

〈研究報告〉

抑うつ・不安を有する慢性疾患患者への精神看護専門看護師による介入の評価

宇佐美しおり¹⁾・野末 聖香²⁾・安藤 幸子³⁾
上野 恭子⁴⁾・福田 紀子²⁾・石井美智子⁵⁾

要 旨

本研究は、1大学病院において、血液疾患を有し、研究に協力の得られた患者で、抑うつや不安が強いと考えられた患者 30 名に対し、精神看護 CNS によるケアプロトコルの介入を行い、その評価を行った。評価は介入前、介入後で行い、NRS、PS、PHQ-9、HADS、SF-8、CSQ を用い、患者による自己記載を依頼した。倫理委員会で承認を得た後、平成 24 年 2 月から平成 25 年 3 月までの間に研究を行った。対象者は、急性白血病、急性・慢性骨髄性白血病、悪性リンパ腫で、痛みは強く、日常生活も支障を受けており、抑うつや不安は中等度だった。これらの対象者はすでに精神科医による診察を受け、抗うつ薬の処方を受けていた。CNS による介入後、痛みの軽減、日常生活の改善、抑うつ・不安の軽減が見られており、痛みや日常生活の改善は身体疾患の治療によるものと考えられた。また抑うつ・不安の改善は、身体疾患の治療の効果でもあるが、その一方で、対象者は中等度の抑うつですでに抗うつ薬の処方を受けているため、抑うつや不安の改善に影響しやすい精神科薬物療法の効果ではないと考えられた。すなわち、身体疾患の治療効果以外に、抑うつ・不安の改善には、CNS による介入が関連しているとも考えられ、心理社会的問題を有する慢性疾患をもつ患者には、CNS による介入が重要であると考えられた。しかし対象者数が少なく、対照群の設定もないことから、抑うつ・不安の改善が精神看護 CNS によるものとは断言しがたく、今後対象者数を増やし、対照群を設定した無作為化比較試験が必要であると考えられた。

The purpose of this study was to show the effectiveness of care protocol by Certified Nurse Specialist (CNS) in liaison-psychiatric nursing for the people with chronic illness in the general hospital. ACNS in liaison-psychiatric nursing intervened to the patients according to the standard of care protocol by CNS. This care protocol was constructed by the previous researches and intervention had been implemented by CNS mainly. Thirty patients who consented to this study were intervened by CNS between Feb. 2012 and Mar. 2013. They had chronic illness which was ALL,AML,CML,and ML without mental illness. Numeric Rating Scale (NRS), Performance Status (PS), Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), SF-8 (Short-Form8) and Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) were written by patients at the time of baseline before intervention and at the end of intervention. Those questionnaires were returned to CNS. Thirty patients had high NRS and PS scores and moderate depression and anxiety scores at the baseline, but after intervention, NRS, PS, depressive-anxiety state, and SF-8 were significantly improved. The improvement of NRS and PS were caused by physical treatment. But depression-anxiety and SF-8 were significantly improved by care of CNS. In this study it was thought that mild depression-anxiety caused by psychosocial problems were improved by CNS. But this study had some limitation which were small subjects and no control group. So this study couldn't be generalized.

Key words : 精神看護 CNS、慢性疾患、抑うつ、不安

¹⁾ 熊本大学生命科学研究部, ²⁾ 慶應義塾大学看護医療学部, ³⁾ 神戸市看護大学, ⁴⁾ 順天堂大学医療看護学部, ⁵⁾ 北里大学看護学部

1. 本研究の背景

平成 25 年度の日本における年間自殺者数は 2.7 万人であり、この数年若干減少傾向にあるものの依然社会的問題である。自殺の原因として、健康問題が最も多く、次いで経済・生活問題であり、健康問題としては、うつ病、身体疾患への悩みが、あげられている。平成 20 年の厚生労働省の「患者調査」によると、平成 8 年に 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勧められているものの対策の成果があがっているとは言い難いことが報告されている（厚生労働省, 2010）。また精神科外来の患者数は気分障害が最も多く、ついでストレス関連性障害、統合失調症の順となっている。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ており、厚生労働省は、気分障害やストレス関連性障害などは、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対策に取り組み始めている。

