

児童精神科看護師の倫理的課題への対処と相談行動との関連

筑波大学大学院 小川 光江

筑波大学医学医療系 菅谷 智一

筑波大学医学医療系 森 千鶴

I. はじめに

精神障害により問題行動をひきおこし、社会生活に不応を生じた子どもが入院する児童精神科病棟では、疾患の治療とともに社会生活スキルの獲得に向けて援助を行っている(山崎, 2018)。入院する子どもの背景は多種多様であり、看護師は子どもの疾患や気質、障害特性、発達段階、家庭環境などの情報から、子どもが置かれている状況を理解して治療的な関係を形成し、自立するまでの過程を援助する(市川, 2005)。しかし、児童精神科の入院対象となる子どもの意思決定には、二重の困難さが存在し、これらの要因が子どもの主体性を尊重した看護の提供を阻み、看護師の感情をしばしば葛藤させる。

第一の要因は、子どもを対象としていることである。成長発達段階にある子どもは、治療への理解を得ることが難しいために、意思決定能力が低いと捉えられ、説明が十分ではない状況でも治療が行われてきた(金子・松下, 1995)。しかし、治療成績の向上と共に、疾病管理への内発的動機づけの低さが、不十分なアドヒアランス状態を招いてしまうことが問題視されるようになった(大杉, 2018)。子どもの主体的な治療参加には、子どもの意思決定を考慮したインフォームドアセントが必要だが(田中ら, 2017)、子どもの治療は、家族の判断や権利も重要な意思決定の要素となるため、子どもと家族

の理解力を考慮した援助が必要である。

第二の要因は、精神保健福祉法に基づく入院である。従来、精神障害者は、認知機能の障害から意思決定能力に問題があると捉えられてきた。そのため、精神保健福祉法の枠組みの中で、長年に渡り本人の同意を要しない強制的な治療や行動制限が行われてきた。これらの歴史的な背景から、精神看護には独自の倫理的課題が存在する(竹田, 2015)。精神看護における倫理的課題は、「隔離や拘束による行動制限」、「強制的な入院や退院」、「薬剤による鎮静や電気けいれん療法などの強制的な治療」、「医師や家族との関係」などに関するものである(田中ら, 2010a)。また、これらは、隔離や拘束などの行動制限を必要とする強制的な入院である、措置入院を受け入れる病棟において生じやすい(田中ら, 2014)。措置入院は、自傷他害の恐れがある患者に対し、適切な医療を提供するために都道府県知事の命令により、2名の精神保健指定医の診察の結果、入院が必要と認められた時に知事の決定によって行われる入院である(精神保健福祉法, 第29条)。

児童精神科においても、同様の倫理的課題が指摘されている。児童精神科に入院する子どもは、興奮や暴力、希死念慮や自殺企図により自傷他害の危険性が高く(小澤・宮崎・田中・市川・黒田, 2012)、強制的な入院や行動制限が必要となることがある(小松崎ら, 2010; 谷本ら,

2018)。強制的な入院や行動制限は、患者と看護師間における関係構築を阻害する要因となるが(荻野, 201; 高岡, 2018)、児童精神科に入院する子どもは、精神症状のほかに知的または学力レベルが通常よりも低いことが多い。さらに、家族も子どもと同様の障害を抱えていることもあるため、同意取得が非常に困難であることが多い(太田ら, 2009)。これらの不確実な状況から生じる倫理的な課題を前にして、児童精神科の看護師は、子どもの権利や主体性を尊重した看護が提供できているのか疑問に思い、葛藤するのである。

倫理的課題に直面した看護師が、適切な対処行動をとるには、倫理的課題を認識する能力と環境を調整して対処する能力の必要性がそれぞれの立場から述べられている。

看護師が倫理的課題に気付く能力は、倫理的感受性と定義され、性別(水澤, 2009)や最終学歴(田中ら, 2014)、経験年数(Elpern, Covert, & Kleinpell, 2005; Ohnishi, 2011)、職位(宇佐美ら, 2014)などの個人的な能力との関連が報告されてきた。

しかし、看護は組織の方針や人事、医療資源などの制限がある中で行われるため、一人の看護師が倫理的課題に気づいていても、上手く対処ができるとは限らない(大西ら, 2016)。倫理的な看護の提供には、職場における看護目標の共有とカンファレンスによる議論が有効である(田中ら, 2010b)。さらにこれらは、組織の教育方針にエンパワーされる。看護師は、看護における悩みを職場の同僚や上司である看護管理者に相談することが多く(田中ら, 2010a)、看護管理者は、倫理委員会や行動制限最小化委員会のある病院に所属する者ほど、問題への扱いに対する理解が高い(長崎・伊東, 2018)。そのため、Rubin (2015) は看護師個人の能力と環境調整の能力を別に捉え、後者の重要性を強調している。

