

論文

血液透析への効果的な対処¹⁾

藤田 譲

白鷺病院

● 要約 ●

血液透析はわが国における末期腎不全に対するもっとも一般的な治療法で、約26万人が受けている。血液透析患者は週3回の治療に加えて、治療時間のねん出、食事・水分管理など日常生活でさまざまな制約を受けることになり、それが慢性的なストレスにつながっている。このような状況におかれた血液透析患者の生活の質を考慮したとき、血液透析へいかにうまく対処していくかが重要な生活課題と考えられる。

筆者は血液透析患者を対象に質問紙法による調査を行い、その結果を多変量解析により分析し、効果的な対処に関するモデルを構築した。調査からは、問題解決型の対処には自己効力感を高める効果が、また気分転換を志向した対処には生活満足度を高める効果がみられた。気分転換を志向した対処のなかには、通常好ましくないとされている対処も含まれていたが、生活の質という観点からは必要性があるものと推測される。

● Key words : 血液透析, 対処, 科学的根拠に基づくソーシャルワーク実践, 共分散構造分析

人間福祉学研究, 1(1):31-42, 2008

1. はじめに：本調査の背景

血液透析 (hemodialysis, 以下 HD) は、日本における末期腎不全に対するもっとも一般的な治療法である。日本透析医学会の全国調査によれば、2006年末現在で透析療法を受けている患者は264,473人で、うちHD患者は255,242人(96.5%)とそのほとんどを占めている。患者数はこの30年間で約20倍と大きく増加し、治療成績をみても1年生存率・5年生存率では10年前と比べて成績が向上している(日本透析医学会統計調査委員会, 2007)。その一因として、治療を受ける環境が整備されたことも見逃せない。わが国においては医療費助成制度が整備されたことで、経済的事情を心配せず透析を受けることができる。しかし、治療成績の向上や福祉制度の充実がみ

られても、患者への負担が軽減されたわけではない。HDはいったん開始すると、ほとんどの場合週3回、1回4～5時間の治療を継続することになり、HD患者はそのための時間を確保し、定時に通院するよう求められる。加えて、水分摂取量の制限、カロリーや栄養バランスに注意しながらの食事、定期的な服薬や適度な運動、といったいわゆる自己管理も必要となる。このように日常生活には大きな制約があり、HD患者にとってのストレスサーとなっている。

では、HD患者はこのようなストレスフルな環境にいかに対処すればよいかとなると、まだ十分に明らかにされていない。

このような現状を踏まえ、本稿はHD患者を対象に実施した量的調査をもとに、多変量解析によりHD患者にとっての効果的な対処について

検討した結果の紹介を目的とする。具体的には、因子分析と共分散構造分析により HD 患者の対処のダイナミクスに効果を加えたモデルを検討する。

2. 血液透析への対処

対処に関する研究では、Lazarus と彼の共同研究者たちによる「ストレス-対処理論 (stress-coping theory)」が広く知られている。Lazarus らは、対処を絶えず変化している環境において、認知的評価を継続的に繰り返していく過程のなかにみられる一連の認知的評価や行動としてとらえ、個人と環境との交互作用も含めた幅広い文脈で理解しようとしている (Folkman & Lazarus, 1991)。このような視点から「個人のもつ資源に重い負担となったり、それを超過しているとみなされる外的や内的な特定の要求をやりくりするための、認知面と行動面の努力からなる (Folkman & Lazarus, 1991: 210)」と対処を定義した。また Folkman & Lazarus (1991) は、対処の機能に着目して、情動中心の対処 (emotion-focused coping) と問題中心の対処 (problem-focused coping) の 2 つに分類できるとした。

一方で、ストレス-対処理論では疾患ごとの個別的な対処の説明が不十分、対処の過程における環境との交互作用や生活上の出来事の影響が未解明、どのような行動が組み合わさって対処が構成されているのかの解明が必要といった課題も指摘されている (早坂, 1993; Maes, et al., 1996)。

では、HD に対してどのような対処が求められるのであろうか。

まず挙がってくるのは、さきの例にも挙げた食事や水分管理、それと決められたスケジュールに沿った HD である。先行研究でも、食事や水分制限に関しては多くの研究成果がみられる。Witenberg らは HD 患者を対象にした調査から、過去に自己管理に失敗した経験があると HD とうまく対応できず、療養上の指示も守らない傾向

があるという結果を紹介している。反対にうまく管理できていると感じている場合には、HD にはうまく対応しているとも報告している (Witenberg, et al., 1983)。過去の経験からくる影響については、過去の経験から「自分はうまくやれる」という自己効力期待がある患者ほど、水分制限を守るようになるという調査結果もみられる (Rosenbaum & Smira, 1986; Schneider, et al., 1991)。これに対し、Baldree らの調査では、水分や食事の制限にとどまらず「お祈りする」「気に病む」といった多様な対処を取り上げて調査を行い、HD 患者では問題解決につながる対処のほうがよく用いられていること、楽観的に構えたり状況をコントロールしたりすることが重要な対処と考えられると報告している (Baldree, et al., 1982)。

