

連続携行式自己腹膜灌流 (CAPD) 療養者のADL と家族の介護力および家族関係調整・統合能力との関係

ヒトミ ヒロエ マツダ アキコ ウネ ヒロシ ナカムラ ヨウコ
人見 裕江*1 松田 明子*2 畝 博*3 中村 陽子*4
オガワ タカノリ テラダ ジュンコ ミムラ ナダミ
小河 孝則*5 寺田 准子*2 三村 洋美*6

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とCAPD療養者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状態をアセスメントする際の課題を明確にすることを目的とした。

方法 血液透析 (Hemodialysis, HD) とCAPDの両方の治療を実施している全国の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療養者とその家族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、身近に家族のいない15組を除き、療養者のADLと家族の療養者の生活に関する理解度および生活力量 (Assessment Scale of Family Power, 以下ASFP) が明らかであった371組 (53.0%) 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Windows版SPSS10.0を用いて行った。療養者371人 (男性204人, 女性167人, 平均年齢は 56.0 ± 13.3 歳) のADLを「自立群」「非自立群」の2群に分けた。2群に分けたADLとASFP各項目などとの関係を、 χ^2 検定およびt検定を用いて比較した。

結果 非自立群の方が平均年齢は高く、CAPDを開始した平均年齢も高かった。また、非自立群の方が主介護者の平均年齢は高く、体調も悪かった。検査結果の見方、かゆみ・むくみ・ふらふら感について、非自立群の主介護者ではより多く理解している者が多かった。一方、介護の具体的手順をだいたい知っており、適切に介護していた。

結論 療養者のADL低下に合わせた家族の介護力として、療養者の検査結果、合併しやすい症状に関心を持つなど療養生活を理解しようとしていた。そして、適切な介護の具体的手順を知って積極的に介護していることが推察し得る。非自立群の家族では、家族員の自立性や自由を尊重できるような家族関係を調整したり、家族関係を統合したりする力が低下していることが明らかにされた。

キーワード 連続携行式自己腹膜灌流 (CAPD), 家族生活力量, 日常生活自立度 (ADL), 介護力, 家族関係調整・統合能力

I はじめに

透析医学会統計調査委員会の調査によると、わが国の透析人口は2000年末では206,134人と増加しているものの、連続携行式自己腹膜灌流

(Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, 以下CAPD) 療養者はその4.2%を占めるが、年々減少傾向にある¹⁾。また、その原疾患は、1998年度において、糖尿病性腎症が35.7%と最も多く認められるようになった²⁾。さらに、

*1 鳥取大学医学部保健学科助教授 *2 同助手 *3 福岡大学医学部衛生学教室教授

*4 関西国際大学人間学部人間学科助教授 *5 川崎医療福祉大学医療福祉学部医療福祉学科教授

*6 東京医科歯科大学大学院博士後期課程

CAPD療養者の90.5%が家族や介護者と同居し、75歳を越えると比較的急速に、入院または施設で生活する者が増加していた。介護の状況は、「50%以上就床」が3.5%、「終日臥床」が3.0%であった。以上のことから、本来、社会復帰を目指して導入されてきたCAPD療法であるが、合併症や高齢になってからの消極的なCAPDの選択が多くなり、しかも、介護を要する状態の療養者が増加傾向にある²⁾。したがって、療養者家族は、要介護状態の療養者を含め、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ための支援を迫られることが推測される。

CAPD療法における家族支援に関する研究では、介護を含め、セルフケア機能の効果的な援助³⁾⁻⁵⁾、家族内役割や愛情の均衡、家族内の協力関係などの検討による情緒的支援を含めた適切な働きかけの重要性が指摘されている⁶⁾⁻¹²⁾。また、著者ら¹³⁾¹⁴⁾は、療養者のADLと家族の生活力量との関係において、家族のセルフヘルスケア力である「介護力または養育力」、および家族の日常生活維持力の「関係調整・統合力」が有意に関係することを明らかにした。さらに、療養者のADLが低下すると、「介護力または養育力」が高まり、家族のセルフヘルスケア力は強まる。しかし、一方で、「関係調整・統合力」が低下し、家族の日常生活維持力が低下することが推察された。しかし、これら家族の生活力量に関連している具体的な健康課題のいずれの項目が療養者のADLに影響しているかを明確にした研究は、事例研究を除いて極めて少ない。そこで、「介護力または養育力」および「関係調整・統合力」の小項目との関係を明らかにすることが重要であると考えられる。

