

令和元年6月26日現在

機関番号：32622

研究種目：基盤研究(C)（一般）

研究期間：2015～2018

課題番号：15K11819

研究課題名（和文）腹膜透析療養者の在宅EoLケアパスウェイの作成と活用に関する研究

研究課題名（英文）The study of EoL care-pathway for peritoneal dialysis patients at home

研究代表者

三村 洋美（MIMURS, NADAMI）

昭和大学・保健医療学部・教授

研究者番号：30382427

交付決定額（研究期間全体）：（直接経費） 2,500,000円

研究成果の概要（和文）：研究の目的は、ケアパスウェイの原案の作成および、その活用の評価である。成果として、EoLのプロセスは看取り導入期 安定期 不安定 臨終期という経過をたどる。その経過毎に、「解釈すること」、「決定すること」、「作り出すこと」、「調整すること」、「見守ること」というケアを進める考え方でケアが展開されていることが分かった。

経過毎に、ケアを進める考え方に基づいて、“身体的ケア”、“本人の意向”、“職種間連携”、“家族ケア”を行うことで、高齢の腹膜透析療養者のEoLケアを進めていくというパスウェイの原案を作成した。継続事例では、ケアパスウェイに基づいた経過毎の検討とケア提供が可能である。

研究成果の学術的意義や社会的意義

本研究結果のケアパスウェイは、高齢の透析療養者が最期の時まで尊厳ある生活を送るために支援を進める指標として活用できる。療養者は自らの意向について家族と医療専門職者と議論を行うことが可能となるだろう。また、看護師をはじめ医療専門職者は職種間連携をして療養者支援をする時に本ツールを活用して療養者個々への支援をシームレスに継続していくことが可能となる。

研究成果の概要（英文）：The purpose of the study is the construction and evaluation of EoL care pathways. As a result, EoL's process follows the process of introductory stable unstable final. We found the features of the care strategy, "Interpreting", "decision", "making", "coordinating" and "watch closely". We made the EoL care pathway, that care providers intervene "physical care", "intention of the person", "collaboration between occupations" and "family care" every progress.

We are able to provide follow-up review and care delivery based on care pathways for continuing cases.

研究分野：高齢看護学

キーワード：腹膜透析 EOL 看取り 在宅ケア ケアパスウェイ 家族ケア

様式 C - 19、F - 19 - 1、Z - 19、CK - 19 (共通)

1. 研究開始当初の背景

透析療養者は高齢化し、介護が必要な状態で療養生活をしていたり、病院への入退院を繰り返しながら生活している現状がある。高齢の透析療養者の多くは最期の時まで自宅で自分らしく生活したいと望んでいるが、透析療法をしなければならず療養者の意向どおり最期の時まで自宅で生活することが難しい現状である。

在宅治療といわれる腹膜透析は大きな透析器械が必要なく、血液の体外循環も必要ない点から、療養者が自宅で生活を継続しやすい治療法である。また、高齢の透析療養者は、成人の療養者よりも透析量を少なめに設定でき、透析休息日を設けることが可能な場合も多い。透析治療を中心とした生活ではなく、生活を中心とした透析治療ができる。このような利点を活用することで、今後の我が国の超高齢社会で透析を必要とする高齢者が自分らしく生きることにつながるのではないかと考える。腹膜透析で最期まで過ごすという取り組みをPDラストといい、少しずつであるが、在宅支援診療所の医師と訪問看護ステーションの看護師が個々の高齢の腹膜透析療養者の支援を行うようになってきている。

実際に腹膜透析を行って自宅でEoLを過ごす療養者と家族の調査を行った結果、本人と家族にとって、療養者の意向を叶えたという体験は重要であった。最期の時まで在宅で暮らせるような継続ケアを行う重要性は明らかである。また、継続ケアを支援する中心的専門職者はケアマネジャーであること、療養者本人が在宅で最期まで住み続けたくとも、家族の意向によって叶わないことがあること、訪問看護師は家族の意向を重視するしかない状況にあることも分かっている。また、療養者の意向通りに自宅でEoLを支援した看護師が、療養者の意向を重視するプロセス思考のEoLケアを実践し、家族支援を十分にに行うという特徴があることも分かっている。

