

図16 就寝環境

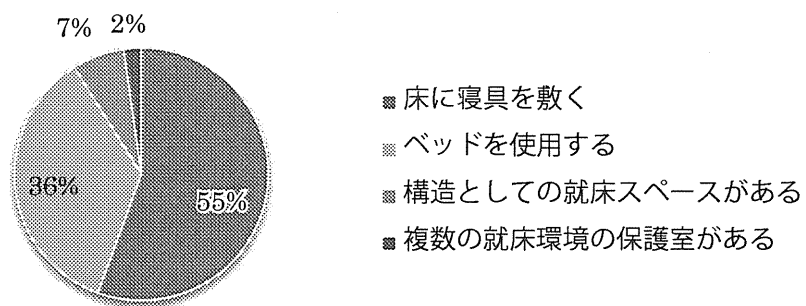
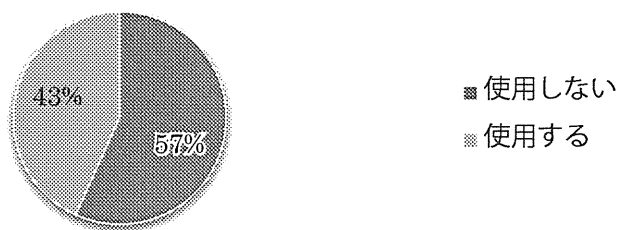


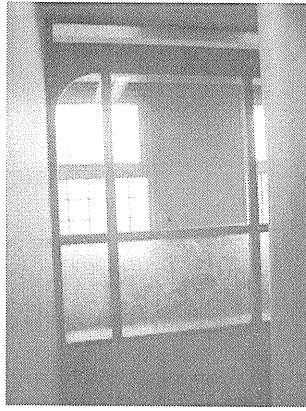
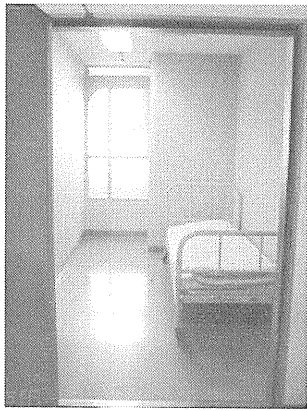
図17 リネンの使用



【図18 土佐病院・ベッドが作りつけの保護室】



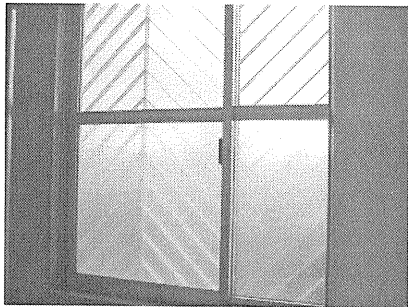
【図19 土佐病院・ベッドを固定した保護室】



【図 20・21 井之頭病院・窓の上に設けられた換気口】

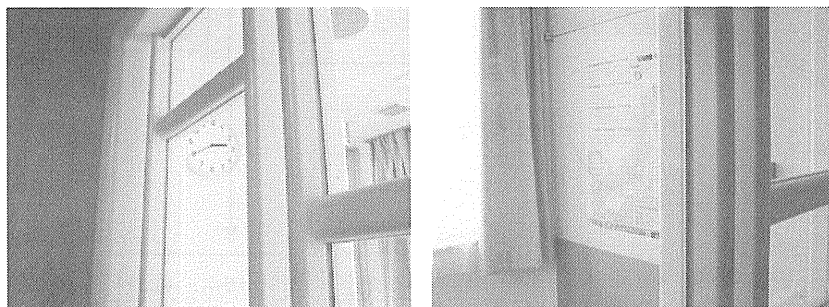
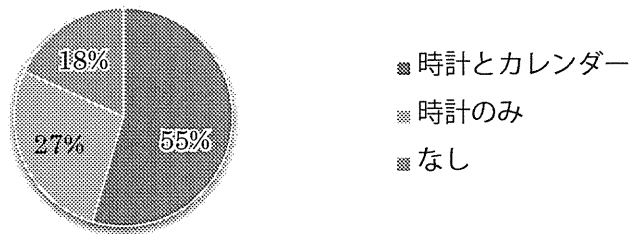


