

精神科病院保護室環境の人権と倫理的医療に関する一考察

広島文化学園大学大学院看護学研究科

久保 泰子, 津久江 一朗
加藤 重子, 佐々木 秀美

論文要旨 本研究では、A精神科病院一般病棟保護室環境を分析・解釈し、その物理的環境を人権と倫理的医療という側面から、治療と人間の尊厳の問題を検討した。保護室環境の分析・解釈結果では、①患者及び他者の生命を守り安全に医療を提供、②自然の恩恵が受けられず人の精神に不快な感情を刺激し安楽が妨げられる療養環境、③人間の尊厳に関する問題とQOLの低下の3つのカテゴリーが抽出された。これらのカテゴリーを人権と倫理的医療という側面から検討した結果、患者および他者の生命を守るということは、人の生存権の問題である。よって、保護室環境は、安全に医療を提供する場所として構造機能上の質的向上、医療及び保護という観点からは、生命の維持と行動観察がよくできる環境設定と同時に、回復を促進するために、自然の恩恵が受けられ人の精神に不快な感情を刺激しない保護室環境とすること、回復を促進できる保護室環境と行動制限の最小化およびセルフケア能力に応じたケアを提供することによってQOLの低下を引き起こさないことが人間としての尊厳を守ることにつながるということが分かった。保護室環境の問題は、治療と人間の尊厳のバランスの重要性を示唆しており、精神看護学領域における最重要課題である。

キーワード：精神科病院，保護室，環境，基本的人権，尊厳

■ はじめに

精神科病院における保護室とは、精神障がい者を隔離・保護し、患者の行動制限を行うために設置されるものである。隔離とは、隔て、離すの言葉が示すように患者を一定の場所に距離をおいて離すことを意味する。精神障がい者の入院措置は、どのような病室であれ、隔離室といえる。隔離は一般病院にも起こりえる。患者が感染症患者の場合あるいは、患者の免疫力が著しく低下した場合には感染防御目的で患者を隔離する。その場合の隔離室は通常の個室を適用する。感染症によっては、病院そのものが感染症専門病院、あるいは病棟が、あるいは病室がというように区別される。しかしながら、精神科病院における隔離室とは、患者の症状から本人または周囲のものに危険が及ぶ可能性が著しく高く、隔離以外の方法でその危

険を回避することが著しく困難であると判断された時に行われるものであり、保護室、個室、あるいは多床室に患者1名を入室させて施設することによる行動制限である。つまり、精神科病院は、保護室に収容された患者特有の自他共への攻撃性が、その生命を奪うことのないように保護することを意味する。

しかし、日常生活空間が人々の健康に影響を与えることは誰もが認識することである。それは誰でもが経験するように、環境が自身を癒したり、あるいは苦悩に陥れたりすることを直感的に感じ取っているからである。エイブラハム・マズロー¹⁾は『完全なる人間』²⁾で、人間の基本的欲求について、1. その欠如が病気を生む、2. その存在が病気を生む、3. その回復が病気を治す³⁾などの5つの項目をあげ、安全、所属、愛着関係、尊厳を求める欲求は、他人のみが満足させることが

くぼ やすこ

〒737-0004 広島県呉市阿賀南2-10-3 広島文化学園大学看護学部

できる⁴⁾と述べている。これらから、彼は環境の問題について言及し、人間が人的にも環境に依存していることを示した。特に彼は、これらの問題は精神科領域において特徴的であると述べている。マズローの提言した問題は環境と心、心と身体、身体と環境との相互作用との関係を十分に理解することがそのひずみを予防し、回復への支援へとつながることを示唆している。病気や貧困、社会的孤立にある人々にどう支援するかと言うことは私達看護者が、健康の概念理解同様、精神的健康の保持と増進・回復への支援のあり方をいかにするかという課題を突き付けられているも同然なのである。今日、社会に解放された精神障がい者の社会的犯罪も論議される。しかし、精神障がいの多くが環境との関係で誘発され、社会的相互作用の希薄さが個人の病理を生むと考えたとき、そうならないように予防することもまた、重要である。

今般、私はA精神科病院の施設内観察をする機会を得た。A精神科病院は病院機能評価（第3評価受審）も受診し、優れた精神科病院との評価を受けている。病院環境という点で、A精神科病院は、外来や病棟、事務室や管理室、食堂や理髪室などのその空間には植木や置物、壁には写真や絵画、そして憩いの場やサロンがある風景は、“施設”を除けば、一般病院と変らない。しかし、病院見学の際に観察することができた2つの保護室については、その構造上からではあるが、精神障がい者の処遇を歴史の中に見る思いがした。一方は、30年前はすべてに患者が収容された精神科病院の一般病棟保護室（図1）であり、他方はスーパー救急病棟に近年、設置された近代的な急性期保護室である⁵⁾。前者が小さな鉄格子の窓であるならば、後者はスライドガラスと木の枠が交互にセットされたモダンな感じの窓であり、外の環境も広く見渡せる。前者の部屋の壁が白っぽい木材であるならば、後者は衝撃緩和材が使用されている。その他、療養環境という意味で明らかに両者間に相違があり、精神障がい者処遇問題での歴史を感じさせるものであった。と同時に、精神障がい者に関わる歴史的推移を垣間見ることとなり、強い衝撃を与えた。

1995年（平成7年）に制定された“精神保健及び精神障害者福祉に関する法律”の第一条に示されたように、「精神障害者等の医療及び保護を行い、その社会復帰の促進及びその自立と社会活動への参加の促進のために必要な援助を行い、並び

にその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによって、精神障害者等の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図る」⁶⁾ことが目的である。この法律に基づいて精神障がい者等の医療及び保護目的で設けられているのが精神科病院である。佐々木秀美が『明治時代におけるわが国の近代的精神医療の萌芽と挫折に関する歴史的考察—精神科病院設立経緯と精神障害者看護に焦点を当てて—』⁷⁾で論じたように、精神科医療は、精神障がい者の人権回復を求めたものであり、その初期に制定された“精神科病院法”も精神障がい者の医療及び保護を目的とする。わが国の精神障がい者に関する法律で、大正時代から一貫して変らないのは、精神科病院における目的が医療及び保護であるということである。それは精神障がい者の強制入院も含めた入院措置に関することであり、保護室を意味するものではない。

戦後、制定された“精神衛生法”の第36条に精神科病院の管理者は、入院中の者につき、その医療または保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができると規定された。さらに、第3項には、第1項の規定による行動の制限のうち、厚生大臣があらかじめ公衆衛生審議会の意見を聴いて定める患者の隔離その他の行動の制限は、指定医が必要と認める場合でなければ行うことができずと規定された。ここに精神障害者の（処遇）問題がはじめて盛り込まれたことになる。隔離その他の行動の制限とは保護室（隔離室）への入室と身体の拘束を意味するのであろう。この法律は現行の“精神保健及び精神障害者福祉に関する法律”第36条にも残されている。

先述したように、精神科病院に入院するには精神科特有の心の病気を有する。心の病気とは脳の機能障がいであり、脳の機能障がいが生じると思考・感情・意欲・意識などの異常をきたし、幻覚・妄想に行動が左右され社会生活や日常生活が維持できない場合もある。自己の病気の質や程度を判断できず、攻撃性が他に向うと器物損壊や他人への暴力となり、うちに向うと自傷・自殺企図につながる。これらの患者の状態に対処する術がないと精神科病院の治療を発揮できない。

