



身体合併症をもつ精神科入院患者の看護必要度とケア内容の実態調査

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 福島県立医科大学看護学部 公開日: 2013-06-05 キーワード (Ja): 精神科入院患者, 身体合併症, 看護必要度, 精神科看護 キーワード (En): psychiatric patient, complication of physical illness, requirement of nursing care, psychiatric nursing 作成者: 大竹, 眞裕美, 井上, 有美子, 大西, ひとみ, 小野田, 一枝, 福田, 敬, 吉浜, 文洋, 萱間, 真美 メールアドレス: 所属:
URL	https://fmu.repo.nii.ac.jp/records/2000545

身体合併症をもつ精神科入院患者の 看護必要度とケア内容の実態調査

大竹眞裕美¹⁾ 井上有美子²⁾ 大西ひとみ³⁾ 小野田一枝⁴⁾
福田 敬⁵⁾ 吉浜 文洋⁶⁾ 萱間 真美⁷⁾

Requirements of Nursing Care for Psychiatric Patients with Complication of Physical Illness

Mayumi OHTAKE¹⁾ Yumiko INOUE²⁾ Hitomi OHNISHI³⁾ Kazue ONODA⁴⁾
Takashi FUKUDA⁵⁾ Fumihiko YOSHIHAMA⁶⁾ Mami KAYAMA⁷⁾

I. はじめに

精神科入院患者の身体疾患の治療をめぐる問題は、1990年代から精神科医療体制の課題として取り上げられるようになり、平成8年度には日本精神病院協会が厚生省の委託事業「精神障害者の身体合併症の治療体制の整備に関する状況調査事業」で実施した平成8年当時の調査結果で、精神科入院患者に65歳以上が占める割合が約27%と高齢化しており、身体疾患を合併症している患者の増加に対する治療体制の整備が急務とされていた¹⁾。平成20年患者調査の結果では、精神科退院患者の35%、精神科入院患者の45%が65歳以上となっており、精神科入院患者の高齢化はさらに進んでいる。また、必然的に加齢に伴う身体機能の低下や身体疾患を併発し治療を必要とする精神科患者も増加している。

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²⁾、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。しかし、精神障害者が、入院加療が必要な重篤な合併症を持った場合、身体疾患の専門的治療を行う病棟での受入れの限界もあり、基本看護料の低い人員配置の精神科病棟が治療・看護ケアを担っているのが現状である。

一方、精神病床以外の病棟での看護人員の配置数に関しては、一人の患者がどれくらい看護を必要としているのかを評価する基準として「看護必要度」が開発され³⁾、「重症度に係る基準」や「重症度・看護必要度に係る基準」として、特定集中治療室管理料の算定やハイケアユニット入院医療管理料の算定で用いられている。また、平成20年度の診療報酬改定での7対1入院基本料の基準見直しに伴い「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」が設定された。精神病床に関しても、同じく平成20年度の診療報酬改定において、ようやく「身体合併症に対応した取組に係る評価」での精神科身体合併症管理加算、「精神科救急医療に係る評価」での精神科救急・合併症入院料が新設された。しかし、身体合併症をもつ精神科入院患者が実際にはどれくらいの看護を必要とし、どの程度の看護要員が必要なのかを示す具体的なデータが収集されていないため、身体合併症治療を担う専門病棟の設置基準は設定されず、従来の精神科病棟の入院基本料15対1の看護人員配置が継続されている。1990年代から整備が急務とされてきた精神科身体合併症医療体制は、平成20年度に導入された管理加算や入院料の新設で整備されたと言えるのか、疑問が残る。

こうした現状を踏まえると、身体疾患を合併した精神科患者の治療の場でも、実際にはどれくらいの看護量が必要となっているのかを具体的データで示す実態調査が

1) 福島県立医科大学
2) 京都大学医学部附属病院
3) 北里大学東病院
4) 東京都立松沢病院
5) 東京大学大学院
6) 神奈川県立保健福祉大学
7) 聖路加看護大学

Key Words: psychiatric patient, complication of physical illness, requirement of nursing care, psychiatric nursing

キーワード：精神科入院患者・身体合併症・看護必要度・精神科看護

必要であり、データに基づいた適正な看護人員の配置数を試算できるような研究成果を示すことが不可欠と言える。

そこで、本研究は精神病床における身体合併症患者の看護必要度に関する基礎データを得るために、平成19～21年度厚生労働科学研究費補助金（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患者合併症例の対応に関する研究」（主任研究者 黒澤尚）の分担研究の一部として計画された。

