

原 著

## がん患者の抑うつ・適応障害把握 — 『つらさの寒暖計』 値による入退院時の比較 —

Detection of Depression and Adaptation Disorder in Cancer Patients.  
Comprison between Admission and Discharge using distress Thermometer

板垣 幸枝 五十嵐 貞子 佃 小百合  
丸山 和恵 丸山 洋一

Yukie ITAGAKI, Sadako IKARASHI, Sayuri TSUKUDA,  
Kazue MARUYAMA and Youichi MARUYAMA

### 要 旨

がん患者を対象に、抑うつ・適応障害の把握に有用とされる「つらさの寒暖計」を用いて、入退院時のつらさの程度を数値化するとともに、退院時のつらさの内容を把握した。また入院中に行われた看護援助の調査から、今後の支援体制を検討した。

有効調査票150枚中、スクリーニング値を越える患者の割合は入退院時ともにほぼ40%であり、危険因子として入退院時別では「入院時」、性別では「入院時の女性」、年代別では「入院時40～60代」「退院時60代」、職業別では「事務系職種の男性」「技術系職種の女性」、治療内容別では「化学療法」、転帰別では「軽快」、入院期間別では「15～21日」があげられた。退院時におけるつらさの内容は「症状」「治療」「再発」の3者が主であり、40～50歳代の患者は「日常・社会生活」も多くみられた。入院中の看護内容は、「傾聴」と「苦痛緩和」が圧倒的に多く、さらに男性は「家族へのアプローチ」、女性は「病状説明」「医師・患者間の調整」が多かった。

今回の調査から、がん患者の抑うつ・適応障害の危険因子はあらゆる時期に存在することが明らかになった。入院時から家族も含めたオーダーメイドの看護の展開が必要であり、多職種との連携・協力によるチームアプローチのシステム構築が今後の課題である。

### はじめに

「がん」と診断された患者が心理的に動揺することは明らかであり、患者はその家族も含め、様々な不安や悩みを抱えて日々を過ごす。山脇ら<sup>1)</sup>によると、がん患者の30～50%に抑うつ・不安・せん妄などの精神症状が認められる。うつ病はがんの経過のあらゆる時期に生じる最も多い精神疾患である。またがん告知という明確な原因により日常生活が障害されている状態は「適応障害」であり、支持的精神療法（傾聴・共感・受容・励まし・保障）や教育的介入（情報提供・インフォームドコンセント）が有効とされている<sup>2)</sup>。しかし患者自らが苦痛を訴えてくるのが少ないため、症状は把握しにくく見過ごされや

すい。当院は入院患者の8割以上ががん患者であり、急性期から終末期に至るまでの様々な段階の患者を治療している。看護師は最も患者の身近にいて心のつらさを肌で感じ、治療や生活に対する不安は大きいと感じながら接しているが、不安の程度を測定することは容易ではない。

我々は前年度に「がん患者における抑うつ・適応障害把握の試み」として、国立がんセンターの内富らが日本人向けに開発した「つらさの寒暖計」<sup>3)</sup>を用いて、アンケート調査を行った。その結果、当院がん患者の入院時における抑うつ・適応障害の危険因子をもつ割合は、41%と高い結果を得た<sup>4)</sup>。今回は退院時における抑うつ状態を入院時と比較するとともに、入院中に行われた看護の内容を振り返り、今後

のサポート体制のあり方を検討した。

### I 対象および方法

平成16年8月13日から9月22日の期間に、小児科・産科を除く各病棟に入院・退院したがん患者のうち、調査の同意が得られた150名を対象とした。入院当日及び退院2～3日前に、『つらさの寒暖計』（以下寒暖計）質問紙を配布し、自記式で記入後、担当看護師が「つらさの内容」について聞き取り調査を行い回収した。また看護内容について担当看護師にアンケート調査を行った。

