

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 30 年 6 月 21 日現在

機関番号：37409

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2014～2017

課題番号：26463228

研究課題名(和文) 日本における法看護実践に伴う倫理的課題

研究課題名(英文) Ethical issues encountered by psychiatric mental health nurses in Japan

研究代表者

恒松 佳代子 (Tsunematsu, Kayoko)

熊本保健科学大学・保健科学部・講師

研究者番号：20300486

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,200,000円

研究成果の概要(和文)：司法精神看護を実践する看護師が遭遇する倫理的問題を明らかにすることを目的とした。医療観察法病棟に勤務する看護師にFryのThe Ethical Issues Scaleを用いた質問紙調査を行い、承諾を得た者に面接調査を行った。遭遇頻度が高い倫理的問題は、「患者の権利と尊厳を尊重すること」、「あなたの健康に危険を及ぼす可能性のある患者にケアを提供すること」、「患者の安全確保のために身体抑制や薬剤による鎮静をするかしないか」であった。面接で「退院調整」や「隔離・拘束」、「強制的な治療」に関する倫理的問題が語られた。医療観察法による法的強制力と患者の自己決定権の間で看護実践の困難さが推察された。

研究成果の概要(英文)：The purpose of this study was to identify ethical issues encountered by forensic psychiatric nurses. Using Fry's Ethical Issues Scale (EIS), we administered a questionnaire survey and conducted an interview survey among nurses working in a forensic psychiatric ward who provided consent to participate in the study. The most frequently encountered ethical issues by forensic psychiatric nurses were: "Protecting patient's rights and human dignity," "Providing nursing care with possible health risks," and "Using/not using physical or chemical restraints." Participants in the interview survey reported ethical issues such as "discharge adjustment," "isolation or restriction," and "compulsory treatment." The difficulties faced by the nurses during their practice were estimated in terms of the Medical Treatment and Supervision Act and the right to self-determination of the patients.

研究分野：看護倫理

キーワード：倫理的問題 法看護 司法精神看護 医療観察法 看護師

1. 研究開始当初の背景

2011年の刑法犯の検挙数によると、30万5,631人のうち0.01%の者が精神に障害をきたしていた(精神障害者が1,533人、精神障害の疑いのある者が1,558人)¹⁾。精神障害者による犯罪は、過去10年の間で0.7%から約1%へと増加傾向にある。また罪名別検挙人員総数をみると殺人(22.4%)、放火(14.3%)等重大犯罪を引き起こしていることがわかる¹⁾。精神障害者による重大犯罪が社会的な問題となっている。今も語られる衝撃的な事件である2001年の大阪教育大学附属池田小学校事件は精神科治療を受けていた患者が引き起こしたこともあり、犯罪と医療、処遇を巡る議論の末、2005年に「重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(以下、医療観察法)」が制定された。医療観察法が制定される以前は、犯行当時、心神喪失・心神耗弱の状態であったことが認められると、裁判所は責任能力がないと不起訴処分としていた(刑法第39条)。しかし、医療観察法の制定により、国は不起訴処分となった者に対し刑罰でなく治療を施し、健康を回復させ社会復帰を支援することで再発防止に努め、精神障害者による犯罪を減少させようとしている。精神障害者であっても、犯行当時の状況から責任能力があると起訴され、有罪判決が下されると刑に処せられる。刑務所には、精神科診療を専門とする医療刑務所があり、治療の必要性がある受刑者はそこに移送され刑罰とともに治療を受けることができる。このように犯罪をおかした精神障害者は、医療機関または刑務所で治療を含む医療保健サービスを受けている。しかし、当事者は、自己の意思にかかわらず裁判所の決定に従うことを余儀なくされ、法的強制力の下で自律性が損なわれる事態に晒されている。自律性の尊重は、看護師の倫理綱領にも示されている看護師にとって重要な事項である。患者の尊重に関する問題は、欧米でも法看護の倫理的課題として報告がなされている^{2)・3)}。患者の多くは、精神障害を有し統合失調症などの疾患だけでなく性犯罪や薬物依存の治療が必要とされている。しかし、看護師が法や社会の道徳的ルールに違反して罪を犯した個人を“患者”として捉え、対象に最善の利益をもたらすようにケアすることは容易ではない。また彼らは、再犯の可能性が高いと考えられるため、看護師はケアのみならず監視の意味合いを含んだ管理の役割が課される。患者が収容される刑務所や精神科病棟の保安施設は、閉鎖的環境であり社会から隠された存在である。そのため、収容された対象は、社会的隔離により、個人の自律性は著しく低下している。司法と矯正の環境では、看護師やその他の医療従事者が犯罪を行った対象を「患者」として捉えることができず⁴⁾、倫理的な葛藤に遭遇していることが考えられる。

