

■ 通常実施している ■ 状況に応じて実施している □ 実施していない

図1 地域包括支援センターにおける認知症関連業務の実施状況

図の説明：認知症関連業務の番号（1, 2, 3・・・）及びアルファベット（A, B, C・・・）は、表1を参照。%は、実施している地域包括支援センターの割合を示す。

平成19年4月に専従の医療相談室を設置 (仙台市立病院認知症疾患医療センター)



図2. 仙台市立病院認知症疾患医療センターに設置された専従の医療相談室と多職種チームによる診療システム

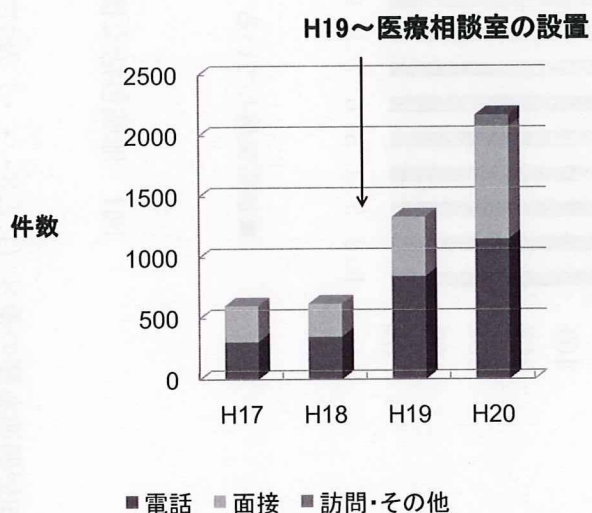
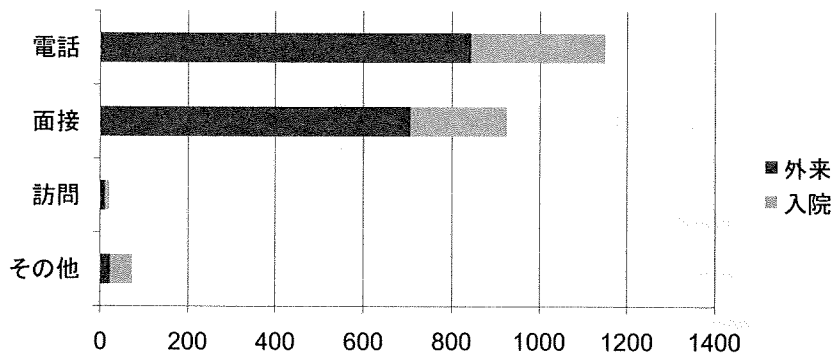
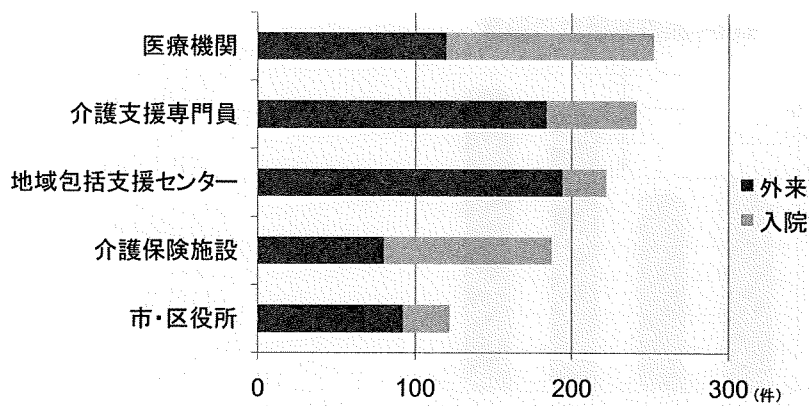


図3. 専門医療相談件数の推移 (仙台市立病院認知症疾患医療センター)



電話相談:	年間 1150件 (月平均96件)	} 合計2168件
面接相談:	年間 924件 (月平均77件)	
訪問相談:	年間 21件 (月平均1.8件)	
その他(文書など):	年間 73件 (月平均6.1件)	

図 4. 専門医療相談における援助方法別相談件数 (仙台市立病院認知症疾患医療センター, 平成 20 年度)



外来:	地域包括支援センターとの連携件数が最も多い	年間 194件
入院:	医療機関との連携件数が最も多い	年間 132件

図 5. 専門医療相談における連携機関別頻度 (仙台市立病院認知症疾患医療センター, 平成 20 年度)

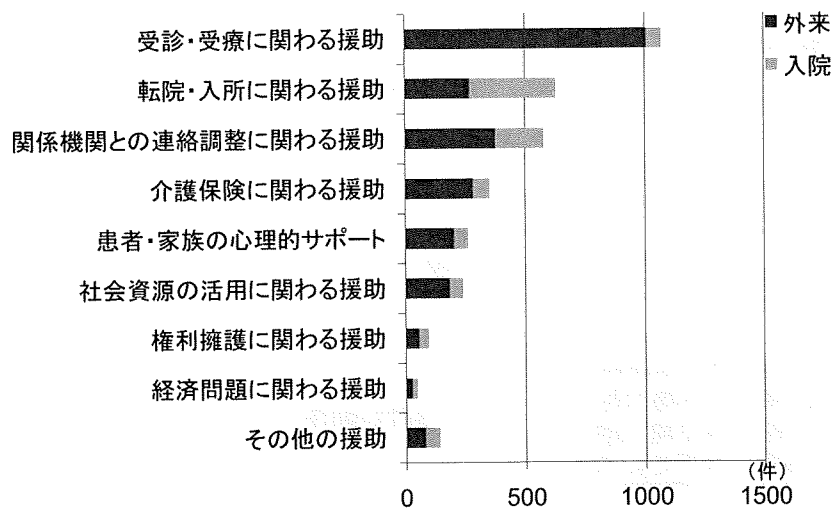


図 6. 専門医療相談における援助内容別頻度 (仙台市立病院認知症疾患医療センター 平成 20 年度)

