

体科医では7.8%であった。

②精神科診断名より現在の状態の重視

精神科診断名よりも現在の精神症状の状態を「重視する」「まあまあ重視する」とした者の割合は、精神科医の96.4%、身体科医も87.0%といずれも高い割合を占めていた。

③関連科医師（精神科医に対しては身体科医、身体科に対しては精神科医を示す）の意見の重視

身体科医師の71.4%が精神科医の意見を「重視する」と回答したのに対し、精神科医で身体科医の意見を「重視する」としたのは22.9%と有意な差異 ($p=0.000$ Fisher's exact test) が認められた。「まあまあ重視する」を加えると身体科医の94.8%、精神科医の80.7%となったが、全体的に精神科医の方がその重視の程度は低かった。

④身体疾患の重症度や治療内容を優先

身体疾患の重症度を「重視する」とした者の割合は身体科医45.4%、精神科医62.1%であった。「まあまあ重視する」とした者の割合を加えると85.7%と95.7%となったが、全体的には精神科医が身体疾患の重症度で判断するとした傾向が明らかであった。

⑤患者や家族の意見の重視

患者本人や家族の意見を重視するとした者の割合は、「重視する」「まあまあ重視する」とした者が身体科医では40.3%、精神科医は61.4%、「重視しない」「あまり重視しない」とした者は身体科医の26.0%、精神科医は8.6%であった。

⑥直接患者と会った上での判断の重視 (図6)

患者と直接会った上での判断を「重視する」「まあまあ重視する」としたのは、身体科医は約半数の

51.6%であったが、精神科医はほぼ全員(140名中139名)におよんだ。

3) 精神障害者が一般病棟に入院する場合の障壁についての4項目のアンケート結果について

①身体科への当該患者の精神状態についての情報不足

身体科医に対して患者の精神症状についての情報が不足していることが障壁となっているとした意見は身体科医の88.3%、精神科医の84.3%といずれも高く、両者ともに一致した認識が認められた。

②かかりつけ精神科医の協力不足

かかりつけ精神科医の協力不足を障壁の一つとした者の割合も同様であり、身体科医の67.6%、精神科医の62.9%で認識に大きな違いは見られなかった。

③協力科医師（精神科医に対しては身体科医、身体科に対しては精神科医を示す）の協力不足

精神科医の協力不足が「よく障壁になっている」「時に障壁になっている」と回答した身体科医の割合は39.2%であったが、身体科医の協力不足が障壁であるとした精神科医の割合は「よく障壁になっている」「時に障壁になっている」を併せて89.2%におよび、明らかな差異 ($p=0.000$ Fisher's exact test) が認められた。

④身体科看護スタッフの理解や協力の不足 (図7)

身体科の看護スタッフの理解や協力の不足が障壁であるとする者の割合は、「よく障壁になっている」「時に障壁になっている」を併せて身体科医では66.7%、精神科医は86.3%であり、精神科医の方がより障壁と考えていることが認められた ($p=0.000$ Fisher's exact test)。

4) 身体合併症のある患者の身体的な治療を相談される機会についての

印象についての2項目のアンケート結果

①他科医師からの相談が増えてきているとの実感の程度

84.8%の大学病院勤務精神科医が、程度の差こそあれ増えてきていると実感しており、それは経験年数が高い者ほど増えているとの実感を強くしていた。

②身体合併症を持つ患者の身体科的な治療の困難さについての実感の程度

一方で、身体合併症を持つ患者の身体科的治療を困難と感じている者の割合も84.8%と高く、こちらは経験年数での差異は認められなかった。

D. 考察

研究1. 一般病床における精神・身体疾患合併症例の対応に関する研究

久留米大学病院の一般病棟において精神科専門サービスの対象となった問題のうち最も多いのはせん妄であり、既存精神疾患に関する相談がこれに続いた。60代以下に限定すると既存精神疾患に関する相談が最多となった。既存精神疾患の内訳では感情障害圏、精神病圏の内因性精神疾患が多く、これらを合併しての一般病棟入院時の精神科専門サービスの需要が高かった。また、コンサルテーションとリエゾン回診という二つの精神科専門サービスが使い分けられており、せん妄や不眠はリエゾンサービスによる助言や指導、援助にて現場の医師、看護師で対応が可能と推察されたが、総数に答えるには週一回のサービスでは対応しきれないようであった。しかしながらサービスの拡充にはこの活動が無報酬で行われていることの障壁が最も高い。上述の内因性精神疾患に関しては専門医による直接的な評価、治療が必要とされており今後も増加する

可能性が考えられた。精神疾患合併患者のアウトカムは全依頼と比較し良好と言え、精神科病棟、病院への転科、転院もそれぞれ68例中5例、2例と少なく、適切な専門サービスが提供される限り既存精神疾患は一般病棟における治療への影響は最小限と考えられた。これらの調査結果に基づきコスト/ベネフィットを最小とする精神科臨床サービスのあり方について今後も検討を重ねる必要があると思われた。

研究2. 身体合併症を持つ精神障害者の一般病棟入院に関する意識調査
1) 対象者の属性について

今回、精神科医は11大学12講座の140名から回答を得た。今回同時に行った施設調査によると12講座に在籍して臨床にあたっている精神科医の総数は232名であることより、回答率は60.4%と推測された。

回答した精神科医の平均経験年数は12年を超えており、5年未満の者は20名(14.3%)に過ぎなかったのは、本アンケートの調査内容に鑑みて回答者については外来診療を行う者という条件をつけたことが反映したものと考えられた。また、身体科医の平均経験年数も19.7年と非常に高くなったが、これは講師および准教授に限定したことが影響したものと考えられた。

