

K県内の身体疾患を有する入院患者の不安・抑うつ状態と関連要因、 精神的ケア・ニーズとケア満足度、看護師の精神的ケアの実態

白川裕一¹⁾，宇佐美しおり²⁾，高橋教朗³⁾，右田香魚子⁴⁾

Anxiety and Depression in Patients Hospitalized for Physical Illness: Factors Relating to the Reality of Mental Care Needs, and the Reality of Mental Care Provision by Nurses in K Prefecture

YUICHI SHIRAKAWA¹⁾, SHIORI USAMI²⁾,
NORITOSHI TAKAHASHI³⁾, KANAKO MIGITA⁴⁾

Abstract :

The purpose of this study is to bring to light the suffering from anxiety and depression of physically ill patients hospitalized in K prefecture, and to discuss factors relating to their mental care needs and the status of care provision by nurses.

The intent of the authors is twofold: The first is to prevent the worsening of adverse mental conditions in patients. The second is to identify the responsibilities of those nurses - including Certified Nurse Specialists (CNS)- called on to take care of those patients' needs.

Two hundred forty-nine patients in two general hospitals in K Prefecture consented to cooperate with this study along with 101 nurses. The study was based on questionnaires. The average patient age was 62.3. The average hospital stay was 22.51 days.

Eighty patients (the largest group) had malignant tumors, followed by those with digestive organ disorders and circulatory organ disorders. The average HANS score was 11.26, the average HADS anxiety score was 5.57, and the average score for depression was 5.57, thus showing a prevalence of adjustment disorders.

The results indicate that the higher the depression/anxiety scores rise, the more the mental health care needs increase. As mental health care needs, patients wanted to talk about their life with physical illness.

As for nurses, the largest number responded to questions regarding cancer patients. This was followed by responses from nurses caring for patients with digestive organ disorders, and by circulatory organ disorder nurses.

The most common reason given for providing mental care was "the patient (s) complained of anxiety" or "the patients were depressed". This was followed by "the patient's motivation was low".

Also included with the above reasons for providing mental health care, many nurses said that other staff members were cooperative and/or strong requests were made from the patient

1) 2) 熊本大学大学院生命科学研究部

3) 城南病院

4) 熊本大学医学部附属病院

or patient's family.

Regarding the mental care provided by nurses, the longest time was spent on "Relaxation", followed by "creating a peaceful, calming environment", "creating opportunities for refreshing the patient's mental state", and "attentive listening".

These responses show the importance of the nurse acquiring mental care skills most appropriate to the patient's physical and mental condition; the importance of providing skilled support; and the importance a psychiatric CNS providing consultation and direct care, especially when a patient is experiencing serious depression and anxiety. This study demonstrates that the providing of such care is able to prevent the worsening of patients' mental problems and leads to an improvement of in QOL for those with both physical illness and emotional issues.

Key words : Consultation-Liason Psychiatric Nursing, Certified Nurse Specialist, Hospital and Anxiety Scale (HADS), Psychosomatic Medicine

I はじめに

現在日本において、約3.3万人の自殺者数があり、自殺率の上昇は、社会的問題となり、厚生労働省は自殺予防のための様々な取り組みを始めている。自殺の原因として、健康問題(64.9%)が最も多く、次いで気分障害によるもの(43.8%)が多く、平成20年の厚労省の「患者調査」によると、平成8年には43.3万人だったうつ病を含む気分障害の総患者数は、平成20年には104.1万人と12年間で2.4倍に増加しており、健康問題に伴ううつ状態や不安状態の早期発見、精神状態の悪化の予防、うつ病患者の医療機関への受診が進められているものの成功しているとは言い難いことが報告されている¹⁾。また精神疾患患者の外来患者数では、気分障害患者が最も多く、ついでストレス関連性障害、統合失調症の順となり、気分障害、ストレス関連性障害の発症の契機は身体疾患であることも報告され、厚生労働省は、気分障害やストレス関連性障害など、かかりつけ医による早期発見と早期介入が重要であるとして、その対策に取り組み始めている。

身体疾患で入院している患者の中には、抑うつ、不安、適応障害等を呈し、早期の精神的支援が必

要な患者が存在し、悪性腫瘍をもつ患者の中では約20~40%、冠動脈疾患患者では16-23%、糖尿病患者では8.5-27.3%、血液透析患者では6-34%、SLE患者で20-25%、慢性関節リウマチ患者で13-20%といわれており、身体疾患患者(悪性腫瘍や血液疾患、腎・肝疾患など)の6割が中等度のうつ状態や不安をもっていることも報告されている²⁾³⁾。また、うつ状態やうつ病になる契機となる出来事の第一位は身体疾患、次いで生活上の出来事であることが明らかとなっているが、身体疾患を有した際に、適応障害やうつ病の早期発見と介入がどのようにできるかは、精神疾患の予防において、非常に重要であるといえる。

患者の精神状態の悪化の兆候は、24時間患者の身近にいる看護師によって察知されることが多いが、医療の高度化・複雑化、平均在院日数の減少に伴い、看護師にもゆとりがなくなってきており、患者の精神状態の悪化を早期に把握し、適切な精神的支援を提供することが困難になってきている⁴⁾。すなわち、患者の些細な変化を早期に把握し、適切なケアへつなげたり、不安や抑うつ状態を呈する患者に精神的ケアを提供できるエネルギーや精神的余裕が少なくなっていることも、患者の精神状態の悪化の早期発見を遅らせる要因となっ

てきている⁵⁾。日本において、日本看護協会は、平成6年に専門看護師制度(Certified Nurse Specialist, CNS)を発足させ、疾病構造の変化、糖尿病や高血圧、心疾患、悪性腫瘍などの慢性疾患の増加、医療経済の変化に伴う入院日数の減少と医療技術や診断技術の高度化・複雑化、医療におけるニーズの多様化に対応すべく、高度看護実践家の養成を始めた。現在、日本においては、1980年以降、看護系大学、大学院が急増し、日本看護系大学協議会に認定された大学院専門看護師教育課程は60大学院、150教育課程である。現在、451名の専門看護師が存在しており、この数は今後も急増することが考えられる。

精神看護において、68名の精神看護専門看護師が存在しているが、精神看護専門看護師は、病棟や病院でケア困難になってきている患者への直接ケア、治療チームへのコンサルテーション、治療やケアの質を向上させるための教育や研究、倫理的な問題に対する調整機能を有している。精神看護専門看護師の成果については、野末や宇佐美らの研究報告があり、この研究においては、専門看護師が、身体疾患をもって精神状態が一時的に不安定になった患者や適応障害の患者、また精神科病院で長期入院や重症化した患者を対象とし、病状、日常生活、心理社会的側面、家族関係などの側面から包括的にアセスメントし、精神療法や症状管理、日常生活の再構築、家族療法、治療チームへのコンサルテーションを行うことで、患精神状態の悪化予防、精神障害者の長期入院の予防、重症と考えられている精神障害者の退院促進と地域生活の促進、治療チームのケア技法の向上などがみられたことを報告している⁶⁻¹⁰⁾。しかしながら、これらの研究は精神看護専門看護師の活動の実態や成果に関する研究であり、身体疾患を有する患者のうつ状態や不安の実態、これらに関連する要因、精神状態に応じた精神的ケア・ニーズとケア満足度、実際看護師が行っている精神的ケアの実態については明らかではない。そこで、本研究は、身体疾患で入院中の患者の精神状態と関連