本研究は、療養者のADLと家族の生活力量の小項目との関係、特にCAPD療養者のADLと家族のセルフヘルスケア力の「介護力または養育力」、または家族の日常生活維持力の「関係調整・統合力」のそれぞれの小項目との関係を明確にすることを目的とする。

II 対象と方法

(1) 対象

血液透析 (HD) とCAPDの両方の治療を実施している全国の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、この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。本研究の分析対象は、身近に家族のいない15組を除き、療養者のADLと家族の療養者の生活に関する理解度および家族生活力量が明らかであった371組 (53.0%) とした。

(2) 方法

郵送法によるアンケート調査による。質問紙は療養者用と家族用の2冊を同封して療養者あてに依頼した。療養者の最も身近にいる家族 (以下、主介護者) に対し、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。主介護者には、療養者の生活に関する理解度と家族の生活力量 (Assessment Scale of Family Power, 以下ASFP) をたずねた。

ASFPをアセスメントするための枠組みとして、家族ケア研究会が実際のケアのために活用するために開発した、アセスメントツール¹⁵⁾⁻¹⁷⁾ (CAPD療養者の家族用に改変) を用いた。ASFPとは、健康、生活、セルフケアを概念化の基盤とした家族の能力である。これは、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。構成要素として、「家族のセルフヘルスケア力」「家族の日常生活維持力」「ASFPに影響する条件」(大項目)をあげている。家族が自らの健康を求めて行動する「家族のセルフヘルスケア力」として、a.健康維持力、b.健康問題対処力、c.介護力または養育力、d.社会資源の活用力の、4つの中項目と、健康に影響を及ぼす重要な生活要素である「家族の日常生活維持力」として、e.家事運営力、f.役割再配分・補完力、g.関係調整・統合力、h.住環境整備力、

i. 経済家計管理力の5つの中項目をあげている。そして、ASFPをアセスメントし、援助につなげるためには、この9中項目に加え、ライフサイクル、社会資源、自然・社会資源の「ASFPに影響する条件」の3つの中項目が互いに影響しあった総合体としてASFPがあるととらえる。9中項目における小項目は、順に、17項目、15項目、23項目、13項目、10項目、5項目、10項目、7項目、6項目の合計106小項目からなる¹⁶⁾¹⁷⁾。すなわち、本研究では、c. 介護力または養育力のNO.33から55の23小項目、g. 関係調整・統合力のNO.84から93の10小項目を検討する。各項目ごとに、家族のなかで誰か1人でもあてはまる場合は1点、あてはまらない場合は0点と得点化した。

(3) 調査期間と分析方法

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Windows版SPSS10.0を用い

て行った。

療養者371人のADLを、どこへでも1人で自由に出かけることが可能な「自立群」、家の中で安静に過ごす「家庭内自立群」と50%以上就床して過ごす「寝たきり群」の「非自立群」との2群に分けた。2群に分けた療養者と、主介護者の療養者の生活に関する理解度およびASFP各項目の関係を、分類変数はFisherの直接確率計算を用い、連続変数はt検定を用いて比較した。

Ⅲ 結 果

(1) 対象者の背景因子

1) 回答者の背景

回答を依頼した対象者は、療養機関において説明し、同意と了解が得られた対象者であった。主介護者には、療養者から直接質問紙への記入を依頼してもらった。療養者のADLが明らかで、主介護者の療養者の生活に関する理解度とASFPの記載がある、有効な回答が得られた対象者は371組であった。

2) 療養者の背景

療養者の背景因子を表1に示す。療養者の自立群は267人(72.0%)、非自立群104人(28.0%)であった。性別では、自立群は男性155人(58.1%)、女性112人(41.9%)であり、非自立群は男性49人(47.1%)、女性55人(52.9%)であった。

ADL別の平均年齢と標準偏差は、自立群が53.1±11.8歳で非自立群が63.5±12.3歳と、非自立群の方が平均年齢が高く、有意差($p<0.001$)が認められた。継続年数は、自立群の平均は4.0±3.0年で非自立群の平均は4.1±3.3年であった。開始年齢は、自立群が49.2±12.3歳で非自立群が59.4±13.7歳と、非自立群の方がCAPD

