。職業を持っている患者は、自然と自分の体調を管理し、労働を継続していくことに関心を寄せる必要が生じるため、無動機的ではいられない事情があると考えられる。また、高学歴者は、情報の入手や解釈に慣れており、自分で問題解決

する傾向もあると考えられるため、学歴の低さが無動機に関連する結果につながったのではないかと考える。

なお、糖尿病患者については、腎臓だけでなく様々な合併症を持っている場合が多く、「糖尿病の管理に失敗した」ために透析を導入したという、他の疾患とは違う喪失感を持って透析治療に望んでいる可能性があり、これが無動機につながっていると考えた。糖尿病性腎症の患者の認知については、より深く分析するために4章4節で再び検討する。

4) 自律的動機づけを促進する看護支援の方向性

以上から、患者の自己管理を促進し、自律的動機づけを促進するためには、まず、透析歴が長い患者へも関心を向け、透析による日常生活の影響の大きさの評価を行うとともに、うつ傾向の有無にも注意しながら、患者の「自律性支援」を行うことが重要と考える。また、患者が感じる困難さへの対処には、より多くのコーピング、特に「肯定評価型」のコーピングを使用できるように励ますことが効果的であることが明らかになった。さらに、無動機の傾向や不安がある場合は「他律的動機づけ」につながってしまうため、特に学歴が低い人や糖尿病を持っている場合はそのリスクが高いことを考慮して、患者の自己管理への考え方が強制や服従になっていないかを十分アセスメントすることが必要である。また、日常生活などに支障を感じて不安につながっていないかに注目し、医療者のために自己管理を行うといった「他律的動機づけ」が増していかないように支援する必要があることが示唆された。

5. 結論

第4章 血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因
4-1【研究3-1】透析患者の自己管理に関する動機づけに関する影響要因

- 1) 自己決定理論で述べられているように、自律性支援は自律的動機づけの主要な促進要因であった。
- 2) ただし、自律性支援は、同時に他律的動機づけの促進要因でもあり、無動機状態からの動機づけ獲得に重要な役割を果たすことが示唆された。
- 3) 肯定評価型コーピング方略を多く使用すると自律的動機づけが促進されていた。
- 4) 一方、特性不安や社会活動障害は、他律的動機づけの要因となっていた。
- 5) 無動機は学歴が低いことと原疾患が糖尿病であることが要因となっていた。
- 6) 患者の自律的な動機づけを促進するためには、糖尿病の有無、学歴といった無動機になりやすい状況をアセスメントし、不安やうつ傾向の有無を評価しつつ、自律性支援を行ない、肯定評価型のコーピングを使用できるように励ますことが効果的であることが示唆された。

第4章 血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因
4-1【研究3-1】透析患者の自己管理に関する動機づけを促進する要因

表 4-1-1 各尺度の有効回答数

尺度	有効回答数
STAI	188
GHQ-28	193
SCI	126

第4章 血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因
 4-1【研究3-1】透析患者の自己管理に関する動機づけを促進する要因

表 4-1-2 対象者の属性①

n=250

属性	区分	人数	割合(%)
性別	男	174	69.6
	女	73	29.2
	不明	3	1.2
年齢	20歳代	2	0.8
	30歳代	5	2.0
	40歳代	26	10.4
	50歳代	52	20.8
	60歳代	88	35.2
	70歳代	55	22.0
	80歳代以上	17	6.8
	不明	5	2.0
透析歴	5年未満	73	29.2
	5年以上 10年未満	59	23.2
	10年以上 15年未満	35	14.0
	15年以上 20年未満	23	9.2
	20年以上	52	20.8
	不明	8	3.2
原疾患	慢性糸球体腎炎	85	34.0
	糖尿病性腎症	70	28.0
	腎硬化症	17	6.8
	多発性のう胞腎	27	10.8
	慢性腎盂腎炎	2	0.8
	原因不明	49	19.6
週間体重増加率(平均)			11.72% ±3.97

第4章 血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因
 4-1【研究3-1】透析患者の自己管理に関する動機づけを促進する要因

表 4-1-3 対象者の属性② n=250

属性	区分	人数	割合(%)
職業	あり	110	44.0
	なし	135	54.0
	不明	5	2.0
同居家族	あり	206	82.4
	なし	39	15.6
	不明	5	2.0
学歴	小学校または中学校卒業	32	12.3
	高校卒業または大検	80	30.8
	専門学校卒業または大学 中退	24	9.2
	短期大学卒業	12	4.6
	大学卒業(4年制以上)	92	35.4
	大学院修了	14	5.4
	不明	6	2.3
	結婚の有無	なし	83
あり	170	65.4	
	不明	7	2.7

第4章 血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因
 4-1【研究3-1】透析患者の自己管理に関する動機づけを促進する要因

表 4-1-4 研究1と研究3対象者の比較

	研究1(関西)	研究3~6(関東)
平均年齢	61.3±10.64 歳	62.87±11.83 歳
透析歴	9.25±7.19 年	11.35±9.14 年
体重増加率	13.6±3.8%	11.72±3.97%

表 4-1-5 研究対象施設の概要

有効回答 n=250

ID	施設形態	回収数	有効回答数	全体に占める有効回答数の割合%
A	透析クリニック	77	73	29.2
B	透析クリニック	18	17	6.8
C	透析クリニック	18	18	7.2
D	透析クリニック	3	3	1.2
E	透析クリニック	57	53	21.2
F	透析クリニック	23	23	9.2
G	総合病院透析室	13	13	5.2
H	総合病院透析室	33	32	12.8
I	総合病院透析室	18	18	7.2
計		260	250	100

第4章 血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因
4-1【研究3-1】透析患者の自己管理に関する動機づけを促進する要因

表 4-1-6 透析歴と導入年齢の関係 n=250

透析歴	導入年齢の平均(歳)	F=34.833
5年未満	59.41±12.70 *	P=0.000
5年以上10年未満	57.00±14.81	
10年以上15年未満	52.34±10.12	
15年以上20年未満	44.51±10.00 ***	
20年以上	35.78±9.32 ***	
全体	51.33±15.09	

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

一元配置分散分析

表 4-1-7 学歴と職業の有無のクロス集計 n=239

		小学校ま たは中学 校卒業	高校卒業 または大 検	専門学校 卒業また は大学中 退	短期大学 卒業	大学卒業 (4年制以 上)	大学院 修了	合計
職業有無	あり	5	20	11	5	57	9	107
	無し	26	53	11	5	32	5	132
合計		31	73	22	10	89	14	239

X²検定 $\chi^2=35.078$ 自由度=5 p=0.000

第4章 血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因
4-1【研究3-1】透析患者の自己管理に関する動機づけを促進する要因

表 4-1-8 HCCQ 因子分析結果

n=250

因子名	項目	第1因子	α	平均得点
自律性支援の認知	Q4 看護師は、水分管理に関してあなたがどうやっていきたいのか注意深く聞いてくれる	.908	.92	27.06±8.83 (1項目あたり)
	Q6 看護師は、水分管理に関する変更案を示す前に、あなたが水分管理についてどのように考えているかを理解しようとしてくれる	.912		4.51)
	Q5 看護師は、水分管理について何でも質問するように勧められる	.879		
	Q2 看護師は、あなたの水分管理に関してあなたがどのようなことを大切に考えているか理解していると思う	.817		
	Q1 看護師は、あなたの水分管理方法をどのように変更するか(変更しないことも含めてについて)、いくつか選択肢を示してくれていると思う	.747		
	Q3 看護師はあなたに水分管理に関する方針を変更する能力があると信じてくれている	.620		

因子抽出法: 最尤法 回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

第4章 血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因
4-1【研究3-1】透析患者の自己管理に関する動機づけを促進する要因

表 4-1-9 TSRQ 因子分析結果 n=250

因子名	項目	第1因子	第2因子	第3因子	α	平均得点
自律的動機づけ	Q1 自分が元気できることに責任を持ちたいから	.770			.83	37.72±7.13 (1項目あたり 5.38)
	Q3 私が思うに、元気であるのに最善の方法である と考えているから	.741				
	Q13 できるだけ元気であることがとても重要だから	.717				
	Q8 私にとって本当に重要な選択だと思うから	.707				
	Q6 そのことについてよく考えた結果、生活の多くの 点で水分管理が非常に重要であると考えたから	.683				
	Q11 私のやりたいと思っていることと一致するから	.558				
	Q7 水分管理をしていないと、自分自身がすっきりし ないから	.496				
他律的動機づけ	Q12 私のことを他人に認めてもらいたいから		.732		.82	17.29±7.62 (1項目あたり 2.88)
	Q14 私は水分管理ができる人間であると認めてもら いたいから		.708			
	Q9 他人から水分管理をするようにプレッシャーが かかっているように思うから		.652			
	Q2 水分管理をしなければ罪悪感を感じたり恥だと 思うから		.634			
	Q4 水分管理をしなければ周りの人が心配するだろ うから		.630			
	Q10 自分で考えるより、他人から言われた通りのこと をするのが簡単だから		.622			
	無動機	Q5 なぜそうするのか全く考えていない(考えたこと がない)				
Q15 なぜ水分管理をするのか理由はよくわからない				.517		
因子間相関		第2因子	.187	-.248		
		第3因子		.335		

因子抽出法:最尤法 回転法:Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

第4章 血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因
 4-1【研究3-1】透析患者の自己管理に関する動機づけを促進する要因

表 4-1-10 PCS 因子分析結果 n=250

因子名	項目	第1因子	α	平均得点
有能感	Q3 私はずっと水分管理を維持できる	.936	.95	19.91 ± 5.35 (1項目あたり 4.97)
	Q2 私はこれから水分管理をつづけることができると思う	.931		
	Q1 私は水分管理を維持する能力があるという自信を持っている	.900		
	Q4 私には水分管理の目標を達成する力がある	.837		

因子抽出法:最尤法 回転法:Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

第4章 血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因
4-1【研究3-1】透析患者の自己管理に関する動機づけを促進する要因

表 4-1-11 各概念尺度偏相関（制御変数：年齢、透析歴） n=250

	自律的動機	他律的動機	無動機	PCS	体重増加率
HCCQ 自律性支援認知	.40***	.35**	.06	.11	-.07
TSRQ 自律的動機づけ	1	.27***	-.10	.49***	-.14
TSRQ 他律的動機づけ		1	.35***	.05	.10
TSRQ 無動機			1	-.09	.08
PCS 有能感				1	-.24***
週間体重増加率					1

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

表 4-1-12 各尺度平均得点

	下位尺度	平均値（±SD）	最小値～最大値	得点可能範囲
STAI	状況不安	40.25±10.65	20～78	20～80点
	特性不安	41.00±11.73	20～77	20～80点
GHQ-28	身体症状	2.29±1.81	0～7	0～7点
	不安と不眠	1.96±1.96	0～7	0～7点
	社会的活動障害	1.15±1.66	0～7	0～7点
	うつ傾向	0.88±1.69	0～7	0～7点
	合計	6.29±5.67	0～27	0～28点
SCI	問題中心型	24.21±12.55	0～59	0～64点
	情動中心型	22.59±10.56	0～45	0～64点
	計画型	7.14±4.08	0～16	0～16点
	対決型	4.44±2.61	0～11	0～16点
	社会支援模索型	4.12±2.70	0～15	0～16点
	責任受容型	6.63±4.03	0～16	0～16点
	自己コントロール型	6.66±3.67	0～16	0～16点
	逃避型	4.12±2.70	0～12	0～16点
	隔離型	6.55±3.30	0～16	0～16点
	肯定評価型	7.24±4.11	0～16	0～16点

第4章 血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因
4-1【研究3-1】透析患者の自己管理に関する動機づけを促進する要因

表 4-1-13 自律的動機づけを従属変数とした重回帰分析

独立変数	標準偏回帰係数 (β)	VIF
自律性支援の認知	.460***	1.025
肯定評価型コーピングスタイル	.342***	1.025
R ²	.378	F
調整済み R ²	.366	33.103

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

表 4-1-14 自律性支援の認知を従属変数とした重回帰分析

独立変数	標準偏回帰係数 (β)	VIF
導入年齢	.352***	1.000
社会活動障害	-.216*	1.000
R ²	.172	F
調整済み R ²	.157	11.246

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

表 4-1-15 他律的動機づけを従属変数とした重回帰分析

独立変数	標準偏回帰係数 (β)	VIF
自律性支援の認知	.401***	1.085
特性不安	.242**	1.060
無動機	.223**	1.026
R ²	.252	F
調整済み R ²	.230	11.460

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

表 4-1-16 無動機を従属変数とした重回帰分析

独立変数	標準偏回帰係数 (β)	VIF
学歴	-.267**	1.029
糖尿病の有無	.224**	1.029
R ²	.142	F
調整済み R ²	.125	8.513

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

第4章 血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因
 4-1【研究3-1】透析患者の自己管理に関する動機づけを促進する要因

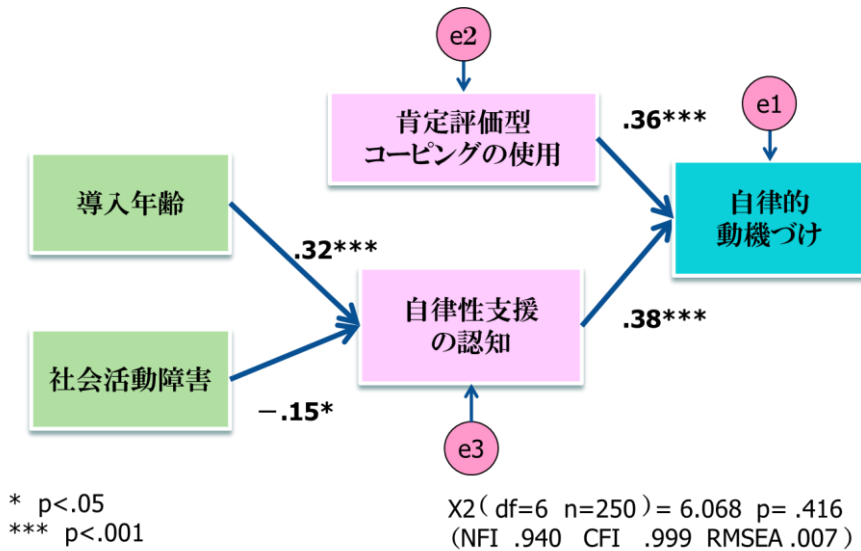


図 4-1-1 自律的動機づけへのパス図

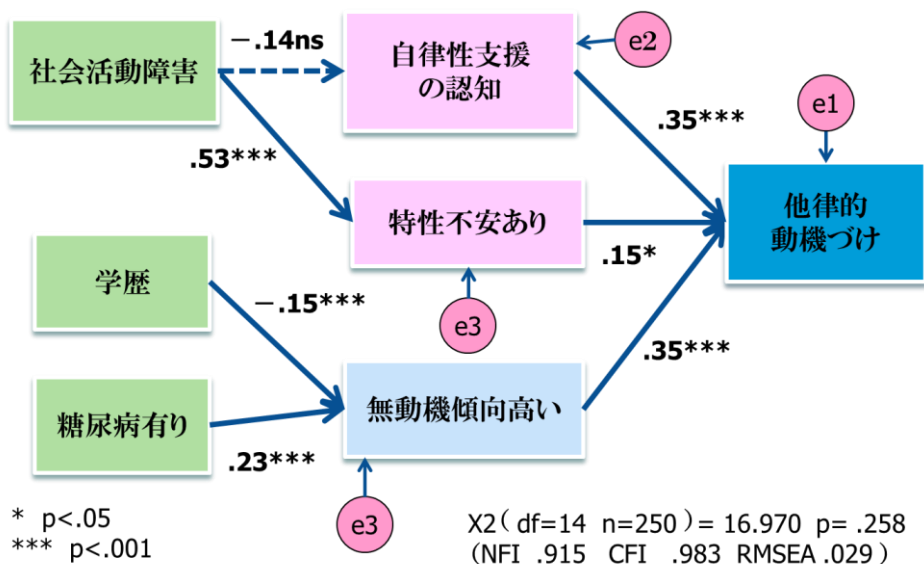


図 4-1-2 他律的動機づけへのパス図

4-2 【研究 3-2】 透析患者の自己管理に関する動機づけのパターンとその影響

1. 目的

研究2では、自律的動機づけが有能感を介して自己管理行動を促すことが明らかになった。また、研究3では、この自律的動機づけがどのような要因に影響されているかを検討し、肯定評価型コーピングを使用していることと社会活動障害の無いことが、自律性支援の認知を促していることがわかった。ただし、他律的動機づけも、自律的動機づけ同様、自律性支援によって促進されており、2つの動機づけは相関関係にもあった。自律的動機づけと他律的動機づけは、双方とも「外発的動機づけ」として「内発的動機づけ」に対比されるもの（上淵,2005）であり、2つの動機づけは、自己決定の概念を軸とした連続軸上に位置すると考えられる。他律的動機づけは、自律性や関係性への欲求を満たされることによって、自己管理への価値や規範を自分のものとすることができ（内在化）、自律的な動機づけに変化する（Ryan et al., 2000）とされている。

従来、自己管理を促進する動機づけとして、先行研究（Williams 1998, Williams et al., 2004, Halvari et al., 2006）では、主として自律的動機づけが変数として用いられて検証されてきたが、その後、他律的動機づけの自己管理への影響も検討されるようになり、他律的動機づけはアドヒアランスと負の相関を（Chan et al., 2009）し、治療へのプレッシャーとは正の相関をする（Wild et al., 2006）と報告されており、良好な管理を抑制するものとして扱われてきた。ただし、一人の人間の中には様々な動機づけが混在して存在

している（速水，1998）のが実情で，自律的動機づけと他律的動機づけは，文化や環境，認知の傾向などに影響を受けながら，その人の自己管理行動に作用すると考えられるが，透析患者においてははまだ調査されていない。

そこで研究3-2では，自律的動機づけと他律的動機づけそれぞれの認知の強さによって分類した動機づけのタイプが，自己管理状況やその人のQOLにどのように影響するのかを明らかにすることを目的とした。

2. 方法

1) 対象

本調査の対象は【研究3-1】と同様である。首都圏にある透析施設で治療中の外来血液透析患者で，自記式質問紙に回答可能な，認知力に問題ない者である。

質問紙は，調査の実施に了解の得られた首都圏9か所の協力施設（総合病院透析室3か所と透析クリニック6か所）からの許可を得て研究説明をした患者総数は413名，うち同意書の得られた337名に質問冊子を配布し，260名から回収した。回収率は77.15%であった。このうち，自己管理の動機づけを測定するTSRQに欠損値のない250名（有効回答率74.18%）を，分析の対象とした。

2) データ収集方法

【研究3-1】～【研究3-4】共通で，80ページに示したとおりである。

3) 倫理的配慮

【研究3-1】～【研究3-4】共通で，81ページに示したと

おりである。

4) 調査内容（質問紙の構成）

① 患者の基本属性

患者の基本属性として、年齢、性別、透析歴、職業の有無、家族と同居の有無、結婚の有無、学歴、原疾患を調査した。

② 自律性支援の認知

自律性支援の認知の測定には、患者が自律性支援を受けていると感じているか否かを測定する尺度で、Deciらが開発・作成した「Health-Care Climate Questionnaire」（以下 HCCQ と略す）を使用した。HCCQ は、「看護師は、あなたの水分管理に関してあなたがどのようなことを大切に考えているか理解していると思う」、「看護師は、水分管理に関する変更案を示す前に、あなたが水分管理についてどのように考えているかを理解しようとしてくれる」、「看護師は、水分管理に関してあなたがどうやっていきたいのか注意深く聞いてくれる」などの6項目、7段階、1因子構造の尺度で、既に筆者（山本ら,2009）が日本語版を作成し、信頼性・妥当性を検証しているものである。

③ 自己管理に関する動機づけ

自己管理に関する動機づけの測定には、患者が自己管理行動を遂行する理由、因果律の所在（Locus of Causality）の違いに関する尺度で、Deciらが開発・作成した「Treatment Self-Regulation Questionnaire」（以下 TSRQ と略す）を使用した。TSRQ では、各設問が、対象者がよりよい水分管理を行いたいという理由にあてはまるかどうかを問う内容になっており、「自分が元気であることに責任を持ちたいから」といった「自律的動機づけ」、「他人から水分管理をするように

とプレッシャーがかかっているように思うから」といった「他律的動機づけ」, 「なぜそうするのか全く考えたことがない」といった「無動機」の3因子構造で, 15項目, 7段階の尺度である。この TSRQ についても, 既に筆者(山本ら,2009)が日本語版を作成し, 信頼性・妥当性を検証してある。

④ 自己管理に関する有能感

自己管理に関する有能感の測定には, 行動の変化に関して自分はできるという感覚である有能感を測定する尺度で, やはり Deci らが開発・作成した「Perceived Competence Scale」(以下 PCS と略す)を使用した。PCS は, 「私は水分管理を継続する能力があるという自信を持っている」, 「私はこれから水分管理をつづけることができると思う」, 「私はずっと水分管理を維持できる」, 「私には水分管理の目標を達成する力がある」という4項目, 7段階, 1因子構造の尺度で, これについても, 既に筆者が(山本ら,2009)が日本語版を作成し, 信頼性・妥当性を検証してある。

⑤ 不安(状態不安・特性不安)

不安の測定には, 新版 STAI (State-Trait Anxiety Inventory)を使用した。これは, Spielberger が開発したものを, 肥田野らが日本の文化に合うよう改訂(肥田野ら,2000)して, 個人の情緒状態としての不安および個々のパーソナリティ特性としての不安を測定できるようにしたもので, これらは, 状況不安と特性不安と呼ばれる。状態不安とは, 不安を喚起する事象に対する一過性の状況反応で, 特性不安とは, 不安になりやすい比較的安定した個人の特性である。STAI は, 透析患者を対象とした調査(Klang et al., 1998, 大日方ら,2000)においても, 既に不安を測定するのに用いられている。

⑥ ストレスコーピングスタイル

ストレスコーピングスタイルの測定には、ストレスに対してどのような反応・対処の傾向があるかを捉えるために開発されて、本明らが日本人に合わせて改訂した尺度 SCI (Stress Coping Inventory) を使用した。これは、ラザルスの理論 (本明ら 1991) に基づき、ストレス状況に対してどのように対処するかを、対処の 2 つの志向性 (問題解決型と情動中心型) と、8 つの対処型 (計画型・対決型・社会的支援模索型・責任受容型・自己コントロール型・逃避型・隔離型・肯定評価型) に分類して (日本健康心理学研究所, 2009)、どの志向性・対処型の傾向が強いかを確認するものである。これまでは、主にパニック障害患者 (日野ら, 1999) や、更年期女性 (千場, 2009) の対処行動の測定に用いられてきた。設問は 64 項目で、あてはまる 2 点、少しあてはまる 1 点、あてはまらない 0 点の 3 段階で評価するが、SCI は、どの対処法も自由に利用できる柔軟性のあることが好ましいとされている。

⑦ 精神健康度

精神健康度の測定には、GHQ-28 (The General Health Questionnaire) を使用した。GHQ は、「いつもより忙しく活動的な生活を送ることが」や「いつもより自分のしていることに生きがいを感じる」となどの項目に対しては、「できた」、「いつもと変わらなかった」(各項目への配点は、2 項目とも 0 点)、「いつもよりできなかった」、「まったくできなかった」(2 項目とも 1 点) で回答し、「生きていることに意味がないと感じたことは」や「不安を感じ緊張したことは」などの項目へは、「まったくなかった」、「あまりなかった」(2 項目とも 0 点)、「あった」、「たびたびあった」(2 項目とも 1 点) の 4 段階で評価する。得点が高くなるほど精神的健康が

低下していることを意味しており、得点は5/6点をカットオフポイント（中川ら1985）とした。GHQは、既に透析患者の精神健康度の測定に数多く用いられていて、1970年代から、透析患者の精神健康度の低さ（GHQ得点の高さ）が報告されてきた（福西,1988）が、2000年代に入ってから、透析患者にはGHQ得点が高い患者が多い（シェリフ多田野ら,2006,竹本ら,2008）ことが報告されている。

⑧ QOL

研究4では、新たに透析患者のQOLを測定するために、腎疾患特異的QOL尺度（the Kidney Disease Quality of Life Short Form version1.3, 以下KD-QOLと略す）を分析に使用した。KD-QOLは、腎疾患を持つ患者の生活の質を測定するために日本文化に合うように開発（Green et al., 2001）され、包括的QOL尺度SF-36日本語版version1.2を含んでおり、包括的なQOLと、腎疾患患者に特異的なQOLの両方を測定することができるものである。包括的尺度（36項目）としては、「身体機能」、「日常役割機能（身体）」、「体の痛み」、「全体的健康感」、「活力」、「社会生活機能」、「日常役割機能（身体）」、「心の健康」などを下位尺度に持ち、腎疾患特異的尺度（43項目）としては、「症状」、「腎疾患の日常生活への影響」、「腎疾患による負担」、「勤労状況」、「認知機能」、「人とのつきあい」、「性機能」、「睡眠」、「ソーシャルサポート」、「透析スタッフからの励まし」、「透析ケアに対する患者満足度」を下位尺度に持つ。得点は、各項目のスコアリング方法に従って0～100点に換算し、合計得点の高いほどQOLが良好であることを示す（三浦ら,2004）。

⑨ 自己管理行動

自己管理行動の測定には、透析方法や薬剤投与の影響が少な

く、自己管理行動を反映すると考えられる1週間分の透析間の体重増加量をその患者のドライウェイトで割った「週間体重増加率」を使用した。

5) 分析方法

理科の学習に関して、個人の中に存在する動機づけを測定した研究（速水，1995）では、「内発的動機づけ」、「自律的動機づけ」、「他律的動機づけ」をさらに、「取り入れ的」「外的」動機づけに分類した尺度を使用している。この下位尺度得点を平均点で分割した組み合わせを行い、個人の持つ動機づけにはいくつかのパターンがあることを明らかにしている。本研究で使用したTSRQには「自律的動機づけ」と「他律的動機づけ」の2下位尺度のみのため、2つの動機づけを平均値で分割し、高・低群を組み合わせた。この4群で、各項目の得点や値を一元配置分散分析で分析し、有意差の確認を行った。男女や職業有無などの名義尺度はクロス集計し、 χ^2 乗検定を行なった。一元配置分散分析で有意差のあった項目については、Bonferroniの検定を追加した。統計ソフトはSPSS 20.0 J for Windowsを使用。検定はすべて両側検定、有意水準0.05%以下とした。

3. 結果

1) 自律的動機づけ，他律的動機づけの認知状況

① 各動機づけの記述統計

自律的動機づけと他律的動機づけの平均得点を表4-2-1に示す。平均得点が、自律的動機づけでは37.72、他律的動機づけでは17.29であったことから、自律的動機づけは、38点以上を高値群、37点以下を低値群とし、他律的動機づけは、

18点以上を高値群，17点以下を低値群とした。そこから自律的動機づけと他律的動機づけの高低を組み合わせ、4つの群を作って、動機づけのタイプとした。それぞれのタイプの対象者数は、表4-2-2に示した通りである。

② 動機づけタイプ別属性や認知の比較

動機づけの4タイプの対象者の体重増加率について、一元配置分散分析をしたところ、群間に有意差があり、Aタイプ（自律的動機づけが高く、他律的動機づけが低い）の患者が低く、自己管理が良好という結果であった。また、基本属性では、透析歴に有意差があり、Aタイプは長く、Bタイプ（自律的動機づけが高く他律的動機づけも高い）は4タイプのうち最も透析歴が短いという結果だった。（表4-2-3）性別などの他の基本属性では、有意差は見られなかった。

次に、TSRQのもう一つの下位尺度無動機を4つのタイプで比較した。無動機は、他律的動機づけの高いB、Cタイプで得点が高く、これらのタイプでは、無動機の傾向が強かった。一方、自律的動機づけの結果促進される有能感は、自律的動機づけの高いA、Bタイプで有意に高かった。（表4-2-4）

また、研究3で動機づけへの影響要因として測定したGHQ-28、STAI、SCI得点を4タイプで比較したところ、STAIでは特に有意差は認められず、GHQ-28の下位尺度である「身体症状」では、Cタイプが最も高得点で、「倦怠感」や「疲れやすさ」などの身体的な症状を多く感じていた。SCIでは、コーピングの志向性で、問題解決型・情動中心型いずれにおいてもA、Bタイプが高値で、C、Dタイプよりも数多くの種

類のコーピングを使用してストレスに対処していた。(表4-2-5)

さらに、動機づけによって患者のQOLにどのような違いがあるのかを確認したところ、KD-QOLの下位尺度「心の健康」では、Aタイプが有意に高値で、「ケアの満足感」では、C、Dに比べて、A、BタイプのQOLが良好であった。(表4-2-6)

④ 他律的動機づけと無動機の透析歴による変化

Bタイプ(自律的動機づけが高いが他律的動機づけも高い)の透析歴が有意に他のタイプより短かったため、透析歴ごとにどのように自律的動機づけ、他律的動機づけおよび無動機が変化するかを確認した。導入期から5年程度は、非常に他律的動機づけと無動機が大きい時期であった。一方、自律的動機づけは、20年未満までは平均値は同じように推移するが、20年以上の患者では有意に高くなっていた。(表4-2-7)

4. 考察

1) 自律的動機づけと他律的動機づけのバランスと自己管理行動

自律的動機づけが高く他律的動機づけが低いAタイプは、自律的動機づけが高くても他律的動機づけの高いBタイプよりも体重増加率が低く、自己管理状況が良いという結果が得られた。自律的動機づけと他律的動機づけを自己決定の程度で2つに分類し、その自己決定の度合いで重みづけして点数化した自己決定度で動機づけを評価した先行研究(Pelletier et al., 2004)では、動機づけの自己決定レベルが高いことは、約半年後の体重コントロールのための良好な食行動の継続を

よく予測するという結果が報告されていた。本研究でも、自律的動機づけが高い場合であっても、他律的動機づけが高いことは自己管理にマイナスに作用しており、先行研究と同様の結果が得られた。また、Bタイプでは無動機が高いことから、このタイプでは、自律的に頑張ろうというエネルギーと同時に、「プレッシャーを感じながら」や、「なぜ自己管理するのか理由はわからない」といった感情とともに自己管理行動を続けていくことが、患者の能力を発揮しきれない状況を生み出すのではないかと考えられた。

2) 自律的動機づけと他律的動機づけのバランスを形成する背景要因

Aタイプとその他のタイプでは、まず透析歴で有意に差があることがわかった。Aタイプは透析歴が長く、Bタイプでは透析歴が短いという今回の結果から、透析歴を経るに従って動機づけの変化が起こり、バランスも変化していくことが推測される。そこで、透析歴での変化に関する比較を行なったところ、自律的動機づけは20年以上では他に比較して高く、他律的動機づけ、無動機は5年未満でもっとも高く、その後徐々に減っていることがわかった。

透析の導入期は、新たに自分の生活に「透析療法に必要な自己管理」を取り入れなくてはならず、強制や服従の動機づけといわれる「他律的動機づけ」が高くなると考えられる。また、外的圧力からの管理行動には意味づけがしにくいため、無動機も高くなっていると考えられる。一方、長期透析者で自律的動機づけが高いのは、長年の透析経験は本人の自信となって、自分自身のやり方を形成しているものと考えられる。

これまで自己管理行動に関する自律的動機づけの研究は、1

年余（West et al., 2010）～3年（Silva et al., 2011）程度の縦断的な研究は行われてきたが、さらに長期の変化については調査されていない。本研究は、横断的な調査ではあるものの、動機づけは、年月（透析歴）を重ねることで一ただし、10年以上の時間がかかる一、より自己管理行動に結びつくタイプの動機づけへ変化できる、つまり「動機づけは成長することができる」という考え方が可能であることを示唆する結果と考える。

また、動機づけタイプで違いのある要因としては、GHQ-28の「身体症状」が、A、Bに比べて、C、D、特にCタイプで高かった。これは、頭痛や疲労感といった自覚的な症状を強くもしくは頻繁に感じることは、自律的な動機づけに抑制的に働き、他律的動機づけへは促進的に働いている可能性があるため、身体的な苦痛の除去もまた、動機づけの維持に重要である可能性がある。

さらに、ストレス対処では、問題解決型および肯定評価型コーピングの使用が、Aタイプで最も多く、ついでBタイプで多かったが、C、Dタイプとはかなり差があることがわかった。研究3で明らかになったように、自律的動機づけは様々なコーピングを使用していることと関連があり、それがA、Bタイプに使用が多いという結果につながったと考えられる。

三野ら（2004）は、コーピングに失敗するような課題に直面した際、その影響性が高いと判断した場合は、コーピング方略を変化させて対処した群のほうが精神的に健康であったと報告し、多くの方略を使用できることが精神的な安定に及ぼす影響を明らかにしている。自己管理が複雑な透析の場合は、治療時間が長いことや将来への不安など、ストレスが多く（原ら,2004）、単一のコーピングでは対処することが

困難であると考えられる。透析ではコーピングの失敗は即、生命の危機に直結するために、日々気を抜くことなく自己管理を継続していくことが求められ、患者にとっての影響は非常に高い。そのため、複雑で多様な日々の自己管理へのストレスに対して、様々なコーピング方略を使えることは精神的な健康につながるため、多くの方略を使用できるAタイプの動機づけの患者では精神的に良好な状態で管理を継続できる可能性が高いと考える。

3) 動機づけタイプのQOLへの影響

それぞれの動機づけのタイプで、どのようなQOLを感じるのかを確認したところ、Aタイプでは「心の健康」が、A、Bタイプでは「透析ケアに対する患者満足度」が有意に高かった。わが国の透析患者のQOLの特徴として、QOLそのものが全体的に低いものの、身体機能に関するQOLは国民標準値に近いのに対して、下位尺度「心の健康」が諸外国に比べて低かった（森田,2004）と報告されている。そのような状況の中で、今回の研究では、自律的動機づけを高く、他律的動機づけを低く保つように援助することが、心の健康を少しでも良好にできる可能性が示唆された。「自律的である」ということは、ある感情に対してどうふるまうかの自由があるということであり、怒りや恐怖などの感情から「動機づける行動」をうまく調整するための柔軟性を得るということ（Deci et al., 1995）とされている。そのため、多くのコーピング方略を使用できることと合わせて、感情の調整力がある自律性の高い動機づけを持つAタイプで「心の健康」が良好なのではないかと考える。

また、A、Bタイプで「透析ケアに対する患者満足度」が高

いという結果は、自律的動機づけを高める支援は、体重増加率という身体的なアウトカムだけでなく、患者のケアに対する満足度など、QOLという面でも効果があると考えられ、改めて自律的動機づけを促進する支援が重要であることが示唆されたと考える。

4) 患者の自己管理行動と QOL を促進する動機づけの理想的なバランスを保持するための支援

今回の調査で、自律的動機づけを高く他律的動機づけを低く認知していると、自己管理行動や QOL が良好であることが明らかになった。しかも、このようなバランスで動機づけを感じているのが透析歴の長い患者であったということから、透析生活を心身ともに長期にわたって良好に維持していくために重要な要素であることを示唆する結果でもあった。また、動機づけが透析歴とともに変化しており、「動機づけは成長が可能である」ということも明らかになった。

ところが、透析医療従事者は、患者に自己管理能力を身に付けさせようと執拗に注意したり、自己管理の出来ない患者に「わがままなひと」などのレッテルを無意識に貼ってしまいがち（福西,1997）であることが指摘されている。

本研究では、自律的動機づけが透析歴 20 年以上の患者でようやく明らかな変化を見せ、他律的動機づけが減少していくのに少なくとも 5 年程度、明らかな減少は 15 年以上を経てからという結果であった。透析患者に動機づけの変化が起こりはするものの、安定した動機づけに至るまでには多くの時間を要している現状である。このことを医療者が十分に認識し、患者の自己管理に対する自律性が徐々に成長する可能性を信じることで、その自律性を支援してより早期に動機づけの成

長に至るような働きかけをすることが重要と考える。そのためには、今回の調査で、問題解決型および肯定評価型コーピングを使用するよう患者に促していくことが重要なポイントとして挙げたが、自律的動機づけを促進する「自律性支援」だけでなく、他律的動機づけができるだけ低くなるように、自己管理が患者にとって「意味のあるもの」として認知され、内在化して、より自律度が高まるような援助を心がけることが重要と考える。

5. 結論

- 1) 自律的動機づけが高く、他律的動機づけが低いというバランスで自己管理の動機づけを認知することは、良好な自己管理行動や QOL につながる。
- 2) 現状ではかなりの長期間を経て、自律的動機づけが増し、他律的動機づけが減っている。
- 3) 導入後早期に上記の良好な動機づけバランスをとれるように、自律性支援と自己管理の内在化が高まるような看護が必要である。

第4章 血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因とその支援
 4-2【研究3-2】透析患者の自己管理に関する動機づけのパターンとその影響

表 4-2-1 各動機づけ平均値と高値群・低値群の範囲

	平均値	低値群	高値群
		範囲	範囲
自律的動機づけ	37.72±7.13	7～37	38～49
他律的動機づけ	17.29±7.62	6～17	18～36

表 4-2-2 動機づけタイプ別対象者数

		N
A	自律的動機づけ：高 他律的動機づけ：低	57
B	自律的動機づけ：高 他律的動機づけ：高	75
C	自律的動機づけ：低 他律的動機づけ：高	51
D	自律的動機づけ：低 他律的動機づけ：低	67

第4章 血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因とその支援
4-2【研究3-2】透析患者の自己管理に関する動機づけのパターンとその影響

表 4-2-3 動機づけ高低の分類による属性の比較

変数	動機づけタイプ	平均	
体重増加率	A：自高 他低	10.82±3.26 (%)	} * } * } * } *
	B：自高 他高	11.38±4.03 (%)	
	C：自低 他高	13.03±3.66 (%)	
	D：自低 他低	12.15±3.63 (%)	
透析歴	A	15.35±10.17 (年)	} * } * } * } *
	B	9.76±8.99 (年)	
	C	10.20±9.16 (年)	
	D	10.84±7.68 (年)	
			F=3.758 P=0.011
			F=4.679 P=0.003

N=A 群 57, B 群 75, C 群 51, D 群 67, 計 250 名(一元配置分散分析)

*p<0.05

表 4-2-4 動機づけ高低の分類による自己決定理論構成概念に関する認知の比較

変数	動機づけタイプ	平均	
無動機	A	2.71±2.04	} ** } ** } ** } *
	B	5.28±3.57	
	C	6.00±2.59	
	D	4.37±2.57	
有能感	A	22.75±3.47	} ** } ** } ** } **
	B	22.44±3.85	
	C	16.74±4.41	
	D	17.04±6.01	
			F=14.253 P=0.000
			F=31.943 P=0.000

N=A 群 57, B 群 75, C 群 51, D 群 67, 計 250 名(一元配置分散分析)

*p<0.05 **p<0.01

第4章 血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因とその支援
 4-2【研究3-2】透析患者の自己管理に関する動機づけのパターンとその影響

表 4-2-5 動機づけ高低の分類による背景要因に関する認知の比較

変数	動機づけタイプ	平均	
Q1Eの身体症状	A	2.20±1.67	F=2.865 P=0.038 * * * *
	B	1.93±1.56	
	C	2.97±2.13	
	D	2.48±1.81	
問題解決型コーピング	A	30.15±11.07 (点)	F=4.165 P=0.008 * *
	B	27.51±12.39 (点)	
	C	20.83±12.51 (点)	
	D	21.19±12.08 (点)	
肯定評価型コーピング	A	9.20±3.91 (点)	F=5.509 P=0.001 * *
	B	8.55±4.24 (点)	
	C	6.23±3.47 (点)	
	D	5.83±3.68 (点)	

N=A 群 57, B 群 75, C 群 51, D 群 67, 計 250 名(一元配置分散分析)

*p<0.05

第4章 血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因とその支援
 4-2【研究3-2】透析患者の自己管理に関する動機づけのパターンとその影響

表 4-2-6 動機づけ高低の分類による QOL に関する認知の比較

変数	動機づけタイプ	平均	
QOL心の健康	A	77.96±18.24 (点)	F=4.201 P=0.006 **
	B	72.93±20.41 (点)	
	C	64.89±19.21 (点)	
	D	69.80±18.46 (点)	
QOLケアの満足感	A	79.08±15.77 (点)	F=3.564 P=0.015 *
	B	82.13±18.88 (点)	
	C	74.82±20.43 (点)	
	D	71.27±24.90 (点)	

n=A 群 57, B 群 75, C 群 51, D 群 67, 計 250 名(一元配置分散分析)

*p<0.05 **p<0.01

第4章 血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因とその支援
 4-2【研究3-2】透析患者の自己管理に関する動機づけのパターンとその影響

表 4-2-7 透析歴による動機づけの比較

変数	透析歴分類	平均	
自律的動機づけ	0～5年未満	37.80±6.85	F=2.971 P=0.020
	5年～10年未満	36.54±7.93	
	10年～15年未満	36.37±6.66	
	15年～20年未満	36.21±8.78	
	20年以上	40.44±5.21	
他律的動機づけ	0～5年未満	19.75±8.41	F=5.062 P=0.001
	5年～10年未満	17.01±6.60	
	10年～15年未満	17.91±7.80	
	15年～20年未満	12.17±5.54	
	20年以上	16.19±7.40	
無動機	0～5年未満	5.24±3.51	F=2.741 P=0.029
	5年～10年未満	4.83±3.02	
	10年～15年未満	4.85±2.92	
	15年～20年未満	4.30±2.60	
	20年以上	3.51±2.30	

n=5年未満 73, 5～10年未満 59, 10～15年未満 35, 15～20年未満 23, 20年以上 52, 計 242名

(透析歴不明 8名)

(一元配置分散分析)

*p<0.05 **p<0.01

4-3 【研究 3-3】精神健康度の透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響

1. 目的

うつ症状は透析患者にはしばしば出現するとされている症状（Battistella et al.,2012）であり，諸外国の先行研究では血液透析患者の35%にうつ症状や心身症の症状がみられた（Taskapan et al.,2005）という報告もある。また，透析中の患者のみならず，透析導入前の慢性腎臓病患者においても21%にうつ病があった（Hedayati et al.,2009）とする報告や，慢性腎臓病患者をうつ病の有無で比較すると，うつ病を有する患者では有意に入院，透析導入，死亡の率が高かったという報告（Hedayati et al.,2010）などもあって，腎障害のある患者の看護にあたっては，抑うつ症状の合併を無視できないのが実情である。

我が国においても，1970年代から透析患者の精神健康度の低さについては調査されていて，一般健常人と比較して抑うつや神経症傾向が高率（入院患者74%，外来患者53%）であることも報告されている（福西ら,1988）。この傾向は，2000年代に入っても同様で，透析患者はGHQ得点が高い患者が多い（37%）（シェリフ多田野ら,2006）ことや，調査対象患者のGHQの平均得点が既にカットオフポイントを超えている（竹本ら,2008）ことが指摘されている。

うつ症状と自己管理に関するこれまでの調査では，うつ症状のある透析患者では，うつ症状のない患者に比べて必要な水分や食事管理のアドヒアランスが悪く（Khalil et al.,2011），体重増加量も多い（Taskapan et al.,2005），と報告されており，うつ症状の有無は，自己管理行動を実施する上での重要

な要素の一つと考えられる。しかし、我が国におけるうつ症状と自己管理の関連についての研究は、事例報告(瀬野,2000)が散見される程度で、うつ傾向と体重増加率や自己管理の動機づけなどとの関連は、明らかにされていない。そこで研究5では、うつ傾向の重要な指標となる血液透析患者の精神健康度が、自己管理やその動機づけに及ぼす影響や、血液透析患者の精神健康度に関連する要因を明らかにすることを、目的とした。

2. 方法

1) 対象

本研究の対象は、【研究 3-1】と同様である。首都圏の透析施設で治療中の外来血液透析患者で、自記式質問紙に回答可能な、認知力に問題ない者とした。

質問紙は、調査の実施に了解の得られた首都圏9か所の協力施設(総合病院透析室3か所と透析クリニック6か所)からの許可を得て研究説明をした患者総数は413名、うち同意書の得られた337名に質問冊子を配布し、260名から回収した。回収率は77.15%であった。このうち、自己管理の動機づけを測定するTSRQに欠損値のない250名の中で、さらにGHQにも回答している198名を分析対象とした。

2) データの収集方法

【研究 3-1】～【研究 3-4】共通で、80ページに示したとおりである。

3) 倫理的配慮

【研究 3-1】～【研究 3-4】共通で、81ページに示したと

おりである。

4) 調査内容（質問紙の構成）

① 患者の基本属性

患者の基本属性として、年齢、性別、透析歴、職業の有無、家族と同居の有無、結婚の有無、学歴、原疾患を調査した。

② 自律性支援の認知

自律性支援の認知の測定には、患者が自律性支援を受けていると感じているか否かを測定する尺度で、Deciらが開発・作成した「Health-Care Climate Questionnaire」(以下 HCCQ と略す)を使用した。HCCQは、「看護師は、あなたの水分管理に関してあなたがどのようなことを大切に考えているか理解していると思う」、「看護師は、水分管理に関する変更案を示す前に、あなたが水分管理についてどのように考えているかを理解しようとしてくれる」、「看護師は、水分管理に関してあなたがどうやっていきたいのか注意深く聞いてくれる」などの6項目、7段階、1因子構造の尺度で、既に筆者(山本ら,2009)が日本語版を作成し、信頼性・妥当性を検証しているものである。

③ 自己管理に関する動機づけ

自己管理に関する動機づけの測定には、患者が自己管理行動を遂行する理由、因果律の所在(Locus of Causality)の違いに関する尺度でDeciらが開発・作成した「Treatment Self-Regulation Questionnaire」(以下 TSRQ と略す)を使用した。TSRQでは、各設問が、対象者がよりよい水分管理を行いたいという理由にあてはまるかどうかを問う内容になっており、「自分が元気であることに責任を持ちたいから」といった「自律的動機づけ」、「他人から水分管理をするように

とプレッシャーがかかっているように思うから」といった「他律的動機づけ」, 「なぜそうするのか全く考えたことがない」といった「無動機」の3因子構造で, 15項目, 7段階の尺度である。TSRQについても, 既に筆者(山本ら, 2009)が日本語版を作成し, 信頼性・妥当性を検証してある。

④ 自己管理に関する有能感

自己管理に関する有能感の測定には, 行動の変化に関して自分はできるという感覚である有能感を測定する尺度で, やはり Deci らが開発・作成した「Perceived Competence Scale」(以下 PCS と略す)を使用した。PCS は, 「私は水分管理を継続する能力があるという自信を持っている」, 「私はこれから水分管理をつづけることができると思う」, 「私はずっと水分管理を維持できる」, 「私には水分管理の目標を達成する力がある」という4項目, 7段階, 1因子構造の尺度で, これについても, 既に筆者が(山本ら, 2009)が日本語版を作成し, 信頼性・妥当性を検証してある。

⑤ 精神健康度

精神健康度の測定には, GHQ-28 (The General Health Questionnaire)を使用した。GHQ は, 「いつもより忙しく活動的な生活を送ることが」や「いつもより自分のしていることに生きがいを感じる」などの項目に対しては, 「できた」, 「いつもと変わらなかった」(各項目への配点は, 2項目とも0点), 「いつもよりできなかった」, 「まったくできなかった」(2項目とも1点)で回答し, 「生きていることに意味がないと感じたことは」や「不安を感じ緊張したことは」などの項目へは, 「まったくなかった」, 「あまりなかった」(2項目とも0点), 「あった」, 「たびたびあった」(2項目とも1点)の4段階で評価する。得点が高くなるほど精神的健康が

低下しており，得点は 5/6 点をカットオフポイント（中川ら,1985）とした。GHQ は，透析患者の精神健康度の測定にも既に数多く用いられていて，1970 年代から透析患者の精神健康度の低さ（GHQ 得点の高さ）が報告されてきた（福西,1988）が，2000 年代に入っても，透析患者には GHQ 得点が高い患者が多い（シェリフ多田野ら,2006，竹本ら,2008）ことが報告されている。

⑥ 不安（状態不安・特性不安）

不安の測定には，新版 STAI（State-Trait Anxiety Inventory）を使用した。これは，Spielberger が開発したものを，肥田野らが日本の文化に合うよう改訂（肥田野ら，2000）して，個人の情緒状態としての不安および個々のパーソナリティー特性としての不安を測定できるようにしたもので，これらは，状況不安と特性不安と呼ばれる。状態不安とは，不安を喚起する事象に対する一過性の状況反応で，特性不安とは，不安になりやすい比較的安定した個人の特性である。STAI は，透析患者を対象とした調査（Klang et al.,1998，大日方ら,2000）においても，既に不安を測定するのに用いられている。

⑦ ストレスコーピングスタイル

ストレスコーピングスタイルの測定には，ストレスに対してどのような反応・対処の傾向があるかを捉えるために開発されて，本明らが日本人に合わせて改訂した尺度 SCI（Stress Coping Inventory）を使用した。これは，ラザルスの理論（本明ら,1991）に基づき，ストレス状況に対してどのように対処するかを，対処の 2 つの志向性（問題解決型と情動中心型）と，8 つの対処型（計画型・対決型・社会的支援模索型・責任受容型・自己コントロール型・逃避型・隔離型・肯定評価