2) 身体科医と精神科医の判断の相違について

精神障害者の身体合併症治療においては、身体科医と精神科医との間で様々な判断の違いがあることが明らかとなった。

特に、精神科診断名を重視する度合いの差異は非常に大きく、身体科医は診断名に依拠する傾向が強かった。一方の精神科医は、診断名は殆ど重視せず、実際に患者と会って現

在の精神状態や本人、家族の意見なども勘案して入院先の病棟を決めようとする傾向が強かった。これは、精神科医に当然求められるあるべき姿勢であるし、専門医の役割そのものである。一方で専門医でない者が実際に会って判断するのは非常に困難であろうし、診断名によって判断がされるのはむしろ当然とも言えよう。

精神科医が身体科医は精神障害者の身体合併症治療に理解や協力が乏しいとする回答は、身体科医が精神科医の無理解や協力の乏しさを指摘する声の約2倍に及んだが、この意識の相違は判断する根拠の違いに依るところが少なくないものと推測される。精神科医は精神科診断名がしばしば状態像を示すことや、同一診断名でも患者の社会的機能に大きな差異があることを知っている。しかし、非専門医は診断名をもって、そのままその患者の社会的な機能を推測するしかない。合併症入院等に際しては、身体科医が我々の考える以上に精神科診断名に敏感であること、言い換えれば診断名のみを頼りに判断していることを改めて意識した上で対応しなければならない。

また、身体科の看護スタッフの理解の乏しさや協力の不足を障壁と考える意見は精神科医の9割近く、身体科医の3分の2以上にみられたことも今後を考える上で重要である。今回の調査で身体科医にとっての精神科診断名の持つ重みが改めて浮き彫りにされたが、看護スタッフにおいてはどうかを検討する必要がある。大学病院の日常診療において、看護スタッフの意見が一般病院以上に大きいことはしばしば語られることである。一方で精神障害者の身体合併症治療においては大学病院が負う役割もまた大きい。看護スタッフ

の非協力や理解の乏しさが実際にあるのであれば、介入すべき重要な課題と言えよう。

E. 結論

久留米大学病院における平成20年4月～9月の6ヶ月間の一般病床入院実数7532人のうち、何らかの精神科サービスの対象となったのは319人(4.2%)で、相談件数は70代までほぼ直線的な増加を見せ、相談の内容は予防を含めたせん妄が最も多く、101件(32%)、次いで既存の精神障害68件(21%)が続いた。最終的には自宅退院後の精神科通院を必要としなかった者が111人(35%)と最も多く、一方精神科病棟への入院を必要とした者は16名(5%)に過ぎなかった。適切な専門サービスが提供される限り既存精神疾患は一般病棟における治療への影響は最小限と考えられ、コスト/ベネフィットを最小とする精神科臨床サービスのあり方について今後も検討を重ねる必要があると思われた。

精神障害者の身体合併症治療のための入院においては、身体科医は診断名に依拠する傾向が強く、一方の精神科医は診断名を殆ど重視せず、実際に患者と会って現在の精神状態や本人、家族の意見なども勘案して入院先の病棟を決めようとする傾向が強く、身体科医と精神科医との間で判断の違いがあることが明らかとなった。また、身体科の看護スタッフの理解の乏しさや協力の不足を障壁と考える意見は精神科医の9割近く、身体科医の3分の2以上にみられたことも今後を考える上で重要である。

久留米大学病院では20年以上前から御用聞き形式のコンサルテーション・リエゾンサービスを行っており、他科との連携は比較的良好と考えら

れるが、それでも今回の調査では身体科医にとっての精神科診断名の持つ重みが改めて浮き彫りにされた。また、大学病院の日常診療において、看護スタッフの意見が一般病院以上に大きいことはしばしば語られることであるが、看護スタッフにおいてはどうなのかを検討することも重要な課題と言えよう。

文献

- 1) Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, et al. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health* 89:1328-1333, 1999
- 2) 三重野謙二, 中村純, 高向和宣, 他: 久留米大学におけるコンサルテーション・リエゾン医療. *精神医学*, 29:539-543, 1987.
- 3) Struening EL, Perlick DA, Link BG, et al. The Extent to Which Caregivers Believe Most People Devalue Consumers and Their Families. *Psychiatric Services* 52:1633-1638, 2001

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許所得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

