症例報告

認知症を有する高齢血液透析患者の運動意欲に対するリハビリテーション介入効果の検討 *

髙橋　蓮[1)]・日比野貴志[1)]・森下沙友美[1)]・矢部広樹[2)]

【要　旨】

【背景】近年，血液透析患者の高齢化に伴うADL低下が問題となっている．ADL低下はリハビリテーション（以下，リハビリ）により改善しうるが，問題点として運動意欲低下が報告されている．血液透析患者は疲労や併存疾患の影響，運動の動機付けが困難なため運動意欲に対する介入が必要である．【目的】本症例検討の目的は，認知症を有する血液透析患者のリハビリ拒否に対し，運動意欲を考慮した介入を行い，運動意欲の変化（運動継続時間，拒否回数，発言内容）を検討することである．【症例紹介】70代男性の認知症を有する血液透析患者．左大腿骨転子部骨折にてX日に入院．X+2日より理学療法介入開始．X+14日にて尾骨底部痛発生し，以降疼痛消失も，リハビリ拒否継続した．【介入方法】運動意欲を考慮した介入を考案し実施した．リハビリの介入時間（分/日），リハビリの拒否回数（回/日），および本症例の担当理学療法士に対する発言の変化を評価した．【結果】リハビリ介入時間は32分/日から57分/日に増加，拒否回数は5回/週から2回/週に減少した．発言内容は「やっても意味ない」など悲観的な発言から、「いつもありがとうな」など感謝の発言が聞かれた．【考察】高齢者における運動実施のプロセスには，先行因子，心理的要因，ネガティブ・ポジティブな要因が相互に影響している．運動意欲を考慮したかかわりは，ラポール形成へと繋がり，心理的要因に作用し，介入時間延長，拒否回数減少，発言の変化となった可能性がある．認知症を有する血液透析患者では運動意欲に対する介入が重要である．

キーワード：高齢認知症血液透析患者，運動意欲，心理的要因

はじめに

近年，血液透析患者の高齢化が進んでおり，血液透析患者の平均年齢は68.75歳，最も割合が高い年齢層は男女ともに70-74歳となっている[1)]．

透析患者は，健常高齢者と比較し骨格筋力は6割，運動耐容能が5-6割に低下していると報告されている[2)3)]．原因として，骨格筋機能障害（尿毒症サルコペニア，ミトコンドリア機能異常），心機能障害（心筋肥大，弁膜症，心筋収縮障害），腎機能障害（腎性貧血，電解質異常，尿毒素症状），透析治療による要因（疲労，長期間透析）など多要因が複合して機能低下を惹起すると考えられている[4-6)]．またこれらより日常生活動作（activities daily living：以下，ADL）能力も低下しており，外来透析患者と比較し理学療法士が日常的に診療する入院中の透析患者において低下が著明である[7)]．さらに入院透析患者のADLの低下は生命予後を悪化させると報告されている[8)]．一方で，入院透析患者に対するリハビリテーション（以下，リハビリ）は，ADLを改善し，生命予後を改善すると報告されているため[9)]，高齢の入院血液透析患者に

＊ Effects of Rehabilitation Intervention on Exercise Motivation in Elderly Hemodialysis Patients with Dementia：A Case Report

1）医療法人偕行会　偕行会城西病院　技術部リハビリ課（〒453-0815　愛知県名古屋市中村区北畑町4丁目1）
Ren Takahashi, PT, Takashi Hibino, PT, Sayumi Morisita, PT: Department of Rehabilitation, Kaikoukai Jyosai Hospital

2）聖隷クリストファー大学　リハビリテーション学部理学療法学科
Hiroki Yabe, PT, PhD: Department of Physical Therapy, School of Rehabilitation Sciences, Seirei Christopher University

＃ E-mail: 16rp24@g.seirei.ac.jp

対しても，積極的なリハビリが重要であると考える．

高齢の入院血液透析患者に対するリハビリの問題として，運動意欲の低下がある．透析患者の運動実施に対する障壁の調査研究では，運動に対する障壁の最も多い理由として，透析関連の疲労や併存疾患の状態に加えて，運動意欲の欠如があげられている[10]．また透析患者の高齢化は，疲労や併存疾患の悪化[11]を通して，更なる運動意欲の欠如に繋がる可能性がある．さらに認知機能の低下は，運動の動機付けの低下へ繋がり，運動療法の継続が困難になると考えられる．加えて，透析患者は透析による社会的役割や家族関係の変化，治療とセルフケアの負担，健康の喪失と死の恐怖，医療者との人間関係，終わりのない治療，合併症の恐怖・苦痛・負担など，様々なストレス因子を抱えており[12]，抑うつ症状の有病率も 44.0%と高い[13]．

