

Comparison of Moral Distress Experienced by Psychiatric Nurses in Japan and England: Measured by MDS-P

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-10-03 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/2297/37560

日本とイングランドの精神科看護師が体験している 倫理的悩みの比較

— MDS尺度精神科版を用いて —

Comparison of Moral Distress Experienced by Psychiatric Nurses in
Japan and England: Measured by MDS-P

大西 香代子¹⁾ 中原 純²⁾ 北岡 和代³⁾ 中野 正孝⁴⁾
Kayoko Ohnishi Jun Nakahara Kazuyo Kitaoka Masataka Nakano
大串 靖子⁵⁾ 田中 広美⁶⁾ 藤井 博英⁷⁾
Yasuko Ohgushi Hiromi Tanaka Hirohide Fujii

キーワード：倫理的悩み，精神科看護師，国際比較研究，質問紙調査

Key Words：moral distress, psychiatric nurses, cross-national study, questionnaire

I. はじめに

現代の看護実践が直面する倫理的課題は、患者の人権をいかに守るかということから派生していると言っても過言ではない(片田・山本, 1998)が、判断能力が十分ではないとされ、社会的弱者である精神科の患者に対しては、その人権を守るために他の領域とは異なった倫理的問題が存在する。たとえば、自殺や事故を防止するために、プライバシーを犠牲にしたり(磯部, 2011)、隔離・身体拘束などの行動制限を行ったりすることもある(小森, 2011)。いずれも、やむを得ないと自分を納得させ、法的にも認められているとわかっているにもかかわらず、看護師は後ろめたいような、申し訳ないような気持ち(磯部, 2011)を感じている。

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

これらの問題のなかには、どうすべきか答を見つけることが困難なものもあるが、一方で、看護師自身はどうした

らよいかわかっているにもかかわらず、現実的な制約でそれができないために悩んでいるものもある。たとえば、退院の困難さの背景には、受け皿となる社会資源の不足とともに、退院して地域で生活するために必要なスキルの獲得に向けたプログラムを十分に実施することができない、といった現実がある。プライバシー保護の問題でも、臨床の看護師は「もっと人手が多ければ、配慮しながら仕事ができるのに」と感じており(磯部, 2011)、プライバシーを守りつつ事故を防止することができない状況に置かれている。また、行動制限に対するジレンマでも「人数が少ないなかでは仕方ない」との思い(小森, 2011)があり、人手不足によってよいケアが提供できないと感じている。このように、看護師が倫理的価値や原則に基づいて正しい意思決定をしたが、組織の方針などの現実的な制約により実行できなくなったときの悩みは、Jameton (1984)によって“倫理的悩み”と名づけられている。

倫理的悩みは、看護師が経験する倫理的対立の一般的なものになってきていると言われている(Fry, 1994/1998)が、精神科看護師の倫理的悩みに関する研究は、まだきわめて少ない。Austin, Bergum, and Goldberg (2003)は、カナダで3人の看護者を対象にインタビューを行い、解釈学的現象学によって分析している。それによると、看護者は、叫び声をあげている患者のところに誰も行かなかった

1) 園田学園女子大学 Sonoda Women's University
2) 大阪大学大学院 Osaka University
3) 金沢医科大学 Kanazawa Medical University
4) 三重大学 Mie University
5) 元青森県立保健大学 Aomori University of Health and Welfare (retired)
6) 札幌市立大学 Sapporo City University
7) 日赤秋田看護大学 Japanese Red Cross Akita College of Nursing

り、患者の氏名と投与されている薬剤名以外、患者のことを理解していなかったりするなど、人手と時間の不足するなかで、患者が“もの”として扱われている状況に悩んでいることが明らかにされた。

大西・浅井・赤林(2003)は、精神科看護師を対象として、どのような倫理的悩みを抱えているか調査を行っているが、それによると最も悩んでいる看護師の多かった問題は、病状が落ち着いて日常生活に支障のない患者が退院できないという「社会的入院」の問題であった。事故防止のために患者の自由を必要以上に制限している、あるいは、患者に直接ケアする時間が足りない、など人手不足からくると思われる問題も上位にあがっていた。2007年から2008年に行われた調査(Ohnishi et al., 2010)でも、やはり最も強く悩んでいる問題は「安全とは思えないレベルの職員配置」で、ついで長期の社会的入院があげられている。

