

大声・器物破損・徘徊などの迷惑行為があったり、多飲水などであった。しかし、必ずしも行動制限が良い影響を与えているとは限らず、逆に状態悪化させ長期化につながっているケースも研究会議では挙げられた。

## 2.2 長期行動制限患者のケアをする看護師の心理

行動制限が長期化する要因には患者状態像のみならず、看護師の心理も大きく影響していた。ケース検討において、行動制限が長期におよぶとケアが習慣的な業務となりやすいことが指摘された。そのような状況で看護師はジレンマとあきらめ感を抱えながら患者と関わることも少なくはない。このような看護師も心理も行動制限の長期化に影響していると考えられた。

## 2.3 医師・看護管理者の意識の影響

看護管理者の患者に対する人権意識や、スタッフに対する教育、患者の状態像の把握能力には個人差がある。看護管理者がどのような意識を持っているかによって、病棟の方針に大きく影響する。また医師の方針も大きく影響する。行動制限に関しては「精神保健指定医の指示下」となっている以上、精神保健指定医の人権意識や行動制限に対する考え方が影響しているのは当然である。ケース検討では、医師の方針と看護の方針の違いにより、行動制限の長期化や、また逆に解除に至ることがあり、行動制限開始、解除に影響を与える大きな要因であった。

## 2.4 ある病院の隔離室使用の変遷

医師や看護管理者の理念に基づく方針提起によってスタッフの意識が変化し、隔離施行数の減少した病院の事例を紹介する。

かつての病棟状況は隔離室 8 床が常に満床であったため、看護師長が何とか現状を変えたいとの問題意識を持っていた。まずは、スタッフの意識改革を行い、徐々に隔離室を使用せずにケアする方法を検討するように指導を行った。

そのような経過があるなかでも、激しい暴力行為があり、隔離が長期にわたっていた A 氏は、最後まで隔離室を使用していた。たとえ状態が落ち着いていても A 氏自身が一般病棟に出ることに不安を感じており、隔離室から出ると落ち着かなくなるという状況を繰り返していた。A 氏の不安を軽減するために、開放時間を徐々に増やしながら開放観察を行い、3 ヶ月後には隔離解除となった。

この病院では、院長がいち早く「隔離・拘束をしてはならない」という方針を打ち出していた。院長の方針とはいえ、しばらくは院長と看護師の間で攻防が続いた。それでも結果的には、状況判断に優れた看護管理者による調整もあって、1 年近く隔離室を使用しなかった時期もあった。1 年近く経過した時点で措置入院患者の受け入れに当たって、隔離室をやむなく使用することになり、それを機会に少しずつ使用が多くなり現在に至っている。

それでも、1 年間隔離を行わなかったという実績は看護師の自信となり、現在でも行動制限を最小限にする努力は続いている。この病院の事例からも医師、看護管理者の理念と問題意識が、スタッフの考え方や態度に変化を及ぼし病棟の方針にも影響を与

え得ることが分かる。

## 2.5 行動制限最小化認定看護師の役割

日本精神科看護技術協会では認定看護師の育成を行っているが、必ずしも資格取得後に院内で力を発揮できる立場を与えられるとは限らない。また、現状では認定看護師の配置の有無や配置される位置が行動制限最小化に影響するの可否かを裏付けるデータは得られてない。

ただし、認定看護師の役割や位置づけが行動制限最小化に影響していることは、しだいに共通の認識となりつつある。例えば、看護管理者が認定看護師資格取得のために研修を受けて、行動制限最小化への取り組みへの決意を新たにし、関連情報を病院にもたらして、スタッフの意識変革に寄与する場合がある。また、行動制限最小化委員会の責任者として認定看護師が配置されたことを契機に、病院の行動制限に対する取り組みが変化する場合もある。

看護管理者は病院の方針に影響を与えることのできる立場にあるので、認定看護師自らが看護管理者となったり、認定看護師が重要な役割を任されたりすることが、行動制限最小化に影響を与え得ることが確かめられつつある。したがって、行動制限最小化を促進する役割を果たしている認定看護師の活動に焦点を当て、その活動内容や影響力について明らかにすることは、行動制限最小化を推進するための方法論の確立に役立つと考えられた。

## 2.6 行動制限最小化のための工夫

ケース検討によって、行動制限最小化のためにどのような工夫が必要かについても

いくつかのことが明らかになった。

M 病院では、全病棟の管理者が毎朝集まり、行動制限施行患者の事例検討会議を開催し、行動制限最小化委員会のメンバーが病棟ラウンドをして行動制限の実施状況を確認していた。その結果、行動制限が 1 カ月以上継続している患者に対して、異議申し立てを申請できるシステムや、行動制限をめぐって医師と看護師チームとの間に方向性の違いが生じた際に行動制限最小化委員会に審査を申し立てるシステムを確立したという報告があった。

またケース検討を通じて、行動制限最小化に向けた新たな方法論を確立していく可能性についても話し合われた。とりわけ、スタッフの中に人権意識を浸透させていくために、第 3 者の参加も重要な要因であると考えられた。そこで有力な選択肢として、行動制限を体験した当事者に行動制限最小化委員会への参加を求めるという提案があり、その効果を検証するために、モデル事業を計画することも検討された。

## VI.B 調査の結果

### 1. 調査対象病院の概要

#### 1.1 A 病院

A 病院は、医療圏人口約 65 万人の地域に立地している。昭和 7 年に単科の精神科病院として創設され、平成 9 年に現在の場所に新築移転となった。急性期 2 病棟（精神科救急入院料病棟 1、精神科急性期治療病棟 1）、精神一般病棟 5 病棟（男性閉鎖 1、女性閉鎖病棟 1、男性社会復帰病棟 1、女性社会復帰病棟 1、合併症病棟 1）、特殊疾患病棟 2 病棟、療養病棟 5 病棟（開放病棟 3、重症閉鎖病棟 1、知的障害病棟 1）、認知症

病棟 1 病棟の 15 病棟 743 病床を有しており、機能分化による病棟運営が特徴である。

今回調査対象とした認知症病棟は開設当初、受け入れ患者を 30 名程度として運用を行っていた。しかし平成 19 年頃より、認知症患者の入院希望が増加したことに伴って、受け入れ患者数を段階的に増やし、現在の病床数は 50 床（個室 5 床、保護室 1 床を含む）となっている。ナースステーションに隣接する観察室を 3 床有し、主に重症患者の身体管理、転倒転落リスクの高い患者の観察に使用されている。身体拘束は観察室・保護室・処置室の 1 床室で行われている。

## 1.2 B 病院

B 病院は、医療圏人口約 18 万人の地域に立地している。昭和 43 年に 188 床の精神科病院として創設された。平成 7 年に療養病棟を新設し、188 床から 166 床に縮小、保護室は 8 床から 6 床に縮小した。さらに平成 18 年 12 月、病棟改築に伴い、定床 166 床のまま保護室を 6 床から 4 床に縮小し、現在は 15:1 入院基本料 2 病棟（閉鎖病棟 1、開放病棟 1）、療養開放病棟 1 病棟の 3 病棟を有している。

