

## 〔研究論文〕

## 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

田中美恵子\* 濱田由紀\* 嵐 弘美\* 小山達也\* 柳 修平\*

### THE FREQUENCY OF ETHICAL PROBLEMS AND THE DEGREE OF DISTRESS CAUSED BY THESE PROBLEMS EXPERIENCED BY PSYCHIATRIC NURSES AND THEIR COPING BEHAVIORS WHEN FACING ETHICAL PROBLEMS

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

【研究目的】本研究の目的は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時の対処行動を明らかにすることである。

【方法】国立対民間の精神科病院における看護職員配置状況 1 対 7.3 (2004) を反映するように、比例層化無作為抽出法により抽出された 28 の精神科病院の看護師を対象として、人口学的データ、研究者らが開発した尺度による「精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度と悩む程度」、倫理的問題に直面した時の対処行動について調査を行った。調査は 2006 年 2 月から 6 月に実施した。

【結果・考察】質問紙配布数 996 のうち、回収数は 882 (回収率 88.6%)、有効回答数は 879 (有効回答率 99.7%) であった。対象者の内訳は、女性 644 名 (73.3%)、男性 232 名 (26.4%)、看護師 576 名 (65.5%)、准看護師 299 名 (34.0%) であった。平均年齢は 41.7 歳 (標準偏差 11.3)、平均臨床経験年数は 16.9 年 (標準偏差 10.8)、平均精神科臨床経験年数は 11.8 年 (標準偏差 9.6) であった。看護師が体験する頻度の平均値の高い項目は、患者の退院に関する問題、看護師の責任と感情に関する問題、患者の自己決定に関する問題であった。看護師が悩む程度の高平均値の高い項目は、患者の自殺 (自殺企図) に関する問題、看護師の専門的能力の不足に関する問題、医師と看護師間での治療やケアの方針の違いに関する問題、患者の退院に関する問題であった。倫理的問題に直面したときの対処行動は、同じ職場の同僚や上司への相談が最も多かった。看護師が体験する倫理的問題は、「患者の退院」という精神科医療の抱える現実に直面することによって引き起こされていた。また倫理的問題を解決するためには、倫理教育のみならず看護師の専門的能力の向上と、臨床現場での倫理的問題の検討が求められていることが示唆された。

キーワード：看護倫理、精神看護 倫理的問題、対処行動

Key words : Nursing Ethics, Psychiatric nursing, Ethical Problems, Coping Behavior

#### Abstract

**Purpose:** The purpose of this study was to clarify the frequency of ethical problems and the degree of distress caused by these problems experienced by psychiatric nurses, and to identify the coping behaviors used by psychiatric nurses when facing ethical problems.

**Methods:** We randomly selected nurses working in 28 psychiatric hospitals by a proportional and stratified random sampling method to reflect a ratio of 1:7.3 (2004) of psychiatric nurses working in public psychiatric hospitals to those in private psychiatric hospitals (1:7.3). Based on the demographic data and the criteria developed by other researchers, we asked these nurses about the frequency of experiencing ethical problems and the degree of distress caused by such problems. We also asked about the coping behaviors that were being used when facing ethical problems. The survey was conducted from February to June, 2006.

**Result and Discussion:** We distributed 996 questionnaires and collected 882 responses (response rate: 88.6%). From the 996 responses, 879 were considered valid. (valid response rate: 99.7%). Of the nurses surveyed, 644 were female (73.3%) and 232 were male (26.4%). Registered nurses totaled 576 (65.5%) and licensed practical nurses totaled 299 (34.0%). The average age was 41.7 (SD: 11.3). The average years of clinical experience were 16.9 (SD: 10.8). The average years of clinical experience in psychiatric hospitals were 11.8 (SD: 9.6). The problems facing nurses at higher than average levels are those dealing with patient discharge, nursing responsibilities and feelings of nurses and decision-making by patients themselves. Problems in which nurses became distressed more seriously than average were those dealing with patient suicides (suicide attempts), lack of nurses' professional skills, conflicts between doctors and nurses on treatment policies and care, and patient discharge. The most significant coping behavior used by nurses facing ethical problems was consulting with colleagues or supervisors. Ethical problem faced by nurses was caused by "patient discharge" – the reality that psychiatric medicine currently faces. It was also suggested that solving those ethical problems would require enhancing ethics education, improving professional skills of nurses as well as reviewing the ethical problems occurring in clinical settings.