これら一連の見解は、「看護師が看護であると理解していることが実施できるように、環境を調整するまでのプロセスが看護技術には含まれるべきである」というNightingale (1860)の主張を根拠づけている。

Nightingale (1860)の主張を支持するのであれば、環境調整を図ろうとする過程で生じる相談行動は、倫理的な看護には重要な構成要素である。相談行動は、人が個人で対処しきれない問題に直面した時に、周囲からの支援を受けようとするための援助希求行動の一つである(田中ら, 2010a)。そのため、相談行動を上手に活用できる者ほど、倫理的な看護が提供できている可能性が考えられた。しかし、相談行動には利己主義が働くため、個人の相談行動への捉え方を考慮する必要がある(永井・新井, 2008)。

看護師の倫理的な看護の提供を促進または阻害する要因に関する、これらの先行研究は、いずれも成人の精神科または身体科の看護師を対象としたものである。年齢や疾病背景が異なる児童精神科看護師を対象とした研究は行われていない。また、看護師個人の相談行動への捉え方が、倫理的な対処行動を促進し、看護技術に含まれるべきものであるのかという根拠も明確ではない。

そこで、本研究では、児童精神科看護師の倫理的課題への適切な対処行動が、相談行動への肯定的な捉え方と関連していると仮定し、検証することを目的とした。倫理的課題への対処と相談行動への捉え方との関連を明らかにすることで、子どもへの倫理的な看護を考慮する際の一資料を示すことになると思う。

II. 方法

1. 対象施設

全国児童青年精神科医療施設協議会に属する正会員 35 施設 (2020 年 2 月現在) の内、調査協力の得られた施設とした。

2. 対象者

対象施設の児童精神科病棟に勤務する看護師とし、看護管理者（看護師長、主任・副看護師長）も対象とした。

3. 調査期間

2020年8月から2020年9月である。

4. 調査内容

(1) 対象者背景

性別、年齢、最終学歴、職位、病院属性、児童精神科病床数、在学中の倫理科目受講、倫理講習会参加、院内倫理講習、倫理カンファレンス、倫理委員会、行動制限最小化委員会、措置入院患児の受け入れ、看護師経験年数、精神科看護経験年数、児童精神科看護経験年数について情報収集した。

(2) 倫理的課題への対処

倫理的課題への対処の測定には、宇佐美ら（2014）が作成した倫理的課題への対処質問紙を使用した。倫理的課題への対処質問紙は、精神科看護師が臨床で直面する倫理的課題に、どの程度対処できているのかを測定するものであり、46項目4因子構造からなる。質問紙作成時の α 係数は0.78~0.92であり、質問紙全体では0.96と高い信頼性が報告されている。下位尺度は、①子どもの意思決定における代弁である【アドボカシー】、②看護師の責任に基づく倫理的な営みである【責務・責任】、③看護師と多職種間の連携の在り方である【協働】、④看護実践における看護師としての在り方である【ケアリング】で構成されている。回答は5件法であり、「かなり行った（5点）」、「まあまあ行った（4点）」、「普通（3点）」、「あまり行わなかった（2点）」、「行わなかった（1点）」であり、得点が高いほど倫理的課題への対処ができていることを示している。

(3) 相談行動への捉え方

相談行動への捉え方の測定には、永井・新井（2008）が作成した相談行動の利益・コスト尺

度改訂版を使用した。相談行動に対する個人の捉え方を測定するものであり、26項目6因子構造からなる。尺度作成時の α 係数は0.81~0.95と高い信頼性が報告されており、これまでの研究において妥当性も検証されている。下位尺度は、①相談行動への肯定的な捉え方である【ポジティブな結果】、②相談行動への損失を予測する捉え方である【否定的応答】、③【秘密漏洩】、④【自己評価の低下】、⑤相談しないことによる損失を予測する【問題の維持】、⑥相談よりも自己解決が重要であると捉える【自助努力による充実感】で構成されている。回答は5件法であり、「そう思う（5点）」、「少しそう思う（4点）」、「どちらともいえない（3点）」、「あまりそう思わない（2点）」、「そう思わない（1点）」である。下位尺度ごとに評定値を合計し、項目数で除したものを尺度得点として算出し、相談行動または相談回避の利益・コストの高さを測定する。

