

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

本研究は、身体合併症治療を行っている精神科病棟での看護の実態を把握し、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目的に実施し、平成 20 年度に収集した「看護必要度」に関するデータ、身体合併症の治療状況・看護職員勤務数・勤務時間に関するデータを分析し、診療報酬で用いられている「重症度・看護必要度 (HCU 入院管理料基準)」等の評価項目での該当患者数の集計、該当患者数と看護職員の実働時間から身体合併症患者の発生に伴う看護業務時間数を試算した。また、調査病棟の看護師への質問紙調査と看護管理者・病棟代表者へのグループインタビューを行い「身体合併症患者の治療・ケアを実施する上での困難さ」「現在の入院基本料 (15 対 1) での看護職員数のために実施が制約されている看護ケア」の実態を調査し、その内容を整理し記述した。

身体合併症治療病棟での「重要度・看護必要度」の該当者は、4ヶ所とも6割を超えていた。精神科病棟3ヶ所での身体合併症治療患者は在棟患者の2割～4割程度で、「重要度・看護必要度」の該当者は1～2割弱であった。また、看護師の正規勤務と時間外勤務時間の合計を総勤務時間を従属変数、「重要度・看護必要度」基準での該当数を独立変数とした回帰分析では、該当患者1名増で必要時間245分(閉鎖病棟では1434分)となることが算出された。

質問紙およびグループインタビューの結果からは、身体疾患治療を行う場合、抗精神病薬の中止による症状再燃や、身体疾患の治療に対する理解・協力を得ることが出来ず、ルートトラブルの予防・創部等の安全確保・安静保持の援助を要する患者が多く、現在の看護人員の配置基準では身体拘束で対応せざる得ない現状にあった。また身体拘束に伴う観察・記録(15分毎)、日常生活全般での援助が発生していることが分かった。

身体合併症病棟では、実際には13対1基準の看護師配置で病棟を運営していたが、閉鎖病棟では看護師一人当たり30分以上の時間外勤務が発生し、看護管理者は心身の疲弊から異動希望者が絶えないという問題を常に抱えていた。こうした現状からは、15対1入院基本料で身体合併症治療病棟の運営は実際には困難であると言え、閉鎖処遇を要する精神状態の不安定な患者の身体合併症治療を担う病棟では10対1入院基本料の適用を提言したい。

分担研究代表者	大竹眞裕美	福島県立医科大学看護学部 准教授
研究協力者	井上有美子	京都大学医学部附属病院 看護師長
	大西ひとみ	北里大学東病院 看護科長
	竹下 礼子	東京都立松沢病院 看護科長
	福田 敬	東京大学大学院 准教授
	吉浜 文洋	神奈川県立保健福祉大学 教授
	萱間 真美	聖路加看護大学 教授

## 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、どれだけ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ている。平成21年度には、平成20年度に実施した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」の実態調査の分析に加え、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ことを目指した。

## B 方法

### 1. 看護必要度および看護師の配置・勤務時間のデータ分析（平成20年度からの継続）

#### 1) 看護必要度に関するデータ

看護必要度に関するデータからは、療報酬で用いられている、「重症度」基準（特定集中治療室管理料の算定）、「重症度・看護必要度」基準（ハイケアユニット入院管理

料の算定）、「一般病棟用の重症度・看護必要度」基準（7対1入院基本料の算定）の算定基準での得点を集計した。

#### 2) 看護師配置数・勤務時間

看護必要度の調査日に勤務した看護職員数、時間外勤務の発生時間については調査病棟によって勤務体制・勤務時間の区分が一律ではないため、1日単位での看護師の勤務者総数、総勤務時間（分）を集計した。

ハイケアユニットの入院管理料の算定に用いられる「重要度・看護必要度」基準での該当者数を独立変数とし、看護師の総勤務時間を従属変数として回帰分析を行い、基準該当患者が一人増えると必要になる看護師の勤務時間を算出した。また、必要時間が各施設の特性に依拠する可能性を考慮し、施設ダミーを加えての分析および閉鎖病棟と開放病棟に区分しての分析を行った。

## 2. 精神病床での身体合併症ケアに関する実態調査

### <調査対象および調査期間>

調査対象病棟での勤務2年目以上になる看護師を対象とした質問紙による調査を実施し、質問紙への回答内容をふまえた看護管理者および病棟代表者（精神科以外での臨床経験をもつ中堅者または身体合併症ケアの経験が豊富な看護師）へのグループインタビュー（エキスパートレビュー）を10月下旬に実施した。

### <データ収集および分析方法>

- (1) 調査対象となった看護師が、日頃の勤務の中で「身体合併症患者の治療・ケアを実施する上での困難さ」「現在の入院基本料（15対1）での看護職員数に実施が制約されている看護ケア」として感じていることについて、自記式質問紙の配布と回収によって収集した。
- (2) 質問紙に記載されていた内容は、意味の類似性で整理しながら分類し、多く挙げられていた事柄を代表的な意見として取り出した。

- (3)各施設の研究協力者を介してインタビュー日時の調整を行い、調査協力施設内の個室を使用し、病棟の看護管理者および病棟代表者とのグループインタビュー①～を実施し、その内容は、参加者の同意を得てICレコーダーに録音した。

インタビュー①(所要時間 75 分):H01A・H01Bの看護師長および看護師(計 6 名)
インタビュー②(所要時間 66 分):H01C・H01Dの看護師長および看護師(計 3 名)
インタビュー③(所要時間 50 分):H02の主任看護師および看護師(計 3 名)
インタビュー④(所要時間 40 分):H03の看護師長および看護師(計 4 名)

- (4)グループインタビューでは、代表的な意見として取り出した事柄を研究代表者が口頭で報告しながら、(1)の質問に関するインタビュー参加者の意見を聴取した。また、身体合併治療・看護ケアを提供する上で調査病棟の構造や現状の看護体制が影響していると感じる点や、精神病床での治療、精神疾患を基盤にもつために生じる問題や課題についても合わせて意見を聴取した。
- (5)グループインタビューで聴取した内容は、意味が読み取れるよう適宜言葉を補足しながら箇条書きで記述し、質問紙調査で得られた内容と合わせて、質問項目毎に整理した。

#### (倫理面への配慮)

「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され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およびに学術雑誌・学術集会等での研究結果の公表についての承諾を得た。

本研究では、調査協力が得られた医療機関が保有する、一定の評価基準に基づいて各病棟の看護師が記録した「看護必要度」を表す数値を用いるため、入院患者の人権を侵害することはない。但し、連続する

5～7日間での「看護必要度」の調査で個々の患者を判別するために、ローマ字と番号を組み合わせたコードを用いた。また、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を収集したが、データとして記録する際には記号と簡潔な表記を用いた。尚、コードの照合票と調査データは別の電子媒体に保管し、データ分析が完了し照合票が不要になった時点でデータを消去した。

グループインタビューで語られた内容については、個人名や特定の医療機関等を示す記述は残さず、研究協力者の承諾を得たものをデータとして用いた。

## C 研究結果

### 1. 看護必要度調査の対象病棟・在棟患者の概要

#### 1) 調査病棟の病床構成 (表1・2)

施設1は、精神科身体合併症医療の基幹病院として民間精神病院の入院患者の身体疾患(内科・神経内科・外科・整形外科など)の治療を受入れ、手術や透析も行っている。しかし、手術後のリハビリ室や集中治療室は設置されていないため、今回の調査病棟(H01A～D)に設置されている観察室で手術直後の患者や人工呼吸器を装着した患者の身体管理を実施していた。