慢性の身体疾患（慢性疾患）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少なくなく、悪性腫瘍をもつ患者では約 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 患者では 20～25%、慢性関節リウマチ患者では 13～20% といわれており、悪性腫瘍や血液疾患、腎・肝疾患などの身体疾患患者の 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（秋月ら, 2003；千田ら, 2006）。また、うつ状態やうつ病の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なれるかは、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、適切な精神的ケアを提供することが困難になってきている（宇佐美ら, 2002）。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、抑うつや不安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と考えられる。

このような患者の精神的問題のケアに当たる高度実践看護師として、精神看護専門看護師（以下、精神看護 CNS）がいる。精神看護 CNS 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 CNS は、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。その結果として、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が報告されている（宇佐美ら, 2009, 2010）。

今回は、これまでの研究成果をもとに精神看護 CNS が行う精神的ケアのプロトコルを作成し、介入の評価を行うことを目的とした。本研究を行うことで、身体疾患を有し抑うつ・不安を呈する患者への精神的ケアの方法がより明確となり、患者の精神状態の悪化の予防、早期の退院、生活の質向上に貢献することができると考えた。

2. 研究方法

1) 対象者

九州管内の研究に同意の得られた 1 大学医学部附属病院に慢性疾患（白血病、悪性リンパ腫）治療のために入院し、精神看護 CNS による精神的ケアを希望する 20～70 歳の患者 30 名を対象とした。認知症患者、すでに精神疾患の治療を受けている患者は除外した。

2) 調査方法

研究デザインは前後比較研究である。対象病院に入院する慢性疾患（白血病、悪性リンパ腫）患者で、抑うつ状態、不安状態にある患者に対してプロトコルに基づいたケアを行い、ケアの前後で抑うつと不安のレベルを比較した。抑うつ状態、不安状態にある患者の抽出は、病棟師長、主治医に依頼した。患者抽出にあたっては、先行研究から①ナースコールが頻回、②気分が落ち込む、③行動が落ち着かない、④不安が強い、⑤ナースや医療者を攻撃する、⑥ナースのケアを拒否する、⑦ナースに過度に依存する、⑧身体症状を頻回に訴える、⑨何もしゃべろうとしない、⑩自暴自棄になっている、⑪薬や注射を過度に要求する、⑫回復への意欲がないようにみえる、⑬不眠、⑭希死念慮、のいずれかがあることを目安とした（野末ら, 2002）。病棟看護師長および病棟における主治医から患者に精神看護 CNS によるケアをすすめてもらい、ケアを受けることおよび研究協力に合意し患者にケアを実施

し、その前後で質問紙調査への協力を得た。

研究への同意が得られた後に研究者が質問紙の配布を行い、記載後、研究者へ渡してもらった。

3) ケア内容

これまでの先行研究から次の内容でケアを1週間に2～3回、1回30分以上で構成した。

- (1) ケアの目的を伝え、患者の不安や抑鬱への傾聴を行い、カタルシスを促進し、患者自身が自分の治療や病気と生活や人々の関係を見直したり、何が最も苦痛になっているのかを一緒に探索する。
- (2) 苦痛の原因について、治療の内容と程度などを聞きながら苦痛を軽減できるものについては病棟主治医、受け持ち看護師とともに検討し、軽減する。
- (3) 患者の苦痛が家族関係の変化、仕事、サポートに関することであれば、それらについて傾聴し、状況を整理しながら取り組める内容を検討し、必要に応じて資源の調整を行う。
- (4) 精神状態の管理を自分で行うために、今の精神状態を認識してもらいながら、何が抑うつ・不安状態を強めているのかを話しあい、どのような生活を送ると身体状況や精神状態が管理できるのか、を日常生活の見直しと再構築を目的として話しあう。
- (5) 精神状態の管理の方法について検討する。必要に応じては病棟主治医と話しあい、精神科医に精神科診断と向精神薬の処方依頼を行い、精神科治療へのトリアージを行う。
- (6) 身体症状が強い場合には、リラクゼーションを行い、緊張の軽減を図る。
- (7) 病棟看護師に対しケア方法のコンサルテーションを1週間に1回実施する。

