

保存期慢性腎不全患者の家族における 食事療法の協力体制形成過程

小川 華歩¹⁾, 加澤 佳奈^{2,*}, 森山 美知子³⁾

キーワード (Key words) : 1. 保存期 (Predialysis)
2. 家族 (Family)
3. 食事療法 (Dietary Therapy)

保存期慢性腎臓病患者の食事療法における家族員の協力体制形成過程を明らかにするため、計8人に対しフォーカスグループインタビューを行った結果、4のカテゴリーと15のサブカテゴリーが抽出された。協力体制は、第1段階【家族(患者)が腎臓病と生きることと向き合う】、第2段階【食事療法の協力者として動機づけられる】、第3段階【協力者という役割を獲得し始める】、第4段階【協力者としての役割を継続する】の過程を経て形成されていた。保存期腎臓病患者の家族員らは、まず、患者の病気の診断や予後の説明に対し、衝撃を受け、悲嘆のプロセスを踏んでいた。その後、協力者としての信念・使命感によって動機づけられ、どの程度協力できるか模索していた。また、患者のノンコンプライアンスと格闘しながらも、食事療法実施によるポジティブな変化の気づきや、患者の感謝による再動機づけによって、協力を継続していた。結論として、協力体制形成の促進要因では、自己効力感、維持要因では、協力者としての信念・使命感、協力成果の確認、限界感やストレスへの対処、患者からの感謝の言葉、協力者となったことによるポジティブな変化が抽出された。

緒 言

近年、末期腎不全患者の透析導入数が世界的に増加しており、わが国においても慢性維持透析患者数は31万人にのぼる¹⁻⁴⁾。末期腎不全患者の予備軍である慢性腎臓病(以下、CKD)患者数も、2005年成年人口の12.9%を占め、その原因として食生活の欧米化等ライフスタイルの変化に伴う、糖尿病、高血圧等の生活習慣病患者数の増加が挙げられる⁵⁾。さらにCKDは脳卒中や虚血性心疾患等心血管イベントの発症率が高く、末期腎不全にまで進行すると透析療法に至るより死亡するリスクの方が高い⁵⁾。患者のQOL、医療経済的視点からも、CKDの発症・重症化の予防は必須の課題である。CKDの発症・進展には原疾患による差異はあるものの、生活習慣が大きく関わっており、中でも食事療法による血圧、血糖、脂質コントロール、肥満の是正等は腎機能悪化予防に大きく貢献する⁵⁾。しかし、患者にとって長年にわたり築き上げてきた食事内容は容易に改善できるものではなく、さらには、腎不全に陥った腎機能は元に戻らないため食事療法の効果が見えづらいことに対し不安を感じ、葛藤を抱く場合もある。このような患者を手段的・

情緒的に支援する家族の役割は非常に大きく、不可欠なものである⁶⁾。したがって、保存期CKD患者の看護においては、患者だけでなく家族員を視野に入れた食事療法への動機付け、継続支援が重要であると考えられる。

慢性疾患患者の家族員が食事療法を受け入れ、どのように患者への協力体制を形成していくのかについては、糖尿病患者の家族について稲垣ら(2001)と森田ら(2007)の報告があるのみである。森田ら(2007)が報告している過程は、「第1段階：協力者となるための取り組みを行う」「第2段階：慣れようとする取り組みを行う」「第3段階：体制を維持する取り組みを行う」の3段階を踏んでいる。また、協力者としての役割維持を可能としていた因子として、第1段階では家族員が理解できるような医療者の指導、第2、3段階では患者との良好な協力関係が明らかになっていた。その他、CKD患者の家族に関しては、透析患者の家族機能に対する認知的評価と精神的健康の関連性について明らかにしたものの⁹⁾や、高齢透析患者の介護に対する家族の受け止めを調査したもの¹⁰⁾等が散見されるものの、保存期CKD患者の家族や食事療法に焦点を当てたものは見られない。そこで、本研究では保存期にあるCKD患者の家族

・ The process of forming a cooperative structure for dietary therapy by families of predialysis patients with chronic kidney disease

・ 1) 広島大学病院 2) 広島大学大学院医歯薬保健学研究院 慢性疾患マネジメントプロジェクトセンター

・ 3) 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: 加澤 佳奈 広島大学大学院医歯薬保健学研究院

〒734-8553 広島市南区霞1-2-3 Tel:082-257-5382 Fax: 082-257-5369 E-mail:kkazawa@hiroshima-u.ac.jp

