

## ナラティヴ・エシックスによる精神看護倫理教育プログラムの開発と評価

メタデータ	言語: Japanese  出版者:  公開日: 2021-06-17  キーワード (Ja):  キーワード (En): psychiatric nurses, nursing ethics, narrative approach, ethical sensitivity  作成者: 異儀田, はづき, 濱田, 由紀, 小山, 達也, 嵐, 弘美, 飯塚, あつ子  メールアドレス:  所属:
URL	<a href="https://doi.org/10.20780/00032773">https://doi.org/10.20780/00032773</a>

## [資料]

# ナラティヴ・エシックスによる精神看護倫理教育プログラムの開発と評価

異儀田はづき\* 濱田由紀\* 小山達也\* 嵐 弘美\*\* 飯塚あつ子\*\*\*

## DEVELOPMENT AND EVALUATION OF PSYCHIATRIC NURSING ETHICS EDUCATION BASED ON NARRATIVE ETHICS

Hazuki IGITA \* Yuki HAMADA \* Tatsuya KOYAMA \*  
Hiromi ARASHI \*\* Atsuko IIZUKA \*\*\*

キーワード：精神科看護師、看護倫理、ナラティヴ・アプローチ、倫理的感受性

Key words : psychiatric nurses, nursing ethics, narrative approach, ethical sensitivity

### I. はじめに

精神科医療の場は、閉鎖環境、非自発的治療の実施など、患者の権利に関する倫理的问题が存在しており、看護師は多様な倫理的悩みを抱くことがある。これまでの研究で、精神科病棟における倫理的問題には、家族の高齢化や理解の不十分さ、社会資源の不足などによる退院の困難さ、患者の暴言による傷つく体験などの看護師の感情に関連するものが報告されている（田中ら, 2010）。精神科看護の倫理的問題では、精神障害の特徴である患者の病識の得られにくさや精神症状により、看護師が患者に共感的に寄り添い良いケアをしようとしているにもかかわらず、看護師が傷つき葛藤する複雑な感情体験が伴う。

臨床における倫理的問題の解決には、看護師の倫理的問題に気付く力である倫理的感受性を高めることが、重要な鍵となる。しかしながら、精神看護の倫理的問題は、看護師の感情体験を伴うため、単に原則論や系統的アプローチのみでは解決困難であると推測される。そこで、看護師の倫理的感受性を育むことに焦点を当て、ナラティヴ・アプローチによる倫理教育に注目した。

ナラティヴ・アプローチは、「ナラティヴ（語り・物語）」を手がかりにして現実に接近する方法であり（野口, 2005）、近年さまざまな学問領域に影響を及ぼし、ケアの倫理を媒介として倫理学の領域にも導入されるようになっている。臨床倫理を検討する際に用いられる倫理原則やジョンセンの4分割表等を用いた系統的な手順は認知へのアプローチであるのに対して、ナラティヴ・アプローチは感情に焦点をあてることができると言われている（Tsuruwaka & Asahara 2018）。また、ナラティヴ・アプローチを倫理教育に用いることは倫理的感受性を育み、認識を変化させるきっかけになると言われている（鶴若・麻原, 2013）。

ナラティヴ・アプローチの手法を臨床倫理に適応したものにナラティヴ・エシックスがある。ナラティヴ・エシックスは、倫理原則に基づき倫理的状況を分析するこれまでの立場に対し、関与する人々のナラティヴをもとに倫理的状況を理解しようとするものである（Brody, 1999）。

ナラティヴ・アプローチやナラティヴ・エシックスを倫理教育に用いた研究は数少なく、大学院生に看護倫理学の授業でナラティヴを記述してもらう手法を取り入れた有効性を検証した研究がある（Tsuruwaka &

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

\*\*川崎市立看護短期大学 看護学科 (Kawasaki City College of Nursing)

\*\*\*公益社団法人 東京都看護協会千駄木訪問看護ステーション城北事業所 (Tokyo Nursing Association Sendagi Visiting Nursing Station Johoku Office)

Asahara 2018）。この研究では、対象者は自分の考え方や態度の傾向を認識するとともに、倫理的問題の背景を明確にしていたため、倫理的実践につながることが示唆されている。