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

## I. はじめに

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・社会参加の促進とともに、わが国の精神保健医療福祉施策の重要課題である。日本においては、1987年、「精神障害者の人権の擁護」と「社会復帰の促進」を基本理念とした「精神保健法」の成立によって、患者の人権への配慮に関する法的基盤の改善がみられたが、現実にはその後も精神科病院における不祥事は後を絶たず、基本的な人権そのものが守られていないという現状がある。

また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り、「治療者の優位性」を生じやすく、精神疾患を有する人の「判断能力」の問題などから、患者の人権侵害を生じやすい構造を有している（関東弁護士連合会編，2002）。さらに精神科病院は医師・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や、条件を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）。

わが国においては、1990年代に入ってから臨床看護実践の場における「看護倫理」が取り上げられるようになってきた。日本看護協会による看護職一般を対象とした調査では（岡谷ら，1999）、看護者が直面する看護倫理上の“悩み”として、医師との関係の問題、自分自身の能力の問題、患者への情報提供の問題、看護者間との関係が明らかとなった。精神科看護の倫理的問題を扱ったこれまでの調査（宇佐美，1999；大西ら，2003）からは、長期入院の問題、行動制限にまつわる問題、人手不足、医師との関係などが明らかになっている。しかしながら、これらの研究は萌芽的なものであり、精神科看護における倫理的問題を十分明らかにしたとは言い難い。そこで、研究者らは、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、また、そうした問題についてどの程度悩み、どのように対処しているのかを明らかにすることを目的に研究を行ったので、以下に報告する。

## II. 研究目的

本研究の目的は、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

きの対処行動を明らかにすることである。

## III. 研究方法

### 1. 対象協力施設および対象者

調査を実施するにあたり、以下の手順で研究協力対象施設を募った。

- (1) 病院要覧 2003-2004年版をもとに、医療法第1条の5第1号に定められる精神科病院（精神科病床のみを有する病院）から、設置主体別の全国の精神科看護職員等配置状況（独立行政法人を含む国公立精神科病院看護師1:民間精神科病院看護師7.3、「精神科看護白書 2004→2005」（2004）をもとに算定）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対象施設を選定した。選定された131施設（国公立7、民間124）の看護部長に、調査協力依頼を送付し、調査協力への諾否および対象看護師予定数の回答を依頼した。
- (2) (1)で調査協力を同意した施設の回答から、対象看護師予定数が、国公立精神科病院看護師1:民間精神科病院看護師7.3に近づくまで、(1)の依頼を継続して実施し、最終的に目標比率に達した時点で(1)の依頼を終了した。

131施設に対する依頼の結果、同意の得られた施設は28施設であった（協力受諾率21.4%）。この28施設を調査対象とした。

### 2. 調査内容

#### (1) 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。看護部長より得られたデータは、看護師の所属組織の基礎データとして扱った。

#### (2) 看護職員対象調査

精神科に勤務する996名の看護職員を対象として、人口学的データと病棟に関する質問群、ならびに研究者らが開発した「精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度と悩む程度」の質問紙、倫理的問題に直面した時の対処行動に関する質問紙を用いて調査を行った。

「精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度と悩む程度」の質問紙は、著者らが先行研究（田中ら，2010）で明らかにした精神科看護師が臨床において出会う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

>を軸として、対象看護師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作成した、80項目の質問から構成されている。これらの80項目の倫理的問題を体験する頻度を「全くない」から「おおいにある」の5段階評定（1点から5点）で尋ねた。さらに体験する頻度で3段階以上（ときどきある・しばしばある・おおいにある）に回答した対象者には、それぞれの倫理的問題について悩む程度を「全く悩まない」から「とても悩む」の4段階評定（1点から4点）で尋ねた。

対象者の対処行動については、岡谷（1999）が作成した「日常業務で悩んだり直面した場面での対応」を参考に、精神科看護師が倫理的問題に直面した時の対処行動について尋ねる11項目の質問項目を作成した。

### 3. 調査期間

調査期間は、2006年2月から6月であった。

### 4. 質問紙の配布と回収の手順

施設毎に対象者数分の質問紙を送り、看護部長に対象者への配布を依頼した。調査票は2週間の留め置き式とし、回収は看護部長を通じての一括回収とした。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、個人のプライバシーが保持できるよう配慮した。

### 5. 倫理的配慮

対象者に対しては配布する質問紙に、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・所属する組織の匿名性等について記載された文書を添付し、調査票への回答をもって調査への同意とみなした。データの分析にあたっては、施設名は記号化し、施設名が特定されないよう配慮した。調査票はデータ分析終了時に破棄した。

### 6. 分析方法

「精神科看護師が体験する頻度」、「悩む程度」および「倫理的問題に直面したときの対処行動」を記述的に明らかにするために、全変数の基本統計量（平均値、標準偏差、パーセンテージ）を算出した。また、母集団と比例層化無作為抽出された対象集団の差をみるために母比率の検定を行った。データ分析には、統計解析ソフト SPSS Ver.15 を用いた。

