

腹膜透析治療を開始した患者の家族の透析治療への協力体制形成過程

持田耕平¹⁾，青木沙織¹⁾，森山美知子²⁾

キーワード (Key words) : 1. 腹膜透析 (peritoneal dialysis) 2. 家族 (family)
3. 受容過程 (process of acceptance)

腹膜透析治療を開始する患者の家族が治療協力者となる過程とその影響要因を明らかにすることを目的に，腹膜透析治療中の患者と共に暮らし，食事や透析の協力を主に行う家族員 11 名に半構成的面接を行った。結果，家族員が協力者となる過程は「協力者となるための役割移行への取り組み」「療養手技を習得しようとする取り組み」「生活の変化に順応し，継続するための取り組み」の順に 3 段階にカテゴリー化することができた。家族員が協力者として役割を獲得していく過程には，役割葛藤の有無，療養実施の主体が患者か家族かで違いが生じた。第 1 段階では知識を得るための環境が，第 2 段階は看護師の指導や助言者の存在が影響要因として重要であった。第 3 段階は，家族内の役割分担や勢力，生活・患者の状態の安定が役割葛藤の消失に影響し，生活の変化への順応を促していた。不安との共存や療養生活とうまく付き合うための対処が継続要因として観察された。

はじめに

腹膜透析は頻繁な通院から解放されるため，社会生活を営みながら透析を行うには適した方法であるにも関わらず，実際は自己管理の困難や腹膜炎等を発症する可能性のために普及率は十分ではなく，未だ慢性透析患者全体の 3.3% 程度である¹⁾。透析を導入した患者の多くは一生透析治療と付き合いなければならず，生活時間の根本的な転換に加え，複雑な水分や食事管理等のセルフケアを行う必要があり，透析の導入は人生の危機となる。加えて，糖尿病性腎症等，複数の基礎疾患の合併による複雑な治療管理，さらに，視力低下を合併していたり，高齢になっても導入されることから，透析手技の支援に加え，日常生活の介助などの問題が生じる²⁾。

身体・認知機能の低下を伴う患者が複雑な透析療法管理を行うことの困難は十分に予測され，適切な療養環境形成のために身近な人の協力体制が必要であることは想像に難くない。これは，同時に家族を巻き込むことにつながり，家族側の受け入れ困難や精神的なショック，家族員間の人間関係の変化などを引き起こす。実際，渡辺は，「透析治療を受けることは，家族の心理的側面に多大な影響を及ぼし，しばしば家族関係を変化させ，家族の生活全般，各側面にわたって大きな影響をもたらす³⁾」と述べている。家族は，身体的にも精神的にもストレス

の高い状況に置かれるため，家族関係の崩壊や家族全体の QOL の低下にもつながりやすいと考える。

透析を開始した患者家族はどのような状況に置かれるのか。透析患者の治療の受容過程と家族の問題については先行研究で調理が最も負担になることが明らかになっているが⁴⁾，協力者となる家族員がどのような過程を経て透析治療の受け入れに至るのか，そして，その受け入れ過程にはどのような要因が影響するのかは明らかになっていない。そこで，本研究では，家庭での自己管理が中心となる腹膜透析に焦点を当て，協力者となる家族員の透析治療受け入れの過程を明らかにし，どのような支援が必要なのかを検討することとした。これは，透析患者とその家族の適応を促し，家族の機能障害を防ぐためにも重要であると考えた。

文献検討

家族員が透析を行うようになることは，家族を脅かす重大な出来事である。透析を行う患者の家族の対応能力に影響するのは，①役割転換，②経済的な安定，③外界からの援助の柔軟な受け入れである⁵⁾。また，患者を抱え家族は一時的な不安定に陥る。対応能力が低い家族は，透析患者の出現によるストレスに耐えられず，さまざまな反応を引き起こすことが明らかになっている⁵⁾。

・ The process of forming a collaborative structure by families with patients starting peritoneal dialysis treatment

・ 1) 広島大学病院 2) 広島大学大学院医歯薬保健学研究院成人看護開発学

・ *連絡先：広島大学大学院医歯薬保健学研究院 森山美知子 TEL：082-257-5365 FAX：082-257-5369 Email:morimich@hiorshima-u.ac.jp

・ 広島大学保健学ジャーナル Vol.10 (2)：62～71, 2012

透析実施中の家族の不安や負担に関する調査では、最大の負担は食事・水分管理であり、次いで時間的な制約である。また、患者の生命に関する不安も大きな負担となる結果が出ている⁶⁾。また、中高年期の透析の発生と家族内勢力との関係に関する調査では、患者には患者役割が、配偶者には介護役割が発生することで家族員間の役割分担が変化し、親世代が治療や療養にかかりきりになることから子世代への役割の移行、つまり、子世代への勢力移行が起こることが明らかになっている。勢力移行の作用因子として、長期入院、治療のための時間的制約、体力低下の自覚、職種、周囲の意向、ジェンダー、子世代の存在、運転代行などが見出されていた⁷⁾。

また、2型糖尿病患者の家族について、食事療法に関する協力体制形成過程を調べた調査では、過程は「協力者となるための取り組みを行う」「慣れようとする取り組みを行う」「体制安定を図るために自己と周囲の評価・調整をする取り組みを行う」という3段階を踏んでおり⁸⁾、さらに追加調査によって、患者との相互作用要因が協力体制形成行動に影響を与えていることが明らかになっている⁹⁾。

