

【資料】

## 精神科看護師が捉えた倫理的問題に関する文献レビュー

### Literature Review on Ethical Issues as Perceived by Psychiatric Nurses

元谷かおり<sup>1)</sup>, 真継 和子<sup>2)</sup>

Kaori Mototani<sup>1)</sup>, Kazuko Matsugi<sup>2)</sup>

キーワード：精神科看護師，倫理的問題，文献レビュー

Key Words : psychiatric nurse, ethical issues, literature review

#### I. はじめに

精神障害者への処遇には法制度が深く影響しており、1900年制定の精神病患者監護法では社会防衛の視点から精神障害者の隔離が重視された。この法制度を始まりとし、1950年には精神障害者の医療及び保護を目的とした精神衛生法が制定された。しかし、この法律も強制入院を中心とした治安維持的な要素が強く、中でも「措置入院」は、自傷他害のおそれがある精神障害者ということで、即時に精神病院に強制入院させられるという制度であった（藤野, 2005）。こうした規制はその後も続き、精神障害者に対する社会的偏見や差別につながった。1984年には看護職員の暴行により患者が死亡するという事件が発生した。この宇都宮事件後、日本の精神医療は国際的な批判を浴びることとなり、1987年の精神保健法制定では、社会復帰の促進と精神障害者等の福祉の増進が追加され、また患者の人権尊重が重視され任意入院制度が導入された（藤野, 2005）。1995年には精神保健及び精神障害者福祉に関する法律が制定され、その目的に「社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行い」という文言が加わった（厚生労働

省, 1995)。このような流れの中、2006年の国連総会では「障害者の権利に関する条約」が採択され、その後、日本では障害者虐待防止法や障害者差別解消法が制定された。しかし、精神科病院の虐待に対する通報の義務は明記されなかった。障害者虐待防止法公布後約10年以上経過するが、その間も看護師による精神障害者に対する虐待は続き、2022年12月「精神保健福祉法」において精神科病院に対する虐待通報義務が設けられることとなった。このように、長い年月を経て、社会の動きは精神障害者の人権を尊重することを重要視するように変化している。

国際看護師協会 (International Council of Nurses ; ICN) (1998) は、看護師と人権の所信声明のなかで、「看護師には、いつでもどこでも人々が健康である権利を守り、これを積極的に推進する義務がある。」と述べている。日本看護協会は2021年に「看護職の倫理綱領」を改訂し、その前文には、「看護の実践にあたっては、人々の生きる権利、尊厳を保持される権利、敬意のこもった看護を受ける権利、平等な看護を受ける権利などの人権を尊重することが求められる」と明記されている。つまり、

1) 訪問看護ステーション聲, 2) 大阪医科薬科大学看護学部

人々の権利を守るために倫理的に行動することは看護師の責務である。しかしながら、精神科看護においては、精神障害をもつ人々への社会の偏見、疾患や治療の特徴などから、患者の訴えの軽視や患者の存在を軽んじた関わり（北山，2018）、病棟環境や隔離・拘束（Hamada 他，2020）など、さまざまな倫理的課題が存在している。また、精神科看護師は、倫理の自覚に乏しい職場風土や価値観の相違など職場環境によるジレンマを感じているとの報告もある（道上他，2018）。昨今、地域包括ケアの推進が叫ばれるなか、精神障害者のケアも病院収容型から地域ケア中心型へと転換の兆しが見え、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築が目指されている（厚生労働省，2020a）。しかし石川他（2013）は、精神障害者の退院支援に関して、病院の閉鎖的な空間のなかでかつての収容主義やその名残り、職種間のヒエラルキーなど、日本の精神医療現場に残存する特有の風土や文化が色濃く影響すると述べており、退院という患者がもつ当然の権利が侵害される可能性があることを示唆している。このように、精神障害者を取り巻く状況には多くの倫理的な課題が残されているといえる。

精神科医療看護における倫理については、荻野（2012）が2001年から10年間の国内外の文献を対象に精神科医療看護における倫理の動向と課題を提示しているが、全て海外文献であった。その後、精神障害者に対する人権侵害や組織文化における看護師の倫理的問題を俯瞰した研究はなされていない。

前述のとおり、長い歴史のなかで精神障害者の人権侵害が国全体としてなされていたことは否定できない。近年、精神障害者の人権保障、自立を尊重する政策へと転換が図られており、精神科看護師は、患者の権利を最大限に尊重し、質の高い看護を実践することが求められている。そこで本研究では、精神科看護師が捉えた倫理的問題に関する先行研究を概観し、精神科看護師が実践のなかで経験した倫理的問題の具体的内容と倫理的問題を体験する看護師の特性や背景について整理したので報告する。

## II. 研究方法

### 1. 文献検索方法および対象文献の選定

医学中央雑誌Web版にて、キーワードを「精神科or精神」「看護」「倫理的問題」として検索し、概観した結果、精神科看護の倫理的問題に関する研究が2010年頃より増加傾向にあった。また、2011年に障害者虐待防止法が制定され、精神障害者に関わる看護師の倫理観に影響を与えた可能性が考えられることから、対象文献は、2010年1月から2022年6月までに発表された文献とした。医学中央雑誌Web版にて、キーワードを「精神科or精神」「看護」と「倫理的問題」とし、原著論文に限定し検索した結果、35件が抽出された。題名、アブストラクトにて、看護実践についての記載がないもの13件、精神科看護師が対象ではないもの10件を除く、12件を抽出した。次に、論文を読み研究テーマに沿った内容についての記載がある7件を抽出、ハンドサーチ3件を加え、10件を対象文献とした。海外文献に関して、CINAHL Plus, MEDLINE, PubMedにて、キーワード「psychiatric」「nurse」と「ethical issues」とし、132件を抽出した。しかし、日本と海外においては法制度が異なるため、精神障害者への医療や保護制度、支援方法などが異なる点から、日本をフィールドとした研究がなされているもので、研究テーマに沿ったもの1件を抽出し、最終的に11件を分析対象とした。

