

[招待論文：研究論文]

抑うつ状態にあるがん患者をケアする看護師 のための教育プログラムの開発と評価

Development and Evaluation of an Educational Program for Nurses Who Care for Depressive Patients with Cancer

福田 紀子

慶應義塾大学看護医療学部准教授

Noriko Fukuda

Associate Professor, Faculty of Nursing and Medical Care, Keio University

野末 聖香

慶應義塾大学看護医療学部教授

Kiyoka Nozue

Professor, Faculty of Nursing and Medical Care, Keio University

宇佐美 しおり

熊本大学生命科学研究部教授

Shiori Usami

Professor, Faculty of Life Science, Kumamoto University

河野 佐代子

慶應義塾大学病院看護部精神看護専門看護師

Sayoko Kawano

Certified Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing, Nursing Department,
Keio University Hospital

緑川 綾

慶應義塾大学看護医療学部助教

Aya Midorikawa

Research Associate, Faculty of Nursing and Medical Care, Keio University

筧 亮子

東京医療保健大学講師

Ryoko Kakehi

Lecturer, Tokyo Health Care University

近藤 咲子

慶應義塾大学病院看護部看護師長

Sakiko Kondo

Nurse Manager, Nursing Department, Keio University Hospital

内田 智栄

慶應義塾大学病院看護部看護師長

Chie Uchida

Nurse Manager, Nursing Department, Keio University Hospital

塘田 貴代美

熊本大学医学部附属病院看護部看護師長

Kiyomi Touda

Nurse Manager, Nursing Department, Kumamoto University Hospital

Abstract: がん患者の抑うつ状態を早期に発見し、病状悪化の予防および早期回復を促すための看護師への教育プログラムを作成し、その評価を行った。血液内科病棟に勤務する46名の看護師がプログラムに参加した。受講前後の抑うつに関する知識得点、患者への対応の困難感得点、コミュニケーションにおける自己効力感得点が受講後に改善しており、教育プログラムに一定の成果があることが明らかになった。

The purpose of this study was to develop and evaluate an educational program aimed to improve nurses' ability to assess and care for depressive patients to prevent worsening and to improve their mental state. The subjects were 46 nurses working at a hematology unit. The results of this study suggest that this program improves nurse's knowledge, difficulties in care, and self-efficacy regarding communication with patients.

Keywords: がん患者、抑うつ状態、教育プログラム、看護師、コミュニケーションスキル
cancer patient, depression, educational program, nurse, communication skill

1 緒言

がん患者の概ね15～25%に抑うつ状態が認められるといわれており(明智, 2014)、抑うつ状態の早期発見と早期回復のためのケアの重要性は言うまでもない。患者に直接的に関わる看護師は、患者の抑うつ状態の継続的なアセスメントとケアを行い、軽度の抑うつ状態の場合には心理社会的介入を行い、必要に応じて精神保健の専門家につなげる役割を担っている(NICE, 2009)。しかし、患者の抑うつ状態は見逃されやすく(McDonald et al., 1999; 野末, 2008; Passik et al., 1998)、精神的問題を抱えた患者に適切な精神科サービスが提供されていないこと(Muramatsu et al., 2011)、そして看護師はがん患者とのコミュニケーションに自信のなさ、困難感を抱えていることが

報告されている(小野寺ら, 2013; 西脇ら, 2011; 新藤ら, 2012)。

このような現状に対して、わが国でも看護師によるがん患者への抑うつ状態のスクリーニングの有用性や実施可能性の検討(小早川ら, 2011; Shimizu et al., 2005)、がん患者とのコミュニケーションスキル向上を意図したプログラムの開発が行われてきた(Fukui et al., 2009; 日本がん看護学会, 2015)。これらの取り組みの多くは、抑うつ状態のスクリーニング、bad newsを伝えた後のフォローアップ、がん患者の感情表出を促すといった特定の状況や関わりに焦点をあてたものであり、抑うつ状態にある患者のアセスメントとケアに特化した教育プログラムは少ない。

そこで本研究では、抑うつ状態にあるがん患者に対する看護師のアセスメントおよびケア能力を高めることを意図した教育プログラムを作成し、その評価を行うことを目的とした。有用な教育プログラムを作成することができれば、患者の抑うつ状態の早期発見と回復にむけた有効なケアの普及、そしてケアの質向上に寄与できると考えた。