大学病院である施設2では精神科の他に消化器内科・外科、整形外科、神経内科が診療を行っており、手術室・リハビリ室や集中治療室も同じ建物内に設置され、H02A 病棟は、閉鎖処遇での対応が必要な患者の身体合併症治療を担う位置づけとなっており、保護室と個室を合わせた12床が精神科でのハイケアユニット(HCU)として運用されていた。

施設3は、教育・研究と先進的な医療を行う医学部附属病院であるが、精神科は外来部門・病棟共に別館の形で広い敷地内の一角にあり、他の診療科は本館とされる建物に設置されていた。また精神科病棟から本館をつなぐ屋内通路が無いため、身体に関する検査・診療を受けるには、病院外への外出の準備やタクシーを手配し移動する状況にあった。

## 2) 病床利用状況

調査病棟の病床利用状況をみると、少ない病棟で2日、多い病棟では5日と週末を除いたほぼ毎日、入院や退院(または転入・転出)が生じていた(表3)。看護必要度の調査期間中の身体合併症治療病棟4か所の病床利用率は、H01Aが66.6%、H01Bが80.7%、H01Cが86.1%、H01Dが86.5%、精神科病棟3か所については、H02Aが95.4%、H02Bが95%、H03Aが87.5%となっていた。

## 3) 調査期間中の在棟患者の概要

### (1) 性別・年代

看護必要度の調査期間中に7か所の調査病棟に在棟した患者は、男性140名、女性166名、未記入1名を含む合計307名であった。(表4) また、その年代分布をみると、身体合併症治療病棟の場合には、10歳代~20歳代の患者の入院は少なく、40歳代以降の中老年層で占められていた。一方、精神科病棟の場合には、70歳代以上の入院患者は少なく、10歳代~30歳代の患者が全体の約4割となっていた。(表5)

### (2) 調査対象患者の在棟期間

調査時点での入院治療期間をみると1週目~2週目の入院早期の患者が2割~3割を占める一方で13週以上(3ヵ月以上)の患者も2割~3割となっていた。身体合併症治療病棟H01Dと施設2の精神科病棟では入院13週以上の患者が4割を超えていた。(表6)

## 4) 身体合併症治療患者の概要

### (1) 身体合併症治療患者数

H01Dを除く3ヶ所の身体合併症治療病棟では、病棟の設置目的の通り身体合併症治療患者が在棟患者の90%以上を占めていた。5日間の調査期中に身体疾患の専門医による治療内容が「急性期治療」から「現状維持・再燃予防」に移行した事例を含むが、期間平均としてみた場合、H01Aを除き、「現状維持・再燃予防」の状態身体合併症治療病棟に在棟する患者が5割以上存在していた。(表7)

## (2) 身体疾患の診断名および治療概要

### <身体合併症治療病棟(施設1)>

外科系・開放病棟のH01Aでの身体疾患の診断名と治療内容としては、「大腿頸部骨折・骨折」での手術と術後リハビリテーションで4名、「血腫」の術後経過観察1名などが記載されていた。同じ開放病棟で内科のH01Bでは「肺炎」が9名と最も多く、点滴による薬物療法や栄養状態の改善のための治療が行われていた。「糖尿病」の薬物療法中の患者が5名、他に「心不全」「脱水」「急性気管支炎」等で点滴治療を受けていた。

また、外科および内科・閉鎖病棟のH01Cでは、在棟患者の半数に近い22名が手術・術後リハビリテーションの患者で、身体疾患の診断名では「胃癌」「乳癌」などの悪性腫瘍が8名、「イレウス」7名(肺炎等の併発例を含む)、仙骨部等の「褥瘡」6名、「骨折」3名、「鼠径ヘルニア」3名、「虫垂炎」2名、などの記載があった。

内科系・閉鎖病棟のH01Dでは、「肺炎」で末梢や中心静脈からの輸液と抗菌剤等の投与を受ける患者が9名と最も多く、次に「糖尿病」でインシュリン療法中の患者が5名となっていた。他に「逆流性食道炎」で3名が中心静脈栄養を、「肺癌」で2名が化学療法を受けていた。

### <精神科病棟(施設2・3)>

精神科病棟での調査期間平均の身体合併症患者は、H02Aで在棟患者の32%、H02Bで43%、H03Aで23%となっていたが、専門医による身体疾患の「急性期治療中」の患者は5%前後で調査期間中に精神科病棟で手術直後の身体管理中の患者はいなかった。尚、H03Aの看護管理者によれば、今回の調査期間中は身体合併症患者の入院が20%前後となっていたが、年間平均としては30%前後の患者が身体合併症治療を受けているとの事であった。

H02Aの身体合併症患者では、「骨折」後でギブス固定やコルセット装着でリハビリテーション中の患者が6名、「気管切開」と「皮膚炎」でカニューレ交換と軟膏塗布中の患者が1名と「褥瘡」の創傷処置中の患者1名の他は、内科疾患(糖尿病、狭心症、SLE)で内服治療や経過観察中の患者であった。一方、開放病棟のH02Bでは、皮膚疾

患(白癬・湿疹・皮膚炎)で軟膏塗布を行っている患者が3名、他は内科疾患(橋本病、バセドウ病、痛風など)で内服治療や経過観察中の患者、「白内障」や「緑内障」の点眼、「メニエール病」の精査中の患者などが身体疾患として挙げられていた。

H03Aでも内科疾患(甲状腺機能低下症・バセドウ病・糖尿病・不整脈など)で内服治療や経過観察中の患者が主で、他に骨折後の経過観察、「白癬」や「膣炎」で軟膏塗布中や「外耳炎」で点耳中の患者となっていた。

## 2. 身体合併症治療病棟および精神科病棟における看護必要度の実態

調査期間における精神科病棟および身体合併症病棟に在棟した患者について、「重症度」基準、「重症度・看護必要度」基準、「一般病棟用の重症度・看護必要度」基準を用いて看護必要度の評価を実施した。その結果、施設1の身体合併症治療病棟では、「重症度」ならびに「重症度・看護必要度」基準を用いた場合に該当者が60%を超えていた。(表8)

今回の調査では、精神科病棟の在棟患者の中に「一般病棟用の重症度・看護必要度」の基準での該当者はいなかったが、身体合併症治療病棟のH01BとH01Cでは該当者が調査期間を通して20%~30%存在していた。(表9)

また、「重要度」および「重症度・看護必要度」基準の該当者が、「モニタリング及び処置等に関する項目」A得点と「患者の状況等に関する項目」B得点のどちらが基準を満たしているのかを確認すると、B得点が3点以上の患者がその大部分を占めていた。(表10・11)

## 3. 調査病棟の勤務体制および勤務時間の実際

### 1) 調査病棟の看護職者の勤務体制

施設1の調査病棟では3交代勤務をとっており、H01AとH01Bでは深夜帯、準夜帯それぞれを看護師2名で、H01Cでは深夜

帯は看護師3名、準夜帯は看護師4名で、H01Dは深夜帯、準夜帯それぞれ3名の体制で看護業務を実施していた。

施設2では2交代勤務が導入されており、H02A(閉鎖病棟)では16時~9時までの夜勤帯を4名または5名の看護師に早朝や消灯前をカバーする看護補助者各1名、日によって13時~21時30分で勤務する看護師1名を組み合わせる体制をとっていた。H02B(開放病棟)では、夜勤帯は3名の看護師または2名の看護師に13時~21時30分で勤務する看護師1名の組み合わせる体制であった。

施設3の調査病棟では、29名の看護師で病棟と外来の看護業務を行っており、また3交代勤務者と2交代勤務者が混合した勤務体制が取られ、夜勤帯の看護師配置数は日によって異なり3名~5名となっていた。(別添1・2参照)

