

2011年1月31日

2010年度聖路加看護大学大学院修士論文

精神科入院治療における看護ケア量の測定方法に関する研究
—看護必要度調査項目の妥当性の検討—

An Approach to Measuring the Volume of Nursing Care of Psychiatric Inpatients
in Japan: The Adequacy of Kango-Hitsuyoudo Items

中嶋 秀明

2011年1月31日

2010年度聖路加看護大学大学院修士論文

精神科入院治療における看護ケア量の測定方法に関する研究
—看護必要度調査項目の妥当性の検討—

An Approach to Measuring the Volume of Nursing Care of Psychiatric Inpatients
in Japan: The Adequacy of Kango-Hitsuyoudo Items

目次

第1章 序論	1
I. 研究の背景	1
II. 研究の目的	1
III. 用語の操作的定義.....	1
1. 用語の定義.....	1
2. 用語の関係.....	2
IV. 研究の意義	2
第2章 文献検討	2
I. 精神科における看護必要度について	2
II. 声かけ見守りについて	2
第3章 研究の方法と対象.....	3
I. 研究デザイン	3
II. 仮説	3
III. 研究の対象	3
IV. 測定用具	3
1. 看護必要度.....	3
2. メニンガー患者分類表.....	4
3. 声かけ見守りカウント.....	4
4. 24時間自記式看護量測定	4
V. データの収集方法.....	5
1. 研究協力機関への依頼方法	5
2. 対象看護師への依頼と同意確認手順.....	5
3. データ収集の手順.....	5
4. データ収集期間	5
VI. 分析方法	5
VII. 倫理的配慮	6
1. 自己決定権.....	6
2. プライバシー権	6
3. 匿名性および守秘性の権利	6

4. 不安や有害な事象から保護される権利	6
第4章 結果	7
I. 研究協力施設の概要	7
II. 対象および患者の基本属性	7
1. 対象の基本属性	7
2. 対象患者の基本属性	7
1) 疾患	7
2) 入院期間	7
III. 患者の看護量を示すデータについて	7
1. 看護必要度	7
2. メニンガー患者分類表	8
3. 声かけ見守りカウント	8
4. 24時間自記式看護量測定	9
IV. 尺度相互の関係	9
1. 看護必要度による重症度レベル、メニンガー患者分類表による重症度レベル、声か け見守り総数の関連	9
2. 声かけ見守り総数と、看護必要度およびメニンガー患者分類表における重症者の関 連	9
3. 総ケア時間と看護必要度、メニンガー患者分類表における重症者の関連	9
4. 看護必要度の重症者とメニンガー患者分類表の重症者の関係	10
V. 尺度の重症者に関連するケア項目について	10
1. 看護必要度における重症者およびメニンガー患者分類表における重症者と基本属性 およびそれぞれのケア項目の関係	10
2. 看護必要度の重症者を従属変数とした多変量ロジスティック回帰分析	11
3. メニンガー患者分類表の重症者を従属変数とした多変量ロジスティック回帰分析	12
4. 看護必要度のケア項目が現す概念	12
5. メニンガー患者分類表のケア項目が現す概念	12
第5章 考察	13
I. 精神科における看護必要度について	13
II. 精神科入院治療における看護量の特徴について	13

1. 具体的介助と声かけ見守り	13
2. 日常生活行動プロセスのモニタリング	14
III. 精神科における重症者を看護必要度でも特定可能とする項目の提案	14
IV. 本研究の限界	15
第6章 結論	15

引用文献

資料

謝辞

図目次

図 1. 看護必要度、看護量を多く必要とする患者、重症者、看護師配置の根拠の 関係	2'
図 2. それぞれの尺度の測定対象期間.....	4'

表目次

表 1. 対象病棟の概要.....	7'
表 2. 対象患者の概要.....	7'
表 3. 看護必要度の得点分布.....	8'
表 4. 看護必要度による重症度レベルと重症者の分類.....	8''
表 5. メニンガー患者分類表の得点分布.....	8'''
表 6. メニンガー患者分類表における得点.....	8''''
表 7. メニンガー患者分類表による重症度レベルと重症者の分類.....	8''''
表 8. 日勤帯あたりの声かけおよび見守りの回数.....	9'
表 9. 24 時間総ケア時間と、メニンガー重症度レベル、看護必要度重症度レベル の関連	9''
表 10. 看護必要度による重症度レベル、メニンガー患者分類表による重症度レベ ル、声かけ見守り総数の相関 (Pearson 積率相関係数)	9''
表 11. 看護必要度における重症者とメニンガー患者分類表における重症者の関係	10'
表 12. 看護必要度における重症者、メニンガー患者分類表における重症者と各ケ ア項目得点の関連.....	11'
表 13. 看護必要度における重症者と軽症者、メニンガー患者分類表における重症 者と軽症者における、声かけ見守り数、入院期間の比較 (t 検定)	11''
表 14. 看護必要度における重症者であるかないかを従属変数とした多変量ロジス ティック回帰分析.....	11''
表 15. メニンガー患者分類表における重症者であるかないかを従属変数とした多 変量ロジスティック回帰分析.....	12'
表 16. 看護必要度のケア項目の成分行列.....	12'
表 17. メニンガー患者分類表のケア項目の成分行列.....	12''

第1章 序論

I. 研究の背景

日本経済は高度成長から安定成長へと変化し、社会構造は少子高齢化を迎えている。大きな社会変化の中で医療も改革を求められている。1997年に与党医療保険制度改革協議会は「21世紀の国民医療¹⁾」を取りまとめた。その中で看護については「急性期と慢性期の医療にふさわしい評価といった観点から、看護は看護必要度を加味した評価とする²⁾」と述べられている。看護必要度とは患者に提供すべき看護の必要量とされる。診療報酬上では、看護量を多く必要とする重症者が多数いることが、看護師の適正配置の根拠³⁾となるとして、看護必要度を重症患者特定のためのアセスメントツールとして導入している。

看護必要度は外科や内科、いわゆる一般科には導入されたが精神科では導入されていない。看護必要度は「日常生活の見守りや関わりなどが評価される項目がないため（精神科の）看護量を十分反映していない⁴⁾」と言われているためである。その結果、2006年に新設された看護必要度を用いた手厚い看護師配置の適応外となり、診療報酬上で精神科の看護師配置は低い基準⁵⁾に据え置かれている。

この現状を改善するには精神科における看護必要度についての実証的検討が必要である。また看護量を多く必要とする重症者を特定できる一般科看護と精神科看護に共通のアセスメントツールが必要である。

II. 研究の目的

精神科入院治療において看護量を多く必要とする重症者の特定が可能な一般科と共通のアセスメントツールについて検討する。以下の目標をおいた。

1. 精神科入院治療において看護必要度を計測し、看護必要度の妥当性を検証する
2. 精神科看護における看護量が多い状態を特定し、看護必要度を含め比較検討する
3. 精神科における看護量を多く必要とする重症者を特定する患者特性を明らかにする

III. 用語の操作的定義

1. 用語の定義

重症者：疾患が重篤である、重点的なケアが必要等、理由を問わず看護量を多く必要としている患者。

看護必要度：患者に必要な看護の量、及びそれを推測するためのA、B、その他に分か

れた 40 のケア項目。

2. 用語の関係

看護必要度によって看護量を多く必要とする患者が特定可能である。看護量を多く必要とする患者（＝重症者）が多数いることは看護師を多く配置する根拠となる。以上の関係を図 1 に示す。