2 方法

2.1 研究デザイン

前後比較介入研究

2.2 研究対象と対象者の抽出方法

研究協力に同意が得られた2つの大学附属病院(A病院、B病院)の血液内科病棟に1年以上勤務し、教育プログラムの全てのセッションに参加可能な看護師(看護管理者を除く)を研究対象とした。血液内科病棟の看護師としたのは、ケアの対象となる入院患者は重篤で、治療が長期にわたり、多くのストレスに曝されること(計屋, 倉垣, 2006)、そして精神的ケアのニーズが高いと言われていることからである(Swash et al., 2014)。

研究対象候補者が所属する血液内科病棟の看護師休憩室に、研究への参加協力を依頼するポスターを掲示し、協力意思がある場合には、連絡票もしくは電子メールを通して研究メンバーに直接、返信をもらう方法で研究対象者を抽出した。

2.3 教育プログラムの作成と実施

本教育プログラムは看護師が、がんの治療を受けている患者の軽度の抑うつ状態を早期に発見し、適切なケアができるよう知識やスキルを高めることを目的とした。

教育プログラムの作成にあたり、まず A 病院血液内科病棟の看護師に聞き取り調査を行い、看護師の学習ニーズ、患者への対応に困難を感じている具体的場면을把握した。そして文献や先行研究(西脇ら, 2011; 秋月, 2010; 野末, 2004; 平木ら, 2002; 堀越, 2015)を参考にして学習内容と方法を設定し、講義とロールプレイの4セッションからなる教育プログラムを作成した(表1)。

1セッションは90分で、教育プログラム受講のための勤務調整や受講のし

表1 抑うつ状態にあるがん患者をケアする看護師のための教育プログラム内容

目標	内容	方法	セッション
目標1: がん患者の通常の心理的反応、および適応障害・うつ病が理解できる			
1) がんに関する悪い知らせ(bad news)が伝えられたとき、また治療・病気の進行に伴って生じる患者の心理的反応やそのプロセスが理解できる	・病名や病状告知に関わる bad news を伝えられたとき、またその後病気や治療が進行する中で患者に生じる正常の心理反応やプロセス	講義	1 回目
2) 通常の自然回復の経過をとらず、患者が適応障害やうつ病に陥った場合の早期発見の視点が理解できる	・病名や病状告知に関わる bad news を伝えられてから2週間を経過してもなお、日常生活に支障をきたす程度の不安、抑うつが継続し、改善しない状態を適切に把握する視点、方法	講義	
目標2: 患者の抑うつ状態とその重症度がアセスメントできる			
1) 抑うつ、不安とはどのような状態か、抑うつ、不安状態にある人の心理、身体、行動、思考の特徴がわかる	・不安と抑うつの定義 ・不安や抑うつ状態にあるときの、心理、身体、行動、思考の特徴	講義	2 回目
2) 患者の抑うつ状態をスクリーニングするために、標準化された尺度を用いることができる。尺度により抑うつ状態の重症度を評価することができる	・うつスクリーニング尺度である PHQ-9 と、つらさの寒暖計の内容と使用方法 ・項目9の自殺念慮項目にチェックが付くかどうかの把握	講義	
3) せん妄との鑑別ができる	・せん妄と鑑別するためのアセスメントの視点	講義	
目標3: 患者の抑うつ状態の重症度に応じたケアが理解できる			
1) 抑うつ状態の重症度(軽度、中等度、重度)に応じたケアの原則が理解できる	・軽度、中等度、重度の各重症度レベルに応じた看護の原則	講義	2 回目

