

## 第1回日本リウマチ看護学会学術集会 大会長講演

リウマチ看護の質向上とエビデンスに基づく看護の実践  
Quality Progress and Evidence Based Nursing Practice in Rheumatology Nursing神崎初美  
兵庫医療大学看護学部

## 要旨

本稿では、日本リウマチ看護学会設立の主旨と目的、学会の範疇、臨床実践家に期待することについて述べ、これまで実践してきた患者を理解することに関する研究、RA患者の障害を補うふきん絞り器の開発過程、リウマチ看護師の専門性向上を目指した研究について述べる。最後に、ヨーロッパリウマチ学会が示す看護師の実践に関するリコメンデーションとそのエビデンス、日本リウマチ看護学会からの4つの提案について述べる。

## Abstract

We founded the Japan Society of Rheumatology Nursing (JSRN) in July 2020. In this article, I explain the purpose and scope this society, and its expectations for clinical nurses. Additionally, I describe my research on understanding patients, the development of a cloth squeezer to aid Rheumatoid arthritis patients, and studies to improve nursing practice competency. Finally, I touch upon the evidence-based recommendations for nursing practice by the European League Against Rheumatism (EULAR) and four proposals from JSRN.

キーワード：リウマチ看護、専門性、Evidence Based Nursing, Nursing Practice, Competency

## 緒言

関節リウマチ（以降、RA）治療において、日本では2003年から生物学的製剤が保険適用となり、その即効性と持続性、関節の変形を防ぐことにおいて従来では望めなかった効果、つまり約50%の患者が「寛解（Remission）」できる（EmeryらによるCOMET試験, 2008）というドラマティックな変化が起こっています。それによって、RA患者の予後には希望が持てる上、高いQOL維持、医療経済的には身障者認定や介護給付の回避が目指せる時代になってきています。

それに伴って私たち看護師の役割も大きく変化し、RA患者が受けている治療や生活を management する力を支援する重要性が高まっています。それに伴い看護する私たちの実践能力の向上が求められるようになってきました。私は、看護の質向上の必要性を痛感していた全国の看護師の皆さんとともに2011年に日本リウマチ看護研究会を立ち上げ活動して参りました。いずれ学会にしたいと思いながら毎年研究会を開催し6年が経過し、この度は学会を立ち上げることになりました。まだまだ小さな学会ではありますが全国の看護師が連携し、看護実践能力向上を目指す活動を発展させて参りたいと思います。

本稿では、第1回日本リウマチ看護学会学術集会の会長講演の内容について抜粋してお伝えしたいと思います。

## 1. 日本リウマチ看護学会の守備範囲

本学会で取り扱うリウマチ看護とは、関節リウマチと類縁疾患、全身性自己免疫疾患、血管炎、脊椎関節炎と類縁疾患、変形性関節炎、痛風など結晶性関節炎、感染性関節炎、全身性疾患に伴う関節炎、骨粗鬆症などの骨疾患を患う患者に行う看護を範疇とします。

リウマチ看護というと特殊のように受け取られるかと思いますが、その看護は感染予防、肺炎や結核予防、転倒予防、リハビリテーション、セルフケア支援、併存疾患としての糖尿病やがん・認知症の看護、高齢者看護などほかの領域が行っている看護と同様です。むしろリウマチ看護は多くの病態や症状を包含し、かつ先進的だといえます。

日本リウマチ看護学会に入会できる人々の制限はありません。リウマチ医療に携わる場合は、多職種連携が非常に

重要となります。本学会活動を行っていくうえでそれらすべての職種の方々との交流や連携が必要となります。

## 2. 学会運営と臨床実践家の方々への期待

学会への入会は敷居が高いと感じておられる方もあり、リウマチ医療の関連でも日本リウマチ学会や日本臨床リウマチ学会、登録リウマチ看護師の登録料や研修受講費用など皆様には多くのお金がかかると考えられます。従いまして本会では学会運営をスリム化しながらできるだけ会員が費用を抑えられるようチャレンジをしようと考えました。学会運営は外部委託せず、学会誌発行はWeb上とし冊子配布をしない、役員や委員会参加者の交通費も最小限にし運営する努力が必要となりますができるところまでやっつけようと思っています。年会費は2000円、学術集会費は3000円で初年度を開始いたしました。この金額で運営できるかどうかはその都度皆様に総会やホームページ上でご相談させていただき予定します。