＜図 1

IV. 研究の意義

精神科入院治療における重症者を特定するための方法論が確立することで、精神科看護の看護量を適切に評価することが可能になり、人員配置の基礎資料となりえる。

第 2 章 文献検討

I. 精神科における看護必要度について

医学中央雑誌 web 版で「精神科」と「看護必要度」をキーワードとして過去 10 年間の文献を and 検索すると 15 件であった。そのうち検索目的と合わない 5 例を除いた 10 件の結果は総説や会議録であった（資料 1）。研究としては認知症の周辺症状を対象に看護必要度を用いた大塚らの研究⁶⁾のみであった。精神科入院患者に対する看護必要度についての実証的データは見当たらなかった。

萱間らは厚生労働省科学研究⁷⁾で精神科に適応できる看護量測定のアセスメントツールとしてメニンガー患者分類表を使用していた。また精神科の看護量の多い重症者を「声かけ見守り」が必要な状態であるとの示唆を得ていた⁸⁾。

II. 声かけ見守りについて

医学中央雑誌 web にて範囲 15 年、原著のみの制限で行ったキーワード「声かけ」の検索結果は 313 件であった。声かけの内容としては対象（入居者も含む）に何らかの行動変容を求めるための看護師からの関わりについての木林ら⁹⁾の研究や、看護師の意思とは関係なしに行われた関わりに対する対象者の認識や反応についての小松ら¹⁰⁾の研究などがあった。声かけの定義はそれぞれの文献で異なっており定まっていなかった。精神科病棟における声かけは質的に分析され平井¹¹⁾によってその構造が明らかにされていた。

同様に「見守り」の検索結果は 211 件であった。要介護認定の認定調査員テキスト¹²⁾

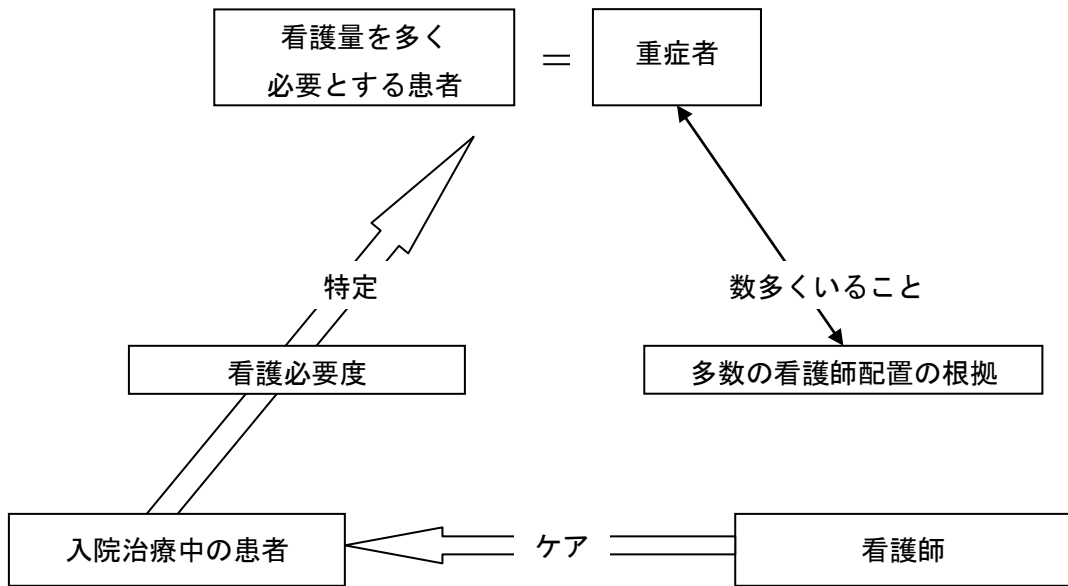


図 1. 看護必要度、看護量を多く必要とする患者、重症者、看護師配置の根拠の関係

に「見守り」の言葉があるように、患者の状態を示す評価尺度として見守りを用いている研究や、対象者に自分で行ってもらいADLの拡大を目的として見守りを用いている三代沢ら¹³⁾の研究などがあつた。見守りについても統一した定義には至っていなかつた。

第3章 研究の方法と対象

I. 研究デザイン

本研究は精神科入院治療における患者の実証測定データを用いた仮説検証型の量的研究である。

II. 仮説

精神科入院治療において、看護必要度では重症者として分類されないがケア量の多い患者が存在する。

III. 研究の対象

対象者は、精神科病棟を持つ総合病院で調査への協力が得られた1施設の計4病棟に入院中の精神科の患者173人を看護している看護師39名で、研究に協力が得られた者とした。

また看護量を測定する尺度の1つとして24時間看護記録式看護量測定を7名の患者を看護している21名の看護師に対して実施した。

IV. 測定用具

1. 看護必要度

看護必要度はA項目とB項目とその他の3つに分かれ、40項目からなる。患者の1日の状態に応じた得点をA項目、B項目それぞれに合計して用いられ、重症になるほど得点が高くなる。看護必要度における重症者の特定には2通りある。1つが「重症度に係る評価表」と「重症度・看護必要度に係る評価表」に該当するケア項目を用いる方法¹⁴⁾である。もう1つが「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価表」に該当するケア項目を用いて分類する方法¹⁵⁾である。

本研究では前者のレベル3以上を看護必要度における重症者とする。看護必要度において看護量の多い患者とは、看護提供時間の長い患者であるとされている。(資料5)

2. メニンガー患者分類表

精神科の看護量測定のアセスメントツールとしてメニンガー患者分類表を使用する。アメリカのメニンガーメモリアル病院看護部長のP. ワシントンらによって1982年につくられた看護必要度を測る分類法¹⁶⁾である。一般ケアと特別ケアに分かれ、患者の一週間の状態に応じて一般ケアはそれぞれの状態を、特別ケアは当てはまるもののみアセスメントを行い、全ての合計得点によって、患者を最小限(minimal) 中程度(moderate) 積極的(active) 集中的(intensive) 危機的(critical) の5段階に分類する。山内ら¹⁷⁾によって日本語に翻訳され、原文・日本語訳ともその信頼性と妥当性^{18) 19)}は検証されている。

本研究では集中的(intensive) 危機的(critical) に分類された患者をメニンガー患者分類表における重症者とする。メニンガー患者分類表における看護量の多い患者とは看護ケアの多い患者であるとされている(資料6)。

3. 声かけ見守りカウント

声かけ見守りの明確な定義は一定してない、本研究では平井²⁰⁾の明らかにした声かけの構造を元に、計測しやすいように改変して意図的な声かけ、日常的な声かけ、目的を持った見守りの3つの具体的な回数を計測した。

1) 意図的な声かけ

意図的な声かけとは患者に変化を期待する声かけ、計画に基づいた声かけとした。

2) 日常的な声かけ

日常的な声かけとは、患者の変化を意図していないもの、マニュアルとしてあるものとした。

3) 目的をもった見守り

目的をもった見守りとは患者の日常生活レベルを下げないなどの理由で、見守りが必要な状態であり、ホールにおける他の患者さんとの交流を見守る、洗濯を自分で行ってもらい見守るなどの状態とした。

