

2012 年度博士学位論文（要旨）

高齢透析患者のセルフケアへの支援に関する研究

桜美林大学大学院 国際学研究科 老年学専攻

清水 由美子

## 目 次

第1章 高齢透析患者の増加とセルフケアの重要性 .....	1
第2章 求められるセルフケアの内容 .....	2
第3章 透析患者のセルフケアに関する研究 .....	2
1. セルフケアの概念 .....	2
2. セルフケアの評価指標および実施状況に関する研究 .....	4
3. セルフケアに対する支援の効果に関する研究 .....	6
1) 医療の専門家からの支援	
2) 家族からの支援	
3) これまでの研究の限界	
第4章 研究の課題と仮説 .....	9
1. 本研究の課題 .....	9
2. 量的研究の仮説 .....	10
1) 課題1：医療の専門家からの支援のセルフケアに与える効果	
2) 課題2：家族からの支援のセルフケアに与える効果	
第5章 課題1：医療の専門家からの支援のセルフケアに与える効果 .....	11
1. 研究方法 .....	11
1) 使用するデータベース	
2) 分析対象	
3) 分析項目	
4) 分析方法	
5) 分析対象者の特性	
2. 結果 .....	13
3. 考察 .....	14
第6章 課題2：家族からの支援のセルフケアに与える効果 .....	16
1. 研究方法 .....	16
1) データベース	
2) 分析対象	
3) 分析項目	
4) 分析方法	
5) 分析対象者の特性	
6) 倫理的配慮	

2. 結果	-----21
1) 家族からの支援に対する患者の認知と患者に対する支援の家族の認知のセルフケアへの効果の差異	
2) 患者の意識や行動に対する家族の理解度がセルフケアに与える効果と家族の理解度に関連する要因	
3. 考察	-----22
1) 家族からの支援に対する患者の認知と患者に対する支援の家族の認知のセルフケアへの効果の差異	
2) 患者の意識や行動に対する家族の理解度	
第7章 課題3：患者と家族が認識するセルフケア推進要因に関する質的研究	-----24
1. 研究方法	-----24
1) 対象者と調査方法	
2) 分析方法	
3) 倫理的配慮	
2. 結果	-----25
1) 概念図と結果の概要	
2) 患者の認識するセルフケア推進要因	
3) 家族の認識するセルフケア推進要因	
4) セルフケア推進要因についての患者と家族の認識の一致・不一致	
3. 考察	-----33
第8章 提言と本研究の限界	-----34
謝辞	-----34
文献	
図表	
資料	

## 第1章 高齢透析患者の増加とセルフケアの重要性

日本透析医会の報告によれば、2011年末の透析患者数は初めて30万人を超えて304,592人となり、1年間で新規に透析を導入した患者は38,893人であった（日本透析医学会,2012）。

近年の傾向として、患者総数の増加率はやや鈍化してきているものの、増加傾向は変わらず、新規導入患者数も増加傾向にある。さらに、患者の平均年齢は20年前（1991年）の55.3歳から2011年には66.5歳へと透析患者全体が急速に高齢化している。透析患者全体の高齢化には、医療技術および透析機器の進歩による寿命の延長が大きく貢献しているが、新規導入患者の平均年齢が高くなっていることも影響している。高齢透析患者では、介護ニーズが高いものの、それを介護保険で利用可能な施設で対応することが困難なため、社会的入院のリスクも高くなる。セルフケア等により身体状況をいかに維持していくかは、患者自身の生活の質を維持していくことに加えて、社会的入院の予防のためにも重要な課題となっている。

## 第2章 求められるセルフケアの内容

水分、塩分制限が鍵となる体重コントロールやカリウム制限を中心とした食事管理は、透析中の不均衡症状を防止するだけでなく、種々の合併症を予防し生命予後に影響を与えることが明らかにされている。このようにセルフケアという形での患者の参加なしには成功がなし得ない透析療法においては、いかにセルフケアを促進するかが重要な課題であり、セルフケアに焦点を当てた研究が多く行われてきた。

## 第3章 透析患者のセルフケアに関する研究

宗像（1987）によれば、セルフケアには3つの考え方があるとされている。第1は、自分の健康を増進し、疾患を予防、回避し、疾患から回復しようとする個々人の活動であり、しかも、専門家や一般の人々の経験から得られる知識や技能を活用はするが、医療の専門家の助けを全く借りない活動という考え方である。第2は、医療の専門家の指示を守るコンプライアンス行動としてのセルフケア、すなわち医療の専門家が患者の健康のために必要であると判断し、勧めた指示に患者が応じ、それを遵守しようとする態度である。第3は、医療の専門家の助けを活用はするが、疾患の予防にせよ疾患からの回復にせよ、どのような行動をとる必要があり、実際にどうするかは、人々が自己判断し、実行するという考え方である。

