

原 著

保護室患者の回復状態と退室時期に関する 精神科医師と看護師の認識

Psychiatrists' and Nurses' Awareness for The Recovery Signs
And The Timing of Release of Psychiatric Patients
from Seclusion Rooms in a Psychiatric Ward.

坂江 千寿子

Chizuko Sakae

キーワード：保護室，精神科看護，退室時期，精神科医師・看護師

Key words : seclusion room, psychiatric nursing, released time, psychiatrists and nurses

Abstract

The present study focused on the difference of opinion between psychiatrists and nurses concerning the release of psychiatric patients from the seclusion rooms.

A questionnaire survey was conducted to examine what points are the sign of patient's recovery in seclusion rooms, and what points had been viewed as important by psychiatrists and nurses when they had determined the discharge timing, as well as factors that had influenced their decisions.

They were given a questionnaire with four-answer grades, and 117 psychiatrists responses and 577 nurses responses were obtained. The results were as follows:

1. Concerning nurses and psychiatrists, 34 items were statistically different by U-score by Mann-Whitney test. Higher rates of psychiatrists and nurses were in favor of efforts to promote "the early discharge of patients from isolation rooms". 2. Looking at the results of the factor analysis, it appears that psychiatrists and nurses gave similar points when observing patients, and determining signs of recovery.

The results also showed that only nurse supported the idea that they should decide the release date of patients. Psychiatrists did not support nurses hoping this decision.

要旨

本研究の目的は、精神科の医師と看護師の保護室患者の回復状態と退室時期の判断内容の実態を明らかにし、両者の差異を検討することである。

協力が得られた対象者は医師117名、看護師562名であった。医師と看護師に同様の質問項目について4段階評定で回答を得た。順序尺度の回答を得点化して記述統計量を求め、医師と看護師の2群間の差を比較した。さらに両者の視点の差を明らかにするために、因子構造の違いを分析した。

受付日2017年10月2日 受理日2018年1月22日
佐久大学看護学部 Saku University School of Nursing

医師と看護師の回答では、81項目中の34項目に有意差を認めた(Mann-Whitney U. -test, < 0.05)が、両者ともに退室のタイミングや早期退室へのチャレンジに関する項目の中央値が4.0と高く、早期の退室に関する肯定的な認識では一致していた。

因子分析(主因子法、プロマックス回転)の結果、患者の回復状態の観察項目で、医師と看護師の因子名は類似していたが、退室時期の判断内容では差が認められた。また、看護師が退室時期の判断の主体者になるという質問への医師の賛意は低いことが明らかになった。

I. 緒言

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。保護室に入室した患者(以下、保護室患者とする)は、静穏な保護室内で24時間を過ごす期間(以下、24時間閉鎖中)を経て、環境や他者の刺激を受けながら保護室外で過ごす期間(以下、開放観察中)が設けられて、段階的に退室へ至る。その際、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、早期退室を医師へ提案する役割を果たしていたが、主治医の不在等により早期退室のタイミングを逃す場合もあり、ジレンマも感じていた(坂江, 佐藤, 石崎, 田崎, 2005)。しかし、保護室への入室とは異なって、退室の指示者に関する法的規定はなく、患者の回復が確認できれば、速やかに解除、退室できるようにという意図が働いている(日本総合病院精神医学会教育・研究委員会, 2007)。この根拠に則れば、看護師による退室時期の判断は可能といえる。

そこで、看護師が観察結果に基づいて回復状態と退室時期を判断したいと考えた。しかし、医師と看護師の保護室患者の回復状態の判断内容が一致するのか、という疑問があり、河内, 鈴木, 石村, 木下(2007a)は、開放観察開始時の判断は「看護師が望ましい」と回答した看護管理者が64.5%、医師は23.4%と大き

な差があると報告していた。これまで、医師と看護師との判断内容を調査した報告はあまりみあたらないため、医師と看護師による保護室患者の回復状態の観察項目と退室時期の判断内容の実態を明らかにし、両者の差異を検討することを目的に調査を計画した。本研究は、医師と看護師の認識に関する関係探索的研究であり、同一質問紙への回答の差がなければ、看護師が判断する妥当性への根拠が提供できる可能性があると考えられる。

用語の定義

- ・保護室: 精神保健福祉法で行動制限は、隔離・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, 2013)。本研究では患者を守るという意味で「保護室」を用いる。
- ・開放観察: 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で、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。患者の変化によって翌日の開放時間や方法が決定される。退室時期の検討に必須のプロセス。
- ・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。

Ⅱ. 研究方法

1. 調査方法

1) 研究対象者

対象施設は、急性期治療病棟を併設し精神科病院協会に登録している病院で、各県3か所ずつの計202施設。看護師は、保護室を有する病棟の管理者(師長等)1名、主任看護師等1名、スタッフ看護師3名ずつの計5名の総数1010名、医師は、同施設勤務の精神保健指定医2名ずつの総数404名を対象とした。

2) 調査項目

質問項目は、患者の退室を指示した医師と部屋移動に関わった看護師に回復状態とその根拠をインタビューした結果(坂江, 佐藤, 2008)を用いて、Ⅰ. 基本属性(性別、職位、精神科での経験年数等)、Ⅱ. 24時間閉鎖中の回復状態を判断するための観察項目(以下、24時間閉鎖中観察項目)41項目、Ⅲ. 開放観察中の回復状態を判断するための観察項目(以下、開放中観察項目)10項目、Ⅳ. 退室時期の判断内容や判断の主体者に関する質問(以下、Ⅳ. 退室時期の判断項目)の30項目とした。なお、質問Ⅱ. 質問Ⅲ. 質問Ⅳ. までの81項目については、「以下の質問に対してあなたの考えが一致する程度を選び、○を付けてください」と説明し、どちらでもないという中性カテゴリーは使用せず、ほとんど一致しない「1」から、かなり一致する「4」までの4段階で回答を得た。