そこで、それらのEoLのケアのプロセスを明確にしてケアの内容を提示することで、療養者の意向を叶えて、自宅で最期までいつもの生活ができるような支援ができるようになることを考える。

2. 研究の目的

腹膜透析療養者の在宅看取りまでのEoLを支援するチームで活用できるケアパスウェイを作成することが必要であると考えた。本研究では、EoLケアパスウェイを作成して実践に活用し、評価を行う。最終的にはEoLケアパスウェイのマニュアルを作成につなげたい。継続して明らかにした研究結果を活用し、高齢の腹膜透析療養者が希望通りに、看取りまでの在宅EoL支援を受けることを可能にしたい。

- 1) ケアパスウェイの原案の作成
- 2) ケアパスウェイの原案の活用の評価

3. 研究の方法

1) ケアパスウェイの原案の作成

調査1

看取りをした医師2名、訪問看護師7名、それぞれに看取りまでのプロセスに関してヒアリングを行った。

調査2

看取りをした家族4名への在宅でEoLを過ごすことを決定した要因に関してヒアリングを行った。

2) ケアパスウェイの原案の活用とマニュアル作成準備

調査3

EoL支援をしている2例についてケアパスウェイ原案を参考にケアを実施し、評価を行った。プロセスごとのケア内容の整理を行い、マニュアルの作成を行う準備を行う。ケア内容の整理には継続事例のケア内容に関してディスカッションした。

4. 研究成果

1) EoLケアパスウェイの原案の作成

(1) 医師、訪問看護師へのヒアリング

EoLのプロセスは看取り導入期 安定期 不安定 臨終期という経過をたどる。その段階毎に、「解釈すること」、「決定すること」、「作り出すこと」、「調整すること」、「見守ること」というケアを進める考え方でケアが展開されていた。

また、以下の要素が抽出された。

- ①実践したEoLケア-患者の苦痛を和らげる、家族へ終焉へのプロセスを説明、これまでのケアの経過を振り返ることで思い出を整理、病院看護師と訪問看護師が協力してケアを実施、訪問看護師が在宅療養支援診療所医師と連絡をとり調整
- ②看取りの支援の意向の確認時期-数年前から終末期の治療について聞いている(腹膜炎入院の時)、その後は体調が悪くなった時に必ず確認をしている、死亡の約1カ月前

EOL アセスメント事項-苦痛の有無、腹膜透析の透析量（体液バランスと心機能などから総合的にアセスメントする）、全身の状態と呼吸状態から今後のプロセスを予測

継続アセスメント事項-患者の意向、家族関係、患者（家族を含めた）の生きてきた軌跡、家族の疲労度

（２）看取りを経験した家族の在宅看取りを決定した要因

在宅療養での看取りを決定した要因は、「本人の希望を叶える」（本人の言葉）（家族間の意見の一致）、「いつもの生活に価値がある」（家族としての生活の仕方）（生死の連続性）、「医療と介護のサポートがある」（信頼できる医師）（共にケアする看護師）（助けてくれる福祉職）

①在宅療養での看取りをするための決断は大変なことであると思われるが、インタビューに応じた家族は、在宅療養での看取りを大変な部分もあったが、普通のものであるという認識をしていた。

②意思決定の要因で本人の希望を叶えるのが家族として、してあげたいことであるという認識があることが、原動力となっていた。

いつもの生活をするのが一番良いと言う考え方には、これまでの家族間の関係性の中で患者を含めた家族の生活を過ごしていた。いつか死も訪れるがそこまでの生が普通にあるという感覚での生活を捉える点が特徴的であった。