透析におけるセルフケアについては、Curtinら（2001）がセルフマネジメントという概念で次のように定義づけている。その定義とは、「患者が自分の健康状態を最大限にもっていくために合併症の予防や症状のコントロールを行い、また、医療サービスを適切に活用し、病気にならないように注意することで自分が希望するライフスタイルが実現できるよう、健康管理を行い保健活動に参加するという前向きな努力」であり、宗像の言う第3のセルフケアとみることができる。

以上の議論をふまえ、本稿では、透析患者のセルフケアを、医療の専門家の援助を活用しながらも人々が自己判断し、実行する行動とみなすことができる水分制限と食事管理を中心に文献レビューを行う。

全体としてみれば、医療の専門家と家族からの支援が透析患者のセルフケアにプラスに作用することが明らかにされているが、検討すべき課題がいくつか残されている。医療の専門家からの支援に関しては、分析枠組みの問題があげられ、医療の専門家からの支援のセルフケアに与える効果が年齢階級によって異なるか否かを検証した研究が少ない（岡ら,1996）。家族からの支援に

関しては、第1に、支援の測定方法に関する問題がある。支援の有無や多寡の評価に際しては、患者側からの情報に基づく研究がほとんどであり、家族から直接支援に関する情報を入手し、それが患者のセルフケアに対してどのような効果をもつかを検証した研究はほとんどない。第2には、支援する家族がセルフケアにかかわる患者の行動や意識をどの程度理解できているかがほとんど検討されていない点である。第3は、患者や家族の視点からセルフケア推進・阻害要因が解明されていない点である。

#### 第4章 研究の課題と仮説

本研究では、以下3つの課題を設定した。

課題1は、医療の専門家からの支援に着目し、それらが高齢透析患者のセルフケアに与える効果について、医療の専門家の職種別にその効果が若年者と比べて異なるかについて分析することである。分析データは、患者に対する量的調査に基づく。課題2は、家族からの支援に着目し、高齢透析患者のセルフケアに対する家族支援の効果を分析すること、その際、家族からの支援は患者の認知と家族自身による認知の両方から評価すること、患者のセルフケアの多寡や期待される支援に対する家族の理解度によるセルフケアへの効果とその関連要因を分析することである。分析データは、患者と家族それぞれに対する量的調査に基づく。課題3は、患者と家族がそれぞれ認識するセルフケア推進要因について、患者と家族それぞれを対象とした質的調査に基づき概念化することで、それぞれの概念の一致・不一致を検討することである。

本研究で着目したセルフケアは、水分摂取を含む食行動である。岡（1996）はセルフケアとして食行動がもつ意義を次のように指摘している。すなわち、食行動は、自分で評価しやすい、患者の嗜好に合わせて選択の幅が広い、1日3回前後の高頻度で行なわれるので患者自身学習しやすい、あくまでも他動行動ではなく自動行動であるのでそれを自己のものとしてどのように理解・実践するか患者の裁量が大きい、という理由からセルフケアの中でも重要な位置を占めている。

#### 第5章 課題1：医療の専門家からの支援のセルフケアに与える効果

##### 1. 研究方法

使用したデータベースは、（社）全国腎臓病協議会と（社）日本透析医会が共同で、1971年より5年毎に実施している『2006年全国透析患者実態調査』であり、このうち8,674人（回収票の93.1%）を分析対象とした。分析項目は、次のとおりである。

- ①セルフケア：塩分・水分制限の実施、カリウム・リン制限の実施
- ②職種別の医療の専門家からの支援：各職種からの支援の多寡として透析スタッフへの相談経験
- ③調整変数：性、年齢、透析年数、循環器系合併症の有無、糖尿病の有無、同居家族の有無、日常生活における自立度、現在の就業の有無

分析は、従属変数に塩分・水分制限の実施あるいはカリウム・リン制限の実施を、独立変数に医療の専門家からの支援と調整変数を投入し、ロジスティック回帰分析を行った。分析は、65歳未満と65歳以上の2群にわけて行った。

##### 2. 結果

塩分・水分制限の実施については、65歳未満の者では、主治医、栄養士、看護師からの支援がそれぞれ有意なプラスの効果をもっていた。65歳以上の者では65歳未満の者と共通して、主治医と栄養士からの支援がそれぞれ有意なプラスの効果をもっていた。看護師からの支援は65歳以