病院や施設で看護実践していくうえで多くのジレンマがあり悩みを抱えておられるかと思いますが、それを学会員で共有し改善や解決の方向性を模索しながら活動していきたいと思いますのでご協力をお願い申し上げます。

## 3. 患者を理解するという事

私が看護学生の頃（およそ30年前）の看護は、痛くてもRA患者さんに自力でスプーンを使って食べることが必要であるように信じられていました。私は受け持ちしている患者さんに無理強いしたことで、「あんたに私の気持ちがわかるか、自分で食べれるんやったら食べてるわ」って言われてしまいました。言われたことより言わせてしまった自分に落ち込みました。その後は、一緒に自助具をつくり患者理解に努めました。看護師になり、暫くRA患者さんのことは忘れて看護師として働く日々も過ぎそして大学教員となり博士課程に進んで博士課程における研究でRA患者さんをもっと理解したいと思ったのです。私はあの看護学生の時の課題を克服していなかったのでしょうかね。

RAでは、すべての関節が痛くなるため身体のあちこちの痛みが起こります。日常生活の何をするにも痛く、関節可動域（ADL）の低下から生活の質（QOL）も低下していきます。しかし、RA患者さんの体調には個人差があり、一日の中でも変動するので、質的研究であれ量的研究であれどんな研究方法をとるにしてもRA患者さんの実態には近づ

けないと悩み続けました。しかし、同じようなことを考えた人がいたんですね。先行研究を追跡していると、30日間、患者さんに日記記述を求めてそれを分析している研究(Keefら, 1997)がありました。そこで私は、Web上で患者さんと双方向で交信(当時は大学内で医療情報研究室の協力を得て作成)し日々の困難やそれにどう対処しているのかについてデータ収集をさせていただくようにしました。

ここでそのうちの2事例をご紹介します(kanzakiら, 2004)。

1事例目は、RAの病状はずっと安定していてどちらかという程度でADLの障害もあまりない方なのですが、1か月のうち4回「どんなに調子が良いときでも忘れるな、油断するな」との気持ちがあります」と記述されており、「RAに囚われている」感覚がある記述がありました。だから趣味にのめりこんだりして病気を忘れられる時間を作っているのだと書いておられました。

2事例目は、若くRA病歴も2年で病状が全く安定せず痛い日々であるが夫が理解してくれない。自営業で立ち仕事であることで毎日の記述は苦悩であふれていました。自力で活動量の調整ができない、そしてそれに関する支援もなためより苦悩が大きくなっていました。しかし苦悩ながらも楽しみを見つけたり自分をいたわり褒めることでバランスを保とうとしていることが把握できました。

私は11人の方々から得たデータをカテゴリー分けしました(図-1)。分析していたのは2002-2003年頃でしたので確定診断までに半年は必要な時代でした。従って、現在のようにRA疑いがあるとすぐにRAに準じた薬物療法が始められるような状況ではなく、RAだとほぼ思っている。「確定診断に至るまでの焦燥感」というのがありました。現在のRA患者さんも同様に不確かな毎日であることに変わりはないけれどもすぐに治療が開始されている点においては異なります。RA患者さんは「uncotrollableな毎日」を過ごすことになり「RAに支配されてる生活」と感じる中にも「達成感を追求」していました。しかし、誤解や差別を避けるため「RAを非表明しておきたい」と述べていました。

やがて病気が「controllableな毎日」になり不自由があってもうまく対処できる自分になり、生きることや病気になったことにも感謝の言葉がみられるようになります。このような境地に至るにはどのような要因があるのだろうと数年後の研究(神崎, 2015)で分析したのが図2です。

この時には携帯電話でデータ収集をさせていただいていました。リウマチ体験を価値づける評価としては、「達成感」「感謝」「積極性」「苦難は過去のこと」と表現され、そのようなデータにはリウマチのことを乗り越えたとも表現されていました。ここに至るにはある程度の年数を経る必要もあるのではないかとデータを読んでいて思いました。

しかしこれについては量的な研究で証明していく必要があります。

### 3. RA患者の障害を補うふきん絞り器の開発

RA患者さんは、手指の変形や握力低下など手指機能障害が起こると、タオルやふきんが十分に絞れず家事や生活に支障をきたすようになります。タオルやふきんを効果的に絞れる自助具はまだ十分に開発が進んでおらず、私は患者さんや患者会などで製品利用に関する要望を多く受けていました。

