

〔研究論文〕

精神科看護者が体験する倫理的問題の頻度と関連因子の検討

田中美恵子* 嵐 弘美* 柳 修平*
濱田由紀** 小山達也*

FREQUENCY OF ETHICAL PROBLEMS EXPERIENCED BY PSYCHIATRIC NURSES AND THEIR ASSOCIATED FACTORS

Mieko TANAKA* Hiromi ARASHI* Shuhei RYU*
Yuki HAMADA** Tatsuya KOYAMA*

本研究の目的は、日本の精神科病院において、看護者が体験する倫理的問題の頻度と対象者の基本属性、および勤務する施設・病棟の特徴との関連を明らかにすることである。「精神科看護者が体験する倫理的問題の頻度」の質問紙を作成し、国公立対民間の比例層化無作為法により抽出された28の精神科病院に勤務する996名の看護者を対象として調査を実施した。879の有効回答をもとに、「倫理的問題を体験する頻度」と他の因子との関連を検討した結果、救急・急性・強制的、混合的、閉鎖的な医療現場で倫理的問題を体験する頻度が有意に高かった。病床数では、「301から400床」の中規模精神科病院で、入院料では、「6:1以上」（2005年度診療報酬上表記）のマンパワーの病院で倫理的問題を体験する頻度が高かった。さらに准看護師より看護師の方が、准看護師養成課程卒業者に対して他のすべての教育課程卒業者の方が倫理的問題を体験する頻度が有意に高かった。以上により、精神科看護師が体験する倫理的問題の頻度に関連する因子が明らかにされたとともに、倫理的感受性に対する教育の影響が示唆された。

キーワード：倫理的問題、精神科看護師、精神科病院

Key words : ethical problems, psychiatric nurse, psychiatric hospital

Abstract

The purpose of this study is to clarify the relation between the frequency of ethical problems experienced by nurses in psychiatric hospitals in Japan, and the demographics of the subjects and the characteristics of the institutions and the wards where the subject-nurses were working. We developed an 49-item Likert scale questionnaire, regarding the Frequency of Experiencing Ethical Problems (FEEP). We surveyed 996 nurses working in 28 psychiatric hospitals, selected by proportional random sampling to reflect the ratio of psychiatric nurses working in public hospitals to ones in private hospitals (1: 7.3), and obtained 882 responses (valid responses: 879). The results show that the medical settings in which ethical problems were experienced more frequently by nurses were emergent, acute, coerced, mixed, and closed treatment settings. What is more, the FEEP was highest for nurses working in medium-scale hospitals with 301-400 beds with significant differences found between several categories of bed numbers, and concerning nurse manpower, the FEEP was highest for “one nurse for every six patients or more” system. Furthermore, the FEEP was significantly higher for registered nurses rather than for license practical nurses, and for graduates of all other educational courses compared to graduates of license practical nurses training courses. Based on these results, the associated factors with the frequency of ethical problems experienced by psychiatric nurses in Japan were identified, and the influence of education concerning ethical sensitivity was suggested.

*東京女子医科大学看護学部 (Tokyo Women's Medical University, School of Nursing)

**東京女子医科大学大学院看護学研究科博士後期課程 (Tokyo Women's Medical University, Graduate School of Nursing)

I. はじめに

1987年の精神保健法の成立以来、精神障害者の人権に配慮した適切な医療の確保は、精神障害者の社会復帰の促進とともに、日本の精神科医療施策の重要課題として取り組まれてきたところである。精神科医療においては、精神保健福祉法に基づくものとはいえ強制的な治療が行われる場合があること、精神科病院は医師・看護師の配置数は他の医療水準より低い水準で良いとする「精神科特例」が認められていること、および条件が整えば退院可能ないわゆる「社会的入院」を強いられている精神障害者が七万人余り存在する事実は、精神障害者の人権がわが国において十分に保証されていない現状を反映していると言えるであろう（関東弁護士連合会編，2002）。

患者の人権保障のためには、日々の患者ケアにあたる看護師が、倫理的な葛藤場面に気づき、対処することが重要であるため、看護師の倫理意識の向上が大きな鍵を握っていると考えられる。しかしながら、わが国では、精神科看護における倫理的問題を扱った研究（青木他，1998；榎戸，1998；大西，2003；宇佐美，1999）は極めて乏しく、看護師が精神科臨床でどのような倫理的問題を体験しているのか、その実態は明らかにされておらず、倫理的問題への対処に関する具体的指針を得ることが困難となっている（濱田ら，2006）。