5. 調査方法

対象施設の施設責任者または看護部長宛てに、本研究の目的と調査内容、方法を記載した説明書を送付して協力依頼を行い、回答書を返送して頂くことで同意を得た。研究協力を得られた施設の担当者を介して、児童精神科病棟に勤務している看護師に無記名自記式質問紙を配布して頂いた。調査対象者へは、同封した文書にて説明を行い、質問紙内において研究参加への同意を表明して頂き、回答後に研究者宛ての返信用封筒にて送付してもらうことで回収とした。

6. 分析方法

データの分析には、IBM SPSS Statistics Version 25を使用し、統計学的有意水準は5%とした。逆転項目を処理し、使用尺度のCronbachの α 係数で信頼性を確認した。また、Shapiro-Wilkの正規性検定を行い、正規性の有無を確認した。倫理的課題への対処質問紙の対象者背景による比較を、Mann-WhitneyのU検

定にて行い、記述統計で平均値、標準偏差、中央値を算出した。さらに、倫理的課題への対処質問紙と相談行動の利益・コスト尺度改訂版の下位尺度ごとの合計得点と総得点を算出し、*Spearman* の順位相関係数を算出した。

7. 倫理的配慮

対象者の人権擁護をはかるため、筑波大学医学医療系医の倫理委員会の承認後（通知番号1548）、研究対象施設の看護部長の承諾を受けたくて実施した。同意を得る手続きは書面にて、①研究の目的と方法、②自由意思に基づく調査であり、参加を断っても不利益を受けることはないこと、③研究への参加の意思は、調査用紙にある「調査への同意」の欄にて確認をすること、④無記名での調査のため、調査用紙提出後は同意の撤回ができないこと、⑤回答したくない項目に関しては回答しなくても良いこと、⑥調査用紙回収後は、調査用紙とデータは厳重に管理し研究者以外は閲覧しないこと、⑦調査用紙とデータは、研究期間終了後10年間施錠して保管し、保管期間終了後は再現不可能な状態にして破棄すること、⑧調査結果を学会および論文として公表することを説明し、書面での同意が得られた対象者に対して調査を実施した。

Ⅲ. 結果

1. 対象者背景

調査協力の得られた18施設の児童精神科病棟に勤務する看護師318名に調査用紙を配布し、143名から回答を得た（回収率45.0%）。尺度に欠損がある者を除外し、最終的に102名が分析対象者となった（有効回答率71.3%）。

性別は、女性が72名（71%）、男性が30名（29.4%）であった。最終学歴は、専門学校が71名（69.6%）、短大以上が30名（29.4%）であった。職位はスタッフが66名（64.7%）、主任・副看護師長が28名（27.5%）、看護師長が5名（4.9%）であり、職位と最終学歴における

関連は認められなかった（ $\chi^2=2.35$, $p=0.31$ ）。平均年齢は40.8歳（ $SD=9.6$ ）であり、各経過年数の平均値は看護師が17.0年（ $SD=9.3$ ）、精神科看護が9.0年（ $SD=7.1$ ）、児童精神科看護が4.2年（ $SD=3.9$ ）であった。

看護師養成課程在学中に倫理科目を受講した者は68名（66.7%）、受講していない者が34名（33.3%）であった。また、継続教育として倫理講習会に参加した者が52名（51.0%）、参加していない者が50名（49.0%）であった。さらに、所属組織で院内倫理講習会がある者が67名（65.7%）、ない者が35名（34.3%）であり、倫理カンファレンスによるケアの検討と実施は、ある者が72名（70.6%）、ない者が30名（29.4%）であった。

病院属性は精神科病院が55名（53.9%）、小児専門病院が17名（16.7%）、総合病院が30名（29.4%）であり、病床数は30床未満が55名（53.9%）、30床以上が45名（44.1%）であった。また、倫理委員会のある者が85名（83.3%）、ない者が17名（16.7%）、行動制限最小化委員会のある者が91名（89.2%）、ない者が11名（10.8%）であった。措置入院患児の受け入れは、ある者が56名（54.9%）、ない者が46名（45.1%）であり、病院属性と病床数、各委員会および措置入院患児の受け入れの有無に差は認められなかった。