このような HD への対処を、ストレス-対処理論を参照しながら、対処に影響する要因・対処の結果と併せて整理してみると、図 1 のようにまとめられる。

つまり、HD がストレスサーとなり、さまざまな永続する生活ストレスが引き起こされる。生活ストレスへの対処には、図の右下に示したように、影響を与える多くの要因がある。その要因は、認知的評価などの個人の内面に存在するものと、ソーシャルサポートのように個人のおかれている環境に存在するものとに分けられる。また、HD への対処により、図 1 に示すように、さまざまな結果が得られる。以上のような枠組として説明できる。ただし、結果によって次には違う対処を行う、効果的な対処によって否定的な認知的評価が肯定的なものに変わる、というように時間の経過によって交互作用や円環的な関係が想定され、現実はいずれも複雑な過程になっていると考えられる。したがって、HD への対処の研究においてもこの点を踏まえたアプローチが必要であろう。

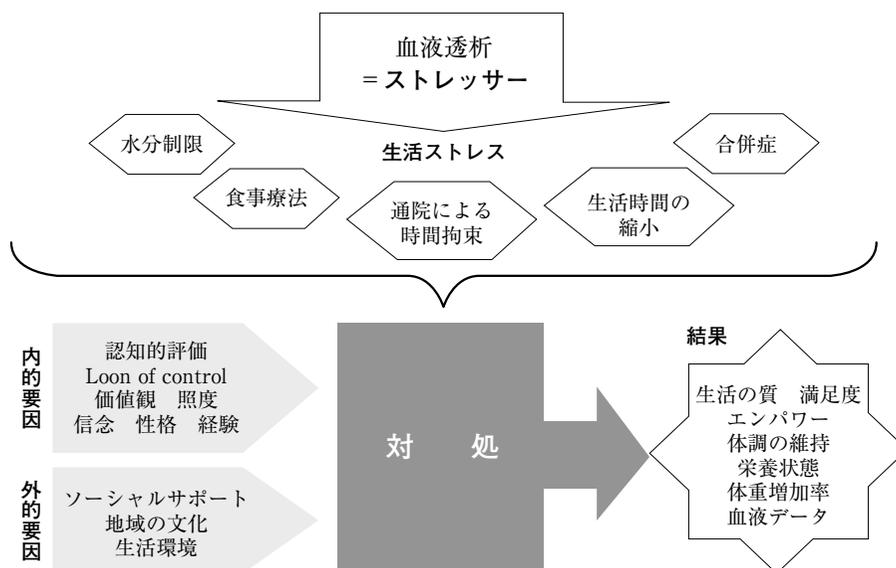


図1 血液透析への対処の理論的枠組み

3. 研究方法

先行研究を踏まえ、本稿では、HD への対処を「HD により引き起こされるさまざまなストレスに対して、HD 患者がストレスを軽減するために日常試みている行動や心がけている事柄」と定義する。この定義に沿って、以下のような手続きにより自己記入式質問紙法による量的調査を実施した。

3.1. 質問紙の作成

まず、HD への対処について聴き取り調査をした結果²⁾を基に、HD への対処についてのアイテムプールを作成した。さらに、筆者の勤務先のスタッフに、日常患者へ指導している内容を追加してもらった。最終的に、類似の項目をまとめ55の質問項目を準備し、測定のための尺度は対処の頻度をたずねることとして、5段階のリッカート尺度を用いた。

次に、対処の効果を評価するために、自己効力感と生活満足度を用いてそれぞれ9項目ずつ質問項目を5段階のリッカート尺度にて作成した。自

己効力感は Bandura によって提唱された概念で、人がどの程度なら自らの能力で対応できると自己評価しているかという感覚を意味しており、その感覚によってできると判断したことには取り組み、できないと判断したことは避けるようになるという (Bandura, 1982). Moos & Tsu (1977), Rosenbaum & Smira (1986), Schneider ら (1991) 等の先行研究において疾患の自己管理、すなわち対処との関連が認められており、本調査では効果的な対処ができるようになれば獲得できるものとして定義づけた。もう1つの生活満足度は生活の質の代替として用いた。生活の質(QOL)については既存の尺度があるが、これを用いると質問項目があまりに多くなる。そのため、調査対象者の負担を考慮して、少ない変数で評価できるように生活満足度としてこちらも独自の質問項目を作成することにした。

なお、完成した調査票は、筆者の同僚2人にチェックを依頼して、表面的妥当性を確保した。

3.2. 調査の実施

3.2.1. 対象

A市にある医療法人が開設している3か所の透析施設にて維持血液透析施行中の患者662人を抽出した。ただし、1か月以上入院中、意識障害などで回答困難、病状的に調査票記入が負担になるといった患者は除外して597人を対象とした。

3.2.2. 方法

自己記入式の質問紙法による。調査票は対象となった患者に直接配付し、締切日までに各透析室に設置した回収用の箱に提出してもらうことにした。なお、調査票の配布には筆者のほか、筆者の同僚であるソーシャルワーカー1人にも協力を得た。

3.2.3. 倫理的問題への対応

調査の実施にあたり、透析施設を管轄している医療法人に対して、調査計画を書面にて提出し調査協力を要請した。そのうえで同法人の指示のもと臨床治験と同様の所定の手続きにより、調査方法や調査票を提示のうえ審査を受けて許可を得た。

