

# 連続携行式自己腹膜灌流(CAPD)療養者家族の生活

—療養者のADLと家族のQOL・生活力量—

ヒトミ	ヒロエ	ウネ	ヒロシ	ナカムラ	ヨウコ
人見	裕江* 1	畝	博* 2	中村	陽子* 3
オガワ	タカノリ	ミヤヅキ	トシヨ	オオサワ	ゲンゴ
小河	孝則* 4	宮脇	敏代* 6	大澤	源吾* 5

**目的** 本研究は、連続携行式自己腹膜灌流 (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, 以下CAPD) 療養者のADLの状態とCAPD療養者家族のQOLの実態および家族が健康課題に対処する力量との関係を明らかにし、CAPD療養者のADL状態に応じた家族看護の課題を明確にすることを目的とした。

**方法** 全国の血液透析(Hemodialysis, HD)とCAPDの両方の治療を実施している1,292施設(1998年全国透析医学会施設会員名簿)に研究依頼をした。本研究への了解が得られ紹介された141施設のCAPD療養者及びその家族700組に質問紙を郵送した。回答は522組(74.6%)から返送された。そのうち、家族のQOLおよび生活力量(Assessment Scale of Family Power, 以下ASFP)が明らかであった442人(63.1%)を本研究の分析対象とした。調査期間は1998年6月から10月である。分析は統計パッケージSPSS10.0を用いて行った。療養者442人(男性242人, 女性200人, 平均年齢は $55.3 \pm 13.2$ 歳)のADLを「自立群」, 「家庭内自立群」, 「寝たきり群」の3群に分けた。ADL 3群間の療養者家族のQOLとASFP 9領域の平均値を、一元配置分散分析を用いて比較した。

**結果** CAPD継続年数は平均 $4.2 \pm 3.4$ 年で、CAPD開始年齢は平均 $51.1 \pm 14.0$ 歳であった。療養者のADLは、自立群258人(58.4%), 家庭内自立群136人(30.8%), 及び寝たきり群48人(10.9%)であった。療養者家族のQOLは、いずれの項目においても寝たきり群の平均値が最も低かった。QOLの平均値が最も高かったのは自立群の〈医薬品と医療依存度〉であった。QOLの平均値が最も低かったのは、寝たきり群の〈余暇活動の参加と機会〉であった。家族の生活力量の〈関係調整・統合力〉は自立群で最も強く、次いで寝たきり群, 家庭内自立群の順で強く、有意差( $p < 0.01$ )が認められた。〈介護力または養育力〉は寝たきり群で最も強く、次いで家庭内自立群, 自立群の順で強く、有意差( $p < 0.05$ )が認められた。

**結論** 療養者家族の体調と心理的状态は、療養者のADLが低下するほど悪化し、直接的な身体介護のための支援を含めた家族指導が求められる。また、療養者家族の心理的支援と共に、療養に伴う情報や技術に関する知識の情報提供を適切に行うことが重要である。さらに、療養者家族の社会参加の機会が得られる介護の交替が得られる支援が必要である。療養者のADL自立度が高ければ、家族関係を調整したり、統合したりする力が高い。ADL低下に伴い、家族介護力を強め、社会資源を活用して、家族の健康課題に対処しようとしていることが示唆された。

**キーワード** Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD), Family Power, Caregivers' QOL

\* 1 鳥取大学医学部保健学科助教授 \* 2 福岡大学医学部衛生学教室教授

\* 3 近畿福祉大学社会福祉学部介護学科講師 \* 4 川崎医療福祉大学医療福祉学部医療福祉学科助教授

\* 5 同保健看護学科教授 \* 6 川崎医科大学付属病院腎センター副部長

## I はじめに

連続携行式自己腹膜灌流 (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, 以下CAPD) は、療養者が、在宅で、バッグ交換等の療法を自己管理しながら療養生活に営むことが必要である。したがって、血液透析 (Hemodialysis, 以下HD) と比較して、療養者家族が療養生活上の支援を行う必要がある場合が多いと考えられる。

著者ら専門職が、療養者家族が療養者を含めその家族の健康問題の解決あるいは健康に関する家族の課題を達成するのを支援するには、家族が密接に関わる人々との人間関係、家事の運営、家計、職場や地域との交わりなど、生活に関連するさまざまな要素を考慮したダイナミックな関わりを実施することが求められる。その結果、家族自らが、健康にまつわる種々の問題を解決し、課題を乗り越えていく力を身につけ、自分たちで家族関係を修復して、成長発展していくといわれる<sup>1)2)</sup>。家族のセルフケア機能は、家族としての凝集性や統合性を強化し、直面する健康問題に対して一つの集合体として家族自身が取り組み、適応していく能力および行動ととらえる<sup>3)-5)</sup>ことと指摘している。そこで、CAPD療養者の家族のセルフケア機能を、効果的に援助することが必要である。佐藤<sup>6)</sup>や渡辺<sup>7)</sup>は専門職としての援助は、透析患者をもつ家族に対して、患者ケア以外の家族内役割や他の家族員との愛情のバランス、家族内の協力関係の現状や可能性などを見極めた上で、適切に働きかける重要性を述べている。Dunnら<sup>8)</sup>は、CAPD療養者とその配偶者との家族関係に関するQOLが低く、CAPD開始時からの継続的な看護指導と心理的援助が重要であることを示唆している。D'Afflittiら<sup>9)</sup>は、グループセッションの効果があることを指摘している。また、Srivastava<sup>10)</sup>は、CAPD療養者の配偶者のストレス対処法とその効果を明らかにしている。しかし、慢性的経過をたどるCAPD療養者家族のQOLおよび家族の生活力量を、科学的に検証した研究はきわめて少ない。

