

原 著

精神科病棟の保護室患者の退室に関する 看護師の認識

—退室時期の判断に影響する要因に焦点をあてて—

Nurses' awareness of the release of psychiatric patients
from seclusion rooms

—Factors influencing decision-making regarding the timing of release—

坂江 千寿子^{*1} 篠原 清夫^{*2}

Chizuko Sakae, Sugao Shinohara

キーワード：精神科看護，保護室，退室時期

Key words : psychiatric nursing, seclusion rooms, the timing of release

Abstract

The present study focused on the timing of release of patients from seclusion rooms, and a questionnaire survey was conducted to examine what points had been viewed as important by nurses when they had determined the timing as well as factors that had influenced their decisions. Nurses were administered a four-grade questionnaire, and 577 responses were obtained. The results were as follows:

The averages of responses that support the necessity of early release were 3.5 or higher. There were a variety of responses depending on the gender of the respondents, their job position, and experience. Higher rates of chief and head nurses (both males and females) were in favor of efforts to promote the early release of patients from isolation rooms, compared to other staff members. The median of responses by male nurses supporting the idea that “nurses should primarily decide on the timing of release” was significantly higher. The idea that “nurses should primarily decide on the timing of release” was correlated with the number of nurses on the day shift—a quantitative variable associated with a personnel-related factor.

要旨

本研究は、看護師が、保護室患者の退室時期を判断する際に重視している事柄は何か、また判断に影響する要因は何かを探索するための質問紙調査である。看護師577名から4段階尺度による回答を得て、以下のことが明らかになった。回答の中央値が3.5以上の項目は、早期開放の必要を肯定(賛成)する項目であった。しかしその回答には、性差、職位、そして経験による差も認められた。保護室患者の時間開放をできるだけ早期から開始したいというチャレンジ

受付日 2014年10月3日 受理日 2015年2月10日

*1 佐久大学看護学部 Saku University School of Nursing

*2 三育学院大学 Saniku Gakuin College School of Nursing

については、主任や師長の回答がスタッフよりも肯定的であった。男性看護師も同様の傾向を示し、さらに「看護師が退室時期の判断主体になることへの賛否」についての中央値は、女性看護師よりも有意に高かった。「看護師が退室時期の判断主体になることについての賛否」と量的変数との関係では、日勤の看護師数という人的要因の影響の関与が示唆された。

I. 緒言

1. 研究の背景と目的

精神科医療における隔離は、精神保健福祉法第36条1項に基づき、患者の医療または保護を図ることを目的に行われ、12時間以上の隔離は精神保健指定医の指示によるものと定められている。保護室患者は、入室直後は24時間閉鎖された状態で過ごす。その後、治療効果に伴い精神症状が安定した場合、保護室から出て過ごす時間を医師が指示して、数時間、半日あるいは日中8時間まで、保護室外で過ごすという「時間開放」段階に入る。そして、その開放された時間中で、看護師は当該患者の保護室内外での言動の変化を観察し回復状態を判断して、医師へ早期に退室できるように提案する役割を果たしている。

保護室からの退室の指示に関しては、入室と比べて指示者に関する法的規定がないものの、主治医の判断によることが多い。そのため主治医の不在等により、保護室の終日閉鎖の状態から時間開放へチャレンジするタイミングにずれを生じることもある。その結果、患者が保護室内で24時間閉鎖された状態で過ごす日数が延長することになる。

その一方で、主治医が不在でも、急性期治療病棟の使命として、治療を要する入院患者のためのベッド確保が求められる。保護室に緊急入室する患者がいた場合、保護室に入室している患者の中で、一般病室での生活が可能と判断できる患者は誰か、看護師は医師とともに選定しなければならない。保護室へ緊急入院することになった患者のベッドを確保するために、入室している2名のどちらが一

般室へ退室できるかについての検討において、日勤の看護師たちの意見が分かれていた。例えば、ある看護師は、患者の状態としては、表情が硬い、まだ待てない、落ち着きがない、など退室後の刺激による悪化の可能性を危惧していた(坂江, 2005a)。しかし、患者の状態からすれば時期尚早であるが、ベッド確保のための「押し出し退室」はやむをえないという事情がある。このように、精神科病棟における保護室からの患者の退室には、緊急入院患者の受け入れや夜間救急当番のために保護室を1床確保しておかなければならない背景があり、保護室患者の回復状態だけではなく、病棟の物理的条件も退室の際の条件として関与していると考えられる。

さらに、患者の退室時期の判断に関して、看護師間の意見がなかなか一致しない現実にも遭遇する。例えば、初回入院の統合失調症患者からの退室要求に対して、ある主任看護師が保護室内にとどめることへの弊害を医師に進言し時間開放になったケースがあった。しかし、その場にいた看護師全員が同じ考え方というわけではなかった(坂江, 2005a)。時間開放を実施する際について、看護師間での判断が一致しないことにより葛藤が生じているという報告がある(畠山, 2004)。また、看護師の自律性尺度を開発した菊池(1997)は、年齢が高く看護の経験豊富な看護職は、自分の置かれた状況を正しく理解し、具体的な情報や理論・法則に基づいて適切な看護を選択できると述べている。そして、看護の専門職的自律性について調査した辻(2004)は、5つの下位尺度の中の抽象的判断、具体的判断、自立的判断において主任以上の職位の者は、

スタッフよりも得点が高かったことを報告し、永井(2004)も看護における安全管理についての判断には職階による差があると報告している。また、河内ら(2007)は、女性看護師は時間開放の実施について男性看護師よりも医師に判断をゆだねる傾向が強く、性差が認められたことを報告している。つまり、同じく精神科保護室の患者に接している看護師であっても、職位や性差によって退室時の判断基準や重視する要因には差があることが推測される。

