

リフレクションを含めた倫理研修が精神科看護師の 道徳的感受性、倫理的行動、ストレスに及ぼす 効果についてのパイロットスタディ

A pilot study about effects of ethical training, including reflection on moral sensitivity, ethical behavior, and stress of psychiatric nurses

安藤 満代¹ 山本 真弓² 関根 麻紀³

Michiyo ANDO

Mayumi YAMAMOTO

Maki SEKINE

キーワード：精神科、道徳的感受性、倫理的行動、ストレス、リフレクション

Key words : psychiatry, moral sensitivity, ethical behavior, stress, reflection

本研究の目的は精神科で働く看護師を対象として実施したリフレクションを含めた倫理研修が、看護師の道徳的感受性、倫理的行動、ストレスに及ぼす効果について調べることであった。研修は倫理原則や理論に関する内容と看護師の体験をリフレクションする内容から成っていた。1回90分を2回実施し、11名の看護師が参加した。看護師は、第1回目の研修開始前と第2回目の研修終了後に道徳的感受性質問紙、看護師の倫理的行動尺度、精神的健康調査票に回答した。道徳的感受性質問紙の3つの下位尺度のうち「道徳的強さ」は研修後にM=3.5からM=3.9に有意に上昇した ($p < .05$)。倫理的行動尺度の下位尺度の得点も有意ではなかったが、上昇していた。精神的健康調査票はM=16.8からM=12.8へと有意に低下した ($p < .05$)。これより、リフレクションを含めた倫理研修は「道徳的強さ」を高めること、ストレスを軽減することに有効であることが示唆された。

I. 緒言

精神科では、患者の心身の状況によっては拘束が必要であったり、入浴などでも見守りが必要で付き添いがあったり、プライバシーが十分に守られなかったりすることもある。このような状況において、看護師は倫理的に問題だと感じたり、判断に迷ったりすることがある。「倫理的問題」とは、「行為の規範に関する問い・葛藤・悩み」¹といえる。Jameton²によれば、倫理的問題は3つのタイプがあるという。「1. 道徳的不確かさ（その状況の道徳的問題が不確かな場合）」、「2. 倫理的ジレンマ（2つ以上の倫理原則が相矛盾してかかっている場合）」、「3. 道徳的悩み（正しい行為を知っているがそれを実行できない場合）」である。これによると、倫理的問題のなかに、道徳的な悩みが

含まれているといえる。

田中ら³は、日本の精神科病棟で働く看護師が体験している倫理的問題として、「患者の権利に関わる問題」、「治療に関わる問題」、「退院・長期入院に関わる問題」などを示し、価値の対立としては「患者の権利（自己決定・知る権利等）」、「患者の尊厳」、「患者の安寧（病棟文化：業務上の価値）」などを示している。

また、倫理的問題のなかの道徳的悩み (moral distress) は、怒り、フラストレーション、罪意識などの否定的な感情と関係していること⁴、バーンアウトとも関係することなどが示されている⁵。さらにAndo & Kawano⁶は、倫理的問題に出会ったときの対応と結果を調べた結果、「話し合って解決した」、「話しても解決しなかった」、「自分で探求した」、「直接指摘して、傷ついた」などがあることを示した。

1 聖マリア学院大学看護学部 St. Mary's College

2 国際医療福祉大学福岡看護学部 International University of Health and Welfare

3 聖ルチア病院 St. Lucus Hospital

上記の研究から、看護師が道徳的悩みを含めた倫理的問題を感じていることは明らかになっているが、積極的な解決方法やその効果について調べた研究はほとんど見当たらない。倫理的問題を感じたときに、どのように解決するか、その方法を検討することは必要なことと考えられた。そこで今回、筆者らは倫理的問題に出会ったときに積極的に解決する方法として、実際に看護師が体験した事例のリフレクションを含めた倫理研修が有効ではないかと考えた。

リフレクション^{7,8}とは、実践(行為)の経験を振り返るプロセスであり、記述、分析、評価を行う手段をいう。研修において、「記述」では自分が振り返りたいと思う場面をありのまま描写し、自分自身の内面で起こった感情も振り返る。「評価」では「何が良かったのか」、「何が良くなかったか」を自分自身で問いかけ、起こった出来事の価値や重要性について考える。「分析」ではこの状況で意図されること、わかることは何かを探求する。

