

博士学位論文

がん患者の抑うつを早期発見するための
アセスメントツールの開発

2016年3月

愛知県立大学大学院
看護学研究科看護学専攻

大 山 末 美

指導教員 深 田 順 子

目 次

I. 研究の背景.....	1
1. 我が国におけるがん罹患率と生存率	1
2. がん患者のうつ病, 適応障害の有病率	1
3. がん患者のうつ病, 適応障害の原因	2
4. がん患者のうつ病の診断	4
5. がん患者のうつ病に対する包括介入	6
6. がん患者のうつ病を早期発見するためのスクリーニングの現状	7
II. 文献検討	14
1. 文献検討の目的	14
2. 検索方法と選定条件	14
3. 文献の内容	15
III. 概念図	24
IV. 問題提起	28
V. 研究の意義	29
IV. 研究目的	30
VII. 研究デザイン	30
VIII. 用語の定義	30
IX. 研究方法	31
1. 研究1: 修正デルファイ法を用いたアセスメントツール項目の内容妥当性の検討	33
2. 研究2: アセスメントツールの実施可能性の検討のためのパイロットスタディ ...	33
3. 研究3: アセスメントツールの妥当性と信頼性を確認するための本調査	34
4. 研究スケジュール	34
X. 研究1: 修正デルファイ法を用いたアセスメントツール項目の内容妥当性の検討	35
1. 目的	35
2. 研究対象	35
3. 調査期間	35
4. 倫理的配慮	36
5. アセスメントツール項目の開発	36
6. 修正デルファイ法による調査	38
7. 分析方法	40
8. 結果	40
9. 考察	51
XI. 研究2: アセスメントツールの実施可能性の検討のためのパイロットスタディ	53
1. 目的	53
2. 研究対象	53
3. 調査期間	54
4. 倫理的配慮	54
5. 研究方法	55
6. 分析方法	58
7. 結果	59
8. 考察	69
XII. 研究3: アセスメントツールの妥当性と信頼性を確認するための本調査	71
1. 目的	71
2. 研究対象	71

3. 調査期間.....	72
4. 倫理的配慮.....	72
5. 研究方法.....	73
6. 分析方法.....	74
7. 結果.....	78
8. 考察.....	113
9. 開発したアセスメントツールの臨床への応用.....	116
X III. 結論.....	122
謝 辞.....	124
文 献.....	125

I. 研究の背景

1. 我が国におけるがん罹患率と生存率

国内において、生涯でがん罹患するリスクは男性 60%、女性 44.9%と報告され、一生のうちでおよそ 2 人に 1 人が、がんと診断される。がんは、昭和 56 年以降、死亡原因の第 1 位であり、また、新たにがんと診断されたものは 2010 年では 80 万例を超えている。2014 年の男女のがん部位別予測では、男性では胃と肺 (18.0%) が最も多く、次いで大腸、前立腺 (15.0%) であり、女性では大腸 (15.0%)、肺 (14.0%)、胃 (12.0%) の順である (公益財団法人がん研究振興財団, がんの統計' 14)。

一方、国内の全がんの生存率は、1975~77 年では 30.4%、1990 年は 41.0%であり、地域がん登録の 5 年生存率 (2003-2005 年に診断された 5 年相対生存率) は、全がんで 58.6%である。がんの部位別 5 年相対生存率は、胃がん、結腸がん、直腸がん、子宮頸がんは、70%を超えており、乳がんは 92.8%以上である。(公益財団法人がん研究振興財団, がんの統計' 14)。

我が国では、生涯でがん罹患するリスクはおよそ 50%を占めるが、その 5 年生存率も高い。これは、がん告知以降の臨床経過が長くなったことを意味する。

2. がん患者のうつ病、適応障害の有病率

がん患者に高頻度で合併する精神症状は、抑うつを主要症状とするうつ病、適応障害である。一般に、「適応障害」とは、一定期間を経過しても情緒的に不安定な状態が続き、生活障害が表れることを示す。適応障害より情緒的な不安定さがあり、生活障害が重症化すると「大うつ病 (うつ病)」と診断される (小林, 2010)。

国外では、一般人と比較したがん患者のうつ病スクリーニングテスト得点の高さが報告され、国内では、一般人のうつ病を経験する割合と、がんの部位別、病期 (ステージ) 別の割合が報告されている。

ドイツでは、うつ病スクリーニングテストでうつ病と判定された割合は、一般人が 8.5%に対して、がん患者は 18.1%である (Hinz,et al.,2010)。同様に、アメリカでは一般人よりもがん患者の方が、うつ病スクリーニングテスト得点が有意に高いことが報告されている (Linden,et al.,2012)。国内では、一般人が生涯に経験するうつ病の割合は 6.3%である (川上, 2003)。一方、がん患者のがんの部位別、病期別のうつ病、適応障害の有病率は、早期肺がん術後 1 ヶ月は 9% (Uchitomi,et al.,2003)、進行肺が

ん初回治療前は 19% (Akechi,et al.,2001), 頭頸部がん初回治療前は 17% (Kugaya,et al.,2000), 乳がん再発時は 42% (Okumura,et al.,2000), 終末期は 28% (Minagawa ,et al.,1996), 進行肺がん外来化学療法時は 23% (Akechi,et al.,2012) である。がん全体でみると, がん患者の 9~42%がうつ病, 適応障害を有しており, 一般人が生涯に経験するうつ病の割合と比較すると, がん患者の有病率は高い傾向にある。

3. がん患者のうつ病, 適応障害の原因

がん患者は, 長い臨床経過の中で多くの苦痛を経験する。がん患者のうつ病, 適応障害の原因は, がん罹患したことに伴う身体的要因と, 著しい心理的な負荷によって起こるストレスである (竹内, 2011)。身体的要因は, がんに関連した疼痛, 倦怠感などの症状と関連がある (Kyranou,et al.,2013;Jia,et al.,2010;Delgado-Guay,et al.,2009)。心理的な負荷はストレスとしてとらえられ, 6つの D として表される (筒井, 1999)。それは, 死 (death), 家族や医師への依存 (dependency), 人生目標の中断 (disability), 人間関係の途絶 (disruption), 容姿の変貌 (disfigurement), 不快感 (discomfort) である。がん患者の臨床経過は, 【がんの疑いの時期】【がんの告知】【治療の時期】【再発】【積極的治療中止の時期】【終末期】であり, これらの各過程で 6つの D で表される心理的ストレスを生じる (横山, 2012)。

【がんの疑いの時期】では, 患者は, 「がんではないだろうか」「いや, ちがうだろう」「もしがんであったらどうしよう」という不安が交錯し, その間を揺れ動く (岡村, 2010)。内閣府が国内の 20 歳以上の国民 3,000 人に対して実施した世論調査では, がんに対して 74.4%が「怖い」と感じ, その中の 72.9%が「がんで死に至る場合があるから」と回答している (内閣府, 2014)。国民の中に「がん=死 (death)」が強くイメージされており, 死 (death) への恐怖や不安が心理的ストレスとなる。

【がんの告知】は, 患者にとって非常に大きな衝撃である。がんの告知による患者の衝撃の強さは, 「天と地がひっくり返る」「上っていた階段を踏み外して真っ逆さまに落ちる」(黒木他, 2000) や, 「頭が真っ白になった」「がんへの恐怖」「死への恐怖」「がん罹患による衝撃」「強烈な不安によるパニックや混乱」「どうして自分ががんにならなければいけないのかという怒り」「無関心や現実逃避や否認」を経験し (伊藤他, 2002; 須田, 2008), 死 (death), 人生目標の中断 (disability) などの心理的ストレスが生じる。

一般的にがん患者の告知時における心理過程は、①告知から1週間以内に、告知された内容を信じようとせず一時的に否認するか、「やはりそうだったか」という絶望感を持つ、②告知から1~2週間後には苦悩、不安、抑うつ、不眠、食欲低下、集中力低下の症状が交互に何度も生じる、③告知から2週間から1か月後には徐々に現実の問題に対して適応できるが、疎外感や孤独感が残る、と言われている。これらは誰もが経験する正常な過程であり、病的なものではない。しかし、一部の患者は告知から数か月を経過しても、苦悩、不安、抑うつ、不眠、食欲低下、集中力低下の症状が続くことがある(Holland,1990)。この心理的反応は、がん告知、がんの再発告知、積極的治療の中止など、患者にとって悪い情報提供が行われる時に起こる。

【治療の時期】では、患者は初期治療の目標は治癒にあり、その目標を達成するために前向きに努力すると言われている(小林, 2010)。一方、内富(2009)は、長期生存に向かう患者は、大まかに3つの時期に不安が高まると述べている。それは、①初期治療から1年、②治療後3年、③治療後3年以降、の時期である。①の時期は、徐々に日常生活に戻り職場復帰や家庭生活において役割を回復する中で疎外感を感じる、②の時期は、治療に関連した身体症状はおおむね回復するが、治療に関連した機能障害や容貌の変化を喪失として強く認識する、③の時期は、再発の可能性が高い時期、とされており、ちょっとした痛みなどがあると再発したのではないかと不安が高まる。これらの人間関係の途絶(disruption)、容姿の変貌(disfigurement)、不快感(discomfort)などが心理的ストレスとなる。

【再発】の告知は、最も強い心理的衝撃を受ける。再発時のうつ病や適応障害の有病率は高い。その理由として、がん患者は、がんの疑いから診断の衝撃を乗り越え、治療の選択と決断、有害事象の出現、通院・入院による環境の変化、社会的役割の変化などに対して向き合い、乗り越えようと努力を続けているところへ起こる衝撃と、落胆の大きさがある(明智, 2003)。治療経験をもつ患者は、自身のがんに関する知識が増えていることもあり、先々について楽観できないことを知っていることもある。このように、再発による絶望感、再度、死(death)、人生目標の中断(disability)など患者にとって計り知れないストレスとなる。

【積極的治療中止の時期】は、がんの様々な症状から日常生活が規制されるようになり、生活の中で自らの力でできないことが増えると同時に、人に頼ることへの精神的不安が増す。死が現実的に近づいてきていることに対する防衛機制があり、治療の

話や病気の話を聞こうとしなくなり、自暴自棄になるなど、怒りを表すことがある（筒井，1999）。この時期は、日常生活の自律性の喪失、それに伴う家族や医療者への依存（dependency）とともに、死（death）への恐怖が心理的ストレスを高める時期である。

【終末期】は、悪性腫瘍などに代表される消耗性疾患により、生命予後に関する予測が概ね 6 ヶ月以内と定義され（日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会，2008），化学療法などの積極的な治療ができなくなり、症状緩和中心の治療に切り替わる時期である。この時期は、患者は死に対する恐怖よりも、大切な人との別れを予期した関係性の喪失や、痛み、倦怠感などの症状によって他者への依存が多くなり、「自分は役に立たず、周囲の負担になっているのではないか」「自分は価値がなく見捨てられるのではないか」という自律性の喪失を体験する（内富，2009）。村田（2004）も同様に、人は時間存在，関係存在，自律の存在の 3 本の柱によって支えられていると述べている。終末期は、死に直面する時間存在の喪失，関係性の喪失，自律性の喪失がスピリチュアルペインとしてがん患者の心理的ストレスとなる。

がん患者が、先述した多様なストレスを要因としてうつ病を合併した場合、がん患者の QOL の低下や治療に対するコンプライアンスの低下（Brown,et al.,2003 ; So,et al.,2010 ; 高島他，2012），自殺の危険性の上昇（Misono,et al.,2008;Fang,et al.,2012;Maneeton,et al.,2012）に関連することが報告されている。また，入院期間が長期化すること（Prieto ,et al.,2002），および，家族の心理的苦痛（Sahin,et al.,2012;Cipolletta,et al.,2013）にも関連する。

4. がん患者のうつ病の診断

1) DSM-IV-TR による診断基準

精神疾患の診断は、一般的に精神科医師が診断基準に準拠した構造化面接を実施し決定する。構造化面接では、主訴，現病歴，既往歴，家族歴，生活史，生活習慣，性格，精神症状，身なり，表情，態度や話し方，神経心理学的検査，また，アメリカ精神医学会診断基準（The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders：以下，DSM-IV-TR）による症状の把握を行う（宮岡，2005）。心理検査も用いられるが，臨床心理士に委ねられることが多い（横田，2005）。

一般にうつ病と言われる「大うつ病」を診断するには，DSM-IV-TR の気分エピソード

ドの大うつ病エピソード（以下、大うつ病エピソード）が存在するかどうかを判断する。エピソードとは、一定期間に一定の症状がそろった状態を意味する。大うつ病エピソードは 9 つあり、それは、①抑うつ気分、②興味・喜びの減退、③体重減少・食欲の低下、④不眠または過眠、⑤精神運動制止または焦燥、⑥易疲労または気力減退、⑦無価値観または罪悪感、⑧思考力・集中力減退または決断困難、⑨希死念慮、である。これらの症状のうち、①抑うつ気分と②興味・喜びの減退を含む、5 つ以上の存在が 2 週間以上続くものを、「大うつ病」としている。「大うつ病」の重症度は、症状の数、職業的機能・日常の社会生活活動・人間関係に対する障害の強さから診断する（American Psychiatric Association,2007/2009）。DSM-IV-TR でいう大うつ病とは、実際は一つの病気ではなく、「うつ状態を呈する症候群」を示す（加藤，2009）。適応障害（Adjustment disorder）は、DSM-IV-TR では、呈する精神症状について明確な定義はされていない。「うつ病エピソードを満たさないまでも情緒面，行動面の症状が出現し，日常生活において支障が生じている場合」に診断される（清水，2011）。

がん患者に対するうつ病の診断は大うつ病エピソードを用いる（富田，2012；清水，2011）。しかし，大うつ病エピソードにある身体的な症状（③体重減少・食欲の低下，④不眠または過眠，⑥易疲労または気力減退）は，がんの症状と重複しており，がんが原因かうつ病が原因か区別が難しい。うつ病の重症度は，症状の数と症状が及ぼす日常生活全般の障害の強さで行うが，これもがんの症状が影響するため診断が容易ではない（清水，2011）。

2) その他の診断基準

がん患者のうつ病の診断は，大うつ病エピソードを用いるが，うつ病が身体疾患に起因する場合，うつ病ではなくてもうつ病と診断してしまう可能性が高い（保坂，2002）。そのため，身体症状を除外し，他の精神症状に置き換えて診断する方法が検討されている。それは，9 つの大うつ病エピソードから身体症状を除外する除外的診断の Cavanaugh 基準（Stephanie von Ammon Cavanaugh,1995）と，身体的症状を非身体的症状に置き換える代替的診断の Endicott 基準（Jean Endicott,1984）である。除外的診断の Cavanaugh 基準は，大うつ病エピソードの身体症状に関連する 3 つ（③体重減少・食欲の低下，④不眠または過眠，⑥易疲労または気力減退）を除外し，「身体機能に比してケアに参加しない／機能が低い」の 1 つを追加した 7 つで構成されてい

る。代替的診断の Endicott 基準は、大うつ病エピソードの 4 つ（③体重減少・食欲の低下，④不眠または過眠，⑥易疲労または気力減退，⑧思考力・集中減退または決断困難）を除外し，新たに次の 4 つ，「恐怖・抑うつ的な表情・態度」，「くよくよ，自己憐憫」，「社会からのひきこもり，会話がなない」，「元気づけられない，笑わない，楽しいニュースに反応がない」，を追加した 9 つで構成されている。

Akechi, et al. (2009) は，がんでうつ病をもつ患者を対象に，大うつ病エピソード，除外的診断（Cavanaugh 基準），代替的診断（Endicott 基準）のいずれが，うつ病の重症度をより適切に判断できるか，項目反応理論を用いて検証していた。その結果，除外的診断（Cavanaugh 基準）では，「身体機能に比してケアに参加しない／機能が低い」は，重症度が中程度のときに高い弁別性があった。代替的診断（Endicott 基準）では，「恐怖・抑うつ的な表情・態度」「くよくよ，自己憐憫」は，重症度が軽度のときに，「社会からのひきこもり，会話がなない」は重症度が中程度のときに，「元気づけられない，笑わない，楽しいニュースに反応がない」は重症度が高いときに，それぞれ弁別性があったと報告している。将来的には，「恐怖・抑うつ的な表情・態度」「くよくよ，自己憐憫」は厳密な定義が必要であると結論付けている。

がん患者のうつ病の診断時，どの方法を用いるかは議論が分かれているが（清水，2011；保坂，2002），うつ病を見落とししてしまう方が，過剰に診断してしまうことのデメリットよりも勝るため，身体症状を含めた大うつ病エピソードに基づいて診断することが推奨されている（清水，2011）。

5. がん患者のうつ病に対する包括介入

イギリスの NICE（National Institute for Health and Clinical Excellence）のガイドラインによれば，慢性的健康問題のある対象のうつ病に対して次のことを推奨している。それは，早期発見すること，うつ病が軽度から中等度の場合には認知行動療法などの心理社会的療法を行うことおよび重症の場合には，抗うつ薬と心理社会的療法の併用をすること，である。また，軽症例が多いがん患者に合併するうつ病に関しては，安易に薬物療法を選択しない方向性を示している（Stephen, 2009）。

我が国では，国立高度専門医療研究センターの 6 センターが共同し，平成 24 年度から身体疾患患者へのメンタルケアモデル開発に関するナショナルプロジェクトを，全国プロジェクトとして進めている。このプロジェクトの目標は，慢性疾患を有する患

者のうつ状態の評価と治療に関する連携モデルを開発し、身体疾患とうつ病などの治療の最適化を進めることで健康寿命の延伸を目指すことである。内容は、専門疾病医療チームのための包括的なうつ管理研修、地域連携治療モデルの多次的開発と導入先進事例の紹介、臨床研究基盤整備と臨床支援モデルの開発である。

臨床支援モデルの1つに、第1ステップから第4ステップからなる身体疾患におけるうつ病の治療モデルがある(伊藤他, 2014)。第1ステップは、うつ病と疑われた全患者に対して、スクリーニング、サポート、心理教育、積極的なモニタリング、詳細な評価と治療への紹介、第2ステップは、軽症から中等症のうつ病の患者に対して睡眠衛生教育、積極的なモニタリング、抗うつ薬の投与を行う。第3ステップとして中等症から重症のうつ病の患者に対して投薬、認知行動療法など高強度の心理社会的介入を、第4ステップとして重症、自殺の危険性のある患者に対して電気けいれん療法、入院治療を行う。このモデルを実施するためには、第1ステップから第4ステップまでの治療体制を整備することが必要となる。この中で現在看護師が行っているメンタルケアは、第1ステップから第2ステップの一部と位置付けられている(伊藤他, 2014)。

このモデルで、看護師の役割として期待されていることは、うつ病と疑われた全患者に対するケアであると考えられる。うつ病と疑われた全患者に対するケアには、身体疾患による症状の管理、日常生活の援助および抑うつの観察とその援助がある。身体疾患による症状の管理、日常生活の援助は、従来通り実施されてきている。しかし、身体疾患に伴う抑うつの観察や援助について、看護師がどのように評価、援助すればよいかは確立されていない。今後、看護に期待される役割を果たすためには、がん患者の抑うつを適切にかつ確実にアセスメントし早期治療に結びつけ、より苦痛の少ない状態で治療、ケアを受けることができるようにすることが必要であると考えられる。

6. がん患者のうつ病を早期発見するためのスクリーニングの現状

1) 自記式スクリーニングツール

現在、がん患者に限らず、うつ病、抑うつの早期発見のためのスクリーニング方法として、Zung self-rating depression scale (SDS), Beck Depression Inventory (BDI), Center for epidemiologic studies depression scale (CES-D), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) などがある(稲田, 2005)。これらのスクリーニングツールはさまざまな国で翻訳され、その妥当性、信頼性が確認されている。それぞれのス

クリーニングツールの特徴は以下のとおりである。

(1) Zung self-rating depression scale (SDS)

SDS は、質問数が 20 問で、「無いかたまに」「ときどき」「しばしば」「いつも」の 4 件法で回答する自記式質問紙である。質問項目は、うつ状態またはうつ症状の因子分析による結果から、うつ状態とする症状を採択している (Zung,1965)。日本における信頼性は、再現テストについて、日本人大学生 51 名を対象に実施し、相関係数 0.85 を得ている。妥当性は、正常対照群 (358 名)、神経症患者群 (70 名)、うつ病患者群 (50 名) を対象に SDS 日本語版を実施し、その得点から、正常、軽度、中等度、重度の 4 段階で判定できることを確認している (福田・小林, 1983)。

(2) Beck Depression Inventory (BDI)

BDI は、質問数が 21 問で、4 件法で回答する自記式質問紙である (Beck,et al., 1961)。質問項目に対して、「ある」「なし」などの単純な頻度を問うのではなく、具体的な状況が提示してあり、直近 2 週間の自分の気持ちに近いものを選ぶ方法を取る。その質問項目は精神分析医、シニア研究者が DSM-III に基づきうつ病患者の症状をシステムティックに構成して作成されている。感度、特異度に関しては報告されていないが、医師と臨床心理士の評定者間一致率は 73% である。BDI を改定した BDI-II は、大うつ病エピソードを基準に反映させ、項目を修正させたものになっている。うつ病の重症度判定は、精神科医師との一致率を確認している。日本語版では、日本人成人 886 名を対象に、信頼性係数は 0.87、また、Center for epidemiologic studies depression scale (CES-D) との相関は $r=0.71$, $p<0.001$ であり、妥当性と信頼性が確保されている (Kojima,et al.,2002)。日本版の重症度評価の検討では、精神科医の重症度判定を至適基準とし、原版で示されたカットオフ値を用いて層別尤度比 (Stratum-Specific Likelihood Ratio ; SSLR) を算出し、その有用性を示している (小嶋・古川, 2013)。

(3) Center for epidemiologic studies depression scale (CES-D)

CES-D は、SDS や BDI、ミネソタ多面人格テスト (MMPI) など既成尺度の項目を精選し、一般人のうつ病症状の評価をするために開発されている (Lenore Sawyer Radloff.,1977)。質問数は 20 項目で、ネガティブ項目 16 項目とポジティブ項目 4 項目がある。回答は、「全くない」から「たいていある」の 4 件法で、頻度を回答する自記式質問紙である。うつ病患者と一般人との得点から感度 (88.6%)、特異度 (84.8%) を算出し、うつ病かうつ病でないを判定するカットオフ値を決定している。日本語版

は原文のカットオフ値を使用し、うつ状態かうつ状態でないか判定する(島他, 1985)。

(4) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

HADS は、抑うつを示す 7 項目、不安を示す 7 項目の合計 14 項目で構成され、抑うつ、不安、それぞれについて判定できる。回答は、1 つの問いに対して 4 つの頻度から一つを選択する方法を取る。精神科医師の面接による臨床評価で抑うつの感度 99%、特異度 99%と報告されている (Zigmond,1983)。感度・特異度から、カットオフ値を算出し、うつ病でない、うつ病の疑い、うつ病であるの 3 段階で判定する。日本人胃癌患者男性 123 名、女性 142 名を対象に SDS, STAI との基準関連妥当性が検討されており、抑うつを示す 7 項目は、クロンバック α 係数が 0.70 であり、信頼性が確保されている (東他, 1996)。日本語版のカットオフ値は、原文と同様に設定している。HADS は、早期乳がん、緩和ケアといった特定の患者集団で有効であると報告がある (Love,et al.,2002;Lloyd,et al.,2001;Lloyd,et al.,2003)。

これらのスクリーニングツールは、どれも信頼性・妥当性が確保されている。質問数は 20 問程度であり、4 件法で回答することも同じである。大きく異なる点は、至適基準を医師による診断としているかという点と、うつ病の重症度分類数である。うつ病の判定は精神科医師によって行われるため、至適基準は医師の診断と比較することが望ましい。BDI と HADS のスクリーニングツールは、医師の診断による評定者間一致率、感度・特異度から算出されているため信頼性が高いといえる。

上記の他に、スクリーニングツールとして、イギリスの NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) のガイドラインでは、成人の慢性疾患患者のうつ病をアセスメントするために、2 問の質問 (この 1 ヶ月の間に“感情の落ち込み・うつ・絶望感”はありますか、この 1 ヶ月の間に興味や喜びが無くなって困っていませんか) を推奨している (Stephen Pilling,2009)。日本においては、がん患者のうつ病のスクリーニングのために 2 問から成る「つらさと支障の寒暖計」を開発し (Nobuya Akizuki,et al.,2005)、HADS と同等の性能であることを検証しており、有用性も報告されている (清水他, 2008 ; 小早川他, 2011)。他に終末期患者に使用できる 1 問だけのワンクエスチョンインタビューがあり、HADS を至適基準とした感度は 0.80、特異度は 0.61 でその有用性が確認されている (Chochinov,et al.,1997)。

2) がん患者に自記式スクリーニングツールを用いる困難性

うつ病、抑うつの早期発見のための自記式のスクリーニングツールは開発されている。しかし、それをがん患者に用いるには 4 つの困難な点がある。以下にその内容を述べる。

(1) がん患者が自記式質問紙に回答する困難性

NICE は、身体疾患に合併するうつ病のスクリーニングとして、簡便な方法で繰り返しスクリーニングすることを推奨している (Stephen Pilling,2009)。先述したスクリーニングツールはすべて自記式質問紙であり、問題数は 20 問程度あるため簡便とは言い難い。小川 (2014) は、がん患者は身体的にも重篤であることが多く、患者の負担に配慮したスクリーニングが望まれる、と述べている。うつ病を合併したがん患者はがんや治療による有害事象や機能障害などによる身体症状だけでなく、大うつ病エピソードにあるように思考の制止と緩慢さを症状としてもつ者もあるため、20 問の文章を読み適切に自身の状態を回答することは難しい。よって、がん患者の場合に 20 問の質問紙に何度も回答するのは現実的ではないと考える。

(2) 費用の問題

スクリーニングツールは、その用紙を購入するための費用が必要である。スクリーニングツールによっても費用は異なるが、通常 1 部につき 130~200 円程度必要である (千葉テストセンター, 2014)。加えて、診療報酬が 1 回につき 80 点である (厚生労働省, 2014)。このような費用は患者が支払うことになる。現時点で、スクリーニングツールを頻回に実施することは、がん治療目的で入院している患者には、現実的ではないと考える。

(3) 何度もスクリーニングを行うことで質問内容に慣れることの弊害

何度も同じ質問を回答することで、回答者がその質問に対する基準が変化することがある。これは、近年 QOL 評価の際に問題となっている、レスポンスシフトといわれる、症状を自己評価する際に、質問項目に対して適応現象が起こり評価が良くなる、という現象がある (山岡, 2003)。

(4) 医療者側の人的資源の問題

自記式スクリーニングを用いる場合、その説明および判定を行う必要がある。説明および判定は、一般に臨床心理士や精神科医師または、それができる教育を受けた者が行う必要がある。がん情報サービスホームページ (国立研究開発法人国立がん研究

センターがん対策情報センター，2015)によれば，がん診療連携拠点病院 422 施設中，精神科専門医がいる病院は 262 施設で約 62%程度である。がん診療連携拠点病院でさえ，精神科医師が 62%程度であるため，がん患者全員に自記式スクリーニングを頻回に実施することは，人的資源において，現時点では困難であると考えられる。

3) がん患者の抑うつに対する過小評価，拡大解釈

がん患者のうつ病や適応障害の有病率が高いにもかかわらず，医療者が抑うつを見逃しやすいことが国内外の報告によって明らかにされている。

保坂（2002）はその理由を 3 点挙げている。それは，①「こんなに一生懸命みてもらっているのに，精神的に落ち込んでいるなんて申し訳ない」と患者が医師に遠慮していること，②主治医が精神症状を見逃す，または気づいていても「がんになってしまったのだからこのぐらいの精神症状は仕方がない」と医療者が精神症状を過小評価，もしくは正常反応の拡大解釈をしてしまうこと，③患者か医療者もしくは両者に精神科受診に抵抗をもっていること，である。③については，がん患者は精神科医のスクリーニングによって抑うつを指摘されたとしても，「大丈夫，頑張れる」「今は必要ない」「まだ精神科医のお世話になるまでではない」という理由で精神科受診を拒むという報告がある（小早川，2011）。

Spiegel（1996）は，がん患者の抑うつを見逃しやすい理由を，①活力低下や食欲減退，睡眠障害といったうつ病でみられる症状が，がんや治療の副作用による症状と誤認されている，②身体徴候に重点がおかれ，精神徴候が除外される，③精神症状のニヒリズム（精神症状に対する否定的な見方），を挙げている。また，看護師は，がん患者の重症な抑うつを過小評価する傾向があるという報告もある（McDonald,et,al.,1999）

4) がん患者の抑うつスクリーニングにおける看護の現状

(1) スクリーニングの使用状況

スクリーニングツール使用状況について，全国の緩和ケア看護師に対し調査した結果（435 名に配付，回収率 59.5%），抑うつを早期発見するためにスクリーニングツールを「使用している」と回答した者は 6 名（2.3%）であった。「使用している」と回答した者が使っているスクリーニングツールは，つらさと支障の寒暖計，ワンクエスチョンインタビュー，院内独自のツール，などであった（大山他，2015）。この結果から，2

問から成る「つらさと支障の寒暖計」「ワルクエスチョンインタビュー」などの簡易なスクリーニングツールが開発されていても使用されていない現状が明らかとなった。

(2) 抑うつに関する観察頻度

先述した同じ対象看護師に、がん患者の大うつ病エピソードに関する客観的な観察の頻度を調査した結果、「いつもしている」と回答した者は 20.0～79.2%に分布しており、観察内容、頻度ともにばらつきが見られた（大山他，2015）。大うつ病エピソードに関する客観的な観察項目である、①抑うつ気分 8 項目中の 1 項目である“表情の日内変動”について「いつもする」と回答しているものは 20.0%であったが、その他の 7 項目は 46.8～79.2%が「いつもする」と回答していた。④不眠または過眠 3 項目中の 1 項目である“早朝覚醒”は、「いつもする」と回答していた者は 37.2%であったが、その他の 2 項目は、「いつもする」と回答した者は 58.4～72.4%であった。“表情の日内変動”“早朝覚醒”はうつ病の重要な特徴であるが、「いつもする」と回答した者が少なかった。これは、うつ病の症状を十分把握して意図的に関連させ観察しているとは言い難い結果であった。

大うつ病エピソードに関する患者の主観的な感情を問うことに対する回答は、「いつもする」と回答した者は 1.2～74.8%に分布していた。ただし、大うつ病エピソードの身体状況の項目である、③体重減少・食欲の低下、④不眠または過眠に関する項目については、3.6～74.8%であり、それ以外の大うつ病エピソードの項目に関しては、1.2～34.0%であった。このことから、客観的に観察したことに合わせて、患者の主観を確認しているとは言い難い結果であったと考える。この結果から、抑うつを早期発見することを目的として観察していない、つまり、抑うつがあるかもしれないと予測して観察すること、および、観察に基づく患者の主観を系統的にアセスメントしていないことが明らかとなった。看護師は精神症状に関する学習ニーズが半数以上ある（西脇ら，2011）ことと合わせ、精神症状に関する知識、認識が不足し、抑うつの兆候や症状を適切に把握できず、見逃しやすい状況にあると考える。

(3) 看護における精神症状に関する教育

抑うつの兆候や症状を適切に把握できず、見逃しやすい状況がある背景には、看護基礎教育および卒後の専門教育内容が関係していると考えられる。平成 23 年に行われた看護教育の内容と方法に関する検討会では、学士課程のコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標の中で抑うつの観察は、Ⅲ群「特定の健康課題に対応する実践能力 - 慢性

疾患及び慢性的な健康課題を有する人々を援助する能力 -」の、「ストレスへの前向きな対処を促進する基本的な看護援助方法について説明できる」(厚生労働省, 2011)に含まれる。しかし、抑うつへの対処など具体的なアセスメントと対処については十分な内容が記されていない。また、卒後専門教育である緩和ケア認定看護師教育基準カリキュラムを見ると、専門基礎科目の症状マネジメントでは、フィジカルアセスメントはあるが精神症状アセスメントはなかった。専門科目の症状マネジメントに精神症状のマネジメントが含まれている。しかし、その内容は、精神症状のメカニズム、治療、アセスメントとケアの基本的な考え方、事例検討であり、時間は、195 時間中 15 時間であった(日本看護協会, 2014)。

がん患者の抑うつを早期発見するためには、前述した自記式質問紙のスクリーニングの使用方法を理解し患者に説明ができること、および、精神症状の系統的な観察、アセスメント、看護ケアを計画し実施できなければならない必要がある。しかし、そのための第一段階である精神症状の系統的な観察に関する知識、技術が、現在の基礎教育および卒後専門教育に十分には組み込まれていない。看護師が、がん患者の抑うつに関する認識やスクリーニングが実施できない現状は、抑うつをはじめとする精神症状の評価やケアの訓練に関する教育を受ける機会の少なさにもあると考える。このことは、看護師は精神症状に関する学習ニーズが半数以上ある(西脇ら, 2011)と報告されていることと合致している。

(4) 患者を理解するためのコミュニケーション力

看護師には、患者に共感し理解するためにコミュニケーションをする一方で、先入観から患者を回避してしまうことがある。上野(2009)は、大学病院および総合病院に勤務する常勤看護師 13 名(看護師経験年数平均 7.08 年, 標準偏差 5.72 年)に対して行ったインタビューの結果、看護師のコミュニケーションを妨げる要因として、患者に対する否定的な先入観を抽出していた。その先入観とは、診断名では、摂食障害、人格障害、うつ病があり、性格特性としては、「注目してほしいという要求の強い人」「頑固」「気難しい」「話さない人や話しても堂々巡りになる人」「攻撃的」「依存性が強い」などが挙げられていた。また、このような先入観が、「患者は何を考えているかわからない」「怖い、緊張する」「拒否されたと感じる」などの予期不安を看護師に発生させ、看護師は患者を回避すると報告していた。

患者に対する先入観だけでなく、末期がん患者の死について看護師がもつ心の壁も

存在する。坂下（2008）は、一般病棟に勤務する看護師経験 5 年以上の看護師が、末期がん患者の看取りの中で生じた困難が心の壁となり、それが、終末期がん患者に関わる阻害要因であったと報告していた。

看護師の役割として期待されていることは、うつ病と疑われた全患者に対するケアである。しかし、現状は、抑うつについて既存の自記式スクリーニングを用いることが少なく、精神症状に関して、看護に関する基礎教育で十分に行われておらず、抑うつを系統的に観察できていない状況である。また、患者を理解するためのコミュニケーション上にも、看護師が患者に対する先入観が、看護師の不安感や無力感を生じさせ、コミュニケーションの問題となる。このような現状では、うつ病を疑う患者を早期に発見し、早期にケアすることは十分にはできないと考える。看護師が、がん患者の抑うつを適切にかつ確実にアセスメントするための方法を早急に模索することが必要である。

II. 文献検討

1. 文献検討の目的

がん患者の抑うつに関する研究の動向から、看護師が、がん患者の抑うつを早期発見するためのアセスメントに必要な内容を明確化することを目的として文献検討を行った。

2. 検索方法と選定条件

国内の研究に関しては、医学中央雑誌 Web 版 Version.5 を用い「抑うつ」「がん患者」を検索語とした。絞り込み条件は、「原著」「対象を成人」「検索期間を 2009 年から 2014 まで」とし、100 件を抽出した。海外の研究においては、PubMed と psycINFO を用い、「cancer」「depression」を検索語とした。絞り込み条件を「検索期間を 2009 年から 2014 年」、「adult19 (18) +year」「human」「patients」「English」「title」とした。PubMed では 219 件、psycINFO では、265 件を抽出した。研究対象が、がん患者以外、1 地域の低所得者で教育年数の少ないがん患者など著しく限定されている文献と、研究内容が、薬物反応、症例研究、既存尺度の妥当性・信頼性の検討、パイロットスタディである文献は除外した。また、PubMed と PsycINFO、および医学中央雑誌で重複している論文を除外し、最終的に国内文献 12 件、海外文献 90 件の合計 102

件を文献検討対象とした。

3. 文献の内容

1) がん患者の抑うつの重症度

102 件の文献のなかで、研究対象者の抑うつを測定するために使用されていたスクリーニングツールは以下のとおりであった。それは、HADS が 46 件 (45.1%)、BDI-II が 19 件 (18.6%)、CES-D、PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) が、それぞれ 7 件 (6.9%)、SDS が 5 件 (4.9%)、その他が 11 件 (10.7%) であった。その他、医師が診断していた文献は 7 件 (6.9%) あった。

抑うつの重症度を記載していた文献は、102 件のうち 19 件 (18.6%) であった。このうち、抑うつの重症度別区分による研究対象者の割合は、「抑うつ疑いから軽度」は、9.0~48.0%に、「軽度から中程度」は、4.3~48.0%に、「中程度」は、5.0%~19.5%に、「重症」は、2.0~15.2%に分布していた。抑うつの重症度を「中程度から重症」に区分していた文献は 2 件のみで報告されており、その割合はそれぞれ、11.0%、50.0% であった。

また、102 件のうち、研究対象者の抑うつスクリーニング得点の平均値を記載していた文献は 28 件 (27.5%) あった。このうち、研究対象者の抑うつスクリーニングの平均値がカットオフ値以下で、「抑うつ傾向がなかった」文献は、20 件 (71.4%) であり、カットオフ値以上で、「抑うつ傾向があった」文献は 2 件 (7.2%) であった。その他、「抑うつ疑いの範囲」であった文献は 1 件 (3.6%) であり、「ボーダーライン」であった文献は 2 件 (7.2%)、「軽症」は 3 件 (10.6%) であった。

がん患者の抑うつ重症度では、「抑うつ疑いから軽度」の占める割合は、「中程度」「重症」よりも多く、また、研究対象者の抑うつスクリーニングツールによる平均値はカットオフ値以下（抑うつ傾向がない）が 70%以上であることがわかった。「抑うつ疑いから軽度」の患者を早期にスクリーニングし、重症化する前に早期に対応することが必要であると考えられた。