・ 広島大学保健学ジャーナル Vol.13(1・2):13~21, 2016

員の食事療法への協力体制形成過程と協力体制を維持する要因を明らかにし、看護援助への示唆を得ることを目的とした。

研究方法

1. 対象者とリクルート方法

対象者はA市の腎臓内科を標榜する医療機関に通院している保存期CKD患者の家族員であって、食事療法を中心となって行う者かつ研究参加に同意を得た者とした。対象者の年齢、性別、患者の疾患等幅広く抽出するよう、協力医療機関の看護師に抽出を依頼した。

2. 調査方法

本研究ではフォーカス・グループ・インタビュー法を用いた。その理由として、グループのインタビューは、個別のインタビューと比較し、対象者同士のグループダイナミクスが生じることで意見をより多く引き出し、対象者の共通点を明らかにできること、プレッシャーが少なく発言しやすいという利点があるためである¹¹⁾。

対象者は2グループ(3人と5人)に分け、各グループ1回ずつインタビューを行った。調査時間は休憩を除いて1グループ実質3時間程度とし、対象者の状態をみながら2回程度の休憩を入れた。調査はプライバシーが守れる静かな個室で行い、研究協力者がビデオレコーダーに録音した。インタビューは研究者と研究協力者の

2名が司会者と観察者となり、半構成的面接法にて実施した。インタビュー内容は、患者が腎臓症と診断され、食事療法等複雑な療養の支援を行っていく立場になってからの心理的な変化、不安や日々の思いについてである。展開方法は、司会者である研究者が、「腎臓病と診断され、食事療法を始めなければならなくなったときのお気持ちについてお話しください。」等とテーマを伝え、対象者に自由に語ってもらった。また、グループの関心が集中したところは時間をかけて話してもらった。

3. 分析方法

録音した内容から情報を正確に記述し、逐語録を作成した。その後、逐語録の内容について、保存期CKD患者の家族における食事療法の協力体制形成過程において重要と捉えた「意味のある項目(重要アイテム)」に印をつけ、それらを経時的に並べた。さらに、その経時的な流れの中の特徴的な場面ごとに「重要アイテム」を束ねて見出しをつけ、この見出しを「カテゴリー」とした。これらの過程において、研究者および慢性疾患患者の家族看護を専門とする研究協力者1名、腎不全看護経験のある研究協力者1名とともに、繰り返しデータ分析を行った。また、データの解釈では、必要に応じ対象者に確認し、真実性の確保に努めた。

4. 倫理的配慮

広島大学保健学研究科保健学専攻看護開発科学講座倫

表1. 参加者の背景

	対象の概要				患者の概要					利用しているサービス
	患者との続柄	年齢(歳)	職業	役割	性別	年齢(歳)	職業	家族形態(同居のみ)	原疾患	
1	妻	79	なし	家事	男	76	なし	夫婦のみ	慢性腎炎	デイサービス
2	夫	87	なし	妻の介護	女	85	なし	夫・息子夫婦・孫1人・本人	不明	配食サービス
3	妻	75	なし	家事	男	78	なし	夫婦のみ	糖尿病性腎症	なし
4	妻	69	なし	家事	男	73	なし	妻・次男・本人	糖尿病 高血圧	デイケア・訪問看護配食サービス
5	妻	57	パート	家計を支える	男	61	なし	妻・息子夫婦	高血圧	配食サービス
6	娘	49	会社員	特になし	女	75	なし	夫婦のみ(娘は孫と共に別の家に住む)	高血圧	デイサービス
7	夫	70	農業	家計を支える	女	68	なし	夫婦のみ	多発性嚢胞腎	なし
8	長男の嫁	57	会社員	家事・仕事	男	86	なし	息子夫婦と2世帯住宅	糖尿病	デイサービス

理委員会の審査を受け、承認を得た。対象者には研究者が文書で研究の趣旨、目的、プライバシーの保護、結果の公表の仕方等について説明し、文書で同意を得た。

結 果

対象者は8名であり、対象者と家族員である患者の背景を表1に示す。調査した結果、保存期CKD患者の食事療法における家族員の協力体制形成過程について、4

のカテゴリーと15のサブカテゴリーが抽出された(表2)。本文中では、カテゴリーは【】、サブカテゴリーは《》、患者の語りは通し番号とともに「」で示した。以下、抽出された内容を経時的に示す。

1. 第1段階【家族(患者)が腎臓病と生きることと向き合う】

まず、第1段階では、患者がCKDと診断された衝撃や不安を感じながら、これまでの生活習慣を振り返った

表2. 本調査から抽出されたカテゴリー・サブカテゴリー (複数の段階に共通する部分は、網掛けで示す)