そこで、本研究は、CAPD療養者のADLとCAPD療養者家族のQOLおよび生活力量との関係を明らかにすることを目的とした。

## II 対象および方法

### (1) 対象

全国のHDとCAPDの両方の治療を実施している1,292施設(1998年全国透析医学会施設会員名簿)に研究依頼をし、かつ本研究への了解が得られた141施設のCAPD療養者とその家族700組に質問紙を送付した。回答が得られたのは522組(74.6%)であった。さらに本研究の分析対象は、家族のQOL及び生活力量が明らかであった442組(63.1%)とした。

### (2) 方法

郵送法によるアンケート調査によった。質問紙は療養者用と家族用の2冊を同封して療養者宛に依頼した。療養者の療養について最も理解している家族に対して、療養者から直接家族用質問紙への記入を依頼してもらった。家族には、自身のQOLおよび家族の生活力量をたずねた。

CAPD療養者家族のQOLは、WHO/QOL-26評価表(田崎ら<sup>11)</sup>, 1997)を用いて測定し、ここでは全体的評価2項目への回答を用いた。回答は、まったくない(1点)、少しだけ(2点)、多少は(3点)、かなり(4点)、非常に良い(5点)の5段階に得点化されるものである。

家族の生活力量 (Assessment Scale of Family Power, 以下ASFP) は、家族ケア研究会が開発したアセスメントツール<sup>12)13)</sup> (CAPD療養者の家族用に改変した) を用いた。家族ケア研究会は家族の生活力量を家族が健康生活を営むための知識、技術、態度、対人関係、行動、情動が統合されたものであると定義している。家族の生活力量の構成要素として、健康維持力、健康問題対処力、介護力または養育力、社会資源の活用力、家事運営力、役割再配分・補完力、関係調整・統合力、住環境整備力および経済家計管理力の9つをあげている。それぞれの生活力量について、家族に病者がいない場合を100%

として、CAPD療養者のいる今の力量を%で答えてもらい、得点化されるものである。

### III 結 果

#### (3) 調査期間および分析方法

調査期間は1998年6月から10月である。分析は統計パッケージSPSS10.0を用いて行った。

療養者442人のADLをどこへでも一人で自由に出かけることが可能な人を「自立群」、家の中で安静に過ごす生活の「家庭内自立群」および50%以上就床して過ごす生活の「寝たきり群」の3群に分けた。ADL 3群間の療養者家族のQOLとASFP 9領域の平均値を、一元配置分散分析を用いて比較した。

#### (1) 対象の背景

##### 1) 回答者の背景

回答を依頼した対象者は、療養機関においてインフォームドコンセントをとってもらい、了解が得られた対象者であった。療養者家族は、療養者から直接身近な家族に質問紙への記入を依頼してもらった。療養者のADLが明らかで、家族のQOL及び生活力量の記載があった、有効な回答が得られた対象者は442人であった。

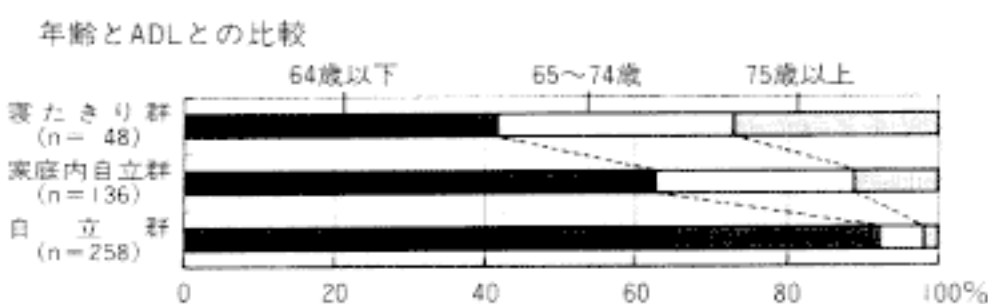
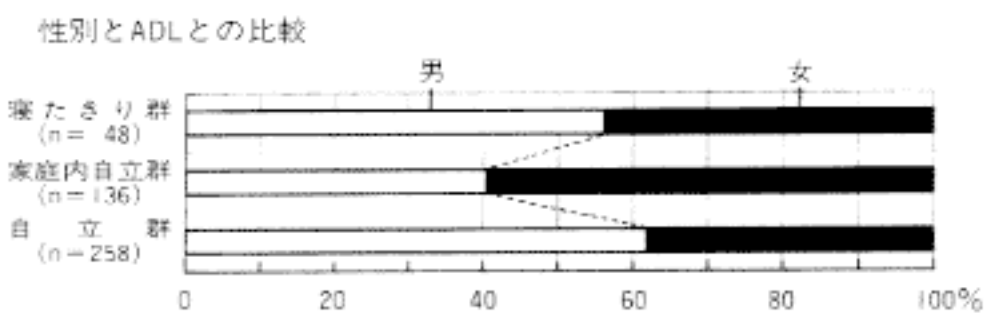
##### 2) 療養者の背景

