様　式　Ｃ－１９、Ｆ－１９、Ｚ－１９　（共通）

科学研究費助成事業　　研究成果報告書

平成 ２７ 年　 ６ 月 ２３ 日現在

機関番号：３２６２２
研究種目：基盤研究(C)
研究期間：2010～2014
課題番号：２２５９２６２０

研究課題名（和文）腹膜透析療養者のエンドオブライフまでの継続ケアに関する研究

研究課題名（英文）The Study of End of Life Care for Elderly Peritoneal Dialysis Patients.

研究代表者
三村　洋美（MIMURA, Nadami）

昭和大学・保健医療学部・准教授

研究者番号：３０３８２４２７

交付決定額（研究期間全体）：（直接経費）　　3,400,000円

研究成果の概要（和文）：　本研究では、腹膜透析療養者の地域連携支援のグランドモデルを展開して継続支援を行いEnd of Lifeまでの継続ケアを確立することを目的とした。
　グランドモデルは、効率的で療養者中心の継続支援が展開できるツールとして活用できことが分かった。End of Life Careの最期の時の場所については家族の意向が中心となる特徴があった。看護職者は家族に対して療養者の置かれた状況を見失わないように、家族に終末期治療を代理決定することを予期させ、療養者の意志と合致させることを意図していた。腹膜透析外来の看護職者は療養者が自らの生き方を決め、人生を全うできることを目指して支援していることが分かった。

研究成果の概要（英文）：The purpose of this study is that searching end of life care of peritoneal dialysis patients by ground model in community. This study was aimed to establish a continuous care until the end of life.
Health professionals used a ground model to continuous care for patients. Families had expressed the opinion about the place of death in end of life of patients. Visited nurses were involved in families. Nurses' aims is that families understand the situation of the patient, and predict to agency decision making about the End of Life treatment. Nursing care was to match sliding the decision of the decision and the family of the patient.
Further, Nurses in the hospital wanted to offer that patients choose their own way of life and they will fulfill a life.

研究分野：高齢看護学

キーワード：腹膜透析　End of Life Care　セルフケア　地域連携　QOL

１．研究開始当初の背景

透析療養者の高齢化は年々進んでいる。平成 20 年末では透析療養者の平均年齢は 65.3 歳であり、55 歳以上で透析導入となる療養者の増加が目立ち、導入時の平均年齢は 67.2 歳になった。このように透析療養者の多くが高齢者であり、今後もしばらくは高齢の透析療養者の増加が予測できる。それにともない透析療養者を支えるシステムが必要となる。

透析療養者の特徴は、医療依存度が高く介護度も高いことである。透析療養者は腎代替として透析を必要としており、それは生きている限り必要となる。また、平成 14 年末の調査では透析療養者のうち介護認定を受けているものは 31%であり、同時期の高齢者全体の介護認定を受けている高齢者が 13%であるのと比べると介護を必要とするものが多い。このように透析療養者は医療保険サービスと介護保険サービスの両方を必要とするものが多く、２つの保険をどのように組み合わせてサービスを行うかも課題となる。

透析療養者の多くは血液透析療法を行っているが、血液透析療法より少ないが腹膜透析療法を行っている療養者がいる。腹膜透析療法の特徴は在宅療法であり、基本的に在宅で本人と家族によって治療を行う点である。療養者本人と家族が中心であるため負担であると感じる療養者もいるが、大きな利点もある。それは、治療に大掛かりな設備の必要がなく在宅で透析を継続できる点と療養者自身の責任において治療を行うため QOL が高く維持できる点である。また、血液透析療法は血液の体液循環を行うため循環動態の変動を余儀なくされるが、腹膜透析療法では腹膜を介して透析を行うため、循環動態の変動がなく高齢者の特性にあった治療法でもある。

