

表 24 疾患別初回拘束場所割合【A 病院】

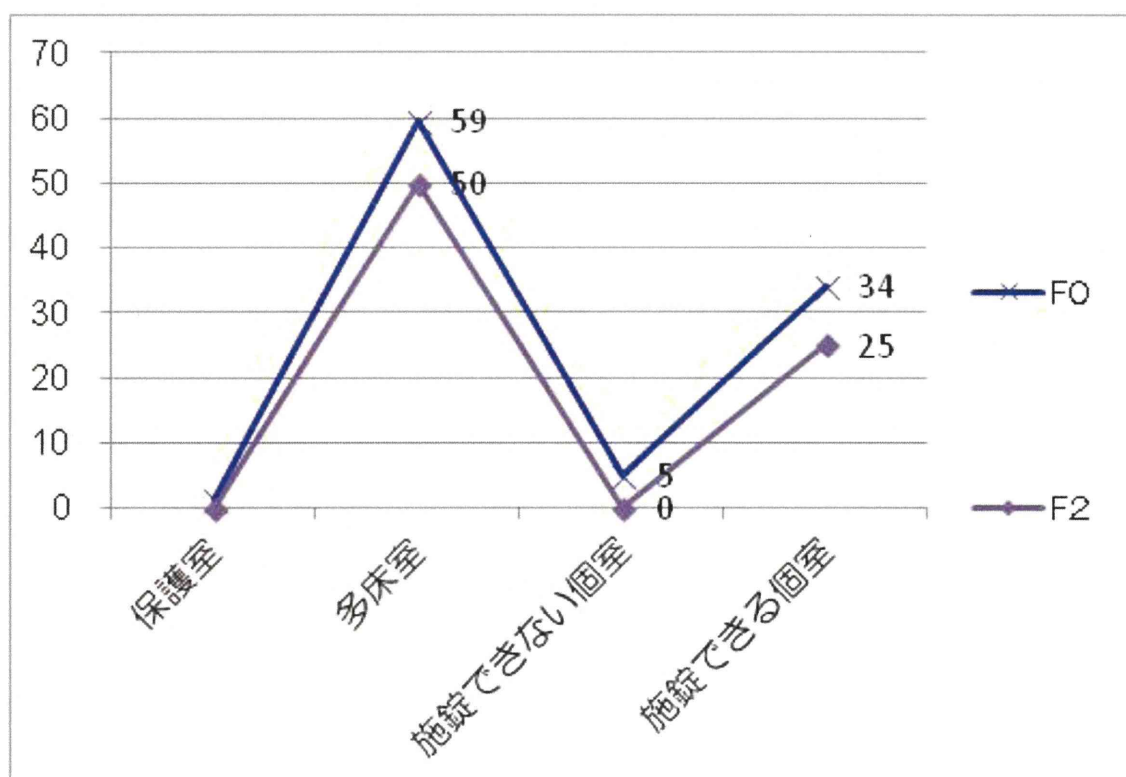


表 25 疾患別初回拘束場所割合【B 病院】

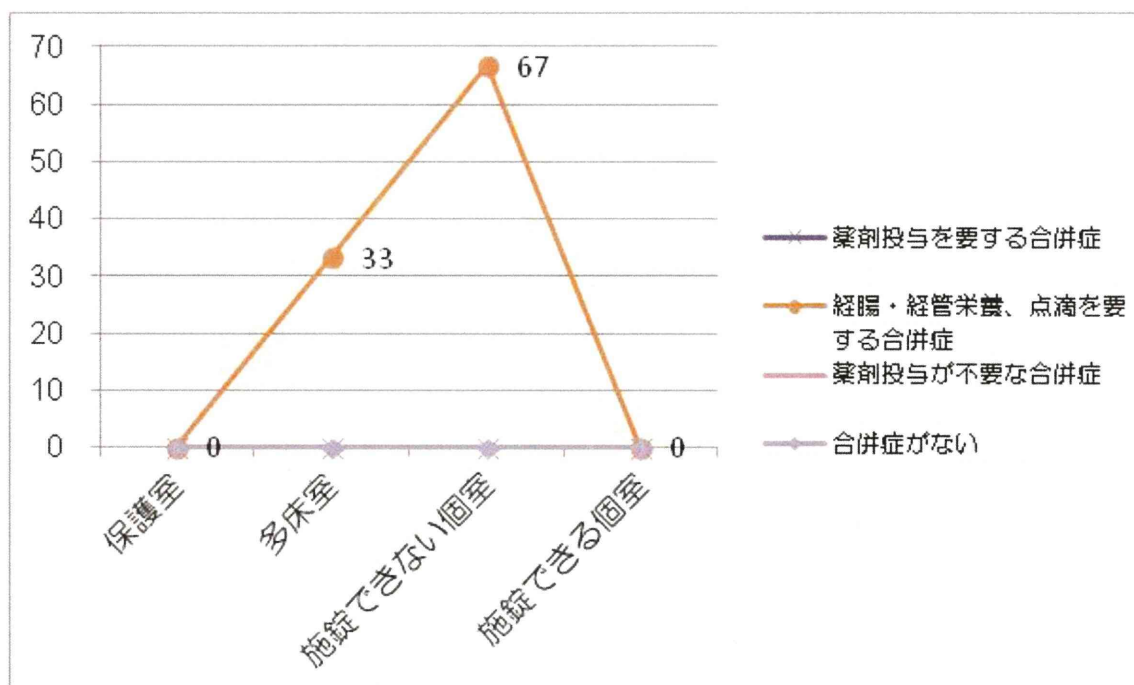


表 26 合併症別初回拘束場所割合【A病院】

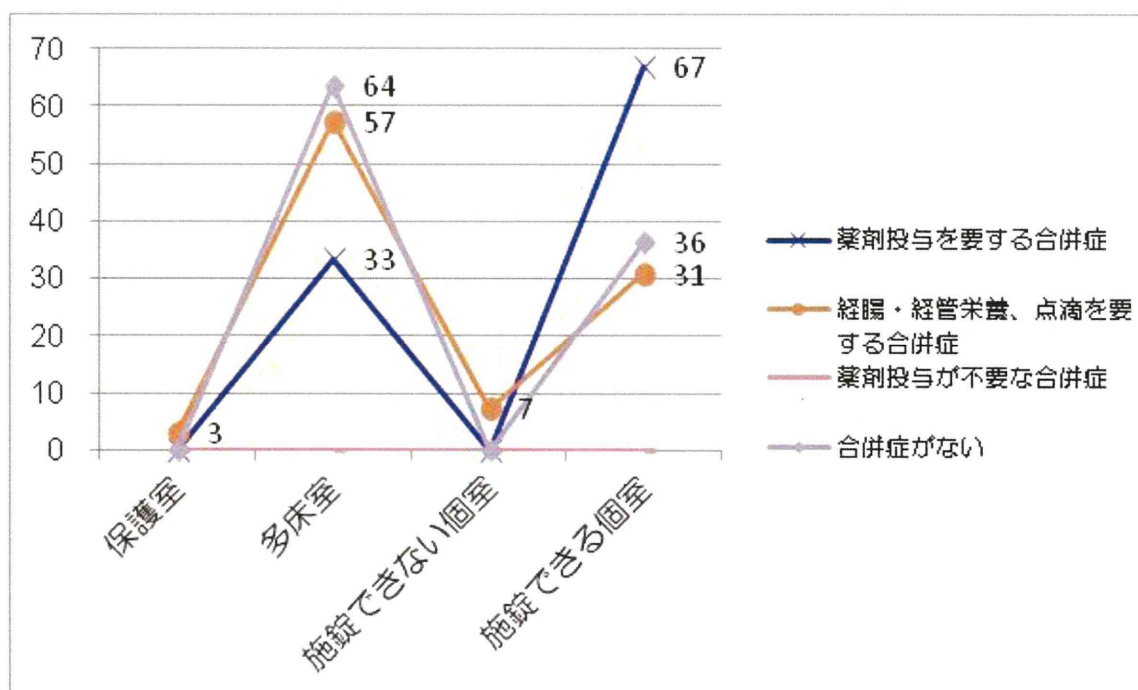


表 27 合併症別初回拘束場所割合【B病院】

* 隔離・身体拘束動態の表に表記されている数字の単位はすべて(%)とする。

2) 『病棟構造と隔離・拘束との関連性』

2) -1 病棟・保護室の設備・構造と行動制限最小化の関連

○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 37 病棟（44 病棟）の訪問、および看護師への面接を行い、保護室における生活援助の実際、人員配置と生活の援助の関連、病棟・保護室の構造と行動制限最小化の関連について分析した。生活援助は昨年度の項目に就寝環境、換気、時間の見当識に関するものを追加したが、設備と援助の実態は病院により異なっていた。朝食および夕食時間の患者人員配置は病棟設置基準が高くなるに伴い多くなり、提供される援助の質も高くなっている。行動制限最小化を促進する要因には、看護師の密な観察と関わり、段階的な行動拡大、隔離・拘束の要件を認識し、アプローチすること、などがあり、そのいずれもが病棟・保護室の設備・構造と複雑に絡み合い、相互に影響していると考えられる。

A. 研究目的

保護室における生活の援助の実態と設備の活用状況を分析し、さらに病棟設置基準・看護人員配置と援助の質の関連を明らかにする。また行動制限最小化を促進する要因を明らかにし、病棟・保護室の設備・構造との関連を考察する。

B. 研究方法

テーマごとに以下の方法で行った。

1. 「保護室における生活行動とその援助の実態」の 1) ～6) は、研究者が施設を訪問し、病棟・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看護師に面接を行った。平成 23 年度は 9 病院（10 病棟）を訪問した。これに、平成 22 年度までの調査対象 27 病院（34 病棟）を加え、清潔、排泄、食事、就寝環境、換気と消臭、時間の見当識に関するもの、について援助の実態を分析し、設備・構造との関連を考察した。

7) は上記の対象病棟のうち、平成 21～23 年度の 3 年間に訪問した 18 病院（19 病棟）を対象として、病棟設置基準、保護室の数と病棟の病床数、夜勤帯の人員配置、そして食事と清潔への援助を取り上げ、その関連を分析した。

2. 「病棟・保護室の構造と行動制限最小化の関連」では、下記 14 病棟を対象とした。

- ・平成 23 年度訪問した 9 病院（11 病棟）
- ・平成 19 年度に訪問し、本年度「病棟・保護室の構造と行動制限の関連」のインタビューを行った 2 病棟
- ・「病棟・保護室の構造と行動制限の関連」に関するインタビューのみを行った 1 病棟

聞き取り内容から開放観察も含め行動制限最小化に関するものを抽出した。抽出したデータを意味内容に沿って分類し、分類された項目の関連を考察した。