この背景として、まず病棟における人員配置の少なさがあげられる。医師や看護師の配置基準が、一般病床より少なくてもよいとするいわゆる「精神科特例」は廃止されたものの、当分の間従来の基準を維持してよりと規定されており(江口・末安・小宮, 2009)、依然として差別は残っている。実際に、平成21年医療施設(動態)調査・病院報告による100床あたりの従事者数は、一般病院では、医師13.6人、看護師45.6人であるのに対し、精神科病院では医師3.4人、看護師18.6人と少ないことがわかる(厚生労働省, 2009)。

もう一つの背景として、日本における在院日数が突出して長いという問題がある。先進諸国における退院患者の平均在院日数は比較的長いイギリスでも57.9日で、欧米諸国の平均は18.1日であるのに、日本では298.4日となっており(武井, 2009a)、日本では2005年の患者調査で、入院患者のうち入院期間が1年未満のものは35%にすぎず、5年以上10年未満が13%、10年以上に及ぶものが23%にのぼっている(厚生労働省, 2005)。日本では精神科救急治療病棟でさえ、入院患者の4割以上が入院後3か月以内に退院することを条件としているが、これも世界的に見て日本の入院期間の長さを示していると言える。

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

それでは、わが国とは全く異なる国、すなわち、病棟において精神科看護師が多く配置されていて、脱施設化が進み地域生活支援が充実している国では、看護師の倫理的悩みは少ないのだろうか、という疑問がもたれる。看護師の抱える倫理的悩みを明らかにするためには、わが国の調査だけでなく、このような特徴をもつ国との比較が必要となってくる。

WHO(2005)のデータによると、イギリスの職員配置は、1医師あたりの病床数が5.3で、日本の30.2に比べ約6倍で、1看護師あたりの病床数は0.6で、日本の4.8と8倍の差がある。さらに、イギリスではヨーロッパ人権法(European Human Rights Act)によって、他科と同様の処遇をすることが求められており、ほぼすべての病室が個室であるうえ、アメニティに細かな配慮がなされている(大西, 2009)。そして、コミュニティ・メンタルヘルス・ケアのサービスも充実しており、患者の状態によって早期介入からACTのようなアウトリーチ、自宅では寝るだけというデイホスピタル、慢性期のデイケアなど、さまざまなケアを受けることができるようになっている(大西, 2010)。このように日本とイギリスでは、精神科医療を取り巻く状況に大きな相違がある。看護実践の場にある制約が大きければ、倫理的悩みも大きくなるものと予測され、両国での比較を行うことは、看護師の抱える倫理的悩みがどのようなものを明らかにするためにも役立つものと考えられる。

II. 研究目的

本研究では、精神科看護師の倫理的悩みを測定する尺度(MDS-P)を用いて、人員配置や地域における社会資源の点で大きく異なる日本とイングランドにおいて、精神科看護師の感じている倫理的悩みの程度や頻度を比較し、属性との関連を検討することを目的とする。

なお、本研究で用いる日本の看護師のデータは、以下に述べるMDS-P尺度開発の際に用いられたものであり、また、質問項目毎の分析もすでに公表されている(Ohnishi et al., 2011)。しかし、いずれの論文も英語で書かれたものであるため、日本語版のMDS-Pを紹介することも本稿の目的の一つである。

III. 研究方法

研究方法は、質問紙調査による横断的研究で、調査は日本では2007年11月から2008年1月、イングランドでは2008年10月から2009年2月に実施された。

1. 対象者

便宜的に選択された精神科病院および総合病院の精神科病棟に勤務する看護師および准看護師全員である。日本では、3県の6精神科病院および総合病院精神科病棟（うち国公立病院2、医療法人立4で、いずれも精神科救急などではない一般的な精神科病院・病棟である）に勤務する391人、英国ではイングランドの1地区にある3精神科病院に勤務する460人である。

2. 質問紙の内容

質問紙は以下の3要素からなる。

a. 倫理的悩み尺度精神科版 (MDS-P)