目標 4：患者との関係づくりや効果的な看護援助を提供するために必要なコミュニケーションスキルが修得できる		
1) 抑うつ状態にある患者と関わるにあたって必要な基本的姿勢・態度が理解できる	・患者との接し方、言葉遣い、礼儀、安心して話せる環境設定	講義
2) 患者の話の聴き方を身につけることができる	・傾聴とは ・傾聴の技術	講義・演習 ピアディスカッション
3) 患者に看護師自身の気持ちや考えを伝え、適切に应答する技術を身につけることができる	・アサーティブなコミュニケーションとは ・アサーティブなコミュニケーションが重要である理由 ・自分自身の気持ちや考え、反応の仕方に気づく視点、方法 ・患者に自分の気持ちや考えを伝え、应答する方法	講義・演習 ピアディスカッション
4) 臨床で患者との应答が難しい場面で、適切に应答する力を身につける ①患者が強い怒りを表出する場面	・ロールプレイを通して自分のコミュニケーションの癖や傾向に気づく ・ポジティブ・フィードバックによって自分のコミュニケーションの強みに気づく ・怒りの強い患者との適切な应答の仕方	ロールプレイ
5) 臨床で患者との应答が難しい場面で、適切に应答する力を身につける ②患者が「死にたい」と言う場面	・ロールプレイを通して自分のコミュニケーションの癖や傾向に気づく ・ポジティブ・フィードバックによって自分のコミュニケーションの強みに気づく ・重度の抑うつ状態にある患者との適切な应答の仕方	ロールプレイ
		3 回目
		4 回目

研修の目的：入院治療を受けている造血器腫瘍患者の抑うつ状態を早期に発見し、病状悪化の予防および早期回復を促すために必要な知識やコミュニケーションスキルを修得する

やすさを優先し、A病院は休憩時間をはさみ4セッションからなる1日のプログラムとした。B病院は日勤終了後に1回90分のセッションを合計4回(4日)受講するプログラムとした。両病院とも同じ内容の教育プログラムを実施した。

2.3.1 各セッションの内容

(1) セッション1

がん患者の抑うつ状態の理解とアセスメントに必要な知識の習得をねらうとした講義で、がん患者の心理反応、抑うつスクリーニング尺度、セ

ん妄との鑑別に関する内容とした。

(2) セッション2

患者の抑うつ状態の重症度に応じた日常生活のセルフケア支援に焦点をあてた講義とした。

(3) セッション3

抑うつ状態にある患者への基本的な関わり方、傾聴とアサーティブなコミュニケーションスキルに関する講義とロールプレイからなる。

(4) セッション4

ロールプレイを中心としたセッションとし、①患者から怒りを向けられる、②患者が死にたいと訴えるという2つの場面のシナリオを提示し、最初はシナリオに沿ったロールプレイを行った。その振り返りの内容から看護師役となった対象者が自分なりの課題を設定しロールプレイを2～3回行い、全体で振り返りを行うこととした。

2.3.2 教材および講師

講義で使用するパワーポイント、看護師が困難に感じる場面を想定したシナリオロールプレイの資料を含む冊子（A4版、17ページ）を教材として手渡した。講義・ロールプレイの講師は、リエゾン精神看護専門看護師、教育・研究者4名が担った。

2.4 教育プログラムの評価

教育プログラムの評価は、(1) 抑うつ状態のアセスメントとケアに必要な知識、(2) 患者への対応の困難感、(3) 患者とのコミュニケーションにおける自己効力感、の3点から行った。

2.4.1 抑うつ状態のアセスメントとケアに必要な知識

アセスメントに必要な知識は、設問に対する正解数の変化から評価した。設問はDSM5（アメリカ精神医学会，2013）の抑うつエピソードに示される9つの症状、および抑うつ状態の判断に必要な症状の持続期間（2週間）を問う合計10項目とした。看護ケアに関する知識は、設問の記述内容が、抑うつ状

態の重症度に応じて適切であるかを問う 5 項目の正誤問題とした。

2.4.2 患者への対応の困難感

看護師への事前の聞き取り、および先行研究(小野寺ら, 2013; 西脇ら, 2011)を参考に、患者への対応の困難感の程度を把握する自己記入式質問紙を作成した。回答は、「1: 全くそう思わない」～「6: 非常にそう思う」の 6 段階のリッカートスケールとした。質問項目の内容妥当性について、研究メンバーではない、がん患者への精神的ケアや看護スタッフの支援に精通した精神看護専門看護師のスーパーバイズをもとに検討し、項目を修正した。

2.4.3 患者とのコミュニケーションにおける自己効力感

自己効力感とは、「ある状況を変化させる手段を遂行することに対する自己評価で、遂行できるという確信の程度」と定義される(江本, 2000)。本研究では、教育プログラムの受講を通して自己効力感がどの程度高まったかという視点で評価を行った。「抑うつ状態にある患者とのコミュニケーションをとることができると思うのはどれくらいですか」という質問に対して、0(全くできない)～10(十分にできると思う)の 11 段階の NRS (Numerical Rating Scale) 尺度を作成し、得点の変化から評価した。