欧米においては、犯罪抑止に寄与する法看護学が30年以上に渡り発展している。その中でも、受刑者の更生のために健康支援を行う矯正看護学が発展しており、その専門家による実践は患者(対象)に重要な影響を与えている。日本においてもその知見を生かした法看護学の実践と発展がなされなければならない。日本の看護師の法看護に対する認知は広まっておらず⁵⁾、法看護に対する専門分野としての関心は一部の者にとどまっている。加害者を対象とした健康支援において、医療観察法の制定により司法精神看護の分野で実践され、専門領域として認められている。医療刑務所や刑務所での看護(矯正看護)を含む司法精神看護の実践はさらなる発展が必要である。このことから、医療観察法により実施される看護や医療刑務所や刑務所における看護において、看護師が経験している倫理的問題の状況については明らかにされていない。そのため、看護師の倫理的課題とその対策について明らかにする必要があると考えた。

2. 研究の目的

本研究は、矯正看護を担う医療刑務所や司法精神看護を担う医療機関で働く看護師が経験する倫理的問題を明らかにすることを目的し、日本の法看護実践における倫理的問題の解決の必要性を検討する。

3. 研究の方法

(1) 研究デザイン

本研究は、記述的研究デザインであり、看護師が過去に経験した倫理的問題のある場面から葛藤や苦悩の誘因となった因子や倫理的課題を帰納的に見出すためにこのデザインを用いた。

(2) 研究対象者

本研究は、医療観察病棟と医療刑務所で精神疾患患者の看護を実践する看護師を対象とした。研究参加者は、医療観察病棟を有する医療機関と医療刑務所を対象とした有意抽出法で行い、日本の公立の医療機関9施設と医療刑務所1施設に研究協力の依頼を行った。その結果、研究の協力の承諾は、医療機関5施設から得られ、医療刑務所による協力の承諾は得られなかった。そのため、医療機関5施設の医療観察法病棟に勤務する看護師175名を対象とした。

(3) データ収集

調査は、質問紙調査と面接調査の2部構成で行った。調査のプロセスは、質問紙調査の回答者に面接調査の協力依頼文書を同封し、面接調査に承諾した回答者に面接調査を行う手順である。研究依頼時、回答者に対して研究目的、方法、研究協力による利益や不利益、研究参加の自由、研究参加後の拒否は可能であること、匿名性の保証について、文書を用いて説明した。調査で取得したデータは、個人が特定されないようにコード番号を付して処理し、データは鍵

付きのキャビネットに厳重に保管した。

質問紙調査

調査は、無記名の自記式質問紙調査法で行った。調査内容は、The Ethical Issues Scale [EIS]⁶⁾を日本語に翻訳した日本語版 EIS⁷⁾と属性の質問(性別、年齢、臨床経験年数、最終の看護教育、職位)である。EIS は、EIS を作成した Fry にメールで使用許可を得た後、日本語版 EIS を作成した岩本にメールで使用許可を得た上で使用した。EIS は、3つの構成要素の倫理的問題に遭遇した頻度や悩みの程度を測定するためにデザインされている: 治療に関する問題(13項目)、患者ケア(15項目)、人権問題(7項目)。評価は、4段階評価(0点=全くない、1点=あまりない、2点=時々ある、3点=頻繁にある)であり、回答者にどのくらいの頻度であるかについて最も適する数に丸をつけるように指示した。また、回答者に倫理的問題35項目のうち最も悩む項目3つを順序付けるように尋ねた。この他に、倫理的問題への対処で役立つ方法について12項目を提示して、該当するものに丸を付けてもらった。

