2014 年度東邦大学大学院看護学研究科看護学専攻博士論文

レシピエントの体調変化にともなう生体腎移植ドナーの腎提供に対する認識
―そのドナーへの影響とレシピエントへの影響―

The Recognition of Kidney Donation by Living Kidney Donors That Accompanies Changes in the Recipients' Physical Condition: Its Influences upon Donors and Recipients

髙　田　　幸　江

2014 年度東邦大学大学院看護学研究科看護学専攻博士論文

レシピエントの体調変化にともなう生体腎移植ドナーの腎提供に対する認識
―そのドナーへの影響とレシピエントへの影響―

The Recognition of Kidney Donation by Living Kidney Donors That Accompanies Changes in the Recipients' Physical Condition: Its Influences upon Donors and Recipients

ND12004
髙　田　　幸　江

指　導　教　員

主査　：　村 岡　宏 子　　教授
副査　：　平 田　松 吾　　教授
　　髙 木　廣 文　　教授
　　福 田　美和子　准教授

2015 年 2 月 12 日　提出

Ⅰ．序論 ―――― １～６
１．背景 1
２．目的 5
３．研究の意義 5
Ⅱ．文献検討 ―――― ６～25
１．移植医療の概説 6
２．生体腎移植の概説 8
３．生体腎移植レシピエントのおかれている状況 11
４．生体腎移植ドナーのおかれている状況 16
Ⅲ．理論的基盤 ―――― 25～28
Ⅳ．方法 ―――― 28～42
１．研究デザイン 28
２．分析方法 28
３．対象 31
４．期間 34
５．調査方法 34
１）研究協力依頼の手順 34
２）対象者の選定方法 35
３）調査手順 35
６．分析手順（信頼性・妥当性を含む） 37
７．倫理的配慮 40
Ⅴ．結果 ―――― 42～67
１．調査期間 42
２．対象 42
３．レシピエントの体調変化にともなう生体腎移植ドナーの腎提供に対する認識とその影響 44
１）コアカテゴリー 44
２）ストーリーライン 45
３）ドナーカテゴリー構成要素 47
４）ドナーカテゴリーの説明 49
５）ドナーカテゴリー関連図 55
６）生体腎移植ドナーの腎提供に対する認識がレシピエントに与える影響 59

Ⅵ．考察 67～86
１．生体腎移植ドナーの腎提供の体験との位置づけから見た本研究の特徴 67
１）生体腎移植ドナーの腎提供の体験と本研究の位置づけ 67
２）時間の変化にともなうカテゴリー、サブカテゴリーの変化 69
３）本研究によって得られた新たな知見 70
２．シンボリック相互作用論から捉えた
生体腎移植ドナーの腎提供に対する認識とその影響 71
１）生体腎移植ドナーとレシピエントの相互作用 71
２）生体腎移植ドナーとレシピエントの相互作用が及ぼすリスク 73
３．生体腎移植ドナーの腎提供の体験と意思決定のプロセス 74
４．生体腎移植ドナーの看護支援 76
１）生体腎移植ドナーの意思決定支援 76
２）レシピエントの体調変化時における生体腎移植ドナーの看護 80
５．移植看護学への示唆 82
１）生体腎移植ドナー継続的看護支援モデル 82
２）看護師の勤務体制整備、連携の必要性 83
３）生体腎移植ドナー看護の充実が移植看護に与える意義 84
６．限界と課題 85
Ⅶ．結論 86～88
謝辞 88
Ⅷ．引用文献 89～95
Ⅸ．添付資料
１）研究協力者への研究協力への依頼書；
（研究協力施設長用）添付資料１－１，
（対象者紹介を依頼する看護職者用）添付資料１－２
２）研究対象者への研究協力への依頼書（研究説明書）；添付資料２
３）研究に参加・協力をする意思を表明する返信用意向書；添付資料３
４）研究協力断わり書；添付資料４
５）研究参加・協力への同意書；添付資料５
６）質問紙；（ドナー用）添付資料６－１，（レシピエント用）６－２
７）インタビューガイド；（ドナー用）添付資料７－１，（レシピエント用）７－２

別表１．日本で実施されている生体臓器移植の特徴

図３．レシピエントの体調変化に伴う生体腎移植ドナーの腎提供の認識とドナー自身への影響のカテゴリー関連図（Ａ３サイズ拡大版）

図４．生体腎移植ドナーの腎提供の認識が与えるドナーとレシピエントへの影響のカテゴリー関連図（Ａ３サイズ拡大版）

Ⅰ．序論

１．背景

移植医療は、末期的臓器不全の根治的治療であるが、臓器提供するドナーの存在がなくては成り立たない医療である。日本では 1997 年に臓器移植法が制定されたが、特に脳死臓器移植の臓器提供に関する制約が厳しく、移植数が伸びない現実がある。1997 年～2007 年までに脳死下での臓器提供をしたドナーは 64 名、心停止後臓器提供をしたドナーは 892 名であり、生体ドナーからの臓器提供に大きく依存している[1)]。これにより、脳死ドナーの臓器提供によってしか移植を受けることの出来ない心臓移植を待つレシピエントは、国内での脳死ドナーからの提供が少なく、移植の機会が制限されていたため、やむを得ず渡航移植を選択するという状況が続いていた。

移植が可能な臓器は生体移植・脳死移植も含め、心臓や肺など様々あるが、腎移植は生体移植が８割を占める[1]。腎移植は、末期腎不全の根本治療であり、免疫抑制療法の進歩により拒絶反応は抑えられ、移植後のレシピエントは長期に渡り血液浄化療法から解放された生活を送れるほか、妊孕性も期待できる治療法である。日本で生体腎移植数が増加した要因としては、死体腎移植を希望して献腎登録していても提供者が少なく[2]、生体腎移植に踏み切るケースが多いことが挙げられている。さらに最近では、生体腎移植の中でも夫婦間など非血縁間での腎移植や、免疫抑制療法の進歩により ABO 血液型不適合移植も増加傾向[3]にある[2)]。また、近年主流となってきている内視鏡下腎摘出術は、低侵襲のため術後４～６日程度での退院を可能とし、早期の社会復帰を促進していることも生体腎移植の増加に影響を及ぼしている[3)]。

生体腎移植は、健康な身体から家族の QOL を向上する目的で腎臓を提供するという、通常ではなされない医療である。腎提供後のドナーの腎機能は、片腎となるために平均 25～30％程度低下するが、一般に欧米人と比較して日本人の GFR は 10 程度低く、生体腎移植ドナーの多くは、2012 年に改訂された CKD（慢性腎臓病）[4]重症度分類[4)]

---

[1] 2010 年の腎移植実施数 1484 例の内訳は、脳死下 62 例、心停止下 146 例、生体が 1276 例で、約 86％が生体からの腎提供であった[1)]。

[2] 2013 年 1 月末現在、献腎登録をしている患者は 12,764 人、献腎移植実施件数は 3,063 件である[1)]。献腎移植の登録後、移植を受けるまでの待機期間の平均は 1274 日（最短 86 日、最長 4079 日）[25)]。

[3] 近年増加傾向にある生体腎移植における夫婦間移植の割合は約 37％、ABO 血液型不適合移植の割合は約 26％[2)]。

[4] CKD（Chronic Kidney Disease：慢性腎臓病）：生命維持のために血液透析などの血液浄化療法や腎移植が必要となる末期腎不全（end-stage kidney disease：ESKD）への進展

のステージ 3 程度の腎機能となるといわれ [5]、生涯にわたる長期的なフォローアップを要する。日本移植学会の倫理指針 [6] には、生体ドナーの場合は特に、臓器提供後、ドナーの生涯にわたる健康管理等のケアが保証される必要があることが示されている。また、国際移植学会が採択したイスタンブール宣言 [7] では、生体ドナーの健康を維持する必要性について、ケアの内容には、臓器提供時だけでなく、臓器提供に関連した短期的および長期的結果に関して、医療と心理社会的なケアの両方が含まれるとしている。日本の生体腎移植ドナーの腎提供後の腎機能および健康状態やフォローアップの実態 [8~11]については、いくつかの施設からの報告も散見され始めていた。

これらの動向を受け、日本臨床腎移植学会では、2009 年の腎移植症例より生体腎移植ドナーに関する詳細登録が開始され、2011 年に初めて生体腎移植ドナーの追跡調査が行われた。この報告 [2]では、2009 年の生体腎移植症例の 1124 例中、767 例（2011 年 10 月時点）についての集計として次のように報告されている。期間中の死亡例はないが、来院中止や転院などによる追跡不能（予後不明）が、移植後 1 年の時点で 88 例と 11.5%を占めていた。また、社会復帰状況は身体的・精神的ともに「良好」との回答が半数以上を占めたが、「不良」も数例みられ、特に移植後 1 年時点でも身体的に 1 例、精神的に 2 例の不良報告があった。合併症については、尿蛋白＋以上の症例が移植後 3 ヶ月で 5 例（0.6%）、移植後 1 年で 13 例（1.7%）にみられたが、透析に至った症例報告はなかった。さらに血清クレアチニン値[5]は、移植後 3 ヶ月と 1 年ともに平均 10±0.2mg／dl であり、登録時の平均から 0.3mg/dl 程度の上昇がみられたたこと、血圧は移植前後で大きな変化がみられなかったことが報告されている。これらより、

の抑制や脳卒中や心筋梗塞などの心血管疾患(cardiovascular disease : CVD)の発症予防を目的として治療、コントロールを行うために 2002 年に米国腎臓財団（NKF）が提唱した新しい概念である。①尿異状、画像診断、血液、病理で腎障害の存在が明らか、特に 0.15g/gCr 以上の蛋白尿（30mg/gCr 以上のアルブミン尿）の存在が重要、②糸球体濾過量（GFR）＜60ml 分/1.73 ㎡、①②のいずれか、または両方が 3 か月以上持続する場合を CKD という。CKD の重症度は 2012 年に改訂され、原因（Cause：C）と、その腎機能（GFR：G）、蛋白尿（アルブミン尿：A）による CGA 分類で評価が行われ、ステージ G1～G5 に分類された。G5 以上では、末期腎不全（end-stage kidney disease：ESKD）となり、血液透析などの血液浄化療法が必要となる [4]。

[5] 血清クレアチニン値：クレアチニンは血液中の老廃物のひとつであり、通常であれば腎臓でろ過され、ほとんどが尿中に排出される。しかし、腎機能が低下している場合、尿中に排出されずに血液中に蓄積される。この血液中のクレアチニンを「血清クレアチニン値」という。血清クレアチニン値は筋肉量により決定するので、男女差がある。また、筋肉量の少ない小児や高齢者では、成人に比べ低値となる。

腎提供後の生体ドナーは CKD の観点から、継続的な医学的フォローアップが必要であるが、現状としては十分なフォローがなされておらず、今後さらなる強化が必要であることが示唆された。

生体腎移植は、前述のように、健康な身体から家族の QOL を向上する目的で腎臓を提供するという、通常ではなされない医療であるが、生体ドナーがリスクをともなう腎臓の提供においてどのような体験をしているのかを明確にする研究はなされていかった。この背景により研究者は、2006 年都内大学病院で内視鏡下腎提供を行なったドナー15 名を対象に、半構造的面接を実施し、グラウンデッド・セオリー・アプローチで分析を行った[12)]。結果、ドナーは、レシピエントが健康だった頃は、移植を自分とは関係のない遠い世界ととらえているが、レシピエントの腎障害の辛さを共有し、移植を医師から勧められることや、新たに移植医療情報を獲得することなどのきっかけによって、移植を自分の問題として捉えた。その後、自分自身と向き合い本当の気持ちを問いかけ、レシピエントの治療選択肢や、自分のおかれている立場の確認を行なうなどの考慮を重ね、ドナーになるのは自分しかいないと認識すると、提供へと進んだ。また術後は、ドナー自身も患者でありながら同時にレシピエントの支援を行なっていた。さらにドナーは術後、レシピエントの回復過程に影響を受けながら、腎提供の意味づけを行っていたことが明らかになった。この意味づけは、提供腎が機能し、レシピエントが健康を取り戻すと肯定的となるが、レシピエントの不調や提供腎が一時的に機能低下すると、意味づけが否定的になることが明らかとなった。この調査では、ドナーは「腎提供の意味づけ」に対して肯定的評価をしたいという願望を持っていたことも明らかになった。ドナーは提供後に腎提供した意味を探し続けており、「自分しかいない」ことの意味を深めていると考えられた。一方でドナーは、レシピエントの不調を認識すると否定的評価をすることも明らかになった。臓器は異なるが、肝臓を提供したレシピエントが死亡した後では、ドナーの 8 割が受診を中止するという報告[13)]もあり、ドナーは、提供した腎臓が廃絶すると、腎提供したことについて否定的にとらえるようになり、廃絶やレシピエントの死亡をきっかけにドナーの受診が遠のく傾向にあると推測されるため、ドナーを長期的に支援する体制を講じる必要がある事が示唆された。

また、腎移植におけるレシピエントとドナーの術前術後の精神疾患を調査した報告[14)]では、術後のドナーに新たに精神疾患が出現した症例が 5 例（7.2%）あり、新たな

精神疾患を認めなかった群と比較して、レシピエントが術後に拒絶反応や合併症が出現した割合が有意に高かった（50.0%vs6.6%）とある。

これらより、生体腎移植ドナーは、レシピエントの健康状態などに影響を受けながら、腎提供について意味づけをしており、レシピエントの体調変化が、ドナーの腎提供の意味づけを変化させることと、その意味づけの変化によりドナー自身の心身の健康に影響が生じる可能性があることが推測される。

Blumer が提唱した、シンボリック相互作用論[15]によると、a）人間は物事が自分に対して持つ意味にのっとってその物事に対して行為するものであること、b）物事の意味は、個人がその仲間と一緒に参加する社会的相互作用から導き出され発生すること、c）意味は、個人が自分の出会った物事に対処するなかで、その個人が用いる解釈の過程によって扱われたり、修正されたりする、とされている。生体腎移植ドナーとレシピエントは、互いが最も身近で関心の高い近親者である。この二者の関係をシンボリック相互作用論の視座から捉えてみると、レシピエントの移植後の健康回復、拒絶反応や拒絶反応からの回復、提供腎の廃絶による再透析導入、妊娠、出産や死亡などの体調の変化という出来事によって、生体腎移植ドナーの腎提供の意味づけが変化する可能性が高く、ドナー自身に何らかの影響が生じることが推測される。春木[16]は、生体腎移植では、ドナーから提供された腎臓には、腎臓そのもののみならず、ドナーの愛情、思いやり、期待などの腎臓以外の感情も一緒に移植されていることに注目する必要があると述べている。一見ドナーのみの問題のように見えて、これらの問題が後になって、腎移植後のレシピエントの精神医学的問題になって出現しなおされてくることを報告している。これらより、レシピエントの体調変化によってドナーの腎提供に対する意味づけが変化することにより、ドナーの行動に変化が生じるが、ドナーの変化を認識するレシピエントにも何らかの影響が生じていることが推測された。生体腎移植ドナーとレシピエントの関係は、移植を通じてより深く、近くなっており、互いの存在を認識し、解釈することを通して自分自身の行動を起こしていると推察され、互いに強く影響を及ぼしあう関係であると考えられた。このことから、生体腎移植ドナーの長期的な身体・心理・社会的な健康を支えるための看護を考える時に、レシピエントの存在は欠くことが出来ない重要なものであると考えた。

腎提供後の生体腎移植ドナーが、レシピエントの体調が変化したことによって、ドナーの腎提供の認識がどのように変化し、それによりドナーにどのような影響が生じ

るのか、またドナーの変化はレシピエントにどのように認識され、レシピエントにどのような影響を与えるのかを明らかにすることは、生体腎移植ドナーとレシピエントの長期的支援を考察するための重要な資料となることが期待される。

２．研究の目的

これらの背景から、本研究の目的を、レシピエントの体調が変化した生体腎移植ドナーの腎提供に対する認識を明らかにし、その認識がドナー自身に与えている影響と、レシピエントに与える影響を明らかにすることとする。

３．研究の意義

今後も生体ドナーからの腎提供に依存することが推測される日本においては、生体腎移植ドナーの身体、心理、社会的な全人的な継続的支援は重要な課題である。本研究により、レシピエントの体調が大きく変化したドナーの、腎提供に対する認識がどのように変化するのかについて明らかになるだけでなく、その認識の変化によって生じるドナー自身への影響と、レシピエントへの影響の双方が明らかとなることが期待される。レシピエントの体調変化においては、レシピエントの死亡や提供腎の廃絶による再透析導入など、極めて重大な体調変化が生じる際の生体腎移植ドナーの認識とその影響が明らかになることが期待される。このことにより、従来施設毎の裁量に任され十分なフォローアップがなされていなかった腎提供後のドナーに対して、意図的に関わるべき時期が明らかとなり、ドナーとの面接および必要時メンタルケア部署への連携などのその時期に必要な看護支援の方向性が明確になることが期待され、生体腎移植ドナーの長期的看護支援の方略を検討することが可能となる。

また、生体腎移植は、ドナーとレシピエントにとって、相互に影響を与えあい、家族内に大きな緊張をもたらす治療である。レシピエントの健康状態がドナーの心理的健康に影響を及ぼしているが、そのドナーの健康は、レシピエントにとっても重大な関心事であり、レシピエントの心身の健康に影響を与えていることが推測される。このため、生体腎移植ドナーの生涯にわたる心身の健康を維持することは、ドナー自身にとって重要であるだけでなく、レシピエントにとっても良い影響を与えることにつながることが期待される。これらより、本研究の知見は、生体腎移植医療に関わるドナー、レシピエント双方の看護を検討するための重要な資料となることが期待され、

移植医療の質の向上につながると考えられる。

Ⅱ．文献検討

本項では文献を活用しながら、はじめに移植医療の基礎知識や歴史などの概要について説明を行う。次に生体腎移植の概要を述べ、他の臓器移植との差異からみた生体腎移植の特徴を捉えた後に、他の文献と本研究のテーマとの関連について述べていくこととする。

１．移植医療の概説

１）臓器移植の概要 [1,17]

臓器移植とは、臓器提供者（ドナー）から摘出した臓器を、末期臓器不全の患者である受領者（レシピエント）へ移植する治療である。臓器移植には、ドナーの生存の違いにより、生体移植と死体移植に分類される。死体移植には、脳死移植と心停止移植がある。

日本では、生体移植が可能な臓器は、肺、肝臓、腎臓、膵臓、小腸などであり、組織では皮膚、骨髄がある。生体臓器移植の場合、肝臓、腎臓、膵臓、小腸は一人のドナーからの提供で実施可能だが、肺は多くの場合、二人のドナーが必要である。生体ドナーの臓器提供後、肝臓や小腸は残りの部分が成長するが、肺、腎臓、膵臓は摘出した分だけ生体ドナーの臓器機能は低下する。日本では死体ドナーの数が少ないため、欧米に比べて生体臓器移植の割合が非常に高い。日本で実施されている生体移植の概要（腎移植を除く）については、別表 1．日本で行われている生体臓器移植の特徴、にまとめた [18~25]。

臓器移植後のレシピエントは、移植された臓器の拒絶反応を抑えるために、移植された臓器が機能している限り、生涯にわたって免疫抑制療法を継続する必要がある。免疫抑制療法は、外部から侵入するウイルスや細菌などに対する正常な免疫応答も抑制するため、レシピエントは感染症を発症しやすく、長期的にみると発がんのリスクも高い。発がんのリスクが高いのは、ヒトは異形細胞が生じる初期の段階では自己免疫により異形細胞を貪食しているが、免疫抑制剤により、この機能が抑制されているためと考えられている [5]。

２）臓器移植の歴史

臓器移植の歴史は、20 世紀の初頭の 1902 年に、ウィーンの Ullmann が行ったイヌの腎移植実験から始まった。1950 年代に入り、Murray らにより免疫応答が無視できる一卵性双生児間で移植が開始されたが、これ以外の同種移植（ヒトーヒト間移植）では拒絶反応により悲惨な成績に終わった。一方で、免疫抑制療法は、1958 年に Schwartz と Dameshek らがウサギの実験で、抗体産生抑制をする薬剤を発見し、その後 Calne らが免疫抑制剤（アザチオプリン®）を使用したことでグラフトの長期生着[6]が得られるようになった。これにより、腎移植が慢性腎不全の有効な治療手段として脚光を浴びるようになった [5)]。

日本で最初の腎移植は、1956 年新潟大学で、急性腎不全の患者の大腿部に突発性腎出血で摘出した腎臓を移植した事例であるが、人工腎臓（血液透析）の代わりに一時的に移植したものであった。1964 年には東京大学で慢性腎不全患者に対する生体腎移植が行われた [5)]。その 4 年後の 1968 年に札幌医大の和田寿郎教授によって日本で初めての心臓移植が行われたが、レシピエントは 83 日後に死亡した。死後、ドナーの脳死判定や、レシピエントの移植適応をめぐる疑惑が指摘され、移植医療に対する社会の強い不信感を生み、その後日本での移植医療は完全に停滞した [1)]。

1980 年には、心臓が停止した死後の角膜と腎臓提供を可能とする「角膜と腎臓の移植に関する法律」（角膜・腎臓移植法）が施行された。他国で腎臓以外の臓器不全の患者が救われていることを受け、日本国内でも脳死臓器移植の必要性が叫ばれ、1997 年 10 月 16 日に、脳死後の臓器提供を可能にする「臓器の移植に関する法律」（臓器移植法）が施行された。しかし、臓器移植法は、脳死後に臓器を提供する場合、本人の書面による意思表示を必須とするなど世界に類を見ない厳格なルールで、脳死臓器提供は増えなかった [1)]。

一方、2008 年に国際移植学会が採択したイスタンブール宣言 [7)] では、世界的な臓器不足から生じる臓器売買と移植ツーリズムの倫理的問題から、自国民の移植ニーズに足る臓器を自国または周辺諸国の協力を得てドナーを確保する必要性があることと、生体ドナーの保護の必要性が提言された。これにより、原則渡航移植の禁止と死体ド

---

[6] 移植において、宿主（臓器提供を受けたレシピエント）の免疫系が自分以外の自己抗体を認識すると、移植片（ドナーから移植された臓器や組織、これをグラフトという）を排除しようとする反応が生じる。これを拒絶反応という。拒絶反応が抑えられ、移植された臓器が機能していることをグラフト生着という。

ナーによる臓器移植を拡大する必要性が生じたことを受け、日本では 2009 年に改正臓器移植法が制定され、2010 年 7 月に全面施行になった。また生体移植では、ドナーの自発的意思に基づく提供が保障される必要があるものの、国内で統一した生体ドナーの意思確認・意思決定支援システム構築にまで至っていない [26]。

２．生体腎移植の概説 [1,17,27～30]

１）生体腎移植の概要

1956 年に日本初の腎移植が実施され、2010 年末までに 24801 例（生体移植 19232 例、心停止下移植 5360 例、脳死下移植 209 例）実施された。2010 年における生体腎移植の実施率は全体の 86%であった [1]。改正臓器移植法施行後も依然として生体ドナーからの腎提供に大きく依存しており、今後もこの傾向が続くことが推測される。生体腎移植は、自身の健康な身体から近親者の QOL の向上を目的として腎臓を摘出し提供するという特殊な医療であり、日本では、2012 年 9 月 20 日に改訂された日本移植学会の倫理指針 [6] の中で、生体臓器移植は原則 20 歳以上（条件付で 18 歳以上）の自己決定能力を有するものを対象とし、6 親等以内の血族と 3 親等以内の姻族からなる親族からの提供に限定し、実施することが規定されている。

腎不全のレシピエントは、血液透析、腹膜透析などの血液浄化療法により生命を維持することが可能であるが、人工腎臓（血液透析）では本来腎臓が持つ機能の全てを補うことが出来ないため、代償療法に該当する。腎移植は全ての腎機能を補うことが可能な、末期腎不全(ESKD)の根治療法である。

２）生体腎移植レシピエントの移植適応

死体腎移植は、血液浄化療法を受けている末期腎不全の患者が適応となる。生体腎移植においては、近い将来透析導入になることが見込まれる状態であれば、透析療法の実施前であっても適応となる [5]。

３）生体腎移植ドナーの手術及び合併症

生体腎移植ドナーの腎摘出術は、低侵襲の内視鏡下腎摘出術が標準的となってきている [3]。解剖学的に左腎静脈の方が長く、血管吻合がし易いために左の腎臓を提供することが多いが、左右で機能の良い方の腎臓をドナーに残すことが決められている

[5,27,28]。

前述の生体腎移植ドナーに関する追跡調査 [2] では、ドナーの腎摘出後、3 ヶ月、1 年時点における予後においては、死亡例の報告は認められなかったが、来院中止や転院にて予後不明例が 88 例認められ、ドナー管理の重要性が示唆された。ドナー術後の合併症では、尿たんぱく＋以上の症例が 3 ヶ月で 5 例、1 年で 13 例に認められたが、末期的腎不全で透析になった報告はない。

一方で、田中らが実施した調査 [31] では、2002 年 10 月末現在腎提供後 10 年以上経過した 165 例中、術後 10 年目(62 例)、20 年目(19 例)の定期検査を行った 64 例を対象として、生体腎移植ドナーの長期予後を検討した報告を行っている。血清クレアチニン、クレアチニンクリアランス[7]は、術前と比較して術後 10 年、20 年とも悪化傾向にあった。尿蛋白は術後 10 年目では 62 例中 4 例、20 年目は 19 例中 6 例が陽性であった。高血圧治療中の症例は 10 年目で 62 例中 9 例、20 年目は 19 例中 7 例であった。未治療症例の血圧は 10 年目で収縮期、拡張期とも有意に高かった($p<0.001$)。高血圧症例で 20 年目の 7 例中 5 例に尿蛋白が陽性であった。うち 1 例が 21 年目に慢性腎不全に移行したと報告している。

海外の文献になるが、Fournier ら [32] は、フランスのパリ市内の病院で 1952～2008 年に腎臓を提供した 398 名の生体ドナーに対して、長期追跡調査を実施している。2008 年 1 月までに追跡可能であった 310 人のドナーの間で、生存は 266 名、死亡は 44 名であり、この集団の生存率は一般集団の生存率と類似していた。生存していたドナーには、医療心理社会的アンケートに記入してもらうことと、血清クレアチニンと尿アルブミン分析のための検体を依頼した。アンケートに返答した 204 人のドナーで、eGFR は[8]、1.73m^2 当たり 64.4±14.6ml/分であった。これは、軽度～中等度の腎機能低下を示している。アンケート結果からは、大部分のドナーは提供したことを決して遺憾に思っておらず、それが彼らの社会生活に影響を及ぼさないと答えていた。30 年以上前に腎臓を提供したドナー59 名（平均 40.2 年（範囲 30-48 年））の平均 eGFR は 67.5±17.4 ml/分であり、いずれも透析はされていなかった。この調査では結論として、生体腎移植ドナーは、長期的に見ても、生存率、腎機能、病状または心理・社会的状

---

[7] クレアチニンクリアランス：腎機能の評価や、腎不全患者の投薬量の調節などの目的で、糸球体濾過率の指標として測定される。採血・採尿の値を計算式に当てはめて算出する。
[8] 脚注 4 参照。

態に影響を与えないことが報告されている。しかし、eGFR の値から判断すると、透析までには移行していないものの、軽度から中程度の腎機能低下を示しており、腎機能の把握と CKD の進展を予防のための介入のための、継続的なフォローアップが必要であると考えられた。

４）費用

生体腎移植は保険適応である。生体腎移植にかかわるドナーの医療費は、入院前の外来から入院および、退院後外来（術後 3 ヶ月）まではレシピエント側請求のため実質無料である。術後 3 ヶ月以降は、ドナーの健康保険診療となる。また血液透析と腎移植との医療費の比較 [5] では、透析を受けるのに 1 年間で約 500 万円程度かかるが、腎移植術を受けた年は同額程度の医療費がかかるものの、移植された腎臓が機能している場合（グラフトが生着している場合）、免疫抑制剤の費用や検査費用程度で済むため、約半額の 240 万円程度となり、医療経済的に見ても腎移植の費用対効果は高くなっている。生体腎移植レシピエントは、免疫抑制療法を受けるため、特定疾病療養費制度や更生医療などの社会保障制度が活用でき、患者自己負担は実質的には無料であることが多い。

５）生体腎移植の特徴

生体腎移植は、拒絶反応によってグラフトが廃絶[9]した場合であっても、透析を受けることによってレシピエントの生命維持が可能である。他の臓器移植においては、拒絶反応はすなわち、レシピエントの死を意味するため、この点が最大の相違である。このことから、生体腎移植の場合、レシピエントとドナーは拒絶反応後も長期にわたり関係が続くことになる。

腎移植の歴史は臓器移植の中でも古くから実施されており、レシピエントの中には再移植や再々移植を受けるものも出始めている [5]。このことは、家族の中で複数名が生体ドナーとなる例もあることを示しており、生体腎移植という治療が家族に及ぼす影響はより複雑に、より広範囲になってきていることを示している。

また、費用負担においては、早期の段階から保険適応となっていたことや社会保障

[9] 拒絶反応により、移植された臓器が機能しない状態をグラフト廃絶という。

制度の充実により、生体腎移植を受けるレシピエントの経済的な負担が軽減されていることも特徴的である。習田ら[33]は、生体腎肝移植レシピエントが、ドナーに対して身体的な侵襲だけでなく、ドナーが家族の一員であるがゆえに身体だけではなく治療費という経済的負担さえ背負わせてしまったと感じ、移植という治療が大きな家族の負担になったと語ったことを報告している。研究者が調査した生体腎移植ドナーの腎提供の体験[12]では、経済的な負担についてのカテゴリーは見いだせなかった。これは生体腎移植においてドナーやレシピエントに経済的な負担が生じていないことの表れであると考察できる。

３．生体腎移植レシピエントのおかれている状況

次に、本研究の対象者である生体腎移植レシピエントとは、どのような経験をしているのかについて、病態や治療、経過などを踏まえながら、その特徴を明らかにし、今までに明らかになっている部分を明確にしながら、本研究で取り組むべき視点を明らかにする目的で、文献検討を行う。

１）生体腎移植レシピエントの病態と治療

生体腎移植レシピエントは、維持透析中の末期腎不全患者、もしくは６ヶ月以内に透析導入が見込まれる GFR15ml/分以下の保存期腎不全患者が適応となる。透析導入前に行われる腎移植を先行的腎移植という。特に小児の腎不全では、低身長・低体重など成長発達に著しい影響を与えるために、先行的腎移植が推奨される[5]。

末期腎不全では、体内の老廃物が蓄積されることにより、尿毒症の症状を呈し、透析を実施しないと 1 週間程度で死に至るといわれている。失われた腎臓の機能を代償する治療としての透析と、根治療法としての腎移植がある。透析療法には主に、人工腎臓を使用して透析を実施する血液透析と、患者自身の腹膜機能を利用して透析を実施する腹膜透析に大別される。透析療法は優れた治療法だが、腎臓の全ての機能を補うことができないため、患者は腎性貧血や掻痒感、倦怠感などの多くの症状を抱えながら、生存する限り透析を行う必要がある。また透析療法中は、厳しい食事・水分制限がある他、血液透析は透析実施施設で行われるため、週 3 回、1 回 4 時間程度の時間的拘束があり、仕事を持つなどの社会的役割に支障が出やすい。腹膜透析においては通院以外の在宅や職場での実施が可能であるが、1 日 24 時間、2 リットル程度の透析液を腹腔内に貯めながら透析を行い、1 日に 4～5 回の透析液の交換と 1 か月に 1 度

程度の通院は必要である。また、腹膜機能は時間とともに低下するため、腹膜透析施行期間は 7 年以内が望ましいとされ、いずれ血液透析や腎移植に移行しなければならない。このように透析療法は、患者にとって日常生活を送る上で様々な制限がある治療法といえる。

日本透析医学会の報告では 2011 年 12 月末に慢性透析療法を実施している患者数は 304,592 人で初めて 30 万人を超えた [34)]。日本臓器移植ネットワークの報告よれば、2013 年 1 月末現在、献腎登録をしている患者は 12,764 人、献腎移植実施件数は 3,063 件である [1)]。献腎移植の登録後、移植を受けるまでの待機期間の平均は 1274 日（最短 86 日、最長 4079 日）であり、実際に移植に至るまでに長い時間を要するため、生体腎移植に踏み切る例が多い [35)]。

２）生体腎移植レシピエントの移植手術と経過 [5,27,28)]

生体腎移植レシピエントの手術では、ドナーから提供された腎臓は、腸骨静脈が浅い位置にあり吻合が容易であることと、レシピエントが触れることが可能で観察などの管理がしやすい位置であることから、多くはレシピエントの右腸骨窩へ移植される。レシピエントの腎臓は摘出しないため、体内に 3 つの腎臓を有することになる。レシピエントには、移植術前から拒絶反応を抑える目的で免疫抑制療法が開始されるが、移植された腎臓が機能している限り、生涯にわたる免疫抑制剤の内服が必要となる。退院は、移植実施施設の基準や術後の経過により異なるが、おおむね移植後 2～4 週間程度で可能となる。移植後 3～4 ヶ月は、急性拒絶反応が生じやすく、週 1 回程度の受診により全身状態の把握が必要である。移植後 4 ヶ月を過ぎると、慢性拒絶反応が生じやすい時期となるが、おおむね一般状態は安定するため、旅行や社会復帰が可能となり、主治医と相談しながら活動の幅を広げていく。具体的には、スポーツは腎臓の損傷の可能性がある格闘技など以外は制限がない。妊娠・出産は主治医と相談の上、状態が落ち着いていれば、移植後 1～2 年目以降より可能となる。

これらより、腎移植後は定期的な受診と、免疫抑制剤の服用は継続し続ける必要があるものの、今まで制限せざるを得なかった社会的役割を担うことが可能となり、また女性であれば妊娠、出産などの可能性も広がり、よりその人らしい健康的な生活を送ることが可能となることが期待される治療であるといえる。

３）生体腎移植レシピエントの術後成績

1982 年以前の生体腎移植の 1 年後生存率は 82.7%であるが、2000 年以降は 98.5%となり、免疫抑制剤の新薬の導入により生存率が飛躍的に改善されている。腎移植の場合、心臓移植や肝臓移植などとは異なり、移植した腎臓が拒絶反応などの理由で廃絶しても、透析療法があるためその後も長期生存が可能である。生体腎移植の 1 年後生着率は、2000 年以降は 96.7%、5 年生着率は 90.9%となっている。死体ドナーからの献腎移植は 2000 年以降、1 年後生着率 90.6%、5 年後生着率は 78.6%となっており、生体移植の方が生着率が高い。この理由としては、生体移植の場合、ドナーの腎臓搬送が不要となり、ドナーの体内から腎臓が摘出されてからレシピエントに移植されるまでの時間が短く、腎組織の損傷が最小限となるためである [35]。2002 年の長期移植腎生着年数は 40 年 2 ヶ月を超え、生体腎移植の平均生着年数は 17.9 年、献腎移植の平均生着年数は 11.3 年である [30]。