高齢の腹膜透析療養者が在宅で生活するためには、それを支える医療および福祉専門職者の存在が必要であることがわかっている。在宅療養を支える訪問看護師やホームヘルパーなどの支援や連携が不可欠である。また、在宅系の医療および介護専門職者と基幹病院の医療専門職者の連携によって、高齢の腹膜透析療養者が長期に渡って在宅で生活できるような支援の取り組みが始まった。この取り組みの一環として本研究者らが開発した地域連携支援のためのグランドモデルによる高齢の腹膜透析療養者の在宅支援を行っている。これはグランドモデルを基本として一人ひとりの療養者のためのモディファイモデルを作成して、連携関係を図式化で明確に示し、さらに連携チームのそれぞれの役割を取り決めてシームレスで無駄のない支援を目指すものである。この取り組みを活用して高齢の腹膜透析療養者の End of Life の支援が可能となるのではないだろうかと考えている。

近年では End of Life を腹膜透析で過ごす PD ラストという考え方もある。死が近い状態にある人に対して、最期の時までその人の意志決定を尊重し、その人らしく、いきいきと生きることができるような包括的な End of Life Care を行い、最期まで腹膜透析療法を行って生き抜くことは可能であろう。地域連携支援のためのグランドモデルによって在宅での腹膜透析療養者の継続ケアを行い、ケアの最終のポイントまでの End of Life Care を提供できれば、高齢の腹膜透析療養者が納得できるような生活を支援でき、QOL も高めることが可能であると思われる。さらに有効で効率的な医療保険サービスと介護保健サービスの提供も可能となると考えている。本研究では、今後の透析医療のあり方と、慢性疾患療養者の End of Life Care に関する先駆的なケアのあり方を提示したいと考えている。

２．研究の目的

本研究の最終的な目的は、腹膜透析療養者の地域連携支援のグランドモデルを展開して継続支援を行い、End of Life までの継続ケアを確立することである。

調査１：地域連携支援のグランドモデルの活用による療養者支援体制の評価を行う。

調査２：グランドモデルによる End of Life の支援状況と課題を明らかにする。

調査３：在宅における看護職者の提供する End of Life Care の要素を明らかにする。

調査４：End of Life における家族ケアの要素を明らかにする。

調査５：基幹病院の看護師の End of Life を支える役割を明らかにする。

３．研究の方法

（１）調査１：地域連携支援のグランドモデルの活用による療養者支援体制の評価

モデル地区３地区におけるグランドモデル活用の事例分析からアクションリサーチの手法を活用して支援体制を分析する。

（２）調査２：グランドモデルによる End of Life の支援状況と課題

End of Life を支援した３事例の支援状況について支援した専門職者と家族にインタビューを行い内容分析の手法を活用して課題を明確化する。

（３）調査３：在宅における看護職者の提供する End of Life Care の要素

End of Life Care を提供した看護職者４名にインタビューを行い内容分析の手法を活用して End of Life Care に必要な要素を明確化する。

（４）調査４：End of Life における家族ケアの要素

End of Life Care に関わり、家族を支援をした看護職と介護職者が、家族との関わりを中心として作成したプロセスレコード２事例を分析した。分析は専門者討議によって看

護職者の行った家族ケアとして意味のある関わりを抽出する。

（５）調査５：基幹病院の看護師の End of Life を支える役割

End of Life にある療養者の受診している腹膜透析外来の看護師２名にインタビューを行い内容分析の手法を活用して、基幹病院の看護職者として End of Life Care の役割を明確化する。

４．研究成果

（１）地域連携支援のグランドモデルの活用での療養者支援はケアマネジャを中心に行われている。ケアマネジャは看護師か福祉職であった。連携の場所は基幹病院と訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、在宅支援診療所かクリニック、透析液薬剤会社看護師であり、以前に構築したグランドモデルに準じたものであった。地域包括ケアシステムの導入によって地域の共助の部分についての構築が始まったが、モデルに反映できるような支援としては存在していないのが現状であった。

モデルの活用で近年の動向が明らかになった。以前は住まいは在宅のみであったが、現在は有料老人ホームに住むものが増えてきている点である。これは地域包括ケアシステムが進められて、安心して住み続けることができる場所を確保することに重点が置かれたことによる変化ではないかと考えている。他にサービス付き高齢者住宅を住まいとする療養者も出てくることが予測できる。

