

平成 22 年 4 月 7日現在

研究種目：基盤研究（C）
 研究期間：2007～2009
 課題番号：19592439
 研究課題名（和文）精神科看護師の倫理的悩みに関するmoral distress尺度による日英の比較
 研究課題名（英文） Comparison of moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan and the UK using a moral distress scale
 研究代表者
 大西 香代子 （OHNISHI KAYOKO）
 三重大学・医学部・教授
 研究者番号：00344599

研究成果の概要（和文）： 質問紙調査の結果より、日本の精神科看護師の倫理的悩みを測定するための3因子、15項目より構成される尺度（MDS-P）を開発し、妥当性と信頼性の検証を行った。また、スタッフ配置の大きく異なる日英両国の精神科看護師が共通して「人手不足」に悩んでいること、英国のほうが倫理的悩みを感じる頻度は有意に低いにもかかわらず、悩みの程度は強いこと、倫理的悩みとバーンアウト尺度の疲弊感及びシニシズムは有意に関連していること、職務効力感は英国のほうがはるかに高いことが見出された。

研究成果の概要（英文）： As a result of a questionnaire survey, a scale to measure the moral distress experienced by Japanese psychiatric nurses (MDS-P) has been developed, and evaluated for validity and reliability. It consists of three factors, and 15 items. These facts were found: Nurses both in Japan and the UK commonly feel moral distress concerning lack of staff. Nurses in the UK were found to feel intense moral distress in wider variety of situations than those in Japan, though nurses in the UK confront moral distress situations less frequently. Moral distress is significantly related to burnout subscales, exhaustion and cynicism. Nurses in the UK have much more professional efficacy than those in Japan.

交付決定額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
2007年度	500,000	150,000	650,000
2008年度	1,000,000	300,000	1,300,000
2009年度	900,000	270,000	1,170,000
年度			
年度			
総計	2,400,000	720,000	3,120,000

研究分野： 医療倫理、看護倫理、精神看護学

科研費の分科・細目：看護学・基礎看護学

キーワード： 倫理的悩み、精神科看護師、Moral Distress Scale、バーンアウト、尺度開発、国際比較、質問紙調査

1. 研究開始当初の背景

近年の医療倫理、看護倫理への関心の高まりとともに、看護者の抱える倫理的問題にも多くの関心が集まっている。Jameton(1984)によると、倫理的問題は、moral uncertain-

ty, moral dilemma, moral distress (倫理的悩み) の3つのタイプに分類することができる。このうち、倫理的悩みは、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で、欲求不満や怒り、失望などの否定的感情を生じるものである。この倫理的悩みは最近の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（フライ，1998）。

これまでの研究で、倫理的悩みが大きくなると感情が枯渇すること（Rodney，1988）、倫理的悩みを頻繁に体験し、それにうまく対処できなかった看護師はケア能力にもダメージを受け、離職につながってしまうこと（Wilkinson，1988）、ジョブストレスや職務満足度と関連していること（Corley，2002）などがわかっている。さらに、何がどの程度のdistressとなるかは、その状況だけでなく、受け取る側の看護師の価値観や信条にもよる、とする研究もある（Wilkinson，1987）。

精神科は患者の自律性が尊重されない場合があることを認められている領域、すなわち非自発的な入院や隔離・拘束など行動の制限が認められている領域であり、さらに入院患者の置かれた状況は社会から隔離された空間で生活の全てが統制されるトータル・インスティテューション（ゴッフマン，1961）であることなどから、その場の看護師は特有の倫理的問題を感じているものと推測される。

精神科看護師の倫理的悩みに関する研究は、極めて少ないが、Austinら（2003）は、カナダで3人の看護師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た。それによると、看護師は、叫び声を上げている患者のところに誰も行かなかったり、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。

わが国の精神科医療は、他科と比べて職員の配置が少ないこと、世界の中でも飛びぬけて、在院日数が長く人口あたりの病床数が多いことなどから、患者へのきめ細かいケアが難しく、倫理的悩みを抱えているものと推測される。大西ら（2003）は2001年に精神科看護師80名を対象として、どのような倫理的悩みを抱えているか調査を行ったが、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、など人手不足から来ると思われる問題も上位に上がっていた。また、その解決法としては、同じ職場の同僚に相談するという個人的な方策をとる