【図 22 肥前精神医療センター・換気口があり、観察廊下の窓は全開する】



【図 23 肥前精神医療センター・観察廊下の窓の格子】

図24 時計とカレンダーの設置



【図 25・26 埼玉県立精神医療センター・観察廊下の時計とカレンダー】

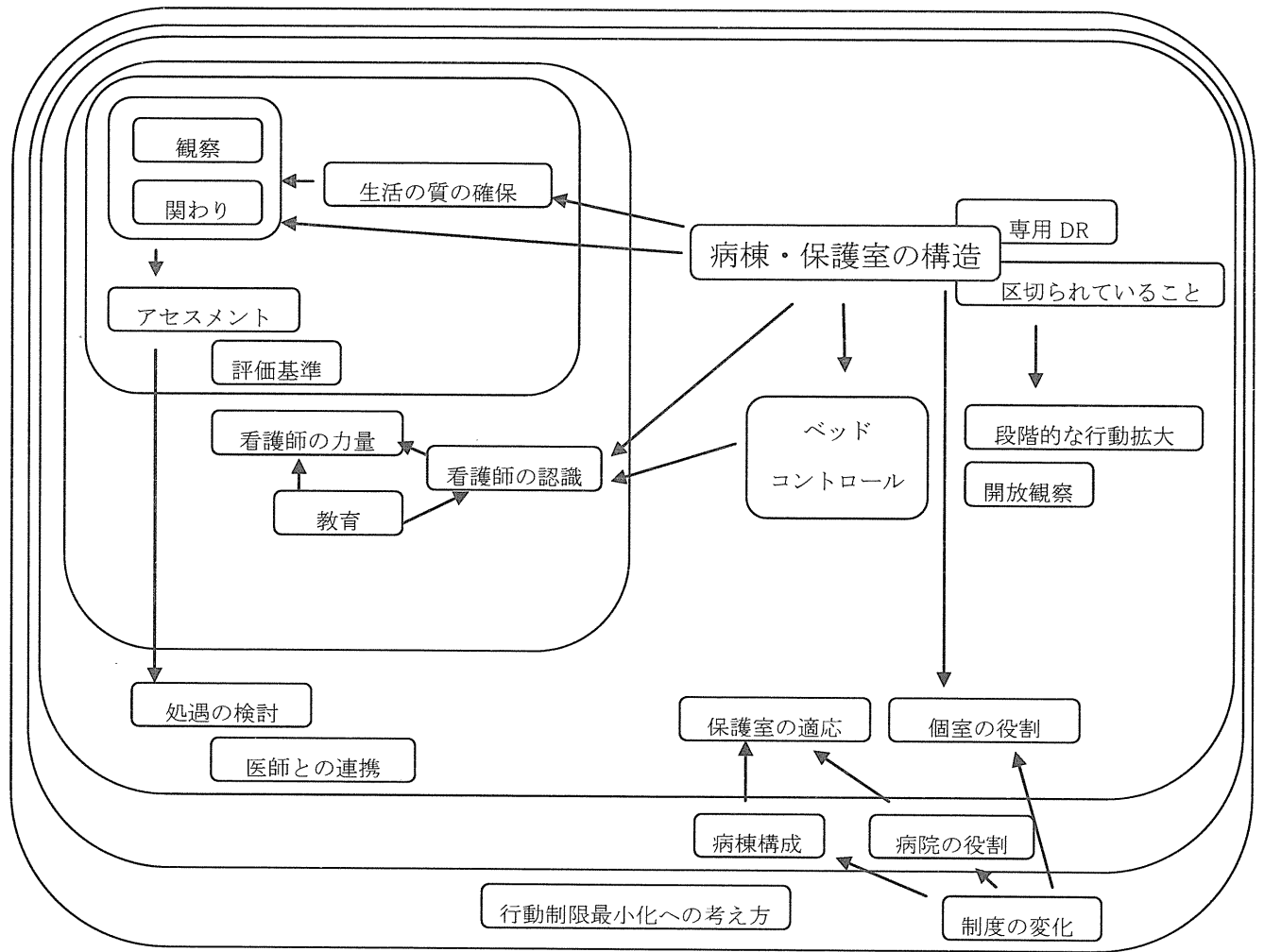


図 27 行動制限最小化の要因

表 1 病棟・保護室の設備・構造と行動制限最小化の関連

分類名	例
観察	観察のしやすさが整っていれば、行動制限は最小化していくと思う。その患者さんを常に観察できる環境があれば、精神症状のアセスメントがより細かくできる。
関わり	トイレが保護室外にあるので看護師とのかかわりが頻繁。
アセスメント	まめに患者の評価をしていること。スタッフ、主治医とともに毎日患者の状態を情報交換しあっている。
評価基準	①隔離になった要件が改善されているか、②保護室エリアの状況に患者が影響されないか(他患者との兼ね合い)、の2点を見ている。
生活の質の確保	保護室エリアがあると、入院当初から喫煙なり食事なり、午前、午後などの部分的な開放ができる。
看護師の力量	スタッフの能力に差がある。行動制限最小化を常に念頭に置いている看護師とそうでない看護師がいる。もっとアセスメント力を高める教育が必要。
構造と看護師の認識	ナースステーションから保護室エリアが見えることが、看護師にとって保護室(隔離室)の境目が、他の病院の看護師より低いのではないか。だから、そこから外に戻すという視点で見ることができる。
看護師の教育	援助技術プリセプターシップの中で先輩から後輩へと伝えていていると思う。またカンファレンスで、医師や他のスタッフから質問される体験を通して、患者を捉える力を身につけていると思う。
処遇の検討	処遇については日々検討している。
他職種との連携	医局の中で救急担当の医師チームを編成している。このことから医師と看護師のコミュニケーションが取りやすく、行動制限(隔離介助)に関して、看護師の意見は尊重されることが多い。
病棟・保護室の構造	保護室は病棟の端でナースステーションから離れている。
ベッドコントロール	ベッドコントロールの見地からも常に行動制限最小化を心がけていかなければならない。
専用デイルーム	隔離中でも、患者の状態を見ることができたり、看護師との関係を持つことができる。多床室に出る前段階として有効な空間だと思し、看護師と1対1の関係をもつことができる。
区切られていること	ゾーンに分かれている。保護室の次は5床の個室ゾーンに移動するので、刺激が少ない環境を提供できる。
区切られていないこと	保護室には一般床へのドアがあるため、個室としても使用できる。
開放観察	開放観察は患者が対人関係の刺激に段階的に慣れていくのに有効だと考える。
保護室の適応・目的	対象病棟における保護室の機能は隔離・拘束、対人関係の刺激の低減(必ずしも隔離を伴わない)、身体的ケアという複数の役割を持たせている。
個室の機能	個室を施設して使用することはできないが、対人関係の刺激の遮断や低減の目的で使用するため、準保護室の機能もある。
構造と行動制限最小化	内扉があることで拘束をしなくて済むケースがある。
風土・原則	行動制限最小化を心がけていると、隔離は最小に、隔離期間は最短に、不必要な開放観察はしないという風土が醸成される。
病棟構成	認知症は対応病棟が複数あるため、そちらへの入院を優先する。
病院の役割	県の精神科救急医療事業を補うことを目的としており、主として夜間休日の措置・緊急措置・応急入院を受け入れる。
制度	保護室エリア内では開放は書類上は行動制限最小化にはつながらない。

## 参考資料①：

### 保護室の「寝る環境」

(日本精神保健看護学会学術集会・抄録集、86-87、2011)

○三宅 薫 (社会医療法人 (社団) 同仁会木更津病院)

#### 1. はじめに

本研究では、保護室における質の高い看護の方向性を探ることを目的に、保護室をもつ精神科病棟を訪問し、病棟および保護室の構造と看護援助の実態調査を行っている。これまで清潔<sup>1)</sup>、排泄<sup>2)</sup>、食事<sup>3)</sup>など保護室における生活の援助を報告してきた。今回は保護室において患者が「身を横たえる環境」について報告する。

#### 2. 対象・方法

対象:精神科病床をもつ病院の施設長に協力を依頼、研究への同意を得た 27 病院(34 病棟)。訪問期間は 2006 年 8 月から 2010 年 11 月である。

方法:研究者が施設を訪問し、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、個人衛生、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。

分析方法:データより、保護室内で患者の就床環境に関するものを抽出し、ベッド・リネンの使用、リスク、その他就床環境に関係するものに分類した。

倫理的配慮: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。施設名の公表は施設長に了解を得ている。

#### 3. 結果

調査対象の 27 病院・34 病棟のうち、ベッドを使用しているのは 9 病棟、構造として就床するものがあるのは 3 病棟、床に寝具を敷いているのは 22 病棟である。床に寝具を敷く病棟で使用している寝具は、敷布団、掛け布団、毛布、枕である。以上に加えマットレスを使用する病棟もあったが、その場合は褥創予防に配慮したものが使用されている。床に寝具を敷く病棟でも、拘束時や身体管理が必要な場合はベッドを使用している。図 1 はベッドを使用する保護室、図 2 はつくりつけベッド、図 3 は就床スペースとして床に段差を設けたもの、図 4 は床に寝具を敷く保護室の例である。シーツやカバーなどのリネンを使用しているのは 13 病棟、使用しないのは 21 病棟である。原則的にベッドおよびリネンを使用する病棟でも、患者の状態をアセスメントし、危険があると判断した場合は使用していなかった。