2) 抑うつとの関連要因

(1) 個人要因

抑うつと関連があったと報告していた個人要因は、年齢、性別、教育年数、雇用や

職業的なキャリアなどがあった。

年齢は、102件中12件(11.8%)が抑うつと関連していると報告されていたが、年齢の区切りにばらつきがあった。具体的には、年齢が高い方が抑うつと関連があったと報告していたものが2件、50歳以上が抑うつと関連していたと報告していたものが1件であった。反対に、年齢が若い方が抑うつとの関連があった、が4件、40歳未満の方が40歳以上より抑うつと関連があった、が1件、50歳未満は50歳以上に比べて抑うつと関連があった、が1件、60歳以下が抑うつと関連があった、が1件であった。残り2件は、前立腺がん患者は65歳以上も65歳未満も、一般人と比較して抑うつ得点が低かったと報告し、もう1件は、抑うつは、若年で告知を受けた早期乳がん患者の死亡率と強く関連があったと報告していた。がん罹患の好発年齢からみて相対的に若年の方が抑うつとの関連がある傾向があったが、年齢の区切りによってばらつきがあり、明確なことは示されなかった。

性別は102件中5件(4.9%)が抑うつと関連していたと報告されていた。具体的には、男性より女性の方が、抑うつスクリーニング得点が有意に高かった報告が3件であった。がんの種類と性別を調査している報告が1件(1.0%)あり、脳腫瘍では男性より女性が抑うつスクリーニング得点は有意に高く(抑うつ傾向がある)、大腸、胃、肺、頭頸部がんでは女性より男性が抑うつスクリーニング得点は有意に高かった。残り1件は、男女のどちらに抑うつと関連があるのか不明であった。

他の個人要因では、102件中、教育年数が少ない、が5件(4.9%)、結婚していない、が4件(3.9%)、雇用されていないまたはキャリアがない、が3件(2.9%)であった。教育年数は年齢と同様に、文献によって教育年数12年以下、6年以下、と年数で区切りをつけているものや、高校以下、大学以上などで区別しており、明確には示されなかった。

(2) 身体的要因

抑うつと関連があったと報告していた症状は、102件中、痛みが18件(17.6%)、倦怠感13件(12.7%)、睡眠障害10件(9.8%)、食欲低下または食事摂取量低下7件(6.9%)、呼吸困難5件(5.0%)、嘔気・嘔吐5件(5.0%)、であった(のべ件数)。この他、下痢・便秘、活動性、口渇、胃の張り、更年期症状、栄養状態、眠気、脱毛、手足のしびれなどがあった。

痛みと倦怠感の両方が抑うつと関連していたと報告していた報告が7件あり、その

患者のがんの部位と治療を確認した。がんの部位と治療は、部位は特定しない緩和ケアを受ける患者 (Salvo,et al.,2012;Liu,et al.,2009; Delgado-Guay,et al.,2009), 乳がんで化学療法, 放射線療法, 手術療法いずれかを受けている患者 (Cantarero-Villanueva I,et al.,2011; So,et al.,2009), 膵臓がんで化学療法, 放射線療法, 手術療法いずれかを受けている患者 (Jia,et al.2010), がんの部位は特定せず化学療法, 放射線療法, 手術療法以外を受けている患者 (Alacacioglu,et al.,2010)であった。

痛みと倦怠感がある患者は、化学療法、放射線療法、手術療法、緩和ケアにかかわらず、特に、抑うつがあることを予測して観察する必要があることが示唆された。がん患者にとって身体的な症状は苦痛であり、不安を増大させる。うつ病のある慢性疾患のある患者は、うつ病のない慢性疾患患者に比べて、身体的な治療中に身体症状の訴えが有意に増えると報告されている (Katon,et al.,2007)。看護師は、症状の観察や援助に加えて、看護師の観察と比較して症状を強く、あるいは多く訴える場合には、患者が感じている辛い気持ちや不安についても観察できることが、抑うつを早期発見するためにも重要であると考えられる。

症状以外の身体的要因では、抑うつと関連あったと報告されていた文献は、102件中、機能障害が15件(17.4%)、一般的な身体の状態の悪さが16件(15.7%)であった。

身体的な機能障害は、患者の喪失感を増強させる。喪失感は自律性の低下を来すこともある。看護師は、身体機能障害を伴う人に対して援助を行う際には、残存機能を活かした援助を行う。また、呼吸困難がある場合には酸素消費量をできるだけ少なくした動作になるよう援助する。このような援助の方法を応用し、がんのリハビリテーションでは、役割機能が低下しているならば、違う役割ができるような援助を、他職種と協働し考えることも進められている (栗原・田尻, 2011)。身体的な症状をはじめ、一般的な身体の状態、機能障害に対する観察は、看護師が患者のケアをするうえで、容易に観察できる点であり、抑うつを予防する上でも大きな役割を果たすと考えられる。

(3) 心理的要因

抑うつとの関連で心理的要因を調査していた文献数は102件中31件(30.4%)であった。この中で抑うつと関連があった心理的要因は、不安9件(8.8%)、情緒状態の

低さ、スピリチュアルの低さがそれぞれ 4 件 (3.9%)、絶望感、楽観的でない・悲観的である、精神的健康状態の低さがそれぞれ 3 件 (2.9%)、コーピング機能の低さ、セルフエフィカシーの低さ、セルフエスティームの低さ、ファイティングスピリットの低さ、将来への見通しが無い、(人生や生きる) 意味づけが無い、希望が無い、宗教が無いがそれぞれ 2 件 (2.0%)、自殺、希死念慮および安楽死はそれぞれ 1 件 (1.0%)、などであった (のべ件数)。

心理的要因は、現状をどのように受け止めるかが関連する。心理的要因をストレスと認識したときに、人はどのようにストレスを受け止めるかを 1 次評価、ストレスにどのように対処するかを考えることを 2 次評価といい、対処行動が起こる (Lazarus,1990/1995)。この 1 次評価、2 次評価が行われる過程を知ることが心理的要因を把握するために必要だと考える。しかし、個人要因や、身体症状のような一目瞭然の要因と異なり、物事の受け止め方を客観的にアセスメントすることは難しい。

死への願望については、外科的療法、化学療法、放射線療法を受けている患者では、自殺スコアが低い人より高い人の方 (自殺願望がある) が、抑うつスクリーニング得点が有意に高く (Maneeton,et al.,2012)、がんでうつ病と診断された男性で、がんのステージが高く、身体機能が低い人は希死念慮のリスクが高い (Akechi,et al,2010)、との報告があった。しかし、終末期患者では、安楽死を希望する人、希望しない人にスクリーニング得点に差がなかった (Ruijs,et al.,2011)。この研究では、うつ病や抑うつの主な要因は、安楽死の希望とは関連がないとしているが、サンプル数が少なかったこともこの結論を導いている可能性があるかと結論付けていた。

自殺とうつは、がん患者にかぎらず関連が深く、自殺者の背景にはうつ病があるとされている (厚生労働省, 2011)。自殺スコアが高い人はうつ病スクリーニング得点の高さとの関連があることは、がん患者も同じであることが推察できる。よって、先の見通しが無い内容の発言や、自己否定感の発言のある人に対しては抑うつの兆候および自殺に対する十分な注意が必要であると考えられる。

(4) 社会的要因

抑うつと関連する社会的要因を調査していた文献は、102 件中 29 件 (28.4%) であった。その内訳は、家族、友人を含む社会的サポートの低さが 15 件 (14.7%)、社会機能・役割機能の低さが 13 件 (12.7%)、経済状況の悪さが 5 件 (4.9%)、スティグマがある、が 3 件 (2.9%)、孤独感、人間関係の乏しさがそれぞれ 2 件 (2.9%)、で

あった（のべ件数）。

人は、ストレスフルな状況であると評価した場合、それを適切に処理しようと対処する。そのときに、社会的サポートが欠けることで、ストレスに対してうまく処理できず、情緒的に不安定となり、抑うつを引き起こすことが推察できる。

社会的サポートは、看護師が補うことは十分可能であると考ええる。例えば、近年、患者会などが発足されているが、看護師が情報的サポートとしてその存在を伝えること、そこで新たな人間関係を構築できること、などである。さらに、医療者ががん患者にコミュニケーションを適切に取ることも抑うつを予防する上で重要なサポートになると考える。がんで抑うつのある患者が希望する治療方法は、会話をすることによる治療(71%)を一番多く希望し、治療してほしい人材は、ジェネラリスト看護師(38%)、がん看護師(31%)、カウンセラー(26%)、心理療法士(4%)、精神科看護師(1%)、精神科医師(0%)であった(Hodges,et al., 2009)。患者が要望する治療者は、一般の看護師や専門看護師であり、その方法は薬物などでなく会話をするのであった。日本においては、がんに関する専門的な知識をもった看護師は、がん看護専門看護師、リエゾン精神看護専門看護師だけでなく、緩和ケア・がん化学療法看護・がん放射線療法看護・がん性疼痛看護・乳がん看護認定看護師制度などがある。患者からの要請に応えるためには、これらのがん看護に関する専門知識をもった看護師数が増え、会話による治療の中心的役割を担うことも必要であると考ええる。また、がんに関する専門的な看護師だけでなく、ジェネラリスト看護師も人的サポートの一員となり、患者の社会的サポートの乏しさを軽減することも必要であると考ええる。また、医師とのコミュニケーションに満足している方が抑うつスクリーニング得点は低い（抑うつ傾向が低い）ことが報告されている(Vogel,et al.,2009)。患者と医師との関係をうまく橋渡しすることも、社会的サポートの一つとなると考える。

医療者がこのようなサポートを、今以上に意識して行うことで、抑うつと社会的要因との関連で報告されている経済状況の悪さ、孤立感および人間関係の乏しさを軽減できると考える。看護師は、経済状況を特化して確認する機会は少ないと考えるが、保険制度を有効に利用できるようソーシャルワーカーにつなげることもできる。また、看護師はじめ、他の医療者との調整をし、医療側の人的サポートを充実するための情報提供を行うことは十分可能である。看護師が、抑うつと関連する要因に、経済状況や孤立感、人間関係の乏しさがあることを十分に知り、意図的に患者との関わりをも

つ必要性がある。

3) 抑うつと治療時期, 治療の種類, 治療施設

(1) 抑うつと治療時期

抑うつと治療時期との関連は, 102 件中 11 件 (10.8%) の縦断研究の報告があった。その内容は, 治療前より時間経過に従い抑うつのスクリーニングツール得点が有意に高い (抑うつ傾向がある) が 3 件 (2.9%) としていた。一方, 時間経過とともに抑うつスクリーニングツール得点が有意に低いと報告されている文献が 2 件 (2.0%) あり, 結果が相反していた。また, 治療後一時スクリーニング得点が高くなるが, その後正常範囲内に変化すると報告していた文献が 2 件 (2.0%), 時間経過とスクリーニングツール得点に有意差はなかったと 2 件 (2.0%) が報告しており, 残り 2 件 (2.0%) は, スクリーニングツール得点のみの変化については報告がなかった。

がんの部位や, 治療の種類により, 時間経過と抑うつ時間経過に従い抑うつスクリーニング得点が有意に高いと報告していた 3 件のがんの部位, 治療方法および比較時期を確認した。乳がん, 頭頸部がん, 大腸がんで化学療法, 放射線療法, 手術療法のいずれかを受けた患者で, 告知前と比較して, がん治療が終了した 2~4 週間後 (中央値 6 ヶ月, range 12 日~190 ヶ月) の時期に抑うつスクリーニング得点が有意に高かった (Gil, et al., 2012)。放射線療法を受ける頭頸部がん患者では, 治療前と比較して治療終盤で抑うつスクリーニング得点は有意に高く (Paula, et al., 2012), 前立腺がんで手術療法を受けた患者では, 治療開始から 6 ヶ月後, 2 年後, 3 年後で, 時間経過に従い, 抑うつスクリーニング得点による重症者が増加していた (Mehnert, et al., 2010)。初期治療から 1 年, 治療後 3 年, 治療後 3 年以降の時期に機能の変化や容貌の変化を伴う不安が出現すると言われている (内富, 2009)。時間経過に伴う抑うつスクリーニング得点の高さは, 機能の変化や容貌の変化を伴う不安と, 先述した 6 つの D で示されるストレスが蓄積された結果であると推察できる。

時間経過に従い抑うつスクリーニング得点が有意に低いと報告していた 2 件のうち 1 件は, 乳がんで化学療法, 放射線療法, 手術療法のいずれかを受けた患者では, 告知前, 3 ヶ月後, 18 ヶ月後時点の時間経過に伴い抑うつスクリーニング得点が有意に低かった。しかし, 抑うつスクリーニング得点で重症であった人数は, 時間経過に従い増加していたと報告していた (Vahdaninia, et al., 2010)。もう 1 件は, 同じく乳がん

で化学療法，放射線療法，手術療法のいずれかを受けた患者では，告知前，3ヶ月後，6ヶ月後で有意な得点の低下があったと報告していた（Vogel ,et al.,2009）。時間経過に従い抑うつスクリーニング得点が低くなったのは，乳がんは5年生存率が高いことや，近年，乳房切除をしない手術方法が多くなったことが影響していることが推察できる。

時間経過と共に，一時，抑うつスクリーニング得点が上昇し，その後正常範囲に戻ったと報告していた2件のうち1件は，口腔がん手術後の患者で術後1週間後に最大の得点上昇であったが，1ヶ月後には正常範囲に戻ったと報告している（望月他，2009）。もう1件の，がんの部位を特定しない，化学療法または放射線療法を受けている患者では，どちらの治療も抑うつスクリーニング得点は，治療前より1ヶ月後，2ヶ月後が有意に高かったが，3ヶ月後では治療前よりも得点が低かったと報告していた（Chen,et al.,2010）。心理的ストレスとして6つのDの中には，容姿の変貌（disfigurement），不快感（discomfort）がある。口腔の手術は，粘膜の損傷による疼痛，機能の変化を伴う期間は不快感が増大するが，その後，疼痛が軽減し，機能の変化に適応できるようになると不快感が軽減する。一方，化学療法と放射線療法は，時間経過に伴い，有害事象が出現するためではないかと考える。この結果から治療方法により時期は異なるが，治療開始から疼痛，不快感および機能障害などの身体的変化がある時期は，抑うつリスクが高いことが推察できる。

時間経過では抑うつスクリーニング得点に有意な変化がなかったと報告していた2件は，がんの部位の特定はなく，化学療法を受けている患者であった。抑うつスクリーニング得点は，初めて化学療法を受ける前，または告知前と，3ヶ月後，6ヶ月後に有意な変化がなかったと報告していた。しかし，抑うつスクリーニング得点は3ヶ月後の方が6ヶ月後より高かったと報告していた（Saevarsdottir,et al.,2010）。もう1件は頭頸部がんで放射線療法を受けている患者では，放射線療法開始1週間後，放射線療法終了後，放射線療法終了から4週間後に抑うつスクリーニング得点に有意な変化はなかったと報告があった（Britton ,et al.,2012）。

以上から，がんの部位や受けている治療の種類が異なるため，安易に比較はできないが，時間経過に伴い，身体的な変化が伴うと抑うつ傾向になることが窺える。

（2）抑うつと治療の種類

治療の種類で抑うつと関連があった報告は，102件中2件であった。がんの治療を

受けて 1 年未満の患者と、緩和ケアを受けている患者では、緩和ケアを受けている方が抑うつスクリーニング得点は有意に高かった (Van ,et al,2011)。もう 1 件は、属性に群間差がない、化学療法を受けている群の抑うつ患者の人数が放射線療法を受けている群の人数よりも有意に多かった (So,et al,2010)。手術療法については比較をしている報告はなかった。

治療の種類による抑うつを調査した報告は 2 件であったため、明確なことはいえない。近年、がんの治療は、手術、化学療法および放射線療法を効果的に組み合わせ、最大の治療効果と、最小の身体侵襲を目的とした集学的治療が行われている。文献検索結果の 102 件の中でも、手術療法、化学療法および放射線療法のいずれかをターゲットに研究されている報告が一番多く、抑うつと関連する治療の種類に関して 2 件のみしか文献がなかった。この結果から、集学的治療を受けている患者に対する治療の数や治療期間と抑うつとの関連を今後は考慮する必要があると考える。

(3) 抑うつと治療施設

治療の場所と抑うつに関連があった報告は、102 件中 2 件であった。Turhal,et al. (2010) は、クリニックで治療を受けている患者の方が医科大学で治療を受けている患者よりも、抑うつの保有率が高かったと報告していた。その理由として、医科大学の方がクリニックよりも人的資源が豊富であり、患者－ケアギバーのコミュニケーションが促進されていることや、がんの症状や抑うつに対する対応が早いためではないかと考察していた。また、Hodges,et al. (2009) は、うつ病のあるがん患者が希望する治療場所についても報告していた。患者はジェネラリスト看護師のいる場所 (47%)、がんセンター (40%)、地域精神科チーム 9%、一般病院 (3%)、精神病院 (1%)、ジェネラリストはジェネラリストの実践場 (57%)、がんセンター (27%)、地域精神科チーム (16%)、一般病院、精神科病院とも (0%) であったと報告していた。これらの報告から、医療者の人的サポートが得られる場所を希望していることが窺えた。

4) 抑うつへの介入

介入研究は、102 件中、がん患者のうつ病と他の症状に対する介入が 5 件 (4.9%)、介入評価の一つとしてうつ病スクリーニングツール得点を利用していたものが 8 件 (7.9%) であった。

がん患者でうつ病もしくは疼痛のある患者に対する介入は、5 件中 3 件は同一グル

ープの報告であり、残り 2 件は、他の同一グループによる報告であった。3 件の同一グループの介入方法は、トレーニングされたナースケアマネージャーが、がん患者で、うつ病を診断された患者に電話介入する。この電話介入を引き金として、症状と薬物へのコンプライアンス、疼痛を測定する自動測定器の値に関してコンタクトを取る。その結果、抑うつと痛みの両方に効果があったと報告している(Kroenke,et al.,2010a; Kroenke,et al,2010b; Johns,et al.,2011)。もう一方の同一グループによる介入方法は、通常ケアに加えて複合的なケアを実施していた。複合的なケアとは、治療的側面と、症状の維持・管理的側面である。治療的側面は、がん患者で、医師がうつ病と診断した患者は、最大 30~45 分のセッションをマネージャーから 16 週間で平均 6~8 セッション受ける。A) コーディネーターはすべての適切な医療従事者と連携する、B) すべてのセッション時、PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) を用いて抑うつ症状のモニターを行う、C) うつ病とそのマネジメント方法の教育(向精神薬、問題解決方法)を提供する、マネージャーを含む研究チームの精神科医は、治療の初期の段階から、必要であれば、向精神薬の指示を出す。症状の維持・管理的側面としては、臨床試験が終わるまで、4 週間毎に電話によって積極的治療を受ける。1 か月ごとに PHQ-9 を行い、電話でフォローアップする。この介入により、うつ病の重症度が有意に低下したと報告されている(Sharpe,et al.,2014;Walker,et al.,2014)。

介入評価の一つに、うつ病のスクリーニングツールを使用していた 8 件の介入方法は、ピラティス(Eyigor,et al.,2010)、調査票の郵送と電話もしくは訪問による精神状態、身体症状の確認(精神科医も共に行う)による介入(Fafouti,et al.,2010)、高度で激しい心臓訓練と訓練への耐性、リラクゼーション、体への気づき、マッサージをコンビネーションして実施する(Midtgaard,et al.2011)、エクササイズ、体操、ゲームリラクゼーションなどをコンビネーションさせ実施する(Mehnert,et al.,2011)、音楽療法(Zhou,et al.,2011)、グループ療法の場を設定し、多職種から、がんに関する情報提供と質疑応答を行う(高橋, 2012)、グループセッションを行う(Giese-Davis,et al.,2011)、認知行動療法を実施する(Fleming,et al.,2014)、であった。これらの介入はすべて抑うつに効果があったと報告している。

これらの報告で、看護師がすぐに実行できる介入方法はなかった。しかし、がん患者同士が集まり、ディスカッションや何らかの活動をすることで、患者同士の関係性や医療者とのコミュニケーションが促進できる。抑うつに関連要因の社会的サポート

役として継続的に関わる必要性があることは示唆された。しかし、抑うつを早期発見するための示唆となるものはなかった。

Ⅲ. 概念図

がん患者の抑うつは、がんによるストレスに起因することおよび、文献検討の結果から、さまざまな要因が関連していることがわかった。

がん患者がうつ病を発症せず、抑うつを回避できるための看護を検討するために、Aguilera (1990) の危機の問題解決モデル (図 1) を参考にその関連性を概念図として図 2 に示した。

危機の問題解決モデルは、危機にいたるプロセスに焦点が当てられており、危機をもたらす可能性のある出来事・衝撃に対して、危機を左右する決定要因を挙げ、それらの要因の解決いかんによって、危機に陥ったり、危機が回避されたりするプロセスである (小島, 2013)。Aguilera (1990) は、危機が起こる状況を Crisis Intervention の著書の中で、虐待、レイプ、慢性疾患、エイズなど多数挙げている。

危機の問題解決モデルは、【人間の有機体】が【均衡状態】を保っているところに、【ストレスの多い出来事】を経験すると【不均衡状態】となり、【均衡回復への切実なニード】状態となる。【均衡回復への切実なニード】は、不均衡状態を均衡状態へと回復するニードである。均衡状態へと回復するためには、決定要因と呼ばれる【出来事に関する現実的な知覚】、【適切な社会的支持】、【適切な対処機制】が必要である。この決定要因がすべて揃っている場合は、【問題の解決】から【均衡の回復】に至り、【危機回避】ができる。一方、決定要因である、【出来事に関する現実的な知覚】【適切な社会的支持】【適切な対処機制】のいずれかが欠如している場合は、【問題が解決されない】状態となり、【不均衡が持続】し、【危機】に陥る。

がん患者の抑うつを回避するための看護を考えるために、がん患者の抑うつを【危機】としてとらえ、危機の問題解決モデルに沿って整理した。【人間の有機体】に、がん患者の抑うつと関連する事柄は、<個人要因>として年齢があった。【ストレスの多い出来事】に、文献検討の結果から、がん患者の臨床経過のストレスと身体的苦痛を位置づけた。がん患者の臨床経過のストレスには、がんの罹患や、治療の時期によるさまざまなストレスが関連し、身体的苦痛には、痛みや倦怠感などがあり、がんの部位による機能障害や治療の種類による有害事象が関連する。がん患者は、このような

【ストレスの多い出来事】が重なり、【均衡状態】から【不均衡状態】となる。がん患者は、【不均衡状態】が【健康回復への切実なニード】に至るプロセスで、感情は不安定となり、抑うつが現れる可能性がある。このときに、抑うつを早期発見することが必要であり、＜看護師の要因＞としてアセスメントツールによる抑うつを早期発見を位置づけた。＜看護師の要因＞には、がん患者の抑うつを早期発見するために影響する要因として、コミュニケーション能力、看護師が患者に対する先入観から引き起こす予期不安や無力感、精神症状の学習ニーズ、看護職経験年数を位置づけた。【健康回復への切実なニード】に対して、＜システムの要因＞として、ジェネラリストによる看護師の介入ならびにスペシャリストである精神科医師、臨床心理士、専門看護師および認定看護師を含めた医療チームによる介入を位置づけた。そして、＜システムの要因＞による早期介入ができることで、決定要因が充足している状態へと移行し、その結果、【均衡の回復】から【問題の解決】、そして抑うつが回避できると考えた。図 2 に示した概念図の＜システムの要因＞は、本研究に含めないため、点線で囲い示した。

図 1 に示した Aguilera のモデルでは、【危機】に続く事柄はない。本研究では抑うつが回避できなかった場合、心理的状态の悪化、社会的機能の低下、QOL の低下、家族の苦痛、治療コンプライアンスの低下、入院期間の延長、自殺率の上昇に結びつくことが明らかになっているため追加した。

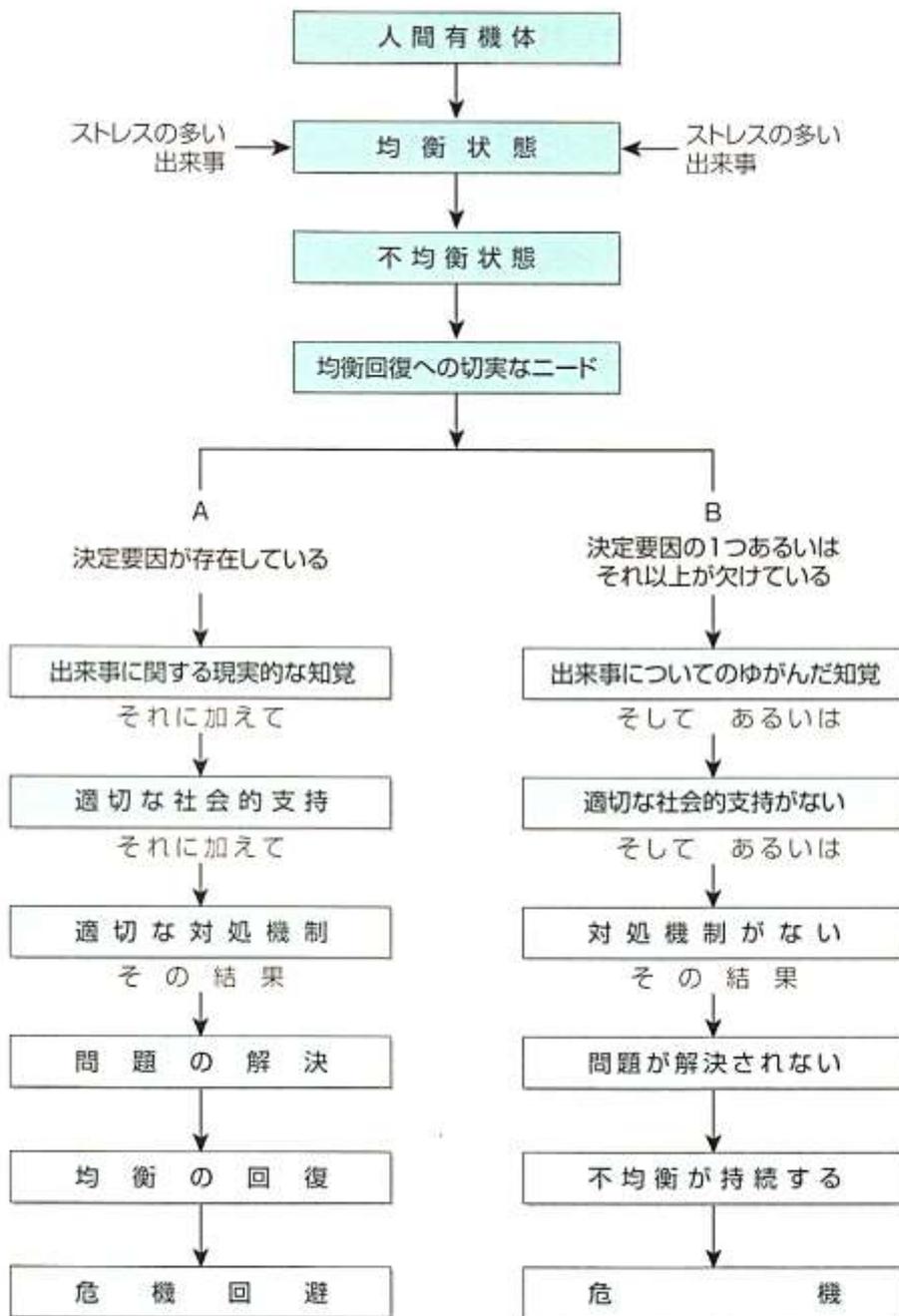


図2 ストレスの多い出来事における問題解決決定要因の影響

図1. 小島操子 (2013). 看護における危機理論・危機介入.p34 より抜粋

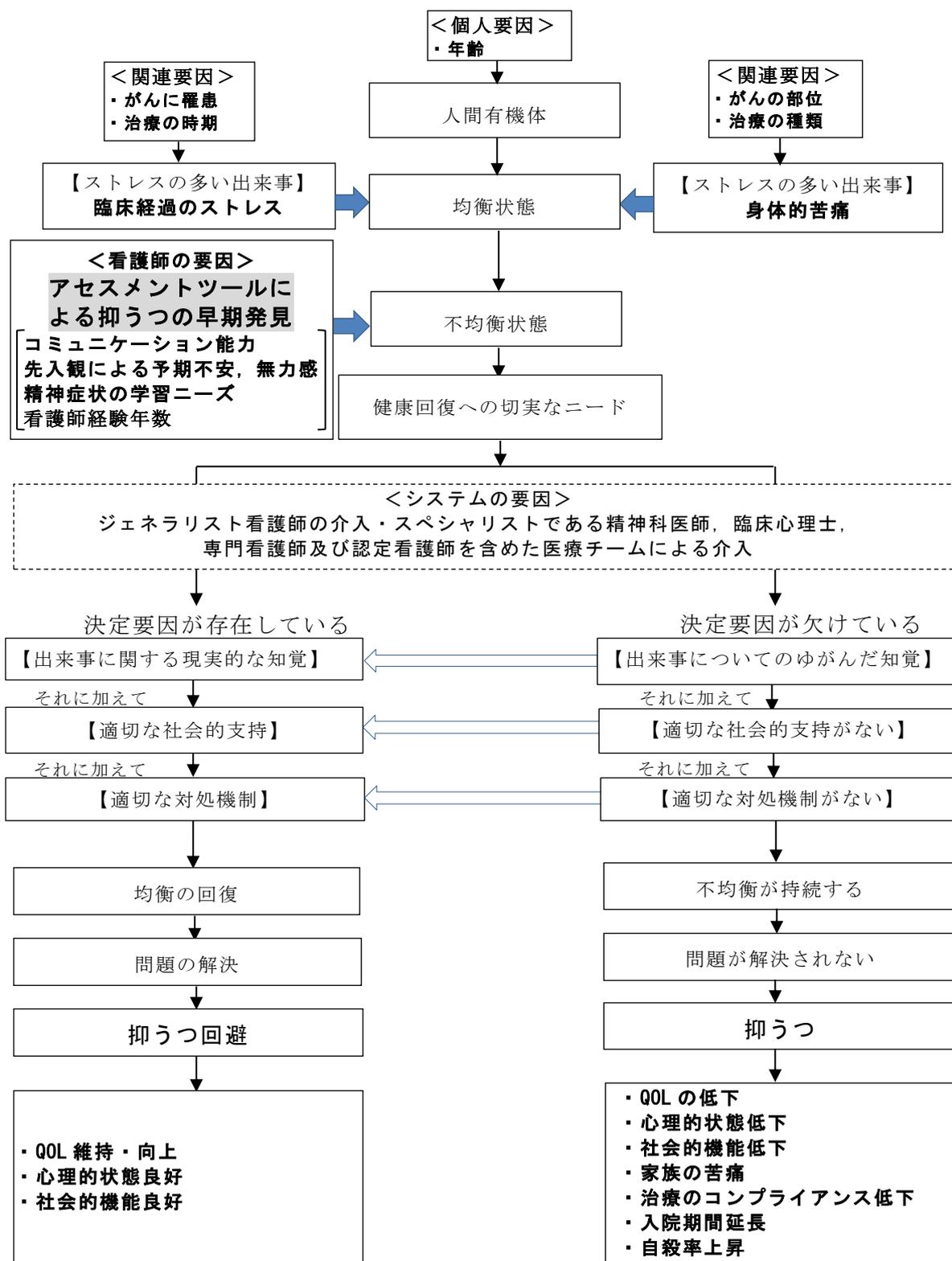


図 2.概念図

- * 太文字が先行研究をふまえた内容
- * 網掛け文字が本研究で明確にする部分
- * ⇐ はアセスメントツールによる抑うつ)の早期発見ができ、<システムの要因>があったときの抑うつ回避への流れ
- * 点線の囲いは、本研究では実施していない部分

IV. 問題提起

「がん患者は抑うつがある」という視点から、抑うつに関する系統的な観察を適切に行い、アセスメントを行うことが必要である。アセスメントとは、目的的に、関連のある情報に焦点を絞り、系統的にもれなく正確にそして規格化された記録を行う一連の作業である (Rosalinda Alfaro-LeFevre,2006/2008)。がん患者の抑うつに関するアセスメントを行うためには、系統的な観察を行うことができるツールが第一に必要である。系統的な観察から、がん患者の抑うつ重症度が専門的治療を必要とするかを判断できるものが必要である。専門的治療が必要であるか判断できるようになればより早期に適切な介入ができ、患者の苦痛が軽減できる。

しかし、現時点において、抑うつに対して抽象的な表現で示された観察尺度はあるが、看護師がいつ何をどのように観察すればよいのか、またどのような状態であれば、専門的介入が必要な抑うつ重症度であるのか、具体的に示されたものはない。よって、看護師が、がん患者の抑うつを早期発見、早期介入するための系統的な観察および観察結果のアセスメントから専門的治療の必要性の有無を判断できる指標（以下、アセスメントツール）の開発が必要であると考えた。

看護師は、患者の症状から病名を診断するのではなく、生活への支障や気持ちのつらさによる苦痛に焦点を当て積極的なケアを行うか判断する方がよいとされている

(秋月, 2012)。抑うつは、「感情面」「意欲・行動面」「思考面」「身体症状」から観察可能である (樋口, 2005)。これらは、9つの大うつ病エピソードと合致しており、「感情面」は気分の落ち込み、興味・喜びの関心であり、表情、動作、姿勢に表れる。「意欲・行動面」は気力がわからないなどにより、動きの乏しさ、活動性の低下、焦燥として表れる。「思考面」は思考が滑らかに進まなくなることで、決断力の低下、悲観的、自責感などが表れる。「身体面」は、睡眠障害、疲れやすさ、食欲などで表れる (樋口, 2005)。よって、看護ケア場面において、患者の日常の行動の変化に焦点を絞り、生活の支障や患者のつらさを観察し抑うつを判断することは十分に可能であると考える。

アセスメントツールは、どのような経験年数の看護師でも使えることが望ましい。しかし、本研究がめざすアセスメントツールは、Patricia Benner が述べる一人前の看護師である看護職経験 3 年以上の看護師が使用できるものとする。Patricia Benner (1984/1999) は、臨床の看護実践において 5 つの熟達レベルを明らかにした。熟達レベルとは、初心者 (Novice)、新人(Advanced Beginner)、一人前(Competent)、中堅

(Proficient), 達人 (Expert) である。初心者・新人は、臨床状況においてその状況をほとんどつかむことができない、一人前は同じ状況もしくは、類似した状況で 2~3 年仕事をしているナースであり、長期的目標や計画を立てて意識的に自分の活動を行うことができ、多くの偶発的な出来事に対処し管理する能力ができる頃であると述べている (Patricia Benner,1984/1999)。がん患者の場合、治療に対するケアとその評価がまずできなければならない。よって、多くの偶発的な出来事に対処し、管理できる能力ができる頃の一人前の熟達度以上の看護師が使用できるものとする。

抑うつを呈する疾患はうつ病、適応障害以外にもある。その代表的なものが、低活動型せん妄である。低活動型せん妄の症状は、無関心、注意減退、発語が少なく緩徐、不活発、動作緩慢、目がうつろ、無感動があり (Nicholas,et al.,1995)、抑うつの症状と似ている。岡山大学の調べでは、せん妄の診断は、精神科以外の医師は、24.2% が誤った診断をしていたと報告している (井上, 2012)。このように、精神症状の鑑別は、非専門家にとっては困難なことである。

抑うつと低活動性せん妄の区別は医師でも困難である。しかし、看護は、精神医学的評価を行い、診断を行うのではない。看護師は、抑うつがあり生活に支障がある人、苦痛がある人を援助する。患者の苦痛を早期に軽減するための援助を行うには、うつ病、低活動せん妄にかかわらず、見逃されやすい抑うつを適切に観察できることが急務である。また、文献検討の結果から、がん患者の抑うつの重症度は、うつの疑いから軽度のものが多くを占め、重症は対象者の10%程度であることを示した。抑うつの重症度は、疑いから軽度が多く占めるため、がん患者の抑うつは注意深い観察が必要となることが明らかとなった。よって、臨床現場で使用可能なかつ、系統的に抑うつを観察でき、精神の専門家治療が必要かどうか、抑うつ重症度を判断できる指標が必要だと考える。

V. 研究の意義

看護師が、開発したアセスメントツールを用いて系統的に抑うつを観察することで、がん患者の抑うつを早期発見し、また、抑うつ重症度から看護師が介入するレベルであるか、精神治療の専門家に依頼するレベルであるかを適切に判断することができる。そうすることで、患者は、適切な治療を早期から受けることが可能になり、苦痛が軽減した状態で治療を受け、日常生活を送ることができる。その結果、QOLの維持・向

上につながる。加えて、看護師は、抑うつを観察内容が明確化され、系統的に抑うつを観察できるようになり、観察力の向上が期待できる。看護師の観察力が向上することは、観察した内容を患者に確認するためのコミュニケーションが増える。コミュニケーションが増えることで、抑うつをもつ患者の理解を深めることができることにつながる。患者理解が深まることで、看護師が抑うつ的な患者を回避し、共感的に関わることができない理由である患者の反応が乏しいこと、気難しく感じるものが、「抑うつ」の症状そのものであるということが理解できるようになる。

また、厚生労働省は、2007年に施行されたがん対策基本法の基本計画達成度と課題から、精神心理的な痛みに対するケアが十分でないことを改善点とし、心理的苦痛に対する心のケアを含めた全人的な緩和ケアをより充実させることを挙げている。この目標を達成するためにも看護師が、がん患者の抑うつを見落とさず早期介入することが、がん患者の抑うつを回避する手段となり、心理的苦痛に対するケアを充実させることにつながり、社会的要請に応えることもできる。

IV. 研究目的

本研究の目的は、看護職経験3年以上の看護師が使用できる、がん患者の抑うつを早期発見するための観察指標および抑うつ重症度を判断するためのアセスメントツールを開発することである。

VII. 研究デザイン

横断的観察(調査)研究、尺度開発

VIII. 用語の定義

抑うつは、抑うつ状態、うつ、抑うつ症状などの表現で使用されている。玄(2012)によれば、抑うつとは、感情の面で、悲哀、憂うつ、空虚、などを主とする精神の状態、思考の緩慢さ、決断困難などがみられるとされており、DSM-IV-TRでは、9つの大うつ病エピソードが示されている。本研究では、DSM-IV-TRで示されている9つの大うつ病エピソードのいずれかに当てはまる状態とした。すなわち、9つの大うつ病エピソードとは、①抑うつ気分、②興味・喜びの減退、③体重減少・食欲の低下、④不眠または過眠、⑤精神運動制止または焦燥、⑥易疲労または気力減退、⑦無価値観または罪悪感、⑧思考力・集中減退または決断困難、⑨希死念慮、である。

