と考えられる。

また、高齢であることと統合失調症であることが、地域退院につながりにくい独立した要因として挙げられたことから、特に高齢患者や統合失調症患者の退院を促進するための援助の必要性が示唆された。

次に、地域に退院した患者の再発率について考察する。急性期治療病棟においては、患者の10人に1人が3ヶ月以内に、4人に1人が半年以内に再入院している。特に、入院歴のある患者と人格障害の診断基準を満たす患者で再入院率が高く、それらの患者のなかに入退院を繰り返す者が一定数存在することが示唆された。今後は、そのような患者への再発防止のための取り組みが必要となると考えられる。

今後の課題として、より長期的な視点で再入院率を検討すること、各種サービスの利用などの再入院率への影響について検討することが挙げられる。

E．結論

急性期治療病棟において、患者の約7割が地域に退院していた。退院後転帰の決定には、患者の年齢・診断・退院時の心理社会的機能レベルが影響していた。退院後の再入院率は、退院後1ヶ月で6.3%、3ヶ月で9.8%、6ヶ月で24.1%であり、過去に入院歴のある患者や人格障害の診断基準を満たす患者で特に再入院率が高かった。集中的な治療を行う急性期治療病棟において、短期間の治療で地域へ退院することを目指しながら、同時に再入院率を減少させるための、退院後フォローを含めた治療・ケアが今後求められる。

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

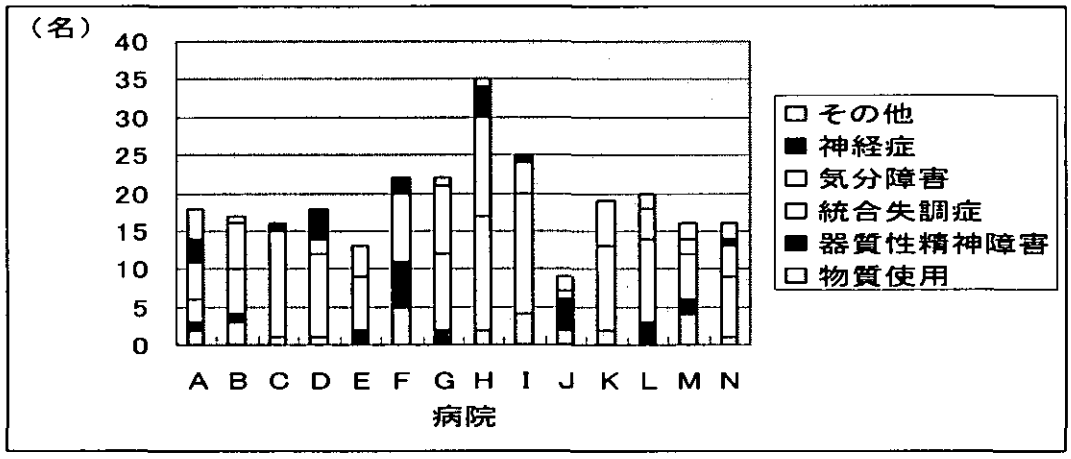
小山明日香、伊藤弘人：「精神科急性期治療病棟における患者の退院後再入院に関する分析」第41回日本病院管理学会学術総会．2003