そこで、本研究では、保護室から退室する時期の判断において、看護師が何を考え重視しているか、判断に影響する要因を探索することを目的とした。

2. 研究の枠組み

医師は精神運動興奮による自傷他害等の患者について、保護室への入室を指示する。入室後、患者の回復状態に応じて、短時間の時間開放、開放する時間の延長、退室まで、医師は段階的に指示していく(医師から患者に

出された上向きの4本の矢印で象徴的に示す)。一方、看護師は、患者の入室から退室までの期間に、保護室内外で観察した結果を患者の回復を示す情報として医師に提供する。看護師による患者の回復状態の情報や判断(□と3本の点線の螺旋矢印で示す)は、間接的ではあるが医師の指示内容(□で示す)へと反映されていると考えた。また、先行研究(坂江, 2005a, 2005b)の結果から、退室が可能かどうかは、回復状態をどのように判断するかどうかだけではなく、病棟内の人的・物理的な外的な条件が影響する。そこで看護師の判断には、「患者の条件」「病棟の条件」「看護師の条件」が影響することを想定して論理的な枠組みを構成した(図1)。

本研究は、看護師の退室時期の判断を問うための量的記述的研究である。さらにその回答を用いて、判断に影響する関連要因を見出す関係探索研究とした。

3. 用語の定義

・保護室：精神保健福祉法で行動制限は、隔

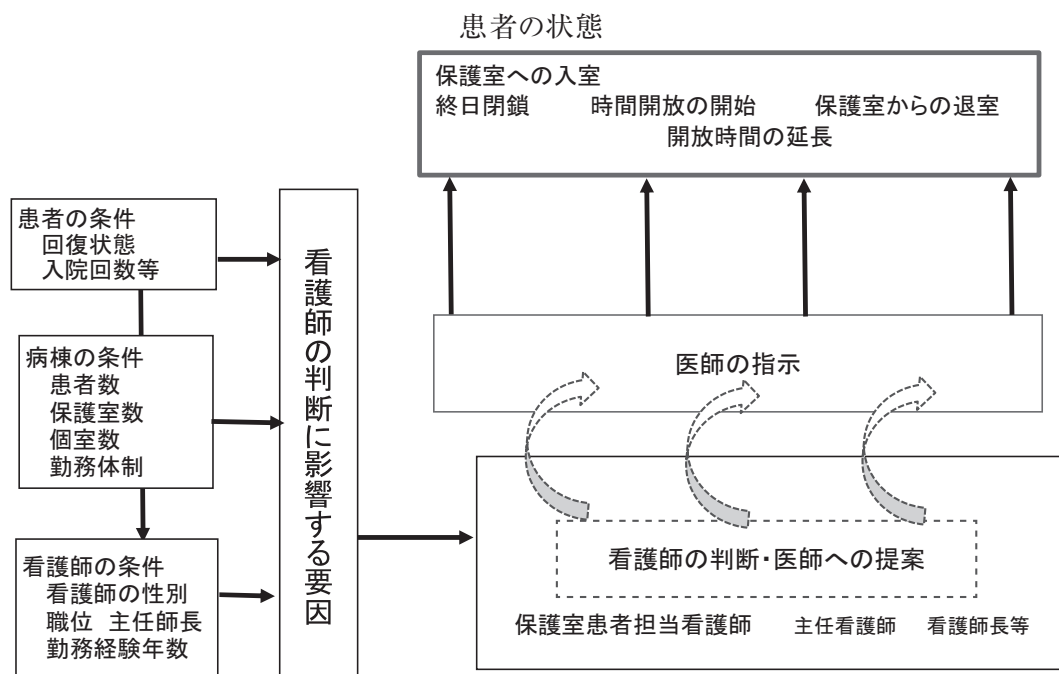


図1 本研究の枠組み

離・拘束と記載されている。しかし、文献では、無菌室や感染予防の「隔離」も多く、精神科病院の多くが保護室と称している(三宅, 2012)。本研究では患者を守るという意味で「保護室」を用いる。

- ・時間開放：開放観察と称されることが多い。医師の包括指示のもと、患者が保護室以外の場所で数時間を過ごしている状態。医師の指示により、看護師が患者と同伴する場合と、患者だけで自由に過ごす場合がある。初回の患者の行動の変化等の観察結果を基に、翌日の開放時間や方法が決定される。保護室からの開放時間の延長または退室時期を検討するためには必須のプロセスである。
- ・退室：医師の指示により、保護室に入室していた患者が一般床に移動すること。移動先の部屋が、観察室、個室、多床室かどうかは問わない。

4. 倫理上の配慮

質問紙は病院宛に一括郵送し、対象者の選定については看護部長に依頼した。看護部長の推薦の応諾は自由意思であり、対象者の回答は無記名、回答は個別返送とした。回答の対象者への管理者からの強制はなく自由意志での回答であること、統計的に処理し分析することを、個別の文書にて説明した。期間内に回答用紙が返送された場合に、研究への協力が得られたものとした。なお、研究の遂行にあたり所属していた茨城キリスト教大学(2007-03)および在籍していた北海道医療大学(0718-7)において倫理審査を受けた。

Ⅱ. 研究方法

1. 質問紙の作成過程

看護師は、患者が保護室に入室してから退室できるまでの期間、患者に向き合う。入室後から次第に患者の精神運動興奮状態がおさ

まって、看護師の言葉が耳に入りコミュニケーションがとれるようになる。そして問題行動がおさまった頃に、保護室から出てその変化を観察するための開放を試みるという時間経過の視点が不可欠である。そこで、医師と看護師へのインタビュー調査の結果(坂江, 2008)を元に質問紙を作成した。最初に、Ⅰ. 基本属性として、回答者の年代、性別、精神科での経験年数等を問う。次に、患者のⅡ. 回復兆候(24時間閉鎖中)、Ⅲ. 回復兆候(時間開放中)を問い、最後にⅣ. 退室時期の判断に関する内容で構成した。回復兆候や退室の判断は、ほとんど一致しない「1」から、かなり一致する「4」までの4段階で回答を求めた。