私達の知る一般的に良好な病室環境とは、患者が安心できる環境であり、安全に病気を早期に回復させる快適な療養環境である。それは、一般病棟とか精神科病棟とかの区別があるものでもな

く、特に環境と心との問題で考えれば、特に精神障がい者患者には配慮されるべきではないかと考えた。そして、後者の保護室にはそれらが配慮されている。保護室の療養環境が精神疾患や精神疾患で身体的な病気がある場合に、施錠された部屋に何日も拘束され、しかも日常生活の場にトイレがある、あるいは監視モニターで行動の一部始終が観察されるという環境は、人々の精神にどのような影響を与えるのかということであった。精神障がい者の特性から考えると、判断力や理解力が低下していると考えられ、自身で基本的人権を主張することや表現することは困難であろう。ゆえに、そのような患者だからこそ特に病室環境のあり方が問われる。マズローが述べたように人間の欲求と環境との関係で病気が生み出されるとしたら、その回復には良好な環境が求められることは言うまでもない。

2004年から2010年までの間に医学中央誌雑誌に掲載された“精神科”“保護室環境”に関する先行研究は41件であった。次に“プライバシー”を追加した研究は12件、最後に“人権”を加えた研究は4件であった。

保護室の構造上の研究としては、鈴木慶治『精神科病棟における保護室』⁸⁾や清水賢、小沼杏坪、津久江一郎らは『隔離室アメニティ』⁹⁾、秋葉千賀の『病院改築で現場の声を反映した機能的な保護室』¹⁰⁾などがある。鈴木慶治の研究⁸⁾は、精神障がい者のリハビリを視野に入れた病院建築、特に精神科病院における空間の重要について述べたものである。清水賢、小沼杏坪、津久江一郎らの研究は、精神科救急病棟に実際に設置された患者の尊厳に配慮した隔離室についての報告である。秋葉千賀の研究は、そのタイトルが示すとおり、現場の声を参考に建築された機能的な保護室アメニティの実践報告例である。

療養環境の側面からの保護室研究には、井出敬昭、三宅薫らの『生活環境としての保護室について』¹¹⁾、津崎竜子・佐藤雅盛・山内秀樹らは『心が閉ざされない、ぬくもりのある生活空間を求めて』¹²⁾、高岡裕子の『環境整備の視点から検討した保護室使用基準を用いた看護』¹³⁾、本田英の『人の存在を感じられる癒しの空間』¹⁴⁾などがある。井出敬昭、三宅薫らは、病棟保護室の構造は、病棟の役割と特色を生かしながら、治療・安全性の効果と人間としての尊厳がバランスよく組み込まれることが重要であると述べている。また、津崎

竜子・佐藤雅盛・山内秀樹らの報告は、中庭、トイレの仕切り、ベッド・洗面台他、調度品も含めると一般病棟の特別室と変わらない。本田英の報告は青空エリアを設けた保護室環境であり、精神障がい者の心身の癒しとしての自然環境を視野に入れた、その精神と人間性の回復に向けた支援についての報告である。以上の研究はいずれも最終的には保護室環境と、人権に関わる問題に集約されると考えられる。入室者の視点から保護室のあり方を問うている研究には、浅井邦彦の『精神科医療における行動制限最小化に関する研究』¹⁵⁾、鈴木武の『保護室内のトイレをなくした一陽会』¹⁶⁾、畠山卓也の『当時者にとっての保護室体験一語りを通して見えた保護室の意味』¹⁷⁾などがある。浅井は患者の容態に応じた隔離・身体拘束について認めつつも、人権問題について尚、配慮していく必要性について述べている。鈴木は、保護室内のトイレを廃止した事例報告をなし、畠山卓也は、入室経験のある患者を対象に聞き取り調査をした結果、保護室の拘束感と、排泄時の羞恥心や放置された感じや孤独感などについて報告している。以上から、精神障がい者を収容する保護室は、精神障がい者医療における患者の生存権を優先としつつも、人間の尊厳の問題を克服する構造上の整備と、行動制限の最小化の努力をし、治療と人間の尊厳のバランスが組み込まれた療養環境であることが望まれているのが昨今の研究の動向である。しかしながら、保護室の物理的環境を人権と倫理の側面から行った研究は少ない。A精神科病院の一般病棟保護室は、“精神衛生法”から“精神保健法”へ転換した時代の保護室であり、これらの保護室が精神科病院における精神障がい者処遇問題が現在にも存続していると考えられる。保護室の目的を考えた場合、治療上の患者の生命の保護が最優先されるということは十分に考えつつも、人間の尊厳の問題を克服する構造上の整備と、行動制限の問題は、治療と人間の尊厳のバランスが組み込まれた療養環境であることを考えたとき、物理的環境も同等に整備されることが望ましい。

■ 研究目的

本研究では、A精神科病院に残された一般病棟保護室環境を精神障がい者の人権と倫理的医療という側面から分析・解釈し、治療と人間の尊厳の問題を検討することを目的とした。治療と人間の

尊厳の問題を検討することは、精神障がい者看護が人権やQOLの問題と直結することであり、今後の看護活動に重要な示唆となりえる。

■ 研究方法及び研究デザイン

1. 研究方法

参加観察法（フィールドノート）による質的研究

参加観察法は、『質的研究入門』¹⁸⁾『参加観察の方法論』¹⁹⁾を参考にした。

参加観察の方法は対象を視覚により観察・記述したものである。

2. 研究デザイン

1) 研究対象：A精神科病院の保護室

保護室とは、現在は隔離室の方が一般的であるが、昨今の研究報告が保護室と隔離室とが混在している現状であるゆえに、研究者らは同義語として捉え、保護室とした。

2) 観察方法：

- (1) A精神科病院看護部長による病院の概要説明
- (2) 看護部長・病棟責任者による一般病棟及び保護室への案内と説明
- (3) 見学内容をフィールドノートに記述

3) 研究期間：平成22年8月31日～平成23年3月31日

4) 分析手順：

(1) 作成したフィールドノート（図1）を基に、物理的環境面を分析・解釈する。ここで言う物理的環境は、室内の広さ・壁の色と素材・天井の高さ・床の材質・窓の構造、室内の仕切り、トイレ、臭い、音、光、室内の清潔、洗面台と鏡、ベッドの高さと硬度、寝具、ナースコール、監視モニター、施錠の17項目を分析の対象とした（表1）。

(2) 上記の17項目の分析・解釈した内容を重要文脈に考えられる箇所にアンダーをひき、コード化した。

(3) コード化された重要文脈をサブカテゴリー化、カテゴリー化した（表2）。

(4) 尚、分析にあたっては2名のスーパーバイザーより、アドバイスを得て、カテゴリー化した。結果をA精神科病院のスタッフに公表し、アドバイスを得た。

(5) 色のイメージについてはホームページ²⁰⁾、

『環境が心をつくり 心が健康をつくる』²¹⁾を参考にした。

5) 倫理的配慮：

倫理的配慮として、以下の5点について説明と同意を得ることを条件に、広島文化学園大学看護学部の倫理審査委員会の承認を得た。

(1) 対象施設管理者に文書で説明を行い、同意を得た。

(2) 対象のプライバシーを守るために、対象施設名を匿名とした。

(3) 対象施設管理者に、いつでも研究の撤回が自由にできることを説明した。

(4) 対象施設に不利益がないように配慮した。

(5) 対象施設管理者に本研究の公表について説明をし、同意を得た。

■ 結果

1. A精神科病院一般病棟保護室の物理的環境の分析・解釈と重要文脈の抽出

作成されたフィールドノート（図1）を分析・解釈し、重要文脈を抽出した結果を表1に示した。保護室の室内の広さ・壁の色と素材・天井の高さ・床の材質・窓の構造、室内の仕切り、トイレ、臭い、音、光、室内の清潔、洗面台と鏡、ベッドの高さと硬度、寝具、ナースコール、監視モニター、施錠について分析・解釈した内容から重要文脈と考えられる箇所にアンダーを付し、コード化した。その結果、68個の重要文脈が抽出された。