面接調査

面接調査は、質問紙調査の回答者のうち同意書による承諾が得られた回答者に対して、研究代表者と研究分担者によって実施された。調査は、自作の質問紙ガイドを用いて半構造面接を行った。質問は、(a)どのような場面であるか、(b)悩んだり葛藤したことは何か、(c)悩んだり葛藤した理由は何か、(d)どのように行動したか、(e)行動の理由は何か、(f)倫理的問題となる原因について考えたことの6項目である。面接者は、過去に遭遇した倫理的苦悩や葛藤の場面について、回答者に質問した。なお、面接は、回答者の同意を得てICレコーダーに録音した。

(4) データ分析

質問紙調査のデータの分析は、Microsoft Excel 2010 を使って実施した。対象の基本的属性のデータは、記述統計を算出した。EIS の倫理的問題35項目の遭遇頻度は、項目ごとの平均値と標準偏差を算出し、さらに3つの構成要素の各平均点と標準偏差を算出した。倫理的問題35項目のうち1番目から3番目までに悩むと回答した倫理的問題は、最も悩む項目に3点、2番目に悩むものに2点、3番目に悩むものに1点で換算し、各項目の点数を集計した。また、倫理的問題の対処で役立つ方法については、項目ごとに回答数の合計を算出した。

面接調査のデータは、音声データを逐語録に変換して、研究者間でリーディングを行い、内容分析を行った。質問項目(a)は、葛藤場面を要約し、場面を反映するテーマをカテゴリ化した。質問項目(b)から(e)は、質問の問いに対する回答の内容分析を行った。質問項目(f)は、質問項目(b)の解釈時に補足データとして使用した。質問項目(b)から(e)のデータは、質問項目に対する回答文を文脈単位として抽出し、文脈単位から文脈を損ねないような記述を記録単位として抽出し、最終的に記録単位を反映するカテゴリ名を付けた。抽出したカテゴリは、研究者全員で確認および修正を行い、カテゴリ抽出の信頼性の確保に努めた。

4. 研究成果

(1) 対象の属性

質問紙の回答者は、131名であった(回収率75%)。回答者の属性は、表1に示した。回答者の性別は、男性62名、女性63名、無回答6名であり、平均年齢は、40.4±12歳、平均臨床経験は9.0±7.2年であった。最終看護教育は、専門学校104名(79%)、短期大学8名(6%)、大学6名(5%)、大学院(修士課程)3名(2%)、無回答5名(4%)であった。職位は、スタッフナース116名(89%)、副看護師長6名(5%)、看護師長3名(2%)であった。

(2) 倫理的問題に遭遇する頻度

倫理的問題の遭遇頻度の平均スコアは、表2に示した。回答者が遭遇した最も多い6つの倫理的問題は、1番目に“患者の権利と尊厳を尊重すること”(1.7)、2番目に“あなたの健康に危害を及ぼす可能性のある患者にケアを提供すること(例、結核、HIV、暴力)”(1.3)と“患者の安全確保のために身体抑制や薬剤による鎮静をするか、しないか”(1.3)、3番目に“患者が研究の対象となる場合に患者の権利を護ること”(1.1)、“看護師-医師(他の専門家)の関係における対立”(1.1)、“患者に十分な看護ケアを提供できない看護師の充足状況”(1.1)であった。