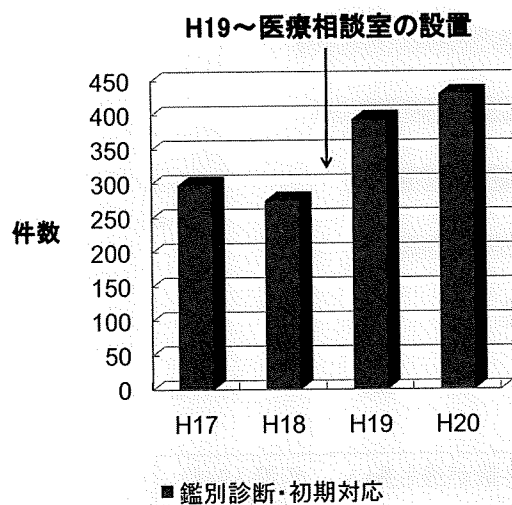


図 7. 新患受診患者の鑑別診断・初期対応件数の推移 (仙台市立病院認知症疾患医療センター)

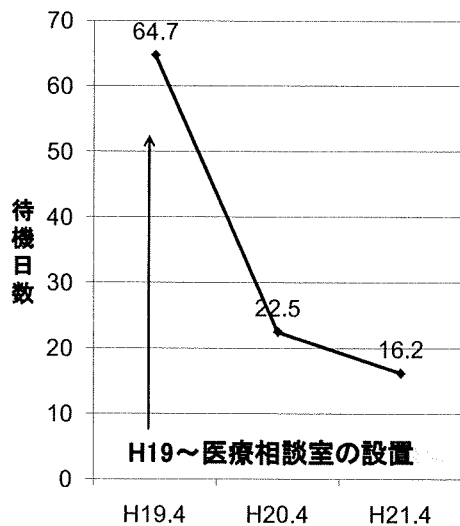


図8. 新患受診患者の平均予約待機日数の推移（仙台市立病院認知症疾患医療センター）

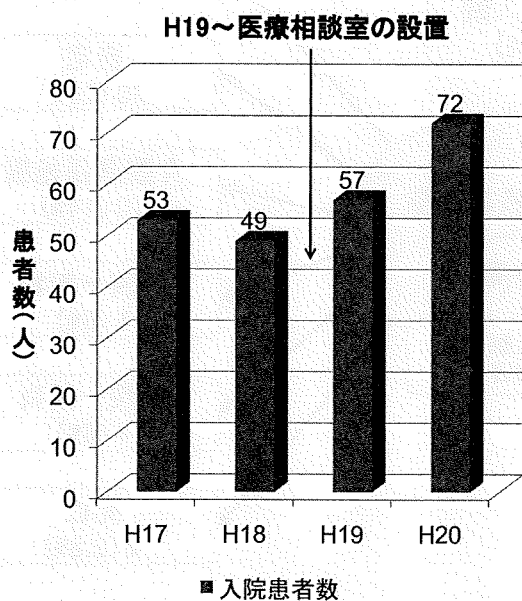


図9. 認知症疾患医療センター病棟への新規入院患者数の推移

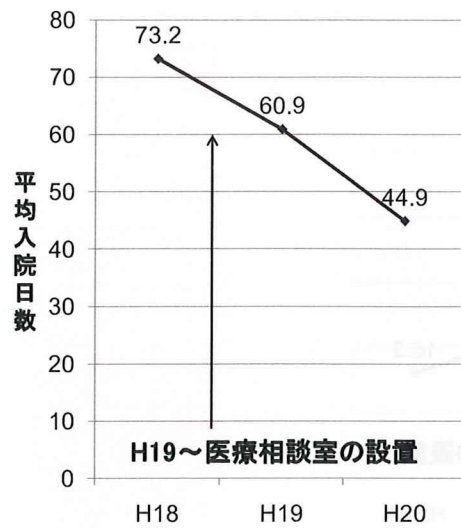


図 10. 新規入院患者の平均入院日数

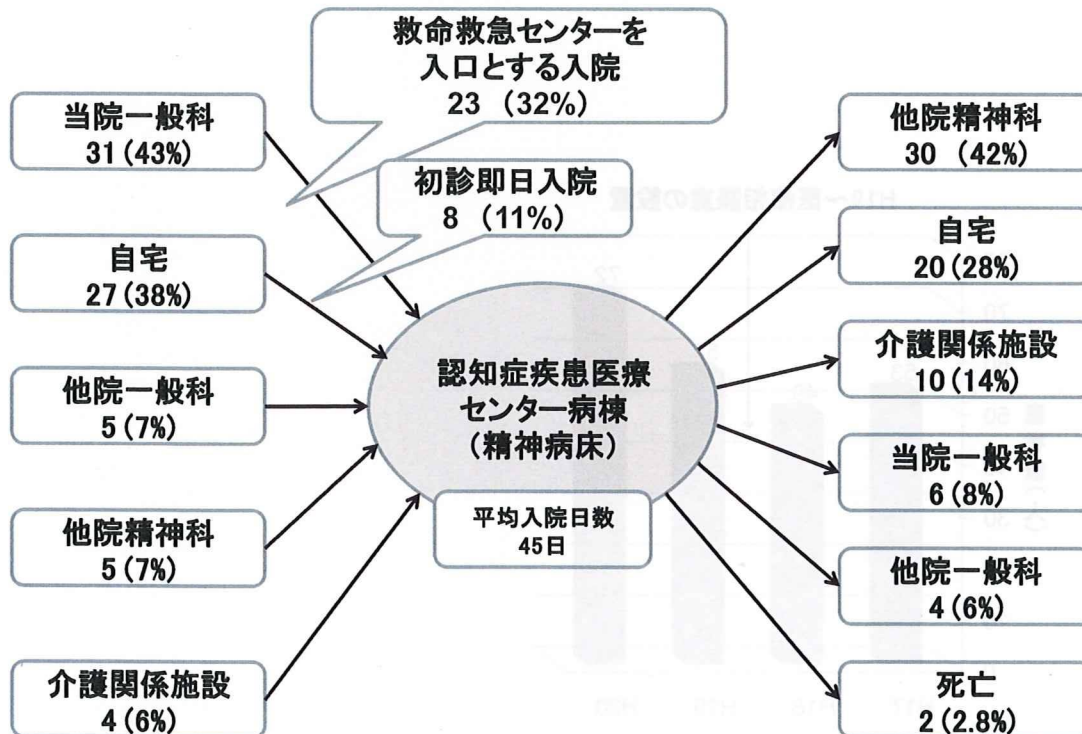


図 11. 認知症疾患医療センター病棟への入院経路と退院先（仙台市立病院認知症疾患医療センター，平成 20 年度の新規入院患者について，N=72）

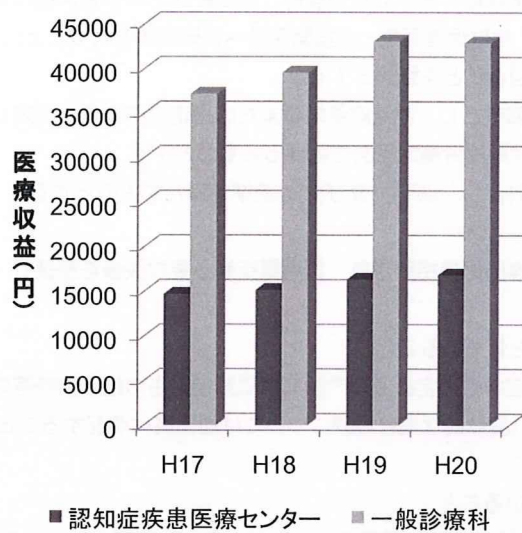


図 12. 入院患者 1 人あたりの医療収益：認知症疾患医療センターと一般診療科との比較

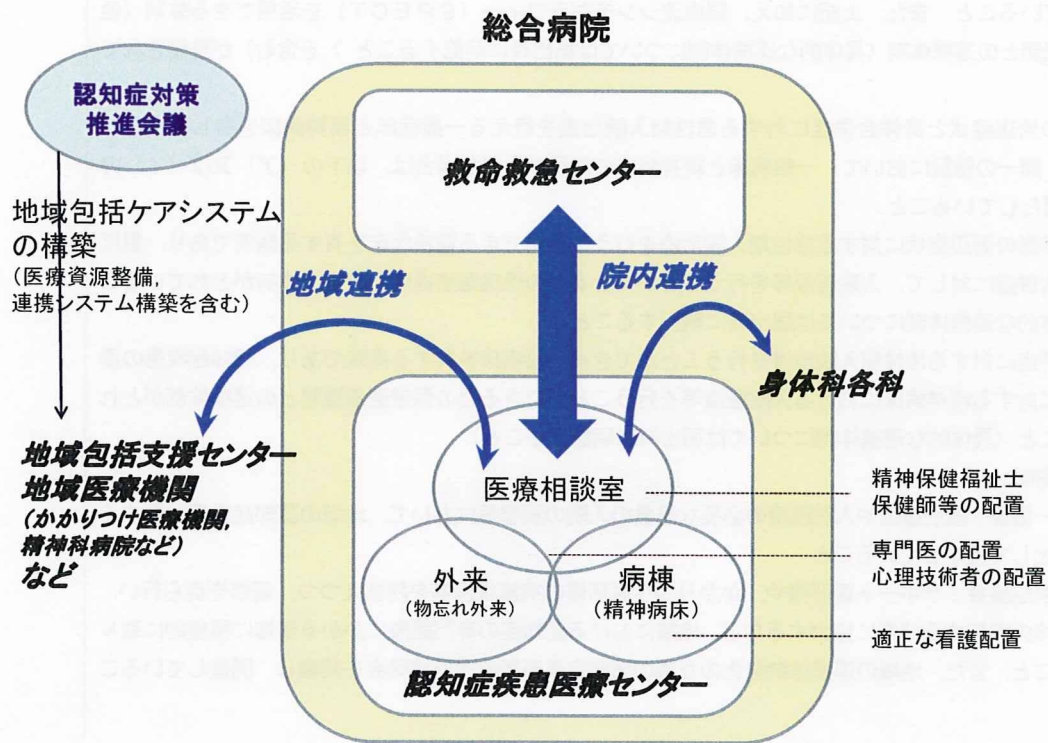


図 13. 総合病院型認知症疾患医療センターにおける「認知症のための統合的救急医療モデル」のイメージ

資料 1. 認知症疾患医療センター運営事業実施要綱（平成 20 年 3 月 31 日）

認知症疾患医療センター運営事業実施要綱

1. 目的：この事業は、都道府県及び指定都市が認知症疾患医療センター（以下「センター」という。）を設置し、保健医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者への研修等を行うことにより、地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図ることを目的とする。
 2. 実施主体：本事業の実施主体は都道府県及び指定都市とし、都道府県知事または指定都市市長が指定した病院で、事業を行うものとする。なお、指定の際には厚生労働大臣あて届け出るものとする。
 3. 設置基準：センターは、平日、週 5 日の稼働を原則とし、以下(1)及び(2)の基準を満たすものとする。
 - (1) 専門医療機関としての機能
 - ア. 専門医療相談が実施できる専門の部門を配置し、専門医療相談窓口、専用電話等必要な設備を整備し、その態勢が確保されていること。
 - イ. 人員配置について、以下の（ア）から（ウ）を満たしていること。
 - （ア） 専任の日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とする 5 年以上の臨床経験（具体的な業務経験については届出時に明記すること。）を有する医師が 1 名以上配置されていること。