2. 使用尺度の記述統計

倫理的課題への対処質問紙の総得点の *Cronbach* の α 係数は $\alpha=0.96$ であり、平均値は $M=165.5$ （ $SD=26.7$ ）であった。【アドボカシー】では、 $\alpha=0.93$ 、 $M=92.9$ （ $SD=16.6$ ）であり、【責務・責任】では、 $\alpha=0.84$ 、 $M=38.2$ （ $SD=6.3$ ）であった。【協働】では、 $\alpha=0.75$ 、 $M=11.2$ （ $SD=2.5$ ）であり、【ケアリング】では、 $\alpha=0.91$ 、 $M=23.1$ （ $SD=4.4$ ）であった。倫理的課題への対処質問紙の *Cronbach* の α 係数は $\alpha=0.75\sim 0.96$ であり、信頼性があると判

断した。

相談行動の利益・コスト尺度改訂版の Cronbach の α 係数は、【ポジティブな結果】では、 $\alpha=0.94$ であり、平均値は $M=4.0$ ($SD=0.7$) であった。【否定的応答】では、 $\alpha=0.88$ で、平均値は $M=1.8$ ($SD=0.7$) であり、【秘密漏洩】では、 $\alpha=0.96$ で、平均値は $M=2.1$ ($SD=1.1$) であった。【自己評価の低下】では、 $\alpha=0.90$ で、平均値は $M=2.0$ ($SD=1.0$) であり、【問題の維持】では、 $\alpha=0.91$ で、平均値は $M=3.5$ ($SD=1.2$) であった。【自助努力による充実感】では、 $\alpha=0.85$ で、平均値は $M=2.4$ ($SD=0.8$) であった。相談行動の利益・コスト尺度改訂版の Cronbach の α 係数は $\alpha=0.85\sim 0.96$ であり、信頼性があると判断した。

3. 倫理的課題への対処得点と対象者背景による比較

対象者背景と倫理的課題への対処得点との比

表 1. 倫理的課題への対処得点の対象者背景による比較

	n	倫理的課題への対処																			
		総得点				アドボカシー				責務・責任				協働				ケアリング			
		M	SD	Mdn	p	M	SD	Mdn	p	M	SD	Mdn	p	M	SD	Mdn	p	M	SD	Mdn	p
最終学歴																					
専門学校	71	162.4	26.5	161.0	n.s	91.1	15.9	91.0	n.s	37.8	6.0	38.0	n.s	11.0	2.4	11.0	n.s	22.5	4.7	23.0	*
短大以上	30	171.1	25.4	168.0		96.2	17.0	94.5		38.8	6.8	39.0		11.8	2.5	11.5		24.4	3.2	24.5	
在学中の倫理科目受講																					
あり	68	167.7	26.3	165.0	n.s	94.4	16.4	93.5	n.s	38.4	6.5	38.0	n.s	11.3	2.6	11.0	n.s	23.7	4.0	24.0	n.s
なし	34	161.1	27.4	160.5		90.0	16.7	89.0		37.8	5.9	39.0		11.2	2.3	12.0		22.0	5.0	23.0	
倫理講習会参加																					
あり	52	167.6	31.4	172.5	n.s	94.3	19.4	100.0	n.s	38.5	7.1	38.5	n.s	11.8	2.7	12.0	*	23.1	5.0	23.5	n.s
なし	50	163.2	20.8	160.0		91.4	13.0	90.0		37.9	5.4	38.5		10.7	2.2	11.0		23.2	3.7	23.0	
院内倫理講習																					
あり	67	167.5	28.7	165.0	n.s	93.8	18.5	91.0	n.s	38.6	6.4	39.0	n.s	11.6	2.4	12.0	*	23.4	4.2	24.0	n.s
なし	34	161.5	22.4	160.0		91.2	12.2	91.0		37.3	6.1	38.0		10.5	2.5	11.0		22.5	4.8	23.0	
倫理カンファレンス																					
あり	72	168.2	27.7	168.0	n.s	94.6	17.6	94.5	n.s	38.6	6.3	39.0	n.s	11.6	2.3	12.0	*	23.4	4.1	23.5	n.s
なし	30	159.0	23.3	158.5		89.0	13.1	89.0		37.2	6.1	37.5		10.4	2.7	10.0		22.4	5.0	23.0	
措置入院患児の受け入れ																					
あり	56	173.1	29.0	177.0	**	97.2	17.9	100.0	**	40.0	6.5	40.5	**	11.9	2.6	12.0	**	24.1	4.5	24.0	**
なし	41	156.2	20.3	156.5		87.7	13.2	89.0		36.0	5.3	37.5		10.5	2.1	11.0		22.0	4.0	22.0	