これらの吟味より、家族の透析治療の受け入れ過程は、稲垣ら⁸⁾や森田ら⁹⁾が明らかにした家族の協力体制形成過程を基礎に段階の抽出を行い、介護役割の追加による役割転換、受け入れ葛藤と将来の不安、透析治療と食事療法の習得及び家族員間の関係性・勢力移行等の観点から順応の過程を探索し、影響要因の抽出を行う。

方 法

1. 研究期間：平成17年9月～12月、平成21年9月～10月

2. 研究デザイン：面接法を用いた質的帰納的研究

3. 研究参加者と選定方法

以下の条件を満たす者とし、腎臓内科を標榜する、腹膜・血液の両透析を行っている病院の医師に紹介を依頼し、データ収集期間中に調査協力に同意を得た患者の家族を対象とした。選択基準は、①腹膜透析治療を開始して半年以上経過した患者と共に暮らす家族で、食事の準備や透析に関する世話を主に行っている者とした。なお、患者は②腹膜透析を実施中の者又は血液透析と腹膜透析の併用者で、③透析に至った疾患は、各種腎炎、糖尿病性腎症等の腎疾患による。なお、患者の年齢、性別、家族構成は問わない。

4. 手続きと面接内容

選択基準を満たす家族員に対して、参加者の希望場所

と日時に、約1時間半の半構成的面接を1回から複数回実施した。研究者は研究の趣旨、倫理的配慮及び内容の録音と記録を説明し、文書で同意を得た。

質問内容は、患者の透析治療が宣告されてから協力者としての役割を受入れるまでの心理的变化であり、以下の質問を行った。(1)基礎情報:性別、年齢、家族構成、同居家族、職業。(2)透析開始を知ったとき及びその後の心理的变化。患者との関係性の変化。透析の知識やイメージ。(3)透析に関しての協力内容。家族員間での治療に関する会話。(4)透析導入時の医療者からの説明。どのような説明で、理解できたか、理解できなかった場合はどのようにしたか、受けていない場合には、どのようにして知識を得たか。(5)透析の協力者となることを受け入れられたか。受け入れられた場合、それはいつごろで、どのようなきっかけがあったのか。(6)透析開始前後での生活や家族内の役割、社会的役割の変化。(7)透析導入後の生活で生じた問題点、問題の捉え方と対処。

面接調査と分析は同時に進め、分析過程で確認すべき事項があった4名のみ、質問内容を加え、外来(3名)や電話(1名)で再度、聞き取りを行った。

5. 倫理的配慮

研究概要と意義、プライバシーの保護、研究参加の任意性と中断の自由及び結果の公表の仕方について、協力者に説明し文書で同意を得た。さらに、逐語録等のデータは本論文作成後に破棄する。個人が特定できないよう属性情報は最小限とし、最終結果を参加者に見せ、内容に間違いがないか確認を取り、公表の同意を得た。広島大学大学院保健学研究科看護開発科学講座倫理審査委員会で承認を得た。

6. 分析方法

録音した内容を逐語録にし、透析療養に取り組み、受け入れていく過程とその過程を構成する要素及びその過程を生み出す影響要因については、インタビュー内容からコード化し、カテゴリー化し、カテゴリー間の経時的関係を検討した。データを継続比較するために、面接を順次進めながら同時にこのプロセスを繰り返した。次に、透析を宣告された時点から心理的な受け入れまでの質的に変化している過程(段階)について、大きくカテゴリー化を試みた。

なお、協力者となる家族員(以下、家族員)の透析治療協力への取り組みは、協力者となるための役割移行への取り組みが必要な者と、この段階がほとんど存在しない者とに分類でき、その後の過程でも役割移行、つまり新たな役割の受け入れが「協力者となるための順応」に中心的な影響を与えていたと考えられたことから、Roy

& Andrews の示す役割開発のプロセス¹⁰⁾ を参考に過程をまとめた。役割開発のプロセスとは、「人が生涯にわたって成熟していくうちに新しい役割を加えていくプロセス」¹⁰⁾ であり、「社会的役割に対して期待される行動を実行することによって、新しい社会的地位を獲得する役割修得」¹⁰⁾ によって完成する。

7. 信用可能性 (credibility)・確認可能性 (confirmability)

慢性疾患の家族ケアを専門とする1名を含む3名の研究者により、繰り返しデータ分析が行われた。信用可能性を高めるために、抜き出し、段階としてカテゴリー化した最終的な内容について、研究協力者に確認を依頼した。

結 果

1. 参加者の概要

参加同意を得た11名の概要を表1に示す。患者との続柄は、妻が8名、夫と娘、両親が各1名であった。参加者の年齢は、43歳(娘)から76歳までで、無職が6名、非常勤を含め有職者が5名であった。患者の透析治療は、腹膜透析のみが9名、腹膜透析と血液透析の併用が2名で、透析歴は6ヶ月から最長で12年10ヶ月であった。透析に至った原因疾患は、慢性腎不全4名、糖尿病性腎症3名、慢性腎炎・糸球体腎炎各1名、腎硬化症1名、IgA腎症1名であった。