療養者は、男性242人(54.8%)、女性200人(45.2%)で、平均年齢および標準偏差は55.3±13.2歳であった。CAPDの継続年数は平均4.2±3.4年であった。CAPDの開始年齢は平均51.1±14.0歳であった。

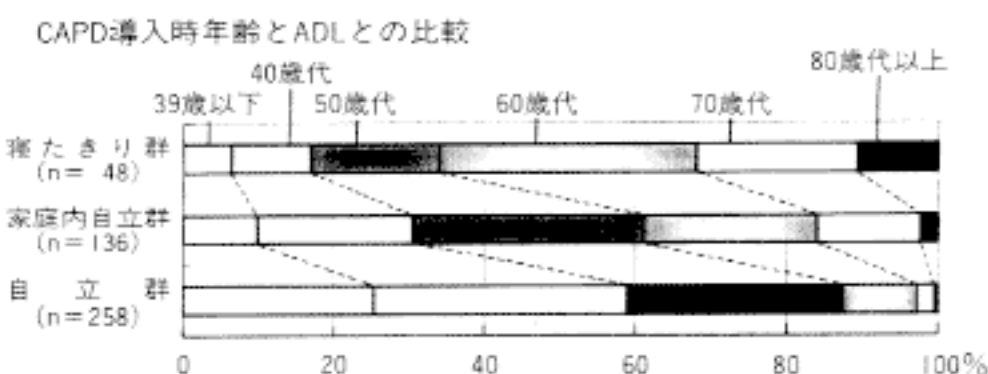
療養者の日常生活動作ADLは、自立群が258人(58.4%)で、家庭内自立群136人(30.8%)、及び寝たきり群は48人(10.9%)であった。ADL別の平均年齢および標準偏差は、自立群が56.7±11.7歳で、家庭内自立群60.2±12.2歳及び寝たきり群は、65.4±13.3歳とADL低下とともに平均年齢が高くなり、有意差(F=46.5, p<0.001)が認められた。ADL別の継続年数は自立群の平均は4.2±3.0年で、家庭内自立群の平均は4.6±4.1年、及び寝たきり群の平均は3.5±3.2年であった。ADL別の開始年齢は自立群が46.7±12.2歳で、家庭内自立群が55.7±13.6歳及び寝たきり群は、62.1±14.7歳とADLの低下とともにCAPDを開始した平均年齢が高くなり、有意差(F=12.8, p<0.001)が認められた。

療養者のADLと性別では、自立群は男性160人(62.0%)、女性98人(38.0%)であり、家庭内自立群は男性55人(40.4%)、女性81人(59.6%)であった。寝たきり群は男性27人(56.3%)、女性21人(43.8%)であった。ADLが自立している

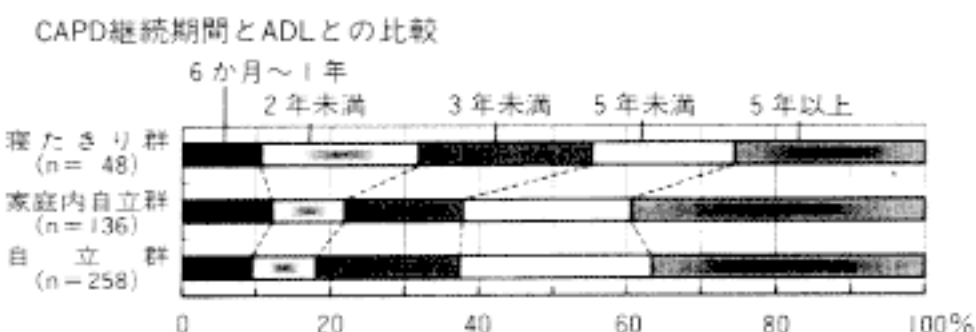
図1 ADL 3群別にみた療養者の背景 (n=442)