## Ⅲ. 研究結果

### 1. 対象施設の背景

国公立が3施設（10.7%）、それ以外が25施設（89.3%）であった。対象となった病棟は73病棟であった。

全病床数は、平均331.4病床（標準偏差126.6、範囲212-620）であり、そのうち精神科病床数は、平均316.5病床（標準偏差137.1、範囲100-620）であった。

対象病棟の入院料（\*注：入院料については、平成17年度の診療報酬上の表記とした。）については、入院基本料3をとっている病棟が18病棟（64.3%）と最も多かった。応急入院指定病院または精神科救急医療施設の指定については、受けている施設は16施設（57.1%）で、措置入院の受け入れについては、受けている施設は27施設（96.4%）であった。

施設内に倫理委員会がある施設は、9施設（32.1%）、ない施設が19施設（67.9%）であった。また、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。看護師に対する継続した教育プログラムに倫理に関するものが含まれているかという問いに関しては、含まれている施設は13施設（46.4%）、含まれていない施設は15施設（53.6%）であった。

### 2. 対象者の背景

調査票配布数996のうち、回収数は882で回収率は88.6%であった。質問紙の有効回答者数は、回答数882のうち879であった（有効回答率99.7%）。

対象者の所属組織の国公立、民間別内訳をみると、独立行政法人を含む国公立精神科病院に所属している対象者が122人（13.9%）、民間精神科病院に所属している対象者が757人（86.1%）であり、比率は、1:6.2であった。母比率の検定の結果、日本の精神科看護職員配置状況と本調査の対象者の間には有意差がなく、本研究の対象者は、日本の設置主体別精神科看護職員等配置状況を反映していた。

対象者の平均年齢は41.7歳（標準偏差11.3、範囲20-70）、性別は女性644名（73.3%）、男性232名（26.4%）であった。看護免許の種類は、看護師576名（65.5%）、准看護師299名（34.0%）であった。職位は、スタッフ714名（81.2%）、主任・副看護師長86名（9.8%）、看護師長・科長63名（7.2%）であった。臨床経験年数は平均16.9年（標準偏差10.8、範囲1-49）であり、精神科臨床経験年数は平均11.8年（標準偏差9.6、範囲1-49）であった。教育機関における倫理に関する科目の受講の有無は、有りが325名（37.0%）、倫理に関する講習会・

勉強会等への参加経験の有無は、有りが300名(34.1%)であった。

### 3. 対象者の所属する病棟の特徴

対象病棟は73病棟であった。その平均病床数は平均56.6病床(標準偏差10.5, 範囲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)が90名(10.2%)、開放(1日8時間以上の開放)が351名(39.9%)であった。患者の性別による病棟区分は、男子病棟171名(19.5%)、女子病棟120名(13.7%)、男女混合病棟585名(66.8%)であった。

病棟の措置入院患者の受け入れは、有る病棟に勤務する者が424名(48.2%)、無い病棟に勤務する者が454名(51.7%)であった。病棟の夜間や休日の入院患者の受け入れは、有る病棟に勤務する者が687名(78.2%)、無い病棟に勤務する者が189名(21.5%)であった。

### 4. 精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度と悩む程度の特徴

#### 1) 倫理的問題を体験する頻度(表1)

倫理的問題を体験する頻度の質問項目を平均値の高い順にみると、「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」(平均値=4.0)、「患者自身は退院したいが、家族の希望で退院できないことがある」(平均値=3.7)、「家族の病気への理解が不十分なために、患者の退院が難しいことがある」(平均値=3.7)、「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」(平均値=3.4)、「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」(平均値=3.3)と、上位5項目は退院の困難に関するものであった。

次いで「症状とはわかっているが、患者の暴言により、自分の気持ちが傷つくことがある」(平均値=3.2)、「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」(平均値=3.0)、「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、よくない転帰を迎えたりすることがある」(平均値=3.0)、が平均値3.0以上のものであった。

一方、倫理的問題を体験する頻度の平均値の低い質問項目をみると、「指定医が常駐しないなどの理由により、不必要な隔離・拘束が行われることがある」(平均値=1.3)、「入院に際し、ほかに手段がないために、民間救急を利用して入院してくることがある」(平

均値=1.5)、「拘束を治療的によしとする病棟文化があり、拘束が長引くことがある」(平均値=1.5)、「人手不足のために、隔離や拘束が行われていることがある」(平均値=1.6)、となっていた。