2. 抽出された重要文脈からのカテゴリー化

抽出された68個の重要文脈をサブカテゴリー化、カテゴリー化した結果を表2に示した。表2に示したように重要文脈から抽出されたサブカテゴリーは、①人の精神に開放感を与える室内の広さと清潔感のある療養環境、②刺激を抑制し、患者の興奮性を弱める、③行動を制限し、他者への危害を防止する、④患者を保護し、安心感を与える、⑤事故防止を行い、安全に医療を提供する、⑥患者の行動観察を強化し、治療の成否の判断と予測される行動とその対処の指針とする、⑦自身の清潔に関するセルフケア能力が低下する、⑧自由を奪われると精神的負担感が増大する、⑨プライバシーが侵害され、自尊感情が保てない、⑩自然の恩恵が受けられず身体的に悪影響を生ずる、⑪不快な感情を刺激する、⑫安全・安楽が阻害さ

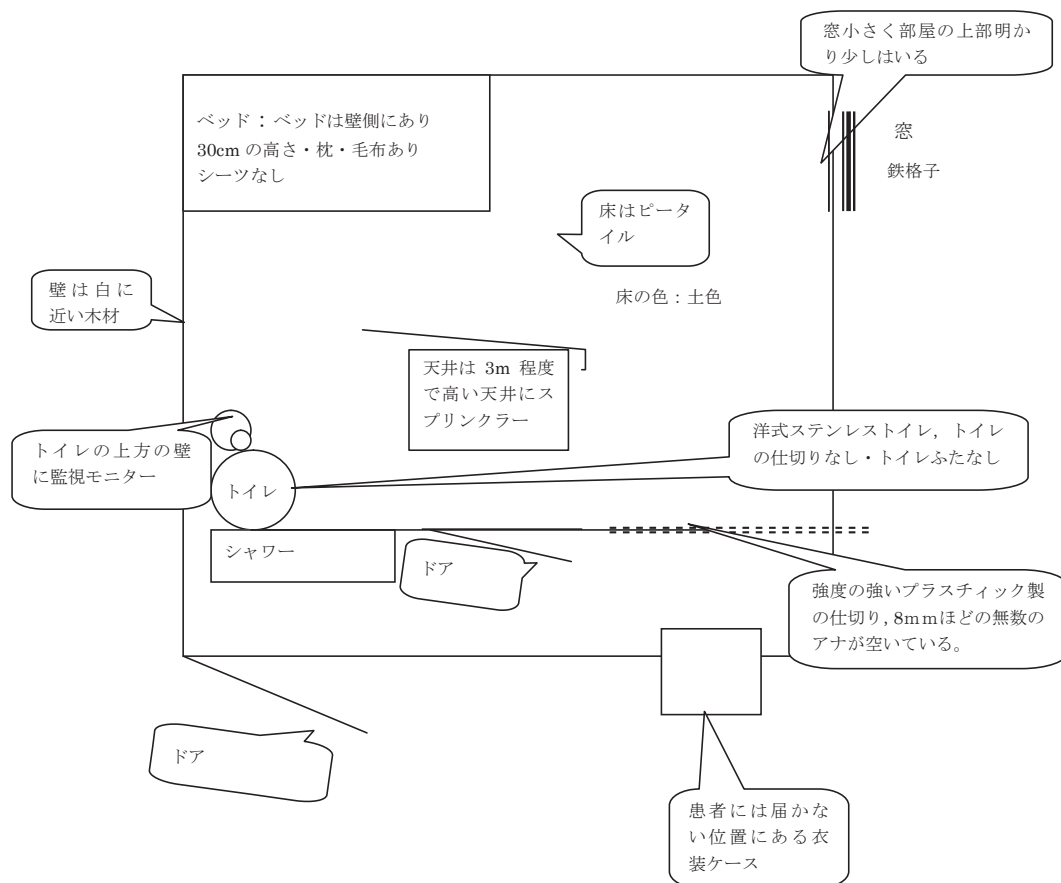


図1 作成した保護室（フィールドノート）

れる、の12項目であった。その12項目をさらにカテゴリー化した結果、①患者及び他者の生命を守り、安全な医療の提供、②人間の尊厳に関する問題とQOLの低下、③自然の恩恵が受けられず人の精神に不快な感情を刺激し安楽が妨げられる療養環境の3つカテゴリーが抽出された。

■ 考察

今般、観察したA精神科病院の保護室環境を分析・解釈した結果、①患者及び他者の生命を守り安全な医療の提供、②自然の恩恵が受けられず人の精神に不快な感情を刺激し、③安楽が妨げられる療養環境人間の尊厳に関する問題とQOLの低下の3つのカテゴリーが抽出された。

まず、患者及び他者の生命を守り安全な医療の提供ということは、人の生存に関わる重要な事項であり、それはわが国の憲法に示された基本的人権である。その意味では、第一に優先される問題である。次に、自然の恩恵が受けられず、人の精神に不快な感情を刺激し、安楽が妨げられる療養

環境が挙げられた。人の生活環境の良否は、精神の回復に大いに影響を与える。精神障がい者特有の興奮性や、他罰・自罰予防が強力になされた場合、環境が二の次になる場合は、一般病院における療養環境でも相違ない場合がある。最後に人間の尊厳に関する問題とQOLの低下の問題である。これは、患者のプライバシーの侵害や自尊感情の課題は、人としての存在価値に関わるものであり、日本国憲法第11条の「基本的人権」に関わる問題である。また、そして、“医療法”第一条の2に提示された医療の質の問題や医療者の倫理に関わる課題である。

医療行為推進に必要な精神障がい者特有の症状の緩和と本人及び他者への危害防止は人の生存に関わる問題である。保護室は、入室対象者の刺激を遮断して静穏で保護的な環境を提供し、症状を緩和すること、他害への危険を回避すること、あるいは自殺・自傷の危険を回避すること、他の患者との人間関係が著しく損なわれないように保護する、あるいは自傷他害に至るほど攻撃性は強くないが興奮性が顕著である患者を保護するなどが含ま

