

保護室における看護の改善にむけての取り組み

北原俊輔 七森寿幸 藤田信義 藤田宗仁 大脇美幸
鈴木宣子 木澤正明 安藤正枝(のぞみの丘ホスピタル)
三宅 薫 井手敬昭 松本訓枝(大学)

はじめに

精神科において保護室は、人権や倫理面での配慮が最も必要であり、かつ患者・看護師関係の成立が困難な場である。だからこそ生活への援助が重要となる。しかしながら保護室における具体的な看護援助の実際やその構造については明らかにされていない。

のぞみの丘ホスピタルは7病棟、310床を有する単科の精神科病院で、急性期治療病棟、療養型閉鎖病棟、療養型開放病棟の3病棟に保護室を有している。現在まで全体の看護の質の向上を目指し諸活動を行ってきたが、保護室の看護援助に焦点を当て振り返ったことがなかった。そこで、本研究では他施設を訪問し、保護室の実際を知ることにより、自らの看護を客観的に捉え直し、改善に取り組んだので報告する。

訪問の概要

1. 方法と内容: 精神科病床を持つ施設に協力を依頼し、同意を得られた施設を教員および現地側共同研究者が訪問し、保護室の構造及び看護援助について聞き取りを行った。

2. 訪問した施設: 平成19年6~11月で10病院(13病棟)の訪問を行った。

3. 倫理的配慮: 施設長に文書で協力を依頼し、同意を得られたものを訪問対象とした。訪問時に看護師に説明を行い、同意を得た。訪問の結果については、施設長・看護師に内容の確認を依頼し、発表の同意を得た。施設名の開示は施設長の同意を得ている。

本共同研究は本学研究倫理審査部会の承認を受けている。

看護の改善への取り組み

保護室を有する3病棟が他施設での訪問結果を活用し、それぞれ看護の改善に取り組んだ。共同研究のメンバーは定期的に会議を行い、取り組みの状況を報告し、意見交換を行った。以下は各病棟の取り組みである。

1. 南3階病棟：急性期治療病棟

南3階病棟では、精神科急性期治療病棟における保護室看護の向上を目的とした。他施設での調査内容の一覧表(表1参照)を作成し、当病棟の

看護と比較検討し看護の水準や改善点を確認した結果、情報伝達方法を見直す必要性、保護室看護基準の再検討の2点が課題として明らかとなった。今後は隔離の早期終了を目標に、保護室看護記録用紙の改善と保護室看護基準のマニュアル化を目指している。

2. 東1階病棟：療養型男女混合の閉鎖病棟

東1階病棟は閉鎖の療養病棟であり、保護室を利用する患者は幻覚妄想に関連した不穏状態で、看護師は一方的な対応になる傾向にあった。そこで、他施設で聞き取った内容を用いて当病棟のケアを振り返った。その結果、水筒の使用と配膳時のおしぼりの配布を導入することとした。しかし、この試みは定着しなかった。そのため、看護スタッフ及び患者の意識を知る目的でアンケート調査を行ったところ、看護スタッフと患者の意識の違いが明らかになった。

<アンケートの対象・方法>

期間：H年X月1日から40日間

対象：

1) 共同研究者が勤務する病棟の看護スタッフのうち同意を得られたもの17名(看護師6名・准看護師5名・看護助手6名、ただし共同研究者は除く)

2) H年X月1日から1ヶ月の間で隔離室を1週間以上使用した患者5名

方法：無記名式アンケート調査

倫理的配慮：アンケートは説明し同意を得た上で実施した。

アンケート結果は表2・3の通りである。

アンケートより患者及び看護スタッフに意識の違いがあることが明らかになった。つまり患者の要求は生理的な欲求に基づくものがほとんどで、過剰な要求を求めるものは少ないにも関わらず、看護スタッフは特に差し迫った要求があると考えず、こちらからニードを満たす事を考えることはないことを認識しており、このことがおしぼりや水筒の導入の徹底しなかった原因の1つと考えられる。特に患者からのアンケートで、おしぼりについては全員が嬉しいと答えていることは基本的な生活の援助の必要性を再認識した。