今回計画した調査は自己記入式で、質問項目も数多くあるため、前述のとおり調査期間中に病状から考えて調査票の記入が負担となるおそれがある患者には、透析施設職員からの情報を基に調査対象から外し、調査協力の依頼そのものを見送った。

調査票の配付時には、調査目的や内容、データの利用法、問い合わせ先などを説明した文書を渡すとともに、口頭でも説明して調査協力についての同意を得たうえで調査票を手渡すようにした。合わせて密封可能な提出用封筒を調査票とともに配布し、提出時に利用できるようにしておいた。

3.3. 分析方法

まず、HDへの対処とその効果がそれぞれどのような因子から構成されているかを明らかにするために、最尤法を用いた因子分析を行う。最尤法

ではデータの多変量正規性を前提としているため、因子分析に先立ち分布にかたよりのある項目を削除するための予備解析を実施する。そのうえで、抽出された因子を潜在変数として、調査仮説に応じたモデルを作成し、共分散構造分析を進める。分析結果はCFI、RMSEAおよびAICを適合度指標として、またパス係数の検定結果を参考に評価を行い、最適なモデルを選択することにする。

分析には、予備解析ならびに因子分析にはSPSS 10.0 Jを、共分散構造分析にはAMOS 5.0を用いた³⁾。

4. 結果

4.1. 回収数および回答者の属性

調査対象者の77.4%にあたる462通の調査票が回収できた。しかし、不備のある調査票もみられたため、全項目の1割以上の項目に回答のないもの、1つの設問すべての質問項目が無回答のものについては、無効票として分析より除外することにした。その結果、407通(68.2%)の調査票を有効回答として分析に用いた。

なお、有効回答者の属性は、年齢が平均60.2±11.3歳、性別は男性255人(62.7%)、女性147人(36.1%)、不明5人(1.2%)、透析歴は平均7年4か月であった。

4.2. 共分散構造分析に向けての準備

分析にあたり、対処と効果に関する質問項目について得点化を行い、各項目の平均値・標準偏差・歪度・尖度を算出した。因子分析および共分散構造分析で用いる最尤法は多変量正規性を前提としているため、標準偏差.85以下、尖度の絶対値が2以上の項目は、分布にかたよりのある項目として以後の分析から除外した。

続いて対処と効果ごとにプロマックス回転を伴う因子分析を実施した。共に共通性.2未満の項目をカットしながら、最終的に対処では因子数7、効果では因子数2のときに比較的因子構造の安定

した解を得るに至った。これらの因子を潜在変数、各因子に帰属した項目を観測変数として共分散構造分析を行うことにした。ただし、観測変数には.4以上の因子負荷量をもつ上位3つの項目を用いることにし、他の因子に同時に.300以上と高い負荷をもつ項目は、その因子を必ずしも測定していないとみなし観測変数からは除外した。潜在変数の名称と観測変数は表1に示しておく。

4.3. 血液透析への対処：効果モデルの検討

まず対処にかかる7つの潜在変数を用いて、血液透析への対処モデルを構築し、前述の基準に従って最適なモデルを選択した。これに生活満足度と自己効力感を加えた血液透析への対処：効果モデルを構築した。対処モデルの「結果の予測」「気分転換」から、それぞれ「生活満足度」と「自己効力感」へ影響しているとの仮説を立てたモデル(図2)についてまず共分散構造分析を行った。その結果、適合度指標はCFI=.923, RMSEA=.048と良好であったが(表2)「結果の予測」から「生活満足度」「気分転換」から「自己効力感」へのパスはいずれも5%水準で統計的に有意ではなかった。

そこで、相対的に係数の小さい「結果の予測」から「生活満足度」へのパスを削除したモデル(図3)と、いずれも統計的に有意ではない「結果の予測」から「生活満足度」へのパス、「気分転換」から「自己効力感」へのパスを両方削除したモデル(図4)を分析してみて、モデル探索を実施することにした。

その結果、表2に示すとおり、適合度指標においてはどちらもモデル1とほぼ同じ値を示し、モデルを受容できるものと判断できた。各パスについては、モデル2では「気分転換」から「自己効力感」へのパスが統計的に有意ではなかったが、モデル3ではすべてのパスが5%水準で統計的に有意であった。適合度指標のうちAICをみると、モデル3がほかよりも少し小さい値を示している。以上の結果から、モデル3を最適とみなし、