上の者でもプラスの効果をもつ傾向があるものの、統計的に有意ではなかった。

カリウム・リン制限の実施については、65歳未満の者では、主治医以外の医師、看護師、臨床透析技士からの支援がそれぞれ有意なプラスの効果をもつものの、ソーシャルワーカーからの支援が有意なマイナスの効果をもっていた。65歳以上の者では、65歳未満の者と共通して主治医以外の医師からの支援が有意なプラスの効果をもっていた。しかし、その他に共通して有意な効果をもっていた支援はなかった。この年齢層に限定して有意な効果があった支援は栄養士からのものであった。

### 3. 考察

年齢層に関わりなく、塩分・水分制限については、主治医、栄養士からの支援がそれぞれ有意な効果はみられたものの、カリウム・リン制限については、これらの支援は有意な効果をもつものではなかった。

塩分・水分管理に対し支援の効果が示された主治医と栄養士という職種は、患者にとっては最適なドライウェイト設定や体重増加の原因の共有、塩分・水分制限の工夫などに関して患者と密接に関わる職種であった。看護師については、高齢透析患者では、合併症の保有率も高く、視力や聴力、身体機能の低下している患者も多いことから、高齢患者に対しては若年者よりも多くの関わりをもつことになる。さらに、その関わりの内容も塩分や水分の制限の援助というよりも、合併症の治療など他の問題への対応が優先され、その中で水分制限を緩和するというも行なわれているかもしれない。以上のような援助内容の違いから、高齢透析患者においては、塩分・水分の制限をセルフケアの指標とした場合には看護師からの支援がセルフケアに対して有意な効果をもたなかったのではないかと思われる。

カリウム・リン制限については、若年者と高齢者のいずれの年齢層においても主治医以外の医師からの支援がセルフケアと関連する結果となったことについては、合併症の存在が考えられる。特に循環器系や骨・関節系の合併症が懸念される患者では食事に対する注意がより必要となることから、これらの疾患で診療を受けている医師などからの支援がセルフケアの推進に関連したものと考えられる。栄養士からの支援は高齢者層でのみ有意な効果がみられたことについては、高齢者層の場合、塩分・水分制限と比較してカリウム・リン制限に取り組むことが困難であるため、栄養管理のスペシャリストである栄養士からの支援が多く行われるようになり、その結果として栄養士からの支援が有意な効果をもつようになったとみることができるのではないか。若年者層でのみで有意な効果がみられたソーシャルワーカーからの支援については、セルフケアに対してマイナスの効果をもっていた。若年者層でソーシャルワーカーに相談する患者は生活面や経済面での問題を抱える者も多いと考えられる。このような患者では、生活や経済的な問題が背景にありカリウムやリンの制限に関しても問題を多く抱えている可能性が高い。つまり、生活困難という第3の要因が、両変数の関係を生じさせているのではないかと考えられる。

## 第6章 課題2：家族からの支援のセルフケアに与える効果

### 1. 研究方法

データベースは、透析医療の専門家や研究者らからなる透析医療研究会が日本透析医会と全国腎臓病協議会の協力を得て行った「高齢透析患者の生活と意識に関する調査（以下、患者調査）」および「高齢透析患者の家族の生活と意識に関する調査（以下、家族調査）」である。本研究の分析対象は、この調査に協力が得られた透析患者とその家族である。

患者調査は、研究の趣旨を理解し、調査に協力することを了承した 16 の透析医療機関に通院する 65 歳以上の透析患者を対象とし、配票留置法による質問紙調査を実施した。

家族調査は、患者調査で食事の管理などの援助をしてくれる家族（以下、援助家族）と、もともと信頼し相談できる家族（以下、相談家族）について質問し、回答の得られた家族に対し郵送法による質問紙調査を実施した。

本研究では、援助家族とそのペアとなる患者に限定し、かつ、援助家族が同居者である患者・家族のペア 284 人を分析対象とした。

分析項目は次のとおりである。

**【家族からの支援に対する患者の認知と患者に対する支援の家族の認知のセルフケアへの効果の差異】**

①セルフケア：食塩制限、水分制限、カリウム制限、リン制限の 4 項目

②家族からの支援に対する患者の認知と患者に対する支援の家族の認知：水分・食事管理への理解、水分・食事管理への協力、服薬の注意、運動の促しの 4 項目

③調整変数：性、年齢、透析年数、原因疾患の糖尿病の有無、自立度（IADL）および家族の年齢

**【患者の意識や行動に対する家族の理解度がセルフケアに与える効果と家族の理解度に関連する要因】**

①患者のセルフケアに対する家族の理解度

②患者の期待する支援に対する家族の理解度

③家族の理解度に関連する要因：患者側の要因（性、年齢、透析年数、原因疾患の糖尿病有無、自立度（IADL）、健康度自己評価、同居家族の人数）および家族側の要因（年齢、健康度自己評価、生活満足度、透析導入時の説明同席の有無、スタッフからの生活管理の説明の受領）