2.4.4 その他

研究対象者の基礎情報として、年齢、看護経験年数、看護教育における最終学歴および、患者の精神的ケアやコミュニケーションに関する研修への参加状況について回答してもらった。

2.5 調査手順

質問紙調査は、セッション 1 の開始直前 (T1)、セッション 4 終了直後 (T2)、および終了後 1 ヶ月 (T3) の 3 時点で行った。研究対象者だけがわかる任意の 8 桁の数字を ID として使用してもらい、3 回の調査票すべてに記入してもらった。T1、T2 では対象者に直接、質問紙を配布し、教材を見ずに、その場で回答してもらい回収した。T3 では、対象者の職場の個人メールボックス

を通して質問紙を配布し、部署の休憩室に設置した回収ボックスに投函してもらい、一定期間後に研究メンバーが回収した。

2.6 データ分析方法

統計ソフト SPSSver22. を用いて分析を行った。対象者の個人属性について記述統計、t 検定、 χ^2 検定を行った。「アセスメントとケアに必要な知識」、「患者への対応の困難感」、「コミュニケーションにおける自己効力感」に関わる変数は正規性の検定を行った上で、ノンパラメトリック手法を用いた。3 時点の得点の変化を検討するために、Friedman 検定を行い、有意差が認められた場合、Bonferroni の修正を考慮し ($p < .01$ として)、Wilcoxon の符号付順位検定を行った。その他の有意水準は、両側検定で $p < .05$ とした。

2.7 調査期間

調査は平成 27 年 10 月～12 月に実施した。

2.8 倫理的配慮

研究への参加は対象者の自由意思を尊重し、不利益を被ることなく拒否できること、途中で撤回できることを保証した。研究協力に伴い考えられるリスクとその対応、対象者のプライバシーや個人情報を保護すること、研究結果の公表方法について、研究依頼文書と口頭で説明し同意を得た。研究に先立ち、研究者の所属機関および対象施設の研究倫理審査委員会の承認を得た。

3 結果

A 病院 23 名、B 病院 25 名、合計 48 名の看護師を研究対象者として登録したが、受講中の体調不良で 1 名が辞退、T3 時点で 1 名が辞退したため、最終的に 46 名のデータを分析対象とした。T1、T2 の質問紙の回収率、有効回答率は 100% であったが、T3 は 84.8% (39 名) であった。

3.1 対象者の背景 (表 2)

対象者 46 名の平均年齢±SD は、30.3 ± 7.65 (範囲 22 ~ 53) 才、看護師としての経験年数は 8.47 ± 7.54 (1 ~ 31) 年であった。コミュニケーションスキル、患者の精神的ケアに関する研修受講歴のある対象者の割合は、それぞれ 41.3%、30.4% であった。B 病院の対象者に男性がいる以外は、A、B 病院間で対象者の年齢、看護師経験年数、研修受講歴に有意な差はなかった。統計分析のための対象者数を確保するため、データ分析は対象者を一括して行った。

表 2 対象者の背景

	全体 (n=46)	A病院 (n=21)	B病院 (n=25)
年齢 (才)	30.3 ± 7.65	30.9 ± 7.51	29.8 ± 7.84
	22 ~ 53	23 ~ 53	22 ~ 49
看護経験			
範囲 (年)	1 ~ 31	1 ~ 31	1 ~ 26
経験年数 ± SD	8.47 ± 7.54	9.17 ± 7.68	7.88 ± 7.52
血液内科経験年数 ± SD	4.61 ± 3.65	5.54 ± 3.83	3.84 ± 3.37
性別			
男性 (%)	2(4.3)	0	2(8.0)
女性 (%)	44(95.7)	21(100)	23(92.0)
教育背景			
専門学校 (%)	8(17.4)	1(4.8)	7(28.0)
短期大学 (%)	8(17.4)	5(23.8)	3(12.0)
大学 (%)	30(65.2)	15(71.4)	15(60.0)
コミュニケーションに関する研修受講			
有 (%)	19(41.3)	10(47.6)	9(36.0)
無 (%)	27(58.7)	11(52.4)	16(64.0)
精神的ケアに関する研修受講			
有 (%)	14(30.4)	4(19.0)	10(40.0)
無 (%)	32(69.6)	17(81.0)	15(60.0)

