

2024年 日本腎不全看護学会セミナー

# 慢性腎臓病保存期患者教育講座

## 慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定しよう!

生きがい  
連結カード  
プレゼント!

＊ セミナー内容 (日本腎不全看護学会認定 8ポイント付与該当研修) ＊

### 慢性腎臓病保存期 患者教育 基本のキ!

慢性腎臓病の患者さんへの  
指導を自信持ってできるよう  
なろう! **腎防管  
算定**に生かせる  
基本のノウハウ  
を教えます。



### 患者向けeラーニングを 指導に取り入れてみませんか?



### 生きがい連結法で 支援してみよう!

Webやカードを使って患者さん  
を支援する「生きがい連結  
法」の紹介。  
**腎防管算定**  
やACPに活  
用できます!



### 開催日時・会場

東京

7月7日(日)  
9:30~12:30

TKP新宿カンファレンスセンター・<sup>カンファレンス</sup>ルーム4C  
新宿区西新宿1-14-11 Daiwa西新宿ビル4階  
JR新宿駅南口 徒歩5分 **定員99名**

札幌

8月18日(日)  
9:30~12:30

TKPガーデンシティ札幌駅前・ホール2B  
札幌市中央区北2条西2-19 TKP札幌ビル2階  
JR札幌駅南口 徒歩5分 **定員110名**

熊本

9月8日(日)  
9:30~12:30

国立病院機構熊本医療センター・**地域医療  
研修センター** 熊本市中央区二の丸1-5  
桜町バスターミナル 徒歩13分 **定員112名**

大阪

10月6日(日)  
9:30~12:30

TKP新大阪駅前カンファレンスセンター・<sup>ホール</sup>4A  
大阪市東淀川区西淡路1-3-12 新大阪ラニングスクエアビル  
4階 JR新大阪駅 東口(12) 徒歩1分 **定員102名**

東京

12月15日(日)  
9:30~12:30

アットビジネスセンター池袋駅前別館・706号室  
豊島区東池袋1-6-4 伊藤ビル7階 (1~3階「ZARA」の  
店舗が目印) JR池袋駅 東口 徒歩30秒 **定員105名**

主催：日本腎不全看護学会CKD委員会

# 【新設・届出】 (新) 8001\_37 慢性腎臓病透析予防指導管理料 (月1回)

厚労省 疑義解釈 (その1) 令和6年3月28日

点数	イ.初診指導管理日から1年以内 : 300点 (月1回算定可)	ロ.初診指導管理日から1年を超えた 期間 : 250点 (月1回算定可)
	<p>・CKD透析予防診療チームを設置し、日本腎臓学会の「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及び蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合</p>	
対象患者 (入院中の患者以外)	<p>・CKD (糖尿病、透析実施患者を除く) で透析予防のための重点的な指導管理を要する患者 (CKDの患者のうち、CKDの重症度分類で透析のリスクが高い患者)</p>	
算定上の留意点	<p>・当該保険医療機関の医師、看護師又は保健師、及び管理栄養士が共同で必要な指導を実施</p>	
	<p>・外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料は併算定不可</p>	
施設基準	チーム等	<p>・CKD透析予防診療チームの設置 ※チームのいずれかは、CKDの予防指導に係る適切な研修修了が望ましい ※チームのいずれか1名以上は常勤：①又は②のうち、少なくともいずれかは常勤 ①CKD指導の経験を5年以上の専任の医師 ②CKD指導の経験を3年以上の専任の看護師又は2年以上の保健師 ③CKD指導の経験を3年以上の専任の管理栄養士 ※チームの人員の他、薬剤師、理学療法士の配置が望ましい</p>
	その他要件	<p>・腎臓病教室を定期的実施等 → 患者、家族に説明実施 ※糖尿病教室の実施でも差し支えない (腎臓病の内容が含まれていること) ※情報通信機器を用いる場合：情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されて行った場合において、点数イでは261点、点数ロでは218点が算定できる</p>
	報告	<p>・患者の人数、状態の変化等を様式を用いて報告</p>

## 算定について

問147：慢性腎臓病透析予防指導管理料について、腎臓病教室に参加していない患者であっても、要件を満たす場合は、当該点数を算定可能か

答：そのとおり

問148：慢性腎臓病透析予防指導管理料について、腎臓病教室等で複数の患者に同時に指導を行った場合でも算定可能か

答：複数の患者に同時に指導を行った場合には算定できない

## 届出要件について

問149：慢性腎臓病透析予防指導管理料の施設基準で求められている医師、看護師、保健師及び管理栄養士のそれぞれの経験は、過去に複数の施設で必要な経験年数を満たしているか

答：そのとおり

令和6年3月28日疑義解釈その1より：  
栄養サポートチームの専従ではない医師、看護師、管理栄養士は兼任可能  
糖尿病透析予防指導管理料の専任の医師、看護師、保健師、管理栄養士は兼任可能

## 適切な研修修了が望ましいについて

(令和6年5月16日、関東信越厚生局群馬事務所回答)

答：研修要件は単に「望ましい」ということである。しかるべき時間数・研修内容・研修の講師の資格や経験・修了証などの受講を示す書類等々、一切の決まりや規程は今のところない。各施設などで何か研修をやって頂くといいが、「望ましい」レベルである。

※CKD：慢性腎臓病

2024年 日本腎不全看護学会セミナー

# 慢性腎臓病保存期患者教育講座

**慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定しよう!**

本日はご参加いただき、誠にありがとうございます。

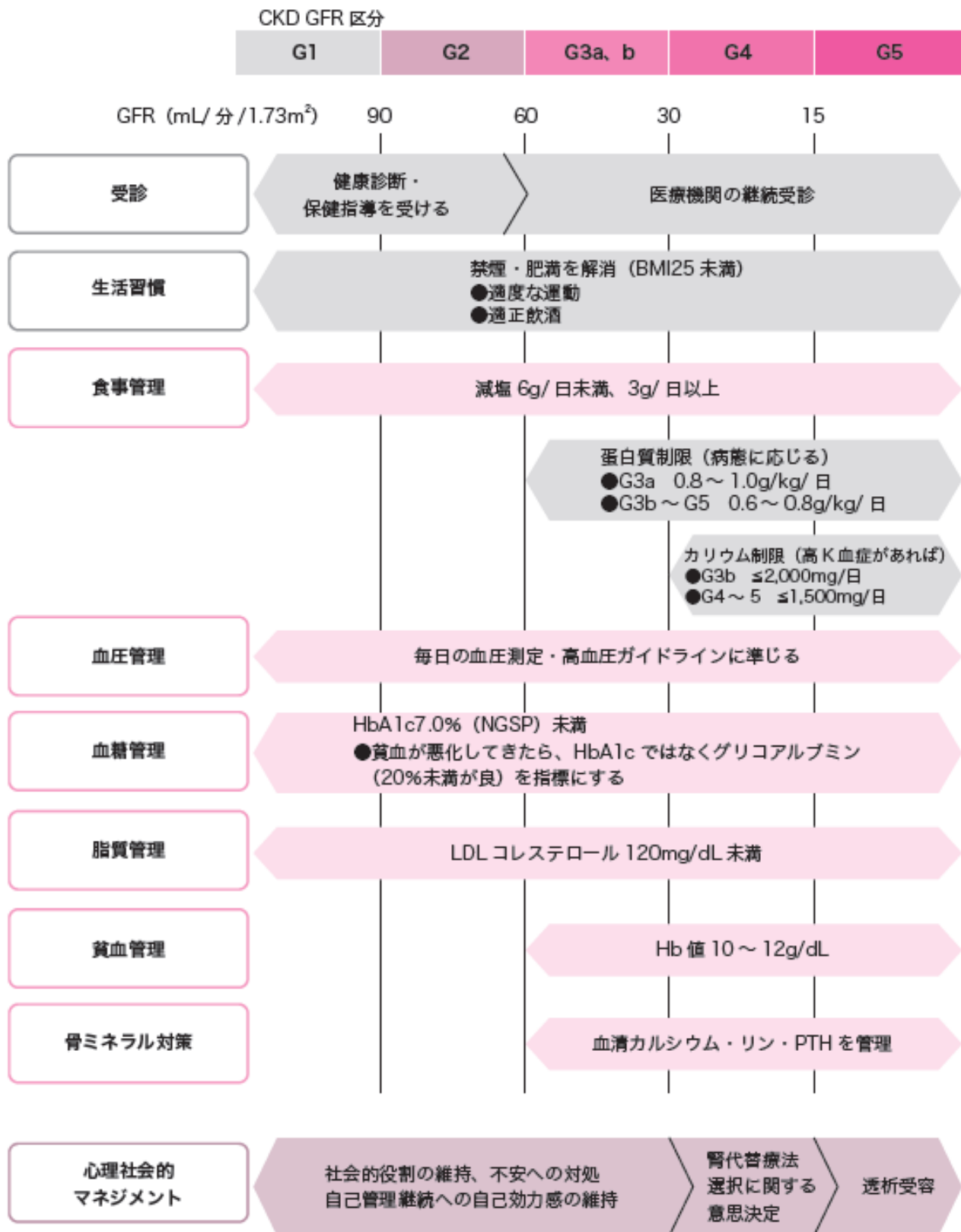
2024年の診療報酬改定では、「慢性腎臓病透析予防指導管理料」が新設され、慢性腎臓病患者に対して多職種連携による透析予防に向けた支援が行いやすくなりました。

本講座では、「慢性腎臓病透析予防指導管理料」の算定に活かせる慢性腎臓病患者教育の基本や、効果的・効率的な指導につなげるWeb教材や生きがい連結法の活用について、ご紹介させていただきます。

皆様、是非とも本講座の内容を参照し、慢性腎臓病の重症化予防の徹底と、慢性腎臓病患者のQOL維持・向上にむけて、取り組んでみませんか？

日本腎不全看護学会 CKD委員会  
委員長 城間 久美絵

# CKDステージ別のセルフマネジメント



PTH : parathyroid hormone (副甲状腺ホルモン)

## I. CKD診療ガイドライン2023に基づくCKD教育の基礎…………… 1

講師：JANN CKD委員会委員

1. CKD診療ガイドラインについて
2. CKD重症化予防を目指した療養指導
3. 患者への療養選択支援

## II. 患者向けeラーニング教材を指導に取り入れてみませんか？…………… 9

講師：高橋 さつき（JANN常任理事、群馬大学大学院保健学研究科 准教授）

1. 『腎臓ケアeラーニング講座』の概要
  2. 『腎臓ケアeラーニング講座』の特徴
  3. 『腎臓ケアeラーニング講座』の開発過程
  4. 宜しければ、お手持ちのスマホにDLし、使ってみよう！
- 付録. 『腎臓アプリ』のご紹介