以上より、ナラティヴ・エシックスを用いた倫理教育は、看護師の感情体験を含めて倫理的状況をひも解き再構成する過程を経ることで、倫理的感受性を育み、倫理的課題の解決につながると考えた。そこで、今回はナラティヴ・エシックスによる精神看護倫理教育プログラムを開発し、効果を検証した。

## II. 目 的

本研究の目的は、精神科看護師の倫理的感受性を高めるためのナラティヴ・エシックスによる精神看護倫理教育プログラム（以下、倫理教育プログラムとする）を開発・実施し、その効果を評価することである。

## III. 研究方法

### 1. 倫理教育プログラムの開発

#### 1) 精神看護倫理のナラティヴ・モデルストーリーの作成

精神科病棟に勤務経験のある看護師 25 名に半構造化面接を行い、ナラティヴ分析の手法を参考に、語られた物語の主題、背景、倫理的悩み、意思決定と行動を明らかにし、その共通要素とヴァリエーションから精神科看護倫理のナラティヴ・モデルストーリー（以下、モデル事例）を複数構築した。分析の過程では、海外の看護倫理の専門家にスーパービジョンを受け、精錬した。

#### 2) 倫理教育プログラムの作成

倫理教育プログラムは、参加者が精神看護倫理のモデル事例を読み、これまでに体験した倫理的問題に関連した自らのナラティヴを生成し、他者と分かち合うことを目的とした。倫理教育プログ

ラムの構成は（1）ナラティヴ・エシックスの解説、（2）モデル事例の紹介（表 1）、（3）モデル事例から感じたこと、思い出した自分の体験、話し合いで心に残ったこと、改善のために必要なこと、自分ができそうなことを焦点にした「話し合いを進めるガイド」を用いた 4～6 名程度でのグループワーク、（4）モデル事例の解説、（5）全体での感想共有とした。

### 2. 倫理教育プログラムの実施

1 クールを全 3 回（1 回 3 時間、月に 1 回）とし、2 クール実施した。対象者は、精神科病院・一般病院精神科病棟に勤務する、または過去 3 年以内に勤務経験のある看護師で、倫理教育プログラムの 3 回すべてに参加できるものとした。対象者の募集は、研究者らのネットワークおよび日本精神保健看護学会の許可を得て、日本精神保健看護学会の会員メーリングリストを用いて行った。

### 3. 倫理教育プログラムの評価

倫理教育プログラムの評価は、1) 各回終了後に行うアンケート調査、2) 倫理教育プログラムの前後調査により行った。

#### 1) 倫理教育プログラム各回終了後のアンケート

倫理教育プログラムの時間、内容について 5 段階で尋ね、感想を自由記載で求めた。アンケートの分析は、時間・内容の項目は単純集計し、自由記載は質的に分析を行い、記述されたデータを意味内容の類似性により分類した。

#### 2) 倫理教育プログラムの前後調査

「精神科医療施設で看護師が出会う倫理的問題の頻度と悩む程度（以下 FEEP43）」、「道徳的感受性質問紙日本語版（以下 J-MSQ2017）」により、倫理教育プログラムの前後比較を行った。FEEP43 は精神科医療施設で働く看護師が倫理的問題に出会う頻度を 5 段階評定、悩む程度を 7 段階評定で尋ねる 43 項目の尺度であり（田中ら, 2010）、信頼性と妥当性が検討されている（田中ら,

表1. 倫理教育プログラムで用いたモデル事例のテーマと概要

1クール	第1回	今振り返って考える看護の原体験：あたりまえのケアの大切さと、それを支持してくれた師長
	第2回	倫理的感受性を保つ：周囲との意識のずれと周囲に伝える術
	第3回	看護師の Cさんが「倫理的感覚を取り戻した」ストーリー
2クール	第1回	正しいと思う看護のやり方を周囲に見せる：精神科病院での患者対応にパーソナリズムを感じる時
	第2回	やってみてよかったですと思える病棟変革：事例検討を通じたケアの再検討
	第3回	延命治療を望まない患者の希望を叶えるために