倫理的悩みを測定する尺度はCorley, Elswick, Gorman, and Clor (2001)が開発、その後改訂され妥当性・信頼性の確保された倫理的悩み尺度 (Moral Distress Scale; MDS)が開発されている (Corley, Minick, Elswick, and Jacobs, 2005)。これは「個々人の責任」「患者の最善利益との相反」「欺瞞」の3因子からなる38項目の尺度で、程度と頻度の両面を7段階尺度で測定するものである。当初はクリティカルケア領域の看護師を対象として開発されたが、一般の看護師や手術場、がん看護領域の看護師を対象とした研究 (Pauly, Vercoe, Storch and Newton, 2009; Raine, 2000; Rice, Rady, Hamrick, Verheijde and Pendergast, 2008; Zuzelo, 2007)にも用いられている。

Ohnishi, et al (2010)はこのMDS項目のうち精神科にも共通する項目に、文献から新たな項目も加えた43項目で調査を実施し、MDS尺度精神科版 (MDS-P)を開発した。このMDS-Pは妥当性、信頼性が検証されており、「同僚の非倫理的行為」6項目、「少ない職員配置」5項目、「権利侵害の黙認」4項目の3因子、計15項目からなっている。各因子のCronbach α 係数はそれぞれ .85, .82, .79で、MDS-P全体では .90であった。回答は程度と頻度の両面で、「非常に悩んでいる (6)」から「全く悩んでいない (0)」の7段階尺度で行うようになっており、点数が高いほど、倫理的悩みも大きいことを示している。総得点および下位尺度ごとの合計点で表す。

b. 属性

属性として、性別、年齢、資格、看護経験年数、精神科経験年数に関する質問項目を設けた。

c. バーンアウト尺度 (MBI-GS)

ただし、本稿ではバーンアウトとの関連は目的としていないため、詳細は割愛する。

3. データ収集方法

対象となる精神科病院および総合病院精神科病棟の看護部長に研究概要を説明し、同意を得た後、対象者への質問

紙配布を依頼した。対象者には、質問紙とともに研究概要等を記載した依頼文書、回収用封筒が配布された。研究協力に応じる場合は、質問紙に回答記入したのち、回収用封筒に入れ密封することが求められた。研究者側の都合により、日本ではそれを各病棟に設置した回収箱に入れてもらい、イングランドでは直接郵送してもらった。

4. データ分析方法

倫理的悩みにおける両国の差異を見るために、MDS-P総得点および下位尺度得点について、一元配置分散分析を行った。さらに、性別および年齢が倫理的悩みに及ぼす影響の日英での違いを検討するために、多変量重回帰分析を用いて、日英双方のデータをそれぞれ分析した。なお、欠損値は完全情報最尤推定法 (FIML; Full Information Maximum Likelihood method)により処理した。

なお、対象となる精神科病院の人員配置の状況を知るために、医師および看護師1名あたりの病床数、ならびに1病棟あたりの病床数を、対象となる精神科病院の看護管理者 (看護部長等)に質問紙または口頭で回答してもらった。これらの数値は中央値で示し、マン・ホイットニーのU検定で両国の比較を行った。有意水準は5%とし、統計処理にはSPSS17.0 for Windowsを用いた。

5. 倫理的配慮

調査の実施にあたっては、研究協力が任意であり、拒否による不利益がないこと、匿名で行われること、目的外に使用されないこととし、その旨を研究概要とともに対象者に文書で伝え、同意したもののみ回答するように求めた。なお、本研究は、三重大学医学部倫理審査委員会 (受付番号852) および英国 National Research Ethics Service の Harrow Research Ethics Committee から承認 (# 08/H0719/53) を得て行った。

IV. 結果

調査対象となるすべての精神科病院の看護管理者から、人員配置についての回答を得た。日本とイングランドでその結果を比較したところ、医師1人あたりの病床数、看護師1人あたりの病床数、1病棟の病床数のいずれにおいても、日本はイングランドに比べて有意に多く、日本のほうが少ない人員配置であることがわかった (表1)。

質問紙を配布した調査対象の看護師のうち、回答があったのは日本では289人 (回収率73.9%)、英国では36人 (同7.8%)であった。対象者の属性を表2に示す。日本では約30%が准看護師であった。また、日本では女性が70%以上を占めるが、イングランドでは男女がほぼ同数となって