（倫理面への配慮）

1. については、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、施設名の公表も含め発表の同意を得た。

2.については聞き取りを行った看護師に説明を行い、同意を得た。

C. 研究結果

1. 保護室における生活行動とその援助の実態

1) 清潔

清潔に関する援助のうち、入浴の頻度は週3回が57%と半数を超えている。週2回が27%、週5回以上が16%である。9%の病棟では日・祝日を含め毎日入浴が可能であった。洗面・歯磨きの頻度は1回/日（朝のみ）、2回/日（朝、夕）、3回（朝、昼、夕）がほぼ同数である。（図1、2）

〔浅香山病院（大阪府堺市）の看護実践〕

浅香山病院の救急病棟は52床で、病棟は隔離エリアと総室エリアに2分され、隔離エリアには保護室6床、隔離可能な個室11床、観察室2床が配置されている。洗面台はそれぞれの保護室の前室と隔離エリア内の通路に、患者1人当たり1台が設置されている。保護室使用中の患者の洗面・歯磨きは、陰性症状が強く自ら行わない患者に関しては、起床時、毎食後、就寝時の5回、その他の患者に関しては本人の習慣・希望に合わせて援助している。身体拘束中の患者は自力でできる場合は必要物品を渡し、できない場合は介助している。このように患者の状態に合わせたきめ細かい看護が行われている。入浴は隔離エリアに1人用の浴室がある。頻度は夏期が週3回、冬季は週2回だが、患者が希望すれば毎日可能。清潔の援助を通して患者の皮膚に触れることがコミュニケーションであり、陰性症状は人が触れることで改善する事例もあるという認識のもと、隔離エリア・総室エリアを問わず清潔に力点を置いた設備、援助がなされている。（図3、4）

2) 排泄

排泄に関する設備のうち、便器は洋式が62%、和式が22%、洋式と和式の両方の保護室を設けている病棟が16%であった。排泄のプライバシーに関する設備では、三方を壁で囲んだブースタイプが58%、目隠しが29%、ブースと目隠しの両方の保護室を設けている病棟が4%、プライバシーに関する設備を設けていない病棟は7%であった。それ以外の設備では、室内でも便器洗浄が可能な病棟が55%、ペーパーホルダーを設置している病棟が42%、手洗いを設置している病棟が21%である。（図5、6）

〔土佐病院（高知県高知市）の排泄に関わる設備〕

土佐病院の救急病棟は36床で、構造・設備の異なる4床の保護室を有している。保護室の排泄の設備は3床が洋式、1床が和式便器である。洋式便器の材質は強化プラスチックで、温かみのある外見である。トイレスペースは窓側に設けられているが、採光と患者の安全そしてプライバシーに配慮し、目隠しに透明度の異なる3種類のガラスブロックを採用している。その他の設備はセンサー式手洗い、便器洗浄ボタン、ペーパーホルダー、漏水センサー、排水口、さらに患者が倒れたことを感知するセンサーである。（図7、8）

〔一陽会病院（福島県福島市）の看護実践〕

一陽会病院の急性期病棟は39床で2床の保護室を有している。便器が保護室内ではなく、保護室エリアに設置されているため、看護師は排泄のたびに患者に付き添う。隔離開始時