ベッドの使用には、ベッドをドアにぶつける、解体する、転落、上に立ち天井や照明を破壊したり職員を威嚇したりする、などのリスクがあった。リネンの使用には縊死行為のリスクがある。

その他、就床環境に関係するものとして、床に寝具を敷く病棟で患者や職員が履物を脱いだり換えたりする、床に絨毯を敷く、といった配慮、保護室のドアの幅が狭くベッドの出入りが困難、などがあった。

#### 4. 考察

##### 1) 保護室における就床環境の実態

結果で示したように、対象病棟の 2/3 が床に寝具を敷き就床環境としている。リネンの不使用も 2/3 であり、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言える。ベッドは患者に安楽な就床環境を提供する半面、大きくて硬く、高さがあり、さらに移動させることが可能である。精神科急性期では著しい精神症状のため、患者が自身や医療者に危害を加える可能性があるため、保護室は安全を守るため、シンプルな構造が望ましく、ものの持ち込みも制限されていること。対象病棟の 2/3 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言える。さらに精神科においては、ベッドを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も今回の調査で明らかになった。

吉浜は保護室のアメニティの最大の課題として室内に便器があることを挙げ「心地よい環境、清潔な環境が与えられれば、人は自分が関心を持たれ、大切にされているのだと感じる。粗末な環境は、人を傷つけ疎外する」<sup>4)</sup>と述べている。今回の対象病棟でもすべての保護室内に便器があった。そして、室内で患者が食事をすることがほとんどで、2/3 が同じ床面に就床する環境である。仕切りや目かくしがあるにせよ同一空間で食事や寝ることを踏まえると、療養環境として再考の余地があると言えよう。

#### 文献

- 1) 三宅薫、井手敬昭：保護室における清潔ケアの実態，日本精神科看護学会誌，51 (2)，p401-405，2008.
- 2) 三宅薫、井手敬昭：保護室における排泄にかかわる設備と援助の実態，日本精神科看護学会誌，52 (2)，p18-22，2009.
- 3) 三宅薫：保護室における食事への援助の実態，日本精神科看護学会誌，53 (2)，p276-280，2010.
- 4) 吉浜文洋：保護室の過去，現在，未来，精神科看護，35 (8)，p15，2008



図1 ベッドを使用する保護室（初石病院・千葉）



図2 つくりつけのベッド（桶狭間病院こころケアセンター・愛知）

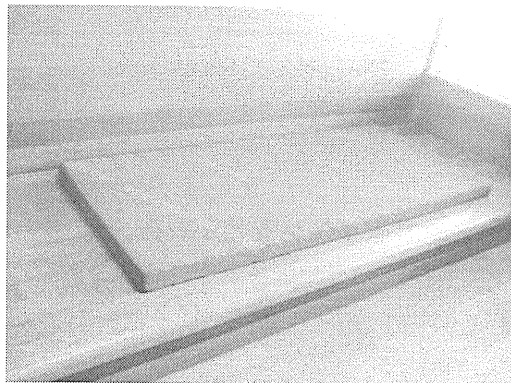


図3 床に段差をつけ就床スペースとしたもの（松山記念病院・愛媛）

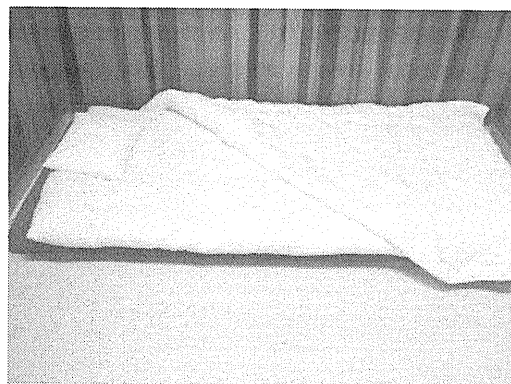


図4 保護室の床に敷かれた寝具（三重県立こころの医療センター・三重）



## 参考資料②： 保護室から見えるもの—27施設を対象にした調査より—

(日本精神科看護学会誌、54 (2)、101-105、2011)

千葉県 社会医療法人(社団)同仁会木更津病院

○三宅 薫

奈良県 財団法人信貴山病院ハートランドしぎさん

大谷須美子

### Summary

#### 【目的】

本研究は病棟および保護室の構造と看護援助の実際を調査し、質の高い看護の方向性を探ることを目的にしている。今回は複数の施設の保護室内から見えるものについて報告し、保護室における看護ケアのあり方について考察する。

#### 【対象・方法】

対象：精神科病床を持つ27病院（34病棟）。

方法：研究者が施設を訪問し、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看護師に面接を行った。

分析方法：データより、保護室内から見えるものを抽出し、1) 時計とカレンダー、2) 外の景色、3) そのほか、に分類した。

倫理的配慮：施設長および面接対象の看護師に説明を行い、同意を得た。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。

#### 【結果】

- 1) 時計とカレンダー：26病棟に時計が、そのうちの15病棟はカレンダーも設置されていた。
- 2) 外の景色：見える病棟は21病棟であった。8病棟はプライバシー保護や近隣住民からの苦情等に配慮して、外の景色が見えないようになっていた。
- 3) そのほかの、保護室内から見えるものは、避難経路、処遇・病棟日課、花・観葉植物、人形など患者の私物、巡回時間、食事のメニュー、テレビであった。

#### 【考察】

保護室の役割の1つに単調な環境による知覚刺激の低減があるが、治療に有効なものを選択・追加することでより回復を促進させると考える。「保護室から見えるもの」は、時間の見当識を支えるもの、生活に彩りを添えるもの、安全の感覚を提供するものとしての意義がある。設置する際には患者・看護師の安全に配慮することが必要である。「保護室から見えるもの」はただそこに置くだけでなく、看護師がその意味を理解し、意図的に活用することで効果が大きくなる。収容から、孤独の時間によるケアを提供する病室としての保護室の創出のために、看護師が日常的に取り組んでいくこと、倫理的配慮をもって関与することが、看護の質向上につながっていくと考える。