Ⅱ. 研究目的

本研究は、次の研究課題に取り組み、精神障害者の身体疾患の治療に際し看護師による診療の補助や生活援助がどれくらい必要となっているのかを「看護必要度」の項目を用いて把握し、精神障害者の身体合併症治療を行う精神病床で看護ケアの質を保つために必要な看護職員の配置数を提言することを目的に実施した。

研究課題1：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持つ患者の「看護必要度」の実態を明らかにする。

研究課題2：身体合併症の治療を行う精神病床における看護職員の勤務時間の実態を明らかにする。

研究課題3：現在の精神病床の看護職員配置数によって提供が制約されると感じる看護ケアの有無を明らかにする。

Ⅲ. 研究方法

1. 用語の定義

身体合併症：精神疾患治療中の入院患者または地域生活を送る精神障害者に併発した身体症状や身体疾患の総称として用いる。

看護必要度：看護師の適正な配置のために用いる評価基準で「入院患者に提供されるべき看護の必要量」のこと。本研究では、2008年度の診療報酬改定から7対1入院基本料の届出の必須条件として使用されている「看護必要度」を評価するための項目を用いる。

2. 研究対象

精神障害者の身体疾患の治療を行い、かつ「看護必要度」を用いた評価が可能な精神病床を有する医療機関3施設7病棟

3. データ収集期間

「看護必要度」および看護職員の勤務時間調査は平成20年11月～平成21年3月で実施した（表1）。尚、病院自体で看護必要度での評価が導入されていない施設1の身体合併症治療病棟では5日間、既に電子化されたシステムで運用されている大学病院および医学部附属病院の精神科病棟については、施設2では7日間の調査とした。また、調査病棟の看護師への質問紙調査とグループインタビューは平成21年9月～10月で実施した。

表1 調査施設の病棟概要および看護必要度の調査期間

施設	病棟	看護師数	病棟機能・病床数	調査日数
施設1	H01A	17名	精神病院：身体合併症治療（外科系）・開放病棟（30床）	5日間
	H01B	16名	精神病院：身体合併症治療（内科）・開放病棟（27床）	〃
	H01C	29名	精神病院：身体合併症（内科および外科）・閉鎖病棟（56床）	〃
	H01D	23名	精神病院：身体合併症治療（内科系）・閉鎖病棟（40床）	〃
施設2	H02A	29名	大学病院：精神科閉鎖病棟（64床）	7日間
	H02B	16名	大学病院：精神科開放病棟（44床）	〃
施設3	H03A	29名	医学部附属病院：精神科閉鎖病棟（60床）	〃

4. データ収集および分析方法

1) 研究グループの編成と調査実施体制の具体化

各調査協力施設からの看護管理者を研究協力者として加えた研究グループを編成し、一般病床等で使用さ

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留意事項、本研究での看護必要度に加える他の項目について検討し、使用する調査用紙と研究計画の具体化を行った。（表2・表3参照）

表2 研究班で追加した精神科での治療・患者の状況に関する調査項目

	チェック項目	選 択 肢		
1	行動制限①（閉鎖処遇・外出制限） ※行動制限が必要となった理由・原因（ ）	なし	あり	あり （棟外看護師同伴）
2	行動制限②（隔離） ※行動制限が必要となった理由・原因（ ）	なし	あり（時間開放）	あり（終日隔離）
3	行動制限③（身体拘束）	なし	胴抑制	四肢・肩抑制を含む
	→ 肺血栓塞栓症予防の実施	なし	あり	
	→ 注射薬（静脈内・筋注）による鎮静の実施	なし	あり	
	※行動制限が必要となった理由・原因（ ）			
4	精神科での特殊な治療（ECT）	なし	あり	
5	自殺念慮・企図	なし	過去1年に エピソードあり （継続的査定を要する）	1週間以内に 具体的言辭・行動あり
6	暴力行為	なし	過去1年に エピソードあり （継続的査定を要する）	1週間以内に 具体的言辭・行動あり
7	食物摂取・嚥下の問題（詰込みによる窒息）	なし	過去1年に エピソードあり （継続的査定を要する）	1週間以内に発生
8	自己管理①（衣類・日用品・タバコ・嗜好品等）	できる	できる時と できない時がある	できない
9	自己管理②（貴重品・金銭）	できる	できる時と できない時がある	できない
10	自己管理③（内服薬）	できる	できる時と できない時がある	できない
11	身体合併症（専門医の診断・専門的治療を要する） ※診断名（ ）治療内容（ ）	なし	現状維持・再燃予防	急性期治療中
12	看護師の対応を要する特記事項の発生 ※特記事項の内容（外出・外泊・離院・無断外出・ルート自己抜去など）	なし	あり	