2. 家族員の透析療法の協力体制形成過程 (図1, 表2)

家族員の協力体制形成過程は、同居する患者の透析が決定した時点から、透析療法や食事療法への協力を自分の役割として受け入れ、協力者役割を獲得し、日常生活が安定した時点を過程の終わりとした。図1に示す太線の取り囲み線はカテゴリー(段階を示す)を、二重線の取り囲み線はそれを構成する下位カテゴリーで、家族の具体的な行動や心理的变化を示している。下位カテゴリーにおいては、調整する役割のある家族とない家族、腹膜透析の手技を実施する主体が患者の場合と家族の場合にわかれる局面があったことから、その下位カテゴリーにおいてのみそれを構成するコードを示し、それを実線の取り囲み線で示した。点線の取り囲み線は影響要因を示す。直線はカテゴリーと下位カテゴリーの結びつきを示し、矢印は時間の経過順序を示す。これらについて、本文中は、カテゴリーは【 】で、下位カテゴリーは〈 〉で、そのコードは< >で、影響要因は斜体で示した。「」は参加者から得られたインタビュー内容(データ)である。

過程は、大きく【協力者となるための役割移行への取り組み】【療養手技を習得しようとする取り組み】【生活の変化に順応し、継続するための取り組み】の3因子で構成された。

1) 第1段階: 協力者となるための役割移行への取り組み
この段階は、家族員が透析への移行を宣告されてから協力者となる家族員が役割を担おうと考えるまでの過程

表1. 参加者の概要

	患者との続柄	参加者の年齢	参加者の職業	同居家族	患者年齢	透析タイプ	透析歴	原因疾患
A	妻	74	なし	妻	77	腹膜	6ヶ月	慢性腎炎
B	妻	60	自営業	妻	65	腹膜 血液	8年 3ヶ月	糖尿病性腎症
C	妻	69	なし	妻	75	腹膜 血液	2年 10ヶ月	慢性腎不全
D	娘	43	なし	夫	72	腹膜	10年	糖尿病性腎症
E	妻	62	なし	妻	64	腹膜	1年2ヶ月	腎硬化症
F	夫	73	なし	夫, 息子, 嫁, 孫	71	腹膜	2年	慢性腎不全
G	父 母	76 73	なし	父, 母	46	腹膜	1年7ヶ月	糖尿病性腎症
H	妻	55	パート	妻	60	腹膜	12年10ヶ月	IgA腎症
I	妻	53	ケアマネジャー	妻	60	腹膜	3年3ヶ月	慢性腎不全
J	妻	54	パート	妻, 息子	53	腹膜	3年8ヶ月	糸球体腎炎
K	妻	69	アルバイト (冬季のみ)	妻	72	腹膜	1年2ヶ月	慢性腎不全