H．知的財産権の出願・登録状況

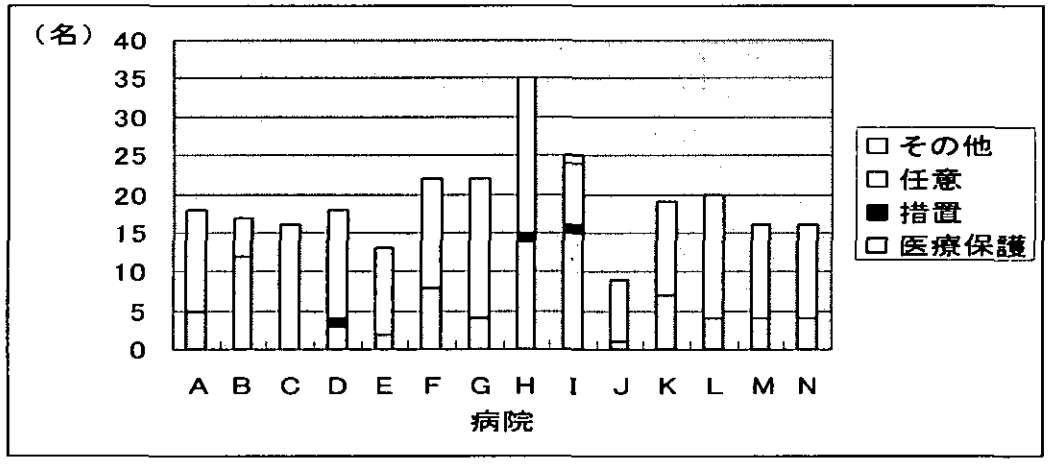
なし

資料：対象患者の臨床的・人口統計学的特徴

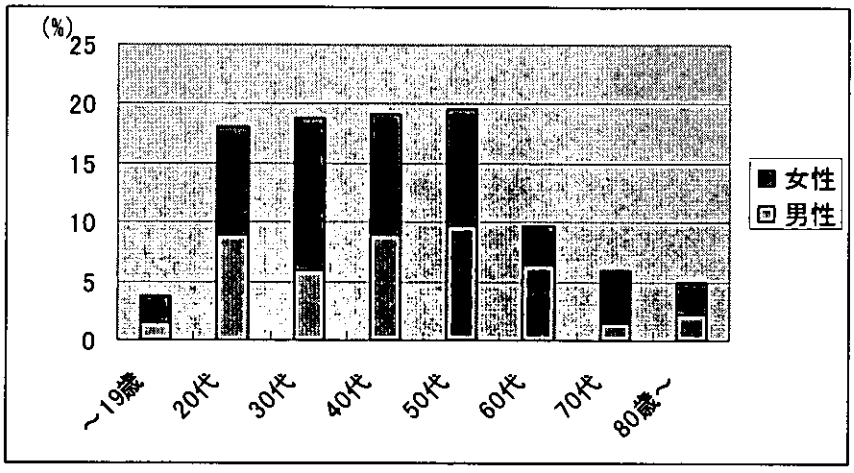
各調査協力施設の患者の診断（縦軸は 2001 年 11 月退院患者数）



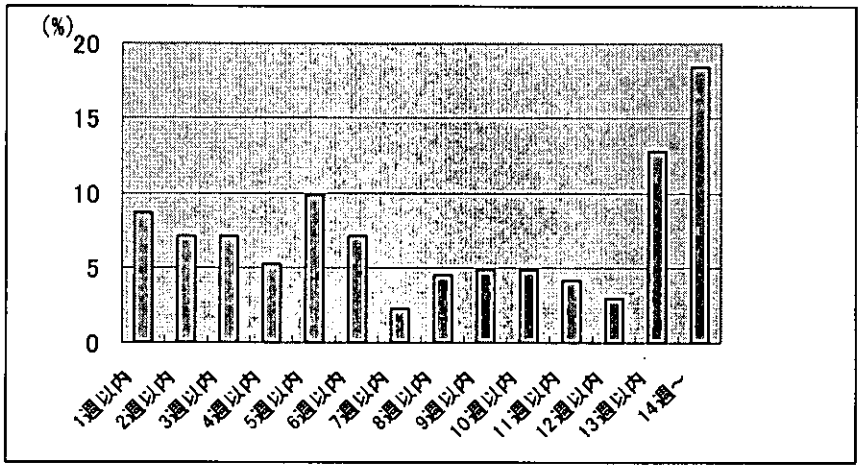
各調査協力施設の患者の入院形態



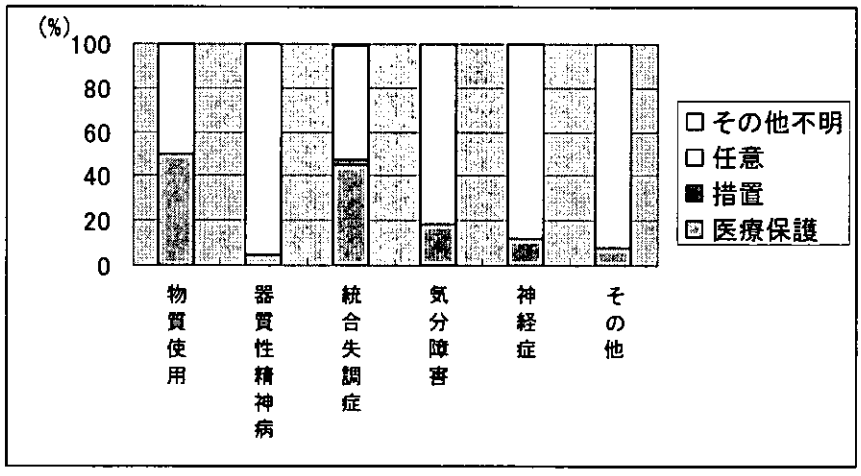
全対象患者の年齢・性別区分



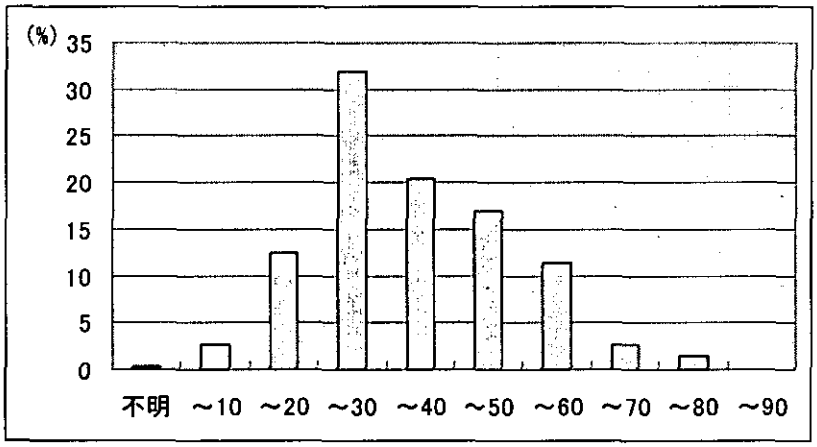
全対象患者の入院日数



全対象患者の診断ごとの入院形態



全対象患者の入院時 GAF



全対象患者の退院時 GAF

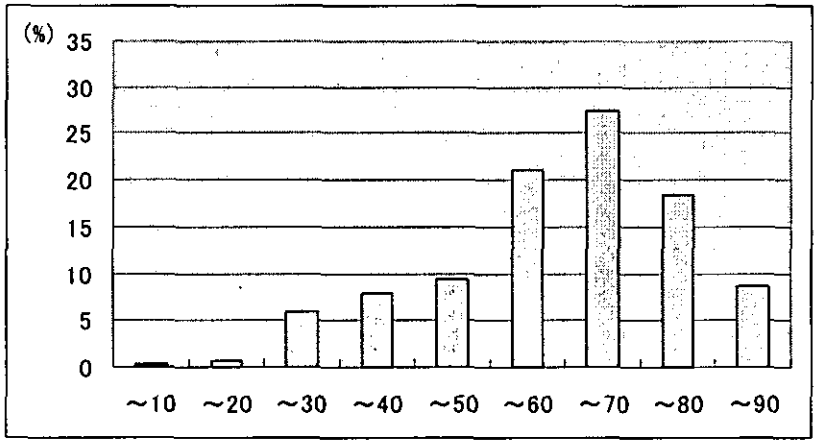


表1　地域退院患者と転棟・転院患者の臨床的・人口統計学的特徴の比較

	地域退院群 (*N*= 183)	転棟・転院群 (*N*= 83)	
	Mean(SD)	*Mean(SD)*	*t*
年齢	44.2(17.1)	48.9(18.3)	2.0*
入院時 GAF	39.3(14.9)	32.3(12.3)	4.0**
退院時 GAF	67.7(14.3)	51.8(15.7)	7.9**
入院日数	58.2(42.3)	62.7(50.9)	0.7
	N(%)	*N*(%)	χ^2
性別	83(45.4)	38(45.8)	0.0
入院歴（あり）	107(58.8)	61(73.5)	5.5*
入院形態（任意）	138(75.4)	41(49.4)	18.2**
診断（統合失調症）	63(34.3)	52(62.7)	18.5**

* < .05,　** < .01

表2　地域退院と転棟・転院の判別のためのロジスティック回帰分析

	Bald	Exp（B）	95%信頼区間
年齢　60～	5.76*	3.07	1.23 - 7.67
40～59	2.58	1.84	0.87 - 3.86
性別（0＝男性）	0.57	0.79	0.42-1.47
診断（0＝統合失調症）	10.78**	3.47	1.65-7.29
入院時 GAF	0.96	1.01	0.99-1.04
退院時 GAF	30.08**	0.94	0.92-0.96
入院歴（0＝あり）	1.95	1.67	0.81-3.44
入院形態（0＝任意以外）	2.58	1.84	0.88-3.72

* < .05,　** < .01

表３　再入院率（全患者）

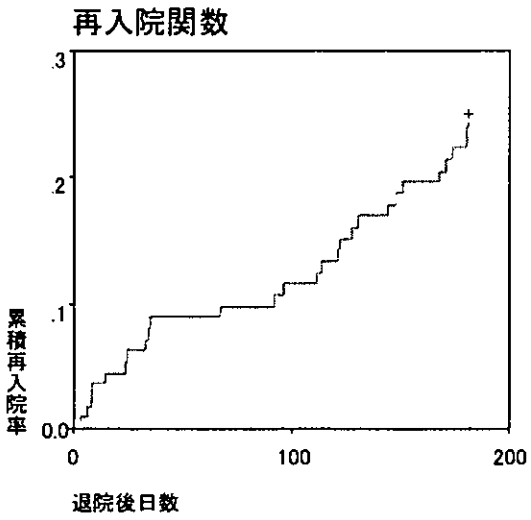
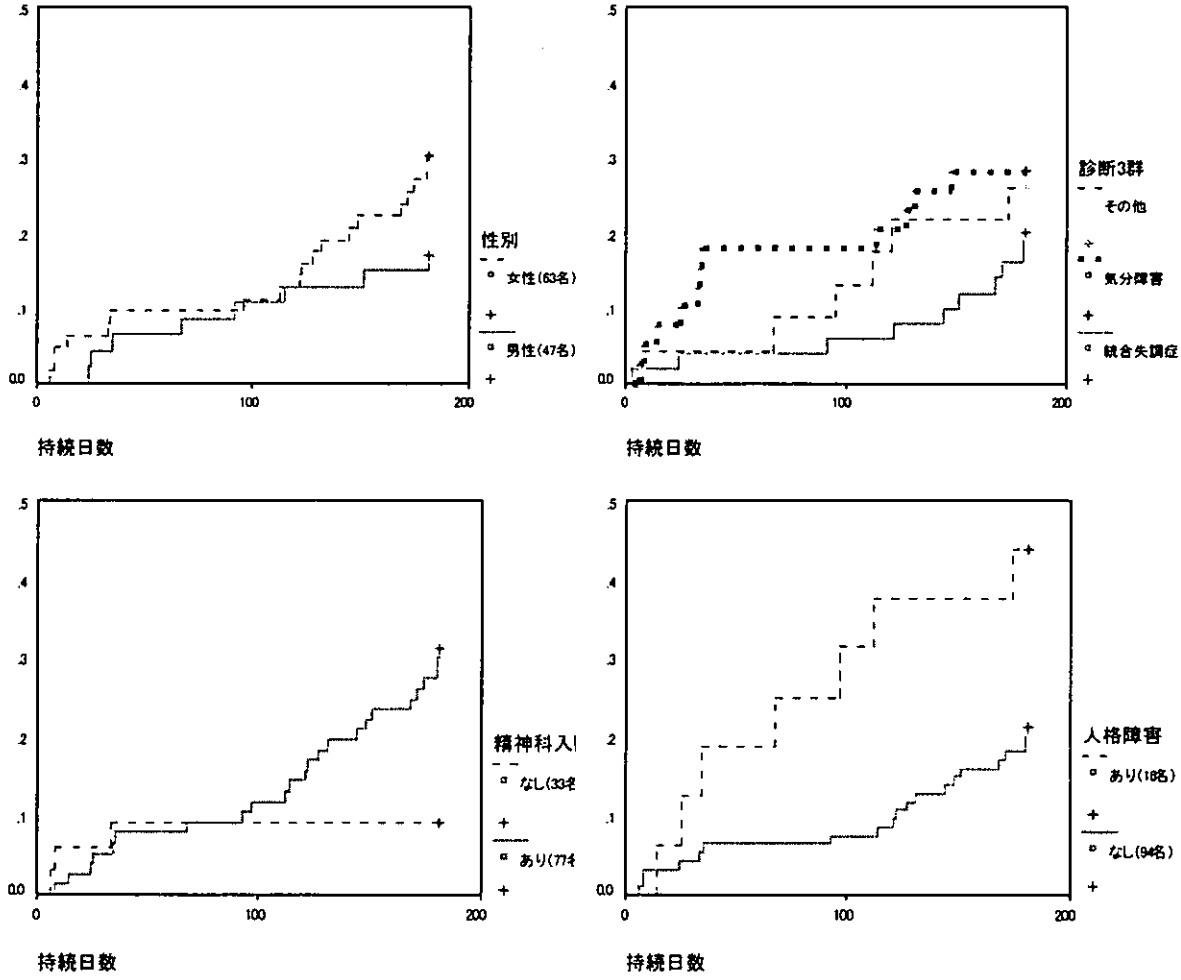
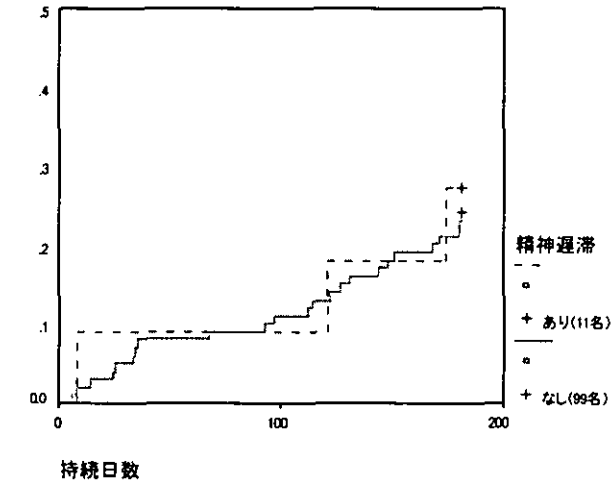
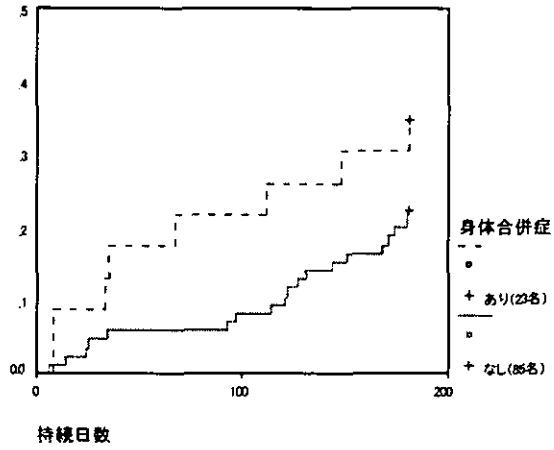
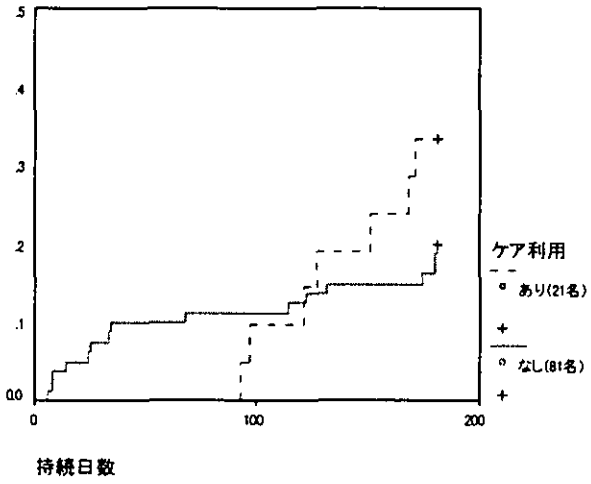