3) データ収集方法

質問文について、大学院修了者3名で、観察可能か、多義的でないか、頻度を表す副詞を含まない等の表現を検討し2回のプレテストを経て確定版とした。

依頼文と質問紙を対象施設へ一括郵送、質問紙配布を依頼し、記入後に対象者が個別返送する方法で回収した。データ収集期間は、2008年7月～2008年9月であった。

4) データ分析方法

質問Ⅰ. 回答者の基本属性は、記述統計量を算出し、質問Ⅱ. 24時間閉鎖中観察項目とⅢ. 開放中観察項目およびⅣ. 退室時期の判断項目は、中央値、四分位偏差(Q.D.)、信頼係数を算出した。さらに正規性を確認し、医師と看護師の2群間の差をMann-Whitney-U検定で、また両者のもつ視点を把握するために、因子分析(主因子法、プロマックス回転)にて因子構造上の共通性または差異を探索した。分析にはSPSSver.24を用い、統計学的有意水準は0.05とした。

2. 倫理上の配慮

病院の責任者宛に、調査協力の依頼文と質問紙を一括郵送し、医師の選定は院長に、看護師の選定は看護部長に依頼した。協力依頼の応諾は自由意思であること、対象者の自由意思での回答、統計的処理等について文書にて説明した。質問紙への回答は無記名、記入後は個別に返送され、質問紙の回収をもって研究への協力が得られたものとした。なお、本研究は北海道医療大学の倫理審査委員会の承認(0718-7)を得て実施した。

Ⅲ. 結果

1) 対象者の背景

認知症病棟への転換で回答不可との申し出があり、配布数は医師401部、看護師1005部となった。返送は医師が119部(回収率29.7%)、有効回答117部(有効回収率29.4%)で、看護師が583部(回収率58.0%)、有効回答577部(有効回収率57.4%)であった。

回答者の所属は、医師が83.1%、看護師は88.3%が民間立病院所属で、設置主体の割合は我が国の現状(85.5%)と酷似していた(厚生労働省ホームページ医療施設調査, 2017)。

対象者の性別は、医師は男性108名(91.5%)、看護師は男性261名(45.2%)であった。

表1 医師と看護師による回復状態の観察項目の回答の実態/比較(24時間閉鎖中観察項目)

質問項目	対象者	ほとんど一致しない:1	あまり一致しない:2	だいたい一致する:3	かなり一致する:4	計	Median	QD	平均ランク	漸近有意確率(両側)
II-1. 問いに返答できるようになる	医師	5	12	56	44	117	3	0.50	344.0	0.682
	看護師	9	51	319	179	558	3	0.50	336.7	
II-2. 指示動作に従える	医師	3	20	53	40	116	3	0.50	315.0	0.143
	看護師	3	48	309	196	556	3	0.50	341.0	
II-3. 笑顔が出てくる	医師	0	8	57	52	117	3	0.50	350.1	0.479
	看護師	6	59	253	243	561	3	0.50	337.3	
II-4. 表情が優しくなり丸みを帯びた感じがでてる	医師	0	5	42	70	117	4	0.50	341.7	0.851
	看護師	2	23	205	330	560	4	0.50	338.4	
II-5. 時間感覚がでてくる	医師	5	32	61	19	117	3	0.50	292.3	0.002 **
	看護師	13	94	312	141	560	3	0.50	348.8	
II-6. 奇妙な動作が消失する	医師	1	3	53	59	116	4	0.50	328.6	0.497
	看護師	2	35	209	314	560	4	0.50	340.5	
II-7. 周囲の現実がうっすらとみえてきている	医師	0	16	70	31	117	3	0.50	341.2	0.877
	看護師	3	68	350	139	560	3	0.00	338.5	
II-8. 困惑した様子がなくなる	医師	1	7	63	45	116	3	0.50	339.9	0.926
	看護師	8	53	270	229	560	3	0.50	338.2	
II-9. 昏迷状態から少し話し始めるようになる	医師	1	9	57	50	117	3	0.50	346.5	0.639
	看護師	2	52	279	228	561	3	0.50	338.0	
II-10. 昏迷状態の患者の摂食が改善する	医師	3	11	56	47	117	3	0.50	324.5	0.329
	看護師	6	46	261	247	560	3	0.50	342.0	
II-11. 身体的苦痛を言葉で表現できるようになる	医師	3	31	66	17	117	3	0.50	302.3	0.011 *
	看護師	9	105	320	128	562	3	0.00	347.8	
II-12. ケア後にねぎらいの言葉がある	医師	4	13	41	59	117	4	0.50	335.3	0.777
	看護師	7	51	225	278	561	3	0.50	340.4	
II-13. 疎通性が出てくる	医師	2	4	38	73	117	4	0.50	327.8	0.414
	看護師	0	9	186	365	560	4	0.50	341.3	
II-14. 拒否・易怒的態度が消失し穏やかになる	医師	0	4	39	74	117	4	0.50	329.7	0.471
	看護師	0	11	178	372	561	4	0.50	341.5	
II-15. 攻撃していた家族と穏やかに面談できる	医師	2	5	33	77	117	4	0.50	327.9	0.428
	看護師	3	19	151	386	559	4	0.50	340.7	
II-16. おびえた様子が消失する	医師	3	14	59	41	117	3	0.50	333.5	0.661