注 nには年齢不明(家庭内自立群2人、自立群3人)を含む。



注 nには年齢不明(寝たきり群1人、家庭内自立群5人、自立群6人)を含む。



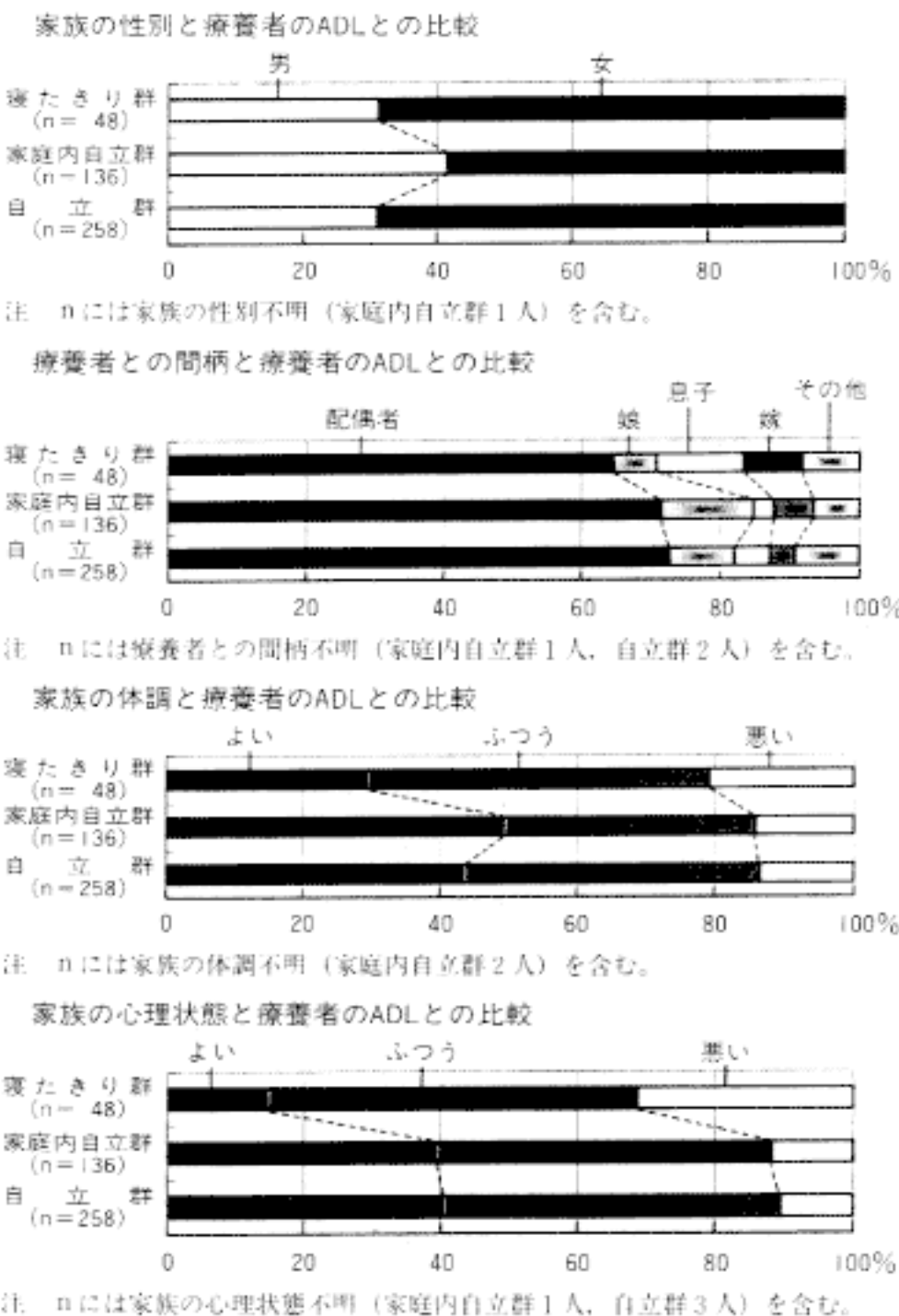
注 nにはCAPD継続期間不明(寝たきり群1人、家庭内自立群4人、自立群4人)を含む。

人が男性に多く、家庭内自立群は女性が多く、ADLと性別との間に有意差 ( $p < 0.001$ ) が認められた (図1)。

療養者の年齢は、自立群は64歳以下235人 (91.1%) で、最も多かった。家庭内自立群も64歳以下84人 (61.8%) で、最も多かった。寝たきり群は64歳以下20人 (41.7%)、65歳から74歳15人 (31.3%)、75歳以上13人 (27.1%) であった。65歳を過ぎると寝たきり群の占める割合が多くなり、ADLと年齢との間に有意差 ( $p < 0.001$ ) が認められた。

CAPDを開始した導入時年齢は、50歳代が最も多く119人 (26.9%) で、次いで40歳代の117人 (26.5%) であった。自立群では40歳代導入85人 (32.9%) で最も多く、家庭内自立群で50歳代導入40人 (29.4%) で最も多く、寝たきり群で60歳代導入16人 (33.3%) で最も多かった。

図2 療養者のADL 3群別にみた家族の背景 (n=442)



ADLと導入時年齢との間に有意差 ( $p < 0.001$ ) が認められた。

CAPD療法を実施している期間が1年未満の人は442人中45人 (10.2%)、2年未満45人 (10.2%)、3年未満81人 (18.3%)、5年未満105人 (23.8%)、5年以上157人 (35.5%) であった。いずれの自立度でも5年以上CAPDを継続している者の占める割合が大きく、ADLと継続期間との関係では有意差は認められなかった。

### 3) 療養者家族の背景

療養者家族は男性151人 (34.2%)、女性290人 (65.6%)、不明1人であった。療養者のADLと家族の性別では、自立群が男性80人 (31.0%)、女性は178人 (69.0%) であり、家庭内自立群は男性56人 (41.2%)、女性は79人 (58.1%) で、寝たきり群が男性15人 (31.3%)、女性は33人 (68.8%) であった (図2)。

療養者との間柄は、配偶者が314人 (71.0%) と最も多く、娘が45人 (10.2%)、息子23人 (5.2%)、嫁20人 (4.5%)、その他37人 (8.4%)、不明3人であった。

家族の体調は、よいが192人 (43.4%) であり、ふつうが184人 (41.6%) で、悪いが64人 (14.5%)、不明2人であった。療養者のADLと家族の体調との関係では、自立群で家族の体調がよい112人 (43.4%)、ふつう111人 (43.0%)、悪い35人 (13.6%) であった。家庭内自立群では、家族の体調がよい66人 (48.5%) で、ふつう49人 (36.0%)、悪い19人 (14.0%) であった。寝たきり群で、家族の体調がよい14人 (29.2%) で、ふつう24人 (50.0%)、悪い10人 (20.8%) であった。療養者のADLと家族の体調との間に有意差 ( $p < 0.05$ ) が認められた。