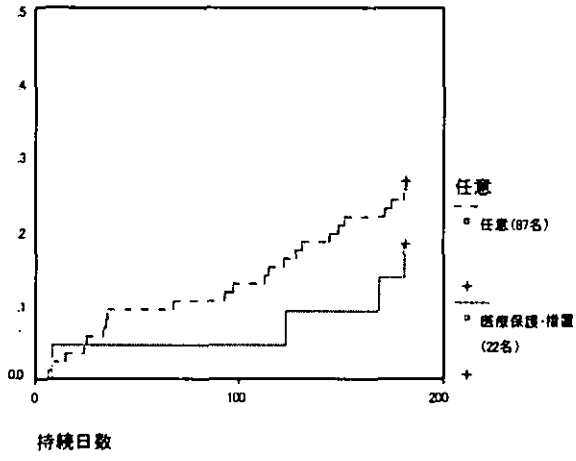
表４　臨床的・人口統計学的特徴別の再入院率

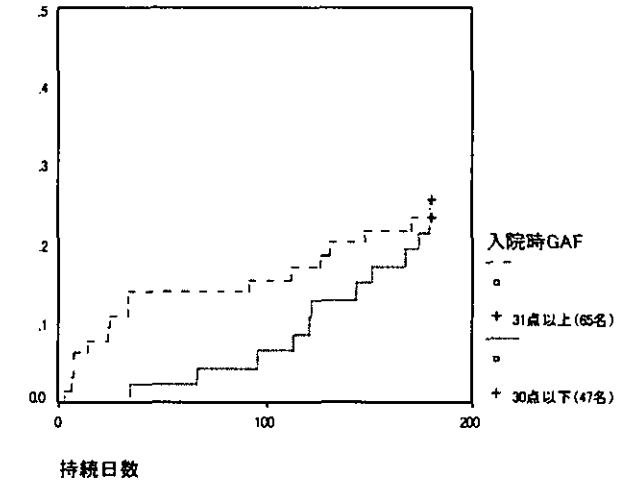


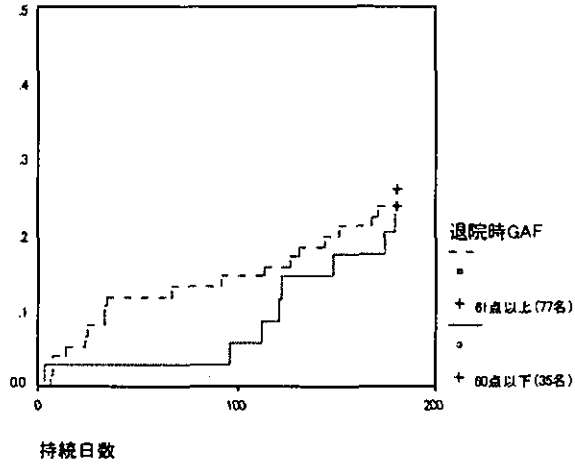

精神遅滞
あり(11名)
なし(99名)
持続日数


身体合併症
あり(23名)
なし(85名)
持続日数


ケア利用
あり(21名)
なし(81名)
持続日数


任意
任意(87名)
医療保護・措置
(22名)
持続日数


入院時GAF
31点以上(65名)
30点以下(47名)
持続日数


退院時GAF
61点以上(77名)
60点以下(35名)
持続日数

平成15年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学障害保健福祉総合研究事業）
分担研究報告書

－精神科急性期病棟・リハビリテーション病棟等の在り方に関する研究－

精神科急性期病棟における治療段階と施設環境に関する研究

分担研究者　筧淳夫　国立保健医療科学院　施設科学部長

研究要旨：本研究では、精神科急性期病棟における具体的な診療プロセスから見た、必要な建築条件を明らかにすることを目的としている。***研究方法***：対象は2003年8月の時点において診療報酬上の精神科急性期治療病棟および精神科救急入院料病棟を有する病院（66施設）であり、調査内容は、対象病棟を受け持つ医師が、3つの想定例について現在施設で行われている治療・ケア手順を記入し、大うつ病性障害急性期入院医療パス、統合失調症急性期入院医療パス、興奮状態における隔離室使用パスを作成するというものである。研究方法は、調査書式に沿って回答された疾病ごとに分類し、まず疾病別に患者の行動範囲・行動場所を中心として8つのステージに分けた標準的なクリティカル・パスを仮に作成し、各ステージ別に収集されたパスの中から目標とされるアウトカムや治療行為内容などを整理した表を作成した。そして各アウトカムや治療行為内容に適する建築・設備上の要求性能を整理するとともに、各要求性能に必要となる建築・設備上のチェック項目を整理した。***結果***：対象施設において3つの疾病ごとに行動範囲・行動場所の推移に着目した治療段階にて標準のクリティカル・パスと、それによって設定された治療段階ごとに施設環境への要求性能を作成することができた。***まとめ***：本研究により、治療段階ごとに整理された施設環境への要求性能は、キーポイントの抽出や行為・備品・単位空間など分類されたチェックリストに落とし込むことで、治療や看護などの診療プロセスという視点からの施設環境のあり方を示している。

研究協力者氏名　所属施設名及び職名
中山茂樹　千葉大学工学部助教授
工藤真人　国立保健医療科学院研究生

A．研究目的

本研究では、精神科急性期病棟における具体的な診療プロセスから見た、必要な建築条件を明らかにすることを目的としている。

B．研究方法

調査対象：66病院
回収：41病院（62.1%）
パスあり：38病院（57.6%）

その中から調査書式に沿って回答されたものを選び出し、大うつの事例、統合失調症の事例、隔離室の事例のいずれについても27病院のクリティカル・パスを対象として分析を行った。

分析においては、まず疾病別に患者の行動範囲・行動場所を中心として8つのステージに分

けた標準的なクリティカル・パスを仮に作成した。

次に各ステージ別に収集されたパスの中から目標とされる、アウトカムや治療行為内容などを整理した表を作成した。

そして各アウトカムや治療行為内容に適する建築・設備上の要求性能を整理するとともに、各要求性能に必要となる建築・設備上のチェック項目を整理した。(表－３参照)