要因、精神状態に応じた精神的ケア・ニーズと精神的ケア満足度、看護師による精神的ケアの実態を明らかにし、精神科治療に至っていない身体疾患患者の抑うつ・不安状態の早期対応と悪化予防に対し、一般病棟で仕事をする看護師および精神看護専門看護師の果たしうる役割について検討することを目的とした。

II. 文献検討

身体疾患を有する患者の精神状態、関連要因、精神状態と精神的ケア・ニーズと精神的ケア満足度、看護師の精神的ケアの実態に関する文献検討を行った。

1. 身体疾患を有する患者の精神状態と関連要因

千田らは、心筋梗塞患者の17%に大うつ病、別の17%に軽度のうつ病が見られ、1年間経過観察したところ大うつ病の約半分は軽快しないままか再発、軽度うつ病患者の約半分は大うつ病に発展したことを報告している。また糖尿病における大うつ病障害の頻度は15~20%で、一般人口の約3倍、外来通院中のパーキンソン病患者の13%にうつ病、10%に気分変調性障害が見られ、クッシング症候群の62%がうつ病、甲状腺機能障害の未治療バセドウ病で69%、甲状腺機能低下症で40%の患者がうつ病であったことを報告している¹⁵⁾。また脳血管障害後の急性期では25%が大うつ病性障害を合併し、悪性腫瘍の全病期では、10~20%の患者がうつ病であり、適応障害を含めると30~40%に抑うつ状態がみられることが報告されている¹⁶⁾。

角田らは、乳がん患者の精神状態の実態を明らかにするために、外来通院中の手術後1-3年を経ている154名の患者に対し抑うつ・不安の実態ならびに関連要因を明らかにした。不安状態を示したのは15.4%、抑うつ状態を示したのは8.9%の患者で、不安状態には腫瘍径2cm以下、非浸潤性癌の手術後であることが有意に関連していたことを報告している¹⁷⁾。また、秋月らは、がん患

者の精神状態に関する文献レビューを行い、がん患者の4-35%は適応障害、うつ病は3-7%と述べ、がん患者のうち20%程度が適応障害あるいはうつ病と診断されると報告していた¹⁸⁾。これらの文献から疾患の種類により精神状態の程度は異なるが、神経疾患、代謝性疾患、内分泌系疾患、脳血管疾患、悪性腫瘍をもつ患者には適応障害、うつ状態がみられることが明らかとなっている。

2. 身体疾患を有する患者の精神的ケアニーズ・ケア満足度

Arimuraらは、大うつ病性障害の患者36名を対象としてケア・ニーズに対する患者満足度に関連する要因の検討を行い、患者満足度には患者と治療者の信頼関係が関連することを述べている(T,Arimura,ET AL,2004)¹⁹⁾。

また宇佐美らは、臓器移植患者5名の精神的ケアニーズとケア満足度、看護師のケアの実態を調査するため、肝臓や腎臓の臓器移植を受ける患者ならびに提供するドナーのケア・ニーズおよび満足度、看護師のケアの実態を明らかにするためにインタビュー調査を行った。その結果移植をうける患者の精神的ケア・ニーズには、「苦痛を和らげてほしい」「今後の生活の不安を軽減してほしい」ことがあげられ、看護師の提供するケアは、感染などの術後合併症の予防、痛みの緩和、患者の服薬管理への支援が多くあげられ、患者の精神的ケア・ニーズに必ずしも答えているわけではないことを報告している²⁰⁾。また、宇佐美らは、31名の身体疾患を有し適応障害をもつ患者に対する介入研究において、患者の精神的ケア・ニーズには、苦痛の軽減、今後の生活の不安を軽減してほしい、今後の生活の見通しがわかるようになりたい、経済的資源を教えてほしいなどがあり、これらのケア・ニーズに対する介入を行うことで精神状態が安定していくことを報告している²¹⁾。さらに、堀は、入院患者のケア・ニーズには、精神的苦痛の軽減が最も多く、次に症状の軽減があげられていたと報告している²²⁾。さらに、緩和ケアの

領域では身体疾患を有し痛みの軽減が必要な領域においては、身体的な苦痛の軽減だけではなく、全人的な苦痛の軽減が重要であることが報告されている²³⁾。これらの結果から、身体疾患をもつ患者の精神的ケア・ニーズには、精神的苦痛の軽減、症状の軽減、今後の生活の不安の軽減、今後の生活の見通し、経済的支援などがあるが、精神状態に応じた精神的ケア・ニーズが明らかになっているわけではない。

3. 看護師の患者への精神的ケアの実態

看護師の精神的ケアの実態に関する研究は事例研究が多く、看護師は、患者の攻撃性や引きこもり、コミュニケーションのとれなさ、によって患者の精神状態が悪化していることに気づき、患者の話しを傾聴する、患者へ共感する、リラクゼーションなどの精神的ケアを提供していることが報告されている²⁴⁾。

また、川名は、がん患者には中等度の抑うつ状態が多いとして、精神看護専門看護師の立場から、36名を対象とした集団精神療法を2時間、5週間継続して行い、POMS (Profile of Mood States)によって評価を行っている。がん患者の多くは、医療者や病気への怒り、病気の不安、医療者への両価的な感情がみられていたが、集団精神療法の介入前後で、怒りおよび敵意は有意に改善したが、不安や緊張は減少はみられたものの有意な改善ではなかったことを報告している²⁵⁾。また福井らは、乳がん患者73名に対し、治療や症状に関する知識、対処方法、ストレスマネジメントで構成される介入を1.5時間、6回、毎週実施する心理社会的介入を行い、対照群53名と比較した結果、介入群に不安と緊張の軽減が有意に見られたことを報告している²⁶⁾。

また、宇佐美らは、平成14-15年度に、調査に同意の得られた精神看護専門看護師および看護師を対象とした研究において、腎疾患や肝疾患、代謝性疾患や血液疾患をもっていて抑うつ、不安を有する患者への精神看護専門看護師の直接ケアに

は、患者の不安や抑うつを軽減するための精神療法、病気や病状とともに生活をしていくためのカウンセリング、症状管理・日常生活の再構築、患者のストレスマネジメントに関する支援があり、これらの支援を病棟の看護師と行うことで、患者の不安や抑うつが軽減し、日常生活・社会的機能が改善し、患者のケア満足度が向上し、同時に、治療チームのケア意欲の改善、ケア技法が改善されたことを報告している²⁷⁾。

さらに宇佐美らは、31名の慢性疾患を有する患者で不安や抑うつを呈する患者に対し、精神看護専門看護師を中心としたリエゾン・チームを構築し、患者の多様なニーズに対応するための支援を行い、介入後に抑うつ状態が有意に軽減し、患者の身体に関連するQOLが高まったことを報告している²⁸⁾。これらの結果から、身体疾患を有し抑うつ、不安を有する患者への精神看護専門看護師を中心とした支援の実態や成果に関する研究は増えてきているが、身体疾患を有する患者の精神的ケア・ニーズと満足度、看護師の精神的ケアの実態に関する報告は少ない。