に患者に説明し、入室中は集音マイクを用いて患者の排泄への訴えを聞くかあるいは訪室の際に尋ねる。不穏状態で複数の看護師での対応が必要な場合は、状況が整った時に看護師から声を掛ける。夜勤は 2 人体制だが、複数対応が必要な場合は他病棟や医師に応援を依頼する。女性の患者の場合は羞恥心に配慮し、女性看護師が対応。必要時は他病棟に応援を依頼する。保護室内に便器を設置しなかった理由は食事・就床する空間と排泄する空間を同一にしないという病院長の考え。さらに、排泄のたびに看護師を介するため、関わる機会が増えるというメリットがある。(図 9、10)

3) 食事

食事の際に何らかの形でテーブルを使用している病棟は 75%である。内訳は小型のテーブルが 21%、ダンボール製の既成のテーブルが 7%、ダンボール箱に布や紙を貼りテーブルとしている病棟が 5%、オーバーテーブルまたは床頭台が 23%であった。また患者の状態に合わせて複数のタイプのテーブルを使用している病棟は 12%、患者の状態に合わせて複数の場所で食事を提供している病棟は 7%であった。25%の病棟ではテーブルを使用していない。(図 11)

〔北林病院（愛知県名古屋市）の保護室の構造と看護実践〕

北林病院はすべて精神一般の 6 病棟からなっている。今回対象としたのは、急性期病棟の役割をもつ男女混合閉鎖病棟である。この病棟は 74 床で、6 床の保護室を有している。保護室エリアにはシャワーブース付きの専用のデイルームがあり、患者は昼食と夕食の摂取、シャワー、洗面・歯磨き、本や新聞を読む、テレビの視聴などの活動が可能である。専用デイルームの使用は医師の指示のもと行っている。夕食を専用デイルームで摂取させる場合は、職員の確保のため一般床の患者と時間をずらす工夫をしている。看護記録方法にフォーカスチャータリング、フローシートを採用することで、患者に関わる時間が確保できている。専用デイルームのメリットは隔離中の患者の状態把握、患者 - 看護師関係の構築などである。(図 12、13)

〔丹比荘病院（大阪府羽曳野市）の保護室の構造と看護実践〕

丹比荘病院の急性期病棟は 60 床で、3 床の保護室を有している。保護室内ではベッドを使用するため、食事の際にはオーバーテーブルを室内に入れている。食器を破壊する可能性がある場合でも、一般床と同様のものを使用している。隔離中の患者の食事の際には必ず付き添うか窓越しに観察する。3 床の保護室のうち、1 床はナースステーション側に観察窓があり、2 床は通路を挟んだ両側に観察窓を設置し、少ない人員での観察を可能にしている。観察窓は透明とスモークを瞬時に切り替えられるガラスを用い、観察の容易さと患者のプライバシー保護を両立させている。(図 14、15)

4) 就寝環境

保護室の中で患者が身を横たえる環境は、床に直接寝具をしている病棟が 55%、ベッドが 36%、作りつけベッドなど構造物としての就床環境がある病棟が 7%、複数の就床環境の保護室がある病棟が 2%であった。保護室内でシーツ、カバーなどのリネン類を使用していない病棟は 57%である。(図 16、17)

〔土佐病院（高知県高知市）の就床環境と看護実践〕

土佐病院の救急病棟では 3 タイプの保護室を設け、患者の状態や希望により使い分けて

いる。特徴と適応は以下の通りである。

- ①ベッドが作り付け（1床）：急性症状で身体的・精神的に観察が必要な患者
- ②通常のベッドを加工したものを床に固定する（2床）：比較的安定した患者。身体拘束が必要な患者。希望での保護室使用。
- ③床に寝具を敷く（1床）：急性症状で身体的・精神的に観察が必要な患者。ドア叩きや暴力のある患者。

寝具は掛け布団、敷布団、枕などを使用しているが、布団はすべて防水用のラバーで覆い、ファスナーのついたカバーで包んでいる。危険防止のため、ファスナーは縫って固定し、洗濯の度に外して縫い直す。汚れやすいため、保護室では週2回交換している。（図18、19）

〔静岡県立こころの医療センター（静岡県静岡市）の看護実践〕

静岡県立こころの医療センターの救急病棟は40床で、設備・構造の異なる2タイプの保護室（保護室3床・ハイケア室4床）を有している。この病棟では入院時はすべてハイリスクとして扱い、in-outのチェックを行っている。さらに病棟に入院しているすべての患者に睡眠チェックシートを用いて睡眠状態を把握し、回復の指標としている。

5) 換気・臭気

保護室は室内で排泄・食事などを行うため臭気が発生するが、密閉された構造のため空気がこもりやすい。さらに患者の状態によっては、便を壁に塗ったり食事を投げたりするため、換気や臭気対策の必要性が高い。対象病棟の保護室のほとんどが室内に空調設備および換気扇を設置している。さらに18%（8病棟）に強制換気システムが導入されていた。精神科病院の窓は患者の安全のため全開させないことが多く、保護室の窓も10～12cmのみ開くようになっていた。対象病棟のうち75%に観察廊下が設けてあり、13%は観察廊下の窓が全開するため、換気を確保することができる。また二重窓や室内の天井近くに開口部（換気口）を設けることで、患者の安全を確保しながら換気ができる構造の保護室もあった。看護職員が窓を開けて換気する頻度には病棟によって差異があり、30分ごとに換気している病棟から、安全上窓を開けての換気はほとんどできない病棟まであった。その他、臭気対策として消臭剤や空気清浄機の使用などがある。（図20、21）

〔肥前精神医療センター（佐賀県神埼郡）の構造と看護実践〕

肥前精神医療センターの救急病棟は昭和40年築の建物だが、数回の増改築を重ねており、現在は60床である。保護室は14床で増築に伴い、4タイプの構造に分かれている。保護室すべてに観察廊下が設けられており、窓は全開する。保護室と観察廊下の間には格子が設置されているが、2床のみ格子の間隔を広げ、アクリルガラスを使用している。この2床を含む5床は平成22年に増築されたが、換気を確保するためあえて格子を残す構造にしている。換気の実際は、換気扇の常時稼働および朝の清掃時と午後の計2回、そして患者の希望時に職員が窓を開けて換気する。さらにEM菌を使用し、臭気対策をしている。（図22、23）

6) 時間の見当識

保護室内から時計とカレンダーの両方を見ることができる病棟は55%、時計のみを見ることができるのは27%、時計もカレンダーも備えていないのは18%であった。設置場所は

観察廊下や前室、保護室前の通路など、患者の手が届かない場所である。時計・カレンダーと合わせて、処遇や日課、看護師の訪室時間などを患者に提示している病棟もあった。保護室から外の景色が見える病棟は約8割であったが、窓が10～12cmしか開かない、別棟で視界が遮られるなど、実質は外が見えづらい病棟もある。(図24、25、26)

