院内研究発表・研修

入　賞　研　究
（４例）

苛立ち・空腹感を主訴とする長期隔離患者へのアプローチ

～本人の意思に配慮した看護援助・個人作業療法がもたらした効果についての一考察～

医療法人恵生会　南浜病院　4階病棟
○渡辺　達生　高橋　清史　藤田　直

Key Words
長期隔離　個人作業療法　援助関係

はじめに

現在精神科医療において、行動制限最小化への取り組みが活発となっている。その中で慢性期の長期隔離についても多くの報告があり、重要な課題の一つである。本症例は、慢性期閉鎖療養病棟において空腹感に絡んだ妄想、幻聴による不穏状態・他害が危惧され、長期隔離を余儀なくされている。この症例への看護に加え、病棟作業療法士による個人作業療法（以下個人OT）も開始となり、より積極的な関わりができるようになった。担当看護師と症例との援助関係の変化と、個人OTの実践による変化について分析し、以下に報告する。

Ⅰ．研究目的

本症例の症状の安定に着目し、今後の行動制限緩和に向けた取り組みへの一助とする。

Ⅱ．研究方法

1．研究期間：2年

2．事例紹介：A氏、50代、男性、統合失調症

地元国立大学を卒業。県外電気会社に就職するが欠勤が続き、2年弱で退職。帰省し、抑うつ状態にて精神科病院へ初回入院となった。以後易怒性、両親への暴力、体重の増加等あり当院で入院加療中。現在入院期間22年。開放病棟で療養していた時期もあったが、近年は空腹感に絡んだ妄想・幻聴が著明で苛立ち、長期に亘り隔離状態で頻回に頓服薬を希望し服用していた。職員付き添いにて集団での作業療法に参加するが、安定した習慣的な参加は困難であった。

3．介入方法

1）看護師の対応として可能な限り迅速、受容的に接すると共に、本人の意思に配慮した室内持込み品の充足と間食の提供方法等の要望について繰り返し話し合いを持った。また「体重増加と生活習慣病」について自覚を促す働きかけを行った。

2）病棟作業療法士による机上での活動を中心とした個人OTを週2回、定時に面談室や自室前等、他患の影響の少ない場で本人の興味のある活動を提供した。苛立ちや妄想が顕著であった場合は自室内での音楽鑑賞やストレッチ、車椅子乗車での院内散歩を選択し、現実的な刺激による症状の軽減を図った。

4．分析：

1）1日の不穏時薬（ロラゼパム）、空腹時薬（クロルプロマジン塩酸塩）の服用量を集計し、月毎の平均値を算出、グラフ化した。

2）評価期間前の新薬の導入、空腹時薬の1回用量の変更、本症例の自傷行為の抑制を考慮し、その影響の少ない基準値を決定。一元配置分散分析・ダネットの多重比較検定をパソコンソフトGraph Pad Prismを用い、基準値と各月の平均値に差があるか有意水準0.1%で検定を行った。

3）前・中・後期に分類し、経過をまとめた。

5．倫理的配慮

研究結果は本研究以外に使用しないこと、結果公表の際は個人が特定できないよう配慮することを本人、家族に説明し、同意を得た。

Ⅲ．経過と結果

1．経過

1）前期（1～9ヶ月）

日常では空腹感の訴えが多く、食事やコーラが盗まれた等の妄想や幻聴と、それに伴う苛立ちが多く観察された。過度の要求に対応できないことを伝えると怒声をあげる、ドアを激しく蹴る等の行為が観察されたが、繰り返し本人と話し合いを持った。

個人OT場面では、6ヶ月目で個人OTが開始となり、会話の中で数学、パソコン、将棋に興味が高い様子が

うかがえた。

2）中期（10～17ヶ月）

日常では上記１）同様の様子が観察された。加えて「栄養が不足しているから血糖を測って欲しい」との訴えも聞かれ希望時に血糖値測定を行うこととした。この時期より読書や書き物で過ごす時間が多く観察された。