Ⅲ. 研究目的

そこで、本研究は、K県内の総合病院において、身体疾患を有する患者の不安・抑うつの実態、精神状態に応じた精神的ケア・ニーズおよび精神的ケア満足度、看護師の精神的ケアの実態を明らかにすることを目的とした。本研究を行うことで、総合病院や身体疾患の治療を行っている患者に対し、看護師による精神的支援モデルを開発し、精神看護専門看護師だけでなく、一般病棟の看護師が、精神的ケアをどのように行うことが可能なかを明確にできると考えた。

ここでは、「不安」を対象が明確でない恐れであり、自律神経の乱れによる身体症状を呈する状態」と定義し、「抑うつ」を自己評価が低下し、気分の落ち込み、喜怒哀楽の感情が低下している状態と定義した。また「適応障害」を、特定のス

トレス因子があり、情緒面および行動面の変化があり、抑うつや不安を伴う状態、と定義した。

Ⅳ. 研究方法

1. 対象者および調査方法

K県内で研究に同意の得られた2つの総合病院で看護師－患者配置率が7対1の病院において、患者500名および看護師200名を対象とした質問紙調査を行った。

1) 研究に同意の得られた2つの病院における病棟で、調査日を1日設け、患者および看護師も、その1日で質問紙への記載を依頼した。

2) 当該病棟において、調査日の日勤看護師（同意の得られた者）に、受け持ち患者に行なった精神的ケアの実態について、無記名での記載を依頼した。精神的ケアが必要であると判断した理由、実際行なった精神的ケアの内容、精神的ケアを行う必要があると考えたが実施できなかった理由について記載を依頼した。また精神的ケアの内容については、先行研究および昨年研究者らが実施した一般科における精神看護の技術内容に関する調査結果をもとに質問紙を作成し、用いた。

3) それと同時に、同じ病棟で、病棟看護師長もしくは受け持ち看護師が、精神的ケアが必要と判断した患者で、18－65歳で精神疾患をもたない身体疾患治療中の患者に対し、不安と抑うつのスクリーニングテスト（Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS）及び、精神的ケア・ニーズ、ケア満足度に関する自記式質問紙調査用紙を配布した。

4) 調査用紙は、病棟に設置した回収箱（患者用、看護師用）に無記名で投函してもらった。自ら投函が困難な患者については、封書に入れ無記名で看護師に渡してもらい、看護師が投函した。回収箱は配布から3日後まで設置した。

2. 研究期間

熊本大学大学院生命科学研究部等疫学・一般研

究倫理委員会の承認を得た日から(平成19年11月)平成20年2月の間に行った。

3. 用いた質問紙

1) 患者用質問紙

年齢、性別、入院して何日目か、病名(選択)、HADS(14項目)、医療者に対する精神的ケア・ニーズ、精神的ケア満足度質問紙により調査を行った。Hospital Anxiety and Depression Scale(HAD尺度)とは、身体疾患を有する患者の精神症状(抑うつと不安)を測定する自己記入式質問票として広く使用されており、A.S.ZigmondおよびR.P.Snaithによって、身体症状に影響を受けずに不安と抑うつを測定できるよう開発された質問紙であり、北村らが日本語版を作成している²⁹⁾。Kugayaらは、日本のがん患者にこれを使用した際の、信頼性と妥当性、及び適応障害及び大うつ病、大うつ病のカットオフポイントを明らかにし、適応障害のカットオフポイントは10/11点、大うつ病のカットオフポイントは19/20点であると述べ、諸外国の同様の研究と比べ日本人はカットオフ値が低いということが報告されている³⁰⁾。

2) 看護師用質問紙

(1)看護師フェイスシート：看護師の経験年数、年齢、性別、本日の受け持ち患者数、本日の受け持ち患者数の中で不安やうつ状態にあると考えられる患者数(軽度の患者、治療を要する患者、それぞれの人数)について質問を行った。

(2)不安や抑うつ状態にある患者状況票：性別、年齢、入院後何日目か、病名(選択)、不安や抑うつ状態にあると考えた状態、実施した精神的ケアと実施時間、実施度、実施した理由もしくは実施しなかった理由について質問を行った。

4. データ分析方法

患者の精神状態と関連要因、精神状態に応じた精神的ケア・ニーズ、看護師の精神的ケアに対する精神的ケア満足度、看護師の精神的ケアの実態

について、統計学パッケージSPSSVer.16.0を用いて χ^2 検定、一元配置分散分析を行った。

5. 研究の倫理的配慮

熊本大学大学院生命科学研究部等疫学・一般研究倫理委員会、A,B病院の倫理委員会の承認を得た。その後、患者および看護師に研究の趣旨、意義、目的、方法、個人や施設が特定されないこと、質問紙への記載は無記名であること、研究への参加は自由意思であり、研究へ参加しなくても不利益がないこと、回答・投函を持って同意を得たとすることを文書で伝え、同意を得た。また研究結果は専門学会および学会誌へ発表を行うが、その際にも個人、施設が特定されないこと、回答・投函を持って同意を得たとすることを文書で伝え、同意を得た。

V. 結果

1. 対象者の特徴

1) 患者の特徴：対象となった患者は249名で、A病院124名、B病院125名であった。また男性163名(66.53%)、女性83名(33.47%)で、両病院とも男性数が多かったが病院間での有意な差はみられなかった。また、病名では、悪性腫瘍80件(28.57%)が最も多く、ついで消化器疾患60件(21.43%)、循環器疾患が50件(17.86%)、「その他」23件(8.21%)、代謝栄養疾患18件(6.43%)、呼吸器疾患16件(5.71%)、尿路疾患6件(2.14%)、運動器疾患5件(1.79%)、膠原病・アレルギー疾患4件(1.43%)、生殖器疾患4件(1.43%)、神経・筋疾患3件(1.07%)、内分泌疾患2件(0.71%)で、悪性腫瘍($\chi^2=23.45, P<0.01$)、循環器疾患($\chi^2=40.44, P<0.05$)、運動器疾患で($\chi^2=5.14, P<0.05$)病院による差がみられていた。すなわち、A病院では循環器疾患、運動器疾患が多く、B病院では悪性腫瘍が有意に多かった。

どちらの病院も看護師対患者の配置率は7対1看護体制(看護師1人当たりの受け持ち患者数は

7名)をとり、対象者の平均年齢は62.33歳(SD±14.42)、A病院65.32歳(SD±13.45)、B病院で59.37歳(SD±14.78)で、A病院の方が年齢が高く、病院間で有意な差がみられていた($T=10.84, P<0.01$)。また回答した際の入院日数は22.51日(SD±36.42)で入院日数において、A病院10.64日(SD±12.20)、B病院34.07日(SD±47.03)で病院間で有意な差がみられていた($T=27.48, P<0.00$)。これらの結果を表1に示す。