B 病院では地域連携が確立されており、退院促進活動が盛んに行われている点に特徴がみられる。日本の精神科病院の一病院あたりの病床数は 200 床強であり、B 病院はほぼ平均的な規模であるといえる。現在、保護室は閉鎖病棟に 4 床設置されている。しかしながら閉鎖病棟だけではなく、病院全体で保護室を運用している状況にある。したがって、本調査においては、調査対象を閉鎖病棟に絞らず、3 病棟の全体を対象

とし、病院全体の動向を追った。隔離は閉鎖病棟保護室、個室、開放病棟個室で行われ、身体拘束は閉鎖病棟保護室、個室、一般床、開放病棟観察室、個室、一般床で行われている。

## 2. A 病院の結果

大きな特徴として、認知症病棟における拘束総日数の増加が挙げられる。

### 2.1 隔離拘束施行患者の実態

#### 2.1.1 隔離拘束施行患者の特徴

隔離拘束施行患者の疾患名は認知症圏（FO）が 8 割以上を占めていた（表 1-1）。病院の特徴として、機能分化した病棟運営が挙げられていたが、この結果によっても裏付けられる。入院患者の 8 割には合併症があり、そのうち 7 割以上の患者は身体管理を必要としていた。

このような状況下において、身体拘束の理由は、「転倒転落」が 67%、「ルート抜去」が 24%という結果となった。前者は機能低下による危険防止、後者は身体的な医学的管理の必要性による身体拘束であり、これら 2 つを合わせると 9 割以上を占めている。

なお、この結果には、内科病棟と併設されていた合併症病棟が特殊疾患病棟へと機能を移行したため、内科病棟への負荷が増大し、そのあおりで認知症病棟でも身体合併症の重症管理を行う必要が生じたという事情が影響していた。この事例から、院内再編成による病棟機能の変更が、拘束の実施状況に影響を及ぼすことが明らかになった。

また、隔離に関しては、「拘束のため」、「迷惑行為」が理由として挙げられ、どちらも約 3 割を占める結果となった。B 病院

の特徴として、主に拘束を実施する保護室、個室がナースステーションから離れており、患者の安全を確保するために隔離を実施していた。そのため隔離の理由として、「拘束のため」が挙げられたが、これは病棟構造上、必要な隔離であると考えられた。

### 2.1.2 隔離拘束の総日数の傾向

隔離総日数は2008年10月～2009年9月は2093日と大幅な増加が見られたが、2009年10月～2010年9月には1796日と例年に比較して若干の増加は見られたものの、大幅な変化は見られなかった(表1-3)。2008年の増加の要因については、明らかになっておらず、今後検討を加えていく必要がある。

一方、拘束総日数については増加傾向にある(表1-4)。認知症病棟における隔離拘束対象者の入院経路は、「老人施設からの入院」16.2%、「院内他科からの転入」36.9%が5割以上を占めている(表1-5)ことが特徴的といえる。

この結果より、拘束総日数増加の要因として、身体管理や身体機能低下、精神症状の悪化があり、身体拘束の必要な患者は、第1に老人施設から精神科病院へ入院、第2に院内他科から認知症病棟への転入、この2つの可能性が推測された。

また、A病院が独自に収集しているデータによると、病院内の認知症病棟への転入の詳細は、急性期病棟(精神科救急入院料病棟、精神科急性期治療病棟)から41.9%、精神一般病棟と療養病棟から32.3%、身体合併症病棟から25.8%であった(表1-6)。

このデータから、精神一般病棟と療養病棟からの転入が約3割を占めており、長期

入院の患者も認知症病棟へ転出している可能性があることがわかる。つまり高齢化した長期入院患者が認知症病棟に転出して、身体管理の必要性と、身体機能低下による危険防止のために拘束が必要な状況になっていることが推測できる。

以上、述べてきたように拘束件数の増加には、高齢患者の老人施設から精神科病棟への転入、院内他科から認知症病棟への転入、精神一般病棟と療養病棟から認知症病棟への転入という3つの動向が影響していると考えられた。

### 2.1.3 退院経路の傾向

退院経路は約4割が自宅、グループホーム、施設への退院となっている。その他は一般科病院が27.9%、ついで死亡退院が18%という結果になった(表1-7)。すなわち、隔離拘束の対象になった患者の約2割は、その後死亡していることになる。この結果から、精神科病院で多くの看取りが行われている可能性や、隔離拘束が患者の死亡に何らかの影響を与えている可能性を読み取ることができよう。A病院独自の調査によると、認知症病棟における死亡退院患者の約7割が拘束施行患者であったというデータもある。拘束理由としては、転倒転落がもっとも多いが、リスクマネジメントを強調するあまり、拘束によって患者の身体機能低下というリスクを招いていると考えられる。

以上の結果より、精神科病院では急性期病棟における行動制限最小化を目指そうという意識は高まっているものの、長期入院患者、高齢者の隔離拘束を押し上げる要因による圧力が高まり、全体としては行動制

限最小化が実現し難い状況にあることが危惧される。

介護保険法の規定に基づく「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」が平成12年4月1日より施行された。同法第12条第4項において、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行ってはならない旨を定めた。

この規定によって、介護老人福祉施設では、原則として拘束を実施することができなくなったという経緯がある。法律の施行より約10年が経過し、同施設では拘束を行わない介護をする実績を積み重ねているのは事実である。

その一方で、精神科病院ではここ数年の間に高齢化が進み、その状況に追い付いていけないのではないかと考えられる。その意味で、精神科病院では介護老人福祉施設での実践を例に、今後認知症等の高齢患者に対するケアの方法を再検討する必要がある。

また、入院経路からみて、身体拘束の必要な患者が介護老人保健施設には受け入れられず、精神科病院へ入院している可能性も示唆された。身体拘束の問題を精神科病院だけの問題にとどめず、高齢精神障害者、認知症患者の動向をさらに調査する必要があると考えられた。