C．研究結果

1．調査対象病院の概要

（表－１および２、グラフ－１参照）

調査対象病院の施設・設備的な概要を収集した図面から分析したものを以下に示す。

病床数

個室率

病室構成

隔離室数

観察室の有無

隔離ゾーンの共用空間

面会室の有無

喫煙室の有無

診察処置室の有無

2．大うつ病性障害急性期入院の場合

1. 仮のパスの作成（表－４参照）

調査対象病院から集まった大うつ病性障害急性期入院患者のクリティカル・パスを行動範囲と行動場所から「病室内」「病棟内」「院内同伴外出」「院内単独外出」「院外単独外出」「一泊外泊」「長期外泊」「退院日決定」の８つのステージに分け、検査・診断、薬物療法、身体療法、精神療法、看護ケア、生活療法、その他、アウトカムの項目について整理を行った。その中で施設環境に直接関連する４つのステージについて以下にコメントする。(表－１０参照)

2. 第１ステージ：「病室内」

患者の行動範囲は病室内に限られる。治療のアウトカムは安全の確保が第１であり、治療・看護においては、自殺の防止、摂食・睡眠の把握、話す・伝えることを中心とした精神療法が行われる。それ以外にも検査・投薬・点滴などが実施される。

・施設環境の条件

これらを建築・設備上の要求性能としてまとめて、「病室における安全性確保のしつらい」「病室における医療行為のしつらい」「病室における基本的生活行為のしつらい」の３つに整理した。

まず、「病室における安全性確保のしつらい」は自殺の防止が重要であり、建築・設備の仕様として内装・建具・機器類における首つり防止対策があげられる。加えてスタッフからの観察の容易さを確保するために、扉の開口・監視カメラ・NSの近接性なども列記される。

次に「病室における医療行為のしつらい」は環境面における光・音・温湿度の調節が必要であり、日常的な医療においても前述の観察やスタッフとの適度な近接性が求められる。

そして「病室における基本的生活行為のしつらい」においては睡眠、休養を確保しやすいようにするとともに、きちんとした排泄のためにしつらいが必要となる。睡眠や休養のためには病室の遮光性能や遮音性能などが求められ、またトイレにはプライバシーの確保が必要である。

・施設環境の具体的チェックリストの項目

表－１０参照：行為・備品・各室・共通の各項目に分類されています。(以後共通にて省略)

3. 第２ステージ：「病棟内」

患者の行動範囲は病棟内に拡大する。治療の

アウトカムは摂食・睡眠の安定と切迫した希死念慮の軽減であり、治療・看護においては、不安の傾聴、摂食・睡眠の把握、支持的精神療法が行われ、ラジオ体操などの病棟内の軽い運動による生活療法が始まる。また、第１ステージに引き続き検査・投薬も実施される。

・施設環境の条件

これらを建築・設備上の要求性能としてまとめて、「病棟における安全性確保のしつらい」「病棟における医療行為のしつらい」「病棟における基本的生活行為のしつらい」の３つに整理した。

まず、「病棟における安全性確保のしつらい」は第１ステージに引き続き自殺の防止を重要視し、病棟内の各所においての首つり防止対策があげられる。加えてスタッフからの観察の容易さを確保するために、廊下などの監視カメラやブラインドゾーンを極力無くすことなども列記される。

次に「病棟における医療行為のしつらい」においても第１ステージに引き続き環境面における調節や、スタッフとの適切なコンタクトをとるためにナースステーションのカウンターの位置や形状などへの配慮が求められる。

そして「病棟における基本的生活行為のしつらい」においては病室以外の場所での休養を確保しやすいようにするとともに、病棟便所の適切な数や配置、きちんとした排泄のためのしつらいが必要となる。また浴室における快適性や介助のしやすさへの配慮をおこない、きちんとした入浴ができるようなしつらいを確保するのもこのステージからは重要となる。あわせて各所の遮光性能・遮音性能・プライバシーの確保が求められる。

・施設環境の具体的チェックリストの項目

表－１０参照

4. 第３ステージ：「院内同伴外出」

患者の行動範囲は病棟内ではあるが、スタッフ同伴による院内への外出が加わる。治療のアウトカムは抑うつ気分の改善や対人交流での安定などの精神面の改善と入浴の自立であり、治療・看護においては、不安の傾聴、摂食・睡眠の把握、支持的精神療法など第２ステージの内容に加えて、治療同盟の確立が行われる。また、生活療法もスタッフ同伴による病棟外での軽い運動が行われる。それ以外にも検査・投薬が実施されるが、自殺の危険性や身体的な衰弱が見られる場合はm-ECT実施の検討を行う。

・施設環境の条件

これらを建築・設備上の要求性能としてまとめて、「病棟における生活療法のための空間確保」に整理した。

「病棟における生活療法のための空間確保」においてはこのステージから拡大していく対人交流での安定をアウトカムにした様々な生活療法の各段階に必要な空間の確保が必要となる。簡単な作業をするための専用の椅子やテーブルのある場所、ラジオ体操などの軽い運動がおこなえるスペースが求められる。その際に、身体機能の低下に備品や建築的な配慮が必要となる。

・施設環境の具体的チェックリストの項目

表－１０参照

5. 第４ステージ：「院内単独外出」

患者の行動範囲は病院内に拡大され、病棟内隔離が終了する。治療のアウトカムは交流・体力の回復と整容の自立であり、治療・看護においては、生活リズムの調整、対人交流に関するケア、行動範囲拡大の勧めなど看護ケアにおける支持的アプローチが開始されるほか、支持的精神療法が行われる。また、患者の任意で作業

療法が開始されるほか、投薬も実施される。

・施設環境の条件

これらを建築・設備上の要求性能としてまとめて、「病棟における基本的生活行為のしつらい」「病棟における生活療法のための空間確保」の２つに整理した。

まず、このステージにおける「病棟における基本的生活行為のしつらい」においては整容・更衣・清掃・交流・余暇といった、より自立生活を意識した行為に関するしつらいを重視した。それぞれの行為について適切な備品や空間の確保はもとより、プライバシーの確保や行為のしやすさに配慮した仕上げの選択、患者の自主性に対応した段階的なしつらいが必要である。

次に、このステージにおける「病棟における生活療法のための空間確保」においてはスタッフ同伴における病棟外空間へのアプローチによる散歩や売店への外出を想定しており、病棟からの安全な出入りを行えるようなしつらいが必要である。また、病棟内に専用の中庭などがあることがより望ましい。

・施設環境の具体的チェックリストの項目

表－１０参照

6. 各ステージの期間

各病院のクリティカル・パスを明示された期間ごとに図として表した。

病室内隔離から治療が始まる病院、病棟内隔離から始まる病院、そしてその両者を選択して始まる病院に大きく分けられ、全体の９割以上を占めている。病室内と両者選択は３割弱、病棟内は４割弱であった。（グラフ－２参照）

また、病室内隔離と両者選択で治療が始まる病院（N＝9）において病室内隔離をやめる期間を考えると、１週間が８割弱と大半を占め、６日間と２週間が各１病院ずつであった。（グラフ－３参照）

そして、院内に限って同伴外出を認めるということを病棟内隔離と考えると、４週間が４割強と最も多かったが、おおむね３週間を中心として２週間から４週間の範囲内で病棟内に隔離される場合が一般的のようである。（グラフ－４参照）

３．統合失調症急性期入院の場合

1. 仮のパスの作成（表－５参照）

調査対象病院から集まった統合失調症急性期入院患者のクリティカル・パスを行動範囲と行動場所から「病室内」「病棟内」「院内同伴外出」「院内単独外出」「院外単独外出」「一泊外泊」「長期外泊」「退院日決定」の８つのステージに分け、検査・診断、薬物療法、身体療法、精神療法、看護ケア、生活療法、その他、アウトカムの項目について整理を行った。その中で施設環境に直接関連する４つのステージについて以下にコメントする。（表－１１参照）

2. 第１ステージ：「病室内」

患者の行動範囲は病室内に限られる。治療のアウトカムは安全の確保が第１であり、治療・看護においては、自殺の防止、自傷･他害の防止、摂食・睡眠の把握、話す・伝えるを中心とした精神療法における受容的対応が行われる。それ以外にも検査・投薬・点滴などが実施される。

・施設環境の条件

これらを建築・設備上の要求性能としてまとめて、「病室における安全性確保のしつらい」「病室における医療行為のしつらい」「病室における基本的生活行為のしつらい」の３つに整理した。

