
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)

平成 16 年度～18 年度 科学研究費補助金（基盤研究（C）（2））
研究成果報告書

平成 19 年 3 月



研究代表者 田中 美恵子

東京女子医科大学 看護学部 教授



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)

平成 16 年度～18 年度 科学研究費補助金（基盤研究（C）（2））
研究成果報告書

平成 19 年 3 月

研究代表者 田中 美恵子

東京女子医科大学 看護学部 教授

はしがき

平成 16～18 年度 科学研究費補助金（基盤研究(C)(2)）研究成果報告書

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）

研究組織

- （平成 16 年度）研究代表者：田中美恵子（東京女子医科大学・看護学部・教授）
研究分担者：若狭 紅子（東京女子医科大学・看護学部・助教授）
研究分担者：濱田 由紀（東京女子医科大学・看護学部・講師）
研究分担者：江波戸和子（東京女子医科大学・看護学部・講師）
- （平成 17 年度）研究代表者：田中美恵子（東京女子医科大学・看護学部・教授）
研究分担者：若狭 紅子（東京女子医科大学・看護学部・助教授）
研究分担者：濱田 由紀（東京女子医科大学・看護学部・講師）
研究分担者：小山 達也（東京女子医科大学・看護学部・助手）
- （平成 18 年度）研究代表者：田中美恵子（東京女子医科大学・看護学部・教授）
研究分担者：濱田 由紀（東京女子医科大学・看護学部・講師）
研究分担者：小山 達也（東京女子医科大学・看護学部・助手）
研究分担者：嵐 弘美（東京女子医科大学・看護学部・助手）
研究分担者：柳 修平（東京女子医科大学・看護学部・教授）
研究分担者：若狭 紅子（東京女子医科大学・看護学部・助教授）

交付決定額

	直接経費	間接経費
平成 16 年度	1500 千円	0 円
平成 17 年度	800 千円	0 円
平成 18 年度	1200 千円	0 円
計	3500 千円	0 円

海外共同研究者

（平成 16 年度）Pamela Minarik, MSN, CS, FAAN（Yale University, School of Nursing）

研究協力者

（平成 18 年度）Douglas P. Olsen, PhD, RN, CS（Yale University, School of Nursing）
永島 佐知子（東京女子医科大学・看護学部・非常勤講師）

研究発表

ア. 学会誌発表

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.

イ. 口頭発表

田中美恵子・濱田由紀・若狭紅子・小山達也 (2005). 精神科看護師が経験する倫理的ジレンマの内容. 第 25 回日本看護科学学会学術集会抄録集, p.245.

田中美恵子・小山達也・濱田由紀・若狭紅子 (2006). 精神科看護師が体験する倫理的問題とそこにある価値の対立および価値の要素. 日本精神保健看護学会第 16 回総会・学術集会・プログラム・抄録集, pp.84-85.

田中美恵子・若狭紅子・濱田由紀・小山達也・嵐弘美・柳修平 (2006). 精神科医療施設で看護師が倫理的問題に出会う頻度を悩む程度. 第 26 回日本看護科学学会学術集会抄録集, p.219.

Mieko Tanaka, Hiromi Arashi, Tatsuya Koyama (2007). Ethical problems experienced by psychiatric nurses in Japan. 2007 World Mental Health Congress of the World Federation for Mental Health, 19-23 August, Hong Kong (accepted).

目 次

第Ⅰ部 わが国の精神科看護師が体験する倫理的問題と価値の対立	1
Ⅰ. はじめに	1
Ⅱ. 研究の目的	1
Ⅲ. 問題の背景	2
Ⅳ. 文献の検討	4
1. 看護倫理の概念の発展と看護における倫理指針	4
2. 看護倫理の主要な理論・概念	5
3. 看護における倫理的ジレンマ	7
4. 日本の精神科看護における倫理に関する研究	9
Ⅴ. 研究方法	11
1. 第一段階の研究方法	11
1) 研究対象者	11
2) データ収集方法	11
3) データ分析方法	12
4) データ収集期間	12
2. 第二段階の研究方法	12
1) 研究対象者	12
2) データ収集方法	13
3) データ分析方法	13
4) データ収集期間	13
3. 倫理的配慮（研究の第一段階・第二段階）	13
1) インフォームドコンセント	13
2) プライバシー・匿名・秘密保持	13
3) 研究参加によって想定される心理的外傷への配慮	13
4) 倫理性の保証	14
Ⅵ. 結果	14
1. 第一段階の研究結果：精神科看護師が体験する倫理的問題の 内容・価値の対立・影響因子と解決策の検討	14
1) 対象者の背景	14
2) 精神科看護師が体験する倫理的問題の内容・価値の対立・影響 因子および解決策の検討	14
(1)エピソード1（エピソード No.1）	14
(2)エピソード2（エピソード No.5）	15
(3)エピソード3（エピソード No.20）	15
(4)エピソード4（エピソード No.37）	16
(5)エピソード5（エピソード No.19）	16
2. 第二段階の研究結果：精神科看護師が体験する倫理的問題と	

価値の対立、および価値の要素	18
1) 対象者の背景	18
2) 精神科看護師が体験する倫理的問題とそこにある価値の対立 ..	18
(1)患者の権利との対立	19
(2)患者の尊厳との対立	23
(3)患者の安寧との対立	25
(4)専門的価値との対立	26
(5)道徳的価値との対立	28
3) 精神科看護師が体験する倫理的問題を構成する価値の要素	29
Ⅶ. 考察－精神科看護師が体験する倫理的問題の解決策の検討－	
価値の対立、価値の要素の観点から－	29
1. 精神科看護師が体験する倫理的問題の内容と解決策の検討	
.....	30
2. 精神科看護師が体験する倫理的問題に含まれる価値の要素と対立	
.....	31
3. 今後の研究課題	30
表	33
図	42
文献	45

第Ⅱ部 精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度と悩む程度、および関連因子の検討

47

I. はじめに	47
II. 研究方法	47
1. 質問紙調査の実施	47
1) 対象者と対象施設	47
(1)予備調査	47
(2)本調査	48
2. 各調査票の構成	48
1) 『精神科看護師が体験する倫理的問題とその対処方法に関する調査』施設基礎データ・病棟基礎データ調査票	48
2) 『精神科看護師が体験する倫理的問題とその対処方法に関する調査』の構成	49
(1)フェースシート	49
(2)勤務する病棟の特徴	49
(3)精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度と悩む程度	49
(4)精神科看護師の倫理的問題に直面した時の対処行動	50
(5)道徳的完成尺度：「The moral sensitivity test」(MST)	50
(6)ナースのための自己表現(アサーション)チェックリスト	50

(7)Pines Burnout Measure	50
3. 質問紙の配布と回収の手順	50
4. 倫理的配慮	51
5. 分析方法	51
Ⅲ. 研究結果	51
1. 対象施設の背景	51
1) 設置主体	51
2) 診療体制	51
3) 全病床数および精神科病床数	51
4) 対象病棟の入院料	51
5) 応急入院指定病院または精神科救急医療施設の指定の有無	52
6) 措置入院の受け入れの有無	52
7) 施設内の倫理委員会の有無および、倫理委員会の構成メンバー	52
8) 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	52
9) 過去5年に看護師を対象とした倫理に関する教育講演などの企画の有無	52
2. 対象者の背景	52
1) 対象者の所属している施設の設置主体	52
2) 年齢	53
3) 性別	53
4) 免許	53
5) 最終専門学歴	53
6) 職位	53
7) 臨床経験年数	53
8) 精神科臨床経験年数	53
9) 教育機関における倫理に関する科目の受講	53
10) 倫理に関する講習会・勉強会等への参加経験	53
3. 対象者の所属している病棟の特徴	54
1) 病棟の病床数	54
2) 病棟の看護者数	54
3) 病棟の入院料別対象者数	54
4) 看護勤務形態別対象者数	54
5) 平均勤務者数	54
6) 病棟の開放度別対象者数	54
7) 患者の性別による病棟区分別対象者数	55
8) 病棟の特徴別対象者数	55
9) 看護方式別対象者数	55
10) 病棟の措置入院患者の受け入れの有無別対象者数	55
11) 病棟の夜間や休日の入院患者の受け入れの有無別対象者数	55

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	55
1) 倫理的問題を体験する頻度の平均値が高い項目	55
2) 倫理的問題を体験する頻度の平均値が低い項目	56
3) 倫理的問題に悩む程度の平均値が高い項目	56
4) 倫理的問題に悩む程度の平均値が低い項目	56
5. 「精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度と悩む程度」の信頼性と妥当性の検討	56
1) 尺度の信頼性	56
2) 尺度の内容的妥当性	57
3) 項目分析と項目の精選	57
4) 構成概念妥当性の検討	57
6. 精神科看護師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	57
1) 精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度と対象施設の背景	
2) との関連	57
3) 精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度と対象病棟の背景	
4) との関連	57
3) 精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度と対象者の属性との関連	58
7. 「精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度」の因子構造と構成概念妥当性	58
1) 標本妥当性	58
2) 因子構造	58
(1) 第1因子＜職場環境＞	58
(2) 第2因子＜強制治療＞	59
(3) 第3因子＜看護師の責任と感情＞	60
(4) 第4因子＜チーム医療＞	60
(5) 第5因子＜退院と意思決定＞	61
(6) 第6因子＜病名告知＞	61
3) 構成概念妥当性の検討	62
8. 倫理的問題に直面した時の対処行動	63
9. 「道徳的感性尺度」: 「The moral sensitivity test」(MST)	63
10. アサーティブネス	63
1) アサーティブネスのタイプによる得点	64
2) 対象者の基本属性との関連	64
3) 「精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度」との関連	64
4) バーンアウトとの関連	64
11. バーンアウト	65
1) バーンアウトスコア	65
2) バーンアウトスコアと対象者の基本属性との関連	65

3) 「精神科看護師が体験する倫理的問題の頻度」の合計得点との関連	65
IV. 考察	
1. 対象施設および対象者の特性	65
1) 対象施設の特性	65
2) 対象者の特性	66
(1)基本属性	66
(2)対象者の自己表現の特徴	67
(3)対象者のバーンアウトの特性	67
2. 精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度と悩む程度	67
1) 体験する頻度が高い倫理的問題	67
(1)退院に関する倫理的問題	67
(2)看護師の感情に関する倫理的問題	68
(3)自己決定に関する倫理的問題	68
2) 体験する頻度が低い倫理的問題	68
(1)強制治療に関する倫理的問題	68
3) 悩む程度が高い倫理的問題	69
(1)自殺に関する倫理的問題	69
(2)看護師の能力に関する倫理的問題	69
(3)医師との関係に関する倫理的問題	69
4) 悩む程度が低い倫理的問題	70
3. 対象施設・対象者の特性および他の因子と、「倫理的問題を体験する頻度」との関連	70
1) 対象施設の特性と「倫理的問題を体験する頻度」との関連	70
2) 対象病棟の特性と「倫理的問題を体験する頻度」との関連	70
3) 対象者の特性と「倫理的問題を体験する頻度」との関連	71
4) アサーティブネスと対象施設・対象者の属性、および「倫理的問題を体験する頻度との関連」	71
5) バーンアウトと対象施設・対象者の属性、および「倫理的問題を体験する頻度」との関連	71
VI. 結論	72
図表	74
文献	91

第Ⅲ部 精神障害者の人権保障にむけた教育プログラムの開発 92

I. はじめに	93
II. 研究方法	93
1. 教育講演の開催	93

2. 教育講演参加者に対する質問紙調査	93
Ⅲ. 結果	93
1. 院内教育における精神科看護倫理教育の開催	94
2. オープンレクチャーによる精神科看護倫理教育	94
3. 精神科看護倫理教育の内容の有効性に関する調査結果	94
4. 質問紙調査の分析結果	94
Ⅳ. まとめ	102
資料	104
第Ⅰ部資料	105
第Ⅱ部資料	110
第Ⅲ部資料	138
巻末資料 倫理関係文献一覧	182

《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》

第 I 部 わが国の精神科看護師が体験する倫理的問題と価値の対立

《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》

第Ⅰ部 わが国の精神科看護師が体験する倫理的問題と価値の対立

Ⅰ. はじめに

1987年の精神保健法の成立以降、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、わが国の精神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。患者の人権保障のためには、患者ケアにあたる看護師の倫理的意思決定能力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な問題を扱った研究は極めて乏しく、看護師が実践現場で体験する倫理的問題をどのように対処し解決したらよいのかという、患者の人権保障のための具体的な指針は得られていない。そうした指針を得るためには、まず、精神科看護師が実践においてどのような倫理的問題を体験しているのか、そこにどのような価値の対立が生じており、看護師がどのような対処方法を取っているのか、また看護師が体験する倫理的問題にはどのようなことが影響しているのかを明らかにすることが必要である。

そこで本研究では、精神科看護師が体験している倫理的問題、そこにある価値の要素や対立、および倫理的問題への影響因子を明らかにし、精神科看護領域における倫理的問題の解決策について検討することとする。

Ⅱ. 研究の目的

本研究の目的は、精神科看護師が体験している倫理的問題、そこにある価値の対立、倫理的問題に影響する因子を明らかにし、倫理的問題の解決策について検討すること、ならびに、精神科看護師が体験する倫理的問題を構成する価値の要素を明らかにすることである。

以上の目的を達成するために、本研究は次のような2つの段階を経て実施された。

第一段階として、精神科看護師が体験している倫理的問題、そこにある価値の対立、背景にある状況を明らかにし、背景に合う状況から倫理的問題に影響する因子を抽出し、倫理的問題の解決策について検討した。

第二段階として、精神科看護師が体験する倫理的問題を構成する価値の要素を明らかにした。

Ⅲ．問題の背景

精神医療における国際的な倫理指針は、1991年の国連決議「精神疾患を有する人への保護およびメンタルヘルスケア改善のための諸原則」に示されている。この原則は25原則からなり、第1原則において精神病患者の基本的自由と権利について7項目にわたって詳細に記載し、そのうち「精神疾患を有するすべての者は、可能な限り地域社会に住みおおよびそこで働く権利を有する」（原則3）と述べている。また、施設医療における患者の権利を、自己の治療計画への参加の保障（原則9：治療）、治療に対するインフォームドコンセントの保障（原則11：治療への同意）、権利の告知（原則12）、精神保健施設における権利と条件（原則13）、入院の原則（原則15）、不服申し立てに代理人を選定・指名できる権利（原則18：手続き的保障）、情報へのアクセス（原則19）、不服申し立ての保障（原則19：不服）などとして示している。

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、「通信・面会の自由」や「精神医療審査会への不服申し立て」などの権利が明示され、合わせて厚生省告示として「隔離・身体的拘束の際の遵守事項」などが明記され、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、いまだ国際的な倫理原則が十分に盛り込まれたとはいえない。

現実にはその後も精神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多々ある。統合失調症を中心とした精神医療の場は主に精神病院にあり、急性期など精神症状が激しい時期には閉鎖病棟や保護室など、閉ざされた場で治療が行われることが多く、このような精神医療の「密室性」が人権問題を生じさせてきたという事実を無視することはできない。

一方で、精神疾患を有する人の「同意能力」の問題が、患者の自己決定やインフォームドコンセントの能力への疑いを招き、精神医療における人権保障の発展を遅らせてきた側面もある（宇野，1995）。このことが端的に表れるのは、精神科特有の入院制度で、精神医療を受ける患者の人権について考える際には無視することはできない前提である。現行の日本の精神医療には、「非自発的入院」制度（医療保護入院、応急入院、措置入院、緊急措置入院）があり、この非自発的入院のもとで、患者の人権をどのように保障していくのが第一に問われることになる。さらに唯一の自発的入院制度である任意入院においても、全入院患者の7割を占めるとはいえ、その約半数は閉鎖病棟に入院しているという現状がある（精神保健福祉研究会監修，2001）。さらに、精神医療においては、入院医療機関における医師・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」が認められており、看護師の数が一般医療水準を満たしていない病院が全体の6割近い現状である（社会保険旬報，2001）。

さらに「非自発的入院」が法的に認められている精神医療という特殊性のなかでは、一般医療以上に医療者側が優位に立ちやすく、医療者－患者関係は「支配－被支配」

という一種の権力構造を生み出しやすいという危険性が常に内包されている（池原，2002）。したがって身体・心理・社会的に脆弱な立場に置かれた患者の自己決定はとりわけ困難となりやすい。

精神看護の実践の目的は、「精神看護の対象となる人びとが、人間的尊厳をもって、その人が望む生活をその人らしく生き生きと送れるよう援助すること」（田中，2001，p.10）と言えるが、そのような精神看護の実践においては、ノーマライゼーション、自律（autonomy）、自己決定が重要な概念として位置づけられることとなる。Fisher, L. (1999, p.34)は、自律について、「自律とは、自らの行動計画に従って行動を決定する際の、その人の個人的自由をいう。それは個人の独立であり、自己への信頼であり、自分に備わった自己決定の能力である」とし、精神看護に携わる者の任務は、この自分への信頼と意思決定を励ますことであると述べているが、「自己決定」の能力に障害を持つとみなされることによって「自己決定」の権利が侵害されやすい精神疾患を有する人びとのケアにこそ、「自己決定の尊重」が最大の倫理的原則として重要視されるべきであるといえるであろう。

精神障害者に対する看護にセルフケア理論を導入した Underwood, P.（南，稲岡監修，粕田編，1985より引用，p.46）は、自己決定能力の支援を看護の最も重要な機能としたが、精神看護においては、倫理上の基本原則である「自己決定の尊重」が、実践上の究極的な目的でもあるという特徴を有するといえる。

精神医療はまた、「社会生活の自由」を奪うという側面をもっており、地域生活への支援も、精神医療の倫理の問題を考える上で欠くことのできない視点である。2000（平成12）年現在の精神障害による入院患者数は約33万3712人であり、その平均在院日数は376.5日であり、5年以上入院している人の数は入院患者の43%（約14万人）を占めている（精神保健福祉研究会監修，2001）。このように多くの長期在院者を抱えた現状は先進諸外国でも例を見ず、「人権の確保」と「社会復帰の促進」を基本理念とした精神保健法成立以後、その後も幾度かの法改正（1993年、1995年、1999年に改正。1995年には精神保健福祉法（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律）と名称が変更）が行われ、また1996年から開始された「障害者プラン」においても、長期在院者の退院促進が目指されたが、社会復帰の促進は遅々として進まず、これらの数字は過去15年間ほとんど変化していない（大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課，1998）。

このような現状の中で、厚生労働省は2002年、「新障害者プラン（重点施策実施5ヵ年計画）」において、今後10年のうちに条件が整えば退院可能な約7万2千人の入院患者の退院・社会復帰を目指すと発表した。しかしこの10年という期間は、高齢化した長期在院者にとっては非常に長い期間となることは明白である。精神医療は「社会生活の自由」を奪うという側面をもっており、このように「社会生活の自由」が奪われている多数の患者がいるという現実がある以上、地域生活への支援もまた、患者の人権保障を考える上での重要課題であるといえよう。

しかし、このようにさまざまな問題を孕みながらも、1987年の精神保健法の成立以後、

時代は確実に地域精神保健福祉の方向へと動いていることもまた確かである。この間、1993年には障害者基本法の制定があり、その第3条において、精神障害者も「個人の尊厳が重んじられ、その尊厳にふさわしい処遇を保障される権利を有し」、「社会を構成する一員として社会・経済・文化その他のあらゆる分野の社会活動に参加する機会を与えられる」こととされた。1999年の精神保健福祉法改正の主要な狙いは、(1)入院患者の人権の尊重、(2)地域支援体制の充実、(3)保護者の義務の軽減であり、時代は確実に、「保護と収容」から「人権尊重と社会参加」へと移行している。また、2005年には障害者自立支援法が成立し、身体・知的・精神の3障害が一元化され、地域福祉サービスの体系が整えられた。障害によるサービスの格差や利用者負担など、さまざまな問題を孕んでいるとはいえ、ひと頃に比べれば地域支援システムの選択肢も少しずつ増えていることも事実である。精神障害者の社会参加への支援は、精神障害者の人権保障という観点からも、看護に課せられた大きな課題であるといえよう。

以上のように、精神医療においては、解決すべき倫理的課題が多数あると言える。またそうした倫理的課題を、さまざまな制度的・構造的限界の中で解決していかなければならないことがわかる。こうした状況の中で、患者の人権をどこまで保障できるのか、またその枠組み自体の改善をどの程度図っていけるのか、それらの鍵を握っているのが患者のもっとも身近な存在である看護職であるといっても過言ではないであろう。

IV. 文献の検討

ここでは、精神障害者の人権保障のための精神看護における倫理的課題に取り組むための第一段階として、精神看護を中心とした倫理に関する文献を検討する。内容は、1.看護倫理の概念の発展と看護における倫理指針、2.看護倫理の主要な理論・概念、3.看護における倫理的ジレンマの研究、4.日本の精神看護における倫理に関する研究から構成されている。

以上を通して、精神看護の倫理の基盤となる指針と現状、主要な理論・概念、研究の動向を明らかにするとともに、精神看護領域における倫理的問題についての探求すべき研究課題を明らかにする。

1. 看護倫理の概念の発展と看護における倫理指針

Fry(2001)は、看護倫理の発展について、それは専門職としての看護の発展と並行しているものであると述べている。すなわち、看護倫理に関する初期の教科書においては、身体的、道徳的な堅固、品位、教養、礼儀正しさ、慎み深さといったような純潔で従順な良き女性が良い看護師であるという考え方があった。従って、実践としての

看護倫理は、礼儀作法や医師に従順であることによって道徳的務めを果たすというものであった。第二次世界大戦後、患者ケアにおける看護師の役割は、医師の従順な補助者としての役割から責任をもつ自立した実践家への役割へと移行し、臨床における倫理的意決定を自立的に行えるような権限を求めるようになってきた。

専門職としての看護の発展に伴い、さまざまな看護組織が看護実践のための倫理規定を開発してきた。アメリカ合衆国では、1911年にアメリカ看護師協会（American Nurses Association, 以下 ANA と略す）が創設され、1949年に倫理委員会を設置している（石井, 2004）。1950年に開催された看護婦大会で、「ANA 看護師の規律 the ANA Code of Nurses」が採択されている。その間 1989年には国際看護師協会（International Council of Nurses, 以下 ICN と略す）が設立され、1953年の第14回 ICN 評議会において国際的な倫理規定としての「看護婦の規律 The Code of Nurses」が採択された。ICN の倫理綱領は、改訂を重ねたが、1973年には「国際看護婦倫理綱領」が採択され大きな改訂がなされた。ここで看護婦の基本的な責任として、健康の増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和が示され今日に至っている

その後世界中の様々な国の看護協会が、倫理規定を開発しており、わが国においても日本看護協会が1988年に「看護婦の倫理規定」を作成し、ICN による2000年の倫理綱領改訂を受けて、2003年に「看護者の倫理綱領」として改正された（日本看護協会, 2004）。

Sawyer (Fry, 2001 より引用, p.171) は、「これらの倫理規定において一致して認められているのは、実践能力に対する看護の責任、協働する人々と良い関係を保つ必要性、患者の生命や尊厳の尊重、患者の守秘義務の遵守、人種・宗教的信念・文化的慣習・経済的地位によって患者を差別しないという看護の倫理的責任」であると述べている。

2. 看護倫理の主要な理論・概念

看護倫理の理論については、未開発の段階にあり、看護倫理が生命医療倫理の一分野であるのか、あるいは独自の領域であるのかについても明確ではないと言われている（Fry, 1989）。看護における倫理は、伝統的な倫理理論に基づく倫理原則が教育、実践などにおいて用いられるのと同時に、近年ではケアの倫理が注目されている。看護実践における倫理的意決定に関する研究調査では、伝統的な倫理原則とケアの倫理の両方が用いられていることが明らかになっている（Cooper, 1991; Parker, 1990/Fry, 1998 より引用, p.33）。

伝統的な倫理学における理論によって導かれる倫理原則の中で、看護実践にとって重要な倫理原則として、自律 autonomy、誠実 veracity、善行 beneficence、無害 nonmaleficence、忠誠/守秘義務 fidelity/confidentiality、公平な分配(distributive

justice) がある (片田, 1999)。倫理原則は行うべき行為を明らかにするものであるが、看護を含む医療においては、これらの原則が対立する倫理的ジレンマと呼ばれるような状況が起こることが明らかとなっている (Bernard, L., 2003; 片田, 1999)。

これらの伝統的倫理に対しては、「人間の情感や苦痛、情熱の役割、文化的・歴史的・社会的環境から生まれた倫理的考え方が切り離されてしまっていることなどに注意が足りないことが批判されている (Fry, 1994, p. 28)」という指摘がある。倫理的な課題に倫理原則を適用する際の批判に対して、心理学者の Gilligan, C (1982) はフェミニストの立場から女性の道徳性の発達における研究を行っている。女性が伝統的倫理学の理論に従って道徳的課題に倫理原則を当てはめるのではなく、ケアの特質や、関係性への責任、個人間の絆の維持、自己の統合を維持することなどの方法を中心としていることを明らかにした。また哲学者の Noddings, N. (1984) は、ケアリングという人間の行為を基盤にした倫理理論を発展させている。ノディングズは、著書「ケアリング」の序章で「人間のケアリングと、ケアしたり、されたりした記憶を、わたしは倫理的な応答の基礎を形成するものであると主張しよう (p. 1)」と述べている。ケアリングに基づく倫理は、「ケアする態度を維持しようと努力し、したがって、自然なケアリングに依存しているのであって、それを越えているのではない。だから、倫理的な行動の源泉は、2つの心情—他人に対して直接に感じる心情と、最初の感情を拒否するよりはむしろ受け容れ、維持するかもしれない最善の自己に対して、またそれによって感じる心情—のうちにある (p. 125-126)」とし、倫理的行動の一番重要な指針が原理や原則であるという考え方を否定 (p. 8) している。

看護倫理理論に有効なケアリングモデルとして、Noddings の他、Pellegrino, Frankena, W. K. による理論がある (Fry, 1989)。

Gilligan や Noddings のケアリング理論を基盤として、Benner や Bishop らが哲学者とともに看護における本質的な倫理を明らかにしようとしている。看護師である Bishop (Bishop & Scudder, 2001, まえがき p. iii) は、看護とはケアリング実践であり、「ケアすることはそれ自体道徳的な行為である」としたうえで、看護倫理について「看護倫理とは、看護実践に倫理をあてはめるといようなものではなく・・・(中略) 実践の中にある道徳観こそが、看護倫理の推進力となる」と述べている。

看護実践では、道徳的な行為としての看護の目的に沿った他者との関係性を含む複雑な状況の中で、倫理的な意思決定を行っていかなければならない。このような看護における倫理的な意思決定を行うために、幾つかのモデルが開発されている。Thompson らの倫理的な意思決定モデル (Thompson & Thompson, 1992) では、批判的探求と道徳的推論が用いられており (p. 109)、これは以下の 10 のステップとして開発されている。分析の過程 (ステップ 1-7)、比較検討と正当化の過程 (ステップ 8)、選択 (ステップ 9)、評価 (ステップ 10) から構成されている。また Thompson らは道徳的推論に不可欠な要素として、その人の思考過程や個人的価値観を明らかにすることが重要であ

ると述べている。

Fry(1994)は、「倫理的意思決定には、倫理的感受性と道徳的推論能力を高めることが重要である (p.3)」とし、また倫理的意思決定のためには、個人的信念と価値観、看護実践のための倫理概念、倫理への接近法、倫理的行動の基準を統合する必要があると述べ、看護の倫理的・文化的多様性のための意思決定モデルについても提示している。それは、1. 価値の対立の背景にある事情は何か？、2. 状況に含まれている価値の重要性は何か？、3. 関係する人それぞれにとって対立の意味するものは何か？、4. 何をなすべきか？、という4つの課題に取り組むことから成り立っている。このような倫理的意志決定に関するモデルは、臨床における複雑な状況の中で、看護師が意志決定をする際の具体的指針を提供するものであるといえよう。

3. 看護における倫理的ジレンマ

我が国においては、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り、看護師が状況の中で倫理的判断や意思決定を行うことが必要とされるようになってきた。日々の看護業務の中には倫理的側面での意思決定を迫られる場面が実に多く含まれており、そのような倫理的意思決定がうまく下せない時に看護師はジレンマに陥る。

ここでは、看護における倫理を考えていく上で、日常的に看護師が感じている倫理的ジレンマがどのようなもので、またこの倫理的ジレンマに対してどのような取り組みが成されているかについて検討する。

広辞苑によると、ジレンマとは、「相反する2つの事の板挟みになって、どちらとも決めかねる状態」と説明される。Bernard(2003)は、倫理的ジレンマについて「相反する2つの倫理的根拠があって、その根拠に優劣をつけがたい場合、そのどちらを選択すべきかに悩む状況 (p.2)」と定義している。看護師は看護業務を遂行していく中で、2つの相反する価値観のどちらかを選択するかに悩むという状況があり、看護師のジレンマは「看護師の気持ちに割り切れない思いがくすぶっている状態」に対して用いられる(小島 1997, ベンジャミン M 1995)。

医中誌 Web.で「倫理的ジレンマ」・「看護」をキーワードに過去10年間の文献検索を行ったところ、文献数は35件と非常に少なかった。そこで、キーワードを「倫理」・「葛藤、ジレンマ」・「看護」として同様に過去10年間の検索を行ってみたところ、83件の文献が検索された。そして、これらの83件の内訳は、ターミナルケアや緩和ケアを含めたがん看護に関するもの22件、基礎看護教育や臨地実習等の学生に関するもの13件、看護管理の視点からのもの12件、クリティカルケアに関するもの8件、在宅に関するもの5件、透析・移植・遺伝子治療に関するもの4件、不妊治療や出生前診断などの母子に関するもの3件、臨床試験に関するもの2件、その他14件であった。これらの結果より、日本での看護にお

ける倫理および倫理的ジレンマについては、まだ十分に研究されていないのが実情と考えられる。

前述のように、日本において看護の立場から倫理的ジレンマについて言及した研究論文はまだあまり多くはないが、日本看護協会（1997）では、看護師実態調査の一環として看護師が直面する看護倫理上の“悩み”に関する調査を行い、業務上の倫理問題の発生頻度について明らかにしている。それによると、看護師が一番悩むのは「自分の能力を超える仕事をしなければならない時」であり、また一番直面するのは「医師の指示が対象者にとって最善ではないと思いながら従わなくてはならない時」であった。このような悩みに対して、第三者に相談する・関係者と話し合う・文献を読む・一人で悩むという対処方法が上位を占めており、職場の倫理委員会等の公的な場に持ち込む対応は僅かであった。

また、渡辺ら（1997）によると、保健・医療・福祉の5つの専門職（医師、看護師、言語聴覚士、地域のソーシャルワーカー、病院のソーシャルワーカー）の倫理的ジレンマについて事例をもとに比較調査した。その結果、医師と看護師は他の専門職に比べて倫理的判断および倫理的ジレンマへの対処方法が最も大きく異なっていた。医師と看護師は、患者中心という同じ姿勢を持った医療者でありながらお互いに合意できないことが多く、その根底には両者のコミュニケーション不足が潜んでいることを示唆していた。

Silva(1990)は、倫理的ジレンマには Smith と Davis(1980)の研究成果から得られた「不満足を伴う選択肢間の葛藤」・「倫理原則間の葛藤」・「根拠をどこに置くべきかの葛藤」・「役割遂行の義務と個人の倫理的価値観との間の葛藤」・「倫理と法律との間の葛藤」という5つの道徳的葛藤のうち、少なくとも1つ以上の葛藤が含まれていると述べている。このことは、看護師の体験する倫理的ジレンマを漠然とした形で捉えるのではなく、ジレンマの背景に何があるかを分析的に理解する上で重要と考える。

さらに、勝原（2003）は看護管理の立場から、看護部長の倫理的ジレンマがどのような道徳的要求の衝突によって生じているのかを明らかにするために、25名の看護部長を対象に面接調査を実施した。その結果、合計48の倫理的ジレンマが確認でき、それらは17種類の道徳的要求のいずれか2つ以上がぶつかり合って生じていることが明らかになったと報告している。今日の医療に経済原理が導入されるようになってから、看護管理者がコストを削減することと看護の質を保証することの両立に苦慮する姿が顕在化し、管理者の倫理、もしくは組織の倫理が新たな課題として注目されるようになってきた。看護部長は、看護部門の最高責任者として高い倫理的感受性と倫理的対応能力を求められるが、年々とその役割と責任範囲は拡大し複雑になってきている。そのような状況の中で、看護部長の抱える倫理的ジレンマを明らかにすることは、職場に倫理的風土を確立していくための第一歩として重要と考える。

近藤（2003）は、がん看護CNSの立場から倫理的ジレンマに対する看護の取り組みとして、臨床看護実践の場にある倫理的問題を＜感じる＞こと、次にもやもやと感じた問題を言葉にして＜表現＞すること、そして最後にその問題に＜取り組む＞ことを提唱し、その

実践的取り組みとして北里大学病院における「看護倫理委員会」の設立までの経緯と其中での活動を紹介している。この取り組みについては、岡崎・小島等(2004)の著書の中で詳細に述べられている。看護上の倫理的問題に取り組むためには、看護師一人ひとりが倫理的感受性および倫理的判断能力を向上させ、組織として看護倫理実践システムを構築し、倫理的問題を話し合う機会や場をもち、サポート体制の中で倫理実践活動を進めていく必要があるとしている。そして看護倫理実践システムを構築するためには、第1段階として、「看護倫理検討会」等を設けて実情把握・問題整理・対応策の検討を行い、同時に学習会や研究会を重ねていく。次に第2段階として、「看護部倫理委員会」を設置し看護部の正式な委員会としてサポートし、推進してその責任を担う。そして最後の第3段階として、看護倫理を実践するためのスタッフ教育のプログラムを開発・実践・育成を行う。なお、「看護倫理委員会」は、事例検討という形をとりながら、倫理原則・患者の権利に関する基本法・看護師の倫理規定等を枠組みとして、できるだけ多くの意見を出し合うことを目的に開催される。北里大学病院でのこのような看護倫理実践システムを構築しての組織的な取り組みは、多くの施設の看護倫理実践モデルとして大きな示唆を与えるものとする。

また、塚本ら(1998)は基礎看護教育の観点より、看護ジレンマ場面における道德判断の発達と社会的相互作用の関連性を明らかにするために、看護学生 81 名を対象に Kohlberg の道德段階に基づいて作成した「5つの看護ジレンマ場面へのジレンマテスト」および「社会的相互尺度」を用いた質問紙調査を実施した。その結果、社会的相互作用が看護ジレンマ場面における道德判断の発達に関連していることが明らかになった。社会的相互作用には、「他者との交流」「集団としての活動」「自発的活動」「マスコミとの接触」「書物との接触」の5つの内容があるが、その中でも「他者との交流」という身近な存在である親や兄弟・友人や親友・異性・教員等との相互作用が道德判断の発達に大きく影響していた。このことは、看護における倫理的ジレンマに対処していくために、看護基礎教育の中でどのように道德判断を発達させていくべきかを示唆するものであるといえる。

4. 日本の精神科看護における倫理に関する研究

わが国における精神科看護の倫理に関しては、精神科看護技術協会が1988年に「精神科看護倫理要項」(現「精神科看護倫理綱領」精神科看護技術協会、2004)を公表し、精神科看護の議論において指針とされてきたが、倫理に関する研究そのものは、少なく解説や総説が多くを占めている現状である。

精神科救急医療施設の保護室における看護師の倫理的配慮を明らかにするために、榎戸(1998)は、15名の看護師を参加観察し、それに基づくインタビューを行ない、患者の行動制限と意思の尊重に関わるバランスという形を明らかにした。このバランスは、患者の自立性との兼ね合いから何を優先するかという形で、「患者の安全を優先する」「第一に患者の意思を尊重する」「病棟の秩序を優先する」というカテゴリーを

見出している。看護師の保護室における倫理的配慮は、患者の行動を制限するという倫理的特殊性を踏まえたうえで、患者の自立性の限界を見極めるだけでなく、その自立性を支え、強めていき、また倫理的配慮は行為や判断の中に含まれ、看護行為の結果からではなく、判断のプロセスから見出され、経験の中で自然と判断や行為に溶け込んでいくものであると報告している。

精神科看護における倫理の実態調査として、宇佐美（1999）が10名の看護師に面接調査を行い、ケアの倫理に関する実態として、「患者のニーズを見極めること」、「患者への安心感と看護者がやりすぎてしまうこと」、「自分にできることの見極め」、「家族の意思の尊重と患者の意思の尊重のバランス」を分類し、ジレンマとして「隔離・抑制への罪悪感」、「長期入院患者への無力感」が見られたと報告している。また調査を通して看護者が倫理を語る場合には、うまくいかなかったケースを語ることが明らかになったと報告している。

Fisher, L. (1999) は、日本における学会での講演の中で、倫理原則等は西洋文化から生まれてはいるが、精神疾患の症状は文化や政治を越えて共通しており、患者に対する見方には、文化を越えて共通した価値観があるのではないかと述べている。その上で、自律（autonomy）は、相手への尊敬をあらわすだけではなく、精神科患者と働くときの基盤で、看護師の任務は、この信頼と意思決定を支え、励ますことにあると述べている。また米国で患者権利運動や患者権利擁護サービスが動き出し、自分たちの実践を振り返ったときに、精神障害者の体験に敏感になったことが、患者に自律と尊厳を与える移行期を乗り切ることができたと述べている。そのため、様々な患者および家族の権利擁護のグループや精神疾患患者についての書籍、ビデオによつての学習が有効であったことを報告し、日本での実践への示唆を与えている。

精神科看護者の倫理的悩みとその解決方法についての調査の中で大西（2003）らは、80名の精神科看護者に質問紙調査を行い、多くの看護者が悩んでいる倫理的問題として、「病状が落ち着いていて、支障なく日常生活を送っている患者が退院できないでいる」、「患者の行動や持ち物など、もっと自由に認めてあげたいが、事故が起きても困る」、「記録などの病棟業務が多く直接の患者ケアの時間が足りない」、「人手が足りず、十分なケアができない」、「医師が患者の悩みをよく聞いてくれない」があるとし、その中でも患者が退院できないでいる社会的入院に対して最も悩んでいると報告し、臨床においても、社会的入院の患者への倫理的問題を抱えていることがわかる。

内布（2003）は「臨床の場面の中には倫理的な問題としてはっきり認識される場合もあるが、倫理感覚が洗練されていなければ、何か得体の知れない不快な感覚として長く看護師の気がかりとして残る。わが国における看護教育における倫理教育の不十分さを考えると、『これでいいのだろうか？』というあいまいで不快な感覚として察知されているのではないかと述べており、精神科看護における倫理的問題も、現時点では問題としてはっきり認識されるものは少なく、疑問、不全感、難しさなどのよう

な感覚として捉えられていることも多いのではないかと推察される。

以上から、精神障害者の人権の保障が専門職としての看護に求められている中、精神看護の倫理性を向上させるためには、まず、看護師が看護ケア実践の中でどのような倫理的問題やジレンマに直面しているのかを明らかにすることが必要であると言える。また看護には、ケアリング行動という本質上、状況・文脈依存的であるという特徴があるため、看護のそうした特徴を考慮し、精神看護における倫理的問題を状況や文脈も含めて具体的に把握し、その解決策について考えることが重要であることも示唆された。

したがって、精神看護における倫理的問題に関する研究課題として、(1)精神看護の実践の中で看護師はどのような倫理的問題やジレンマを経験しているのか、その状況や文脈も含めて抽出すること、(2)精神看護の倫理に関わる看護師の意識や技術の構成要素や影響因子、およびそれらの関係について明らかにし、倫理的問題の解決策について検討すること、(3)精神看護に携わる看護師の倫理的意志決定の能力を高めるための教育プログラムを開発し、その効果を検証すること、などが挙げられる。こうした研究課題について、系統的な調査・研究を推し進めていくことが必要であると言える。

V. 研究方法

研究デザインは、質的帰納的研究デザインであり、方法として面接法を用いた。なお、本研究は、その目的を達成するために、二段階のプロセスを経て実施された。

以下、研究の第一段階、第二段階に分け、研究方法を記載する。

1. 第一段階の研究手法

1) 研究対象者

精神科病棟において3年以上の臨床経験を有する看護師であることを条件とし、研究者らのネットワークを通じて個人的に研究協力への同意を得られた者16名を対象とした。

2) データ収集方法(資料I-1.)

第一段階では、フォーカス・グループ・インタビューによって、データを収集した。インタビューでは、インタビューガイド(資料I-1.)を用いて、半構成的に、対象者らが臨床で体験した倫理的問題のエピソードについて語ってもらった。

特に研究の初期段階で、フォーカス・グループ・インタビュー法を用いた理由は、第一に、研究者ら自身が、このような領域の研究に携わることが初めてであり、日本

の精神科看護の倫理的問題としてどのような事柄が挙がってくるのか予想が付きにくかったこと、第二に、日本の精神科看護の現状から考えて、同じく対象者らも、倫理的問題に対する認識はあまり高くないことが想定されたので、フォーカス・グループ・インタビュー法を用いることで、対象者らがグループ・インタビューでのディスカッションを通して、相互に刺激し合い触発し合うことで、倫理的問題を想起しやすくなり、十分なデータを得られると考えられたためであった。したがって、フォーカス・グループ・インタビューによって、精神科臨床にある看護師が体験する倫理的問題についてある程度の知見が得られた段階で、第二段階のより深く状況を聴取できる個別インタビュー調査へと移行した。

インタビューガイドは、Fry, S. (1994/1998)による看護師の倫理的責任および価値の対立の事例、ならびに世界看護師協会（ICN, 2001）の「看護師の規律」を参考にし、精神科における一般的な倫理的問題の例を研究者らで作成し、それを提示した。これは上記と同じく、いくつかの例を提示することで、対象者らが倫理的な問題を想起しやすいようにするためであった。面接内容は同意を得た上で録音し、逐語録を作成し、データとした。

3) データ分析方法(図 I-1.)

第一段階においては、インタビューによって得られた倫理的問題のエピソードごとに、Fry(1994/1998, pp. 73-199)の「看護実践における倫理的・文化的多様性のための意思決定モデル」を参考に、倫理的問題の内容、価値の対立、背景にある状況という3つの分析の軸を設定し、それらの観点から内容分析を行い、倫理的問題の内容、そこにある価値の対立、背景にある状況について明らかにするとともに、背景にある状況から倫理的問題に対する影響因子を抽出し、それぞれの倫理的問題の解決策について検討した(図 I-1.)。

4) データ収集期間

データ収集期間は、2005年1月～4月までであった。

2. 第二段階の研究手法

1) 研究対象者

研究対象者は、精神科病棟において3年以上の臨床経験を有する看護師であることを条件とし、第一段階の対象者に加え、総合病院精神科に調査協力依頼をして研究参加への同意の得られた者12名を対象とした。したがって、研究の第一段階の対象者16名に加え、合計で28名から得られたデータを第二段階の分析対象とした。

2) データ収集方法

第二段階では、個別インタビュー法（1 回約 1 時間）を用いて、データを収集した。インタビューガイドは第一段階と同じものを用い、同様に、面接内容は同意を得て録音し、逐語録を作成してデータとした。

3) データ分析方法

インタビューによって得られた倫理的問題のエピソードごとに、価値の対立について内容分析を行い、そこに含まれる価値の要素を分類・整理した。

4) データ収集期間

データ収集期間は、2005 年 1 月～11 月までであった。

3. 倫理的配慮（研究の第一段階・第二段階）

研究の第一段階、第二段階ともに、以下のような倫理的配慮を行った。

1) インフォームドコンセント（資料 I-2. 資料 I-3.）

研究対象者に、研究の目的、方法、結果の開示方法、プライバシーの保護等について、「説明文書」（資料 I-2.）を用いて説明した。その際、研究への参加あるいは不参加および途中辞退の自由、途中辞退や研究参加の拒否により不利益が生じないことを説明した。研究参加の同意が得られた場合には、研究者と研究対象者と間で、署名交換（資料 I-3.）を行った。

2) プライバシー・匿名・秘密保持

データに含まれる対象者、インタビューの中で語られた患者、および対象者の所属する組織の匿名性を確保し、個人および組織が特定されないようにした。収集されたデータはプライバシー保護のため、二重連結可能匿名化とし、情報を特定できないように対応表を作成した。対応表は外部記憶装置に保存し、情報管理者が鍵のかかる金庫などに保管した。情報管理責任者は本研究責任者とした。研究終了後は、対応表、情報等のすべてを破棄した。破棄時は、連結不可能匿名化として焼却処分とした。

3) 研究参加によって想定される心理的外傷への配慮

本研究への参加により心理的外傷を生じる可能性は低いと考えられたが、ただし対象者が過去に体験した倫理的ジレンマを想起した場合には、不快感が生じる可能性があり、その可能性に対して、以下のような対策を講じた。

(1) 研究参加を拒否する権利、あるいは研究の途中や終了後でも参加を中止する権

利を保障する。

(2) 話された倫理的ジレンマについて、研究者は共感的な態度で聞くとともに、解決に向けての意見交換をすることにより、対象者が研究参加により倫理的問題の解決に向けて少しでも前進できるよう配慮する。

(3) インタビューの中で話されたことや、語られた患者のプライバシーの守秘を厳守する。

4) 倫理性の保証

東京女子医科大学倫理委員会での審査・承認を得た。

VI. 結果

1. 第一段階の研究結果：精神科看護師が体験する倫理的問題の内容・価値の対立・影響因子と解決策の検討

1) 対象者の背景

対象者は16名であった。対象者の性別内訳として男性4名(25.0%)、女性12名(76.5%)、平均年齢は34.0歳(範囲：26-49)、平均臨床経験年数8.56年(範囲：3-16)、平均精神科臨床経験年数7.06年(範囲：3-12)、看護の教育機関における倫理に関する受講の有無は、無しが5名(31.2%)、有りが11名(68.8%)であった。

2) 精神科看護師が体験する倫理的問題の内容・価値の対立・影響因子および解決策の検討(表I-1. 表I-2. 表I-3. 表I-4. 図I-2.)