### Key Words

保護室 時間の見当識 生活環境

はじめに

本研究は病棟および保護室の構造と看護援助の実際を調査し、質の高い看護の方向性を探ることを目的に 2006 年度から保護室をもつ精神科病棟を訪問し、調査と結果の報告を行ってきた。今回は保護室内から見えるものについて報告し、保護室における看護ケアのあり方について考察する。

## I. 対象と方法

1. 訪問対象・期間：精神科病床をもつ病院の施設長に協力を依頼，研究への同意を得た 27 病院（34 病棟）。訪問期間は 2006 年 8 月から 2010 年 11 月である。

2. 方法：研究者が施設を訪問し，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。

分析方法：データより保護室内から見えるものを抽出し，以下の点から分類した。

- 1) 時計とカレンダー
- 2) 外の景色
- 3) そのほか

3. 倫理的配慮：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。本研究では精神科臨床に携わる看護師への情報提供を意図し，可能な限り施設名を公表することに努めている。そのため，施設名公表について施設長に了解を得た。

## II. 結果

### 1) 時計とカレンダー

保護室内から時計やカレンダーが見えるようにしている病棟の数は図 1 の通りである。対象の 34 病棟のうち 26 病棟に時計が設置されている。そのうち 15 病棟はカレンダーも設置している。時計は観察廊下，前室，通路に設置されるほか，患者の私物を部屋に入れているものも含まれている。カレンダーの設置場所は時計と同じ場所のほか，部屋に面したガラスに貼り付けている病棟もあった。時計とカレンダーの両方を設置していない病棟は 8 病棟であった。

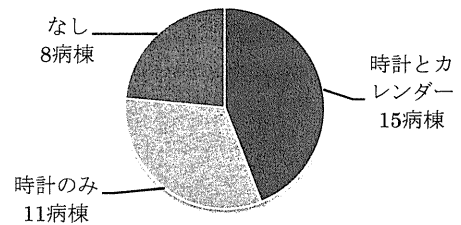


図 1 時計・カレンダーの設置

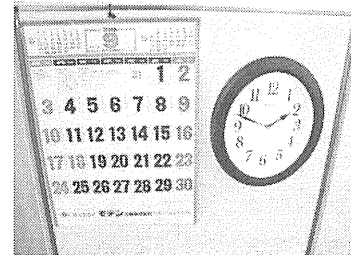


図 2 観察廊下の時計とカレンダー（浅井病院・千葉）



図 3 前室の時計とカレンダー（千葉病院・千葉）

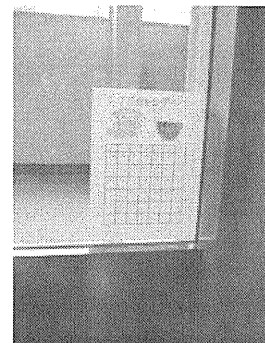


図 4 窓に貼られたカレンダー（東尾張病院・愛知）

### 2) 外の景色

外の景色が見える病棟の数は図 5 の通りである。外が見える保護室の大半には観察廊下が設置されていた。「少し見える」というのは，観察廊下の窓が約 10cm 開きそこから見える，あるいは窓のすりガラスの一部が透明になっているものなどである。どのような景色が見えるかは病棟によりさまざま

である。「保護室から必ず緑が見えるように」という病院長の考えで、中庭に面して保護室の窓を設けている病院や、身体拘束をする場合にも外が見えるようにベッドの位置を工夫している病棟もあるが、外は見えるものの建物で遮られ実質は壁しか見えない保護室もあった。

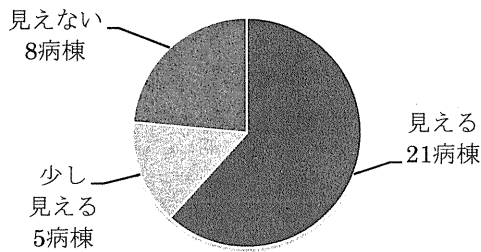


図5 外の景色が見える保護室



図6 観察廊下の窓から見える景色 (県立こころの医療センター・三重)

外が見えない保護室は窓がすりガラスになっている。室内から外が見えることはすなわち外から保護室内が見えることであり、プライバシー保護の点から考えると、外が見えることが一概に患者の利益には結びつかない。特に1階に病棟がある場合はそうである。また病院の周囲に高層マンションがあり、住民から保護室内が見えるという苦情が寄せられるというケースもあった。

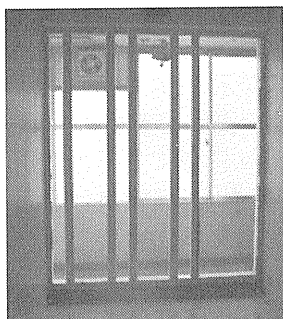


図7 すりガラスの窓 (のぞみの丘ホスピタル・岐阜)

3) そのほか

そのほかの保護室内から見えるものは、避難経

路(3病棟)、処遇・病棟日課(3病棟)、花・観葉植物(2病棟)、人形などの患者の私物(2病棟)、巡回時間(1病棟)、食事のメニュー(1病棟)、テレビ(1病棟)であった。

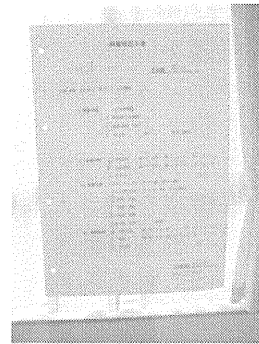


図8 窓に貼られた処遇 (相州病院・神奈川)

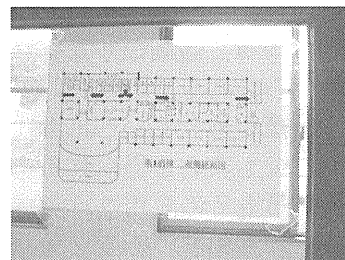


図9 避難経路 (東尾張病院・愛知)



図10 観察廊下に飾られた花 (松山記念病院・愛媛)



図11 観察廊下の患者の私物 (木村病院・千葉)

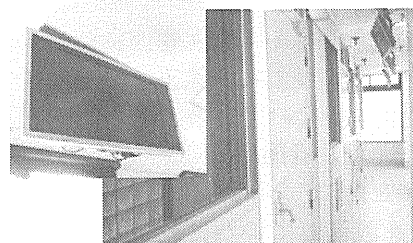


図12 テレビ (成仁病院・東京)

#### IV. 考察

本研究はこれまで保護室における清潔ケア<sup>1)</sup>、排泄<sup>2)</sup>、食事<sup>3)</sup>、開放観察<sup>4)</sup>、就床環境<sup>5)</sup>などについて報告してきた。その結果、保護室における生活の援助と設備は施設によって差があることは明らかであり、保護室における生活の質と患者・看護師の安全のバランスを見極める必要であること、患者の生活を整えようとする看護の視点・工夫が重要であることが分かってきた。