表1.対象者の属性		数	%
性別	男性	62	47.3
	女性	63	48.1
	無回答	6	
看護教育	専門学校	104	79.4
	大学	6	4.6
	短期大学	9	6.9
	保健師課程	2	1.5
	助産師課程	1	0.8
	大学院(修士課程)	3	2.3
	大学院(博士課程)	0	0.0
	無回答	6	4.6
資格	看護師	126	96.2
	准看護師	0	0
	無回答	5	3.8
重複する資格	助産師	1	0.8
	保健師	5	3.8
	認定看護師	0	0.0
	専門看護師	1	0.8
	認定看護管理者	1	0.8
職位	スタッフナース	116	88.5
	主任	0	0.0
	副看護師長	6	4.6
	看護師長	3	2.3
	その他	1	0.8
	無回答	5	3.8

看護師が遭遇した倫理的問題の3つの構成要素のうち、最も平均値が高かった構成要素は、人権問題(1.0)であり、次いで治療に関する問題(0.5)、患者ケアの問題(0.5)であった。司法精神看護を実践する看護師は、患者の人権問題に多く遭遇していることが明らかになった。

(3) 最も悩む倫理的問題

回答者が最も悩む倫理的問題のランキングは、表3に示した。悩むレベルが高かった倫理的問題の上位5項目は、次の通りであった。“あなたの健康に危害を及ぼす可能性のある患者にケアを提供すること(例、結核、HIV、暴力)”(52)が一番目にランク付けされ、“患者の安全確保のために身体抑制や薬剤による鎮静をするか、しないか”(50)が二番目、“患者の権利と尊厳を尊重すること”(47)が三番目、“患者や家族の意向に反して患者の治療をするか、しないか”(36)と“患者や家族の自律性(autonomy)が無視されていること”(36)が四番目にランク付けされた。上位3項目は、人権問題の項目であった。司法精神看護を実践する看護師が苦悩する問題は、遭遇頻度が高い問題とほぼ一致していた。

(4) 倫理的問題への対処

回答者が倫理的問題に遭遇したときの上位5つの対処方法は、“看護の同僚(達)と相談した”(77%)が一番目であり、次いで“あなたの尊敬する看護師に相談した”(64%)、“患者の主治医に相談した”(44%)、“患者と相談した”(39%)、“他の専門家に相談した”(37%)であった。約4割の看護師が倫理的問題の対処法として「患者と相談する」と回答した点は、看護師は法的強制力があっても患者の意向を重視して患者に関わっていることが示唆された。

(5) 実際の倫理的苦悩と葛藤

質問紙調査の回答者131名のうち面接調査への同意書の提出があった19名に面接を実施した。面接場所は、回答者の勤務する施設のカンファレンスルームまたは面会室であった。19名の回答のうち2名の回答は、司法精神看護の実践場面でなかったため分析対象から除外し、17名の回答を分析した。