まず、「病室における安全性確保のしつらい」は自殺の防止が重要であり、建築・設備の仕様として内装・建具・機器類における首つり防止

対策があげられる。加えてスタッフからの観察の容易さを確保するために、扉の開口・監視カメラ・NSの近接性なども列記される。

次に「病室における医療行為のしつらい」は環境面における光・音・温湿度の調節が必要であり、日常的な医療においても前述の観察やスタッフとの適度な近接性が求められる。

そして「病室における基本的生活行為のしつらい」においては睡眠、休養を確保しやすいようにするとともに、きちんとした排泄のためにしつらいが必要となる。睡眠や休養のためには病室の遮光性能や遮音性能などが求められ、またトイレにはプライバシーの確保が必要である。

・施設環境の具体的チェックリストの項目

表－１１参照：行為・備品・各室・共通の各項目に分類されています。(以後共通にて省略)

3. 第２ステージ：「病棟内」

患者の行動範囲は病棟内に拡大する。治療のアウトカムは摂食・睡眠の安定と切迫した衝動コントロールの回復であり、治療・看護においては、不安の傾聴、摂食・睡眠の把握、受容的対応の精神療法が行われ、ラジオ体操などの病棟内の軽い運動による生活療法が始まる。また、第１ステージに引き続き検査・投薬も実施される。

・施設環境の条件

これらを建築・設備上の要求性能としてまとめて、「病棟における安全性確保のしつらい」「病棟における医療行為のしつらい」「病棟における基本的生活行為のしつらい」「病棟における生活療法のための空間確保」の４つに整理した。

まず「病棟における安全性確保のしつらい」は第１ステージに引き続き自殺の防止を重要視し、病棟内の各所においての首つり防止対策があげられる。加えてスタッフからの観察の容易さを確保するために、廊下などの監視カメラやブラインドゾーンを極力無くすことなども列記される。

次に「病棟における医療行為のしつらい」においても第１ステージに引き続き環境面における調節や、スタッフとの適切なコンタクトをとるためにナースステーションのカウンターの位置や形状などへの配慮が求められる。

そして「病棟における基本的生活行為のしつらい」においては病室以外の場所での休養を確保しやすいようにするとともに、病棟便所の適切な数や配置、きちんとした排泄のためのしつらいが必要となる。また浴室における快適性や介助のしやすさへの配慮をおこない、きちんとした入浴を確保するのもこのステージからは重要となる。あわせて各所の遮光性能・遮音性能・プライバシーの確保が求められる。

最後に「病棟における生活療法のための空間確保」においてはこのステージから拡大していく対人交流での安定をアウトカムにした様々な生活療法の各段階に必要な空間の確保が必要となる。簡単な作業をするための専用の椅子やテーブルのある場所、ラジオ体操などの軽い運動がおこなえるスペースが求められる。その際に、身体機能の低下に備品や建築的な配慮が必要となる。

・施設環境の具体的チェックリストの項目

表－１１参照

4. 第３ステージ：「院内同伴外出」

患者の行動範囲は病棟内ではあるが、スタッフ同伴による院内への外出が加わる。治療のアウトカムは病的体験の改善と入浴の自立であり、治療・看護においては、不安の傾聴、摂食・睡眠の把握、受容的精神療法など第２ステージ同

様である。また、生活療法もスタッフ同伴による病棟外での軽い運動が行われる。それ以外にも検査・投薬が実施されるが、自傷他害や身体的な衰弱が見られる場合はm-ECT実施の検討を行う。

・施設環境の条件

このステージにおいては新しくコメントする建築・設備上の要求性能はなく、ステージ2からの継続的なものと考えられる。

5. 第4ステージ：「院内単独外出」

患者の行動範囲は病院内に拡大され、病棟内隔離が終了する。治療のアウトカムは交流・体力の回復、集団生活への適応、整容の自立であり、治療・看護においては、生活リズムの調整、対人交流に関するケア、行動範囲拡大の勧めなど看護ケアにおける支持的アプローチが開始されるほか、病的体験の消退の把握などの精神療法が行われる。また、患者の任意で作業療法が開始されるほか、投薬も実施される。

・施設環境の条件

これらを建築・設備上の要求性能としてまとめて、「病棟における基本的生活行為のしつらい」「病棟における生活療法のための空間確保」の2つに整理した。

まず、このステージにおける「病棟における基本的生活行為のしつらい」においては整容・更衣・清掃・交流・余暇といった、より自立生活を意識した行為に関するしつらいを重視した。それぞれの行為について適切な備品や空間の確保はもとより、プライバシーの確保や行為のしやすさに配慮した仕上げの選択、患者の自主性に対応した段階的なしつらいが必要である。

次に、このステージにおける「病棟における生活療法のための空間確保」においてはスタッフ同伴における病棟外空間へのアプローチによる散歩や売店への外出を想定しており、病棟からの安全な出入りを行えるようなしつらいが必要である。また、病棟内に専用の中庭などがあることがより望ましい。

・施設環境の具体的チェックリストの項目

表－１１参照

6. 各ステージの期間

各病院のクリティカル・パスを明示された期間ごとに図として表した。

病室内隔離から治療が始まる病院、病棟内隔離から始まる病院、そしてその両者を選択して始まる病院に大きく分けられ、全体の9割程度を占めている。病室内と両者選択は35%、病棟内は20%であった。（グラフ－5参照）

また、病室内隔離と両者選択で治療が始まる病院（N＝11）において病室内隔離をやめる期間を考えると、1週間と2週間がともに36%と大半を占め、6日間が2病院、4週間が1病院であった。（グラフ－6参照）

そして、院内に限って同伴外出を認めるということを病棟内隔離と考えると、4週間が50%と最も多く、3週間も36%であり、おおむね3週間から4週間の範囲内で病棟内に隔離される場合が一般的のようである。（グラフ－7参照）

４．興奮状態による隔離室使用の場合

1. 仮のパスの作成（表－6参照）

調査対象病院から集まった興奮状態による隔離室使用のクリティカル・パスを行動範囲と行動場所から「隔離開始」「拘束・施錠」「施錠のみ」「施錠・開放検討」「食事・入浴時開放」「短時間開放」「日中開放」「隔離解除」の8つのステージに分け、検査・診断、薬物療法、身体療法、精神療法、看護ケア、生活療法、その他、アウトカムの項目について整理を行った。すべてのステージが施設環境に直接関連するため8

つのステージについて以下にコメントする。(表－１２および１３参照)

2. 第１ステージ：「隔離開始」

ここでは隔離室の使用を開始した時点での患者の行動範囲を、拘束・施錠としている。治療のアウトカムは隔離室内における安全の確保（自殺・自傷・暴力）と衝動コントロールの回復であり、治療・看護においては、隔離室における自殺の防止、自傷の防止、セルフケアレベルのチェック、話す・伝えることを中心とした精神療法における受容的対応が行われる。それ以外にも検査・投薬・点滴などが実施され、隔離解除に至るまでは、バイタルサインの頻回確認が行われる。

・施設環境の条件

これらを建築・設備上の要求性能としてまとめて、「隔離室における安全性確保のしつらい」「隔離室における医療行為のしつらい」「隔離室における基本的生活行為のしつらい」の３つに整理した。

まず「隔離室における安全性確保のしつらい」は、隔離室における自殺の防止が第１であり、建築・設備の仕様として内装・建具・機器類における首つり防止対策があげられる。加えてスタッフからの観察の容易さを確保するために、扉の開口・監視カメラ・NS の近接性なども列記される。また自傷の防止も重要であり、内装材料などに配慮したり、重症患者のためのしつらいをした隔離室の設定などが求められる。

次に「隔離室における医療行為のしつらい」は隔離室の環境面における光・音・温湿度の調節が必要であり、日常的な医療においても前述の観察やスタッフとの適度な近接性が求められる。また隔離室における医療行為の際のスタッフの安全の確保のために、建具や開口部の数や形状への対策が必要である。

そして「隔離室における基本的生活行為のしつらい」においては隔離室で睡眠、休養を確保しやすいようにするとともに、きちんとした排泄のためにしつらいが必要となる。大声を上げたり壁や建具を叩いたりというような興奮状態にある患者が睡眠や休養をとるためには、高い遮光性能や遮音性能などが求められ、あわせて食事の安全な受け渡しのための開口部の工夫が必要である。またトイレにはスタッフの観察におけるプライバシーの確保が必要である。

・施設環境の具体的チェックリストの項目

表－１２参照

3. 第２ステージ：「拘束・施錠」

患者の行動範囲は第１ステージに継続して、拘束・施錠である。治療のアウトカムは隔離室内における安全の確保、感情･行動の沈静、摂食・睡眠の確保であり、治療・看護においては、隔離室における自殺の防止、自傷の防止、セルフケアレベルのチェック、話す・伝えることを中心とした精神療法における受容的対応、投薬などが継続して実施される。