表 1-1 行動制限施行患者の疾患名

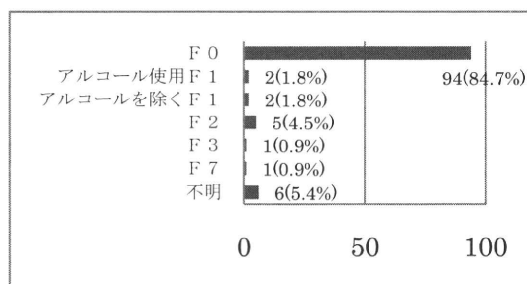


表 1-2 合併症の有無

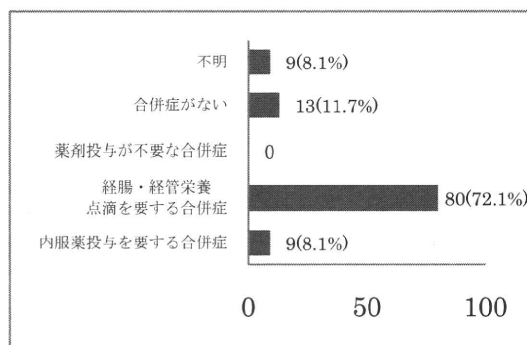


表 1-3 隔離総日数

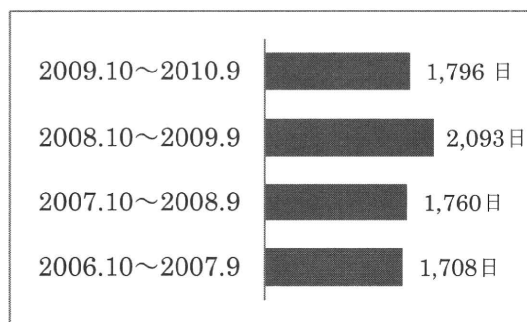


表 1-4 拘束総日数

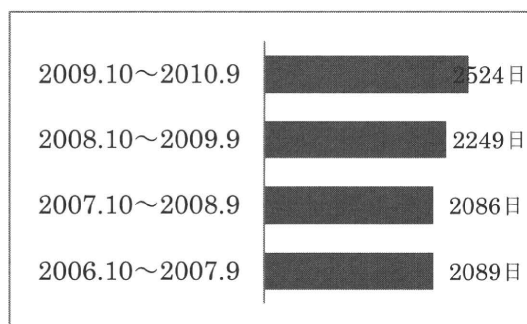


表 1-5 入院経路

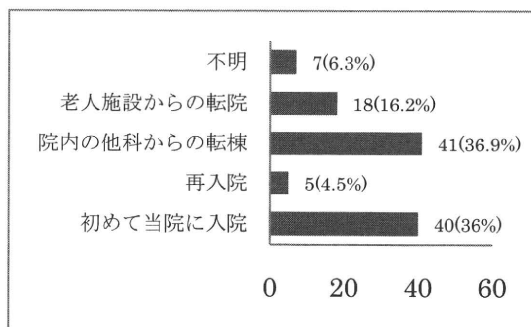


表 1-6 入院経路(B 病院内詳細)

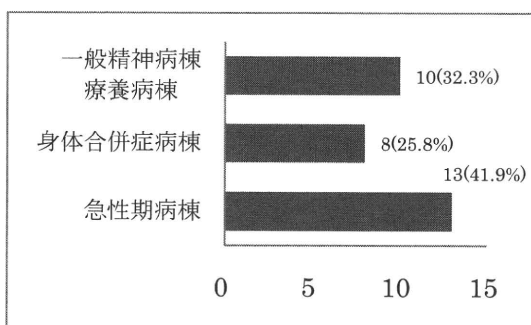
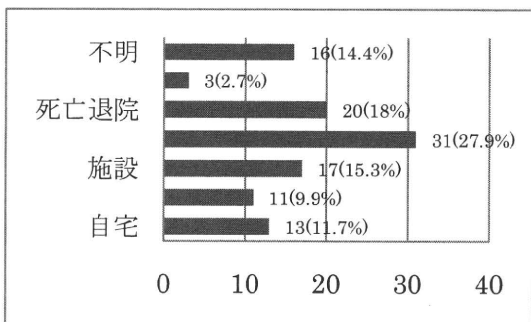


表 1-7 退院経路



### 3.B 病院の結果

大きな特徴として、B 病院の拘束施行患者数は 111 ケース中 3 ケースと少ないことが挙げられる。

#### 3.1 身体拘束件数が少ない理由

##### 3.1.1 病院管理者の信念

最近退任した前任の院長は行動制限に頼らずに、医師、看護師がケアの力を発揮す

ることが患者の回復を助けるという信念持っていた。そのため、転倒転落の危険性や身体管理等を理由に拘束が行われることは少なく、可能な限り看護師が付き添うケアを実施してきた。また看護部長は、高齢者を拘束することは著しい ADL の低下につながると認識しており、病院には入院してきた高齢者が ADL を保ったまま、退院できるようにする義務があると考えていた。

病院管理者のこうした信念に影響を受け、高齢者の身体機能を維持するために、拘束以外の手段を検討する看護師の姿勢が見られた。

##### 3.1.2 退院促進事業により開かれた病院

B 病院は、地域施設と連携して退院促進に力を注いでおり、退院促進（地域移行促進）事業の一環としてピアサポーターと呼ばれる退院患者が病院を訪れて、スタッフと一緒に入院患者の退院支援を行うという事業に取り組んできている。

このような取り組みの影響から、B 病院は医療者以外の人たちに対して開かれた病院であると言える。また第三者の厳しい視点を受け入れる姿勢があるからこそ、医療スタッフの人権意識が高く、ケアの質が保たれていることが推測された。

##### 3.1.3 身体合併症の有無

B 病院における隔離拘束対象者の約 7 割には、身体合併症がなかった。B 病院と地域の一般科病院との連携が良好で、入院患者が身体合併症を発症すると、必要に応じて転院になる。その結果、身体的な医療処置が少ないことも拘束件数の少なさに影響していると推測された。

上述したように、管理者の問題意識や医療者以外にも開かれた組織作りが、医療スタッフの人権意識を高め、また地域の福祉施設や一般科病院との連携が密接であることが影響し、拘束件数が少ないと考えられた。

### 3.2 隔離施行患者の実態

#### 3.2.1 隔離施行対象患者の特徴

B 病院における隔離の対象者は、6 割以上が統合失調症圏の患者であった(表 2-1)。隔離理由は 7 割以上を多動・興奮が占めていた(表 2-2)。先にも述べたように、B 病院の管理者は、ケアの力が患者の回復を助けるという信念をもっており、特に認知症の周辺症状は行動制限では解決できないと考えていた。そのことが、隔離対象患者の大半を多動・興奮がみられる統合失調症圏患者が占めるという結果に大きく影響していると考えられる。

#### 3.2.2 隔離総日数の増加

隔離対象となった患者のその後の経過は、自宅退院が 5 割近くを占める一方で、入院継続中の患者も 2 割以上と占めていた。退院できる患者がいる一方で、長期化している患者がいることも否めない(表 2-3)。また B 病院の隔離総日数は増加傾向にある(表 2-4)。