分析は、家族からの支援に対する患者の認知と患者に対する支援の家族の認知のセルフケアへの効果の差異については、「患者の認知によるセルフケア」を従属変数とし、独立変数に「家族からの支援に対する患者の認知」と「患者に対する支援の家族の認知」を別々に投入した重回帰分析を実施し、それぞれの認知がセルフケアに対して同様の効果をもつか否かを検討した。

患者の意識や行動に対する家族の理解度がセルフケアに与える効果と理解度に関連する要因については、まず、家族の理解度のセルフケアへの効果を検証するため、患者のセルフケアに対する家族の理解度および家族支援への患者の期待に対する家族の理解度それぞれについて、高い群と低い群に区分し、その 2 群で患者のセルフケアの平均得点に有意な差があるか否かを t 検定で分析した。次に、家族の理解度に関連する要因について、セルフケアに対する理解度および家族支援への患者の期待に対する家族の理解度それぞれを従属変数に、患者と家族の要因を独立変数に投入し、ロジスティック回帰分析を行った。

## 2. 結果

1) 家族からの支援に対する患者の認知と患者に対する支援の家族の認知のセルフケアへの効果の差異

家族からの支援に対する患者の認知と家族の認知の両方がセルフケアにプラスの有意な効果を示した。両者の標準偏回帰係数をみると、患者の認知の方が家族の認知よりも 2 倍の値を示しており、患者の認知の方が家族の認知よりもセルフケアに対し大きな効果をもつことが示された。

2) 患者の意識や行動に対する家族の理解度がセルフケアに与える効果と家族の理解度に関連する要因

家族における 2 種類の理解度がセルフケアに与える効果を分析した結果、セルフケアに対する家族の理解度が高い群では低い群と比較してセルフケアの得点が有意に高かった。家族支援への

患者の期待に対する家族の理解度についても、高い群では低い群と比較してセルフケアの得点が有意に高かった（いずれも t 検定で  $p < .001$ ）。

患者回答のセルフケアに対して家族が理解しているか否かを従属変数としてロジスティック回帰分析を行った結果、独立変数として設定した要因すべてが理解度に対して有意な効果をもっていなかった。家族支援への患者の期待に対する家族の理解度を従属変数とした場合には、医療の専門家から家族が食事管理や日常生活の注意点について説明を受けていること、および同居家族数が有意な効果をもっていた。

### 3. 考察

#### 1) 家族からの支援に対する患者の認知と患者に対する支援の家族の認知のセルフケアへの効果の差異

本研究では、家族による認知を独立変数とした場合でも患者のセルフケアに対し有意な効果をもつことが示された。また、患者の認知の方が家族による認知よりも効果が強いという仮説が検証されたが、それには次のような理由が考えられる。社会的支援の効果は、客観的に測定される支援の多寡よりも、支援を受ける側がどの程度の支援を受けていると認知しているかが、受け手の自尊感情や効力感をより一層高め、結果として **well-being** 指標に効果があることが示されている。つまり、セルフケアについても客観的にどの程度の支援が行なわれているよりも、本人の認知の方がセルフケアの効力感を高め、セルフケアの実施に効果があったと思われる。

#### 2) 患者の意識や行動に対する家族の理解度

食事管理や日常生活の注意点についての説明を家族が受けているか否かは、家族支援への患者の期待に対する家族の理解度に対してのみ有意な効果をもっており、セルフケアに対する家族の理解度に対しては有意な効果をもっていなかった。このことは、説明を受けた家族の反応には2つの異なるパターンがあることと関係しているのではないかと思われる。医療の専門家からの説明を受けた家族が患者に共感的な立場で、厳しい食事管理を遂行することは非常に難しいととらえたならば、セルフケアをよく実施していると評価することになる。逆に、専門家からの説明を受けた家族が管理者としての立場で、しっかり管理すべきととらえたならば、より厳しい基準で評価される可能性がある。さらに、医療の専門家からの説明を受けることをきっかけとして家族がセルフケアに真剣に取り組むことになることで、説明を受けていない家族と比べて患者のセルフケアをより厳しく評価する可能性もある。