	看護師	7	61	293	201	562	3	0.50	341.4	
II-17. 病的症状の軽減を語る	医師	4	23	44	46	117	3	0.50	346.4	0.626
	看護師	18	89	269	184	560	3	0.50	337.5	
II-18. 妄想を表現しないで済む	医師	12	36	51	18	117	3	0.50	346.7	0.571
	看護師	41	206	243	68	558	3	0.50	336.2	
II-19. 相手の顔を見て話す	医師	8	32	53	24	117	3	0.50	304.7	0.025 **
	看護師	15	116	289	139	559	3	0.00	345.6	
II-20. 切迫した話し方が、聞き取れる程度にゆっくりになる	医師	2	16	67	32	117	3	0.50	317.6	0.123 **
	看護師	4	53	324	181	562	3	0.50	344.7	
II-21. 一方的な話し方が消失する	医師	2	16	60	39	117	3	0.50	302.0	0.011 *
	看護師	2	37	284	238	561	3	0.50	347.3	
II-22. 会話の内容が了解可能になる	医師	2	10	40	65	117	4	0.50	306.3	0.015 *
	看護師	0	11	187	364	562	4	0.50	347.0	
II-23. 室内徘徊や独語はしても、会話での態度が落ち着く	医師	2	21	64	29	116	3	0.38	339.2	0.983
	看護師	3	99	329	131	562	3	0.00	339.6	
II-24. 多弁が続くが減少してきている	医師	3	26	70	18	117	3	0.25	342.1	0.856
	看護師	4	136	344	77	561	3	0.25	339.0	
II-25. 迷惑の自覚を言葉で表現するようになる	医師	3	20	49	45	117	3	0.50	326.8	0.399
	看護師	2	71	271	217	561	3	0.50	342.1	
II-26. 看護師の言葉を情報として取り入れる	医師	2	21	63	31	117	3	0.50	296.2	0.003 **
	看護師	1	65	280	216	562	3	0.50	349.1	
II-27. 自分の病気を認め病感がでてくる	医師	5	19	54	39	117	3	0.50	336.5	0.839
	看護師	4	85	303	169	561	3	0.50	340.1	
II-28. 自分の希望が言える	医師	8	50	48	11	117	3	0.50	301.6	0.012 **
	看護師	18	201	257	86	562	3	0.50	348.0	
II-29. 思考内容にまとまりがでてくる	医師	3	8	53	53	117	3	0.50	312.7	0.061
	看護師	0	21	246	295	562	4	0.50	345.7	
II-30. 看護師と約束した時間まで待てる	医師	2	8	63	44	117	3	0.50	291.6	0.001 **
	看護師	1	35	218	307	561	4	0.50	349.5	
II-31. そわそわ感が無くなり行動に落ち着きが感じられる	医師	0	10	59	48	117	3	0.50	301.9	0.010 *
	看護師	0	24	240	297	561	4	0.50	347.3	
II-32. 目的に沿った行動がとれる	医師	2	11	57	47	117	3	0.50	323.3	0.275
	看護師	1	51	255	254	561	3	0.50	342.9	
II-33. 徘徊、独語はあるが食事量を多く摂取できるようになる	医師	9	49	44	15	117	3	0.50	342.7	0.859
	看護師	40	236	232	54	562	3	0.50	339.4	
II-34. 治療を受け入れる態度を示す	医師	5	10	61	41	117	3	0.50	344.4	0.665
	看護師	5	78	289	186	558	3	0.50	336.7	
II-35. 追加眠剤なしで眠れる	医師	9	33	46	29	117	3	0.75	295.5	0.004 **
	看護師	21	113	234	193	561	3	0.50	348.7	
II-36. 生活・睡眠・覚醒リズムが整う	医師	4	13	58	42	117	3	0.50	270.1	0.000 **
	看護師	5	28	201	327	561	4	0.50	354.0	
II-37. 日常生活行動がスムーズになる	医師	6	22	64	25	117	3	0.00	303.3	0.015 *
	看護師	12	86	288	176	562	3	0.50	347.6	
II-38. 身なりを整える	医師	4	19	50	44	117	3	0.50	304.5	0.018 *
	看護師	4	48	257	253	562	3	0.50	347.4	
II-39. 清潔行動が自立できる	医師	3	18	55	41	117	3	0.50	331.0	0.575
	看護師	5	81	271	204	561	3	0.50	341.3	
II-40. 排泄で室内トイレを使用できる	医師	4	30	54	29	117	3	0.75	340.7	0.937
	看護師	18	133	287	123	561	3	0.50	339.2	
II-41. 排泄で看護師に羞恥心を感じる言動がみられる	医師	6	31	64	16	117	3	0.50	305.9	0.024 *
	看護師	18	128	282	134	562	3	0.50	347.1	