Note. N=102

M: 平均値, SD: 標準偏差, Mdn: 中央値

Mann-Whitney の U 検定, * : $p < .05$, ** $p < .01$, n.s: not significant

較を表 1 に示した。倫理的課題への対処総得点は、措置入院患児の受け入れのある者が有意に高く ($p < 0.01$)、ある者は $M=173.1$ ($SD=29.0$)、ない者は $M=156.2$ ($SD=20.3$) であった。また、下位尺度の【アドボカシー】においても、ある者が有意に高く ($p < 0.01$)、ある者は $M=97.2$ ($SD=17.9$)、ない者は $M=87.7$ ($SD=13.2$) であった。【責務・責任】においても、ある者が有意に高く ($p < 0.01$)、ある者は $M=40.0$ ($SD=6.5$)、ない者は $M=36.0$ ($SD=5.3$) であった。【協働】においても、ある者が有意に高く ($p < 0.01$)、ある者は $M=11.9$ ($SD=2.6$)、ない者は $M=10.5$ ($SD=2.1$) であった。【ケアリング】においても、ある者が有意に高く ($p < 0.01$)、ある者は $M=24.1$ ($SD=4.5$)、ない者は $M=22.0$ ($SD=4.0$) であった。

倫理講習会参加、院内倫理委員会、倫理カンファレンスでは、下位尺度の【協働】において有意な差が確認された。倫理講習会参加のある者に有意に得点が高く ($p < 0.05$)、ある者は $M = 11.8$ ($SD = 2.7$)、ない者は $M = 10.7$ ($SD = 2.2$)であった。また、院内倫理講習のある者に有意に得点が高く ($p < 0.05$)、ある者は $M = 11.6$ ($SD = 2.4$)、ない者は $M = 10.5$ ($SD = 2.5$)であった。さらに、倫理カンファレンスのある者に有意に得点が高く ($p < 0.05$)、ある者は $M = 11.6$ ($SD = 2.3$)、ない者は $M = 10.4$ ($SD = 2.7$)であった。

最終学歴では、下位尺度の【ケアリング】において有意な差が確認された。最終学歴が短大以上の者に有意に得点が高く ($p < 0.05$)、短大以上は $M = 24.4$ ($SD = 3.2$)、専門学校は $M = 22.5$ ($SD = 4.7$)であった。性別、年代、経験年数、在学中の倫理科目受講、倫理委員会、行動制限最小化委員会では、総得点および下位尺度

において有意な差は認められなかった。

4. 倫理的課題への対処と相談行動の利益・コスト尺度改訂版の相関

倫理的課題への対処質問紙と相談行動の利益・コスト尺度改訂版の総得点および下位尺度間における Spearman の順位相関係数を算出し、表 2 に示した。相談行動の利益・コスト尺度改訂版の【ポジティブな結果】と倫理的課題への対処質問紙の総得点で弱い正の相関が認められた ($r = 0.32, p = 0.01$)。【アドボカシー】や ($r = 0.28, p < 0.01$)、【責務・責任】においても弱い正の相関 ($r = 0.33, p < 0.01$) が認められ、【協働】や ($r = 0.25, p < 0.05$)、【ケアリング】においても弱い正の相関 ($r = 0.32, p < 0.01$) が認められた。また、【問題の維持】と【ケアリング】においても弱い正の相関 ($r = 0.26, p < 0.01$) が認められた。

表 2. 倫理的課題への対処と相談行動の利益・コスト尺度改訂版の相関

	倫理的課題への対処質問紙				
	総得点	アドボカシー	責務・責任	協働	ケアリング
相談行動の利益・コスト尺度改訂版					
ポジティブな結果	.32 **	.28 **	.33 **	.25 *	.32 **
否定的応答	-.19	-.19	-.17	-.10	-.14
秘密漏洩	-.11	-.12	-.06	-.05	-.13
自己評価の低下	-.07	-.09	.00	.04	-.10
問題の維持	.21	.16	.22	.24	.26 **
自助努力による充実感	-.02	.01	-.04	-.04	-.09

Note. $N = 102$

Spearman の順位相関係数 * $p < .05$, ** $p < .01$

IV. 考察

1. 児童精神科看護師の倫理的課題への対処

本研究の対象者における倫理的課題への対処得点の特徴を把握するために、質問紙を作成した宇佐美ら (2014) の総得点および下位尺度ごとの得点を参照したところ、精神科看護師を対象とした宇佐美ら (2014) の倫理的課題への対

