

要約

論文題目：高齢者と家族が透析治療を受ける生活に対し折り合いをつける力を発揮するための看護実践モデルの開発-透析治療導入期に焦点を当て-

清水 なつ美

1. 研究の背景

本邦において、維持透析患者は約 34 万人と増加の一途をたどり、最多年齢層は 75-80 歳である¹⁾。故に、多くの患者が高齢者であり、高齢腎不全患者において、生命維持のためには透析導入が必要でありながら、全身状態不良により体外循環に忍容性を持たない場合だけでなく、患者の尊厳性を尊重し、終末期医療に準じ、患者・家族の意思確認の上で、非導入の決断を迫られる局面は少なくない²⁾。

そのような患者の意思を尊重するため、2020 年日本透析医学会より「透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」が発表された。これは、患者の意思を尊重した透析導入、透析の見合わせについて家族を含み何度も話し合い意思決定を行っていく必要性が明記され、そして新たに透析治療の非導入、保存的腎臓療法を新たな選択肢として説明することも明記された³⁾。しかしながら、患者及び家族の意思決定をサポートする意思決定プロセスは確立されていない²⁾。

先行研究においては、高齢者の透析治療の見合わせについて意思決定を行うには、これまでの透析治療を受ける生活上の経験、家族の存在等が影響を与えていることが明らかとなっている⁴⁾。そのため、透析ケアにおける終末期はどのような死を選ぶかという「点」ではなく、誰もが迎える死の瞬間までどのようにいきたいのかという「線」の視点を持ったケアが提供されるべきであるとされ⁵⁾、透析導入期から終末期まで包括的に高齢者の意思が尊重されるには、高齢者と家族の両者が透析治療を受ける生活に対し主体性を持ち生活できることが意思決定を行う上では重要であると考えられる。

研究者らが行った先行研究において^{6,7)}、高齢者と家族が透析治療を受けるという新たな生活に対し、折り合いをつける力(mastery)を使い生活することで、新たな生活に適応し主体的に生活できることが明らかとなっている。

この折り合いをつける力(mastery)とは、人間が本来持つ力として、ストレスフルな出来事に対し、精神面だけでなく身体面のコントロールを含み、対処やその過程を含み、新しい能力を開発し、環境を変え、経験の難しさを超えて生きる意味と目的があるように自己を再編成することができる力である⁸⁾。そのため、この力を発揮できるよう支援することで透析導入期から終末期まで包括的に高齢者の意思が尊重されるには、高齢者と家

族の両者が透析治療を受ける生活に対し主体性を持ち生活することを支援できるのではないかと考える。

また、透析導入期、維持期、終末期と患者の特徴が異なる時期に折り合いをつける力に着目し包括的な支援を行うためには具体的な支援方法を明示することは難しいと考える。そのため、どの時期においても使用できるよう看護実践モデルとして概観を示し、それを基盤とした支援を行うことで、各時期の特徴を踏まえた援助へと発展することができるのではないかと考える。また、透析導入期は、透析導非導入を選択する、新たな生活に適応するといった今後の生活に大きな影響を及ぼす意思決定を行っていく重要な場である。

そのため、本研究では、透析導入期から終末期まで高齢者と家族が透析治療を受ける生活に対し折り合いをつける力を発揮できる看護実践モデルを作成し、その看護実践モデルに基づく透析導入期支援ガイドを作成することとした。

II. 研究目的

高齢者と家族が透析治療を受ける生活に対し折り合いをつける力を発揮するための看護実践モデルを開発し、その看護実践モデルに基づく透析導入期支援ガイドを作成すること。

III. 用語の定義

- **透析導入期**

透析導入期は、透析が自分のこととして語られていることを自覚させられる時期、つまり慢性腎臓病（CKD）stage4 もしくは stage5 から透析開始時点より患者がこれから透析療法を受けるにあたり、その必要性と概要を理解し、より良い透析生活を送ることができるようにする時期までとする。そのため、本研究における透析導入期は、CKD stage4 もしくは stage5 の段階から透析導入後 3 か月以内の期間を指す。

- **高齢者**

本研究において対象となる高齢者は、65 歳以上の高齢者であり、上記に示す透析導入期にある方。また、透析の種類は問わない。ADL や認知機能は問わない。

- **家族**

Friedman における家族の定義は、家族とは絆を共有し情緒的な親密さによって互いに結びついた、しかも家族であると自覚している2人以上の成員であることとしている⁹⁾。

また、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインの中では、家族等とは、より広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられるとしている¹⁰⁾。

これらを踏まえ、本研究においては、高齢者が日常生活の中で精神的、身体的にサポートしてくれていると考えている方を対象とする。同居・別居・血縁関係は問わない。家族においては一人もしくは複数人である場合もある。