表1 対象者の属する病院の人員配置の特性

特 性	日本 (n = 6)			イングランド (n = 3)		
	最小値	中央値	最大値	最小値	中央値	最大値
1 医師あたりの病床数	3.3	33.3	48.0	2.3	2.4	6.0
1 看護師あたりの病床数	2.5	2.9	3.8	1.3	1.3	1.4
1 病棟あたりの病床数 (2 ~ 3 人の夜勤者が担 当する患者数)	33.0	52.9	72.5	14.5	14.9	15.8

表2 対象者の属性

	日本 (n = 264)		イングランド (n = 36)	
	人数 (%)	年 m ± SD	人数 (%)	年 m ± SD
性				
女	193 (73.1)		17 (47.2)	
男	68 (25.8)		17 (47.2)	
不明	3 (1.1)		2 (5.6)	
資格				
看護師	181 (68.6)		35 (97.2)	
准看護師	80 (30.3)		0	
CNS	0		1 (2.8)	
不明	3 (1.1)			
年齢		39.1 ± 11.5		40.9 ± 8.6
看護経験年数		15.3 ± 10.5		16.3 ± 9.0
精神科看護経験年数		10.1 ± 9.0		12.9 ± 8.7

[注] 年齢、看護経験年数、精神科看護経験年数とも、両国で有意差なし (t検定)
性 (男女比) は両国で有意差あり (<.001 χ^2 検定)

おり、有意な差がみられた ($p < .001$)。年齢、看護経験年数、精神科看護経験年数においては、両国間で有意な差はみられなかった。

MDS-P全項目の得点を表3に示す。倫理的悩みの程度について、MDS-Pの各下位尺度における平均得点は表4に示したとおりで、これを1項目の平均得点に換算すると「同僚の非倫理的行為」は日本で2.45、イングランドで2.83となり、「少ない職員配置」では日本3.52、イングランド2.92、「権利侵害の黙認」では日本2.75、イングランド2.58であった。全体での平均得点は日本で2.89、イングランドで2.61であり、日本における「少ない職員配置」を除いて、7段階尺度の中間(3:どちらでもない)より低かった。両国における倫理的悩みの程度を比較するために、各下位尺度の得点および総得点で検定を行った結果、いずれも有意差はみられなかった。

倫理的悩みの頻度について、MDS-Pの各下位尺度における平均得点は表5に示したとおりで、これを1項目の平均得点に換算すると「同僚の非倫理的行為」は日本で1.90、イングランドで1.07、「少ない職員配置」は日本3.26、イングランド2.34、「権利侵害の黙認」は日本2.55、イングランド1.60であった。全体での平均得点は日本で2.52、イングランドで1.63であったが、日本における「少ない職員配置」