このリフレクションによって、看護師が臨床で倫理的な問題だと感じる感受性も影響されると考えられた。Lutzenら⁹は、「倫理的感受性は、倫理理論と倫理原則を知っているということに関わる概念である」とし、一方「道徳的感受性は、われわれが『この人がよく生きるように』と見て他者を気遣うときに体験する、相手に向ける純粋な関心である」としている。今回のリフレクションでは、看護師はまだ倫理に関する研修を初めて取り入れようとする段階であり、倫理理論や倫理原則を日頃から考える段階ではないと考え、倫理的感受性より道徳的感受性が高まることを予想した。

また大出¹⁰によると、「臨床では看護師は専門職として高い道徳的感受性や倫理的行動力が求められるが、倫理的行動を測定するツールがない」ことから「倫理的行動尺度」を開発した。さらに、「倫理的な行動をとるためには道徳的感受性は不可欠である」こと、倫理的行動は道徳的感受性と正の相関があることを示している。そこで今回、倫理研修をすることで、道徳的感受性が高まると同時に倫理的行動も高まると予想した。

そして自分が体験した倫理的問題を他者と共有し、解決について考える知識を身につけることは、看護師のストレスを軽減できるのではないかと考えた。

そこで本研究は、パイロットスタディとして精神科の看護師が倫理的問題に遭遇したときのリフレクションを含めた倫理研修が、看護師の道徳的感受性、倫理的行動、ストレスに及ぼす効果について調べることを目的とした。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

後ろ向き記述的研究

2. 対象者

単科の精神病院に勤務する看護師12名で、全部で2回実施した。2回とも参加できたのは11名であった(表1)。対象者の中には、副師長、師長、看護部長も含まれていた。看護管理者とスタッフ看護師が同一に研修会で振り返りをすることは、結果を看護管理者が知り、組織で取り組む機会になるのではないかと配慮したことによる。

3. 使用尺度

- 1) 道徳的的感受性質問紙日本語版J-MSQ 2017: 道徳的感受性を測定するために、道徳的的感受性質問紙日本語版J-MSQ2017を用いた。これはLutzenら⁹が開発し、前田らが日本語版を作成したものである^{11,12}。「道徳的強さ」、「道徳的気づき」、「道徳的責任感」の3つの下位尺度からなる。各項目1点から6点を付与し、得点が高いと道徳的感受性が高いことを示す。
- 2) 倫理的行動尺度¹⁰: 看護師の臨床での倫理的行動を測定するために、大出の倫理的行動尺度を用いた。これは「自律尊重尺度」「公正尺度」「無危害善行尺度」の3つの下位尺度から成る。各項目に1点から6点を付与し、得点が高いほど倫理的行動を実施していることを示す。
- 3) 精神的健康調査票¹³: 看護師のストレスを測定するために、精神的健康調査票(日本版GHQ12)を用いた。1点から4点を付与し、得点が高いほど、ストレスが高いことを示す。
- 4) 自由記述: この研修に対する感想を自由に記載してもらった。

表1 研究に参加した対象者の背景

	性別	年代 (歳)	看護師経験 (年)	現在の病棟 職位での経験	職位
ID1	女性	40	19	1	看護部長
ID2	女性	40	22	20	師長
ID3	女性	60	12	4	看護師
ID4	女性	40	21	6	師長
ID5	女性	50	35	3	看護師
ID6	女性	30	13	6	副師長
ID7	女性	40	6	1	看護師
ID8	女性	40	20	5	看護師
ID9	男性	30	7	2	看護師
ID10	女性	20	5	2	看護師
ID11	男性	40	4	1	看護師