型)に分類して(日本健康心理学研究所,2009),どの志向性・対処型の傾向が強いかを確認するものである。これまでは,主にパニック障害患者(日野ら,1999)や,更年期女性(千場,2009)の対処行動の測定に用いられてきた。設問は64項目で,あてはまる2点,少しあてはまる1点,あてはまらない0点の3段階で評価するが,SCIは,どの対処法も自由に利用できる柔軟性のあることが好ましいとされている。

⑥ QOL

透析患者のQOL測定には,腎疾患特異的QOL尺度(the Kidney Disease Quality of Life Short Form version1.3,以下,KD-QOLと略す)を使用した。このKD-QOLは,腎疾患を持つ患者の生活の質を測定するために日本文化に合うように開発(Green et al.,2001)されたもので,包括的QOL尺度SF-36日本語版version1.2を含んでいるため,包括的なQOLと,腎疾患患者に特異的なQOLの両方を測定することができる。包括的尺度(36項目)としては,「身体機能」,「日常役割機能(身体)」,「体の痛み」,「全体的健康感」,「活力」,「社会生活機能」,「日常役割機能(身体)」,「心の健康」を下位尺度に持ち,腎疾患特異的尺度(43項目)としては,「症状」,「腎疾患の日常生活への影響」,「腎疾患による負担」,「勤労状況」,「認知機能」,「人とのつきあい」,「性機能」,「睡眠」,「ソーシャルサポート」,「透析スタッフからの励まし」,「透析ケアに対する患者満足度」などの下位尺度を持つ。得点は,各項目のスコアリング方法に従って0~100点に換算し,合計得点が高いほどQOLが良好であることを示す(三浦ら,2004)。

⑦ 自己管理行動

自己管理行動の指標としては,透析方法や薬剤投与の影響

が少なく、自己管理行動を反映していると考えられる、1週間分の透析間の体重増加量をその患者のドライウェイトで割った「週間体重増加率」を使用した。

5) 分析方法

尺度得点の相関係数の確認をおこなった。男女や職業有無などの名義尺度はクロス集計し、 χ^2 二乗検定を行なった。統計ソフトは、SPSS 20.0 J for Windows を使用した。検定はすべて両側検定、有意水準 5% 以下とした。

3. 結果

1) 対象の概要

今回の GHQ への有効回答者 198 名の内訳は、男性 139 名、女性 56 名（不明 3 名）、平均年齢 61.34 ± 11.02 歳、平均透析歴 11.35 ± 9.19 年だった。それ以外の基本属性は、表 4-3-1、4-3-2 に示した通りである。

2) GHQ 得点の概要

GHQ-28 の得点は、臨床上注意を要するとされている 6 点以上を、うつ傾向ありとした。平均得点は 6.32 ± 5.67 点と 6 点以上で、有効回答者 198 名のうち 92 名（46.5%）が 6 点以上のうつ傾向ありと判定された。（図 4-3-1）

GHQ 得点と体重増加率、年齢などの基本属性との相関関係には有意差は見られず（表 4-3-3）、うつ傾向の有無で 2 群に分けた比較でも、有意差はみられなかった。

しかし、透析歴 5 年ごとに GHQ でうつ症状ありと判定された患者の割合をみると、透析歴 15 年までは徐々に低下するが、15 年以上になると再び増加していた。（図 4-3-2）そこで、

透析歴 15 年未満の患者と 15 年以上の患者で比較したところ、うつ傾向ありとされる 6 点以上は、15 年未満 42%、15 年以上 58%と、15 年以上の患者に有意に多く（表 4-3-6）、また、15 年以上の患者では、有意差はなかったが、8 点以上の患者は多かった。（表 4-3-7, 図 4-3-3～4-3-5）

3) GHQ 得点と自己管理に関する認識との関係

GHQ 得点と自己管理の動機づけとの相関関係は、有意ではなかったが、有能感が負の相関（ $r = -.234$ $p < 0.001$ ）をしていた。（表 4-3-8）「自律的動機づけ」と「他律的動機づけ」とのバランスで分類した動機づけタイプによる比較では、有意差は無かったものの、「自律的動機づけ」の高い A, B タイプよりも、「他律的動機づけ」の高い C, D タイプの方が、GHQ 得点は高かった。（表 4-3-9）

また、GHQ 得点と QOL の各下位尺度との相関係数を確認したところ、スタッフの励まし以外の尺度と全て有意に負の相関がみられた。（表 4-3-10, 4-3-11）

4) うつ傾向の有無とコーピングの関係

うつ傾向とコーピング方略との関係を確認するために、SCI 各下位尺度得点の平均点を比較したところ、うつ傾向があると、自己コントロール型の方略および逃避型の方略を有意に多く使用するという傾向がみられた。（表 4-3-12）

4. 考察

1) 血液透析患者のうつ傾向の実態

これまでの先行研究では、血液透析患者の精神健康度の低さが指摘されてきた（Battistella et al., 2012, Taskapan et

al.,2005, 福西ら,1988, シェリフ多田野ら,2006, 竹本ら,2008)が, 今回の対象者においても, 臨床上注意を要するとされる6点以上の患者が半数近くもおり, うつ病診断のスクリーニングとして有用とされる8点以上の患者も29%に及んだ。今回の対象者は, 既に精神疾患という診断を受けている患者は, 元々施設からの許可が得られない場合が多いためほとんど除外されており, しかも, 自記式質問紙に回答が可能で外来にも通院できていることから, 一般には, 身体面や認知面で大きな問題が無いと思われている患者である。それにも関わらず, 今回の対象者でも半数近い患者にうつ傾向が見られたという結果を, 透析に携わる医療者は改めて心に留めてケアにあたらなければならないと思われる。

また, これまで, 透析患者におけるうつ傾向は透析歴とともに減少するとされてきた(竹本ら,2008)が, 今回の調査の結果, 透析歴15年目までは徐々にうつ傾向を示す患者の割合が減少するものの, 15年以上になると再び増加に転じるという事実が, 浮き彫りになった。近年, 血液透析の高齢化や長期化が問題になって(中村,2010)いて, この結果は高齢化の影響とも考えられるが, 今回の対象者では, 透析歴15年未満の患者と15年以上の患者で平均年齢にはほとんど差はなかったため, この結果は, 高齢化よりも, むしろ透析歴の影響の方が大きいと考える。導入期からしばらくの間は, 透析の管理への慣れや受け入れが進んでうつ傾向が改善すると考えられる。しかし, 透析歴が長期になると心血管系への負担も大きく, 様々な合併症が出現して, 身体機能も低下する。自分の身体が衰えることは将来への見通しを患者にとってより不確かなものを感じさせ, それでもなお透析治療を継続しなければならない重圧となっていることが予想される。

今回の調査では、透析歴 15 年以上ではうつ病の疑いのある 8 点以上の患者も 36%いて、その中にはうつ病という診断が可能な患者も含まれている可能性があるが、日本を含む 12 カ国で血液透析患者の治療成績や QOL を調査した

DOPPS(Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study)

(<http://www.dopps.org/ProgramHome.aspx>) の結果では、医師によってうつ病と診断された患者の割合は、日本を除く 11 カ国の平均が 17.4%であったのに対して、日本では 1.9%に留まった (Fukuhara et al.,2006)。この結果は、わが国では、多くの患者がうつからくる症状を抱えているにも関わらず、「うつ病」と認知されないまま、「わがままな患者」や「治療意欲のない患者」といったレッテルを貼られている可能性を示唆するものである。

透析治療は、今後も長期化が進むことが予想されるため、今回の結果は、特に 15 年以上の患者では、普段から精神健康度が悪くなっていないかの定期的なアセスメントの必要性を示唆している。透析に従事する看護師は今後、透析患者を「うつ病」を持つ患者としてもある程度看護できるスキルが一層求められることになるため、透析看護師にも精神疾患、とりわけうつ病に対する看護知識の普及を図るとともに、認定看護師や専門看護師から精神疾患の看護についての助言を随時求められるようなシステムの構築が必要と考える。

2) うつ傾向と自己管理との関係

今回の調査では、GHQ 得点と自己管理状況（体重増加率）や自己管理の動機づけについて相関関係は見いだされなかったが、有能感のみは負の相関関係にあり、うつ傾向が強いほど有能感を感じにくいことが明らかになった。また、動機づ

けのタイプでは、有意差はなかったものの、「自律的動機づけ」の高い A, B タイプと低い C, D タイプとの差が大きかったことから、うつ症状があることは「自律的動機づけ」の持ちにくさにつながるのではないかと予想される。うつ傾向のある患者では不安やうつ気分が軽減していても自己効力感の向上が認められないという報告（佐々木ら,2004）もあり、一見普通に通院していてもうつ傾向があるような患者では、「小さな目標を達成させ、成功の体験をする」、「できていることを褒める」といった、一般的な自信を高める関わりをしても、有能感や自己効力感につながらない可能性がある。

このように、うつ傾向のある患者では健康的な自己管理行動に結びつきにくいと予想されるが、今回の調査では、GHQ 得点が高いことが体重増加率の増加に結びついてはいなかった。この理由としては、うつ傾向のある患者では、身体症状として食欲が低下する（樋口,2007）ことや、認知の傾向が自責的になりやすい（樋口,2007）ことから、医療者の指示を遵守できない自分を許せずに、時には必要以上の管理行動を取るといった可能性も考えられる。しかし、その場合、厳格な制限を継続していくことは困難なため、自己管理のための行為はさらに大きなストレスとして認知されていくことが予想される。このような患者の場合、自己管理の数値目標が達成されているために、精神健康度が悪化していることを見過す可能性があることを、透析に従事する医療者は意識しておかなければならないと考える。

3) うつ傾向と QOL

精神疾患のある血液透析患者を対象とした先行研究では、抑うつや不安が高く、QOL も有意に低い（Fukuhara et al.,

2006) という報告があるが、今回の調査でも、ほとんどの項目の QOL と負の相関をしていて、うつ傾向が QOL を下げる要因として重要であることが確認された。

4) うつ傾向とコーピング方略

先行研究では、透析患者のストレスが強い場合にはコーピングが回避的になるという報告(佐々木ら,2004)がなされているが、今回の調査でも、うつ病が疑われる患者では逃避型のコーピング(例:他人に当たり散らした、問題が難しくなったので放り出してしまった、など)が多く取られているという結果であった。その他には、自己コントロール型も多く使用されていたが、これは良い意味では冷静に対処しているということであるが、対人関係でトラブルを起こさないよう自分の感情を抑圧しているということでもあり、そのような患者ではアレキシサイミア(失感情症)を呈する可能性もある。

事実、透析導入期の患者の調査では、体重不良群でアレキシサイミア(失感情症)を呈する率が高いと報告されている(深川ら,2003)ほか、導入期に限らず血液透析患者では透析歴が長くなるにつれてアレキシサイミアに陥りやすい(富野,1999)という指摘もある。強いストレスを感じている患者は、精神的な安定を得るために、危機的な状態を回避し、心理的葛藤を抑制してしまいがちである。何事もないように透析に通ってくる患者であっても、透析看護師には、こうした患者からの信号をキャッチできるような観察力やコミュニケーション技術が必要なことを、示唆する結果である。

5) 精神健康度に配慮した透析患者への自己管理支援

今回の分析では、ごく普通に通院治療を行っている透析患者にも、うつ傾向やうつ病が疑われる患者が、かなりの割合で存在する可能性が明らかになった。また、透析歴によってうつ傾向のリスクは変化するため、特にうつ傾向が高まりやすい導入期や15年以上の長期透析患者の心理状況や社会状況の変化には注意し、透析によるストレスが患者にどのような影響を及ぼしているかを定期的にチェックすることが必要と考える。自己管理においては、うつ状態が即体重増加率にはつながらず、むしろ、失感情症を呈するような回避的、自己コントロール的なコーピングによって過剰に体重管理を行う場合があるという理解が重要である。これまでも、患者が「開示的な患者 - 医療者関係」を多く感じている透析施設ではうつ傾向のある患者が少なかった (Swartz et al., 2008) という報告もあるが、今回の調査では、患者のうつ傾向を早期発見し、個別性のある対応を実施するためには、丁寧に患者の感情を表出させ、小さな変化にも気づけるような患者との関係の構築が重要であり、それがひいては患者の自己管理への有能感を促進し、QOL向上にもつながる可能性が示唆されたと考える。

5. 結論

- 1) 現在でも血液透析患者にはうつ傾向のある患者が多数存在しており、医療者はうつ傾向の有無に注意してケアにあたる必要がある。
- 2) 透析歴15年目までは徐々にうつ傾向を示す患者の割合は減少していくが、15年以上になると再び増加に転じるという傾向が見出されたため、透析の長期化に対応して定期的な患者の精神健康度のチェックが必要である。

- 3) うつ傾向があると自分の自己管理への有能感が持てず、QOLにも悪影響を及ぼすが、逃避型や自己コントロール型のコーピングを多く使用するために感情を抑制してしまいうために、医療者にもうつ傾向のあることを認識されずにいる可能性が高い。
- 4) 透析患者の精神健康度を良好に保ち、健全な自己管理行動の実施のためには、患者の感情表出を促し、うつ傾向を早期に発見・対処できるような関わりが重要である。

第4章 血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因とその支援
4-3【研究 3-3】精神健康度の透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響

表 4-3-1 対象者の属性①

n=198

属性	区分	人数	割合 (%)
性別	男	139	70.2
	女	56	28.3
	不明	3	1.5
年齢	30歳代	5	2.5
	40歳代	24	12.1
	50歳代	48	24.2
	60歳代	73	36.9
	70歳代	36	18.2
	80歳代以上	7	3.6
	不明	5	2.5
透析歴	5年未満	60	30.3
	5年以上 10年未満	44	22.2
	10年以上 15年未満	28	14.1
	15年以上 20年未満	18	9.1
	20年以上	41	20.7
	不明	7	3.6
原疾患	慢性糸球体腎炎	65	32.8
	糖尿病性腎症	59	29.8
	腎硬化症	12	6.1
	多発性のう胞腎	24	12.1
	慢性腎盂腎炎	2	1.0
	原因不明	36	18.2
週間体重増加率 (平均)			11.90% ± 3.86

第4章 血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因とその支援
 4-3【研究 3-3】精神健康度の透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響

表 4-3-2 対象者の属性②

n=198

属性	区分	人数	割合 (%)	
職業	あり	89	45.0	
	なし	104	52.5	
	不明	5	2.5	
同居家族	あり	163	82.3	
	なし	30	15.2	
	不明	5	2.5	
学歴	小学校または中学校 卒業	22	11.1	
	高校卒業または大検	64	32.4	
	専門学校卒業または 大学中退	20	10.1	
	短期大学卒業	7	3.5	
	大学卒業（4年制以 上）	75	37.9	
	大学院修了	6	3.0	
	不明	4	2.0	
	結婚の有無	なし	63	31.8
		あり	130	65.7
不明		5	2.5	

第4章 血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因とその支援
 4-3【研究 3-3】精神健康度の透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響

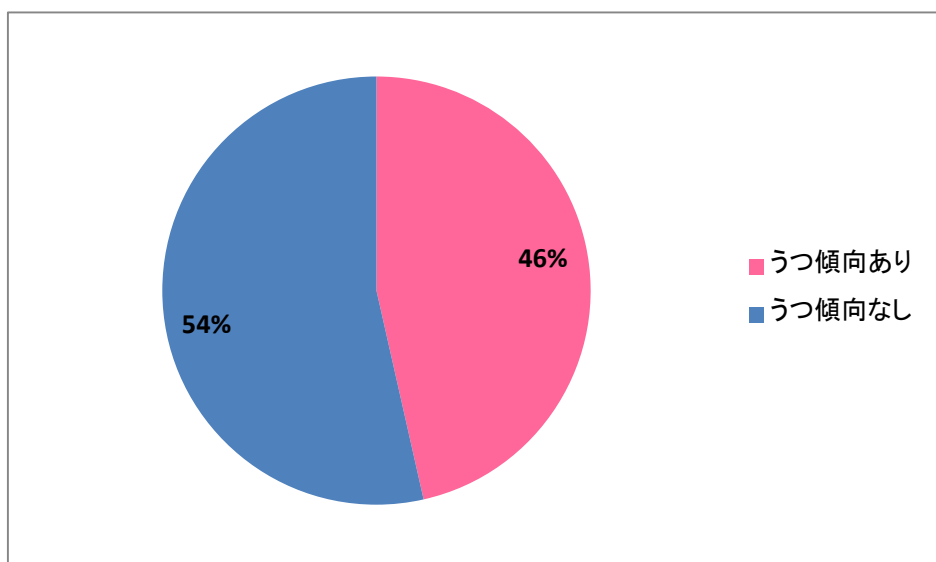


図 4-3-1 うつ傾向の有無の割合 n = 198

表 4-3-3 GHQ 得点と属性の相関係数

	体重増加率	年齢	透析歴	導入年齢
GHQ	-.004	-.069	.021	-.063

スピアマンの相関係数

第4章 血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因とその支援
4-3【研究 3-3】精神健康度の透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響

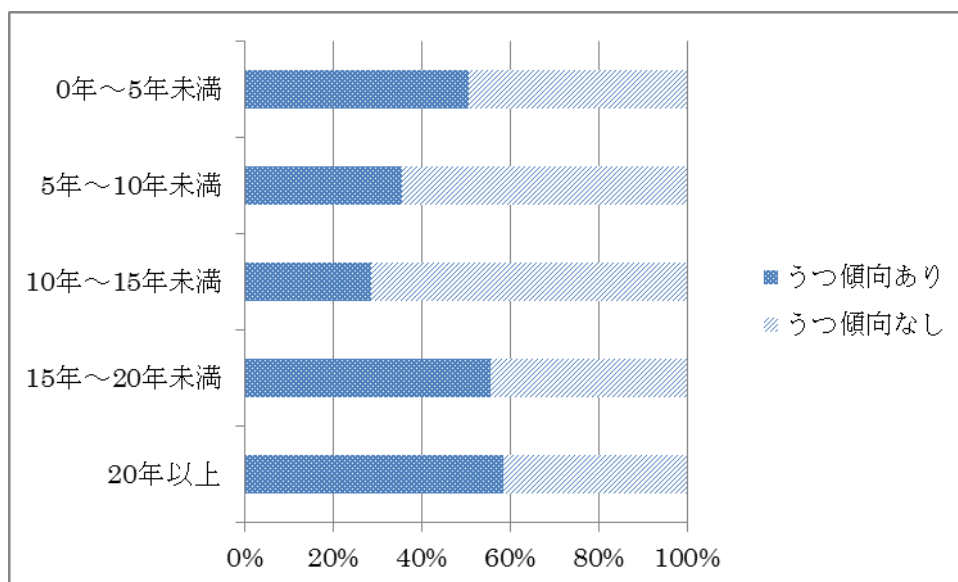


図 4-3-2 透析歴とうつ傾向の有無の割合の変化

表 4-3-6 透析歴とうつ傾向のクロス集計

	うつ傾向		合計
	なし	あり	
透析歴 15 年未満	81	58	139
15 年以上	25	34	59
合計	106	92	198

Peason の χ 二乗 = 4.210 自由値 = 1 p = 0.040

表 4-3-7 透析歴とうつ傾向のクロス集計

	うつ傾向			合計
	なし	傾向あり	うつ病 疑い	
透析歴 15 年未満	81	20	38	139
15 年以上	25	13	21	59
合計	106	33	59	198

Peason の χ 二乗 = 4.356 自由値 = 2 p = 0.113

第4章 血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因とその支援
4-3【研究 3-3】精神健康度の透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響

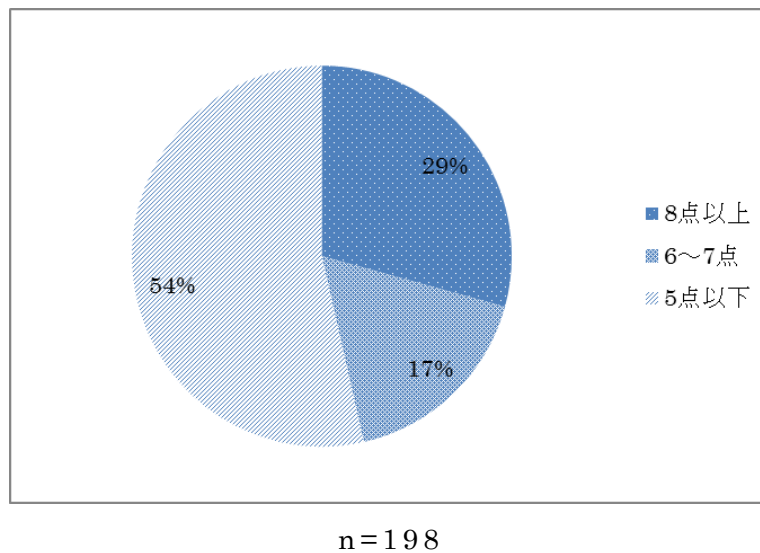


図 4-3-3 3 段階の GHQ 得点分布 (対象者全体)

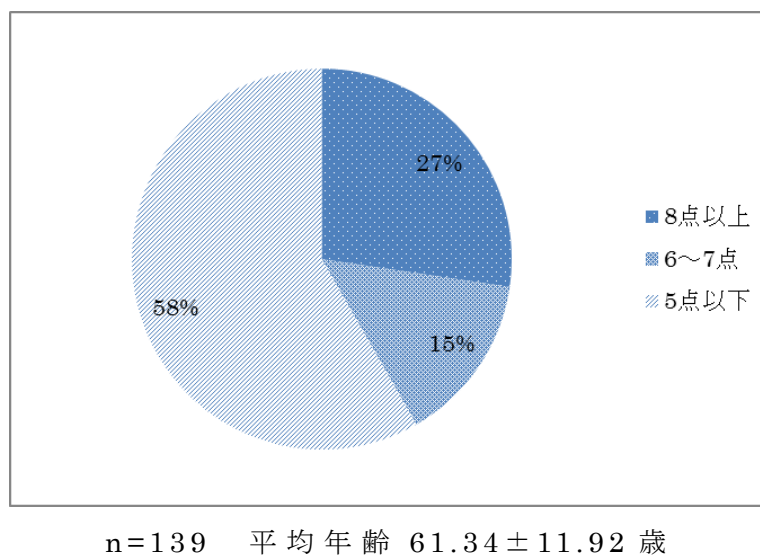
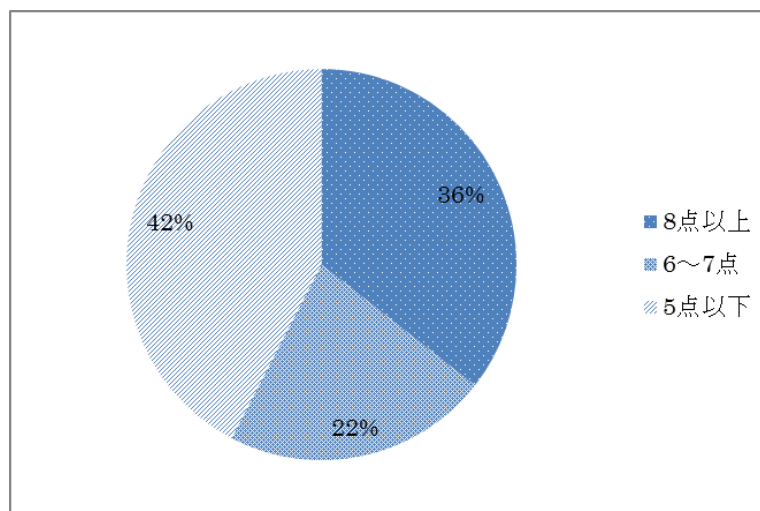


図 4-3-4 透析歴 15 年未満の GHQ 得点分布

第4章 血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因とその支援
 4-3【研究 3-3】精神健康度の透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響



n=59 平均年齢 61.36±8.68 歳

図 4-3-5 透析歴 15 年以上での GHQ 得点分布

表 4-3-8 GHQ 得点と自己管理の動機づけと関連概念との相関係数

	HCCQ	自律的 動機づけ	他律的動 機づけ	無動機	PCS
GHQ	-.128	-.137	.030	-.015	-.234**

スピアマンの相関係数

**p<0.01

表 4-3-9 GHQ 得点の動機づけタイプ別比較

変数	動機づけタイプ	平均	
GHQ 合計点	A: 自高 他低	5.35±4.55 (%)	F=1.885 P=0.134 n.s.
	B: 自高 他高	5.70±5.84 (%)	
	C: 自低 他高	7.87±6.87 (%)	
	D: 自低 他低	6.97±5.29 (点)	

一元配置分散分析

第4章 血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因とその支援
4-3【研究 3-3】精神健康度の透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響

表 4-3-10 GHQ 得点と腎疾患特異的 QOL 下位尺度との相関関係

	症状	日常影響	疾患負担	勤労状況	認知機能
GHQ	-.538***	-.507***	-.475***	-.259***	-.422***
	人付き合い	睡眠	ソーシャルサポート	スタッフ励まし	ケア満足
GHQ	-.563***	-.380***	-.324***	-.109	-.261***

スピアマンの相関係数

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

表 4-3-11 GHQ 得点と包括的 QOL 下位尺度との相関関係

	身体機能	日常身体	痛み	全体的健康
GHQ	-.369***	-.369***	-.483***	-.514***
	活力	社会生活	日常精神	心の健康
GHQ	-.615***	-.450***	-.452***	-.650***

スピアマンの相関係数

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

表 4-3-12 うつ傾向の有無とコーピング方略

	うつ傾向	平均値	
自己コントロール型	あり	7.41 ± 3.56	P=0.039
	なし	6.08 ± 3.54	
逃避型	あり	4.74 ± 2.75	P=0.031
	なし	3.70 ± 2.58	

t 検定

4-4 【研究 3-4】原疾患の透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響

1. 目的

近年の我が国では，新規透析導入患者の原疾患は糖尿病性腎症が最も多く，しかも年々増加しているというのが，現状である（日本透析学会統計調査委員会,2012）。したがって，今後の我が国における透析療法の在り方を考える際には，糖尿病性腎症による透析患者の問題が極めて重要になるが，糖尿病性腎症によって腎不全が進行して透析に至った時期には複数の合併症を抱えていることが多い。そのため，非糖尿病患者に比べて導入後の管理は複雑（Taillefer ,2008）で，現場で苦慮する場合も少なくない（花井ら,2005）とされている。特に，今回の研究 3-1 で，糖尿病の有無は，自己管理への無動機（無気力）の背景要因であることも明らかになったため，糖尿病性腎症の問題は，自己管理への支援を行う上で配慮すべき重要なポイントであると思われる。

これまで，糖尿病性腎症から透析導入になった患者に関する研究は，透析の食事管理（堀内ら,2012）や糖尿病からの合併症予防（川合,2009，西村ら,2009）の指導効果を報告するものが多く，患者の知識の有無や指導の内容については明らかにされているものの，糖尿病から腎不全になった患者と，糖尿病以外の疾患から腎不全になった患者との間に，透析の自己管理に関する動機づけに違いがあるのかについては明らかにされていない。

そこで，研究 3-4 では，糖尿病の有無による患者の特徴や，自己管理への動機づけの認知の違いを明らかにすることを目的とした。

2. 方法

1) 対象者

本調査の対象は【研究3-1】と同様である。首都圏の透析施設で治療中の外来血液透析患者で、自記式質問紙に回答可能な、認知力に問題ない者である。

質問紙は、調査の実施に了解の得られた首都圏9か所の協力施設（総合病院透析室3か所と透析クリニック6か所）からの許可を得て研究説明をした患者総数は413名、うち同意書の得られた337名に質問冊子を配布し、260名から回収した。回収率は77.15%であった。このうち、自己管理の動機づけを測定するTSRQに欠損値のない250名（有効回答率74.18%）を、分析の対象とした。

2) データ収集方法

調査内容を説明し、同意書を回収した後に、体重等、必要な項目をカルテから情報収集した。回答者の匿名性を保証するため、カルテから収集した記録用紙へは記名せず、未記入質問冊子に添付して対象者に配布し、郵送で回収した。調査期間は、2011年10月より2012年10月であった。

3) 倫理的配慮

倫理的配慮として、東京工科大学倫理委員会の承認と、協力施設の倫理委員会および施設代表者の許可を得て行った。対象者へは、文章と口頭で研究目的、匿名性の保護、中止の自由、不参加による不利益のないことを説明した。また、通院先のスタッフに回答内容が知られないために、研究者に直接郵送で回収するなどの配慮をした。

4) 調査内容（質問紙の構成）

① 患者の基本属性

患者の基本属性として、年齢、性別、透析歴、職業の有無、家族と同居の有無、結婚の有無、学歴、原疾患を調査した。

② 自律性支援の認知

自律性支援の認知の測定には、患者が自律性支援を受けていると感じているか否かを測定する尺度で、Deciらが開発・作成した「Health-Care Climate Questionnaire」(以下 HCCQ と略す)を使用した。HCCQは、「看護師は、あなたの水分管理に関してあなたがどのようなことを大切に考えているか理解していると思う」、「看護師は、水分管理に関する変更案を示す前に、あなたが水分管理についてどのように考えているかを理解しようとしてくれる」、「看護師は、水分管理に関してあなたがどうやっていきたいのか注意深く聞いてくれる」などの6項目からなる、7段階、1因子構造の尺度で、既に筆者(山本ら,2009)が日本語版を作成し、信頼性・妥当性を検証しているものである。

③ 自己管理に関する動機づけ

自己管理に関する動機づけの測定には、患者が自己管理行動を遂行する理由や、因果律の所在(Locus of Causality)の違いに関する尺度で、Deciらが開発・作成した「Treatment Self-Regulation Questionnaire」(以下 TSRQ と略す)を使用した。TSRQでは、各設問が、対象者がよりよい水分管理を行いたいという理由にあてはまるかどうかを問う内容になっており、「自分が元気であることに責任を持ちたいから」といった「自律的動機づけ」、「他人から水分管理をするようにプレッシャーがかかっているように思うから」といった「他

律的動機づけ」,「なぜそうするのか全く考えたことがない」といった「無動機」の3因子構造で,15項目からなる,7段階の尺度である。TSRQについても,既に筆者(山本ら,2009)が日本語版を作成し,信頼性・妥当性を検証してある。

④ 自己管理に関する有能感

自己管理に関する有能感の測定には,行動の変化に関して自分はできるという感覚である有能感を測定する尺度で,やはり Deci らが開発・作成した「Perceived Competence Scale」(以下 PCS と略す)を使用した。PCS は,「私は水分管理を継続する能力があるという自信を持っている」,「私はこれから水分管理をつづけることができると思う」,「私はずっと水分管理を維持できる」,「私には水分管理の目標を達成する力がある」という4項目からなる,7段階,1因子構造の尺度で,これについても,既に筆者が(山本ら,2009)が日本語版を作成し,信頼性・妥当性を検証してある。

⑤ 不安(状態不安・特性不安)

不安の測定には,新版 STAI(State-Trait Anxiety Inventory)を使用した。これは,Spielberger が開発したものを,肥田野らが日本の文化に合うよう改訂(肥田野ら,2000)して,個人の情緒状態としての不安および個々のパーソナリティ特性としての不安を測定できるようにしたもので,これらは,状況不安と特性不安と呼ばれる。なお,状態不安とは,不安を喚起する事象に対する一過性の状況反応で,特性不安とは,不安になりやすい比較的安定した個人の特性である。STAI は,透析患者を対象とした調査(Klang et al.,1998,大日方ら,2000)においても,既に不安を測定するのに用いられている。

⑥ 精神健康度

精神健康度の測定には、GHQ-28 (The General Health Questionnaire) を使用した。GHQ は、「いつもより忙しく活動的な生活を送ることが」や「いつもより自分のしていることに生きがいを感じることも」などの項目に対しては、「できた：0点」、「いつもと変わらなかった：0点」、「いつもよりできなかった：1点」、「まったくできなかった：1点」で回答し、「生きていることに意味がないと感じたことは」や「不安を感じ緊張したことは」などの項目へは、「まったくなかった：0点」、「あまりなかった：0点」、「あった：1点」、「たびたびあった：1点」(数字は各項目への配点)の4段階で評価する。得点が高くなるほど精神的健康が低下しており、得点は5/6点をカットオフポイント(中川ら,1985)とした。GHQ は、透析患者の精神健康度の測定にも既に数多く用いられていて、1970年代から透析患者の精神健康度の低さ(GHQ得点の高さ)が報告されてきた(福西ら,1988)が、2000年代に入っても、透析患者にはGHQ得点が高い患者が多い(シェリフ多田野ら,2006, 竹本ら,2008)ことが報告されている。

⑦ ストレスコーピングスタイル

ストレスコーピングスタイルの測定には、ストレスに対してどのような反応・対処の傾向があるかを捉えるために開発されて、本明らが日本人に合わせて改訂した尺度SCI(Stress Coping Inventory)を使用した。これは、ラザルスの理論(本明ら,1991)に基づき、ストレス状況に対してどのように対処するかを、対処の2つの志向性(問題解決型と情動中心型)と、8つの対処型(計画型・対決型・社会的支援模索型・責任受容型・自己コントロール型・逃避型・隔離型・肯定評価型)に分類して(日本健康心理学研究所,2009)、どの志向性・対処型の傾向が強いかを確認するものである。これまでは、

主にパニック障害患者（日野ら,1999）や，更年期女性（千場,2009）の対処行動の測定に用いられてきた。

設問は64項目で，あてはまる2点，少しあてはまる1点，あてはまらない0点の3段階で評価するが，SCIは，どの対処法も自由に利用できる柔軟性のあることが好ましいとされている。

⑤ QOL

透析患者のQOL測定には，腎疾患特異的QOL尺度（the Kidney Disease Quality of Life Short Form version1.3，以下，KD-QOLと略す）を使用した。このKD-QOLは，腎疾患を持つ患者の生活の質を測定するために日本文化に合うように開発（Green et al.,2001）されたもので，包括的QOL尺度SF-36日本語版 version1.2を含んでいるため，包括的なQOLと，腎疾患患者に特異的なQOLの両方を測定することができる。包括的尺度（36項目）としては，「身体機能」，「日常役割機能（身体）」，「体の痛み」，「全体的健康感」，「活力」，「社会生活機能」，「日常役割機能（身体）」，「心の健康」を下位尺度に持ち，腎疾患特異的尺度（43項目）としては，「症状」，「腎疾患の日常生活への影響」，「腎疾患による負担」，「勤労状況」，「認知機能」，「人とのつきあい」，「性機能」，「睡眠」，「ソーシャルサポート」，「透析スタッフからの励まし」，「透析ケアに対する患者満足度」などの下位尺度を持つ。得点は，各項目のスコアリング方法に従って0～100点に換算し，合計得点が高いほどQOLが良好であることを示す（三浦ら,2004）。

⑥ 自己管理行動

自己管理行動の指標としては，透析方法や薬剤投与の影響が少なく，自己管理行動を反映していると考えられる，1週

間分の透析間の体重増加量をその患者のドライウェイトで割った「週間体重増加率」を使用した。

5) 分析方法

原疾患が糖尿病性腎症である患者と、それ以外の疾患である患者との間で基本属性の比較を行い、その特徴を明らかにした。ただし、今回対象とした糖尿病性腎症患者の場合は、透析歴が短く、ほぼ15年未満であったため、自己管理の認知に関する比較は、透析歴15年未満の患者173名を対象として行った。

この対象で、原疾患の糖尿病の有無で2群に分け、比尺度はt検定、男女や職業有無などの名義尺度はクロス集計し、 χ^2 二乗検定を行なった。統計ソフトはSPSS 20.0 J for Windowsを使用し、検定はすべて両側検定、有意水準0.05%以下とした。

3. 結果

1) 糖尿病の有無による属性等の特徴

原疾患が糖尿病性腎症である『糖尿病あり群』と、それ以外の疾患である『糖尿病なし群』の2群に分け、両群の基本属性を比較したところ、糖尿病性腎症の患者は、体重増加率は有意に少なく、透析歴が有意に短く、導入年齢は有意に高齢であった。(表4-4-1)

2) 糖尿病の有無による自己管理やその認知への影響(透析歴15年未満のみ) ①

前記のように、糖尿病の有無によって透析歴に大きな差があったため、認知などの比較を行う上で、透析歴で制御する

こととした。具体的には、糖尿病性腎症の患者は97.2%が透析歴15年未満であったため、透析歴15年未満の患者173名に絞って、両群の比較を行った。透析歴15年未満の対象者の概要を表4-4-2, 4-4-3に示す。

その結果、体重増加率は全体では11.72%であったのに対して、15年未満でも11.73%とほぼ等しく、他の基本属性の割合も、全体と15年未満の患者との間で大きな違いはなかった。

次に、上記の透析歴15年未満患者を対象として、糖尿病の有無による2群の属性や認知の比較を行なった。まず、体重増加率を比較したところ、糖尿病あり群で有意に増加が少なかった。また、基本属性では、導入年齢が有意に高かった。性別、結婚の有無、家族の有無、職業の有無などの名義尺度の属性については χ^2 乗検定を行ったが、有意差のあるものはなかった。自己管理に関する動機づけでは、糖尿病あり群で無動機が高かった。STAIおよびGHQ-28では有意差は見られなかったが、KD-QOLの下位尺度「身体機能」、「日常役割機能（身体）」、「日常役割機能（精神）」において、糖尿病あり群は有意にQOLが低かった。（表4-4-4）

3) 糖尿病の有無による自己管理やその認知への影響（透析歴15年未満のみ）②

自己管理の動機づけに関連した患者の認知と自己管理行動（体重増加率）の関係は、研究3において自律性支援と自律的動機づけが正相関、自律的動機づけと有能感が正相関、有能感と体重増加率が負相関するという結果が得られている（図1）ので、本研究では、透析歴15年未満の患者の中で、『糖尿病あり群』のみの相関関係と、『糖尿病なし群』での相

関関係を分析することにした。

透析歴 15 年未満患者の認知の関係を分析するにあたり、『糖尿病あり群』で、「自律的動機づけ」が年齢 ($r=.25$ $p=0.038$) 自律性支援の認知 ($r=.28$ $p=0.019$) と、『糖尿病なし群』で、自律性支援の認知が年齢 ($r=.43$ $p=0.000$) 有能感 ($r=.25$ $p=0.011$) と相関関係にあったため、全体との比較ができるように、研究3と同様に「年齢」と「透析歴」の2変数を制御した偏相関係数を確認した。

自律性支援の認知と「自律的動機づけ」及び、「他律的動機づけ」が正相関すること、「自律的動機づけ」と「他律的動機づけ」が正相関すること、「他律的動機づけ」が「無動機」と正相関すること、「自律的動機づけ」が「有能感」と正相関することについては全体と同様の結果になった。(表4-4-5) しかし、『糖尿病あり群』では全体と同様「有能感」と体重増加率が負相関する(表4-4-6)のに対して、『糖尿病なし群』では「有能感」と体重増加率に有意な相関は無く、「他律的動機づけ」と「無動機」が体重増加率と正相関(表4-4-7)していた。

4. 考察

1) 糖尿病の有無による属性、背景要因の特徴

今回の対象者では、糖尿病性腎症の患者では、導入年齢が高く、透析歴が短いという結果が得られた。新規導入患者の原疾患に糖尿病性腎症が1位(日本透析学会統計調査委員会,2012)になったのは1998年からで、現時点ではまだ透析歴の長い患者が少ないこと、糖尿病性腎症による血液透析歴5年生存率が49.8%に対して、非糖尿病性の疾患は長い(慢性腎炎は69.1%)こと(田上,2011)などが、その原因とし

て考えられるが、現段階では糖尿病性腎症の患者は、透析歴の短い患者としての特徴も備えていることが予測される。そのため、この後の分析は透析歴15年未満の患者に絞って、糖尿病以外の影響が少ないように工夫をした。

透析歴15年未満で確認すると、糖尿病の有無で差のあった導入年齢は有意差が無くなり、体重増加は、15年未満に絞っても糖尿病患者の方が少なく、体重のコントロールができているという結果になった。これは、糖尿病患者では、残腎機能のうち、尿量は比較的長期にわたって残ることから、体重の増加が非糖尿病患者より少なくなるのではないかと考えられる。しかし、糖尿病のある患者では、身体機能と日常生活での身体面・精神面双方の役割遂行上のQOLが低く、これは、年齢と糖尿病を持っていることが身体的QOL尺度と負相関していたという先行研究の結果（Curtin et al., 2004）とも一致する。

一般に、糖尿病性の末期腎不全患者は重篤な疾患を合併しやすい（海津, 1999）ため、循環機能障害を合併して容易に透析困難症を呈することや、脳梗塞などによる身体可動性の障害や視力障害のために、生活範囲の縮小を余儀なくされる糖尿病性腎症患者では、合併症による日常生活の支障から疾病受容が困難になるなどの特徴があるとされている（佐名木, 2007）。こういった原疾患の違いによる特徴が、透析後の生活や自己管理に関する認知に影響を与えている可能性も考えられるため、以下の分析を進めることにした。

2) 糖尿病の有無による自己管理に関する認知への影響（透析歴15年未満のみ）

まず、糖尿病の有無で自己管理に関する認知を比較したと

ころ、『糖尿病あり群』では「無動機」が高く、自己管理に関して無気力な患者が多いことがわかった。糖尿病の患者は、腎機能の低下によって透析が必要と診断された際に、人生を大きく転換せざるを得なくなったという大きな衝撃を受ける（Ravenscroft et al.,2005）とされている。そのため、腎機能を悪化させないための努力をする患者は多いが、それでも透析導入が必要になったという場合には、努力が報われなかったという無力感や諦め（仲沢,2004）を感じると報告されている。逆に、自己管理の努力をしようとしたがうまく実施できずに血液透析導入に至った場合には、喪失感や無力感、諦念感を感じていた（仲沢,2005）との報告もあり、糖尿病から腎不全、透析へと至る過程の中で、患者は「自分は状況をコントロールできなかった」という思いを抱いていることが多いと考えられる。こうしたコントロール不可能性の認知によって脅威を受けた自尊心を防衛するために、後続の課題を放棄し、そのために遂行成績が低下するという「学習性無力感」（上淵,2005）の存在が知られており、これが、糖尿病性腎症から透析となった患者において「無動機」の得点が有意に高くなる理由ではないかと考える。

一方、『糖尿病あり群』のみで偏相関を確認したところ、「有能感」が高いと体重増加率が低く、自己管理が良好であるという、全体（研究3-1）と同じ傾向を示していたが、『糖尿病なし群』では、この傾向がみられなかった。『糖尿病なし群』では、「自律的動機づけ」よりも自己決定性が低く、自己管理行動を抑制（Chan et al.,2009）して、治療へのプレッシャーを増加させる（Wild et al.,2006）「他律的動機づけ」と「無動機」が高いことが、自己管理不良につながっているという点では、これらの動機づけを説明する自己決定理論（Ryan et

al.,2000) の説を支持してはいるが、透析歴 15 年未満に限った場合には、非糖尿病患者では、「有能感」があっても実際に体重増加率は相関関係になかった。今回は体重増加率を自己管理行動の指標としており、透析間の増加は中 2 日 5%、中 1 日 3% 以内が適当とされているが、この範囲内では必ずしも増加が少なければ少ないほど良いわけではない。身体機能が良好な非糖尿病患者では社会活動が活発であることが予想されが、社会活動が活発な場合には、体力を維持するために必要な栄養を摂取し、透析をしっかりと行うことが活動の維持には重要であり、「有能感」と体重増加率が相関関係として結果が出なかった理由ではないかと考える。

3) 原疾患に応じた透析患者への自己管理支援

以上の分析により、原疾患に糖尿病を持つ患者は、いったん自己管理への「自律的動機づけ」を持ち、「有能感」を感じることができた場合には、非糖尿病患者よりも明瞭に、「有能感」の向上や体重増加率の低下につながっており、糖尿病患者においても、「自律的動機づけ」を促進する自律性支援が有効であることが示唆された。

ただし、糖尿病患者では、身体機能が低く、現在の日常生活に支障がある者も多く、透析導入に至る過程で学習性無力感を抱いている可能性が高いことも明らかになった。

したがって、身体機能の低い糖尿病患者には、現在患者にとって疾患が生活へどのような影響を与えているのかをアセスメントし、「身体症状のコントロール」や「サポート資源の紹介」といった透析による生活への障害を最小限にする支援が、自己管理への動機づけを回復し、自己管理行動の促進につながると考えられる。また、学習性無力感を感じている患

者には、これまでの経過の中で感じた無力感や喪失感への理解を示し、コントロール不可能性の認知を変えるよう、小さな事柄からでも自分の制御が可能な体験を積み重ねることが患者にとって有効ではないかと考える。たとえば「透析困難症への対処方法を患者自身が選択する」とか「除水の目標を自分自身で設定する」ということは、患者のわがままと捉えられやすいが、このようなコントロール可能な感覚を十分経験できるよう、医療者側から意図的に提供する工夫も必要ではないかと考える。

また、原疾患に糖尿病の無い患者では、一般に身体機能が保たれていて、日常生活への支障も少なく、健康状態は糖尿病患者と比較して良好と言えるが、合併症などの影響が少ない、ということは、体重管理の不良が透析困難症や心血管障害につながりにくく、その患者の体調に合わせた増加率で管理しているという可能性もある。このため、今回の結果は「有能感」と体重増加率が相関しなかったとも考えるため、これは今回の調査が、自己管理の指標として体重増加率のみを取り上げたことによる限界と考える。ただし、自己管理に対する「他律的動機づけ」や、「無動機」の悪影響は明らかになったため、動機づけのあり方として、「自律的動機づけ」によって自己管理を行うことは、原疾患に関わらず重要であることが改めて確認できたと考える。

5. 結論

- 1) 原疾患に関わらず、透析患者への自律性支援は、「自律的動機づけ」を促進する。
- 2) ただし、原疾患に糖尿病を持つ患者では、身体機能と日常生活における身体面・精神面双方の役割遂行上の QOL が

低いため、現在の疾患の生活への影響をアセスメントし、影響を最小限にする支援が必要である。

- 3) 原疾患に糖尿病を持つ患者では、自己管理に対する無動機が高く、透析に至る経過の中で学習性無力感を感じている可能性が高いため、こうした無力感や喪失感への理解を示すとともに、コントロール不可能性の認知を変えるよう、自分の制御が可能な体験を積み重ねられるような支援が必要である。

第4章 血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因
 4-4【研究3-4】原疾患の透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響

表 4-4-1 糖尿病の有無による属性の比較 n=250

	DM	平均	P
体重増加率	なし 178	12.06±3.87	0.024
	あり 72	10.82±4.12	
透析歴	なし	13.93±9.34	0.000
	あり	4.95±4.10	
導入年齢	なし	48.36±15.28	0.000
	あり	59.28±11.2	

t検定

第4章 血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因
 4-4【研究3-4】原疾患の透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響

表 4-4-2 分析対象者(透析15年未満患者)の概要① n=173

属性	区分	人数	割合 (%)
性別	男	135	78.0
	女	38	22.0
年齢	20歳代	2	1.1
	30歳代	4	2.3
	40歳代	19	11.0
	50歳代	34	19.7
	60歳代	57	32.9
	70歳代	42	24.3
	80歳代以上	15	8.7
透析歴	5年未満	76	44.0
	5年以上10年未満	62	35.8
	10年以上15年未満	35	20.2
原疾患	糖尿病性腎症以外	103	59.5
	糖尿病性腎症	70	40.5
週間体重増加率(平均)			11.73% ±4.18

第4章 血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因
 4-4【研究3-4】原疾患の透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響

表 4-4-3 分析対象者(透析15年未満患者)の概要② n=173

属性	区分	人数	割合 (%)
職業	あり	76	43.9
	なし	89	51.4
	不明	2	1.2
同居家族	あり	148	85.5
	なし	25	14.5
学歴	小学校または中学校卒業	23	13.3
	高校卒業または大検	49	28.8
	専門学校卒業または大学中退	18	10.4
	短期大学卒業	4	2.3
	大学卒業(4年制以上)	67	38.7
	大学院修了	9	5.2
	不明	3	1.7
	結婚の有無	なし	50
	あり	117	67.6
	不明	6	3.5

χ^2 二乗検定

第4章 血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因
 4-4【研究3-4】原疾患の透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響

表 4-4-4 透析歴 15 年未満患者での糖尿病の有無の影響 n=173

	DM	平均	P
体重増加率	なし 103	12.29±4.12	0.031
	あり 70	10.89±4.15	
導入年齢	なし	55.69±14.23	0.076 n.s.
	あり	59.28±11.20	
無動機	なし	4.51±2.93	0.011
	あり	5.75±3.47	
身体機能	なし	77.83±20.92	0.000
	あり	62.99±28.22	
日常役割機能（身体）	なし	67.25±38.38	0.044
	あり	54.47±41.95	
日常役割機能（精神）	なし	77.66±38.50	0.004
	あり	58.20±46.90	

t検定

第4章 血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因
 4-4【研究3-4】原疾患の透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響

表 4-4-5 調査患者全体の各概念尺度偏相関係数（制御変数：年齢，透析歴） n=250

	自律的動機	他律的動機	無動機	PCS	体重増加率
HCCQ	.40***	.35**	.06	.11	-.07
自律性支援認知					
TSRQ	1	.27***	-.10	.49***	-.14
自律的動機づけ					
TSRQ		1	.35***	.05	.10
他律的動機づけ					
TSRQ			1	-.09	.08
無動機					
PCS				1	-.24***
有能感					
週間体重増加率					1