がん患者の抑うつとは、がんに罹患したことで合併したと考えられる抑うつとした。客観的観察とは、看護師が、がん患者の抑うつに気付く手がかりとなる客観的に観察可能な行動や反応とした。

IX. 研究方法

一般的に客観的指標の開発方法は、①概念の明確化、②アイテムプールの作成、③項目検討、④項目決定のための分析を行い、その後、信頼性と妥当性の検討を行う（河口，2013）。また、診断検査の有用性は、⑤検査の再現性を評定者間一致率で決定する（Stephan B,2001/2008）。本研究では、がん患者の抑うつを早期発見するための客観的観察指標の開発を3段階に分けて実施し、それぞれ研究1、2、3とした。

客観的指標の開発方法の「①概念の明確化」は、うつ病、適応障害の診断基準である DSM-IV-TR で症状として明確化されている。したがって、研究1では、「②アイテムプールの作成、③項目検討」を目的とし、エキスパート看護師を対象に修正デルファイ法を用いてアセスメントツール項目の内容妥当性の検討を行った。研究2では、「⑤検査の再現性」を確認するために、研究1で内容妥当性を確保したアセスメントツール項目の評定者間一致率の確認とアセスメントツールの実施可能性の検討を行った。最後に研究3で、「④項目決定のための分析」を行い、アセスメントツールの妥当性と信頼性の検討をした。アセスメントツールの抑うつ重症度を判断するための有用性の検討として、至適基準と比較した際の精度を検討することにした。研究全体の流れを次ページに示した（図3）。

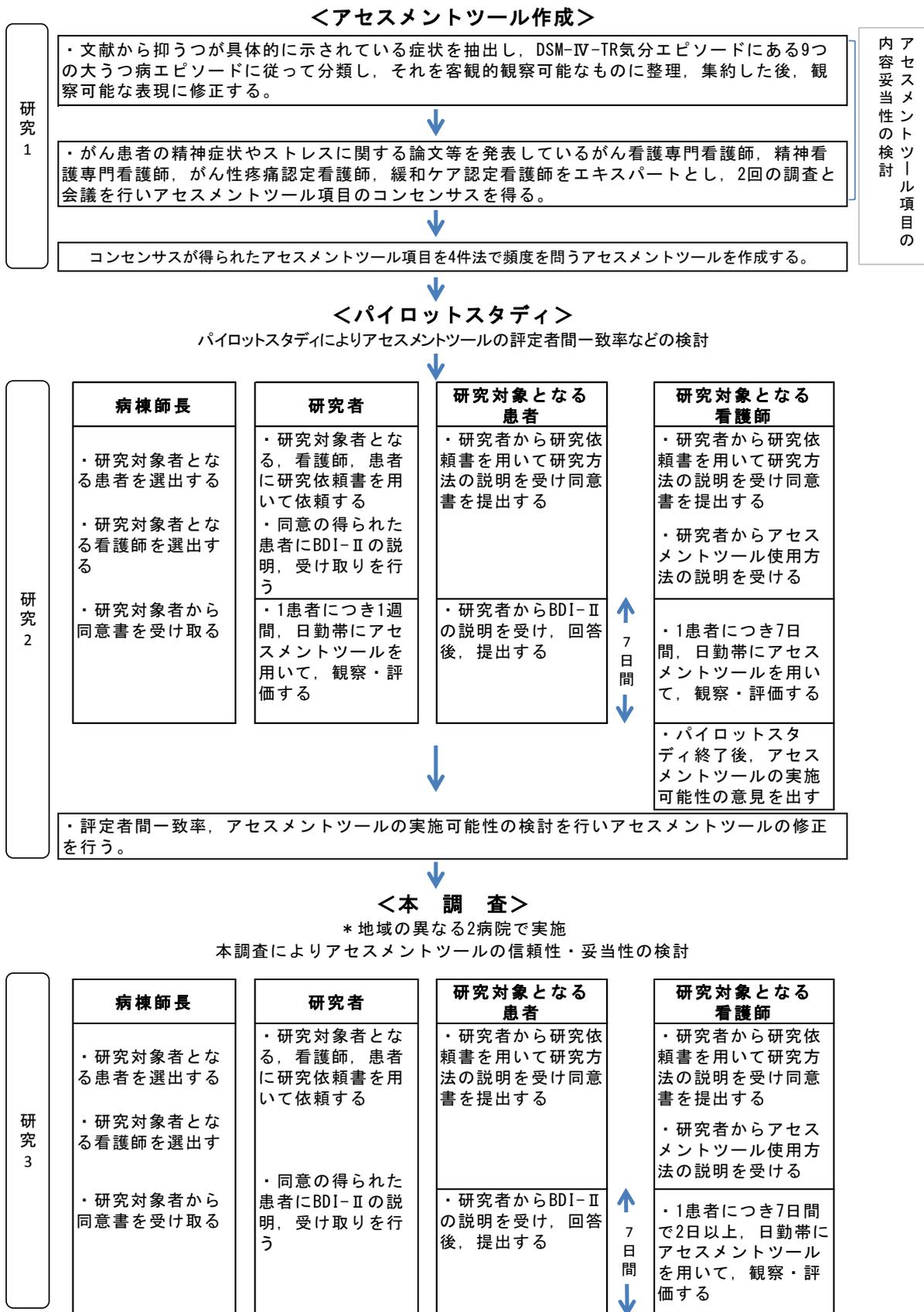


図 3. がん患者の抑うつを早期発見するためのアセスメントツールの開発 研究フロー図

1. 研究1：修正デルファイ法を用いたアセスメントツール項目の内容妥当性の検討

本研究では、アセスメントツール項目の内容妥当性の検討を、修正デルファイ法(The modified-delphi methodology)を使用した。

修正デルファイ法は、Expert Panel Methodology としてデルファイ法を修正した方法であり、近年、修正デルファイ法を用い、必要性の高いケアやケアの質指標に関する研究で成果を得ている(Debra et al,2002; 山本他, 2008; 辻村他, 2007)。デルファイ法は終始にわたって郵送法で調査を繰り返して意見の集約を行うのに対し、修正デルファイ法は、同一エキスパートに対して、郵送法による調査とその結果に基づくエキスパート会議でのディスカッションを通じて意見を集約する。

内容妥当性の成立に向けてのエキスパートの人数については、少なくとも5人の専門家が選択されればよいとされている(Nancy Burns,et al.,2005/2007)。よって、修正デルファイ法は、研究対象者となるエキスパートが少人数であるため、一人一人の責任感が強くなりドロップアウトしにくい。ドロップアウトが少ないため、同一エキスパートから一貫した回答を得ることが可能であり、そのため、より洗練された知識や経験が得やすい。本研究の修正デルファイ法は、第1ステップから第3ステップの3ステップで意見の集約を行った。

第1ステップは、アセスメント項目の妥当性・適切性・実施可能性を郵送法によって調査した。第2ステップは、第1ステップの結果に基づき、会議によるアセスメントツール項目案の修正・洗練を、第3ステップは、第2ステップで行ったアセスメントツール項目案の修正・洗練した内容を再度郵送法で調査し、その結果をもってアセスメントツール項目のコンセンサスを得たとした。

2. 研究2：アセスメントツールの実施可能性の検討のためのパイロットスタディ

評定者間一致率を確認するために、1名の患者に対して、病棟看護師と研究者が、研究1で内容妥当性を確認したアセスメントツールを用いて別々に評価した。

アセスメントツールの実施可能性は、実際にアセスメントツールを用いて評価した看護師に、評価に要した時間、観察困難・判断困難であった項目とその理由を聞き取り確認した。

3. 研究3：アセスメントツールの妥当性と信頼性を確認するための本調査

研究3では、施設固有性を除外するために、データ収集は地域の異なる2病院で実施した。

アセスメントツールの妥当性・信頼性確認のために至適基準を設定した。至適基準は、精神科医師による精神症状の診断が最も望ましい。しかし、精神科医師が患者の抑うつの有無を確定する場合、精神疾患簡易面接による診断が必要である。精神疾患簡易面接はおよそ1時間を必要とするため、精神科医師数が少ない現状では精神科医師により抑うつを確定することは実施可能性から考えると現実的ではなかった。

本研究では、至適基準として、21問からなるBDI-IIを用いた。BDI-IIを選んだ理由は、BDI-IIは、開発時、医師と臨床心理士による一致率を算出しており信頼性が高く、本研究のアセスメント項目同様、DSMを基準に作成されている。開発時は、DSM-IIIであったが、今回使用するBDI-IIはDSM-IVとの重症度、判定得点分布、内容妥当性が確認されている。BDI-IIでは、抑うつの重症度評価の基準が4段階あり、本研究目的である、抑うつの重症度を検討するために最適である。また、手引書があるため、項目に対する患者の回答により、自殺企図など非常に注意を要する点が詳述されており、適切に利用できる。BDI-IIは、Kojima, et al.(2002)が日本語版に翻訳、日本人を対象に妥当性・信頼性を確保している。日本人に対するBDI-IIの重症度の区分は、精神科医師が診断した重症度を至適基準として、BDI-II原版の得点による重症度区分による得点を用いて、層別尤度比で確認されている。層別尤度比は、極軽症を検査前尤度比としたとき、軽症の14から19点では1.84、中等症の20から28点では2.18、重症の29から63点では7.34と層別尤度比がすべて1.0以上であることが確認されている。さらに、患者の回答しやすさは、回答選択が1つの質問に対して4種類の具体的な状態を示してあることである。

BDI-IIは著作権を侵害しないために、業者から購入して使用した。

4. 研究スケジュール

研究1は2014年8月から11月に実施した。研究2は、2014年12月に、研究3は、2015年1月から3月と5月から7月に実施した。

X. 研究 1：修正デルファイ法を用いたアセスメントツール項目の内容妥当性の検討

1. 目的

がん患者の抑うつを早期発見するための観察指標となるアセスメントツールの項目を選定し、エキスパート看護師を対象に修正デルファイ法を用いてアセスメントツール項目の内容妥当性を検討した。

2. 研究対象

研究対象となるエキスパート看護師は 5 名とした。エキスパート看護師の選出条件は、がん看護専門看護師，精神看護専門看護師（リエゾン専門看護師を含む），がん性疼痛認定看護師，および緩和ケア認定看護師であり，がん患者の精神症状やストレスに関する論文などを 1 篇以上発表している者とした。

論文の選定方法は，医学中央雑誌 version. 5 を用い，キーワードを（「ストレス」 or 「うつ病」 or 「患者心理」 or 「サイコオンコロジー」） and 「がん看護」とした。検索期間を「2009 年から 2014 年」に設定し，絞り込み条件を「解説」「原著」「総説」「会議録」とした。その結果，929 件の論文を得た。

得られた論文の筆者が該当する専門・認定看護師であるかを日本看護協会ホームページ分野別都道府県別登録者検索で確認した。筆頭者を専門・認定看護師別で整理した結果，がん看護専門看護師 15 名，精神看護専門看護師 7 名，がん性疼痛認定看護師 4 名，がん化学療法認定看護師 2 名，緩和ケア認定看護師 9 名，および乳がん看護認定看護師 2 名であった。さらに，これらの論文内容が，がん患者のストレス，およびうつ病に関するものであり，かつエキスパート会議参加にあたり業務に支障がないよう日帰りができる地理的要因を考慮して対象者を絞った。結果，がん看護専門看護師 3 名，精神看護専門看護師 5 名の合計 8 名を選出した。この 8 名が所属する機関に研究協力依頼書を送付し承諾を得た後，個人に研究依頼書を送付し，同意が得られた看護師をエキスパートとした。

3. 調査期間

調査期間は，2014 年 8 月から 11 月であった。

4. 倫理的配慮

本研究は、愛知県立大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（26 愛県大総第 2-9 号）。

研究依頼書に、本研究の目的、方法、依頼内容と次の内容を明記した。研究対象者であるエキスパート看護師の個人情報と調査データは、数値化またはコード化し連結可能匿名化を行うこと、調査票は論文完成後直ちにシュレッダーを用いて破棄すること、得られたデータは研究目的以外では使用しないことおよび論文完成後、関連学会で発表することを明記した。また、本来の業務への支障を最小限にするために、調査票の回答時間、会議時間・場所を示した。その上で、対象者が研究協力の諾否を自由意志で決定できるようにし、途中辞退しても何ら影響がないことを示した。本研究参加による利益は、エキスパートとして選出した対象者は、がん患者の抑うつに精通しているが、本研究に協力することで他機関の看護職との討議により、今以上にがん患者の抑うつに関して認識が深まり、看護へ還元できることで病院全体の看護の質が向上する可能性があることを示した。

研究手続きは、エキスパートの所属する所属機関長に対して、本研究の目的、方法、依頼内容、エキスパートとして選出した理由および倫理的配慮を明記した研究協力依頼書を送付し、承諾書への署名をもって承諾を得た。承諾の得られた機関に所属する選出したエキスパートに対して、本研究の目的、方法、依頼内容、エキスパートとして選出した理由、および倫理的配慮を明記した研究協力依頼書を送付し、同意書への署名をもって同意を得た。

5. アセスメントツール項目の開発

アセスメントツールの項目の選定は、先行研究（大山他，2015）の「緩和ケア病棟におけるがん患者の抑うつを早期発見するためのアセスメントに関する基礎的研究」で使用された客観的観察項目に基づき作成した。

先行研究の客観的観察項目の選定は、まず、抑うつの具体的な状態を選定することを目的に、医学中央雑誌 Web 版 Version.5 を用い、「がん」「抑うつ」「症例研究」をキーワードに検索期間を「2007 年から 2013 年」に絞り検索した。そのうち医師がうつ病と診断したがん患者に関する論文 3 件（舟橋，2009；杉田，2011；森永，2011），がん患者の精神面に与える影響を体系的に整理しているサイコオンコロジーの成書

(内富, 2011; 保坂, 2002) およびうつ病のスクリーニングに用いる自記式質問紙である, SDS (Zung self-rating depression scale), BDI (Beck Depression Inventory), CES-D (Center for epidemiologic studies depression scale) の質問内容を参考に, 抑うつに関する客観的に観察可能であると考えられる具体的な状態が記載されているものを選定した。これらを大うつ病エピソードと適合しているかを検討した。

最終的な抑うつに関する客観的観察項目は, 大うつ病エピソードに沿って①抑うつ気分が 8 項目, ②興味・喜びの減退が 3 項目, ③体重減少・食欲の減退が 4 項目, ④不眠または過眠が 3 項目, ⑤精神運動制止または焦燥が 3 項目, ⑥易疲労または気力減退が 3 項目, ⑦無価値観または罪悪感が 4 項目, ⑧思考力・集中力減退または決断困難が 2 項目, ⑨希死念慮が 2 項目, 合計 32 項目となった。

本研究で開発するアセスメントツールは看護師経験年数 3 年以上の「長期的目標や計画を立てて意識的に自分の活動を行うようになる頃の看護師」が容易に使用できる必要がある。しかし, 表情を客観的に観察することは看護師経験をもつ専門看護師教育課程の大学院生でも難しいと報告されている (小原, 2009)。したがって, 看護師経験 3 年程度の看護師の誰もが観察できるように再考する必要があった。

表情を客観的に観察できる表現にするために, 表情分析 (P.エクマン, 1975/1987) を基にした研究 (太田他, 2005) を参考にした。この研究結果では, 悲しみ, 恐怖, 嫌悪, 幸福の感情を客観的に観察するには, 目, 眉, 口など動きの特徴を観察することで可能であると報告していた。これを参考に, 先行研究から抽出した抑うつ気分の表情に関する項目の表現を修正した。次に, 各アセスメント項目をどのようにすれば観察可能となるかを考慮し, 「見ているだけで把握できる」「刺激 (話しかける) を与えることで観察できる」「比較すること (朝と夕など時間的比較) で把握できる」ように区別し, 表現を修正した。最後に, アセスメントツールは, 日常業務の中で使用するため利便性を考慮し, 一般的に観察する身体的な項目の一部である, 体重減少と夜間の睡眠に関しては省いた。その結果, 28 項目を「アセスメントツール項目案」とした (表 1)。

表 1. アセスメントツール項目案

1. 抑うつ気分	4. 精神運動制止または焦燥
D1) 伏せ目がち	D16) イライラしている
D2) 口は閉じている	D17) 落ち着きなく動く
D3) 視線が動かない	D18) 何度も同じことを聞く
D4) 声が震えている	5. 易疲労または気力減退
D5) 声に抑揚がない	D19) 身体症状の程度に比べ一つ一つの動作に時間がかかる
D6) とぎれとぎれ話す	D20) 問いかけの返事に時間がかかる
D7) 眉や口の動きが伴わず涙ぐんでいる	D21) 何をするにも疲れた様子がある
D8) 抑うつ気分の日内変動がある	6. 無価値観または罪責感
2. 興味・喜びの減退	D22) 自分は「だめだ」と口に出す
D9) テレビをつけていても興味を示さない	D23) 治療や病気の話になると返答しない
D10) 雑誌があっても興味を示さない	D24) 治療や病気の話になると話を変える
D11) 自ら人と話さない	7. 思考力・集中力減退, 決断困難
D12) 声をかけないと日常生活動作（着替え）ができなくなった	D25) 日常生活における何気ないことが決められない
D13) 声をかけないと日常生活動作（整容）ができなくなった	D26) 着替えの服が決められない
3. 不眠または過眠	8. 希死念慮
D14) 動けるのに1日中布団の中にいる	D27) 消えてしまいたいと口に出す
D15) 布団の中にいるが目を覚ましている	D28) 目覚めなければいいと口に出す

6. 修正デルファイ法による調査

1) 第1ステップ

アセスメントツール項目案の妥当性、適切性および実施可能性を1～9の9段階で評価するように依頼した。また、アセスメントツール項目案以外にがん患者の抑うつを客観的に観察できると考える内容を、大うつ病エピソード別に自由記載するよう依頼した。妥当性、適切性および実施可能性の定義と9段階の評価を示す方法は次のとおりとした。

妥当性は、看護師が抑うつを早期発見するために、アセスメントツール項目案はど

の程度結びつくかを、「1：結びつかない」から「9：結びつく」の評定尺度で評価を依頼した。適切性は、看護師が抑うつを早期発見するために、アセスメントツール項目案はどの程度適切であるかを、「1：適切でない」から「9：適切である」の評定尺度で評価を依頼した。実施可能性は、看護師が抑うつを早期発見するために、アセスメントツール項目案は看護職経験年数3年以上の看護師が、どの程度、「検温時」「ケア中」「夜間」の3側面で実施できると考えるか、「1：実施可能でない」から「9：実施可能である」の評定尺度で評価を依頼した。

その他、エキスパート看護師の年代、看護師経験年数、専門看護師の領域を確認した。

2) 第2ステップ

エキスパート看護師個人および全員の第1ステップでの評価結果を返却し、それに基づいてエキスパート看護師集団による会議を実施した。会議内容は、エキスパート看護師集団の評価が中央値6以下であった項目の削除または他の表現への変更、エキスパートの半数が1～3点と7～9点で評価が割れている項目の削除の可否、第1ステップで挙げた自由記載の追加の可否を検討した。また、すべての項目において看護師3年目程度の経験で理解できる適切な表現かを確認した。

3) 第3ステップ

第1ステップの調査結果と第2ステップでの討議内容をふまえて、アセスメントツール項目案を修正し、第1ステップと同様の評価方法で回答を依頼した。また、内容妥当性（以下、CVI）を算出するために、妥当性と適切性の関連について1～9の9段階で評価するよう依頼した。CVIは2つの主要な課題の個々の項目が関連し適切かどうかを測定し(Denise F.Polit,et al.,2004/2010), 0.8以上なら適切とされている(Mary R. Lynn,1986)。評定尺度は「1：妥当性と適切性に関連がない」、「9：妥当性と適切性に関連がある」とした。

この結果をもって、エキスパートからコンセンサスを得たとし、アセスメントツール項目を作成した。

7. 分析方法

コンセンサス基準は、点数を3つに区分し、1から3までの点数がついた場合は適応がない、4から6点は判断に迷い、7から9点は適応があるとされている (Catherine Pope, 2006/2008)。本研究はこれを参考に、アセスメントツール項目案ごとにエキスパート看護師集団の中央値を算出した。コンセンサス基準は、エキスパート看護師集団の中央値が7以上の項目とした。ただし、ステップ1のエキスパート看護師集団の中央値が6以下の項目、および、エキスパート看護師集団のおよそ半数である2名以上が、7～9点（適応がある）と、1～3点（適応がない）で評価が割れている項目があった場合、ステップ2での検討課題とした。また、CVIは、Mary R. Lynn (1986) が提唱している、エキスパートの人数が10人以下の場合に5%水準で有意差があるとする表を用いて算出し、0.80以上を基準とした。

8. 結果

1) エキスパート看護師の基本属性

研究対象となった5名の専門看護師の領域と人数は、がん看護専門看護師3名、精神看護専門看護師2名であった。性別は女性4名、男性1名であり、年代は30歳代2名、40歳代3名で、看護師経験年数は10年から15年2名、20年から25年3名であった。

2) 第1ステップの結果

エキスパート看護師集団の評価の中央値（以下、中央値）が7以上でコンセンサスが得られた項目は、＜Ⅰ.妥当性の評価＞、＜Ⅱ.適切性の評価＞ともに、28項目中24項目であった。＜Ⅲ.実施可能性＞の「観察のタイミング：検温」では、コンセンサスが得られた項目は、28項目中27項目であった。「観察のタイミング：ケア中」はすべての項目でコンセンサスが得られた。「観察のタイミング：夜間」では、28項目中3項目でコンセンサスが得られた。

中央値が6以下のコンセンサスが得られなかった項目は、＜Ⅰ.妥当性の評価＞については、D2)：口は閉じている、D4)：声が震えている、D17)：落ち着きなく動く、D18)：何度も同じことを聞くであった。＜Ⅱ.適切性の評価＞については、D2)：口は閉じている、D4)：声が震えている、D6)：とぎれとぎれ話す、D8)：抑うつ気分の

日内変動がある，のそれぞれ 4 項目あった。＜Ⅲ.実施可能性＞については，「観察のタイミング：検温」では，D12)：声をかけないと日常生活動作（着替え）ができなくなった，の 1 項目，「観察のタイミング：夜間」では，D15)：布団の中にいるが目を覚ましている，D17)：落ち着きなく動く，D18)：何度も同じことを聞く，の 3 項目以外であった（表 2）。

エキスパート各人の評価が 7～9 点（適応がある）と，1～3 点（適応がない）で評価が割れていなかったのは，＜Ⅰ.妥当性の評価＞では 28 項目中 27 項目であった。＜Ⅱ.適切性の評価＞はすべての項目で評価が割れていなかった。＜Ⅲ.実施可能性＞の「観察のタイミング：検温」「観察のタイミング：ケア中」「観察のタイミング：夜間」では 28 項目中 27 項目で評価が割れていなかった。

評価が割れていた項目は，＜Ⅰ.妥当性の評価＞は，D2)：口は閉じている，の 1 項目であった。＜Ⅲ.実施可能性＞は，「観察のタイミング：検温」と「観察のタイミング：ケア中」はどちらも，D15)：布団の中にいるが目を覚ましている，であり，「観察のタイミング：夜間」では，D18)：何度も同じことを聞く，であった。＜Ⅲ.実施可能性＞の「観察のタイミング：夜間」は，4 から 6 点（判断に迷う）と評価しているエキスパート看護師が多かった。

表 2. 第 1 ステップの調査結果

大うつ病 エピソード	項目 番号	アセスメント項目案	I. 妥当性の 評価		II. 適切性の 評価		III. 実施可能性の評価																								
			回答者 コード		回答者 コード		観察のタイミン グ：検温				観察のタイミン グ：ケア中				観察のタイミン グ：夜間																
			A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E									
抑うつ 気分	D1	伏せ目がち	8	7	8	7	7	7	8	5	8	8	6	8	9	9	8	8	9	9	9	9	8	9	9	5	1	1	1	3	1
	D2	口は閉じている	7	3	3	2	7	3	7	4	3	3	6	4	9	9	8	8	9	9	9	7	8	9	9	5	2	1	1	9	2
	D3	視線が動かない	9	7	7	7	6	7	9	7	7	8	5	7	9	9	9	8	9	9	9	7	8	8	8	5	2	1	1	5	2
	D4	声が震えている	7	4	7	3	5	5	7	6	7	5	4	6	9	9	9	8	9	9	9	7	8	8	8	5	2	1	1	3	2
	D5	声に抑揚がない	8	6	7	7	6	7	8	7	7	8	6	7	9	9	9	8	9	9	9	7	8	8	8	5	2	1	1	3	2
	D6	とぎれとぎれ話す	7	5	7	8	6	7	7	6	7	6	6	6	9	9	9	8	8	9	9	7	8	8	8	5	2	1	1	3	2
	D7	眉や口の動きが伴わず涙ぐんでいる	8	8	8	3	4	8	8	7	8	3	5	7	9	9	9	8	9	9	9	9	8	7	9	5	2	2	1	3	2
	D8	抑うつ気分の日内変動がある	7	7	8	5	4	7	7	6	8	5	4	6	9	9	8	7	8	8	9	8	7	8	8	4	2	1	1	5	2
興味・ 喜びの 減退	D9	テレビをつけていても興味を示さない	8	7	9	8	6	8	8	7	9	8	7	8	8	9	8	7	8	8	7	5	1	8	7	4	7	1	1	6	4
	D10	雑誌があっても興味を示さない	8	7	9	8	6	8	8	6	9	8	7	8	8	9	7	7	8	8	7	5	1	8	7	4	6	1	1	6	4
	D11	自ら人と話さない	8	7	8	5	6	7	8	8	8	5	6	8	8	9	9	7	9	9	8	8	8	9	8	4	2	1	1	5	2
	D12	声をかけないと日常生活動作(着替え)ができなくなった	9	6	9	8	6	8	9	8	9	8	6	8	9	7	1	5	5	9	9	9	9	9	9	4	2	1	2	5	2
	D13	声をかけないと日常生活動作(整容)ができなくなった	9	6	9	8	6	8	9	8	9	8	6	8	8	7	1	8	5	7	9	9	9	9	9	4	2	1	1	5	2
不眠 または 過眠	D14	動けるのに1日中布団の中にいる	8	8	9	8	7	8	8	8	9	8	7	8	8	9	2	8	8	8	9	2	8	8	8	3	9	1	1	8	3
	D15	布団の中にいるが目を覚ましていない	8	8	8	6	7	8	8	8	8	5	7	8	9	9	2	2	8	8	9	2	2	8	8	3	9	8	8	8	8
精神運動 制止 または 焦燥	D16	イライラしている	8	6	8	7	6	7	8	7	8	6	6	7	9	9	8	8	8	9	9	8	8	8	8	5	6	2	1	8	5
	D17	落ち着きなく動く	8	6	8	6	6	6	8	7	8	5	6	7	9	9	8	8	8	9	9	8	8	8	8	9	4	8	5	8	8
	D18	何度も同じことを聞く	8	5	6	6	6	6	8	7	6	7	6	7	9	9	9	8	8	9	8	8	8	8	8	8	9	2	1	8	8
易疲労 または 気力減退	D19	身体症状の程度に比べ一つ一つの動作に時間がかかる	8	7	8	5	7	7	8	7	8	8	6	8	9	9	8	8	5	8	9	9	8	8	9	4	2	2	1	5	2
	D20	問いかけの返事に時間がかかる	9	6	8	8	6	8	9	7	8	8	6	8	9	9	9	8	8	9	9	8	8	8	8	3	2	1	1	6	2
	D21	何をしても疲れた様子がある	9	8	9	8	7	8	9	8	9	8	7	8	9	9	9	8	5	9	9	9	8	8	9	3	2	1	1	4	2
無価値観 または 罪責感	D22	自分は「だめだ」と口に出す	8	8	9	7	9	8	8	8	9	8	9	8	9	9	8	8	8	9	9	8	8	8	8	5	5	1	1	6	5
	D23	治療や病氣の話になると返答しない	8	7	8	7	6	7	8	7	8	7	6	7	9	9	9	8	8	9	8	8	8	8	8	5	5	1	1	5	5
	D24	治療や病氣の話になると話を交える	8	7	7	5	7	7	8	7	7	5	6	7	9	9	9	8	8	9	8	8	8	8	8	5	5	1	1	5	5
思考力・ 集中力の 減退 決断困難	D25	日常生活における何気ないことが決められない	8	7	9	8	6	8	8	7	9	8	7	8	8	9	8	8	7	8	8	9	8	8	8	5	5	1	1	5	5
	D26	着替えの服が決められない	8	4	8	7	6	7	8	6	8	7	6	7	7	5	7	5	7	7	9	9	9	9	9	5	2	1	1	5	2
希死 念慮	D27	消えてしまいたいと口に出す	9	8	8	9	9	9	9	8	8	8	9	8	9	9	8	7	8	8	9	8	7	8	8	5	5	8	1	8	5
	D28	目覚めなければいいと口に出す	9	8	8	9	9	9	9	8	8	8	9	8	9	9	8	7	8	8	9	8	7	8	8	5	5	8	1	8	5

Med: 中央値 ・中央値6以下, および評定が割れている数字には色を付している

次に、エキスパート看護師の経験からアセスメントツール項目案以外でがん患者の抑うつを客観的に観察できると考える自由記載を9つの大うつ病エピソード別に、＜Ⅰ.妥当性の評価＞＜Ⅱ.適切性の評価＞＜Ⅲ.実施可能性の評価＞に分けて整理した(表3)。

＜Ⅰ.妥当性の評価＞、＜Ⅲ.実施可能性の評価＞では、大うつ病エピソード9つすべてに対して意見があった。アセスメントツール項目案の観察のタイミングに関しては、「検温中」「ケア中」「夜間」の3側面で評価を依頼したが、食事のセッティング時やオリエンテーション、検査などの説明時など色々な看護ケア場面が挙がっていた。

表3. アセスメント項目案以外で抑うつが観察できると考える項目

大うつ病エピソード	Ⅰ. 妥当性の評価 (抑うつを観察できると考える項目)	Ⅱ. 適切性の評価 (抑うつを観察できると考える項目)	Ⅲ. 実施可能性の評価 (抑うつを観察できると考えるタイミング)
1. 抑うつ気分	<ul style="list-style-type: none"> ・ ため息をつく ・ 質問しても黙っている ・ 答えない ・ 声が小さい 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 質問しても黙っている 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 配膳・食事のセッティング ・ 入院オリエンテーション時 ・ 検温, 処置の説明時 ・ 処置, 検査の介助時 ・ 配薬時
2. 興味・喜びの減退	<ul style="list-style-type: none"> ・ 趣味で行っていた活動を行えない ・ 食事に関心を示さない ・ 疲れている様子が常にある 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事に興味を示さない 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 洗面介助 ・ 処置・検査説明時 ・ 入退院オリエンテーション
3. 不眠または過眠	<ul style="list-style-type: none"> ・ 眠れないことを口に出す ・ 寝ているのに寝た気がしないと口に出す 		<ul style="list-style-type: none"> ・ 配薬時 ・ 入退院オリエンテーション
4. 精神運動制止または焦燥	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族を怒鳴る ・ 同じ動作を繰り返す 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 同じ動作を繰り返す 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 処置・検査説明時 ・ 入退院オリエンテーション
5. 易疲労または気力減退	<ul style="list-style-type: none"> ・ 何もしていない時間(ボーっとしている) ・ 声をかけないとずっと同じ動作をしている 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ボーっとしている様子がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 処置・検査説明時 ・ 入退院オリエンテーション
6. 無価値感または罪悪感	<ul style="list-style-type: none"> ・ 過去に迷惑をかけたことを話さず 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 過去に迷惑をかけたことを話さず 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入退院オリエンテーション
7. 思考力集中力の減退、決断困難	<ul style="list-style-type: none"> ・ 説明内容が理解できない ・ 分からないと口に出す 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 説明内容が理解できない ・ 分からないと口に出す 	
8. 希死念慮	<ul style="list-style-type: none"> ・ 解放されたいと口に出す ・ 死にたいと口に出す 		<ul style="list-style-type: none"> ・ 処置・検査説明時 ・ 入退院オリエンテーション
9. その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事摂取量の減少 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事摂取量の低下 	

以上の第 1 ステップの結果から、第 2 ステップのエキスパート会議では、中央値 6 以下の項目、評価が割れている項目を合わせた、D2)：口は閉じている、D4)：声が震えている、D6)：とぎれとぎれ話す、D8)：抑うつ気分の日内変動がある、D12)：声をかけないと日常生活動作（着替え）ができなくなった、D15)：布団の中にいるが目覚ましている、D17)：落ち着きなく動く、D18)：何度も同じことを聞く、の 8 項目に関して項目採択の可否を検討することとした。また、＜Ⅲ.実施可能性＞の「観察のタイミング：夜間」の観察のタイミングは、3 項目を除く 25 項目の評価が低かったため、自由記載の意見と合わせて検討した。

3) 第 2 ステップの結果

(1) アセスメントツール項目案の採択、削除、変更結果

表 4 に自由記載内容の採択の有無とその理由を、表 5 にエキスパート会議で討議した結果、項目の採択、削除、表現の変更およびその理由を整理したものを示した。

エキスパート会議では、特に中央値が 6 点以下の項目と評価が割れている項目の、合わせて 8 項目の削除または表現の変更と、がん患者の抑うつを観察できると考える自由記載内容の採択の可否について重点的に検討した。

最終的に、中央値が 6 点以下の項目と評価が割れている項目は、採択が 2 項目、削除が 4 項目、表現の変更が 2 項目あった。

具体的には、中央値が 6 点以下の項目と評価が割れている項目のうち、採択された 2 項目は、D12)：声をかけないと日常生活動作（着替え）ができなくなった、D17)：落ち着きなく動く、であった。削除された 4 項目は、D4)：眉や口の動きが伴わず涙ぐんでいる、D6)：とぎれとぎれ話す、D8)：抑うつ気分の日内変動がある、D18)：何度も同じことを聞く、であった。表現の変更を行った 2 項目は、D2)：口は閉じている、D15)：布団の中にいるが目覚ましている、であり、各々「眉にいつもしわがよっている」「眠れていないと口に出す」に変更した。

中央値が 7 以上あり評価も割れていなかったが、2 項目を 1 項目に統合する項目、自由記載からの採択が 1 項目と、自由記載の意見にあった表現に変更したものが 1 項目あった。2 項目を 1 項目に統合した項目は、D9)：テレビをつけていても興味を示さないと D10)：雑誌があっても興味を示さない、は、「周囲の物に興味を示さない（テレビ・雑誌・新聞・ラジオのいずれか 1 つ以上）」になった。自由記載による意見とし

て採択された 1 項目は、「何もしない時間ボーっとしている」であり、＜4.精神運動制止または焦燥＞に入れることとなった。自由記載の意見にあった表現に変更した項目は、D22)：自分は「だめだ」と口に出す、を「過去に迷惑をかけたことを口に出す」に変更した。

食事、睡眠に関しては、抑うつを観察以外でも常時実施している内容のため、アセスメントツール項目案作成時に削除した。しかし、自由記載による意見で、食事に関しては、「食事摂取量の低下」「食事摂取量の減少」、また睡眠に関しては、「眠れていないことを口に出す」「寝ているのに寝た気がしないと口に出す」、が挙げられた。これらに関しては、エキスパート会議において、「抑うつをキャッチするのに重要な事項である」「抑うつ以外でも観察するので、現実にはアセスメントツールとして使用する際に項目数が多いと煩雑になる」、と意見が一致しなかった。そのため、持ち帰り課題とした。研究者と研究指導者で検討した。その結果、食事に関する項目は、消化器がんによる機能障害や、化学療法の有害事象でも出現する頻度が高いが毎日観察する項目であるため、アセスメントツール項目としては採用しないこととなった。また、睡眠に関する項目は、看護師が毎日観察する内容であるが、抑うつの際に特徴的に表れる D14)：動けるのに 1 日中布団の中にいる、は残すこととなった。

