

テーマ:精神看護実践における倫理的課題と対処方法の実態

宇佐美しおり(学術連携委員長, 熊本大学生命科学研究部, 教授)

(日本精神保健看護学会学術連携委員会)  
東京女子医科大学看護学部, 教授, 田中美恵子  
自治医科大学看護学部, 教授, 永井優子  
国際医療福祉大学看護学部, 教授, 相澤和美  
東京医科大学看護学科, 教授, 岡谷恵子  
東京女子医科大学看護学部, 講師, 小山達也  
熊本大学生命科学研究部, 助教, 福川麻耶

I. はじめに

日本において、医療の高度化複雑化と在院日数の短縮、病院の機能分化と地域ケアの推進という状況において、病院や在宅における医療の倫理的問題も大きくなってきている。

竹村らは、看護における倫理的問題を明らかにするため、緩和ケアに従事する看護師のアドボカシーの実践に関する実態調査を行った。緩和ケアに従事する看護師の7割が「患者の治療や病状、今後の経過に関する十分な情報提供」を行うために、医師への再説明の依頼、疑問点の医師への確認、看護スタッフ間の協力体制を実践していると考えていた(竹村, 2006)。また戸田らは、アドボカシーの概念分析を行い、看護におけるアドボカシーは、「患者・家族が患者の権利や利益を守るための自己決定への支援」「患者・家族へのエンパワメント」であることを報告している(戸田, 2011)。上記のような背景において、日本の看護実践においても、患者への十分な情報提供と意思決定の促進、人としての尊重、医療者の過剰な防衛、患者のニーズを満たすための医療チームの協力と責務ということが重要視されるようになり、倫理的問題への関心は高くなってきた。

しかし一方、精神看護においては、これまで精神障害者は、判断能力が十分ではないと考えられ、社会的弱者である精神科の患者に対しては、その人権を守るために他の領域とは異なった倫理的問題が存在している。たとえば、自殺や事故を防止するために、患者の個人に関する情報を共有しプライバシーを犠牲にしたり(磯部, 2011)、隔離・身体拘束の頻度の多さ(小森, 2011)、退院に関する患者のニーズによりも家族のニーズが優先される(濱田ら, 2006)などである。

いずれも、やむを得ないと自分を納得させ、法的にも認められているとわかっていても、看護師は後ろめたいような、申し訳ないような気持ち（磯部，2011）を感じて日々のケアを実践している。

精神科看護師が体験する倫理的問題についての全国的な調査（田中・濱田・嵐・小山・柳，2010）では、最も体験する頻度の高いものとして、退院の困難さに関する項目が上位を占めており、ついで、患者の暴言や自分の判断と対立する患者の意思決定、患者の状態悪化の問題があげられている。また、悩む程度が強い項目としては、患者の自殺（または自殺未遂）や自分の能力や知識・技術の不足による不十分な対応などがあげられている。

看護師が倫理的価値や原則に基づいて正しい意思決定をしたが、組織の方針などの現実的な制約により実行できなくなったときの悩みは、Jameton（1984）によって“倫理的悩み”と名づけられている。

倫理的悩みは、看護師が経験する倫理的価値の対立として、一般的なものになってきていると言われているが（Fry, 1994/1998），精神科看護者の倫理的悩みに関する研究は、きわめて少ない。Austin, Bergum, and Goldberg（2003）は、カナダで3人の看護者を対象にインタビューを行い、解釈学的現象学によって分析している。それによると、看護者は、叫び声をあげている患者のところに誰も行かなかったり、患者の氏名と投与されている薬剤名以外、患者のことを理解していなかつたりするなど、人手と時間の不足するなかで、患者が一人の人間として尊重されず“もの”として扱われている状況に悩んでいることが明らかにされた。

大西・浅井・赤林（2003）は、精神科看護者の倫理的悩みの実態を調査しているが、それによると最も悩んでいる問題は、病状が落ち着いていて日常生活に支障のない患者が退院できないという「社会的入院」の問題であった。事故防止のために患者の自由を必要以上に制限している、あるいは、患者に直接ケアする時間が足りない、など人手不足からくると思われる問題も上位にあがっていた。

2007年から2008年に行われた調査（Ohnishi et al., 2010）でも、やはり最も強い悩みは「安全とは思えないレベルの職員配置」で、ついで長期の社会的入院があげられていた。この背景として、まず病棟における人員配置の少なさがあげら

れる。医師や看護師の配置基準が、一般病床より少なくてもよいとされる「精神科特例」は廃止されたものの、当分の間従来の基準を維持してよいと規定されており（江口・末安・小宮，2009），依然として配置に関する差別は残っている。実際に，平成24年医療施設（動態）調査・病院調査報告による100床当たり従事者数は一般病院は医師14.7人、看護師51.0人であるのに対し、精神科病院では、医師3.5人、看護師20.1人と少ないことが分かる。（厚生労働省，2013）