Mann-Whitney U検定

医師の精神科診療年数は平均17.6年(S.D. 8.3)、看護師の精神看護経験は平均13.8年(S.D. 7.5)、職位別では、医師には医長等が71名(60.7%)、看護師には看護師長等が263名(45.6%)で、職種間には有意差があった(χ^2 検定, $p=0.00$)

2) II. 24時間閉鎖中観察項目とIII. 開放中観察項目に関する医師と看護師の比較
51項目の全てにおいて、医師と看護師の回答の中央値は3以上を示した。

看護師の回答は、医師と比較して、「II-31. そわそわ感が無くなり行動に落ち着きを感じられる」、「II-30. 看護師と約束した時間まで待てる」、「II-26. 看護師の言葉を情報として取り入れることができるようになる」という相互作用を示す項目、「II-35. 追加眠剤無しで眠れるようになる」など回復兆候を示す14項目(34.1%)で有意に高値(Mann-Whitney-U)であった(表1)。

一方、医師は開放観察中の「III-9. 保護室に入室した理由(自傷行為など)の可能性が軽減している」などの5項目が高値であった(表2)。

3) 退室時期の判断項目における医師と看護師の比較

医師の回答中央値4の項目は、「IV-13. 妄想があっても退出できない理由にならない」、

「IV-14. 病識のなさは退出できない基準にならない」という退室の基準と、早期退室に関する「IV-15. 開放時間中の変化や反応をみるチャレンジが必要である」、「IV-16. 拘禁反応を疑う時は短時間の開放を試みる必要がある」、「IV-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」で、看護師も同様の項目に「IV-21. 救急受け入れのため保護室を確保しておく必要あり」を加えた6項目が該当した。

一方、回答中央値が2と低い項目は、医師は「IV-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」、「IV-29. 現実的に看護師が退出時期を判断し、医師の理解が多い」の2項目で、看護師は「IV-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」の1項目で判断者に関する項目が該当した。

「IV-30. 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」の中央値は両者とも3.0で、選択肢の3または4を回答した医師は60名(51.3%)、平均ランク287.3、看護師は353名(62.8%)平均ランク349.8で、医師が有意に低く看護師の中央値のばらつき(Q.D.=1.0)は大きかった(表3)。

表2 医師と看護師による回復状態の観察項目の回答の実態／比較(時間開放中観察項目)