面接により19の倫理的問題のエピソードが収集できた。精神科における倫理的問題とそれが生じる状況全体についての理解を得るために、エピソードごとに、倫理的問題の内容、価値の対立、背景にある状況の観点から内容分析を行い、背景にある状況から倫理的問題に対する影響因子を抽出するとともに、それぞれの倫理的問題の解決策について検討した。

以下に分析事例の中から、5つの代表例を記載する。

(1) エピソード1 (エピソード No.1)

倫理的問題の内容：患者の自己決定に関するもの

当時大学生であった統合失調症の患者が、入院中に本人の希望に反して、病状の悪化を

心配する周囲の判断で大学を辞めることになった。そのときにはそれで仕方がないと思っていたが、今になると患者の意見を確かめてみるべきではなかったかと思うことがある。

価値の対立：患者の権利と治療的価値

倫理的問題の背景にある状況：

- ・ 患者の権利という意識が臨床にあまりなかった。→＜影響因子＞：精神障害者の権利に対する認識
- ・ 看護師が患者の代弁者になるという感覚があまりなかった。→＜影響因子＞：看護師の役割に対する認識
- ・ 患者の病状がだんだん悪くなるのではという先入観があった。→＜影響因子＞：精神障害に対する固定観念
- ・ 患者自身がうつになっていて、自分の権利を主張する力がなかった。→＜影響因子＞：患者の精神状態

検討された解決策：

患者の権利に関する認識の向上、看護師の倫理的知識の向上

(2)エピソード2（エピソード No.5）

倫理的問題の内容：隔離・拘束に関するもの

躁状態の患者。夜間人手がないときに、他の患者の部屋に入ってしまったりといった迷惑行為があった。一緒に付き添っていれば拘束を使用する必要はないが、夜間で2人しか看護師がいない状況のなかで、拘束をしようすることになった。状況によって拘束の使用基準が変わってしまうことについて、それでよいのかと悩んだ。

価値の対立：専門的価値と人手不足

倫理的問題の背景にある状況：

- ・ 躁状態の患者で、話せばわかる面もあるが、行動として落ち着かないところがある。
→＜影響因子＞：躁状態という患者の特性
- ・ 夜勤帯の人手が手薄な状況→＜影響因子＞：マンパワー

検討された解決策：

夜勤帯の人手不足の解消

(3)エピソード3（エピソード No.20）

倫理的問題の内容：服薬に関するもの（指示薬の使用）

入院中の神経症の患者。当時受け持ち看護師であったが、訴えが頻回でたびたびナースステーションに来ていた。治療方針として指示薬を使用することになっており、自分としてはその時点では訴えにきたときに薬を使用したほうがよいと判断していたが、同僚からは「受け持ち看護師なのだから患者がもう来ないようにしてほしい」といったことを言われた。しかし当時経験があまりなく、職場の人間関係を考えると自分のよいと思う看護方

針について主張できなかった。

価値の対立：専門的価値と職場の人間関係

倫理的問題の背景にある状況：

- ・ 頻回な訴えのある患者で、スタッフにその患者に対する陰性感情があった。→＜影響因子＞：訴えの多い患者（患者の特性）
- ・ 看護師としての基本的な職業倫理がないスタッフがいる。→＜影響因子＞：看護師の倫理の知識、倫理的感受性
- ・ 受け持ち看護制をとっていたので、患者の訴えをどうにかしろという受け持ち看護師への責任の押しつけがおきていた。→＜影響因子＞：看護システム
- ・ チームで働いているので、自分自身は対応ができて、他のスタッフへの遠慮や全体の意見に流されるところがある。→＜影響因子＞：チーム内力動、職場の人間関係
- ・ 当時経験があまりなかったので、経験のあるスタッフに意見をいえるだけの根拠が自分の中になかった。→＜影響因子＞：看護師の経験による立場

検討された解決策：

患者理解、チーム全体をよくしていくための管理的アプローチ、立場による戦略的対処、看護師に対する倫理教育

(4)エピソード4（エピソード No.37）

倫理的問題の内容：退院に関するもの

退院させようと考えている統合失調症の患者。地域での生活では、生活を支援してくれる社会資源が必要だが、その地域ではある1つの団体が多くの社会資源を運営しており、以前に利用した折に、職員とうまくいかなかった経験から、患者はその団体の社会資源を利用したくないと言った。対人関係を築くのが難しい精神障害者にとって、現在の社会資源の少なさを考えると実際に退院させるのが難しくなってしまう。

価値の対立：専門的価値と社会的条件の限界

倫理的問題の背景にある状況：

- ・ 患者の対人関係能力に障害がある→＜影響因子＞：患者特性
- ・ 利用できる社会資源の少なさ→＜影響因子＞：社会資源の少なさ
- ・ 精神障害者施策の貧困→＜影響因子＞：施策の貧困

検討された解決策：

精神障害者施策の充実、社会資源の整備

(5)エピソード5（エピソード No.19）

倫理的問題の内容：服薬に関するもの（プラセボの使用）

不眠の訴えの多い神経症の患者。不安時の指示薬がプラセボであり、患者は抗精神薬だと信じて服薬している。治療の指示ではあるが、患者を騙しているようで良心が咎める。

嘘だとわかったら患者の信頼を損ねるのではないかという恐れがあった。話を聞くなど他の方法もあるのではと思いながらも、忙しさの中で薬を渡していた。(当時は)新人だったので、その疑問を言いづらかった。実際には忙しいと言っても同僚間でおしゃべりしていたりということもあったが、同僚の中ではその患者についてプラセボで効く程度の不安だという話になってしまっていた。

価値の対立：道徳的価値（嘘をつかない）と専門的価値

倫理的問題の背景にある状況：

- ・プラセボを使用することの合意がチーム内でもたれておらず、医師の指示の意図が共有されていなかった。→＜影響因子＞：チーム内での合意のなさ、医師の指示という権威
- ・話を聞くなどの他の方法もあると思ったが、忙しさの中で渡していた。→＜影響因子＞：忙しさ、マンパワー
- ・当時新人であったために、疑問を言いづらかった。→＜影響因子＞：看護師の経験年数や職位
- ・同僚の中に、頻回な訴えをする患者への嫌気があった。→＜影響因子＞：神経症患者の心気的な訴え、看護師の陰性感情
- ・忙しいと言ってもおしゃべりしていることもあり、きちんと患者に対応していないから訴えてくる面もある。→＜影響因子＞：看護の自立した判断

検討された解決策：

患者理解、カンファレンスによる治療方針の共有、事例検討、陰性感情の自覚、陰性感情のカタルシス、看護師の専門的能力の向上、医療法特例の廃止

19 エピソードについて以上と同様の分析を行った結果、倫理的問題の内容は、患者の自己決定に関するもの（1件）、患者のプライバシーに関するもの（1件）、入院時の移送に関するもの（1件）、服薬に関するもの（3件）、隔離・拘束に関するもの（3件）、電気けいれん療法に関するもの（1件）、退院に関するもの（2件）、身体合併症に関するもの（2件）、病棟内規則に関するもの（2件）、家族に関するもの（1件）、他のスタッフの非倫理的な態度に関するもの（2件）であった（表Ⅰ-1.）。

それらのエピソードに含まれる主要な価値の対立として、①患者の権利と治療的価値の対立、②専門的価値と人手不足、③専門的価値と職場の人間関係、④専門的価値と社会的条件の限界、⑤道徳的価値と専門的価値、の5つがあった（表Ⅰ-2.）。

倫理的問題への影響因子としては、①患者の特性（疾患の性質、精神状態、自我の脆弱性、社会的条件、精神障害に対する偏見・固定観念、精神障害者の権利に対する認識）、②構造上の問題（人手不足、夜勤時の手薄なマンパワー）、③精神保健システムの不備（移送制度の不十分さ、精神科以外の診療科との連携不足、社会資源の乏しさ、長期入院の実態）、④看護師の特性（経験年数、職位、専門的能力、倫理の知識、倫理的感受性、陰性感情、不安）、⑤職場の人間関係（ヒエラルキー、チーム医療、経験年数による職場での立場）、

⑥精神科看護の特性や文化(病棟内規則、看護行為の科学的根拠の薄さ)、が挙げられた(表 I-3.)。

エピソードごとに解決策を検討した結果、解決策は、実践、管理、教育、研究、政策の分野にわたり考えられた。「実践・管理」に関わる解決策として、患者理解の向上、精神障害者に対する偏見の自覚、精神科看護の専門的能力の向上、陰性感情の自覚やカタルシスの機会の提供、事例検討やカンファレンスの活用、チーム全体にむけた管理的アプローチが挙げられた。「教育」に関わる解決策としては、倫理教育の普及、精神科看護の専門性を向上させる教育があがった。また「研究」に関わる解決策としては、精神科看護の倫理や精神障害者の人権に関する系統的な研究調査の必要性があげられた。「政策」に関わる解決策としては、移送制度、社会復帰施設の整備拡充を始めとする精神障害者の医療・保健・福祉に関わる諸制度や資源の整備拡充が挙げられた(表 I-4.)。

以上をまとめると、図 I-2.に示す通りとなった(図 I-2.)。

2. 第二段階の研究結果：精神科看護師が体験する倫理的問題と価値の対立、および価値の要素

1) 対象者の背景(表 I-5.)

フォーカス・グループ・インタビューおよび個別面接に参加した全対象者は、28名であった。対象者の背景を表 I-5.に示す(表 I-5.)。対象者は全員が看護師であった。性別内訳をみると、男性4名(14.3%)、女性24名(85.7%)であり、平均年齢は32.89歳(範囲：24-49、SD：5.85)であった。臨床経験年数は、平均8.71年(範囲：3-31、SD：5.42)、精神科臨床経験年数は、平均6.39年(範囲：3-12、SD：2.88)であった。現在の職位は、スタッフ13名(46.5%)、教員6名(21.4%)、学生3名(10.7%)、主任3名(10.7%)、専門看護師3名(10.7%)であった。

看護教育の最終学歴は、専門学校3名(10.7%)、短期大学5名(17.8%)、大学6名(21.4%)、大学院修士課程13名(46.6%)、科目等履修1名(3.5%)となっていた。教育機関における「倫理」あるいは「看護倫理」に関する科目の受講については、無しが8名(28.6%)、有りが20名(71.4%)、人権保障や倫理的問題に関する講習会や勉強会等への参加経験については、無しが12名(42.9%)、有りが16名(57.1%)であった。

2) 精神科看護師が体験する倫理的問題とそこにある価値の対立(表 I-6. 表 I-7. 表 I-8.)

研究の第一段階ならびに第二段階のデータ収集の結果、最終的に68の倫理的問題についてのエピソードを収集した。エピソード全体の概要を表 I-6.に示す。対象者が体験した倫理的問題を内容別に分類すると、24サブカテゴリーから成る8カテゴリーになった(表 I-7.)。また、精神科看護師が体験している倫理的問題に含まれる価値の対立をまと

めると、表Ⅰ－8.に示す通りとなった（表Ⅰ－6. 表Ⅰ－7. 表Ⅰ－8.）。

以下に、それぞれの価値の対立の具体的内容を記述する。なお、記述は、インタビューの逐語録をもとに内容を要約したものである。

(1)患者の権利との対立

①患者の権利（自己決定・知る権利・プライバシー・自立など）／治療的価値 1,42

*注）スラッシュ／は、対立を表す。数字は該当するケースナンバーを示す。以下同じ。

ケース No.1 大学在学中に統合失調症を発症して入院していた患者。患者自身は大学を続けるべきかどうか悩んでいたが、治療者側は、患者が大学で勉学を続けるのは困難であり、病状悪化につながるとの判断から、退学を勧め、患者は結局退学したが、あれでよかったのかと今になって悩むことがある。

ケース No.42 16歳から入院している20代の患者。現在は慢性期の病棟に入院している。家族のサポート力がなく、ケースワーカーは患者が20歳になったら世帯分離をさせて単身生活させるというプランで入院を継続してきた。退院させるべきではないかという意見もあったが、実際に患者自身も生活能力が低く、退院させずにきてしまった。自分としては16歳からという若い時期を精神病院、慢性期病棟というところで過ごさせてしまってよかったのだろうかという思いを持っている。早く退院させたいと思うが、現実には病状や生活能力のなさから難しく、どうしたらよいだろうと思っている。

②患者の権利／現実の限界（患者に決定能力がない、問題解決法がない、社会資源がない）

26,27,37,38,39,40,45

ケース No.26 精神科に長期入院をしており、家族もいず、身体疾患によりターミナル期にある患者の場合、その意思決定や治療の選択などが医療者によって決められることがあり、患者の自己決定を医療者が代行していていいのだろうかと思いがあがるが、実際に患者にも自己決定能力がなく、どのように考えたらよいか悩むことがある。

ケース No.27 精神科に入院している患者が身体合併症を起こしても、専門的治療をする医師や設備が不足しているために、十分な治療を受けられない場合がある。

ケース No.37 病院から患者を地域に退院させようとしたが、その地域の資源の多くはあつた一つの団体が運営しており、その患者はそれまでにその関連施設を利用したときに対人関係がうまくいかなかった経験があり、それらの施設を利用することを嫌がった。しかし他に社会資源はなく、それらの資源を利用しなければ退院は難しいと思われ、どうしたらよいだろうと思った。

ケース No.38 退院に結び付けたい患者がいるが、家族の高齢化や核家族化、地域の偏見や社会資源の乏しさなどがあり、退院にもっていくことが非常に難しい。

ケース No.39 退院に結び付けたいが、家族の病気に対する理解が乏しく、患者への対応を教育してもなかなか対応が改まらない。そのため外泊中に患者の病状が悪化するなどがある。

また家族を支援する資源も地域に乏しいことから、現実的になかなか退院に結びつかない。
ケース No.40 患者の希望に添って退院を推進していきたいが、両親の高齢化などにより家族の受け入れ体制が整わず、また活用できる社会資源が不足しているために、患者の希望に答えられないことがある。

ケース No.45 統合失調症の 20 代の患者。入院前は母親と二人で同居していたが、近隣の人への妄想があり、自宅に退院することが難しかった。そこで別居している遠方の父親のところへ退院することになった。こうした経緯に対して、患者がどのように感じているのかわからず、周囲が決定してしまったがそれでよかったのかと思う。

③患者の権利／経済原則 36

ケース No.36 患者の退院を決定する際に、患者自身の状態や希望が最優先されて決定されるのではなく、急性期治療病棟などで、平均在院日数を短くするためなどの病院側の経済原則が優先されるなどして、退院が決定されることがある。

④患者の権利／家族の希望 2,4,41,43,44,46,60

ケース No.2 入院中の統合失調症の慢性期の患者に対して、父親が亡くなった際に、母親から父親の死を患者に伝えないでほしいという希望があった。いったんは家族の希望に従って治療チームで本人に伝えないという決定をしたが、そのことに疑問を持つスタッフがいて、みんなで話し合った結果、四十九日をすぎて話をするようになった。それ以後、病棟内に家族が亡くなった場合には、本人の権利として伝えた方がよいのではないかという考えがある。

ケース No.4 初発の統合失調症の男性患者。拒薬があり、病識がなかった。医療者は病名告知したほうがよいと考えていたが、家族が告知すべきか悩んでいた。医療者が家族に関わって、患者をサポートすることを伝え、患者に病名を告知した。本人も家族も服薬や治療の必要性を理解することができ、結果としては病名告知をしてよかったと感じている。

ケース No.41 患者は自分の自立を考え退院を強く希望しているが、家族が社会資源を活用することに強い偏見や抵抗を持っているために長期間の入院を希望し、退院のめどが立たなくて困っている。

ケース No.43 うつ症状のある認知症の 80 代の女性、入院前は娘と同居していたが、入院を機に娘が長期療養できる施設への転院を希望してきた。患者は退院したいという希望を持っていたが、患者の現在のうつ状態から考えて、きついことをあからさまに言う娘との生活がストレスとなり自殺も考えられるのではと判断された。娘を教育するのも難しく、結局入院当初からケースワーカーを交えて転院先を探すことになった。家族、患者、医療者が同席する面接で、転院となることを突然告げられた患者は、後から受け持ち看護師であった自分に「仕方ないと思うけれど泣きそうだった」と話し、つらかった。自分としては、自分の力のなさを感じたが、患者がその現状を受け止められるように関わるしかない

と考えた。

ケース No.44 他の病院から転院して来た、うつ病の 70 代の患者。夫の死後、老人保健施設で生活していたが、転んで骨折してしまったことがきっかけで、うつが悪化した。子供とはこれまでも別に生活していたので同居は難しい状況だった。安全が守られれば生活できると思ったが、退院させることはできず、長期入院できる病院へ転院となった。

ケース No.46 統合失調症の長期入院患者。若い頃は、警察沙汰になったこともあり家族も大変な思いをしてきた。病状も重く、閉鎖病棟に何十年も入院している。父親は死亡し、母親は高齢で精神病である。患者を退院させてあげたいと思い、カンファレンスなどでも検討してきたが、母親は負担に思っており、母親の話を聞くと母親の気持ちも理解できる。これから長期入院患者を作らないようにするというのが課題だと思うが、長期入院させてきてしまった人はどうしてこうなってしまったのか、どうしたらよいのだろうかと思う。

ケース No.60 入院している患者が家族に頻回に電話をかけるので、家族から電話を制限して欲しいという希望があった。自分は家族も疲労しており、家族のケアももっとすべきではないかと思うが、主治医は「患者の権利だから」といってそれ以上介入しようとしなかった。そのままではいけないという気持ちがあったが、当時新人でそれ以上医師に何も言うことができなかった。

⑤患者の権利／専門的価値 22,23,54,58,68

ケース No.22 夜勤帯で患者が頭痛を訴えたので、当直だった内科医に精神的な頭痛ではないかと思うという判断を伝えたところ、当直医の指示で(トロミアップ)を内服させた。患者は効果があったというが、それからまた欲しいと言われたらどうしたらよいだろうか不安になった。

ケース No.23 患者が躁状態にあり、病識がないために服薬治療が進まず、患者に伝えることなく、飲料に薬を混ぜて与薬をしていた。事実を知らせてないことということと治療を進めることの間で悩むことがある。

ケース No.54 起立性低血圧のある患者。患者は自律した生活を送りたいという気持ちから、ナースコールを押さずに自分で歩いていた。患者の自律への希望を尊重したいという気持ちと、病棟内での転倒を防止し、患者の安全を守りたいという気持ちの間で悩むことがある。

ケース No.58 うつ状態で希死念慮があった患者の持ち物を、入院時に看護師が預かったが、患者の状態が改善しても預かり続けていた。自分で管理できる状態にある患者の権利を尊重すべきであるという考えと、万が一を考えて患者の安全確保のために預かっておくべきかという判断の間で迷うことがある。

ケース No.68 状態が悪くなり隔離された患者について、同室だった他の患者が「どうしたのか」と不安そうに尋ねてきた。事情を説明した方がその患者は安心するのではないかと思ったが、隔離された患者のプライバシーを思うと説明できず、このようなときにどう

したらよいのだろうと思った

⑥患者の権利／病棟文化 32

ケース No.32 患者に電気けいれん療法を実施する際に、患者の精神状態への悪影響を懸念して、患者にきちんと説明をしないという病棟文化があり、このままでよいのかと疑問を感じることもある。

⑦患者の権利／病棟規則（管理も含む） 55,57,59

ケース No.55 新人看護師であった当時、病棟の公衆電話を夜間になるとナースステーションにしまうことになっていた。そのことを疑問に思ったが新人だったのでそういうものなのかと思ってしまったし、もし何か病棟のやり方と違うことをして、患者に対応できるかという不安もあった。

ケース No.57 病棟規則が患者の普段の生活習慣とかけ離れている場合があり、時代の流れの中での患者のニーズに応えきれていないと思うことがある。

ケース No.59 入院時の危険物管理として、患者さんの持ち物すべてを書き出しているが、患者さんのプライバシーを思うと、本当にすべて書き出す必要があるのかという疑問がある。自分としては危険物だけでよいのではないかと考えている。

⑧患者の権利／保護主義 3, 33,34

ケース No.3 治験（臨床試験）への参加同意をとるために、患者に説明をするようになったが、主治医は患者に統合失調症の診断を伝えず曖昧にしていた。自分自身はきちんと説明すべきではないかと思うが、病名告知をするのは医師であり、実際のところでは病名告知は繊細な問題なので、一概に絶対するべきとも言えず悩んでいる。

ケース No.33 電気けいれん療法をすることになっていた患者に説明がなされていなかった。医師は、患者は病状も悪いので説明しても同意がとれないといって説明することに消極的であったが、説明すべきではないかということを看護師から医師に伝え、数日前に医師から説明したところ、患者も電気の治療を受けるということを理解していた。病院では電気けいれん療法を開始する際に、きちんとインフォームドコンセントすることが決まっていたが、実際にはなし崩しになってきている。看護師の中にも電気けいれん療法に対して否定的な思いをもっている人がいる。しかし自分としては説明するという前提を崩してはいけないのではないかと考えている。

ケース No.34 電気けいれん療法をする際に、「注射の治療をします」という説明がなされた。自分はきちんと説明すべきだと思い、医師にそのことを伝えたが、その結果がこうした説明であった。患者や家族は、説明について後からみることのできる文書などもなく、医師によっては「自分で決定できないのだから話さなくてもよいだろう」と考える人もおり、組織としてきちんとインフォームドコンセントがなされる仕組みを作らなければなら

ないと思う。現在の病院設備では無けいれん電気療法が行なえず、無けいれん電気療法であればきちんとインフォームドコンセントがなされるので、よいと思うがそれができない現状である。

⑨患者の権利／医師の権威 56

ケース No.56 患者の家族が面会時間外の面会を求めてきて、看護師がそれを認めたときに、医師から「そんなことは認めていない」と言われ、面会という患者の権利と医師の権威との間で何も反論できずに、悩んだことがある。

⑩患者の権利／個人的価値の尊重 65,66

ケース No.65 患者に対する言葉遣いが乱暴な同僚がいる。その同僚は、患者に対しての愛情もあるのだが、言い方が相手を傷つける。しかし普段からそのような言葉遣いであり、毎日注意しようと思えば注意できるが、ライフスタイルの一部である言葉遣いをどこまで注意すればよいのか悩む。

ケース No.66 脅かされやすく、そのためにすぐ自分から暴力をふるう患者。その受け持ち看護師である男性看護師が、その患者がちょっと何かすると必要以上に強い言動で患者を心理的に押さえ込もうとする。受け持ち看護師である意識や男性であるということを意識しているように思えるが、そこまでしなくていいのではないかと感じることもある。

(2)患者の尊厳との対立

①患者の尊厳／専門的価値 11

ケース No.11 認知症の患者で経管栄養のクレンメをいじってしまうという理由で、あるスタッフが手をミトンで固定した。きちんと説明すればわかるところもある患者なので、固定をしなくてもよいのではないかというアセスメントをして、外すことになった。その病棟は普段から管理的に関わることの多い病棟であった。

②患者の尊厳／治療的価値 16,25

ケース No.16 長期に拘束されている患者であったが、食事のときには拘束をはずして一人で食事することができており、拘束が継続されていることに疑問があった。しかし、夜間女性スタッフだけでは何かのときに対応できないという理由と、病院や医師側には、拘束をすることで患者自身が自分自身のことを考える機会になるという意味で拘束を治療的とする考えがあり、スタッフもそうした医師の考えを曖昧に受け継いでおり、拘束に対して抵抗感が少なくなっている。しかし自分自身はそのような行動制限の仕方が、よいのかどうか疑問である。

ケース No.25 薬物療法によって患者のセルフケアレベルが低下し、患者の尊厳が保たれないくらいに強力な薬物療法が行われることがあり、これで良いのかと思うことがある。

③患者の尊厳／現実の限界（治療法がない） 7

ケース No.7 病状が不安定で自傷他害の激しい患者。治療法がないために、長期間にわたって隔離・拘束がされていたが、患者のことを考えたらそれで良かったのかと疑問が残る。

④患者の尊厳と／現実の限界（医師不足） 12,13,15

ケース No.12 総合病院で医師不足のために、土日などに指定医がいないために、患者の状態が改善していても、土日にかけては隔離・拘束を外さないままにしていることがある。土日にも指定医を常駐させてもらうよう、医師側に何回か交渉したが、病院の体制であるので難しいとの返答であった。

ケース No.13 神経梅毒の患者で、不穏があって抑制を行っていたが、看護師の付き添いで安定することができ、できるだけ抑制を外して過ごせるようにしていた。しかし精神保健指定医がいない日があり、そのような時には、抑制を外しても再抑制の指示がもらえないために解除することができなかったことがあり、そのような医師が少ない中で抑制の指示などの調整を行うことが難しいことがあった。

ケース No.15 週末の医師のマンパワー不足のために、患者に対する隔離・拘束が不必要に行われる場合があり、看護師として意見を伝えても医師の判断に従わなければならないことがある。

⑤患者の尊厳／現実の限界（休日） 17

ケース No.17 せん妄で転倒の危険がある患者。転倒しないように介助する仕方にコツがあるところがあった。夜間には人が足りないために拘束になり、その際連休があったので、連休明けに拘束をはずすという計画になった。しかし連休中に患者は安定し、拘束がストレスになっていたにもかかわらず、誰も拘束を外すという決定をしなかった。そのことに疑問があったので、連休中であったが受け持ち看護師、管理職に連絡を取り、自分の責任で拘束を外した。

⑥患者の尊厳／現実の限界（移送） 47

ケース No.47 家族が入院をどうしてもさせたい患者が、民間警備会社を利用して病院にやってきたが、患者は拘束衣を着させられ、上肢も紐で結ばれているような状態であり、患者の人間としての尊厳を考えると、本当にこのようなことが行われて良いのかと疑問に思ったことがある。

⑦患者の尊厳／医師の権威 14

ケース No.14 看護師への暴力があった患者であったが、その時は特に何の対応もせず、医師に暴力が一度あった時には、その後患者は落ち着いていたにも関わらず、翌日の回診

ですぐに抑制になった。抑制は最終手段であるのに、医師に対する暴力と看護師に対する暴力で、医師の対応に差があることに疑問を感じたことがある。

⑧患者の尊厳／看護師の人間としての尊厳 50

ケース No.50 人格障害の患者に、陰性転移され、担当であった自分が「あんたの態度は何なの」などの暴言を言われた。症状とはわかっているが、暴言にさらされ、看護師とはいえ、人間として辛さを感じたことがある。

(3)患者の安寧との対立

①患者の安寧／現実の限界（人手不足）5,10

ケース No.5 躁状態の入院患者。一緒にいれどにか落ち着いていられるが、1人でいると他の患者の部屋に入ったり、迷惑な行為をしてしまう。夜間で看護師が2名しかおらず、拘束をすることになった。人手があれば拘束しないですむと思うと、隔離の基準の曖昧さを感じてしまう。

ケース No.10 自分自身の行動をコントロールできない患者にわざと対応せずそのままにしておいて、その結果患者が自分の行動をコントロールできないと、「やっぱりだめじゃないか」と言って、患者に隔離を納得させる理由づくりをしている。無意識的にかもしれないが、そのようなことが病棟の中でずっと行われてきた。精神科に異動してまもなく出会ったことだったのでそうしたことが行われていることに驚いたが、自分では対応しきれないという気持ちと、自分もそのことに触れたくないという気持ちがあって、そうした疑問を他の先輩などに聞いてみることはしなかった。

②患者の安寧／治療的価値 18

ケース No.18 入院して3日目の統合失調症の患者。病識がなく、薬物で鎮静させて拘束となった。拘束されることで、患者のニーズは充足されなくなるので、何か希望を叶えてあげたいと思うが、1つのことを許すと要求がエスカレートしてしまったり、訪室すると興奮してしまうので、どうしたらよいか難しいと思う。

③患者の安寧／業務上の価値（看護師側の効率・スタッフの安全）8,9

ケース No.8 慢性の統合失調症で、あまり理解力のない患者。日中は拘束を外していたが、夜間は「落ち着かないから」という理由で拘束が長引いていた。患者は糖尿病もあり、「歩かなければ」という気持ちが強く、「寝つかせる」ために拘束を使用しているようなところがあった。その病棟は行動制限を安易に使用する傾向があり、長期の拘束をすることにあまり疑問をもたないスタッフもいた。効率の良い夜勤業務をしたい気持ちや転倒も防ぎたいという気持ちから、「何で拘束してはいけないんだ」と言う人もいた。患者にとって何が良いのかということを考えずに行動制限をこのように長期に使用することに疑問がある。

ケース No.9 暴力や自殺などの既往のある入院患者で、拘束が長期間になっていた。拘束が必要でない時あるが必要な時もあり、なかなか外せずにいる。スタッフには暴力や自殺に対して怖いという気持ちがあり、無力感を持っている。どうしたらよいのか行き詰まっ
てしまっている。

(4)専門的価値との対立

①専門的価値／現実の限界（ケアの限界） 51,52

ケース No.51 夫婦ともにうつ病の患者、妻の方が入院してきて、自分が受け持ち看護師となった。夫は自宅で過ごしていたが、もともと半身不随の夫の介護疲れで妻はうつになり、二人で死のうとして入院したこともあった。妻は入院中、夫や医療者に「死にたい」などと訴え、自宅にも何度も電話をしていたらしい。夫は自分がいなければと思ったのか、自殺をしてしまった。そのことに何の介入もできなかったことに、気が滅入った。これから家族のケアについても考えていきたいと思っている。

ケース No.52 患者の自殺を経験し、死にたい患者に対して、看護師としてどこまでできるのか、死を止めることができるのだろうかと考え、看護師という専門職としての責任や、どのようにケアをしていくべきなのかということで悩むことがある。

②専門的価値／現実の限界（人手不足） 48

ケース No.48 人手不足の中、夜間の救急入院を受け入れなければならないことがある。夜間の救急入院の必要性はわかるが、人手不足のために他の入院患者の安全が守れないのではという危惧があり、医師の指示を快く引き受けられないことがある。

③専門的価値／現実の限界（医師不足） 61

ケース No.61 精神科の医師は、協調性がないなど、外科などで勤まらなくなった医師が回されてくることがあり、良質な医師が少ない。チーム医療として医師の専門的能力に疑問を持つことがある。

④専門的価値／個人的価値 53,62

ケース No.53 30代のうつ病患者。認知の歪みもあり、自己評価の低い患者であった。子供がいたが、乳がんになり、「死にたい」と訴える。患者の状況を思うと、「死にたい」と思う気持ちもわからないではないので、医療者としてはどうかと思うが、「死んではいけない」と心から言うことができないでいた。その患者に対しては、自分が末期がんの患者さんを看取った経験から、「今生きている人には生きて欲しい」と伝えるしかないのではと考えた。

ケース No.62 精神科看護師として勤め始めてから4年目ぐらいまでの間は、精神科で働いていることを、自信を持って、他の人に言えなかったことがある。

⑤専門的価値／病棟文化 6

ケース No.6 隔離の際に、「やはり拘束が必要だった」と患者に納得させるために、落ち着かずにいる患者に対処せずにいるようなことがある。そのことが良いのかどうか疑問があるが新人だったので言えなかった。

⑥専門的価値／職場の人間関係 20,63,64

ケース No.20 心気症的で訴えが頻回な患者で、スタッフに陰性感情を持たれていた。医師からは心気的な訴えに対してプラセボの指示が出ている。話をゆっくり聞くことで、プラセボに頼らなくとも、心気的な訴えに対処できるのではないかとの思いがあったが、自分が新人であったということもあり、何が正しい看護なのかわからないという気持ちと、職場の人間関係への気兼ねから、気がとがめながらも、プラセボに頼ってしまった。

ケース No.63 同僚の中に、患者に対して乱暴な言葉遣いをする人がいる。そのことが気になるが、職場の人間関係を気にして、その人に何も言えない自分がいる。

ケース No.64 境界型人格障害の患者さんに対して、高齢の看護師が「この子はもう」といった様子にして、ちょっと叩いたりするような対応をしていた。治療としてどうなのかと疑問に思い、上司に相談したが、その看護師の良い面もあるからと言われてしまった。当時自分自身も新人だったので、経験のある人に意見できなかった。

⑦専門的価値／医師の権威 28,29,30,31

ケース No.28,29 うつ病の診断の患者であるが、人格障害の病理を併せ持っていた。退院に向かい、再発を防ぐためには、人格的な問題についても患者に認識してもらったり、家族に教育的に説明したりする必要があるが、医師からは告知されているのは、うつ病の診断だけなので、効果的な患者や家族への介入ができない。また、診断の権限を持つ医師に対して、そうした困りを対等に話すことができない。

ケース No.30 入院していた患者が、外来の主治医の判断で、境界性人格障害であるという病名を伝えられておらず、うつ病として入院し、看護実践の中では、認知的なアプローチを行い、患者本人も「うつなのかしら」と疑問に思っていたが、外来主治医には、そうした疑問を伝えることができなかった。

ケース No.31 うつ病と診断された患者だが、人格障害と思われるような部分があった。病棟の医師は人格障害という病名をつけたがらない傾向があるが、その患者の場合は、その後、人格障害と告知され、そのことによって本人や家族に対処方法について伝えたりすることができた。一時は患者も混乱したが、結果的に車椅子だったのに歩けるようになった。他にも人格障害と患者に告知してくれれば、説明できることがあるのと思うことがある。

⑧専門的価値／文化的価値（性役割） 49

ケース No.49 他の科から精神科へ初めて来た時に、具合の悪い患者への対応で「何かあったら男性呼んで」と言われたのに驚いた。実際に暴れる患者をその男性看護師が抑えるときに、「あそこまで抑えなくてもいいだろう」と感じる場面があり、先輩看護師に「あそこまで抑えなきゃダメなんですか？」と聞いたら、みんなそう思っているが頼んでいる以上は言えないという様子だった。暴力の対応について、男性看護師に対して力としての役割を期待することに違和感をもっている。暴力にどう対応できるか勉強会などにその後参加している。

⑨専門的価値／道徳的価値 67

ケース No.67 入院して 4,5 日目の統合失調症の患者。食事時間にくるように約束していたが、いつも食事が終わると来た。夜勤の相手であった同僚看護師が、約束しているのに食事を渡したら約束の意味がないといって、その患者に食事を渡さないと言った。自分は、患者は食事を取った方が良いと思ったので、そのように主張したが、結局お互いの意見はかみ合わなかった。

(5)道徳的価値との対立

①道徳的価値／治療的価値 19,24,35

ケース No.19 患者にプラセボを渡すことは、治療的な必要性は理解できたのだが、個人的には患者に嘘をつくようで気がとがめた。しかし、病棟の忙しさや、自分が新人であり、何が正しいことがわからないなどの理由で、プラセボ以外の患者への対応について、話し合いの場を設けるなどの提案もできなかった。また、その病棟では、プラセボを使用する場合があるという、プラセボ使用に関する事前のインフォームドコンセントは患者には行われていなかった。

ケース No.24 患者は躁状態にあり、内服治療を行なえず、やむをえず、飲料に薬を混ぜていた。治療的な判断としては納得しているが、患者に嘘をついていることに対して、人間として嘘をついていいのだろうか悩むことがある。

ケース No.35 躁状態で、病識がなく、強制的に閉鎖病棟に入院させられた患者。入院後、入院の必要性について押し問答になった。入口のところで無理矢理外にしようとするので、拘束になった。このように、患者の嫌がることをしなければならないことが嫌だと思う。

②道徳的価値／病棟文化 21

ケース No.21 拒薬のある患者で納得してもらえない時に、薬をヨーグルトや水に混ぜたり、向精神薬や下剤を騙して飲ませることが日常的になっている。特に急性期では騙してでも飲んでもらう方が患者には有益だとも思うが、本当にこれでよいのかと疑問を感じることもある。

3) 精神科看護師が体験する倫理的問題を構成する価値の要素(表Ⅰ-9、図Ⅰ-3.)

精神科看護師が体験する倫理的問題を構成する価値の要素を、共通性の観点から分析し、共通要素をグルーピングすると、表Ⅰ-9.に示す通りとなった(表Ⅰ-9.)。

すなわち、価値の要素は、＜患者の権利等に関わる要素＞(患者の権利・患者の尊厳・患者の安寧)、＜治療的価値・看護の専門的価値に関わる要素＞(治療的価値・保護主義・専門的価値)、＜病院という場や機能に関わる要素＞(病棟文化・病棟規則・経済原則・業務上の価値・医師の権威・職場の人間関係)、＜現実の限界に関わる要素＞(患者に自己決定能力がない・治療法がない・ケアには限界がある・人手不足・社会資源の不足・制度の不備)、＜個人的価値にかかわる要素＞(個人的価値・道徳的価値)、＜文化的価値に関わる要素＞(文化的価値(性役割))、＜患者以外の人間の尊厳や権利に関わる要素＞(看護師の人間としての尊厳・家族の希望・家族の権利)に分けられた。

また価値の要素間の関係を図示すると、図Ⅰ-3.に通りとなった(図Ⅰ-3.)。

VII. 考察

以下、本研究の結果について、1.精神科看護師が体験する倫理的問題の内容と解決策の検討、2.精神科看護師が体験する倫理的問題に含まれる価値の要素と対立、3.今後の研究課題の3点に分け考察する。

1. 精神科看護師が体験する倫理的問題の内容と解決策の検討

本研究の結果から、日本の精神科看護師が臨床において体験している倫理的問題の一端が明らかになった。その内容は、＜患者の権利＞に関わるもの(患者の自己決定、知る権利、病名告知)、＜治療＞に関わるもの(隔離・拘束、服薬、身体合併症、電気けいれん療法、治療拒否の問題)、＜退院・長期入院＞に関わるもの(退院・長期入院)、＜移送、救急入院＞に関わるもの(移送・救急入院)、＜患者の状態＞に関わるもの(暴言・暴力、自殺、転倒)、＜病棟規則＞に関わるもの(病棟規則、物品管理)、＜人＞に関わるもの(家族、医師、精神科看護師であること)、＜ケア＞に関わるもの(同僚の非倫理的態度、約束事、情報提供)であった。

特にエピソードの数として多かったのは、＜治療＞の中の隔離・拘束、および退院に関するものであり、精神科特有の強制的治療手段の中で、看護師が倫理的問題を体験しそれに悩んでいることや、患者の退院が思うように進まない事態についても看護師たちが倫理的に苦悩している姿が明らかとなった。

また身体合併症の問題など、精神疾患患者の高齢化に伴い、昨今特に顕在化してきた問題にも看護師たちが苦悩していることがわかり、本研究の結果はそのまま、現在の日本の

精神科医療の抱える問題そのものを反映していると言える。これらの問題の多くは、マンパワーの不足や退院のための社会資源の不足など、日本の精神科医療の構造上の限界や問題から生み出されているものであり、看護師たちは現場で患者の身近にいて、日本の精神科医療の抱えるさまざまな矛盾や問題に最も直接的に曝されていることがわかるのである。

一方で、倫理的問題の中には、患者の権利に関するものなど、看護師を含む医療職全体の倫理的意識や感受性の向上によって改善の見られる可能性のある問題も含まれていた。また、本研究の結果からは、「同僚の非倫理的態度を目にしても言えない」など、職場の人間関係への配慮が倫理的問題への対処に関与していることが明らかとなり、年齢や経験年数による上下関係が暗々裏に職場を支配する職場文化の再考の必要性も示唆するものであった。

倫理的問題は、①患者の特性（疾患の性質、精神状態、自我の脆弱性、社会的条件、精神障害に対する偏見・固定観念、精神障害者の権利に対する認識）、②構造上の問題（人手不足、夜勤時の手薄なマンパワー）、③精神保健システムの不備（移送制度の不十分さ、精神科以外の診療科との連携不足、社会資源の乏しさ、長期入院の実態）、④看護師の特性（経験年数、職位、専門的能力、倫理の知識、倫理的感受性、陰性感情、不安）、⑤職場の人間関係（ヒエラルキー、チーム医療、経験年数による職場での立場）、⑥精神科看護の特性や文化（病棟内規則、看護行為の科学的根拠の薄さ）など、さまざまな要素の影響のもとに成立していると言えるのであり、問題の解決にあたっては、多角的な対処策が必要とされていると言える。

解決策は、実践、管理、教育、研究、政策の分野にわたり考えられる。以下、列举すれば、

①「実践・管理」に関わる解決策として、患者理解の向上、精神障害者に対する偏見の自覚、精神科看護の専門的能力の向上、陰性感情の自覚やカタルシスの機会の提供、事例検討やカンファレンスの活用、チーム全体にむけた管理的アプローチ

②「教育」に関わる解決策としては、倫理教育の普及、精神科看護の専門性を向上させる教育

③「研究」に関わる解決策としては、精神科看護の倫理や精神障害者の人権に関する系統的な研究調査

④「政策」に関わる解決策としては、移送制度、社会復帰施設の整備拡充を始めとする精神障害者の医療・保健・福祉に関わる諸制度や資源の整備拡充が挙げられる。

特に、基礎教育における倫理教育の普及とともに、実践の場での事例の検討などを通した具体的で実践的な倫理教育の実施や、倫理的感受性向上のための機会の創設は早急の課題である。また、倫理的な問題への対処は、患者を専門的な観点から理解し、専門的な技術をもってケアできるか否かという、看護師の専門的能力と直結していることも示唆され

る。したがって、精神科看護の専門的能力を底上げしていくことそのものが、倫理的問題への重要な対処策であると言えるのである。

しかし一方で、どのように高い専門的能力をもってしても、患者の疾病そのものの重篤性や、社会の側の条件の限界や、また感情労働としての看護そのものに伴う困難性によって、現場では常に問題が湧出されることは言うまでもない。したがって、事例検討やカンファレンス、看護師への個人カウンセリングなど、実際の現場での問題解決の営み、看護の質の向上のための営みが、常に倫理的問題の予防や解決となるものと思われる。そのためには、専門看護師の投入など、組織的なアプローチとして教育的介入のできる人材の確保も有効であろう。さらに、臨床現場において倫理的教育や事例検討をどのように進めていったらよいか、その教育内容や方法の検討も必至である。

2. 精神科看護師が体験する倫理的問題に含まれる価値の要素と対立

精神科看護師が体験する倫理的問題に含まれる価値の要素は、以下の通りであった。

- ①＜患者の権利等に関わる要素＞（患者の権利・患者の尊厳・患者の安寧）、
- ②＜治療的価値・看護の専門的価値に関わる要素＞（治療的価値・保護主義・専門的価値）、
- ③＜病院という場や機能に関わる要素＞（病棟文化・病棟規則・経済原則・業務上の価値・医師の権威・職場の人間関係）、
- ④＜現実の限界に関わる要素＞（患者に自己決定能力がない・治療法がない・ケアには限界がある・人手不足・社会資源の不足・制度の不備）、
- ⑤＜個人的価値にかかわる要素＞（個人的価値・道徳的価値）、
- ⑥＜文化的価値に関わる要素＞（文化的価値（性役割））、
- ⑦＜患者以外の人間の尊厳や権利に関わる要素＞（看護師の人間としての尊厳・家族の希望・家族の権利）に分けられた。

精神科看護師は、これらの価値の要素間での矛盾に葛藤し、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と言える。＜患者の権利に関わる価値＞、＜治療的価値・看護の専門的価値＞、ならびに＜個人的価値＞はそれぞれ、本来は矛盾なく重なって成立していることが理想であるが、現実にはこれらの価値の間には矛盾が存在し、そこに対立や葛藤が生み出されている。＜病院という場の機能＞や＜現実の限界＞は、現在の日本社会が、精神医療にそれだけの価値を置いていないという意味で、広い意味での＜文化的価値＞に包含され、＜患者の権利に関わる価値＞や＜専門的価値＞と対立しているものと考えられた。また、＜現実の限界＞は、大きくは患者の疾病の重篤性など「患者側の要因」、現段階では治療法がないなどの「治療側の要因」、社会資源の不足など「社会の側の要因」に分けられる。

看護師の倫理的意思決定能力を向上させるためには、これらの価値の要素を認識し、価

値の対立状況を的確に査定する能力を養うことが重要であると考えられる。

臨床においては、さまざまな倫理原則が対立し合う状況が少なくない。またさまざまな価値の対立状況が起こっている。本研究の結果からも、看護師たちは臨床において、さまざまな倫理的ジレンマや価値の対立状況の中で困惑したり葛藤したりしている姿が見てとれた。臨床において、一つ一つの事例や倫理的問題は、必ずその裏に背景となる事情や状況を含んで成立している。したがって、Fry(1994)の倫理的意思決定モデルなど、そこに関与する人々や状況に含まれる価値の検討を通して最善の意思決定をしていこうとする、実践的なモデルの活用が必要とされていると言えるであろう。

3. 今後の研究課題

以上から、今後の研究課題は次のようにまとめられる。

①精神科看護師が体験する倫理的問題やそれに影響を与える因子についてより正確な実態把握をすること。

②精神科臨床現場に応用可能な倫理教育の内容や方法について検討すること。

表 I－1. 倫理的問題の内容（19エピソードにおける分類）

倫理的問題の内容	件数
患者の自己決定に関するもの	1
患者のプライバシーに関するもの	1
入院時の移送に関するもの	1
服薬に関するもの	3
隔離・拘束に関するもの	3
電気けいれん療法に関するもの	1
退院に関するもの	2
身体合併症に関するもの	2
病棟内規則に関するもの	2
家族に関するもの	1
他のスタッフの非倫理的な態度に関するもの	2
合計	19

表 I－2. 価値の対立（19エピソードにおける分析）

<p>①患者の権利と治療的価値の対立</p> <p>②専門的価値と人手不足</p> <p>③専門的価値と職場の人間関係</p> <p>④専門的価値と社会的条件の限界</p> <p>⑤道徳的価値と専門的価値</p>
--

表 I - 3. 倫理的問題への影響因子（19エピソードにおける分析）

①患者の特定 疾患の性質、精神状態、自我の脆弱性、社会的条件、 精神障害に対する偏見・固定観念、精神障害者の権利に対する認識
②構造上の問題 人手不足、夜勤時の手薄なマンパワー
③精神保健システムの不備 移送制度の不十分さ、精神科以外の診療科との連携不足、 社会資源の乏しさ、長期入院制度の実態
④看護師の特性 経験年数、職位、専門的能力、倫理の知識、倫理的感受性、 陰性感情、不安
⑤職場の人間関係 ヒエラルキー、チーム医療、経験年数による職場での立場
⑥精神科看護の特性や文化 病棟内規則、看護行為の科学的根拠の薄さ

表 I－4. 倫理的問題の解決策(19エピソードにおける分析)

実践・管理	患者理解の向上、精神障害者に対する偏見の自覚、精神科看護の専門的能力の向上、陰性感情の自覚やカタルシスの機会の提供、事例検討やカンファレンスの活用、チーム全体にむけた管理的アプローチ
教育	倫理教育の普及、精神科看護の専門性を向上させる教育
研究	精神科看護の倫理や精神障害者の人権に権利に関する系統的な研究調査
政策	精神障害者の医療・保健・福祉に関わる諸制度や資源の整備拡充 (移送制度、社会復帰施設など)

表 I -5. 対象者の背景

ID番号	年齢	性別	免許の種類	現在の職位	経験年数		精神科臨床経験年数	最終学歴	倫理に関する科目の受講	講習会などの参加経験
					臨床	教育				
1	30	女	看護師	スタッフ	8	0	4	大学	あり	なし
2	32	男	看護師	スタッフ	10	0	10	専門学校	なし	あり
3	49	女	看護師	教員	13	11	9	修士課程	なし	なし
4	31	女	看護師	スタッフ	7	0	7	大学	あり	あり
5	30	女	看護師	スタッフ	8	0	8	修士課程	あり	あり
6	36	女	看護師	学生	8	0	3	修士課程	あり	あり
7	35	男	看護師	主任	11	0	11	修士課程	なし	あり
8	31	男	看護師	学生	5	3	3	大学	あり	なし
9	26	女	看護師	学生	3	0	3	大学	あり	あり
10	34	女	看護師	スタッフ	12	0	12	大学	あり	あり
11	32	女	看護師	スタッフ	10	0	10	修士課程	あり	なし
12	30	男	看護師	教員	6	0	6	修士課程	なし	なし
13	35	女	看護師	教員	11	0	7	修士課程	あり	なし
14	38	女	看護師	教員	5	6	4	修士課程	あり	あり
15	36	女	看護師	教員	4	8	4	修士課程	あり	あり
16	39	女	看護師	教員	16	0	12	修士課程	あり	あり
17	32	女	看護師	CNS	10	0	7	修士課程	あり	あり
18	35	女	看護師	CNS	12	1	7	修士課程	あり	あり
19	38	女	看護師	CNS	5	6	4	修士課程	あり	あり
20	26	女	看護師	スタッフ	4	0	4	大学	あり	あり
21	28	女	看護師	スタッフ	7	0	5	専門学校	なし	なし
22	32	女	看護師	主任	10	0	10	短大	あり	あり
23	29	女	看護師	スタッフ	7	0	7	短大	なし	なし
24	28	女	看護師	スタッフ	5	0	3	短大	なし	なし
25	48	女	看護師	主任	31	0	4	科目等履修	あり	あり
26	24	女	看護師	スタッフ	4	0	4	専門学校	あり	なし
27	29	女	看護師	スタッフ	6	0	6	短大	あり	なし
28	28	女	看護師	スタッフ	6	0	5	短大	なし	なし