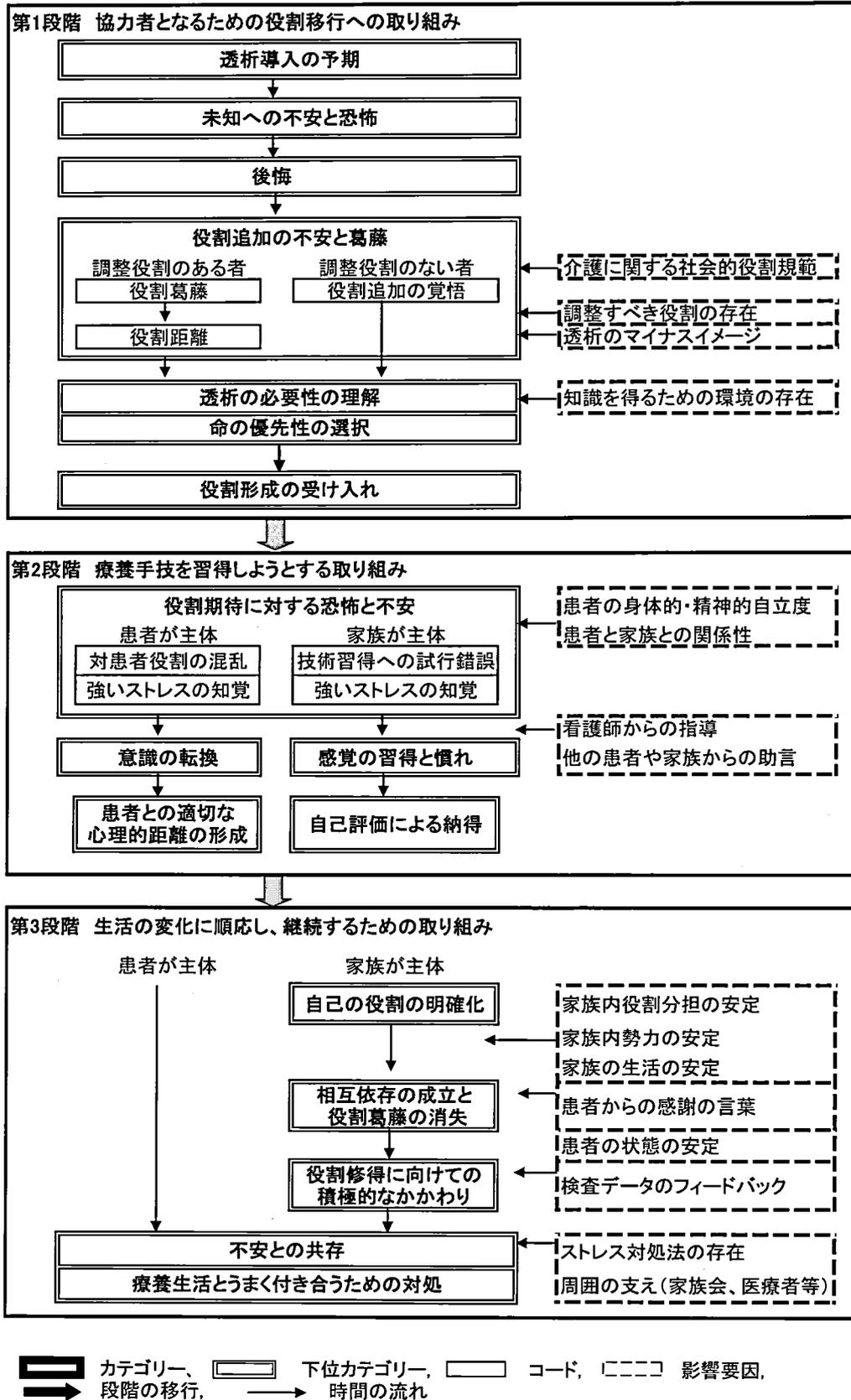


図1. 家族員の透析療養への協力体制形成過程とその影響要因

表2. 家族員の透析療養への協力体制形成過程の 카테고리及び下位カテゴリーの内容

カテゴリー	下位カテゴリー	内 容
協力者となるための役割移行への取り組み	透析導入の予期	透析導入について意識し始める段階であるが、同時にその導入を少しでも遅らせようと食事療法などの努力をする。
	未知への不安と恐怖	透析についてイメージできない、将来がわからないという不安と恐怖。
	後悔	透析の導入が決定し、家族としてもっと食事療法など気を付ければよかったと後悔する。
	役割追加の不安と葛藤	調整する役割のある者と調整する役割のない者との反応は分かれる。調整する役割のある者は、既存の役割と新たに加わる透析の協力者としての役割の調整に葛藤し（役割葛藤）、心理的な距離を形成する（役割距離）。調整する役割のない者は、透析の協力者としての役割を担う覚悟を決める（役割追加の覚悟）。
	透析の必要性の理解	医療者から説明を受け、透析は生きていくためには仕方がないことと理解する。
	命の優先性の選択	他のことよりも患者の命の方が大事と考え、透析を優先することを選択する。
	役割形成の受け入れ	「助かるのなら何でもして」という気持ちになり、自分のやりたいことや既存の役割を諦め、協力者としての役割を取ることを決める。
療養手技を習得しようとする取り組み	役割期待に対する恐怖と不安	協力者として期待される役割に応えようと努力をするが、うまく役割が取れるかどうか不安と恐怖を抱く。患者が主体となった家族員と家族が主体となった家族員とは経験する内容が異なり、前者では心理的な支援者としてどのような位置を取ったら良いのかに苦しみ（对患者役割の混乱）、患者との関係において強いストレスを覚えている（強いストレスの知覚）。後者では、透析手技の習得に向けて試行錯誤を繰り返し（技術習得への試行錯誤）、自分の透析の手技が上手いかず患者が死んでしまうのではないかという恐怖、自分が上手くできるかどうかという不安を抱えている（強いストレスの知覚）。
	意識の転換	精神的に安定してきた患者を見て、患者に影響されるのではなく、自分は自分の生き方をしようと意識の転換を図る。
	患者との適切な心理的距離の形成	患者との心理的距離を保つことができるようになり、役割期待に対する恐怖と不安が解消される。
	感覚の習得と慣れ	どの程度のことを行っていれば大丈夫か、どうなれば危険な状態かが感覚としてわかり、判断できるようになる。
	自己評価による納得	「自分はしっかりやっている」と自分に言い聞かせ、期待された役割が取れるようになったと自身で納得する。
生活の変化に順応し、継続するための取り組み	自己の役割の明確化	家事や食事管理、透析の管理など、自分のすべきことが他者との関係の中で明確になる。
	相互依存の成立と役割葛藤の消失	透析療養に関しての協力関係が患者との間で成立し、透析療養に協力することに対しての心理的葛藤が消失する。
	役割修得に向けての積極的なかわり	検査結果を見て食事や生活について患者と話し合い、さらに工夫をするなど、患者の状態がよりよくなるように前向きに努力を開始する。
	不安との共存	患者の寿命はいつ来るのか、合併症を起こさないか、自分が倒れた後、患者をどうするのかと常に不安を抱え生活する。
	療養生活とうまく付き合うための対処	社会資源の活用や自分の趣味、他者との関わりを通して気分転換を行う。

である。この段階は、家族員の役割が患者の介護と家事に限定され、すでに覚悟ができており役割葛藤が生じなかった事例と、調整すべき役割を持っており、その葛藤が生じた事例とに分かれた。