2) 患者の特性、不安・抑うつ不安状態との関連について

対象となった患者249名のHADS総合点は、HADS不安得点、HADSうつ得点と有意な正の相関がみられ($\gamma=0.91, P<0.01$)、年齢や在院日数との関連はみられなかった。またHADS総合点は、平均11.26(SD±6.52)、A病院11.76(SD±6.79)、B病院10.63(SD±6.16)で病院間の有意な差は見られなかったが、適応障害のカットオフポイントを示していた。またHADS不安得点は5.57(SD±3.30)、HADSうつ得点は5.57(SD±3.98)で、A病院5.58(SD±3.98)、B病院は5.39(SD±3.84)で、2病院間に有意な差はみられなかった。すなわち病院間でのHADS総合点、HADS不安得点、HADSうつ得点には有意な差はみられなかった(表1)。

また、疾患別によるHADS総合点において、HADS総合点が高かったのは神経・筋疾患患者で19.00(SD±6.20)、ついで生殖器疾患患者14.33(SD±6.81)、次に「その他」14.00(SD±7.87)、血液疾患13.78(SD±7.51)、運動器疾患13.40(SD±3.85)、尿路疾患12.25(SD±6.65)、代謝栄養疾患12.21(SD±6.04)、悪性腫瘍11.61(SD±7.03)の順で低くなっていたが、これらの疾患はどの疾患も適応障害の値を示しており、さらに循環器疾患、呼吸器疾患において、疾患の有無による有意差がみられていた($T=4.30-5.82, P<0.05$)。またもっともHADS総合点が低かったのは、呼吸器疾患、膠原病・アレルギー疾患で7.50(SD±6.45)だった。これらの結果を表2に示す。

3) HADS得点と精神的ケア・ニード、精神的ケア満足度との関連

看護師の精神的ケアに対する精神的ケア満足度は、回答者193名のうち、「満足している」と「まあまあ満足」を合計すると170名(88.08%)であり、現在の精神的ケアには満足していると考えられ、病院および疾患による精神的ケア満足度の違いはみられなかった。また精神的ケア満足度は精神的ケア・ニードとともに語られていた。精神的ケア満足度の高い理由としては、「必要な時に看護師がきてくれて病状や今後の見通しを伝えてくれた」「頻回に様子を見に来てくれた」「自分で決めたり判断できたので多くの精神的ケアを必要としなかった」ことがあげられており、また「あまり満足していない」「不満足」と回答した理由は「もっと時間をとって自分の病気のことや今後の生活の不安をきいてほしかった」が最も多く、ついで「病気や病状をもちながらどのように仕事・家庭へ復帰できるのかをもっと話したかった」「精神状態の波に対する対処方法などを知りたかった」「看護師が忙しそうで時間をとることに遠慮した」があげられていた。これらについても病院、病名間での違いはみられなかった。また、看護師のケアに対する精神的ケア満足度が低い対象者のHADS総合点およびHADSうつ得点は高く、精神状態が不安定な対象者の精神的ケア満足度は低い傾向にあると考えられた。これらの結果を表3に示す。

看護師が回答した患者の平均年齢は63.96歳(SD±15.79)、A病院67.81歳(SD±16.75)、B病院59.30歳(SD±13.31)、看護師が回答した時の患者の在院日数は15.64日(SD±21.04)、A病院が8.35日(SD±8.28)、B病院25.63日(SD±28.15)で、回答した患者の年齢と入院日数に病院間での有意な差がみられていた($T=7.28-17.59$)。

2. 看護師の回答した精神的ケアの実態

次に対象となった看護師は101名、A病院56名、B病院44名、不明1名で、男性60名、女性40名で

表1 患者の特性ならびにHADS得点

	全体 n=249	A病院 n=124	B病院 n=125	TあるいはX ²
年齢	62.33 [14.42]	65.32 [13.45]	59.37 [14.78]	10.84**
回答時の入院日数	22.51 [36.42]	10.64 [12.20]	34.07 [47.03]	27.48**
性別	男性 163名 (66.53) 女性 83名 (33.47) 不明 3名 (1.22)	男性 85名 (68.54) 女性 37名 (29.83) 不明 2名 (1.63)	男性 78名 (62.40) 女性 46名 (36.80) 不明 1名 (0.80)	NS
HADS不安得点	5.57 [3.30]	5.86 [3.48]	5.29 [3.07]	NS
HADSうつ得点	5.57 [3.98]	5.58 [3.98]	5.39 [3.84]	NS
HADS総合点	11.26 [6.52]	11.76 [6.79]	10.63 [6.16]	NS
病名	全体 n=280	S病院 n=150	K病院 n=130	X ²
① 神経・筋疾患	3 (1.07)	3 (2.00)	0 (0.00)	NS
② 循環器疾患	50 (17.86)	45 (30.00)	5 (2.30)	40.44**
③ 血液疾患	9 (3.21)	6 (4.00)	3 (2.30)	NS
④ 内分泌疾患	2 (0.71)	1 (0.60)	1 (0.76)	NS
⑤ 代謝栄養疾患	18 (6.43)	8 (5.33)	10 (7.69)	NS
⑥ 膠原病・アレルギー疾患	4 (1.43)	1 (0.66)	3 (2.30)	NS
⑦ 呼吸器疾患	16 (5.71)	11 (7.33)	5 (0.76)	NS
⑧ 消化器疾患	60 (21.43)	29 (19.33)	31 (23.84)	NS
⑨ 尿路疾患	6 (2.14)	3 (2.00)	3 (2.30)	NS
⑩ 生殖器疾患 (乳房を含む)	4 (1.43)	3 (2.00)	1 (0.76)	NS
⑪ 運動器疾患	5 (1.79)	5 (3.33)	0 (0.00)	5.14*
⑫ 悪性腫瘍	80 (28.57)	22 (14.66)	58 (44.61)	23.45**
⑬ その他	23 (8.21)	13 (8.66)	10 (7.69)	NS

注：疾患の重複があるためNが対象者数と異なる。[]内はSD, ()内は% **P<0.05

病院間で有意な差はみられなかった。また回答した看護師の平均年齢は、29.17歳 (SD±7.70) で、A病院の平均年齢27.80歳 (SD±5.56) B病院30.54歳 (SD±9.85) で病院間に有意な差はみら

れなかった。また看護師の平均臨床経験年数は、7.59年 (SD±7.36)、A病院は6.19年 (SD±5.38)、B病院8.98年 (SD±9.35) で、病院間に有意な差はみられず、5年から10年の中堅看護師40名で病