表2 倫理的問題解決にむけた倫理研修の内容

研修の内容
【第1回目】
1) 倫理原則、看護倫理原則の概要の説明
↓
2) 4ボックス法を用いた事例の分析の説明
↓
3) 看護師のリフレクション
①記述(体験した事例を記述する)
②評価(良かった点、問題だと感じた点などを評価する)
③分析(原理や原則を用いて解決の探索をする、必要に応じて他の概念なども入れる)
④共有
↓
4) ディスカッション
【第2回目】
1) トンプソンの10原則の説明
↓
2) 看護師のリフレクション
①記述(体験した事例を記述する)
②評価(良かった点、問題だと感じた点などを評価する)
③分析(原理や原則を用いて解決の探索をする、必要に応じて他の概念なども入れる)
④共有
↓
3) ディスカッション
↓
4) まとめ

4. 調査方法

研修会は2回実施し、1回目の後、2週間後に2回目を実施した。質問紙への回答は、第1回目の研修前と第2回目の研修後に回答を求めた。研修会の具体的な内容は、第1回目は、1) 倫理原則や看護倫理の原則や概要の説明、2) 4ボックス法を用いての事例分析の説明、3) 看護師のリフレクション、4) ディスカッション、第2回目は、1) トンプソンの10ステップの説明、2) 看護師のリフレクション、3) ディスカッション、4) まとめであった(表2)。

5. 分析方法

分析にはSPSS ver.23を用いた。すべての調査項目の基本統計量を算出した。質問紙の下位尺度ごとか、合計得点について平均値と標準偏差($M \pm SD$)を算出した。さらに道徳的感受性尺度と倫理的行動尺度については下位尺度ごとに研修前後での得点の差を対応のあるt検定を用いて、精神的健康調査票については研修前後での合計得点の差を同じくt検定を用いて調べた。

6. 倫理的配慮

大学の研究倫理審査委員会の承認と実施施設からの

研究の承認を得た。調査依頼の文書には、研究への参加は自由意思であり、参加しなくても不利益を被らないことやプライバシーの保護について記載していた。またデータは全体でまとめるために、公表する際にも個人が特定できない形にすることも含めた。さらに研修会は勤務時間以外に行い、勤務の妨げにならないように配慮した。

Ⅲ. 結果

1. 第1回目の倫理研修で看護師がリフレクションした事例

事例1: A氏は、転倒、転落の危険があるが、看護師は多忙で他の業務もしているため、常に看護師が付き添えなかった。その際はストレッチャーで拘束せざるをえないと考えた。しかし、筋の拘縮などの危険性がある。どうすべきだったのかと思う。

事例2: 認知症のある終末期のがん患者で、意思表示が看護師にはわかりにくかった。家族の希望で告知をしていないが、患者のがんの治療のために他の病院を受診する必要がある。他の病院で治療するためには、がんであることを告知すべきではなかったか疑問が残る。

2. 質問紙の得点の変化

- 1) 道徳的感受性質問紙日本語版J-MSQ2017は、3つの下位尺度から成っている。「道徳的強さ」の要因については、 $M=3.5$ から $M=3.9$ と有意な上昇がみられた($p<.05$)(表3)。「道徳的な気づき」は $M=4.1$ から $M=4.4$ に、「道徳的責任感」は $M=4.2$ から $M=4.4$ に得点は上昇していたが、有意差はみられなかった。
- 2) 看護師の倫理的行動尺度については、どの下位尺度についても有意差はみられなかった(表4)。ただし各得点について「自律尊重尺度」は $M=4.1$ から $M=4.2$ に上昇し、「公正尺度」は $M=4.1$ から $M=4.3$ に上昇し、「無危害善行尺度」は前後とも $M=4.6$ であった。
- 3) 精神的健康調査票の得点は、研修前 $M=16.8$ から研修後は $M=12.8$ と有意に低下した($p<.05$)(表5)。

3. 第2回目のリフレクションで倫理的行動につながると考えられる事例

Aさんは90歳代の男性で、認知症のため単科の精神科病院に入院していた。認知症とともに胃がんの末期で余命3カ月と医師から家族に説明されていた。終日臥床し、発話もできなくなった。医師は家族と話し合い、「自然な最期を望み、緊急でも処置はしない」ことで合意していた。しかし、ある夜患者が急変し、 SpO_2 (酸素飽和度)が低下してきた。当直医の判断で

表3 道徳的感受性尺度の研修前後の平均値と標準偏差
(n=11)

	研修前	研修後	有意差
道徳的強さ	3.5±0.6	3.9±0.5	$p < .05$
道徳的な気づき	4.1±0.6	4.4±0.4	n.s.
道徳的責任感	4.2±0.5	4.4±0.4	n.s.