7) 生活の援助と人員配置の関連

対象病棟のうち、平成21～23年度の3年間に訪問した18病院(19病棟)の病棟設置基準、保護室の数と病棟の病床数、夜勤帯の人員配置、そして食事と清潔への援助の関連を分析した。設置基準の内訳は療養Ⅰが2病棟、一般病棟が3病棟、急性期Ⅰが6病棟、救急Ⅰが8病棟(うち3病棟は公立病院)である。対象病棟は療養、一般病棟でも、入院患者の受け入れなど急性期病棟的な役割をもっていた。

設置基準と病床数、保護室の数を見ると、療養Ⅰは54と56床で、保護室は病床の15%。一般は60～74床で、保護室は3～8%。急性期は39～60床で、3病棟は5～7%、1病棟は20%である。救急病棟は、4病棟が40床以下(36～40床)、4病棟が50床以上(50～60床)、保護室は11～40%とばらつきが大きい。

看護職員(看護師および看護補助者)は2交代あるいは3交代で勤務しており、多くの人員を配置する日勤帯は基本的に8:30～17:00である。夜勤帯の看護職員数は療養および一般が2～3名、急性期が2～4名、救急が2～4名である。

生活の援助には上記1)～6)に示したようにたくさんの項目があるが、ここでは食事への援助と清潔への援助を取り上げた。理由は食事と清潔(洗面・歯磨き)は1日のうちの一定の時間に行われているが、看護職員の勤務時間とのずれが生じているため個々の病棟で時差出勤などの工夫がなされているからである。

以下に設置基準ごとに朝食、夕食時間の看護職員の人員配置と援助の傾向を記す。洗面・歯磨きは食事時間に伴って実施されるため、朝食、夕食時間とした。時差出勤の勤務時間は病棟ごとで多少異なっているが、1病棟を除き、早出勤務が朝食時間、遅出勤務が夕食時間をカバーしている。つまり深夜勤務+早出が朝食時間、準夜勤務+遅出が夕食時間の配置人数となる。

療養病棟における配置人数は朝食、夕食とも3名である。生活の援助では食事の際にはテーブルは使用しない。洗面・歯磨きは10時に1回が原則で、それに患者の希望を加えている。入浴は週3回であった。

一般病棟における配置人数は朝食、夕食とも3名が2病棟、朝食が4名、夕食が5名、が1病棟である。食事への援助ではテーブルを使用しない、ダンボール製のテーブル、昼食と夕食は専用ダイルームで食事する(室内の場合、テーブルは使用しない)と分かれた。1病棟は食事を3食とも配膳口を使用している。洗面・歯磨きは2～3回/日だが、朝の洗面・歯磨きは日勤帯で行われている。入浴は2～3回/週であった。

急性期病棟における配置人数は、朝食時は2～6名、夕食時は3～5名である。1病棟は日勤帯の勤務時間をずらし、夕食を日勤帯に含めることで、配置人数を24名以上としている。食事の援助はテーブルを室内に入れるあるいはデイコーナーを利用するなど、すべての病棟でテーブルを使用していた。また、食事の際には必ず付き添う、あるいはテーブルや食器の破損、自傷行為などのリスクがある時は付き添うという対応をしている病棟が半数であった。洗面・歯磨きは2～4回/日で、夜勤帯でも実施されている。入浴は2～3回/週

であった。

救急病棟における配置人数は朝食時、夕食時とも、1病棟を除き4~5名であった。食事の援助はテーブルを室内に入れるあるいは専用ダイニングルームを利用するなど、すべての病棟でテーブルを使用している。また、患者の状態に合わせて、テーブルの種類や食事の場所を変える援助がなされている。食事の際の手指の清潔の援助もほぼすべての病棟で温タオルを渡す、保護室外の洗面台に誘導する、保護室内に設備があるという形でなされていた。洗面・歯磨きは朝1回は必ず行い、患者の状態、希望、生活習慣に合わせて追加する病棟と、朝・夕食後の2回、毎食後の3回の病棟に分かれている。朝の洗面・歯磨きは深夜帯の場合と日勤帯の場合がある。保護室内に洗面台がある、または洗面台つきの前室との境のドアを開放し、患者が望む時にいつでも洗面・歯磨きが実施できるようにしている病棟もあった。入浴は3~7/週である。

2.病棟・保護室の構造と行動制限最小化の関連

「病棟・保護室の構造と行動制限最小化の関連」については、下記14病棟を対象とした。

- ・今年度訪問した11病院（12病棟）
- ・平成19年度に訪問し、本年度「病棟・保護室の構造と行動制限の関連」のインタビューを行った2病棟
- ・「病棟・保護室の構造と行動制限の関連」に関するインタビューのみを行った1病棟

聞き取り内容から開放観察も含め行動制限最小化に関するものを抽出した。抽出したデータを意味内容に沿って分類し、分類された項目の関連を考察した。

1) 行動制限最小化に関する分類は表1の通りである。(表1)

2) 項目の関連を図示するとともに、対象病棟の構造と看護実践の例を示す。(図27)

①看護行為に関するもの：行動制限最小化を支える要素には、看護師が実際に訪問して“観察”することや頻繁な“関わり”がある。“関わり”や生活の援助を通じた“観察”により、適切で時機を得た“アセスメント”が可能となる。“観察”や“関わり”に関係する病棟・保護室の構造は保護室とステーションの距離や動線上のドアの数、さらにカメラや配膳口を廃することで看護師が足を運び、保護室内に入る機会を増やす工夫である。

〔“観察”に関連する病棟・保護室の例ー井之頭病院（東京都三鷹市）急性期病棟ー〕

井之頭病院の急性期病棟は60床、4床の保護室を有している。保護室エリアはナースステーションに隣接し、保護室前の通路にはテーブルといすを置きダイニングコーナーとして活用している。ステーションと保護室エリアの境のドアは通常開放されているため、保護室エリアがステーションにいる職員の視界に入るようになっている。その結果、保護室担当看護師だけでなく、その日の勤務者全員で保護室の患者を観察するという認識が生じる。この病棟では午後に保護室担当以外の勤務者も交えて処遇に関するカンファレンスを行っているが、当日と数日前の患者の変化を把握でき、アセスメントに活用できている。

看護師は“生活の質を確保する”援助を通して、“観察”と“関わり”を行っているため、保護室エリアに食事や保清などの設備が整っていることが、看護師のモチベーションを高め、隔離中の患者の生活の質を確保するとともに行動制限最小化に寄与する。

〔“生活の質の確保”に関連する病棟・保護室の例ー松山記念病院（愛媛県松山市）救急病棟ー〕

松山記念病院の救急病棟は39床で、21床の保護室のうち20床が保護室エリアにある。保護室エリアにはデイルーム、洗面台、浴室、喫煙室、収納など生活に必要なものが揃っている。日勤帯の初めに患者の状態や患者同士の兼ね合いをアセスメントし、開放の方法を決め、保護室の患者を交代で保護室エリアあるいは一般床エリアに開放している。つまり、生活のための設備が整った保護室エリアが入院当初から部分的にでも開放的な処遇かつ生活の質を確保することを可能にしている。