回答者の倫理的葛藤や苦悩場面のテーマ、葛藤や苦悩と対処行動とそれらの理由は、表4に示した。葛藤

項目	頻度	
	平均値 ± 標準偏差	
人権問題		
患者の権利と尊厳を尊重すること	1.7 ± 1.2	
あなたの健康に危害を及ぼす可能性のある患者にケアを提供すること(例、結核、HIV、暴力)	1.3 ± 0.9	
患者の安全確保のために身体抑制や薬剤による鎮静をするか、しないか	1.3 ± 0.9	
患者が研究の対象となる場合に患者の権利を譲ること	1.1 ± 1.1	
治療に関するインフォームドコンセントが行われているか、いないかについて悩むこと	0.9 ± 0.9	
患者が終末期のありかたについて事前に示していた意思(例:リビングウィル、ドナーカード)を尊重するか、しないか	0.2 ± 0.5	
患者の承諾なしに実験的な治療方法や装置を用いること	0.2 ± 0.5	
治療に関する問題		
患者や家族の意向に反して患者の治療をするか、しないか	0.8 ± 0.9	
患者の個人的価値や宗教的価値に反して治療やケアをすること	0.8 ± 0.8	
患者の生命の質(QOL)が考慮されていないこと	0.7 ± 0.8	
あなたの個人的価値や宗教的価値に反して行動すること	0.6 ± 0.8	
重度の心身障害を持つ患者に対して積極的な治療をするか、しないか	0.6 ± 0.8	
過剰であったり不十分であったりする処置や検査の指示	0.5 ± 0.7	
過剰であったり不十分であったりする疼痛管理	0.3 ± 0.6	
延命処置(人工呼吸、栄養や水分補給などの生命維持に直結するもの)を継続するか、中止するか	0.3 ± 0.6	
患者の意思を知らずに患者を蘇生するか、しないか	0.2 ± 0.6	
単に苦痛を増強させるような不適切な方法で死に逝(過程を引き延ばすこと)	0.2 ± 0.5	
ターミナル期にある患者の安楽死に関わるか、関わらないか	0.2 ± 0.5	
どの時点から死であると決定するか(例:臓器移植と関連して)	0.2 ± 0.5	
患者ケアの問題		
看護師 - 医師(他の専門家)の関係における対立	1.1 ± 0.9	
患者に十分な看護ケアを提供できない看護師の充足状況	1.1 ± 0.9	
医療従事者として非倫理的であったり、能力が低かったり、不適切な行動をとる同僚と働くこと	0.8 ± 0.8	
危険な設備や環境のもとで働くこと	0.8 ± 0.8	
患者や家族の自律性(autonomy)が無視されていること	0.6 ± 0.7	
費用のかかる医療資源(人手、治療法、設備)や不足している医療資源をどの患者にどのように配分するかということ	0.6 ± 0.8	
患者や家族が、治療、予後、または代替的治療について知らされていないか、または誤った情報を与えられている状況でケアをすること	0.5 ± 0.6	
患者を差別して扱うこと	0.5 ± 0.7	
ケアの質を脅かす医療制度に従ってケアを実践すること	0.5 ± 0.7	
小児、配偶者、高齢者、患者に対する虐待や無視が行われていることを、知った時に、なんらかの行動をとるか、とらないか	0.4 ± 0.7	
患者の秘密やプライバシー(例:HIVに感染している)が尊重されていないこと	0.4 ± 0.6	
患者が必要なケアを受けられないような医療制度のもとで看護すること	0.3 ± 0.5	
医療従事者や医療施設の非倫理的または違法な行為を明らかにすること	0.3 ± 0.6	
患者が未成年者の場合に、治療に関する本人の意思と親の意思が対立し、どちらをとるかを決めること	0.3 ± 0.5	
あなたの良心に反して妊娠中絶や不妊治療を介助すること	0.1 ± 0.4	
臓器や組織の移植が公平に行われているか	0.1 ± 0.3	

表3. 看護師が最も悩んだ問題 (N = 131)