免疫抑制剤の発展により、生着年数は長期化してはいるものの、一度の移植によって生涯にわたり血液浄化療法が不要となるわけではないため、レシピエントは、いずれ将来的には透析などに戻るという事実を抱えながら生きている。このことからレシピエントには、提供された腎臓が長く機能するように日常生活を管理していくことが求められており、家族から腎臓を提供されたという重みが、レシピエントの負債感や罪悪感を生みやすいといえる。

４）生体腎移植レシピエントの意思決定と術前の心理

生体腎移植レシピエントが腎移植を受けることを決意するまでの経験については、次の報告がある。Gill[36] らは、生体腎移植レシピエントには、ドナーの健康に対する懸念があり、ドナーの腎提供の申し出を受け入れることが困難であったことを報告している。レシピエントは、移植についてドナーと話し合い、ドナーがしたかったことは何であったのかを確認した後に移植を受け入れることが可能になったと述べている。また、習田ら [33] は、提供される臓器は異なっているが、生体肝移植レシピエントの苦悩として、ドナーを決定する過程において、誰が肝臓をあげるかでお互いの腹を探りあい、自然と溝が生じたと感じ、レシピエント自身もドナーに対して申し訳ないと思い、逆にそう思えば思うほどわだかまりのようなものを抱くなどの家族に生じた溝を感じていたことを報告している。元来健康で手術を受ける必要のないドナーからリス

クを犯して臓器を提供してもらうという点では、生体腎移植と共通しており、この報告は非常に参考になる。

生体腎移植レシピエントの移植に関連した精神的問題として、春木[37]は、移植前には、誰がドナーになってくれるかというプロセスが大きなストレスとなり、不安や焦慮を生む他、手術そのものに対する不安、移植の成功・失敗についての不安、死への不安などが生じることを報告している。本谷ら[38]は、移植を1週間以内に控えた生体腎移植レシピエントの調査では、「ドナーに対する罪悪感」が高く、レシピエントの緊張や不安の高さと関連することが示唆された。「ドナーやその他の家族からの強制感」は、レシピエント全体の平均点は低いが、高得点者があり、レシピエントの抱えるストレス因子として、ドナーやその他の家族からの大きな期待が考えられたことを報告している。

生体腎移植レシピエントにとって、腎移植を受ける場合、死体腎移植と生体腎移植の選択肢があるが、前述のように献腎登録をしても移植を受けるまでに長い期間を要することから生体腎移植を検討するケースが多くなっている。しかし、生体腎移植を受けることは、家族の誰かから腎臓の提供を受けることになるため、ドナーの健康に対する不安や、健康な体を傷つけてしまうことへの申し訳なさなどから、レシピエントは積極的になりにくく、罪悪感や負債感を生じていることが明らかとなった。また、レシピエントの中にはドナーや家族からの大きな期待や強制感を感じて移植を受けるものもあることも明らかとなった。これら術前のレシピエントの生体腎移植ドナーに対する思いは、移植後のレシピエントとドナーの関係性にも影響を及ぼすことが推察される。術前に、移植に至った経緯についてのレシピエントの思いを知り、移植を受けることに対するレシピエントの認識を明らかにしておく必要があると考えられた。

5）生体腎移植レシピエントの術後の経験

これまで、生体腎移植レシピエントが移植を受けることを決意するまでにどのような経験をしているのかについて、術前に生じる心理などを文献から明らかにしてきた。次に、生体腎移植レシピエントが手術後にどのような経験をしているのかについて、文献検討を行う。

生体腎移植レシピエントの手術後の経験について Sanner[39]は、次のように報告している。生体ドナーからの腎提供を受けたレシピエントは、手術までが計画的であり

精神的な準備が可能であった。生体ドナーからの腎提供を受けたレシピエントにとって、最も支配的で重大な問題は、どのようにしてドナーへの感謝と、健康に対する心配の負債を扱うべきなのかということであった。そして、感謝と負債感の両方はドナーを見ることによっていつもレシピエントに引き起こされるものであった。何名かのレシピエントは、常にドナーに感謝していたが、提供された腎臓が拒絶反応によって廃絶した場合の責任は自分が負うべきであろうという恐怖から、自分の健康に対して非常に用心深くなるような義務を感じていたことを報告している。

提供される臓器が肝臓であるが参考になるものとして、習田ら[33]も、生体肝移植レシピエントの苦悩として、負債感があることを次のように報告している。レシピエントは自分のためにドナーの身体を傷つけてしまったことを一生かかっても償えない罪と認識し、不安を抱き、自分はあのまま死んだ方が良かったのではないかという思いを抱いていたと述べている。このように、生体ドナーから提供された臓器を受け取るレシピエントは、ドナーに対する負債感を持ちやすいことが推察された。

また、春木[37]は、移植後のレシピエントには、罪悪感などの他に、拒絶反応や合併症への不安、薬の副作用への不安、社会復帰への不安、抑うつなどがあることも報告している。抑うつでは特徴的なものとして拒絶反応後抑うつがあり、成人例のうつ状態は比較的短期間に移植が不成功に終わった患者と、拒絶反応の反復や合併症などのために期待したように社会復帰できず、ドナーへの罪責、恥辱感や挫折感の強い患者に多発すると述べている。また、一方で、移植が成功した場合にも抑うつが生じることがあることを報告している。移植成功後抑うつ（逆説的うつ）は、透析という重い荷物を下ろしてレシピエントがほっとした後に生まれるある種の荷卸しうつ病であると理解でき、また一方では提供を受けた腎臓を今後も大事にしていかなければならないという気負いの感情も影響して精神的負担となっていることも要因と考えられると述べている。特に、移植後のレシピエントのドナーへの配慮は想像以上であり、自分よりもドナーの健康状態を気にし、拒絶反応による移植腎の機能低下よりも移植腎の廃絶や、ドナーへの恩返し（補償）が出来なくなることを心配しているものが多いことを報告している。さらに、提供された腎が廃絶となった後の再透析での抑うつもあると述べている。

生体腎移植レシピエントの術後の精神的問題として福西ら[40]は、術前に生体腎移植の精神的受容が十分にできていない症例では、ドナーに対する罪悪感や拒絶反応への

不安及び葛藤を誘因として、術後に疼痛障害を呈する可能性があるため、移植前に行う精神医学的評価が極めて重要であると述べている。また福西は、前述の春木らと同様に、逆説的な精神症状（paradoxical psychiatric symptoms：PPS）[41] についても述べている。PPS とは移植が成功しているにも関わらず、抑うつ症状、疼痛などのさまざまな精神症状を示すことであり、PPS の発現には、レシピエントのドナーに対する贖罪感が密接に関連していることが示唆されたことを報告している。

これらの文献から、生体腎移植を受けるレシピエントは、ドナーに対して感謝と共に自分のために腎臓を提供してもらったという負債感や罪悪感、ドナーの健康に対する不安などを持っており、自分の為だけでなく、ドナーのためにも移植後の腎臓を長く生着させるために自分自身の健康を管理していることが推察された。また移植という治療を選択することにより家族内に緊張が生まれ、関係性などが変化する可能性があることが推察された。

４．生体腎移植ドナーのおかれている状況

これまで、生体腎移植レシピエントの置かれている状況について述べてきた。次に、レシピエントと同様に本研究の対象者である生体腎移植ドナーとは、どのような経験をしているのかについて、病態や治療、経過などを踏まえながら、その特徴を明らかにし、今までに明らかになっている部分を明確にしながら、本研究で取り組むべき視点を明らかにする目的で、文献検討を行う。

１）生体腎移植ドナーの適応と経過

生体腎移植ドナーは、自発的な腎提供の意思を有する 6 親等以内の血族と 3 親等以内の姻族であり [6]、腎摘出手術に耐えられ片腎となっても十分に余命を全うできるだけの身体機能を有し、活動性の感染症や悪性腫瘍がないことなどがドナー適応条件となる [5,6]。生体腎移植ドナーは、施設の基準や術後経過にもよるが、一般に腎提供術後一週間程度で退院となる。社会復帰に関しては、デスクワークなどの軽作業の場合でも術後 10 日前後の自宅静養を経てからが望ましいとされる [27,28]。

提供後の外来通院は、生体腎移植ドナーは片腎となることから、術前と比較すると 30％程度腎機能が低下し、多くは CKD ステージ 3 に該当するため [5]、基本的には一生フォローしていく必要がある。また、老廃物の排出を助ける目的で、１日に 1500ml 程度の水分を取ることや、CKD の進展を予防するために生活習慣病予防のための日常

生活管理が推奨される。特に活動や運動に制限はないが、一つしかない腎臓を外傷によって失うことの無いように、腎臓を強打するようなスキーや格闘技については避けることが望ましい[27,28]。

２）生体腎移植ドナーの意思決定

生体腎移植ドナーが腎提供について意思決定する際にどのような経験をしているのかについては、いくつか研究報告がある。Yi[42] は、生体腎移植ドナーの意思決定のプロセスが、組織適合検査前のレシピエントに腎臓を提供することについて考え始める熟考の相から始まり、意思決定に達した段階で実行の相へ移行すること、また、ドナーに提供の意思の強さが異なる 3 つの型（自発性のタイプ、妥協のタイプ、受け身のタイプ）があることを報告している。自発性のタイプは、提供したいという思いが強く、意思決定のプロセスが真っ直ぐで、レシピエントとの親密性が強かったとある。妥協のタイプは提供したいという思いは穏やかで、意思決定のプロセスはより複雑で、組織適合性検査へは受け身だったが、検査結果でレシピエントとの適合性が高いと判断されると自発的になることが述べられている。受け身のタイプは、提供したいという思いは極めて低く、組織適合検査を嫌々受けていた。受け身のタイプは、レシピエントとの親密性が 3 つのタイプで最も低く、金銭的な補償により説得されていたことを報告している。

また、Andersen ら[43] は、きょうだい間で年長であるということが腎臓を提供するという決定に影響を及ぼしてたことを示している。年長のきょうだいは自分たちの決定を自らが決めたことであったと感じていたが、しかしそれは他の家族からの期待によって動機付けられているものだった。長年確立されてきた家族役割の結果、他の家族成員が最も年長なきょうだいに腎臓を提供することを期待するという点では、無意識の強制であると解釈できると述べている。腎提供の意思決定をすることは複雑であり、家族力動や他の家族成員から期待される家族役割などが重大な影響を及ぼしている可能性を示している。研究者の調査[12] でも、生体腎移植ドナーが、周囲の意向や認識、周囲からの期待、自分の置かれている立場の確認などの「おかれている状況の確認」を行ない、腎提供することについて考えていたことが明らかになっている。

さらに春木[44] は、生体腎移植ドナーの置かれている状況の特殊性について、次のように述べている。ドナーは、病人でもないのに手術を受けるという、従来の医学的常

識から外れた、極めて特異な状況に置かれており、移植後しばらくは病人になると述べている。また、春木は[16]移植が決まるまでは、生体腎移植ドナーにとって、誰がドナーになるのかというドナー選定上の問題が生じ、家族内には緊張が生じることについても述べられている。生体ドナーには、家族のみならず、時に透析医や移植医などの周囲からの無言の圧力が存在すると述べている。研究者の調査[12]でも、ドナーが遠い世界としてとらえていた移植を「自分の問題」としてとらえるきっかけの一つとして、移植医療情報の獲得、腎障害の共有の他に、医師からの勧めがあった。

習田ら[33]は、提供臓器は異なるが、生体肝移植レシピエントが移植後さまざまなストレスやドナーへの罪悪感・負債感を抱くことを報告しており、ドナー候補者が周囲から強制されることなく、自由に意思決定が出来るようなケアの開発や支援体制の構築などに関する研究が数多く行われ、正当な手続きのもとに臓器提供が行われることが、少なくともレシピエントの移植後のドナーに対する負債感を軽減させることにつながると考察している。

これらより、生体腎移植ドナーの、強制によることの無い自発的な意思に基づく提供を保証するシステムが必要であると考えられた。しかしながら、国内で統一した生体ドナーの意思確認・意思決定支援システム構築にまで至っておらず[26]、移植医療における重大な課題であるといえる。生体腎移植ドナーが十分な情報をもとに自発的な意思決定することを支援することは、ドナーの提供後の腎提供の意味づけにも影響を及ぼすと考えられるだけでなく、レシピエントにとっても大きな影響があると考えられるため、術前からの関わりが重要であることが示唆された。

３）生体腎移植ドナーの術前の心理

生体腎移植ドナーが腎提供することを決意してから、腎提供術を受けるまでの心理については次のような報告がある。

前述の春木[16]は、実際にドナーになることが決まった場合、移植前には、術前不安や身体脆弱化の不安、病気、障害、合併症の不安、死の不安などが生じる。その他にも、自分がこんな子に産んでしまった、もう少し気をつけてやればよかったなどの贖罪感、罪悪感が生じる場合がある。被害感、犠牲感、敵意、攻撃的感情、報酬要求、補償要求の心理、興奮、生み直し幻想、提供したい気持ちとしたくない気持ちが混在したアンビバレンスなど、生体腎移植ドナーが術前に、様々な精神状況におかれるこ

とを報告している。研究者が行った調査[12]でも、生体腎移植ドナーは「提供の意思」とは別に「心の揺れ」があり、手術や死への不安や、腎提供後の身体の脆弱化への恐れ、迷いや葛藤などを体験していた。

また五十嵐ら[45]は、家族内相互作用が円滑であっても、移植への期待感、検査などの身体的苦痛に対する反応、精神的負担の程度によって、生体腎移植ドナーに術前不安が生じていたことを報告している。また、家族内相互作用が円滑ではなくても、個人のパーソナリティ、移植に対する考え方、自己を支える価値観・信念、家族以外のサポーターなどによって術前不安が軽減することも報告している。これらより五十嵐らは、家族内相互作用が必ずしもドナーの安定に影響するものではなく、術前不安はパーソナリティや腎提供の動機、身体的苦痛に対する反応、価値観、信念などの影響を受けていることが考えられると考察している。

生体腎移植ドナーは、元来健康であるため、入院や手術という経験は初めてであることが多い。また自身の健康障害が無いにも関わらず、全身麻酔を受け侵襲的な手術を受けるという経験をすることから、大きな不安や恐怖、葛藤など複雑な心理状態にあることは自然な事である。また、腎提供することをやめると決意することは、レシピエントを救うことをやめることにつながるため、罪悪感が生まれやすく、特にドナーは提供をやめるという意思表示をしにくい環境にあることを意識しておく必要がある。看護は、ドナーが術直前まで心の揺れを持っていることを受け止め、複雑な心境に寄添いながらいつでも引き返すことが可能であることを示すことで、ドナーの自発的な意思による腎提供を保障し、支えていく必要があると考えられた。

４）生体移植とドナー・レシピエントの関係

移植によるレシピエントとドナー、その家族の関係性への影響については、自らが生体肝移植ドナーとなった鈴木[46]の報告が参考になる。鈴木は、夫婦間、兄弟間、あるいは従兄弟間、さらには叔父伯母の関係から祖父母、さらにはお互いの連れ合いの従兄弟までその範囲は広がり、生体肝移植医療の中で一人の人がドナーになることによって与えうる影響とその及ぶ範囲が格段に広がっているだけでなく複雑化していると述べている。

また春木[16]は、生体腎移植ドナーとレシピエントの精神医学的問題の関連について、次のようにも述べている。生体腎移植では、ドナーから提供された腎臓には、腎臓そ

のもののみならず、腎臓以外のドナーの愛情、思いやり、期待などの様々な感情的なものも一緒に移植あるいは拒絶される。このレシピエントードナー間に生まれる感情的交流に鈍感であってはならない。なぜなら一見ドナーのみの問題のように見えて、これらの問題が後になって、必ずや裏を返したように腎移植後のレシピエントの精神医学的問題になって出現しなおされてくると述べている。また、移植後の生体腎移植ドナーにおける精神医学的な問題として、レシピエントに対する取り込み、共生、依存、退行、レシピエントとの心理的結合、固執、シャム双生児効果などの他、押し付け、恩着せ、過剰な期待、干渉、支配、介入、過保護、禁止、もう健康になったのだから、いつまでも病人ではないなどの突き放しなどの心理状態が生じることがあることを述べている。その他、特別な異常はないにもかかわらず提供した後に具合が悪くなったと感じるなどの心気的症状の出現や、提供した事への後悔、移植医への攻撃、恨み、怒りの感情、移植を巡っての家庭内での対立、揺れ、混乱などが生じることがあることも報告している。

これらの文献より、ドナーはレシピエントの健康を望んで腎提供を決意するため、移植後のレシピエントの健康回復への期待を持ちやすいといえる。しかしその期待が過剰になるなどにより、レシピエントにとってストレスにつながる可能性があることを示唆している。

さらに Ummel[47] らは、レシピエントとドナーに関する質的な研究のメタ分析を実施している。この報告によれば、提供後のドナーとレシピエントとの関係について、多数の研究は生体腎移植後のレシピエントとドナーの関係は同じか、例えば親密になり、時には以前より改善したことを報告しているが、以前より関係が悪くなった場合があったと述べている。生体ドナーから腎臓を受け取るという経験が複雑で、死体ドナーから腎臓を受け取るということとは全く異なった経験であり、今後に続く調査では、レシピエントおよびドナーの二者の関係の視点が必要であることを示唆している。彼らの文献調査によれば、生体腎移植の腎提供後の文脈において、ドナーとレシピエントの関係性の問題については、ほとんど研究がなされていない。しかし、ドナーとレシピエントが関係性の問題が生じた際に、十分な介入を行うために、この領域の更なる調査が必要であると考察している。

これらより、次の事が考えられた。生体腎移植はドナーとレシピエント、家族にとって、緊張をもたらす治療である。特にドナーは、レシピエントに対する期待を持ち

やすく、レシピエントはドナーに対し罪悪感を持ちやすい。両者は移植を通じてより近く、深い関係となっているが、お互いに対する認識や期待にずれが生じる場合、この関係性がお互いにとって悪影響を及ぼす可能性もあり、両者の双方に対する思いや認識に注意を払い、良い関係が維持できるように支援していく必要があると考えられた。このためにも、移植後の生体腎移植ドナーとレシピエントの双方の認識を明らかにすることは極めて重要であると考える。また、生体腎移植ドナーとレシピエントの双方の認識とその影響は、まだ明らかにされておらず、新たな知見となる。

５）生体腎移植ドナーの術後の経験

これまで、生体腎移植ドナーが腎臓を提供するまでの経験や、術前の心理、レシピエントとの関係性などについて述べてきた。これより、生体腎移植ドナーが腎提供術後にどのような経験をしているのかについて、文献検討を行う。

Andersen ら[43]は、生体腎移植ドナーの手術後の回復過程について次のように述べている。開腹術で腎臓を提供したドナーは、未知の経験である痛みや術後の嘔気などの手術侵襲に適応していくことが困難であったこと、さらにドナーにとって自分自身が患者であると同時に、レシピエントの家族であることが矛盾する役割であり、ストレスフルな状態であったと報告されていた。研究者が行った調査[12]でも術式の違いはあるが、内視鏡下腎摘出術を受けた生体腎移植ドナーが、患者とレシピエントの家族という 2 つの役割を同時に担っているという結果を得ている。佐々木ら[48]は、生体腎移植ドナーの手術後の気がかりについての最多回答は、「レシピエントの容体」であったことを述べている。これらより、生体腎移植ドナーは、自身が患者としての回復過程にありながら、レシピエントの体調を気遣っていることが推測された。

また、Andersen らは、前述の研究対象者に、提供後 1 年に電話によるフォローアップ調査[49]を実施しており、数名のドナーは提供後しばらくの間、身体的不調を経験していた。さらに、軽いうつ症状や喪失のような情緒的な苦痛を経験するドナーもあったことを報告している。移植に関わる医療者は、ドナーが元来健康であることや内視鏡術が低侵襲であることから、レシピエントの支援役割をドナーに期待する場合がある。ドナーが術後のレシピエントの経過を気遣っており、心配に思っている一方で、新たに患者役割を引き受けていることにも着目し、ドナーが術後十分に休息できる時間や環境を確保し、ドナーの身体的・精神的負担を軽減する介入が必要であると考え

られる。また、生体腎移植ドナーにとって大きな手術を受けることは初めての経験であることから、手術によって生じる身体的な苦痛は未知の経験であると考えられ、術前に十分な情報提供を行なうことは重要である。さらに、手術に伴う身体的苦痛が持続することで、ドナーにとっての腎提供の経験が辛い経験であったと認識されることで、腎提供の意味づけにも影響を及ぼす可能性が考えられる。このため、術後には積極的に除痛を図り、可能な限り苦痛やその他の不快な症状を取り除き、最小限にする介入が必要であると考えられた。

さらに鈴木[46]は、次のように述べている。生体での移植を経験するドナーすべてに共通しているのは、臓器の提供後も生き続けるということである。ドナーとなった体に今後どんなことが起こるのか、すべてのことが未知数であり、簡単には予測がつかない。だからこそ長期にわたる経過観察と必要に応じたフォローアップが求められることを、ドナー側からの視点で訴えている。家族の健康回復のために自らの臓器を提供するという選択をした全ての生体腎移植ドナーが、提供後も健康に過ごすための、継続的支援システムの構築が必要であることが示唆された。

以上は、生体腎移植ドナーの回復過程についての文献からの知見である。これより、生体腎移植ドナーの腎提供の意味づけについて文献検討をおこなう。Andersen ら[43]は、提供後にドナーの個人的成長があったことについても述べている。生体腎移植ドナーにとって腎提供は、大切な家族のよりよい生活のための、意味のある行為ととらえられていた。師岡ら[50]によれば、生体肝移植ドナーが肝提供の意義をどのようにとらえ、それにどれくらい納得しているかという要素が、術前だけでなく術後長期にわたり重要であることを報告している。師岡らはこの要素を「意思決定に対する納得感」と称し、術前の意思決定の状況に加え、移植後の環境をドナーがどのように受け止めるかなどにより、術前の意思決定に対する思いや意味づけに変化が生じうるものであると述べている。この「移植の意義を見出そうとする傾向」が、生体ドナーに特徴的で、他の包括尺度では把握しづらい側面であることを報告している。

その後師岡らは、生体肝移植ドナーの QOL 尺度開発を行い、信頼性および妥当性を検討している[51]。生体肝移植ドナーの QOL 尺度には 7 つの因子構造があり、それぞれ手術のダメージ、キズ、満足感、負担感、後遺症、消化器症状、周囲の理解と命名している。このうち、「満足感」と「負担感」は、前述の先行研究[50]における「意思決定に対する納得感」、「経済的負担感に惹起される移植医療への思い」、「臓器切除や

喪失への思い」という概念に含まれていたもので、いずれも心理的な要素で、統計的な裏付けを根拠として新たな分類を採用したことが述べられている。「満足感」は、自分がドナーになれて良かったと思う、肝臓を提供したことに納得している、ドナーとなり自分なりに得るものがあったと思う、移植手術の結果に満足している、の 4 つの設問を下位構造としていた。研究者の行った研究[12]でも、生体腎移植ドナーは提供後に腎提供の意味を探しており、レシピエントの経過が思わしくないと認識すると、意味づけは否定的となるが、ドナーは腎提供の意味づけに対し、肯定的評価をしたいと望んでいたことが明らかになっている。

これらより、生体ドナーは自身の健康な体からリスクを犯して臓器を提供することに対し、自分なりの意味づけを行い、意義を見出そうとする心理が生じていることが推察される。臓器提供の意義を見出そうとする傾向は、生体ドナーに特徴的であると推察された。腎提供の意味づけがドナー自身にどのような影響を及ぼすのか、またレシピエントに与える影響はどのようなものかについては、いまだ明らかになっておらず、今後の重要な研究課題であるといえる。

6）生体腎移植ドナーの腎提供の意味づけとレシピエントの体調との関連

これまでの文献検討で、生体腎移植ドナーには、移植後に腎提供の意味づけをおこない、意義を見出そうとする傾向があること、その意味づけにはレシピエントの体調が影響していることが推測された。次にこれより、生体腎移植ドナーとレシピエントの体調にはどのような関連があるのかについて文献検討を行う。

まず、レシピエントの体調が改善したことによって生じる生体腎移植ドナーへの影響については、次の報告があった。Andersen ら[43]によれば、腎提供の経験が、身体的、心理的、および対人関係において挑戦的であり、多面的で、複雑であることや、レシピエントの健康回復により提供後に満足や自己尊重などのドナーの個人的成長があったことを報告している。生体腎移植ドナーにとって腎提供は、大切な家族のよりよい生活のための、意味のある行為ととらえられていた。また、Gill[36]らは、レシピエントの健康状態が移植の成功により劇的に変化したことによって、レシピエントがドナーに対して非常に深い感謝を示したと述べている。また生体腎移植ドナーは、レシピエントの健康回復とレシピエントからの深い感謝を感じることから、大きな個人的満足を得ており、自分が腎臓を提供したことは価値あることであったととらえたこ

とを報告している。研究者の行った研究[12]でも、腎提供によってレシピエントが健康を回復したことをドナーが認識することで、腎提供の意味づけが肯定的になっていた。しかし春木[16]は、生体腎移植ドナーの移植後の精神医学的な問題の一つに、移植後抑うつがあることを報告しており、移植が成功したのにも関わらず、抑うつ（逆説的うつ、荷卸し状況のうつ）があると述べており、移植が成功している場合であっても注意が必要であることが示唆された。

一方で、レシピエントの体調が期待していたほど改善しない場合や、悪化した場合の生体腎移植ドナーの影響については、次の報告がある。Andersen ら[49]は、生体腎移植ドナー12 名に対して、提供後 1 年に電話によるフォローアップ調査を実施した。これによると移植結果が不成功だったドナーは、厳しい身体的、精神反応があったことを報告している。さらに、Haljamae[52]らは、3 年以内にレシピエントが亡くなったり、移植が失敗した時のドナーの経験は、ドナーが移植の失敗を予期をしていなかったため、ドナーを苦しめるものとして報告された。またドナーのその時の反応は、抑うつや悲しみ、強さの喪失や、空虚感と表現されたことを報告している。移植に関わるスタッフは、レシピエントの死亡や提供した腎臓の廃絶の際に、支援が出来るように長期的に生体腎移植ドナーとのコンタクトを継続しておく必要があることを述べている。さらに少し古い調査ではあるが、太田ら[53,54]は、提供腎拒絶群と生着群を比較したドナー調査で、拒絶群の方が‘提供しなければ良かった’と回答する率が有意に高いことを指摘している。また上村ら[55]は、提供臓器が肝臓の場合であっても同様の結果であることを報告している。さらに、前述の橘ら[14]によれば、レシピエントとドナー共に、術後新たに精神疾患を認めた群は、認めなかった群に比べ、レシピエントが術後に拒絶反応や合併症を出現した割合が有意に高かった（レシピエント：50.0%：4.0%、ドナー50.0%：6.6%）ことを報告している。術前の心理検査上はより健常と思われるドナーであっても、手術という体験、そしてレシピエントの術後経過の良し悪しが、予想外のストレスとなりえることを示しているのかもしれないと述べている。鈴木[46]も提供臓器は異なるが、生体肝移植ドナーの思いとして、次のように述べている。レシピエントの術後の展開によっては、ドナー自身の人生そのものまで変えてしまうこともある。健康な人をその人以外の人を助ける目的で傷つけるという、本来許されない行為をしてまで家族を助けたいとドナーが強く願ったとしても、移植後のレシピエントの経過はすべてバラ色とは限らない。そうなったとき、その家族のだれも

が切なく辛い経験をすると述べている。

これらより、生体腎移植ドナーにとって移植が成功しレシピエントが健康を取り戻すことによって、腎提供したことは意義あることであった捉える傾向にあり、拒絶反応などのレシピエントの体調不良によって、ドナーにとって心身へのストレスになっていること、腎提供の意味づけが否定的になる傾向にあることが明らかとなった。

以上、これまでの生体腎移植ドナーとレシピエントに関する文献検討を概観すると、生体腎移植ドナーはレシピエントの健康状態や関係性に影響を受けながら腎提供に対する認識を行っていることや、レシピエントの健康回復に期待をもちやすいことなどが推察された。また、レシピエントは腎臓を提供したドナーに対して罪悪感や負債感を持っていること、ドナーの健康状態に不安を持っていることが推察された。ドナー、レシピエントそれぞれの側からの認識については、一部が明らかになっているものの、その相互の影響について記述した研究は見当たらなかった。特に、レシピエントの死亡や提供腎の廃絶など、レシピエントの体調が悪い方向に変化することにより、ドナーには抑うつなどの精神的な問題生じる率が高くなることが示唆されたが、レシピエントの体調の悪化によって腎提供したことに対するドナーの腎提供の認識にどのような影響を与えるのか、またそのことによってドナー自身の心身にどのような変化が生じるのかについては明らかになっていない。それに加えてさらに、ドナーの変化がレシピエントにとってどのような影響を与えるのかについても、未だ明らかになっていない。現在行われている移植という治療が、レシピエントが寿命をまっとうするまでの永遠の効果をもたらすものではないことから考えても、本研究で明らかにしようとしている知見は極めて重要であると考えた。

Ⅲ．理論的基盤

本研究では、シンボリック相互作用論を研究の理論的基盤とした。シンボリック相互作用論は、George Herbert Mead の影響を受け、1960 年代初頭にアメリカの社会学者 Herbert George Blumer が提唱した、社会学的・社会心理学的見方の 1 つであり、アメリカ社会学（シカゴ学派）に分類される [56,57]。

シカゴ学派は Robert Ezra Park によって確立された。Park は実際の観察に基づく調査研究（フィールド・スタディ）の重要性を説いた。シカゴ学派の捉える「社会」

とは、人々の行動や態度から構成されているととらえられており、その社会のモノグラフを描くためには、研究者は対象者の直接的経験を把握しなければならないとされる。また、他者の態度の取得は、そのための方法論であり、調査しようとする社会の現場に入り成員として調査することを大切にした参与観察の方法論的基礎になった。

シカゴ学派が誕生した歴史的背景は次のとおりである。1776 年に独立したアメリカは、ヨーロッパに対し後進の農業国であったが、1861～65 年の南北戦争を経て、以降 50 年間は工業化による経済発展がめざましくなった。この経済的発展を支えたのはヨーロッパからの大量の移民である。この大量の移民の流入による大都市の成立と多様な文化の併存は、19 世紀後半のアメリカを特徴づける、「勤勉に働くこと、禁欲、自己向上に努めること」などを説くプロテスタンティズムの価値観を揺さぶった。これにより社会的規範が弛緩し、開放的な性意識へと変化し、勤勉に働くことが時代遅れになり、利己主義的な態度が正当化されて行った。このような今までとは異なる複雑な社会を捉える必要性が生まれ、実際の現場に入りその現場の観察に基づく調査研究を基盤としたシカゴ学派が誕生した [56]。

シンボリック相互作用論 [15] の前提は、下記の三点である。

a) 人間は物事が自分に対して持つ意味にのっとって、その物事に対して行為する。
b) 物事の意味は個人がその仲間と一緒に参加する社会的相互作用から導き出され、発生する。
c) 意味は、個人が自分の出会った物事に対処するなかで、その個人が用いる解釈の過程によって扱われたり、修正されたりする。

シンボリック相互作用論では、シンボル（象徴）を用いた人間の相互作用に注目している。人間は、社会的相互作用を通じて、一つの対象としての自分自身（自己 ; self）や意味を主体的に形成し、意味に基づき社会行為を積極的に行うと捉えており、行為者にとっての現象の意味を明らかにすることを目的としている。また、Blumer は、シンボリック相互作用論において、社会的相互作用をそれ自体が極めて重大なものとして明らかにするべき研究対象として捉えている。

シンボリック相互作用論は、看護が捉えようとする「人間」を理解する際に参考になるため、看護学研究者の間で非常に関心を持たれている [58]。山本は、その理由として、看護が、例えば「人間が病むということ」などの当事者からみた経験を重視した人間理解を基盤としていることを挙げ、シンボリック相互作用論の行為者にとっての現象の意味を明らかにすることと、看護の哲学が共通していると述べている。

本研究においても、看護者からの視点ではなく、生体腎移植ドナーやレシピエントから捉えた経験を明らかにすることが、その支援を考える上で極めて重要であると考えている。さらに、研究者は、シンボリック相互作用論の、「意味は相互作用による個人の認識から導き出され、人間がその意味にのっとって行為する」という前提が、本研究で明らかにしようとしている生体腎移植ドナーとレシピエントの相互の影響を捉えようとする際に、非常に参考になると考えた。

生体腎移植ドナーとレシピエントの二者の関係をシンボリック相互作用論の視座から捉えてみると、レシピエントの移植後の健康回復、拒絶反応や拒絶反応からの回復、提供腎の廃絶による再透析導入、妊娠、出産や死亡などの体調変化という出来事によって、生体腎移植ドナーの腎提供の意味づけが変化する可能性が高く、ドナー自身に何らかの影響が生じることが推測される。また、ドナーの腎提供に対する意味づけが変化することにより、ドナーの行動に変化が生じ、その変化を認識するレシピエントにも何らかの影響が生じていることが推測された。生体腎移植ドナーとレシピエントの関係は移植を通じて術前よりも深く、近くなっており、互いの存在を認識し、解釈することを通して自分自身の行動を起こしていると推察され、互いに強く影響を及ぼしあう関係であると考えられた。この、生体腎移植ドナーとレシピエントの二者の関係をシンボリック相互作用論の視座から捉えた様相を、図 1 に示す。

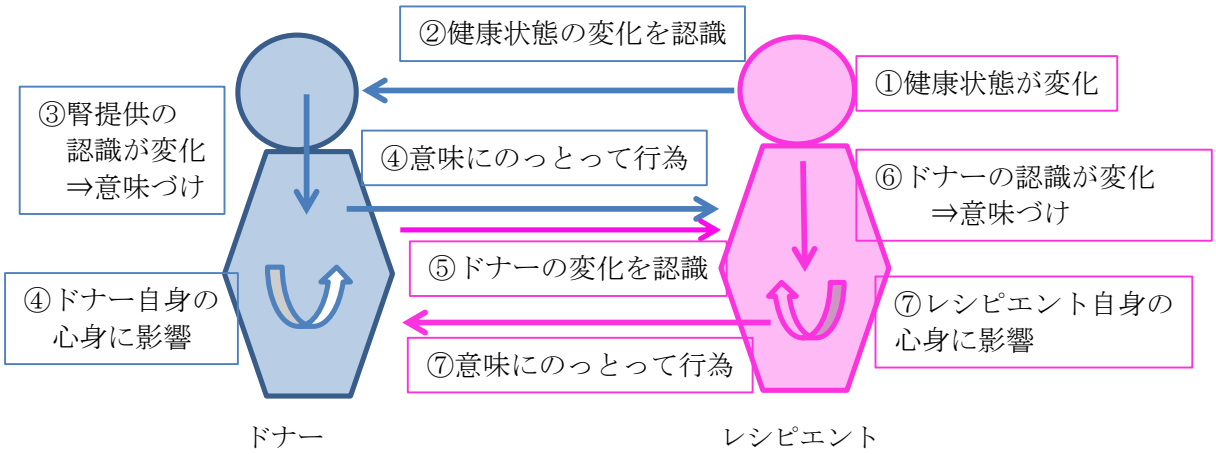


図 1. シンボリック相互作用論の視座からとらえた生体腎移植ドナーとレシピエント

さらに戈木[59]は、シンボリック相互作用論を基盤とした Strauss 版グラウンデッド・セオリー・アプローチが、ひとまとまりの社会的現象について、社会や他者との相互作用の中で、その人が自分の経験をどう意味づけるのか、どう感じるのか、それに基づいてどう行動するのかを複数のカテゴリー（またはサブカテゴリーとカテゴリー）を使って包括的に捉えようとする研究手法であり、現象の構造とプロセスを捉えることによって、ある状況から異なる状況に変化するプロセスを、多様なバリエーションも含めて把握しようとする研究手法であると述べている。

