

統合失調症圏患者の保護室完全隔離から隔離解除の過程における 看護師の観察内容と精神症状との関連

Correlation between Nurse's Observations and Psychotic Symptoms of Patients with Schizophrenia Spectrum Disorder during the Course of Placement in Total Isolation to Discharge

岩崎 優子¹⁾

Yuko Iwasaki

山崎 不二子¹⁾

Fujiko Yamasaki

平野 雅子²⁾

Masako Hirano

藤本 亮一³⁾

Ryouichi Fujimoto

中川 光幸²⁾

Mitsuyuki Nakagawa

稲葉 真理²⁾

Mari Inaba

要旨

〔目的〕 統合失調症圏患者の保護室完全隔離から隔離解除の過程における看護師の観察内容について検討し患者の精神症状との関連を明らかにする。

〔方法〕 1. 隔離解除の過程で重視している観察内容について、看護師5名の聞き取りを基に9項目5段階評価の調査票を作成。2. スーパー救急病棟勤務で研究同意が得られた21名の看護師により、統合失調症患者4名の保護室完全隔離から保護室転出後まで毎日調査票を記入。3. 行動制限の指示変更ごとに精神症状を測定。4. 分析は隔離解除各期の観察項目平均値比較及び各項目と精神症状との相関をみた。

〔結果〕 保護室完全隔離期と開放観察期の間⑨保護室での生活に苦痛や不満を訴えるに有意差がみられた。また、保護室完全隔離期では⑥自分の行動をふりかえって話ができる、開放観察期では⑨保護室での生活に苦痛や不満を訴える、保護室転出期では②約束が守れる、④清潔の欲求を発言するに精神症状と有意な相関がみられた。

〔考察〕 統合失調症圏患者の開放観察の判断基準となる患者の状態が明らかになった。

キーワード：統合失調症圏患者 隔離解除 看護師 観察内容

¹⁾ 福岡女学院看護大学 ²⁾ 前独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター ³⁾ 独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター

Abstract

〔Purpose〕 This study was conducted to determine useful observations from nurses caring for patients with schizophrenia spectrum disorder during their course of confinement in a seclusion room.

〔Methods〕 1. A 9-item, 5-point scale questionnaire was developed based on interviews with five nurses about important observations in the course of a patient's confinement in a seclusion room. 2. Twenty-one nurses received permission to take part in this study from the administrators of a psychiatric emergency ward where four schizophrenia patients were totally confined in seclusion rooms. 3. The nurses were asked to complete the questionnaire every day until a patient was released and measure psychotic symptoms whenever changes in behavioral limitations were made. 4. The analysis revealed a correlation between mean and individual items observed during the course of confinement and psychotic symptoms.

〔Results〕 From the period of total isolation in the protection room until the open observation period, there was a significant difference in (9) Complaining of discomfort and discontent with life in the protection room. For the period of total isolation in the protection room, correlation with

psychotic symptoms was observed in (6) Being able to look back and talk about their own behavior; for the open observation period, (9) Complaining of discomfort and discontent with life in the protection room; and for the period of discharge from the protection room, (2) Being able to keep promise and (4) Stating a desire for cleanliness.

[Conclusion] These results demonstrated the condition of patients with schizophrenia spectrum disorder that could be used as criteria for open observation.

Keywords : Patients with schizophrenia spectrum disorder, transfer from seclusion room, nurse, observations

I, 緒言

精神科医療における行動制限最小化の取り組みは、国の内外を問わず常に取り組み続けられる課題である。米国における「精神科における隔離・身体拘束最小化 - 使用防止のための6つのコア戦略」は現在、この分野の基本となる考えとなっている。しかし、本邦においてコア戦略の実践は少ないことが指摘されている（岡本ら,2014）。

本邦では、行動制限解除に関して看護師のみならず観察内容が重要な情報源となっていることを踏まえて、看護師の介入方法（川内ら,2014）、臨床判断の内容（安田ら,2016；服部ら,2015）、判断のプロセス（西元ら,2014）など多くの研究がなされ、観察内容や臨床判断について明らかになりつつある。しかし、判断内容に個人差があり経験的であること（坂江ら,2004；福田,2008；池内ら,2011；長山ら,2013）や、表情、目つきという直感的に感じたものを判断材料として重視している（安田ら,2016）ことも指摘されている。行動制限最小化が精神科医療における課題であり続けることを踏まえると、行動制限解除の判断基準となる患者の状態は、一部の看護師の卓越した技術としてではなく、すべての看護師が実施可能となるような一般化される必要がある。そのため、先行研究上の看護師の観察内容が行動制限解除の過程において有用であることを明らかにするため、リッカート法を用いて調査した。