表 I-6. 精神科看護師が体験する倫理的問題の概要

エピソード No.	エピソード	内容 (分類)	カテゴリー	価値の対立
1	患者が医学部を退学するかどうかを決めること	患者の自己決定	患者の権利	患者の権利と治療的価値
2	家族の希望で患者に家族の死を伝えないこと	知る権利	患者の権利	患者の権利と家族の希望
3	患者に統合失調症という病名を告げない	病名告知	患者の権利	患者の権利と保護主義
4	統合失調症への病名告知	病名告知	患者の権利	患者の権利と家族の希望
5	人手不足のために他の患者に迷惑行為のある患者を隔離すること	隔離・拘束	治療	患者の安寧と現実の限界（人手不足）
6	隔離の証拠づくりのために患者に適切に対応しないこと	隔離・拘束	治療	専門的価値と病棟文化
7	拘束しか方法がない	隔離・拘束	治療	患者の尊厳と現実の限界（治療法がない）
8	拘束が漫然と用いられて長引いている	隔離・拘束	治療	患者の安寧と業務上の価値（効率・安全）
9	拘束が漫然と用いられて長引いている	隔離・拘束	治療	患者の安寧と業務上の価値（効率・安全）
10	隔離の証拠づくりのために患者に適切に対応しないこと	隔離・拘束	治療	患者の安寧と現実の限界（人手不足）
11	安易にミトンが使われる	隔離・拘束	治療	患者の尊厳と専門的価値
12	指定医が土日に行かないため、不必要な隔離・拘束の指示が出ること	隔離・拘束	治療	患者の尊厳と現実の限界（医師不足）
13	拘束に対する対応	隔離・拘束	治療	患者の尊厳と現実の限界（医師不足）
14	拘束に対する対応（暴力後の拘束）	隔離・拘束	治療	患者の尊厳と医師の権威
15	看護師と医師との判断の違い	隔離・拘束	治療	患者の尊厳と現実の限界（医師不足）
16	拘束が漫然と長期化している	隔離・拘束	治療	患者の尊厳と治療的価値
17	連休のために拘束がはずれない	隔離・拘束	治療	患者の尊厳と現実の限界（休日）
18	制限と本人の希望のバランス	隔離・拘束	治療	患者の安寧と治療的価値
19	プラセボを渡すこと	薬	治療	道徳的価値と治療的価値
20	プラセボを渡すこと	薬	治療	専門的価値と職場の人間関係
21	水薬の使用	薬	治療	道徳的価値と病棟文化
22	プラセボの使用	薬	治療	患者の権利と専門的価値
23	コーヒーに薬を混ぜること	薬	治療	患者の権利と専門的価値
24	コーヒーに薬を混ぜること	薬	治療	道徳的価値と治療的価値
25	薬物大量投与による患者のセルフケアレベルの低下	薬	治療	患者の尊厳と治療的価値
26	身よりのない高齢の意識のない患者の今後の方針をどう決定するか	身体合併症	治療	患者の権利の限界（決定能力がない）
27	精神科の入院患者が必要な身体治療を受けられないこと	身体合併症	治療	患者の権利と現実の限界（問題解決法がない）
28	うつ診断だが人格障害の病理がある場合、看護が難しい	診断	治療	専門的価値と医師の権威
29	うつ診断だが人格障害の病理がある場合、医師はなかなか人格障害と診断しないが、看護が難しい	診断	治療	専門的価値と医師の権威（治療的価値）
30	境界性の患者に対する対応	診断	治療	専門的価値と医師の権威
31	うつ診断の中に人格障害の人がおり、患者や家族が対処できないこと	診断	治療	専門的価値と医師の権威
32	電気けいれん療法の告知、是非	電気けいれん療法	治療	患者の権利と病棟文化
33	電気けいれん療法が告知されないで行われることがある	電気けいれん療法	治療	患者の権利と保護主義
34	電気けいれん療法について説明しない	電気けいれん療法	治療	患者の権利と保護主義
35	入院を拒否して病棟からでようとする人を説得しなければならない	治療拒否	治療	道徳的価値と治療的価値

表 I-6. 精神科看護師が体験する倫理的問題の概要 (つづき)

36	患者自身の状態や希望ではなく、病院側の経済的理由で退院が決定されること	退院	退院・長期入院	患者の権利と経済原則
37	社会資源がないために退院できないこと	退院	退院・長期入院	患者の権利と現実の限界 (社会資源がない)
38	退院することが難しい	退院	退院・長期入院	患者の権利と現実の限界
39	家族も病気で退院が難しい	退院	退院・長期入院	患者の権利と現実の限界
40	環境・社会資源が整備されていなくて退院できない	退院	退院・長期入院	患者の権利と現実の限界
41	家族の抵抗により退院予定が立たない	退院	退院・長期入院	患者の権利と家族の希望
42	他職種との考えの相違があり退院させないできた	退院	退院・長期入院	患者の権利と治療的価値
43	家族の希望で退院できない	退院	退院・長期入院	患者の権利と家族の希望
44	家族の状況で転院することになった	退院	退院・長期入院	患者の権利と家族の希望
45	退院に関して周りが決定している	退院	退院・長期入院	患者の自己決定と現実の限界 (自己決定能力がない)
46	家族の希望で一生病院においておいてくれと言われる	長期入院	退院・長期入院	患者の権利と家族の希望
47	家族の依頼で民間救急で激しい拘束を受けて搬送されてくること	移送	移送・救急入院	患者の尊厳と現実の限界 (移送)
48	救急入院をとることで入院患者の安全が守れない	救急入院	移送・救急入院	専門的価値と人手不足
49	男性看護師の暴力に対する役割期待	暴力・暴言	患者の状態	専門的価値と文化的価値 (性役割)
50	暴言にさらされること	暴力・暴言	患者の状態	患者の尊厳と看護師の人間としての尊厳
51	患者の家族が患者ケアに疲れて自殺してしまった	自殺	患者の状態	専門的価値とケアの限界
52	自殺にどこまで責任を持てるのかということ	自殺	患者の状態	専門的価値と現実の限界 (ケアの限界)
53	「死にたい」という患者の辛さもわかるのでどう答えたらよいか	自殺	患者の状態	専門的価値と個人的価値
54	転倒しないように看護の工夫を行なった事例	転倒	患者の状態	患者の権利と専門的価値
55	公衆電話の使用時間	病棟規則	病棟規則	患者の権利と病棟規則
56	面会時間外の面会への対応	病棟規則	病棟規則	患者の権利と医師の権威
57	病棟内規則と患者のニーズ	病棟規則	病棟規則	患者の権利と病棟規則
58	物品を入院時のまま預かり続けること	物品管理	病棟規則	患者の権利と専門的価値
59	危険物管理の名目で持ち物すべてが引き出される	物品管理	病棟規則	患者の権利と病棟規則
60	患者の頻回の電話に家族が電話を制限して欲しいと希望すること	家族	人	患者の権利と家族の希望
61	チーム医療として医師に対して疑問がある	医師	人	専門的価値と現実の限界 (医師不足)
62	精神科に勤めていることを自分自身言えなかったこと	精神科看護師であること	人	専門的価値と個人的価値
63	先輩の患者への対応が暴力的であっても何も言えなかった	同僚の非倫理的態度	ケア	専門的価値と職場の人間関係
64	境界型人格障害の患者にしつづける対応をする	同僚の非倫理的態度	ケア	専門的価値と職場の人間関係
65	患者に対する言葉遣いが乱暴	同僚の非倫理的態度	ケア	患者の権利と個人的価値
66	患者に過剰に押さえつける対応になってしまう同僚	同僚の非倫理的態度	ケア	患者の権利と個人的価値
67	食事を時間にとると約束した患者に食事を渡さない	約束事	ケア	専門的価値と道徳的価値
68	他の患者に患者の情報をどう伝えるか	情報提供	ケア	患者の権利と専門的価値

表 I - 7. 精神科看護師が体験する倫理的問題の内容

患者の権利	患者の自己決定 (1)
	知る権利 (1)
	病名告知 (2)
治療	隔離・拘束 (14)
	薬 (7)
	身体合併症 (2)
	診断 (4)
	電気けいれん療法 (3)
	治療拒否 (1)
退院・長期入院	退院 (10)
	長期入院 (1)
移送・救急入院	移送 (1)
	救急入院 (1)
患者の状態	暴言・暴力 (2)
	自殺 (3)
	転倒 (1)
病棟規則	病棟規則 (3)
	物品管理 (2)
人	家族 (1)
	医師 (1)
	精神科看護師であること (1)
ケア	同僚の非倫理的態度 (4)
	約束事 (1)
	情報提供 (1)

表Ⅰ－8. 精神科看護師が体験している倫理的問題に含まれる価値の対立

		* 左欄と右欄が対立
患者の権利	<対>	治療的価値
		現実の限界（患者に決定能力がない、問題解決法がない、社会資源がない）
		経済原則
		家族の希望
		専門的価値
		病棟文化
		病棟規則（管理も含む）
		保護主義
		医師の権威
		個人的価値の尊重
患者の尊厳	<対>	専門的価値
		治療的価値
		現実の限界（治療法がない）
		現実の限界（医師不足）
		現実の限界（休日）
		現実の限界（移送）
		医師の権威
		看護師の人間としての尊厳
患者の安寧	<対>	現実の限界（人手不足）
		治療的価値
		業務上の価値（看護師側の効率・スタッフの安全）
専門的価値	<対>	現実の限界（ケアの限界）
		現実の限界（人手不足）
		現実の限界（医師不足）
		個人的価値
		病棟文化
		職場の人間関係
		医師の権威
		文化的価値（性役割）
		道徳的価値
道徳的価値	<対>	治療的価値
		病棟文化

表 I－9．精神科看護師が体験する倫理的問題を構成する価値の要素

〈患者の権利等に関わる要素〉	患者の権利・患者の尊厳・患者の安寧
〈治療的価値・看護の専門的価値に関わる要素〉	治療的価値・保護主義・専門的価値
〈病院という場や機能に関わる要素〉	病棟文化・病棟規則・経済原則・業務上の価値 ・医師の権威・職場の人間関係
〈現実の限界に関わる要素〉	患者に自己決定能力がない・治療法がない・ ケアには限界がある・人手不足・社会資源の不足・ 制度の不備
〈個人的価値にかかわる要素〉	個人的価値・道徳的価値
〈文化的価値に関わる要素〉	文化的価値（性役割）
〈患者以外の人間の尊厳や権利に関わる要素〉	看護師の人間としての尊厳・家族の希望・家族の権利

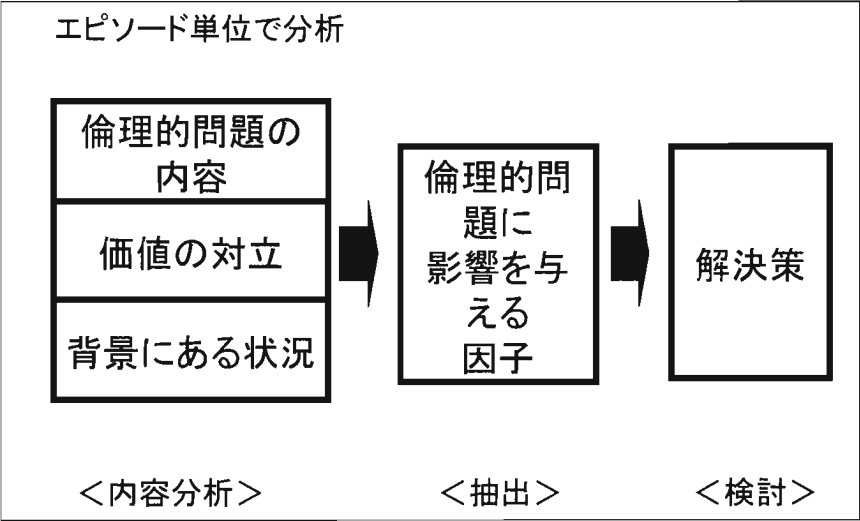


図 I - 1. 研究の第一段階のデータ分析方法

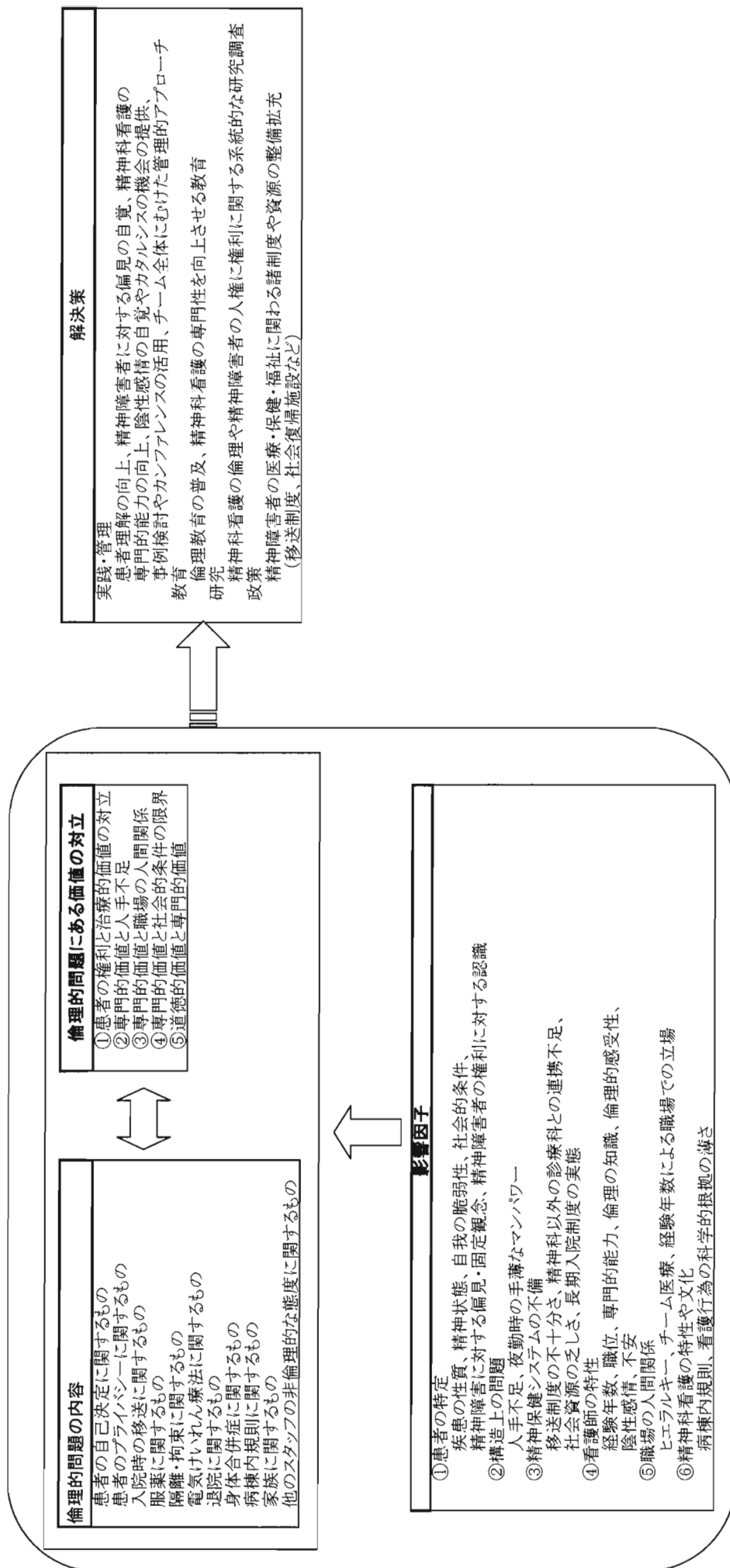


図 I-2. 倫理的問題と価値の対立・影響因子・解決策

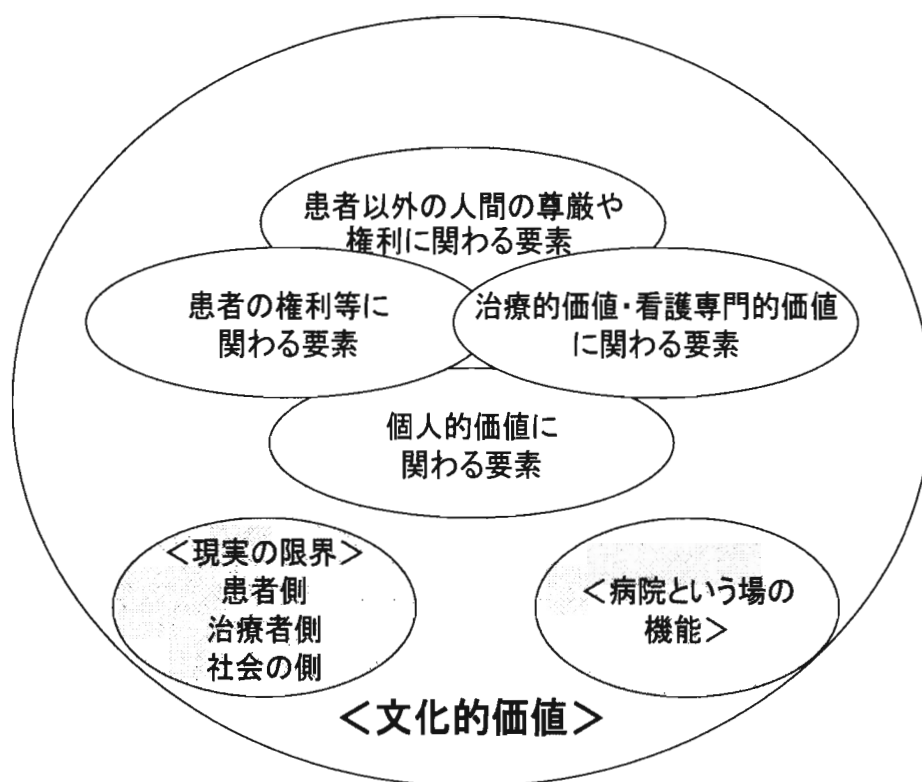


図 I - 3. 価値の要素間の関係

文献

- ベンジャミン M、カーテス J、矢次正利ほか 訳 (1995). 臨床看護のジレンマⅠ－生命倫理と医療経済・医療制度. 東京：時空出版.
- ベンジャミン M、カーテス J、矢次正利ほか 訳 (1995)：臨床看護のジレンマⅡ－看護の実例と生命倫理. 東京：時空出版.
- Bernard,L. (2003)／北野喜良,中澤英之,小宮良監訳(2003). 医療の倫理ジレンマ 解決への手引き－患者の心を理解するために(p2). 東京：西村書店.
- Bishop, A.H., & Scudder, J.R. (2001)／田中美恵子監訳(2005). 全人的ケアのための看護倫理 (まえがき piii). 東京：丸善株式会社.
- 大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課(1998). 精神保健福祉法に関する専門家委員会資料(p.25), 平成10年9月.
- 横戸文子(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 ,pp.21-31.
- Gilligan, C. (1982)／岩男寿美子監訳, 生田久美子, 並木美智子訳 (1986). もうひとつの声, 東京：川島書店. Different Voice, Harverd University Press, 1982.
- Fisher, L. (1999)／羽山由美子訳 (1999). 精神科臨床における倫理上の諸問題：意思決定に関連して. 日本精神保健看護学会誌, 8(1), pp.33-39.
- Fry, S.T. (1989). Toward a theory of nursing ethics. *Advances in Nursing Science*, 11 (4) , pp.9 - 22.
- Fry, S.T (1994)／片田範子, 山本あい子訳 (1998). 看護実践の倫理, p.3,28, 東京, 日本看護協会出版会.
- Fry, S.T. ／坂川雅子訳 (2002). 第5章 看護倫理の理論化に向けて. アン J. デービス監修, 藤隆子, 小西恵美子, 坂川雅子編集, 看護倫理 (pp.75-89). 東京：日本看護協会出版会.
- Fry, S.T (2001). 看護倫理(pp.169-178). Bishop, A. H., &Scudder, J. R. (2001)／田中美恵子監訳(2005). 全人的ケアのための看護倫理. 東京：丸善株式会社.
- 池原毅和(2002). 精神障害のある人の人権. 関東弁護士連合会編, 精神障害のある人の人権(p.16). 東京：明石書店.
- 石井トク, 野口恭子編著(2004). 看護の倫理資料集(p.7). 東京：丸善株式会社.
- 片田範子 (1999). 看護者が倫理について考えること. 精神科看護, 86, p.8-12.
- 勝原裕美子 (2002). 倫理的ジレンマを伴う看護管理者の意思決定プロセスの分析. 平成12、13年度 科学研究費助成金症例研究 (A) 研究成果報告書.
- 勝原裕美子 (2003). 看護部長の「倫理的ジレンマ」をもたらす道德的要求. 日本看護科学学会誌, 23(3), pp.1-10.
- 小島通代 (1997). 看護ジレンマ対応マニュアル－患者中心の看護のための医師とのコミュ

- ニケーション(pp.42-43). 東京：医学書院.
- 近藤まゆみ (2003). 倫理的ジレンマと看護師の役割－外来における倫理的ジレンマ. 日本がん看護学会誌, 17(2), pp.36-38.
- 南裕子, 稲岡文昭監修, 粕田孝行編(1985). セルフケア概念と看護実践 (p.46). 東京, へるす出版.
- 日本看護協会編 (2004). 看護者の基本的責務(p. 9). 東京：日本看護協会出版会.
- Noddings, N. (1984)／立山善康, 林泰成, 清水重樹, 宮崎宏志, 新茂之訳(1997). ケアリング (p.1, p.8, p.125 - 126). 京都：昇洋書房.
- 岡谷恵子、日本看護協会倫理検討委員会 (1999). 特集・倫理的感受性－その必要性とサポートシステム 看護業務上の倫理的問題に対する看護者の認識－日本看護協会＜日常業務上ぶつかる悩み＞調査より. 看護, 52(2), p.26-31.
- 岡崎寿美子、小島恭子 (2004). ケアの質を高める看護倫理－ジレンマを解決するために. 東京：医歯薬出版.
- 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, p.1-8.
- 精神保健福祉研究会監修 (2001). わが国の精神保健福祉(p.527). 平成13年度版.
- 社会保険旬報(2001). 動向, 第4次医療法改正を3月から施行. 社会保険旬報, 2087.
- Silva, M. (1990): Ethics and Ethical Dilemmas. In M. Silva (Ed.), Ethical Decision-Making in Nursing Administration, Norkwalk, CT: Appleton & Lange.
- 田中美恵子(2001). 精神看護学と精神看護実践. 田中美恵子編著, やさしく学ぶ看護シリーズ精神看護学 (p.10). 愛知：日総研出版.
- Thompson, J.E., & Thompson, H.O(1992). ケイコ・イマイ・キシ, 竹内博明監修・監訳(2004). 看護倫理のための意志決定 10 のステップ(p.109). 東京：日本看護協会出版会.
- 塚本尚子、石川文代、下枝佳子、岡部聡子 (1998). 看護ジレンマ場面における道德判断の発達と社会的相互作用の関連性の検討. 東京保健科学学会誌, 1(1), p.7-10.
- 内布敦子(2003). 看護界における倫理（看護倫理）の動向, 医療・生命と倫理・社会（オンライン版）. 2(2), p.1-8.
- 宇野正威 (1995). 精神疾患におけるインフォームドコンセント 患者の同意能力はコミュニケーションを繰り返す中で判断する (pp.45-48). からだの科学, 181, 日本評論社.
- 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), p.33-36.
- 渡辺裕子、関 啓子、輪湖史子(1997). 倫理的ジレンマに関する統計的研究－保健・医療・福祉の5つの専門職の比較. 看護学雑誌, 61(11), p.1046-1052.

《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》

第Ⅱ部 精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度と悩む程度、
および関連因子の検討

《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》

第Ⅱ部 精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度と悩む程度、 および関連因子の検討

Ⅰ．はじめに

本研究は、精神障害者の人権保障のために必要とされる看護師の意識と技術を明らかにすることを目的とし、第Ⅰ部において精神科病棟で勤務する看護師が臨床実践において体験している倫理的問題についてインタビュー調査を行い、その結果を報告した。

精神障害者の人権保障のためにはまず、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、そうした問題についてどの程度悩んでいるのか、またこうした問題や悩みには、どのような因子が影響しているのかを探究することが必要である。さらにそれらを明らかにすることによって、看護師の倫理的感受性および倫理的意思決定能力を高めていくための方略について検討することが必要である。

そこで第Ⅱ部では第Ⅰ部で得られた質的データをもとに、精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度と悩む程度についての尺度を開発し、精神科病院で患者ケアにあたる看護師の「倫理的問題を体験する頻度と悩む程度」、ならびに他の因子との関連を明らかにすることを目的に研究を実施したので、以下に報告する。

Ⅱ．研究方法

1．質問紙調査の実施

1) 対象者と対象施設

(1) 予備調査

本調査に先立ち、本調査への協力施設を募るために予備調査を実施した。予備調査対象施設は、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病院看護師 1:民間精神病院看護師 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、予備調査への協力依頼（資料Ⅱ－1.）を送付した。

なお、予備調査は一斉に行われたのではなく、各施設からの本調査への協力看護者数の

回答を待って、協力が予測される看護師数が、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、時間を追って漸次実施していった。最終的に、予測される本調査への協力看護師数が、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 に達した時点で予備調査を終了した。

予備調査は、平成 18 年 2 月から 3 月に実施した。

(2)本調査

調査は看護部長を対象としたものと、看護職員を対象としたものの 2 種類から構成された。

①各施設の看護部長への調査(資料Ⅱ-2.)

各施設の看護部長を対象として、『『精神科看護師が体験する倫理的問題とその対処方法に関する調査』施設基礎データ調査票・病棟基礎データ調査票 看護部長用』(資料Ⅱ-2.)を用いて、病院および病棟に関する調査を行った。

調査期間は、平成 18 年 2 月から 6 月であった。なお、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(資料Ⅱ-3.) (資料Ⅱ-4.)

平成 18 年 2 月から平成 18 年 6 月までの間に精神科に勤務する 996 名の看護職員を対象として、『調査協力をお願い』(資料Ⅱ-3.) と、『精神科看護師が体験する倫理的問題とその対処方法に関する調査』(看護職員用調査票、資料Ⅱ-4.) を送付して本調査を実施した。

『精神科看護師が体験する倫理的問題とその対処方法に関する調査』看護職員用調査票は、以下の質問群から構成された。

(1)フェースシート

(2)勤務する病棟の特徴(研究者らが開発)

(3)精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度と悩む程度(研究者らが開発)

(4)精神科看護師が倫理的問題に直面した時の対処行動(岡谷(1999)をもとに研究者らが作成)

(5)「道徳的感性尺度:「The moral sensitivity test」」(MST)(Kim Lützén:1994)

(6)ナースのための自己表現(アサーション)チェックリスト(野末武義・野末聖香:2001)

(7)Pines Burnout Measure(稲岡訳:1983)

2. 各調査票の構成

1)『精神科看護師が体験する倫理的問題とその対処方法に関する調査』施設基礎データ調査票・病棟基礎データ調査票(看護部長用、資料Ⅱ-2.)の質問項目

対象施設の背景を知るために、施設名、施設の設置主体、施設の診療体制、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（看護職員配置；平成 17 年度の診療報酬表記に基づく入院料）、応急入院指定病院または精神科救急医療施設の有無、措置入院の受け入れの有無、倫理委員会の有無、倫理委員会への看護師の参加の有無、施設内の継続看護教育プログラムへの倫理に関する内容の有無、過去 5 年以内の看護師を対象とした倫理に関する教育講演会などの企画の有無の 11 項目の内容を尋ねる調査票を作成した。

なお、看護部長用は看護師の病院・病棟の具体データを補足するものとして作成した。

2)『精神科看護師が体験する倫理的問題とその対処方法に関する調査』（看護職員調査票，資料Ⅱ-4.）の構成

(1)フェースシート

対象者の背景を知るために、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、教育機関における「倫理」・「看護倫理」に関する科目の受講の有無、倫理に関する講習会・勉強会等への参加経験の有無の 9 項目の内容を尋ねた。

(2)勤務する病棟の特徴

対象者が勤務する病棟の特徴を知るために、病棟の病床数、病棟の看護者数（そのうちの准看護師数）、病棟の入院料、看護勤務形態、平均勤務者数、病棟の開放度、患者の性別による病棟区分、病棟の特徴、看護方式、病棟の措置入院患者の受け入れの有無、病棟の夜間や休日の入院患者の受け入れの有無の 11 項目の内容を尋ねた。

(3)精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度と悩む程度

第Ⅰ部の研究において、精神科看護師へのインタビューから、68 の倫理的問題のエピソードを収集し、質的分析の結果、その内容として、＜患者の権利＞に関わるもの（患者の自己決定、知る権利、病名告知）、＜治療＞に関わるもの（隔離・拘束、服薬、身体合併症、電気けいれん療法、治療拒否）、＜退院・長期入院＞に関わるもの（退院・長期入院）、＜移送・救急入院＞に関わるもの（移送・救急入院）、＜患者の状態＞に関わるもの（暴言・暴力、自殺、転倒）、＜病棟規則＞に関わるもの（病棟規則、物品管理）、＜人＞に関わるもの（同僚の非倫理的態度、約束事、情報提供）が抽出された。さらにそれぞれのエピソードに含まれる価値の対立が明らかにされた。

そこで、第Ⅰ部で抽出された倫理的問題の内容のカテゴリーに基づいて、それぞれの質問項目に原則として 2 つの価値の対立が含まれるように意図しながら、精神科看護師が体験する倫理的問題を反映する 80 項目の質問を作成した。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 段階評定で尋ねる尺度を作成した。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）に印を

つけた対象者には、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段階評定で尋ねる尺度を作成した。

(4)精神科看護師の倫理的問題に直面した時の対処行動

対象者の対処行動について知るために、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、11項目から構成された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質問項目を作成した。

(5)道徳的感性尺度：「The moral sensitivity test」(MST)

対象者の倫理的感受性について知るために、Kim Lützén(1994)の開発した、「道徳的感性尺度：「The moral sensitivity test」」(MST)を、中村(2001)の「成人内科・外科病棟に勤務する看護婦(士)の Moral Sensitivity Test」を参考に、両者の許可を得て翻訳し、尺度とした。MSTは35項目から構成されており、精神科看護師の倫理的感受性について尋ねる尺度である。その概念には、対人関係における内省的態度(8項目)、道徳性の構築(8項目)、情を示す(8項目)、自立(6項目)、葛藤体験(3項目)、医師の判断への信頼(3項目)といった6つの要素が含まれている。また、35項目について「全然そう思わない」から「全くそう思う」の6段階評価を行うものである。

(6)ナースのための自己表現（アサーション）チェックリスト

対象者のアサーティブネスについて知るために、野末武義・野末聖香(2001)の開発した「ナースのための自己表現（アサーション）チェックリスト」を、開発者の許可を得て調査に用いた。「ナースのための自己表現（アサーション）チェックリスト」は、「患者に対して」(9項目)・「医師に対して」(8項目)・「上司に対して」(9項目)・「部下に対して」(9項目)・「同僚に対して」(9項目)から構成されており、それぞれの対象に対する自己表現（アサーション）について、「全くあてはまらない」から「非常にあてはまる」の5段階で尋ねる尺度である。

(7)Pines Burnout Measure

対象者のバーンアウトについて知るために、Pines(1981)が開発した「The Burnout Measure」を稲岡（1983）が訳したものを用いた。「Pines Burnout Measure」は、21項目から構成されており、バーンアウト状態を特に身体的、心理的、精神的疲弊の観点から尋ねる尺度である。

3. 質問紙の配布と回収の手順

看護部長より調査協力が得られた施設に対し、施設毎に対象者数分の質問紙を送り、看護部長を通じて対象者に配布してもらった。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を看護部長に依頼した。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。

4. 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・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。

5. 分析方法

データ分析には、統計学パッケージ SPSS Ver.15 を用いた。全変数の基本統計量を算出し、相関分析、母平均値の差の検定、一元配置分散分析、因子分析、重回帰分析等を行った。

Ⅲ. 研究結果

1. 対象施設の背景

131 施設に対する予備調査の結果、最終的に研究協力の承諾の得られた対象施設は 28 施設（国公立 3・民間 25）であった。本調査への協力受諾率は、21.4%であった。この 28 施設に対し、本調査を実施した。

1) 設置主体（表Ⅱ-1. 図Ⅱ-1.）

設置主体については、都道府県が 2 施設(7.1%)、国・都道府県以外の公立が 1 施設(3.6%)、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。

2) 診療体制

診療体制については 28 施設の全ての施設が、精神科病院であった。

3) 全病床数および精神科病床数(表Ⅱ-2. 図Ⅱ-2.)

全病床数については、平均 331.4 病床(SD=126.575、R=212-620)であり、そのうち精神科病床数は、平均 316.46 病床(SD=137.097、R=100-620)であった。

4) 対象病棟の入院料（表Ⅱ-3. 図Ⅱ-3.） *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。

入院料については、入院基本料 1 をとっている病棟はなく、入院基本料 2 は 1 病棟(3.6%)、入院基本料 3 は 18 病棟(64.3%)、入院基本料 4 は 3 病棟(10.7%)、入院基本料 5 は 6 病棟

(21.4%)、入院基本料 6 は 2 病棟(7.1%)、入院基本料 7 は 1 病棟(3.6%)、特別入院基本料 1 および 2 をとっている病棟はなく、精神科救急入院料は 1 病棟(3.6%)、精神科急性期治療病棟入院料 1 は 24 病棟(14.3%)、精神科急性期治療病棟入院料 2 は 2 病棟(7.1%)、精神科療養病棟入院料 1 は 9 病棟(32.1%)、精神科療養病棟入院料 2 は 4 病棟(14.3%)、その他は 2 病棟(7.1%)であった。

5) 応急入院指定病院または精神科救急医療施設の指定の有無 (表Ⅱ-4. 図Ⅱ-4.)

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、受けていない施設が 12 施設(42.9%)であった。

6) 措置入院の受け入れの有無 (表Ⅱ-5. 図Ⅱ-5.)

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%)、受けていない施設が 1 施設(3.6%)であった。

7) 施設内の倫理委員会の有無および、倫理委員会の構成メンバー (表Ⅱ-6. 図Ⅱ-6.)

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。

8) 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

(表Ⅱ-7. 図Ⅱ-7.)

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。

9) 過去 5 年に看護師を対象とした倫理に関する教育講演などの企画の有無

(表Ⅱ-8. 図Ⅱ-8.)

過去 5 年に看護師を対象とした倫理に関する教育講演などの企画があった施設は、8 施設(28.6%)、なかった施設は 20 施設(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 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%)。

1) 対象者の所属している施設の設置主体 (表Ⅱ-9. 図Ⅱ-9.)

対象者のうち、都道府県に設置主体がある施設に所属している対象者は 78 名(8.9%)で、その他の公立病院に設置主体が有る施設に所属している対象者は 44 名(5.0%)で、国、都道府県、その他の公立病院以外に設置主体がある施設に所属している対象者は 757 名(86.1%)

であった。

国公立、民間別では、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、民間精神科病院に所属している対象者が 757 人であり、比率は、1:6.2 であった。

2) 年齢 (表Ⅱ-10.)

平均年齢は、41.66 歳(SD=11.311、R=20-70)であった。

3) 性別 (表Ⅱ-11. 図Ⅱ-10.)

性別については、女性 644 名(73.3%)、男性 232 名(26.4%)であった。

4) 免許 (表Ⅱ-12. 図Ⅱ-11.)

看護免許の種類については、看護師 576 名(65.5%)、准看護師 299 名(34%)であった。

5) 最終専門学歴 (表Ⅱ-13. 図Ⅱ-12.)

最終専門学歴については、准看護師養成課程 268 名(30.5%)、看護専門学校 2 年課程 191 名(21.7%)、看護専門学校 3 年課程 344 名(39.1%)、短期大学 13 名(1.5%)、大学 9 名(1%)、大学院 3 名(0.3%)、その他 38 名(4.3%)であった。

6) 職位 (表Ⅱ-14. 図Ⅱ-13.)

職位については、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。

7) 臨床経験年数 (表Ⅱ-15.)

臨床経験年数については、平均 16.88 年(SD=10.818、R=1-49)であった。

8) 精神科臨床経験年数 (表Ⅱ-16.)

精神科臨床経験年数については、平均 11.77 年(SD=9.576、R=1-49)であった。

9) 教育機関における倫理に関する科目の受講 (表Ⅱ-17. 図Ⅱ-14.)

教育機関における倫理に関する科目の受講については、あり 325 名(37.0%)、なし 504 名(57.3%)であった。

10) 倫理に関する講習会・勉強会等への参加経験 (表Ⅱ-15.)

倫理に関する講習会・勉強会等への参加経験については、あり 300 名(34.1%)、なし 556 名(63.3%)であった。

3. 対象者の所属している病棟の特徴

対象となった病棟は、73 病棟であった。

1) 病棟の病床数 (表Ⅱ-19.)

対象者の勤務している病棟の病床数については、平均 56.61 病床(SD=10.458、R=30-105)であった。

2) 病棟の看護者数 (表Ⅱ-20. Ⅱ-21.)

対象者の勤務している病棟の看護者数については、看護師数は平均 18.89 人(SD=4.219、R=5-30)、准看護師数は平均 7.17 人(SD=3.421、R=0-18)であった。

3) 病棟の入院料別対象者数 (表Ⅱ-22. 図Ⅱ-16.)

病棟の入院料については、入院基本料 1 をとっている病棟に勤務する対象者はいず、入院基本料 2 には 35 名(4%)、入院基本料 3 には 495 名(56.2%)、入院基本料 4 には 34 名(3.9%)、入院基本料 5 には 85 名(9.6%)、入院基本料 6 には 44 名(5%)、入院基本料 7 には 6 名(0.7%)、特別入院基本料 1・2 をとっている病棟に勤務する看護師はいず、精神科救急入院料には 4 名(0.5%)、精神科急性期治療病棟入院料 1 には 28 名(3.2%)、精神科急性期治療病棟入院料 2 には 26 名(3%)、精神療養病棟入院料 1 には 75 名(8.5%)、精神科療養病棟入院料 2 には 23 名(2.6%)、その他には 8 名(0.9%)であった。

4) 看護勤務形態別対象者数 (表Ⅱ-23. 図Ⅱ-17.)

病棟の看護勤務形態は、2 交代をとっている病棟に勤務する対象者が 533 名(60.6%)、3 交代をとっている病棟に勤務する対象者が、340 名(38.7%)、その他の病棟に勤務する対象者が 3 名(0.3%)であった。

5) 平均勤務者数 (表Ⅱ-24. 図Ⅱ-18.)

病棟の平均勤務者数は、2 交代の場合に日勤は 9.14 人(SD=2.600 R=3-16)で、夜勤は 2.22 人(SD=4.92 R=1-4)であった。また、3 交代の場合には、日勤は 8.51 人(SD=1.848 R=5-13)で、準夜勤は 2.35 人(SD=0.477 R=2-3)であった。

6) 病棟の開放度別対象者数 (表Ⅱ-25. 図Ⅱ-19.)

病棟の開放度は、開放病棟(8 時間以上の開放時間が確保されている入院病棟)に勤務する対象者が 351 名(39.9%)、時間開放(一日のうち常時 0.5 時間以上 8 時間未満の開放時間が確保)に勤務する対象者が 90 名(10.2%)、完全閉鎖(1 日のうち開放時間が 0.5 時間未満の入院病棟)に勤務する対象者が 434 名(49.4%)であった。

7) 患者の性別による病棟区分別対象者数 (表Ⅱ-26. 図Ⅱ-20.)

患者の性別による病棟区分は、男子病棟に勤務する対象者が 171 名(19.5%)、女子病棟に勤務する対象者が 120 名(13.7%)、男女混合病棟に勤務する対象者が 585 名(66.8%)であった。

8) 病棟の特徴別対象者数(表Ⅱ-27. 図Ⅱ-21.)

病棟の特徴は、精神科急性期に勤務する対象者が 250 名(28.4%)、精神科慢性期に勤務する対象者が 272 名(30.9%)、精神科回復期・社会復帰に勤務する対象者が 154 名(17.5%)、アルコール・薬物専門病棟と身体合併症病棟は該当者がいず、その他の病棟に勤務する対象者は 202 名(23.0%)であった。

9) 看護方式別対象者数(表Ⅱ-28. 図Ⅱ-22.)

看護方式は、チームナーシングに勤務する対象者が 142 名(16.2%)、固定チーム方式に勤務する対象者が 99 名(11.3%)、プライマリーナーシング(モジュール方式を含む)には 196 名(22.3%)、日替わり受持ち方式には 82 名(9.3%)、機能別看護方式には 98 名(11.1%)、混合方式には 258 名(29.4%)、その他の病棟には、1 名(0.1%)であった。

10) 病棟の措置入院患者の受け入れの有無別対象者数 (表Ⅱ-29. 図Ⅱ-23.)

病棟の措置入院患者の受け入れは、有る病棟に勤務する対象者が 424 名(48.2%)、無い病棟に勤務する対象者が 454 名(51.7%)であった。

11) 病棟の夜間や休日の入院患者の受け入れの有無別対象者数(表Ⅱ-30. 図Ⅱ-24.)

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対象者が、687 名(78.2%)、無い病棟に勤務する対象者が 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の平均値が高い質問項目 (表Ⅱ-31.)

倫理的問題を体験する頻度の高い平均値順に、「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=3.97 n=860)、「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=3.73 n=859)、「家族の病気への理解が不十分なために、患者が退院できないことがある」(平均値=3.68 n=859)、「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=3.42 n=852)、「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=3.30 n=856)、「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=3.20 n=861)、「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=3.04 n=856)であった。

2) 倫理的問題を体験する頻度の平均値が低い項目(表Ⅱ-32.)

倫理的問題を体験する頻度の低い平均値順に、「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=1.34 n=860)、「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=1.46 n=837)、「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=1.46 n=856)」、「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=1.57 n=856)の順であった。

3) 倫理的問題に悩む程度の平均値が高い項目(表Ⅱ-33.)

倫理的問題に悩む程度の高い平均値順に、「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」(平均値=3.58 n=408 頻度の平均値=2.80)、「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=3.49 n=564 頻度の平均値=2.88)、「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=3.48 n=421 頻度の平均値=2.61)、「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」(平均値=3.40 n=367 頻度の平均値=2.55)の順であった。

4) 倫理的問題に悩む程度の平均値が低い項目(表Ⅱ-34.)

倫理的問題に悩む程度の低い平均値順に、「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=2.52 n=420 頻度の平均値=1.46)、「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=2.54 n=484 頻度の平均値=2.85)、「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=2.57 n=421 頻度の平均値=2.81)、「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=2.62 n=219 頻度の平均値=2.19)、「家族の希望で、患者の電話が制限されることがある。」(平均値=2.66 n=450 頻度の平均値=2.56)、「病棟内で、暴力的な患者に対して、問題を起こさないように過度な監視をすることがある。」(平均値=2.68 n=295 頻度の平均値=2.38)の順であった。

5. 「精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度と悩む程度」の信頼性と妥当性の検討

1) 尺度の信頼性

尺度の内的整合性については、クロンバック α 信頼係数は 80 項目全体で、0.9645(n=545)であり、高い信頼性がみられた。

2) 尺度の内容的妥当性

尺度の内容的妥当性については、精神看護を専門とする研究者らによって議論を重ね、検討した。

3) 項目分析と項目の精選 (表Ⅱ-35.)

80 項目の記述統計において平均値が 1.5 未満または 4.5 以上であった項目および、歪度 ± 1.0 以上と尖度 ± 3.0 以上のもの 14 項目を削除対象として専門的な観点から検討し(表Ⅱ-34.)、削除が妥当と考えられたもの 5 項目(12・34・45・46・66)を削除した。これを「倫理的問題体験の頻度-75 項目版」と呼ぶこととした。この 75 項目版のクロンバック α 信頼係数は 75 項目全体で、0.9641($n=560$)であり、十分な信頼性がみられた。

なお、G-P 分析では全ての項目に 1 %水準で有意差がみられ、I-T 相関においては、尺度得点と項目得点には全て 1 %水準で相関がみられた。

以下、この「75 項目版」で、対象施設や対象者の属性との関連、「倫理的問題を体験する頻度」の因子分析、アサーティブネス、バーンアウトとの関連などの検定を行った。

4) 構成概念妥当性の検討

構成概念妥当性の検討として、「75 項目版」で因子分析を行った。それについては、7. 「精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度」の因子構造で述べることとする。

6. 精神科看護師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(図Ⅱ-25.)

看護師が倫理的問題を体験する頻度(「75 項目版」)の合計得点との間に、以下に示す項目において有意な関連がみられた。

1) 精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度と対象施設の背景との関連

看護師が倫理的問題を体験する頻度の合計得点と、対象施設の背景の間に有意な関連がみられた項目は、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 $t=2.388$ $p<0.05$)、施設内の看護師を対象にした継続した教育プログラムの中に倫理に関する内容は含まれているか(含まれていない > 含まれている $t=-2.29$ $p<0.05$)であった。

また、全病床数($r=-.119$ $n=559$ $p<0.05$)・精神科病床数($r=-.119$ $n=559$ $p<0.05$)であったが、いずれも相関係数が低かった。

2) 精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度と対象病棟の背景との関連

看護師が倫理的問題を体験する頻度の合計得点と、対象病棟の背景の間に有意な関連が

みられた項目は、病棟の措置入院患者の受け入れの有無(受け入れ有>無 $t=5.252$ $p<0.01$)、病棟の夜間や休日の入院患者の受け入れの有無(有>無 $t=3.165$ $p<0.05$)、病棟の開放度(完全開放>時間開放>開放 $f=17.965$ $p<0.01$)、病棟の特徴(精神科急性期>精神科回復期・社会復帰 $f=6.086$ $p<0.01$)であった。

3) 精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度と対象者の属性との関連

看護師が倫理的問題を体験する頻度の合計得点と、対象者の属性の間に有意な関連がみられた項目は、免許(看護師>准看護師 $t=-3.603$ $p<0.01$)であった。

また、年齢($r=-0.19$ $n=556$ $p<0.01$)・臨床経験年数($r=-0.14$ $n=548$ $p<0.01$)・精神科臨床経験年数($r=-0.10$ $n=556$ $p<0.05$)であったが、いずれも相関係数が低かった。

7. 「精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度」の因子構造と構成概念妥当性

1) 標本妥当性

5項目を削除し、75項目とした「倫理的問題体験の頻度-75項目版」を因子分析するに先立ち、Kaiser-Meyer-Olkin 指数 (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) と Bartlett の球面性検定(Bartlett test of sphericity)によって因子分析実施のための標本妥当性を検討した。結果は表Ⅱ-36.に示すように、前者については.942であり、また後者については近似 $\chi^2=21981.53$ ($p<0.01$)となり、いずれも因子分析を行うのに十分なレベルの適切性基準が確認された。

2) 因子構造 (表Ⅱ-37.)