## III. 「生きがい連結法」で支援してみよう！…………… 17

講師：岡 美智代（JANN理事長、群馬大学大学院保健学研究科 教授）

1. 透析患者さんのノンアドヒアランスの現状と理由
2. 生きがい連結法とは？
3. 生きがい連結カードの使い方と実際
4. 生きがい連結カード利用時の留意点
5. まとめ

### JANN COI開示

本発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

発表者名：JANN CKD委員会委員、高橋さつき、岡美智代

## 慢性腎臓病保存期患者教育セミナー



日本腎不全看護学会 CKD委員会

1

## 目次

1. CKD診療ガイドラインについて
2. CKD重症化予防を目指した療養指導
3. 患者への療法選択支援

CKD:慢性腎臓病 3

## 研修目的

慢性腎臓病患者(家族も含めて)に対する  
療養生活指導に活かせる基本的知識と  
姿勢について学ぶ

2

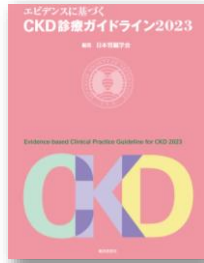
## 目次

1. CKD診療ガイドラインについて
2. CKD重症化予防を目指した療養指導
3. 患者への療法選択支援

CKD:慢性腎臓病 4

## ガイドラインの背景 ～巻頭言より一部抜粋～

- 腎臓病は進行すると末期腎不全となり、生命予後とQOLに大きな影響を及ぼす。
- 国民の健康寿命延伸には、CKDをできるだけ早期に発見し適切に対応することが重要である。
- 2007年初めて『CKD診療ガイド』が刊行され、2009年『エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン』が続いた。
- ガイドラインはCKD概念の普及・啓発、診療の標準化・均霏化に大きく貢献してきた。



5

## CKD診断基準

健康に影響を与える腎臓の構造や機能の異常(以下のいずれか)が

**3カ月を越えて持続**

<b>腎障害の指標</b>	蛋白尿(0.15 g/24時間以上; 0.15 g/gCr以上) アルブミン尿(30 mg/24時間以上; 30 mg/gCr以上) 尿沈渣の異常 尿管障害による電解質異常やその他の異常 病理組織検査による異常, 画像検査による形態異常 腎移植の既往
<b>GFRの低下</b>	GFR 60 mL/分/1.73m <sup>2</sup> 未満 GFR:糸球体濾過量

日本腎臓学会 編(2023). エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023. P19, 東京医学社 より転載

6

## CKD 重症度分類

原疾患	蛋白尿区分	A1	A2	A3
糖尿病性腎臓病	尿アルブミン定量 (mg/日)	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
	尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	30未満	30~299	300以上
高血圧性腎硬化症 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 その他	尿蛋白定量 (g/日)	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
	尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	0.15未満	0.15~0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分/1.73m <sup>2</sup> )	G1 正常または高値	≥90		
	G2 正常または軽度低下	60~89		
	G3a 軽度~中等度低下	45~59		
	G3b 中等度~高度低下	30~44		
	G4 高度低下	15~29		
G5 高度低下~末期腎不全	<15			

重症度は原疾患・GFR区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。CKDの重症度は死亡、末期腎不全、CVD死亡発症のリスクを緑■のステージを基準に、黄■、オレンジ■、赤■の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。(KDIGO CKD guideline 2012を日本人用に改変)

注：わが国の保険診療では、アルブミン尿の定量測定は、糖尿病または糖尿病性早期腎症であって微量アルブミン尿を疑う患者に対し、3カ月に1回に限り認められている。糖尿病において、尿定性で1+以上の明らかな尿蛋白を認める場合は尿アルブミン測定は保険で認められていないため、治療効果を評価するために定量検査を行う場合は尿蛋白定量を検討する。

日本腎臓学会 編(2023). エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023. P4, 東京医学社 より転載

7

## CKD患者の紹介基準

健診受診者に医療機関への受診勧奨を行う基準



1. 尿蛋白(1+)以上を医療機関への受診勧奨とする
2. 尿蛋白(±)が2年連続みられた場合、医療機関への受診勧奨とする
3. eGFR45mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満(CKDステージG3b以降)を医療機関への受診勧奨とする eGFR:推算糸球体濾過量



地域、産業保健との連携・尿検査実施の推進

日本腎臓学会 編(2023). エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023. P16, 東京医学社

8

かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準

原疾患	蛋白尿量	A1	A2	A3
慢性腎臓病	尿アルブミン定量 (mg/日)	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
	尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	30未満	30~299	300以上
高血圧性腎臓病	尿蛋白定量 (g/日)	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
	尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	(-)	(±)	(+~)
多発性骨髄腫その他		0.15未満	0.15~0.49	0.50以上
腎臓病 (KdP) (1.73m <sup>2</sup> )	01 正常または高値	≥90	急性+なし紹介 慢性のみならば生活指導・診療継続	紹介
	02 正常または軽度低下	60~89	急性+なし紹介 慢性のみならば生活指導・診療継続	紹介
	03a 軽度~中等度低下	45~59	急性+なし紹介 慢性のみならば生活指導・診療継続	紹介
	03b 中等度~高度低下	30~44	紹介	紹介
	04 高度低下	15~29	紹介	紹介
05 高度低下~末期腎不全	<15	紹介	紹介	

上記以外に、3か月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合は速やかに紹介。  
上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と腎臓専門医・専門医療機関で連絡や連携等の受診体制を検討する。

日本腎臓学会 編(2023) .エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023. P18, 東京医学社より転載

**腎臓専門医・専門医療機関への紹介目的（原疾患を問わない）**

- 1) 高血圧、蛋白尿、腎機能低下の原因精査
- 2) 遠程目標的治療強化（治療抵抗性の蛋白尿（顕性アルブミン尿）、腎機能低下、高血圧に対する治療の見直し、二次性高血圧の鑑別など）
- 3) 保存期腎不全の管理、腎代替療法の導入

**原疾患に糖尿病がある場合**

- 1) 腎臓内科医、専門医療機関の紹介基準に当てはまる場合で、原疾患に糖尿病がある場合にはさらに糖尿病専門医、専門医療機関への紹介を考慮する。
- 2) それ以外でも以下の場合には糖尿病専門医、専門医療機関への紹介を考慮する。  
①糖尿病治療方針の決定に専門的知識（3か月以上の治療でもHbA1cの目標値に達しない、薬物選択、食事運動療法指導など）を要する場合  
②糖尿病合併症、網膜症、神経障害、腎臓病、脳血管疾患、末梢動脈疾患など）発症のハイリスク患者（血糖・血圧・脂質・尿蛋白等の複合治療）がある場合  
③上記糖尿病合併症を発症している場合  
なお、詳細は「糖尿病治療ガイド」を参照のこと。

目次

1. CKD診療ガイドラインについて
2. CKD重症化予防を目指した療養指導
3. 患者への療法選択支援

CKD重症化予防を目指した療養指導

- ① 塩分制限
- ② 管理栄養士の介入
- ③ 運動
- ④ 禁煙
- ⑤ 口腔ケア
- ⑥ 飲水量
- ⑦ 多職種による生活習慣に関する教育的介入



① 塩分制限

【推奨】CKD患者において高血圧と尿蛋白が抑制されるため、6 g/日未満の食塩摂取制限を推奨する【1C】

【解説】

- ・論文11編中8編で、食塩摂取制限により有意に血圧低下を呈していた。
- ・論文8編中7編で、食塩摂取制限により有意に尿蛋白は低下していた。
- ・McMahonらによるメタ解析によると、1日食塩摂取量4.2g減少ごとに収縮期/拡張期血圧は6.1/3.5 mmHg低下し、1日食塩摂取量4.8g減少ごとに尿蛋白は34%減少、アルブミン尿は36%減少していた。また、食塩摂取制限とRA系阻害薬などの降圧薬は、降圧・尿蛋白減少に対して相乗的に働くことも示唆されている。
- ・CKD患者において食塩摂取制限による効果は高血圧、蛋白尿改善という点でエビデンスレベルが高いと判断される。食塩摂取制限の目標値に関しては、各ランダム化比較試験における食塩摂取制限群の摂取量がおおむね6 g/日前後であったことから、上限値としては6 g/日未満を推奨するのが妥当と考える。

日本腎臓学会 編(2023) .エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023. P92, 東京医学社



## ② 管理栄養士の介入

【推 奨】CKD のステージ進行および腎代替療法への導入を抑制する可能性があるため、管理栄養士が介入することを推奨する【1C】

### 【解説】

CKD 患者の栄養管理を行う際には、管理栄養士の参画なしには実施困難である。今回アップデートした システマティックレビューによる文献検索で、管理栄養士の介入が害となる報告が新たに抽出されたということではなく、CKD 診療における管理栄養士の介入を妨げるものではない。特に最近、腎臓病療養指導士(日本腎臓学会、日本腎不全看護学会、日本栄養士会、日本腎臓薬物療法学会)や腎臓病病態栄養専門管理栄養士(日本病態栄養学会、日本栄養士会)制度が設立されたが、これらの資格をもつ管理栄養士の介入による治療効果の向上が期待される。

13

日本腎臓学会 編(2023). エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023. P85-86. 東京医学社

## ③ 運動

【推 奨】肥満を伴わない保存期CKD患者において、日常的な運動は蛋白尿増加をもたらすことはなく、腎機能や身体的QOLの改善をもたらす可能性があるため、合併症や心肺機能を含む身体機能を考慮しながら可能な範囲で行うことを提案する【2C】

### 【解説】

保存期CKD患者に対する運動療法については、日本腎臓リハビリテーション学会のガイドラインで既にシステマティックレビューされており、「生命予後や腎予後、入院リスクを改善させるという確固たるエビデンスはないが、運動耐容能や身体機能に関するQOLを改善・維持する可能性がある」という結論に至っているが、採用された多くの論文が肥満患者を対象としたものであり、われわれが日常臨床で目の当たりにするCKD患者と必ずしも一致しない可能性が示唆された。

14

日本腎臓学会 編(2023). エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023. P71-72. 東京医学社

## ③ 運動

【推 奨】肥満を伴わない保存期CKD患者において、日常的な運動は蛋白尿増加をもたらすことはなく、腎機能や身体的QOLの改善をもたらす可能性があるため、合併症や心肺機能を含む身体機能を考慮しながら可能な範囲で行うことを提案する【2C】