以上の検討結果から、DSM-IV-TR のエピソードに沿った 24 項目のアセスメントツール項目が採択された。

表 4. アセスメントツール項目案以外で抑うつを客観的に観察できると考えるエキスパートから得た自由記載の内容の採択、不採択とその理由

大うつ病 エピソード	自由記載の意見	採択 または 不採択	変更後の内容など	討議内容
1. 抑うつ 気分	「ため息をつく」	不採択		<ul style="list-style-type: none"> 抑うつの中の1つの指標ではあるが、抑うつをキャッチするための重要性は低いとの理由で不採択となった。 レスポンスが遅いという意味で答えられないのなら、「ため息をつく」と同様、重要性は低い。また、D20)：問いかけの返事に時間がかかる、と同じになるとの理由で不採択となった。 抑うつをキャッチするためには、D5)：声に抑揚がない、の表現の方がわかりやすいとの理由で不採択となった。
	「答えない」	不採択		
	「質問しても黙っている」	不採択		
2. 興味・ 喜びの 減退	「声が小さい」	不採択		<ul style="list-style-type: none"> D9)：テレビをつけていても興味を示さない、D10)：雑誌があっても興味を示さない、の代わりに「周囲の物に興味を示さない」を追加するので不採択となった。 D21)：何をしても疲れた様子がある、と同じなので不採択となった。 抑うつをキャッチする際に広く症状を観察する場合には重要なポイントである。しかし、少ない項目で抑うつをキャッチするのであれば、「食事」「睡眠」は一般に観察するためアセスメントツールから抜いてもよい。このアセスメントツールで観察できた抑うつの人々の食事摂取量を他の抑うつとの観察と並行して確認するとよい。
	「趣味で行っていた活動を行えない」	不採択		
	「疲れている様子が常にある」	不採択	決定しなかった (持ち帰り検討)	
3. 不眠 または 過眠	「食事に関心(興味)を示さない」	不採択	決定しなかった (持ち帰り検討)	<ul style="list-style-type: none"> 抑うつをキャッチする際に広く症状を観察する場合には重要なポイントである。しかし、少ない項目で抑うつをキャッチするのであれば、「食事」「睡眠」は一般に観察するためアセスメントツールから抜いてもよい。このアセスメントツールで観察できた抑うつの人々の食事摂取量を他の抑うつとの観察と並行して確認するとよい。 食事と同様、抑うつをキャッチするのに重要な事項であるが、抑うつ以外でも観察するので項目数を減らすなら削除してもよい。
	「眠れていないことを口に出す」	不採択	決定しなかった (持ち帰り検討)	
4. 精神運 動制 止 または 焦燥	「寝ているのに寝た気がしないと口に出す」	不採択	決定しなかった (持ち帰り検討)	<ul style="list-style-type: none"> D16)：イライラしている、のより具体的な内容なので不採択となった。 抑うつというよりも、せん妄を思い起こすため不採択となった。
	「家族を怒鳴る」	不採択		
5. 易疲労 または 気力減退	「同じ動作を繰り返す」	不採択		<ul style="list-style-type: none"> 抑うつをキャッチするためには、観察しやすい。しかし、DSM-IV-TRのエピソードとしては、精神運動制止または焦燥に入れた方が適切であるため採択となった。 この文章だけでは、どちらかといえば、せん妄を想像する。抑うつの中の精神運動制止によって物事が決められなく同じ動作をしているものを示しているならば、D25)：日常生活における何気ないことが決められない、D26)：着替えの服が決められない、があるので不採択となった。
	「何もしない時間ボーっとしている」	採択	精神運動制止または焦燥のエピソードへ入れる	
	「声をかけないとずっと同じ動作をしている」	不採択		
6. 無価値 観 または 罪悪感	「過去に迷惑をかけたことを話す」	採択	D22)：自分は「だめだ」と口に出す、を削除し、「過去に迷惑をかけたことを口に出す」と変更した。	<ul style="list-style-type: none"> D22)：自分は「だめだ」と口に出す、は病気にめどが立たないときによく聞く言葉である。D23)：治療や病気の話になると返答しない、D24)：治療や病気の話になると話を変える、と同じような内容である。よって、「過去に迷惑をかけたことを口に出す」として変更した。
	「説明内容が理解できない」	不採択		
7. 思考 力、集中 力減退、 決断困難	「わからないと口に出す」	不採択		<ul style="list-style-type: none"> 認知機能低下のときと区別がつかないので不採択となった。
8. 希死 念慮	「解放されたいと口に出す」	不採択		<ul style="list-style-type: none"> D27、D28)と同じであるし、「死にたい」はこちらから誘発しないとなかなか発しないので不採択となった。
	「死にたいと口に出す」	不採択		
9. その他	「食事摂取量の低下」	不採択	決定しなかった (持ち帰り検討)	2. 興味・喜びの減退の「食事に関心(興味)を示さない」と同じ意見であった。

表 5. エキスパート会議における項目の採択、削除、表現の変更、追加項目とその理由

アセスメント項目案	採択 または 削除	変更後の内容	討議内容
D2 口は閉じている	削除し 変更	「眉間にいつもしわがよっている」	<ul style="list-style-type: none"> ・どのような状態か迷う、その状態が思い浮かばないという意見のため削除となった。 ・表情から抑うつをみるとき、「眉間にいつもしわがよっている」の方が観察頻度が高いという意見が一致し、変更となった。
D4 声が震えている	削除		<ul style="list-style-type: none"> ・声が震えているというよりも、声に抑揚がない方が臨床上多く経験する。声の抑揚に関してはD5)にあるので削除となった。
D6 とぎれとぎれ話す	削除		<ul style="list-style-type: none"> ・思考力の低下による話し方であるが、話し方に関しては他の項目にもあるということで、削除となった。
D8 抑うつ気分の日内変動がある	削除		<ul style="list-style-type: none"> ・「抑うつ」の症状が観察できて初めて日内変動があったかどうかはわかるのでスクリーニングには不要であるため削除となった。 ・認知機能の低下なのか抑うつで日内変動があるのかわからないため削除となった。
D12 声をかけないと日常生活動作（着替え）ができなくなった	採択		<ul style="list-style-type: none"> ・抑うつ時はよくみられる行動なので採択となった。
D15 布団の中にいるが目を覚ましている	変更	「眠れていないと口に出す」	<ul style="list-style-type: none"> ・布団の中にいるが目を覚ましている状態がイメージしにくい。 ・抑うつで1日中布団の中にいる状態はD14)：動けるのに1日中布団の中にいる、と同様である。 ・上記2つの意見と、「眠れない」「熟眠感がない」は抑うつ重要な症状なので、「眠れていないと口に出す」に変更となった。
D17 落ち着きなく動く	採択		<ul style="list-style-type: none"> ・焦燥感で不安を表すことも多いが、抑うつでもみられるので残しておくこととなった。 ・D18)を削除するならば、不安を表す項目を残しておく方が良いとのことで採択となった。
D18 何度も同じことを聞く	削除		<ul style="list-style-type: none"> ・焦燥感の強い抑うつの場合、何度も同じことを聞くことはあるが、この文章だけをみると認知機能の低下の場合もよく見られる行動なので混同しやすいため、削除となった。
D9 テレビをつけていても興味を示さない	2項目を 1項目に 統合	「周囲の物に興味を示さない(テレビ・雑誌・新聞・ラジオのいずれか1つ以上)」	<ul style="list-style-type: none"> ・D9)とD10)は興味を持たない対象が異なるだけなので、統合した方が観察しやすい、との意見があり2項目を1項目に統合した。
D10 雑誌があっても興味を示さない			
追加 何もしない時間ポーっとしている	新たに 追加		表4の「5. 易疲労または気力減退」を参照。
D22 自分は「だめだ」と口に出す	変更	「過去に迷惑をかけたことを口に出す」	<ul style="list-style-type: none"> ・D22)：自分は「だめだ」と口に出す、は病気にめどが立たないときによく聞く言葉で、D23)：治療や病気の話になると返答しない、D24)：治療や病気の話になると話を変える、と同じような内容である。「過去に迷惑をかけたことを口に出す」の方が自責感を示す発言として理解しやすい、との意見のため、変更した。

(2) 表現の確認

次に、すべての項目において看護師経験 3 年程度の看護師が理解できる表現であるかを確認した。すべての項目において理解できると意見が一致した。

(3) アセスメントツール評価基準

アセスメントツール項目の評価は、「よくある」「ときどきある」「ほとんどない」「ない」の 4 段階で評価することとなった。

アセスメントツール項目の評価は、頻度で評価することで意見が一致した。看護師は、患者に接するごとに観察を行うため、4 段階であれば毎日評価する際でも煩雑ではないと、意見が一致した。

(4) その他の検討内容

抑うつを観察する場面は、＜Ⅲ.実施可能性＞で、「検温」「ケア」「夜間」と 3 側面で回答した。しかし、検温もケア中に入ることや検温中に身体ケアをすることもするという意見があった。加えて、入院オリエンテーションや検査・処置の説明、配膳など患者に関わる際はすべてケアとして捉えることもできるため、ケアの定義を決めてはどうかという意見があった。そこで、患者の行動を確実に観察できると考える場面を中心に討議した結果、「看護ケア場面」とは、“検温，身体的ケア，検査説明時，出棟時，訪床時を示す”，と定義した。

4) 第 3 ステップの結果

中央値が 7 以上ありコンセンサスが得られた項目は、＜Ⅰ.妥当性＞で 24 項目中 22 項目であった。＜Ⅱ.適切性＞，＜Ⅲ.実施可能性＞，＜Ⅳ.関連性＞はすべての項目でコンセンサスが得られた。CVI が 0.8 以上あった項目は、24 項目中 21 項目であった。また、評価が割れている項目はなかった（表 6）。

中央値が 6 点以下でコンセンサスが得られなかった項目は 2 項目のみで、＜Ⅰ.妥当性の評価＞の D3)：視線が動かない，D24)：治療や病気の話になると話を変える，であった。評価の得点範囲をみると、2 項目とも 7～9 点の「結びつく（適応がある）」と回答した者が 2 名，4～6 点の「判断に迷う」が 3 名であり、評価が大きく割れているわけではなかった。また、CVI が 0.6 以下であった 3 項目，D3)：視線が動かない，D5)：声に抑揚がない，新 1)：眉間にいつもしわが寄っている，は 其々の項目で，2 名のエキスパートが 4～6 点の「判断に迷う」と評価していた。D3) は、＜Ⅰ.妥当性

の評価>， CVI どちらもコンセンサスが得られなかった。よって，最終的に， CVI が 0.8 以上でコンセンサスが得られた項目は 20 項目であり， エキスパートが判断に迷うと評価した項目は 4 項目となった。

表 6. 第 3 ステップの調査結果

大うつ病 エピソード	項目 番号	アセスメント項目	I. 妥当性					II. 適切性					III. 実施可能性					IV. 関連性					CVI		
			回答者 コード					回答者 コード					回答者 コード					回答者 コード							
			A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E			
抑うつ 気分	D1)	伏せ目がち	9	6	7	7	6	7	9	7	7	8	7	9	7	7	8	8	8	7	7	8	6	7	0.8
	D3)	視線が動かない	9	6	5	4	7	6	9	7	5	6	7	9	7	7	8	8	8	8	7	6	7	6	0.6
	D5)	声に抑揚がない	8	7	7	7	7	9	8	7	8	8	9	8	6	8	7	8	8	8	6	7	6	0.6	
	D7)	眉や口の動きが伴わず涙ぐんでいる	9	8	7	4	5	9	7	6	6	7	9	8	8	8	7	8	9	8	7	5	7	0.8	
	新1)	眉間にいつもしわがよっている	8	8	7	7	7	9	8	7	8	8	9	8	7	8	8	8	7	8	6	8	5	0.6	
興味・ 喜びの 減退	D11)	自ら人と話さない	8	7	8	8	8	9	7	7	8	8	9	7	7	8	6	8	7	7	6	8	7	0.8	
	D12)	声をかけないと日常生活動作 (着替え)できなくなった	8	9	8	8	8	9	9	8	8	8	9	9	8	8	6	7	8	9	7	8	7	0.8	
	D13)	声をかけないと日常生活動作 (整容)ができなくなった	9	9	8	8	8	9	9	8	8	8	9	9	8	8	6	8	8	9	7	8	7	0.8	
	新2)	周囲の物に興味を示さない(テレビ・雑誌・新聞・ラジオのいずれか1つ以上)	8	7	9	9	8	9	8	8	8	9	9	8	8	8	6	8	7	8	8	8	7	0.8	
不眠 または 過眠	D14)	動けるのに1日中布団の中にいる	8	9	8	8	8	9	8	7	8	9	9	8	5	8	6	8	8	8	6	8	8	0.8	
	新3)	眠れていないと口に出す	8	7	8	8	7	9	8	8	8	6	9	8	8	8	7	8	8	8	7	8	8	0.8	
精神運 動制止 または 焦燥	D16)	イライラしている	8	7	8	8	7	9	7	7	5	7	9	7	6	8	7	8	8	7	7	8	8	0.8	
	D17)	落ち着きなく動く	8	8	8	7	8	9	8	7	5	7	9	8	7	8	6	8	8	8	6	7	8	0.8	
	新4)	何もしない時間ポーンとしてしている	8	7	8	8	6	9	7	7	8	6	9	7	6	8	7	8	9	7	7	8	8	0.8	
易疲労 または 気力減 退	D19)	身体症状の程度に比べ一つ一つの動作に時間がかかる	8	7	8	8	6	9	7	8	8	8	9	7	6	8	7	7	9	7	7	8	8	0.8	
	D20)	問いかけの返事に時間がかかる	8	7	8	8	6	9	7	7	8	7	9	7	6	8	6	7	8	7	6	8	7	0.8	
	D21)	何をするにも疲れた様子がある	8	7	8	8	6	9	7	8	8	7	9	7	6	8	7	7	8	7	7	8	8	0.8	
無価値 観または 罪悪感	D23)	治療や病気の話になると返答しない	8	7	6	4	7	9	7	6	4	8	9	7	6	8	7	7	8	7	6	8	8	0.8	
	D24)	治療や病気の話になると話を 変える	8	7	6	5	6	9	7	6	5	8	9	7	6	8	7	7	8	7	6	8	8	0.8	
	新5)	過去に迷惑をかけたことを口に出す	8	7	7	8	8	9	7	7	8	9	9	7	3	8	8	7	8	7	6	8	9	0.8	
思考力・ 集中力の 減退, 決 断困難	D25)	日常生活における何気ないことが 決められない	9	7	9	8	7	9	7	8	8	8	9	7	6	8	6	7	9	7	7	8	7	0.8	
	D26)	着替えの服が決められない	8	7	8	8	7	9	7	8	8	7	9	7	6	8	6	7	9	7	7	8	7	0.8	
希死 念慮	D27)	消えてしまいたいと口に出す	9	8	8	9	9	9	8	8	9	9	9	8	3	8	9	7	9	8	7	8	9	0.8	
	D28)	目覚めなければいいと口に出す	9	8	8	9	9	9	8	8	9	9	9	8	3	8	9	8	9	8	7	8	9	0.8	

Med: 中央値

・中央値6以下, CVI, 0.6以下の数字には色を付している

・項目番号の頭に「新」がついている項目は、変更または新たに追加した項目

9. 考察

がん患者の抑うつを早期発見するための観察指標として、文献検討の結果から医師がうつ病と診断した対象に関する症例研究と、サイコオンコロジー関連の成書などからうつ病の症状を具体的に記載している状態から 32 項目を抽出した。看護師経験 3 年程度の看護師が観察できるようにするために、この 32 項目を表情分析による研究結果を参考に修正し、「見ているだけで観察できる」「刺激を与えることで観察できる」「比較することで観察できる」の 3 種類に区別した。アセスメントツールを日常業務で使用可能なように利便性を考慮し、一般的に観察している身体的な項目の一部を省いた。これら一連のプロセスによって、がん患者の抑うつを早期発見するための観察指標として利便性のある 28 項目のアセスメントツール項目案が開発できたと考える。

この開発したアセスメントツール項目案の妥当性を確認するために、エキスパート看護師による修正デルファイ法を用いて調査した。対象となったエキスパート看護師はそれぞれ、がん看護、精神看護の専門看護師の資格を有し、がん診療拠点病院でがん看護を実践していた。加えて、がん患者のストレスやうつ病に関する早期発見やアセスメントに関して執筆していた。そのため、がん患者の抑うつを早期発見するためのアセスメントツールの内容妥当性を確保するにあたり、十分な知識と高い経験値をもつ集団であったと考える。

<妥当性>は、「看護師が抑うつを早期発見するために、アセスメントツール項目案はどの程度結びつくか」を評価し、最終的に、D3)：視線が動かない、D24)：治療や病気の話になると話を変える」の 2 項目でコンセンサスが得られなかった。この 2 項目のエキスパート看護師各人の評価は、7～9 点の「結びつく」と評価した者が 2 名、4～6 点の「判断に迷う」と評価した者が 3 名であり、1～3 点の「結びつかない」と評価した者はいなかった。この 2 項目の内、D3)：視線が動かない、は DSM-IV-TR のエピソードの抑うつ気分に含まれている。抑うつ気分とは、悲しみや空虚感による気分の落ち込みを示す。悲しみや空虚感による思考の停滞などがある場合、「視線が動かない」表情を示すことがある。しかし、意識障害がある場合にも、視線が動かない場合があるため、抑うつだけの症状ではない。また、D24)：治療や病気の話になると話を変える」は、現実からの逃避行動である。現実からの逃避は、抑うつだけでなく、ストレスとなる脅威から自身を守るために取る行動でもある。これらの理由から、エキスパート看護師の評価も、「結びつく」と「判断に迷う」に分かれたと推察できる。し

かし、抑うつを過小評価せず見落とさないようにするためには、この 2 項目も必要だと判断したため、削除はせずに、パイロットスタディでの検討課題とすることにした。

<適切性>の「看護師が抑うつを早期発見するために、アセスメントツール項目案はどの程度適切であるか」と<実施可能性>の「看護師が抑うつを早期発見するために、アセスメントツール項目案は看護職経験年数 3 年以上の看護師が、どの程度実施できると考えるか」は 24 項目すべてにおいてコンセンサスが得られていた。この結果から、24 項目すべてが、抑うつを早期発見するために適切であり、かつ観察可能であるとコンセンサスが得られたと考える。

CVI が 0.8 以下であった項目は、D3)：視線が動かない、D5)：声に抑揚がない、新 1)：眉間にいつもしわがよっている、の 3 項目であった。この 3 項目はすべて、大うつ病エピソードの抑うつ気分のエピソードであった。抑うつ気分は、気分の落ち込みによる表情の乏しさや、それに付随する声の調子などを観察する。しかし、表情の乏しさなどが、どのように表現されるかは、抑うつや患者個人によって差があり、それを評価する看護師の判断も多様になると考えられるため、CVI が 0.8 以下となったと考える。これら 3 項目は、パイロットスタディで実際に患者を観察する中で、観察可能か判断することにした。

アセスメントツールの項目の評定尺度は、頻度を問う 4 段階となった。4 段階の評定ならば臨床現場での使用に際して煩雑ではない、とエキスパートの意見が一致したことから、適切であったと考える。また、各項目の表現は、3 年程度の看護師経験で観察可能であるとエキスパート看護師全員が一致した。アセスメントツールの項目は、1 項目につき 1 つの観察内容であるため複雑な思考は必要としないため、判断しやすく、観察可能な表現になつと考える。

以上から、がん患者の抑うつを早期発見するためのアセスメントツール項目として、エキスパート看護師による調査と会議の結果から、<Ⅰ.妥当性><Ⅱ.適切性><Ⅲ.実施可能性><Ⅳ.関連性>に関して、20 項目はコンセンサスを得て、内容妥当性を確認できた。エキスパート看護師が、がん患者の抑うつを早期発見するために「判断に迷う」または CVI が 0.6 であった 4 項目、D3)：視線が動かない、D5)：声に抑揚がない、新 1)：眉間にいつもしわがよっている、D24)：治療や病気の話になると話を変える、の採択については、研究 2, 3 で検討することとした。

XI. 研究 2：アセスメントツールの実施可能性の検討のためのパイロットスタディ

1. 目的

看護師 2 名による評定者間一致率とアセスメントツール使用の実施可能性の検討を行った。

2. 研究対象

1) 研究協力病院の選定方法

日本の人口数の多い上位 5 位（総務省統計局，2013）の 1 都市にある地域がん診療連携拠点病院 1 病院で行った。

地域がん診療連携拠点病院の選定は，国立研究開発法人国立がん対策センターがん情報サービスを利用した（2014 年 5 月時点）。選定条件として，精神科医師が常駐していることに加え，1 年間の新規がん診療数が 1000 件以上あること，がん患者の精神症状に関連の深い専門看護師または認定看護師がいる病院とした。この条件で 10 病院を絞り込んだ。選定した病院のホームページを確認し，がんに関連する専門看護師とがん性疼痛・緩和ケアに限らず，化学療法・放射線療法・乳がん認定看護師がおり，がん看護に積極的に取り組んでいると考える 8 病院にさらに絞り込んだ。その中で，専門看護師，認定看護師数の多い順から，1 病院ずつ看護部長に研究協力依頼文書を送付し，承諾の得られた病院に研究協力依頼を行った。

2) 看護師と患者の選出方法

承諾の得られた地域がん診療拠点病院の 2 病棟で実施した。2 病棟に勤務する看護師とがんの治療目的で入院する患者とした。それぞれの対象の選定条件および除外条件は次のように設定した。

看護師の選出条件は，看護職経験年数 3 年以上の看護師とした。1 病棟につき主任または，認定看護師 1 名を含む 6 名程度の看護師とした。

患者の選出条件は，20 歳以上でがん告知がされており，外科的療法，化学療法，放射線療法，緩和ケアを受けている入院患者とした。除外条件は，認知症，せん妄を診断されている，すでに精神疾患に対する治療を受けている，手術後 3 日以内の患者とした。

なお，研究対象となる看護師および患者の選出は，病棟師長に依頼した。

3. 調査期間

調査期間は、2014年12月1日から12月26日までであった。

4. 倫理的配慮

本研究は愛知県立大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(26愛県大総第2-9号)。また、研究協力病院の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(第26-31)。

研究協力依頼書には研究目的、方法、依頼内容と共に次の内容を明記した。研究協力病院の匿名性と、研究対象となる看護師、患者の個人情報、得られたデータはすべて数値化または記号にコード化して連結可能匿名化を行うこと、アセスメントツール、BDI-IIは多数の患者に実施するにあたり氏名取り違えが起こる可能性があるため、実施時は患者氏名を右端上部に記載し、データをコンピューターに入力後に切り離し処分すること、研究協力は任意であり、途中辞退しても何ら不利益がないこと、および、研究論文完成後に関連学会で発表することを示した。研究対象となる看護師には、研究協力による利益として、今以上にがん患者の抑うつに関する知識が増えることを示した。研究対象となる患者には、本研究参加により、抑うつの疑いもしくは診断がされた場合は、通常通り、医師-患者間のインフォームドコンセントにおいて治療方法の決定を行うようにし、患者の意思を尊重した治療ができるようにすることを明記した。また、研究者が訪床する目的としては、病気の症状の観察をするためであることを示した。本研究は、論文完成後、関連学会で公開することを明記した。

研究手続きは、研究代表者が研究協力病院の看護部長に本研究の目的、方法、依頼内容および倫理的配慮を明記した研究協力依頼書を用いて、口頭で説明した。承諾書への署名をもって承諾を得た。看護部長から選出された病棟の師長に、研究者が、研究依頼書を用いて口頭で説明を行った。看護師長からの承諾書への署名をもって承諾を得た。

研究対象者となる看護師に郵送で本研究の目的、方法、依頼内容および倫理的配慮を明記した研究協力依頼書を示し、同意書への署名をもって同意を得た。研究対象となる患者には、研究者が、研究協力依頼書を用いて、口頭で説明し同意書への署名を持って同意を得た。

5. 研究方法

1) 調査内容と目的

(1) 個人属性

研究対象者となった看護師，患者の属性を把握するため，以下の情報を得た。

同意が得られた看護師（以下，看護師）の年齢，看護師経験年数，性別については直接看護師に伺い，研究参加に同意が得られた患者（以下，患者）の年齢，性別，病名，がん告知の有無，症状，治療，ソーシャルサポートについては，電子カルテから情報を得た。

(2) アセスメントツール

看護師 2 名の評定者間一致率を確認するため研究 1 で内容妥当性を確認したアセスメントツール 24 項目を使用した（表 7）。

(3) BDI- II（Beck Depression Inventory- II）

研究 3 に向けて患者の BDI- II の得点分布の確認，および回答漏れの傾向を確認するために回答を依頼した。

BDI- II は，Aaron T. Beck, et al.（1996）が開発し，Kojima, et al.（2002）が日本語版に翻訳し，日本人における信頼性と妥当性を確認している。この調査票は，21 項目からなる自記式質問票であり，評定尺度は，1 項目につき 4 つの回答から一つを選択する。

(4) アセスメントツールに要した時間，観察・判断困難の有無と内容

臨床現場で使用可能か確認するために，看護師に対して，パイロットスタディ終了後に，アセスメントツールを用いて観察するのに要したおよその時間，アセスメントツールで観察困難・判断困難であった項目とその理由を確認した。

2) 看護師によるアセスメントツールによる評価方法

看護師は，1 患者につき 7 日間，日勤帯にアセスメントツールを使用して観察，評価した。研究者は，看護師がアセスメントツールを使用して観察，評価する同日に，アセスメントツールを使用して観察評価した。

アセスメントツールを用いて観察する際のプロトコルとして，①患者の担当となった日勤帯に実施する，②「見ているだけで把握できる」，「刺激（話しかける）を与えることで観察できる」，「比較すること（朝と夕など時間的比較）で把握できる項目」

の明示と、問いかけまたは比較する方法の説明，③日勤終了後，1日の評価を行う，④看護師と研究者は，アセスメントツールを用いた観察，評価について協議しない，の4点を取り決めた。

表 7. アセスメントツール

がん患者の抑うつアセスメントツール

患者さん名
看護師名

<使用手順>

- 1 アセスメントツールを用いた観察期間は、1対象患者さんにつき観察開始日を含め7日間です。
- 2 日勤時間帯に対象患者の看護ケア場面で本アセスメントツールを用い評価をお願いいたします。
*看護ケア場面とは、検温、身体的ケア、検査説明時・出棟時、訪床時を示します。
- 3 日勤終了時に、右の評価基準を参考に各観察項目の頻度について一番近い数字に○をして下さい。
- 4 最終評価は観察開始から1週間の内で最後の日勤帯に1週間の観察結果から評価をお願いいたします。
- 5 観察項目が評価できなかった項目は評価欄に斜線を引いてください（下記の例参照）。

例)

3・2・1・0

評価基準
3：よくある
2：ときどきある
1：ほとんどない
0：まったくない

No	観察項目	/								最終評価
		評価								
1	伏せ目がち	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0
2	視線が動かない	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0
3	声に抑揚がない	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0
4	眉や口の動きが伴わず涙ぐんでいる	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0
5	眉間にいつもしわがよっている	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0
6	自ら人と話さない	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0
7	声をかけないと日常生活動作(着替え)ができなくなった	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0
8	声をかけないと日常生活動作(整容)ができなくなった	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0
9	周囲の物に興味を示さない(テレビ・雑誌・新聞・ラジオのいずれか1つ以上)	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0
10	動けるのに1日中布団の中にいる	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0
11	眠れていないと口に出す	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0
12	イライラしている	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0
13	落ち着きなく動く	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0
14	何もしない時間ポーンとしている	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0
15	身体症状の程度に比べ一つ一つの動作に時間がかかる	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0
16	問いかけの返事に時間がかかる	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0
17	何をすることも疲れた様子がある	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0
18	治療や病気の話になると返答しない	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0
19	治療や病気の話になると話を変える	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0
20	迷惑をかけたことを口に出す	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0
21	日常生活における何気ないことが決められない	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0
22	着替えの服が決められない	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0
23	消えてしまいたいと口に出す	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0
24	目覚めなければいいと口に出す	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0	3・2・1・0

看護師コード：
患者コード：

3) BDI-II の記載および、提出方法の説明

同意の得られた患者に対して、研究者が BDI-II の配付し、回答の方法、および回収方法について説明し、1 週間以内に提出するように依頼した。回収方法は、BDI-II の配付時に渡した封筒に封緘して病棟看護師に渡すこととした。

6. 分析方法

1) 分析対象とその算出方法

(1) 対象者の個人属性

看護師の性別は、人数を算出した。看護師の年齢、看護師経験年数は、それぞれ平均値を算出し、年齢は年代ごとに、看護師経験年数は 3 年で区切り整理した。患者の年齢は平均値を算出し、年代別に分けた。がんの部位と症状は、データ収集時点で治療目的とされたがんの部位および、存在する症状の内容であり、ソーシャルサポートは、患者との続柄と人数で分類した。また、患者の性別ごとに、年齢の平均値、年代、がんの部位、症状、ソーシャルサポートを分類した。

(2) アセスメントツール得点の算出方法

24 項目で構成され、各項目に対して「まったくない」を 0 点、「ほとんどない」を 1 点、「ときどきある」を 2 点、「よくある」を 3 点に割り付け、平均値、標準偏差を算出した。

(3) BDI-II の得点の算出方法

各項目の選択肢に 0 から 3 点が配点され、全項目の合計得点によって、抑うつの有無と程度を確認した。本研究では、日本版 BDI の信頼性と妥当性を検討した際に Kojima, et al., (2002) が使用した原版とおりの得点による重症度分類とした。すなわち、極軽症が 0 から 13 点、1 軽症が 4 から中等症が 19 点、20 から 28 点、重症が 29 から 63 点とした。

2) 評定者間一致率

看護師と研究者が実施したアセスメントツールを用いて行った評価を、1 項目ずつ全一致率とカッパ係数を算出した。一致率は、4 段階評価と 2 段階評価で算出した。4 段階評価は、「まったくない」「ほとんどない」「ときどきある」「よくある」とし、2 段階評価は、【なし】を、「まったくない」「ほとんどない」とし、【ある】を、「ときどきあ

る」「よくある」とした。

3) アセスメントツールの実施可能性

研究対象となった看護師に対して、アセスメントツールを用いて観察するのに要したおよその時間、アセスメントツールで観察困難・判断困難であった項目とその理由を整理した。

4) 統計解析ソフト

統計パッケージは SPSS version.23.0 for Windows を用いて算出した。有意水準はすべての分析で 5%水準とした。

7. 結果

31名の患者に研究協力依頼をした結果、27名のデータが収集できた。患者の研究協力の承諾率は 87.1%であった。

1) 対象者の個人属性

研究対象となった看護師は 2 病棟で合計 15 名であった。看護師の個人属性は、女性 14 名、平均年齢は 37.6 歳 (SD±7.1, range24~50 歳), 看護師経験年数の平均は、14.6 (SD±7.6, range 3~30 年) であった (表 8)。

表 8. パイロットスタディ 看護師の個人属性

				N=15		
		人数	%	M	SD	range
性別	男性	1	6.7			
	女性	14	93.3			
年代	20歳代	2	13.3	37.6	7.1	24~50
	30歳代	8	53.3			
	40歳代	4	26.7			
	50歳代	1	6.7			
経験年数	3~5年	2	13.3	14.6	7.6	3~30
	6~10年	3	20.0			
	11~15年	3	20.0			
	16~20年	3	20.0			
	20年以上	4	26.7			

M:平均値, SD:標準偏差, range:範囲

患者の平均年齢は 59.6 歳 (range 27~83 歳, SD±13.6) で, 性別は男性 14 名であった (表 9)。

表 9. パイロットスタディ 患者の個人属性

		全体 N=27		男性 n=14		女性 n=13	
		人数	%	人数	%	人数	%
年代	20歳代	1	3.7	1	7.1		
	40歳代	4	14.8	1	7.1	3	23.1
	50歳代	6	22.2	1	7.1	5	38.4
	60歳代	8	29.7	6	42.9	2	15.4
	70歳代	6	22.2	5	35.7	1	7.7
	80歳代	2	7.4			2	15.4
M		59.6		61.5		57.6	
SD		13.6		13.3		14.1	
range		27~83		27~77		41~83	

M: 平均値, SD: 標準偏差, range: 範囲

がんの部位は多い順から, 子宮がん 8 名 (29.7%), 喉頭がん 4 名 (14.8%), 咽頭がん 4 名 (14.8%) であった。入院目的は多い順から, 化学療法 8 名 (29.6%), 手術療法 6 名 (22.2%), 化学療法と放射線療法の併用 5 名 (18.6%) であった。症状は痛み, 倦怠感, 嚥下困難の順に多かったが, 特にない者もいた。ソーシャルサポートは配偶者が一番多かった (表 10)。

表 10. パイロットスタディ 患者のがんの部位, 治療, 症状, ソーシャルサポート

	全体 N=27		男性 n=14		女性 n=13	
	人数	%	人数	%	人数	%
疾患名						
子宮がん	8	29.7			8	61.5
喉頭がん	4	14.8	1	7.1	3	23.1
咽頭がん	4	14.8	4	28.6		
卵巣がん	3	11.1	3	21.5		
舌がん	3	11.1	3	21.5		
声門がん	1	3.7	1	7.1		
上顎洞がん	1	3.7	1	7.1		
甲状腺がん	1	3.7			1	7.7
肝臓がん	1	3.7	1	7.1		
胆管がん	1	3.7			1	7.7
治療						
化学療法	8	29.6			8	61.5
手術療法	6	22.2	4	28.6	2	15.4
化学療法と放射線療法	5	18.6	4	28.6	1	7.7
放射線療法	3	11.1	3	21.4		
手術療法と化学療法	2	7.4			2	15.4
3療法併用	1	3.7	1	7.1		
その他	2	7.4	2	14.3		
症状 (のべ人数)						
痛み	7	25.9	5	35.7	2	15.4
倦怠感	6	22.2	4	28.6	2	15.4
えん下困難	5	18.6	4	28.6	1	7.7
脱毛	3	11.1			3	23.1
呼吸困難	4	14.8	3	21.4	1	7.7
吐気/嘔吐	1	3.7	1	7.1		
食餌摂取困難	1	3.7	1	7.1		
出血	1	3.7			1	7.7
掻痒感	1	3.7	1	7.1		
特になし	10	37.3	3	21.4	7	53.8
ソーシャルサポート (のべ人数)						
配偶者	19	70.4	12	85.7	7	53.8
子ども	6	22.2	1	7.1	5	38.6
嫁	3	11.1	1	7.1	2	15.4
友人	2	7.4			2	15.4
他	1	3.7	1	7.1		

患者の BDI-II の回答漏れはなかった。BDI-II 得点による患者の抑うつ重症度分類は、極軽症が 21 名 (77.8%)、軽症が 5 名 (18.5%)、中等症が 1 名 (3.7%)、重症はいなかった。BDI-II の平均得点は、9.3 点 (SD±6.3, range0~22) であった (表 11)。また、「抑うつなし」群を BDI-II 得点が 0~13 点 (極軽症) とし、「抑うつあり」群を 14 点以上にして分けたときの回答分布を表 12-1, 12-2 に示した。

「抑うつなし」群では、「しばしば」と回答した者は 4.8%~52.4%の範囲で存在した。また、「抑うつあり」群では「しばしば」と回答した者は 0%~100%の範囲で存

在した。今回の調査で BDI-II 得点による重症度分類では、「軽症」「中等症」合わせて 6 名であった。

表 11. 対象者の BDI-II 得点

		全体 N=27			男性 n=14			女性 n=13		
		人数	%	点	人数	%	点	人数	%	点
BDI-II 得点	M			9.3			10.2			8.4
	SD			6.3			6.6			6.1
	range			0~22			0~22			0~17
重症度別BDI-II 得点										
極軽度 (0~13点)		21	77.8		11	78.6		10	75.0	
	M			7.0			7.9			5.9
	SD			4.8			5.1			4.5
	range			0~13			0~13			0~12
軽度 (14~19点)		5	18.5		2	14.3		3	25.0	
	M			16.8			17.0			16.7
	SD			1.4			2.8			0.6
	range			15~19			15~19			16~17
中等症 (20~28点)		1	3.7		1	7.1				

*M: 平均値, SD: 標準偏差, range: 範囲

*重症度「重度」なし

表12-1. BDI-IIの「抑うつなし」群の回答分布

NO	質問内容	なし (0~13点) n=21								Med	M	SD
		ない		しばしば		いつも		とても				
		0	1	2	3	0	1	2	3			
		人 (%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)			
1	悲しさ	11 52.4	9 42.9	0 0.0	1 4.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0.0	0.6	0.7
2	悲観	11 52.4	9 42.9	1 4.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0.0	0.5	0.6
3	過去の失敗	20 95.2	1 4.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0.0	0.0	0.2
4	喜びの喪失	17 81.0	4 19.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0.0	0.2	0.4
5	罪責感	19 90.5	2 9.5	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0.0	0.1	0.3
6	被罰感	20 95.2	0 0.0	1 4.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0.0	0.1	0.7
7	自己嫌悪	18 85.7	3 14.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0.0	0.1	0.4
8	自己批判	19 90.5	2 9.5	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0.0	0.1	0.3
9	自殺念慮	17 81.0	4 19.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0.0	0.2	0.4
10	落涙	11 52.4	9 42.9	1 4.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0.0	0.5	0.6
11	激越	16 76.2	5 23.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0.0	0.2	0.4
12	興味喪失	15 71.4	6 28.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0.0	0.3	0.5
13	決断力低下	17 81.0	4 19.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0.0	0.2	0.4
14	無価値観	17 81.0	4 19.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0.0	0.2	0.4
15	活力喪失	10 47.6	10 47.6	0 0.0	1 4.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1.0	0.6	0.7
16	睡眠習慣の変化	11 52.4	10 47.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0.0	0.5	0.5
17	易刺激性	20 95.2	1 4.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0.0	0.0	0.2
18	食欲の変化	11 52.4	10 47.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0.0	0.5	0.5
19	集中困難	10 47.6	11 52.4	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1.0	0.5	0.5
20	疲労感	10 47.6	11 52.4	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1.0	0.5	0.5
21	性欲減退	12 57.1	4 19.0	1 4.8	4 19.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0.0	0.9	1.2

Med : 中央値, M : 平均値, SD : 標準偏差

表12-2. BDI-IIの「抑うつあり」群の回答分布

NO 質問内容	あり (14点以上) n=6								Med	M	SD
	ない		しばしば		いつも		とても				
	0	1	2	3	0	1	2	3			
1 悲しさ	1	16.7	5	83.3	0	0.0	0	0.0	1.0	0.8	0.4
2 悲観	0	0.0	6	100.0	0	0.0	0	0.0	1.0	1.0	0.0
3 過去の失敗	2	33.3	2	33.3	2	33.3	0	0.0	1.0	1.0	0.9
4 喜びの喪失	0	0.0	6	100.0	0	0.0	0	0.0	1.0	1.0	0.0
5 罪責感	3	50.0	3	50.0	0	0.0	0	0.0	0.5	0.5	0.5
6 被罰感	4	66.7	2	33.3	0	0.0	0	0.0	0.0	0.3	0.5
7 自己嫌悪	1	16.7	5	83.3	0	0.0	0	0.0	1.0	0.8	0.4
8 自己批判	4	66.7	2	33.3	0	0.0	0	0.0	0.0	0.3	0.5
9 自殺念慮	2	33.3	4	66.7	0	0.0	0	0.0	1.0	0.7	0.5
10 落涙	2	33.3	3	50.0	1	16.7	0	0.0	1.0	0.8	0.8
11 激越	4	66.7	2	33.3	0	0.0	0	0.0	0.0	0.3	0.5
12 興味喪失	2	33.3	4	66.7	0	0.0	0	0.0	1.0	0.7	0.5
13 決断力低下	5	83.3	0	0.0	1	16.7	0	0.0	0.0	0.3	0.8
14 無価値観	1	16.7	4	66.7	1	16.7	0	0.0	1.0	1.0	0.6
15 活力喪失	4	66.7	2	33.3	0	0.0	0	0.0	1.0	1.3	0.5
16 睡眠習慣の変化	1	16.7	5	83.3	0	0.0	0	0.0	1.0	0.8	0.4
17 易刺激性	3	50.0	3	50.0	0	0.0	0	0.0	0.5	0.5	0.5
18 食欲の変化	0	0.0	2	33.3	4	66.7	0	0.0	2.0	1.7	0.5
19 集中困難	2	33.3	4	66.7	0	0.0	0	0.0	1.0	0.7	0.5
20 疲労感	0	0.0	4	66.7	2	33.3	0	0.0	1.0	1.3	0.5
21 性欲減退	1	16.7	2	33.3	1	16.7	2	33.3	1.5	1.7	1.2