#### 2) 倫理的問題に悩む程度(表2)

倫理的問題に悩む程度の質問項目を平均値が高い順にみると、「患者の自殺(または自殺未遂)に対して、責任を感じることがある」(平均値=3.6)、「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」(平均値=3.5)、「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」(平均値=3.5)となっていた。次に平均値の高い項目(平均値=3.4)には、「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」等、医師との関係に関するもの、「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」等、患者の退院に関するもの、のほか、「人格障害圏やうつ病の患者の増加など、入院患者層の変化に対して、看護の対応が追いついていないことがある」、「ほかの看護師との関係を考えて、自分では納得のできない看護をすることがある」が含まれていた。

一方、倫理的問題に悩む程度の平均値の低い質問項目は、「入院に際し、ほかに手段がないために、民間救急を利用して入院してくることがある(平均値=2.5)」、「患者から他の患者のことを聞かれて、教えてあげた方がよいと思うが、プライバシーのことを考えて答えられないことがある」(平均値=2.5)、「病棟の中に、男性看護師が患者の暴力に対応して欲しいという暗黙の期待がある」(平均値=2.6)、「家族の希望で、患者に病名告知が行われないことがある」(平均値=2.6)、の順となっていた。

#### 3) 倫理的問題に直面したときの対処行動

倫理的問題に直面したときの対処行動として(表3)、「同じ病棟の看護師に相談する」が765人(87.0%)、「師長・主任に相談する」が726人(82.6%)と8割を越す対象者が行っていた。以下、順に「文献などを読む」(60.8%)、「看護師だけのカンファレンスを開く」(58.6%)、「他職種とケースカンファレンスを開く」354人(40.3%)となっていた。一方、「職場の倫理委員会など、公の場に持ち込む」と回答した人は111人(12.6%)と少なかった。