これらの結果から、入院が長期化している患者では隔離期間が長期化している可能性があり、そのような患者が増加傾向にあるのではないかと推測できる。

表 2-1 隔離施行患者の疾患名

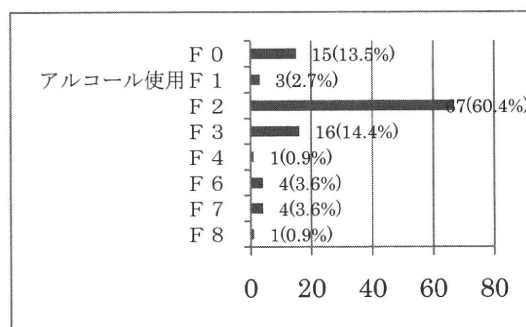


表 2-2 隔離施行理由

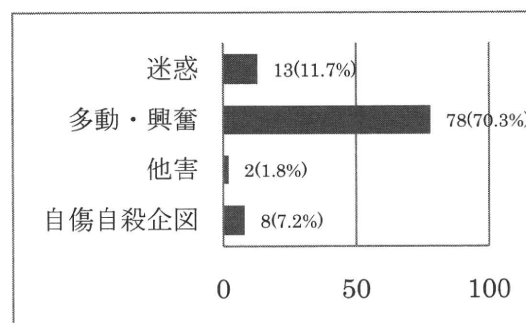


表 2-3 隔離実施後の経過

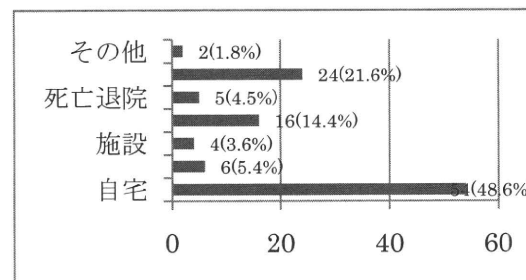
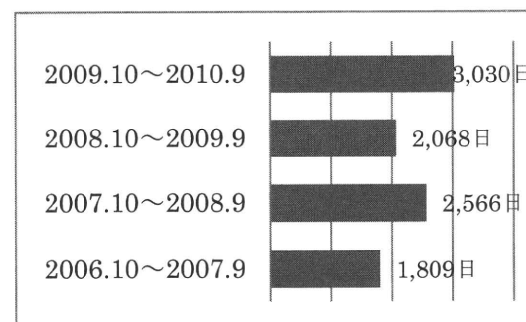


表 2-4 隔離総日数



## VII. 本調査より見えてきた今後の課題

本研究では、行動制限最小化を進めるに当たっての「阻害要因」「促進要因」について検討した。今回の予備調査を通して、行動制限最小化に向けた取り組みとして現在使用している一覧性台帳の使用法の限界や、行動制限最小化委員会の運営について現状を知ることになった。それにより、一覧性台帳によるデータ収集だけでは、行動制限の長期化をもたらす要因を把握することは困難であることが再確認され、調査方法の更なる工夫が新たな課題となった。

また、組織的な取り組みや病棟文化、スタッフの意識が行動制限に強く影響を及ぼしていることが浮き彫りとなり、これらの問題に取り組む組織変革の担い手なる主体や組織体制が必要であることが明らかになった。

さらに B 調査から、拘束施行者が増加している主な理由は入院患者の中で認知症圏の患者が増加していることであり、その内訳として、合併症患者が多いこと、拘束の必要になった患者が転入していること、長期入院患者が高齢化していることなどの知見を得ることができた。

次年度の課題は、調査項目の見直し及び病院組織やスタッフの意識、行動制限最小化委員会の運営方法や病棟文化などについて、質的なデータ収集も併せて行うこと、さらに行動制限が長期に至っている事例から「阻害要因」「促進要因」を丁寧に分析し、行動制限最小化に向けた方法論を確立することである。

### <引用・参考文献>

1. 浅井邦彦：精神科医療における行動制

限の最小化に関する研究．平成 11 年度 厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）精神障害者の行動制限と人権確保のあり方．2000

2. 渡部美根、精神科救急・急性期病棟の建築的空間構成の現状分析、厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究事業 精神保健医療における診療報酬の在り方に関する研究 分担研究報告書、113-126、2008
3. 日本精神科看護技術協会：行動制限最小化看護．東京、精神看護出版．2007

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

特になし

### 2. 学会発表

特になし



〇〇病棟  
隔離室  
個室

行動制限に関する一覧性台帳

施設名  
平成

年 月

NO	ID	病名	年齢	性別	主治医	入院 開始日	入院 形態	行動制限開始日	種別	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
1	123456789	統合失調症	65	男性		平成18年 6月24日	隔離 個室	平成22年2月2日	隔離 開放度																																	
2	123456790	気分障害	43			平成18年 6月24日	医	平成22年1月30日	隔離 開放度																																	
3	123456791	覚せい剤 精神障害	24	男性		平成18年 6月25日	医	平成22年2月10日	隔離 開放度																																	
4	123456792	統合失調症	50	女性		平成19年 6月30日	医 個室	平成21年12月25日	隔離 開放度 拘束																																	
5	123456793	統合失調症	45	男性		平成18年 6月27日	医	平成22年1月4日	隔離 開放度 拘束																																	

理由を下記にある  
アルファベット(A~H)から  
選び記入：理由は複数でも可

性別  
リストから選択

開放度は分かる範囲  
下記リストから選択

入院形態(上)  
リストから選択

開放処遇制限の  
開始日を記入

病名を入力

その他は、特記事項  
(離院・外泊など)

任から医保へ変更の場合は「医」と  
入力。開放処遇が黄→青に変更に  
なった場合は「解」と入力する。

<備考>

<行動制限理由>

<開放度>

開:	開始	鑑定入院
継:	継続	任: 任意入院
解:	解除	退: 退院
		退: 退院
		死: 死亡
		措: 措置入院
		應: 応急入院
		緊: 緊急措置
		医: 医療保護入院
		緊: 緊急措置
		鑑: 鑑定入院

A	自傷自殺	D	器物破壊	G	多飲
B	他害	E	転倒転落	H	その他
C	迷惑	F	ルール抜去		

x	終日行動制限(常時看護師の観察下)
▲	日中開放観察(10-16時、それに準ずる開放)
●	終日開放観察

## 基礎データ

病床数	病棟数	総隔離室数	総個室数	精神保健 指定数	医療圏 人口	措置入院件数/年間

## サンプル病棟データ

病棟機能	病床数	精神病棟 入院基本料	看護師 病棟 配置人数	医師 病棟 配置人数	病棟構造		病室				行動制限						
					空間	配置	隔離室	個室	2人室	4人室	その他	総隔離数	隔離平均 日数	総拘束数	拘束平均 日数		
1																	
2																	
3																	
4																	

例	療養病棟	60	15:1入院基本料	8	4	一隅型	②	2	6	6	11	0	平均記入ファイルで出した数値の入力をお願いします
---	------	----	-----------	---	---	-----	---	---	---	---	----	---	--------------------------

\* 今回は4つの病棟サンプルを提出していただきます。(4つ以上の病棟を入力される方はご自身で追加行を作成お願いします。)

\* 病棟構造：空間(一隅型、中央型、分散型)

\* 病棟構造：配置(①病棟の奥に保護室エリアを区分 ②SSIに隣接して保護室エリアを区分 ③エリア区分のない保護室が他病室と並列配置)：添付資料参照、一番近い構造を選択。