表2 病名によるHADS得点（総合点・不安・うつ）の比較（平均値、カッコ内はSD）

病名		HADS合計	HADS不安	HADS抑うつ	T
	全体	11.26 (6.53)	5.57 (3.98)	5.57 (3.98)	
① 神経・筋疾患	あり	19.00 (6.20)	9.00 (3.21)	5.50 (6.36)	NS
	なし	11.22 (6.52)	5.55 (3.30)	5.57 (3.98)	
② 循環器疾患	あり	13.41 (6.79)	6.63 (3.53)	6.40 (4.18)	5.70
	なし	10.68 (6.36)	5.29 (3.19)	5.35 (3.91)	5.82
③ 血液疾患	あり	13.78 (7.51)	6.67 (4.24)	7.11 (4.01)	NS
	なし	11.13 (6.47)	5.52 (3.26)	5.50 (3.98)	
④ 内分泌疾患	あり	10.00 (11.31)	5.00 (5.66)	5.00 (5.66)	NS
	なし	11.27 (6.51)	5.58 (3.29)	5.58 (3.98)	
⑤ 代謝栄養疾患	あり	12.21 (6.04)	6.40 (3.96)	5.67 (3.22)	NS
	なし	11.18 (6.57)	5.51 (3.25)	5.57 (4.04)	
⑥ 膠原病・アレルギー疾患	あり	7.5 (10.61)	2.33 (2.08)	5.50 (7.78)	NS
	なし	11.29 (6.50)	5.62 (3.30)	5.57 (3.96)	
⑦ 呼吸器疾患	あり	7.50 (6.45)	4.85 (4.02)	3.15 (2.70)	4.30
	なし	11.50 (6.47)	5.62 (3.25)	5.73 (4.01)	
⑧ 消化器疾患	あり	10.77 (6.25)	5.35 (3.19)	5.17 (3.94)	NS
	なし	11.43 (6.63)	5.65 (3.34)	5.72 (4.00)	
⑨ 尿路疾患	あり	12.25 (6.65)	5.75 (2.50)	5.20 (5.07)	NS
	なし	11.23 (6.54)	5.57 (3.32)	5.58 (3.97)	
⑩ 生殖器疾患 (乳房を含む)	あり	14.33 (6.81)	7.00 (4.58)	7.33 (2.31)	NS
	なし	11.21 (6.53)	5.55 (3.29)	5.55 (4.00)	
⑪ 運動器疾患	あり	13.40 (3.85)	7.20 (3.27)	6.20 (2.95)	NS
	なし	11.20 (6.58)	5.53 (3.30)	5.56 (4.01)	
⑫ 悪性腫瘍	あり	11.61 (7.03)	5.85 (3.14)	5.71 (4.52)	NS
	なし	11.08 (6.29)	5.44 (3.38)	5.50 (3.70)	
⑬ その他	あり	14.00 (7.87)	7.05 (3.99)	7.00 (4.19)	4.53
	なし	10.96 (6.32)	5.41 (3.19)	5.43 (3.94)	

☆P<0.05

表3 HADS得点ごとの精神的ケア満足度

HADS 得点	項目 (n=193)			
	n	満足度	平均 (SD)	F
HADS 不安得点	80	満足している	4.98 (3.31)	NS
	94	まあまあ満足 している	5.82 (3.28)	
	16	あまり満足して いない	6.89 (2.83)	
	3	不満である	6.33 (2.08)	
HADS うつ得点	83	満足している	4.15 (3.62)	6.94 **
	91	まあまあ満足 している	6.46 (3.97)	
	16	あまり満足して いない	7.31 (2.39)	
	3	不満である	5.67 (4.93)	
HADS 総合点	80	満足している	9.26 (6.35)	4.33 **
	90	まあまあ満足 している	12.31 (6.49)	
	17	あまり満足して いない	13.93 (4.37)	
	6	不満である	11.16 (6.46)	

** P<0.01

院間で有意な差はみられなかった。また回答した看護師の平均年齢は、29.17歳 (SD±7.70) で、A病院の平均年齢27.80歳 (SD±5.56)、B病院30.54歳 (SD±9.85) で病院間に有意な差はみられなかった。また看護師の平均臨床経験年数は、7.59年 (SD±7.36)、A病院は6.19年 (SD±5.38)、B病院8.98年 (SD±9.35) で、病院間に有意な差はみられず、5年から10年の中堅看護師が質問紙には回答していた。

また看護師が回答した患者の平均年齢は63.96歳 (SD±15.79)、A病院67.81歳 (SD±16.75)、

B病院59.30歳 (SD±13.31)、看護師が回答した時の患者の在院日数は15.64日 (SD±21.04)、A病院が8.35日 (SD±8.28)、B病院25.63日 (SD±28.15) で、回答した患者の年齢と入院日数に病院間での有意な差がみられていた (T=7.28-17.59, P<0.01)。また看護師が回答した患者の病気で最も多かったのは「悪性腫瘍」で30件 (23.26%)、「消化器疾患」19件 (14.72%)、「循環器疾患」19件 (14.72%)、「呼吸器疾患」11件 (8.53%)、「尿路疾患」11件 (8.53%)、「血液疾患」9件、「代謝栄養疾患」8件 (6.20%)、「その他」8件 (6.20%)、「神経・筋疾患」6件 (4.65%)、「内分泌疾患」3件 (2.33%)、「運動器疾患」3件 (2.33%)、「生殖器疾患」1件 (0.78%)、「膠原病・アレルギー疾患」1件 (0.78%) で、「尿路疾患」「その他」はS病院に ($\chi^2=6.98-9.92, P<0.01$)、「悪性腫瘍」はK病院に有意に多かった ($\chi^2=14.31, P<0.01$)。これらの結果を表4に示す。

また看護師が精神的ケアを実施した理由として、回答のあった看護師数は47名 (46.53%) で、重複回答を含め回答件数は187件で、「不安を訴える」が最も多く47件 (25.13%)、ついで「落ち込んでいる」37件 (19.79%)、「意欲がない」18件 (9.63%)、「落ち着きがない」14件 (7.49%)、依存的14件 (7.49%)、「医療者への不平・不満」13件 (6.95%)、「頻回なナースコール」13件 (6.95%)、不眠「8件」(4.28%)、「治療や看護の拒否」7件 (3.74%)、「攻撃的」6件 (3.21%)、「治療上の制限を守らない」6件 (3.21%)、「何もしゃべろうとしない」4件 (2.14%) で、「落ち込んでいる」B病院に ($\chi^2=7.33, P<0.01$)、「依存的」はA病院に有意に多かった ($\chi^2=6.03, P<0.05$)。これらの結果を表5に示す。

さらに、これらの患者に対し、精神的ケアを開始した理由の回答は重複回答も含め53件で、A病院21件、B病院32件だった。精神的ケアを実施した理由として、「ほかのスタッフが協力してくれた」19件 (35.85%)、「患者や家族の強い要望があった」18件 (33.96%)、「その他」9件 (16.98)