表3 MDS-P得点

下位 尺度	項 目	程度 M ± SD		頻度 M ± SD	
		日 本	イ ン グ ラ ン ド	日 本	イ ン グ ラ ン ド
3	1. 病院経営陣が訴訟を恐れているので、患者のケアに関する家族の希望に、不本意ながら従う	2.43 ± 4.56	3.06 ± 2.06	2.11 ± 1.53	1.88 ± 1.63
3	2. 患者の希望より、家族の希望を重視した医師の指示に従う	2.79 ± 1.45	2.68 ± 1.92	2.74 ± 1.44	2.03 ± 1.58
3	3. 不必要と思われる検査や治療だが、指示に従って実施する	2.87 ± 1.67	2.18 ± 2.11	2.75 ± 1.71	1.69 ± 1.82
3	4. インフォームド・コンセントなしで検査や治療を行う医師を補助する	2.78 ± 1.70	2.33 ± 2.56	2.43 ± 1.63	1.21 ± 1.76
1	5. ケア提供者による患者虐待が疑われる状況に気づいても黙認する	2.24 ± 1.92	2.70 ± 2.65	1.60 ± 1.67	1.55 ± 1.20
1	6. 同僚の看護師が誤薬をしてそれを報告していないことがわかって、行動を起こさない	2.51 ± 1.92	2.61 ± 2.26	1.79 ± 1.58	1.21 ± 1.56
2	7. 「安全が保てない」と思うような少ない数の看護師で仕事をする	4.07 ± 1.78	3.97 ± 1.87	3.82 ± 1.83	3.45 ± 2.13
1	8. 患者がこれ以上は支払いができないので、治療を打ち切るという指示や施設の方針に従う	2.09 ± 1.86	1.94 ± 2.47	1.47 ± 1.54	0.75 ± 1.61
1	9. 医療者が患者を馬鹿にするなど、患者の尊厳を尊重しないときに何もせず黙認する	2.87 ± 1.79	2.59 ± 2.39	2.18 ± 1.59	1.65 ± 2.03
1	10. 患者が知りたがっているのに、真実を話さないようにという医師の指示に従う	2.45 ± 1.77	2.41 ± 2.44	2.00 ± 1.62	1.28 ± 1.65
2	11. 病状が落ち着いていて日常生活に支障のない患者が入院し続けているのに、何もできない	3.82 ± 1.83	2.48 ± 2.33	3.62 ± 1.86	1.97 ± 1.99
2	12. 人員配置が不足しているため、不適切なケアになる(たとえば、徘徊する患者を抑制する、失禁する患者にオムツを当てるなど)	3.57 ± 1.91	2.09 ± 2.31	3.32 ± 2.04	1.24 ± 1.60
1	13. 服薬を拒否している患者に、薬を食べ物・飲み物に混ぜて、わからないようにして服用させる	2.50 ± 1.96	1.94 ± 2.60	2.16 ± 1.93	0.94 ± 1.98
2	14. トラブルを起こさない患者には、声をかける時間がもてない	2.95 ± 1.95	2.88 ± 2.36	2.60 ± 1.93	2.24 ± 2.21
2	15. 機械の両車のように扱われ、看護師がすぐに辞めてしまう職場で働かざるを得ない	3.04 ± 1.96	3.67 ± 2.20	2.71 ± 1.95	2.97 ± 2.32

下位尺度1: 同僚の非倫理的行為
2: 少ない職員配置
3: 権利侵害の黙認

表4 MDS-P程度得点 (M±SD)

	同僚の 非倫理的行為	少ない 職員配置	権利侵害の 黙認	総得点
日本	14.7±8.5	17.6±7.2	11.0±4.8	43.3±17.3
イングランド	14.3±12.5	14.6±9.3	10.3±6.5	39.2±26.8

いずれも有意差なし

表5 MDS-P頻度得点 (M±SD)

	同僚の 非倫理的行為	少ない 職員配置	権利侵害の 黙認	総得点
日本	11.4±7.0*	16.3±7.2**	10.2±4.7***	37.8±15.7**
イングランド	6.4±7.7	11.7±7.5	6.4±3.8	24.5±15.8

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

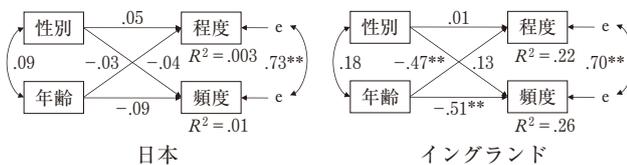


図1 性別および年齢が倫理的悩みに及ぼす影響の日英比較

だけは7段階尺度の中間を超えていた。倫理的悩みの頻度を両国で比較すると、各下位尺度得点、総得点ともに有意な差があり、日本の看護師のほうが高い頻度を回答していた(表5)。

倫理的悩みと属性との関連については、日本では性別や年齢は倫理的悩みと関連しなかったのに対して、英国では年齢が倫理的悩みの程度 ($\beta = -.47, p < .01$) および頻度 ($\beta = -.51, p < .01$) に対して、それぞれ有意な関連を示した。さらに、年齢と倫理的悩みの関連について、日英両国での回帰係数の差を検討したところ、いずれも5%水準で有意であった(図1)。以上の分析から、日本においては、性別や年齢は倫理的悩みと関連しないが、イングランドでは年齢が高いほど倫理的悩みの程度や頻度が低いことが示された。

V. 考 察

本研究では、日本国内での調査に比べ、イングランドではその対象者数および回収率とも著しく低かった。回収方法は両国で異なるが、回収が対象者に与える負担としては大きく異なるものではなく、それによる差異とは考えにくく、国民性の違いが反映されている可能性も考えられる。いずれにせよ、本研究の対象者が、母集団であるイングランドの精神科看護師を代表しているとは言えず、日本の対象者数との違いが大きすぎるために、両者を比較することには慎重であるべきだろう。しかし、イングランドで調査を行うことは、とりわけ外国の研究者にとって倫理審査の