透析導入時の説明に家族が同席したか否かが、セルフケアに対する家族の理解度と家族支援への患者の期待に対する家族の理解度のいずれにも有意な効果をもたなかった。この理由の一つには、医療者側が患者に求めるセルフケアの内容の変化に家族が十分に対応できないことが関係していると思われる。既述のように、透析導入時の説明を受けた時期に関わらず、説明の場に家族が同席したこと自体がセルフケアの重要性を認識させることになり、患者のセルフケアに対する評価基準が厳しくなる。以上の要因が作用して、患者のセルフケアに対する家族の理解度に貢献しなかった可能性もある。

同居家族数が多いほど家族支援への患者の期待に対する家族の理解度を低下させるという結果であった。その理由には、同居家族数の多さは多世代世帯であることを意味し、透析患者にとって支援を提供してくれる家族の選択肢が多くなること、家族員が多い場合には透析患者の期待する支援に家族が十分に答えられない可能性があること、が考えられる。

## 第7章 課題3：患者と家族が認識するセルフケア推進要因に関する質的研究

### 1. 研究方法

質的調査の対象は、前述の患者および家族に対する量的調査に協力が得られた患者と家族に対し、質的な調査への協力を依頼し、同意が得られた患者（男性）と家族（配偶者）のペア9組であった。調査は2010年2月に、インタビューガイドに基づく半構造化面接によって実施した。分析方法は、木下(1999)による修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(Modified Grounded Theory Approach、以下M-GTA)である。

### 2. 結果

分析の結果、17の概念、5つのカテゴリーが生成された。患者データの分析から、【医療の専門家の価値観に基づくセルフケア】【自分の価値観に基づくセルフケア】【家族を意識したセルフケア】という3つのカテゴリーがセルフケア推進要因として生成された。家族データの分析から、家族の認識する患者のセルフケア推進要因として、【家族が主体となって管理】と【本人主体のセルフケアを後方支援】という2つのカテゴリーが生成された。

患者の認識するセルフケア推進要因のうち、【医療の専門家の価値観に基づくセルフケア】は、〈医療の専門家の指導からの逸脱が苦痛を招く〉〈検査結果が基準の範囲内なら良し〉〈セルフケアの評価を医療の専門家に委ねる〉という3つの概念から生成されており、セルフケアは医療の専門家の価値観に従いながら行うというものであった。【自分の価値観に基づくセルフケア】は、〈検査データを基にセルフケアを調整〉〈自分の体験や体調に基づいてセルフケアを調整〉〈自分に役立つ助言を活用〉〈楽しみや生きがいを遂行するための手段〉〈ともかく実施する〉という5つの概念から生成されており、自分の価値観を基準にした取り組みによってセルフケアを推進するというものであった。【家族を意識したセルフケア】は、〈家族が食事管理に関わることも含めたセルフケア〉〈家族の生活が制限されている〉〈家族の負担や健康を気遣う〉〈家族に助けられている〉という4つの概念から生成された。

家族の認識からとらえた患者のセルフケア推進要因のうち、【家族が主体となって管理】は、〈家族が全面的な管理者になる〉〈本人はやっているつもりだが不十分〉という2つの概念から生成され、【本人主体のセルフケアを後方支援】は、〈選択肢を用意して管理は本人任せ〉〈本人ができるように整える〉〈精神面での支え〉の3つの概念から生成された。

患者と家族がそれぞれ認識するセルフケア推進要因は、一致している部分と異なる部分があった。患者の場合には、セルフケアの推進要因には、【医療の専門家の価値観に基づくセルフケア】というコンプライアンスに近いセルフケアと【自分の価値観に基づくセルフケア】という宗像の第3の立場に近いセルフケアが位置づけられていた。しかしながら、家族が全面的に管理するという【家族が主体となって管理】は患者の認識には位置づいていなかった。【家族が主体となって管理】や【本人主体のセルフケアを後方支援】という家族の認識は、患者側ではむしろ【家族を意識したセルフケア】として位置づけられていた。

### 3. 考察

患者の認識から生成された【医療の専門家の価値観に基づくセルフケア】は、医療の専門家を意識することがセルフケアを行う原動力となっている。【自分の価値観に基づくセルフケア】はあくまでも自らの体験や体調を基にし、医療の専門家からの指導や検査データは自らの価値判断で選択的に活用している。本研究でも先行研究と同様に、患者のセルフケアの推進には、医療の専門家と患者自身の価値観の両方が関係していることが明らかにされた。【家族を意識したセルフケ