 - （イ） 専任の臨床心理技術者が 1 名以上配置されていること。
 - （ウ） 専門医療相談が実施できる専門の部署に、常勤専従の精神保健福祉士等が 1 名以上配置されていること。なお、医療相談室は、専門医療施設との調整、専門医療に係る情報提供、退院時の調整など、個々の患者の専門医療相談を行う機能を持つものとする。
 - ウ. 検査体制について、以下を満たしていること。：鑑別診断に係る検査体制については、当該センターにおいて、血液検査、尿一般検査、心電図検査、神経心理検査が実施できる体制を確保するとともに、神経画像検査の体制として、コンピューター断層撮影装置（CT）又は磁気共鳴画像装置(MRI)を有していること。ただし、コンピューター断層撮影装置（CT）を有している場合であっても、磁気共鳴画像装置（MRI）を活用できる体制（他の保健医療機関との連携体制（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）を含む）が整備されていること。また、上記に加え、脳血流シンチグラフィ（SPECT）を活用できる体制（他の保健医療機関との連携体制（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）を含む）が整備されていること。
 - エ. 認知症疾患の周辺症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行える一般病床と精神病床を有していること。ただし、同一の施設において、一般病床と精神病床の確保が困難な場合は、以下の（ア）又は（イ）のいずれかを満たしていること。
 - （ア） 認知症疾患の周辺症状に対する急性期入院治療を行うことができる精神病床を有する病院であり、重篤な身体合併症に対して、入院医療等を行うことができる他の保健医療機関との連携体制がとれていること（具体的な連携体制については届出時に明記すること）。
 - （イ） 身体合併症に対する急性期入院治療を行うことができる一般病床を有する病院であり、認知症疾患の周辺症状に対する精神病床における入院医療等を行うことができる他の保健医療機関との連携体制がとれていること（具体的な連携体制については届出時に明記すること）。
 - (2) 地域連携の機能
 - ア. 情報センター機能：鑑別診断や入院医療の必要な患者の入院の調整等において、地域の認知症医療に関する連携の中核として機能していること。
 - イ. 研修会、連携協議会：サポート医研修や、かかりつけ医研修の実施状況等を踏まえつつ、研修を自ら行い、又は他の主体の実施する研修に協力するなど、地域における認知症の専門医療にかかる研修に積極的に取り組んでいること。また、地域の連携体制強化のための認知症疾患医療連携協議会を組織し、開催していること。