ものが最も多かった。この研究は対象者の属する病院が一つに限定されていたので、一般化するには問題がある。

それでは、わが国とは全く異なる国、即ち、脱施設化が進んで人口当たりの病床数が少なく、かつ、精神科看護師が多く配置されている国では、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。先進諸国の中で、英国は人口当たりの精神科看護師数が最も多く（日本の約2倍、米国の16倍）、病床数が少なく（日本の約1/5、他の欧米諸国とは同程度）、病床当たりの看護師数で言えば、日本の約10倍ということになる（WHOによる2005年のデータ）。この点で、日本と英国との比較研究は極めて興味深い結果となるものと予測される。

また、倫理的悩みと同時に、バーンアウトとの関連について明らかにすることも必要である。それによって、倫理的悩みの実態だけでなく、解決の糸口が見つかり、その解決は看護師の精神的負担を軽くするだけでなく、そのまま看護の質の向上につながるものとなるからである。

2. 研究の目的

本研究では、以下の4つを目的とする。

- (1) Corleyらが開発し、妥当性・信頼性の確保された急性期ケア領域のMoral Distress尺度（以下、MDS）を用いて、日本語の精神科版MDS（MDS-Pとする）を作成し、妥当性・信頼性を検証する。
- (2) MDS-Pを用いて、日本と英国の精神科看護師が抱えている倫理的悩みを明らかにし、比較することで、両国の精神科看護の置かれた状況との関連を検討する。
- (3) MBI-GS（Maslach Burnout Inventory-General Survey）の原版・日本語版を用いて、日本と英国の精神科看護師のバーンアウトの程度を明らかにし、倫理的悩みとの関連を検討する。
- (4) 日本の精神科看護師の抱く倫理的問題を減少させ、精神科看護の質の向上を図るために、とりうる対策について検討する。

3. 研究の方法

無記名自記式質問紙調査による横断的研究である。研究対象は精神科に1年以上勤務する看護師で、便宜的集団ではあるが、属する施設（公立か私立か）は日本の特性を反映している。質問紙は、文献検討をもとに作成した倫理的悩みに関する質問項目（程度と頻

度の両面で各 43 項目。0-6 の 7 段階尺度)、バーンアウト尺度(3 サブスケールからなる 16 項目。MBI-GS。0-6 の 7 段階尺度)、属性から構成される。倫理的悩みに関する質問項目は、日本でのパイロットスタディを経て文言を修正し、バックトランスレーションにより意味の同一性が保持された日本語版と英語版を作成された。

倫理的悩みに関しては因子分析等で尺度開発を行い、その尺度得点と MBI-GS 得点との相関係数及び回帰分析から両者の関連をみた。

研究に先立ち、三重大学医学部倫理審査委員会及び英国 Harrow Research Ethics Committee による承認を得た。対象者には研究概要、任意であること等を文書と口頭で説明し、回答を以って同意とみなした。

4. 研究成果

質問紙調査は日本の精神科病院及び総合病院精神科 6 施設の看護師 391 名に実施され、回答のあった 289 名 (回収率 73.9%) のうち 80%以上の項目に回答のあった 264 名を有効回答とした。回答者の属性は、男性 68 名 (25.8%)、女性 193 名 (73.1%) で、看護師は 181 名 (68.6%)、准看護師 80 名 (30.3%) であった。平均年齢は 39.1±11.5 歳、精神科経験年数は 10.1±9.0 年であった。

英国では 3 カ所の精神科病院の看護師 460 名が対象であったが、回答は 36 名 (回収率 7.8%) に留まった。全員が看護師で平均年齢 40.9±8.6 歳、精神科経験年数は 12.9±8.7 年で日本と同様の傾向を示したが、性別では男女とも 47.2%を占め (5.6%は無回答)、日本とは異なっていた。

また、対象者の属する病院の職員配置は、英国が手厚く、病床あたりの医師は約 10 倍、看護師は約 2.3 倍、夜勤者は約 3.6 倍だった。

(1) 精神科版倫理的悩み尺度 (MDS-P) の開発

倫理的悩みについては、日本の結果だけを対象として尺度を開発した。倫理的悩みの程度と頻度は高い相関を示したため、分析は程度の回答をもとに行った。半数以上の対象者が無回答であった項目、回答が極端に偏っている項目などを削除した後、プロマックス回転で因子分析を行い、第 1 因子の負荷量 0.4 以上で、かつ他の因子負荷量 0.35 以下の項目で尺度を作成した (表 1)。その結果、「ケア提供者による非倫理的行い」、「少ない職員配置」、「患者の権利侵害の黙認」という 3 因子をもつ 15 項目の尺度が完成した。因子間の相関係数は 0.46-0.63 で中位の相関を示した。クロンバック α 係数は各因子で 0.79-0.85、尺度全体では 0.90 であり、信頼性は検証された。