資料 1-1

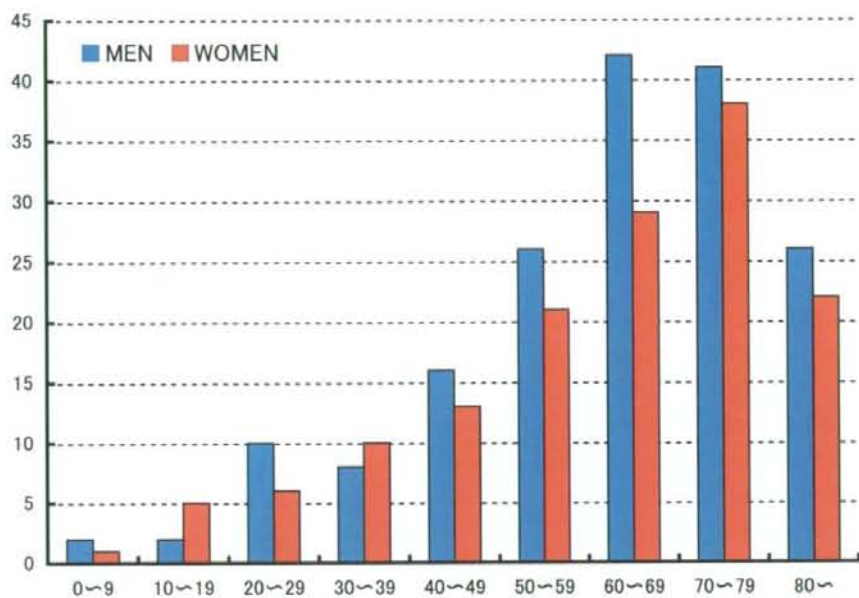


図 1：総相談者数の性別、年代別分布

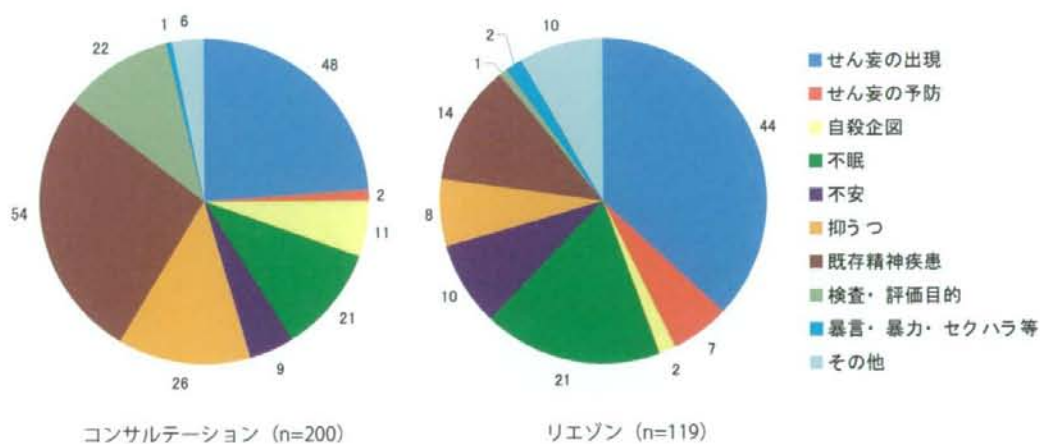


図 2：相談内容の内訳

資料 1-2

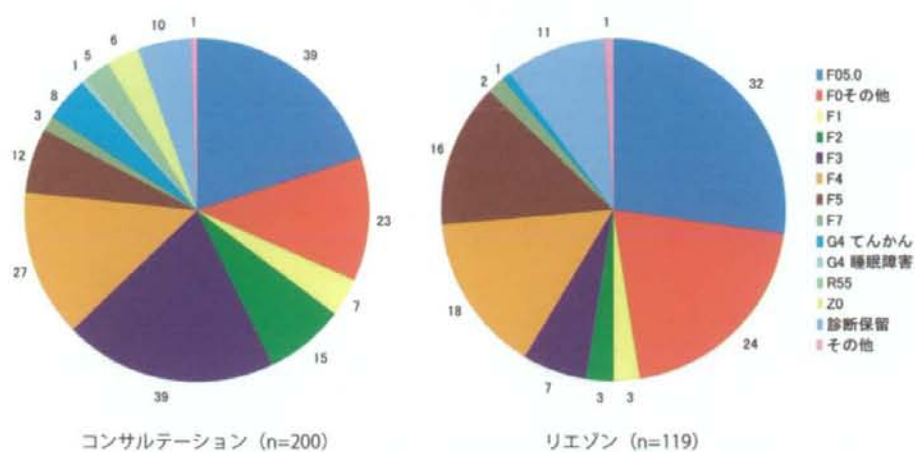


図3：疾患内訳 (ICD-10)

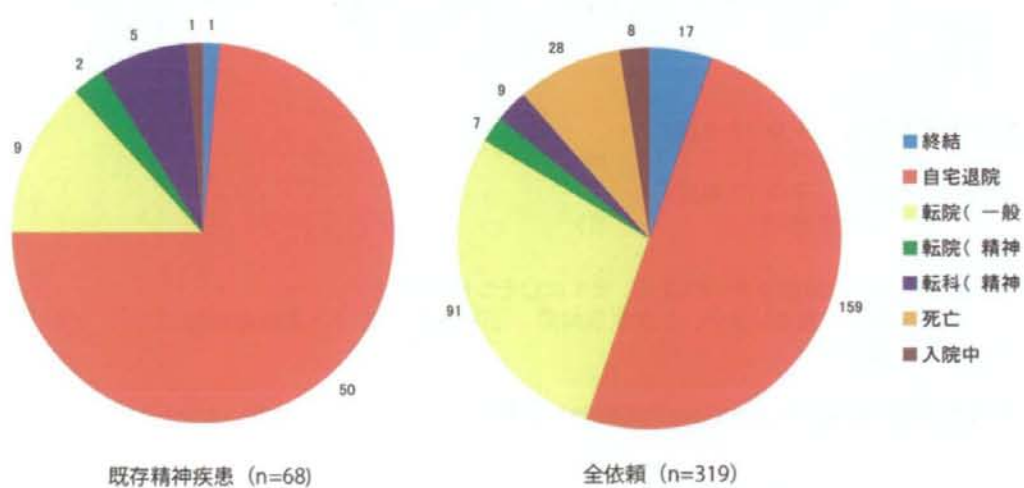


図4：身体治療におけるアウトカム

黒澤班 施設調査票

貴院および貴科につきまして、下記の情報をお教え下さい。

貴科名： _____ 大学 _____ 科
 ご記入いただいた先生のお名前： _____
 ご連絡先 お電話： _____ (_____) _____
 E-Mail： _____ @ _____

- 1) 全病床数 (_____) 床
- 2) 精神科病棟 全 (_____) 床 うち(閉鎖： _____ 床 開放： _____ 床)
- 3) 精神科外来実施日 (再来、予約を問わず、外来診療日に○をつけてください)

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	日曜
午前							
午後							

- 4) 上記の外来日あたりの外来担当医の数

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	日曜
午前							
午後							

- 5) 年間の新患者数 (平成 19 年度)
 総新患者数 (_____) 名
- 6) 年間の再来数 (平成 19 年度)
 総再来数 (_____) 名
- 7) 貴院に併設の施設がありましたら、全てに○をつけてください
 救命救急センター(1 次救急対応 2 次救急対応 3 次救急対応)
 緩和ケア _____ ホスピス _____
- 8) 大学病院で診療にあたっておられる精神科医の数(外来、病棟の別は問いません)
 (_____) 名