病棟構造	
空間	配置
一隅型	①
中央型	②
分散型	③

患者ID	
病院コード	

A. 年齢(隔離拘束開始時)	歳	B. 性別	1. 男性	2. 女性
C. ICD-10 分類による主病名				
1. アルツハイマー病型認知症、血管性認知症その他の器質性精神障害(F0)				
2. アルコール使用精神及び行動の障害(F1)				
3. アルコールを除く覚醒剤等の精神作用物質による精神及び行動の障害(F1)				
4. 統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害、急性一過性精神病性障害、統合失調症感情障害等(F2)				
5. 気分〔感情〕障害(F3)				
6. 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害(F4)				
7. 摂食障害等生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群(F5)				
8. 成人のパーソナリティ及び行動の障害(F6)				
9. 精神遅滞<知的障害>(F7)				
10. 発達障害等の心理的発達の障害(F8)				
11. 小児期及び青年期に発症する行動及び情緒の障害(F9)				
12. その他(てんかん、特定不能の精神障害)				
D. 入院開始日	年 月 日			
E. 入院形態	1. 任意入院 2. 医療保護入院 3. 措置入院 4. 鑑定入院 5. 緊急措置 6. 応急入院			
F. 入院経路	1. 初めて当院に入院 2. 再入院 3. 院内の他科からの転棟 4. 老人施設からの転院			
G. 退院経路	1. 自宅 2. グループホーム 3. 施設 4. 一般科病院(院内合併症病棟の転棟を含む) 5. 死亡退院 6. その他			
H. 入院中の身体合併症の状況	1. 内服薬のみの投与を要する身体合併症がある 2. 経腸・経管栄養(胃瘻を含む)、または点滴(IVHも含む)による薬剤投与を要する身体合併症がある 3. 薬剤の投与が不要な身体合併症がある 4. 身体合併症がない			

I. 隔離・拘束の実施状況	1. 隔離を実施 2. 拘束を実施
J. 隔離の状況	1) 初回の隔離開始日：       年       月       日 2) 隔離回数 1. 2回以下       2. 3回以上 3) 隔離の日数 2006年   日       2007年   日 2008年   日       2009年   日 (1. 継続       2. 終了) 4) 初回の隔離の開始月 1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 5) 初回の隔離の理由 1. 自傷自殺       2. 他害       3. 多動・興奮       4. 迷惑 5. 器物破損       6. 転倒転落       7. ルート抜去       8. 多飲 9. 拘束のため   10. その他 6) 隔離中の開放観察の有無 1. 有       2. 無
K. 拘束の状況	1) 初回の拘束開始日：       年       月       日 2) 拘束場所 1. 保護室   2. 多床室   3. 施錠のできる個室   4. その他(        ) 3) 拘束回数 1. 2回以下       2. 3回以上 4) 拘束の日数 2006年   日       2007年   日 2008年   日       2009年   日 (1. 継続       2. 終了) 5) 初回の拘束の開始月 1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 6) 初回の拘束の理由 1. 自傷自殺       2. 他害       3. 多動・興奮       4. 迷惑 5. 器物破損       6. 転倒転落       7. ルート抜去       8. 多飲 9. その他 7) 拘束中の開放観察の有無 1. 有       2. 無

## 2) 病棟構造と隔離・拘束との関連性

○三宅 薫 (社会医療法人社団同仁会 木更津病院 )  
宮本真巳 (東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科 )

### 研究要旨：

保護室を有する 27 病院 (34 病棟) を対象に、保護室と保護室周辺の施設・設備、並びに生活援助と開放観察の実態について分析したところ、病院により著しく異なっていることが明らかになった。このような状況が生じている背景には、精神科病院では全般的に安全を重視した医療体制に傾き、職員の質と量も不足しているが、急性期・救急の精神科医療・看護、とりわけ保護室における援助に関する知識と技術が十分に開発・開示・共有されていないという事情があると考えられる。

### A. 研究目的

保護室および保護室周辺の設備の実態と活用方法について整理し、さらに清潔保持、排泄、食事などの生活行動とその援助、開放観察などの実態を分析し、設備・構造との関連を明らかにする。

### B. 研究方法

研究者が各施設を訪問し、病棟および保護室の構造図、保護室およびその周囲の写真、援助の実際についてデータを収集した。援助の実際については食事、排泄などのセルフケア項目のほかにプライバシー保護などや保護室に関する看護師の意見について看護師に面接を行った。

平成 22 年度は 4 病院 (5 病棟) を対象に調査を実施した。平成 21 年度までの調査対象 23 病院 (29 病棟) を加えた計 27 病院 (34 病棟) を対象として、病院ごとに異なる保護室および保護室周辺の設備について整理した。さらに清潔保持、排泄、食事などの生活行動とその援助、開放観察などの実態を分析し、設備・構造との関連について考察した。

(倫理面への配慮)

施設長に文書で調査協力を依頼、同意を得た施設を対象にした。訪問時面接対象の看護師に文書および口頭で説明を行った。収集したデータは施設長および面接対象の看護師の確認後、発表の許可を得た。

### C. 研究結果

#### 1. 保護室と保護室周辺の設備

##### 1) 保護室の設備

保護室の設備の主なものはドア、窓、格子、便器、(トイレの) 目隠し、換気扇、照明で

あり、その他ナースコール、モニター、スピーカーが設置されている。対象のうち少数であるが、中央配管、床暖房、洗面台、トイレのドアが設置されているものもあった。

## 2) 保護室周辺の設備

保護室周辺は他の病棟空間と区切られ、保護室を利用する患者のための設備を備えた空間になっていることが多い。この空間は病院によって、保護室エリア、保護室ゾーンなどと呼ばれている。保護室エリアは過去には病棟の端に配置されていたが、近年の傾向は病棟の中央、ナースステーションの近くに配置され頻回の観察・濃厚なケアに対応できるようになっている。

保護室エリアの主な設備は、空間としては通路、観察廊下、前室（副室）である。この空間には、洗面台、患者や職員用の収納スペース、汚物処理槽が置かれることが多い。また病院によってはシャワー室や浴室、専用デイルーム、専用スタッフステーション、喫煙所が設けられている場合がある。保護室内の設備はおおむね共通しているが、保護室エリアの設備は病院によって差があり、名称も用途も統一されていない現状と言える。

観察廊下：観察廊下は医療者が保護室内に入らずに患者を観察する用途で設置されていたと考えられる。観察廊下の用途は多く、観察の他に、家族の面会、換気、収納などに活用されている。さらに患者に見せたいが保護室内には置くことができない時計やカレンダーなどを置く場所でもある。格子は患者にもものを渡したり、飛び出し行為に備えるための徒手抑制に使用されていた。観察廊下は患者の生活を広げることができる設備として活用されていたが、その反面、物音や声が筒抜けになって安静を妨げたり、プライバシーが守られなかったりする。さらに患者同士がものを受け渡しできる場合があり、生命の危険につながる可能性もある。