4. 24時間自記式看護量測定

24時間看護記録式看護量測定とは、看護師が患者におこなった看護の記録を詳細に行い、かかった時間から患者に行われた看護量を計測する方法である。

以上の測定用具の測定対象期間を図2に示す。

<図2

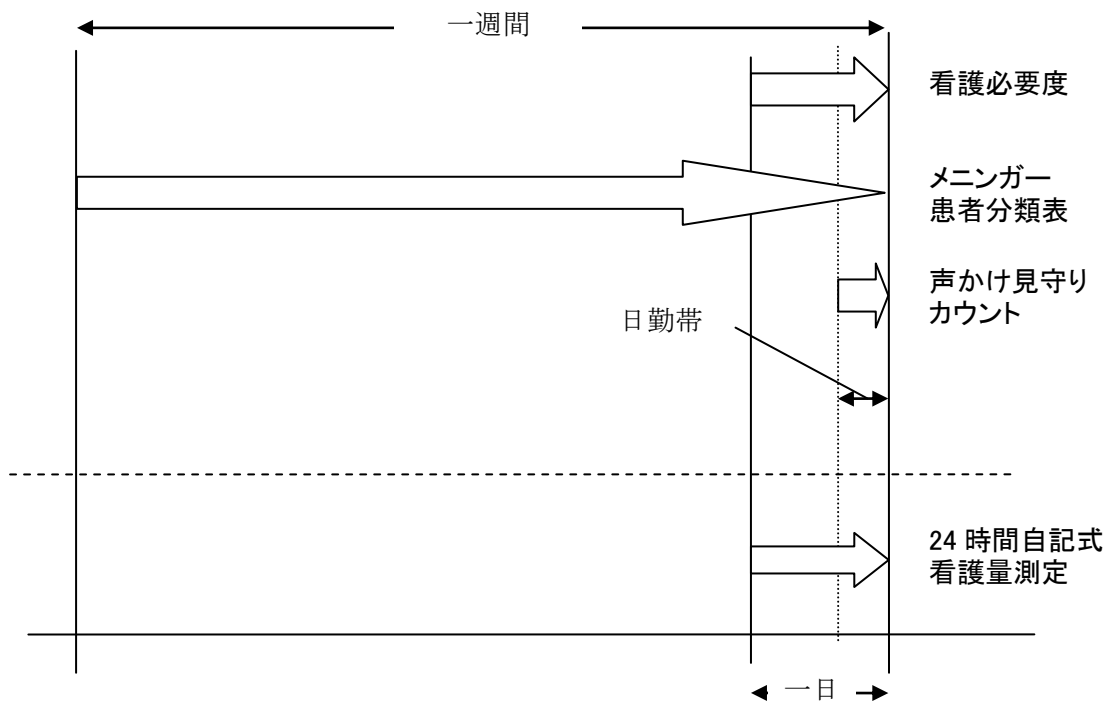


図2. それぞれの尺度の測定対象期間

V. データの収集方法

1. 研究協力機関への依頼方法

精神科病棟を持つ病院の管理者、看護管理者および病棟看護管理者に対し、口頭と書面にて研究目的と研究対象を説明し研究実施の許可を得た（資料 3-1、3-2、3-5、7-1、7-2）。

2. 対象看護師への依頼と同意確認手順

病棟の看護師に口頭と書面にて研究の目的、方法を説明し、同意書に署名を依頼した（資料 3-3、7-3）。

3. データ収集の手順

以下の手順でデータ収集を行った。

1) 準備

準備としてそれぞれの資料に通し番号作成と記入、枚数確認を実施してもらった。

2) 調査日

調査をおこなっている旨を掲示し（資料 8）、声かけ見守りの回数カウント、看護必要度の記入、メニンガー患者分類表の記入をしてもらった。

研究者の指定した患者に対し行った看護活動とその時間を看護量測定記録用紙に記録してもらった。

3) 回収

調査用紙回収は封筒に入れてもらい郵送にて回収した。

4. データ収集期間

観察期間を 2010 年 5 月 5 日から 12 日の一週間、測定日は 1 日とした。

24 時間自記式看護量測定では病棟看護管理者らが定める 2010 年 5 月 18 日から同月 31 日までの任意の 1 日とした。

VI. 分析方法

看護必要度およびメニンガー患者分類表それぞれにおける重症者と声かけ見守りおよび総ケア時間の関連について検討した。また看護必要度、メニンガー患者分類表それぞれの重症者と、ケア項目の得点、声かけ見守り総数、基本属性の関連について、カイ二乗検定、t 検定を用いて比較した。

看護必要度およびメニンガー患者分類の重症者を規定する、看護必要度の項目およびメニンガー患者分類表の項目を明らかにするために多変量ロジスティック回帰分析を行った。

加えて各尺度の項目を用いて主成分分析を行い、それぞれの尺度によって現される特徴について検討した。

データの分析にはPASW Statistics 17.0を用いた。

VII. 倫理的配慮

1. 自己決定権

1) 対象者への配慮

研究の許可を病院の看護管理者から得ていく方法のために、対象者である病棟看護師が断りにくい可能性があった。そのため病棟看護師が研究協力を中止したことが病院の看護管理者に伝わらないように郵送によってのみデータを回収した。また、別紙の同意書（資料3-3、7-3）を研究者が取得した。また同意後の研究協力中止についても郵送で可能な用紙（資料3-4、7-4）及び封筒を渡した。

2) 入院患者への配慮

看護必要度は特定機能病院では入院患者のほぼ全員計測しているものではあるが、研究の目的と調査中であることを示すポスター（資料8）を提示した。

2. プライバシー権

データにはID番号を割付け、ID番号によってのみ分析を行った。研究に必要な氏名、郵便番号、誕生日などの情報は収集しなかった。

3. 匿名性および守秘性の権利

データは暗号化されたUSBフラッシュメモリとバックアップの2箇所のみ保存した。紙によるデータは鍵のかかる場所にのみ保管し、研究期間終了後はしかるべき保存期間の後にシュレッダーを用いて処分することとした。

4. 不安や有害な事象から保護される権利

対象の看護師に負担を強いることになったため、研究への参加が任意であることを強調し、参加しない権利を付記すると共に、研究結果についてフィードバックを行った。

なお本研究計画は、聖路加看護大学研究倫理審査委員会（承認番号09-086）の審査、承認を受けて実施した。

第4章 結果

看護必要度、メニガー患者分類表、声かけ見守りカウントの測定については、4病棟の看護師39名から、患者173名分のデータが得られた。そのうち統合失調症と気分障害の患者86名のデータを分析に用いた。24時間自記式看護量測定を用いたケア時間の調査では患者7名分のデータが、看護師21名から得られた。今回は統合失調症と気分障害の患者4名、看護師12名の記録を分析に用いた。

有意水準は5%、小数点第2位を四捨五入した。

I. 研究協力施設の概要

首都圏の470床を有し、脳神経外科や筋疾患専門など14の病棟がある独立行政法人の総合病院においてデータ収集を行った。14の病棟のうち、今回の対象となったのは4病棟で全て精神病棟入院基本料15:1を算定していた。