行動制限とは隔離と拘束を指すが、この2つを適用する患者の状態は異なることを踏まえ、本研究では隔離に焦点を当てる。隔離が最も多いのは統合失調症（小林,2004；野田,2009）であり、隔離解除は保護室完全隔離から開放観察、次に保護

室から個室や多床室に転出する段階的解除を行うことが多いが、患者の精神症状の変化と共に判断内容も異なっていく。しかし隔離解除の過程における看護師の観察内容と精神症状との関連を明らかにしたものは認められなかった。

そのため、看護師が経験的に培っている隔離解除につながる観察内容とその有用性を明らかにすることは、保護室の適正な使用のみならず患者の回復を助け適切な退院支援につながる。

以上より、本研究では統合失調症圏患者の保護室完全隔離から隔離解除の過程における看護師の観察内容について検討し患者の精神症状との関連を明らかにする。

II, 研究方法

1. 用語の定義

1. 保護室：患者本人の意思で出ることができない部屋であり、精神保健福祉法に記載されている隔離の際に使用する部屋
2. 開放観察：行動制限開始時に比べ症状は改善されてきたが、いまだ不安定であり、行動制限を解除することが困難と判断される患者で、一定の時間、行動制限を解除して症状観察をすること
3. リスク感覚：保護室の看護について畠山（2016）は、一般診療科のICUに相当し、ICUでは患者を観察しケアするために多くの医療機器がサポートしてくれるが、保護室の看護においては、看護師の自らの身体を用いて、その状況を感じとり、判断しケアを行うと述べている。以上を参考に、本研究における「リスク感覚」とは、「患者の精神症状の如何を問わず、観察し、ケアするための道具として、看護師自らの身体を用いて、そ

の状況を感じ取り適切に判断すること」とする。

2. 研究デザイン

看護師が統合失調症圏患者の保護室完全隔離から隔離解除の過程において重視している観察内容を明らかにし、観察内容の隔離解除の各期（保護室完全隔離期・開放観察期・保護室転出期）における変化および精神症状との関連を評価するために混合研究法の順次的探索的戦略を用いる。

第1段階は、リスク感覚が高い看護師から保護室完全隔離から開放観察の開始および保護室転出が可能と判断する患者の状態についてインタビュー調査を行い、得られた状態から観察項目を作成し、調査票を構成する。プレテストを行う。

第2段階は、作成した調査票を保護室入室から保護室転出後数日間の期間、その日のケア担当看護師に毎日記入してもらう。また行動制限の指示変更ごとに精神症状を尺度票を用いて測定する。調査票の観察項目ごとに隔離解除の各期の有意差および、各期における観察項目と精神症状の相関をみる。

3. 研究フィールドの概要

506床の公立単科精神病院の精神科救急入院料病棟（以下、スーパー救急病棟という）で、平均在院日数50.0日、保護室平均入室日数35.5日、看護師は3交代制勤務である。病棟は多床室8室のAゾーンと個室12床のBゾーン、保護室14床の

Cゾーン、個室5床のD・Eゾーンの60床である。A・Bゾーンは1つのゾーンとして、そのほかはゾーンごとに閉鎖されている。Cゾーンは保護室とディールームがあり、開放観察はこのディールームが使用される。D・Eゾーンはそれぞれ個室5床と洗面所、洗濯室、トイレと食堂兼ディールームが併設されている。Cゾーンの保護室からDゾーンもしくはEゾーンに転出する段階的な刺激拡大を行うが、病床の状況に応じてはBゾーンへの転出もある。

4. 調査方法

【第1段階：看護師に対するインタビュー調査（調査票の作成）】

1) 対象

スーパー救急病棟の看護師長から日常業務でリスク感覚が高いと評価され、研究同意が得られた看護師5名（男性2名、女性3名）、平均年齢41.8±11.7歳（平均±標準偏差、以下同じ）、看護師経験年数18.0±9.2年、精神科経験年数13.6±2.9年、スーパー救急経験年数6.4±4.4年。