個人OTでは数学の問題を中心に提供すると、約１時間集中し空腹感を訴えずに過ごされることもあったが、頻回に苛立ちや強い空腹感を訴えていた。

3）後期（18～24ヶ月）

妄想や幻聴は残存するものの、空腹による苛立ちは軽減され、生活習慣病にはなりたくないと空腹の欲求を自制する場面が見られるようになった。

個人OTではパソコンでの将棋ゲームや担当作業療法士との将棋を中心に提供すると、空腹感の訴えはあるものの、苛立ちを職員へ向けることはほとんどなかった。

2．結果

検定の結果、空腹時薬については４ヶ月目以降、不穏時薬については5ヶ月目以降から服用量が有意に減少した。（図１）

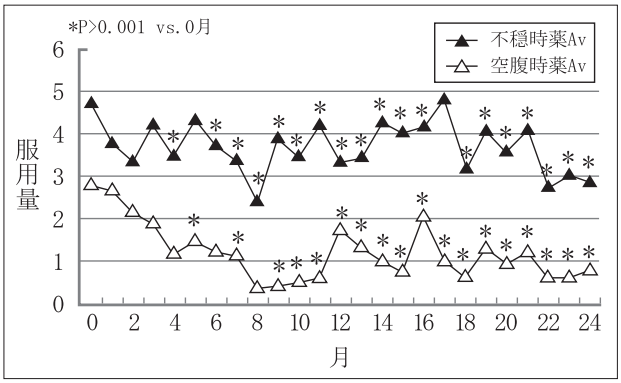

図１　１日の空腹時薬、不穏時薬の服用量平均

Ⅳ．考　察

「没我性は、ひとが生まれ、育ち、日々の生活を送るなかで、どうにもならない悲しみや痛みを超える力を秘め、ひとを癒す。」[1]と言われている。室内持込み品の充足や個人OTにおける好きなことに没頭する時間を持つことが、苛立ちを軽減させたのではないかと推測される。また山根[2]は「「私である身体」に違和感や異常が生じたときには、意識して身体を使い、自ら外界に働きかけ、その働きかけに応じた外界からの反応を感覚・知覚することにより、「私」を取り戻すことができる」とも述べている。作業療法士によるストレッチ、院内散歩は「現実的な刺激」として本人が妄想という非現実的な感覚から自分を取り戻す糸口となったのではないかと推測される。

高見ら[3]は「患者に孤立感を与えないような温かい態度で接することや声をかけること、十分に説明し必要な情報を提供することが隔離室での必要な看護であり、患者にとって安心できる看護である。」と述べている。本人の意思に配慮した援助が孤立感を軽減させ、安心感に繋がったと考えられる。また宮本は[4]「看護師が患者との相互作用を絶やさず、患者の態度や言動から援助の必要性について常に吟味し、可能な限り患者と確認しあうことによって、援助が安定的に維持されるようになる。」と述べている。担当看護師、担当作業療法士それぞれによる継続した個別の相互作用が、援助関係を成立させたと考えられる。そうした援助の安定と先に述べた安心感が苛立ちや空腹感を減少させ、更には生活習慣病という疾患への現実的な受容と理解を促し、空腹の欲求を自制することにも繋がったのではないかと推察される。

Ⅴ．おわりに

本人の意思に配慮した看護援助、個人OTによって苛立ちや頓服薬服用量の減少に至った。今後、本人のニーズに配慮した対応をチームで多角的に継続して実践していけるかが、今後の課題であると考える。

引用・参考文献

1）山根寛：ひとと作業•作業活動（第２版）、三輪書店、p80、2005.

2）前掲書１）、p49.

3）高見智子他：隔離室入室中の患者が安心できる看護、日本精神科看護学会誌、51(1)、p29、2008.

4）日本精神科看護技術協会監：看護実践/看護倫理、実践 精神科看護テキスト(1)、精神看護出版、p54、2007.