表1-1 急性期治療病棟の構造と看護の比較

病院名	のぞみの丘ホスピタル	愛知県立城山病院	補探間病院藤田こころケアセンター	東尾張病院	
概要					
病床数	310床	342床	315床	233床	
病棟の定床	41床	42床	45床	50床	
保護室	4床	6床	Hタイプ7、Vタイプ13	8床	
セル フ ケ ア へ の 援 助	換気	換気扇 窓の開閉(清掃・希望時)	換気扇 窓の開閉(清掃・開放観察時)	換気扇 窓の開閉(清掃時)	換気扇 窓の開閉(清掃・開放観察時)
	水分補給	希望時対応 紙コップ、ペットボトル500mlを使用	希望時対応 朝・夕に各1.2ℓを配給 紙コップ、ペットボトル500mlを使用	希望時対応 ペットボトル500mlを使用 ・入室配膳	希望時対応 ペットボトル500mlを使用 ・配膳時、消毒用ゲルを使用
	食事	・小窓配膳か入室配膳 ・毎食時お絞りを渡す ・状態により小さいテーブルを使用	・段ボール製テーブルを使用	・固定ベッド上に配膳	・段ボール製のテーブルを使用
	採光	窓・蛍光灯 窓が大きく明るい	窓・蛍光灯 遮光ガラスで外から見えない	窓・蛍光灯 ロールカーテンで調整	窓・蛍光灯 スクロールカーテンで調整
	排泄	・洋式トイレ:2、和式トイレ:2 ・水洗は室内外で調節可能 ・ペーパーを床置き ・希望に応じお絞りを渡す	・洋式トイレ、便座・蓋が完備 ・水洗は室内外で調節可能 ・紙箱にペーパーを入れている	・洋式トイレ ・水洗は室内外で調節可能 ・ロール紙をホルダーに設置 ・室内に手洗い水洗が完備	・洋式トイレ ・水洗は室内外で調節可能 ・紙箱にロール紙を入れる ・手洗い用の水をボトルで渡す
	ベッド	・布団 ・状態により折りたたみベッドを使用	・低反発マットレスに布団 ・抑制時にベッドを使用	・布団 ・全室固定式のベッドあり	・マットレスパット ・ベッドなし
	リネン類	・使用しない		・使用しない	・使用しない
	防音	・扉が防音性 ・壁・強化プラスチック叩くと響く ・大きめな声で隣室に聞こえる	・扉を叩くと響く ・大きめな声で隣室に聞こえる	・扉を叩くと響く	・扉を叩くと響く ・観察通路を通して隣室の音が聞こえる
	開放観察	・Drの指示により開始 ・妥当性をDr、Nsで検討 ・30分から1時間より開始 ・長時間の場合、バックベッドを使用	・妥当性を朝のカンファで検討 ・食事時間の開放より開始	・検温時のデイルームから開始	・DrとNsが相談し、実施 ・15分から開始 ・バックベッドなし
	保護室 専用 デイルーム	・コミュニケーション ・面会・状態観察の場 ・患者様が単数で使用 ・保清行為の場 ・喫煙の場	・なし	・状態観察の場	・なし
	洗面 歯磨き	・朝、夜、希望時 ・夜は小窓で対応	・10時頃1回	・検温時に洗面台で1回	・毎食後3回 ・昼・夕は室内対応