表 1 MDS-P 因子分析結果 (表下は項目内容)

項目番号	因子			共通性
	1	2	3	
9	.81	-.15	.12	.64
6	.66	-.02	.05	.47
13	.66	-.13	.17	.49
16	.66	.12	.03	.50
36	.61	.23	-.15	.49
15	.55	.26	-.01	.54
32	.01	.84	-.11	.57
29	-.14	.63	.25	.50
11	-.06	.61	.10	.85
39	.00	.60	.10	.51
38	.33	.57	-.10	.60
4	-.05	-.06	.70	.48
2	.04	.04	.63	.45
5	.23	-.06	.63	.61
1	.05	.15	.52	.42
固有値	6.39	1.46	1.17	

9. 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
 6. 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
 13. 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
 16. 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
 36. 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
 15. 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
 32. 人員配置が不足しているため、不適切なケアになる (徘徊している人の抑制など)
 29. 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
 11. 「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
 39. 機械の歯車のように扱われ、看護師がすぐに辞めてしまう職場で働かざるを得ない
 38. トラブルを起こさない患者には、声をかける時間が持たない
 4. 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. 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
 5. 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
 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) 日英の看護師の経験する倫理的悩み
日英の看護師の倫理的悩みを比較するにあたって、研究開始時には両国で使える尺度を開発する予定であったが、英国での回答が少ないために不可能となった。そこで、日英比較に関しては、質問紙の項目による分析を行った。

倫理的悩みの程度で悩んでいると回答さ

れた（7段階尺度で3以上）項目を表2、表3に示す。英国のほうが職員配置は手厚いが、日本と同様に人手不足を感じている。悩んでいる項目数は日本が6、英国は10で多かった。

表2 悩みの程度が3以上の項目（日本）

項目	平均
11. 「安全を保てない」数の看護師	4.07
29. 安定した患者の長期入院	3.82
31. 患者と関係を築く時間がない	3.73
12. 「安全を保てない」設備や備品	3.64
32. 人手不足による不適切なケア	3.57
8. 自分にできない仕事を指示される	3.18

表3 悩みの程度が3以上の項目（英国）

項目	平均
11. 「安全を保てない」数の看護師	3.97
39. 機械の歯車のように扱われる	3.67
31. 患者と関係を築く時間がない	3.53
12. 「安全を保てない」設備や備品	3.49
23. 力不足の看護師と働く	3.30
35. 看護の意見を聞かない医師と働く	3.30
41. 患者のためにならない病院の規則	3.20
24. 力不足の看護助手と働く	3.09
1. 家族の希望に不本意ながら従う	3.06
37. 服薬拒否患者には注射をする	3.00

また倫理的悩みの頻度では3を越えた項目は、日本では、表2のうち最下位の8番を除く5項目で、英国では11と31の2項目だけだった。

表4 倫理的悩みの程度に差のあった項目 (p<.05)

項目	平均得点	
	日本	英国
【日本>英国】		
29. 安定した患者の長期入院	3.82	2.48
32. 不適切なケア	3.57	2.09
8. 自分にできない仕事の指示	3.18	2.47
4. 不必要な検査や治療の実施	2.87	2.18
【日本<英国】		
1. 家族の希望に従う	2.43	3.06
24. 力不足の看護助手	2.36	3.09
37. 服薬拒否患者への注射	2.17	3.00

次に、両国で倫理的悩みの程度に有意差のあった項目を表4に示す。安定した患者の長期入院の問題は日本独自であり、逆に英国では急性期患者が多く服薬拒否の問題が生じている。日本で、自分にできそうもない仕事を命じられたり不必要な検査や治療の実施を補助したりすることに悩むという項目が有意に高くなっているのはNOと言うのが苦手な国民性によるものと推測される。

倫理的悩みの頻度において両国で有意差

のあった項目は、32. 不適切なケア、8. 能力を越える仕事、4. 不必要な検査や治療などで14項目あり、特筆すべきはそのすべてにおいて日本のほうが高かったことである。これらの結果から、日本では悩みを生じる場面に頻回に遭遇しているにも関わらず、悩みを強く感じることは少なく、逆に、英国では悩みを感じる場面に遭遇することは少ないにもかかわらず、悩みを強く感じていることがわかる。

(3) 倫理的悩みと経験

経験が倫理的悩みに及ぼす影響を見るために、年齢と経験年数について倫理的悩みとの相関を調べた結果が表5及び表6である。いずれも、5%レベルで相関が有意であったものについて、その相関係数を示した。日本では相関のあったものはわずか2項目で、相関係数も小さくほとんど相関はない。一方、英国では9項目に相関が見られ、また相関係数はすべてマイナスで中位の相関を示している。