表1 背景因子

項 目	自立群 (n=267)			非自立群 (n=104)			P 値
	Mean±SD	人	%	Mean±SD	人	%	
療 養 者							
年 齢	53.1±11.8	...	...	63.5±12.3	...	...	0.000
性 別							
男 性	...	155	58.1	...	49	47.1	0.063
女 性	...	112	41.9	...	55	52.9	
家族役割	...	162	60.7	...	41	39.4	0.003
趣味	...	173	64.8	...	44	42.3	0.000
電話をかける	...	97	36.3	...	-	-	0.176
地域活動	...	82	30.7	...	14	13.5	0.000
仕事	...	148	55.4	...	10	9.6	0.001
継続期間(年)	4.0±3.0	...	...	4.1±3.3	...	...	0.690
導 入 年 齢	49.2±12.3	...	...	59.4±13.7	...	...	0.000
所要時間(分)	30.6±23.0	...	...	31.3±31.8	...	...	0.817
家 族 の 人 数	3.3±1.3	...	...	3.2±1.2	...	...	0.379
主 介 護 者							
年 齢	51.2±12.5	...	...	57.8±11.7	...	...	0.000
性 別							
男 性	...	91	34.1	...	40	38.5	0.469
女 性	...	176	65.9	...	64	61.5	
続 配							
偶 然 者	...	192	71.9	...	76	73.1	0.889
娘	...	28	10.5	...	11	10.6	
息 子	...	18	6.7	...	7	6.7	
嫁	...	11	4.1	...	6	5.8	
そ の 他	...	18	6.7	...	4	3.8	
体 良	...	220	82.4	...	74	71.2	0.043
不 良	...	47	17.6	...	28	26.9	

を開始した平均年齢は高く、有意差($p<0.001$)が認められた。

CAPD 外来までの所要時間は、自立群が30.6±23.0分で、非自立群が31.3±31.8分であった。

3) 療養者家族の背景

療養者家族の背景因子を表1に示す。療養者のADL別にみた主介護者の平均年齢と標準偏差は、自立群が51.2±12.5歳で非自立群が57.8±11.7歳と、非自立群の方が平均年齢が高く、有意差($p<0.001$)が認められた。療養者のADLと家族の性別では、自立群が男性91人(34.1%)、女性176人(65.9%)であり、非自立群は

男性40人(38.5%)、女性64人(61.5%)であった。

療養者のADLと療養者との間柄は、自立群が配偶者192人(71.9%)、娘28人(10.5%)、息子18人(6.7%)、嫁11人(4.1%)、その他18人(6.7%)であった。非自立群は配偶者76人(73.1%)、娘11人(10.6%)、息子7人(6.7%)、嫁6人(5.8%)、その他4人(3.8%)であった。

療養者のADLと療養者家族の人数は、自立群が3.3±1.3人、非自立群は3.2±1.2人であった。

療養者のADLと療養者家族の体調は、良好は、自立群が220人(82.4%)、非自立群は74人(71.2%)で、体調良好は自立群に多く、有意差($p<0.05$)があった。

表2 ADLと家族の療養者の生活に関する理解度との関係

項 目	自立群(n=267)		非自立群(n=104)		P 値
	人	%	人	%	
1 自己管理が重要である	259	97.0	98	94.2	0.476
理解している	1	0.4	1	1.0	
理解していない	7	2.6	5	4.8	
2 腎臓の働きは何か	252	94.4	94	90.4	1.000
理解している	8	3.0	3	2.9	
理解していない	7	2.6	7	6.7	
3 腎不全とはどういう状態か	251	94.0	93	89.4	1.000
理解している	10	3.7	4	3.8	
理解していない	6	2.2	7	6.7	
4 CAPD の 実 際 の 方 法	231	86.5	90	86.5	0.304
理解している	27	10.1	6	5.8	
理解していない	9	3.4	8	7.7	
5 食事療法のポイント	236	88.4	92	88.5	0.047
理解している	25	9.4	3	2.9	
理解していない	6	2.2	9	8.7	
6 検査結果の見方について	159	59.6	72	69.2	0.024
理解している	98	36.7	24	23.1	
理解していない	10	3.7	8	7.7	
7 かゆみ、むくみ、ふらふら感について	211	79.0	90	86.5	0.008
理解している	49	18.4	7	6.7	
理解していない	7	2.6	7	6.7	
8 家族の協力体制の必要性について	248	92.9	93	89.4	0.767
理解している	12	4.5	3	2.9	
理解していない	7	2.6	8	7.7	
9 福祉制度について	210	78.7	85	81.7	0.111
理解している	49	18.4	11	10.6	
理解していない	8	3.0	8	7.7	
10 患者会、旅行やウォーキングについて	175	65.5	60	57.7	0.520
理解している	81	30.3	33	31.7	
理解していない	11	4.1	11	10.6	