ハードルも極めて高いために難しく、本研究結果は貴重なものと考えられる。

日本とイングランドでは、前述のように職員配置や地域移行などに大きな相違がある。本研究の対象となる精神科病院でも、医師・看護師1人あたりの病床数がイングランドより日本のほうが多く、少数の看護師が勤務する夜勤帯の業務量にかかわってくる1病棟あたりの病床数でも大きな差があった。これらは患者にとってよいケアを行う、患者の権利や尊厳を守るといった看護師の倫理に直接かかわってくることである。今回の結果は、このような相違があるにもかかわらず、日本とイングランドの看護師の倫理悩みは、程度において差があるとは言えなかった。その理由として、入院患者の質の違い、すなわち日本では慢性期の患者が多いのに対し、イングランドでは急性期の患者がそのほとんどを占めていることによるのかもしれない。しかしながら、患者の質が異なると、時期に応じてケアの内容は変わるが、人手が必要であることには変わりはないはずである。

また、倫理的悩みの程度は、単にある状況が倫理的悩みを生じさせるのではなく、看護者の信条と状況との間にコンフリクトがあるときに生じると言われている(Wilkinson, 1987/1988)。つまり、客観的にどのような倫理的問題が存在するかではなく、倫理的問題に対して、看護師がどのように感じているかによって決まる。そう考えると、日本とイングランドで状況は異なっている、現状に満足せずよりよいケアを追及しようとするれば人手はいくらあっても足りないと感じられる、ということを示していると考えられる。

両国の比較では、倫理的悩みの頻度においては有意な差があり、日本の精神科看護師のほうが、イングランドに比べ、より頻繁に倫理的悩みを体験していた。倫理的悩みの程度ではイングランドと有意な差はなかったことを考慮に入れると、日本の看護師は体験する倫理的悩みの回数の多さの割に倫理的悩みの程度は高くなっていないと言える。この理由として、看護師の感じ方における両国の文化的な差があることも十分考えられるが、倫理的問題というのは何度も体験していると慣れてしまい、悩みの程度はあまり大きくならないのかもしれない。また、倫理的悩みはバーンアウトと関連し(Ohnishi et al., 2010)、離職につながると言われており(Corley et al., 2001)、何度も倫理的悩みを体験し強く悩んだ看護師はすでに離職してしまっていて、あまり強く悩まない看護師だけが働き続けているということも考えられる。

また、もう一つの相違は、年齢や経験年数の倫理的悩みへの影響であった。日本ではその影響がみられなかったにもかかわらず、イングランドでは年齢や経験年数が高くなると倫理的悩みの程度も頻度も低くなることがわかった。

倫理的悩みと経験の関係について、精神科看護師を対象とした文献は存在しなかったが、大都市のスタッフナースを対象に行った面接調査 (Wilkinson, 1987/1988) では、倫理的悩みは経験年数が多くなると減少するとの結果が出ており、この理由として、経験が豊富になれば、倫理的悩みを引き起こすような状況にも上手に対応できるようになるからではないかとされている。

ただし、これは質的研究によるもので、統計的に導き出されたものではない。これと相反する結果が出ているものとして、Elpern, Covert and Kleinpell (2005) が米国ICUで働くスタッフナースを対象に行った質問紙調査では、経験年数とMDS得点とは有意な正の相関を示した。この理由として、経験年数が増えるほど、体験する倫理的悩みも蓄積していくからではないかと推測されている。本研究では、日本とイングランドで年齢や経験年数の影響の仕方が異なることを示しており、単に年齢や経験というだけでなく、文化的背景や医療界のなかで看護師の置かれている立場なども考慮に入れる必要があることを示していると言える。

本研究の限界として、イングランドにおけるデータの問数だけでなく、日本でも対象者の属する病院はランダムに選定されたものではなく、日本の精神科看護師を代表しているとは言えないことがあげられる。今後、調査の対象者を拡大するとともに、倫理的な感性や離職の意思も含めた調査を行っていく必要がある。