研究者が行った調査では、生体腎移植ドナーは、レシピエントとの相互作用に大きく影響を受けながら、レシピエントの新たな認識を通じて腎提供の経験をドナー自身の中で意味づけしていた[12]。本研究では、生体腎移植ドナーの腎提供の認識とその影響を明らかにすることを目的としているが、それらには、生体腎移植ドナーとレシピエントの相互作用が含まれていることから、シンボリック相互作用論を理論基盤とすることとした。

Ⅳ．方法

１．研究デザイン

本研究で明らかにしようとする生体腎移植ドナーとレシピエントの認識や影響は、レシピエントとドナー、またドナーを取り巻く家族、医療者などの相互作用が、大きな影響を及ぼしていることが予測できた。人間の認識、行動、感情、信念などの複雑な経験は、量的に客観的に観察しにくいものである。複雑な相互の影響を明らかにするために、質的記述的研究を本研究の研究デザインとする。

２．分析方法

本研究では、シンボリック相互作用論を理論的基盤とした研究手法であるグラウンデッド・セオリー・アプローチを分析方法として用いる。

以下より、グラウンデッド・セオリー・アプローチの特徴や用語の定義などの概説を行い、グラウンデッド・セオリー・アプローチの特色と本研究に用いた理由を述べる。

１）グラウンデッド・セオリー・アプローチの特色

本研究の分析方法として用いる、グラウンデッド・セオリー・アプローチは、米国の社会学者 Glaser と Strauss が 1960 年代に開発した質的研究方法の一種である。

質的研究は、人間の行動や認識、感情や信念などの内的世界と、その人間を取り巻く環境や相互作用をありのままにとらえようとするアプローチである。研究の問いのレベルは（これは何であるか）というレベルであり、仮説や概念枠組みは通常存在しない。グラウンデッド・セオリー・アプローチは現象に根ざした抽象概念を生成し、その関係性を詳細に説明することにより理論を構築することを目的としている[58)]。

グラウンデッド・セオリー・アプローチは、複数の抽象度の高い概念（カテゴリー）を組み合わせて理論を作り上げようとする分析手法である。プロパティーやディメンション、カテゴリーやサブカテゴリー、ラベルはどれも概念ではあるものの、抽象度が異なっている。通常は、ディメンション、プロパティー、ラベル、サブカテゴリー、カテゴリー、コアカテゴリーの順で抽象度が高くなり、より上位の概念となる。

その特色[60)]として以下が示されている。

（１）データに密着した分析から独自の説明概念を作ってそれらによって統合的に構成された説明力に優れた理論である。

（２）継続的比較分析法による質的データを用いた研究で生成された理論である。

データに密着した分析であること、分析とデータ収集を並行させること、この両者をつなぐのが比較法で、特に理論的サンプリングとよばれ、この並行的比較分析は理論的飽和まで続けられる。

（３）人間と人間の直接的なやりとり、すなわち社会相互作用に関係し、人間行動の説明と予測に有効であって、同時に研究者によってその意義が明確に確認されている研究テーマによって限定された範囲における説明力に優れた理論である。

（４）人間の行動、とくに他者との相互作用の変化を説明できる「動態的説明理論」である。

（５）実践的活用を促す理論である。

理論内容のどの部分に働きかければ相手の行動がどう変化するか予測ができるので、ヒューマンサービス領域での実践的活用に耐えうる。

２）分析手法に用いられる用語の説明

本研究の分析手法に用いられる用語の説明は、以下の通りである[58～61)]。

（１）理論的サンプリング

量的研究では対象者抽出の際に、研究計画の段階で厳密に規定を行い、バイアスが

最小限になるように無作為に対象者の抽出を行うことが客観性を高める上での基本姿勢である。グラウンデッド・セオリー・アプローチでは、次元の範囲や多様な状況を探索する目的で、得られたデータの分析を行いながら、足りないデータの内容をもっていそうな対象者やバリエーションの違いがありそうな対象者を意図的に抽出し、現象の全様をとらえようとする。したがって、分析が進む過程で必要な対象者をその都度決定していくことになる。この意図的な対象者抽出の方法を、理論的サンプリングという。

（２）継続比較分析

分析とデータ収集を並行させながら、形成されつつある概念や現象などを次々に比較して、カテゴリーの抽象化を進めたり、現れたカテゴリーをパラダイムの中で理解する際の分析の手続きをいう。

（３）理論的飽和

これ以上データ収集と分析を行っても、新しい特性や次元や関連性が見出せない時点を指す。

（４）プロパティー（特性）

プロパティー（property）は特性を示し、カテゴリーの性質や特質を表すものであり、カテゴリーがどのようなものかを説明する。

（５）ディメンション（次元）

ディメンション（dimension）は次元を示し、ある特性がとりうる多様性の範囲である。カテゴリーに特異性を与え、理論に多様性を与えるものであるとされている。

３）グラウンデッド・セオリー・アプローチを分析手法として採用した理由

質的研究の中でもグラウンデッド・セオリー・アプローチを採用した理由は、以下の３点による。

（１）ドナーの認識は、レシピエントの体調の変化により変化することが推察されていることによる。質的研究の中でもグラウンデッド・セオリー・アプローチは、人間の体験の変化プロセスを抽出するのに適しているといわれている。

（２）生体腎移植という特殊な医療環境では、レシピエントとドナー、またドナーを取り巻く、家族、医療者などの相互作用が、ドナーの体験に大きな影響を及ぼしていることが予測できた。グラウンデッド・セオリー・アプローチが、これらの人間の相

互作用の変化を説明できるとされている。

（３）本研究によって明らかになる知見を、実践活用を促せる形での研究成果の報告にすることを目的としたからである。グラウンデッド・セオリー・アプローチは実践活用を促せる理論を生成することが出来る。

３．対象

１）対象者の条件

レシピエントの体調が変化した生体腎移植ドナーとレシピエント

上記を対象者とするが、研究参加の意思決定を自分で判断することが可能な、調査時に成人であること、明らかな精神疾患を有する者は除外することを前提とする。また、ドナーとレシピエントの関係性（属性）は生体移植であれば問わない。

ドナーとレシピエントの双方を対象としている理由は、次のとおりである。レシピエントの体調変化により生体腎移植ドナーの認識が変化し、腎提供の意味づけが変化する。ドナーはその意味に基づき行為を行なう。これはドナー自身への影響であるが、前述のとおりレシピエントにとってドナーは移植によってより深い関係となり、重大な関心を寄せる対象となる。生体腎移植ドナーの変化は、レシピエントに認識され、ドナーが変化したという認識は、レシピエントにとっての意味づけを変化させ、レシピエント自身にも影響を及ぼしていることが推測された。ドナーの認識がドナー自身に与えている影響は、ドナーを調査することで明らかになるが、ドナーの与えるレシピエントへの影響は、ドナー側の調査ではドナーが自覚している範囲での影響しか捉えられない。レシピエントへの真の影響を明らかにするには、影響の受け手であるレシピエントを調査する必要がある。このため、本研究では、レシピエントの体調が変化したことのドナー自身への影響を明らかにするために生体腎移植ドナーを対象とすることと、レシピエントから捉えたドナーの変化とそのレシピエントへの影響を明らかにするために、レシピエントも対象としている。

ドナーとレシピエントはペアが望ましいが、ペアでなくても良いこととする。ペアでなくても良い理由としては、事例間の個別の影響を明らかにすることが目的なのではなく、レシピエントの体調が変化したことによってドナーがどのように変化したのかについて、レシピエントがどのように捉え、それがレシピエント自身にどのように影響したのかを明らかにすることこそが必要であるためである。これはレシピエント

の持つ認識であり、必ずしもペアでなくても明らかにできる内容である。このため、ドナーとレシピエントはペアでなくても良いとした。

レシピエントの体調変化とは、拒絶反応、拒絶反応からの回復、妊娠、出産、腎機能低下、提供腎が廃絶（再透析導入)、死亡とする。「変化」を捉える際に、体調悪化の変化だけでなく、妊娠や出産、拒絶反応からの回復など体調改善、体調良好などの良い方への変化も捉えることで、変化による影響の様相がより鮮明になると考える。

研究調査依頼の時期は、対象者の研究参加における身体・心理的負担を最小限にする目的で、レシピエント体調変化の最中ではなく、治療や状態がある一定の安定した状況に落ち着いた時期とする。具体的には、拒絶反応、拒絶反応からの回復では、免疫抑制剤治療が終了し状態が安定した時期、妊娠・出産では、状態が安定している時期、腎機能低下では、治療がひと段落した時期、提供腎が廃絶（再透析導入）では、再透析導入後 1 ヶ月程度の時期とする。また、レシピエントの体調が変化する時期は特定できないため、移植後何年経過しているのかという点は考慮しない。特に、研究対象候補者の身体的・心理的状態が調査による負担が最小限であるかどうかについては、研究対象候補者選定を依頼する生体腎移植看護に中心的に関わっている看護職者の臨床的判断を重視する。さらに、体調悪化の変化の内、レシピエントが死亡している生体腎移植ドナーについては、悲嘆への配慮から、レシピエントとの死別後 1 年以上が経過していることとする。なお、ドナーがすでに亡くなっているレシピエントは除外する。

一般に、死別のプロセスでは悲嘆のプロセスを辿ることが言われているが、その時間的な経過は個人差があるとされ、一律に時間的なくくりで判断する事は困難であると考えられる。Rando[62] は、Grief（悲嘆）とは、怒り、フラストレーション、孤独感、悲しみ、罪の意識、後悔など、喪失の知覚に関連した感情と情動である。Mourning（喪）とは、個人が悲嘆を解決していく過程であり、故人とその近親者、彼らを取り巻く社会に関わっている。喪の性質と公共の場での悲嘆の表現は、文化や伝統が大きく影響していると述べ、平山は [63]、遺された人が亡くなった人に対して、1 度その死をはっきり認め、その後再生させること、つまり亡くなった人のポジティブな側面に気付き、死者も遺された人の心の中でまさに（今ここで）生きているという感覚をもってとらえ直したとき、遺された者の心の癒しは始まると述べている。また、その期間について柏木 [64] は、遺族は 6 ヶ月で約 50%、12 ヶ月で約 70%、18 ヶ月で約 80%

の人が立ち直る（100%もとどおりになるというわけではなく、一応普段の生活がまずまずできるようになる）ことができると述べ、Rosen[65] は、一般的な見解として、悲嘆完了の目安は平均 12－18 ヶ月であると述べている。

これらより研究者は、日本人は故人の様々な法要を行う中で死別を受け入れていくものと考え、およそ 1 周忌までは悲嘆のプロセスの過程にあると考えた。このことから研究対象者のうち、レシピエントがすでに死亡している場合、レシピエントとの死別から 1 年以上経過したドナーとすることとした。

２）理論的飽和をふまえた本研究における理論的サンプリング終了の判断

一般に、グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いる場合、理論的サンプリングを使って、データの収集と分析を同時に進行させるため、計画の段階では対象者数を決定することはできないもの [59] であり、調査は理論的飽和に達するまで研究が継続されるものである。

前述のとおり、日本の腎移植施設において 2010 年の 1 年間に行われた生体腎移植の件数は 1276 例であり、生体腎移植実施数自体が少ない [1]。また、免疫抑制剤の進歩によって、2000 年以降に生体腎移植をした 981 例の内、移植術後 1 年以内の生着率は 96.7%となっており、拒絶反応により移植腎の廃絶に至る症例は極めてまれとなっている [35]。これらに加え、本研究の対象者の条件は倫理的配慮からかなり厳しく規定し、かつ、体調に変化が生じているという研究協力の同意を得られにくい状況にある生体腎移植ドナーとレシピエントを対象としているために、多くの対象者数を確保することが極めて困難であることが容易に推測される。このため、理論的飽和を目指すことは現実的に困難であることを前提として、理論的サンプリング終了の判断を次のように検討した。ディメンションの違いはあるが新たなカテゴリーは見出せないこと、且つ、継続比較分析によって想定されたバリエーションの変化の様相を十分捉えられ構造を説明できることを理論的飽和に近い状態と捉え、そこに到達するまで理論的サンプリングを継続し、得られた対象者数で分析することとする。対象者の条件として、その後に回復する場合であっても拒絶反応例を捉えることは必須とし、提供腎廃絶例やレシピエント死亡例を得ることは努力目標とする。しかし、今までの日本の研究において、生体腎移植ドナーとレシピエントを対象とし、相互の影響を明らかにした研究は皆無であり、少数例であっても両者の相互作用の様相の一部を明らかすることが

可能となること、また移植件数自体が少ないことから、臨床実践応用の可能性から考えた際に学問的価値が高く、重要であると考える。

４．調査期間

2014 年 8 月 6 日（倫理審査承認日）～2015 年 10 月

５．調査方法

１）研究協力依頼の手順

研究協力を依頼する都内生体腎移植実施施設において、指定の研究倫理審査を受けたのち、施設長への研究協力依頼書（添付資料 1－1）用いて説明を行う。

生体腎移植看護に中心的に関わっている看護職者に、研究協力の依頼書（添付資料 1－2）に基づき、説明を行う。

生体腎移植看護に中心的に関わっている看護職者には、レシピエントの体調が変化した生体腎移植ドナーとレシピエント（詳細は、２．対象者、２）対象者の条件を参照）に、研究対象候補者を選定してもらう。特に、研究対象候補者の身体的・心理的状態が調査による負担が最小限であるかどうかについては、研究対象候補者選定を依頼する生体腎移植看護に中心的に関わっている看護職者の臨床的判断を重視する。看護職者には、研究対象候補者に、A4 サイズの封筒に入れた、研究に関する説明書（添付資料 2）と研究に参加・協力をする意思を表明する返信用研究協力意向書（添付資料 3)、研究協力断わり書（添付資料 4)、返信用封筒を、渡してもらうことを依頼する。なお、生体腎移植ドナーとレシピエントにとって、通院先の看護職者は看護提供者であるため、看護職者からの研究依頼は強制力が働く可能性がある。このため、対象者への強制とならないために、次の対策を行う。

（１）対象候補者に渡す研究の説明書などの一式の書類（添付資料 2～4）は、A4 封筒の中に入れた状態で対象候補者に渡すことを依頼する。

（２）対象候補者に書類を渡す際には、「お時間のおありになるときにお読みください」と伝えることを依頼する。なお封筒の表紙には、大きめの文字で下記の内容を記載する。

「この封筒に入っている書類は、他の施設が計画している、生体腎移植を受けた方を対象とした研究依頼です。お時間のおありになる時にお読みください。研究協力は

強制ではありませんので、ご自身でご判断下さい。協力をされなくても、何の不利益も受けません。」

（３）看護職者からのドナーとレシピエントへの本研究の説明はしてもらわないこととし、ドナーやレシピエントからの質問などがある場合、研究者に直接連絡するように伝達してもらう。

２）対象者の選定方法

（１）対象候補者は、A4 サイズの封筒に入った、本研究の説明書（添付資料 2）と研究に参加・協力をする意思を表明する返信用研究協力意向書（添付資料 3)、同意撤回書（添付資料 4)、返信用封筒を看護職者から受けとり、研究への参加・協力について自由意思に基づき判断する。

（２）対象候補者は、研究の趣旨に同意し、参加・協力する場合には、研究に参加・協力をする意思を表明する返信用研究協力意向書（添付資料 3）に対象者の氏名、連絡先などを記入の上、返信用封筒にて返信する。

（３）研究者は、返信用研究協力意向書（添付資料 3）を返信した対象候補者へ連絡を行い、面接可能な日時・場所を相談の上決定する。

（４）研究者は、対象候補者と事前に打ち合わせたプライバシーが確保できる場所で、研究説明書（添付資料 2）を用いた口頭による説明を行う。

（５）対象候補者が自由意思に基づき、研究参加・協力の判断をした場合、研究者は対象候補者に同意書二部（添付資料 5）に署名を依頼し、一部は研究者が、もう一部は対象候補者が保管する。同意書の署名をもって研究対象者とする。

３）調査手順

ドナーとレシピエントはそれぞれ個別にプライバシーが確保できる個室でインタビューを実施することとする。以下に手順の詳細を記述する。

（１）プライバシーが確保できる個室で、面接調査前にレシピエントやドナーとの関係や移植年月日などを問う質問紙（ドナー用質問紙；添付資料 6－1、レシピエント用；添付資料 6－2）に回答してもらう。質問紙に回答を依頼する際に、再度、回答したくない内容については、回答しなくてよいことを説明する。

（２）質問紙に回答後、半構造的面接調査を 1 時間程度実施する。了承が得られた

場合、インタビュー内容を IC レコーダーに録音する。IC レコーダーに録音することに了承が得られない場合、インタビュー内容を詳細に記録し、インタビュー終了直後に記録内容を確認し、完成させる。

（３）インタビュー内容は、質問項目（ドナー用インタビューガイド；添付資料 7－1，レシピエント用インタビューガイド 7－2）を用意しているが、その時の状況、感じたこと、気持ちの変化などの体験について自由に語ってもらう。対象者にする質問は、意図的に「あまり具体的ではなく、状況を限定しない内容」にしている。この理由は、研究者の質問が具体的すぎることで、対象者の語りを誘導してしまうことを避けるためである。本研究では、「対象者の認識」を明らかにすることを目的に含んでおり、例えば、「レシピエントとの関係」という言葉を対象者に投げかけたときに、対象者が何を思い浮かべ、何を語るのかという、対象者の認識そのものをくみ取ることが重要であるととらえている。ある対象者は、「レシピエントとの関係は？」と問われ、レシピエントとの心の距離や親密度を語るかもしれず、ある対象者は、食事療法にかなう食事の支度や免疫抑制剤服用の促しなど、具体的な世話を語るかも知れない。こちらがあまり具体的に限定して質問をすることで、対象者が捉える本来の認識を排除し、修正させた形で語らせてしまう可能性がある。このため、投げかける質問は、むしろ簡単で、あまり具体的ではなく、会話を引き出すための導入としての意味をもつものとして計画した。インタビューガイドに示した質問は、対象者の会話を引き出すための突破口であり、対象者が語った内容を受けて次の質問を投げかける際に、対象者がそのように捉えた具体的な事象や状況、場面を挙げてもらうなどの他、その時の感情や感情の変化などを確認していくこととし、認識の様相を明らかにすることとする。

さらに、対象者の話の中で、関心のある点については質問を加えてさらに詳しく語ってもらう。疑問点については、対象者の言葉をそのまま繰り返し、その意味について尋ね、内容を確認する。次の質問をする前に、対象者の発言がないかしばらく待ち、無い場合には内容を要約した後、次の質問をおこなうこととする。

（４）インタビュー中に、ドナーやレシピエントが感情を表出した際には、その気持ちを受け入れ、共感的態度を示す。気持ちが高ぶり続けている時は、調査を中断することも可能である旨を、対象者に説明する。また、研究者が調査を中断した方が良いと判断した時は、例え対象者が調査の継続を希望したとしても調査を中断する。

（5）インタビュー終了前には、話し残したことが無いか確認をする。

（6）レシピエントやドナーとの関係、腎提供術実施日などの基礎的データは、質問紙やインタビューにより対象者から直接情報を収集し、倫理的配慮から診療録などにはアクセスしない。

（7）インタビューは 1 回を基本とするが、対象によっては、内容の確認や継時的変化を確認する目的で複数回となることがある。

4）調査内容

（1）生体腎移植ドナー

ドナー用質問紙（添付資料 6－1）に回答してもらった後に、ドナー用インタビューガイド（添付資料 7－1）を用いて半構造化インタビューを行う。

生体腎移植ドナーのインタビューでは「レシピエントの経過と体調」、「提供後のレシピエントとの関係と想い」、「レシピエントについての認識とその自分への影響」「、腎臓を提供したことはあなたにとってどのような意味を持っているか」、「そのように考えるのはどのような理由からか」、「現在のドナーの体調や生活」の 6 点は、必須の質問項目とする。質問紙に回答した内容と、インタビューで話した内容が異なる時は、インタビュー中に確認しておく。

（2）生体腎移植レシピエント

レシピエント用質問紙（添付資料 6－2）に回答してもらった後に、レシピエント用インタビューガイド（添付資料 7－2）を用いて半構造化インタビューを行う。

レシピエントのインタビューでは、「移植後のドナーとの関係と想い」、「ドナーについての認識とその自分への影響」「現在のレシピエントの体調や生活」の 3 点を必須の質問項目とする。質問紙に回答した内容と、インタビューで話した内容が異なる時は、インタビュー中に確認しておく。

6．分析手順

分析は戈木[59~61]の手法を参考に、以下の手順で行う。

① 録音されたインタビュー内容を文字化し、固有名詞は意味を持たない ID に変える。

② データを十分読み込む。

③ 切片化する。

分析に際し、自分自身の主観、前後の文脈に左右されず、データ本来の意味を客観的に理解する目的で、基本的には一文ごとに、切片化する。一文に複数の内容が含まれている場合は、内容のまとまりで切片化する。

④ ラベルをつける。

切片化した部分のデータだけを読み込み、プロパティー・ディメンションを用いてデータに即した名前（以下、ラベルとする）をつける。カテゴリーを適切に把握するために、プロパティーという視点から見たときの、ディメンションの範囲をとらえながら分析を行う。

⑤ カテゴリーにまとめる。

ラベルとプロパティー・ディメンションを見て、ラベル同士を比較しながら類似しているものをグループに分ける。

⑥ それぞれのグループに、そのグループの特徴を端的に現しているカテゴリー名をつける。

⑦ カテゴリーを明確にする。

カテゴリーにまとめたら、ラベルに付随しているプロパティーとディメンションもカテゴリーごとにまとめて、カテゴリーをより明確化していく。

⑧ 各事例についてパラダイムとカテゴリー関連図を描いて、事例内でのカテゴリーの関連性について検討を行う。

得られたカテゴリーを「状況」「行為・相互作用」「帰結」という 3 つの構成要素に分類して、カテゴリー間の関連を図式化する。

⑨ 理論的比較分析を行う。

上記⑧の事例ごとのカテゴリー関連図は、次のような 2 つの目的で作成する。

一つには、この事例で関連付けられたカテゴリーが他の事例で確認できるかについて、また関連性が予測できるが、この事例では確認できなかった関連性について、他の事例で確認できるかについての理論的比較を促進するために活用する。

二つには、対象候補者の紹介を依頼している看護職者に、対象候補者選定の際の条件を検討し、提示するための、理論的サンプリングの目的で使用する。

⑩ 可能な限りの理論的サンプリングを行ない、データ収集を続け、分析①～⑨について行う。

分析を行う中で、対象を抽出する際に検討するべき条件を、ドナー紹介を依頼して

いる看護職に提示する。具体的には「～のような経過をたどったドナーやレシピエント」を紹介してもらうよう依頼することで、可能な限り、理論的サンプリングを行う努力をする。

また、関係性（属性）の違いにより、経験の内容が異なる可能性があると推測したため、多くの属性の対象候補者を紹介してもらう目的で、関係性、男女の別、年齢などが異なる対象候補者に打診してもらうことを依頼する。

⑪ 新しいカテゴリーが見いだせなくなる理論的飽和に至るまで調査を継続することが望ましいが、前述のとおり本研究では対象者条件が厳しく、十分な研究協力者数を確保することが困難であることが推測される。このため、ディメンションの違いはあるが新たなカテゴリーは見出せない理論的飽和に近い状況までを目標とするが、調査期間間際までの調査を継続し、得られた対象者数で分析することとする。

⑫ 事例の枠を外し、プロパティーとディメンションを検討しながら似ているものを集め、最終的なカテゴリーを抽出する。

⑬ カテゴリー関連図を用いてカテゴリー同士の関係を検討し、インタビューからえられた現象の構造を表す関連図を完成させる。

⑭ 中核となるコアカテゴリーを見出す。

⑮ ストーリーラインを記述する。

現象の中で起こっていることを、カテゴリーとプロパティーとディメンションを使って記述し、説明を行う。

４）信頼性・妥当性の確保

（１）研究者はすでに複数の研究においてグラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析を行っているが、定期的にグラウンデッド・セオリー・アプローチのゼミに参加するなど分析力の維持、向上のための努力を行う。

（２）研究者は、自身の修士論文の研究調査前に、切片化の仕方、ラベルの付け方、抽象度の上げ方などの分析の方法と、誘導の無いインタビューの仕方などについてグラウンデッド・セオリー・アプローチの専門家からの指導を受けている。

（３）分析に際し主観を排除する目的で切片化を行ない、論理的に分析を行う目的でプロパティー・ディメンションを用いて検討を行なう他、分析の思考過程を客観視できるように研究分析ノートを活用する。

（４）分析の全過程において、関連領域での臨床・研究経験を持つ複数の指導者のスーパーバイズを得る。

７．倫理的配慮

東邦大学看護学研究科研究倫理審査委員会の承認を受けた（承認番号：25006）後、対象者候補者の紹介を依頼する施設の研究倫理審査を受けた。

（１）自由意思の尊重

①研究に関する説明書は直接研究者からではなく、移植に関わる看護職者に封筒に入れて渡してもらうこと、参加・協力の意思は郵送で行う方法を採用し、対象者が研究拒否をしやすい環境を作る。

②生体腎移植ドナーとレシピエントにとって、通院先の看護職者は対象者にとって看護提供者であるため、看護職者からの研究依頼は強制力が働く可能性がある。このため、対象者への強制とならないために、看護職者にもドナーの自由意思によって研究参加の判断を促すように協力を依頼する他に、次の対策を行った。

a）対象候補者に渡す研究の説明書などの一式の書類（添付資料 2～4）は、A4 封筒の中に入れた状態で対象候補者に渡すことを依頼する。

b）対象候補者に書類を渡す際には、「お時間のおありになるときにお読みください」と伝えることを依頼する。なお封筒の表紙には、大きめの文字で下記の内容を記載する。

「この封筒に入っている書類は、他の施設が計画している、生体腎移植を受けた方を対象とした研究依頼です。お時間のおありになる時にお読みください。研究協力は強制ではありませんので、ご自身でご判断下さい。協力をされなくても、何の不利益も受けません。」

c）看護職者からのドナーとレシピエントへの本研究の説明はしてもらわないこととし、ドナーやレシピエントからの質問などがある場合、研究者に連絡するように伝達することを依頼する。

③研究への参加・協力は対象者の自由意思を尊重し、同意したあとでもいつでも途中でやめられること、参加・協力を拒否しても受ける医療サービスに何の影響も与えないことについて、研究説明書（添付資料 2）内に「この研究に参加・ご協力されなくてもなんら不利益を受けないことをお約束します。」と明記し文書で示す他、口頭で説

明を行う。さらに、研究協力に同意した場合であっても、途中で研究協力を中止できるように、同意撤回書（添付資料 4）を準備する。

④質問紙への回答・インタビュー内容の録音・話たくない部分についての拒否についても対象者の意思を尊重する。

（2）個人情報の保護とデータ管理

① 情報収集は質問紙とインタビューからのみとし、診療録へのアクセスは行わないことで、対象者の個人情報を不必要に収集しないこととする。

②データには意味を持たない ID を割り付け、個人が特定できないように配慮する。

③録音内容はデータ起こしの際、固有名詞を意味のないアルファベットに変えて文章化した後、分析を実施する。

④データの管理にはパスワードを設け、鍵のかかる場所に保管するなどの十分な注意を払う。研究のデータおよび結果は研究・教育以外の目的に用いない。データは研究者が分析し、研究調査がまとまり報告した 3 年後に、文書はシュレッダーにかけた後、破棄する。

（3）プライバシーへの配慮

レシピエントとドナーは親族であっても個別にインタビューを行う。質問紙への回答、インタビューはプライバシーが確保できる個室で実施する。

（4）リスク回避の努力

本研究で起こりうるリスクとして、ドナーやレシピエントが自分の経験や、現在の体調を自らの言葉で語ることで、感情の高ぶりが起こり精神的に不安定になる可能性が考えられたため、以下の対応や措置を行うことでリスクを回避する努力を行う。

①研究に起こりうるリスクをあらかじめ対象者に説明し、リスク生じた際の対処方法も明示する。

②対象候補者には明らかな精神疾患を有するものを除外する。

③研究調査依頼の時期は、対象者の研究参加における身体・心理的負担を最小限にする目的で、レシピエント体調変化の最中ではなく、治療や状態がある一定の安定した状況に落ち着いた時期とする。具体的には、拒絶反応、拒絶反応からの回復では、免疫抑制剤治療が終了し状態が安定した時期、妊娠・出産では、状態が安定している時期、腎機能低下では、治療がひと段落した時期、提供腎が廃絶（再透析導入）では、再透析導入後 1 ヶ月程度の時期とする。研究対象候補者の身体的・心理的状態が調査

による負担が最小限であるかどうかについては、研究対象候補者選定を依頼する生体腎移植看護に中心的に関わっている看護職者の臨床的判断を重視する。

④対象者紹介施設とは対象者が精神不安定となった際のバックアップ体制について事前に相談し、施設毎の体制を講じておく。

⑤調査時に、対象者の気持ちが高ぶり続けている時は、調査を中断することも可能である旨を対象者に説明する。また、研究者が調査を中断した方が良いと判断した時は、対象者が調査の継続を希望しても中断をする。対象者の気持ちが落ち着くまでそばを離れない。このような反応を示し、調査を中止した場合、対象者を紹介した施設の看護職者に連絡を行う。

⑥インタビュー後に精神的変化が生じた際には研究者に連絡をしてもらえるように、対象者が保管する研究に関する説明書に各部署の連絡先を明記する。

⑦死別による悲嘆への配慮

レシピエントが亡くなっている生体腎移植ドナーの場合は、前述の文献検討により死別による悲嘆の期間は 6 ヶ月～18 ヶ月であり、法要などを通じて死者との別れに区切りをつけているとあり、日本人の場合、およそ 1 周忌が大きな区切りとなっていることが推察された。これらより、悲嘆への配慮からレシピエントが亡くなっているドナーの場合、レシピエントの死後 1 年以上が経過していることとする。

（5）時間的拘束に対する対応

質問紙調査の回答には約 5 分､インタビュー調査には約 1 時間程度を予定しており、対象者の時間を割いてもらうため負担がかかる。研究協力に対しては、謝礼として一律 2000 円程度の図書カードなどを渡す。インタビュー場所は、対象者と相談の上決定する他、インタビュー場所までの交通費は実費を研究者が負担する。

Ⅴ．結果

１．調査期間

2014 年 4 月～2014 年 11 月であった。

２．対象

１）研究対象候補者選定施設の概要

本研究では、前述のとおり生体腎移植実施数自体が少ない上、免疫抑制剤の進歩に

よって、拒絶反応により移植腎の廃絶に至る症例は極めてまれな状況下にあること、更に、対象者の条件は倫理的配慮からかなり厳しく規定し、かつ、体調に変化が生じているという研究協力の同意を得られにくい状況にある生体腎移植ドナーとレシピエントを対象としているために、多くの対象者数を確保することが極めて困難であることが容易に推測された。これらより対象者数確保の目的で、4 つの医療施設（大学病院 2 施設、総合病院 1 施設、市民病院 1 施設）の指定の倫理審査の承認を得て、協力のもと調査を実施した。以下の表 1 に調査協力施設の概要と倫理審査等承認番号を示す。

表1. 対象候補者選定、協力施設の概要と倫理審査等承認番号

	病院区分	所在	特徴	倫理審査等承認番号
Ⅰ	総合病院	東京	生体腎移植実施施設	13-R136
Ⅱ	大学病院	東京	生体腎移植・脳死・死体腎移植実施施設	26-6
Ⅲ	市民病院	神奈川	外来透析、オーバーナイト透析実施施設	稟議書による理事長承認
Ⅳ	大学病院	東京	生体腎移植実施施設	2014-047

２）対象者の概要

生体腎移植レシピエント 5 名、生体腎移植ドナー5 名を対象者とした。このうち、レシピエントとドナーが家族であったものは、1 組（2 名）であった。インタビューは 1 名に対して 1 回、インタビュー時間の平均は 51 分 18 秒、最短 37 分 03 秒、最長 1 時間 11 分 37 秒であった。IC レコーダーへの録音を拒否した対象者は無かった。

生体腎移植ドナーの平均年齢は 66.2 歳（SD9.26）、男性 2 名、インタビュー時の移植後経過年数の平均は 4 年 3 ヶ月、最少 2 ヶ月、最長 12 年 4 ヶ月であった。ドナー5 名のレシピエントの体調変化の内容は、レシピエント死亡 1 名、急性拒絶反応による提供腎廃絶後の透析再導入 1 名、移植後重症肺炎発症と回復 1 名、腎機能改善不良による ICU の治療遷延や移植後血糖コントロール不良、帯状疱疹の発症など経過不良および回復が 1 名、尿管閉塞に伴う腎機能低下と回復が 1 名であった。

生体腎移植レシピエントの平均年齢は 57.4 歳（SD11.99）、全例男性、インタビュー時の移植後経過年数は 11 年 10 ヶ月、最少 1 年 7 ヶ月、最長 24 年 3 ヶ月であった。また、レシピエント 5 名の体調変化の内容は、慢性拒絶反応による提供腎廃絶後の透析再導入 2 名、術後重症肺炎および回復 1 名、移植後体調不良の継続 1 名、免疫抑制剤中止による急性拒絶反応後の提供腎廃絶、透析再導入 1 名であった。対象者の概要を、表 2 に示す。

表2. 対象者の概要

ID	ドナー・レシピエント別	レシピエントの体調変化（イベント）	インタビュー時年齢	移植後経過年数	移植形態	性別	インタビュー時間	備考
1	ドナー	術後経過不良によるICU治療の遷延 急性糖尿病の発症、帯状疱疹と回復	70代	10ヶ月	親⇒子	女	0:54:37	
2	ドナー	術後重症肺炎および回復	60代	1年7ヶ月	妻⇒夫	女	1:11:37	6とペア
3	ドナー	死亡	70代	6年4ヶ月	親⇒子	女	0:44:31	
4	ドナー	急性拒絶反応による提供腎廃絶透析再導入 （術後1か月未満）	70代	12年4ヶ月	夫⇒妻	男	0:51:29	
5	ドナー	尿管閉塞に伴う腎機能低下と回復	50代	2ヶ月	夫⇒妻	男	0:54:35	
6	レシピエント	術後重症肺炎および回復	60代	1年7ヶ月	妻⇒夫	男	0:48:43	2とペア
7	レシピエント	慢性拒絶反応による提供腎廃絶 透析再導入	60代	17年0ヶ月	親⇒子	男	0:37:03	
8	レシピエント	術後体調不良の持続 （低血圧、倦怠感など）	40代	3年9ヶ月	妻⇒夫	男	1:02:20	
9	レシピエント	慢性拒絶反応提供腎廃絶 透析再導入	70代	24年3ヶ月	妻⇒夫	男	0:43:30	
10	レシピエント	移植後感染症多発、免疫抑制剤中止後拒絶 反応提供腎廃絶、透析再導入	40代	11年10ヶ月	親⇒子	男	0:44:38	