表3 看護必要度を用いた管理料・入院基本料の算定基準

チェック項目	基準1	基準2	基準3
A モニタリング及び処置等に関する項目 (A 得点)			
創傷処置		●	●
蘇生術の施行		●	
血圧測定		●	●
時間尿測定		●	●
呼吸ケア		●	●
点滴ライン同時3本以上		●	●
心電図モニター	●	●	●
輸液ポンプの使用	●	●	
動脈圧測定 (動脈ライン)	●	●	
シリンジポンプの使用	●	●	●
中心静脈圧測定 (中心静脈ライン)	●	●	
人工呼吸器の装着	●	●	
輸血や血液製剤の使用	●	●	●
肺動脈圧測定 (スワンガンツカテーテル)	●	●	
特殊な治療法等 (CHDF, IABP, PCPS, 補助人工心臓, ICP 測定)	●	●	
専門的な治療・処置 (悪性腫瘍剤・免疫抑制剤・抗不整脈剤等の使用, 放射線療法, ドレナージの管理)			●
B 患者の状況等に関する項目 (B 得点)			
床上安静の指示		●	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる		●	
寝返り	●	●	●
起き上がり	●	●	●
座位保持	●	●	●
移乗	●	●	●
移動方法		●	
口腔清潔	●	●	●
食事摂取		●	●
衣服の着脱		●	●
他者への意思の伝達		●	
診療・療養上の指示が通じる		●	
危険行動		●	
基準1「重症度」: A 得点3点以上またはB 得点3点以上 基準2「重症度・看護必要度」: A 得点3点以上またはB 得点7点以上 基準3「一般病棟用の重症度・看護必要度」: A 得点2点以上かつB 得点3点以上			

2) 看護必要度および看護職員の勤務実態に関する調査

各施設の研究協力者が該病棟の看護管理者、看護必要度の評価者研修の修了者に調査用紙への記入方法を説明し、調査期間の「看護必要度」および在棟患者についての基礎情報、勤務者数や勤務時間等に関する情報についてのデータの収集を行った。

調査済み用紙は郵送で研究代表者に返送してもらい、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。「看護必要度」に関するデータからは、診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、在棟患者中の基準該当者数を記述した。

3) 「重要度・看護必要度」該当者が必要とする看護業務時間の算出

「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。

4) 調査病棟の看護師への質問紙調査とグループインタビュー

インタビューに先行し、調査病棟の看護師が、日頃の勤務の中で「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によって収集し、記載されていた内容を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。次に、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で、調査病棟の看護管理者および病棟代表者との計4回のグループインタビューを実施し、参加者の同意を得てICレコーダーに録音した。

H01A・H01Bの看護師長および看護師(計6名):
所要時間75分

H01C・H01Dの看護師長および看護師(計3名):
所要時間66分

H02の主任看護師および看護師(計3名): 所要時間50分

H03の看護師長および看護師(計4名): 所要時間40分

グループインタビューでは、質問紙調査から代表的な意見として取り出した事柄を報告しながら、調査病棟の構造や現状の看護体制の確認を行った。参加者から聴取した意見は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。

5) 倫理的配慮

「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、研究責任者の所属施設での倫理審査で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。連続する5～7日間の「看護必要度」調査での個々の患者の判別は、ローマ字と番号を組み合わせたコードを用いた。また、グループインタビューへの協力は任意であることを文書で事前に説明し承諾が得られた看護師を対象に実施し、個人名や特定の医療機関等を示す表現は、割愛するか記号で表記し用いた。

IV. 結 果

1. 調査病棟の概要と病床利用状況

施設1は精神専門病院で、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、手術後のリカバリー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は、総合病院として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・リカバリー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場合、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。

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

表4 病棟機能別にみた在棟患者の主な精神症状（3位まで回答）（N=307, 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) 計48人	閉鎖 (H01C・D) 計92人	開放 (H02B) 計45人	閉鎖 (H02A・H03A) 計122人	
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・減裂思考	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%)

や退院（または転入・転出）が生じていた。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67%, H01Bが81%, H01Cが86%, H01Dが87%, 精神科病棟3か所については、H02Aが95%, H02Bが95%, H03Aが88%となっていた。