外来待ち時間における満足度調査報告（第一報）

～アンケート調査を実施して～

医療法人恵生会　南浜病院
○石山　文美　　塚田　智恵
安達　朝子　　羽賀健志朗

Key Words
外来　待ち時間　満足度

はじめに

当院の外来診療は現在完全予約制となっている。しかし待ち時間に対する問い合わせ、苦情は日々絶えない。

そこで今回、待ち時間とそれに対する満足度を調査し、関連性を明らかにしたいと考え、外来利用者にアンケートを実施したので報告する。

Ⅰ．研究目的

外来待ち時間における利用者の満足度を調査し、改善点を見出し医療サービスの向上を図る。

Ⅱ．研究方法

1．調査期間：2012年11月のうち 2 週間
2．対 象 者：当院再来の方で診察を受けた方
3．実施方法：アンケート調査
4．集計方法：Microsoft Excel 2010にて集計し、予約時間からの待ち時間とその満足度を曜日別に比較する。また、予約時間からの待ち時間とその満足度の散布図を作成し、回帰直線および相関係数を算出する。さらに、自由記載より満足度に影響を及ぼす要因を探る。

Ⅲ．倫理的配慮

アンケート用紙は個人が特定できないようにしたうえで、同意が得られた方のみ提出していただくこととした。

Ⅳ．結　果

1．アンケート配布枚数：239枚
　回答数：236枚　回収率：98.7%
2．基本属性
1）性別：男性106名、女性121名、その他 1 名、無回答 8 名
2）年代：10代 8 名、20代28名、30代62名、40代44名、50代47名、60代28名、70代14名、80代 1 名、無回答 4 名
3．曜日別待ち時間と満足度の比較

表 1　曜日別満足度　　人（%）

	不満	やや不満	普通	やや満足	満足	無回答	合計
月	10 (14%)	14 (20%)	31 (44%)	2 (3%)	9 (13%)	4 (6%)	70 (100%)
火	4 (12%)	5 (15%)	18 (53%)	2 (6%)	2 (6%)	3 (9%)	34 (100%)
水	11 (15%)	17 (23%)	27 (36%)	5 (7%)	13 (17%)	2 (3%)	75 (100%)
木	3 (8%)	0 (0%)	16 (43%)	7 (19%)	10 (27%)	1 (3%)	37 (100%)
金	2 (10%)	2 (10%)	12 (60%)	0 (0%)	2 (10%)	2 (10%)	20 (100%)
総計	30 (13%)	38 (16%)	104 (44%)	16 (15%)	36 (15%)	12 (5%)	236 (100%)

表 2　曜日別予約時間からの待ち時間　　（分）

	平均	標準偏差	最大値	最小値	全体と比較した検定
月	25.6	28.3	120	－ 30	p＜ 0.05
火	17.2	22.0	70	－ 35	有意でない
水	23.4	30.6	110	－105	p＜ 0.05
木	－ 0.7	19.6	30	－ 80	p＜0.001
金	－ 2.3	25.3	40	－ 60	p＜ 0.01
総計	17.5	29.0	120	－105	

表 1 より、曜日により満足度に偏りがあり、特に受診者数の多い月曜日と水曜日は「不満」「やや不満」が他の曜日よりも多いことがわかった。表 2 からは水曜日、月曜日、金曜日の順に待ち時間の標準偏差が大きく、また t 検定においても待ち時間の平均が曜日によって有意に差があり、患者の待ち時間に差があることがわかった。

4．予約時間からの待ち時間とその満足度

予約時間からの待ち時間を x 軸（分）、満足度を y 軸（1 ＝不満、2 ＝やや不満、3 ＝普通、4 ＝やや満足、5 ＝満足）とした散布図を作成し、回帰直線および相関係数を算出した。

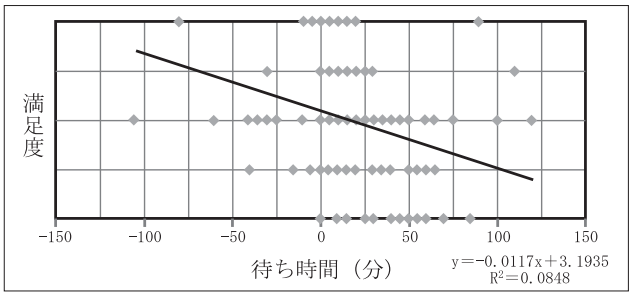

図１　予約時間からの待ち時間と満足度の相関

回帰直線より、患者に待ち時間が「普通」と評価されるには待ち時間を12分程度とすることが求められていると推測された。（ｙ＝－0.01ｘ＋3.19のｙに３をｘを求めた。）