「つらさの寒暖計」：適応障害や大うつ病のスクリーニングに用いられる2段階の自記式質問票。設問①この一週間の気持ちのつらさの程度（つらさ値）、設問②そのつらさのために日常生活にどの程度支障があったか（支障度値）を0点～10点の範囲で答えてもらう。①4点、②3点以上が抑うつもしくは適応障害のカットオフ値とされる<sup>5)</sup>。

### II 成績及び考察

有効回収数は150枚で、男性75枚、女性75枚であった。背景因子を図1に示す。

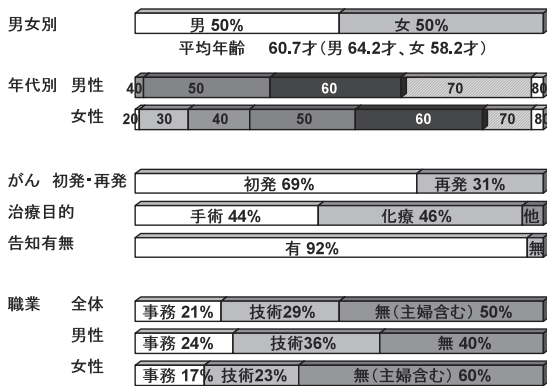


図1 対象者 特性 有効調査票 150人

#### 1. つらさ値と生活の支障度値

##### 1) 性別・年代別・職業別解析（表1～3）

対象の年齢は40歳以上が94%であり、最多は60代、次いで50代であった。入院時の寒暖計平均値（以下、寒暖計値）は、つらさ値4.1・支障度値3.0で、カットオフ値を越えた患者（以下、抑うつ群）は、39.3%であった。退院時の寒暖計値は、つらさ値3.9・支障度値2.8、抑うつ群は40.0%と入院時とほぼ同じであった（表1）。性別では男性の寒暖計値は入退院時のいずれも女性よりやや低く、入院時の抑うつ群も少なかった（表1）。

年代別の寒暖計値は、入院時の40代・50代・60代および退院時の60代がカットオフ値を越え、抑うつ群は入院時の50代と60代が47%、退院時の60代も53.2%と高値であった（表2）。さらに年代を性別で見ると、男性の寒暖計値は入院時40代・50代、退院時は60代が高く、抑うつ群の割合も多かった。女性は入退院時ともに60代の寒暖計値が高く、抑うつ群は最も多かった（表2）。

職業の有無に注目して解析すると、無職の患者の寒暖計値は低かったが、「事務系」職業の患者の寒暖計値は高く、抑うつ群も入退院時ともに51.6%と多かった。「技術系」では退院時の抑

表1 つらさ値と生活の支障度値－寒暖計平均値－  
n=150

	入院時			退院時		
	つらさ値	生活の支障度値	抑うつ群 (%)	つらさ値	生活の支障度値	抑うつ群 (%)
全体(150人)	4.1	3.0	39.3	3.9	2.8	40.0
男性(75人)	4.0	2.9	37.3	3.6	2.7	40.0
女性(75人)	4.1	3.1	41.3	4.1	2.9	40.0