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

第4章 血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因
 4-4【研究3-4】原疾患の透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響

表 4-4-6 透析歴 15 年未満の『糖尿病あり群』の各概念尺度偏相関係数

(制御変数：年齢, 透析歴) n=70

	自律的動機	他律的動機	無動機	PCS	体重増加率
HCCQ	.38**	.41**	.22	.03	-.14
自律性支援認知					
TSRQ	1	.43***	.15	.46***	-.19
自律的動機づけ					
TSRQ		1	.35**	.08	.07
他律的動機づけ					
TSRQ 無動機			1	.03	.08
PCS 有能感				1	-.31*
週間体重増加率					1

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

第4章 血液透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響要因
 4-4【研究3-4】原疾患の透析患者の自己管理に関する動機づけへの影響

表 4-4-7 透析歴 15 年未満の『糖尿病なし群』の各概念尺度偏相関係数

(制御変数：年齢, 透析歴) n=103

	自律的動機	他律的動機	無動機	PCS	体重増加率
HCCQ	.43***	.41***	.10	.12	.02
自律性支援認知					
TSRQ	1	.36***	-.18	.47***	.04
自律的動機づけ					
TSRQ		1	.36***	.09	.22*
他律的動機づけ					
TSRQ 無動機			1	-.14	.22*
PCS 有能感				1	-.09
週間体重増加率					1

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

第5章

血液透析患者が医療者に望む自己管理支援

5-1【研究4】血液透析患者が医療者に望む自己管理支援

5-1 【研究4】血液透析患者が医療者に望む自己管理支援

1. 目的

慢性疾患患者の自己管理を支援する方法は、時代とともに変化しており、医療のパターナリズムへの批判や患者の権利擁護意識の高まりとともに、学習援助型と呼ばれる対等な患者-医療者関係を保ちつつ患者自身が自分の体調をコントロールすることを尊重するセルフマネジメントが、望ましいと考えられるようになってきている（河口ら,2000, Glasgow et al.,1999, 野嶋,1996）。しかし、この学習援助型の考え方は、実際の現場で行われているとは言えないという指摘もなされている（安酸,2004）。

そのような状況の中で、透析患者を取り巻く状況は、糖尿病性腎症の割合の増加、導入年齢の高齢化、長期生存と合併症の多様化（日本透析学会統計調査委員会,2012）など、より困難さを増しており、その分、透析療法に必要な自己管理も複雑になっている。

これまで、透析患者への自己管理の支援については、自己効力感（岡ら,1996, 長尾,2002）や認知行動療法（恩幣ら,2008）を基盤とした調査が行われてきたが、いまだに新しい支援方法開発の必要性を訴える文献（中村,2010）があるように、効果的な自己管理の支援の方略は、現在も模索中であることが分かる。

しかし、透析患者がどのような支援を必要としているかについては、患者へのインタビューから、『優しさ／誠意』、『傾聴』、『平等性』、『専門的アドバイス実践』、『個としての患者の理解』、というカテゴリーが抽出されたという報告がある

(森田,2000)が,対象者数が多いものではなく,また,自己管理の動機づけを高めるための支援という視点から行われたものも見当たらない。

そこで本研究では,透析患者の自己管理への動機づけを高めるために患者が透析スタッフに望んでいる支援を明らかにし,さらにその支援を必要としている患者の特徴を明らかにすることで,どのような患者へどんな支援が必要とされているのかを検討することとする。

2. 方法

1) 対象

対象は,関西圏(研究1,2と同様)と首都圏(研究3と同様)の透析施設で治療中の外来血液透析患者で,自記式質問紙に回答可能な,認知力に問題ない者である。質問紙は,調査の実施に了解の得られた関西圏11か所,首都圏9か所の透析施設(総合病院透析室3か所と透析クリニック17か所)で治療中の患者775名(関西圏438名,首都圏337名)に配布し,関西圏379名,首都圏260名の合計639名から回収した。(回収率82.5%)このうち,欠損値のない関西圏323名と首都圏250名の合計573件を有効回答とし,質問紙の自由記載欄に,「自己管理に関する動機づけを促進する医療者からの支援」についての記載があったものを分析対象とした。(件数135件)

2) データ収集方法

調査内容を説明し,同意書を回収した後に,ドライウエイト,透析前後の体重,原疾患などの基本的な情報については,カルテから情報収集した。その際,回答者の匿名性を保証す

るため、カルテから収集した記録用紙には記名せず、未記入質問冊子に添付して対象者に配布し、郵送で回収した。調査期間は、関西圏の調査は平成2005年4月～10月、首都圏の調査は、2011年10月～2012年10月であった。

3) 倫理的配慮

倫理的配慮として、大阪大学医学部および東京工科大学倫理委員会の承認と、協力施設の倫理委員会および施設代表者の許可を得て行った。対象者へは、文章と口頭で研究目的、匿名性の保護、中止の自由、不参加による不利益のないことを説明した。また、通院先のスタッフに回答内容が知られないために、研究者に直接郵送で回収するなどの配慮をした。

4) 分析方法

記述された内容の類似性によってコード化、カテゴリー化を行った。さらに、各カテゴリーへ記述した患者の特徴を明らかにするため、記載者の基本属性や体重増加率を、全体平均値と比較を行った。患者の基本属性としては、年齢、性別、透析歴、職業の有無、家族と同居の有無を調査した。なお、コード化、カテゴリー化に当たっては、解釈の恣意性を防ぐため、透析看護分野の研究者2名からの助言を得ながら行った。

3. 結果

1) 透析患者の望む「自己管理に関する動機づけを促進する医療者からの支援」

分析対象とした自由記載は135件であった。記載内容をコード化し、18のコードが得られた。(表5-1) さらに内容の類

似性や患者の要望の意図を検討してカテゴリーを生成した。その結果、患者が看護師に求める支援として、『姿勢・態度』、『知識や情報の提供』、『患者理解』、『自律性の尊重』、『医療者の専門的知識・スキルの向上』の5つのカテゴリーが抽出された。このうち『姿勢・態度』は、「親身な雰囲気」、「傾聴・対話」、「平等」「関心」の4つのサブカテゴリー、『患者理解』は、「生活者としての困難さ」、「長期治療の困難さ」の2つのサブカテゴリーからなっていた。(表 5-2)

以下に、各カテゴリー、サブカテゴリーの具体例と解説を示す。

① 姿勢・態度

『姿勢・態度』は、患者が「医療者がどのような姿勢や態度を持って自分や患者仲間と接して欲しいと感じているか」に関するカテゴリーで、「親身な雰囲気」、「傾聴・対話」、「平等」、「関心」の4つのサブカテゴリーからなる。

i. 親身な雰囲気

「親身な雰囲気」は、“患者とのかかわりの中で優しさや誠意ある態度を示すこと”で、患者たちは自己管理そのものへの支援だけでなく、普段の看護師から受け取る印象が柔らかいことを望んでいた。看護師たちから親切に接してもらうことで自分は受け入れられていると感じることは、生活管理は自分自身が行うものであるという責任感につながっていた。具体例としては、「話しやすいのが何よりも救いです。」、「笑顔や明るい雰囲気作りと患者への思いやりを示してくれるのが重要だ。」、「いつも優しく接してくれるのを望むだけです。」などの記述がみられた。

ii. 傾聴・対話

「傾聴・対話」は、“患者の思いに耳を傾け、対話すること”で、患者の透析に対する思いや管理に関する疑問などについて、もっと話し合いたいという要望の内容が多かった。対話の少なさは、患者の安心感を阻害し、自己管理への意欲を低めることが語られていた。具体例としては、「以前の病院では規則正しく治療を行き渡っているが、スタッフが忙しいので、対話が少なく、また事務的に処理されていくので、心が癒されることがなかった。」、「水分管理や医療に関するコミュニケーションがあまりないので不安です。」、「質問や不安を看護師さんに話せています。水分、食事管理は通院してる限りは全て、自分自身の意思、知識、理解につきると思っています。」などの記述がみられた。

iii. 平等

「平等」は、“偏見や差別なく平等に患者に接すること”で、狭い空間の中で常に近い距離で自分にも透析仲間にも医療や看護が行われているため、一部の患者が特別な対応を受けているのではないかという疑念が生じやすいという状況が語られていた。具体例としては、「とりわけ、自己管理できない透析患者については、看護師によって指導差がある。水分管理のできない患者ほど、看護師を拘束する。」、「医療者は基本的に平等だとおもいますが、そうではない事がわかりました。患者の扱いかたが違います。」などの記述がみられた。

iv. 関心

「関心」は、“常に関心を持ち、注目していることを患者に表現すること”で、医療者が患者の体調や心理状態に関心を

寄せていることをきちんと患者に分かる形で表現できているかどうかを重要視していた。患者によっては、医療者に遠慮して苦痛や不安を表現しにくいと感じていたが、苦痛や不安を患者が表現しやすくなるように手がかりを与えられている（声をかけてもらう、様子を確認に来るなど）患者は、精神的にも安定すると記述されていた。具体例としては、「毎日状態を聞いてくれるので伝えることができる。肩のこととか心配してくれている。気にしてくれているんだと思え、安心する。」、「帰る時など、どう？と声をかけてもらうこと。自分からはひどくしんどい時は言うけれど普通の時は何も言わないので…。」、「この人は自分のことを気にかけてくれると思うと、癒される感じがする。」などの記述がみられた。

② 知識や情報の提供

『知識や情報の提供』は、“透析の自己管理に関する知識や情報の提供をすること”で、患者は主に導入期にまとまった指導を受けることが多いが、その後も、治療や管理に関する新しい情報や、現在の自分の状況にあった管理方法に関するアドバイスを求めている。現状の管理方法には慣れて実施できている場合でも、より良い状況を継続するために努力したいという患者の気持ちが表れている記述が多かった。具体例としては、「よそではこんなことをしてますよ、という情報が欲しい。」、「一週間か十日の食事、水分管理を調べて、どこに問題があるのかを教えてほしいって思っています。」「管理のうまくいっている人の話を聞きたいのですが、看護師さんからは答えが返ってきません。もっと話を聞き、情報を回して欲しいのです。」、「私は約20年透析を行っていますが、20年前に比べると透析もすばらしく進歩したのですから、新しい

ことができた場合、すぐに情報を知らせて欲しいと思う。」などの記述がみられた。

③ 患者理解

『患者理解』は、患者が「医療者から、透析治療とそれを含んだ生活を継続していく上での困難さを理解してもらったと感じること」に関するカテゴリーで、「生活者としての困難さの理解」、「長期治療の困難さの理解」の2つのサブカテゴリーからなる。

i. 生活者としての困難さの理解

「生活者としての困難さの理解」は、“患者の家庭や社会的環境などを考慮し、生活の中で療養することの困難さを理解すること”で、患者は、日々の自分の家庭や職場での生活を送りながら透析患者として必要な食事や飲水量を保っていくことに困難感を抱いている場合が多いが、この困難さを医療者にも分かってもらいたい、理解されたいうえで、相談やアドバイスを受けてほしいという気持ちが表現されていた。具体例としては、「患者の生活リズムを考慮してほしい。数字で患者を追い詰めないで欲しい。」、「様々なライフイベントが起こる中頑張ってきた。結果が例えばあまり良くななくても、その人の努力を認めたうえで、助言することを忘れてはいけないと思います。」、「データだけが頼りでなく、患者に合わせた指導をしていただけるとありがたく思います。」、「前の施設では、おしなべて毎回3kg以上体重が増加すると、食事内容など聞かずにスケールの前で叱責するので、体重ばかり気になって食事できませんでした。転院して初めて人間らしい扱いを受けているのを実感し、節制も自分なりに工夫して出来ていると思う。」などの記述がみられた。

ii. 長期治療の困難さの理解

「長期治療の困難さの理解」は，“長期治療中，緊張感を維持することの困難さを理解すること”で，透析は一生継続しなくてはならず，すでに20年30年という期間，患者は透析を受けながら過ごしてきている。日々異なる状況に対応しながら暮らす中で，1日たりとも管理に失敗することがないということは，実際には不可能である。時にはイレギュラーな出来事によって管理が一時的に悪くなることもあることや，常時細心の注意を払って生活することは困難なことを医療者に理解してもらった際には，安心感や，将来の出来事にまた対応しようという意欲が生まれたことが，記述されていた。具体例としては，「判で押したように“変わらないですか”と軽々たずねられる。この質問に答える私たちは前回の透析後，飲みたい水も我慢して水分の管理に努力してきたのである。そうした人知れぬ努力があることを理解して患者の苦しみを理解し，それを和らげるような質問にして欲しいと願っています。それによって看護師さんと患者の関係がより深くなるように思う。」，「私も自分のことであるので，自分自身で管理する心構えでいるので目先の一時的な増加に対して多く注意しないで欲しい。」，「気持ちの変化や気分の落ち着かない時は，少々多くとってしまいう日があります。そんな時看護師さんからゆっくり一週間内で引きましようと言ってくれれば，気持ち落ち着き，次の週から良い方向に進みます。」などの記述がみられた。

④ 自律性の尊重

『自律性の尊重』は，“患者自身の療養に関する価値観，患

者なりの方法を尊重すること”で、避けられない治療ではあるものの、自己管理をどのように行っていくのかについては患者自身に選択権があり、自分らしい生活を自分でコントロールできているという感覚を持つことにつながっていた。こういったコントロール可能な感覚は、自己管理への意欲やその人生への満足感を増していた。具体例としては、「人から水の管理を強制されるとかなり反発を感じます。あなたに何がわかるの！と思ったりします。水分管理の必要性は本人が十分わかっていることですので強制されたり、必要以上に頭ごなしに注意されると嫌になります。」、「人間も動物であるから、普通に生活するため、普通に食べて、よく動く、そのことが元気の源であると思っている。そのことを認めてくれて、ある程度適切なデータである限り、食事の管理の枠をはめないでほしい。」、「人生の希望と目標を持って、自己管理に挑戦していくことが、長い透析人生を楽しい日々に変えると思っています。人はどのように生きがいを持ち、人のために何ができるかと思う、その事が一番大事だと思います。」などの記述がみられた。

⑤ 医療者の専門的知識・スキルの向上

『医療者の専門的知識・スキルの向上』は、“スタッフの血液透析や療養生活に関する知識やスキルを向上させること”で、穿刺の技術や食事の工夫に関する指導技術といった透析看護の専門的な技術を高め、それが自分たちに還元されるということが安心感につながっていた。具体例としては、「水分管理の質問をしても、詳しく答えられない看護師が多いため、もっと勉強してほしい。」、「看護師さんも新しい人が多くなり食事や、水分のことも、あまり知らない方が多いです。透析

以外の事も含めて、お互いに勉強が出来ればいいことだと思います。」、「針刺しの上手下手があります。看護師さんとの相性もあり、ほっとするときもあります。」、「専門知識をもっていて質問にすぐ答えてくれると、水分管理に結構ストレスがたまっているので心があったかくなる。」などの記述がみられた。

2) 記載者の特徴

自由記載欄に何らかのカテゴリーに属する内容を記載した者135件の体重増加率、年齢、透析歴の平均値と、関西圏および首都圏の質問紙の有効回答者全体の平均値を比較したところ、大きな違いはなかった。また、自己管理に関する認知の得点にも大きな違いはなかった。(表5-3)

それぞれのカテゴリーやサブカテゴリーへの記載者の特徴をみると、『知識や情報の提供』、『親身な雰囲気』、『傾聴・対話』、『平等』、『関心』、『長期治療の困難さ』については、記載者と非記載者の間に基本属性や自己管理に関する認知得点に有意差が認められた。(表5-4) そのうち、『平等』と『長期治療の困難さ』への記載者は、透析歴が有意に高かった。『知識情報提供』の記載者は、有意に体重管理が良好であった。また、『傾聴・対話』と『関心』は、自己管理への「自律的動機づけ」を多く感じていた。一方、『親身な雰囲気』は「他律的動機づけ」が有意に高かった。

4. 考察

1) 患者の望む看護支援

今回、患者の望む看護支援として抽出されたカテゴリーは、

血液透析患者だけでなく、多くの慢性疾患患者の看護に共通して必要な「親身な雰囲気」や「傾聴・対話」、「平等」、「知識や情報の提供」などが挙げられていた。また、「業務的な接し方で信頼感がない。」、「もっと誠意ある態度をとってほしい。」、「困って大変なときに看護師さんから励まされて頑張れた。」、「思いを聞いてくれる、雑談だけでも心があつたくなる。」という記載が数多く見られ、患者にとって看護師の態度が大きな影響を及ぼしているという点では、透析患者の望む看護に関する先行研究（森田,2000）と一致した。

しかし、自己管理をスムーズに継続し、コントロールし続けていくには、上記のほかに、患者を多面的に理解し、その人の生き方や価値観を尊重した看護支援も必要であることがわかった。

例えば、「生活者としての困難さの理解」では、「生活リズムなどを理解してほしい、数字を患者に強い口調で追い詰めるのはやめて欲しい。」、「体重増加が少ないとき、がんばったね、どうやったの？と言われると続けられる。」といった記述が見られた。こうした記述からは、透析の管理は、患者の生活の中で行われているものであるため、教科書的な管理を強要されることへの圧迫感があることがわかる。生活との折り合いをつけて透析に臨んでいることへの理解を示してもらった際に、患者が安堵や喜びを感じると言え、そこから生まれる動機づけがあることを医療者は理解することが重要と考える。

また、「長期治療の困難さの理解」では、「羽目をはずして体重がオーバーしたときでもたまにはいいんじゃない、といってくれるとほっとする。」、「増えたときでもゆっくり1週間で引きましようといわれると落ち着き、次から頑張れる。」と

いう記載があるように、一生継続しなければならない治療であるがゆえに、管理を継続するためのエネルギーを維持するには、「引け目を感じているときに強く言わない。」ことがポイントといえる。

さらに、「自律性の尊重」では、「自分のやり方を尊重してくれるから休みの日には好きなものを食べてストレス解消。自分の体質を自覚して透析生活を楽しんでいる。」と、自分なりの方法や自分が大事にしたい価値観を、医療者にも理解し尊重されているという感覚が大切であることがわかった。

「関心」では、「自分からはしんどいとき以外は何も言わないので声をかけて欲しい。」や、「増えの多い人が看護師を独占している。」といった記載がみられた。自分なりのやり方を尊重されることを望み、「自分が頑張るしかないことだ。」と考える患者は多かったが、自分が頑張っていることを管理がうまくいっているときにこそ認め、何かのときにはすぐに助けられるような《伴走者》的な役割が求められていると考えられる。

以上から、患者自身が自律性を持つだけでなく、その維持のためには、医療者側から、管理がうまくいっているときの賞賛やこまめな励ましなど、ポジティブな対人関係である「理解」や「関心」を示し続けることが重要であるといえる。

しかし、厳しい自己管理が要求される血液透析患者は、透析療法に依存してしか生命を維持できず、また、透析室の看護師は特殊技術が必要で、同じ患者との付き合いが長期化する限られた空間内で業務をしているため、透析室の看護師と患者は、人間関係上の問題に直面することも少なくない（福西,1997）。今回の研究では、このような状況を克服して、患者と看護師の「協働関係」が築かれるための方法として、患

者自身の価値観を尊重することや、患者に関心を寄せていることを表現するといった方略が、有効である可能性が示唆されたと考える。

Deciら(1995)は、「自己決定理論」の中で、人間の基本的な欲求として、「自律性」、「有能感」、「関係性」の欲求を挙げ、この3つがバランスよく満たされた時に行動への動機づけが高まるとしている。今回明らかになった『自律性の尊重』のカテゴリーが示す、自分の価値観を理解し尊重されているという感覚を持てるよう、患者に自己管理方法に関する選択権を尊重することは、「自律性」の欲求を満たす支援であると考える。「理解」や「関心」のカテゴリーが示す、日々の管理が継続していることを承認することや、関心を示されていると患者が感じるように頻繁に声をかけることは、「有能感」や「関係性」の欲求を満たすことができる支援であり、自己管理行動への動機づけを高める支援になり得ると考える。

2) 各カテゴリー記載者の特徴とそれに応じた支援

管理状態の良い患者への援助のポイントは把握しにくいものであるが、『知識情報提供』カテゴリーの記載者の管理状態が、非記載者に比べて良好であったことから、こうした患者にも、医療者に関心を向けられたい、日頃の努力を評価してほしいというニーズがあることが推測された。

医療者は、ともすれば自己管理が不良な患者に重点的に情報提供をしがちであるが、自己管理が良好な患者でも新しい知識や情報を求めているという状況がうかがえる。また、『傾聴・対話』や『関心』への記載者は、自己管理行動に対して促進的に働く「自律的動機づけ」が高い、または、自己管理行動に抑制的に働く「他律的動機づけ」が低い傾向にあり、

これは、自己管理が良好な患者や、動機づけがより自律的で自己管理に対して積極的な患者では、知識や情報を得ることで、より良好に自分の体調をマネジメントしたいという気持ちや、自己管理に対して努力していることを認めてほしい、といった気持ちを持っていることなど、患者側の思いが明らかになったと考える。親身な看護態度や自律性や関係性を満たす支援に加えて、その患者の状況にあった関わりを実践するためには、自己管理状況や透析歴、動機づけの自律度に応じた対応が重要であることを示唆する結果である。

5. 結論

- 1) 透析患者が看護師に望む支援として、5つのカテゴリーが抽出され、慢性疾患患者に重要な『親身な雰囲気』や『傾聴・対話』、『平等』、『知識情報提供』といった従来必要とされていたものだけでなく、『患者の理解』、『自律性の尊重』、『医療者の専門的技術・スキルの向上』という新たな看護支援の方向性が明らかになった。
- 2) 自己管理が良好な患者の方が『知識や情報提供』を望み、自己管理への動機づけが良好な患者では、医療者との『傾聴・対話』や『関心』を寄せられることを望んでいるため、自己管理に対して積極的な患者では、より良好に自分の体調をマネジメントしたいという気持ちや、自己管理に対して努力していることを認めてほしい、という気持ちに応えるような支援が有効である。

表 5-1 内容のコード化

コード	内容	サブカテゴリー	カテゴリー
1	接し方や口調を良く	①親身な雰囲気	I. 姿勢・態度
2	やさしさを示して欲しい		
3	信頼できる関係になって欲しい		
4	怒らないでほしい		
5	励ましてほしい		
6	雰囲気づくりをして欲しい		
7	話を聞いて欲しい	②傾聴・対話	
8	差別しないで欲しい	③平等	
9	声を掛けたり、気にして欲しい	④関心	
10	アドバイスが欲しい	II. 知識や情報の提供	
11	講習会や学会の情報を教えて		
12	他の人の管理方法を教えてほしい		
13	個人の事情に合った支援をして欲しい	①生活者としての困難さの理解	III. 患者理解
14	頑張っていることを認めて欲しい	②長期治療の困難さ	
15	辛い時があることを理解して欲しい	の理解	
16	自分の意見ややり方を尊重して欲しい	IV. 自律性の尊重	
17	指導できるよう知識を付けて欲しい	V. 医療者の専門的知識・スキルの向上	
18	正確な技術を身に付けて欲しい		

表 5-2 患者の望む自己管理に関する動機づけを促進する支援:カテゴリーと定義

カテゴリー		定義	記載件数	
I. 姿勢・ 態度	①親身な雰囲気	患者とのかかわりの中で優しさや誠意ある態度を示すこと	40	(91)
	②傾聴・対話	患者の思いに耳を傾け、対話すること	23	
	③平等	偏見や差別なく平等に患者に接すること	4	
	④関心	常に関心を持ち、注目していることを患者に表現すること	17	
II. 知識や情報の提供		透析の自己管理に関する知識や情報の提供をすること	45	
III. 患者理 解	①生活者としての 困難さの理解	患者の家庭や社会的環境などを考慮し、生活の中で療養することの困難さを理解すること	24	(37)
	②長期治療の困難 さの理解	長期治療中、緊張感を維持することの困難さを理解すること	13	
IV. 自律性の尊重		患者自身の療養に関する価値観、患者なりの方法を尊重すること	16	
V. 医療者の専門的知識・スキルの向上		スタッフの血液透析や療養生活に関する知識やスキルを向上させること	15	

表 5-3 自由記述記載者と全体の比較

項目	記載者 135 件の平均値	573 件の平均値
体重増加率	13.11±4.18 (%)	12.79±3.89
年齢	62.53±10.34 (歳)	61.80±11.25
透析歴	10.53±7.96 (年)	10.18±8.18
自律性支援の認知	26.60±10.36	27.22±9.04
自律的動機づけ	33.85±9.34	38.35±7.40
他律的動機づけ	18.94±9.10	18.01±7.97
無動機	5.20±3.56	4.69±3.25
有能感	20.20±6.31	20.02±5.59

表 5-4 各カテゴリー（サブカテゴリー）への記載者と非記載者の比較

カテゴリー	変数	記載者平均値	非記載者平均値	p
知識や情報の提供	体重増加率	11.26±5.31	13.39±4.17	0.022
	他律的動機づけ	16.76±8.67	21.02±8.09	0.007
	無動機	4.29±2.79	5.86±3.62	0.008
親身な雰囲気	他律的動機づけ	23.58±8.45	17.99±7.99	0.001
傾聴対話	無動機	4.23±2.22	5.58±3.61	0.026
	有能感	23.27±4.21	20.34±5.40	0.018
平等	透析歴	19.00±4.24	10.01±8.00	0.027
	自律性支援の認知	17.25±10.81	27.48±9.52	0.037
	他律的動機づけ	9.75±2.27	19.95±8.43	0.000
	有能感	26.50±3.00	20.66±5.28	0.030
関心	自律的動機づけ	39.00±2.91	34.59±6.91	0.000
	有能感	23.65±4.01	20.41±5.38	0.019
長期治療の困難さ	透析歴	14.84±7.42	9.79±7.99	0.035

第6章

透析患者の自己管理に関する動機づけの発達プロセス —患者を対象にした面接調査—

6-1【研究5】透析患者の自己管理に関する動機づけの発達プロセス

第6章：透析患者の自己管理に関する動機づけの発達プロセス —患者を対象にした質的研究—

1. 目的

我が国の透析導入患者数は年間3万人を超え、年末患者数も30万人を初めて突破した（日本透析学会統計調査委員会,2012）。また、導入年齢の高齢化や、糖尿病性腎症の増加、長期生存と合併症の多様化といった状況（江川,2001）は今後も継続していくことが予想される。こうした状況に見合った新しい支援方法の開発（中村,2010）が求められており、その中で効果的な自己管理の支援の方略が模索されている。

透析患者の自己管理に関する先行研究では、「自己効力感」が自己管理行動に関係していたとする報告（長尾,2002, Tsay et al.,2004）があり、この自己効力感を向上させようと、ステップバイステップ法などの認知行動療法が試されてきた（柿本ら,2004）。

しかし、透析患者の自己管理の動機づけに関する研究は事例検討（有坂ら,2010）に留るものが多い中で、筆者らは、Deciら（1995）の自己決定理論に基づいた「動機づけ」と自己管理との関係を検討し、自ら課題を選択して価値づける「自律的動機づけ」の高い患者は有能感が高く、自己管理が良好である（山本ら,2011）という結果を得た。この結果は、自律的動機づけが透析患者の自己管理行動の維持にとって重要であることを示唆するが、自己管理に関する動機づけが導入期にはどのような性質を持っているのか、また、それ以降どのように変化していくのかについては明らかにされていない。

透析患者の心理変化については、海外では腎移植や腹膜透析経験者も含む調査（Curtin et al.,2001）や、保存期から透

析導入期にかけての心理変化を扱った調査はみられるもの（Sinclair et al.,2009）の，長期に渡って血液透析だけの変化を扱った研究は見当たらない。日本で使用されている春木の分類（春木,1999）は，透析療法に対する受容や拒否の心理については述べられているが，自己管理をどのように支援するかという看護的な視点は含まれていない。また，導入時に，患者がそれまでの生活史の変更を余儀なくされ，意識を変化させていたとする報告（仲沢,2004）もあるが，自己管理に関するものや，導入期から維持期への変化を扱ったものはない。

以上のような状況を踏まえて，本研究では，透析患者の自己管理に関する動機づけの変化の過程とそこに影響した要因を明らかにすることを目的とした。

2. 用語の定義

1) 自己管理

透析療法に伴って必要となった，食事その他の生活を調整していく行為

2) 自己管理に関する動機づけ

透析療法の継続に必要な自己管理を実施していくための意欲

3. 方法

1) 対象

首都圏 2 か所の透析施設に通院中の患者。対象の選定にあたっては，協力施設の看護師長から，活動期の合併症や認知症および精神疾患の無い者で，スタッフから見て自己管理をうまく生活に取り入れていると思われる対象者の紹介をしていただいた。また，動機づけの変化を知るという観点から，

透析歴5年以上とし、原疾患に大きな偏りが出ないようにした。

2) データ収集

上記対象者に半構造的面接を行った。主な質問内容は、「透析の自己管理に関して導入期に感じていたことは何か」、「その時に受けてよかった支援、悪かった関わりは何か」、「現在は自己管理に関してどのように感じているか」、「自己管理に関する認識は変化したか、そのきっかけは何だったか」、「自己管理に対する意欲を持続させるためには何が必要だと思っているか」などである。

面接は、プライバシーを確保できるよう施設の個室などを使用し、会話の自然な流れに合わせるように実施した。インタビュー内容は同意を得て IC レコーダーと筆記による記録を行い、逐語録を作成した。

3) データ分析

本研究では、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (M-GTA) (木下,2003) を使用し、質的帰納的分析を行った。この方法は、データに密着した継続的比較分析から独自の概念を作り、それらによって統合的に構成された説明図をつくるというもので、人間の行動の説明と予測、他者との相互作用に関して、すぐれた説明力を持つとされている (木下,2003)。本研究では、自己管理に関する動機づけの変化する過程を扱っており、その支援のあり方を検討するためには患者と他者との関係も明らかにする必要があるため、対象の体験世界と他者とのつながりを概念化ができることを特性とした M-GTA が、分析手法として適していると考えたためである。

る。

具体的なデータ分析は、以下①から④の手順で行った。

- ① 分析過程としては、データから切片化を行わず、オープンコーディングで概念を作成した。また、その概念と関連しそうな概念の可能性も検討する「多重的同時並行思考」を行いながら、概念相互の関連性を検討した。
- ② 分析の実際は、データベースの中で最も豊富で多様な具体例を持つ一人分のデータに目を通し、分析テーマである「透析の自己管理に関する動機づけの変化の過程と影響要因」に関連のありそうな箇所に着目した。その内容が透析患者にとって意味するものが何かを解釈し、その部分を具体例（ヴァリエーション）とした概念を生成した。概念ごとに分析ワークシートを作成し、類似例、対極例を確認し、継続比較分析を行った。概念の有効性は、ヴァリエーションの豊富さで判断した。
- ③ 概念の生成と同時に概念間の関係を検討し、理論的メモに記録し、カテゴリーを生成した。カテゴリー間の関係に加えて、時間経過との関係も考慮しつつさらに分析を進めた。
- ④ 分析結果の概要を文章化した後、さらに検討を行い、結果図を完成させた。

4) 真実性の確保

解釈の恣意性を防ぐために、慢性疾患看護・透析患者への看護に精通した研究者と、M-GTAに精通した研究者から、概念生成や分析のスーパーバイズを受けた。また、分析の経過中に得られたアイデアに関して協力施設の看護責任者から意見を聴いて、分析の参考にした。

5) 倫理的配慮

本研究の実施にあたっては、東京工科大学倫理委員会と、協力施設の施設長の承認を得た後に実施した。研究の意義・目的、内容、方法、参加は任意であること、不参加で不利益を受けないこと、撤回の自由、個人情報保護、成果の公表の可能性等を十分説明し、文書による同意を得た。インタビュー実施にあたっては、全ての対象者が透析日の面接を希望したため、当日の体調等について実施の可否を施設長に確認した

4. 結果

1) 対象の背景

患者10名の属性は、男性8名、女性2名、年齢は56歳から72歳（平均64.9歳）、平均透析歴は14.7年であった。面接時間は一人あたり平均35分であった。（表6-1）

2) 全体像

前述のデータ分析を行なったところ、24の概念、11のカテゴリーが抽出され、透析患者が自己管理を、自己実現に重ねて意味づけし、自律的に行うものとして認識できるようになるプロセスは、4つの段階を経て形成される過程が明らかになった。

以下では、概念は<>、カテゴリーは【 】, 4つの段階をあらわす時期は『 』で表示する。

自己管理への動機づけの始点である透析導入期の『対峙期』

では、圧迫感や罪悪感など、【自己管理へのアンビバレントな感情】に支配された動機から、自己管理が行われていた。しかし、【透析患者コンテクストへの順応資源】を活用して関係性の欲求が満たされると、【自分に見合った管理でいいことに気づく】ことができていた。

この気づきが得られると、『接近期』として、【意識的な取り入れ開始】が起きていた。成功体験だけでなく、失敗も学びにして、自己管理を徐々に自主的に捉え始めていた。また、この時期には、【試行錯誤を見まもり支える関係】が患者の支えとなるが、管理の強制など、【あるべき姿の強要】が行われると、自己管理の動機づけは低下していた。

『接近期』を越えると、自己管理の意味づけが明確化して【透析の内在化】が起こり、『融和期』となる。この時期には、自己管理は自然体で実施されるようになっていた。

さらに、【周囲からの生き方拡大の勧誘】を受けると、【透析を含んだ「私」の拡大】が起こり、『拡大期』を迎える。【新たな課題の出現】を体験する者もいるが、自己管理の価値づけの拡大は、【頭のどこかにある生命への危機感】のコントロールが可能となり、自己管理の動機づけも発達を遂げていた。

(図 6-1)

3) 『対峙期』

自分の生活が透析に直面させられる『対峙期』は、【自己管理へのアンビバレントな感情】と【自分に見合った管理の気づき】と、次の時期への促進因子としての【透析患者コンテクストへの順応資源】という3つのカテゴリーから構成される。

① 【自己管理へのアンビバレントな感情】

このカテゴリーは、透析導入に際して、自己管理に対する混沌として余裕の無い感情を持つ状態で、＜不可避な透析の圧迫感＞、＜透析生活の始まりを認められない＞、＜わかっちゃいるけど！の感覚＞、＜過剰に厳格な管理の実施＞、＜指示に従えない罪悪感＞の5つの概念から生成された。

まず、透析の導入時には、様々な制限事項やそれを守らなかった際に起こる脅威に対する恐怖感と不可避なものであるという事実から、＜不可避な透析の圧迫感＞につながっていた。そのため、＜透析生活の始まりを認められない＞という感情を抱いたまま通院を続けていかねばならず、患者は必要となった制限を意識するあまりに自己管理の継続に困難を感じて、＜わかっちゃいるけど！の感覚＞を持つに至っていた。

具体例；「最初のころはやらされ感がありました。これしかダメって言われて。」「一番思ったのは、なんで俺が透析しないと駄目なのかと思った。なんで俺なんだと。最初のころはそう思ったね。」「(行事が)何だかんだとあるんだ。気を付けていてもオーバーするわな、やっぱり。」

このように自己管理に対して負の感情を抱きつつも、生命への危機感から、患者は医療者から指示された管理行動を遵守しようと試みるものの、その方法が確立しておらず、時に、＜過剰に厳格な管理の実施＞を行なうため、さらに気持ちが追い込まれていく。しかし、厳格な制限の遵守は困難であることから、＜指示に従えない罪悪感＞が生じ、毎回の透析でこの感情は繰り返され、増幅されていた。

具体例；「最初のころは、500 cc なら 500 cc と、水の他にも

食べるものでもきちんと測っていた。」「罪悪感があります。看護師とか医師に「あなたが水分管理しないから血圧下がる」と、何か悪いことしたような言い方をされると「やっぱり駄目だな」と思った。」

② 【透析患者コンテクストへの順応資源】

このカテゴリーは、透析患者や透析室の文化に馴染み、市民権を得ていく過程で、医療者・家族・患者仲間から得られるサポートで、＜医療者からの適切な情報提供＞、＜医療者の親身な雰囲気＞、＜患者同士の連帯感＞、＜家族や社会システムの中での再出発＞の4つの概念から生成された。

透析導入時の負の感情を和らげるために、患者は様々な資源を使用しながら、「透析患者として自己管理とどう付き合っていくべきか」を模索していた。その際には、＜医療者からの適切な情報提供＞を受けて知識やスキルを学ぶとともに、＜医療者の親身な雰囲気＞を感じていた。また、常に身近かに感じる仲間の存在は大きく、＜患者同士の連帯感＞を感じて共に透析の困難さに向かい合っていた。メンバーが固定しているために、相互の関係が膠着した際には負担になる場合もあるため、透析室内での人間関係の構築に労力を注いでいた。

さらに、家族や社会システムの中でも新たな役割を果たしていけるよう、家族の中での役割を再認識すると同時に、家族に支えられている自分も感じるなど、透析を背負った自分にも果たす役割があることに気づいていくことで、家族や社会システムの中での再出発を図っていた。このように、患者は新しい自分を受け入れてくれる場所を得て、「自己管理の必要となった自分を受け止める作業」を行っていた。

具体例；「医療的なことはもちろんですけど，その他にもプライベートなことを話したりすることはありました。今でも世間話みたいな感じになるじゃないですか，少しその方が落ち着きます。」，「ちょっと具合悪くても顔色を見に来てくれたり，「大丈夫？」とか，いろいろやってくれたり，そういうことですね。」，「私は最初，家族に生かされてると思った。結局，透析しなければ死ぬんだから。だから，家族のために頑張るために透析してた。」

③ 【自分に見合った管理の気づき】

このカテゴリーは，自己管理に対して否定的な感情を抱いていた患者が，自分なりの方法でできることからやればいいと気づき，心理的な負担から解放される感覚で，＜自分に見合った管理の気づき＞から生成されていた。

【透析患者コンテクストへの順応資源】によって得た重要な他者との関係性が構築されてくると，自己管理とどう付き合うのかが定まり，ほどほどで自分でも納得できる【自分に見合った管理の気づき】が得られると，導入期の【自己管理へのアンビバレントな感情】から解放されていた。

具体例；「無理なことを言ったって俺にはできない。だから，できる範囲でやればいいやと思って。そういう考えになってから楽になった。」，「「それじゃ爆発する」と言われて，少しぐらいデータ悪くても，次に頑張ればいいと周りからも言われたし，自分でもそうだなと思った。」

4) 『接近期』

自己管理が患者自身の生活の中へ意識的に取り入れられていく『接近期』は、【意図的な取り入れの開始】、【試行錯誤を見まもり支える関係】、【あるべき姿の強要】の3つのカテゴリーから構成される。

① 【意識的な取り入れ開始】

このカテゴリーは、意図的な試みを通して自分の体調からフィードバックを受け、自分に合った自己管理の程度を探りつつ、自分の身体状態のコントロールの重要性に気づいていくことで、＜身体を張った実験の成功＞、＜落としどころを探るための建設的な失敗＞の2つの概念から生成された。

透析患者として「自己管理とどのように付き合うか」の具体的な着地点は、知識としてよりも、いわば自分自身を実験対象とした施行錯誤の体験に根差して、患者に認知されていた。患者は、体調改善などの成功体験である＜身体を張った実験の成功＞と、体調不良や失敗の中で自分の限界を感じる＜落としどころを探るための建設的な失敗＞の両方から、自分の納得のいくコントロール方法を学んでいた。

具体例；「いろいろ試している。酒飲んで、これぐらいだったらどうだろ。そしたら自分が予想したとおりに出てくる。」、「敗者復活って言ったらおかしいけど、努力は本人次第だけど、評価は必ずしもついてくるとは限りませんから。とことんやってみて、あとは飽きずに、めげずに、どこまでやるか、ただし失敗もあるだろうと。」

② 【試行錯誤を見まもり支える関係】

このカテゴリーは、医療者が長期的な視点で患者が試行錯

誤を行うことに理解を示し見守ることで、＜具体的で丁寧な説明と対話＞、＜時にはエラーをすることへの理解＞の2つの概念から生成された。

患者は、意識的に自己管理を生活へ取り入れていくにあたり、医療者から管理行動のヒントになる＜具体的で丁寧な説明と対話＞を継続して受けることで、自分なりの管理方法への目安を確認することができていた。しかし、必ずしもその試みが成功するわけではないため、医療者から＜時にはエラーをすることへの理解＞を得ることは、患者の安心感や意欲を高めていた。ただし、そうした理解を得ることの困難さも感じていた。

具体例；「食べてもいいけども、データと見比べて食べなさって、看護婦さんたちも、話を最初の頃はそういうふうにするれば、自分の方もある程度制限ができる。制限の目安が分かるんですよ。」、「昨日は、みんなで食事に行ったから、今日は増えちゃったわ」って言えば、「それはしょうがないよ」とか「たまにはそれでいいんですよ」とか、そういう理解っていうか、そういう言葉を言ってくれるから嬉しい。」、「やっぱり（データの異常値が）出ている人、多いと思います、それ、当たり前だと思う。なかなか難しいんじゃないですかね。だからそれ（自己管理）を全うするっていうことは、患者に対するタスクかもしれないけれども、それを医者の方もすごいですね、と言うのはなかなか難しいことも分かってきた。」

③ 【あるべき姿の強要】

このカテゴリーは、医療者や透析患者仲間から、理想的な透析生活ができない場合のデメリットを強調されて脅迫され

るような感覚で、＜医療者からの強制的な言動＞、＜管理不良者の危機を目撃する＞の2つの概念から生成された。

医療者は、患者に適度な危機感を持たせようと理想的な状態を説明しているつもりでも、その行為を行わないことは即生命の危機に直結することもある。患者は＜医療者からの強制的な言動＞と捉えていた。

一方、長年同じ部屋で透析していると、仲間の透析患者が管理をうまくできずに体調を崩したり、透析合併症を発症する＜管理不良者の危機を目撃する＞場面が多くなる。患者同士は励まし合って動機づけを高め合う側面もあるが、「同じようにしていると自分も危機を経験する、それが嫌なら管理を厳しくするしかない」と、暗に理想的な自己管理を強制される感覚も持っていた。

具体例；「一挙にできない。看護師は「一挙にやれ」って言うんだ。向こうは教科書どおりのことばかりしか言わないからね。」、「透析やって、水分と塩分を守れなくて死んでいく人も何人も見てるから。正直な気持ち、なんで我慢できないかなと思う反面、自分も我慢できなかったから、これは難しいよね。」

5) 『融和期』

自己管理が患者自身の中に意味づけされ、生活全体の中に透析の自己管理をする自分が馴染み溶け込んでいく『融和期』は、【透析の内在化】のカテゴリーからなる。

① 【透析の内在化】

このカテゴリーは、透析生活を自分で選択して、「私」の中に意味づけして取り入れ、やがて無意識下においても必要な

管理ができる状態になることで、＜透析生活の「お勤め」化＞、＜自然体で透析生活を送る＞の2つの概念から生成された。

「自分なりの管理方法」が見出せるようになると、最終的にはポジティブな感覚で自己管理への覚悟を捉える＜透析生活の「お勤め」化＞が起こっていた。自己管理は義務ではなくなり、その行為を楽しみながら行うようになっていた。

さらに次の段階では、患者は意識しなくても、自分の生活に必要な管理行動を実生活の中で実行できる、＜自然体で透析生活を送る＞ことができるようになっていた。

具体例；「これは、お勤めですよ。本当に。朝起きて、ああ、今日も勤め行きだ、ここに来れば同じ仲間に会える、そういう気持ちになかったら、何で自分だけ透析をするんだっていう気持ちが強くなるかもしれない。」「制限した上で気にしていないという感じ。こういうもんだってもう頭の中に入っている。リズムですね。」「自分の体そのものが、飲んではいけないっていう感じで。だから、よそへ行って出されても、一口だけ飲む。そうなってくると、自分では決めた量以外は、食いたいとは思わない。」

6) 『拡大期』

透析に必要な管理行動を無意識に行うことができるようになり、その「透析を含んだ生活」が次第に価値を増していく『拡大期』は、促進因子である【周囲からの生き方拡大の勧誘】と【透析を含んだ「私」の拡大】、阻害因子である【新たな課題の出現】の3つのカテゴリーで構成される。

① 【周囲からの生き方拡大の勧誘】

このカテゴリーは、仲間や医療者から言語的・非言語的に人間としての自己実現や生きる範囲の拡大を促されることで、
＜自己実現や生活範囲の拡大を促される＞という概念から生成された。

獲得した自己管理へのモチベーション維持のために、患者は自己管理自体への支援だけでなく、生活が自己実現につながるよう、生活範囲を広げることを励まされていた。医療者の声掛けや、患者仲間をロールモデルとして、＜自己実現や生活範囲の拡大を促される＞経験をしていた。

具体例；「フラダンスぐらいなら、大丈夫よ」って言われて（中略）、まだ、やっているんですけど。やっぱり周りの人の環境も大事ですよ。そういう元気な人がいると、すごい励みになりますね。」

② 【透析を含んだ「私」の拡大】

このカテゴリーは、透析生活の意味や価値も増加していくことによって、自己管理の困難さや生命の危機感に対抗できるように感情を調整・緩衝させている状態で、＜透析を含んだ生活の意味・価値の拡大＞、＜生命の危機感へのコントロール感＞の2つのカテゴリーからなる。

透析が自然なものとなって＜自己実現や生活範囲の拡大を促される＞と、人生を拡大し、透析以外の分野での自己実現を楽しむようになっていた。このことは、＜透析を含んだ生活の意味・価値の拡大＞につながり、透析に伴って必要になった自己管理への動機づけを維持する力になっていた。また、「透析をしても自分にとって価値ある生活を送ることが

できている」という感覚は、患者にとって常に存在する<生命の危機感のコントロール感>にもつながっていた。

具体例；「実は研究テーマを今でも持っている。それが現在進行中で。（今はそれがあるから、頑張れている？）ええ，そう。当然その一点ですね。だから健康維持をして論文を仕上げたいです」，「与えられた人生だから，その中で楽しもうと思っています。もっとできないと思っていましたから。」

③ 【新たな課題の出現】

このカテゴリーは、透析が長期になることで自動化された対処法では賄いきれない新たな問題が発生することで、<合併症発現等による生活世界の縮小>，<自分は他人の負担になっているという思い>の2つのカテゴリーから構成される。

いったん自己管理の内在化が完成し、さらに自己の生活を拡大していくことができた場合でも、透析の長期化によって、加齢に伴う衰えや合併症などの新たな問題が発生して、それまで可能だった活動ができなくなる<合併症発現等による生活世界の縮小>という局面を迎えていた。この段階では、透析自体の管理に加えて、自分がこれまで果たしてきた役割遂行に困難さを生じ、他者の手を借りる必要が生じたことに対して、<自分は他人の負担になっているという思い>を抱くに至っていた。これら【新たな課題の出現】は、自己管理をより複雑にし、生活を一から再構築する必要に迫られるという事態を招くため、プロセスの初めに戻って再び課題との対峙から始める必要に迫られる。しかし、新たな課題は、社会的な役割や生きがいの喪失をも包含しているため、状況への適応は簡単には進んでいなかった。

具体例；「年とともに体の疲労度がだんだん大きくなって、透析終わるとつらい日がある。朝も遅くなるし。腰が痛くて。休憩しながら温泉へ行って来たり，スキーに行ったりしてたけど，今は全然駄目で。だから，ストレスたまるから，やっぱり暗くなった。腰痛に勝つにはどうしたらいいのか，自分でも分かんないだよね。今は全然収入がなくて家族に迷惑かけているから，そういうことを考えるとちょっと，引け目かな。そう思うと，俺，生きてちゃ迷惑かなと思う。」

7) 全期間を通じて患者を支配する【頭のどこかにある生命への危機感】

対象者からは，全ての期間を通じて，自己管理に関する動機づけを維持していく上で障害となる【頭のどこかにある生命への危機感】の存在を示す具体例が見られた。

① 【頭のどこかにある生命への危機感】

このカテゴリーは，「命の危険があるためにどうしても行わねばならない制限がある」という気持ちを引きずって暮らしている感覚で，＜頭のどこかにある生命への危機感＞から生成された。

導入期はもとより，透析患者であることを意識しなくなる時期においても，制限が必要なことが生活の端々で想起されるという経験をしており，この制限に従わなければ即体調悪化を招くことを承知しているために，常に＜頭のどこかにある生命への危機感を感じて＞生活していた。この危機感は，自己管理の内在化を阻害する要因の根底にあり，全期にわたって患者に重くのしかかっていた。そして，この＜頭のどこかにある生命への危機感＞から，『接近期』の【あるべき姿の

強要】や『拡大期』の【新たな課題の出現】が派生し、それらが透析患者の自己管理への動機づけを阻害する役割を果たしていた。

具体例；「もやもやしているものが常にあって、好きなものばかり食べられないし、食べてる割には、ストレスがたまっちゃう」、「制限があるから、ああ、食べちゃいけないっていう気持ち強い。食べてもいいんだけど、頭のどっかの隅には水分とそれが常にある。」