ご協力、誠にありがとうございました。

身体合併症のある患者さんに関するアンケート

精神科医としての経験 ()年目

男性 女性

担当の外来数()日*

*午前中のみや午後のみを0.5日、午前午後なら1日とさせていただきます。

日々の診療に際して、身体合併症のある患者さんの入院治療についての判断を求められることがしばしばあると存じます。そういったケースにつきまして、以下の質問について先生の考えに最も近いものに○をつけてください(先生の率直な忌憚のないご意見を是非お聞かせください)。

- 1) 身体合併症の入院治療を行う場合、他科病棟を使用するか精神科病棟を使用するかの判断を行う上で、以下の項目についてどのくらい重視しておられるかをお教えてください。

① 精神科の診断名によって判断する

重視する	まあまあ重視する	どちらともいえない	あまり重視しない	重視しない
------	----------	-----------	----------	-------

② 診断名よりも、現在の状態(他科入院への適応の程度など)で判断する

重視する	まあまあ重視する	どちらともいえない	あまり重視しない	重視しない
------	----------	-----------	----------	-------

③ 他科の医師の意見を聞いて判断する

重視する	まあまあ重視する	どちらともいえない	あまり重視しない	重視しない
------	----------	-----------	----------	-------

④ 身体疾患の重症度や治療の内容を優先して判断する

重視する	まあまあ重視する	どちらともいえない	あまり重視しない	重視しない
------	----------	-----------	----------	-------

⑤ 患者や患者家族の意見を聞いて判断する

重視する	まあまあ重視する	どちらともいえない	あまり重視しない	重視しない
------	----------	-----------	----------	-------

⑥ 直接患者さん本人と会って、精神状態を確認する

重視する	まあまあ重視する	どちらともいえない	あまり重視しない	重視しない
------	----------	-----------	----------	-------

- 2) 身体合併症のある患者さんが他科に入院される場合、以下の項目についてどのくらい障壁となっているかをお教えてください。

① 他科医師に対して、当該患者さんの精神症状についての情報が不足している

よく障壁になる	時に障壁になる	どちらともいえ ない	あまり障壁にな らない	障壁になら ない
---------	---------	---------------	----------------	-------------

② かかりつけ精神科医の協力の不足

よく障壁になる	時に障壁になる	どちらともいえ ない	あまり障壁にな らない	障壁になら ない
---------	---------	---------------	----------------	-------------

③ 他科医師の理解・協力の不足

よく障壁になる	時に障壁になる	どちらともいえ ない	あまり障壁にな らない	障壁になら ない
---------	---------	---------------	----------------	-------------

④ 他科の看護スタッフの理解や協力の不足

よく障壁になる	時に障壁になる	どちらともいえ ない	あまり障壁にな らない	障壁になら ない
---------	---------	---------------	----------------	-------------

⑤ 精神科医自身の、身体合併症についての知識の不足

よく障壁になる	時に障壁になる	どちらともいえ ない	あまり障壁にな らない	障壁になら ない
---------	---------	---------------	----------------	-------------

- 3) 身体合併症のある患者さんの身体科的な治療を相談される機会について、先生の御印象をお教え下さい。

① 身体合併症を持つ患者さんの身体科的な治療を行うにあたっての他科の医師からの相談は増えてきていると実感している

実感してい る	まあまあ実感し ている	どちらともいえ ない	あまり実感して いない	全く実感して いない
------------	----------------	---------------	----------------	---------------

② 身体合併症を持つ患者さんの身体科的な治療を行う上で、全体としてどのくらいの困難さを感じておられるか、お教え下さい。

かなり困難 と感じてい る	時に困難である	どちらともいえ ない	あまり困難でな い	困難と感じな い
---------------------	---------	---------------	--------------	-------------

ご協力、誠にありがとうございました。

精神障害を合併した患者に関するアンケート

日々の診療に際して、統合失調症やうつ病、躁うつ病などの精神障害を合併した患者さんが受診されることもあるかと存じます。そういったケースが貴科に入院される場合につきまして、以下の質問について先生の考えに最も近いものに○をつけてください(先生の率直な忌憚のないご意見を是非お聞かせください)。

1)入院にあたって貴科病棟を使用するか精神科病棟を使用するかの判断をされる場合に、以下の項目についてどのくらい重視しておられるかをお教えてください。

⑦ 精神科の診断名によって判断する

重視する	まあまあ重視する	どちらともいえない	あまり重視しない	重視しない
------	----------	-----------	----------	-------

⑧ 診断名よりも、現在の状態(入院への適応の程度など)で判断する

重視する	まあまあ重視する	どちらともいえない	あまり重視しない	重視しない
------	----------	-----------	----------	-------

⑨ 精神科医の意見を聞いて判断する

重視する	まあまあ重視する	どちらともいえない	あまり重視しない	重視しない
------	----------	-----------	----------	-------

⑩ 身体疾患の重症度や治療の内容を優先して判断する

重視する	まあまあ重視する	どちらともいえない	あまり重視しない	重視しない
------	----------	-----------	----------	-------

⑪ 患者や患者家族の意見を聞いて判断する

重視する	まあまあ重視する	どちらともいえない	あまり重視しない	重視しない
------	----------	-----------	----------	-------

⑫ 直接患者さん本人と会って、精神状態を確認する

重視する	まあまあ重視する	どちらともいえない	あまり重視しない	重視しない
------	----------	-----------	----------	-------

2)貴科病棟に精神障害を合併した患者さんが入院される場合、以下の項目についてどのくらい障壁となっているかをお教えてください。

⑥ 当該患者さんの精神状態についての情報の不足

よく障壁になる	時に障壁になる	どちらともいえない	あまり障壁にならない	障壁にならない
---------	---------	-----------	------------	---------

⑦ かかりつけ精神科医の協力の不足

よく障壁になる	時に障壁になる	どちらともいえない	あまり障壁にならない	障壁にならない
---------	---------	-----------	------------	---------

資料 2-5

⑧ 大学精神科の理解・協力の不足

よく障壁になる	時に障壁になる	どちらともいえ ない	あまり障壁にな らない	障壁になら ない
---------	---------	---------------	----------------	-------------