Med: 中央値, M: 平均値, SD: 標準偏差

2) 1患者に対して看護師が観察した回数

1患者に対する1看護師の観察回数は、90%程度が2回以上観察できた。1患者に対して観察できた回数は多い順から、2回が48.2%、3回が25.9%、4回と1回が11.1%、5回が3.7%であった。1患者に対する平均観察回数は2.6回 (SD±1.0) であった。

3) 看護師と研究者によるアセスメントツールの回答結果

看護師は27名中22名、研究者は、27名中23名のアセスメントツール全項目に回答できた。看護師、研究者ともに観察できなかった項目があったのは、4名であった。その患者4名は喉頭がんで喉頭全摘出術後、または舌がんで舌切除術後であり、発声ができない状態の患者であった。

観察できなかった項目は、3): 声に抑揚がない、6): 自ら人と話さない、16): 問

すべての項目で 90%以上あった (表 15)。このことからアセスメントツールの評定者間信頼性が確保できた。

評定者間信頼性の確認をするために、カッパ係数を算出した。しかし、カッパ係数の算出は、2段階評価の場合、 2×2 の分割表のすべてが満たされる必要がある。本研究の場合、4段階評価での一致率を算出するために 4×4 の分割表すべてに数字が割り振られる必要がある。今回のデータでは、分割表すべてに数字を割り振ることができない項目があり、カッパ係数を算出できない項目もあった。よって、一致率を参考にした。

表 15. 看護師間のアセスメントツール各項目の評定者間一致率

大うつ病 エピソード	アセスメントツール項目	4段階評価			2段階評価		
		評価の 相違数	一致率	カッパ 係数	評価の 相違数	一致率	カッパ 係数
抑うつ気分	1 伏せ目がち	1	96%	0.78 ^{***}	0	100%	1.00
	2 視線が動かない	4	83%	0.42 [*]	0	100%	1.00
	3 声に抑揚がない	5	79%	0.36 [*]	1	96%	算出不可
	4 眉や口の動きが伴わず涙ぐんでいる	1	96%	算出不可	0	100%	1.00
	5 眉間にいつもしわがよっている	11	54%	-0.14	2	93%	算出不可
興味・喜び の減退	6 自ら人と話さない	6	75%	0.44 [*]	2	93%	算定不可
	7 声をかけないと日常生活動作（着替え） ができなくなった	1	96%	算出不可	0	100%	1.00
	8 声をかけないと日常生活動作（整容）が できなくなった	2	92%	算出不可	1	96%	算出不可
	9 周囲の物に興味を示さない（テレビ・雑 誌・新聞・ラジオのいずれか1つ以上）	3	88%	算出不可	0	100%	1.00
不眠または 過眠	10 動けるのに1日中布団の中にいる	6	75%	0.30 [*]	1	96%	0.649 ^{***}
	11 眠れていないと口に出す	6	75%	0.49 [*]	0	100%	1.00
精神運動制 止または 焦燥	12 イライラしている	4	83%	0.29 [*]	0	100%	1.00
	13 落ち着きなく動く	4	83%	-0.59	0	100%	1.00
	14 何もしない時間ポーっとしている	2	92%	算出不可	0	100%	1.00
易疲労 または 気力減退	15 身体症状の程度に比べ一つ一つの動作に 時間がかかる	2	92%	-0.38	0	100%	1.00
	16 問いかけの返事に時間がかかる	0	100%	1.00	0	100%	1.00
	17 何をするにも疲れた様子がある	6	75%	0.17	2	93%	算出不可
無価値観 または 罪悪感	18 治療や病気の話になると返答しない	4	83%	算出不可	0	100%	1.00
	19 治療や病気の話になると話を変える	3	88%	算出不可	0	100%	1.00
	20 迷惑をかけたことを口に出す	4	83%	0.306 ^{***}	0	100%	1.00
思考力・集 中力の減 退、決断困 難	21 日常生活における何気ないことが決めら れない	2	92%	算出不可	0	100%	1.00
	22 着替えの服が決められない	0	100%	1.00	0	100%	1.00
希死念慮	23 消えてしまいたいと口に出す	0	100%	1.00	0	100%	1.00
	24 目覚めなければいいと口に出す	0	100%	1.00	0	100%	1.00

*: p < 0.05, ***: p < 0.001

5) アセスメントツールの実施可能性

アセスメントツール記載にかかった時間は、看護師 15 名中 14 名が 5 分以内であると回答した。1 名のみ、「思い起こしながら記載したので時間はわからない」との回答であった。アセスメントツール項目については、15 名全員が「普段から観察している

内容なので特に時間を要したことや、内容がわからない観察項目はない」との回答であった。

アセスメントツールで判断困難であった項目は、8名が特にないと回答した。判断困難であったと回答したアセスメントツールは、6)、7)、8)、10)、12)、の5項目であった。まず、6)：自ら人と話さない、12)：イライラしている、の2項目の判断困難な理由は、もともとの性格が分からないと難しいので、1回の観察だけでは判断しにくい、であった。また、7)：声をかけないと日常生活動作（着替え）ができなくなった、8)：声をかけないと日常生活動作（整容）ができなくなった、10)：動けるのに1日中布団の中にいる、の3項目は、薬物などの副作用によるものか、気分的なものか判断が難しいとの理由であった。

観察困難であった項目は、10名の看護師が特にないと回答した。観察困難であった項目は、23)：消えてしまいたいと口に出す、24)：覚めなければいいと口に出すであった。その理由は、刺激を与えないといけないタイミングが難しかった、であった。

研究1で、中央値が6以下または、CVIが0.8以下であった項目である、2)：視線が動かない、3)：声に抑揚がない、5)：眉間にいつもしわがよっている、19)：治療や病気の話になると話を変える、の4項目に関しては、観察不可項目、観察困難、判断困難としては挙げられなかった。

8. 考察

看護師間の一致率は、4段階評価でみた場合では24項目中23項目が、2段階評価でみた場合では、24項目中すべてが高い値を示した。4段階評価でみた一致率が54%と低かった項目は、5)眉間にいつもしわがよっているのみであった。この項目は、研究1で、CVIが0.8以下であった項目であった。項目内容の、「眉間にいつもしわがよっている」は、抑うつや患者個人によって症状の現れ方に差があり、それを評価する看護師の判断も多様になると考えられたため、4段階評価では、看護師間の評価にばらつきが見られたと推察する。しかしながら、アセスメントツールの評価基準を2段階評価にした場合の看護師間の相違数が2件で、一致率が93%であったことから、看護師 - 研究者間の観察・評価に、問題となる相違はないと考える。以上から、アセスメントツール各項目の評定者間信頼性を得たと考える。

アセスメントツールの実施可能性に関しては重要な示唆を得ることができた。それ

は、患者を観察する際に判断困難、観察困難となる項目とその理由が明らかになったことである。

判断困難な理由としては、1回の観察だけでは性格なのか、薬物の効果によるものか判断できない、である。患者の性格や、日常的な活動状況を把握または、比較するためには、1日の観察では不十分さがある。これは、看護師が交代勤務の中で7日間に同一患者を担当できる頻度にも関係がある。研究3の本調査では、この意見を活かし、7日間で観察する回数を設定する必要がある。パイロットスタディで、1患者を1看護師が1週間観察した平均回数が2.6回であったことから、7日間に観察する回数を2回以上と設定することが、交替勤務を行うことを鑑みた実施可能性からも妥当だと考えられた。

観察困難な項目は、23)：消えてしまいたいと口に出す、24)：覚めなければいいと口に出す、であり、その理由は、刺激を与えないといけない項目はタイミングが難しかった、である。この2つの項目は、体温を聞くように情報が取りやすい内容ではない。しかし、希死念慮に関わる項目で非常に重要である。よって、この観察項目について確認することができるように、刺激の与え方を取り決めておく方が良いと考えた。この結果を研究3の本調査での取り決め事項に加える必要がある。

その他、アセスメントツールの実施可能性として、観察項目は、普段観察している内容であること、アセスメントツール記載時間が5分以内であったことから、臨床現場での使用に負担はないと考えられた。

アセスメントツールの実施可能性に関して、想定外であったことが1点ある。それは、機能喪失または機能障害により、発声困難な患者に対しては、患者自身の感情を声に出して表出してもらうのは難しいことである。この結果をふまえ、本調査の患者の選定条件に会話が可能であることを加える必要性があると考えられる。

以上の結果に基づき、アセスメントツールの実施可能性に関して明らかとなった点を研究3の本調査に反映させることで、より適切にアセスメントツール項目の観察・評価ができると考えられた。

研究1で、中央値が6以下または、CVIが0.8以下であった4項目に関しては、看護師 - 研究者間の4段階評価の一致率は54~88%、2段階評価の一致率は、93~100%であった。項目5)：眉間にいつもしわがよっているのみが、4段階評価における一致率が良くはないが、2段階評価では、他の項目と大きく外れてはいなかった。また、研

究対象となった看護師からの観察不可項目，観察困難，判断困難項目としては挙がっていない。よって，看護師 - 研究者間の一致率および，アセスメントツール実施可能性から，24 項目すべてに内容妥当性と，評定者間信頼性が確保できた。

XII. 研究 3：アセスメントツールの妥当性と信頼性を確認するための本調査

1. 目的

アセスメントツールの妥当性・信頼性の検討を行った。

2. 研究対象

1) 研究協力病院の選定方法

結果の施設固有性を除外するために，都道府県の異なる都道府県がん診療連携拠点病院と地域がん診療連携拠点病院の各 1 病院で実施した。2 病院のうち 1 病院はパイロットスタディを実施した地域がん診療連携拠点病院で行った。もう 1 病院は，日本の人口数の多い上位 5 位（総務省統計局，2013）に入る 1 都市の都道府県がん診療連携拠点病院 1 病院とした。

都道府県がん診療連携拠点病院の選定は，国立研究開発法人国立がん対策センターがん情報サービスを利用した（2014 年 5 月時点）。選定条件として，精神科医師が常駐していること，がん患者の精神症状に関連の深い専門看護師と認定看護師が多い病院であること，とした。この選定条件で専門看護師と認定看護師合わせて 15 人以上いる 3 病院に絞り込んだ。3 病院の中で，専門看護師，認定看護師数の多い順から，1 病院ずつ看護部長に研究協力依頼文書を送付し，承諾の得られた病院に研究協力依頼を行った。

2) サンプルサイズの算出

アセスメントツールの妥当性・信頼性を算出するために，2 区分変数を用いる記述研究の算出法を採用した。その方法は，①群の中で問題をもつ人の期待割合を見積もる，②信頼区間の幅を設定する，③信頼水準を決める，である（Stephan B,2001/2008）。期待割合を 0.4（日本のがん患者のうつ病，適応障害の罹患率 9～42%を参考に 40%が陽性）とし，信頼区間の幅は，陽性割合の±5%を平均値の幅として 0.10 (-0.05～0.05) に設定し，信頼水準 95%として 369 と算出した。パイロットスタディでの発声困難者

以外のアセスメントツール記載不備が 5%であったことと、記載不備があることを考慮し、400名のデータを収集した。

3) 研究対象となる看護師と患者数および、選出条件

研究対象は、研究協力が得られた病棟に勤務する看護師とその病棟にがんの治療目的で入院する患者とした。

なお、研究対象となる看護師、患者の選出は、病棟師長が行った。

看護師の選出条件は、研究 2 と同様に看護職経験年数 3 年以上の看護師とした。患者の選出条件は、パイロットスタディ結果から発声（会話）ができる患者であることを加えた。他の条件は研究 2 と同様に、20 歳以上でがん告知がされており、外科的療法、化学療法、放射線療法、緩和ケアを受けている入院患者で、除外条件は、認知症、せん妄を診断されている、すでに精神疾患に対する治療を受けている、手術後 3 日以内の患者とした。

データ収集数は、地域がん診療連携拠点病院 170 名、都道府県がん診療連携拠点病院は 230 名の合計 400 名であった。研究対象となる看護師数は地域がん診療連携拠点病院では 5 病棟で 55 名、都道府県がん診療連携拠点病院では 2 病棟で 24 名の合計 79 名であった。

3. 調査期間

調査期間は、地域がん診療連携拠点病院では、2015 年 1 月から 3 月まで、都道府県がん診療連携拠点病院では 2015 年 5 月から 7 月までであった。

4. 倫理的配慮

本研究は、愛知県立大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（26 愛県大総第 2-9 号）。また、研究協力病院それぞれの研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（第 26-31, 2014 第 1-186 号）。

研究協力依頼書には研究目的、方法、依頼内容と共に次の内容を明記した。研究協力病院の匿名性、研究対象となる看護師、患者の個人情報、得られたデータはすべて数値化または記号にコード化して連結可能匿名化を行うこと、アセスメントシート、BDI-II は多数の患者に実施するにあたり、氏名取り違えが起こる可能性があるため、

実施時は患者氏名を右端上部に記載し、データをコンピューターに入力後切り離し処分すること、研究協力は任意であり、途中辞退しても何ら不利益がないこと、および、研究論文完成後に関連学会で発表することを示した。

研究対象となる看護師には、研究協力による利益として、今以上にがん患者の抑うつに関する知識が増えることを示した。研究対象となる患者には、本研究参加により、抑うつを早期に発見できる可能性があること、抑うつの疑いもしくは診断がされた場合は、通常通り、医師 - 患者間のインフォームドコンセントにおいて治療方法の決定を行うようにし、患者の意思を尊重した治療ができるようにすることを明記した。

研究手続は、研究者が、看護部長に本研究の目的、方法、依頼内容および倫理的配慮を明記した研究協力依頼書を用いて口頭で説明し、承諾書への署名をもって承諾を得た。看護部長が選定した病棟の師長に対して、研究者が研究依頼書を用いて口頭で説明し、承諾書への署名をもって承諾を得た。

研究者が、研究協力依頼書を用いて研究対象者となる看護師に本研究の目的、方法、依頼内容および倫理的配慮を口頭で説明し、同意書への署名をもって同意を得た。研究対象となる患者に、研究者または病棟師長が研究協力依頼書を用いて口頭で説明し、同意書への署名をもって同意を得た。

5. 研究方法

1) 調査内容と目的

(1) 個人属性

調査した対象者の属性を把握するとともに、2病院のデータの同質性を確認することと、抑うつとの関連を探索するために以下の情報を得た。

研究2と同様とし、研究対象看護師からは、基本情報として年齢、看護師経験年数、性別を本人から伺った。研究対象患者の年齢、性別、病名、がん告知の有無、治療に関しては、電子カルテから情報収集した。症状は、情報収集時点において電子カルテに記載されているがんに関連した症状に基づいて苦痛だと感じている症状を、ソーシャルサポートについては研究対象患者との続柄と人数を研究対象患者に直接確認した。

(2) アセスメントツール

がん患者の抑うつを客観的に観察する24項目とした。これは、研究1で内容妥当性を、研究2で評定者間信頼性と実施可能性を確認した項目である（表7）。

(3) BDI-II

アセスメントツールの基準関連妥当性を確認するための至適基準として使用した。

研究 2 と同様に、21 項目からなる自記式質問票である BDI-II を用い、患者から回答を得た。

2) 看護師によるアセスメントツールによる評価方法

研究 2 のアセスメントツールの実施可能性の検討内容を考慮し、評価方法について、①患者の担当となった日勤帯に実施する、1 患者につき 7 日間で 2 日以上とする、②「見ているだけで把握できる」、「刺激（話しかける）を与えることで観察できる」、「比較すること（朝と夕など時間的比較）で把握できる」項目の明示をする、③比較することで把握できる」項目についてその方法を確認する、④「刺激（話しかける）を与えることで観察できる」項目は、身体ケア時などタイミングを考慮し意図的に行う、⑤日勤終了後に 1 日の評価を行う、を取り決めた。

以上の方法が実施できるように、病棟師長と研究者が勤務表と受け持ちチームを確認し、研究対象看護師の中から観察・評価する担当を決定した。

3) BDI-II の記載、および提出方法の説明

至適基準として用いるために患者に回答を依頼した。同意の得られた患者に対して、研究者が BDI-II の配付、回答の方法および回収方法について説明し、1 週間以内に提出するように依頼した。回収方法は、BDI-II の配付時に渡した封筒に封緘して病棟看護師に渡すこととした。

6. 分析方法

1) 分析対象とその算出方法

2 病院で 400 名のデータ収集を行い、そのうち分析対象となる研究対象患者は 377 名のデータ（アセスメントツール有効評価率 94.3%）であった。詳細は、地域がん診療連携拠点病院では、170 名のデータのうち、アセスメントツール記載漏れ 3 件、観察回数 1 回のみが 5 件があった。都道府県がん診療連携拠点病院では 230 名のデータ中、アセスメントツール記載漏れ 5 件、観察回数 1 回のみが 10 件があった。よって、分析対象は地域がん診療連携拠点病院 162 件（アセスメントツール有効評価率 95.3%）、

都道府県がん診療連携拠点病院は 215 件（アセスメントツール有効評価率 93.5%）の合計 377 件となった。研究対象患者が回答した BDI-II には無効回答はなかった。

また、研究対象看護師数は、地域がん診療連携拠点病院では 5 病棟 55 名、都道府県がん診療連携拠点病院では 2 病棟 24 名で、合計 79 名であった。

2 病院のデータを合わせた分析が可能か同質性の確認を行った。2 病院の同質性の確認方法は、BDI-II 得点、アセスメントツール得点、研究対象患者の年齢、研究対象看護師の年齢、経験年数について、正規性の検定（Shapiro-Wilk）後に、正規性があれば t-test を、なければ Mann-Whitney U-test を行った。

（1）対象者の個人属性

看護師の性別は、人数を算出した。看護師の年齢、看護師経験年数は、それぞれ平均値を算出し、年齢は年代ごとに、看護師経験年数 6 年以上は 5 年で区切り整理した。患者の年齢は平均値を算出し、年代別に分けた。がんの部位と症状は、データ収集時点で治療目的とされたがんの部位および存在する症状の内容であり、ソーシャルサポートは、患者との続柄と人数で分類した。また、病院別に、平均年齢、年代、がんの部位、症状、ソーシャルサポートを整理した。また、患者の性別ごとに、年齢の平均値、年代、がんの部位、症状、ソーシャルサポートを分類した。

（2）アセスメントツール得点の算出方法

研究 2 では、「まったくない」から「よくある」を 0 から 3 点とした。研究 3 では、アセスメントツールの合計得点を算出して使用するため、合計得点の幅を広くもたせるために、付す得点を変更した。「まったくない」を 1 点、「ほとんどない」を 2 点、「ときどきある」を 3 点、「よくある」を 4 点として採点した。分析合計得点を使用するための範囲は 24 点から 96 点であった。

（3）BDI-II の得点の算出方法

BDI-II の得点の算出方法は、日本版 BDI-II 手引き（小嶋・古川，2013）に従い、各項目の選択肢に 0 から 3 点を付した。全項目の合計得点の範囲は 0 から 63 点であり、合計得点から抑うつ重症度を確認した。本研究では、日本版 BDI の信頼性と妥当性を検討した際に Kojima, et al. (2002) が使用した原版とおりの得点による重症度分類とした。すなわち、極軽症が 0 から 13 点、1 軽症が 4 から中等症が 19 点、20 から 28 点、重症が 29 から 63 点とした

2) アセスメントツールの信頼性，妥当性の分析方法

(1) 項目選択

①アセスメントツールの回答分布の偏り

項目毎に正規性の検定 (Shapiro-Wilk) を行った。また，平均値，標準偏差を算出し天井・フロア効果を確認した。

②I-T (Item-Total) 分析

項目毎に正規性の検定 (Shapiro-Wilk) を行った後，アセスメントツール各項目について，各項目得点とその項目の得点を除いた他の項目の合計得点との spearman の相関係数を求めた。

③G-P (Good-Poor)分析

項目毎に正規性の検定 (Shapiro-Wilk) を行った後，アセスメントツールの合計得点の平均点で上位群を Poor 群に，下位群を Good 群に分けた。アセスメントツールの得点が高い方が抑うつ傾向を示す。そのため，点数が低い下位群を抑うつの存在が低い Good 群，点数が高い上位群を Poor 群とした。

検定方法は，アセスメントツール項目ごとに Good 群と Poor 群を Mann-Whitney U-test で確認した。

④探索的因子分析によるアセスメントツールの共通性，因子負荷量の検討

探索的因子分析による因子負荷量，共通性の確認を行った。項目採択基準は，因子負荷量 0.40 以上，共通性は 0.16 以上 1.0 以下とした。

(2) 構成概念妥当性

①探索的因子分析

アセスメントツールは，大うつ病エピソードが示す数個の観察項目から成る多次元構造をもつ観察指標であるため，項目選択分析後の項目に対して，因子構造を確認するために探索的因子分析を行い，回転後の因子パターン（以下，因子負荷量）を確認した。

②検証的因子分析

探索的因子分析で得られた結果に基づき，検証的因子分析として二次因子から成る高次因子分析を行った。探索的因子分析で得られた各因子は，「抑うつ」という，より高次の因子（二次因子）から影響を受けている。したがって，探索的因子分析で得られた各因子（一次因子）をまとめるさらに高次の因子である「抑うつ」を設定するこ

ととした。

検証的因子分析で得られた図（以下、パス図）の適合度指標は、 χ^2 値とその有意水準、GFI (Goodness of Fit Index), AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) で確認した。加えて、パス図に示される観測変数、潜在変数の重相関係数の値と変数を結ぶパス係数は、値と有意水準で確認した。

(3) 信頼性の確認

信頼性係数である α 係数 (Cronbach's coefficient alpha : 以下、 α 係数) を探索的因子分析後の各因子と、抽出した全項目に対して算出した。

(4) 基準関連妥当性

BDI-II の合計得点から、重症度分類別に 0 から 13 点を極軽症、14 から 19 点を軽症、20 から 28 点を中等症、29 点から 63 点を重症に分類した。BDI-II の重症度分類別にアセスメントツール各項目の平均得点、標準偏差、中央値を算出し分布を確認した。BDI-II の重症度分類別に、アセスメントツール項目合計得点を Kruskal-Wallis 検定で比較 (石村・石村, 2014) した。

次に、BDI-II の重症度分類別にアセスメントツール各項目における回答者割合について χ^2 検定を行った。

(5) アセスメントツール合計得点による抑うつ重症度の評定区分

BDI-II の重症度分類別に、アセスメントツール合計得点を算出し、その中央値、平均値、標準偏差、最頻値、95%信頼区間、5%トリムから分布を確認し、アセスメントツールの抑うつ重症度の評定区分を検討した。次に、アセスメントツールの抑うつ重症度ごとの合計得点を Kruskal-Wallis 検定 (石村・石村, 2014) で比較した。最後に BDI-II の重症度分類を至適基準に、アセスメントツールの抑うつ重症度の評定区分の精度を確認した。

4) 統計解析ソフト

統計パッケージは SPSS version.23.0 for Windows, SPSS Amos version.23.0 for Windows を用いて算出した。有意水準はすべての分析で 5%水準とした。

7. 結果

1) 研究対象の属性

(1) 2 病院の看護師の個人属性と、年齢・看護師経験年数の同質性

2 病院の看護師の年齢，看護師経験年数の同質性を確認した（表 16）。地域がん診療連携拠点病院の看護師数は 55 名で，専門看護師，認定看護師はいなかった。女性 53 名，平均年齢は 35.3 歳（SD±6.7, range23～51 歳），平均経験年数は 12.8 年（SD±6.5, range3～30 年）であった。

都道府県がん診療連携拠点病院の看護師数は 24 名で，その内，がん専門看護師 1 名，化学療法認定看護師 1 名が含まれた。女性 22 名，平均年齢は 35.5 歳（SD±8.4, range27～53 歳），平均経験年数は 14.1 年（range6～28 年，SD±7.3）であった。

2 病院において研究対象者となった看護師の年齢，経験年数の同質性を確認した。なお，2 病院共に男性看護師が 2 名のみであったため，年齢，経験年数の比較は，男女合わせた結果を用いた。

2 病院それぞれの看護師の年齢，看護師経験年数を正規性の検定（Shapiro-Wilk）をした結果，正規分布していなかったため（地域がん診療連携拠点病院看護師年齢： $p<0.001$ ，看護師経験年数： $p<0.001$ ，都道府県がん診療連携拠点病院看護師年齢： $p=0.001$ ，看護師経験年数， $p<0.001$ ），Mann-Whitney U-test を行った。その結果，2 病院間の看護師の年齢，経験年数ともに有意差は認められず，同質性を確認した（年齢： $p=0.35$ ，経験年数： $p=0.06$ ）。

表 16. 2 病院の看護師の個人属性

		N=377				
		地域がん診療連携 拠点病院 n=55		都道府県がん診療 連携拠点病院 n=24		
		人数	%	人数	%	p 値
性別	男性	2	3.6	2	8.3	
	女性	53	96.7	22	91.7	
年代	20歳代	11	20.0	6	25.0	
	30歳代	32	58.2	11	45.9	
	40歳代	11	20.0	5	20.8	
	50歳代	1	1.8	2	8.3	
	M		35.3		35.5	0.35
	SD		6.7		8.4	
	Med		36.0		34.0	
	range		23~51		27~53	
経験年数	3~5年	6	10.9	0	0	
	6~10年	15	27.3	10	41.7	
	11~15年	18	32.7	7	29.2	
	16~20年	10	18.2	2	8.3	
	20年以上	6	10.9	5	20.8	
	M		12.8		14.1	0.06
	SD		6.5		7.3	
	Med		14.0		11.0	
	range		3~30		6~28	

* M : 平均値, SD : 標準偏差, Med, 中央値, range : 範囲

* 年齢, 経験年数の差の検定はMann-Whitney U-test

(2) 2 病院の患者の個人属性と年齢の同質性

2 病院の患者の基本属性と年齢の同質性を確認した (表 17)。地域がん診療連携拠点病院の患者は, 男性 85 名, 平均年齢は, 66.2 歳 (SD±10.2, range 40~89 歳) であった。都道府県がん診療連携拠点病院の患者は, 男性 123 名, 平均年齢は, 61.3 歳 (SD±12.7, range 27~87 歳) であった。

各病院の患者の年齢は, 正規分布していなかったため (地域がん診療連携拠点病院患者 : p<0.001, 都道府県がん診療連携拠点病院患者 : p=0.004), 同質性の確認には Mann-Whitney U-test を行った。その結果, 都道府県がん診療連携拠点病院の患者の年齢は地域がん診療連携拠点病院の患者年齢より有意に低かった (p=0.001)。

表 17. 2 病院の患者年齢

		N=377				
		地域がん診療連携 拠点病院 n=162		都道府県がん診療 連携拠点病院 n=215		
年代		人数	%	人数	%	p 値
20歳代				2	0.9	
30歳代				14	6.5	
40歳代		11	6.8	21	9.8	
50歳代		25	15.4	43	20.0	
60歳代		60	37.0	72	33.5	
70歳代		56	34.6	57	26.5	
80歳代		10	6.2	6	2.8	
	M		66.2		61.3	0.001
	SD		10.2		12.7	
	Med		67.0		64.0	
	range		40~89		27~87	

* M : 平均値, SD : 標準偏差, Med : 中央値, range : 範囲

* 年齢の差の検定はMann-Whitney U-test

地域がん診療連携拠点病院の患者のがんの部位は、多い順から、子宮がん 28 名 (17.3%)、膀胱がん 22 名 (13.6 %)、乳がんと前立腺がん 19 名 (11.7%) であり、治療法は化学療法 66 名 (40.7%)、手術療法 65 名 (40.1%)、放射線療法 16 名 (10.0%) であった。都道府県がん診療連携拠点病院では、がんの部位は多い順から、肺がん 138 名 (64.1%)、胃がん 19 名 (8.8%)、大腸がん 18 名 (8.4%) であり、治療法は化学療法 161 名 (74.7%)、手術療法 15 名 (7.0%)、放射線療法 12 名 (5.8%)、であった (表 18)。

表 18. 2 病院の患者の疾患名と治療方法

		N=377			
		地域がん診療 n=162		都道府県がん診療 n=215	
		人数	%	人数	%
疾患名					
	子宮がん	28	17.3	1	0.5
	膀胱がん	22	13.6	0	0
	乳がん	19	11.7	3	1.4
	前立腺がん	19	11.7	4	1.9
	卵巣がん	10	6.2	0	0
	肝臓がん	10	6.2	0	0
	胃がん	9	5.6	19	8.8
	食道がん	7	4.3	6	2.8
	肺がん	0	0	138	64.1
	大腸がん	0	0	18	8.4
	その他	38	23.4	26	12.1
治療					
	化学療法	66	40.7	161	74.7
	手術療法	65	40.1	15	7.0
	放射線療法	16	10.0	12	5.8
	化学療法と放射線療法	1	0.6	4	1.9
	その他	14	8.6	23	10.6

地域がん診療連携拠点病院では、症状は「特になし」が 55 人（34.0%）を占めており、次いで倦怠感が 44 人（27.2%）、痛みが 42 人（25.9%）と続いた。ソーシャルサポートは、配偶者が一番多く 92 人（56.8%）、次に子ども 55 人（34.0%）、友人 11 人（6.8%）であった。都道府県がん診療連携拠点病院では、症状は痛みが 72 人（33.5%）で一番多く、次いで倦怠感が 61 人（28.4%）、特になしが 50 人（23.3%）であった。ソーシャルサポートは、配偶者が一番多く 149 人（69.3%）、次に子ども 77 人（35.8%）、両親 18 人（8.4%）であった（表 19）。なお、症状、ソーシャルサポートはのべ人数で示した。

表 19. 2 病院の患者の症状とソーシャルサポート

症状 (のべ人数)	地域がん診療 連携拠点病院		都道府県がん 診療連携拠点 病院		N=377				
	n=162		n=215		ソーシャル サポート (のべ人数)	地域がん診療 連携拠点病院		都道府県がん 診療連携拠点 病院	
	人数	(%)	人数	(%)		人数	(%)	人数	(%)
特になし	55	34.0	50	23.3	配偶者	92	56.8	149	69.3
倦怠感	44	27.2	61	28.4	子ども	55	34.0	77	35.8
痛み	42	25.9	72	33.5	友人	11	6.8	5	2.3
呼吸困難 (呼吸苦含む)	3	1.9	22	10.2	きょうだい	9	1.9	17	7.9
食事摂取量低下	9	1.9	22	10.2	両親	6	3.7	18	8.4
浮腫	4	2.5	21	9.8	姪, 甥	3	1.9	0	0
吐気/嘔吐	8	4.9	18	8.4	嫁	1	0.6	0	0
手足痺れ	12	7.4	15	7.0	孫	7	4.3	0	0
便秘, 下痢	0	0	14	6.5	なし	8	4.9	2	0.9
胃部不快	0	0	11	5.1	その他	1	0.6	0	0
咳嗽	0	0	9	4.2					
出血	10	6.2	8	3.7					
貧血 (骨髄抑制による)	0	0	7	3.3					
湿疹など皮膚症状	0	0	6	2.8					
食餌摂取困難	9	5.6	5	2.3					
脱毛	13	8	3	1.4					
発熱	0	0	3	1.4					
さ声	0	0	2	0.9					
掻痒感	3	1.9	1	0.5					
味覚低下 (味覚障害含)	5	3.1	1	0.5					
つかえ感	0	0	1	0.5					
口内炎	0	0	1	0.5					
えん下困難	4	2.5	0	0					
排尿困難	2	1.2	0	0					

(3) 2 病院の BDI- II 得点分布と同質性

地域がん診療連携拠点病院において、BDI- II の平均得点は、8.9 点 (SD±6.8, range0~35) であった。BDI- II 得点による重症度分類では、極軽症が 77.2%、軽症が 16.7%、中等症が 4.3%、重症が 1.9% であった。都道府県がん診療連携拠点病院において、BDI- II の平均得点は、10.8 点 (SD±7.4, range0~47) であった。BDI- II 得点による重症度分類は、極軽症が 71.2%、軽症が 18.6%、中等症が 7.9%、重症が 2.3% であった (表 20)。

地域、都道府県がん診療連携拠点病院ともに、極軽症が 70% 以上を占めており、重症は 2.0% 程度であった。BDI- II 得点による重症度分類で重症は 2 病院合わせて 8 人であった。

2 病院の患者の BDI- II 得点の同質性を確認した。2 病院ともに正規分布していなかったため (地域がん診療連携拠点病院 : $p < 0.001$ 都道府県がん診療連携拠点病院 : $p < 0.001$)、Mann-Whitney U-test を行った結果、有意差がなかったため、同質性が認

められた ($p=0.09$)。

表 20. 2 病院の患者の BDI-II 得点

		N=377						
		地域がん診療連携拠点 病院			都道府県がん診療連携 拠点病院			
BDI-II 重症 度分類		n=162			n=215			p 値
	人数	%	点	人数	%	点		
極軽症	125	77.2		153	71.2			
軽症	27	16.6		40	18.6			
中等症	7	4.3		17	7.9			
重症	3	1.9		5	2.3			
M			8.9			10.8	0.09	
SD			6.8			7.4		
Med			8.0			10.0		
range			0~35			0~47		

* M : 平均値, SD : 標準偏差, Med : 中央値, range : 範囲

* BDI-II 得点の差の検定は Mann-Whitney U-test

2 病院間の患者の BDI-II 得点に差がないことが確認できたので、次に、2 病院のデータを合わせた BDI-II 得点の回答分布を確認した (表 21)。BDI-II は、21 問の質問項目それぞれに対して、0~3 点の配点がされている。0 点は質問項目に該当する状態がなく、1 点から順に 3 点まで、質問項目に対する頻度や感じ方が増えるように構成されており、得点が高い方が抑うつが存在を示す。質問項目に対するそれぞれの回答は、BDI-II の著作権を守るため、表 21 から表 25 の BDI-II の回答分布には、「BDI-II 各項目回答得点」として 0 点、1 点、2 点、3 点と示すことにした。

表 21. BDI-II 回答分布

全体 N=377

NO	質問内容	BDI-II 各項目回答得点								M	SD	Med
		0点		1点		2点		3点				
1	悲しさ	187	49.6	170	45.1	16	4.2	4	1.1	0.6	0.6	1.0
2	悲観	176	46.7	168	44.6	26	6.9	7	1.9	0.6	0.7	1.0
3	過去の失敗	280	74.3	73	19.4	21	5.6	3	0.8	0.3	0.6	0.0
4	喜びの喪失	230	61.0	129	34.2	15	4.0	3	0.8	0.4	0.6	0.0
5	罪責感	304	80.6	71	18.8	1	0.3	1	0.3	0.2	0.4	0.0
6	被罰感	300	79.6	61	16.2	4	1.1	12	3.2	0.3	0.6	0.0
7	自己嫌悪	289	76.7	74	19.6	11	2.9	3	0.8	0.3	0.6	0.0
8	自己批判	284	75.3	73	19.4	18	4.8	2	0.5	0.3	0.6	0.0
9	自殺念慮	308	81.7	61	16.2	7	1.9	1	0.3	0.2	0.5	0.0
10	落涙	188	49.9	160	42.4	22	5.8	7	1.9	0.6	0.7	1.0
11	激越	275	72.9	88	23.3	8	2.1	6	1.6	0.3	0.6	0.0
12	興味喪失	244	64.7	122	32.4	9	2.4	2	0.5	0.4	0.6	0.0
13	決断力低下	264	70.0	104	27.6	8	2.1	1	0.3	0.3	0.5	0.0
14	無価値観	268	71.1	92	24.4	16	4.2	1	0.3	0.3	0.6	0.0
15	活力喪失	115	30.5	214	56.8	46	12.2	2	0.5	0.8	0.6	1.0
16	睡眠習慣の変化	136	36.1	193	51.2	41	10.9	7	1.9	0.8	0.7	1.0
17	易刺激性	293	77.7	72	19.1	10	2.7	2	0.5	0.3	0.5	0.0
18	食欲の変化	152	40.3	164	43.5	54	14.3	7	1.9	0.8	0.8	1.0
19	集中困難	178	47.2	167	44.3	31	8.2	1	0.3	0.6	0.6	1.0
20	疲労感	85	22.5	215	57.0	67	17.8	10	2.7	1.0	0.7	1.0
21	性欲減退	248	65.8	88	23.3	31	8.2	10	2.7	0.5	0.8	0.0

M : 平均値, SD: 標準偏差, Med : 中央値

次に、BDI-II 得点による重症度分類にみた回答分布を確認した（表 22, 23, 24, 25）。重症度分類別にみた BDI-II の各項目平均点は、極軽症で 0.1~0.8 点、軽症で 0.4~1.4 点、中等症で 0.6~1.8 点、重症で 0.9~2.0 点であった。質問項目 15) : 活力喪失, 16) : 睡眠習慣の変化, 20) : 疲労感, の身体的な症状では、極軽症でも「1 点」に回答しているものが 50%以上あった。

うつ病の診断に必須項目とされる大うつ病エピソードの「抑うつ気分」「興味・喜びの減退」に相応すると考える BDI-II の質問内容は、「1.悲しさ」「2.悲嘆」「4.喜びの喪失」「12.興味喪失」である。これらの項目について「1 点」「2 点」「3 点」に回答した者の割合は、極軽症では各々 21.9~36.7%, 0.0~5.4%, 0.0%, 軽症では各々 59.7%~77.6%, 3.0~10.4%, 0.0~3.0%, 中等症では各々 53.8%~70.8%, 16.7~29.2%,

0.0～8.3%であり、重症では、各々25.0～50.0%、12.5～37.5%、25.0～37.5%であった。軽症から重症のみ「3点」の回答があった。

その他、うつ病でよくみられる思考力や判断力の低下に相応すると考えた、「13.判断力低下」「19.集中困難」について「1点」「2点」「3点」に回答した者の割合は、極軽症では各々17.6～38.1%、0.4～2.2%、0.0%、軽症では各々53.7～64.2%、3.0～20.9%、0.0%、中等症では各々58.3～66.7%、12.5～29.2%、0.0～4.2%、重症では各々25.0～62.5%、25.0%～50.0%、0.0～12.5%であった。中等症、重症では「3点」の回答があった。