IV. 研究方法

本研究は大きくわけて2段階の手順を踏んでいくこととする。また、この2段階の手順は、The development of evidence-based nursing interventions: methodical considerations¹¹⁾を参考としている。

【研究1】

高齢者と家族が透析治療を受ける生活に対し折り合いをつける力を発揮するための看護実践モデル、看護実践モデルに基づいた透析導入期支援ガイド(以下支援ガイド)の草案作成

【研究1の方法】

systematic review meta aggregation¹²⁾の手法を使い、高齢者と家族が透析治療を受ける生活に対し折り合いをつける力を発揮するための要因を明らかにし、看護実践モデルの草案を作成する。また作成した看護実践モデルを基盤に透析導入期の高齢者と家族を対象とした支援ガイドを作成していく。

【研究2】

支援ガイドの妥当性・実現可能性の検証

【研究2-1目的】

支援ガイドの妥当性の検証

【研究2-1方法】

nominal group interview¹³⁾の手法を参考に、専門家に対し、支援ガイドの内容が臨床での実践を踏まえ適切であるかを質問紙調査・フォーカスグループインタビューを実施し検証する。

【研究 2-2】

支援ガイドの実現可能性の検証

【研究 2-2 の方法】

実際の臨床現場において支援ガイドを看護師に使用してもらい実践を行ってもらう。その後、看護師・実践の対象者である高齢者・家族への半構造化インタビューより支援ガイドの実現可能性について検証する。妥当性・実現可能性を検証した支援ガイドより、看護実践モデルを洗練させる。

V. 研究 1

1. 看護実践モデルの作成

正木らが作成した、日本型対人援助関係の実践知の抽出・統合のための理論的枠組み¹⁴⁾と、Younger の折り合いをつける力(mastery)の理論⁸⁾を使用し、高齢者と家族の折り合いをつける力が発揮できるよう支援する看護実践モデルの理論的枠組みを作成した。

次に、1) 高齢者と家族の透析導入期から終末期までの経験、2) 高齢者と家族に対する透析導入期から終末期までの看護実践を systematic review meta aggregation¹²⁾にて抽出した。

1) 高齢者と家族の透析導入期から終末期までの経験においては、他者からの実用的な支援や励みが心の支えと否定的な自己認識の形成、自らの死期を見据えることで限りある日々感謝し、将来への不安と諦観等の 9 つのテーマが明らかとなった。

2) 高齢者と家族に対する透析導入期から終末期までの看護実践においては、患者の意思が反映されるためには、時間がかかることを理解しており、患者が意思決定を行えるように他職種と患者の気持ちの変化を共有し、ケアの見直しや統一を図り連続性を持ちチームとして患者を支援していく、家族は患者を共にケアする協力者であり、そして看護の対象であるため、家族が患者の透析治療を受けてきた家庭を尊重し納得できた最後を迎えられるように関わっていく等の 6 つのテーマが明らかとなった。

明らかとなったテーマを看護実践モデルの理論的枠組みに沿って、それぞれ高齢者と家族の透析導入期から終末期までの経験を、折り合いをつける力の理論をもとに帰納的に分析し模式化、高齢者と家族に対する透析導入期から終末期までの看護実践を日本型対人援助関係の実践知の抽出・統合のための理論的枠組みをもとに、演繹的に分析し模式化し看護実践モデルを作成した。

2. 透析導入期支援ガイドの作成

支援ガイドは、高齢者と家族に対する質問用紙と援助内容の 2 部構成とした。透析導入

期に関連する要因を看護実践モデル抽出し、高齢者と家族に対する質問用紙と援助内容を作成した。

高齢者と家族に対する質問紙は、高齢者の方に対し、9つの大項目からなる36個の質問が作成され、家族に対しては、2つの大項目からなる4個の質問が作成された。

援助内容においては、透析導入期の折り合いをつける力を援助する段階を4段階に分け、各段階毎に9～11個の援助内容が抽出された。そして、支援ガイド ver1 が作成された。

VI. 研究 2

1. 支援ガイド ver1 の妥当性検証

研究1で作成された支援ガイド ver1 の妥当性を検証した。透析導入期の看護に精通した専門家6人に研究協力を依頼し、nominal group interview の手法を使い妥当性を検証した。その手順は、1) 質問紙調査 2) focus group interview 3) 質問紙調査の順で妥当性を調査した。

それぞれの結果を踏まえ、修正し、その修正した支援ガイドをもとに次の調査を行った。そして、最終的に妥当性を担保した支援ガイド ver4 が作成された。

この支援ガイド ver4 は、高齢者と家族に対する質問用紙は、高齢者に対し8つの大項目からなる25の質問、家族に対する2つの大項目からなる3つの質問から構成された。