尺度の構造を調べるために、「倫理的問題を体験する頻度」の75項目に全回答した545名について、主因子法による因子分析(直交バリマックス回転)を行い、因子解を検討した。そして並行して項目分析を繰り返した結果、6因子が適解と判断された($n=545$)。また、共通性は.303～.768であった。

(1)第1因子 <職場環境>

第1因子の<職場環境>は、固有値 21.529、寄与率 28.7%、平均得点 2.36 で、「56 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。」(.663; 因子負荷量)、「57 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。」(.609; 因子負荷量)、「69 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。」(.553; 因子負荷量)、「78 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。」(.553; 因子負荷量)、「79 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。」(.532; 因子負荷量)、「54 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。」(.512; 因子負荷量)、「59 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。」(.504; 因子負荷量)、「58 患者の物品を預かりっぱなしになっていることがある。」(.493; 因子負荷量)、「76 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。」(.479; 因子負荷量)、「67 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。」(.470; 因子負荷量)、「68 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。」(.468; 因子負荷量)、「74 患者に対して平等にケアが行われていないことがある。」(.447; 因子負荷量)、「64 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。」(.429; 因子負荷量)、「55 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。」(.395; 因子負荷量)、「32 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。」(.394; 因子負荷量)、「37 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。」(.383; 因子負荷量)、「60 家族の希望で、患者の電話が制限されることがある。」(.342; 因子負荷量)、「33 電気けいれん療法が患者にとってい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。」(.321; 因子負荷量)、「53 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。」(.312; 因子負荷量)、「77 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。」(.299; 因子負荷量)、「75 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。」(.235; 因子負荷量)であった。＜職場環境＞の因子の信頼係数は、 $\alpha=.9052(n=660)$ であった。

(2)第2因子 ＜強制治療＞

第2因子の＜強制治療＞は、固有値 3.460、で寄与率 4.614%、平均得点 2.14 であり、「9 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。」(.769; 因子負荷量)、「8 患者の尊厳を傷つけると思いながらも、患者自身の安全を考えて拘束することがある。」(.745; 因子負荷量)、「10 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。」(.737; 因子負荷量)、「7 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。」(.730; 因子負荷量)、「11 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。」(.639; 因子負荷量)、「14 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。」(.583; 因子負荷量)、「13 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。」(.574; 因子負荷量)、「15 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。」(.467; 因子負荷量)、「24 患者に病識がないために、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。」(.448; 因子負荷量)、「25 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。」(.398; 因子負荷量)、「47 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。」(.270；因子負荷量)であった。＜強制治療＞の因子の信頼係数は、 $\alpha = .8758(n=807)$ であった。

(3)第3因子 ＜看護師の責任と感情＞

第3因子の＜看護師の責任と感情＞は、固有値は 2.601、寄与率は 3.468%、平均得点 2.69 であり、「48 症状とはわかっている、患者の暴言により、自分の気持ちが傷つくことがある。」(.537；因子負荷量)、「63 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。」(.498；因子負荷量)、「71 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。」(.494；因子負荷量)、「49 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。」(.494；因子負荷量)、「72 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。」(.446；因子負荷量)、「20 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。」(.437；因子負荷量)、「36 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。」(.433；因子負荷量)、「65 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。」(.413；因子負荷量)、「52 安全を優先するあまり、患者の自立を阻むことがある。」(.412；因子負荷量)、「80 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。」(.397；因子負荷量)、「50 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。」(.375；因子負荷量)、「51 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。」(.355；因子負荷量)、「23 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。」(.348；因子負荷量)、「21 患者が薬の副作用を苦痛に思っている時にも、服薬をすすめるなければならないことがある。」(.342；因子負荷量)、「70 病棟内で、暴力的な患者に対して、問題を起こさないように過度な監視をすることがある。」(.340；因子負荷量)、「73 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。」(.322；因子負荷量)であった。＜看護師の責任と感情＞の因子の信頼係数は、 $\alpha = .870(n=736)$ であった。

(4)第4因子 ＜チーム医療＞

第4因子の＜チーム医療＞は、固有値 2.340、寄与率 3.119%、平均得点 2.49 であり、「28 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。」(.574；因子負荷量)、「27 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。」(.519；因子負荷量)、「17 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。」(.493；因子負荷量)、「19 は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。」(.456；

因子負荷量)、「18 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。」(.442; 因子負荷量)、「16 医師の指示が不適切だと思いつながらも、医師に意見を言うことができないことがある。」(.439; 因子負荷量)、「4 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。」(.433; 因子負荷量)、「26 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。」(.409; 因子負荷量)、「29 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。」(.406; 因子負荷量)、「62 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。」(.388; 因子負荷量)、「31 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。」(.362; 因子負荷量)、「44 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。」(.351; 因子負荷量)、「30 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。」(.350; 因子負荷量)、「22 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。」(.241; 因子負荷量)であった。＜チーム医療＞の因子の信頼係数は、 $\alpha = .8951(n=758)$ であった。

(5) 第5因子 ＜退院と意思決定＞

第5因子の＜退院と意思決定＞は、固有値 2.093、寄与率 2.790%、平均得点 3.23 であり、「39 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。」(.806; 因子負荷量)、「40 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。」(.760; 因子負荷量)、「41 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。」(.715; 因子負荷量)、「38 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。」(.653; 因子負荷量)、「42 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。」(.526; 因子負荷量)、「43 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。」(.397; 因子負荷量)、「61 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。」(.380; 因子負荷量)、「35 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。」(.380; 因子負荷量)、「2 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。」(.277; 因子負荷量)であった。＜退院と意思決定＞の因子の信頼係数は、 $\alpha = .8647(n=795)$ であった。

(6) 第6因子 ＜病名告知＞

第6因子の＜病名告知＞は、固有値 1.805、寄与率 2.407%、平均得点 2.52 であり、「5 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。」(.579; 因子負荷量)、

「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。」(.579；因子負荷量)、「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。」(.390；因子負荷量)、「3 家族の希望で、患者に情報提供が行われないことがある。」(.378；因子負荷量)であった。＜病名告知＞の因子の信頼係数は、 $\alpha=.6712(n=825)$ であった。

精神科看護師が体験する倫理的問題は、平均値が高い順に、＜退院と意思決定＞(average=2.915)、＜看護師の責任と感情＞(average=2.696)、＜病名告知＞(average=2.520)、＜チーム医療＞(average=2.494)、＜職場環境＞(average=2.359)、＜強制治療＞(average=2.148)であった。

3) 構成概念妥当性の検討 (図Ⅱ-26.)

「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 80 の質問項目は、第Ⅰ部の研究において抽出された倫理的問題の内容に基づいて作成された。すなわち、＜患者の権利＞に関わるもの（患者の自己決定、知る権利、病名告知）、＜治療＞に関わるもの（隔離・拘束、服薬、身体合併症、電気けいれん療法、治療拒否）、＜退院・長期入院＞に関わるもの（退院・長期入院）、＜移送・救急入院＞に関わるもの（移送・救急入院）、＜患者の状態＞に関わるもの（暴言・暴力、自殺、転倒）、＜病棟規則＞に関わるもの（病棟規則、物品管理）、＜人＞に関わるもの（同僚の非倫理的態度、約束事、情報提供）の 7 つである。

そこで今回抽出された因子構造と比較すると、

①第 1 因子として抽出された＜職場環境＞は、第Ⅰ部における＜病棟規則＞＜人＞にはほぼ相当すると考えられた。因子付加量が低い項目「精神障害者という理由で、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」(.299)、「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」(.235)については、検討が必要と考えられたが、ほかは、人的・物的を含む病棟内環境が原因して、倫理的問題が体験されているものとして、一定のまとまりを示していた。

②第 2 因子として抽出された＜強制治療＞は、第Ⅰ部における＜治療＞にはほぼ相当し、隔離・拘束などの強制的治療手段に関する問題として、一定のまとまりを示していた。

③第 3 因子として抽出された＜看護師の責任と感情＞は、第Ⅰ部における＜患者の状態＞＜人＞にはほぼ相当し、看護ケアに伴う看護師の責任感や感情を表す内容として、一定の意味まとまりを示していた。

④第 4 因子として抽出された＜チーム医療＞は、第Ⅰ部における＜治療＞にはほぼ相当し、＜治療＞の中でも、医師や他の看護スタッフ、他職種との関係を中心としたチーム医療に関する問題として、一定の意味まとまりを示していた。

⑤第 5 因子として抽出された＜退院と意思決定＞は、第Ⅰ部における＜退院・長期入院＞＜患者の権利＞＜治療＞の問題にはほぼ相当し、患者の意思決定と関連する内容として、一定の意味まとまりが示された。

⑥第6因子として抽出された＜病名告知＞は、第Ⅰ部における＜患者の権利＞＜治療＞＜＞にはほぼ相当し、病名や病状に関する問題として、一定の意味まとまりを示した。

以上のように、「倫理的問題を体験する頻度」の因子構造は、＜職場環境＞＜強制治療＞＜看護師の責任と感情＞＜チーム医療＞＜退院と意思決定＞＜病名告知＞という6つの因子として解釈可能であり、一定の因子妥当性があると判断された。しかし、それぞれの因子において、因子付加量が低い項目が含まれており、また累積寄与率は、45.1%と低く、今後さらに項目の精選をしていく必要性が示唆された。

また、図Ⅱ-26.に示すように、全ての因子間に有意な関連がみられ、全体としてまとまりが強い尺度であると考えられた。なお、相関係数が.7を超えるものは、＜職場環境＞と＜看護師の責任と感情＞($r=.736$ $n=621$ $p<0.01$)、＜職場環境＞と＜チーム医療＞($r=.711$ $n=612$ $p<0.01$)であった。

8. 倫理的問題に直面した時の対処行動 (表Ⅱ-38.)

倫理的問題に直面した時の対処行動としては、「同じ病棟の看護師に相談する」に「はい」と答えた人が765人($n=824$, 87.0%)、「師長・主任に相談する」に「はい」と答えた人が726人($n=818$, 82.6%)、「文献などを読む」に「はい」と答えた人が534人($n=777$, 60.8%)、「看護師だけのカンファレンスを開く」に「はい」と答えた人が515人($n=781$, 58.6%)、「他職種とケースカンファレンスを開く」に「はい」と答えた人が354人($n=779$, 40.3%)、「深く考えないようにする」に「はい」と答えた人が345人($n=768$, 39.2%)、「友人などの第三者に相談する」に「はい」と答えた人が260人($n=772$, 29.6%)、「ひとりで悩む」に「はい」と答えた人が157人($n=771$, 17.9%)、「解決の手段がないのでそのままにする」に「はい」と答えた人が132人($n=756$, 15.0%)、「職場の倫理委員会など、公の場に持ち込む」に「はい」と答えた人が111人($n=759$, 12.6%)、「該当するものがない」に「はい」と答えた人が97人($n=669$, 11.0%)であった。

このように、精神科看護師が倫理的問題に直面した時に、他者に相談する、文献などを読む、カンファレンスを開くなどの対処行動をとっており、深く考えない、1人で悩むなどの対処方法は比較的少なかった。

9. 「道徳的感性尺度：「The moral sensitivity test」」(MST) (表Ⅱ-39.)

全35項目の信頼係数(クロンバック α)は、0.774($n=717$)と高く、平均値および標準偏差は表の通りであった。

10. アサーティブネス

1) アサーティブネスのタイプによる得点 (表Ⅱ-40. 図Ⅱ-27.)

自己表現 (アサーション) の 3 タイプの得点を比較すると「アサーティブな自己表現 (アサーション)」得点の平均値が、53.25 (SD=5.80) と最も高く、次いで「非主張的な自己表現 (アサーション)」得点の平均値が 44.86 (SD=6.55) であった。最も低かったのは「攻撃的自己表現 (アサーション)」得点で、平均値が 36.49 (SD=6.43) であった。

2) 対象者の基本属性との関連

アサーティブネスと対象者の基本属性との間に有意な関連がみられた項目は、免許と教育機関における「倫理」、「看護倫理」など倫理に関する科目の受講の有無であった。

免許においては、「アサーティブな自己表現 (アサーション)」では、看護師の得点有意に高く ($t=3.69, p<0.01$)、「攻撃的自己表現 (アサーション)」では准看護師の得点有意に高く ($t=2.25, p<0.05$)、「非主張的な自己表現 (アサーション)」では有意差は見られなかった。

倫理の受講の有無では、「アサーティブな自己表現 (アサーション)」では、受講ありの得点有意に高く ($t=2.510, p<0.01$)、「非主張的な自己表現 (アサーション)」では受講なしの得点有意に高く ($t=2.87, p<0.01$)、「攻撃的自己表現 (アサーション)」では、有意差は見られなかった。

また、「アサーティブな自己表現 (アサーション)」「攻撃的自己表現 (アサーション)」「非主張的な自己表現 (アサーション)」の得点で、性別、年齢、臨床経験年数、精神科経験年数との関連は見られなかった。

3) 「精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度」との関連

精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度の合計得点とは、「非主張的自己表現 (アサーション)」の得点 ($r=0.250, p<0.01$)、「攻撃的自己表現 (アサーション)」($r=0.131, p<0.01$) との間に弱い相関が見られた。

また、重回帰分析の結果、回帰式全体の有意性は 5% 水準で有意であり、自由度調整済みの R が「.072」と低く、アサーティブネスは、「倫理的問題を体験する頻度」に対し直接的な影響はほとんどないことが明らかになった。

4) バーンアウトとの関連

バーンアウトの合計点との関連においては、「非主張的自己表現 (アサーション)」の得点と軽度の相関がみられ ($r=0.340, p<0.01$)、「攻撃的自己表現」とは弱い相関がみられ ($r=.127, p<0.01$)、「アサーティブな自己表現 (アサーション)」とは、逆相関の関連がみられた ($r=-0.239, p<0.01$)。また、重回帰分析の結果 (自由度調整済みの $R=.138, p<0.05$) より、アサーティブな自己表現は、バーンアウトに軽度影響していることが明らかになった。

11. バーンアウト

1) バーンアウトスコア (表Ⅱ-41. 図Ⅱ-28.)

バーンアウトスケールにおいては、バーンアウトスコアが3.9以下であり「精神的に安定し心身ともに健全である」に該当する人は318名(36.2%)であり、3.0～3.9の「Burn Outの徴候が見られる」に該当する人は295名(33.6%)であり、「Burn Outに陥っている」に該当する人は253名(28.8%)であった。

2) バーンアウトスコアと対象者の基本属性との関連

バーンアウトと対象者の基本属性において有意な関連がみられた項目は、性別(女>男 $t=-3.046$ $p<0.05$)、病棟の夜間や休日の入院患者の受け入れの有無(有>無 $t=2.125$ $p<0.05$)、病棟の特徴(女子病棟>男子病棟 $f=4.429$ $p<0.05$)であった。

3) 「精神科看護師が体験する倫理的問題の頻度」の合計得点との関連

「精神科看護師が体験する倫理的問題の頻度」の合計得点は、軽度の正の相関($r=.276$ $n=556$ $p<0.01$)がみられ、有意な関連(「Burn Outに陥っている」>「Burn Outの徴候が見られる」>「精神的に安定し心身ともに健全である」 $f=12.9$ $p<0.01$)がみられた。

IV. 考察

本研究では、精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度と悩む程度についての尺度を開発し、精神科医療施設で患者ケアにあたる看護師の、「倫理的問題を体験する頻度と悩む程度」、ならびに他の因子との関連を検討した。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

対象施設は、予備調査の段階において、全国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)を反映するように調整した。実際に本調査の対象となった施設は、独立行政法人を含む国公立精神科病院が3施設、民間精神科病院が25施設であり、有効回答者の所属している設置主体は、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、民間精神科病院に所属している対象者が757人(1:6.2)であった。この結果より、本研究の対象者は、ほぼ全国精神科看護職員等配置状況を反映しているといえる。

しかしながら、131 施設に対して行われた予備調査に対し、本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、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。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は、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 人の看護職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 年)の結果、「倫理委員会がある：15.6%、看護職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、本研究の対象施設の倫理に関する意識の高さを示唆するものであった。また、こうした倫理委員会の設置率の高さは、精神科医療においては、平成 16(2004)年度の診療報酬改定で、医療保護入院等診療料が設置され、行動制限最小化委員会の設置がこの診療料の獲得には必須となったこととも関連している可能性が考えられたが、今回の調査では行動制限最小化委員会の設置の有無については尋ねなかったため、その関連までを明らかにすることはできなかった。今後の課題としたい。

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。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かなり良質な施設が対象となったといえる。

また、対象病棟別では、入院基本料 2 を取っている病棟に勤務する看護者が 35 名(56.2%)、入院基本料 3 (3:1 以上)を取っている病棟に勤務する看護者が 495 名 (56.2%)と、3:1 以上の病棟に勤務する対象者が全体の半数以上を占めていた。この結果からも、看護職員の配置状況においても、比較的良質な病棟が対象となったと考えられる。

2) 対象者の特性

(1)基本属性

対象者の平均年齢は 41.66 歳 (R=20-70 歳)、平均臨床経験年数は 16.88 年 (R=1-49 年)、平均精神科臨床経験年数は 11.77 年 (R=1-49 年)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。

性別は女性が多く(女性 73.3% 男性 26.4%)、看護免許の種類においては看護師が多く(看護師 65.5% 准看護師 34%)、「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といえる。最終専門学歴においては(准看護師養成課程 30.5% 看護専門学校 2 年課程 21.7% 看護専門学校 3 年課程 39.1% 短期大学 1.5% 大学 1% 大学院 0.3% その他 4.3%)

と看護専門学校の高割合が高く、看護師養成課程を修了しているものが、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。大学卒、大学院卒が、わずかながら含まれていたが、標本数の偏りがあるため、学歴と倫理的問題を体験する頻度やその他の因子との関連を統計的に明らかにすることは困難であった。

職位は、ほとんどの対象者がスタッフであった(スタッフ 81.2% 主任・副看護師長 89.8% 看護師長・科長 7.2%)。また、対象施設の特徴と同様に、看護師も教育機関における倫理に関する科目の受講がある対象者が 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も 34.1%と高く、倫理に関する意識が高い集団であると考えられた。

(2)対象者の自己表現の特徴

対象者の自己表現(アサーション)の特徴は、「アサーティブな自己表現(アサーション)」得点が最も高く(平均値=53.25 SD=5.80)、次いで「非主張的な自己表現(アサーション)」(平均値=44.86 SD=6.55)、最も低かったのは「攻撃的自己表現(アサーション)」(平均値=36.49 SD=6.43)であった。この結果は、野末ら(2001)が 770 名のさまざまな職場で働く看護師を対象に行った調査の結果と類似していた。したがって、この対象集団は、アサーティブネスにおいては、特別な偏りのない集団であると推測できた。ただし、「アサーティブな自己表現(アサーション)」では、看護師の得点が有意に高く($t=3.69$ $p<0.01$)、「攻撃的自己表現(アサーション)」では准看護師の得点が有意に高い($t=2.25$ $p<0.05$)という、野末らの結果では示されていなかった、免許の違いによるアサーティブな自己表現の違いがみられた。このことは免許によるアサーティブネスの違いを示唆する留意すべき結果であったといえる。

なお、今回の分析では、「患者」「医師」「上司」「同僚」「部下」などの対象別の自己表現の特徴までは分析しなかった。今後の課題としたい。

(3)対象者のバーンアウトの特性

バーンアウトスケールにおいては、「精神的に安定し心身ともに健全である」に該当する人は 318 名(36.2%)であり、3.0~3.9 の「Burn Out の徴候が見られる」に該当する者は 295 名(33.6%)であり、「Burn Out に陥っている」に該当する者は 253 名(28.8%)であり、バーンアウトスケールほとんど偏りが無い集団であると考えられた。

2. 精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度と悩む程度

1) 体験する頻度が高い倫理的問題

(1)退院に関する倫理的問題

倫理的問題を体験する頻度において、退院の困難さに関するもの（「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」、「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」、「家族の病気への理解が不十分なために、患者が退院できないことがある」、「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」、「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」）、が上位5位を占めていた。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、「専門的価値と社会的条件の限界」という価値の対立に該当するものであり、精神科看護師の倫理的悩みとその解決方法についての調査(大西, 2003)において、多くの看護師が悩んでいる倫理的問題として「症状が落ち着いていて支障なく日常生活を送っている患者が退院できないでいる」が挙げられていることと、その結果が一致している。

この結果は、日本の精神科医療の抱える問題そのものに、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。

(2)看護師の感情に関する倫理的問題

倫理的問題を体験する頻度において、看護師の感情に関するもの（「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」）の平均値も高く、看護師たちが、現場において専門職としての責任観を持ちながらも、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。

(3)自己決定に関する倫理的問題

倫理的問題を体験する頻度において、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」）の平均値も高かった。これは「患者の権利と治療的価値の対立」に該当する問題であるが、「自己決定」の能力が病状の本質と関わる精神障害者の看護において、看護師たちが患者の自己決定の尊重に困難や倫理的悩みを抱えている姿が浮き彫りにされているといえよう。また、この「自己決定」の問題は、退院の援助など複数の問題に関与しているものと考えられた。

2) 体験する頻度が低い倫理的問題

(1)強制治療に関する倫理的問題

精神医療の現場における倫理的問題として、不必要な隔離拘束などの強制治療が挙げられてきたが、本研究において該当する項目（「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」）は、

他の倫理的問題に比較すると、出会う頻度が比較的低いことが明らかになった。

本研究の対象施設が、上述のように倫理的問題への意識が比較的高い良質な施設が多かったことも、これに影響していると推測できた。

しかし、一方では、対象施設・対象病棟と、「倫理的問題を体験する頻度」との関連では、措置入院受け入れなど強制的な治療を行っている病棟に勤務する看護者ほど、また閉鎖的な処遇を行っている病棟に勤務する看護者ほど、倫理的問題を体験する頻度が高いという結果が出ており、強制的治療に関する倫理的問題を体験する頻度は、他の倫理的問題に比べて低いとはいえ、強制的治療や閉鎖処遇において、より倫理的問題が体験される頻度が高いことは留意すべき結果である。

3) 悩む程度が高い倫理的問題

(1) 自殺に関する倫理的問題

倫理的問題に悩む程度が最も高い項目として、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」）が挙げられた。

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依存しており、今後さらに詳細に検討していく必要がある。また、自殺に関する問題は、倫理的問題であるかどうかに関らず、看護師が悩む程度が高い問題であることも考えられた。

(2) 看護師の能力に関する倫理的問題

倫理的問題に悩む程度が高い項目として多く挙げられた問題は、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」）であった。この結果より、看護師は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を解決するためには、倫理教育のみならず、精神科看護の専門性の向上を目的とした教育の充実や、看護師が相談できるような場の提供も重要であることが示唆された。

(3) 医師との関係に関する倫理的問題

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。

この結果は、保険・医療・福祉の5つの専門職の倫理的ジレンマの調査(渡辺ら, 1997)において、医師と看護師は他の専門職に比べて倫理的判断および倫理的ジレンマへの対処方法が最も大きく異なっているという結果と一致している。また Lützén (1994)の研究で、道徳的感性尺度の要素として、「医師への信頼」が挙げられていることとも一致している。

以上の悩む程度の結果より、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け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いえる。

4) 悩む程度が低い倫理的問題

倫理的問題に悩む程度の低い平均値順に、「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。」、「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。」、「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。」であった。

次いで、退院に関する問題（「家族の希望で、患者に病名告知が行われないことがある。」、「家族の希望で、患者の電話が制限されることがある。」）が悩む程度が低かった。

これらの問題は、看護師自身が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るが、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. 対象施設・対象者の特性および他の因子と、「倫理的問題を体験する頻度」との関連

1) 対象施設の特性と「倫理的問題を体験する頻度」との関連

看護師が倫理的問題を体験する頻度の合計得点と、対象施設の特性との間に有意な関連が見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($t=2.388$ $p<0.05$)。したがって、強制的な入院形態や救急的な医療現場において、より倫理的問題を体験する頻度が高いことが推察された。

また、施設内の看護師を対象にした継続した教育プログラムの中に倫理に関する内容が含まれていない施設の方が、含まれている施設より倫理的問題を体験する頻度が高かった($t=2.29$ $p<0.17$)。このことは、倫理に関する教育プログラムを実施している施設の方が、施設としての倫理意識がより高く、したがって倫理的問題の発生が少ないことを示唆する結果であった。

2) 対象病棟の特性と「倫理的問題を体験する頻度」との関連

看護師が倫理的問題を体験する頻度の合計得点と、対象病棟の背景の間に有意な関連がみられた項目は、病棟の措置入院患者の受け入れの有無(受け入れ有>無 $t=5.252$ $p<0.01$)、病棟の夜間や休日の入院患者の受け入れの有無(有>無 $t=3.165$ $p<0.05$)、病棟の開放度

(完全閉鎖>時間開放>開放 $f=17.965$ $p<0.01$)、病棟の特徴(精神科急性期>精神科回復期・社会復帰 $f=6.086$ $p<0.01$)であった。このことから、強制的な治療を行っている病棟ほど、また急性期治療を行っている、閉鎖的な病棟ほど、倫理的問題を体験する頻度が高いことがはっきりと示された。

3) 対象者の特性と「倫理的問題を体験する頻度」との関連

看護師が倫理的問題を体験する頻度の合計得点と、対象者の属性の間に有意な関連がみられた項目は、免許(看護師>准看護師 $t=3.603$ $p<0.01$)であり、看護師の方が准看護師よりも倫理的問題を体験する頻度が高いのは、倫理的問題への気づき・教育背景による倫理的感受性の高さ・患者ケアに対する責務と権限の有無などの理由が推察された。

4) アサーティブネスと対象施設・対象者の属性、および「倫理的問題を体験する頻度」との関連

アサーティブネスと対象者の基本属性との間に有意な関連がみられた項目は、免許と教育機関における「倫理」、「看護倫理」など倫理に関する科目の受講の有無であった。

免許においては、「アサーティブな自己表現 (アサーション)」では、看護師の得点が有意に高く ($t=3.69$ $p<0.01$)、「攻撃的自己表現 (アサーション)」では准看護師の得点が有意に高かった($t=2.25$ $p<0.05$)。また、倫理の受講の有無では、「アサーティブな自己表現 (アサーション)」では、受講ありの得点が有意に高く ($t=2.510$ $p<0.01$)、「非主張的な自己表現 (アサーション)」では受講なしの得点が有意に高く ($t=2.87$ $p<0.01$)、「攻撃的自己表現 (アサーション)」では、有意差は見られなかった。

この結果より、看護師の方が准看護師より適切な自己表現方法を身につけることができていることが示唆され、自己表現方法には免許および教育の影響が推察された。

一方で、上述したように、免許と倫理的問題を体験する頻度にも有意な関連があり、この3者の関係として、看護師の方が、准看護師よりも、(倫理的感受性が高いために) 倫理的問題を体験する頻度が高く、看護師の方が「アサーティブな自己表現」を用いているといえるが、重回帰分析の結果からは、アサーティブネスは「倫理的問題を体験する頻度」に対し直接的な影響はほとんどないことが示された。他の要因の影響も考えられるため、「倫理的問題を体験する頻度」と免許とアサーティブネスの関係については、今後さらに探求していく必要がある。

5) バーンアウトと対象施設・対象者の属性、および「倫理的問題を体験する頻度」との関連

バーンアウトと対象者の基本属性において有意な関連がみられた項目は、性別(女>男 $t=3.046$ $p<0.05$)、病棟の夜間や休日の入院患者の受け入れの有無(有>無 $t=2.125$ $p<0.05$)、病棟の特徴(女子病棟>男子病棟 $f=4.429$ $p<0.05$)であった。

この結果より、本調査の対象では、男性より女性の方がバーンアウトしていることが示された。また、夜間や休日などに入院を受け入れている病棟で働く看護師が、バーンアウトしている結果となった。

一方で、倫理的問題を体験する頻度は、バーンアウトしているほど高いことが示されたが、その方向性は明らかではない。しかし、この結果は、「精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度」の尺度の妥当性を支持する結果であった。

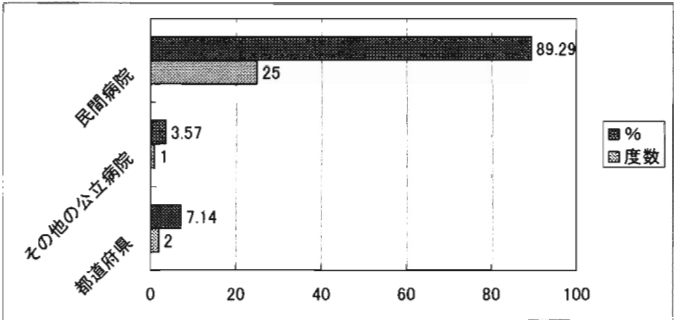
VI. 結論

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ほぼ反映していた。また、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. 精神科看護師が体験する頻度が高い倫理的問題は、退院に関する倫理的問題、看護師の感情に関する倫理的問題、自己決定に関する倫理的問題であった。
3. 精神科看護師が体験する頻度が低い倫理的問題は、強制治療に関する倫理的問題であった。
4. 精神科看護師が悩む程度が高い倫理的問題は、自殺に関する倫理的問題、看護師の能力に関する倫理的問題、医師との関係に関する倫理的問題であった。
5. 「倫理的問題を体験する頻度」が高い病棟の特徴は、強制的・閉鎖的な入院形態や救急・急性期の医療現場であった。
6. 「倫理的問題を体験する頻度」が高い対象者の特徴は、看護師(准看護師と比較して)および、バーンアウトしている傾向が高い者であった。
7. 「精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度と悩む程度」のクロンバック α 信頼係数は 80 項目全体で、0.9645($n=545$)であり、高い信頼性がみられた。
8. 「倫理的問題を体験する頻度」の因子構造は、＜職場環境＞＜強制治療＞＜看護師の責任と感情＞＜チーム医療＞＜退院と意思決定＞＜病名告知＞という 6 つの因子として解釈可能であり、一定の因子妥当性があると判断された。

9. 「精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度と悩む程度」は、平均値が高い順に、＜退院と意思決定＞＜看護師の責任と感情＞＜病名告知＞＜チーム医療＞＜職場環境＞＜強制治療＞であった。
10. 「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6つの因子による累積寄与率は、45.1%と低く、今後さらに項目の精選をしていく必要性が示唆された。

表Ⅱ-1. 設置主体 (n=28,単位:施設)

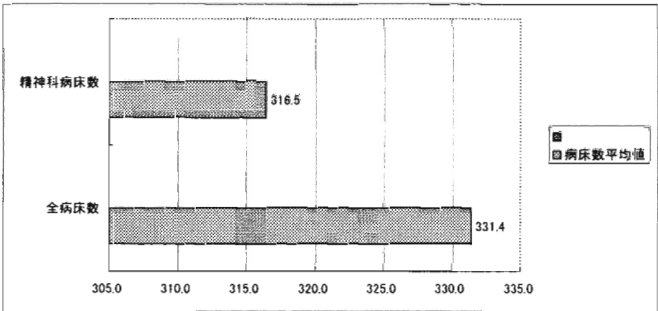
	度数	%
都道府県	2	7.14
その他の公立病院	1	3.57
民間病院	25	89.29



図Ⅱ-1. 設置主体

表Ⅱ-2. 全病床数および精神科病床数(n=28,単位:施設)

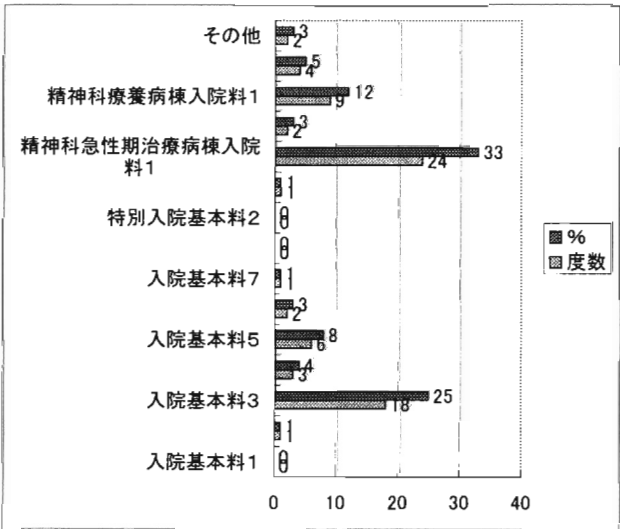
	病床数平均値
全病床数	331.4
精神科病床数	316.5



図Ⅱ-2. 全病床数および精神科病床数

表Ⅱ-3. 入院料 (n=73,単位:病棟)

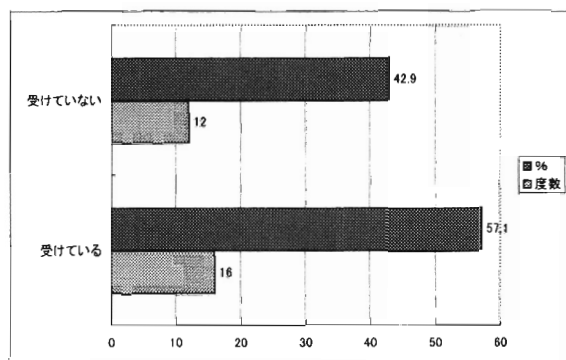
	度数	%
入院基本料1	0	0
入院基本料2	1	1
入院基本料3	18	25
入院基本料4	3	4
入院基本料5	6	8
入院基本料6	2	3
入院基本料7	1	1
特別入院基本料1	0	0
特別入院基本料2	0	0
精神科救急入院料	1	1
精神科急性期治療病棟入院料1	24	33
精神科急性期治療病棟入院料2	2	3
精神科療養病棟入院料1	9	12
精神科療養病棟入院料2	4	5
その他	2	3



図Ⅱ-3. 入院料

表Ⅱ-4. 応急入院指定病院または精神科救急医療施設指定
(n=28,単位:施設)

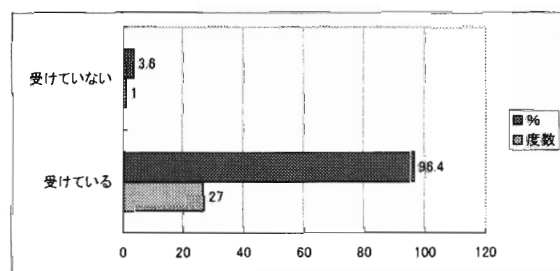
	度数	%
受けている	16	57.1
受けていない	12	42.9



図Ⅱ-4. 応急入院指定病院または精神科救急医療施設指定

表Ⅱ-5. 措置入院の受け入れ
(n=28,単位:施設)

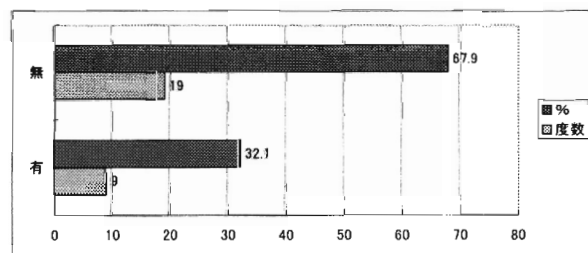
	度数	%
受けている	27	96.4
受けていない	1	3.6



図Ⅱ-5. 措置入院の受け入れ

表Ⅱ-6.倫理委員会の有無
(n=28,単位:施設)

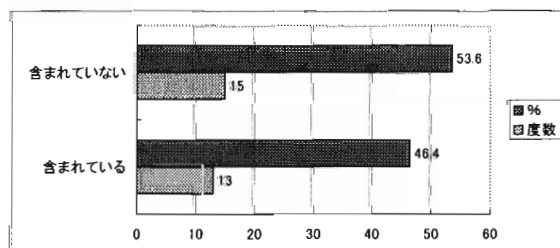
	度数	%
有	9	32.1
無	19	67.9



図Ⅱ-6.倫理委員会の有無

表Ⅱ-7. 看護師を対象にした継続した教育プログラムの中に倫理に関する内容は含まれているか

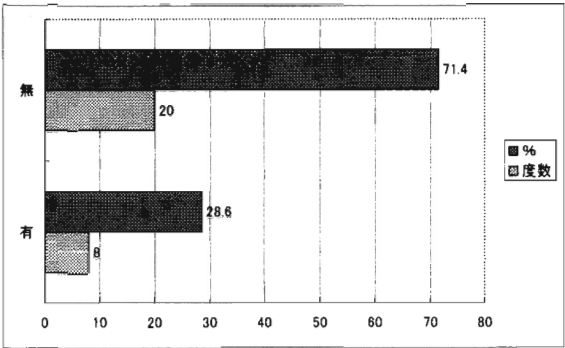
	度数	%
含まれている	13	46.4
含まれていない	15	53.6



図Ⅱ-7. 看護師を対象にした継続した教育プログラムの中に倫理に関する内容は含まれているか

表Ⅱ-8. 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などの企画の有無
(n=28,単位:施設)

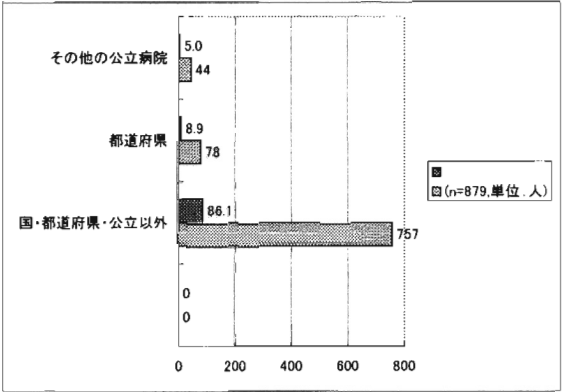
	度数	%
有	8	28.6
無	20	71.4



図Ⅱ-8. 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などの企画の有無

表Ⅱ-9. 設置主体
(n=879,単位:人)

	度数	%
国・都道府県・公立以外	757	86.1
都道府県	78	8.9
その他の公立病院	44	5.0

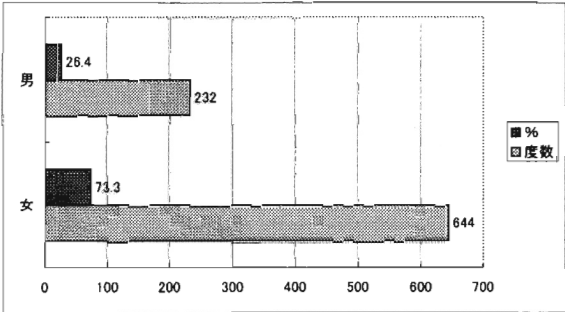


図Ⅱ-9. 設置主体

表Ⅱ-10. 年齢

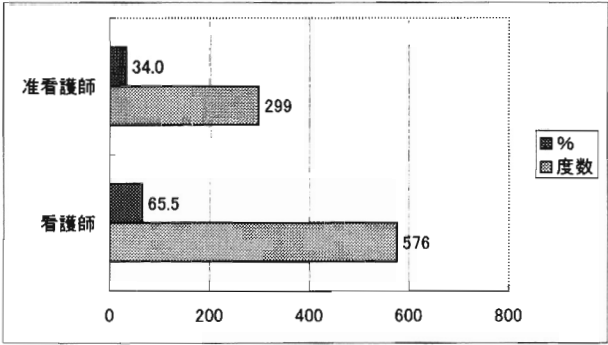
	平均値	標準偏差	最小値	最大値
年齢	41.7	11.3	20	70

表Ⅱ-11. 性別 (n=876,単位:人)		
	度数	%
女	644	73.3
男	232	26.4



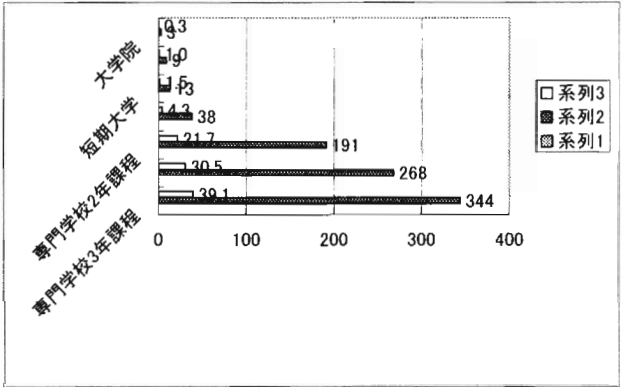
図Ⅱ-10. 性別

表Ⅱ-12. 免許 (n=875,単位:人)		
	度数	%
看護師	576	65.5
准看護師	299	34.0



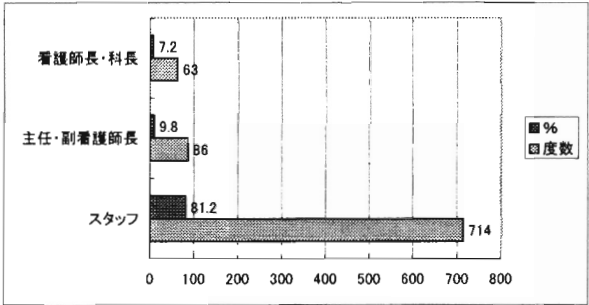
図Ⅱ-11. 免許

表Ⅱ-13. 最終専門学歴 (n=866,単位:人)		
	度数	%
専門学校3年課程	344	39.1
准看護師養成課程	268	30.5
専門学校2年課程	191	21.7
その他	38	4.3
短期大学	13	1.5
大学	9	1.0
大学院	3	0.3



図Ⅱ-12. 最終専門学歴

表Ⅱ-14. 職位 (n=863,単位:人)		
	度数	%
スタッフ	714	81.2
主任・副看護師長	86	9.8
看護師長・科長	63	7.2



図Ⅱ-13. 職位

表Ⅱ-15. 臨床経験年数 (n=860,単位:人)

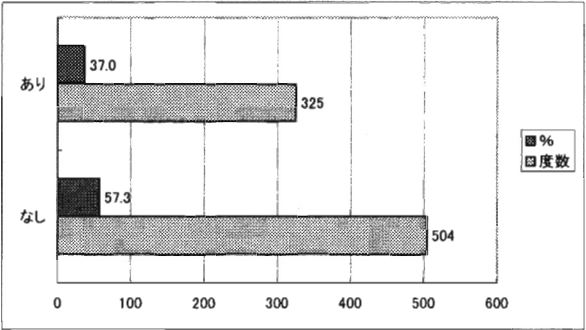
	最小値	最大値	平均値	標準偏差
臨床経験年数	0	49	16.88	10.82

表Ⅱ-16. 精神科経験年数 (n=873,単位:人)

	最小値	最大値	平均値	標準偏差
臨床経験年数	0	49	11.77	9.58

表Ⅱ-17. 倫理に関する科目受講の有無 (n=829,単位:人)

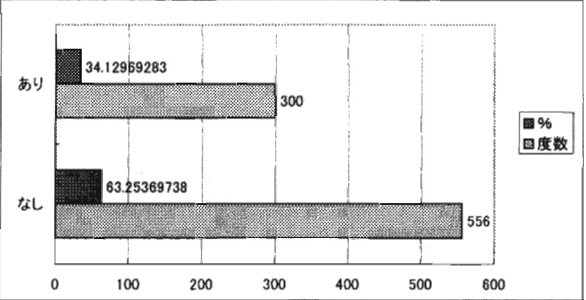
	度数	%
なし	504	57.3
あり	325	37.0



図Ⅱ-14. 倫理に関する科目受講の有無

表Ⅱ-18. 倫理に関する講習会・勉強会等への参加経験の有無(n=856,単位:人)

	度数	%
なし	556	63.2537
あり	300	34.12969



図Ⅱ-15. 倫理に関する講習会・勉強会等への参加経験の有無

表Ⅱ-19. 病棟の病床数 (n=878,単位:人)

	最小値	最大値	平均値	標準偏差
病床数	30	105	56.6	10.5

表Ⅱ-20. 病棟の看護師数 (n=878,単位:人)

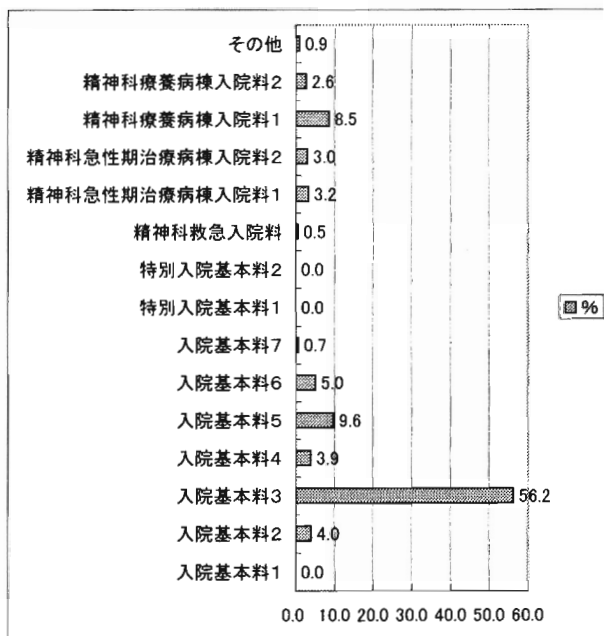
	最小値	最大値	平均値	標準偏差
看護師数	5	30	18.89	4.22

表Ⅱ-21. 病棟の准看護師数 (n=875,単位:人)

	最小値	最大値	平均値	標準偏差
准看護師数	0	18	7.17	3.42

表Ⅱ-22. 病棟の入院料 (n=863,単位:人)

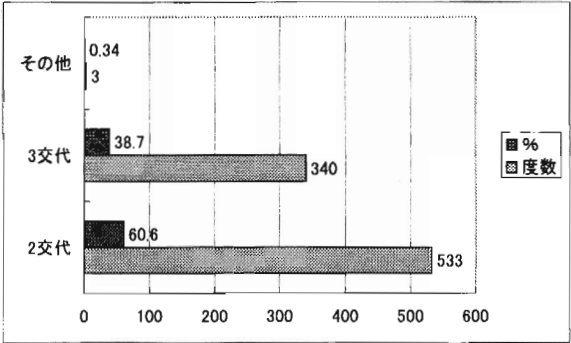
	%	度数
入院基本料1	0.0	0
入院基本料2	4.0	35
入院基本料3	56.2	495
入院基本料4	3.9	34
入院基本料5	9.6	85
入院基本料6	5.0	44
入院基本料7	0.7	6
特別入院基本料1	0.0	0
特別入院基本料2	0.0	0
精神科救急入院料	0.5	4
精神科急性期治療病棟入院料1	3.2	28
精神科急性期治療病棟入院料2	3.0	26
精神科療養病棟入院料1	8.5	75
精神科療養病棟入院料2	2.6	23
その他	0.9	8



図Ⅱ-16. 病棟の入院料

表Ⅱ-23. 看護業務形態 (n=876,単位:人)

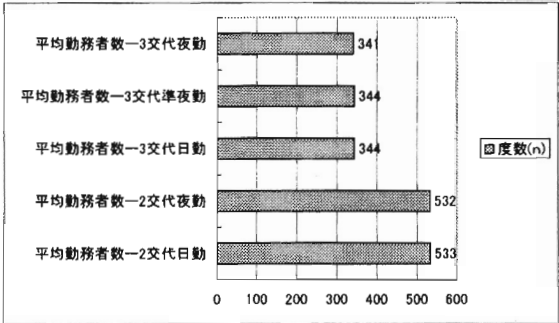
	度数	%
2交代	533	60.6
3交代	340	38.7
その他	3	0.34