4) 評価指標

- (1) 日本語版こころとからだの質問票（日本語版 Primary Care Evaluation of Mental Disorders Patient Health Questionnaire-9, 日本語版 PHQ-9）

日本語版 PHQ-9 については、味村らが、信頼性・妥当性の検討を行っている。精神科医院外来通院患者 471 名を対象に PHQ-9 と HAMD-17 を実施し、双方の質問紙には強い相関がみられ、また内部一貫性も高いことが明らかとなっている（味村ら, 2011）。

- (2) 抑うつ・不安尺度（Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS）

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、抑うつ7項目、不安7項目の計14項目からなる。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（北村, 1993）。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、適応障害及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点であると述べている（Kugaya et al., 1998）。

- (3) SF-8TM アキュート版（Short Form-8, SF-8）

健康関連 QOL を測定するための尺度の一つで、すでに日本でも広く使われ標準化されている SF-36 の短縮版である。①身体的機能、②役割機能、③体の痛み、④健康観、⑤活力、⑥社会生活機能、⑦日常役割機能、⑧こころの健康の8つの健康領域を測定する。今回使用した SF-8 アキュート版（振り返り期間が1週間）の日本語版は、まだ信頼性・妥当性が明確にされていない段階だが、振り返り期間を1ヶ月とした SF-36 では期間が長すぎることで、回答時の患者の負担を考慮し、SF-8 を使用することとした。

- (4) クライアントサービス満足度質問紙（Client Satisfaction Questionnaire, CSQ-8J）

治療や治療サービスの満足度を測定する8項目からなる質問紙であり、UCSF, Clifford らによって開発され、伊藤らによって日本語版が作成されており、高い内的整合性が得られている（Attkisson, C.C., Greenfield, T.K.; 立森・伊藤, 1999）

- (5) リエゾン・ナースのケア記録：リエゾン・ナースが支援した内容をケア・プロトコルにそって記載する。

- (6) 対象者の属性と機能の状態：対象者の属性については抑うつ・不安に関連するといわれている診断、診断からの月数、再発の回数、年齢、性別、同居の有無の記載を依頼し、痛みについては Numeric Rating Scale（以後 NRS と呼ぶ）、全身の状態については Performance Status（以後 PS と呼ぶ）を用いて評価を行った。

ケアの評価は、ケア前、ケア終了時（すべての面接が終了した時期）に行い、PHQ-9, HADS, SF-8, CSQ-8 の自記式質問紙で評価を行った。またリエゾン・ナースはケア記録を電子カルテに残して分析の対象とした。

5) 調査期間

倫理委員会で承認が得られた平成24年2月8日から平成25年3月31日までの間、調査を実施した。

6) 研究の倫理的配慮

熊本大学大学院生命科学研究部疫学・一般研究倫理委員会、対象施設での倫理委員会での承認を得た後(倫理第 504 号)、対象者に研究の目的、意義、方法を説明し、研究に同意の得られた対象者に支援を行い、郵送法による質問紙調査を依頼した。同一人物であることを確認するため、質問紙の右上に番号が記載されているが、これは研究終了後、番号をつけかえ、個人や施設名が特定されない形で、分析を行った。また専門学会、学会誌への発表や報告書作成を行っていき、この際も、個人や施設名が特定されない形で発表を行うことを伝え同意を得た。

また対象者の身体状態が悪くない日に調査の依頼を行った。

7) 分析方法

研究データは、統計学パッケージ SPSS (VERSION, 21.0) を使い、ノンパラメトリック検定を用い、ウイルコクソンの符号付順位和検定を用いた。またケア記録は質的内容分析を行った。分析の妥当性の検討は研究者間で行った。