4. 事業内容
 - (1) 専門医療相談
 - ア. 初診前医療相談
 - （ア） 患者家族等の電話・面談照会

(イ) 医療機関等紹介

- イ. 情報収集・提供：地域包括支援センター、保健所、福祉事務所等との連絡・調整
- ウ. 介護サービスとの連絡調整
- (2) 鑑別診断とそれに基づく初期対応
 - ア. 初期診断
 - イ. 鑑別診断
 - ウ. 治療方針の選定
 - エ. 入院先紹介
- (3) 合併症・周辺症状への急性期対応
 - ア. 合併症・周辺症状の初期診断・治療（急性期入院医療を含む。）
 - イ. 合併症及び周辺症状の急性期入院医療を要する認知症疾患患者のための病床として、連携する医療機関の空床情報を把握。
- (4) かかりつけ医等への研修会の開催：かかりつけ医を始めとする保健医療関係者等への認知症に関する知識の向上を図るための研修を実施。
- (5) 認知症疾患医療連携協議会の開催：地域の保健医療関係者、福祉関係者、地域包括支援センターなど介護関係者、有識者等から組織された協議会の開催。
- (6) 情報発信：認知症医療に関する情報発信。
- 5. 実績報告：実施主体の長は、以下の(1)から(3)に係る年間の実績を、別紙様式による翌年度の4月末までに厚生労働大臣あての報告するものとする。
 - (1) 認知症疾患に係る外来件数及び鑑別診断件数
 - (2) 入院件数（センターを運営している病院における入院及び連携先の病院における入院（センターを運営している病院との連携による入院に限る。）それぞれ件数）
 - (3) 専門医療相談件数（電話による相談及び面接による相談それぞれの件数）
- 6. 国の助成：国は、この実施要綱に基づき都道府県知事又は指定都市市長が指定した病院の開設者が運営するセンターの運営に必要な経費（診療報酬により支出される内容は除く）については、厚生労働大臣が別に定める「精神保健費等国庫負担（補助）金交付要綱」に基づき、毎年度予算の範囲内で国庫補助を行うことができるものとする。
- 7. その他：平成元年7月11日付け健医発第850号厚生労働省保健医療局長通知「老人性認知症センター事業実施要綱について」に基づき指定されている老人性認知症センターは、3年以内を目途に、本実施要綱に基づく機能となるよう努めるものとする。

資料 2

設問 1. 貴センターの所在地について、該当する番号を○で囲んでください。

1. 青葉区, 2. 宮城野区, 3. 若林区, 4. 太白区, 5. 泉区

設問 2. 貴センター職員の職種別人数をお答えください。

職種	人数
社会福祉士	
主任介護支援専門員	
介護支援専門員	
保健師	
看護師	
その他 ()	