### 【解説 続き】

尿蛋白に関しては、かつてCKD患者には安静が必要とされた時期もあったが、エビデンスに基づかないとして現在では推奨されていない。肥満を伴わない保存期CKD患者に対する運動療法は、短期的に腎機能改善につながることはあっても悪化させる可能性は低く、身体機能に関連する QOL の維持・改善につながることから、合併症や心肺機能を含む身体機能を考慮しながら可能な範囲で行うことを提案する。

14

日本腎臓学会 編(2023). エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023. P71-72. 東京医学社

## ④ 禁煙

【推 奨】CKD患者に対する禁煙の介入効果は明らかではないが、禁煙は一般人にも推奨されており、CKD患者でも禁煙を強く勧める【推奨なし】

### 【解説】

CKD進行や心血管疾患発症および死亡リスクを抑制するために、CKD患者の禁煙は推奨される(CKD診療ガイドライン2018: 推奨B1)。この根拠はおもに、現在喫煙、過去喫煙、喫煙なしの群間において、CKD発症あるいは進展のリスク比較をした観察研究による。また、喫煙本数とリスクには量反応性関係が存在することからも、CKD患者には禁煙を勧めるべきと考えられた。しかしながら、禁煙のタイミングおよび禁煙期間については不明である点が課題であった。

本ガイドライン作成において、『CKD診療ガイドライン2018』からの文献的進捗を確認したが、それらの課題を解決する質の高いエビデンスは存在しなかった。

16

日本腎臓学会 編(2023). エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023. P62. 東京医学社

## ⑤ 口腔ケア

【推 奨】口腔不健康状態はCKDステージの悪化に伴い漸増し、フレイルや死亡率上昇との関連も示唆されるため、CKD患者においても口腔ケアを勧める【推奨なし】

### 【解説】

CKD患者は非CKD患者と比較して唾液流量が低下し、口腔乾燥状態が増加することに加え、口腔内のpHも上昇することが明らかになっている。加えて、慢性炎症の状態にあることから、歯周病の罹患率も一般人と比較しても高い。これらの口腔不健康状態は、CKDステージの悪化に伴い漸増し、QOLの低下、フレイルとの関連や死亡率上昇との関連も示されている。しかしCKD領域において現状では口腔健康への関心は低く、口腔ケア(非外科的歯周病治療)の効果は検討されはじめた段階にあり、エビデンスは乏しい。今後、CKD患者の口腔健康についてさらに検討され、効果的な介入効果が発表されることが望まれる。

17

日本腎臓学会 編(2023). エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023. P65, 東京医学社

## ⑥ 飲水量

【推 奨】保存期CKD患者では、飲水量を増やしても生命予後の改善や腎保護効果は期待できないため、通常よりも意図的に飲水量を増やすことは行わないよう提案する【2B】

### 【解説 続き】

CKD患者の適切な飲水量については明確ではないが、CKDステージ G3、G4を対象とした観察研究では、1日の飲水量 1～1.5 Lで末期腎不全のリスクが最も小さかった。また、飲水量 1 L/日未満の少ない飲水習慣では末期腎不全のリスクが上昇することも示されており、飲水を制限することにも注意が必要である。

18

日本腎臓学会 編(2023). エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023. P68-69, 東京医学社

## ⑥ 飲水量

【推 奨】保存期CKD患者では、飲水量を増やしても生命予後の改善や腎保護効果は期待できないため、通常よりも意図的に飲水量を増やすことは行わないよう提案する【2B】

### 【解説】

質の高いランダム化比較試験より、CKD患者では意図的に飲水量を増やしても全死亡、eGFR 低下速度について有益性が得られないこと、また、意図的な飲水で重篤な低ナトリウム血症は増えないことが示された。末期腎不全および心血管疾患については限られた観察研究のみで、意図的な飲水の有益性を示す質の高いエビデンスは得られなかった。意図的に飲水量を増やすことは患者負担となる可能性があり、飲水介入試験結果から実際には継続が困難と予想される。以上から、保存期CKD患者では、通常よりも意図的に飲水量を増やすことは行わないよう提案する。

18

日本腎臓学会 編(2023). エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023. P68-69, 東京医学社

## ⑦ 多職種による生活習慣に関する教育的介入

【推 奨】成人の保存期CKD患者に対する多職種による教育的介入、腎機能低下抑制効果および心血管疾患イベント発生減少をもたらす可能性があり、多職種による生活習慣に関する教育的介入を行うよう提案する。【2C】

### 【解説】

日本において、2012年度の診療報酬改定後、外来糖尿病患者に対し、「糖尿病透析予防指導管理料」がチーム医療として新規に制定され、糖尿病性腎臓病患者に対しての多職種による教育的介入に対し、診療報酬が算定されることとなった。本クリニックエッセイでは、糖尿病のみならず、保存期CKD患者全般に対し、CKD療養指導に関する基本知識を有した多職種が協働し、生活習慣に関する教育的介入を行うことで、腎機能低下抑制効果および心血管疾患イベント発生減少が期待できる可能性が示唆された。今後は、腎機能低下およびQOLに関するアウトカム指標に一貫性をもたせたいうえて、介入後に長期的な観察期間を設け、効果的な介入頻度や教育内容を検証するためのランダム化比較試験を行い、エビデンスを強化していくことが必要である。

20

日本腎臓学会 編(2023). エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023. P76-77, 東京医学社

## 目次

1. CKD診療ガイドラインについて
2. CKD重症化予防を目指した療養指導
3. 患者への療法選択支援

21

## Sheared Decision Making (SDM) とは

- 質の高い医療決断を進めるために、最善のエビデンスと患者の価値観、好みとを統合させるための医療者と患者間の協働のコミュニケーション・プロセス  
(Spatz ES. JAMA, 2016)
- 患者と医師が情報、直感だけでなく決定を下すことも共有する協働的な努力・企て  
(Whitney SN. Ann Intern Med, 2003)
- 医療者と患者が協働して医療上の決定を下すプロセス  
(Legare F. Patient Education and Counseling, 2014)



医学的な情報や最善のエビデンスと、患者の生活背景や価値観など  
医療者と患者が**決定していく**、双方の情報を共有しながら

**一緒に意思をプロセス**

23

## 療法選択に関する取り組み

**eGFR30mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満**となった時期を目途に  
腎代替療法に関する意思決定支援を開始  
Sheared Decision Making (SDM) の実践

療法選択は「腎代替療法を選択すること」がゴールではない！  
患者やその家族が共に「どのように人生を過ごしていきたいのか」  
ということを考える場であり  
患者自身が自分で意思決定していくことを支えるのが医療職の使命

22

## 療法選択外来における環境調整（一例）

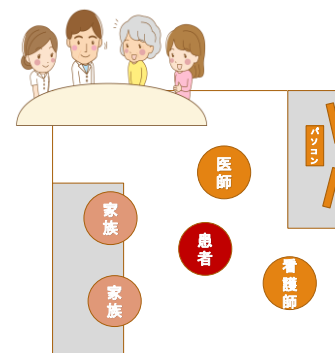
ご本人、ご家族に対して・・・

### 【医師】

- 腎機能の知識確認
- 現在のデータによる身体状況の共有
- 各療法におけるリスク/ベネフィット

### 【看護師】

- 表情、理解度の観察
- (必要に応じた)生活状況の確認
- お互いの意見が出せるように支援



24

## SDMの9要素

- ① 問題の定義や説明
- ② 選択肢の提示
- ③ 利点、欠点、費用に関する話し合い
- ④ 患者の価値観と意向
- ⑤ 患者の能力と自己効力に関する話し合い
- ⑥ 医師の知識と推奨
- ⑦ 患者の理解度の確認
- ⑧ 療法の決定あるいは延期
- ⑨ フォローアップの予約



25

## SDMの9要素

## ① 問題の定義や説明

- 現在の慢性腎臓病の進行に伴う問題を明確に説明し、今後の方向性について話し合いを開始することを話す。
- 患者や家族も意思決定に関するプロセスに参加が必要であると伝える。
- 医療者も十分に話し合いに参画していく。

## ② 選択肢の提示

- エビデンスに基づいて想定される療法選択肢を提示。
- 偏った情報提供にならないように意識する。
- 必要に応じて様々な意思決定支援ツールを使用する。



26

## SDMの9要素

## ③ 利点、欠点、費用に関する話し合い

- 複数の選択肢に対して詳細に説明を行う。
- 医療者が思う利点が、患者にとっても同様に利点となるとは限らない可能性がある。
- 患者や家族が情報を正しく捉えられるように説明する。

## ④ 患者の価値観と意向

- 患者自身の価値観を最重要視する。
- 医療者側が自分の価値を押し付けることは禁忌。
- 医学的に不確実な療法を選択された場合は十分な話し合いを継続する。



27

## SDMの9要素

## ⑤ 患者の能力と自己効力に関する話し合い

- 患者が選択を希望する療法を実行する際に、どの程度実現できるのか検討する。
- 生活環境や長い人生における様々な変化も踏まえても「これならできる」という自己効力

## ⑥ 医師の知識と推奨

- 医療者側の価値観を押し付けるのではなく、患者自身の価値観を最重要視する。
- 医学的に不確実な療法を選択された場合は十分な話し合いを継続する。



28

## SDMの9要素

## ⑦ 患者の理解度の確認

- 患者や家族がどのように理解しているのかオープンエスチョンを活用して確認をする。
- 十分な理解に至っていない場合は、方法を変えるなどして説明を繰り返していく。



29

## ⑧ 療法の決定あるいは延期

- いずれかの療法を選択することがゴールではなく、患者にとって最善の選択肢であるかが重要。
- 患者、家族が十分に話し合い、価値観や将来のライフスタイルも含めて最良の選択肢であるか確認。
- 一度決めたことでも、方針変更がないか、場合によってはさらに意思決定を延期することも行う。

## SDMの9要素

## ⑨ フォローアップの予約

- 療法決定までのプロセスを共に歩むためのフォローアップの調整。
- 意思決定後であっても、状況の変化などの確認を行うためのフォローアップを約束し、定期的な再評価を行う。



意思決定支援ツール(一例)

30

CKD診療ガイドラインに基づくCKD教育の基礎 SDMの9要素

## 【引用文献】

Makoul G, Clayman M. An integrative model of shared decision making in medical encounters  
Patient Education and Counseling  
Vol. 60(3), 2006, Pages 301-312.

## 療法選択支援実施時に必要と思われる記録

- 参加者
- 実施時間
- 実施回数
- 説明内容
- 疾患についての本人の受け止め方
- 患者、家族の思い  
→今後のやりたいことや生きがい
- 現在の患者、家族が選択している療法  
...etc.