次に、相関係数を求めたところ0.08であり、スピアマン順位相関係数有意性検定表より、予約時間からの待ち時間と満足度は相関が低く、単純に待ち時間だけが満足度に影響しているわけではないことがわかった。そこで考えられる要因をほかの調査項目や自由記載から探ることとした。

5．自由記載や調査項目からの調査結果

まず、自由記載において、「早く診察をして早く薬を出してほしい」「診察時間通りに呼んでほしい」「仕事や学校に早く行きたい」などの記載がみられた。調査項目からも「不満」「やや不満」と回答している人（68人）のうち半数以上（39人）は、「早く診察を受けたいから」早く来院していると回答している。また、「早く診察を受けたいから」と回答している人とそうでない人の予約時間から診察までの待ち時間と満足度の散布図を比較したところ、回帰直線から求められる「普通」と評価される待ち時間が、「早く診察を受けたいから」と回答している人が2分なのに対しそうでない人は35分であり33分の差があった。

次に、自由記載において「バスの本数を増やしてほしい」「待ち時間が長いとバスの乗り遅れが心配になってしまう」との記載があった。調査項目からも「不満」「やや不満」と回答している人（68人）の約３分の１（20人）は「家族の送迎の都合」または「バスや電車の都合」で早く来院していると回答している。また、早く来院する理由に「家族の送迎の都合」または「バスや電車の都合」と回答している人とそうでない人の、予約時間から診察時間までの待ち時間と満足度の散布図を比較したところ、回帰直線から求められる「普通」と評価される待ち時間は「家族の送迎の都合」または「バスや電車の都合」と回答している人が２分なのに対しそうでない人は19分であり、17分の差がみられた。

さらに、「予約に関係なく来た人からなのが不満」「早く来ても後から来た人がどんどん先に入る」「番号札が順不同なのでいつ呼ばれるかわからない」「自分の診察は５分で終わるのに前の人が長いのが困る。」などの予約システムの不明確さおよび周知の不徹底に関する意見が見られた。

Ⅴ．考　察

今回の調査結果より、「予約時間からの待ち時間」のみが単純に満足度に影響をしているわけではないことがわかった。

満足度に影響していると推測される要因として、考えられることを以下にまとめた。

まず、早く診察を受けたくて来院している人や公共交通機関および家族の送迎の都合で早く来院している人が待ち時間を「普通」と評価する時間は、そうでない人に比べ短く、予約時間をシビアに捉えている傾向があった。仕事や学業を持ちながら外来通院治療を受けている人が増えたことや公共交通機関の不便さが、帰りの時間に対する焦りとなり、満足度に影響していることが考えられる。

また、曜日による患者数の偏りにより、スタッフの十分かつスムーズな対応および事務処理ができていないことが待ち時間へ影響しており、患者の不満とつながっていることが考えられる。

さらに、予約システムの不明確さおよび周知の不徹底による待ち時間の見通しのなさが満足度に影響していることが考えられる。

Ⅵ．結　論

１．単純に待ち時間だけが満足度に影響しているわけではない。

２．曜日による受診者数の偏りや予約システムの不明確さおよび周知の不徹底が満足度に影響している可能性がある。

参考文献

１）春山外科病院「外来待ち時間調査」：www.haruyama-hosp.com/kohoshi/gairaimachi07.pdf

２）苫小牧市立病院「平成21年度外来待ち時間満足度調査」：www.city.tomakomai.hokkaido.jp/cityhp/sirase/H21gairaityousa.pdf

アンケート調査から見えた職員の退院に対する意識変化

～退院支援アセスメントシートを用いて～

医療法人　恵生会　南浜病院
○池田　千尋　伊藤　千春　古田　孝子

Key Words
退院支援　チーム医療

はじめに

精神医療保健福祉の在り方が問われる今、当院でも３つの目標が掲げられた。①急性期治療と地域ケアの充実と連続性②地域に貢献できる病院③生物・心理・社会的な包括的治療の実践である。その中で私達が意識しなければならないことの一つとして、病院も患者様も地域の中にあるということ。その為には再入院を繰り返さず、地域の中で生活を続けていく為に、より最適な支援を受けることが必要であり、看護者にはその退院コーディネート力が求められる。しかし、退院前訪問や支援など、その必要性を把握し、支援を具体化していくことは容易ではなく、また看護師個々のスキルや経験によっても差が生じているのが現状である。入院時から患者が地域に戻ることを視野に入れた関わりや支援の検討をアセスメントしていくことが必要と言える。