いずれの家族員も半年以上前から、いずれは透析になると主治医から予告されており、程度の差はあったが、食事療法を開始するなど準備を行っていた。そのため、透析導入の宣言については全員が「覚悟していた」「来るべきときが来た」と表現した《透析導入の予期》。しかし、いざ透析の実施を宣言されると、「透析がどんなものかわからない」（H氏）、「腹膜透析って聞いたことないから怖かった」（D、E氏）と《未知への不安と恐怖》

を感じていた。また、同時に「食事療法を積極的に行っていたら、透析導入までの期間が延びたかもしれない」（J氏）と、家族としての役割を十分に果たしきれなかった《後悔》も観察された。

協力者となるための葛藤が生じた家族員（D、E、H、I、J氏）は、現在の仕事量を減らす、家事や育児などの調整をしなければならぬなどの生活の変化への抵抗から、「困った。家庭の事もあるし、子どもも放っておけない。でも母の世話はしないとイケない」（D氏）と現在の役割の調整困難とともに、「透析は不健康な人がするもの」（E氏）といった透析のマイナスイメージから、自分にとっては受け入れがたいもの、つまり「透析（の

介助は)はやりたくない」(E氏)と<役割葛藤>(役割に対する自分や他者の期待が矛盾すること¹⁰⁾)を示し、これが<役割距離>(透析を受け入れることへの抵抗、心理的距離で、自己概念と合わない役割行動。つまり、協力者としての役割を取る道具的行動とその役割に対する感情を示す表出的行動が異なる状態¹⁰⁾)を生み出していた。一方、葛藤が生じなかった家族員(A~C, F, G, K氏)は、「覚悟していた。私がしないといけないこと」(A氏)に表されるように、新たな役割が追加されることの覚悟<役割追加の覚悟>を示した。

協力者としての役割を取る(すなわち、道具的行動)については、参加者全員が、「透析や食事療法に自分が関わらなければいけない」との意識をもっており、親や娘、配偶者であることなどの家族内における患者との関係性に加えて、妻の場合は「夫の世話は私(妻)がなくてはならない」(E氏)といった性役割に対する信念といった介護に関する社会的役割規範が影響していた《役割追加の不安と葛藤》。

その後、全事例とも主治医の説明や他の患者とその家族の話聞き、《透析の必要性の理解》をするという過程を踏んでいた。透析全体のイメージ化ができてからは、「透析は仕方ない」(B, D, K氏)、「助かるのなら何でもやって」(A, C, E氏)と《命の優先性の選択》を判断し、透析導入に対し心理的に抵抗することを諦め、D氏は仕事を辞め、介護に専念する決断を行っていた。これと並行し、家族は透析について主治医や看護師、管理栄養士に質問できることを確認し(知識を得るための環境の存在)、全員が「安心できる。自分がやるしかない」と覚悟を語った《役割形成の受け入れ》。しかし、一旦、役割を取る(道具的行動)を覚悟しながらも、葛藤のある家族員は、「やっぱり嫌、できればやりたくない」(E氏)と役割に対する嫌悪感(すなわち、表出的行動)を示し、役割距離(役割に対する心理的距離で、道具的行動と表出的行動の不一致)は持続していた。

2) 第2段階:療養手技を習得しようとする取り組み
役割移行の心理的準備が出来、役割移行が行われていた家族員も、役割葛藤が持続し役割距離が生じていた家族員も、《役割形成の受け入れ》を行った後は第2段階の【療養手技を習得しようとする取り組み】に入った。役割距離が生じていた家族員は、この段階で、道具的行動については取り組む覚悟を決めていたが、その役割の遂行に対し、肯定的な感情を表す表出的行動には至っていない段階である。この段階は、透析療法と食事療法の療養手技を習得するプロセスで、患者が療養の主体になろうとした者とこれまでの患者と家族の関係性や患者の身体的・精神的自立度から家族員に主体が移行した者とに分かれた。

家族員が主体となった者は、初期は「自分がうまくで

きないことによって夫が死ぬのではないか」(E氏)と《役割期待に対する恐怖と不安》を経験していた。それを乗り越えるべく家族員は、「食事管理は徹底しようと思った。でも最初は難しかった」(A, E氏)、「埃とか立てないようにし、マスクをして静かに透析していた」(B氏)、「自分なりにやってみて管理栄養士に添削してもらってまた家に帰って食事に生かした」(G氏)のように<技術習得への試行錯誤>を繰り返していた。そして既に技術を習得している他の患者やその家族から自宅での療養の様子や生活全般のことを聞き、手技について看護師から何度も指導を受け、間違いは修正してもらいながら習得していた。全員が、「失敗しても(看護師が)怒らなかった。何度でも丁寧に教えてくれた」と語った。

その後、手技や食事で失敗を繰り返すことから、「失敗ばかりしていたので一人でできるか心配」(D氏)、「食事管理が負担だったり、廃液の色が悪くて不安になった」(E氏)と不安が一層増し、また、「生活の全てが変わってしまった」(E氏)、「透析と透析の時間なんてあつという間。もう次の透析の時間なの?という感じ。時間的な制限が増えた。負担だった」(D, E氏)と時間的拘束によって、「ノイローゼようになった」(D氏)と<強いストレスの知覚>を経験していた。しかし、逃れられないことから、「一生懸命、死にもの狂いでやった」(D氏)、「管理を徹底して行った」(E氏)等、手技の習得への努力を一層行い、同時に、「先を見ずに、目の前のことをやろうと考えた」(D氏)と目標レベルを下げ、先のことは考えず、目の前にあることに集中する設定目標の近視化を行って乗り越えようとしていた。