“看護師の力量”の差は行動制限長期化の要因となるが、力量を均一にするためには“看護師の教育”が必須である。事例を用いた学習やカンファレンスでの教育的な関わりのように、実践的な方法が効果的である。また“看護師の力量”は“看護師の認識”に基づいているが、これはその看護師が属している“病棟・保護室の構造”に決定づけられている。所属している環境を超えた認識をもつためには、病院間での情報共有が必要と考えられる。

〔“病棟・保護室の構造”と“看護師の認識”の関連の例 ハートランドしぎさん（奈良県生駒郡）救急病棟〕

ハートランドしぎさんの救急病棟は36床。8床の保護室を有しているが、現在は実質2床を保護室として、6床は個室として運用している。この病棟の保護室の設備は便器がフラットな一体型で目隠しなどプライバシーのための設備が設けられていない。また観察廊下の間には太い鉄の格子が設けている。アメニティーよりも安全を優先した生活感のない無機質な構造である。看護師はこのアメニティー上の欠点を自覚しており、さらに行動制限最小化の観点より、保護室使用を減らす看護を実践している。つまり、保護室に対する患者の拒否的な反応に対して、患者が現実を認識しそれを表現できる能力があるとアセスメントし、患者に「暴れたり大声を出さなければ、保護室ではなく個室を提供することができる」と説明するという働きかけをすること、そして隔離指示を出した医師と話し合うことで、隔離処遇を減らすことを実現している。

②病院・病棟の構造・システムに関するもの：隔離・拘束の“処遇の検討”は看護師の“アセスメント”が用いられている。そして、医師を含めた他職種と頻繁にまた定期的に“処遇の検討”を行うことが行動制限最小化を促進する。それぞれの病棟には行動制限に関する“評価基準”がある。内容は、治療への態度、睡眠、行動のまとまり、疎通性、刺激への脆弱性などである。

“病棟・保護室の構造”の特徴的なものに“保護室専用デイルーム”と“区切られていること”がある。双方とも患者に与える刺激を調節できるため、“段階的な行動拡大”や“開放観察”を行うのに、有効な構造である。しかしながら、“区切られていること”を利用した“段階的な行動拡大”は段階を踏むことが優先され、速やかな隔離解除を阻害するおそれもある。患者の状態に即した“アセスメント”ができる“看護師の力量”が必要である。

〔“病棟・保護室の構造”における“区切られていること”の例 肥前精神医療センター（佐賀県神埼郡）救急病棟〕

肥前精神医療センターの救急病棟は保護室エリア、個室エリア、総室エリアなどの複数のエリアに分かれており、患者は回復過程に沿ってエリアを移動する。保護室エリアには14床の保護室があるが、保護室専用デイルームが広いので、開放観察中の患者がたがいに

刺激することなく過ごすことができる。個室エリアは5床ずつ、2つのエリアに分かれているため、刺激の少ない環境が提供でき、加えて夜間のみのように隔離時間を短くすることができる。また、患者同士が自然発生的に治療の見通しなどについて情報交換を行うという効果が生ずる。

〔“病棟・保護室の構造”における“区切られていないこと”の例 一陽会病院（福島県福島市）急性期病棟〕

一陽会病院の急性期病棟の保護室の出入り口はナースステーションに直結した保護室エリアと一般床エリアに属する病棟の通路の2カ所に設けられている。一般床エリアに向けた出入り口があることは、保護室を隔離せず個室として使用できる、開放観察時に看護師を介さず患者が自分のペースで休息がとれる、などのメリットがある。この病棟では保護室内に便器がないこと、排泄のたびに看護師が関わるため観察と関わりの方が豊富なこと、が相俟って、看護の人員を整え、一般床エリアのデイルームや洗面所を使用させるなどの、生活の質の確保への姿勢が培われている。さらに、一般床エリアに行動拡大する時に生じる患者の不応行動を患者にフィードバックすることで、治療への主体性に働きかけること、隔離期間を短縮化することに努めている。

“構造と行動制限最小化”が直接関連している例には前室や観察廊下、個室などがある。

隔離解除への“看護師の力量”を上げる要因の一つに“ベッドコントロール”の必要性がある。病床数に比して保護室の数が少ない場合は保護室を空けるために早期の隔離解除への技量が、保護室の数が多き場合は一般床を空けるために退院への技量が必要とされる。

“保護室の適応”は原則的に精神保健法に準ずるが、病院の病棟構成により対象病棟の“保護室の適応”に差異が生じる。“個室の役割”には刺激の遮断、リハビリ、構造の堅牢さが必要でない隔離、などがある。

③医療制度・医療システムに関するもの：救急病棟の創設により、病棟における個室の数の増加が、個室に対する医療者の認識を変え、②に記した“個室の役割”を拡大させた。特に“保護室の適応”のうち、刺激の遮断を目的とした使用を個室に移譲することは、行動制限最小化に直接寄与すると考えられる。また、現状のシステムでは行動制限最小化としてみなされないが、生活行動のための隔離・拘束の一時的な中断や保護室エリア、保護室専用デイルームを活用した開放観察という形で、実質的な患者の行動制限の緩和が行われている実情があった。

D. 考察

1. 保護室における生活行動とその援助の実態

1) ～3) 清潔、排泄、食事の援助の実態については、平成22年度の報告書で27病院(34病棟)の傾向と援助の意義を報告した。今年度訪問した9病院(10病棟)の結果を追加したところ、全般的な向上が見られた。これは今年度の対象病棟における救急病棟の比率が高いためと推測される。

4) 就寝環境

対象病棟の保護室では床に直接寝具を敷き、就寝環境としている病棟が半数を超えてい

る。リネン（シーツ、カバー類）を使用しない病棟も同様に半数を超えており、保護室においてはベッドやリネンを使用しないのが多数といえる。ベッドは患者に安楽な就寝環境を提供する半面、大きくて硬く、高さがあり、さらに分解や移動が可能である。希死念慮がある場合、リネンを用いて縊死を図る可能性がある。精神科急性期では著しい精神症状により、患者が自身や医療者に危害を加える可能性があるため、保護室はシンプルな構造で、ものの持ち込みを制限していることがほとんどである。対象病棟の過半数がベッドやリネンを使用しない現状は、保護室において安全面が重視されていることを示しているといえる。さらに精神科においては、ベッドが安楽のための道具ではなく、身体拘束の道具として使用するという特異性があることが明らかになった。

ベッドは足腰の負担を軽減し、特に高齢者にとっては安楽な療養環境といえる。便器が和式から洋式に移り変わったように、日本人の生活環境の変化に伴って、今後ベッドを使用する保護室は増えていくことが予想される。保護室において安全と安楽を両立させるには患者の状態に応じて、ベッドの出し入れする必要がある。そのためにはドアや通路にベッドを十分な幅が確保されていること、不要時にベッドを収納する空間があることが必須であり、設計の段階から考慮することが望ましい。

5) 換気・臭気

保護室の換気と消臭については、以下の4つの要因が関連していると考えられる。

①構造的要因：保護室の窓は安全と離院防止のため、開放が制限されているため換気が困難である。しかし、二重窓、換気窓、観察廊下を設けること、など患者の安全を守りながら換気を確保する構造が存在する。しかしながら、空気の流入出には2方向の開口部が効果的であり、課題と考えられる。