また，倫理的悩みが生じる他の背景として、日本における精神障害者の在院日数の長さの問題がある。先進諸国における精神障害者の退院患者の平均在院日数は比較的長いイギリスでも57.9日で，欧米諸国の平均は18.1日であるのに，日本の精神疾患患者の平均在院数は減ってきているものの296.1日と世界では最も長い。また入院患者の内訳は、1年未満の入院が19.9%、1年から5年未満が37.5%、5年以上10年未満が14.2%、10年以上20年未満が14.2%、20年以上の入院が10.7%（平成22年）と1年以上5年未満の入院が最も多く、統合失調症、気分障害患者がこの時期の入院を占めており、この時期の入院患者数を減少させることも重要な課題となっている。さらに退院していく患者は入院6か月までに退院し、退院後3か月未満で再入院をする患者および入院6か月以上の患者は長期入院予備軍で在宅移行が困難になっていくことが明らかとなっている（宇佐美，2011）。日本では精神科救急治療病棟でさえ，入院患者の4割以上が入院後3か月以内に退院することを条件としているが，これも世界的に見て日本の入院期間の長さを示していると言える。

精神障害者の地域生活への移行を進める支援として精神科訪問看護の有効性が認められており、訪問看護ステーションの数も増えてきており（精神科看護編集部，2009），包括型地域生活支援プログラム（ACT）も入院日数の低減や医療費の削減効果が報告されているにもかかわらず，いくつかの地域における試行にとどまっている（小宮・藤井・仲野・中井・矢田，2009）。このように日本では精神科医療の地域ケアへの移行が進まず，人口1万人あたりの精神科病床数は28と世界一の多さである（武井，2009b）。

それでは，わが国とは全く異なる国，すなわち，病棟において精神科看護師が多く配置されていて，脱施設化が進み地域生活支援が充実している国では，看護

者の倫理的悩みは少ないのだろうか，という疑問が生じてくる。看護者の抱える倫理的悩みを明らかにするためには，わが国の調査だけでなく，このような特徴をもつ国との比較も必要となる。

WHO（2005）のデータによると，イギリスの職員配置は，1医師あたりの病床数が5.3で，日本の30.2に比べ約6倍で，1看護師あたりの病床数は0.6で，日本の4.8と8倍の差がある。さらに，イギリスではヨーロッパ人権法（European Human Rights Act）によって，他科と同様の処遇をすることが求められており，ほぼすべての病室が個室であるうえ，アメニティに細かな配慮がなされている（大西，2009）。そして，コミュニティ・メンタルヘルス・ケアのサービスも充実しており，患者の状態によって早期介入からACTのようなアウトリーチ，自宅では寝るだけというデイホスピタル，慢性期のデイケアなど，さまざまなケアを受けることができるようになっている（大西，2010）。このように日本とイギリスでは，精神科医療を取り巻く状況が異なり、状況が異なり、看護実践の制約が大きければ，倫理的悩みも強くなることが報告されている（大西，2010）。

大石らは倫理的悩みについて日本とイギリスの比較を、倫理的悩み尺度を用いて検討を行った。その結果、精神科での平均経験年数が10年前後の看護師については、①「安全が保てない」ような少ない数の看護師で仕事をする、②病状が落ち着いているのに患者が入院し続けていて何もできない、③人員配置不足のために不適切なケアが提供されている（おむつ着用など）、④機械の歯車のように扱われ、看護師がすぐにやめてしまう職場で働かざるを得ない、などが上位4項目として抽出されていた（大西ら，2012）。

また田中らは、日本の精神科看護師が直面する倫理的問題と対処に関する研究の中で、看護師が体験する倫理上の問題は患者の退院に関する事、患者の自己決定に関する問題、看護師の責任と感情に関する問題であり、看護師たちは同僚へ相談したりしながら問題を解決しようとしていたことを報告している（田中ら，2010）。

このように日本においても精神看護における倫理的悩み、倫理的課題、倫理的課題への対処については明らかになりつつある。

一方日本において、医療の高度化・複雑化、在院日数の短縮、生活習慣病の増加に伴う疾病の複雑化に伴い、高度看護実践の重要性が叫ばれるようになってきた。

日本において専門看護師（Certified Nurse Specialist,以降 CNS と呼ぶ）は、平成6年に制度が確立し、看護系大学院を修了し所定の経験を経た後に、日本看護協会の認定を受けて活動を行うが、治療状況が複雑でケア困難になってきている患者・家族に対する直接ケア、医療スタッフへのコンサルテーション、教育、研究、調整、倫理調整という機能を担っている。現在、1,266名のCNSが存在し、がん看護、精神看護、地域看護、急性期重症患者看護、慢性疾患看護、母性看護、小児看護、老人看護、感染症看護、家族看護、在宅看護の分野で活動を行っている。