### 2. 用語の定義

倫理的問題とは、倫理的思考や倫理的意思決定を必要とする状況、あるいは道徳的価値の対立（サラT.フライ，2010）とする。

### 3. 分析方法

対象文献を整理するために、タイトル、著者、発行年、研究目的、研究方法、対象、倫理的問題を含むマトリックスシートを作成した。文献を熟読し、倫理的問題に関する記述部分を抽出し、内容の類似性・共通性に沿ってまとめた。

### 4. 倫理的配慮

著作権に則り実施した。文献に書かれている意味内容を損なわないように注意した。

### Ⅲ. 結果

#### 1. 分析対象文献の概要 (表1)

文献数を発行年ごとにみた結果、2010年1件、2011年1件、2012年1件、2014年3件、2018年3件、2020年1件、2021年1件であった。研究対象は、精神科病院の看護師7件、専門看護師1件、学会参加者1件、カンファレンス議事録2件であった。いずれも精神科病棟に関する内容であり、精神科訪問看護を対象とした研究はなかった。研究方法は、量的研究が5件、質的研究が5件、量的および質的アプローチの混合法1件であった。

倫理的問題の用語定義が明示されていた文献は4文献 (No. 1～4) であり、内容は「行為の規範に関する問い・葛藤・悩み」(No. 1)、「臨床上直面する問題の中で、何が正しくて、何をすべきかという行動の善悪を考慮すべき問題の事」(No. 2) であった。

研究内容は看護師が捉えた倫理的問題の内容について述べられているものが8件 (No. 1・3・4・5・7・8・9・11)、さらに、その倫理的問題の体験頻度に関連する因子について述べられているものが3件 (No. 1・6・10)、対処方法について述べられているものが1件 (No. 2) があった。

#### 2. 精神科看護師が捉えた倫理的問題 (表2)

倫理的問題は、看護実践に関する内容、組織・制度に関する内容の2つに大別された。以下、カテゴリを【】、サブカテゴリを〈〉、コードを〔〕で示す。

##### 1) 看護実践に関する内容

看護実践に関する内容は、56コード、15サブカテゴリからなる【不適切な隔離や抑制】【専門職としてのケアの不履行】【プライバシーの侵害】【家族への配慮不足】【人として患者を尊重することの欠如】【情報操作や情報共有不足】の6カテゴリであった。その多くは、病棟や医療者の都合を優先させたケアによる患者への不利益や、看護師の精神障害者に対する権利擁護がなされておらず、人としての基本的特性を尊重できていないことが示されていた。

【不適切な隔離や抑制】は15コード、3サブカテゴリで構成された。〔通信の自由が脅かされる〕こ

とや〔面会の自由が脅かされる〕こと、また〔看護師による私物管理 (私物を所持させない、小遣い管理、不必要な患者に対しても実施)〕や〔病棟ルールが守れない患者に自己管理を制限する〕という〈不当な行動制限〉(No. 1・4・8) がなされていた。さらに、〔拘束に対し抵抗感が少ない〕ことや〔安全管理を重視した隔離や拘束〕などという〈不当な隔離や抑制〉(No. 1・8) があった。そして、〔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、落ち着いた患者に対処しない〕という〈隔離や拘束を正当化するための理由づくり〉(No.1) などが報告されていた。

【専門職としてのケアの不履行】は11コード、3サブカテゴリで構成された。〔時間的制約による不完全なケア〕や〔患者への対応より業務を優先する〕など、〈医療者都合による不十分なケア〉(No. 7・8・9・11) が報告されていた。また〔感情をコントロールできないことによる不十分なケア〕や、〔スタッフの感情次第の患者対応〕など〈看護師の感情を優先したケア〉(No. 7・9) が報告されていた。さらに〔患者の健康を損なう可能性のある医療を提供すること〕という〈患者の安全性への認識不足〉(No. 9・11) があることも示された。

【プライバシーの侵害】は9コード、2サブカテゴリで構成された。〔閉鎖病棟の患者の入浴時において鍵をかけない〕ことや、〔羞恥心を伴う援助におけるプライバシーの侵害〕など〈羞恥心への配慮不足〉(No. 3・4・8・9) がみられた。また、〔個人情報を守れないなどプライバシーが保護できていない〕や〔SNSに流すなど職場情報の漏洩〕など〈安易な情報の取り扱い〉(No. 3・4・9) が示された。

【家族への配慮不足】は2コード、1サブカテゴリで構成されており、そこには〈家族への配慮不足〉(No. 9・11) があった。

【人として患者を尊重することの欠如】は16コード、4サブカテゴリで構成された。看護師は患者に対し、〔乱暴な言葉遣い〕や〔認知機能の低下した患者や精神機能に障害をきたした患者に対して患者を傷つけるような言葉使いや態度〕など、〈礼節を欠いた言動〉(No. 1・4・8・9) がなされていた。ま