②機械的要因：ほとんどすべての保護室には換気扇が設置されており、さらに強制換気システムを導入している病棟も見られた。換気扇の音が患者の精神症状を助長し、安静を妨げるという意見もあった。強制換気システムは、コスト面での課題はあるが、患者の療養環境の改善と感染予防の観点から、今後採用する病院が増加すると考えられる。

③化学的要因：消臭剤の使用など。強制換気システムで除菌、芳香の機能を併せ持つものもあった。一般的な消臭剤の場合、患者の手が届かない置き場所を確保することが必要である。

④人為的要因：窓を開けて換気する、清掃する、など。換気は清掃時や患者が開放観察や入浴で不在の時、加えて排泄後など臭気が発生した時に行われている。

療養環境としての保護室を考える際、視覚的なものに目が行きがちであるが、嗅覚は視覚と並んで環境の良し悪しを決定づけると考えられる。保護室内で患者は食事、排泄、就床することがほとんどである。同一空間でこれらのなされることを変えようとするならば、食事を専用ダイルームなどで摂取させるか、排泄の場を保護室外に設けるかである。便器を室外に設けている保護室は5%である²⁾が、この環境を維持するには看護師のアセスメントの力量と人員の確保、そして患者に良質な環境を提供しようとする姿勢が維持されることが必要である。その努力を怠ると、保護室内にポータブル便器を持ち込むという安易な解決策を取らざるを得ない。

構造的な要因の一つに窓の開放の程度がある。旧来、精神科病院の窓には鉄格子が付きものであった。これを取り払うことで、精神科病院の印象が大幅に変わり、受診への抵抗

感の軽減に寄与したと考えられる。計見は「格子を使用しないで、窓にストッパーをつけるやり方は、外見上は人権重視だが、生活上は換気が悪い。」³⁾と述べている。換気という観点から考えると、格子は安全を守りながら外気を取り入れるのに一番効果的といえる。強制換気システムはコスト面と排泄直後の臭気に対しては課題がある。格子には見えない外観で患者が窓から出ることができない設備やナースステーションからしかアクセスできない観察廊下を設け、その窓を全開することで、換気の確保をすることが必要であると考ええる。もちろん換気のための人員や患者に新鮮な空気、臭気のない環境を提供することの重要性を医療者が理解していることも必須である。

6) 時間の見当識

時計とカレンダーは言うまでもなく、時間の見当識を支えるものである。小松沢は精神科急性期・救急期における障害に空間・時間の見当識の消失または低下を上げ、特に保護室使用中の患者については「構造上、日の光が入りにくく薄暗い場所であれば、患者は昼と夜の区別がつかなくなってしまふ。できれば患者の見えるところに時計やカレンダーを設置して、見当識を高める一助にしたい」⁵⁾とし、さらに日にちや時間を告げる援助の重要性を述べている。

今回の対象病棟の過半数に時計とカレンダーの両方が、約 3 割に時計が、保護室から見える場所に設置されていた。これらの保護室は時間の見当識を高めることに自覚的な環境といえる。時計やカレンダーは観察廊下や前室など、患者の手が届かない場所に設置されていたが、観察廊下は窓が広く取られているため、時計を天井近くの見づらい位置に設置している病棟もあった。見やすい位置に設置し、看護師が時計やカレンダーの位置を示したり、訪室のたびに日にちや時間に触れる話しかけをすることで、より効果的に活用できると考える。また「○日に入院し、今は 3 日目ですよ」「今日から、○時から○時までホールで過ごしていただきます」などと説明することで、療養生活の見通しが立てられ、回復過程を意識できると考える。合わせて、病棟日課や患者の処遇を掲示することで、医療者が患者に何を期待しているかを伝え、患者の主体的な治療への参加を支えることに益すると考える。

7) 生活の援助と人員配置の関連

病棟設置基準と病床数、保護室の数の傾向を見ると、設置基準が上がるにつれて病床数は減る傾向にある。保護室の数は病床の 1~2 割だが、救急病棟においては病床の 4 割を保護室が占める群が登場する。日勤帯の人員は設置基準によって決まっているので、設置基準が上がれば当然患者一人当たりの看護職員数は増加する。夜勤帯の人員は設置基準に関わらず 2~4 名の範囲であるが、設置基準が上がるにつれて病床数が減少しているため、患者 1 人当たりの看護職員数は多くなっているといえる。

看護職員の勤務体制は一般的に、深夜帯・日勤帯・準夜帯の 3 交代あるいは日勤帯・当直帯の 2 交代である。日本人の食事時間には個人差はあるが、朝食が深夜帯、昼食が日勤帯、夕食が準夜帯に含まれることは確かであろう。この食事時間には食事のほかに、洗面、歯磨き、更衣などの生活行動と与薬が営まれている。

保護室における患者の生活行動を阻害する要因としては、以下の 3 つが考えられる。

1 つめは隔離すること自体による阻害である。保護室に入室する(隔離する)ことにより、

食事や洗面の際に、室内に物を持ち込むあるいは患者を室外に誘導する必要が生じる。たとえば、食事の際にはテーブルを室内に入れる、手指の清潔のためにおしぼりを添えるか室外の洗面台に誘導する、洗面・歯磨きの際には室外の洗面台に誘導するか、室内に必要物品を入れる、などである。さらに保護室のドアがダブルロックになっていること、扉が二重扉になっていること、保護室エリア自体が施錠されたドアで区切られていることを考え合わせると、隔離された空間に患者を収容すること自体が、生活の質を低下させる可能性をはらんでいると言える。

2つめは患者および看護職員の安全を守るために生じる阻害である。日常生活や療養生活で通常使用している食器、箸、テーブル、歯ブラシ、タオルなどは、患者の状態によっては患者自身の生命や看護職員の安全を脅かすものとなりうる。対象病棟では、患者のリスクをアセスメントして、テーブルや食器の使用、洗面・歯磨きについて、いくつかの方法を使い分けている事例がみられた。看護師の安全を守る方策として、第1にあげられるものは複数対応である⁹⁾。しかし、必ずしも徹底できていない現状であり、配膳口や観察廊下の格子の隙間から食事を配膳したり、洗面・歯磨きを人員が確保できる日勤帯で行うことが余儀なくされる。

3つめは急性期の精神症状に由来する阻害である。精神科急性期では著しい精神症状のため、患者の生命を守ることや症状コントロールが優先される。患者の状態や回復の程度に沿って、きめ細かく処遇、援助を変えることが望ましいが、変化の激しい患者の状態を把握し、少ない人員で患者と看護師の安全を守りながら、症状を鎮静化するために、対応を一律化せざるを得ない状況も生じる。