2010；田中ら，2014；Hamada, et al. 2020）。J-MSQ2017は、Lützénらが開発した道徳的・感受性質問紙 rMSQ (Lützén, et al. 2006) を小西らが日本語版に翻訳した看護師の道徳的・感受性を測る10項目6段階のリッカート尺度であり、信頼性と妥当性が検証されている（前田・小西, 2012; 前田ら, 2018）。J-MSQ2017は、価値が対立する状況における道徳的な価値に対する配慮と自分の役割と責任の自覚を測定する尺度であり、倫理的問題に気付く力である倫理的・感受性の変化を測る尺度として適していると考え採用した。なお、道徳的・感受性と倫理的・感受性は、同義または置き換え可能といわれているため (Lützén, et al. 2006; Fry & Johnstone, 2002/2005)、本研究では同義として扱った。統計解析は IBM SPSS Ver.25 を使用し、有意水準は 5 %とした。FEEP43、J-MSQ2017 の各項目の得点は Wilcoxon の符号付き順位検定を用いて、倫理教育プログラムの前後比較を行った。

#### 4. 調査期間

2018年5月～3月

#### 5. 倫理的配慮

本研究は、東京女子医科大学倫理委員会の承認を受け実施した（承認番号 4719）。対象者には、研

究の目的、方法、匿名性の厳守、参加拒否の権利、途中辞退の権利等について文書を用いて説明し、同意書への署名により研究への参加意思を確認した。J-MSQ 2017については、日本語版開発者に使用許諾を得た。

## IV. 結 果

### 1. 参加者の概要（表2）

倫理教育プログラムは、2018年5～7月、9～11月の2クール実施し、参加者は合計33名であった。そのうち参加条件を満たし、各クール3回の全てに出席した25名（1クール13名、2クール12名）を分析の対象とした。

倫理教育プログラムの参加者25名の内訳は、性別は男性8名（32.0%）、女性17名（68.0%）だった。平均年齢39.4（±9.21）歳、平均臨床経験年数は15.3（±7.88）年、平均精神科臨床経験年数は9.8（±5.82）年だった。免許は、看護師免許15名（60.0%）、看護師免許と保健師免許を持っている者10名（40.0%）だった。最終専門学歴は、看護専門学校2年課程5名（20.0%）、看護専門学校3年課程2名（8.0%）、短期大学1名（4.0%）、大学9名

表2. 対象者の属性

		n	%	N= 25 M±SD
性別	男性	8	32.0	
	女性	17	68.0	
年齢				39.4±9.21
臨床経験年数				15.3±7.88
精神科臨床経験年数				9.8±5.82
免許	看護師	15	60.0	
	看護師と保健師	10	40.0	
最終専門学歴	看護専門学校2年課程	5	20.0	
	看護専門学校3年課程	2	8.0	
	短期大学	1	4.0	
	大学	9	36.0	
	大学院	8	32.0	
職位	スタッフ	16	64.0	
	主任・副看護師長	7	28.0	
	看護師長・課長	2	8.0	
教育機関における倫理科目受講の有無	あり	15	60.0	
	なし	10	40.0	
倫理に関する講習会への参加の有無	あり	20	80.0	
	なし	5	20.0	
現在の勤務状況	精神科に勤務中（常勤）	15	60.0	
	精神科に勤務中（非常勤・アルバイト）	2	8.0	
	精神科には勤務していない	2	8.0	
	その他* <sup>1</sup>	6	24.0	

\* 1 常勤だが病棟ではなく看護部に所属、精神科外来、精神科病棟に短時間勤務、大学院在学中、大学病院（総合病院）、病棟と管理兼任

M=平均値; SD= 標準偏差

(36.0%)、大学院 8 名 (32.0%) だった。職位は、スタッフ 16 名 (64.0%)、主任・副看護師長 7 名 (28.0%)、看護師長・課長 2 名 (8.0%) であった。教育機関における倫理科目受講の有無は、あり 15 名 (60.0%)、なし 10 名 (40.0%)、倫理に関する講習会への参加の有無は、あり 20 名 (80.0%)、なし 5 名 (20.0%) だった。現在の勤務状況は、精神科に勤務中（常勤）15 名 (60.0%)、精神科に勤務中（非常勤・アルバイト）2 名 (8.0%)、精神科には勤務していない 2 名 (8.0%)、その他 6 名 (24.0%) だった。