表1 分析対象文献一覧表

文献番号	著者	タイトル	雑誌・発行年
1	田中美恵子他	精神科病棟で働く看護師が体験する倫理的問題と価値の対立	日本看護倫理学会誌, 2 (1), 6-14, 2010.
2	杉本賀奈他	精神科看護師が抱えている倫理的問題と解決方法の現状と課題	日本精神科看護学会誌, 54 (1), 122-123, 2011.
3	橋本敏子他	精神科病棟で倫理カンファレンスから導き出された倫理的諸問題	日本精神科看護学会誌, 55 (1), 210-211, 2012.
4	宇佐美しおり他	精神看護実践における倫理的課題と対処方法の実態	日本精神保健看護学会誌, 23 (1), 112-131, 2014.
5	Konishi R 他	精神看護における現在の倫理的問題と将来への挑戦 パイロットテストの結果から	熊本大学医学部保健学科紀要, 10, 37-45, 2014.
6	田中美恵子他	精神科看護師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, 2014.
7	道上勝春他	A病院精神科に勤務する看護師の倫理的行動と倫理的問題の実態	日本看護倫理学会誌, 10 (1), 45-51, 2018.
8	近藤美也子他	精神科看護師が認識する倫理的問題と倫理原則の視点を踏まえた倫理的問題解決のあり方	看護実践学雑誌, 31 (1), 24-34, 2018.
9	北山智規	A病院の精神科病棟に勤務する看護師が捉える倫理的問題の傾向	日本精神科看護学術集会誌, 61 (1), 480-481, 2018.
10	Hamada Y 他	日本の精神科看護師が経験した倫理的な問題とそれらに関連する因子	東京女子医科大学看護学会誌, 15 (1), 1-12, 2020.
11	Tsunematsu K 他	Ethical Issues Encountered by Forensic Psychiatric Nurses in Japan	Journal of forensic nursing, 17 (3), 163-172, 2021.

た看護師による「入院期間の長期化で患者のニーズが尊重されなくなる」ことや「患者の訴えの軽視」という〈患者のニーズの軽視〉(No. 4・5・9・11)が報告されていた。看護師と患者の関係性においては、「無意識の内に差別的な関わりをしている」ことや「支配的な対応をする」など〈差別的・支配的な関わり〉(No. 7・9)があることが示された。また、「認知力や理解力が低下していると決めつける」という〈看護師による決めつけ〉(No. 8)が示された。

【情報操作や情報共有不足】は3コード、2サブカテゴリで構成された。「患者に知らせることなく飲料に薬を混ぜて与薬する」や「薬を飲料物に混ぜる」など、〈説明をしないままでの与薬〉(No.1)がなされていた。また「アパートの解約や家族の病気などに関する不十分な情報提供」という〈不十分な情

報提供〉(No. 4)が挙げられていた。

## 2) 組織・制度に関する内容

組織体制や組織文化に関する内容は、24コード、8サブカテゴリからなる【不十分な説明下での治療】【医療者間のコミュニケーション不足】【患者より病院や医療者を守る気風】【社会的入院期間の延長】の4カテゴリであった。これらからは、多職種連携困難や医療者中心の考え方が倫理的問題であることが示された。

【不十分な説明下での治療】は4コード、1サブカテゴリで構成された。「治験への参加同意をとる時、主治医は患者への悪影響を懸念してか、患者に統合失調症の診断を伝えず曖昧にしていた」ことや、「患者が医師から薬や注射の説明を受けても理解しないままに治療を受けていること」など〈不十分な説明

表2 精神科病棟で勤務する看護師が捉えた倫理的問題

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
看護実践に関する内容	不適切な隔離や抑制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 通信の自由が脅かされる</li> <li>・ 面会の自由が脅かされる</li> <li>・ 食事時間の約束を守らないので食事を渡さない</li> <li>・ 看護師による私物管理（私物を所持させない、小遣い管理、不必要な患者に対しても実施）</li> <li>・ 病棟ルールが守れない患者に自己管理を制限する</li> <li>・ 病棟ルールを優先し自由を剥奪する</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 拘束に対し抵抗感が少ない</li> <li>・ 患者の看護師に対する暴力には対応しないが、患者の医師に対する暴力に関しては翌朝の回診で抑制になること</li> <li>・ 拘束が必要でない時と必要な時があり、なかなか外せない</li> <li>・ 説明すれば分かる患者に対して、誤飲防止のためにミトンで抑制すること</li> <li>・ 暴れる患者を抑える看護師の過剰な抑え方</li> <li>・ 安全管理を重視した隔離や拘束</li> <li>・ 男性看護師のみで女性患者の不穏状態を制止する</li> </ul>
	不適切な隔離や抑制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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、落ち着いた患者に対処しない</li> <li>・ 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考え方</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 時間的制約による不完全なケア</li> <li>・ 人員不足に伴う不完全なケア</li> <li>・ 患者の看護ケアを制限する人員配置</li> <li>・ 患者への対応より業務を優先する</li> <li>・ 失禁に対する援助の不備、口腔ケアの不足など、保清への援助の不足</li> <li>・ 業務優先の関わり</li> </ul>
	専門職としてのケアの不履行	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 感情をコントロールできないことによる不十分なケア</li> <li>・ スタッフの感情によるケア統一の困難感がある</li> <li>・ スタッフの感情次第の患者対応</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者の安全性への認識不足</li> <li>・ 患者の健康を損なう可能性のある医療を提供すること</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 異性患者へのトイレ介入</li> <li>・ 閉鎖病棟の患者の入浴時において鍵をかけない</li> <li>・ オムツ交換時の配慮の欠如</li> <li>・ 羞恥心を伴う援助におけるプライバシーの侵害</li> <li>・ 患者の羞恥心への無配慮</li> </ul>
	プライバシーの侵害	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 個人情報を守れないなどプライバシーが保護できていない</li> <li>・ SNSに流すなど職場情報の漏洩</li> <li>・ 患者の情報を大声で話す</li> <li>・ 個人情報漏洩への意識の希薄さ</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族への心情への配慮不足</li> <li>・ 家族の自律性を無視する</li> </ul>
	家族への配慮不足	家族への配慮不足