海外において、高度看護実践家の歴史は古いが、ヘルスケアシステム特にマネジメント・ケアによる医療システムの改革が行われるようになり、高度看護実践家が発達してきた。海外、特に米国においては、高度看護実践家は、看護系大学院を修了し、所定の訓練・経験を経ていることは基本的に必要だが、麻酔看護師、助産師、専門看護師、ナース・プラクティショナー（Nurse Practitioner, NP）を高度看護実践家と呼んできた。この高度看護実践家の成果としては、疾病管理、再入院日数の減少、慢性疾患患者の生活の管理能力の向上、QOLの改善が報告されている（北村ら，2010；宇佐美ら，2010,2011）。

CNSが活動しはじめて21年がたち、CNSが活動を行うことで、身体状態・精神状態の改善、患者の日常生活機能の改善、社会的機能の改善、ケア満足度の改善、地域での生活期間の延長、倫理的問題の改善などが報告されてきた（北村ら，2010；宇佐美ら，2010；野末ら，2011）。さらに、CNSの行為が治療チームや病棟スタッフ集団のグループ・パフォーマンスを改善し、看護スタッフの患者へのケアをより容易にすることも明らかとなってきている。先行研究において、CNSが精神看護における倫理的課題をどのようにとらえているのか、についての調査を行ったところ、CNSたちは、長期入院患者においては患者の退院への要望が反映されない、退院の意思決定に関する患者と家族との葛藤、医師との葛藤、患者の状態に応じた適切な治療や環境が十分提供できない、という倫理的課題に直面し、

倫理的問題の解決のために精神看護 CNS は、1)倫理的問題を解決するために、病棟管理者と話しあう、2)解決策の提示と実践、3)グループ・パフォーマンスの改善の検討、を行っていた(小西・宇佐美ら, 2014)。

そこで、本研究はこれらの結果をもとに、質問紙を作成し、精神看護に従事する看護師たちに質問紙調査を行い、倫理的課題と対処方法の実態を明らかにすることとした。

本研究を行うことで、精神障害者の自己決定や権利を重要視したケアを明確にし、患者の権利擁護を中心とした支援が充実し、精神科看護師への倫理的問題に対する教育的啓蒙活動の方向性を明らかにすることができると考えた。本研究は日本精神保健看護学会学術連携委員会の活動費用で行われた。

## 2. 概念枠組みと用語の定義

看護実践上の倫理的課題として、SARA.T.FRY 博士は、患者の権利擁護と人権尊厳念枠ぐいと(アドボカシー)、責務と責任、協力、ケアリングの側面を挙げている。またこれまでの文献検討と田中らの先行研究をもとに看護実践家の倫理的課題と対処を下記のように定義した。

<倫理的課題>とは、患者への十分な情報提供と意思決定の促進、プライバシーの保護、患者のニーズを満たすための看護師としての責務と責任、協力、ケアリングが展開できているかどうかをさす。

<アドボカシー>とは、患者の治療やケアに関し、十分な情報提供と意思決定の促進と定義する。

さらに<責務と責任>とは、看護師は①患者の健康の増進、②疾病の予防、③健康の回復、④苦痛の緩和に責任があるとされ、責務は法的責務と道徳的責務があるが、ここでは①から④までの道徳的責務を指す。

<協働>とは、患者のニーズを満たすために看護職間、他職種とどのように連携をとったのか、をさす。

さらに<ケアリング>は、患者のニーズを満たし患者が自分の意思決定を行う過程においてどのように患者との信頼関係を展開してきたのかをさす。

<対処>とは遭遇した倫理的課題に対する対応の方法をさす。

### 3. 研究方法

1)対象者および調査方法:平成 25 年熊本大学疫学・一般研究倫理委員会で承認が得られた日から平成 26 年 3 月 31 日までの間、日本精神保健看護学会正会員 1,000 名を対象に無記名による質問紙調査を行った。調査は、平成 25 年 6 月 15-16日に行われた第23回日本精神保健看護学会学術集会において質問紙を配布し、無記名にて記載を依頼し、回収ボックスにて回収した。

2). 質問紙:アドボカシー、責務、協働、ケアリング、倫理的課題に対する対処についてこれまでの文献検討および田中らが開発した質問紙をもとに、項目を洗練し、作成した。