カテゴリー	サブカテゴリー	サブカテゴリーの説明
第1段階：家族(患者)が腎臓病と生きることと向き合う	病気の診断や予後説明に衝撃を受け、将来に不安を抱く	腎臓病の診断や予後の説明に対し衝撃を受け、腎臓病の知識が無いことや不確かな将来に対する不安を抱く
	家族の病気発症・悪化に対し、自責の念・罪悪感を感じる	家族である自分が、患者の病状発症や悪化に気づけなかったり、生活習慣を改善できなかったことへ自責の念や罪悪感を感じる
	過去の生活習慣を振り返り、原因を探求する	これまでの生活習慣を振り返り、腎臓病発症・悪化へ至った原因を考える
第2段階：食事療法の協力者として動機づけられる	腎機能悪化の危機感を感じる	自分が協力者にならなければ、どんどん病気が悪化してしまうという危機感が芽生える
	自身の役割に対する信念と使命感をもつ	自分がやるしかない協力者としての役割を受け入れようとする
	協力者としての自分の素質と環境を評価する	自分の素質や置かれた環境などを評価し、自分が何をどの程度協力できるか検討する
第3段階：協力者という役割を獲得し始める	食事療法は良いことだと考え方を切り替える	食事療法は患者のためだけではなく、自分にとってもプラスであることが多いと考え方を転換する
	自身の役割に対する信念と使命感をもつ	協力者としての役割を獲得しよう、患者のコンプライアンスと格闘しようという気持ちの基盤をもち続ける
	病気や食事に関する情報を取り入れる	腎臓病や食事療法に関する情報を医療者や先輩患者、本から集め、自分達の生活に取り入れていく
	食事療法実施において最低限守るラインを設定する	食事療法を毎日継続していくために、実施可能な「これだけは守る」という最低ラインを決める
	検査値との対比により、食事療法を調整する	患者の検査値(血清クレアチニンやカリウム値)や血圧値などを指標にし、食事内容を調整する
第4段階：協力者としての役割を継続する	患者のノンコンプライアンスに対し、葛藤を抱く	食事療法を順守しない患者と、食事療法を守らせたい自分との間に葛藤が生じる
	自身の役割に対する信念と使命感をもつ	第3段階における同カテゴリーの説明に加え、協力者としての役割を継続しようという気持ちの基盤を持ち続ける
	患者のノンコンプライアンスに対し、葛藤を抱く	第3段階における同カテゴリーの説明に加え、長期間に及ぶ療養の中で適切な食事療法を守らねばならないという使命感と患者に好きなものを食べさせたいという葛藤が生じる
	患者の食事療法に付き合う	家族も患者の食事内容に合わせたり、患者の目の前で間食しない等誘惑を目の前から遠ざける
	心の拠り所をもち、ストレスに対処する	癒してくれる物や必要などときには助けてくれる人の存在を心の拠り所にし、自分を奮い立たせたり、必要などときには頼ることができるのだと安心する
	食事療法による患者の病気の改善や安定に対し、達成感や成果を感じる	食事療法を継続することによって患者の病気が改善、安定することで、達成感や成果を感じる
	患者の感謝により、協力者としての役割継続へ再び動機付けられる	患者からの感謝の言葉によって、協力者としての役割をこれからも続けていこうと再度動機付けられる
食事療法実施に伴うポジティブな変化に気付く	患者の病気発症や食事療法への協力によって、家族の関係性や人生観などにポジティブな変化が起きたことに気付く	

り、病気悪化の原因を探っていた。

1) 病気の診断や予後説明に衝撃を受け、将来に不安を抱くと同時に、家族の病気発症・悪化に対し、自責の念・罪悪感を感じる

患者だけでなく家族にとっても診断を受けた時の衝撃は大きく、腎臓病の知識が無いことや不確かな将来に対する不安を抱いていた《病気の診断や予後説明に衝撃を受け、将来に不安を抱く》。

8番「透析をしないといけないくらいのところまで悪化しているということ自体気が付かない生活をしていました。（中略）急に、ちょっとショックで…。（中略）まだ、腎臓病の知識が家族に無いものですから、不安というか、分からないだけに、どうしたらいいのかという気持ちのほうが大きいです。」

5番「ある日急に体調がおかしくなって（中略）呼ばれたときは頭が真っ白で、『えー、どうして?』っていう感じで、腰が抜けるっていうか、その場に座り込んでしまったんですね。先生の話聞いた後、立つことができなくてね。」

6番「結果がどうなっていくかという過程が見えていく中に自分が直面してしまったので動揺しています。」

同時に、対象者は家族である自分が、患者の病状悪化に気付かなかったことや生活習慣を改善できなかったことに対し、自責の念や罪悪感を感じていた《家族の病気発症・悪化に対し、自責の念・罪悪感を感じる》。