表1 共分散構造分析に用いる変数

潜在変数	観測変数
食事水分管理	味付けは薄味にする (ED13) カリウムが多く含まれる食べ物は避ける (ED10) 減塩の調味料を使う (ED4)
情報探索	患者会の行事に参加する (IS7) 透析患者のための勉強会に参加する (IS1) 「ぜんじんきょう」など患者会の機関紙を読む (IS6)
結果の予測	自分の食事から、どれくらいカリウムを取ったかを考える (ED21) 自分の食事から、どれくらいリンを取ったかを考える (ED20) 最近食べたものから検査結果を予想する (HC6)
気分転換	ストレスを発散させる (EC2) 気分転換を図る (EC5) スポーツや散歩をする (HC5)
測定	制限を守るために、食材の重さを量っている (ED18) 1日に飲む水分の量を決めておく (DC3) カロリー計算をする (ED16)
突破り	外食をする (ED2) お店でお総菜や弁当を買ってきて食べる (ED3)
好き放題	自分の好きなようにする (EC4)
自己効力感	検査データが悪くなくても、次回の検査までに正常値に戻ることができる (SE9) 体重の増加はだいたいコントロールできる (SE6) 食事制限はだいたい守れている (SE4)
生活満足度	友人や仲間との関係 (LS4) レジャーや余暇の活動 (LS6) 趣味や生きがいのための活動 (LS3)

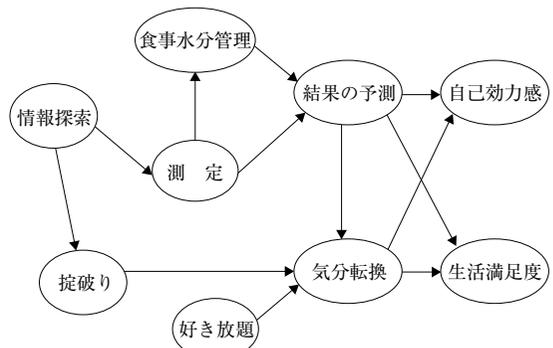


図2 血液透析への対処：効果モデル1

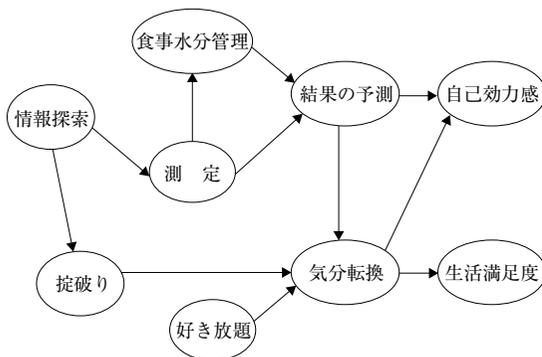


図3 血液透析への対処：効果モデル2

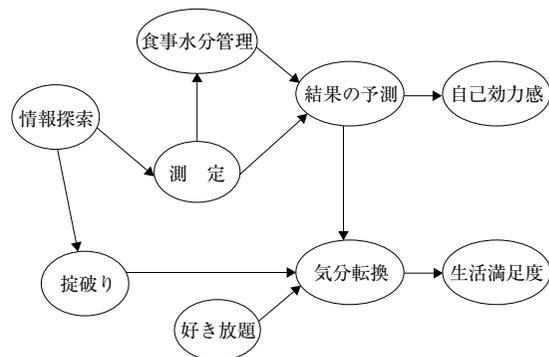


図4 血液透析への対処：効果モデル3

表2 血液透析への対処：効果モデル 分析結果

	χ^2	自由度	χ^2/df	CFI	RMSEA	P close	AIC
モデル1	468.050	240	1.950	.923	.048	.651	636.050
モデル2	468.259	241	1.943	.924	.048	.668	634.259
モデル3	468.891	242	1.942	.923	.048	.672	633.891

血液透析への対処：効果モデルとして採択することにした。標準化解を図5に示しておく。

採択したモデルを部分的に評価していく。まず、潜在変数が個々の観測変数に与えているパス係数をみると、図5に示すとおり、パス係数の値は.43～.88と、いずれも潜在変数を測定する尺度としては十分な値を示している。制約を加えていないパス係数は、1%水準のt検定においてすべて統計的に有意である。このことから、それぞれの潜在変数は個々の観測変数を十分に規定していることが確認できた。

次に、潜在変数間の関係性をみてみると、「情報探索」から「掟破り」「食事水分管理」から「結果の予測」「好き放題」から「気分転換」へのパス係数は、それぞれ.17、.26、.28とやや弱い因果関係を示している。しかし「自己効力感」へは.57、「生活満足度」へは.65と十分な因果関係を示すパス係数が得られた。パス係数のt検定の結果においても、「情報探索」から「掟破り」へのパスが5%水準で、ほかはすべて1%水準で統計的に有意であった。したがって、食事や水分摂取に関する制限を守るための対処をとおして、

対処の結果を予測していくというHDへの対処パターンをとおして、自己効力感が高められていると考えられる。同時に「情報探索」から「気分転換」に至るストレスを緩和するような対処とともに生活満足度を高めていると結論づけられる。重相関係数をもて「自己効力感」では.33、「生活満足度」では.42であり、この結論を十分に説明できる結果だといえる。

最後に「自己効力感」と「生活満足度」への、ほかの潜在変数からの総合効果についてみていく。表3に総合効果を示しているが「生活満足度」に対しては「掟破り」「好き放題」が共に.2前後の影響を与えていることには注目すべきであろう。とかく、慢性疾患への対処という療養上の指示を遵守することが病状の悪化や合併症の出現を防ぎ、そのことが患者の満足度・生活の質を高めると考えられているが、この結果は療養上の指示に反するような対処でも満足度や生活の質を高めていることを示している。療養上の指示を遵守する対処である「食事水分管理」が.067しか影響していないことと対称的である。また「結果の予測」については、直接の影響がほとんどなくモデルか