ア】というカテゴリでは家族の関わりも抽出されたが、その内容は、「家族からの支援」というよりは「支援してくれる家族の存在」を意識するというものであった。

家族の分析において、患者の認識にはなかった【家族が主体となって管理】がカテゴリとして位置付けられたのは、患者のこれまでの原因疾患管理のあり方が反映されていると思われる。【本人主体のセルフケアを後方支援】では、家族がカリウム除去や塩分制限を実施していたとしてもあくまでも後方支援という立場であった。しかし、Beanlandsら（2005）は、透析患者の家族は様々な役割を担っているにも関わらず、控えめに報告する傾向があると指摘していることから、家族が主体となって管理していた場合も、このカテゴリに含まれる場合が少なくないであろう。

以上のように、患者の認識の上では、家族の側で意識されているセルフケアの推進要因、すなわち家族の直接あるいは後方支援は位置づけられていない。支援として意識されないのは、患者の側からすれば、食事を‘用意する’ことはセルフケアとしてあまり意識されず、‘食べる’ことの方で自ら‘食事管理をしている’と意識されているからと思われる。他方では、支援ということではなく、患者は家族に対し、自分のために家族の生活が制限されたり、自分と同じ食事をすることが家族の健康に影響を及ぼしていることを意識しており、このような意識がセルフケアを推進する要因となっていることが示唆された。このような状態が続くことは家族の負担感を増すことになりかねない。家族も医療の専門家を活用しながら患者のセルフケアの一端を担っているが、家族の場合には患者に比べて医療の専門家から得られる支援は少ない。患者のセルフケアと家族の関わりを的確にとらえ、家族を含め患者のセルフケアを支援していく体制が求められる。

## 第8章 提言と本研究の限界

透析医療の現場においては、患者が高齢であり、かつ食事管理などのセルフケアが必要となる場合には家族からの支援を前提とした指導がなされている。65歳以上の高齢者のいる世帯のうち半数以上が単身および夫婦二人暮らし世帯であることを考えると、家族からの支援は量的・質的な限界がある。今後は、家族による支援を前提とせず、医療の専門家による支援のみでセルフケアを推進させていく方法を意識的に開発していくことが必要である。本研究では、医療の専門家による支援がセルフケアに与える効果が職種別にみて異なること、さらに年齢層別でも異なることが示された。なぜ、異なるのか、その理由については今後の課題であるが、この課題解明を進める中で、より有効な専門家による支援の在り方への示唆を得ることができる。

加えて、患者の意識や行動に対する家族の理解度が、患者のセルフケアの推進にとって大きな意味をもつことも、本研究では明らかとなった。さらに、患者のセルフケアといっても、その実現は最も身近で支える家族からの支えが重要であることも示された。重要なことは、家族による支援といっても家族の価値観や意向を一方的に押し付けるのではなく、患者の意向や意識を理解し、患者の主体性を尊重した支援でなければいけないという点である。そのためには、医療の専門家は、患者と家族が意識的にかつ定期的にセルフケアについて意思疎通する機会を設けることが必要であろう。

## 文 献

- 秋澤忠男 編(2007): やさしい透析患者の自己管理 改訂3版, 医薬ジャーナル社, 大阪.
- Beanlans, H., M. E. Horsburgh, S. Fox, et al. (2005): Caregiving by family and friends of adults receiving dialysis, Nephrolory Nursing Journal, 32, 6: 621-631.
- Berg, J., L. S. Evangelista, D. Carruthers, et al. (2008): Adherence. Larsen PD, Lubkin IM: Chronic Illness. Impact and Interventions 7<sup>th</sup>edition, 161-187. Jones & Bartlett Pub, USA.
- Christensen, A. J., T. W. Smith, C. W. Turner, et al. (1992): Family support, physical impairment, and adherence in hemodialysis: an investigation of main and buffering effects. J Behav Med 15, 4: 313-325.
- Cummings, K. M., M. H. Becker, J. P. Kirscht, et al. (1982): Psychosocial factor affecting adherence to medical regimens in a group of hemodialysis patients. Med Care 20, 6: 567-580.
- Curtin, R. B. and D. L. Mapes (2001): Health care management strategies of long-term dialysis survivors. Nephrol Nurs J 28, 4: 385-392; discussion 393-4.
- Curtin, R. B., D. C. Sitter, D. Schatell, et al. (2004): Self-management, knowledge, and functioning and well-being of patients on hemodialysis. Nephrol Nurs J 31, 4: 378-386, 396; quiz 387.
- Denhaerynck, K., D. Manhaeve, F. Dobbels, et al. (2007): Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. Am J Crit Care 16, 3: 222-235; quiz 236.
- DiMatteo, M. R. (2004): Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. Health Psychol 23, 2: 207-218.
- Durose, C. L., M. Holdsworth, V. Watson, et al. (2004): Knowledge of dietary restrictions and the medical consequences of noncompliance by patients on hemodialysis are not predictive of dietary compliance. J Am Diet Assoc 104, 1: 35-41.
- 江川隆子(2009): セルフマネジメント, 日本腎不全看護学会(編): 腎不全看護 第3版, 121-131, 医学書院, 東京.
- 福西勇夫, 秋本倫子 (2003): 糖尿病患者への心理的援助: 糖尿病性腎症による透析患者を中心に (糖尿病性腎症患者の透析管理) -- (糖尿病性腎症と透析療法). 臨床看護 292: 169-172
- Hert, J. E. (2008): Self-Care. Larsen PD, Lubkin IM: Chronic Illness. Impact and Interventions 7<sup>th</sup>edition, 299-318. Jones & Bartlett Pub, USA.
- Kammerer, J., G. Garry, M. Hartigan, et al. (2007): Adherence in patients on dialysis: strategies for success. Nephrol Nurs J 34, 5: 479-486.
- Kara, B., K. Caglar and S. Kilic (2007): Nonadherence with diet and fluid restrictions and perceived social support in patients receiving hemodialysis. J Nurs Scholarsh 39,3: 243-248.