### 2) 看護職者の勤務時間の実際

施設1の身体合併症治療病棟での看護師の1日あたりの時間外勤務の発生状況を見ると、調査期間5日間の平均時間では、H01Aで148分、H01Bで380分、H01Cで528分、H01Dは916分となっていた(表12)。

一方、施設2および施設3の精神科病棟での看護師の時間外勤務の発生は、H02Aで600分、H02Bが303分、H03Aは434分であった(表13)。尚、H02Aでは他部署(主にH02B)からの看護業務の応援が調査日1に15分、調査日5に55分、調査日6に20分、調査日7に55分、看護管理者の患者ケアへの参加が調査日3に20分行われていた。

### 3) 「重要度・看護必要度」該当者の発生で必要となる看護業務時間の推計

看護必要度調査結果において、今回の調査病棟で該当数が最も多く抽出された「重要度・看護必要度」基準を用いて、その該当者数を独立変数とし、看護必要度の調査日に実際に勤務していた看護師の正規勤務時間に時間外勤務の時間を合計した総勤務時間を従属変数とし回帰分析を行った。

7つの調査病棟のデータだけで分析した

結果では、R2乗値0.37で「重症度・看護必要度」該当者が1名増えると看護業務の必要時間が126分の増加となった(別添3)。しかし、施設1では看護業務の補助者がいない点、施設3では検査や精神科以外を受診するために病院敷地外を経由している点など、必要時間のかかり方が施設特性に依拠する可能性は無視できない。そこで、施設ダミーを加え分析を加えるとR2乗値0.69となり、該当患者1名増での必要時間は245分(4時間5分)の増加となった(別添4)。

また、閉鎖処遇での治療が必要な患者の場合には、開放病棟での対応が可能な患者に比べ精神症状の不安定や入院治療への同意を得ることが難しい事を考慮し再分析すると、R2乗値0.72で開放病棟では220分(3時間40分)の増加、閉鎖病棟では1434分(23時間54分)の増加という結果となった(別添5)。

#### 4. 精神病床での身体合併症ケアに関する実態調査の結果

##### 1) 身体合併症患者の治療・ケアを実施する上での困難さ

一般病床でも提供される看護ケアの中で、身体合併症患者に対して実施する際に“ここが違う(同じようには実施できない)”と感じたり、精神科入院患者の“身体合併症治療・ケアに特有の困難さ”を感じることもあるかを質問し、看護師から得られた代表的な意見は15項目に整理された。(表12)

調査病棟の看護師が感じていた具体的な内容については、精神病院の身体合併症病棟と、大学病院・医学部附属病院の精神科病棟に分けて記述した。

##### (1) 身体合併症治療病棟からの意見

###### D1：検査や入院治療の必要性に関する理解と協力が得られない場合が多い

\*一般病棟では入院する患者のほとんどが治療を望んで入院してくるが、身体合併症では必ずしもそうではないので、治療に対して協力が得られない事がほとんどである。」

\*疾患や病状を充分理解してもらえないために、本人の意志や希望がケアに反映できな

い。

\*幻覚や幻聴、認知力低下等で、注意や指示動作が入らず、治療に協力が得られにくい。

\*レントゲンなどの検査に一人で行ける人が一人もいない。

\*説明への理解も得られにくいため、患者の行動が予測つかない。

\*治したい、治療したいと思っている人は殆どいないので、治療やケアに対して無関心が拒否がある。

###### D2：安静の指示や教育指導内容が患者に通じない

\*胃切除などの患者など、術後の教育面で上手く教育できないことがある。

\*一般科の患者で通じる教育指導が精神科の患者では適応しない。

\*こちらの説明に理解をしめしているようで実は理解されていないことが多い。

\*治療への協力を得るのが難しく、安静度が守れない。

\*点滴治療などの理解が得られず抜去される危険性がある。

\*薬を飲みたくない、食事を摂りたくない理由が妄想によるもので、説明しても拒否する。

###### D3：家族関係や家族自身の問題から理解や協力が得にくい場合が多い

\*家族関係も複雑であることが多いため、家族への対応、指導などいろいろな配慮が要求される。

\*身体の治療が終了しても家族や他院の受け入れの問題などの社会的理由で在院が長くなりがちである。

###### D4：患者の自覚症状や訴えが明確ではないため看護師のアセスメントが重要になる

\*患者の訴えがはっきりしないことが多く、看護師のフィジカルアセスメントが重要になる。

\*意識レベルを見る際に、本当にレベルが低下しているのか、精神症状なのか判別しにくい。

\*精神症状による症状や訴えか身体疾患による症状なのかを見極めることが困難である。

\*データより悪かったり良かったり、症状だけでは計りしれない。

###### D5：検査や処置を実施するため身体拘束やセデーションが必要になる

- \* 検査の必要性が理解出来ず、拒否や不穏となるため、セデーションを使用すること。
- \* 手術や検査の必要性を理解していただかず鎮静をかけて、同意を家族などにもらうことが多い。
- \* ルートトラブルリスクが高く、拘束が必要となることが多く、様々なリスクが生じる。
- \* 疾患からくる認知力の低下から、安静度や清潔・不潔の有無(手術後など)、ルート(IVH、NG、PEGなど)類の必要性の理解が出来ず、身体管理のため、大多数の患者が身体拘束を必要とする事が多い。

**D 6 : 理解が得られず検査や処置に抵抗が強い患者では、複数での対応や時間を要する**

- \* 採尿、吸引、採血等でも、動作体位の協力が充分得られない上、拘束解除、施行を伴うので手間と時間、マンパワーを要する。
- \* 採血や DIV の刺入など、一般では一人の看護師で対応可能なことも、数名で対応しなければならないことが多く、自分の危険も感じながらの対応である。
- \* 身体合併症では肝障害・腎障害・誤嚥性肺炎などで精神科薬の減量や中止を伴うケースが殆どなので、患者の精神症状が悪化する中でのケア、処置が前提となっている。
- \* 与薬時に精神症状から拒薬言動があると、内服の必要性を分かりやすく説明しても拒否され、説明や医師への連絡などその後の対応に労力と時間がかかる。

**D 7 : 清潔に関するセルフケアに問題をもった患者が多く、協力も得にくい**

- \* “清潔さ”に対する患者の認識が低く、援助への協力が得られにくい。
- \* 基本的な日常生活習慣が確立されていないため、ハミガキやトイレの後の手洗いなど日常生活まで指導を要する。
- \* 清潔ケアに関する場面全般(更衣、清拭、オムツ交換、口腔ケア、シーツ交換など)に依るが、動作体位の協力が充分得られない上、拘束解除、施行を伴う。

**D 8 : 身体ケアを実施する際に患者からの暴言や暴力を受ける危険を伴う**

- \* 精神症状・状態が不安定で、清拭や陰洗などの清潔ケアなども被害的にとらえたり、つばをはいたり暴れようとする。
- \* 暴れたり、妄想があつて、看護を受け入れない。

- \* こだわりがあつたり暴力があつたり抵抗されたりケアに労力がかかる(拘束解除も含めて)
- \* 激しく拒否、暴力(言葉も身体も)に伴う自分の中の陰性感情との折り合いのつけ方が難しい。

**D 9 : 身体拘束中の患者ではケアの実施・拘束中の観察と記録に時間を要する**

- \* 常に入院患者の 60%以上が治療上やむなく拘束をしている状況であるため、検査や処置、入浴、清拭、体位交換など全てにおいて、開始時は拘束を外し、終了後に再開している。このことは、処置ケアに要する時間が通常の 2 倍かかると共に、それに伴う記録も同様に時間を要している。
- \* 拘束をしている患者が多いので、1つのケアをするのに拘束を外して終了時にはまた拘束を行わなければならないため(例えば体交を行うときなど)、一般病棟のようには行かない。

