

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. 看護必要度および看護師の配置・勤務時間に関する実態調査の結果

1) 調査病棟の病床構成および病床利用状況

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。（表2）

調査病棟の病床利用状況を見ると、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。

2) 調査期間中の在棟患者の概要

(1) 性別・年代および在棟期間

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）

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）

(2) 精神疾患の主診断名および主たる精神症状

調査病棟に在棟した患者の精神疾患の主診断については、「統合失調症、統合失調型障

害および妄想性障害」(以降、統合失調症圏)が患者全体 307 名中の 154 名と 50%を占め、次いで「気分障害」が 59 名(19%)、「症状性を含む器質性精神障害」が 34 名(11%)となっていた。

調査病棟別にみると、H01A では統合失調症圏の 39%と並び「症状性を含む器質性精神障害」が 34%となっており、精神科開放病棟である H02B では「気分障害」が 51%と最も多くなっていた。(表7)

今回の調査では、看護必要度の調査期間に観察された主要な精神症状を 3 位まで記載してもらったが、「妄想」が 307 名中 115 名(37%)と最も多く、次いで「幻覚」が 83 名(27%)、「抑うつ状態」が 79 名(26%)となっていた(表8)。第1症状として記載された症状で調査病棟別に比較すると、H02B では気分障害が在棟患者の半数を占めていたことを反映し「抑うつ状態」が 67%で最も多く、また、「症状性を含む器質性精神障害」の患者が 7 名(34%)であった H01A では、「健忘・記名力障害」が 38%で最も多い症状となっていた(表9)。

(3) 身体合併症治療の実際

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。(表 10)

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 11・12)

<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。

(4) 隔離または身体拘束の実施および精神科的問題の発生状況

身体拘束を実施していた患者は、精神科閉鎖病棟のH02Aで5名(在棟患者の11%)、H03Aで2名(4%)であったが、身体合併症治療病棟では在棟患者の40%~69%と割合が多くなっていた。(表13)

身体合併症病棟での身体拘束の実施理由の多くが身体合併症治療と関連しており、代表的なものでは「肺炎」に対する点滴での薬物療法や「逆流性食道炎」に対する中心静脈栄養実施中の<ルート抜去防止>、<転倒や転落防止>が理由として挙げられていた。少数ではあるが、人工呼吸器装着中やPEG自己抜去の危険行為も挙げられていた。

精神症状との関連では、多動、徘徊、不穏等で落ち着かず<安静が保てない>、<自傷や他害行為がある>が代表的な理由であり、他には拒薬・拒食、亜混迷などが挙げられていた。

一方、保護室や個室での隔離については、「精神運動興奮」「自傷行為」「暴力迷惑器物破損行動」といった精神症状への対処と安全の確保や、「外的刺激の遮断」「強迫行為による症状安静」「無断離院のおそれ」という理由から、精神科閉鎖病棟であるH02Aで7名(在棟患者の11%)、H03Aで8名(15%)の患者に実施されていた。

H01Aでも個室隔離となった患者が2名いたが、大腿頸部骨折の手術当日や術後リハビリテーション中の患者であった。

精神的な問題の調査日1週間以内での発生をみると、気分障害の患者が50%を占めたH02Bでは「自殺念慮・自殺企図」の発生した患者が4名(在棟患者の9%)、25%であったH03Aでは3名(6%)であった。「暴力行為」は、精神科閉鎖病棟であるH02AとH03Aで他

の病棟より発生が多いが、身体合併症病棟でも生じていた。(表14)

3) 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。(表15)

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16)

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17)

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得点のどちらか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18・19および資料1参照)

4) 調査病棟の勤務体制および勤務時間の実態

(1) 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4・5)

(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みると、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で916分となっていた(表20)。

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(表21)、看護補助者の時間外勤務の発生は1日のみであった(表22)。

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。

5) 「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6)。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7)。

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8)。

2. 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23)

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か拒否がある。」

D 2 : 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。」

D 3 : 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。」

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

「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。」

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

「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。」

D7：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)にいえるが、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。」