3.2 教育プログラムの評価

3.2.1 アセスメントと看護ケアに必要な知識

アセスメントに必要な知識得点の変化を表3に示す。T1-T2間 ($Z=-5.15$, $p=.000$)、T1-T3間 ($Z=-4.08$, $p=.000$) で有意な差が認められた。また表4に示すように、各項目の正解者数の割合をみると、抑うつ状態の9つの症状では、「抑うつ気分」、「興味または喜びの減退」、「思考力、集中力の減退・決断困難」の3項目の割合が最も低く、T2で高くなるもののT3で低下し、これら3症状は、他に比べて正解率が低い傾向を認めた。抑うつ状態の判断に必要な期間についても、T1では全体の41.3%と最も低く、T2で100%となるが、T3で82.1%と減少している。

看護ケアの正解者の割合は、「重度の抑うつ状態の患者にリラクセーションの指導」という項目をのぞき、どの時点でも9割以上を示していた。また平均合計得点も4点以上であったが、T1とT2間 ($Z=-4.47$, $p=.000$)、T2とT3間 ($Z=-3.74$, $p=.000$) で有意な差が認められた。

なお抑うつ症状と評価期間、看護ケアの正解数は、いずれの時点においても年齢、看護経験、研修の受講の有無と有意な関連はなかった。

表3 抑うつ状態のアセスメントとケアに関する知識得点の変化

	Mean	Median	SD	p-value
アセスメント合計得点				
T1(n=46)	5.50	5.00	2.61	} $p=.000^*$ } $p=.000^*$
T2(n=46)	8.54	8.50	1.39	
T3(n=39)	8.31	9.00	1.99	
看護ケア合計得点				
T1(n=46)	4.08	4.00	0.69	} $p=.000^*$ } $p=.000^*$
T2(n=46)	4.73	5.00	0.44	
T3(n=39)	4.23	4.00	0.63	

*Wilcoxonの符号付順位検定 $p<.001$

表 4 抑うつ状態のアセスメントとケアに関する質問項目別正解者数(%)

	T1 (n=46)	T2(n=46)	T3(n=39)
アセスメント(10項目)			
・抑うつ気分	18(39.1)	45(97.8)	31(67.4)
・興味または喜びの減退	18(39.1)	35(76.1)	30(65.2)
・体重減少・食欲の減退または増加	40(87.0)	46(100)	36(78.3)
・不眠または過眠	43(93.5)	46(100)	38(82.6)
・精神運動焦燥または制止	26(56.5)	39(82.6)	25(54.3)
・疲労感または気力の減退	37(80.4)	43(93.5)	37(80.4)
・無価値感または罪責感	19(41.3)	25(54.3)	30(65.2)
・思考力・集中力の減退・決断困難	18(39.1)	35(76.1)	34(73.9)
・自殺念慮・自殺企図	21(45.7)	34(73.9)	31(67.4)
・抑うつ状態の判断期間	19(41.3)	46(100)	32(82.1)
看護ケア(5項目)*			
・重度の抑うつ状態の患者に リラクゼーションの指導(×)	16(34.8)	36(78.3)	22(47.8)
・つらくて死んだ方がましだという 患者に死のことは聞かない(×)	45(97.8)	46(100)	39(100)
・軽度から中等度の抑うつ状態の 患者に身体を動かすよう提案(O)	43(93.5)	45(97.8)	39(100)
・不眠が続いているが睡眠薬を 拒否しているのですすすめない(×)	42(91.3)	45(97.8)	26(56.5)
・弱音を吐いてはいけなと家族を 励ます(×)	46(100)	46(100)	46(100)

*設問の解答を()内に示した。

3.2.2 患者への対応の困難感(図1)

患者への対応の困難感に関する6項目の平均得点の推移を図1に示す。Wilcoxonの符号付順位検定より「死にたいと訴える患者の対応」のT1-T2間($Z=-3.55$, $p=.000$)「悪い知らせ後の患者対応」のT1-T2間($Z=-3.50$, $p=.000$)で有意な差が認められた。