表 22. BDI-II 得点（極軽症）患者の回答分布

		極軽症（0～13点）				n = 278						
		BDI-II 各項目回答得点										
NO	質問内容	0点		1点		2点		3点		M	SD	Med
		人	(%)	人	(%)	人	(%)	人	(%)			
1	悲しさ	176	63.3	98	35.3	4	1.4	0	0.0	0.4	0.5	0.0
2	悲観	161	57.9	102	36.7	15	5.4	0	0.0	0.5	0.6	0.0
3	過去の失敗	243	87.4	30	10.8	4	1.4	1	0.4	0.1	0.4	0.0
4	喜びの喪失	206	74.1	71	25.5	1	0.4	0	0.0	0.3	0.4	0.0
5	罪責感	253	91.0	25	9.0	0	0.0	0	0.0	0.1	0.3	0.0
6	被罰感	252	90.6	25	9.0	0	0.0	1	0.4	0.1	0.3	0.0
7	自己嫌悪	246	88.5	31	11.2	1	0.4	0	0.0	0.1	0.3	0.0
8	自己批判	249	89.6	26	9.4	3	1.1	0	0.0	0.1	0.4	0.0
9	自殺念慮	255	91.7	21	7.6	1	0.4	1	0.4	0.1	0.3	0.0
10	落涙	167	60.1	104	37.4	5	1.8	2	0.7	0.4	0.6	0.0
11	激越	235	84.5	40	14.4	2	0.7	1	0.4	0.2	0.4	0.0
12	興味喪失	217	78.1	61	21.9	0	0.0	0	0.0	0.2	0.4	0.0
13	決断力低下	228	82.0	49	17.6	1	0.4	0	0.0	0.2	0.4	0.0
14	無価値観	236	84.9	38	13.7	4	1.4	0	0.0	0.2	0.4	0.0
15	活力喪失	111	39.9	154	55.4	13	4.7	0	0.0	0.6	0.6	1.0
16	睡眠習慣の変化	122	43.9	142	51.1	13	4.7	1	0.4	0.6	0.6	1.0
17	易刺激性	244	87.8	31	11.2	1	0.4	2	0.7	0.1	0.4	0.0
18	食欲の変化	140	50.4	117	42.1	21	7.6	0	0.0	0.6	0.6	0.0
19	集中困難	166	59.7	106	38.1	6	2.2	0	0.0	0.4	0.5	0.0
20	疲労感	82	29.5	170	61.2	22	7.9	4	1.4	0.8	0.6	1.0
21	性欲減退	183	65.8	72	25.9	18	6.5	5	1.8	0.4	0.7	0.0

M : 平均値, SD:標準偏差, Med : 中央値

表 23. BDI-II 得点（軽症）患者の回答分布

		軽症（14～19点）				n = 67						
		BDI-II 各項目回答得点										
NO	質問内容	0点		1点		2点		3点		M	SD	Med
		人	(%)	人	(%)	人	(%)	人	(%)			
1	悲しさ	10	14.9	52	77.6	5	7.5	0	0.0	0.9	0.5	1.0
2	悲観	13	19.4	50	74.6	2	3.0	2	3.0	0.9	0.6	1.0
3	過去の失敗	31	46.3	32	47.8	4	6.0	0	0.0	0.6	0.6	1.0
4	喜びの喪失	20	29.9	40	59.7	7	10.4	0	0.0	0.8	0.6	1.0
5	罪責感	40	59.7	26	38.8	1	1.5	0	0.0	0.4	0.5	0.0
6	被罰感	41	61.2	21	31.3	2	3.0	3	4.5	0.5	0.8	0.0
7	自己嫌悪	38	56.7	27	40.3	2	3.0	0	0.0	0.5	0.6	0.0
8	自己批判	27	40.3	35	52.2	5	7.5	0	0.0	0.7	0.6	1.0
9	自殺念慮	43	64.2	23	34.3	1	1.5	0	0.0	0.4	0.5	0.0
10	落涙	19	28.4	41	61.2	6	9.0	1	1.5	0.8	0.6	1.0
11	激越	31	46.3	33	49.3	2	3.0	1	1.5	0.6	0.6	1.0
12	興味喪失	22	32.8	42	62.7	3	4.5	0	0.0	0.7	0.5	1.0
13	決断力低下	29	43.3	36	53.7	2	3.0	0	0.0	0.6	0.6	1.0
14	無価値観	25	37.3	40	59.7	2	3.0	0	0.0	0.7	0.5	1.0
15	活力喪失	4	6.0	44	65.7	19	28.4	0	0.0	1.2	0.5	1.0
16	睡眠習慣の変化	11	16.4	35	52.2	19	28.4	2	3.0	1.2	0.7	1.0
17	易刺激性	39	58.2	27	40.3	1	1.5	0	0.0	0.4	0.5	0.0
18	食欲の変化	9	13.4	35	52.2	20	29.9	3	4.5	1.3	0.7	1.0
19	集中困難	10	14.9	43	64.2	14	20.9	0	0.0	1.1	0.6	1.0
20	疲労感	3	4.5	35	52.2	27	40.3	2	3.0	1.4	0.6	1.0
21	性欲減退	46	68.7	9	13.4	10	14.9	2	3.0	0.5	0.9	0.0

M: 平均値, SD: 標準偏差, Med: 中央値

表 24. BDI-II 得点 (中等症) 患者の回答分布

		中等症 (20~28点) n = 24										
		BDI-II 各項目回答得点										
NO	質問内容	0点		1点		2点		3点		M	SD	Med
		人	(%)	人	(%)	人	(%)	人	(%)			
1	悲しさ	1	4.2	17	70.8	4	16.7	2	8.3	1.3	0.7	1.0
2	悲観	1	4.2	14	58.3	7	29.2	2	8.3	1.4	0.7	1.0
3	過去の失敗	5	20.8	10	41.7	8	33.3	1	4.2	1.2	0.8	1.0
4	喜びの喪失	4	16.7	15	62.5	5	20.8	0	0.0	1.0	0.6	1.0
5	罪責感	10	41.7	14	58.3	0	0.0	0	0.0	0.6	0.5	1.0
6	被罰感	5	20.8	14	58.3	0	0.0	5	20.8	1.2	1.0	1.0
7	自己嫌悪	5	20.8	12	50.0	7	29.2	0	0.0	1.1	0.7	1.0
8	自己批判	7	29.2	10	41.7	6	25.0	1	4.2	1.0	0.9	1.0
9	自殺念慮	9	37.5	14	58.3	1	4.2	0	0.0	0.7	0.6	1.0
10	落涙	2	8.3	12	50.0	9	37.5	1	4.2	1.4	0.7	1.0
11	激越	8	33.3	13	54.2	2	8.3	1	4.2	0.8	0.8	1.0
12	興味喪失	4	16.7	15	62.5	5	20.8	0	0.0	1.0	0.6	1.0
13	決断力低下	6	25.0	14	58.3	3	12.5	1	4.2	1.0	0.8	1.0
14	無価値観	7	29.2	11	45.8	5	20.8	1	4.2	1.0	0.8	1.0
15	活力喪失	0	0.0	14	58.3	9	37.5	1	4.2	1.5	0.6	1.0
16	睡眠習慣の変化	1	4.2	14	58.3	8	33.3	1	4.2	1.4	0.6	1.0
17	易刺激性	10	41.7	8	33.3	6	25.0	0	0.0	0.8	0.8	1.0
18	食欲の変化	3	12.5	10	41.7	9	37.5	2	8.3	1.4	0.8	1.0
19	集中困難	1	4.2	16	66.7	7	29.2	0	0.0	1.3	0.5	1.0
20	疲労感	0	0.0	9	37.5	12	50.0	3	12.5	1.8	0.7	2.0
21	性欲減退	14	58.3	6	25.0	3	12.5	1	4.2	0.6	0.9	0.0

M: 平均値, SD: 標準偏差, Med: 中央値

表 25. BDI-II 得点（重症）患者の回答分布

		重症（20～28点）				n = 8						
		BDI-II 各項目回答得点										
NO	質問内容	0点		1点		2点		3点		M	SD	Med
		人	(%)	人	(%)	人	(%)	人	(%)			
1	悲しさ	0	0.0	3	37.5	3	37.5	2	25.0	1.9	0.8	2.0
2	悲観	1	12.5	2	25.0	2	25.0	3	37.5	1.9	1.1	2.0
3	過去の失敗	1	12.5	1	12.5	5	62.5	1	12.5	1.8	0.9	2.0
4	喜びの喪失	0	0.0	3	37.5	2	25.0	3	37.5	2.0	0.9	2.0
5	罪責感	1	12.5	6	75.0	0	0.0	1	12.5	1.1	0.8	1.0
6	被罰感	2	25.0	1	12.5	2	25.0	3	37.5	1.8	1.3	2.0
7	自己嫌悪	0	0.0	4	50.0	1	12.5	3	37.5	1.9	1.0	1.5
8	自己批判	1	12.5	2	25.0	4	50.0	1	12.5	1.6	0.9	2.0
9	自殺念慮	1	12.5	3	37.5	4	50.0	0	0.0	1.4	0.7	1.5
10	落涙	0	0.0	3	37.5	2	25.0	3	37.5	2.0	0.9	2.0
11	激越	1	12.5	2	25.0	2	25.0	3	37.5	1.9	1.1	2.0
12	興味喪失	1	12.5	4	50.0	1	12.5	2	25.0	1.5	1.1	1.0
13	決断力低下	1	12.5	5	62.5	2	25.0	0	0.0	1.1	0.6	1.0
14	無価値観	0	0.0	3	37.5	5	62.5	0	0.0	1.6	0.5	2.0
15	活力喪失	2	25.0	2	25.0	1	12.5	3	37.5	1.9	0.6	2.0
16	睡眠習慣の変化	0	0.0	2	25.0	5	62.5	1	12.5	1.6	1.3	1.5
17	易刺激性	0	0.0	6	75.0	2	25.0	0	0.0	1.3	0.5	1.0
18	食欲の変化	0	0.0	2	25.0	4	50.0	2	25.0	2.0	0.8	2.0
19	集中困難	1	12.5	2	25.0	4	50.0	1	12.5	1.6	0.9	2.0
20	疲労感	0	0.0	1	12.5	6	75.0	1	12.5	2.0	0.5	2.0
21	性欲減退	5	62.5	1	12.5	0	0.0	2	25.0	0.9	1.4	0.0

M : 平均値, SD: 標準偏差, Med : 中央値

(4) 2 病院のアセスメントツール得点と同質性

アセスメントツールの平均得点は、地域がん診療連携拠点病院では 26.7 点 (SD±5.2, range24～56 点), 都道府県がん診療連携拠点病院では 27.3 点 (SD±7.4, range24～64 点) であった (表 26)。アセスメントツール得点の正規分布の確認を Shapiro-Wilk で行った結果, 正規分布していなかった (地域がん診療拠点病院 : $p < 0.001$ 都道府県がん診療拠点病院 : $p < 0.001$) ため, Mann-Whitney U-test を行った。その結果, 有意差はなかった ($p = 0.373$)。2 病院のデータを合わせた平均得点, 標準偏差, 中央値, 範囲を算出した (表 26)。

表 26. アセスメントツール得点

	地域がん診療 連携拠点病院 N=162	都道府県がん診療 連携拠点病院 N=215	p 値	2病院を合わせた アセスメント ツール得点
M	26.7	27.3	0.373	27.1
SD	5.2	7.4		6.6
Med	24.0	24.0		24.0
range	24~56	24~64		24~64

* M : 平均値, SD : 標準偏差, Med : 中央値, range : 範囲

* アセスメントツール得点の差の検定はMann-Whitney U-test

(5) 地域がん診療連携拠点病院と都道府県がん診療連携拠点病院の研究対象者の同質性の確認

2 病院間で患者を観察する看護師の年齢と経験年数および患者の BDI- II 得点に差がなかったためアセスメントツールの妥当性・信頼性のデータ分析対象は、2 病院を合わせたデータを用いることとした。

アセスメントツール得点分布を確認した結果、24 項目すべてにおいて、「まったくない」と評価したものは 82.2%~97.9%であった。「ほとんどない」と評価した者は、1.3%~12.2%、「ときどきある」は 0.3%~5.6%、「よくある」は、0.0%~2.1%であった (表 27)。

表 27. アセスメントツール得点分布

		N=377									
		まったく ない	ほとんど ない	ときどき ある	よくある						
		1	2	3	4						
大うつ 病エピ ソード	No	人 (%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)	M	SD	Med
	1 伏せ目がち	327 86.7	30 8.0	16 4.2	4 1.1	1.2	0.6	1.0			
	2 視線が動かない	347 92.0	23 6.1	7 1.9	0 0.0	1.1	0.4	1.0			
抑うつ 気分	3 声に抑揚がない	320 84.9	39 10.3	16 4.2	2 0.5	1.2	0.5	1.0			
	4 眉や口の動きが伴わず涙ぐんでいる	359 95.2	11 2.9	6 1.6	1 0.3	1.1	0.3	1.0			
	5 眉間にいつもしわがよっている	337 89.4	24 6.4	12 3.2	4 1.1	1.2	0.5	1.0			
	6 自ら人と話さない	313 83.0	44 11.7	14 3.7	6 1.6	1.2	0.6	1.0			
興味・ 喜びの 減退	7 声をかけないと日常生活動作 (着替え)ができなくなった	356 94.4	12 3.2	7 1.9	2 0.5	1.1	0.4	1.0			
	8 声をかけないと日常生活動作 (整容)ができなくなった	355 94.2	13 3.4	5 1.3	4 1.1	1.1	0.4	1.0			
	9 周囲の物に興味を示さない (テレビ・雑誌・新聞・ラジオの いずれか1つ以上)	340 90.2	26 6.9	7 1.9	4 1.1	1.1	0.5	1.0			
不眠 または 過眠	10 動けるのに1日中布団の中にいる	314 83.3	46 12.2	10 2.7	7 1.9	1.2	0.6	1.0			
	11 眠れていないと口に出す	310 82.2	38 10.1	21 5.6	8 2.1	1.3	0.7	1.0			
精神運 動制止 または 焦燥	12 イライラしている	347 92.0	21 5.6	8 2.1	1 0.3	1.1	0.4	1.0			
	13 落ち着きなく動く	343 91.0	29 7.7	5 1.3	0 0.0	1.1	0.3	1.0			
	14 何もしない時間ポーっとしている	326 86.5	38 10.1	10 2.7	3 0.8	1.2	0.5	1.0			
易疲労 または 気力 減退	15 身体症状の程度に比べ一つ一つの 動作に時間がかかる	346 91.8	26 6.9	4 1.1	1 0.3	1.1	0.4	1.0			
	16 問いかけの返事に時間がかかる	343 91.0	29 7.7	4 1.1	1 0.3	1.1	0.4	1.0			
	17 何をするにも疲れた様子がある	322 85.4	36 9.5	15 4.0	4 1.1	1.2	0.6	1.0			
無価値 観 または 罪悪感	18 治療や病気の話になると返答 しない	357 94.7	18 4.8	2 0.5	0 0.0	1.1	0.3	1.0			
	19 治療や病気の話になると話を 変える	361 95.8	15 4.0	1 0.3	0 0.0	1.0	0.2	1.0			
	20 迷惑をかけたことを口に出す	328 87.0	33 8.8	14 3.7	2 0.5	1.2	0.5	1.0			
思考力・ 集中力の 減退、決 断困難	21 日常生活における何気ないことが 決められない	355 94.2	17 4.5	4 1.1	1 0.3	1.1	0.3	1.0			
	22 着替えの服が決められない	364 96.6	11 2.9	2 0.5	0 0.0	1.0	0.2	1.0			
希死 念慮	23 消えてしまいたいと口に出す	369 97.9	5 1.3	2 0.5	1 0.3	1.0	0.2	1.0			
	24 目覚めなければいいと口に出す	368 97.6	5 1.3	3 0.8	1 0.3	1.0	0.3	1.0			

M : 平均値, SD : 標準偏差, Med : 中央値

2) アセスメントツール項目選定のための分析

アセスメントツールの得点分布、天井効果・フロア効果、I-T 分析、G-P 分析から、評価された項目の得点に偏りがいないか確認し、アセスメントツールとして抑うつを弁別できる項目を選定した。アセスメントツールとして抑うつを弁別できる項目に対して探索的因子分析を実施し、最終的なアセスメントツール項目を決定した。

(1) アセスメントツール得点分布

アセスメントツール得点分布をみると、「まったくない」と 95%以上が評価している項目が、4)：眉や口の動きが伴わず涙ぐんでいる、19)：治療や病気の話になると話を変える、22)：着替えの服が決められない、23)：消えてしまいたいと口に出す、24)：目覚めなければいいと口に出す、の 5 項目あった (表 27)。これら 5 項目は抑うつを早期発見するための観察指標としての弁別性は低いと考えた。

(2) 天井効果・フロア効果

次に、アセスメントツール各項目の平均値－標準偏差、平均値＋標準偏差から天井効果・フロア効果を確認した。天井効果は見られなかったが、すべての項目にフロア効果があった (表 28)。

表 28. アセスメントツール 24 項目の天井・フロア効果

No	アセスメントツール項目	天井効果	フロア効果	N=377			
				M	SD	MAX	MIN
1	伏せ目がち	1.8	0.6	1.2	0.6	4.0	1.0
2	視線が動かない	1.5	0.7	1.1	0.4	3.0	1.0
3	声に抑揚がない	1.7	0.7	1.2	0.5	4.0	1.0
4	眉や口の動きが伴わず涙ぐんでいる	1.4	0.7	1.1	0.3	4.0	1.0
5	眉間にいつもしわがよっている	1.7	0.6	1.2	0.5	4.0	1.0
6	自ら人と話さない	1.8	0.6	1.2	0.6	4.0	1.0
7	声をかけないと日常生活動作（着替え）ができなくなった	1.5	0.7	1.1	0.4	4.0	1.0
8	声をかけないと日常生活動作（整容）ができなくなった	1.5	0.7	1.1	0.4	4.0	1.0
9	周囲の物に興味を示さない（テレビ・雑誌・新聞・ラジオのいずれか1つ以上）	1.6	0.7	1.1	0.5	4.0	1.0
10	動けるのに1日中布団の中にいる	1.8	0.6	1.2	0.6	4.0	1.0
11	眠れていないと口に出す	1.9	0.6	1.3	0.7	4.0	1.0
12	イライラしている	1.5	0.7	1.1	0.4	4.0	1.0
13	落ち着きなく動く	1.4	0.8	1.1	0.3	3.0	1.0
14	何もしない時間ポーっとしている	1.7	0.7	1.2	0.5	4.0	1.0
15	身体症状の程度に比べ一つ一つの動作に時間がかかる	1.5	0.7	1.1	0.4	4.0	1.0
16	問いかけの返事に時間がかかる	1.5	0.7	1.1	0.4	4.0	1.0
17	何をするにも疲れた様子がある	1.8	0.7	1.2	0.6	4.0	1.0
18	治療や病気の話になると返答しない	1.3	0.8	1.1	0.3	3.0	1.0
19	治療や病気の話になると話を変える	1.3	0.8	1.0	0.2	3.0	1.0
20	迷惑をかけたことを口に出す	1.7	0.7	1.2	0.5	4.0	1.0
21	日常生活における何気ないことが決められない	1.4	0.7	1.1	0.3	4.0	1.0
22	着替えの服が決められない	1.3	0.8	1.0	0.2	3.0	1.0
23	涙はれと口出す	1.3	0.8	1.0	0.2	4.0	1.0
24	目覚めなければいいと口に出す	1.3	0.8	1.0	0.3	4.0	1.0

*天井効果: 平均値+標準偏差

*フロア効果: 平均値-標準偏差

*M: 平均値, SD: 標準偏差, MAX: 最大値, MIN: 最小値

(3) I-T 分析

I-T 分析では、相関係数 0.40 以下の項目が、4) : 眉や口の動きが伴わず涙ぐんでいる、19) : 治療や病気の話になると話を変える、22) : 着替えの服が決められない、23) :

消えてしまいたいと口に出す, 24):目覚めなければいいと口に出す, の5項目あった。
 これらは, アセスメントツール得点分布で, 「まったくない」と95%以上が評価した5
 項目と同じであった(表29)。

表29. アセスメントツール24項目のI-T分析

		N=377
大うつ病 エピソード	No アセスメントツール項目	相関係数 (spearmanの ρ)
	1) 伏せ目がち	0.535 ***
	2) 視線が動かない	0.414 ***
抑うつ気分	3) 声に抑揚がない	0.567 ***
	4) 眉や口の動きが伴わず涙ぐんでいる	0.328 ***
	5) 眉間にいつもしわがよっている	0.498 ***
	6) 自ら人と話さない	0.582 ***
興味・喜び の減退	7) 声をかけないと日常生活動作(着替え)ができなくなった	0.413 ***
	8) 声をかけないと日常生活動作(整容)ができなくなった	0.429 ***
	9) 周囲の物に興味を示さない(テレビ・雑誌・新聞・ラジオのいずれか1つ以上)	0.503 ***
不眠 または 過眠	10) 動けるのに1日中布団の中にいる	0.528 ***
	11) 眠れていないと口に出す	0.500 ***
精神運動 制止 または 焦燥	12) イライラしている	0.451 ***
	13) 落ち着きなく動く	0.410 ***
	14) 何もしない時間ポーっとしている	0.563 ***
易疲労 または 気力減退	15) 身体症状の程度に比べ一つ一つの動作に時間がかかる	0.459 ***
	16) 問いかけの返事に時間がかかる	0.457 ***
	17) 何をするにも疲れた様子がある	0.594 ***
無価値観 または 罪悪感	18) 治療や病気の話になると返答しない	0.400 ***
	19) 治療や病気の話になると話を変える	0.323 ***
	20) 迷惑をかけたことを口に出す	0.431 ***
思考力・ 集中力の 減退, 決断 困難	21) 日常生活における何気ないことが決められない	0.439 ***
	22) 着替えの服が決められない	0.342 ***
希死念慮	23) 消えてしまいたいと口に出す	0.261 ***
	24) 目覚めなければいいと口に出す	0.261 ***

* 相関係数の太文字は相関係数0.40以上
 *** : $p < 0.001$

(4) G-P 分析

アセスメントツール得点の平均点 (27.1 点) を基準に, 平均点より得点が低いものを Good 群, 平均点より得点が高いものを Poor 群の 2 群に分け比較した。アセスメントツール得点に正規性がなかったため, Mann-Whitney U-test を行った結果, 24 項目全てにおいて Good 群と Poor 群に有意差 ($p < 0.001$) があつた (表 30)。

これらの結果を総合的に判断し, アセスメントツール得点分布で「まったくない」と 95%以上が評価している, 4) : 眉や口の動きが伴わず涙ぐんでいる, 19) : 治療や病気の話になると話を変える, 22) : 着替えの服が決められない, 23) : 消えてしまいたいと口に出す, 24) : 目覚めなければいいと口に出す, の 5 項目は, 抑うつの特異性が低いと判断した。しかし, 項目 23) : 消えてしまいたいと口に出す, 24) : 目覚めなければいいと口に出す, の 2 項目を削除した場合, DSM-IV-TR の 9 つのエピソードのうち「希死念慮」に関する項目がなくなってしまう結果となつた。項目 23), 24) は, アセスメントツールの得点分布では「ときどきある」と回答した人数差は 1 人だけであり (表 27), I-T 分析の相関係数も同値であつた (表 29)。そのため, 項目 23), 24) ともに残して, 探索的因子分析を実施した。

表 30. アセスメントツール 24 項目の G-P 分析

		N=377	
		平均得点	
大うつ病 エピソード	No アセスメントツール項目	Good群	Poor群
		n=294	n=83
抑うつ気分	1) 伏せ目がち	1.0	1.7 ***
	2) 視線が動かない	1.0	1.3 ***
	3) 声に抑揚がない	1.0	1.8 ***
	4) 眉や口の動きが伴わず涙ぐんでいる	1.0	1.3 ***
	5) 眉間にいつもしわがよっている	1.0	1.7 ***
興味・喜びの 減退	6) 自ら人と話さない	1.1	1.9 ***
	7) 声をかけないと日常生活動作（着替え）ができなくなった	1.0	1.4 ***
	8) 声をかけないと日常生活動作（整容）ができなくなった	1.0	1.4 ***
不眠または 過眠	9) 周囲の物に興味を示さない（テレビ・雑誌・新聞・ラジオのいずれか1つ以上）	1.0	1.6 ***
	10) 動けるのに1日中布団の中にいる	1.1	1.8 ***
精神運動制止 または 焦燥	11) 眠れていないと口に出す	1.1	2.0 ***
	12) イライラしている	1.0	1.4 ***
易疲労 または 気力減退	13) 落ち着きなく動く	1.0	1.4 ***
	14) 何もしない時間ポーっとしている	1.0	1.7 ***
無価値観 または 罪悪感	15) 身体症状の程度に比べ一つ一つの動作に時間がかかる	1.0	1.4 ***
	16) 問いかけの返事に時間がかかる	1.0	1.4 ***
思考力・集中 力の減退、 決断困難	17) 何をするにも疲れた様子がある	1.0	1.9 ***
	18) 治療や病気の話になると返答しない	1.0	1.3 ***
希死念慮	19) 治療や病気の話になると話を変える	1.0	1.2 ***
	20) 迷惑をかけたことを口に出す	1.0	1.7 ***
	21) 日常生活における何気ないことが決められない	1.0	1.3 ***
	22) 着替えの服が決められない	1.0	1.2 ***
	23) 消えてしまいたいと口に出す	1.0	1.1 ***
	24) 目覚めなければいいと口に出す	1.0	1.2 ***

* Good群：アセスメントツール得点が平均値よりも低い（抑うつ傾向なし）

* Poor群：アセスメントツール得点が平均値よりも高い（抑うつ傾向あり）

* アセスメントツール得点の差の検定はMann-Whitney U-test

***：p<0.001

(5) 探索的因子分析による項目選定

アセスメントツール 24 項目から、抑うつの弁別性がないと判断した 3 項目を削除した 21 項目に、尺度作成の手順（小塩，2013）に従って探索的因子分析を実施し、共通性、因子負荷量などからの項目を選定した。初回の因子分析は、最小 2 乗法を回転なしで実施し、初期の固有値 1.0 以上の 5 因子 21 項目とした。21 項目の共通性は 0.307 ~0.889 の範囲をとり、固有値は第 1 因子 9.63，第 2 因子 1.60，第 3 因子 1.33，第 4

因子 1.10, 第 5 因子 1.00 であり, 累積寄与率は第 1 因子から第 5 因子までで 69.78% であった。次に, I-T 分析の結果でアセスメント項目間に相関があったため, プロマックス回転を実施した。因子負荷量 0.40 以上を項目採択基準にした結果, 5 因子からなる因子構造が確認できた (表 31)。また, 同一項目で抽出された 5 因子の複数因子間で影響を及ぼし合うような, 因子負荷量が 0.40 に近い値がないことを確認した。因子間相関は, 0.317 から 0.680 であった。21 項目の各項目の共通性は, 0.306~0.999 であった。以上の結果から, 探索的因子分析による削除項目はなかった。

3) 構成概念妥当性の分析

(1) 探索的因子分析

21 項目に対して最小 2 乗法プロマックス回転を実施した結果, 第 1 因子は, DSM-IV-TR の「抑うつ気分」, 「興味・喜びの減退」, 「不眠または過眠」の 3 つのエピソードから成る項目が混在しているため, 【抑うつ気分と興味の低下, 不眠】と命名した。第 2 因子は, DSM-IV-TR の「精神運度制止または焦燥」, 「易疲労または気力減退」, 「無価値観または罪悪感」, 「思考力・集中力の減退, 決断困難」の 4 つのエピソードから成る項目で構成されたため, 【気力・思考力停滞】とした。第 3 因子は, DSM-IV-TR の「希死念慮」のエピソードから成るアセスメントツール項目であったため, 【希死念慮】とした。第 4 因子は, DSM-IV-TR の「興味・喜びの減退」のエピソードの中でも, 自身に対する関心が低下している項目であったため【自身への関心低下】とし, 第 5 因子は, DSM-IV-TR の「精神運度制止または焦燥」, 「無価値観または罪悪感」のエピソードのうち, 焦燥感の強い状態をあらわすアセスメントツール項目であったため【焦燥感と罪悪感】と命名した (表 31)。

表 31. アセスメントツール項目の因子分析

最小2乗法プロマックス回転

	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	共通性	α係数
第1因子：抑うつ気分と興味の低下，不眠							.869
6) 自ら人と話さない	.843	-.266	-.112	.190	.117	.669	
3) 声に抑揚がない	.720	.205	.094	-.062	-.128	.677	
1) 伏せ目がち	.654	.305	-.021	-.110	-.086	.599	
11) 眠れていないと口に出す	.595	-.127	-.135	.023	.321	.464	
10) 動けるのに1日中布団の中にいる	.510	-.020	.044	.025	.113	.353	
9) 周囲の物に興味を示さない（テレビ・雑誌・新聞・ラジオのいずれか1つ以上）	.501	.148	-.044	.335	-.051	.664	
5) 眉間にいつもしわがよっている	.434	.099	.018	.127	.096	.436	
第2因子：気力・思考力停滞							.869
16) 問いかけの返事に時間がかかる	-.239	.772	-.158	.238	.084	.584	
17) 何をするにも疲れた様子がある	.207	.634	-.040	-.089	.214	.722	
14) 何もしない時間ボーっとしている	.070	.585	-.003	.218	.009	.629	
15) 身体症状の程度に比べ一つ一つの動作に時間がかかる	-.023	.561	-.022	.007	.147	.396	
2) 視線が動かない	.286	.534	.076	.068	-.235	.548	
18) 治療や病気の話になると返答しない	.178	.486	.156	-.313	.151	.401	
21) 日常生活における何気ないことが決められない	.011	.448	-.004	.329	.185	.676	
第3因子：希死念慮							.956
23) 消えてしまいたいと口に出す	-.020	-.125	.998	.112	.037	.999	
24) 目覚めなければいいと口に出す	-.077	.037	.903	.034	.025	.838	
第4因子：自身への関心低下							.979
8) 声をかけないと日常生活動作（整容）ができなくなった	.101	.054	.082	.888	-.096	.972	
7) 声をかけないと日常生活動作（着替え）ができなくなった	.124	.047	.101	.770	.002	.879	
第5因子：焦燥感と罪悪感							.651
12) イライラしている	.116	.063	.194	.008	.594	.633	
20) 迷惑をかけたことを口に出す	.120	.070	-.009	-.124	.507	.306	
13) 落ち着きなく動く	-.135	.324	-.019	.086	.444	.411	
因子間相関	第1因子	1.000	.680	.423	.596	.470	
	第2因子		1.000	.480	.607	.529	
	第3因子			1.000	.490	.317	
	第4因子				1.000	.473	

*全体のα係数 0.932

(2) 検証的因子分析

探索的因子分析で決定した 5 因子 21 項目を二次因子から成る検証的因子分析を行った (図 4)。楕円で描かれた変数は潜在変数で、長方形で描かれた変数は観測変数として示した。潜在変数から観測変数へ向かう矢印は、因果関係を表しており、矢印の上にある数字はパス係数とし、すべて標準化推定値を用いた。パス係数の範囲は、-1.00 ~ +1.00 をとる。潜在変数の右肩にある数字および、観測変数の右横にある数字は重相関係数 (決定係数) を示した。重相関係数は、1.0 に近いほど予測精度が高いと解釈する。二次因子である「抑うつ」以外の潜在変数と観測変数へ向かう丸の中に「e1」から「e26」が書かれたものは誤差変数とした。

二次因子である「抑うつ」から一次因子である探索的因子分析から得られた第 1 因子「抑うつ気分と興味の低下、不眠」から第 5 因子「焦燥感と罪悪感」までのパス係数はすべて正の値であり、0.57~0.94 であった。一次因子である第 1 因子から観測変数 (質問項目) へのパス係数はすべて正の値であった。第 1 因子から観測変数へのパス係数は、0.60~0.81 をとり、第 2 因子から観測変数へのパス係数は、0.54~0.82、第 3 因子から観測変数へのパス係数は 0.93~0.99、第 4 因子から観測変数へパス係数は 0.98、第 5 因子から観測変数へのパス係数は、0.48~0.80 であった。パス係数はすべて 0.1% 水準で有意であった。よって、パス図に示された二次因子構造における潜在変数と観測変数の因子間の関係は、正の方向に十分な値をもって影響を与えていたことが示された。

重相関係数 (決定係数) をみると、一次因子である第 1 因子「抑うつ気分と興味の低下、不眠」は 0.79、第 2 因子「気力・思考力停滞」は 0.88、第 3 因子「希死念慮」は 0.32、第 4 因子「自身への関心低下」は 0.69、第 5 因子「焦燥感と罪悪感」は 0.67 であった。第 1 因子、第 2 因子、第 4 因子、第 5 因子は二次因子である「抑うつ」から受ける影響はますます高かった。第 3 因子のみ、第 1 因子、第 2 因子、第 4 因子、第 5 因子と比べると、「抑うつ」から受ける影響はやや低かった。

次に、モデルとデータとの適合度をみると、 χ^2 検定の p 値が有意水準を超えている場合、モデル全体が正しいと判定される。また、適合度指標である、GFI、AGFI は 1.0 に近いほど説明力のあるモデルであるが、「よいモデル」であるというわけではない。GFI \geq AGFI の値をとり、GFI に比べて AGFI が著しく低下するモデルはあまり好ましくないとされている。RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation)

は 0.05 以下ならモデルに対してデータの当てはまりが良く、0.1 以上であれば当てはまりが良くないとされている（小塩，2013）。

本研究のパス図は， χ^2 検定の p 値は有意水準 0.05 より小さかったため，データがモデルに適合しているとは言い難かった。GIF=0.804，AGIF=0.754 であり，モデルに対するデータの当てはまりはやや低かった。RMSEA=0.111 は 0.1 をやや上回っていたため，モデルに対してデータの当てはまりはよくないことが示された。しかし，パス係数がすべて有意であったこと， $GFI \geq AGFI$ の条件を満たしていたことから，モデルの説明力は許容範囲内であると考えた。

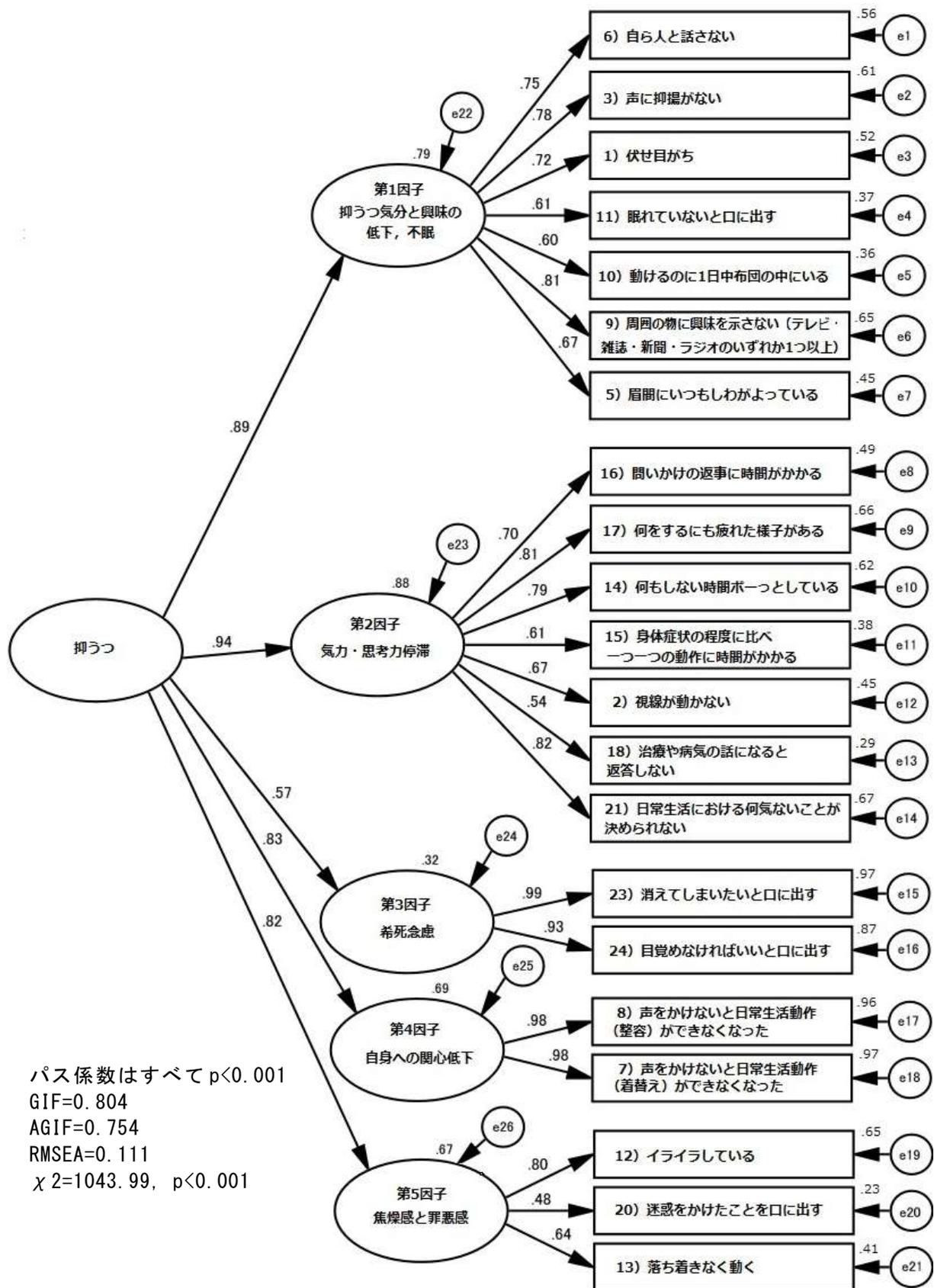


図.4 アセスメントツール 21 項目の検証的因子分析

3) 信頼性の検討

各因子の α 係数は、第1因子から順に、0.869, 0.869, 0.956, 0.979, 0.651であり、内的整合性が確認できた(表31)。21項目全体の α 係数は0.932であった。よって、アセスメントツールの信頼性は確認できた。