表1 A精神科病院一般病棟保護室の物理的環境の分析・解釈と重要文脈の抽出

項目	精神科一般病棟保護室環境	分析・解釈	重要文脈の抽出
室内の広さ	6.3 m ²	医療法試行規則では6.3 m ² 以上であり、1) 広さとしては法令範囲内である。部屋の広さは、2) 人の精神に開放感を与え、3) 攻撃性の緩和効果がある。	1) 広さとしては法令範囲内 2) 人の精神に開放感を与える広さ 3) 部屋の広さは攻撃性の緩和効果がある
壁の色と素材	白に近いベージュ色の木材	壁の色は心理的刺激要因となる。白に近いベージュ色は静かなで清潔感を与える。その上、木材の色は安らかで心地よいイメージがあり、落ち着く。これらより、精神が興奮状態にあるときは4) 心理的刺激を抑制し、5) 興奮状態を抑止することができる。壁に使用されている木材は、自傷行為に使われる可能性があるが、コンクリートの壁よりは衝撃は少なく、6) 自傷行為の防止になる。	4) 心理的刺激の抑制 5) 興奮状態を抑止 6) 自傷や事故防止をする
天井の高さ	3m程度	7) 天井が高いと開放感がある。と同時に8) 自傷行為を予防できると考える。	7) 天井が高いと開放感がある 8) 自傷行為の予防
床の素材	土色のビータータイル	土色は自然で素朴な色であり、温かみがある。そのため、9) 自然に包まれた温かみを与えることができる。しかし、興奮状態が持続している場合、10) ビータータイルは転倒時受傷が考えられる。	9) 自然に包まれた温かみを与える 10) ビータータイルは転倒時受傷が考えられる
窓の構造	小さい鉄格子がある	11) 部屋の窓が小さい場合閉塞感がある。12) 鉄格子は囚人のような拘束感がある。13) 逃亡出来にくいと認識される。加えて窓が小さいと14) 自然光が十分に入らないこと、15) 空気の流通が悪い。自然光が少ないと自然光の持つ16) 紫外線の働きが阻害され、微生物の繁殖を促進する。	11) 部屋の窓が小さい場合閉塞感がある 12) 鉄格子は囚人のような拘束感がある 13) 逃亡出来にくいと認識する 14) 自然光が十分に入らない 15) 空気の流通が悪い 16) 紫外線の働きが阻害され、微生物の繁殖を促進する。
室内の仕切り	透明で強度の強いプラスチック	室内に使用されているプラスチック素材の一部のしきりは、室内に入ることなく、17) 患者の観察が容易にでき、破損がしにくい為に18) 自傷行為予防につながる。患者側からすると19) 室内が広く明るく感じられ、開放感がある。他方、20) 監視されている拘束感があるのではないかと考えられる。	17) 患者の観察が容易にできる 18) 自傷行為予防 19) 室内が広く明るく感じられ、開放感がある 20) 監視されている拘束感
トイレ	同室内に設置、蓋のない洋式トイレ、自分で流せない	個室ではあるが、21) 排泄時、突然の訪室の場合、羞恥心が増大し、22) 自尊感情が保てない。それは23) プライバシー侵害の恐れと24) プライバシーの保護ができないことになる。水が自身で流せないのは、25) 水中毒対応と、26) 排泄物観察目的であろうと考えられる。無蓋洋式トイレ内に27) 排泄物が放置されると28) 糞尿便との共有環境が継続され、29) 排泄物の臭いがあると不快な思いがあると同時に30) 視覚的には不快であると考えられる。	21) 排泄時、突然の訪室の場合、羞恥心が増大 22) 自尊感情が保てない 23) プライバシー侵害 24) プライバシーの保護ができない 25) 水中毒対応 26) 排泄物観察目的 28) 糞尿便との共有環境 29) 排泄物の臭いがあると不快な思いがある 30) 視覚的には不快であると考えられる
臭い	無	日常おける心地よい香りは、精神的に癒され、不快な臭いは精神をイラつかせると考えられる。無臭の場合は、31) 生活観がなく、32) 精神に特別な影響を与えない。	31) 生活観がない 32) 精神に特別な影響を与えない
光	鈍い光	うす暗いと33) 刺激が弱く34) 活動性が下がる、あるいは35) 心が落ち着く。	33) 刺激が弱く 34) 活動性が下がる 35) 心が落ち着く

音	遮断	ひそひそ話す声は、患者に不安や予感を与える。全く音が遮断された場合、36) 外界からの刺激因子は弱められるが 37) 生活感がない。	36) 外界からの刺激因子は弱められる 37) 生活感がない
室内の清潔	清潔	38) ゴミやほこりがなく清潔は保たれていると考えられる。	38) ゴミやほこりのない清潔な室内
洗面台と鏡	無	一般的に洗面台は口腔内・手指の清潔や洗顔・整髪に使われる。鏡は自身の顔色・変化の観察につながる。清潔・整容意欲がわく場合もあるが、現実直視をすると失望感につながる場合もあると考えられる。無の場合には 39) <u>清潔に関するセルフケア能力が妨げられ</u> 、40) <u>清潔な習慣が身につけにくい</u> 。鏡がない場合、41) <u>顔色・変化の観察によって自身の回復を認識できないが、他方においては 42) 認識できない場合の方が失望感を持たないで済む</u> かもしれない。一方、43) <u>鏡や陶器性の洗面台は自傷目的として使われる場合があり、危険</u> である。	39) 清潔に関するセルフケア能力が妨げられ 40) 清潔な習慣が身につけにくい 41) 顔色・変化の観察によって自身の回復を認識できない 42) 認識できない場合の方が失望感を持たないで済む 43) 鏡や陶器性の洗面台は自傷目的として使われる場合があり、危険
ベッドの高さと硬度	高 30 c m であり、硬い	44) <u>低いベッドは転倒転落時、外傷予防につながり</u> 、45) <u>硬いベッドは安楽が阻害される</u>	44) 転倒転落時の外傷予防 45) 安楽の阻害
寝具	毛布、枕のみでシーツは無	寝具は通常、吸湿性に優れている素材が使用される。46) <u>毛布の保温性はあるが 47) 素材によっては埃がたち</u> 、48) <u>吸湿性が十分でない場合が多く、49) 汚染された場合、清潔が保ちにくい</u> 。シーツは吸湿性が高く、素材が面であるので、洗濯に耐えうという意味で清潔を保てる。が一方において <u>自傷や自殺目的に使用されることがあると考えられる</u> 為に無シーツにしていると考えられる。よって、50) <u>無シーツは身体吸湿目的より、自傷や自殺目的に使用されることを防止するためである</u> と考えられる。	46) 毛布の保温性はある 47) 素材によっては埃がたち 48) 吸湿性が十分でない 49) 清潔が保ちにくい 50) 無シーツは自傷や自殺目的に使用されることを防止する
ナースコール	いわゆるナースコールではなく、センサー式	一般的にナースコールは自身で必要性を認識したときに自身で押す。51) <u>保護室における入室者特性から考えた場合、自身でコールすることができにくい</u> と考えられるために、52) <u>興奮状態の時や不必要な動きが認められた場合センサー式で行動把握</u> をし、訪室。このことにより 53) <u>異常の早期発見</u> につながる。	51) 保護室入室者は自身でコールすることができにくい 52) 興奮状態の時や不必要な動きはセンサー式で行動把握 53) 異常の早期発見
監視モニター	有	保護室入室者に関しては通常、54) <u>15 分に 1 回の直視下での観察が必要</u> 。その他の時間に 55) <u>監視モニターで行動を観察し、必要時 56) 録画することによって異常行動の予測を行い、57) 安全を期する目的である</u> と考える。他方においては、58) <u>常時、モニターされることによって、プライバシーの保持ができにくいこと</u> 、59) <u>行動抑止策になると考えられる</u> 。	54) 15 分に 1 回の直視下での観察 55) 監視モニターで行動を観察 56) 録画することによって異常行動の予測を行う 57) 安全を期する 58) 常時、モニターはプライバシーの保持ができにくい 59) 行動抑止策になると考えられる
施錠	常時施錠	通常 60) <u>施錠は監禁</u> であり、61) <u>行動制限</u> である。62) <u>自由を奪われると認識すると 63) 閉塞感が強い</u> 。64) <u>施錠してないと離室の可能性</u> がある。65) <u>患者の容態が安定していない場合、66) 他者への危害の恐れがある</u> 。他方において、67) <u>他者からの危害を受けると考えているものにとっては 68) 自身が守られ・保護され・安全である</u> 場合もある。逆に自身が他者に危害を加えるかもしれないと考える患者の場合には、69) <u>拘束されることで他者に危害を加えないで済むという安心感を持つ場合がある</u> かもしれない。	60) 施錠は監禁 61) 行動制限 62) 自由を奪われる 63) 閉塞感が強い 64) 施錠してないと離室の可能性はある 65) 他者への危害の恐れがある 66) 他者からの危害を受ける 67) 自身が守られ・保護され・安全である 68) 拘束されることで他者に危害を加えないで済むという安心感を持つ