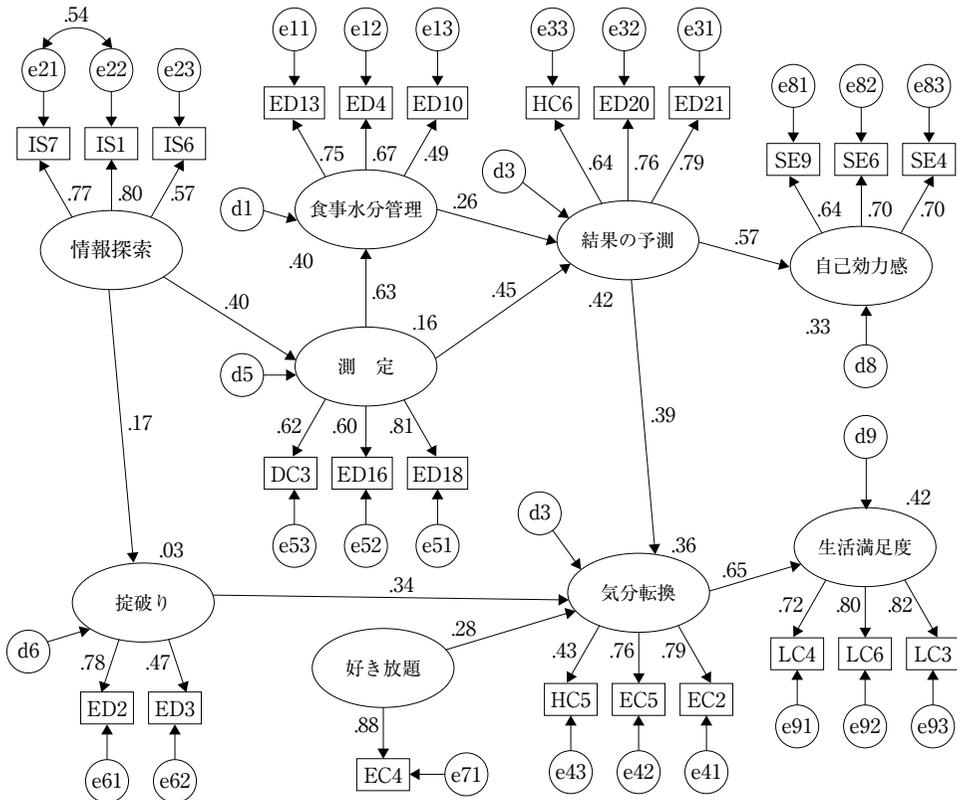


図5 血液透析への対処：効果モデル（標準化解）

表3 生活満足度・自己効力感への総合効果

	情報探索	測定	食事水分管理	結果の予測	掟破り	好き放題	気分転換
生活満足度	.102	.158	.067	.257	.224	.182	.651
自己効力感	.142	.352	.148	.572	—	—	—

らパスが削除されたが、「気分転換」を経由しての間接効果だけでも.257とまずまずの影響を与えている。つまり「結果を予測できることで気分転換がうまく図れるようになり、それが生活への満足度をさらに高める」ものと解釈できる。

「自己効力感」では、「情報探索」が.142, 「食事水分管理」が.148とわずかな影響しかみられないが, 「測定」からは.352と比較的大きな影響を与えている。これら3つの潜在変数は「結果の予測」への影響をみても, 総合効果として「情報

探索」が.247, 「食事水分管理」が.259に対し, 「測定」からは.615と大きな差がみられる。このことから「測定」が結果を予測し, 自己効力感を高めるうえでとくに大きな機能を果たしていると指摘できよう。

5. 考察

5.1. 血液透析への対処：効果モデルの意味

「情報探索」を出発とするHDへの対処：効果

モデルは、モデルの適合度も良好で、潜在変数間のパス係数や総合効果をみても興味深い知見が得られた。

まず、対処に必要な情報を集め、学習することから始まり、それを実際に食事や水分摂取の制限を守るといった、病気をコントロールするための対処に移して見て、結果を予測できるようになっていく、というHDによる生活上のストレスに対する対処の連鎖の存在が確認できた。このようなHD患者の対処パターンは、Moos & Tsu (1977) のいう「病気に関連する特定の手続き」と考えられる。彼らによれば、このような対処の連鎖を学習し、実践していくことにより、患者は自分に能力があることを確かめたり、自己効力感を得られたりするという。本調査においても「情報探索」から「結果の予測」、さらに「自己効力感」へとつながりが検証され、自己効力感が高められていることが実証された。