質問紙の精選にあたり、大学院修了者3名によって質問項目の妥当性を検討した。その後、精神科病棟師長等5名のプレテストにて再修正した質問紙にて、東北地方の法人立精神科病院の看護師22名にプレテストを実施して確定版とした。

今回は、Ⅳ. 退室時期の判断に関する30項目、具体的には保護室からの退室を可と判断する患者の回復の状態と物理的・人的条件(入院患者数、保護室や個室の数、平日と休日の勤務者数等)に関する項目を調査した結果を基に述べる。

2. 調査方法

1) データ収集期間

2008年7月～2008年8月

2) データ収集方法

精神科疾患患者の平均在院日数は298.1日、県別では、215.6日(東京都)から446.4日(徳島県)である。過去の400日から減じてきて300日を切ったものの、県により精神科病院の在院日数はかなりの幅を認める(厚生労働統計協会編, 2013)。そこで本調査の対象は、47都道府県の精神科病院協会に登録している急性期治療病棟を併設する病院179施設に公立精神科病院23施設を追加して、計202施

設を選定した。対象者は、各施設の保護室患者にかかわる病棟の看護師長1名、主任看護師1名、スタッフ看護師3名ずつの計5名の計1010名とした。

3) データの分析方法

最初に単純集計および中央値で全体の傾向を把握し、次に看護師の性別や職位、経験年数等の差を探索した。2群の比較はMann-WhitneyのU検定、20代から50代以上までの4群および精神科看護の経験年数(平均値及び標準偏差を利用した)3群に χ^2 検定を用いて比較した($p < 0.05$ を有意差あり)。さらに、退室時期の判断の主体に関する「将来的に看護師が退出時期を判断、医師確認の方向が望ましい」という設問の回答を用い、賛否の2群として、保護室の数や勤務者数などの病棟の物理的・人的な条件との関係を探索した(判別分析、t検定)。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の背景

質問紙の回収数は583部(回収率58.2%)、有効回答は577部(有効回収率57.1%)であった。回答者の性別は、男性261名(45.2%)、女性316名(54.8%)であった。

精神科での経験年数平均は13.7年 \pm 7.4で、保護室のある病棟での経験年数は平均9.9年 \pm 6.4である。年代別では30代213名(36.7%)が最も多く、40代196名(33.8%)、50代123名(21.2%)、20代46名(7.9%)であった。

勤務場所では急性期治療病棟の勤務者が494名(85.0%)と多い。男女混合病棟の勤務者が534名(91.9%)、男性患者のみの病棟の勤務者25名(4.3%)、女性患者のみの病棟の勤務者は17名(2.9%)であった。

病棟の入院患者数の平均は45.5 \pm 8.1、看護師が勤務する数では、平日の日勤で、師長を除く看護職者の数は平均8.7 \pm 3.0、日曜日の平均勤務者数は5.6 \pm 2.6であった。また、平

日の保護室担当看護師の数は平均2.2 \pm 1.4であるが、「決まっていない」、「入室前の担当看護師が継続するプライマリー制」という回答も46名(7.9%)から得られた。

職位別では、スタッフ看護師315名(54.5%)、主任124名(21.5%)、看護師長139名(24.0%)である。

病棟の物理的環境である保護室の数は、平均5.0 \pm 3.3、個室の数は平均6.0 \pm 5.5、観察室の数は平均4.0 \pm 3.8であった。

2. 保護室患者の退室時期に関する看護師の認識

退室時期の判断に関する30項目について、「ほとんど一致しない」(1点)から「かなり一致する」(4点)の回答の中央値が3.0以上の項目、つまり看護師全体の傾向として「一致する」とした回答は16項目(53.3%)であった(表1)。

看護師の中央値が最も低い項目は、「退室時の意見が一致しないときは医師よりも看護責任者の影響が強い。(中央値2.33 \pm 0.89)」 「入室の理由となった問題行動が消失したので、他患者との集団生活に支障がないだろうと予想する(2.59 \pm 0.81)」、「保護室への入院がある場合、時期尚早と思える患者でも押し出し退室はやむを得ないと思う(2.60 \pm 0.88)」であった。また、「時間開放や退室の順番は主治医の在院・許可がとれるかどうかに影響する(2.61 \pm 0.97)」、「看護者間で、退室の意見が分かれた場合は、保護室担当者よりも責任者(主任または師長)の判断の影響が強いと思う(2.73 \pm 0.95)」も低い。その他で、中央値の低い項目は、「その日の夜勤者が新人かどうかは、退室の判断に影響すると思う(2.66 \pm 0.93)」「その日の勤務者に男性看護師がいるかどうかは、退室の判断に影響すると思う(2.78 \pm 0.95)」、「その日の看護職員の人数が少ないなど、看護体制は退室の判断に影響すると思う(2.86 \pm 0.92)」であった。また、「覚

醒の悪さ、ふらつきなどもあるが、薬物の副作用を差し引いて、今の状態を考える(2.88 ± 0.74)」は、観察項目と判断を結びつける際に、薬物の作用・副作用を想定している看護師は比較的少なかった。