RA患者さんはどのように困っているのかに関する利用ニーズについてWeb上で先行調査を実施しました。その調査結果を大学と産業の産学連携研修会で報告し共同開発してくれる企業を募りました。開発してくれる会社が見つかり会議を重ねるなかでRAだけでなく高齢者や片麻痺患者さんでも使えるように対象を少し広げることになりました。RA患者さんは手指機能は低下しますが手掌は使えることから写真1のような形状にし、しば太郎と名付けました。

開発したらユーザー試験が必要になります。そこで、健康者への調査(対照群: n=37人)、RA患者(n=30人)への調査、脳卒中患者(n=12人)への調査を行い3群比較を行いました(神崎ら, 2017)。

RA患者への調査で絞り困難感のある者22人(右握力

平均7.6±5.5kg)と絞り困難感のない者8人(右握力平均17.8±10.5kg)では、握力に有意差(p=0.006)がありました。手絞り量では、手絞り困難感ある者の絞れた量43.5gに対して手絞り困難感のない者は58.8gとなり有意差(t=-2.620, p=0.014)がありました。これらは当然の結果といえます。

絞り困難のある者(n=22)は、手絞り量(43.5±15.8g)よりも製品で絞れた量(52.2±6.4g)のほうが多い結果でした。(t=2.986, p=0.007)。つまり、手絞り困難RA患者にはふきん絞り器使用の効果があるということです。その効果を裏付ける結果として、絞り困難のない者(n=8)は、手絞り量(58.8±7.9g)と製品で絞れた量(55.0±8.3g)で有意差はなかった(Wilcoxon符号付順位和, p=0.088)が、製品使用では、「絞り困難がない者(n=8)」と「絞り困難がある者(n=22)」の絞れた量に有意差はなく(t=-1.035, p=0.330)、困難がある者52.0g、ない者55.0gでどちらもよく絞れていました。

つまり、ふきん絞り量は握力に依存していました。絞り困難のあるものには製品使用の効果があり、絞り困難がなければ製品と手絞りの効果は変わらないことがわかりました。

### 4. リウマチ看護師の専門性の向上を目指した研究

RA患者さんに看護実践をしている看護師を集め「専門性の高いケア」と「患者が望むRA看護の専門性」に関するアンケート記述調査を実施し、記述内容を分析し、デルファ法を使用し項目を決定し、その後確認的因子分析をして看護の専門性に関して23項目からなるリウマチ看護師の看護実践能力尺度を開発しました。リウマチ看護師の看護実践能力は5因子からなることが分かりました。すなわち、「リウマチに関する知識と技術力」「聴く力」「リウマチケアを円滑に運ぶ力」「セルフケアの方法を指導し技術を実践する力」「療養生活を支援する力」です。

この研究で、患者の悩み苦しみに耳を傾け「聴く力」を養う方略が必要であることが分かりました。患者さんの抱えている問題や課題を解決するには、患者さんに何が起きているのかを聴いてみないとわからないことから、患者さんの話を聴く時間を持つことが重要であると考えました。しかし、病院看護師の皆さんにこのことを話すと「話を聴きたいが忙しくて十分な時間を確保できない」という返答でした。最大でどの程度の時間なら確保できるのか問うと10分という回答が看護師の皆さんから返ってきました。

そこで、面接シート活用による10分間面接をすすめるようにしました。この面接シートは、患者さんへの基本的な対応「接する心構え」から、面談技術までを含む内容を記載し、RA患者さんへの治療的面接を構造化して行えるようにするものです。患者さんの考え方・感情・性格・行動・環境などから、訴える症状に関係があると思われる要因を見つけるため情報収集し、聞き出した内容から患者のセルフマネジメント能力を引き出し、獲得促進を目指します。(金, 2013; 神崎, 2014)。

情報収集した内容を迅速に記述でき、医療現場で多職種が共有し臨床に活かせるフォーマット(「面接シート」「問題解決介入シート」)を完成させます。開発したフォーマットを病院外来で看護師が使用し、看護の質向上の有無を評価しました(看護師側、患者側の双方で評価)。