注 検定は不明を除いて行った。

4) 療養者ADLと家族における療養者の生活の理解度との関係

療養者ADLと家族における療養者の生活の理解度との関係を表2に示す。療養者ADLと家族における療養者の検査結果の見方を理解しているかどうかを比較すると、非自立群の主介護者では、検査結果の見方の理解度が高く、有意差($p<0.05$)が認められた。また、療養者ADLと家族における療養者のかゆみ、むくみ、ふらふら感を理解しているかどうかを比較すると、非自立群の主介護者では、かゆみ、むくみ、ふらふら感をよく理解しており、有意差($p<0.01$)が認められた。

(4) 療養者ADLと家族の健康問題に対処するASFP

療養者ADLと家族の健康問題に対処するASFPとの関係を表3、表4に示す。療養者のADLと家族のセルフヘルスケア力である〈介護力または養育力〉のASFPの各23項目、家族の日常生活維持力である〈関係調整・統合力〉のASFP

の各10項目とを比較検討する。

療養者のADLと〈介護力または養育力〉ASFP小項目との関係では、非自立群において「65歳以上か未成年である」の項目を多く選び、有意差 ($p<0.001$) が認められた。また、非自立群において「積極的に取り組んでいる」の項目を多く選び、有意差 ($p<0.05$) が認められた。次いで、非自立群において「介護の具体的手順をだいたい知っている」「適切に介護している」「介護を手伝ってくれる家族員がいる」の項目を多く選び、それぞれ有意差 ($p<0.05$) が認められた (表3)。

療養者のADLと家族の日常生活維持力である〈関係調

整・統合力〉ASFP小項目との関係では、自立群において「家族員の自立性や自由を尊重できる」の項目を多く選び、有意差 ($p<0.05$) が認められた (表4)。

Ⅳ 考 察

透析医学会統計調査委員会の調査²⁾に比べて、本研究における要介護状態にある療養者の割合は高かった。さらに、平均年齢は高く、CAPDを開始した年齢も高かった。このことから、合併症を伴う場合が多く、消極的理由からCAPDを選択し、CAPD導入後も不安が強いことが推察

表3 ADLと介護力・養育力との関係

項 目	自立群 (n=267)		非自立群 (n=104)		P 値
	人	%	人	%	
33 あなたは健康である	201	75.3	72	69.2	0.241
34 あなたは65歳以上か未成年である	31	11.6	29	27.9	0.000
35 あなたは患者さんのCAPDに積極的に取り組み意欲がある	142	53.2	65	62.5	0.130
36 あなたは積極的に取り組み姿勢がある	150	56.2	64	61.5	0.413
37 あなたは積極的に取り組んでいる	110	41.2	55	52.9	0.048
38 あなたは介護に必要な基礎知識がある	110	41.2	47	45.2	0.486
39 あなたは介護の具体的な手順をだいたい知っている	119	44.6	61	58.7	0.016
40 あなたは適切に介護している	80	30.0	50	48.1	0.002
41 あなたは常に介護に関する情報を得ようとしている	93	34.8	42	40.4	0.338
42 あなたは適切に介護する体力がある	148	55.4	53	51.0	0.487
43 あなたは本人の能力に応じて自立を促す支援を行っている	111	41.6	49	47.1	0.352
44 あなたは8時間以上の勤務についている	106	39.7	36	34.6	0.406
45 介護の時間配分をうまくやっている	81	30.3	43	41.3	0.050
46 主たる介護者の自由時間が2時間以上ある	156	58.4	59	56.7	0.815
47 あなたはCAPD療法を受けている方に愛情を持っている	219	82.0	84	80.8	0.767
48 あなたはCAPD療法を受けている方を家族の一員と思っている	243	91.0	98	94.2	0.398
49 あなたはCAPD療法を受けている方の気持ちを尊重しようと思っている	215	80.5	80	76.9	0.475
50 あなたはCAPD療法を受けている方にまつわるストレスを感じている	105	39.3	43	41.3	0.725
51 あなたに協力的な家族員がいる	151	56.6	66	63.5	0.242
52 介護を手伝ってくれる家族員がいる	113	42.3	56	53.8	0.049
53 あなたが忙しいとき家族員はその代替えをしてくれる	110	41.2	49	47.1	0.350
54 家族内の介護方針ははっきりしている	101	37.8	46	44.2	0.288
55 複数の家族員でCAPD療法をうけている本人に協力している	115	43.1	54	51.9	0.133