表1. 精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度

	平均値 (標準偏差)	n		平均値 (標準偏差)	n
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	4.0 (1.0)	860	患者の話をじっくり聞きたいが、忙しさのために業による解決に頼ってしまうことがある	2.5 (0.9)	856
患者自身は退院したいが、家族の希望で退院できないことがある	3.7 (1.0)	861	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	2.5 (1.0)	841
家族の病気の理解が不十分なために、患者の退院が難しいことがある	3.7 (1.0)	861	家族の希望で、患者に情報提供が行われないことがある	2.5 (0.8)	857
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	3.4 (1.2)	852	患者の希望をか纳えてあげたいが、患者の要求が際限なくなるとを危惧して、制限を行うことがある	2.5 (1.0)	853
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	3.3 (1.0)	857	人格障害患者への対応がチーム間で統一できないために、ケアが混乱することがある	2.5 (0.9)	846
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	3.2 (1.1)	861	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	2.5 (0.9)	848
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	3.0 (0.9)	857	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	2.5 (1.0)	848
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	3.0 (0.9)	853	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	2.5 (1.0)	850
任意入院の患者など開放処遇にすべき患者が、閉鎖病棟にすることがある	2.9 (1.1)	829	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	2.5 (0.9)	858
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	2.9 (1.0)	853	ほかの看護師との関係を考慮して、自分では納得のできない看護をすることがある	2.4 (0.9)	862
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	2.9 (0.9)	852	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	2.4 (1.0)	850
患者から他の患者のことを聞かれて、教えてあげた方がよいと思うが、プライバシーのことを考えて答えられないことがある	2.9 (1.1)	845	患者に対して平等にケアが行われていないことがある	2.4 (0.9)	856
患者に意思決定能力がなく、医療者が患者の意思決定を代行していることがある	2.8 (1.0)	860	病棟内で、暴力的な患者に対して、問題を起ささないように過度な監視をすることがある	2.4 (0.8)	848
病棟の中に、男性看護師が患者の暴力に対応して欲しいという暗黙の期待がある	2.8 (1.3)	852	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	2.4 (0.8)	864
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	2.8 (0.9)	854	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	2.4 (0.9)	857
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	2.8 (1.2)	782	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	2.3 (0.9)	850
忙しさに流されてカンファレンスの場が持たないために、有効な看護計画を立てられないことがある	2.8 (1.1)	863	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	2.3 (1.0)	853
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	2.8 (1.1)	854	患者に病歴がないために、不本意ながら薬を飲食物に混ぜて服用させることがある	2.3 (1.0)	857
患者が薬の副作用を苦痛に思っている時にも、服薬をすすめるべきではないことがある	2.7 (0.9)	857	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慮して拘束が長引いてしまうことがある	2.2 (1.0)	856
夜勤時の人手不足のために、適切な看護が行えないことがある	2.7 (0.9)	848	看護学生が行ったケアによって、患者に精神的・身体的負担が生じることがある	2.2 (0.8)	811
安全を優先するあまり、患者の自立を阻むことがある	2.7 (0.9)	847	家族の希望で、患者に病名告知が行われないことがある	2.2 (0.8)	842
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	2.7 (1.0)	846	病院の経営的な観点から、患者の転院や退院が決められることがある	2.1 (1.0)	855
患者の物品を預かりっぱなしになっていることがある	2.7 (1.0)	855	病棟内で、患者との約束を盾に取って、患者に手厳しく当たることがある	2.1 (0.8)	856
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	2.7 (1.0)	841	夜間の救急入院によって、他の入院患者の看護が十分に行えないことがある	2.1 (0.9)	844
病棟内環境が時代に追いついていないために、患者のニーズを満たせないことがある	2.7 (1.1)	850	プラセボを渡すときに、患者を騙しているような気がして良心が咎めることがある	2.1 (0.8)	828
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	2.6 (1.0)	853	精神障害者だからという理由で、患者から性や恋愛・結婚に関する相談を受けても積極的に応じられないことがある	2.1 (0.8)	839
患者の尊厳を傷つけると思いつつも、患者自身の安全を考慮して拘束することがある	2.6 (1.0)	859	けいれん療法よりも無けいれん療法が好ましいと思うが、設備がないために行えないことがある	2.1 (1.4)	711
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	2.6 (1.1)	843	他職種によるチーム内で患者に対する意見の統一がはかれないために、患者を退院させられないことがある	2.0 (0.8)	853
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	2.6 (0.9)	857	拒絶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	2.0 (0.9)	846
頻回な訴えをする患者に嫌気がさして、ついつい不本意な対応をしてしまうことがある	2.6 (0.8)	863	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	1.9 (0.8)	839
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	2.6 (1.0)	852	精神科看護師であることを、自分で卑下することがある	1.9 (0.9)	855
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	2.6 (1.0)	853	病棟内規則を理由に、時間外の面会が許可されないことがある	1.9 (0.9)	849
人格障害やうつ病の患者の増加など、入院患者層の変化に対して、看護の対応が追いついていないことがある	2.6 (0.9)	843	電気けいれん療法が患者にとってよいのかどうか疑問を持ちながらも、介助を行うことがある	1.8 (1.0)	730
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	2.6 (0.8)	847	患者にとって好ましくないが、看護師の業務上の効率のために拘束が長引いてしまうことがある	1.8 (0.9)	857
看護師の責務とは矛盾するが、個人的に患者の死にたい気持ちがわかることがある	2.6 (0.9)	848	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	1.8 (0.9)	857
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	2.6 (1.0)	857	電気けいれん療法についての患者への説明が不十分なことがある	1.7 (1.0)	740
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	2.6 (1.0)	860	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	1.6 (0.8)	856
家族の希望で、患者の電話が制限されることがある	2.6 (0.9)	857	拘束を治療的によしとする病棟文化があり、拘束が長引くことがある	1.5 (0.7)	856
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	2.5 (0.9)	859	入院に際し、ほかに手段がないために、民間救急を利用して入院してくることがある	1.5 (0.7)	837
有効な治療法がない困難事例のために、やむを得ず拘束していることがある	2.5 (1.0)	856	指定医が常駐しないなどの理由により、不必要な隔離・拘束が行われることがある	1.3 (0.6)	860