この<技術習得への試行錯誤>の結果、「これくらいだったら大丈夫って感覚が身についてくる」(A, B, F氏)、「最初は手を消毒してマスクしていたが今ではやらない。横着になった」(B, C, F氏)と《感覚の習得と慣れ》を経験していた。役割葛藤のあった家族員は、この段階で自分の行ってきた努力に対して「私はよくやっている」(E氏)のように《自己評価による納得》をしていた。

患者が主体となった家族員には療養技術の習得は発生しないが、どのように患者との位置関係を取り支えていけばよいのかという<对患者役割の混乱>が生じ、「(失敗して)落ち込み、涙を見せる主人(患者)にどう接したらよいかわからず、自律神経がおかしくなった」(H氏)、「(患者が)すごく泣いており、葛藤を抱えていたので、そんな本人を見ていて不安だった。慰めるほかないし、つらかった」(K氏)と話し、<強いストレスの自覚>を体験していた。H氏はこのとき、患者に対して「何とかしなければならぬ」と思い、仕事を辞めている。しかし、患者が次第に透析に慣れ、生きていくための目標を見つけて状態が安定してくると、「この人はもう大

丈夫だから自分は自分のできることをしていこう」(H氏)と《意識の転換》を図っていた。一方で、＜对患者役割の混乱＞と＜強いストレスの知覚＞について、「(患者が) 気楽に構えている。透析の深刻さがそんな主人によって救われた」(J氏)、そして、「本人の人生だし、それを支えていこう」(I氏)と《患者との適切な心理的距離を形成》し、《役割期待に対する恐怖と不安》を落ち着かせていた。

3) 第3段階：生活の変化に順応し、継続するための取り組み

この過程は、療養を継続していくために生活の安定を図る段階である。「(患者の) 命がかかっている」という不安と恐怖が軽減し、変化した日常生活への順応が始まる。

患者が主体の家族員、つまり新たな役割を受け入れる葛藤のなかった家族員は、順応のために《不安との共存》と《療養生活と上手く付き合うための対処》を行う一方で、家族が主体の家族員、つまり役割葛藤のあった家族員はより多くの過程を踏んでいた。生活は患者中心に変わる。複数の家族員が子どもたちから「自分たちは療養には関与しない」と言われ、「自分しかない」と他の家族員に依存しない覚悟を決めていた。さらに、患者に「お前がいなくて生きていけない」(E氏)、「ありがとうと感謝される」(D, E氏)等の感謝の言葉を受け取り、また、療養のどの部分を患者が担当し、どの部分を家族員が引き受けるかの家族内役割と家族内勢力を調整することによって《自己の役割の明確化》の過程を踏んでいた。その後、入退院を繰り返す患者(D氏)もいたが、患者の状態が安定してくるとともに生活が安定し、「今までお父さんに頼りきっていたけど、私が決めないといけなくなった」(H氏)、「(役割分担をめぐって) 口論が絶えなかったけど、なんとなく落ち着いた」(E氏)と、患者にあった家庭での主導権が介護者に移行するなど、家族員間の役割と力関係(家族内勢力)が安定し(家族内勢力と家族内役割分担の安定)、役割葛藤のあった家族員もこの時点でようやく「(透析と透析のある生活を)受け入れる気になった」(E氏)と述べ、《相互依存の成立と役割葛藤の消失》が起こっていた。役割葛藤が消失してからは、「悪くしないように頑張ろうと思う」(D, E氏)、「検査結果が横ばいなので(悪化していない)、もっと頑張ろうと思った」(検査データのフィードバック)(D氏)のように、《役割修得に向けての積極的な関わり》に変化している。さらに、「透析は、今は生活の一部」(D氏)、「透析は生きる力」(E氏)のように家族員自身の意識の転換が起こり、この時点で透析に対するマイナスのイメージが消失していた。そして、その一方で、参加者全員が「自分が先に死んでしまったらどうなるのか」「いつまで透析をやっているかと、合併症を起さな

いか不安」と、予後や合併症の不安、家族員がいなくなったときの不安を常に抱えていることを語った《不安との共存》。そして、これらの不安や協力者として常に拘束されている状況のストレス(「夫との口喧嘩が増えた。ちょっとしたことでカチンとなる」(B氏)、「食事は常に戦い」(H氏))に、「趣味には絶対に行くようにしている」(A, I氏)、「定期的な気分転換はとる」(A~E氏)、「ヘルパーに頼む」(C氏)、「家族会に行き、聞いてもらう」(G氏)等(ストレス対処法の存在、周囲の支え)、透析と上手く付き合うため、《療養生活と上手く付き合うための対処》を習得していた。

考 察

透析療法の協力者となることは、患者が生きている限り続くという点から、半永久的な役割となる。そのため、この新たな役割の修得は、表出的行動(心理的な抵抗や葛藤)や道具的行動(手段的な困難：手技の習得など)のいずれかが獲得できないことで苦しむ役割葛藤や、それによって役割は演じながらも心理的な距離を取る役割距離を克服し、その役割を人生や生活の中に取り込んでいく、つまり、「その人の社会的役割に期待される行動の実行に伴って、新しい社会的立場につく」¹⁰⁾ 役割修得のプロセスそのものであるといえる。