2番「あさりの汁はどうしても塩分が多い。でも、（中略）それを私が作って食べさせていたんです。今思うと、すまないことをしたなと思います。」

2) 過去の生活習慣を振り返り、原因を探求する

「1)」の過程を経た後、対象者はこれまでの生活習慣を振り返ることで、患者が腎臓病発症・悪化へ至った原因を考える作業を行っていた《過去の生活習慣を振り返り、原因を探求する》。中には、患者と家族の双方の無知の結果だと反省の後、自身を納得させている者がいる一方で、患者に対して怒りを感じ、協力することへの抵抗を表出した者もいた。

6番「母も腎臓という病気からか、性格からか、たいぎがるところがありまして、食事を作らなくなったんですね。なので、父が仕事の帰りに、スーパーによっちゃあ、惣菜を買ったり、（中略）そりゃあ当然だろうなと思いました。」

2番「家内は特にバナナが好きなんです。今までは知らないから、好きなものを食べさせれば良いと買ってきて…。また、アサリの汁が好きなんです。ね。（中略）先生にあれが一番悪いと言われたんですね。果物の中でもバナナが1番悪い。」

2. 第2段階【食事療法の協力者として動機づけられる】

1) 腎機能悪化の危機感を感じ、自身の役割に対する信念と使命感をもつ

対象者は皆、病気発症・悪化に至る過程を自分なりに整理した後、全員に自分が協力者にならなければどんどん病気が悪化してしまうという危機感が芽生えていた《腎機能悪化の危機感を感じる》。そして、自身の役割に対する信念を明確にし、「自分がやるしかない」と心に決めて臨み《自身の役割に対する信念と使命感をもつ》、協力体制を維持するためにも自身の健康維持に気を遣っていた。

4番「若い時から、自分の不摂生ですよ、自分の。『あんたが作った病気なんだから、あんたが始末しなさい』って言ってただけど、それじゃあ、何にもいかないようになったんですよ。」

1番「できるだけ自分が健康で過ごして主人の世話をしないと、（中略）お互いが栄養に気をつけて、長生きして主人の世話をしていけないといけない。」

5番「私が倒れたらもう家の中が回らなくなるって思っ、ちょっとあの時は恐怖感感じました。とにかく元気で居らんといいんと思っ、もう実感しましたね。」

2) 協力者としての自分の素質と環境を評価する

続いて、性役割や年齢に対する考え方、性格等の素質、仕事やソーシャルサポート等自身の置かれた環境を評価し、どの程度協力できるのかを検討する過程が観察された《協力者としての自分の素質と環境を評価する》。この過程で、「自分にできることとできないことをきっぱり割り切る」という考え方と、「自分にとっては難しいことだがやるしかない」と挑戦するという2通りの考え方が示された。前者の場合、配食サービスやデイケアを活用し、対処していた。

8番「うちは、夜はとってるんですよ。商売しているから。（中略）お昼はデイケアに行っているから安心で、夜は弁当で。みんなが駄目になるのはいけないということ。」

3) 食事療法は良いことだと考え方を切り替える

同時に、家族員は、食事療法は患者のためだけではなく、自分にとってもプラスであることが多いと考え方を転換し、納得させていた《食事療法は良いことだと考え方を切り替える》。

2番「こっちも頭を使うから、ボケないで良いかもしれないです。」

8番「でも、薄味に慣れるとね、食材の味がすごく分かって…」

3. 第3段階【協力者という役割を獲得し始める】

この段階では、第2段階で開始した食事療法に慣れていくための具体的な取り組み、患者のノンコンプライアンスとの格闘について述べた。

1) 病気や食事に関する情報を取り入れ、最低限守るラインを設定したり、検査値との対比により、食事療法を調整する

腎臓病や食事療法に関する情報を医療者や先輩患者、本から集め、それを理解しながら自分達の生活に取り入れていくことで、具体的な協力へ繋がっていた《病気や食事に関する情報を取り入れる》。また、食事療法を始めて間もない時期には、対象者はこれだけは最低限実施継続するというラインを決めていた《食事療法実施において最低限守るラインを設定する》。食事療法の調整には、患者の検査値（血清クレアチニンやカリウム値）や血圧値等を指標にしている者が多かった《検査値との対比により、食事療法を調整する》。

5番「最悪、野菜は簡単に湯がく。で、塩分は控えめ。これだけは守ろうって。」

自分で食事療法に取り組むと決めた後も、自身の素質の限界から自信が持てなかった者もいた。しかし、検査値と照らし合わせながら自信をつけていた。検査結果との対比による調整は、この段階において中核を占めていた。

1番「私も、(年齢が)80ですので、パーセントの勉強とか、グラムの勉強が頭に入らないんですよ。(中略)本当に苦労しましたが、最近は検査の結果が良いので、喜んでおります。」

