

# 透析患者の抑うつに対する看護の実態

田場 真理\* 石垣 恭子\*\*

## The Actual Situation of Nursing for Depression of Hemodialysis Patients

Mari TABA\* Kyoko ISHIGAKI \*\*

\*奈良学園大学 保健医療学部 (〒631-8523 奈良県奈良市中登美ヶ丘 3 丁目 15-1)

\*Department of Health Science, NARAGAKUEN University. (3-15-1, Nakatomioka, Nara-shi, Nara, 631-8524, JAPAN)

\*\*兵庫県立大学大学院応用情報科学研究科 (〒650-0047 兵庫県神戸市中央区港島南町 7 丁目 1 番 28 計算科学センタービル 5-7 階)

\*\* Graduate School of Applied Informatic University of Hyogo (7-1-28, Minatogima minamimachi, Chuo-ku, Kobe-shi, Hyogo calculation science center Building 5-7 floor )

### 要旨

透析患者の抑うつに対する看護の実態を、観察および情報提供の状況に着目して明らかにし、課題について検討することを目的とした。方法は、透析施設に勤務する看護師 85 人を対象に質問紙法にて抑うつ症状およびそのリスク因子の観察、情報提供の状況等について尋ねた。71 人から回収し（回収率：83.5%）うち 69 人分の回答を分析対象とした（有効回答率：81.2%）分析では記述統計により各変数の分布について確認した後、データの分散が確認された変数についてのみ基本属性等との間でフィッシャーの正確確率検定を行った。結果、抑うつの主要な精神症状を常に観察している看護師は 3 割程度にすぎず、その他の症状について常に観察しているのは一部の看護師にすぎなかった。また抑うつに関する情報提供を行っている看護師は 1 割に満たなかった。分析では看護師経験年数、透析看護経験年数、そして抑うつに関する研修受講の有無と抑うつの観察との間には有意な関連は認められなかった。透析に携わる看護師の抑うつへの看護が十分ではないことが明らかとなったが、患者の生命予後・QOL の向上のためには、抑うつの早期発見・重症化予防のための看護が重要であり、そういった看護が共通理解の下で行えるよう看護環境の整備が重要といえる。

**キーワード：** 透析, 抑うつ, 看護

### 1. 緒言

維持血液透析患者(以下、透析患者とする)のメンタルヘルスの問題の中で、頻度の高いものとして抑うつがある<sup>1)2)3)4)</sup>。米国精神医学会<sup>5)</sup>による診断基準である Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition ;DSM-5 では、抑うつ気分と興味・喜びの喪失の主要症状の他に、食欲の減少、睡眠障害、精神運動抑制・焦燥、易疲労感・気力の減退、無価値観・罪責感、思考力や集中力の低下、決断力の低下、希死念慮の 9 症状のうち主要 2 症状の 1 つを含む 5 症状以上が同時に 2 週間以上持続してみられるものがうつ病とされている。一方で抑うつとは、診断された症候群ではなく、これら 9 症状のいずれか、あるいは、いくつかの症状が認められる状態を指す<sup>6)</sup>。

透析患者のように身体疾患をもつ患者にとってうつ病あるいは抑うつの合併は、病状や予後に大きな影響を及ぼす<sup>7)</sup>ことが明らかにされており、抑うつを早期発見し対応することで重症化を予防することが重要となる。しかしながら、透析患者の場合、食欲低下や不眠、倦怠感、疲労感など抑

うつでしばしば見られる身体的な症状は、腎不全そのものの症状として、あるいは透析治療の副作用症状として出現することも多く、それが抑うつによるものか否かの判断が難しいところがある。そのため、身体的な症状の背後に抑うつが併発しているとしてもそれが気付かれず見逃されてしまう可能性は十分考えられる。