表4 倫理的行動尺度の研修前後の平均値と標準偏差
(n=11)

	研修前	研修後	有意差
自律的尊重尺度	4.1±0.3	4.2±0.3	n.s.
公正尺度	4.1±0.8	4.3±0.4	n.s.
無危害尺度	4.6±0.3	4.6±0.3	n.s.

表5 精神的健康調査票の研修前後の平均値と標準偏差
(n=11)

研修前	研修後	有意差
16.8±4.8	12.8±4.4	$p < 0.05$

酸素を投与していた。看護師は頭が真っ白になり、医師に十分に伝えることができなかった。このことをリフレクションすることで、「自然な最期の捉え方やその状況の受け取り方は一人一人違うことを理解し合い、家族の意向を看護師がもっと主張すべきだった」ということを話し合い、次の行動に結び付けようとしていた。

4. 自由記述

対象者の自由記述は少なかったため、質的分析は行わず、類似した内容をまとめた。その結果、「精神科での倫理を身近に考える機会となった」、「倫理的問題に迷ったときの判断の拠り所がわかった」、「患者中心のケアから倫理の問題が解決すると感じた」、「研修を今後の臨床に活かす」、「意見交換の場となった」などであった。

IV. 考察

1. 質問紙の得点の変化について

道徳的感受性の「道徳的強さ」の得点は有意に上昇した。道徳的強さとは、「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」とされている。この要因の得点が増えたことは、研修の中で倫理的問題には倫理の原則などを用いて対処できることや4分割表を用いて検討するなどの解決の糸口が見つかり、自分たちが立ち向かう意識が高まったために上昇したのではないかと考えられる。前田¹¹は道徳的強さが学歴によって異なるという結果から、教育による

変化が期待できることを示唆している。このことから研修における道徳的行動の判断の基準となる考えなどを示すことが道徳的感受性を高めることに有効ではないかと考えられる。その他の2つの要因である「道徳的な気づき」や「道徳的責任感」は有意ではないが、上昇していた。看護師は「これは倫理的に問題なのではないか、どうだろうか」とあいまいに感じていたこともリフレクションやディスカッションで他者の意見を聞くことによって「道徳的な気づき」につながったのではないかと考えられる。これはJameton²のいう「道徳的不確かさ」への認識につながると考えられる。

倫理的行動尺度について「自律尊重」では、本研究では「自律尊重尺度」は研修前 $M=4.1$ 、研修後 $M=4.2$ であった。この尺度を開発した大出¹⁰の $M=4.29$ と比較してやや低い。今回、看護師がリフレクションした内容からも、「認知症や精神症状から患者の意向がわかりにくく、患者の意向をじっくり聞く前に、家族の意向を優先しがちだった」などもあり、この尺度について困難を感じていることが示唆された。さらに今回の自由記述の「患者中心のケアから倫理的問題が解決すると感じた」とあるように、研修を通して「自律尊重」の重要性を感じていたと考えられる。一方「無危害善行尺度」は、本研究では前後とも $M=4.6$ と高かった。日頃からこの点を考えているという天井効果のために差がなかったと考えられる。さらに、本研究では2回の研修であったため、倫理的行動に移すまでには時間を要すると考えられ、今後は評価する時期はもっと遅くしたほうがよいことも考えられた。

精神的健康調査票は、 $M=15$ が「問題あり」の基準と考えられることから、研修前は $M=16.8$ と基準よりストレスが高かったが、研修後は低下していた。その理由の可能性として、自己効力感が上がったことが考えられる。自己効力感¹⁴とは、「自分が行う行為について、自分には実行できるという可能性の認知」と定義される。この定義は、自由記述の内容の「倫理的問題に迷ったときの判断の拠り所がわかった」、「患者中心のケアから倫理の問題が解決すると感じた」という内容と合致することから、自己効力感が高まったと考えられる。先行研究¹⁵では、リフレクションを用いたことで他のスタッフに感情表出し、困難さの共有と受容を得たことで自身の感情を肯定的に受け止めることができ、それが自己効力感を高めた可能性を示している。これらのことから自己効力感が高まることで、ストレスが低下したと考えられる。