上記の通り，運動意欲の低下には，身体的・精神的な多要因が関わっていると考えられ，高齢血液透析患者におけるリハビリでは，身体的な介入に加えて，症例の背景に沿った個別な運動意欲に対する介入を行うことが必要であると考えられる．

今回，高齢認知症血液透析患者に対して，運動意欲の低下に関連する要因への介入として，リハビリ実施時の関わり方を工夫した結果，リハビリ介入時間，拒否回数，発言内容に変化が見られた症例を経験した．本検討の目的は，本症例の臨床経験から，運動意欲の低い高齢認知症血液透析患者の運動意欲に対する効果的な介入について考察することである．

対象および方法

1．症例紹介

70 歳代男性，診断名は左大腿骨転子部骨折，透析導入疾患は糖尿病性慢性腎不全（透析歴 12 年），合併症として認知症，低カリウム血症，高血圧である．服薬状況として，抗不安薬（デパス），カリウム補給剤（グルコサン K 顆粒），持続的カルシウム拮抗薬（ニフェジピン），抗血小板薬（バイアスピリン），活性型ビタミン D 製剤（ロカルトロール 0.25），経口鉄剤（フェロミシア）であった．入院前サービス付き高齢者向け住宅に入所されており，ADL は起居動作自立，杖歩行にてトイレまで歩行可能であった．食事は施設にて提供されていた．外来透析には，送迎バスを利用しており，バスの乗降車は杖歩行にて可能であった．今回入院時の区分変更により要介護 3 となった．

2．現病歴

X-26 日，入所中の施設内で転倒し，左大腿骨転子部骨折を受傷．前医に救急搬送され，X-21 日に全身麻酔科下にて髄内釘手術が施行され，その後 X-1 日までリハビリが施行された．X 日にリハビリ加療継続目的にて，A 病院へ転院となった．

3．臨床経過

A 病院へ転院後の初回の理学療法評価では，身体機能として握力計（グリップ D デジタル握力計，タケイ）にて測定した握力は，9.1/（左は手指欠損のため不可）kg，Short Physical Performance Battery（以下，SPPB）は 0 点（12 点満点）であった．認知機能の評価として，長谷川式認知症スケール（以下，HDS-R）は 11 点（30 点満点）であった．入院時の基本動作として，起居動作はベッド柵使用し軽介助レベル，ベッド端座位は後方に倒れこみがあり軽介助レベル，起立は手すり使用し腋窩軽介助で中等度介助レベル．歩行は平行棒内にて軽度の腋窩軽介助にて可能であった．ADL 評価は，Barthel Index（以下，BI）にて 25 点であり，ほとんどの項目に介助が必要であった．老年期うつ評価尺度（以下，GDS）の評価は拒否され，評価不可能であった．

A 病院へ転院後，リハビリ介入は X+2 日目より開始された．リハビリは，非透析日に 100 分 / 日，透析日（透析終了から 3 時間後）に理学療法士が 40 分 / 日行った．非透析日の介入内容は，座位・立位保持訓練，立ち上がり訓練（5RM 程度），平行棒内歩行（快適歩行速度で 2-4 往復程度）であった．透析日は，座位・立位保持訓練，平行棒内歩行（1-2 往復程度）を行った．運動強度は，血圧・心拍数の著明な変化を伴わない程度の低負荷にて行い，症例の疲労度に合わせて調整した．

X+2 日から X+13 日は問題なく介入を行えていたが，X+14 日以降から下痢が継続し，寝返り動作，移乗動作，立ち上がり動作時に尾骨底部痛が発生した．X+8 日，X+14 日における血液透析前の血液データ（表 1）にて X+14 日で反応性 C 蛋白（CRP）が軽度上昇（0.08 → 0.45mg/dl）を認めた．尾骨底部痛発生時の ADL として，離床時間はトイレ，リハビリ，食事のみであり臥床時間が多く，ベッド上にて寝返り動作可能であるが促さないと行うことができなかった．これらから褥瘡を疑ったが，尾骨底部に発赤や水疱は認められなかった．3 週目以降，疼痛の訴えは消失した．しかしリハビリに対する否定的な発言，抑うつ発言が増え，ベッ