看取り期をともに過ごした医師、看護師、福祉系のヘルパーなどの支えがあったことも在宅療養での看取りには重要であった。

プロセス	看取り導入期	⇒	安定期	⇔	不安定期	⇒	臨終期
ケアを進める考え方	「解釈すること」 「決定すること」 「作り出すこと」 「調整すること」 「見守ること」		「解釈すること」 「決定すること」 「作り出すこと」 「調整すること」 「見守ること」		「解釈すること」 「決定すること」 「作り出すこと」 「調整すること」 「見守ること」		「解釈すること」 「決定すること」 「作り出すこと」 「調整すること」 「見守ること」
身体的ケア	Wt、除水量、栄養状態、ADL		Wt、除水量、栄養状態を見て、良い状態となる療養生活をルチーン化		Wt、除水量、BP、苦痛緩和、全身の状態と呼吸状態から今後のプロセスを予測		BP呼吸状態、全身状態をみて臨終の予測をする
本人の意向	看取り前の意向と現状の意向の変化の確認		現状の意向 家族の意向とのすり合わせ 家族への思いを引き出す		現状の意向の確認		苦痛の緩和
職種間連携	在宅支援診療所の医師 基幹病院の医師・看護師		ケアマネジャ ヘルパー		在宅支援診療所の医師 基幹病院の医師・看護師		ケアマネジャ 在宅支援診療所
家族ケア	家族の意向の確認 困ったら、すぐに連絡してよい 家族だけでやらなくてよい		本人の意向とすり合わせ後の意向 本人ができること、家族がやること、専門職者がやることを明確に示す		家族に今後の経過の予測を伝える 困ったら、すぐに連絡してよい		死に近づいていく徴候を教える 本人を取り巻いて、家族や友人が語り合える時間をつくる

訪問看護師がキーパーソンとしてケアを提供する場合

図 ケアパスウェイ原案

2) ケアパスウェイの原案の活用とマニュアル作成準備

(1) 2事例の継続事例におけるケアパスウェイ原案の評価

① A事例 腹膜透析療養者の80歳代の女性である。脳梗塞を数回おこし、起き上がるは介助が必要である。歩行は困難で車いすに介助で移動をする。軽度の認知症があるが尋ねたことには答えられる。主介護者は80歳代の夫である。子どもはおらず、自費で家政婦に来てもらっている。ケアのほとんどは夫が主でおこない、そのお手伝いを家政婦が行っている。

ケアマネジャは福祉職者で、訪問看護師の訪問はなくホームヘルパーが週に2回きて、シャワー浴や清拭を行っている。在宅支援診療所ではなく、クリニックからの往診で、医師と看護師が訪問している。在宅看取りを見据えて病院から退院して1か月目で看取り導入期である。本人の意向は家が一番、入院はしたくない、やはり家にいたいと希望を話す。夫は希望通りに生活をどうにかしたい様子であるが、忙しい忙しいと言い続けていてストレスを感じている様子である。何かあるとクリニックの医師に連絡をしている。訪問看護師を導入して身体的ケアと家族ケアを強化することをケアマネジャが提案している。

特に家族ケアが重要であり、今後は訪問看護師とケアマネジャが連携しながら継続支援を行う予定である。

② B事例 腹膜透析療養者の80歳代男性である。軽度の認知症がある。妻も軽度の認知症である。腹膜透析で在宅で暮らすということで4か月前までは二人で暮らしていたが、透析の管理が悪くなり、物忘れによって透析液の交換ができていないことが分かり、有料老人ホームに二人で入所した。息子は死亡しており、子どもはいない。有料老人ホームに在宅支援診療所の医師が往診し、訪問看護師も訪問している。ケアマネジャは訪問看護師である。生活は安定しており、最期までここで暮らすという意志をしめしている。安定期にあり生活のルチーン化はされており、夫婦で大切な時間を過ごせている様子である。今後の変化に備えて遠い親戚との連絡を取り、今後のことを確認している状況である。本人の意向に関して親戚に理解してもら

うことを進めている。

特に家族ケアとして親戚との意向のすり合わせをすること、現状の期間を長くできるような療養者の体調管理をすることが重要であり、ケアマネジャ、医師と看護師で腹膜透析の評価を行いながら経過をみていく予定である。

2 事例の継続事例の経過より、家族ケアの部分は配偶者や子どもでなくとも、療養者に近い親戚に対してもケアをし、療養者を支える協力者としても関わりを持つことが重要であることが分かる。不安定期にそれらの準備が活用できるのではないかとと思われる。経過を継続して評価をしていく予定である。これらの事例を活用して解説をつけたマニュアルの作成を開始する。

(3) 今後の課題

- 1) 継続事例の経過からケアパスウェイのモディファイをすることが必要である。
- 2) 腹膜透析療養者以外の EoL にある高齢者へのケアについてのケアを検討する必要がある。
- 3) ケアを中心となる看護師への EoL ケアカリキュラムによる教育をする必要がある。