表2 抽出された重要文脈からのカテゴリー化

重要文脈の抽出	サブカテゴリー	カテゴリー
1) 広さとしては法令範囲内	人の精神に開放感を与える室内の 広さと清潔感のある療養環境	患者及び他者の生命を守り、 安全な医療の提供
2) 人の精神に開放感を与える広さ		
7) 天井が高いと開放感がある		
9) 自然に包まれた温かみを与える		
19) 室内が広く明るく感じられ、開放感がある		
32) 精神に特別な影響を与えない		
38) ゴミやほこりのない清潔な室内		
3) 部屋の広さは攻撃性の緩和効果がある	刺激を抑制し、患者の興奮性を 弱める	
4) 心理的刺激の抑制		
5) 興奮状態を抑止		
31) 生活観がない		
37) 生活観がない		
33) 刺激が弱く		
34) 活動性が下がる		
35) 心が落ち着く	行動を制限し、他者への危害を 防止する	
36) 外界からの刺激因子は弱められる		
42) 認識できない場合の方が失望感を持た ないで済む		
57) 安全を期する		
60) 施錠は監禁		
14) 逃亡しにくい		
61) 行動制限		
64) 施錠してないと離室の可能性	患者を保護し、安心感を与える	
65) 他者への危害の恐れがある		
59) 常時モニターは行動抑止策になる		
66) 他者からの危害を受ける	事故防止を行い、安全に医療を 提供する	
67) 自身が守られ・保護され・安全である		
68) 拘束されることで他者に危害を加えない で済むという安心感を持つ		
6) 自傷や事故防止をする	事故防止を行い、安全に医療を 提供する	
8) 自傷行為の予防		
9) 自傷行為の予防		
10) 事故防止		
18) 自傷行為の予防		
43) 鏡や陶器性の洗面台は自傷目的として 使われると危険		
44) 転倒転落時の外傷予防		
50) 無シーツは自傷や自殺目的に使用され ることを防止する	患者の行動観察を強化し、治療の 成否の判断と予測される行動と その対処の指針とする	
17) 患者の観察が容易にできる		
25) 水中毒対応		
26) 排泄物観察		
51) 保護室入室者は自身でコールするこ とができにくい		

52) 興奮状態の時や不必要な動きはセンサー式で行動把握		
53) 異常の早期発見		
54) 15分に1回の直視下での観察		
55) 監視モニターで行動観察		
56) 録画による行動予測		
34) 清潔に関するセルフケア能力が妨げられる	自身の清潔に関するセルフケア能力が低下する	人間の尊厳に関する問題と QOLの低下
40) 清潔な習慣が身につきにくい		
41) 顔色・変化の観察によって自身の回復の認識ができない		
11) 部屋の窓が小さいと閉塞感がある	自由を奪われると精神的負担感が増大する	
12) 鉄格子は囚人のような拘束感がある		
13) 逃亡出来しにくいと認識する		
20) 監視されている拘束感		
62) 自由を奪われる		
63) 閉塞感が強い	プライバシーが侵害され、自尊感情が保てない	
21) 排泄時の訪室は羞恥心が増大		
22) 自尊感情が保てない		
23) プライバシー侵害		
24) プライバシーの保護ができない		
58) 常時モニターはプライバシーの保持ができていない		
10) ピータイルは転倒時受傷が考えられる	自然の恩恵が受けられず、身体的に悪影響を生ずる	自然の恩恵が受けられず、人の精神に不快な感情を刺激し安楽が妨げられる療養環境
14) 自然光が十分に入らない		
15) 空気の流通が悪い		
16) 紫外線の働きが阻害され、微生物の繁殖を促進する		
18) 身体に悪影響を与える	不快な感情を刺激する	
28) 糞尿便との共有環境		
29) 排泄物の臭いがあると不快		
30) 視覚的には不快	安楽が阻害される	
45) 安楽の阻害		
46) 毛布の保温性はある		
47) 毛布は素材によっては埃がたつ		
48) 毛布は吸湿性が十分でない		
49) 汚染された場合、清潔が保ちにくい		

れ、最後に身体合併症を有する患者の検査および治療を遂行することなども保護室入室もありえる。

保護室は、日本では従来、病檻と呼ばれていた。病檻とは一般的に刑務所の中に収容された病人を収容する監房を意味していた。檻の名称が示すごとく、それは刑務所内に収容された人の特性、すなわち、犯罪者の逃亡予防のための措置であり、基本的信頼関係に即したものではない。刑務所内の生活環境に対しても議論は湧き上がるであろう

が、一方は犯罪者であり、他方は、犯罪者ではない。精神障がい者に対する取り扱いが至極人権を侵害したものであったことは、わが国のみならず、全世界に及ぶ。混沌とした時代にあっては、精神障がい者も犯罪者も同様に扱われていたことはミシェル・フーコー²²⁾の『監獄の歴史』²³⁾、『狂気の歴史』²⁴⁾に見るように見せしめの身体罰や拘束が不必要に行われていた歴史的事実である。

わが国では古くから精神障がい者に対しては座

敷牢が一般的であった。『松沢病院外史』²⁵⁾には明治初年の私宅監置の状況が掲載されている。1902年(明治35年)に呉秀三²⁶⁾は拘束器具を撤去し保護室を広くし、保護室内トイレをなくし、排泄は病棟のトイレを使用し、看護師が付き添うようにした。1918年(大正7年)、呉は、医学士榎田五郎と共同で『精神病患者私宅監置の状況及びその統計的観察』²⁷⁾という調査報告書を提出した。この報告書は“精神科病院法”の根拠になった。精神科病院法は精神患者を精神科病院に保護し、治療を行う目的で制定された。しかし、自宅監禁から病院への収容は、社会からの隔離をも意味し監禁同然の処遇であることに対しての問題提起が起った。

“精神病患者監護法”は相馬事件²⁸⁾というお家騒動が発端であるといわれている。この一連の騒動で精神病患者の処遇に対する法律がないことが明らかになり、“精神病患者監護法”によって精神病患者監護の義務と処遇の原則を定めた。特に、呉秀三が目にしたのは、精神障がい者の自殺企図の問題であった²⁹⁾。彼はわが国の自殺者のうち、精神病患者の自殺率は47.5%であると報告している。

1950年(昭和25年)には“精神衛生法”が制定され、その第一条に、「この法律は、精神障害者等の医療及び保護を行い、且つ、その発生の予防に努めることによって、国民の精神的健康の保持及び向上を図ることを目的とする。」³⁰⁾と規定された。この法律以後、精神医学が進歩し、人権意識が高まった。A精神科病院に現存する保護室は30年前に設置されたことから、“精神衛生法”の時代の宇都宮事件以前に設置された保護室であると考えられる。