3. 結果

1) 対象者の特徴

対象となった患者は 30 名であった。対象者の平均年齢は 57.3 歳 (± 10.8)、発症年齢は 56.6 歳 (± 10.6) で、疾患内訳は、悪性リンパ腫 (非ホジキン) が 25 名、急性骨髄性白血病が 2 名、血小板減少性紫斑病が 1 名、肺がん 2 名だった。また転移の有無ありが 24 名、なしが 6 名で、男性 24 名、女性 6 名だった。診断からの月数は 12.3 か月 (± 12.3) で、再発の回数は 1 回 - 3 回だった。また対象者の一部は、入院後 CNS のケアを受ける前に精神科医を受診し向精神薬を処方されていたが、その内服量はベンゾジアゼピン等価換算で 1.4mg (± 2.0)、アミトリプチン等価換算で 1.3mg (± 3.4) と少なく、また内服しないままの患者もいた。化学療法の予定クールは 3.8 クール (± 1.1) だった。

2) 対象者の痛みと日常生活機能

対象者の痛みは、NRS によるスコアが介入前で 3.3 (± 0.7)、日常生活の様子は、PS によるスコアが平均 2.7 (± 0.6) であり、痛みは若干強く、歩行や身の回りのことは自分でできるが時に少し介助が必要な状態だった。また日中は 1 日の中で、半分以上起きているという状態での生活であった。CNS の介入後は、痛みは 1.6 (± 0.7)、日常生活機能は 1.3 (± 0.5) となっていた。これは CNS の介入より、身体疾患の治療による効果と考えられた。

3) 対象者の精神状態

対象者の精神状態は、介入前の PHQ スコアが 10.8 (± 4.7)、HADS 抑うつが 9.8 (± 3.8)、HADS 不安が 7.8 (± 4.2)、HADS 合計が 19.3 (± 6.6) であり、抑うつや不安は中等度～重度と高い得点であった。CNS 介入後は、PHQ が 3.6 (± 1.7)、HADS 抑うつが 5.3 (± 2.6)、HADS 不安が 4.9 (± 2.4)、HADS 合計が 10.2 (± 4.0) といずれも低下し、患者の抑うつ、不安が有意に改善した ($Z = -0.4 \sim -2.9$, $P < 0.01$)。さらに、SF-8 については、介入前が 30.7 (± 7.5)、介入後が 21.0 (± 2.9) と身体状態に関連した QOL も有意に改善がみられた ($Z = -3.2$, $P < 0.01$)。また介入後に測定したケア満足度は 25.2 (± 2.8) と高かった。

これは先に研究者らが実施した精神科リエゾンチームの介入研究と比較すると対象者の介入前のうつ状態は軽く、また用いているアミトリプチン量も少なかったが (宇佐美ら, 2009)、精神科医にすでにかかっていた抗うつ薬が処方されている対象者たちであった。

また介入後の PHQ は介入後の HADS 不安、HADS 合計と有意な相関を示していた ($\rho = 0.8$, $P < 0.01$)。また介入後の HADS 抑うつと、年齢、介入前 HADS 不安、HADS 合計、介入前 SF-8、介入後 SF-8 は中等度の有意な関連がみられていた ($\rho = 0.5 \sim 0.8$, $P < 0.01$)。すなわち年齢が高いほど介入後の抑うつは低く、介入後の抑うつには介入前の不安や身体状態が関連すると考えられた。また介入後の CSQ には睡眠剤の使用量が中等度に関連していた ($\rho = -0.6$, $P < 0.05$)。すなわちケア満足度が高くなると睡眠剤の使用量が減っていた。これらの結果を表 1、表 3 に示す。

4) CNS の介入

CNS の平均介入回数は 7 回 (± 3.5 、最少は 4 回で最大は 11 回) で、介入内容としては、〈患者の抑うつ・不安と身体状況・治療状況のアセスメントを行う〉〈抑うつ・不安の契機となっている出来事の記述と心配の表現を促し、精神的負担を軽減する〉〈症状管理の方法を提示する〉〈精神症状を減らすための日常生活の再構築を行う〉〈医療者へのコンサルテーションを行う〉に分類できた。