5. 考察

1) 自己管理に対する動機づけの変化と影響要因

① 対峙期

透析療法への依存は患者にとって重圧であり、水分制限の必要性は、自由の喪失感と縛られたような拘束感を感じる（Sinclair et al.,2009）ものである。透析導入の告知によって、自分自身と他者や外界との間に急に心理的障壁ができたという感覚を持ち（森田,2008）、「否認」の心理機構が働きやすい（福西,1997）。そのため、＜不可避な透析の圧迫感＞や＜透析生活の始まりを認められない＞思いが、多くの対象者に生じていた。

また、森田（2008）は、透析療法は思うようにならないもどかしさを生むと報告しているが、自己管理に関する思いも同様に、その必要性の理解と実施の困難さとの間の葛藤から＜わかつちやいるけど！の感覚＞が生じ、自己管理の動機づけとしては非常に他律的な状態であり、そのことは、自己管理の継続を困難にしていた。

その一方で、今回の対象の中には、＜過剰に厳格な管理の

実施>を行っていた者もいた。透析患者には、良いケアを提供してもらうために「良い患者」でいようとする者(Curtin et al.,2001)の存在や、医学的コントロールが良好でも現状への満足感が低い「見せかけ適応タイプ」の存在(栗原ら,2006)が指摘されており、一見管理が良好に見えても、背後に透析の自己管理への心理的な障壁があって、自己管理への価値づけがされないまま医療者の指示を「守る」ことに重点を置き、厳格に自己管理を行う患者の存在が明らかになった。しかし、このような動機づけからの行動は次第に行き詰まりを感じ、実施の継続が困難になるため、<指示に従えない罪悪感>につながる過程も確認出来た。

以上のような、導入期の混沌とした感情を緩和するものとして、患者は【透析患者コンテクストへの順応資源】を活用していた。慢性疾患患者への患者教育では、「情報提供」とそれを支える医療者の「親身な雰囲気」(安酸,2010)が必要とされている。今回、<患者同士の連帯感>が重視されていたが、ピアグループの形成は、課題行動に関するエンパワメント効果(藤岡,2012)があり、自己管理の継続においても有用と考えられる。

さらに、対象者は、透析患者としての新しい役割を再認識し、自主的に引き受けて心の安定につなげていた。これは、日本人が、退屈な課題も勤勉に行う傾向や、自己決定的でありながらも他人の期待に応えることを自分に課す「他者志向的動機」を持つ(上淵,2005)ことからきていると考える。このように、透析患者は心理的危機状態の導入期に、自分にとって透析環境が「居心地の良い場所」とすることを重視する傾向があり(逢澤,2012)、透析治療での市民権を得ることが自己管理の動機づけにも影響することが明らかになった。

透析環境に順応した後は、自分に「実行可能な管理」というやり方で適応する方法がある、という気づきを得て、自己管理への動機づけを強めていた。セルフマネジメントとは、患者が病気の療養に関するテーラーメイドの知識・技術を持ち、自分の生活との折り合いをつけること（安酸ら,2010）とされており、患者の「テーラーメイド」への気づきが、主体的に自己管理に関わり始めるきっかけとなったと考える。

近年、人は他者の行動から自動的に目標を推論し、その目標が自動的に採用されて行動に移される（目標感染）こと（Bargh,2007）が知られてきた。本来であれば親密な他者と言える医療者からの情報は、目標感染が起こって課題への努力を増進させるが、透析医療従事者は、患者に自己管理能力を身に付けさせようと執拗に注意を行なったり、「わがままな人」などのレッテルを無意識に貼ってしまいがちである（福西,1997）。医療者の目標が厳格であることを感知した場合、患者は過剰な適応を自分に強いたり、圧迫感を感じることに繋がったと考えられる。

以上より、この時期の支援を考察すると、透析室では医療者と物理的・心理的交流が中断なく行われている（福西,1997）という特徴から、医療者に求められる患者像と自己像の不調和は、患者にとって一大事で、快適な治療環境の喪失や体調不良を招く可能性が高く、罪悪感を惹起させる場合もあると考える。このため、一見受け入れ良好な患者でも、その心理状態を注意深く観察することが重要である。また、患者にとって現在の療養環境が居心地の良いものになるように物的・人的資源を整えていくことや、医療者が「実行可能な自己管理こそ患者の目標地点である」という認識を新たにすると考える。

② 接近期

この時期では患者は意図的に自己管理と関わる中で、自分に見合った方法を模索し、かつ自己管理の重要性にも気づき始めていた。物事の価値や規範を自分のものにすることは、自己決定理論でも動機づけの「内在化」と呼ばれ、特に、嫌なことをするとき機能する（櫻井,2009）。また、内在化が進むほどより自発的で行動の持続性が高い（Ryan et al.,2002）とも言われている。

したがって、この時期は、自己管理が義務的（他律的）な状態から積極的に取り組み始めた時期であると言える。しかし、この時期は、試行錯誤の中で成功も失敗も経験していくため、常に管理が良好であるわけではない。片麻痺患者では、試験的に許可の出ていない動作を行なおうという行動「障害たしかめ体験」が見られる（牧野ら,2010）ことが知られており、障害を伴った身体を自己のものとして深く了解し引き受ける過程に欠かせない体験であるとしている。透析患者においても、自分がどこまでの管理状態に耐えうるのかを模索する行為として、【意識的な取り入れの開始】が行われ、その行為が、自己管理の内在化にも貢献していると考えられる。

以上より、この時期の支援を考えると、内在化は、その人の「自律性や関係性への欲求を満たす」ことによって得られる（Ryan et al.,2000）とされているため、自己コントロールのための情報提供と様々な方法を試す環境を整えて「自律性」の欲求を満たすことと、試行錯誤の時期であることを理解して見守り、「関係性」への欲求を満たすことが重要と言える。ところが【あるべき姿の強要】を感じると、患者は「理想的な管理状態」以外の選択肢を失った感覚とともに、医療

者との関係性も損なわれるという、「自律性」と「関係性」双方の欲求が満たされない状態となる。そのため、自己管理への動機づけが内在化していくことを阻害していると考えられる。

老人ホームの入居者を対象とした研究（Kasser et al.,1999）でも、関係性と自律性の欲求の充足は、健康意識と精神健康度を高める、と報告されており、透析患者の自己管理においてもこれらの欲求が充足されることが重要である。また、自己管理に関して無力さを感じている患者がエンパワメントされるための要件の一つとして、医療者は患者をコントロールしようとする欲求を放棄し、患者が自ら参加することに価値を置くこと（日本腎不全看護学会,2011）が、挙げられている。この時期の透析患者において理想的な管理や管理不良時の弊害を患者に強調することは、患者をエンパワーすることにならないこと、患者が時にエラーを起こしても、そのこと自体は、患者が自己管理行動に「参加」している状態であるということを医療者は理解しておかなければならない。

③ 融和期

この時期には、動機づけの「内在化」が完成し、自分から管理方法を選択して、それを首尾よく行うことに喜びを感じるようになっていた。櫻井（2009）は、有能感を積み重ねていけば自然に自己決定するようになり、自己決定感を伴った有能感によって内発的な意欲が生起してくるとしている。患者は、これまでの試行錯誤で得てきた経験を基に、達成感という報酬を得て自己管理の内在化を進めていると考える。

このような時期への支援としては、有能感喚起のために、まず自己管理を継続していることへの承認が重要である。ただし、長期にわたる透析の自己管理には、日々出会う困難に

自分で対処できる力が必要である。これまでの自己制御に関する理論は、目標を意図的・意識的に設定追及することを前提としてきた（及川,2005a）が、患者にとって非意識的な目標追求行動は、「自動動機」と呼ばれ、環境の変化に対して柔軟に適応していく（鹿毛,2012）ことが知られており、自己決定的な感覚を保ちつつ、状況に応じた対応が自動化された状態となることが重要である。心疾患患者では、禁煙などを実施しようとして意識していても実際には行わない（Johnston et al.,2004）という報告があるように、意識的な努力には限界がある。自動化された非意識的な目標は、行動がポジティブな感情を活性化させることで形成される（及川,2005b）ため、自己管理に対してポジティブな意味づけを強化する支援が必要である。

④ 拡大期

この時期では、患者は自己管理そのものだけでなく、より高次の自己実現のために、生活範囲を広げるよう励まされていた。【周囲からの生き方拡大の勧誘】は、自己管理行動を自己実現に重ね合わせ、ポジティブな感情を喚起させる役割を担っていると考える。

南（1995）は、自己概念の修正を必要とする体験を「危機的人生移行」と表現し、移行前の環境と新しい環境との折り合いをつけて再構築して行く過程を、移行を体験した者の「発達」であるとしている。【透析を含んだ「私」の拡大】は、「以前の自分」と「現在の自己管理生活や自己概念」との統合が完成した「移行」の終結期、すなわち明瞭な生活世界を得られる時期である。このため、常にある生命への危機感を自己のコントロール下に置くことができるようになったと考える。

これまで、他律的から自律的といった「変化」として動機づけを捉えていたが、管理行動のみならず、患者の生きる意味にも影響を及ぼすものであることが示唆された。自動化されやがて自己実現に影響する動機づけは、むしろ「発達」と捉える方が適切であると考えられる。

この時期の支援としては、透析は、患者の内面では混乱や葛藤をもたらすが、その体験を自分の世界に統合する過程で「発達」をし続けている存在であることを、医療者が認め励ますことが重要である。「透析が必要な私ごと納得して広がって生きている」という明瞭な生活世界を得ることも可能であると医療者が信じ、患者の中に発達の可能性を見続けることがこの過程全体をスムーズに進行させる支援と言える。

2) 透析が長期化することの動機づけへの影響

透析を含んだ生活が自動化や拡大をしても、透析歴20年以上の患者では、【新たな課題の出現】を体験していた。透析患者は治療期間が長期に及ぶと様々な合併症が発現して、新たな精神的負担をもたらす（福西,1997）。一定の自己管理が可能と評価されている患者でも、その透析人生行路の中で多くの課題に直面していることが分かった。その課題はこれまでの方略では、対処できない場合も多く、再び不安定で葛藤に満ちた感覚を伴っていた。

この時期の患者への支援としては、患者の内的世界が常に同じ状態であるとは限らないことを念頭に置き、「新たな課題の出現」を確認する必要がある。しかも、「新たな課題」は、単に自己管理方法の変更のみを必要とするのではなく、役割遂行能力の低下から自尊感情が損なわれるという問題も孕んでいる。差し迫った環境移行がある場合、それに備えて能動

的に将来の道筋を言語化するなどのプランニングを行うと、より発達した人間－環境状態を達成するのに効果的である（山本ら,2005）。この時期を迎える際には、今後起こり得る課題を明らかにし、心身の準備のために頻繁に対話し続けることが重要である。そして、新たな状況とそれまでの透析生活との統合を目指して、改めて『対峙期』から『拡大期』までのステップを踏んでいけるよう、各期の特徴に応じた支援が必要となると考える。

6. 結論

維持透析患者を対象に、自己管理に関する動機づけの変化の過程と影響要因について検討した結果、以下のことが明らかになった。

- 1) 『対峙期』, 『接近期』, 『融合期』, 『拡大期』の4つの段階と、全期を通して認識される生命への危機感へのコントロール感を経て、透析療法に伴って必要となった自己管理と自分の生活を統合していくための動機づけを変化させていた。
- 2) 透析を含んだ生活を自分の生活と統合させる過程で動機づけが変化し、患者は透析療法の意味づけと、自己実現などの人としての「発達」をし続けていた。
- 3) 患者が各期をスムーズに経過するために必要な関わりと、阻害する関わりが存在し、患者の段階のアセスメントとそれに応じたケアが必要である。
- 4) いったん自己管理が生活に取り入れられた患者でも、長期透析の影響から心身両面で新たな課題に直面することが明らかになった。この時期への準備と新たな状況への移行を促進するケアが必要である。

第6章 透析患者の自己管理に関する動機づけの発達プロセス
6-1【研究5】透析患者の自己管理に関する動機づけの発達プロセス

表 6-1 対象者の概要

対象	年齢	性別	透析歴	原疾患
A	63	男	7年	慢性糸球体腎炎
B	69	男	7年	糖尿病性腎症
C	56	男	8年	糖尿病性腎症
D	63	男	5年	慢性糸球体腎炎
E	72	男	20年	慢性糸球体腎炎
F	65	男	6年	糖尿病性腎症
G	65	男	28年	慢性糸球体腎炎
H	69	男	35年	慢性糸球体腎炎
I	64	女	18年	多発性嚢胞腎
J	63	女	13年	慢性糸球体腎炎

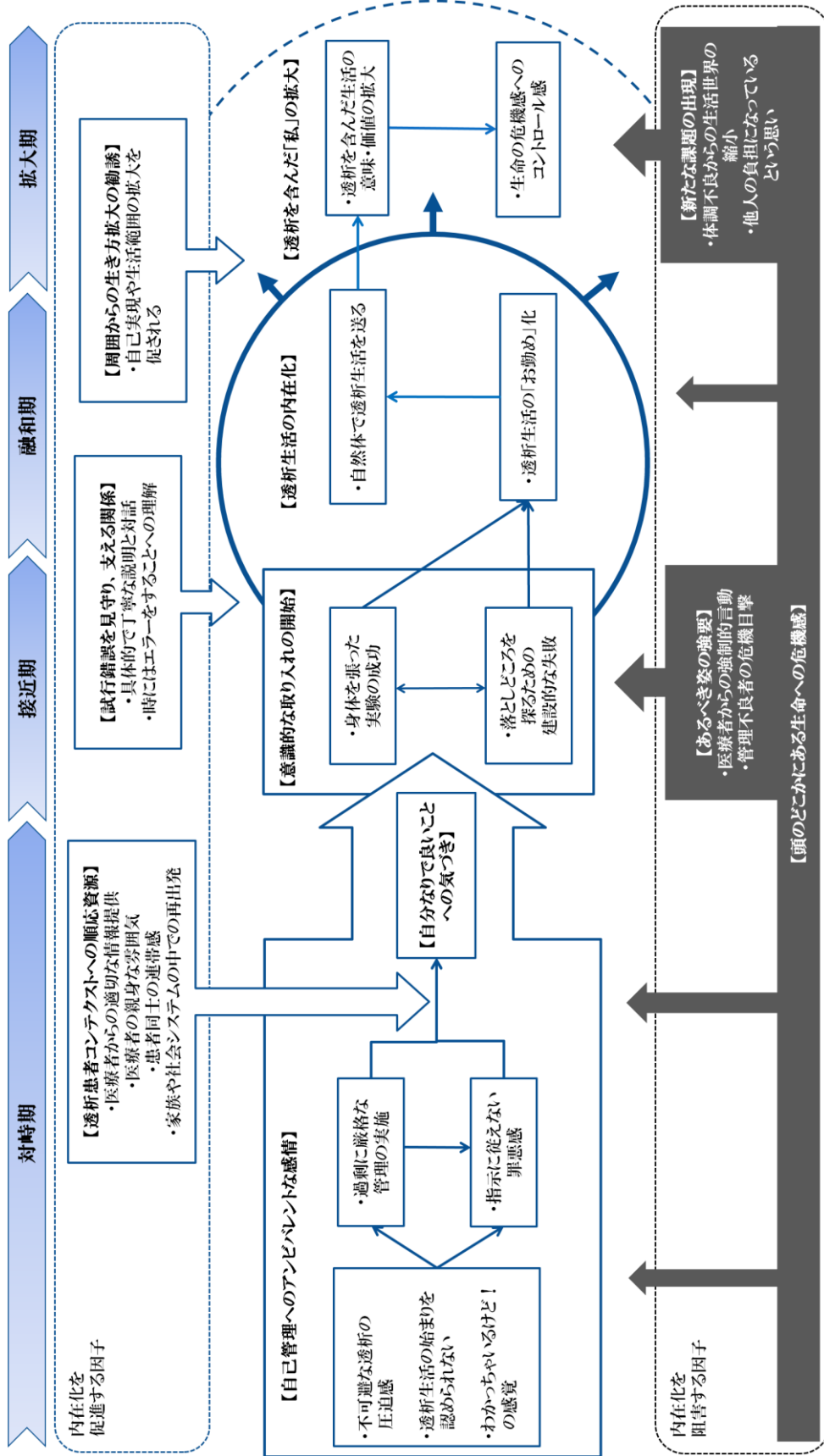


図 6-1 透析患者の自己管理に関する動機づけの発達プロセス

第7章

透析施設における自律性支援の実践と課題に関する検討 —看護師を対象にした質問紙調査—

7-1【研究6】透析従事看護師の自己管理支援に関する認識と 実施の実態と影響要因

【研究7】透析従事看護師の自己管理支援に関する認識と実施の実態と影響要因

1. 目的

慢性疾患患者の自己管理に関する支援は、医療者の指示を遵守させるという考え方から、患者が自分自身を支える責任を引き受け努力する「アドヒアランス」という考え方（黒江, 2002a）や、患者を成人として尊重する「Watsonの10のケア因子」という考え方（牛久保ら, 2000）などが取り入れられるようになってきた。さらに、それだけでは不十分で、患者が自律して意思決定ができるように情報提供していく「協働関係」（Glasgow et al., 1999）や「セルフマネジメント」（佐藤, 2009）などの考え方や、日常で遭遇する困難を患者自身で解決できるよう奨励する「エンパワメント」（野嶋, 1996）の重要性も強調されてきた。しかし、こうした患者の支援に関わる考え方のパラダイムシフトは、書籍や文献では紹介されているものの、我が国の看護の実践の場では、実際に行われているとは言えない（安酸, 2004）と指摘されている。

看護師の自己管理支援に関するこれまでの先行研究は、知識補充や教材に関する報告が多く、また、患者の疾病管理などの実態に関する報告もなされているが、看護師自身のスキルや対人関係能力を扱っている研究は少ないのが実情である。大池ら（2010）は、患者指導に関する文献の課題として、患者の行動変容に向けた具体的な支援について記載されている文献が無いことを指摘しているほか、小倉ら（2009）も、「患者指導に関する研究は、系統だった研究が少ない」と指摘して、看護職者への質問紙調査から「必要性を認識していても実施できていない項目」があり、特に、「指導方法を患者が選

択する」や「患者が主体的に体験する方法を取り入れる」などの項目で、必要性の認識と実施の乖離が大きいことを報告している。さらに、富永ら（2010）は、糖尿病療養指導士の資格保持者や糖尿病看護歴が長いものほど糖尿病患者へ否定的な働きかけをしていると報告していることから、病態の理解や経験年数だけでは、患者教育に関する意識は涵養されない可能性がある。

患者の自己管理の支援を必要とする透析看護においては、糖尿病性腎症の増加や、長期生存と合併症が多様化（江川,2001）する中で、新しい支援方法の開発が求められている（中村,2010）。しかし、透析の場合は、一般に治療が長期にわたることから、患者との間に対人関係上の弊害が起きやすい（福西,1997）ことや、実際に多くの患者が治療を受けている小規模透析施設における専門職の継続教育の不足（本吉,2009）なども指摘されているため、現場の看護師の患者教育への意識や支援能力の向上にとって困難な環境にあることも推測される。

そこで、本研究では、透析看護に従事する看護師を対象として、患者の自己管理支援に関する認識および実施状況とその影響要因を明らかにし、自己管理支援を行う看護師への支援を考察する。

2. 用語の定義

本研究では、以下のように用語を定義した。

1) 透析患者の自己管理

透析患者が体調を維持するために必要な生活調整

2) 透析患者の自己管理支援

より効果的な自己管理の実施を目的として透析患者に対して

行う看護師の支援

3. 方法

1) 対象

対象は、首都圏にある透析施設9箇所に勤務している看護師で、本研究の説明を受けて同意した者である。

2) データ収集方法

書面及び口頭で調査内容を説明し、同意書を得た後に、質問冊子を配布した。回答者の匿名性を保証するため、郵送で回収した。調査期間は、2012年10月より2012年12月であった。

3) 倫理的配慮

倫理的配慮としては、東京工科大学倫理委員会の承認と、協力施設の倫理委員会または代表者の許可を得た。対象者には、文章と口頭で、研究目的、匿名性の保護、中止の自由、不参加による不利益のないことなどを説明した。また、通院先の同僚や上司に回答内容が知られないために、質問紙は、研究者宛てに直接郵送していただくなどの配慮をした。

4) 調査内容

① 属性

回答者の基本属性としては、看護師本人の年齢、性別、透析従事歴、医療従事歴を調査した。

② 透析看護に対する思い

透析看護の選択理由、就業時と現在の透析看護へのやりがいの有無とその理由を尋ねた。また、現在自分が行っている

透析患者への自己管理支援に満足しているかどうかについても調査した。

③ 透析看護への就業動機

現在透析看護に従事している動機を明らかにするために、Deciの動機づけ理論に基づく動機づけの自律性の程度を測定するTSRQ (Treatment Self-Regulation Questionnaire) 日本語版(山本ら,2009)の中の、看護師の就業動機用に改編した6項目を使用した。なお、TSRQ日本語版は、ある行動に対してどのような動機づけから行っているのかを問うもので、自律的な動機、他律的な動機、無動機の3因子構造である。

④ 自己管理に関する透析患者へのイメージ

看護師が自己管理に関して透析患者をどのように捉えているかを、筆者が今回独自に作成した6項目で測定した。この6項目の作成に当たっては、透析患者への面接調査(研究5,山本ら,2013)で、患者が自分なりの管理でよいという気づきや自己実現をしながら生活を拡大することが、患者の自己管理への動機づけを促進させていたことから、患者が自分なりの方法で自己管理を行うことができるようになったことを尊重する考え方と、透析管理が患者の人生で価値あることを行うことができるために意味のあることになっているかを尊重する考え方を示す、「医師が勧める方法とは違っても、患者自身で工夫しながら生活したほうがいい」、「透析患者にはしばしば水分管理と同じかそれ以上に大切にしたいことを持っている」、「今水分管理がうまくいっていない患者でも努力すればうまくいくようになる」、「透析しながらでも生きがいや人生の目標を失わずに生きることができる」という、4項目を作成した。

また、これと対比させる形で、自分なりの管理方法や自己実現との価値づけを尊重しない考え方として、「体調維持に欠かせないのだから、透析間の体重増加を最小限にする努力を最優先で行うべきである」と「自己管理が悪くて腎不全になったのだから、透析患者への水分管理は厳しく指導したほうがいい」の2項目を加えて、全6項目の質問紙を作成した。

⑤ 自己管理支援への認識と実践度

透析患者の自己管理を促進する支援に関する質問紙として、アルファロ（2004）の「患者教育に必要な要素」11項目、Deciの動機づけ理論に基づく患者が自律性支援を受けている程度を測定するHCCQ日本語版（山本ら,2009）を看護師用に改編した6項目、および患者アンケートの自由記載で得られた「患者が看護師に望む自己管理支援」（研究4,山本ら,2007）に関する9項目の、全26項目からなる質問紙を作成した。

⑥ 患者との距離感

透析看護師が患者との人間関係の構築に困難さを感じているか否かを確認するため、牧野らが開発して信頼性・妥当性が検証されている以下の2つの尺度を使用した。1つは、看護師が患者に巻き込まれがちな傾向（「受け持ちを終了した後でもその患者にケアしたいと思うことがある」など）を測定するOver-Involvement尺度（OIS）（牧野,2009）である。また、もう一つは、患者との心理的距離感を近づけることが難しい傾向（「患者の気持ちには踏み込まないようにしている」など）を測定するUnder-Involvement尺度（UIS）（牧野,2010）を使用して、看護師の患者との距離の取り方が支援の実践に影響するか否かを確認した。

5) 分析方法

看護師の基本属性，就業理由，やりがいについては記述統計で，その傾向を確認した。看護師の透析看護への就業動機，患者のイメージ，自己管理を促進する支援についてはそれぞれ因子分析を行って，因子構造と内的整合性を確認した。その上で，各因子への関連や影響要因について偏相関や重回帰分析を行なった。統計ソフトは SPSS 20.0 J for Windows と AMOS20.0 を使用し，検定はすべて両側検定，有意水準 0.05% 以下とした。

4. 結果

1) 対象者の概要

本研究への協力施設から許可の得られた看護師 246 名に質問冊子を配布し，193 名から回収した。回収率は 79.2% であった。回答の得られた 193 名の平均年齢は 36.7 ± 8.09 歳，透析従事歴は 10.95 ± 7.70 年，医療従事歴は 17.35 ± 8.21 年であった。

2) 透析看護へ従事した理由

透析看護へ従事した理由として最も多く挙げられていたのは，「夜勤がないこと」という勤務条件に関わる理由であり (63.2%)，「透析看護への興味」(39.4%) よりも多かった (図 7-1)。

3) 透析看護へのやりがい

透析看護に従事した際の頃にやりがいを感じていたと回答した者は 28% にとどまったが，現在やりがいを感じていると回答した者は 63% に増加していた。各々の時期のやりがいの

有無に関する理由は表 7-1, 7-2 に示した通りである。

4) 自分の自己管理に対する満足感

現在の自分の自己管理支援に「とても満足」, 「やや満足している」と答えた者は5%にすぎず, 「とても不満」, 「やや不満」な者は44%, 「どちらでもない」者は51%であった。

5) 透析看護への就業動機

因子分析では3因子が抽出され, 第1因子を「私のやりたいと思っていることと一致するから」などの項目からなる『主体的就業動機』, 第2因子を「なぜここで看護師を続けているのか理由はよくわからない」などの項目からなる『無動機就業動機』, 第3因子を「私のことを他人に認めてもらいたいから」などの項目からなる『他者評価依存的就業動機』と命名した。各因子のクロンバック α は0.58~0.67であった。(表7-3)

これら3つの就業動機得点と基本属性(年齢, 透析従事歴, 医療従事歴)との相関係数を確認したところ, 主体的就業動機は透析従事歴($r=.24$ $p<0.001$)と医療従事歴($r=.20$ $p<0.001$)と, 弱い正の相関が認められた。

6) 自己管理に関する透析患者のイメージ

因子分析では2因子が抽出され, 第1因子を, 「医師が勧める方法とは違っても, 患者自身で工夫しながら生活したほうがいい」, 「透析患者にはしばしば水分管理と同じかそれ以上に大切にしたいことを持っている」, 「今水分管理がうまくいっていない患者でも努力すればうまくいくようになる」, 「透析しながらでも生きがいや人生の目標を失わずに生きること

ができる」の4項目からなる『患者の生活と自律性を尊重する患者観』、第2因子を、「体調維持に欠かせないのだから、透析間の体重増加を最小限にする努力を最優先で行うべきである」、「自己管理が悪くて腎不全になったのだから透析患者への水分管理は厳しく指導したほうが良い」の2項目からなる『患者役割を重視する患者観』と命名した。各因子のクロンバック α はそれぞれ0.55、0.60であった。(表7-4)

第1因子は、すべての項目で80%を超す看護師が患者の生活や自律性を重視するという回答をしていたが、第2因子の「体調維持に欠かせないのだから透析間の体重増加を最小限にする努力を最優先で行うべきである」という項目は、43.0%の看護師が「そのとおりである」と回答していた。

これら2つの患者観得点と基本属性(年齢、透析従事歴、医療従事歴)との相関係数を確認したが、相関係数の高いものはなかった。

7) 看護師の就業動機と患者観との関係

看護師の就業動機が透析従事歴と弱く相関していたため、透析看護の経験年数によってスタッフの認知も変化していく可能性があると考え、経験年数の影響を受けないように、透析医療従事歴を制御した偏相関係数を確認した。(表7-5)

主体的な就業動機と自律性を尊重する患者観は正相関($r=.26$ $p<0.0001$)しており、主体的就業動機を認知している看護師ほど自律性を尊重した患者観を持っていた。

一方、無動機的な就業動機は自律性を尊重する患者観とは弱い負の相関($r=-.18$ $p<0.0001$)をしていた。

8) 現在のやりがいと患者観との関係

患者の生活と自律性を尊重する患者観への得点を平均値で2分割して、高値群と低値群に分け、現在のやりがいの有無と χ^2 二乗検定を行なったところ、高値群、すなわち自律性を尊重する患者観を多く持つ看護師では、現在のやりがいを感じている者が有意に多かった。(表7-6)

9) 患者との関係

次に、看護師と患者との心理的距離をOIS(Over-Involvement尺度)とUIS(Under-Involvement尺度)を用いて検討した。その結果、各尺度の1項目あたりの平均点はOIS 2.81 ± 0.72 点、UIS 3.05 ± 0.57 点で、やや患者との距離をとる傾向の方が得点は高かった。しかし、OISおよびUIS合計得点の度数分布は図7-2と図7-3に示した通りで、特に高得点・低得点への偏りは見られなかった。

スピアマン相関係数では、年齢、性別、透析従事歴、医療従事歴には有意差は見られなかったが、OISでは、主体的就業動機($r=.27$ $p<0.0001$)、他者評価依存的就業動機($r=.23$ $p=0.001$)、患者の生活と自律性を尊重する患者観($r=.30$ $p<0.0001$)と正相関し、UISでは、無動機的就業動機($r=.16$ $p=0.024$)と正相関していた。

なお、OISとUISは負相関($r=-.33$ $p<0.0001$)していた。また、OIS、UISともに現在のやりがいの有無によって有意差があり、やりがいを感じている者ではOIS得点が有意に高く、UIS得点が有意に低かった。(表7-7)

平均得点から1標準偏差で3分割して、低得点、中得点、高得点群の3群に分類したところ、有意差は無かったものの、OISは低得点群で、UISは高得点群で、透析従事歴が最も短かった。(表7-8～7-10)

10) 透析患者の自己管理支援に関する看護師の認識状況

前述の「透析患者への自己管理支援」26項目のそれぞれについて、各項目の支援を行うことが重要と考えるか否かについて、「全く重要でない」、「それほど重要でない」、「やや重要である」、「とても重要である」の4段階で回答してもらったところ、26項目すべてについて、80%以上の看護師が「とても重要である」もしくは「やや重要である」と回答していた。多くの看護師が、透析患者への自己管理支援の重要性を認識している状況がうかがえるが、その中で、設問14の「患者へ「水分管理に関する方針を変更する能力があると信じている」ことを伝える」には14.1%、設問2の「パンフレットやVTR、口頭でまたはそれらの組み合わせ等、指導方法を提示し、患者に選択させる」には10.0%、設問16の「患者へ水分管理について何でも質問するように勧める」には8.3%の看護師が、「重要でない」と回答しており、これらの項目に関する認識の低い看護師が多かった。また、他の項目では、「とても重要である」と回答した割合が60%程度以上であるのに比べ、設問14、設問2では、「とても重要である」と回答した割合は、40%台であり、患者が主体的に自己管理行動を獲得できるようにするための援助に関する認識は、他の項目に比べて低かった。(図7-4)

11) 透析患者の自己管理支援に関する看護師の実践状況

上記のように、「透析患者への自己管理支援」に関わる認識を尋ねた後で、同じ「透析患者への自己管理支援」26項目のそれぞれについて、現在実践を行なっているか否かを、「全く行っていない」、「あまり行っていない」、「時々行っている」、

「常に行っている」の4段階で回答してもらったところ、(図7-5)多くの項目で、実践度は認識度よりもポイントが低下していた。中でも、「全く行っていない」もしくは「あまり行っていない」と回答した看護師の割合が多かった項目は、設問4の「患者が主体的に見る、聞く、体験する指導方法を取り入れる」67.2%、設問3の「効果的な指導を行えるよう場を設定する」56.4%、設問2の「パンフレットやVTR、口頭でまたはそれらの組み合わせ等、指導方法を提示し、患者に選択させる」48.9%、設問14の「患者へ「水分管理に関する方針を変更する能力があると信じている」ことを伝える」45.5%、設問18の「自分自身の血液透析や療養生活に関する知識やスキルを向上させる」42.2%、などだった。

また、各項目の認識得点と実践得点を、スピアマンの相関係数で確認したところ、設問11を除いて、弱く～中程度の相関がみられ、認識が高いほど実践度が高いという傾向がみられた。(表7-11)

12) 自己管理支援のタイプ別分類

以上のように自己管理支援に関する26項目に関する認識や実践においては、項目ごとの差が見られた。特に、実践については、施設の設備面にも影響される要素があることと、認識において重要と回答した看護師が多い項目でも、「とても重要である」と回答した割合は項目ごとに差があったため、認識の特徴に応じて分類することが適切と考えて、自己管理支援の認識度得点の因子分析を行なった。(表7-12)

その結果、6つの因子が抽出され、第1因子として、「患者が水分管理に関してどのようなことを大切に考えているかを理解する」などからなる『患者の自律性を尊重する』、第2

因子として、「患者の家庭や社会的環境などを考慮し、生活の中で療養することの困難さを理解する」などからなる『理解と関心を示す』、第3因子として、「患者の理解度を考慮し、一度にたくさんの内容を盛り込まない」などからなる『患者の状況に合わせる』、第4因子として、「患者とのかかわりの中で優しさや誠意ある態度を示す」などからなる『真摯な態度』、第5因子として、「患者が主体的に見る聞く体験する指導方法を取り入れる」などからなる『指導方略の工夫』、第6因子として、「自分自身の血液透析や療養生活に関する知識やスキルを向上させる」などからなる『看護師自身のスキル向上』と命名した。

各因子への認識・実践の得点は表7-13に示した通りである。認識得点の低い因子は、実践も低く、特に、第5因子『指導方略の工夫』と第1因子『患者の自律性を尊重する』が、他の因子よりも認識が低く、実践もされていないという結果であった。

13) 透析患者の自己管理支援の実践への影響要因（重回帰分析）

自己管理支援の因子分析から抽出された6種類の支援の実践に影響するものを特定するために、それぞれの支援の実践度得点を従属変数にして、重回帰分析を行なった。投入した独立変数は、基本属性、透析看護へのやりがい（就業時と現在）、透析看護への就業動機（主体的、他者評価依存的、無動機的）、透析患者に関する患者観（生活と自律性尊重、患者役割重視）、患者との距離感（UIS, OIS）である。ステップワイズで残った変数を、表7-14～7-19に示す。

これにより、6因子のうち、第1～第4因子の自己管理支援において、「生活と自律性を重視する患者観」が最も寄与率の高い要因であることが確認された。

14) 透析従事歴による看護師の認知と支援の状況

透析に従事した年数がどのように影響するか、従事歴5年ごと（0年～5年未満，5年～10年未満，10年～15年未満，15年～20年未満，20年～25年未満，25年以上）に6つの群に分け、各得点の一元配置分散分析を行った。その結果、主体的就業動機と、自己管理支援実践の第1因子（自律性尊重）、第3因子（患者の状況に合わせる）、第5因子（指導方略の工夫）で群間に有意な差があった。（表7-20）

その後の検定（Dunnett）では、主体的就業動機は、従事歴5年～10年未満は、15年～20年未満より有意に得点が低かった。第1因子の実践度得点では、従事歴5年未満は、10年～15年未満より低く、第3因子と第5因子は、従事歴5年未満は15年～20年未満より低かった。

15) 透析従事看護師の自己研鑽の現状

過去1年以内に行った自己研鑽の有無と行った内容（複数回答）について尋ねたところ、何らかの自己研鑽を行っていた看護師は79%（図7-6）で、多くの看護師が自己研鑽を行っているという状況が明らかになった。その内容としては、院内研修が46.3%と最も多く、看護雑誌や専門書を読むが、それに次いでいた。時代を反映してか、インターネットからの情報収集も多く、32.4%の看護師が利用していた。（図7-7）今後欲しい支援としては、公費での研修参加で、45.6%の看護師が希望していた。（図7-8）

5. 考察

1) 透析従事看護師の置かれた環境

透析看護に従事している看護師は、透析看護そのものへの興味よりも産休明けなどの配置転換で従事することになる看護師が多い(中原ら 2002)ことは従来より報告されているが、今回の調査でも、対象者の平均年齢が30代後半で、しかも医療従事歴と透析従事歴の差がおよそ7年あることなどから考えると、ある程度他の分野での看護を経験した者が、妻や母としての役割変更などのために、「夜勤がない」という勤務形態を主な理由として、透析看護に従事している様子がうかがえた。

ただ、中原ら(2002)の調査では、対象者の平均透析従事歴は 5.8 ± 5.8 年であるのに対して、本調査では10.95年と、比較的長かった。これは今回の調査の対象者には、私立診療所に勤務する者が多かったことが影響しているのではないかと考えられるが、透析に従事する看護師は、その勤務歴において、かなり長期にわたって透析に関連した部署、施設にいる傾向を示す結果である。

また、中原ら(2002)は、調査時点での透析看護のやりがいはVASスケール(10点満点)で平均6.2点であったと報告しているが、今回の結果では、就業しはじめの頃は、透析看護に避けて通れない機械操作や業務の単調さなどのために、やりがいを見出しにくいという状況が示唆された。しかし、その一方で、現在やりがいがあると回答した看護師は63%に増えており、透析看護に従事しているうちにやりがいを見いだしていく看護師が少なくないこともわかった。

特に注目されるのは、「患者の行動やデータの変化」という、

目に見える成果にやりがいを見出しているだけでなく、「患者と信頼関係を築くことができた」という、いわば目に見えない成果に対してやりがいを感じていたという点である。

先行研究によれば、看護師は患者の体調改善やリハビリの効果を実感した際にやりがいを感じる（梶山ら 2011）とされているが、今回の結果は、いわゆる治癒を期待できない透析患者への看護でも、患者との関わりの中で、体調改善以外のメンタルな支援の部分にやりがいを見出していける可能性があることを示す結果と考える。ただし、自分の自己管理支援については、「とても満足している」と「やや満足している」を合わせても5%と極めて少なく、多様な患者に合わせて自己管理を促していく方略については、これといった納得のいく方法を持ってないまま、日々の仕事にやりがいを感じてはいても、「自己管理支援」には困難さを感じている看護師が多いことも明らかになった。

2) 「透析患者の自己管理支援」に関する看護師の認識と実践上の課題

次に、具体的な自己管理支援の方略を考える前に、看護師自身の内面で「透析患者の自己管理支援」に関連することはどのように認識されているのかについて、検討する。

「自己管理支援」は透析看護師にとって重要な課題であるが、課題の達成度においてその課題への動機づけがどのようなものであるかは重要な要素である。Deciら（1995）の理論に基づく先行研究では、就業動機の自律性が高い場合に、職業満足度や組織へのコミットメントも高く（Lam et al., 2008）、業績も高くなる（Baard et al., 2004）と報告されているが、今回の調査では、透析従事看護師の就業動機については、Deci

らの理論と同様に3つの動機づけ因子、すなわち自律性の高い「主体的就業動機」、他律的な「他者評価依存的就業動機」、動機づけの低い「無動機的就業動機」を確認することができた。この中では、「主体的就業動機」の平均得点が最も高かったものの、「なぜここで看護師を続けているのか理由はよくわからない」といった「無動機的就業動機」の平均得点が、「他者評価依存的就業動機」よりも高いという結果で、これには、透析看護自体への興味からの就業ではないことが影響している可能性がある。ただし、透析従事歴が長くなると、「主体的就業動機」が高くなる傾向もみられたため、これは、透析看護を継続していく中で、就業動機の持ち方を変化させ得る可能性を示唆する結果と考える。

次に、透析患者のイメージについては、患者の自己管理への意欲を促進する患者のあり様を肯定的に捉える「生活と自律性を尊重する患者観」と、対比のために作成した「患者役割を重視する患者観」の2因子が抽出され、その限りでは、予測通りの結果となった。ただし、「生活と自律性を尊重する患者観」に「全く当てはまらない」もしくは「やや当てはまらない」と回答した看護師も、全ての項目で20%程度いたことや、「患者役割を重視する患者観」の中の「体調維持に欠かせないのだから透析間の体重増加を最小限にする努力を最優先で行うべきである」に43%があてはまると回答していたこと、自由記載に「患者に自覚がない」、「わがままな患者がいる」などの患者役割を果たすことを求める内容が複数みられたことなどは、体重管理という目に見える変化はスタッフのやりがいにつながりやすいために、可視的な目標の達成を優先させる姿勢が強くなると、患者の意志よりも患者役割を重視する傾向が強くなることを示唆する結果であると考えられる。

以上、看護師の患者観の持ち方については、基本属性による違いは見られなかったが、就業動機との関係では、主体的就業動機を強く感じると、「生活と自律性を尊重する患者観」も高くなるという傾向がみられた。一方、無動機的な就業動機が高くなると、「生活と自律性を尊重する患者観」が低くなる傾向も見出されたため、看護師の患者観と就業動機には関連のあることがわかる。看護師が、患者が自律的に自己管理を促進することを肯定的に捉えることができるようになるためには、自分自身の透析看護への就業動機とも関連させて振り返る必要があることを示唆する結果と考える。

また、今回の調査では、「生活と自律性を尊重する患者観」を多く持つ看護師では、現在のやりがいを感じている者が有意に多かった。とかく透析医療では、熱心な看護師ほど自己防衛のために患者の多様な態度・性格に否定的な感情を持ってしまう傾向（田村ら,2009）や、患者に執拗に注意をしたり、「わがままな人」などのレッテルを無意識に貼ってしまいがちである（福西,1997）といった指摘がなされているが、「生活と自律性を尊重する患者観」を持つことは、看護師自身にもプラスに作用し、バーンアウトや離職の防止にもつながる可能性があることを示す結果と考える。

患者との心理的な距離については、通常、看護師は適切な心理的距離を保ってケアに当たることが重要であることは経験的に理解しているが、たとえば精神科では、疾患の特徴から、患者が様々な防衛機制を使用することが多いために、適切な距離を保つ必要性を理解していても、実際には困難なことが指摘（香月,2009）されている。

透析医療においても、長期にわたって同じ医療者と患者の物理的・心理的交流が間断なく行われている（福西,1997）と

いう特徴があることや、透析患者には神経症を呈する患者が多い（福西ら,1988, 竹本ら,2008）ことなどの理由で、精神科と同様、看護師と患者の心理的な距離を適切に保つことが、他科に比べて困難なことが予想される。実際、今回の調査の自由記載をみても、「理不尽なことを言われるなど感情のはけ口にされる」、「コミュニケーションがうまく取れない」など、患者との関係形成に悩んでいる看護師は少なくなかった。

看護師と患者との心理的距離を測る OIS（Over-Involvement 尺度）は、その得点が高すぎる場合には、患者との関係に心理的に巻き込まれていたり、患者との心理的な距離のとり方に習熟していない可能性がある。このように、看護師自身の振り返りができるよう開発された尺度であるが、今回の調査では、むしろ、OIS が高得点であるほど主体的就業動機を持ち、患者の生活や自律性を尊重するという患者観を持つという傾向が見られた。牧野（2005）は、経験を重ね、チームからのサポートを受ける中で、ストレスを生む「意図せぬ巻き込まれ」から、能動的にケアを行うことのできる「主体的巻き込まれ」の状態へと成長できるとしているが、今回の対象者は、透析従事経験が長く、主体的な患者との関わりを経験している看護師が多いことを示す結果とも考えられる。

なお、有意差は無かったものの、OIS 低得点群、UIS 高得点群は、比較的透析従事歴が短かったことから、このように主体的に関われる状態になるまでには、ある程度の経験が必要なことが推測される。

その一方で、医療従事歴にはこのような傾向は見られないことから、透析患者との適切な心理的距離は、透析患者へ実際に援助を行うことによって次第に形成されるものと考えられる。透析に従事した経験によって患者を理解するための情

報を引き出し、その情報を使うことができることによって「個別的な支援を実施することができるようになる（牧野 2005）」と考えるが、このような個別的なケアを展開していくうえで看護師には主体性が求められる。また、患者の深い情報に触れることで、さらに患者の個別性への理解が深まる。そのため、主体的就業動機と、患者の生活と自律性を重視した患者観と OIS 得点に関連するのではないかと考える。

なお、透析に従事しはじめの頃にやりがいを無くす理由として、「患者が怖い（関わりづらい）」という意見が数多く挙げられていたことから、この時期の看護師へのサポートは重要である。実際には、患者との関係における負の感情を表出させ、主体的な関わりへ移行させるための良い学びにできるよう、経験者が相談に乗るなどの対応が有効ではないかと考える。

3) 透析患者への自己管理支援の実施の実態と影響要因

① 自己管理支援の認識と実施の実態

今回設定した自己管理支援 26 項目についての認識は、全ての項目で 80% 以上の看護師が重要と認識しており、自己管理支援の要素に関しての理解は、かなりの程度浸透しているものと考えられる。それに対して実践は、認識に比べると、すべての項目で実施していると答えた者の割合が減っており、看護師は、自己管理支援の重要性は認識しているものの、その実践は行えていないと感じていることが示された。ただし、認識と実践の関係では、設問 11 を除いて、各項目ごとの相関係数が、弱～中程度の相関を示しており、認識が高いほど実践度も高くなる傾向を示しているため、実践度の向上に当たっては、その認識を強化することが重要と推測される。

自己管理支援に関する看護師の認識と実践の結果を具体的にみていくと、設問1～4からなる第5因子「指導方略の工夫」が、最も認識と実践度が低い因子となった。特に、設問2の「パンフレットやVTR、口頭でまたはそれらの組み合わせ等、指導方法を提示し、患者に選択させる」は、この因子の中で最も重要性の認識が低く、これは、小倉ら（2009）の調査と同様の結果だった。河口ら（2003）は、看護職者に必要な知識・技術として、生活者に関する知識・技術や病気・治療に関する知識・技術とともに、教育方法に関する知識・技術を挙げており、透析看護においても、書籍（日本腎不全看護学会,2011）では学習・教育理論に関する内容も取り上げられるようになっているものの、今回の結果は、現状ではなかなか現場に浸透できていないことを示すものである。患者にどのような内容を指導するかだけでなく、それをどのような方法で患者に伝えるかも重要であることを、今後も看護教育や研修の中で強化されるべきと考える。

設問2の次には設問3の「効果的な指導を行えるように場を設定する」の認識・実践が低かったが、これは、透析の治療環境は狭い空間に多くの患者が密集している場合が多く、指導のための設備が整っていないことが多いことや、あえて特別に機会を設けるよりも、患者が透析を行っている最中に声をかけて少しずつ指導を行う方が、簡便で効率的であるなどの事情によると考えられる。ただし、自由記載では、「ワンフロアであるためにあらたまった話がしにくい」、「患者とゆっくり関われる時間が少ない」といった主旨の意見も少なくからずあったため、環境面での支援があれば、患者に対して今とは違った方略で指導が行われる可能性もあると考えられる。

Deci の理論をもとに作成した自律性を支援する項目が含まれる第1因子の「患者の自律性を尊重する」に関しては、多くの項目で認識も実践も低く、患者の自律性を尊重することの重要性の認識が浸透しておらず、実践にも至っていないことがわかった。中でも設問14は、特に認識が低かった項目であるが、この項目を含めて、第1因子の認識と実施度との相関係数は比較的高いため、これらの重要性を認識していることが、実践にも大きく影響することが予想される。

困難とされる慢性疾患の自己管理に対して、患者が積極的に取り組む姿勢を作るには、患者自身が養生法と生活との折り合いをつけ、病気と共に生きることがその人にとって意味のあることになる必要があるとされている（牛久保ら,2000, 安酸,2005）。しかし、透析看護における患者教育に必要な要素を抽出するために行われた透析患者教育に関する先行文献を検討した報告（恩幣ら,2009）では、透析や教育方法に関する知識や、患者の個別性を重視するなどのカテゴリーは抽出されたものの、患者が自律的に行動できるような支援に着目したカテゴリーはなかった。これは、従来の透析看護における研究では、患者に「何を」伝えるかについては検討されてきたが、患者が「どのようなところを目指して」自己管理を進めていくべきかについては、十分に検討されてこなかったためと考えられる。

筆者らは、研究2で示したように、お任せタイプと捉えられがちな日本の透析患者でも、自己の生活を自ら調整することへの欲求は存在し、自己管理にとって「自律性」を尊重することが重要である（山本ら,2011）ことを明らかにしたが、患者の自律性を尊重することの重要性と、その支援の実際を、透析に従事する看護師が学ぶことが必要と考える。

その他の因子は、認識や実践も比較的高いという結果であったが、認識よりも実践が低い理由の一つとして、自分の実践に自信が持てていないことが考えられる。自分の自己管理支援に対する満足感が低いほか、自由記載にも「何が良い指導かわからない」、「個人差が大きく、合わせるのが難しい」など、自分の方針への不安や個別性対応の困難さについての記述が多くみられた。第6因子の「看護師自身のスキル向上」も、実践度が比較的低い項目であるが、より質の高い支援を行うためには、どのようなスキルを身に着ける必要があるのかが明らかにされる必要がある。たとえば、第2因子の「理解と関心を示す」では、患者の何を理解したら良いのか、第3因子の「患者の状況に合わせる」では、患者にはどのような状況の変化があるのか、それぞれの状況に合った支援はどのようなものかについて、より具体的な方向性が示されることが看護師の実践を支えるのではないかと考える。

② 自己管理支援の実施への影響要因

自己管理支援の実施得点を従属変数として行った重回帰分析では、第1から第4因子で最も寄与率の高い変数として確認されたのは、「患者の生活と自律性を重視する患者観」であった。また、UIS（患者と距離をとりがち傾向）は、逆に実践度を低める要因として、3つの因子で見出された。