前室（副室）：保護室が2枚扉になっている場合、その間の空間は病院により前室、副室、中廊下、通路などと呼ばれている。前室は1床単位の場合と2床で共有している場合がある。本来は飛び出し行為に備えるためのものであったと推測されるが、現在は収納、洗面などに用いられている。

通路：通路は患者および職員の通行に使用される他、患者の私物や援助に必要な物品の収納、洗面などの用途に充てられている。ソファセットを置き、デイコーナーとして活用している病棟もあった。

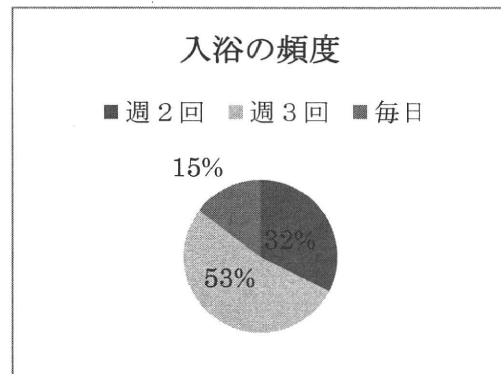
以上のように保護室および保護室周辺の設備とその活用方法は病院によって異なっている。保護室は閉ざされた空間であり、その設備や活用方法は十分に共有されているとはいえず、名称も不統一な状況がある。今後は病棟構造と保護室の関係も含め、検討を重ねることが必要である。

## 2.保護室における生活行動とその援助の実態

### 1) 清潔

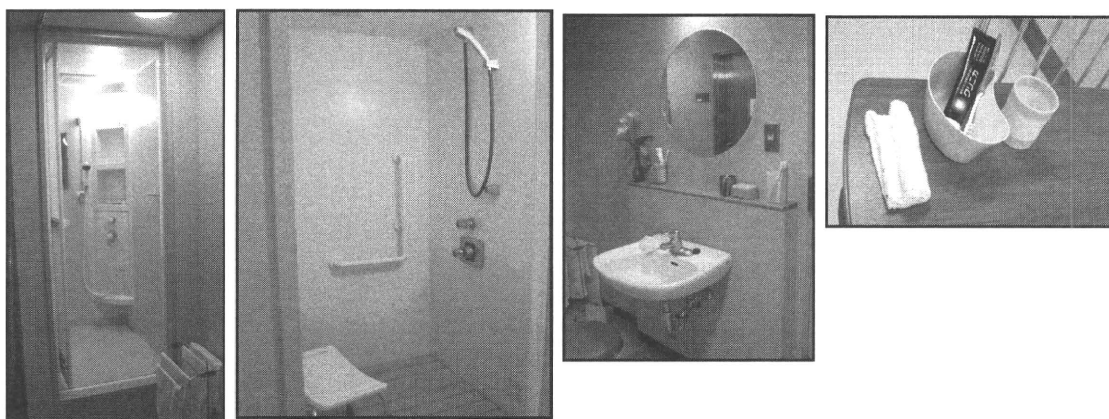
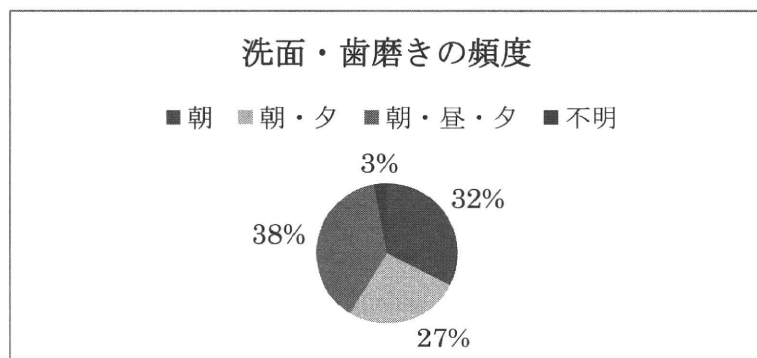
〈入浴・シャワーの頻度〉

半数が週3回で、入浴頻度は病棟の入浴回数に準じていた。保護室専用シャワーがある病棟は12病棟、専用浴室がある病棟は2病棟であった。ただし、「狭くて介助できない」「汚水が流れ出す」等の理由から活用されていない病棟もあった。浴室はほとんどが一般床エリアにあったが、スムーズに誘導できるように工夫されていた。



〈洗面・歯磨きの頻度〉

洗面・歯磨きは1日1回、2回、3回がほぼ同数であった。朝の洗面、歯磨きは、日勤帯の最初のケアとして業務に組み込まれていることがしばしばである。

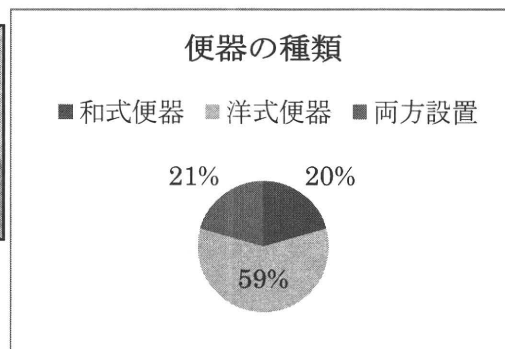
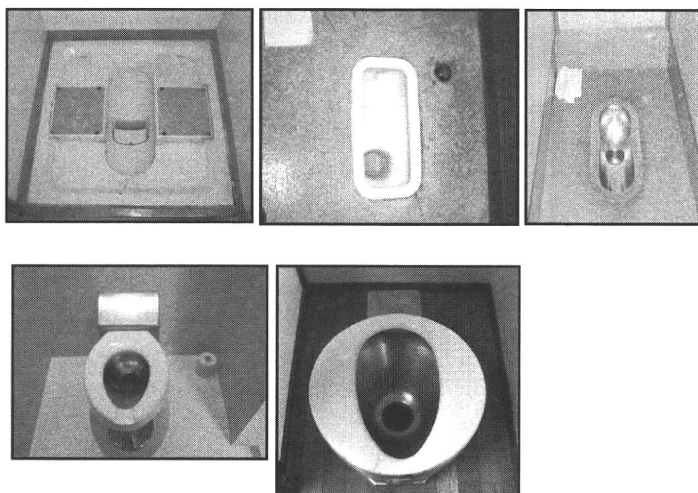