**D 10 : 離床が進まない・回復が遅れる・治癒まで時間がかかる**

- \* 栄養状態が悪い患者が多く、術後合併症がおこりやすい。
- \* なかなか治癒せず、1~2ヶ月の期間を要する。
- \* 患者からの協力が得られにくいため、術後の離床が難しい
- \* ルートトラブルのリスクが高いため、離床がすすまない状況や自己排痰がされないため、術後合併症のリスクが高いと感じる。
- \* 行動制限が多いので、自立した療養生活を過ごすことが難しい。

**D 11 : 看護師自身が倫理的ジレンマや不安・葛藤を感じる状況が多い**

- \* 精神科と一般科の両方を経験した者としては、医師に患者の全体像を把握してほしいと思う。
- \* 「精神科患者だから」と、説明や接遇に十分に配慮しない医師がいる。
- \* 内科医などの患者に対する対応の仕方が、これを一般科の人にはしないだろうということをしているのか気になる。

**D 12 : 身体ケアが必要になった長期入院患者を受け入れられる精神病院が少ない**

\*IVH を挿入すると、合併症ルートへ帰れない症例も多く、精神病院の看護ケアに格差があると感じている

### D 1 3 : 精神科以外の診療科・他部署の協力の必要性和連携の難しさ

- \*身体科と精神科の医師同士の協力がなければなりたたない困難さがある。
- \*身体科の医師が精神疾患患者の治療に使用していた精神科薬のせいで身体症状が悪くなったということがあとをたたない。

## (2) 精神科病棟からの意見

### D 1 : 検査や入院治療の必要性に関する理解と協力が得られない場合が多い

- \*一般科では処置やケアは必要なものとして患者にも受け入れられるが、精神科では医療者が必要だと思って説明しても必ずしも受け入れられず、説明をする内容、タイミング、実施する時期、時間が大きく影響する。
- \*同じような看護ケアを提供する場合でも、精神症状が活発な患者の場合にはケアへの協力が得られず、一般病床の患者と同等のケアを行うことが困難な場合がある。
- \*病状が急性期であったり、認知症やせん妄といった症状の方に対して、患者の認知力が低下しているため、治療に協力が得られず、時には強い抵抗もあるのでそこに難しさややりにくさを感じる。

### D 2 : 安静の指示や教育指導内容が患者に通じない

- \*病状説明や安静指示に対する理解度が乏しいことが多い。
- \*安静度の制限があってもそれを守ることができずに脱臼をくり返した患者や、必要な創傷処置に対して拒否があって行えない患者、糖尿病のある場合、低血糖症状を訴えることが難しい患者や、歩行状態の不安定な時も指導が入らず単独で歩いて転倒してしまう患者に出会う。
- \*治療、ケアへの理解や了解が不十分、誤った解釈、意欲低下(抑うつなど)からくるものなどから治療、ケアが決められた手順通りにすすめられない。

### D 4 : 患者の自覚症状や訴えが明確ではないため看護師のアセスメントが重要になる

\*自覚症状を言語化する能力が乏しいため、異常の早期発見、早期対処していくために、よりきめ細かい観察と変化を予測するアセスメント力が必要になる。

- \*身体表現性障害や心気症などでは、症状が精神的なところからくるのか、身体的に実際あるものなのか、判断がつきづらい。
- \*痛みに対しても、向精神薬の影響で適切に表現されなかったり、痛みが知覚されないなど、観察のポイントに気をつかうところがある。

### D 5 : 検査や処置を実施するため身体拘束やセデーションが必要になる

- \*患者の同意が得られず、点滴やルート類を挿入する/している際は、頻回なラウンドや拘束などが必要であり、一般病棟以上に、身体合併症患者に対してのケア度が高い。
- \*安静や指示の理解をしていない時、守れない時、目が離せない。身体拘束が必要になってしまう。

### D 6 : 理解が得られず検査や処置に抵抗が強い患者では、複数での対応や時間を要する

- \*患者の協力が得られにくいことで、リスクが高まる(ルート抜去、転倒転落、暴力、安静が守れないことでの状態悪化)ため、予防のためのケアの工夫が必要。また複数で対応することが多い

### D 8 : 身体ケアを実施する際に患者からの暴言や暴力を受ける危険を伴う

- \*患者により、ケアを実施すること自体が刺激となり、病状悪化することがある。どんなに注意し、対応しても衝動性を引き出し、スタッフがケガをする可能性がある。
- \*治療協力が得られず、つばをはいたり、嘔みついたり、手足が出たりすることがある、またルートも抜いてしまうことがある。
- \*他害のある患者に安全な状況でケアを提供できればよいが、そういうわけにもいかないことがある。
- \*患者の協力が得られにくいことで、リスクが高まる(ルート抜去、転倒転落、暴力、安静が守れないことでの状態悪化)ため、予防のためのケアの工夫が必要、また複数で対応することが多い。
- \*必要な処置であっても、理解が得られず、時には暴力に至ることもあり、時間をかけて処置を行うことが出来ない。



#### D 9 : 身体拘束中の患者ではケアの実施・拘束中の観察と記録に時間を要する

\*拘束施行中は15分に1回の観察が必要であり、非常にリスクが高く、時間もマンパワーもかかる。

#### D 11 : 看護師自身が倫理的ジレンマや不安・葛藤を感じる状況が多い

\*精神症状のケアや対応が優先され、遅れがちになってしまい、それを進めるスタッフもケア、治療に慣れていないこと(特に若いスタッフ)があり、ケアへの不安がある。

\*発見が遅れたり、正しい対処ができていなかったりするのではないかと不安になったり、倫理面でもどうすればよいのか、これでよかったのかと迷いや葛藤が生じる場面がある。

\*医学や看護上、行わざるを得ない処置やケアを患者の同意なしに行わざるを得ないことがあること。それはどんなに正しい処置であっても、後の患者との関係性に影響することがあること。

\*身体管理に関して専門知識を持っていない精神科医がみていかなければならない現実、怖さと患者にとって適切な医療を提供できていないんじゃないかという申し訳ない思いになる。

\*精神症状が活発な患者の場合にはケアへの協力が得られず、一般病床の患者と同様のケアを行うことが困難な場合がある。このことにより生じる患者の不利益は、私たち医療者の不全感にもつながりうると感じる

#### D 13 : 精神科以外の診療科・他部署の協力の必要性和連携の難しさ

\*身体疾患の治療にあたる医師が、身体疾患の専門職ではなく精神科医であり、治療困難な場合に専門医に依頼をするケースが少なくないこと。

\*他科、他部門のスタッフには精神の症状がわかりにくく、移動や待ち時間が患者に与える負担を少なくすることに協力が得られにくいことがある。

\*精神疾患がベースにあるだけで、他科に相談しても受け入れ(入院治療が主に)が難しく、精神科での管理をしていかなければいけない現実がある。

#### D 14 : 精神症状のリスクを考慮した医療材料の選択が必要になる

\*使用する物、例えば包帯1つにしても精神症状のリスクを考えて使用しなければならない。

\*身体合併症では肝障害・腎障害・誤嚥性肺炎などで精神科薬の減量や中止を伴うケースが殆どなので、患者の精神症状が悪化する中でのケア、処置が前提となっている。

#### D 15 : 精神症状悪化時の生理的ニーズ充足のための身体管理を安全に行うことが難しい

\*症状悪化により、食事、飲水といった行動が行えないため、脱水や栄養状態の悪化により、CV等のルート管理や、身体拘束下での床上安静や拘束による血管内損傷から、DVTなどの血栓症を引き起こしやすく、患者から協力が得られないため、安全に治療をする点に難しさを感じる。