この結果から、グランドモデルの活用は、住居場所の変化があるものの、ケアマネジャに情報集中をさせて療養者の望む生活の支援を行える点においては、効率的で療養者中心の継続支援が展開できるツールとして活用できるものであると評価できる。

（２）腹膜透析療養者で End of Life Care を行っていた 3 名が死亡した。ケアは在宅で行えたが、臨終時は病院で迎えることとなった。

3 事例に関わった医療・福祉専門職に対して、病院で臨終を迎えたが End of Life Care として成功した点についてヒアリングした。その結果、①「できるだけ在宅ですごす」という目標において臨終の 2 日前か前日まで在宅で過ごすことが出来た。②透析治療は血液透析への変更を行わず腹膜透析を行えたことであった。

訪問看護師が病院への移送を決意したきっかけは、療養者本人の意識がある限りでは在宅療養を希望していたが家族が最期を看取れないと言い「家族の強い希望」で入院という苦渋の決定であった。介護職者は療養者本人の意志を家族と訪問看護師に投げかけたが「家族と訪問看護師の相談の上」臨終を病院で過ごすことになり納得いかない結果であったと語った。３例中１例はケアマネジャは看護師であり、２例は福祉職であった。ケアマネージャは最期は「家族の意向」に従っていた。ケアマネジャ全員が療養者自身はこれで良かっただろかと悩んでいると話した。

家族に対してヒアリングをした結果、本人の意向どおりに、可能なかぎりいつもの生活が送れるように頑張ったと語った。２事例の家族は死ぬ時は病院で診てもった方が安心だと思ったといい、１事例の家族は最期まで看てやりたかったが怖くて最期まで家では看れなかったと語った。

この結果から End of Life Care の途中までは療養者の意志を尊重できるケースは多いが、臨終の場所は療養者本人の希望が叶えられることは難しく、家族の意向が中心になることが明確になった。今後は家族への教育や家族へのケアを行い、療養者と家族が同じ目標を持って、最期まで療養者らしく生き抜くことができるような支援を行う必要があると考えている。

（３）在宅における看護職者の提供する End of Life Care の要素として[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]の５つのカテゴリーが抽出された。

[解釈すること]は療養者の願い、家族の思い、在宅療養の意味について内容を解きほぐして明らかにすることである。サブカテゴリーは「在宅療養の意味」、「家族の思い」、「療養者の願い」である。コードは『在宅で生活するというペースの考え方』、『家族の受け入れ方』、『最期の希望をかなえる』である。

[決定すること]は苦しみを取り除く方法と残された時間に合わせた時間の使い方を決定することである。サブカテゴリーは「苦しみを取り除く」、「残された時間に合わせる」である。コードは『痛みのコントロールをする』、『（腹膜透析の方法も含む）臨機応変に対応を決める』である。

[作り出すこと]は専門職の看取りの技能を向上させ、制度の活用方法や制度外のサポートを作り出しケアを行えるようにすることと、家族や一般人への死について教えることである。サブカテゴリーは「専門職の看取りの技能」、「制度外のサポート」、「制度の活用方法」、「死の教育」である。コードは『（看取りケアは）人の人生に介入すること』、『制度に乗らない部分をカバーする』、『在宅で利用できる治療やケアを理解する』、『家族に死の教育をする』である。

[調整すること]はケアに関わる人の連携を調整したり、家族内の関係を調整することである。サブカテゴリーは「関わる人の連携」、「家族の関係」である。コードは『関わる人の調整をする』、『家族の間での気持ちを伝えあう』である。

[見守ること]は普通に営まれる日常の生活

を見守り、自然な最期をみとどけることである。サブカテゴリーは、「日常の生活」、「自然な最期」である。コードは『(いつも通りに自宅で腹膜透析しながら過ごす中で）生活をしている気配を大切にする』、『最期の一息まで静かに見届ける』である。