一方、中央値が3.5以上の高い項目は、「妄想があっても退室できない理由にならない(3.67 ± 0.57)」、「病識のなさは退室できない理由にならない(3.59 ± 0.69)」と、「良くなってきた時の開放のタイミングを逃がしたくない(3.64 ± 0.62)」である。さらに、回答のばらつきの幅(標準偏差)が相対的に大きい項目は、「退出は週明けが良い(3.15 ± 0.99)」、「将来的に看護師が退出時期を判断し、医師の確認を得る方向が望ましい(2.87 ± 0.98)」、「時間開放や退出の順番は主治医の在院・許可がとれるかどうかの影響する(2.61 ± 0.97)」と「現実的に看護師が退室時期を判断し医師の了解を得ることが多いと思う(2.95 ± 0.95)」等であり、退室時期とその判断の主体者や看護師への判断の委譲の是非にかかわる項目が多かった。

3. 看護師の回答の差に影響する要因の探索

1) 看護師側の条件

(1) 看護師の性別による比較

性別による回答をMann-WhitneyのU検定で確認した結果、30項目中の6項目に有意差が認められた。

女性看護師の回答が有意に高い項目は、患者の状態をみる際に考慮される「状態悪化の際、薬物副作用との関連を考慮(男性： 2.90 ± 0.78 、女性： 3.14 ± 0.70)」、「軽度の躁、興奮状態、妄想的訴えが続いている患者は、もともと性格を加味して状態の落ち着きを推測する(男性： 3.13 ± 0.75 、女性： 3.26 ± 0.64)」、そして退室後を視野に入れて「入院の理由となった問題行動(例：家族への攻撃行動)が消失したので、他患者との集団生活に支障が無いだろうと予想する(男性： 2.50 ± 0.86 、女性： 2.66 ± 0.76)」という状態の予測性に関す

る項目であった。

一方、男性看護師は、「その日の勤務者に男性看護師がいるかどうかは、退室の判断に影響すると思う(男性： 2.91 ± 0.94 、女性： 2.68 ± 0.96)」という性差による役割を意識した項目、「時間開放は早めにするという心積もりが必要と思う(男性： 3.29 ± 0.77 、女性： 3.04 ± 0.81)」と「将来的には、看護師が保護室の退出時期を判断して、医師の確認を得て実施できるような方向性が望ましいと思う(男性： 3.04 ± 1.00 、女性： 2.75 ± 0.95)」という項目が有意に高かった(表1)。

(2) 看護師長等(主任看護師)とスタッフ看護師の職位による比較

師長等とスタッフ看護師の立場の差による回答では、3項目に有意差が認められた。

「開放時間中の変化や反応をみるためにチャレンジが必要(師長： 3.54 ± 0.69 、スタッフ： 3.36 ± 0.77)」は最も高く、「開放してみて反応をみながら回復状況を確認するので、時間開放の試みは早めにするという心づもりが必要である(師長： 3.32 ± 0.77 、スタッフ： 3.02 ± 0.81)」、「保護室入院の場合の押し出しはやむを得ない(師長： 2.72 ± 0.85 、スタッフ： 2.50 ± 0.87)」というように、看護主任・師長等の中央値は高く、病棟の管理者として他患者との関係性をみながら、早期開放へチャレンジする認識が強かった。

また、有意差は無かったものの、スタッフ看護師は、「土日は、退室を避けたい(師長： 3.03 ± 0.97 、スタッフ： 3.23 ± 0.95)」と「退室は週明けが良い(師長： 3.05 ± 0.99 、スタッフ： 3.23 ± 0.98)」が高く、週明けの退室を希望していた。ただし、この回答には幅があり、ばらつきは多かった。さらに、「看護者間で、退出の意見が分かれた場合は、保護室担当者よりも責任者(主任または師長)の判断の影響が強いと思う(師長： 2.63 ± 0.93 、スタッフ： 2.81 ± 0.96)」の設問では、師長自身の値は低いものの、スタッフは高い傾向があった。