#### 2) 現在の入院基本料での看護職員数に実施が制約されていると感じる看護ケア

現在の15対1の入院基本料で配置されている看護職員数のために“なかなか実施できない”と制約されていると感じている看護ケアがあるかの質問への調査病棟の看護師からの回答は、10項目に整理された。(表16)

また、提供するケアに制約を感じる頻度に関する設問では、「ほぼ毎日感じている」の回答者が57名、「ときどき感じる」が23名、「感じたことはない」が5名、「よく分からない」が6名という結果であった。

調査病棟の看護師が感じていた具体的な内容については、精神病院の身体合併症病棟と、大学病院・医学部附属病院の精神科病棟に分けて記述した。

#### (1) 身体合併症治療病棟からの意見

#### L 1 : 患者の訴え・気持ちを傾聴する時間が確保できない

\*精神科では傾聴が治療の基本なのに、合併症病棟ではその時間が取れない。

\*ゆっくり話を聴いたり、精神症状の観察もしたいが、時間がとれない。患者が気をつかっているのが分かる分、申し訳ないと思う。

\*精神症状や患者の訴えを観察したり傾聴し

たいと思ってもケアに追われ時間がとれず、制約を生じると思う。

- \* 身体合併の処置におかれ、精神面でのかわりがありできないように思う。もっとゆっくり話を聞いてあげたい・対応してあげたい。
- \* レスピレーター患者を受け持って、同時に自殺企図の人が話を聞いてほしいと言ってきたとき(ニーズの充足ができない)。
- \* 拘束中の患者も入院患者の6割を占めており、日中抑制をはずして1対1で30分以上話を聞いたりということも不可能である。

#### L 2 : 治療・看護業務の遂行が優先され患者中心のケアができない

- \* モニタリングを含め処置業務が優先となり患者の状況に関する項目の介入が不十分で、看護者中心とも感じる。
- \* 治療が優先される中で、看護師の役割ではなく、医師の業務補佐的な役割が多く感じる。

#### L 3 : 患者のペースに合わせられない・直ぐに対応できず待たせてしまう

- \* 処置におわれ、ゆっくり患者のペースにつきそうことが難しい。
- \* 患者のペースに合わせられない
- \* ナースコールに出るのも対応するのも時間がかかっている。
- \* トイレに行きたい時など、患者を待たせてしまうことがたびたびある。

#### L 4 : 見守りの人員が確保できず転倒や事故防止の対策が身体拘束になってしまう

- \* 転倒のリスクがある患者に対し、人の目が少ないために抑制を行わなければならない状況が多い。
- \* 職員の配置数によっては抑制せず対応できる時間帯、対応できる人がいるのかもしれない。
- \* 直接のケアの制約にはならないが、“拘束”時間が長くなっていると考えられる。マンパワーがあれば“拘束”が減らせる場面が多々ある。
- \* 処置におわれ、ゆっくり患者のペースにつきそうことが難しいため、車イス拘束を含めた身体拘束が多くなっている。
- \* 寝たきり患者が30名いて、そのうち自立している患者3名、介護度が高いが介護士のいない状況。

#### L 5 : ADLに介助を要する患者が多く

#### 一人一人に時間がかけられない

- \* 食事介助を要する患者が多く、(一人一人に)十分な時間と労力をかけられない。
- \* トイレに連れて行けない。(ベットサイドやオムツの使用になりやすい)
- \* 患者の離床時の見守りが困難になっていて、ADLを拡大する援助の時間がない。
- \* 身体管理では強い抵抗拒否があれば複数での対応が必要になるし、精神科特有のものでは訴えが多く、全てに対応しようとすれば途方もない時間と労力がかかる。

#### L 6 : 体位変換やオムツ交換の頻度が制約される

- \* 体交やオムツ交換など、頻回に対応した方がよい方がいて制約されてしまう。
- \* 排泄、特にオムツ着用者へのケアの実施。

#### L 7 : 清潔を保つためのケアの実施回数が最低限しか確保できない

- \* 週2回の入浴介助ではスタッフ5名で対応しているが、寝たきりの患者さん等車イスへの移乗やストレッチャーへの移乗が多く、かなりの負担になっている。
- \* 清潔ケア(更衣、BB、入浴、口腔ケア等)を患者自身が拒否している場合、一人での対応が困難な時、マンパワーの不足を感じる。
- \* 清拭など毎日行っている病棟(一般病棟)に比べると、看護職員の人数が少なく、毎日行うことができていない、洗髪なども、ほとんどできない現状である。
- \* 清潔ケア(入浴・清拭)が週2回であり、3~4回は実施したい(ただし、陰部洗浄は毎日実施)。
- \* モーニングケア、イブニングケアが不十分である
- \* 日常の清潔ケアがどうしても後手にまわり不十分になることがある。

#### (2)精神科病棟からの意見

#### L 1 : 患者の訴え・気持ちを傾聴する時間が確保できない

- \* スタッフの人数が少ないという理由で、話を聞ける時間が限られてしまうことがある。
- \* 患者とゆっくり話すとなると、自分の勤務が終わってからになってしまう。
- \* 話を聴く時間が極端に少なく感じる。もう少し話を聴くことで患者の状況が把握できるはず。
- \* (身体拘束や隔離中など)記録が多いところ

で患者の声を聞きにいけないところがある。

### L 2 : 治療・看護業務の遂行が優先され患者中心のケアができない

- \* 閉鎖病棟であり、棟外に行く際医療者の付き添いが必要であるが、患者の望む頻度では棟外へ行くことができない。
- \* 代理行為が増加(本来患者と一緒に行って良い買い物や洗濯などの日常生活行動を代理でまとめて行わざるを得ない)。

### L 3 : 患者のペースに合わせられない・直ぐに対応できず待たせてしまう

- \* ナースコールやセンターによりコールがある際に、すぐに患者の所へ行けない場合が多く、待てる人は待たせてしまう状況にある。
- \* 患者に「ちょっと待ってね」と言ってしまう。また、待たされることによって患者が不安になったり不穏になったりする
- \* 対応しなければならない患者の人数が多いため、一度に複数の患者からの訴え(身体面・精神面)があった時は対応できず待たせてしまう。
- \* 夜勤は特に人数が少なく、患者とゆっくり話ができないが、不調患者の話を聞いていると「私・僕は聞いてもらえてない」と不満を述べる患者がおり、ニーズに沿えていない。
- \* 夜勤帯は看護師の人数が特に少ないため、患者の要望(車イスからベッドへ戻る、お茶がほしい、薬がほしい等)にすぐに対応できない。
- \* 腹痛等、何らかの身体的苦痛を訴えている患者がおり、診察しに行きたいが、「お茶がほしい」「頓服がほしい」などの要求の待てない患者への対応を余儀なくされている。

### L 7 : 清潔を保つためのケアの実施回数が最低限しか確保できない

- \* 失禁対応の患者で、拘束中や症状活発な時はNsが複数必要であり、なかなか人が集まらず、失禁していてもすぐにオムツやシーツを交換することができないことがある。
- \* 保護室の患者に対して清潔ケアなど毎日提供することができない。
- \* 清拭などを行う際、拘束患者はNsが複数名必要であり、清拭+洗髪をしたくても両方行うことができず、どちらか一方となることもある。
- \* 爪やひげ、鼻毛などの身だしなみに十分なケアを行えない、おろそかになる。