図Ⅱ-17. 看護業務形態

表Ⅱ-24. 平均勤務者数

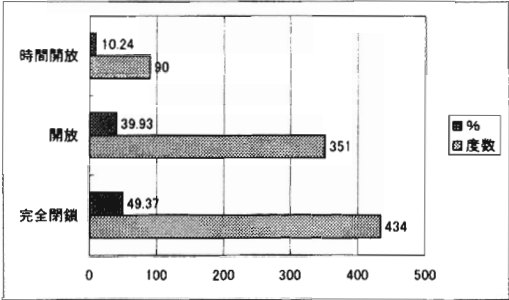
	度数(n)	最小値	最大値
平均勤務者数—2交代日勤	533	3	16
平均勤務者数—2交代夜勤	532	1	4
平均勤務者数—3交代日勤	344	5	13
平均勤務者数—3交代準夜勤	344	2	3
平均勤務者数—3交代夜勤	341	2	3



図Ⅱ-18. 平均勤務者数

表Ⅱ-25. 病棟の開放度 (n=875,単位:人)

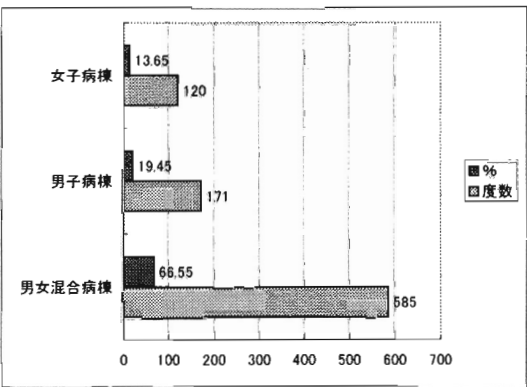
	度数	%
完全閉鎖	434	49.37
開放	351	39.93
時間開放	90	10.24



図Ⅱ-19. 病棟の開放度

表Ⅱ-26. 性別による病棟区分 (n=876,単位:人)

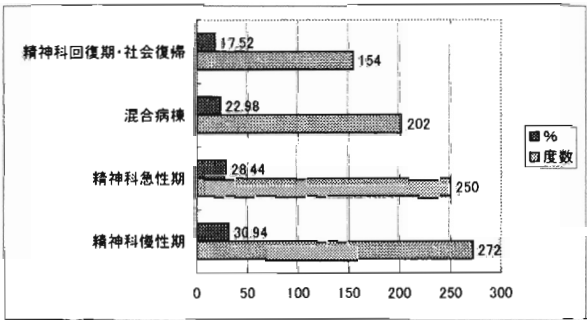
	度数	%
男女混合病棟	585	66.55
男子病棟	171	19.45
女子病棟	120	13.65



図Ⅱ-20. 性別による病棟区分

表Ⅱ-27. 病棟の特徴 (n=878,単位:人)

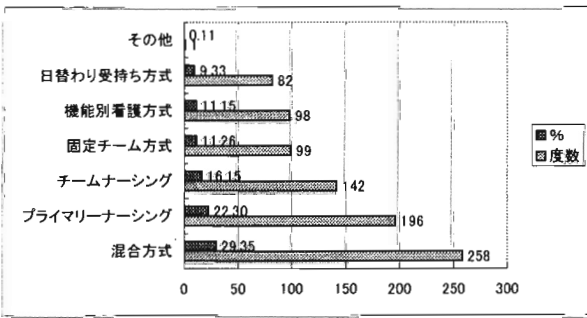
	度数	%
精神科慢性期	272	30.94
精神科急性期	250	28.44
混合病棟	202	22.98
精神科回復期・社会復帰	154	17.52



図Ⅱ-21. 病棟の特徴

表Ⅱ-28. 看護方式 (n=876,単位:人)

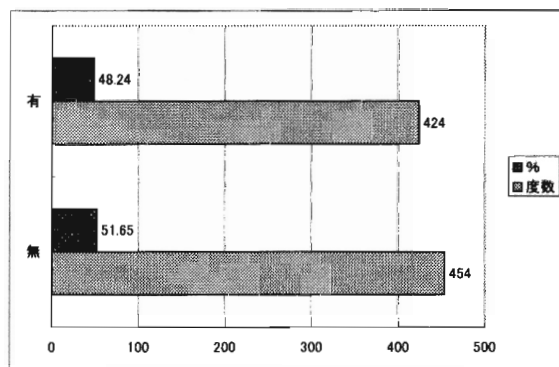
	度数	%
混合方式	258	29.35
プライマリーナーシング	196	22.30
チームナーシング	142	16.15
固定チーム方式	99	11.26
機能別看護方式	98	11.15
日替わり受持ち方式	82	9.33
その他	1	0.11



図Ⅱ-22. 看護方式

表Ⅱ-29. 病棟の措置入院患者受け入れの有無(n=878,単位:人)

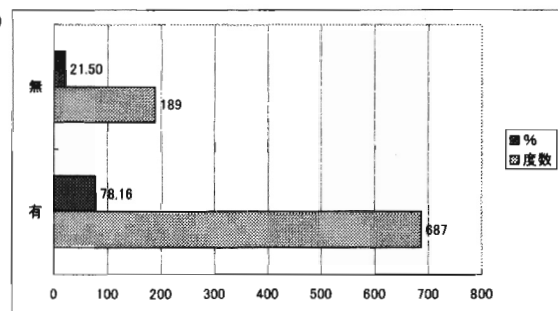
	度数	%
無	454	51.65
有	424	48.24



図Ⅱ-23. 病棟の措置入院患者受け入れの有無

表Ⅱ-30. 病棟の夜間や休日の入院患者受け入れの有無(n=876,単位:人)

	度数	%
有	687	78.16
無	189	21.50



図Ⅱ-24. 病棟の夜間や休日の入院患者受け入れの有無

表Ⅱ-31.体験する頻度の平均値が高い質問項目(平均値3.0以上)

質問項目	平均値
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。(n=860)	3.97
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。(n=861)	3.73
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。(n=861)	3.68
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。(n=852)	3.42
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。(n=857)	3.3
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。(n=861)	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。(n=858)	3.04

表Ⅱ-32.体験する頻度の平均値が低い質問項目(平均値1.6以下)

質問項目	平均値
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。(n=861)	1.34
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。(n=837)	1.46
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。(n=857)	1.46
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。(n=857)	1.57

表Ⅱ-33.悩む程度の平均値が高い質問項目(平均値3.4以上)

質問項目	平均値	頻度の平均値
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。(n=408)	3.58	2.8
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。(n=564)	3.49	2.88
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。(n=421)	3.48	2.61
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。(n=367)	3.4	2.55

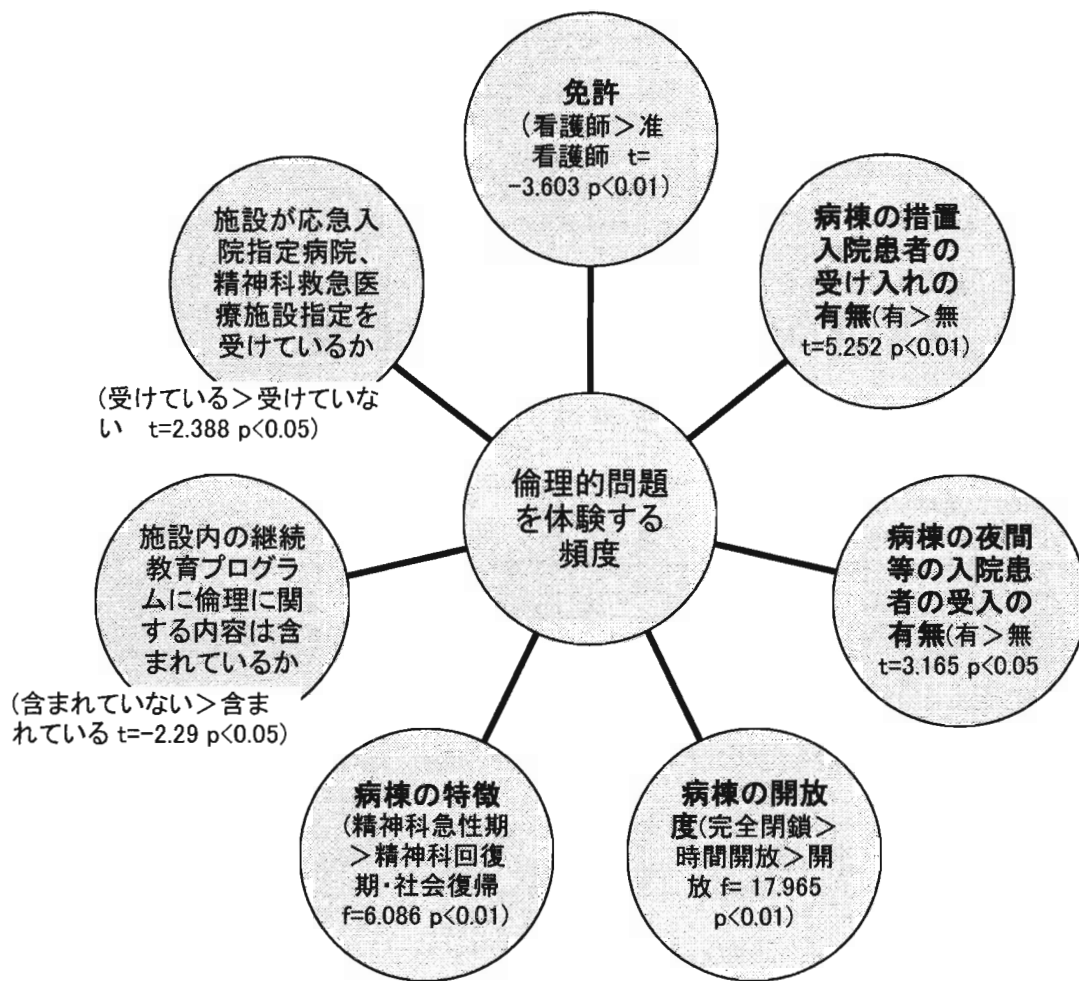
表Ⅱ-34.悩む程度の平均値が低い質問項目(平均値2.7以下)

	平均値	頻度の平均値
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。(n=420)	2.52	1.46
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。(n=484)	2.54	2.85
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。(n=421)	2.57	2.81
家族の希望で、患者に病名告知が行われないことがある。(n=219)	2.62	2.19
家族の希望で、患者の電話が制限されることがある。(n=450)	2.66	2.56
病棟内で、暴力的な患者に対して、問題を起こさないように過度な監視をすることがある。(n=295)	2.68	2.38

表Ⅱ-35.精神科看護師が体験する倫理的問題の頻度 項目分析結果

	平均値	標準偏差	歪度	尖度	上位群平均	下位群平均	t値	項目-全体 得点相関	削除時のα係数
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	3.04	0.93	0.307	-0.129	4.31	1.89	64.1*	0.41	0.9641
2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	2.83	0.99	0.411	-0.251	4.14	1.77	46.8*	0.44	0.9642
3家族の希望で、患者に情報提供が行われないことがある	2.51	0.80	0.431	0.441	3.40	1.71	33.3*	0.34	0.9643
4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	2.57	0.95	0.630	0.271	3.73	1.84	34.8*	0.48	0.9641
5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	2.35	0.90	0.700	0.643	3.46	1.45	35.4*	0.34	0.9644
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	2.19	0.80	0.805	1.407	3.25	1.38	37.2*	0.27	0.9646
7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	2.52	1.03	0.262	-0.335	3.71	1.30	42.5*	0.51	0.9640
8患者の尊厳を傷つけると思いながらも、患者自身の安全を考慮して拘束することがある	2.64	1.03	0.154	-0.197	3.79	1.38	40.1*	0.50	0.9640
9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	2.25	0.98	0.611	0.139	3.46	1.06	48.8*	0.52	0.9639
10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	1.83	0.87	1.141	1.512	2.92	1.00	35.2*	0.50	0.9640
11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	1.57	0.78	1.485	2.387	2.55	1.00	30.7*	0.42	0.9642
12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	1.34	0.57	1.740	3.786	2.16	1.00	38.4*	0.33	0.9644
13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	1.46	0.70	1.978	5.544	2.34	1.00	28.1*	0.39	0.9642
14日祭日には、患者の病状が改善していても、拘束がはずれないことがある	1.79	0.89	1.237	1.637	2.92	1.00	34.4*	0.56	0.9639
15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することを危惧して、制限を行うことがある	2.50	0.95	0.245	-0.035	3.53	1.37	37.6*	0.50	0.9640
16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	2.76	1.05	0.493	-0.085	4.07	1.64	38.3*	0.53	0.9639
17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	2.64	1.02	0.668	0.188	3.90	1.64	34.8*	0.53	0.9639
18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	2.80	1.07	0.551	-0.317	4.25	1.72	45.7*	0.56	0.9639
19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	2.42	0.92	0.838	0.863	3.56	1.56	32.8*	0.57	0.9639
20繰り返し断る患者に嫌気がさして、つい是不本意な対応をしてしまうことがある	2.81	0.84	0.569	0.674	3.56	1.77	31.9*	0.50	0.9641
21患者が薬の副作用を苦痛に思っている時にも、服薬をすすめるなければならないことがある	2.72	0.88	0.638	0.528	3.74	1.83	33.2*	0.57	0.9639
22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苛まれることがある	2.09	0.83	1.021	1.898	3.13	1.21	33.6*	0.32	0.9644
23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	2.52	0.86	0.555	0.578	3.50	1.66	32.5*	0.54	0.9640
24患者に病棟がないために、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	2.27	0.99	0.490	-0.152	3.47	1.04	51.8*	0.43	0.9642
25拒薬のある患者に強い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	1.95	0.86	1.223	2.196	2.97	1.00	32.6*	0.43	0.9642
26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	2.62	0.91	0.533	0.363	3.68	1.70	33.6*	0.58	0.9638
27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	2.46	0.87	0.874	0.980	3.54	1.69	31.7*	0.56	0.9640
28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	2.55	0.89	0.850	0.802	3.63	1.75	31.7*	0.59	0.9639
29他職種との連携がうまくいかにないために、患者ケアが進まないことがある	2.36	0.79	0.988	1.772	3.35	1.69	30.8*	0.54	0.9640
30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	2.50	0.88	0.875	1.062	3.55	1.70	30.6*	0.58	0.9640
31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	2.60	0.90	0.794	0.522	3.70	1.79	33.3*	0.60	0.9639
32電気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	1.75	0.96	1.559	2.444	2.82	1.00	27.6*	0.40	0.9643
33電気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	1.84	0.98	1.310	1.806	2.96	1.00	31.4*	0.39	0.9643
34いれん療法よりも無い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	2.05	1.40	1.228	0.121	3.79	1.00	33.6*	0.29	0.9649
35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ぬことがある	2.66	0.98	0.427	0.111	3.80	1.60	35.4*	0.58	0.9638
36仕事とはいえ、相手(患者)の嫌がることをしなければならぬことがある	2.89	0.95	0.387	0.148	4.05	1.79	39.8*	0.64	0.9637
37病棟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	2.15	1.00	1.075	1.137	3.52	1.01	47.5*	0.45	0.9642
38十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	3.42	1.21	-0.069	-1.101	5.00	1.87	107.1*	0.56	0.9639
39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	3.97	1.04	-0.486	-0.889	5.00	2.67	63.5*	0.48	0.9641
40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	3.68	1.03	-0.140	-0.942	5.00	2.51	64.8*	0.52	0.9640
41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	3.73	1.00	-0.131	-0.945	5.00	2.61	65.4*	0.50	0.9640
42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	3.30	1.00	0.222	-0.671	4.80	2.13	53.7*	0.50	0.9641
43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	2.64	1.09	0.695	-0.130	4.07	1.60	39.4*	0.55	0.9640
44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うちに、患者を退院させられないことがある	2.00	0.77	1.241	3.069	2.85	1.15	26.9*	0.48	0.9641
45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がある	1.46	0.66	1.640	3.923	2.28	1.00	32.1*	0.27	0.9645
46夜間の救急入院によって、他の入院患者の看護に十分にできないことがある	2.10	0.89	0.790	0.790	3.30	1.03	55.1*	0.39	0.9643
47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確固の期待がある	2.81	1.30	0.357	-0.933	4.63	1.36	70.8*	0.44	0.9643
48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	3.20	1.07	0.328	-0.674	4.69	1.90	74.3*	0.46	0.9642
49一生懸命看護したにもかかわらず、患者の病状が悪化したり、よくない転帰を辿ったりすることがある	2.95	0.88	0.648	0.379	4.04	1.93	38.5*	0.55	0.9640
50患者の自殺(または自殺未遂)に対して、責任を感じるがある	2.80	1.20	0.538	-0.542	4.32	1.60	42.1*	0.34	0.9646
51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	2.58	0.95	0.544	0.377	3.67	1.60	33.2*	0.40	0.9643
52安全を優先するあまり、患者の自立を阻むことがある	2.68	0.86	0.606	0.688	3.64	1.81	31.8*	0.58	0.9639
53任意入院の患者など開放処遇にすべき患者が、閉鎖病棟にいたことがある	2.91	1.12	0.303	-0.482	4.39	1.65	52.2*	0.54	0.9640
54病棟内規則が患者の権利を損んでいると思うことがあるが、他のスタッフに目標を持って言えないことがある	2.49	0.99	0.790	0.435	3.74	1.55	34.4*	0.60	0.9639
55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	1.88	0.86	1.357	2.686	2.84	1.00	29.3*	0.36	0.9644
56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	2.41	1.05	0.820	0.343	3.76	1.36	37.4*	0.61	0.9639
57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	2.66	1.09	0.628	-0.169	4.08	1.58	39.8*	0.61	0.9639
58患者の物品を預かっぱなしになっていることがある	2.67	1.04	0.575	-0.049	3.98	1.62	38.0*	0.60	0.9638
59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	2.33	0.96	1.030	1.058	3.61	1.45	34.5*	0.53	0.9640
60家族の希望で、患者の電話が制限されることがある	2.56	0.95	0.368	0.251	3.61	1.50	34.3*	0.42	0.9641
61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	2.80	0.89	0.584	0.535	3.83	1.85	33.7*	0.52	0.9640
62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	2.47	0.96	0.794	0.637	3.65	1.55	32.9*	0.58	0.9639
63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	2.89	0.89	0.469	0.384	3.94	1.86	37.5*	0.52	0.9640
64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	2.59	0.84	0.731	0.827	3.55	1.80	31.3*	0.58	0.9639
65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	2.71	0.94	0.724	0.307	3.87	1.81	34.7*	0.57	0.9639
66精神科看護師であることを、自分で卑下することがある	1.92	0.94	1.212	1.623	3.13	1.00	35.9*	0.34	0.9645
67ほかの看護師の患者に対する暴言や態度に接しても、職場内の人間関係を気にして、注意できないことがある	2.60	1.03	0.746	0.214	3.90	1.62	35.0*	0.52	0.9639
68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	2.61	1.01	0.793	0.318	3.88	1.67	34.1*	0.55	0.9638
69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	2.35	0.94	0.750	0.638	3.52	1.40	35.8*	0.57	0.9639
70病棟内で、暴力的な患者に対して、問題を起こさないように過度な監視をすることがある	2.38	0.80	0.945	1.712	3.35	1.69	30.4*	0.49	0.9641
71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	2.68	1.00	0.752	0.182	3.95	1.75	35.4*	0.37	0.9644
72病棟内で、患者との約束を盾に取って、患者に手酷いあたることがある	2.13	0.77	0.708	1.049	3.19	1.30	40.8*	0.50	0.9641
73患者から他の患者のことを聞かれて、教え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	2.85	1.13	0.363	-0.482	4.36	1.61	50.0*	0.38	0.9645
74患者に対して平等にケアが行われていないことがある	2.39	0.92	0.814	0.842	3.53	1.50	33.5*	0.57	0.9638
75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	2.23	0.81	0.678	1.042	3.25	1.42	36.4*	0.34	0.9644
76明らかに非倫理的なケアを目にすると、どこにも訴えられないことがある	1.95	0.78	1.218	3.059	2.79	1.01	31.1*	0.56	0.9639
77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対応できないことがある	2.09	0.77	1.118	2.693	3.01	1.33	27.7*	0.41	0.9643
78代理行為が当たり前で行われていて、患者の自立や社会生活能力を損なっていることがある	2.51	0.97	0.763	0.489	3.70	1.60	33.4*	0.59	0.9638
79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	2.58	0.99	0.631	0.191	3.81	1.59	35.4*	0.57	0.9638
80倫理に関する学習が足りないために、何が正しいかわからないことがある	2.50	0.94	0.841	0.859	3.62	1.62	31.2*	0.48	0.9642

*…群間の差が5%水準で有意



n=545:倫理的問題を体験する頻度の質問項目(75項目)全回答者

図Ⅱ-25. 精神科看護師が体験する倫理的問題の頻度と対象者および対象施設の基本属性との関連

表Ⅱ-36.KMO および Bartlett の検定結果

Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性の測度		0.9427
Bartlett の球面性検定	近似カイ2乗	21981.5326
	自由度	2775
	有意確率	0.00

表Ⅱ-37.倫理的問題に出会う頻度 因子分析(バリマックス法)の結果と因子ごとの平均値

(n=545)

	1	2	3	4	5	6	平均値	標準偏差
56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。	0.663	0.122	0.154	0.185	0.109	0.117	2.359	0.564
57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。	0.609		0.152	0.199	0.221	0.115		
69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。	0.553	0.129	0.231	0.256	0.128			
78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。	0.533	0.123	0.220	0.241	0.235			
79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。	0.532	0.127	0.260	0.275	0.184			
54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書えないことがある。	0.512	0.188	0.225	0.184	0.149	0.133		
59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。	0.504	0.262	0.164			0.229		
58患者の物品を預かりっぱなしになっていることがある。	0.493	0.266	0.303		0.156	0.115		
76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。	0.479	0.207	0.177	0.336				
67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。	0.470	0.105	0.341	0.292				
68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書えないことがある。	0.468	0.103	0.332	0.334	0.160			
74患者に対して平等にケアが行われていないことがある。	0.447	0.211	0.408	0.237				
64ほかの看護師の専門的能力が不十分のために、適切な看護が行われていないことがある。	0.429		0.228	0.338	0.208			
55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。	0.395	0.196				0.212		
32電気いれん療法についての患者への説明が不十分にあることがある。	0.394	0.276			0.178			
37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。	0.383	0.174	0.124	0.127	0.137	0.144	2.148	0.642
60家族の希望で、患者の電話が制限されることがある。	0.342	0.261	0.247		0.196	0.137		
33電気いれん療法が患者にとつ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。	0.321	0.267			0.204			
53任意入院の患者など開放処遇にすべき患者が、閉鎖病棟にいたることがある。	0.312	0.278	0.227		0.262	0.144		
77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。	0.299		0.286	0.123				
75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。	0.235		0.182		0.125	0.148		
9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。	0.122	0.769	0.102	0.162				
8患者の尊厳を傷つけると思いながらも、患者自身の安全を考えて拘束することがある。		0.745	0.159		0.130	0.169		
10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。	0.208	0.737		0.319				
7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。	0.125	0.730	0.112		0.159	0.204		
11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。	0.176	0.639		0.322				
14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。	0.217	0.583	0.175	0.191		0.121		
13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。	0.178	0.574		0.289				
15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。	0.175	0.467	0.241	0.116	0.195			
24患者に病識がないために、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。	0.125	0.448	0.219		0.147		2.696	0.550
25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。	0.204	0.398	0.156	0.165				
47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。	0.219	0.270	0.253		0.168	0.118		
48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。		0.135	0.537		0.225	0.187		
63自分の専門的能力が不十分のために、適切な看護が行えないことがある。	0.266		0.498	0.266	0.170			
71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。	0.128		0.494			0.126		
49一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。	0.161	0.253	0.494		0.230	0.238		
72病棟内で、患者との約束を盾に取って、患者に手酷くあたることがある。	0.385	0.110	0.446	0.170				
20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。	0.165	0.240	0.437	0.227	0.109			
36仕事とはいえ、相手(患者)の嫌がることをしなければならぬことがある。	0.311	0.315	0.433	0.103	0.317	0.144		
65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。	0.245	0.177	0.413	0.345	0.181			
52安全を優先するあまり、患者の自立を阻むことがある。	0.349	0.153	0.412	0.160	0.198	0.140		
80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。	0.331		0.397	0.182				
50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。			0.375		0.117	0.132	2.494	0.596
51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。	0.233		0.355	0.181				
23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。	0.128	0.328	0.348	0.339		0.169		
21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。	0.167	0.304	0.342	0.248	0.262	0.180		
70病棟内で、暴力的な患者に対して、問題を起こさないように過度な監視をすることがある。	0.330	0.162	0.340	0.173		0.130		
73患者から他の患者のことを聞かなくて、教えてあげた方がいいと思うが、プライバシーのことを考えて答えられないことがある。	0.188		0.322		0.164	0.136		
28医師の治療方針と看護の方針にずれがあるために、適切な看護が行えないことがある。	0.161	0.167		0.574	0.202	0.394		
27医師の病名告知や病状説明が不十分のため、効果的な看護が行えないことがある。	0.200	0.165		0.519	0.163	0.398		
17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書えないことがある。	0.126	0.277	0.281	0.493	0.159			
19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。	0.196	0.241	0.347	0.456	0.109			
18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。	0.191	0.292	0.271	0.442	0.154			
16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。		0.303	0.198	0.439	0.212	0.202		
4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。	0.159	0.166	0.114	0.433	0.158	0.408		
26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。	0.351	0.138	0.231	0.409	0.215	0.123	2.915	0.663
29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。	0.236	0.198	0.123	0.406	0.263	0.212		
62医師の専門的能力が不十分のために、適切な医療が行われていないことがある。	0.329	0.138	0.113	0.388	0.180	0.285		
31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。	0.222	0.189	0.216	0.362	0.215	0.292		
44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。	0.310	0.212		0.351	0.170	0.123		
30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。	0.225	0.183	0.176	0.350	0.181	0.324		
22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。	0.128	0.235	0.198	0.241				
39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。	0.140		0.166	0.202	0.806			
40家族の病氣理解が不十分のために、患者の退院が難しいことがある。	0.159		0.187	0.218	0.760			
41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。	0.142	0.100	0.200	0.213	0.715			
38十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。	0.267	0.127	0.114	0.249	0.653			
42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。	0.102	0.192	0.261		0.526	0.230		
43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。	0.294	0.164		0.322	0.397			
61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。	0.253	0.174	0.358		0.380	0.176	2.520	0.605
35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。	0.285	0.386	0.272		0.380	0.167		
2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。	0.227	0.156	0.221		0.277	0.223		
5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。			0.142	0.180		0.579		
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。			0.115			0.579		
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。	0.130	0.112	0.269	0.114	0.320	0.390	2.520	0.605
3家族の希望で、患者に情報提供が行われないことがある。	0.133	0.198	0.147		0.109	0.376		
固有値	21.529	3.460	2.601	2.340	2.093	1.805		
寄与率	28.706	4.614	3.468	3.119	2.790	2.407		
累積寄与率	28.706	33.319	36.788	39.907	42.697	45.105		

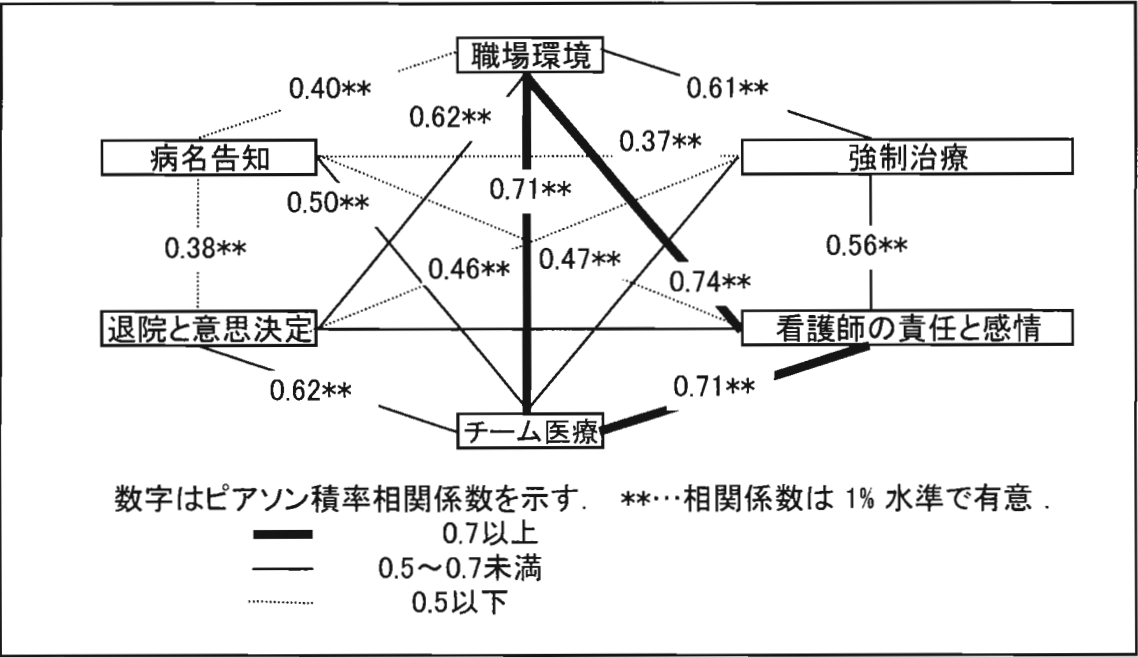


図 II -26.看護師が体験する倫理的問題の頻度の因子間の関連

表Ⅱ-38.倫理的問題に直面した時の対処行動

項目	はい(%)	いいえ(%)	平均値	標準偏差
1同じ病棟の看護師に相談する(n=824)	765(87%)	59(6.7%)	1.072	0.258
2師長・主任に相談する(n=818)	726(82.6%)	92(10.5%)	1.112	0.316
3看護師だけのカンファレンスを開く(n=781)	515(58.6%)	266(30.3%)	1.341	0.474
4他職種とケースカンファレンスを開く(n=779)	354(40.3%)	425(48.4%)	1.546	0.498
5職場の倫理委員会など、公の場に持ち込む(n=774)	111(12.6%)	648(73.7%)	1.854	0.354
6文献などを読む(n=777)	534(60.8%)	243(27.6%)	1.313	0.464
7友人などの第三者に相談する(n=772)	260(29.6%)	512(58.2%)	1.663	0.473
8ひとりで悩む(n=771)	157(17.9%)	614(69.9%)	1.796	0.403
9深く考えないようにする(n=771)	345(39.2%)	423(48.1%)	1.551	0.498
10解決の手段がないのでそのままにする(n=756)	132(15.0%)	624(71.0%)	1.825	0.380
11該当するものがない(n=669)	97(11.0%)	572(65.1%)	1.855	0.352

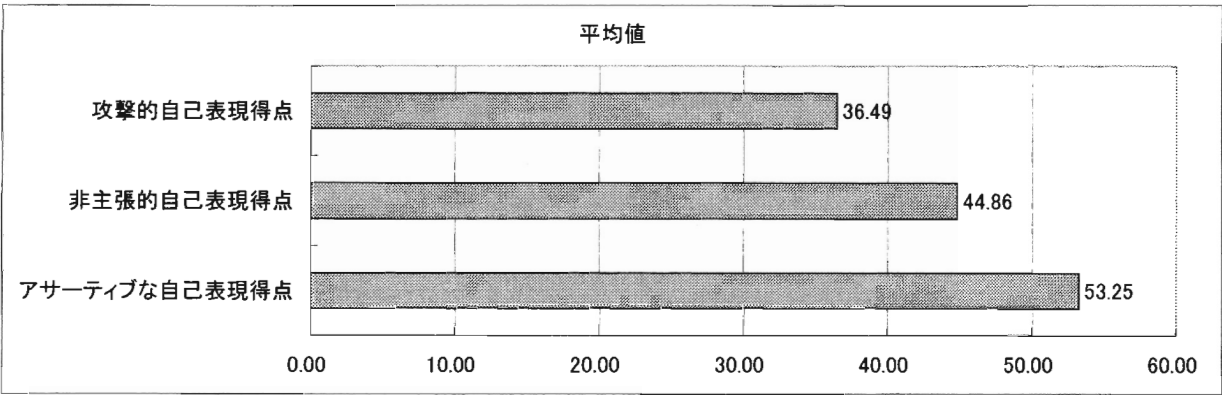
表Ⅱ-39.MST結果(n=717)

項目	平均値	標準偏差
1入院患者に接することは、日常のもっとも重要なことである。	6.243	0.865
2広く患者の状態について理解していることは専門職としての責任である。	6.159	0.854
3自分のすることすべてに対して、患者から肯定的反応を得ることは重要である。	4.279	1.224
4患者が回復しなければ、看護師としての役割には意味がなくなる。	3.536	1.292
5もし、患者の意思に反して何かを行うことによって患者の信頼を失うならば、それは失敗である。	3.763	1.165
6患者が治療についての説明を求めたら、いつでも正直に答えることは重要である。	4.353	1.160
7良い看護・医療は、患者が望まないことを決して強制しないことを含んでいると信じている。	3.703	1.180
8精神科看護師としての経験から、患者が自分の病気や置かれた状況についてよく認識していない時には、援助できることは少ないと思う。	3.336	1.291
9患者に対して、どのように応えるべきかわからなくなる時が、しばしばある。	4.510	1.212
10患者にどのように対応するかわからず葛藤状況にある時、いつでも相談できる人がいる。	4.957	1.430
11患者にケアをする時に、患者にとって何が正しくて何が間違っているのかを知ることが難しいと、しばしば感じる。	4.844	1.202
12患者にとって難しい決定をする場合には、病棟スタッフに認められている規則や方針にほとんど頼っている。	4.325	1.208
13精神科看護師としての経験から、特定の患者のケアには、厳しい規則が大切であると思う。	4.068	1.290
14原則よりも自分の気持ちに従って、患者に対して正しいことを行うことが時々ある。	4.018	1.141
15ほとんど毎日、難しい意思決定に直面している。	3.499	1.220
16患者の情報がほとんどないような急性状態においては、患者に関する決定はほとんど医師に頼っている。	4.728	1.333
17私が正しい決定をしているかは、何よりも患者の反応からわかる。	4.159	1.082
18自分の行動に影響を及ぼすかもしれない価値観や信念について、しばしば考える。	4.628	1.182
19何が正しくて何が間違っていることを決定するには、理論よりも実践的知識の方が重要である。	4.286	0.976
20任意入院の患者が治療を拒む時、従うべき規則があることは自分にとって重要である。	4.446	1.006
21自分の経験から、精神科の患者は他の領域の患者よりも、自分のケアに関する決定に参加することが少ないと思う。	4.487	1.217
22自分自身の職務と患者に果たさなければならない責任との間に葛藤が生じた時、患者への責任を優先する。	4.582	1.027
23患者不在の意思決定場面に、しばしば直面する。	3.745	1.294
24強制治療の場面では、たとえ患者が拒否したとしても、医師の指示に従う。	5.206	1.116
25目標設定に関してさまざまな意見がある時には、大切なのは患者の望みである。	4.951	1.155
26例えば、ターミナル期のアルコール依存症患者がグラス一杯のウィスキーを求めたら、この望みをかなえるのは自分の務めである。	3.331	1.609
27患者が攻撃的になった時、まず他の患者を安全に守ることが自分の責任である。	5.305	1.246
28あまり好きではない患者に良い看護行うことは難しいと思う。	3.661	1.409
29良い看護に関する自分の信念や価値観は、ほかの人からは理解されていないと時々感じる。	3.681	1.205
30患者が望みに反したことをしなければならない時には、同僚からのサポートは重要である。	5.600	1.070
31患者が自分の状態を把握できるように援助できなかったことが時々悔やまれる。	4.538	1.219
32患者が処方された薬を内服しようとしないうちに、「注射になりますよ」と言って脅したいような気持ちになることが時々ある。	4.105	1.410
33最善の行動が何かを知るのが難しい時、誰よりもまず医師に頼る。	4.068	1.280
34回復する見込みのほとんどない患者に、良い看護を行うことは難しいことだと思う。	3.194	1.455
35精神科看護の仕事は自分には向いていないと、しばしば感じる。	3.934	1.550

表Ⅱ-40.アサーティブのタイプによる得点

(n=626)

	平均値	標準偏差
アサーティブな自己表現得点	53.25	5.799
非主張的自己表現得点	44.86	6.551
攻撃的自己表現得点	36.49	6.431

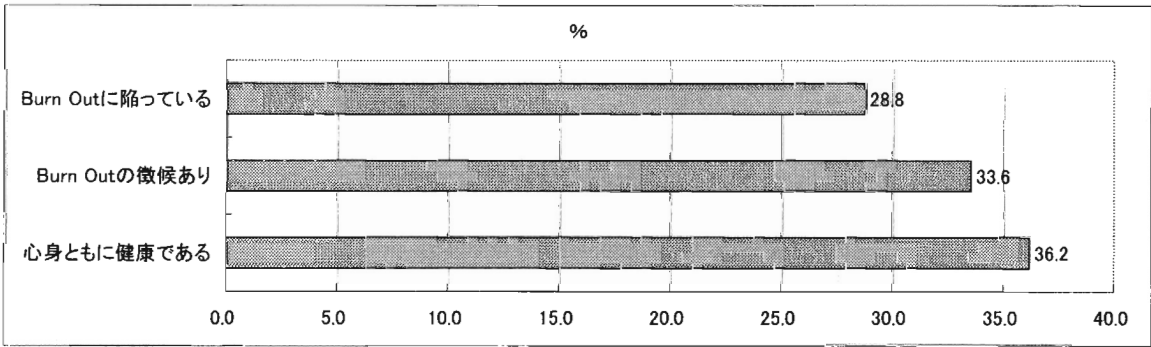


図Ⅱ-27.アサーティブのタイプによる得点

表Ⅱ-41. Burn Outスコアによる対象者の分類

(n=879)

	%	度数
心身ともに健康である	36.2	318
Burn Outの徴候あり	33.6	295
Burn Outに陥っている	28.8	253



図Ⅱ-28. Burn Outスコアによる対象者の分類

文献

稲岡文昭(1988):米国における Burnout に関する概要,研究の動向,今後の課題. 看護研究.

21. 2. pp21-26.

稲岡文昭(1988):Burnout 現象と Burnout スケールについて. 看護研究. 21. 2. pp27-34.

医療施設政策研究会(2003):病院要覧 2003-2004. 医学書院. pp27-387.

KIM L U T Z E N ・ CONNY NORDIN(1994) : CONCEPTUALIZATION AND INSTRUMENTATION OF NURSE'S MORAL SENSITIVITY IN PSYCHIATRIC PRACTICE. INTERNATIONAL JOURNAL OF METHODS IN PSYCHIATRIC RESEARCH. 4. pp241-248.

中村美知子・西田文子・比江島欣慎ほか(2001). : Moral Sensitivity Test (日本語版)の信頼性・妥当性の検討(その2)―臨床看護婦(士)に焦点をあてて―. 山梨医大紀要、18、pp41-46.

日本精神科看護技術協会(2004):精神科看護白書 2004→2005. 精神科看護出版.

野末武義・野末聖香(2001). : ナースのアサーション(自己表現(アサーション))に関する研究(1)―ナースのアサーション(自己表現(アサーション))の特徴と関連要因―. 日本精神保健看護学会誌. 10(1). pp86-94.

岡谷恵子(1999). : 看護業務上の倫理的問題に対する看護職者の認識 日本看護協会〈日常業務上ぶつかる悩み〉調査より. 看護. 51(2)、p29.

《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》

第Ⅲ部 精神障害者の人権保障のための教育プログラムの検討

《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》

第Ⅲ部 精神障害者の人権保障のための教育プログラムの検討

I. はじめに

第Ⅰ部においては、精神科看護師が体験する倫理的問題についてインタビュー調査を行い、その結果を報告した。第Ⅱ部では第Ⅰ部で得られた質的データをもとに、精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度と悩む程度を調べるための尺度を作成し、精神科看護師が体験する倫理的問題の実態を明らかにし、その関連因子について検討を行った。

我が国においては、未だ精神科看護倫理に関する教育内容の検討がされていない現状がある。そこで第Ⅲ部では、米国から精神科看護倫理の専門家を招聘し、我が国において精神障害者の人権保障のために必要とされる看護師のための教育プログラムの内容や方法を検討することを目的に、研究を実施した。

Ⅱ. 研究方法

本研究は、以下の方法で行った。

1. 教育講演の開催

米国から、精神科看護倫理教育の専門家である Douglas, P. Olsen 博士（エール大学看護学部准教授）を招聘し、我が国の精神科看護師を対象とし、精神科看護倫理に関する教育講演を開催した。教育講演は、以下の2つを実施した。

(1) 院内教育における精神科看護倫理教育

(2) オープンレクチャーによる精神科看護倫理教育

2. 教育講演参加者に対する質問紙調査（資料Ⅲ－1.）

1. で実施された教育講演への参加者に対し、質問紙調査を実施し、どのような内容が参加者にとって有効であったかを明らかにし、我が国における精神科看護倫理教育プログラム開発への示唆を得た。質問紙調査にあたっては、研究の目的、調査用紙への回答の自由、回答者の匿名性の保証等について説明した文書を添付し、無記名式質問紙の郵送返却を依頼した。質問紙は、回答者の背景と、教育内容に関して記述する自由記載欄から構成されており（資料Ⅲ－1.）、自由記載された内容について質的に分析した。

Ⅲ. 結果

1. 院内教育における精神科看護倫理教育の開催（資料Ⅲ－2. 資料Ⅲ－3.）

首都圏内にある民間のA精神科病院にて、看護部との共同開催として精神科看護倫理についての院内教育を実施した。対象者は、A病院に所属する看護師13名であった。プログラムは、精神科看護倫理の基本と事例を内容とするもので、約2時間で構成されていた（資料Ⅲ－2. 資料Ⅲ－3.）。

2. オープンレクチャーによる精神科看護倫理教育（資料Ⅲ－4.）

東京女子医科大学看護学部精神看護学と日本精神保健看護学会教育活動委員会と共催で、精神看護倫理に関する講演会を実施した。参加者は、107名であった。プログラムは、精神保健看護における倫理の基本と事例を内容とするもので、約2時間30分で構成されていた（資料Ⅲ－4.）。

3. 精神科看護倫理教育の内容の有効性に関する調査結果

1、2の教育講演実施後、研究協力の得られた参加者から質問紙調査による回答を得た。

A病院の院内教育に参加者からは、13名からの回答を得た。対象者の平均年齢は33歳（範囲＝24-43歳）、性別内訳は男性1名（7.7%）、女性12名（92.3%）であり、全員看護師免許を持っていた。最終専門学歴は、看護専門学校2年課程8名（61.5%）、看護専門学校3年課程1名（7.7%）、大学院修士課程4名（30.8%）であった。職位は、スタッフ7名（53.8%）、主任・副師長4名（30.8%）、師長3名（7.7%）、CNS1名（7.7%）であった。臨床経験年数は平均12.0年（範囲＝5-19年）、精神科経験年数は平均10年（範囲＝5-19年）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7名（53.8%）、無しが6名（46.2%）であった。倫理に関する講習会等への参加経験は、有りが9名（69.2%）、無しが4名（31.8%）であった。

オープンレクチャーの参加者からは、17名からの回答を得た。対象者の平均年齢は38歳（範囲＝23-56歳）、性別内訳は男性1名（6%）、女性16名（94%）であり、全員看護師免許を持っていた。最終専門学歴は、看護専門学校2年課程1名（6%）、看護専門学校3年課程5名（29%）。短期大学1名（6%）、大学3名（18%）、大学院7名（41%）であった。臨床経験年数は平均11.3年（範囲＝3-32年）、精神科経験年数は平均5.1年（範囲＝0-20年）、教育機関における教育経験年数は平均3.8年（範囲＝0-10年）。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10名（59%）、無しが7名（41%）であった。倫理に関する講習会等への参加経験は、有りが8名（47%）、無しが9名（53%）であった。また所属する組織の倫理に関する教育プログラムの有無は、有りが8名（47%）、無しが9名（53%）であった。

4. 質問紙調査の分析結果

A病院の院内教育の参加者およびオープンレクチャーの参加者からの回答、合計 30 名分を質問紙の項目ごとにまとめ、内容を質的に分析した。以下、質問紙の項目に沿って質的分析の結果を示す。

1. 本日の講演を聞いて、どのような感想をお持ちになりましたか？

1) 学びや理解、再認識、気づき

質問1に対する答えとして、学びになった、再認識できたというような答えが多くあった。具体的には、「今まで倫理的問題という話題になっても実践は違い世界での話が多いと感じていたが、今回の講演を聴いて、実践の中での話題として取り上げることについて学んだ。」「倫理との結びつきについて考えられたので勉強になりました。」「日常行う看護の中に“倫理”に基盤があるものがある、ということが再認識できた。」などの記述があった。また、「看護倫理については、まだ自分自身の知識が不十分なのを自覚した。」というような気づきの部分の答えもあった。

2) 振り返る機会、考える機会

また、振り返る機会や考える機会になったというような答えもあり、具体的には「看護において公正に判断するということ意識せずに自分の常識の中で行っている（いた）ことが倫理的にどうだったのだろう、と振り返る機会になった。」「普段『倫理』というものを意識して行動してはいなかったのですが、看護倫理が現在の医療にどのような影響を及ぼしているのか考える良い機会になりました。」などの記述があった。

3) 難しさ

その他、倫理に対する臨床での難しさとして、「倫理について学ぶ時にいつも思うのですが“理解はできます。納得もできます。それでも、臨床場面で考えると難しいです。”」という記述や、倫理自体の難しさとして、「倫理は奥深く、難しいと思ったが、生きていく上で必要だと思った。」などの記述があった。

4) 今後必要な取り組み、講義に対する意見

また、今後必要な取り組みや講義に対する意見についての答えもいくつかあった。今後必要な取り組みの内容としては、ディスカッション、強制、プライバシーの検討、倫理観の再考、勉強についての記述があった。講義に対する意見では、「西洋文化および哲学に立脚した倫理の考え方はおそらく日本でもある程度共通した考えが適用するのだと感じた。しかしながら、西洋文化圏でもイスラム文化圏などの影響やラテン系の文化の影響があり、統一した倫理観をもつことは困難である状況も感じとれた。もし、日本文化に根ざした倫理というものが構築できたとしても、世代や時代の変化により、倫理観も変容するものだと感じた。結局は、倫理ということの問題は、そこにかかわる人、とくに医療職などの権力 Power をもっている人が、様々な状況をどのようにとらえ、代替方法を含めてアセスメントをどこまでできるか、という臨床能力に負うことが多いのではないかと感じた。

倫理的感受性というものと、あらゆる可能性をどこまで検討できるかという能力は密接に関連していると感じた。」や「事例を用いながらとてもわかりやすく構成されていてよかったです。倫理的な事柄を考えていく際に、どのように考えればよいのかがわかりました。」などの記述があった。