項目	重みづけ
人権問題	
あなたの健康に危害を及ぼす可能性のある患者にケアを提供すること(例、結核、HIV、暴力)	52
患者の安全確保のために身体抑制や薬剤による鎮静をするか、しないか	50
患者の権利と尊厳を尊重すること	47
治療に関するインフォームドコンセントが行われているか、いないかについて悩むこと	7
患者が終末期のありかたについて事前に示していた意思(例:リビングウィル、ドナーカード)を尊重するか、しないか	5
治療に関する問題	
患者や家族の意向に反して患者の治療をするか、しないか	36
過剰であったり不十分であったりする処置や検査の指示	27
患者の個人的価値や宗教的価値に反して治療やケアをすること	19
延命処置(人工呼吸、栄養や水分補給などの生命維持に直結するもの)を継続するか、中止するか	17
どの時点から死であると決定するか(例:臓器移植と関連して)	16
重度の心身障害を持つ患者に対して積極的な治療をするか、しないか	11
単に苦痛を増強させるような不適切な方法で死に逝(過程を引き延ばすこと)	8
患者の意思を知らずに患者を蘇生するか、しないか	8
患者の生命の質(QOL)が考慮されていないこと	8
過剰であったり不十分であったりする疼痛管理	6
あなたの個人的価値や宗教的価値に反して行動すること	3
患者ケアの問題	
患者や家族の自律性(autonomy)が無視されていること	36
看護師 - 医師(他の専門家)の関係における対立	30
患者に十分な看護ケアを提供できない看護師の充足状況	25
費用のかかる医療資源(人手、治療法、設備)や不足している医療資源をどの患者にどのように配分するかということ	24
医療従事者として非倫理的であったり、能力が低かったり、不適切な行動をとる同僚と働くこと	21
臓器や組織の移植が公平に行われているか	18
危険な設備や環境のもとで働くこと	9
あなたの良心に反して妊娠中絶や不妊治療を介助すること	8
小児、配偶者、高齢者、患者に対する虐待や無視が行われていることを、知った時に、なんらかの行動をとるか、とらないか	5
ケアの質を脅かす医療制度に従ってケアを実践すること	4
患者や家族が、治療、予後、または代替的治療について知らされていないか、または誤った情報を与えられている状況でケアをすること	3
患者の秘密やプライバシー(例:HIVに感染している)が尊重されていないこと	2

や苦悩した場面のテーマは、a. 退院調整(n=5)、b. 暴力や他害行為の再発防止への対応(n=5)、c. 強制的治療(n=4)、d. 患者ケア(n=2)、e.患者に対する陰性感情(n=1)の5つに分けられた。

回答者17名の葛藤や苦悩は、8つのカテゴリに分けられた。“患者の退院先決定の不確実性”、“患者の病状と医療観察法処遇の不適合”、“患者への対応困難”、“患者からの同意取得がない治療”、“患者やスタッフの安全を守るための治療”、“患者との信頼関係の崩壊”、“患者に治療の利益がないこと”、“患者に他害行為に対する内省を要求できないこと”。これらの葛藤や苦悩の理由は、11のカテゴリに分けられた：“社会で患者の受け入れが困難である”、“社会的支援不足が患者の病状を悪化させる可能性がある”、“終末期患者の再犯リスクは低い”、“治療目標を患者と共有できない”、“患者の行動制限を最小化する必要がある”、“患者の行動制限に替わる手段が存在する”、“患者に治療選択の権利がある”、“患者に治療の自己決定権がある”、“医療者主体の医療の現状がある”、“患者から暴言を吐かれ拒絶された”、“患者の病状は医療観察法の対象ではない”。

回答者の対処行動は、8つのカテゴリに分けられた：“患者と検討”、“他の専門職と検討”、“同僚と検討”、“上司と検討”、“代替可能なアプローチの模索”、“患者と過ごす時間を増やす”、“管理者への交渉”、“何も行動しない”。回答者は、複数の対処行動のカテゴリを表現していた。これらの対処行動の理由は、15のカテゴリに分けられた：“患者が自己決定すべきである”、“医療チームで患者の責任を負っている”、“患者の意思尊重により患者が良くなる”、“患者が退院できないことで家族による支援が受けられない”、“医療チームで問題共有すべきである”、“管理者と合意の上で治療を実践したい”、“自己の職務意欲を維持したい”、“行動制限による刺激の遮断が病状安定につながる”、“医療チームは患者の最善の方針を考えている”、“自己の立場は患者の担当でない”、“患者のモチベーション向上によって患者が治療を受け入れる可能性がある”、“同僚の成功体験が参考になる”、“チーム医療を活用する必然性”、“可能な限り治療を提供する意義がある”、“他の専門職からのアドバイスは有効である”。

看護師は、服薬拒否や治療への同意がない場合は強制的な治療となる事態に道徳的葛藤や苦悩を感じていた。さらに、暴力や他害行為抑止のための身体拘束や隔離、そして鎮静は、看護師自身が治療の必要性として認識してよいのかどうかの迷いを生じさせていた。また、看護師が患者の社会復帰のための支援を行っても地域での受け入れ体制が不十分であり、看護師の葛藤や悩みを大きくしていた。社会復帰のための支援体制の充実は早急な課題である。