役割修得のプロセスは、大きく3段階に分類できたが、第1段階は透析に対するイメージなどが受け入れられず、新たな役割を取ることが自己概念¹⁰⁾を脅かすものである家族員にとっては1つの重要な段階として存在する。その一方で、新たな役割を取ることに躊躇や困難、マイナス感情がない家族員にとっては、重要性の少ない段階であるといえる。しかし、面接を行ったどの家族員も自分が協力者になることを疑っておらず、心理的な葛藤を抱えていた者でも、役割をとることを義務のようにとらえていた点は興味深い。これには、「家族、それも身近にいる家族、できれば女性が面倒をみる」という文化的社会規範や女性役割に対する信念が存在すると思われる¹¹⁾。

また、第1段階を乗り越える上では透析についての知識は重要であり、透析についてイメージ化できることは、今後の生活が予測でき、それが情緒的安定につながると思われる。第1段階を適応的に進めるためには、医療者が知識の提供を十分に行い、将来のイメージを作りやすくすること、マイナスイメージの払拭に努めることが重要であることがわかった。また、他の役割がある家族員には、役割の調整など、相談に乗ることも必要であろう。透析は治療の中断が即、死につながるため、他の慢性疾患の家族の協力体制形成過程とは異なる様相を呈した。例えば、2型糖尿病の家族の場合、第1段階でのドロ

プアウト（協力者となることを諦めてしまうこと）が発生していたが⁹⁾、11例ではあるが第1段階の過程で諦めた家族員はいなかった。

患者が依存的な家族員の場合、手技を習得するのが第2段階で、恐怖と不安の中で開始し、慣れが形成されたところで終了する。これは、浮ヶ谷のいう「次第に自分流に治療実践を飼い慣らしていくこと」と整合する¹²⁾。この飼い慣らしは糖尿病に限らず他の慢性病を持ちながら生きている人たちにも共通するように、本調査でも該当した全ての事例で確認された。その結果、療養手技を自分に受け入れられる程度のものに修正し、感覚の習得と慣れを獲得してから、義務を果たしている自分（倫理的自己）と、手技をマスターし期待に応じた役割を果たしている自分（自己理想）、そして現実の自分の姿との自己一貫性を、「自分はよくやっている」との自己評価から、ある程度確保してから次の段階に向かうと考えられた。ただし、第1段階で役割葛藤が強く表出された事例は、第2段階も未だ表出的行動まで含めた受け入れにはたどり着いていない。生活全般を順応まで到達させるのは人間関係や家庭、社会での役割の調整を含む第3段階となる。

試行錯誤・努力の繰り返しだが、何度も質問し、怒られずに繰り返し教えてもらえる安心できる環境と相談相手の存在が、その努力の継続を支えていた。加えて、役割モデルとなる他の患者・家族からの助言が役立っていた。この段階では、看護師は患者・家族員同士の交流を促し、うまくいっている類似した患者や家族の紹介を行い、透析療養が習得できるように支援していく必要があると考える。「非効果的役割移行は通常、知識、教育、実践あるいは役割モデルの欠如の結果である」¹⁰⁾と述べられており、第1段階、第2段階を通して、この重要性は強調されるべきである。

患者が主体となった家族員においても、家族として社会から期待される役割と患者との関係性の中で、どのような役割を取るかの混乱は生じていた。患者が療養手技の受け入れに技術的、心理的に葛藤している場合には、情緒的支援者としての役割¹¹⁾を取ることに苦しんでいた。患者が主体的である場合、看護師は安心してしまう傾向にあるが、家族員が影響を受け苦しんでいることも理解する必要がある。

第3段階は、役割修得の最終段階である。不安定だった家族員間の関係性や勢力の安定、家族の非関与の宣言によって決まった役割とそれを担う覚悟、日常生活の安定と、何よりも患者の状態の安定が家族員の肉体的・精神的落ち着きを導き、この段階で第1段階から続いた役割葛藤及び役割距離が解決されていた。創部に異常がないこと、病状の安定が人工肛門の受容に最も関連していたという結果¹³⁾からも、患者の安全が確認され、期待

される役割に対する恐怖や不安が解消されたときに、家族員が安堵し状況が受け入れられるようになるという点から、これは理解できる。葛藤が消失してからは役割達成に向けての積極的な関わりが観察されたが、協力体制の維持にデータのフィードバックや他の患者・家族からの情報、そして、患者からの感謝の言葉が必要であることは2型糖尿病患者と同様である⁹⁾。

浮ヶ谷は治療実践を飼い慣らしていく過程では、落ち込み、反省、自己嫌悪の連続であるかもしれない¹²⁾と述べている。本結果でも、第2段階では強い不安やストレスの連続が観察された。しかし、飼い慣らすことができた後は、ストレスとうまく付き合えるようになっていた。この結果から、看護師は患者・家族に他の家族のたどる経過を話し、必ず乗り越えることができること、ピアサポートを上手に活用すること、患者は家族に感謝の気持ちを伝えること、家族はストレス対処法を持つことを説明することで、家族の心理的負担の軽減につながると考えられる。