31

慢性腎臓病保存期患者教育セミナー

患者向けeラーニング教材を  
指導に取り入れてみませんか？



JANN常任理事 高橋さつき  
(群馬大学大学院保健学研究科)

1

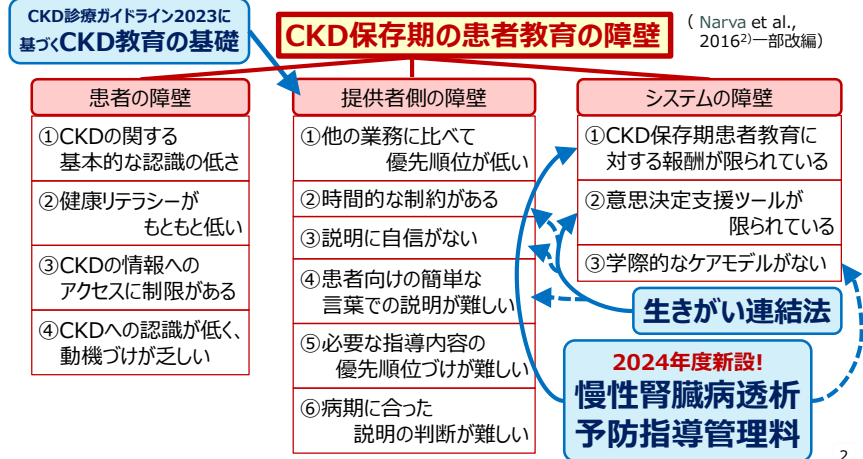
本日のおはなし

1. 『腎臓ケアeラーニング講座』の概要
2. 『腎臓ケアeラーニング講座』の特長
3. 『腎臓ケアeラーニング講座』の開発過程
  - 1) 開発のきっかけ
  - 2) オンライン教材の短所を最小に
  - 3) 本教材の評価結果
4. 宜しければ、お手持ちのスマホにDLし、使ってみよう！  
付録、『腎臓アフリ』のご紹介



慢性腎臓病：CKD

3

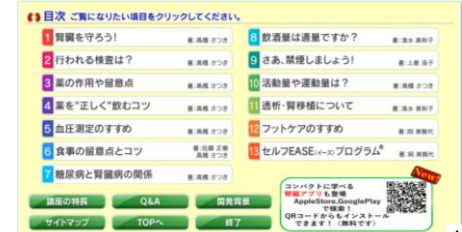


Narva, A. S., et al. (2016). Educating Patients about CKD: The Path to Self-Management and Patient-Centered Care. CJASN, 11(4), 694-703.

2

1. 『腎臓ケアeラーニング講座』の概要

- 想定ユーザー：蛋白尿を指摘された方
- 目標：腎臓病の進展防止にむけ、生活習慣を改善するために必要な知識を習得する
- 科研費などで開発 ⇒ どなたでも無料！
- 『エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023』<sup>1)</sup>などに  
基づき作成 + 医師監修  
13単元 (合計 約260ページ) で構成



1) 日本腎臓学会(編). エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023. 東京医歯学社. 2023

4

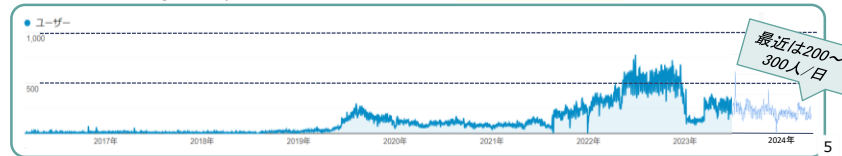
### 1. 『腎臓ケアeラーニング講座』の概要



- 2014年5月にver.1公開し、**今年で10年**ガイドラインなどの改訂に合わせた改訂を繰り返し、**2024年4月にver.7公開**
- 現在までにのべ**38.6万人**の皆様によって、**全国各地・海外にて閲覧**

ユーザー数(人)	
1	大阪 34,257
2	横浜 21,434
3	名古屋 12,137
4	福岡 9,837
5	札幌 9,744
6	新宿 9,109
7	渋谷 7,320

▼Google Analyticsによる1日のユーザー数の推移 (2016.4.1~2024.5.20) と、▲その市区町村別内訳



### 3. 『腎臓ケアeラーニング講座』の開発過程

- 1) 高橋他, (2009). 看護師が外来で行う慢性腎臓病1~4期の患者教育実施率と実施に影響を及ぼす「構造」の分析. 日透析医学会誌, 42(5) : 363-368.
- 2) 日本看護協会, (2007). <http://www.nurse.or.jp/home/opinion/newsrelease/2007pdf/20070801.pdf>
- 3) 日本腎不全看護学会, (2008). <http://www11.ocn.ne.jp/~jannn1/files/qualification01.html>
- 4) 日本糖尿病療養指導士認定機構, (2008). <http://www.cdej.gr.jp/sidouitoha/index.html>

#### 1) 開発のきっかけ

(1) 外来でのCKDステージG1~4の患者教育実施率：**13.0%** (高橋ら, 2009<sup>1)</sup>)

患者教育の実施には、CKD療養指導のスペシャリストの配置が有意に関連

・**当時のCKD療養指導のスペシャリストの人数：糖尿病領域の1/7の人数**

CKD療養指導のスペシャリスト	糖尿病療養指導のスペシャリスト
透析看護認定看護師 約60名 (2007 <sup>2)</sup> )	糖尿病看護認定看護師 約150名 (2007 <sup>2)</sup> )
透析療法指導看護師 約500名 (2008 <sup>3)</sup> )	糖尿病療養指導士 約1万2000名 (2008 <sup>4)</sup> )

・在院日数短縮に伴う外来への役割移譲：**外来看護は多忙極まる**

**CKD患者教育普及には、効率的に行える方法の開発が必要!**

(2) インターネットの利用率(個人)：**78.0%** (総務省, 2009<sup>5)</sup>)

5) 総務省, (2009). <https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/r04/html/nb000000.html>

### 2. 『腎臓ケアeラーニング講座』の特長

- ① Webで公開：**Web環境があればいつでもどこでも、時間・人数の制約なく同時に何人でも学習OK!**
- ② **インストラクショナルデザイン**に基づく開発：  
**学習目標を明示し、学習者の年齢やコンピュータリテラシーなどをふまえて開発**
- ③ **ケラーのARCSモデル**に基づく開発：  
**動機づけを高める工夫**を盛り込む
- ④ 入力に合わせて**学習内容が展開**：  
**各自のニーズにあわせて学習OK!**
- ⑤ 調査にて、**教材の効果を確認済**



### 3. 『腎臓ケアeラーニング講座』の開発過程

2) オンライン教材の短所を最小に

オンライン教材は主に、

**教える人の目の届かない所でユーザーがひとりで使用**

**「独立した教材」**に作り上げないとユーザーに使ってもらえない

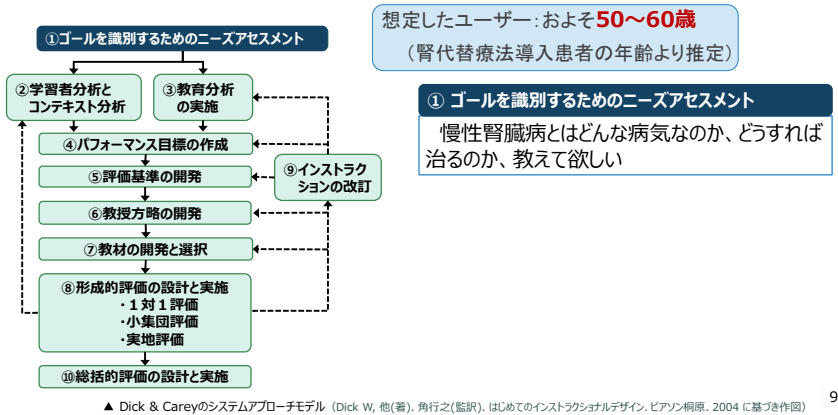
- 例) ひとりでも操作ができる
- 読みやすい・わかりやすい記述
- ひとりでも学んでも習得しやすい
- 繰り返し学びたいと思ってもらえる

#### インストラクショナルデザイン

- ・学習理論、情報学、メディア技術などを基盤とする**教育学の一領域**
- ・学習の目標を明確化し、学習者の特徴や与えられた学習環境やリソースの中で、**最も効果的で魅力的な学習方法を選択し、設計・実行・評価する方法論**

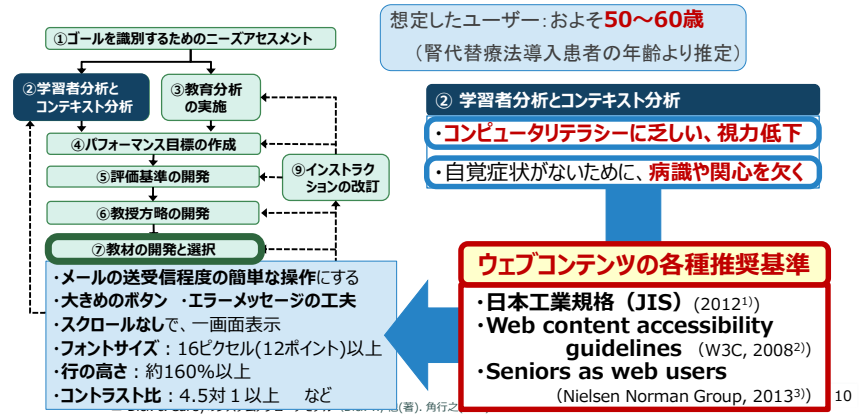
Dick W, 他(著), 角行之(監訳), はじめてのインストラクショナルデザイン. ビジ্ঞン桐原. 2004

### 3. 『腎臓ケアeラーニング講座』の開発過程



### 3. 『腎臓ケアeラーニ

1) 日本工業規格. (2012). <https://kikaku.ni.com/x8/X8341-3-2016-01.html>  
2) The World Wide Web Consortium (W3C). (2008). <https://www.w3.org/TR/2008/REC-WCAG20-20081211/>  
3) Nielsen Norman Group. (2013). <https://www.nngroup.com/articles/usability-seniors-improvements/>