表 1．X+8 日，X+14 日の血液データ

	X+8 日	X+14 日
Alb（g/dL）	2.9	3
K（mmol/L）	4.3	3.9
Ca（mmol/L）	7.88	8.01
Pi（mmol/L）	3.3	3.8
CRP（mg/dL）	0.08	0.45
RBC（104/ μ L）	318	318
Hb（g/dL）	10.4	10.5
Ht（%）	32.9	32.6
MCV（fL）	103	103
MCH（pg）	32.6	33
MCHC（g/dL）	31.5	32.2
WBC（103/ μ L）	3760	4140
Plt（104/ μ L）	17.5	16.2
RDW（%）	15.9	16.2
MPV（fL）	7.9	8.1
好塩基球（%）	0.9	0.9
好酸球（%）	9.2	7.5
好中球（%）	68.3	71.7
分葉核球（%）	15.6	13.1
リンパ球（%）	6	6.6

透析前の血液データを表示．
Alb：アルブミン　Pi：無機リン
CRP：C 反応性蛋白　RBC：赤血球数
Hb：ヘモグロビン　Ht：ヘマトクリット
MCV：平均赤血球容積　MCH：平均赤血球血色素量
MCHC：平均赤血球血色素濃度　WBC：白血球数
Plt：血小板数　RDW：赤血球粒度分布
MPV：平均血小板容積

ドから離床しても座位・立位保持訓練，立ち上がり訓練，平行棒内歩行を促すと拒否し，さらにベッドから離床自体の拒否が目立つようになり，リハビリ介入の回数・時間が減少した．リハビリの拒否は非透析日と透析日の両日で見られた．

4．統合と解釈

尾骨底部痛が消失したのにもかかわらず，リハビリの拒否や抑うつ発言が継続した．長期透析患者の心理状態に関する質的研究にて，活動に対する不満が放棄的感情につながると報告されている[14]．本症例言動において，リハビリ介入中における動作時の尾骨底部痛が活動時の不満となり，「もういいよ」，「やっても意味ないよ」と放棄的感情となったことでリハビリ拒否したと考えられた．また尾骨底部痛が消失後において，放棄的感情が持続しリハビリ拒否を呈した要因として認知機能低下による運動目的の理解困難，抑うつ症状，自己効力感の低下が影響し運動意欲の低下を引き起こしているのではないかと仮説を立てた．

5．認知機能が低下した透析患者の運動意欲に対する介入方法

リハビリ拒否に対して，リハビリ介入内容を変更した．変更は，高齢認知症患者における自己効力感の高まる支援[15]，及び長期透析患者に対する不安定な心理状態に対するかかわり方[14) 16)]を参考に認知機能が低下した透析患者の運動意欲に対する介入方法を考案した．

身体機能面に対する介入プログラムは，行動制限による自己効力感の低下，認知機能の低下による運動目的の理解困難に対し，起立・歩行訓練等の基本動作や筋力訓練等の身体機能訓練を中心したものではなく，症例の現在可能である ADL 動作（移乗，端座位保持）や，本症例が自発的に発言した動作（トイレ動作，風船バレー），症例本人の趣味活動を参考にしたプログラム（トランプ，釣り動作）を行った．プログラムは，いくつかの選択肢を症例に提示し，拒否反応のない場合のみ，自覚的疲労感を感じない強度にて行った．介入頻度は非透析日に 80 分 / 日，透析日に 20 分 / 日とし，透析後疲労感が強く行えない場合は中止とした．

また自己効力感の低下に対して，リハビリに参加が可能であった際は，訓練動作の実施可否にかかわらず，セラピストから賞賛の言葉をかけた．また「参加してもらいありがとうございます」や「今日も付き合ってもらってありがとうございました」など，症例のリハビリ参加が担当理学療法士にとって役に立っていることを実感できるような声掛けを行い，成功体験の獲得を促した[14]．