抑うつの早期発見が遅れ、その対応も遅れると症状は重症化し、患者の QOL の低下のみならず、生命予後にも影響を及ぼすことになる。したがって、患者と日常的に接する頻度が高く、患者の状態を最も観察・把握できる存在である看護師は、透析患者のメンタルヘルスをアセスメントする中で抑うつを早期発見し適切な医療やケアにつなげること、加えて、患者等に対し抑うつに関する情報提供を行うなどして抑うつの重症化予防に努めることが重要な役割と考える。しかし先行研究において、そういった透析患者の抑うつに対する看護について具体的に検討を加えたものは少なく<sup>8)</sup>、またその実態も把握されていない。そこで本研究では透析患者の抑うつに対する看護の実態として、抑うつ症状およびそのリスク因子の観察の頻度、そして抑うつに

関する情報提供の状況を明らかにし、課題について検討することを目的とした。

## 2. 用語の操作的定義

抑うつとは、DSM-5 がうつ病診断のために定めている①抑うつ気分、②興味・喜びの喪失、③食欲の減少、④睡眠障害、⑤精神運動制止・焦燥、⑥易疲労感・気力の減退、⑦無価値観・罪責感、⑧思考力・集中力・決断力の低下、⑨希死念慮の9症状のうちいずれか、あるいは、いくつかの症状が認められる状態とした。

## 3. 方法

### 3.1 研究対象、研究手続き

対象は、A 県内の透析施設に勤務する看護師で、A 県腎不全看護研究会に参加した者とした。研究手続きとしては、まず、A 県腎不全看護研究会世話人会役員に、調査の目的と倫理的配慮、調査方法、連絡先などを記載した研究協力依頼の文書と質問紙を手渡しして説明し、調査についての承諾を得た後、同研究会開催時に、上記調査協力依頼の文書と質問紙を封筒にいれ参加した看護師全員に配布した。質問紙は、同会終了時に設置したボックスに投函してもらい回収した。

### 3.2 調査日

2018 年 10 月 A 県腎不全看護研究会（秋季大会）

### 3.3 調査内容

調査票は、1) 対象者の基本属性、2) 抑うつ症状およびそのリスク因子の観察の頻度、3) 抑うつに関する情報提供の状況の3部構成とした。

#### 1) 基本属性

年齢、性別、看護師経験年数、透析看護経験年数の4項目について尋ねた

#### 2) 抑うつ症状等の観察の頻度

抑うつ症状等の観察の頻度については、メンタルヘルスをアセスメントするために必要な抑うつ症状およびそのリスク因子についてどれくらいの頻度で観察しているかについて尋ねた。抑うつ症状およびそのリスク因子の具体的な内容は、DSM-5 に定められている抑うつ症状の9つの症状（①抑うつ気分、②興味・喜びの喪失、③食欲の減少・増加、④睡眠障害、⑤精神運動制止・焦燥、⑥易疲労感・気力の減退、⑦無価値観・罪責感、⑧思考力・集中力・決断力の低下、⑨希死念慮）に加え、抑うつとの関連が示唆される不定愁訴の有無・程度、ADL の状態やストレスの誘因とな

る経済的問題・家庭内の問題・仕事上の問題の有無、そして、直近の喪失体験の有無とした。これら抑うつ症状およびそのリスク因子についての観察の頻度を、“いつもする” “時々する” “ほとんどしない” “まったくしない”の4段階で回答を求めた。

#### 3) 抑うつに関する情報提供の状況

抑うつに関する情報提供の有無と情報提供を行っている場合の具体的な情報提供の方法、抑うつスクリーニングツール使用の有無と使用している場合は具体的なスクリーニングツールについて尋ねた。

## 3.4 分析方法

患者のメンタルヘルスをアセスメントするための抑うつ症状およびそのリスク因子の観察の頻度および、患者のメンタルヘルスの維持・向上を目的とした抑うつに関する情報提供の状況について把握するため、まず記述統計により各変数の分布について確認した。続いて、データの分散が確認された変数である抑うつ症状等の観察の頻度を“いつもする”と回答した人を「いつも観察する」群とし、それ以外の“時々する” “ほとんどしない” “まったくしない”と回答した人を「いつもは観察しない」群として2群に分け、看護師経験年数、透析看護経験年数との関係をみるためフィッシャーの正確確率検定を行った。尚、看護師経験年数および透析看護経験年数は、1 年未満（新人前期）、1～4 年（新人後期）、5～9 年（中堅前期）、10～19 年（中堅後期）、20 年以上（ベテラン）の5段階で区分した。分析には統計解析ソフト SPSS for Windows ver.24.0 を用い、有意水準は両側 5%水準とした。分析では変数により欠損値が異なるため、分析ごとに対象数が異なっている。