	入浴 シャワー	・一般床の風呂・保護室エリアのシャワーを使用 ・風呂:週2回 シャワー:毎日	・一般床の風呂を使用 ・週3回	・一般床の風呂を使用 ・週3回	・一般床の風呂、シャワーを使用 ・風呂:週2回 シャワー:週1回
	温度調節	・エアコン	・エアコン	・エアコン	・エアコン ・床暖房
	構造上 の 安全性	・目立つ突起がない ・壁に木の板が貼ってある ・室内の角がとってある ・バリアフリー	・トイレの目隠しを改修し、登れないようにした	・壁、床がソフト素材 ・バリアフリー	・壁、床がソフト素材 ・バリアフリー
	観察 の 頻度	・観察頻度は30分毎 ・モニターが全室完備 ・ステーションと室内での応答が可能 ・集音が可能	・訪室頻度は1時間毎 ・モニターが全室完備 ・ステーションと室内での応答が可能	・訪室頻度は1時間毎 ・モニターが全室完備 ・ステーションと室内での応答が可能 ・音感ナースコールの完備	・訪室頻度は1時間に1回以上 ・モニターが全室完備 ・ステーションと室内での応答が可能
	職員の 安全	・患者様の状態により複数対応、小窓対応、観察通路よりの対応。 ・夜間は小窓対応。	・複数対応 ・CVPPP(包括的暴力防止プログラム)受講認定看護師が9名院内研修の実施	・複数対応 ・ステーションから鍵がなくても急行ができる ・複数対応	・複数対応 ・CVPPPの研修
	そ の 他 の 援 助	応援要請	・PHSにて連絡し、応援要請	・緊急時の呼び出し方法:守衛に連絡し守衛が全館放送	・PHSにて連絡し、応援要請 ・ステーション内のスイッチを押すと、警告灯・警告音が表示される
プライバシーの 配慮		・ネームプレートの表示について、患者様・家族に応じている ・ステーション内のモニターをカーテンで遮蔽している		・ネームプレートの表示がスライド式で、通常は表示板で隠してある ・窓にロールカーテンを設置し、院外から見えない	
私物の 室内への 持込		・主治医指示	・主治医指示 ・毎週の病棟会議で検討	・主治医指示 ・基本持ち込まない	・基本持ち込まない、まれに筆記用具
施錠方法		・基本はドアロックで施錠 ・デイルームへの開放時、他のドアを鍵とドアロックのダブルロック			・ダブルロック
身体拘束		・室内不可	・ベッドを入れ実施	・全室に固定ベッドあり	・ベッドを入れて実施
喫煙方法		・一般床の喫煙室、デイルーム ・喫煙室:開放観察時 デイルーム:Ns見守り	・一般床の喫煙室 ・開放観察時に実施	・一般床の喫煙室 ・Ns見守り	
優れている点 ・ 工夫している点	・外来より、裏導線での入院が可能 ・実際より室内が広く見える正方形に近い部屋の構造 ・患者様に積極的に声を掛け、清潔の援助を行っている	・クリニカルパスを使用することで、記録に漏れがなくなった ・朝・昼に医師も参加し、カンファレンスを聞き情報交換を徹底している ・臭気に対し、掃除の徹底、換気を実施	・H(ハード)、V(バリアブル)の2タイプあり、状態に応じて対応可能	・ステーションの隣にあり、すぐに対応ができる。 ・急性期クリニカルパスを使用。	