表4 回答者の倫理的葛藤や苦悩と対処行動とそれらの理由					MTSA 医療観察法
Res No	葛藤の場面	葛藤や苦悩のカテゴリ	葛藤や苦悩の理由のカテゴリ	対処行動のカテゴリ	対処行動の理由のカテゴリ
a. 退院調整の困難 n=5					
R6	入院処遇終了予定の患者が入所予定の施設に入所が決定しない場面	患者の退院先決定の不確実性	社会で患者の受け入れが困難である	患者と検討(患者の希望の尊重)	患者が自己決定すべきである
R8	患者が入院処遇を終了後の通院先や転所先が決定しない場面	患者の退院先決定の不確実性	社会で患者の受け入れが困難である	他の専門職(MDT)と検討 上司と検討 同僚と検討 代替可能なアプローチの模索	医療チームで患者の責任を負っている
R9	入院処遇終了予定の高齢患者の退院後の転所先が見つからない場面	患者の退院先決定の不確実性	社会的支援不足が患者の病状を悪化させる可能性がある	患者と検討(治療目標の共有)	患者の意思を尊重により患者が良くなる
R16	入院処遇を終了していないことで終末期にある患者が家族と過ごせない場面	患者の病状とMTSA処遇の不適合	終末期患者の再犯リスクは低い	患者と過ごす時間を増やす	患者は退院できないことで家族による支援が得られない
R18	入院に同意していない患者の治療が進まないことで退院調整の難航が予想された場面	患者への対応困難	治療目標を患者と共有できない	他の専門職(チーム)と検討	医療チームでの問題共有すべきである
b. 暴力や自傷行為抑止への対応 n=5					
R7	他害行為抑止のために管理者の指示で患者の隔離を解除できない場面	患者からの同意取得がない治療	患者の行動制限を最小化する必要がある	管理者への交渉(行動制限指示の解除のため)	管理者と合意の上での治療を実践したい 自己の職務意欲を維持したい
R10	患者やスタッフの安全を守るために隔離以外の代替手段を考えることが困難な場面	患者やスタッフの安全を守るための治療	患者の行動制限を最小化する必要がある	同僚と検討(スタッフの教育)	医療チームでの問題共有すべきである
R11	スタッフへの暴力の可能性がある患者に行動制限をかけていよいよか迷う場面	患者やスタッフの安全を守るための治療	患者の行動制限に替わる手段が存在する	何も行動しない	行動制限が患者の状態安定につながる
R15	自傷行為をする患者に対しマフ/ワがあるにも関わらず身体拘束の指示が出た場面	患者からの同意取得がない治療	患者の行動制限に替わる手段が存在する	他の専門職(チーム)と検討	医療チームは患者に最善の方針を考えている
R14	服薬拒否をする患者が暴力行為を起こそうとしたときに鎮静をしなければならなかった場面	患者からの同意取得がない治療	患者に治療選択の権利がある	他の専門職(チーム)と検討 (チームの方針に沿って観察する)	自己の立場は患者の担当ではない
c. 強制的治療 n=4					
R1	服薬を拒否する患者へ強制的に薬物投与する状況に疑問を感じた場面	患者からの同意取得がない治療	患者に治療の自己決定権がある	患者と検討(治療の必要性の説明)	患者のモチベーション向上によって患者が治療を受け入れる可能性がある
R3	多飲をする患者に水分制限が人権侵害であると患者から指摘を受けた場面	患者からの同意取得がない治療	治療の目標を患者と共有できない	他の専門職(MDT、医師および看護師)と検討 患者と検討(折衷案の検討)	医療チームは患者に最善の方針を考えている 患者のモチベーション向上によって患者が治療を受け入れる可能性がある
R4	病識がない患者に患者の意思を尊重できないまま治療をしなければならぬ場面	患者からの同意取得がない治療	医療者主体の医療の現状がある	同僚と検討(同じ苦しみを持つスタッフと話す)	同僚の成功体験を参考にできる
R5	病識がない(服薬拒否する患者に服薬を勧めるべきが悩んだ場面	患者との信頼関係の崩壊	患者から暴言を吐かれ拒絶された	他の専門職(チーム)と検討 患者と検討(患者の疑問解消)	患者のモチベーション向上による治療受け入れの可能性 チーム医療を活用する必然性
d. 患者ケア n=2					
R13	患者の異食行動が軽減しないまま処遇が終了しようとした場面	患者に治療の利益がないこと	患者の病状はMTSAの対象ではない	患者と検討(行動拡大に向けた治療目標の共有と実践)	可能な限り治療を実践する意義がある
R17	患者の病状と治療が合わない状況で患者への対応が分からなかった場面	患者への対応困難	治療の目標を患者と共有できない	他の専門職(MDT、モジュールチーム)と検討	他の専門職からのアドバイスは有効である