### L 8 : 患者と向き合い、対象理解を深め

### るために話し合う時間が不足する

- \* 患者さんの健康面を引き出せるような時間がほしい。
- \* 身体面でのケアに追われると、患者の話を聞く時間や日中の過ごし方など、患者を一人の人間としてとらえる時間が確実に削られていると感じる。
- \* (HCUチームではない)大部屋では日勤の部屋持ち人数が多く、若いスタッフなどでは十分に患者と話し合うことができない

### L 9 : 個別性に合わせた心理教育や家族ケアの時間が確保できない

- \* 個別性に合わせた心理教育の提供と家族への関わる時間が足りないと感じる。
- \* 家族へのケアの絶対的な不足。
- \* 時間を要すると教育的関わりを十分にとれない印象がある。
- \* 看護計画も状況に合わせて変えていきたいが、後手後手になってしまう。もっとはやい対応ができれば回復過程もスムーズだと思う。
- \* 日常業務は遂行できるが、マンパワーの不足により、集団精神療法(SSTやレクリエーション)の機会を減少させなくてはならなくなっている。行える時があっても、ほぼ残務のとれない時間外に行うことが多く、モチベーションが下がることもある。
- \* 私は今HCUのチームに配属し、チームリーダーも行っている。自分の担当患者だけでなくその家族とも今後の治療や生活についての話を聞きたいと考えていても、日々のリーダー業務(業務がまわるようにメンバーをサポート、患者の診療方針や指示をDrに確認することなど)に追われて思うように行えていなかった。

### L 10 : 精神科看護で重視される支援や他職種とのカンファレンスの時間が確保できない

- \* ストレスマネジメント、症状コントロール、退院支援への他職種とのカンファレンスとケアが十分にとれない。
- \* 普段はケアの必要性がない患者でも、身体合併症を持っていたり、自傷行為をしようとしていたり、不穏になった時は看護ケアが重点的に行われなければならない、その様な時は他患者のケアができなくなってしまう。

## D 考察

これまで、精神科救急治療・急性期治療

病棟を除いて、精神病床では社会的入院とされる比較的状態が安定した慢性期の患者で占められ、看護師の日常生活援助のニーズは高くないと想定されてきたように思う。確かに「身体面での問題がなく看護師の見守りや指導のもとに自立した日常生活が患者自身によって遂行可能」であれば、15対1入院基本料での人員配置で問題はないであろう。

施設1では実際には13対1基準の看護師配置で病棟を運営していたが、閉鎖病棟(H01C・D)では看護師一人当たり30分以上の時間外勤務が発生し、看護管理者は心身の疲弊から異動希望者が絶えないという問題を常に抱えていた。こうした調査病棟の時間外勤務の発生状況からも分かるように、精神状態が安定しない患者や精神症状によって現実検討能力の低下や適切な意思決定が困難となっている患者に身体疾患の治療の必要性を説明し、また身体的苦痛を伴うような検査・治療を実施するには、多くの時間と労力が必要になるのである。

社会的入院とされる精神科入院患者の多くが老年期に入り、生活習慣病の問題を抱えており、精神科病棟では対応できない身体疾患の急性期治療の場の確保が精神医療の大きな課題であることは疑う余地がない。糖尿病に代表される慢性疾患の管理、長期にわたる抗精神病薬の服用によって嚥下機能が低下し誤嚥性の肺炎を繰り返す患者の身体管理、痛みの域値が変化し発見が遅れる骨折、進行して発見された悪性腫瘍の治療をめぐるインフォームド・コンセントや終末期医療の場など、身体合併症患者の医療には多く未解決の課題が存在している。

身体合併症治療を担う病棟に勤務する看護師は、精神疾患に由来する精神症状や患者の問題行動に対処しながら患者ケアを行う他に、体が弱っても世話をする家族がいない、医療処置がある患者には対応できない精神病院など、精神障害者がおかれている処遇から派生する問題にも直面する。患者にとって最良の看護を提供したいと願いながら、最低限のことしかできないジレンマや不全感を抱えさせる現状は、早急に改善を要する労働環境であると言えるのではないだろうか。

身体疾患の治療のために精神病治療薬を中止すれば、精神症状の再燃や悪化が必然的に発生し、精神運動興奮状態や現実検討能力が低下した患者の安全の確保には、精神科急性期治療と同様の対応が必要となる。現在の“入院3ヵ月以内”と治療経過上の急性期という枠組み以外に、身体合併症治療病棟に転院(あるいは転入)する“身体症状と精神症状が急性に活発化している患者”の重症度に対応できる入院基本料の設置が求められる。

看護必要度や勤務実態の調査結果や病棟代表者とのグループインタビューの結果を総合すると、15対1入院基本料で身体合併症治療病棟の運営は実際には困難と言える。そして、閉鎖処遇を必要とする精神状態の不安定な患者の身体合併症治療を担う病棟では10対1入院基本料の適用が

また、精神障害者の身体疾患の治療においても一般病棟と同等の質の高いケアの提供を保障するためには、「重症度・看護必要度」基準該当者が60%超の専門病棟では7対1基準での看護職員配置が検討されるべきであろう。

質の高いケアの提供や「重症度・看護必要度」基準該当者が60%超の専門病棟においては、7対1基準での看護職員配置が必要だと考える。

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. 調査施設の概要および看護必要度調査の実施期間

調査施設	病棟	病棟機能	調査期間
施設1	H01A	精神病院: 身体合併症治療(外科系)・開放病棟	平成20年 11月17日～21日
	H01B	精神病院: 身体合併症治療(内科)・開放病棟	
	H01C	精神病院: 身体合併症(内科および外科)・閉鎖病棟	
	H01D	精神病院: 身体合併症治療(内科系)・閉鎖病棟	
施設2	H02A	大学病院: 精神科閉鎖病棟	平成21年 1月19日～25日
	H02B	大学病院: 精神科開放病棟	
施設3	H03A	医学部附属病院: 精神科閉鎖病棟	平成21年 3月2日～8日

表2 調査病棟の概要

病棟	入院基本料	病床		看護師数	看護補助者数
H01A	15対1	30床	個室: 2 観察室(リカバリー室): 2	17名	※委託医療作業(運搬・清掃・配膳・リネン整理) :各病棟2名
H01B	15対1	27床	個室: 2 観察室(リカバリー室): 2	16名	
H01C	15対1	56床	個室: 5 観察室(リカバリー室): 4	29名	
H01D	15対1	40床	個室: 4 観察室(リカバリー室): 2	23名	
H02A	15対1	64床	保護室(隔離室): 7 個室: 5	29名	6名
H02B	15対1	44床	個室: 5	16名	5名
H03A	15対1	60床	保護室(隔離室): 8	29名	2名

表3-① 看護必要度調査期間中の病床利用状況(1) (単位:人)

病棟		調査日1	調査日2	調査日3	調査日4	調査日5
H01A (30床)	入院(転入)	-	-	1	-	1
	退院(転出)	-	-	(1)	-	1
	患者総数	20	20	20	20	20
H01B (27床)	入院(転入)	1	-	1	1	1
	退院(転出)	1	3	-	-	-
	患者総数	23	20	21	22	23
H01C (56床)	入院(転入)	2	1(1)	-	-	2
	退院(転出)	2	2	-	-	1
	患者総数	48	48	48	48	49

H01D (40床)	入院(転入)	1	2(1)	1(1)	1	1
	退院(転出)	-	-	-	(1)	(1)
	患者総数	31	34	36	36	36

表3-② 看護必要度調査期間中の病床利用状況(2) (単位:人)