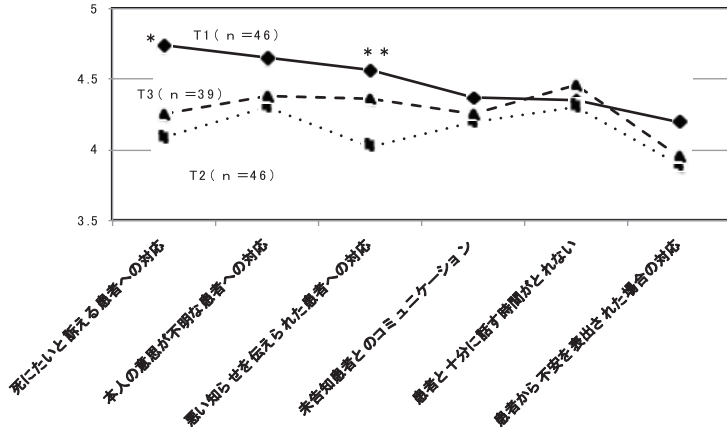


図1 患者への対応の困難感の平均得点の推移

* Wilcoxonの符号付順位検定にてT1-T2間で有意差あり($z=-3.55, p=.000$)

** Wilcoxonの符号付順位検定にてT1-T2間で有意差あり($z=-3.50, p=.000$)

3.2.3 患者とのコミュニケーションにおける自己効力感

3時点の自己効力感得点は、それぞれ 3.22 ± 1.58 (T1)、 4.52 ± 1.15 (T2)、 5.21 ± 1.30 (T3) と、時間の経過とともに得点は高くなり、T1-T2間 ($Z=-4.12, p=.000$)、T1-T3間 ($Z=-4.01, p=.000$) で有意な差が認められた。

自己効力感得点と個人属性、研修受講の有無との関連を検討したところ、精神的ケアに関する研修受講歴のある対象者は、T1における自己効力感得点が有意に高く ($U=113.000, p=.007$)、年齢、看護経験年数とは、いずれの時点でも有意な相関は認めなかった。

各時点における自己効力感得点と患者への対応の困難感得点について、Spearmanの順位相関分析を行ったところ、T1、T2時点では困難感のいずれの項目も自己効力感との有意な相関は認めなかったものの、T3における自己効力感得点と「未知知患者への対応」($r=-.57, p=.000$)、「悪い知らせ後の患者対応」($r=-.56, p=.000$)と「時間がとれない」($r=.64, p=.000$)「死にたいと訴える患者への対応」($r=-.33, p=.005$)、の4項目において有意な負の相関関係が認められた。

4 考察

本教育プログラムの評価と今後の課題について以下に考察する。

4.1 アセスメントとケアに必要な知識の獲得

抑うつ状態のアセスメントに関する知識得点が、受講直後の記憶が新しいT2時点で高くなり、時間経過とともにT3時点で低下することは十分に予測された結果といえる。

本結果で特に注目したい点は、対象者に記述を求めた抑うつ状態の9つの症状のうち、「抑うつ気分」「興味または喜びの減退」の正解者の割合がT1では39.1%と全体の半数にも満たないが、受講後には増加している点である。大山、深田、鎌倉ら(2015)らの調査において、患者の抑うつ状態をアセスメントするために、気分の落ち込みについての質問を「いつもする」と回答したのは26%、楽しみや興味についての質問は10%程度と低く、一方で、食欲や睡眠に関する質問を「いつもする」割合は5から6割であることが示されている。本結果は大山らの報告を支持するものであった。食欲、睡眠、疲労感などの症状は、入院患者の身体管理上の観察項目であり、これらの症状は把握されやすい。しかし抑うつ状態のアセスメントに重要な「抑うつ気分」「興味または喜びの減退」という症状が認識されていないことは、抑うつ状態の早期発見を困難にさせることが示唆される。

また、本教育プログラムは、うつ症状を看護ケアの場面でどのように観察し、患者本人にどのように質問しながらアセスメントにつなげていくかについて学習するものであった。受講直後の正解者の割合は100%となるものの、時間的経過とともに低下していた。過去の研修受講と知識得点とに関連が認められなかったことから、単に知識を提供するだけではなく、習得した知識を実際に活用し、アセスメント力を身につけていけるような継続的学習やフォローアップができる体制を併せてつくっていくことが必要である。

なお看護ケアに関する知識得点については、受講前から受講者の9割以上が正解している項目があり天井効果が認められた。適切な評価指標を検討していくことが今後の課題として挙げられる。