表1-2急性期治療病棟の構造と看護の比較

病院名	犬山病院	三重県立こころの医療センター	長谷川病院		
概要					
病床数	420床	400床	587床		
病棟の定床	47床	46床	54床		
保護室	4床	7床	4床		
セル フ ケ ア へ の 援 助	換気	換気扇 窓開かない	自動換気システム 窓開閉	換気扇 窓は開けられない	
	水分補給	希望時対応 本人用のコップを使用	希望時対応 コップを使用	室内に洗面台あり、飲水可能	
	食事	・小窓配膳	・入室配膳	・入室配膳 ・おしぼりを渡している。	
	採光	・テーブルなし 窓・蛍光灯 遮り物がない為、明るい	・小さいテーブルを使用 窓・蛍光灯 窓が大きく明るい	・テーブルは段ボール製・小さい物の 窓・蛍光灯 ガラスシートで外から見えない	
	排泄	・洋式トイレ ・水洗は室外管理 ・芯抜きロール紙を床に置く	・洋式トイレ、便座が完備 ・水洗は室内外で調節が可能 ・ロール紙を床に置く	・洋式トイレ ・水洗は室内外で調節が可能 ・ロール紙を洗面台に置く ・室内に洗面台あり	
	ベッド	・パットに布団 ・ベッドなし	・抑制時にベッドを使用	・マットレスを使用 ・抑制時にベッドを使用	
	リネン類	・使用しない	・抑制時に使用	・使用しない	
	防音	・壁がソフト素材で防音性あり	・壁がソフト素材で防音性あり ・観察廊下を通して、大声が隣室 に聞こえる	・扉を叩くと響く	
	開放観察	・午後から17時で開始 ・バックベッドあり	・Drの指示により開始 ・基本開放観察でNsが検討 ・昼食事時間より開始 ・基準は疎通性 ・第一選択の開放観察に使用	・Drの指示により開始 ・妥当性をカンファでの検討 ・昼食時から開始	
	保護室 専用 デイルーム	・保清行為の場		・なし	
	洗面 歯磨き	・検温時に洗面台で1回	・基本起床時、消灯時 ・個々の日常生活に応じて対応	・毎食後	
	入浴 シャワー	・一般床の風呂を使用 ・週3回	・一般床の風呂、シャワーを使用 ・風呂：週3回 シャワー：希望時	・一般床の風呂を使用 ・週3回	
	温度調節	・エアコン ・床暖房	・エアコン	・エアコン	
	構造上 の 安全性	・目立つ突起がない ・バリアフリー ・ドアの取っ手に隙間がない	・壁、床がソフト素材	・床がソフト素材	
	観察 の 頻度	・観察頻度は30分毎 ・モニターが全室完備 ・ステーションと室内で応答が可能 ・音感センサー設置	・観察頻度は30分毎 ・モニターが全室完備 ・ステーションと室内での応答が可 能	・観察頻度は30分毎に訪室 ・モニターが全室完備	
	職員 の 安全	・観察通路での対応が可能 ・鍵を見せないよう心掛けている	・複数対応が原則 ・CVPPPの院内研修の実施 ・緊急コールカードを持つ	・チームカンファレンスで対応人数を 検討 ・CVPPP受講認定看護師による 院内研修の実施	
	そ の 他 の 援 助	応援要請	・日勤：環境医療部から一斉放送 夜勤：責任者（統括者）へ連絡	・内線電話で統括師長へ連絡し、 応援要請 ・ステーション内のスイッチを押すと、 ホール内の警告灯が点滅	・PHSにて連絡し、応援要請 ・ステーション内のスイッチを押すと、 ブザーが鳴りホール内の警告灯が 点滅
		プライバシー の 配慮	・トイレに壁があり、見えない構造	・保護室利用者が院外から覗かれ にくい配慮 ・他の入室者から覗かれない配慮 ・モニタリングについて説明	・窓にフィルムを貼り、院外から見 えない ・ステーション内のモニターをカー テンで遮蔽している
		私物の 室内への 持込	・師長判断で本・新聞 ・基本持ち込まない	・状況よるが、なるべく希望に応じる	・基本的に持ち込まない、まれに筆 記用具・本
施錠方法		・ダブルロック	・基本はドアロックで施錠 ・状況により鍵とドアロックのダブル ロック	・基本はドアロックで施錠	
身体拘束		・室内不可	・ベッドを入れて実施	・ベッドを入れて実施	
喫煙方法		・一般床の喫煙室 ・Ns見守り	・一般床の喫煙室 ・看護師と約束事をして実施	・一般床の喫煙室 ・Ns見守り	
優れている点 ・ 工夫している点	・ステーションの隣にあり、すぐに対 応ができる ・壁が柔らかい素材で自傷行為が あっても怪我しない	・複数担当で検討し、都度の対応 としている（疎通性を重要視） ・疾患ごとのクリニカルパスがある ・誓約書を交わしている	・週に2回、ミーティングを実施 ・クリニカルパスを使用（3ヶ月を目 安に3期で区切ったもの）		

表2 看護スタッフ対象のアンケート

保護室の快適な環境作りについて
必要である 13名
現状のままで十分である 3名
未記入 1名
「必要である」と答えたもののなかにも、「保護室に快適性を求めるのはおかしいと思う」などの意見があった。
おしぼり使用が実施できているか
できた 2名
まあまあできた 9名
あまりできない 2名
できていない 2名
未記入 2名
できない理由は「あせりがあると忘れてしまう」「朝、夕は薬と一緒に準備するが、昼は忘れてしまうことがある」「その業務には携わっていない」などであった。
水分の要求時の対応
その都度与える 9名
必要だと思われる分に制限して与える 7名
その他（その時の状況で判断する） 1名
水筒の使用について
必要だと思う 4名
現状のコップの手渡しで十分 11名
その他（全ての患者に必要なと感じない） 1名
未記入 1名
ドアを叩いての要求について
腹が立ち要求に答えるのがいやになる 2名
特に何も思わない 6名
早く要求に答えようと思う 2名
その他 2名