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕(計 5 件)

- ① 三村洋美、西村美里、透析患者のその人らしさを支えることの意味、臨牀透析、査読無、in press
- ② 三村洋美、【患者に身近な透析室ナースだからできる!"その人らしさ"と透析生活を支える高齢者看護】 高齢透析患者の現状と透析看護の目標、透析ケア、査読無、24(10)、2018、
- ③ 田村由衣、小松崎記妃子、三村洋美他、腹膜透析患者のセルフケア能力の特性、昭和大学学士会雑誌、査読有、77(2)、2017、227
田村由衣、三村洋美、セルフケアの効果的支援、透析フロンティア、査読無、26(3)、2016、24-25
- ⑤ 三村洋美、小松崎記妃子、後期高齢透析患者の看護・介護、臨牀透析、査読無、32(6)、2016、33-39

ここ

〔学会発表〕(計 12 件)

- 三村洋美、認知症のある患者のケア～パーソンフッドを尊重すること～、福島県腎不全看護研究会(2018)
- 三村洋美、透析治療における患者さんの意向をかなえる看護、石川腎不全看護研究(2018)
- 田村由衣、三村洋美、患者への療法選択と PD 看護師教育、日本腹膜透析医学会学術集会(2018)
- 三村洋美、保存期患者に対するNsの関わり - 患者のこころに向き合うケア -、福井県腎疾患研究会学術講演(2017)
- 三村洋美、腎臓病患者のエンド・オブ・ライフを支える医療職者の役割、全国腎疾患管理懇話会(2017)
- 三村洋美、透析導入前後の療養指導を考える～看護のスペシャリティを基盤としたこころのケア～、日本腎不全看護学会学術集会(2017)
- 井上由衣、小松崎記妃子、三村洋美、腹膜透析患者のセルフケア能力の特性、昭和大学学士会例会(2017.1.11 横浜)
- 三村洋美、高齢透析患者のケア、公益財団法人ときわ会研究発表会(2016.12.4 いわき)
- 三村洋美、エンド・オブ・ライフケア-腎不全看護に期待される役割-、北海道腎不全研究会(2016.7.9 札幌)
- 三村洋美、高齢透析患者を捉える看護の視点、徳島腎不全看護学会(2016.2.21 徳島)
- 三村洋美、腎不全看護の臨床こそエビデンスである-臨床知を明らかにする-、日本腎不全看護学会学術集会(2015.11.14 名古屋)
- 三村洋美、超高齢社会における透析看護のアジェンダ、滋賀県透析看護セミナー(2015.4.19 滋賀)

〔図書〕(計 2 件)

- ① 三村洋美、在宅療養を支える技術 在宅 CAPD 管理、メディカ出版、2018、220
- ② 三村洋美、腎不全看護：エンド・オブ・ライフケア、医学書院、2016、224-228

6 . 研究組織

研究分担者氏名：人見裕江
ローマ字氏名：HITOMI Hiroe
所属研究機関名：山陽学園大学
部局名：看護学部
職名：教授
研究者番号（8桁）：30259593

研究分担者氏名：田村由衣
ローマ字氏名：TAMURA Yui
所属研究機関名：昭和大学
部局名：保健医療学部
職名：講師
研究者番号（8桁）：20760383

研究分担者氏名：古江知子
ローマ字氏名：FURUE Tomoko
所属研究機関名：上智大学
部局名：看護学部
職名：助手
研究者番号（8桁）：00447137

研究分担者氏名：衣笠えり子
ローマ字氏名：KINUGASA Eriko
所属研究機関名：昭和大学
部局名：医学部
職名：教授
研究者番号（8桁）：10161522

(2)研究協力者

研究協力者氏名：田村博之
ローマ字氏名：TAMURA Hiroyuki

研究協力者氏名：船木威徳
ローマ字氏名：FUNAKI Takenori

科研費による研究は、研究者の自覚と責任において実施するものです。そのため、研究の実施や研究成果の公表等については、国の要請等に基づくものではなく、その研究成果に関する見解や責任は、研究者個人に帰属されます。