設問 3. 貴センターでは、「認知症の方」または「認知症が疑われる方」の、本人または家族の相談に応じられることはありますか。該当する番号を○で囲んでください。

1. はい 2. いいえ

上記で「1.はい」と答えられた方は設問 4～8, 「2.いいえ」と答えられた方は設問 6～8 にお答えください。

設問 4. 認知症の方の支援にあたり、頻繁に連絡を取り合う関係機関（または関係者）を下記より選択し、該当する番号を○で囲んでください（複数回答可）。

1. 区役所
2. かかりつけ医療機関
3. 認知症の専門医療機関
4. 居宅介護支援事業所・介護支援専門員
5. グループホーム
6. 介護老人保健施設
7. 特別養護老人ホーム
8. 養護老人ホーム
9. 有料老人ホーム
10. 小規模多機能型居宅介護施設
11. 認知症の人と家族を支える会
12. 民生委員
13. その他 ()

設問 5. 「認知症の方」または「認知症が疑われる方」の相談と支援について、貴センターの実施状況をお尋ねします。下記の各項目について、該当する数字を○で囲んでください。

- 通常実施しているもの・・・・・・・・・・・・・1
 状況に応じて実施しているもの・・・・・・・・・・・・・2
 実施していないもの・・・・・・・・・・・・・3

31) 認知症高齢者の相談に応じていることをPRする	1, 2, 3
32) 家族に認知症を病気として捉えられるように伝える	1, 2, 3
33) 本人または家族に認知症の相談機関を紹介する	1, 2, 3
34) 本人または家族に一般医療機関を紹介する	1, 2, 3
35) 本人または家族に認知症の専門医療機関を紹介する	1, 2, 3
36) 本人および自宅の様子を訪問して確認する	1, 2, 3
37) かかりつけ医に情報を提供する	1, 2, 3
38) 認知症専門医療機関の連携担当者（ケースワーカー等）と情報交換をする	1, 2, 3
39) 本人の医療機関受診に際して同行する	1, 2, 3
40) 入院治療後の退院支援を行う	1, 2, 3
41) 本人または家族に介護保険申請に関する情報を提供する	1, 2, 3
42) 本人または家族に介護保険サービス利用に至るまでの支援を行う	1, 2, 3
43) 家族に「家族の会」や「家族交流会」についての情報を提供する	1, 2, 3
44) 在宅介護の具体的な方法についての相談に応じる	1, 2, 3
45) 認知症の精神症状・行動障害（徘徊、妄想など）の対応方法について助言する	1, 2, 3
46) 権利擁護の諸制度 ^{注1)} の活用を視野に入れた支援を行う	1, 2, 3
47) 認知症の困難事例についてケース会議を開催する	1, 2, 3
48) 支援にあたっては本人（認知症の方）の意向を確認する	1, 2, 3
49) 自治会、民生委員、社会福祉協議会など地域関係者による支援体制づくりを行う	1, 2, 3
50) 圏域内のグループホーム、小規模多機能型居宅介護施設の運営推進会議に出席する	1, 2, 3
51) 圏域内のグループホーム、小規模多機能型居宅介護施設と共同事業を行う	1, 2, 3
52) 担当圏域の包括ケア会議で認知症をテーマとした話し合いを行う	1, 2, 3
53) 若年認知症の方の家族の相談に応じる	1, 2, 3
54) 若年認知症の方の本人の相談に応じる	1, 2, 3
55) 若年認知症の方が介護保険サービス利用に至るまでの支援を行う	1, 2, 3
56) 若年認知症の方が介護保険以外のサービス利用に至るまでの支援を行う	1, 2, 3
57) リーフレットや広報紙での回覧など認知症に関する普及啓発を行う	1, 2, 3
58) 地域住民に対して認知症をテーマとする講話や研修会を行う	1, 2, 3
59) 認知症の普及啓発のための資料を独自で作成している	1, 2, 3
60) 高齢者虐待事例に関わる際、認知症の有無について情報を収集する	1, 2, 3

注1) 権利擁護の諸制度とは、成年後見制度、日常生活自立支援事業、消費生活センター、法律相談など。

設問 6. 上記以外で、認知症に関連して、貴センターで取り組まれていることがございましたらご記入ください。

設問 7. 日常業務の中で、認知症の相談と支援について課題と感じられていることがございましたら、ご自由にご記入ください。

設問 8. 認知症の医療について、日常感じられることやご要望がございましたら自由にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

同封の返信用封筒で、平成 21 年 2 月 15 日（日）までに下記宛にご返送をお願いいたします。

問い合わせ先 〒984-8501 仙台市若林区清水小路 1-1 仙台市立病院認知症疾患センター精神科医療相談室 TEL 022-266-7111（代表）、FAX 022-211-8972（代表）担 当 佐野，藤原
--