３．レシピエントの体調変化にともなう生体腎移植ドナーの腎提供に対する認識とその影響

レシピエントの体調変化にともなう生体腎移植ドナーの腎提供の認識とドナー自身への影響として、13 のドナーカテゴリーが見出された。

以下より、『コアカテゴリー』「カテゴリー」≪サブカテゴリー≫＜ラベル＞【小さい文字】をそれぞれ示すこととする。

１）コアカテゴリー

すべてのドナーカテゴリーに関連する最上位のコアカテゴリーとして、『自分にとっての腎提供の意味を描きかえ、重ねていく』を見出した。

生体腎移植ドナーは、移植直後から「レシピエントに対する新たな認識」をもとに、「腎提供の意味づけ」を行なっていた。この「腎提供の意味づけ」は、レシピエントの体調変化をきっかけにして、何度も繰り返し行われるものであり、レシピエントの体調変化の生じるたびに、ドナーが再び腎提供までの道のりや、腎提供後の道のりを振り返り立ち戻って、今まで捉えていた「腎提供の意味づけ」をも踏まえて、新たに自分にとっての腎提供の意味を見出し、その意味を重ねていくみちのりであると捉えられた。

２）ストーリーライン

生体腎移植ドナーは、移植後のレシピエントの体調に強い関心を寄せており、その体調変化の認知によって、ドナーに変化が生じていた。レシピエントの体調変化は、ドナーのその後の変化から、＜改善＞＜一時的悪化＞＜決定的悪化＞の 3 つの側面に分けられた。

（１）レシピエントの体調の改善

生体腎移植ドナーが、透析からの離脱や拒絶反応からの回復などの＜レシピエントの体調改善＞を認知すると、＜喜び＞や＜安堵＞など≪ドナーの心理の改善≫となり、ドナーの体調は≪改善・健康の維持≫となった。このドナーの変化を認識したレシピエントは、「周囲と折り合いをつけながら、ドナーからの提供腎をできる限り長持ちさせるための行動」をとり、健康を維持しようとした。ドナーからの腎提供を受け、健康を取り戻したレシピエントは、「ドナーに対する心からの感謝」や「ドナーとの関係の更なる深まり」を実感する他、「未来への希望を持ち積極的に生きる」という変化が生じる。このレシピエントの変化を認知したドナーは、＜レシピエントからの心からの感謝＞や、＜レシピエントの体調改善＞の効果を実感し、「腎提供の意味づけ」に対し、≪肯定的評価の付与≫を行なった。「腎提供の意味づけ」が肯定的になることによって、ドナーの「これからの自分の展望」は発展的な将来像となった。

（２）レシピエントの体調の一時的悪化

感染症や肺炎の発症、拒絶反応などが生じるが後に改善する場合など、＜レシピエントの体調の一時的悪化＞をドナーが認知すると、＜心配・不安＞＜最悪を覚悟＞など、≪ドナーの心理の悪化≫が生じるが、「ドナーの体調」は≪改善・健康≫の状態のままで特に変化は生じない。「腎提供の意味づけ」は、＜提供したことの意味が見出せない＞など一時的に≪腎提供に対する否定的評価の付与≫がされる。＜腎提供したことの意味が見出せない＞という否定的評価の状況のままでいることの影響について、ドナーは心の中でシュミレーションし、＜提供したことへの後悔＞や＜提供したことは間違いだった＞と思い、腎提供したことについて決定的な否定的評価をすることで、＜駄目になる＞＜前に進めない＞など「これからの自分の展望」が退行的になることを自覚する。それを回避するためにドナーは、「次に進むための模索」を行なう。＜献腎登録にかける＞＜他のドナー候補の査定＞など≪次の方法の模索≫を行なうことでドナーはレシピエントの「回復に対する希望を維持」することができ、≪悪化≫方向

に移行していた「ドナーの心の揺れ」は、＜心の安定を取り戻す＞などの≪改善≫があった。更に≪前に進むために後悔しない≫という対処を行なうことにより＜腎提供したことを後悔しない＞場合や、レシピエントの体調の悪化の≪原因の模索≫を行ない自分なりの＜納得＞をして、≪腎提供に対する肯定的評価を付与≫していた。しかし、レシピエントの体調は一時的な悪化であるため、その後、＜レシピエントの体調の改善＞を認知することによって、ドナーの心理は改善し、「腎提供の意味づけ」は≪肯定的評価≫となった。

（３）レシピエントの体調の決定的悪化

腎提供後にレシピエントが亡くなる、拒絶反応による提供腎の廃絶などの＜レシピエントの体調の決定的悪化＞を認知すると、「ドナーの心の揺れ」は＜受け止められない＞＜心が病む・荒む＞＜落胆＞などのように≪悪化≫方向に大きく移行した。また「ドナーの体調」も、＜血圧上昇＞＜倦怠感＞＜血液データ異常＞などを呈し、≪一時的に悪化≫した。これらの変化を認知したレシピエントは、「心配するドナーに体調悪化の伝え方の気配り」を行ない、≪心配をかけないために体調悪化をドナーには隠す≫などの変化や、一日でも長く≪提供腎を長持ちさせるための行動≫をとるが、同時に＜無理をしすぎたのではないかという後悔＞など「体調悪化の原因を自分の生活行動に帰属」させる傾向があった。このレシピエントの変化を認知したドナーは、自分が提供した腎臓が悪かったからではないかなど、＜経過不良の原因を自分に帰属＞させることがあった。さらにレシピエントは、ドナーの体調が一時的に悪化したことを認識すると、「腎提供したことがドナーの体調に与える悪影響の不安」から、術後から常に持ち続けている≪片腎となったドナーの体調の心配≫がさらに強くなった。自分の体調を心配するレシピエントの様子をドナーが認知することで、≪自分とレシピエントのための健康管理≫を行ない、「ドナーの体調」は≪改善≫する。このレシピエントの変化に応じてドナーはシュミレーションを行ない、「腎提供の意味づけ」を＜提供したことへの後悔＞や＜提供したことは間違いだった＞などの、決定的な≪否定的評価を付与≫することで、＜駄目になる＞＜前に進めない＞など「これからの自分の展望」が退行的になることを自覚し、さらに＜心が病む・荒む＞などの≪ドナーの心理の悪化≫の状態となり、その状況をより深く、より長く遷延させることを自覚する。その一方で元来的にドナーは、「腎提供に対する肯定的評価への願望」を強くもっており、腎提供したことの≪肯定的側面を探す≫。ドナーは、レシピエントの変化として

認知した＜レシピエントの心からの感謝＞や＜レシピエントから大切にされている実感＞などの「レシピエントに対する新たな認知」の肯定的な側面を振り返り再確認していくことや、辛い思いをしたことによって≪人の痛みに対する真の理解≫を得たなど、「移植を通じた人間的な成長」など、腎提供をしなければ経験することの無かった肯定的な側面を意識することで、腎提供したことを振り返り、＜人生における重要な意味ある行為＞＜間違いではない＞など、≪腎提供に対する肯定的評価の付与≫に至る。ドナーの「腎提供の意味づけ」が肯定的評価となることで、「これからの自分の展望」として、＜再び前に進める＞＜以前の生活に戻る＞＜現状の受け入れ＞など、≪新しい自分の生き方≫に対して発展的な変化となった。＜レシピエントの体調の決定的悪化＞により生じた≪ドナーの心理の悪化≫は、「時間をかけ、整理し折り合っていく作業」を通して、＜心の安定を取り戻す＞など≪改善≫した。

このように、移植後の生体腎移植ドナーの腎提供の認識は、レシピエントの体調変化が生じるたびに、今までの道のりを振り返り、「自分しかいない」ことを決意して腎提供したことに対する、意味を付与していき、自分にとっての腎提供の意味を重ねていく過程であると捉えられ、レシピエントの体調変化にともなう生体腎移植ドナーの腎提供の認識とその影響は、『自分にとっての腎提供の意味を描き替え、重ねていく』みちのりであると捉えられた。

３）ドナーカテゴリーの構成要素

レシピエントの体調変化にともなう生体腎移植ドナーの腎提供の認識とドナー自身への影響のカテゴリー構成要素を、表３に示す。

表3．レシピエントの体調変化にともなう生体腎移植ドナーの腎提供の認識とドナー自身への影響のカテゴリー構成要素

カテゴリー	サブカテゴリー	ラベル	
自分しかいない	自分が提供したい	自分がレシピエントを救いたい	
	他に提供が望めない	別に家族のある姉妹からの提供は断念	将来のある子どもはドナーとして不適格
	他の選択肢が無い	透析しながら献腎移植は10年も待てない	限界だった腹膜透析
レシピエントに対する新たな認知	レシピエントの体調の認知	レシピエントの体調の決定的悪化（拒絶反応による提供腎廃絶、死） レシピエントの体調の一時的悪化（一時的悪化）	レシピエントの体調改善（透析離脱、回復、社会復帰、再透析導入後安定）
	レシピエントとの関係	絆の深まり	レシピエントから大切にされている実感
	腎提供に対するレシピエントの受け止め	レシピエントからの心からの感謝	何よりもうれしかった子どもからの心からの感謝
	レシピエントに対する期待	更なる回復への期待	レシピエントの未来への期待
ドナーの体調変化	ドナーの体調改善・健康の維持	体調の改善 提供後も変わらぬ健康状態	順調な回復過程
	ドナーの体調の一時的悪化	血圧上昇 倦怠感	血液データ異常
患者であり、レシピエントの家族であるという役割	レシピエントの支援	レシピエントの心理的支援 透析への送迎 退院後に担う家事や仕事に対する負担	免疫抑制剤内服の声掛け 負担のかかる家事を引き受ける
	自分とレシピエントのための自身の健康管理	レシピエントのために健康管理 定期受診の継続	術後健康管理の継続
	術後身体との対峙	痛みを避けるための工夫	片腎であることから生じる倦怠感
腎提供に対する肯定的評価への願望	肯定的側面を探す	腎移植の肯定的側面を意識	プラスが勝っていたと思いたい腎移植
腎提供に対する周囲の反応	腎提供に対する周囲の感謝	周囲の人からの感謝	
	腎提供に対する周囲の不理解	重いものを背負った重大な決断だったことは周囲に理解されない	
移植を通じた人間的成長	人の痛みに対する真の理解	患者の本当の辛さの理解	
ドナーの心の揺れ	ドナーの心理の改善	喜び 安堵	こころの安定を取り戻す
	ドナーの心理の悪化	心配・不安 最悪を覚悟 受け止められない	心が病む・荒む 落胆
時間をかけ整理し、折り合っていく作業	しようのない運命と捉える	しょうがないこと	レシピエントの死は運命だったと捉え、気持ちを整理
	時間が必要	そう思えるまでに3年以上かかった	
	折り合っていく	自分の気持ちと現実とをどう折り合っていくかを模索	透析再導入時の気持ちの荒みを徐々に整理する
次に進むための模索	次の方法の模索	献腎登録にかける	他のドナー候補者の査定
	原因の模索	原因を探す	経過不良の原因を自分に帰属
	前に進むために後悔しない	くよくよしてもしょうがないので忘れるように努める	割り切らないとやっていられない
レシピエントの回復に対する希望の維持	希望の維持	レシピエントの回復に対する希望の維持	レシピエントの回復への確信
	移植医への信頼	移植医を信頼して任せる	医師を信じるしかない
腎提供の意味づけ	腎提供に対する肯定的評価の付与	正しい決断だった 人生における重要な意味ある行為 決断は間違いではない	腎提供してよかった 後悔しない 納得
	腎提供に対する否定的評価の付与	腎提供に対する後悔 腎提供は間違いだった	腎提供したことの意味が見出せない
これからの自分の展望	新しい自分の生き方	自分の役割の遂行 自分の経験を人に語る 再び前に進める	以前の生活に戻る 現状の受け入れ
		駄目になる どんどん落ちていく	前に進めない
	レシピエントとの新たな人生	レシピエントの夢を支えたい	

４）ドナーカテゴリーの説明

【小さい文字】は、ドナーの語りを示す。個人情報保護の観点からレシピエントを示す表現はすべて、R（レシピエント）と表記する。このため本文中の語りの多くにR（レシピエント）が用いられるが、同一ドナーの語りとは限らない。また、補足が必要な部分は（　）で加筆した。その上で、カテゴリーを表す典型例として記載した。

ドナーカテゴリー１：「自分しかいない」

これは、ドナーとして自分しか存在しないことを実感していることを示している。生体腎移植ドナーは自分しかいない事を確認して、提供術に進む。

【助けたい！どうしても何とか助けたいっていうのが、親なら、母親なら、思いますよね。】

【でも、息子には将来があるでしょ？自分の奥さんがそう（腎不全に）なった時にさ、実はR（レシピエント）の（腎臓）はお母さんにあげちゃたんだ（だからもうあげられない）っていうのでは、かわいそうだもんね。じゃあ、俺があげるよって。】

ドナーカテゴリー２：「レシピエントに対する新たな認知」

これは、ドナーがレシピエントの術後経過やその後の体調に対して抱く認知や、レシピエントとの関係や期待像を示している。

「レシピエントに対する新たな認知」は、≪腎提供に対するレシピエントの受け止め≫、≪レシピエントの体調の認知≫、≪レシピエントとの関係≫、≪レシピエントに対する期待≫の４つで構成されていることが明らかになった。

レシピエントの体調はドナーにとって、最も関心の高い事項であった。

【もう、いつも先に自分の体調を聞くよりも、来ると先生にR（レシピエント）はどうですか（笑）、R（レシピエント）はどうですかって。】

【ああ、大分弱ってきているのかな～って思いますよ。自分のことよか（よりも）、私は、全然ドナーとしてはね、悔やみとか無いんですけど、ね、やっぱりR（レシピエント）の方が心配です。】

【・・・だから（移植後）6ヶ月だから、ほんとに体調を整えて、これからっていう時ですよね。ほんとは大成功して、もうこれでね？私もR（レシピエント）も、どんどんどんどん体調良くなれば、何とかみんなでやっていけるって思った矢先に、・・・あの、倒れたわけですよね？R（レシピエント）が。】

【で、ある時突然（尿が）止まっちゃたんです、だから。（提供した腎臓が）機能しなくなったんでしょうね～。もう、すぐでしたよ。あっという間でした。】

ドナーである自分が腎提供したことについてレシピエントがどう捉えているかを示すサブカテゴリー≪腎提供に対するレシピエントの受け止め≫が見出された。レシピエントの体調や、レシピエントとの関係、レシピエントの腎提供に対する受け止めは、「腎提供の意味づけ」と密接に関連しており、それらが良い状態にあることで、「腎提供の意味づけ」として≪腎提供に対する肯定的評価の付与≫があった。

【母親が子供に、ありがとうって（言われる）ことは、それはちょっとは言うかもしれないけれど、心からね、「地獄から天国にきたみたいに本当にすごいんだ！って、もう、世の中、ぜんぶ明るく見えるし！、景色を見てもキラキラ光ってるし、本当にありがとう」って言われると、母親にしてはね、これ以上、いいことはないと、嬉しい！と思うわけですよ。だからこれで、ほんとに良かったと。】

ドナーカテゴリー３：「ドナーの体調変化」

これはドナー自身の体調に変化が生じることを示している。ドナーの体調の変化は、レシピエントの体調の認知によって直接的に生じていた。

レシピエントの体調が改善した場合、あるいは一時的に悪化した場合には、ドナーの体調は、改善あるいは健康を維持していた。

【まあ、おかげ様で、私はね、（提供前からもともと）健康だったので、薬も飲んでないし、どこも悪くなかったから、（体調の）変化っていうのは、なかったと思うけど。全然大丈夫でした。おかげ様で。】

また、提供腎の廃絶やレシピエントの死など、レシピエントの体調が決定的に悪化した場合、ドナーの体調は一時的に悪化する（サブカテゴリー≪ドナーの体調の一時的悪化≫）が、ドナーが自身の健康管理を継続することで、改善した。

【色々血液検査なんかでチェック（異常を示すマーク）が出てくると、あ～このまま悪くなったりするのかな～とか、もっと。・・・・R（レシピエント）と一緒に死んじゃうのかなって、（深く深呼吸して）、そういう風に思ったり、・・・・】

【やっぱりあったんだろうな、そういう時期。なんだか、血圧も高くなったかもしんない。ええ、今でも血圧の薬は飲んでますけどね、それでもって、仕事しながら徐々に、徐々にね（血圧も安定していった）】

ドナーカテゴリー４：「患者であり、レシピエントの家族であるという役割」

これは、片腎となったドナーが自身の健康を維持管理するとともに、レシピエントの世話や精神的支援を同時に行っていることを示している。

【私が 1 週間、2 週間くらいかな？（自分の退院を）延ばしてもらって。（レシピエントが）具合悪かったんでね。少しそばにいてあげたいと思って。】

【そうそうそう、（傷の痛みは）まあ、ちょっと、大変だったかな。でも（家事は）、やんなきゃ終わらないしね。お腹はすくしさ～、洗濯物はたまるしさ～（笑）、お客は待ってもくれないしさ～、・・・まあ、やるしかないんだろうって。】

【（移植腎が廃絶し透析再導入することになったレシピエントに）我慢するところは我慢しなさいって、で、もし泣きたかったら泣きなさいとか、言いたかったら言いなさいとか、それはね、先生の代わりになって、私が聞きました。】

サブカテゴリー≪自分とレシピエントのための自身の健康管理≫が見出された。これは、提供後片腎となった自分自身の健康を維持するための取り組みを示しており、提供後時間が経過していることでドナーに定着した患者としての役割であると捉えられた。健康管理は、ドナー自身のための健康管理であることは勿論であるが、腎臓を提供してくれたドナーの体調に対して不安を持っているレシピエントのための健康管理でもあるという点は特徴的であった。

【長生きしてほしいっていう R（レシピエント）のその気持ちを、・・・・大事にね？自分は元気に体調を整えていくってことに、専念・・・・してるわけね。】

【R（レシピエント）のために私が早く死んじゃあね？悪いと思うから、心配ないよ、元気にしてるよって、いうことを、上に（天国にいるレシピエントに）メッセージするためにも、元気で楽しくやってた方が、R（レシピエント）は喜ぶかなっては思うけどね。】

【あのね、だから～、長生きしてもらいたいって、腎臓とっちゃったから死んじゃったっていうのは嫌だから、できればわたしよか（りも）長生きしてもらいたいって、私（レシピエント）の死に水を取ってもらいたいって、それはいつも（レシピエントが）言ってますよ。】

ドナーカテゴリー５：「腎提供に対する肯定的評価への願望」

これはドナーが、自身が腎提供したことについて肯定的な評価をしたいと願っていることを示している。これはすべてのドナーが持っている願望であると考えられるが、特にレシピエントの体調が悪化した際に、顕著に現われるものである。腎提供をしたことによって得られた肯定的側面を意図的に探し、それらを確認すること

は、「腎提供の意味づけ」に対して、肯定的な評価をするためのプロセスであった。

【プラスマイナスゼロっていうより、プラス～の方が大きかったかもしれないよね。】

【・・・・だからあの決断が、間違ってたんじゃなくって、非常に腎移植は私にとって、あの～・・・、なんていうのかな、正しい決断だったってことを確信してるわけね？それないと、それでないと、やってられないからね。】

ドナーカテゴリー６：「腎提供に対する周囲の反応」

これは、腎提供をしたことに対する周囲の人々の反応を示している。周囲の人々の中に、レシピエントは含まれない。（腎提供をしたことに対するレシピエントの反応は、ドナーカテゴリー２「レシピエントに対する新たな認知」のサブカテゴリー≪腎提供に対するレシピエントの受け止め≫として存在している。）

【すっご～い重いものをしょって、そうやって決断したのに、しゃら～っと、「腎移植をしたんだって？」とか、「大丈夫？」なんて言われても、そんなもんじゃないな～って感じは、しますよね。】

ドナーカテゴリー７：「移植を通じた人間的成長」

これは、ドナーが腎提供のみちのりを振り返った時に、提供以前の自分と比較した時に自分を成長させたと捉えていることを示している。これは「腎提供に対する肯定的評価への願望」によって意識されるものであった。

【患者さんのその、苦しみ？苦しみとか、それから経済的な苦しみとかがありますよね？病気するとね。それから、家族の苦しみとか。そういうものを私、身をもって経験したので、その時辛かったけれども、今思えば、それはいい経験だったと、今はそう思っているんですよね】

ドナーカテゴリー８：「ドナーの心の揺れ」

これは、ドナーの心理が変化し続けている様子を示している。ドナーの心理はレシピエントの体調が回復したことを認知することによって直接的に≪改善≫した。

【だから、（レシピエントが）何でも食べれるようになったっていうのは、すごくうれしいですね。】

また、レシピエントの体調悪化を認知すると、直接的に≪ドナーの心理の悪化≫に至った。

【仕事した途中でもってね？行った始め（行ってすぐ）でしょ？（レシピエントから）「透析になるんだ」って電話受けて、会社でね？ショックでした、その時は。】

【（レシピエントが亡くなったことを聞いた時）これは何？？どういうこと！！って、いう風に・・・、考えられなかったです。（略）・・・・・・だから、それから何か月、も、・・・・どう～考えてるのか、何してるのかよくわからないような状態で、ず～っと、・・・・暮らしてたけども・・・・】

ドナーカテゴリー９：「時間をかけ整理し、折り合っていく作業」

これは、ドナーが、レシピエントの体調の悪化によって生じた自分の心の乱れや辛さに対して向き合い、長い時間をかけて整理して行こうとする取り組みを示している。

【それで、（レシピエントが）亡くなったってことに関してはどうやって、・・・気持ちの整理をしたかっていうと、あれはもう、運命だったって、これは運命だったんだっていうふうに、・・・・考えて、】

【気持ちはちょっとね、気持ちは荒んだけど～。でも、まあ、徐々に、まあ徐々にね？やっぱり、自分の気持ち、整理ですかね。】

ドナーカテゴリー10：「次に進むための模索」

これは、ドナーがレシピエントの体調の一時的悪化を認知し、腎提供したことの意味が見出せないときに、前に進むために、レシピエントの体調が悪化したことの原因を確認したり、レシピエントの体調を改善するための次の方法を模索したりなど、現状を受け入れ前に進むためにどうすればよいかを模索し、その対処をすることを示している。レシピエントの回復に向けた新たな別の方策を見出す場合と、その対処自体によって腎提供したことに対して、納得や後悔しないという肯定的評価をする場合があった。

【で、今度ね、こんな話になったんですよ。今度は生体じゃなくって、脳死の。脳死の移植を望もうってことになって、（献腎移植の待機）登録したんですよ。それを、だから諦めないでやってみようって。】

【それ、割り切らないとやっていけないから、先ね～。（略）まあ、もうしょうがないって、もうその時は諦めましたよ。泣きわめいてもしょうがないからね。】

また、レシピエントの体調の悪化の原因を模索する際に、ドナーが自分の提供した腎提が悪かったからではないかなど、悪化の原因を自分に帰属させる場合があった。

【なんか、ずいぶん、あの、だから自分が年取ってるから、あの、それがいけないのかな

っていうことだけ先生に、なんか先生に私の（提供した腎臓）が、駄目だったんじゃないんですかって、（聞いたんです。）そっちのほうがすごく、あの、心配でした。】

ドナーカテゴリー11：「レシピエントの回復に対する希望の維持」

これは、ドナーがレシピエントの体調が回復に向かうための方法を見出すなどして、レシピエントが回復することの希望を捨てずに信じ続けることを示している。

【元気になると、本当に信じましたね。信じられましたね。ええ。本当に】

【治るんだろうなと思ったから、別にそれはもうお医者さんを信じるしか無いので】

ドナーカテゴリー12：「腎提供の意味づけ」

これは、ドナーが、レシピエントが腎障害を患ってから提供に至るまでの経緯、腎提供後の今日までの道のりを振り返り、立ち戻って、腎提供したことの自分にとっての意味を模索することを示している。腎提供の意味づけは、「レシピエントに対する新たな認知」に影響を受けていた。レシピエントの体調が改善すると、腎提供したことへの肯定的評価を付与した。

【まだ思い切ってっていうところまではいかないけれども、それでも（レシピエントが）仕事が再開できて、それで、もう、私、もうついて行かなくて、（レシピエントが）１人で外に、あの、仕事先に出向くこともできるようになったし、もう、それはおっきいなと思ってね、うん、良かったなってつくづく思いますね、ええ。】

レシピエントの体調が一時的に悪化、あるいは決定的に悪化すると、意味づけは否定的となった。

【R（レシピエント）のほうがようなって（良くなって）くれないと。うん。せっかくね、（腎移植を）やったのにっていう思いが、すごくありましたね。】

ドナーは、「レシピエントに対する新たな認知」である、レシピエントとの関係や腎提供に対するレシピエントの受け止めが良い状態であると、レシピエントの体調が悪化した場合でも最終的に「腎提供の意味づけ」は肯定的となった。

【だから、R（レシピエント）の心からの感謝をもらったし、正しい決断であったし、それから患者さんの色々な苦しみとか、色々な経験ね？させてもらったから、すっごい感謝しているわけですよ。・・・・それで、・・・何とかやってる・・・んだわね。】

【やっぱり、R（レシピエント）との信頼関係が、また築けたってことじゃないかな。固くなったっていう、絆が。それは（腎提供して良かったと思える理由の）一番だと思いますよ。】

「腎提供の意味づけ」には、ドナー自身の体調が改善・健康であることも関係していた。

【これで自分がすっごい、異常に体調が悪ければどういう風になるか（正しい決断であったと思うことができるのか）わからないけれども】

ドナーカテゴリー13：「これからの自分の展望」

これは、ドナーが自分の将来をどのように生きていくのかについての展望を示している。「腎提供の意味づけ」が肯定的となると、発展的な自分の将来像をもつ。自分の将来像には、純粋に自分のみの将来像である≪新しい自分の生き方≫と、レシピエントと自分がどのように生きていきたいのかという希望を含めたレシピエントと自分の将来像を示す、≪レシピエントとの新たな人生≫とが含まれていた。

【私ね、やっぱし、R（レシピエント）にしか出来ない仕事？それが出来るっていうことで生き生きしていましたね。そういうR（レシピエント）の姿は、一番好きですね。だから、それを支えることはしようと思いました。】

【R（レシピエント）に感謝するってことと、・・・そういう風に正しい決断であったっていうこと2点を、きっちりと・・・・時々思い起こせば、前に進んでいけるわけだから。そんなに、急には、そこまではたったたった行きつきはしないけれど、・・・・そうですね。】

「腎提供の意味づけ」が否定的となると、退行的な自分の将来像となった。

【どうのこうのって後悔するとかね？決断は正しくなかったとか、色々マイナスの方を思って生きていると、全部ダウンしちゃうわけでしょ？（略）もう腎移植したために、こんなになったとか、あんなになったとか、それは良くなかったとか、それは思えば下がる一方だけれども、】

ドナーが自分の将来について発展的な将来像をもつためには、「腎提供の意味づけ」が肯定的評価となることが必要であった。

５）ドナーカテゴリー関連図

レシピエントの体調変化に伴う生体腎移植ドナーの腎提供に対する認識とドナー自身への影響のカテゴリー関連図を、図２に示す。なお、文字が小さいため、巻末にはＡ３サイズに拡大した図３を再掲した。

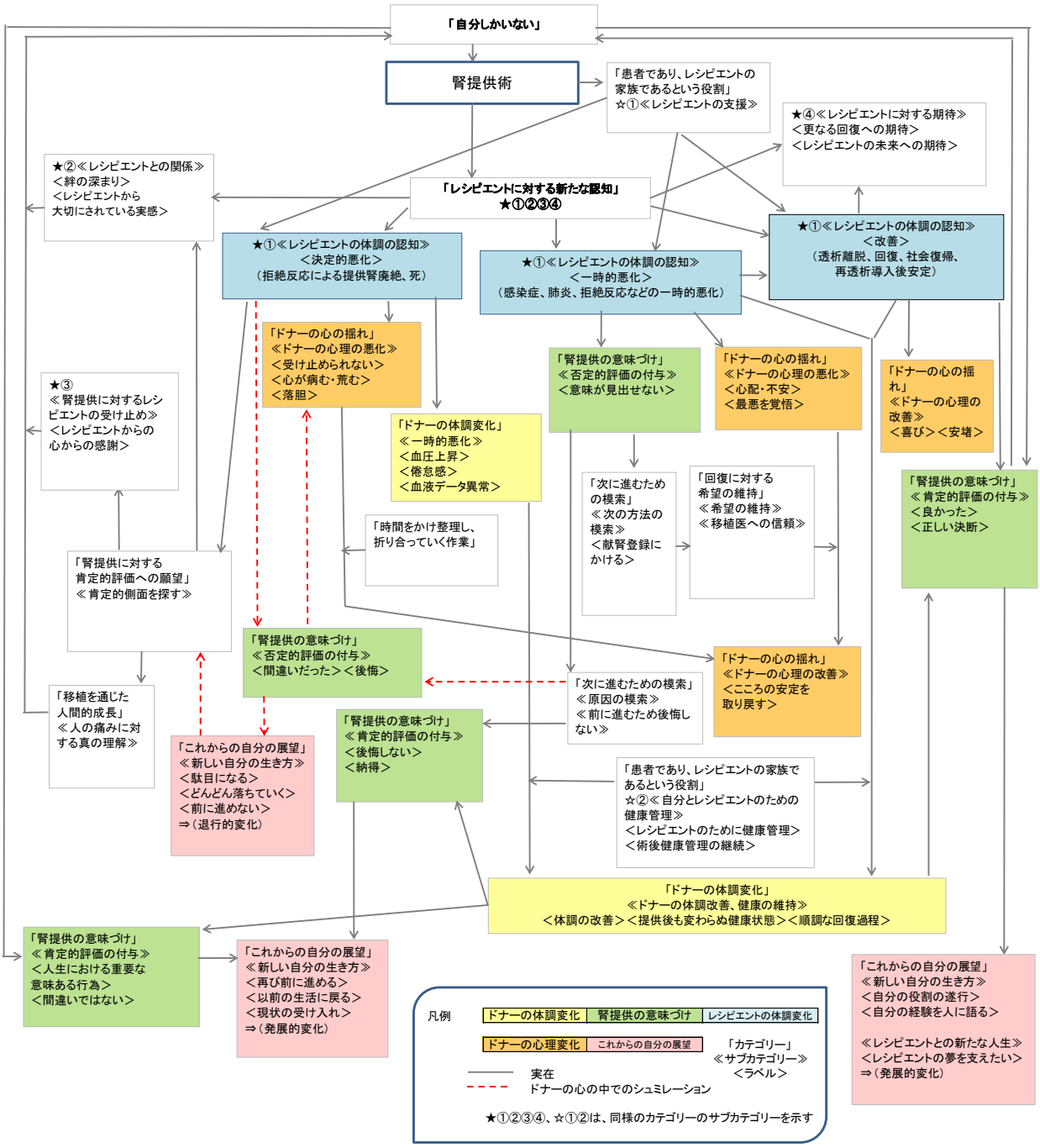


図2：レシピエントの体調変化にともなう生体腎移植ドナーの腎提供の認識とドナー自身への影響のカテゴリー関連図

生体腎移植ドナーは、「自分しかいない」ことを確認し、腎提供術に進むが、提供後から、「レシピエントに対する新たな認知」をもち、その４つの構成要素（サブカテゴリー）のひとつである≪レシピエントの体調の認知≫をもとに、「腎提供の意味づけ」を行ない、「これからの自分の展望」を捉えていた。また、≪レシピエントの体調の認知≫により、「ドナーの体調」と「ドナーの心の揺れ」は直接的に影響を受け、変化していた。

≪レシピエントの体調の認知≫は、その後のドナーの変化の違いから、透析の離脱、回復、社会復帰、再透析導入後安定などの＜レシピエントの体調改善＞と、感染症や肺炎や拒絶反応などを呈するもののその後の治療が奏功することによって回復に至る＜レシピエントの体調の一時的悪化＞、レシピエントの死や拒絶反応による提供腎廃絶の＜レシピエントの体調の決定的悪化＞の 3 側面に分けられた。これより、生体腎移植ドナーの≪レシピエントの体調の認知≫の 3 側面が与える、生体腎移植ドナーへの影響を記述する。

（1）＜レシピエントの体調の改善＞という認知によるドナーの影響

移植後にレシピエントが透析からの離脱や社会復帰など、以前の状態より＜レシピエントの体調改善＞があったと認知すると、＜喜び＞＜安堵＞＜心の安定を取り戻す＞など「レシピエントの心の揺れ」は、≪改善≫し、「ドナーの体調」も、≪改善・健康≫となる。また、「腎提供の意味づけ」は、＜腎提供して良かった＞＜正しい決断＞など、≪腎提供に対する肯定的評価の付与≫となる。また≪腎提供に対する肯定的評価の付与≫には、「ドナーの体調」が≪改善・健康≫であることも関係していた。「腎提供の意味づけ」が肯定的評価になると、「これからの自分の展望」は＜自分の役割の遂行＞＜レシピエントの夢を支えたい＞など、≪新しい自分の生き方≫は発展的なものになった。

（2）＜レシピエントの体調の一時的悪化＞という認知によるドナーの影響

感染症や肺炎の発症、拒絶反応などが生じるが後に改善する場合など、＜レシピエントの体調の一時的悪化＞をドナーが認知すると、「ドナーの心の揺れ」は、＜心配・不安＞＜最悪を覚悟＞など、≪悪化≫方向に移行するが、「ドナーの体調」は≪改善・健康≫の状態のままで特に変化は生じない。「腎提供の意味づけ」は、＜提供したことの意味が見出せない＞など一時的に≪腎提供に対する否定的評価の付与≫がされる。＜腎提供したことの意味が見出せない＞という否定的評価の状況のままでいることの影響について、ドナーは心の中でシュミレーションし＜提供したことへの後悔＞や＜提供したことは間違いだった＞と思い、腎提供したことについて決定的な否定的評価をすることで、＜駄目になる＞＜前に進めない＞など「これからの自分の展望」が退行的になることを自覚する。それを回避するためにドナーは、「次に進むための模索」を行なう。＜献腎登録にかける＞＜他のドナー候補の査定＞など≪次の方法の模索≫を行なうことでドナーはレシピエントの「回復に対する希望を維持」することができ、

≪悪化≫方向に移行していた「ドナーの心の揺れ」は、＜心の安定を取り戻す＞などの≪改善≫があった。更に≪前に進むために後悔しない≫という対処を行なうことにより＜腎提供したことを後悔しない＞場合や、レシピエントの体調の悪化の≪原因の模索≫を行ない自分なりの＜納得＞をして、≪腎提供に対する肯定的評価を付与≫していた。しかし、レシピエントの体調は一時的な悪化であるため、その後ドナーは、＜レシピエントの体調の改善＞を認知する。その後のドナーの影響は、前項で示した通りである。