4) 基準関連妥当性の検討

(1) アセスメントツール各因子におけるBDI-IIの重症度分類別の回答分布

BDI-II得点にみたアセスメントツール各項目の回答分布を算出した(表32, 33, 34, 35)。BDI-IIの重症度である「極軽症」に比べ、「軽症」「中等症」は、アセスメントツール各因子において、「まったくない」と評価された人数の割合が少なくなる傾向があった。BDI-IIの重症度の「極軽症」では、第1因子から第5因子の順に、「まったくない」が86.0~93.9%, 88.1~95.7%, 97.5~97.8%, 95.7%, 90.3~93.5%であったのに対し、「軽症」では、70.1~83.6%, 79.1~94.0%, 98.5%, 91.0%, 74.6~91.0%であり、「中等症」では、50.0~83.3%, 66.7~95.8%, 91.7~100%, 87.5%, 79.2~87.5%であり、「重症」では、50.0~87.5%, 75.0~100%, 100%, 87.5~100%, 87.5~100%となっていた。「重症」のみが、「第3因子: 希死念慮」で「まったくない」が100%であった。

(2) アセスメントツール各項目におけるBDI-II重症度別の回答分布

アセスメントツール各項目におけるBDI-IIの4つの重症度別の回答割合について χ^2 検定を行った(表36)。項目1), 5), 6), 9), 10), 11), 14), 18), 20), 21)の10項目に有意差がみられた。 χ^2 検定結果で有意差があった10項目は、探索的因子分析の第1因子で7項目中6項目, 第2因子で7項目中3項目, 第3因子と第4因子には有意差のある項目はなく, 第5因子で3項目中1項目であった。

表 32. BDI-II 得点（極軽症）者のアセスメントツールの回答分布

因子	No	アセスメントツール項目	極軽症(0~13点) n=278								Med	M	SD
			まったく ない		ほとんど ない		ときどき ある		よくある				
			1	2	3	4	人 (%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)			
第1因子 第抑うつ 気分と興 味の低 下, 不眠	6	自ら人と話さない	241	86.7	26	9.4	7	2.5	4	1.4	1.0	1.2	0.5
	3	声に抑揚がない	242	87.1	28	10.1	7	2.5	1	0.4	1.0	1.2	0.5
	1	伏せ目がち	245	88.1	23	8.3	8	2.9	2	0.7	1.0	1.2	0.5
	11	眠れていないと口に出す	239	86.0	22	7.9	13	4.7	4	1.4	1.0	1.2	0.6
	10	動けるのに1日中布団の中にいる 周囲の物に興味を示さない	244	87.8	26	9.4	3	1.1	5	1.8	1.0	1.2	0.5
第2因子 気力・ 思考力 停滞	9	(テレビ・雑誌・新聞・ラジオ のいずれか1つ以上)	261	93.9	12	4.3	4	1.4	1	0.4	1.0	1.1	0.4
	5	眉間にいつもしわがよっている	257	92.4	17	6.1	2	0.7	2	0.7	1.0	1.1	0.4
	16	問いかけの返事に時間が かかる	255	91.7	20	7.2	3	1.1	0	0.0	1.0	1.1	0.3
	17	何をしても疲れた様子がある	245	88.1	21	7.6	10	3.6	2	0.7	1.0	1.2	0.5
	14	何もしない時間ポーっとして いる	249	89.6	22	7.9	5	1.8	2	0.7	1.0	1.1	0.4
	15	身体症状の程度に比べ一つ一つ の動作に時間がかかる	260	93.5	14	5.0	3	1.1	1	0.4	1.0	1.1	0.3
	2	視線が動かない	258	92.8	16	5.8	4	1.4	0	0.0	1.0	1.1	0.3
第3因子 希死念慮	18	治療や病気の話になると返答 しない	264	95.0	13	4.7	1	0.4	0	0.0	1.0	1.1	0.2
	21	日常生活における何気ないこと が決められない	266	95.7	8	2.9	4	1.4	0	0.0	1.0	1.1	0.3
	23	消えてしまいたいと口に出す	271	97.5	5	1.8	1	0.4	1	0.4	1.0	1.0	0.3
第4因子 自身への 関心低下	24	目覚めなければいいと口に出す	272	97.8	3	1.1	2	0.7	1	0.4	1.0	1.0	0.3
	8	声をかけないと日常生活動作 (整容)ができなくなった	266	95.7	7	2.5	3	1.1	0	0.0	1.0	1.1	0.4
第5因子 焦燥感と 罪悪感	7	声をかけないと日常生活動作 (着替え)ができなくなった	266	95.7	7	2.5	3	1.1	2	0.7	1.0	1.1	0.4
	12	イライラしている	258	92.8	14	5.0	5	1.8	1	0.4	1.0	1.1	0.4
	20	迷惑をかけたことを口に出す	251	90.3	18	6.5	9	3.2	0	0.0	1.0	1.1	0.4
	13	落ち着きなく動く	260	93.5	16	5.8	2	0.7	0	0.0	1.0	1.1	0.3

Med : 中央値, M : 平均値, SD : 標準偏差

表 33. BDI-II 得点（軽症）者のアセスメントツールの回答分布

因子	No	アセスメントツール項目	軽症(14~19点) n=67								Med	M	SD
			まったく ない		ほとんど ない		ときどき ある		よくある				
			1	2	3	4	人 (%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)			
第1因子 第抑うつ 気分と興 味の低 下, 不眠	6	自ら人と話さない	52	77.6	8	11.9	5	7.5	2	3.0	1.0	1.4	0.8
	3	声に抑揚がない	54	80.6	7	10.4	5	7.5	1	1.5	1.0	1.3	0.7
	1	伏せ目がち	56	83.6	5	7.5	5	7.5	1	1.5	1.0	1.3	0.7
	11	眠れていないと口に出す	47	70.1	15	22.4	2	3.0	3	4.5	1.0	1.4	0.8
	10	動けるのに1日中布団の中に いる	53	79.1	9	13.4	4	6.0	1	1.5	1.0	1.3	0.7
	9	周囲の物に興味を示さない (テレビ・雑誌・新聞・ラジオ のいずれか1つ以上)	55	82.1	7	10.4	3	4.5	2	3.0	1.0	1.3	0.7
第2因子 気力・ 思考力 停滞	5	眉間にいつもしわがよっている	55	82.1	4	6.0	7	10.4	1	1.5	1.0	1.3	0.7
	16	問いかけの返事に時間が かかる	61	91.0	5	7.5	1	1.5	0	0.0	1.0	1.1	0.4
	17	何をしても疲れた様子がある	53	79.1	10	14.9	3	4.5	1	1.5	1.0	1.3	0.6
	14	何もしない時間ポーっとして いる	54	80.6	9	13.4	3	4.5	1	1.5	1.0	1.3	0.6
	15	身体症状の程度に比べ一つ一つ の動作に時間がかかる	61	91.0	5	7.5	1	1.5	0	0.0	1.0	1.1	0.4
	2	視線が動かない	62	92.5	4	6.0	1	1.5	0	0.0	1.0	1.1	0.3
	18	治療や病気の話になると返答 しない	63	94.0	4	6.0	0	0.0	0	0.0	1.0	1.1	0.2
21	日常生活における何気ないこと が決められない	59	88.1	8	11.9	0	0.0	0	0.0	1.0	1.1	0.3	
第3因子 希死念慮	23	消えてしまいたいと口に出す	66	98.5	0	0.0	1	1.5	0	0.0	1.0	1.0	0.2
	24	目覚めなければいいと口に出す	66	98.5	0	0.0	1	1.5	0	0.0	1.0	1.0	0.2
第4因子 自身への 関心低下	8	声をかけないと日常生活動作 (整容) ができなくなった	61	91.0	3	4.5	2	3.0	0	0.0	1.0	1.1	0.5
	7	声をかけないと日常生活動作 (着替え) ができなくなった	61	91.0	3	4.5	3	4.5	0	0.0	1.0	1.1	0.5
第5因子 焦燥感と 罪悪感	12	イライラしている	61	91.0	5	7.5	1	1.5	0	0.0	1.0	1.1	0.4
	20	迷惑をかけたことを口に出す	50	74.6	10	14.9	5	7.5	2	3.0	1.0	1.4	0.8
	13	落ち着きなく動く	56	83.6	9	13.4	2	3.0	0	0.0	1.0	1.2	0.5

Med : 中央値, M : 平均値, SD : 標準偏差

表 34. BDI-II 得点（中等症）者のアセスメントツールの回答分布

因子	No	アセスメントツール項目	中等症(20~28点) n=24								Med	M	SD
			まったく ない		ほとんど ない		ときどき ある		よくある				
			1	2	3	4	人 (%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)			
第1因子 第抑うつ 気分と興 味の低 下, 不眠	6	自ら人と話さない	16	66.7	6	25.0	2	8.3	0	0.0	1.0	1.4	0.7
	3	声に抑揚がない	19	79.2	3	12.5	2	8.3	0	0.0	1.0	1.3	0.6
	1	伏せ目がち	19	79.2	2	8.3	3	12.5	0	0.0	1.0	1.3	0.7
	11	眠れていないと口に出す	19	79.2	0	0.0	4	16.7	1	4.2	1.0	1.5	0.9
	10	動けるのに1日中布団の中に いる	12	50.0	9	37.5	3	12.5	0	0.0	1.5	1.6	0.7
	9	周囲の物に興味を示さない (テレビ・雑誌・新聞・ラジオ のいずれか1つ以上)	18	75.0	5	20.8	0	0.0	1	4.2	1.0	1.3	0.7
第2因子 気力・ 思考力 停滞	5	眉間にいつもしわがよっている	20	83.3	2	8.3	1	4.2	1	4.2	1.0	1.3	0.8
	16	問いかけの返事に時間が かかる	20	83.3	3	12.5	0	0.0	1	4.2	1.0	1.3	0.7
	17	何をするにも疲れた様子がある	18	75.0	4	16.7	1	4.2	1	4.2	1.0	1.4	0.8
	14	何もしない時間ポーっとして いる	16	66.7	7	29.2	1	4.2	0	0.0	1.0	1.4	0.6
	15	身体症状の程度に比べ一つ一つ の動作に時間がかかる	19	79.2	5	20.8	0	0.0	0	0.0	1.0	1.2	0.4
	2	視線が動かない	20	83.3	3	12.5	1	4.2	0	0.0	1.0	1.2	0.5
	18	治療や病気の話になると返答 しない	23	95.8	1	4.2	0	0.0	0	0.0	1.0	1.0	0.2
21	日常生活における何気ないこと が決められない	22	91.7	1	4.2	0	0.0	1	4.2	1.0	1.2	0.6	
第3因子 希死念慮	23	消えてしまいたいと口に出す	24	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1.0	1.0	0.0
	24	目覚めなければいいと口に出す	22	91.7	2	8.3	0	0.0	0	0.0	1.0	1.1	0.3
第4因子 自身への 関心低下	8	声をかけないと日常生活動作 (整容)ができなくなった	21	87.5	2	8.3	0	0.0	1	4.2	1.0	1.2	0.7
	7	声をかけないと日常生活動作 (着替え)ができなくなった	21	87.5	2	8.3	1	4.2	0	0.0	1.0	1.2	0.5
第5因子 焦燥感と 罪悪感	12	イライラしている	21	87.5	2	8.3	1	4.2	0	0.0	1.0	1.2	0.5
	20	迷惑をかけたことを口に出す	19	79.2	5	20.8	0	0.0	0	0.0	1.0	1.2	0.4
	13	落ち着きなく動く	19	79.2	4	16.7	1	4.2	0	0.0	1.0	1.3	0.5

Med : 中央値, M : 平均値, SD : 標準偏差

表 35. BDI-II 得点（重症）者のアセスメントツールの回答分布

因子	No	アセスメントツール項目	重症(29点以上) n=8								Med	M	SD
			まったく ない		ほとんど ない		ときどき ある		よくある				
			1	2	3	4	人 (%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)			
第1因子 第抑うつ 気分と興 味の低 下, 不眠	6	自ら人と話さない	4	50.0	4	50.0	0	0.0	0	0.0	1.5	1.5	0.5
	3	声に抑揚がない	5	62.5	1	12.5	2	25.0	0	0.0	1.0	1.6	0.9
	1	伏せ目がち	7	87.5	0	0.0	0	0.0	1	12.5	1.0	1.4	1.1
	11	眠れていないと口に出す	5	62.5	1	12.5	2	25.0	0	0.0	1.0	1.6	0.9
	10	動けるのに1日中布団の中に いる	5	62.5	2	25.0	0	0.0	1	12.5	1.0	1.6	1.1
	9	周囲の物に興味を示さない (テレビ・雑誌・新聞・ラジオ のいずれか1つ以上)	6	75.0	2	25.0	0	0.0	0	0.0	1.0	1.3	0.5
	5	眉間にいつもしわがよっている	5	62.5	1	12.5	2	25.0	0	0.0	1.0	1.6	0.9
第2因子 気力・ 思考力 停滞	16	問いかけの返事に時間が かかる	7	87.5	1	12.5	0	0.0	0	0.0	1.0	1.1	0.4
	17	何をするにも疲れた様子がある	6	75.0	1	12.5	1	12.5	0	0.0	1.0	1.4	0.7
	14	何もしない時間ポーっとして いる	7	87.5	0	0.0	1	12.5	0	0.0	1.0	1.3	0.7
	15	身体症状の程度に比べ一つ一つ の動作に時間がかかる	6	75.0	2	25.0	0	0.0	0	0.0	1.0	1.3	0.5
	2	視線が動かない	7	87.5	0	0.0	1	12.5	0	0.0	1.0	1.3	0.7
	18	治療や病気の話になると返答 しない	7	87.5	0	0.0	1	12.5	0	0.0	1.0	1.3	0.7
	21	日常生活における何気ないこと が決められない	8	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1.0	1.0	0.0
第3因子 希死念慮	23	消えてしまいたいと口に出す	8	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1.0	1.0	0.0
	24	目覚めなければいいと口に出す	8	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1.0	1.0	0.0
第4因子 自身への 関心低下	8	声をかけないと日常生活動作 (整容) ができなくなった	7	87.5	1	12.5	0	0.0	0	0.0	1.0	1.1	0.4
	7	声をかけないと日常生活動作 (着替え) ができなくなった	8	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1.0	1.0	0.0
第5因子 焦燥感と 罪悪感	12	イライラしている	7	87.5	0	0.0	1	12.5	0	0.0	1.0	1.3	0.7
	20	迷惑をかけたことを口に出す	8	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1.0	1.0	0.0
	13	落ち着きなく動く	8	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1.0	1.0	0.0

Med : 中央値, M : 平均値, SD : 標準偏差

表 36. アセスメントツール各項目における BDI-II 重症度分類別の回答分布

N=377

因子	No	アセスメントツール項目	BDI-II 重症度	まったく ない 1	ほとんど ない 2	ときどき ある 3	よく ある 4	p 値
第1因子	6	自ら人と話さない	極軽症	241	26	7	4	0.004
			軽症	52	8	5	2	
			中等症	16	6	2	0	
			重症	4	4	0	0	
抑うつ気分と興味の低下、不眠	3	声に抑揚がない	極軽症	242	28	7	1	0.086
			軽症	54	7	5	1	
			中等症	19	3	2	0	
			重症	5	1	2	0	
	1	伏せ目がち	極軽症	245	23	8	2	0.029
			軽症	56	5	5	1	
			中等症	19	2	3	0	
			重症	7	0	0	1	
	11	眠れていないと口に出す	極軽症	239	22	13	4	p<0.001
			軽症	47	15	2	3	
			中等症	19	0	4	1	
			重症	5	1	2	0	
	10	動けるのに1日中布団の中にいる	極軽症	244	26	3	5	p<0.001
			軽症	53	9	4	1	
			中等症	12	9	3	0	
			重症	5	2	0	1	
	9	周囲の物に興味を示さない(テレビ・雑誌・新聞・ラジオのいずれか1つ以上)	極軽症	261	12	4	1	0.003
			軽症	55	7	3	2	
			中等症	18	5	0	1	
			重症	6	2	0	0	
	5	眉間にいつもしわがよっている	極軽症	257	17	2	2	p<0.001
			軽症	55	4	7	1	
			中等症	20	2	1	1	
			重症	5	1	2	0	
第2因子	16	問いかけの返事に時間がかかる	極軽症	255	20	3	0	0.059
			軽症	61	5	1	0	
			中等症	20	3	0	1	
			重症	7	1	0	0	
気力・思考力停滞	17	何をするにも疲れた様子がある	極軽症	245	21	10	2	0.368
			軽症	53	10	3	1	
			中等症	18	4	1	1	
			重症	6	1	1	0	
	14	何もしない時間ポーっとしている	極軽症	249	22	5	2	0.029
			軽症	54	9	3	1	
			中等症	16	7	1	0	
			重症	7	0	1	0	
	15	身体症状の程度に比べ一つ一つの動作に時間がかかる	極軽症	260	14	3	1	0.139
			軽症	61	5	1	0	
			中等症	19	5	0	0	
			重症	6	2	0	0	
	2	視線が動かない	極軽症	258	16	4	0	0.219
			軽症	62	4	1	0	
			中等症	20	3	1	0	
			重症	7	0	1	0	
	18	治療や病気の話になると返答しない	極軽症	264	13	1	0	0.001
			軽症	63	4	0	0	
			中等症	23	1	0	0	
			重症	7	0	1	0	
	21	日常生活における何気ないことが決められない	極軽症	266	8	4	0	0.002
			軽症	59	8	0	0	
			中等症	22	1	0	1	
			重症	8	0	0	0	

因子	No	アセスメントツール項目	BDI-II 重症度	まったく ほとんど ときどき よく ない ない ある ある				p 値
				1	2	3	4	
第3因子 希死念慮	23	消えてしまいたいと口に出す	極軽症	271	5	1	1	0.933
			軽症	66	0	1	0	
			中等症	24	0	0	0	
			重症	8	0	0	0	
	24	目覚めなければいいと口に出す	極軽症	272	3	2	1	0.286
			軽症	66	0	1	0	
			中等症	22	2	0	0	
			重症	8	0	0	0	
第4因子 自身への 関心低下	8	声をかけないと日常生活動作（整容）が できなくなった	極軽症	266	7	3	2	0.402
			軽症	61	3	2	1	
			中等症	21	2	0	1	
			重症	7	1	0	0	
	7	声をかけないと日常生活動作（着替え） ができなくなった	極軽症	266	7	3	2	0.514
			軽症	61	3	3	0	
			中等症	21	2	1	0	
			重症	8	0	0	0	
第5因子 焦燥感と 罪悪感	12	イライラしている	極軽症	258	14	5	1	0.679
			軽症	61	5	1	0	
			中等症	21	2	1	0	
			重症	7	0	1	0	
	20	迷惑をかけたことを口に出す	極軽症	251	18	9	0	0.004
			軽症	50	10	5	2	
			中等症	19	5	0	0	
			重症	8	0	0	0	
	13	落ち着きなく動く	極軽症	260	16	2	0	0.059
			軽症	56	9	2	0	
			中等症	19	4	1	0	
			重症	8	0	0	0	

*χ² 検定

(3) BDI-IIの重症度別にみたアセスメントツール平均得点

次に、BDI-IIの重症度分類別に、アセスメントツール21項目の合計得点を算出し、Kruskal-Wallis検定を実施した結果、有意差を認めた（ $p < 0.001$ ）。その後、各群間の差をKruskal-Wallis検定で確認した。有意確率は調整済み有意確率（石村・石村，2014）をとった（表37）。その結果、極軽症と軽症、極軽症と中等症、極軽症と重症に有意差を認めた（それぞれ、 $p = 0.016$ 、 $p = 0.007$ 、 $p = 0.011$ ）。

95%信頼区間と 5%トリムおよび、平均値を中心にアセスメントツール得点による抑うつ重症度の評定区分を検討した。BDI-II の重症度分類別の中等症と重症は、アセスメントツール得点の 95%信頼区間がほぼ同じであること、5%トリムの差が 1 点であること、および BDI-II の重症度分類の中等症以上は、精神の専門家治療の必要性が高いことを考慮し、アセスメントツール抑うつ重症度では、中等症と重症を合わせることにした。その結果、アセスメントツール抑うつ重症度は、21 から 22 点を極軽症（以下、AT 極軽症）、23 点から 24 点を軽症（以下、AT 軽症）、25 点以上を中等症以上（以下、AT 中等症以上）と、区分することとした。

さらに、アセスメントツール抑うつ重症度別に一次関数を算出した。傾きは 5.4、切片は 15.4 であった（図 5）。傾きが示す変化の割合から AT 極軽症・軽症・中等症以上を区切った得点が妥当であるか確認した。

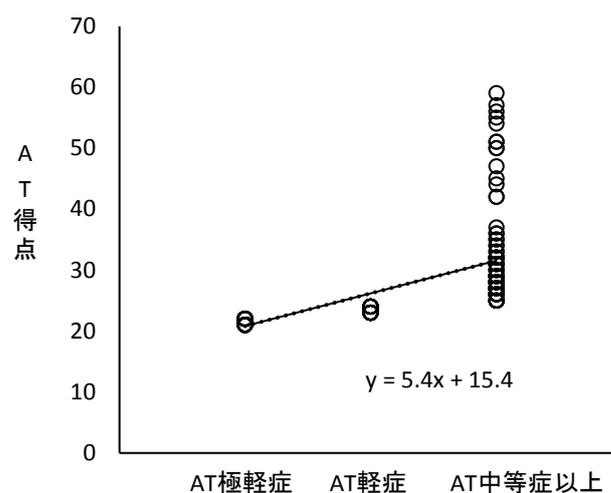


図 5. アセスメントツール抑うつ重症度別の散布図とその一次関数

(2) アセスメントツール抑うつ重症度の妥当性の確認

アセスメントツール抑うつ重症度別に合計得点を算出し、Kruskal-Wallis 検定を実施した結果、有意差を認めた ($p < 0.001$)。その後、各群間の差を Kruskal-Wallis 検定で確認した。有意確率は調整済み有意確率（石村・石村，2014）をとった（表 39）。その結果、AT 極軽症と AT 軽症、AT 極軽症と AT 中等症以上、AT 軽症と AT 中等症以上に有意差を認めた（すべて、 $p < 0.001$ ）。

表 39. アセスメントツール抑うつ重症度にみたアセスメントツール得点の比較

		人数	平均値 (SD)	中央値	
アセスメント ツール 抑うつ重症度	AT極軽症 (21-22点)	243	21.1 (0.3)	21.0	*** *** ***
	AT軽症 (23-24点)	51	23.4 (0.5)	23.0	
	AT中等症以上 (25点以上)	83	32.4 (8.9)	29.0	

*** : $p < 0.001$
SD: 標準偏差
Kruskal-Wallis検定

次に、アセスメントツール抑うつ重症度と BDI-II の重症度分類の人数と割合を確認した (表 40)。

表 40. アセスメントツール抑うつ重症度と BDI-II の重症度分類別の人数と割合

		BDI-II の重症度分類			合計	
		極軽症	軽症	中等症 以上		
アセスメント ツール抑うつ 重症度	AT極軽症	人数	193	37	13	243
		(%)	(69.4)	(55.3)	(40.6)	
	AT軽症	人数	40	8	3	51
		(%)	(14.4)	(11.9)	(9.4)	
	AT中等症 以上	人数	45	22	16	83
		(%)	(16.2)	(32.8)	(50.0)	
合計		278	67	32	377	

アセスメントツール抑うつ重症度別に、BDI-II重症度分類との一致率を確認した(表 41, 42, 43)。

表 41 アセスメントツール抑うつ重症度の一致率（極軽症）

		BDI-II 重症度			
		極軽症	極軽症以外	合計	
アセスメント ツール重症度	AT極軽症	人数 (%)	193 (69.4)	50 (50.5)	243
	AT極軽症 以外	人数 (%)	85 (30.6)	49 (49.5)	134
合計		人数	278	99	377

表 42. アセスメントツール抑うつ重症度の一致率（軽症）

		BDI-II 重症度			
		軽症	軽症以外	合計	
アセスメント ツール重症度	AT軽症	人数 (%)	8 (11.9)	43 (13.9)	51
	AT軽症 以外	人数 (%)	59 (88.1)	267 (86.1)	326
合計		人数	67	310	377

表 43. アセスメントツール抑うつ重症度の一致率（中等症以上）

		BDI-II 重症度			
		中等症以上	中等症以上 以外	合計	
アセスメント ツール重症度	AT中等症 以上	人数 (%)	16 (50.0)	67 (19.4)	83
	AT中等症 以上以外	人数 (%)	16 (50.0)	278 (80.6)	294
合計		人数	32	345	377

BDI-IIの重症度を至適基準としたアセスメントツール抑うつ重症度の一致率は、極軽症では69.4%、軽症では11.9%、中等症以上では50.0%であった。

8. 考察

2 病院 377 名を対象に、研究 1 で内容妥当性を、研究 2 で評定者間信頼性および実施可能性を確認した 24 項目のアセスメントツールの妥当性・信頼性を検討した。

項目選定分析では、天井・フロア効果でデータの分布の偏りを確認し、I-T 分析、G-P 分析、探索的因子分析によるアセスメントツールの共通性、因子負荷量を算出し、検討した。統計結果から 5 項目が選定基準からはずれることになった。がん患者の抑うつを早期発見する目的を満たすために、この 5 項目が削除可能であるか、内容を検討した。5 項目の中には、大うつ病エピソードの「希死念慮」を観察する項目が 2 項目含まれており、この 2 項目を外すと希死念慮の観察項目が消失することになるため、残すことにした。統計結果からは項目選択基準を外れたが、内容の検討結果から希死念慮を観察する 2 項目を除外しなかったことは、これ以降の分析を進める中でも、除外されなかったため、妥当であったと考える。

また、研究 1 で検討項目となった 4 項目である、2)：視線が動かない、3)：声に抑揚がない、5)：眉間にいつもしわがよっている、19)：治療や病気の話になると話を変える、は、研究 2 では、観察・判断困難には入らず、看護師 - 研究者間の一致率でも問題となる相違はなかった。項目選定分析の結果では、この 4 項目中 3 項目、つまり、2)：視線が動かない、3)：声に抑揚がない 5)：眉間にいつもしわがよっている、が選定基準を満たしていたことから、内容妥当性があると考えられる。残りの 1 項目、19)：治療や病気の話になると話を変える、は、看護師間での評定者間一致率に問題はなかったため、観察は十分できると考えられるが、抑うつを早期発見するための観察項目としては、弁別性が低かったと考えることができる。これらの結果から、項目選定分析で、19)：治療や病気の話になると話を変える、の 1 項目が除外されたことは妥当であったと考える。

構成概念妥当性の探索的因子分析では、5 因子が抽出された。がん患者の抑うつを早期発見するための観察内容を構成する【抑うつ気分・興味の低下、不眠】【気力・思考力停滞】【希死念慮】【自身への関心低下】【焦燥感と罪悪感】となった。【希死念慮】以外の因子は、大うつ病エピソードが混在する因子構造となった。この結果は、看護師が患者をアセスメントする際の視点と合致していると考えられた。看護師が患者を観察する視点には、五感を働かせる、患者の外観に注意を払う、ボディランゲージに注目する、対人関係のパターンに注目する、がある (Rosalinda

Alfaro-LeFevre,2006/2008)。看護師がアセスメントをする際には、客観的情報と主観的情報のうち、まずは客観的情報を得るために、患者の全体的な印象について簡単な観察を行う。次いで、特定の情報について客観的観察を深める（T・Heather,et al.,2014/2015)。第1因子【抑うつ気分・興味の低下, 不眠】の項目は、看護師が患者の全体的な印象として見る表情などである。次に表情が思わしくない場合、患者の外観やボディランゲージで表される【気力・思考力停滞】【自身への関心低下】【焦燥感と罪悪感】を確認することで焦点化した観察に進む。看護師は、このように、全体から焦点化して観察するため、本研究のような5因子に分かれたと考える。

また、アセスメントツールを用いた評価方法で、「見ているだけで把握できる」、「刺激（話しかける）を与えることで観察できる」、「比較すること（朝と夕など時間的比較）で把握できる」の項目は、混在した因子構造となった。第3因子の「希死念慮」は、「刺激（話しかける）を与えることで観察できる」のみの因子であった。先述したように、看護師は全体から焦点化した観察へと視点を変化させる。「見ているだけで把握できる」項目で気になった客観的情報については、その場で「刺激（話しかける）を与えることで観察」しているため、混在した因子構造となったと考えられる。第3因子のみが「刺激（話しかける）を与えることで観察」できる因子になった。患者は、抑うつが極まり重症化したときに希死念慮をもつ。しかし、患者は希死念慮を積極的には訴えることは少なく、看護師の身体的ケアなどの関わりがきっかけとなり、訴えることの方が多い。このことから、第3因子は「刺激（話しかける）を与えることで観察」のみの因子となったと考える。さらに、5因子間の相関係数は0.317~0.680であり、因子間の関連性から構成概念妥当性が確認できた。以上のことから、因子構造は妥当なものであると考えられる。

探索的因子分析で抽出された5因子を検証的因子分析した結果では、パス係数はすべて0.48以上であり、すべて有意であった ($p<0.001$)。また、重相関係数は、第3因子の「希死念慮」がやや低いものの、その他の4因子は0.67以上と高い値であった。パス係数および、重相関係数が高いモデルは、予測変数が従属変数を説明するには有効であることを示す（豊田, 2008)。すなわち、本研究の予測変数とは、検証的因子分析の一次因子の探索的因子分析で得られた5因子と、二次因子の「抑うつ」であり、従属変数は、アセスメントツール項目である。したがって、予測変数である「抑うつ」と5因子は、アセスメントツール項目を説明するには有効であるといえる。これらの

結果から、アセスメントツール 21 項目の構成概念妥当性が確保できたと考える。

一方、モデルとしての適合度は良いとは言えなかった。一般に、モデル適合度を良くするために、適合度を下げていると考える観測変数を削除する、などの処理を行う（三浦・狩野，2002）。本研究でいえば、パス係数の低かった項目を削除する、などの処理を行うと、モデル適合度が良くなる可能性がある。しかし、本研究では、その処理を行わなかった。なぜなら、本研究対象者に抑うつがない対象者が多く、データとモデルが若干適合しにくかったと考えたことに加え、抑うつを早期発見するためのアセスメントツール項目の内容として、パス係数の低さだけを理由に項目を削除し、モデル適合度を上げる必要はないと考えたからである。かつ、重相関係数が高かったため、予測変数が従属変数を説明するには有効であった。適合度指標は、 $GIF=0.804$ 、 $AGIF=0.754$ 、 $RMSEA=0.111$ で、適合度の基準とする値に近く、 $GFI \geq AGFI$ であった。これらのことから、適合度指標は、やや低いものの、許容範囲内の値であると考えられた。

信頼性の検討では、探索的因子分析で得られた 5 因子の α 係数は、第 5 因子が 0.651 とやや低かったが、その他の因子は 0.80 以上あった。このことから、21 項目 5 因子の信頼性は確保できたと考える。第 5 因子の α 係数が低かった理由として、第 5 因子は、探索的因子分析の【焦燥感と罪悪感】因子であり、「イライラしている」「迷惑をかけたことを口に出す」「落ち着きなく動く」の 3 項目である。これらの項目は、確かに抑うつを示す行動である。しかし、「イライラしている」「落ち着きなく動く」は、抑うつとしてでなく、「怒り」「不安」など、別の意味でとらえられている可能性がある。このような場合、 α 係数が低くなる可能性がある（松尾他，2005）。しかしながら、第 5 因子の α 係数は 0.651 であり、内的整合性成が高いとされる値の 0.70（小塩，2010）にほぼ近い値であるため、第 5 因子の内的整合性は確保できたと考えられる。

基準関連妥当性の確認では、BDI-II の重症度分類別にみたアセスメントツール各因子の人数分布を確認した。第 1 因子，第 2 因子，第 5 因子の 3 因子 10 項目に有意差があったが，第 3，第 4 因子に有意差がある項目がなかった。第 3 因子の「希死念慮」は，抑うつが重症になったときにあらわれやすい。また，第 4 因子は，抑うつによる思考の停滞が進んだ時によく見られる行動である。本調査では，抑うつが重症度が極軽症の範囲にある人が 70%以上を占めていたため，詳細な人数分布では有意差のある結果が算出されにくかったと推察する。

次に、BDI-IIの重症分類別にアセスメントツール項目合計得点を比較した結果、重症度が高くなるに従い、アセスメントツール項目合計得点が有意に高くなったことから、基準関連妥当性が確保できたと考える。

アセスメントツール抑うつ重症度の妥当性の確認では、本研究の対象者の70%以上がBDI-IIの重症度分類で極軽症であったため、アセスメントツールの重症度を極軽症、軽症、中等症以上に区分した。AT極軽症、AT軽症、AT中等症以上の得点は、その重症度が上がる、つまり、抑うつ傾向が顕著なほど、アセスメントツール得点が高くなった。一次関数においても、その傾きが5.4あったことから、評定区分は妥当であったと考える。一方、アセスメントツールの重症度の得点の幅は1点と小さい。また、一致率は、AT極軽症に対しては70%程度適切に判定できたが、AT中等症以上では、50%であった。AT軽症では、AT軽症以外と判定されてしまう可能性が高い結果となった。アセスメントツールの抑うつ重症度評定の得点の幅およびAT軽症、中等症以上の重症度をより適切に評定できるようにするために、今後、抑うつの重症度が高い研究対象者に対して、アセスメントツールを用いて抑うつを評価し、その結果を再度検討することで、より高い精度で抑うつを区分できるアセスメントツールになる可能性が示唆された。

以上のことから、開発したアセスメントツールは、内容妥当性、評定者間信頼性、実施可能性、構成概念妥当性、基準関連妥当性および信頼性が確認でき、重症度の評定区分の一致率は極軽症において確保できた。

9. 開発したアセスメントツールの臨床への応用

看護師が、がん患者の抑うつを早期発見、早期介入するためにアセスメントするには、まず、患者の情報を収集することが必要である。患者の情報には大きく2つあり、それは、客観的情報と主観的情報である。

がん患者の抑うつを早期発見するための客観的情報として、がん患者の抑うつを系統的に観察ができることが必要である。また、アセスメントツールを使用する際に、いつ、どのように観察すればよいのかという具体的なルールが必要となる。その方法は、研究2, 3で実施したように、患者と接することが一番多い日勤帯に、入院患者1人に対して、1人の看護師が7日間を通して2回以上、つまり2日以上看護ケア場面での抑うつの変化を観察し評価することである。看護ケア場面がどのような場面を示すのかは、

アセスメントツールに規定して記載しているため看護師にとってはわかりやすい（表 7）。抑うつは感情の変化であり、それに伴う行動の変化には波がある。その波を適切に観察可能なように、観察する期間を一定期間とする 7 日間と決め、評価する。継続的にアセスメントツールを用いることで、一定期間ごとの抑うつの変化の比較が可能となることで、正常反応としての心理的反応であるのか、介入が必要な抑うつであるのかをより適切に評価できる。

また、患者の主観的情報を収集する目的でアセスメントツールを使用することが可能である。患者は、抑うつによる思考障害や活力の低下を来し、自分の感じている辛さが表出できないこと、「精神科のお世話になりたくない」や、「まだ頑張れる」など、患者が思いを表出できないまたは、しない場合がある。症状の多くは患者の主観で示されるため、抑うつに関しても患者の主観的情報が重要となる。近年、がん患者の精神症状に関わる医師や精神看護専門看護師が、がん患者の抑うつを見落とさないためには、他覚的な観察を行うことと同時に、患者の気持ちに焦点を当てた会話を行うことが重要であると報告されている（梅澤，2012；福島，2012）。看護師が、アセスメントツールを客観的情報に基づき患者の主観を確認するために使用することで、がん患者の抑うつを早期発見できる可能性があると考えられる。

ただし、アセスメントツールは抑うつ重症度の一致率から、極軽症は十分に評定できるが、軽症、中等症以上を明確に評定できない。より確実に抑うつ重症度を評定し、介入するためには、アセスメントツールを用いた客観的観察内容に加え、抑うつに関連要因を加味しアセスメントを行うことが必要であると考えられる。

すなわち、アセスメントツールで極軽症と評定された場合は、抑うつの変化を継続的に観察し、軽症および中等症以上へ変化する傾向を把握することで、早期介入につなげることができる。軽症と評定された場合は、アセスメントツールを用いた継続的な観察と、観察に基づく主観的情報、関連要因である身体的苦痛および危機の問題解決モデルにおける決定要因の欠如の有無を情報に加え、総合的なアセスメントを行う（表 44）。そして、総合的なアセスメントとその結果を専門看護師や認定看護師、精神科医師や臨床心理士に報告し、専門的な介入の有無について検討を依頼する、などが可能である。中等症以上と評定された場合は、専門看護師や認定看護師、精神科医師や臨床心理士に報告し、専門的な介入の有無について検討を依頼する。これは、概念図（p. 29, 図 2）の〈システムの要因〉に関連する。このような流れになれば、最終的には、

患者の苦痛が早期に軽減できるようになる。以上から、アセスメントツールを用いた客観的情報、主観的情報およびその他の要因を加味した総合的なアセスメントを行うことで、抑うつ重症度評価が補強できると考える。

また、アセスメントツールは、がん患者の抑うつ傾向の有無を他職種および看護師間で伝える際にも役立つと考える。看護師が、開発したアセスメントツールを用いて、「大うつ病エピソードのこういう徴候が見られている」、と患者の抑うつ傾向を他職種および看護師間で、明確に伝えることができる。看護師が、客観的にみた患者の抑うつ傾向を明確に伝えることで、医療チーム全体で、がん患者の抑うつを早期発見することが可能になると考える。