⑨ 看護スタッフの理解や協力の不足

よく障壁になる	時に障壁になる	どちらともいえ ない	あまり障壁にな らない	障壁になら ない
---------	---------	---------------	----------------	-------------

3) 貴科病棟に精神障害を合併した患者さんが入院される場合、困難とお感じになることはないでしょうか。以下の項目につきまして、先生のご実感に当てはまるもの全てに○をつけてください。

- a 患者さんの理解力が不明でインフォームド・コンセントが困難
- b 治療コンプライアンスが不良
- c 精神疾患への対応も求められる
- d コミュニケーションがとれない
- e 他の入院患者さんへの影響が懸念される
- f 特に困ることはない

4) 現在実施している精神科リエゾンについておたずねします

① 毎週金曜日の午後に、精神科医のチームがリエゾン回診をしていることを知っている

よく知っている	まあまあ知っている	あまり知らない	まったく知らない
---------	-----------	---------	----------

② リエゾン回診は貴科の入院治療を行うにあたって機能している

十分機能して いる	まあまあ機能 している	どちらともいえ ない	あまり機能して いない	機能していな い
--------------	----------------	---------------	----------------	-------------

5) 精神障害を合併した患者さんの貴科入院にあたり、必要とお考えの点や、精神科への要望などがありましたらご自由にお書きください。

ご協力、誠にありがとうございました。

図 5 精神科診断名を重視する割合

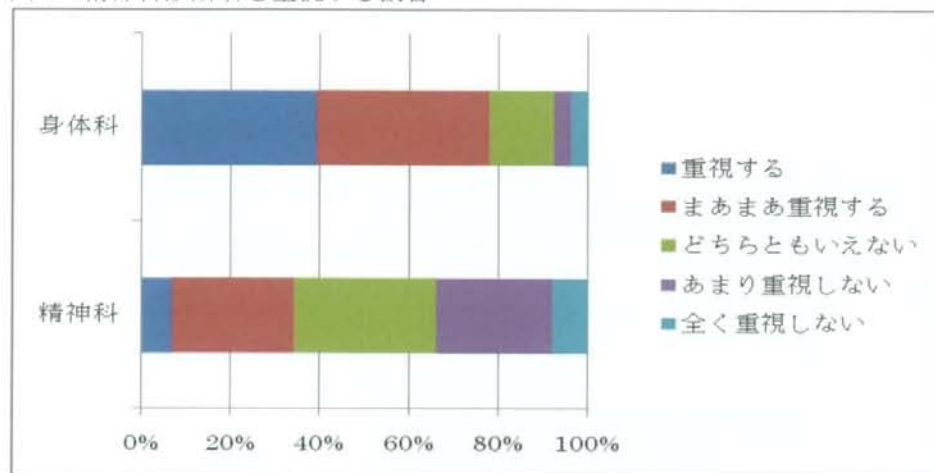
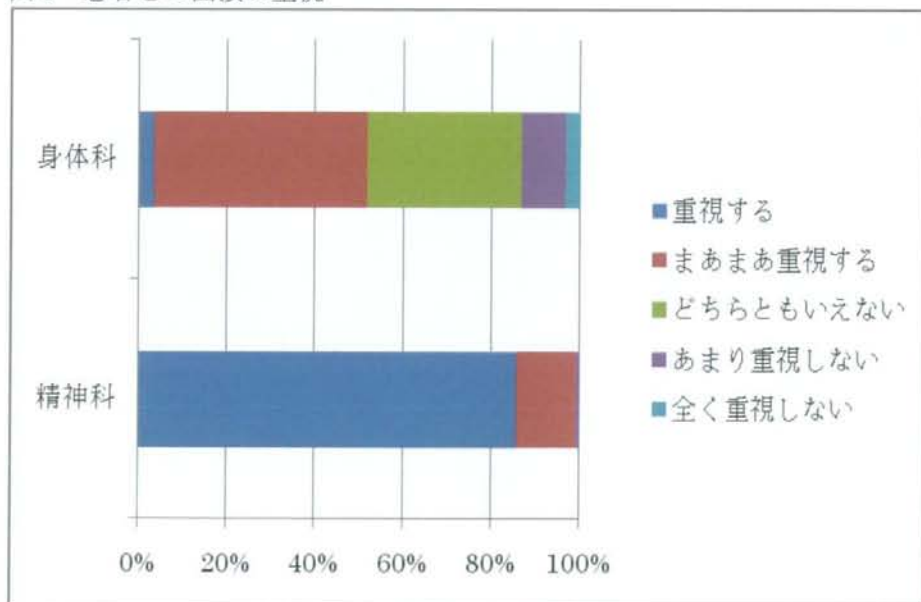
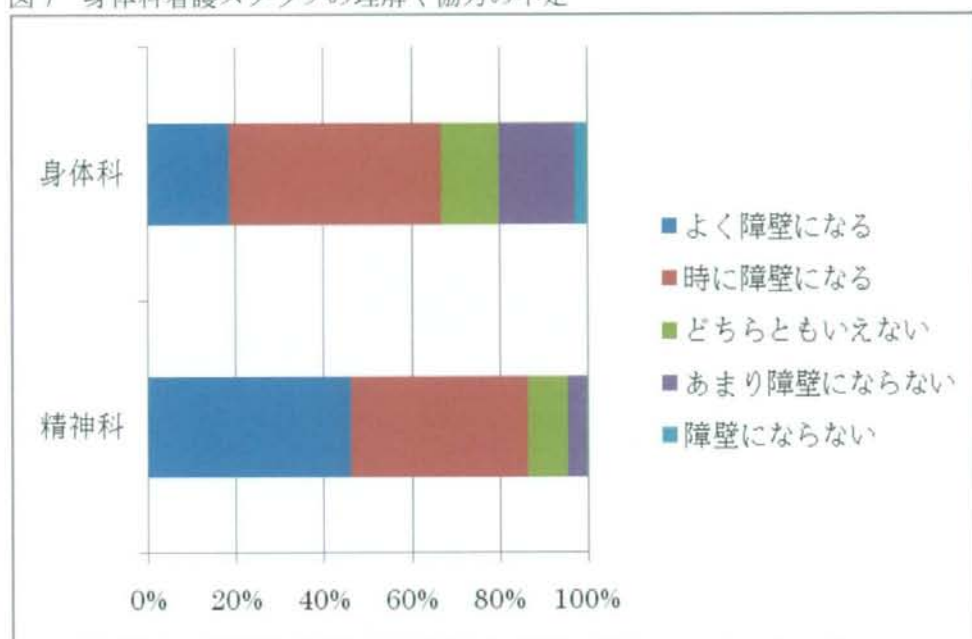