## 2. 倫理教育プログラム各回終了後のアンケート

アンケートの分析は、時間・内容の項目は単純集計し、自由記載は質的に分析し記述されたデータを意味内容の類似性により分類した。

倫理教育プログラム全体の時間は、全ての回で「ちょうどよい」が 10 名～13 名と 8 割以上であり、「やや短かった」は 0 名～2 名と 2 割以下だった（図 1）。ナラティヴ・エシックスを用いた事例検討は、全ての回で全員が「とてもよかったです」または「まあまあよかったです」と回答した（図 2）。

自由記載は 3 つのカテゴリー、6 つのサブカテゴリーが得られた（図 3）。以下《》をカテゴリー、◇をサブカテゴリー、「」に参加者の具体的な記載を示す。

参加者の学びは、《自己の経験を顧みて得られた学び》と《他者との相互作用により得られた学び》を通して《実践への活用》へつながっていた。《自己の経験を顧みて得られた学び》は、参加者はモデル事例を読み「自分の新人の頃を思い出した」「事

例の人物が自分と重なった」など〈自分の体験が想起される〉体験をしていた。また「自分が悩むことはこれで良かったのだと思えた」「事例のような師長を目指して実践しているので救われた」という〈自分の感覚・行動が保証される〉機会や、「自分の気持ちのモヤモヤがとれた」「日頃の忍耐を解消している感覚があった」などの〈倫理的葛藤の解消〉の