（３）＜レシピエントの体調の決定的悪化＞という認知によるドナーの影響

腎提供後にレシピエントが亡くなる、拒絶反応による提供腎の廃絶などの＜レシピエントの体調の決定的悪化＞を認知すると、「ドナーの心の揺れ」は＜受け止められない＞＜心が病む・荒む＞＜落胆＞などのように≪悪化≫方向に大きく移行した。また「ドナーの体調」も、＜血圧上昇＞＜倦怠感＞＜血液データ異常＞などを呈し、≪一時的に悪化≫した。「腎提供の意味づけ」については、やはりドナーは心の中でシュミレーションを行ない、＜提供したことへの後悔＞や＜提供したことは間違いだった＞と思い、決定的な≪否定的評価を付与≫することで、＜駄目になる＞＜前に進めない＞など「これからの自分の展望」が退行的になることを自覚し、さらに＜心が病む・荒む＞などの≪ドナーの心理の悪化≫の状態となり、その状況をより深く、より長く遷延させることを自覚する。その一方で元来的にドナーは、「腎提供に対する肯定的評価への願望」を強く持っており、腎提供したことの≪肯定的側面を探す≫。＜レシピエントからの心からの感謝＞や＜レシピエントから大切にされている実感＞などの「レシピエントに対する新たな認知」の肯定的な側面を大事にしていくことや、辛い思いをしたことによって≪人の痛みに対する真の理解≫を得たなど、「移植を通じた人間的な成長」など、腎提供をしなければ経験することの無かった肯定的な側面を意識することで、腎提供したことを振り返り、＜人生における重要な意味ある行為＞＜間違いではない＞など、≪腎提供に対する肯定的評価の付与≫に至る。「腎提供の意味づけ」が肯定的評価となることで、「これからの自分の展望」として、＜再び前に進める＞＜以前の生活に戻る＞＜現状の受け入れ＞など、≪新しい自分の生き方≫に対して発展的な変化となった。＜レシピエントの体調の決定的悪化＞により生じた≪ドナーの心理の悪化≫は、「時間をかけ、整理し折り合っていく作業」を通して、＜心の安定を取り戻す＞など≪改善≫した。また≪一時的に悪化≫した「ドナーの体調」に対し

ては、「患者であり、レシピエントの家族であるという役割」としての、≪自分とレシピエントのための自身の健康管理≫を継続することで、「ドナーの体調」は、≪改善・健康の維持≫へと変化した。「腎提供の意味づけ」においては、一度否定的評価となったのちに≪腎提供に対する肯定的評価の付与≫となる場合においても、同様に「ドナーの体調」が≪改善・健康≫であることが関連していた。

6）生体腎移植ドナーの腎提供に対する認識がレシピエントに与える影響

これまでの項で、レシピエントの体調変化に伴う生体腎移植ドナーの腎提供の認識とドナー自身に与える影響について結果を述べた。この項では、生体腎移植ドナーの腎提供の認識がレシピエントに与える影響について、レシピエントのインタビューの分析結果から明らかになったことを述べる。

（1）生体腎移植ドナーの腎提供に対する認識がレシピエントに与える影響のカテゴリー構成要素とカテゴリーの説明

生体腎移植ドナーの腎提供の認識がレシピエントに与える影響として、9のレシピエントカテゴリーが見出された。レシピエントに与える影響は、レシピエントの認識とレシピエントの行為の 2 つに大別された。レシピエントの認識にもとづく行為は、ドナーが捉える「レシピエントに対する新たな認知」に影響していた。また、前項までに述べた生体腎移植ドナーの認識も提供術までの道のりが大きく影響していたが、レシピエントの認識も移植術までのドナーとの関わりが大きく影響を及ぼしていた。生体腎移植ドナーの腎提供に対する認識がレシピエントに与える影響のカテゴリー構成要素を、表４に示す。

表4. 生体腎移植ドナーの腎提供に対する認識がレシピエントに与える影響のカテゴリー構成要素

	カテゴリー	サブカテゴリー	ラベル	
レシピエントの認識	健康なドナーから腎提供を受けることの申し訳なさ	健康なドナーを傷つけることの申し訳なさ	健康な体に傷をつけたことの罪悪感	ドナーの体を傷つけることは出来ない
		他の治療選択肢を選択すればよい	透析があるので透析でやれれば良いという認識	
	腎提供したことがドナーの体調に与える悪影響の不安	片腎となったドナーの体調の心配	自分よりドナーの体調が心配	ドナーの検査結果に対する心配
		腎提供の影響に対する不安	ドナーが提供によって体調を崩す事への不安	ドナーの体調不良が提供による影響ではないかという疑念
	ドナーとの関係の更なる深まり	絆の深まり	二人三脚なんだという実感	移植を乗り越えたことでつ強くなったつながり
		ドナーからかけがえのない存在として大切にされている実感	迷いなく提供を決断したドナーの気持ちが嬉しかった	ドナーから受ける変わらぬ支援と心配
			元気になった自分を見て心から喜ぶドナー	
	体調悪化の原因を自分の生活行動に帰属	自分の不注意による体調悪化	自分の不注意で起こした体調不良	
		提供腎が廃絶した原因への後悔	アルコールや塩分の取り過ぎが無ければもっと腎臓がもったのかもしれない	無理をし過ぎたのではないかという後悔
	ドナーに対する心からの感謝	ドナーへの感謝の深まり	感謝の気持ちが増す	
レシピエントの行為	周囲と折り合いをつけ、ドナーからの提供腎をできる限り長持ちさせるための行動	移植後に周囲から健康人扱いされる状況に、無理をしがちになる	周囲の人たちは、移植後健康な人間に戻ったと思い無理をせざるを得なくなる	
		提供腎保護のための日常の生活管理	無理をしない	免疫抑制剤の服用
			体重、血圧管理	感染予防行動
		提供腎が廃絶することへの不安	ガラス細工を抱えながらの生活	ドナーからもらった腎臓がダメになったらどうしようという不安
		腎臓を長持ちさせるための行動	腎機能低下時、何とか腎臓を持たせようとする努力	腎臓がダメになると思い仕事を辞める
	心配するドナーへの体調悪化の伝え方に気を配る	心配をかけないために体調悪化をドナーには隠す	ショックを与えないように透析再導入をしばらくつたえない	
		体調悪化をドナーには伝える	大事になる前に体調不良をドナーに伝える	
	今までの分もドナーの望みを叶える	自分と切り離してドナーの生活を大事にしてほしい	これからはドナーの生活を満たすことをしてほしい	過干渉をやめ、ドナーを自由にしてあげる
		ドナーの希望を叶える	ドナーの願いだった一緒に旅行に行く	ドナーの為に絶対死ねない
	未来への希望を持ち積極的に生きる	自分の夢だったことに取り組む	自分のしたかった仕事にチャレンジ	もう一つ未来が持てるんだという気持ちになった
		一生懸命生きる	一生懸命生きようとするしかない	毎日を大切に生きる

なお、再掲となるが【小さい文字】は、レシピエントの語りを示す。個人情報保護の観点からドナーを示す表現はすべて、D（ドナー）と表記する。このため本文中の語り

の多くにD（ドナー）が用いられるが、同一レシピエントの語りとは限らない。また、補足が必要な部分は（　）で加筆した。その上で、カテゴリーを表す典型例として記載した。

レシピエントカテゴリー１：「健康なドナーから腎提供を受けることの申し訳なさ」

これは、ドナーが腎提供を申し出てくれた時や、提供後にドナーの手術創を見た時などに、健康で大病をしたことの無いドナーが自分に腎臓を提供するために手術を受けることに対してレシピエントが抱く認識を示している。この認識は、提供後のドナーの体調に対する不安に強く関係していた。

【ドナーの傷を見た時は、気持ちは落ち込みましたね～。D（ドナー）は全然病気をしない人でしたんで、こんな手術を、健康体に手術を、させちゃって悪いなって気持ちはありましたね。】

レシピエントカテゴリー２：「腎提供したことがドナーの体調に与える悪影響の不安」

これは、今まで健康だったドナーが腎提供後に片腎となってしまったことで、ドナーの体調に悪影響を及ぼすのではないかというレシピエントの不安を伴った認識を示している。ドナーの検診の結果が気になったり、ドナーに体調不良が生じた時に、“腎臓を提供したことが影響しているのではないか”と考え、心配になることなどが含まれている。この不安から、健康なドナーから腎提供を受けることの申し訳なさを想起する場合があった。

【あの、最近、なんか（ドナーが）お薬をもらいに行くようになったんで、自分に、その、腎臓を提供することによって、体力が弱らせたのかなっていうのが、心配はしてますよね。】

レシピエントカテゴリー３：「ドナーとの関係の更なる深まり」

これは、提供後にレシピエントが捉えたドナーとの関係の認識を示している。移植を乗り越えたことで、ドナーとの関係がさらに深く、強くなっていることを認識していた。健康なドナーがリスクを伴う腎提供をしてくれたということで、自分がドナーにとってかけがえのない大切な存在であることを実感していた。このことが、その後のレシピエントの生き方に影響を及ぼしていた。

【その、なんの迷いもなく移植をするという決断をしたのはD（ドナー）なので、それをしてもらって、うーん、そうですね。それだけ大事に考えてくれてっていうのは本当に、やっぱりありますね。】

【D（ドナー）は非常に「気をつけろ、気をつけろ」って言うんだけど、で、薄味のものを食わしてくれたりね、するんだ。】

レシピエントカテゴリー４：「体調悪化の原因を自分の生活行動に帰属」

これは、レシピエントが腎移植後の体調不良や提供腎廃絶の原因が自らの生活行動にあったのではないかと考え、結論付ける認識を示している。しかし実際のレシピエントの生活行動はむしろ移植腎を長く持たせるために注意を払い、きちんと管理されていた。

【あの時ああすればよかったかなとか、もうちょっとセーブして（仕事を）、やればよかったかな～なんて。】

レシピエントカテゴリー５：「ドナーに対する心からの感謝」

これは、腎障害によって苦しんでいたレシピエントが、ドナーから受けた様々な支援に対して術前から抱いていたドナーに対する感謝の気持ちが、移植後にさらに顕在化し深くなることを示している。

【いろんな意味で、感謝しきれないというか。と思ってます。】

レシピエントカテゴリー６：「周囲と折り合いをつけ、ドナーからの提供腎をできる限り長く持たせるための行動」

これは、レシピエントがドナーから提供を受けた腎臓を長持ちさせるために、免疫抑制剤を忘れずに服用することや、体重管理、感染予防行動、活動と休息のバランスをとるなど、生活の中で工夫して行なっている行動を示す。レシピエントは、移植後の周囲の認識を“自分が健康な状態になったと認識している”と捉え、提供腎の保護のためにセーブしながら行動することに困難さを抱える場合があった。レシピエントにとって、ドナーからもらった腎臓であるということが、長持ちさせようとする理由の一つになっていた。

【D（ドナー）がせっかく（腎臓を）くれたのに、なんとか長持ちさせようっていうのがありましたから、そこなんですよね。クレアチニンが 2.4 とかに上がってきて、なんとか戻そうと。でも、追いつかなかったです、腎臓は。】

【あの～やはり移植して仕事に戻りますよね、で～、周りの人間ていうのは、移植したら元の人間に戻っているっていうように思うんですよね。こちらとしてはセーブしながらやってたとしても、やはり周りの人たちに流されて、長く残業してしまったりとか、やらざるを得ない状況なんですよね。】

【そしたらその仕事がきつくてですね、（略）その挑戦して（その仕事を）やったんですけれども、どうしてももたなくて、もたないというか、これ危ないと思って、移植腎壊れちゃうと思いまして、自分で（その仕事を）辞めたんですよね、あきらめて。】

レシピエントカテゴリー７：「心配するドナーへの体調悪化の伝え方に気を配る」

これは、レシピエントが自分に起こっている体調の悪化について、ドナーにどのように伝えるかを配慮していることを示している。考えた末に時期を遅らせて伝える場合と、すぐに伝える場合とがあるが、どちらの場合も“ドナーを心配させたくない”という理由が共通していた。

【（ドナーには）隠してたんですよ（再透析になることを）。あの、もう年配になってきたので、あまりショックを与えちゃいけないんで、少し経ってから話してますね。】

【本当に体調が悪いときは言います。逆に、それを心配させてしまいますし、あとでおおごとになったほうがよっぽど大変なので】

レシピエントカテゴリー８：「今までの分もドナーの望みを叶える」

これは、ドナーに対する感謝によって導き出される、レシピエントの行為である。移植前は腎障害によりドナーに心配をかけ、また多くの支援を受けていたレシピエントが、移植によって健康を取り戻したことで、今まで充分に叶えることが出来なかったドナーの希望を叶えようと行動することを示している。レシピエントは、ドナーの一番の願いはレシピエントが健康になることであるということを認識しているため、ドナーのために移植後の自分が健康を維持することも、ドナーの希望を叶えることとして捉えられていた。

【まあ、そこまで回復してたんじゃないんだけど、ま、D（ドナー）の思いをなんとか実現したいっていうことが自分の中にあって、たぶん、D（ドナー）が望むままに北海道にはついて行ったんだと思うんですよ。】

【絶対死にたくないと思いましたね。僕自身のためでもあるし、僕自身がそうなることが、D（ドナー）の喜びでもあるのをわかってますから。】

レシピエントカテゴリー９：「未来への希望を持ち積極的に生きる」

これは、移植によって健康を取り戻したレシピエントが、今まで腎障害によって諦めてきた自分の夢や希望を叶えるために再び挑戦し、積極的に生きようとする行動を示している。

【新たな気持ちになれたんで、移植っていうのは相当効果もあったし、自分も、まあ、も

う一つ未来持てるんだなという気持ちになったのは事実ですよね。】

【今回移植できてようやく、普通の人間に戻ったってことで、あの～ちょっとチャレンジしてみたことがあるんですよ。自分のやりたいことに。】

（２）レシピエントの体調変化にともなう生体腎移植ドナーの腎提供に対する認識がドナーとレシピエントに与える影響のカテゴリー関連図

レシピエントの体調変化にともなう生体腎移植ドナーの腎提供に対する認識がドナーとレシピエントに与える影響のカテゴリー関連図を、図３に示す。なお、文字が小さいため、巻末にＡ３サイズに拡大したものを再掲した。

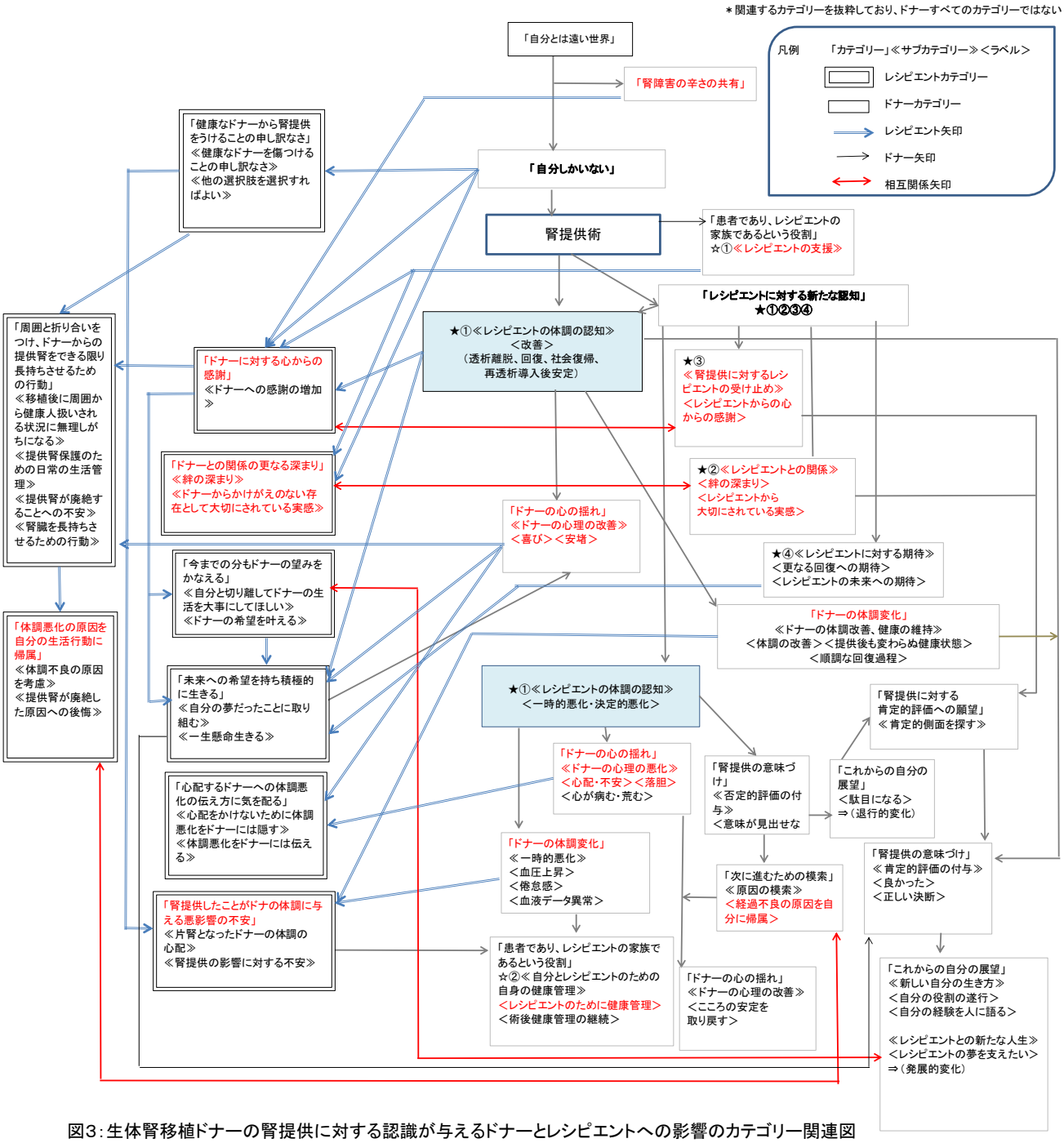


図3：生体腎移植ドナーの腎提供に対する認識が与えるドナーとレシピエントへの影響のカテゴリー関連図

生体腎移植レシピエントは、ドナーがレシピエントの移植後の健康状態に高い関心を持っていることを、術前からの関わりや「ドナーの心の揺れ」から認識していた。レシピエントは、今までの長い間レシピエントが腎障害で苦しむ様子をドナーが傍らで心配し、そして支え続けてくれたこと、その腎障害の辛さから解放され健康になりレシピエントらしく生きることを願って腎提供を決意してくれたことで、「健康なドナ

ーから腎提供を受けることの申し訳なさ」を感じるが、同時に≪ドナーからかけがえのない存在として大切にされている実感≫を持ち、腎移植を受ける。

これらの腎移植までの経験に加え、術後には移植術によってレシピエント自身が健康を取り戻したことで、リスクを犯してまで腎臓を提供してくれた「ドナーに対する心からの感謝」を抱く。またレシピエントは、移植を一緒に乗り越えたことで「ドナーとの関係の更なる深まり」を実感していた。移植後にレシピエントが「ドナーに対する心からの感謝」を抱いていることや、「ドナーとの関係の更なる深まり」があったと捉えていることを認知したドナーは、「腎提供の意味づけ」に対して≪肯定的評価を付与≫しており、レシピエントの認識がドナーに影響を与えていた。

さらに、レシピエントには、移植によって健康を取り戻したことで「未来への希望を持ち積極的に生きる」という前向きな気持ちとそれに基づく行動が生まれるが、このこと自体が、ドナーにとっての期待や願いでもあり、「腎提供の意味づけ」を肯定的なものにしていた。ドナーの「腎提供の意味づけ」が肯定的となると、ドナーは「これからの自分の展望」を発展的に捉えるようになる。レシピエントは、「ドナーに対する心からの感謝」から「今までの分もドナーの望みを叶える」ための行動をとるが、ドナーが「これからの自分の展望」を発展的に捉えること自体も、レシピエントにとっての「ドナーの望みを叶える」ことであり、レシピエントの認識と変化がドナーに影響を及ぼし、ドナーへの影響が再びレシピエントに影響を与えていた。

また、ドナーがレシピエントの体調が移植によって改善したと認知することによって、「ドナーの心の揺れ」が良い方に変化し、＜喜び＞や＜安堵＞となることを認識したレシピエントは、「ドナーに対する心からの感謝」と「健康なドナーから腎提供を受けることの申し訳なさ」から、移植を終えたレシピエントが≪移植後に周囲から健康人扱いされる状況に、無理しがちになる≫という葛藤を抱えながらも、＜免疫抑制剤の服用＞や＜無理をしない＞など「周囲と折り合いをつけ、ドナーからの提供腎をできる限り長持ちさせるための行動」をとっていた。

一方で、レシピエントが健康を取り戻した時にドナーが大変喜んだ様子から、ドナーがレシピエントの体調が悪化したと認知することで、「ドナーの心の揺れ」が悪い方に変化し、＜心配・不安・落胆＞などを生じることをレシピエントが推測する、あるいはそのような悪化を実際に認知することとなる。この認識から、実際にレシピエント自身の体調が悪化した場合に、「心配するドナーへの体調の伝え方に気を配り」、体

調の悪化をドナーに隠す場合や、隠すことで余計に心配すると捉え、きちんと伝える場合とがあった。いずれの場合も、レシピエントの体調悪化が、ドナーにとって＜心配・不安・落胆＞をもたらすことをレシピエントが認識することで、レシピエントのドナーに対する体調悪化の伝え方に影響を与えていた。またレシピエントは、自身の「体調悪化の原因を自分（レシピエント）の生活行動に帰属」し、後悔する傾向があるが、生体腎移植ドナーもレシピエントの体調悪化の原因が、自分が提供した腎臓が悪かったからではないかなど、＜経過不良の原因を自分（ドナー）に帰属＞させる場合があり、ドナーもレシピエントもレシピエントの体調悪化の原因を自分に帰属させる傾向があった。

「健康なドナーから腎提供を受けることの申し訳なさ」から、レシピエントは、≪片腎となったドナーの体調の心配≫や≪腎提供の影響に対する不安≫など、術後に「腎提供したことがドナーに与える悪影響の不安」をもつ。レシピエントが腎提供に対する申し訳なさを感じていることから腎提供後のドナーの健康状態に高い関心を持ち、不安をもっていることを認知するドナーは、≪自分とレシピエントのための自身の健康管理≫を行なっていた。

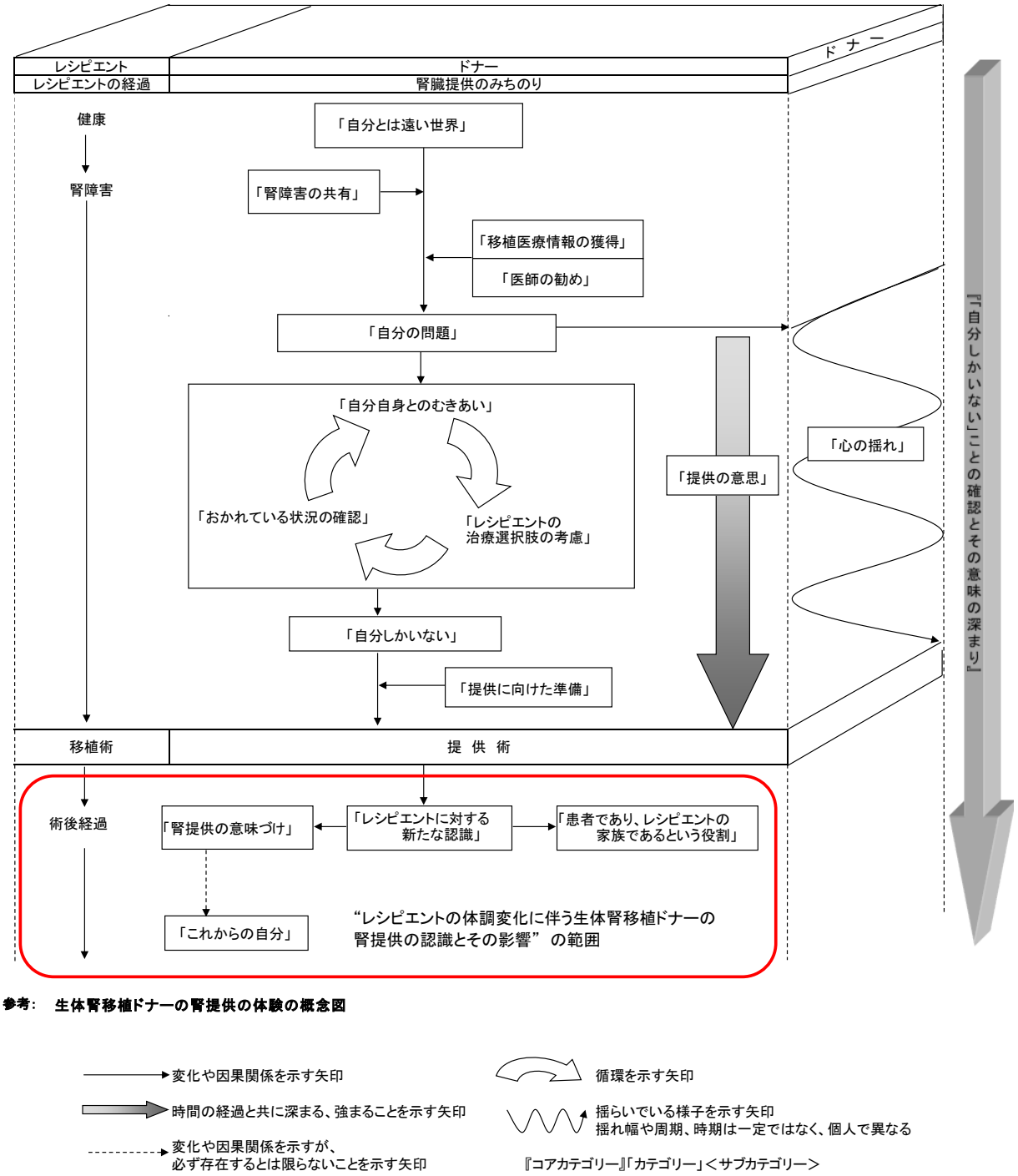
これらより、生体腎移植ドナーの腎提供の認識がレシピエントにも影響を及ぼしていることが明らかとなった。さらに、レシピエントへの影響は、再びドナーへ影響を与えており、相互に影響を及ぼしあっていることが明らかになった。

Ⅵ．考察

１．生体腎移植ドナーの腎提供の体験との位置づけから見た本研究の特徴

１）生体腎移植ドナーの腎提供の体験と本研究の位置づけ

レシピエントの体調変化にともなう生体腎移植ドナーの腎提供の認識とその影響は、生体腎移植ドナーの腎提供の体験[12)]に内包されるものであり、特に提供術後に焦点があてられたものである。図４では、生体腎移植ドナーの腎提供の体験の概念図を用いて、本研究の位置づけを赤い囲いで示した。



参考: 生体腎移植ドナーの腎提供の体験の概念図

図4：生体腎移植ドナーの腎提供の体験と本研究の位置づけ

生体腎移植ドナーの腎提供の体験[12]では、生体腎移植ドナーは、レシピエントが健康だったころは移植を「自分とは遠い世界」ととらえていたが、レシピエントの「腎障害の共有」や「移植医療情報の獲得」、「医師の勧め」により「自分の問題」へと変化した。移植を「自分の問題」ととらえると、ドナーは「自分自身とのむきあい」「おかれている状況の確認」「レシピエントの治療選択肢の考慮」を行い、「自分しかいな

い」ことを確認し、「提供に向けた準備」をおこなう。これらの過程を通じてドナーは術直前まで「心の揺れ」を感じながら、徐々に「提供の意思」を強めていき提供へと進むことが明らかとなっている。提供術に向かうまでのプロセスにおいて、生体腎移植ドナーは「自分しかいない」ことを確認することで、自分の腎臓を提供することについての意思決定をしている。さらに、腎提供後のドナーは、レシピエントの回復過程に影響を受けながら「レシピエントに対する新たな認識」を持ち、それをもとに、腎提供したことを振り返り「腎提供の意味づけ」を行っていた。提供を終えた後もドナーの人生において「自分しかいない」ことの意味を深めていた。

本研究では、レシピエントの回復過程によってドナーの腎提供に対する認識がどのように影響を受けるのか、さらにドナーに生じた影響はレシピエントにどのように影響しているのかについて明らかにするものであった。

２）時間の変化にともなうカテゴリー、サブカテゴリーの変化

2009 年の報告 [12] においては術後間もないドナーを対象としていたが、本研究では平均して移植後数年以上が経過していたことから、レシピエントの体調の変化によって新たに見出されたカテゴリーの他に、時間の経過に伴って現れたカテゴリーと、現れなかったサブカテゴリーもあった。ここで、時間の経過によってサブカテゴリー名が変化した≪レシピエントの体調の認知≫と、移植後間もない時期には現われたが時間の経過に伴い現れなくなったサブカテゴリー≪新しい身体感≫、移植後間もない時期には現れなかった「これからに自分の展望」の退行的変化について、考察する。

変化したサブカテゴリー：≪レシピエントの体調の認知≫

ドナーは、術直後はレシピエントの体調の変化を、≪レシピエントの回復過程の認識≫として捉えていたが、本研究においてドナーは、レシピエントの手術による回復過程は終わっていると捉えており、その後の体調変化として捉えていた。このことから、サブカテゴリー名は≪レシピエントの回復過程の認識≫から、≪レシピエントの体調の認知≫とした。

再現されなかったサブカテゴリー：≪新しい身体感≫

本研究により、ドナーカテゴリー４「患者であり、レシピエントの家族であるという役割」は、サブカテゴリー≪自分とレシピエントのための自身の健康管理≫が見いだされ、≪レシピエントの支援≫、≪術後身体との対峙≫、≪新しい身体感≫の４つ

のサブカテゴリーで構成されることが明らかになった。前述の報告[12]では、術後間もない時期のドナーを対象といていたため、ドナーが術後の身体状況に対処し、次第に新しい身体として認知することのサブカテゴリー≪新しい身体感≫が見出されていたが、本研究では、≪新しい身体感≫は再現されなかった。これは、本研究の対象者であるドナーは、提供後から数年以上の時間が経過していたため、術直後に感じていた、今までとは違う新しい自分の身体感が、時間と共に定着し、本研究のインタビュー時にはすでに自分のものとして受け入れられ、自己概念の再構築が完了していたことを示しているものと推察された。

新たに見いだされた、カテゴリー「これからの自分の展望」における退行的側面

本研究の結果では、ドナーの「腎提供の意味づけ」が否定的となると、＜だめになる＞＜どんどん落ちていく＞＜前に進めない＞など、退行的な自分の将来像となることが明らかになった。2009 年の報告[12]では、「腎提供の意味づけ」において≪否定的評価≫をしたドナーは、「これからの自分」を語らなかった。この理由として次の 2 点が考えられた。1 点目は、提供後間もない時期に調査が行われていたため、ドナーの関心がレシピエントに強くむけられていたこと、2 点目に、この時期のドナーはレシピエントがまだ術後の回復過程にあると捉えているため、その後の回復を確信しており、確定的な否定的評価には至っていなかったためと推察された。

３）本研究によって得られた新たな知見

本研究の結果においても、生体腎移植ドナーの腎提供の体験と同様のカテゴリーが再現されたが、それだけでなく、「ドナーの心理」や「ドナーの体調」、そして「腎提供の意味づけ」は、「レシピエントの新たな認知」の 1 つの要素である≪レシピエントの体調の認知≫を、＜改善＞＜一時的悪化＞＜決定的悪化＞の 3 側面でとらえることによって変化することが明らかになった。特に、「ドナーの心の揺れ」と「ドナーの体調」は＜レシピエントの体調の認知＞によって、直接的に変化していることに加え、「ドナーの心理」と「ドナーの体調」は連動しておらず、単に、体調の改善と悪化という 2 側面によって変化するのではなく、体調変化の捉え方の 3 側面によって、心理と体調の変化が異なるということが明らかになった。このことから、レシピエントの体調悪化においては、それが一時的な悪化なのか、それとも決定的な悪化なのかということがドナーにとって重要な意味を持つということが明らかになったといえる。

また、心理においては、ドナーは術前にも「心の揺れ」を持っていたが、術後間もない時期の調査であったことから、提供後のドナーの心理がどのように移行するのかについては明確になっていなかった。本研究によってドナーは術後も「心の揺れ」を経験していること、そして≪レシピエントの体調の認知≫によって「ドナーの心の揺れ」が直接的に変化する様相が明確になった。さらに、体調においては、2009 年の報告[12)]では、同様に調査時期が術後間もない時期であったことから、ドナーが術後「患者としての役割」の中で、術後身体と対峙し、新たな身体感を獲得する様子は明らかになっていたが、長期的には「ドナーの体調」がどのように変化していくのかは明らかになっていなかった。本研究により、「ドナーの体調」が≪レシピエントの体調の認知≫によってどのように変化するのかが明らかになっただけでなく、ドナーは自分の体調の心配をするレシピエントの影響を受けてレシピエントのためにも自身の健康管理をしていることが明らかになった。さらに≪レシピエントの体調変化の認知≫によって変化する「腎提供の意味づけ」の内容によって、「これからの自分の展望」のとらえ方が発展的あるいは退行的となり、ドナー自身の将来像に違いが生じることの様相がより明確に示された。本研究の結果を踏まえると、ドナーが「これからの自分の展望」において発展的な将来像をもつためには、「腎提供の意味づけ」が肯定的評価となることが必要なことが明らかになった。

加えてさらに、レシピエントの体調変化をドナーが認知することで、ドナー自身にも影響が生じていたが、ドナーの変化を認識したレシピエントにもその影響が及んでおり、さらにレシピエントの変化を認知したドナーにも影響が及んでいることから、生体腎移植ドナーとレシピエントは、互いの健康状態に高い関心を持つことを基盤として、相互に強い影響を及ぼしあっていることの様相が、より明確に示されたといえる。

２．シンボリック相互作用論から捉えた、生体腎移植ドナーの腎提供に対する認識とその影響

１）生体腎移植ドナーとレシピエントの相互作用

結果で述べたように、生体腎移植ドナーの腎提供の認識は、レシピエントの体調の変化や腎提供に対するレシピエントの捉え方、レシピエントとの関係、レシピエントに対する期待などの、ドナーが捉える「レシピエントに対する新たな認知」によって

影響を受けており、「ドナーの体調」や≪ドナーの心理≫、そして「腎提供の意味づけ」が変化していた。ドナーの体調や心理の変化がドナー自身に影響を与えていることは勿論の事、「腎提供の意味づけ」が変化することの影響は、「これからの自身の展望」が発展的になる、あるいは退行的になるなど、ドナー自身に影響が生じていた。一方で、ドナーに生じた影響（変化）をレシピエントが認識することによって、レシピエントにも影響が生じていた。具体的には、レシピエントの健康が悪化したことを捉えたドナーが、＜心配＞や＜不安＞などによって≪ドナーの心理の悪化≫になることをレシピエントが認識することで、レシピエント自身は「周囲との折り合いをつけ、ドナーからの提供腎を長持ちさせるための行動」をとったり、実際に体調が悪化した際に、心配するドナーに体調悪化を≪隠す≫などの影響が生じていた。さらにレシピエントに生じた影響をドナーが認知することで、ドナー自身にも影響が生じていた。具体的には、レシピエントが≪片腎となったドナーの体調の心配≫を常にしていることを認知するドナーが、≪自分とレシピエントのための自身の健康管理≫を行なっていた。これらより、生体腎移植ドナーとレシピエントはお互いに強い関心を持っており、その影響が相互に及んでいると捉えることが出来た。これらの相互の影響は、レシピエントの体調変化を契機にしてお互いの変化を認識することで、連続して形成されていくものであると推察され、生体腎移植ドナーの腎提供の認識が変化する大きな要素の一つに、レシピエントの体調変化があることが明らかになった。