## 4. 倫理的配慮

調査票配布時に、研究の趣旨が書かれた文書（研究依頼）を添付し、研究への参加は自由意志であること、研究を辞退してもよいこと、協力の有無によって不利益が生じないこと、データは個人が特定されないように配慮すること、得られたデータは研究以外の目的には使用しないこと、雑誌投稿や学会発表にて成果を公表することなどについて説明した。ただし研究辞退に関しては途中辞退も認めるが、個人が特定されない形での調査のため、辞退申し出の調査票を特定できない場合もあることを説明に加えた。研究同意については、調査票の提出をもって同意の確認とすることを説明文に明記した。本研究は兵庫県立大学大学院倫理委員会の承認（承認番号：UHGSAL-2018-06）を得て行った。

## 5. 結果

調査票は、A 県腎不全看護研究会に参加した看護師 85 人中 71 人から回収した。(回収率 83.5%) その中で無回答が多いものを除外し、最終的には 69 人の調査票を分析対象とした。(有効回答率 81.2%)

## 5.1 対象者の基本属性

対象者の基本属性を表 1 に示した。性別は女性が 8 割以上を占め、平均年齢(±標準偏差; SD)は 43.5 歳(±8.2 歳)、看護師・透析看護経験平均年数(±SD, range)はそれぞれ、18.6 年(±8.8 年, 6 ヶ月～36 年), 8.2 年(±6.8 年, 6 ヶ月～30 年)と、本研究対象者は熟練した看護師が多く含まれる集団であったといえる。

## 5.2 抑うつ症状およびそのリスク因子の観察の頻度

患者のメンタルヘルスをアセスメントするための抑うつ症状およびそのリスク因子の観察の頻度および回答者数を

表 2 に示した。DSM-5 に定められている 9 つの抑うつ症状の観察で “いつもする” と回答した人が過半数を越えた項目は、③食欲の減少・増加(食欲の低下・亢進)のみで、60.9%であった。また、抑うつの主要な精神症状であり、うつ病診断の必須症状である①抑うつ気分(気分の落ち込みの有無・程度)②興味・喜びの喪失(興味や意欲、喜びの減退の有無・程度)についての観察を “いつもする” と回答した人は、31.9%, 23.2%であった。⑦無価値観・罪責感(自分を責めるなど自尊心喪失の有無・程度)⑨希死念慮(希死念慮の有無・程度)についての観察を “いつもする” と回答した人は、特に少なく、4.3%, 7.2%であった。

抑うつとの関連が示唆される⑪不定愁訴の有無・程度についての観察を “いつもする” と回答した人は 29.0%, ⑫ ADL 低下の有無・程度についての観察では 36.2%であったが、ストレスの誘因となる⑬経済的問題・⑭家庭内の問題・⑮仕事上の問題の有無や⑯直近の喪失体験についての観察を “いつもする” 人は、2.9%, 7.2%, 1.4%, 7.2%であった。

表 1 対象者の基本属性

n = 69

	n	(%)	平均値 (±標準偏差)	最小-最大
性別				
男性	10	14.5		
女性	59	85.5		
年齢			43.5 ± 8.2	(23 - 59)
20歳代	4	5.8		
30歳代	17	24.6		
40歳代	28	40.6		
50歳代	19	27.5		
看護師経験年数			18.6 ± 8.8	(0.6 - 36)
1年未満	2	2.9		
1 ～ 4 年	4	5.8		
5 ～ 9 年	5	7.2		
10～19年	26	37.7		
20年以上	32	46.4		
透析看護経験年数			8.2 ± 6.8	(0.6 - 30)
1年未満	7	10.1		
1 ～ 4 年	15	21.7		
5 ～ 9 年	21	30.4		
10～19年	23	33.3		
20年以上	3	4.3		