病棟		調査日1	調査日2	調査日3	調査日4	調査日5	調査日6	調査日7
H02A (64床)	入院(転入)	-	1	-	1	2	-	-
	退院(転出)	-	-	1	2	3	-	-
	患者総数	62	63	62	61	60	60	60
H02B (44床)	入院(転入)	1	1	1(1)	-	1	-	-
	退院(転出)	-	1	-	1	1	-	-
	患者総数	41	41	43	42	42	42	42
H03A (60床)	入院(転入)	1	-	1	(1)	-	-	1
	退院(転出)	1	-	-	-	2	-	-
	患者総数	52	52	53	54	52	52	53

表4 各調査病棟における在棟患者の性別 (N=307、単位:人)

性別	H01A	H01B	H01C	H01D	H02A	H02B	H03A	全体
男性	8(38%)	16(59%)	34(63%)	22(58%)	21(32%)	11(24%)	28(50%)	140(45%)
女性	13(62%)	11(41%)	20(37%)	15(39%)	45(68%)	34(76%)	28(50%)	166(54%)
未記入				1(3%)				1
合計	21 (100%)	27 (100%)	54 (100%)	38 (100%)	66 (100%)	45 (100%)	56 (100%)	307 (99%)

表5 各調査病棟における在棟患者の年代 (N=307、単位:人)

年代	H01A	H01B	H01C	H01D	H02A	H02B	H03A	全体
10歳代				1(3%)	1(2%)	5(11%)	2(4%)	9(3%)
20歳代			3(6%)		13(20%)	4(9%)	8(14%)	28(9%)
30歳代	3(15%)		1(2%)	4(11%)	16(24%)	8(18%)	14(25%)	46(15%)
40歳代	4(19%)	3(11%)	11(20%)	4(11%)	12(18%)	11(24%)	7(12%)	52(17%)
50歳代	2(9%)	4(15%)	7(13%)	7(18%)	9(13%)	5(11%)	11(20%)	45(15%)
60歳代	6(29%)	11(41%)	12(22%)	15(39%)	10(15%)	9(20%)	8(14%)	71(23%)
70歳代	2(9%)	6(22%)	16(30%)	7(18%)	4(6%)	1(2%)	5(9%)	41(13%)
80歳以上	4(19%)	3(11%)	4(7%)		1(2%)	2(5%)	1(2%)	15(5%)

合計	21 (100%)	27 (100%)	54 (100%)	38 (100%)	66 (100%)	45 (100%)	56 (100%)	307 (100%)
----	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	---------------

表6 調査時点での入院治療期間 (N=307、単位:人)

治療週数	H01A	H01B	H01C	H01D	H02A	H02B	H03A	全体
1週目	6(29%)	8(29%)	8(15%)	8(21%)	6(10%)	8(18%)	8(14%)	52(17%)
2週目	4(19%)	2(7%)	7(13%)	1(2.5%)	3(5%)		5(9%)	22(7%)
3週目		2(7%)	6(11%)	2(5%)	4(6%)		2(3%)	16(5%)
4週目		1(4%)	3(6%)	4(11%)	4(6%)	2(4.2%)	4(7%)	18(6%)
5週目		4(15%)	3(6%)		3(5%)	4(9%)	3(5%)	17(5%)
6週目	1(5%)		4(7%)	1(2.5%)	3(5%)	2(4.2%)	4(7%)	15(5%)
7週目	3(14%)	1(4%)	4(7%)		2(2%)	2(4.2%)	4(7%)	16(5%)
8週目			3(6%)		1(1%)	2(4.2%)	2(3%)	8(3%)
9週目	2(9%)			1(2.5%)	1(1%)	1(2.1%)	1(2%)	6(2%)
10週目		1(4%)	4(7%)	1(2.5%)	1(1%)	3(7%)		10(3%)
11週目		1(4%)	1(2%)	1(2.5%)	6(10%)		2(3%)	11(4%)
12週目		2(7%)		1(2.5%)	1(1%)	1(2.1%)	1(2%)	6(2%)
13週以上	5(24%)	4(15%)	11(20%)	15(40%)	31(47%)	20(45%)	20(36%)	106(35%)
未記入		1(4%)		3(8%)				4(1%)
合計	21 (100%)	27 (100%)	54 (100%)	38 (100%)	66 (100%)	45 (100%)	56 (100%)	307 (100%)

表7 身体合併症治療患者の内訳 (調査期間平均) (単位:人)

調査病棟	在棟患者数	合併症治療患者数 (在棟患者中の割合)	身体疾患の「専門医」による治療例	
			急性期治療中	現状維持・再燃予防
H01A	20.0	19.2 (96%)	8.6 (43%)	2 (10%)
H01B	21.8	21.8 (100%)	4 (18%)	18.2 (84%)
H01C	48.2	48.2 (100%)	14 (29%)	26.2 (54%)
H01D	34.6	23.6 (68%)	3 (9%)	20.8 (60%)
H02A	61.1	19.6 (32%)	3.6 (6%)	16 (26%)
H02B	41.8	18.0 (43%)	1.4 (3%)	16.6 (39%)
H03A	52.6	12.1 (23%)	2.6 (5%)	9.4 (18%)

表8 看護必要度を用いた各評価基準に該当する患者数（調査期間平均）

診療報酬での評価基準	H01A	H01B	H01C	H01D	H02A	H02B	H03A
「重症度」 (該当患者/在棟患者)	12.4 (62%)	15.8 (72%)	29.8 (62%)	22.8 (66%)	11.9 (19%)	2.0 (5%)	3.4 (6%)
「重症度・看護必要度」 (該当患者/在棟患者)	12.0 (62%)	13.6 (62%)	31.8 (66%)	21.8 (63%)	11.6 (19%)	2.0 (5%)	8.6 (16%)
「一般病棟用の重症度・看護必要度」 (該当患者/在棟患者)	0.4 (2%)	5.8 (27%)	12.8 (27%)	6 (17%)	-	-	-

表9 調査日毎の在棟患者の「一般病棟用の重症度・看護必要度」基準での該当数（単位：人）

調査病棟		調査日1	調査日2	調査日3	調査日4	調査日5
H01A	基準該当者	0	0	2	0	0
	(該当者/在棟患者)	-	-	(10%)	-	-
H01B	基準該当者	5	7	4	6	7
	(該当者/在棟患者)	(23%)	(32%)	(18%)	(28%)	(32%)
H01C	基準該当者	11	13	13	13	14
	(該当者/在棟患者)	(23%)	(27%)	(27%)	(27%)	(29%)
H01D	基準該当者	10	4	5	6	5
	(該当者/在棟患者)	(29%)	(12%)	(14%)	(17%)	(14%)
<p>「一般病棟用の重症度・看護必要度」基準                      モニタリング及び処置等に係る得点(A得点)が2点以上、かつ患者の状況に係る得点(B得点)が3点以上</p>						



表 10-① 調査日毎の在棟患者の「重症度」基準での該当数（単位：人）

調査病棟		調査日1	調査日2	調査日3	調査日4	調査日5
H01A	基準該当者 (該当者/在棟患者)	12 (60%)	11 (55%)	13 (65%)	13 (65%)	13 (65%)
	A得点 該当数	0	0	0	0	0
	B得点 該当数	12	11	13	13	13
H01B	基準該当者 (該当者/在棟患者)	15 (65%)	16 (80%)	15 (71%)	16 (72%)	17 (74%)
	A得点 該当数	1	1	0	0	1
	B得点 該当数	15	16	15	16	17
H01C	基準該当者 (該当者/在棟患者)	31 (64%)	30 (62%)	29 (60%)	29 (60%)	30 (61%)
	A得点 該当数	4	4	4	4	4
	B得点 該当数	30	30	29	29	30
H01D	基準該当者 (該当者/在棟患者)	20 (64%)	22 (65%)	24 (66%)	24 (66%)	24 (66%)
	A得点 該当数	0	0	0	0	0
	B得点 該当数	20	22	24	24	24
<p>「重症度」基準 モニタリング及び処置等に係る得点(A得点)が3点以上、または患者の状況等に係る得点(B得点)が3点以上</p>						