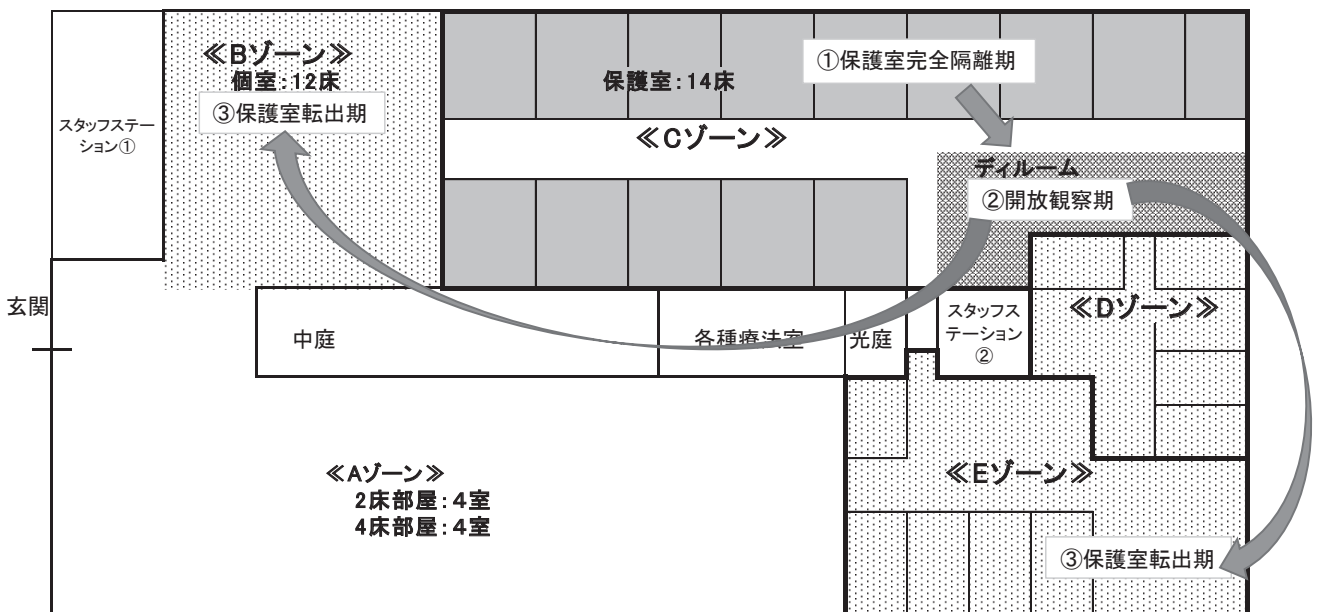
2) 調査時期

2015年3月

3) データ収集方法

（1）看護師5名に「保護室入室中の患者の観察として重視しており、開放観察や保護室転出が可能と判断する患者の状態」についてインタビュー

図1 スーパー救急病棟の構造



を行った。その結果、睡眠、食事、指示の遵守、保護室内の過ごし方、発汗・体脂などの外観、声のトーンなど17項目が抽出された。

(2) 17項目に自由記載欄「その他」を設け18項目とし、「開放観察を始める場合」「保護室から転出させる場合」のそれぞれに重視している項目の選択を上記5名に依頼した。さらに先行研究における保護室入室患者の様子(坂江ら,2004;服部ら,2015;川内ら,2014;南出ら,2003)をあわせて検討し、①表情・目つき・視線が柔らかく感じる②約束が守れる③攻撃的な言動がみられる④清潔(入浴や歯磨きなど)の欲求を発言する⑤睡眠に対する訴え(さっぱり目覚めた,不眠を意識した訴えがある,たっぷり寝た,など)がある⑥自分の行動をふりかえって話ができる⑦保護室内で過ごすことで安心したり落ち着いている⑧世間話や冗談に応じるようになる⑨保護室での生活に苦痛や不満を訴える、の9項目を患者の状態を測る指標として採用し、5段階リッカート法(5:全くそうである、4:かなりそうである、3:少しそうである、2:あまりそうでない、1:全くそうではない)の調査票とした。なお、項目③④⑨は逆転項目である。

(3) プレテストを1か月実施し、作成した調査票の妥当性を確認し、調査票を採用した。

【第2段階：調査票による調査】

1) 対象

(1) 対象患者：隔離が最も多い統合失調症(小林,2004;野田,2009)とするが、診断が確定していない場合もあるため、疾病及び関連保健問題の国際統計分類 第10版(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems;略称ICD-10)のF2圏の患者とした。調査時期にスーパー救急病棟保護室に入室し、保護者の研究同意が得られたものとした。