〈患者の抑うつ・不安と身体状況・治療状況のアセスメントを行う〉は、「抑うつ・不安の程度と抗不安薬・抗うつ薬の必要性の判断」「抑うつ・不安のはじまりと身体・治療状況の査定」「軽減すべきストレスを判断する」「支援の組み立てを行う」に分類できた。

また〈抑うつ・不安の契機となっている出来事の記述と心配の表現を促し、精神的負担を軽減する〉は、「抑うつ・不安のきっかけの表現を促す」「心配な出

表 1 対象の特徴および治療状況 N=30

項目	平均±SD または人数 (%)
<基本属性>	
性別 男性/女性	24 (80.0) / 6 (20.0)
年齢 (歳)	57.3 ± 10.8
<治療状況>	
診断名 悪性リンパ腫 (非ホジキン)	25 (83.3)
急性骨髄性白血病	2 (6.7)
血小板減少性紫斑病	1 (3.3)
肺がん	2 (6.7)
発症年齢 (歳)	56.6 ± 10.6
診断からの月数 (月)	12.3 ± 12.3
再発回数 (回)	1.9 ± 0.6
転移の有無*	
あり	24 (80.0)
男性/女性	14 / 10
なし	6 (20.0)
男性/女性	6 / 0
BZ 換算 (mg)	1.4 ± 2.0
アミトリプチン換算 (mg)	1.3 ± 3.4
化学療法前クール数 (回)	1.5 ± 1.0
化学療法実施予定のクール数 (回)	3.8 ± 1.1

*: $\chi^2=0.26$ で有意差なし

表 2 CNS 介入前と介入後の得点比較*

質問紙	介入前		介入後		Z
	Mean	SD	Mean	SD	
NRS	3.3	0.7	1.6	0.7	n.s.
PS	2.7	0.6	1.3	0.5	-3.6**
PHQ-9	10.8	4.7	3.6	1.7	-3.3**
HADS- 抑うつ	9.8	3.8	5.3	2.6	-0.4**
HADS- 不安	7.8	4.2	4.9	2.4	-2.5**
HADS- 合計	19.3	6.6	10.2	4.0	-2.9**
SF-8	30.7	7.5	21.0	2.9	-3.2**
CSQ-8	-	-	25.2	2.8	-

N=30

*: Wilcoxon の符号付順位和検定を用いて分析した。

** : P<.01

NSR (0: 痛みなし-10: これ以上ない痛み)

PS (0: まったく問題ない-4: まったく動けない)

PHQ-9 (0-3 得点が高くなるほど状態が悪い)

HADS (0-3 高得点のほうが心理学的苦悩が高い)

SF-8 (1: 最高に良い-5: 全く良くない)

CSQ-8 (4: とてもよい-1: よくない)