処質問紙の平均値は、【総得点】が 164.6 点、【アドボカシー】が 94.0 点、【責務・責任】が 37.1 点、【協働】が 10.8 点、【ケアリング】が 22.7 点であり、対象者の 7 割以上は短大以上の学歴を有する者であった。この結果から、教育歴の高い看護師ほど倫理的課題への対処ができると宇佐美らは考察している。

しかし、本研究において短大以上の学歴を有する者は、およそ3割であるにも関わらず、先行研究よりも得点が高い結果となった。この結果は、宇佐美ら(2014)の主張とは異なることを示し、看護師への組織的な継続教育が重要であるとした水澤(2009)やNightingale(1869)、Rubin(2015)の主張を支持している。

また、本研究においては、看護師経験年数と倫理的課題への対処に関連は認められなかった。看護実践は経験知の蓄積により向上するという報告があるものの(Benner, 2005)、病棟の構造や人事などの条件が倫理的な看護の提供を阻む要因となるため(大西ら, 2016)、看護師個人の能力が高ければ、倫理的な看護も提供できるとは限らない。「看護師が看護であると理解していることが実施できるように、環境を調整するまでのプロセスが看護技術には含まれるべきである」というNightingale(1860)の主張を支持するのであれば、組織の教育方針は、看護師の倫理的な看護実践を促進する要因であると考えられる。これらのことから、子どもへの倫理的な看護実践には、看護師個人の能力以上に、実践を妨げない環境と看護師への教育的な支援がより重要であると考えられた。

措置入院患児の受け入れがある者は、【総得点】および【アドボカシー】、【責務・責任】、【協働】、【ケアリング】の全ての項目において、得点が高い傾向が認められた。緊急対応を要する子どもが対象である措置入院では、強制的な治療や行動制限を必要とすることが多いため、医療者主体の治療やケアが展開されやすく、子どもとの治療関係が構築されにくい状況となりやすい。しかし、これらの環境だからこそ、看護師が注意深くケアに携わり、子どもへ濃厚なケアが提供されるという逆説が生じたと考えられた。そのため、措置入院患児に対しては、子どものアドボカシーを意識した関わりが起りやすく、ケアリングによる治療関係の形成が発展しやす

いと考えられた。さらに、措置入院において義務付けられている退院支援計画の作成が(厚生労働省, 2018)、入院時からの多職種間の連携を促進させたのではないかと考えられた。

【協働】の得点は、倫理講習会参加、院内倫理講習、倫理カンファレンスをしている者の得点が高い傾向が認められた。所属組織からの支援がなければ看護師が倫理的課題に対処するのは困難である(大西, 2016)。そのため、公式な場で倫理的課題を取り上げ、ケアを検討して目標を共有することは、より多くの看護師が援助に参加できるための環境調整には重要であり、また、これらの必要性の認識は、在学中の倫理科目受講よりも職場環境からの影響を受ける(水澤, 2009)。職場における教育機会は、看護管理者の理解や、病院の規模により異なることが報告されている(長崎, 伊東, 2018)。本研究における対象者は、年代が低いほど在学中の倫理科目受講者が多く、年代の高い者は倫理講習会参加による継続教育を受けている者が多い傾向にあることから、倫理教育への関心が比較的高い組織に所属する者が多いと予測された。また、院内倫理講習会の開催といった継続教育へのアクセスが容易である者とならない者を比較したところ、前者の方が多職種と協働して子どもへのケアが展開できている傾向にあり、看護師への教育機会を保障する組織的な取り組みの重要性が示された。

病床数や病院属性による差は認められなかった。児童精神科病棟は50床以上から10床以下のユニット形式までと条件が幅広いため、病床数と子どもの緊急度は、単純には比較できないと考えられる。また、病棟の開放度については調査しておらず、これらは本研究の限界であると考えられた。

2. 倫理的課題への対処と相談行動との関係

倫理的課題への対処質問紙と相談行動の利益・コスト尺度改訂版の下位尺度ごとの相関係

数を算出したところ、相談行動への肯定的な捉え方と倫理的課題への対処との相関は弱く、仮説を完全に支持する結果ではなかった。

相談行動は、看護師が直面した倫理的課題が解決困難であり、問題提起しなければ課題が維持されると予測された場合に行われる援助希求行動である(田中ら, 2010a)。そのため、相談した方が問題を解決できると考える看護師ほど、倫理的なケア実践ができていく傾向にあると考えられた。実際に、相談した方が子どもの最善の利益が得られると考える一部の看護師には、多職種連携を通じたケアの展開や、子どものアドボカシーとニーズを意識した関わりができていく傾向が見られた。これらの傾向が見られた看護師は、相談行動の機能を上手く活用する何らかの要因が存在していることが推察される。しかしながら、使用した尺度は相談行動が協働する過程において、どの文脈で使用されているのかを明らかにするものではなかったため、相談行動をどの様な場面で有効活用できるのかを今後は検討する必要がある。