(2) 対象看護師：スーパー救急病棟に勤務する看護師36名。

2) 調査時期

2015年7月~2016年12月

3) データ収集方法

(1) 調査期間は対象患者が保護室完全隔離か

ら、保護室転出後の数日間とした。調査の実施は、坂江ら(2004)が就寝前はアセスメントに役立つ情報が多く収集できるとしていること、また患者の刺激への反応を隔離解除の情報として活用している(福田,2008;長山ら,2013)ため刺激反応を最も多く観察するのは日勤であることをふまえて、日勤と準夜勤務とした。

(2) 対象患者を日勤もしくは準夜勤務で担当した看護師に、その勤務終了時に患者の状態をふりかえり調査票への記入を依頼した。また①看護師経験年数 ②精神科経験年数 ③スーパー救急病棟経験年数もあわせて調査した。

(3) 精神症状の評価には、全体的評定尺度(Global assessment of functioning;以下GAFという)と簡易精神症状評価尺度UCLA版(Brief Psychiatric Rating Scale;以下BPRSという)の2つを用いた。GAFは1~100で評価を行い数値が低い方が重症度が高い、BPRSは24項目を7段階評価を行った合計で示され数値が高い方が重症度が高いと判断される。

GAF、BPRSともに保護室完全隔離から保護室転出まで、行動制限の指示変更ごとに評価した。評価は主治医もしくは病棟に勤務する共同研究者が行い、研究者が行った場合は精神科医の評価と齟齬がないか確認を行い、妥当性を確保した。

4) 分析方法

観察項目ごとの隔離解除の各期の差をWilcoxonの符号順位和検定で分析し、検定の多重性についてはBonferroni法による修正により $p < 0.025$ を有意とした。また、各期における観察項目と精神症状の相関関係をSpearmanの順位相関係数で求め、 $p < 0.05$ を有意とした。分析には統計ソフトSPSS v.23.0 for Windowsを使用した。

5. 倫理的配慮

1) 研究者の研究実施時の所属機関の倫理委員会の承認を得た。(肥前精神医療センター研究倫理委員会：承認番号：26-21)

2) 対象患者は診察の結果、隔離が必要と判断された急性期にある。研究説明等による混乱を避けるため、保護者である家族に研究の趣旨、調査自体は看護師が行い患者・家族が行うことはないこと、

研究協力は自由意思で途中中断や協力取り下げ可能、協力拒否により不利益を被らないこと、個人情報保護の保護、研究のみでの使用、結果公表の可能性のあることを口頭および書面で説明し、研究同意書による同意を得た。説明は患者の保護室入室が終了し家族に対しての医療者の説明等が全て終了した時点で、家族の状態を確認して実施した。

3) 対象看護師へは、対象者と業務上のかかわりがない研究者が研究の趣旨、研究協力は自由意思で途中中断や協力取り下げ可能、協力拒否により不利益を被らないこと、個人情報保護の保護、研究のみでの使用、結果公表の可能性のあることを口頭および書面で説明し、研究同意書による同意を得た。

第1段階のスーパー救急病棟の看護師長の推薦があった看護師には、個別に上記説明と話したくない内容は話さなくてもよいことを説明した。インタビューは対象者の指定する時間に病棟の一室にて、業務上のかかわりがない研究者と1対1で実施し、対象者の許可を得てメモを取った。

第2段階の対象看護師への説明は、病棟カンファレンスの終了後に実施日を複数日設けて、36名全員に行った。説明は上記に加えて、研究者が研究同意を得た患者1名に対し1枚の調査票を保護室入室から保護室転出後数日間の間、毎日記入すること、調査票は無記名で調査日と病室番号を記入すること、記入は数分で終了することを説明した。同意書と調査票の回収はスタッフステーション

の一角にそれぞれ専用回収箱を設置し、回収した。

4) 調査票は毎日回収を行い、病室番号は病室番号とは関係のない記号を使用し、入力後速やかにシュレッダーにて処理をした。データを保存したUSBは研究終了後5年間は施錠できるロッカーに保管し、その後は速やかにデータを消去することとした。

Ⅲ、研究結果

1. 対象患者の概要

保護室入室者の家族7名に説明を行い、6名の同意を得た。しかし1名は同意撤回書が提出され、別の1名は患者が保護室での療養を希望し開放観察や転出がなかったため対象外と判断し、4名が対象患者となった。

4名はすべて男性で、年齢は20代、30代、40代、60代であった。保護室完全隔離期のGAFは25~30(平均27.5)、BPRSは101~135(平均114.8)、開放観察期は保護室入室から3~15日目(平均8.0日目)で、2名は午前・午後1時間ずつ、2名は午前・午後3時間ずつの開放で開始され、GAFは20~30(平均26.3)、BPRSは92~102(平均97.8)であった。保護室転出期は保護室入室から19~52日目(平均29.5日目)で行われ、GAFは30~40(平均37.5)、BPRSは57~93(平均76.5)であった。