要 旨

倫理的悩みは、倫理的に正しい意思決定をしたが現実的な制約により実行できないときに生じる。本研究は、倫理的悩み尺度精神科版を用いて、人員配置や社会資源が異なる日本とイングランドの精神科看護師の倫理的悩みの程度と頻度を比較し、属性との関連を検討することを目的とする。

有効回答は日本289人、イングランド36人であった。両国の倫理的悩みの程度は、「同僚の非倫理的行為」「少ない職員配置」「権利侵害の黙認」のいずれの下位尺度においても有意差はなかった。一方、倫理的悩みの頻度では、いずれの下位尺度においても両国間で有意な差があり、日本の看護師のほうがより頻繁に倫理的悩みを体験していた。さらに、日本では年齢や経験年数は倫理的悩みに影響していなかったが、イングランドでは年齢や経験年数が高くなると倫理的悩みの程度も頻度も低くなっていた。

Abstract

Moral distress is caused by a situation where one knows the right course of action, but is unable to pursue it due to institutional constraints.

The Moral Distress Scale for Psychiatric nurses (MSD-P) was used to compare the intensity and frequency of moral distress in psychiatric nurses in Japan and England, where nurse staffing levels and resources for mental health are different. It was also used to examine the relationship between moral distress and demographics. The participants were 269 nurses in Japan and 36 in England.

In comparing the intensity scores of the following subscales; unethical conduct by caregivers, low staffing, and acquiescence to patients' rights violations, there was no statistical difference between Japan and England. In the frequency scores of the subscales, however, the psychiatric nurses in Japan rated statistically higher than those in England. In Japan, neither age nor nursing experience affected the level of moral distress. In England, however, the level of moral distress lessened both in frequency and intensity with increasing age and length of nursing experience.

VI. 結 論

本研究では、日本とイングランドにおける精神科看護師の倫理的悩みについて検討し、日本の精神科看護師のほうが倫理的悩みをより頻繁に体験しているにもかかわらず、倫理的悩みの程度には差があるとは言えなかった。また、年齢や経験年数の多さが倫理的悩みに及ぼす影響にも、日本とイングランドで差があった。

これらの結果から、倫理的悩みに及ぼす要因として、実態だけでなく、価値観など看護師側の要因が影響していると考えられる。看護の場に倫理的な問題があったとき、それに気づかなければ倫理的悩みにつながらない。しかし、その状況を改善するには、まずその問題に気づくことが必要であり、そう考えることで倫理的悩みを感じ、バーンアウトや離職に至ることなく努力していくことこそ、ケアの質を上げることにつながると言える。

謝 辞

本研究のイングランドでの調査は、City University LondonのLen Bowers教授、Duncan Stewart研究員、Marie van der Merwe助教の協力がなければ行えなかった。ここに感謝の意を表す。また、本研究は科学研究費補助金(基盤研究C)を得て行ったものである。