このような対処の連鎖は、HD患者にとって大きな意義のあることが示唆される。「自己効力感」に対するほかの潜在変数がどれくらい影響を与えているかについて、総合効果によりみても、「結果の予測」が.572と最も大きく、次が「測定」の.352となっており、「情報探索」や「食事水分管理」はそれほど影響していない。観測変数から考えると、結果が予測できる、つまり行動と結果の結びつきを把握できれば自己管理がうまくいっているかどうか判断できるわけで、当然自己効力感が高まるはずである。「測定」はその前段階の「情報探索」で得られた自己管理に必要な情報を、実際の行動に移していく段階といえる。覚えたことを実践していくのは、結果はともかく「自己管理を頑張っている」という実感をもつことになり、それが自己効力感を高めているのではないかと考えられる。Schneiderら(1991)はHD患者対象の調査研究の結果、過去の対処が成功したと知覚していると自己効力感が増すことを報告している。今回の調査では成功したとの知覚については調べていないが、Schneiderらの結果を支

持しているといえよう。

対処に必要な情報とは、なにも医学的に望ましい情報だけとは限らない。同じく「情報探索」から出発しても、好ましくない対処もほかの患者との交流をとおしてやり取りされ、そこからじょうずな羽目の外し方を学び、制限をゆるめてみる、あるいはたまには制限を守らずに好きにしてみることにつながっていると考えられる。これら「掟破り」「好き放題」に代表される「医学的には好ましくない」「医療者としては推奨できない」とされている対処が、「気分転換」という形でストレスの緩和につながり「生活満足度」を高めていることが今回の調査では検証できた。Aldwin & Brustrom (1997) や Lazarus & Folkman (1984) は、慢性疾患に対する情動中心の対処は好ましくない結果をもたらすと指摘したが、この結果からは情動中心の対処には違う側面もあることが示唆された。つまり、医療者が推奨しないような、HD患者にとって好ましくないと考えられる対処は、単なる憂さ晴らしという意味での気分転換だけでなく、人間らしい生活、人としての当然の欲求を充足させるという意義もあるのではないだろうか。生活満足度へつながってくるところからは、このような解釈も考えられる。これまでのHDへの対処に関する研究では「食事水分管理」「情報探索」「測定」といった問題中心対処が主に取り上げられ、「掟破り」「好き放題」のような対処は療養上の指示を守らない行動として、好ましくないものと考えられてきた (cf. Baldree, et al., 1982; Brown & Fitzpatrick, 1988; Schneider, et al., 1991)。しかし、患者の生活の質という観点からは必要な対処として再評価する必要があるかもしれない。

ただし「情報探索」から「気分転換」に至る変数間のパス係数の値から考えれば、じょうずに羽目を外すことで気分転換を図り、生活満足度を高めるといふ仮説は必ずしも十分に説明できていないと考える。その理由としては「掟破り」や「好き放題」は医師や看護師が推奨している対処では

ないため、HD患者によっては「やってはいけないこと」と受け止め、対処のレパートリーに加えていない可能性が考えられる。

一方「生活満足度」については、さきほどのHDに関する特定の手続きも関与している。「生活満足度」への総合効果をみると「気分転換」が直接.651と大きな影響を与えており、次は「結果の予測」で.257、「測定」からも.158とわずかながらも影響を与えている。つまり、特定の手続きを習得すれば、気分転換も図ることができ満足度も増すと考えられる。Moos & Tsuは「情報探索」により適切な情報を獲得すれば、病気に伴う不確実感や誤解から生じる情緒的なストレスを軽減できると述べており(Moos & Tsu, 1977)、この結果は彼らの見解とも一致している。

今回の調査結果によって、問題解決につながる対処が自己効力感を高めること、そして問題解決がうまくできれば気分転換も図れるようになること、そして、じょうずに羽目を外すことが気分転換につながり問題解決と合わせて生活満足度を向上させることを明らかにすることができた。これらはHDという個別の状況に応じた対処戦略と、その効果を示しているといえる。

5.2. ソーシャルワーク実践への活用

本調査結果のソーシャルワーク実践への活用については2つの方向性が示唆できる。1つは、HD患者への理解を深めるための活用であり、もう1つはHD患者の適切な対処習得を支援するプログラムづくりへの活用である。

援助対象者であるHD患者を理解することは、ソーシャルワーク実践にとって極めて根源的な課題である。とくに、生命維持のために頻回の治療を継続しなければならないHD患者の場合、病状の変化や治療に起因するストレスとそのストレスへの対処について、ソーシャルワーカーがどのような理解をしているかは援助の鍵となるだろう。たとえば、医学的に推奨されている生活管理がHD患者には不可欠だと理解していれば、本調査

で導きだした「好き放題」「掟破り」という対処は「よくないこと」と認識するようになる。このような認識をもって「好き放題」「掟破り」という対処を行うHD患者をみれば、「好ましくない対処をしている問題患者」という否定的評価をしかねない。反対に、本調査で明らかになったように、医学的に好ましくないと考えられる対処が生活への満足度を高めるよう貢献していることを理解していれば、違った評価もできる。

もう1つ、今回の結果から適切な対処習得の支援プログラムづくりについてのヒントを示すことができる。「情報探索」から「測定」「食事水分管理」、そして「結果の予測」へという流れは、対処習得のプロセスとも考えられる。つまり、自己管理に必要な情報を伝え、その情報に基づき実行し、その結果を予測していくという手順に沿ったプログラムを計画するのである。今回の調査結果に基づけば、情報提供から実際の対処をうながし、対処と結果との結びつきを実感できるように支援していくことにより、対処が獲得できるだけでなく、自己効力感も得られるようになると予測できる。自己効力感が得られれば、対処への動機づけも高まり、適切な対処に向けてのよい循環が起ころう(Rosenbaum & Smira, 1986; Schneider, et al., 1991)。このようなプログラムは、具体的な対処を身につける一種の行動変容アプローチを用いて展開できる。