質問項目	対象者計	1	2	3	4	計	Median	QD	平均ランク	漸近有意確率(両側)
III-1. 開放中の態度が落ち着いている	医師	2	2	22	91	117	4	0.00	370.462	0.015*
	看護師	0	17	175	366	558	4	0.50	331.194	
III-2. 開放中に周囲の情報と接触できる	医師	2	15	50	49	116	3	0.50	330.582	0.716
	看護師	5	56	261	233	555	3	0.50	337.132	
III-3. 保護室内外での行動の落ち着きが一定	医師	3	2	39	73	117	4	0.50	308.325	0.022*
	看護師	2	12	138	406	558	4	0.50	344.222	
III-4. 開放中の疑問を自発的に質問できる	医師	2	23	65	26	116	3	0.00	322.470	0.345
	看護師	10	100	295	151	556	3	0.50	339.427	
III-5. 開放中に困りごとを看護師に相談できる	医師	4	20	59	34	117	3	0.50	300.671	0.015**
	看護師	6	72	259	219	556	3	0.50	344.645	
III-6. 開放中に他患者への過干渉・迷惑がない	医師	2	21	58	36	117	3	0.50	382.838	0.002**
	看護師	18	150	280	107	555	3	0.50	326.732	
III-7. 妄想・多弁・好訴の症状を行動化しない	医師	1	20	49	47	117	3	0.50	389.590	0.001**
	看護師	13	130	284	131	558	3	0.50	327.183	
III-8. 妄想あるが攻撃的でない	医師	1	7	53	56	117	3	0.50	406.628	0.000**
	看護師	3	104	294	156	557	3	0.50	322.979	
III-9. 保護室入室した理由の可能性が軽減している	医師	2	1	35	79	117	4	0.50	404.043	0.000**
	看護師	8	45	253	250	556	3	0.50	322.892	
III-10. 本来の話し方や口調に戻る	医師	3	8	42	64	117	4	0.50	335.581	0.922
	看護師	4	33	220	299	556	4	0.50	337.299	

Mann-Whitney U検定

表3 医師と看護師による退室時期の判断項目へ回答の実態／比較

質問項目	対象者計	1	2	3	4	計	Median	QD	平均ランク	漸近有意確率(両側)
IV-1. 症状安定程度と治療量との関連を考慮	医師	24	24	49	19	116	3	0.50	262.8	0.000 **
	看護師	21	107	261	169	558	3	0.50	353.0	
IV-2. 薬物の副作用を差し引いて状態を考慮	医師	10	23	64	18	115	3	0.50	324.0	0.404
	看護師	15	144	290	108	557	3	0.50	339.1	
IV-3. 状態悪化の際、薬物副作用との関連を考慮	医師	5	36	58	18	117	3	0.50	289.4	0.001 **
	看護師	15	109	292	141	557	3	0.50	347.6	
IV-4. 思考や行動のまとまりを優先	医師	4	26	52	35	117	3	1.00	373.0	0.026 *
	看護師	20	159	273	108	560	3	0.50	331.9	
IV-5. 人によって対応が違う可能性を考慮	医師	0	9	78	30	117	3	0.50	311.9	0.068
	看護師	5	50	293	211	559	3	0.50	344.1	
IV-6. もともと性格を加味して状態の落ち着きを推測	医師	3	12	63	39	117	3	0.50	343.8	0.747
	看護師	4	84	286	186	560	3	0.50	338.0	
IV-7. 他患者との集団生活の支障を考慮	医師	4	25	62	26	117	3	0.25	403.0	0.000 **
	看護師	41	214	229	75	559	3	0.50	325.0	
IV-8. 再入院患者のほうが退出の判断はしやすい	医師	3	12	47	55	117	3	0.50	338.3	0.908
	看護師	12	69	208	273	562	3	0.50	340.4	
IV-9. 家族の意見は参考になる	医師	3	9	55	48	115	3	0.50	366.3	0.073
	看護師	18	81	264	199	562	3	0.50	333.4	
IV-10. 他患者から悪影響がある場合は退出させたい	医師	11	14	62	30	117	3	0.50	349.6	0.489
	看護師	37	116	267	140	560	3	0.88	336.8	
IV-11. 入室による制限の悪影響を考慮	医師	3	12	45	57	117	3	0.50	350.5	0.441
	看護師	5	56	260	239	560	3	0.50	336.6	
IV-12. 時間開放は早めにするという心づもりが必要	医師	3	12	47	55	117	3	0.50	381.2	0.007 **
	看護師	12	115	234	201	562	3	0.50	331.4	
IV-13. 妄想があっても退出できない理由にならない	医師	2	2	20	93	117	4	0.00	370.0	0.020 *
	看護師	5	11	163	382	561	4	0.50	333.1	
IV-14. 病識のなさは退出できない基準にならない	医師	2	4	29	82	117	4	0.50	364.0	0.080
	看護師	11	29	176	345	561	4	0.50	334.4	
IV-15. 開放時間中の変化や反応をみるチャレンジが必要	医師	4	11	35	67	117	4	0.50	352.2	0.393
	看護師	8	65	197	291	561	4	0.50	336.9	
IV-16. 拘禁反応を疑う時は短時間の開放を試みる必要	医師	3	5	41	68	117	4	0.50	343.6	0.778
	看護師	5	39	198	319	561	4	0.50	338.7	
IV-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	医師	4	11	25	77	117	4	0.50	330.2	0.496 **
	看護師	5	26	156	374	561	4	0.50	341.4	
IV-18. 保護室入院の場合の押し出し退出はやむをえない	医師	8	19	63	26	116	3	0.00	402.5	0.000
	看護師	70	172	247	71	560	3	0.50	325.2	
IV-19. 退出は週明けがよい	医師	14	15	52	36	117	3	0.75	324.0	0.349
	看護師	55	97	190	217	559	3	1.00	341.5	
IV-20. 土・日曜日は退出は避けたい	医師	8	14	57	38	117	3	0.50	341.9	0.905 **
	看護師	50	99	200	213	562	3	1.00	339.6	
IV-21. 救急受け入れのため保護室を確保しておく必要あり	医師	4	14	41	58	117	3	0.50	288.1	0.000 **
	看護師	20	35	123	384	562	4	0.50	350.8	
IV-22. 看護職人数などの看護体制は退出の判断に影響	医師	8	12	56	41	117	3	0.50	392.6	0.001
	看護師	54	136	233	139	562	3	0.50	329.0	
IV-23. 夜勤者が新人かどうかは退出の判断に影響	医師	19	30	47	21	117	3	0.50	335.5	0.775
	看護師	73	164	220	105	562	3	0.50	340.9	
IV-24. 男性看護師がいるかどうかは退出の判断に影響	医師	16	26	50	25	117	3	0.50	336.6	0.879
	看護師	71	134	227	128	560	3	0.50	339.5	
IV-25. 保護室担当の看護師の経験量が退出の判断に影響	医師	8	25	50	34	117	3	1.00	347.7	0.530 **
	看護師	42	127	242	147	558	3	1.00	336.0	
IV-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	医師	18	48	41	10	117	2	0.50	281.1	0.000 **
	看護師	61	171	194	132	558	3	0.50	349.9	
IV-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	医師	8	41	51	17	117	3	0.50	395.0	0.000
	看護師	102	222	181	53	558	2	0.50	326.0	
IV-28. 時間開放・退出の順番は主治医の在院・許可が影響	医師	21	29	53	14	117	3	0.50	327.0	0.483 **
	看護師	88	157	209	104	558	3	0.50	340.3	
IV-29. 現実的に看護師が退出時期を判断、医師の理解が多い	医師	26	41	36	14	117	2	0.50	252.0	0.000 **
	看護師	54	129	209	169	561	3	1.00	357.7	
IV-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	医師	18	39	43	17	117	3	0.50	287.4	0.001 *
	看護師	58	149	187	166	560	3	1.00	349.8	