家族の心理状態は、よいが163人 (36.9%) であり、ふつうが217人 (49.1%) で、悪いが58人 (13.1%)、不明4人であった。療養者のADLと家族の心理状態との関係では、自立群で家族の心理状態がよい103人 (39.9%) で、ふつうが125人

表1 ADL 3群別にみた家族のQOL項目得点の比較 (n=442)

	質問項目	自立群		家庭内自立群		寝たきり群		F値	有意確率
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
全 生 健 身	自分の生活の質をどのように評価するか	3.19	0.95	3.15	0.67	2.88	0.67	4.884	**
	自分の健康状態に満足しているか	3.25	0.85	3.27	0.82	2.77	0.99	6.920	**
身 体 的 領 域	体の痛みや不快のせいで制限されること	3.98	0.98	3.85	1.01	3.04	1.09	17.683	***
	生活の中で治療がどのくらい必要か	4.01	0.99	3.80	1.03	3.21	1.11	12.895	***
痛 み と 不 快	毎日の生活を送るための活力はあるか	3.60	2.05	3.49	0.76	3.15	0.87	1.597	
	家の周囲を出回ることがよくあるか	3.31	1.03	3.33	1.11	2.94	1.08	2.720	
医 薬 品 と 医 療 依 存 度	睡眠は満足のものか	3.33	0.95	3.35	0.95	2.85	1.05	5.346	**
	毎日の活動をやり遂げる能力に満足か	3.43	0.80	3.43	0.79	3.02	0.10	5.348	**
活 力 と 疲 勞	自分の仕事をする能力に満足しているか	3.43	0.84	3.45	0.77	2.98	1.04	6.321	**
	生活をどのくらい楽しく過ごしているか	3.19	0.90	3.07	0.89	2.77	0.95	4.693	**
移 動 能 力	生活をどのくらい意味あるものと感じるか	3.47	0.94	3.34	0.94	3.23	1.08	1.729	
	物事にどのくらい集中することができるか	3.41	0.92	3.28	0.87	3.10	0.95	2.791	
睡 眠 と 休 養	自分の容姿を受け入れることができるか	3.29	0.98	3.13	0.91	2.96	0.94	3.043	*
	自分自身に満足しているか	3.43	2.09	3.29	0.82	2.96	0.94	1.628	
日 常 生 活 動 作	気分不良、絶望、不安等頻繁に感じるか	3.66	0.90	3.53	0.93	3.23	1.13	4.556	**
	毎日の生活はどのくらい安全か	3.52	0.86	3.55	0.81	3.25	0.86	2.424	
仕 事 の 能 力	生活環境はどのくらい健康的か	3.45	0.88	3.40	0.84	3.25	0.70	1.184	
	必要なものが買えるお金を持っているか	3.06	0.87	2.83	0.93	2.88	0.76	2.207	
心 理 的 領 域	生活に必要な情報をどのくらい得るか	3.28	0.82	3.15	0.82	2.98	0.79	3.122	*
	余暇を楽しむ機会はどのくらいあるか	2.99	0.94	2.95	1.01	2.35	0.96	8.990	***
肯 定 的 感 情	家と家の周りの環境に満足しているか	3.53	0.76	3.53	0.79	3.42	0.82	0.441	
	医療施設、福祉サービスの利用は満足か	3.23	0.75	3.31	0.81	3.06	0.93	1.725	
精 神 性 / 宗 教 / 信 条	周辺の交通の便に満足しているか	3.35	0.95	3.21	0.82	3.06	1.04	2.305	
	人間関係に満足しているか	3.47	0.80	3.49	0.72	3.27	0.87	1.547	
思 考 、 学 習 、 記 憶 、 集 中	性生活に満足しているか	3.09	0.67	2.96	0.70	2.85	0.90	3.245	*
	友人たちの支えに満足しているか	3.53	0.74	3.50	0.69	3.50	0.80	0.097	
ボ デ ィ ・ イ メ ー ジ									
自 己 評 価									
否 定 的 感 情									
環 境									
自 由 、 安 全 と 治 安									
生 活 環 境 の 環 境									
金 銭 関 係									
新 しい 情 報 と 技 術 の 獲 得 の 機 会									
余 暇 活 動 の 参 加 と 機 会									
居 住 環 境									
健 康 と 社 会 的 ケ ア									
交 通 手 段									
社 会 的 関 係									
人 間 関 係									
性 活 動									
社 会 的 支 援									

注 1) 分析から不明を除く

2) \* : &lt;0.05, \*\* : &lt;0.01, \*\*\* : &lt;0.001を示す

(48.4%) で、悪いが27人 (10.5%)、不明3人であった。家庭内自立群で家族の心理状態がよい53人 (39.0%) で、ふつうが66人 (48.5%) で、悪いが16人 (11.8%) であった。寝たきり群で家族の心理状態がよい7人 (14.6%) で、ふつうが26人 (54.2%) で、悪いが15人 (31.3%) であった。療養者のADLと家族の心理状態との間に有意差 ( $p < 0.001$ ) が認められた。