表1 対象患者の隔離解除の各期の開始時期と精神症状

		患者A 40代	患者B 60代	患者C 30代	患者D 20代	平均値
保護室完全隔離期 (Cゾーン)	GAF	25点	25点	30点	30点	27.5点
	BPRS	106点	101点	117点	135点	114.8点
開放観察期	開始時期	9日目	3日目	5日目	15日目	8.0日目
	開放時間	午前午後 1時間ずつ	午前午後 3時間ずつ	午前午後 1時間ずつ	午前午後 3時間ずつ	
	GAF	25点	30点	30点	20点	26.3点
	BPRS	98点	99点	92点	102点	97.8点
保護室転出期	実施時期	26日目	52日目	21日目	19日目	29.5日目
	GAF	40点	40点	40点	30点	37.5点
	BPRS	83点	57点	73点	93点	76.5点
	転出先	Dゾーン	Bゾーン	Dゾーン	Dゾーン	

保護室からの転出先は3名がDゾーン、1名がBゾーンであった。なお、4名とも行動制限の指示が後退することはなかった。

2. 調査票の回収

調査票の回収は86枚で、うち4枚に一部欠損値があるものも、可能な範囲で分析を行った。

3. 対象看護師の概要

スーパー救急病棟36名の看護師に説明を行い、21名(58.3%)の同意を得た。調査票86枚における看護師の属性は、性別は男性68(79.1%)、女性18(20.9%)で、平均年齢 34.7 ± 6.1 歳(28~61)(平均±標準偏差(範囲)、以下同じ)、看護師経験年数 10.3 ± 5.9 年(3~30)、精神科経験年数 8.6 ± 5.7 年(2~29)、スーパー救急経験年数 2.9 ± 2.8 年(0.1~11)であった。

4. 観察項目における各期の変化

観察項目①表情・目つき・視線が柔らかく感じる、②約束が守れる、⑤睡眠に対する訴えがある、⑦保護室内で過ごすことで、安心したり落ち着いたりしている、⑧世間話や冗談に応じるようになる

る、の5項目は隔離解除が進むにつれ平均得点が上昇した。観察項目③攻撃的な言動がみられる、④清潔の欲求を発言するは平均得点が開放観察期で上昇し、保護室転出期で下降した。⑨保護室での生活に苦痛や不満を訴える、⑥自分の行動をふりかえて話ができる、の2項目は隔離解除が進むにつれ平均得点が下降した。

観察項目⑨保護室での生活に苦痛や不満を訴える、の項目のみ保護室完全隔離期と開放観察期の間有意差($p < 0.025$)がみられた。⑨の平均得点は保護室完全隔離期が3.33、開放観察期が2.75となり、保護室での生活に苦痛や不満を訴えることが、少しある状態からあまりない状態へ訴えが減り始めていた。

5. 各期における観察項目と精神症状の関係

1) 保護室完全隔離期

GAFと観察項目⑥自分の行動をふりかえて話ができる($p < 0.01$)に有意な正の相関がみられた。平均得点はGAFが27.50で⑥が2.24であった。GAFの30~21は意思伝達か判断に粗大な欠