以上のことは、自己管理支援の実践においては、もちろんその内容の深い理解や重要性の認識が欠かせないが、「まず看護師自身の患者観を振り返ること」と「患者と心理的距離を近く保つこと」が重要であることを示している。新谷ら（2005）は、看護師が慢性疾患患者のケアを獲得していく過程で、自身が持つケアの印象と比較して、ありのままの患者

像に接した際の対応にまごつき、患者と距離を置いて接することを恐れる「停滞サイクル」があると指摘している。看護師がこれまでの部署で接してきた患者のケアのイメージと、透析患者のケアのイメージが異なることは、自由記載に「治療しない疾患やエンドレスな治療に戸惑った」という記述があることから、多くの看護師が経験しているのではないかと予想される。このケアイメージのギャップが、患者との心理的距離を遠ざけ、結果として患者理解も深まらないために、良い実践につながらないのではないかとと思われる。

糖尿病の看護においても、看護師が患者指導に成果が見えない不安感を抱いている理由として、糖尿病患者をマイナスイメージでとらえているために患者の持てる力を見出しにくい（多崎ら,2006）と指摘されており、今回、患者支援の実践の要因の多くで患者観が挙げられていたことは、患者をどのように捉えるかがいかに重要であることを示唆している。とりわけ、今回取り上げた、患者自身に価値づけられた人生の目標を達成するための手段として透析治療をとらえ、患者の持てる力を信じて自律的であることを奨励しつつ患者を理解するという姿勢は、直接的に患者の自己管理支援の実践につながるということが明らかになったと考える。

さらに、患者の自律性を重視する患者観と相関する「主体的就業動機」が透析従事歴10年未満の看護師で低かったこと、自己管理支援の実践度の第1因子、第3因子、第5因子でいずれも5年未満の看護師の実践度が低かったことから、透析に従事していく中で得る経験が、看護師の患者観や自己管理支援の実践内容に影響することが示唆された。自己管理支援の重要性に対する認識や患者観には、透析従事歴の違いによる有意差が無かったことと考え併せると、患者の自律性を尊

重すべきことを認識していても、実際どのように行うことが患者の自律性の尊重につながるか納得して実践できるまでには試行錯誤が必要なことが予想される。透析に従事して間もない看護師であっても透析患者の自律性を尊重した支援ができるようになるために、今回明らかになった自律性を尊重する患者観の育成や、ベテラン看護師と支援方法の意図的な情報交換が行われる必要があると考える。

4) 看護師の自己研鑽の現状と、希望している支援

これまで記述してきたように、透析患者への自己管理支援を実践するためには、教育方法についての知識や、慢性疾患患者の特徴についての理解、自分自身の患者との心理的距離への気づきなど、看護師に多くの知識やスキルが必要であることが明らかになった。そのような状況の中で、現在も多くは多くの看護師が何らかの自己研鑽を行っていたが、その中で最も頻度の高い院内研修は、自己の関心や各自の状況に応じたものが提供される場合ばかりではないことが予想される。

そのため、各自の興味・関心に応じて、院外の情報に触れる機会や、熟練者と看護観を振り返る機会なども必要であり、そこに、今後欲しい支援として、院外研修や上司・同僚からのアドバイスを挙げている者が多かった理由もあるのではないかと考える。

5) 透析患者の自己管理支援に必要な看護師自身のスキルとその獲得へのサポート

以上の結果を踏まえて、透析患者の自己管理支援について、看護師が少しでも納得できる支援ができるようになるために、看護師にどのような支援が必要かをまとめると、透析看護は、

機械操作や患者との関係の難しさなどからやりがいを感じにくい面もあるが、自律性を尊重する患者観は、自己管理支援の実践度を増し、目に見える改善を感じにくい透析看護のやりがいにも好影響を及ぼす可能性が示唆された。しかし、患者の自律性を尊重することの重要性と、その実際に関する認識がまだ少ないため、この点についての教育・研修の充実が望まれる。また、看護師が自分と患者の心理的距離について振り返ることは、主体的に患者に関わる姿勢を育み、患者をより深く理解し、質の高い支援につながる。そのため、職場内で患者への負の感情を安心して表出でき、学びに変えられるような職場風土への配慮が、看護師の支援の質を向上させる上で重要なサポートであると考ええる。加えて、患者の情報を共有するカンファレンスの場を積極的に設け、透析従事歴の長い看護師が看護観や実践上の工夫を開示していくことは、透析に従事して間もない看護師の看護観の育成につながり、自己管理支援へのスキルや実践度を促進して、やりがいの感じにくい時期の離職対策にもなると考える。

6. 結論

本研究は、以下のことを示した。

- 1) 透析に従事する看護師が置かれた環境として、就業理由や機械操作、可視的な患者の成果が得られないなどのストレスが多く、自身の自己管理支援にも満足感が持てていない。
- 2) 就業動機としては3因子が抽出された。より主体的な就業動機は、透析看護を継続していく中で育成できる可能性がある。
- 3) 患者のイメージとしては2因子が抽出され、多くの看護師

は、患者の生活と自律性を尊重するという患者観を持っていたが、目に見える成果にやりがいを感じやすいために、患者役割を重視しすぎないように注意することが必要である。

- 4) 患者の生活と自律性を尊重する患者観を持つ看護師はやりがいを多く感じており、自らの患者観の振り返りが、離職やバーンアウトの防止になる可能性がある。
- 5) 患者との心理的距離感では、多くの看護師は主体的な関わりの状態にあると思われるが、就業期間の短い看護師は、比較的患者との心理的距離が遠い傾向にあり、患者との関係における負の感情の経験を表出させて、主体的な関わりへ移行させる学びにできるような支援が必要である。
- 6) 支援の重要性の認識は、実践につながっていたが、ワンフロアでの治療という環境面の問題の影響もみられた。
- 7) 自己管理支援としては6つの因子が抽出されたが、「自律性を尊重する」へは認識も実践も低く、患者の自律性を尊重することの重要性や、その具体的な方法の教育が望まれる。
- 8) 自己管理支援に最も影響を与えている要因は「患者の生活と自律性を尊重する患者観」であり、患者の持てる力を信じて自律性を尊重する姿勢は、直接的に患者支援の実践につながる。

第7章 透析施設における自律性支援の実践と課題に関する検討
7-1【研究6】透析従事看護師の自己管理支援に関する認識と実施の実態と影響要因

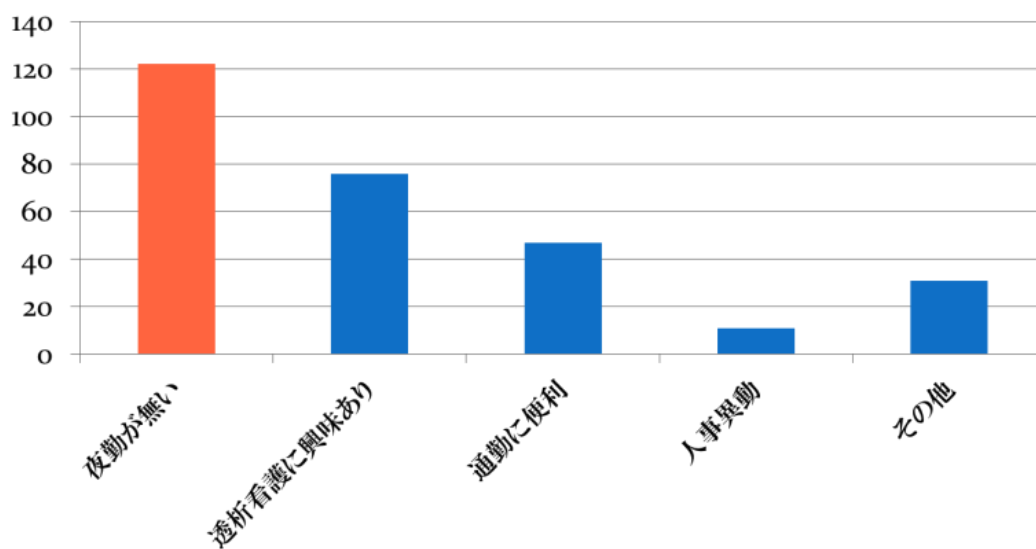


図 7-1 透析看護へ従事した理由（複数回答）

表 7-1 透析看護に従事し始めの頃のやりがいの有無に対する理由

従事し始め		人数
やりがいあり の理由	新しい知識や技術に触れるのが新鮮だった	14
やりがいのな い理由	機械操作や業務を覚えるので精いっぱいだった	39
	病棟などと比べて患者の全体像や目標がわかりづらい	10
	業務が単調で、毎日同じことの繰り返し	6
	透析患者は怖い（関わりづらい）	5

表 7-2 現在のやりがいの有無に対する理由

現在		人数
やりがいのあ る理由	患者の管理が良くなったり検査データの改善がある	28
	心理的に患者に寄り添えた、信頼関係ができたと感じる	28
なしの理由	患者が同じでマンネリ化している	5

第7章 透析施設における自律性支援の実践と課題に関する検討
7-1【研究6】透析従事看護師の自己管理支援に関する認識と実施の実態と影響要因

表 7-3 透析看護への就業動機

因子名	項目	第1因子	第2因子	第3因子	α	平均得点
主体的	Q7 私のやりたいと思っていることと一致するか ら	.696			.67	7.25±1.87
	Q1 自己実現に最善の方法であると考えているか ら	.608				
	Q4 私にとって本当に重要な選択だと思うから	.605				
無動機的	Q9 なぜここで看護師を続けているのか理由はよ くわからない		.720		.58	5.77±1.95
	Q3 なぜそうするのか全く考えていない		.703			
	Q6 自分で考えるより、決まった通りのことを続 ける方が簡単だから		.466			
他者評価重視型	Q5 私のことを他人に認めてもらいたいから			.807	.64	5.19±1.84
	Q8 私はこの仕事でできる人間であると認めても らいたいから			.694		
	Q2 他人からこの仕事を続けるようにとプレッシ ョンがかかっているように思うから			.280		
因子間相関		第2因子	-.50	.537		(範囲 3.0～ 12.0)
		第3因子		-.25		

因子抽出法：最尤法 回転法：Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

第7章 透析施設における自律性支援の実践と課題に関する検討
7-1【研究6】透析従事看護師の自己管理支援に関する認識と実施の実態と影響要因

表 7-4 透析患者へのイメージ（患者観）

因子名	項目	第 1 因子	第 2 因子	α	平均得点
生活と自 律性重視	Q2 今水分管理がうまくいっていない患者でも努力すればうまくいくようになると思う	.680		.55	12.17±1.77 (範囲 4.0～16.0)
	Q1 透析をしながらでも生きがいや人生の目標を失わずに生きることができると思う	.535			
	Q3 透析患者はしばしば水分管理と同じくらいかそれ以上に大切にしたいことを持っていると思う	.473			
	Q4 医療者が勧める方法とは違っても、患者自身で工夫しながら生活したほうが良いと思う	.286			
患者役割 重視	Q5 自己管理が悪くて腎不全になったのだから、透析患者への水分管理は厳しく指導したほうがよいと思う		.755	.60	4.54±1.27 (範囲 2.0～8.0)
	Q6 体調維持に欠かせないのだから、透析間の体重増加を最小限にする努力を最優先で行うべきである		.563		
		因子間相関 第 2 因子	-.21		

因子抽出法：最尤法 回転法：Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

第7章 透析施設における自律性支援の実践と課題に関する検討
7-1【研究6】透析従事看護師の自己管理支援に関する認識と実施の実態と影響要因

表 7-5 就業動機と患者観の偏相関係数（制御変数：透析従事歴） n=193

		主体的	他者評価 依存的	無動機的	生活と 自律性尊重	患者役割 重視
就業 動機	主体的	1	.35***	-.32***	.26***	.04
	他者評価依存的		1	-.08	.11	.03
	無動機的			1	-.18*	.09
患者 観	生活と自律性尊重				1	.13
	患者役割重視					1

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

表 7-6 現在のやりがいと患者観の関係 (有効回答数 182)

		患者の生活と自律性重視		計
		高値群	低値群	
現在のやりがい	あり	57	58	115
	なし	15	52	67
計		72	110	

χ^2 二乗検定 p=0.000

第7章 透析施設における自律性支援の実践と課題に関する検討
 7-1【研究6】透析従事看護師の自己管理支援に関する認識と実施の実態と影響要因

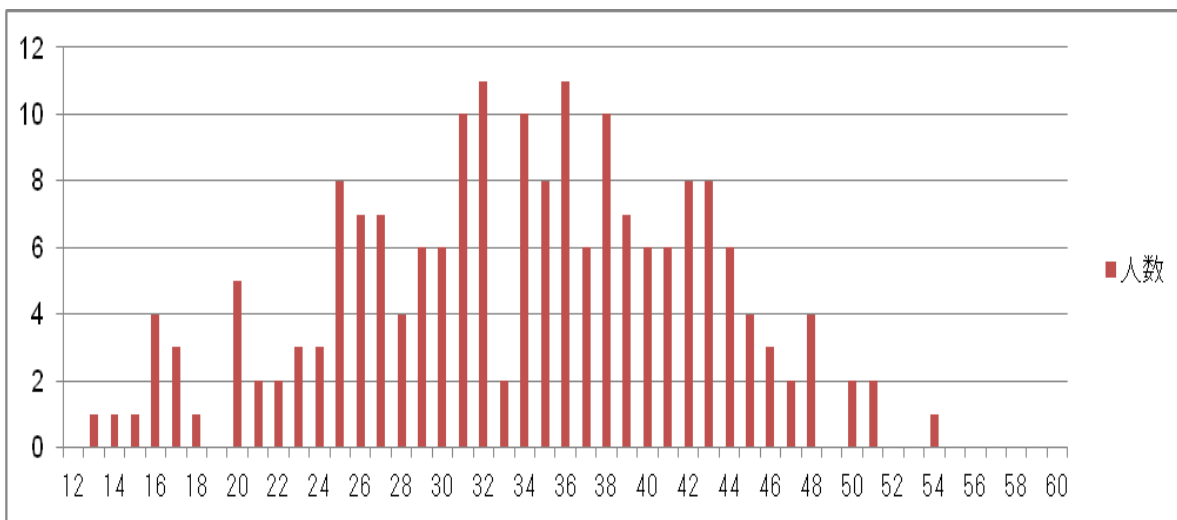


図7-2 OIS得点ヒストグラム

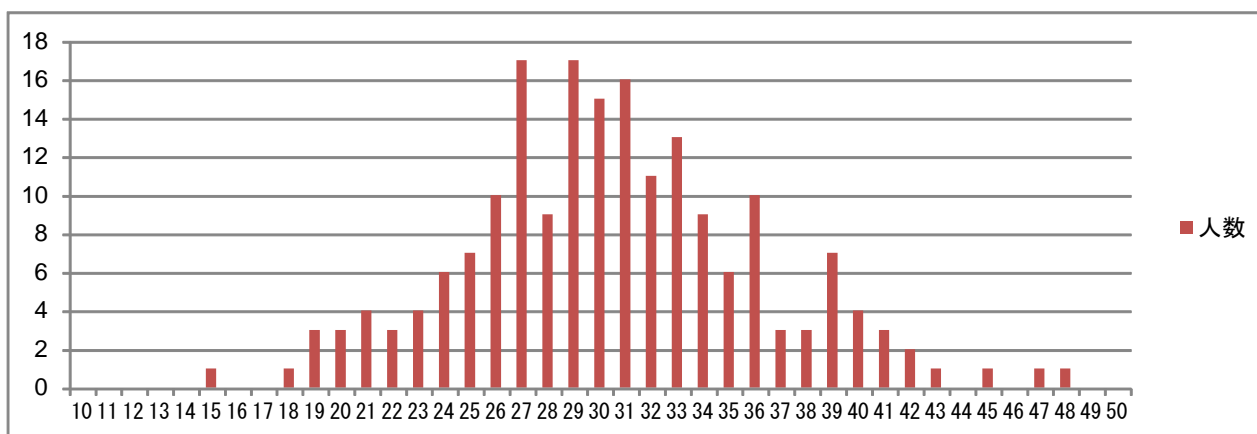


図7-3 UIS得点ヒストグラム

第7章 透析施設における自律性支援の実践と課題に関する検討
7-1【研究6】透析従事看護師の自己管理支援に関する認識と実施の実態と影響要因

表7-7 現在のやりがいの有無によるOIS, UIS得点の比較 (有効回答数 182)

	現在のやりがい	平均	P
OIS	あり 115	35.81±7.41	0.000
	なし 67	30.46±9.37	
UIS	あり 115	29.53±5.25	0.002
	なし 67	32.25±6.02	

表7-8 OISとUIS得点での3分割と割合 (有効回答数 191)

	OIS			UIS		
	得点範囲	度数	%	得点範囲	度数	%
低得点者	13～26点	7	3.7%	10～24点	25	13.0%
中得点者	27～42点	152	79.6%	25～36点	140	72.5%
高得点者	43～60点	32	16.8%	37～50点	26	13.6%

表7-9 OIS得点3分割と透析従事歴 (有効回答数 191)

OIS	透析従事歴	
低得点者	6.32±5.60年	F=1.363 p=.258 n.s.
中得点者	11.22±7.74年	
高得点者	11.12±7.77年	

一元配置分散分析

表7-10 UIS得点3分割と透析従事歴 (有効回答数 191)

UIS	透析従事歴	
低得点者	12.92±7.55年	F=1.023 p=.361 n.s.
中得点者	10.88±7.73年	
高得点者	9.97±7.67年	

一元配置分散分析

第7章 透析施設における自律性支援の実践と課題に関する検討
 7-1【研究6】透析従事看護師の自己管理支援に関する認識と実施の実態と影響要因

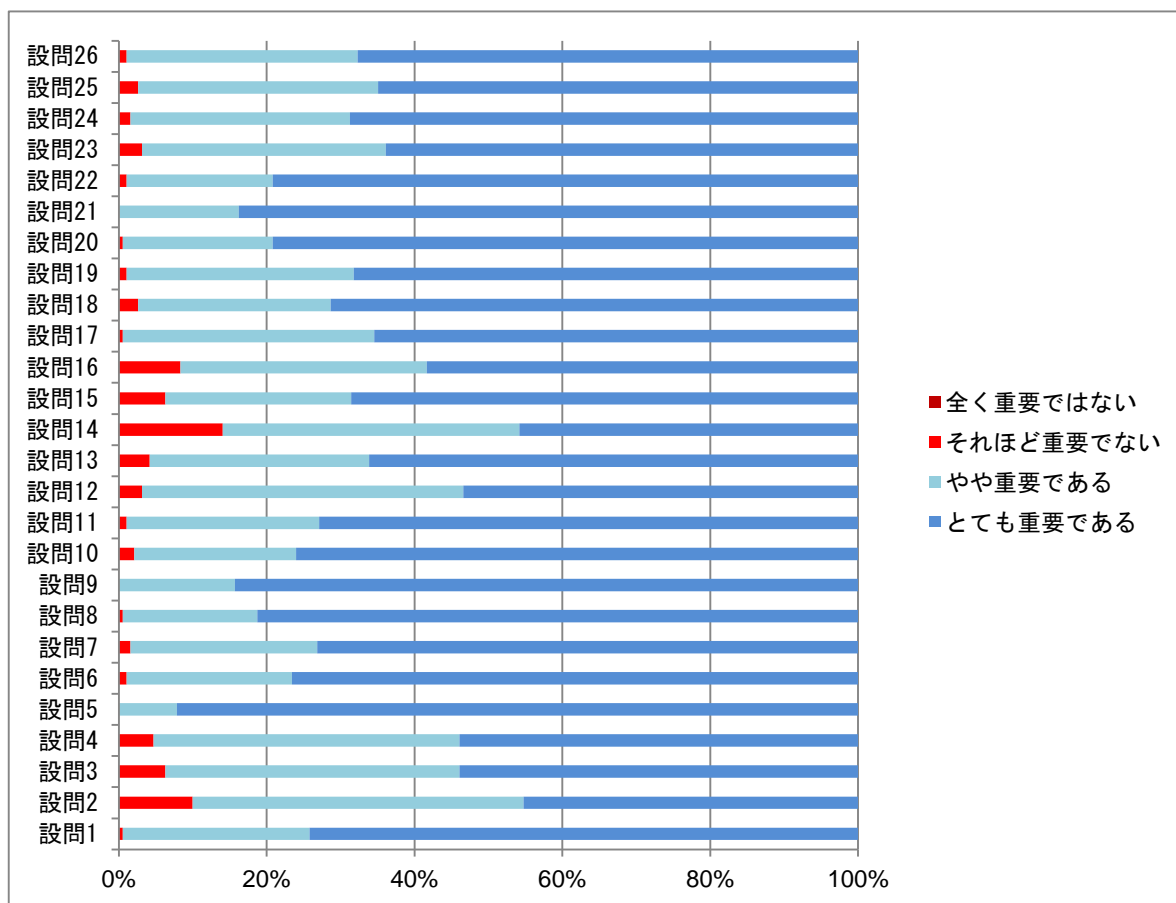


図 7-4 透析患者の自己管理支援に関する看護師の認識状況

第7章 透析施設における自律性支援の実践と課題に関する検討
 7-1【研究6】透析従事看護師の自己管理支援に関する認識と実施の実態と影響要因

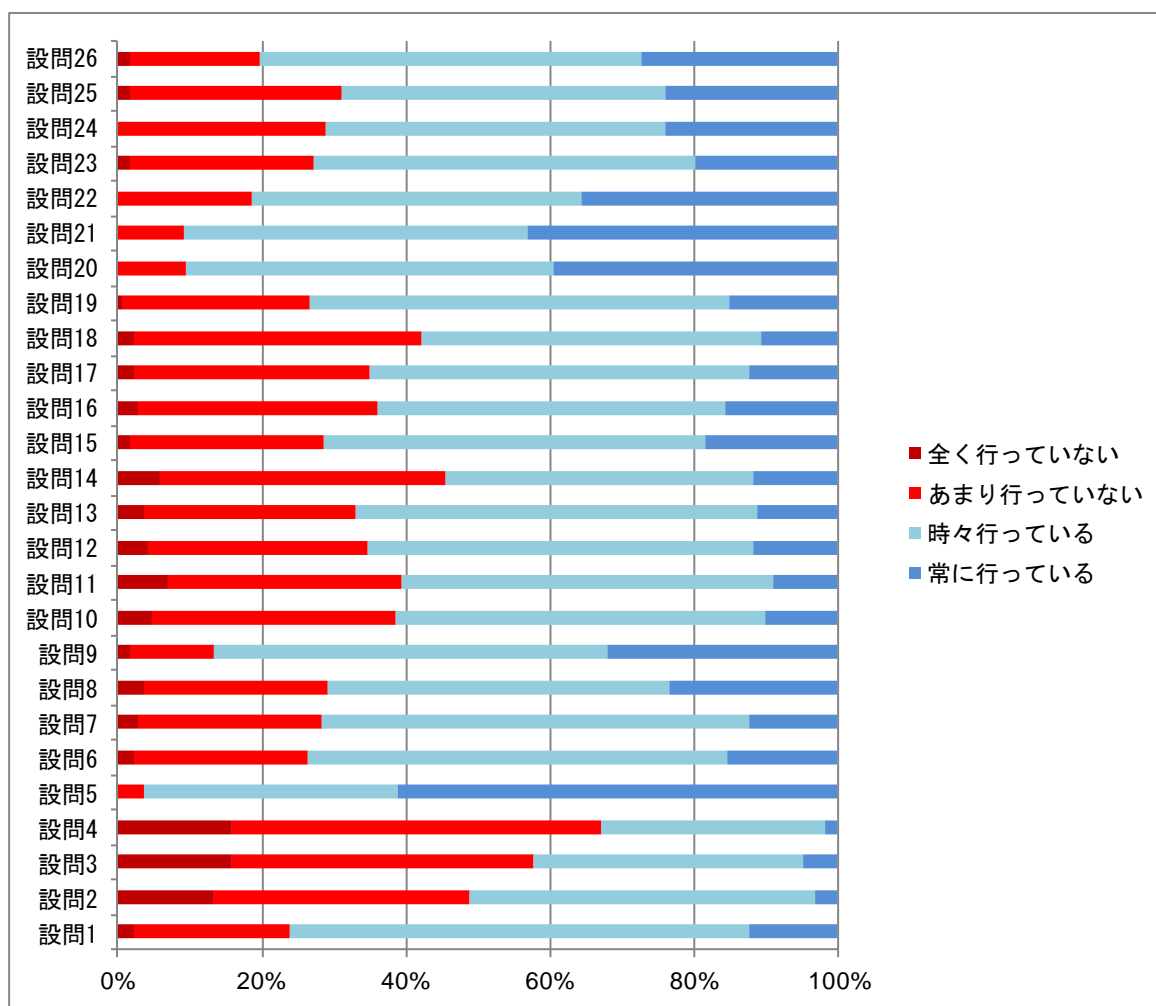


図 7-5 透析患者の自己管理支援に関する看護師の実践状況

第7章 透析施設における自律性支援の実践と課題に関する検討
7-1【研究6】透析従事看護師の自己管理支援に関する認識と実施の実態と影響要因

表 7-11 項目ごとの認識と実践の相関係数（スピアマン相関係数）

設問	相関係数	P	設問	相関係数	P
設問 1	.265***	.000	設問 14	.440***	.000
設問 2	.330***	.000	設問 15	.443***	.000
設問 3	.170*	.019	設問 16	.359***	.000
設問 4	.173*	.017	設問 17	.327***	.000
設問 5	.247**	.001	設問 18	.203**	.005
設問 6	.238**	.001	設問 19	.232**	.001
設問 7	.405***	.000	設問 20	.420***	.000
設問 8	.229**	.002	設問 21	.415***	.000
設問 9	.264***	.000	設問 22	.447***	.000
設問 10	.269***	.000	設問 23	.390***	.000
設問 11	.075	n.s.	設問 24	.295***	.000
設問 12	.251**	.001	設問 25	.421***	.000
設問 13	.333***	.000	設問 26	.416***	.000

n=193

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

第7章 透析施設における自律性支援の実践と課題に関する検討
7-1【研究6】透析従事看護師の自己管理支援に関する認識と実施の実態と影響要因

表 7-12 自己管理支援への認識得点の因子分析

因子名	設問	第 1	第 2	第 3	第 4	第 5	第 6
患者の自律性を 尊重する	15	.819					
	13	.731					
	17	.667					
	14	.665					
	16	.641					
	12	.593					
	6	.555					
理解と関心を示 す	24		.919				
	25		.848				
	26		.745				
	23		.617				
患者の状況に合 わせる	9			.739			
	10			.686			
	7			.679			
	8			.664			
	11			.513			
	5			.506			
真摯な態度	20				.851		
	21				.810		
	22				.783		
指導方略の工夫	4				.709		
	3				.584		
	2				.500		
	1				.442		
看護師自身のス キル向上	18					.997	
	19					.587	

因子抽出法：最尤法 回転法：Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

第7章 透析施設における自律性支援の実践と課題に関する検討
 7-1【研究6】透析従事看護師の自己管理支援に関する認識と実施の実態と影響要因

表 7-13 各因子への認識と実践の1項目あたりの得点平均（範囲1～4）n=193

	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子
	自律性尊重	理解と関心	状況に 合わせる	真摯な態度	指導方略の 工夫	スキル向上
認識	3.54±0.50	3.61±0.53	3.76±0.42	3.78±0.46	3.47±0.54	3.66±0.52
実践	2.70±0.63	2.90±0.73	2.92±0.58	3.20±0.73	2.40±0.59	2.71±0.69

表 7-14 自己管理支援 第1因子『患者の自律性を尊重する』の実践度を従属変数とした重回帰分析

独立変数	標準偏回帰係数 (β)	VIF
自律性重視の患者観	.210**	1.013
他者評価依存的就業動機	.187*	1.013
R ²	.088	F
調整済み R ²	.077	8.136

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

表 7-15 自己管理支援 第2因子『理解と関心を示す』の実践度を従属変数とした重回帰分析

独立変数	標準偏回帰係数 (β)	VIF
自律性重視の患者観	.309***	1.019
UIS (患者と距離をとりがちな傾向)	-.154*	1.010
透析従事歴	.145*	1.018
R ²	.161	F
調整済み R ²	.146	10.753

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

表 7-16 自己管理支援 第3因子『患者の状況に合わせる』の実践度を従属変数とした重回帰分析

独立変数	標準偏回帰係数 (β)	VIF
自律性重視の患者観	.193*	1.015
透析従事歴	.174*	1.015
R ²	.076	F
調整済み R ²	.065	6.930

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

表 7-17 自己管理支援 第4因子『真摯な態度』の実践度
を従属変数とした重回帰分析

独立変数	標準偏回帰係数 (β)	VIF
自律性重視の患者観	.285***	1.006
UIS (患者と距離をとりがちな傾向)	-.206**	1.006
R ²	.132	F
調整済み R ²	.122	12.900

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

表 7-18 自己管理支援 第5因子『指導方略の工夫』の実践度
を従属変数とした重回帰分析

独立変数	標準偏回帰係数 (β)	VIF
主体的就業動機	.185*	1.277
患者役割重視	.294***	1.048
透析従事歴	.250***	1.094
無動機的就業動機	-.179*	1.120
自律性重視の患者観	.141*	1.137
R ²	.283	F
調整済み R ²	.261	13.090

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

表 7-19 自己管理支援 第6因子『看護師自身のスキル向上』の実践度
を従属変数とした重回帰分析

独立変数	標準偏回帰係数 (β)	VIF
無動機的就業動機	-.267***	1.111
UIS (患者と距離をとりがちな傾向)	-.199**	1.109
主体的就業動機	.198*	1.193
OIS (患者に巻き込まれる傾向)	-.174*	1.191
R ²	.183	F
調整済み R ²	.163	9.332

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

表 7-20 透析従事歴による一元配置分散分析 n=193

変数	透析従事歴	平均	
主体的就業動機	0年～5年未満	6.94±1.97 (点)	F=2.859 P=0.016 * }
	5年～10年未満	6.77±1.72 (点)	
	10年～15年未満	7.22±1.65 (点)	
	15年～20年未満	8.08±1.62 (点)	
	20年～25年未満	7.05±2.14 (点)	
	25年以上	8.44±1.87 (点)	
実践第1因子	0年～5年未満	17.89±3.32 (点)	F=2.814 P=0.018 * }
	5年～10年未満	19.65±3.14 (点)	
	10年～15年未満	20.40±3.25 (点)	
	15年～20年未満	20.24±3.78 (点)	
	20年～25年未満	19.04±3.91 (点)	
	25年以上	18.40±4.03 (点)	
実践第3因子	0年～5年未満	16.59±2.88 (点)	F=3.015 P=0.012 * }
	5年～10年未満	18.17±2.47 (点)	
	10年～15年未満	17.94±2.30 (点)	
	15年～20年未満	18.88±2.61 (点)	
	20年～25年未満	17.48±3.12 (点)	
	25年以上	18.50±2.87 (点)	
実践第5因子	0年～5年未満	8.95±1.73 (点)	F=3.075 P=0.011 * }
	5年～10年未満	9.67±1.88 (点)	
	10年～15年未満	10.06±1.89 (点)	
	15年～20年未満	10.52±1.66 (点)	
	20年～25年未満	9.68±2.30 (点)	
	25年以上	11.0±3.62 (点)	

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

第7章 透析施設における自律性支援の実践と課題に関する検討
 7-1【研究6】透析従事看護師の自己管理支援に関する認識と実施の実態と影響要因

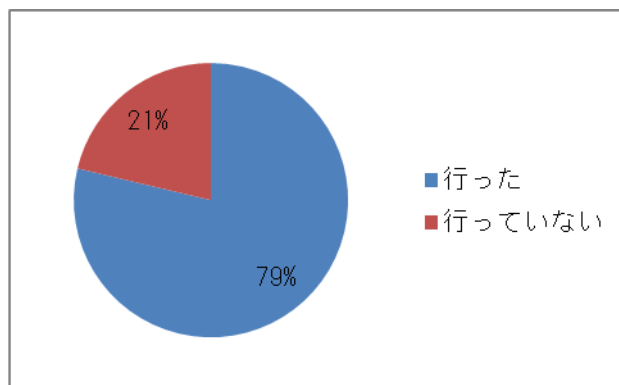


図7-6 過去1年間で自己研鑽を行ったかどうか n=193

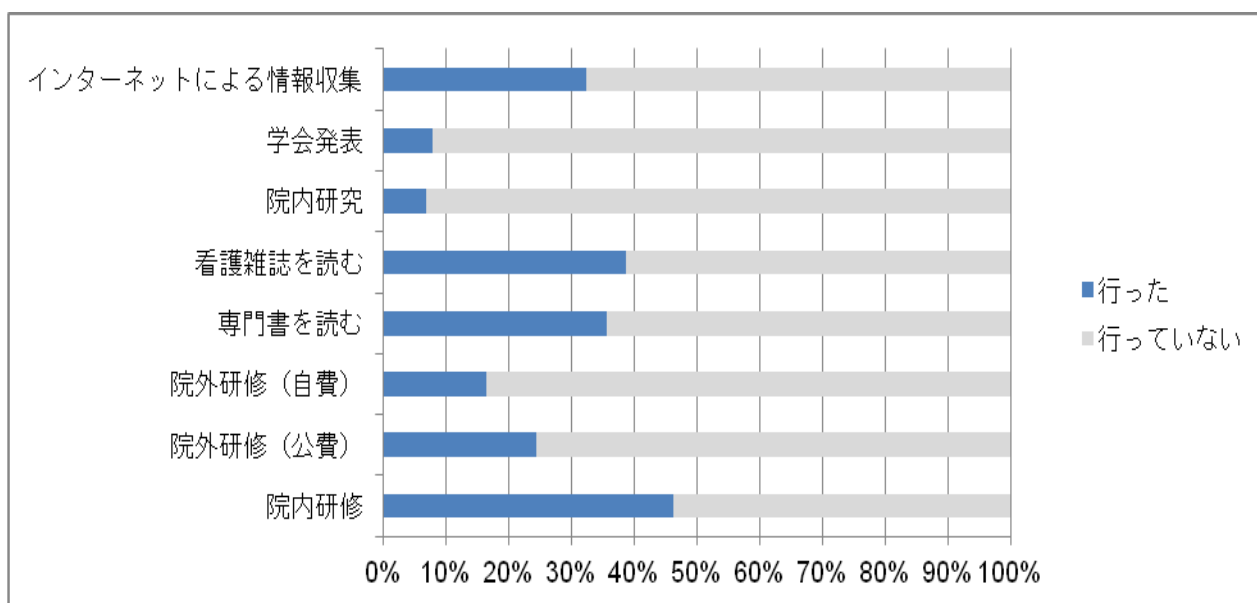


図7-7 過去1年間で行った自己研鑽の内容(複数回答あり) n=193

第7章 透析施設における自律性支援の実践と課題に関する検討
7-1【研究6】透析従事看護師の自己管理支援に関する認識と実施の実態と影響要因

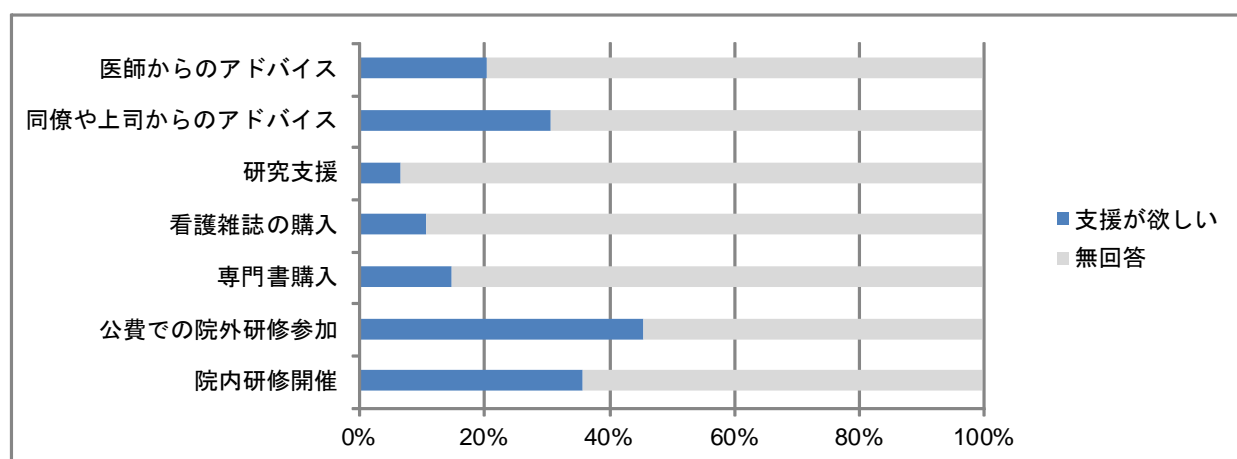


図 7-8 今後欲しい支援の内容（複数回答あり）n=193

第8章

本研究の全体的結論および総合考察

1. 本研究を構成する各研究のまとめ
2. 透析患者の自己管理に関する動機づけを促進する支援
 - 1) 患者のニーズを考慮した支援方法
 - 2) 患者の自己管理の動機づけを考慮した支援方法
 - 3) 患者の精神状態を考慮した支援方法
 - 4) 患者の原疾患を考慮した支援方法
 - 5) 透析に従事する看護師への支援方法
 - ① 看護師への支援の基本姿勢
 - ② 看護師への教育方略とやりがいを支える工夫
 - 6) 他疾患・障害への応用
3. 本研究から得られた透析医療の今後への示唆
4. 本研究の限界と今後の課題

第8章：本研究の全体的結論および総合考察

1. 本研究を構成する各研究のまとめ

本研究では、透析患者における自己管理行動へ影響する動機づけとその影響要因を明らかにし、患者が自律的に自己管理を継続することのできる動機づけを促進するための支援を明らかにした。また、患者への支援を有効かつ効率的に提供するための看護師に必要な知識や認識の在り方を明らかにし、看護師側への支援への示唆を得た。自己管理へ影響する動機づけを検討するに当たっては、近年の患者指導の考え方の主流である患者と医療者が協働して管理に当たる「セルフマネジメント」の考え方に合致するよう、Deciらの自己決定理論で提唱されている行動を継続し続けられる「自律的動機づけ」の概念と、自律的動機づけが促進されて行動へ影響するプロセスを表している「自己決定理論ヘルスケアモデル」を基盤として検討を行った。

研究1では、患者の自己管理への動機づけの実態が調査できるよう、「動機づけの自律の程度」と、その促進因子である「自律性の支援」、並びに自律的な動機づけによって促進される「有能感」を測定できる日本語版の尺度を作成し、信頼性と妥当性の検証を行った。これによって、わが国でも患者の動機づけの状態が測定できるようになり、影響要因の特定や介入の効果を確認できるようになった。

研究2では、上記の尺度を使用して、個人より集団の意志を優先しがちといわれる日本人においても、「自律的」であることが患者の自己管理行動にプラスに影響するのか否かを検

討した。その結果、「自己決定理論ヘルスケアモデル」をもとにしたパス解析において、各尺度得点がモデルで提唱された関係になることが確認でき、日本人の透析患者においても「自律性支援」を認知すると「自律的動機づけ」が促進し、それによって「有能感」が増して「自己管理行動」につながることを確認された。これにより、自律的であることが日本人の患者にとっても重要であり、その前提条件として「患者の自律性」が尊重されることの重要性を強調することができた。

以下の研究3～8では、自己管理に関する「自律的動機づけ」を効果的に促進する援助を明らかにするために、影響要因や変化のプロセスについて、患者を対象とした調査を行った。

研究3-1では、「自律的動機づけ」と「他律的動機づけ」への影響要因を分析して、双方の動機づけに「自律性の支援」が重要な役割を果たしていることが明らかになった。さらに、困難な出来事を自分の成長につながったと考えるコーピング方略を持っていることや、社会活動が障害されていない場合には、自律的な動機づけを多く持つようになることが明らかになった。一方、原疾患が糖尿病であることや学歴が低い場合には無気力になりやすく、また、不安を感じやすい特性を持っている場合は動機づけが他律的になることがわかった。

このように自律的になりやすい特性と他律的になりやすい特性が明らかになったことで、多様な透析患者の中で自律的な動機づけを持ちにくい特性を持つ患者の特定が容易になり、自律的動機づけを持ちやすくなるよう、様々なコーピング方略獲得への援助や社会活動障害に関するサポートが、患者の自律性を回復し、自律的な動機づけを維持するための支援の必要性が明らかになった。それとともに、「自律性支援」が動

機づけをより自律的にするのみならず、始めは他律的であったとしても、動機づけの持ちにくい状況から意欲の芽をはぐくむ重要な支援であることが示唆された。

研究 3-2 では、患者が感じている「自律的動機づけ」と「他律的動機づけ」の強さのバランスによって、自己管理行動や QOL への影響があるのかを確認して、患者の自己管理の継続に有効な動機づけの在り方を検討したところ、「自律的動機づけ」が高く、「他律的動機づけ」が低いというバランスであることが、良好な自己管理行動と良好な QOL につながっていた。また、このようなバランスで動機づけを持つ患者は、長期透析患者に多く、良好な状態で自己管理を維持するためにも自律的動機づけが有効であることが示唆された。

研究 3-3 では、血液透析患者の精神健康度が、自己管理やその動機づけに及ぼす影響や、血液透析患者の精神健康度に関連する要因を検討した。従来から指摘されてきたように透析患者の精神健康度の低さが改めて確認された。しかし、本研究で新たに明らかにされたこととしては、これまで導入期以降は徐々にうつ傾向が改善するとされてきたが、透析歴 15 年以前はうつ傾向者は減少していくものの、15 年を過ぎると再び増加に転じている、ということがある。これは、現在、身体面では問題なく透析治療を受けている患者でも潜在的にうつ傾向を有している可能性があることや、今後増加が予測される長期透析患者ではうつ傾向が増加すると予想されることから、自己管理指導にあたって、精神健康度に配慮することの重要性を示唆するものである。

研究 3-4 では、原疾患が自己管理の動機づけに与える影響について検討した。現疾患として糖尿病を持つ患者では、身体機能と日常生活における身体面・精神面双方の役割遂行上の QOL が低く、現在の疾患の生活への影響をアセスメントして、影響を最小限にする支援が必要であることが明らかになった。また、糖尿病を持つ患者では、透析に至る経過の中で学習性無力感を感じている可能性が高く、無動機得点が高かった。こうした糖尿病を持つ患者の無力感や喪失感への理解を示し、コントロール不可能性の認知を変えるよう、自分の制御が可能な体験を積み重ねられるような支援が必要であることも明らかになった。

研究 4 では、「透析患者が自己管理支援として望む支援」に関する自由記載の内容を分析し、看護師に望む支援として、5つのカテゴリーを抽出した。その結果、慢性疾患患者に重要な、『親身な雰囲気』や『傾聴対話』、『平等』、『知識情報提供』といった従来必要とされてきたものだけでなく、『患者の理解』、『自律性の尊重』、『医療者の専門的技術・スキルの向上』という新たな看護支援の方向性が明らかになった。さらに、各カテゴリーへの記載者の特徴を分析したところ、自己管理が良好な患者の方が『知識や情報提供』を望み、自己管理への動機づけが高い患者では、医療者との『傾聴対話』や『関心』を寄せられることを望んでいた。

これまでの透析看護では、ともすれば自己管理の不良な患者への支援に焦点が当てられがちだったが、自己管理に対して積極的な患者に対しても、「より良好に自分の体調をマネジメントしたいという気持ち」や「自己管理に対して努力していることを認めてほしい」という気持ちを尊重した《情報提

供」や、患者理解を含んだ自己管理支援が必要で、医療者には、患者の透析人生の「伴走車」としての役割が重要であることが明らかになった。

研究5では、維持透析患者を対象に、自己管理に関する動機づけの変化の過程と影響要因について検討した結果、患者は、『対峙期』、『接近期』、『融合期』、『拡大期』の4つの段階と、全期を通して認識される生命の危機感へのコントロール感を経て、透析療法に伴って必要となった自己管理と、自分の生活を統合していくための動機づけを変化させていた。

この動機づけの変化の過程で、患者は透析療法を自分の人生の中で意味づけし、自己実現など、人としての「発達」も経験しており、自己管理の動機づけがより自律的な動機づけに変化することは、単に透析生活の成功だけでなく、患者の人生の価値も向上させ得ることが、明らかになった。

ただし、各期で通過しなくてはならない課題をスムーズにクリアするためには、各期の患者の状態に応じた支援が必要であることも、明らかになった。自己管理支援は、基本的には個別にカスタマイズされた支援を行うことが重要であるが、多様な中にもある程度、患者の状態を評価でき、状態に応じた支援を考える上で有用な「手がかり」として、動機づけの発達プロセスは活用できる可能性があると考えられた。

研究6では、看護師を対象として、透析患者の自己管理支援実施の実態と、そこに影響する要因を調査した。

まず、透析に従事する看護師が置かれた環境としては、就業理由や機械操作、可視的な患者の成果が得られないなどのストレスが多く、自身の自己管理支援にも満足感が持ててい

ない実態が明らかになった。自律性を尊重する支援については認識も実践も低く、患者の自律性を尊重することの重要性や、その具体的な方法の教育が必要であることがわかった。また、自己管理支援に最も影響を与えていた要因は、「患者の生活と自律性を尊重する患者観」であり、患者の持てる力を信じて自律性を尊重する姿勢は、直接的に患者支援の実践につながることも明らかになった。この「患者の生活と自律性を尊重する患者観」を多く持つ看護師には、現在やりがいを感じている者が多く、主体的な就業動機とも正の相関関係にあった。これらのことは、看護師が「どのような認識を持って、どのように自己管理支援を行えばよいのか」についての一助となりうる。更に、看護師自身の患者観の振り返りは、患者の自己管理支援の質・量を向上させるだけでなく、看護師の離職やバーンアウトの防止になる可能性があることもわかった。

以上、【研究1】から【研究6】では、透析患者の自己管理支援においても、自己決定理論で提唱されている「自律的動機づけ」が促進されるように働きかけることが自己管理行動の促進に有効であること、また、その働きかけには「自律性の支援」が有効であることが確認できた。上記の結果より、自己決定理論の構成概念は、透析患者の自己管理の支援において有用であると考えられた。従来、先行研究では自己決定理論の構成概念に影響する要因について詳細な検討はされてこなかったが、今回の結果から、原疾患や精神健康度などの影響要因が明らかになったことにより、患者の状況に応じた具体的な方向性が明らかになった。特に「糖尿病のある患者や不安を持っている患者では、あらかじめ動機づけが少な

いか他律的であることを予測して関わる」など、病態や状況が多様な透析患者に応じる形で、より理論の適用がしやすくなったと考える。

ただし理論を適用する際にはいくつか注意すべき点も存在する。まず、【研究 3-3】において、導入期だけでなく、長期透析患者においてもうつ傾向が増すことが明らかになったため、自己管理支援にはうつ傾向に対する配慮も重要であることが浮き彫りにされた。たとえば、うつ状態の場合には、物事を自律的に選択して実行していくように促すことはかえって患者の負担感を招きかねないため、患者が自律的であることを重視するだけでは十分とは言いきれない。自己決定理論構成概念の実際の適用にあたっては、こうした患者の精神状況も考慮した上で行われることの重要性を示唆するものである。

さらに、【研究 3-4】の結果から、糖尿病の有無では、体重増加率と自己決定理論の概念との関係は変化がなく、その他の患者属性でも有意な差がみられなかったことから、「自律的な動機づけ」を持つこと自体は、広範囲に適応可能なことは確認できたと考える。

このように、自律的・他律的といった自己決定理論における動機づけの考え方とその促進方法は、透析導入やその自己管理に関して慣れていく過程の範疇においてはその現象を捉えるのに有用である。しかし、現在 30～40 年生存が可能となった透析生活では、自己管理はその一部分にすぎない。透析治療の真の目標を、腎不全という病がその人らしい生活を続けることにおいてできるだけ妨げにならないようにする処置、と捉えるならば、自己管理を継続することと、患者の自

己実現とを切り離すことはできない。本研究の結果は、単に自己決定理論の概念への理解だけでなく、患者の自己実現と自己管理とが融合することで自己管理継続への意欲を増し、個として成長し続ける患者のダイナミズムを、医療者が理解し、信じることで支援として重要であることを示している。

以上のように、各研究で明らかになった支援の方向性やポイントは、「患者が直面した葛藤や努力に対して敏感になり、理解すること（奥宮，1997）」の具体的な方略を示すことができた。さらに、そのような支援が患者の自己管理の原動力になり得ることも、実際のデータから示すことができたと考える。なお、患者支援の具体的な方略は、次項で述べる。

次に、本研究では、患者に「何をすべきか」だけでなく、その支援を提供する看護師側の課題や認識についても検討したが、現在、現場で働く看護師の中に、必ずしも患者の自律性を尊重する姿勢や、「患者が個として成長する可能性」を信じることで根付いているとは言えない。患者の「自律性」を尊重する意識を持っている看護師において「自律性を尊重した支援」の実践度が高く、看護師の認識の持ち方が、支援の実践に深く関わっていることを示唆されたことは興味深い結果である。患者の自律性支援の実践のためには、提供する看護師自身が患者の自律性を尊重することの重要性を認識している必要がある。現場の看護師にどのような認識を定着させるかが、看護師教育の課題になっていくことが重要と考える。