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。調査時点での入院治療期間をみると、1～2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のH01Dと施設2（H02A・B）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。

2. 調査期間に在棟した精神科入院患者の状態像

1) 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。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4）。

精神科的な問題の調査日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。また、調査期間中に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8%）、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5）。

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胃ろう造設患者のチューブ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。

表5 精神科的問題の発生の有無と行動制限や ECT の実施状況 (単位: 人)

発生・実施内容	H01A	H01B	H01C	H01D	H02A	H02B	H03A
自殺念慮・企図 (発生患者／在棟患者)					1 (2%)	4 (9%)	3 (6%)
暴力行為 (発生患者／在棟患者)	1 (5%)		2 (4%)	1 (3%)	9 (15%)		4 (8%)
詰込みによる窒息等の問題 (発生患者／在棟患者)		1 (4%)			4 (6%)		4 (8%)
身体拘束 (実施患者／在棟患者)	8 (40%)	15 (69%)	26 (54%)	22 (65%)	5 (8%)		2 (4%)
保護室・個室での隔離 (実施患者／在棟患者)	2 (10%)				7 (11%)		8 (15%)
特殊治療 (ECT) (実施患者／在棟患者)		1 (4%)			3 (5%)	3 (7%)	6 (11%)

表6 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%)

2) 身体合併症とその治療の実態

H01D を除く 3 ヶ所の身体合併症治療病棟では、病棟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 6)。

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」の状態で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。

(1) 精神病院の身体合併症治療病棟での身体疾患治療

施設 1 の外科系・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。

(2) 総合病院の精神科病棟での身体疾患治療

施設 2 の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%、施設 3 (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「陰炎」で軟膏塗布中や「外耳炎」で点耳中の患者となっていた。

3. 調査病棟の勤務体制および勤務時間の実際

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、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

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について、各調査日に勤務していた看護師数と正規勤務時間合計および時間外勤務時間の合計を表7に示した。調査期間における身体合併症治療病棟での看護師の時間外勤務の平均時間は、開放病棟であるH01Aで148分、H01Bで380分、閉鎖病棟であるH01Cで528分、H01Dでは916分となっていた。施設2および施設3の勤務時間の実際は、表8および表9に示したが、調査期間における精神科病棟での看護師の時間外勤務の平均時間は、H02Aで616分、H02Bが251分、H03Aは426分となっていた。

施設2と施設3では看護補助者の勤務も組まれているが、時間外勤務の発生は施設3（H03A）での1日のみであった。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。

表7 身体合併症治療病棟の調査中に勤務した看護師数および総勤務時間（分）

病 棟		調査日1	調査日2	調査日3	調査日4	調査日5	平均
H01A	勤務看護師総数	10名	10名	10名	11名	9名	10名
	正規勤務時間合計	4980	4890	4890	5400	4455	4923
	時間外勤務合計	100	320	210	75	35	148
	総勤務時間	5080	5210	5100	5475	4490	5071
H01B	勤務看護師総数	11名	10.5名	10.5名	11.4名	11名	10.9名
	正規勤務時間合計	5505	5242.5	5242.5	5715	5505	5442
	時間外勤務合計	780	30	—	340	750	380
	総勤務時間	6285	5272.5	5242.5	6055	6255	5822
H01C	勤務看護師総数	19名	24名	15名	20.5名	21.5名	20名
	正規勤務時間合計	9315	11715	7305	9772.5	10507.5	9723
	時間外勤務合計	690	780	420	240	510	528
	総勤務時間	10005	12495	7725	10012.5	11017.5	10251
H01D	勤務看護師総数	14名	14名	14名	17名	13名	14.4名
	正規勤務時間合計	6945	6945	6945	8520	6420	7155
	時間外勤務合計	1080	420	1160	1080	840	916
	総勤務時間	8025	7365	8105	9600	7260	8071

4. 身体合併症治療を行う精神病床での看護必要度の実態

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（資料1参照）。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10）。

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。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得点のどちらの基準を満たしているのかを確認したが、表11に示したようにB得点が3点以上の患者がその大部分を占めていた。