#### 3). 研究の倫理的配慮

熊本大学大学院生命科学研究部疫学・一般研究倫理委員会で承認を得た後、日本精神保健看護学会に研究依頼を行い、学術連携委員会の委員の所属機関の倫理委員会、学会理事会の承認を得た後に、実施した。また、対象者へ研究の目的、意義、方法を説明し、研究への同意を得た。さらに、本研究は、無記名で行い、個人や施設が特定されないよう調査を行い、発表時にも個人や施設が特定されないことを文書で説明し、返送をもって同意を得たこととした。また分析の際も、個人や施設名が特定されない形で、分析を行った。

#### 4). 分析方法

得られた結果は SPSS(VER.22.0)を使用し、記述統計を用いて記述分析、相関係数、分散分析を行うとともに、記述データについては質的内容分析を行った。

### 4. 結果

#### 1) 対象者の背景

調査用紙の配布数は 444 で、そのうち回収率は 36%の 159 であり、有効回収率は 148 名分、33.3%であった。対象者の平均年齢は 40.0 歳(±8.8)、男性 50 名(33.8%)、女性 98 名(66.2%)で、看護師免許 99 名(66.9%)、看護師と保健師免許 37 名(25%)だった。最終学歴は大学院修士課程を修了したものが最も多く 74 名(50%)、ついで看護専門学校が 42 名(28.4%)で、看護系大学18名(12.2%)だった。職位はスタッフが 56 名 37.8%、

看護管理者(看護師長、主任)56名(37.8%)で、ついで専門看護師 21名だった(14.2%)。看護師の経験年数は15.7年(±8.8)、精神科看護経験年数は11.2年(±7.5年)で比較的長かった。最終学歴が大学院であるものはスタッフに最も多く(27名、18%)、ついで専門看護師 21名(14.2%)、看護管理者(主任と看護師長)20名(14.8%)で、最終学歴と職位では有意な差がみられていた( $\chi^2=86.6, p<0.01$ )。また看護師が所属している病院の病床数は平均497.2床(±306.7)、所属病棟の平均病床数は47.9床(±32.4)だった。所属部署は、急性期治療病棟が最も多く49名 33.1%、慢性期病棟 19名 12.8%、看護部 19名 12.9%だった。倫理に関する講習会への参加経験のある対象者は106名(71.6%)、参加経験のない者は42名(28.4%)で、参加経験のある対象者の平均参加回数は2.4回(±1.6回)だった。また病院における倫理委員会は「あり」が129名(87.2%)、「なし」が18名(12.2%)で倫理委員会をもっている病院が多かった。倫理講習会への参加と職位は有意な関連がみられ、倫理講習会へ参加している職位はスタッフが最も多くついで看護管理者、専門看護師で有意な差がみられていた( $\chi^2=20.5, p<0.01$ )。スタッフは大学院卒業者が多かったことから、倫理講習会への参加者は大学院を修了したスタッフ、看護管理者、専門看護師が参加していると考えられた。さらに病棟の措置入院患者の受け入れは「あり」94名 63.5%だった。これらの結果から職位と最終学歴、倫理講習会との間には関連がみられたことから、職位を取り上げ分析をすすめていくこととした。これらの結果を表1に示す。

## 2)倫理的課題と対処について

対象者のアドボカシーの平均合計得点は94点(±18.3, 0-135点)、責務は37.1点(±7.8, 0-50点)、協働は10.8点(±3.1, 0-15点)、ケアリングは22.7点(±5.3, 0-30点)と、各合計得点は比較的高かった。アドボカシーと責務、ケアリングは、 $r=0.7$ と有意な強い相関を示していたが( $p<0.01$ )、アドボカシーと協働、責務と協働・ケアリング、協働とケアリングとの間は、 $r=0.5-0.6$ ( $p<0.01$ )で有意な中等度の相関だった。

アドボカシーについては、アドボカシー9と10、アドボカシー16と17、アドボカシー24と25が $r=0.7-0.9$ と有意に相関が強く( $p<0.01$ )、このことは「患者が隔離拘束されているときの患者への説明」と「患者の家族への隔離拘束の説明」が強く関連し、「患者の活動に関