・施設環境の条件

このステージにおいては新しくコメントする建築・設備上の要求性能はなく、ステージ１からの継続的なものと考えられる。

4. 第３ステージ：「施錠のみ」

患者の行動範囲は施錠のみとなり、身体拘束は解除される。治療のアウトカムは隔離室内における摂食・睡眠の確保、スタッフの援助で服薬が可能になることであり、治療・看護においては、隔離室における共感的傾聴、セルフケアレベルのチェック、話す・伝えることを中心とした精神療法における受容的対応、投薬などが実施される。また、隔離室内での洗面を行う生

活療法も実施される。

・施設環境の条件

これらを建築・設備上の要求性能としてまとめて、「隔離室における基本的生活行為のしつらい」に整理した。

「隔離室における基本的生活行為のしつらい」隔離室内の洗面器の使用の有無が選択できるようなしつらいが必要である。また興奮状態になることも考慮し、洗面器の強度について配慮が求められる。

・施設環境の具体的チェックリストの項目

表－１２参照

5. 第４ステージ：「施錠・開放検討」

患者の行動範囲は施錠であるものの、部分的な隔離室からの開放処遇の検討が始まる。つまり、試験的に短時間で病棟もしくは隔離ゾーン共用部にて開放処遇をする。治療のアウトカムは第３ステージに引き続き隔離室内における摂食・睡眠の確保、スタッフの援助で服薬が可能になることであり、治療・看護においても第３ステージの継続ではあるが、洗面以外の生活療法として新聞などの閲覧が始まる。また、問題行動や身体的衰弱が見られる場合はm-ECT実施の検討を行う。

・施設環境の条件

これらを建築・設備上の要求性能としてまとめて、「病棟・隔離ゾーン共用部における安全性確保のしつらい」「病棟・隔離ゾーン共用部における医療行為のしつらい」「病棟・隔離ゾーン共用部における基本的生活行為のしつらい」の３つに整理した。

まず「病棟・隔離ゾーン共用部における安全性確保のしつらい」は、試験的であるにせよ病棟・隔離ゾーン共用部における自殺の防止が第１であり、建築・設備の仕様として内装・建具・機器類における首つり防止対策があげられる。加えてスタッフからの観察の容易さを確保するために、病棟廊下やかくりぞーんきょうようぶの監視カメラの設置やブラインドゾーンを極力なくすことなども列記される。

次に「病棟・隔離ゾーン共用部における医療行為のしつらい」は、試験的であるにせよ病棟・隔離ゾーン共用部の環境面における調節や、スタッフとの適度なコンタクトをとるために、ナースステーションのカウンターの位置や形状などへの配慮が求められる。

そして「病棟・隔離ゾーン共用部における基本的生活行為のしつらい」においては病棟・隔離ゾーン共用部で休養を確保しやすいようにするとともに、きちんとした排泄のためにしつらいが必要となる。また病棟・隔離ゾーン共用部の便所の適切な数や配置、きちんとした排泄のためのしつらいを考慮し、プライバシーの確保が必要である。あわせて遮光性能・遮音性能の確保も求められる。

・施設環境の具体的チェックリストの項目

表－１２参照

6. 第５ステージ：「食事・入浴時開放」

患者の行動範囲は施錠であるものの、食事・入浴時のみは隔離室からの開放処遇が行われる。治療のアウトカムは簡単な言葉のやりとりができる、観察下の入浴・更衣、排泄の自立であり、治療・看護においては、共感的傾聴、セルフケアレベルのチェック、行動制限の理解獲得といった精神療法のほかに、投薬も行われる。またこのステージからは可能であれば服薬指導を始める。

・施設環境の条件

これらを建築・設備上の要求性能としてまとめて、「病棟・隔離ゾーン共用部における基本的生

活行為のしつらい」に整理した。

「病棟・隔離ゾーン共用部における基本的生活行為のしつらい」は観察下ではあるものの浴室における快適性や介助のしやすさへの配慮をおこない、きちんとした入浴ができるようなしつらいを確保することが必要となる。

・施設環境の具体的チェックリストの項目

表－１３参照

7. 第６ステージ：「短時間開放」

患者の行動範囲は患者の行動範囲は施錠であるものの、短時間限定での隔離室からの開放処遇が行われる。治療のアウトカムは第５ステージに引き続き簡単な言葉のやりとりができる、観察下の入浴・更衣、排泄の自立であり、治療・看護においても第５ステージの継続ではあるが、共感的傾聴、セルフケアレベルのチェック、行動制限の理解獲得といった精神療法のほかに、投薬も行われる。

・施設環境の条件

このステージにおいては新しくコメントする建築・設備上の要求性能はなく、ステージ５からの継続的なものと考えられる。

8. 第７ステージ：「日中開放」

患者の行動範囲は患者の行動範囲は施錠であるものの、日中は隔離室からの開放処遇が行われる。治療のアウトカムは閉鎖病棟での生活が可能になることであり隔離解除が間近である。治療・看護においては第６ステージの継続ではあるが、共感的傾聴、セルフケアレベルのチェック、行動制限の理解獲得といった精神療法のほかに、投薬も行われる。また開放中にラジオ体操などの軽い運動による生活療法が始まる。

・施設環境の条件

これらを建築・設備上の要求性能としてまとめて、「病棟・隔離ゾーン共用部における生活療法の空間確保」に整理した。

「病棟・隔離ゾーン共用部における生活療法の空間確保」は隔離解除を間近に控え、対人交流での安定を目指し、ラジオ体操などの軽い運動が行えるスペースが求められる。

・施設環境の具体的チェックリストの項目

表－１３参照

9. 第８ステージ：「隔離解除」

隔離解除の条件として閉鎖病棟の一般病室内隔離にて処遇が出来ることが施設環境の条件と考えられ、前出の大うつと統合失調症の第１ステージに求められる条件と同等の内容が必要と考えられる。よって、治療のアウトカムは一般病室における安全の確保が第１であり、治療・看護においては、自殺の防止、摂食・睡眠の把握、話す・伝えるを中心とした精神療法が行われる。それ以外にも検査・投薬・点滴などが実施される。

・施設環境の条件

これらを建築・設備上の要求性能としてまとめて、「一般病室における安全性確保のしつらい」「一般病室における医療行為のしつらい」「一般病室における基本的生活行為のしつらい」の３つに整理した。

まず、「一般病室における安全性確保のしつらい」は自殺の防止が重要であり、建築・設備の仕様として内装・建具・機器類における首つり防止対策があげられる。加えてスタッフからの観察の容易さを確保するために、扉の開口・監視カメラ・NS の近接性なども列記される。

次に「一般病室における医療行為のしつらい」は環境面における光・音・温湿度の調節が必要であり、日常的な医療においても前述の観察やスタッフとの適度な近接性が求められる。

そして「一般病室における基本的生活行為の

しつらい」においては睡眠、休養を確保しやすいようにするとともに、きちんとした排泄のためにしつらいが必要となる。睡眠や休養のためには病室の遮光性能や遮音性能などが求められ、またトイレにはプライバシーの確保が必要である。

・施設環境の具体的チェックリストの項目

表－１３参照

6. 各ステージの期間

各病院のクリティカル・パスを明示された期間ごとに図として表した。

隔離開始時点で拘束・施錠から治療が始まる病院、施錠のみから始まる病院、そしてその両者を選択して始まる病院に大きく分けられ、全体の97％程度を占めている。拘束・施錠は39％、施錠のみは45％、両者選択は13％であった。(グラフ－８参照)

また、拘束・施錠と両者選択で隔離室使用が始まる病院（N＝12）において拘束をやめる期間を考えると、1日間が50％と最も多く、2日間が17％、4日間が25％、1週間が8％となっている。(グラフ－９参照)

そして、施錠処遇でありながら開放検討を始めるということを隔離室内施錠解除と考えると、隔離開始時点から4日間までが32％、1週間までが35％と最も多く、2日間までが23％、2週間までが10％となっている。(グラフ－１０参照)

D．考察

調査書式に沿って回答された疾病別のクリティカル・パスを分析する際に、回答に見られるバラツキのある日数設定にとらわれずに、行動範囲・行動場所に着目することで、治療段階を表すステージにて整理された標準のパスを作成することができた。また作成された標準のパスにおける各ステージ(治療段階)を基準にして、日数の視点から疾病別のクリティカル・パスを比較することにより、大うつおよび統合失調症の事例においては、入院時当初の治療空間・病室内隔離の時期・病棟内隔離の時期などの傾向が、隔離室の事例においては、隔離開始時点の治療空間・拘束解除の時期・隔離室内の施錠解除の時期などの傾向が把握することができた。そして何よりも、治療のアウトカムの視点だけでなく、診療プロセスとの密接な関係性を考慮した施設環境評価手法の構築へつながる精神急性期病棟チェックリストの治療段階別表記ができたことは、これからの精神急性期病棟の施設計画における、より有用な資料となると思われる。