表4 看護師の語る患者の特徴

	全体 n=101	A病院 n=56	B病院 n=44	FもしくはX ²
看護師の年齢	29.17 [7.70]	27.80 [5.56]	30.54 [9.85]	NS
看護師の経験年数	7.59 [7.36]	6.19 [5.38]	8.98 [9.35]	NS
患者の年齢	63.96 [15.794]	67.81 [16.748]	59.30 [13.31]	7.28**
患者の入院日数(日)	15.64 [21.04]	8.35 [8.29]	25.63 [28.15]	17.59**
性別	男性 60名 (59.41) 女性 40名 (39.60) 不明 1名 (0.990)	男性 34名 (60.71) 女性 22名 (39.29) 不明 0名	男性 26名 (59.09) 女性 18名 (40.91) 不明 1名 (2.27)	NS
病名	n=129 (%)	n=74 (%)	n=55 (%)	
①神経・筋疾患	6 (4.65)	5 (6.76)	1 (1.82)	NS
②循環器疾患	19 (14.73)	13 (17.57)	6 (10.91)	NS
③血液疾患	9 (6.98)	1 (1.35)	8 (14.55)	NS
④内分泌疾患	3 (2.33)	1 (1.35)	2 (3.64)	NS
⑤代謝栄養疾患	8 (6.20)	6 (8.11)	2 (3.64)	NS
⑥膠原病・アレルギー疾患	1 (0.78)	0 (0.00)	1 (1.82)	NS
⑦呼吸器疾患	11 (8.53)	4 (5.41)	7 (12.73)	NS
⑧消化器疾患	19 (14.73)	14 (18.92)	5 (9.09)	NS
⑨尿路疾患	11 (8.53)	11 (14.86)	0 (0.00)	9.92**
⑩生殖器(乳房を含む)	1 (0.78)	0 (0.00)	1 (1.82)	NS
⑪運動器疾患	3 (2.33)	3 (4.05)	0 (0.00)	NS
⑫悪性腫瘍	30 (23.26)	8 (10.81)	22 (40.00)	14.31**
⑬その他	8 (6.20)	8 (10.81)	0 (0.00)	6.98**

** P<0.01, []内はSD, ()内は% 注:疾患に重複あり

%)、「残業時間を使った」4件(7.55%)、「状況が急を要した」3件(0.06%)で、「患者や家族の強い要望があった」B病院に有意に多かった($\chi^2=6.79, P<0.01$)。これらの結果を表6に示す。

さらに、看護師が実施した精神的ケアは47件で、1日の中で「リラクゼーション」が最も多く、17.80分(SD±13.45)、ついで「患者が気持ちが悪く落ち着けるように静かな環境を整える」で16.75分

表5 看護師が精神的ケアを実施しようとした理由

	全体 n=187	A病院 n=97	B病院 n=90	χ^2
①不安を訴える	47 (25.13)	28 (28.87)	19 (21.11)	NS
②落ち着きがない	14 (7.49)	7 (7.22)	7 (7.78)	NS
③落ち込んでいる	37 (19.79)	14 (14.43)	23 (25.56)	7.33**
④医療者への不平不満	13 (6.95)	5 (5.15)	8 (8.89)	NS
⑤意欲がない	18 (9.63)	10 (10.31)	8 (8.89)	NS
⑥不眠	8 (4.28)	2 (2.06)	6 (6.67)	NS
⑦攻撃的	6 (3.21)	3 (3.09)	3 (3.33)	NS
⑧治療や看護の拒否	7 (3.74)	2 (2.06)	5 (6.67)	NS
⑨治療上の制限を守らない	6 (3.21)	3 (3.09)	3 (3.33)	NS
⑩頻回なナースコール	13 (6.95)	9 (9.28)	4 (4.44)	NS
⑪何もしゃべろうとしない	4 (2.14)	2 (2.06)	2 (2.22)	NS
⑫依存的	14 (7.49)	12 (12.37)	2 (2.22)	6.03*

*P<0.05, **P<0.01 ()内は%

(SD±26.27)、「気分転換を図る」が13.65分(SD±11.22)、「患者の話を傾聴する」13.07分(SD±11.56)、「家族や重要他者に対して患者の精神状態を説明し、協力を得る」が11.71分(SD±16.86)、「症状や治療、手術、今後の生活についての教育や指導をする」が10.62分(SD±10.32)、「医師との間にたつて調節する」7.00分(SD±5.41)、で、「症状や治療、手術、今後の生活についての教育

表6 看護師が精神的ケアを開始した理由

	全体 n=53	A病院 n=21	B病院 n=32	χ^2
①患者の状況が急を要した	3 (0.06)	1 (54.76)	2 (6.25)	NS
②患者や家族の強い要望があった	18 (33.96)	5 (23.81)	13 (40.63)	6.79**
③残業時間をつかった	4 (7.55)	3 (14.29)	1 (3.13)	NS
④他のスタッフが協力してくれた	19 (35.85)	7 (33.33)	12 (37.50)	NS
⑤その他	9 (16.98)	5 (23.81)	4 (12.50)	NS

**P<0.01 ()内は%

や指導をする」「患者の話を傾聴する」「医師との間にたつて調節する」がB病院に有意に多かった(T=6.30-29.48, P<0.01-0.05)。

また精神的ケアを実施しなかったと回答した看護師は54名(53.47%)で、精神的ケアを実施できなかった理由として、「時間がとれなかった」38名(70.37%)、「他の看護師が実施するため」5名(9.26%)、「かかわり方がわからなかった」4名(7.41%)、「自信がなかった」2名(3.70%)、「他の医療従事者が実施するため」2名(3.70%)だった。これらの結果を表7、表8に示す。

VI. 考察

今回、身体疾患を有する患者の不安、抑うつ状態は、疾患名と関連していたが、年齢や入院日数との関連はみられなかった。また患者の精神状態は適応障害を示しており、不安や抑うつが高いものほど、精神的ケア満足度は低く、今後の生活や社会復帰への不安を抱え、看護師ともしっかり話し

表7 看護師が行った精神的ケアの実態（分）

	全体n=47	A病院n=25	B病院n=22	T
	平均値、 ()内はSD	平均値、 ()内はSD	平均値、 ()内はSD	
症状や治療、手術、今後の生活等についての教育・指導する	10.62 (10.32)	7.26 (6.20)	14.43 (12.68)	6.30*
リラクゼーションを実施する(呼吸法、マッサージ法)	17.80 (13.45)	10.25 (7.76)	19.69 (14.08)	NS
患者の話を傾聴する	13.07 (11.56)	8.05 (8.63)	19.40 (11.75)	29.48**
気持ちが落ち着けるよう静かな環境に整える	16.75 (26.27)	16.29 (32.97)	17.14 (20.16)	NS
家族や重要他者に対して患者の精神状態を説明し、協力を得る	11.71 (16.86)	14.45 (22.54)	9.38 (10.45)	NS
気分転換を図る	13.65 (11.22)	8.00 (5.93)	16.67 (12.34)	NS
同様の状況にある患者同士で話し合う場を作る	1.00 (2.11)	1.67 (2.89)	0.71 (1.89)	NS
医師との間に立って調節する	7.00 (5.41)	4.50 (2.88)	9.33 (6.23)	7.02*
その他	10.43 (22.17)	1.50 (2.12)	14.00 (26.08)	NS

*P<0.05,**P<0.01

たいというニーズをもっていた。また、看護師は患者の言動の変化で精神状態の変化をキャッチしていたが、時間がとれずに十分な精神的ケアを提供することが困難である実態が明らかとなった。しかし、患者の精神状態は適応障害を示していたが、看護師による精神的ケアには満足していると