そうした指針を得るために研究者らはこれまで、精神科看護師が臨床においてどのような倫理的問題を体験しているのかを明らかにすることを目的に研究を実施してきた。これまでの研究から、日本の精神科看護師が体験する倫理的問題の内容が質的に明らかにされ、看護師たちが倫理的問題に関わるさまざまな価値の間で葛藤し、価値の対立を経験しながら、日々の看護実践を行っていることが明らかにされた（田中ら，2010）。

本研究では、研究者らの先行研究の結果をもとに作成された質問紙を用いて、精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度と対象者の基本属性、および勤務する施設・病棟の特徴との関連を検討したので、以下に報告する。このことにより、倫理的問題の解決策や、精神科看護に携わる看護師の倫理的意志決定能力を高めるための教育プログラムについて検討することの一助になると考える。

II. 研究方法

1. 調査協力の依頼

独立行政法人を含む国公立精神科病院看護職員1に対し、民間精神科病院看護職員7.3((社)日本精神科看護技術協会監，2004)の日本の精神科看護職員の配置状況を反映するように、国公立対民間の比例層化無作為抽出法で選定した131の精神科病院（国公立7、民間124）の看護部長に対して、調査への協力を依頼し、対象病棟（慢性期・急性期・回復期・混合病棟）の看護者数も同時に確認した。その結果、28施設（国公立3・民間25）から調査協力への受諾があり（受諾率：21.4%）、996名の対象看護者が確認された。なお、調査協力の依頼は、2006年2月から3月に実施した。

2. 看護部長への調査

各施設の看護部長を対象として、病院および病棟に関する調査を行った。質問は、施設の全病床数および精神科病床数、施設でとっている入院料など11項目であった。看護部長より得られたデータは、対象看護者の所属組織の基礎データとして扱った。

3. 看護職員対象調査

996名の看護者（看護師・准看護師）を対象として調査を実施した。質問紙は、(1)基本属性（年齢、性別、免許、最終専門学歴、職位、臨床経験年数、精神科臨床経験年数など9項目）、(2)勤務する病棟の特徴（病棟の病床数、病棟の看護師数・准看護師数など11項目）、(3)「精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度」の質問紙（研究者らが作成）から構成された。

「精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度」の質問紙は、研究者らの先行研究（田中他，2010a）で収集された倫理的問題のエピソードとそこから抽出された8つの倫理的問題のカテゴリー、すなわち〈患者の権利〉、〈治療〉、〈退院・長期入院〉、〈移送・救急入院〉、〈患者の状態〉、〈病棟規則〉、〈人〉、〈ケア〉を軸として作成された。各カテゴリーごとに、10項目の質問項目を作成し、全体が網羅されるようにし、対象看護者らが語ったエピソードを参考に、1つの質問に原則として2つの価値が対立するように意図しながら80項目の倫理的問題に関する質問項目を作成した。これらを体験する頻度を「全くない」を1点、「あまりない」を2点、「時々ある」を3点、「しばしばある」を4点、「おおいにある」を5点として、あてはまるもの1つに丸印をつけてもらった（田中他，

2010 b)。項目の精選に関しては、各倫理的問題のエピソードや、価値の対立の意味内容を損なわないよう、一気に項目数を削減せず、段階的に行った。本報告では、この80項目の質問項目を、項目分析と因子分析により49項目に精選したもの(表1.)を検定に用いた。

4. 質問紙の配布と回収の手順

施設毎に、看護部長を通じて質問紙を対象者に配布し、2週間の留め置き式として、個々に封ができる封筒

を用いて、ボックス回収とした。ボックス回収後は、各施設ごとにまとめてもらい、看護部長から一括回収した。質問紙の回答は無記名とし、封をして提出できるよう封筒をつけた。調査は2006年2月から6月に実施した。