図2 観察項目の平均得点

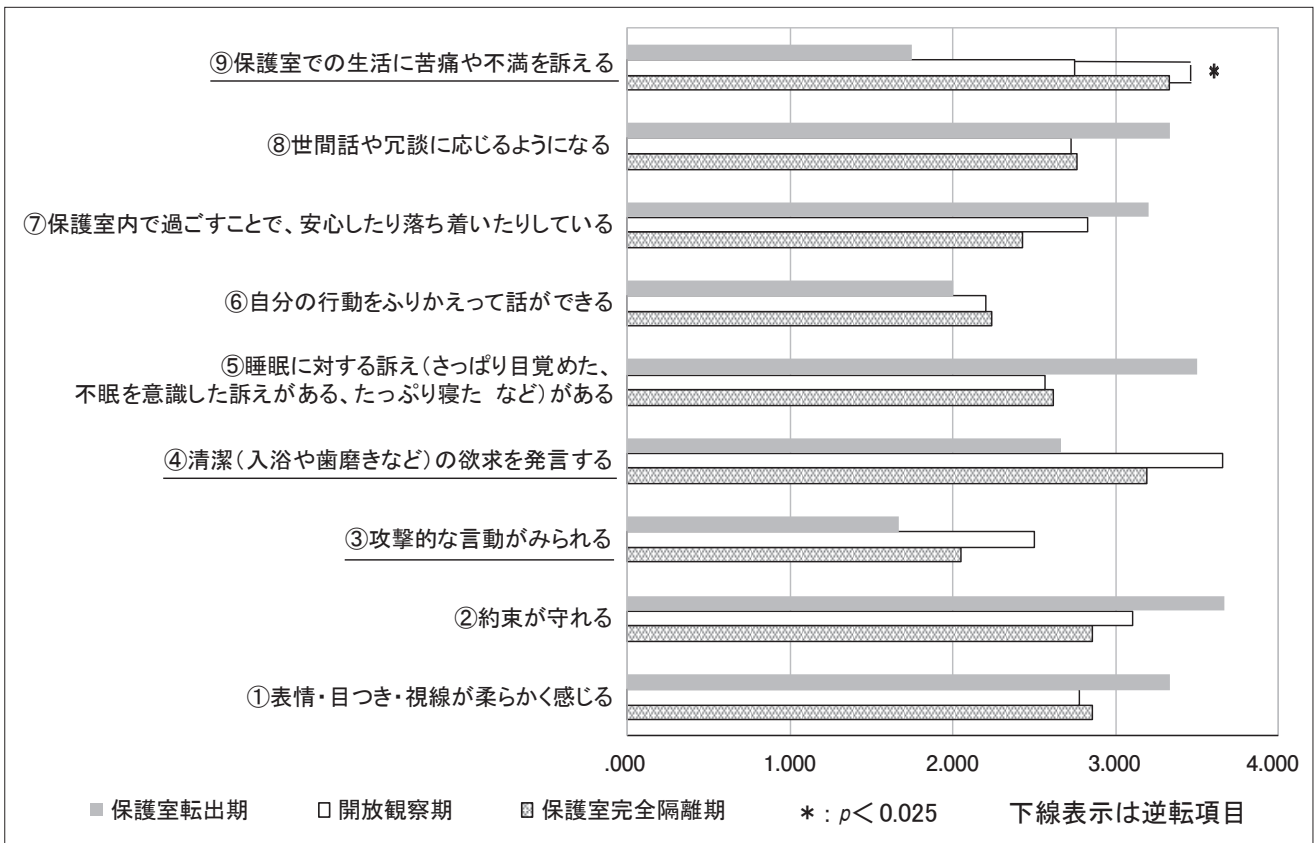


表 2 観察項目と精神症状の相関

	保護室完全隔離期		開放観察期		保護室転出期	
	GAF	BPRS	GAF	BPRS	GAF	BPRS
	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>
①表情・目つき・視線が柔らかく感じる	.707	.632	-.676	.618	.333	.258
②約束が守れる	.236	.105	.369	-.202	1.000**	-.775
③攻撃的な言動がみられる	.577	.258	-.676	.618		
④清潔（入浴や歯磨きなど）の欲求を発言する	-.236	-.316	.172	-.360	1.000**	-.775
⑤睡眠に対する訴え（さっぱり目覚めた、不眠を意識した訴えがある、たっぶり寝た など）がある	.707	.949	-.062	-.057	-.544	.105
⑥自分の行動をふりかえて話ができる	1.000**	.894	.174	-.399	-.272	-.316
⑦保護室内で過ごすことで、安心したり落ち着いたりしている	0.000	.447	-.676	.618		
⑧世間話や冗談に応じるようになる	.236	.105	-.062	-.142	-1.000**	.775
⑨保護室での生活に苦痛や不満を訴える	-.707	-.949	-.637	.801*		.866
<i>Spearman</i> の順位相関係数			<i>rs</i> : 相関係数		$p < 0.05^*$	$p < 0.01^{**}$
下線は逆転項目を示す						

陥があると評される状態であり、看護師は患者が自分の行動をふりかえて話ができる状態ではあまりないと観察していた。

2) 開放観察期

BPRSと観察項目⑨保護室での生活に苦痛や不満を訴える ($p < 0.05$) に有意な正の相関がみられた。平均得点はBPRSが97.75で⑨が2.75であった。BPRSでは中等度の障害を示しており。看護師は患者が保護室での生活に苦痛や不満を訴えることが少しあると捉えていた。