表2. 精神科看護師が倫理的問題に悩む程度

	平均値 (標準偏差)	n		平均値 (標準偏差)	n
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	3.6 (0.5)	408	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	3.1 (0.6)	398
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	3.5 (0.6)	564	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	3.1 (0.7)	444
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	3.5 (0.6)	421	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	3.1 (0.7)	612
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	3.4 (0.6)	367	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	3.1 (0.6)	352
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	3.4 (0.7)	768	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	3.1 (0.8)	48
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	3.4 (0.6)	472	安全を優先するあまり、患者の自立を阻むことがある	3.1 (0.6)	457
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	3.4 (0.7)	616	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	3.1 (0.7)	298
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	3.4 (0.5)	328	看護師の責務とは矛盾するが、個人的に患者の死にたい気持ちがわかることがある	3.1 (0.7)	410
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	3.4 (0.7)	730	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	3.1 (0.7)	342
人格障害やうつ病の患者の増加など、入院患者層の変化に対して、看護の対応が追いついていないことがある	3.4 (0.6)	378	患者の話をじっくり聞きたいが、忙しさのために薬による解決に頼ってしまうことがある	3.0 (0.6)	385
ほかの看護師との関係を考えて、自分では納得のできない看護をすることがある	3.4 (0.6)	323	病院の経営的な観点から、患者の転院や退院が決められることがある	3.0 (0.7)	215
人格障害患者への対応がチーム間で統一できないために、ケアが混乱することがある	3.4 (0.6)	350	精神障害者だからという理由で、患者から性や恋愛・結婚に関する相談を受けても積極的に応じられないことがある	3.0 (0.7)	165
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	3.4 (0.6)	346	病棟内で、患者との約束を盾に取って、患者に手厳しく当たることがある	3.0 (0.7)	206
患者自身は退院したいが、家族の希望で退院できないことがある	3.3 (0.7)	750	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	3.0 (0.7)	308
夜勤時の人手不足のために、適切な看護が行えないことがある	3.3 (0.6)	442	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	3.0 (0.6)	608
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	3.3 (0.6)	383	患者に対して平等にケアが行われていないことがある	3.0 (0.6)	318
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	3.3 (0.6)	411	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	3.0 (0.8)	651
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	3.3 (0.6)	412	電気けいれん療法についての患者への説明が不十分がある	3.0 (0.8)	113
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	3.3 (0.6)	383	プラセボを渡すときに、患者を騙しているような気がして良心が咎めることがある	3.0 (0.6)	179
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	3.3 (0.7)	125	患者の尊厳を傷つけると思いつつも、患者自身の安全を考えて拘束することがある	2.9 (0.7)	491
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	3.3 (0.6)	357	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	2.9 (0.7)	143
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	3.3 (0.6)	376	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	2.9 (0.7)	260
忙しさに流されてカンファレンスの場が持たないために、有効な看護計画を立てられないことがある	3.2 (0.6)	455	けいれん療法よりも無けいれん療法が好ましいと思うが、設備がないために行えないことがある	2.9 (0.9)	165
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、よくない転帰を迎えたりすることがある	3.2 (0.7)	577	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	2.9 (0.6)	424
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	3.2 (0.7)	82	任意入院の患者など開放処遇にすべき患者が、閉鎖病棟に居ることがある	2.9 (0.8)	501
頻回な訴えをする患者に嫌気がさして、ついつい本意な対応をしてしまうことがある	3.2 (0.6)	442	看護学生が行ったケアによって、患者に精神的・身体的負担が生じることがある	2.9 (0.6)	248
指定医が常駐しないなどの理由により、不必要な隔離・拘束が行われることがある	3.2 (0.8)	27	有効な治療法がない困難事例のために、やむを得ず拘束していることがある	2.9 (0.7)	421
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	3.2 (0.6)	520	患者に意思決定能力がなく、医療者が患者の意思決定を代行していることがある	2.8 (0.7)	496
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	3.2 (0.6)	408	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	2.8 (0.7)	139
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	3.2 (0.6)	290	患者の物品を預かりっぱなしになっていることがある	2.8 (0.7)	426
電気けいれん療法が患者にとってよいのかどうか疑問を持ちながらも、介助を行うことがある	3.2 (0.6)	135	病棟内規則を理由に、時間外の面会が許可されないことがある	2.8 (0.8)	119
精神科看護師であることを、自分で卑下することがある	3.2 (0.6)	166	家族の希望で、患者に情報提供が行われないことがある	2.7 (0.7)	386
夜間の救急入院によって、他の入院患者の看護が十分に行えないことがある	3.2 (0.7)	214	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	2.7 (0.7)	322
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	3.2 (0.6)	313	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	2.7 (0.8)	299
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	3.2 (0.7)	549	病棟内で、暴力的な患者に対して、問題を起ささないように過度な監視をすることがある	2.7 (0.8)	295
病棟内環境が時代に追いついていないために、患者のニーズを満たせないことがある	3.2 (0.6)	394	家族の希望で、患者の電話が制限されることがある	2.7 (0.8)	450
他職種によるチーム内で患者に対する意見の統一がはかれないために、患者を退院させられないことがある	3.2 (0.6)	124	家族の希望で、患者に病名告知が行われないことがある	2.6 (0.7)	219
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	3.1 (0.7)	386	病棟の中に、男性看護師が患者の暴力に対応して欲しいという暗黙の期待がある	2.6 (0.8)	421
患者にとって好ましくないが、看護師の業務上の効率のために拘束が長引いてしまうことがある	3.1 (0.8)	145	患者から他の患者のことを聞かれて、教えてあげた方がよいと思うが、プライバシーのことを考えて答えられないことがある	2.5 (0.9)	484
患者が薬の副作用を苦痛に思っている時にも、服薬をすすめなければならないことがある	3.1 (0.6)	472	入院に際し、ほかに手段がないために、民間救急を利用して入院して行くことがある	2.5 (1.0)	42

表3. 精神科看護師が倫理的問題に直面したときの対処行動 (n=879)