そこで今回、対象に必要な支援を見出す為のツールとして退院支援アセスメントシートを作成。また使用前後にアンケートを実施し、スタッフの意識変化についてまとめた為、ここに報告する。

Ⅰ．用語の定義

退院支援とは、患者様が適切な医療を受け、退院後も安心して療養生活を継続できるよう、入院時から様々な準備をすること。

Ⅱ．研究方法

期間：2012年11月から2013年２月
対象：病棟看護師17名（精神一般）
精神一般病棟患者層：統合失調症26名（うち、５年以上の長期入院者23名）、軽度認知症３名、気分障害23名、パーソナリティ障害３名（２週間～１か月程の休息入院者）身体表現性障害１名

アンケート対象の看護師の年齢は、20代が６名（43%）、30代が３名（19%）、40代が４名（25%）、50代が２名（13%）、60代が１名（６%）。経験年数は、１～５年が８名（50%）、６～10年が２名（12%）、11～20年が４名（25%）、21年以上が２名（13%）。所属年数は１年未満が６名（38%）１～３年が９名（56%）、３年以上が１名（６%）であった。

方法：

①当病棟オリジナルの退院アセスメントシートを作成。内容は、データベース、現状整理、問題の明確化、支援内容の選定・役割分担の４枚綴りとした。
②退院支援に関する個々の意識を調査するため、自作のアンケート用紙を作成。
③①のシートを使用する前後で②のアンケート調査を実施。
④結果は単純集計し、前後を比較してシートを使用したことでの看護師の意識変化について評価した。
⑤アセスメントシート導入前のアンケートの回収は当病棟看護師17名、導入後は16名で、回収率は前100%、後90%で分析対象は16名とした。

Ⅲ．倫理的配慮

調査対象者に対し、データを研究目的以外には使用しない事、個人を特定することのないよう集計する事を説明し、アンケートの回収をもって同意を得た。

Ⅳ．結　果

１．退院支援の自己認知

「退院支援が何かを知っていますか」については、“まあまあ知っている”が前53%から後75%、“どちらともいえない”が前47%後25%であった。

「退院支援が必要だと思いますか」については、“よく思う”が前53%後62%、“まあまあ思う”が前35%後23%、“どちらとも言えない”が前12%後15%であっ

た。

2．退院支援対象者の選定

「退院支援が必要な患者が分かりますか」については、“よくわかる”が前０％後15%、“まあまあわかる”が前71%後54%、“どちらとも言えない”が前29%後31%であった。

3．退院支援の介入時期

「退院支援を考える時期はいつだと思いますか」については、前は回答にばらつきがあったものの、後は入院時、本人・家族から退院の希望があった時に回答が集中していた。“入院時”は前も後もパーセンテージが一番高かった。

4．退院支援を中心に行う者

「退院支援を中心に行うのは誰だと思いますか」は“受け持ち看護師”の回答が前94%後94%で差はなかった。

5．アセスメントシートの必要性

この項目についてはアセスメントシート導入後にのみ調査を行った。「アセスメントシートは有効だと思いますか」については、“よく思う”が19%、“まあまあ思う”が44%、“どちらとも言えない”が５名31%、“未回答”が６％であった。

使用感としては“受け持ちでありながら知らないことがたくさんあった”“本人・家族の思いを改めて見直すことが出来た”“一人では思いつかなかった退院への課題をみつけることができた”等前向きな意見が聞かれた一方、“担当看護師だけでは限界がある”“他部署との連携を密にしていかなければならない”“シート記載までに時間がかかってしまった”等今後への課題も多く聞かれた。

Ⅴ．考　察

結果４の質問に９割以上が“担当看護師”と回答しているように、担当看護師が中心となり、退院のコーディネートをしていかなければならないことは確かであるが、アセスメントシートを記載していく過程で各スタッフが他部署から得なければならなかった情報も多く、その時点で情報共有が不十分であったことも事実である。