自覚症状がないために**病識や関心を欠く** **学習の動機づけが重要!**

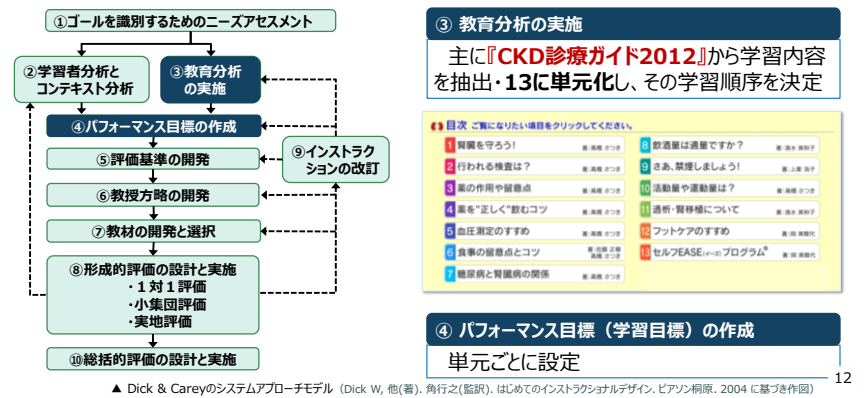
#### ARCSEモデル (Keller J. M., 2010)

- ・Kellerによる動機づけの文献の広範なレビューに基づき構築され、**多くの動機づけ理論が組み込まれている**
- ・**学習動機を4つの領域から強化**するさまざまな支援方略を開発

領域	支援方略の一例
A <b>注意 (Attention)</b> 面白そうだなあ	・見出しなどを工夫し、素朴な疑問を投げかける ・教材の内容が一目で分かるように表紙を作成
R <b>関連性 (Relevance)</b> やりがいがありそうだなあ	・学習すること自体を楽しめるよう、クイズやゲーム的要素を取り入れる ・イラストなどで具体性を高める
C <b>自信 (Confidence)</b> やればできそうだなあ	・各コースの表紙に予め学習ゴールを明示し、どこに向かって努力するのか、意識させる
S <b>満足感 (Satisfaction)</b> やってよかったなあ	・学習成果をほめて認めるページや認定書を準備 ・各コースの最後に振り返りテストを用意し、自身で総仕上げができる

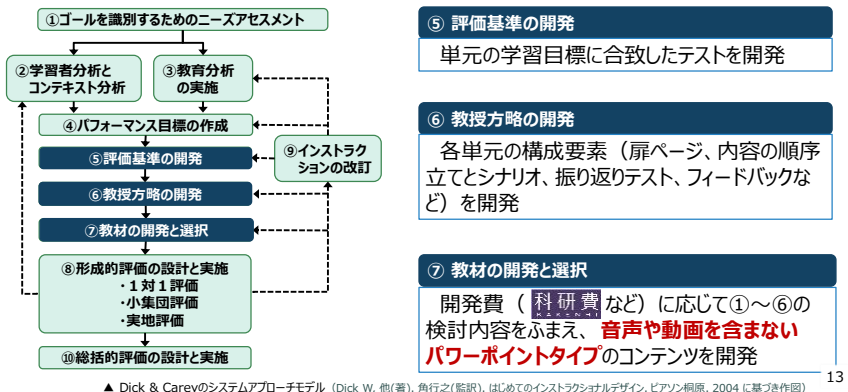
(Keller J M(著), 鈴木克明(監訳), 学習意欲をデザインする-ARCSEモデルによるインストラクショナルデザイン-, 北大路書房, 2010 に基づき作成)

### 3. 『腎臓ケアeラーニング講座』の開発過程





### 3. 『腎臓ケアeラーニング講座』の開発過程



**ARCS モデル**

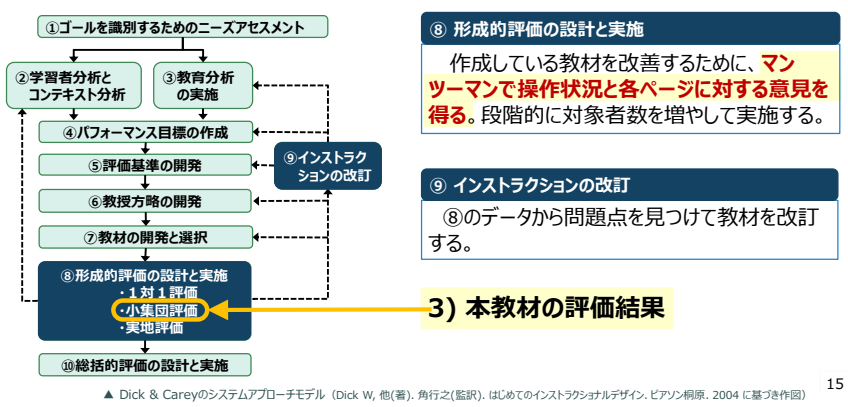
領域	支援方略の一例
<b>A 注意 (Attention)</b> 面白そうだなあ	見出しなどを工夫し、素朴な疑問を投げかける 教材の内容が一目で分かるように表紙を作成
<b>R 関連性 (Relevance)</b> やりがいがありそうだなあ	学習すること自体を楽しめるよう、クイズやゲームの要素を取り入れる イラストなどで具体性を高める
<b>C 自信 (Confidence)</b> やればできそうだなあ	各コースの表紙に予め学習ゴールを明示し、どこに向かって努力するのが、意識させる
<b>S 満足感 (Satisfaction)</b> やってよかったなあ	学習成果をほめて認めるページや認定書を準備 各コースの最後に振り返りテストを用いし、自身で復讐上げができる

▼点線内：本題に入る前に予め質問形式でコースの学習目標を示す

(Keller J.M.): 鈴木俊昭(監訳), 学習意欲デザインARCSモデルによるeラーニング教材の開発, 2010 に基づき作成

14

### 3. 『腎臓ケアeラーニング講座』の開発過程



**小集団評価** (Takahashi et al., 2022)

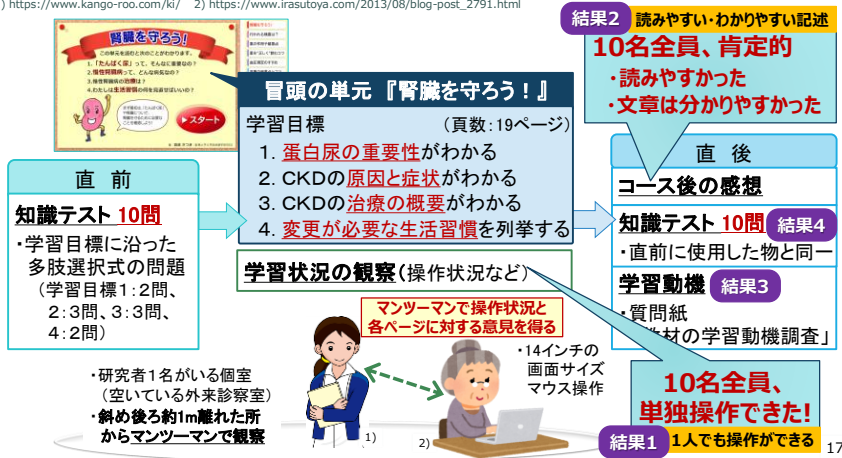
【対象者の属性】

- 参加者: **10名** (男性3名・女性7名)
- 平均年齢: **51.2歳** (SD: 16.7)
- パソコン類の使用頻度: 毎日7名 (70%)、時々3名 (30%)
- 栄養指導・患者教育などの受講経験: あり7名 (70%)、なし3名 (30%)

参加者	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
性別	男	女	女	女	女	女	男	男	女	女
年齢	74	35	41	34	52	50	72	73	31	50
パソコン類の使用頻度	時々	時々	毎日	毎日	毎日	毎日	毎日	毎日	時々	毎日
栄養相談・患者教育などの受講経験	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	なし	なし

Takahashi, S., et al. (2022). Evaluation of Usability and Learning Motivation of e-Learning Courses for People With Chronic Kidney Disease. Computers, informatics, nursing, CN, 40(8): 554-561. 16

1) <https://www.kango-roo.com/ki/> 2) [https://www.irasutoya.com/2013/08/blog-post\\_2791.html](https://www.irasutoya.com/2013/08/blog-post_2791.html)



Takahashi, S., et al. (2022). Evaluation of Usability and Learning Motivation of e-Learning Courses for People With Chronic Kidney Disease. Computers, informatics, nursing: CIN, 40(8): 554-561.

**小集団評価** (Takahashi et al., 2022)



**結果3** 【教材に対する学習動機】

**ARCSモデル**

半分強、当てはまる

学習動機の領域	平均スコア	範囲
注意 (Attention) 面白そうだなあ	3.71	3.08~4.42
関連性 (Relevance) やりがいがありそうだなあ	3.77	3.33~4.22
自信 (Confidence) やればできそうだなあ	3.71	3.22~4.33
満足感 (Satisfaction) やってよかったなあ	3.40	2.50~4.17
繰り返し学びたいと思ってもらえた…?	3.67	3.33~4.19

- 設問数: 36項目 (注意12項目、関連性9項目、自信9項目、満足感6項目)
- 回答: 1 (全く当てはまらない)、2 (わずかに当てはまる)、3 (半分くらい当てはまる)、4 (かなり当てはまる)、5 (とても当てはまる)

Takahashi, S., et al. (2022). Evaluation of Usability and Learning Motivation of e-Learning Courses for People With Chronic Kidney Disease. Computers, informatics, nursing: CIN, 40(8): 554-561.

**小集団評価** (Takahashi et al., 2022)

**結果4** 【知識テスト】

学習目標	習得率 (%)		習得率の差 (%)
	コースの直前	コースの直後	
1. 蛋白尿の重要性がわかる	20	100	80
2. CKDの原因と症状がわかる	0	100	100
3. CKDの治療の概要がわかる	0	80	80
4. 変更が必要な生活習慣を列挙する	0	60	60
全体	5	85	80

●**習得率**: 学習目標に対応する全ての質問に正解した参加者の割合  
●**設問数**: 多肢選択式の問題10問 (学習目標1: 2問、2: 3問、3: 3問、4: 2問)

Takahashi, S., et al. (2022). Evaluation of Usability and Learning Motivation of e-Learning Courses for People With Chronic Kidney Disease. Computers, informatics, nursing: CIN, 40(8): 554-561.