5. 倫理的配慮

対象者に対して、研究の目的・方法・結果の開示方法・研究協力の自由意志の尊重・プライバシーの保護・

表1.「精神科看護者が倫理的問題を体験する頻度」の質問項目

質問項目
1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。
2家族の希望で、患者に情報提供が行われないことがある。
3患者に対して、病状や治療についての説明など、十分なインフォームドコンセントが行われていないことがある。
4医師が患者の病状悪化を懸念して、病名告知を行わないことがある。
5家族の希望で、患者に病名告知が行われないことがある。
6患者にとって好ましくないが、他の患者や看護師の安全を考えて拘束が長引いてしまうことがある。
7人手不足のために、隔離や拘束が行なわれていることがある。
8拘束を治療的によとする病棟文化があり、拘束が長引くことがある。
9日祭日には、患者の状態が改善していても、拘束がはずされないことがある。
10患者の希望をかなえてあげたいが、患者の要求が際限なくなることを危惧して、制限を行うことがある。
11医師の指示が不適切だと思いつつも、医師に意見を言うことができないことがある。
12配置転換などで新しい病棟に入ったときに、治療や看護について疑問に思ったことを言えないことがある。
13忙しさに流されてカンファレンスの場が持てないために、有効な看護計画を立てられないことがある。
14ほかの看護師との関係を考慮して、自分では納得のいかない看護をすることがある。
15患者に病識がないために、本意ながら薬を飲食物に混ぜて服用させることがある。
16拒薬のある患者に騙して服薬させることが、病棟内で疑問をもたれなくなっている。
17看護師の知識や技術が不足しているために、精神科患者の身体合併症に十分な対応ができないことがある。
18医師の病名告知や病状説明が不十分なため、効果的な看護が行えないことがある。
19医師の治療方針と看護の方針にずれがあるために、適切な看護を行えないことがある。
20他職種との連携がうまくいかないために、患者ケアが進まないことがある。
21治療拒否をする患者に、無理矢理に看護をしなければならないことがある。
22仕事とはいえ、相手(患者)の嫌がることをしなければならないことがある。
23十分な社会資源がないために、患者が退院できないことがある。
24家族の高齢化や核家族化の影響により、患者の退院が難しいことがある。
25家族の病氣理解が不十分なために、患者の退院が難しいことがある。
26患者本人は退院を希望しているが、病状が重く、退院が難しいことがある。
27看護師自身が、地域の社会資源とつながりを持っていないために、退院促進できないことがある。
28症状とはわかっていても、患者の暴言により、自分の気持ちが傷つくことがある。
29一生懸命看護したにもかかわらず、患者の状態が悪化したり、よくない転帰を辿ったりすることがある。
30患者の自殺(または自殺未遂)に対して、責任を感じることもある。
31安全を優先するあまり、患者の自立を阻むことがある。
32病棟内規則が患者の権利を阻んでいると思うことがあるが、他のスタッフに自信を持って言えないことがある。
33病棟内環境が不十分であるために、患者の当たり前の生活が保障されないことがある。
34患者の物品を預かりっぱなしになっていることがある。
35危険物管理の名目で、必要以上に患者の持ち物を預かっていることがある。
36家族の希望と患者の希望が食い違い、その間で板ばさみになることがある。
37医師の専門的能力が不十分なために、適切な医療が行われていないことがある。
38自分の専門的能力が不十分なために、適切な看護が行えないことがある。
39ほかの看護師の専門的能力が不十分なために、適切な看護が行われていないことがある。
40ほかの看護師の患者に対する乱暴な言葉遣いに接しても、職場内の人間関係を気にして、注意できないことがある。
41ほかの看護師の患者への対応が不適切だと思うが、職場の上下関係を気にして言えないことがある。
42患者を子ども扱いする言葉遣いが病棟の中で普通になっている。
43受け持ち看護師ということで、担当患者に必要以上に責任を感じてしまうことがある。
44病棟内で、患者との約束を盾に取って、患者に手厳しくあたることがある。
45患者に対して平等にケアが行われていないことがある。
46明らかに非倫理的なケアを目にしても、どこにも訴えられないことがある。
47代理行為が漫然と行われていて、患者の自立や社会生活能力を損なっていることがある。
48処置をするときに、患者のプライバシーが配慮されていないことがある。
49倫理に関する学習が足りないために、何が正しいのかわからないことがある。

所属する組織の匿名性等について文書で説明し、調査票への回答をもって調査への同意とみなした。また、質問紙の送付時に、強制的な回収にならないよう説明文書を同封し、ボックスによる回収を依頼した。なお、本研究の実施については、東京女子医科大学倫理委員会の承認を得た。

6. 分析方法

データ分析には統計解析ソフト SPSS Ver.15 を用いた。倫理的問題を体験する頻度 49 項目の質問紙の信頼性をみるために、クロンバック α 係数を算出し、I-T 相関分析を行った。全変数の基本統計量を算出し、「倫理的問題を体験する頻度」49 項目の合計得点を従属変数とし、(1) 対象者の基本属性（年齢、性別、免許、最終専門学歴、職位、臨床経験年数、精神科臨床経験年数など 9 項目）、(2) 対象者が勤務する施設の全病床数および精神科病床数、施設でとっている入院料など 11 項目、(3) 対象者が勤務する病棟の特徴（病棟の病床数、病棟の看護師数・准看護師数など 11 項目）を独立変数とし、母平均値の差の検定、一元配置分散分析を行い、5% を有意水準とした。一元配置分散分析後の多重比較では、Bonferroni 法を採用した。また、全国の国公立対民間の看護職員配置状況と、本対象者の配置状況に差があるかを見るために、母比率の検定を行った。