下での治療〉(No. 1・4・8・11)が挙げられた。

【医療者間のコミュニケーション不足】は8コード、2サブカテゴリで構成された。[チームで共有できていないと感じる隔離治療に対する疑問]や[職種による倫理観の違い][倫理的問題を共有する機会の確保困難]という〈医療者間のコミュニケーション不足〉(No. 3・4・5・7)が報告されていた。また、[診

断の権限をもつ医師に対し、困りごとを対等に話せない]ことや、[看護師と医師(または他の専門家)の関係における対立]という〈医師・看護師の関係性〉(No. 1・11)が示された。

【患者より病院や医療者を守る気風】は4コード、2サブカテゴリで構成された。[問題意識が低い職場風土]や[ミス認めない、患者への方便の多用

表2 精神科病棟で勤務する看護師が捉えた倫理的問題 (つづき)

カテゴリ	サブカテゴリ	コード		
看護実践に関する内容	人として患者を尊重することの欠如	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 乱暴な言葉遣い</li> <li>・ 患者への馴れ馴れしい態度</li> <li>・ 土足で保護室に入るなど患者への礼儀がない</li> <li>・ 認知機能の低下した患者や精神機能に障害をきたした患者に対して患者を傷つけるような言葉使いや態度</li> <li>・ 礼節を欠く関わり</li> <li>・ ちゃんづけ、なれなれしい言葉遣い、乱暴な言葉遣い、脅し、命令口調などの言葉遣い</li> <li>・ 土足での入浴介助</li> <li>・ 患者の私物を不潔としたような扱い</li> </ul>		
		患者のニーズの軽視	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者の意思の代弁（家族に患者の意思を伝える）ができない</li> <li>・ 入院期間の長期化で患者のニーズが尊重されなくなる</li> <li>・ 患者の訴えの軽視</li> <li>・ 患者の心情への配慮不足</li> <li>・ 患者の自律性を無視する</li> </ul>	
		差別的・支配的な関わり	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 無意識の内に差別的な関わりをしている</li> <li>・ 支配的な対応をする</li> </ul>	
	情報操作や情報共有不足	看護師による決めつけ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知力や理解力が低下していると決めつける</li> </ul>	
		説明をしないままでの与薬	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者に知らせることなく飲料に薬を混ぜて与薬する</li> <li>・ 薬を飲食物に混ぜる</li> </ul>	
		不十分な情報提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ アパートの解約や家族の病気などに関する不十分な情報提供</li> </ul>	
	組織・制度に関する内容	不十分な説明下での治療	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 治療への参加同意の際、主治医は患者への悪影響を懸念してか、患者に診断名を伝えず曖昧にしていた</li> <li>・ 終末期患者の場合、かわいそうや状態悪化への懸念から、予後の告知が行われない</li> <li>・ 患者が医師から薬や注射の説明を受けても理解しないままに治療を受けていること</li> <li>・ 患者の同意を得ずに治療する</li> </ul>	
			医療者間のコミュニケーション不足	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ チームで共有出来ていないと感じる隔離治療に対する疑問</li> <li>・ 薬物療法における情報共有不足</li> <li>・ 職種による倫理観の違い</li> <li>・ 職種による患者の捉え方の違い</li> <li>・ 医師との合意形成に苦労する</li> <li>・ 倫理的問題を共有する機会の確保困難</li> </ul>
		患者より病院や医療者を守る気風	医師・看護師の関係性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 診断の権限をもつ医師に対し、困りごとを対等に話せない</li> <li>・ 看護師と医師（または他の専門家）の関係における対立</li> </ul>
			不適切なケアやインシデントの黙認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 問題意識が低い職場風土</li> <li>・ ミスを認めない、患者への方便の多用など、スタッフの不誠実な対応</li> </ul>
患者よりも病院利益を優先			<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者の意見希望より、病院の経済原則が優先される</li> <li>・ 空床管理・病床管理のため不必要な患者の閉鎖病棟入院など病院側の都合を押し付ける</li> </ul>	
社会的入院期間の延長		地域移行における社会的資源の未充足	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 施設の受け入れが難しい為、入所を希望している患者さんでも施設に入ることは難しく、状態が良くても退院できない。</li> <li>・ 患者の退院後の行き先が不明であること</li> <li>・ 精神科患者の地域生活促進に関する政策がほとんどない</li> <li>・ 社会資源を最適化する方法がほとんど確立されていない</li> </ul>	
		家族の希望を優先した入院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族の希望により、地域で生活する権利が脅かされる</li> <li>・ 退院に関して、患者の希望よりも家族の希望が優先されること</li> <li>・ 症状が安定し退院が可能な任意入院患者であっても、家族の受け入れがなく社会的入院をしている</li> </ul>	
		医師の決断不足による入院の長期化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師の決断不足による入院の長期化</li> </ul>	

など、スタッフの不誠実な対応]などの〈不適切なケアやインシデントの黙認〉(No. 2・7・9)という倫理的問題が示された。[患者の意見希望より、病院の経済原則が優先される]など〈患者よりも病院の利益を優先〉(No. 1・4)するという考え方も示された。

社会的入院に関する内容は、8コード、3サブカテゴリからなる【社会的入院期間の延長】の1カテゴリであった。地域では、[施設の受け入れが難しい為、入所を希望している患者さんでも施設に入ることは難しく、状態が良くても退院できない]など〈地域移行における社会的資源の未充足〉(No. 5・11)があることが示されていた。[家族の希望により、地域で生活する権利が脅かされる]ことや、[退院に関して、患者の希望よりも家族の希望が優先されること]による〈家族の希望を優先した入院〉(No. 1・5・8)、さらに病院では〈医師の決断不足による入院の長期化〉(No. 4)が報告されていた。