表3 患者対象のアンケート

保護室の居心地について
良い 0名、ふつう 2名、悪い 3名
食前のおしぼり使用について
もらってうれしい 5名
のどが渴いたときどうしているか
ドアを叩いて呼ぶ 3名
来るまで待っている 2名
のどが渴いたときどうしてもらいたいか
水筒を持たせてもらいたい 1名
コップでその都度もらいたい 1名
頻りに声を掛けてもらいたい 3名
用事がある時はどうしているか
その大声で叫ぶ 1名、ドアを叩く 3名
回ってくるまで待ち呼びかける 1名

3. 東2階病棟：療養型男女混合の開放病棟

東2階病棟は開放の療養病棟であるが、隔離などの行動制限が行われているという特殊性を持っている。慢性的な経過をたどり、再燃、寛解を繰り返す患者にとっては行動制限が解除されるとすぐに開放処遇が受けられるメリットがあるものの、なかなか寛解に至らず長期的な隔離を余儀なくされている患者が存在しているのも事実であり、入室する患者も固定化されている。この様な現状についてかねてから問題意識を持ち、保護室を利用する患者様への看護について考えてみたいと思っていた。そこで、他施設で聞き取った内容が反映された看護基準作成を目的とした。

東2階病棟での取り組みは以下の通りである。訪問前にスタッフへアンケート調査し、療養型男女混合開放病棟の特殊性、開放病棟に保護室があるメリットとデメリット、病棟として聞きたいこと、現在の病棟の課題、について、明確にしてから訪問を開始した。

他施設の聞き取り調査と並行して、保護室の看護についての勉強会・報告会を行った。報告会の内容は、聞き取り項目の書面での通達、撮影された、写真のスライドショーである。勉強会の内容は、保護室について（精神保健福祉法）、医療の質、現状分析（保護室看護）、今後どうして行きたいのか、医療安全（インシデント・アクシデント）である。さらに、勉強会・報告会の内容についてカンファレンスを行い、その内容を取り入れた看護基準を作成した。勉強会・報告会・カンファレンスでは意見交換が活発になることを狙い、プレストーミングを活用し、また、様々な意見を色々な視点から見られるように、書記を2名以上として記録を残した。

基準作成時のカンファレンス項目は 事故予防（医療安全面）、インシデント・アクシデントレポートの取り扱い、スタッフの安全確保、セルフケア項目、であった。

基準作成時は事故予防に関して、医療安全面での予見可能なことに対する予防策や、インシデント・アクシデントレポートの記入の必要性などをカンファレンスし、基準へ取り入れた。またスタッフの安全確保のため、三重県立こころの医療センターなどの訪問結果を参考に複数対応を原則とし、1名で対応可能な患者は、開放観察が可能となった患者に限定した。また、緊急時の対応としてカード式のナースコールを設置し、すぐスタッフが応援に駆けつけられる体制とした。

看護基準作成後の聞き取り調査では、看護基準

に聞き取り調査してきた内容を赤でチェックし、その内容が本当に行っていく必要があるのかどうかについて話し合った。この話し合いは様々な視点からひとつのケアを考える機会になった。

今回の共同研究では、他施設での聞き取りの結果の報告、勉強会、看護基準についてのカンファレンスなど様々な形で保護室の看護について話し合った事が、スタッフ全員のケアの振り返りや共有の機会となった。また、入室中の看護にのみ着目するのではなく、再燃・寛解を繰り返し、定期的に保護室へ入室する患者の悪化の徴候を早期に捉え、看護を充実させることが重要であるとスタッフの意識の変化が起こり、看護計画の充実や、早期退室に向けた取り組みについてもカンファレンスが行われるようになった。この意識の変化が今回の共同研究を通しての一番の成果であったと考えている。