これらの現象は、“人間がお互いに対して行為する手段として、お互いの行為の意味を解釈しあっており、その意味にのっとって行為する”というシンボリック相互作用論のとらえる見方[15]に合致する。レシピエントが提供後の自分の体調を心配しているということの事実のみをドナーが認知するだけではなく、「レシピエントの心配」という現象の意味を、「ドナー自身が健康でいることへの願い」であるとドナーが解釈するために、ドナーは≪自分とレシピエントのための自身の健康管理≫を行なっているのだといえる。

また、Blumer[15]は“シンボリックな相互作用は、意味は人々の相互作用の過程で生じたものと捉え、相互作用の過程を、他者に対して何をすべきかの指示を行ない、また他者による指示を解釈するということから成立しており、それ自体が一つの形成的な過程である”とも説明している。本研究の結果においても、ドナーの認識がレシピエントに影響を及ぼし、そのレシピエントの変化を捉えたドナーにも再び影響を及ぼ

しており、お互いの認識による影響が連続して形成される過程であることが明らかになり、生体腎移植ドナーとレシピエントの相互の影響は、今後も続いていく連続的な形成過程であると捉えることができた。

生体腎移植ドナーとレシピエントとの間に生じる一連の現象を、シンボリック相互作用論の視座から踏まえると、生体腎移植ドナーへの看護を考える時に、単にドナーにだけ着目するのでは不十分であり、ドナーにとっての最も大きな影響を与える重要な存在としてのレシピエントにも着目し、その相互の影響を捉えた視点を持ちながら、ドナーという個を捉える必要があることが見えてくる。このことからも、特にレシピエントの体調が変化した時期は、ドナーに大きな変化が生じている時期であるといえ、看護としてドナーに意図的に関わりを持つ必要があるといえるだろう。

２）生体腎移植ドナーとレシピエントの相互作用が及ぼすリスク

本研究の対象者である生体腎移植ドナーとレシピエントは、移植を通してお互いに「関係性の深まり」を実感しており、両者の関係は良好に保たれていることが推察された。一方で、移植後に生体腎移植ドナーとレシピエントの関係性が悪化する場合があるという国内外の報告[16,47]も散見される。本研究の結果から、生体腎移植ドナーは、レシピエントの健康回復を願って腎提供を決意していることから、≪レシピエントの体調≫に対する関心が非常に高く、＜更なる回復への期待＞や＜レシピエントの未来への期待＞などの≪レシピエントに対する期待≫を持つこと、またレシピエントは、健康だったのにもかかわらずリスクを冒して腎提供をしてくれたドナーに対して、「健康なドナーから腎提供を受けることの申し訳なさ」や「腎提供したことがドナーの体調に与える悪影響の不安」を有しており、罪悪感などを持ちやすいことが明らかになった。お互いに対する認識や、期待にずれが生じる場合や、お互いを思うがゆえに、思いが強くなりすぎたり、どちらかの反応が過剰となるなど、その均衡が崩れることで、両者の関係に緊張が生じ、関係性に悪影響を及ぼす可能性を秘めていると捉えることができる。特にレシピエントの体調変化時は、ドナーとレシピエント相互の認識が再度繰り返し行われる時期であることから、生体腎移植ドナーとレシピエントの関係性についても注意が必要であるといえる。今回の対象者の中に、関係性の悪化を捉えていたものはおらず、その実態は明らかになっていない。今後は、生体腎移植ドナーとレシピエントの関係性を明らかにすることも、大きな知見となることが期待され、

生体からの臓器提供に依存している日本の移植医療の重要な研究課題となるだろう。

３．生体腎移植ドナーの腎提供の体験と意思決定のプロセス

研究者が行なった先行研究の結果[12]と、本研究の結果を統合すると、生体腎移植ドナーの生体腎移植の体験の中には、血液透析や腹膜透析、献腎移植など、複数存在するレシピエントの治療選択肢が存在する中で、今までのレシピエントとの道のりなどを踏まえ、自分しかいないことを確認し、自分の腎臓をレシピエントに提供するという決断をするという点において、また決断をしたのちも決断までの道のりや決断後の経験を振り返り、何度も立ち戻って決断の評価をし続けているという点において、術前から提供後に渡る意思決定のプロセスが含まれていると捉えることができた。

一般に医療者が認識する患者の意思決定とは、複数の選択肢の中からある選択をすることと捉えがちだが、生体腎移植ドナーにとっての意思決定は、選択するということで完結するわけではなく、その選択が自分にとってどのような意味を持っていたかを自分なりに意味づけすることまでを含んでいた。このことから、生体腎移植ドナーの腎提供の体験の中に含まれる意思決定のプロセスは、３つの段階が含まれていると考えられた。3 つの段階は、次のとおりである。第 1 段階の“選択までのプロセス”は、生体腎移植ドナーが移植を「自分の問題」と捉えた時から始まる。第 2 段階の“選択に基づく行為のプロセス”は、「自分しかいない」ことを確認し腎提供術に進むまでを指す。第 3 段階の“選択の意味づけのプロセス”は、≪レシピエントの体調の認知≫に影響を受けながら提供後の「腎提供の意味づけ」を行うプロセスである。腎提供術に進むことは、意思決定のプロセスの内の、選択に基づく行為に過ぎない。ドナーは腎提供後に腎提供をしたことを振り返り、自分なりの意味づけを行なうことで、自分の行なった腎提供という意思決定の評価をしていた。このことからもドナーにとっての意思決定は、腎提供術をもって完結するということではないことを示しており、意思決定のプロセスは術後も継続されていると捉えることが出来た。また、「腎提供の意味づけ」は、一度行なったら終わりではなく、「レシピエントに対する新たな認知」をもとに、変化する可能性のある“動的なもの”であることが本研究により明確になった。生体腎移植ドナーの「腎提供の意味づけ」を変化させる大きな要素として、レシピエントの体調変化があることが明らかになったことは、ドナーの看護介入の時期を明確に示す根拠として意義が大きい。これらをもとに、生体腎移植ドナーの体験に

含まれる意思決定のプロセスを、図５に示す。

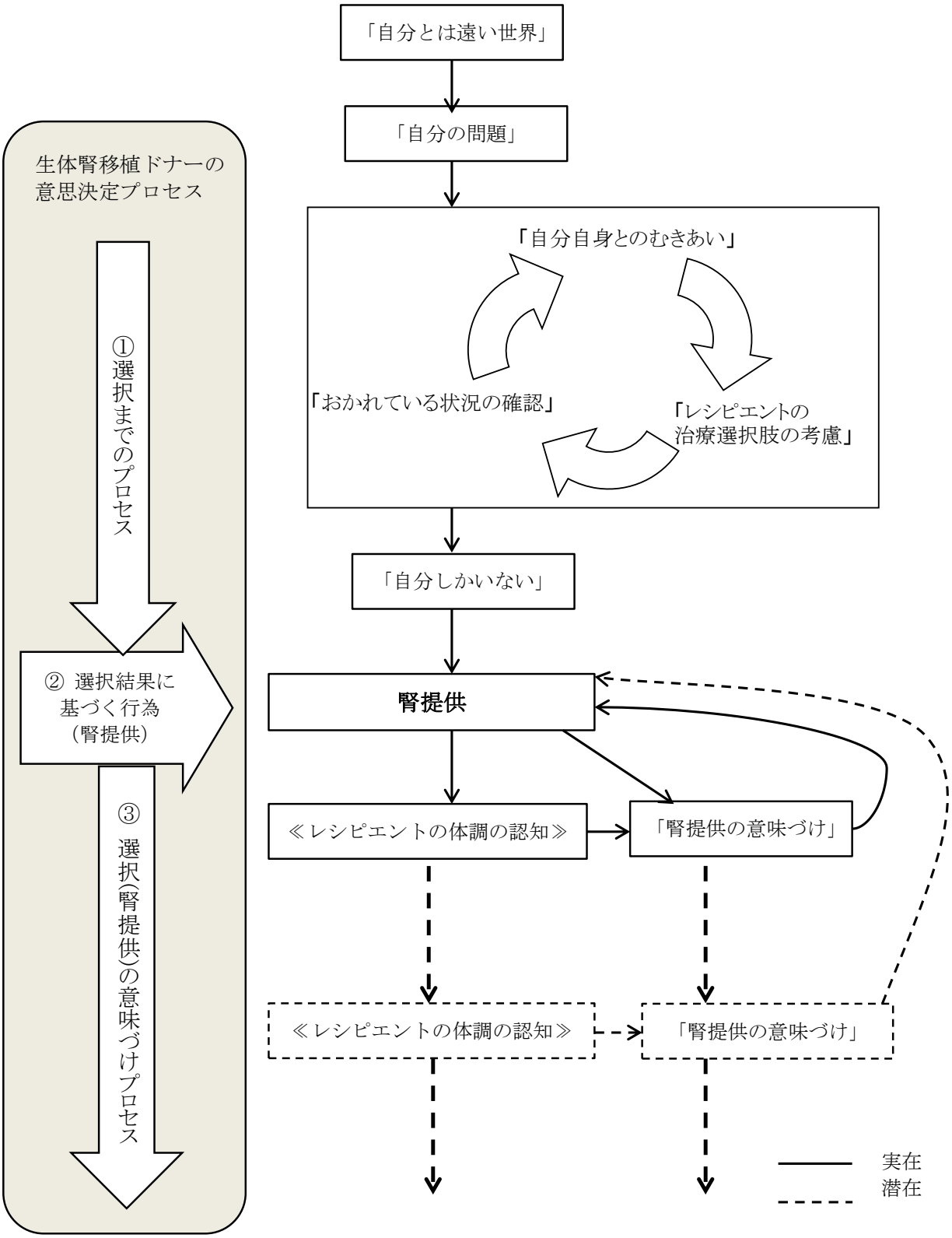


図5：生体腎移植ドナーの腎提供の体験に含まれる意思決定のプロセス

注＊・図は、意思決定プロセスの3つの段階が、どの時期に生じるかを示すものであり、便宜的に
生体腎移植ドナーの腎提供の体験を構成する一部のカテゴリーのみを用いており、体験全てのカテゴリーではない。

４．生体腎移植ドナーの看護支援

１）生体腎移植ドナーの意思決定支援

生体腎移植ドナーの腎提供の体験の中に、意思決定のプロセスが含まれており、そのプロセスには 3 つの段階があることを前項で述べた。ここでは、各 3 つの段階における看護支援の方略について、OHRI の意思決定支援[66]を参考に検討を行う。

（１）OHRI の患者・家族の意思決定支援

患者や家族の意思決定とその支援についてのカナダの研究機関 OHRI（Ottawa Health Research Insitute）がある。OHRI では、意思決定支援を「人々が選択肢とそれがもたらす結果について十分に情報提供をされて、個人の価値観を明確にしたうえで意思決定できるように支援されること」としている[67]。特にリスクとベネフィットが卑近であったり、決断までの時間的猶予が無かったりなどの難しい選択を強いられる環境において、人は意思決定において葛藤を生じること、つまり意思決定葛藤（DC：decision conflict） があることが明らかになっており、看護診断の 1 項目としても定義されている[68]。O'Connor[69]は、意思決定支援によって、行動の選択における不確実と混乱が減少するはずであり、そして、患者が個人的な価値と一致させ、情報に基づく“効果的な決定”を導くとし、意思決定支援において、情報提供と対象者の価値観を明確にすることが重要であることが示されている。

OHRI の意思決定支援の基本姿勢は、Shared Decision Making[70]である。Shared Decision Making とは、①患者の主体的参加と、②患者と支援者が相互に影響し合う動的な決定のプロセスである。OHRI が提唱する、オタワ意思決定支援枠組み[71~72]では、3 段階のプロセスを使用する。以下にその 3 つのプロセスを示す。

a. 意思決定支援のニーズを明らかにするために、クライエントと支援者が意思決定要因をアセスメントする
b. クライエントのニーズに合わせた意思決定支援を提供する
c. 意思決定プロセスの成果を評価する

このように、OHRI の提唱する意思決定支援は、選択肢の決定支援だけに留まらず、意思決定支援プロセスそのものと意思決定支援による成果、すなわちその選択によって対象者にもたらされた結果をも評価対象としている点が特徴的である。

（２）第 1 段階：“選択までのプロセス”における看護支援

生体腎移植ドナーの意思決定の第 1 段階は、生体腎移植ドナーが移植を「自分の問

題」と捉えた時から始まり、「自分しかいない」ことを確認し、複数あるレシピエントの治療選択肢から、生体腎移植のドナーに自分がなることを選択する場合と、「自分しかいない」という認識に至らず生体腎移植ドナーとならないということを選択するまでを含む。第 1～2 段階のドナーは、正確にはドナー候補者である。我々医療者は、ドナー候補者がレシピエントと共に腎移植外来を受診する際に出会う機会が多い事から、複数のドナー候補者からドナーが決まり、生体腎移植に進むことをある程度想定して関わる傾向にあるのではないだろうか。しかしドナー候補者が、生体腎移植のドナーとならないという選択も同等にあり得ることを認識した上で、ドナー候補者の意思決定を支援する必要が有る。このことを明確に認識することで、我々看護師を含む医療者が、中立的な立場で対象者と対峙することを可能とし、ドナー候補者に対するドナーになることを前提とした無意識の態度を排除することが可能となると考える。

意思決定までの時間的猶予がなく緊急を要するだけでなく、移植を選択しないとレシピエントを救命できない肝不全などの場合と異なり、腎不全の場合には、透析などの血液浄化療法があることから、ドナー候補者が時間をかけて熟慮することが可能であることは特徴的である。ドナー候補者に、血液透析や腹膜透析、死体腎移植など、生体腎移植以外の治療選択肢と、それらを選択することによるレシピエントやドナーのリスクとベネフィットについて、医師や他職種と協働しながら、正しい情報を提供することは極めて重要である。また、必要に応じて、腎提供の経験者のナラティブを活用すること[70,73]によって、ドナー候補者が提供後のより具体的なイメージを描くことが可能となると考えられる。それらの情報に基づいた上で、ドナー候補者の価値観を明確にしながら検討できるように、我々はドナー候補者を支援する必要が有る。また、意思決定を困難にしている要因や、特定の選択肢を選択するような他からの圧力の有無、他の家族成員や親せきなど関係する他者の価値観などについても、ドナー候補者と一緒に確認しながら、ドナー候補者自身が積極的に意思決定していけるように支援することが重要である。

（3）第 2 段階：“選択に基づく行為のプロセス”における看護支援

第 2 段階は、生体腎移植ドナーが「自分しかいない」ことを確認し、腎提供術に進むまでを指す。この時期のドナーは、「提供に向けた準備」を行ないながらも、術直前まで≪不安≫や≪恐怖≫などの「心の揺れ」を持ちながら進んでいる。このため、ドナーの複雑な心の揺れに寄り添いながら、手術を行なうまではいつでも引き返すこと

が可能であることを示し、第 1 段階に引き続き十分熟慮した上で、強制によらない自発的な意思に基づく提供を保障する必要が有る。

生体腎移植ドナーの意思確認に関する指針[74]にも、意思決定支援は医療行為（治療）ではないこと、意思決定能力を妨げる可能性のある疾患に対する治療的関与とは異なり、移植医療におけるドナー・レシピエントを含めこれから移植を行うかどうかを考えている人すべてを対象とする関わりであるとしている。さらに、意思決定支援は医療へのファーストアクセスの段階から、提供手術実施直前の意思の最終確認まで継続的かつ必要に応じて行われる必要が有ると述べている。また、前述の日本移植学会倫理指針[6]においても、提供は本人の自発的な意思により行われるべきものであるとし、提供の意思が他からの強制でないことを家族以外の第三者が確認する必要性を述べている。「第三者」とは、ドナーの権利保護の立場にあるもので、かつ倫理委員会が指名する精神科医などの複数のものをいうとしている。これらより、自発的意思の確認と保障においては、他職種の多角的関わりと連携・協働が必要であるといえる。看護は生体腎移植ドナーに最も近い専門職者として、ドナー候補者の小さな変化やサインを見逃さず、自発性に少しでも疑問が有ればチームにその情報をフィードバックしカンファレンスの場を設定するなど、ドナーの権利擁護において調整役割が担えると考える。このためには、常日頃からのチームのコミュニケーションを円滑にし、それぞれの専門的立場を尊重したチーム作りが基盤となるであろう。

（4）第 3 段階の“選択の意味づけのプロセス”における看護支援

第 3 段階は、レシピエントの体調変化に影響を受けながら、提供後の「腎提供の意味づけ」を行うプロセスであり、レシピエントの体調変化が生じる度に生じ、生涯に渡り継続されると推測される。

本研究の結果から、生体腎移植ドナーの「腎提供の意味づけ」は、レシピエントの体調が悪化した場合に否定的となる傾向があり、意味づけが否定的となると、その後にドナーの抱く自己の将来像が退行的に変化することが明らかとなった。このため、レシピエントの体調悪化時は特に、ドナーの「腎提供の意味づけ」の変化に注意が必要な時期であると言える。

本研究の結果から、レシピエントの体調が悪化した場合であっても「腎提供の意味づけ」が肯定的評価になるには、≪腎提供に対するレシピエント認知≫や≪レシピエントとの関係≫が良い状況にあることや、腎提供をしたことで得られた肯定的側面に

ついてドナーが自覚することなどが関係していることが明らかとなった。このことより、ドナーが腎提供したことによる否定的な側面にばかり注目して留まっている場合には、そうならざるを得ないドナーの心理に寄り添いながらも、少しずつ今までの道のりを振り返り、ドナー自らが、腎提供したことの肯定的側面に気が付くことが出来るような視点の転換に向けた援助も有効となることが考えられる。腎提供をしたことによる肯定的側面は、他者から指摘されるようなものではない。あくまでドナー自らが見出すからこそ、実感を伴って認識できるものであると考えられ、我々にはドナーがそれを見出す力を持っていることを信じて待つ、という姿勢が重要であると考えられる。

さらに解釈学的現象学では、ナラティブの展開を重視しており、人は自分自身の経験を意味づけるために語る[75]と捉えられている。生体腎移植ドナーが自分の言葉で経験を語るという行為を通して、腎提供までの経緯や腎提供後の道のりを振り返り、自分の経験を整理することに繋がる。自分の経験を人に語ることは、腎提供の意味づけを促進すると考えられ、ドナーが腎提供したことをどのように捉えているのかについて、看護師は意図をもって耳を傾ける必要がある。前述のように、レシピエントの体調が悪化した場合に腎提供の意味づけが否定的となる可能性があり、特にレシピエントの体調悪化時に注意が必要であるが、レシピエントの経過が順調な場合であっても、ドナーは腎提供の意味づけをしているため、提供後の継続的な支援が必要である。また、語る機会は複数回にわたり必要となることも推察されるため、今後はドナーの語りにゆっくりと耳を傾けるための十分な時間や環境を確保できる、ドナー外来や看護相談などの整備が期待される。

また、本研究の結果を別の側面から見ると、生体腎移植ドナーの「腎提供の意味づけ」はどうしてもレシピエントの体調、すなわち移植の結果に規定されやすい状況と捉えることが出来る。このことから、術前の段階に、情報不足は勿論の事、移植成績に対する過剰な期待、不安から移植の不成功などの自分にとって不都合な情報を意図的に排除するなど、正しい情報によらない誤った選択にならないように、ドナーを支援していく必要が有ることが強く示唆された。具体的には、確率は非常に少ないが提供腎が拒絶反応などにより廃絶し透析に移行する症例があること、レシピエントが腎不全以外の原因で死亡する場合もあること（この場合、透析があっても救命には至らないことの事実を含む)、提供された腎臓が永続的に機能することは無いことなどの、

生体腎移植後に想定されるレシピエントの状態に関する正確な情報をドナーがきちんと理解していること、そしてそれらが自分たちの身にも起こり得るのだということを十分認識した上で、それらを踏まえ自分が何を大事にしたいのかという価値観を大事にしながら選択できるように、支援する必要が有る。このように、正確な情報に基づき、充分熟慮して選択した場合には、少なくとも‘この情報を知っていたら腎提供という選択はしなかったはずなのに’という後悔を回避することが出来る。“より良い意思決定とは何か”については個人の価値観が含まれるため捉え方が様々であり、単に正しいか誤っているかというような視点で判断することは出来ない[69]という前提はあるが、後に振り返った時にその選択をしたことに納得できるような決定は、より良い意思決定の一つの形といえるのではないだろうか。これらを総合すると、生体腎移植ドナーの「腎提供の意味づけ」への看護は、術後から始められるのではなく、術前からの継続した意思決定支援の中に含まれた形で始められるべきである。我々看護者は、生体腎移植ドナーの看護が、術前から術後そして生涯に渡る長期的支援であることを意識して関わる必要があると考えられた。

２）レシピエントの体調変化時における生体腎移植ドナーの看護

（１）レシピエント体調悪化時のドナーへの意図的アクセスの必要性

本研究の結果から、レシピエントの体調が悪化すると、生体腎移植ドナーの腎提供の意味づけが否定的となる傾向にある他、心理状態の悪化や体調不良を生じている場合があることが明らかとなった。また、研究者が実施した、2013 年 4 月の時点で日本臓器移植ネットワークに腎移植施設の登録のあった 152 病院の生体腎移植ドナー看護に中心的に関わっている看護職者を対象としたドナー看護実態調査（101 の返信を得て 86 を分析対象）の結果[76]においても、提供前、提供後を通じた長期なメンタルサポートが課題であるとの回答が最も多かった。特に、提供後にレシピエントが体調不良となったり、提供腎廃絶などに至った場合に、ドナーが“自分が提供した腎臓が悪かったからではないか”と捉えたり、ドナー自身がうつに陥ったケースがあることが記述されており、本研究の調査結果と同様の現象を移植に関わる看護師も捉えていた。しかしながら、レシピエントの体調不良と、ドナーの定期受診の機会は一致しないことが多い。特に提供後のドナーは片腎であることから、CKD の観点からもリスクを抱えた状況にもある。これらより、レシピエントの体調が悪化した際には、看護師は意

図的に生体腎移植ドナーへアクセスし、ドナーの体調や心理状態の情報を得て、問題が生じていないかについて判断する必要があると言える。いずれかに問題が生じている可能性がある場合には、受診の機会を設定し、必要時専門職へつなぐなどの支援が必要であると考えられた。なお、「腎提供の意味づけ」への支援は、継続的に行われる必要が有り、その具体的支援内容については前項にて述べたとおりである。

（２）提供臓器が腎臓であることの特性からみた、看護支援

この項では、レシピエントの体調変化が“死亡”の場合において、提供臓器が腎臓であることが与える生体腎移植ドナーへの影響から、その看護支援を考察する。

現在、生体移植が可能な臓器は肺、肝臓、腎臓、小腸がある。腎臓を除く臓器不全は移植によってしかレシピエントを救命できないが、腎不全の場合は血液透析などの血液浄化療法が存在するため、レシピエントは生命予後や QOL においては十分とは言えないものの、透析をしながら長期間にわたり生存することが可能である。生体腎移植ドナーは、≪レシピエントの救命・健康回復への願い≫から、より生存率や QOL の向上が見込まれる、根治療法としての生体腎移植を選択していた。このような状況において、生体腎移植後にドナーが亡くなった場合、‘自分が腎提供をしなければレシピエントは透析をしながら生き続けたのではないか’、‘生体腎移植をしなければレシピエントは死なずに済んだのではないか’という思いをドナーが抱く可能性が有る。

Haljamae[52] らは、3 年以内にレシピエントが亡くなったり、移植が失敗した時のドナーの経験は、ドナーが移植の失敗を予期をしていなかったため、ドナーを苦しめるものとして報告され、ドナーのその時の反応は、抑うつや悲しみ、強さの喪失や、空虚感と表現されたことを報告している。本研究においても、レシピエントが術後 6 ヶ月に亡くなったドナーからインタビュー協力を得ることができた。その分析から、＜受け止められない＞＜心が病む＞などの強い心理的な落ち込みが生じると共に、ドナーの体調が一時的に悪化するということが明らかになっただけでなく、年単位の長い時間をかけて心の折り合いをつけながら、ドナーが腎提供したことの肯定的側面を探し、自分にとっての腎提供した意味を模索し続けていたという重大な事実が明らかになった。

さらに本研究の結果より、生体腎移植ドナーは、レシピエントの体調が悪化した際に「原因を模索」する場合があり、その中で自分の提供した腎臓が悪かったのではないかと、レシピエントの≪経過不良の原因を自分に帰属≫する場合があることが明ら

かとなった。このように、腎移植は優れた根治療法ではあるものの、生体腎移植においてレシピエントが死亡した場合には、生体腎移植ドナーの後悔が大きくなるなど、腎提供の意味づけが否定的となる可能性が高いことが明らかになった。これは提供臓器が腎臓であることの特徴的な側面であると考えられた。これらより、生体腎移植後にレシピエントが死亡した場合は特に、ドナーの置かれている複雑な状況を理解した上で、その辛さに寄り添いながら、再びドナーが自分で腎提供の意味を見いだせる力を持っていること信じて、見守り、継続的に支援していく必要があると考えられた。

５．移植看護学への示唆

１）生体腎移植ドナー継続的看護支援モデル

以上を踏まえ、生体腎移植ドナーの継続的看護支援モデルを検討し、図６として示した。

生体腎移植ドナーの腎提供の体験の中に含まれる意思決定の第 1～3 段階プロセス各期に応じた看護支援の概要を、A~F に示した。なお、生体腎移植ドナーの腎提供の体験は、ドナーが移植を「自分の問題」と捉えるより前の段階（第 1 段階の意思決定プロセスが始まる前の段階）も含まれている。この時期の看護支援は、腎不全患者の家族としての支援と、腎不全の全ての治療選択肢に関する情報提供がなされているように支援することなどが考えられ、その看護支援も図に含めた。このように生体腎移植ドナーの看護支援は、移植を意識することの無い時期を含み、術前から術後、そして生涯にわたる長期的な視点で継続的に提供される必要が有る。また内容は、身体、心理、社会面を含む全人的な内容であることが重要である。このような長期的な全人的支援を考えるにあたり、外来看護の担う役割は非常に大きい。次の項では、生体腎移植ドナーの継続的看護支援を実現するための、看護支援体制について考察する。

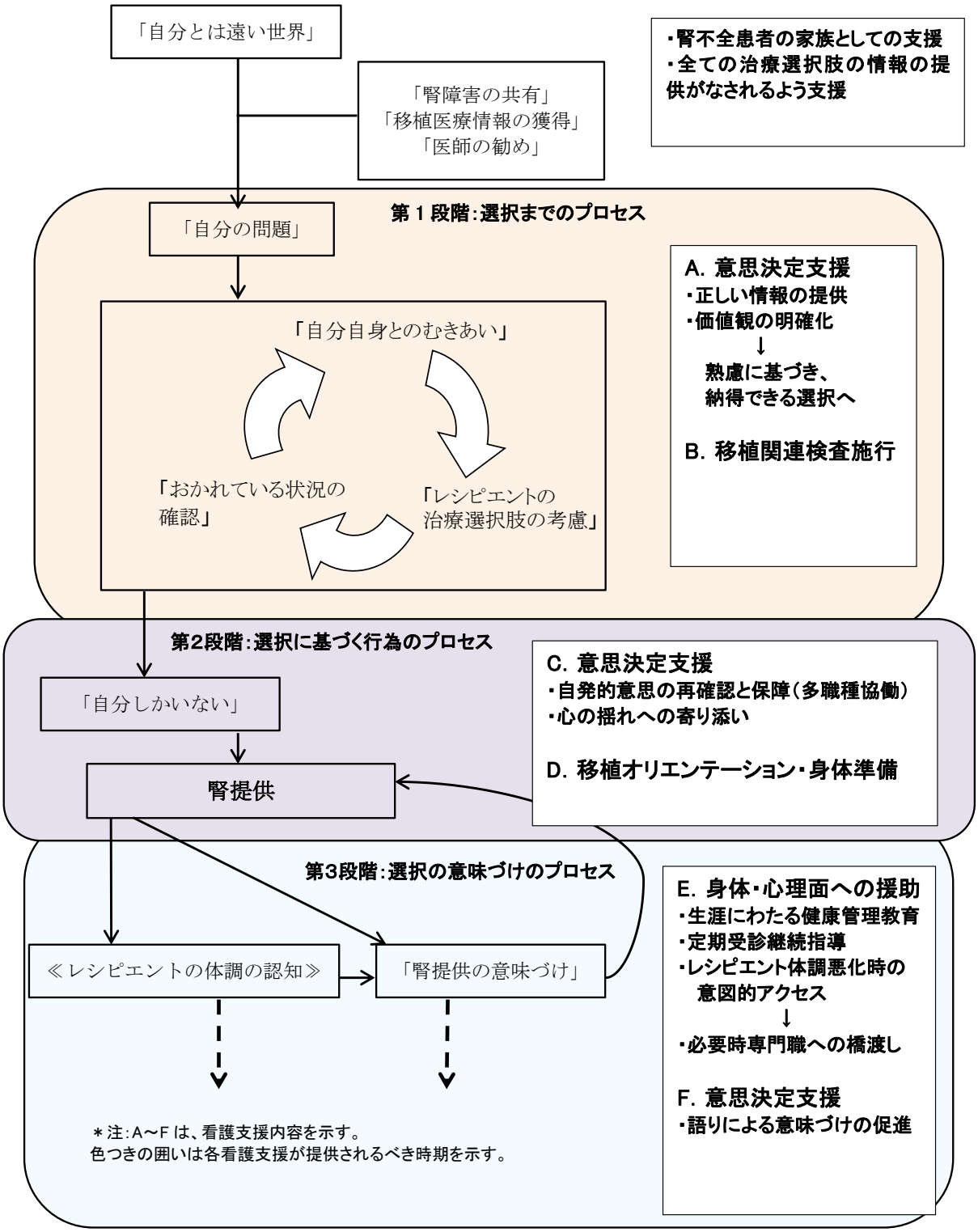


図6. 生体腎移植ドナーの継続的看護支援モデル

２）看護師の勤務体制整備、連携の必要性

研究者が実施した前述の生体腎移植ドナー看護の実態調査[76]では、移植看護に専従の勤務形態が 19 名（22.1%）であり、生体腎移植ドナーの看護に関わる看護師の多く

は、他の業務との兼務であり、十分な支援を行うための制約があることや、専従であっても複数体制でなければ一人にかかる責任や業務量が多くなり十分な看護が出来ないとの回答が複数あった。生体腎移植ドナーの看護支援を実現させるためには、同時にそれらを実現させるための看護体制を整える必要が有る。2011 年には、日本移植学会関連学会および研究会の認定合同委員会による、認定レシピエント移植コーディネーター制度 [77] が開始され、2012 年の診療報酬改訂において、移植後患者指導管理料が適用された。移植後患者指導管理料は、所定の 3 日以上の研修を受けた常勤看護師が算定要件となり、臓器移植後又は造血幹細胞移植後の患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して計画的な医学管理を継続して行った場合に、月 1 回 に限り 300 点を算定することができることとなった [78]。診療報酬加算によって、移植看護に関わる看護師の勤務体制整備の基盤となることが期待できる。

移植において、多職種との連携が重要であることは前述のとおりである。この多職種との連携に加え、生体腎移植ドナーの看護支援の場が、外来、病棟、そして外来へと移ることから、看護の継続がなされるように病棟、外来間の連携も重要となる。このような連携をスムーズにするには、移植コーディネーターのような組織横断的な役割を担える職種が期待される。多くの施設でレシピエント移植コーディネーターが、生体ドナーの看護も行なっている実情があるが、レシピエント移植コーディネーターは移植に強く関与する職種であり、ドナーが移植に関して迷いや拒否感を持っていたとしても、本音を伝えにくい関係性であるという前提を踏まえておく必要が有る。現在ドナー移植コーディネーターの多くは、都道府県の臓器移植ネットワークに所属し、脳死あるいは心停止後のドナーおよびドナー家族の臓器提供時及び提供後のケアを担っている。日本では腎移植の 8 割以上が生体ドナーからの提供であることや、生涯にわたる看護支援が必要であることから、将来的には生体腎移植を実施する施設では、ドナー移植コーディネーターが存在することが望ましく、生体腎移植ドナー看護を中心的に担うことが期待される。

３）生体腎移植ドナー看護の充実が移植看護に与える意義

本研究の結果から、生体腎移植レシピエントは、「健康なドナーから腎提供を受けることの申し訳なさ」と「腎提供したことがドナーの体調に与える悪影響の不安」を持

っており、ドナーが健康で生き生きと自分らしく過ごすことへの願望を持っていることが明らかになった。ドナー看護の充実により、ドナーが心身ともに生き生きと過ごすことでレシピエントの安心が得られることから、間接的にレシピエントにも良い影響が生じることが強く示唆された。

生体腎移植という医療は、技術的に効果と安全性が確立された治療ではあるが、本研究の結果からも、ドナーとレシピエントにとっては、単なる臓器の受け渡しに留まらない、移植後も相互に強く影響を及ぼしあう特殊な医療であることが明らかになった。死体ドナーからの臓器提供が進まないという背景から、本来避けるべき生体ドナーからの臓器提供に依存している日本の腎移植医療において、生体腎移植ドナーの生涯にわたる全人的な支援は大きな課題であり、ドナー看護の充実が、移植看護の質の向上に寄与するものと考えられる。

６．限界と課題

１）理論的サンプリングの限界

インタビューにおける精神的混乱のリスク回避のためにインタビューへ参加可能かどうかの判断を移植に中心的に関わっている看護師の臨床的判断を第一優先としたこと、不必要な個人情報を得ない目的でカルテへのアクセスをしないこととしたため、調査施設の看護職者の紹介によって研究対象者抽出を行った。このために、分析によって研究者自身が次の対象者を選ぶという厳密な理論的サンプリングが出来ていない。この課題を最小限とするために、次の対象者の条件を看護師に説明し、その条件に合致する対象候補者を選定してもらうように依頼した。

２）理論的飽和に至ったことの未確認

厳密な意味での理論的サンプリングが行えていない点や、研究期間の時間的制約もあり、理論的飽和に至ったことを確認できていない。しかし、インタビューを行う中で、ディメンションの違いはあるものの、新たに得られたカテゴリーはこれまでの分析で得られた結果と大きく異なるものは見出せなかったこと、ドナーの認識とその影響は、受け手であるレシピエントを調査対象としたことから、同様の影響のカテゴリーが見出されていることから、理論的飽和に近い内容が得られていることが推察される。これらより、レシピエントの体調が変化した生体腎移植ドナーの認識とその影響の多くの部分を説明できていると思われる。