E．結論

本研究においては、３つの疾病ごとに行動範囲・行動場所の推移に着目した治療段階にて標準のクリティカル・パスと、それによって設定された治療段階ごとに、施設環境への要求性能を作成することができた。その施設環境への要求性能は、キーポイントの抽出や行為・備品・単位空間など分類されたチェックリストに落とし込むことで、治療や看護などの診療プロセスという視点からの施設環境のあり方を示している。

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（予定も含む）

なし

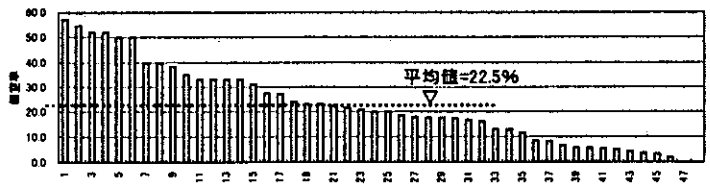
＜調査対象病院リスト＞　（表－1）

＼	病院ID	うつ	統合失調	隔離室	病院書式
1	3	○	○	○	
2	8				
3	11				
4	13				
5	14				
6	15				
7	17	○	○	○	
8	18				
9	20				●
10	22	○	○	○	
11	25	○	○	○	
12	27	○	○	○	
13	28	○	○	○	
14	31	○	○	○	
15	35				
16	36	●	●		●
17	37	○	○	○	
18	39				
19	41		○	○	
20	43	○	○	○	
21	55	○	○	○	
22	59	○	○	○	
23	63	○	○	○	
24	65				
25	66				
26	69	○	○	○	
27	70	○	○	○	
28	72				
29	73				
30	74				
31	81	○	○	○	
32	82				
33	85				
34	87	●	●	●	●
35	93	●	●	●	
36	94	○	○		●
37	95	○	○	○	
38	97				
39	101				
40	102				
41	103	○	○	○	
42	106				
43	107	○	○	○	
44	108	○	○	○	
45	109				
46	110		●	●	●
47	114	○	○	○	
48	115				
49	118	○	○	○	
50	119	●	●	●	
51	122				
52	123	○	○	○	
53	124	○			
54	125	○	●	○	
55	127	●	●		
56	134				●
57	145	○	○	○	
58	152				
59	160				
60	163			●	
61	164	○×2	○×2	○×2	
62	170	●	○	○	
63	171				
64	198	●	●	●	
65	206				
66	212				
合計		34病院	35病院	33病院	
回答率		51.2%	53.0%	50.0%	

＜アンケートによる病棟情報＞　（表－2）

＼	病院ID	病室構成								隔離室
		病床数	個室率	1床	2床	3床	4床	5床	6床以上	
1	125	35	57.1	20		5				4
2	103	44	54.5	24	2		4			14
3	94②	46	52.2	24	1		5			8
4	114	50	52.0	26			6			10
5	20③	42	50.0	21		1			3	10
6	95	60	50.0	30				6		18
7	55	60	40.0	24			9			7
8	163	50	40.0	20					5	※5
9	27	26	38.5	10			4			2
10	107②	40	35.0	14	1		6			13
11	17	60	33.3	20	2	4	6			7
12	63②	48	33.3	16	2		7			0
13	94①	60	33.3	20	6		7			0
14	107①	42	33.3	14			7			13
15	36②	32	31.3	10	1	2	1	2		※4
16	31	40	27.5	11	2		5	1		6
17	87	33	27.3	9			6			4
18	41	50	24.0	12			1	2	4	9
19	25	52	23.1	12	10		5			4
20	124	52	23.1	12			10			3
21	93	54	22.2	12	1		6	2	1	6
22	63①	51	21.6	11	2		3		4	11
23	36①	53	20.8	11	3	0	1	4	2	2
24	37	50	20.0	10	2				6	6
25	123	50	20.0	10			10			4
26	81	43	18.6	8		1	5		2	8
27	108	50	18.0	9	3	1	8			5
28	43	51	17.6	9	1		10			7
29	164	68	17.6	12			14			7
30	3	46	17.4	8	3		3	4		3
31	22	36	16.7	6	2	5		1	1	3
32	20②	56	16.1	9				1	7	1
33	119	46	13.0	6			10			4
34	28	31	12.9	4	3	5			1	※2
35	69	34	11.8	4		2			4	4
36	127	59	8.5	5	4		4		5	2
37	59	60	8.3	5	5		3		5.5	4
38	20①	60	6.7	4			1		8	3
39	198	51	5.9	3	9		2	2	2	※2
40	35	53	5.7	3	2	1	7	3		3
41	134	74	5.4	4	3		16			※4
42	145	59	5.1	3					8床×7	1
43	170	46	4.3	2	6		8			※4
44	152	27	3.7	1	2		1		3	1
45	110	60	3.3	2	2	2			8	2
46	118	49	2.0	1	8		8			※5
47	70	40	0.0	0	4		8			※4
48	171	56	0.0	0	5		1		7	※2

＜対象病棟の個室率＞　（グラフ－1）



＜調査病院対象リスト＞
・○はアンケート配布書式、●は調査対象病院の既存書式による回答を表す。
＜アンケートによる病棟情報＞
・病院ID欄の①～③は、調査対象病院に複数の対象病棟があることを表す。
・隔離室欄の※印は、病床数にカウントしない隔離室の数を表す。

＜病院区分＞

民間病院	公立病院	国立療養所	大学病院

<「精神科急性期病棟における治療段階と施設環境に関する研究」における研究の手順について>（表－3）

手順1.　パス調査協力病院＝66病院について、大うつ病性障害・統合失調症・隔離室使用の3つの疾病別にパスを分類する。
・大うつ病性障害＝34病院（回答率：51.2%）・統合失調症＝35病院（53.0%）・隔離室使用＝33病院（50.0%）

手順2.　各疾病別に、回答病院のパスについて、アンケート配布書式および病院既存書式に分類する。
・大うつ病性障害（配布27＋病院7）・統合失調症＝（配布27＋病院8）・隔離室使用＝（配布27＋病院6）

手順3.　各疾病別に、アンケート配布書式＝27病院の資料を概観し、「分析のために仮定した標準パス」（以下：標準パス）を作成する。
・時間軸の捉え方は様々であるので、行動範囲・場所を中心に、妥当な共通点を見出し作成する。
すなわち、時間軸はおおむねの指標であると考えられ、他の治療側面と場所との関係を重視して「標準パス」を作成する。
・時間軸に設定した各ステージの概ねの入院経過日数は以下の通りである。

<大うつ病性障害・統合失調症の場合>

ステージ	入院日数の目安	行動範囲・場所
1－	（入院日～入院後数日）	病室内
2－	（入院数日後～7日後=1週目）	病棟内
3－	（8日後～14日後=2週目）	院内・同伴外出
4－	（15日後～21日後=3週目）	院内・単独外出
5－	（22日後～28日後=4週目）	院外・単独外出
6－	（29日後～42日後=6週目）	外泊・一泊
7－	（43日後～56日後=8週目）	外泊・長期
8－	（57日後～84日後=12週目≒退院）	退院日決定

<興奮状態による隔離室使用の場合（1週間の場合）>

ステージ	入院日数の目安	行動範囲・場所
1－	（入院時）	隔離室（拘束・施錠）
2－	（1日目）	隔離室（拘束・施錠）
3－	（2日目）	隔離室（施錠のみ）
4－	（3日目）	隔離室（施錠・開放検討）
5－	（4日目）	隔離室（食事・入浴時開放）
6－	（5日目）	隔離室（短時間開放）
7－	（6日目）	隔離室（日中開放）
8－	（7日目＝解除時）	一般病室（隔離解除・閉鎖病棟）

手順4.　「標準パス」の各ステージにおいて、対象病院ごとの行動範囲・場所の推移についての時間特性を比較する。【ステージ比較】

手順5.　「標準パス」の各ステージにおいて、他の治療側面から病棟空間に要求される事項を抽出する。【多数項目】
・手順6以降は、病棟空間に限定して研究を進める。つまり、大うつ・統合失調症はステージ4まで、隔離室はステージ8までを対象とする。

手順6.　「標準パス」の各ステージにおいて、「標準パス」に表現されていない参考項目を取り出し、病棟空間に要求される事項を抽出する。【参考】

手順7.　「標準パス」の各ステージにおいて、病棟空間に要求されるキーポイントを抽出し、その時間軸の範囲を図示する。【キーポイント】

手順8.　抽出したキーポイントごとに、病棟空間に要求される性能と対象となる部位をコメントする。【要求性能と対象部位】

手順9.　要求性能と対象部位のコメントをもとに、各ステージにおけるキーポイントごとのチェックリストを列記する。【チェックリスト】
・チェックリストは、キーポイントに対応する（行為）と、それらに関連する（備品）、対象となる（各室）などの項目、そして医療施設として共通に要求される項目（共通）に分類して表記する。