<引用文献>

- 1) 法務省,平成 24 年版犯罪白書,第 5 章精神障害のある犯罪者等
http://hakusyo1.moj.go.jp/jp/59/nfm/n_59_2_4_5_1_0.html
- 2) Donald, N. Rose., Elizabeth, Peter., Ruth, Gallop. Jan, E. Angus., & Joan, Liaschenko (2011). Respect in forensic psychiatric nurse-patient relationships: a practical compromise. J Forensic Nurs. Mar;7(1):3-16.
- 3) Lena-Karin, Gustafsson., A, Wigerblad., & Lillemor, Lindwall. (2013).Respecting dignity in forensic care: the challenge faced by nurses of maintaining patient dignity in

- clinical caring situations, *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 20(1):1-8.
- 4) Cindy, P. Taylor. (2004). An exploration of othering in forensic psychiatric and correctional nursing. *Can J Nurs Res.* 36(4):130-46.
 - 5) 児玉裕美, 恒松佳代子, 柳井圭子. (2012). 日本における法看護学発展の可能性と課題 : 臨床看護師の調査結果より. *J UOEH*, 34(3):271 - 279.
 - 6) Sara, T. Fry., & Mary, E. Duffy. (2001). The development and psychometric evaluation of the ethical issues scale. *Journal of nursing scholarship*, third quarter, 273-277.
 - 7) 岩本幹子 溝部佳代, 高波澄子. (2005). 大学病院において看護師長が体験する倫理的問題. *看護総合科学研究会誌*, 8(3), 3-14.

5 . 主な発表論文等

[学会発表](計 4 件)

児玉裕美、恒松佳代子、柳井圭子、日本における「フォレンジック看護」発展のために 臨床看護師のフォレンジック看護の実践に向けて取り組む課題の検討、日本フォレンジック看護学会第1回学術集会、東京、2014

恒松佳代子、福本優子、柳井圭子、司法機関と協働する看護の役割、日本フォレンジック看護学会第2回学術集会、秋田、2015

Kayoko Tsunematsu, Keiko Yanai, Ethical issues encountered by forensic psychiatric nurses in Japan, International Conference on Forensic Nursing Science and Practice, Denver, Colorado, 2016.

恒松佳代子、柳井圭子、福本優子、日本の司法精神看護師が遭遇する倫理的問題、日本フォレンジック看護学会第4回学術集会、福岡、2017

6 . 研究組織

(1)研究代表者

恒松 佳代子 (TSUNEMATSU Kayoko)

熊本保健科学大学・保健科学部看護学科・講師

研究者番号：20300486

(2)研究分担者

柳井 圭子 (YANAI Keiko)

日本赤十字九州国際看護大学・看護学部・教授

研究者番号：60412764

福本 優子 (FUKUMOTO Yuko)

日本赤十字九州国際看護大学・看護学部・助手

研究者番号：907283961 .