D8：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。」

D9：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)、一般病棟のように行かない。」

D10：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。」

D11：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 1 2 : 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と連携の難しさ

「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になどでは、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等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と連携の難しさ

「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。」

D15：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のため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24)

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

L1：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、精神面でのかかわりがあま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。」

L2：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。」

L3：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。」

「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。」

L4：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。」

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。」

「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 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」

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ける病棟(一般病棟)に

くらべると、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

「スタッフの人数がいけないという理由で、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”と言ってしまふ。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ふ。」

「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がある。」

「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がある。」

「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、自傷行為をしようしたり、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。」

(3) 人員数での制限とは言い切れない側面に関する意見

施設2の看護師からは、看護師の配置数の確保だけでは解決できない側面があるため「制約が生じている」とは言い切れない看護師の実践能力の課題に言及した意見や、精神科閉鎖病棟の看護体制をハイケアユニット(HCU)と通常精神科病床機能にチームに編成することで制約が生じないよう工夫している事が記述されていた。

「患者の認知、理解力の低下などから、1つ1つのケアに対し患者によってはかかることもあり、行えていなかった。しかし、先輩看護師の働き方を見ていると、そのようには思えない部分もあるので、それらの先輩にアドバイスを聞きながら行えばできるのかなとも思う。」

「人数がいても経験により、一人に対応できるものとそうでないものがあるため、人数だけで判断できない。」

「閉鎖病棟の中で1つのチームが身体合併症をケアしており、全体では15対1であるがそのチームはHCUとして多くのスタッフを配置している。よって制約が生じていると思うことは少ない。しかし、実際に身体合併症ケースを15対1でケアした場合、手術するケース、重篤なケースは看護することが困難であるし、生命の安全を守るために身体拘束がふえると思われる。現在は離床センサーの使用やルートの固定の工夫、ミトンの使用などでリスクを防いでいるがマンパワーが不足していれば難しい。」

3) 現在の看護必要度の項目に反映されない身体合併症患者ケアについて

本調査では、身体疾患の治療を受ける一般病棟の患者の場合と比較する意図もあり、一般病床で用いられている看護必要度評価の項目を用いて、身体合併症患者ケアでの重症度等の調査を実施した。しかし、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対して、身体的苦痛を伴うような検査・治療を実施することが簡単ではないことは容易に想像ができる。そこで、患者の治療抵抗や精神症状の影響による身体合併症ケアの困難性を日々体験する中で、調査病棟の看護師が“身体合併症患者ケアでの重症度が反映されない”、“一般病床の入院患者への実施に比べ倍以上の時間や人員を要する”と感じる看護援助についてもデータを収集した。

以下に、質問用紙への回答で得られた代表的な内容を整理し記述した。

■ 日常生活行動の援助(声かけ)や観察に要する時間

「転倒のおそれがあるほど筋力低下していても、精神症状から理解が得られず単独行動がある場合は、排泄中などトイレにて長時間の付き添いが必要となる。また、その間の他患の対応ができず、特に夜間(二人夜勤)は転倒のリスクが高いと感じる。」