表 1 看護師の回答の中央値と性別・職位別の比較

質問項目	看護師全体 (n=577)		男性看護師 (n=262)		女性看護師 (n=315)		U 検定	スタッフ看護師 (n=315)		主任・師長等 (n=263)		U 検定
	グループ 中央値	s.d.	グループ 中央値	s.d.	グループ 中央値	s.d.		グループ 中央値	s.d.	グループ 中央値	s.d.	
1. 症状安定程度と治療量との関連を考慮	3.10	0.81	3.05	0.83	3.14	0.78	n.s.	3.04	0.83	3.15	0.77	n.s.
2. 薬物の副作用を差し引いて状態を考慮	2.88	0.74	2.81	0.78	2.94	0.70	n.s.	2.86	0.77	2.90	0.71	n.s.
3. 状態悪化の際、薬物副作用との関連を考慮	3.04	0.74	2.90	0.78	3.14	0.70	0.001 **	3.00	0.73	3.08	0.76	n.s.
4. 思考や行動のまとまりを優先	2.84	0.77	2.83	0.78	2.85	0.76	n.s.	2.78	0.77	2.91	0.77	n.s.
5. 人によって対応が違う可能性を考慮	3.31	0.66	3.30	0.69	3.31	0.63	n.s.	3.35	0.68	3.26	0.63	n.s.
6. もともとの性格を加味して状態の落ち着きを推測	3.20	0.70	3.13	0.75	3.26	0.64	0.027 *	3.22	0.69	3.18	0.71	n.s.
7. 他患者との集団生活の支障を考慮	2.59	0.81	2.50	0.86	2.66	0.76	0.020 *	2.53	0.81	2.65	0.80	n.s.
8. 再入院患者のほうが退出の判断はしやすい	3.39	0.77	3.41	0.77	3.38	0.77	n.s.	3.38	0.77	3.41	0.77	n.s.
9. 家族の意見は参考になる	3.22	0.78	3.26	0.78	3.18	0.79	n.s.	3.20	0.78	3.24	0.79	n.s.
10. 他患者から悪影響がある場合は退出させたい	2.97	0.85	2.97	0.90	2.96	0.81	n.s.	2.94	0.85	2.99	0.85	n.s.
11. 入室による制限の悪影響を考慮	3.36	0.68	3.37	0.72	3.34	0.65	n.s.	3.31	0.70	3.41	0.66	n.s.
12. 時間開放は早めにするという心づもりが必要	3.17	0.80	3.29	0.77	3.04	0.81	0.001 **	3.02	0.81	3.32	0.77	0.001 **
13. 妄想があっても退出できない理由にならない	3.67	0.57	3.68	0.61	3.67	0.53	n.s.	3.63	0.58	3.72	0.56	n.s.
14. 病識のなさは退出できない基準にならない	3.59	0.69	3.56	0.72	3.60	0.67	n.s.	3.52	0.74	3.66	0.61	n.s.
15. 開放時間中の変化や反応をみるチャレンジが必要	3.44	0.74	3.46	0.75	3.43	0.74	n.s.	3.36	0.77	3.54	0.69	0.043 *
16. 拘禁反応を疑う時は短時間の開放を試みる必要	3.53	0.68	3.52	0.65	3.53	0.69	n.s.	3.49	0.69	3.58	0.63	n.s.
17. 良くなってきた時の開放のタイミングを逃したくない	3.64	0.62	3.63	0.64	3.65	0.61	n.s.	3.64	0.61	3.65	0.64	n.s.
18. 保護室入院の場合の押し出し退出はやむをえない	2.60	0.86	2.58	0.90	2.61	0.84	n.s.	2.50	0.87	2.72	0.85	0.014 *
19. 退出は週明けがよい	3.15	0.99	3.06	1.00	3.22	0.97	n.s.	3.23	0.98	3.05	0.99	n.s.
20. 土・日曜日は退出は避けたい	3.15	0.96	3.09	0.95	3.19	0.96	n.s.	3.23	0.95	3.03	0.97	n.s.
21. 救急受け入れのため保護室を確保しておく必要あり	3.65	0.77	3.67	0.75	3.62	0.78	n.s.	3.62	0.80	3.68	0.72	n.s.
22. 看護職人数などの看護体制は退出の判断に影響	2.86	0.92	2.93	0.95	2.82	0.89	n.s.	2.91	0.92	2.80	0.92	n.s.
23. 夜勤者が新人かどうかは退出の判断に影響	2.66	0.93	2.68	0.94	2.64	0.92	n.s.	2.61	0.92	2.73	0.94	n.s.
24. 男性看護師がいるかどうかは退出の判断に影響	2.78	0.95	2.91	0.94	2.68	0.96	0.019 *	2.85	0.96	2.71	0.94	n.s.
25. 保護室担当の看護師の経験量が退出の判断に影響	2.93	0.89	2.91	0.90	2.96	0.88	n.s.	2.90	0.89	2.98	0.88	n.s.
26. 退出意見の不一致時は保護室担当より責任者の影響が強い	2.73	0.95	2.69	0.99	2.75	0.92	n.s.	2.81	0.96	2.63	0.93	n.s.
27. 退出意見の不一致時は医師より看護責任者の影響が強い	2.33	0.89	2.34	0.86	2.31	0.91	n.s.	2.25	0.91	2.42	0.86	n.s.
28. 時間開放・退出の順番は主治医の在院・許可が影響	2.61	0.97	2.61	0.97	2.60	0.97	n.s.	2.69	0.98	2.50	0.95	n.s.
29. 現実的に看護師が退出時期を判断、医師の了解が多い	2.95	0.95	2.97	0.92	2.94	0.98	n.s.	2.84	0.93	3.09	0.97	n.s.
30. 将来的に看護師が退出時期を判断、医師確認の方向が望ましい	2.87	0.98	3.04	1.00	2.75	0.95	0.015 *	2.93	0.94	2.81	1.02	n.s.

Mann-Whitney の U 検定 * P<0.05 ** P<0.01 n.s.:not significant

一方、「良くなってきた時のタイミングを逃したくない(師長: 3.65 ± 0.64 、スタッフ: 3.64 ± 0.61)」、「救急受け入れのため保護室を確保しておく必要がある(師長: 3.68 ± 0.72 、スタッフ: 3.62 ± 0.80)」の回答では、両者の類似性が認められた(表1)。

(3) 年代別の比較

各質問項目の4選択肢中、「ほとんど一致しない」「あまり一致しない」とした回答を「反対」とし、「やや一致する」「かなり一致する」とした回答を「賛成」として、看護師の年齢を20代から、30代、40代、50代以上の4群に分けて、クロス集計を行った。 χ^2 検定の結果、「症状安定と治療薬との関係を考慮」の賛成者は20代で27名(60.0%)、30代158名(75.6%)、40代が149名(77.2%)50代以上101名(86.3%)と年代による有意差が認められた($\chi^2=13.371$, $p=0.004$)。また、「他患者との集団生活を考慮」に関しての賛成者は、20代が19名(42.2%)、30代101名(48.6%)、40代108名(56.5%)、50代以上は77名(63.6%)であり、年代が高いほど賛成が多い結果となった($\chi^2=110.714$, $p=0.018$)。一方、「時間開放・退室の順番は主治医の在院、許可が影響」の賛成者は20代が34名(75.6%)、30代124名(59.0%)、40代99名(51.3%)、50代以上は58名(46.7%)であり、年代が若いほど賛成が多い結果となった($\chi^2=11.985$, $p=0.007$)。

「家族の意見は参考になる」の賛成者は40代が169名(87.6%)、30代が173名(82.8%)と多く、20代で33名(73.3%)と少なかったが、年代による一定の規則性はみられなかった。これらの結果から、年齢の高い看護師は、治療薬との関係を視野に入れて、他患者との関係性を重視しながら退室を考えていることが示された。