[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]のプロセスで End of Life Care を行っていることが分かった。さらにすべての看護職者が最期の一息まで看とどけることが看護職としての役割だと思うと語っていた。

この結果より、在宅で腹膜透析療養者を看取った看護職者の示してくれた End of Life Care の要素を活用して、在宅におけるケアを構築することが可能である。在宅で腹膜透析療養者の End of Life Care のパスウェイの開発のための基礎的データになりうると考えている。

（4）看護職者の行った家族ケアとして意味のある関わりとして、[家族に最終的に終末期治療を代理決定することを予期させる]、[療養者が言っていたことをもとに考えたり、療養者本人だったらどう考えるだろうかと想像させる]、[家族の気持ちがその決断と合致しているかを問う]の３つの看護職者の意味を持った関わりが抽出できた。

[家族に最終的に終末期治療を代理決定することを予期させる]では、90 歳代女性の腹膜透析療養者のキーパーソンである三男が延命治療について迷っている時に、専門的な視点から「今後はさらに全身状態が悪化するだろう」と主観を含めず、事実のみを伝えていた。また、80 歳代女性の腹膜透析療養者のキーパーソンである長男ができるだけの治療をしてあがたいと話した後に労いの言葉を掛け、続けて「これから、体調が良くなるわけではないでしょう。」と事実を伝え、現実を捉えて代理決定することを家族に予期をさせるように関わっていた。

[療養者が言っていたことをもとに考えたり、療養者本人だったらどう考えるだろうかと想像させる]では 90 歳代女性のキーパーソンが経管栄養について悩んでいるときに「A 氏の気持ちを汲んで家族で考えてみたらどうですか？」と提案していた。さらに「A さんの希望する生き方がどうだったのか、元気なころに残しているものや言っていたことを家族で話し合って A 氏が何を希望しているかできるだけ探すことができますか？」と言っていた。80 歳代女性のキーパーソンが延命に関わる治療に悩んでいたときに「生きることをどのように考えていたか何かヒントがありますか？」と言い、家族が療養者の言っていたことや、希望などを汲んで考えれれるよな関わりをしていた。

[家族の気持ちがその決断と合致しているかを問う]では、90 歳代女性のキーパーソンが、これ以上治療をしなくて良いと思うと話したことに続いて「どうしてこれ以上しなくていいと考えたのですか？」と問って家族の気持ちを語らせていた。80 歳代女性のキーパーソンが「痛いのだけは取ってやって、ずっと眠っていても良いから」と話したことに続いて、「お話できなくて辛くないですか？」と問って家族の気持ちを語らせていた。さらに家族が「延命すれば何日か生きるのだろうけど、しなくて良い」と話したことに、「息子さんがそう思われるのですか？」と家族として納得した言葉かどうか問いかけていた。

この結果より、看護職者は家族が療養者の置かれた状況を見失わないように関わっていた。また、家族に終末期治療を代理決定することを予期させ、療養者の意志と合致させることを意図して関わっていた。家族にとって代理決定が今後の人生にとってプラスとなるようにという意味をもった支援であったと思われる。

（5）基幹病院の看護職者に腹膜透析療養者の End of Life Care での役割は、[病院内だけではなく療養者宅に出向く]、[福祉専門職者を訪問し医療的な情報を伝える]、[腹膜透析療養者の終末期医療（延命に関する）の意向を確認する]であった。

[病院内だけではなく療養者宅に出向く]は、腹膜透析外来だけではなく、療養者の在宅へ行き、訪問看護師への実践的な申し送りやコンサルテーションを行っていた。有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅へも出向いていた。そこで、訪問看護師やヘルパーとともにケアを行い、より良いケアの方法を提案していた。以前は、基幹病院の看護職者は病院外にでることなく、病院内の腹膜透析外来で療養者の生活への助言やセルフケア向上への支援を行っていたが、近年は必要があれば療養者の住む場所まで出向いていた。看護職者たちは「出向かなければ療養者に必要なケアが見えない」と語っていた。２名の看護職者はともに、腹膜透析外来での経験が長く、病院内でもエキスパートとして活動をしている。在宅での End of Life Care をシームレスなケアとして実践するためには看護職者の重要な役割であると思われる。