先行研究では、提供者側の資質については検討されてこなかったが、今回は、看護師の認識の実態として「目に見える患者の変化」にやりがいを感じやすいことが患者役割を重視することにつながる可能性が明らかになった。こうした看護

師の認識の特徴への支援を検討することで、自律性支援の実現性をより高めることができると考える。なお、看護師への支援についての具体的な方略は、次項で述べる。

2. 透析患者の自己管理に関する動機づけを促進する支援

本研究の結果より、「透析患者の自己管理を促進する支援」とは、患者がより強く自律的な動機づけを持ち、他律的な動機づけはできるだけ感じないようにさせることであると言える。自律的動機づけは、自己決定理論では自律性の支援によって促進するとされ、患者対象質問紙調査においても概念間の因果関係が確認された。

しかし、「個人を重要であると理解する」、「適切な情報を提供する」、「選択の機会を与える」、「より健康行動に対する責任能力を持つよう励ます」といった一般的な自律性支援の考え方だけでは、多様な透析患者へ具体的にどのように支援したらよいか明確ではない。そこで、本研究の結果から考察した「自己管理における自律性の支援」の具体的な内容について述べる。

1) 患者のニーズを考慮した支援方法

まず、患者側から望む支援として、『姿勢・態度』、『知識情報提供』、『患者の理解』、『自律性の尊重』、『医療者の専門的技術・スキルの向上』5つのカテゴリーが抽出されており、患者自身の価値観を尊重してもらうことに加えて、生活の中で療養を続けることや長期間緊張感を維持し続ける困難さの理解を求めているのが、透析患者の自己管理支援の特徴であると言える。一般的に求められる看護師としての真摯な態度などももちろん必須ではあるが、態度の中に『関心』という

サブカテゴリーがあり、常に関心を持ったり理解をしていることだけでなく、それを『患者に表現する』ことが求められている。看護師は意識的に理解や関心を「表現」することが必要と考えるが、看護師への調査では「表現」することの重要性の認識や実践は少なく、自己管理支援の課題であると考えられる。ところが、自己管理の意欲や行動の良好な患者ほど医療者からの『関心』や『情報提供』を求めているという今回の結果から、現在問題なく透析生活を送っている患者に対しても、その行為を承認し、常に情報提供していくという姿勢が重要で、このことは患者への関心の「表現」にもつながると考える。具体的には、現在安定している患者であっても、「慣れているから手をかけなくても大丈夫だろう」とか、透析中に血圧低下といった困難症を起こさないから「自宅でも問題がないだろう」と安易に思い込まず、常に患者の心情にきめ細やかな配慮をする姿勢が、透析に従事する医療者には必要である。

2) 患者の自己管理の動機づけを考慮した支援方法

また、患者の自己管理に関する動機づけの状態による支援の調整も重要である。患者を対象とした質的調査では、自己管理に関する動機づけが、導入期以降、様々な要因の影響を受け変化していく様子が明らかになった。それぞれの時期で、「対話」などの基本的な支援は常に必要であるが、その際に各期の特徴に応じた支援を行う必要がある。

たとえば、導入期には、透析をすることは不本意であっても行わないと命に危険が及ぶという、いわばアンビバレント（両価的）な感情を伴って行われる自己管理行動であるが、自分なりの管理でよいことに気づくと、透析の管理に対して

自律的動機づけが芽生え始める。この時期には透析室での新たな自分が受け入れられ、居場所を確立することが、自分の置かれた状況を冷静に捉え、自己管理を自分の一部として受け入れる準備につながる。したがって、導入期には、先輩患者に、透析室での人間関係が円滑になるよう調整を依頼することや、積極的に自己管理に関する体験を語ってもらうことが必要ではないかと考える。今回の調査でも、自由記載や面接調査では、「どのように自己管理しているのか患者同士ではあまり情報交換してもらえない」という趣旨の内容があったことから、医療者は、より積極的に導入期の患者同士の人間関係や情報共有の状況を把握する必要があると考える。

次に、意図的な試行錯誤の時期になると、失敗も経験として学ぶ材料となる。このときに教科書的な管理を強調すると、逆効果であるため、この時期には自分の生活に透析の管理を取り入れようとしている努力を承認し、患者の試みの一環として発生した管理の失敗は、ある程度は必要であると考えて寛容な姿勢で臨むことが必要である。しかし、看護師は、自分の指導の成果が明確に現れない際には不安を感じたり、やりがいや自信を失う場合もある。看護師は、患者には次の時期に移行できる能力があることを信じて待つ姿勢が求められる期間である。看護師にとって、患者の心理を推し量ることは常に重要であるが、表面的な自己管理状況が振るわない時期には、特に患者の行為の理由を慎重に検討し、その意味を考える必要がある。医療者は、患者がこの時期を通過してこそ自律的に行動できるようになるという意識で対応できれば、単に透析間の体重の増加といった数値目標の達成度だけに囚われず、患者の内面の変化に気づくことができるようになると思う。このような患者の変化に着目することは、患者に

としては理解されたと感じるケアにつながり、一方、看護師自身にとっても、患者の可視的な変化の少ない時期の「自分の関わりの成果」として感じる事が可能となると考える。

次の時期には、こういう失敗も含む経験から自信を得て、自己管理が患者の生活に意味づけされていくため、患者の自律的な動機づけが増加するよう、その意味づけを強化していくことが支援につながる。自己管理そのもののスキルを上げることだけでなく、患者が人生において価値を置くものを明確にし、透析がそのための手段として重要な意味があると患者が感じることを助けていくことの必要性を、看護師は心に留めておく必要がある。患者が体調をコントロールしていくことを優先しないわけではないが、それだけにとどまらず、「自分らしい何か」を実施できているかどうかについても、注目していくべきであると考え。特に、仕事帰りに透析を受けている患者に対しては、「休養時間にもなっているから」とあえて声をかけない場合も多い。しかし、休養は妨げない範囲で、患者が透析以外の生活でどのようなことを達成しているのかに関心と敬意を払うような会話が定期的に行われることで、患者は自分が治療を受けるという立場だけではなく、一人の人間として尊重されたと感じて「自律性」を回復するのではないだろうか。

しかし、看護師を対象とした調査では、「体調維持に欠かせないのだから、透析間の体重増加を最小限にする努力を最優先で行うべきである」という設問に、「そのとおり」と回答する者が多く、看護師の中で「透析の人生への意味づけ」が重要であるとの認識は強いとはいえない。看護師へのこういったものの重要性に対する認識の強化が重要である。

そして次の時期には、患者の価値観に基づいた生活世界が

拡大した中に、透析の管理が存在するという状態が完成するが、これは、危機的な人生移行を乗り越えて、人間として発達を遂げた時期ということもできる。このような時期をどの患者も迎える可能性を信じ、各期の支援を根気強く行うことが必要である。ただし、この時期には、高齢化や合併症の出現によって役割変化を強いられ、新たな課題が出現する時期でもある。そのため、その兆候に敏感であるよう努力することも、自律性を維持していくために必要である。透析患者の長期化・高齢化に伴い、今後透析に従事する看護師には在宅医療や介護サービスにも精通していく必要がある。さらに、この時期はうつ傾向も増加する時期でもあるため、生活面の自立の確保をしていくことで、うつ状態への移行を少しでも予防することにつながると考える。

さらに、本研究によって、患者の動機づけ変化の4つの段階である「対峙期」「接近期」「融和期」「拡大期」が明らかになったことで、表面的な管理状況のみにとらわれないそれぞれの患者の段階に応じた理解や対応の視点が得られるだけでなく、症例検討会での共通言語としての利用も可能となったと考える。

以下の表に、各期の支援における基本的姿勢と患者が目指すべき目標を示す。

表 各期の「支援における基本的姿勢」と「目指すべき目標」

	対峙期	接近期	融和期	拡大期
支援における基本的姿勢	居心地のよい透 析環境の提供 関係性の欲求の 充足	自発的な試行錯 誤の承認 エラーに対する 寛容さ	自己コントロールへの承認 自己管理継続の 困難さへの理解 自己管理意味づ けの強化・拡大	自己管理意味づ けの強化・拡大 新たな課題発生 のモニタリング
患者が目指すべき目標	自分らしい管理 への気づき	自身の自己管理 への自信の増大	自己管理の自動 化	危機的人生移行 を乗り越えた成 人としての発達 生命の危機感の コントロール

3) 患者の精神状態を考慮した支援方法

自律性支援の認知，つまり自律性を尊重されたという感覚を持ちくい傾向がある患者としては，導入年齢が若く，透析による日常生活の影響が大きい者が挙げられた。このような患者への支援にあたっては，患者自身が目指す自律のあり方を注意深く探り，患者と医療者が同じ目標を目指すことができる状態にすることが重要である。

今回，うつ傾向患者も依然として非常に多く存在することが明らかになり，透析患者への支援を考える際には，精神健康度への配慮が欠かせない要素である。うつ傾向のある患者は，医療者の指示の遵守を自分に過度に課したり，自律的で

あることを求められることに負担を感じる場合もある。患者のうつ傾向の有無については、特にうつ傾向者が多い導入間もない頃と、15年以上経過した患者に対して注意を払うことと、うつ状態の患者への対応スキルの向上が必要であると考ええる。

4) 患者の原疾患を考慮した支援方法

自己管理には原疾患の影響もあり、糖尿病を持っている患者では、身体面・精神面双方の役割遂行上の QOL が低く、無動機になりやすいことが明らかになった。糖尿病患者では、透析に至る経過の中で学習性無力感を感じている可能性も高いため、こうした無力感や喪失感への理解を示し、コントロール不可能性の認知を変えるよう、可能な範囲で養生法（水分・嗜好品の摂取や活動・休息の仕方など）や透析条件（時間帯や除水量など）を患者自身に選択させるなど、自分の制御が可能な体験を積み重ねられるような支援によって、少しずつ自律的な状態を患者が取り戻すことが重要である。

5) 透析に従事する看護師への支援方法

以上のように、自律性を患者の状態や特性に応じて支援し尊重することによって、自己管理への自律的な動機づけにつながる事が理想的な看護であると思われる。しかし、患者に必要な自律性の尊重に関して、現状の看護師の認識は、必ずしも十分ではなかった。透析室は他の部署とは異なるストレスがかかる環境であり、自律性支援の実践には、看護師が患者に何をすべきか、という視点だけでなく、看護師が患者の自律性を尊重できるよう「看護師自身への支援」を行うことが、有効な支援が行われるために必要と考えられる。

① 看護師への支援の基本姿勢

今後看護師へ必要とされる支援としては、今回の研究で明らかになった患者が看護師へ望む支援に関する知識と、患者の特徴に応じた支援の調整方法についての知識の拡充が必要で、そのための研究や勉強会などの開催が望まれる。また、その実施にあたっては、患者の動機づけの変化や発達、人生への意味づけといった眼に見えないところでの支援の成果に着目し、看護師自身の主体的な就業動機につなげられるよう、単なる透析に関わる知識だけでなく、患者の自律性を尊重する患者観につながるような内容であることが重要である。

さらに、今後増加するであろううつ傾向患者に対応できるように、うつ状態の評価やうつ状態にある患者への対応スキル向上のための、精神科の専門家との連携強化も必要と考える。特に、小規模施設では、独自に精神科専門家を常駐させることは実際には困難であると思われるため、複数施設を巡回して常勤者の相談に乗るような要員の確保や施設間連携システムの構築が必要と考える。

今回、患者の自律性を尊重するという患者観は、看護師のやりがいにも関係し、看護師自身にとっても必要な要素であることがわかった。多くの透析に従事する看護師が、自身の患者観を振り返り、患者の個別性にあった自己管理支援を実施し、自己の支援に満足感を持てるようになることが望まれる。そのためには、透析室勤務で感じやすいストレスを軽減する工夫も重要と考える。例えば、透析室勤務では、担当看護師にはトラブルのあった患者にその後も継続して接し続けなければならないというストレスがある。また、周囲から「受け持ちなのだからあなたが何とかして」という雰囲気を感じ

て、自分が担当している患者の管理状況を自分自身の能力として捉えることで、管理の悪い患者の担当看護師が圧迫感を感じることもある。こういったトラブルがあった際にも上司や同僚からのサポートが得られるような職場環境を整備する必要がある。

② 看護師への教育方略とやりがいを支える工夫

以上から、透析に従事する看護師への具体的な教育方略を検討する。

まず透析に従事しはじめの時期には、透析室勤務に特有の、機械操作を習得することや、患者が変化しないことへの戸惑いに対する配慮がなされている施設は多いものの、これに加えて、透析看護とは、患者の身体的な改善だけでなく、患者の人生や生き方にも影響しうる深い信頼関係に基づいた支援が可能な領域であることを伝えられるプリセプターの存在が重要である。

また、透析に慣れてきたころには、多様な透析患者の特徴や、患者が長い経過の中でどのように自己管理に関する動機づけを変化させていくかを学び、特にうつ患者へのケアなど、患者の個別性に合わせたケアについてのスキルを獲得できるよう、院内だけでなく院外の研修会なども利用できるような体制を作ることが必要である。さらに、看護師の成長する過程の中で、主体的に患者のケアを行うことができるような管理者のサポートする姿勢を示し続けることが重要であると考えられる。

こうした看護師の成長については、これまで透析に従事する看護師に必要なスキルが明確になっていなかったために、客観的に測定することは困難であった。しかし、研究6で示された自己管理支援のカテゴリーは、従事したての看護師で

も行うことができるものから、ある程度の年数が立つと実施率の増加するものがあることが明らかになったため、このカテゴリーに基づいて、透析従事看護師の成長を評価する「ラダー表」の作成も可能ではないかと考える。

これまで論じてきた「自己管理支援を促進する患者観」を育み、目に見える患者の成果だけでなく、メンタルな支援によって得られるやりがいにも注目する看護師を増加させることは、患者への支援が充実するのみならず、透析看護自体がより充実したものとして看護師に認知されることを、今回の結果は示している。病棟の看護には7対1といった看護師の配置数を確保する制度が確立しているが、外来や透析室には無いのが現状であり、実際、透析室の看護師配置数に決まりがないために少ない人員で行わなければならない場合、業務をこなすことに視点が置かれて、本来の患者をケアする楽しさを失いつつあることが懸念される。今回明らかになったように、透析看護は身体的なケアはもちろん、患者の心理的社会的な側面をも扱うスキルが必要で、精神科的なケアや在宅・介護、ターミナルケアまで幅広い能力が求められる極めてやりがいのある領域である。このような領域にふさわしい量と質の看護師が配置できるような、制度面の改善が必要である。

6) 本研究結果の他疾患への応用

さらに、本研究では、患者の動機づけを支える看護は、様々な可能性を秘めていることも明らかになった。日常生活で遭遇する多彩な場面で適切な選択ができ、困難な問題を解決していける能力と自律性を育てていくという姿勢は、透析患者

のみならず，慢性に経過して日常的に何らかの管理を必要とする疾患の患者の多くに適用が可能と思われる。特に，本研究が示したような当事者の自律性や個々の段階に応じた支援の在り方，療養と個人の生きがいや自己実現との統合を重視するような関わりは，長期の療養や，リハビリテーションを要する慢性疾患の患者や障害者への関わりを考える場合にも重要と考える。

また，透析と同様，日々食事の管理を必要とする糖尿病の患者に適用されて，糖尿病性腎症の発症や進行を遅らせることが可能となれば，透析導入する患者を減らすことができるし，やむなく透析導入した場合であっても，その後の管理にも活用して，患者の透析生活をより充実させることが可能となる。

さらに，患者のみならず，看護師においても，現在の職場への就業を継続していく動機づけが支援の実践を高めていたことから，看護師自身にも適用されて「就業動機」をより自律的・主体的に感じる看護師が増加することによって，看護の質の向上に貢献しうる可能性があると考えられる。

3. 本研究から得られた透析医療の今後への示唆

本研究の結果から，今後，透析医療に以下のような支援や変革が求められると考える。

1) 透析従事看護師への支援として，

- ① 従事初年度の必須教育項目を設定し，施設規模に関わらず同様の知識・技術の習得を得ることを目指す。
- ② 患者の動機づけや心理面の支援を含めた継続教育のプログラムを作成し，実施する。
- ③ 他科，特に精神科との連携を強化し，定期的に患者

の状況をメンタルな面も含めて多角的に把握できるようにする。さらに、看護師が、患者の対応に関するアドバイスを受けられるようにする。

- ④ 上記支援が継続的に行なわれるよう、小規模施設は他施設と教育プログラムでの連携を図り、複数施設で教育を維持するシステムを構築する。

2) 透析医療の変革として、

- ① 透析治療の更なる長期化に備え、多様な状況に対応可能な透析従事看護師の育成に力を入れる。
- ② 透析従事看護師に求められるスキルが、高度で多角的であることを明らかにし、看護の一定の水準を満たした場合は、保険点数を算定する。
- ③ 透析治療における「看護必要度」を明らかにし、透析に従事する看護師の必要人数を設定し、病棟などへの人材の流出を防止する。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、外来に通院できる透析患者を対象としているものであるため、合併症その他によって身体機能が低下しているなどの患者の認知については、明らかにしていない。また、透析に従事する看護師についても、透析施設の状況は多様であり、今回の対象がすべてを網羅しているとはいえないという、限界もある。さらに、あくまでも横断的な調査にとどまり、今回明らかになった支援の評価については行われていないため、更に多様な状況下での患者の認知の特徴や支援の効果についての調査が必要である。

また、今後は、今回の研究を踏まえて、透析患者の支援のみならず、日常的に療養の自己管理を必要とする慢性疾患や、

生活の再構築が必要な障害を持つ患者の支援にも適用しうるような、より一般的な看護支援の在り方を検討することも必要と考える。

＜謝辞＞

筑波大学大学院人間総合科学研究科生涯発達科学専攻に入学して3年という期間で学位論文をまとめるということは、未熟な私にとっては壮大な目標でした。ここに成果としてまとめることができましたのも、多くの方々のお力添えをいただいたからにはほかなりません。紙面では十分感謝の気持ちをお伝えできない点もあろうかと思いますが、お世話になりましたの方々へこの場をお借りしてお礼を申し上げたいと思います。

高橋正雄先生

本研究を遂行し学位論文をまとめるにあたり、高橋正雄教授には、終始あたたかいご指導を賜りました。心より厚く御礼申し上げます。説明会で初めてお会いしたにもかかわらず、快くご指導をお引き受けくださり、受験までにも多くのご指導を賜ることができ、私は本当に幸運な学生でした。入学後は、分析途中経過の、行く先定まらない私の話でも、丁寧に耳を傾けてくださいました。先生に聞いていただくだけで、自然と自分の思考が固まっていき、魔法のように感じておりましたし、私自身の学生指導をしていく上での素晴らしいお手本になりました。また、発表会の前には必ず幾度も原稿やスライドをご確認くださるなど、手間と時間をかけて育てていただきました。時には、大学教員としての業務をこなす中での様々な悩みに関してもやさしく聞いてくださったり、自作の曲を弾いて励ましてくださったりと、お忙しい時もどんな時でも、リラックスして研究に集中できるよう導いてくださいましたこと、深く感謝いたしております。このような先

生のお導きがなければ、到底この論文は完成しなかったと思います。先生の論文執筆力には、私は到底及びませんが、この3年間で目指していた、「看護師以外の職種にも説得力を持つこと」に関して成長した自分を感じることができるようになりました。まだまだ未熟ではありますが、「より良いものを目指し続ける」という先生の教えを実践し続ける弟子であり続けたいと思っております。

奥宮 暁子先生

また、本研究の基盤となる修士論文へのご指導と、その後も公私ともに私の活動を見守ってくださり、博士課程在籍中も共同研究者としてご指導下さった奥宮暁子教授に深く感謝いたします。職場の上司として研究に必要なご配慮をいただくとともに、その広いご人脈を生かして、研究にご協力いただける方をご紹介くださり、多くの施設、多くの対象者の方との出会うチャンスをいただきました。先生と出会った10年前には想像もしていなかった博士課程への道は、先生が、ライフワークになり得るテーマとの出会いを修士の時に強調してくださったことと、その後も、いつも背中を押してくださったからであったと感じています。看護師としても教員としての先生の生き方が、今までもこの先も私の目標になるものと思っております。

副査の先生方

副査として、私の拙い論文をご査読いただきました、廣田栄子教授、佐島毅准教授の両先生方のあたたかいご指導にも御礼申し上げます。廣田先生からは、研究デザイン発表会の時から頻繁にお声をかけていただき、私の研究に興味を持っ

ていただいていたことが大変励みになっていました。予備審査では、直前の副査のお願いであったにもかかわらず、細部まで丁寧に読み込んでコメントを下さり、本当に感謝いたしております。佐島先生は、発表会后など終始和やかな笑顔でご指導いただき、予備・本審査ではご自分の博士論文の話や、ご家族のことまでお話しいただきながら、共感できる研究であるとおっしゃっていただき、自分の研究テーマに自信を持って今後取り組む勇気をいただきました。心から先生方に感謝しております。

研究実施にお力添えいただいた方々

まず、私の研究へのご理解をいただき、お忙しい中、多くの施設の先生方に丁寧にご説明いただき、ご紹介くださった、虎の門病院腎臓内科の原茂子先生に深く感謝いたします。各施設では本当に良くしていただきました。特に、看護師対象の調査では、質問紙の配布にも多くの方にご尽力いただきました。個人情報保護の観点から、対象者の施設が特定できないようにしなければならず、一つ一つの施設でお世話になりました諸先生方、看護スタッフの皆様のお名前を挙げてお礼を申し上げることができないことが残念です。透析中の患者様へ、研究者が来ているとお声を掛けていただいたり、情報収集に必要なご準備をいただいたり、分析にあたって大変参考になった、貴重な現場の状況をご教示いただいたりと数えきれないご配慮を賜りましたこと心からお礼申し上げます。

研究の対象者となっていたいただいた方々

本研究では、非常に多くの透析患者の皆様と、透析に従事しておられる看護師の皆様に対象者となっていました。

治療を受けているベッドサイドに来て声を掛けてくる見知らぬ研究者の話に耳を傾けてくださり、自分自身でなくても今後の透析患者のためになるのなら、とおっしゃっていただくなど、頭の下がる思いを何度も致しました。ご返送くださる質問紙には、回答のほかに、研究の成功をお祈りくださったり、励ましてくださるお言葉をお書きいただいたことが幾度もあり、そんな皆様のお心遣いに支えられて、孤独なデータ入力作業もとても楽しく行うことができました。面接調査にご協力いただいた方々は、つらい思い出も複雑な心境も余すところなく真摯にお話し下さり、録音データは何度聞き返しても心打たれるものがありました。看護師の皆様のご回答には、患者さんや透析看護への熱い思いが綴られていて、同じ看護の道を歩むものとして勉強になり、励みになり、よりいっそう透析看護の素晴らしさを確信することができました。このような素晴らしい方たちに出会え、その生きざまに触れることができたことに感動し、深く感謝いたしております。皆様の、ますますのご健勝とご活躍をお祈り申し上げます。

様々な方面からご指導・ご支援をいただいた方々

廣田先生の勧めで受けた生涯発達システム特論においてご指導いただきました、M-GTA 研究でご高名な山崎浩司・小倉啓子両先生にも深く感謝しております。授業準備からの丁寧な先生方からのスーパーバイズをいただくことができたことで自分の考えをより明確化させることができました。

大学院の学生としての生活では、発表の練習にお付き合い下さったり、些細なこともポジティブにコメントをくださった木山祐子さんにたくさん支えていただきました。また、同

級生の4期のみなさんとも、提出や審査前に机を並べて励ましあいながら論文執筆できたことも楽しい思い出になっています。大学院でこういった前向きで元気な人たちに出会えたことに感謝しています。

職場においては、奥宮先生をはじめ多くの同僚の先生方に支えていただきました。特に、高橋先生をご紹介くださり、博士課程への進学を勧めてくださった石川ふみよ先生、私がデータ収集や発表会で不在にしても業務に支障がないようフォローしてくれた瀬尾昌枝先生には深く感謝しております。

最後に、在学中は息抜きに付き合ってくれ、学位取得を喜んでくれた友人たちと、毎日帰宅が遅くても、休日に不在でも耐えてくれた（諦めてくれた？）家族に感謝の意を表したいと思います。

平成 26 年 3 月

＜参考論文＞

査読つき学術論文

山本佳代子，奥宮暁子（2009）自己決定理論構成概念の測定尺度
日本語版の信頼性・妥当性の検証－血液透析患者の自己管
理における自律性支援認知，動機づけ，有能感の測定－，
日本看護研究学会雑誌，32(2)，13-21 【研究1】

山本佳代子，奥宮暁子（2011）わが国における自己決定理論へ
ルスケアモデルの検証，日本腎不全看護学会誌，13(2)，
60-66 【研究2】

学会発表

山本佳代子，奥宮暁子（2006）わが国における自己決定理論へ
ルスケアモデルの検証－外来透析患者への調査を通して－，
第21回日本保健医療行動科学会学術大会抄録集，p45 【研
究2】

山本佳代子，中石智子，奥宮暁子（2006）外来血液透析患者の
自己管理に関する認識と望む看護，第10回日中看護学会論
文集録，p235-237 【研究4の対象者の一部】

山本佳代子，奥宮暁子（2006）血液透析患者における自己管理
行動に関する認知の実態－自律性支援の認知，自律的動機
づけ，有能感の測定－，第9回日本腎不全看護学会学術集
会抄録集，p31 【研究3-2のプレテスト】

山本佳代子，奥宮暁子（2006）自己決定理論ヘルスケアモデル
測定用具の日本語版の作成と検証－外来血液透析患者への
調査を通して－，第26回日本看護科学学会 【研究1】

山本佳代子，奥宮暁子（2013）血液透析患者における「自己管
理に関する自律的動機づけ」形成のプロセス，日本慢性看
護学会誌，7（1），A103 【研究5】

- 山本佳代子，奥宮暁子（2013）「透析患者の自己管理支援」に関する看護師の認識と実践上の課題，第16回日本腎不全看護学会学術集会抄録集，p208【研究6の一部】
- 山本佳代子，奥宮暁子（2013）透析患者への自己管理支援の実施の実態と影響要因，第16回日本腎不全看護学会学術集会抄録集，p192 【研究6の一部】

<引用文献>

- ADA(アメリカ糖尿病協会) (2001) /石井均監訳 (2001). 糖尿病エンパワーメント, 医歯薬出版, 東京.
- 有坂千亜紀, 蟹谷美香, 塚原節子 (2010). 週2回透析患者における自己管理を継続できている要因. 日本看護学会論文集: 成人看護II, 40, 308-310.
- アルファロ.R, ルフィーヴァ (2004) /江本愛子監訳 (2004). 基本から学ぶ看護過程と看護診断. 第5版, 132, 医学書院, 東京.
- Baard,P.P., Deci, E.L.,Ryan,R.M. (2004). Intrinsic need satisfaction: A motivational basis of performance and well-being in to work settings. *Journal of Applied Social Psychology*, 34, 2045-2068.
- Bargh. J 編 (2007) /及川昌典, 木村晴, 北村英哉編訳 (2009). 無意識と社会心理学—高次心理課程の自動性—, 70-74, ナカニシヤ出版, 京都.
- Battistella, M.(2012). Management of depression in hemodialysis patients. *The CANNT Journal*, 22(3), 29-34.
- Chan, D.K., Lonsdale, C., Ho, P.Y., Yung, P.S. H., Chan, K.M. (2009). Patient motivation and adherence to post-surgery rehabilitation exercise recommendations: The influence of physiotherapists' autonomy supportive behaviors. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 90, 1977-1982.
- Curtin, R.B., Maps, D.L. (2001). Health Care Management Strategies of Long-Term Dialysis Survivors. *Nephrology Nursing Journal*, 28(4), 385-392.
- Curtin, R.B., Oberley, E.T., Sacksteder, P., Friedman, A.(1996). Differences between employed and nonemployed dialysis patients. *Am J Kidney Dis*, 27(4), 533-40.
- Curtin, R.B, Sitter, D.C.B., Schatell, D., Chewing, B.A. (2004). Self-management, knowledge, and functioning and well-being of patients on hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal (NEPHROL NURS J)*, 31(4), 378-87.
- Deci, E.L., Ryan, R.M(1985). /石田梅男訳 (1985). 自己決定の心理学. *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*, 誠信書房, 東京
- Deci., E.L., Ryan, R.M.(2002). *Handbook of Self-Determination Research*. p240, University of Rochester Press.
- Deci, E.L., Flaste, R. (1995)./桜井茂男 (1999). 人を伸ばす力—内発と自律のすすめ— *Why We Do What We Do-The dynamics of personal autonomy*. 新曜社, 東京.
- DOPPS の HP <http://www.dopps.org/ProgramHome.aspx> (2013.8.28 最終アクセス)
- 江川隆子 (2001). 透析患者に対する看護ケアに関する研究の動向; 自己管理行動に関する研究へのいざない. *看護技術*, 47(2), 88-95.
- 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), 211-215.
- 深川直美, 西坂和子, 田中孝夫, 他 (2003). 血液透析導入患者の心理状態—アレキシサイミアを呈する割合と看護介入の現状—. 臨床透析, 19(1), 129-133.
- 福西勇夫, 久郷敏明, 州脇寛 (1988). 人工透析患者の心理学的側面. 心身医学, 28(7), 601-607.
- 福西勇夫 (1997). サイコネフロロジーマニュアル—腎不全患者の心理面へのアプローチ—. 193-204, 南山堂, 東京.
- Gibson, C.H.(1991). A Concept Analysis of Empowerment, *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354-361.
- Glasgow, R.E., Anderson, R.M.(1999). In diabetes care, moving from compliance to adherence is not enough. *Diabetes Care*, 22(12), 2090-2092.
- Green, J., Fukuhara, S., Shinzato, T., Miura, Y., Wada, S., Hays, R.D., Tabata, R., Otsuka, H., Takai, I., Maeda, K., Kurokawa, K.(2001). Translation cultural adaptation, and initial reliability and multitrait testing of the Kidney Disease Quality of Life instrument for use in Japan. *Quality of Life Research*, 10, 93-100.
- Gülseren, K., Esra, E.(2011). The evaluation of depression, suicidal ideation and coping strategies in haemodialysis patients with renal failure. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2721-2732.
- Halvari, M.A.E., Halvari, H.(2006), Motivational predictors of change in oral health: An experimental test of self-determination theory. *Motivation and Emotion*, 30, 294-305.
- Halvari, M.A.E., Halvari, H., Bjørnebekk, G., Deci, E.L.(2010). Motivation and anxiety for dental treatment: Testing a self-determination theory model of oral self-care behaviour and dental clinic attendance. *Motivation and Emotion*, 34, 15-33.
- Hagren, B., Pettersen, I.M., Severinsson, E., Lützén, K., Clyne, N. (2001). The haemodialysis machine as a lifeline: experiences of suffering from end-stage renal disease. *Journal of Advanced Nursing*, 34(2), 196-202.
- 花井豪, 馬場園哲也 (2005). 糖尿病性腎症の特長. 透析ケア, 11(12), 12.
- 原明子, 林優子 (2004). 血液透析患者のストレスと対処. 岡山大学医学部保健学科紀要, 15, 15-21.
- Hayamizu, T. (1997). Between intrinsic and extrinsic motivation : Examination of reasons for academic study based on the theory of internalization. *Japanese Psychological Research*, 39(2), 98-108.
- 速水俊彦 (1995). 親密な人間関係で自律的動機づけを. 授業研究, 21, 83-87.
- 速水俊彦 (1998). 自己形成の心理—自律的動機づけ. 116-119, 金子書房, 東京.
- 春木繁一 (1999). 透析患者の心とケア—サイコネフロロジーの経験から<正編>. 49-54,

メディカ出版, 大阪.

Hedayati, S., Minhajuddin, A., Toto, R., Morris, D., Rush, A.J.(2009). Prevalence of Major Depressive Episode in CKD. *Am J Kidney Dis*, 54(3), 424-432.

Hedayati, S., Minhajuddin, A., Afshar, M., Toto, R., Trivedi, M., Rush, A.J. (2010). Association Between Major Depressive Episodes in Patients With Chronic Kidney Disease and Initiation of Dialysis, Hospitalization, or Death. *The Journal of the American Medical Association*, 303(19), 1946-1953.

肥田野直, 福原眞知子, 岩脇三良, 曾我祥子, Spielberger, C.D. (2000). 新版 STAI マニュアル. 4-22, 実務教育出版, 東京.

樋口輝彦 (2007). うつ病の症状と診断, 実践精神科看護テキスト 11 うつ病看護. 精神看護出版, 東京.

日野敏明, 竹内龍雄, 池田政俊他 (1999). パニック障害患者の対処様式についてー「ラザルス式ストレスコーピングインベントリー」を用いた検討ー. *精神科治療学*, 14 (12), 1403-1407.

堀内 清孝, 川原 隆, 横山 由佳, 山口 智美 (2012). 透析導入 3 年未満の高齢糖尿病性腎症患者 2 事例の水分管理行動変容への看護介入. *保健学研究*, 24 (2), 31-39.

市川信一 (1995). 学習と教育の心理学. 岩波書店, 東京.

伊藤一美 (2002). 外来血液透析患者の水分管理における自己決定とコンプライアンスの関係. *神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録*, 27, 267-274.

石井均 (1998). 糖尿病の治療と患者心理. *プラクティス*, 15(2), 139-148.

石井均 (2002). 糖尿病の心理行動学的諸問題. *糖尿病*, 43(1), 13-19.

Johnston, D.W., Johnston, M., Pollard, B., Kinmouth, A.L., Mant, D.(2004). Motivation is not enough : Prediction of risk behavior following diagnosis of coronary heart disease from the theory of planned behavior. *Health Psychology*, 23, 533-538.

海津嘉蔵 (1999). 透析のタイミングと糖尿病のコントロール. *プラクティス*, 16(1), 45-49.

柿本なおみ, 宮本寛子, 岡美智代 (2004). 行動変容プログラムによる適切な目標設定により水分管理に効果がみられた一例. *日本腎不全看護学会誌*, 6(2), 112-117.

鹿毛雅治編 (2012). モティベーションをまなぶ 12 の理論. 146-154, 金剛出版, 東京.

梶山直子, 金子昌子, 鈴木純恵 (2011). リハビリテーション病棟で働く看護師のやりがい. *獨協医科大学看護学部紀要*, 5(2), 51-59.

Kasser, V.G., Ryan, R.M.(1999). The Relation of Psychological Needs for Autonomy and Relatedness to Vitality, Well-Being, and Mortality in a Nursing Home. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(5), 935-954.

川端京子, 石田宣子, 岡美智代 (1998). 血液透析患者の自我管理行動および自己効力感に影響を及ぼす因子. *日本生理人類学会誌*, 3(3), 89-96.

- 川合 朱美 (2009). 血液透析患者の ASO に対する意識の変化 指導パンフレットを作成・活用して. 長野県透析研究会誌, 32(1), 9-12.
- 川口孝泰 (1999). データの分析. 南裕子, 押尾幸子他 (編): 看護における研究 看護学体系第 10 巻 (第 2 版). 145-178, 日本看護協会出版会, 東京.
- 河口てる子, 西片久美子, 高瀬早苗 (2000). 糖尿病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(3), 213-220.
- 河口てるこ, 患者教育研究会 (2003). 患者教育のための「看護実践モデル」開発の試み——看護師によるとっかかり・手がかり言動とその直感的解釈, 生活と生活者の視点, 教育の理論と技法, そして Professional Learning Climate (焦点 患者教育のための「看護実践モデル」開発の試み). 看護研究, 36(3), 177-185.
- 川島陽子 (2001). 血液透析患者のセルフケアに関する要因—透析歴 10 年以上の患者との面接を通して—. 神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録, 26, 279-286.
- 香月富士日 (2009). 精神科における看護師の患者に対する心理的距離の関連要因. 日本看護研究学会雑誌, 32(1), 105-111.
- Khalil, A.A., Frazier, S.K., Lennie, T.A., Sawaya, B.P.(2011). Depressive symptoms and dietary adherence in patients with end-stage Renal disease. *Journal of Renal Care*, 37(1), 30-39.
- 木下康仁 (2003). グラウンデッドアプローチの実践—質的研究への誘い. 25-46, 弘文堂, 東京.
- Klang, B., Bjorvell, H., Berglund, J., Sundstedt, C., Clyne, N.(1998). Predialysis patient education: effects on functioning and well-being in uraemic patients. *Journal of Advanced Nursing*, 28(1), 36-44.
- 栗原明美, 橋本佐由理, 中嶋一恵, 宗像恒次 (2012). 血液透析患者の末梢白血球中の好中球/リンパ球比と精神・行動特性との関係. 日本腎不全看護学会誌, 14(2), 72-76.
- 栗原明美, 柳久子, 奥野純子, 戸村成男 (2006). 血液透析患者の自己管理能力に影響を及ぼす治療適応意識とその類型. 透析会誌, 39(1), 51-55.
- 黒江ゆり子 (2002a). 慢性性 (Chronicity) と生活史に焦点を当てた看護学的研究; 病いの慢性性 Chronicity と生活者という視点 コンプライアンスとアドヒアランスについて. 看護研究, 35(4), 287-301.
- 黒江ゆり子 (2002b). 慢性疾患におけるアドヒアランス コンプライアンスからアドヒアランスへ. 看護技術, 48(3), 296-305.
- Lam, C.F., Gurland, S.T.(2008). Self-determined work motivation predicts job outcomes, but what predicts self-determined work motivation?. *Journal of Research in Personality*, 42, 1109-1115.
- 牧野耕次 (2005). 精神科看護における看護師の「巻き込まれ」体験の構成要素とその関連要因. 人間看護学研究, 2, 41-51.

- 牧野耕次 (2009). 看護師版対患者 Over-Involvement 尺度の開発と信頼性・妥当性の検討. 人間看護学研究, 7, 1-8.
- 牧野耕次 (2010). 看護師版対患者 Under-Involvement 尺度の開発と信頼性・妥当性の検討. 人間看護学研究, 8, 1-8.
- 牧野真弓, 泉キヨ子, 平松知子 (2010). 転倒に至る障害たしかめ体験を行なった片麻痺患者の思考プロセス. 金大医保つるま保健学会誌, 34(1), 59-67.
- 松井美帆 (2007). 医療者に対する自律性に関する日米比較. 生命倫理, 17(1), 128-134.
- 正木治恵 (1993). 慢性病患者の看護援助の構造化の試み—糖尿病専門外来看護の臨床経験を通して— (その1). 看護研究, 26(7), 49-77.
- 正木治恵 (2000). 糖尿病患者の看護: セルフケアをサポートする、これからの糖尿病患者ケア: “患者に沿う看護” とは, 看護技術, 46(13), 19-22.
- Mapes, D.L.(1991). Self-management compliance and quality of life in chronic hemodialysis patients. UNIVERSITY OF CALIFORNIA, SAN FRANCISCO, D.N.S.
- 南博文 (1995). 人生移行のモデル. 南博文, やまだようこ (編), 講座 生涯発達心理学 第5巻 老いることの意味—中年・老年期. 1-40, 金子書房, 東京.
- 三野節子, 金光義弘 (2004). ストレス場面の認知的評価およびコーピング変動性と精神的健康との関連性—大学生の個人内関連特性に基づく分析を通して—. 川崎医療福祉学会誌, 14(1), 167-171.
- Mimura, C., Griffiths, P.(2004). A Japanese version of the perceived stress scale: translation and preliminary test. International Journal of Nursing Studies, 41(4), 379-385.
- 三浦靖彦, Joseph Green, 福原俊一 (2004). KD-QOL マニュアル. NPO 健康医療評価研究機構, 京都.
- 本明寛, 織田正美, 春木豊訳 (1991). リチャード・ラザルス, スーザン・フォルクマン著, ストレスの心理学—認知的評価と対処の研究. 実務教育出版, 東京.
- 本吉美也子 (2009). サテライト透析施設スタッフに対する学習プログラムの効果. 日本腎不全看護学会誌, 11(2), 54-63.
- 森田夏実 (2000). 血液透析療法を受ける患者の望む看護援助, 小島操子他 編: 看護のコツと落とし穴2, 内科系看護・精神看護. 122-123, 中山書店, 東京.
- 森田夏美 (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.
- 森田智視, 福原俊一 (2004). 世界的統計調査 DOPPS から見た腎不全患者の HRQOL. Nephrology Frontier, 3(4), 291-294.
- 中川泰彬, 大坊郁夫 (1985). 日本版 GHQ 精神健康調査票手引. 57-62, 日本文化科学社, 東京.
- 中原宣子, 森田夏美, 内田雅子 (2002). 透析看護の確立に向けての基礎調査—透析室に従

- 事する看護師の現況－. 大阪透析研究会会誌, 20(2), 159-165.
- 中原宣子 (2003). 日本の透析事情と看護の方向性－透析看護の質の保証と人員配置－. 臨床透析, 19(3), 259-267.
- 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, 43-52.
- 中村菜々子, 三輪雅子, 平井啓 (2012). 人工透析患者の対処行動とセルフケア行動との関連. 日本行動療法学会大会発表論文集, 38, 200-201.
- 仲沢富枝 (2004). 透析を受ける病者の「生活の編みなおし」の検討－糖尿病性腎症による向老期透析導入患者を焦点に－. 日本看護科学会誌, 24(2), 33-41.
- 仲沢富枝 (2005). 内シャント造設患者の心理状態への援助－ロイ看護論の自己概念適応様式を活用した説明モデルの分析から－. 日本腎不全看護学会誌, 7, 66-71.
- 長尾佳代 (2002). 血液透析患者の食事に関する自己効力感と管理行動の関係. 日本腎不全看護学会誌, 4(2), 75-79.
- 日本健康心理学研究所 (2009). ストレスコーピングインベントリー・自我態度スケール－実施法と評価法. 1-18, 実務教育出版, 東京.
- 日本腎不全看護学会編 (2011). 腎不全看護 (第3版). 338-339, 医学書院, 東京.
- 日本透析学会統計調査委員会 (2006). わが国の慢性透析療法の現況 (2005年12月31日現在), 10-13, 日本透析医学会, 東京都.
- 日本透析学会統計調査委員会 (2012). わが国の慢性透析療法の現況 (2011年12月31日現在). 4-10, 日本透析医学会, 東京都.
- 西村由記, 森本ゆかり, 荒井謙一, 中山栄純 (2009). 糖尿病を持つ慢性維持透析患者の糖尿病合併症予防に対する意識と自己管理. 日本看護学会論文集: 成人看護 II, 24, 302-304.
- 野嶋佐由美 (1996). 看護ケアパラダイムの変換をめぐって; エンパワーメントに関する研究の動向と課題. 看護研究, 29(6), 453-463.
- 野嶋佐由美他 (1997). 血液透析患者の自己決定の構造. 日本看護科学会誌, 17(1), 22-31.
- Nouwen, A., Ford, T., Balan, A., Twisk, J., Ruggiero, L., White, D.(2011). Longitudinal Motivation Predictors of dietary Self-Management and Diabetes Mellitus. Health Psychology, 30(6), 771-9.
- 小倉能理子, 阿部テル子, 齋藤久美子, 石岡薫, 一戸とも子, 工藤せい子, 西沢義子, 會津桂子, 安杖優子, 小林朱実 (2009). 看護職者の患者指導に対する認識と実施状況. 日本看護研究学会雑誌, 32(2), 75-83.
- 及川昌典 (2005a). 知能観が非意識的な目標追求に及ぼす影響. 教育心理学研究, 53(1), 14-25.
- 及川昌典 (2005b). 意識的目標と非意識的目標はどのように異なるのか? 教示またはプライミングによるステレオタイプ抑制の効果. 教育心理学研究, 53(4), 504-515.
- Oka, M., Tomura, S., Takahashi, H., Tsuchiya, S.(1999). Treatment regimen adherence

- and life-satisfaction in hemodialysis patient : a covariance structure analysis. *Clinical and Experimental Nephrology*, 3, 198-206.
- 岡美智代, 宗像恒次, 戸村成男, 土屋 滋 (1996a). 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—65 歳未満と 65 歳以上との比較—. *日本保健医療行動科学学会年報*, 11, 233-248.
- 岡美智代, 戸村成男他(1996b). 透析患者の食事管理の自己効力尺度の開発. *日本看護会誌*, 5, 40-48.
- 岡美智代, 安酸史子, 戸村成男, 土屋滋 (1997a). 血液透析患者のセルフケアと透析療法における自己決定—自己決定理由と行動の内容分析—. *日本保健医療行動科学学会年報 Vol.12*, 171-187.
- 岡美智代, 安酸史子, 保科良子, 戸村成男 (1997b). 血液透析患者の自己決定尺度の開発—第 2 回日本透析学会コメディカルスタッフ研究助成報告—. *透析会誌*, 30(8), 1061-1067.
- 岡谷恵子 (1995). 看護婦 - 患者関係における信頼を測定する質問紙の開発 - 信頼性・妥当性の検定. 聖路加看護大学博士論文.
- 岡谷恵子, 河口てる子 (1996). 尺度・測定用具開発のプロセス, および日本語版作成(日本語訳)の手順. *日本看護科学会誌*, 16(1), 21-27.
- 奥宮暁子 (1997). 生活習慣病の人の生活調整のための支援, 看護と介護の人間関係. 岡堂 哲雄 (編), *現代のエスプリ別冊*, 186-195, 至文堂, 東京.
- 恩幣(佐名木)宏美, 岡美智代, 山名栄子, 李孟蓉, 柿本なおみ, 後藤真希, 高橋純子 (2008). EASE プログラムに関する文献研究—介入効果と EASE プログラムを実践する看護者に必要な要素の検討. *日本腎不全看護学会誌*, 10(2), 80-85.
- 恩幣(佐名木)宏美, 岡美智代, 上星浩子, 郷橋さつき (2009). 透析看護における患者教育の定義と必要な要素の検討. *北関東医学会誌*, 59(2), 145-150.
- 大日方とも子, 今井和子, 中川千明, 五十嵐紀子, 掛川哲司, 山崎徹, 徳永真一 (2000). 外来透析患者の不安調査 STAI を用いて. *長野県透析研究会誌*, 23(1), 5-7.
- 大池真樹他 (2010). わが国における患者教育に関する看護研究の動向と課題. *宮城大学看護学部紀要*, 13(1), 37-43.
- 大木桃代 (2005). 日本人の医療行為に対する意思決定度の測定. *人間科学研究*, 第 27 号, 83-92.
- Osterman, R.(2011). Feasibility of using Motivational Interviewing to Decrease Alcohol Consumption During Pregnancy. *Journal of Addictions Nursing*, 22(3), 93-102.
- 逢澤詳子 (2012). 透析患者に対するピアサポートの実際 (3) MSW の立場から. *臨床透析*, 28(4), 61-67.
- Pelletier, L.G., Dion, S.C., Slovenic-D'Angelo, M., Reid, R.(2004). Why do you regulate what you eat? Relationship between forms of regulation, eating behaviors, sustained

- dietary behavior change, and psychological adjustment. *Motivation and Emotion*, 28, 245-277.
- Polaschek, N. (2003). Living on dialysis: concerns of clients in a renal setting. *Journal of Advanced Nursing*, 41(1), 44.
- Ravenscroft, E. (2005). Diabetes and Kidney Failure: How Individuals with Diabetes Experience Kidney Failure. *Nephrology Nursing Journal*, 32(4), 502-509.
- Rodwell, C.M.(1996). An Analysis of the Concept of Empowerment, *Journal of Advanced Nursing*, 23(2), 305-313.
- Ryan, R.M., Deci, E.L.(2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Ryan, R.M., Deci, E.L.(2002). Overview of self-determination theory: An organismic dialectical perspective. In E.L.Deci & R.M.Ryan (Eds.). *Handbook of self-determination research*, University of Rochester Press, p3-33.
- 櫻井茂男 (2009). 自ら学ぶ意欲の心理学ーキャリア発達の視点を加えてー. 92-10, 有斐閣, 東京.
- 佐名木宏美, 瀧川薫 (2007). 糖尿病性腎症から透析となった患者の障害に対する思いー非糖尿病性腎症の透析患者との比較. *滋賀医科大学看護学ジャーナル*, 5, 13-18.
- 佐々木栄子, 小山善子 (2004). うつ病患者への教育・指導に関する基礎的研究ー患者・看護者へ一般性自己効力感尺度を用いた質問紙調査を通して. *日本看護研究学会雑誌*, 27(2), 19-28.
- 佐藤久光 (2009). 透析看護の質的転換 CKD の視点から. *日本腎不全看護学会誌*, 11(1), 4-7.
- 瀬野佳子 (2000). 体重コントロール不良な患者への看護 抑鬱状態に陥った患者との係わりを通して. *善仁会研究年報*, 21, 83-84.
- 千場直美 (2009). 更年期女性の精神状態とストレスコーピングの関連性について. 更年期と加齢のヘルスケア, 8(1), 67-76.
- Sharp, J., Wild, M.R., Gumley, A.I., Deighan, C.J.(2005). A cognitive behavioral group approach to enhance adherence to hemodialysis fluid restrictions: a randomized controlled trial. *American Journal of Kidney Diseases*, 45(6), 1046-1057.
- Sheldon, K.M., Williams, G., Joiner, T.(2003). *Self-Determination Theory in the Clinic*. 13-40, Yale University Press.
- シェリフ多田野良子, 大田明英 (2006). 血液透析患者におけるストレスの認知に関する研究. *日本看護科学学会誌*, 26(2), 48-57.
- Silva, M. N., Markland, D. A., Carraca, E. V., Vieira, P. N., Coutinho, S. R., Minderico, C. S., Matos, M. G., Sardinha, L. B., & Teixeira, P. J.(2011). Exercise autonomous