手順10.　これまでの資料を他の分担研究者に評価依頼し、研究の精度を高める。【調査票様式別記】

<大うつ病性障害急性期入院医療パス（標準パス）>

（表－4）

	ステージ1=入院	ステージ2	ステージ3	ステージ4	ステージ5	ステージ6	ステージ7	ステージ8=退院
検査・診断	重症度の判定 血液検査・尿検査 胸部レントゲン・心電図	診断の確定 脳波・頭部CT(MRI)	重症度の判定 心理検査		重症度の判定 血液検査		血液検査	
薬物療法	入院前投薬歴の検討 第1選択薬の決定 投薬（初回量） 副作用チェック	以降は薬物継続 （量・種類を随時検討）	同左	同左	同左	同左	同左 （継続療法での観察）	同左 （維持療法の検討）
身体療法	点滴の検討 （脱水・低栄養時） m-ECTの検討 （自殺危険時）		m-ECTの検討 （自殺危険時・表現時）		m-ECTの検討 （薬物効果不十分時）			
精神療法（本人）	支持的精神療法 自殺禁止の約束 回復保証・休養指示 病状説明・方針説明	支持的精神療法 回復保証・休養指示	支持的精神療法 回復保証・休養指示 治療同盟の確立	支持的精神療法 行動範囲拡大の勧め	入院経緯の振り返り （認知療法の開始） （心理教育の開始）	外泊中の留意点の説明 疾病に関する説明 自殺禁止の約束	外泊中の留意点の説明 退院後の環境整備 自殺禁止の約束	退院後の生活指導 再燃・再発防止のための心理教育
看護ケア	自殺の防止 摂食・睡眠の把握	不安の傾聴 摂食・睡眠の把握	同左	支持的アプローチ開始 生活リズムの調整 対人交流に関するケア 行動範囲拡大の勧め	生活リズムの調整 対人交流に関するケア 入院経緯の振り返り	生活リズムの調整 対人交流に関するケア 外出・外泊の振り返り 自殺の防止	退院後の不安のケア 外出・外泊の振り返り 自殺の防止	退院後の不安のケア 退院の具体的準備援助
行動範囲場所	病室内	病棟内	院内同伴外出	院内単独外出	院外単独外出	一泊外泊	長期外泊	退院日決定
生活療法	なしor禁止	ラジオ体操 （病棟内の運動）	散歩・軽い運動 （病院内の運動）	作業療法開始 （患者の任意選択）	服薬指導	服薬自己管理（1日）	服薬自己管理（1週間）	退院後の服薬指導
その他（家族）	治療方針の決定 家族面接 （病状説明・方針説明）	家族面接（心理教育）	治療方針の見直し 家族面接（経過説明）		治療方針の見直し 家族面接（外泊開始）		退院後の検討 家族合同面接 （経過説明）	退院後の計画 家族面接（退院後指導）
アウトカム	安全の確保	摂食・睡眠の安定 切迫した希死念慮の軽減	入浴の自立 抑うつ気分の改善 対人交流での安定	整容の自立 交流・体力の回復	安定した外出 入院経緯の回顧	日常生活の自立 疾病理解・病識獲得	安定した外泊 社会的関心の復帰	退院

＜統合失調症急性期入院医療パス（標準パス）＞

（表－5）

	ステージ1=入院	ステージ2	ステージ3	ステージ4	ステージ5	ステージ6	ステージ7	ステージ8=退院
検査・診断	重症度の判定 血液検査・尿検査 胸部レントゲン・心電図	診断の確定 脳波・頭部CT（MRI）	重症度の判定 心理検査		重症度の判定 血液検査		血液検査	
薬物療法	入院前投薬歴の検討 第1選択薬の決定 投薬（初回量） 副作用チェック	以降は薬物継続 （量・種類）	同左	同左	同左	同左	同左 （維持量での観察）	同左 （最小投与量の検討）
身体療法	点滴の検討 （脱水・低栄養時） m-ECTの検討 （自殺危険時）		m-ECTの検討 （自傷他害時・衰弱時）		m-ECTの検討 （薬物効果不十分時）			
精神療法（本人）	受容的対応 安心感と保証の提供	受容的対応 安心感と保証の提供	同左	病的体験の消退の把握	入院経緯の振り返り （集団精神療法の導入） （心理教育の開始）	外泊中の留意点の説明 疾病に関する説明	外泊中の留意点の説明 合同面接	退院後の生活指導 再発防止のための心理教育
看護ケア	自傷・他害の防止 （自殺の防止） 摂食・睡眠の把握	不安の傾聴 摂食・睡眠の把握	同左	支持的アプローチ開始 生活リズムの調整 対人交流に関するケア 行動範囲拡大の勧め	生活リズムの調整 対人交流に関するケア 入院経緯の振り返り	生活リズムの調整 対人交流に関するケア 外出・外泊の振り返り	退院後の不安のケア 外出・外泊の振り返り	退院後の不安のケア 退院の具体的準備援助
行動範囲場所	病室内 （隔離室の場合）	病棟内	院内同伴外出	院内単独外出	院外集団外出	一泊外泊	長期外泊	退院日決定
生活療法	なしor禁止	ラジオ体操 （病棟内の運動）	散歩・軽い運動 （病院内の運動）	作業療法開始 （患者の任意選択）	服薬指導	服薬自己管理（1日）	服薬自己管理（1週間）	退院後の服薬指導 デイケアの試験参加
その他（家族）	治療方針の決定 家族面接 （病状説明・方針説明）	家族面接（心理教育）	治療方針の見直し 家族面接（経過説明）		治療方針の見直し 家族面接（外泊開始）		退院後の検討 家族面接（経過説明）	退院後の計画 家族面接（退院後指導）
アウトカム	安全の確保	摂食・睡眠の安定 衝動コントロール回復	入浴の自立 病的体験の改善	整容の自立 交流・体力の回復 集団生活への適応	安定した外出 入院経緯の回顧	日常生活の自立 疾病理解・病識または二重見当識獲得	安定した外泊 疾病・服薬に関する理解の向上	退院

＜興奮状態による隔離室使用パス（標準パス）＞

（表－6）

	ステージ1=隔離	ステージ2	ステージ3	ステージ4	ステージ5	ステージ6	ステージ7	ステージ8=解除
検査・診断	血液検査・尿検査 胸部レントゲン・心電図							
薬物療法	投薬（初回量） 薬物の種類・投与経路の決定	非経口の場合は経口に切り替え 以降は薬物継続 （量・種類を随時検討）	同左	同左	同左	同左	同左	同左
身体療法	点滴の検討 （低栄養時、拘束） 以後バイタルサインの頻回確認			m-ECTの検討 （問題行動時・衰弱時）				m-ECTの検討 （薬物効果不十分にて隔離継続となる場合）
精神療法（本人）	隔離拘束の告知 受容的対応 安心感と保証の提供	受容的対応 安心感と保証の提供	受容的対応 安心感と保証の提供	受容的対応 安心感と保証の提供	行動制限の理解獲得	行動制限の理解獲得	行動制限の理解獲得	
看護ケア	自殺の防止 自傷・他害の防止 セルフケアレベルのチェック	自殺の防止 自傷・他害の防止 セルフケアレベルのチェック	共感的傾聴 セルフケアレベルのチェック	共感的傾聴 セルフケアレベルのチェック	共感的傾聴 セルフケアレベルのチェック	共感的傾聴 セルフケアレベルのチェック	共感的傾聴 セルフケアレベルのチェック	
行動範囲場所	隔離室 （拘束・施錠）	隔離室 （拘束・施錠）	隔離室 （施錠のみ）	隔離室 （施錠・開放検討）	隔離室 （食事・入浴時開放）	隔離室 （短時間開放）	隔離室 （日中開放）	一般病室 （隔離解除・閉鎖病棟）
生活療法	なしor禁止	なしor禁止	隔離室にて洗面	テレビ・新聞	可能であれば 服薬指導		開放中にラジオ体操	
その他（家族）	治療方針の決定 家族面接 （病状説明・方針説明）			家族面接（一部解除）			家族面接（全面解除）	
アウトカム	安全の確保 （自殺・自傷・暴力） 衝動コントロール回復	安全の確保 感情・行動の沈静 摂食・睡眠の確保	摂食・睡眠の確保 ナース援助で服薬可能	摂食・睡眠の確保 ナース援助で服薬可能	常識的言葉のやりとり 観察下の更衣・入浴 排泄の自立	常識的言葉のやりとり 観察下の更衣・入浴 排泄の自立	閉鎖病棟での生活が可能	＜隔離解除の条件＞ 衝動コントロール回復 摂食・睡眠の安定 ナース援助で服薬可能