また、倫理的課題への対処において有意差が認められたものは、措置入院患児の受け入れ・倫理講習会参加・院内倫理講習・倫理カンファレンスの開催であった。措置入院のように倫理的課題の経験頻度が多い職場では、倫理的課題に向き合う機会も多いため(田中ら, 2014)、協働する体制が予め整えられていた可能性が考えられ、これらの環境が相談行動を促進させたことが推察された。そのため、環境によって身に付けた経験知の蓄積や職場の協働する体制が、看護師の実践に反映されていたのではないかと考えられた。これらのことから、看護師の倫理的なケア実践には、看護師が相談行動をポジティブに捉えるだけでは不十分であり、倫理的課題を共有して、ケアを展開しようとする職場の体制がより重要であると示唆された。さらに、倫理的課題への対処には、職場における看護師

への継続教育と倫理風土の醸成が必要であることが示された。

3. 臨床への示唆

看護師が倫理的なケア実践を行うには、看護師への教育支援を充実させ、子どもや家族へのケア提供について話し合える環境を整える必要がある。また、相談行動は倫理的なケアを展開するには、不可欠なスキルであると考えられた。これらのことから、看護師への教育機会を保障し、倫理的課題へ積極的に取り組む組織の在り方が、子どもと家族のアウトカムの向上に影響を与えると考えられた。

4. 本研究の限界と課題

本研究における研究協力が得られた施設は、看護師への倫理教育に関心が高い可能性がある。また、多忙な中で回答された対象者は倫理的課題への関心が高い看護師であると推察される。これらのことから、分析対象者は、倫理教育への理解が高い施設に所属する看護師の中でも、特に倫理的課題への関心が高い看護師であると考えられる。そのため、分析対象者の背景には偏りがある可能性もあり、得られた結果を一般化するには限界があると考えられる。今後、研究を発展させるためには、対象者数を増やすための方法を検討する必要があるが、本研究は2020年8月に調査を実施したため、新型コロナウイルス感染症の流行が回収率に影響を与えていたことも考えられた。

V. 結論

倫理的課題への対処は、倫理的課題への関心が高く、積極的に学ぶ姿勢のある看護師に高い傾向が見られたが、これらの看護師は所属組織からの支援を受けていた。看護師の倫理的なケア実践には、所属組織からの支援が不可欠であり、支援が受けられない看護師は倫理的課題への対処が困難となりやすい。これらのことから、所属組織における看護師への教育支援の重要性

が示唆された。

謝辞

本研究の実施にあたり快くご協力いただきました看護師の皆様ならびに対象施設の施設長、看護部長はじめ看護部の皆様に深く御礼申し上げます。

本研究は筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学専攻に提出した修士論文の一部に加筆修正を加えたものであり、第 31 回日本精神保健看護学会学術集会にてその一部を発表しました。なお、本研究は JSPS 科研費 19K19555 の助成を受けたものです。

文献

- Benner. P. (1984) *From Novice to Expert-Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Addison Wesley. (Benner. P. 井部俊子 (訳) (2014) 『ベナー看護論新訳版-初心者から達人へ-』, 医学書院, 11-32)
- Elpern, E. H., Covert, B., & Kleinpell, R. (2005) Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 14(6), 523-530.
- 市川宏伸 (2005) 『ケースで学ぶ子どものための精神看護』, 医学書院.
- 石田徹 (2018) 児童精神科病棟における看護師が実践する家族支援-因子構造の探索を通して-, *日本精神保健看護学会誌*, 27(1), 41-51.
- 金子安比古・松下竹治(1995) 小児がん医療における病名告知、インフォームドコンセント、サポーターケアの現状-アンケートの集計結果と考察-, *日本小児科学会雑誌*, 99(2), 534-539.
- 小松崎圭・庄紀子・石川弥生・豊原公司・藤田