III. 研究結果

1. 対象施設の背景

国公立施設が 3 施設 (10.7%)、民間が 25 施設 (89.3%) であった。施設ごとの全病床数は平均 331.4 病床 (SD=126.58, R=212-620) であり、精神科病床数は平均 316.5 病床 (SD=137.10, R=100-620) であった。応急入院または精神救急医療指定施設を受けている施設が 16 (57.1%)、受けていない施設が 12 (42.9%)、措置入院を受け入れている施設が 27 (96.4%)、受け入れている施設が 1 (3.6%)、倫理委員会がある施設が 9 (32.1%)、ない施設が 19 (67.9%) であり、倫理委員会がある施設はすべてその構成メンバーに看護師が含まれていた。また看護師に対する倫理教育を行っている施設が 13 (46.4%)、行っていない施設が 15 (53.6%)、過去 5 年以内に看護師を対象にした倫理に関する教育講演会等を企画したことのある施設は 8 (28.6%)、ない施設は 20 (71.4%) であった。

2. 対象者の背景

配布数 996 のうち、回収数は 882 (回収率: 88.6%)、有効回答数は 879 であった (有効回答率: 88.3%)。国公立施設に所属している対象者は 122 名 (13.8%) で、民間施設に所属している対象者は 757 名 (86.1%) であった。本調査の対象者の国公立対民間の比率は 1:6.2 であり、調査時点での日本の国公立対民間の精神科看護職員の配置状況を反映していた ($X^2 = 2.992, p < 0.05$)。

平均年齢は 41.7 歳 (SD=11.31, R=20-70)、性別は女性 644 名 (73.3%)、男性 232 名 (26.4%) であった。免許は看護師が 576 名 (65.5%)、准看護師が 299 名 (34.2%)、最終専門学歴は、准看護師養成課程が 268 名 (30.5%)、看護専門学校 2 年課程が 191 名 (21.7%)、看護専門学校 3 年課程が 344 名 (39.1%)、短期大学が 13 名 (1.5%)、大学が 9 名 (1%)、大学院が 3 名 (0.3%) であった。平均臨床経験年数は 16.9 年 (SD=10.82, R=1-49)、平均精神科臨床経験年数は、11.8 年 (SD=9.58, R=1-49)、教育機関での倫理の受講経験がある者が 325 名 (37.0%)、ない者 504 名 (57.3%)、倫理に関する講習会等への参加経験がある者 325 名 (34.1%)、ない者 556 名 (63.6%) であった。

3. 対象者が所属している病棟の背景

73 病棟が対象となり、その平均病床数は、56.6 病床 (SD=10.46, R=30-105) であった。病棟の開放度別の対象者数は、完全閉鎖 (1 日の開放時間が 0.5 時間未満) が 434 名 (49.4%)、時間開放 (1 日常時 0.5 時間以上 8 時間未満の開放) が 90 名 (10.2%)、開放 (1 日 8 時間以上の開放) が 351 名 (39.9%) であり、病棟の特徴別では、慢性期 272 名 (30.9%)、急性期 250 名 (28.4%)、回復期 154 名 (17.5%)、混合病棟 202 名 (23.0%) であった。措置入院の受け入れ病棟に所属している者は 424 名 (48.2%)、そうでない者は 454 名 (51.7%)、夜間・休日の入院患者の受け入れのある病棟に所属している者は 687 名 (78.2%)、そうでない者は 189 名 (21.5%) であった。

入院料 (注: 2005 年度の診療報酬上の表記とした) については、対象となった 73 病棟のうち、「3:1 以上」の入院料を取っている病棟が 29 病棟 (39.7%) と一番多く、ついで「2:1 以上」の入院料を取っている病棟が 24 病棟 (32.9%) であり、「3:1 以上」が対象病棟の 7 割を超えていた。また、対象者のうち「3:1 以上」の入院料を取っている病棟に勤務する者は 596 名 (67.7%) で、「2.5:1 以上」に勤務する者 35 名 (4.0%)、「2:1

以上」に勤務する者 32 名 (3.7%) と合わせて、「3:1 以上」の病棟に勤務する者が対象者の 7 割を超えていた。

4. 「精神科看護者が倫理的問題を体験する頻度—49 項目版」の信頼性

49 項目の質問紙のクロンバック α 係数は 0.951 (N=662) であり、高い信頼性が認められた。また、I-T 相関では、尺度得点と項目得点間にすべて 1% 水準で有意な相関が認められ、この尺度は一因子性であることが仮定された。そこで 49 項目の合計得点をもって、倫理的問題を体験する頻度の指標とすることの妥当性が確認された。