II. 対象および患者の基本属性

1. 対象の基本属性

調査対象となった4病棟は精神科急性期病棟および器質性疾患治療病棟であった。うち3病棟が閉鎖病棟、1病棟が開放病棟であった。病棟の特性を表1に示す。調査日の日勤看護師数は8名～12名で合計39名、分析に用いた調査対象患者数は各病棟7～33名、合計86名であった。

<表1

2. 対象患者の基本属性

1) 疾患

患者の主診断名は統合失調症が52名(60.5%)、気分障害が34名(39.5%)であった(表2)。

2) 入院期間

入院期間の平均は36.4日、標準偏差755.2日であった(表2)。

<表2

III. 患者の看護量を示すデータについて

1. 看護必要度

看護必要度A項目は22項目中18項目(81.8%)が該当せず、A項目が1点以上であった

表 1. 対象病棟の概要 (n=4)

病棟	日勤帯看護師数(人)	調査対象患者数(人)	病棟の特性
1	12	33	精神科急性期 閉鎖病棟
2	8	23	精神科亜急性期 閉鎖病棟
3	9	23	精神科急性期 開放病棟
4	10	7	脳器質疾患治療病棟 閉鎖病棟
合計	39	86	

表 2. 対象患者の概要 (n=86)

疾患	頻度(人)	比率(%)
主診断名		
統合失調症	52	60.5
気分障害	34	39.5
	平均(標準偏差)	中央値(最小値-最大値)
入院期間	36.4(755.2)	53.50(1-4033)

のは5人(5.8%)であった。1人も該当しない看護必要度のケア項目は蘇生術の施行、血圧測定、呼吸ケア、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)、人工呼吸器の使用、輸血や血液製剤の使用、肺動脈圧測定(スワンツガンツ)、特殊な治療法等、および専門的治療の①から⑦のすべてであった。B項目が1点以上であったのは、29名(33.7%)であった。A項目B項目以外の看護必要度のケア項目では、手術は一人も該当しなかった。看護必要度の項目それぞれの得点の分布を表3に示す。

看護必要度の得点によって、患者の重症度をレベル1から5までに分類した。レベル1から5まで、それぞれ56人(65.1%)、18人(20.9%)、1人(1.2%)、6人(7.0%)、5人(5.8%)であった。レベル3,4,5の患者を看護必要度における重症者、レベル1,2の患者を看護必要度における軽症者とした。重症者に分類された患者12名はすべて、B項目の得点が高いことで重症者に分類されていた。看護必要度による重症度レベルと重症者の分類を表4に示す。

＜表3＜表4

一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価表における重症者は存在しなかった。

2. メニンガー患者分類表

メニンガー患者分類表の一般ケアの平均得点は17.0点、標準偏差6.1点で、特別ケアの平均得点は3.4点、標準偏差3.2点であった。合計得点の平均は20.3点、標準偏差8.7点であった。メニンガー患者分類表の項目それぞれの得点の分布を表5に、メニンガー患者分類表における得点の詳細を表6にそれぞれ示す。

＜表5＜表6

メニンガー患者分類表の合計得点を用いて患者の重症度レベルを最小限(12点以下)、中程度(13-18点)、積極的(19-25点)、集中的(26-32点)、危機的(33点以上)に分類した。それぞれに分類された患者は13人(15.1%)、35人(40.7%)、13人(15.1%)、14人(16.3%)、11人(12.8%)であった。集中的、危機的に分類された患者25人(29.1%)をメニンガー患者分類表における重症者、最小限、中程度、積極的に分類された患者61名(70.9%)をメニンガー患者分類表における軽症者とした。メニンガー患者分類表による重症度レベルと重症者の分類を表7に示す。

＜表7

3. 声かけ見守りカウント

86名の患者について、日勤帯あたりの声かけ見守りの回数を測定した結果、日勤帯における意図的な声かけの患者一人当たりの平均は5.2回、標準偏差3.6回であった。日常的な声かけ、目的をもった見守りはそれぞれ平均7.5回、標準偏差3.8回と平均6.9回、標準偏差7.0回であった。声かけ見守りの総数は平均19.6回、標準偏差10.6回であった。

表3. 看護必要度の得点分布 (n=86) 単位 人

看護必要度の項目	0	1	2
A. モニタリング及び処置に関する項目			
1. 創傷処置	84	2	
2. 蘇生術の施行	86	0	
3. 血圧測定	86	0	
4. 時間尿測定	85	1	
5. 呼吸ケア	86	0	
6. 点滴ライン同時3本以上	86	0	
7. 心電図モニター	84	2	
8. 輸液ポンプの使用	84	2	
9. 動脈圧測定 (動脈ライン)	86	0	
10. シリンジポンプの使用	86	0	
11. 中心静脈圧測定 (中心静脈ライン)	86	0	
12. 人工呼吸器の装着	86	0	
13. 輸血や血液製剤の使用	86	0	
14. 肺動脈圧測定 (スワンガンツカテーテル)	86	0	
15. 特殊な治療法等 (CHDF、IABP 等)	86	0	
16. 専門的な治療・処置①悪性腫瘍剤の使用	86		0
17. 専門的な治療・処置②麻薬注射薬の使用	86		0
18. 専門的な治療・処置③放射線療法	86		0
19. 専門的な治療・処置④免疫抑制剤の使用	86		0
20. 専門的な治療・処置⑤昇圧剤の使用	86		0
21. 専門的な治療・処置⑥抗不整脈剤の使用	86		0
22. 専門的な治療・処置⑦ドレナージの管理	86		0
B. 患者の状況等に関する項目			
23. 床上安静の指示	84	2	
24. どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	83	3	
25. 寝返り	74	6	6
26. 起き上がり	77	9	
27. 座位保持	77	4	5
28. 移乗	71	9	6
29. 移動方法	68	18	
30. 口腔清潔	71	15	
31. 食事摂取	71	10	6
32. 衣服の着脱	69	11	6
33. 他者への意思の伝達	73	11	2
34. 診療・療養上の指示が通じる	73	13	
35. 危険行動	71	15	
その他の看護必要度の項目			
36. 身体的な症状の訴え	64	22	
37. 計画に基づいた10分間以上の指導	74	12	
38. (看護計画に基づいた)10分間以上の意思決定支援	77	9	
39. 手術	86	0	0
40. 退院予定	82	4	

表 4. 看護必要度による重症度レベルと重症者の分類 (n=86)

重症度レベル	人数 (人)	軽症者・重症者の分類	人数 (人)
1	56 (65.1%)	看護必要度における軽症者	74 (86.0%)
2	18 (20.9%)		
3	1 (1.2%)		
4	6 (7.0%)	看護必要度における重症者	12 (14.0%)
5	5 (5.8%)		
合計	86 (100.0%)		86 (100.0%)

表5. メニンガー患者分類表の得点分布 (n=86) 単位 人

メニンガー患者分類表の項目	0	1	2	3	4
一般ケア					
I. 管理		49	14	7	16
II. 食事		51	18	7	10
III. 個人衛生		46	26	14	
IV. 活動		32	24	30	
V. 責任のレベル		50	5	31	
VI. 指導		30	32	3	21
VII. 危険性		45	22	6	13
VIII. 与薬		10	28	45	3
IX. 身体的問題		57	17	9	3
特別ケア					
1. 隔離または抑制 (身体拘束)	68				18
2. 電気ショック療法	77			9	
3. 特別な検査	81		5		
4. 看護師との時間を頻回に要求する	74			12	
5. 暴力的行為	81			5	
6. 破壊的行為	85			1	
7. グループへの参加	59	27			
8. 65歳以上または8歳以下	62		24		
9. 看護師同伴で病院以外の場所での会合や面接に出かける	82			4	
10. 看護師同伴で病院内・病棟以外での会合や面接に出かける	84		2		
11. 新入院	82			4	
12. 退院	85			1	
13. カンファレンス	77		9		