### 3. 倫理的問題を体験する精神科看護師の特性や背景 (表3)

分析対象とした11件のうち3文献 (No. 1・6・10) には、倫理的問題に関連する因子として精神科看護師の特性や背景について報告されており、性別、年齢、臨床経験年数 (看護師歴、精神科歴) 看護師免許種別、役職、最終学歴、倫理教育や研修、設置主体や経営形態、経営体制、病棟種別 (No. 1・6・10) が挙げられていた。

田中他 (2010) は、看護師16名を3～5名のグループに分けフォーカスグループ・インタビューを実施し、対象看護師が体験している倫理的問題状況の背景にある因子を抽出していた (No.1)。また田中他 (2014) は、准看護師を含む看護師996名を対象に倫理的問題を体験する頻度とともに基本属性や勤務施設や病棟の特徴との関連を明らかにしていた (No. 6)。また、Hamada 他 (2020) も同様に、准看護師を含む1,515名の看護者を対象に同様の調査を行っていた (No. 10)。その結果、基本属性においては、年齢が30歳以下である方が倫理的問題を体験する頻度が高い (No. 6・10) ことや、精神科臨床経験年数では「0年から10年」の者が倫理的問題

問題を体験する頻度が高い (No. 6・10) という結果が示された。性別についてHamada 他 (2020) は、女性看護師は男性看護師より倫理的問題を経験しやすいと報告していた (No. 10)。一方、田中他 (2014) の報告では、性別は影響していなかった (No. 6)。また、看護師の方が准看護師より倫理的問題を体験する頻度が高く (No. 6・10)、スタッフは管理職よりも体験する頻度が高い (No. 10) ことが示された。倫理に関する受講の有無では、継続教育プログラムに倫理的要素が含まれていると倫理的問題を体験する頻度が高くなることが示されていた (No. 6・10)。

組織については、精神科救急医療施設指定を受けていると倫理的問題を体験する頻度が高くなり (No. 6)、慢性期病棟の方が急性期病棟より倫理的問題を体験する頻度が高い (No. 10) という結果が示された。また、職場の人間関係は倫理的な教育プログラムに影響を受けない (No. 10) と述べられていた。

### 4. 倫理的問題の対処方法

「第三者に相談する」「関係者と話し合う」「文献を読む」「1人で悩む」「深く考えないようにする」「そのままにする」(No. 2) であった。

## IV. 考察

### 1. 精神科病棟における倫理的問題の特徴

本研究結果では、【不適切な隔離や抑制】【専門職としてのケアの不履行】【プライバシーの侵害】【家族への配慮不足】【人として患者を尊重することの欠如】【情報操作や情報共有不足】など、看護師の日々の看護実践に関する内容が多く報告されていた。こうした倫理的問題は、2010年から2022年にかけて継続的に報告されていた。これら倫理的問題が生じる背景には、精神疾患の特徴が影響していると考えられる。

精神障害者の特徴として、多動や不穏が顕著であったり、幻覚や妄想などによる自傷他害の危険性があったりするなどの場合、法的にも隔離や拘束が認められている。精神科医療における隔離・身体拘束実態調査 (長谷川, 2016) によると、隔離や身体拘束をされている患者数は増加しており、隔離の

表3 倫理的問題の体験頻度に関連する因子

基本属性	年齢	
	性別	
倫理に関する 受講の有無	臨床経験年数, 看護師歴, 精神科歴	
	看護師免許種別 (看護師, 准看護師)	
	職位, 立場, 役職	
	最終学歴	
倫理的問題に影響を与える 要因	設置主体	経営母体
	経営形態	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かどうか 病床数 (「301-400床」は有意に高い) 措置入院の受け入れ 夜間や休日入院の受け入れ
	組織	経営体制
		人手不足, 病棟の看護師が不足している, 人員削減, 医師不足 入院料
		病棟種別
		閉鎖病棟か開放病棟, 完全閉鎖病棟 急性期病棟, 病棟種別 (急性期, 慢性期, 回復期, アルコール, 合併症)
		組織風土
		同僚関係, 良いスタッフ, 同僚の性格, 職場の文化, 職場のヒエラルキー
	看護師個人の 特性	倫理的感受性, 個人的価値観, 看護師の精神症状に対する偏見 専門的能力, 看護行為の科学的根拠の希薄さ
	患者の要因	疾患の性質, 精神状態, 自我の脆弱性 精神障害者がもつ権利への意識
社会的要因	社会的条件, 制度の不十分さ, 社会資源の不足, 不十分な退院環境 多職種連携の未熟さ, チーム医療のありかた	

実施平均日数は46.8日, 身体拘束の実施平均日数は96.2日であり, 隔離, 身体拘束ともに, 半年, 1年以上と超長期化しているものも見受けられるという。また, 認知機能低下のある患者への身体拘束に関する看護師の調査 (山本他, 2022) では, 「身体拘束に抵抗を感じる」が8割近くを占めるにもかかわらず, 「身体拘束を行うと安心感がある」は半数以上を占め, また「身体拘束解除に不安を感じる」が6割強を占めていることが報告されている。隔離や拘束は, 切迫性があり代替手段がないやむをえない場合に限り, 一時的に行うことが認められており, 患者の安全確保のために開始される。しかし, 時間の経過とともにスタッフの安心感や, 事故の発生などインシデント, アクシデントへの懸念から拘束解除にこぎつけず, 【不適切な隔離や抑制】につながっていると推察される。また現行では, 隔離や拘束の実施及び解除に関する明確な基準がないことも, 不適切な対応に影響していると考ええる。