図 6 患者との面接の重視



資料 2-7

図 7 身体科看護スタッフの理解や協力の不足



平成 20 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： 合併症をもつ精神科入院患者に対する看護必要度の実態把握に関する研究

本研究では、身体合併症治療を行っている精神科病棟で、「看護必要度」に関するデータの収集を行い、精神病床で身体合併症治療・ケアを行う際に必要となる看護職員の配置数を検討することを最終的な目的とし、平成 20 年度から「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」に加わった。平成 20 年度では、「看護必要度」調査に関する調査項目の検討など、研究調査の準備に時間を要したが、A 公立病院身体合併症治療病棟 4 か所での調査を実施した（調査協力を依頼した大学病院 2 施設での調査は、倫理審査手続きの関係上平成 21 年 1 月での調査実施となる）。A 公立病院では、5 日間の「看護必要度」の評価項目での調査を実施し、調査期間の在院患者は計 141 名（男性 81 名・女性 59 名・未記入 1 件）、年代では 60 歳代が 3 割を占め、精神科での主な診断名では、4 病棟共に統合失調症・統合失調症型障害および妄想性障害が最も多かった。「看護必要度」については、特定集中治療室管理料の算定に用いられる「重症度」基準を満たす患者が 6 割から 8 割、ハイケアユニット入院管理料の算定に用いられる「重症度・看護必要度」基準の場合で 5 割から 7 割の患者が該当することが明らかになった。精神病床 15 対 1 入院基本料の看護人員配置で、身体治療・身体ケアに関する項目で評価した場合でも密な看護を必要とする患者が半数以上を占める現状に対応することは容易ではなく、超過勤務がどの程度発生しているのかを分析し、看護提供に必要な看護人員数について算定する必要があることが示唆された。

分担研究者：

福島県立医科大学看護学部 大竹眞裕美

研究協力者：

聖路加看護大学

萱間真美

東京大学大学院

福田敬

神奈川県立保健福祉大学

吉浜文洋

京都大学医学部附属病院

井上有美子

北里大学東病院

大西ひとみ

東京都立松沢病院

古田愛子

A 研究目的

身体疾患を合併した精神障害者の看護にあたる看護師の困難さや身体合併症医療の抱える課題を指摘する報告は存在するが、実際にどのような看護業務が行われ、どれくらの看

護量が必要となるのかを示す具体的データは得られていない。しかし、身体疾患を合併した精神障害者の場合、精神症状に伴う患者の問題行動に対応しながら身体治療・ケアを遂行しなくてはならず、実際は一般的

な精神科病棟よりも多くの人員を必要としている。

平成20年度の診療報酬改定において精神科身体合併症管理加算、精神科救急・合併症入院料が新設されているが、その内容が妥当であるのかを確認するためにも、身体疾患を併せもつ精神科入院患者が必要とする看護業務の内容や看護量についての具体的データの提示が必要となっている。本研究は、精神障害者の身体疾患の治療に際し、どれくらい看護が必要なのかを「看護必要度」の項目を用いて把握しようとするもので、調査結果は一般病床での調査結果と比較することが可能である。一般病床の基準と比較し、精神病床に対する入院基本料・看護職員配置数の基準が妥当なのかを検討することを目的とし、研究課題としては、以下の2つを挙げている。

研究課題1（平成20年度）：精神病床で入院治療をうけている精神疾患と身体疾患を併せもつ患者の「看護必要度」の実態を明らかにする。

研究課題2（平成21年度）：一般病床での身体疾患の治療・ケアと比較しながら、精神病床での身体合併症治療を行う場合に必要となる看護業務の内容の実態を明らかにする。

B 方法

分担研究班として加わることが決定した後、4月から調査協力の依頼を想定している医療機関3箇所の看護部長に主旨説明を行い、研究協力者の推薦を受け研究メンバーを確定させ、現在、精神科病床以外で使用されている「看護必要度」の評価基準を、精神科入院患者に用いる際の課題を話し合い、本調査での調査項目の検討を行った。

次に、精神病床で身体合併症治療・ケアを行う際に必要となる看護

職員の配置数を検討するため、資料1に示すような、看護職員の配置数・勤務時間数の把握を組み込んだ調査項目・調査方法の取り入れ、合併症をもつ精神科入院患者の看護必要度調査の研究計画書を作成し9月に分担研究代表者の所属施設にて倫理審査の申請を行った。

平成20年度に取り組む「研究課題1」については、次のような方法で調査を実施した。

① 精神病床以外で使用されている「看護必要度」の調査項目を、精神科入院患者に適用する際の判断基準・留意事項について、研究協力者と合同で検討した後、調査対象施設の研究協力者を介して当該病棟の評価者に調査方法の説明、入院患者についての基礎情報、「看護必要度」に関する項目の評価を実施。「看護必要度」評価は当該病棟の全入院患者について連続5～7日間の調査を行う。

② 収集した「看護必要度」に関するデータから、診療報酬で用いられている「重症度」「重症度・看護必要度」「一般病棟用の重症度・看護必要度」の評価項目での得点を計算し、ICU・HCU・7対1看護に該当した事例数を提示する。また、身体合併症の治療の有無で患者を分類し、看護必要度に関する結果を記述する。（倫理面への配慮）