5. 精神科看護者が倫理的問題を体験する頻度と対象施設および対象者の基本属性との関連

1) 倫理的問題を体験する頻度と対象施設の背景との関連

対象施設の背景で、倫理的問題を体験する頻度 49 項目の合計得点に有意差が認められた項目は、応急入院指定病院または精神科救急医療施設指定 (受けている > 受けていない、 $p < 0.05$)、過去 5 年以内に看護者を対象にした倫理に関する教育講演会などを企画し

たことがある (有 > 無、 $p < 0.05$) であった。病床数では、全病床数および精神科病床数とも「301 床 - 400 床」の中規模病院に勤務する看護者に、倫理的問題を体験する頻度が高かった (全病床数: $p = 0.000$ 、精神科病床数: $p = 0.000$) (表 2, 表 3)。

2) 倫理的問題を体験する頻度と対象病棟の背景との関連

対象病棟の背景で、倫理的問題を体験する頻度 49 項目の合計得点に有意差が認められた項目は、病棟の措置入院患者の受け入れの有無 (受け入れ有 > 無、 $p < 0.01$)、病棟の夜間や休日の入院患者の受け入れの有無 (有 > 無、 $p < 0.05$)、病棟の開放度、回復度別病棟の特徴、入院料であった。開放度では、完全閉鎖、時間開放、開放の順に頻度が高く、多重比較では、完全閉鎖が開放に比べ有意に頻度が高かった ($p < 0.05$) (表 4)。また、回復度別病棟の特徴では、混合病棟、急性期、慢性期、回復期の順で頻度が高かった。多重比較においては、急性期は回復期より倫理的問題を体験する頻度が有意に高く、また混合病棟が回復

表2. 倫理的問題を体験する頻度の比較 (全病床数) N=662

全病床数	Mean (SD)	N	F
201-300床	129.0(26.70)	362	
301-400床	138.6(21.88)	82	5.9725
401-500床	132.2(19.71)	46	$p=0.000$
501-600床	125.0(28.21)	83	
601-700床	120.8(22.55)	89	

301-400床 > 201-300床, 301-400床 > 501-600床, 301-400床 > 601-700床,
 $p < 0.05$

表3. 倫理的問題を体験する頻度の比較 (精神科病床数) N=662

精神科病床数	Mean (SD)	N	F
1-200床	131.2(26.22)	32	
201-300床	128.8(26.64)	335	
301-400床	139.1(22.13)	77	4.939
401-500床	132.2(19.71)	46	$p=0.000$
501-600床	125.0(28.21)	83	
601-700床	120.8(22.55)	89	

301-400床 > 201-300床, 301-400床 > 501-600床, 301-400床 > 601-700床,
 $p < 0.05$

表4. 倫理的問題を体験する頻度の比較 (病棟の開放度) N=661

病棟の特徴	Mean (SD)	N	F
開放	122.3(24.99)	253	15.034
時間開放	127.7(22.02)	71	$p=0.000$
完全閉鎖	133.8(26.08)	337	

完全閉鎖 > 開放, $p < 0.05$

期より倫理的問題を体験する頻度が有意に高かった (F (3, 658) =7.948, p=0.000) (表 5.)。病棟の入院料別では、「6:1 以上」が倫理的問題を体験する頻度がもっとも高く、多重比較においては「6:1 以上」が「2:1 以上」および「5:1 以上」より倫理的問題を体験する頻度が有意に高かった (F (8, 643) =2.579, p=0.009) (表 6.)。

3) 倫理的問題を体験する頻度と対象者の属性との関連

対象者の属性で、倫理的問題を体験する頻度の合計得点に有意差が認められた項目は、年齢 (F (3, 656) =11.091, p=0.000) (表 7.)、免許 (看護師 > 准看護師, p<0.01)、臨床経験年数 (F (3, 646) =5.498, p=0.001) (表 8.)、精神科臨床経験年数 (F (3, 656) =3.052, p=0.028) (表 9.)、最終専門学歴 (F (4, 651) =5.012, p=0.001) (表 10.) であった。

年齢では、「30 歳以下」の者が倫理的問題を体験する頻度がもっとも高く、多重比較では、「50 歳以上」が「30 歳以下」、「31-40 歳」、「41-50 歳」の年齢群より、倫理的問題を体験する頻度が有意に低かった。臨床経験年数では「11-20 年」の者がもっとも頻度が高く、精神科臨床経験年数では「0-10 年」の者がもっとも頻度が高かった。臨床経験年数の多重比較では、「30 年以上」の者が、「0-10 年」、「11-20 年」の者よりも倫理的問題を体験する頻度が低く、さらに「21-30 年」の者が「11-20 年」の者よりも

低く、経験年数が多い者ほど、倫理的問題を体験する頻度が低い傾向がみられた。精神科臨床経験年数の多重比較では、「30 年以上」の者が、「0-10 年」「11-20 年」の者より倫理的問題を体験する頻度が有意に低く、同じく経験年数の多い者が倫理的問題を体験する頻度が低い傾向がみられた。