さらに着目すべき点として, 【不適切な隔離や抑

制】に関する内容である [不当な行動制限] である。〈看護師による私物管理〉や〈病棟ルールが守れない患者に自己管理を制限する〉という病棟ルールに従うようにする看護師の管理的な側面が報告されていた。畠山 (2010) は, 精神科におけるルールについて, その規則や制限は患者の自己決定よりも医療者の判断や家族の考え方が優先される場合が多く, 常に患者との合意の上で成り立っているとは言えないと述べている。こうした状況は今もなお続いていることがわかる。また, 日常生活上の行動制限が長年続いた結果, 患者のホスピタリズムを助長し, 本来の「自己決定」能力を阻む (田中, 2003) という指摘がある。規則は, 状況によってはそれが防護壁となって人間を保護したり, 社会生活をスムーズにしたりする良い面もある (阿保, 1988)。その一方で, 前述したような患者の自己決定を阻むことにもなりかねない。地域包括ケア推進のなかで, 精神科看護師は入院中心から社会復帰・地域生活への移行という視点を持ち, 新たな病棟規則の内容と運用



方法を検討していく必要性があると考える。

【専門職としてのケアの不履行】では、時間的制約や人員不足などによるケアの不十分さが報告されていた。精神科病棟の入院患者の5割以上は65歳以上の高齢者であり、そのうちの約半数が後期高齢者である(厚生労働省, 2020b)。老化に伴う認知機能やセルフケア能力の低下に加え、精神疾患のみならず他の疾患の罹患など、精神科看護師の対応は多岐にわたる。一方、精神科看護師は患者の身体観察やアセスメントに自信がなく不安があることも報告されており(荒木他, 2013)、こうした患者の病状の把握や看護介入の困難さのなかで、[業務優先のかかわり]や[感情次第の患者対応]等が生じている可能性がある。さらに、チームの人間関係は看護師のストレス要因となる(松下他, 2009)ことから、本研究結果にある〈医療者間のコミュニケーション不足〉や〈医師・看護師の関係性〉などの【医療者間のコミュニケーション不足】は倫理的問題であると同時に、精神科看護師のストレス要因でもあるといえる。

また、【人として患者を尊重することの欠如】には、〈乱暴な言葉遣い〉や〈認知機能の低下した患者や精神機能に障害をきたした患者に対して患者を傷つけるような言葉使いや態度〉がなされていることが報告されていた。精神科医療機関における虐待についての調査(厚生労働省, 2020c)によると、72件(2015年～2019年の累計)が報告されており、虐待種別として「暴行、暴言」が含まれており、看護師の言動は心理的虐待にもなりかねない。

精神科病院は、患者と医療従事者との間に閉鎖的で構造的な権力関係を生み出しやすいため、患者の人権侵害が起こりやすいとも言われている(日本弁護士連合会, 2021)。こうした権力構造の背景には入院の長期化もあると考えられ、看護師個人の問題としてのみではなく、組織として対応していくことも必要であるといえる。

また、〈社会的入院期間の延長〉も精神科病棟の特徴であるといえる。精神障害者の入院については、任意入院、医療保護入院、措置入院の3つのパターンがある。本人の同意による任意入院以外は

全て強制的に入院させられる仕組みであり、2021年度の医療保護入院届け出数は前年度に比べ1,460件(0.8%)、措置入院患者数は134人(9.3%)と増加しているとされる(厚生労働省, 2023)。特に患者数が多い医療保護入院は、家族等の同意と精神保健指定医の診断で入院させることができるという点から、入院期間が長期化する傾向にあると考える。核家族化や家族の高齢化により自宅での生活が困難となるケースや、長引く入院生活による患者の社会性やセルフケア能力の衰退などにより、さらに入院期間が延長するといった悪循環を生じさせることにもなり得る。地域での生活が可能となるよう、早期回復、退院に向けた看護の質が求められる。

## 2. 精神科看護師が体験する倫理的問題と看護師の特性や背景との関連

倫理的問題の体験頻度には、「30歳以下」や「臨床経験10年以下」「精神科臨床経験年数」が影響するという結果が示され、30歳以下や臨床経験年数10年以下がそれ以上の経験年数より多く経験していた(田中他, 2014; Hamada他, 2020)。この背景のひとつに倫理教育が影響しているのではないかと考える。文部科学省は2002年の「大学における看護実践能力の育成の充実に向けて」において、人間尊重・権利擁護について言及している(文部科学省, 2002)。また2011年の「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告」(文部科学省, 2011)では、「学士課程においてコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標」の中で、ヒューマンケアがコア・カリキュラムとして検討されるようになり、このなかで人々の尊厳と権利を擁護する看護を提供することに関わる看護実践能力が強化されている。さらに「新人看護職員研修ガイドライン」が示され(厚生労働省, 2011)、看護倫理における内容が盛り込まれた。このような背景をみると、近年、倫理に関する教育の機会が意識的に設けられていると考えられる。そのため、比較的若い世代では倫理的問題に対し敏感であり、倫理的問題の体験頻度に影響を与えたのではないかと考える。

また、精神科救急医療施設指定を受けていることや、慢性期病棟の方が急性期病棟より倫理的問題を

体験する頻度が高いという結果が示された。精神科医療救急では身体疾患を合併している精神疾患が増えており (厚生労働省, 2013), また入院患者の長期化や高齢化による栄養状態の低下, フレイルやサルコペニア, 誤嚥性肺炎などが起こりやすくなる (井藤, 2020) と言われている。そのため, 看護が複雑になりやすく倫理的問題を体験しやすいのではないかと推測する。