するニーズの尊重」と「患者の人とのつきあいに関するニーズの尊重」との関連、「家族が患者の退院を不安に感じている際、家族への精神的サポート」と「家族が患者の退院を不安に感じている際の家族の患者への対処方法の説明」との間では強い関連を示していた。また、責務においては、責務の4と7が強い相関を示し( $\gamma=0.7, p<0.01$ )、「患者の入院中、退院後の生活に向けて入院生活中、症状管理の方法について患者と話しあい、練習を行った」という項目と「患者の入院中、患者のストレスと精神状態との関係について話しあい、ストレスをコントロールする方法について話しあった」の項目との間には関連があることを示していた。さらに、「協働」においては、協働1と2の項目間に強い相関がみられ( $\gamma=0.7, p<0.01$ )、「患者の早期退院にむけて医師やその他の職種と今後の生活にむけてカンファレンスを開催した」と「患者の早期退院にむけて看護者間、医師、多職種間で患者が地域で生活できる社会資源の検討を行った」との間では強い関連があったことを示していた。これらの結果を表2①-④に示す。

### 3) 対象者の特性と倫理的課題と対処との関連に

次に対象者の特徴と倫理的課題・対処の関連について検討を行った。年齢と臨床経験年数、精神科臨床経験年数は中等度から強い相関を示し( $\gamma=0.6-0.8, p<0.01$ )年齢が高いほど臨床経験年数、精神科経験年数も高かった。またアドボカシー、責務、協働、ケアリングそれぞれの合計では、性別では差がみられず、免許の違いでも差はなかったが、職位、最終学歴についてはケアリングの合計で有意な差がみられていた。すなわち専門看護師・看護管理者、また看護系大学院を出た者が最もケアリングの値が高く、ついで看護専門学校、看護系大学の順で Kruskal Wallis 検定で( $\chi^2=12.7, p<0.05$ )有意な差がみられていた。また所属部署では差はみられず、倫理講習会の有無ではアドボカシー、責務、協働、ケアリングすべての合計において有意な差がみられていなかったが、病院の倫理委員会の有無では、責務の合計に有意な差がみられ( $u=818.0, p<0.05$ )、措置入院の有無では差はみられなかった。またこれらの結果を表3、表4に示す。

上記の結果から、職位ごとにアドボカシー、責務、協働、ケアリングの実態をさらに明確にしていくこととした。

#### 4) 職位ごとのアドボカシー、責務、協働、ケアリングの実態

職位ごとにアドボカシーをみていくと、アドボカシー4、12,27 の項目で職位ごとの有意な差がみられていた( $\chi^2=11.6-17.9, p<0.05$ )。すなわち、「患者のストレスと病状との関連に関する説明」「患者の拒薬時に患者の飲みたくない気持ちの尊重」は専門看護師、認定看護師たちが最も倫理的課題と認識して実践を行い、「患者の障害年金や生活保護費を家族が使っていることを知りつつ黙認した」では専門看護師、認定看護師たちが最も倫理的課題と認識し対処を行っていた。

また、責務では、責務7「患者の入院中、患者のストレスと精神状態との関連について話しあい、ストレスをコントロールする方法について話しあった」では、専門看護師、認定看護師の順でこれらの実践を行っていた( $\chi^2=18.5, p<0.01$ )。さらに、協働では、協働2「患者の早期退院にむけて看護者間・医師・多職種間で患者が地域で生活できる社会資源の検討を行った」では、専門看護師、看護師長のケアリング 1-3 すなわち「患者の今後の生活に関するニーズへの注意」「患者の入院中、患者のこれまでの生活の仕方について話をきく」「患者とは入院中、今後の生活について話しあいを行った」では専門看護師、認定看護師が最も実践を行っていた( $\chi^2=13.2-15.3, p<0.05$ )。

さらに自由記載の中で対象者が倫理的課題と感じていたこととしては、＜言葉遣いで患者を尊重精しているとは思えない＞＜私物管理＞＜おむつ交換時などのプライバシーへの配慮＞＜不十分な情報提供＞＜医療者のモラルの悪さ＞＜職種による患者のとらえ方の違いの大きさ＞＜病院側の都合の患者への押しつけ＞などがあげられた。これらの結果を表6に示す。

#### 5) アドボカシー、責務、協働、ケアリングに対する諸変数の影響について

さらにアドボカシー、責務、協働、ケアリングに対しどのような変数が最も関連しているのか、強制投入法による重回帰分析を行った。その結果、アドボカシーに対しては責務とケアリングが、責務に対しては看護師数とケアリングが、協働に対しては病院倫理委員会の有無とケアリングが、ケアリングに対しては最終学歴とアドボカシーが有意に関連していた。これらの結果を表7に示す。