4.2 患者への対応の困難感の軽減と自己効力感の改善

対応の困難感の項目では、「死にたいと訴える患者への対応」と「悪い知らせ後の患者対応」の得点がT2で有意に低下していた。そしてT1の自己効力感の平均得点は低い傾向を認めるものの、T2、T3で有意に得点が高くなり、特に「死にたいと訴える患者への対応」、「未告知患者への対応」、「悪い知らせ後の対応」の困難感得点と自己効力感得点には負の相関が認められた。本研究では、看護師の「死にたいと訴える患者への対応」や「未告知患者への対応」「悪い知らせ後の対応」の適切さを直接的に評価したものではないが、教育プログラム受講後に自己効力感が高くなることと、看護師の対応の困難感の軽減との相関が認められた。これらは、ロールプレイで困難と感じる場面での対応を繰り返し、体験してみた成果の表れと考える。

これらの項目が示す場面は、死を意識する、情報が伝えられることなく曖昧な状況に置かれる、あるいは悪い知らせを伝えられるといった強い不安や不確かさの中にある患者を目の前にして、看護師がいかに患者と向き合い、その苦悩に寄り添えるかを問われている状況といえる。傾聴やアサーションの知識について学び、ロールプレイでは患者が体験している感情はどのようなものであるかに耳を傾けつつ、不安、返す言葉が見つからない無力感といった患者に対応している時の自分の気持ちに気づくこと、その気持ちを患者に伝えてみることで、伝えた場合に患者はどのように感じるかを患者役から直接フィードバックをもらうことができる体験的な学習により、具体的な対応方法のヒントを得られたことが、「コミュニケーションをとることができる」という確信を高めることにつながったのではないだろうか。

なおT2時点での項目得点の改善は、受講直後の自己評価であることから学習によって得られた知識やスキルを実践に応用した結果を評価したものではない。しかし教育プログラムへの参加が、日頃の患者とのコミュニケーション場面を振り返る機会となり、加えて周囲からのフィードバックや他者の対応を見ることにより具体的な対応策が得られたことを反映しているものと考えられる。

4.3 今後の課題

本研究において、受講直後に看護師の知識得点は改善するものの1ヶ月後には低下していた。Heavenら(2006)は、研修で学んだコミュニケーションスキルを実践に活かすためには、研修後の継続的なスーパービジョンが有用であることを示している。集合教育により知識やスキルを学び、その後、臨床の場面で実際の患者にあてはめて、どのようにアセスメントできるか、困難な場面において患者とのコミュニケーションをとっていけるかについて継続的に学習できるような支援は有用であろう。今日、多職種が協働したコラボレイティブケアが、患者の抑うつ、QOLなどの改善につながる事が明らかにされている(Katon et al., 2010 ; Strong et al., 2008)。看護師により患者の抑うつ状態が早期に発見され、適切なケアがなされること、さらに患者の抑うつ状態の程度に応じて精神科治療や精神看護専門看護師による専門的ケアへ速やかに橋渡すためには、医療者間の協働体制が整備され、十分に機能することが前提となる。例えば教育プログラム受講後に、精神看護専門看護師による定期的なコンサルテーションの機会を並行してつくることは、看護師のアセスメント力を継続的に高め、患者の抑うつ状態の早期発見と回復、そして予防にむけた専門的ケアへの速やかな導入につなげる可能性を高めるものと考えられる。

5 結論

血液内科病棟に勤務する看護師を対象に、患者の抑うつ状態のアセスメントとケア能力を高めることを意図した教育プログラムを作成・実施し、その評価を行った。2施設の限られた人数の看護師を対象としていること、標準化された尺度や質問紙を用いたものではないことから、評価の妥当性や信頼性、結果の一般化において限界がある。しかし看護師の抑うつ状態のアセスメントとケアに必要な知識の習得、患者への対応の困難感の軽減、そしてコミュニケーションにおける自己効力感を高める可能性が示された。