表2 抑うつ症状等の観察の頻度および回答者数

n = 69

観察項目	いつもする		時々する		ほとんどしない		全くしない	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
① 気分の落ち込みの有無・程度	22	31.9	41	59.4	4	5.8	2	2.9
② 興味や意欲、喜びの減退の有無・程度	16	23.2	43	62.3	8	11.6	2	2.9
③ 食欲の低下・亢進の有無・程度	42	60.9	19	27.5	6	8.7	2	2.9
④ 不眠・過眠など睡眠リズム異常の有無・程度	27	39.1	35	50.7	6	8.7	1	1.4
⑤ 忘れっぽいなど認知機能等の低下の有無・程度	11	15.9	37	53.6	18	26.1	3	4.3
⑥ 動作の緩慢など運動機能等の低下の有無・程度	19	27.5	38	55.1	10	14.5	2	2.9
⑦ 倦怠感・疲労感の有無・程度	32	46.4	29	42.0	6	8.7	1	1.4
⑧ 自分を責めるなど自尊心喪失の有無・程度	3	4.3	28	40.6	32	46.4	6	8.7
⑨ 思考力・集中力の低下、決断困難の有無・程度	8	11.6	29	42.0	26	37.7	5	7.2
⑩ 希死念慮の有無・程度	5	7.2	13	18.8	40	58.0	11	15.9
⑪ 不定愁訴の有無・程度	20	29.0	36	52.2	9	13.0	3	4.3
⑫ ADL低下の有無・程度	25	36.2	30	43.5	11	15.9	2	2.9
⑬ 経済的問題の有無	2	2.9	20	29.0	41	59.4	6	8.7
⑭ 家庭内の問題の有無	5	7.2	31	44.9	27	39.1	5	7.2
⑮ 仕事（役割）上の問題の有無	1	1.4	28	40.6	31	44.9	9	13.0
⑯ 直近の喪失体験（人・モノ）	5	7.2	27	39.1	29	42.0	8	11.6

が長いからといって患者の抑うつの観察ができるとは限らないことが示された。

### 5.3 抑うつに関する情報提供の状況

抑うつに関する情報提供を行っている人は4人（5.8%）のみで、いずれも口頭で情報提供を行っているとは回答していた。その他の人は、抑うつについての情報提供を行っていないと回答していた。抑うつスクリーニングツールの使用についてはそれを使用しているとの回答はなかった。

### 5.4 抑うつ症状およびそのリスク因子の観察の頻度と経験年数、研修受講の有無の関係

抑うつ症状およびそのリスク因子の観察の頻度を“いつもする”と回答した人を「いつも観察する」群とし、それ以外の“時々する”“ほとんどしない”“まったくしない”と回答した人を「いつもは観察しない」群として2群に分け、看護師経験年数、透析看護経験年数との関係をみるためフィッシャーの正確確率検定を行った。抑うつ症状およびそのリスク因子の観察の頻度と看護師経験年数の関係を表3に、抑うつ症状およびそのリスク因子の観察の頻度と透析看護経験年数との関係を表4に示した。

抑うつ症状およびそのリスク因子の観察の頻度と看護師経験年数および透析看護経験年数、そして抑うつに関する研修受講の有無との関係をみるためフィッシャーの正確確率検定を行ったが、いずれにおいても両者の間に有意な関係はみられず、看護師経験年数あるいは透析看護経験年数

## 6. 考察

本研究では、透析患者の抑うつに対する看護の実態として、抑うつの症状およびそのリスク因子の観察の頻度、そして抑うつに関する情報提供の状況を明らかにし、課題について検討することを目的とした。その結果、対象者は看護師経験年数10年以上の看護師が80%以上を占め、自発的に研究会に参加し、より質の高い透析看護を目指す向上心が高い看護師が多く含まれる集団であったといえるが、抑うつの主要な精神症状である「気分の落ち込み」や「興味や意欲、喜びの喪失」について常日頃から観察している看護師は3割程度であることが明らかとなった。また、その他の抑うつとの関連が示唆される項目について観察している看護師も多くはなく、抑うつの情報提供を行っている看護師は1割にも満たないことが明らかとなった。さらに、抑うつ症状およびそのリスク因子の観察の頻度と看護師経験年数、透析看護経験年数との関係をみるために行った分析では、看護師経験年数、透析看護経験年数が長い人であっても、抑うつ症状およびそのリスク因子の観察ができていないことも明らかとなった。