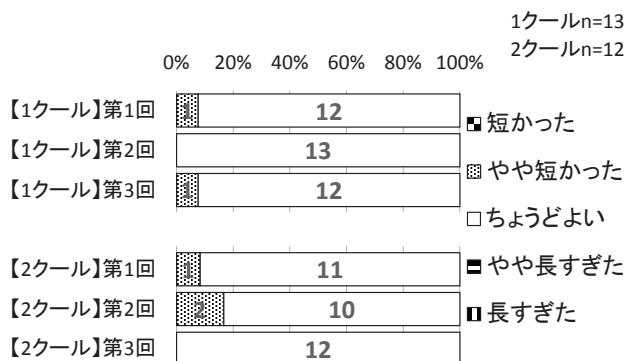


図1. 倫理教育プログラム全体の時間についての回答結果

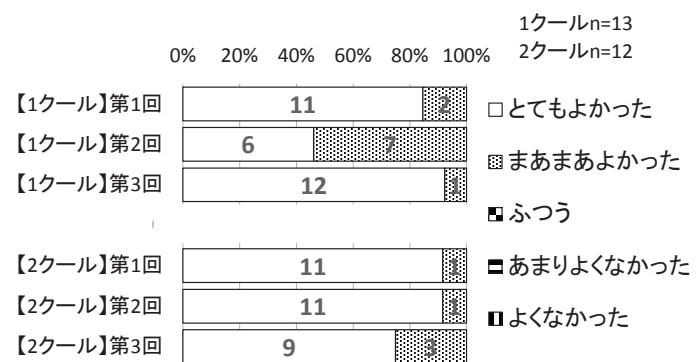


図2. ナラティヴ・エシックスを用いた事例検討についての回答結果

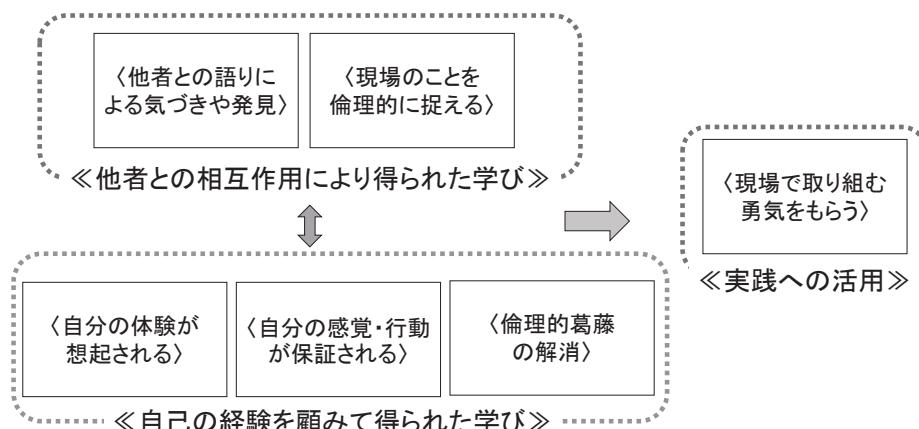


図3. 自由記載からの倫理教育プログラム参加者の学び

表3. FEEP43得点の倫理教育プログラム参加前後の比較

N= 25

No.	悩む頻度						悩む程度			
	中央値		Z値	p値	効果量 (r)	中央値		Z値	p値	効果量 (r)
	前	後				前	後			
1. 家族の希望で、患者に情報提供が行われないことがある。	3.00	3.00	1.26	0.210	0.25	5.00	5.00	0.37	0.713	0.07
2. 患者に対して、病状や治療についての説明など、十分なインフォームドコンセントが行われていないことがある。	4.00	3.00	1.11	0.268	0.22	5.00	6.00	1.64	0.102	0.33
3. 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。	3.00	3.00	1.00	0.317	0.20	5.00	5.00	0.05	0.957	0.01
4. 家族の希望で、患者に病名告知が行われないことがある。	2.00	3.00	1.51	0.130	0.30	5.00	5.00	1.61	0.107	0.32
5. 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。	4.00	3.00	1.73	0.084	0.35	6.00	6.00	1.23	0.220	0.25
6. 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。	4.00	3.00	0.23	0.822	0.05	6.00	6.00	0.74	0.459	0.15
7. 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。	3.00	3.00	0.46	0.644	0.09	6.00	6.00	1.56	0.118	0.31
8. 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。	4.00	4.00	0.16	0.873	0.03	6.00	6.00	1.62	0.106	0.32
9. 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。	4.00	3.00	1.25	0.210	0.25	5.00	5.50	0.74	0.458	0.15
10. 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。	3.00	3.00	0.97	0.331	0.20	6.00	5.00	0.99	0.321	0.20
11. 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。	3.00	3.00	0.80	0.426	0.16	5.00	5.50	0.29	0.769	0.06
12. 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。	4.00	4.00	1.23	0.219	0.25	6.00	6.00	0.17	0.866	0.03
13. ほかの看護師との関係を考え、自分では納得のできない看護をすることがある。	3.00	2.00	0.30	0.767	0.06	5.50	5.50	0.05	0.962	0.01
14. 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せざるを得ないことがある。	2.00	2.00	0.28	0.776	0.06	4.00	5.00	0.77	0.439	0.16
15. 抗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。	2.00	2.00	0.00	1.000	0.00	5.00	5.00	0.22	0.829	0.04
16. 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。	3.00	3.00	0.26	0.796	0.05	5.00	5.00	1.29	0.198	0.26
17. 医師の治療方針と看護の方針にずれがあるために、適切な看護を行えないことがある。	3.00	3.00	0.89	0.371	0.18	5.00	5.00	0.35	0.724	0.07
18. 他職種との連携がうまくいかないために、患者ケアが進まないことがある。	3.00	3.00	0.26	0.796	0.05	5.00	5.00	1.28	0.201	0.26
19. 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。	4.00	4.00	0.63	0.527	0.13	6.00	6.00	0.42	0.674	0.08