謝辞

本研究にご協力いただいた看護師の皆様にご心より感謝申し上げます。
本研究において利益相反に該当する事項はない。

引用文献

- 秋月伸哉 (2010) 「第Ⅱ章精神症状の評価とマネジメント 1 がんの経過における正常反応と精神症状」大西秀樹編『専門医のための精神科臨床リユミエール 24 サイコロンコロジー』中山書店., pp. 40-48.
- 明智龍男 (2014) 「うつ病、うつ状態の薬物療法・心理療法」『心身医学 (Jpn. J. Psychosom. Med.)』54, pp. 29-36.
- アメリカ精神医学会 高橋三郎 大野裕監訳 (2013) 『DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル』医学書院., pp. 160-167.
- 江本リナ (2000) 「自己効力感の概念分析」『日本看護科学学会誌』29 (2), pp. 39-45.
- 大山末美、深田順子、鎌倉やよい (2015) 「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」『日本がん看護学会誌』29, pp. 79-89.
- 小野寺麻衣、熊田真紀子、大桐規子他 (2013) 「看護師のがん看護に関する困難感尺度の作成」『Palliative Care Research』8, pp. 240-247.
- 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」『総合病院精神医学 (Jpn. J. Gen. Hosp. Psychiatry)』23, pp. 52-59.
- 新藤悦子、茶園美香、近藤咲子 (2012) 「『生きる意味がない』と訴える終末期がん患者とコミュニケーションをとる大学病院看護師の態度」『死の臨床』35 (1), pp. 95-100.
- 西脇香織、小松万喜子、竹内久子 (2011) 「終末期がん患者の看護に携わる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, pp. 121-127.
- 日本がん看護学会監修 (2015) 『患者の感情表出を促す NURSE を用いたコミュニケーションスキル』医学書院.
- 野末聖香 (2008) 「身体疾患を抱える入院患者の精神的ケアニーズと看護ケアの実態—抑うつ・不安状態にある患者へのケアを中心に」『平成 17 年度～平成 19 年度科学研究費補助金基盤研究 (B) 研究成果報告書』.
- 野末聖香編 (2004) 『リエゾン精神看護患者ケアとナース支援のために』医歯薬出版., pp. 113-120.
- 計屋由紀子、倉恒弘彦 (2006) 「血液内科と「うつ」」『臨床精神医学』35, pp. 957-961.
- 平木典子、沢崎達夫、野末聖香編著 (2002) 『ナースのためのアサーション』金子書房.
- 堀越勝 (2015) 『ケアする人の対話スキル ABCD』日本看護協会出版会.
- Fukui, S., Ogawa, K., Ohtsuka, M., et al. (2009) “Effect of communication training on nurses’ detection of patients’ distress and related factors after cancer diagnosis: a randomized study”, *Psycho-oncology*. 18, pp. 1156-64.
- Heaven, C. and Clegg, J., Maguire, P. (2006) “Transfer of communication skills training from workshop to workplace: The impact of clinical supervision”, *Patient Education and Counseling*. 60, pp. 313-325.
- Katon, W. J., Lin, E. H., Von Korff, M., et al. (2010) “Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses”, *New England Journal of Medicine*. 363, pp. 2611-2620.
- McDonald, M. V., et al. (1999) “Nurse’s recognition of depression in their patients with cancer”, *Oncology Nursing Forum*. 26, pp. 593-599.
- Muramatsu, K., Matsuda, S., Hayashida, K., et al. (2011) “Do the Japanese Cancer Patients Receive an Appropriate psychiatric Support at the Acute Care Hospital?-An Evaluation Trial by DPC Based Data”, *Asian Pacific Journal of Disease Management*. 5, pp. 13-17.

- National Institute for Health and Care Excellence (2009) “Depression in adults with a chronic physical health problem Treatment and management”, *NICE clinical guideline*. 91, pp. 16-36 <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91/resources/guidance-depression-in-adults-with-a-chronic-physical-health-problem-pdf> (2018年8月15日アクセス)
- Passik, S. D., Dugan, W., McDonald, M. V., et al. (1998) “Oncologists’ recognition of depression in their patients with cancer”, *J. Clin. Oncol.* 16, pp. 1594-1599.
- Shimizu, K., Akechi, T., Okamura, T., et al. (2005) “Usefulness of the Nurse-Assisted Screening and Psychiatric Referral Program”, *Cancer*. 103, pp. 1949-1956.
- Strong, V., Waters, R., Hibberd, C., et al. (2008) “Management of depression for people with cancer (SMaRT oncology 1) : a randomized trial”, *Lancet*. 372, pp. 40-48.
- Swash, B., Hulbert-Williams, N., Bramwell, R. (2014) “Unmet psychosocial needs in haematological cancer: a systematic review”, *Support Care Cancer*. 22, pp. 1131-1141.

[受付日 2018. 8. 30]