一方、今後の検討課題となる点は、発声のできない対象は、会話が必要な項目があるため研究 3 では除外条件とした。アセスメントツールで発声が必要な項目は、3)：声に抑揚がない、6)：自ら人と話さない、11)：眠れていないと口に出す、20) 迷惑をかけたことを口に出す、23)：消えてしまいたいと口に出す、24)：目覚めなければいいと口に出す、の 6 項目ある。発声のできない患者は、筆談してコミュニケーションをすることが多い。11) に関しては頷きでも確認できるが、6)：自ら人と話さない、は、同室者などとは、会話によるコミュニケーションを必要とすることが多い。20) 迷惑をかけたことを口に出す、23)：消えてしまいたいと口に出す、24)：目覚めなければいいと口に出す、の 4 項目について、患者は、筆談によるコミュニケーションは難しいと推察する。発声のできない患者は主に頭頸部がんである。頭頸部がんは容姿の変貌、機能障害を来す可能性が高い。頭頸部がんの治療後の HADS 得点は、抑うつスクリーニングのカットオフ値を超えており、乳がん、大腸がんよりもその得点は有意に高く (Gil F,2012)、自殺率も高い (Murphy,et al.,2007)。このことから、発声のできない患者に対する観察項目を絞り得点化をどのように行うかを検討する必要がある。

本研究では、うつ病、適応障害の罹患率の高いがん患者に対して、抑うつの早期発見のための観察指標および抑うつ重症度を判断することが可能であるかを検証した。しかし、抑うつは、人間の反応であるためどのような患者にも適用を広げることが可能だと考えている。アセスメントツールをどのような患者にも使用可能なものにするためには、今後、客観的情報に基づくコミュニケーションを通じた患者の主観を確認する技術の向上が必要である。発声のできない患者に対する観察項目を絞り得点化をど

のように行うかを検討するとともに、アセスメントツールを用いて観察した結果をもとに、患者の主観を確認するためのコミュニケーション技術を向上するための方法を検討する予定にしている。

本研究で開発したアセスメントツールは、看護師が客観的情報を得るための、がん患者の抑うつを系統的に観察する観察指標として十分機能するものであり、今後、がん以外の患者に対する抑うつの早期発見ができる観察指標の可能性が期待できるものである。

表 44. 臨床応用を考慮したアセスメントツール

がん患者の抑うつアセスメントツール

<使用手順>

【抑うつ観察項目】

- 1 アセスメントツールは7日間で2日以上、日勤時間帯に観察評価する。
 - 2 日勤時間帯に対象患者の看護ケア場面で、観察項目21項目すべてを観察する。
*看護ケア場面とは、検温、身体的ケア、検査説明時・出棟時、訪床時を示す。
 - 3 評価は、日勤終了時に右の評価基準に従い行う。
 - 4 最終評価は、観察開始から7日間のうち最後の日勤帯に、7日間を通した評価を記入し、21項目の合計得点を記入する。
 - 5 **【抑うつ観察項目】の合計得点による抑うつ重症度の判断**
 - ・21-22点：抑うつ傾向はないが引き続き観察する
 - ・23-24点：注意深い観察とともに、患者の主観の確認および【抑うつ関連要因】を合わせたアセスメントが必要
 - ・25点以上：23-24点のアセスメント内容を専門看護師、認定看護師、精神科医師または臨床心理士へ報告する。
- * 発声のできない患者には現時点で使用できないが、観察は実施する。

評価基準
4：よくある
3：ときどきある
2：ほとんどない
1：まったくない

【抑うつ関連要因】

- 1 年齢は観察初回時点におけるものを記載する。
- 2 症状、機能障害は、【抑うつ観察項目】を使用した日の状態を記入する。
- 3 ソーシャルサポートは、外来、入院時および【抑うつアセスメントツール】使用期間中の情報を記入する。

【抑うつアセスメント】

【抑うつ観察項目】、【抑うつ関連要因】の結果を踏まえた総合アセスメントを記入する。

【抑うつ観察項目】

患者名：

担当看護師名：

No	観察項目	月日								最終評価
		月日								
1	自ら人と話さない	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1
2	声に抑揚がない	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1
3	伏せ目がち	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1
4	眠れていないと口に出す	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1
5	動けるのに1日中布団の中にいる	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1
6	周囲の物に興味を示さない(テレビ・雑誌・新聞・ラジオのいずれか1つ以上)	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1
7	肩間にいつもしわがよっている	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1
8	問いかげの返事に時間がかかる	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1
9	何をするにも疲れた様子がある	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1
10	何もしない時間ポーンとしている	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1
11	身体症状の程度に比べ一つ一つの動作に時間がかかる	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1
12	視線が動かない	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1
13	治療や病気の話になると返答しない	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1
14	日常生活における何気ないことが決められない	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1
15	消えてしまいたいと口に出す	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1
16	目覚めなければいいと口に出す	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1
17	声をかけないと日常生活動作(整容)ができなくなった	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1
18	声をかけないと日常生活動作(着替え)ができなくなった	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1
19	イライラしている	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1
20	迷惑をかけたことを口に出す	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1
21	落ち着きなく動く	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1	4・3・2・1
合計得点										

【抑うつ関連項目】

年齢						
症状(症状の種類と有無)						
機能障害(機能障害の有無)						
疾患や治療などに対する認識						
ソーシャルサポート(続柄と人数)						
対処行動						

【抑うつアセスメント】

XIII. 結論

本研究は、がん患者の抑うつを早期発見するためのアセスメントツールの開発を行い、以下の結論を得た。

1. 文献検討に基づくアセスメントツール案 28 項目から、24 項目は、エキスパートを対象にした修正デルファイ法により内容妥当性を、パイロットスタディにより評定者間信頼性と実施可能性が確認できた。
2. 内容妥当性、評定者間信頼性と実施可能性を確認した 24 項目について、項目選定分析を行った結果、21 項目が選定された。選定した 21 項目を因子分析した結果、因子負荷量 0.40 以上、固有値 1.0 以上を満たす 5 因子 21 項目を抽出した。因子間相関は、すべて 0.30 以上あり、構成概念妥当性が確認された。各因子を構成する項目の内容から、第 1 因子を【抑うつ気分と興味の低下、不眠】、第 2 因子を【気力・思考力停滞】、第 3 因子を【希死念慮】、第 4 因子を【自身への関心低下】、第 5 因子を【焦燥感と罪悪感】と命名した。
3. 構成概念妥当性を確認した 5 因子 21 項目を、二次因子から成る検証的因子分析した結果、二次因子から一次因子へのパス係数は 0.57~0.89 ($p<0.001$)であり、一次因子から観測変数へのパス係数は 0.48~0.99 ($p<0.001$)で高い値をとった。重相関係数は、0.32~0.88 で十分な値をとった。モデル適合度は、GIF=0.804, AGIF=0.754, RMSEA=0.111, $\chi^2=1043.99$ ($p<0.001$)で、許容範囲内であり、モデルの説明力は示された。
4. 各因子の cronbach's α 係数は、0.651~0.979 であり、信頼性が確保できた。
5. アセスメントツール 21 項目の合計得点を BDI-II の重症度分類別に算出し、Kruskal-Wallis 検定を実施した結果、極軽度と軽度、極軽度と中等症、極軽度と重症に有意な差があり、(それぞれ、 $p=0.016$, $p=0.007$, $p=0.011$, 有意確率は調整済み有意確率)、基準関連妥当性が確認できた。
6. 至適基準とした BDI-II の重症度分類を基準に、アセスメントツール抑うつ重症度は、極軽症は 21~22 点、軽症は 23~24 点、中等症以上は 25 点以上と区分できた。
7. アセスメントツール抑うつ重症度別に合計得点を算出し、Kruskal-Wallis 検定を実施した結果、極軽症と軽症、極軽症と中等症以上、軽症と中等症以上に有意差を認めた (すべて、 $p<0.001$)。
8. BDI-II の重症度分類を至適基準としたアセスメントツールの重症度の一致率から、

極軽症を評定することが可能であり，軽症，中等症以上は，アセスメントツールを用いた継続的な観察と，関連要因などの情報を加えた総合的なアセスメントを行うことが必要である。

謝 辞

本研究にご協力をいただきました患者の皆様，各施設の職員の皆様，看護部長の皆様，看護師長および看護師の皆様のお力添えにより，本研究を遂行できたことを，心より感謝申し上げます。

そして，博士論文のテーマを決定する段階より，常に丁寧かつ的確なご指導と多大なるご支援を賜りました，愛知県立大学看護学部深田順子教授に，心より感謝申し上げます。

ご多忙な中，博士論文の基礎的研究にあたる調査研究から，ご支援とご指導を賜りました，愛知県立大学看護学部鎌倉やよい教授に，深く感謝申し上げます。

また，副指導教官として，がん看護，研究倫理に関する適切なお示唆を賜りました愛知県立大学看護学部片岡純教授に，厚くお礼申し上げます。

なお，研究1「修正デルファイ法を用いたアセスメントツール項目の内容妥当性の検討」は，公益財団法人安田記念医学財団「平成25年度癌看護研究助成（大学院生用）」を受け実施いたしました。

文 献

- Aguilera, Donna C.(1994).CRISIS Intervention -TEORY AND METHODOLOGY-(7thedition),*Problem-Solving Approach to Crisis Interventin.*(26-42).Mosby.
- Akechi T, Okumura H, Nishiwaki Y,et al..(2001).Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable nonsmall cell lung cartinoma-a longitudinal study. *Cancer*, 15, 2609-2622.
- 明智龍男 (2003). *がんと心のケア* (第1版). (123-125). 日本放送出版会.
- Akechi T, Ietsugu T,Sukigara M,et al.(2009).Symptom indicator of severity of depression in cancer patients:a comparison of the DSM- IV criteria with alternative diagnostic criteria,*General hospital psychiatry*,31,225-232. doi: 10.1016/j.genhosppsy
- Akechi T, Okamura H, Nakano T,et al.(2010). Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among cancer patients. *Psychooncology*. 19,384-389.
- Akechi T, Okuyama T, Uchida M.(2012).Clinical indicators of depression among ambulatory cancer patients undergoing chemotherapy.*Japan Journal Clinical Oncology*, 1175-1180.
- 秋月伸哉 (2012). うつ病, 適応障害. *プロフェッショナルがんナーシング*, 2 (3), 103-109.
- Akin-Odanye EO,Chioma CA,Abiodun OP.(2011).Measured effect of some socio-demographic factors on depression among breast cancer patients receiving chemotherapy in Lagos State University Teaching Hospital (LASUTH).*African Health Society*, 11(2), 341-345.
- Alacacioglu A, Binicier O, Gungor O,et al.(2010). Quality of life, anxiety, and depression in Turkish colorectal cancer. *Support Care Cancer* ,18, 417-421.
- 天野功二, 森田達也 (2011). 身体症状マネジメントをめぐる問題. 内富庸介, 小川朝生, *精神腫瘍学* (65-72). 医学書院.
- American Psychiatric Association(2000)/高橋三郎, 大野裕, 染谷俊之 訳 (2009). *Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR/DSM-IV-TR* 精神疾患の分類と診断の手引. 診断カテゴリー6, 気分障害の項 (137-147). 医学書院.

- American Psychiatric Association(2000)/高橋三郎, 大野裕, 染谷俊之 訳 (2009).
Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR/DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引. 診断カテゴリー6, 気分障害の項 (160-162). 医学書院.
- Ardebil MD, Bouzari Z, Shenash MH, et al. (2013). Depression and health related quality of life in breast cancer patients. *Journal of Pakistan Medical Association*, 63(1),69-71.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al.(1961). An inventory for measuring depression . *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Bennett JA, Cameron LD, Brown PM,et al.(2010). Time since diagnosis as a predictor of symptoms, depression, cognition, social concerns, perceived benefits, and overall health in cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*. 37(3),331-8. doi:10.1188/10.
- Britton B, Clover K, Bateman L.(2012). Baseline depression predicts malnutrition in head and neck cancer patients undergoing radiotherapy.*Support Care Cancer*, 20(2), 335-342.
- Brown KW, Levy AR, Rosberger Z, et al..(2003). Psychological distress and cancer survival: a follow up 10 year after diagnosis. *Psychosoma Medicine*,65(4), 636-643.
- Cantarero-Villanueva I, Fernnsndez-Lao C, Fernnandez-DE-Las-Penas C. (2011).Associations among musculoskeletal. impairments, depression, body image and fatigue in breast cancer survivors within the first year after treatment. *Cancer Nursing*, 20(5), 232-639.
- Catherine Pope, Nicholas Mays.(2006) /大滝純司訳 (2008). 質的研究実践ガイド 保健医療サービス向上のために (第2版). (121-129). 医学書院.
- Chen SC, Lai YH, Liao CT.(2010). Changes of symptoms and depression in oral cavity cancer patients receiving radiation therapy. *Oral Oncol*. 46, 509-513.
- 千葉テストセンター (2014). 千葉テストセンター価格表.
- Cipolletta S, Shams M, Tonella F. (2013). Caregivers of patients with cancer: anxiety, depression and distribution of dependency, *Psycho-oncology*, 22(1), 133-139.

- Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, et al.(1997)."Are you depressed?" Screening for depression in the terminally ill. *The American Journal of Psychiatry*, 154 (5), 674-6.
- Debra Saliba , MD , MPH , John F Schnelle , PhD.(2002). Indicators of the Quality of Nursing Home Residential Care , *The American Geriatrics Society*, 50, 1421-1430.
- Delgado-Guay M, Parsons HA, Li Z,et al.(2009). Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting.*Support Care Cancer*. 17(5), 573-579.
- Denise F. Pollit, Cheryl Tatano Beck.(2004)/近藤潤子監訳 (2010). 看護研究 原理と方法. 第IV部 (第2版). (438), 医学書院.
- Eyigor S, Karapolat H, Yesil H.(2010). Effects of pilates exercises on functional capacity, flexibility, fatigue, depression and quality of life in female breast cancer patients: a randomized controlled study. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. 46(4):481-487.
- Fafouti M, Paparrigopoulos T, Zervas Y.(2010). Depression, anxiety and general psychopathology in breast cancer patients: a cross-sectional control study. *International Society for the Study of Comparative Oncology*.24,803-810.
- Fang fang,Katja Fall,Murray A,et al.(2012).Suicide and Cardiovascular Death after a Cancer Diagnosis. *The New England Journal of Medicine*, April 5, 1310-1318.
- Fleming L, Randell K, Harvey CJ,et al. (2014). Does cognitive behaviour therapy for insomnia reduce clinical levels of fatigue, anxiety and depression in cancer patients? *Psychooncology*.23(6),679-84. doi: 10.1002/pon.3468.
- Floyd A, Dedert E, Ghate S,et al.(2011). Depression may mediate the relationship between sense of coherence and quality of life in lung cancer patients. *Journal of Health Psychology*,16(2),249-257.
- 福田一彦, 小林重雄 (1983) . 日本版 SDS(Self-rating Depression Scale)自己評価式 抑うつ性尺度使用手引き (3-15) . 三京房.
- 福島雅典 (2012) . 不安・抑うつの予防と対処. 福島雅典, 柳原一広監修. がん化学

- 療法と患者ケア. (236-242), 医学芸術社.
- 舟橋英樹, 田中信彦, 松尾寿栄, 他 (2011). 緩和ケアチームに依頼のあった末期がん患者の抑うつ状態に対して aripirazole を用いた試み. 臨床精神医学, 38(9), 1207-1212.
- 玄東和 (2012). 抑うつ. 風祭元 (監修), 精神医学・心理学・精神看護学辞典 (401). 照林社.
- Giese-Davis J, Collie K, Rancourt KM, et al. (2011). Decrease in depression symptoms is associated with longer survival in patients with metastatic breast cancer - a secondary analysis - . *Journal Clinical Oncology*, 29(4), 413-420.
- Gil F, Costa G, Hilker I, et al. (2012). First anxiety, afterwards depression: psychological distress in cancer patients at diagnosis and after medical treatment, *Stress Health*, 28, 362-367.
- 東あかね, 八城博子, 清田啓介, 他 (1996). 消化器内科外来における hospital anxiety and depression scale (HAD 尺度) 日本語版の信頼性と妥当性の検討. 日本消化器病学会雑誌 93(12), 884-892.
- 樋口輝彦 (2005). 気分障害の項. 野村総一郎, 樋口輝彦監修. 標準精神医学, 274-277.
- Hinz A, Krauss O, Hauss JP, et al. (2010). Anxiety and depression in cancer patients compared with the general population. *European Journal Cancer Care*, 19(4), 522-529.
- Hodges L, Butcher I, Kleiboer A, et al. (2009). Patient and general practitioner preferences for the treatment of depression in patients with cancer: how, who, and where?. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 399-402.
- Holland JC, Rowland JH. (1990). *Hand book of Psychooncology*. (273- 282). Oxford University Press.
- Hong JS, Tian J (2014). Prevalence of anxiety and depression and their risk factors in Chinese cancer patients. *Support Care Cancer*. 22(2), 453-459.
- 保坂隆 (2002). ナースのためのサイコオンコロジー, (20-21), 南山堂.
- 保坂隆 (2002). ナースのためのサイコオンコロジー, (26-29), 南山堂.
- 保坂隆 (2002). ナースのためのサイコオンコロジー, (58-59), 南山堂.
- 稲田俊哉, 岩本邦弘, 高橋長秀, 他 (2005). 観察者による精神科領域の症状評価尺度

- ガイド (28-32), じほう.
- 石村貞夫, 石村光太郎 (2014), SPSS による分散分析と多重比較の手順, (60-73), 東京図書.
- 伊藤弘人, 樋口輝彦 (2014). 身体疾患を有する患者へのメンタルケアの重要性. 看護技術, 60 (1), 14-17.
- 伊藤美由紀, 浅沼良子, 鈴木美奈子他 (2002). 半眼で告知を受けた患者の心理反応と告知までの受診行動の分析. 東北大学医療短期大学部紀要, 11 (1), 65-75.
- 井上真一郎 (2012). みんなが苦手な精神症状. 岡山大学第 42 回緩和ケア勉強会別紙.
- Jean Endicott.(1985).Measurement of Depression in Patients With Cancer. *Cancer*, May 15 Supplement, 2243-2249.
- Jia L, Jiang SM, Shang YY, et al.(2010). Investigation of the incidence of pancreatic cancer-related depression and its relationship with the quality of life of patients. *Digestion*. 82, 2010, 4-9.
- Johns SA, Kroenke K, Theobald D ,et al.(2011). Telecare management of pain and depression in patients with cancer: patient satisfaction and predictors of use. *Journal Ambul Care Manage*, 34(2), 126-139.
- Katon, W., Lin, E.H., Kroenke, K. (2007). The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *General hospital Psychiatry*, 29, 147-155.
- 加藤雅志 (2012). がん患者の精神症状とそのケア うつ病: 診断と対策. 癌の臨床, 58 (3), 117-123.
- 加藤忠史 (2009). うつ病の脳科学-精神科医療の未来を切り開く- (14-20), 幻冬舎新書.
- 河口てる子 (2007). 測定尺度の開発. 小笠原知恵, 松木光子 (125-131). ヌーベルヒロカワ.
- 川上憲人 (2003). 心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究. 厚生労働省厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業.
- Keiji Muramatsu, Shinya Matsuda, Kenshi Hayashida, et al. (2011) .Do the Japanese Cancer Patients Receive an Appropriate Psychiatric Support at the Acute Care Hospitals?. *Asian Pacific Journal of Disease Management*, 5(1), 13-17.

Kleiboer A, Bennett F, Hodges L, et al. (2011). The problems reported by cancer patients with major depression. *Psycho-oncology*, 20, 62-68.

小早川誠, 浅野早苗, 林優美他 (2011). 外来化学療法中のがん患者に対する看護師による精神症状スクリーニングの実施可能性の検討. *日本総合病院精神医学*, 1, 52-59.

小林未果, 松島英介 (2010). がん患者にみられる心理的問題と臨床経過における変化. *臨床精神医学*, 39 (7), 871-876.

Kojima M, Furukawa TA, Takahashi H, et al. (2002). Cross-cultural validation of the Beck Depression Inventory- II in Japan. *Psychiatry Research*, 110(3), 291-299.

小嶋雅代, 古川壽亮 (2013). 日本版 BDI-II 手引き (28-41). 日本文化科学社.

小島操子 (2013). 看護における危機理論・危機介入 (36-44). 金芳堂.

国立研究開発法人国立がん対策センターがん対策情報センターがん情報サービスホームページ (2015). 専門医療職のページ.

<http://hospdb.ganjoho.jp/kyotendb.nsf/xpKyotenSearchLicenseResult>, 2015年12月10日.

国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報サービスホームページ (2013). 病院を探す.

<http://hospdb.ganjoho.jp/kyotendb.nsf/fTopKanwa?OpenForm>, 2013年10月1日.

小塩真司 (2013). SPSS と Amos による心理・調査データ解析 (138-141). 東京図書株式会社.

小塩真司 (2013). SPSS と Amos による心理・調査データ解析 (193-194). 東京図書株式会社.

小塩真司 (2010). 心理データ解析第9回(2).

http://psy.isc.chubu.ac.jp/~oshiolab/teaching_folder/datakaiseki_folder/09_folder/da09_02.html, 2016年1月27日.

公益財団法人 がん研究振興財団 (2014). がんの統計'14, (13-15).

http://ganjoho.jp/data/reg_stat/statistics/brochure/2014/cancer_statistics_2014.pdf, 2015年11月22日.

公益財団法人 がん研究振興財団 (2014). がんの統計'14, (16-21).

http://ganjoho.jp/data/reg_stat/statistics/brochure/2014/cancer_statistics_2014.pdf, 2015年11月22日.

- 厚生労働省（2007）．がん対策推進基本計画．7-9，
www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf 2014年9月10日．
- 厚生労働省（2011）．看護教育の内容と方法に関する検討会報告．
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001310q-att/2r9852000001314m.pdf>,
2014年1月15日．
- 厚生労働省（2011）．自殺・うつ病対策プロジェクトチーム（平成22年）．誰もが安心して生きられる，温かい社会づくりを目指して～厚生労働省における自殺・うつ病等への対策～<http://www.mhlw.go.jp/seisaku/2010/07/03.html> 2014年4月2日
- 厚生労働省（2014）．平成24年度診療報酬改定表 第3節 臨床心理・神経心理検査の項，D283．
- Kroenke K, Zhong X, Theobald D, et al.(2010 a).Somatic symptoms in patients with cancer experiencing pain or depression: prevalence, disability, and health care use,*Archives of Internal Medicine*,170(18), 1686-1694.
- Kroenke K, Theobald D, Wu J ,et al.(2010 b).The association of depression and pain with health-related quality of life, disability, and health care use in cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 40,327-341.
- Kugaya A, Akechi T, Okamura T, et al.(2000). Prevalence predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer*, 88, 817-217.
- 栗原幸江，田尻寿子（2011）．心のケアとしてのリハビリテーション．辻哲也（編），がんのリハビリテーションマニュアル 周術期から緩和ケアまで（330-339），医学書院．
- 黒木登志夫，柴田高志，荒川健二郎，他（2000）．がん患者になった5人の医師たち．角川書店．
- Kyranou M, Paul SM, Dunn LB, et al.(2013).Differences in depression, anxiety, and quality of life between women with and without breast pain prior to breast cancer surgery.*European Journal Oncology Nurse*, 17(2), 190-195.
- Lazarus, R. S. (1990)／林峻一郎(1995)．ストレスとコーピング(第1版)．(23-32)．星和出版．
- Lenore Sawyer Radloff. (1977) . The CES-D scale: A self-report depression scale for

- research in general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Linden W, Vodermaier A.(2012).Mismatch of desired versus perceived social support and associated levels of anxiety and depression in newly diagnosed cancer patients.*Support Care Cancer*, 1449-1456.
- Liu L, Fiorentino L, Natarajan L,et al.(2009). Pre-treatment symptom cluster in breast cancer patients is associated with worse sleep, fatigue and depression during chemotherapy. *Psychooncology*.18(2),187-194,
- Lloyd-Williams M, Friedman T, Rudd N.(2001). An analysis of the validity of the Hospital Anxiety and Depression scale as a screening tool in patients with advanced metastatic cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22 (6), 990-996.
- Lloyd-Williams M, Spiller J, Ward J.(2003). Which depression screening tools should be used in palliative care? *Palliative Medicine*, 17 (1), 40-43.
- Love AW, Kissane DW, Bloch S, et al.(2002).Diagnostic efficiency of the Hospital Anxiety and Depression Scale in women with early stage breast cancer. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36 (2), 246-250.
- Maneeton B, Maneeton N, Mahathep P.(2012). Prevalence of depression and its correlations: a cross-sectional study in Thai cancer patients.*Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*,2039-2043.
- 松尾太加志, 中村知靖 (2005). 誰も教えてくれなかった因子分析 (26-27). 北大路書房.
- Mary R. Lynn. (1986). Determination and Quantification of Content Validity. *Nrsig Research*, 36(6), 382-385.
- McDonald MV, Passik SD, Dugan W,et al.(1999). Nurses' recognition of depression in their patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*. 26(3),593-9.
- Mehnert A, Lehmann C, Graefen M, et al.(2010).Depression,anxiety, post-traumatic stress disorder and health-related quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 19(6), 736-45.

- Midtgaard J, Stage M, Moller T, et al. (2011). Exercise may reduce depression but not anxiety in self-referred cancer patients undergoing chemotherapy. Post-hoc analysis of data from the 'Body & Cancer' trial. *Acta Oncology*. 50(5),660-9. doi: 10.3109/0284186X
- Minagawa H, Uchitomi Y, et al. (1996). Psychiatric morbidity in terminally ill patients A prospective study. *Cancer*, 78, 1131-1137.
- Misono, S, Seiss, N. S, Fann. J. R., et al. (2008). Incidence of suicide in person with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 25, 4731-4738.
- 三浦麻子, 狩野裕 (2002). 共分散構造分析における 10 の質問. 日本グループダイナミクス学会 第 50 回大会セミナー資料.
- 宮岡等 (2005). 精神医学的診察と診断. 野村総一郎, 樋口輝彦 (編), 標準精神医学 (72-79). 医学書院.
- 望月裕美, 小村健, 松島英介 (2009). 口腔がんの手術が施行される患者の心理特性と生活の質の経時的変化. 口腔病学会雑誌, 76 (1), 16-24.
- 森永克彦, 引地孝俊, 金久雅行, 他 (2011). がん告知後に発症したうつ病の 1 例. 精神科 19(1), 66-69.
- 村田久行, 小澤竹俊 (2004). 終末期がん患者へのスピリチュアルケア援助プロセスの研究. 臨床看護, 30 (7), 1023-1024.
- Murphy BA, Ridner S, Wells N, et al. (2007). Quality of life research in head and neck cancer-a review of the current state of the science. *Critical reviews in oncology/hematology*, 62(3), 251-267.
- 内閣府ホームページ がん対策に対する世論調査 (2014). <http://survey.gov-online.go.jp/h26/h26-gantaisaku/2-1.html>. 2015年12月6日.
- Nancy Burns, Suzan K. Grove (2005) / 黒田裕子, 中木高夫, 小田正枝他 (2007), バーンズ&グローブ 看護研究入門—実施・評価・活用— (第1版). (413-418). エルゼビア・ジャパン株式会社.
- Nicholas LM, Lindsey BA. (1995). Delirium presenting with symptoms of depression. *Psychosomatics*. 36(5), 471-9.
- 日本看護協会 (2014). 専門看護師・認定看護師・認定管理者教育基準カリキュラム <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cns> 2014年5月10日.

- 日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会 (2008). 終末期医療のあり方について
<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t51-2.pdf>. 2015年12月15日.
- 西脇可織, 小松万喜子, 竹内久子 (2011). 終末期がん患者の看護師の学習ニーズと経験年数およびケアの困難感の関連, 死の臨床, 34 (1), 121-127.
- Nobuya Akizuki, Shigeto Yamawaki, Tetsuo Akechi, et al. (2005). Development of Impact Thermometer for Use in Combination with the Distress Thermometer as a Brief Screening Tool for Adjustment Disorders and/or Major Depression. *Journal of pain and symptom*, 29 (1), 91-99.
- O'Connor M, White K, Kristjanson LJ. (2010). The prevalence of anxiety and depression in palliative care patients with cancer in Western Australia and New South Wales. *The Medical journal of Australia*, 193(5), S44-S47.
- 小川朝生 (2014). がん緩和：癌とうつ病の関係. 看護技術, 60 (1), 21-24.
- 岡村仁 (2010). がん医療の流れと心のケア (3-7). 創造出版.
- Okumura H, Watanabe T, Narabayashi M, et al. (2000). Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer - prevalence of risk factors. *Breast Cancer Research and Treatment*, 61, 131-135.
- 小原泉, 本田芳香 (2009). 大学院における観察スキル習得プログラムの有用性の検討, 自治医科大学看護学ジャーナル, 7, 73-79.
- 太田智美, 田村真理子, 有田真理子, 他 (2005). 表情分析-エクマンにより提唱されている表情の特徴との比較検討-. 滋賀医科大学看護学ジャーナル, 3 (1), 20-24.
- 大山末美, 深田順子, 鎌倉やよい (2015). がん患者の抑うつを早期発見するためのアセスメントに関する基礎的研究, 日本がん看護学会誌, 29 (2), 79-90.
- Patricia Benner (1984) / 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子 (1999). ベナー看護論 達人ナースの卓越性とパワー (第1版). (18-19). 医学書院.
- P. エクマン, W.V.フリーゼン (1975) / 工藤力 (1987). 表情分析入門 (第1版). (64-85). 誠心書房.
- Prieto JM, Blanch J, Atala J, et al. (2002). Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem-cell transplantation. *Journal Clinical Oncology*, 20, 1907-1917.
- Paula JM, Sonobe HM, Nicolussi AC, et al. (2012). Symptoms of depression in

- patients with cancer of the head and neck undergoing radiotherapy treatment: a prospective study. *Revista latino-americana de enfermagem*, 20(2), 362-368.
- Rosalinda Alfaro-LeFevre.(2008)/江本愛子監訳 (2008). 基本から学ぶ看護過程と看護診断 (41). 医学書院.
- Ruijs CD, Kerkhof AJ, van der Wal G, et al. (2011). Depression and explicit requests for euthanasia in end-of-life cancer patients in primary care in the Netherlands: a longitudinal, prospective study. *Family Practice*, 28(4), 393-399.
- Sahin ZA, Tan M.(2012). Loneliness, depression, and social support of patients with cancer and their caregivers. *Clinical Journal of Oncology Nurse*, 16(2), 145-149.
- Salvo N, Zeng L, Zhang L, et al. (2012) .Frequency of reporting and predictive factors for anxiety and depression in patients with advanced cancer. *Clinical Oncology*, 139-148.
- Santos LJ, Garcia JB, Pacheco JS.(2014). Quality of life, pain, anxiety and depression in patients surgically treated with cancer of rectum. *Brazilian archives of digestive surgery*. ,27(2),96-100.
- 坂下恵美子 (2008). 終末期がん患者の看取り経験の中に存在する看護師の心の壁の検討. 愛媛県立医療技術大学紀要, 5 (1), 25-31.
- Salvo N, Zeng L, Zhang L, et al.(2012). Frequency of reporting and predictive factors for anxiety and depression in patients with advanced cancer. *Clinical Oncology*, 139-148.
- Saevarsdottir T, Fridriksdottir N, Gunnarsdottir S.(2010). Quality of life and symptoms of anxiety and depression of patients receiving cancer chemotherapy: longitudinal study. *Cancer Nurse*, 33(1), 1-10.
- 島悟, 鹿野達男, 北村俊則 (1985). 新しい抑うつ性自己評価尺度について. 精神医学, 27, 717-723.
- 清水研 (2011). うつ病, 適応障害. 内富庸介, 小川朝生 (編), 精神腫瘍学 (96-99). 医学書院.
- 清水研, 浅井真理子, 中野智仁他 (2008). 造血幹細胞移植を受ける血液がん患者に対する精神症状スクリーニング. 総合病院精神医学, 20 (2), 123-128.
- Sharpe M, Walker J, Holm Hansen C, et al.(2014). Integrated collaborative care for

- comorbid major depression in patients with cancer (SMaRT Oncology-2): a multicentre randomised controlled effectiveness trial. *Lancet*,384,1099-1108.
- 総務省統計局，日本の統計 2013．第2章 人口・世帯，
<http://www.stat.go.jp/data/nihon/02.htm>：2014年5月15日
- So WK, Marsh G, Ling WM, et al.(2009) .The symptom cluster of fatigue, pain, anxiety, and depression and the effect on the quality of life of women receiving treatment for breast cancer: a multicenter study.*Oncology Nursing Forum*, 36(4), 205-214.
- So WK, Marsh G, Ling WM, et al. (2010).Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy, *European Journal of Oncology Nursing*, 14(1), 17-22.
- Slovacek L, Slovackova B, Slanska I,et al.(2010).Quality of life and depression among metastatic breast cancer patients.*Medical Oncology*, 27(3), 958-959.
- Spiegel, D.(1996).Cancer and depression. The *British Journal of Psychiatry*, 168, 109-116.
- Stephan B, Steven R, Warren S, et al. (2001) /木原雅子，木原正博訳 (2008). 医学的研究のデザイン (第2版). (91). 医学書院.
- Stephan B, Steven R, Warren S, et al. (2001) /木原雅子，木原正博訳 (2008). 医学的研究のデザイン (第2版). (177-193). 医学書院.
- Stephen Pilling, Ian Anderson, David Goldberg, et al.(2009). Depression in adults, Including those with a chronic physical health problem: summary of NICE guidance. *BMJ*, 27, 1-4.
- Stephanie von Ammon Cavanaugh.(1995).Depression in the Medically Ill Critical Issues in Diagnostic Assessment,*Psychosomatic*,36(1),48-59.
- 須田利佳子 (2008). がん告知後に手術療法を受ける患者のストレス体験とその評価，上武大学看護学部紀要， 3, 1-15.
- 杉田篤子，吉村玲児，寺田忠徳 (2011). 継続的な精神科医のかかわりにより化学療法を再開できたすい臓がんの一例. 月刊精神科， 19 (6)， 591-595.
- 高橋恵子，白井教子，岡田淀，他 (2011). 外来造血器腫瘍患者を対象とした集団による心理教育プログラムの有用性. 聖路加大学紀要， 38, 18-24.

- 高島尚美, 村田洋章, 渡邊知映, 他 (2012). 胃癌胃切除周術期の心理的要因の変動 (HADS) と生活状況・QOL との関連. 消化器心身医学研究学会誌, 19 (1), 14-19.
- 竹内崇 (2011). がん患者の抑うつと不安-他の疾患と比較したときの特徴と治療-. 精神科治療学, 26 (8), 951-958.
- T・Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru. (2014) / 上鶴重美 (2015). NANDA-I 看護診断 - 定義と分類 2015-2017 (30-41), 医学書院.
- 富田雄一郎 (2012). がん患者の精神症状の評価方法と治療法. 日本心身医学, 52 (12), 1102-1109.
- 豊田秀樹 (2008). 共分散構造分析 [Amos 編] (36). 東京図書.
- 辻村真由子, 鈴木育子, 赤沼智子他 (2007). 排便ケアに関する質指標の構築と標準化. 看護研究, 40 (4), 11-18.
- 筒井末春監修 (1999). がん患者のストレスと個人的要因. がん患者の心身医療 (16-17). 新興医学出版社.
- 筒井末春監修 (1999). がんの臨床経過における心理・社会的側面. がん患者の心身医療 (37-38). 新興医学出版社.
- Turhal NS, Dane F, Sinav H. (2010). Anxiety and depression in Turkish breast cancer patients. *Journal of Bulkan Uion of Oncology*. 15(4), 720-725.
- Uchitomi Y, Mikami I, Nagai K, et al. (2003). Depression and psychological distress in patients during the year after curative resection of non-small-cell lung cancer. *Journal Clinical Oncology*, 21, 69-77.
- 上野恭子, 栗原加代, 水野絵里子他 (2009). 看護師の共感的援助の過程と影響する要因の検討. 日本看護医療学会雑誌, 11 (2), 8-16.
- 梅澤志野 (2012). 看護師による精神症状の早期発見と適切なケアのために. プロフェッショナルがんナーシング, 2 (3), 110-118.
- 内富庸介 (2009). 癌への通常の心理的反応. 山脇成人編. 新世紀の精神科治療 第4巻リエゾン精神医学とその治療 (51-58). 中山書店.
- 内富庸介, 大西秀樹, 小川朝生 (2011). サイコオンコロジーを学びたいあなたへ (68-86). 文光堂.
- Van Laarhoven HW, Schilderman J, Bleijenberg G. (2011). Coping, quality of life, depression, and hopelessness in cancer patients in a curative and palliative,

- end-of-life care setting. *Cancer Nursing*, 34(4), 302-14.
- Vahdaninia M, Omidvari S, Montazeri A.(2010). What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.45.355-361.
- Vogel BA, Leonhart R, Helmes AW.(2009).Communication matters: the impact of communication and participation in decision making on breast cancer patients' depression and quality of life.*Patient Education and Counseling*, 77(3), 391-7.
- Walker J, Hansen CH, Martin P,et al.(2014). Integrated collaborative care for major depression comorbid with a poor prognosis cancer (SMaRT Oncology-3): a multicentre randomised controlled trial in patients with lung cancer. *Lancet Oncology*,5,1168-1176.
- 山本則子, 岡本有子, 辻村真由美, 他 (2008). 高齢者訪問看護の質指標の検討: 全国の訪問看護ステーションで働く看護師による自己評価, 日本看護科学学会誌, 28(2), 37-45.
- 山岡和枝 (2003). QOL 測定に及ぼすレスポンスシフトの影響の評価, 科学研究費助成事業報告書.
- 横田雅夫 (2005). 心理検査. 野村総一郎・樋口輝彦 (編). 標準精神医学 (107-113). 医学書院.
- 横山智央, 村越晶子, 黒田由衣他 (2012). 外来化学療法センター通院患者の精神症状に関する検討. 癌と化学療法, 39 (3), 415-419.
- Zhou KN, Li XM, Yan H.(2011). Effects of music therapy on depression and duration of hospital stay of breast cancer patients after radical mastectomy. *Chinese Medical Journal (English)*, 124(15),2321-2327.
- Zigmond A S, Snaith R P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-70.
- Zung ww.K.(1965). A self-rating depression scale.*Archives of General Psychiatry* 12, 63-70.