文 献

- Austin, W., Bergum, V., and Goldberg, L. (2003). Unable to answer the call of our patients: mental health nurses' experience of moral distress. *Nursing Inquiry*, 10(3), 177-183.
- Corley, M.C., Elswick, R.K., Gorman, M., and Clor, T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2), 250-256.
- Corley, M.C., Minick, P., Elswick, R.K. and Jacobs, M. (2005). Nurse Moral Distress and Ethical Work Environment. *Nursing Ethics*, 12(4), 381-390.
- 江口重幸, 末安民生, 小宮敬子 (2009). 第6章 社会のなかの精神障害. 武井麻子ほか (編): 精神看護学 [1] — 精神看護の基礎 (第3版). 253, 東京: 医学書院.
- Elpern, E.H., Covert, B., and Kleinpell, R. (2005). Moral Distress of Staff Nurses in a Medical Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*, 14(6), 523-530.
- Fry, S.T. (1994) / 片田範子, 山本あい子訳 (1998). 看護実践の倫理 — 倫理的意思決定のためのガイド. 206, 東京: 日本看護協会出版会.
- 磯部美子 (2011). 臨床で出会う倫理的ジレンマ — どう整理し納得していくのか3: どうすればプライバシーは守られるのか — ベッドのまわりにカーテンのない病室. *精神科看護*, 38(2), 12-14.
- Jameton, A. (1984): *Nursing Practice -the ethical issues*. 6, New Jersey: Prentice-Hall.
- 片田範子, 山本あい子 (1998): 訳者序文. フライ, ST: 看護実践の倫理 — 倫理的意思決定のためのガイド. vii, 東京: 日本看護協会出版会.
- 小宮敬子, 藤井達也, 仲野 栄, 中井有里, 矢田朱美 (2009). 第10章 地域における精神看護. 武井麻子ほか (編): 精神看護学 [2] — 精神看護の展開 (第3版). 251, 東京: 医学書院.
- 小森 晃 (2011). 倫理的感性が行動制限最小化にもたらすもの. *精神科看護*, 38(2), 15-20.
- 厚生労働省 (2005). これまでの議論の整理と今後の検討の方向性 (論点整理). 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/09/dl/s0903-5b.pdf>
(2012年2月21日検索)
- 厚生労働省 (2009). 平成21年 (2009) 医療施設 (動態) 調査・病院報告の概況.
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/09/dl/05.pdf>
(2012年2月21日検索)
- 大西香代子, 浅井 篤, 赤林 朗 (2003). 精神科看護師の倫理的悩み — 実態調査を通して精神科看護の問題を探る. 弘前大学医学部保健学科紀要, 2, 1-8.
- 大西香代子 (2009). イーストロンドンの精神科ケア. *三重看護学誌*, 11, 65-69.
- 大西香代子 (2010). イーストロンドンのコミュニティ・メンタルヘルス・ケア. *三重看護学誌*, 12, 81-8.
- Ohnishi, K., Ohgushi, Y., Nakano, M., Fujii, H., Tanaka, H., Kitaoka, K., Nakahara, J., and Narita, Y. (2010). Moral Distress Experienced by Psychiatric Nurses in Japan. *Nursing Ethics*, 17(6), 721-740.
- Ohnishi, K., Kitaoka, K., Bowers, L., Stewart, D., Van Der Merwe, M., Nakano, M., Ohgushi, Y., Tanaka, H., and Fujii, H. (2011). Comparison of Moral Distress and Burnout Experienced by Mental Health Nurses in Japan and England: a cross-sectional questionnaire survey. *日本健康医学会雑誌*, 20(2), 73-86.
- Pauly, B., Vercoe, C., Storch, J. and Newton, L. (2009). Registered Nurses' Perceptions of Moral Distress and Ethical Climate. *Nursing Ethics*, 16(5), 561-573.
- Raines, M.L. (2000). Ethical decision making in nurses: Relationships among moral reasoning, coping style, and ethics stress. *JONAS Healthc Law Ethics Regul*, 2(1), 29-41.
- Rice, E.M., Rady, M.Y., Hamrick, A., Verheijde, J.L. and Pendergast, D.K. (2008). Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *J Nurs Manag*, 16(3), 360-373.
- 精神科看護編集部 (2009): 訪問看護これからの課題 — 特集にあたって. *精神科看護*, 36(2), 5.
- 武井麻子 (2009a). 序章 この本で伝えたいこと. 武井麻子ほか (編): 精神看護学 [1] — 精神看護の基礎 (第3版). 6, 東京: 医学書院.
- 武井麻子 (2009b). 序章 この本で伝えたいこと. 武井麻子ほか (編): 精神看護学 [1] — 精神看護の基礎 (第3版). 5, 東京: 医学書院.
- 田中美恵子, 濱田由紀, 嵐 弘美, 小山達也, 柳 修平 (2010). 精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度と悩む程度, および倫理的問題に直面したときの対処行動. *東京女子医科大学看護学会誌*, 5(1), 1-9.
- Wilkinson, J.M. (1987/1988). Moral Distress in Nursing Practice: Experience and Effect. *Nursing Forum*, 23(1), 16-29.
- WHO (2005). *Mental Health Atlas 2005*.
http://www.who.int/mental_health/evidence/mhatlas05/en/
(2010年10月20日検索)
- Zuzelo, P.R. (2007). Exploring the moral distress of registered nurses. *Nursing Ethics*, 14(3), 344-359.

〔平成23年10月18日受付〕
〔平成24年5月22日採用決定〕