透析患者の抑うつに対する看護の必要性を個々の看護師がどれほど認識しているかについては今回の調査では測定できていない。しかしながら今回の結果からは、そういった認識をもつ看護師は全体的に少なく、したがって日常的

表3 抑うつ症状等の観察の頻度と看護師経験年数の関係

n = 69

観察項目		1年未満	2～5年	6～9年	10年～19年	20年以上	Fisher検定
		n	n	n	n	n	
① 気分の落ち込みの有無・程度	いつもは観察しない	1	3	3	17	23	n. s.
	いつも観察する	1	1	2	9	9	
② 興味や意欲、喜びの減退の有無・程度	いつもは観察しない	2	3	3	19	26	n. s.
	いつも観察する	0	1	2	7	6	
③ 食欲の低下・亢進の有無・程度	いつもは観察しない	2	2	3	8	12	n. s.
	いつも観察する	0	2	2	18	20	
④ 不眠・過眠など睡眠リズム異常の有無・程度	いつもは観察しない	2	3	4	16	17	n. s.
	いつも観察する	0	1	1	10	15	
⑤ 忘れっぽいなど認知機能等の低下の有無・程度	いつもは観察しない	1	4	4	23	26	n. s.
	いつも観察する	1	0	1	3	6	
⑥ 動作の緩慢など運動機能等の低下の有無・程度	いつもは観察しない	1	4	4	18	23	n. s.
	いつも観察する	1	0	1	8	9	
⑦ 倦怠感・疲労感の有無・程度	いつもは観察しない	1	3	3	13	16	n. s.
	いつも観察する	1	1	2	12	16	
⑧ 自分を責めるなど自尊心喪失の有無・程度	いつもは観察しない	2	4	5	25	30	n. s.
	いつも観察する	0	0	0	1	2	
⑨ 思考力・集中力の低下、決断困難の有無・程度	いつもは観察しない	1	4	5	23	27	n. s.
	いつも観察する	1	0	0	3	4	
⑩ 希死念慮の有無・程度	いつもは観察しない	2	3	5	24	30	n. s.
	いつも観察する	0	1	0	2	2	
⑪ 不定愁訴の有無・程度	いつもは観察しない	2	3	5	17	21	n. s.
	いつも観察する	0	1	0	9	10	
⑫ ADL低下の有無・程度	いつもは観察しない	2	3	4	14	21	n. s.
	いつも観察する	0	1	1	12	11	
⑬ 経済的問題の有無	いつもは観察しない	2	4	5	25	31	n. s.
	いつも観察する	0	0	0	1	1	
⑭ 家庭内の問題の有無	いつもは観察しない	2	4	5	24	28	n. s.
	いつも観察する	0	0	0	1	4	
⑮ 仕事（役割）上の問題の有無	いつもは観察しない	2	4	5	26	31	n. s.
	いつも観察する	0	0	0	0	1	
⑯ 直近の喪失体験（人・モノ）	いつもは観察しない	2	4	5	25	28	n. s.
	いつも観察する	0	0	0	1	4	