### 3. 精神看護における今後の課題

精神保健福祉法の制定や障害者虐待防止法の制定など, さまざまな法や制度が整えられているが, 未だ多くの倫理的問題が繰り返し報告されていることが分かった。今後, 倫理的問題解決に向けた有効かつ効果的な方法について検討していくことが必要であり, 看護師個人の問題ではなく, 組織, 社会を巻き込んだ方策の検討が必要であると考え。特に, 精神科看護師の身体疾患の理解やフィジカルアセスメントの強化は, 自信をもって患者へのケアにあたるのが可能となり, 精神科看護師のモチベーションの維持に繋がるものと考え。また, 適正な人員配置やチームでの人間関係の是正, 労働環境の整備など, 看護師の倫理的な実践が可能となるよう組織としての取り組みも重要であると考え。さらに, 地域包括ケア推進のなかで, 精神障害者に対しても入院中心から社会復帰・地域生活への移行が叫ばれている。地域移行を進めていくには, 精神障害者が地域で安心して暮らしていただけるための体制整備が不可欠である。社会の治安という視点から隔離収容型の時代が長く続いた精神障害者に対する処遇の歴史は, 少なからず, 精神障害者への社会の偏見という形で続いている。精神障害者の積極的な社会参加を促進し, 社会の理解を得ることも必要である。

本研究における文献は全てが病棟の精神科看護師を対象としたものであり, 多くの倫理的問題が報告されていたが, 地域で精神障害者と関わる看護師を対象とした研究はなかった。田中 (2003) は, 自己決定の能力に障害をもつとみなされることにより自己決定の権利が侵害されやすい精神疾患を有する人々のケアにこそ, 「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述べてい

る。地域生活は自己決定の連続である。そのため, 精神科訪問看護師は倫理的問題に対し, より倫理的感性を育て質の高い倫理的な看護実践を行うことが求められる。加えて訪問看護の特質上, 看護が展開される場は在宅であり, 病棟よりもさらに閉鎖的になりやすい。さらに, 訪問は看護師一人が基本であるということからも, 一人ひとりの訪問看護師の倫理的感性を高めておくことが必要である。今後, 精神科訪問看護師の倫理的問題の実態を明らかにすることが必要であり, このことは地域で生活する精神障害者への看護の質向上に繋がり, ひいては精神障害者の処遇改善に繋がるものと考え。

## V. 結論

精神科看護師が捉えた倫理的問題に関する研究を概観することを目的に文献レビューを行った結果, 以下のことが明らかとなった。

1. 精神科病床の看護師が捉えた倫理的問題は, 【不適切な隔離や抑制】【専門職としてのケアの不履行】【プライバシーの侵害】【家族への配慮不足】【人として患者を尊重することの欠如】、【情報操作や情報共有不足】という看護実践に関する内容, 【不十分な説明下での治療】【医療者間のコミュニケーション不足】【患者より病院や医療者を守る気風】【社会的入院期間の延長】という組織や制度に関する内容であった。
2. 倫理的問題の体験頻度に関連する因子として, 基本属性においては, 年齢が30歳以下であることや, 精神科臨床経験年数では10年未満, 女性看護師は男性看護師よりも, 看護師は准看護師よりも, スタッフは管理職よりも倫理的問題を体験する頻度が高かった。また, 継続教育プログラムに倫理的要素が含まれていること, 精神科救急医療施設指定を受けている組織であること, 慢性期病棟は急性期病棟よりも倫理的問題を体験する頻度が高いという結果が示された。
3. 倫理的問題への対処は, 「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」「深く考えないようにする」「そのままにする」で

あった。

4. 本研究の結果は、いずれも病院看護師を対象とする研究であった。精神障害者の地域移行を進められるなか、地域支援の要となる訪問看護師が捉えている倫理的問題や行動の実態を把握する必要性が示された。