援助内容においては、透析導入期の折り合いをつける力を援助する段階を4段階に分け、各段階毎に10～13個の援助内容から構成されるものとなった。

2. 支援ガイドの実現可能性

妥当性が担保された支援ガイド ver4 の実現可能性を検証した。

支援ガイドの使用の実際の臨床現場においてこの支援ガイド ver4 を2名の看護師に使用し援助を行ってもらった。対象となったのは、透析導入期の高齢者とご家族の方4組であった。

この支援ガイドを使用した介入後、看護師、高齢者と家族の方へ半構造化インタビューを実施し、支援ガイドを洗練した。実現可能性の分析視点は、支援ガイドに対する評価と支援ガイドを用いた介入に対する評価である。

その結果、支援ガイドに対する評価として、支援ガイドに対する6つの修正点が明らかとなり修正を行った。主な修正は、*高齢者と家族に対する質問紙の回答を6段階評価から4段階評価へ変更し自由記載欄を質問項目の大項目毎に*

設けた。また、支援ガイド自体の抽象度が高く、ある程度腎臓内科領域の看護の知識を有していることを前提とするため、使用する看護師を腎臓内科領域における経験が3年以上の看護師とすることを支援ガイドに組み込む等であった。

また、支援ガイドを用いた介入に対する評価として、支援対象となった高齢者とその家族の方3組の半構造化インタビューを実施し、分析した。

支援ガイドを用いた介入に対する評価は、支援を受けた変化から肯定的な評価が抽出された。

その結果、妥当性と実現可能性が担保された支援ガイド ver5 が創出された。

3. 看護実践モデルの洗練

妥当性と実現可能性が担保された支援ガイド ver5 が創出された後、看護実践モデルの洗練をした。

研究1にて作成された看護実践モデルは、高齢者と家族が折り合いをつける力を発揮できるよう相互作用を持った看護援助を行うという理論的枠組みを使用し作成されている。そのため、高齢者と家族が透析導入期から終末期まで折り合いをつける力を発揮することを支援する看護援助に対し、どのような相互作用が含まれているかは分析されている。しかしながら、そのような相互作用を持って行った援助に対し、高齢者と家族は相互作用に応じているのかは明らかになっていない。そのため、高齢者と家族が援助に対する評価から、看護師と相互作用が生じているかを検証し、看護実践モデルを洗練する。

方法は、研究2の支援ガイドの実現可能性の対象となった高齢者と家族の半構造化インタビューにて収集したデータを使用し、それぞれのデータの中に看護実践モデルの枠組み「日本型対人援助関係の実践知の抽出・統合のための理論的枠組み」の相互作用の要素、「表出する」「反応する」「認める」「応える」「活用する」「定まる」の部分が示されているコードであるかを検証した。そして支援を受けた前後で相互作用における対象のアウトカム「自己理解の促進」「主体的な意思決定・対処」「問題解決力・セルフケアの向上」「豊かな自己の形成」が抽出されたのかを検証した。

その結果、高齢者と家族からも相互作用の要素、相互作用における対象のアウトカムが確認でき、この看護実践モデルは、看護援助から、そして対象者の反応の両者より相互作用の要素、アウトカムが確認できた。そのため、日本型対人援助関係の実践知の抽出・統合のための理論的枠組みの相互作用の要素である、共有・応答・安定を通し成立する看護実践モデルであることが確認できた。

VII. 考察

透析治療が必要となった高齢腎不全患者を取り巻く状況として、透析導入/非導入後の予後を推定・掲示する際に、依拠しうる客観的な科学的エビデンスは不足しており、患者及び家族の意思決定をサポートする意思決定プロセスは確立していない。また、非導入となった際の緩和医療・ケアのあり方についても確立したものがない状況である²⁾。

そのような中で、先行研究において、透析導入・非導入において最も重要な意見は、非導入を決定した高齢者は自分の意見であるとする一方、透析導入を選択した高齢者においては、医療職及び家族の意見であった¹⁵⁾。更に、高齢者が透析治療を中止する際に影響を受ける要因は、家族からの影響、そして透析治療を受けてきた経験である⁴⁾。その上、家族の存在は高齢者それぞれにとって、どのような影響を与える存在かはそれぞれ異なる。

今回の看護実践モデルの特徴は、高齢者と家族の両者を対象とし折り合いをつける力を発揮できるよう透析導入期から終末期までを包括的に捉え、意思決定を支援することを可能としたことである。そのため、このような状況に置かれている高齢者と家族の意思決定における主体性を発揮できるよう支援することで、意思決定を行うことを支援するという新規性があると考えられる。

またこのモデルを基盤とした透析導入期支援ガイドは透析の導入非導入という今後の生活に大きく影響を与える重要な時期に、折り合いをつける力を発揮できるよう連続性を持って支援することで、このような意思決定を基盤とし、生活の中で生じる出来事や意思決定が必要な場においても高齢者と家族の両者が折り合いをつけようとすることを支援することができるのではないかと考える。