「看護必要度」に関するデータ収集では、調査対象となる精神科病棟の実態を把握するため入院患者に関する基礎情報収集ではデータとして記録する際には記号と簡潔な表記を用い、連続する5～7日間での「看護必要度」の調査では、患者の判別はローマ字と番号を組み合わせたコードで行い、本研究で使用する調査データには患者の個人名の記載を行わず、コードの照合票と調査データは

別の電子媒体に保管した。

「看護必要度」に関するデータおよび入院患者に関する基礎情報の収集にあたっては、研究責任者が所属する施設での倫理審査を受け承認を受けた研究計画書を調査対象の医療機関に提出し、各医療機関が保管する「看護必要度」等のデータの使用、調査結果の厚生労働省への報告についての承諾を求めた。

調査協力を依頼する対象施設内での倫理審査の申請手続きを行い、A 公立病院身体合併症病棟では、11月に5日間での調査が承認され、B 大学病院からは11月下旬に調査実施の承認を得られ、精神科病棟（開放1・閉鎖1）での調査日程の調整を図り、1月中旬での実施、C 大学医学部附属病院での調査に関しても1月中旬での調査実施の承諾が得られた。

C 研究結果

A 公立病院は身体合併症治療病棟群を有する精神病院で、A 公立病院からの研究協力者が院内の関係者と協議し、表1に示す合併症治療を受ける患者が常に入院している4つの身体合併症治療病棟を調査病棟とし、平成20年11月17日～21日の5日間で看護必要度評価を実施した。

看護必要度評価の対象となった患者は合計141名（男性81名、女性59名、未記入1件）で、表2に年代別での内訳を示したが、60歳代が3割と最も多く、次いで70歳代、40歳代となっていた。調査期間に対象病棟に入院していた患者の精神科での主な診断名をみると図1のように、各病棟とも統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害が最も多いが、一般住民の入院にも対応するH01A病棟では、症状性を含む器質性障害が3割を占めていた。

また、対象となった患者の調査時

点での治療期間は、図2のように、1週間以内が30名と最も多く、次で8日～14日目の14名で、治療期間1か月以内が62名と全体の4割を占めていた。一方、全体の約4分の1となる36名は3ヵ月（13週）以上の治療期間となっており、病棟別に在院患者の治療期間を比較すると、H01D病棟では約4割にあたる15名の患者の治療期間が13週以上となっていた。表3は身体合併症治療患者が在院患者全体に占める割合を病棟別に比較したもののだが、H01D病棟だけが約7割となっていた。

「看護必要度」調査については、表4に特定集中治療室管理料の算定に用いられる「重症度」基準での該当数を示したが、A 公立病院の身体合併症治療病棟4か所全てで、5日間の調査期間を通じて「重症度」の評価基準を満たす患者が6割以上在院することは明らかになった。表5にハイケアユニット入院管理料の算定で用いられる「重症度・看護必要度」の評価基準を満たす患者について示したが、患者の5割以上が基準を満たしていた。一方、7対1入院基本料の算定で用いられる「一般病棟用の重症度・看護必要度」基準では、最も該当患者が多かった調査日でH01B病棟の35%に留まっていた。

D 考察

平成20年度報告は、A 公立病院の身体合併症治療病棟で行った精神病床で入院治療を受ける精神疾患と身体疾患を併せもつ患者の「看護必要度」調査の結果に留まるため、研究課題1についての全体的な考察は、B 大学病院精神科病棟およびC 大学医学部附属病院精神科病棟での看護必要度調査の結果を得てから行うことになる。

A 公立病院の調査結果では、主に

身体治療・身体ケアの面に関する項目で構成されている「看護必要度」で評価した場合でも、密な看護を必要とする患者が半数以上を占める現状にあることが明らかになった。コミュニケーションの問題や精神症状などにより、治療への抵抗を示す患者など対応の難しさに直面することが予想されるが、精神病棟 15 対 1 の入院基本料での人員配置で対応し、どの程度の超過勤務の発生しているのかを分析し、今後は、大学病院の精神病床での実態については、平成 21 年 1 月の調査結果と合わせ分析し、次年度は実際に合併症病棟での勤務経験をもつ看護師とのエキスパートレビューを加え、看護提供に必要な看護人員数について具体的な提言を行っていく必要がある。

また、現時点で得ている A 公立病院での調査結果をみると、H01D (内科系・閉鎖) 病棟だけが、身体合併症治療患者が全在院患者の約 7 割、治療週数が 13 週以上の患者は約 4 割と他の病棟と在院患者の構成に違いがみとめられる。A 公立病院は、精神障害者の身体合併症治療の基幹病院であり、身体疾患治療の専門医が常駐しない民間精神病院で重篤な身体疾患が発生した場合に、迅速な受け入れを期待される医療機関である。「看護必要度」の観点に加え、身体合併症治療病棟の効率的な病床利用という観点からは、どのような事情によって 3 割の患者が合併症治療病棟に留まっているのかを確認する必要がある。

(参考文献)

1. 嶋森好子・筒井孝子編集. マネジメントツールとしての看護必要度. 中山書店. 2007.
2. 岩澤和子・筒井孝子. 看護必要度第 3 版. 日本看護協会出版

会. 2008.