表 3 各変数の関連

	年齢	発症年齢	診断からの月数	再発回数	BZ 換算	アミトリプチン換算	腫瘍剤の使用量	介入前 NRS	介入後 NRS	介入前 PS	介入後 PS	介入前 PHQ	介入後 PHQ	介入前 HADS 抑うつ	介入後 HADS 抑うつ	介入前 HADS 不安	介入後 HADS 不安	介入前 HADS 合計	介入後 HADS 合計	介入前 SF8	介入後 SF8	介入前 CSQ	介入後 CSQ	CNS 面接回数	
年齢	1.0																								
発症年齢	0.9**	1.0																							
診断からの月数	0.3	0.1	1.0																						
再発回数	-0.1	-0.2	-0.01	1.0																					
BZ 換算	-0.2	-0.1	-0.4	0.2	1.0																				
アミトリプチン換算	0.2	0.2	-0.2	0.1	0.2	1.0																			
腫瘍剤の使用量	-0.2	-0.2	-0.004	0.9**	0.3	0.1	1.0																		
介入前 NRS	-0.1	-0.1	-0.5	-0.6	-0.0	-0.2	-0.1	1.0																	
介入後 NRS	-0.2	-0.1	-0.4	-0.7	-0.1	-0.4	-0.3	0.8**	1.0																
介入前 PS	-0.2	-0.2	-0.3	0.6	-0.3	0.2	0.5	0.2	0.1	1.0															
介入後 PS	-0.2	-0.1	-0.3	0.5	-0.3	-0.3	0.4	0.5*	0.6	1.0															
介入前 PHQ	0.01	0.1	-0.5	-0.4	-0.08	0.1	-0.1	0.6*	0.5*	0.2	0.1	1.0													
介入後 PHQ	-0.3	-0.2	-0.01	-0.01	0.3	0.02	0.2	0.2	0.01	-0.4	-0.1	-0.1	1.0												
介入前 HADS 抑鬱	-0.3	-0.3	-0.2	-0.7	-0.04	-0.5	-0.4	0.7*	0.7**	-0.01	0.1	0.5*	0.3	1.0											
介入後 HADS 抑鬱	-0.5*	-0.4	-0.5	-0.04	0.2	-0.5	0.1	0.6*	0.6**	0.2	0.5	0.6*	0.3	0.7**	1.0										
介入前 HADS 不安	-0.2	-0.2	-0.3	-0.7*	-0.05	-0.2	-0.3	0.6*	0.5*	-0.2	-0.2	0.6*	0.3	0.7**	0.8**	1.0									
介入後 HADS 不安	-0.1	-0.1	-0.2	-0.1	0.2	-0.4	0.1	0.2	0.09	-0.3	-0.1	-0.02	0.8**	0.4	0.3	0.5	1.0								
介入前 HADS 合計	-0.1	-0.1	-0.1	-0.9**	0.02	-0.2	-0.4	0.7**	0.6*	-0.1	-0.2	0.5	0.2	0.9**	0.4	0.9**	0.2	1.0							
介入後 HADS 合計	-0.4	-0.3	-0.4	-0.05	0.3	-0.5	0.2	0.6*	0.4	-0.07	0.2	0.2	0.8**	0.7**	0.8**	0.5*	0.8**	0.5	1.0						
介入前 SF-8	-0.2	-0.1	-0.1	-0.7*	-0.01	-0.5	-0.5	0.7*	0.8**	-0.03	0.2	0.5	0.2	0.8**	0.7**	0.4	0.01	0.6*	0.4	1.0					
介入後 SF-8	-0.3	-0.1	-0.4	-0.3	0.2	0.04	0.04	0.4	0.3	0.2	0.1	0.4	0.2	0.5	0.6*	0.1	0.1	0.2	0.5	0.5	1.0				
介入後 CSQ	-0.1	-0.03	0.3	-0.7*	-0.1	0.02	-0.6*	0.2	0.1	-0.3	-0.3	0.2	-0.1	0.3	0.04	0.3	-0.17	0.4	-0.1	0.5	0.3	1.0			
CNS 面接回数	-0.4	-0.5	0.5	0.3	0.03	-0.4	0.01	0.4	0.3	0.01	0.1	-0.2	0.2	0.6	0.5	-0.3	-0.5	0.7	0.1	0.7	0.4	0.3	1.0		

*: p<0.05, **: p<0.01

スピアマンの順位相関係数を用いた。

表 4 CNS の介入

カテゴリー	サブカテゴリー
患者の抑うつ・不安と身体状況・治療状況のアセスメントを行う	抑うつ・不安の程度と抗不安薬・抗うつ薬の必要性の判断 抑うつ・不安のはじまりと身体・治療状況の査定 軽減すべきストレスを判断する 支援の組み立てを行う
抑うつ・不安の契機となっている出来事の記述と心配の表現を促し、精神的負担を軽減する	抑うつ・不安のきっかけの表現を促す 心配な出来事の表現を促す 本人のニーズを明確にする
症状管理の方法を提示する	治療中でも本人のセルフケアを促す 身体治療中でもストレスマネジメントを促す 抑うつ・不安が強くなった時の対応方法 (寝る、歩く、臨時薬の内服、人と話す) を検討する
精神症状を減らすための日常生活の再構築を行う	身体症状が弱い時にできるだけ普段の生活を促進する これまでのなじみのある人や家族との交流を積極的に促す 化学療法の影響への対応を入れた生活パターンを作る
医療者へのコンサルテーションを行う	患者の安心感を提供するために一貫した対応を話し合う 患者の精神症状の程度・不安・抑うつと出来事との関係をスタッフに説明し続ける 患者の抑うつ・不安を軽減するためのスタッフの対応の必要性を伝える スタッフの無力感を理解し、精神的支援を行う