表2 つらさ値と生活の支障度値  
－年代・性別と寒暖計値－  
n=150

	年代	入院時			退院時		
		つらさ値	生活の支障度値	抑うつ群 (%)	つらさ値	生活の支障度値	抑うつ群 (%)
年代全体	20代(1人)	0	0	0	0	0	0
	30代(9)	4.8	2.0	22.2	3.6	2.1	33.3
	40代(13)	4.3	3.4	30.8	3.6	3.7	30.8
	50代(43)	4.5	3.2	47.0	4.3	2.7	42.0
	60代(47)	4.2	3.7	47.0	4.4	3.4	53.2
	70代(33)	3.7	3.1	27.0	3.5	2.3	27.0
	80代(4)	3.0	2.8	50.0	2.5	2.0	25.0
男性	40代(2)	4.0	4.0	50.0	3.5	3.5	50.0
	50代(23)	4.9	3.5	52.2	4.0	2.9	43.4
	60代(24)	3.8	3.5	37.5	4.1	3.2	50.0
	70代(24)	3.6	1.8	20.8	2.9	2.0	25.0
	80代(2)	2.5	2.5	50.0	2.5	2.5	50.0
女性	20代(1)	0	0	0	0	0	0
	30代(9)	4.8	2.0	22.2	3.6	2.1	33.3
	40代(11)	3.5	2.7	27.3	3.7	3.8	27.3
	50代(20)	4.0	2.9	40.0	4.5	2.4	40.0
	60代(23)	4.5	3.8	56.5	4.6	3.6	56.5
	70代(9)	3.7	4.3	44.4	4.0	2.6	33.3
	80代(2)	3.5	3.0	50.0	2.5	1.5	0.0

表3 つらさ値と生活の支障度値  
－職業と寒暖計値－  
n=150

		入院時			退院時		
		つらさ値	生活の支障度値	抑うつ群 (%)	つらさ値	生活の支障度値	抑うつ群 (%)
全体 (150人)	無職(75)	3.6	2.5	37.3	3.5	2.6	34.7
	事務系(31)	5.3	3.8	51.6	4.5	3.5	51.6
	技術系(44)	3.9	3.3	34.1	4.1	2.7	40.9
男性 (75人)	無職(30)	3.2	1.6	20.0	2.7	2.2	26.7
	事務系(18)	6.2	4.7	72.2	5.0	3.8	61.1
	技術系(27)	3.5	3.2	33.3	3.8	2.6	40.7
女性 (75人)	無職(45)	3.9	3.1	48.9	4.1	2.8	40.0
	事務系(13)	4.2	2.6	23.1	3.7	2.9	38.5
	技術系(17)	4.5	3.5	35.3	4.6	3.0	41.2

うつ群が多かった。さらに職業別に性別で比較すると、男性では「事務系」患者の寒暖計値が入退院時ともに際立って高く、抑うつ群も多かった。これに対し女性では「事務系」より「技術系」職業の患者のほうが寒暖計値が高く、抑うつ群も多かった(表3)。

以上の結果より、危険因子として入退院時の比較では「入院時」、性別では「女性」、年代別では「男性の入院時40・50代、及び退院時60代」、「女性の60代」、職業別では「男性の事務系」、「女性の技術系」があげられた。

がん告知を受けた患者は、どのような治療を受けるのか、また社会的・経済的影響など、様々な悩みを抱えているものと思われる。がん医療には、新薬や新しい治療法、新しい検査法が次々と導入されており、これらのいくつかは健康保険適用外である。また患者が入院し治療を受ける場合、治療費だけでなく、様々な諸経費が必要であり、特に患者が世帯主である場合には経済的問題は深刻化していく<sup>6)</sup>。男性の40～50代は社会や家庭での役割が大きく、この時期にがん罹患し、入院治療を余儀なくされる事は、患者の人生にとってターニングポイントとなると思われる。また女性においては、多くが家庭内で主婦という立場にあり、家庭機能に影響を与えるとともに<sup>7)</sup>、ライフサイクル上も更年期障害の時期で、うつ病の好発年齢と重なる。身体的要素に加え、老いの自覚、子離れ、配偶者の退職、親の介護といった心理的・社会的な変化も加わる年代であることから、抑うつ気分の出現頻度は高くなる<sup>8)</sup>。今回の結果は、これらの状況をよく反映していた。

2) 治療内容別・転帰別・入院期間別解析

(表4, 5)

対象の治療内容は「手術」44%、「化学療法」49%で、全体の9割強を占めていた。手術患者の寒暖計値は入退院時ともにカットオフ値以下であったが、化学療法患者では、カットオフ値近似もしくはそれ以上の数値を示し、退院時の抑うつ群は42.4%と入院時より増加していた(表4)。