2) 患者のノンコンプライアンスに対し、葛藤を抱きながら、患者を支える

一方で、患者が過去の生活習慣を変えようとせず、家族員との葛藤が生じていた対象者もあり、その苦労が述べられた《患者のノンコンプライアンスに対し、葛藤を抱く》。それでも対象者らが協力者として患者を支えようとしていた理由は、第2段階でも抽出された《自身の役割に対する信念と使命感をもつ》からであった。

1番「栄養学の先生からも、配達をしてくれる、栄養学的にもちゃんとした方法もありますよとっていただいたのですが、なにせ、そういうものを嫌うものですから、とにかく、塩辛いものが好きな人でしたから、どういう食事を作って食べてもらったらいいか、苦労しました。」

5番「一生懸命やればやるほど、主人が内緒で食べると、腹が立ったんですよ。それで、喧嘩になるんですよ。『どうしてこんなにやっているのに何で分からないのって、元気になるたいでしょ？どうなの？』って。」

その後、5番は次のように述べた。

5番「好きにしているんです、ある程度。そしたら、こっちも楽なんですよ。実は、それをすごく悩んだんですよ。やっぱり、心を鬼にしてとか、健康管理をきちっとするのが家族の、私の務めだな、と思って。でも、本人の意識がちょっと違うなっていうのもずっと感じていて、その温度差があったんですよ。本人の意識と私の意識とでね。(中略)でも、ふと、自分の考えが何のきっかけか分からないけど、ふと変わった時があって、自分にできることは一生懸命しよう。」

この5番の発言の後、他の対象者も次々に患者のノンコンプライアンスに対する葛藤と対処について述べた。

4. 第4段階【協力者としての役割を継続する】

この段階では、役割継続に関し述べられ、第2,3段階に引き続き協力者としての信念・使命感のもとに患者のノンコンプライアンスと格闘したり、患者と一緒に食事内容を食べていた。一方で、協力体制の継続要因として、協力の成果の確認、限界感やストレスへの対処、患者からの感謝の言葉、協力者となったことによるポジティブな変化が述べられた。

1) 患者のノンコンプライアンスに対し、葛藤を抱きながらも、自身の役割に対する信念と使命感によって、協力体制を維持する

《患者のノンコンプライアンスに対し、葛藤を抱く》は、第3段階に引き続き、この段階においても家族員の大きな関心事になっていた。4番は、患者が調理した食事を残すことについて怒りの感情を述べた。

4番「うちは食べんかったら、『誰かしてもらえる人が居たらしてもらいんさい。あたしがした物が食べられんのんだったら、どっか行って、してもらいんさい』って言ってやるんよね。」

この発言に対して、他の対象者らは共感を示し、「あなたは良くやっている」等の発言が寄せられた。また、「患者に美味しいものを食べさせてあげたい」と「病気を悪化させてはいけない」という思いの間で葛藤を繰り返している対象者も多くいた。2番は、時々患者に好きなものを与えていた。

2番「考えてみたら、可哀そうになるんですよ。嫁が食べる食事は、私らには食べにくいんですよ。塩味がないから。だから、(中略)ちょっとした物を分からない様に食べさせることがあるんですよ。(中略)そこは人間の情の問題でしょう。」

また、第2段階で観察された《自身の役割に対する信念と使命感をもつ》が継続して基礎にあり、行動が起こされていた。

2番「2人で1から始めて今日があるので、家内に使うお金を惜しいとは、私は全然思わないんです。」

良いと思うものがあつたら、どんなことがあつても、お金を使つても、やりたいんです。これが私の気持ちです。」

4番「嫌だと思つても作るよ。」

8番「作るよね。やっぱりね、家族だから。」

2) 患者の食事療法に付き合う

4番は、家族全員が患者に食事内容を合わせており、その他、患者の目の前で間食をしないという対象者もいた。これらの《患者の食事療法に付き合う》ことが患者のコンプライアンスを高めたり、家族への感謝の気持ちを生み出していると話した。

4番「今はね、息子も慣れてね。夕べも金平なんかしたんですが、本当言つたらもうちょっと濃くするんだけど、『お父さんにね、合わさないとね』って言つたら、『うん。大丈夫よ。慣れてきたんじやろうね』って言つて…。」

3) 心の拠り所をつくり、ストレスに対処する

前述のような負担への対処として、対象者らはそれぞれに《心の拠り所をつくり、ストレスに対処する》方法をもつていた。癒してくれる物や必要なときには助けてくれる人の存在が身近にあることによって、今は頑張ろうと自分を奮い立たせたり、辛くなつたら頼ることができると安心してついた。