表4 ADLと関係調整・統合力との関係

項 目	自立群 (n=267)		非自立群 (n=104)		P 値
	人	%	人	%	
84 お互いに家族員のことを気にかけている	183	68.5	68	65.4	0.621
85 率直な会話やコミュニケーションができている	167	62.5	60	57.7	0.408
86 家族といくと気持ちや相手が和らぐ	181	67.8	59	56.7	0.053
87 深刻な問題についてもだいたい相互に相談できる	172	64.4	62	59.6	0.404
88 家族員の誰かが困っていたらお互いに助け合おうとする	199	74.5	75	72.1	0.693
89 家族員の欲求と家族全体の課題はだいたい折り合いがついている	138	51.7	64	61.5	0.104
90 問題に応じてそれなりにキープゾーンができる	92	34.5	34	32.7	0.808
91 家庭内に対立がない	161	60.3	56	53.8	0.291
92 家族の意見はまとまりやすい	148	55.4	50	48.1	0.205
93 家族員の自立性や自由を尊重できる	199	74.5	64	61.5	0.016

される²⁾¹⁸⁾¹⁹⁾。一方、このような要介護状態にあるCAPD療養者における主介護者の平均年齢は高く、体調も悪かった。ASFPを低下させるような影響条件にある可能性が推察される。

本研究の結果、ADLが低下したCAPD療養者の介護者は、高齢者が多く、体調が悪いことが示唆された。しかし、介護力に関するASFPである23小項目中5項目において、むしろ非自立群の主介護者の方が力量は高くなる傾向が示された。家族は、介護の具体的手順をだいたい知っており、積極的かつ適切に介護していること、また、介護を手伝ってくれる家族がいるという実態が明らかにできた。家族におけるCAPD療

養者の生活に対する理解度では、検査結果の見た方、かゆみ・むくみ・ふらふら感について、非自立群の主介護者ではより多く理解している者が多いことが明らかであった。すなわち、要介護状態にある療養者の生活を知識と技術面から理解し、家族が管理することを迫られ、家族が療養者の療養生活を支援する介護態勢をとろうとしていることが考えられる。

逆に、自立群では介護力に関する小項目のASFPは弱く、ADL自立群においても、介護力に関するASFPを強化することが必要となる。

さらに、CAPD療養者の非自立群では、家族の関係調整・統合力における生活力量項目10項目中1項目のみが、明らかに低下していることが示された。すなわち、家族員の自立性や自由を尊重できるよう家族関係を調整したり、家族関係を統合したりする力が低くなっていることが示唆される¹²⁾¹⁶⁾¹⁷⁾²⁰⁾。

本研究の結果においても、腎不全に伴う生命の危機がCAPDを開始することで回避できたとしても、導入の年代が高齢化傾向にあった。このことから、腹膜炎等の合併症を起こす可能性も高いことが考えられる。この場合、要介護状態におけるCAPD療養開始になる可能性が非常に大きく、主介護者の年齢も高く、体調も悪かった。しかし、頻回に合併症を起こした経験からか、介護の知識や技術および介護の交替の確保がよくできていることが示された^{21)~24)}。その結果、家族のセルフヘルスケア力は維持され、同様に療養者のセルフヘルスケア力も高くなっているといえる¹⁶⁾¹⁷⁾。

CAPD療養者の要介護状態の特徴として、慢性疾患の特徴としての身体機能の障害は当然存在する。しかし、日常生活上の障害があるのではなく、身の回りのことやバッグ交換等は自己管理できる状態にあるが、家庭内で静かに生活していると考えられる。すなわち、身体的にというよりも、精神的および社会的な障害がある可能性が推察できる。その結果、家族に対して、精神的および社会的支援を求めると考えられる。Reissらの透析患者家族の調査²⁹⁾では、療養者への過干渉による危険性を指摘している。したが

って、専門職においては、要介護状態にあるCAPD療養者をもつ家族員の自立性や自由を尊重できる力量を的確にアセスメントする能力が問われる。ここで、注意を要することとして、家族研究会がASFPの構造化において指摘していることは、個人・家族・地域システムは相互に依存しあっていることである¹⁶⁾¹⁷⁾。CAPD療養者家族のASFPにおいて介護力が強い場合は、この強いASFPである介護の知識や技術および介護の交替の確保ができていることを、まず保障することが重要である。

本研究により、高齢者でのCAPD療法の導入やADLの低下が予測される療養者において、家族の生活力量における家族関係の調整や統合する力がどのように低下しているのかを専門職がアセスメントする際の重要な視点を指摘されたといえよう。