来事の表現を促す」「本人のニーズを明確にする」に分類できた。さらに〈症状管理の方法を提示する〉においては、「治療中でも本人のセルフケアを促す」「身体治療中の中でもストレスマネジメントを促す」「抑うつ・不安が強くなった時の対応方法（寝る、歩く、臨時薬の内服、人と話す）を検討する」に分類できた。また〈精神症状を減らすための日常生活の再構築を行う〉では「身体症状が弱い時にできるだけ普段の生活を促進する」「これまでのなじみのある人や家族との交流を積極的に促す」「化学療法の副作用への対応を入れた生活パターンを作る」に分類できた。また〈医療者へのコンサルテーションを行う〉では、「患者の安心感を提供するために一貫した対応を話し合う」「患者の精神症状の程度・不安・抑うつと出来事との関係をスタッフに説明し続ける」「患者の抑うつ・不安を軽減するためのスタッフの対応の必要性を伝え続ける」「スタッフの無力感を理解し、精神的支援を行う」に分類できた。

4. 考 察

今回の対象者は、抑うつ・不安の程度は中等度と若干高かったが、精神科医をすでに受診し、1週間に1回の精神科薬物療法（服薬は毎日）と心理療法をすでに受けていた。また介入期間中の向精神薬量の変更はなかったが、CNSの介入後は抑うつ・不安が軽減されていた。また介入後のPHQには介入前の抑うつ・不安、身体状況が関連しており、身体状況が対象者の抑うつや不安を強度にしているもののCNSの介入によってこれらが軽減していた。

日本うつ病学会の大うつ病性障害の治療ガイドラインにおいては、軽症うつ病に対しては必ずしも向精神薬の処方が必要ではないこと、患者の背景と病態の理解に努め支持的精神療法が効果があることがのべられている（日本うつ病学会，2013）。今回、CNSの介入内容を見ると病気に伴うショック、苦痛を対象者と共有しながらも、対象者に患者の身体疾患の治療や発症に伴う心理社会的出来事の変化の受け入れを促し、社会生活・役割変化の受容を促し、身体症状と精神症状の管理方法や日常生活の見直しへの支援など、支持的療法だけではなく、患者の心理社会的問題や日常生活、身体管理や精神症状の管理に対する介入を行い、患者の症状管理能力を高める支援を行っていた。峰らは、CNSの地域生活への移行支援における研究において、CNSの行う症状管理のための面接は、患者の病状管理能力を高めセルフケア行動を改善し入院期間を減らし地域での生活期間を延長させたことを量的分析によって示している（峰ら，2014）。またCarmen、Ruedaらは、肺がんやがん治療を受けている患者の抑うつ・QOLを改善するためには、

活動や一時的なリラクゼーション、精神分析的な精神療法により、症状を和らげ、症状を管理し、さらに本人が気になっていることへの心理社会的介入が効果があることを報告している（Carmen, W. H. et al., 2011; Rueda, JR. et al., 2011）。今回CNSの介入評価を入院日数や地域での生活期間では行っていないが、SF-8が介入前と比較して改善していることを考えると、患者の身体疾患の改善とともに患者の生活の質や症状管理能力も高まった可能性もあると考えられた。すなわち、身体疾患の治療を契機に出現した抑うつや不安が中等度であれば、身体疾患に関する心配事を患者と共有し、症状管理へのケアと症状管理を含めた日常生活の見直しは、患者の抑うつや不安を改善していると考えられた。