## 6) 質問紙について

質問紙全体の内的一貫性は $\alpha=0.96$ と高かった。またアドボカシー間の項目は $\alpha=0.94$ 、責務間内の項目は $\alpha=0.78$ 、協働の項目間では $\alpha=0.83$ 、ケアリングの項目間では $\alpha=0.92$ と高かった。さらに倫理的問題と対処に関する質問紙の主成分分析を行い、因子負荷量の低い項目を削除し、バリマックス回転を行い、最終的に5つの因子に分けられた。因子1は「患者のニーズを尊重し今後の生活に関する話し合いを行う」、因子2は「行動制限解除の工夫と症状・服薬管理に関する工夫」、因子3は「病状・ストレス・治療に関する説明」、因子4は「家族への患者の治療、行動制限の説明と患者対応の話しあい」、因子5は「家族・看護師の利益の優先」に分けられた。これらの因子で62.70%を占めていた。これらの結果を表8に示す。

## 5. 考察

本研究では、回答者がスタッフ、看護管理者、専門看護師など大学院を修了したものが多く、職位による違いがアドボカシー、責務、協働、ケアリング上の倫理的課題と対処の違いを生み出していたことが特徴であった。

また田中らの先行研究の対象者の年齢、臨床経験年数などは類似していたが、今回の対象者は倫理的悩みや思いをそのままにせず、倫理的悩みを倫理的課題へと転換させ、積極的に対処していたと考えられた。

また特に専門看護師や認定看護師はアドボカシーやケアリングにおいて、患者の入院中の生活において積極的な退院後の生活への支援を行い、また患者の意思を尊重しながら患者の自己決定を促し、患者の症状管理やストレス管理能力を強化する実践を行っていた。さらに今回用いた質問紙では、患者のニーズや意見を尊重したケアや退院後の生活にむけた生活支援が重要視されていることが抽出される一方で、家族の希望が患者より尊重されていたり、看護師の利便性を中心としたケアが提供されている実態も明らかとなった。

ここでは、特に1) 今回の対象者における倫理的課題と対処の特徴、2) 本研究の限界と今後の研究への示唆について考察する。

### 1) 今回の対象者における倫理的問題と対処の特徴

竹村らは成人患者の権利を守る看護師の実践において、患者の権利を擁護していくためには、他職種とゆとりをもって話しあったり、カンファレンスを行うことが重要であることを指摘しているが、今回の調査対象者たちは、患者のニーズを尊重し、ストレスや病状との関係を説明し、患者の入院後早期から患者の退院に関するニーズを実現していく上において、他職種と話しあいをしながらケアを提供していることが明らかとなっていた(竹村, 2006)。すなわち精神科看護以外の領域では実践されがたいことが、逆に精神科看護では実践されており、このことが精神疾患患者のニーズを満たし人として尊重されていることを示していた。

また木村らは、精神科入院病棟に勤務する看護師10名の諸葛藤について質的研究を行っているがその中で、精神科看護における倫理的問題は、看護者間の相互理解の困難さ、意見交換の不十分さ、患者への否定的な患者像などによって、患者の個別的なニーズや個別性が尊重されないことを指摘しているが(木村・松村, 2010)、今回は、木村らの結果とは異なった結果であった。すなわち患者のニーズを満たすために他職種と連携しながらケアを展開していることが明らかとなり、これは今回の対象者が看護管理者、専門看護師・認定看護師、大学院修了生が多かったことに起因していると考えられた。ベナーは看護師の卓越した実践の中で、文脈や状況を全体としてとらえて患者にとって必要なことを焦点化してケアを展開できる実践を卓越した実践と呼び、この能力の開発には看護師としての患者ケアに関する努力、教育背景が関連することも述べている(ベナー, 2005)。一方、大西らは、精神科看護経験年数が長くなると倫理的悩みは少なくなることも述べており(大西ら, 2012) 今回の対象者たちは看護師の平均経験年数は15.7年と長く、この経験年数の長さが倫理的課題の解決に影響しているとも考えられた。しかし今回、看護師経験は責務に、最終学歴はケアリングにもっとも関連しており、倫理実践に看護師経験年数だけではなく最終学歴も関連していると考えられた。すなわち看護師経験年数が長くなると倫理的問題に対する看護師としての責務を果たそうとし、また最終学歴が高いと患者のニーズを尊重し信頼関係を結びながら倫理的課題を解決しようと試みていると考えられた。さらに主成分分析の結果からは、患者と家族の今後の生活、ニーズ、隔離や拘束解除への看護師の強い関心と工夫が表れており、田中らの精神科看護師が精神科病棟で体験する倫理的問題に関するジレンマと類似した内容も示されていたが(田