1984年(昭和59年)に宇都宮事件などの精神科病院の不祥事で、日本における精神障がい者の取り扱いに関して世界の関心が集まった。1987年(昭和62年)には“精神保健法”が制定され、その第一条に「この法律は、精神障害者等の医療及び保護を行い、その社会復帰を促進し、並びにその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによって、精神障害者等の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図ることを目的とする。」³¹⁾と述べられ、社会復帰を前面に押し出した規則に変わった。更に精神的健康の保持のみならず保持・増進、及び精神保健の向上を図ることも条文に追加され、国民の精神保健への取り組みが積極的になされようとした。この背景には貧

困であった時代にはなかった精神の退廃もまた社会的現象として認められたということであろう。そして、1995年(平成7年)には“精神保健及び精神障害者福祉に関する法律”が制定された。

鈴木の研究³²⁾は、精神障がい者のリハビリを視野に入れた病院建築について論じたものである。特に病院の空間の重要について述べたものである。清水、小沼、津久江らの研究³³⁾らは、保護室について、患者の尊厳に配慮したハード面とソフト面からアメニティの良さが追求されることが必要であると述べている。彼らは治療上、精神障がい者を隔離・拘束する必要がある場合にはやむを得ない措置として認めつつ、良質の環境の提供が重要であるとしている。彼らが述べたように、各隔離室(保護室)は、安全性と快適性が両立し、患者のプライバシーと尊厳が守られるように配慮された構造が追及されるべきであろう。また、鈴木³⁴⁾や秋葉³⁵⁾が述べた保護室環境は、構造上、患者の様態に適した機能を持ち合わせたヒューマンなやさしい空間であり、長期間に保護室にいることを前提にせず、温かい味や快適性の重視である。ゆえに、保護室における最優先課題が生命尊重の問題であることは承知しつつも、尚、様々な配慮の余地が有る。それは、生存権の問題から考えたらゆるぎのないものであろう。ゆえに、浅井³⁶⁾が述べたように行動制限である隔離や拘束は、必要最小限にすることが求められる。

保護室の構造・機能上の質的向上を考えた場合、患者の状況に即した環境設定が重要視されるという点では研究者らと一致した見解であり、患者および他者の生命を守り、安全に医療を提供する場所として構造機能上、質的向上が必要であろう。患者および他者の生命を守るということは、人の生存権の問題であり、人権の問題であると考えられる。ゆえに、精神障がい者等の医療及び保護という観点で保護室は、生命の維持と行動観察がよくできる環境設定と同時に、人に癒しを与える環境設定をし、行動制限の最小化の努力をすることが、人間の尊厳につながることであり、回復を促進するために、自然の恩恵が受けられ人の精神に不快な感情を刺激しない保護室環境とすることが重要であろう。

最後に人間としての尊厳に関する問題とQOLの低下の問題がある。人間としての尊厳に関する問題は、行動制限・監視により、自由を奪われることによる精神的負担感の増大、プライバシーが

侵害され、自尊感情が保てないことによるものであると考えられる。特にプライバシーの問題として考えられるのは監視モニターである。一般病棟で実施される監視モニターシステムは、通常は臓器の異常監視モニターであり、部屋全体を監視するものではない。しかし、保護室の監視モニターシステムは行動全体の観察が基本となる。その場合、保護室の構造によっては、排泄中の患者の行動も観察されるということになり、著しく患者の自尊感情を傷つける問題であると考えられる。畠山³⁷⁾や鈴木³⁸⁾らが報告したように保護室内のトイレをなくす試みも患者の尊厳を守ることにつながるであろう。

人間としての尊厳の問題は看護者の倫理として守るべき患者の権利である。看護者の倫理は、日本看護協会が示した『看護者の基本的責務』³⁹⁾に示された“看護者の倫理綱領”に明確である。その条文の最初に掲げられているのが、看護師は人間の生命、人間としての尊厳及び権利を尊重することである。特に日本精神科看護技術協会は独自の看護者の倫理綱領を有している。同協会は、2004年に精神科看護の定義を改正し、“精神科看護倫理要綱”を見直した。その前文には、「精神科看護者は、本協会の精神科看護の定義を理念とし、法と人道の精神を踏まえ、看護者の責務を遂行する」⁴⁰⁾と述べられた。ここで述べられた精神科看護の定義とは「精神的健康について援助を必要としている人々に対し、個人の尊厳と権利を基本理念として、専門的知識と技術を用い、自律性の回復を通して、その人らしい生活ができるよう支援すること」⁴¹⁾である。これら、精神障がい者への対応で求められる人間としての尊厳の問題であり、その人らしい生活ができるよう支援することである。これは精神障がい者のノーマライゼーション (normalization) の実現を目指したものであり、障がい者と健常者との共生生活を意味する。これらから、保護室における QOL の低下は、精神障がい者の活動性の低下と共に、自身の日常生活を整えられない本源的な問題もあるとは考えられる。

漫然と長期に及ぶ保護室収容は、バージニア・ヘンダーソン⁴²⁾やマズローが述べた人間の基本的欲求に関わる問題でもある。活動と休息、安全、生存、所属、愛着関係、尊厳を求める欲求は、人と人との相互作用が人の情緒に影響を与えるという意味で、そのエネルギー交換の際の力が重要な

鍵となる。人間は一人では生きられず、人間と環境とのエネルギー交換を促し人間性を高めているものである。しかし、精神科医療における保護室は、人の生命保持の側面が優先され、その課題を克服しつつ医療活動が実践されるために、入室者の自殺防止に配慮が集中しているという点である。そのため、閉塞感が強く、自然の恩恵が受けられず、人の精神に不快な感情を刺激し、安楽が妨げられる療養環境となっていることが考えられる。

井出、三宅ら⁴³⁾は、病棟における保護室の位置と構造は、濃厚な観察と迅速で手厚い対応が容易であり、病棟の役割と特色を生かしながら治療・安全性の効果と人間としての尊厳がバランスよく組み込まれていることが重要であると述べている。彼らが論じたように、精神科病棟における保護室は、観察が良くでき、迅速で適切な対応ができる環境設定と同時に、人に癒しを与える環境設定をしていく必要があるであろう。そのことが精神障がい者の回復を促進し、漫然と長期に収容せず、早期に保護室から退室できる環境設定であると考えられる。精神科医療において患者の行動がよく観察ができることは、迅速で適切な対応につながるが、しかし、同時に患者に癒しを与える環境設定をしていくことがその回復を促進するであろう。

フローレンス・ナイチンゲール⁴⁴⁾は『Notes on Nursing 看護覚え書』⁴⁵⁾の中で人間生活に必要な不可欠な原則を繰り返し論じている。彼女は「人は健康なときでも、自分が呼吸している部屋の空気を繰り返し呼吸して、なおかつその害を受けずにいることはできない」⁴⁶⁾と述べ、人間生活に必要な不可欠な原則を看護ケアの主要な要素としていた。ふたのついていない寝室用便器については「ふたがついていなかったら、その不快きわまる湿気はいったいどこに行くのであろうか？」⁴⁷⁾「暗い部屋に住んでいる人々は健康を失い」⁴⁸⁾など、多くの問題提起をしながら、生活環境について述べている。とくに物理的環境モデルつまり換気、暖かさ、光、物音、気分転換、寝台と寝具、部屋や壁の清潔さについて論じ、人々の健康を心身両面から論じた内容である。