表4 抑うつ症状等の観察の頻度と透析看護経験年数の関係

n = 69

観察項目		1年未満	2~5年	6~9年	10年~19年	20年以上	Fisher検定
		n	n	n	n	n	
① 気分の落ち込みの有無・程度	いつもは観察しない	5	10	14	16	2	n. s.
	いつも観察する	2	5	7	7	1	
② 興味や意欲、喜びの減退の有無・程度	いつもは観察しない	6	11	16	18	2	n. s.
	いつも観察する	1	4	5	5	1	
③ 食欲の低下・亢進の有無・程度	いつもは観察しない	5	5	8	9	0	n. s.
	いつも観察する	2	10	13	14	3	
④ 不眠・過眠など睡眠リズム異常の有無・程度	いつもは観察しない	6	10	11	14	1	n. s.
	いつも観察する	1	5	10	9	2	
⑤ 忘れっぽいなど認知機能等の低下の有無・程度	いつもは観察しない	5	13	17	21	2	n. s.
	いつも観察する	2	2	4	2	1	
⑥ 動作の緩慢など運動機能等の低下の有無・程度	いつもは観察しない	6	10	16	16	2	n. s.
	いつも観察する	1	5	5	7	1	
⑦ 倦怠感・疲労感の有無・程度	いつもは観察しない	5	6	12	10	3	n. s.
	いつも観察する	2	8	9	13	0	
⑧ 自分を責めるなど自尊心喪失の有無・程度	いつもは観察しない	7	14	20	22	3	n. s.
	いつも観察する	0	1	1	1	0	
⑨ 思考力・集中力の低下、決断困難の有無・程度	いつもは観察しない	6	12	19	20	3	n. s.
	いつも観察する	1	3	2	2	0	
⑩ 希死念慮の有無・程度	いつもは観察しない	7	11	20	23	3	n. s.
	いつも観察する	0	4	1	0	0	
⑪ 不定愁訴の有無・程度	いつもは観察しない	6	10	14	15	3	n. s.
	いつも観察する	1	5	7	7	0	
⑫ ADL低下の有無・程度	いつもは観察しない	7	7	11	17	2	n. s.
	いつも観察する	0	8	10	6	1	
⑬ 経済的問題の有無	いつもは観察しない	7	15	19	23	3	n. s.
	いつも観察する	0	0	2	0	0	
⑭ 家庭内の問題の有無	いつもは観察しない	7	12	20	21	3	n. s.
	いつも観察する	0	2	1	2	0	
⑮ 仕事（役割）上の問題の有無	いつもは観察しない	7	15	21	22	3	n. s.
	いつも観察する	0	0	0	1	0	
⑯ 直近の喪失体験（人・モノ）	いつもは観察しない	7	13	20	21	3	n. s.
	いつも観察する	0	2	1	2	0	

に関わる機会が多い看護師だからこそ可能となる抑うつに対する看護が十分ではないことが示唆された。また、抑うつについての観察や情報提供は、単に看護師としてあるいは透析看護師としての経験を積みば自然に身につくものではないことも示唆された。先行研究においてもわが国では透析患者の抑うつに対する看護について具体的に検討されたものはみあたらず、患者の抱く治療や生活への不安や恐怖といったストレスに対する心理的支援の必要性は説かれていても、患者の示す反応を「抑うつ」によるものとして捉え観察するといった視点や、患者自らが精神的健康を維持・向上できるよう支援するといった視点での看護については具体的に示されていない。すなわち、透析患者の抑うつに対する看護の必要性や方向性が示されておらず、そういった看護を行うにあたってのツールがない現状において、経験年数を重ねたとしても、臨床現場の看護師が抑うつに対しての観察や情報提供を行ってなくてもそれは仕方のないことともいえる。しかしながら透析以外の領域、たとえばがん領域では、患者の抑うつに対する看護についての研究は進められており、高木ら<sup>9)</sup>は緩和ケア病棟における抑うつスクリーニングツールの有用性について検討しており、大山ら<sup>10)</sup>はがん患者の抑うつアセスメントシートを開発している。糖尿病患者の抑うつについては、第78回米国糖尿病学会年次総会(ADA2018)<sup>11)</sup>でも取り上げられており、うつ病のサインを見逃さず、適切に対応できる体制づくりを進める必要性が説かれている。

また海外に目をむけると、米国では透析患者の抑うつは重大な問題として捉えられており、全透析患者に抑うつのスクリーニングが義務化されている<sup>12)</sup>。英国では、英国国立医療技術評価機構(NICE)より、慢性疾患患者の抑うつ支援のガイドライン(National Institute for Health and Care Excellence, 2009)が示されており<sup>13)</sup>、透析患者もこれにそって包括的な介入が可能となっている。