2) 排泄

〈便器の種類〉

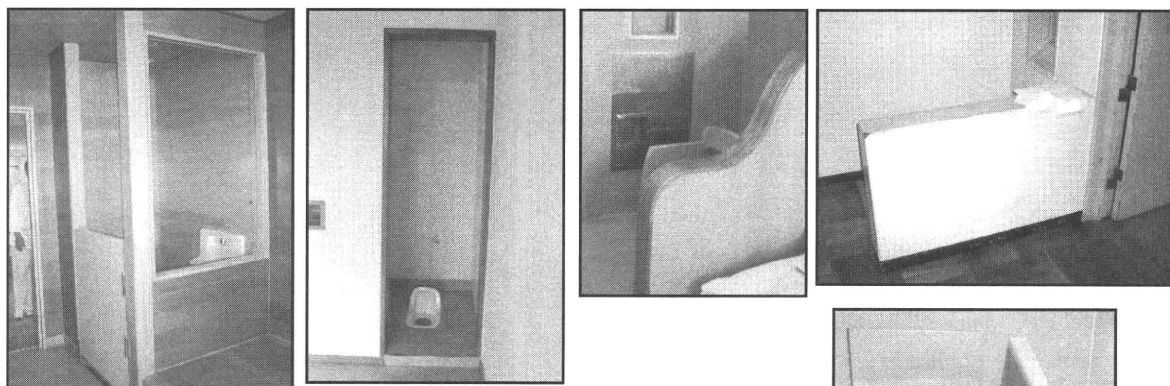
便器は建築年代に見合って、和式から洋式に推移しており、現在は洋式便器が6割を占めている。和式便器の利点は排泄物の確認ができること、欠点は転倒のリスクがあることである。洋式便器の利点は安全・安楽であること、欠点は排泄物の確認がしづらいこと、

上に乗ったり飛び降りたりする危険のあることである。便器の材質や形態は一般家庭と同様のものもあるが、ステンレス製の堅牢なものや便器の中に内容物が貯留しないようになっているものなど特殊なものが設置されている病棟もあった。



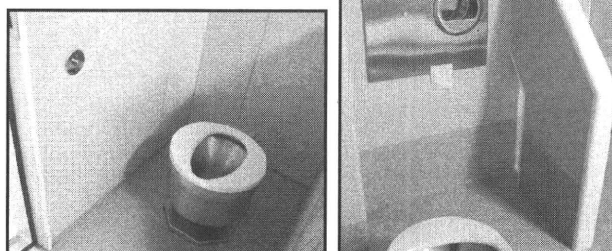
〈排泄に関するプライバシーを守る設備〉

トイレコーナーはブースタイプと目隠し設置に二分されていた。ブースの利点はプライバシーが（比較的）守れること、欠点は死角が多いことと、壁の間隔が狭い場合上に昇れること、目隠しの欠点は上れること、つまづくことである。少数であるが必要時のみ使用可能なドアがある病棟もあった。



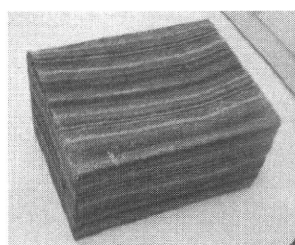
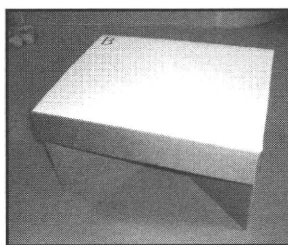
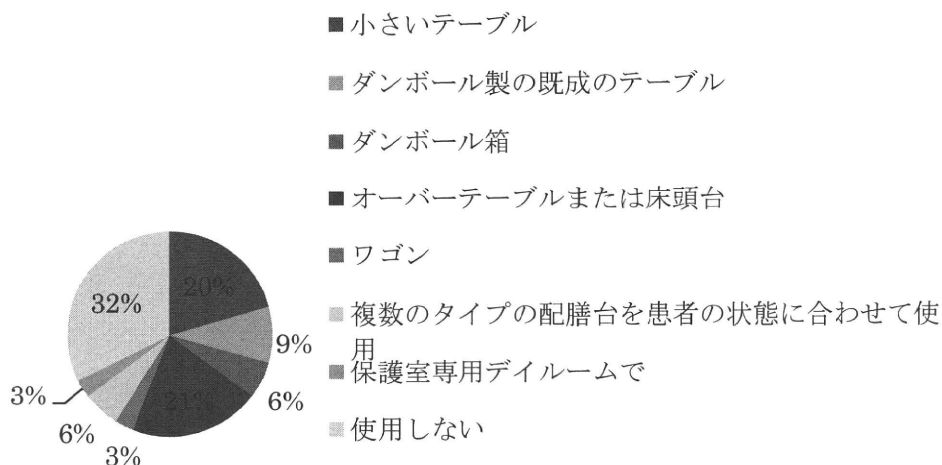
〈その他の設備〉

半数の病棟で室内での便器洗浄が可能であった。ペーパーホルダー、手洗いあるいは洗面台は約 1/3 の病棟に設置されていた。





## テーブルの種類



### 3) 食事

2/3以上の病棟がなんらかの形でテーブルを使用している。

テーブルの使用に関して、患者の状態をアセスメントし3段階の区別に応じた援助をしている病院や、テーブルが使用できない場合にシートを使用する病院があった。これらの工夫には、床に直接配膳することを避け、患者の生活を整えようとする看護の視点が示されている。テーブルの使用は誤嚥防止の観点からも必要である。

#### 〈食器〉

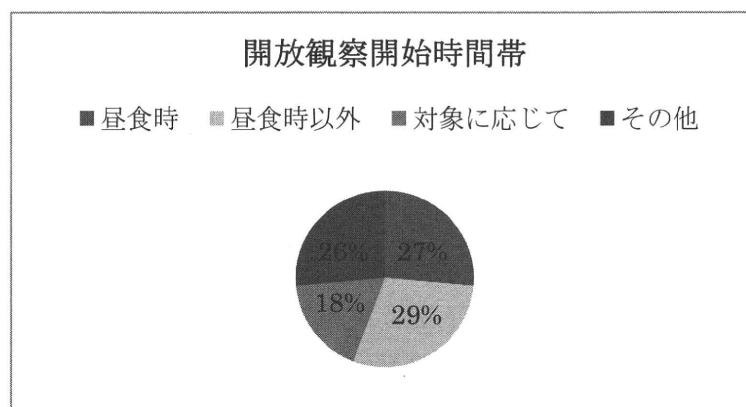
ほとんどの病棟で一般室と同様の食器を使用している。破損などのリスクがある場合は、発泡スチロールや紙製のディスプレイの食器などに変え対処していた。そのほかに、割り弁当の使用や見守りを行っている病棟もあった。

### 3.開放観察の実態

#### 〈開放観察開始時間帯〉

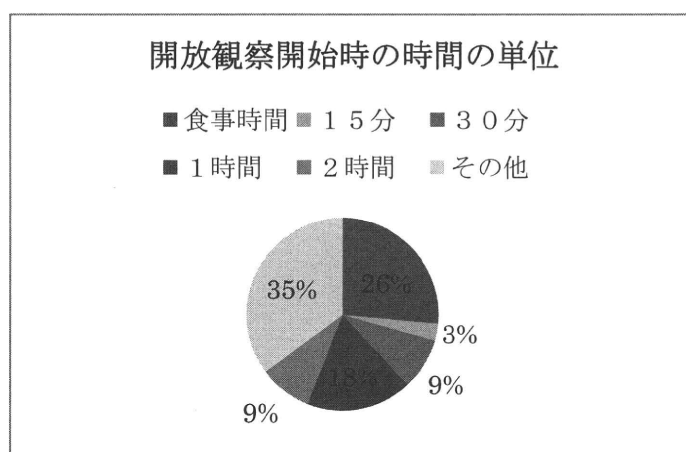
最初の開放観察は昼食時と昼食時以外が約30%ずつとほぼ同数である。患者にホールに開放して食事の様子を観察することによって、食事という合目的な行動をとることができるか、大勢の患者のなかで落ち着いていられるか、について判断できるという意味がある。さらに、食事の時間帯には看護スタッフを確保しやすいというメリットもある。ただ