資料 4. 地域包括支援センターから見た地域における認知症医療の現状：「専門医療資源の不足」

<p>受診困難事例に対応できる 医療資源の不足</p>	<p>興奮の強い人は施設の受け入れも困難。診察の予約まで日数があり対応に窮する。ともに考えてくれる相談室がほしい。相談がしやすく、情報も密に共有しながら連携が図れればと思う。</p> <p>受診困難事例に対する相談機関がほしい。</p> <p>認知症の症状があり、未受信の場合、専門機関につなげるまでに苦労する。PSWの同行訪問などがあればと思う。</p> <p>家族が受診を希望し本人に強い拒否がある場合、往診を受けられると良い。</p> <p>本人が受診を拒否し受診が困難な場合、訪問診療での対応が期待できるが実施している医療機関は少ない。</p> <p>病識がなく、自宅での生活を希望する本人の意向と本人の生命を守る意味での介入との兼ね合いが難しい場合が多い。閉じこもりがちになってしまったときの受診の難しさ。</p> <p>本人の受診拒否や被害妄想などにより家族が疲れ切っており、相談時に早急な解答を求められる場合が多い。</p> <p>頑固に家で閉じこもっていたり、言葉が理解できない方を医療機関につなげるのが大変。</p> <p>精神科医師の往診機関があれば・・・と切に願う。</p> <p>専門医受診がなかなかすすまないケースがある。</p> <p>医療機関への受診歴がない方。</p> <p>判断力の低下や物忘れが進行している一人暮らしの方の受診勧奨や成年後見制度を説明するタイミングが難しい。</p> <p>認知症で閉じこもりの方をどう医療につなげるか。</p> <p>本人・家族が認知症の診断に理解を示さないとき。</p> <p>診断の対応ができる支援づくりが早急に必要。</p>
<p>鑑別診断に対応できる 医療資源の不足</p>	<p>画像診断をしてもらえる病院が少ない。</p> <p>認知症かな？と思ったときに具体的にどの医療機関で検査すればいいか、マニュアルがあると紹介しやすい。</p> <p>認知症専門医が身近にいてほしい。</p> <p>医療機関が少ない。検査してもらいたくても2ヶ月先とか言われる。</p> <p>認知症の専門機関が少なく、受診までに時間がかかりすぎる。</p> <p>常に相談できる専門医が近くに（地域の中に）いて一緒に対応できたらと思う。</p> <p>専門機関が予約制で受診までタイムロスが生じる。</p> <p>専門医の診察を受けるまで予約が数週間から一ヶ月以上。適切なタイミングで医療が受けられない。</p> <p>専門医が不足。受診待機が長い。</p> <p>専門医が混んでいてなかなか診断が受けられない。家族が途中で断念してしまう。</p> <p>地域医療機関で疑わしき症状が発見された段階で専門機関へつなげるルートを確立して欲しい。</p>

入院・救急・身体合併症に対応できる 医療資源の不足	以前より専門医療機関への受診はスムーズになったが、緊急事例や入院が必要な事例についてはまだ課題がある。
	医師に「自宅では過ごせません」と言われても、現実には施設がなく、入院もできない。
	認知症＝在宅困難と言われ施設を勧められるが入所できる施設は少ない。
	入院を受け入れてもらえるところが少ない。
	家族が付き添わなければすぐ退院させられる。
	認知症の他にも難治性疾患や透析等の継続的医療を必要とされる方の受け入れ先があまりに少ない。

資料 5. 域包括支援センターから見た地域における認知症医療の現状：「かかりつけ医機能の不十分さ」

診断・説明・助言の不十分さ	診断時に「一人暮らしは無理」などといった助言がほしい。
	家族によっては入院治療で治ると思っている人もいるので、疾患の説明をしてほしい。
	認知症は本人も認めず、家族も認めたがらない。医療の説明がこれからの生活の決め手になる。
	認知症になったら仕方がない、打つ手立てがないという認識が一般的。医療の側の意識も乏しい。
	医療機関で認知症の人や家族に説明・助言をしてもらうと安心。
	信頼のおける医師からの確にアドバイスをもらうことの効果が大きい。
	地域の開業医とスタッフも認知症についてレベルを向上する必要がある。
	医師によって判断が違う。
	明らかに関心があるように思われても、意見書にそれが反映されない。
	受診時の本人の様子から、認知症ではないと判断されるケースが多い。
治療的対応の不十分さ	薬だけの処方ではなく、もつときめ細かい治療ができないものか。
	在宅困難事例について、包括に任せただけでなく医療機関も一緒に考えて欲しい。
	家族が一心にアリセプトなどの薬に頼って治ると信じこんでいる姿が痛々しい。
かかりつけ医と専門医の連携の不十分さ	認知症だと分かっているにもかかわらずかかりつけ医に相談する先生が少ない。
	包括やケアマネが専門医への紹介をお願いしても、スムーズに専門医を紹介してくれない。
	かかりつけ医に物忘れについて相談し、認知症専門医の紹介を求めても、「診断受けて何になる？」と言われる。

平成 21 年度厚生労働科学研究 こころの健康科学研究事業
精神科救急医療，特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究
分担研究報告書

社会一般の精神科領域に関する受療行動上のニーズに関する研究

本研究では、もっとも患者と接する機会の多い看護師を対象として、自殺企図症例に対する態度 (attitudes) ならびに精神疾患に対する診断・対処法を調査した。大多数の看護師は、自殺未遂患者に対するケアは適切に行われているとは考えておらず、自殺未遂患者に対するケアのトレーニング不足・今後のトレーニングの必要性を認識していた。また、自殺未遂患者の看護はやっかいで、理解・共感を行うことは困難であるとする看護師が多かった。一方で、精神科病棟勤務看護師ならびに精神科勤務経験のある看護師は、それ以外の看護師と比較して、自殺未遂患者に対するスキルトレーニングをより受けてきたと感じ、自殺未遂者に対する看護意欲・共感度が高かった。このことより、自殺未遂患者に対する知識向上・スキルトレーニングを行うことで、看護師の attitudes に変化をもたらす可能性が示された。特に、救急・ICU 勤務看護師は自殺未遂患者とのファースト・コンタクトとなる場合が多く、自殺予防・自殺未遂患者への治療介入の円滑さを進めるため、効果的な教育プログラムの作成が必要である。