抑うつに対する看護では、早期発見、早期対処が原則であり、慢性化、難治化を防ぐことが非常に重要となるであろうことが考えられる。またそういった適切な対応を通じて、透析患者の生命予後を良くする、あるいはQOLを向上することが必要であることを考慮すると、がんや糖尿病など他領域、そして海外での取り組みにも目を向け、これらを参考に透析領域においても抑うつに対する看護、とりわけ、抑うつの早期発見・重症化予防のための看護の方向性を示すとともに、そのツール開発などの整備が重要といえる。

## 7. 結論

透析患者の抑うつに対する看護は、観察も情報提供も十分には行われてはいないことが明らかとなり、それには抑うつに対する看護の必要性の認識不足と、そういった看護の方向性が示されていないことが一因であることが考えら

れた。今後の課題としては、抑うつに対する看護の必要性および方向性を示すとともに、そのツール開発などの整備が重要である。

## 謝辞

本研究にご協力頂きました皆様に深謝いたします。

本研究は、日本看護研究学会第32回近畿・北陸地方学会術集会にて発表したものである。

## <利益相反について>

本論文内容に関連する利益相反事項はない。

(2019.10.28- 投稿, 2020.3.21- 受理)

## 文 献

- 1) Wilson B., Spittal J., et al. Screening for Depression in Chronic Hemodialysis Patients: Comparison of the Beck Depression Inventory, Primary Nurse, and Nephrology Team. *Hemodialysis International*, 10 (1), 35-41, 2006.
- 2) Lopes, AA., Albert, JM., et al. Screening for Depression in Hemodialysis Patients : Associations with Diagnosis, Treatment, and Outcomes in the DOPPS. *Kidney International*, 66 (5), 2047-2053, 2004.
- 3) 田中和宏, 森本修充他. 透析患者の精神的側面についての考察I—CMI・SDS・STAIを用いた横断的研究—. *日本透析医学会雑誌*, 29 (6), 1057-1066, 1996.
- 4) 福西勇夫, 久郷 敏明他. 人工透析患者の心理学的側面(第2報): MMPI Alexithymia Scale と General Health Questionnaire (GHQ) による比較研究. *心身医学*, 30 (2), 131-135, 1990.
- 5) American Psychiatric Association (高橋三郎, 大野 裕, 染谷俊之訳). *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*. 新訂版, 東京, 医学書院, 137-16, 2009.
- 6) 加藤忠史. うつ病の脳科学—精神科医療の未来を切り開く—. 東京, 幻冬舎, 18, 2009.
- 7) Carney RM, Richi MW, Freedland KE, et al : Major depressive disorder predicts cardiac events in patients with coronary artery disease. *Psychosom Med*: 50 : 629—633 , 1988.
- 8) 田場真理, 井出訓. 看護師のサポートが透析患者の抑うつに与える影響, *日本腎不全看護学会誌*, 74-84, 2018
- 9) 高木健司, 高塚直能, 佐々木翼他. 緩和ケア病棟における抑うつスクリーニングツールとしてのPHQ-9日本語版「こころとからだの質問票」の有用性について—精神科常勤医師のいない病棟への導入—. *Palliative Care Research* 13 (1) 69-75, 2018.
- 10) 大山末美, 深田順子, 鎌倉やよい. がん患者の抑うつ状態を早期発見するためのアセスメントツールの開発. *日がん看*

会誌 (31) 105-115,2017

- 11) 糖尿病ネットワーク . <http://www.dm-net.co.jp/calendar/sp/2018/028258.php> 2018年11月25日検索
- 12) Julio E Pena-Polanco, Maria K Mor, Fadi A Tohme, Michael J Fine, Paul M Palevsky, Steven D Weisbord, Acceptance of Antidepressant Treatment by Patients on Hemodialysis and Their Renal Providers. Clinical journal of the American Society of Nephrology : CJASN. 2017 J
- 13) National Institute for Health and Care Excellence: Depression in adults with a chronic physical health problem Treatment and management, NICE clinical guideline, 91, 16-36, 2009.  
<http://www.nice.org.uk/guidance/cg91/resources/guidancedepression-in-adults-with-a-chronic-physical-health-problem>