さらに、本年の1月現在のスタッフの意識についてアンケート調査を行った。

表4 保護室看護の意識調査

-
- ・色々な原因で入室している患者様がいて、色々な情報をスタッフそれぞれが持っていることが分かった。
 - ・自分だけの考えで看護をしていては、偏った看護をしてしまう。
 - ・入室している患者様の中には固定されてきていて、何とかしたいと思う。
 - ・少しでも外へ、何か出来る事はないだろうか等、様々な方向を探っている。
 - ・保護室へは、1人で入室しないようになった。
 - ・自分自身の安全への意思が高まった。
-

このようにスタッフの意識が変化し、皆が同じ方向を向いて看護を提供する事ができれば、少しずつではあっても、患者への良い看護・質の高い看護が出来るのではないだろうかと考えている。そして、その為の基準が作られ、皆に浸透している事がアンケートからも分かり、今後も日々努力していきたいと考えている。

・ 考察

看護師にとって保護室という場や保護室での援助は矛盾をはらんだものである。のぞみの丘ホスピタルの看護師は自らの臨床経験に照らして、保護室での患者処遇について語っている。

「数年前、若い女性の患者様が保護室に入院した。脇に和式トイレがむき出しになっているのに、お膳でそのまま、同じ床に置くことに看護師は慣れてしまっていたが、母親は保護室でのこの風景を見て、絶望と怒りを看護師に向けてきた。しば

らく診察室で、母親と話すうちに、落ち着いて頂き事なきを得たが、保護室看護がこれでいいのかを看護者の自分に問いかけるのをやめてしまった、『麻痺した看護師』にはなぜ母親が、こういう気持ちになるのかわからない。」

このように看護師が『麻痺してしまうこと』の背景は多岐に渡っていると推測されるが、その原因の1つに保護室の閉鎖性がある。本共同研究では、10病院(13病棟)で見学・聞き取りを行い、それらを取り入れた看護の改善を行った。

1. 他施設の看護実践を知ることの意味

昭和30~40年代の精神病院建築ラッシュの時期に建てられた精神科病院が建て替えの時期を迎え、精神科医療に携わる看護職にとって、他病院の保護室の構造や看護に関する情報へのニーズは高いと思われる。訪問した施設でも病棟が稼働したばかりのものが複数あり、他施設の情報を集め、設計に活かしたとのことであった。しかしながら、他施設でどのような看護が行われているか知らない看護職も多く、保護室における看護の閉鎖性を改めて実感した。

他施設を訪問して印象的だったことは、保護室を含めた病棟の構造・設備にはメリット・デメリットがあり、構造により患者への援助も違いがあること、構造・設備などのハード面、人員配置、患者への具体的な援助などのソフト面の双方が病院の方針により異なっていること、であった。

また、訪問先の看護職員と保護室に限らず精神科看護について話し合うことを通して、自施設の姿勢・考え方を振り返ることができたことも、他施設を訪問した意義であったと考える。

2. 他施設の情報をスタッフと共有すること

病棟での共有後の意見では、自施設の構造上の問題、人員配置の不足が多く上がった。構造や人員配置は設置主体の違いもあり、すぐに手を付けられるものではない。具体的な看護援助の内容やその看護を支えている背景を理解し、自らの実践に取り入れるためには、ただ情報を伝えるだけでなく、カンファレンスや勉強会は効果があった。

3. 保護室における看護実践の改善に取り組んで

今回の共同研究での取り組みを通して、カンファレンスで意見を求めることで若手の看護師の自信につながったこと、チームで取り組むことでスタッフとしての意識が高くなったこと、患者の考えや気持ちを看護スタッフにフィードバックすることの意味があり、そして他の施設の現状を知ること自らの看護を振り返り客観的に評価することなどの効果があった。また、看護のセン

スを磨くことが自らの実践の課題を見つけ出すことにつながるとの気づきも得た。その結果、保護室に足を運ぶ頻度が増え、患者への援助が変わりつつある。しかし、3つの病棟の保護室における看護の改善は、最初のスタートを切った段階にあり、今後さらに発展させる必要がある。