4番「心が保てんの。この子らが居らんくなつたら、(中略)犬が2匹居るんですよ。」

1番「娘なんですけど、近くにいるので、相談をします。(中略)心が丈夫になるかなということで、娘の近くに引越して来たんです。」

5番「できない時はちょっとこれ(腎臓食の弁当)食べてとか…。あれは、本当に助かりましたね。お金はかかりましたけどね。」

1番「24時間、一緒です。でもまあ、デイケア行つてくれる日だけですよね。掃除して、洗濯して、寝とるんです。」

4) 食事療法による患者の病気の改善や安定に対し、達成感や成果を感じる

第3段階と同じく、この段階でも検査値と食事内容を対比させ、食事療法を調整しており、これによって患者の病気が改善したり、安定しているときに達成感や成果を感じてついた《食事療法による患者の病気の改善や安定に対し、達成感や成果を感じる》。これによって、対象者らは、自信をつけたり、目標を再設定したり、協力者としての意欲を高めてついた。

1番「今年になつてからは、透析をするほど数値が悪くなつてないということで、この前の春ごろから安心してつるんです。」

3番「診察に来た時の数値をいつも聞くんです。『数値何だった?』、『先生に何て言われた?』って、

良いて言われたら、じゃあ今のままで良いねって、食事は今のままでいいこうねって、言うんです。」

5) 患者の感謝により、協力者としての役割継続へ再び動機付けられる

対象者は、患者からの感謝の言葉によって、食事療法に協力し続けることに対し、再度動機付けられてついた。一方で、コミュニケーションが不足し、心では感じてついることを素直に言葉にできてつない家族では、誤解を生み、家族関係の悪循環が引き起こされてついた《患者の感謝により、協力者としての役割継続へ再び動機付けられる》。

1番「喧嘩したこともありました。『ありがとう』の一言もないんだからつて言つてね。」

2番「夫婦であれば、親子は別として、『ありがとう』『すまんかつた』を言う方が、気分的には随分楽な気がします。言うのは照れくさいような気がしますが、やっぱりこれは言つた方が良いんじゃないかなと思つますね。」

6) 食事療法実施に伴うポジティブな変化に気づく

8,5番は、患者の病気発症や協力体制形成によって、家族の関係性や人生観等にポジティブな変化が起きたと述べた《食事療法実施に伴うポジティブな変化に気づく》。

8番「やっぱり病人が居れば皆が優しくなれるし、主人なんかもお父さんとは全然話してなかつたですけど、毎日見に来ますからね。だから、病人が居ることによって、家族が円満になるつていうかね。」

5番「人生観が変わるしね。考え方も変わりましたね。良いことじゃないけど、そのことが起こらなかつたら、気付かずに過ごしてついたことが沢山あるんですよ。主人が病気になつてくれたつていうか、そのお陰でいろんなことが、今まで気付けなかつたことに気付いたり、見えなかつたものが見えたり。」

考 察

保存期CKD患者の家族員が、食事療法の協力体制を形成するまでには、患者が腎臓病と生きることと向き合つたうえで、食事療法の協力者として動機づけられ、役割を獲得、維持するつていう過程が抽出された。以下、協力体制形成を促進、維持するための看護支援について考察する。

1. 第1段階【患者が腎臓病と生きることと向き合う】

この時期は病気の診断や予後説明に対し衝撃を受け、それを受け入れる段階である。この段階では、患者本人のみならず家族員にとつても将来の腎代替療法導入の可

能性や食事療法をはじめとする自己管理に対する不安、患者の病気の発症・悪化が予防できなかったことに対する自責の念を抱くといった心理的危機状況にあることが明らかになった。また、過去の生活習慣を振り返り、患者の病気が悪化した理由について探求していた。糖尿病患者の家族員に関する研究報告^{7,8)}において、このカテゴリーは抽出されておらず、本研究対象者は、腎不全に陥ると腎機能は再び改善しないこと、透析療法というシロポリックな転帰について知り、より心理的危機状況にあったためと考えられる。慢性疾患患者の看護において、家族も視野に入れた看護を行う第一義的理由は、患者個人のコンプライアンスレベルを高め、疾患の悪化を予防していくために、患者の重要な環境要因、第一次的支援者である家族の協力体制を強化することにある¹²⁾。そのため看護者は、心理的危機状況にある家族の心理状態をアセスメント、感情表出を促し、悲観のプロセスを共に踏みながら、患者、家族とともに過去の生活習慣を振り返り、修正点を明確にする必要がある。