私の研究では、先に開発したリウマチ看護師の看護実践能力尺度を活用し評価しました。この研究は終了し介入効果はありましたが、結果の詳細はいま執筆中です。

### 5. ヨーロッパリウマチ学会が示す看護師の実践に関するリコメンデーションとそのエビデンス

RA患者を看護する看護師の実践に関するリコメンデーションは、ヨーロッパリウマチ学会が示しているものを参考にするとよいでしょう。しかし、リコメンデーションは知っておいたら良いのではなく看護師は何を実践すべきなのか具体的に計画していかなければならないと思います。実践しなければリコメンデーションを知っている意味がないと

思います。2012年に発表(Eijk-Hustingsら)された時には10項目でしたが2018年にSDM(Shared Decision Making)に関する1項目が追加になり。現在、11項目(Beckら,2020)で、そのうち3項目は患者さんのすべきことで、残りの8項目が看護師に望まれる実践です。

2018年8月に道後温泉病院で開催した第6回リウマチ看護研究会においてメンバーで手分けしてエビデンスの元になった実際の研究論文を英訳し発表しました。エビデンスの強さには差がありますがどんな小さな規模の研究でもこのようなりкоменデーションになっていくのでこれから日本の私たちも看護研究を行って日本のRA看護のエビデンスを作っていくかならないことを再認識しました。

【患者がすべき3項目】\* 第6回日本リウマチ看護研究会で松田真紀子さん、大西亜子さん、田中由紀さんが紹介してくれました

1. 患者は自分の疾患のプロセスにおいて、慢性炎症性関節炎とその管理における知識を改善させる教育を受けるために看護師にアクセスすべき
2. 患者はコミュニケーションやケアの継続性と満足度の改善を得るため看護師相談へのアクセスを持つべき
3. 患者は、ケアの継続性を高め継続的なサポートを受けるため看護師主導の電話サービスへのアクセスを持つべき

【看護師がすべき8項目】

4. 看護師は、疾患活動をコントロールし、症状を軽減し、患者優先のアウトカムを向上させるために包括的な疾病管理に参加すべき

根拠になった論文(Gerhadusら,2003)の要旨:関節リウマチ患者のチームケアにおいて高度実践看護を担うCNSによる短期的な介入が、患者の長期的な療養生活に良い効果(QOL・疾患活動性)に繋がるということが明らかにされている。

看護師の介入が疾患活動性だけではなくQOLの改善にも寄与しており、包括的な疾患管理を可能としていることが理解できる。(井上満代さんが紹介してくれました)

5. 看護師は、患者の不安や抑うつの可能性を最小限にするため心理社会的問題を同定し、評価し、対処する必要がある

根拠になった論文(Hillら,1994)の要旨:痛みはうつと正の相関があることがわかっているため、本研究の患者の痛みが減ることによってうつも減少したと考えられる。それはRAのNP(ナースプラクティショナー)の情報提供によって痛みの忍容性に関する認知が示されたといえる。また、RAのNPは毎日行える運動療法を教えている例もあり、エクササイズの本を提供したり、PTに繋いでいたりしていた。これらは一般看護師はしていなかった。

RANPの指導方法は一対一であり、文献引用した情報提供をしており、患者の知識が上昇していた。RANPはカウンセリング業務が中心であり、一般看護師に比べて圧倒的にカウンセリングしている数が違うことも差が出た要因だったといえる(神崎が紹介しました)。

6. 看護師は、患者がより大きなコントロール感、自己効力感とエンパワーメントを達成するために、自己管理スキルを促進すべき

根拠になった論文(Arvidssonら,2006)の要旨:本研究は16人の患者へのインタビューによる質的研究から、看護主導のリウマチクリニックは、患者のエンパワーメントのために必要であるというエビデンスを示した研究である。クリニックでの患者とNsとのコミュニケーションにより、患者には能力、エネルギー、情報が与えられ、患者自身でケアできる意思決定を引き出し、不安定さを軽減できていた。

患者から得た8つのカテゴリーから、患者が知識を得て、よりよい生活を工夫でき、何よりも患者自身がエンパワーされ生活を良いものに変える能力が増えていることがわかる。(粥川由佳さんが紹介してくれました)

7. 看護師は、国と地方の環境に応じたプロトコルやガイドラインに基づいてケアを提供すべき

8. 看護師は、自身の知識やスキルを向上させ維持するため継続的な教育へのアクセスを持ち、実行すべき

根拠になった論文(Mäkeläinenら,2007)の要旨:看護師は、ルーティンな患者教育プログラムを排除すべきである。看護師は看護計画やその内容方法について、患者情報と個々人の学ぶ能力を基盤として患者と討議し進めるべきである。