さらに，抑うつ気分，認知機能低下に対し，介入中は肯定的回想[17]でのコミュニケーションを心掛けて行った．肯定的回想では，主に昔に住んでいた場所，仕事，趣味，通っていた学校，外の景色や天気，好きなお菓子の話題について，今回入院以前の A 病院のカルテ情報や，リハビリ介入を実施した理学療法士同士から情報収集をし，コミュニケーションの話題として積極的に取り入れた．不安定な心理状況に対しては，常に傾聴的な態度で接し，本症例の悲観的な発言や易怒的な発言に関して，肯定的に対応した．介入場所は移動

のわずらわしさの軽減や集中力の向上図るため，リハビリ室ではなく自室から近い病棟の空きスペースで行った．

本症例に対するリハビリ介入の効果判定は，リハビリの介入時間と，リハビリの拒否回数，および本症例の担当理学療法士に対する発言の変化から行った．リハビリの介入時間は，1 週間の平均値を算出した．拒否回数は週 5 回の内、拒否回数が聞かれた日数の合計として計算した．

結果

入院中のリハビリ介入時間の経時的変化と拒否回数を図 1 に示した．リハビリ中の抑うつ発言が増え始めた介入後 2 週目以降から，介入時間は 70 分から 32 分まで減少した．リハビリ介入方法の変更を行った 4 週目以降から徐々にリハビリ介入時間が増加し，7 週目には 57 分のリハビリを行うことができた．入院中の拒否回数の変化を図 1 に示した．介入 3 週目にて抑うつ発言が聞かれた週より，リハビリに対する離床時・介入中の拒否発言が聞かれるようになり，3・4 週目は毎日拒否発言が聞かれていた．リハビリ介入方法を変更した翌週の 5 週目から拒否発言が減少し始め，6・7 週では 3 日に 1 回聞かれる程度まで減少した．

介入 3 週目にて，「もういいから」，「かかわらんでくれ」，「しつこいな」，「めんどくさい」など易怒的な発言や，「いつも申し訳ない」，「やっても意味ないよ」など悲観的な発言が聞かれていた．PT から話題を提供しても「うん」，「そうだな」など単調な返事ばかりであった．4 週目に介入内容を変更したことで，易怒的な発言は聞かれなくなり，「いつもありがとうな」と感謝の発言が聞かれるようになった．さらに PT 側からの離床声掛けの際に笑顔で「もうしょうがないな」と一方的に拒否するのではなく，PT 側を気遣う発言も聞かれた．また PT に対して「きみはどこ出身？」，「名前は？」など興味を持ち質問をする場面も見られるようになった．

上記介入の結果，握力は右 9.6 kg，SPPB は 0 点（12 点満点）であり，著明な改善は認めなかった．HDS-R は 7 点（30 点満点）と入院時と比較して，日付の見当識で低下が見られた．基本動作は入院時と比較して，起居動作はベッド柵使用し自立レベル，端座位はベッド柵持ち自立レベルへと改善した．起立は手すり使用し腋窩軽介助で中等度介助レベル，歩行は平行棒内にて軽度の腋窩軽介助にて可能なレベルであり，入院時と比較して変化は見られなかった．Barthel Index は 25 点であり，改善を認めなかった．退院時に受傷前の ADL レベルの再獲得は叶わなかったが，転機として受傷前に入所していたサービス付き高齢者住宅へ再入所となった．