[福祉専門職者を訪問し医療的な情報を伝える]は、在宅で医療が行われることに対する不安を多く持っているであろう福祉専門職者や腹膜透析療法を知らない訪問看護師への教育的な関わりを行っていた。関わりの内容は、福祉職者には排液や注液の異常、出口部の異常、その時の訪問看護師や病院への連絡方法であった。訪問看護師には腹膜透析療法の機序、バック交換方法、出口部ケア方法、出口部感染と腹膜炎の症状と徴候であった。腹膜透析外来の看護職者は End of Life Care を充実させるためには、意志決定支援や家族のグリーフケアについても訪問看護師とともに学びあう必要があると語った。

[腹膜透析療養者の終末期医療（延命に関す

る）の意向を確認する]は、腹膜透析外来において終末期の延命に関してどのように考えているのかを確認することであった。腹膜透析外来の看護職者は療養者と長期に渡る関わりから信頼関係が形成されているため、療養者の本音を聞くことができると語っていた。本当にどのように生きたいのかを知り、訪問看護師や福祉系専門職者と共有して療養者一人ひとりが納得できるような人生を支援する役割があると語った。

この結果より、数年の間で腹膜透析外来の看護職者の意識する役割が変化している。療養者が自らの生き方を決め、人生を全うできるような支援を目指した看護職者の意識がうかがえる。

（６）今後の課題

以下の４つに取り組む必要であると考えている。

①腹膜透析療養者の意志決定支援に関わる看護職者を含む医療職者の教育
②在宅での End of Life Care パスウェイの作成
③有効な家族ケアとグリーフケアのケアコンテンツの探索
④市民への死に関する教育

５．主な発表論文等

〔雑誌論文〕（計 15 件）

①三村洋美、高橋 里子, 長崎 由紀子、他、腹膜透析療養者のセルフケア能力と SF-36 の変化　看護介入前後の縦断的評価、腎と透析、査読無、69 巻別冊 腹膜透析 2010、2010、708-710

②吉尾 千世子、三村 洋美、富田 真佐子、要介護高齢者の生きる力の構成要素、日本在宅ケア学会誌、査読有、(14)1、2010、31-38

③吉村 季実子、森下 笑美子、三村洋美、他、腹膜透析患者の看護と介護　緊急導入で悲嘆した患者の看護　患者の役割統合への援助、腎と透析、査読無、73 巻別冊 腹膜透析 2012、2012、365-366

④花井 佑子、三村 洋美, 人見 裕江、他、腹膜透析患者の看護と介護　腹膜透析療養者の認識する体調と療養生活のとらえ方、腎と透析、査読無、73 巻別冊 腹膜透析 2012、2012、363-364

⑤中原 宣子、小手田 紀子、三村 洋美、他、透析領域におけるエキスパートナースに期待される資質　DLN 実践指導者養成研修のレポートから、日本腎不全看護学会誌、査読有、14（2）2012、107-112

⑥三村 洋美, 大坪 みはる、内田 佐喜子、牛崎 ルミ子、水内恵子、透析患者における「足潰瘍発症リスク分類」の有用性の検証、 日本透析医会雑誌、査読無、28（2）、2013、331-339

⑦三村 洋美, 井上 由衣, 人見 裕江、他、PD 療養者の在宅における End of Life を支える要因　専門職者へのインタビューより、腎と透析、査読無、75 巻別冊 腹膜透析 2013、2013、297-298