対象患者の転帰は、「治癒」19%、「軽快」67%、「その他」14%で、「軽快」群が圧倒的に多かった。「治癒」群の寒暖計値は入退院時とも低値で、抑うつ群は退院時に減少していた。しかし「軽快」群の寒暖計値は入退院時ともにやや高値で、抑うつ群は退院時に増加していた(表4)。

対象の入院期間は、8日～14日が37%で最も多く、7日未満が23%、15～21日が21%であり、

3週間未満が約8割を占めていた。入院期間15～21日の患者の寒暖計値は、入院時より退院時が高く、抑うつ群も退院時に54.8%と増加していた(表5)。

以上の結果より、退院時のがん患者の抑うつ・適応障害の危険因子として、治療内容別では「化学療法」、転帰別では「軽快」、入院期間別では「15～21日」が目目された。

手術を受ける患者は術前に手術の危険性やそれに伴う合併症、続発症について説明され、悲壮感、不安を抱きながらも覚悟を決めて治療を受け、手術が成功すれば「腫瘍が取り除かれた」という安心感があり、その後の回復にも希望を持つことができる<sup>9)</sup>。しかし化学療法を受けた患者は、退院時にも有害事象による苦痛や繰り返される化学療法に対する不安、また治療効果の有無、再発・転移に対する恐怖心など、複雑な心境で退院することから、寒暖計値は高く、抑うつ群も多かったと思われる。

「治癒」群の多くは早期がんの場合が多く、腫瘍が完全に取り除かれ転移もない状態で不安は軽減されたと思われる。しかし「軽快」群は、今後、継続される治療や再発・転移に対して不安を増強させていたと思われる。

入院期間15～21日の患者は、治癒を目指し手

表4 つらさ値と生活の支障度値  
—治療内容別・退院時の転帰別—

治療内容別	入院時			退院時		
	つらさ値	生活の支障度値	抑うつ群 (%)	つらさ値	生活の支障度値	抑うつ群 (%)
手術 (66人)	4.3	2.8	39.4	3.5	2.6	37.9
化療 (73人)	3.9	3.2	38.4	4.2	3.0	42.4
退院時の転帰						
治癒 (29人)	3.3	2.0	24.0	2.0	1.5	17.0
軽快 (100人)	4.2	3.2	42.0	4.1	3.1	44.0

表5 つらさ値と生活の支障度値  
—入院期間別—

入院期間別	入院時			退院時		
	つらさ値	生活の支障度値	抑うつ群 (%)	つらさ値	生活の支障度値	抑うつ群 (%)
1 - 7日 (31人)	3.6	2.5	35.3	3.5	2.6	32.3
8 - 14日 (56人)	3.7	3.2	37.5	3.6	2.5	32.1
15-21日 (31人)	4.6	2.9	45.2	4.8	3.5	54.8
22-28日 (16人)	4.8	3.9	43.8	4.1	2.7	43.7
29-35日 (11人)	4.1	3.0	36.4	3.5	2.9	54.5

術や化学療法を受けて退院する時期である。後遺症や副作用との戦い・再発の不安を抱えて、ライフプランの変更を強いられる状況に置かれることから、退院時の抑うつ群が増加したものと思われる。

2. 退院時に抱えている「つらさ」の内容

(図2, 3)

退院時のつらさの内容を大別すると、生命の質に関する項目(症状・再発・治療)と、生活の質に関する項目(家族・日常生活・経済)に二分される。患者が退院時に抱えているつらさの内容は生命の質に関わるものが多く、「症状」39%、「治療」33%、「再発」29%であった。生活の質に関する項目では「日常・社会生活」が25%であった。男性では「治療」31%「症状」29%「再発」27%、女性は「症状」49%「治療」35%「再発」32%の順であり、「症状」に対するつらさは女性の方が圧倒的に多かった。一方、「日常・社会生活」に対するつらさは、男性27%、女性24%で男性が多かった(図2)。