- motivation predicts 3-yr weight loss in women. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 43, 728-737.
- 新谷善恵, 稲垣美智子 (2005). 看護師が慢性疾患患者への実践ケアを学ぶ構造. *日本看護研究学会雑誌*, 28(5), 37-46.
- Simoneau, H., Bergeron, J.(2003). Factors affecting motivation during the first six weeks of treatment. *Addictive Behaviors*, 28, 1219-1241.
- Sinclair P.M., Parker, V.(2009). Pictures and Perspectives: A Unique Reflection on Interdialytic Weight Gain. *Nephrology Nursing Journal*, 36(6), 589-596.
- Su, C., Lu, X., Chen, W., Wang, T. (2009). Promoting self-management improves the health status of patients having peritoneal dialysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1381-1389.
- Swartz, D., Perry, E., Brown, S., Swartz, J., Vinokur, A. (2008). Patient-Staff Interactions and Mental Health in Chronic Dialysis Patients. *Health & Social Work*, 33(2), 87-92.
- 田上功, 渡會丹和子 (2011). 血液透析を受ける患者の心理的特徴に関する研究の分析. *医療保健学研究*, 2, 175-183.
- Taillefer, T. (2008). Nurses and Dietitians Collaborating to Impact Nutrition and Diabetes Mellitus Management Issues for Patients with Type 2 Diabetes Mellitus on Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 35(5), 503-505.
- 竹本与志人, 香川幸次郎, 白澤政和 (2008). 血液透析患者の精神健康度と主介護者の療養継続困難感との関係. *メンタルヘルスの社会学*, 14, 53-63.
- 田村幸子, 新谷恵子 (2009). 慢性透析患者の身体的・心理的苦痛に対するセルフケア及び看護ケアの実態. *看護実践学会誌*, 21(1), 28-35.
- Tanaka, K., Yamauchi, H. (2000). Influence of autonomy on perceived control beliefs and self-regulated learning in Japanese undergraduate students. *North-American-Journal of Psychology*, 2(2), 255-272.
- 谷口裕子, 塚田 佐奈江, 崎山 理恵, 西村 真弓, 西村 容子 (2003). 透析患者の自己決定権が内発的動機づけに及ぼす影響 水分自己管理に関する自信度と体重増加率からの検討. *日本看護学会論文集: 成人看護 II*, 33, 263-265.
- 多崎恵子, 稲垣美智子, 松井希代子, 村角直子 (2006). 糖尿病患者教育に携わっている看護師の実践に対する思い. *金大医保つるま保健学会誌*, 30(2), 203-210.
- Taskapan, H., Ates, F., Kaya, B., Emul, M., Kaya, M., Taskapan, C., Sahin, I. (2005). Psychiatric disorders and large interdialytic weight gain in patients on chronic hemodialysis. *Nephrology*, 10(1), 15-20.
- 富永玲子, 松本千佳, 松山典子, 柳原由紀, 山口洋美, 小畑みづほ, 風浦吉江, 滝澤直美, 福島徹也, 世羅康徳, 松本一成, 木村博典, 上田康雄, 川崎英二 (2010). 質問表を用

- いた糖尿病看護に関する意識調査. 糖尿病, 53(9), 713-718.
- 富野康日己 (1999). 透析患者のための臨床心理的アプローチ—こころのケアの実際—. 文光堂, 79-81.
- 豊田秀樹 (2007). 共分散構造分析 AMOS 編構造方程式モデリング. 236-245, 東京図書, 東京.
- Tsay, S.L., Hung, L.O. (2004). Empowerment of patients with end-stage renal disease – a randomized controlled trial, *International Journal of Nursing Studies*. 41, 59-65.
- 上淵寿 (2005). 動機づけ研究の最前線. 北大路書房, 35-41.
- 牛久保美津子, 数間恵子 (2000), 慢性病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(3), 203-211.
- Van Manen, J.G., Korevaar, J.C., Dekker, F.W., Reuselaars, M.C., Boeschoten, E.W., Krediet, R.T. (2001). Changing in employment status in end-stage renal disease patients during their first year of dialysis. *Perit Dial Int*, 21(6), 595-601.
- Vieira, P. N., Mata, J., Silva, M. N., Coutinho, S. R., Santos, T. C., Minderico, C. S., Sardinha, L. B., Teixeira, P. J.(2010). Predictors of psychological well-being during behavioral obesity treatment in women, *Journal of Obesity*, 1-8.
- 渡邊正樹 (1985). Health Locus of Control による保健行動予測の試み. 東京大学教育学部紀要, 25, 299-307.
- Welch, J.L., Austin, J.K. (2001). Stressors, coping and depression in hemodialysis patients. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2), 200-207.
- West, D. S., Gorin, A. A., Subak, L. L., Foster, G., Bragg, C., Hecht, J., Schembri, M., Wing, R. R.(2010). A motivation-focused weight loss maintenance program is an effective alternative to a skill-based approach. *International Journal of Obesity*, 34, 1-11.
- Wild, T. C., Cunningham, J. A., Ryan, R. M. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: A self-determination theory perspective. *Addictive Behaviors*, 31, 1858-1872.
- Williams, G.C., Grow, V.M., Freedman, Z.R., Ryan, R.M., Deci, E.L.(1996). Motivational Predictions of Weight Loss and Weight-Loss Maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(1), 115-126.
- Williams, G.C. (1998). Supporting Autonomy to Motivate Patients With Diabetes for Glucose Control. *Diabetes Care*, 21(10), 1644-1651.
- Williams, G.C., Cox, E.M., Kouides, R., Deci, E.L. (1999). Presenting the Facts About Smoking to Adolescents : Effect of Autonomy-Supportive Style. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153(9), 959-964.
- Williams, G.C., Gagne, M., Ryan, R.M., Deci, E.L. (2002). Facilitating Autonomous

- Motivation For Smoking Cessation. *Health Psychology*, 21(1), 40-50.
- Williams, G.C., McGregor, H.A., Zeldman, A., Freedman, Z.R., Deci, E.L. (2004). Testing a self-determination theory process model for promoting glycemic control through diabetes self-management. *Health Psychology*, 23, 58-66.
- Williams, G.C., McGregor, H.A., Sharp, D., Levesque, C., Kouides, R.W., Ryan, R.M., Deci, E.L. (2006). Testing a Self-Determination Theory Intervention for Motivating Tobacco Cessation : Supporting Autonomy and Competence in a Clinical Trial. *Health Psychology*, 25(1), 91-101.
- 山本佳代子, 中石智子, 奥宮暁子 (2007). 外来血液透析患者の自己管理に関する認識と望む看護. 第 10 回日中看護学会論文集録, 235-237.
- 山本佳代子, 奥宮暁子 (2009). 自己決定理論構成概念の測定尺度日本語版の信頼性・妥当性の検証—血液透析患者の自己管理における自律性支援認知、動機づけ、有能感の測定—. *日本看護研究学会雑誌*, 32(2), 13-21.
- 山本佳代子, 奥宮暁子 (2011). わが国における自己決定理論ヘルスケアモデルの検証, *日本腎不全看護学会誌*. 13(2), 60-66.
- 山本佳代子, 奥宮暁子 (2013). 血液透析患者における「自己管理に関する自律的動機づけ」形成のプロセス. *日本慢性看護学会誌*, 7 (1), A103.
- 山本多喜司, S. ワップナー (編) (2005) 人生移行の発達心理学. 43, 北大路書房, 京都.
- Yamauchi, H. (2002). An Approach to the Hierarchical Model of Motivation in a Classroom : A Reply to Rousseau and Vallerand. *Psychological Reports*, 90, 273-278.
- 安酸史子, 大池美也子, 東めぐみ, 太田美帆, 患者教育研究会 (2003). 患者教育のための看護実践モデル開発の試み—患者教育に必要な看護職者の Professional Learning Climate. *看護研究*, 36(3), 51-62.
- 安酸史子 (2004). 糖尿病患者のセルフマネジメント教育—エンパワメントと自己効力 第 1 版. 12, メディカ出版.
- 安酸史子, 鈴木純恵, 吉田澄恵編 (2004). ナーシンググラフィカ 22 成人看護学—成人看護学概論. メディカ出版, 大阪.
- 安酸史子 (2005). セルフマネジメントとは. 安酸史子, 鈴木純恵, 吉田澄恵 (編), ナーシンググラフィカ 25 成人看護学セルフマネジメント, 4-16, メディカ出版, 大阪.
- 安酸史子 (2010). 看護の教育的関わりモデル—患者教育に必要な Professional Learning Climate—. *日本糖尿病教育・看護学会誌*, 14(1), 75-78.

資料リスト

- 1 研究1および研究2に関する資料
 - 1.1 Deciからの翻訳許可
 - 1.2 HCCQ, TSRQ, PCS原文
 - 1.3 Deciからの逆翻訳へのコメント
 - 1.4 研究1・2の質問紙
 - 1.5 「患者信頼スケール」使用許可
 - 1.6 「透析患者の食事管理の自己効力感尺度」使用許可
 - 1.7 「ヘルスローカスオブコントロール尺度」使用許可
 - 1.8 倫理審査結果
 - 1.9 施設使用許可願
 - 1.10施設使用許可書
 - 1.11同意書
 - 1.12アンケート調査ご協力のお願ひ
 - 1.13アンケートの流れ
 - 1.142回目のアンケートのお願ひ

- 2 研究3(3-1, 3-2, 3-3, 3-4)に関する資料
 - 2.1 研究3の質問紙
 - 2.2 倫理審査結果(研究3~6共通)
 - 2.3 施設使用許可書
 - 2.4 同意書
 - 2.5 アンケート調査ご協力のお願ひ

- 3 研究5に関する資料
 - 3.1 同意書
 - 3.2 インタビュー調査ご協力のお願ひ

- 4 研究6に関する資料
 - 4.1 研究6の質問紙
 - 4.2 OIS・UIS使用許可
 - 4.3 同意書
 - 4.4 看護師用調査ご協力のお願ひ

Kayoko Yamamoto

送信者: "Ed Deci" <deci@prodigal.psych.rochester.edu>
 宛先: "Kayoko Yamamoto" <kayokoy@sahs.med.osaka-u.ac.jp>
 送信日時: 2004年12月21日 23:48
 件名: Re: permission to questionnaires

You are most welcome to use the questionnaires in your research, and you can adapt them as necessary for your own language. The instructions we have are all on the SDT web site.

You will find relevant information in the questionnaires section. Within that section you can look in several places. First, scroll down to "Health Care SDT Packet (HC-SDT)" which contains a lot of information along with the short forms of the questionnaires. Also, each of the three questionnaires can be found in longer forms in other places: for the TSRQ, go to the section on "Self-Regulation Questionnaires (SRQ)"; for the HCCQ go to the section on "Perceived Autonomy-Supportive Climate Questionnaires"; and for the PCS, go to the section on "Perceived Competence Scale (PCS)". You can get to all of these from the Questionnaires page.

Good luck with your project.

Edward L. Deci
 Professor of Psychology
 University of Rochester
 Box 270266
 Rochester, NY 14627
 Phone (585) 275-2461
 Fax (585) 273-1100
 e-mail: deci@psych.rochester.edu
 web site: <http://psych.rochester.edu/SDT/>

On Tue, 21 Dec 2004, Kayoko Yamamoto wrote:

> Dear Dr. E L Deci :
 >
 > I am writing to you for the first time.
 > My name is Kayoko Yamamoto RN Division of Evidence-Based Clinical Nursing
 > Osaka University Graduate School of Medicine Japan.
 > I am deeply impressed with your study using these questionnaires,
 >
 > The Health Care Climate Questionnaire(HCCQ)
 >
 > Treatment Self-Regulation Questionnaire(TSRQ)
 >
 > The Perceived Competence Scale(PCS).

HCCQ (Healthy Diet)

This questionnaire contains items that are related to your visits with a health-care practitioner (or group of practitioners) in which your diet was discussed in any way. Health-care practitioners (doctors, nurses, counselors, etc.) have different styles in dealing with patients, and we would like to know very specifically about your experience of your provider(s) in any encounters when your diet was discussed. Your responses will be kept confidential, so none of your practitioners will know about your responses. Please be honest and candid. In some cases, you may have met with only your physician; in other cases you may have discussed your diet with several people. If you have met only with your physician, please respond with respect to him or her; if you have met with several practitioners concerning this issue, please answer in terms of your experience of all these practitioners together.

In answering the questions, please use the following scale:

1	2	3	4	5	6	7
not at all			somewhat			very
true			true			true

1. I feel that my health-care practitioners have provided me with choices and options about changing my diet (including not changing).
2. I feel my health-care providers understand how I see things with respect to my diet.
3. My health-care providers convey confidence in my ability to make changes regarding my diet.
4. My health care practitioners listen to how I would like to do things regarding my diet.
5. My health-care practitioners encourage me to ask questions about my diet.
6. My health-care practitioners try to understand how I see my diet before suggesting any changes.

TSRQ (Diet)

The following question relates to the reasons why you would either start eating a healthier diet or continue to do so. Different people have different reasons for doing that, and we want to know how true each of the following reasons is for you. All 15 response are to the same question.

Please indicate the extent to which each reason is true for you, using the following 7-point scale:

1	2	3	4	5	6	7
not at all			somewhat			very
true			true			true

The reason I would *eat a healthy diet* is:

1. Because I feel that I want to take responsibility for my own health.
2. Because I would feel guilty or ashamed of myself if I did not eat a healthy diet.
3. Because I personally believe it is the best thing for my health.
4. Because others would be upset with me if I did not.
5. I really don't think about it.
6. Because I have carefully thought about it and believe it is very important for many aspects of my life.
7. Because I would feel bad about myself if I did not eat a healthy diet.
8. Because it is an important choice I really want to make.

9. Because I feel pressure from others to do so.
10. Because it is easier to do what I am told than think about it.
11. Because it is consistent with my life goals.
12. Because I want others to approve of me.
13. Because it is very important for being as healthy as possible.
14. Because I want others to see I can do it.
15. I don't really know why.

Perceived Competence (Maintaining a Healthy Diet)

Please indicate the extent to which each statement is true for you, assuming that you were intending either to permanently improve your diet now or to maintain a healthy diet. Use the following scale:

1	2	3	4	5	6	7
not at all			somewhat			very
true			true			true

1. I feel confident in my ability to maintain a healthy diet.
2. I now feel capable of maintaining a healthy diet.
3. I am able to maintain a healthy diet permanently.
4. I am able to meet the challenge of maintaining a healthy diet.

Kayoko Yamamoto

送信者: "Ed Deci" <deci@prodigal.psych.rochester.edu>
宛先: "Kayoko Yamamoto" <kayokoy@sahs.med.osaka-u.ac.jp>
送信日時: 2005年3月16日 1:56
件名: Re: permission to my back translation

Generally, these items look good. There is just one that seems wrong to me.

TSRQ item 7. I assume this is meant to be an introjection item and it should say "If I did not do fluid management I would not feel good about myself." In other words, the intention is that it conveys that a patient's feelings of worth as a person is dependent on doing the fluid management. The way the back translation reads is that the person would not feel good in the sense of not feeling in good health. So, this should be adjusted to be sure it conveys the right thing.

the only other one is TSRQ #12. I would add the words "of me" to the end of it. Perhaps that is implied in the translated version, but just to be sure I mention it.

Edward L. Deci
Professor of Psychology
University of Rochester
Box 270266
Rochester, NY 14627
Phone (585) 275-2461
Fax (585) 273-1100
e-mail: deci@psych.rochester.edu
web site: <http://psych.rochester.edu/SDT/>

On Thu, 3 Mar 2005, Kayoko Yamamoto wrote:

- > Dear Dr. E L Deci :
- >
- > Thank you for permission to use the questionnaires and the information, last
- > December.
- >
- > I finished translation of question paper.
- > Could you possibly check my back translation?
- >
- > Our study is for patients with end stage renal failure and hemodialysis.
- > I made a change from "healthy diet" to "fluid management".
- >
- > Please find the accompanying files with the back translation.
- >
- > I look forward to your reply.

透析データ

ここには調査者が記入します。

1 透析間隔

- a. 週三回 b. 週二回 c. その他()

2 透析時間帯

- a. 昼間透析 b. 夜間透析

3 原疾患

- a. 慢性糸球体腎炎 b. 糖尿病性腎症 c. 腎硬化症
d. 多発性のう胞腎 e. 慢性腎盂腎炎 f. その他

4 日常生活動作の介助の有無

- a. 移動動作 介助なし あり
b. 食事動作 介助なし あり
c. 排泄動作 介助なし あり

5 体重の変化

ドライウエイト()kg

	月／火		水／木		金／土	
	透析前	透析後	前	後	前	後
第1週						
第2週	透析前	透析後	前	後	前	後
第3週	透析前	透析後	前	後	前	後

I. あなたの事情についておうかがいします

以下の質問について、あてはまる項目に○をつけてください。()内には該当する内容をご記入ください。

I-1 性別

- a. 男性 b. 女性

I-2 現在の年齢

満()歳

I-3 透析(血液透析、腹膜透析のどちらでも)を始めたのはいつですか？

満()歳 あるいは()年()月

I-4 現在、お仕事をしていますか？(パートタイムも含む)

- a. はい b. いいえ

I-5 いっしょに暮らしているご家族はいますか？

- a. 一人暮らし b. 同居する家族がいる

I-6 塩分の制限についてどのように思われますか？

- a. 塩分の制限はたいへん重要であると感じている

aと答えられた方→ a-1. 塩分を制限するようにしている

a-2. 必要性は感じるがあまり制限していない

- b. 塩分の制限はそれほど重要ではないと感じている

→次のページへお進みください

Ⅱ. 水分管理について話し合う看護師の様子に関する質問

このアンケートでは、あなたが看護師と水分管理について話し合う際の様子について質問します。看護師は患者との接し方がそれぞれ様々ですが、今回は特に水分管理についての話し合いに関するあなたの経験についてお聞きします。あなたの回答は秘密扱いにし、通院する医療機関のスタッフがあなたの回答内容を知ることはありません。率直に感じたままをお答えください。水分管理について話し合った看護師は一人の場合もあれば、複数の場合もあると思います。一人の場合は、その担当者に関する印象を、複数の場合には、全体の印象をお答えください。

ここでの水分管理とは、「次の透析までに増加する体重を適正な量(ドライウェイトの3~5%)に近づけるために、食事や飲み物の量など生活上であなたが実施している工夫」と考えてお答えください。お答えになる場合には、「1:全然あてはまらない」から、「7:非常にあてはまる」までの7段階で、あてはまる番号1つに○をつけてください。

		全然あてはまらない	わりにあてはまらない	少しあてはまらない	どちらでもない	少しあてはまる	かなりあてはまる	非常にあてはまる
1	看護師は、あなたの水分管理方法をどのように変更するか(変更しないことも含めて)について、いくつか選択肢を示してくれていると思う。	1	2	3	4	5	6	7
2	看護師は、あなたの水分管理に関してあなたがどのようなことを大切に考えているか理解していると思う。	1	2	3	4	5	6	7
3	看護師は、あなたに水分管理に関する方針を変更する能力があると信じてくれている。	1	2	3	4	5	6	7
4	看護師は、水分管理に関してあなたがどうやっていきたいのかを注意深く聞いてくれる。	1	2	3	4	5	6	7
5	看護師は、水分管理について何でも質問するように勧めてくれる。	1	2	3	4	5	6	7
6	看護師は、水分管理に関する変更案を示す前に、あなたが水分管理についてどのように考えているかを理解しようとしてくれる。	1	2	3	4	5	6	7

Ⅲ. 水分管理をする理由に関する質問

以下の質問は、あなたがよりよい水分管理を開始したい、あるいはすでに行っている水分管理を維持したいと思っておられる理由についておうかがいするものです。水分管理を始めよう、あるいは続けようと思っておられる理由は人によって様々です。そこで、以下に示しました理由が、あなたの思っておられることにどれほどあてはまるかお聞きします。15項目は全て、水分管理に関する質問です。

ここでの水分管理とは、「次の透析までに増加する体重を適正な量(ドライウェイトの3~5%)に近づけるために、食事や飲み物の量など生活上であなたが実施している工夫」と考えてお答えください。それぞれの理由があなたの考えておられることにどの程度あてはまるのか、「1:全然あてはまらない」から、「7:非常にあてはまる」までの7段階で、あてはまる番号1つに○をつけてください。

私がよりよい水分管理を行いたいという理由は:

		全然 あてはま らない	わり にあては まらない	少し あてはま らない	どちら でもない	少し あてはま る	かなり あてはま る	非常に あてはま る
1	自分が元気であることに責任を持ちたいから	1	2	3	4	5	6	7
2	水分管理をしなければ罪悪感を感じたり恥だと思ふから	1	2	3	4	5	6	7
3	私が思うに、元気であるのに最善の方法であると考えているから	1	2	3	4	5	6	7
4	水分管理をしなければ他人が心配するだろうから	1	2	3	4	5	6	7
5	なぜそうするのか全く考えていない(考えたことがない)	1	2	3	4	5	6	7
6	そのことについてよく考えた結果、生活の多くの点で水分管理が非常に重要であると考えたから	1	2	3	4	5	6	7
7	水分管理をしていないと、自分自身がすっきりしないから	1	2	3	4	5	6	7
8	私にとって本当に重要な選択だと思うから	1	2	3	4	5	6	7

9	他人から水分管理をするようにプレッシャーがかかっているように思うから	1	2	3	4	5	6	7
10	自分で考えるより、他人から言われた通りのことをするのが簡単だから	1	2	3	4	5	6	7
11	私のやりたいと思っていることと一致するから	1	2	3	4	5	6	7
12	私のことを他人に認めてもらいたいから	1	2	3	4	5	6	7
13	できるだけ元気であることがとても重要だから	1	2	3	4	5	6	7
14	私は水分管理ができる人間であると認めてもらいたいから	1	2	3	4	5	6	7
15	なぜそうするのか理由はよくわからない	1	2	3	4	5	6	7

IV. 水分管理をする自信に関する質問

あなたが、水分管理をこれからずっと改善したい、あるいは、改善したことを維持したいと考えた場合、以下の文章が、あなたにどの程度あてはまるかお答えください。「1:全然あてはまらない」から、「7:非常にあてはまる」までの7段階であてはまる番号1つに○をつけてください。

ここでの水分管理とは、「次の透析までに増加する体重を適正な量(ドライウェイトの3~5%)に近づけるために、食事や飲み物の量など生活上であなたが実施している工夫」と考えてお答えください。

		全然あてはまらない	わりにあてはまらない	少しあてはまらない	どちらでもない	少しあてはまる	かなりあてはまる	非常にあてはまる
1	私は水分管理を継続する能力があるという自信をもっている	1	2	3	4	5	6	7
2	私はこれから水分管理をつづけることができると思う	1	2	3	4	5	6	7
3	私はずっと水分管理を維持できる	1	2	3	4	5	6	7
4	私には水分管理の目標を達成する力がある	1	2	3	4	5	6	7

V. 看護師の接し方に関する質問

あなたが通院している医療機関の看護師が、あなたと接する際の様子について質問します。よく接する看護師は一人の場合もあれば、複数の場合もあると思います。一人の場合は、その担当者に関する印象を、複数の場合には、全体の印象をお答えください。

あなたの通院する透析室の事情と合わない質問項目には、()内の文に関してお答えください。

		そう 思わない	ややそう 思わない	ややそう思う	そう思う
1	看護師は自分が引き受けたことは必ずしてくれる	1	2	3	4
2	透析室の看護師は誰でも私のことや私の世話についてよく知っている	1	2	3	4
3	看護師は私の好みや意見を取り入れながら世話をしてくれる	1	2	3	4
4	自分のことはできるだけ自分でしたいという私の気持ちをわかってくれる	1	2	3	4
5	ナースコールを押すと(呼んだ時は)すぐに対応してくれる	1	2	3	4
6	看護師と話をしていると病気に立ち向かう勇気が湧いてくる	1	2	3	4
7	私が急に大変な状態になっても看護師は適切な判断をして対処してくれる	1	2	3	4

		そう 思わない	ややそう 思わない	ややそう思う	そう思う
8	看護師は筋の通ったことを言う	1	2	3	4
9	看護師は私の話を最初から最後までよく聞いてくれる	1	2	3	4
10	看護師は病気に立ち向かっている私をいつも見守ってくれている	1	2	3	4
11	看護師としての腕がいいと思う	1	2	3	4
12	看護師と話していると目の前が開ける思いをすることがある	1	2	3	4
13	看護師はいったん約束したことはたいてい守る	1	2	3	4
14	看護師は私の力を信じて私が自分でするのを励まし見守ってしてくれる	1	2	3	4
15	看護師は専門知識にたけている	1	2	3	4
16	看護師が指導することは信用できる	1	2	3	4
17	私がどんな状態の時でも、看護師はいつも同じ態度で世話してくれる	1	2	3	4
18	私は看護師に話を聞いてもらおうとほっとする	1	2	3	4

		そう 思わない	ややそう 思わない	ややそう思う	そう思う
19	看護師は言うこととやることが一致している	1	2	3	4
20	看護師はどんな処置でも自信を持って行っているように見える	1	2	3	4
21	看護師の話聞いて目からうろこが落ちたような気がした	1	2	3	4
22	私が看護師に側にいて欲しいと思う時にはいつでもいてくれる	1	2	3	4
23	私に何かを行う時にはいつも私の都合を確かめてくれる	1	2	3	4
24	私は安心して看護師に私の世話を任せられる	1	2	3	4
25	看護師は私に関心を寄せ、いつでも見ていてくれる感じがする	1	2	3	4
26	自分が情けないなと思い知らせた時、看護師と話すと気持ちが楽になる時がある	1	2	3	4
27	将来の見通しが立たない時は看護師に相談してみようという気になる	1	2	3	4
28	私は看護師に大事にされていると感じる	1	2	3	4

V. 食事管理をする自信に関する質問

あなたが、食事管理をこれからずっと改善したい、あるいは、改善したことを維持したいと考えた場合、以下の文章が、あなたにどの程度あてはまるかお答えください。「1: 自信がない」から、「4: 自信がある」までの4段階であてはまる番号1つに○をつけてください。

ここでの食事管理とは、「次の透析までに増加する体重を適正な量(ドライウェイトの3~5%)に近づけるために、食事や飲み物の量など生活上であなたが実施している工夫」と考えてお答えください。

		自信がない	あまり自信がない	まあ自信がある	自信がある
1	いらいらしている時でも食事管理をする自信がある	1	2	3	4
2	外食した時でも食事管理をする自信がある	1	2	3	4
3	好きな食べ物が目の前にあっても、血液データが悪くなるものは食べない自信がある	1	2	3	4
4	空腹時でも食事管理をする自信がある	1	2	3	4
5	人に料理を勧められたときでも、血液データが悪くなるものは食べない自信がある	1	2	3	4
6	宴会やパーティーの席でも自分から食事管理をする自信がある	1	2	3	4
7	不愉快なことがあったときでも、食事管理をする自信がある	1	2	3	4
8	透析と透析の間が長くあくときでも、血液データが悪くならないように食事管理をする自信がある	1	2	3	4
9	口さみしいときでも、食事管理をする自信がある	1	2	3	4

VI. 透析についての判断に関する質問

透析に関する事柄についてあなたが判断されるときのお考え方についてお聞きするものです。以下の文章が、あなたにどの程度あてはまるかお答えください。「1: そうではない」から、「5: そうである」までの5段階であてはまる番号1つに○をつけてください。

		そうではない	あまりそうではない	どちらともいえない	まあそうである	そうである
1	自分の体験から、自分なりの血液データの上限がある	1	2	3	4	5
2	わたしは他の患者より、透析に関する知識がある	1	2	3	4	5
3	わたしは、血圧が下がったり足がつったりしたときは自分なりの方法でなおす	1	2	3	4	5
4	ダイアライザーや薬など治療に関して、自分で決めるだけの知識がある	1	2	3	4	5
5	透析で引く水の量は、自分の体調をもとに希望する	1	2	3	4	5
6	わたしは多くの情報をもっているので、透析について自分で決める	1	2	3	4	5
7	医療者は、いつもわたしより正しい判断をする	1	2	3	4	5
8	自分の体験から、針をさす部位は自分で希望する	1	2	3	4	5
9	治療方法や薬についての疑問は、自分から調べたり尋ねたりする	1	2	3	4	5
10	合併症について知っているので、予防している	1	2	3	4	5
11	病気のことは医療者にすべておまかせしている	1	2	3	4	5
12	自分の身体のことはいずれよりも自分が一番良く知っている	1	2	3	4	5
13	医療者の言う通りにするのが一番良い	1	2	3	4	5
14	検査結果よりは、自分の体験的な自覚症状のほうがあてになる	1	2	3	4	5

VII. 健康に関する考え方についての質問

あなたの健康に関する考え方についてお聞きするものです。以下の文章が、あなたにどの程度あてはまるかお答えください。「1: そう思わない」から、「4: そう思う」までの4段階であてはまる番号1つに○をつけてください。

ここでの「病気」は「腎不全以外の病気」を、「健康」は「透析をしながらも、できるかぎり快適な生活を送ること」と考えてお答えください。

		そう思わない	ややそう 思わない	ややそう 思う	そう思う
1	あなたは病気になった場合、その原因を自分がとった行動にあると思いますか	1	2	3	4
2	あなたが病気になる時は努力しても避けられないと思いますか	1	2	3	4
3	あなたが病気になる時、それは自分のおかれている環境のせいだと思いますか	1	2	3	4
4	あなたは適切な行動をとっていれば健康に暮らせると思いますか	1	2	3	4
5	あなたは、今運動をしたり食事を節制することが将来の健康に役立つと思いますか	1	2	3	4
6	あなたが健康でいることと、あなたが健康のために努力することはあまり関係がないと思いますか	1	2	3	4
7	あなたは突然病気になると思いますか	1	2	3	4
8	あなたは自分の努力によって健康を維持できると思いますか	1	2	3	4
9	あなたの健康は、あなたのとる行動によって左右されると思いますか	1	2	3	4
10	あなたは、病気になるのは仕方のないことだと思いますか	1	2	3	4
11	あなたは、どんなに努力しても病気の原因を取り除くことはできないと思いますか	1	2	3	4
12	あなたが健康のためにとる行動は実際に効果があると思いますか	1	2	3	4
13	あなたは、運が悪いから病気になると思いますか	1	2	3	4
14	あなたは一生健康に暮らせると思いますか	1	2	3	4

研究のための質問紙使用許可依頼

私、山本佳代子（大阪大学大学院博士前期課程 1 年）は、透析患者の医療者から「自律性支援」を受けている程度を測定する研究を計画しております。その研究で、「患者信頼スケール」使用したく許可をお願いいただきたいと思います。結果は、学会や論文で発表する予定で、その際には、引用を明らかにすることをお約束いたします。

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻統合保健看護科学分野
看護実践開発科学講座 博士前期課程 山本佳代子

質問紙使用許可書

以下の項目に関して許可します。

大阪大学医学系研究科保健学専攻統合保健看護科学分野
看護実践開発科学講座 博士前期課程 山本佳代子が、

1. 透析患者を対象とした研究に「患者信頼スケール」を使用すること
2. 結果を、学会発表や論文で公表する予定であること

平成 17 年 3 月 14 日

ご署名

岡谷 克子



Kayoko Yamamoto

送信者: "michiyo oka" <mo@nrs.kitasato-u.ac.jp>
 宛先: "Kayoko Yamamoto" <kayokoy@sahs.med.osaka-u.ac.jp>
 送信日時: 2005年2月22日 13:48
 件名: Re: 尺度使用手続きについて

山本さん

特に手続きはいりません。
 このように使用のご連絡頂き、論文になさるときに引用して頂ければ結構です。論文になったら、お送り頂ければもっとうれしいです。

自己効力尺度は、3択にしていますが、4択のほうがよいと思いますし、4択にして頂いてかまいません。

修論 頑張ってくださいね。

岡 美智代

〒228-0829神奈川県相模原市北里2-1-1 北里大学看護学部 mo@nrs.kitasato-u.ac.jp
 tel 042-778-9361(研究室) fax 042-778-9428
 Website <http://plaza.umin.ac.jp/~oka/> (renewalしました)

Michiyo Oka, RN, Ph.D

Kitasato University School of Nursing,
 2-1-1 Kitasato, Sagami-hara-City, Kanagawa, 228-0829 Japan
 Phone +81-42-778-9361 fax +81-42-778-9428 mo@nrs.kitasato-u.ac.jp

----- Original Message -----

From: Kayoko Yamamoto
 To: mo@nrs.kitasato-u.ac.jp
 Sent: Tuesday, February 22, 2005 10:37 AM
 Subject: 尺度使用手続きについて

岡先生

6月の日本保健医療行動科学学会でお会いしました、大阪大学の修士1年山本佳代子です。

その折は、お名刺を頂戴し、HPもご紹介いただいてその後の研究計画を絞っていく作業に大変参考になりました。本当にありがとうございます。

そろそろ、こちらの大学でも研究計画書を提出する時期になりました。先生も何度かテーマにされている「自己決定性」に関する調査がしたいと思っております。そこで、先生の開発された、

「自己決定尺度(SSHP)」

「透析患者の食事管理の自己効力尺度(DMSES)」

をぜひ使わせていただきたいのですが、なにか使用にあたって手続きが必要でしょうか？

お忙しいところ申し訳ありませんが、その他使用にあたり必要なことがあればご教示くださると嬉しいです。

よろしく願いいたします。

博士前期課程 1年 山本佳代子

大阪大学大学院 医学系研究科 保健学専攻
 総合保健看護科学分野 看護実践開発科学講座
 〒565-0871 吹田市山田丘1-7
 TEL 06-6879-2548
 e-mail kayokoy@sahs.med.osaka-u.ac.jp

Kayoko Yamamoto

送信者: "Masaki Watanabe" <masawata@u-gakugei.ac.jp>
宛先: <kayokoy@sahs.med.osaka-u.ac.jp>
送信日時: 2005年3月1日 12:35
件名: HLC

山本 様

東京学芸大学の渡邊です。お手紙拝見しました。
HLC尺度の使用についての手続きは特にはないのですが、学会や論文で発表される際に、引用を明らかにしていただければそれで結構です。また論文等に公表された場合には、お手数ですが別刷りを一部お送り下さい。よい成果を期待しております。

渡邊 正樹 (わたなべ まさき)
東京学芸大学 教育学部
養護教育講座 教授
(研究組織は養護教育へ変わりました)
〒184-8501
東京都小金井市貫井北町4-1-1
TEL&FAX 042-329-7623
E-mail masawata@u-gakugei.ac.jp

第2号様式

受付番号 527

平成17年6月9日

申請者

奥宮 暁子 殿

大阪大学医学部医学倫理委員会
委員長 祖父江 憲 治

審 査 結 果 通 知 書

課 題 名 HCCQ (自律性支援の認知尺度)、TSRQ (自己管理に関する
動機づけ尺度)、PCS (自己管理の有能感尺度) の日本語版の信
頼性、妥当性の検証主任研究者 保健学専攻看護実践開発科学講座 教授
所属職氏名 奥宮 暁子上記申請課題について、平成17年6月1日開催の委員会で審査した結果、
下記のとおり判定したので通知します。

記

判 定	<input checked="" type="radio"/> 賛 成 <input type="radio"/> 条件付賛成 <input type="radio"/> 変更勧告 <input type="radio"/> 不賛成 <input type="radio"/> その他 ()
理 由	申請事項の実施は、申請書に述べられている要件を満たす限りにおいて、 医学倫理上特に問題ないものと判断する。
少数意見	な し

研究のための施設使用許可依頼書

提出日 平成 17 年 月 日

〇〇病院 院長殿

大阪大学大学院医学系研究科 看護実践開発科学講座

主任研究者 奥宮 暁子

分担研究者 内田 雅子

分担研究者 山本佳代子

以下の目的で施設使用許可をお願いいたします。

研究テーマ：HCCQ（自律性支援の認知尺度）、TSRQ（自己管理に関する動機づけ尺度）、PCS（自己管理の有能感尺度）の日本語版の信頼性妥当性の検証

(研究の進行に伴い一部変更の可能性あります)

わが国の透析患者は疾病構造の多様化から新しい透析看護の方策が必要とされています。また、慢性疾患患者の自己管理行動を支える看護は、従来の方法の限界を指摘されており、患者の自律性を重視する方向へのパラダイムシフトが起こっています。Deciらは自己決定理論で、医療者の自律性を支援する姿勢・雰囲気（Climate）が患者の自律的な動機づけを導き、自己管理行動に影響を及ぼすとしています。透析看護をはじめ、日本の慢性疾患看護の研究では患者の自律性支援と動機づけの関係は明らかにされていません。さらに、自己決定理論の構成因子である「医療者から自律性の支援を受けている認知」「自律的動機づけの程度」「有能感」についての測定用具は、既存の日本語で信頼性妥当性が検証されたものはありません。そこで、Deciらが作成したこれらの因子を測定する尺度である、HCCQ、TSRQ、PCSを日本語訳し、信頼性妥当性を検証し、使用可能なものにする必要があると考えました。

今回、自己決定性についての因子を測定することで、医療者は患者が自律性を発揮することの重要性を認識し、患者は自律的な自己管理行動の実施が可能になります。さらに、パターンリズムと指摘されている日本の医療者・患者関係を改善し、協働的な関係へと変換させ、自律性の欲求を満たされた、患者の満足度の高い医療・看護の提供を導くものであると考え以下のように今回の調査を実施したいと考えております。

- 研究目的：HCCQ（自律性支援の認知尺度）、TSRQ（自己管理に関する動機づけ尺度）、PCS（自己管理の有能感尺度）日本語版の信頼性妥当性を検証します。
- 研究対象：外来血液透析を受けておられ、成人で、導入 1 年以上で、重篤な合併症がない方。自記式質問紙に回答可能な方。
- 研究方法：研究についての説明を行い、自記式質問紙を配布し、回収箱あるいは手渡しで回収します。再調査の同意の得られた患者へは、2 週間後再度質問紙を配布し、1 回目と同様に回収します。患者の原疾患、ドライウエイト、体重変化についての情報を同意書確認後カルテより収集し転記します。以上を分担研究者が実施いたします。
- 倫理的配慮：研究の説明を文書と口頭で行います。文書には研究の趣旨および倫理的配慮を記載します。研究参加は強制のものではなく、参加者の自由意志で決定できるものとします。また、調査結果については匿名性を保持すること、得られたデータは厳重に保管し、研究者および研究指導者以外に共有しないこと、協力者の回答が病院関係者に伝わることはなく、秘密が保持されること。結果をまとめる際には数値的に集計した状態であることをお約束いたします。結果は、学会発表、論文等で公開する予定ですが、個人名、実施機関が特定できないようにいたします。

大阪大学大学院医学系研究科
看護実践開発科学講座 奥宮 暁子 殿

研究のための施設使用許可書

別紙の説明を理解し、以下の項目に関して同意します。

1. ○○病院に通院する透析患者に対して質問紙調査を行うこと。
2. 患者の同意後、カルテより原疾患、ドライウエイト、体重変化に関する情報を収集し、転記すること。
3. 結果は、学会、論文等で公開することと、その際、個人や実施機関が特定できないようにデータを数値化すること。

平成 年 月 日

医療機関名 _____

役職名 _____

氏名 _____

説明担当者
大阪大学医学系研究科 看護実践開発科学講座

氏名 _____

ご本人様 控え用

必要事項をご記入の上、説明者にお渡してください

この調査は、研究上の配慮から、調査にご協力をいただける方の同意を確認させていただいております。ご協力をいただける場合、この用紙の同意書にご署名をお願いいたします。後日調査について説明に伺った者へお渡してください。ご署名いただいた方へ、調査の方法についてのご説明をしました後、アンケート用紙をお渡しいたします。どうぞよろしくをお願いいたします。

約二週間後、再度アンケートにご協力いただける方は、下記の項目に○をご記入ください。

「水分管理」に関するアンケート調査協力の同意書

大阪大学医学系研究科 保健学専攻
看護実践開発科学講座 奥宮 暁子殿

別紙のアンケート調査に関する説明を理解し、下記の事項に同意します

1. アンケートに回答すること
2. カルテより、体重増減、原疾患を転記すること

記入日：平成 年 月 日

氏名： _____

どちらかに○をつけてください

再度アンケートに

A. 参加できる

B. 参加できない

調査についての説明者

大阪大学医学系研究科 保健学専攻 統合保健科学分野 看護実践開発科学講座

氏名： _____

〇〇クリニックに通院中の皆様へ

平成 17年 月 日

アンケート調査ご協力のお願い

血液透析を受けておられる皆様には、必要とされている自己管理も多く、毎日たいへんなご苦労をされています。この調査は、①透析療法に必要な水分管理についてのアドバイスをどのように受けられているか、②ご自身の考える水分管理をする理由、③水分管理に関する自信、についてお伺いするものです。皆様の自己管理、特に水分管理についてのお考えをお教えいただくことで、管理を続けていく際に皆様が大切に思っておられることが明らかになり、透析を受けておられる方にとってよりお役に立てる日常生活管理の支援に生かしていきたいと思っております。アンケートにご協力くださいますよう、どうぞよろしくお願いいたします。

- ・ この調査は、〇〇クリニックの許可をいただいて行っております。
- ・ アンケートは強制的なものではありません。協力する・しないはご自由にお決めいただいて結構です。ご協力いただかないことで不利益をこうむることは一切ありません。皆様へのアンケートの回答が調査者以外に伝わることは決してありません。従って、病院のスタッフ(担当の先生・看護師)に伝わることはありません。
- ・ 答えたくない質問には、記入されなくてもかまいません。
- ・ 透析前後の体重をカルテより転記させていただきます。
- ・ 調査の結果は、学会や論文等で発表する予定です。
- ・ 調査結果をまとめる際には、皆様のお名前はすべて匿名とし、「こういう回答が～%」などのように数量的に集計させていただきます。回答用紙は鍵のかかるロッカーに保管し、研究終了時には責任を持ってシュレッダーで処分いたします。

このアンケート調査にご協力いただけるようでしたら、別紙の同意書にご署名の上アンケートにお答えください。どうぞよろしくお願いいたします。また、より多くの情報を得るために、異なるタイプのアンケートも用意しております。2種類のタイプのアンケートにお答えいただくことで、より明確な支援方法の手がかりとなります。再度アンケートにご協力いただける方は、その旨同意書内のチェック欄にご記入ください。なお、ご不明の点などございましたら、下記の連絡先までお問い合わせください。

＜連絡先＞

大阪大学大学院 医学系研究科 保健学専攻
統合保健看護科学分野 看護実践開発科学講座

主任研究者

奥宮 暁子

分担研究者

内田 雅子

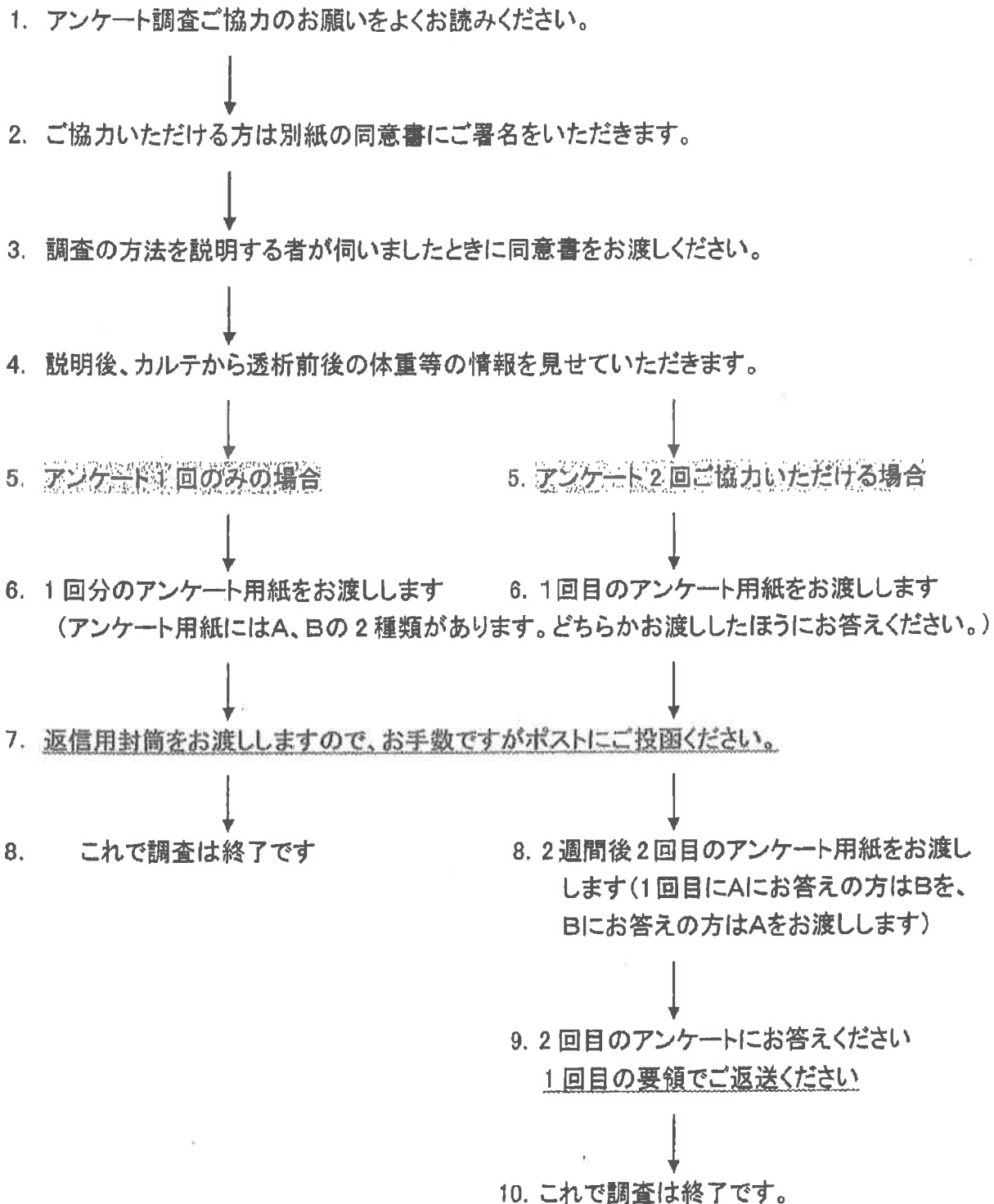
分担研究者

山本 佳代子

〒565-0871 吹田市山田丘 1-7 TEL 06-0879-2540

E-mail kayokoy@sahs.med.osaka-u.ac.jp

アンケート調査のながれ



これらのいずれの時点でも、参加するしないはご自由にお決めいただけます。ご不明な点は、遠慮なく研究者にお尋ねください。

2 回目のアンケートについて

再調査にご協力ありがとうございます。

こちらの質問紙は、前半は前回お答えいただいた内容と同じ設問で、後半の部分は違う内容になっております。前回の回答内容にかかわらず、お答えいただく時点のお気持ちでお答えください。

- この調査は、通院されている透析室の許可をいただいて行っております。
- アンケートは強制的なものではありません。協力する・しないはご自由にお決めいただいて結構です。ご協力いただかないことで不利益をこうむることは一切ありません。皆様へのアンケートの回答が調査者以外に伝わることは決してありません。従って、病院のスタッフ(担当の先生・看護師)に伝わることはありません。
- 答えたくない質問には、記入されなくてもかまいません。
- 透析前後の体重をカルテより転記させていただきます。
- 調査の結果は、学会や論文等で発表する予定です。
- 調査結果をまとめる際には、皆様のお名前はすべて匿名とし、「こういう回答が～%」などのように数量的に集計させていただきます。回答用紙は鍵のかかるロッカーに保管し、研究終了時には責任を持ってシュレッダーで処分いたします。

ご不明の点などございましたら、下記の連絡先までお問い合わせください。

<連絡先>

大阪大学大学院 医学系研究科 保健学専攻
統合保健看護科学分野 看護実践開発科学講座

主任研究者

奥宮 暁子

分担研究者

内田 雅子

分担研究者

山本佳代子

〒565-0871 吹田市山田丘 1-7 TEL 06-0879-2540

E-mail kayokoy@sahs.med.osaka-u.ac.jp

水分管理に関するアンケート調査

この調査は、①透析療法に必要な水分管理についてのアドバイスをどのように受けられているか、②あなたの考える水分管理をする理由、③水分管理に関する自信、などについておうかがいするものです。皆様の自己管理、特に水分管理についてのお考えをお教えいただくことで、水分管理をつづけていく際に皆様が大切に思っておられることが明らかになり、透析を受けておられる方にとってお役にたてる日常生活の支援に生かしていきたいと思っております。アンケートにご協力くださいますよう、どうぞよろしくお願いいたします。