西尾[1)]は「複数のチームスタッフで活動した方が、支援に有効な情報が多く得られるというだけでなく、職種の違いや臨床経験をした場の違いがあるからこそ生まれるアセスメントには多面的な理解と解釈が、そして各職種のもち味を生かしたケアを臨機応変に適用できることが、チームアプローチのメリットである」と述べており、地域の中で生活していた患者が、退院後再び地域に戻ることを視野に入れてアセスメントすることが必要であり、他職種の連携なくしては各患者に合った適切な退院コーディネートは図り得ないといえる。また、他職種によるチームアプローチは、個別で行う支援より専門性を効果的に発揮することができると考えられ、それぞれの職種がそれぞれの視点に立って情報収集し、共有していくことが患者理解につながり統合的な退院コーディネートにつながっていくと考えられる。

今回のアンケート調査では、数字上は大幅な意識変化は見られなかった。しかしアセスメントシートを活用し、受け持ち患者の再アセスメントをしてもらうことで、今まで曖昧だった部分の明確化や患者をより知れたという意見が多く聞かれ、個々に意識変化はあったと思われる。

アセスメントシートを記入してもらったことで、多少の意識変化には繋がったが、具体的な活用には至っておらず、必要な支援を見出すためのツールとしては課題が残る結果となった。

Ⅵ．結　論

- 他職種それぞれの視点を共有し、アセスメントしていくことが統合的な退院コーディネートに繋がっていく
- 今後、スタッフ一人ひとりがコーディネーターとしての意識を持つことが重要である

謝辞

本研究を行うにあたり、ご指導、ご協力いただいた病棟スタッフの皆様へ深く感謝いたします。

引用・参考文献

1）西尾雅明：ACT入門‐精神障害者のための包括型地域生活支援プログラム、金剛出版、35、2004

老年期を迎えた精神障がい者における死に対する態度

死に対する態度尺度（DAP）の短縮版を用いて

医療法人恵生会　南浜病院　総合支援室
○皆川　春香　池　　裕子　吉川　牧子

Key Words
死　老年期　精神障がい者

はじめに

近年、「無縁社会」「孤独死」という言葉がメディアで注目されている。日本放送協会（以下NHK）によると孤独死に至った数は年間３万２千人とも言われている[1)]。その要因は様々であるが、社会との繋がりが希薄になった現代では、誰にも看取られずに亡くなる方が増えている。そんな中、死の準備教育やエンディングノートの作成など、死に対して事前に準備する取り組みも増えている。

患者の死に立ち会う中で、本人の意思が尊重されているとは言い難い終わり方に、精神保健福祉士（以下PSW）として無力感を覚える。誰に引き取ってほしいか、どこに埋葬してほしいか、それぞれの想いがあっただろう。また、精神障がい者は、継続的に医療を受け、支援関係も長期に渡る。しかしながら、互いに死について触れずにきたことは、関わりにおける反省点と感じている。

今回、死の受容という観点から、死に対する態度尺度（以下DAP）の短縮版を用いアンケート調査を行った。PSWとしての関わりに活かす為のヒントが見つかったので、ここに報告する。

Ⅰ．研究の方法

１．研究期間
20XX年Y月～20XX年Y月＋３ヵ月

２．研究対象
当院外来患者で60歳以上の統合失調症患者のうち、共同住居もしくは訪問看護利用者で単身生活を送る者25名。

３．研究方法
Gesserらが作成し、河合らが日本語版を作成したDAP 21項目から、針金らが開発したDAP短縮版を用いた[2)]。
各項目は「そう思う」から「そう思わない」までの５件法で、５～１点を与えた。下位次元の構成項目は「死の恐怖」「積極的受容」「中立的受容」「回避的受容」とした。
測定方法は下位次元項目の４つを従属変数とし、「性別」「年齢」「過去１年間の死別体験の有無」「主観的健康感」「身体合併症の有無」「居住形態」を独立変数として、ｔ検定を実施した。