３）対象者数の限界

本研究では、当初計画していた対象者数を確保することが出来なかった。しかし本研究では、レシピエントの体調変化のうち、死亡、提供腎廃絶などの特徴的な事例を対象とできた。わが国の生体腎移植は年間 1400 例程度であり、母数自体が極めて小さいこと、さらに免疫抑制療法の進歩に伴い、5 年後生着率は約 91%であり、拒絶反応による提供腎廃絶は極めてまれであること、提供腎廃絶後も透析療法が存在することによって救命が可能であることから 5 年後生存率約 96%となっている状況下において、それらの事例を分析対象とできていることは、学術的価値が高く、報告する意義を十分有するものと考える。

４）今後の課題

対象数が少ないため、さらなる調査によってより内容を充実させることが可能と推察される。また、本研究で得られた結果を踏まえ、生体腎移植ドナーを継続的に支援する看護モデル開発のための調査研究が必要である。将来的には看護支援モデルに基づいた看護介入による効果を測定する研究などが、今後の課題である。

本研究の対象条件においては、ドナー自身が提供後に体調不良となった事例を含めておらず、腎提供の意味づけにドナー自身の健康状態がどのような影響を与えるのかは明らかになっていない。今後の課題としたい。

さらに、本研究によって、生体腎移植ドナーとレシピエントは相互に影響を及ぼしあっている事実が明らかになったが、本研究の対象には移植後に関係の悪化が認められた事例は含まれておらず、その相互作用の全容は明らかになっていない。生体腎移植ドナーとレシピエントの関係性に着目し、相互作用についてより深く探究し、丁寧に分析する必要が有る。今後の課題としたい。

Ⅶ．結論

レシピエントの体調変化にともなう生体腎移植ドナーの腎提供の認識とその影響について、以下のことが明らかになった。

１．　生体腎移植ドナーは、移植後のレシピエントの体調に強い関心を寄せており、その体調変化の認知によってドナーに変化が生じていた。レシピエントの体調変化は、ドナーのその後の変化から、＜改善＞＜一時的悪化＞＜決定的悪化＞の 3 側面に分けられた。

2．　レシピエントの体調の改善を認知すると、ドナーの心理や体調は改善する。レシピエントの様子から、回復や、心からの感謝、関係の深まりを認知することで、ドナーの腎提供の意味づけは肯定的となり、これからの自分の将来像を発展的に捉える。

3．　レシピエントの体調の一時的悪化を認知すると、ドナーの心理は悪化するが体調に変化は生じない。腎提供の意味づけは一時的に否定的となるが、意味づけが否定的なままだと、自分の将来像が退行的になってしまうことを自覚し、次に進むための模索を行うことで、レシピエントの回復に対する希望を維持し、悪化していた心理も安定する。その後、レシピエントの回復を認知することで、腎提供の意味づけは肯定的となり、自分の将来像も発展的に捉える。

4．　レシピエントの体調の決定的悪化を認知すると、ドナーの心理は極めて悪化し、体調も一時的に悪化する。提供腎をできるだけ長持ちさせようと努力する様子や、提供後のドナーの体調を心配するレシピエントの様子から、ドナーはレシピエントのためにも健康を管理することで、一時的に悪化した体調は改善する。レシピエントの体調の決定的悪化により腎提供の意味づけは否定的となるが、意味づけが否定的となることによって、自己の将来像を発展的に捉えることができないなどの悪影響を自覚する。元来的にドナーは腎提供に対し肯定的な意味づけをしたいという願望を有しており、腎提供の肯定的側面を探す。ドナーはレシピエントの変化として認知した心からの感謝や、移植による自己の人間的成長などを再確認することで、腎提供の意味づけを肯定的にし、これからの自分の将来像も発展的に捉える。悪化した心理には、長い時間をかけ整理し、折り合っていくことで、心の安定を取り戻す。

5．　生体腎移植ドナーの腎提供の意味づけは、レシピエントの体調変化にともなって、腎提供までの道のりや腎提供後の道のりをそのたびに振り返り、立ち戻ってなされるものであり、今まで捉えていた腎提供の意味をも踏まえ、自分にとっての新たな意味を重ねていくものである。

6．　生体腎移植ドナーとレシピエントは相互に強い関心を寄せており、レシピエントの体調変化を契機に、お互いの変化を認識することで、お互いに影響を及ぼしあっている。この過程は連続して形成されていくものである。

7．　生体腎移植ドナーの腎提供の体験には、3 つの段階の意思決定プロセスが含ま

れている。それらは、ドナーが自分しかいないことを確認するまでの“選択までのプロセス”、自分しかいないことを確認し腎提供術に進むまでの“選択に基づく行為のプロセス”、レシピエントの体調の認知に影響を受けながら腎提供の意味づけを行なう“選択の意味づけのプロセス”である。

８．　提供後のドナーは片腎となるため健康状態の把握が重要であるだけでなく、心理・社会的にも生涯に渡る健康が保障される必要が有る。そのために、提供後にドナーの行なう「腎提供の意味づけ」を意識した術前からの意思決定支援や、レシピエントの体調変化時のドナーへの意図的アクセスなど、ドナーとレシピエントの相互の影響を踏まえた上で、生体腎移植ドナーの生涯に渡る全人的な看護支援が必要である。

謝辞 : 本研究の調査にご協力いただきました、生体腎移植ドナー、レシピエントの方々には、研究の意義にご理解を頂き、今後の移植看護の発展にという思いで辛い経験をお話し頂きました事に、心より感謝いたします。また、研究の趣旨をご理解いただき、お忙しい中、対象候補者選定にご協力くださった、医師、看護師、関係者の方々に、心より感謝申し上げます。ご指導を頂きました、村岡宏子先生、平田松吾先生、髙木廣文先生に感謝申し上げます。

最後に、本研究の全過程においてご指導くださり、支えてくださった福田美和子先生に、心より感謝申し上げます。

Ⅷ．引用文献

1）日本臓器移植ネットワーク， http://www.jotnw.or.jp/datafile/offer/index.html，（2013 年 3 月 23 日）.

2） 日本臨床腎移植学会（2011）：腎移植臨床登録集計報告(2011)-2 2010 年実施症例の集計報告(2)，移植，46(6)，506-523.

3）中島一朗，唐仁原全，渕之上昌平，他 1 名(2005)：【腎移植 20 年の歩み】鏡視下ドナー腎摘術，今日の移植，18(6)，595-601.

4） 日本腎臓学会編，CKD 診療ガイド 2012（2012），日腎会誌 ，54（8），1031−1189.

5）谷澤雅彦，柴垣有吾．ドナーとレシピエントの腎機能から見た CKD とのかかわり．高橋公太編．腎移植のすべて（2009）：メジカルビュー社，10-13.

6）日本移植学会倫理指針（平成 24 年 9 月 20 日改正）.

7）臓器取引と移植ツーリズムに関するイスタンブール宣言（2008）：国際移植学会，（翻訳 日本移植学会アドホック翻訳委員会）.

8） 山上 孝子，植木 常雄，片山 昭男,他 3 名（2009）：臓器提供・移植におけるコーディネーション上の問題点と課題 生体腎移植ドナーの永続的医学的管理の重要性に関する検討，移植，44(総会臨時），200.

9） 松尾 研，渡邊 沙也花，川口 佑,他 6 名(2009)：本院における生体腎移植後のドナー腎機能評価，移植，44(総会臨時)，353.

10） 石田昇平，絹川常郎，加藤真史，他 6 名（2009）：生体腎移植ドナーの長期的な腎機能予後についての検討，移植，44(総会臨時)，353.

11） 佐藤明史， 菊地廣行， 芳賀泉，他 2 名（2010）：当院における生体腎移植ドナーの予後調査，移植，45(総会臨時)，250.

12）髙田幸江(2009)：生体腎移植ドナーの腎提供の体験，日本看護科学学会誌，29(3)，24-33.

13）清水準一（2005）：日本における生体肝移植ドナーの現状と看護職による支援のあり方，日本看護科学学会講演集，25，208.

14）橘輝，塩入俊樹，細木俊宏，他 3 名（2006）：生体腎移植のレシピエントおよびドナーにおける術前術後の精神疾患，精神科治療学，21(2)，199-205.

15）Herbert Blumer（1969）：シンボリック相互作用論 パースペクティヴと方法，後藤将之訳（1992），勁草書房.

16）春木 繁一（2006）：移植腎機能喪失後の透析再導入とケア　生体腎移植に関連するドナー、レシピエントの精神医学的問題，臨床透析，22(10)，1349-1358.
17）日本移植学会広報委員会（2011）：臓器移植ファクトブック 2011.
18）肺移植のためのガイドブック（2005），日本呼吸器学会、日本胸部外科学会編集.
19）大阪大学医学部付属病院・移植医療部ホームページ，
http://www.osaka-transplant.in.arena.ne.jp/index.html，（2013年3月23日現在）.
20）佐野由文，大藤剛宏，山根正修，他 2 名（2009）：【肺の再生医学　現状と将来】生体肺移植　現状と問題点，THE LUNG-perspectives，17(4)，403-406.
21）西岡麻，横山千恵，犬飼倫子，他 5 名（2011）：生体肺移植ドナー手術が術後 QOL に及ぼす影響の検討　胸部疾患による開胸術後及び国民標準値と比較して，移植，46(4-5)，383-384.
22）剣持敬（2011）：膵臓　生体膵臓移植ドナーに関する医学的、倫理的諸問題：移植，46(6)，567-572.
23）国立成育医療研究センター・臓器移植センターホームページ
https://www.ncchd.go.jp/hospital/section/special/transplant_surgery/index.html　，（2013 年 3 月 23 日現在）.
24）上野豪久，福澤正洋（2011）：本邦小腸移植症例登録報告，移植，46(6)，559-561.
25）和田基，工藤博典，山木聡史，仁尾正記（2011）：法改正後の移植の現状と問題点：肝・小腸領域】 小腸移植の歩みと世界の趨勢と展望，移植，46(6)，426-431.
26）西村勝治（2011）：　生体ドナーの意思決定の支援と確認をめぐる課題，移植，46(1)，14-17.
27）東京女子医科大学病院・泌尿器外科ホームページ，
http://www.twmu.ac.jp/TWMU/Medicine/RinshoKouza/094/Urology/kidney/index.html，（2013 年 3 月 23 日現在）.
28）東京女子医科大学病院・腎外科ホームページ，
http://www.twmu.ac.jp/KC/Surgery/kidneytx.html，（2013 年 3 月 23 日現在）.
29）慶應義塾大学医学部・泌尿器科学教室ホームページ，
http://www.keio-urology.jp/specialclinic/kidney.html，（2013 年 3 月 23 日現在）.
30）名古屋第二赤十字病院・腎臓病総合医療センターホームページ
http://www.nagoya2.jrc.or.jp/kidney-center/about_ishoku_geka/ishoku_data/protoc

ol.html,（2013 年 3 月 23 日現在）.
31）田中達朗、森田展代、井上幹、他 15 名（2004）: 生体腎提供者の長期予後の検討，移植，39(3)，314.
32）Catherine Fournier, Nicolas Pallet, Zoubair Cherqaoui,et.al（2012）: "Very long-term follow-up of living kidney donors" European Society for Organ Transplantation 25，385–390.
33）習田明裕，志自岐康子，添田英津子，他 2 名（2008）: 生体肝移植を受けたレシピエントの苦悩・葛藤に関する研究，日本保健科学学会誌，10(4)，241-248.
34）日本透析医学会ホームページ，http://www.jsdt.or.jp/,（2013 年 3 月 23 日）
35）移植；日本における臓器移植の現況と将来展望（2009），44，特別号，日本移植学会誌.
36） P. Gill,L. Lowes（2008）: " Gift exchange and organ donation: Donor and recipient experiences of live related kidney transplantation" International Journal of Nursing Studies 45，1607–1617.
37）春木 繁一（2004）: 臓器移植に関連する精神医学的問題　日本における生体腎移植の経験を中心に（第 1 部）　レシピエントの精神医学的問題, 移植, 39(3), 255-264.
38）本谷亮，金澤潤一郎，安藤孟梓,他 7 名（2010）: 生体腎移植レシピエントの移植前の精神状態とドナーに対する否定的認知の関連，日本行動療法学会大会発表論文集，36，308-309.
39） M. A. Sanner（2003）: "Transplant recipients' conceptions of three key phenomena in transplantation: the organ donation, the organ donor, and the organ transplant" , Clinical Transplantation，17(4)，391–400.
40）福西 勇夫,溝口 純二，前田 国見（1998）: 絵に映し出される腎不全患者のこころ生体腎移植後に心因性疼痛を呈したレシピエントの心理　親子間の心理的葛藤が表現された絵を解析する，透析ケア，4(8)，794-799.
41）福西 勇夫（2009）: 移植成功後レシピエントの精神・心理社会的ケア 生体臓器移植前後のレシピエントの精神心理，今日の移植，22(1)，78-79.
42）M. Yi（2003）: "Decision-making process for living kidney donors"，Journal of Nursing Scholarship，35(1)，61–66.
43) M. H. Andersen, L. Mathisen, O. Øyen, A. K. Wahl, B. R.Hanestad, and E. Fosse

（2005）: “Living donors’ experiences 1 wk after donating a kidney”，Clinical Transplantation，19(1)，90–96.
44）春木 繁一（2005）: 臓器移植に関連する精神医学的問題　日本における生体腎移植の経験を中心に（第 2 部）ドナーの精神医学的問題，移植，40(3)，264-272.
45）五十嵐真理，谷沢朋子，　野瀬優子，　他 1 名（1999）: 生体腎移植における腎提供者の術前不安と家族内相互作用との関連性，今日の移植，12(3)，305-308.
46) 鈴木清子 (2004) : 生体移植の周術期管　生体肝移植 - ドナーの想い, 移植, 39(3), 248-253.
47）　Ummel D, Achille M, Mekkelholt J.（2011）: Donors and recipients of living kidney donation: a qualitative metasummary of their experiences，J Transplant，1-11.
48）佐々木美智子，楠本名月，下垣内千恵美（2002）: 当院の生体腎移植におけるドナーの心理状態　アンケート調査を通して，共済医報，51(3)，256-260.
49）M. Andersen, F. Bruserud, L. Mathisen, A.Wahl, B. Hanestad, and E. Fosse（2007）: “Follow-up interviews of 12 living kidney donors one yr after open donor nephrectomy”，Clinical Transplantation，21(6)，702–709.
50) 師岡友紀，梅下浩司，萩原邦子，他 1 名（2011），生体肝移植ドナーの術後 quality of life を構成する要素，移植，46(2)，147-153.
51）師岡友紀，梅下浩司，武冨紹信，他 11 名（2012）: 生体肝ドナーquality of life 尺度の開発および信頼性と妥当性の検討，移植，47(1)，67-74.
52）U. Haljam¨ae, G. Nyberg, and B. Sj¨ostr¨om（2003）: “Remaining experiences of living kidney donors more than 3 yr after earlyrecipient graft loss”，Clinical Transplantation，17(6)，503–510.
53）太田和夫，高橋公太，本田宏，他 4 名（1994）: わが国における腎移植施設の現状と患者および施設に対する実態調査　－第 8 報　提供者とその医学的･社会問題－，腎と透析，36 (5)，1029-1034.
54）太田和夫，高橋公太，本田宏，他 4 名（1994）: わが国における腎移植施設の現状と患者および施設に対する実態調査－第 9 報　提供者とその意識―　腎と透析，36 (6)，1213-1219.
55）上村詠理，福島秀美，加藤洋子(2006) : ドナーの性格傾向と術前不安，日本移植・

再生医療看護学会誌，2(1)，69.
56）中野正大，宝月誠編（2003）：シカゴ学派の社会学，世界思想社.
57）Anselm Strauss, Juliet Corbin（1998）：質的研究の基礎　グラウンデッド・セオリー・アプローチの開発の技法と手順　第 2 版，操華子，森岡崇訳（2007），医学書院.
58）山本則子，萱間真美，太田喜久子他（2002）：グラウンデッド・セオリー・アプローチ法を用いた看護研究のプロセス，文光堂.
59）戈木クレイグヒル滋子（2008）：実践グラウンデット・セオリー・アプローチ　現象を捉える，新曜社.
60）戈木クレイグヒル滋子(2006)：グラウンデッド・セオリー・アプローチ　―理論を生み出すまで―，新曜社.
61）戈木クレイグヒル滋子(2005)：質的研究方法ゼミナール　－グラウンデッド・セオリー・アプローチを学ぶー，医学書院.
62）Kuebler K.K., Berry P.H., Heidrich D.E.：エンドオブライフ・ケア 終末期の臨床指針（鳥羽研二監訳）（2004），38，医学書院.
63）平山正実（1997）：悲嘆の心理（松井豊編），サイエンス社，85-112.
64）柏木哲夫（1997）：死を看取る医学　ホスピスの現場から，日本放送出版協会，日本放送出版会，224-226.
65）Sangeeta Singg（2003）：Parents and the Death of a Child, Handbook of Death & Dying，A Sage reference Publication，880-888.
66）OHRI ホームページ，
https://decisionaid.ohri.ca/index.html，（2014 年 11 月 17 日現在）
67）中山和弘，岩本貴編（2012）：患者中心の意思決定支援―納得して決めるためのケア，中央法規，88.
68）リンダ J.カルペニート（著）新藤幸恵（監訳）（2013）：看護診断ハンドブック 第 10 版，医学書院，462-468.
69）O'Connor AM（1995）：Validation of a decisional conflict scale，Medical decision making，15(1)，25-30.
70）Adrian Edwards，Glyn Elwyn（2009）：Shared Decision-Making in Health Care: Achieving Evidence-Based Patient Choice，2nd edition，Oxford University Press,

USA（pbk）.
71）OHRI ホームページ，Ottawa Decision Support Framework；
https://decisionaid.ohri.ca/odsf.html（2014 年 11 月 17 日）
72) OHRI ホームページ, Ottawa Decision Support Framework to Address Dicisional Conflict；
https://decisionaid.ohri.ca/docs/develop/ODSF.pdf,（2014 年 11 月 17 日現在）
73）Elwyn G, Frosch D, Volandes AE, Edwards A, Montori VM（2010）： Investing in deliberation: a definition and classification of decision support interventions for people facing difficult health decisions，30(6)，701-711.
74）生体腎移植ドナーの意思確認に関する指針(日本総合病院精神医学会治療指針 6)（2013）: 日本総合病院精神医学会治療戦略検討委員会・臓器移植関連委員会（主担当: 西村勝治）(編集)，星和書店.
75） Marlene Zichi Cohen, David L.Hahn, Richard H.Steeves 著，大久保功子訳（2005）: 看護における質的研究２　解釈学的現象学による看護研究　- インタビュー事例を用いた実践ガイドー，日本看護協会出版会，85-104.
76）髙田幸江（2014）: 生体腎移植ドナーの継続的看護支援システム構築にむけた研究　～生体腎移植ドナーの看護支援実態と看護師が捉える看護の課題に焦点をあてて～，日本臨床腎移植学会雑誌，2(1)，80-85.
77）日本移植学会ホームページ,
http://www.asas.or.jp/jst/pro/doc/2014/seido.pdf,（2014 年 12 月 26 日現在）
78）エルゼビア・ジャパン株式会社ホームページ,
https://clinicalsup.jp/contentlist/shinryo/ika_2_1_b001/b001_25.html,（2014 年 12 月 26 日現在）

Ⅷ. 添付資料

１）研究協力者（対象者紹介を依頼する看護職者）への研究協力への依頼書；添付資料１

２）研究対象者への研究協力への依頼書（研究説明書）; 添付資料２

３）研究に参加・協力をする意思を表明する返信用意向書；添付資料３

４）研究協力断わり書；添付資料４

５）研究参加・協力への同意書；添付資料５

６）質問紙；（ドナー用）添付資料６－１，（レシピエント用）６－２

７）インタビューガイド；（ドナー用）添付資料７－１，（レシピエント用）７－２

別表１．日本で実施されている生体臓器移植の特徴

図３．レシピエントの体調変化に伴う生体腎移植ドナーの腎提供の認識とその影響のカテゴリー関連図

図４．生体腎移植ドナーの腎提供の認識が与えるドナーとレシピエントへの影響のカテゴリー関連図

生体腎移植実施施設
施設長殿

研究協力へのお願い

私は、現在東邦大学大学院看護学研究科博士課程に在籍しながら、聖路加国際大学に勤務し、生体腎移植ドナーの看護について研究をしております。この度、「レシピエントの体調変化にともなう生体腎移植ドナーの腎提供に対する認識とその影響」の研究を実施するにあたり、貴施設において、研究をさせて頂きたくお願い申し上げます。

移植看護を中心的に担当されている看護職者に、別紙１．に記載された条件にあてはまる対象候補者に、同封いたしました下記の書類をお渡し頂くように協力を依頼いたします。

なお研究への参加・協力については、対象候補者の方の自由意思に基づきご判断頂けるようにご配慮を頂くよう、お願いする予定です。

研究の目的と意義、方法、協力依頼内容、倫理的配慮などにつきましては、研究に関する説明書に記載しております。看護職者から対象候補者にお渡し頂くものと同じ書類（添付資料 2～4）を同封させて頂いておりますので、ご覧くださいますようお願いいたします。

本研究は、東邦大学看護学部研究倫理審査委員会の承認を得て、実施しています。

記

看護職者から対象候補者にお渡し頂くものは、Ａ４サイズの封筒に入った下記１～４です。

１．「レシピエントの体調変化にともなう生体腎移植ドナーの腎提供に対する認識とその影響」に関する説明書（添付資料 2）
２．返信用研究協力意向書　（添付資料 3）
３．研究協力断わり書（添付資料 4）
４．返信用封筒

以上

研究者：髙田　幸江（たかだ ゆきえ）
在籍大学院：東邦大学大学院看護学研究科博士課程
勤務機関住所：〒104-0044
東京都中央区明石町 10-1　聖路加国際大学
電話：03-5550-○×○×
e-mail：△△△ @slcn.ac.jp

指導教員：東邦大学看護学部（准教授）福田美和子（ふくだ みわこ）
〒143-0015　東京都大田区大森西 4―16－20
電話：　03－3762－○×○×
e-mail：△△△ @med.toho-u.ac.jp

東邦大学看護学部研究倫理審査承認番号：25006

別紙．１

対象候補者の条件とご協力いただく内容

１．対象者の条件

レシピエントの体調が変化した生体腎移植ドナーとレシピエント

研究参加の意思決定を自分で判断することが可能な方で、20 歳以上であることを条件としてください。また、明らかな精神疾患を有する方は、対象候補者に含めないでください。

ドナーとレシピエントの関係性（属性）は、生体腎移植であれば問いません。

ドナーとレシピエントはペアが望ましいですが、ペアでなくても結構です。

レシピエントの体調変化とは、次の状態などを指します。

拒絶反応、拒絶反応からの回復、妊娠、出産、腎機能低下、提供腎が廃絶（再透析導入）、死亡とします。研究調査依頼の時期は、対象者の研究参加における身体・心理的負担を最小限にする目的で、レシピエント体調変化の最中ではなく、治療や状態がある一定の安定した状況に落ち着いた時期として下さい。

具体的には、拒絶反応、拒絶反応からの回復では、免疫抑制剤治療が終了し状態が安定した時期、妊娠・出産では、状態が安定している時期、腎機能低下では、治療がひと段落した時期、提供腎が廃絶（再透析導入）では、再透析導入後 1 ヶ月程度の時期とします。また、レシピエントの体調が変化する時期は特定できないため、移植後何年経過しているのかという点は考慮しません。特に、研究対象候補者の身体的・心理的状態が調査による負担が最小限であるかどうかについては、あなた様の臨床的判断を重視して下さい。

なお、レシピエントが亡くなっている生体腎移植ドナーについては、悲嘆過程に配慮したいと考えておりますので、レシピエントとの死別後 1 年以上が経過している方としてください。

また、ドナーが亡くなっているレシピエントは、対象候補者には含めないでください。

２．ご協力いただく内容

１）上記１．に記載された、対象者の条件に合う、ドナーとレシピエントをご判断下さい。

２）対象候補者（生体腎移植ドナーとレシピエント）に、A４サイズの封筒に入った、研究に関する説明書（添付資料 2）と返信用研究協力意向書（添付資料 3）、研究協力断わり書（添付資料 4）、返信用封筒の 4 点を、お渡しください。

３）対象候補者に書類をお渡し頂く際には、次のようにお伝えください。

「この封筒に入っている書類は、他の施設が計画している、生体腎移植を受けた方を対象とした研究依頼です。お時間のおありになる時にお読みください。研究協力は強制ではありませんので、ご自身でご判断下さい。協力をされなくても、何の不利益も受けません。」

４）ドナーやレシピエントからの研究に関する質問などがあった場合には、研究者に連絡するようにお伝え下さい。

＊本研究に関するご質問などがございましたら、研究者までご連絡くださいますようお願い申し上げます。

東邦大学看護学部研究倫理審査承認番号：25006

生体腎移植実施施設
看護師殿

研究協力へのお願い

私は、現在東邦大学大学院看護学研究科博士課程に在籍しながら、聖路加国際大学に勤務し、生体腎移植ドナーの看護について研究をしております。この度、「レシピエントの体調変化にともなう生体腎移植ドナーの腎提供に対する認識とその影響」の研究を実施するにあたり、貴施設において、別紙１．に記載された条件にあてはまる対象候補者に、同封いたしました下記の書類をお渡し頂きたく、ご協力をお願いいたします。

なお研究への参加・協力については、対象候補者の方の自由意思に基づきご判断頂けますように、ご配慮をお願いいたします。

研究の目的と意義、方法、協力依頼内容、倫理的配慮などにつきましては、研究に関する説明書に記載しております。対象候補者にお渡し頂くものと同じ書類（添付資料 2～4）を同封させて頂いておりますので、ご覧くださいますようお願いいたします。

本研究は、東邦大学看護学部研究倫理審査委員会の承認を得て、実施しています。

記

お渡し頂くものは、A４サイズの封筒に入った下記１～４です。

１．「レシピエントの体調変化にともなう生体腎移植ドナーの腎提供に対する認識とその影響」に関する説明書（添付資料 2）
２．返信用研究協力意向書　（添付資料 3）
３．研究協力断わり書（添付資料 4）
４．返信用封筒

以上

研究者：髙田　幸江（たかだ ゆきえ）
在籍大学院：東邦大学大学院看護学研究科博士課程
勤務機関住所：〒104-0044
東京都中央区明石町 10-1　聖路加国際大学
電話：03-5550-○×○×
e-mail：△△△ @slcn.ac.jp

指導教員：東邦大学看護学部（准教授）福田美和子（ふくだ みわこ）
〒143-0015　東京都大田区大森西 4―16－20
電話：　03－3762－○×○×
e-mail：△△△ @med.toho-u.ac.jp

東邦大学看護学部研究倫理審査承認番号：25006

別紙．１

対象候補者の条件とご協力いただく内容

１．対象者の条件

レシピエントの体調が変化した生体腎移植ドナーとレシピエント

研究参加の意思決定を自分で判断することが可能な方で、20 歳以上であることを条件としてください。また、明らかな精神疾患を有する方は、対象候補者に含めないでくだい。

ドナーとレシピエントの関係性（属性）は、生体腎移植であれば問いません。

ドナーとレシピエントはペアが望ましいですが、ペアでなくても結構です。

レシピエントの体調変化とは、次の状態などを指します。

拒絶反応、拒絶反応からの回復、妊娠、出産、腎機能低下、提供腎が廃絶（再透析導入）、死亡とします。研究調査依頼の時期は、対象者の研究参加における身体・心理的負担を最小限にする目的で、レシピエント体調変化の最中ではなく、治療や状態がある一定の安定した状況に落ち着いた時期として下さい。

具体的には、拒絶反応、拒絶反応からの回復では、免疫抑制剤治療が終了し状態が安定した時期、妊娠・出産では、状態が安定している時期、腎機能低下では、治療がひと段落した時期、提供腎が廃絶（再透析導入）では、再透析導入後 1 ヶ月程度の時期とします。また、レシピエントの体調が変化する時期は特定できないため、移植後何年経過しているのかという点は考慮しません。特に、研究対象候補者の身体的・心理的状態が調査による負担が最小限であるかどうかについては、あなた様の臨床的判断を重視して下さい。

なお、レシピエントが亡くなっている生体腎移植ドナーについては、悲嘆過程に配慮したいと考えておりますので、レシピエントとの死別後 1 年以上が経過している方としてください。

また、ドナーが亡くなっているレシピエントは、対象候補者には含めないでください。

２．ご協力いただく内容

１）上記１．に記載された、対象者の条件に合う、ドナーとレシピエントをご判断下さい。

２）対象候補者（生体腎移植ドナーとレシピエント）に、A４サイズの封筒に入った、研究に関する説明書（添付資料 2）と返信用研究協力意向書（添付資料 3)、研究協力断わり書（添付資料 4)、返信用封筒の 4 点を、お渡しください。

３）対象候補者に書類をお渡し頂く際には、次のようにお伝えください。

「この封筒に入っている書類は、他の施設が計画している、生体腎移植を受けた方を対象とした研究依頼です。お時間のおありになる時にお読みください。研究協力は強制ではありませんので、ご自身でご判断下さい。協力をされなくても、何の不利益も受けません。」

４）ドナーやレシピエントからの研究に関する質問などがあった場合には、研究者に連絡するようにお伝え下さい。

＊本研究に関するご質問などがございましたら、研究者までご連絡くださいますようお願い申し上げます。

東邦大学看護学部研究倫理審査承認番号：25006

「レシピエントの体調変化にともなう生体腎移植ドナーの腎提供に対する認識とその影響」に関する説明書

ご挨拶

はじめまして。私は、移植看護について勉強を続けている髙田幸江と申します。

今までに、生体腎移植ドナーの方や脳死あるいは心停止後に臓器提供をされたドナーのご家族の方を対象としたインタビュー調査を実施してまいりました。移植を受けられるドナーやレシピエントのより良い看護を提供する方法を検討するために、研究をしております。

この研究は下記の目的・方法で行うものです。内容をお読みいただきまして、研究の趣旨をご理解の上、ご協力をお願い致します。なお研究への参加・協力については、自由意思に基づきご判断下さい。

この研究は、レシピエントとドナー双方の認識と相互作用を明らかにすることを研究の目的に含んでいるため、レシピエントに体調の変化があった生体腎移植ドナーの方と、生体腎移植レシピエントの方を調査の対象とさせて頂いております。

以下の研究に関する説明書をお読みいただき、研究に参加・協力を頂ける場合には、同封の返信用研究協力意向書にご記入の上ご返信下さいますようお願い致します。ご返信いただいた方には、後日研究者から、日程などのご相談のために連絡させていただきます。　髙田　幸江

１．　研究の目的・意義

腎移植は腎不全の根本治療であり、レシピエントの生活の質や生命予後を改善するほか、医療経済的にも有益であるといわれています。我が国では、脳死あるいは心停止後のドナーからの臓器提供は少数であり、2010 年に実施された腎移植では、86%が生体移植でした。

日本移植学会は、生体ドナーの場合は特に、自発的意思による提供であることや、提供後、ドナーの生涯にわたる健康管理等のケアが必要であると述べています。また、2008 年の国際移植学会において、生体ドナーのケアの内容は、臓器提供時だけでなく、臓器提供に関連した短期的、長期的結果に関して、医療と心理社会的なケアの両方が含まれるとしています。

今までの研究によって、生体腎移植ドナーは、レシピエントの健康状態の認識を通じて、腎提供の意味を捉えており、その認識によりドナーの心理状態に影響が生じることが推測されました。一方でレシピエントは、腎臓を提供したドナーに感謝しつつ、腎臓が一つになったドナーの健康への不安と気遣いをもちながら、自身の健康を長く保つように管理していることが推測されました。しかし、我が国の研究では、レシピエントの体調に変化が生じた場合、生体腎移植ドナーがどのような経験をしているのか、またそのことがドナーの心身の健康にどのような影響を与えているのかについて、その認識がレシピエントに与える影響についてを明らかにした研究はまだなされておりません。現在、腎提供後の生体腎移植ドナーの看護支援については各施設に任されており、継続的な支援システムの確立までに至っていません。

この研究は、生体腎移植ドナーの長期的な支援のあり方を検討するための重要な資料となることが期待されます。また、生体ドナーが生涯を通して心身ともに健康に過ごすことは、腎提供を受けたレシピエントにとっても重大な関心ごとであり、ドナーの健康を守ることはレシピエントの心身の健康にも良い影響を与えることにつながると推測されるために、この研究の結果は、生体移植に関わるドナー・レシピエントの看護を検討する重要な資料となることが期待され、移植医療の質の向上につながると考えています。

２．　研究方法とご協力いただく内容

インタビューを行う前に移植の年月日やドナー・レシピエントとの関係などを問う質問紙調査にお答えいただきます。この質問紙の回答に、5 分程度が見込まれます。

その後、ドナーの方には、「レシピエントの経過と体調」、「提供後のレシピエントとの関係と想い」などについて、レシピエントの方には、「移植後のドナーとの関係と想い」、「ドナーについての認識とその自分への影響」をおたずねしますので、ご自由にお話下さい。お話しをもとに研究者がいくつか質問をさせて頂きますが、お答え頂きたくない内容についてはお話いただかなくても結構です。インタビューの時間は約 1 時間を予定していますが、お話の内容によって 1 時間より短い場合や、長くなる場合もあります。

プライバシー保護のために、ドナーとレシピエントがご家族の場合であっても、それぞれ個別にインタビューを行います。また調査時は、個室をご用意させていただきます。ご希望がございましたら、ご指定の場所まで伺います。

インタビューの内容は、支障がなければ内容を録音させて頂きます。これは、お話に出来るだけ集中するためと、おひとりおひとりのお話しいただいた言葉を大事にしながら分析するためです。録音にご同意いただけない場合には、インタビュー内容を詳細に記録させていただきます。お話してくださった内容は一言一句を記録として残した後、内容を活かしながら、個人が特定されない形で分析を行います。

３．　自由意思による研究への参加とご協力

研究への参加・協力は自由意思によってご判断ください。この研究に参加・ご協力されなくてもなんら不利益を受けないことをお約束します。

また、返信用研究協力意向書をお出しいただいた後でも、研究協力をおやめになりたい時にはいつでも、お断りになることが出来ます。研究者連絡先に直接ご連絡いただくか、一緒にお渡ししました、「研究協力断わり書」をお使いください。

４．　プライバシーの保護

この研究にご協力いただける場合、プライバシーは固く守り、データの管理にはパスワードを設け、鍵のかかる場所に保管するなどの、十分な注意を払います。また、研究のデータおよび結果は研究・教育以外の目的に用いないことをお約束いたします。データは研究者が分析し、研究調査がまとまり報告した 3 年後に、文書はシュレッダーにかけた後、破棄します。研究結果の公表の際には、個人が特定されるような事はいたしません。

５．　研究に参加・協力することにより期待される利益

この研究に参加されることでの直接的な利益はありませんが、ご自身の腎移植の体験について振り返るきっかけとなるのではないかと考えています。研究結果は、これから腎臓を提供するドナーにとって貴重な情報となることが期待されます。また調査結果の集積によって、生体腎移植ドナーの継続的看護支援のあり方を検討するための重要な資料となるだけでなく、レシピエントの看護を検討するための重要な資料となることが期待されます。

まことに些少ではございますが、調査にご協力いただいた場合の謝礼として、2000 円分の図書カードをお贈りします。インタビュー施設までの交通費・面接室の費用は研究者が負担いたします。