研究の限界と今後の課題

今回リクルートされた家族員は、全員、自宅で患者を支えることができている者である。途中、諦めて血液透析に移行した者や患者の治療へのコンプライアンスが悪く、葛藤や苦悩を抱えている家族員にもインタビューを行うことによって、より広い観点から継続要因の特徴が抽出できると考える。今後は中断や腹膜炎などの合併症を繰り返す患者の家族へも対象を広げると共に、本結果を活用した家族支援プログラムを作成したいと考える。

なお、本研究は、データの収集と分析に4年を費やした。この4年間に、腹膜透析方法自体が大きく変化することはなかったが、透析患者が年々増加するにつれ、透析が日常的な治療として社会に受容されるようになったと考える。透析患者に対する家族の協力体制形成過程は、その時々々の社会状況や支援システムに影響されるものであるため、本研究で示した協力体制形成過程も、それらと共に変化していったと考えられる。したがって、今後も継続して家族の協力体制形成過程について検証していく必要がある。

まとめ

腹膜透析を開始する患者の家族は、「第1段階 協力者となるための役割移行への取り組み」「第2段階 療養手技を習得しようとする取り組み」「第3段階 生活の変化に順応し、継続するための取り組み」の順に段階を経て協力者としての役割を修得していくこと、この過程には、家族員の役割葛藤の有無や療養実施の主体が誰

であるかが影響することが明らかになった。また、この過程を促進する要因、阻害する要因の存在も観察された。

文 献

1. 日本透析医学会統計調査委員会：図説 わが国の慢性透析療法の現況。
<http://docs.jsdt.or.jp/overview/index.html>., 検索日：2010年12月28日
2. 三木隆己, 白田久美子: ナースのための透析看護ブック (2), p.76-90, 医薬ジャーナル社, 東京, 2005
3. 渡辺裕子: 血液透析患者を持つ家族への看護. 家族看護学研究, 7 (1) : 35, 2001
4. 都鹿野敏子, 田口綾子, 田中美千代 他: 生体腎移植後, 透析再導入となる患者の受容プロセスへの介入. 移植, 39 (3) : 311, 2004
5. 渡辺俊之: 家族との協力が難しい—家族の視点から透析を理解する. 臨床透析, 23 (6) : 722-724, 2007
6. 佐藤恵子, 田村章子, 真島稚鶴子 他: 透析患者を支える家族負担の実態調査. 成人看護学Ⅱ, 36, 107-109, 2005
7. 田中小百合: 中高年夫婦における健康問題の発症と家庭内勢力との関係. 滋賀医科大看護ジャーナル, 3 (1) : 99-102, 2005
8. 稲垣美智子, 早川千絵, 井村香積 他: 2型糖尿病患者を持つ家族の食事療法における協力体制形成過程. 金沢大学つるま保健学会誌, 25 (1) : 75-82, 2001
9. 森田桂子, 森山美知子, 高見知世子: 2型糖尿病患者家族における食事療法の受け入れ過程とストレス. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 11 (2) : 157-165, 2007
10. Roy, C. & Andrews, H./ 松本光子監訳: ザ・ロイ適応看護モデル (第1版), p.419-429, 医学書院, 東京, 2002
11. 長戸和子: 慢性疾患をもつ人と家族. 鈴木志津枝, 藤田佐和 (編): 成人看護学, 慢性期看護論 (第2版). p.92-93, ヌーヴェルヒロカワ, 東京, 2009
12. 浮ヶ谷幸代: 病気だけど病気ではない—糖尿病とともに生きる生活世界. p.73-99, 誠信書房, 東京, 2004
13. 添島聡子, 森山美知子, 中野真寿美: オスメイトのストーマ受容度とセルフケア状況およびストーマ受容影響要因とその関連性. 広島大学保健学ジャーナル, 6 : 1-10, 2006

The process of forming a collaborative structure by families with patients starting peritoneal dialysis treatment

Kouhei Mochida¹⁾, Saori Aoki¹⁾ and Michiko Moriyama²⁾

1) Hiroshima University Hospital

2) Institute of Biomedical & Health Sciences, Hiroshima University

Key words : 1. peritoneal dialysis 2. family 3. process of acceptance

The purposes of the study were to clarify the process of family collaborations in the therapy of a family member starting peritoneal dialysis treatment and to examine what factors influenced this process. A semi-structured interview was conducted with eleven family members who collaborated with the patients in terms of food preparation and the dialysis treatment. As a result, it was found that the process of becoming a collaborator comprised three stages: 1) undergoing a role transition to become a collaborator, 2) acquiring therapeutic techniques, and 3) adjusting to life changes and maintaining a continuous collaboration. The process of role-transformation was influenced by the presence of role conflicts and by whether the patient or the family was in charge of the treatment. Important influential factors were the environment, which facilitates knowledge-acquisition in family members during the first stage, and the guidance of nurses and the presence of advisors in the second stage. In the third stage, role sharing and power balance among the family members, and the stability of the patient's life and condition contributed to the resolution of role conflicts and facilitated adjustment to changes in their lives. Coping with anxiety and acquiring effective stress-buffering strategies to manage life with a peritoneal dialysis treatment were observed to be the factors that enabled the continuance of the collaboration.