- Kaveh, K. and P. L. Kimmel (2001): Compliance in hemodialysis patients: multidimensional measures in search of a gold standard. Am J Kidney Dis 37, 2: 244-266.
- 川端京子,石田宜子,岡美智代 (1998): 血液透析患者の自己管理行動及び自己効力感に影響を及ぼす因子. 日本生理人類学会誌 33: 89-96.
- 河瀬比佐子,姫野香織,藤崎裕子,他 (1995): 高齢透析患者の自己管理行動に影響する要因について. 熊本大学教育学部紀要 44: 125-133.
- Kimmel, P. L. (2000): Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes. Am J Kidney Dis 35, 4 Suppl 1: S132-140.
- Kimmel, P. L., R. A. Peterson, K. L. Weihs, et al. (1995): Behavioral compliance with dialysis prescription in hemodialysis patients. J Am Soc Nephrol 5, 10: 1826-1834.
- 桐明あゆみ(2011): 慢性疾患患者の家族心理とケア, 臨床透析 27(11): 1427-1498.
- 木下康仁(1999): グラウンデッド・セオリー・アプローチ; 質的実証研究の再生, 弘文堂, 東京.
- 木下康仁(2001): グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践; 質的研究へ誘い, 弘文堂, 東京.
- 北澤伯子 (2001): 外来透析施設におけるセルフケア行動に与える影響因子の分析. 臨床透析 172: 271-275.
- Kugler, C., H. Vlaminck, A. Haverich, et al. (2005): Nonadherence with diet and fluid restrictions among adults having hemodialysis. J Nurs Scholarsh 37, 1: 25-29.
- Kugler, C., I. Maeding, C. C. Russell (2011): Non-adherence in patients on chronic hemodialysis : an international comparison study. J Nephrol 24,03, : 366-375.
- Larsen, P. D. (2008): Illness Behavior. Larsen PD, Lubkin IM: Chronic Illness. Impact and Interventions 7<sup>th</sup>edition, 161-187. Jones & Bartlett Pub, USA.
- Lee, S. H. and A. Molassiotis (2002): Dietary and fluid compliance in Chinese hemodialysis patients. Int J Nurs Stud 39, 7: 695-704.
- Leggat, J. E., Jr., S. M. Orzol, T. E. Hulbert-Shearon, et al. (1998): Noncompliance in hemodialysis: predictors and survival analysis. Am J Kidney Dis 32, 1: 139-145.
- Martin, L. R., S. L. Williams, K. B. Haskard, et al. (2005): The challenge of patient adherence. Ther Clin Risk Manag 1, 3: 189-199.
- 正木治恵(2009): 看護の基本姿勢の理解①セルフケア理論とその活用, 日本腎不全看護学会(編): 腎不全看護 第3版, 262-268, 医学書院, 東京.
- 松田悦子 (2005): セルフマネジメントのための対象理解, 安酸史子, 鈴木純恵, 吉田澄恵(編), セルフマネジメント,21-23. メディカ出版, 東京.
- 三村洋美 (2003): 保健・医療におけるセルフケアの概念とセルフケアに関する測定用具. 在宅ケア学会誌 6(3)83-88.
- 宮地武彦, 加藤明彦(2008): 高齢者の慢性腎不全と透析, 臨床透析 24(11): 1491-1498.
- 宗像恒次 (1987): 保健行動からみたセルフケア. 看護研究 20(5): 20-29.