項目	はい(%)	いいえ(%)	無回答(%)
同じ病棟の看護師に相談する	765(87.0%)	59(6.7%)	55(6.3%)
師長・主任に相談する	726(82.6%)	92(10.5%)	61(6.9%)
看護師だけのカンファレンスを開く	515(58.6%)	266(30.3%)	98(11.1%)
他職種とケースカンファレンスを開く	354(40.3%)	425(48.4%)	100(11.3%)
職場の倫理委員会など、公の場に持ち込む	111(12.6%)	648(73.7%)	120(13.7%)
文献などを読む	534(60.8%)	243(27.6%)	102(11.6%)
友人などの第三者に相談する	260(29.6%)	512(58.2%)	107(12.2%)
ひとりで悩む	157(17.9%)	614(69.9%)	108(12.2%)
深く考えないようにする	345(39.2%)	423(48.1%)	108(12.7%)
解決の手段がないのでそのままにする	132(15.0%)	624(71.0%)	123(14.0%)
該当するものがない	97(11.0%)	572(65.1%)	210(23.9%)

## Ⅳ. 考察

### 1. 対象施設および対象者の特性

本調査の対象者は、日本の精神科看護職員等配置状況を反映していた。しかしながら、131施設に対して行われた協力対象施設調査に対し、協力の受諾を受けた施設は28施設(受諾率:21.4%)であり、調査の対象となった施設は、倫理的問題に対して比較的高い関心を持った施設であった可能性が考えられる。

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%)、応急入院して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。また入院基本料3をとっている病棟が18病棟(64.3%)と最も多く、今回の調査では、日本の精神科病院の中でも良質な施設が対象となったと考えられる。

対象者の平均年齢は41.7歳(範囲20-70)、平均臨床経験年数は16.9年(範囲1-49)、平均精神科臨床経験年数は11.8年(範囲1-49)であり、対象者は幅広い年齢と経験の者が含まれていたといえる。性別は女性が73.3%と多く、看護免許の種類においては看護師が65.5%であり、「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状況(看護師常勤51970人、准看護師50024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。

### 2. 精神科看護師が体験する倫理的問題の特徴と対処行動

#### 1) 体験する頻度に関する特徴

倫理的問題を体験する頻度において、平均値の高い

順で上位5位までは退院の困難さに関するものであった。このことより、精神科看護師たちは、患者の退院の困難さを倫理的問題として体験していることが明らかになった。また退院の困難さを家族との関連において捉える質問項目に対し、高い頻度で問題として体験していたことも特徴的であった。この結果は、宇佐美(1999)、大西ら(2003)の看護師が悩む倫理的問題の調査の結果と一致している。これらは、「受け入れ条件が整えば退院可能」といわれる人々の「社会的入院」の問題(精神保健福祉研究会,2004)や、今尚平均在院日数が300日を超えるわが国の精神科医療の抱える現実(厚生統計協会,2007)そのものに、看護師たちが現場で直面させられ、倫理的問題として苦悩していることを示しているといえる。

また次に体験する頻度において高い値を示していたのは、看護師の感情に関連するもの(「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」)であった。看護師たちが、現場において専門職としての責任感を持ちながらも、過酷な感情体験をしており、それに対して自責感を感じている姿を示すものであった。「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」も上位に挙がっているが、このような患者の転帰の見通しのなさには無力感などの感情体験も含まれているものと思われる。

患者の自己決定に関するもの(「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」)の平均値も高い結果となっていたが、これは患者の権利(自律性)が、治療的内容(治療的価値)と対立する状況を示しており、患者自身の「同意能力」や強制治療が行われる精神科医療の場を反

映した倫理的問題に、看護師が悩んでいることを表しているものといえるだろう。

一方、体験する頻度の平均値が低い倫理的問題をみると、不必要な隔離拘束（「指定医が常駐しないなどの理由により、不必要な隔離・拘束が行われることがある」、「拘束を治療的によしとする病棟文化があり、拘束が長引くことがある」、「人手不足のために、隔離や拘束が行われていることがある」となっており、今回の調査ではこのような倫理的問題にはあまり出会うことがない結果となっていた。これは今回の調査の施設が、倫理の問題を研究課題とする本研究に協力する施設であり、応急入院や措置入院の受け入れ率が高い等、比較的良質な医療施設であることが影響している可能性がある」と推測できる。

## 2) 悩む程度に関する特徴

倫理的問題に悩む程度が最も高い項目は、患者の自殺に関する項目（「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」）であった。自殺に関する問題は、患者の自殺の要因を看護師がどのように捉えるかによっても、倫理的な問題として認識されるか否かが変わってくる。しかし、自殺の問題は、倫理的問題であるかどうかにかかわらず、看護師が悩む程度が高い問題であると考えられた。今後、自殺を倫理的問題として捉えることや悩む程度に、どのような背景が関連するのかについても検討していく必要がある。