４．倫理的配慮
調査対象者には研究目的や匿名性を明記した同意書を作成し、調査の協力に同意を得た。

Ⅱ．結　果

１．対象者25名中24名より回収（回収率96%）。
内訳は男性17名、女性７名。平均年齢68.8歳（標準偏差＝5.83）。

２．下位次元は各３項目で、DAP短縮版の下位次元の平均と標準偏差を表１に示した。

３．死に対する態度と諸要因の関係を、ｔ検定で検討したものを表２に示した。

表１　DAP短縮版の下位次元の平均と標準偏差

	平均	標準偏差	最小値－最大値
死の恐怖（n＝24）	9.36	3.56	3－15
積極的受容（n＝24）	7.21	2.9	3－13
中立的受容（n＝24）	10.8	3.15	4－15
回避的受容（n＝24）	6.8	2.87	3－12

１）年齢を２群に分け、差を検討。年代が高いと積極的受容（$p<0.05$）と回避的受容($p<0.01$）の得点が高く、特に回避的受容がより有意に高かった。

表２　死に対する態度と諸要因の得点（平均±標準偏差）　　注　*p＜0.05、**p＜0.01、***p＜0.001

	死の恐怖	有意差	積極的受容	有意差	中立的受容	有意差	回避的受容	有意差
性 別								
男　性 女　性	8.59±3.63 11.29±2.49	n.s.	7.53±2.57 6.43±3.46	n.s.	10.41±3.34 11.71±2.37	n.s.	7.29±2.29 5.57±2.13	n.s.
年 齢								
60～69歳 70歳～	9.33±3.27 9.42±3.82	n.s.	6.00±1.58 8.42±3.38	*	10.1±3.01 11.5±3.12	n.s.	5.17±2.11 8.42±2.60	**
主観的健康観								
健 康 群 非健康群	8.70±3.42 12.75±0.83	***	6.65±2.50 10.00±2.00	*	11.15±3.09 9.00±2.35	n.s.	6.45±2.75 8.50±2.50	n.s.
身体合併症								
あ　り な　し	8.62±3.58 10.27±3.31	n.s.	6.46±2.71 8.09±2.87	n.s.	10.85±3.35 10.73±2.89	n.s.	6.31±2.67 7.36±2.99	n.s.

２）主観的健康観を２群に分け、検討。主観的健康感が低いと、死の恐怖（p＜0.001）と積極的受容（p＜0.05）の得点が高く、特に死の恐怖においてより有意に高かった。

３）性別では有意差は認めなかったが、死の恐怖の得点が女性の方が高く、有意傾向(0.05＜p＜0.10)にあった。

Ⅲ．考　察

回収率の高さは、アンケート実施者が担当PSW又は訪問看護スタッフであるためと推測される。よって死に関する話題に答えることに拒否的ではなかったと結論づけることはできないが、関係性も重要なのではないか。

年齢が高く、主観的健康感が低いと、死への不安が高くなるという結果は、地域在住の60歳以上の男女を対象とした針金の先行研究[2]を支持している。針金は同様のアンケートを用いた研究において「高齢者個々人の死に対する態度を把握するためには（中略）各得点の高低の組合せによる態度の型を捉えることが有用である」[3]と述べている。老年期を迎えた患者にアンケートを実施し、態度の型を把握することも一つの方法だが、実際の現場においては難しい。しかし普段の面談場面から研究結果を考慮したアセスメントをし、特徴を予測することはできる。死を含めた将来に対する不安へのアプローチとして、死への準備教育やエンディングノートの作成等も効果的ではないか。

藤野・脇崎らは長期入院者に行った研究の中で「死について語った対象者は全て、このままの状況で死んでいくことに不安や後悔の念を表出していた」[4]と述べている。地域で生活していても、色々なサービスを受けながら生活していることに自己実現感を失い、半ば諦めている方もいるかもしれない。また疎遠であったり、病状の悪化を懸念し、親族の死を本人には知らせずにいたりと、死を身近に感じ、考える機会が持てずにいた方もいる。針金は「死に対する態度を多次元的に評価しておく必要がある」[3]と述べている。つまり、精神障がい者が抱える歴史、背景、現状も私達は考慮し、支援していかなければならない。