特に、病室環境の騒音についてナイチンゲールは『看護覚え書』に不必要な物音や、心のなかに予感や期待などをかき立てるような物音は、患者に害を加える音である⁴⁹⁾と述べている。興奮状態の患者には特に、不必要な刺激を避け、悪影響を与えない気配りが必要であると述べた。A精神

科病院一般病棟の保護室は、静寂と清潔は保てており、不安や予感を掻き立てるような騒音はない。他方、人の日常生活に必要な原則としての、物理的環境、すなわち、自然の空気や光、安楽な寝台と寝具については決して良好ではないと考えられた。そして、ナイチンゲールは観察の重要性はいかなる病人にとっても重要であると述べ、正しい観察こそが患者の生命を守り、健康と安楽を増進させる⁵⁰⁾と述べている。精神障がい者の行動観察強化目的で実施されるのが直視下観察と監視モニターによる観察であろう。これら、観察の強化が他方では人権問題に発展することもあり得る。ちなみに「保護室の目的・遵守事項」⁵¹⁾には、定期的な会話などによりスタッフの注意深い臨床的観察と適切な医療及び保護を確保・洗面、入浴、掃除などにより患者および保護室衛生を確保することが義務付けられている。

保護室の物理的環境を、人の日常生活に必要な不可欠な原則として考え、早期に回復を促進できる環境を整えることが、QOLの低下を引き起こさないことにつながると考えられる。また、行動制限の最小化およびセルフケア能力に応じたケアの提供は、自律性の回復とその人らしい生活ができるよう支援することであり、QOLの低下予防と同時に人間としての尊厳を守ることに繋がる。

“精神保健及び精神障害者福祉に関する法律”第三十六条には精神科病院の管理者は、入院中の者につき、その医療または保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができるとした条文と、3項の患者の隔離その他の行動の制限は、指定医が必要と認める場合でなければ行うことができないという条文は、精神障がい者の行動制限に関する問題であり、適切に遵守すべき規則である。医師や看護師は、この法律と共に、医療者としての倫理的責務を果たすことが求められる。これらは、内嶋順一が『法と患者の権利をどう意識するか』⁵²⁾で提言したように精神障がい者看護を引き受ける看護師は、絶えず、患者の権利を法律と倫理という側面を意識しつつ、絶えず、その精神的健康の回復・維持・増進に向けた支援を行うべきであろう。

■ 結論

以上、精神科病院の一般保護室環境について人

権と倫理的医療という側面から考察した結果、以下の結論が得られた。

1) 患者および他者の生命を守るとことは、人の生存権の問題であることから、保護室環境は、安全に医療を提供する場所として構造機能上の質的向上が求められる。

2) 精神障がい者等の医療及び保護という観点で保護室は、生命の維持と行動観察がよくできる環境設定と同時に、回復を促進するために、自然の恩恵が受けられ人の精神に不快な感情を刺激しない保護室環境とすることが求められる。

3) 回復を促進できる保護室環境と行動制限の最小化およびセルフケア能力に応じたケアを提供することによってQOLの低下を引き起こさないことが人間としての尊厳を守ることに繋がる。

■ おわりに

本研究では、A精神科病院一般病棟保護室環境を分析・解釈し、その物理的環境を人権と倫理的医療という側面から、治療と人間の尊厳の問題を検討した。その結果、患者および他者の生命を守るとことは、人の生存権の問題であることから、保護室環境は、安全に医療を提供する場所として構造機能上の質的向上、医療及び保護という観点からは、生命の維持と行動観察がよくできる環境設定と同時に、回復を促進するために、自然の恩恵が受けられ人の精神に不快な感情を刺激しない保護室環境とすること、回復を促進できる保護室環境と行動制限の最小化およびセルフケア能力に応じたケアを提供することによってQOLの低下を引き起こさないことが人間としての尊厳を守ることに繋がるということが分かった。

本研究は、A精神科病院一般病棟保護室環境について検討したものであるが、現在、保護室のアメニティについての改善についての研究は着手されたばかりであることを考えると、精神障がい者の人権やQOLについて検討がなされたことは、精神障がい者を看護するうえで、重要な示唆となりえる。今後、新しく開発されつつある保護室との比較において、あるいは、他施設の保護室環境を調査することにより、現時点における我が国の精神科病院における保護室環境がより正確に把握することにつながる。

注

- 1) マズロー (Abraham Harold Maslow 1908-1970) ; アメリカの社会心理学者. 心理学第一の勢力であるフロイトの本能論, 第二勢力であるワトソンの行動主義を否定し, 第三の勢力としての心理学を提唱した.
- 2) エイブラハム・マズロー著, 上田吉一訳; 完全なる人間, 誠信書房, 2000.
- 3) エイブラハム・マズロー著, (2000) 前掲書2), p.26.
- 4) エイブラハム・マズロー著, (2000) 前掲書2), p.42.
- 5) 清水賢, 小沼杏坪, 津久江一郎著; 隔離室アメニティ, pp.36-40, 日本精神科病院協会雑誌 (1347-4103), 23巻12号, 2004年.
- 6) 看護行政研究会監修; 看護六法, p.446.
- 7) 佐々木秀美著; 『明治時代におけるわが国の近代的精神医療の萌芽と挫折に関する歴史的考察—精神科病院設立経緯と精神障害者看護に焦点を当てて—』, 看護学統合研究, Vol.6, No.1, pp.1-15, 2005.
- 8) 鈴木憲治著; 保護室, pp.80-89, 精神看護, 1 (8), 2005.
- 9) 清水賢, 小沼杏坪, 津久江一郎著; 隔離室アメニティ, pp.36-40, 日本精神科病院協会雑誌 (1347-4103) 23巻12号, 2004.
- 10) 秋葉千賀著; 病院改築で現場の声を反映した機能的な保護室, pp.27-34, 精神看護, 8 (35), 2008.
- 11) 井出敬昭, 三宅薫著; 生活環境としての保護室について, pp.172-176, 日本精神科看護学会誌, 50 (2), 12. 2007.
- 12) 津崎竜子・佐藤雅盛・山内秀樹著; 心が閉ざされない, ぬくもりのある生活空間を求めて, pp.31-34, 精神看護, 8 (35), 2008.
- 13) 高岡裕子; 環境整備の視点から検討した保護室使用基準を用いた看護, pp.84-86, 砂川市立病院医学雑誌, 24(1), 2007.
- 14) 本田英著; 人の存在を感じられる癒しの空間, pp.39-40, 精神科看護, 35(8), 2008.
- 15) 浅井邦彦著; 精神科医療における行動制限の最少化に関する研究, 1999.
- 16) 鈴木武著; 保護室内にトイレを設置してない—陽会, pp.40-45, 精神科看護, 4 (13), 2010.
- 17) 畠山卓也著; 当時者にとっての保護室体験—語りを通して見えた保護室の意味, pp.20-26, 精神看護, 35(8), 2008.
- 18) ウブエ・フリック; 質的研究入門, 春秋社, 2004.
- 19) 台利夫; 参加観察の方法論, 慶応義塾大学出版, 2007.
- 20) 色のイメージ; <http://www.usui-tosou.com/iroimage.html>. (2010.8.8取得).
- 21) アンドルー・ワイル; 環境が心をつくり 心が健康をつくる, 一光社, pp.208-212, 2007.
- 22) ミシェル・フーコー (Michel Foucault 1926-1984) ; フランスの哲学者. 代表作は『狂気の歴史』『監獄の誕生』『性の歴史』などである. 1946年, 高等師範学校合格. フーコーの学生生活は同性愛者としての苦しさ, エリートとしての息苦しさにより不安定で, 1948年と1950年に自殺未遂事件を起こした. その後, 病気を乗り越えたフーコーは大学教員資格試験に合格し, 1951年にリール大学の助手として採用され, 博士論文である『狂気の歴史』を著する. パリ・ヴァンセンヌ実験大学の哲学教授に就任した後, 1970年に, コレージュ・ド・フランスの教授となり, 1984年エイズで死去した.
- 23) ミシェル・フーコー著, 田村俣訳; 監獄の歴史, 新潮社, 1977.
- 24) ミシェル・フーコー著, 田村俣訳; 狂気の歴史, 新潮社, 1975.
- 25) 金子嗣朗著; 松沢病院外史, 日本評論社, 1982.
- 26) 呉秀三 (1865-1919) ; 明治期から昭和期にかけての精神病学者. 江戸青山に生まれたが父は広島藩医. 1890年 (明治23年) に東京帝国大学卒業. 同大学で助手として勤めたが, 1896年 (明治29年), 医科大学助教授となる. 1897年 (明治30年) 榊俣の突然の死亡により, 当時助教授であった彼は文部省の命令で欧州に留学した. 1901年 (明治34年) 帰国後, 直ちに東京帝国大学医学部精神病学教