６．　研究に参加・協力することにより起こりうる損害、それが生じた場合の対処方法

ご自身の体験や体調についてお話されるときに、気持ちが高ぶったり、辛い体験をされていた場合には思い出してしまうことも考えられます。そのような状況になった場合には、お気持ちが落ち着くまでそばを離れることはいたしません。

７．　研究結果の公表方法

得られた研究結果は、各学会で発表、雑誌に投稿し研究結果を広く社会に貢献できるように公開していく他、研究者が所属している大学の授業や、看護職者を対象とした勉強会などの教育内容に反映する予定です。（現在発表学会、投稿雑誌は未定です。）

またご希望がある場合、研究結果をまとめた要約をお送りいたします。

８．　研究中・終了後の対応

この研究に関するご質問・ご意見がありましたら、下記までご連絡下さい。

（研究者連絡先）

東邦大学大学院看護学研究科　博士後期課程　髙田幸江

（研究者勤務先）〒104－0044　東京都中央区明石町 10－1　聖路加国際大学

TEL　：03(5550)○×○×

E-mail　：　△△△@slcn.ac.jp

（指導教員連絡先）

東邦大学看護学部（准教授）　福田美和子

〒143-0015　東京都大田区大森西4-16－20

TEL　：03－3762－○×○×

E-mail　：△△△@med.toho-u.ac.jp

＊　この研究は、東邦大学看護学科における研究倫理審査会の承認（承認番号：25006 号）を受けて実施しています。

同意撤回書

東邦大学大学院看護学研究科博士課程
髙田　幸江　宛

このたび、「**レシピエントの体調変化にともなう生体腎移植ドナーの腎提供に対する認識とその影響**」に関する調査研究の協力に同意をしましたが、この度、協力を中止することにしましたので、通知します。

平成　　年　　月　　日

（自署）　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（研究者）東邦大学大学院看護学研究科博士後期課程　髙田幸江
〒１０４－０００４　東京都中央区明石町１０－１　聖路加国際大学
電話：０３－５５５０－○×○×
e-mail：△△△@slcn.ac.jp

（指導教員）　東邦大学看護学部（准教授）　福田美和子
〒１４３－００１５　東京都大田区大森西４‐１６－２０
電話：０３－３７６２－○×○×
e-mail：△△△@med.toho-u.ac.jp

東邦大学看護学部　研究倫理審査委員会承認番号：25006

研究への参加・協力の同意書

東邦大学大学院看護学研究科博士後期課程
髙田　幸江　宛

このたび、**「レシピエントの体調変化にともなう生体腎移植ドナーの腎提供に対する認識とその影響」**に関する調査研究について、以下の内容について説明文書を用いて説明を受けました。

□ １．研究の目的・意義
□ ２．研究方法とご協力いただく内容
□ ３．自由意思による研究への参加とご協力
□ ４．プライバシーの保護
□ ５．研究に参加・協力することにより期待される利益
□ ６．研究に参加・協力することにより起こりうる危険、それが生じた場合の対処方法
□ ７．研究結果の公表方法
□ ８．研究中・終了後の対応

以上の説明を受け、私の自由意思にもとづいてこの研究に参加・協力することに同意します。

平成　　年　　月　　日

（研究対象者）　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（説明者）　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（研究者）東邦大学大学院看護学研究科博士後期課程　髙田幸江
〒１０４－０００４　東京都中央区明石町１０－１　聖路加国際大学
電話：０３－５５５０－○×○×
e-mail：△△△@slcn.ac.jp

（指導教員）　東邦大学看護学部（准教授）　福田美和子
〒１４３－００１５　東京都大田区大森西４‐１６－２０
電話：０３－３７６２－○×○×
e-mail：△△△@med.toho-u.ac.jp

東邦大学看護学部　研究倫理審査委員会承認番号：25006

■　下記の質問に、**あまり考え込まずに、現在の状態を最もよく表現している**答えの前にある（　）に〇をご記入下さい。お答えになりたくない質問については、回答頂かなくても結構です。

＜質問１＞　今の気持ちは、
（　　）１．とても良い。
（　　）２．少し良い。
（　　）３．どちらでもない。
（　　）４．少し悪い。
（　　）５．とても悪い。

＜質問２＞　あなたは現在、自分の健康状態について
（　　）１．とても心配している。
（　　）２．心配している
（　　）３．少し心配している。
（　　）４．全く心配していない。

＜質問３＞　ご自身の腎提供について、どれくらいの頻度で考えますか。
（　　）１．いつも考える。
（　　）２．時々考える。
（　　）３．ほとんど考えない。
（　　）４．全く考えることはない。

＜質問４＞　ご自身の腎提供について、
（　　）１．とても良かったと思う。
（　　）２．少し良かったとおもう。
（　　）３．どちらでもない。
（　　）４．少し後悔している。
（　　）５．とても後悔している。

＜質問５＞　腎提供後のご自身の体調は、提供する前と比べて
（　　）１．とても良くなった。
（　　）２．少し良くなった。
（　　）３．前と変わりはない。
（　　）４．前より少し悪くなった。
（　　）５．前よりとても悪くなった。

＜質問６＞　レシピエントとの関係は、腎提供する前と比べて
（　　）１．とても良くなった。
（　　）２．少し良くなった。
（　　）３．前と変わりはない。
（　　）４．前より少し悪くなった。
（　　）５．前よりとても悪くなった。

＜質問７＞　腎提供を決意する事はあなたにとって

（　　）１．とても簡単だった。
（　　）２．少し簡単だった。
（　　）３．どちらでもない。
（　　）４．少し困難だった。
（　　）５．とても困難だった。

＜質問８＞　該当するものに○をつけてください。

腎提供されたレシピエントは自分にとって、（　夫　・　妻　）
実の　（孫　・　子ども　・　兄　・　弟　・　姉　・　妹　・　母親　・　父親　・祖父・　祖母・
その他の親族（　　））
義理の（孫　・　子ども　・　兄　・　弟　・　姉　・　妹　・　母親　・　父親　・祖父・　祖母・
その他の親族（　　））

■　次の質問の空欄箇所には、該当する内容をご記入下さい。
お答えになりたくない質問については、回答頂かなくても結構です。

＜質問９＞　腎提供をなさった日・その時のご自身の年齢
（　平成　　年　　月　　日　）・（　　）歳

＜質問 10＞　レシピエントは現在、

（　　）１．とても健康である。
（　　）２．健康である。
（　　）３．体調が悪い。
⇒質問 13 にお進みください。
（　　）４．再透析を導入している。⇒質問 12 にお進みください。
（　　）５．亡くなった。⇒質問 11 にお進みください。

＜質問 11＞　レシピエントがお亡くなりになった日・年齢
（　平成　　年　　月　　日）・（　　）歳

＜質問 12＞　レシピエントの再透析の日・年齢
（　平成　　年　　月　　日）・（　　）歳

＜質問 13＞　ご職業　（　　）

＊ご協力ありがとうございました。

■　下記の質問に、**あまり考え込まずに、現在の状態を最もよく表現している**答えの前にある（　）に〇をご記入下さい。お答えになりたくない質問については、回答頂かなくても結構です。

＜質問１＞　今の気持ちは、
（　　）１．とても良い。
（　　）２．少し良い。
（　　）３．どちらでもない。
（　　）４．少し悪い。
（　　）５．とても悪い。

＜質問２＞　あなたは現在、自分の健康状態について
（　　）１．とても心配している。
（　　）２．心配している
（　　）３．少し心配している。
（　　）４．全く心配していない。

＜質問３＞　ご自身の移植について、どれくらいの頻度で考えますか。
（　　）１．いつも考える。
（　　）２．時々考える。
（　　）３．ほとんど考えない。
（　　）４．全く考えることはない。

＜質問４＞　ご自身の移植について、
（　　）１．とても良かったと思う。
（　　）２．少し良かったとおもう。
（　　）３．どちらでもない。
（　　）４．少し後悔している。
（　　）５．とても後悔している。

＜質問５＞　移植後のご自身の体調は、移植する前と比べて
（　　）１．とても良くなった。
（　　）２．少し良くなった。
（　　）３．前と変わりはない。
（　　）４．前より少し悪くなった。
（　　）５．前よりとても悪くなった。

＜質問６＞　ドナーとの関係は、移植する前と比べて
（　　）１．とても良くなった。
（　　）２．少し良くなった。
（　　）３．前と変わりはない。
（　　）４．前より少し悪くなった。
（　　）５．前よりとても悪くなった。

＜質問７＞　移植を受けることを決意する事はあなたにとって
（　　）１．とても簡単だった。
（　　）２．少し簡単だった。
（　　）３．どちらでもない。
（　　）４．少し困難だった。
（　　）５．とても困難だった。

＜質問８＞　該当するものに〇をしてください。

腎提供をうけたドナーは自分にとって、（　夫　・　妻　）
実の　（孫　・　子ども　・　兄　・　弟　・　姉　・　妹　・　母親　・　父親　・祖父・　祖母・
その他の親族（　　））
義理の（孫　・　子ども　・　兄　・　弟　・　姉　・　妹　・　母親　・　父親　・祖父・　祖母・
その他の親族（　　））

■　次の質問の空欄箇所には、該当する内容をご記入下さい。
お答えになりたくない質問については、回答頂かなくても結構です。

＜質問９＞　腎移植を受けた日・その時のご自身の年齢
（　平成　　年　　月　　日　）・（　　）歳

＜質問 10＞　ドナーは現在、
（　　）１．とても健康である。
（　　）２．健康である。
（　　）３．体調が悪い。
（　　）４．とても体調が悪い。

＜質問 11＞　あなたは現在、
（　　）１．透析は受けていない。
（　　）２．透析を受けている

＜質問 12＞　透析を受けている場合、再透析導入の日・年齢
（　平成　　年　　月　　日　）・（　　）歳

＜質問 13＞　ご職業　（　　）

＊ご協力ありがとうございました。

共通する事項

ドナーとレシピエントはそれぞれ個別にプライバシーが確保できる個室でインタビューを実施することとする。

手順

１．プライバシーが確保できる個室で、面接調査前にレシピエントやドナーとの関係や移植年月日などを問う質問紙（ドナー用質問紙；添付資料 6－1）に回答してもらう。質問紙に回答を依頼する際に、再度、回答したくない内容については、回答しなくてよいことを説明する。

２．質問紙に回答後、半構造的面接調査を１時間程度実施する。了承が得られた場合、インタビュー内容を IC レコーダーに録音する。IC レコーダーに録音することに了承が得られない場合、インタビュー内容を詳細に記録し、インタビュー終了直後に記録内容を確認し、完成させる。

３．インタビュー内容は、質問項目（次ページ参照）を用意しているが、その時の状況、感じたこと、気持ちの変化などの体験について自由に語ってもらう。次ページに示した質問は、意図的に「あまり具体的ではなく、状況を限定しない内容」にしている。

この理由は、研究者の質問が具体的すぎることで、対象者の語りを誘導してしまうことを避けるためである。本研究では、「対象者の認識」を明らかにすることを目的に含んでおり、例えば、「レシピエントとの関係」という言葉を対象者に投げかけたときに、対象者が何を思い浮かべ、何を語るのかという、対象者の認識そのものをくみ取ることが重要であるととらえている。ある対象者は、「レシピエントとの関係は？」と問われ、レシピエントとの心の距離や親密度を語るかもしれず、ある対象者は、食事療法にかなう食事の支度や免疫抑制剤服用の声掛けなど具体的な世話を語るかも知れない。こちらがあまり具体的に限定して質問を投げかけることで、対象者が捉える本来の認識を排除し、修正させた形で語らせてしまう可能性がある。このため、投げかける質問は、むしろ簡単で、あまり具体的ではなく、会話を引き出すための導入としての意味をもつものとして計画した。インタビューガイドに示した質問は、対象者の会話を引き出すための突破口であり、対象者が語った内容を受けて次の質問を投げかける際に、対象者がそのように捉えた具体的な事象や状況、場面を挙げてもらうなどの他、その時の感情や感情の変化などを確認していくこととし、認識の様相を明らかにすることとする。さらに、対象者の話の中で、関心のある点については質問を加えてさらに詳しく語ってもう。疑問点については、対象者の言葉をそのまま繰り返し、その意味について尋ね、内容を確認する。次の質問をする前に、対象者の発言がないかしばらく待ち、無い場合には内容を要約した後、次の質問をおこなうこととする。

４．インタビュー中に、ドナーやレシピエントが感情を表出した際には、その気持ちを受け入れ、共感的態度を示す。気持ちが高ぶり続けている時は、調査を中断することも可能である旨を、対象者に説明する。また、研究者が調査を中断した方が良いと判断した時は、対象者が調査の継続を希望しても中断をする。

５．インタビュー終了前には、話し残したことが無いか確認をする。

＊質問紙に回答した内容と、インタビューで話した内容が異なる時は、確認しておく。

＜ドナー用質問項目と、質問具体例＞

「レシピエントの経過と体調」「レシピエントについての認識とその自分への影響」「提供後のレシピエントとの関係と想い」「腎臓を提供したことはあなたにとってどのような意味を持っているか」、「そのように考えるのはどのような理由からか」、「現在のドナーの体調や生活」の６点は、必須の質問項目とする。

１．レシピエントの体調はいかがですか？
⇒良い、悪いという返答であれば、どのような経過をそのように捉えたのか、具体的な事象や状況を挙げてもらうように質問をする。

２．上記１．の時のレシピエントをどのように思いましたか？また、レシピエントの体調が、上記１．であることについて、どのように感じていますか？

３．腎移植後のレシピエントとあなたの関係はどうですか？またそのように思うのはどのような理由からでしょうか？
⇒あなたの、レシピエントに対する対応や行動で移植前と変化していることはありますか？

４．レシピエントへの思いが、あなたの普段の生活に影響をしていることがありますか？

５．腎提供したことは、あなたにとってどのような意味があったとお考えでしょうか？
また、そのように考えるのは、どのような理由からでしょうか？

６．現在のあなたご自身の体調はいかがでしょうか？提供後の生活で変化したことや大変だったことなどについてお話し下さい。

共通する事項

ドナーとレシピエントはそれぞれ個別にプライバシーが確保できる個室でインタビューを実施することとする。

手順

１．プライバシーが確保できる個室で、面接調査前にレシピエントやドナーとの関係や移植年月日などを問う質問紙（レシピエント用；添付資料 6－2）に回答してもらう。質問紙に回答を依頼する際に、再度、回答したくない内容については、回答しなくてよいことを説明する。

２．質問紙に回答後、半構造的面接調査を１時間程度実施する。了承が得られた場合、インタビュー内容を IC レコーダーに録音する。IC レコーダーに録音することに了承が得られない場合、インタビュー内容を詳細に記録し、インタビュー終了直後に記録内容を確認し、完成させる。

３．インタビュー内容は、質問項目（次ページ参照）を用意しているが、その時の状況、感じたこと、気持ちの変化などの体験について自由に語ってもらう。次ページに示した質問は、意図的に「あまり具体的ではなく、状況を限定しない内容」にしている。

この理由は、研究者の質問が具体的すぎることで、対象者の語りを誘導してしまうことを避けるためである。本研究では、「対象者の認識」を明らかにすることを目的に含んでおり、例えば、「レシピエントとの関係」という言葉を対象者に投げかけたときに、対象者が何を思い浮かべ、何を語るのかという、対象者の認識そのものをくみ取ることが重要であるととらえている。ある対象者は、「レシピエントとの関係は？」と問われ、レシピエントとの心の距離や親密度を語るかもしれず、ある対象者は、食事療法にかなう食事の支度や免疫抑制剤服用の声掛けなど具体的な世話を語るかも知れない。こちらがあまり具体的に限定して質問を投げかけることで、対象者が捉える本来の認識を排除し、修正させた形で語らせてしまう可能性がある。このため、投げかける質問は、むしろ簡単で、あまり具体的ではなく、会話を引き出すための導入としての意味をもつものとして計画した。インタビューガイドに示した質問は、対象者の会話を引き出すための突破口であり、対象者が語った内容を受けて次の質問を投げかける際に、対象者がそのように捉えた具体的な事象や状況、場面を挙げてもらうなどの他、その時の感情や感情の変化などを確認していくこととし、認識の様相を明らかにすることとする。さらに、対象者の話の中で、関心のある点については質問を加えてさらに詳しく語ってもう。疑問点については、対象者の言葉をそのまま繰り返し、その意味について尋ね、内容を確認する。次の質問をする前に、対象者の発言がないかしばらく待ち、無い場合には内容を要約した後、次の質問をおこなうこととする。

４．インタビュー中に、ドナーやレシピエントが感情を表出した際には、その気持ちを受け入れ、共感的態度を示す。気持ちが高ぶり続けている時は、調査を中断することも可能である旨を、対象者に説明する。また、研究者が調査を中断した方が良いと判断した時は、対象者が調査の継続を希望しても中断をする。

５．インタビュー終了前には、話し残したことが無いか確認をする。

＊質問紙に回答した内容と、インタビューで話した内容が異なる時は、確認しておく。

＜レシピエント用質問項目と質問具体例＞

「移植後のドナーとの関係と想い」、「ドナーについての認識とその自分への影響」「現在のレシピエントの体調や生活」の３点を必須の質問項目とする。

１．移植後にドナーとの関係は何か変化しましたか？そのことをどのように思っていらっしゃいますか？
⇒変化あり、なしという返答であれば、それはどのような場面でそう感じるのかなど、具体的な事象や状況を話してもらう。

２．移植後のドナーはどのような様子ですか？その様子をみて、あなたはどのようにお感じになったり、そのように思ったりしていますか？

３．現在のあなたの体調や生活についてお聞かせください。

４．ドナーのためにあなたが気を付けていることや、していることがありますか？

別表1：日本で実施されている生体臓器移植の特徴

	移植臓器による分類			
	肺移植	膵移植	肝移植	小腸移植
概要	1988年10月に生体肺移植が実施され、2000年には脳死肺移植が実施され、その後2010年12月までに100例の生体肺移植が、87例の脳死肺移植が実施されている。 生体肺移植率は全体の53%。 生体肺移植では、2名の近親者からそれぞれ肺の一部を移植するが、小さな子供の場合は提供者が一人という事例も散見される。	2000年4月に第1例目の膵腎同時移植が実施されてから2010年12月末までに、84例の脳死下での膵腎同時移植と、2例の心停止後膵腎同時移植が実施された。2004年に我が国第1例目の生体膵腎同時移植が実施された。2011年11月末現在で23例の生体膵臓移植【膵腎同時移植（SPK）19例，腎移植後膵移植（PAK）1例，膵臓単独移植（PTA）3例】が実施された。2010年7月の改正臓器移植法の施行後、脳死ドナーからの移植が増えている（生体移植率は全体の約20%）。	生体肝移植のための肝切除術は、1989年から実施されている。2010年末までの肝移植総数は6195例であり、ドナー別では死体移植が98例（脳死95例、心停止3例）、生体移植が6097例で98%が生体ドナーからの肝提供による移植である。	我が国における小腸移植は1996年に第1例目がなされ、2011年6月末までに脳死小腸移植11例、生体小腸移植が9例、合計20例が実施された（生体移植率は全体の45%）。
レシピエントの移植適応	現在の治療において、肺移植の他に有効な治療法がなく、2年生存率が50%以下の、両肺全体における進行性の肺疾患（肺・心肺移植関連学会協議会の定めた、原発性肺高血圧症などの17疾患）であることが適応となる。	生体膵移植は、腎不全に陥った透析療法を受けているⅠ型糖尿病患者が優先となり膵腎同時移植の適応となる。中でも血糖コントロールがインスリン投与などの内科的治療に抵抗性であることが適応となる。	進行性肝疾患のため末期状態にあり、従来の治療法では余命1年以内と推定されるものが適応となる。 ただし、先天性肝・胆道疾患、先天性代謝異常症などの場合には必ずしも余命1年に限らない。	小腸不全により、中心静脈栄養法が必要な状態でありながら、大血管系の血栓症などのために現在カテーテルを挿入している血管以外には挿入できる血管がなく、中心静脈用カテーテルの維持が困難な場合、カテーテル留置に伴う敗血症を頻回に繰り返す場合、肝障害が進行しつつある場合など中心静脈栄養法の合併症で生命に重大な影響を及ぼすような状態となった場合、適応となる。
ドナー手術および合併症	佐野らの調査[20]では、次の様に報告がされている。生体肺移植ドナーは、片側の下葉を提供する。ドナー（右肺下葉提供ドナーn=48，左肺下葉提供ドナーn=46）における合併症発生率は54.5%で、主要な合併症は大量出血、膿胸、乳び胸＊(a)、気胸であったが、すべて一過性で全員回復した。術後呼吸機能は術前値に比べ、12ヵ月以上後でも約16%の減少を認めたことが報告されている。一般に肺提供術後には肺活量が15～20%低下し、一度切除した肺が拡張することがないため、生涯にわたって肺活量が低下したままとなる。 西岡ら[21]の生体肺移植ドナー（n=65）の術後QOLの調査では、胸部疾患患者（n=70）と比較して良好であり、痛みや日常的役割機能（身体）も術後経過時間と共に回復していたことが報告されている。しかし高齢者ドナーは若年者ドナーに比較してQOLが劣る傾向があった。生体ドナー群は精神的健康度が胸部疾患群と比較して有意に高く、この理由として、大切な肉親を助けることが出来たという心理的要因の影響が示唆されたと考察している。	膵臓の約50%（膵体尾部）を摘出する手術で、同時に腎臓も提供することも可能である。合併症としては、膵液瘻＊(b)、膵仮性のう胞＊(c)、糖尿病、腎機能障害（膵腎同時移植の場合）などの可能性がある。 生体ドナー（n=18）には術後糖尿病や腎不全の発症は認められなかったが、合併症として1例に膵仮性のう胞、1例に膵液漏が見られ、保存的治療により治癒し全例が社会復帰している。生体膵臓移植ドナーのフォローは、術後1年間は1～2カ月ごと、以降は3～6か月ごとに外科外来に加え、糖尿病外来に通院し、定期的に採血、75g-OGTT糖負荷試験＊(d)、腹部CT、エコーを実施する。提供後5年の長期追跡結果では、ドナーは膵切除によってインスリン分泌量が低下するが、抵抗性の低下により耐糖能を維持し、糖尿病発症を防いでいる可能性が示唆された。自施設のドナーの追跡調査では、全例現在も社会復帰し、身体・心理・社会的QOLの評価尺度のSF-36で評価した調査ではQOLも維持されており、生体機能への著しい影響は与えていないと考えられるが、膵臓からのインスリン分泌が低下しているため、今後長期のフォローを要することが報告されている[22]。	生体肝移植ドナーの肝提供術には、肝左葉外側区域切除（25%）、肝左葉切除、肝右葉切除（37%）、肝後区域切除がある。肝左葉切除、肝右葉切除、肝後区域切除の場合は、肝切除線の上に胆嚢が重なるために、胆嚢も同時に摘出する。また、肝臓は仮に60%切除されたとしても、1～3カ月後には残りの部分が再生し、約1年後には元の大きさにもどり、機能的には十分に再生する。 ドナーの手術時は、500～1500ml程度の出血が予想されるが、手術前の自己血貯血＊(e)を手術後輸血することで対処する。これ以上の出血がある場合は他者からの輸血が必要になる場合がある。肝切除後の合併症としては、術後の出血、胆汁ろう＊(f)、腸管の癒着＊(g)、創感染などがあるが、数週間の処置により、治癒する場合がほとんどである。我が国でこれまで施行された5000例以上の生体肝移植ドナーの肝切除において、死亡した症例が1例（2003年）ある。 また、2009年に実施された全国調査では、軽度のものを含めると約9%の肝提供後の生体ドナーに合併症があることが報告された。ドナーの入院は、通常手術の数日前が多く、術後は、合併症がなければ手術後10日から2週間で退院が可能。復職は、早いもので術後1ヶ月くらいから可能であるが、重労働の場合には2～3ヶ月の休職が必要である。	回盲部から口側に向かって30cm 口側の回腸を残して120～150cm の小腸を摘出する。ドナーに小腸機能障害を起さないよう，グラフトとして採取する長さの上限をドナー全小腸の約40%以下とするのが原則である[24,25]。 件数自体が少ないせいか、生体小腸移植ドナーの合併症やその後の健康状態に関する論文や報告はなく、合併症の詳細は不明である。
費用	2006年から脳死肺移植が保険適応となり、生体肺移植についても2008年4月から保険適応となった。	2006年4月1日より、生体以外の膵臓移植は保険適応となった。	2004年1月1日の保険診療改正で、ほとんどの疾患が保険適応となった。生体肝移植に関するドナーの医療費は、レシピエントに請求されるため、費用負担はない。ドナーの肝機能がほぼ正常に回復される手術後約1ヶ月を目途に、ドナー本人の保険診療に切り替わる。但し、肝移植ができなかった場合の検査費用は、ドナーの負担となる。	小腸移植手術は、脳死移植、生体移植いずれも健康保険が適応されない。手術及びその入院費用は全額自費で1000～2000万円程度となり、特定疾患も使用することはできない。生体小腸移植を行った場合は、ドナーの小腸摘出術及び入院費用についても健康保険は適応されず、自費となる。2011年8月から脳死小腸移植、10月から生体小腸移植が高度先進医療となった。
注釈	注釈＊(a) 乳び胸（chylothorax）：リンパ管である胸管から漏出した乳び（乳び：腸管から吸収された脂肪球を含むリンパ球）が胸腔内に貯留した状態。	注釈＊(b) 膵液漏：膵臓が産生する膵液はタンパク質・脂肪・糖類を分解する酵素を含んでいるため、この膵液が手術の吻合した組織を融解することで、吻合した部分が外れて膵液が漏れ出ることをいう。 注釈＊(c) 膵仮性のう胞：膵のう胞は、膵内あるいは膵周囲に形成された中空の構造で、壁に囲まれた内腔に、膵液、粘液、血液などの内容物を含んだものを指すが、のう胞壁内腔面に上皮細胞を認めないものを仮性のう胞と呼ぶ。 注釈＊(d) 75g-OGTT糖負荷試験：ブドウ糖液（ブドウ糖75gを水に溶かしたもの、またはデンプン分解産物相当量）を 飲み、ブドウ糖負荷後、30分、1時間と2時間後に採血し、血糖値を測定する検査であり、糖尿病の診断に用いられる。	注釈＊(e) 自己血貯血：大量出血が予測される手術を受ける患者自身の血液を手術前に採取し、術中および術後の輸血に用いる治療法。 注釈＊(f) 胆汁ろう：胆管を切除した後に、胆管の断端を小腸に吻合して再建するため、吻合部から胆汁が腹腔内に漏れ出ること。 注釈＊(g) 癒着：炎症により、本来離れているべき組織や臓器同士がくっついてしまうこと	
参考HP	1) 日本臓器移植ネットワークHP 16) 臓器移植ファクトブック2011 18) 肺移植のためのガイドブック 19) 大阪大学医学部付属病院、移植医療部HP	1) 日本臓器移植ネットワークHP 16) 臓器移植ファクトブック2011	1) 日本臓器移植ネットワークHP 16) 臓器移植ファクトブック2011 19) 大阪大学医学部付属病院、移植医療部HP	1) 日本臓器移植ネットワークHP 16) 臓器移植ファクトブック2011 19) 大阪大学医学部付属病院、移植医療部HP 23) 国立成育医療研究センター・臓器移植センターHP

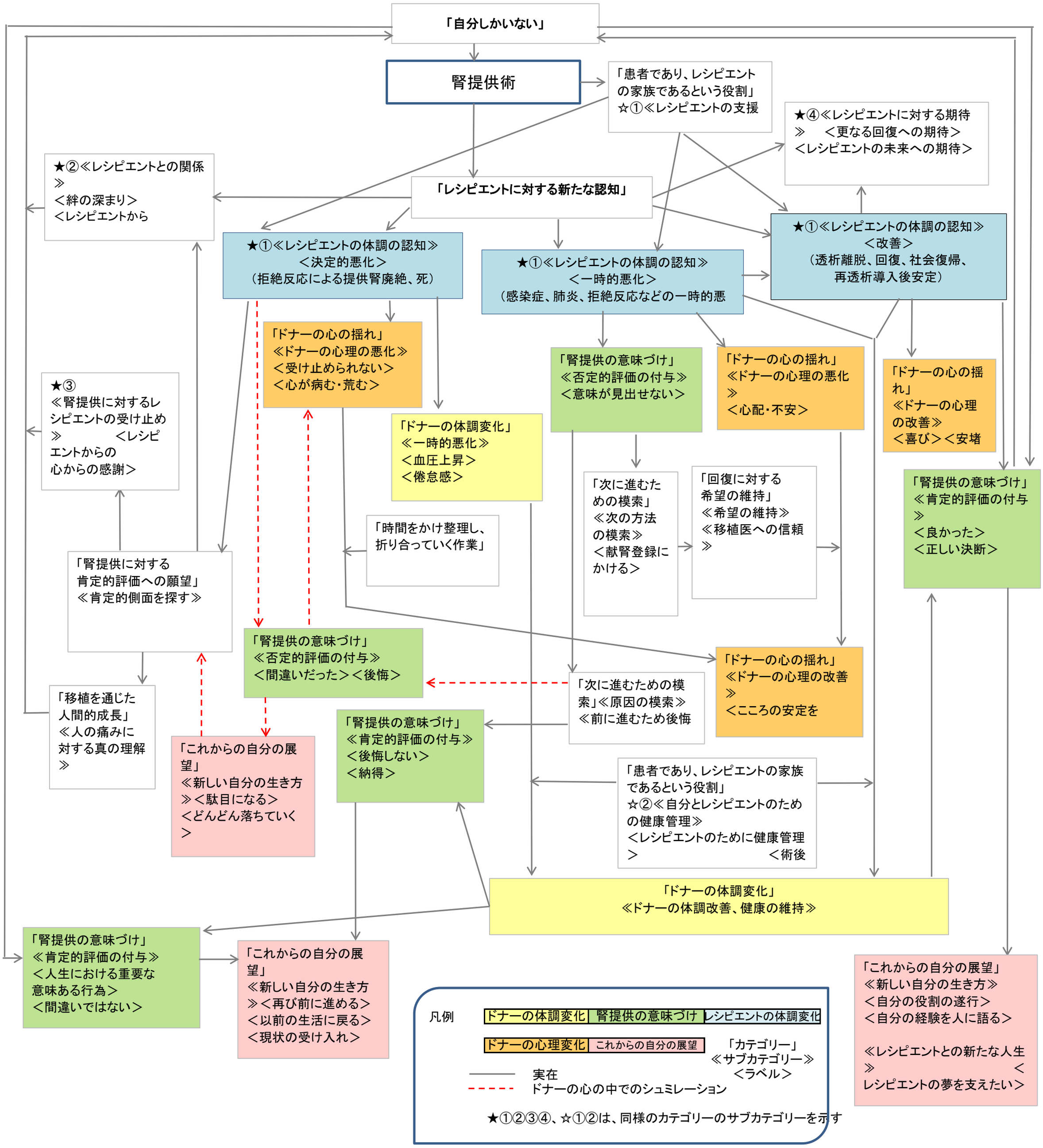


図2：レシピエントの体調変化にともなう生体腎移植ドナーの腎提供の認識とドナー自身への影響のカテゴリー関連図

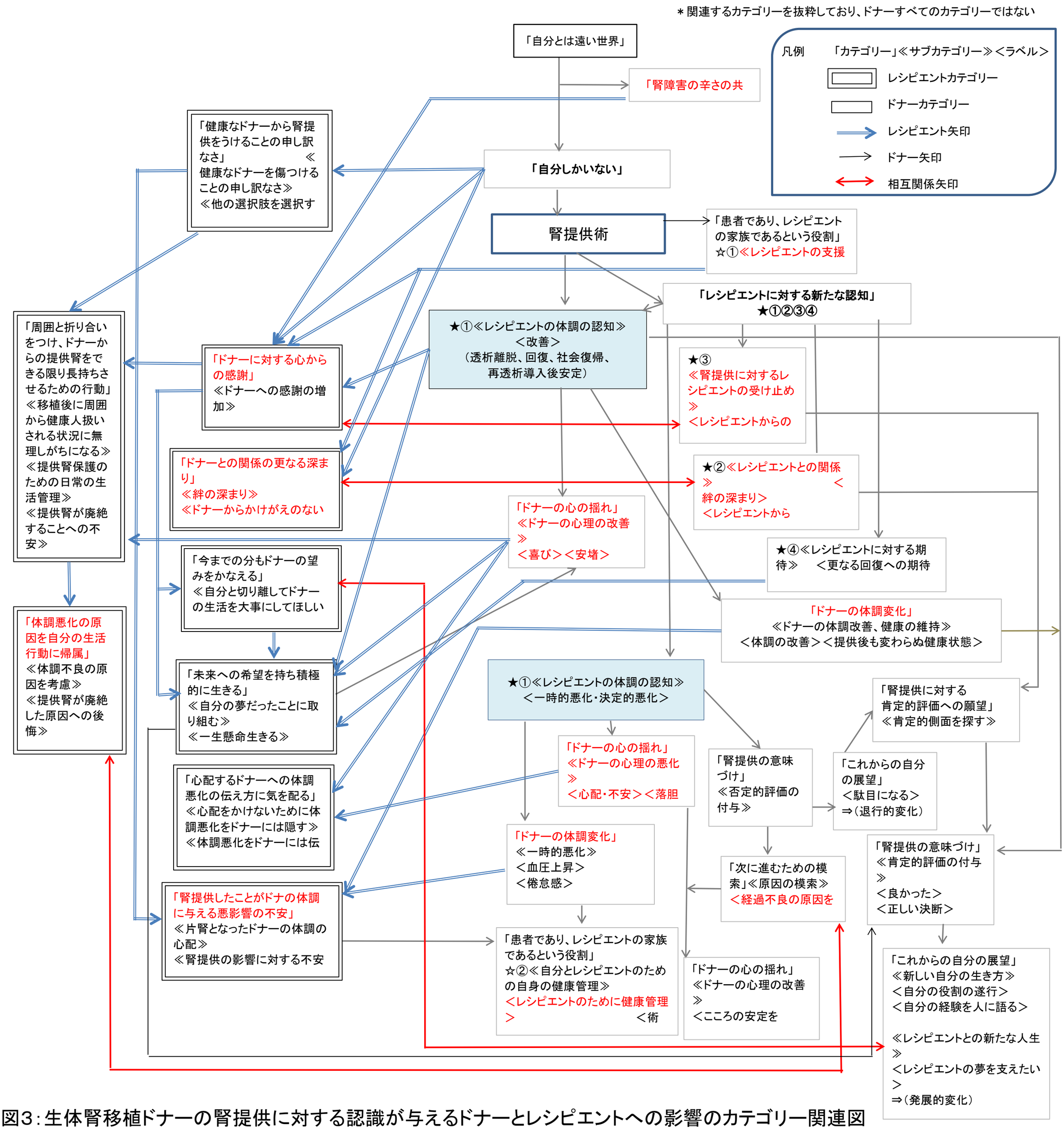


図3：生体腎移植ドナーの腎提供に対する認識が与えるドナーとレシピエントへの影響のカテゴリー関連図