表5 日本における倫理的悩みと経験

項目	相関係数
【年齢との相関】	
32. 不適切なケア	-.139
2. 家族の希望重視の指示に従う	.125
【経験年数との相関】	
2. 家族の希望重視の指示に従う	.128

表6 英国における倫理的悩みと経験

項目	相関係数
【年齢との相関】	
12. 「安全を保てない」設備備品	-.456
24. 力不足の看護助手と働く	-.428
26. 力不足の無資格職員と働く	-.382
25. 力不足の医師と働く	-.363
【経験年数との相関】	
28. 自分の力不足	-.460
24. 力不足の看護助手と働く	-.391
12. 「安全を保てない」設備備品	-.381
8. 自分にできない仕事の指示	-.356
21. クレーマーの方によりケア	-.352
5. ICなしの検査・治療の補助	-.350
32. 不適切なケア	-.341

これらの結果は、日本では年齢や経験の積み重ねは倫理的悩みの感じ方に影響しないが、英国では年齢や経験が増えると倫理的悩みの感じ方が弱くなることを意味している。これは、項目内容から見ても、経験とともに設備や同僚の力量が足りなくても自分の力で解決していけるようになっていくことを表していると考えられる。

(4) 倫理的悩みとバーンアウト

MBI-GS の得点を表 7 に示す。疲弊感とシニシズムを表す得点（得点が高いほどバーンアウト度も高い）は、日英両国で殆ど同じであり、有意差も見られなかった。しかし、カナダの研究 (Maslach ら, 1996) では看護師や精神科職員の疲弊感 は 3 未満、シニシズムは 2 未満となっており、両国の精神科看護師は比較的バーンアウト度が高いと言えよう。

一方、職務効力感の得点（他のサブスケールとは逆に、得点が低いほどバーンアウト度が高い）については、0.01% レベルで英国のほうが有意に高かった。他国の公務員や看護管理者、精神科職員などを対象とした調査では、PE 得点はすべて 4 を越えており、今回の結果は日本の精神科看護師の職務効力感が著しく低いことを示していると言える。その理由として、英国などでは精神科看護は他の領域より専門性が高い、とみなされているのに対し、日本では誰でもできる簡単なものとみなされがちであること、あるいはどんなに病棟で熱心に看護を行って患者の状態を改善したとしても地域での資源が少ないために社会復帰できないことから成功体験を持ちにくいことなどが考えられる。

表 7 MBI-GS の得点

サブスケール	平均得点±標準偏差	
	日本	英国
Ex (疲弊感)	3.46±1.54	3.44±1.59
Cy (シニシズム)	2.54±1.61	2.52±1.86
PE (職務効力感)	1.61±1.11	4.68±1.22

倫理的悩みとバーンアウトの関連については、今回開発された MDS-P の総得点と MBI-GS の各サブスケール得点との相関を求めたところ、MDS-P の程度得点と Ex との相関係数は 0.30、Cy とは 0.23、頻度得点と Ex とは 0.31、Cy とは 0.42 であった。PE との相関は見られなかった。これにより倫理的悩みを強く頻回に感じている人はバーンアウト度も高いことが明らかとなった。

(5) 研究の限界

本研究にはいくつかの限界がある。まず、対象者は無作為抽出されていないことが挙げられる。日本では、調査を 3 県の 6 病院 (大学附属 1、公立 1、法人立 4) で実施するなど、対象者ができるだけ偏らないように工夫はしたが、日本全体の精神科看護師を正しく反映しているとは言えない。英国は国中の医療は NHS によって行われており、今回の対象者も NHS の 1 トラストに属している。ただ地域的な偏り (ロンドンの中でも貧しい地区) があることは否めない。

また、英国での回収率が著しく低かったことから回答の偏りが懸念される。ただ、英国の看護師を対象とした調査はいずれも回

収率が 10-20% 程度しか期待できないようであるので、今回の結果が飛びぬけて低いわけではないようである。

(6) おわりに

倫理的悩みには職場環境が大きく関わってくると考えられるが、今回の調査結果では、職員配置の手厚い英国でも、そうでない日本でも看護師は同じように人手不足に悩んでいた。これは患者層の違いによるのかもしれないが、よりよいケアを求めればきりがなく、どんなに人手があっても、足りないと感じるのかもしれない。従って、倫理的悩みは職場環境だけではなく、そのなかで看護師がどのような価値観で何を求めているか、現実と理想の違いにどれだけ心を痛めることができるかによっても異なってくると思われる。