⑧人見裕江、三村洋美、他、グループホームの認知症高齢者への終末期ケア　ケア提供者の思い、コミュニティケア、査読無、15（2）、2013、 38-42

⑨三村洋美、患者さんのこともっとわかる!援助できる!透析室で使える看護理論発達課題論、透析ケア、査読無、19（10）、2013、1000-1005、

⑩三村洋美、患者さんのこともっとわかる!援助できる!透析室で使える看護理論役割理論、透析ケア、査読無、19（11）、2013、1102-1107

⑪三村洋美、実習に役立つ検査ガイド腎生検、クリニカルスタディ、査読無、35（3）、2014、198-200

⑫三村洋美、人見裕江、井上由衣、他、PD 療養者のセルフケア能力への看護介入パターンの検討（第一報）、腎と透析、査読無、76 巻別冊 腹膜透析 2014、2014、95-96

⑬三村洋美、【透析患者におけるフィジカルアセスメント-看護師の観察力】 看護における「フィジカルアセスメント」の意義、臨床透析、査読無、31（3）、2015、265-272

⑭三村洋美、疾患と看護がわかる本　慢性腎臓病、クリニカルスタディ、査読無、36(6)　2015、102-105

⑮三村洋美、人見裕江、井上由衣、他、高齢 PD 療養者の終末期治療決定に関わる家族支援の一考腎と透析 77 巻別冊、査読無、 腹膜透析 2015 、impress

〔学会発表〕（計 13 件）

①三村洋美、透析療養者の自己決定を支える援助、静岡県立総合病院 CAPD 看護研究会（2010.12.4　静岡市）

②三村洋美、PD 療養者のセルフケア能力尺度の臨床における活用とその有用性、関西 CAPD 看護研究会（2012.2.19　大阪市）

③三村洋美、PD 療養者のセルフケア能力尺度の臨床における活用とその有用性、三重 CAPD 研究会（2012.11.18 津市）

④三村洋美、腎不全高齢者の人生に寄り添う看護ケア-生き抜くことを支えるために―、中国腎不全研究会（2012.9.30　広島市）

⑤三村洋美、.透析患者の End of Life Care における研究知見と課題、第 58 回日本透析医学会学術集会（2013.6.22　大阪市）

⑥三村洋美、PD 療養者の看護、岡山 PDSCA 勉強会（2014.8.17　岡山市）

⑦三村洋美、PD 看護のエビデンス、PD セミナー、（2014.2.3　仙台市）

⑧三村洋美、PD 高齢者のケアにおけるジレンマ、東北 PD 研究会（2014.4.5　仙台市）

⑨三村洋美、高齢透析患者のセルフケアを高める支援と効果評価、第 59 回日本透析医学会学術集会（2014.6.15　神戸市）

⑩三村洋美、エンド・オブ・ライフケアー最期の一息まで看とどけること－、日本腎不全看護学会関東甲信越地方会（2014.7.27　甲府市）

⑪三村洋美、腎不全看護における倫理的ジレンマ、兵庫県透析看護師研究会（2014.8.3　神戸市）

⑫三村洋美、PD 療養者の生活ぶりと在宅支援、三河腹膜透析合併症対策講演会（2014.10.5　安城市）

⑬三村洋美、腎不全患者が生きることに寄り添うー病みの軌跡を活用してー、佐賀県腎不全看護研究会（2015.1.15　佐賀市）

⑭三村洋美、超高齢社会における
透析看護のアジェンダ、滋賀透析看護セミナー、（2015.4.19　近江八幡市）

６．研究組織

(1)研究代表者
三村　洋美（MIMURA Nadami)
昭和大学・保健医療学部・准教授
研究者番号：30382427

(2)研究分担者
衣笠　えり子（KINUGASA Eriko)
昭和大学・医学部・教授
研究者番号：10161522

人見　裕江（HITOMI Hiroe)
宝塚大学・看護学部・教授
研究者番号：30259593

古江　知子（FURUE Tomoko)
昭和大学・保健医療学部・普通研究生
研究者番号：00447137

水内　恵子（MIZUUCHI Keiko)
安田女子大学・看護学部・准教授
研究者番号：60521812

吉田　寿子(YOSHIDA Hisako)
九州大学・医学系研究科・助教
研究者番号：60437788