Mann-Whitney U検定

4) 質問Ⅱ. 24時間閉鎖中と質問Ⅲ. 開放中(以下、回復状態の観察項目)の因子構造の比較

本調査によるクロンバックの α 係数は、医師のⅡ. 24時間閉鎖中観察項目0.960、Ⅲ. 開放中観察項目0.842、Ⅳ. 退室時期の判断項目0.861で、看護師のⅡ. 24時間閉鎖中観察項目0.948、質問Ⅲ. 開放中観察項目0.833、質問Ⅳ. 退室時期の判断項目0.801を示した。

因子数を検討して、回復状態の観察項目を3因子に、質問Ⅳ. 退室時期の判断項目を4因子に固定した。また、パターン行列の固有値0.4未満のために削除された項目は、医師15項目、看護師19項目であった。

医師の第1因子名は、「Ⅱ-11. 身体的苦痛を言葉で表現できる」、「Ⅱ-12. ねぎらいの言葉が出てくる」、「Ⅱ-18. 妄想を表現しないで済む」、「Ⅱ-7. 周囲の現実が見えてく

表4 医師と看護師による回復状態の観察項目に関する因子構造の比較

医師				看護師				
	1	2	3		1	2	3	
1. 自発的な会話の出現・生活行動の改善	Ⅲ-4. 開放中の疑問を自発的に質問	0.805	-0.389	0.185	Ⅱ-41. 排泄で看護師に羞恥心	0.783	-0.135	-0.005
	Ⅱ-41. 排泄で看護師に羞恥心	0.804	-0.021	-0.136	Ⅱ-38. 身なりを整える	0.782	0.021	-0.196
	Ⅲ-5. 開放中に困りごとを看護師に相談	0.754	-0.377	0.236	Ⅱ-39. 清潔行動の自立	0.763	-0.012	-0.057
	Ⅱ-40. 排泄で室内トイレを使用	0.708	0.180	-0.160	Ⅱ-35. 追加薬剤なしで眠れる	0.718	-0.076	-0.124
	Ⅲ-2. 開放中に周囲の情報と接触	0.678	-0.245	0.206	Ⅱ-37. 日常生活行動がスムーズ	0.704	0.042	-0.092
	Ⅱ-19. 相手の顔を見て話す	0.665	0.186	-0.147	Ⅱ-40. 排泄で室内トイレを使用	0.703	0.061	-0.064
	Ⅱ-39. 清潔行動の自立	0.663	0.151	-0.038	Ⅲ-4. 開放中の疑問を自発的に質問	0.667	-0.193	0.137
	Ⅱ-37. 日常生活行動がスムーズ	0.643	0.237	-0.088	Ⅱ-36. 生活・睡眠・覚醒リズムが整う	0.649	0.042	-0.151
	Ⅱ-35. 追加薬剤なしで眠れる	0.634	0.136	-0.040	Ⅲ-5. 開放中に困りごとを看護師に相談	0.637	-0.254	0.203
	Ⅱ-5. 時間感覚が出てくる	0.610	0.128	-0.260	Ⅲ-2. 開放中に周囲の情報と接触	0.529	-0.195	0.245
	Ⅱ-38. 身なりを整える	0.608	0.234	-0.029	☆Ⅱ-30. 看護師と約束した時間まで待てる	0.515	0.142	-0.062
	★Ⅱ-11. 身体的苦痛を言葉表現	0.581	0.193	-0.210	Ⅱ-32. 目的に沿った行動	0.503	0.148	0.020
	★Ⅱ-12. ねぎらいの言葉	0.579	0.035	0.048	Ⅲ-3. 保護室内外の行動が一定	0.499	-0.099	0.072
	Ⅱ-36. 生活・睡眠・覚醒リズムが整う	0.577	0.136	0.001	Ⅱ-28. 自分の希望が言える	0.491	0.043	0.153
	★Ⅱ-18. 妄想を表現しないで済む	0.550	-0.033	0.072	Ⅱ-19. 相手の顔を見て話す	0.461	0.227	-0.061
	Ⅲ-10. 本来の話し方や口調に戻る	0.502	-0.164	0.229	Ⅱ-27. 自分の病気を認め病感がでてくる	0.458	0.175	0.036
	★Ⅱ-7. 周囲の現実	0.499	0.150	-0.094	Ⅱ-33. 食事を多く摂取	0.449	0.054	0.199
	Ⅱ-20. 話が聞き取れる程度	0.474	0.366	-0.008	Ⅱ-26. 看護師の言葉を情報として取り入れる	0.447	0.150	0.112
Ⅱ-28. 自分の希望が言える	0.422	0.050	0.158	☆Ⅱ-34. 治療を受け入れる態度	0.427	0.222	0.127	
Ⅱ-26. 看護師の言葉を情報として取り入れる	0.418	0.209	0.106	Ⅲ-10. 本来の話し方や口調に戻る	0.415	0.024	0.175	
2. 精神症状の消滅による疎通性の改善	Ⅱ-13. 疎通性	-0.278	0.886	0.046	Ⅱ-8. 困惑様子なくなる	-0.186	0.768	0.022
	Ⅱ-9. 昏迷から会話へ	0.084	0.724	-0.204	Ⅱ-6. 奇妙な動作消失	-0.199	0.737	0.008
	Ⅱ-29. 思考内容にまとまり	-0.09	0.656	0.316	Ⅱ-9. 昏迷から会話へ	-0.098	0.679	0.035
	Ⅱ-22. 会話の内容がまとまる	-0.043	0.647	0.253	Ⅱ-7. 周囲の現実	-0.089	0.655	0.001
	Ⅱ-6. 奇妙な動作消失	-0.039	0.619	-0.187	☆Ⅱ-1. 返答できる	-0.161	0.621	0.039
	Ⅱ-8. 困惑様子なくなる	0.034	0.587	-0.002	☆Ⅱ-10. 摂食状況の改善	-0.039	0.614	0.041
	Ⅱ-14. 拒否・易怒的態度の消失	-0.274	0.604	0.319	Ⅱ-14. 拒否・易怒的態度の消失	-0.018	0.602	-0.078
	★Ⅱ-4. 表情が豊か	0.041	0.544	-0.039	Ⅱ-13. 疎通性	0.026	0.595	-0.058
	★Ⅱ-15. 家族と穏やかに面談	-0.085	0.496	0.318	Ⅱ-21. 一方的な話の消失	0.163	0.54	-0.006
	★Ⅱ-31. 行動に落ち着き	0.113	0.478	0.221	☆Ⅱ-16. おびえた様子の消失	0.149	0.513	0.029
	Ⅱ-32. 目的に沿った行動	0.27	0.46	0.035	Ⅱ-2. 指示動作に従える	-0.02	0.501	-0.002
	Ⅱ-2. 指示動作に従える	0.233	0.452	-0.167	Ⅱ-20. 話が聞き取れる程度	0.218	0.489	-0.021
	Ⅱ-21. 一方的な話の消失	0.32	0.43	0.092	Ⅱ-22. 会話の内容がまとまる	0.167	0.484	0.001
	Ⅱ-23. 会話での態度が落ち着く	0.163	0.423	0.222	Ⅱ-24. 多弁が減少	-0.038	0.455	0.38
3. 症状安定による行動化や迷惑行為の減少	Ⅲ-8. 妄想あるが攻撃的でない	-0.172	0.013	0.782	Ⅱ-5. 時間感覚が出てくる	0.147	0.448	-0.05
	Ⅲ-7. 妄想・多弁・好訴の症状を行動化しない	-0.006	-0.118	0.709	Ⅱ-29. 思考内容にまとまり	0.156	0.427	0.1
	Ⅲ-9. 保護入室理由の可能性が軽減	-0.095	0.003	0.670	Ⅱ-23. 会話での態度が落ち着く	0.064	0.417	0.294
	★Ⅲ-1. 開放中の態度が落ち着いている	-0.024	0.151	0.620	Ⅲ-7. 妄想・多弁・好訴の症状を行動化しない	-0.058	-0.065	0.829
	Ⅲ-6. 開放中に他患者への過干渉・迷惑がない	0.234	-0.251	0.534	Ⅲ-8. 妄想あるが攻撃的でない	-0.074	0.094	0.767
Ⅲ-3. 保護室内外の行動が一定	0.265	-0.002	0.469	Ⅲ-6. 開放中に他患者への過干渉・迷惑がない	0.204	-0.190	0.702	
				Ⅲ-9. 保護入室理由の可能性が軽減	-0.088	0.118	0.665	