考えられた。ここでは1. 身体疾患と適応障害の関連、2. 患者の不安・抑うつと精神的ケアニーズ、精神的ケア満足度、看護師の精神的ケアの実態、3. 本研究の限界と今後の研究への示唆について考察を行う。

表8 看護師が精神的ケアを実施できなかった理由

	全体 n=54	A病院 n=35	B病院 n=19	χ^2
①時間がとれなかった	38 (70.37)	27 (77.14)	11 (57.89)	6.00*
②関わり方がわからなかった	4 (7.41)	2 (5.71)	2 (10.53)	NS
③自信がなかった	2 (3.70)	1 (2.86)	1 (5.26)	NS
④他の看護師が実施するため	5 (9.26)	4 (11.43)	1 (5.26)	NS
⑤他の医療者が実施するため	2 (3.70)	1 (2.86)	1 (5.26)	NS
⑥その他	3 (5.56)	0	3 (15.79)	NS

* $P < 0.05$, ()内は%

1. 身体疾患と適応障害の関連

今回、HADS総合点に関連がみられたものは疾患名であり、年齢や入院日数との関連はみられていなかった。対象者のHADS総合点は、11.26、HADS不安得点は5.57、HADSうつ得点は5.57で、HADS総合点は適応障害のカットオフポイントの値(10/11)を示していた。適応障害とは、はっきりと確認できるストレスをもとにおこる情緒面及び行動面の変化であり、抑うつもしくは不安状態を呈する状態をさす³¹⁾。今回、HADS総合点が高かったのは神経・筋疾患患者で19.00 (SD±6.20)、ついで生殖器疾患患者14.33、血液疾患13.78、運動器疾患13.40、尿路疾患12.25、代謝栄養疾患(内分泌疾患)12.21、悪性腫瘍11.61で、これらの疾患を有する患者は適応障害を示し、特に神経・筋疾患患者の値は適応障害を越えて、大うつ病を示

していた。千田らは、身体疾患を有する患者の有病率を示しているがその中でも、特にクッシング症候群(66.6%)、全身性硬化症(46-50%)、パーキンソン病の有病率(28.6-50%)と内分泌疾患や神経疾患に高いことを述べており、ついで、血液疾患(30.3%)、冠動脈疾患(16-23%)、悪性腫瘍(20-38%)、自己免疫疾患(20-25%)、糖尿病(8.5-27.3%)のうつ病の有病率が高いことを報告している³²⁾。今回も同様の結果を示していたと考えられた。野村らは、循環器疾患、心疾患、脳血管障害、悪性腫瘍と大うつ病性障害の有病率の高さを報告し、これらの病名が診断されたときに、早期に精神的支援を行うことで、患者の精神状態の悪化を防ぐことができると述べており³³⁾、今回も、患者の精神状態の悪化に看護師が気づいているものの精神科診断や精神的支援が十分になされているとは言い難く、今後看護師や精神看護専門看護師により、患者の精神状態に応じた精神的ケアを充実させていくことが重要であると考えられた。

また、今回、運動器疾患、尿路疾患の患者にもHADS総合点が高い傾向がみられていたが、千田らは、性機能障害や身体的活動能力の低下が抑うつを高くすることを述べており³⁴⁾、また宇佐美はがん患者を対象としたリエゾン・チームの成果の検討において、身体的機能の低下や性機能障害があるほど抑うつが高いことを報告している³⁵⁾。今回正確な重症度を把握していないが、運動器疾患や尿路疾患は、性機能障害や身体的活動の低下の誘因となり、患者の精神状態を悪化させているとも考えられた。今後、身体的機能や性機能障害の程度については詳細に把握していくとともに、このような障害が患者の精神状態を悪化させることを念頭におきながらケアを展開していく必要があると考えられた。

また、唐澤らは放射線治療を受けるがん患者(N=100)にHADSを実施し、33%に不安と抑うつが認められたと報告し³⁶⁾、また角田らは乳がん手術後の外来患者に対してHADSを実施し、HADS

不安得点は4点、HADS抑うつは5点だったことを報告している³⁷⁾。さらに松下らの研究では、手術を受ける消化器癌患者のHADS得点は、手術前に比べて手術後は、不安=2.0±3.4、抑うつ=2.9±3.7 (N=85) と高くなり、特に抑うつは、手術後は退院後6ヶ月経ても、手術前の値には戻らないと報告している³⁸⁾。今回の「悪性腫瘍」をもつ対象者は、今回対象となった悪性腫瘍以外の他の疾患に比べるとHADS総合点は低かったが、適応障害の値を示しており、また既存のがん患者の不安やうつ状態の研究報告と比較すると、HADS総合点、HADS不安得点、HADSうつ得点は高かった。どちらの病院も緩和ケア・チームが存在している病院であるが、緩和ケア・チームや治療チームが存在していても、必ずしも患者の精神状態が改善しているとは限らないと考えられ、患者の変化に気づき患者の精神状態に応じて早期に精神的支援を提供できる看護師へのコンサルテーションおよびこれらのケアを適切に提供できる精神看護専門看護師の存在ならびに精神科医との連携が重要であると考えられた。

2、患者の不安・抑うつと精神的ケアニーズ、精神的ケア満足度、看護師の精神的ケアの実態について

今回の対象者は、看護師からの精神的ケアに満足していると考えられたが、一方で、精神状態が悪化するほど精神的ケア満足度は低くなっていた。また精神状態が悪化するほど、今後の生活への不安、仕事や社会復帰の見通し、病気や病状とのつきあいに関する精神的ケアニーズが語られ、これらの精神的ケアニーズに答えることが、患者の精神的ケア満足度を高め、精神状態の安定化を促進できると考えられた。堀、窪寺らは病院に入院している患者の満足度調査において、患者の満足度を高める医療・ケアは、精神的な苦痛をとることであることを報告しており、今回も精神状態が悪くなるほど、ケア・ニーズは高くなっていると考えられた^{39)・40)}。今回、対象となった看護師は患者

の状態の変化に気づき、リラクゼーションを行ったり、患者の気持ちが落ち着くような環境の提供を行い、患者の話しを充分傾聴しながら患者の理解に努めながらケアを展開しており、これらのケアが患者の精神的ケア満足度を高めていたと考えられた。すなわち適応障害のカットオフ値を示していても、これらの精神的ケアで患者の精神状態がある程度は落ち着いていることも推察できた。しかし一方、精神状態がさらに悪化している患者に対しては、精神的ケアニーズも他の患者と異なるため、精神状態の程度に応じた精神的ケアが必要であると考えられ、患者の身体状態や身体疾患の治療状況を理解しながら精神的ケアを実施し、かつ看護ケア方法について看護スタッフにコンサルテーションが実施できる精神看護専門看護師の早期の導入および他職種との連携が重要であると考えられた。今後患者の精神状態の程度に応じた看護ケア方法論を明確にしていく必要があると考えられた。