「説明すれば理解していただき一人できる方は少なく、ほとんど全介助で看護師が行う。」

「看護必要度では、“できる”か、“できない”かを判断するが、精神科では“できる”のにやらない、“できる”かどうか観察することが多い。」

「食事時の介助(盗食や詰め込みがないかの見守りを伴う)」

■ 精神症状や抗精神病薬の副作用の影響を考慮しながら訴えを傾聴し対応すること

「精神症状をもち合わせている為、身体の訴え等から状態を把握するのが困難である(身体の正確な症状など)。

「薬にこだわったり、行動が特徴的な場合には、それに対する対応にかなり時間がかかるので、ベッド上でケアの多い患者よりも看護介入の大変さがある。」

「妄想などにより「身体的な症状の訴え」が具体的な表現でなくなり、発見が遅れやすい。」

「ナースコール対応(特に幻聴、妄想、こだわりが強い患者)。」

「不安の表出の仕方は人それぞれであり、その方法、サインが分かれば対応への時間(ケアに入るまでの)は短くなると考える。」

■ 精神症状・病識や理解力に問題がある患者の治療(検査・処置)・看護援助の説明と実施

「治療への理解が精神症状のため得られず、説明や実施に時間がかかる。」

「疾患による認知力の低下により、諸々の協力が得られないため時間がかかる。」

「動いてしまう方への採血や注射なども、人員、時間ともにかかる。」

「検査の介助(鎮静をしないと検査ができないことが多い)」

「説明や理解に時間を要しても、看護必要度には反映されないと思う。」

「ケア中に予測不能な動きやツバ(だ液)を吐きかけて拒否したり、暴言、暴力、大声など、説明しても理解協力が困難な場合に時間がかかる。」

「血圧測定なども患者の協力が得られなくて何度も測りなおすこともあるが、1日〇回という必要数で判定し、測定がいかに困難かは考慮されない。」

■ 安全面を考慮しながら拒否や精神症状が

活発な患者への検査・処置・治療の実施

「精神症状が活発であれば、ある程度、ケアに対する患者の協力は困難であり、看護者は危険を伴う。」

「精神症状や興奮状態にある患者の対応が反映されていない。」

「暴力の有無(首をしめられた)で違う。暴力行為等があると、複数での対応が必要になる。」

■ 身体疾患の治療を安全に実施するための観察・対応(身体拘束を含む)

「安静度が保てず一般の方より拘束部位が多くなり、その観察にも時間がかかる。」

「ルートが1本入っていても合併症がある場合はリスクが高い。」

「拘束をはずすとすぐにルートに手が伸びてしまう方も多いため、移動動作も人の手がいるし、その分時間もかかる。」

「体位交換時も一人ではできず人数が必要になる(体交後もまた拘束しなおす、動いてしまいルートを抜去する必要がある為)。」

「シャワーストレッチャーから降りようとされる方などは、人員も時間もとられる。」

■ 身体拘束の実施に伴う人手と労力

「オムツ交換、体位交換も拘束をはずして行うため、時間がかかる。」

「(拘束解除、ベットからの移乗など)搬送にも時間がかかる。」

「脱衣から入浴→着衣、拘束まで、人手がすべての場面で必要になる。」

「観察の時間は実際はかなりあるが、看護必要度には反映されていない。」

「安静度や協力が得られず拘束となり、それらの観察や記録などに時間がかかる。」

「自己抜去のリスクもあるため身体管理目的での身体拘束を行う頻度も高く、単純な処置だけでなくその後には発生するリスクのある二次的被害を防ぐための苦勞が多い。」

各調査病棟の看護管理者やエキスパートナースとの話し合いの中では、精神症状のコントロール、安静の保持や治療上の制限を理解する力がどの程度その患者にあるかによって、「説明・指導」「観察」「身体治療・ケアの実施」の入院治療の全てのプロセスで看護の必要度が違ってくる事が強調された。患者自身の“危険の回避”の能力が低下している場合には、身体内部に挿入されるチューブ・ルートであれば、点滴、経管栄養、膀胱内、創傷部などの部位や本数に関わらず、安全を保つために看護師の観察や介入が必要となる。そして、限られた人員の中での安全対策として身体拘束が用いられ、結果として日常生活の大部分で看護師の援助が必要となり、身体拘束中の拘束部位や全身状態の観察と記録のための時間増へと波及していくことが語られた。

精神病院の長期入院患者の場合、それまでは患者自身が担っていた日用品の管理等も身体疾患の治療中には他者の支援が必要になる。しかし、家族に協力を要請し、家族が担うような必要物品の購入や洗濯も、家族との関係に問題がある患者や高齢で身寄りのない患者も多く、施設1のように看護補助者の配置がない場合には、看護師が代理で行う状況が発生していた。