しかし今回介入群のみの介入研究であるため、今回のCNSによる介入が成果を生んだとはいえない。今後、対象者数を増やし、精神看護CNSが対象としている患者の特徴を明確にし、身体状況や治療状況をコントロールしながら対照群を設定して無作為化比較試験を行い、これらの結果をより一般化していくことが必要であると考えられた。また身体疾患を有し抑うつ・不安状態が中等度の患者に対しては、訓練を受けたCNSの介入が患者の精神状態の改善を促進すると考えられ、今後、これらの介入の意味、条件、必要とされる介入技法など理論的にも明確にしていく必要があると考えられた。

謝辞

本研究は、平成22-24年度文部科学研究費補助金基盤研究(B)22390445(代表 野末聖香)によって実施された研究の一部である。また闘病生活の中、調査にご協力頂きました患者の皆様へ感謝いたします。

引用・参考文献

- 秋月伸哉他(2003):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.
- 味村千津・渡部芳徳他(2011):日本語版Primary Care Evaluation of Mental Disorders Patient Health Questionnaire-9 (PRIME-MD PHQ-9)の精神尺度としての有用性に関する検討, 精神医学, 53(1), 15-22.
- Attkisson, C.C., Greenfield, T.K. (1994): The client Satisfaction Questionnaire-8 and the Service Satisfaction Questionnaire-30. In the use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment (Maruish, M.E.ed), Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ.
- Carmen, W.H., Alison, Richardman., Janet Richardson (2011): Managing Symptoms in Patients with Advanced Lung Cancer During Radiotherapy, Results of a Psychoeducational Randomized Controlled Trial, Journal of Pain and Symptom Management, 41(2), p347-357.
- 福田紀子他(2003):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.
- 福田紀子他(2004):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.
- 片平好重他(2004):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.
- 北村俊則(1993):Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS 尺度), 精神科診断学, 4(3), 371-372.

- Kugaya, A. et al (1998) : Screening for Psychological Distress in Japanese Cancer Patients, Japanese Journal of Clinical Oncology, 28 (5), p333-338.
- 峰博子, 宇佐美しおり, 吉田智美, 坂木晴世, 高山良子, 笠谷美保, 茂呂悦子, 他 (2014) : Transitional Care (TC) における CNS (専門看護師) の活動実態と評価, 第 34 回日本看護科学学会抄録集, 526.
- 日本うつ病学会 (2013) : 大うつ病性障害, 1 (1), p1-10.
- 野末聖香・宇佐美しおり・片平好重・福田紀子・住吉亜矢子・若狭紅子・釜英介他 (2002) : 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.
- 宇佐美しおり・野末聖香・片平好重・福田紀子・住吉亜矢子・若狭紅子・釜英介他 (2004) : 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.
- Rueda, JR., Sola, I. et al (2011) : Non-invasive interventions for improving well-being and QOL in patients with lung cancer, Cochrane Review.
- 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
- 立森久照, 伊藤弘人 (1999) : 日本語版 Client Satisfaction Questionnaire 8 項目版の信頼性および妥当性の検討, 精神医学 41: 711-717.
- 宇佐美しおり他 (1998) : 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.
- 宇佐美しおり他 (2002) : 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.
- 宇佐美しおり他 (2003) : 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.
- 宇佐美しおり他 (2003) : 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.
- 宇佐美しおり, 野末聖香, 中山洋子, 川田美和, 矢野千里, 樺島啓吉他 (2009) : 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型ケア・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 (1), 88-95.
- 宇佐美しおり, 福嶋好重, 野末聖香, 岡谷恵子, 樋山光教, 右田香魚子他 (2009) : 慢性疾患で精神症状を呈する患者への地域精神科医療及びその評価, 熊本大学医学部保健学科紀要, 第 5 号, 9-18.
- 宇佐美しおり, 佐伯重子, 矢野千里, 斉藤ひろみ, 樺島啓吉 (2010) : 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.

連絡先 : 〒 862-0976 熊本市中央区九品寺 4-24-1
 宇佐美しおり,
 電話 & ファックス : 096-373-5470
 E-mail susami@kumamoto-u.ac.jp