表 6. メニガー患者分類表における得点 (n=86)

	平均	標準偏差	最小値－最大値
メニガー一般ケア得点 (9-33)	17.0	6.1	9-32
メニガー特別ケア得点 (0-24)	3.4	3.2	0-13
合計得点	20.3	8.7	10-41

表 7. メニガー患者分類表による重症度レベルと重症者の分類 (n=86)

重症度レベル	人数 (人)	軽症者・重症者分類	人数 (人)
最小限 (12点以下)	13 (15.1%)	メニガー患者分類表 における軽症者	61 (70.9%)
中程度 (13-18点)	35 (40.7%)		
積極的 (19-25点)	13 (15.1%)		
集中的 (26-32点)	14 (16.3%)	メニガー患者分類表 における重症者	25 (29.1%)
危機的 (33点以上)	11 (12.8%)		
合計	86 (100.0%)		86 (100.0%)

日勤帯あたりの声かけおよび見守りの回数について表 8 に示す。 <表 8

4. 24 時間自記式看護量測定

24 時間自記式看護量測定を実施した 4 名の 24 時間総ケア時間の平均は 99.1 分、標準偏差 69.8 分であった。24 時間総ケア時間について表 9 に示す。 <表 9

IV. 尺度相互の関係

1. 看護必要度による重症度レベル、メニンガー患者分類表による重症度レベル、声かけ見守り総数の関連

看護必要度を用いた重症度レベル、メニンガー患者分類表を用いた重症度レベル、声かけ見守り総数の 3 尺度間の相関係数 (Pearson 積率相関係数) を算出した結果を表 10 に示す。看護必要度重症度レベルとメニンガー患者分類表重症度レベルの相関は $r=.59$ 、看護必要度レベルと声かけ見守りの総数の相関は $r=.39$ 、メニンガー患者分類表重症度レベルと声かけ見守りの総数の相関は $r=.59$ であり、すべて有意水準 1% で有意な中程度の正の相関が見られた。 <表 10

2. 声かけ見守り総数と、看護必要度およびメニンガー患者分類表における重症者の関連

声かけ見守りの総数が 30 回以上であった患者 12 名と、30 回未満であった患者 74 名と看護必要度における重症者を比較したところ、声かけ見守り総数が多い患者のうち、看護必要度で重症者となった人の割合は 6 名 (50.0%) であった。声かけ見守り総数が少ない患者 74 名のうち重症患者の割合は 6 名 (8.1%) であった。

メニンガー患者分類表では、声かけ見守りの総数が多い患者 12 名のうち、メニンガー患者分類表における重症者となった人の割合は 11 名 (91.2%)、声かけ見守り総数が少ない患者 74 名のうち重症者の割合は 14 名 (18.9%) であった。

3. 総ケア時間と看護必要度、メニンガー患者分類表における重症者の関連

総ケア時間を測定した 4 名の患者の総ケア時間および看護必要度における重症度レベル、メニンガー患者分類表における重症度レベルを表 9 に示す。ケース 1 は看護必要度では軽症者に分類されたが、総ケア時間は 196 分と 4 名のうちで最も多かった。一方、ケース 3 は看護必要度では重症患者に分類されたが、総ケア時間は 67.5 分と 4 名のうち長い順から 3 番目であった。

メニンガー患者分類表の重症度レベルと総ケア時間を見ると、重症度の高い人ほどケア

表 8. 日勤帯あたりの声かけおよび見守りの回数 (n=86)

項目	平均(回)	標準偏差(回)	中央値(最小値-最大値)
意図的な声かけ	5.2	3.6	5.0 (0-20)
日常的な声かけ	7.5	3.8	7.0 (1-26)
目的をもった見守り	6.9	7.0	5.5 (0-31)
声かけ見守り総数	19.6	10.6	17.5 (4-59)

表 9. 24 時間総ケア時間と、メニガー重症度レベル、看護必要度重症度レベルの関連

ケース	24 時間総ケア時間 (分)	メニガー重症度レベル	看護必要度重症度レベル	メニガーケア項目「管理」の得点
1	196.0	重症 (5)	— (2)	4 (1 対 1 で付き添う)
2	99.0	重症 (4)	重症 (4)	4 (1 対 1 で付き添う)
3	67.5	重症 (4)	重症 (3)	3 (注意深く観察する)
4	34.0	— (2)	— (1)	1 (通常の確認)
平均 99.1 分 (標準偏差 69.8 分)				

表 10. 看護必要度による重症度レベル、メニガー患者分類表による重症度レベル、声かけ見守り総数の相関 (Pearson 積率相関係数) (n=86)

	看護必要度による重症度レベル	メニガー患者分類表による重症度レベル	声かけ見守り総数
看護必要度重症度レベル			
メニガー重症度レベル	.59**		
声かけ見守り総数	.39**	.59**	

**p<0.01

時間が長かった。総ケア時間の長かったケース1、ケース2では、どちらもメニンガー患者分類表の重症度がレベル4以上と高く、重症者に分類されていた。加えて、メニンガー患者分類表のケア項目「管理」を見ると、両者とも4点（1対1で付き添う）と得点が高かった。

4. 看護必要度の重症者とメニンガー患者分類表の重症者の関係

看護必要度における重症者12名のうち、メニンガー患者分類表でも重症者に分類された人は10名（83.3%）であり、看護必要度でのみ重症者と分類された人は2名（16.7%）であった。一方、看護必要度では軽症者と分類された人74名のうち、メニンガー患者分類でも軽症とされた人の割合は59名（78.7%）であり、16名（21.3%）はメニンガー患者分類では重症と分類されていた。以上の関係を表11に示す。 <表11

V. 尺度の重症者に関連するケア項目について

1. 看護必要度における重症者およびメニンガー患者分類表における重症者と基本属性およびそれぞれのケア項目の関係

対象を看護必要度の重症者と軽症者の2群に分け、診断名、看護必要度のケア項目得点とメニンガー患者分類表のケア項目得点について、カイ二乗検定を用いて比較分析した結果を表12に示す。看護必要度のケア項目については、ケア項目がある／なしの項目はそのまま2群とし、なし／一部介助／全面介助の場合は「なし」と「一部介助・全面介助」の2群とした。メニンガー患者分類表のケア項目については、3つ以上の選択がある場合は「1, 2点」と「3, 4点」の2群とした。同様にメニンガー患者分類表における重症者と軽症者で対象を2群に分け、カイ二乗検定を用いてケア項目得点の比較を行った。

看護必要度における重症者と軽症者の2群間で各ケア項目得点を比較した結果、「あり」に該当する人の割合が有意に高いケア項目は24項目あった。いずれも、重症者のほうが軽傷者に比べて「あり」に該当する割合が高く、より多くのケアを必要とする人が多かった。