表8 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（分）

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	平均
H02A	勤務看護師総数	18名	14名	14名	14名	13名	11名	11名	13.6名
	正規勤務時間合計	9810	7860	7860	8250	7410	6510	4950	7521
	時間外勤務合計	345	775	800	590	595	470	735	616
	総勤務時間	10155	8635	8660	8840	8005	6980	5685	8137
H02B	勤務看護師総数	8名	7名	7名	7名	7名	7名	7名	7.1名
	正規勤務時間合計	4650	4320	4320	3930	4320	3930	4830	4328
	時間外勤務合計	180	230	315	450	320	215	50	251
	総勤務時間	4830	4550	4635	4380	4640	4145	4880	4579
H03A	勤務看護師総数	21名	21名	18名	21.5名	21名	12名	13名	18.2名
	正規勤務時間合計	8160	8160	7680	8400	8160	5760	6240	7508
	時間外勤務合計	470	400	190	600	490	380	450	426
	総勤務時間	8630	8560	7870	9000	8650	6140	6690	7934

表9 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（分）

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	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	1800	1800	2250	1800	1350	1350
	時間外勤務	—	—	—	—	—	—	—
	総勤務時間	1800	1800	1800	2250	1800	1350	1350
H02B	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	1350	1350	1800	1800	1350	1350
	時間外勤務	—	—	—	—	—	—	—
	総勤務時間	1800	1350	1350	1800	1800	1350	1350
H03A	勤務者総数	2名	2名	1名	2名	2名	—	—
	正規勤務時間合計	720	720	360	720	720	—	—
	時間外勤務	110	—	—	—	—	—	—
	総勤務時間	830	720	360	720	720	—	—

表10 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%)	—	—	—

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は、10項目に整理された（表12）。

表12 身体合併症治療・ケアに関わる看護師が制約されていると感じている看護ケア

No.	調査病棟の看護師からの意見
L 1	患者の訴え・気持ちを傾聴する時間が確保できない
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
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
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
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
L 6	体位変換やオムツ交換の頻度が制約される
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
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
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
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

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。

各調査病棟の看護管理者や代表者とのグループインタビューでは、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のが強調され、次のようなことが語られた。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・ルートがあれば、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。また、施設1の看護師からは、精神病院の長期入院患者の場合として、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、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することが語られた。

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で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う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、不安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。

V. 考 察

1. 身体合併症治療を行う精神病床の看護職員配置数とケアの実情

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のだが、閉鎖病棟の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。

質問紙やインタビューで語られたように、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、治療に協力的な患者への説明と比較し、多くの時間と労力が必要となる。一般的な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だが、

今回の身体合併症治療病棟の看護師が語った内容からは、患者の安全を重視した治療と看護を行うことは、かろうじて維持できているが、患者の安心や安寧といった看護師が本来重視する看護の質が担保できる状況には無いと感じた。

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では、精神科急性期治療と同様の対応が必要となる。今回の調査結果をみると、特に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、最低でも10対1での看護が提供できる体制でなければ、時間外勤務が常に生じる状況は解消されないであろう。

今回の調査では、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など、多様なストレス因子に日常的に直面している実情が明らかになった。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と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労働環境で、看護に対するモチベーションを維持することは容易ではないと言える。

以上のように、身体合併症治療に関わる看護師が直面している現状を改善するためには人員の確保が必要であり、今回の調査結果からは、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治療・看護の質を保障しているとは言い難い。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ることを臨床側が切望していたことを、今回の調査を通して強く感じた。今後、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とするには、「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が必要ではないかと考える。

2. 精神障害者の身体合併症医療に係る今後の課題

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

でも報告されているが、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合など、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⁴⁾。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処ができない精神病院の実情を視野におくと、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。そして、その一方では、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が必要だと考える。

3. 本研究の限界と精神病棟における看護必要度調査の課題

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「身体疾患の治療を受ける患者」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、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、このことから“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。今回のデータ分析では設定した精神科的治療に関する項目を点数化し必要度として反映させる試みは実施していないが、今後、精神科病棟での看護必要度の評価基準を開発する際には、精神科に特徴的な治療に係る看護行為をどう換算するかが検討課題となる。

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、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、より大規模な実態調査が必要である。

Ⅵ. おわりに

精神科入院患者や精神障害者の身体疾患の治療の場では限られた人員で精神症状への対応と身体疾患治療の遂行に看護師が苦闘している。この現状を一人でも多くの看護管理者に知ってもらうため、本研究の一部は第41回日本看護学会・看護管理で発表した。

最後に、本研究を進めるにあたり協力いただいた3ヶ所の病院の看護部の皆さま、質問紙やインタビューに協力頂いた看護師の皆さまに、心より御礼申し上げます。

引用文献

- 1) 片山義郎：精神科病院入院患者の身体合併症の実態，心と社会，95，106-111，1999.
- 2) 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，47-48，1999.
- 3) 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.
- 4) 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，281，2003.