それは、医療における意思決定は、心身のポテンシャルの低下に相応して、希望・許容する医療の内容が変化していく中で、その状況に合わせどのような医療を受けたいのかを家族と本人が考えていく心積が必要であり¹⁶⁾、ちょっと先のことを考えることを繰り返しながら最後を決めるとされている。そのため、透析導入非導入という今後を決める重要な意思決定を行えた後も変わらず、高齢者と家族の両者が折り合いをつけることができるとは限らない。それは、両者が置かれている環境は、終末期に向かいながら高齢者の身体的、精神的に変化が生じ、そしてそのような高齢者の状況が家族にも精神的な変化や影響を与えると考えられる。

しかしながら、透析導入期という今後の医療に対するあり方を考える初期の意思決定において、両者が折り合いをつける力を発揮することができれば、状況が変化しながらも、折り合いをつけようとするきっかけを持つことができるのではないかと考え

る。そのため、その時に置かれている高齢者と家族の状況を加味しながら、折り合いをつけようとすることができるよう支援することを繰り返していくことで、主体的に意思決定をしていくことを積み重ねていくことができ、そのことが透析の見合わせを行う際の意思決定にもつながっていくと考えられる。そのため、この看護実践モデルを基盤とした支援ガイドを使用し援助を行うことは、患者及び家族の意思決定をサポートする意思決定プロセスを築く一つの方法として使用することができると思う。

VIII. 結論

透析導入期から終末期まで高齢者と家族が透析治療を受ける生活に対し、折り合いをつける力を発揮するための看護実践モデルが創出された。そしてこのモデルを基盤とした支援ガイドを創出した。

引用文献

- 1) 日本透析医学会：図説 わが国の慢性透析療法の現状 2015 年 1 2 月 3 1 日現在。
<http://docs.jsdt.or.jp/overview/pdf2016/2015all.pdf> (2018 04.25 アクセス)
- 2) 柏原 直樹, 徳山 敦之, 角谷 裕之：末期腎不全患者の ACP. *Aging&Health*, 96p26-p29, 2021.
- 3) 岡田 一義：透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言. *Nihon Toseki Igakkai Zasshi*, 53 (4), 173-217, 2020.
- 4) Hussain Jamilla A., Flemming Kate, Murtagh Fliss E. M.ほか：Patient and health care professional decision-making to commence and withdraw from renal dialysis: a systematic review of qualitative research. *Clinical Journal Of The American Society Of Nephrology: CJASN*, 10 (7), 1201-1215, 2015.
- 5) 秋澤 忠男, 水口 潤, 友 雅司ほか：維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言. *日本透析医学会雑誌*, 47 (5), 269-285, 2014.
- 6) 清水 なつ美, 石橋 みゆき, 高橋 良幸ほか：高齢者とその家族が在宅で腹膜透析を継続するために折り合いをつけている様相. *千葉看護学会会誌*, 25 (1), 29-36, 2019.
- 7) 清水 なつ美：家族と同居する高齢者が血液透析を受ける生活に折り合いをつけようとする様相. *ヒューマンケア研究学会誌*, 12(1)2021.
- 8) Younger J. B. : A theory of mastery. *ANS. Advances In Nursing Science*, 14 (1), 76-89, 1991.
- 9) 鈴木 和子, 渡辺 裕子：家族看護学：理論と実践. 日本看護協会出版会, 2006,5.
- 10) 厚生労働省：人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセス.

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html> (2018 04.18 アクセス)

- 11) van Meijel B., Gamel C., van Swieten-Duijfjes B.ほか : The development of evidence-based nursing interventions: methodological considerations. *Journal Of Advanced Nursing*, 48 (1), 84-92, 2004.
- 12) Lockwood Craig : Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation . *International journal of evidence-based healthcare*, 13 (3), 179-187, 2015.
- 13) Pope Catherine, Mays Nicholas, 大滝 純司 : 質的研究実践ガイド : 保健・医療サービス向上のために. 医学書院, P44-52, 2001.9.
- 14) 正木 治恵, 清水 安子, 田所 良之ほか : 「日本型対人援助関係の実践知の抽出・統合」のための理論的分析枠組みの構築. *千葉看護学会会誌*, 11 (1), 55-62, 2005.
- 15) Verberne Wouter R. : Older patients' experiences with a shared decision-making process on choosing dialysis or conservative care for advanced chronic kidney disease: a survey study. *BMC nephrology*, 20 (1), 264, 2019.
- 16) 清水 哲郎 : 【「人生の最期をどう生きるか、どう支えるか、どう迎えるか」】本人・家族の意思決定を支える 治療方針選択から将来に向けての心積りまで. *医療と社会*, 25 (1), 35-48, 2015.