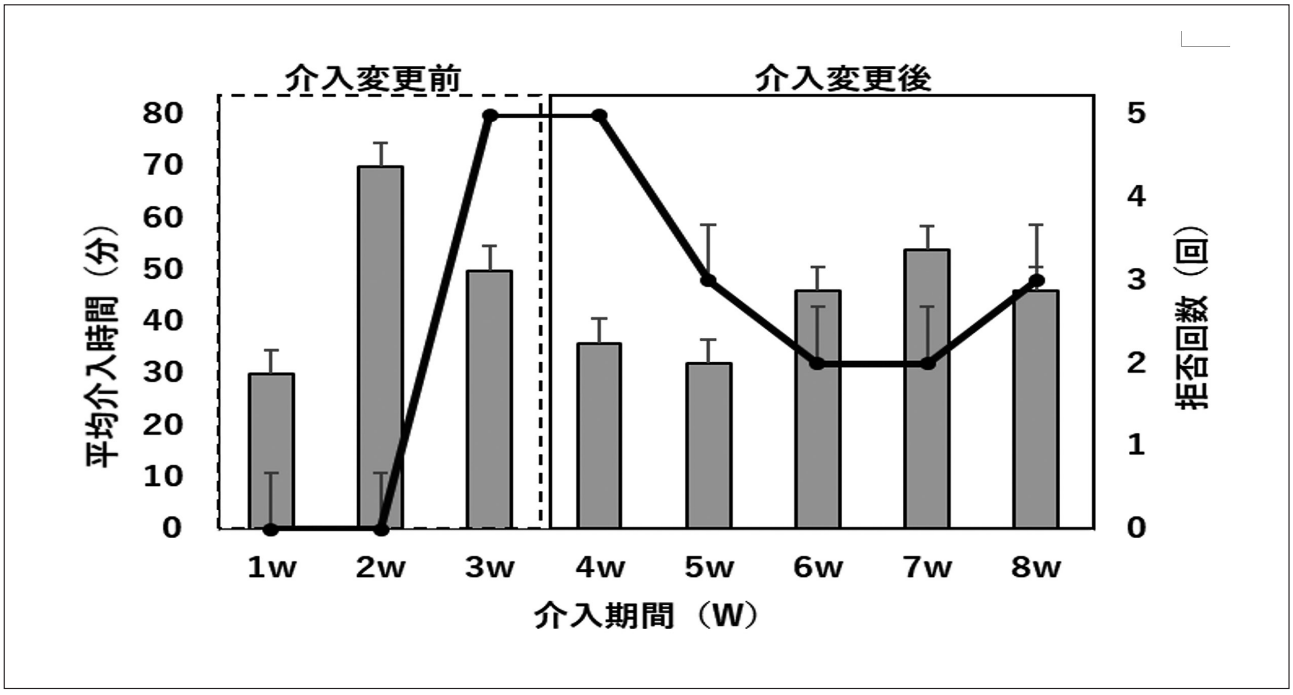

図 1．平均介入時間と拒否回数

リハビリの介入時間は，1 週間の平均値を算出し，左横軸に示した．拒否回数は週 5 回の内、拒否回数が聞かれた日数の合計として計算し，右横軸に示した．介入は介入期間 4w 目より変更した．

考察

理学療法に拒否的であった高齢認知症血液透析患者に運動意欲に対する介入を行った．運動意欲に対する介入として，高齢認知症患者における自己効力感の高まる支援[14]，及び長期透析患者に対する不安定な心理状態に対するかかわり方[15)16)]を実施した結果，リハビリ介入時間が増加し，拒否回数が減少し，前向きな会話が増加した．

今回リハビリ介入時間が増加し，拒否回数が減少し，前向きな会話が増加した要因として，運動実施を規定するネガティブな外的要因が尾骨底部痛発生直後より改善した可能性があると考える．高齢者における運動実施を規定する要因を検討した先行研究において，高齢者が運動実施を決定するまでのプロセスとして運動実施前の先行因子（運動神経，性格，身体像，代理経験，社会的規範，余暇観）とそれに伴う心理的要因（情動，有能観，健康状態観，個人的規範，結果予測）があり，それらに対してネガティブ・ポジティブな影響として外的要因（金銭的要因，時間的要因，環境要因，健康体力要因）が相互に影響していると示されている[18]．本症例において，運動実施の先行因子として理学療法士からリハビリの促しがあり，1週目は拒否なくリハビリを継続することができていた．しかし2週目の尾骨底部痛発生が，ネガティブな外的要因として心理的要因の情動に影響を及ぼしリハビリ拒否となった．その後，放棄的感情となり，尾骨底部痛が消失した後もリハビリ拒否を起こした可能性があると考えられた．

運動意欲に対する介入について，血液透析患者における運動に対する促進因子は，運動の利点を自己認識することが重要な因子であると報告されている[10]．具体的には，透析前の身体的健康を達成したい，運動による成功体験を経験すること，健康目標を達成することがあげられる[10]．また，動機付け要因を引き出すためには，動機付け面接などのコミュニケーションスキルを取り入れることが有効である[10]とされている．しかし本症例は高齢かつ認知症を有しており，動機付け面接を行い，コミュニケーションの中から健康目標を設定し，運動による成功体験が健康目標を達成することで得ることは困難であると考えられた．そこで今回は，理学療法士による高齢認知症患者における自己効力感の高まる支援[14]，及び長期透析患者に対する不安定な心理状態に対するかかわり方[15)16)]にて自己効力感を感じやすい環境設定を実施した．