**4. 宜しければ、お手持ちのスマホにDLし、使ってみよう!**



- 例えば...
- ・外來での待ち時間に見て頂く
  - ・対面指導や遠隔医療における教材
  - ・指導後の自宅での復習教材
  - ・医療スタッフの学習教材
  - ・聴覚障がい者の指導
  - ・海外在住の日本人の学習 など



## 腎疾患対策検討会報告書（平成30年7月）に係る取組の 中間評価と今後の取組について (令和5年10月)

### 全体目標

自覚症状に乏しい慢性腎臓病（CKD）を早期に発見・診断し、良質で適切な治療を早期から実施・継続することにより、CKD重症化予防を徹底するとともに、CKD患者（透析患者及び腎移植患者を含む）のQOLの維持向上を図る。

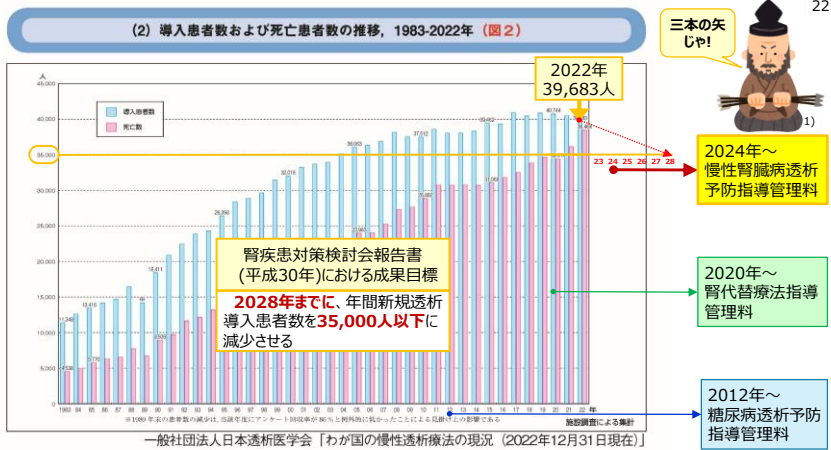
### 現状及び中間評価の概要

- 腎疾患対策検討会報告書において「2028年までに、年間新規透析導入患者数を35,000人以下に減少させる」を達成すべき成果目標（KPI）として掲げているところ、令和3年の年間新規透析導入患者数は40,511人と、平成30年からほぼ横ばいで推移している。新規透析導入の原因疾患については、高血圧等の生活習慣病（NCDs）が主要因とされている腎硬化症の割合が増加傾向にある。
- 腎疾患対策検討会報告書に基づき、2人主治医制やCKDの早期発見に関する啓発活動、各都道府県の腎疾患対策の強化、腎臓病療養指導士制度の運用などが進められてきた。
- 一方で、慢性腎臓病（CKD）の認知度が低い、医療機関間の連携不足、一部の評価指標の把握が困難であること等が課題として挙げられた。
- こうした状況を踏まえた、更に推進すべき主な事項は以下のとおり。

個別施策	更に推進すべき主な事項
①普及啓発	○勤労世代等に対する新たなアプローチ方法についての検討 ○CKDの正しい知識および早期からの受診の重要性についての普及・啓発
②地域における医療提供体制の整備	○医療機関間の紹介基準等の普及及び連携強化 ○医療機関に対する早期診断・早期治療の必要性の普及・啓発 ○腎臓専門医療機関とCKD診療に関するかかりつけ医機能を有する医療機関の連携強化に資する連携パスの活用
③診療水準の向上	○CKD患者の治療と仕事の両立支援の取組 ○各種ガイドライン等の普及、各地域における腎臓病療養指導士等の活動内容等の好事例の横展開
④人材育成	○腎臓専門医が少ないエリアにおける腎臓病療養指導士等のCKDに関する基本的な知識を有する看護師／保健師、管理栄養士、薬剤師等のメディカルスタッフの育成・配置等 ○多職種による療養指導のための標準化ツールの普及
⑤研究開発の推進	○腎疾患対策の効果のより適切な評価方法の確立 ○CKD患者データベース（J-CKD-DB）等を活用した研究

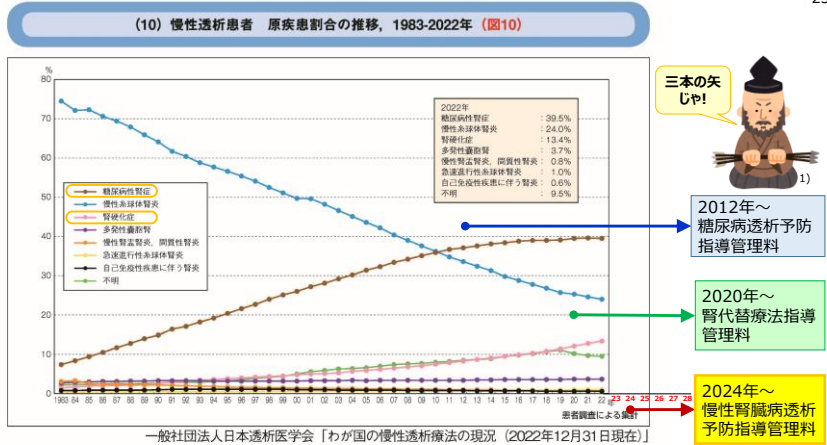


II. 患者向けeラーニング教材を指導に取り入れてみませんか？



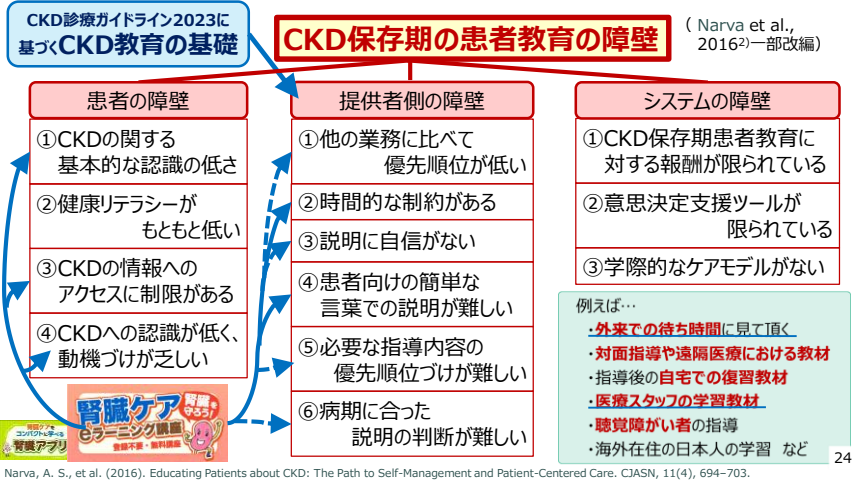
22

1) [https://www.irasutoya.com/2016/06/blog-post\\_665.html](https://www.irasutoya.com/2016/06/blog-post_665.html)



23

1) [https://www.irasutoya.com/2016/06/blog-post\\_665.html](https://www.irasutoya.com/2016/06/blog-post_665.html)



Narva, A. S., et al. (2016). Educating Patients about CKD: The Path to Self-Management and Patient-Centered Care. CJASN, 11(4), 694-703.

24

### 付録『腎臓アプリ』のご紹介

App Store からダウンロード | Google Play で手に入れよう

- 2018年4月よりダウンロード無料で公開開始
- 想定ユーザー：蛋白尿を指摘された方
- 目標：腎臓病の自己管理に必要な知識を習得する
- 6単元の学習コンテンツと、2種類のクイズで構成 (合計約220ページ)

25

付録. 『腎臓アプリ』のご紹介



想定したユーザー：およそ**50～60歳**  
(腎代替療法導入患者の年齢より推定)  
**コンピュータリテラシーに乏しい、視力低下**

楽しめる要素のある  
アプリを**科研費**の  
範囲内で開発!



●ゲームの種類：**Quiz** (三択クイズ10問、〇×クイズ10問)

●動機づけを高める**フィードバック**をできるだけ多く

- ・クイズの答えの解説を表示
- ・ユーザーの頑張りたたえるメッセージを表示
- ・クイズの正解数に応じて、動物や猫のイラストが現れるアニメーションを作成



26

現在、『腎臓アプリ』のマイクロラーニング版を開発中  
CKD患者教育を推進する教材をめざし、来年度公開予定!!!



27

対面・遠隔指導時の  
教材として

指導後のご自宅での  
復習教材として

医療スタッフ  
の学習にも!

これらを是非  
腎臓病患者教育に  
ご活用ください!

まずは**待合室**で閲覧  
というのが流行って  
いるらしい・・・

**聴覚障がい者**  
への指導時に

**海外在住の  
日本人**にも好評!

どちらも登録不要・  
無料です!



28



<http://plaza.umin.ac.jp/~jin/>

メールを頂ければ、チラシ・リーフレットなど、無料で郵送いたします

●『腎臓ケアeラーニング講座』『腎臓アプリ』のチラシ・巻三折パンフレットをご希望される方は、以下連絡先 (E-mail) に①～⑤をお知らせください。折り返し、無料で郵送いたします。

【連絡先】高橋 さつき E-mail: [satsukit@gunma-u.ac.jp](mailto:satsukit@gunma-u.ac.jp)

(群馬大学大学院保健学研究科 看護学講座)

〒371-8514 群馬県前橋市昭和町3-39-22 TEL 027-220-8819


【お知らせ頂く内容】

- ① a. 『腎臓ケアeラーニング講座』のチラシ：〇〇枚
- b. 『腎臓ケアeラーニング講座』の巻三折パンフレット：〇〇枚
- c. 『腎臓アプリ』のチラシ：〇〇枚
- d. 『腎臓アプリ』の巻三折パンフレット：〇〇枚
- ② 郵送先の郵便番号、住所、施設名、部署やご所属
- ③ 氏名
- ④ 電話番号 (送り状に記載するため)
- ⑤ 郵送期日等がある場合には、その月日



29

## 慢性腎臓病保存期患者教育セミナー 「生きがい連結法」で支援してみよう!



自分のために 1  
生きがい・趣味・大切にしていること

JANN理事長 岡 美智代

1


## 本日のおはなし

1. 透析患者さんのノンアドヒアランスの現状と理由
2. 生きがい連結法とは?
3. 生きがい連結カードの使い方と実際
4. 生きがい連結カード利用時の留意点
5. まとめ

2

## 透析患者さんの服薬アドヒアランスの現状

どのくらい処方通りに飲んでいるのか???



Adherence to Prescribed Oral Medication in Adult Patients Undergoing Chronic Hemodialysis: A Critical Review of the Literature

Schmid. et al, Euro J Medical Research, 2009

**結果**

維持血液透析中の成人患者における経口薬剤治療のアドヒアランスに関する文献研究

19件の文献を分析した  
システマティックレビュー

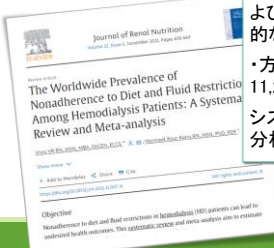
**ノンアドヒアランス率**  
範囲 3~80%  
半分以上は50%越  
(11件/19件, 58%)  
平均67%

つまり、守っている人は33%だけ!!