最終専門学歴では、准看護師養成課程が他のすべての教育課程卒業者に対して、倫理的問題を体験する頻度が有意に低かった。

IV. 考 察

本研究では、精神科病院において看護師が倫理的問題を体験する頻度、およびそれに関連する因子について検討した。以下、それぞれの結果について考察する。

1. 対象施設および対象者の特性

1) 対象施設の特性

131 施設に対して行われた調査協力依頼に対し、調査への協力の受諾を受けた施設は 28 施設 (受諾率: 21.4%) であり、本調査の対象となった施設は、倫理的問題に対して、少なからず関心を持った施設であった可能性が考えられる。こうした対象施設の倫理的意識の高さは、対象施設のうち倫理委員会を設置している施設は 32.1% であり、そのすべてに看護師が構成メンバーとして参加していたこと、また看護師に対

表5. 倫理的問題を体験する頻度の比較(病棟の特徴) N=662

病棟の特徴	Mean(SD)	N	F
急性期	132.6(24.67)	201	7.948 p=0.000
慢性期	126.8(26.27)	200	
回復期	119.9(24.79)	114	
混合病棟	133.1(25.52)	147	

急性期 > 回復期, 混合病棟 > 回復期, p<0.005

表6. 倫理的問題を体験する頻度の比較(入院料) N=652

入院料	Mean(SD)	N	F
2:1 以上	121.3(20.32)	27	2.579 p=0.009
2.5:1 以上	132.2(26.29)	29	
3:1 以上	128.9(25.61)	451	
3.5:1 以上	133.5(18.34)	25	
4:1 以上	134.9(28.14)	60	
5:1 以上	114.5(31.36)	36	
6:1 以上	147.0(4.58)	3	
看護職員6名以上	124.1(18.44)	15	
その他	123.8(13.70)	6	

6:1 以上 > 2:1 以上, 6:1 以上 > 5:1 以上, p<0.05

表7. 倫理的問題を体験する頻度の比較(年齢) N=659

年齢	Mean (SD)	N	F
30歳以下	133.5(27.18)	161	11.091 p=0.000
31-40歳	133.0(26.77)	163	
41-50歳	128.6(24.20)	190	
50歳以上	118.7(22.28)	145	

30歳以下>50歳, 31-40歳>50歳以上, 41-50歳>50歳以上, p<0.05

表8. 倫理的問題を体験する頻度の比較(臨床経験年数) N=650

臨床経験年数	Mean (SD)	N	F
0-10年	130.2(26.91)	257	5.498 p=0.001
11-20年	132.2(26.11)	190	
21-30年	125.5(22.58)	145	
30年以上	118.2(24.35)	58	

0-10年>30年以上, 11-20年>21-30年, 11-20年>30年以上, p<0.05

表9. 倫理的問題を体験する頻度の比較(精神科臨床経験年数)N=659

精神科臨床経験年数	Mean (SD)	N	F
0-10年	131.4 (26.70)	241	3.052 p=0.028
11-20年	130.2 (26.56)	138	
21-30年	127.5 (25.52)	172	
30年以上	122.9 (22.10)	108	

0-10年>30年以上, 11-20年>30年以上, p<0.05

表10. 倫理的問題を体験する頻度の比較(最終専門学歴) N=656

最終専門学歴	Mean (SD)	N	F
准看護師養成課程	122.2 (26.38)	186	5.012 p=0.001
看護専門学校2年課程	128.28 (25.11)	147	
看護専門学校3年課程	132.34 (25.11)	271	
短期大学	135.15 (24.30)	20	
大学・大学院・その他	133.44 (31.97)	32	

看護専門学校2年課程>准看護師養成課程, 看護専門学校3年課程>准看護師養成課程, 短期大学>准看護師養成課程, 大学・大学院・その他>准看護師養成課程, p<0.05

する継続した倫理に関する教育プログラムの有無において、46.4%の施設があると回答していることから伺えた。この結果は、4,636人の看護者を対象として実施された「看護業務上の倫理的問題に対する看護職者の認識についての研究」(岡谷ら, 1999)の結果、「倫理委員会がある:15.6%、看護者自身による看護に関する倫理の問題を検討する場や機会をもっている:16.7%」と比較しても高く、本研究の対象施設の倫理に関する意識の高さが示唆された。今回の対象施設は、措置入院を受け入れている施設が、27施設(96.4%)、応急入院指定病院または精神科救急医療施設の指定を受けている施設が16施設(57.1%)であり、これらの指定を受け入れるための基準を満たしていた施設が多くを占めていた。したがってこの結果からも、今回の調査では、日本の精神科病院の中でも比較的設備やマンパワーが整った施