★ 医師のみに含まれた項目

☆ 看護師のみに含まれた項目

KMOは、医師0.847、看護師0.938、Bartlettの球面性検定での有意確率は0.000 主因子法(プロマックス回転)

る」が含まれていたため、【1. 自発的な会話の出現・生活行動の改善】とした。第2因子は、「II-4. 表情が豊かになる」「II-15. 家族と穏やかに面談できる」、「II-31. 行動に落ち着き」が含まれていたため【2. 精神症状の軽減による疎通性の改善】とした。

看護師の回復状態の観察項目では、医師にはなかった「II-30. 看護師と約束した時間ま

で待てる」、「II-34. 治療を受け入れる態度を示す」が含まれていたため、第一因子名を【1. 思考・生活行動の自立性と治療関係の芽生え】とした。第2因子は、「II-1. 返答できる」、「II-10. 摂食状況の改善」「II-16. おびえた様子の消失」を含むため【2. 混迷困惑状態からの脱出と外部刺激への過敏反応の減少】とした(表4)。

表5 医師と看護師による退室時期の判断内容に関する因子構造の比較

医師		1	2	3	4	看護師		1	2	3	4
1. 退室時期の判断に関する看護師(長)の影響	IV-24. 男性看護師がいるかどうかは退室の判断に影響	0.768	0.039	-0.040	0.141	1. 早期退室のタイミングとチャレンジ	IV-15. 開放時間中の変化や反応をみるチャレンジが必要	0.690	0.040	-0.102	0.041
	★ IV-25. 保護室担当の看護師の経験量が退室の判断に影響	0.695	0.022	-0.151	0.296		IV-16. 拘禁反応を疑う時は短時間の開放を試みる必要	0.686	0.049	-0.023	-0.030
	IV-23. 夜勤者が新人かどうかは退室の判断に影響	0.683	-0.110	0.049	0.350		IV-14. 病識のなさは退室できない基準にならない	0.599	-0.117	-0.027	-0.210
	IV-30. 将来的に看護師が退室時期を判断、医師確認の方向が望ましい	0.669	0.124	-0.212	0.039		IV-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	0.571	0.038	-0.058	0.046
	IV-29. 現実的に看護師が退室時期を判断、医師の了解が多い	0.641	-0.060	-0.075	-0.161		IV-12. 時間開放は早めにするという心づもりが必要	0.568	-0.011	-0.003	0.008
	★ IV-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	0.594	-0.248	0.392	-0.278		IV-13. 妄想があっても退室できない理由にならない	0.544	-0.063	-0.042	-0.122
	IV-22. 看護職人数などの看護体制は退室の判断に影響	0.535	0.132	-0.042	0.421		IV-11. 入室による制限の悪影響を考慮	0.487	-0.011	0.175	-0.036
	IV-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	0.462	-0.002	-0.013	-0.093						
IV-28. 時間開放・退出の順番は主治医の在院・許可が影響	0.449	-0.001	0.114	0.017							
2. 早期退室のタイミングとチャレンジ	IV-13. 妄想があっても退室できない理由にならない	-0.118	0.754	-0.142	0.089	2. 判断に影響を与える看護師の人数と質	IV-22. 看護職人数などの看護体制は退室の判断に影響	0.067	0.768	-0.032	-0.091
	IV-14. 病識のなさは退室できない基準にならない	0.014	0.691	-0.093	0.028		IV-23. 夜勤者が新人かどうかは退室の判断に影響	0.095	0.685	-0.101	0.109
	IV-12. 時間開放は早めにするという心づもりが必要	0.056	0.674	-0.038	-0.186		IV-24. 男性看護師がいるかどうかは退室の判断に影響	0.008	0.674	-0.035	0.130
	IV-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	0.191	0.661	0.121	-0.222		IV-20. 土・日曜日は退室は避けたい	-0.095	0.645	0.063	-0.174
	IV-15. 開放時間中の変化や反応をみるチャレンジが必要	0.041	0.643	0.104	-0.032		IV-19. 退室は週明けがよい	-0.078	0.437	0.075	-0.105
	IV-11. 入室による制限の悪影響を考慮	-0.021	0.585	0.082	0.001						
	IV-16. 拘禁反応を疑う時は短時間の開放を試みる必要	0.083	0.510	0.240	-0.052						
	IV-5. 人によって対応が違う可能性を考慮	-0.096	0.401	0.204	0.232						
3. 家族を情報源に用いた判断基準	IV-3. 状態悪化の際、薬物副作用との関連を考慮	-0.173	0.041	0.734	0.105	3. 症状判断時の多角的視点	IV-3. 状態悪化の際、薬物副作用との関連を考慮	0.014	0.025	0.640	-0.086
	IV-2. 薬物の副作用を差し引いて状態を考慮	-0.176	0.011	0.733	0.104		IV-2. 薬物の副作用を差し引いて状態を考慮	-0.016	0.014	0.606	-0.024
	IV-1. 症状安定程度と治療薬量との関連を考慮	0.004	-0.020	0.601	0.093		IV-1. 症状安定程度と治療薬量との関連を考慮	-0.055	-0.039	0.566	-0.015
	★ IV-9. 家族の意見は参考になる	0.151	0.004	0.432	0.046		IV-5. 人によって対応が違う可能性を考慮	-0.054	0.105	0.497	0.015
	IV-6. もととの性格を加味して状態の落ち着きを推測	-0.076	0.094	0.401	0.056		IV-6. もととの性格を加味して状態の落ち着きを推測	0.133	-0.035	0.494	0.036
4. 週明け退室の重視の選択	IV-20. 土・日曜日は退室は避けたい	0.039	-0.104	0.163	0.800	4. 現実判断主体者の理想	IV-29. 現実的に看護師が退室時期を判断、医師の了解が多い	0.059	-0.210	-0.070	0.710
	IV-19. 退室は週明けがよい	0.045	-0.141	0.306	0.611		IV-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	-0.152	0.003	-0.015	0.505
						IV-30. 将来的に看護師が退室時期を判断、医師確認の方向が望ましい	0.065	-0.057	-0.049	0.486	

★ 医師のみに含まれた項目 KMOは、医師0.715、看護師0.808で、Bartlettの球面性検定での有意確率は0.000 主因子法(プロマックス回転)

5) 質問Ⅳ. 退室時期の判断項目に関する医師と看護師の因子構造の比較

医師の第1因子には、看護師にはみられない「Ⅳ-25. 保護室担当の看護師の経験量が退出の判断に影響する」、「Ⅳ-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」という項目を含んでいたため【1. 退室の判断に関わる看護師(長)の影響力】とした。第2因子は【2. 早期退室のタイミングとチャレンジ】で、第3因子には「Ⅳ-9. 家族の意見は参考になる」という医師のみの項目があったため【3. 家族を情報源に用いた判断基準】とした。

看護師の第1因子は医師の第2因子と同様の【1. 早期退室のタイミングとチャレンジ】で、【2. 判断に影響を与える看護師の人数と質】、【3. 症状判断時の多角的視点】とした。しかし第4因子は、医師よりも有意に高い中央値を示す「Ⅳ-29. 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」、「Ⅳ-30. 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」によって構成されていたため【4. 判断主体者の現実と理想】と命名した(表5)。

Ⅳ. 考察

1. 回復状態の観察項目における医師と看護師の認識

今回、24時間閉鎖中の回復状態の観察では看護師の中央値が、開放中では医師の中央値が有意に高いという特徴を認めた。医師と24時間閉鎖中の患者との接触場面は診察時間に限定され、看護師の正確な観察と判断内容の提供の意味は大きい。また医師の構成因子名では、家族を含めた幅広い情報収集と、隔離要件となった精神症状の多面的な理解を試みていることが明らかになった。

看護師は、頻りに訪室して患者のコミュニケーションスタイル、生活セルフケアを観察

しながら、そわそわ感や怯えなどの精神症状と患者-看護師関係の程度も手掛かりにしていた。視点の違いはあるものの、両者の回答中央値3以上の項目は51あり、観察内容の合意は可能と考える。これまで、早期退室のために、山中, 金, 伊藤, 小塚, 福岡(2004.)や坪倉, 秋元, 池田, 天野(2012)はBPRSを用い、千北(2010)、林, 佐々木, 倫古谷, 高取, 滑川ら(2012)はPANNSを用いて観察していた。また、時任, 柴田, 宮原, 浪花(2017)の隔離解除チェックリストには精神症状の測定尺度が用いられていたが、今回の中央値4の項目を中心に観察指標としての発展性をさらに探求したい。

2. 退室時期の判断と影響要因

我が国の精神科病棟での平均隔離時間は、ドイツの7.4時間、アメリカの9時間に比べて12.5日と長く(浅井, 2001)、精神科救急病棟では、平均隔離時間が26.0日という報告もある(野田, 杉山, 川畑, 平田, 伊藤, 2009)。行動制限最少化委員会の設置が進んだ現在でも、1か月以上の長期隔離の割合が高いことが指摘されている(読売新聞, 2017)。保護室からの早期および適切な退室は、日本の精神科医療の喫緊の課題となっている。その意味では、今回、中央値4の5項目が、退室へのチャレンジという強い思いで医師と看護師に共通していたことは特筆される。一方で、この共通認識にもかかわらず、退室を遅延または妨げる人的・物理的な影響要因が存在することも示唆された。

影響要因には、救急受け入れの保護室の確保という事情があるが、同時に看護師は押し出し退室をやむをえないとすることへのジレンマも感じていた。また、治療の責任をもつ医師は、週明け退室を望み、看護師も人数が少ない土・日曜日の退出を避けたいと答えていた。しかし、この週明け退室に看護師の回答はばらつきが大きく、病院の格差がうかが