Guthiel は、保護室を①封入：自傷及び他害行為から安全な場所へ患者の動きを封じ込める、②遮断：保護室によってもたらされる対人関係からの遮断は対人葛藤からの解放されたオアシスとして役立つ、③知覚刺激の低減：重い精神病患者は知覚刺激に脆いが、保護室は相対的な単調さを作り出し、それによって過剰な知覚刺激からの好ましい開放がもたらされる、と定義している<sup>6)</sup>。病的体験により苦痛を感じている患者にとって、保護室は一時的にでも安心を得られる空間であるべきであり、医療者もその有用性は実感しているところであろう。知覚刺激の低減を意図し、刺激の少ない単調な環境を患者に安心感をもたらすために用意するとして、その中で治療的に有益なものを選択して追加することが、回復をさらに促進すると考えられる。今回は選択的な刺激としての「保護室から見えるもの」について、「時間の見当識」、「生活の彩り」、「安心感の提供」、「設備」の4点の実態と意義を述べ、保護室における看護ケアのあり方について考察する。

##### 1) 時間の見当識に関するもの

時計や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・救急期の障害に空間・時間の見当識の消失または低下をあげ、特に保護室使用中の患者について「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うことがある。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」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。

今回の対象病棟の約1/4の保護室に時計が設置されていなかった。つまり保護室にいる患者には時間を知る手だてがないということである。頻回に呼ぶ患者に対し、看護師は「〇分後に来ます」「〇分ごとに来ます」と説明することがあるが、そもそも時計を設置していなければ、このような説明には意味がないと思われる。残りの3/4の病棟が患者に時計を見ることができ環境を提供し

ていた。さらにその半数は時計とカレンダーの両方を設置している。時計は設置するだけであるが、カレンダーは毎月交換するという作業を伴う。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のではないかと。

しかし、時計もカレンダーもただ設置するだけでは、周囲の環境を正しく認識する能力が低下した急性期の患者の見当識を支えるのに十分とは言えないであろう。時計やカレンダーをより見やすい場所に設置し、看護師が時計やカレンダーの場所を示したり、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、設置された時計やカレンダーをより効果的に活用できると考える。またカレンダーを用いて「〇日に入院し、いまは3日目ですよ」「今度の土曜日に家族が面会に来ます」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のではないかと。

さらに病棟日課、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。

##### 2) 生活に彩りを添えるもの

人形などの患者の私物や外の緑、花や鉢植えは殺風景な保護室の中で、患者にほっとできる環境を提供できる。植物はただそこに置かれているだけでなく、看護師が世話をする姿を患者が見ることができ、それらをコミュニケーションの糸口にすることができる。患者との関係を築くのは会話だけでなく、生活の援助や保護室を少しでもぬくもりのある生活空間に整えようとする看護師の活動そのものであると考える。

外の景色も同様である。結果に示したように外が見えることは一概に患者の利益には結びつかず、また敷地の条件や病院のほかの設備との兼ね合いなどの現実的な制約はあるが、結果で例示したように保護室を使用する患者に緑を見せようと積極的に取り組んでいる病棟もあった。

##### 3) 安全の感覚を提供するもの

避難経路やそれに類するものを掲示している病棟は1/10以下である。保護室は言うまでもなく隔離のための病室であり、中からドアを開けることができないことを考えると、保護室を使用する患者にこそ避難経路を掲示する必要があるのではないかと。保護室は急性期の患者に安全の感覚を提供するための空間であるが、空間の利用により苦痛が軽減していくことと、患者自身が安全を自覚することとは異質なものであるのではないだろうか。本来備え付けられているものだけでは、対人間と

してのかかわりをする看護師には不十分であることがわかっているからこそ、避難経路や処遇、病棟日課などの視覚的な安全感を提供しているのではないかと考える。無機質な空間で、患者自身に安全の感覚を提供できるものは、患者の視点からの看護の工夫である。

#### 4) 「保護室から見えるもの」を支える設備

「保護室から見えるもの」のうち、時計やカレンダー、花や患者の私物は観察廊下、前室、通路に置かれていた。観察廊下の場合、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。逆に図 11 のように、ものを置く場所を意図的に設けている病棟もあった。「保護室から見えるもの」を設置するとき大切なことは、患者および医療者の安全を守るため、目には触れるが室内から手が届かない場所があることである。十分な幅のある観察廊下は、その用途に適していると考えられる。

保護室は本来、自傷・他害を防止する機能的要請からでたもので、快適性や庇護感のない無機質な部屋であった。しかし、近年では、従来のセキュリティ機能だけでなく、プライバシーとアメニティも兼ね備えたものの重要性が指摘されている。対象病棟においても、建築年に差はあるが意識された構造であることが伺えた。一方でハード面だけでは物理的な限界があり、ソフト面いわゆる人的資源・介入による環境の調整が、不足している部分の補完に必須であるといえる。保護室における看護では、患者のモニタリングや鎮静化のみを重視するのではなく、そこで治療を受ける患者の視点からの環境調整や倫理的な配慮によるケアが、今後の患者自身の回復過程や病棟生活の善し悪しを左右するものであることを、医療者が意識する必要があるのではないだろうか。

寛は「漫然と行われてきた精神科医療施設の施設環境づくりにおいて、施設環境とはどうあるべきなのかということ、法律や通知で示された基準を遵守するというところから一歩踏み出し、精神科医療を提供する場として、どういう治療空間、生活環境が患者にとって必要なのかということに踏み込んだ施設環境づくりに対する議論・考察が、今後なされていかななくてはならないものと考えている」<sup>8)</sup>と述べている。本調査研究も、今後の治療空間・生活環境としての保護室を議論・考察するうえで意義あるものではないかと考えている。

おわりに

今回は「保護室から見えるもの」というテーマ

に取り組んだ。「保護室から見えるもの」はただそこに置くだけでなく、看護師がその意味を理解し、意図的に活用することで効果が大きくなる。収容から、孤独の時間によるケアを提供する病室としての保護室の創出のために、看護師が日常的に取り組んでいくこと、倫理的配慮をもって関与することが、看護の質向上につながっていくと考える。