保護室における患者の生活の質を確保するために、対象病棟では夜勤帯の少ない人員を時差勤務（早出・遅出）で補っていた。夜勤者と時差勤務者による朝食時、夕食時の人員配置は病棟設置基準が上がるにつれ増加しており、病棟全体の病床数と重ね合わせると、患者1人当たりの看護職員数が多いことは明らかである。援助の質を見ると、食事に関してはテーブル使用、一般床と同様の食器使用などに違いがみられる。急性期病棟・救急病棟では、リスクがある時あるいは保護室での食事の際は必ず付き添うという体制をとっている病棟もあった。人員を確保している病棟では、食事を保護室外で摂取させるという援助も行われていた。換気と消臭の項で述べたように、保護室では食事と排泄が同一空間で行われることがほとんどであり、これを分けるためには食事の場を専用デイルームに移すのも一方法である。人間にとって、食事には栄養補給だけでなく、心理的な満足や社会的な関わりの意義もあり、保護室外で食事を取ることはこれらのニーズに沿うものといえる。食事の際の手洗いあるいはおしぼり使用は感染予防の観点からも必要である。

洗面・歯磨きの援助では、設置基準が上がるにつれ回数が増えるとともに、夜勤帯で実施することが可能になっている。さらに陰性症状の強い患者には多く促す、入院前の生活習慣に合わせる、随時洗面台が使用できる環境を患者に提供し、自分の好む時に洗面・歯磨きを可能にしている、など、それぞれの病棟で特徴のある援助がなされていた。入浴の頻度は一般床と同様の病棟がほとんどであり、隔離以外の要因が考えられる。

以上のように看護職員の人員を確保するが、隔離中の患者に提供する生活への援助の質を向上させることは明らかである。人員の確保に加え、1人1人の患者についてのきめ細かいアセスメントと情報共有、かつ、看護師の安全を守る方策を整備することも必要といえる。

2.病棟・保護室の構造と行動制限最小化の関連

病棟・保護室の構造および設備と行動制限最小化の関連について明らかになったことを以下に述べる。

行動制限最小化を促進する 1 つ目の要因は看護師の密な観察と関わりである。この観察と関わりには、自らの目で直接観察すること、生活の援助を通して観察すること、保護室から場を移して観察することを意味している。病棟・保護室の構造について考えてみると、看護師の密な観察と関わりを容易にする病棟・保護室の構造が行動制限最小化を促進すると言える。つまり、ナースステーションと保護室の距離が近いこと、間に施錠されたドアが少ないこと、そして保護室エリアに生活の設備が整っていることである。また、カメラや配膳口を排することも、そこには含まれる。この観察と関わりの結果から、看護師は患者のアセスメントを行うが、症状アセスメントのみならず患者の健康的な側面に焦点を当てたアセスメントとそれを患者にフィードバックする関わりが行動制限最小化を促進するといえる。

2 つ目の要因は、開放観察も含め行動拡大を段階的に進めることである。病棟・保護室の構造については、区切られた構造が段階的な行動拡大を容易にする。また病棟を複数のエリアに分け、回復過程に沿って患者を移動させる方法は、医療者の回復過程への理解を容易にし、均一な力量を身につけることを促進すると考えられる。その反面、病棟構造に沿った段階的な行動拡大にとらわれることで、行動拡大を遅延させる可能性も生じる。

3 つ目の要因は、隔離・拘束の原因を常に把握し、そこにアプローチすることである。患者を隔離する要件は①他の患者との対人関係を著しく損なうなど言動が経過、予後に著しい悪影響、②自殺企図または自傷行為が切迫、③暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損が認められ他の方法では防げない、④興奮、不穏、多動、爆発性などが目立ち一般の病室では医療または保護を図ることが著しく困難、⑤身体合併症の治療及び処置等のため、隔離が必要、である⁷⁾。病棟構造との関連で考えてみると、従来の精神科病棟は保護室と少数の個室および総室で構成されていたが、救急病棟の登場により個室を多数持っている病棟が存在するようになった。これにより、個室の役割が見直されていることは結果からも明らかである。隔離の要件のうち、①他の病棟との対人関係によるものや⑤身体合併症の治療・処置のためのものは、個室あるいは観察室でも対応可能であろう。

現在の医療システムの中では行動制限最小化とは見なされないが、隔離・拘束を一時中断し生活への援助をする実態や保護室専用デイルームの設置および活用状況には、病棟によって差異があった。このような方法での行動拡大・患者の生活の質の確保は、精神科急性期・救急医療において、患者および家族の精神科へのイメージを改善し、早期受診・再受診への動機づけにつながると思われる。

行動制限最小化を促進する要因は、病棟・保護室の設備・構造、看護師の認識・力量、病棟・病院のシステムが複雑に絡み合い、相互に影響している。今回の考察はその一部であり、調査、検討を継続することが必要である。

E. 結論

保護室における基本的な生活援助（清潔、排泄、食事、就寝環境、換気、時間の見当識）と設備は病院により差が見られる。さらに看護職員の人員配置と援助の質の関連を、朝食

時と夕食時について分析したところ、病棟設置基準が高くなるほど患者 1 人当たりの人員が多くなり、かつ食事、洗面・歯磨きの援助の質が高くなる傾向が見られた。精神科急性期では患者の生命維持、症状コントロールが優先される傾向があるが、人員が増えることで、心理的・社会的ニードの充足や患者個々の生活習慣に沿った個別性の高い看護や患者の病態に合わせた看護を実現している。

行動制限最小化を促進する要因は、看護師の密な観察と関わり、行動拡大を段階的に進めること、隔離・拘束の要件を認識しアプローチすること、の 3 つが明らかになった。これらのすべてに病棟・保護室の設備・構造が関連し、相互に影響している。

病棟・保護室の設備・構造そして生活への援助の質が病院によって著しい差があり、設備・構造と援助の違いがもたらす行動制限最小化への取り組みについても、情報共有が十分なされていない現状を鑑み、次年度以降も実態調査と分析を継続することで、急性期精神科医療・看護に質的向上に貢献していきたいと考えている。

文献

- 1) 三宅薫：保護室の「寝る環境」、日本精神保健看護学会 第 21 回総会・学術集会プログラム・抄録集、日本精神看護保健学会、2011.
- 2) 吉浜文洋：保護室の過去、現在、未来 環境・ケア・構造などの変遷を振り返る、精神科看護、vol.35、No8、2008
- 3) 計見一雄：精神救急ハンドブック、新興医学出版社、p48、1992
- 4) 三宅薫、大谷須美子：保護室から見えるもの、日本精神科看護学会誌、54 (2)、2011.
- 5) 坂田三允編：生活領域から見た精神科看護、2005
- 6) 三宅薫、武藤邦代：保護室における看護師の安全を守る方策、日本精神科病院協会雑誌、p176、vol.29、2010.
- 7) 実践精神科看護テキスト編集委員会：行動制限最小化看護、精神看護出版会、p78、2007.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 三宅薫、大谷須美子：保護室から見えるもの。日本精神科看護学会誌、54(2)、pp101-105. 2011.

2. 学会発表

- 1) 三宅薫：保護室の「寝る環境」、日本精神保健看護学会 第 21 回総会・学術集会プログラム・抄録集、日本精神看護保健学会、2011.