- 室を主宰，同時に巢鴨病院の医長に就任（東京都衛生行政史には院長とかかれているが松沢病院90年史には医長とかかれている.），直ちに病院内の改革に着手した。
- 27) 呉秀三・榎田五郎著；精神病者私宅監置ノ實況及び其統計的觀察，創造出版，2000.
 - 28) 相馬事件；1877年（明治10年）頃，旧相馬中村藩主子爵相馬誠胤（ともたね）が精神病発病. 1879年（明治12年）病状悪化. 監禁願→座敷牢. 1883年（明治16年），旧家臣錦織剛清が私宅監禁告発. 1883年（明治17年）加藤癲癇病院→東京府癲狂病院入院. 発症鑑定は狂躁発作を有する鬱病. 1886年（明治19年），錦織剛清は東京府癲狂病院入院中の患者を奪還. 背後に後藤新平などを担ぎ出，不法監禁の告訴を行った. 告訴されたものは相馬家の家令志賀直道（志賀直哉の父），先代胤の妻，東京府癲狂病院院長中井常次郎などであり，家族もこれに反して告訴をするなど，中井院長他錦織剛清もそれぞれ鎖につながれた事件である.
 - 29) 岡田康雄編；呉秀三著作集第二巻，精神病者ノ自殺症ニ就キテ，pp.255-301，思文閣出版，1982.
 - 30) 厚生省健康政策局編集；健康政策六法，p.1015，1986.
 - 31) 厚生省健康政策局編集，（1986）同前掲書3），p.1754.
 - 32) 鈴木憲治著，（2005）前掲書8），p.88.
 - 33) 清水賢，小沼杏坪，津久江一郎著，（2004）同掲書11）p.40.
 - 34) 鈴木憲治著，（2005）前掲書8），pp.84-87.
 - 35) 秋葉千賀著，（2008）前掲書10），p.27.
 - 36) 浅井次郎；「精神科医療における行動制限の最少化に関する研究」，宮城県精神科病院医事研究会，2004.
 - 37) 畠山卓也著，（2008）前掲書18），pp.20-26.
 - 38) 鈴木憲治著，（2005）前掲書8），p.87.
 - 39) 日本看護協会監修；看護師の倫理要綱，日本看護協会出版会，2009.
 - 40) 日本精神科看護技術協会監修；看護実践 看護倫理，p.174，精神看護出版，2007.
 - 41) 日本精神科看護技術協会監修（2007）前掲書31），p.173.
 - 42) ヘンダーソン看護論；アメリカの看護学者バージニア・ヘンダーソン（Virginia Henderson 1897-1996）によって開発された理論. 『看護の基本となるもの Basic Principles of Nursing Care』は個々の人間の基本的欲求に基づいて，患者のニードを14項目（呼吸・飲食，排泄，姿勢を保つほか）に分けて，その充足を分析することで，患者の援助を考えようとした理論. 湯楨ます・児玉香津子訳がある.
 - 43) 井出敬昭，三宅薫著，（2007）前掲書12），pp.172-176.
 - 44) フローレンス・ナイチンゲール（Florence Nightingale 1820-1910）；イギリスの看護教育及び社会改革家. イタリアで生まれ，ドイツのカイゼルスウェルト学園で看護を学んだ後，婦人病院の看護監督官になる. 1854年（安政1年），クリミア戦争勃発後に看護婦として従軍し，クリミアの天使と呼ばれた. 1860年（万延1年），聖トマス看護婦学校を創立，卒業生を以ってその優秀性を示し，ナイチンゲール方式と呼ばれる看護教育方式が世界中に広まった. その思想の根本には人々の健康と公衆衛生の普及という概念があり，女性をしてその役割が果たせるように企画したものである. 女性の解放及び自立という意味でもナイチンゲールの果たした役割は大きく，実践的女性解放主義者とも呼ばれる.
 - 45) Florence Nightingale (1860), Note on Nursing, pp.188-189, Scutari Press, 1992.
 - 46) Florence Nightingale (1860), 前掲書34), p.32.
 - 47) Florence Nightingale (1860), 前掲書34), p.33.
 - 48) Florence Nightingale (1860), 前掲書34), p.44.
 - 49) Florence Nightingale (1860), 前掲書34), p.81.
 - 50) Florence Nightingale (1860), 前掲書31), pp.154-155.
 - 51) 門脇豊子，清水嘉与子，森山弘子；看護法令要覧，日本看護協会出版，2008.
 - 52) 内嶋順一著；法と患者の権利をどう意識するか，pp.34-39，34(5)，2007.

英文抄録

Human rights and Ethically medical referred investigation of Psychiatric mental hospital seclusion rooms

Hiroshima Bunka Gakuen University
Graduate School of Nursing, Master Course of Nursing
Yasuko Kubo, Ichirou Tsukue, Shigeiko Kato, Hidemi Sasaki

Healthcare amenities are frequently addressed in the mass media and the importance of the relationship between human being and environment has been pointed out in it. We conducted fieldwork on therapeutic environment in protection rooms of a mental hospital by focusing on isolation in psychiatric emergency service. We observed protection rooms of a mental hospital and extracted following three categories from the analysis of its descriptive content: the need to protect the life of patients and others and to provide safe medical care for them; therapeutic environment that prevents patients from enjoying the blessing of the nature, stimulates uneasy feelings among them, and hinders safety and comfort; and the problems of human dignity and a decline in QOL. We found out that safety need for the maintenance of vital activity in Maslow's hierarchy of needs was taken the most seriously. But it is difficult to manage to fulfill safety needs and to improve therapeutic environment at the same time. Human dignity which Maslow considers as the highest level of needs and has continued to be a fundamental agenda for human existence was also problematized. Our analysis shows that a mental hospital must not isolate protection rooms from other facilities beyond necessity and must offer therapeutic environment in which mental patients feel comfortable.

Key words: Psychiatric mental hospital, Seclusion room, Environment, Human rights, Dignity