20. 家族の高齢化や核家族化の影響により、患者の退院が難しいことがある。	4.00	4.00	1.94	0.052	0.39	6.00	6.00	0.88	0.377	0.18
21. 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。	4.00	4.00	2.07	0.039 *	0.41	6.00	6.00	0.50	0.614	0.10
22. 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。	4.00	3.00	2.86	0.004 **	0.57	6.00	6.00	1.12	0.265	0.22
23. 看護師が、地域の社会資源とつながりを持つてないために、退院を促進できないことがある。	3.00	3.00	0.24	0.808	0.05	5.00	6.00	1.24	0.217	0.25
24. 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。	4.00	3.00	1.81	0.070	0.36	5.00	5.00	0.00	1.000	0.00
25. 一生懸命看護したにもかかわらず、患者の状態が悪化したり、よくない転帰を辿ったりすることがある。	3.00	3.00	0.00	1.000	0.00	5.00	5.00	1.29	0.198	0.26
26. 患者の自殺(または自殺未遂)に対して、責任を感じことがある。	3.00	3.00	0.05	0.963	0.01	5.50	7.00	2.08	0.038 *	0.42
27. 病棟内規則が患者の権利を阻んでいることがある。	3.00	3.00	0.06	0.953	0.01	5.00	5.00	0.89	0.372	0.18
28. 病棟内環境が不十分であるために、患者の当たり前の生活が保障されないことがある。	3.00	3.00	0.16	0.873	0.03	5.00	5.00	0.00	1.000	0.00
29. 患者の物品を預かりっぱなしになっていることがある。	4.00	4.00	0.72	0.473	0.14	5.00	5.00	1.61	0.108	0.32
30. 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。	3.00	4.00	2.84	0.005 **	0.57	5.00	5.00	1.73	0.084	0.35
31. 家族の希望と患者の希望が食い違い、その間で板ばさみになることがある。	3.00	3.00	1.27	0.206	0.25	5.00	5.00	0.19	0.850	0.04
32. 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。	4.00	3.00	1.00	0.317	0.20	6.00	6.00	0.50	0.617	0.100
33. ほかの看護師の専門的能力が不十分なために、適切な看護が行われていないことがある。	3.00	3.00	1.60	0.109	0.32	6.00	5.00	1.23	0.218	0.25
34. ほかの看護師の患者に対する乱暴な言葉遣いに接しても、職場内の人間関係を気にして、注意できないことがある。	3.00	3.00	1.39	0.166	0.28	6.00	5.50	1.70	0.088	0.34
35. ほかの看護師の患者への対応が不適切だと思うが、職場の上下関係を気にして言えないことがある。	3.00	3.00	0.17	0.868	0.03	5.50	5.50	0.06	0.949	0.01
36. 患者を子ども扱いする言葉遣いが病棟の中で普通になっている。	3.00	3.00	0.68	0.495	0.14	5.00	5.00	0.93	0.354	0.19
37. 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。	4.00	3.00	0.00	1.000	0.00	5.00	6.00	0.96	0.336	0.19
38. 病棟内で、患者との約束を盾に取って、患者に手厳しいことがある。	2.00	2.00	0.03	0.973	0.01	4.00	5.00	0.81	0.420	0.16
39. 患者に対して平等にケアが行われていないことがある。	3.00	3.00	1.23	0.218	0.25	5.00	5.00	0.68	0.496	0.14
40. 明らかに非倫理的なケアを目にして、どこにも訴えられないことがある。	2.00	2.00	0.71	0.480	0.14	4.00	6.00	1.52	0.128	0.31
41. 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。	3.00	3.00	0.63	0.527	0.13	5.00	5.00	0.99	0.323	0.20
42. 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。	3.00	3.00	0.19	0.851	0.04	5.00	5.00	1.39	0.166	0.28
43. 倫理に関する学習が足りないために、何が正しいのかわからないことがある。	3.00	3.00	0.50	0.617	0.10	5.00	6.00	0.47	0.640	0.09