#### 引用・参考文献

- 1) 三宅薫, 井手敬昭: 保護室における清潔ケアの実態, 日本精神科看護学会誌, 51 (2), p401-405, 2008.
- 2) 三宅薫, 井手敬昭: 保護室における排泄にかかわる設備と援助の実態, 日本精神科看護学会誌, 52 (2), p18-22, 2009.
- 3) 三宅薫: 保護室における食事への援助の実態, 日本精神科看護学会誌, 53 (2), p276-280, 2010.
- 4) 三宅薫, 大谷須美子: 保護室における開放観察の実態, 前掲書 3), p92-96.
- 5) 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.
- 6) 平野哲則: 保護室隔離中の看護を見直す, 厚生省保健医療局国立病院部政策医療課看護婦等養成指導室, 精神科看護事例集, 2000.
- 7) 坂田三允他: 生活領域から見た精神科看護, 医学書院, p96, 2001.
- 8) 寛淳夫: 精神科医療施設の物的環境, 保健医療科学, 53 (1), p26-30, 2004.
- 9) 渡部美根, 寛淳夫, 野田寿恵, 伊藤弘人: 精神科救急病棟の空間構成と隔離・身体拘束との関連: 保健医療科学, 59 (1), p78-79, 2010.
- 10) 豊田由起子, 三木明子, 藪下祐一郎, 鬼塚愛彦: 精神科急性期病棟での精神疾患患者の考える個室環境の意味, 岡山大学医学部保健学科紀要, 15 (1): p29-37, 2004.

## 2) 『病棟構造と隔離・拘束との関連性』

### 2) -2 医療観察法病棟の規模や構造が 行動制限最小化に影響を及ぼす要因

○美濃由紀子（東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科）  
熊地美枝（国立精神・神経医療研究センター病院・国立看護大学校看護学部）  
高橋直美（東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科）  
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：

医療観察法病棟では、精神疾患に起因する重大な他害行為を行った既往があり自傷他害の危険性が高い患者に対して、マンパワーを活用し、入院時から治療契約を結び援助関係作りに努めること、必要時には24時間の常時観察を行うことを通じて、行動制限最小化に一定の成果を上げてきた。

そこで本研究は、全国の指定入院医療機関を対象に、医療観察法病棟で行われている行動制限最小化への取り組みの効果を確認し、抱えている課題を明らかにしながら、得られた知見や技法を一般の精神医療に適用するための方策について検討するための資料とすることを目的とし、医療観察法病棟の看護管理者に質問紙調査を実施した。

その結果、行動制限を行った事例とその理由については、病棟構造や病棟規模別による違いや特徴が明らかとなり、それぞれの病棟の限界や強みを自覚したうえで、対策を立てられるかどうかという点が鍵となることが示唆された。

病棟構造が行動制限最小化を促進していると思われる要因として、【ゆとりのある空間配置】【治療効果を向上させる充実した設備】【急性期ユニットの独立】【セキュリティに配慮した構造】の4カテゴリーが明らかになった。医療観察法の病棟では、促進要因がより多く存在し、行動制限最小化に向けて効果があがっていることが確かめられた。これらの促進要因は一般の精神科病院における行動制限最小化への取り組みにも寄与しうることが示唆された。

#### A. 研究目的

新しい精神科地域医療体制を構築していくうえで、精神科病院行動制限最小化に向けた適切な対処法の検証と評価は、必要不可欠な重点課題であるといえる。この課題に取り組むに当たっては、精神科病棟における施設構造、人員配置、病棟文化などのさまざまな要因が複雑に絡み合っており、行動制限最小化を阻害しているかについて明確にする必要がある。

行動制限最小化に向けた最近の取り組みとしては、2005年の開設当初から、既存の病院に比べると恵まれたマンパワーを活用して、極力隔離拘束を避ける原則を貫いてきた指定入院医療

機関（＝医療観察法病棟）の実践を挙げることができる。医療観察法病棟では、精神疾患に起因する重大な他害行為を行った既往があり自傷他害の危険性が高い患者に対して、マンパワーを活用し、入院時から治療契約を結び援助関係作りに努めること、必要時には24時間の常時観察を行うことを通じて、行動制限最小化に一定の成果を上げてきた。

従って、医療観察法病院における5年余の経験から得られた知見を明らかにすることは、既存の病院における行動制限最小化への取り組みの重要なヒントになると考えられる。

そこで本研究は、全国の指定入院医療機関を対象に、医療観察法病棟で行われている行動制限最小化への取り組みの効果を確認し、抱えている課題の明確化を図るとともに、得られた知見や技法を一般の精神医療に適用するための方策について検討する基礎資料とすることを目的とした。

## B. 研究方法

### 1) 調査対象施設

全国の指定入院医療機関：28施設（30病棟）

内訳：国立病院機構15施設（17病棟）、自治体立13施設（13病棟）

### 2) 調査対象者

対象施設の師長30名

### 3) 調査実施日：2010年11月

### 4) 調査方法

質問紙調査

質問内容は以下に示す3テーマとした。

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>①行動制限を行った事例とその理由</li><li>②病棟構造と行動制限最小化との関連</li><li>③行動制限最小化に向けたリスクアセスメントに役立っている方法</li></ul> |
|---|

### 5) データ収集方法

全国の調査対象施設の医療観察法病棟看護師長に、自記式の質問紙を配布し、記入を依頼した（回収率96%）。

### 6) 分析方法

質問紙調査によって収集した数値的データに関しては単純集計を行い、自由記載部分の文章に関しては、質的帰納的アプローチを採択した。

（倫理面への配慮）

本研究は、厚生労働科学研究事業の一部として実施し、事前に各施設長から許可を得て実施し

た。調査対象者には、研究内容及び研究結果の公表、研究協力の任意性と協力撤回の自由について説明した後、書面をもって同意を得た。対象者のプライバシー保持や資料保管方法には十分留意し、本研究への参加によって特定の施設や個人に不利益が生じないよう十分配慮した。

### C. 研究結果

質問紙調査では、23施設（25病棟）から有効回答が得られた。有効回答施設の病床規模別の内訳は、大規模型（33床）が14病棟、小規模型（17床～23床）が6病棟、小規格病床・併設型（2～8床）が5病棟であった。

#### 1) 行動制限を行った事例とその理由

行動制限（隔離・拘束）を行った事例について、病棟規模別に理由を整理したところ、以下の特徴がみられた。〈表1〉

大規模型の病棟における行動制限に至った理由として主にあげられていたのは、他害行為（スタッフへの暴力・性的嫌がらせ、他対象者への暴力）、迷惑行為（器物破損、他対象者とのトラブル）であった。中には、鎮静を図る・対象者への刺激を減らす・自から希望・症状の急性増悪という理由で行動制限に至った事例もあるが、これらの場合は短時間（24h以内）の隔離に留まっている。統合失調症圏の対象者のほとんどは、常時観察とアメニティで対応が可能であり、継続的な行動制限には至らないで対処できていることが多い。それに比べ、パーソナリティ障害や知的障害、発達障害など重複障害をもつ対象者に関しては、行動制限が比較的長引く傾向があることがあげられた。