- 宗像恒次,相磯富士雄 (1980): 透析患者の自己管理に関する心理社会的側面. 日本臨床 386: 2444-2453.
- 宗像恒次 (1990): 行動科学からみた健康と病気, P.217, メヂカルフレンド社, 東京.
- 長戸和子 (2005): 慢性疾患をもつ人と家族. 鈴木志津枝, 藤田佐和 (編), 慢性期看護論, 90-96. ニューヴェルヒロカワ, 東京.
- 直井道子 (2005): 高齢者と家族研究の課題. 老年社会科学 27(3): 345-350.
- 日本透析医学会(2012): 図説 わが国の慢性透析療法の現況 2011年12月31日現在.
- 野澤明子,岩田真智子,白尾久美子,他 (2007): 血液透析患者自己管理行動尺度の作成と信頼性・妥当性の検討. 日本看護研究学会雑誌 301: 59-66.
- Oka, M. and W. Chaboyer (1999): Dietary behaviors and sources of support in hemodialysis patients. Clin Nurs Res 8, 4: 302-14; discussion 314-317.
- Oka, M. and W. Chaboyer (2001): Influence of self-efficacy and other factors on dietary behaviours in Japanese haemodialysis patients. Int J Nurs Pract 7, 6: 431-439.
- 岡美智代,宗像恒次,戸村成男,他 (1996): 自己効力感を中心とした血液透析患者の食事管理行動の影響要因—65歳未満と65歳以上との比較—. 日本保健医療行動科学学会年報 11: 233-248.
- 岡美智代 (1996):透析患者におけるセルフケアとその関連要因 (3)食行動・食生活とセルフケア. 臨床透析 12(3): 359-362.
- 岡田武, 堀容子, 三河内憲子, 他(2011): 血液透析患者の家族からの具体的な支援内容と食事や水分に関する自己管理行動との関連. 日本看護医療学会雑誌, 13(1): 21-30.
- Orem, D. E.,小野寺杜紀(訳) (2005): オレム看護論—看護実践における基本概念(第4版). 医学書院, 東京.
- Plantinga, L. C., N. E. Fink, J. H. Sadler, et al. (2004): Frequency of patient-physician contact and patient outcomes in hemodialysis care. J Am Soc Nephrol 15, 1: 210-218.
- Saran, R., J. L. Bragg-Gresham, H. C. Rayner, et al. (2003): Nonadherence in hemodialysis: associations with mortality, hospitalization, and practice patterns in the DOPPS. Kidney Int 64, 1: 254-262.
- 瀬古洋子,宮城重二 (2002): 夜間透析患者の健康状態・QOLに関する研究 ソーシャルサポート・セルフエフィカシー・セルフケアとの関連を中心に. 女子栄養大学紀要33: 37-44.
- 白石純子 (2007): 高齢維持透析患者および家族に対する支援(2)MSWの立場から. 臨床透析 23(8): 1305-1309.
- Smith, K., Coston, M., Glock, K., et al.(2010) : Patient Perspectives on Fluid Management in Chronic Hemodialysis. J of Renal Nutrition 20(5):334-341.
- 杉澤秀博 (2005): 高齢透析者が直面する保健福祉的問題. 杉澤秀博, 西三郎, 山崎親雄(編): 透析者のくらしと医療, 15-41. 日本評論社, 東京.

- 高梨薫,杉澤秀博,手島陸久 (1996): 高齢糖尿病患者の食事療法・運動療法の順守度と治療に対する信念および家族支援との関係. 老年社会科学 181: 41-49.
- 竹本与志人, 香川幸次郎, (2008): 血液透析患者の家族における療養負担感と療養継続困難感の関連性. 社会福祉学 49(1): 87-97.
- 武内奈緒子, 村嶋幸代(2008): 血液透析患者の特性・信念およびセルフケアとの関連. 日本看護科学会誌 28(4) : 37-45.
- Vlaminck, H., B. Maes, A. Jacobs, et al. (2001) : The dialysis diet and fluid non-adherence questionnaire : validity testing of a self-report instrument for clinical practice. J of Clinical Nursing 10:707-715.
- Welch, J. L. and C. Thomas-Hawkins (2005): Psycho-educational strategies to promote fluid adherence in adult hemodialysis patients: a review of intervention studies. Int J Nurs Stud 42, 5: 597-608.
- Williams, S. L., K. B. Haskard and M. R. DiMatteo (2007): The therapeutic effects of the physician-older patient relationship: effective communication with vulnerable older patients. Clin Interv Aging 2, 3: 453-467.
- Zrinyi, M., M. Juhasz, J. Balla, et al. (2003): Dietary self-efficacy: determinant of compliance behaviours and biochemical outcomes in haemodialysis patients. Nephrol Dial Transplant 18, 9: 1869-1873.