2. 本日の講演の中で、どのような知識が役に立ちましたか？

1) 関係性

質問2に対する答えとして、関係性についての答えが多くあった。具体的には「看護師と患者の関係性が重要であること（看護師が患者を理解した上で助けたいという気持ちをもって常に接していれば治療が有効的でない場合でも不満の表出がないということ）」や「患者と信頼関係を築くこと（）」や「関係性を用いたアプローチが大切である、という話。」、「従来の“原則原則”による考え方のみでなく“関係性”を使っの考え方がよく自分の中で整理できてわかったように思えます。」などの記述があった。

2) 倫理の基礎概念

また、倫理の基礎概念に関する答えも多くあった。具体的には、「理論と実践の結びつき、倫理に関連した理論」、「西洋的倫理の考え方の問題点について整理されていたこと。個人の『権利の尊重』を中心に構築されているということは『集団の中の個』としての権利を考える日本又は韓国などのアジア文化圏（農耕民族文化かも）の視点とはやはり少しちがうこともあると思う。しかし、現状ではひとつの国の中に多くの文化を併せもつアメリカなどと異なり、一民族一国家の歴史が長い日本、という大勢の考え方のちがいよりも多様化し、変容する現在においては、これらの考えかたは常に両方存在すると思うので、考え方を整理するうえでとても役に立った。これらの倫理的視点はどのように政策に反映していくのか、国民の政治への関心なども影響されると思うが、そのあたりの雰囲気はなんとなく感じられたこともよかった。（強制治療などのガイドラインなど我国と異なっているので）」などの記述があった。

3) 強制

また、強制についての答えも多くあった。具体的には「拘束使用の基準」や「強制をどう正当化していくかという視点」、「病名や拘束について、普段意識して行っていることが本当に患者様に対して必要なケアなのかと疑問を持ち、自分なりに理解して（チームでも統一）行っているということに再認識を持つことが重要」などの記述あった。

4) 自律性の尊重

また、患者の自律性の尊重について答えた方も多く、「精神科に於いても、自己決定や患者の知る権利を尊重し、かつ、自主性を導き出していく働きかけが必要であることがわかった。」や「患者の意志の尊重を常に大切にすること。」などの記述があった。

5) 患者の不満調査から得られた4つの教訓、事例を通しての倫理の考え方

その他、患者の不満調査から得られた4つの教訓や事例を通しての倫理の考え方も役に立った知識として記述されていた。具体的には「病理と個人責任との関係のところ。患者との関係性において4つの教訓を生かしていくことが大切であること」や「ケースを通してそこで起こっている倫理的問題の見方やプロセスをどのように整理していけばよいのか、ということが今後役立つと思う。」などの記述があった。

3. 本日の講演によって、何か意識の変化はありましたか？

1) 現状改善の検討

質問3に対する答えとしては、臨床の現状改善の検討に関する答えが多くあった。その内容としては、強制やソフト面、自律性の尊重、教育に対する検討であった。具体的には「ケアを拒否する患者にどのように関わっていくか、押し付けになっている部分がないか。」や「適切な拘束使用について→修正必要!!」、「強制ではなく患者さんが自然に思えるような介入の仕方、テクニックは何か考えて行動できれば」、「自分の所属する文化の中でもお互いにその点について話ができる素地を養うことが大切だと感じ、努力したいと思った。」、「カンファレンスに上げていく必要のある項目やPtの意向をもっと聞き確かめる必要を感じた。」などの記述があった。

2) 再考

また、再考するとの答えも多くあった。再考の内容としては、関係性や価値観、倫理観であった。具体的には、「通りすぎていた患者との関係性について考え直してみようと考えた。」や「改めて信頼関係を大切にしよう、裏切ることは少なくしようと思った。」、「自分の価値観について再考してみようと思いました。」、「この仕事をしていく上で、倫理はというのということを常に考えていきたい。」、「倫理は常に自分自身で意識し続けなければならない」、などの記述があった。

3) 学び

また、学びについての答えもあった。その内容としては、新しい知識の獲得、人権の問題の認識、倫理意識の強化、倫理への興味であった。具体的には、「倫理について話し合うというときに、自分が何を基準にどのような判断をしているのかを他の人に論理的に説明することがいかに大切であるかということが学べた。大きく「自律性の尊重」というような方針がわかっていて、それなりに考えられたとしても、他の人にそれをもっと1つ1つの現象を文脈にそって説明ができなければ、倫理的な行動として実践を変えることは難しい。いつも言語化と他の人に伝わるような説明は大切だと思っていたが、倫理の場合は『結果をみて』ということではなくプロセスの要所、要所に必要であることが学べた。」や「日頃悩んでいる患者や家族の人権的な問題をもう少し広い視野で考えることができた。」、「“変化”というよりは“強化”されたように感じます。」、「倫理についてなんとなくわかってきたような気もあったが、そうではないことに気づき興味がわきました。」などであった。

4) 安心、自信

その他、安心感が出たというような答えや自信をもって援助できるとの答えもあった。具体的には、『『患者の不満調査から得られた4つの教訓』は意識していきたいと思います。特に“関係性”はずっと自分の中にあったことなので確認できて安心しました。』や「臨床で働いていた時、倫理的ジレンマを多く感じていた。白か黒か決着はつけられずグレーのそれらを抱えて働いていくのは、とてもつらかった。しかし、こうしたジレンマは抱えていること自体は無駄ではなく、検討に値するものだと感じ、気持ちが楽になった。」、「患者が自らの意志で決定するように援助していくというアイデアが理論に裏打ちされたものであり、自信をもって援助していくことができると感じた。」などの記述があった。

5) 意識の変化なし

これらの答えの他に意識の変化がないという答えもいくつかあったが、その中には「元々関心があったので大きな意識の変化はありませんでした。」というような記述があった。

4. 今日の講演を聞いて、これまで精神科看護の経験の中で、倫理的な問題やジレンマについて何か思い出したことはありますか？あなたが思い出したエピソードをできるだけ具体的に記述してください。

1) 強制・制限

質問4に対しては、強制と制限に関するエピソードの記述が多かった。その内容としては、隔離拘束、薬物治療、治療、ケア、制限であった。その中でも隔離拘束に関するものが一番多く、具体的には「強制的にケアに介入しようとする。患者にとっては必要なケアと思いつつも、その場では患者の意に反していることにジレンマを感じた。例えば、拘束する時、隔離する時」や「認知症もあり、いつ不穏になるか予測がつかない患者さまの拘束について。出来れば拘束をはずした/事故がおきたときの責任を負えない、のジレンマがあります。」、「長期間拘束中の患者様、精神状態にムラがあるが、比較的落ち着いており、拘束は『転倒防止と不穏』を目的に行われており、胴・両上肢の3本拘束を続けている。(車椅子乗車時は安全ベルトのみ) その患者様の拘束を胴のみでも良いのでは?という意見もありましたが、転倒リスクUPと不穏時の対処という点を考えて現在も拘束3本を継続」、「講演でも述べられましたが…例えば、身体拘束を解除する際、明確な解除基準がないため、もしかしたら、不要な時間、日数を行っているのではないか、また夜間にかけては勤務者が少なくなるので、今晚はこのままにしておこう(拘束を継続しておこう)などというときのことを思い出しました。」、「拘束か否か決定する際に判断基準を理論的にわかっている、臨床の場で、若干ズレて決定を出しているのではと疑問を持っても、日本の精神科医療の昔ながらの雰囲気のようなものが未だあってジレンマを感じる。」などの記述があった。

同じく強制に関する記述で、薬物治療に関するものとしては、「重大な犯罪をおかした

患者が医師の処方した薬を服用することを拒みつづけたことがあった。強制的な治療に入るには患者の“症状”が明確でなく、結局スタッフへの暴力行為をきっかけに強制的な治療となった。この一連の過程で倫理的にどうなのか常に考えさせられた。」や「病識がなく投薬している措置入院の男性患者に、患者には内緒でセレネース液をのませるようにとの医師からの指示が出た。その指示に従えないと思いつつも患者には内緒で与薬した。医師からの指示だからと自分を納得させようとしつつも納得しきれず患者との関係がぎくしゃくしたものになり、患者の被害妄想を助長し、暴力的な反応を引き起こした。ジレンマを処理しきれないままで関わることの弊害を感じた。」などのエピソードの記述があった。

また、治療やケアに関するものの答えとしては、「アルコール病棟へ入院する予定で外来を受診。初対面の医師とのちょっとしたやりとりから、本人は興奮し、大勢のスタッフに取り押さえられて注射をされた。その病院には入院させてもらえず、ものすごく離れた病院の閉鎖病棟に入院となった。人格障害もある方で周囲も困りはてており、入院してくれてよかったと思う反面、このような入院のさせ方はないのか…と疑問に思いました。」「精神科において特に清潔面について確かに爪や髪、服装といった面は生命に関わる問題ではいが看護師として介入強制になっている部分はあるのでは。」という記述があった。

制限に関するものとしては、「今まで倫理と思っていた点もケアの方向性の違いというだけでないかと、振り返りました。しいて挙げれば、通信の制限がないのに、行動制限のため通信について配慮できなかったこと。院内で決まっている以外の私物を預かったこと。」や「危険だから、と制限している日用品も多い。」「学生の実習で病棟のケアをみる機会のほとんどに、これは法的にどうだろうか、と考えられる状況に毎回のように出くわす。患者の私物の管理や、テレビはないのが（個別に）当然であるという考え方、あるいは外出簿への記入や、はなはだしいときは信書の発信が制限されている（カルテポケットに患者が出した、又は出すように依頼した信書が大量に入っている。）ことなどがある。」などの記述があった。

2) 自律性の尊重

また、自律性の尊重に関する記述も多くあった。その内容としては、スタッフの威圧的な関わり、未告知、自律性の尊重の問題であった。スタッフの威圧的な関わりとしては、「患者に対して怒鳴ったり、暴力的なケアをするスタッフに対して注意できない。そしていやと思いつつ、暴力の（不明）患者がいるとそのスタッフに結局たよる自分自身もいたと思う。」や「高齢者の精神疾患患者の病棟で、早朝の忙しい時間 A 看護師が“うるさい患者”を閉鎖病棟の外に出していたこと。この患者は逃げるなどの行為は全くなく、そのことも計算ズミで、1月の寒い冬の時期、パジャマ着のみで外に立たせていました。もっともショックだったのは ①このようなことを行っていたのは A 看護師だけではなく、長期にわたり病棟の中で勤務年数が高く、ポジションパワーのある看護師がもう2名程度おこなっており、それがスタッフの中で共有され、主任などの管理者が全く知らなかったこと。②また、発覚したあとも院内での処分はなされず、そのまま該当看護師が全員同じ

病棟に勤務していることでした。①については、問題の性質上なのかもしれませんが、②については、院内でそのような倫理的問題について話される場がないことや、院長などの倫理観の低さや処分のしかたを知らないことがあったのかもしれませんが。また、もっと十分に問題として調査もしてほしかったです。」「支配者と被支配者としての声かけではないかと感ずること。」などの記述があった。

未告知に関しては、「病名の告知はしないほうがいいだろう、と医療者が考えて未告知。」や「患者（精神発達遅滞+統合失調症、入院歴 30 年前後）の両親が亡くなったことを“具合がわるくなるので”教えないこと。学生などに対して、患者は両親が面会も Tel にも出なくなって見捨てられた感じがすることを時々語っている。しかし、スタッフには家族の話を決してしない。情報を提供してもかわらない。」などの記述があった。

自律性の尊重の問題では、「意志決定という点で、この患者さんにそこまで決定する意志は病状的に無理とか思い込んでいるところがないのか考え、過去にはあったと思う。」との記述があった。

3) チーム医療やハード面での問題

また、チーム医療やハード面での問題についての答えもあった。具体的には「退院に向けて話しがすすんでいたケース。チームが機能せず、前にすすまない。ケアワーカー－医師－看護師間の考えの不一致。ケアワーカーが患者に巻きこまれており、効果的なチームミーティングができない。」や「入浴のスペースが狭く、病室から服を脱いでタオルケットをかけた患者をイスにのせ搬送しなければならなかった。」「身体疾患になっても治療を受け入れてくれる病院が見つからない。設備の不十分な病院で限られた検査、治療しか受けることができない。（それは精神症状のため、という理由をつけられている）お金がない患者なので看護師が散髪する。」などの記述があった。

4) 倫理的問題・ジレンマなし

その他に、質問 4 に対して「なし」との記述もあった。

5. 今回の講演を聞いて、教育や臨床の場で、今後あなたが取り組みたいことは何かありますか？

1) 倫理的思考・行動を獲得するための取り組み

質問 5 の答えとしては、倫理的思考・行動を獲得するための取り組みに関する答えが多かった。その内容としては、教育、勉強会、ディスカッション、組織への取り組み、声かけなどがあった。具体的には、教育では、「ジレンマをジレンマとして認識できていないことも多いと思います。スタッフが倫理的問題に向きあえるような機会教育などを検討していきたいと思います。」との記述があった。

勉強会・ディスカッションでは、「まずは職場での学習会をもち精神科における倫理について話し、日常的な問題に対しどうなのか、意見交換を出来ればよいと思う。強制的ではなく患者が理想の状態になる為、どう援助すべきかスタッフが考える機会となればよい

と思う。」や「答えはなくとも、お互いに自分の感じたことや出来事の詳細を話し合うことが大切だと思ったので、倫理に関するグループワークやディスカッション、自分の気持ちを表出するトレーニングなど、やってみたいと思う。」などの記述があった。

組織への取り組みについては、「①院内での倫理的問題を話し合える、臨床倫理委員会の設立とその活動の充実 ②スタッフを含め、管理者にも倫理的感觉を高められるような教育やシステムづくりを多角的に行う。(教育も大切だと思いますが密室性が高くないようなシステムというか、環境づくりも大切と考えています。) ③倫理的なことに視点がいくにはそれ以前の基本的なことが患者、医療者ともに充足されていないと無理だと実感しました。そのため周辺領域にも変わらず力を注ぎ向上させていきたいと思います。」などの記述があった。

また、声かけでは「臨床の間では倫理的でなければ…と思いながらやっていることが多くあると思います。しかし、今日の講演をきいて具体的に方法を知ることができました。学んだ内容を用いて、臨床の場面で『これって倫理的に考えることでできているか?』と問いかけ、できる限り倫理的に OK と考えられるように、自分にも周囲にも声をかけていきたい。また、同時に今後の自己の進路の中で考えたい。」との記述があった。

2) 倫理的ケアのための検討

また、倫理的ケアのための検討に関する答えがあった。その内容としては、見直しや拘束についての検討であった。見直しについては、「身近な事例や場面を倫理という側面から丁寧に見直してみたいと思いました。」や「治療的制限に対する患者の反応について倫理的な面から再考する。」、「爪きり、洗髪、シャワーを決まった日に強制的に行わせていたこと。そして、シャワー等を行わないことに患者自身が不満感を抱いていたこと。この事象を見つめなおしたいと思った。」などの記述があった。

拘束についての検討については、「拘束の最小化」や「臨床の間として、身体拘束解除について、できれば“解除基準を作成すること”」という記述があった。

6. その他、なにかありましたらご自由にお書き下さい。

1) 講義に関する意見や感謝

質問6に対する答えとして、講義に関する意見や感謝の答えが多くあった。具体的には、「講演を聞き、1つ質問したかったことがあります。(というより意見ですが) アメリカやヨーロッパでの自立、自律の概念、関係性の概念は日本と違いがあります。日本はややもすれば関係性重視の臨床がなされ、保護することの大切さや、能力がないから意思表示させないのではなく、可哀相だから先回りして保護することが重視されてきたように思います。どちらかという共生的母親でしょうか。その心性の中に自律を阻害し抑圧的な部分があるわけです。ですから関係性の強調にはこのことを自覚した上で、しかも自律を理解した上でないと危険ではないかと思いました。」や「倫理的ジレンマを感じていても、語れない人や語りを聞いてもらう場がない人が多くいると思う。今回の講演はもっともっとよ

り多くの人にきいていただき、倫理について語る、話すことができるように、と感じます。精神看護は倫理的にも難しい領域であり、閉鎖的であると思うので常に意識していくことが重要であると思います。」「倫理について考えるいい機会になりました。ありがとうございました」などの記述があった。

2) 倫理的問題に関すること

また、倫理的問題に関することとして、現状報告や悩みの答えがあった。具体的には「医学モデル主流で教育をうけてきた現在の中堅以上の看護職（特に病棟の中だけでケアをしてきた人に多いと思う。偏見ですが）は『医師の指示』ということタテになかなか、話を通じない人がある。わからなくてもそれはそれでよいと思うが、ディスカッションをする気にもならない人がある。一方で、看護学モデルで教育をうけてきた若手の中には『自分の意見を言う』ことに大きな不安をもっており、なかなか考えていることはあっても安全感が保障されていないと声に出すことも難しい人がある。科研の報告書を楽しみにしております。」や「倫理について病棟でも自由に話せる場にしたいがそういう場をつくるにはどうしたらいいのか。」「倫理の問題を実践的に考えていくと、結局は関係性の問題と表現の問題にいきつく気もする。直接倫理的問題ではないが関連する要因をなんとか手をうつことができないかなあ、と感じている。」などがあった。

3) 要望

その他、要望として、主催者に対する要望、社会に対する要望があった。具体的には、「またこのようなことが積極的に話し合える場があると、とてもいいなと思いました。」や「十分理解するには少し時間が足りなかった気もしましたが、その分興味もわきました。」「病院での倫理委員会のあり方について最近考えているのですが、外部に consult できる機関があると判断に困ったときに、とか指針になりよいのでは、と。そういう機関を日本にも作ってほしいです。」などの記述があった。

IV. まとめ

質問紙調査の結果からは、倫理に関する知識を得たいという参加者たちの強い熱意が伺えた。また倫理を抽象的・観念的なものとしてではなく、日常実践の基盤になるものとして再認識した者も多かった。講義は日常の実践を倫理的な観点から振り返る機会ともなり、参加者の倫理的感受性を高める効果をもたらしたと言える。

役に立った知識の中には、倫理の基礎概念が含まれていることから、倫理に関する基礎的な知識を提供する機会や学ぶ機会をより多く作っていく必要があることが示唆される。

一方で、関係性の考えや事例を通した講義内容が役に立ったという声が多かったことから、関係性が尊重されてきた日本の精神科臨床風土の中では、原理原則の倫理概念を一方的に当てはめる方式ではなく、関係概念や事例を通して、より現場に即した形で倫

理について学び考える方法がふさわしくまた求められていると考えられる。「理解はできても、臨床現場では難しい」という声のように、倫理の考えを現場に応用していく工夫が求められていると言える。

今回の講義は、倫理的概念の文化的背景をもその内容に含むものであったので、参加者からは、西洋文化の中で培われた倫理的概念を日本に応用する際の問題について考える示唆に富む声も聞かれた。自律の概念が十分に根づいていない日本に、関係性の概念を導入することの危険性について述べる声などがそれにあたるが、倫理的概念を現場に応用するには、こうした文化的な背景を十分考慮することの大切さが示唆される。また教育の内容としても、単に原理原則を知識として提示するのではなく、倫理の文化的な背景までも押さえるような深いものが求められるといえる。

強制や制限については、講義の中心的なテーマであったこともあるが、質問紙全般にわたり多くの記述があった。倫理的なジレンマのエピソードの中にも強制や制限に関する記述が多かったことから、現場の看護師が強制や制限を切実な倫理的問題として捉え、それを改善したいという意欲を持っていることがわかった。

参加者からは、今後取り組みたいこととして、職場での学習会、組織への取り組みなどが挙げられ、参加者たちの問題意識の高さや意欲の高さが伺えた。

以上から、

- ①倫理に関する基礎的な学びの機会を設ける必要性
- ②現場に即した倫理教育プログラムの開発の必要性
- ③倫理概念を現場に応用する際の文化的考慮の必要性
- ④強制の問題など、現場での切実な問題に対して倫理的観点から考えることのできるようになるための倫理教育の必要性

などが明らかとなった。

倫理に関する教育のニーズは高く、基礎的な知識の教育機会を作っていくこととともに、事例検討など、実践に即した形で倫理について学習する機会や検討する機会を作っていくことが必要であると言えるであろう。

資 料

第Ⅰ部

資料Ⅰ-1. 精神科看護師が経験する倫理的ジレンマの内容インタビューガイド

資料Ⅰ-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
説明文書

資料Ⅰ-3. 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
同意書

第Ⅱ部

資料Ⅱ-1. 精神科看護師が体験する倫理的問題とその対処方法に関する調査
予備調査協力依頼書・予備調査回答用紙

資料Ⅱ-3. 精神科看護師が体験する倫理的問題とその対処方法に関する調査
本調査協力依頼

資料Ⅱ-4. 「精神科看護師が体験する倫理的問題とその対処方法に関する調査」
「精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度」質問用紙英訳版

* 英訳版は、海外研究協力者との打ち合わせに必要なため作成した。

第Ⅲ部

資料Ⅲ-1. 「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」
調査依頼書・回答用紙

資料Ⅲ-2. A病院院内レクチャープログラム

資料Ⅲ-3. A病院院内レクチャー内容資料

資料Ⅲ-4. オープンレクチャー講義内容資料

巻末資料

倫理関係文献一覧

＜対象者の基本的属性＞

1. 年齢 () 歳
 2. 性別 男・女
 3. 看護師免許の種類 看護師 准看護師
 4. 現在の職位 スタッフ・主任・病棟長・その他 ()
 3. 経験年数 臨床経験 () 年、教育経験 () 年
 4. これまでの職歴（勤務してきた領域および年数をすべて記入）
-
5. 精神科臨床経験年数 () 年
 6. 最終専門学歴 専門学校・短大・大学・大学院（修士課程・博士課程）
 7. 教育機関における「倫理」、「看護倫理」など倫理に関する科目の受講の有無
あり（教育機関： 科目名： ）・ なし
 8. 人権保障及び倫理的問題に関する講習会・勉強会等への参加経験の有無
あり ・ なし

精神科臨床の倫理的ジレンマや問題の具体例を挙げます。

例えば・・・

- ①個人的価値と専門的価値の対立の問題としては次のような例があります。
 - ・ 病棟規則の患者にとっての必要性
 - ・ 一人の安全と集団の安全
 - ・ 個人の安全と社会の安全
- ②文化的価値と専門的価値の対立としては次のような問題があります。
 - ・ 精神障害者に対する社会資源の不足
 - ・ 精神障害に対する偏見の問題
 - ・ 男性看護師に期待される役割
- ③道徳的価値と専門的価値の対立としては次のような問題があります。
 - ・ 子供を育てる能力のない精神障害者の中絶・出産の問題
 - ・ 精神障害者の結婚の問題
- ④健康増進にまつわる倫理的問題としては次のようなものがあります。
 - ・ 病名告知、病状の説明、退院予定の告知の問題
 - ・ 人手不足により十分なケアが行えないこと
 - ・ 無資格者との夜勤、一人夜勤、急変や暴力への対応など
- ⑤疾病予防にまつわる倫理的問題には次のようなものがあります。
 - ・ 疾病の予防と権利が対立するとき（プライバシーの保持や自己決定など）
- ⑥疾病予防と経済効果が対立する場合
 - ・ マンパワーや病院の方針などにより、効果があるとわかっているプログラム（SST、訪問看護など）が実施できない
 - ・ 診療報酬上、患者の入院期間に制限があり、必要な入院期間が保証できないこと
- ⑦健康の回復にまつわる倫理的問題を感じる状況には次のようなものがあります。
 - ・ 患者の意思決定能力の問題（精神症状、意思決定能力が尊重されてこなかった）
 - ・ 宗教のあり方や家族の信念が、治療方針と対立する場合
 - ・ 治療における隔離・拘束、閉鎖処遇
 - ・ 自殺した患者への専門職としての倫理的責任に疑問を持つこと
 - ・ 社会と対立する人々へのケアの保証（犯罪者・陰性感情）

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 － 1. 精神科看護師が経験する倫理的ジレンマの内容

研究についての説明とご協力をお願い

現在、私たちは「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（平成 16・18 年度科学研究費基盤研究（C）研究代表者 田中美恵子）」に取り組んでおります。精神障害者の看護に関わってこられた看護師の方々に、精神障害者の人権や倫理的問題について、インタビューという形でお話を伺いたいと考えておりますので、研究の主旨をご理解のうえ、皆さまのご協力をお願いいたします。

1. 研究の目的

この研究全体の目的は、精神障害者の看護に携わる看護師を対象として、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構成要素を明らかにすることです。本研究はそのうち、精神科看護師が経験する倫理的ジレンマの内容を明らかにすることを目的としています。

2. 研究方法および研究期間

この研究は、精神障害者の人権保障を考えていくうえで、看護師がどのような倫理的ジレンマを体験しているのか、グループの皆さんでお話ししていただくグループインタビュー、あるいは個別インタビューの形で行います。インタビューの内容は、テープ録音させていただき、それらをデータ化したものを質的に分析します。調査に要する時間は、グループインタビューの場合は途中で休憩をはさみながら 3 時間程度、個別インタビューでは 1～1.5 時間程度です。なお、グループインタビューの中で内容が十分確認できなかった場合には、後ほど個別でのフォローアップインタビューを行うことがあります。

3. 研究への協力の自由意志およびプライバシーの保護

この研究への協力は、皆さまの自由意志に基づくものです。もし、お断りになったとしても、皆さまが不利益を被ることは一切ありません。また、いつでも途中でやめることはできますので、その際には遠慮なく研究者にお伝え下さい。

この研究にご協力いただける場合には、皆様ならびにインタビューに出てくる患者様、所属組織の匿名性を確保し、プライバシーを守りますことをお約束いたします。また、研究のデータおよび結果は、研究の目的以外に用いることはありません。録音テープおよび撮影ビデオは、研究者が分析し研究結果がまとまった時点で消去・破棄いたします。

なお、グループインタビューの内容については、この場所以外ではお話ししませんように宜しくお願いいたします。

4. 個人情報の保護および研究結果の公表方法

個人情報保護のため二重連結可能匿名化とし、それらのデータは外部記憶装置に保存したうえで、研究責任者が情報管理者となり、鍵のかかる金庫等に保管します。研究結果は報告書または学会発表などで公表しますが、その際には匿名性を守ります。

なお、この研究にご協力いただけることによって、社会的には精神障害者の人権保障がより一層進んでいくことが期待されます。

この研究期間中および終了後の研究に関するお問い合わせは、下記の連絡先までお願いいたします。

研究責任者： 教授 田中美恵子

〒162-8666 東京都新宿区河田町 8 - 1

東京女子医科大学 看護学部

TEL&FAX：03-●●●●-●●●●

研究分担者：

〒162-8666 東京都新宿区河田町 8 - 1

東京女子医科大学 看護学部

TEL：代表番号 03-3353-8111

平成 17 年 1 月 20 日
東京女子医科大学看護学部
教授 田中美恵子

同 意 書

東京女子医科大学看護学部
教授 田中美恵子 殿

私は、「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－ 1. 精神科看護師が経験する倫理的ジレンマの内容」について、研究分担者より文書により説明を受け、研究の意義について理解いたしましたので、この研究に参加することに同意いたします。

<本人署名欄>

同意日：平成 年 月 日

氏 名： _____

住 所： _____

<説明者>

説明日：平成 年 月 日

氏 名： _____

注)

1. 得られたデータは、個人が特定できないよう配慮いたします。
2. 同意が得られない場合においても、不利益を受けることは一切ありません。
3. ご不明な点がございましたら、遠慮なくお尋ね下さい。

同 意 書

東京女子医科大学看護学部
教授 田中美恵子 殿

私は、「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－1. 精神科看護師が経験する倫理的ジレンマの内容」について、研究分担者より文書により説明を受け、研究の意義について理解いたしましたので、この研究に参加することに同意いたします。

<本人署名欄>

同意日：平成 年 月 日

氏 名： _____

住 所： _____

<説明者>

説明日：平成 年 月 日

氏 名： _____

注)

1. 得られたデータは、個人が特定できないよう配慮いたします。
2. 同意が得られない場合においても、不利益を受けることは一切ありません。
3. ご不明な点がございましたら、遠慮なくお尋ね下さい。

資料Ⅱ－1.
平成18年2月13日

全国精神科医療施設
看護部長 各位

東京女子医科大学看護学部
教授 田中 美恵子

予備調査へのご協力依頼

－精神科看護師が体験する倫理的問題とその対処方法に関する調査－

拝啓

時下、益々ご精采のこととお慶び申し上げます。

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、日本の精神医療施策の重要課題として取り組まれているところです。精神障害者の人権保障のためには、患者ケアにあたる看護師の倫理的意思決定能力が大きな鍵を握っていると考えられますが、精神科看護の倫理を扱った研究は極めて乏しく、精神科看護師が日頃どのような倫理的問題を体験し、それをどのように解決しているのかは十分明らかにされておられません。

現在、私たちは「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（平成16・18年度科学研究費基盤研究（C）」）に取り組んでおります。

そこでこの度、精神障害者の看護に携わる看護師の皆様が体験する倫理的問題とその対処方法について明らかにするために、精神科看護師を対象としたアンケート調査（本調査）を実施したいと考えました。

そこでまず、看護師を対象とした本調査にご協力をいただけるかどうかについてお伺い致したく、今回の予備調査を企画いたしました。本調査を実施する前に、先ずはこの予備調査にご協力いただきたくお願い申し上げます。

なお、本調査は複数の施設を対象とするもので、貴施設が、本調査の対象候補として選定されたのは、無作為抽出によるものです。また本調査は無記名式のアンケート調査であり、調査の結果は統計的に処理されますので、個人ならびに施設が特定されることはありません。なお、この予備調査で本調査への協力を拒否されても、貴施設が不利益を蒙ることは一切ありません。

ご多忙中誠に恐縮には存じますが、下記の予備調査の項目について、同封の別紙 FAX 送信票 にて、折り返しお返事を賜りたく、何卒よろしくお願い申し上げます。

敬具

記

本調査の対象者：精神科病棟に勤務する看護師・准看護師（師長・主任等を含む）

調査実施の予定時期：平成18年3月中旬

予備調査事項：(1)本調査にご協力いただけるかについての諾否

(2)認知症（老人）専門病棟を除く精神科病棟に勤務する看護師・准看護師のうち、
本調査にご協力いただくことが可能と思われる、看護師・准看護師数

* 本調査の調査票（見本）を1部同封させていただきますのでご参照下さい。

* 2月24日（金）をめぐりに別紙・予備調査回答用紙をご送信いただければ幸いに存じます。

なお、研究に関するお問い合わせは、下記の連絡先までお願いいたします。

〒162-8666 東京都新宿区河田町8-1
東京女子医科大学看護学部 田中研究室
TEL&FAX：03-●●●●-●●●●
e-mail:tanaka@nurs.twmu.ac.jp

FAX 送信票

平成18年 月 日

送信先	FAX：03-●●●●-●●●●	
	東京女子医科大学看護学部	田中 美恵子 行
発信先	施設名：	看護部長名：
	電話番号：	FAX 番号：

予備調査回答用紙

1. 本調査(3月中旬実施予定)にご協力いただけますでしょうか。(該当する番号に○をお付け下さい。)
- 1) 協力する () 2) 協力できない ()
- ＊ 1)協力すると答えた場合のみ、2. の質問にお答え下さい。
2. 精神科病棟(認知症(老人)専門病棟を除く)に勤務する看護師・准看護師のうち、本調査にご協力いただけることが可能と思われる看護師・准看護師数を、病棟ごとにご記入下さい。

協力可能病棟	病棟の特徴(急性・慢性・回復など)	病棟の看護職員配置(2:1,3:1 など)	協力可能な看護師(含む准看護師) 数
1			約 名
2			約 名
3			約 名
4			約 名
5			約 名
6			約 名
7			約 名
8			約 名
9			約 名
10			約 名
＊これ以上病棟がある場合は、恐れ入りますが、本用紙をコピーしてお使いいただきますようお願いいたします。 予備調査へのご協力をありがとうございました。 本調査へご協力頂ける場合には、折り返し人数分の調査票を送付させていただきます。その折にはお手数でも、調査対象となります看護師・准看護師の皆様への調査票の配布・回収をよろしくお願いいたします。 また、本調査の際には、看護部長様にも、施設・病棟の基礎データに関する簡単な調査票へのご回答をお願いいたします。ご多用中のところ誠に恐縮ではありますが、併せてご協力を賜りますようお願い申し上げます。			計 約 名

＊なお、ご回答は2月24日(金)をめぐにご送信いただければ幸いに存じます。

施設名称

- 112 -

調査協力をお願い

－精神科看護師が体験する倫理的問題とその対処方法に関する調査－

現在、私たちは「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（平成16・18年度科学研究費基盤研究（C）」に取り組んでおります。

そこで、このたび、精神科看護師の方々が体験する倫理的問題とその対処方法について明らかにするために、精神障害者の看護に携わる全国の看護師の方々に、アンケート調査を実施したいと考えました。

研究の主旨をご理解のうえ、ご協力のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

記

1. 研究の目的

この研究は、精神科看護師の方々が臨床で体験する倫理的問題やその対処方法について明らかにし、精神科看護における倫理的問題の解決策について検討することを目的としています。

2. 研究方法および研究期間

アンケート調査への記入時間はおよそ 分です。同封のアンケート用紙に記入し、最後に記入漏れがないかを確認した上で、封筒に入れて封をした後に返送してください。

調査期間は、平成18年 月 日～ 月 日までの 日間です。

3. 研究協力の自由意志の尊重およびプライバシーの保護

この研究への協力は、皆様の自由意志に基づくものです。もし、お断りになったとしても、皆様が不利益を被ることは一切ありません。

この調査は無記名式のアンケート調査であり、調査の結果は統計的に処理されますので、発表に際し、個人ならびに所属組織が特定されることはありません。また、調査で得られたデータは、研究の目的以外に用いることはありません。

4. 研究により期待される社会的貢献

この研究にご協力いただけることによって、精神科看護の倫理が向上し、精神障害者の人権保障が進んでいくことが期待されます。

なお、研究に関するお問い合わせは、下記の連絡先までお願いいたします。

平成18年 月 日

平成 16.17.18 年度 科学研究費基盤研究（C）
「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」

東京女子医科大学看護学部

研究代表者：田中美恵子

研究分担者：若狭 紅子

濱田 由紀

小山 達也

【本調査に関するお問い合わせ・連絡先】

〒162-8666 東京都新宿区河田町 8－1

東京女子医科大学 看護学部 田中研究室

TEL&FAX：03-●●●●●●●●●●

「精神科看護師が体験する倫理的問題とその対処方法に関する調査」

調査協力をお願い

現在、私たちは「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（平成 16・18 年度文部省科学研究費基盤研究（C）」に取り組んでおります。そこで、このたび、精神科看護師の方々が体験する倫理的問題とその対処方法について明らかにするために、精神障害者の看護に携わる全国の看護師の方々に、アンケート調査を実施したいと考えました。

研究の主旨をご理解のうえ、ご協力のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

1. 研究の目的

この研究は、精神科看護師の方々が臨床で体験する倫理的問題やその対処方法について明らかにし、精神科看護における倫理的問題の解決策について検討することを目的としています。

2. 研究方法および研究期間

アンケート調査への記入時間はおよそ 30 分です。同封のアンケート用紙に記入し、最後に記入漏れがないかを確認した上で、封筒に入れて封をした後に所定の場所にご提出下さい。

3. 研究協力の自由意志の尊重およびプライバシーの保護

この研究への協力は、皆様の自由意志に基づくものです。もし、お断りになったとしても、皆様が不利益を被ることは一切ありません。この調査は無記名式のアンケート調査であり、調査の結果は統計的に処理されますので、発表に際し、個人ならびに所属組織が特定されることはありません。また、調査で得られたデータは、研究の目的以外に用いることはありません。

4. 研究により期待される社会的貢献

この研究にご協力いただけることによって、精神科看護の倫理が向上し、精神障害者の人権保障が進んでいくことが期待されます。

なお、研究に関するお問い合わせは、下記の連絡先までお願いいたします。

【本調査に関するお問い合わせ・連絡先】

〒162-8666 東京都新宿区河田町 8－1 東京女子医科大学 看護学部 田中研究室

TEL&FAX：03-●●●●-●●●●

平成 16.17.18 年度 科学研究費基盤研究（C）

「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」

東京女子医科大学看護学部 研究代表者：田中美恵子

（研究分担者：若狭 紅子、濱田 由紀、小山 達也）

--	--	--	--	--

【問1】 あなた自身のことについてお尋ねします。以下の内容であてはまる数字1つに○印を付けるか、あるいはその内容についてお答え下さい。

1. 年齢

--

 歳

2. 性別

1. 男

2. 女

3. 免許

1. 准看護師

2. 看護師

4. 最終専門学歴

1. 准看護師養成課程

2. 看護専門学校2年課程

3. 看護専門学校3年課程

4. 短期大学

5. 大学

6. 大学院（修士課程・博士課程）

7. その他（ ）

5. 職位

1. スタッフ

2. 主任・副看護師長

3. 看護師長・科長

6. 臨床経験年数

約

--

 年

7. 精神科臨床経験年数

約

--

 年

8. 教育機関における「倫理」、「看護倫理」など倫理に関する科目の受講の有無

1. あり（教育機関： 科目名： ） 2. なし

9. 倫理に関する講習会・勉強会等への参加経験の有無

1. あり 2. なし

【問2】あなたが現在勤務している病棟についてお尋ねします。以下の内容であてはまる数字1つに○印を付けるか、あるいはその内容についてお答え下さい。

1. 病棟の病床数

床

2. 病棟の看護者数 約

人（うち准看護師

約

人を含む）

3. 病棟の入院料（看護職員配置）

- | | | |
|---------------------------|---------------------------|--------------------|
| 1. 入院基本料1（2:1以上） | 2. 入院基本料2（2.5:1以上） | 3. 入院基本料3（3:1以上） |
| 4. 入院基本料4（3.5:1以上） | 5. 入院基本料5（4:1以上） | 6. 入院基本料6（5:1以上） |
| 7. 入院基本料7（6:1以上） | 8. 特別入院基本料1（6:1以上） | 9. 特別入院基本料2（6:1未満） |
| 10. 精神科救急入院料（2:1以上） | 11. 精神科急性期治療病棟入院料1（2:1以上） | |
| 12. 精神科急性期治療病棟入院料2（3:1以上） | 13. 精神療養病棟入院料1（3:1以上） | |
| 13. 精神療養病棟入院料2（看護職員6名以上） | 14. その他（ | ） |

4. 看護勤務形態

1. 2交代

2. 3交代

3. その他

5. 平均勤務者数 < 2交代の場合 >

1. 日勤 約 人 2. 夜勤 約 人

< 3交代およびそれに準ずる場合 >

1. 日勤 約 人 2. 準夜勤 約 人 3. 深夜勤 約 人

6. 病棟の開放度

1. 開放（8時間以上の開放時間が確保されている入院病棟）
2. 時間開放（1日のうち常時0.5時間以上8時間未満の開放時間が確保されている入院病棟）
3. 完全閉鎖（1日のうち開放時間が0.5時間未満の入院病棟）

7. 患者の性別による病棟区分

1. 男子病棟

2. 女子病棟

3. 男女混合病棟

8. 病棟の特徴

- | | |
|----------------|---------------|
| 1. 精神科急性期 | 2. 精神科慢性期 |
| 3. 精神科回復期・社会復帰 | 4. アルコール・薬物専門 |
| 5. 身体合併症 | 6. その他（ |

9. 看護方式

- | | |
|----------------------------|------------|
| 1. チームナーシング | 2. 固定チーム方式 |
| 3. プライマリーナーシング（モジュール方式を含む） | |
| 4. 日替わり受持ち方式 | 5. 機能別看護方式 |
| 6. 混合方式 | 7. その他（ |

10. 病棟の措置入院患者の受け入れの有無

1. 有

2. 無

11. 病棟の夜間や休日の入院患者の受け入れの有無

1. 有

2. 無

【問3】あなたが日頃看護をしながら体験している出来事と、それに対する感じ方について、以下の質問にお答え下さい。

①A欄では、以下の質問項目すべてに対して、最もあてはまる数字1つに○印をお付け下さい。

②B欄では、A欄で3(時々ある)・4(しばしばある)・5(おおいにある)を選択した場合にのみ、そのことについてどの程度悩んでいるか、あてはまる数字1つに○印をお付け下さい。

A欄で3・4・5に○印をつけた項目のみB欄をお答え下さい。

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(ex.患者は就職をしたいが、看護師の判断ではまだ無理であるなどの場合)。

2. 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することがある。

3. 家族の希望で、患者に情報提供が行われないことがある。

4. 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。

5. 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。

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。

7. 有効な治療法がない困難事例のために、やむを得ず拘束することがある。

8. 患者の尊厳を傷つけると思いながらも、患者自身の安全を考えて拘束することがある。

9. 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。

10. 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。

11. 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。

12. 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。

13. 拘束を治療的に良しとする病棟文化があり、拘束が長引くことがある。

A欄					B欄			
全くない	あまりない	時々ある	しばしばある	おおいにある	全く悩まない	あまり悩まない	少し悩む	とても悩む
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4

A欄で3・4・5に○印をつけた項目のみB欄をお答え下さい。



A欄				
全くない	あまりない	時々ある	しばしばある	おおいにある
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

B欄			
全く悩まない	あまり悩まない	少し悩む	とても悩む
1	2	3	4
1	2	3	4

14. 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。
15. 患者の希望をかなえてあげたいが、患者の要求に際限がなくなること
を危惧して、制限を行うことがある。

16. 医師の指示が不適切だと思いながらも、医師に意見を言うことができないことがある。
17. 配置転換などで新しい病棟に入った時に、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。

18. 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。
19. 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。

20. 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。
21. 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。

22. プラセボを渡す時に、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。
23. 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。

24. 患者に病識がないために、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。
25. 拒薬のある患者に対して、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。

26. 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。
27. 医師の病名告知や病状説明が不十分なために、効果的な看護が行え
ないことがある。

28. 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。

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

A欄で3・4・5に○
印をつけた項目のみB
欄をお答え下さい。



29. 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。
30. 人格障害患者への対応が看護チーム内で統一できないために、ケアが混乱することがある。
31. 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。
32. 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。
33. 電気けいれん療法が患者にとって良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。
34. 電気けいれん療法よりも無けいれん電気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。
35. 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。
36. 仕事とはいえ、患者の嫌がることをしなければならないことがある。

A欄					B欄			
全くない	あまりない	時々ある	しばしばある	おおいにある	全く悩まない	あまり悩まない	少し悩む	とても悩む
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4

37. 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。
38. 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。
39. 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。
40. 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。
41. 患者は退院したいが、家族の希望で退院できないことがある。
42. 患者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。
43. 看護師が、地域の社会資源とつながりを持っていないために、退院を促進できないことがある。

1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4

A欄で3・4・5に○
印をつけた項目のみB
欄をお答え下さい。



A欄					B欄			
全く ない	あ ま り な い	時 々 あ る	し ば し ば あ る	お お い に あ る	全く 悩 ま な い	あ ま り 悩 ま な い	少 し 悩 む	と て も 悩 む
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4

44. 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。
45. ほかに手段がないために、民間警備会社を利用して入院してくることがある。
46. 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。

47. 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。
48. 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。
49. 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。
50. 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。
51. 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れることがある。
52. 安全を優先するあまり、患者の自立を阻むことがある。
53. 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。
54. 病棟内規則が患者の権利を阻んでいることがある。
55. 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。
56. 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。
57. 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。
58. 患者の物品を預かりっぱなしになっていることがある。
59. 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。

1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4

A欄で3・4・5に○
印をつけた項目のみB
欄をお答え下さい。



A欄					B欄			
全くない	あまりない	時々ある	しばしばある	おおいにある	全く悩まない	あまり悩まない	少し悩む	とても悩む
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4

60. 家族の希望で、患者の電話が制限されることがある。
61. 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。
62. 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。
63. 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。
64. 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。
65. 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。
66. 精神科看護師であることを、自分で卑下することがある。
67. 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。
68. 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。
69. 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。
70. 病棟内で、暴力的な患者に対して、問題を起こさないように過度な監視をすることがある。
71. 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。
72. 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。
73. 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。
74. 患者に対して平等にケアが行われていないことがある。
75. 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。

1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4

A欄で3・4・5に○
印をつけた項目のみB
欄をお答え下さい。



76. 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。
77. 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。
78. 病棟内で代理行為が漫然と行われていることで、患者の自立や社会生活能力が損なわれていることがある。
79. 処置をする時に、患者のプライバシーが配慮されていないことがある。
80. 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。

A欄					B欄			
全くない	あまりない	時々ある	しばしばある	おおいにある	全く悩まない	あまり悩まない	少し悩む	とても悩む
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4

【問 4】あなたは日頃の看護ケアを実践していく中で、倫理的問題に直面した時に、どのように対処していますか。以下の質問項目すべてについて、あてはまる数字1つに○印をお付け下さい。

	は い	い え
1. 同じ病棟の看護師に相談する	1	2
2. 師長・主任に相談する	1	2
3. 看護師だけのカンファレンスを開く	1	2
4. 他職種とケースカンファレンスを開く	1	2
5. 職場の倫理委員会など、公の場に持ち込む	1	2
6. 文献などを読む	1	2
7. 友人など、第三者に相談する	1	2
8. ひとりで悩む	1	2
9. 深く考えないようにする	1	2
10. 解決の手段がないのでそのままにする	1	2
11. 該当するものがない	1	2

【問5】あなたは日頃、以下の内容についてどのように感じていますか。以下の質問項目すべてについて、最もあてはまる数字1つに○印をお付け下さい。

	全然 そう 思わ ない	ほと んど そう 思わ ない	あま り そう 思わ ない	どち らと もい えな い	やや そう 思 う	かな り そう 思 う	全 く そう 思 う
1. 患者との関係づくりは、日々の仕事の中でもっとも重要である。	1	2	3	4	5	6	7
2. 広く患者の状態について理解していることは専門職としての責任である。	1	2	3	4	5	6	7
3. 自分のすることすべてに対して、患者から肯定的反応を得ることは重要である。	1	2	3	4	5	6	7
4. 患者が回復しなければ、看護師としての役割には意味がなくなる。	1	2	3	4	5	6	7
5. もし、患者の意思に反して何かを行うことによって患者の信頼を失うならば、それは失敗である。	1	2	3	4	5	6	7
6. 患者が治療についての説明を求めたら、いつでも正直に答えることは重要である。	1	2	3	4	5	6	7
7. 良い看護・医療は、患者が望まないことを決して強制しないということの意味していると信じている。	1	2	3	4	5	6	7
8. 精神科看護師としての経験から、患者が自分の病気や置かれた状況についてよく認識していない時には、援助できることは少ないと思う。	1	2	3	4	5	6	7
9. 患者に対して、どのように応えるべきかわからなくなる時が、しばしばある。	1	2	3	4	5	6	7
10. 患者にどのように対応するかわからず葛藤状況にある時、いつでも相談できる人がいる。	1	2	3	4	5	6	7
11. 患者にケアをする時に、患者にとって何が正しくて何が間違っているのかを知ることが難しいと、しばしば感じる。	1	2	3	4	5	6	7
12. 患者にとって難しい決定をする場合には、ほとんど病棟の規則や方針に頼っている。	1	2	3	4	5	6	7
13. 精神科看護師としての経験から、特定の患者のケアには、厳しい規則が大切であると思う。	1	2	3	4	5	6	7
14. 原則よりも自分の気持ちに従って、患者に対して正しいことを行うことが時々ある。	1	2	3	4	5	6	7
15. ほとんど毎日、難しい意思決定に直面している。	1	2	3	4	5	6	7
16. 患者の情報がほとんどないような急性状態においては、患者に関する決定はほとんど医師に頼っている。	1	2	3	4	5	6	7