年代別では、各年代とも「症状」「再発」「治療」が上位を占めていたが、特に30代と40代では「治療」「再発」に対するつらさが他の年代に比べて多く「日

常・社会生活」に対するつらさも38%と、他の年代に比べて最も多くなっていた。(図2)

職業別につらさの内容をみると、「無職」では「症状」に対するつらさが43%と多く、次いで「治療」「再発」の順であった。「事務系」では「治療」48%、「再発」39%、「症状」35%と生命の質に関するつらさが際立っていた。一方「技術系」では「症状」36%、「治療」・「再発」27%に加えて「日常・社会生活」が36%と若干多く、「経済」についても「技術系」の方が多かった。さらに性別に解析すると、「無職」では「症状」・「再発」・「治療」の項目で、女性のほうが男性より圧倒的に高値であった。「事務系」でも女性の方が全体的にやや高値であった。「技術系」では、男性の「症状」、女性の「日常・社会生活」が高かった。また、「家族」に対しては女性で、「経済」については職業を持つ男性で高かった(図3)。

職業を持つ男性の多くが、家庭において経済の主体者であり、女性もまたその一端を担っていることから、がん罹患が職業の継続に影響を与え、悩みの原因になった結果と思われる。また「無職」の場合は定年退職後や、専業主婦であることを反映し、患者自身の生命の質に関わることに集中していたと思われる。

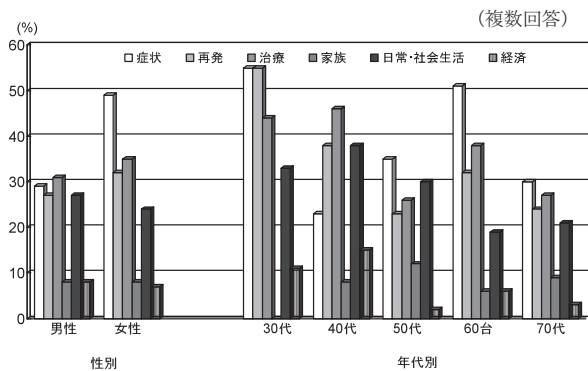


図2 退院時に抱えている「つらさ」の内容

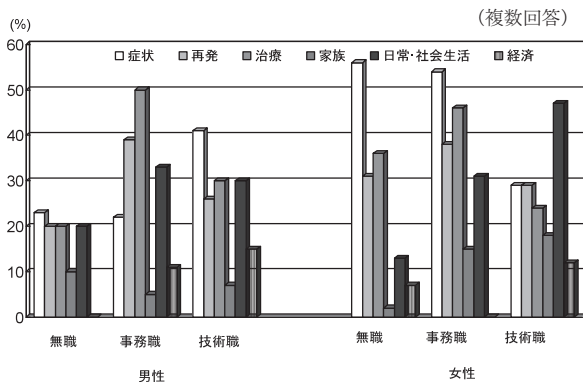


図3 退院時に抱えている「つらさ」の内容  
—職業別—

3. 不安緩和に向けた看護内容(図4)

全体では「傾聴」82%、「苦痛緩和」55%の2者が圧倒的に多く、次いで「退院指導」32%、「病状説明」31%、「I C」29%、「医師と患者間の調整」23%「家族へのアプローチ」9%の順であった。

性別では、男性の方が「家族へのアプローチ」がやや多かった。これは家庭内の役割として男性の日常生活が妻や娘により支えられている場合が多いことから必要な援助だったと考えられる。女性は、「病状説明」と「医師と患者間の調整」がやや多かった。これは女性の抑うつ傾向が強いことを反映し、不安に対する援助として主治医からの十分な説明が必要