中ら、2010)、今回の対象者たちはそれをジレンマだけで終わらせず職位や最終学歴で培ったものを活用しながら解決のための方策をとっていることも明らかとなった。

さらに、田中らの研究では、精神科看護師が最も体験する倫理的悩みは「家族の高齢化や核家族化に伴う患者の退院の難しさ」「家族の希望で退院ができない」など退院に関し患者のニーズより家族のニーズが優先され、次いで「症状とはわかっているにもかかわらず患者の暴言により看護師としての自分の気持ちが傷つくことがある」「患者の意思決定と患者の病状に対する専門職としての判断が対立することがある」など患者の病状や理解に関する専門家としての葛藤が挙げられていた(田中・濱田・嵐ら、2010)。また田中らの研究では、精神科看護師たちが、倫理的問題に遭遇した時に「カンファレンスで話しあう」「看護管理者に相談する」という対処をとっていたことを報告していた(田中ら、2010)。今回、家族の意思が患者のニーズより優先されることについては同じ結果であったが、看護専門職としての倫理的問題に関する葛藤については抽出されなかった。このことは、今回の対象者たちの最終学歴が大学院であること、職位が看護管理者、専門看護師、認定看護師など倫理的問題を常に解決し続けている対象者であったことが関係していると考えられた。小西らは、専門看護師らが体験している倫理的課題とその対処に関する調査を行い、専門看護師たちが、「患者の長期入院に関し患者のニーズが十分尊重されないこと」「退院に関し患者の意思より家族の意思が優先されることがある」「医師との意見の違いによる葛藤」などが抽出されていたことを報告していたが、専門看護師たちは関係者たちと積極的に話しあい、話しあうだけでなく、患者・家族へのケアリングを実践しながら患者のニーズが尊重されるよう支援の方向性を意図して作り出していたことを報告していた(小西ら、2014)。すなわち、精神科看護において、患者の長期入院や患者の意思よりも家族の意思が尊重されることについて倫理的問題を体験していても、看護系大学院において倫理的問題を解決するための知識・訓練を受けたり、職位によって毎日遭遇する倫理的問題を解決し続けることが、日々の倫理的問題を解決することに役立っていると考えられた。

また精神科病院においては、准看護師数も正看護師数と同等に多く、今後、日々の精神科看護における倫理的問題を解決するために、看護者がどのような訓練を受ける必要があるのか、を検討していく必要があると考えられた。

## 2) 本研究の限界と今後の研究への示唆について

本研究の対象者たちは、看護管理者、専門看護師、認定看護師、大学院を修了したスタッフが多く、精神科看護を実践している対象者の代表とはいえない。また対象者数が少なく結果の一般化もできない。従って、今後、対象集団の選定を考え、かつ一般化できるような対象者数を得ていくことが重要と考えられた。また今後、倫理的問題の解決においてもっとも悩んでいるスタッフに焦点をあてながら倫理的問題解決のための対処行動の獲得支援を検討していく必要があると考えられた。

本研究は2013年度日本精神保健看護学会学術連携委員会において実施された調査です。ご協力頂きました皆様に感謝いたします。

#### 引用文献

- Austin, W., Bergum, V., and Goldberg, L(2003). Unable to answer the call of our patients: mental health nurses' experience of moral distress. *Nursing Inquiry*, 10(3). 177-183.
- ベナー(1992)／井部敏子他訳(2005). ベナー看護論，達人ナースの卓越性とパワー，151，医学書院
- 江口重幸，末安民生，小宮敬子(2009). 第6章 社会のなかの精神障害. 武井麻子ほか(編):精神看護学[1] — 精神看護の基礎(第3版). 253, 東京:医学書院.
- Fry, S.T.( 1994)／片田範子，山本あい子訳(1998). 看護実践の倫理 — 倫理的意思決定のためのガイド. 206, 東京:日本看護協会出版会.
- 濱田由紀，田中美恵子，若狭紅子，小山達也(2006):精神看護の倫理に関する文献検討，東京女子医科大学看護学会誌，1(1)，45-51.
- 市原真穂，松岡真理，宇佐美しおり他(2011). 医療ニーズに対する CNS の活動実態と評価に関する研究(1)，第31回日本看護科学学会学術集会講演集，552
- 磯部美子(2011). 臨床で出会う倫理的ジレンマ — どう整理し納得していくのか3:どうすればプライバシーは守られるのか — ベッドのまわりにカーテンのない病室. *精神科看護*,38(2), 12-14.
- 片田範子，山本あい子(1998). 訳者序文. フライ, ST:看護実践の倫理 — 倫理的意思決定のためのガイド. vii , 東京:日本看護協会出版会.