本研究において、リウマチ看護を学習した看護師による患者指導は、患者特有の状況を考慮していないことが明らかになった。病気や治療に関しては教育されているがそのほかの患者の日常生活の過ごし方などへの教育は無視されている。患者ニーズに基づいていない教育は、患者の日常生活にほとんど影響を与えることができず、教育方法は、個々のRAの状態、学習能力によって要求される。効果的な患者教育として例えば問題解決法を用いた患者教育によるセルフエフィカシーに注目すべきである。またテレインフォマティクスやインターネットも新しく開発された手法である。患者教育の最善の方法が探求されるべきであり、教授法の開発のために看護師自身が、知識・スキルの向上に努め、継続的教育へのアクセスを探求していく必要がある。(池部百恵さんが紹介してくれました)

9. 看護師は専門的なトレーニングを受けた後は、全国的な規制に従い、拡大された役割を引き受けることを奨励すべき

10. 看護師は、コスト削減を実現するために、包括的な疾病管理の一環として、介入とモニタリングを行うべき

11. リウマチ看護は、患者とのSDM(Shared Decision Making)に基づく

## 6. 日本リウマチ看護学会からの4つの提案

日本リウマチ看護学会は、皆さんとともにリウマチ看護の専門性と質の向上を目指して今後共に歩んで参りましょう。そのうえで4つの提案をしたいと思っています。

- 1) 患者の身体心理社会的援助ができる看護師を育てる支援

具体的な看護実践:

- ① 患者との良好で十分なコミュニケーションの継続
- ② 患者の満足度を改善させる

必要となる改革:

- ① 面談の機会と時間を作る努力
- ② 看護外来の設置
- ③ 外来診療での人員配置の改善

- 2) 患者擁護(アドボカシー)ができる看護師を育てる支援

具体的な看護実践:患者が自分の病気をコントロールできているという実感や自己効力感を支える。高い目標を立てるのではなく乗り越えられる達成率80%の目標を立てる。

- 3) 患者に効果的な看護実践に関するエビデンスの蓄積

効果的な看護実践を証明できる看護研究が必要

- ① 患者の話をよく聴く看護師を育成しその効果を検証
- ② 看護師による患者へのフットケア実践
- ③ 看護師がするリハビリテーションの効果
- ④ 看護師によるリウマチ患者の妊娠出産への教育的支援
- ⑤ リウマチとがんの併存疾患患者への支援
- ⑥ 高齢リウマチ患者の認知症看護

- 4) 看護師への実践能力と質の向上に関する教育的支援

5) 日本リウマチ看護学会設立と活動による継続的支援

おわりに

会長講演では、学会設立の主旨と私のこれまでの実践活動、この学会が果たすべきことについて述べました。これから皆で創造し発展させていく学会として、協力しあい、少しずつでも前へ進みながら実践し、リウマチ看護の質向上とエビデンスの構築を目指していきたいと思ひます。ひとりの力では成し得ないことでも多くの職種の壁を超えた多くのメンバーの団結の元でなら可能かもしれないと思ひています。

助成：

文部科学省科学研究費補助金 萌芽研究 2005-2007 年 Web で実践する在宅関節リウマチ患者のシムプトンマネジメントに関する看護介入研究 (主任研究者：神崎初美)

文部科学省科学研究費補助金 基盤研究 B 2011-2014 年 「リウマチ看護師の専門性の可視化・構造化と戦略的早期看護介入の確立」 (主任研究者：神崎初美)

文部科学省科学研究費補助金 基盤研究 B 2014-2017 年 病院・在宅療養を支援するリウマチ看護の質を担保するアプローチ方略の開発と促進 (主任研究者：神崎初美)

文部科学省科学研究費補助金 基盤研究 B 2018-2022 年 リウマチ看護師の看護実践能力の検証とセルフケア支援促進プログラムの構築 (主任研究者：神崎初美)

利益相反：無

引用文献

Arvidsson SB, Petersson A, Nilsson I, et al (2006) : A nurse-led rheumatology clinic's impact on empowering patients with rheumatoid arthritis: A qualitative study, Nurs Health Sci, 8(3), 133-9.

Bech B, Primdahl J, van Tubergen A et al (2020): 2018 update of the EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis., Ann Rheum Dis, 79(1), 61-68.