2. 第2段階【食事療法の協力者として動機づけられる】

この段階は、食事療法の協力体制形成における準備期間である。ここでは、対象者らはまず、自分が協力しなければ患者の病気が悪化してしまうという危機感を感じていた。さらに、糖尿病患者の家族員を対象とした研究報告⁸⁾と同様に、本研究対象者らも協力するのは自分しかないという使命感により、協力者として動機づけられていた。そして、協力者としての自分の素質や環境を評価し、どの程度自分が協力できるか検討した後、試行錯誤しながら食事療法を開始していた。また、対象者らは、食事療法は自分にとって良いことだと考え方を切り替えることで、食事療法実施に対する負担感を軽減させていたことが明らかになった。以上の調査結果より、協力者として動機づけられるためには、「私にもできそうだ」という自己効力感が大きく関わっており、この自己効力感に影響しているのが「食事療法を実施することで良い結果がもたらされそうだ」という意味付け、すなわち結果予期であると考えられた。社会的認知理論によると、行動を上手くやることができるという自己効力感があると、ない時に比べその行動をとる可能性が高くなり、行動をするのに必要な努力を惜しまず、失敗や困難を伴っても諦めにくくなる。また同時に、その行動を行う場合のストレスを感じにくく、行動を上手く行うことができると考えられている。さらに、ポジティブな結果予期があるほど、自己効力感は向上する¹³⁾。看護者は、家族の素質や環境を一緒に確認したうえで、正しく実施継続可能な療養方法を提案すること、食事療法実施により予測される患者や家族員のポジティブな変化（結果予期）を伝えることで、家族員の自己効力感を向上させる

必要があると考える。

3. 第3段階【協力者という役割を獲得し始める】

この段階では、正しい情報や自分達に合った療養方法に関する情報を取り入れようとしていたり、試行錯誤の上、食事療法において自分が毎日実施継続可能な最低ラインを設定していた。調査結果からも、患者が食事療法を開始することは、共に生活する家族の役割にも影響を与え、身体的・精神的負担は大きいことが分かった。しかし、その中でも対象者らは、検査値の維持・改善を自分の協力の成果として評価すること、自分にできる範囲で毎日食事療法を続けることで自己効力感を向上させ、自分の理想とする協力者像に近づこうとしており、第2段階に引き続き自己効力感が協力体制形成の促進要因となっていた。慢性疾患の療養は長期に及ぶことから、療養の負担感を軽減し、継続するために、看護者はこの段階において、成果と一緒に称賛したり、無理のない協力体制と一緒に設定し、実施に困難が生じるようであれば再度役割を調整する等自己効力感を維持・向上させる支援をしていくことが必要だと考える。

4. 第4段階【協力者としての役割を継続する】

この段階では、役割発揮に伴う達成感や成果、限界感やストレスへの対処、患者からの感謝の言葉、協力者となったことによるポジティブな変化により、協力者としての役割を継続していた。

一方、患者のノンコンプライアンスとの葛藤については、対象者全員から聞かれ、関心が集中し、それぞれの対処方法も披露されたが、なかなか解決できないまま日々ストレスを溜め込んでいる者もいた。本研究の調査後にも、対象者同士で病気に関する情報や療養の具体的な工夫について情報交換したり、互いの努力をねぎらい合う姿も見受けられ、「このような集いがあればまた参加したい」という発言もきかれた。このことから、家族が集って思いを表出したり、情報交換を行うピアサポートの活用が必要と考える。さらに、対象者らは、患者からの感謝の言葉によって協力者としての役割継続に対し再び動機づけられていたのだが、これがない者は、「患者が感謝していないのでは」「協力することが負担」と感じ、家族関係に悪循環が生じていた。療養を継続していくために看護者は、患者・家族らにこの悪循環を気付かせ、患者から感謝や承認の言葉を引き出したり、療養の意味づけを再度一緒にしていくことが重要と考える。

一方で、対象者は自発的に、家族の関係性や人生観におけるポジティブな変化について述べた。これは、対象者らが自らの経験を語る中で、その中で自然と経験で得た学びや気づきについて述べたものと推察する。Kleinman (1996) は、「語り」について語り手が経験や人

生を内的に振り返ることにより、自分の経験や人生の意味を再確認する行為であると述べている。その中で、未解決の葛藤があるならば、それと向かい合い自身にとって意味のあるものとして再統合することが目指される¹⁴⁾。看護師は、家族が患者の協力者としての役割を継続していくために、この食事療法をはじめとする療養協力という経験に対する肯定的意味づけを支援していく必要があると考える。

本研究の限界と今後の課題

今回、対象者は基本属性に多様性を持たせるように配慮したが、1施設のみから対象者を抽出したため、対象者の数が少なく、比較的高齢であった。そのため、社会的役割に関わる部分が十分に引き出せていないと考えられる。今後、対象者の数や多様性を増やし、この研究を発展させる必要性がある。