Ⅳ．まとめ

死を含めた将来について話す際は関係性を考慮しつつ、患者の歴史、背景、現状を踏まえ、多次元的に評価し支援すべきである。また死に対する態度から特徴を予測することで、今後のアプローチに繋げることもできる。これらは普段の支援と何ら変わらない。我々支援者は死に関する話題をとかく避けがちである。しかし死について話すことで、今後の人生をどう生きたいか考えるきっかけにもなり得る。人生の締めくくり方を共に考えることこそ、究極の生活支援ではなかろうか。

Ⅵ．引用・参考文献

１）NHK「無縁社会プロジェクト」取材班：無縁社会“無縁死”三万二千人に衝撃、文藝春秋、2010

２）針金まゆみ他：老年期における死に対する態度尺度（DAP）短縮版の信頼性ならびに妥当性、厚生の指標、56(1)、2009

３）針金まゆみ：老年期における死に対する態度と老いへの準備行動、2011年度博士学位論文、2011

４）藤野成美他:精神科病院に長期入院中である統合失調症患者が捉える老いの認識と自己の将来像、日本精神保健看護学会誌、Vol.19、2010

平成25年度　院内研修

開催期日		研　修　事　項	参加者数
4 月	9 日㈫	看護技術研修「緊急時の対応」（新規採用者） 防災研修	32名
	11日㈭・12日㈮	Evening Studies 「当院の今年度の目標と人権について」	211名
	25日㈭・26日㈮	平成24年度院内研究発表 （1階北・2階・3階・4階・5階病棟・デイケア科・外来・医事課・栄養科・総合支援室・作業療法科）	199名
5 月	10日㈮	24年度ケースレポート発表会	35名
6 月	5 日㈬	新規採用者1ヶ月目研修「精神保健福祉法・入院形態について」	35名
	20日㈭・21日㈮	Evening Studies 「業務上の注意点・精神保健福祉法の規程について」（行動制限最小化委員会）	137名
7 月	17日㈬	新規採用者3ヶ月目研修「KYT・薬剤について」	33名
	18日㈭	第1回プリセプター研修	14名
8 月	1 日㈭・2 日㈮	Evening Studies 「ICT活動内容」（院内感染防止対策委員会・ICT委員会） 「褥瘡予防と栄養状態の関係について」（褥瘡対策委員会・NST委員会）	138名
	22日㈭・23日㈮	Evening Studies 「退院支援について」（退院支援委員会） 「メンタルヘルスについて」（衛生委員会）	141名
9 月	13日㈮・26日㈭	Evening Studies 「転倒リスクの軽減および対策」（医療安全）	113名
10月	4 日㈭・5 日㈮	SSTリーダー育成研修 「演習やシナリオロールプレイを通じSSTの基礎理論と実際を学ぶ」	13名
	10日㈭・11日㈮	看護必要度（看護部）	88名
	15日㈫	新規採用者6ヶ月目研修「医療安全管理体制・チーム医療について」	33名
	17日㈭	第2回プリセプター研修	14名
	30日㈬	ケース検討会（2階病棟）	63名
11月	5 日㈫・6 日㈬	アシスタント研修 「スタンダードプリコーションの理解を深める」（院内感染防止対策委員会・ICT委員会）	34名
	7 日㈭・8 日㈮	Evening Studies 「拘束実施時の技術、留意点、精神的な影響について学ぶ」（行動制限最小化委員会）	126名
	18日㈭・19日㈮	Evening Studies 「インフルエンザ発生時の対応について」（院内感染防止対策委員会） 「車椅子座位保持時のシューティングについて」（褥瘡対策委員会）	118名
12月	5 日㈭・6 日㈮	看護計画 「NANDA」	105名
	16日㈪・17日㈫	心理社会療法 「当院の家族相談会とエンパワメント・ストレングス視点について」	101名
1 月	15日㈬・16日㈭	Evening Studies 「包括的暴力防止プログラム（CVPPP）について」（医療安全）	118名
2月	19日㈬・20日㈮	精神科救急病棟について	176名
	27日㈭	ケース検討会（5階病棟）	62名
3 月	12日㈬	新規採用者1年目研修「頓服薬の使用・交流分析・グループディスカッション」	13名
	17日㈪・18日㈫	精神保健福祉法改正について	119名
	24日㈪	平成26年度プリセプター研修	9名
	28日㈮・31日㈪	平成26年度新規採用者研修	16名