### (3) 療養者家族のQOL

療養者家族のQOLは、いずれの項目においても寝たきり群の平均値が最も低かった。QOL項目の平均値が最も高かったのは、自立群の〈医薬品と医療依存度〉であった。QOL項目の平均値が最も低かったのは、寝たきり群の〈余暇活動の参加と機会〉であった。

〈全般的な生活の質〉は、自立群が最も高く、寝たきり群は最も低く、3群間で有意差 ( $p < 0.01$ ) が認められた (表1)。

〈健康に対するQOL〉は、家庭内自立群が最も高く、次いで自立群で、寝たきり群は最も低かった。3群間で有意差 ( $p < 0.01$ ) が認められた。

身体的領域のQOLでは、最も平均値が高かったのは〈医薬品と医療依存度〉であった。〈痛みと不快〉と〈医薬品と医療依存度〉は、自立群が最も高く、寝たきり群が最も低く、3群間で有意差 ( $p < 0.001$ ) が認められた。〈日常生活動作〉は、自立群と家庭内自立群が同値で、寝たきり群が最も低く、3群間で有意差 ( $p < 0.01$ ) が認められた。〈睡眠と休養〉と〈仕事の能率〉は、家庭内自立群が最も高く、次いで自立群で、寝たきり群が最も低く、3群間で有意差 ( $p < 0.01$ ) が認められた。

心理的領域のQOLでは、いずれの項目においても、自立群が最も高く、次いで家庭内自立群であり、寝たきり群が最も低かった。〈肯定的感情〉と〈ボディ・イメージ〉〈否定的感情〉は、

表2 ADL 3群別にみた家族の生活力量の比較 (n=442)

	自立群		家庭内自立群		寝たきり群		F値	有意確率
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
家族のセルフヘルスケア力								
A健康維持力	65.8	19.0	62.1	19.2	62.3	20.3	1.952	
B健康問題対処力	60.8	27.8	58.3	28.5	63.8	30.4	0.717	
C介護力または養育力	54.8	21.6	55.5	22.5	63.5	21.3	3.294	*
D社会資源の活用力	54.1	17.5	54.9	16.9	60.2	15.8	2.589	
家族の日常生活維持力								
E家事運営力	77.5	18.3	75.4	23.4	73.3	21.6	1.083	
F役割再配分・統合力	58.3	20.7	61.9	20.6	62.9	25.8	1.856	
G関係調整・統合力	64.1	32.6	53.8	34.1	60.4	36.7	4.258	**
H住環境整備力	63.5	32.2	73.8	27.5	63.4	33.6	0.684	
I経済家計管理力	73.8	27.5	70.8	28.0	64.9	29.0	2.192	

注 1) 分析から不明を除く

2) \*: &lt;0.05, \*\*: &lt;0.01, \*\*\*: &lt;0.001を示す

自立群が最も高く、次いで家庭内自立群で、寝たきり群が最も低く、3群間でそれぞれ有意差 ( $p<0.01$ ), ( $p<0.05$ ) 及び ( $p<0.01$ ) が認められた。

環境領域のQOLでは、自立群が最も高かったのは、8項目中6項目であった。〈新しい情報と技術の獲得の機会〉と〈余暇活動の参加と機会〉は、自立群が最

も高く、次いで家庭内自立群で、寝たきり群が最も低く、3群間でそれぞれ有意差 ( $p<0.05$ ) 及び ( $p<0.001$ ) が認められた。

社会的関係領域のQOLでは、自立群が最も高かったのは、3項目中2項目であった。〈性的活動〉は、自立群が最も高く、次いで家庭内自立群で、寝たきり群が最も低く、3群間で有意差 ( $p<0.05$ ) が認められた。

#### (4) 家族の健康問題に対処する生活力量

家族の生活力量の平均値は、家族のセルフケア力では、〈健康維持力〉が自立群で最も強かったが、〈健康問題対処力〉〈介護力または養育力〉〈社会資源の活用力〉は、いずれの領域でも寝たきり群が最も強かった。〈介護力または養育力〉は、寝たきり群で最も強く、次いで家庭内自立群、自立群の順で低くなり、3群間で有意差 ( $p<0.05$ ) が認められた (表2)。

家族の日常生活維持力では、〈家事運営力〉〈関係調整・統合力〉〈経済家計管理力〉が自立群で最も強かったが、〈役割再配分・統合力〉は、寝たきり群が最も強かった。〈関係調整・統合力〉は自立群が最も強く、家庭内自立群が最も弱く、3群間で有意差 ( $p<0.01$ ) が認められた。

## IV 考 察

ADLの低下とともに平均年齢は高くなり、CAPDを開始した平均年齢も高いことが示唆された。また、女性に比べ、男性の方が、ADLが

自立している人が多かったことから、CAPDの導入目的でもある元の職場への復帰を可能にする要因の一つであったと推察される<sup>14)15)</sup>。

また、療養者のADLが低下するほど、療養者家族の体調及び心理状態は悪化していることが明らかにされた。土居ら<sup>16)</sup>・青木ら<sup>17)</sup>・西岡ら<sup>18)</sup>の報告と同様に、本調査においても、療養者のADL低下が家族の体調及び心理状態に影響を及ぼすことが指摘できる。