32. 患者が処方された薬を内服しようとしないう時、「注射になりますよ」と言って脅したいような気持ちになることが時々ある。
33. 最善の行動が何かを知るのが難しい時、誰よりもまず医師に頼る。
34. 回復する見込みのほとんどない患者に、良い看護を行うことは難しいことだと思う。
35. 精神科看護の仕事は自分には向いていないと、しばしば感じる。

全くそう思う	かなりそう思う	ややそう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	ほとんどそう思わない	全然そう思わない
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7

【問6】職場における日頃のあなたの自己表現についてお尋ねします。以下に挙げる人たちとの関係の中で、設問にあるような自己表現をどの程度しているでしょうか。最もあてはまる数字1つに○印をお付け下さい。

はじめに、現在の職場の中で、それぞれの対象がいるかどうか、どちらかに○印をお付け下さい。

◆ あなたには現在の職場に以下の関係の人がいますか？
どちらか1つに○印をお付け下さい。

- | | | |
|-------|-------|--------|
| A. 患者 | 1. いる | 2. いない |
| B. 医師 | 1. いる | 2. いない |
| C. 上司 | 1. いる | 2. いない |
| D. 部下 | 1. いる | 2. いない |
| E. 同僚 | 1. いる | 2. いない |

もし現在の職場にA～Eに該当する人がいない場合には、仮にそのような人がいたとしたらどうかを想像して、以下の質問にお答え下さい。

患者に対して

- 患者から不満をぶつけられたり怒鳴られたりしても、黙って耐える。
- こちらの言うことを素直に守ってくれない患者に対しては、態度がきつくなる。
- 患者のことを心配したり気にかけていることを、言葉にして伝える。
- 患者の話や訴えに耳を傾けるよりも、患者を説得することが多い。
- 患者が、病院での約束事や療養上の指示を守らない時、そのことについて患者とじっくり話し合う。
- 患者の意見や言い分に納得できない時でも、そのことは言わないで患者に同調する。
- 自分が何かミスをした時、そのことについて患者にきちんと謝る。
- 患者からケアの仕方について不満をぶつけられると、自分の正当性を強く主張する。
- 忙しくて時間がない時でも、患者との会話を切り上げてその場を去るのが難しい。

全くあてはまらない	あてはまらない	どちらともいえない	あてはまる	非常にあてはまる
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

医師に対して

- 医師の指示や治療方針に疑問や不満があっても、何も言わずにそれに従う。
- 患者ケアにおいて、自分ができたことや成果を医師に伝える。
- 医師から不当な批判をされた時、感情的にならずに自分の気持ちや考えを表現することができる。
- 患者に対する医師の接し方が悪いと思った時、強い口調で注意する。
- 自分が患者と医師との板ばさみにあって困っていても、医師に協力を求めることができない。

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

全くあてはまらない	あてはまらない	どちらともいえない	あてはまる	非常にあてはまる
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

15. 自分が不信感を持っている医師の意見やアドバイスは、無視する。
16. 患者ケアの仕方について自分の意見と医師の意見とが異なる時、医師の意見にも耳を傾けるが、自分の意見も言う。
17. 医師から自分のことを馬鹿にされたり見下されるようなことを言われても、何も言い返さない。
18. 医師から自分の仕事ぶりについて批判されると、むきになって反論する。

上司に対して

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

19. 上司のリーダーシップの取り方に不満や疑問がある時、上司を批判したり責めたりする。
20. 自分の意見に耳を傾けて欲しい時や相談にのって欲しい時に、自分から上司に話しかける。
21. 自分のことを分かってもらえていないと思っても、上司にそれを言わない。
22. 上司からの忠告や指摘は、聞き流す。
23. 自分が不安を抱えている時や緊張している時、上司に率直にそのことを話す。
24. 上司の言動が不公平であると思える時でも、そのことを上司と話し合えない。
25. 上司の気に入らない点について、陰で悪口を言う。
26. 上司の指示や方針に疑問を感じた時、上司の考えを聞き、自分の意見も述べる。
27. 上司からひどいことを言われて傷ついても、自分の気持ちは上司に言わない。

部下に対して

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

28. 部下の仕事ぶりに疑問や不満を抱いても、部下と話し合うことをためらう。
29. 上司としての自分の意見は重要であるが、部下の意見や考え方も尊重する。

30. 日頃要領が悪かったりミスが多い看護師に対しては、つい口調が厳しくなる。
31. 部下のことが心配な時や気がかりな時、自分から話しかけていく。
32. 部下を注意する時、過去に失敗したことも持ち出して反省させる。
33. 上司としての自分の言動に誤りがあったと思った時は、部下に率直に謝る。
34. 部下に対してリーダーシップを取るのは、苦手である。
35. 部下の言い分を聞くよりも、自分の言い分を通す。
36. 部下に仕事を頼みたくても頼めず、つい自分でやってしまう。

全くあてはまらない	あてはまらない	どちらともいえない	あてはまる	非常にあてはまる
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

同僚に対して

37. 自分の休暇希望日と同僚の休暇希望日とが重なってしまったら、自分よりも同僚の都合を優先する。
38. 同僚から自分の言動について批判された時、自分の考えや言い分を伝える。
39. 同僚に対して、「こうすべき。」とよく指示をする。
40. 疲れていて休みたい時、同僚から食事や遊びに誘われても断ることができる。
41. 同僚と自分の意見が異なる時、お互いに納得のいくまで話し合う。
42. 自分がイライラしている時、同僚に当たってしまう。
43. 同僚が患者に対して横柄な態度を取っているのが気になっても、そのことを指摘しない。
44. 気に入らない同僚のことは、無視したり冷たく当たったりする。
45. 患者の理解について、同僚とは違う意見や見方を自分が持っていて、言わない。

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

【問7】以下の21の質問項目の1つ1つについて、あなたは最近どの頻度で体験しますか。
最もあてはまる数字1つに○印をお付け下さい。

	まったく ない	ごくまれ にある	まれに ある	ときど きある	しばし ばある	たいて いある	いつも ある
1. 疲れやすい	1	2	3	4	5	6	7
2. 気がめいる	1	2	3	4	5	6	7
3. 毎日の生活が楽しい	1	2	3	4	5	6	7
4. からだが疲れ果てる	1	2	3	4	5	6	7
5. 精神的にまいってしまう	1	2	3	4	5	6	7
6. こころが満たされている	1	2	3	4	5	6	7
7. 精根が尽き果てる	1	2	3	4	5	6	7
8. ないがしろにされた気持ちになる	1	2	3	4	5	6	7
9. みじめな気持ちになる	1	2	3	4	5	6	7
10. 力を使い果たしたような気持ちになる	1	2	3	4	5	6	7
11. 期待はずれの気持ちになる	1	2	3	4	5	6	7
12. 自分が嫌になる	1	2	3	4	5	6	7
13. うんざりした気持ちになる	1	2	3	4	5	6	7
14. わずらわしい気分になる	1	2	3	4	5	6	7
15. まわりの人に対して幻滅感や憤りを感じる	1	2	3	4	5	6	7
16. 気が弱くなる	1	2	3	4	5	6	7
17. なげやりな気持ちになる	1	2	3	4	5	6	7
18. 拒否された気持ちになる	1	2	3	4	5	6	7
19. 楽観的な気分になる	1	2	3	4	5	6	7
20. 意欲にもえた気持ちになる	1	2	3	4	5	6	7
21. 不安な気持ちになる	1	2	3	4	5	6	7

以上でアンケートは終わりです。ご協力ありがとうございました。

折角のご協力をきちんと生かすために、恐れ入りますがもう一度
記入漏れなどがないか確認をして下さい。
その上で、封筒に入れ封をした後、ご提出下さい。

[Q]Please answer the questions below. These questions relate to how you feel about your experiences during the course of your work .

- ① In Column A, please circle one number (1 - 5) that most closely represents your feelings.
- ② In Column B, please circle one number (1-4) that most represents your feeling if you answered "3" (Sometimes), "4" (Often) or "5" (Many times) in Column A.

If you answer "3" "4" or "5" in Column A, please answer in Column B.

A

None	Rarely	Sometimes	Often	Always
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

B

Never worry	Rarely worry	Worry sometimes	Worry a lot
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

1. The patient's decision and my judgment as a specialist on the patient's condition are in conflict. (e.g., The patient wishes to work but the nurse thinks it is too early.)

2. The patient does not have decision-making capability and the medical staff is making decisions on behalf of the patient.

3. The patient's family requests that all information not be disclosed to the patient.

4. Complete and informed consent is not provided to the patient; for example, relating to medical condition and treatment.

5. The doctor does not tell the patient about the diagnosis because of concern that the patient's illness will become worse if the patient gains knowledge of the diagnosis.

6. The patient's family asks that the diagnosis not be disclosed to the patient.

7. Since the case is a difficult one and there is no effective treatment, the patient is restrained out of necessity.

8. I restrain the patient for his/her safety even though such restraint may hurt the patient's dignity.

9. Even though restriction is undesirable to the patient, the restriction is prolonged due to safety concerns for other patients and nursing staff.

10. Even though restriction is undesirable to the patient, the restriction is prolonged for improved efficiency of the nursing staff's work.

11. Due to labor shortages, seclusion or restriction is done.

12. Due to, for example, no designated mental health physician of mental health, unnecessary seclusion or restriction is done.

13. There is a ward culture that favors restriction as a part of treatment; restriction tends to be longer.

If you answer "3", "4" or "5" in Column A, please answer in Column B.



	A					B			
	None	Rarely	Sometimes	Often	Always	Never worry	Rarely worry	Worry sometimes	Worry a lot
14. On Sundays and holidays, even if the patient's condition improves, there are times when restraint is not removed.	1	2	3	4	5	1	2	3	4
15. I want to fulfill the patient's wishes, but am apprehensive that the patient's wishes will become endless and I will not be able to control myself when responding to the patient.	1	2	3	4	5	1	2	3	4
16. I think the doctor's instructions are improper but I cannot comment to the doctor.	1	2	3	4	5	1	2	3	4
17. When I was transferred to a new ward, and have doubts about treatment and nursing, I cannot comment.	1	2	3	4	5	1	2	3	4
18. Because I am too busy and cannot have conferences with other nursing staff, I cannot develop an effective nursing plan.	1	2	3	4	5	1	2	3	4
19. Because I am thinking about my relationship with other nursing staff, I do nursing activities with which I am not necessarily in agreement.	1	2	3	4	5	1	2	3	4
20. I respond unwillingly to patient's who frequently complain.	1	2	3	4	5	1	2	3	4
21. Even if a patient complains about the side effects from medication, I have to encourage the patient to take the medication.	1	2	3	4	5	1	2	3	4
22. When I hand a placebo to the patient, I feel guilty of deceiving the patient.	1	2	3	4	5	1	2	3	4
23. I want to take time and listen to the patient but, since I am too busy, I resort to medication as a solution.	1	2	3	4	5	1	2	3	4
24. Since the patient is not aware that he/she has a disease, I administer medication by mixing it with food or drink.	1	2	3	4	5	1	2	3	4
25. Deceiving a patient who refuses to take medication is not questioned in the ward.	1	2	3	4	5	1	2	3	4
26. Since the nursing staff's knowledge and skills are lacking, complications related to psychiatric patients are not properly taken	1	2	3	4	5	1	2	3	4
27. The doctor did not explain the diagnosis, limiting my ability to effectively execute nursing.	1	2	3	4	5	1	2	3	4
28. Since there is discrepancy between the doctor's treatment policy and nursing staff treatment policy, I cannot administer proper nursing.	1	2	3	4	5	1	2	3	4

If you answer "3", "4" or "5" in Column A, please answer in Column B.



29. Since there is poor coordination with other professionals, I cannot move forward with the appropriate nursing care.
30. The care policy for a patient with personality disorder is not unified among teams and care is not coordinated
31. Since hospitalized patient types change (increased range of personality disorder definition and increased number of depressed patients), nursing care does not match these changes.
32. The patient has not received a thorough explanation about electric convulsive therapy.
33. While wondering if electric convulsive therapy is effective, I aid in the treatment.
34. I feel non-convulsion therapy is more desirable than convulsive therapy, but since there are no facilities for such treatment, non-convulsive therapy cannot be done.
35. The nursing care I provide to a patient who refuses care is compulsory.
36. I have to do something to the patient that he/she does not want to be done.
37. From a hospital business point of view, the patient is transferred to another hospital or discharged.
38. Since there are insufficient social resources, the patient cannot be discharged from the hospital.
39. Since the patient's family members are elderly or a nuclear family, the patient cannot be discharged from the hospital.
40. Since the patient's family does not understand the disease, the patient cannot be discharged from the hospital.
41. The patient wants to be discharged from the hospital but cannot be because the family does not want the discharge.
42. The patient wants to be discharged from the hospital but the conditions of the disease are too severe and the patient cannot be discharged.
43. The nursing staff has no links to social resources in the area, and the nursing staff is unable to advocate discharge from the hospital.

A					B			
None	Rarely	Sometimes	Often	Always	Never worry	Rarely worry	Worry sometimes	Worry a lot
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4

If you answer "3", "4" or "5" in Column A, please answer in Column B.



44. Since the team consisting of relevant professionals cannot agree on the decision to discharge the patient, the patient cannot be discharged from the hospital.
45. The patient came to the hospital by commercial ambulance since the patient had no other means.
46. Because of an emergency hospitalization at night, I can not provide sufficient nursing care to other patients already hospitalized.
47. In the ward there are implicit expectations that male nursing staff will respond to violent patients.
48. I know it is a symptom of the patient but I get hurt by verbal abuse from the patient.
49. Even though I attend the patient as much as possible, the patient's condition worsens or shows a poor outcome.
50. I feel responsibility for a patient suicide (or attempted suicide).
51. I understand the feelings of a patient who wishes to die even though the feeling is in contradiction with my responsibilities as a nurse.
52. I interfere with allowing the patient to become more independent because I think safety should come first.
53. Some patients who have voluntarily admitted themselves to the hospital should be in an open ward but are in a closed ward.
54. I think that the hospital (ward) policy infringes on the patient rights.
55. The hospital (ward) policy does not allow the patient to receive visitors after hours.
56. Since the environment in the hospital (ward) is insufficient, the patient's ordinary lifestyle is not guaranteed.
57. Since the physical environment in the hospital (ward) has deteriorated, the patient's needs are not being satisfied.
58. The patient's belongings are kept indefinitely.
59. The hospital keeps the belongings of the patient more than necessary under the name of the hazardous material.

A					B			
None	Rarely	Sometimes	Often	Always	Never worry	Rarely worry	Worry sometimes	Worry a lot
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4

[illegible]

If you answer "3", "4" or "5" in Column A,
please answer in Column B.



A					B			
None	Rarely	Sometimes	Often	Always	Never worry	Rarely worry	Worry sometimes	Worry a lot
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4
1	2	3	4	5	1	2	3	4

76. When I observe apparently illogical care, there is no mechanism to make a complaint.

77. If the patient comes to talk to me about his/her problems (sex, love affair, marriage, etc.), I cannot actively respond because the patient is mentally disabled.

78. The patient's affairs are done by proxy in the ward; the patient's ability to be independent and to live in the society are blocked.

79. In treatment, the patient's privacy is not fully considered.

80. Since I have insufficient knowledge about ethics, I don't know what is right or wrong.

平成 16,17,18 年度科学研究費基盤研究 C

「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」

調査協力をお願い

私たちは現在、科学研究費基盤研究 C の助成を受け、「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」に取り組んでおります。本日の講演会も、その研究の一環として、特に精神看護における倫理教育の内容の検討を目的に実現したものです。

つきましては、皆様にぜひ、本日の講演会をお聞きになった感想をお教えいただきたく存じます。また、日頃、皆様方が精神看護における倫理的な問題について、どのような意識をお持ちになり、またどのような体験をされているかにつきましても、併せて調査させていただきたく、ご協力をお願い申し上げます。

なお、このアンケートへのご協力は、皆様の自由意志に基づくもので、もしお断りになったとしても、皆様が不利益を被ることは一切ありません。また、アンケートは無記名式で、結果を発表する際にも個人および所属組織が特定されることは一切ありません。研究の趣旨をご理解のうえ、ご協力のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

ご協力いただけます方は、添付の質問にお答えいただき、9月29日(金)までに、返信用封筒にてご返信いただきますようお願いいたします。

このアンケートに関するお問い合わせは、下記の連絡先までお願いいたします。

【お問い合わせ先】

〒162-8666 東京都新宿区河田町 8-1 東京女子医科大学 看護学部
田中研究室

TEL&FAX03-●●●●-●●●●

平成 16.17.18 年度 科学研究費基盤研究 (C)

「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」

東京女子医科大学看護学部 研究代表者：田中美恵子

(研究分担者：若狭紅子、濱田由紀、小山達也、嵐弘美)

資料Ⅲ－1.

【問1】以下の内容で当てはまる数字1つに○印をつけるか、あるいはその内容についてお答え下さい。

1. 年齢 歳
2. 性別 1. 男性 2. 女性
3. 現在の職業 1.病院看護職 2.看護教育職 3.専門学校生・大学生
4.大学院生 5.その他
4. 免許 1.准看護師 2.看護師
5. 最終専門学歴 1.准看護師養成課程 2.看護専門学校2年課程
3.看護専門学校3年課程 4.短期大学
5.大学 6.大学院（修士課程・博士課程）
6. 臨床経験年数 約 年
7. 精神科経験年数 約 年
8. 看護教育機関における教育経験年数
約 年
9. 教育機関における「倫理」、「看護倫理」など倫理に関する科目の受講の有無
1.あり（教育機関： 科目名： ） 2.なし
- 10.倫理に関する講習会・勉強会等への参加経験の有無
1.あり（どこで： ） 2.なし
11. あなたの所属する組織に、倫理に関する教育プログラムはありますか？
1.あり 2.なし

【問2】以下の内容についてお答え下さい。

1. 本日の講演を聞いて、どのような感想をお持ちになりましたか？

2. 本日の講演の中で、どのような知識が役に立ちましたか？

3. 本日の講演によって、何か意識の変化がありましたか？

資料Ⅲ-1.

4. 今日の講演を聞いて、これまでの精神看護の経験の中で、倫理的な問題やジレンマについて、何か思い出したことはありますか？あなたが思い出したエピソードをできるだけ具体的に記述して下さい。
5. 今回の講演を聞いて、教育や臨床の場で、今後あなたが取り組みたいことは何かありますか？
6. その他何かありましたら、ご自由にお書き下さい。

A 病院院内レクチャー

日時： 2006年9月13日(水) 13:30～17:00 於:会議室

テーマ：「精神科看護倫理における事例」

講師： エール大学看護学部 ダグラス P. オルセン准教授 RN, CS, PhD

- * 研究領域は、臨床家と患者関係の倫理、研究倫理、精神保健における倫理的問題。精神疾患を抱える人の保護と擁護の臨床実践活動に従事。雑誌『Nursing Ethics』の Assistant Editor。

通訳： 中嶋 寛 氏((有)イエセフ)

司会・進行： 田中美恵子(東京女子医科大学看護学部)

<スケジュール>

13:30 看護部長よりご挨拶

13:35 講師紹介

13:40 講義「精神科看護倫理における事例」(資料あり)
(途中 15 分休憩)

16:00 質疑応答

16:30 講義参加後調査の質問紙記入



* 本日の講義は、A病院と平成16～18年度 科学研究費基盤研究(C)「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)」との共催で行われるものです。

Douglas P. Olsen, RN, PhD
Associate Director, Center for Health Policy & Ethics



Yale School of Nursing



Cases in Psychiatric Nursing Ethics

13-Sept-2006

ダグラス P. オルセン, RN, PhD
保健政策・倫理センター 副所長

エール大学 看護学部

精神看護における倫理 —事例を用いて—

2006年9月13日

Outline

- Introduction
 - My cultural bias
 - Ethics myths
 - Cases
 1. *Treatment as Punishment?*
 - » Coercion
 2. *Video monitoring in the Emergency Room*
 - » Privacy
 3. *Great Expectations*
 - » Diagnosis

概要

- はじめに
 - 私の文化的偏向
 - 倫理神話
- 事例
 1. 懲罰としての治療？
 - 強制
 2. 救急治療室における監視カメラ撮影
 - プライバシー
 3. 大きな期待
 - 診断

Western Bias

- Personhood equated with rationality
- Western Individualism has deep historical roots
 - Greece/Rome
 - Christianity and reformation
 - Enlightenment – @1650-1850
 - US Constitution
 - Informed consent and Advanced Directives
- Taylor's Facets of Western Individualism*
 - Self-responsible Independence
 - Recognized Particularity
 - Personal Commitment

From: Taylor, C. (1989). *Sources of the Self*.

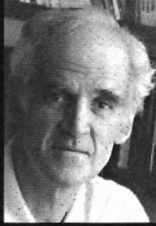
西洋社会の偏向

- 人間性と理性の同一視
- 西洋の個人主義は長い歴史に根ざす
 - ギリシャ・ローマ
 - キリスト教と宗教改革
 - 啓蒙主義 – @1650-1850
 - 米国憲法
 - インフォームドコンセントと事前指示(事前に延命治療の放棄を指示する書面)
- テイラーの示す西洋個人主義の諸側面*
 - 自己責任の上に成り立つ自立
 - 個別性の認識
 - 個人の責務

出典: テイラー C. (1989)『*Sources of the Self*』

Used with permission of Douglas P. Olsen, R.N., Ph.D.

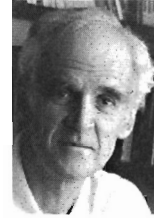
Charles Taylor



“Ethnocentrism. . . is a consequence of collapsing the distinction between the transcendental conditions and the actual contents of a culture. . .”

From: *Sources of the Self* (1989), pg. 40.

チャールズ テイラー



「自民族中心主義...とは、超越論的状態と文化の実際の内容との、区別の崩壊の結果である...」

Sources of the Self(1989) p.40より

Historical definitions of person emphasize rationality

Aristotle (384-322 BCE)



“... since mind more than anything else is man.”

From: *Nicomachean Ethics*

人間に関する歴史的定義が理性を強調

アリストテレス (紀元前384-322)

“... 人間は精神以外の何物でもないのだから。”

出典:『*Nicomachean Ethics*』

Ethics Myths

- “Get the bad guys”
 - It is more of a problem that well meaning people disagree
- “Ethical is the study of dilemmas”
 - Ethics deals with guiding values
- “Ethics is about deciding right and wrong”
 - Fair procedures for deciding are equally important
- “One must be non-judgmental”
 - Ethics is about making judgments
- “Care as a variable to be judged by clinical outcomes”
 - Care is context

倫理神話

- “悪い奴らを捕まえろ”
 - 善意ある人々の意見の不一致の方がもっと問題である
- “倫理学とはジレンマの研究である”
 - 倫理は指針となる価値観を扱う
- “倫理は善悪の決定に関わる”
 - 決定過程の公正さも同様に重要である
- “判断してはならない”
 - 倫理とは判断することに関するものである
- “変数としてのケアは臨床結果によって判断される”
 - ケアはコンテキストである



Case 1 - Treatment as Punishment?

- At 8pm a 48 yr old woman comes to the ED with her brother for suicidality
- She gives a vague, contradictory history of taking “extra” pills.
 - There are no clinical signs of toxicity.
- Her brother reports that she has a history of violence which she denies.
 - He sees her very infrequently.

Case from: Olsen, D. (2001). Protection and advocacy: an ethics practice in mental health. *J of Psych and MH Nurs*, 5, 121-128.

事例 1 – 懲罰としての治療？

- 午後8時、48才の女性が自殺傾向のため、兄に付き添われ救急部門を受診
- 患者はあいまいで矛盾だらけの「過剰」服薬について話す
 - 臨床的毒性兆候はない
- 付き添いの兄は患者には暴力歴があると述べるが、本人は否定
 - 兄は患者にはめったに会わない

事例報告: オルセン, D. (2001). 『保護と擁護: 精神医療における倫理の実践』 *J of Psych and MH Nurs*, 5, 121-128.

Case 1 - Treatment as Punishment?

- She tells the MD that she had some suicidal ideation and took “several meds.”
- She tells the triage nurse that she took “one extra lorazepam”.
- She has been to this ED in the past and is considered a difficult patient.
- She is placed in restraints, although the triage note reads, “calm and cooperative.”

事例1 – 懲罰としての治療？

- 患者は医師に、自殺念慮があり「数種の薬」を服用したと述べる
- 患者はトリアージ・ナースに、「ロラゼパムを1錠余分に」服用したと述べる
- 患者は以前にこの救急部門を受診したことがあり、厄介な患者と考えられていた
- トリアージ担当者のメモには「冷静で協力的」とあるが、患者は拘束される

Case 1 - Treatment as Punishment?

- She was kept in restraints overnight because:
 - “Elopement risk”
 - Psychiatric Evaluation Team will not evaluate until there is a medical clearance and does not work from 11pm - 8am
 - The toxicology report which provides her medical clearance returns at 2am
- The chart reports her as “cooperative” throughout the night.
- She is released in the morning after formal psychiatric evaluation.

事例 1 – 懲罰としての治療？

- 患者は一晩拘束された。その理由は：
 - “離院の危険性”
 - 精神評価チームの評価は薬の作用が消失するまで行われない上、午後11時から午前8時までは勤務時間ではない
 - 患者の薬の作用消失を示す毒性検査報告書は午前2時まで戻ってこない
- カルテによれば、患者は一晩中協力的であった
- 患者は正式な精神評価の後、翌朝拘束を解かれた

Case 1 - Treatment as Punishment?

• Issues

- Justification of coercive treatment
- Standards for coercive treatment
- Goals of treatment
- Relationship

事例 1 – 懲罰としての治療？

• 問題点

- 強制的治療の正当性
- 強制的治療の基準
- 治療の目的
- 関係性

Coercion must be justified as an exception to the principle of respect for autonomy. Otherwise, coercive treatment violates patients' rights.

強制は、自律性尊重の原則の例外として、正当化されなければならない。そうでなければ、強制的治療は患者の権利侵害である。

Respect for Autonomy

The duty of clinicians to respect and enhance patients' autonomy (control) over treatment decisions and health care goals.

自律性の尊重

臨床家の務めは、治療の決定や目標に関して、患者の自律性(コントロール)を尊重し、それを高めることである。

Ethical Justifications for over-riding Respect for Autonomy

- Person is not competent
- Person's actions might cause harm without treatment
- "Thank you" theory

自律性尊重を無効にする場合の倫理的正当性

- 本人に能力がない
- 治療しなければ、その人の行為が害を及ぼす可能性がある
- "Thank you" 理論

Assessing Competence

A value judgment, not an empirical finding

- Relative to the decision to be made
- There is a continuum of competence
- Criteria for assessing competence*:
 1. Capacity to understand relevant material
 2. Makes judgment considering individual values
 3. Intends a certain outcome
 4. Able to effectively communicate wishes

From: Beauchamp & Childress, (2001).

能力の評価

実証的所見ではなく価値判断

- なされる決定に関与
- 能力は連続体である
- 能力評価基準*:
 1. 関連事項を理解する能力
 2. 個々人の価値を考慮して判断を下すこと
 3. 一定の結果を想定すること
 4. 効果的に意思伝達ができること

出典: ビーチャム、チルドレス, (2001)

Legal Criteria for Civil Commitment

Mental Illness and:

- Danger to Self
- Danger to Others
- Gravely Disabled

民事上の拘禁の法的基準

精神疾患と:

- 自己への危害
- 他者への危害
- 重大な障害

Standards for use of Restraint

- Justifications
 - Ensure physical safety of the individual or others
 - It is the Least Restrictive Alternative
- Authorizing Order – MD, in some states APRN
- Observation and Good Care
 - Constant or q15min.
 - Vital signs and check extremities - q2hrs
 - Hydration, Nutrition, Toileting - PRN
- Getting the patient out of restraints

拘束使用の基準

- 正当性
 - 患者もしくは他者の身体的安全を確保する
 - 最も制限力の弱い手段である
- 指示の権限-医師、一部の州ではAPRN(上級看護師)
- 観察と適切なケア
 - 継続的または15分おき
 - バイタルサインと四肢末端のチェック-2時間おき
 - 水分、栄養補給、排泄- 必要に応じて
- 患者を拘束具から解く


Application of Least Restrictive Standard

- Patient preference
- Target harmful behaviors
- Assess severity of intervention as a restriction of choice
- Any coercion is a form of restriction
- Explanation
- Restraint for behavior modification or punishment is not appropriate


最も制限力の弱い基準の適用

- 患者の意向(好み)
- 危害を与える行動に的を絞る
- 選択された制限に応じ、どの程度の介入をするか評価
- いかなる強制も制限の一形態である
- 説明
- 行動修正または懲罰のための拘束は適切ではない


Intensity of Restriction

- 
- Body movement
 - Movement in space
 - Decisions of daily life
 - Meaningful activities
 - Treatment choice
 - Unwanted social work intervention
 - Control of resources
 - Emotional or verbal expression


制限の強度

- 
- 身体の動き
 - 場所の移動
 - 日常生活の意思決定
 - 意味のある活動
 - 治療の選択
 - 意に反した社会福祉介入
 - 資源管理
 - 感情表現または言語表現

Intensity of methods used to influence patients

- 
- Physical force
 - Manipulation of resources
 - Manipulation of social forces
 - Social pressure
 - Advice

患者に影響力のある方法の強度

- 
- 物理的な力
 - 資源の操作
 - 社会的な力の操作
 - 社会的圧力
 - 助言

Was this an appropriate use of restraint?

- Was the restraint in this case being used as “behavior modification”?
 - Unpleasant treatment given to discourage future inappropriate treatment requests
- Difficult to demonstrate but this case has circumstantial indications:
 - Patient considered frustrating by staff
 - Marginal suicidality treated very restrictively
 - Behavior might be thought of as “deliberate”

これは適切な拘束使用だったのか？

- この事例では、拘束は「行動修正」のため使用されたのか？
 - 将来の不適切な治療要請を阻止するために不快な治療が行われた
- 立証は難しいが、この症例には状況証拠がある:
 - 患者はスタッフからやっかいだと思われていた
 - 軽度の自殺傾向が非常に厳格に取り扱われた
 - 行動が「故意」のものと考えられた可能性がある

Case 2 – Video monitoring in the Emergency Room

- 35 yr old woman with increased depression
- Forced to go to ED by therapist and police
- In ED forced to wear hospital gown
- Placed in locked seclusion for 6 hours waiting commitment to inpatient facility
- Examined by male MD without presence of female despite her request
- Video monitored without her knowledge

Case from: Olsen, (1998). Ethical considerations of video monitoring psychiatric patients in seclusion and restraint. Arch Psych Nurs, 12, 90-94.

事例2 – 救急療室におけるビデオ監視

- うつ状態が増悪した35才の女性
- セラピストと警察が救急部門での受診を強要
- 救急部では病院のガウン着用を強要された
- 入院施設への収容を待つ間、施設した隔離室に6時間留め置かれた
- 患者からの要請があったにもかかわらず、女性の立ち会いなしに男性医師が診察
- 患者の知らぬ間にビデオによる監視が行われた

事例報告: オルセン (1998)『隔離・抑圧下におかれた精神科患者の監視
カメラ撮影の倫理的考察』Arch Psych Nurs, 12, 90-94.

Case 2 – Video monitoring in the Emergency Room

- Issues
 - Privacy
 - Coercion
 - Dignity
 - Relationship

事例2 – 救急治療室におけるビデオ監視

- 問題点
 - プライバシー
 - 強制
 - 尊厳
 - 関係性

Aspects of Privacy

- Sense of privacy
- Control of privacy
- Expectation of privacy
- Right to privacy

プライバシーの諸側面

- プライバシーの感覚
- プライバシーの管理(コントロール)
- プライバシーの期待
- プライバシーの権利

Areas of Privacy

- **Privacy of person**
 - Observation
 - Exposure - Pull curtains, use drapes
- **Privacy of information**
 - Take care with hallway conversation
 - Electronic transfer and storage of information

プライバシーの諸領域

- **個人のプライバシー**
 - 観察
 - 曝露 - カーテン, シーツの使用
- **情報のプライバシー**
 - 廊下での会話に注意
 - 電子送信と情報の保管

Sociology of Privacy - 1

- All cultures have a concept of privacy but differ some in what is kept private
- Privacy is essential to self-identity
 - Privacy is denied in situations where identity is being broken down:
 - Torture – Brain-washing
 - Prison
 - The military
 - In Hospitals??

プライバシーの社会学 - 1

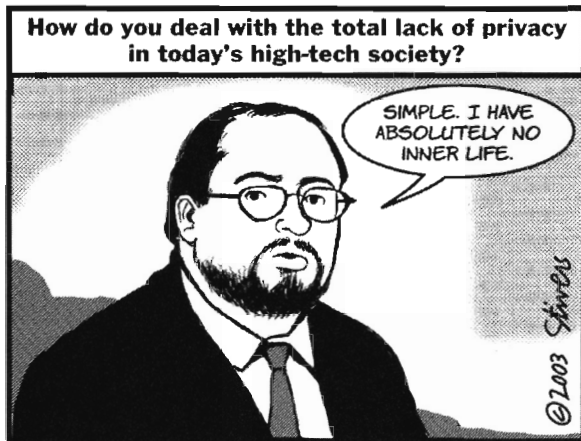
- 全ての文化にプライバシーの概念はあるが、何をプライバシーとするかには若干の相違がある
- プライバシーは自己同一性(自分が何者であるか)には不可欠である
 - アイデンティティが崩壊させられた状況ではプライバシーは否定される:
 - 拷問 – 洗脳
 - 刑務所
 - 軍隊
 - 病院??

Sociology of Privacy -2

- Personal identity is maintained through control of the way one is viewed by others serving as a basis for social relations.
- Privacy provides a boundary between self and others and allows limitations to be placed on what is presented publicly.

プライバシーの社会学 -2

- 個人のアイデンティティは、社会関係を基盤として自分が他人からどのように見られるかを管理(コントロール)することで維持される
- プライバシーは自他の境界を提供し、公にされるべきことに制限を加える



今日のハイテク社会におけるプライバシーの完全なる喪失にどう対処していますか？
簡単です。私は内面的な精神生活を全く持ち合わせていません。

Ethical Basis for Privacy - 1

- Right to privacy is based in the principle of respect for autonomy
 - To control self-presentation
 - To conceive self-identity
- Justification for Confidentiality*
 - Autonomy over personal information
 - Respect for nurse-patient relationship
 - Respect for the promise of confidentiality
 - Benefit to society at large by keeping the promise of confidentiality in treatment credible.

*From: Bok, *Secrets*, (1983)

プライバシーの倫理的基盤 - 1

- プライバシーの権利は自律性尊重原則に基づく
 - 自己提示の管理(コントロール)
 - 自分が何者であるかの認識
- 守秘義務の正当性*
 - 個人情報についての自律性
 - 看護師－患者関係の尊重
 - 守秘義務の保証の尊重
 - 治療における守秘義務を守るとは、社会全体の利益となる

*出典: ボク「Secrets」(1983)

Ethical Basis for Privacy - 2

- Privacy promotes trust
- Privacy makes the clinical encounter a “safe space” to comfortably reveal and discuss stigmatizing conditions
 - AIDS, drug abuse, mental illness

プライバシーの倫理的基盤 - 2

- プライバシーは信頼を促進する
- プライバシーは、臨床での出会いを「安全な場」とし、スティグマを付されるような状況に対しても、安心して打ち明け、話合うことを可能とする
 - エイズ、薬物中毒、精神疾患

Case 2 – Video monitoring in the Emergency Room

Follow-up

- In a meeting with ED staff -- She received an apology
- Hospital agreed to emphasize need for presence of female during physical exam
- A sign was added in seclusion room to inform patients of video monitoring
- Seclusion room painted and improved

事例2 – 救急治療室におけるビデオ監視

フォローアップ

- 救急部門スタッフとの話し合いで -- 患者は謝罪された
- 病院は、身体検査中の女性の立ち会いに対するニーズを重要視することに同意した
- 患者にビデオ監視中であることを知らせるためのサインを隔離室に表示した
- 隔離室の壁を塗り替え環境を改善した

Case 3 – Great Expectations

- A 45 yr old woman in psychiatric treatment since age 5 -- 23 years as an inpatient
- Schizophrenia is the most frequent given diagnosis in her record
- Her sister asked for an investigation to explore her treatment because:

“She isn’t getting any better, despite all the new medications I hear about.”

事例3 – 大きな期待

- 5才の時から精神科治療を受けている45才の女性—入院歴23年
- カルテに最も頻繁に記載されてきた診断名は統合失調症
- 患者の姉は以下の理由で治療調査を求めた:

“いろんな新薬について耳にしていますけれど、妹の病状はちっとも良くならないんです”

Case 3 – Great Expectations

- She is in supported housing but argues with the land lady
- She frequently goes to the ED with vague suicidal ideation which usually resolves without further treatment
 - ED staff believes she is seeking companionship and support

Case from: Olson, D. (2001). Protection and advocacy: an ethics practice in mental health. *J of Psych and MH Nurs*, 5, 101-108

事例3 – 大きな期待

- 患者は福祉住宅に入居しているが、家主と折り合いが悪い
- 患者は漠然とした自殺念慮で救急部を受診することが多いが、特に治療せずに治ってしまう
 - 救急部スタッフは、患者が話し相手とサポートを求めていると考えている

事例編5: オルセン, D. (2001). 保護と擁護: 精神医療における倫理の実践. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 121-128

Case 3 – Great Expectations

- Issues
 - Diagnosis
 - Policy
 - Relationship

事例3 – 大きな期待

- 問題点
 - 診断
 - 方針
 - 関係

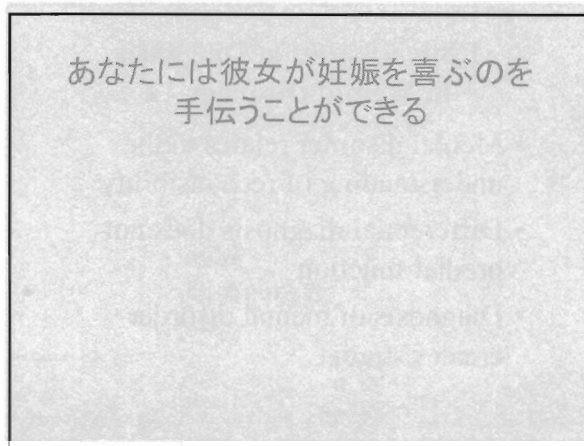
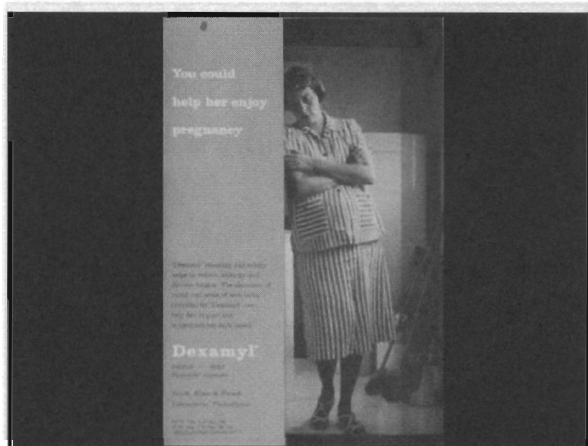
Case 3 – Great Expectations Policy Issues

- Widely publicizing advances in treatment is appropriate to:
 - Stimulate public support
 - Make those who might benefit aware of better treatments
- Publicity encouraging the belief that advances in psychiatric medication are approaching cures in the near future is inappropriate and hurtful.

事例3 – 大きな期待 方針の問題点

- 治療方法の進歩を広く宣伝することは適切である:
 - 公的な支援を促すために
 - 恩恵を受ける可能性のある人々に、よりよい治療方法を知らしめるために
- 精神科薬の進歩により、近い将来の見込みがあるという考えを鼓舞するような宣伝活動は、不適切で、人を傷つける





あなたには彼女が妊娠を喜ぶのを
手伝うことができる

Ethical Issues of Diagnosis in Mental Disorder - 1

- **Psychiatric diagnosis is:**
 - Subjective,
 - Related to values; and
 - Socially constructed.
- Mental disorder threatens the sense of self more somatic illness
- Psychiatric diagnosis enforces social norms

精神疾患診断の倫理的問題- 1

- 精神疾患診断は:
 - 主観的
 - 価値観に関わる
 - 社会的に構築される
- 精神疾患は身体疾患よりも、自己意識を脅かす
- 精神疾患診断は社会的規範を押し付ける

UMPIRE'S CREDO

- There are balls and there are strikes and I call them
- There are balls and there are strikes and I do my best to get them right
- There are no balls and strikes until I call them

審判の信条

- ボールがあり、ストライクがあり、それをただ名づける
- ボールがあり、ストライクがあり、全力を尽くして、正しく判断しようとする
- 私が名づけるまでボールもストライクもない

出典: フランセスほか (1994) *J. of Med. & Phil.*, 19(3), p. 207.

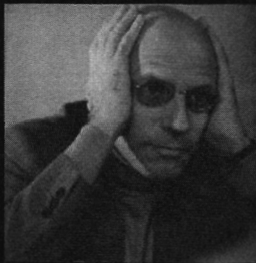
Ethical Issues of Diagnosis in Mental Disorder - 2

- Mental disorder relates to the understanding of responsibility
- Differential diagnosis does not predict function
- Diagnosis of mental disorder creates stigma

精神疾患診断の倫理的問題 - 2

- 精神疾患は責任の理解に関わる
- 区別的診断では機能を予測できない
- 精神疾患診断はスティグマ生む

Michel Foucault(1926 - 1984)



Only individual illnesses exist: not because the individual reacts upon his own illness but because the action of the illness rightly unfolds in the form of individuality.

From: *The Birth of the Clinic* (1973), p. 168-9

ミシェル・フーコー (1926 - 1984)

それぞれ個別の病のみが存在するのである: なぜなら個人が自分の病に対して反応するのではなく、病の作用が個人という形の中に、まさに姿を現すのであるから

出典「The Birth of Clinic」(臨床医学の誕生) (1973), p.168-9

DSM diagnosis
is evidence &
value based

Thanks to Bill Fulford

DSM診断は
エビデンスと価値観に
基づいている

ビル・フルフォードに謝辞

Aspects of "Mental" that can be Disordered

- Thinking
- Mood
- Self
- Personality
- Experience
- Relational functioning
- Behavior

障害され得る「精神」の側面

- 思考
- 気分
- 自己
- 人格
- 経験
- 関係的機能
- 行動

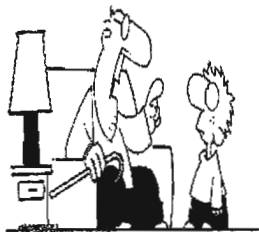
Normal?

- Statistical
- Relative to culture
- Absolute standard

正常？

- 統計学的
- 文化的に相關するものとして
- 絶対的基準

Copyright 2002 by Randy Glasbergen
www.glasbergen.com



"You can live a perfectly normal life if you accept the fact that your life will never be perfectly normal."

Copyright 2002 by Randy Glasbergen
www.glasbergen.com



"You can live a perfectly normal life if you accept the fact that your life will never be perfectly normal."

著作権2002年、Randy Glasbergen
www.glasbergen.com

「君の人生が完璧に正常であるなんてことは決してないだろう、という事実を受け入れるなら、完璧に正常な人生が送れるよ」

Psychiatric Diagnosis and Social Control

- How do we tell a non-pathological variation from a pathological variation?
 - What makes pedophilia a disease but not homosexuality?
- Diagnosis and responsibility
 - Why does schizophrenia mitigate criminal responsibility but alcoholism does not?

精神疾患診断と社会的規制

- 非病理学的偏差と病理学的偏差をどう区別するか?
 - 小児性愛を病気とし、同性愛は病気としないのは、なぜか
- 診断と責任
 - なぜ、統合失調症は刑事責任を免除され、アルコール依存症は免除されないのか

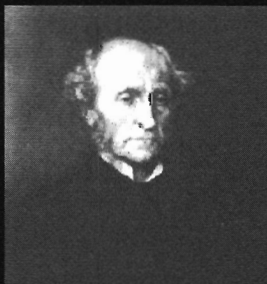
Conformity and Deviance

- What behaviors should be:
 - Against the law
 - Discouraged
 - Tolerated
 - Regarded neutrally
 - Encouraged
 - Rewarded
- And how do we decide?

常識と逸脱

- どんな行動が:
 - 違法であるべきなのか
 - 阻止されるべきなのか
 - 許容されるべきなのか
 - 中立的と見なされるべきなのか
 - 推奨されるべきなのか
 - 報いられるべきなのか
- それをどうやって決めるのか

John Stuart Mill (1806-1873)



“The tyranny of the majority”

ジョン・スチュアート・ミル (1806-1873)

“多数の横暴”

Michel Foucault (1926 - 1984)

The judges of normality
are present everywhere.
We are in the society of
the teacher-judge, the
doctor-judge, the
educator-judge, the
“social worker”-judge.

From: *Discipline and Punish* (1975)



ミシェル・フーコー (1926 - 1984)

正常性を判断する審判は、
至る所にいる。
我々の社会では、教師も
医師も、教育者も「ソー
シャルワーカー」も、皆、
正常性を判断する審判な
のだ。

出典:『Discipline and Punish』(1975)

Benny Bruce (1925-1966)

“You need the deviant.
Don’t shut him up.”

Quote as from The movie *Levy*, starring Dustin
Hoffman



レニー・ブルース (1925-1966)

“逸脱者が必要だ。彼を
封じ込めるな”

ダスティン・ Hoffman 主演の映画『レニー』より



Diagnoses based on Deviance from social Norms

- Society complains
- Patient does not complain
- Invokes social control function
- Relies on social norms and values
- Personality disorders, Sexual disorders, Eating Disorders, Attention Deficit Disorder

社会規範からの逸脱に基づく診断

- 社会からの不満
- 患者は不満を訴えていない
- 社会の管理機能を行使する
- 社会規範と社会的価値に信頼を置く
- 人格障害、性的障害、摂食障害、注意欠陥性障害

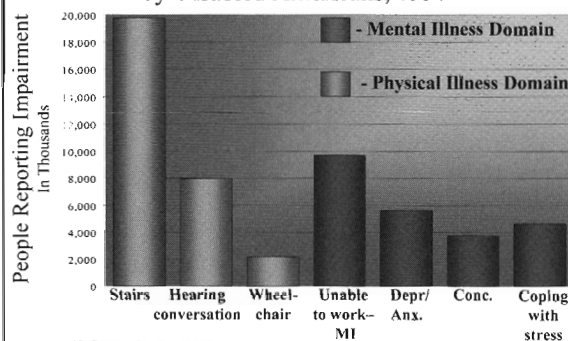
"What's the most patronizing thing you can do to someone you disagree with? . . .

From: Egan, (1997). *Distress*, pg. 53.