患者に協力が得られない場合には、検温・検脈・血圧などの基本的なバイタルサインの測定にも時間を要し、看護師や医療者が関わること自体を拒絶する患者の場合には、患者の意思に反して複数名で採血やルートの確保を行う必要が生じる。施設2や施設3の看護師は、看護師自身の安全を保つために精神状態の悪い患者への対応は最低でも2名、激しい抵抗や暴力を伴う場合には4、5名での対応が必要になるが、この現状は病院で用いている「看護必要度」には反映されず、精神科を経験したこ

とない看護師に、その重要度を理解してもらいことが難しいと語っていた。

また、人員数や所要時間に換算できないが、抵抗する患者を抑えて医療行為を実施するには、身体的にも精神的にも看護師のエネルギーを消耗させるものであり、強いストレスと倫理的ジレンマ、不全感から看護師が自己研鑽や看護の質の向上に対するモチベーションを維持することが難しい事が語られた。

D 考察

1. 身体合併症治療および患者ケアを担う精神病床での看護職員配置の検討

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态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も問題はないであろう。

しかし、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(HO1C・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。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となる事が、質問紙への回答やインタビューの中で語られていた。

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いる実態はこれまでも報告されており、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。

そして、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ことに加え、医療処置がある患者には対応できない精神病院の問題など、精神障害者がおかれている処遇から派生する問題へも直面し、強いストレスを感じていることが分かった。

患者にとって最良の看護を提供したいと願いながら、限られた労力の中では最低限のこゝしかできないジレンマ、理想とする看護とは程遠い日々の業務遂行の中で感じる不全感に晒される事態は、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。

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。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。今回の調査で明らかになった実情と照合すると、特に閉鎖処置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、最低でも 10 対1入院基本料の導入を提言したい。

精神障害者の身体合併症の問題を考える時、大部分の精神病床が単科の精神病院で占められ、身体疾患が発生した場合に自力で適切な対応ができない精神病院の実情を無視することはできない。精神病院に勤務する看護師の身体ケアに関する実践能力の強化、身体疾患の早期発見に向け、非常勤の内科医による定期検診など、それぞれの医療機関で実施可能な対策を推進することも必要である。

う。そして、身体合併症治療の受入れ先を確保するために、精神障害を持つ場合でも一般病床で身体疾患の専門的治療が十分に受けられる医療体制であることが望まれる。

しかし、精神障害者に対する偏見は医療者の中にも存在し、精神疾患を有するが故に受入れを拒否される状況を改善することは容易ではない。それ故、こうした現状の中で身体疾患の治療を必要としている精神科入院患者や地域で暮らす精神障害者に適正な医療を受ける権利の保障するために、身体合併症治療を専門とする病棟やユニットの整備が重点課題であると思う。

本研究で語られたような、身体合併症治療に関わる看護師が直面する現状を改善するためには人員の確保が必要であり、平成 20 年度診療報酬改正で新設された身体合併症管理加算だけでは十分とは言い難い。身体症状と精神症状が急性に活発化している状態の患者に対応できる専門の治療病棟またはユニットが、各医療機関の経営努力で運営されるのではなく、診療報酬上で認可されことを臨床側が切望していることを、今回の調査を通して強く感じた。

精神障害者の身体疾患の治療に伴う看護ケアの質を、一般病棟で提供される看護ケアと同等に保てる入院治療環境を医療政策として保障されることを期待し、「重症度・看護必要度」基準該当者が 60%を超えるような身体合併症治療の専門病棟に関しては、7 対 1 基準での看護職員配置の検討を提言したい。

2. 精神医療に関する診療報酬制度における本調査の意義と限界

現時点では、精神病床に入院している患者の看護必要度を測定する項目が開発されておらず、本調査では「身体疾患の治療をうける患者」という共通項目に着目し、一般病床で用いられている看護必要度評価の項目を用いて、身体合併症患者ケアでの重症度等の調査を実