療養者家族のQOLと療養者のADLとの関係では、いずれの項目においても療養者が寝たきり群の場合、その家族のQOLが最も低かったことから、療養者のADL自立度が家族のQOLへ何らかの影響を及ぼしていることが予測しうる。日常生活における医療依存に対する家族のQOLは、CAPD療養という医療とは切り離せないことによる影響が考えられる。療養者のADLが低下するほど家族の治療に対する依存度が高まっていることから示された。CAPDに対処できる訪問看護が期待されることが推察される。一方、余暇活動の参加と機会に関する家族のQOLが最も低かったのは、療養者のADLが低下することにより、家族は療養上の支援を迫られ、余暇活動の参加と機会が減少していると考えられる。また、家庭内での療養者のADLが自立していれば、家族の全体的QOLや健康生活上のQOLには、ほとんど影響していないことが明らかにできた。

療養者のADL低下は、介護の手立てを即必要とし、療養者家族の身体的QOLに直接的な影響

を及ぼす。家族の生活や仕事への支障など、さらには睡眠への影響があることが示された。また、家族の心理的QOLでは、肯定的にも否定的にも影響を来し易い。また、療養者のADL低下に伴う家族のボディ・イメージの低下は、家族が療養者とともに喪失体験を味わっているといえる。障害をもつ家族が世間体意識を喚起させ、家族のQOLを低下させているのではないかと考えられる<sup>19)</sup>。

在宅の障害老人の介護上だけでなく、CAPD療養者のADL低下は、療養者に限らず、家族が社会参加をすることを阻害するのである。さらに、この療養者家族の社会との隔絶が、新しい情報と技術の獲得の機会をもちにくくしたり、余暇活動の参加と機会が得られなくしたりしている<sup>20)21)</sup>と推察できる。

これらのことから、療養者のADL低下に伴い、療養上の直接的なバック交換の手技や管理の方法等を含めた家族への指導が求められる。また、家族の心理的支援と共に、療養に伴う技術・知識の情報提供を適切に行うことが重要である。そしてさらに、社会参加の機会を得るための介護の交替が得られる支援が期待される。

本調査において、CAPD療養者の家族の生活力量と療養者のADLとの関係では、療養者のADLが自立している場合には、家族関係を調整したり、家族関係を統合したりする力が高い。また、ADL低下が認められる場合には、家族介護力が高かった。しかし、ADL低下とともに、経済家計管理のための能力は最も低くなっており、障害が家計への影響を及ぼしていることも示された。また、ADL低下の場合、坂田<sup>22)</sup>の研究と同様に、家族が健康問題に対する対処力や社会資源の活用力を必要としている。本調査対象の療養者家族は、家族関係の調整や統合する力が維持されていた。また療養者のADL低下に合わせた家族介護力が保たれていることが推察し得る。Dunnら<sup>8)</sup>や渡辺ら<sup>7)</sup>は、家族看護において、家族内外の資源の活用状況を評価し、社会資源に関する情報を提供することが大切となることを指摘している。また、Srivastava<sup>9)</sup>や坂田<sup>22)</sup>及び川西ら<sup>23)</sup>が指摘しているように、療養

者のADL低下に合わせた家族関係の調整や統合する力を高め、家族の介護力を維持するためには、社会資源を活用するとともに、適切なストレスの対処方法を身につけることが重要である。そのための効果的な方法として、Srivastava<sup>9)</sup>は、社会参加の機会や家族の団欒の場をもつこと、肯定的な見方をすることをあげている。

CAPD療養者のADL低下に伴い、その家族は、Poulshockら<sup>24)</sup>や中谷ら<sup>25)</sup>の家族介護者の受ける負担に関する研究と同様に、家族介護者は情報や社会生活からの疎外や閉じこもりの傾向に陥る可能性を秘めている。CAPD療養者のみならず家族が社会参加できる支援が重要である。また、D'Afflittiら<sup>9)</sup>や広瀬<sup>26)~28)</sup>が指摘しているセルフヘルプグループ等による精神面の支援が、広く地域ぐるみに実施される必要がある。したがって、療養者のADL低下に伴い、CAPDの専門的な知識・技術をもつ訪問看護が提供できることと同時に、家族の社会参加を支援する地域ぐるみのサポートを引き出す看護活動が求められる。

さらに、本研究の療養者家族は配偶者が7割を占めていた。山本<sup>29)</sup>やYeeら<sup>30)</sup>によれば、介護者の性別や続柄にも配慮が必要となる。今後、家族の生活力量や家族支援の具体的方策について研究していきたいと考える。

この研究の限界として、研究に対する承諾は主治医を通して得たが、その後療養者家族には療養者から直接質問紙への記入を依頼してもらったため、回答が得られにくかったことが考えられる。療養者との家族関係の影響も一要因として考慮する必要があるだろう。

## V 結 語

1. CAPD療養者家族の体調および心理状態は、療養者のADLが低下するほど悪化していることが明らかにされた。

2. CAPD療養者のADL低下に伴い、直接的な身体介護のための支援を含めた家族指導が求められる。

3. 療養者家族の心理的支援と共に、療養に伴う情報や技術に関する知識の情報提供を適切に行うことが重要である。

4. 療養者のADL自立度が高ければ、家族関係を調整したり、統合したりする力が高い。ADL低下に伴い、家族介護力を強め、社会資源を活用して、家族の健康課題に対処しようとしていることが示唆された。