・ 共同研究報告と討論の会で討議したこと

討議は岐阜県内の精神科病院に勤務する看護職の方々に参加していただき、報告内容への質問を中心に、それぞれの施設での看護について情報の共有を行った。

1. 看護基準・情報伝達方法の具体的内容

東2階病棟では、開放観察になった患者については1名対応とした。その理由は、東2階病棟が療養型の開放病棟で、開放観察を繰り返し入室している場合が多く、看護スタッフが患者の状態を把握しているためである。必要な場合は医師から「何人対応を基本とする」ことや「いつから1名対応とする」などの細かな指示をもらうこともある。医師からの指示が必要なケースは新規の患者。新規の場合は状態が把握できず、予測が困難。それ以外のケースでは1名で対応し、今のところ事故はない。開放観察は段階的に開放度を上げていき、6時間以上開放となった時にバックベッドを設ける、状態が変化したら直ちに医師に報告する、など細かな基準を決めている。

急性期病棟である南3階病棟では、室内での便器洗浄、室内でのテーブル使用などの項目について、基準を検討中である。また開放観察中の対応についてはスタッフ4人で検討するという方式を導入した。のぞみの丘ホスピタルでは病院全体で共通した保護室の看護基準を定めているが、このようにそれぞれの病棟の特性に合わせ、独自の看護基準の作成が必要と考えられる。

訪問した施設のマニュアルや看護の中で、特に優れている・工夫されているところは、患者自身でできる便器洗浄の使用判断、食事時のテーブルの使用、開放観察の判断であった。

南3階の情報伝達方式の見直しでは、訪問した病棟・病院はカンファレンスが十分にされていたが、当病棟は月に1回開催したりしなかったりと十分にされていないことが明らかになった。また記録も記入しにくくもれがあった。現在、カルテ様式の変更を検討中である。

東2階病棟では、共同研究のプロセスで「入室前の看護を充実させることが重要」という気づきがあった。看護スタッフにアンケートを行ったところ、保護室利用を繰り返す患者の症状や行動に

ついてに、多飲水・エスケープ・突発的な暴力など7つの項目があがった。それらの項目についてそれぞれ担当者を決めて病棟でプレゼンテーションし、フィードバックをした。

2. 生活への援助について

東1階病棟のおしぼりと水筒の導入は定着しなかったが、患者および看護スタッフにアンケートを実施することにより、患者と看護者の意識の違いが明らかになった。患者5名全員がおしぼりの使用を希望していることがわかったので、やらなければいけないと認識が変わり、食前のおしぼりの配布が徹底された。さらに食事以外の希望時にも渡すようにしている。水筒については、開始時期が秋季であったため、水分を要求する患者が少ないこともあり、定着しなかったと考えている。現在は希望時に都度渡している。その他、アンケートの頻回に訪室してほしいという患者の意見に応え、訪室の回数を増やすようになった。以前はモニターの観察も含めて1時間毎、現在は消灯後を除き30分間隔で訪室している。

訪問した中では、保護室内に手洗いができる設備がある病院もあった。手洗いの設備がないところではおしぼりを渡したり、ペットボトルに水を入れて手を洗っているところもあった。

慢性的な状態の患者については看護者の陰性感情がケアに影響を与えることも考えられる。参加した看護職の経験でも、10年以上保護室を使用した患者を保護室から出していくプロセスの中で看護者の陰性感情の影響を強く感じたとの発言があった。南3階病棟では、チーム全体で取り組み、1人の看護師が感じたことを全体で共有するよう心がけている。陰性感情の表出・共有は困難だが、カンファレンスよりもむしる日々の申し送りが陰性感情を表出する場になっている。

テーブルの設置は、木製の場合は暴力行為に使われる可能性があり、ダンボール製の場合は便器に詰められる可能性がある。訪問した施設では、ダンボール製の既製品や壊れにくいものを使用していた。また、患者の状態に合わせて、テーブルの使用について適宜対応している。靴を履いて歩く床に直接お膳を置くことに違和感を持ち、極力テーブルを入れようという意識があった。南3階病棟では段階を見て、4人の看護師の判断のもとテーブルの使用を決め、状態が不安定になれば使用を中止することにしている。参加者にテーブル使用の現状について尋ねたところ、テーブルは使用せずそのまま配膳が5施設、保護室ダイニングを使用しての食事が1施設であった。