さらに介入時の声かけについて，認知症高齢者の自己効力感が高まる過程の分析とその支援を示した質的研究では，自己効力感を高める支援の方法として，強みに働きかける，遂行体験を受け止める，当事者が話すストーリーを核にした対話，役割意識を実感できる支援が，自己効力感と成功体験につながると報告している[14]．そこで今回，本症例に対する声かけにて，理学療法士側から主に昔に住んでいた場所，仕事，趣味，通っていた学校，外の景色や天気，好きなお菓子の話題について，今回入院以前のA病院のカルテ情報や，リハビリ介入を実施した理学療法士同士から情報収集をし，コミュニケーションの話題として積極的に取り入れた．また本症例の役割意識を実感してもらうためにリハビリ参加時に積極的に賞賛と感謝の声かけを行ったことにより，発言等から離床や会話することがPTの役に立っているという自己効力感が向上した可能性がある．

また本症例とPTの関係性について，透析治療のコンプライアンスについて検討した先行研究では，良好な透析治療の継続因子として，良好な透析療養中の治療態度や医療スタッフとの関係，医療従事者に対する信頼と良好なラポール形成があげられ[19]これらは運動療法を継続する上でも重要な因子であると考える．今回の理学療法介入における，PT主体ではなく患者主体の運動プログラム設定，役割意識を実感してもらうための声かけ，肯定的回想によるコミュニケーション，傾聴的態度からラポール形成が促進され運動実施モデルにおける，心理的要因である情動の変化があると考えられる．またラポール形成による情動の変化の結果，感謝の言葉やPTに対して質問をする場面へ繋がった可能性が有る．

これらの運動意欲に対する介入を行った結果，本症例において，運動療法自体に対する意欲的な発言は聞かれなかったが，拒否発言の減少や運動療法介入時間が増加した要因として，自己効力感向上，ラポール形成，成功体験の獲得などのポジティブな外的要因が心理的要因の情動に変化を起こし，拒否発言の減少やリハビリ介入時間が増加したと考える．

保存期腎不全患者，長期透析患者において腎機能，社会的立場，自己イメージ，自律性の喪失体験にて自己効力感が低下し，不安や抑うつ状態となり得やすい[12)20)]．このような精神・心理状況に関して，サイコネフロロジーという概念が存在する．腎臓リハビリテーションにおいて「腎疾患や透析医療に基づく身体的・精神的影響を軽減させ，症状を調整し，生命予後を改善し，心理社会的並びに職業的な状況を改善することを目的とし

て，運動療法，食事療法と水分管理，薬物療法，教育，精神，心理サポートなどを行う，長期にわたる包括的なプログラム」とガイドラインで定義されており[21]，運動意欲低下に対しても同様に，不安定な心理状況などに対する介入が必要であると考えられる．不安定な心理状態の透析患者へのかかわり方として，生産とは無関係な生きがいを見出すこと，積極的な社会的交流を持つこと，趣味を持つことへの働きかけ，曖昧な対処行動への支持，生・病気の諦めに対して傾聴，本人の希望を支える援助が必要であると報告されている[15) 16)]．サイコネフロロジーの概念を考慮し，血液透析患者に対するリハビリにおいても，身体機能に加え，不安定な精神状況に対して包括的に介入することで，運動への意欲を向上させ，ADL や QOL の維持・改善させることができると考えられる．