設が対象となったといえる。また、対象病棟別では、入院料「3:1」以上の病棟に勤務する対象者が全体の7割以上を占めていた。この結果からも、看護者の配置状況においても、わが国の現状からは比較的マンパワーが充実した病棟が対象となったと考えられる。

2) 対象者の特性

本研究の対象者は、年齢、臨床経験年数、精神科臨床経験年数の範囲からみて、幅広い年齢と経験の者が含まれていた。性別は女性が多く、看護免許の種類においては看護師が多く、調査時点に近い情報として「精神科看護白書 2004→2005」(2004)の発表している日本の精神科病床における看護職員配置等状況(看護師常勤51,970人 准看護師50,024人)と比較すると、本研究の対象者は、日本の精神科病院の平均よりも、看護師の割合が高い集団であった。最終専門学歴においては、看護専門学校の割合が高

く、看護師養成課程を修了している者が、看護師の割合と同じく全体の7割近くを占めていた。したがって、この集団は、日本の精神科病院に勤務する看護師の中では、比較的高学歴の集団であったといえる。また、教育機関における倫理に関する科目の受講経験がある対象者が37.0%、倫理に関する講習会・勉強会等への参加経験がある対象者34.1%と高く、倫理に関する意識が比較的高い集団であると考えられた。

2. 対象施設・病棟の属性と倫理的問題を体験する頻度との関係

看護師が倫理的問題を体験する頻度と、対象施設の属性との間に有意な関連が認められた項目をみると、応急入院指定病院または精神科救急医療施設指定を受けている方が受けていない施設より、倫理的問題を体験する頻度が高かった。また、病棟の開放度では、閉鎖の方が開放よりも高かった。さらに回復度別病棟の特徴としては、混合病棟、急性期、慢性期、回復期の順で頻度が高かった。したがって、看護師が倫理的問題を体験する頻度は、救急・急性・強制的、混合的、閉鎖的な医療現場ほど、より高く体験されることが明らかになった。

病床数では、全病床数のうち、倫理的問題に出会う頻度が最も高かったのは「301-400床」の施設であり、入院料では、「6：1以上」の病院であった。このことから、日本においては、「301床-400床」程度の中規模病院、およびマンパワーの弱い病棟で倫理的問題が相対的に高い頻度で経験されている傾向があるといえる。

3. 対象者の属性と「倫理的問題を体験する頻度」との関係

対象者の属性との関連では、看護師の方が准看護師より、倫理的問題を体験する頻度が高く、准看護師養成課程卒業者に対して、ほかのすべての教育課程卒業者の方が、倫理的問題を体験する頻度が有意に高かった。このことは、現場で体験される事柄を、倫理的問題として捉える力、すなわち、倫理的感受性が本研究の結果に影響している可能性を示唆している。またこれは、過去5年以内に看護師を対象にした倫理に関する教育講演会を企画したことがある施設に勤務している者の方が、ない施設に勤務している者よりも、倫理的問題を体験する頻度が有意に高かったことから伺える。このことは、倫理的問題の実態調査という観点からは、免許や学歴を交絡要因として考慮していかなければな

らないことを示唆するものであるが、同時に、看護師の倫理的感受性を養う上で、教育の果たす役割の重要性を示唆するものであるといえよう。また、准看護師・看護師の年齢分布について、准看護師の方が看護師と比較して年齢分布が高いことから、教育背景だけでなく、年齢の影響の可能性も示唆される。

年齢では、「30歳以下」の者が、精神科臨床経験では、「0-10年」の者が倫理的問題を体験する頻度がもっとも高く、全般的に、年齢や経験年数が上がるにつれ、倫理的問題を体験する頻度が低くなっている傾向があった。臨床経験年数全体では「11-20年」の者がもっとも高かったのは、精神科臨床経験年数の結果と合わせて考えると、精神科以外の臨床を経験してから精神科に来た者が倫理的問題をより鋭敏に感じ取っていることが反映されている可能性が示唆される。また、「50歳以上」は、ほかのすべての年齢群より、倫理的問題を体験する頻度が有意に低く、「精神科臨床経験30年以上」の者は、「0-10年」、「11-20年」の者より、倫理的問題を体験する頻度が有意に低かった。このことは、一定の年齢や経験を積んだ者ほど、臨床で体験する問題を倫理的観点から捉えなくなっている可能性、もしくは、経験の少ない者ほど、臨床で出会う倫理的問題を解決する十分な専門的能力や立場を持ち合わせていないがために、返って倫理的問題を強く意識する可能性、さらには、それぞれの年代で受けてきた教育が、倫理的感受性に影響している可能性を示唆するものである。本研究は、精神科臨床経験年数1年目の者を含んだが、知識や技術の不足が必ずしも倫理的問題を把握する力を妨害していないと考えられる結果を得た。しかし、いずれの要因によるものかを明らかにするには、さらなる探求が必要である。また、本調査に用いた「倫理的問題を体験する頻度」の質問紙は、信頼性・妥当性の検証が不十分であり、倫理的問題を正しく測定しているかは、検討の余地がある。今後、質問紙の精錬が必要である。