24のケア項目は心電図モニター、輸液ポンプの使用、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、管理、食事、個人衛生、活動、責任のレベル、指導、危険性、身体的問題、隔離または抑制（身体拘束）であった。特に「寝返り」は看護必要度における重症者全員が「見守り・一部介助が必要」または「できない」患者であった。

表 11. 看護必要度における重症者とメニンガー患者分類表における重症者の関係

看護必要度	メニンガー患者分類表		合計 (%)
	軽症者 (%)	重症者 (%)	
軽症者	59 (78.7)	15 (21.3)	74 (100)
重症者	2 (16.7)	10 (83.3)	12 (100)
合計	61	25	86

メニングガー患者分類表における重症者と軽症者の2群で比較した場合には23のケア項目において、「あり」に該当する人の割合が有意に高かった。どの項目も、重症者の方が軽症者に比べて「あり」に該当する人の割合が高く、ケアの必要度が高かった。23のケア項目は寝返り、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、管理、食事、個人衛生、活動、責任のレベル、指導、危険性、与薬、身体的問題、隔離または抑制（身体拘束）、看護師との時間を頻回に要求する、暴力的行為、カンファレンスであった。

看護必要度ケア項目のうち心電図モニター、輸液ポンプの使用、床上安静の指示の項目は、看護必要度における重症度分類でのみ群間で差が見られ、重症者の方が高得点の人の割合が有意に高かった。

メニングガー患者分類表のケア項目のうち、与薬、看護師との時間を頻回に要求する、暴力行為、カンファレンスの項目は、メニングガー患者分類表における重症度分類においてのみで群間に差が見られ、重症者ほど高得点の人の割合が有意に高かった。 <表 12

次に看護必要度における重症者およびメニングガー患者分類表における重症者と軽症者で対象を2群に分け、入院期間および声かけ見守り数の平均値をt検定を用いて比較した。結果を表13に示す。 <表 13

看護必要度における重症者と軽症者の2群間では、日勤あたりの声かけ見守り総数の平均に差が見られ、重症者の方が軽傷者よりも有意に回数が多かった。

メニングガー患者分類表における重症者と軽症者では声かけ見守り総数、意図的な声かけ回数、目的をもった見守り回数の平均値において、2群間に差が見られた。いずれも重症者の方が軽症者よりも回数が有意に多かった。重症者と軽症者で、入院期間には有意な差は見られなかった。

2. 看護必要度の重症者を従属変数とした多変量ロジスティック回帰分析

看護必要度における重症度分類の2値データを従属変数、メニングガー患者分類表のケア項目を共変量としてロジスティック回帰分析を行った結果を表14に示す。重症度に有意な関連が見られたのは、食事（OR=2.7 p=0.025）と個人衛生（OR=10.3 p=0.004）の項目であった。すなわち、メニングガー患者分類表の「食事」および「個人衛生」の得点が高く、より看護が必要な状態であることが、看護必要度で重症者になることに関連していた。

<表 14

表 12. 看護必要度における重症者、メニンガー患者分類表における重症者と各ケア項目得点の関連
各項目において、「あり」に該当する人の人数を示す。

診断名	ケア項目・診断名	看護必要度の重症者分類			メニンガー患者分類表の重症者分類			
		重症者 n=12 (14.0%) 人 (%)	軽症者 n=74 (86.0%) 人 (%)	χ^2 値	重症者 n=25 (29.1%) 人 (%)	軽症者 n=61 (70.9%) 人 (%)	χ^2 値	
診断名	統合失調症	9 (75.0)	43 (58.1)	1.23	18 (72.0)	34 (55.7)	1.96	
	気分障害	3 (25.0)	31 (41.9)		7 (28.0)	27 (44.3)		
看護必要度のケア項目	1. 創傷処置	1 (8.3)	1 (1.4)	2.22	2 (8.0)	0	5.30	
	4. 時間尿測定	1 (8.3)	0	6.24	1 (4.0)	0	2.47	
	7. 心電図モニター	1 (8.3)	0	12.63*	1 (4.0)	1 (1.6)	0.44	
	8. 輸液ポンプの使用	2 (16.7)	0	12.63*	2 (8.0)	0	5.00	
	23. 床上安静の指示	2 (16.7)	0	12.63*	2 (8.0)	0	5.00	
	24. どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	3 (25.0)	0	19.17**	3 (12.0)	0	7.59*	
	25. 寝返り	12 (100.0)	0	86.00***	10 (40.0)	2 (3.3)	19.92***	
	26. 起き上がり	9 (75.0)	0	61.99***	8 (32.0)	1 (1.6)	17.44***	
	27. 座位保持	9 (75.0)	0	61.99***	8 (32.0)	1 (1.6)	17.44***	
	28. 移乗	11 (91.7)	4 (5.4)	53.36***	11 (44.0)	4 (6.6)	17.26***	
	29. 移動方法	11 (91.7)	7 (9.5)	42.17***	14 (56.0)	4 (6.6)	26.19***	
	30. 口腔清潔	9 (75.0)	6 (8.1)	32.09***	12 (48.0)	3 (4.9)	22.86***	
	31. 食事摂取	9 (75.0)	7 (9.5)	29.29***	13 (52.0)	3 (4.9)	25.96***	
	32. 衣服の着脱	10 (83.3)	7 (9.5)	35.53***	13 (52.0)	4 (6.6)	23.09***	
	33. 他者への意思の伝達	9 (75.0)	4 (5.4)	38.98***	12 (48.0)	1 (1.6)	29.70***	
	34. 診療・療養上の指示が通じる	7 (58.3)	6 (8.1)	20.30***	11 (44.0)	2 (3.3)	22.92***	
	35. 危険行動	7 (58.3)	8 (10.8)	16.19**	12 (48.0)	3 (4.9)	22.86***	
	36. 身体的な症状の訴え	3 (25.0)	19 (25.7)	0.00	9 (36.0)	13 (21.3)	2.01	
	37. 計画に基づいた 10 分間以上の指導	2 (16.7)	10 (13.5)	0.09	5 (20.0)	7 (11.5)	1.07	
	38. 10 分間以上の意思決定支援	0	9 (12.2)	1.63	3 (12.0)	6 (9.8)	0.09	
	40. 退院予定	0	4 (5.4)	0.68	1 (4.0)	3 (4.9)	0.03	
	メニンガー患者分類表のケア項目	I. 管理	8 (66.7)	15 (20.3)	11.35**	20 (80.0)	3 (4.9)	51.0***
		II. 食事	8 (66.7)	9 (12.2)	19.34***	16 (64.0)	1 (1.6)	43.50***
		III. 個人衛生	10 (83.3)	4 (5.4)	46.01***	13 (52.0)	1 (1.6)	33.00***
		IV. 活動	10 (83.3)	20 (27.0)	14.41**	20 (80.0)	10 (16.4)	31.58***
		V. 責任のレベル	11 (91.7)	20 (27.0)	18.72***	23 (92.0)	8 (13.1)	47.87***
		VI. 指導	8 (66.7)	16 (21.6)	10.41**	17 (68.0)	7 (11.5)	28.16***
		VII. 危険性	6 (50.0)	13 (17.6)	6.31*	15 (60.0)	4 (6.6)	29.43***
		VIII. 与薬	8 (66.7)	40 (54.1)	0.67	19 (76.0)	29 (47.5)	5.82*
		IX. 身体的問題	5 (41.7)	7 (9.5)	8.92**	8 (32.0)	4 (6.6)	9.56**
		1. 隔離または抑制 (身体拘束)	7 (58.3)	11 (14.9)	11.79**	17 (68.0)	1 (1.6)	47.19***
		2. 電気ショック療法	3 (25.0)	6 (8.1)	3.14	5 (20.0)	4 (6.6)	3.42
		3. 特別な検査	0	5 (6.8)	0.86	1 (4.0)	4 (6.6)	0.21
		4. 看護師との時間を頻回に要求する	2 (16.7)	10 (13.5)	0.09	8 (32.0)	4 (6.6)	9.56**
		5. 暴力的行為	2 (16.7)	3 (4.1)	3.00	5 (20.0)	0	12.95**
		6. 破壊的行為	1 (8.3)	0	6.24	1 (4.0)	0	2.47
		7. グループへの参加	2 (16.7)	25 (33.8)	1.41	6 (24.0)	21 (34.4)	0.90
		8. 65 歳以上または 8 歳以下	5 (41.7)	19 (25.7)	1.31	11 (44.0)	13 (21.3)	4.54
		9. 看護師同伴で病院以外の場所での会合や面接に出かける	0	4 (5.4)	0.68	1 (4.0)	3 (4.9)	0.03
		10. 看護師同伴で病棟以外の場所での会合や面接に出かける	0	2 (2.7)	0.33	1 (4.0)	1 (1.6)	0.44
11. 新入院		0	4 (5.4)	0.68	1 (4.0)	3 (4.9)	0.03	
12. 退院		0	1 (1.4)	0.16	0	1 (1.6)	0.42	
13. カンファレンス		3 (25.0)	6 (8.1)	3.14	6 (24.0)	3 (4.9)	6.89*	