- 北村愛子, 宇佐美しおり, 片岡優実他:日本における高度看護実践家としての専門看護師の活動の実態と成果・課題に関する研究(2010):インターナショナル・ナーシング・レビュー, 33(2), 79-82
- 木村克典・松村人志(2010). 精神科病棟に勤務する看護師の諸葛藤が示唆する精神科看護の問題点. 日本看護研究学会誌, 33(2), 49-59.
- 厚生労働省(2012年2月21日検索). これまでの議論の整理と今後の検討の方向性(論点整理). 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書.  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/09/dl/s0903-5b.pdf>
- 厚生労働省(2015年2月22日検索)平成24年(2014)医療施設(動態)調査・病院報告の概況.<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/09/dl/05.pdf>
- 小西利奈, 宇佐美しおり(2014);精神看護専門看護師の体験する倫理的課題と対処方法, 熊本大学生命科学研究部紀要, 印刷中。
- 小宮敬子, 藤井達也, 仲野栄, 中井有里, 矢田朱美(2009). 第10章 地域における精神看護. 武井麻子ほか(編). 精神看護学[2] — 精神看護の展開(第3版). 251, 東京:医学書院.
- 小森晃(2011). 倫理的感性が行動制限最小化にもたらすもの.精神科看護, 38(2), 15-20.
- 大西香代子, 浅井篤, 赤林朗(2003). 精神科看護者の倫理的悩み — 実態調査を通して精神科看護の問題を探る. 弘前大学医学部保健学科紀要, 2, 1-8.
- 大西香代子(2009). イーストロンドンの精神科ケア. 三重看護学誌, 11, 65-69.
- 大西香代子(2010). イーストロンドンのコミュニティ・メンタルヘルス・ケア. 三重看護学誌, 12, 81-8.
- 大西香代子, 中原純, 北岡和代, 中野正孝, 大串靖子, 田中広美, 藤井博英(2012). 日本とイングランドの精神科看護師が体験している倫理的悩みの比較 — MDS 尺度精神科版を用いて —, 日本看護研究学会誌, 35(4), 101-107.
- Ohnishi, K., Ohgushi, Y., Nakano, M., Fujii, H., Tanaka, H., Kitaoka, K., Nakahara, J., and Narita, Y(2010). Moral Distress Experienced by Psychiatric Nurses in Japan. Nursing Ethics, 17(6), 721-740.

Pinto-Foltz,D.M.,Lohsdon,M.C.(2009). Reducing Stigma Related to Mental Disorders:Initiatives,Intervention,and Recommendations for Nursing,23(1),Archives of Psychiatric Nursing, 32-40

精神科看護編集部(2009):訪問看護これからの課題 — 特集にあたって. 精神科看護, 36(2), 5.

武井麻子(2009a). 序章 この本で伝えたいこと. 武井麻子ほか(編):精神看護学[1] — 精神看護の基礎(第3版). 6, 東京:医学書院.

武井麻子(2009b). 序章 この本で伝えたいこと. 武井麻子ほか(編):精神看護学[1] — 精神看護の基礎(第3版). 5, 東京:医学書院.

竹村節子(2006). 看護におけるアドボカシー, 文献レビュー, 4号, 人間看護学研究, 1-11

竹村節子(2006):成人患者の利益・権利を守るアドボカサイーに関する看護師の意識, 3, 31-49

田中美恵子, 濱田由紀, 嵐弘美, 小山達也, 柳修平(2010).精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度と悩む程度, および倫理的問題に直面したときの対処行動. 東京女子医科大学看護学会誌, 5(1), 1-9.

田中美恵子, 濱田由紀, 小山達也(2010). 精神科病棟で働く看護師が体験する倫理的問題と価値の対立, 日本看護倫理学会誌, 2(1), 6-14.

戸田由美子(2009). 看護における「アドボカシー」の概念分析, bカシー」の概念分析(武村節子社会・援護局障害保健福祉部, 精神・障害保健課, 厚生労働省:自殺・うつ 3(1), 23-36

宇佐美しおり, 中山洋子, 野末聖香他(2011):長期入院となりやすい精神障害者への修正版集中包括型ケア・マネジメント(M-CBCM)の評価に関する研究、看護研究, 44(3),P318-331

宇佐美しおり, 中山洋子ほか(2009). 病状が不安定な精神障害者の自立支援における退院支援ケア・パッケージ作成とパッケージを含む集中包括型ケア・マネジメントモデルの開発, インターナショナル・ナーシング・レビュー, 32(1), 88-95

宇佐美しおり,中山洋子、野末聖香他(2011). 長期入院となりやすい精神障害者への修正



版集中包括型ケア・マネジメント(M-CBCM)の評価に関する研究, 看護研究, 44(3),  
318-331

宇佐美しおり, 福嶋好重他(2009). 慢性疾患で精神症状を呈する患者への地域精神科医療モデル事業, 熊本大学医学部保健学科紀要, 5, 9-18

WHO(2010年10月20日検索). Mental Health Atlas 2005.

[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/mhatlas05/en/](http://www.who.int/mental_health/evidence/mhatlas05/en/)