3

## 血液透析患者さんの食事と水分制限のノンアドヒアランスの現状

どのくらい食事や水分が守れていないか??  
世界的な傾向を見るためのメタ分析



The Worldwide Prevalence of Nonadherence to Diet and Fluid Restriction Among Hemodialysis Patients: A Systematic Review and Meta-analysis

Vijay VR, Harmeet Kaur Kang, 2022

**結果**

目的: HD 患者における食事および水分制限の非遵守の総合的な傾向を推定すること

方法: 23件の文献を分析、11,209人のHD患者が含まれたシステマティックレビュー&メタ分析

**ノンアドヒアランス率**  
食事 平均60.2% (47.3-72.5%)  
水分 平均60.6% (50-70.7%)

つまり、守っている人は40%だけ!!

4

### 支援困難な透析患者の理由

◆医療者と患者さんでは、治療目標や治療選択の考え方にギャップがある  
(The patient. 2012[PMID: 23098363], Curr Med Res Opin. 2014[PMID: 24827068])

◆透析患者はセルフマネジメントが必要ですが、抑うつ的であったり、他者に対するいらだち、嫌悪感などの感情を抱いている人は、心の壁が大きく、コミュニケーションが困難な場合もあります。

◆このような対象者は、セルフマネジメントについて話し合うときにも、否定的であったり非協力的な言動をとることもあります。



5

### 本日のおはなし

1. 透析患者さんのノンアドヒアランスの現状と理由
2. 生きがい連結法とは？
3. 生きがい連結カードの使い方と実際
4. 生きがい連結カード利用時の留意点
5. まとめ

6

### 問題解決のためには？患者さんが大切にしていることを聴こう！

医療者と患者さんでは、治療目標や治療選択の考え方にギャップがある  
(The patient. 2012[PMID: 23098363], Curr Med Res Opin. 2014[PMID: 24827068])



ギャップを埋めるためには、患者さんの価値観、大切にしていること、生きがいを知ろう！



長年ケアしている患者様。  
なんとなく好きそうなことはわかっていますが、「本当に好きなこと」「生きがい」について確認したことはありますか？

7

(岡、2018)

### なぜ生きがいを明らかにする必要があるのか？

#### 88文献による生きがいの概念分析の帰結

- 前向きにとらえられるようになる
- セルフマネジメントが出来る
- 他者との交流につながる
- 自分らしい生活を送れる
- 症状緩和
- 治療やリハビリの原動力
- 創造的な活動と思い

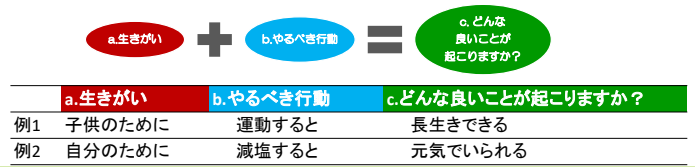
生きがいを大切にすることで、これらの結果につながります！！

岡(2020)

8

### 生きがい連結法とは

- ◆ 対象者の生きがいとやるべき行動、そしてそれらをつなげるとどんな良いことが起こるかを考えてもらい、対象者の行動変容へのエネルギー向上を支援する方法
- ◆ EASE(イーズ)プログラム®の、行動変容を支援する5技法のうちの一つ
- ◆ 何のために行動するのかを明らかにする効果がある



### 生きがい連結法はEASE(イーズ)プログラムの一部です

「Encourage Autonomous Self-Enrichment program」  
(自主的な自己涵養促進プログラム)

EASE(イーズ)プログラム®は、食事・水分管理などのセルフマネジメント行動の向上を支援する実践的なプログラムで、対象者の生きがいを大切にしながら、「わかってはいるけど、できない」の改善を支援します。

[https://oka.dept.health.gunma-u.ac.jp/?page\\_id=30](https://oka.dept.health.gunma-u.ac.jp/?page_id=30)

セルフEASE(イーズ)プログラム®  
3. 自己管理の継続のポイントは何かですか?  
2. 自信度の結果発表  
あなたの自己管理の自信度は  点でした。

32以上 継続必要域  
自信のあるあなたは「習慣」が実現しやすくなっています。ただし、継続が必要です。モチベーションが下がらないように励ましてください!

あなたにおすすめる方法 **生きがい連結法** 行動強化法

17~31点 三日坊主域  
やる気は少しあるものの、三日坊主になりがちのあなた。自分自身を励まして継続できるでしょう。

あなたにおすすめる方法 **ステップバイステップ法** **セルフモニタリング法**

16点以下 お目覚め必要域  
自己管理の必要性を認識していないようですね。慢性腎臓病についてもう少し勉強してみてください!

[https://plaza.umin.ac.jp/~jin/12ease03\\_02.html?epoint=0](https://plaza.umin.ac.jp/~jin/12ease03_02.html?epoint=0)

### EASEプログラム®の有効性

介入効果

- 53文献中、88.6%の患者に行動や自己効力の変化有り (恩幣ら、日本腎不全看護学会誌、2008)

RCTでも効果検証済み

- 従来の患者教育よりもEASE®の方が、行動変容や自己効力が有意に向上する。Joboshi H, Oka M, Int J Nurs Stud. 2017;67:51-58

多くの領域で使われています

### 本日のおはなし

1. 透析患者さんのノンアドヒアランスの現状と理由
2. 生きがい連結法とは?
3. 生きがい連結カードの使い方と実際
4. 生きがい連結カード利用時の留意点
5. まとめ

生きがい連結カードを取り出してみてください



生きがい連結法に役立つカード: 生きがい連結カード

生きがい連結カード: 使用目的

生きがい連結カードのオリジナルは腎臓ケアeラーニング講座

生きがい連結カードの各選択肢

岡美智代, 他、命をはくむEASEプログラム、日本保健医療行動科学会雑誌、2019、34(1):33-40 より 一部改変

### 生きがい連結カード:使用方法



**<使用方法>**

- 対象者にカードの使用目的を説明します。
- カードを対象者に見せて、対象者が大切にしている
  - 生きがいと、
  - やるべき自己管理行動、そしてそれが実施できると
  - どんな良いことが起こるかということを、考えてもらいます。
- a, b, cを対象者と一緒に確認して、行動変容への意欲を高めましょう。

### 生きがい連結カード使用方法:説明例1

1. 使用目的の説明例  
 「あなたが大切にしていることや生きがいと、やらなければいけないけどなかなか出来ないことを結びつけると意欲がわくんですよ。ですので、より楽しい生活を続けるために、生きがいを教えて下さい」  
 ◆詳細は医学書院「行動変容をうながす看護」P74、 <http://www.igaku-shoin.co.jp/bookDetail.do?book=10109>をご参照下さい。

2. カードの紹介例  
 「生きがいや、自己管理行動について考えてもらう際に、このカードから選んでいただくと決めやすいですよ」



a.生きがいと、  
 b.やるべき自己管理行動、そしてそれが実施できると  
 c.どんな良いことが起こるかということを  
 このカードから選んでください。

### 生きがい連結カード使用方法:説明例2

2. カードの紹介例 (つづき)

88文献の概念分析による「生きがい」の属性

- 希望
- 社会復帰のためにかなえたいこと
- 自分のために大切なもの
- 楽しみ、好きなこと
- 生活を支えるもの

これらの言葉を使って、  
 生きがいについてたずねても良い

岡 (2020)

「あるひとにとって何が生きがいになりうるかという問に対して、  
 できあいの答えはひとつもない。」  
 (神谷美恵子:生きがいについて、みすず書房、1966)  
 →これも忘れずに

### 生きがい連結カード使用方法:説明例3

3. 確認  
 a, b, cを対象者と一緒に確認して、行動変容への意欲を高めましょう



「〇〇さんが大切にしていられる事がわかりました。教えていただき、ありがとうございます。  
 では、(c.どんな良いことが起こるか)が継続できる/叶うように応援しますので一緒に頑張りましょう。



	a.生きがい	b.やるべき行動	c.どんな良いことが起こりますか?
例1	子供のために	運動すると	長生きできる
例2	自分のために	減塩すると	元気でいられる

### 生きがい連結カード使用方法:説明例4

#### 3. 確認 (つづき)

a, b, cを結びつけたもの「ステイトメント」を対象者に記載してもらい行動変容への意欲を高めましょう。看護師も、定期的に確認しましょう。



<〇〇さんのステイトメント>

a. 仕事のために  
b. 禁煙すると  
c. 透析導入が延びる

21

## 本日のおはなし

1. 透析患者さんのノンアドヒアランスの現状と理由
2. 生きがい連結法とは?
3. 生きがい連結カードの使い方と実際
4. 生きがい連結カード利用時の留意点
5. まとめ

23

### 群馬大学医学部附属病院 DKD外来での実践例

#### 看護専門外来

◆糖尿病透析病外来  
毎週金曜日開設

1クール20回の看護外来の6回目にEASEについて説明。生きがい連結カードを使用して生きがい連結法を実施中

糖尿病透析予防指導管理料  
350点算定

◆慢性腎臓病透析予防外来  
毎週金曜日開設

腎臓ケアeラーニングを使って1クール15回の看護外来を実施。6回目にEASEについて説明。生きがい連結カードを使用して生きがい連結法を実施。

慢性腎臓病透析予防指導管理料算定

- 1 初回の指導管理を行った日から起算して1年以内の期間に行った場合 300点
- 2 初回の指導管理を行った日から起算して1年を超えた期間に行った場合 250点

22

掲載許可取得済み



### 生きがい連結カード利用時の留意点

生きがい連結カードとは?