3) 保護室転出期

GAFと観察項目②約束が守れる ($p < 0.01$)、④清潔の欲求を発言する ($p < 0.01$) の2項目に有意な正の相関が、観察項目⑧世間話や冗談に応じるようになる ($p < 0.01$) に有意な負の相関がみられた。平均得点はGAFが37.50で、現実検討かコミュニケーションにいくらかの欠陥が認められる状態であるが、入院患者は1~40点の範囲で評価されることが多く、かなり症状が落ち着いてきている状態である。②の平均得点は3.67で、看護師は患者は約束がかなり守れると判断していた。④の平均得点は2.67で、患者が入浴や歯磨きなどの清潔の欲求を発言することが少しあると捉えていた。⑧の平均得点は3.33で、看護師は患者が世間話や冗談に少し応じるようになると観察し

ていた。

IV, 考察

1. 開放観察の開始時期への示唆

今回の結果の中で最も有用なのは、開放観察開始時期の患者の状態が示唆されたことである。つまり、開放観察開始は患者が「保護室での生活に苦痛や不満を訴えることが減りだす」という状態がその目安になると考える。このことは、観察項目⑨における保護室完全隔離期と開放観察期において有意差が認められたこと、開放観察期におけるBPRSと相関が認められたことで裏付けられる。

行動制限解除における看護介入について川内ら(2014)は「失敗したら元に戻せばよいとの考えで、ときには思い切って行っている」ことを報告している。また福田(2008)は、他の看護師だったら無理と判断しても自分だったら対応できるという、自分が患者に対応できる範囲と程度をつかんで行動拡大を行っていることを述べている。これらは看護師個々の経験からくる感覚によって行動制限解除のケアが行われていることを示しており、明確な基準は見出せない。今回の対象者も開放観察の開始時期は3日目から15日目と幅が大きく、かつ2名は1時間ずつの開放から始まり

2時間、3時間と徐々に開放時間を長くするなど、刺激調整を慎重に行っていた。行動制限の緩和はその開始時期が重要である。早すぎる緩和によって行動制限が後退した患者は、そうでない患者と比べて個室使用期間は3倍に、入院期間は2倍に延びたことを内谷（2009）は報告しており、早すぎる行動制限の緩和は逆効果であるとも述べている。このことは適切な解除の時期を見極め実施することの重要性を示唆している。今回の対象患者はわずか4名ではあるが、隔離解除の過程において行動制限の指示が後退することなく、順調に隔離解除が図れていることから、適切な隔離解除が行われていることを示唆している。

2. 看護師の観察内容と精神症状

今回、精神症状と相関がみられた観察項目の中で保護室転出期のGAFと⑧世間話や冗談に応じようになるに有意な負の相関が認められた。この結果は精神症状がよいほど、世間話や冗談に応じないと解釈され、平均得点の推移とは逆の結果を示している。データの確認を行ったところGAFが30と40、⑧の得点が3と4であり、値の幅が小さいことが影響していると考えられる。今回18ヶ月の研究期間にもかかわらず4例のデータとなったのは同意取得の難しさにあった。今後、対象数を増やすことで今回の矛盾が是正できると考える。

観察項目⑧を除き、精神症状と相関がみられた観察項目を隔離解除の各期とあわせてみると、患者の精神運動性興奮がおちつき混乱していた思考が健康な状態に近づいていることが推察された。保護室完全隔離期は精神運動興奮が高まっているため、自分の行動をふりかえっての話があまりできない状態である。保護室完全隔離という治療が最優先された状態に、保護室での生活に苦痛や不満を訴える。刺激遮断と薬物療法などにより、精神運動性興奮の鎮静化がはじまると、保護室での生活に苦痛や不満を訴えることが減り始める。この状態になった患者に開放観察を行い、刺激との反応を見ていくことで開放観察の時間など、約束がかなり守れるようになるという精神的なゆとりを感じる状態へと変化していた。加えて保護室完

全隔離期で満たせていなかった清潔欲求が開放観察や保護室からの転出によって自力で行えるようになり、入浴や歯磨きなどの清潔の欲求も減少する状態へと変化していた。これらの観察項目はいずれもGAFもしくはBPRSとの強い相関あり、隔離解除されていくその段階の精神症状を患者の言動によって観察しているといえる。