われる。ある民間病院で、回答者の61.3%は、人員が増えれば現状より隔離・身体拘束の解除を減らせるとしている(長谷川, 2013)。以上は、公立病院が多い外国と比べて民間病院のマンパワー事情による影響であり、医療の制度的改革が求められる。

また、退室時期の判断について、医師は経験豊富な看護師の判断や看護責任者の影響の強さを認めていたが、看護師による退出時期の判断への回答の平均ランクは低かった。法的根拠に照らせば、12時間以上の保護室入室には精神保健指定医の指示を要し、隔離要件の消失による退室指示にも、看護師の判断が入る余地はないかもしれない。看護師の「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」の中央値が2と低い結果も、医師の決定が前提という現実を表現していた。

しかし、判断内容を構成する因子で、看護師の第4因子【4. 判断主体者の現実と理想】が出現し、現実の判断主体者と将来の可能性への期待を示した。西池, 三宅, 末安, 吉浜ら(2013)は、看護師が開放観察開始を判断する施設が7か所(1.26%)あり、7名のCNSや認定看護師の積極的関与があったと報告している。今後、看護師の認識次第で拡大の可能性を示したともいえる。看護師の意識改革には、クリニカルパスの使用、熟練看護師を交えたカンファレンス、専門性の高い看護師による教育的なかかわりが効果的とされている(法隆, 内藤, 2016)。今後、急性期の精神疾患患者の臨床推論を育むような卒後教育が必要と考える。

V. 研究の限界と課題

今回、インタビュー結果を基に看護師の視点で質問紙を作成したために、「看護師に相談できる」等、医師は回答しにくい質問があった。また、急性期状態の初回入院患者よりも再入院患者や水中毒による保護室の入室患

者は、看護師に退室判断が委ねられ易く、患者の病時期を加味した探求も必要である。さらに、指定医が2名以上の場合は、医師による判断が多い(河内, 鈴木, 石村, 富田, 木下, 2007b)が、小規模病院では看護師の判断が求められる(野田ら, 2009)等を考慮すれば、調査内容に精神保健指定医の人数、病院規模を含める必要がある。

今回の調査で、退室時期の判断主体者が看護師であることについて医師の賛意は低かったものの、河内ら(2007a)による23.4%よりも高い結果が得られた。ただし、医師の回答率は約30%と低く、このテーマに関心をもつ好意的な医師による回答で、医長等が多かった点を考慮すべきである。

結論

回復兆候と退室時の判断に関する同一の質問紙調査で、医師117と看護師577の回答を得て、以下のことが明らかになった。

1. 回復状態の51項目すべてで、両者の中央値が3.0以上を示し、看護師による保護室患者の回復状態について積極的に提案できる根拠となること示唆された。
2. 因子分析の結果、医師は【4. リスク回避のための週明け退室】と看護師は【4. 判断主体者の現実と理想】が、両者の認識の差を示唆していた。
3. 看護師が将来的に退室時期の判断主体になることの、医師の回答は看護師よりも有意に低い結果であった。しかし看護師も回答中央値のばらつきが大きく、勤務場所の状況の格差が示唆された。一方、早期退室へのチャレンジにおいては、医師と看護師の認識は共通していた。

謝辞

お忙しい中を質問紙へご回答いただきまし

た全国の精神科病院の医師および看護師の皆様、データ収集に協力いただきました海老沢幸恵氏、そして様々なご示唆と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謝いたします。

引用文献

- 浅井邦彦(2001). 精神科医療における行動制限最小化に関する研究. 平成11年度12年度厚生労働省科学研究費補助金報告書, 31-40.
- 長谷川利夫(2013). 精神科医療の隔離・身体拘束. 80. 日本評論社.
- 林朋康, 佐々木章, 倫古谷幸子, 高取慎也, 滑川さやか, 草刈浩行, 瀧澤英男(2012). 行動制限最小化最適化に向けてのシステムづくり. 第19回日本精神科看護学会専門I, 93-97.
- 法隆理子, 内藤奈津美(2016). 行動制限最小化に対する病棟意識の変化. 日本精神科看護学会誌, 59(2), 239-241.
- 河内俊二, 鈴木啓子, 石村佳代子, 木下孝一(2007a). 看護管理者と医師に聞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), 34.
- 河内俊二, 鈴木啓子, 石村佳代子, 冨田敦, 木下孝一(2007b). 看護師に隔離拘束に関する判断を求められる状況における判断の実態と判断に関連する要因の検討(第2報). 日本精神科看護学会誌, 50(1), 32-44.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部編. 平成28年医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況, 30, <http://www.mhlw/go.jp/list/79-1.html>.
- 三宅薫(2013). 行って見て聞いた精神科病院の保護室. 14, 医学書院.
- 日本総合病院精神医学会教育・研究委員会編, 主担当八田耕太郎(2007). 身体拘束・隔離の指針. 38-39. 星和書店.
- 西池絵衣子, 三宅美智, 末安民生, 吉浜文洋, 吉川隆博, 美濃由紀子, 宮本真己(2013). 全国精神科病床を有する施設における行動制限最小化委員会の実態に関する調査. 第20回日本精神科看護学会, 267.
- 野田寿恵, 杉山直也, 川畑俊貴, 平田豊明, 伊藤弘人(2009). 行動制限に関する一覽性台帳を用いた隔離・身体拘束施行量を示す質指標の開発. 精神医学, 51(10), 995.
- 坂江千寿子, 佐藤寧子, 石崎智子, 田崎博一(2005). 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(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一. 日本看護科学学会第28回学会, 437.
- 千北英美(2010). 行動制限最小化への取り組み. 日本精神科看護学会誌, 53(1), 436-437.
- 時任克典, 柴田剛男, 宮原加奈, 浪花恵(2017). 精神科救急病棟における隔離初回開放観察表導入の効果. 第42回日本精神科看護学会誌, 332-333.
- 坪倉誠, 秋元紀里子, 池田智史, 天野綾子(2012). 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.
- 山中一紀, 金裕美, 伊藤美佐子, 小塚浩, 福岡幸記(2004). 統合失調症患者の隔離室在室日数の短縮ー簡易精神科症状評価尺度を用いて一. 日本精神看護学会誌, 47(1), 312-15.
- 読売新聞(2017). 2017年8月25日よみドクター.