Eijk-Hustings Y, van Tubergen A, Boström C et al (2012): EULAR for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis, Ann Rheuma Dis, 71, 13-19.

Emery P, Breedveld F.C, Hall S et al (2008): Comparison of Methotrexate Monotherapy with a Combination of Methotrexate and Etanercept in Active, Early, Moderate to Severe Rheumatoid Arthritis (COMET): A Randomised, Double-Blind, Parallel Treatment Trial, Lancet, 372(9636), 375-82.

Gerhadius J. T., Aeiko H. Z., Johanna M. W., et al (2003) : Two-year follow-up of a randomized controlled trial of a clinical nurse specialist intervention, inpatient, and day patient team care in rheumatoid arthritis. Journal of Advanced Nursing, 41(1), 34-43.

Hill J, Bird HA, Harmer R, et al (1994) : An evaluation of the effectiveness, safety, and acceptability of a nurse practitioner in a rheumatology outpatient clinic, Br J Rheumatol, 33(3), 283-288.

神崎初美, 金外淑, 松本麻里 他 (2018) : リウマチ看護師の看護実践能力尺度の開発, 臨床リウマチ, 30(3), 166-174.

神崎初美・元木絵美・浅井剛 (2017) : 手指機能や握力に依存せず簡単に絞れる「ふきん絞り器」の開発とリウマチ

患者への適応, 兵庫医療大学紀要, 5(2), 11-16.

神崎初美 (2015) : Web 上に記述された女性在宅リウマチ患者の「ひとつ乗り越えた」認知と評価プロセスの分析, 兵庫医療大学紀要, 3(1), 13-24.

神崎初美, 元木絵美, 金外淑 他 (2014) : リウマチ看護師による効果的で構造的な面接を目指したシートの活用による看護介入, 兵庫県立大学地域ケア開発研究所研究活動報告集 8:41-42.

Kanzaki H, Makimoto K, Takemura T, Ashida N (2004) : Development of web-based qualitative and quantitative data collection systems - a study on daily symptoms and coping strategies among Japanese rheumatoid arthritis patients-. Nursing and Health Science, 6, 229-236.

Keefe F. J, Affleck G, Lefebvre J. C, et al (1997): Pain Coping Strategies and Coping Efficacy in Rheumatoid Arthritis: A Daily Process Analysis, Pain, 69(1-2), 35-42.

金外淑 (2013) : リウマチ患者の心理的支援：心理的支援につなげる心理アセスメントシートを用いて (関節リウマチの基本と意思決定を支える看護) 臨床看護 39(14), 1974-1978, 2013-12. へるす出版.

Mäkeläinen P, Vehviläinen-Julkunen K, Pietilä AM (2007). Rheumatoid arthritis patients' education - contents and methods, J Clin Nurs, 16(11C), 258-67.

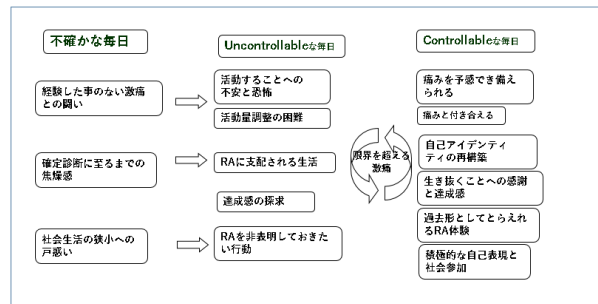


図1 女性RA患者の日々のコーピングとMasteryへの過程の分析

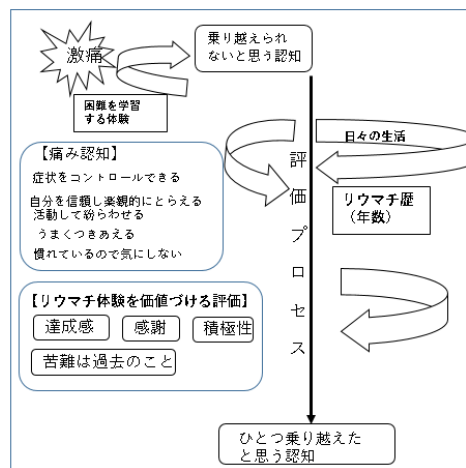


図2 女性在宅リウマチ患者の「ひとつ乗り越えた」という認知と評価プロセス



写真1 ふきん絞り器「絞った太郎」