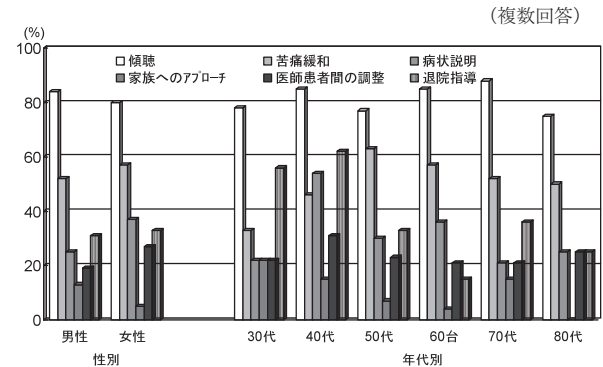


図4 不安緩和に向けた看護



であったためと思われる。看護師は説明に対する理解度を確認するとともに患者が納得できるよう補足説明を加えるなどの配慮を行っていたと思われる。

年代別では、全年代を通して「傾聴」と「苦痛緩和」が上位を占めていたが、40・50・60代においては「病状説明」も多かった。これは抑うつ群が多いことを反映していると思われる。この年代はライフサイクルにおいて最も充実し責任の重い時期でもある。今まで順調な人生を送ってきた多くの患者は、がんの罹患により、生き甲斐や価値観についての変更を迫られ、大きなストレスにさらされる。そのような状態を克服し、その後の人生に希望が持てるよう支援することが重要となる<sup>6)</sup>。医療者からの十分な説明は、このような時期の患者が病状を受け入れ、治療を選択する上で、重要な援助であると思われる。また30・40代において、「家族へのアプローチ」も多かった。この年代では患者の両親・配偶者・子どもも含め、支えあう家族へのケアとして必要な援助であったと思われる。

### Ⅲ 今後の課題

今回の調査結果から、当院の入院患者では入院時より寒暖計値はカットオフ値を越えており、退院時にもほとんど改善していなかった。入院中は、担当看護師のアセスメントにより、ほぼ妥当な援助がなされていたと思われるが、退院時にも依然として寒暖計値が高い現状が明らかになった。当院の緩和ケアの現状は、担当看護師にゆだねられているところが大きく、緩和ケアチームもまだ十分には機能していない。今回の調査により明らかになった危険因子や抑うつ群の割合に配慮して、一層綿密なケアを実践することが必要である。

うつ病は、がんの臨床経過のあらゆる時期に生じる最も頻度の高い精神疾患であるが、患者のうつ病に関する認識は低い。また適切な精神的ケアが必要な患者の割合が高いにも関わらず、がん患者は精神的ケアに対して抵抗感を有することから、自ら苦痛を訴えてくることが少なく、症状は把握しにくく見過ごされやすい<sup>10)</sup>。

患者の病状経過は様々であり、心の悩みも様々に大きく変動していく<sup>9)</sup>。看護師は、身近な存在として患者の気持ちに寄り添い、心理的サポートをしていくことが重要な役割の一つである<sup>11)</sup>。また家族も、患者と同様にさまざまな問題に直面し対処しつづけることを余儀なくされている。家族は患者にとって最も身近で重要な援助者であり、患者のQOLと密接に関係しあっていることから、家族に対しても専門家からの援助は必要である<sup>6)</sup>。明智ら<sup>12,13)</sup>は、がん患者がうつ病を合併することのデメリットとして、①疾患そのものが呈する苦痛の増強 ②QOLの全般的

低下 ③家族の精神的苦痛・負担増大 ④適切な意思決定の障害 ⑤自殺をあげている。これらのデメリットを軽減することは、患者と家族のQOLの維持・向上に最も必要な援助であると思われる。患者と家族が安心して生活できるよう、オーダーメイドの看護の展開が必要であろう<sup>12)</sup>。