倫理的悩みが疲弊感やシニシズムにつながるということがわかったが、では、倫理的悩みを感じなくなれば問題は解決するのだろうか。英国では 1 病棟の患者数が十数人で日中は 1 人の看護師が 2 人程度の患者しかケアしなくても人手不足と感じるように、よりよいケアを求めれば現状に満足することはありえないだろう。そうであれば、倫理的悩みを感じるということは理想を高く掲げ、現状の問題点を敏感に感じ取ることができる能力の表れかもしれない。

重要なことは倫理的悩みを感じないことではなく、感じた倫理的悩みをどのように現状改善への力に変えていけるか、また倫理的悩みを感じている看護師をどれだけサポートする体制が整えられるか、であろう。それはとりもなおさず、ケアの質の向上につながるものである。

今後の課題として、倫理的悩みと看護者の倫理的感受性との関連や、自己効力感が倫理的悩みの解決に及ぼす影響などを明らかにすることが挙げられる。それが、倫理的悩みから質の高いケアへとつながる道を探ることにつながると考えられる。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文] (計 3 件)

- ① Kayoko Ohnishi, Yasuko Ohgushi, Masataka Nakano, Hirohide Fujii, Hiromi Tanaka, Kazuyo Kitaoka, Jun Nakahara, Yugo Narita. Moral Distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nursing Ethics.*, 査読有 (印刷中)
- ② 大西香代子, 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、査読無、12 巻、2010、81-84

- ③ 大西香代子、イーストロンドンの精神科ケア、三重看護学誌、査読無、11巻、2009、65-69

[学会発表] (計6件)

- ① 大西香代子、北岡和代、大串靖子、田中広美、中野正孝、藤井博英、日英両国における精神科看護師の倫理的悩みの比較、第29回日本看護科学学会、千葉市、2009年11月28日
- ② Kayoko Ohnishi, Kazuyo Kitaoka, Len Bowers, Duncan Stewart, Marie Van Der Merwe, Yasuko Ohgushi, HItomi Tanaka, Masataka Nakano, Hirohide Fujii, Comparison of moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan and the UK, 15th International Network for Psychiatric Nursing Research Conference, Oxford (the UK), 2009. Sep. 24
- ③ 大西香代子、中野正孝、藤井博英、北岡和代、大串靖子、田中広美、精神科看護師の倫理的悩みに関する moral distress 尺度の開発 (第2報)、第28回日本看護科学学会、福岡市、2008年12月13日
- ④ Kayoko Ohnishi, Masataka Nakano, Yasuko Ohgushi, Hiroimi Tanaka, Hirohide Fujii, Kazuyo Kitaoka, Development and evaluation of a Moral Distress Scale to measure distress among psychiatric nurses, 14th International Network for Psychiatric Nursing Research Conference, Oxford (the UK), 2008. Oct. 10
- ⑤ 大西香代子、中野正孝、藤井博英、大串靖子、田中広美、北岡和代、精神科看護師の倫理的悩みに関する moral distress 尺度の開発 (第1報)、第34回日本看護研究学会、神戸市、2008年8月20日
- ⑥ 大西香代子、辻川真弓、宮路亜希子、瀬川雅紀子、平松万由子、吉田和枝、看護師が直面した倫理的問題 (第2報) -倫理的悩みの分析-、第27回日本看護科学学会、東京、2007年12月7日

6. 研究組織

(1) 研究代表者

大西 香代子 (OHNISHI KAYOKO)
三重大学・医学部・教授
研究者番号：00344599

(2) 研究分担者

中野 正孝 (NAKANO MASATAKA)
三重大学・医学部・教授
研究者番号：00114306

(3) 連携研究者

北岡 和代 (KITAOKA KAZUYO)
金沢医科大学・看護学部・教授
研究者番号：60326080

田中 広美 (TANAKA HIROMI)
神奈川県立保健福祉大学・看護学科・助教
研究者番号：50404819

藤井 博英 (FUJII HIROHIDE)
青森県立保健大学・健康科学部・教授
研究者番号：60315538

(4) 研究協力者

大串 靖子 (OHGUSHI YASUKO)
元青森県立保健大学・健康科学部・教授

Len Bowers
City University London・Professor

Duncan Stewart
City University London・Research Fellow

Marie Van Der Merwe
City University London・Research Assistant

中原 純 (NAKAHARA JUN)
大阪大学大学院・人間科学研究科・助教