3. 秋山智弥. 安全で質の高い看護実践を保证するための看護必要度 京都大学医学部附属病院における看護必要度の導入と活用. 看護 2007; 59 (12) : 71-78.
4. 筒井孝子. 診療報酬制度における「看護必要度」利用の意義と今後の課題. 看護展望 2008; 33 (5) : 8-16.
5. 荒木美弥子・石掛恵子・磯野雪子他. 看護必要度導入に向けた看護職員研修の取り組み - 研修企画とオリジナルビデオ作成の実例. 看護展望 2008; 33 (5) : 17-21.
6. 秋山智弥. 新たな 7 対 1 看護必要度評価. 看護展望 2008; 33 (5) : 29-33.
7. 相原友直・斎藤百合枝・大竹眞裕美. 合併症ケアで求められる観察の目 おやっ? いつもと違う!. 精神看護 1998; 1 (4) : 16-19.
8. 大竹眞裕美・加藤寿貴. 身体合併症病棟の立場からみた精神科長期在院患者の身体ケアの現状と今後の課題. 第 9 回総会・学術集会プログラム・抄録集 1999 : 47-48.
9. 大竹眞裕美. 精神科老人病棟での統合失調症患者への身体面の看護ケア～身体症状の連鎖・再燃を繰り返す事例の分析～. 第 23 回日本看護科学学会学術集会講演集 2003 : 281.

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

1 論文発表

なし

2 学会発表

なし

H 知的財産権の出願・登録状況

1 特許所得

なし

2 実用新案登録

なし

3 その他

なし

表1. A 公立病院の調査対象病棟の概要

調査病棟	病床数	対象患者数	病棟機能	入院基本料
H01A	30床	21名	身体合併症(外科系)・開放: 一般住民の入院を含む	15対1
H01B	27床	28名	身体合併症(内科)・開放: 一般住民の入院を含む	15対1
H01C	56床	54名	身体合併症(内科および外科)・閉鎖	15対1
H01D	40床	38名	身体合併症(内科系)・閉鎖	15対1

表2. A 公立病院の調査対象病棟の在院患者の年代

年代	H01A	H01B	H01C	H01D	全体
10代	0	0	0	1	1(0.7%)
20代	0	0	3	0	3(2.1%)
30代	3	0	1	4	8(5.6%)
40代	4	4	11	4	23(17.7%)
50代	2	4	7	7	20(14.2%)
60代	6	11	12	15	44(31.2%)
70代	2	6	16	7	31(21.9%)
80歳以上	4	3	4	0	11(7.8%)
合計	21	28	54	38	141(100%)

図1. 調査対象患者の精神疾患の主診断名

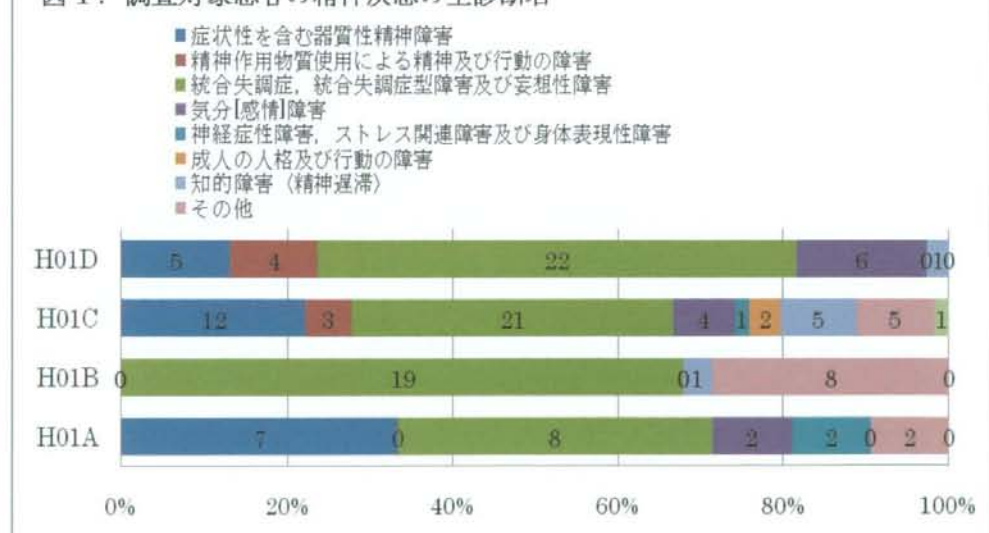


図2. A公立病院調査病棟別：在院患者の治療週数（調査時）

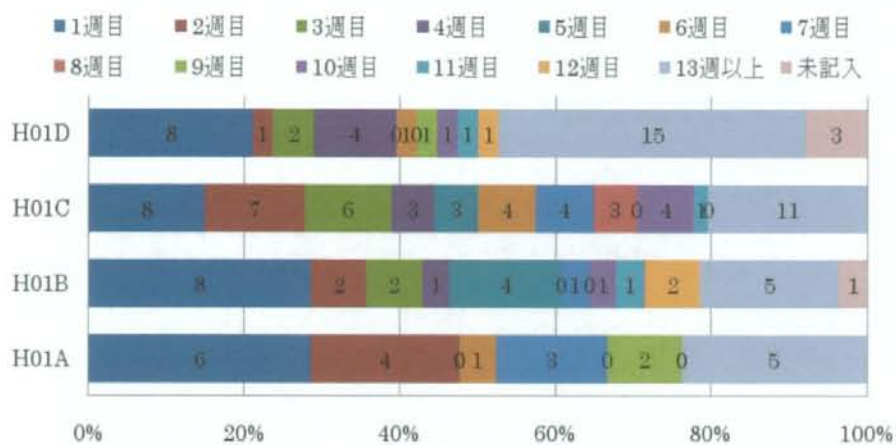


表3. A 公立病院 調査対象病棟での合併症治療患者数

調査病棟	在院患者数 内訳	調査日1	調査日2	調査日3	調査日4	調査日5
H01A	在院患者数	20	20	20	20	20
	合併症治療患者数(%)	20 (100)	20 (100)	19 (95)	19 (95)	18 (90)
H01B	在院患者数	23	20	21	22	23
	合併症治療患者数(%)	23 (100)	20 (100)	21 (100)	22 (100)	23 (100)
H01C	在院患者数	48	48	48	48	49
	合併症治療患者数(%)	48 (100)	48 (100)	48 (100)	48 (100)	49 (100)
H01D	在院患者数	31	34	36	36	36
	合併症治療患者数(%)	20 (65)	23 (68)	25 (69)	25 (69)	25 (69)