一般病棟で頻繁にみられる、うつ病、せん妄の診断については、誤った認識が多く認められた。特にせん妄 (低活動型) の見逃しが危惧された。今後の精神科看護教育において、今まであまり重要視されていなかった一般病棟でみられる精神症状に対する教育が大切であることが示された。

分担研究者：

日本医科大学武蔵小杉病院 岸泰宏

研究協力者：

日本医科大学 黒澤尚

札幌市立大学 守村洋

順天堂大学 八田耕太郎

A 研究目的

一般診療の現場にて、精神科疾患を合併した症例を治療することは多々認められる。Table 1 に示す通り、総合病院内での一般病棟でみられる精神疾患有病率は高率である。うつ病、せん妄は入院患者の高率に認められるが、正しく認識されていないのが実情である。

また、自殺が最近特に問題となっているが、自殺未遂患者は救急外来あるいは救命救急センターをもつ総合病院に搬送されることが多い。総合病院に搬送されてくる自殺未遂症例は、身体状況の安定をはかるため、通常は一般病棟（非精神科病棟）にて治療される。これらの症例と最も接するのは看護師である。各専門領域（精神科を含む）の看護師への、自殺症例に対する態度の比較は欧米では行われているが、本邦では認めていない。身体疾患現場では自殺企図症例ばかりでなく自殺念慮をもつ症例も多いことから（一般病棟ではうつ病合併患者が多い：Table 1 参照）、これらの情報は临床上ならびに今後の教育の上で有用である。どのようなトレーニング・ニーズが必要なのかの情報不足の現状があり、バックグラウンドのデータ収集が必要な状況である。

本研究の目的は、各専門領域における看護師の自殺に対する態度ならびにトレーニングのニーズの比較である。Understanding of Suicide Attempt Patient Scale (USP スケール) を使用し(1)、各専門領域（精神科を含む）

の看護師より自殺症例に対する看護意欲・態度の比較を行った。

また、一般病棟でよくみられる精神疾患の診断能力をみるため、身体疾患に伴ううつ病、過活動型せん妄、低活動型せん妄の症例をあげ、回答してもらった。

B 方法

事前にネット上で対象者を抽出するためのアンケートを実施した。その中で、看護師と回答した人の中で、協力していただける対象者に郵送で調査票を送付し、郵送で回収した。

Understanding of Suicide Attempt Patient Scale (USP スケール) (1) (原著者に使用許諾済み) を使用し、回答を依頼した。USP スケールは、11項目で構成されている。点数が低い程、自殺企図症例に対して共感的であることを示す。“自分は、自殺未遂患者に対してとても怒りを覚えることがときどきある” “自分は、しばしば自殺未遂患者を理解するのが難しくなる” “自殺未遂患者を看護するのはやっかいなことが多い” は逆転項目である。

USP スケールの他に、自殺企図症例に対するトレーニングならびに精神科治療についても問うた。

これとは別に、精神疾患に対する質問を行い（平成19年度、20年度厚生労働科学研究で用いたもの）、一般病棟で認められる精神障害の基本的知識について問うた。

統計に関してはSPSS 12.01Jを使用した。平均値の比較においては、t検定ならびに一元配置分散分析（群間差に

においてはBonferroni検定)を行った。

定性的変数間の関連性の強さの有無については、カイ2乗検定を使用した。また、USPスケールの内的整合性の指標としてCronbach α を算出した。(倫理面への配慮)

本研究は、疫学研究による倫理指針(<http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/i-kenkyu/index.html#2>)からも、同意を必要としないため同意書の取得は行わなかった。調査協力依頼にこの調査で集めたデータの使用目的、使用範囲および取り扱いを明記した上で、調査への参加は対象者の自由意志によるものとし、また一旦協力を表明した後も任意に協力をやめることができること、および協力を拒否もしくは取りやめた場合でも一切の不利益は生じないことを約束した。今回は、“調査にご回答いただいたことで調査への協力を同意されたものとさせていただきます。”とした文言をくわえることで、調査同意とみなすこととした。回答の内容は、患者個人を特定できない(連結不可能匿名化した)形で集計した情報に限定した。また、依頼リサーチ会社(リサーチ・ワークス)はプライバシーマーク事業者として認定されている。

本研究計画について日本医科大学武蔵小杉病院倫理委員会において審議され、倫理委員会審議非該当(exempt)との審査を受けた。

C 研究結果

323人の看護師からの回答を得

た(男性:30人、女性:291人、不明2人)。平均年齢は36.24歳(標準偏差(SD)=7.30)であった。看護師経験年数は平均12.76年(SD=6.90)であった。勤務病棟別では、一般病棟(内科・外科)が213人、救急/ICUが29人、精神科病棟35人、その他46人であった。精神科経験歴でみると、経験あり71人(22.0%)、経験なし252人(78.0%)であった。

トータルUSPスコアの平均値は28.81(SD=3.77)であった。トータルUSPスコアと年齢、看護経験年数間に相関は認められなかった。トータルUSPスコアにおいて、男性は有意に女性より点数が低かった(男性27.44SD=3.90, 女性28.91SD=28.91 $t=-2.018$, $df=308$, $p=.044$)。

Table 2に自殺企図患者に対する精神科治療・トレーニングに関しての質問の結果を示す。70%以上が自殺企図患者は精神医療にかかるべきと考えており、40%が精神科にて入院治療を行うべきと考えていた。90%以上は、自殺企図患者の看護のためのスキルトレーニングを受けてこなかったと回答し、80%は今後のトレーニングが必要と考えていた。Table 3にUSPスコアの内訳を示す。70%は自分の病棟で適切な治療が行われているとは考えていなかった。約40%は自殺未遂患者に怒りを覚えることがあると回答していた。80%は、自殺患者はやっかいであると感じており、理解が難しく、共感は困難と感じていた。90%は最良の治療が必要とは考えており、70%は