#### 謝辞

本研究にあたり、ご協力いただきました関係の皆様方に深く感謝申し上げます。なお、この研究は、平成10年度川崎医療福祉大学総合研究(代表 人見裕江 テーマ:高齢者のCAPD療法の継続を可能にする要因)および平成11年度プロジェクト研究(代表 大澤源吾教授 テーマ:慢性進行性ないし完治断念後病態に対するQOLケア体系の確立)の助成により、行った研究の一部です。

#### 文 献

- 1) 遠山敏. 心とからだの健康と家族. 長谷川浩編. 家族心理学5 生と死と家族. 東京:金子書房, 1993:3-20.
- 2) P.Winstead-Fry. 家族システム理論と看護研究. 看護研究 1987;20(1):91-114.
- 3) 宮田留理. 家族の保健機能としてのセルフケア能力. 看護技術 1994;40(14):21-5.
- 4) 鈴木和子, 渡辺裕子. 家族看護学-理論と実践. 東京:日本看護協会出版会, 1995:11-28.
- 5) 池添志乃, 西岡史子. 家族のセルフケア. 臨床看護 1999;25(12):1777-82.
- 6) 佐藤喜一郎. 腎移植をめぐる家族の問題. 長谷川浩編. 家族心理学5 生と死と家族. 東京:金子書房, 1993:85-103.
- 7) 渡辺裕子, 鈴木和子, 正木治恵, 他. 透析患者をもつ家族の対処に関わる認識に関する研究. 千葉大学看護学部紀要 1998;20:107-12.
- 8) Dunn AS, Bonner NP, Lewis LS, et al. Quality of Life for Spouses of CAPD Patients. ANNA Journal 1994;21:237-46.
- 9) D'Afflitti JG, Swanson D. Group sessions for the wives of hemodialysis patients. American Journal of nursing 1975;75:633-5.
- 10) Srivastava HR. Coping Strategies Used by Spouses of CAPD Patients. ANNA Journal 1988;15(3):174-8.
- 11) 田崎美弥子・中根允文監修. 日本語版WHO/QOL-26手引き. 東京:金子書房, 1997.
- 12) 家族ケア研究会. 家族ケアのためのアセスメントスケールの利用法-アセスメントとケアのフローシート付き. 東京:家族ケア研究会, 1997:1-7.
- 13) 高階恵美子, 杉山郁子, 福島道子, 他. 家族の生活力量アセスメントスケールの開発. 日本看護科学会誌 1997;17:157-8.
- 14) 日本透析医学会統計調査委員会. わが国の慢性透析療法の現況. 透析会誌 1998;31(1):1-24.
- 15) 齊藤つや子, 前久保恵, 霜尾満代, 他. CAPD患者のストレスとQOL-CAPDとHDの比較. 臨床透析 1999;15(8):123-7.
- 16) 青木きよ子, 松岡宏子. 持続的携帯式腹膜透析(CAPD)患者におけるCAPDストレスの分析. 看護研究 1993;26(6):69-78.
- 17) 土居洋子, 杉本京子, 鈴木幸子, 他. 透析患者のクオリティ・オブ・ライフの要因分析. 大阪府立看護大学紀要 1997;3(1):75-81.
- 18) 西岡加津子, 市原信子, 太田めぐみ, 他. CAPD療法における経過不良例の生活環境とストレスについて. 透析会誌 1994;27(2):113-7.
- 19) 佐藤喜一郎. 透析の導入. 臨床透析 1998;14(9):31-7.
- 20) 中野綾美, 宮田留理, 野嶋佐由美. 家族の生活の質に関する研究. 高知女子大学看護学会誌 1998;23(1):8-16.
- 21) 上田照子, 橋本美知子, 高坂祐夫, 他. 在宅障害老人の施設入所に関する介護家族の希望とその関連要因. 日本公衛誌 1993;40(12):1101-10.
- 22) 坂田周一. 在宅痴呆性老人の家族介護者の介護継続意思. 社会老年学 1994;29:37-43.
- 23) 川西恭子, 宮澤文彦. 在宅要介護高齢者の主介護者に対する社会的支援. 日本在宅ケア学会誌 2000;4(1):31-8.
- 24) Poulshock WS, Deimling GT. Families caring for elders in residence: Issues in the measurement of burden. Journal of Gerontology 1984;39:230-9.
- 25) 中谷陽明, 東條光雅. 家族介護者の受ける負担-負担感の測定と要因分析-. 社会老年学 1994;29:27-36.
- 26) 広瀬寛子. 看護面接の機能に関する研究-透析患者との面接過程の現象学的分析-(その1). 看護研究 1992;25(4):69-86.
- 27) 広瀬寛子. 看護面接の機能に関する研究-透析患者との面接過程の現象学的分析-(その2). 看護研究 1992;25(6):37-62.
- 28) 広瀬寛子. 看護面接の機能に関する研究-透析患者との面接過程の現象学的分析-(その3). 看護研究 1992;26(1):49-66.
- 29) 山本則子. 家族看護学研究 2001;6(2):158-63.
- 30) Yee LJ, Schulz R. Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: A review and analysis. Gerontologist 2000;40:147-64.