小規模型の病棟における行動制限に至った理由として主にあげられていたのは、対人暴力や器物破損などの他害行為・迷惑行為に加えて、自傷行為、重篤な水中毒、対象者間の性的逸脱行為があげられていた。

小規格・併設型の病棟においては、対人暴力、自傷行為、水中毒等があげられていた。小規格・併設型病棟は、一般精神科医療の患者（急性期閉鎖病棟やスーパー救急病棟）との併設となっていることから、病棟の構造上の限界やマンパワー不足による常時観察対応の困難さがあげられていた。

医療観察法病棟においてやむを得ず行動制限に至った理由として主にあげられていたものは、対人暴力と器物破損であった。病棟規模による特徴としては、大規模型においては、自傷行為を理由とした隔離・拘束の事例はみられなかったが、小規模型や小規格・併設型においては、行動制限に至った理由として自傷行為があがっていた。

#### 2) 病棟構造と行動制限最小化との関連

**促進要因**：医療観察法の病棟構造が行動制限最小化を促進していると思われる要因として、**【ゆとりのある空間配置】****【治療効果を向上させる充実した設備】****【急性期ユニットの独立】****【セ**



セキュリティに配慮した構造】の4カテゴリーが抽出された。〈表2〉

【ゆとりのある空間配置】においては、〔全室個室〕であることや広い廊下やアトリウム、中庭など〔広い空間が確保〕されていることなどがあげられた。中でも対象者が自分自身のパーソナルスペースを確保できることのメリットは大きく、安心できる居場所としての個室があることで行動制限に至らずに済んでいるケースが多く存在することが明らかになった。また、個室があることはスタッフにとっても常時観察等の個別対応がしやすいため、速やかで密度の濃い援助が提供できるというメリットもあげられていた。

【治療効果を向上させる充実した設備】においては、治療プログラムや面接のための部屋など〔治療専用ルームが確保〕されていることや体育館やフィットネスマシンなどの〔治療に必要な備品の整備〕が充実していることがあげられた。ゆとりのある空間配置は、リラックスでき対象者のストレス負荷を最小限に抑えられること、治療効果を向上させる設備が整っていることは、治療へのモチベーションに好影響をあたえ、そもそも行動制限に至るような対象者を生み出しにくい環境であることがあげられていた。

【急性期ユニットの独立】においては、病状・病期に応じた〔治療ステージ毎のユニット制〕を導入していることから、病棟構造上、急性期ユニットが独立している。急性期ユニットは、スタッフ配置も手厚くなっており、症状増悪時であっても目が届きやすく、きめ細やかなケアの提供が可能となっている。そのため、行動制限をしなくて済む、あるいは行動制限の解除をしやすいというメリットがあげられていた。また、対象者間のトラブルにおいても、ユニットの移動で対応することで、トラブルや刺激の回避ができるため、行動制限に至らずに対処できるケースが多いことが明らかになった。

【セキュリティに配慮した構造】においては、〔セキュリティゲートの設置〕や〔死角の少ない構造〕など安全確保に配慮した環境であることがリスクの発生の比率を低めていることがあげられた。また、〔パニックアラームの設置〕なども、スタッフを守るという目的だけでなく、対象者間での暴力から身を守るために対象者も使用可能にしているという病棟もあった。

病棟規模別に行動制限最小化との関連項目を整理してみると、大規模型病棟と小規模型病棟では、ほぼ同様の内容があげられており、規模別における構造上のメリットの違いはみられなかった。小規格・併設型においては、大規模型病棟と小規模型病棟とは病棟構造が異なっているためか、個室であること以外に特に構造上のメリットをあげている施設はなかった。

**阻害要因**：病棟構造が行動制限最小化を阻害している要因は、促進要因に比べて記載は少なく、「見当たらない」、「特になし」という施設が多く存在していた。阻害要因として出ていた内容は、死角が多い、ユニット制のためユニット毎の連携がとりづらい、対象者同士の交流が減る、保護室が1室しかないこと、小規格・併設型病棟であること、等があげられていた。

監視カメラの設置・運用方法と行動制限最小化との関連については、「監視カメラがある部屋

は有効」と答えている施設と「監視カメラの暴力リスク等への効果は疑問である」と答えている施設とがあり、メリット⇔デメリットの両回答が存在していた。

その他の意見としては、行動制限最小化との関連に関して、病棟の構造も大事だが、それだけではなくマンパワーやケアの質、CVPPPの技術も重要な要素であることなどがあげられていた。

### 3) 行動制限最小化に向けたリスクアセスメントに役立っている方法

行動制限最小化に向けたリスクアセスメントに役立っている方法（複数回答）について、病棟規模による違いはみられなかった。

全体として、多くあげられていたものは、順に「MDT 会議の開催」、「治療評価会議の開催」、「CVPPP の活用」、「倫理会議の開催」であった。これらの方法の中で、最も有用だと思われる方法を1つ選んでもらったところ、「MDT 会議の開催」次いで「治療評価会議の開催」であった。「共通評価項目」や「共通評価項目以外のアセスメントツール」という項目を最も有用と回答した施設はなかった。〈表3〉

その他の内容としては、「MDT 会議」「治療評価会議」で話し合われた内容や「ツール評価」に基づいた「ディスカッション：事例検討」や「チーム内カンファレンス」が情報の共有と整理に役立ち、リスクアセスメントに有効な方法となっているという意見もあげられた。

## D. 考察

行動制限を行った事例とその理由として最もあげられていた内容は、対人暴力であった。病棟規模による違いとして特徴だったことは、大規模型においては、自傷行為を理由とした隔離・拘束の事例はみられなかったということである。大規模型の病棟は、33床に対して看護スタッフ43名というマンパワーの配置が認められている。この豊富なマンパワー配置の背景には、極力行動制限は行わず、人の手でケアするという理念が基にある。この理念のもと、一般精神科病棟であれば行動制限をせざるをえないような自傷他害の危険性や自殺リスクの高い対象者に対して、医療観察法病棟では「常時観察」を実施することで、行動制限の最小化を図ることが可能となっている。中でも、自傷行為や自殺企図の対象者に対する常時観察は有効とされており、スタッフが常にそばにすることが対象者に安心感を与え、相互の気づきや理解を深める機会にもなっている。本調査の結果から、大規模型病棟においては、必要なことに必要な人力を投入できるというメリットがあり、そのことが行動制限最小化に寄与していることが明らかになった。大規模型に比べ、小規模型や小規格・併設型においては、病床数が少ない分看護スタッフ数もコメディカルスタッフ数も少ない配置となっていることから、MDTが十分に機能しづらい状況や常時観察の体制が十分組めるほどのマンパワーが確保しづらいといった状況が生じている可能性が示唆された。とりわけ小規格・併設型においては、一般精神科のスーパー救急病棟や急性期閉鎖病棟との併設であるため、病棟の構造上からも対応が難しいことがわかった。