Wilcoxon の符号付き順位検定 \*p &lt; 0.05 \*\*p &lt; 0.01

場になっていた。《他者との相互作用により得られた学び》では、グループワークで他者と語ることで「自分の傾向に気づいた」「自分の職場の人とは違う反応があり新鮮だった」などの〈他者との語りによる気づきや発見〉を得ていた。さらに「慣れきった感覚を洗いなおす作業ができた」「当たり前になっていることにも倫理的問題が潜んでいることに気づいた」などの〈現場のことを倫理的に捉える〉機会になっていた。さらに《実践での活用》として「職場には変化に対し抵抗力があり、そこに関わるには自分の労力が生じるが、まずは互いの思いを語り合う機会から始めてみようと思った」という〈現場を取り組む勇気をもらう〉臨床に活かせる工夫を得ていたものもいた。

### 3. FEEP43、J-MSQ2017による倫理教育プログラムの前後比較

倫理教育プログラムにおけるFEEP43得点の前後比較では、倫理的問題を体験する頻度の「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（p=0.039）」「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（p=0.004）」「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（p=0.005）」の3項目、倫理的問題に悩む程度の「患者の自殺・自殺未遂に対して、責任を感じことがある（p=0.038）」の1項目で有意差がみられた（表3）。

J-MSQ2017の倫理教育プログラムの前後比較で

は、「患者がよいケアを受けていないと気づく能力が私はとても高いと思う（p=0.013）」の1項目に有意差があった（表4）。

### V. 考 察

今回の倫理教育プログラムで用いたナラティヴ・エシックスをもとにした看護師の物語（モデル事例）は、どれも看護の日常的な問題であり、看護師自身の経験に焦点が当たっていた。アンケートの自由記載から、参加者はモデル事例により自身の似た体験を思い出していた。グループワークでは、事例検討のような問題解決志向にならずに、自分の価値観を語り、自分の感覚を保証される経験になっていたことが明らかになった。このように、ナラティヴ・エシックスのモデル事例を用いたことは、参加者がモデル事例に対し共感的な追体験をしつつ、埋もれていた過去の倫理的問題に直面した体験や葛藤を想起する機会になっていた。さらに、課題的にならずに自由に語ることは、参加者の内省を深め、他者の考えを理解し、倫理的な考え方を広げることにつながっていた。

倫理教育プログラムの前後比較では、FEEP43の4項目、J-MSQ2017の1項目のみに統計的な差がみられた。倫理的感受性の変化は、参加者が臨床の実践に戻り、倫理的場面に出会うたびに気づき、積み重ねるものである。両尺度ともに、日頃の倫理的場面への感じ方を問う項目であるため、本研究の短期間では変化が表れにくかったことが予測される。

表4. J-MSQ2017得点の倫理教育プログラム参加前後の比較

No.		中央値				効果量 (r)	N= 25
		前	後	Z値	p値		
1	私は患者の思いをキャッチしてよく気づけるほうなので、それがいつも自分の仕事に役立っている	4.0	4.0	1.10	0.272	0.22	
2	私はその場の様子から、難しいことや話しくにくいことを患者にどう言つたらいいかをとてもよく感じ取れる	4.0	4.0	0.81	0.417	0.16	
3	患者の思いに気づくことは、もっとそれ以上のことをしていく始まりだと思う	5.0	5.0	0.33	0.739	0.07	
4	患者がよいケアを受けていないと気づく能力が、私はとても高いと思う	4.0	4.0	2.50	0.013 *	0.50	
5	患者が苦しんでいるとき、自分の感情のコントロールがとても難しく感じる	3.0	4.0	0.66	0.512	0.13	
6	患者をケアするとき、患者によいことをもたらすことと、害を与える可能性とのバランスを私はいつも考えている	4.0	4.0	0.83	0.405	0.17	
7	患者の思いに気づけることは、状況の不十分さに気づくことでもあると、よく思う	4.0	4.0	0.63	0.527	0.13	
8	患者と家族の希望の違いに気づくことがよくある	4.0	4.0	0.44	0.660	0.09	
9	たとえ主治医が決定したことであっても、それが本当に患者にとって最善かどうかを私はいつも考えている	5.0	4.0	1.18	0.237	0.24	
10	治療やケアの方向性が、患者よりも家族を優先して決められていなかといと、いつも意識している	4.0	3.0	0.66	0.512	0.13	

Wilcoxon の符号付き順位検定 p値 \* <0.05

J-MSQ2017で変化がみられた「患者がよいケアを受けていないと気づく能力が高いと思う」は、道徳的感受性のうち Moral Strength（道徳的強さ）と言われており、患者の立場から行為を正当化できる勇気や物事に立ち向かう能力である（前田・小西, 2012）。同じく FEEP43 で差があった「危険物管理の名目で必要以上に患者の持ち物を預かる」と合わせると、日頃行っている看護を患者の立場からの視点で見るような項目が変化していたと考えられる。ナラティヴ・エシックスでは「事例は一個の現実として存在するのではなく、異なった視点をもつ当事者による意味づけによって構成されている」重層的な視点が得られるのが特徴である（宮坂, 2012）。今回用いたモデル事例は「自分が患者だったら」と患者の立場になり倫理的葛藤を覚えた語りが多くあったため、参加者は患者の体験に身を寄せる機会が増え、患者にとって不利益な状況への関心や共感が高まったと考えられる。