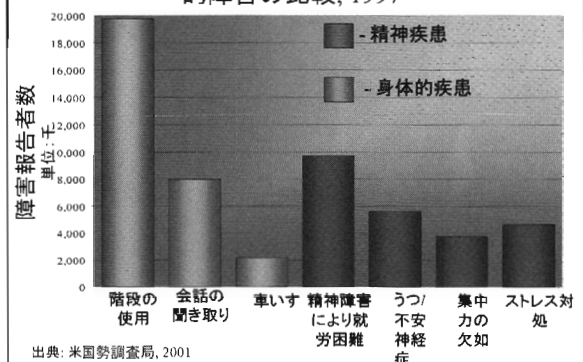
”あなたと意見を異にする相手
に対して
最も押し付けがましい
ことは何か？...
その人を癒そうと
申し出ること”

出典: イーガン, (1997)「*Distress*」p. 53.

Comparison of Selected Impairments as Reported by Disabled Americans, 1997



アメリカの障害者の報告による選択的障害の比較, 1997



Relation of Pathology and Personal Responsibility

- Hans Jonas criteria of responsibility
 - Causality - The act must cause the consequence
 - Control - The agent must control the act
 - Foresight - Agent must foresee the consequence
- Not guilty by Reason of Insanity

病理と個人の責任との関係

- ハンス・ヨナスの責任の基準
 - 因果関係- その行為が結果を引き起こす
 - コントロール- 行為をコントロールする
 - 予測 -結果を予測する
- 精神異常という理由による無罪

Autonomy and Responsibility				
Criteria for:				Comments
Autonomy	Informed Consent	Responsibility	Criminal Responsibility	
		Causality	Did the person perform the act? <i>Actus Reus</i> (Bad Action)	Criteria of autonomy and criminal responsibility bear on teleologic cause, i.e., intention - Why an act was done?
Intentional (Competence)	Competent and gives authorization	Foresight	<i>Mens rea</i> (Bad intent)	More knowledge confers greater responsibility. However, as the severity of consequences increases we tend to imbue more responsibility with at lesser levels of understanding.
With Understanding	Clinician gives proper disclosure		Appreciation of wrongfulness	
Without coercion	Without coercion	Control	Irresistible impulse. Act a product of mental disorder Under Duress?	The less influence the more autonomous the decision. (That decisions can not be entirely without influence is a critique autonomy; to decide is to sort among influences.)

From: Olsen (2005). *Ethical Considerations in Forensic Nursing: A Handbook for Practice*. Hammer, Moynihan & Pagliaro, eds. p. 160.

自律性と責任				
基準:				コメント
自律性	インフォームドコンセント	責任	刑事責任	
		因果関係	その人間がその行為をしたのか? <i>Actus Reus</i> (違法行為)	自律性と刑事責任の基準は目的論的原因、つまり何故その行為を行ったかという意図に関わる
意図的 (法的能力あり)	法的能力があり承認している	予測	<i>Mens rea</i> (故意)	知能があればあるほど責任は重くなる。しかし我々は、結果の重大性と同様に、理解度が低ければ低いほど、責任を重く問う傾向がある
理解の上で	医師が適切な情報開示を実施		間違った行為であるという認識	
強制されずに	強制されずに	コントロール	抗しがたい衝動 拘禁下の精神障害の結果?	影響が少なれば少ないほど決定はより自律的となる(決定が全く何の影響も受けないということはあり得ないというのは自律性の一つの批判である; 決定するということは多くの影響下で選択することである。)

出典: オルセン(2005),『司法看護における倫理的考察』著者ハンドブック/ Hammer, Moynihan & Pagliaro, eds. p. 160

Personal concern for patients matters

- Caring concern for the patient is not part of treatment → it is the reason for treatment.
- Factors affecting the nurse-patient relationship:
 - Patient seen as not responsible for problem
 - Patient communication skills
 - Patients express appreciation for nursing care
 - Patient's social skills
 - Degree of similarity in values

患者の問題に対する個人的関心

- 患者に対する気遣いは治療の部分ではないーそれは治療の根拠である
- 看護師ー患者関係に影響する要素:
 - 患者は問題について責任がないと見なされること
 - 患者のコミュニケーション技術
 - 患者が看護ケアに感謝を示すこと
 - 患者の社会的技能
 - 価値観の類似の程度

Four Lessons from Investigating Patient Complaints

- 1 Tell patients what's going on and what to expect, even if they aren't going to like it.
- 2 Pay attention to the process of care
- 3 Allow patients to feel ambivalent about treatment
- 4 Relationship

患者の不満調査から得られた4つの教訓

- 1 患者がそれを好まなかったとしても、現在起こっていることと、今後起こり得ることを患者に伝えること
- 2 ケアのプロセスに注意を払うこと
- 3 患者が治療に両価的な気持ちを抱くのを許容すること
- 4 関係性

1. Tell the patient what to expect, even if the patient isn't going to like it or has no choice.

- Feeling deceived promoted the desire to initiate complaints
- Two temptations to avoid:
 - The tendency to avoid breaking bad news
 - The tendency to avoid asking committed patients about treatment preference because it has already been decided that their input is not going to change that treatment

1. 患者が好まなくとも、あるいは、ほかの選択肢がなかったとしても、これから起こり得ることを患者に伝えること

- 騙されたという感情は不満を言いたいという気持ちを助長する
- 避けるべき2つの誘惑:
 - 悪い知らせを告げるのを避ける傾向
 - 治療方針が決定済みで、患者の意向によりそれが変わらないからという理由で、拘禁されている患者に治療に関する意向を尋ねるのを避ける傾向

2. Pay attention to the process of care.

- Few investigations reveal clearly inappropriate treatment
 - Complaints arise from a lack of attention to process of carrying out the intervention.
 - In all my cases the process of providing the care disturbed the client.

2. ケアのプロセスに注意を払う

- 不適切な治療を明らかにした研究はほとんどない
 - 介入実施のプロセスでの注意不足に対して不満が起こる
 - 私が扱った事例の全てにおいて、ケア提供のプロセスは患者に不安を与えていた

3. Allow the patient to feel ambivalent about treatment.

- Providers are often invested in having the client give the treatment unqualified endorsement.
- Interaction must go beyond convincing persons to accept the recommended treatment.
- Working through treatment goals is part of treatment.

3. 患者が治療に対して両価的な気持ちを抱くのを許容する

- 医療提供者は、治療に対し無条件の承認を患者に求めることが多い
- 推奨される治療を受け入れるよう説得する以上の相互関係が必要である
- 治療目標について折り合いをつけることも治療の一部である

4. Relationship

clinician is providing treatment based on personal knowledge of the person and a sincere desire to help rarely complain, even when the treatment is ineffective.

4. 関係性

- 臨床家が患者個人を理解した上で、助けたいという真摯な気持ちをもって治療を提供していることを感じた患者は、治療が有効的でない場合でもめったに不満を口にしない



The End

完

Douglas P. Olsen, RN, PhD
Associate Director, Center for Health Policy & Ethics

Yale School of Nursing

**Ethics in Mental Health Nursing:
Two Issues**

[Open lecture]
15-Sept-2006

ダグラス P. オルセン, RN, PhD
保健政策・倫理センター副所長

エール大学看護学部

**精神保健看護における倫理:
2つの問題**

オープンレクチャー
2006 年 9 月 1 5 日

Outline


- Introduction - Western Bias
- Issue One - Use of Coercion
 - Why?
 - How much?
- Issue Two Privacy
- Four Lessons learned from Investigating Patient Complaints

概要

- はじめに- 西洋のバイアス
- 問題 1 - 強制の使用
 - なぜ?
 - どのくらい?
- 問題2 プライバシー
- 患者の不満調査から学んだ4つの教訓

Martha Nussbaum


Again, we see instances in which European conceptions of morality have been seen as timelessly and universally valid, and used to denigrate other cultures and groups.



From: *New Literary History*, 2001, pg. 885

マーサ ナッスバウム

再び、我々は事例を見るのである。そこでは、ヨーロッパの道德の概念が、時間を越えて、普遍的に有効なものとしてみなされ、そして、他の文化や人々をけなすために用いられるのを。



From: *New Literary History*, 2001, pg. 885

Used with permission of Douglas P. Olsen, R.N., Ph.D.

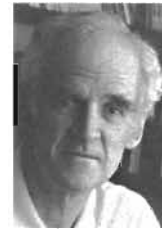
Charles Taylor



"Ethnocentrism. . . is a consequence of collapsing the distinction between the transcendental conditions and the actual contents of a culture. . ."

From: *Sources of the Self* (1989), pg. 40.

チャールズ・テイラー



「自民族中心主義...とは、超越論的状态と文化の実際の内容との、区別の崩壊の結果である...」

Sources of the Self (1989) p. 40より

Western Bias

- Personhood equated with rationality
- Western Individualism has deep historical roots
 - Greece/Rome
 - Christianity and reformation
 - Enlightenment – @1650-1850
 - US Constitution
 - Informed consent and Advanced Directives
- Taylor's Facets of Western Individualism*
 - Self-responsible Independence
 - Recognized Particularity
 - Personal Commitment

From: Taylor, C. (1989). *Sources of the Self*

西洋社会のバイアス

- 人間性と理性の同一視
- 西洋の個人主義は長い歴史に根ざす
 - ギリシャ・ローマ
 - キリスト教と宗教改革
 - 啓蒙主義 – @1650-1850
 - 米国憲法
 - インフォームドコンセントと事前指示(事前に延命治療の放棄を指示する書面)
- テイラーの示す西洋個人主義の諸側面*
 - 自己責任の上に成り立つ自立
 - 個性の認識
 - 個人の責務

出典: テイラー・C. (1989)『*Sources of the Self*』

Historical definitions of person emphasize rationality

Aristotle (350BCE)



"... since mind more than anything else is man."

From: *Nicomachean Ethics*

人間に関する歴史的定義が「理性を強調

アリストテレス (紀元前384-322)

"... 人間は精神以外の何物でもないのだから."

出典: 『ニコマコス倫理学』

John Locke (1632-1704)

“what person stands for. . . is a thinking intelligent being, that has reason and reflection, and can consider itself as itself. . .”



ジョン ロック (1632-1704)

“人を人とするもの、それは、理性と内省を有する、考える知性的な存在であり、そして、それ自身をそれ自身としてみなすことができるもののことである. . . .”



(From: *Essay on Human Understanding*, 1689)

Issue 1 – Coercion

- Case - *Treatment as Punishment?*
- Review of Autonomy
- Justification of coercion
- Relational ethics and coercion

問題1 –強制

- 事例- 懲罰としての治療？
- 自律性の検討
- 強制を正当化するもの
- 関係的倫理と強制

Case - *Treatment as Punishment?*

- At 8pm a 48 yr old woman comes to the ED with her brother for suicidality
- She gives a vague, contradictory history of taking “extra” pills.
 - There are no clinical signs of toxicity.
- Her brother reports that she has a history of violence which she denies.
 - He sees her very infrequently.

Case report: Olson, D. (2001). From the emergency department to the mental health unit. *Psychiatry and Mental Health*, 5(1), 121-128.

事例 –懲罰としての治療？

- 午後8時、48才の女性が自殺傾向のため、兄に付き添われ救急部門を受診
- 患者はいまいで矛盾だらけの「過剰」服薬について話す
 - 臨床的毒性兆候はない
- 付き添いの兄は患者には暴力歴があると述べるが、本人は否定
 - 兄は患者にはめったに会わない

事例報告: オルソン, D. (2001). 『保護と倫理: 精神医療における倫理の実践』 *J. of Psych and MH Nurs*, 5, 121-128.

Case - Treatment as Punishment?

- She tells the MD that she had some suicidal ideation and took “several meds.”
- She tells the triage nurse that she took “one extra lorazepam”.
- She has been to this ED in the past and is considered a difficult patient.
- She is placed in restraints, although the triage note reads, “calm and cooperative.”

事例 – 懲罰としての治療？

- 患者は医師に、自殺念慮があり「数種の薬」を服用したと述べる
- 患者はトリアージ・ナースに、「ロラゼパムを1錠余分に」服用したと述べる
- 患者は以前にこの救急部門を受診したことがあり、厄介な患者と考えられていた
- トリアージ担当者のメモには「落ち着いており協力的」とあるが、患者は拘束される

Case - Treatment as Punishment?

- She was kept in restraints overnight because:
 - “Elopement risk”
 - Psychiatric Evaluation Team will not evaluate until there is a medical clearance and does not work from 11pm - 8am
 - The toxicology report which provides her medical clearance returns at 2am
- The chart reports her as “cooperative” throughout the night.
- She is released in the morning after formal psychiatric evaluation.

事例 – 懲罰としての治療？

- 患者は一晩拘束された。その理由は：
 - “離院の危険性”
 - 精神評価チームの評価は薬の作用が消失するまで行われない上、午後11時から午前8時まで勤務時間ではない患者の薬の作用消失を示す毒性検査報告書は午前2時まで戻ってこない
- カルテによれば、患者は一晩中「協力的」であった
- 患者は正式な精神評価の後、翌朝拘束を解かれた

What is Autonomy?

- Autonomy is a property intrinsic of persons
 - Self-governing
 - Volition
- An autonomous act has these properties*:
 - Intentional - Free will, self-directed
 - With understanding - Role of information
 - Without coercion

*From: Beauchamp & Childress, 2001

自律性とは何か？

- 自律性とは、人間に本来備わった特質である。
 - 自己統治
 - 意志
- 自律的な行為は以下のような特質を持っている。
 - 一意図的 – 自由意志、自主的
 - 理解を伴う – 情報の役割
 - 強制を伴わない

Respect for Autonomy

- The duty of clinicians to respect and enhance patients' autonomy over treatment decisions and health care goals.
- **Techniques for Respecting Autonomy**
 - Informed consent
 - Advanced directives

自律性の尊重

- 臨床家の務めは、治療の決定や目標に関して、患者の自律性を尊重し、それを高めることである
- 自律性を尊重するための方法
 - インフォームド・コンセント
 - 事前指示(患者自らによる事前の延命治療の拒否など)

Coercive situations

- Refusing treatment
- Civil Commitment
- Restraint and seclusion
- Forced medication

強制的な状況

- 治療拒否
 - 民事上の拘禁
- 拘束と隔離
- 強制的な薬物療法

Refusing Treatment

- Ethics of overriding autonomy and coercing or forcing patients to have treatment
- Guidelines for when treatment is forced

治療拒否

- 自律性を無視し、患者に治療を強制、あるいは強要することの倫理
- 治療が強制される際のガイドライン

Coercion must be justified as an exception to respect for autonomy.

Otherwise, coercion violates a patient's rights.

強制は、自律性尊重の例外として、正当化されなければならない。そうでなければ、強制は患者の権利を侵害する。

Justifications for Coercion

- Person is not competent
- Person's actions might cause harm without treatment
- "Thank you" theory

強制的正当化

- 本人に能力がない
- 治療しなければ、その人の行為が害を及ぼす可能性がある
- “Thank you” 理論

Dichotomous decisions for justifying Forced Treatment

- Voluntary v. Coerced
- Competent v. Incompetent
- Dangerous v. Safe

強制的治療を正当化するための二項対立的な決定

- 任意 対 強制的
- 能力がある 対 能力がない
- 危険な 対 安全な

Voluntary v. Coerced

- Coercion - "one person intentionally uses a credible and severe threat of harm or force to control another"*
- A definition of coercion is essential because it "voids an act of autonomy"*
- *When does influence become coercion?*

*From: Beauchamp & Childress, 2000

任意 対 強制

- 強制 - “ある人が他者をコントロールするために、意図的に、危害や暴力という確かで重大な脅威を与えること”*
- 強제를定義づけることは重要である。なぜなら、それは、“自律の行為を無効にする”から。*
- いつ影響は強制となるのか？

From: Beauchamp & Childress, 2000

Competent v. Incompetent

- Lack of competence justifies forced treatment
- And so, mental status must be sharply distinguished as either having capacity for intentional action and lacking capacity.
- Does this imply an underlying assumption that autonomy is a defining feature of humanity.
 - With the result that patients can be infantilized?

能力がある 対 能力がない

- 能力の欠如は強制的な治療を正当化する。
- したがって、意図的な行為をする能力があるのかないのかという、精神状態ははっきりと区別されなければならない。
- このことは、自律性は人間性にとって決定的な特徴であるという基礎的前提を暗示するのか？
 - 患者を子ども扱いし得るという結果を招くのか？

Dangerous v. Safe

- Puts emphasis on predicting behavior
- An inherently difficult prediction
- Creates a discontinuity between concern for the patient's suffering and a concern for the prognosis or prediction of behavior*

* From Mark Mills

危険な 対 安全な

- 行動を予測することを重要視する
- 本来的に難しい予測
- 患者の苦痛への関心と、行動の予想や予測に対する関心とを区別すること*

* From Mark Mills

Commitment Criteria

Mental Illness and:

- Danger to Self
- Danger to Others
- Gravely Disabled

拘禁の基準

精神疾患と:

- 自己への危害
- 他者への危害
- 重大な障害

Restraint and Seclusion

- Justification for using restraint
 - Ensure physical safety of the individual or others
 - Least Restrictive Alternative
- Authorizing Order – MD, in some states APRN
- Observation and Good Care
 - Constant or q15min.
 - Vital signs and check extremities - q2hrs
 - Hydration, Nutrition, Toileting - PRN
- Getting the patient out of restraints

拘束と隔離

- 拘束使用の正当性
 - その人あるいは他者の身体的安全を保証する
 - 最も制限の弱い手段である
- 指示の権限 – 医師, いくつかの州では APRN (上級実践看護師)
- 観察と適切なケア
 - 継続的あるいは15分おき
 - バイタルサインと四肢末端のチェック – 2時間おき
 - 水分、栄養、排泄 – 適時
- 患者を拘束から解除する

Forced Medication

- Committed persons can refuse medication
- In emergency
- Non-emergency

強制的な薬物療法

- 拘禁されている人は薬物療法を拒否できる
- 救急で
- 救急でないとき

Guidelines for Forced Treatment

- Least Restrictive Alternative
- Treatment – not custodial care

強制治療のための指針

- 最も制限力の弱い手段
- 治療 – 入所的ではないケア

Application of Least Restrictive Standard

- Patient preference
- Target harmful behaviors
- Assess severity of intervention as a restriction of choice
- Any coercion is a form of restriction
- Explanation
- Avoid restriction as behavior modification

最小限の制限の基準の適用

- 患者の意向(好み)
- 危害を与える行動に的を絞る
- 選択された制限に応じ、どの程度の介入をするかを評価
- いかなる強制も制限の一形態である
- 説明
- 行動修正としての拘束を避ける

Two Approaches

- Rights-Based
- Relational



2つのアプローチ

- 権利に基づいたアプローチ
- 関係的アプローチ



Assumptions of the Relational Approach

- 1 Influence is inherent in clinical relations.
- 2 Ethically relevant factors are continuous, not dichotomous.
- 3 Decisions are subjective.

関係的アプローチの前提

- 1 臨床的關係においては、影響（支配）力は常に内在する。
- 2 倫理的な関連要因は、連続的なものであり、二項対立的なものではない。
- 3 決定は主観的なものである。

Influence

- The power to have an effect on people
- Influence is embedded in the concept of treatment

影響力

- 人々に影響を与える力
- 影響力は、治療の概念の中に、埋め込まれている

Continuous Variation

- Relevant factors are continuous not dichotomous
- Dichotomous consideration is intrinsic in the the rights-based approach

連続的な変数

- 関連要因は連続的なものであり、二項対立的なものではない
- 二項対立的な考えは、権利に基づいたアプローチに本質的に内在するものである

Subjectivity

- The rights-based approach objectifies moral decisions.
- The relational approach assumes that decisions are subjective involving the patient and the clinician as specific individuals.

主観性

- 権利に基づいたアプローチは、道徳的な決定を客観化する
- 関係的アプローチは、決定は、具体的な個人としての患者と臨床家に関与する主観的なものである、ということを前提とする

Implications of Relational Assumptions

- Shifts emphasis from: Justification of specific acts to guidance for maintaining an ethical relationship in coercive situations.
- The question becomes: "Do my actions fit within an ethical nurse-patient relationship?"
Not "Did this act meet certain criteria?"
- Ongoing moral weight rather than point in time justification

関係的な前提の示唆するもの

- 力点の移動: ある特定の行為を正当化することから、倫理的な関係を維持するためのガイダンスへ
- 問いは以下になる:
“私の行為は、倫理的な看護師－患者関係に適合していたか？”
“ある基準に合っていたのか？”ではなく、
• ある時点での正当化よりも、継続する道徳に重点を置く

Areas of Concern in the Relational Approach

- Exploring factors that bear on the ethical use of influence
- Defining the ethical relationship

関係的アプローチにおける関心領域

- 影響力の倫理的な使用に関連した要因を探求すること
- 倫理的関係というものを明確にすること

Factors bearing on the use of influence

- Strength and nature of clinical relationship
- The patient's willingness
- Potential for harm
- Likelihood of the harm
- Degree of benefit
- Intensity of restriction
- Intensity of the method to exert influence
- Patient's mental state and competence

影響力の使用に関連した要因

- 臨床的関係の強さと性質
- 患者の意欲
- 危害が起こる潜在的可能性
- その危害の生じやすさ
- 利益の程度
- 制限の強度
- 影響を与える方法の強度
- 患者の精神状態と能力

Intensity of Restriction



- Body movement
- Movement in space
- Decisions of daily life
- Meaningful activities
- Treatment choice
- Unwanted social work intervention
- Control of resources
- Emotional or verbal expression

制限の強度



- 身体動作
- 動作空間
- 日常生活の意思決定
- 意味のある活動
- 治療の選択
- 意に反した社会活動の介入
- 資源管理
- 感情表現または言語表現

Intensity of the method used to exert influence

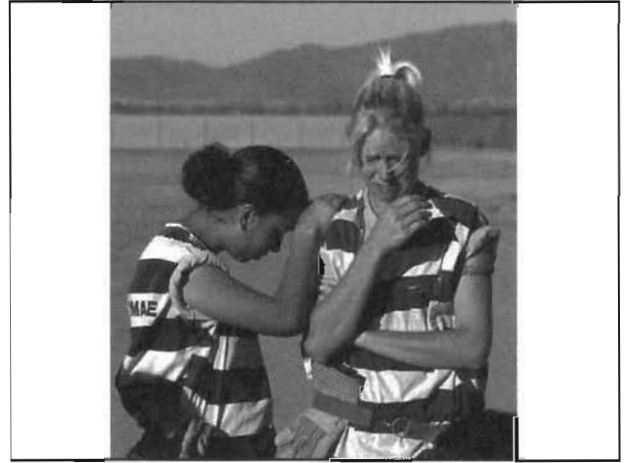


- Physical force
- Manipulation of resources
- Manipulation of social forces
- Social pressure
- Advice

影響力行使のために用いられる方法の強度



- 物理的な力
- 資源の操作
- 社会的な力の操作
- 社会的圧力
- 助言



Problems with the Western Perspective on Coercive Treatment

- Analysis structured around individual rights
- Emphasis on when treatment can be forced with little guidance on use of lesser influence
- Emphasis on competence based in assumption that personhood equals rationality
- No formal or necessary consideration of family or community
 - Except that protection of others justifies coercion –
 - No positive consideration of community

強制治療に対して西洋的視点が持つ問題点

- 個人の権利を中心に構築された分析
- 影響力を少なくした、案内のほとんどない強制治療が行われる場合の強調
- 人間性とは理性に等しいという前提に基づいた能力の強調
- 家族や地域社会への公的で必須の考慮について触れていない
 - 他者の保護が強制を正当化するという例外
 - 地域社会に対する積極的な考慮はない

Issue 2 - Privacy

- Case – *Watching Mary*
- Aspects of Privacy
- Areas of Privacy
- Sociology of Privacy
- Ethical Basis for Privacy

問題2 – プライバシー

- 事例 – メアリーの監視
- プライバシーの諸側面
- プライバシーの諸領域
- プライバシーの諸社会学
- プライバシーの倫理的基盤

Case – Watching Mary

- 35 yr old woman with increased depression
- Forced to go to ED by therapist and police
- In ED forced to wear hospital gown
- Placed in locked seclusion for 6 hours waiting commitment to inpatient facility
- Examined by male MD without presence of female despite her request
- Video monitored without her knowledge

事例 – メアリーの監視

- うつ状態が増悪した35歳の女性
- セラピストと警察が救急部門での受診を強要
- 救急部では病院のガウン着用を強要された
- 入院施設への収容を待つ間、施錠した隔離室に6時間留め置かれた
- 患者からの要請があったにもかかわらず、女性の立ち会いなしに男性医師が診察
- 患者の知らぬ間にビデオによる監視が行われた

事例報告: オルセン, (1998)『隔離・抑圧下におかれた精神科患者の監視
カメラ撮影の倫理的考察』Arch Psych Nurs, 12, 90-94.

Aspects of Privacy

- Sense of privacy
- Control of privacy
- Expectation of privacy
- Right to privacy

プライバシーの諸側面

- プライバシーの感覚
- プライバシーの管理(コントロール)
- プライバシーの期待
- プライバシーの権利

Areas of Privacy

- Privacy of person
 - Observation
 - Exposure - Pull curtains, use drapes
- Privacy of information
 - Take care with hallway conversation
 - Electronic transfer and storage of information

プライバシーの諸領域

- 個人のプライバシー
 - 観察
 - 曝露 - カーテン, シーツの使用
- 情報のプライバシー
 - 廊下での会話に注意
 - 電子送信と情報の保管

Sociology of Privacy - 1

- All cultures have a concept of privacy but differ some in what is kept private
- Privacy is essential to self-identity
 - Privacy is denied in situations where identity is being broken down:
 - Torture – Brain-washing
 - Prison
 - The military
 - In Hospitals??

プライバシーの社会学 - 1

- 全ての文化にプライバシーの概念はあるが、何をプライバシーとするかには若干の相違がある
- プライバシーは自己同一性(自分が何者であるか)には不可欠である
 - アイデンティティが崩壊させられた状況ではプライバシーは否定される:
 - 拷問 – 洗脳
 - 刑務所
 - 軍隊
 - 病院では??

Sociology of Privacy -2

- Personal identity is maintained through control of the way one is viewed by others serving as a basis for social relations.
- Privacy provides a boundary between self and others and allows limitations to be placed on what is presented publicly.

プライバシーの社会学 -2

- 個人のアイデンティティは、社会関係を基盤として自分が他人からどのように見られるかを管理(コントロール)することで維持される
- プライバシーは自他の境界を提供し、公にされるべきことに制限を加える

How do you deal with the total lack of privacy in today's high-tech society?



今日のハイテク社会におけるプライバシーの完全なる喪失にどう対処していますか？
簡単です。私は内面的な精神生活を全く持ち合わせていません。

Ethical Basis for Privacy - 1

- Right to privacy is based in the principle of respect for autonomy
 - To control self-presentation
 - To conceive self-identity
- Justification for Confidentiality*
 - Autonomy over personal information
 - Respect for nurse-patient relationship
 - Respect for the promise of confidentiality
 - Benefit to society at large by keeping the promise of confidentiality in treatment credible.

*From: Bok, *Secrets*. (1983)

プライバシーの倫理的基盤 - 1

- プライバシーの権利は自律性尊重原則に基づく
 - 自己提示の管理(コントロール)
 - 自分が何者であるかの認識
- 守秘義務の正当性*
 - 個人情報についての自律性
 - 看護師－患者関係の尊重
 - 守秘義務の保証の尊重
 - 治療における守秘義務を守ることは、社会全体の利益となる

*出典: ボク「Secrets」(1983)

Ethical Basis for Privacy - 2

- Privacy promotes trust
- Privacy makes the clinical encounter a “safe space” to comfortably reveal and discuss stigmatizing conditions
 - AIDS, drug abuse, mental illness

プライバシーの倫理的基盤 - 2

- プライバシーは信頼を促進する
- プライバシーは、臨床での出会いを「安全な場」とし、スティグマを付されるような状況に対しても、安心して打ち明け、話合うことを可能とする
 - エイズ、薬物依存、精神疾患

Follow-up to *Watching Mary*

- In a meeting with ED staff -- She received an apology
- Hospital agreed to emphasize need for presence of female during physical exam
- A sign was added in seclusion room to inform patients of video monitoring
- Seclusion room painted and improved

フォローアップ－メアリーの監視

フォローアップ

- 救急部門スタッフとの話し合いで -- 患者は謝罪された
- 病院は、身体検査中の女性の立ち会いに対するニーズを重要視することに同意した
- 患者にビデオ監視中であることを知らせるためのサインを隔離室に表示した
- 隔離室の壁を塗り替え環境を改善した

Four Lessons from Investigating Patient Complaints

- 1 Tell patients what's going on and what to expect, even if they aren't going to like it.
- 2 Pay attention to the process of care
- 3 Allow patients to feel ambivalent about treatment
- 4 Relationship

患者の不満調査から得られた4つの教訓

- 1 患者がそれを好まなかったとしても、現在起こっていることと、今後起こり得ることを患者に伝えること
- 2 ケアのプロセスに注意を払うこと
- 3 患者が治療に両価的な気持ちを抱くの許容すること
- 4 関係性

1. Tell the patient what's going on and what to expect, even if the patient isn't going to like it.

- Feeling deceived or kept in the dark promoted the desire to initiate complaints
- Two temptations to avoid:
 - The tendency to avoid breaking bad news
 - The tendency to bypass committed patients because it has already been decided that their input is not going to change the treatment

1. 患者が好ましくとも、あるいは、ほかの選択肢がなかったとしても、これから起こり得ることを患者に伝えること

- 騙されたという感情は不満を言いたいという気持ちを助長する
- 避けるべき2つの誘惑:
 - 悪い知らせを告げるのを避ける傾向
 - 治療方針が決定済みで、患者の意向によりそれが変わらないからという理由で、拘禁されている患者に治療に関する意向を尋ねるのを避ける傾向

2. Pay attention to the process of care.

- Few investigations reveal clearly inappropriate treatment
 - Complaints arise from a lack of attention to process of carrying out the intervention.
 - In all my cases the process of providing the care disturbed the client.

2. ケアのプロセスに注意を払う

- 不適切な治療を明らかにした研究はほとんどない
 - 介入実施のプロセスでの注意不足に対して不満が起こる
 - 私が扱った事例の全てにおいて、ケア提供のプロセスは患者に不安を与えていた

3. Allow the patient to feel ambivalent about treatment.

- Providers are often invested in having the client give the treatment unqualified endorsement.
- Interaction must go beyond convincing persons to accept the recommended treatment.
- Working through treatment goals is part of treatment.

3. 患者が治療に対して両価的な気持ちを抱くのを許容する

- 医療提供者は、治療に対し無条件の承認を患者に求めることが多い
- 推奨される治療を受け入れるよう説得する以上の相互関係が必要である
- 治療目標について折り合いをつけることも治療の一部である

4. Relationship

- Persons who sense that the clinician is providing treatment based on personal knowledge of the person and a sincere desire to help rarely complain, even when the treatment is ineffective.

4. 関係性

- 臨床家が患者個人を理解した上で、助けたいという真摯な気持ちをもって治療を提供していることを感じた患者は、治療が有効的でない場合でもめったに不満を口にしない



The End

The End

倫理関係文献一覽

- 青木典子他 (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), pp.29-36.
- 浅井邦彦, 伊藤哲寛, 五十嵐良雄, 山崎敏雄, 八田耕郎, 山本輝之 (n.d.). 入院中の精神障害者の人権確保に関する研究—報告書・概要—. 平成13年度厚生科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)総括研究報告書.
- ベンジャミン M, カーテス J, 矢次正利ほか 訳 (1995). 臨床看護のジレンマ I—生命倫理と医療経済・医療制度. 東京: 時空出版.
- ベンジャミン M, カーテス J, 矢次正利ほか 訳 (1995). 臨床看護のジレンマ II—看護の実例と生命倫理. 東京: 時空出版.
- Benner, P. (1990) / 片田範子, 鈴木千衣, 蝦名美智子訳 (1990). Interpretive Phenomenology as Theory and Method 理論と方法としての解釈的現象学. 看護研究, 23 (5), pp.25-34.
- Benner, P. (1991). The role of experience, narrative, and community in skilled ethical comportment. *Advances in Nursing Science*, 14(2), pp. 1-21.
- Benner, P. (1996). Letter to the Editor, Art and Science are Interdependent. *Journal of Nursing Scholarship*, 28 (4), p.292.
- Benner, P. (2000). Links Between Philosophy, Theory, Practice, and Research. *Canadian Journal of Nursing Research*, 32 (2), pp.7-13.
- Bennet, C. F. (2001). Child Psychiatric Nursing. In G. W. Stuart & M. T. Laraia (Ed), *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, 7th Edition (pp.756-778). St. Louis: A Harcourt Health Science Company.
- Bishop, A. H., & Scudder, J. R. (2001) / 田中美恵子監訳 (2005). 全人的ケアのための看護倫理. 東京: 丸善株式会社.
- Cassidy, R. V. (1991). Ethical responsibilities in Nursing: Research Findings and Issues. *Journal of Professional Nursing*, 7 (2), pp.112-118.
- Chesla, C. A (1995). Hermeneutic Phenomenology: An Approach to Understanding Families, *Journal of Family Nursing*, 1 (1), pp.68-78.
- Chinn, P. L. (1992). ヒューマン・ケアリングの政治的側面, 日本看護科学会誌, 12 (4), pp.71-79.
- Cooper, M. C. (1990). Reconceptualizing Nursing Ethics, *Scholarly Inquiry*

- for Nursing Practice, *An International Journal*, 4 (3), pp.209-218.
- 大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課(1998). 精神保健福祉法に関する専門
家委員会資料, 平成 10 年 9 月.
- Davis, A. J. (1992). ヒューマン・ケアリングの倫理的側面. 日本看護科学会誌,
12 (4), pp.59-69.
- Davis, A. J. 見藤隆子, 小西恵美子, 坂川雅子 (2002): 看護倫理-理論・実践・
研究. 日本看護協会出版会.
- 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 ,
pp.21-31.
- Fry, S. T. (1994) / 片田範子, 山本あい子訳 (1998). 看護実践の倫理. 東京:
日本看護協会出版会.
- Fisher, L. (1999) / 羽山由美子訳 (1999). 精神科臨床における倫理上の諸問
題: 意思決定に関連して. 日本精神保健看護学会誌, 8 (1), pp.33-39.
- Freitas, L. (1990). Historical Roots and Future Perspectives Related to
Nursing Ethics. *Journal of Professional Nursing*, 6 (4), pp.197-205.
- Fry, S. T. (1989). Toward a theory of nursing ethics. *Advances in Nursing
Science*, 11 (4), pp.9 - 22.
- Fry, S. T (2001). 看護倫理 (pp.169-178). Bishop, A. H. & Scudder, J. R. (2001)
 / 田中美恵子監訳 (2005). 全人的ケアのための看護倫理. 東京: 丸善株式会
社.
- Fry, S. T. / 坂川雅子訳 (2002). 第 5 章 看護倫理の理論化に向けて. アン J.
デービス監修, 藤隆子, 小西恵美子, 坂川雅子編集, 看護倫理 (pp75-89).
東京: 日本看護協会出版会.
- 藤代知美(2002). 当事者が語る隔離室体験 患者の生の言葉から. 精神科看護,
29 (1), pp.29-33.
- 福留はるみ (1999). 倫理的感受性と倫理的意思決定 倫理的問題を明確化する
ためのトンプソンの分類について. 看護, 51 (2), pp.32-38.
- Gaul, A. L. (1990). The Ethics of Clinical Judgment in Critical Care. *Critical
Care Nurse*, 10 (1), pp.24-28.
- Gilligan, C. (1982) / 岩男寿美子監訳, 生田久美子, 並木美智子訳 (1986).
もうひとつの声, 東京: 川島書店. *Different Voice*, Haverd University

Press, 1982.

濱口恵子 (2001). 看護研究の現在－現状を変える視点－臨床倫理の実践システムに関する研究. 看護, 53 (2).

Hamolia, C.D. (2001). Preventing and Managing Aggressive Behavior. In G.W. Stuart & M.T. Laraia (Ed), *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, 7th Edition (pp.635-657). St.Louis : A Harcourt Health Science Company.

Harding, T.W (1998). (講演) 精神医療と人権－看護婦(士)に求められるもの.
主催：日本赤十字看護大学精神保健看護学教室.

Harding, T.W. (1996) / 小林信子訳 (1996). 精神科におけるインフォームド・コンセントは診療の現実と両立するか, 東京精神医療人権センター設立 10 周年記念シンポジウム講演. 精神医療, 第 4 次 11 号 24・11 号, 86 巻, pp. 53-61.
東和弘 (1996). 回復期の看護におけるインフォームド・コンセント. 精神科看護, 56, pp. 20-23.

樋口康子 (1992). ヒューマン・ケアリングの哲学的側面. 日本看護科学会誌, 12 (4), pp. 49-58.

ICN 所信声明 “社会的な問題” 「看護師と人権」 Nurses and Human Rights.
Retrieved September, 29, 2004, from
<http://www.nurse.or.jp/kokusai/icn/policy-e/humanrights.html>

飯野栄治, 柳橋稔 (2002). 身体拘束に関する実証的研究への取り組み 看護者が長時間拘束を実体験して. 精神科看護, 29 (1), pp. 34-38.

池原毅和 (2002). 精神障害のある人の人権. 関東弁護士連合会編, 精神障害のある人の人権 (p.16). 東京：明石書店.

石井トク, 野口恭子編著 (2004). 看護の倫理資料集. 東京：丸善株式会社.

伊藤文, 渡辺好江 (1996). 急性期の看護におけるインフォード・コンセント. 精神科看護, 56, pp. 13-19.

岩崎香 (2004). 権利とは何か、権利を尊重する支援とは・・・. 季刊 地域精神保健福祉情報 Review 12 (4), pp. 6-9.

岩瀬信夫 (1996). 精神科看護のなかでのインフォームド・コンセントの役割と位置づけ. 精神科看護, 56, pp. 2-7.

金川琢雄 (1996). 3. 医師の説明と患者の同意. 現代医事法学 (pp. 111-121). 東京：金原出版株式会社.

- 片田範子 (1999). 看護者が倫理について考えること. 精神科看護, 26 (11), pp. 8-12.
- 片田範子 (2002). 21 世紀に問う看護の倫理性. 日本看護科学会誌, 22 (2), pp. 54-64.
- 勝原裕美子 (2002). 倫理的ジレンマを伴う看護管理者の意思決定プロセスの分析. 平成 12, 13 年度 科学研究費助成金症例研究 (A) 研究成果報告書.
- 勝原裕美子 (2003). 看護部長の「倫理的ジレンマ」をもたらす道德的要求. 日本看護科学会誌, 23 (3), pp. 1-10.
- 川崎洋子 (2004). 第 2 回アジア・パシフィックアドヴォカシー・香港研修に参加して. 季刊 Review, 13-2 (50), pp. 56-59.
- 萱間真美 (1999). 看護者の倫理的判断とケア技術の選択に影響する要因－行動の理由を説明することの意味－. 精神科看護 26 (11), 13-17.
- Kewman, S. R. (1998). Impact of the Critical Care Environment on the Patient. In C. M. Hudak, B. M. Gallo & P. G. Morton (Ed) . *Critical Care Nursing, A Holistic Approach* (pp. 31-39). New York: Lippincott.
- 木村利人監修 (2004). 看護に生かすバイオエシックス よりよい倫理的判断のために. 東京: 学研.
- 木村朋子 (1998). 精神保健福祉法改正に向けて その 2 精神保健福祉法改正論議に反映させたい WHO 文書. 精神看護, 1 (4), pp. 40-45.
- 国際看護婦協会編集 (1977). 小玉香津子・尾田 葉子訳. 看護婦のジレンマ－業務における倫理上の諸問題. 日本看護協会出版会: 東京.
- 小島通代 (1997). 看護ジレンマ対応マニュアル－患者中心の看護のための医師とのコミュニケーション (pp. 42-43). 東京: 医学書院.
- 近藤まゆみ (2003). 倫理的ジレンマと看護師の役割－外来における倫理的ジレンマ. 日本がん看護学会誌, 17(2), pp. 36-38.
- 三原晴美 (2001). 行動制限最小限のための危機介入法その 1 米国の隔離・拘束の現状と最初の危機介入. 精神科看護, 28 (6), 8-14.
- 21 世紀における看護の課題. 日本看護協会編, 平成 13 年度版 看護白書 (pp. 9-16). 東京: 日本看護協会出版会.
- 中島直 (1999). 治療にかかわる倫理的問題. 精神科看護, 26 (11), pp. 18-22.
- 中村美知子, 石川操, 西田文子, 伊達久美子, 西田頼子 (2003). 臨床看護師の道德的感性尺度の信頼性・妥当性の検討, 日本赤十字看護学会誌, 3 (1),

pp. 49-58.

中村美知子, 西田文子, 比江島欣慎, 石川操, 伊達久美子, 西田頼子 (2001).

Moral Sensitivity Test (日本語版) の信頼性・妥当性の検討 (その2) - 臨床看護婦 (士) に焦点をあてて-. 山梨医科大学紀要, 18, pp. 41-46.

日本看護協会編 (2004). 看護者の基本的責務 (p. 9). 東京: 日本看護協会出版会.

Noddings, N. (1984) / 立山善康, 林泰成, 清水重樹, 宮崎宏志, 新茂之訳 (1997).

ケアリング (p. 1, 8, pp. 125 - 126). 京都: 昇洋書房.

野嶋佐由美 (2004). 人権を尊重し, 意思決定を具現化する看護の方略. 精神科看護, 31 (7), pp. 33-40.

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), pp. 26-31.

岡崎寿美子, 小島恭子 (2004). ケアの質を高める看護倫理—ジレンマを解決するために. 東京: 医歯薬出版.

Olsen, D. P. (1998). Toward an Ethical Standard for Coerced Mental Health Treatment: Least Restrictive or Most Therapeutic? *The Journal of Clinical Ethics*, 9 (3), pp. 235-246.

Olsen, D. P. (1991). Empathy as an ethical and philosophical basis for nursing. *Advances in Nursing Science*, 14 (1), pp. 62-75.

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化看護の問題点を探る—. 弘前大学医学部保健学科紀要, 2, pp. 1-8.

大阪精神医療人権センター, 大阪府精神保健福祉審議会医療人権部会, 資料編, Retrieved july, 22, 2005, from http://www.iph.prof.osaka.jp/kokoro/siryou/g_siryou.html

佐竹良一 (2001). 身体抑制・その“聲”を聴けているだろうか. 精神科看護, 28 (6) pp. 5-19.

精神科の入院患者の「権利宣言」と「オンブズマン制度」, 原昌平. Retrieved February, 17, 2003, from http://www.mi-net.org/webzine/0202/0202_07.html

精神保健福祉研究会監修 (2001). わが国の精神保健福祉 (p. 527). 平成 13 年度版

- 相馬厚 (2002). 隔離・拘束について思い違いはないですか. 精神科看護, 29 (1), pp. 39-41.
- Stevens, G. L., & Friedman, S. D., (2001). Geriatric Psychiatric Nursing. In G. W. Stuart & M. T. Laraia (Ed), *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, 7th Edition (pp. 803-823). St. Louis: A Harcourt Health Science Company.
- Stuart, G. W., Sundeen, S. J. (1983) / 樋口康子, 稲岡文昭, 南裕子監修 (1986). 第16章 精神科ケアの法律的側面, 精神看護学 (pp. 474-496). 東京: 医学書院.
- 鈴木篤 (1996). 看護婦(士)が患者の日常生活にかかわる時の法的な課題. 精神科看護, 56, 8-12.
- 鈴木啓子 (1996). 医師の説明への患者の認識と満足度について—インフォームド・コンセントの現状から精神科看護の役割を考える—. 精神科看護, 56, pp. 24-30.
- 社会保険旬報 (2001). 動向, 第4次医療法改正を3月から施行, 社会保険旬報 2087.
- 田中正廣 (1999). 看護実践のなかの「倫理」を考える. 精神科看護, 26 (11), pp. 23-27,
- 田中美恵子 (2001). 精神看護学と精神看護実践. 田中美恵子編著, やさしく学ぶ看護学シリーズ 精神看護学 (p. 10). 愛知: 日総研出版.
- 田中美恵子 (2003). 第一部看護倫理 自己決定の尊重. 日本看護協会編, 平成15年度版 看護白書 (pp. 52-66). 東京: 日本看護協会出版会.
- Tanner, C. A., Benner, P., Chesla, C., Gordon, D. R (1993). The Phenomenology of Knowing the Patient. *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), pp. 273-280.
- Thompson, J. E., & Thompson, H. O (1992). ケイコ・イマイ・キシ, 竹内博明 監修・監訳 (2004). 看護倫理のための意志決定10のステップ. 東京: 日本看護協会出版会.
- 東京都総務局人権部企画課, 東京都人権施策推進指針について. Retrieved June 05, 2004, from <http://www.metro.tokyo.jp/INET/KEIKAKU/SHOUSAI/70ABL100.HTM>
- 塚本尚子, 石川文代, 下枝佳子, 岡部聡子 (1998). 看護ジレンマ場面における道徳判断の発達と社会的相互作用の関連性の検討. 東京保健科学学会誌, 1(1),

pp. 7-10.

辻脇邦彦 (2001). 抑制の目的と解除目標・時期を明確にする 抑制時ケア基準
作成への取り組み. 精神科看護, 28 (6), pp. 26-30.

内布敦子 (2003). 看護界における倫理 (看護倫理) の動向, 医療・生命と倫理・
社会 (オンライン版). 2(2), pp. 1-8.

宇野正威 (1995). 精神疾患におけるインフォームドコンセント 患者の同意能
力はコミュニケーションを繰り返す中で判断する (pp. 45-48). からだの科学
181, 日本評論社.

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), pp. 33-36.

渡辺裕子, 関啓子, 輪湖史子. 倫理的ジレンマに関する統計的研究－保健・医
療・福祉の5つの専門職の比較. 看護学雑誌, 61(11), pp. 1046-1052.

Watson, M. J. (1990). Response to "Reconceptualizing Nursing Ethics",
Scholarly Inquiry for Nursing Practice. *An International Journal*, 4
(3), pp. 219-221.

山本則子 (2003). [書評, 生命倫理をみつめて: 医療社会学者の半世紀, レネ
ー・C・フォックス著, 中野真紀子訳 みすず書房]. *Quality Nursing*, 9 (9),
pp. 54-56.

柳田邦男 (1996). インフォームド・コンセントの在り方に関する検討会報告書
－元気の出るインフォームド・コンセントを目指して. *Nursing Today*, 11(2),
6-9.

吉川和男 (2001). 英国精神医療における隔離と拘束. 精神科看護, 28 (6),
pp. 36-40.

その他資料

ヘルシンキ宣言

リスボン宣言

WHO: ADVOCACY FOR MENTAL HEALTH, Mental Health Advocacy 10 Principles
メンタルヘルス患者の権利擁護 10 大原則

国連決議: 「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスの改善のための諸原
則」 (1991 年)

日本精神科看護技術協会. 精神科看護の定義 精神科看護倫理綱領

日本看護協会．看護婦の責任と倫理

日本看護協会 2003．看護者の倫理綱領

ICN（2001 日本看護協会訳）．ICN 看護師の倫理綱領

日本看護科学学会 国際活動推進委員会主催（1989）．日本看護科学学会 第 1 回国際看護学術セミナー抄録

ゴールドスタイン，D.M.（2003 第 6 刷）（1998 第 1 刷）．看護倫理（学）：精選
文献目録 1987-1993，Fry, S. T. 片田範子・山本あい子訳：看護実践の倫理，
日本看護協会出版会．E113

都立病院の患者権利章典