行動制限最小化への取り組みをめぐっては、それぞれの病棟の限界や強みを自覚したうえで、対策を立てられるかどうかという点が鍵となりそうである。森<sup>1)</sup>が述べているように、機能分化といった考えのもとそれぞれの病棟規格のもつ特徴が活かせるようなネットワーク体制が求められる。

医療観察法の病棟構造では、促進要因が多く存在し、そのことが行動制限最小化に向けて効果があがっていることが確かめられ、この成果は一般の精神科病院においても、類似の条件を整えることができれば、寄与しうることが示唆された。具体的には、医療観察法病棟の【ゆとりのある空間配置】と【治療効果を向上させる充実した設備】は、一般の精神科病院においても現在改善傾向がみられるものの、未だ十分であるとは言い難いため、今後さらに推進していく必要性が示唆された。【急性期ユニットの独立】と【セキュリティに配慮した構造】については、一般の精神科病院の急性期病棟における保護室周辺スペース（前室も含む）の工夫や改善に活かすことができると考えられた。結果から、医療観察法病棟の「アメニティとセキュリティ」や「システムと病棟構造」の両立と調和が、行動制限最小化に影響を及ぼしていることがわかったが、医療観察法の対象者は重大な他害行為を行った者に限定されているため、セキュリティには特に配慮された病棟設計になっている。そのことは安全性の確保といった面からはメリットといえることができる反面、セキュリティゲートや監視カメラ、パニックアラームといった設備は、対象者の自尊感情を傷つけることにもなり兼ねないという意味で、阻害要因としてもあげられていた。その点に十分配慮したうえでの声かけやケア（インフォームド・トラウマケア）の必要性があることも示唆された。

行動制限最小化に向けたリスクアセスメントに有効な方法としては、担当多職種チームによる話し合いであると実感されていることが明らかとなった。このことは、多職種チームアプローチが、対象者への治療・ケアの要として機能しており、MDTとしての入院当初からの取り組みの積み重ねがリスクアセスメントに貢献していることが示唆された。医療観察法病棟では、MDTに治療評価会議、倫理審査、CVPPPといったいくつかの方法を組み合わせることによって、行動制限最小化に向けた取り組みを重ねていることが確かめられた。

## E. 結論

全国の指定入院医療機関の看護管理者を対象に、行動制限最小化への取り組みについて質問紙調査を実施した。その結果、行動制限を行った事例とその理由については、病棟構造や病棟規模別による違いや特徴が明らかとなり、それぞれの病棟の限界や強みを自覚したうえで、対策を立てられるかどうかという点が鍵となることが示唆された。

病棟構造が行動制限最小化を促進していると思われる要因として、【ゆとりのある空間配置】【治療効果を向上させる充実した設備】【急性期ユニットの独立】【セキュリティに配慮した構造】の4カテゴリーが明らかになり、これらの促進要因は一般の精神科病院における行動制限

最小化への取り組みにも寄与しうることが示唆された。

今後は、これらの調査結果を踏まえて、医療観察法病棟における行動制限最小化の成果を一般の精神科病棟に活かしていくための工夫についてさらに検討を深めていきたいと考える。

### <引用・参考文献>

1) 森裕：小規格指定入院医療機関とフル規格指定入院医療機関の有機的機能について. 司法精神医学. 6(1), pp54-60, 2011

表 1：行動制限に至った理由

病棟規模	隔離・拘束の主な理由	記載内容の一部抜粋
大規模型 (33床) n=14	対人暴力(スタッフ・他対象者) 迷惑行為(セクハラ行為・器物破損・過干渉) 無断離院企図 不穏・興奮	・通常の統合失調症であれば常時観察とアメニティで対応可能 →継続的な行動制限に至らないで対処できている。 ・人格障害・発達障害系の重複障害の対象者は、行動制限が長引く傾向がある ・鎮静を図る・対象者への刺激を減らす・本人の希望 ←短時間(24h以内) ・自傷行為等に対しては常時観察で対応
小規模型 (17床～23床) n=6	対人暴力(スタッフ・他対象者) 迷惑行為(器物破損・過干渉) 不穏・興奮・粗暴・対象者同士の性的逸脱行為 多飲水 自傷行為	・常時観察をしていたが防げなかった ・CVPPPによる興奮の鎮静化を図るが効果ない為 ・性逸脱行為は、死角を利用して行った ・水中毒の水分制限、けいれん、意識低下 ・自傷行為の行動化
小規格病棟・併設型(2～8床) n=5	対人暴力(スタッフ・他対象者) 興奮 多飲水 自傷行為	・もともと回復期移行の対象者の入院を想定して作られた病棟であり、急性期と回復期、一般精神の患者との併設であることから、ハード面においても限界があり、マンパワーでの不足もあり、常時観察ができない状況である

表 2：病棟構造が行動制限最小化を促進していると思われる要因

抽出カテゴリー(4個)	サブカテゴリー	行動制限最小化との関連(内容の一部抜粋)
【ゆとりのある空間配置】	〔全室個室〕 〔広い空間の確保〕	・パーソナルスペースが確保されていることで個別対応しやすい ・自分の空間でクールダウンできる。安静を図りやすい。刺激を少なくできる ・広い廊下、アトリウム、中庭があり、リラックスしやすい。ストレス負荷が低い
【治療効果を向上させる充実した設備】	〔治療専用ルームの確保〕 〔治療に必要な備品の整備〕	・治療プログラムや面接のための部屋が確保されている ・体育館やフィットネス機器など治療に必要なものがそろっている ・治療へのモチベーションがあがる。行動制限に至るような対象者を生み出しにくい
【急性期ユニットの独立】	〔治療ステージ毎のユニット制〕	・小さなユニットで目が届きやすい。ユニットの移動で対応できる ・対象者同士のトラブルの回避が可能。距離がとりやすい ・急性期ユニットはスタッフの配置も手厚いため行動制限をしなくても対応が可能
【セキュリティに配慮した構造】	〔セキュリティゲート設置〕 〔死角の少ない構造〕 〔パニックアラームの設置〕	・危険物の持ち込み制限 ・安全性を確保した環境がリスク発生の比率を低めている ・スタッフも対象者も安全で守られているという環境