ただ、HD患者の体調や治療に深くかかわる内容なので、プログラムの計画、資料や教材の作成、プログラムの運営、フォローアップといったあらゆる局面において、医師・栄養士・看護師といった透析医療従事者との協働が不可欠である。そのなかで、ソーシャルワーカーはプログラムの実施回数、各セッションの構成、プログラムで使用する教材や資料を作成するうえでのアイデアを提供することのほか、会場の確保、参加者の募集、当日の会場準備や進行役、さらには運営資金の調達に積極的にかかわっていけばよいのではないだろうか。もちろん、プログラムの効果測定を行い、

プログラムの評価と改善点を透析医療従事者へフィードバックして、より効果的なプログラムづくりを進める作業にも関与することがソーシャルワーカーの果たすべき役割だと考える。

5.3. 本調査の限界

本調査の結果は有効回答における回答者の属性、共分散構造分析における適合度指標からは統計的に妥当なものと考えられる。日本透析医学会統計調査委員会（2001）が明らかにした、調査時点直近の腹膜透析患者も含めた透析患者全体の平均年齢（ 61.2 ± 13.2 才）、男女比（59.7%対40.2%）、透析歴の分布状況と比べても、有効回答者の集団は大きな差がみられないことから、母集団をある程度代表しており、この調査結果はHD患者全体に一般化しうる結果といえるだろう。

ただし、調査対象者の居住する地域にはかたよりのため、地域の文化や風土が対処に影響していることは十分に考えられる。あるいは、学歴や職歴、所得状況といった社会経済的要因は調査していないため、調査対象に社会経済的要因のかたよりがあったかもしれない。したがって、これらの点が調査結果に影響を及ぼしている可能性については否定できない。

また、調査票についての問題点もある。質問項目が構成概念を十分に表現できたか、といった調査票の不備があったと考えられる。たとえば「透析患者のための勉強会に参加する」「減塩の調味料を使う」といった具体的な行動を測定する項目がある一方で、「ストレスを発散させる」といったどのような行動を指すのか具体化できていない項目もみられる。今回はHDという特定の状況に応じた対処を測定するため、独自に作成した調査票を用いた。しかし、調査にかかるコストと調査協力が得られる範囲に限られており、予備調査を実施できなかった。そのため洗練された調査票を準備できなかったことに一因がある。

このような限界はあったものの、HDについての対処モデルを構築し、その効果を実証すると

もに、部分的にせよHD患者の対処について新たな知見を得ることができた。この知見は今後のソーシャルワーク実践に生かせる可能性をもち、その意味では意義のある調査だったことも確認しておきたい。

6. 結 語

本稿では、HDへの効果的な対処について多変量解析による調査結果を紹介した。この結果は対処を援助するプログラム開発・実践にも活用できる可能性をもちている。このような調査結果に基づき援助を展開することは、科学的根拠に基づくソーシャルワーク実践（evidence-based social work practice, 以下EBSWP）とよばれている（芝野, 2004; O'Hare, 2005）。Reidは、科学的根拠に基づくソーシャルワーク実践の主な目標として、①よりよいアセスメントができ、介入計画の指標となり、援助の評価ができるような手段として調査を利用する、②実験研究により効果が実証された介入方法の利用をうながす、③実践を理解している調査者（practitioner-researcher）による研究から得られた知見を創出する、の3つを挙げている（Reid, 1994）。O'Hareはソーシャルワーカーが将来にわたって重要な専門職としての地位にとどまるには、EBSWPを発展させていくことが大切だと指摘している（O'Hare, 2005）。本調査がその一助となるよう、調査結果を実践にいかんにか生かしていくが次のステップになると考える。

ただ、EBSWPは決して万能ではない（Witkin & Harrison, 2001）。たとえこの調査結果が意義あるものとしても、それだけでHD患者の生活すべてを改善できるわけではない。限界をよくわきまえたうえで調査による知見を援用しながら、またHD患者のおかれた状況を包括的にアセスメントすることを心がけながら、慎重をもって援助に携わることがソーシャルワーカーには求められると考える（Webb, 2001）。

謝 辞

本調査の実施にあたり、関西学院大学・芝野松次郎先生には丁寧なご指導をいただき、また、特別・特定医療法人仁真会理事長の山川智之先生、医療福祉科はじめスタッフのみなさまにも多大なご協力をいただいた。このことを記すとともに、心よりお礼申し上げます。