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

図1 入浴の頻度

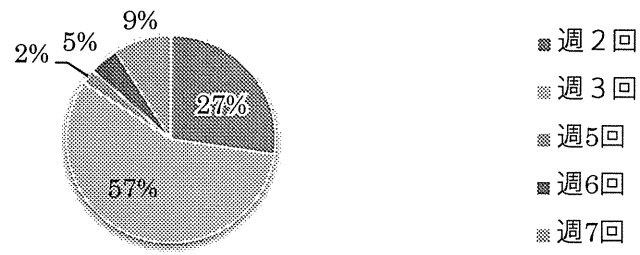
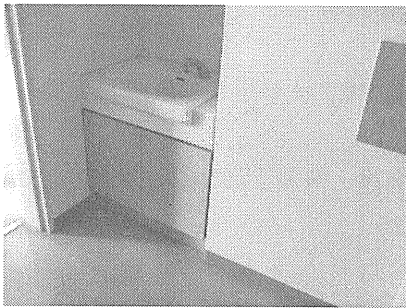
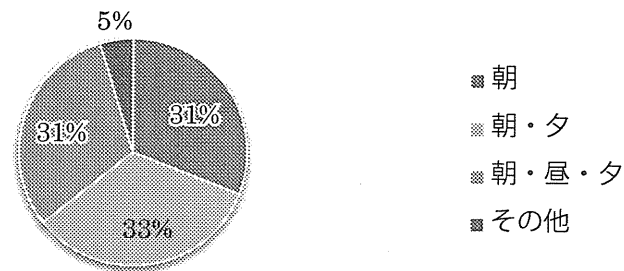


図2 洗面・歯磨きの頻度



【図3 浅香山病院・保護室前室の洗面台】

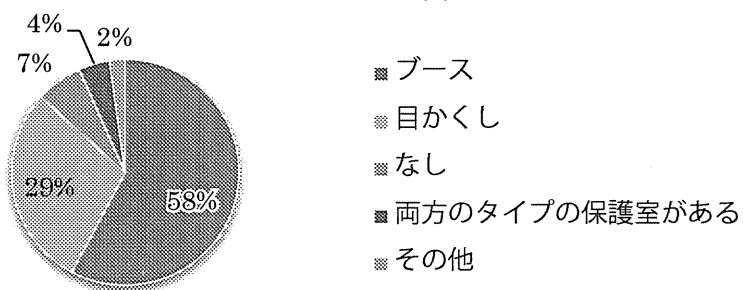


【図4 浅香山病院 個室前通路の洗面台】

図5 便器の種類



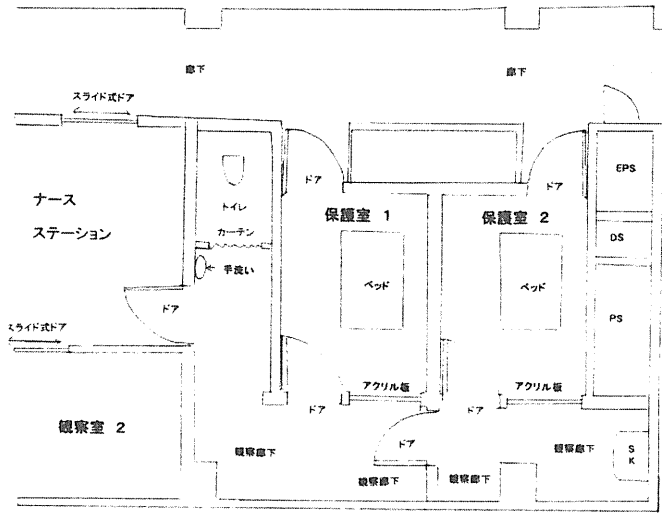
図6 ブースあるいは目かくし



【図7 土佐病院・トイレスペース】



【図8 土佐病院・トイレの目隠し】

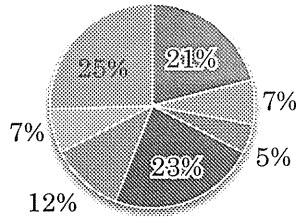


【図 9 一陽会病院・保護室エリア】

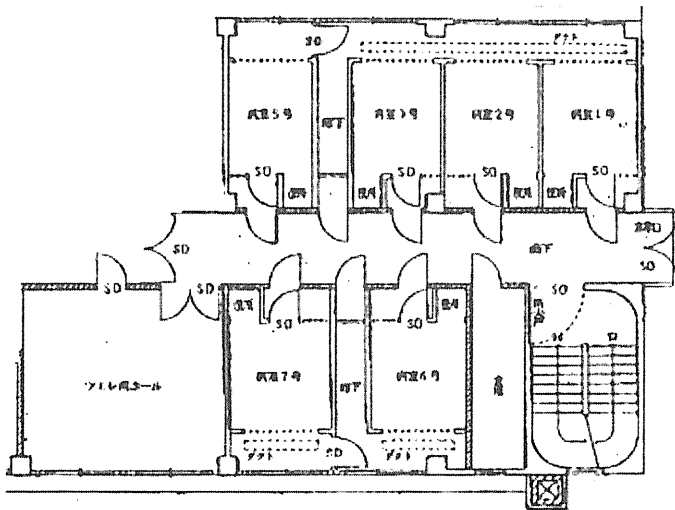


【図 10 一陽会病院・保護室の内部】

図11 テーブルの種類



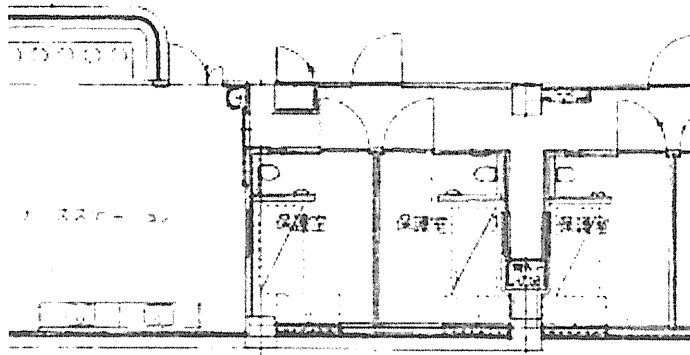
- 小さいテーブル
- ダンボール製の既成のテーブル
- ダンボール箱
- オーバーテーブルまたは床頭台
- 複数のタイプの配膳台を患者の状態に合わせて使用
- 複数の場所を患者に合わせて使い分ける
- 使用しない



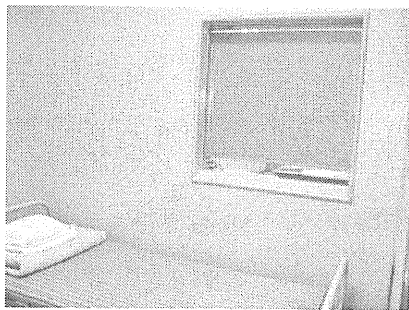
【図12 北林病院・保護室エリア】



【図13 北林病院・保護室専用ダイニングルーム】



【図 14 丹比荘病院・保護室エリア（赤の部分に観察窓を設置）】



【図 15 丹比荘病院・ナースステーション側の観察窓】