施した。精神病床に入院する患者への看護ケアは、精神保健福祉法を遵守した手続き等、身体疾患治療のみを行う病棟での看護ケアとは異なる点が多く、一般病床で用いている測定項目で、身体合併症患者への看護ケアの「必要度」を全て反映させていると言えない。しかし、今回の調査結果では身体合併症治療病棟の患者の60%に「重要度・看護必要度」基準での該当者が存在することが確認されており、この事から“身体疾患の治療”と“患者の状態”に合わせた看護援助の必要度は、「重要度・看護必要度」の基準を用いることで、ある程度、把握することが可能であることが示唆される。

本調査では設定した精神科的治療に関する項目では、身体疾患の治療が安全に遂行される目的で身体拘束が実施され、その身体拘束に伴う生活援助や二次的合併症予防策、15分毎の観察と記録のための時間が発生し、看護必要度が高くなることが明らかになった。しかし、身体合併症治療とは別の、日用品の購入や管理の代理行為、自傷や他害の危険性を把握するためのコミュニケーションと観察に要する時間を看護必要度として換算することは試みていない。一般病院と同様に看護必要度を診療報酬の算定基準として導入するか否かについて、精神医療関係者の間でも意見が一致しておらず、本研究班がその導入を推奨するものではないが、本研究の調査で得たデータは、人員と時間を要する看護援助について考える際の基礎資料として用いることができるであろう。

本調査は3施設7病棟という限られた対象施設での調査であるため、全国の精神科病棟での身体疾患治療の現状や、身体合併症治療病棟あるいはMPUと称されるユニットの入院患者の看護の必要度を代表するものではない。したがって、身体合併症治療病棟の入院基本料の導入にあたっては、より大規模な実態調査が必要である。身体合併症治療のモデルユニットを選定し、看護必要度と看護人員の配置数の関係性を検証するなど、今後の診療報酬改正にむけた基盤研究の継続を期待したい。

(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証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際. 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. 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.
8. 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. 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 在棟患者の精神科主診断 (N=307、単位:人)

診断名	H01A	H01B	H01C	H01D	H02A	H02B	H03A	全体
1. 症状性を含む器質性精神障害	7 (34%)		12 (22%)	5 (13%)	8 (12%)	1 (2%)	1 (2%)	34 (11%)
2. 精神作用物質使用による精神及び行動の障害			3 (6%)	4 (10%)	3 (5%)			10 (3%)
3. 統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	8 (39%)	18 (67%)	21 (39%)	22 (58%)	40 (61%)	11 (25%)	34 (60%)	154 (50%)
4. 気分[感情]障害	2 (9%)		4 (7%)	6 (16%)	10 (15%)	23 (51%)	14 (25%)	59 (19%)
5. 神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害	2 (9%)		1 (2%)		2 (3%)	10 (22%)	2 (4%)	17 (5%)
6. 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群					1 (1%)		3 (5%)	4 (2%)
7. 成人の人格及び行動の障害			2 (4%)					2 (1%)
8. 知的障害〈精神遅滞〉		1 (4%)	5 (9%)	1 (3%)	2 (3%)		1 (2%)	10 (3%)
9. その他	2 (9%)	8 (29%)	5 (9%)				1 (2%)	16 (5%)
未記入			1 (2%)					1 (1%)
合計	21 (100%)	27 (100%)	54 (100%)	38 (100%)	66 (100%)	45 (100%)	56 (100%)	307 (100%)

表8 病棟機能別にみた在棟患者の精神症状(主要な3症状の記載)(単位:人)

精神症状	身体合併症治療病棟		精神科病棟		全体
	開放 (H01A・B)	閉鎖 (H01C・D)	開放 (H02B)	閉鎖 (H02A・H03A)	
1. せん妄・もうろう状態	3	12	0	10	25(8%)
2. 健忘・記憶力障害	15	25	1	7	48(16%)
3. 幻覚	13	17	5	48	83(27%)
4. 妄想	16	25	4	70	115(37%)
5. 連合弛緩・滅裂思考	9	14	1	29	53(17%)
6. 不安・焦燥状態	7	8	17	22	54(18%)
7. 抑うつ状態	2	7	37	33	79(26%)
8. 躁状態	2	1	1	8	12(4%)
9. 無為・自閉	14	22	0	6	42(13%)