表 10-② 調査日毎の在棟患者の「重症度」基準での該当数（単位：人）

調査病棟		調査日1	調査日2	調査日3	調査日4	調査日5	調査日6	調査日7
H02A	基準該当者 (該当者/在棟患者)	13 (21%)	10 (16%)	11 (18%)	12 (19%)	13 (21%)	12 (19%)	12 (19%)
	A得点 該当数	0	0	0	0	0	0	0
	B得点 該当数	13	10	11	12	13	12	12
H02B	基準該当者 (該当者/在棟患者)	2 (4.7%)	2 (4.7%)	2 (4.7%)	2 (4.7%)	2 (4.7%)	2 (4.7%)	2 (4.7%)
	A得点 該当数	0	0	0	0	0	0	0
	B得点 該当数	2	2	2	2	2	2	2
H03A	基準該当者 (該当者/在棟患者)	2 (3.8%)	2 (3.8%)	2 (3.8%)	3 (5.7%)	6 (11.4%)	4 (7.6%)	5 (9.5%)
	A得点 該当数	0	0	0	0	0	0	0
	B得点 該当数	2	2	2	3	6	4	5

表 11-① 調査日毎の在棟患者の「重症度・看護必要度」基準での該当数（単位：人）

調査病棟		調査日1	調査日2	調査日3	調査日4	調査日5
H01A	基準該当者 (該当者/在棟患者)	11 (55%)	11 (55%)	13 (65%)	13 (65%)	12 (60%)
	A得点 該当数	0	0	0	0	0
	B得点 該当数	11	11	13	13	12
H01B	基準該当者 (該当者/在棟患者)	13 (56%)	15 (75%)	12 (57%)	13 (59%)	15 (65%)
	A得点 該当数	5	7	4	5	6
	B得点 該当数	13	15	12	13	15
H01C	基準該当者 (該当者/在棟患者)	33 (69%)	32 (66%)	31 (64%)	31 (64%)	32 (65%)
	A得点 該当数	4	4	4	4	5
	B得点 該当数	33	32	31	31	32
H01D	基準該当者 (該当者/在棟患者)	20 (64%)	22 (65%)	22 (61%)	23 (64%)	22 (61%)
	A得点 該当数	2	2	3	2	2
	B得点 該当数	20	22	22	23	22

「重症度・看護必要度」基準  
 モニタリング及び処置等に係る得点(A得点)が3点以上<表中基準①>、または患者の状況等に係る得点(B得点)が7点以上<表中基準②>

表 11-② 調査日毎の在棟患者の「重症度・看護必要度」基準での該当数（単位：人）

調査病棟		調査日1	調査日2	調査日3	調査日4	調査日5	調査日6	調査日7
H02A	基準該当者 (該当者/在棟患者)	12 (19%)	11 (18%)	11 (18%)	11 (19%)	12 (19%)	12 (19%)	12 (19%)
	A得点 該当数	0	0	0	0	0	0	0
	B得点 該当数	12	11	11	11	12	12	12
H02B	基準該当者 (該当者/在棟患者)	2 (4.7%)	2 (4.7%)	2 (4.7%)	2 (4.7%)	2 (4.7%)	2 (4.7%)	2 (4.7%)
	A得点 該当数	0	0	0	0	0	0	0
	B得点 該当数	2	2	2	2	2	2	2
H03A	基準該当者 (該当者/在棟患者)	6 (11%)	8 (15%)	8 (15%)	9 (17%)	10 (19%)	8 (15%)	11 (21%)
	A得点 該当数	0	0	0	0	0	0	0
	B得点 該当数	6	8	8	9	10	8	11

表 12 身体合併症治療病棟で看護必要度調査中に勤務した看護師数および総勤務時間

病棟		調査日1	調査日2	調査日3	調査日4	調査日5
H01 A	勤務看護師総数	10名	10名	10名	11名	9名
	正規勤務時間合計	4980分	4890分	4890分	5400分	4455分
	時間外勤務合計	100分	320分	210分	75分	35分
	総勤務時間	5080分	5210分	5100分	5475分	4490分
H01 B	勤務看護師総数	11名	10.5名	10.5名	11.4名	11名
	正規勤務時間合計	5505分	5242.5分	5242.5分	5715分	5505分
	時間外勤務合計	780分	30分	-	340分	750分
	総勤務時間	6285分	5272.5分	5242.5分	6055分	6255分
H01 C	勤務看護師総数	19名	24名	15名	20.5名	21.5名
	正規勤務時間合計	9315分	11715分	7305分	9772.5分	10507.5分
	時間外勤務合計	690分	780分	420分	240分	510分
	総勤務時間	10005分	12495分	7725分	10012.5分	11017.5分
H01 D	勤務看護師総数	14名	14名	14名	17名	13名
	正規勤務時間合計	6945分	6945分	6945分	8520分	6420分
	時間外勤務合計	1080分	420分	1160分	1080分	840分
	総勤務時間	8025分	7365分	8105分	9600分	7260分

表 13 精神科病棟で看護必要度調査中に勤務した看護師数および総勤務時間

病棟		調査日 1	調査日 2	調査日 3	調査日 4	調査日 5	調査日 6	調査日 7
H02 A	勤務看護師総数	18名	14名	14名	14名	13名	11名	11名
	正規勤務時間合計	9810分	7860分	7860分	8250分	7410分	6510分	4950分
	時間外勤務合計	345分	775分	800分	590分	595分	470分	735分
	総勤務時間	10155分	8635分	8660分	8840分	8005分	6980分	5685分
H02 B	勤務看護師総数	8名	7名	7名	7名	7名	7名	7名
	正規勤務時間合計	4650分	4320分	4320分	3930分	4320分	3930分	4830分
	時間外勤務合計	180分	230分	315分	450分	320分	215分	50分
	総勤務時間	4830分	4550分	4635分	4380分	4640分	4145分	4880分
H03 A	勤務看護師総数	21名	21名	18名	21.5名	21名	12名	13名
	正規勤務時間合計	8160分	8160分	7680分	8400分	8160分	5760分	6240分
	時間外勤務合計	470分	400分	190分	600分	490分	380分	450分
	総勤務時間	8630分	8560分	7870分	9000分	8650分	6140分	6690分

表 14 精神科病棟で看護必要度調査中に勤務した看護補助者数および総勤務時間

病棟		調査日 1	調査日 2	調査日 3	調査日 4	調査日 5	調査日 6	調査日 7
H02 A	勤務者総数	4名	4名	4名	5名	4名	3名	3名
	正規勤務時間合計	1800分	1800分	1800分	2250分	1800分	1350分	1350分
	時間外勤務合計	-	-	-	-	-	-	-
	総勤務時間	1800分	1800分	1800分	2250分	1800分	1350分	1350分
H02 B	勤務者総数	4名	3名	3名	4名	4名	3名	3名
	正規勤務時間合計	1800分	1350分	1350分	1800分	1800分	1350分	1350分
	時間外勤務合計	-	-	-	-	-	-	-
	総勤務時間	1800分	1350分	1350分	1800分	1800分	1350分	1350分
H03 A	勤務者総数	2名	2名	1名	2名	2名	-	-
	正規勤務時間合計	720分	720分	360分	720分	720分	-	-
	時間外勤務合計	110分	-	-	-	-	-	-
	総勤務時間	830分	720分	360分	720分	720分	-	-