- ・ この調査は、治療施設の許可をいただいております。
- ・ アンケートは強制的なものではありません。協力する・しないはご自由にお決めいただいて結構です。ご協力いただかないことで不利益をこうむることは一切ありません。皆様へのアンケートの回答が調査者以外に伝わることは決してありません。従って、病院のスタッフ(担当の先生・看護師)に伝わることはありません。
- ・ 答えたくない質問には、記入されなくてもかまいません。
- ・ 調査の結果は、学会や論文等で発表する予定です。
- ・ 調査結果をまとめる際には、皆様のお名前はすべて匿名とし、「こういう回答が～%」などのように数量的に集計させていただきます。回答用紙は鍵のかかるロッカーに保管し、研究終了時には責任を持ってシュレッダーで処分いたします。

ご不明の点などございましたら、下記の連絡先までお問い合わせください。

<連絡先>

東京工科大学 医療保健学部 看護学科
助教 山本佳代子(実施責任者)

このページは調査者が記入します

透析データ

1 透析間隔

- a. 週三回 b. 週二回 c. その他()

2 透析時間帯

- a. 昼間透析 b. 夜間透析

3 原疾患

- a. 慢性糸球体腎炎 b. 糖尿病性腎症 c. 腎硬化症
d. 多発性のう胞腎 e. 慢性腎盂腎炎 f. その他

4 日常生活動作の介助の有無

- a. 移動動作 介助なし あり
b. 食事動作 介助なし あり
c. 排泄動作 介助なし あり

5 体重の変化 ドライウエイト()kg

	月／火		水／木		金／土	
	透析前	透析後	前	後	前	後
第1週						
第2週						
第3週						

このページは調査者が記入します

バーテルインデックス(4. で介助ありの方のみ)

項目		チェック
食事	自立、自助具などの装着可。標準的時間内に終える	
	部分介助(たとえばおかずを切って細かくしてもらう)	
	全介助	
ベッドへの移動 イスと	自立、ブレーキ、フットレストの操作を含む	
	軽度の部分介助または監視を要する	
	座ることは可能であるがほぼ全介助	
	全介助または不可能	
整容	自立(洗面、整髪、歯磨き、ひげそり)	
	全介助または不可能	
トイレ動作	自立、衣服の操作、後始末を含む、ポータブルトイレを使用している場合はその洗浄も含む	
	部分介助、身体を支える、衣服、後始末に介助が必要	
	全介助または不可能	
入浴	自立	
	全介助または不可能	
歩行	45m以上の歩行、補助具(車イス、歩行器は除く)使用の有無は問わない	
	45m以上の介助、歩行器の使用を含む	
	歩行不能の場合、車イスにて45m以上の操作可能	
	上記以外	
階段昇降	自立、手すりなどの使用は構わない	
	部分介助または監視を要する	
	不能	
着替え	自立、靴・ファスナー・装具の取り扱いも可能	
	部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える	
	上記以外	
排便	失禁なし、浣腸・座剤の取り扱いも可能	
	時に失禁あり、浣腸・座剤の取り扱いに介助を要する	
	上記以外	
排尿	失禁なし、収尿器の取り扱いも可能	
	時に失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する	
	上記以外	

I. ご自身のことについておうかがいします

以下の質問について、あてはまる項目に○をつけてください。()内には該当する内容をご記入ください。

I-1 性別はどちらですか？

- a. 男性 b. 女性

I-2 現在の年齢はおいくつですか？

満()歳

I-3 透析(血液透析、腹膜透析のどちらでも)を始めたのはいつですか？

満()歳 から
もしくは()年()カ月前から

I-4 現在、職業をお持ちですか？

- a. はい b. いいえ

I-5 一緒に暮らしているご家族はいらっしゃいますか？

- a. はい b. いいえ

I-6 塩分の制限についてどのように思われますか？

a. 塩分の制限はたいへん重要であると感じている

- a. と答えられた方→ a-1 塩分を制限するようにしている
a-2 必要性は感じるがあまり制限していない

b. 塩分の制限はそれほど重要ではないと感じている

Ⅱ. 水分管理について話し合う看護師の様子に関する質問

このアンケートでは、あなたが看護師と水分管理について話し合う際の様子について質問します。看護師は患者との接し方がそれぞれ様々ですが、今回は特に水分管理についての話し合いに関するあなたの経験についてお聞きします。あなたの回答は秘密扱いにし、通院する医療機関のスタッフがあなたの回答内容を知ることはありません。率直に感じたままをお答えください。水分管理について話し合った看護師は一人の場合もあれば、複数の場合もあると思います。一人の場合は、その担当者に関する印象を、複数の場合には、全体の印象をお答えください。

ここでの水分管理とは、「次の透析までに増加する体重を適正な量(ドライウェイトの3~5%)に近づけるために、食事や飲み物の量など生活上であなたが実施している工夫」と考えてお答えください。お答えになる場合には、「1:全然あてはまらない」から、「7:非常にあてはまる」までの7段階で、あてはまる番号1つに○をつけてください。

		全然あてはまらない	わりにあてはまらない	少しあてはまらない	どちらでもない	少しあてはまる	かなりあてはまる	非常にあてはまる
1	看護師は、あなたの水分管理方法をどのように変更するか(変更しないことも含めて)について、いくつか選択肢を示してくれていると思う。	1	2	3	4	5	6	7
2	看護師は、あなたの水分管理に関してあなたがどのようなことを大切に考えているか理解していると思う。	1	2	3	4	5	6	7
3	看護師は、あなたに水分管理に関する方針を変更する能力があると信じてくれている。	1	2	3	4	5	6	7
4	看護師は、水分管理に関してあなたがどうやっていきたいのかを注意深く聞いてくれる。	1	2	3	4	5	6	7
5	看護師は、水分管理について何でも質問するように勧めてくれる。	1	2	3	4	5	6	7
6	看護師は、水分管理に関する変更案を示す前に、あなたが水分管理についてどのように考えているかを理解しようとしてくれる。	1	2	3	4	5	6	7

Ⅲ. 水分管理をする理由に関する質問

以下の質問は、あなたがよりよい水分管理を開始したい、あるいはすでに行っている水分管理を維持したいと思っておられる理由についておうかがいするものです。水分管理を始めよう、あるいは続けようとしておられる理由は人によって様々です。そこで、以下に示しました理由が、あなたの思っておられることにどれほどあてはまるかお聞きします。15項目は全て、水分管理に関する質問です。

ここでの水分管理とは、「次の透析までに増加する体重を適正な量(ドライウェイトの3~5%)に近づけるために、食事や飲み物の量など生活上であなたが実施している工夫」と考えてお答えください。それぞれの理由があなたの考えておられることにどの程度あてはまるのか、「1:全然あてはまらない」から、「7:非常にあてはまる」までの7段階で、あてはまる番号1つに○をつけてください。

私がよりよい水分管理を行いたいという理由は:

		全然あてはまらない	わりにあてはまらない	少しあてはまらない	どちらでもない	少しあてはまる	かなりあてはまる	非常にあてはまる
1	自分が元気であることに責任を持ちたいから	1	2	3	4	5	6	7
2	水分管理をしなければ罪悪感を感じたり恥だと思ふから	1	2	3	4	5	6	7
3	私が思うに、元気であるのに最善の方法であると考えているから	1	2	3	4	5	6	7
4	水分管理をしなければ他人が心配するだろうから	1	2	3	4	5	6	7
5	なぜそうするのか全く考えていない(考えたことがない)	1	2	3	4	5	6	7
6	そのことについてよく考えた結果、生活の多くの点で水分管理が非常に重要であると考えたから	1	2	3	4	5	6	7
7	水分管理をしていないと、自分自身がすっきりしないから	1	2	3	4	5	6	7
8	私にとって本当に重要な選択だと思うから	1	2	3	4	5	6	7

9	他人から水分管理をするようにとプレッシャーがかかっているように思うから	1	2	3	4	5	6	7
10	自分で考えるより、他人から言われた通りのことをするのが簡単だから	1	2	3	4	5	6	7
11	私のやりたいと思っていることと一致するから	1	2	3	4	5	6	7
12	私のことを他人に認めてもらいたいから	1	2	3	4	5	6	7
13	できるだけ元気であることがとても重要だから	1	2	3	4	5	6	7
14	私は水分管理ができる人間であると認めてもらいたいから	1	2	3	4	5	6	7
15	なぜそうするのか理由はよくわからない	1	2	3	4	5	6	7

IV. 水分管理をする自信に関する質問

あなたが、水分管理をこれからずっと改善したい、あるいは、改善したことを維持したいと考えた場合、以下の文章が、あなたにどの程度あてはまるかお答えください。「1:全然あてはまらない」から、「7:非常にあてはまる」までの7段階であてはまる番号1つに○をつけてください。

ここでの水分管理とは、「次の透析までに増加する体重を適正な量(ドライウェイトの3~5%)に近づけるために、食事や飲み物の量など生活上であなたが実施している工夫」と考えてお答えください。

		全然あてはまらない	わりにあてはまらない	少しあてはまらない	どちらでもない	少しあてはまる	かなりあてはまる	非常にあてはまる
1	私は水分管理を継続する能力があるという自信をもっている	1	2	3	4	5	6	7
2	私はこれから水分管理をつづけることができると思う	1	2	3	4	5	6	7
3	私はずっと水分管理を維持できる	1	2	3	4	5	6	7
4	私には水分管理の目標を達成する力がある	1	2	3	4	5	6	7

あなたの腎臓病とあなたの生活の質

この質問票にお答えいただく際にご注意していただきたいこと

1. このアンケートは健康状態についてどのように感じているかをお聞きします。このアンケートにより、あなたの体調や、あなたが日常生活をどのように過ごしているかが明らかになります。
2. このアンケートはあなたの健康状態や、日常生活全般についてさまざまな質問をします。それぞれの事柄についてあなたがどのように感じているかをお答えください。
3. 質問に答えるときは、あてはまる番号を丸でかこむか、指示どおりに答えを書き込んでください。

(例) 過去4週間で、どれぐらい腰痛・背痛がありましたか。(○を1つつける)

- | | |
|---------|---|
| 無かった | 1 |
| 少し痛かった | 2 |
| 痛かった | 3 |
| だいぶ痛かった | 4 |
| とても痛かった | 5 |

4. このアンケートには、腎臓病が日常生活に及ぼす影響について多くの質問があります。いくつかは腎臓病による制限について、またいくつかは体調についてお尋ねします。よく似た設問がありますが、どれも違う質問です。どの設問にもありのまま答えるようにしてください。該当する答えが見つからない場合は、もっとも近いと思われる答えを選ぶようにしてください。これによって腎臓病を持っている方の経験していることを正確に把握することができます。

ご協力よろしくお願いいたします。

この調査の目的は？

この調査の目的は、腎臓病患者の生活の質を評価することです。

何をすればよいのか？

今日はこの調査のために、あなたの健康状態や、今の気分、生活背景についてのアンケートに記入していただきたいと考えています。

情報の秘密は守られるのか？

お名前は一切うかがいません。調査結果を報告するときには、あなたの答えは他の人の答えと一緒にまとめられ、担当医師や他の医療スタッフの目にもふれないようになっています。また、集められた情報は、全て調査の目的のためだけに使い、前もってあなたの承諾を得ずに他の目的で公開することはありません。

このアンケートに答えれば、何かよいことがあるのか？

皆さんの回答を見れば、治療について皆さんがどんな風に感じているかがわかり、治療が患者の健康状態に与える影響をよりよく理解できるようになります。皆さんの回答は、これまでの治療を評価する手助けとなるのです。

このアンケートに答えなければならないのか？

必ずしもこのアンケートに答えなくても結構です。どの質問についても回答を拒否してかまいません。また、答えたくない質問はとばしてもかまいません。あなたがこのアンケートに答えても答えなくても、また答えた内容によってもあなたへの治療は変わることはありません。

問1 あなたの健康状態は？（一番よくあてはまる番号に○をつけてください）

- | | |
|--|-----------------------------|
| 1 最高 <small>さいこう</small> に良 <small>よ</small> い | 4 あまり良 <small>よ</small> くない |
| 2 とても良 <small>よ</small> い | 5 良 <small>よ</small> くない |
| 3 良 <small>よ</small> い | |

問2 1年前ねんまえと比べて、現在げんざいの健康状態けんこうじょうたいはいかがですか。（一番よくあてはまる番号に○をつけてください）

- | | |
|---|--|
| 1 1年前 <small>ねんまえ</small> より、はるかに良 <small>よ</small> い | 4 1年前 <small>ねんまえ</small> ほど、良 <small>よ</small> くない |
| 2 1年前 <small>ねんまえ</small> よりは、やや良 <small>よ</small> い | 5 1年前 <small>ねんまえ</small> より、はるかに悪 <small>わる</small> い |
| 3 1年前 <small>ねんまえ</small> と、ほぼ同 <small>おな</small> じ | |

問3 以下の質問は、日常よく行われている活動です。あなたは健康上の理由で、こうした活動かつどうをすることがむずかしいと感じますか。むずかしいとすればどのくらいですか。（ア～コまでのそれぞれの質問しつもんについて、一番よくあてはまる番号ばんごうに○をつけてください）

- | | | |
|-------|-------|---------|
| とても | すこし | ぜんぜん |
| むずかしい | むずかしい | むずかしくない |

	とても むずかしい	すこし むずかしい	ぜんぜん むずかしくない
ア 激 <small>はげ</small> しい活動 <small>かつどう</small> 、例えば、一生 <small>いっしょう</small> けんめい走る、重 <small>おも</small> い物 <small>もの</small> を 持 <small>もち</small> ち上げる、激 <small>はげ</small> しいスポーツをするなど	→ 1	→ 2	→ 3
イ 適度 <small>てきど</small> の活動 <small>かつどう</small> 、例えば、家 <small>いえ</small> や庭 <small>にわ</small> のそうじをする、 1～2時間散歩 <small>じかんさんぽ</small> するなど	→ 1	→ 2	→ 3
ウ 少 <small>すこ</small> し重 <small>おも</small> い物 <small>もの</small> を持 <small>もち</small> ち上げたり、運 <small>はこ</small> んだりする（例えば買 <small>か</small> い物袋 <small>ものぶくろ</small> など）	→ 1	→ 2	→ 3
エ 階 <small>かいだん</small> 段 <small>だん</small> を数階 <small>すうかい</small> 上 <small>あ</small> までのぼる	→ 1	→ 2	→ 3
オ 階 <small>かいだん</small> 段 <small>だん</small> を1階 <small>かい</small> 上 <small>あ</small> までのぼる	→ 1	→ 2	→ 3
カ 体 <small>かた</small> を前 <small>まえ</small> に曲 <small>ま</small> げる、ひざまずく、かかむ	→ 1	→ 2	→ 3
キ 1キロメートル以上 <small>いじょう</small> 歩 <small>ある</small> く	→ 1	→ 2	→ 3
ク 数百 <small>すうひゃく</small> メートルくらい歩 <small>ある</small> く	→ 1	→ 2	→ 3
ケ 百 <small>ひゃく</small> メートルくらい歩 <small>ある</small> く	→ 1	→ 2	→ 3
コ 自分 <small>じぶん</small> でお風呂 <small>ふろ</small> に入 <small>は</small> ったり、着 <small>き</small> がえたりする。	→ 1	→ 2	→ 3

問4 過去1カ月間に、仕事やふだんの活動をした時に、身体的な理由で次のような問題がありましたか。
(ア～エまでのそれぞれの質問について、「はい」「いいえ」のどちらかに○をつけてください)

	はい	いいえ
ア 仕事やふだんの活動をする時間をへらした	1	2
イ 仕事やふだんの活動が思ったほど、できなかった	1	2
ウ 仕事やふだんの活動の内容によっては、できないものがあった	1	2
エ 仕事やふだんの活動をすることがむずかしかった (例えばいつもより努力を必要としたなど)	1	2

問5 過去1カ月間に、仕事やふだんの活動をした時に、心理的な理由で
(例えば、気分がおちこんだり不安を感じたりしたために)、次のような問題がありましたか。
(ア～ウまでのそれぞれの質問について、「はい」「いいえ」のどちらかに○をつけてください)

	はい	いいえ
ア 仕事やふだんの活動をする時間をへらした	1	2
イ 仕事やふだんの活動が思ったほど、できなかった	1	2
ウ 仕事やふだんの活動がいつもほど集中してできなかった	1	2

問6 過去1カ月間に、家族、友人、近所の人、その他の仲間とのふだんにつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で、どのくらいさまたげられましたか。
(一番よくあてはまる番号に○をつけてください)

1 ぜんぜん、さまたげられなかった	4 かなり、さまたげられた
2 わずかに、さまたげられた	5 非常に、さまたげられた
3 すこし、さまたげられた	

問7 過去1カ月間に、体の痛みをどのくらい感じましたか。
(一番よくあてはまる番号に○をつけてください)

1 ぜんぜんなかった	4 中くらいの痛み
2 かすかな痛み	5 強い痛み
3 軽い痛み	6 非常に激しい痛み

問8 ^{かこ} ^{かげつかん} ^{しごと} ^{かじ} ^{ふく} ^{いた}
 過去1カ月間に、いつもの仕事（家事も含みます）が痛みのために、どのくらいさまたげられましたか。
^{いちばん} ^{ばんごう}
 （一番よくあてはまる番号に○をつけてください）

- | | |
|-------------------|---------------|
| 1 ぜんぜん、さまたげられなかった | 4 かなり、さまたげられた |
| 2 わずかに、さまたげられた | 5 非常に、さまたげられた |
| 3 すこし、さまたげられた | |

問9 ^{つぎ}
 次にあげるのは、^{かこ} ^{かげつかん} ^{かん} ^{しつもん}
 過去1カ月間に、あなたがどのように感じたかについての質問です。
^{いちばん} ^{ばんごう}
 （ア～ケまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまる番号に○をつけてください）

^{かこ} ^{かげつかん}
 過去1カ月間のうち

	いつも	ほとんどいつも	たびたび	ときどき	まれに	ぜんぜんない
ア ^{げんき} 元気いっぱいでしたか	1	2	3	4	5	6
イ ^{しんけいしつ} かなり神経質でしたか	1	2	3	4	5	6
ウ どうにもならないくらい、 ^{きぶん} 気分がおちこんでいましたか	1	2	3	4	5	6
エ おちついていて、おだやかな ^{きぶん} 気分でしたか	1	2	3	4	5	6
オ ^{かつりよく} 活力（エネルギー）にあふれていましたか	1	2	3	4	5	6
カ おちこんで、ゆううつな ^{きぶん} 気分でしたか	1	2	3	4	5	6
キ ^{つか} 疲れはてていましたか	1	2	3	4	5	6
ク ^{たの} ^{きぶん} 楽しい気分でしたか	1	2	3	4	5	6
ケ ^{つか} ^{かん} 疲れを感じましたか	1	2	3	4	5	6

問10 ^{かこ} ^{かげつかん} ^{ゆうじん} ^{しん} ^{たず} ^{ひと} ^{じかん} ^{しんたいでき} ^{しんりてき} ^{りゆう}
 過去1カ月間に、友人や親せきを訪ねるなど、人とのつきあいをする時間が、身体的あるいは心理的な理由
 でどのくらいさまたげられましたか。
^{いちばん} ^{ばんごう}
 （一番よくあてはまる番号に○をつけてください）

- | | |
|-----------|----------|
| 1 いつも | 4 まれに |
| 2 ほとんどいつも | 5 ぜんぜんない |
| 3 ときどき | |

問11 いか かくこうもく 以下の各項目はどのくらいあなたにあてはまりますか。

(ア～エまでのそれぞれの質問について、一番よくあてはまる番号に○をつけてください)

	まったく そのとおり	ほぼ あてはまる	なん 何とも いえ ない	ほとん ど あては まらな い	ぜん ぜん あては まらな い
ア <small>わたし ほかにひとくら びょうき おも</small> 私は他の人に比べて病気になりやすいと思う →	1	2	3	4	5
イ <small>わたし ひとな けんこう</small> 私は、人並みに健康である →	1	2	3	4	5
ウ <small>わたし けんこう わる き</small> 私の健康は、悪くなるような気がする →	1	2	3	4	5
エ <small>わたし けんこうじょうたい ひじょう よ</small> 私の健康状態は非常に良い →	1	2	3	4	5

じんぞうびょう
あなたの腎臓病について

問12 いか こうもく 以下の項目は、どのくらいあなたにあてはまりますか？

(ア～エまでのそれぞれの項目について、一番よくあてはまる番号に○をつけてください)

	まったく そのとおり	ほぼ あてはまる	なん 何とも いえ ない	ほとん ど あては まらな い	ぜん ぜん あては まらな い
ア <small>じんぞうびょう せいかつ おお きた</small> 腎臓病は生活の大きな妨げになっている →	1	2	3	4	5
イ <small>じんぞうびょう じかん</small> 腎臓病のために時間をとられすぎる →	1	2	3	4	5
ウ <small>じんぞうびょう</small> 腎臓病のことでいらいらする →	1	2	3	4	5
エ <small>じぶん かぞく ふたん かん</small> 自分が家族の負担になっていると感じる →	1	2	3	4	5

問 13 次の質問は、この1ヵ月間にあなたが感じたことや、起こったできごとについておうかがいするものです。それぞれの質問について、あなたの感じ方に一番近い答えを選んでください。この1ヵ月間に以下のようなことがどのくらいありましたか？

(ア～カまでのそれぞれの項目について、一番よくあてはまる番号に○をつけてください)

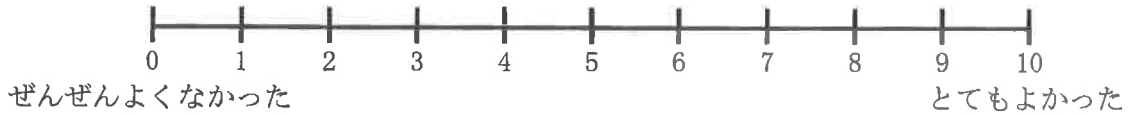
	ぜんぜんない	まれに	ときどき	たびたび	ほとんどいつも	いつも
ア まわりの人をさげましたか？	1	2	3	4	5	6
イ 人に何か言われたり、何かされても、ぼおとしていてすぐには応答しないことがありましたか？	1	2	3	4	5	6
ウ まわりの人に対していらいらした行動をとりましたか？	1	2	3	4	5	6
エ ものごとに集中しにくかったり、考えがまとまらなかつたりしましたか？	1	2	3	4	5	6
オ 人とうまくやっていくのが苦痛でしたか？	1	2	3	4	5	6
カ 頭が混乱することがありましたか？	1	2	3	4	5	6

問 14 この1ヵ月間に、次のようなことでどの程度困りましたか？

(ア～スまでのそれぞれの項目について、一番よくあてはまる番号に○をつけてください)

	全く困らな かった	すこし 困った	困った	かなり 困った	ひどく 困った
ア 筋肉の痛み	1	2	3	4	5
イ 胸の痛み	1	2	3	4	5
ウ 筋肉のけいれん	1	2	3	4	5
エ ひふのかゆみ	1	2	3	4	5
オ ひふの乾燥	1	2	3	4	5
カ 息切れ	1	2	3	4	5
キ 立ちくらみや めまい	1	2	3	4	5
ク 食欲がない	1	2	3	4	5
ケ ひどい疲れや消耗感	1	2	3	4	5
コ 手足のしびれ	1	2	3	4	5
サ 吐き気や胃の不快感	1	2	3	4	5
シ 血液透析患者さんのみお答えください シャントに問題がありましたか？	1	2	3	4	5
ス 腹膜透析の患者さんのみお答えください カテーテルに問題がありましたか？	1	2	3	4	5

問17 この1か月間、あなたの睡眠はどうでしたか？10点満点で点数をつけてください。
かげつかん すいみん てんまんてん てんすう
 (番号をひとつ選んで○をつけてください。)



問18 この1か月間、以下のようなことがどのくらいありましたか？
かげつかん いか こうもく いちばん ばんごう
 (ア～ウまでのそれぞれの項目について、一番よくあてはまる番号に○をつけてください)

	ぜんぜんない	まれに	ときどき	たびたび	ほとんどいつも	いつも
ア 夜、目がさめて、眠りにもどれなかった。→	1	2	3	4	5	6
イ 十分に睡眠がとれた。→	1	2	3	4	5	6
ウ 昼間、眠くなって困ったことがあった。→	1	2	3	4	5	6

問19 家族や友人に対してどの程度満足しているか、一番よくあてはまる番号に○をつけてください。
かぞく ゆうじん たい ていどまんぞく いちばん ばんごう

	とても不満	やや不満	まあまあ満足している	とても満足
ア 家族や友人と一緒にいられる時間 →	1	2	3	4
イ 家族や友人からの支え →	1	2	3	4

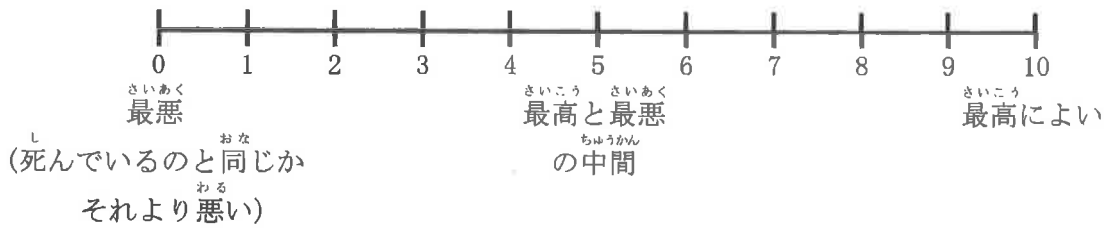
問20 過去一か月間に、あなたは賃金を得られるような仕事をしましたか？(ボランティアを除く)
かこいっかげつかん ちんぎん え しごと のぞ

- 1 はい
 2 いいえ

問21 現在健康状態が悪いために賃金を得られるような仕事を休んでいますか？
げんざい けんこうじょうたい わる ちんぎん え しごと やす

- 1 はい
 2 いいえ

問 22 全体として、あなたの健康状態はどうか？



問 23 あなたが受けている腎臓の透析治療について考えてみてください。あなたの通われている透析施設では、あなたは一人の人間として、親切にまた関心を持って扱われていますか？このことについて、あなたはどの程度満足していますか？
(一番よくあてはまる番号に○をつけてください)

- 1 とても満足
- 2 満足
- 3 どちらかという満足
- 4 満足と不満の間
- 5 どちらかという不満
- 6 不満
- 7 とても不満

問 24 以下のそれぞれの項目は、どのくらいあなたにあてはまりますか？

(それぞれの項目について、一番よくあてはまる番号に○をつけてください)

	まったくお り	ほ ぼあ ては まる	ど ち ら か と も い え な い	ほ と ん ど あ て は ま ら な い	ぜ ん ぜ ん あ て は ま ら な い	
ア 透析施設の人たち(職員)は、私ができるだけ自分のことは自分でするようにはげます。	→	1	2	3	4	5
イ 透析施設の人たち(職員)は、私が腎臓病とうまくつきあえるように支えてくれる。	→	1	2	3	4	5

*以下は、背景調査のためのオプション項目です。

さいご じしん
最後にあなた自身についておうかがいします

問 25 さいしゅうがくれき 最終学歴は？ : ばんごう 番号をひとつ選んで○をつけてください。

1 <small>しょうがっこうそつぎょう</small> 小学校卒業または <small>ちゅうがっこうそつぎょう</small> 中学校卒業	4 <small>たんきたいめいぐそつぎょう</small> 短期大学卒業
2 <small>こうこうそつぎょう</small> 高校卒業または <small>たいけん</small> 大検	5 <small>たいめいぐそつぎょう</small> 大学卒業 (4年制以上)
3 <small>せんもんがっこうそつぎょう</small> 専門学校卒業または <small>たいめいぐちゅうたい</small> 大学中退	6 <small>たいめいぐいんしゅうりょう</small> 大学院修了

問 26 げんざいけっこん 現在結婚していますか？

1 はい	2 いいえ
------	-------

問 27 いっしょ あなたと一緒に住んでいるのは つぎ 次のうちの だれ 誰ですか？
(あてはまるものすべてに○をつけてください)

1 <small>ひとり</small> 一人暮らし	3 <small>ほか しんぞく</small> その他の親族
2 <small>おっと つま みこん ふく</small> 夫 または妻 (未婚も含む)	4 <small>しんぞくいがい ひと</small> 親族以外の人

問 28 きんじゆう このアンケートを記入するのを だれ 誰かが てつだ 手伝ってくれましたか？

1 はい (1) <small>かぞく ゆうじん</small> 家族や友人が (2) <small>いがい ひと</small> それ以外の人 ()
2 いいえ

問 29 (問 28) こた ではいと答えたかたは、てつだ なぜ手伝ってもらったのですか？

1 <small>め ふじゆう</small> 目が不自由なため
2 <small>か ふじゆう</small> 書くのが不自由なため
3 <small>た</small> その他 ()

問 30 きんじゆう このアンケートを記入した時期について こた くだ お答え下さい。

1 <small>とうせきせこうちゅう</small> 透析施行中
2 <small>いえ かえ</small> 家にもち帰ってから
3 <small>た</small> その他 ()

きんじゆう ご記入になった日をご記入下さい 平成 年 月 日

<small>ねんれい</small> 年齢 満 <small>さい</small> 歳 (<small>せいねんがっぴ</small> 生年月日 M, T, S <small>ねん</small> 年 <small>がつ</small> 月 <small>にち</small> 日)
<small>せいべつ</small> 性別 (<small>おとこ</small> 男, <small>おんな</small> 女)


これでアンケートはおわりです。 きょうりょく ご協力ありがとうございました。

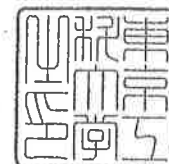
様式 4

倫理審査結果通知書
(実施計画 実施計画変更 研究成果公表)

平成 24 年 9 月 20 日

申請者
医療保健学部 看護学科
山本 佳代子 殿

東京工科大学
倫理委員会委員長 杉山 友康 



課 題 名 自己決定理論に基づく患者の自律性を支援するための多職種教育プログラムの開発

実施責任者 (所属) 医療保健学部 看護学科 (職名) 助教 (氏名) 山本 佳代子

平成 24 年 9 月 12 日付けで申請のあった上記課題に係る (実施計画 実施計画変更 研究成果公表) について委員会で審査し、次のとおり判定しましたので通知します。

判定	(1) <u>承認</u> (2) 条件付承認 (3) 変更の勧告 (4) 不承認 (5) 非該当
承認番号	第 E 1 2 H S - 0 1 4 号
理由 又は 勧告	

東京工科大学 医療保健学部
看護学科 山本 佳代子 宛

研究のための施設使用許可書

別紙の説明を理解し、以下の項目に関して同意します。

1. ○○病院で治療を受けている透析患者に対して質問紙調査を行うこと。
2. 患者の同意後、カルテより原疾患、ドライウエイト、体重変化に関する情報を収集し、転記すること。
3. 結果は、学会、論文等で公開することと、その際、個人や実施機関が特定できないようにデータを数値化すること。

平成 年 月 日

医療機関名 _____

役職名 _____

氏名 _____

説明担当者

東京工科大学 医療保健学部 看護学科

氏名 _____

必要事項をご記入の上、説明者にお渡してください

この調査は、研究上の配慮から、調査にご協力をいただける方の同意を確認させていただいております。ご協力をいただける場合、この用紙の同意書にご署名をお願いいたします。後日調査に伺った者へお渡してください。ご署名いただいた方へ、調査の方法についてのご説明をしましたあと、アンケート冊子をお渡しいたします。

どうぞよろしくお願ひいたします。

「水分管理に関する看護支援」に関するアンケート調査協力

東京工科大学 医療保健学部 看護学科 山本佳代子 宛

別紙のアンケート調査に関する説明を理解し、下記の事項に同意します。

1. アンケートに回答すること
2. カルテから、体重の増減、原疾患を転記すること

記入日:平成 年 月 日

氏名: _____

調査についての説明者

東京工科大学 医療保健学部 看護学科

氏名: _____

〇〇病院に通院中の皆様へ

平成 年 月 日

アンケート調査ご協力をお願い

血液透析を受けておられる皆様には、必要とされている自己管理も多く、毎日たいへんなご苦勞をされていらっしゃると思います。この調査は、①透析療法に必要な水分管理についてのアドバイスをどのように受けられているか、②あなたの考える水分管理をする理由、③水分管理に関する自信、などについてお伺いするものです。皆様の自己管理、特に水分管理についてのお考えをお教えいただくことで、管理をつづけていく際に皆様が大切に思っておられることが明らかになり、透析を受けておられる方にとってお役にたてる日常生活管理の支援に生かしていきたいと思っております。アンケートにご協力くださいますよう、どうぞよろしくお願いいたします。

- ・ この調査は、〇〇病院の許可をいただいて行っております。
- ・ アンケートは強制的なものではありません。協力する・しないはご自由にお決めいただいて結構です。ご協力いただかないことで不利益をこうむることは一切ありません。皆様へのアンケートの回答が調査者以外に伝わることは決してありません。従って、病院のスタッフ(担当の先生・看護師)に伝わることはありません。
- ・ 答えたくない質問には、記入されなくてもかまいません。
- ・ 調査の結果は、学会や論文等で発表する予定です。
- ・ 調査結果をまとめる際には、皆様のお名前はすべて匿名とし、「こういう回答が～%」などのように数量的に集計させていただきます。回答用紙は鍵のかかるロッカーに保管し、研究終了時には責任を持ってシュレッダーで処分いたします

このアンケート調査にご協力いただけるようでしたら、別紙の同意書にご署名の上アンケートにお答えください。どうぞよろしくお願いいたします。なお、ご不明の点などございましたら、下記の連絡先までお問い合わせください。

<連絡先>

東京工科大学 医療保健学部 看護学科
助教 山本佳代子(実施責任者)

〒144-8535 東京都大田区西蒲田 5-23-22 TEL

E - m a i l

必要事項をご記入の上、説明者にお渡してください

この調査は、研究上の配慮から、調査にご協力をいただける方の同意を確認させていただいております。ご協力をいただける場合、この用紙の同意書にご署名をお願いいたします。後日調査に伺った者へお渡してください。ご署名いただいた方へ、調査日の調整をいたします。

どうぞよろしくお願いいたします。

「水分管理に関する看護支援」に関するインタビュー調査協力の同意書

東京工科大学 医療保健学部 看護学科 山本佳代子 宛

別紙の調査に関する説明を理解し、下記の事項に同意します。

1. インタビューに回答すること
2. カルテから、体重の増減、原疾患を転記すること

記入日：平成 年 月 日

氏名： _____

調査についての説明者

東京工科大学 医療保健学部 看護学科

氏名： _____

〇〇病院に通院中の皆様へ

平成 年 月 日

インタビュー調査ご協力をお願い

血液透析を受けておられる皆様には、必要とされている自己管理も多く、毎日たいへんなご苦労をされていらっしゃると思います。この調査は、透析の自己管理について導入期から現在までどのように感じておられたのか、自己管理への意欲を維持するためにどのようにしてこられたのかについてお話をうかがうものです。皆様の自己管理、特に水分管理についてのお考えをお教えいただくことで、管理をつづけていく際に皆様が大切に思っておられることが明らかになり、透析を受けておられる方にとってお役にたてる日常生活管理の支援に生かしていきたいと思っております。インタビューにご協力くださいますよう、どうぞよろしくお願いいたします。

- ・ この調査は、〇〇病院の許可をいただいて行っております。
- ・ インタビューは強制的なものではありません。協力する・しないはご自由にお決めいただいて結構です。ご協力いただかないことで不利益をこうむることは一切ありません。皆様への回答内容が調査者以外に伝わることは決してありません。従って、病院のスタッフ(担当の先生・看護師)に伝わることはありません。
- ・ 答えたくない質問には、お答えされなくてもかまいません。
- ・ 内容を正確に把握するため、ご許可いただけた場合は、録音させていただきたいと思っております。録音されたくない場合はその旨お伝えください。
- ・ 調査の結果は、学会や論文等で発表する予定です。
- ・ 調査結果をまとめる際には、皆様のお名前はすべて匿名とします。回答内容や録音記録は鍵のかかるロッカーに保管し、研究終了時には責任を持ってシュレッダー等で処分いたします

このインタビュー調査にご協力いただけるようでしたら、別紙の同意書にご署名の上アンケートにお答えください。どうぞよろしくお願いいたします。なお、ご不明の点などございましたら、下記の連絡先までお問い合わせください。

<連絡先>

東京工科大学 医療保健学部 看護学科
助教 山本佳代子(実施責任者)

〒144-8535 東京都大田区西蒲田 5-23-22 TEL

E - m a i l

◆現時点で、透析看護にやりがいを感じていますか？ a. はい b. いいえ

◆「はい」と答えられた方→ どのような時にやりがいを感じますか？

[]

◆また、入職時と比べて、やりがいに変化があった方はその理由もお書きください

[]

I-7 透析看護がいやになる時はありますか？

a. はい b. いいえ

「はい」と答えられた方→ どのような時にいやになりますか？

[]

I-8 現在の御自身の「透析患者の自己管理支援」に満足していますか？

a. とても満足 b. やや満足 c. どちらでもない d. やや不満 e. とても不満

その理由はなんですか？

[]

I-9 「透析患者の自己管理支援」を行うにあたって、困っていることはありますか？

a. ある b. ない

「ある」と答えられた方→ どのようなことに困っていますか？

[]

II. 現在の部署で看護師として働く理由について

このアンケートでは、あなたが看護師として現在の部署で働いている理由に関する内容を質問します。何が正しいのかを選ぶものではありません。あまり考えすぎずに、あるがままにお答えください。
お答えになる場合には、「1:全く当てはまらない」から、「4:よく当てはまる」までの4段階であてはまる番号1つに○をつけてください。

		全く当てはまらない	やや当てはまらない	やや当てはまる	よく当てはまる
1	自己実現に最善の方法であると考えているから	1	2	3	4
2	他人からこの仕事を続けるようにとプレッシャーがかかっているように思うから	1	2	3	4
3	なぜそうするのか全く考えていない(考えたことがない)	1	2	3	4
4	私にとって本当に重要な選択だと思うから	1	2	3	4
5	私のことを他人に認めてもらいたいから	1	2	3	4
6	自分で考えるより、決まった通りのことを続ける方が簡単だから	1	2	3	4
7	私のやりたいと思っていることと一致するから	1	2	3	4
8	私はこの仕事で、できる人間であると認めてもらいたいから	1	2	3	4
9	なぜここで看護師を続けているのか理由はよくわからない	1	2	3	4

III. 透析患者に関するあなたの印象について

このアンケートでは、あなたが透析患者全般に関して抱いている印象について質問します。担当されている患者は複数の場合が多いかと思いますが、もし一人の場合は、その患者に関する内容を、複数の場合には、透析患者全体の印象をお答えください。
お答えになる場合には、「1:全く当てはまらない」から、「4:よく当てはまる」までの4段階であてはまる番号1つに○をつけてください。

		全く当てはまらない	やや当てはまらない	やや当てはまる	よく当てはまる
1	透析をしながらでも生きがいや人生の目標を失わずに生きることができると思う	1	2	3	4
2	今は水分管理がうまくいっていない患者でも、努力すればうまくいくなると思う	1	2	3	4
3	透析患者はしばしば水分管理と同じくらいかそれ以上に大切にしたいことを持っていると思う	1	2	3	4
4	医療者が勧める方法とは違っても、患者自身で工夫しながら生活したほうが良いと思う	1	2	3	4
5	自己管理が悪くて腎不全になったのだから、透析患者への水分管理は厳しく指導した方がよいと思う	1	2	3	4
6	体調維持に欠かせないのだから、透析間の体重増加を最小限にする努力を最優先で行うべきである	1	2	3	4

IV. 「透析患者の自己管理支援」に関する《認識と実践》について

このアンケートでは、あなたが患者さんへ自己管理の支援をする際の《重要であると考えていること》《実際に行なっていること》に関する内容を質問します。現在の状況を、「1:全く重要ではない」または「1:全く行なっていない」から、「4:とても重要である」「4:常に行なっている」までの4段階ではまる番号1つに○をつけてください。

		《重要と考えるか》				《行なっているか》			
		全く重要ではない	それほど重要ではない	やや重要である	とても重要である	全く行なっていない	あまり行なっていない	時々行なっている	常に行なっている
例	患者からよく話を聞く	1	2	3	4	1	2	3	4
1	患者の知識や学習経験、意欲等、指導に対する準備状況をアセスメントする	1	2	3	4	1	2	3	4
2	パンフレットやVTR、口頭でまたはそれらの組み合わせ等、指導方法を提示し患者に選択させる	1	2	3	4	1	2	3	4
3	効果的な指導を行えるように場を設定する	1	2	3	4	1	2	3	4
4	患者が主体的に見る、聞く、体験する指導方法を取り入れる	1	2	3	4	1	2	3	4
5	患者に理解できるわかりやすい言葉を用いる	1	2	3	4	1	2	3	4
6	指導を行う際は、患者とともに目標を設定して行う	1	2	3	4	1	2	3	4
7	患者が理解した内容を話してもらったり、質問してもらい理解度を確認する	1	2	3	4	1	2	3	4
8	患者の学習ペースに合わせて指導を進める	1	2	3	4	1	2	3	4
9	患者の理解度を考慮し、一度にたくさんの内容を盛り込まない	1	2	3	4	1	2	3	4
10	設定した目標に向かって患者の理解や行動が変化しているか確認するために患者と話し合う	1	2	3	4	1	2	3	4
11	家族やその他のキーパーソンにも指導する	1	2	3	4	1	2	3	4

		全く重要ではない	それほど重要ではない	やや重要である	とても重要である	全く行っていない	あまり行っていない	時々行っている	常に行っている
12	患者へ、水分管理方法をどのように変更するか(変更しないことも含めて)について、いくつか選択肢を示す	1	2	3	4	1	2	3	4
13	「患者が水分管理に関してどのようなことを大切に考えているか」を理解する	1	2	3	4	1	2	3	4
14	患者へ「水分管理に関する方針を変更する能力があると信じている」ことを伝える	1	2	3	4	1	2	3	4
15	水分管理に関して患者がどうやっていきたいのかを注意深く聞く	1	2	3	4	1	2	3	4
16	患者へ、水分管理について何でも質問するように勧める	1	2	3	4	1	2	3	4
17	私は、水分管理に関する変更案を示す前に、患者が水分管理についてどのように考えているかを理解する	1	2	3	4	1	2	3	4
18	自分自身の血液透析や療養生活に関する知識やスキルを向上させる	1	2	3	4	1	2	3	4
19	透析の自己管理に関する知識や情報の提供をする	1	2	3	4	1	2	3	4
20	患者とのかかわりの中で優しさや誠意ある態度を示す	1	2	3	4	1	2	3	4
21	患者の思いに耳を傾け、対話する	1	2	3	4	1	2	3	4
22	差別へ偏見なく平等に患者に接する	1	2	3	4	1	2	3	4
23	常に患者に対して関心を持ち、注目していることを、患者に表現する	1	2	3	4	1	2	3	4
24	患者の家庭や社会的環境などを考慮し、生活の中で療養することの困難さを理解する	1	2	3	4	1	2	3	4
25	患者が、長期にわたって緊張感を維持することの困難さを理解する	1	2	3	4	1	2	3	4
26	患者なりの療養に対する考え方や価値観を尊重する	1	2	3	4	1	2	3	4

V. 患者さんとの距離の持ち方について

このアンケートでは、あなたと患者さんの関係の距離の持ち方に関する内容を質問します。何が正しいのかを選ぶものではありません。あまり考えすぎずに、あるがままにお答えください。
お答えになる場合には、「1:全く当てはまらない」から、「5:よく当てはまる」までの5段階であてはまる番号1つに○をつけてください。

		全く当てはまらない	やや当てはまらない	どちらとも言えない	やや当てはまる	よく当てはまる
1	患者の気持ちに流されることがある。	1	2	3	4	5
2	患者のことが頭から離れないことがある。	1	2	3	4	5
3	受け持ちを終了したあともその患者にケアしたいと思うことがある。	1	2	3	4	5
4	受け持ち患者の援助でアドバイスしすぎてしまうことがある。	1	2	3	4	5
5	患者の病状に一喜一憂することがある。	1	2	3	4	5
6	受持ち患者に対して自分が何とかしなければと思うことがある。	1	2	3	4	5
7	仕事が終わっても患者のことが気になることがある。	1	2	3	4	5
8	患者が落ち込むと自分も落ち込むことがある。	1	2	3	4	5
9	受け持ちが終了した時にひどく寂しく感じることもある。	1	2	3	4	5
10	受け持ち終了後も患者の人生にかかわりたいと思うことがある。	1	2	3	4	5
11	患者の状態悪化にひどく心を痛めることがある。	1	2	3	4	5
12	患者の状態悪化を自分の責任のように感じることもある。	1	2	3	4	5
13	患者の気持ちには踏み込まないようにしている。	1	2	3	4	5
14	患者の人生経験には深入りしたくない。	1	2	3	4	5
15	患者には自分のことを話さないようにしている。	1	2	3	4	5
16	患者には自分の気持ちまで話さない。	1	2	3	4	5
17	患者との距離は一定に保つようにしている。	1	2	3	4	5
18	患者との関係が深まりすぎないようにしている。	1	2	3	4	5
19	患者との対応ではいつも冷静さを保っていなければならないと思う。	1	2	3	4	5
20	患者の人生経験に深入りしないために話は深く聴きすぎない。	1	2	3	4	5
21	患者に私的なことをたずねられても教えないようにしている。	1	2	3	4	5
22	患者との対応では、自分のプライベートについては一切出さない。	1	2	3	4	5

Kayoko Yamamoto

差出人: "Kouji Makino" <makino@nurse.usp.ac.jp>
宛先: <kyamamoto@hs.teu.ac.jp>
送信日時: 2011年10月23日 8:20
件名: どうぞどうぞ(滋賀県大 牧野)

山本先生

牧野です。

紀要では、お世話になりました。私は、あまり人に相談せず、やってしまうので、あとでもったいないなど思うことが多々あります。今回、山本先生や他の助教の先生に見ていただいて、貴重な意見がもらえたので、大変良かったです。

紀要の方はあの後、先生のアドバイスを反映させてもらって、修正したのち提出して、今おそらく査読に回っています。

さて、OISとUISについては、どうぞ、お使いください。完璧な尺度というわけではありませんので、クリティークの必要があれば、私に遠慮することなく書いていただいて結構です。

相談していただいて、お答えできるかどうかわかりませんが、一緒に勉強させてもらうつもりで構わなければ、こちらこそ、宜しく願い致します。私も意見が欲しい時は、相談させていただくかもしれません。その時は、宜しく願いします。私も心強い。

では、お仕事と大学院、ご家庭とのバランスを取るのは大変だと思いますが、お互いにあまり先々の不安に集中することなく目の前のことをコツコツとやっつけていきましょう。

滋賀県立大学人間看護学部
牧野 耕次
〒522-8533
滋賀県彦根市八坂町2500
Tel:0749-28-8637
Fax:0749-28-9506
Mail:makino@nurse.usp.ac.jp

必要事項をご記入の上、説明者にお渡してください

この調査は、研究上の配慮から、調査にご協力をいただける方の同意を確認させていただいております。ご協力をいただける場合、この用紙の同意書にご署名をお願いいたします。どうぞよろしくお願いいたします。

「水管理に関する看護支援」に関するアンケート調査協力

東京工科大学 医療保健学部 看護学科 山本佳代子 宛

別紙のアンケート調査に関する説明を理解し、下記の事項に同意します。

1. アンケートに回答すること
2. 患者の自律性を高める支援に関する勉強会へ参加すること

記入日：平成 年 月 日

氏名： _____

調査についての説明者

東京工科大学 医療保健学部 看護学科

氏名： _____

〇〇病院の透析室スタッフの皆様へ

平成 年 月 日

調査ご協力のお願い

腎臓に障害のある方、および血液透析を受けておられる方への支援は、必要とされている自己管理も多く、毎日たいへんなご苦勞をされていらっしゃると思います。この調査は、①病氣療養に必要な自己管理についてのアドバイスをどのように行われているか、②必要な支援を行うにあたってのご苦勞などについてお伺いするものです。皆様の透析患者への自己管理支援についてのお考えをお教えいただくことで、より有効な「日常生活管理の支援」の具体化に生かしていきたいと思っております。調査にご協力くださいますよう、どうぞよろしく願いいたします。

- ・ この調査は、〇〇病院の許可をいただいて行っております。
- ・ 調査への協力は強制的なものではありません。協力する・しないはご自由にお決めいただいて結構です。ご協力いただかないことで不利益をこうむることは一切ありません。皆様からのアンケートの回答などが調査者以外に伝わることは決してありません。
- ・ 答えたくない質問には、お答えにならなくてもかまいません。
- ・ 調査の結果は、学会や論文等で発表する予定です。
- ・ 調査結果をまとめる際には、皆様のお名前はすべて匿名とし、「こういう回答が～%」などのように数量的に集計させていただきます。回答用紙は鍵のかかるロッカーに保管し、研究終了時には責任を持ってシュレッダーで処分いたします

この調査にご協力いただけるようでしたら、別紙の同意書にご署名のうえ、説明担当者にお渡しください。どうぞよろしく願いいたします。なお、ご不明の点などございましたら、下記の連絡先までお問い合わせください。

<連絡先>

東京工科大学 医療保健学部 看護学科
助教 山本佳代子（実施責任者）

〒144-8535 東京都大田区西蒲田 5-23-22 TEL

E - m a i l