倫理的問題に悩む程度が高い項目として挙げられた問題の多くに、看護師の能力に関係した問題（「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」、「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」）が含まれていた。この結果は岡谷ら（1999）の調査でも、看護師が最も悩む項目が自分自身の能力に関するものであったことと一致している。看護師は自分自身の看護の専門的能力や技術に不安感を持っており、ときにそれに罪責感を持って悩んでいることが明らかになった。また特に身体合併症の看護に不安を感じていることも明らかになった。これらから、看護師が体験する倫理的問題の解決のためには、倫理教育のみならず、看護師の専門的能力や技術を向上させていくことも重要であることが示唆された。

さらに倫理的問題に悩む程度が高い項目として、医師との関係に関するもの（「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」）がみられた。岡谷ら（1999）、大西ら（2003）の調査でも医師との関係は看護師が直面する倫理的問題の一要素として挙げられていた。さらに、Lützné（1994）の道徳的感性尺度でも、その要素の1つとして「医師への信頼」が挙げられており、医師と看護師との関係は、倫理的問題の重要な要素となっていると言えるであろう。患者の退院の困難に関する問題は、体験する頻度の上位に挙げられているものであり、また悩み程度においても一つの大きな要因になっていたと言える。

以上から、看護師の倫理的な悩みの解決には、自殺の予防や事後対策、身体合併症の知識や技術の充実、医師を含めて十分に話し合えるようなチーム医療の確立、医師と対等に話し合っているための看護のよりいっそうの専門性の向上などが重要であると考えられる。

一方、倫理的問題に悩む程度の低い項目については、看護師自身にとって悩む事柄として認識されない、もしくは倫理的問題として認識されない可能性も考えられ、質問項目自体の適切性の観点からも今後検討を進めていく必要がある。

## 3) 倫理的問題に直面したときの対処行動

精神科看護師が倫理的問題に直面したときの対処行動としては、同僚や上司など職場の看護師に相談するものが8割を超えてもっとも多かった。看護における倫理的問題の多くが、患者ケアに関わるものであり、また臨床状況に直結した問題であるために、同じ状況を理解し合える同僚が相談相手として選ばれることが多いのではないかと考えられた。他には、文献などを読む、カンファレンスを開くなど看護の専門性を高めることに関連した対処行動をとっていた。ひとりで悩む、深く考えない、などの対処方法は比較的少なかった。これは（岡谷ら、1999）の全国の看護師を対象とした調査の結果とも一致しており、精神科看護師の体験する倫理的問題や悩みの解決のためには、看護師の専門的能力の向上と、臨床現場における倫理的問題の検討が求められていることが示唆された。

## V. 結論

1. 精神科看護師が体験する頻度が高い倫理的問題は、患者の退院に関する問題、看護師の責任と感情に関する問題、患者の自己決定に関する問題であった。
2. 精神科看護師が体験する頻度が低い倫理的問題は



強制治療に関する問題であった。

3. 精神科看護師が悩む程度が高い倫理的問題は、患者の自殺（自殺企図）に関する問題、看護師の専門的能力の不足に関する問題、医師との関係に関する問題、患者の退院に関する問題であった。
4. 倫理的問題に直面したときの対処行動としては、同僚や上司など同じ職場の看護師に相談することが最も多く行われていた。
5. 精神科看護師が体験する倫理的問題は、「患者の退院」という精神科医療が抱える問題に直面することによって引き起こされていた。倫理的な問題や悩みの解決のためには、倫理教育のみならず、看護師の専門的能力の向上と、臨床現場における倫理的問題の検討が求められていることが示唆された。

#### 謝辞

調査にご協力いただきました対象施設ならびに看護部長様、対象者の皆様に心より感謝申し上げます。本研究は、平成 16～18 年度科学研究費補助金（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」（研究課題番号 16592175、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ある。

#### 引用文献

- 医療施設政策研究会（2003）：病院要覧 2003-2004 年版，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。
- Kim Lütznén（1994）：Conceptualization and Instrumentation of Nurse's Moral Sensitivity in Psychiatric Practice, *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 4, 241-248.
- 厚生統計協会（2007）：国民衛生の動向・厚生 の指標，臨時増刊，54（9）。
- 日本精神科看護技術協会（2004）：精神科看護白書 2004 → 2005，精神看護出版。
- 岡谷恵子、日本看護協会看護倫理検討委員会（1999）：看護業務上の倫理的問題に対する看護職者の認識，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。
- 精神保健福祉研究会監修（2004）：我が国の精神保健福祉平成 16 年度版，太陽美術。

田中美恵子、濱田由紀、小山達也（2010）：精神科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。

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。