一方、「患者の自殺に対して責任を感じる」の変化は、モデル事例に自殺にまつわるエピソードは含まれなかつたが、グループワークでの語りが、患者の自殺という看護師として人として揺らぐ出来事を想起させた可能性がある。また、退院に関連した 2 項目の体験頻度の差は、参加者が患者の退院という課題に対処する自信がついた可能性があるが、今回は退院の事例を扱っていないため、今後は参加者に現れた変化の詳細を検討する必要がある。

以上より、ナラティヴ・エシックスによる倫理教育プログラムは、参加者がモデル事例を通じて追体験し、自分の価値観に気づき、自信を持つ機会になったこと、患者への共感的な理解から倫理的問題を理解する機会になったことが明らかになった。倫理教育プログラムは、倫理的感受性を育むきっかけになったことが示唆された。しかし、過去の事例や自責感などのネガティブな経験を想起する可能性もあり、倫理教育の場が安全で参加者を脅かさないよう配慮する必要がある。今回は倫理教育の受講経験のある参加者が多く、倫理的な視点を基に話し合いが進められたが、様々な参加者を対象とする際には、倫理の基本知識を押さえ、話し合いの目的を共有することが工夫として考えられる。

## VI . 本研究の限界と今後の展望

本研究は対象者が少なくその背景にも偏りがあり、結果の一般化には限界がある。また、倫理的感受性の変化の測定に FEEP43、J-MSQ2017 を用いたが、倫理

教育プログラム前後の短期間の変化を捉えるには限界があったと考えられる。今後は、「倫理的感受性」と「道徳的感受性」の違い、倫理的行動を測定する尺度の併用等を検討する必要がある。その上で、モデル事例による効果の違い等を明らかにし、内容を精錬させていく必要があると考える。

### 謝辞

調査にご協力くださいました皆様に心より感謝申し上げます。本研究は JSPS 科研費 基盤研究 (C) 2015 ~ 2018 年度ナラティヴ・エシックスに基づく精神看護倫理教育方法の開発と効果の検証、研究代表者田中美恵子 (課題番号:15K11823) の助成を受け実施した。なお、本研究の内容の一部は東京女子医科大学看護学会第 15 回学術集会にて発表した。

### 利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

### 引用文献

- Brody, H. (1999). Narrative ethics and institutional impact. *HEC FORUM*, 11(1), 46-51.
- Fry, S., Johnstone MJ. (2002) / 片田範子, 山本あい子. (2005). 看護実践の倫理第 3 版, 東京, 日本看護協会出版会.
- Hamada, Y., Tanaka, M., Arashi, H. et al. (2020). Ethical problems experienced by psychiatric nurses in Japan and their correlated factors. 東京女子医科大学看護学会誌, 15(1), 1-12.
- Lützén, K., Dahqvist, V., Eriksso, S., et al. (2006): Developing the Concept of Moral Sensitivity in Health Care Practice. *Nursing Ethics*, 13(2), 187-196.
- 前田樹海, 小西恵美子 (2012). 改訂道徳的感受性質問紙 日本語版 (J-MSQ) の開発と検証 : 第 1 報. 日本看護倫理学会誌, 4(1), 32-37.
- 前田樹海, 小西恵美子, 八尋道子, 他 (2018). 道徳的感受性質問紙日本語版 J-MSQ2017 の開発. 日本看護倫理学会第 10 回年次大会, 82.
- 宮坂道夫 (2012). 医療倫理学の方法—原則・手順・ナラティヴ (第 2 版). 東京, 医学書院.
- 野口裕二 (2005). ナラティヴの臨床社会学 (第 1 版). 東京, 効率書房.
- 田中美恵子, 濱田由紀, 嵐弘美, 他 (2010). 精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度と悩む程度および

倫理的問題に直面したときの対処行動 . 東京女子医科大学看護学会誌 , 5(1), 1-9.

田中美恵子, 嶽弘美, 柳修平 (2014). 精神科看護者が体験する倫理的問題の頻度と関連因子の検討 . 東京女子医科大学看護学会誌 , 9(1), 21-29.

鶴若麻理, 麻原きよみ (2013). ナラティヴで見る看護倫理—6つのケースで感じるちからを育む . 東京 , 南江堂.

Tsuruwaka, M., Asahara K. (2018). Narrative writing as a strategy for nursing ethics education in Japan. International Journal of Medical Education, 9, 198-205. doi: 10.5116/ijme.5b39.d5d2