V 結 語

CAPD療養者家族の生活力量を総合的に高めるために、療養者のADLと家族のセルフヘルスケア力の「介護力または養育力」、または家族の日常生活維持力の「関係調整・統合力」のそれぞれの小項目との関係を明らかにすることを目的とした。その結果、以下の2点が示唆された。

(1) 療養者のADL低下に合わせた家族の介護力として、高齢化傾向にあったが、積極的に介護し、適切な介護の具体的手順を知っていた。また、介護の交替を確保した介護を行っていた。

(2) 要介護状態にある療養者において、家族員の自立性や自由を尊重できるような家族関係を調整したり、家族関係を統合したりする力が低下している。したがって、要介護状態にあるCAPD療養者をもつ家族員の自立性や自由を尊重できる力量を的確にアセスメントする能力が問われる。

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) 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 2002; 35(1): 1-28.
- 2) 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 2000; 33(1): 1-27.
- 3) 西岡加寿子, 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 1997; 27: 113-7.
- 4) 遠山敏. こころ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.
- 5) 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.
- 6) 青木繁一. 透析患者の心とケア. 東京: メディカ出版, 1999; 182-96.
- 7) 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.
- 8) 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.
- 9) Rani Hajela Srivastava. Coping Strategies Used by Spouses of CAPD Patients. ANNA Journal 1988; 15(3): 174-8.
- 10) Sheila A. Dunn, Peter N. Bonner, Sharon L. Lewis, Robin Meize-Grochowski. Quality of Life for Spouses of CAPD Patients. ANNA Journal 1994; 21(5): 237-46.
- 11) D'Afflitti. J. G. & Swanson. D. Group sessions for the wives of hemodialysis patients. American Journal of nursing 1975; 75: 633-5.
- 12) 古瀬みどり. 在宅介護の継続過程における訪問看護師の役割-危機のルーチンの相互関係の分析を通して. 日本看護研究学会 2002; 25(5): 83-95.
- 13) 人見裕江, 畝 博, 中村陽子, 他. 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-. 厚生指標 2002; 49(6): 14-21.
- 14) 人見裕江, 大澤源吾, 小河孝則, 他. 連続携行式自己腹膜灌流 (CAPD) 療養者のセルフケア能力およびQOLと家族の生活力量の実態. 日本医療看護学教育学会誌 2002; 11: 36-41.
- 15) 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: 1-35.
- 16) 福島道子, 島内節, 亀井智子, 他. 「家族の健康課題に対する生活力量に対する生活力量アセスメント指標」の開発. 日本看護科学学会誌 1997; 17(4): 29-36.
- 17) 森山美知子. 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際. 東京: 医学書院, 2002: 14-27.
- 18) 田中百合子, 泊祐子. 健康問題の発生による家族員の役割移行-患者夫婦を軸として-. 日本看護研究学会 2002; 25(5): 71-82.
- 19) 竹田恵子, 丸橋民子, 人見裕江, 大澤源吾. 高齢者の腹膜透析 (CAPD) 療法導入に至る現状について-若年群との比較から-. 川崎医療福祉学会誌 2001; 11(1): 57-63.
- 20) Breckenridge D. M.. Patients' Perceptions of Why, How, and By Whom Dialysis Treatment Modality Was Chosen. ANNA Journal June 1997; 24(3): 313-21.
- 21) 赤松昭, 小澤温, 白澤政和. ソーシャルサポートが介護負担度に及ぼす影響-若年の高次脳機能障害者家族の場合-. 厚生指標 2002; 49(11): 17-22.
- 22) Joyce V. Zerwekh, R. N., C. S., Ed. D. 齋藤恵美子訳. 保健婦活動のための家族ケア提供モデル. 看護研究 1999; 32(1): 25-32.
- 23) Palmer S. E., Canzona L., Wai L.. Helping families respond effectively to chronic illness: Home dialysis as a case example 1982; 8(1): 1-15.
- 24) Amedeo F. De Vecchi, Massimo Maccario, Mario Braga, et al. Peritoneal Dialysis in Nondiabetic Patients Older Than 70 Years: Comparison With Patients Aged 40 to 60 Years. American Journal of Kidney Diseases 1998; 131(3): 479-90.
- 25) Reiss, D., Gonzaler, S., Kramer, N.. Family process, chronic illness, and death, Arch Gen Psychiatry 1986; 43(8): 795-804.