また、精神看護の経験年数を3群に分けて同様に探索した。経験7年未満の看護師は90名、経験7年以上21年の看護師が385名、経験22年以上の看護師が85名であった。その

結果、「まだ大丈夫というところまで来ていない感じでも、入室期間の長期化を避けるために、開放時間中の変化や反応をみるためのチャレンジが必要と思う」の賛成者は、経験7年未満が70名(76.7%)経験7年以上21年が336名(87.7%)、経験22年以上が80名(92.0%)で、経験年数の多い群に賛成者が多かった($\chi^2=7.521$, $p=0.023$)。一方「時間開放・退室の順番は主治医が院内にいて早く許可がとれるかどうかに関係すると思う」の賛成者は、経験7年未満が53名(58.9%)、経験7年以上21年が224名(58.2%)、経験22年以上が35名(41.2%)で経験年数の多い群に賛成者が少ない結果となった($\chi^2=8.599$, $p=0.014$)。経験が少ない看護師は、時間開放・退室の順番に関する主治医の在院・許可を重視しており、経験の豊富な看護師は時間開放にチャレンジしていく必要性を認識していた。

2) 退室時期の判断に影響する病棟条件の探索

(1) 影響する要因の探索(判別分析)

「将来的には、看護師が保護室の退出時期を判断して、医師の確認を得て実施できるような方向性が望ましいと思う」についての4段階評定の回答を「一致する」(賛成)と「一致しない」(反対)の2群にわけて、保護室数や看護師の勤務数などを独立変数として分析した(表2)。

勤務する平日の日勤看護師数の標準化判別係数は0.806、日曜日の日勤者数は-0.540、精神科看護の経験年数は-0.520、保護室担当看護師数(平日日勤帯)は0.403と高く、この質問に関する影響要因であることが推測された。しかし、これらの変数での正準判別係数の固有値は0.32(有意確率0.107)であり、wilksのラムダ0.969、判別率59.8%であった。判別能力は弱く「将来的には、看護師が保護室の退出時期を判断して、医師の確認を得て実施できるような方向性が望ましいと思う」という問いに影響する要因の特定化

表2 「将来的に看護師が退室時期を判断する方向が望ましいと思う」の賛否と病棟の人的・物理的条件との関係(判別分析)

変数	標準化判別係数
精神科看護の経験年数	-0.520
保護室がある病棟の勤務経験年数	0.290
勤務病棟の入院患者数	-0.050
勤務病棟の保護室の数	-0.150
勤務病棟の個室の数	-0.200
勤務病棟の観察室数(床数)	0.442
看護職者数(平日の日帯者 除:師長)	0.806
看護職者数(日曜日の日勤者)	-0.540
保護室担当の看護師数(平日の日勤者)	0.403

表3 「将来的に看護師が退室時期を判断する方向が望ましいと思う」の賛否と量的変数との関係(t検定)

「将来的に看護師が退室時期を判断」の賛否／ 病棟の条件(物理的・人的)	賛成		反対		合計		t値	有意確率
	平均値	s.d.	平均値	s.d.	平均値	s.d.		
精神科看護の経験年数	13.95	7.71	13.36	6.96	13.73	7.44	0.84	0.40
保護室がある病棟の勤務経験年数	9.84	6.56	9.85	6.12	9.84	6.39	0.00	0.94
勤務病棟の保護室の数	5.61	4.05	5.33	3.80	5.51	3.96	0.68	0.47
勤務病棟の個室の数	6.99	7.51	7.19	8.41	7.06	7.85	0.08	0.74
勤務病棟の観察室数(床数)	3.85	4.50	4.33	5.01	4.03	4.69	1.35	0.21
看護職者数(平日の日帯者 除:師長)	8.53	3.04	9.08	2.99	8.73	3.03	4.39	0.05
看護職者数(日曜日の日勤者)	5.62	1.95	5.72	3.47	5.65	2.62	0.21	0.50
保護室担当の看護師数(平日の日勤者)	2.13	1.31	2.36	1.56	2.22	1.41	3.15	0.11

はできなかった。

(2) 影響する要因の探索(t検定)

退室を判断する際の主体を問うための質問として設定した「将来的には、看護師が保護室の退出時期を判断して、医師の確認を得て実施できるような方向性が望ましいと思う」か否かの結果を「一致する」(賛成)と「一致しない」(反対)に大別して、病棟の条件との関係を探索した(表3)。

その結果、有意差は認められなかったが、判別分析の結果と同様に、看護師の数が関与

する結果を示した。平日の日勤看護師の人数が少ないほど賛成者が多く、平日の保護室担当看護師の数も少ない方が賛意を示す傾向にあった。

Ⅳ. 考察

1. 保護室患者の退室に関する看護師の認識

看護師の回答で、中央値が3.5以上を得た項目は、「妄想」や「病識」のなさは退室できない理由にはならないこと、開放のタイミング

を逃がしたくないことであり、看護師の早期開放へのチャレンジと積極性を顕著に示している。また「救急受け入れのための1床を確保しておく必要がある(3.65 ± 0.77)」は高い一方で、「保護室への入院がある場合、時期尚早と思える患者でも押し出し退室はやむを得ないと思う(2.60 ± 0.88)」の賛意は低く、押し出し退室を決して容認しているわけではないが、病棟のベッド管理上の必要性を強く意識していたことが明らかになった。

回答のばらつきの幅(標準偏差)が相対的に大きい項目は、「将来的に看護師が退室時期を判断し、医師の確認を得る方向が望ましい」、「現実的に看護師が退室時期を判断し医師の了解を得ることが多いと思う」と「時間開放や退室の順番は主治医の在院・許可がとれるかどうかの影響する」という退室時期の判断の主体者や看護師への判断の委譲の是非にかかわる項目であった。判断主体の考え方について、看護管理者160名と医師66名に拘束実施の判断主体の望ましいあり方を問うた調査において、「看護師が望ましい」と肯定した医師は23.4%と極めて少なく、看護管理者でも64.5%であったことが報告されている(河内, 2007)。このように行動制限の判断主体については、看護部の責任者の間でも意見の相違が大きいという現状があり、本調査でも同様の結果を示したと考える。