し、昼食時間を避けることは、対人関係による刺激が少ない状態から開放観察を始めるという意味があると考えられる。



#### <開放観察の時間の単位>

最初の開放時間の単位は食事時間が 26 パーセント、1 時間が 18%と多数であった。患者が落ち着いて過ごせるかどうかを判断するために、ある程度まとまった時間を開放するのが一般的であり、その方が行動制限最小化の観点からも有益であると考えられる。



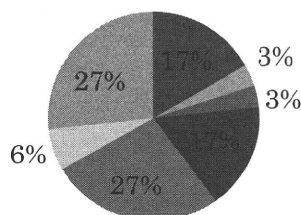
#### <バックベッドの設置>

7 割の病棟がなんらかの形でバックベッド（後方ベッド）を設置している。

バックベッドがあることで患者は自分のペースで休息をとることができ、保護室から一般室への移室の準備をすることができる。しかし、バックベッドを設けるためには病床を確保しなければならないため、ベッドコントロールが煩雑になる。

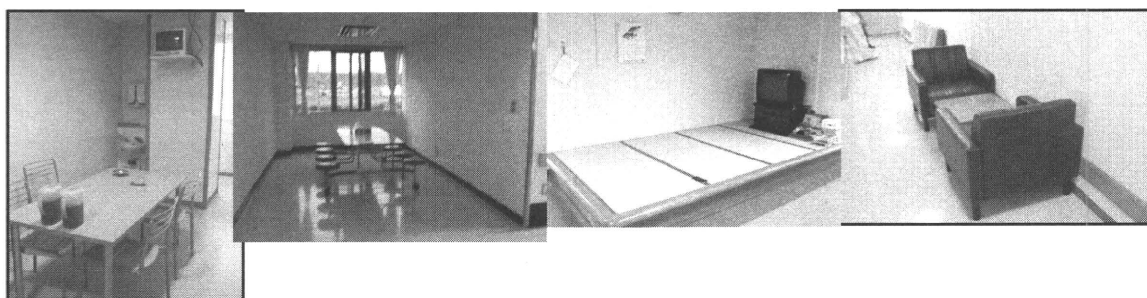
## バックベッド（後方ベット）の設置

- 入院時に必ず設置
- 入院時に原則設置
- 開放観察開始時に設置
- 開放観察半日経過後に設置
- 開放観察8時間超で設置
- その他
- 設置しない



### 〈保護室専用デイルーム〉

2割の病棟が、保護室エリアにデイルームやデイコーナーを設けている。専用のデイルームは行動制限を緩和し、拘禁反応を予防することができる。



## D. 考察

### 1. 保護室と保護室周辺の設備

各病棟では、保護室及び保護室周辺の構造・設備を生かした援助を試みていたが、その背景はさまざまであった。ある病棟では、「観察廊下の窓を開けることによって換気ができる」と〔設備・構造〕そのものを援助の成立に役立てていた。反対に「シャワーが活用されていない理由は浴室が近いので誘導できること、シャワーコーナーの出口に段差がないので汚水が流れ出してしまうこと、介助するには狭いこと」のように、〔設備・構造〕の不備から設備の一部が活用されていない病棟もあった。

また、「ドアが多く空間が区切られているので、看護師が安心して確実に洗面台に誘導できる」のように〔空間が区切られていること〕が援助に結びついているケースもあった。

洗面台の使用に関しては、医師と看護師の関係や看護師の人員配置も、援助の内容に影響

響を及ぼしていた。すなわち、「医師の許可があれば、保護室エリアの洗面台を使用する」のように〔医師の判断・指示〕に従う病棟、「保護室専用デイルームの使用は看護師の判断が尊重されており、医師に指示書を書いてもらう」のように〔医師による看護師の判断の尊重〕が見られる病棟、「朝の検温時に洗面台を使って洗面・歯磨きをしているが、夜勤帯は人員の関係で実施していない」というように〔看護師の人員配置〕によって制約を受ける病棟があった。

さらには、〔病院の方針〕として、「隔離室内だけではなく、隔離室用デイルームも含め隔離室エリアにすることが『隔離』であるという考え」に基づいて援助を行うという病院、「保護室に対してマイナスイメージを持ってもらいたくない、スタッフは味方だというメッセージを伝えたい」という〔看護の目的意識〕から、「どんなに興奮している方でも、多人数で対応し洗面台に誘導して洗面を行っている」という病院があった。いずれの病院も、病院の方針や看護職の目的意識が、保護室エリアを生かした看護援助を支える背景となっていた。

以上の事例を総括すると、保護室及び保護室周辺に必要とされている設備は、患者用の収納、観察廊下、部屋毎の洗面台、保護室専用デイルームなどであった。

## 2.保護室における生活行動とその援助の実態

### 1) 清潔

調査結果から、清潔ケアの実態は、施設・病棟によって差があることが明らかになった。保護室を利用する患者は活発な精神症状を呈している場合が多く、生命の危険から守ることや症状コントロールへの援助が優先されるため、清潔ケアの優先順位は低くなってしまいう傾向が見受けられた。さらには、患者自身は清潔へのニーズを感じていても、隔離という環境そのものが清潔へのニーズを満たし難くさせる要因となっている。つまり、室内には給水設備や保清のための道具がなく、そのつど看護師を介さなければならないのである。例えば、洗面台は保護室外にある場合がほとんどで、しかも複数の患者に1台という状況であった。このように、設備や病棟の構造という患者本人に由来しない理由により、清潔へのニーズが満たせない状況がある。そのため、看護師が清潔ケアについてどのような意識を持っているかがケアの実施に影響していると考えられる。

さらに、今回の結果から清潔ケアは看護職員の数が多い日勤帯で行われる傾向があることが明らかになった。例えば朝の歯磨きが朝食直後ではなく9時過ぎに行われたり、夕食後の歯磨きに至っては行われていないという現状があり、これは「日勤帯の壁」とでもいえる事態である。

このような現状は、施設・設備やマンパワーに制約が課せられる中で、患者と看護師双方の安全を守ることを優先せざるを得ないことから生じていると考えられる。調査結果から、そのような状況にあっても、各病院のスタッフは患者の安全とニーズの充足を両立させるために、タオルの形状の吟味、調節可能な給水設備の設置、多人数による対応などの方策を取っていることがわかった。患者が保護室で過ごす期間は限定されているにしても、