## 文献

- 阿保順子 (1988): 精神科看護における〈規則〉と看護, ナースステーション, 18(3), 255-264.
- 荒木孝治, 瓜崎貴雄, 正岡洋子, 他 (2013): 精神科病院で勤務する看護師の身体合併症看護への不安に関する検討, 大阪医科大学看護研究雑誌, 3, 100-108.
- 藤野ヤヨイ (2005): 我が国における精神障害者処遇の歴史的変遷—法制度を中心に—, 新潟青陵大学紀要, (5), 201-215.
- Hamada Y, Tanaka M, Arashi, et al. (2020): 日本の精神科看護師が経験した倫理的な問題とそれらに関連する因子 (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.
- 長谷川利夫 (2016): 隔離・身体拘束の急増に今、何をすべきか? 精神科医療における隔離・身体拘束実態調査—その急増の背景要因を探り縮減への道筋を考える—, 病院・地域精神医学, 59(1), 18-21.
- 橋本敏子, 池田静子 (2012): 精神科病棟で倫理カンファレンスから導き出された倫理的諸問題, 日本精神科看護学術集会誌, 55(1), 210-211.
- 畠山卓也 (2010): 精神科慢性期開放病棟における看護行為における看護行為に伴う“制限”の要素とその構造, 日本精神保健看護学会誌, 19(1), 12-22.
- International Council of Nurses: 看護師と人権, <https://www.nurse.or.jp/nursing/international/icn/document/policy/pdf/shakai-10.pdf> (2023年1月23日閲覧)
- 石川かおり, 葛谷玲子 (2013): 精神科ニューロングステイ患者を対象とした退院支援における看護師の困難, 岐阜県立看護大学紀要, 13(1), 55-66.
- 井藤佳恵 (2020): 精神科長期入院患者の終末期医療, 精神科臨床, 6(2), 33-37.
- 北山智規 (2018): A病院の精神科病棟に勤務する看護者が捉える倫理的問題の傾向, 日本精神科看護学術集会誌, 61(1), 480-481.
- 近藤美也子, 井上誠 (2018): 精神科看護師が認識する倫理的問題と倫理原則の視点を踏まえた倫理的問題解決のあり方, 看護実践学雑誌, 31(1), 24-34.
- Konishi R, Usami S, Ooi M, et al. (2014): 精神看護における現在の倫理的問題と将来への挑戦—パイロットテストの結果から (Current Ethical Issues and Future Challenges in Psychiatric Nursing: Based on the Pilot Test Outcome), 熊本大学医学部保健学科紀要, 10, 37-45.
- 厚生労働省 (1995): 精神保健法の一部を改正する法律の施行について, [https://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=00ta4544&dataType=1&pageNo=1](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta4544&dataType=1&pageNo=1) (2023年1月23日閲覧)
- 厚生労働省 (2011): 新人看護職員研修ガイドライン, <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200000128o8-att/2r985200000128vp.pdf> (2023年1月23日閲覧)
- 厚生労働省 (2013): 精神科救急の実態, <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000030pbc.pdf> (2023年10月31日閲覧)
- 厚生労働省 (2020a): 精神科訪問看護に係る実態及び精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける役割に関する調査研究, <https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000798639.pdf> (2023年11月25日閲覧)
- 厚生労働省 (2020b): 令和2年(2020)患者調査の概況, [mhlw.go.jp](https://www.mhlw.go.jp) (2023年12月6日アクセス)
- 厚生労働省 (2020c): 精神科医療機関における虐待が疑われる事案の把握結果, [https://jpna.jp/cms/wp-content/uploads/2023/02/20230224UP\\_MHLW\\_00.pdf](https://jpna.jp/cms/wp-content/uploads/2023/02/20230224UP_MHLW_00.pdf) (2023年10月31日閲覧)
- 厚生労働省 (2023): 令和3年度衛生行政報告例の概況, 令和3年度\_衛生行政報告例\_概況.docx ([mhlw.go.jp](https://www.mhlw.go.jp)) (2023年12月6日アクセス)
- 松下年子, 小倉邦子, 本谷久美子, 他 (2009): 臨床看護師のストレス要因—アンケート調査の自由記載の結果分析より—, 埼玉医科大学看護学紀要, 2(1), 53-59.
- 道上勝春, 大出順 (2018): A病院精神科に勤務する看護師の倫理的行動と倫理的問題の実態, 日本看護倫理学会誌, 10(1), 45-51.
- 文部科学省 (2002): 大学における看護実践能力の育成の充実に向けて, [https://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/018/gaiyou/020401.htm](https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/018/gaiyou/020401.htm) (2023年1月23日閲覧)
- 文部科学省 (2011): 大学における看護系人材養成の在り

- 方に関する検討会 最終報告, [https://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/4\\_0/toushin/\\_icsFiles/afieldfile/2011/03/11/1302921\\_1\\_1.pdf](https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/4_0/toushin/_icsFiles/afieldfile/2011/03/11/1302921_1_1.pdf) (2023年1月23日閲覧)
- 日本弁護士連合会 (2021): 精神障害者のある人の尊厳の確立を求める決議, [https://www.nichibenren.or.jp/library/ja/civil\\_liberties/data/2021.pdf](https://www.nichibenren.or.jp/library/ja/civil_liberties/data/2021.pdf) (2023年1月23日閲覧)
- 日本看護協会: 看護職の倫理綱領, [https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/rinri/code\\_of\\_ethics.pdf](https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/rinri/code_of_ethics.pdf) (2023年1月23日閲覧)
- 荻野雅 (2012): 精神科医療看護における倫理の動向, 武蔵野大学看護学部紀要, 6, 37-46.
- サラ T. フライ, メガン-ジェーン・ジョンストン/片田範子, 山本あい子 (2010): 看護実践の倫理第3版 倫理的意思決定のためのガイド, 272, 日本看護協会出版会, 東京.
- 杉本賀奈, 宮崎大輔, 原尾健作, 他 (2011): 精神科看護師が抱えている倫理的問題と解決方法の現状と課題, 日本精神科看護学会誌, 54(1), 122-123.
- 田中美恵子 (2003): 「看護の倫理綱領」と看護実践, 日本看護協会 (編), 平成15年版看護白書, 52-66, 日本看護協会出版会, 東京.
- 田中美恵子, 濱田由紀, 小山達也 (2010): 精神科病棟で働く看護師が体験する倫理的問題と価値の対立, 日本看護倫理学会誌, 2(1), 6-14.
- 田中美恵子, 嵐弘美, 柳修平, 他 (2014): 精神科看護師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.
- Tsunematsu K, Fukumoto Y, Yanai K (2021): Ethical Issues Encountered by Forensic Psychiatric Nurses in Japan, *Journal of forensic nursing*, 17 (3), 163-172.
- 宇佐美しおり, 田中美恵子, 永井優子, 他 (2014): 精神看護実践における倫理的課題と対処方法の実態, 日本精神保健看護学会誌, 23(1), 112-131.
- 山本寛二, 林英, 倉品理恵, 他 (2022): 身体拘束院内アンケート調査1 看護師経験とインシデントの負荷が認知機能低下のある入院患者への身体拘束実施に影響する, 長野市民病院医学雑誌, 7, 29-38.