●生きがい連結カードとは、生きがい連結法やEASE「ライフライン」や「アラート」を有効にするためのツールです。

●生きがい連結法は、EASE「ライフライン」の活用、行動変容を促す効果的なツールです。

●患者の健康状態よりEASE「アラート」プログラムが、行動変容を促す効果的なツールです。EASE「アラート」プログラムが、行動変容を促す効果的なツールです。

#### 利用時の留意点

- 生きがいとは、その人にとってとても大切なものです。そのため、生きがいを聴く際には、単に興味本位で聴くのではないと言うことを、しっかり伝えましょう。
- カードを活用する前に、「あなたが大切にしていることや生きがいを共有して、より良い支援をしたいんです!」などと説明しましょう!
- 習慣化された行動を変えることは、非常に大変です。対象者の大変さを理解しながら支援しましょう。

#### <利用時の留意点>

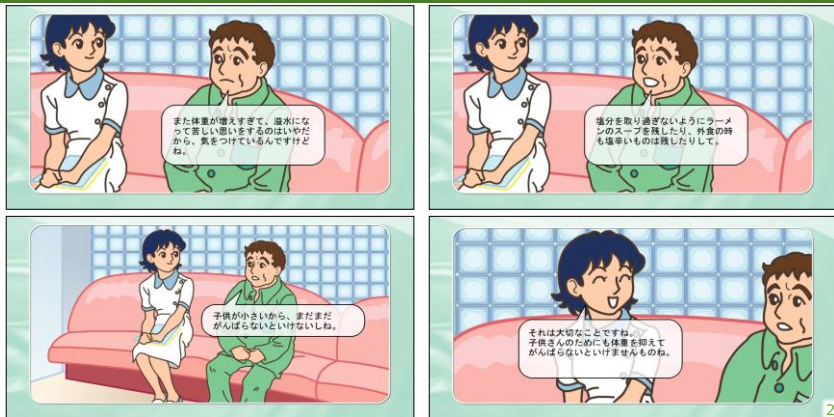
- 生きがいとは、その人にとってとても大切なものです。そのため、生きがいを聴く際には、単に興味本位で聴くのではないと言うことを、しっかり伝えましょう。
- カードを活用する前に、「あなたが大切にしていることや生きがいを共有して、より良い支援をしたいんです!」などと説明しましょう!
- 習慣化された行動を変えることは、非常に大変です。対象者の大変さを理解しながら支援しましょう。

#### 利用時の留意点

- 生きがいとは、その人にとってとても大切なものです。カードを活用する前に、「あなたが大切にしていることや生きがいを共有して、より良い支援をしたいんです!」などと説明しましょう!
- 習慣化された行動を変えることは、非常に大変です。対象者の大変さを理解しながら支援しましょう。

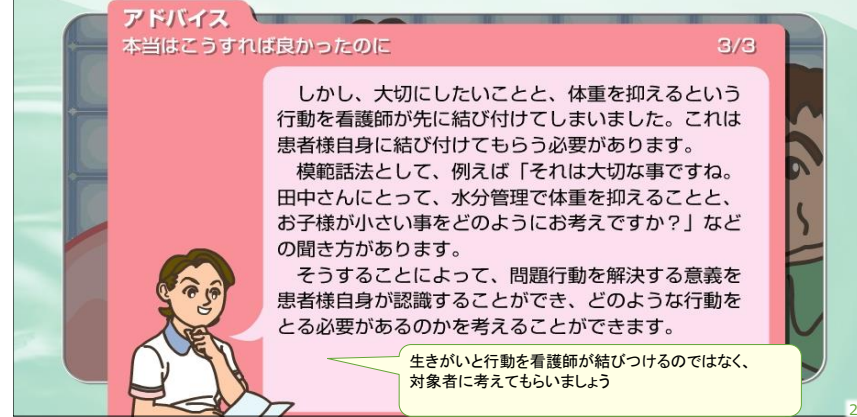
24

生きがい連結カード利用時の留意点：本当はこうすれば良かったのに1



25

生きがい連結カード利用時の留意点：本当はこうすれば良かったのに2



26

本日のおはなし

1. 透析患者さんのノンアドヒアランスの現状と理由
2. 生きがい連結法とは？
3. 生きがい連結カードの使い方と実際
4. 生きがい連結カード利用時の留意点
5. まとめ

27

参考文献



岡 美智代 編集：  
行動変容をうながす看護：患者の生きがいを支えるEASEプログラム、医学書院

岡美智代 編著  
CKD(慢性腎臓病)看護ケアガイド、照林社



<詳しく知りたい方はこちらをご参照ください>

- ◆ 岡 美智代 編集：行動変容をうながす看護－患者の生きがいを支えるEASEプログラム、医学書院、2018
- ◆ 岡美智代、高橋さつき、塚本明美、命をはぐくむEASEプログラム、日本保健医療行動科学会雑誌、2019、34(1)：33-40
- ◆ 岡研究室ホームページ <https://oka.dept.health.gunma-u.ac.jp/>
- ◆ 高橋さつき 代表：腎臓ケアラーニング講座－生きがい連結法 [https://plaza.umin.ac.jp/~jin/12ease04\\_01.html](https://plaza.umin.ac.jp/~jin/12ease04_01.html)
- ◆ Joboshi H, Oka M (2017). Effectiveness of an educational intervention (the Encourage Autonomous Self- Enrichment Program) in patients with chronic kidney disease: A randomized controlled trial. Int J Nurs Stud. 67:51-58. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.11.008

28


## EASEプログラムのオンライン研修



**受講のしかた**

EASEプログラム®研修には、**初級**と**中級**があります。

<p><b>01</b> インターネット上でEASEプログラム®【<b>初級研修</b>】が受けられ、受講料はかかりません。</p> <p><b>03</b> 自己学習後、EASEプログラム®【<b>初級検定</b>】がインターネット上で受けられます。60%以上の正答率で合格です。</p> <p><b>05</b> 初級検定を受けた方は、その上の【<b>上級研修</b>】にもチャレンジできます。</p>	<p><b>02</b> 学習の進め方は、web上でダウンロードしたテキストやE-learningを参考にして行う<b>自己学習</b>です。</p> <p><b>04</b> 合格すると、EASEプログラム®【<b>初級認定証</b>】が印刷できるようになります。</p>
---	---



[https://oka.dept.health.gunma-u.ac.jp/?page\\_id=32](https://oka.dept.health.gunma-u.ac.jp/?page_id=32) →

EASEプログラムについてもっと勉強したい人は、こちらから受講できます！  
**無料です！**

EASE検定も受験できます！

29

## まとめ

### 生きがい連結法とは

- 対象者の生きがいとやるべき行動、そしてそれら結びつくとどんな良いことが起こるかを考えてもらい、対象者の行動変容へのエネルギー向上を支援する方法
- EASE(イーズ)プログラム®の、行動変容を支援する5つの技法のうちの一つ
- 何のために行動するのかを明らかにする効果がある

### 生きがい連結カードについて

- 生きがい連結カードで「a.生きがい+b.やるべき行動=c.どんな良いことが起こりますか？」を患者さんに考えてもらおう!
- オンラインでも利用可「腎臓ケアeラーニング講座」をチェック!  
[http://plaza.umin.ac.jp/~jin/12ease04\\_01\\_2.html](http://plaza.umin.ac.jp/~jin/12ease04_01_2.html)
- ただし、生きがいについて尋ねる理由を必ず伝えてから、お話を伺おう!

30



CKD診療ガイドライン2023に基づくCKD教育の基礎

### CKD保存期の患者教育の障壁

( Narva et al., 2016<sup>2)</sup>一部改編)

#### 患者の障壁

- ①CKDに関する基本的な認識の低さ
- ②健康リテラシーがもともと低い
- ③CKDの情報へのアクセスに制限がある
- ④CKDへの認識が低く、動機づけが乏しい

#### 提供者側の障壁

- ①他の業務に比べて優先順位が低い
- ②時間的な制約がある  
外来での待ち時間に見て頂く
- ③説明に自信がない
- ④患者向けの簡単な言葉での説明が難しい
- ⑤必要な指導内容の優先順位づけが難しい
- ⑥病期に合った説明の判断が難しい

#### システムの障壁

- ①CKD保存期患者教育に対する報酬が限られている
- ②意思決定支援ツールが限られている
- ③学際的なケアモデルがない

医療スタッフの学習教材

生きがい連結法

2024年度新設!  
慢性腎臓病透析  
予防指導管理料



# 日本腎不全看護学会

Japan Academy of Nephrology Nursing

私たちは、腎不全看護領域における看護の質の向上と更なる専門性の追求により、腎臓病患者の安全確保、QOL向上を目指しています。

1. 腎不全看護に関する教育セミナー研修会の開催  
新人からベテランまで！北海道から沖縄まで！  
全国各地で、様々な研修や教育セミナーを行っています。
2. 学術集会の開催  
腎不全看護に関する研究や看護実践が詰まった発表！  
自分の看護を振り返る機会になる交流集会など、今抱える問題へのヒントが見つかる学術集会を開催しています。
3. 慢性腎臓病療養指導看護師(CKDLN) の認定  
ポイントと試験により取得できるので、ライフスタイルに合わせたペースで取得できます。CKDLN向けの研修、更新審査を通じた個別指導などにより、取得後も継続した指導が受けられます。
4. テキストおよび学会誌の発行  
「慢性腎臓病看護」(医学書院)および学会誌の発行を通じて、腎不全看護のスタンダードを提案しています。

**ぜひ一緒に、腎不全看護を!!  
あなたの入会をおまちしています。**

入会条件、会費などはホームページをご覧ください。

<http://ja-nn.jp/>





対面・遠隔指導時の  
教材として

指導後のご自宅での  
復習教材として

医療スタッフ  
の学習にも!

# これらを是非 腎臓病患者教育に ご活用ください!

まずは**待合室で閲覧**  
というのが流行って  
いるらしい・・・

**聴覚障がい者**  
への指導時に

**海外在住の  
日本人**にも好評!



腎臓を守る方法やコツを  
確認してみよう!

## 腎臓ケア eラーニング講座

登録不要・無料講座 ver. 7

▶ スタート

【研究費の活用】  
本講座は、公益財団法人日本腎臓学会の「21世紀型教育」(2009年度)の  
成果として、公益財団法人日本腎臓学会から助成を受けて制作されました。しかし、本講座は  
公益財団法人日本腎臓学会の所有物ではなく、腎臓学会に帰属するものではありません。

【お問い合わせ先】  
〒170-0013 東京都豊島区東池袋2-39-2-401 (株)ガリレオ学会業務情報化センター内  
TEL: 03-5981-9824 E-mail: g045jann-support@ml.gakkai.ne.jp

【お問い合わせ先】  
〒170-0013 東京都豊島区東池袋2-39-2-401 (株)ガリレオ学会業務情報化センター内  
TEL: 03-5981-9824 E-mail: g045jann-support@ml.gakkai.ne.jp

http://plaza.umin.ac.jp/~jin/

どちらも**登録不要・  
無料**です!



## 腎臓 アプリ



App Storeで  
腎臓アプリv2.2

検索



Google Playで  
腎臓アプリv2.2

検索



日本腎不全看護学会 (<http://ja-nn.jp/>)

〒170-0013 東京都豊島区東池袋2-39-2-401 (株)ガリレオ学会業務情報化センター内

TEL: 03-5981-9824 E-mail: g045jann-support@ml.gakkai.ne.jp

田辺三菱製薬医学教育助成