結 論

保存期CKD患者の家族員の食事療法における協力体制形成過程と協力体制を維持する要因を明らかにするため、フォーカスグループインタビューを実施した結果、4のカテゴリーと15のサブカテゴリーが抽出された。協力体制形成は、第1段階【家族(患者)が腎臓病と生きることと向き合う】、第2段階【食事療法の協力者として動機づけられる】、第3段階【協力者という役割を獲得し始める】、第4段階【協力者としての役割を継続する】の過程を経て形成されていた。また、協力体制形成の促進要因では、自己効力感、維持要因では、協力者としての信念・使命感、協力成果の確認、限界感やストレスへの対処、患者からの感謝の言葉、協力者となったことによるポジティブな変化が抽出された。

文 献

1. Williams, M.E.: Diabetic CKD/ESRD 2010: a progress report?, Seminar Dialysis, 23: 129-133, 2010
2. Iseki, K.: Predictors of diabetic end-stage renal

- disease in Japan. Nephrology, 10: S 2-S 6, 2005
3. Locatelli, F., Pozzoni, P. and Vecchio, L.: Renal replacement therapy in patients with diabetes and end-stage renal disease. J. Am. Soc. Nephrol. 15: S25-S29, 2004
4. 日本透析医学会: 図説 わが国の慢性透析療法の現状, http://www.jsdt.or.jp/overview_confirm.html, 2013
5. 日本腎臓学会: CKD 診療ガイド 2012. p.5-17, 東京医学社, 東京, 2012
6. 鈴木久美, 野澤明子, 森 一恵: 成人期看護学 慢性期看護 病気とともに生活する人を支える. p.42-73, 南江堂, 東京, 2010
7. 稲垣美智子, 早川千絵, 井村香積 他: 2型糖尿病患者をも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
8. 森田桂子, 森山美知子, 高見知世子: 2型糖尿病患者の家族における食事療法の協力体制形成過程. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 11 (2): 157-165, 2007
9. 竹本与志人, 香川幸次郎: 血液透析患者における家族機能に対する認知的評価と精神的健康との関連性. 日本保健科学学会誌, 12 (2): 67-76, 2009
10. 戸田重紀子, 河原田榮子, 長谷部佳子: 高齢透析患者を抱える家族の受け止めと医療者の認識. 透析ケア, 12 (1): 92-95, 2006
11. 安梅勅江: ヒューマンサービスにおけるグループインタビュー法. p.1-7, 医学書院, 東京, 2004
12. 森山美知子: 家族看護モデル理論と実践, 森山美知子(編), ファミリーナーシングプラクティス. 家族看護の理論と実践. p.4-9, 医歯薬出版株式会社, 東京, 2001
13. 松本千明: 医療スタッフのための健康行動理論の基礎. 生活習慣病を中心に. p.29-31, 47-51, 医歯薬出版株式会社, 東京, 2002
14. Kleinman, A. 著, 江口重幸, 上野豪志, 五木田紳(訳): 病いの語り — 慢性の病いをめぐる臨床人類学. p.3-10, 誠信書房, 東京, 1996

The process of forming a cooperative structure for dietary therapy by families of predialysis patients with chronic kidney disease

Kaho Ogawa¹⁾, Kana Kazawa²⁾ and Michiko Moriyama³⁾

1) Hiroshima University Hospital

2) Chronic Disease Management Project Research Center, Institute of Biomedical & Health Sciences, Hiroshima University

3) Division of Nursing Science, Institute of Biomedical & Health Sciences, Hiroshima University

Key words : 1. Predialysis 2. Family 3. Dietary Therapy

To understand the process of forming a collaborative union among family members regarding dietary therapy for patients with predialysis chronic kidney disease, we conducted a focus group interview and abstracted 4 Categories **【** and 15 Subcategories **◇** from the results. The collaborative situations were formed through the following process: 1st stage **【Facing the fact that the family (patient) must live with kidney disease】**, 2nd stage **【Being motivated to become collaborators in dietary therapy】**, 3rd stage **【Starting to perform a role as collaborators in dietary therapy】**, and 4th stage **【Maintaining a role as collaborators in dietary therapy】**.

First, subjects were shocked by diagnosis of kidney disease and description of the prognosis, and stepped on the process of crisis. Then, they were motivated by a belief in their role and a sense of mission and sought how they could collaborate. Finally, they maintained their collaboration by gaining motivation from the patient's gratitude and positive changes in his/her condition. Consequently, it was shown that psychological support, education, encouragement, and peer support are very important for the family members of patients with predialysis chronic kidney disease.