快適・安全性に注意を払っていた。90%は自殺未遂患者の看護は好きではなく、70%以上は個人的な問題にまで踏み込んで話すのを避けていた。

精神科経験の有無別の、自殺企図患者に対する精神科治療・トレーニングに関しての質問の結果を Table 4 に、USP スケールの結果を Table 5 に示す。精神科経験を有する看護師は、非経験者と比較して、自殺未遂患者の看護スキルトレーニングをより受けてきたと感じており、また自分の病棟では精神科ケアは良好に行われていると感じていた。また、USP スケールは非経験者と比べて有意に低く、より共感度が高かった。USP の下位項目では、“自殺未遂患者もその他の患者と同様に、進んでかつ共感して看護している”、“個人的な問題に関して、出来る限り患者と話すように努力している”“自分は、自殺未遂患者に対して共感し理解していることが多い”“自分は、自殺未遂患者が快適で安全に感じるように出来る限り努力している”といった項目で精神科経験者は非経験者と比べてより良好な結果が得られた。

各勤務病棟別の自殺企図患者に対する精神科治療・トレーニングに関しての質問の結果を Table 6 に、各病棟別 USP スケールの結果を Table 7 に示す。精神科病棟勤務看護師は、他病棟勤務看護師と比べて、より自殺企図患者に対するトレーニングを受けてきたと感じており、ケアも良好に行われていると感じていた。USP スケール全体においては、精神科病棟勤務の看護

師が最も自殺企図患者に共感的であった。下位項目においては、11 項目中 5 項目において精神科病棟勤務看護師が自殺企図患者に対して最も positive な attitudes であった。

救急・ICU 看護師と一般病棟看護師の比較において、救急・ICU 看護師は一般病棟看護師と比較して、自殺企図患者に対して、理解・共感が困難であり、患者個人の会話を避けていた。

USP スケールの Cronbach α は 0.702 であり内的整合性は良好であった。

精神疾患に対する知識

精神疾患に対する知識についての質問 1 - 3 とその回答を Table 8,9,10 に示す。

質問 1 の正答はうつ病であるが、正答率は 40%であった。精神科病棟看護師で正答率が高い傾向が認められた (Pearson のカイ 2 乗 = 7.70, $df=3$, $p=0.053$)。質問 2 の正答はせん妄 (過活動型) であるが、正答率は 66.7%であった。勤務病棟別において正答率に差は認められなかった。質問 3 の正答はせん妄 (低活動型) であるが、正答率は 16.6%であった。勤務病棟別において正答率に差は認められなかった。

D 考察

筆者らの知る限り、自殺企図患者に対する看護師の看護意欲・態度 (attitudes) についての系統的な調査は本邦において認められない。全体的にみて、自殺未遂患者に対するケアは

適切に行われているとは考えておらず、トレーニング不足・今後のトレーニングの必要性を認識している看護師が大多数であった。また、自殺未遂患者の看護はやっかいで、理解・共感を行うことは困難であるとする看護師が多かった。

議論を進める前に、この研究の制限について述べておく必要がある。看護師の選択において、ウェブを利用したために、看護師全体には一般化することはできない。また、実際の自殺企図患者への接触の頻度等について調べていないため、その影響を本研究では考慮していない。また、USP スケールの日本語版においては、妥当性の検討が行われていない。しかしながら、本研究において Chronbach α は 0.702 と良好な結果が得られており、オリジナル研究と同等の結果である (Chronbach $\alpha = 0.74$) (1)。

このような制限があるにも関わらず、本研究からは現況を知り、今後の看護師に対する教育において重要な情報が得られた。精神科病棟看護師は、他部署と比較して USP トータルスコアは低く (より positive)、また、USP 下位項目で 4 項目 / 11 項目で positive (共感的) に感じていた。また同様に、精神科経験のある看護師は、非経験看護師と比較してトータルスコアは低く (より positive)、5 項目 / 11 項目で positive に感じていた。さらに、精神科病棟看護師ならびに精神科経験のある看護師は、自殺未遂患者に対するスキルトレーニングをよ

り受けてきたと感じていた。したがって、自殺企図症例に対する negative な対応・態度は、自殺・自殺企図に対する知識の欠如によることが一因として示唆される。米国においても同様な研究で、知識の欠如が negative な対応・態度の原因の可能性が示唆されている(2)。

USP スケールにおいて男女比があり、男性看護師の方が、女性看護師よりも自殺企図患者に対して positive (共感的) に感じていた。Samuelsson らの報告(1)によれば、女性看護師の方が自殺企図患者に対して positive に感じており、本研究との差異が認められる。Samuelsson らの研究では、自殺企図症例を扱う精神科看護師を対象としており、対象による差の可能性はある。

USP を使用したオリジナル研究では(1)、トータル USP スコアは 21.3 ($n=197$, $SD=4.7$)であり、スウェーデン看護師の方が自殺企図患者に対して positive (共感的) な態度である。オリジナル研究は精神科看護師を対象としているため、本研究の精神科病棟看護師 (平均スコア 26.6, $SD=4.3$) と比較したとしても同様である。この差の原因ははっきりとはしないが、オリジナル研究では自殺企図症例を扱う精神科看護師を対象としており、本調査の対象は一般精神科病棟看護師と推定されるため、その差による可能性がある。あるいは、文化間での違いが影響しているかもしれない。

もう1つ興味深い点は、救急・ICU 看護師は一般病棟看護師と比較して、