以上のことから、倫理的問題だと感じた体験を看護師が振り返るリフレクションを含めた倫理研修によって、道徳的感受性のなかの道徳的強さが高まり、ストレスが低下することに有効であることが示された。田中³は、「精神科看護の専門的能力を高めることそのものが倫理的問題への重要な対処の1つである」

と述べている。リフレクションは、看護師が相互に専門的な意見を共有することによって専門的な能力を高めることにも貢献し、倫理的問題の解決の1つの方法ではないかと考えられる。

今回の研究では、「道徳的感受性は倫理的行動と関連がある」ということから、「道徳的感受性尺度」と「倫理的行動尺度」を用いたが、倫理的行動を測定するのであれば、倫理的感受性を測定するなどにも検討する必要があると考えられる。「倫理的感受性」と「道徳的感受性」を分けて¹⁶、今後さらに検討する必要がある。また行動の変化を評価する場合は、自己評価だけでなく、他者から見ての評価なども加え、よりどのように行動の変化がみられたかを考える必要がある。さらに対象者の年代や経験年数も隔たりが大きかったので、範囲を限定するなどして対象者を絞ることが必要であると考えられる。

V. 結語

パイロットスタディとしての本研究から、精神科の看護師のリフレクションを含めた倫理研修によって、道徳的感受性が高まり、ストレスが低下するという肯定的な効果がみられた。

謝辞

本研究において協力施設として認めていただきました聖ルチア病院院長 大治太郎先生、また多忙な業務のなか、参加していただきました聖ルチア病院看護師の皆様にご心よりお礼申し上げます。

助成

本研究はどの機関からも研究助成を受けていない。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文献

1. Fry ST. 1944/片田範子, 山本あい子訳. 2005. 看護実践の倫理(第2版). 東京: 日本看護協会出版会.
2. Jameton A. Nursing practice: The ethical issues. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, N.J.; 1984.
3. 田中美恵子, 濱田由紀, 小山達也. 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. 2010; 2: 6-14.
4. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, et al. Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advance Nursing*. 2001; 33: 250-256.
5. Ohnishi K, Ohgushi Y, Nakano M, et al. Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nursing Ethics*. 2010; 17: 726-740.
6. Ando M, Kawano M. Responses and results to ethical problems by psychiatric nurses in Japan. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2016; 20: 527-530.
7. Gibbs G. Learning by doing: A guide to teaching and learning methods. Further Education Unit. Oxford: Oxford Brookes University; 1998.
8. 田村由美, 津田紀子. リフレクションとは何か—その基本的概念と看護・看護研究における意義. 看護研究. 2008; 41(3): 171-181.
9. Lutzen K, Nordstrom G, Evertzon M. Moral sensitivity in nursing practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 1995; 9(3):131-138.
10. 大出順. 看護師の倫理的行動尺度の開発. 日本看護倫理学会誌. 2014; 6(1): 3-11.
11. 前田樹海, 小西恵美子. 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. 2012; 4(1): 32-37.
12. 前田樹海, 小西恵美子, 八尋道子他. 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. 2018: 82.
13. Goldberg DP. 中川泰彬, 大坊郁夫. 「日本語版GHQ精神健康調査票手引き」東京: 日本文化科学社; 1985.
14. 佐藤栄子編. 事例を通してやさしく学ぶ—中範囲理論入門. 東京: 日総研; 2015.
15. 近藤麻衣子, 森久美子, 原むつ子他. 看護師の感情と看護. 第39回日本精神科看護学術集会第26群 127席. 2013: 284-285.
16. 前田樹海, 小西恵美子, 八尋道子他. 道徳的感受性質問紙日本語版2018(J-MSQ2018)下位概念「道徳的責任感」を見直して. 日本看護倫理学会誌. 2019; 11(1): 100-102.