4. 倫理的問題の解決および看護師への倫理教育プログラムへの示唆

以上に述べた結果から、倫理的問題の解決のために、精神科医療施設としては、マンパワーや設備の充実、倫理に関する定期的な講習会の開催等が求められる。また、精神科看護に携わる看護師の倫理的意志決定能力を高めるために、倫理に関する基礎的な学びの機会の提供、現場に即した倫理教育プログラムの開発、隔離・拘束、強制入院、閉鎖的環境の問題など現場での

切実な問題に対する倫理教育の必要性が示唆された。

V. 結 論

1. 本研究の対象者は、全国の国公立対民間の精神科看護職員等配置状況を反映していたが、日本の精神科病院全体の看護師・准看護師配置状況と比べて、准看護師に対し看護師の割合が高い集団であった。
2. 「倫理的問題を体験する頻度」が高い対象施設の特徴は、救急・急性・強制的、混合的、閉鎖的な医療現場であった。
3. 「301床-400床」の中規模精神科病院、入院料「6:1以上」（2005年度表記）のマンパワーの弱い病棟で、「倫理的問題を体験する頻度」がもっとも高かった。
4. 看護師の方が准看護師より倫理的問題を体験する頻度が高かった。また准看護師養成課程卒業者に対して、ほかのすべての教育課程卒業者の方が、倫理的問題を体験する頻度が有意に高かった。以上から、看護者の倫理的感受性を養う上で、教育の果たす役割の重要性が示唆された。
5. 年齢や経験年数を重ねるにつれ、倫理的問題を体験する頻度が低下する傾向があった。若く経験が少ない者ほど、臨床で体験する問題を倫理的観点から捉えることが多い可能性、もしくは、経験の少ない者ほど、臨床で体験する倫理的問題を解決する十分な専門的能力や立場を持ち合わせていないがために、返って倫理的問題を強く意識する可能性、それぞれの年代で受けてきた教育の倫理的感受性に対する影響の可能性が示唆された。
6. 精神科看護に携わる看護者の倫理的意志決定能力を高めるために、倫理に関する基礎的な学びの機会の提供、現場に即した倫理教育プログラムの開発、隔離・拘束、強制入院、閉鎖的環境の問題など現場での切実な問題に対する倫理教育の必要性が示唆された。

謝辞

本調査にご協力いただきました精神科病院ならびに看護師の方々に深く感謝申し上げます。本研究は、平成16-18年度科学研究費基盤研究(C)(2)（「精神障害者の人権保障のための看護師の意識と技術に関する研究」研究代表者：田中美恵子）、ならびに平成19-21年度科学研究費基盤研究B（「精神看護における実践倫理の構築に関する研究」研究代表者：田中美恵子）の助成を受けて実施されたものです。

引用文献

- 青木典子, 中野綾美, 藤田佐和也 (1998). 意思決定を支える看護の技に関する調査—選択の提示—, 高知女子大学看護学会誌, 23(1): 29-36.
- 榎戸文子 (1998): 精神科救急医療施設の保護室における看護婦の倫理的配慮 - 行動制限と患者の意思の尊重に焦点をあてて, 聖路加看護大学紀要, 24: 21-31.
- 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):45-52.
- 医療施設政策研究会編 (2003). 病院要覧 2003-2004年版. pp.27-387, 医学書院.
- 関東弁護士会連合会編 (2002). 精神障害のある人の人権, 明石書店.
- 岡谷恵子, 日本看護協会看護倫理検討委員会 (1999). 看護業務上の倫理問題に対する看護職者の認識 日本看護協会〈日常常務上ぶつかる悩み〉調査より, 看護, 51(2): 26-31.
- 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点を探る—, 弘前大学医学部保健学科紀要, 2: 1-8.
- (社)日本精神科看護技術協会監修 (2004). 精神科看護白書 2004 → 2005, 精神看護出版.
- 田中美恵子, 濱田由紀, 小山達也 (2010a). 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.
- 田中美恵子, 濱田由紀, 嵐弘美, 小山達也, 柳修平 (2010b). 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.
- 宇佐美しおり (1999). 精神科看護における倫理の実態—予備調査の結果から—. 精神科看護, 26(11): 33-36.