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

蘇生術の施行、血圧測定、呼吸ケア、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)、人工呼吸器の使用、輸血や血液製剤の使用、肺動脈圧測定 (スワンツガンツ)、特殊な治療法等、および専門的治療の①から⑦のすべて、手術は得点がないため省略

表 13. 看護必要度における重症者と軽症者、メニンガー患者分類表における重症者と軽症者における、声かけ見守り数、入院期間の比較（t 検定）

	看護必要度		t 値	メニンガー患者分類表		t 値
	重症者 n=12 平均値 (SD)	軽症者 n=74 平均値 (SD)		重症者 n=25 平均値 (SD)	軽症者 n=61 平均値 (SD)	
入院期間（日）	413.2 (923.7)	356.4 (731.5)	0.24	465.6 (861.6)	322.7 (710.6)	0.80
声かけ見守り総数（回）	27.8 (14.1)	18.2 (9.3)	2.28*	28.6 (13.0)	15.9 (6.6)	4.66***
意図的な声かけ（回）	8.2 (3.7)	4.7 (3.4)	3.26	8.2 (4.6)	3.9 (2.2)	4.51***
日常的な声かけ（回）	7.7 (6.4)	7.4 (3.2)	0.20	8.3 (5.2)	7.1 (3.0)	1.29
目的をもった見守り（回）	12.0 (10.0)	6.1 (6.1)	1.97	12.1 (9.4)	4.8 (4.4)	3.71**

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

表 14. 看護必要度における重症者であるかないかを従属変数とした多変量ロジスティック回帰分析

変数	オッズ比	95%信頼区間	P
ii 食事	2.737	1.134-6.607	0.025*
iii 個人衛生	10.295	2.147-49.353	0.004**

多変量ロジスティック回帰分析尤度比変数増加法による (nealekere R²=.641)

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

3. メニンガー患者分類表の重症者を従属変数とした多変量ロジスティック回帰分析

メニンガー患者分類表における重症度分類の2値データを従属変数、看護必要度のケア項目を共変量として多変量ロジスティック回帰分析を行った結果を表15に示す。メニンガー患者分類表の重症者に有意な関連が見られたのは、口腔清潔 (OR=22.7 p<0.000) と危険行動 (OR=22.7 p<0.000) の項目であった。すなわち、口腔清拭できないこと、危険行為があることが、メニンガー患者分類表における重症者になることに関連していた。 <表15

4. 看護必要度のケア項目が現す概念

対象者全員 (n=86) の看護必要度のケア項目を用いて主成分分析を行った。第一主成分は13項目から構成され、寝返りや移乗など物理的ケアを示していることから、「物理的ケア」と命名した (寄与率39.6%)。第二主成分は3項目からなり、床上安静や身体的訴えなどが含まれており「身体疾患のケア」と命名した。第三主成分は3項目からなり計画に基づいた10分間以上の指導、10分間以上の意思決定支援、創傷処置が含まれ「療養の指導ケア」と命名した。各項目の因子付加量、共通性を表16に示す。 <表16

5. メニンガー患者分類表のケア項目が現す概念

対象者全員 (n=86) のメニンガー患者分類表のケア項目を用いて主成分分析を行った。第一主成分は9項目から構成され、管理、責任、隔離拘束など見守りが必要な状況を示し、「見守りのケア」と命名した (寄与率26.1%)。第二主成分は3項目からなり、65歳以上または8歳以下、カンファレンス、グループへの参加から「集団の相互作用を活用したケア」と命名した。各項目の因子付加量、共通性を表17に示す。 <表17

表 15. メニンガー患者分類表における重症者であるかないかを従属変数とした多変量ロジスティック回帰分析

変数	オッズ比	95%信頼区間	P
30. 口腔清潔	22.694	4.754-108.342	0.000***
35. 危険行動	22.694	4.574-108.342	0.000***

ロジスティック回帰分析尤度比変数増加法による (nealekere $R^2=$.529)

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

表 16. 看護必要度のケア項目の成分行列

	主成分			
	物理的ケア	身体疾患のケア	療養の指導ケア	共通性
25. 寝返り	0.919	-0.109	-0.017	0.87
28. 移乗	0.905	-0.243	0.037	0.89
26. 起き上がり	0.873	-0.197	-0.032	0.84
32. 衣服の着脱	0.870	-0.075	-0.044	0.82
27. 座位保持	0.849	-0.165	-0.030	0.84
33. 他者への意思の伝達	0.825	-0.054	0.174	0.77
31. 食事摂取	0.797	0.059	-0.028	0.67
29. 移動方法	0.774	-0.007	0.185	0.73
34. 診療・療養上の指示が通じる	0.687	0.288	0.262	0.67
30. 口腔清潔	0.618	-0.129	0.048	0.68
8. 輸液ポンプの使用	0.610	0.242	-0.439	0.83
24. どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	0.572	-0.494	-0.064	0.67
35. 危険行動	0.565	0.392	0.228	0.70
23. 床上安静の指示	0.416	0.646	-0.408	0.78
36. 身体的な症状の訴え	0.038	0.580	-0.040	0.58
4. 時間尿測定	0.448	0.564	-0.492	0.82
37. 計画に基づいた10分間以上の指導	0.094	0.272	0.777	0.84
38. 10分間以上の意思決定支援	-0.085	0.331	0.554	0.91
1. 創傷処置	0.286	0.163	0.545	0.84
7. 心電図モニター	0.385	-0.246	-0.014	0.82
40. 退院予定	-0.098	-0.023	0.085	0.84
因子寄与	8.318	2.047	2.014	12.379
寄与率	39.6	9.7	9.6	59.0