3. 隔離解除と治療環境

精神科急性期における治療環境について平田（2010）は、「急性患者の回復には個室中心の病床環境が不可欠である」とし、急性期治療には専用の病棟が必要であることを述べている。さらに、大部屋主体の伝統的な精神科病棟における隔離室から大部屋への転出が慢性患者の再生産に寄与してきたことを指摘している。今回、スーパー救急病棟をフィールドとした理由の1つは治療環境もあった。スーパー救急病棟は認可要件の1つに個室率50%以上とされている。これに加えて、フィールドとした病棟は保護室を急性期の中心的治療空間として位置づけ、病気の経過病相に応じて物理的にも人的にも治療空間を拡大していく意図をもって構成されている（内村ら,2002）。特にDゾーンとEゾーンの個室5床の小さな閉鎖空間の存在が平田（2010）の述べる消耗期の無用な刺激を回避することを担っており、各期の患者の精神症状を考慮した治療的環境が患者の回復を助けていると考える。

V. 結語

今回、統合失調症圏患者の保護室完全隔離を解除していく過程において、開放観察は患者の保護室での生活に苦痛や不満を訴えることが減少していくという状態がその目安になる。また、保護室完全隔離期は自分の行動をふりかえって話ができる、開放観察期は保護室での生活に苦痛や不満を訴える、保護室転出期では約束が守れる、清潔の欲求を発言する観察内容がその時期の精神症状を反映していたことが明らかになった。

VI, 研究の限界

本研究は1施設におけるデータ収集であり、対象患者数が4名、調査票86枚という数の少なさが分析に影響していることが考えられる。調査の拡大をはかり、調査票の精度をあげるとともに調査票のさらなる開発につなげていきたい。

謝辞

本研究の実施にあたり、患者様の急性期にもかかわらず研究の主旨にご理解をいただき協力の承諾をいただきましたご家族の皆様、毎日の業務終了後に調査票の記入をしていただきました看護師の皆様へ感謝申し上げます。

引用文献

福田亜紀 (2008) . 行動制限の場面における看護師の臨床判断の特徴. 日本精神保健看護学会誌,17 (1) ,53-61.

畠山卓也 (2016) . 誰もが一度は悩んできた保護室での看護ケア. 精神科看護,43 (2) ,4-8.

服部朝代, 山下亜矢子 (2015) . 開放観察時に副看護師長が実践する臨床判断. 日本精神保健看護学会誌,24 (2) ,1-10.

平田豊明, 分島徹 (2010) . 専門医のための精神科臨床リユミエール13 精神科救急医療の現在 (初版) ,148-155,中山書店, 東京.

池内彰子, 坂江千寿子, 山田剛志, 中村吉臣, 前田和子, 砂川昌幸 (2011) . 精神科病棟保護室患者の退出時期に関する実証的研究 - ナースによる開放判断用観察シートを試用して-. 茨城キリスト教大学看護学部紀要, 3 (1) ,21-28.

川内健三, 坂下利香, 熊地美枝, 等々力信子, 宇都宮智 (2014) . 精神科病棟における隔離・身体拘束最小化のための看護介入内容. 日本精神保健看護学会誌,23 (1) ,51-60.

小林弘一 (2004) . 行動制限緩和マニュアルによる早期開放への試み. 精神科看護,31 (12) ,17-22.

南出敬二, 前川貴代, 宮園美紗子 (2003) . 回復の兆候をどう読みとりケアに生かすか. 精神科看護,30 (8) ,15-21.

長山豊, 長谷川雅美 (2013) . 精神科急性期病棟における隔離・身体拘束の看護介入プロセス. 日本精神保健看護学会誌,22 (2) ,11-20.

西元勝視, 堤由美子 (2014) . 精神科看護師の隔離室使用患者に対する開錠判断のプロセス. 日本看護学会論文集 精神看護,70-73.

野田寿恵 (2009) . 行動制限最適化データベースソフト『eCODO』の開発. 精神科看護,36 (12) ,35-40.

岡本典子, 田中有紀, 吉浜文洋 (2014) . 「精神科において行動制限を最小化するための看護」に関する文献レビュー. 日本精神科看護学術集会誌,57(2),35-39.

坂江千寿子, 佐藤寧子, 石崎智子, 田崎博一 (2004) . 保護室入室患者の開放要求に関する精神科看護師のクリニカルジャッジメント-判断に影響する要因に注目して-. 青森保健大学雑誌,6 (2) ,9-18.

内村英幸, 吉住昭 (2002) . 精神科保護室の看護とチーム医療 困難事例への対応と援助 (初版) ,37-43,金剛出版, 東京.

内谷浩一 (2009) . 開放観察のシステムと患者のかかわり. 精神科看護,36 (12) ,24-29.

安田浩二, 川端淳央, 力石彩葉, 福岡雅津子 (2016) . 暴力のある患者を開放観察する際の精神科看護師の臨床判断. 日本看護学会論文集 精神看護,3-6.