高齢透析患者の心理状況は運動の意欲を低下させる要因が多く，リハビリを継続することが困難である場合が多い．しかし今回本症例では，運動意欲に対する介入に着目し，運動を継続することが可能であった．退院時に著明な身体機能や ADL の改善は認めなかったものの，入院前の施設へ退院することが可能であった．リハビリ介入が困難であると，更なる身体機能と ADL 低下が懸念されるため，本症例検討に対する介入は一定の効果があったと考えられる．今後も，不安定な心理状況の患者が抱える様々な因子に対して，個別のかかわり方を展開していく必要性が有ると考えられる．本症例検討の限界点として，本症例の運動に対する心情の変化を定量的に評価することが困難，精神心理面の評価が拒否により行えていない，慢性腎不全（CKD）保存状態から長期透析に至るまでの経過情報を得ることができなかった，サイコネフロロジーの概念を介入に反映することができなかった点が挙げられる．今後は自己効力感や運動への意欲等を客観的に評価し，傾聴的な態度などの介入との関係性を示す必要がある．また本検討は症例の発言など質的データをインタビューなどの方法で収集できていないことから，本症例の精神・心理面の変化を適切に表せていない可能性が有る．今後症例を重ね，上記について改善する必要がある．

【文　献】

1) 新田孝作，政金生人・他：わが国の慢性透析療法の実況（2018 年 12 月 31 日現在）．日本透析医学会雑誌．2018; 52 (12) : 683-686.
2) Morishita S, Tsubaki A, et al.: Physical function was related to mortality in patients with chronic kidney disease and dialysis. Hemodial Int. 2017; 21: 483-489.
3) Johansen KL: Physical functioning and exercise capacity in patients on dialysis. Adv Ren Replace Ther. 1999; 6: 141-148.
4) Wilkinson TJ, White AEM, et al.: Characterising skeletal muscle haemoglobin saturation during exercise using near-infrared spectroscopy kidney disease. Clin Exp Nephrol. 2019; 23: 32-42.
5) Mclntyre CW: Effects of hemodialysis on cardiac function. Kidney Int. 2009; 76, 371-375.
6) 河野健一，矢部広樹・他：血液透析患者に対する運動療法の最前線．理学療法学．2017;44 (1) : 66-71.
7) 米須功，儀間朝次・他：入院透析患者における ADL の検討．日本透析医学会雑誌．2009; 42 (12) : 939-945.
8) 村上卓也，中村裕也・他：入院透析患者の ADL 低下は生命予後予測因子である．日本透析医学会雑誌．2014; 47 (2) : 129-136.
9) 塚原秀樹，中村裕也・他：透析患者のリハビリテーション介入効果と生命予後．The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine. 2014; 51: 716-723.
10) Jhamb M, Mcnulty ML, et al.: Knowledge, barriers and facilitators of exercise in dialysis patients: a qualitative study of patients, staff and nephrologists. BMC Nephrol. 2016; 17: 192
11) Dadgari A, Dadvar L, et al.: Multidimensional Fatigue Syndrome and Dialysis Adequacy among Elderly Patients under Hemodialysis Treatment. IJHS. 2015; 1 (2) : 5-8.
12) 大竹陽一：サイコネフロロジーにおける心身医学の役割．心身医学．2020; 60 (2) : 155-161.
13) 全国腎臓病協議会，日本透析医会・他：2016 年度血液透析患者実体調査報告書．http://touseki-ikai.or.jp/htm/05_publish/doc/20180200_patient_research_report.pdf（2020 年 8 月 3 日引用）
14) 四十竹美千代，若林理恵子・他：長期透析患者の心理状態から自己管理への援助を考察する．富山大学看護学会誌．2011; 10 (1) : 29-36.
15) 畑野相子，筒井裕子：認知症高齢者の自己効力感が高まる過程の分析とその支援．人間看護学研究．2006; 4: 47-61.
16) 高木治美，関原直子・他：高齢透析患者の心理的看護－“自殺願望”に陥る要因とその対策－．日本透析療法学会雑誌．1988; 21 (9) :

809-815.
17) 太田有希・井上健；高齢者及び認知症者に感情表出を促す回想法の効果について．人文論究．2009; 4: 59-69.
18) 樋上弘之，中込四郎・他：中・高齢者の運動実施を規定する要因：心理的要因を中心にして．体育学研究．1996; 41: 68-81.
19) 寺師宗和，森田隆久・他：長期透析患者の心理学的側面についての検討．人工透析研究会会誌．1985; 18 (2) : 123-131.
20) 荒木志朗：ホスピタブルな医療としてのサイコネフロロジー―医療の質を高める可能性としての透析医療―．日本透析医学会雑誌．1999; 32 (3) : 163－165.
21) 日本腎臓リハビリテーション学会：腎臓リハビリテーションガイドライン．南江堂，東京，2018，pp. 7.