因子抽出法: 主成分分析 n=86

表 17. メニンガー患者分類表のケア項の成分行列

	主成分		
	見守りケア	集団の相互作用を活用したケア	共通性
I 管理	0.888	-0.054	0.84
Ⅲ個衛生	0.831	0.047	0.74
V 責任	0.819	0.130	0.77
Ⅱ 食事	0.816	0.040	0.74
隔離または抑制（身体拘束）	0.740	-0.302	0.78
Ⅳ活動	0.735	0.151	0.73
Ⅶ危険性	0.705	-0.222	0.63
Ⅵ指導	0.553	0.161	0.65
Ⅸ身体	0.500	-0.363	0.76
65 歳以上または 8 歳以下	0.202	0.625	0.61
カンファレンス	0.276	0.596	0.60
グループへの参加	-0.209	0.551	0.64
破壊的行為	0.244	0.384	0.75
看護師同伴で病院以外の場所での会合や面接に出かける	-0.059	-0.246	0.77
看護師との時間を頻回に要求する	0.364	-0.241	0.56
暴力的行為	0.438	-0.092	0.66
電気ショック療法	0.318	-0.100	0.79
新入院	0.070	-0.187	0.76
特別な検査	-0.076	-0.301	0.68
看護師同伴で病院内・病棟以外での会合や面接に出かける	0.009	-0.019	0.63
退院	-0.108	-0.197	0.58
Ⅷ与薬	0.332	0.233	0.73
因子寄与	5.739	1.899	7.638
寄与率	26.1	8.6	34.7

因子抽出法：主成分分析 n=86

第5章 考察

I. 精神科における看護必要度について

看護必要度は患者に提供されるべき看護の提供時間を推測できる数学モデルである。本研究において看護必要度の重症度レベルと総ケア時間の間に逆転が見られたことは、精神科入院治療に現在の診療報酬に使われている看護必要度を直接導入するには限界があることを示している。同様に精神科病棟においては「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価表」に当てはまる患者がいなかったとしても、精神科に看護量を多く必要とする重症者がいないとは言えない。

II. 精神科入院治療における看護量の特徴について

1. 具体的介助と声かけ見守り

精神科においても看護必要度における重症者がみられたことは、精神科看護の一部は看護必要度で特定可能であることを示している。看護必要度の重症度に有意に関連していた「食事」と「個人衛生」、看護必要度における重症者の方が軽症者に比べて「あり」に該当する割合が高かった24のケア項目、主成分分析で抽出された「物理的ケア」「身体疾患のケア」「療養の指導ケア」が該当する患者とは、自分自身で安全を保てず隔離拘束となっている患者である。つまり、患者の安全を保つために隔離拘束され、日常生活において具体的介助が必要となっている患者が重症者として看護必要度により特定可能と言える。また、看護必要度における重症度分類でのみ群間に有意差が見られた「心電図モニター」「輸液ポンプの使用」「床上安静の指示」からは身体疾患治療のため隔離拘束を行っている患者を重症者として特定することが可能となっていると言える。

一方看護必要度で特定されないケア、すなわち精神科看護に特徴的なケアとしてメニング一患者分類表における重症度に有意に関連していた「口腔清潔」「危険行為」、メニング一患者分類表における重症者の方が軽症者に比べて「あり」に該当する割合の高かった23のケア項目、主成分分析で得た「見守りのケア」「集団の相互作用を活用したケア」が該当する患者とは、日常生活の全般にわたって見守りと声かけが必要な患者である。見守りと声かけとは精神科入院治療における看護において、「患者が今何をしているのか」常に把握しながら、「患者が集団の中でトラブルを起こさずに過ごせるかどうか」などを把握する必要がある状態と言える。本研究において、看護必要度とメニング一患者分類表における重

症者で声かけ見守り数の多い患者の割合に差が見られていることから、メニガー患者分類表には、声かけ見守りがより高いレベルで必要な患者の特性を反映する項目があることを示している。またケア時間測定において、総ケア時間とメニガー患者分類表における重症度が正比例していたことは、精神科入院治療における看護では、声かけ見守りの要素が具体的介助よりも大きいことを示唆している。

2. 日常生活行動プロセスのモニタリング

メニガー患者分類表においてのみで群間に差が見られ、重症者ほど高得点の人の割合が有意に高かった与薬、看護師との時間を頻回に要求する、暴力行為、カンファレンスの項目からは、精神科看護におけるセルフケア援助の特徴が明らかになった。精神科入院治療における与薬では、口に入れてどこかに吐き出していないか、副作用は出していないかなど、患者の日常生活行動プロセスを常にモニタリングする必要がある。メニガー患者分類表の重症度に有意に関連していた「口腔清潔」についても、歯磨きの重要性にまで集中力が回るほど落ち着いているかどうかの指標であるし、歯磨きを促して最後まで行うことが可能かどうかなど、一連のプロセスをモニタリングすることが必要である。つまり精神科のケアには日常生活行動のプロセスを常にモニタリングし、かつ適時に危険を予防するケアが重要であることが示されている。また精神科のケアには代理行為を行うだけでなく、地域に戻って自身でセルフケア活動が行えるようにすることがそのケアの目的となる。そのため敢えて手を出さず日常生活行動のプロセスに寄り添って見守っている状態が看護であると言える。声かけ見守りのケアを定量化することは困難とされている。この日常生活行動のプロセスに沿った見守りを「手厚い看護が必要な状態」と称するには困難があり、精神科の看護量の定量化を困難にしていると言えよう。

Ⅲ. 精神科における重症者を看護必要度でも特定可能とする項目の提案

精神科入院治療における看護量を定量化するには、声かけ見守りのケアと日常生活行動のモニタリング、2つの視点が重要となる。これらは具体的ケアとは違い目に見えないケアとも言える。

しかし定量化するという以上は目に見えないプロセスとともに、目に見える行為を含むことが必要である。そのような項目としては「危険行為の防止」が適切であると考えられる。危険行為は目に見える現象であり、実際看護必要度のB項目にもあげられている。危険行為を予防するには危険行為を行うまでの頻回な観察とプロセスのモニタリングが必要

である。危険行為は看護必要度では点滴ルート等の自己抜去という意味で含まれているが、重症度分類には使用されていない項目である。そのため「離院」すなわち医療従事者の許可なく施設から出て行ってしまう「飛び出し」の状態も含めて危険行為とし、危険行為の予防をA項目の中の専門的な治療・処置に2点として組み込むことで看護必要度でも精神科入院治療における看護量の特徴を踏まえた看護量の多い患者の特定が可能になると考える。

IV. 本研究の限界

精神科入院基本料の中で15:1の看護基準は全体の67.7%を占めている²¹⁾。今回調査の4病棟も15:1の看護基準であり一般的と言えるが、1施設であり外的妥当性には限界がある。また、項目数に比べてサンプル数が少ないので第2種過誤の可能性はある

第6章 結論

現在の看護必要度の項目では精神科入院治療で多くの看護量が必要な患者の一部しか特定できていない可能性が示唆された。

精神科入院治療における看護量の特徴は具体的介助と声かけ見守りとの2つの要素があること、危険防止の過程そのものがケアの中心的要素となっていることであった。

看護必要度に追加するべき精神科の看護量の多い患者を特定する項目として「危険行為の予防」が示唆された。