また、本来は、中央値が低いほうが望ましいと考える「退室時期は週明けが良い」、「土・日の退室は避けたい」という2項目の中央値は3.0以上で、ばらつきの大きさも示された。保護室に入室した患者の状態の回復に伴い早期に開放ができるように、退室に関しては精神保健指定医の指示による制限を廃している(日本総合病院精神医学会教育・研究委員会, 2007)にもかかわらず、必ずしも意図通りに実践できない多様な精神科病院の事情が推察される。

さらに、回答の差の分析において、男女差

の大きさが示されたことは特筆すべき結果である。女性看護師は、「入室の理由となった問題行動が消失したので、他患者との集団生活に支障がないだろうと予想する」ことを肯定し、回復について他者との関係性を重視していたこと、副作用の可能性を視野に入れ、もともとの患者の性格を考慮しながら判断していた。山田(2006)は、行動制限時の安全配慮に関する調査で、女性看護師は男性看護師よりも「頻回の訪室による観察」が有意に多いことを報告している。観察やコミュニケーション、日常生活上の世話にかかわる訪室等、これらの接触の回数の多さが、こまかな動作の観察に結びついて、男性との違いを生む可能性があると考ええる。

一方、男性看護師は、退室時の判断に男性看護師の存在が影響することを自ら肯定しており、危険への備えという自分の立場を自覚している実情を示していた。貝沼ら(2008)は現場の女性看護師が男性看護師に期待する役割として、女性にとって不利または危険な“力”への対応の期待から特に「患者不穏時の対応」を期待していると述べており、一般的に男性看護師はそのような役割期待があることを認識していることが考えられた。また、男性看護師は、早期退室の心積もりをしておくことと、「将来的に看護師が退室時期を判断し、医師の確認を得る方向が望ましいと思う」という判断主体に関する質問で有意に高い結果を示した。貝沼ら(2008)は看護管理者が、男性看護師へリーダーシップと専門性の高さを期待しているという。このような役割への期待の違いが、積極的に判断主体の役割を担うという男性看護師の回答に影響していることが推測される。山田ら(2006)は、閉鎖病棟の安全管理のために実施している行動制限や持ち込み物品について、男性看護師の「制限の検討」の意識が有意に高いとしており、本調査結果との類似性がうかがえた。

また、年代別の結果にも差があり、時間開

放や退室の順番について、年代が若い看護師と精神科経験の少ない看護師ほど、医師の指示を遵守する傾向がうかがえた。一方、精神看護経験の豊富な看護師は、他者との関連性を重視して患者の回復状態を判断し、症状安定と薬物量の関係、副作用も考慮していた。また、早期開放のチャレンジにも積極的に、時間開放・退室の順番には主治医の在院・許可が影響することを否定している結果から、看護師の専門性を優先した判断であることが推察された。同時に、精神看護の経験の長い看護師、そして主任や看護師長の任にある者は、「まだ大丈夫というところまで来ていない感じでも、入室期間の長期化を避けるために、開放時間中の変化や反応をみるためのチャレンジが必要と思う」という質問に、共通して賛意を示しており、長期化を防ぐ倫理的な判断を示す姿勢と解釈できた。ただし、今回は、職位と年齢との関係の探索をしていないため、年代が影響要因であるとする根拠に限界がある。今後、急性期治療の専門病棟に勤務する看護師に特化して退室判断を可とするような法的根拠ができれば、経験豊富な看護師による退室時期の判断と提案が促進されるものと考ええる。

2. 退室時期の判断に影響する病棟条件

病棟の物理的・人的条件と退室時期の判断に関する回答との関係の探索では、日勤帯の看護師数や保護室担当の看護師数が影響している可能性が示唆された。精神科救急病棟や急性期治療病棟では、病棟の設置基準の関係で正看護師の数が多い。日勤の看護師の数が少ない場合ほど、「勤務者数の体制の面で土日の退室は避けた」「看護師数の数が判断に影響する」、「新人かどうかが影響する」という回答に結び付きやすいことは容易に推測できる。また、逆に、看護師数が多い場合は、「反応をみるために開放を試みる」、「拘禁反応を疑うときは開放して様子を見る」という

チャレンジがしやすいことになる。

退室を判断する際の主体を問う質問を用いたt検定の結果では、平日の日勤看護職者の人数が少ない群が「将来的に看護師が退出時期を判断」することへの賛成者が多く、平日の保護室担当看護師の数も少ない群の賛意者が多いという傾向を示した。看護師の多さは、常勤医師や医療福祉関連職員等の人的な環境の充実を意味する。看護師が少ない病棟は、常勤医師が少なく、急性期治療の専門分化がない勤務の者と推測される。1958年の精神科特例により、精神科病院では一般の病院よりも看護師は3分の2、医師は3の1という人数配置が認められてきた。公立の精神科病院が多い諸外国とは逆に、民間の病院が80%以上を占める我が国で看護師が勤務する精神科病院は多様である。緊急入院への退室者選定の判断を余儀なくされる場合、退室は精神保健指定医の指示は不要という前提の基に、看護師がタイミングを逃さずに適切に判断し、医師の確認を得ることで可能にしたいと考えることは現実的である。ただし、看護管理者は、看護師が判断主体になるにあたっては専門の教育・資格制度が必要としている(河内ら, 2006)。また、最近、坪倉ら(2012)は精神症状評価表を用いた観察により看護者の制限解除への意識が高まったことを報告している。このような看護師による客観的な退室の判断指標の開発の試みが必須である。将来的に、看護師が退室時期の判断が可能になることは、保護室患者の早期開放という行動制限に伴う倫理的な課題の解決に加えて、看護師の裁量権拡大につながるものと考ええる。