注

- 1) 本稿は筆者の博士学位論文「血液透析患者の対処モデルの検討～科学的根拠に基づくソーシャルワーク実践 (Evidence-Based Social Work Practice) に向けて」(2007)の一部に加筆修正したものである。
- 2) この調査は、透析歴20年以上の血液透析患者・腹膜透析患者を対象に、日常生活で注意している事柄、透析生活に有益と思われること、人的なソーシャルサポートなどについて、筆者と当時の同僚との2人で個別に実施した。詳細は第43回日本透析医学会学術集会(1998)において「長期透析患者の対処行動の特性」として、また第8回日本医療社会福祉学会(1998)において「慢性疾患患者の対処能力向上へのアプローチ(第1報)；長期透析患者の対処行動の分析」として、それぞれ報告している。
- 3) AMOSについては、調査終了時点ではバージョン4が販売されており、当初の分析にはそれを用いている。その後、適合度指標の計算方法が改善されたバージョン5がリリースされた。インターネット上で共分散構造分析について意見交換が行われているSEM NETにおいてもバージョン5の使用が推奨されたため、本稿ではバージョン5で分析し直した結果を紹介している。

参考文献

- Aldwin, C.M.; Brustrom, J. (1997) Theories of coping with chronic stress: Illustrations from the health psychology and aging literatures, Gottlieb, B.J. ed., *Coping with Chronic Stress*. 75-103, Plenum Press, New York.
- Baldree, K.S.; Murphy, S.P. & Powers, M.J. (1982) Stress identification and coping patterns in patients on hemodialysis. *Nursing Research*, **31**, 107-112.
- Bandura, A. (1982) Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, **37**(2), 122-147.
- Folkman, S.; Lazarus, R.S. (1991) Coping and emotion, Monat, A.; Lazarus, R.S. eds., *Stress and Coping: An Anthology*. 3rd edition, Columbia University Press, New York.
- 早坂浩志 (1993) 「慢性関節リウマチ患者の対処スタイルの類型——そのクラスター分析と事例研究」『健康心理学研究』**6**, 1-11.
- Lazarus, R.S.; Folkman, S. (1984) *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publisher Co, New York (本明 寛・春木 豊・織田正美監訳 (1991) 『ストレスの心理学：認知的評価と対処の研究』実務教育出版)。
- Maes, S.; Leventhal, H. & DeRidder, D.T.D. (1996) Coping with chronic diseases, Zeidner, M.; Endler, N.S. eds., *Handbook of coping: Theory, Research, Applications*. 221-251, John Wiley & Sons INC. New York.
- Moos, R.H.; Tsu, V.D. (1977) The crisis of physical illness: An overview, Moos, H.M. ed., *Coping with Physical Illness*. 3-21, Plenum Publishing Co., New York.
- 日本透析医学会統計調査委員会 (2001) 『わが国における慢性透析療法の現況 (2000年12月31日現在)』。
- O' Hare, T. (2005) *Evidence-based practices for social workers: An interdisciplinary approach*, Lyceum Books, Chicago.
- Reid, W.J. (1994) The empirical practice movement. *Social Service Review*, **68**, 165-184.
- Rosenbaum, M.; Smira, K.B. (1986) Cognitive and personality factors in the delay of gratification of hemodialysis patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, **51**, 357-364.
- Schneider, M.S.; Friend, R.; Whitaker, P. & Wadhwa, N.K. (1991) Fluid noncompliance and symptomatology in end-stage renal disease: Cognitive and emotional variables. *Health Psychology*, **10**, 209-215.
- 社団法人日本透析医学会統計調査委員会 (2007) 『わが国における慢性透析療法の現況 (2006年12月31日現在)』。
- Sherwood, R.J. (1983) Compliance behavior of hemodialysis patients and role of family. *Family Systems Medicine*, **1**, 60-72.
- 芝野松次郎 (2004) 「ソーシャルワーク研究における評価研究法」『ソーシャルワーク研究』**29**, 292-301.
- Webb, S.A. (2001) Some consideration on the validity of evidence-based practice in social

work. *British Journal of Social Work*, 31, 57-79.

Witenberg, S.H.; Blanchard, E.B.; Suls, J.; Tennen, H.; McCoy, G. & McGoldrick, M.D. (1983) Perceptions of control and causality as predictors of compliance and coping in

hemodialysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 4, 319-336.

Witkin, S.M.; Harrison, W.D. (2001) Whose evidence and for what purpose?. *Social Work*, 46 (4), 293-296.

Effective Coping with Hemodialysis : Toward Evidence-Based Social Work Practice

Joe Fujita

Shirasagi Hospital

Hemodialysis is the standard predominant therapy for end-stage chronic kidney disease. In Japan, about 260,000 patients have received hemodialysis. Hemodialysis patients must go to a dialysis setting three times per week, manage their daily schedule for therapy, and restrict their diet and drinking in daily life. Then they feel chronic heavy stress. Under such circumstances, considering the quality of life for hemodialysis patients, how well they cope with hemodialysis is an important life task.

The author researched about coping strategy of hemodialysis patients with questionnaires, practiced multi-variable analysis, and then constructed an effective coping model for hemodialysis patients. The research showed that problem-solving coping has the effect of enhancing self-efficacy and coping oriented to relaxation, which enhances the promotion of life-satisfaction. Coping oriented to relaxation contains coping which medical staff think of as non-compliance; however the author suggests the implication from the viewpoint of quality of patients' life.

Key words : hemodialysis, coping, evidence-based social work practice, structural equation modeling