近年の緩和医療の概念として、がん罹患直後から必要な緩和ケアが行われる緩やかな移行モデルへの変化が求められている<sup>11,14)</sup>。多面的で複雑な側面を持つがん患者の症状緩和において、医師をリーダーとする看護師・薬剤師・ソーシャルワーカー・心理療法士・理学療法士・栄養士・ボランティアなどの多職種がチームとなり患者と関わることは、患者を客観的・専門的に診ることにより、より質の高いケアの方向性を見出すことが出来るため、チームでのアプローチは有効とされる<sup>11)</sup>。看護師の関わりは、患者ががんの診断を受けた時からさまざまな状況に対処できるよう情報収集を行い、専門職種に情報提供することによって、迅速かつ適切に問題解決していくコーディネーターの役割として中心的活躍が期待される<sup>15)</sup>。中野ら<sup>14)</sup>は、将来全ての患者に必要な緩和ケアが提供される為に、十分な技能を持った緩和ケア医・精神科医・専門看護師などのスタッフの養成は急務であり、教育システムの中に緩和医学・精神腫瘍学・がん看護学が取り入れられていくことが望ましい。と述べている。緩和ケアのニーズに応えていくために、看護師各々の看護力の向上・医療者間の協力体制の強化・チームアプローチのためのシステム構築が今後の課題である。

### ま と め

当院がん患者に「つらさの寒暖計」を用いて、入院退院時のつらさの程度を数値で比較し、適応障害や抑うつ因子を持つ患者の割合・危険因子およびつらさの内容を把握するために調査をおこなった。その結果、がん患者の抑うつ・適応障害の危険因子はあらゆる時期に存在することが明らかになった。臨床現場では見過ごされやすい症状であり有病率が高い。今後の課題は予防的な視点も加味し、入院時から家族も含めたオーダーメイドの看護を展開することであり、多職種との連携・協力によるチームアプローチのシステムを構築することである。

今回のアンケート調査にご協力いただきました皆様には心から感謝いたします。

### 文 献

- 1) 山脇成人：がん患者の精神症状発現要因の解析及びその対応に関する研究, 医学のあゆみ, 197(4) : .410-411, 2001.

- 2) 西村勝治：うつと不安，臨床精神医学，33(5)：525-531，2004.
- 3) 内富庸介：平成13年度厚生労働省がん研究助成金報告集，がん患者の抑うつ<sup>①</sup>の生物心理社会的評価とその対応に関する研究，412：2001.
- 4) 板垣幸枝，天野美知子，五十嵐貞子，佃小百合，長谷川美津枝，丸山洋一：がん患者の入院時における抑うつ・適応障害把握の試み．がんセンター新潟病院医誌44：32-35，2005.
- 5) 村上好恵：サイコオンコロジー心理面のケア，月刊ナーシング，24(3)：82-87，2004.
- 6) 鈴木志津江：がん患者の家族が抱える諸問題と家族ケアの重要性，がん看護9(4)：280-285，2004.
- 7) 堀川直史：13年度厚生労働省がん研究助成金報告集，がん患者の不安およびせん妄の評価とその対応に関する研究：413，2001.
- 8) 柳田 浩 諸川由実代：女性のライフサイクルとうつ病，治療 (187) 3：507-513，2005.
- 9) 山口 建 石川睦弓 堀内智子：がん患者の不安と悩み，治療87(4)：1469-1473，2005.
- 10) 第10回日本緩和医療学会総会，第18回日本サイコオンコロジー学会総会：講演抄録集，108，2005.
- 11) 田中桂子：がん患者の症状コントロール，Expert Nurse 21(1)：98-103，2005.
- 12) 明智龍男，森田達也，内富庸介：進行・終末期がん患者に対する精神療法，精神神経学雑誌106(2)：123-137，2004.
- 13) 大西秀樹：がん患者における不安と抑うつ，治療，87(3)：483-488，2005.
- 14) 中野智仁 明智龍男 内富庸介：緩和ケアチームの現状と将来，第99回日本精神神経学会総会シンポジウム 精神神経誌，106(6)：776-781，2004.
- 15) 小野芳子：一般病棟での緩和ケア(3)精神症状とケア<sup>②</sup>チーム医療，Nursing Today 20(6)：104-105，2005.