また身体疾患を有する患者の精神的ケアについては、精神看護専門看護師の研究が見受けられ、川名、福井らはがん患者に対する小集団精神療法を実施し、介入前後で患者のうつ状態が改善したことを報告している^{41)・42)}。また宇佐美は、総合病院に入院する慢性疾患患者に対し、精神看護専門看護師を中心としたリエゾン・チームを構築し、リエゾン・チームによるケア・プロトコルを作成・実施しその評価を行い、介入前後で患者の不安、抑うつが改善し、患者のQOLが改善したことを報告している⁴³⁾。すなわち、精神状態が悪化した患者には早期に精神看護専門看護師による小集団精神療法を実施し、リエゾン・チームという多職種間連携を強化するケアシステムのもとに、精神的ケアを提供していく必要があると考えられた。

このように、身体疾患をもち不安や抑うつが高い患者に対し、看護師の精神的ケアの実態や精神看護専門看護師による介入の実態や成果、課題が明らかになってきているが、どのような精神状態

や精神的ケアニーズをもつ患者に対し、どのようなケアが最も有効なのか、またそのケアが患者のQOLをどう改善していくのか、についての研究はまだはじまったばかりだといえる。今後、看護師や精神看護専門看護師による精神的ケアの内容を充実させ、このような精神的ケアが患者の精神状態やQOLにどう影響していくのかを明確にしていく必要があると考えられた。

3. 本研究の限界と今後の研究への示唆

本研究において、身体疾患を有する患者の不安、抑うつの実態、精神状態に応じた精神的ケア・ニーズと精神的ケア満足度、看護師の精神的ケアの実態が明らかになったが、今後対象者数を増やし、結果の一般化をはかる必要があるだろう。さらに、患者の精神状態の違いに対し、どのような精神的ケアが最も効果を生むのか、その介入方法と成果、について、看護師ならびに精神看護専門看護師がやれる範囲をより明確にしていく必要があると考えられた。

今回、闘病中および多忙な状況にも関わらず、本研究にご協力いただきました病院の患者様、看護師の皆様にご心より感謝いたします。

文献

- 1) 村社会・援護局障害保健福祉部, 精神・障害保健課, 厚生労働省: 自殺・うつ病等対策プロジェクトとチームとりまとめについて, 2010年5月
- 2) 千田要一他: 「うつ」と身体疾患, 臨床精神医学, 35(7), p927-933, 2006
- 3) 秋月伸哉他: がん患者の精神症状とその早期発見, 医学のあゆみ, 25(12), 898-902, 2003
- 4) 宇佐美しおり他: 精神看護専門看護師の活動の効果に関するプロジェクト, 平成14-15年度社団法人日本看護協会, 2002
- 5) 野末聖香他: 精神看護専門看護師の直接ケア技術の開発及び評価に関する研究, 平成13年度厚生科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業研究報告書, 2002.
- 6) 宇佐美しおり他: 日本におけるCNS等の機能とその役割についての研究, 平成9年度厚生省看護対策特別事業研究報告書, 1998.
- 7) 宇佐美しおり他: 精神看護専門看護師の直接ケア技術の開発及び評価に関する研究-第1回-, 看護, 55(12), 67-74, 2003
- 8) 宇佐美しおり他: 精神看護専門看護師の直接ケア技術の開発及び評価に関する研究-第2回-, 看護, 55(13), 76-81, 2003
- 9) 福田紀子他: 精神看護専門看護師の直接ケア技術の開発及び評価に関する研究-第3回-, 看護, 55(14), 78-85, 2003
- 10) 福田紀子他: 精神看護専門看護師の直接ケア技術の開発及び評価に関する研究-第4回-, 看護, 56(1), 86-94, 2004
- 11) 片平好重他: 精神看護専門看護師の直接ケア技術の開発及び評価に関する研究-最終回-, 看護, 56(2), 84-87, 2004
- 12) 野末聖香他: 精神看護専門看護師によるコンサルテーションの効果, 看護, 56(3), 70-75, 2004
- 13) 宇佐美しおり他: 精神障害者へのAssertive Community Treatment (ACT) の評価に関する研究-ケースマネジメントにおける精神看護専門看護師の役割, 熊本大学医学部保健学科紀要, 第6号, 85-98, 2010
- 14) 宇佐美しおり他: 病状が不安定な精神障害者の自立支援における退院支援ケア・パッケージを含む集中型包括ケア・マネジメントモデルの開発, インターナショナル・ナーシングレビュー, 32巻, 1号, 88-95, 2009
- 15) 前掲論文, 2)
- 16) 前掲論文, 2)
- 17) 角田ゆう子他: 乳がん述語外来患者のHADSscoreによる精神的QOLの検討, 日臨外会誌, 66(1), 1-6, 2005
- 18) 前掲論文, 3)
- 19) Arimura, T, et al (2004) :The Effects of Patient-Therapist Relationship and Clinical Improvement on Patient Satisfaction in Depressive Disorder, JpnJ.Psychosom. Med, 44:349-354, 2004
- 20) 前掲論文, 4), 2-12
- 21) 宇佐美しおり他: 慢性疾患で精神症状を呈する患者への地域精神科医療モデル事業およびその評価, 熊本大学医学部保健学科紀要, 第5号, 9-18, 2009
- 22) 堀啓造: 消費者行動からみる患者満足, 日本消費者行動研究学会第31回消費者行動研究カンファレンス報告書, 4, 中京大学名古屋キャンパス発表論文, 2005
- 23) 窪寺俊之: スピリチュアルケアとQOL, 柏木哲夫編, 緩和医療学, 230-231, 三輪書店, 1999
- 24) 野末聖香他: 精神看護の看護技術評価, 平成17年度-19年度文部科学省科学研究費補助金基盤研究 (B), 研究成果報告書, 2008
- 25) 川名典子: がん患者のためのサポートグループ, 33 (5), 臨床精神医学, 655-660, 2004
- 26) Fukui, S, et al: Participation in Psychosocial Group Intervention among Japanese Women with Primary Breast Cancer and its Associated Factors, Psycho-Oncology, 10: 419-427, 2001
- 27) 前掲論文, 4)

- 28) 前掲論文, 23)
- 29) 北村俊則：Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS尺度), 精神科診断学, 4(3), 371-372,1993
- 30) Kugaya,A,et al:Screening for Psychological Distress in Japanese Cancer Patients,Japanese Journal of Clinical Oncology, 28(5),333-338, 1998
- 31) 高橋三郎他訳：DSM－IV-TR, 精神疾患簿分類と診断の手引き, P231-232, 医学書院, 2002
- 32) 前掲論文, 2)
- 33) 野村総一郎他：標準精神医学, 292-293, 医学書院, 2009
- 34) 前掲論文, 2)
- 35) 前掲論文, 21)
- 36) 唐澤久美子他：放射線療法を受けた乳癌患者の不安・抑うつとその対応, 乳がんの臨床, 18(3), 204-211, 2003
- 37) 前掲論文, 17)
- 38) 松下年子他：手術を受ける消化器癌患者の不安・抑うつおよびQOLと対処行動との関連, 日保誌, 8(5), 5-15, 2005
- 39) 前掲論文, 22)
- 40) 前掲論文, 23)
- 41) 前掲論文, 25)
- 42) 前掲論文, 26)
- 43) 前掲論文, 21)