3. 本研究の限界と課題

今回は退室の時期の判断にかかわる要因を、看護師の立場による差異と病棟の物理的・人的環境から検討した。実際には、人的な要因として、患者の人数や重症度、常勤医師の数や受け持ち患者数等の医師側の条件も関与する

ため更なる検討が必要である。また、今回は看護師のみへの調査であり、医師と看護師の双方への調査を基に両者の一致点と差異を検討し、看護師による退室判断が可能になる方法を模索する必要がある。

Ⅳ. 結論

看護師が、保護室患者の退室時期を判断する際に、何を考え重視しているか、また判断に影響する要因は何かを探索した結果、以下のことが明らかになった。

1. 回答の中央値が3.5以上の項目は、早期開放の必要を肯定(賛成)する項目であった。回答には、性差、職位、そして経験による差が認められた。保護室患者の時間開放をできるだけ早期から開始したいというチャレンジについては、主任や師長の回答がスタッフよりも肯定的であった。男性看護師も同様であり、さらに「看護師が退室時期の判断主体になることへの賛否」についての中央値が女性看護師よりも有意に高かった。

2. 「看護師が退室時期の判断主体になることについての賛否」と量的変数との関係では、日勤の看護師数という人的要因の影響の関与が示唆された。

Ⅴ. 謝辞

本研究の着想と計画、調査開始にあたり、A病院とB病院の責任者および医師・スタッフナースの皆様は事前研修と参加観察、インタビュー等、多大なご支援ご協力をいただきました。また、質問紙作成のプロセスにおいて貴重なご意見をいただきました大学院の諸先輩、C病院とD病院の看護部の皆様、そして本調査への協力をいただきました看護師の皆様は心よりお礼を申し上げます。最後に、データ入力に協力いただいた海老沢幸恵氏、本研究の全プロセスでご指導を賜りました北

海道医療大学大学院阿保順子教授に深く感謝いたします。

引用文献

- 浅井邦彦(2001). 平成11年12年厚生科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)総合研究報告書, 9-10.
- 畠山卓也, 渡辺純一, 伊沢千織, 島穰, 石垣洋子, 江波戸和子(2004). 開放観察を実施する際に看護師に生じる困難さの要因についての分析. 日本精神科看護学会誌, 47(1), 612-615.
- 貝沼純, 斎藤美代, 佐藤尚子, 穴戸朋子, 林正幸(2008). 女性看護師が男性看護師に期待する職務・役割に関する調査研究. 福島県立医科大学看護学部紀要, 10, 23-30.
- 河内俊二, 鈴木啓子, 石村佳代子, 富田敦, 木下孝一(2006). 隔離拘束における看護者の判断を必要とする状況について―看護管理者へのアンケートから―. 日本精神科看護学会誌, 49(1), 102-103.
- 河内俊二, 鈴木啓子, 石村佳代子, 木下孝一(2007). 看護管理者と医師にきいた行動制限に関する判断主体の「実態」と「望ましいあり方」. 精神看護, 10(1), 33.
- 菊池昭江, 原田唯司(1997). 看護専門職における自律性に関する研究 基本的属性・内的特性との関連. 看護研究, 30(4), 285-297.
- 厚生統計協会(2005). 国民衛生の動向2005. 191, 東京: 厚生統計協会.
- 一般財団法人厚生労働統計協会(2013). 国民衛生の動向2013/2014. 468, 東京: 一般財団法人厚生労働統計協会.
- 三宅薫(2013). 行って見て聞いた精神科病院の保護室. 14, 東京: 医学書院.
- 永井朝子, 久米和興(2004). 精神科病棟における保護室の看護技術に関する臨床看護師の認識. 日本看護研究学会雑誌, 27(4), 61-73.
- 日本総合病院精神医学会教育・研究委員会

- 主担当：八田耕太郎(2007). 身体拘束・隔離の指針. 38-39, 東京：星和書店.
- 坂江千寿子, 佐藤寧子, 石崎智子, 田崎博一 (2005a). 精神科看護師のクリニカルジャッジメントー統合失調症患者の保護室退室要求に焦点を当ててー, 平成15年・16年度文部科学省助成金基盤(C) (課題番号15592279) 報告書, 60-62.
- 坂江千寿子, 佐藤寧子, 石崎智子, 田崎博一 (2005b). 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ー判断に影響する要因に注目して. 青森県立保健大学雑誌, 6(2), 9-18.
- 坂江千寿子, 佐藤寧子, 石崎智子, 田崎博一 (2006). 精神科看護師のクリニカルジャッジメントー保護室に入室している統合失調症患者からの要求へ対してー, 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 2(1), 115-124.
- 坂江千寿子, 佐藤寧子, 栗原加代(2008). 精神科看護師のクリニカルジャッジメントー保護室入室患者に関する看護師と医師の判断内容の比較からー. 日本看護科学学会第28回学術集会, 437.
- 坪倉誠, 秋元紀里子, 池田智史, 天野綾子. 急性期治療病棟における精神症状評価表を用いた最小化への取り組み. 日本精神科看護学会誌, 55(1), 36-37.
- 辻ちえ(2004). 看護の専門職的自律性に関与する要因. 聖隷クリストファー大学看護学部紀要, 12, 27-38.
- 山田美由紀, 土屋八千代, 安藤一博, 内田倫子, 及川朋実(2006). 九州県内の精神閉鎖病棟における行動制限時の安全配慮. 南九州看護研究誌, 4(1), 41-45.