- 純一・南達哉...新井卓 (2010) 小児精神科入院治療における身体拘束の現状と課題, *こども医療センター医学会誌*, 39(3), 112-116.
- 厚生労働省 (2018) 措置入院の運用に関するガイドライン, 厚生労働省,
<<http://www.m.chiba-u.ac.jp/class/shakai/jp/syakaifukki/doc/02.pdf>> (閲覧日 2021 年 3 月 3 日).
- 水澤久恵 (2009) 病棟看護師が経験する倫理的問題の特徴と経験や対処の実態及びそれらに関連する要因, *生命倫理*, 19(1), 87-97.
- 永井智・新井邦二郎 (2008) 相談行動の利益・コスト尺度改訂版の作成, *筑波大学心理学研究*, 35, 49-55.
- 長崎恵美子・伊東美佐江 (2018) 病院の規模別からみた臨床看護師の倫理的問題の体験と看護倫理教育への課題, *日本看護倫理学会誌*, 10(1), 26-35.
- Nightingale, F. (1860) *Notes on Nursing: What it is and what it is not*. (湯楨ます(監修) (1997) 『ナイチンゲール著作集第一巻』, 現代社, 149-156)
- Nightingale, F. (1869) *Suggestions on the Subject of Providing, Training, and Organizing Nurses for the Sick Poor in Workhouse Infirmeries*. (湯楨ます(監修) (1974) 『ナイチンゲール著作集第二巻』, 現代社, 3-44)
- 荻野雅 (2015) 精神科看護における関係性の倫理 : 精神科医療・看護における当事者の視点から見た倫理的問題, *武蔵野大学看護学研究所紀要*, 9, 1-7.
- Ohnishi, K. (2011) Comparison of moral distress and burnout experienced by mental health nurses in Japan and England : A cross-sectional questionnaire survey. *Journal of Japan Health Medicine*

Association, 20(2), 73-86.

- 大西香代子・北岡和代・中原純 (2016) 精神科看護者の倫理的感受性と看護実践における倫理的悩みの関連. 日本精神保健看護学会誌, 25(1), 12-18.
- 大杉夕子 (2018) 小児白血病における晩期合併症, 兵医大医会誌, 42(2), 27-34.
- 太田順一郎・生地新・木村一優・近藤真司・坂後恒久・田中究...廣常秀人 (2009) 児童精神科領域における「説明と同意」:入院患者と主治医への聞き取り調査から, 児童青年精神医学とその近接領域, 50(4), 444-450.
- 小澤いぶき・宮崎健祐・田中哲・市川宏伸・黒田安計 (2012) 東京都立小児総合医療センター児童・思春期精神科に身体治療目的に緊急入院した患者の臨床的検討. 総合病院精神医学, 24(3), 222-228.
- Rubin, J. (2015) 第6章クリティカルケア看護における臨床的知識と倫理的に判断する能力の発達を妨げるもの, Benner, P., Tanner, C., Chesla, C.編著, *Expertise in Nursing Practice : Caring, Clinical judgment and Ethics*. (パトリシア ベナー, 早野 ZITO 真佐子(訳)『ベナー看護実践における専門性-達人になるための思考と行動-』, 医学書院. 235-274.)
- 塩川宏郷 (2011) 発達障害と不登校, 発達障害医学の進歩, 23, 43-52.
- 高岡健 (2018) 児童青年精神医学における法と人権:総論として, 児童青年精神医学とその近接領域, 59(2), 141-147.
- 竹田壽子 (2015) 法律に基づく身体拘束について-精神科病棟の拘束を通して看護場面の

身体拘束を考える端緒として-, 共創福祉, 10(1), 43-57.

- 田中恭子・永田雅子・船戸正久・舟本仁一・江原伯陽・宮田章子他...渡部晋一 (2017) 小児医療委員会活動報告 (2014~15) 子どもの療養環境に関する倫理的課題, 日本小児科学会雑誌, 121(1), 131-137.
- 田中美恵子・嵐弘美・柳修平・濱田由紀・小山達也 (2014) 精神科看護者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.
- 田中美恵子・濱田由紀・嵐弘美・小山達也・柳修平 (2010a) 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.
- 田中美恵子・濱田由紀・小山達也 (2010b) 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.
- 谷本瑠奈・庄紀子・尾野美奈子・小松崎圭・豊原公司・南達哉...新井卓 (2018) 神奈川県立こども医療センター児童思春期精神科入院治療における隔離の現状, こども医療センター医学会誌, 47(2), 54-57.
- 宇佐美しおり・田中美恵子・永井優子・相澤和美・岡谷恵子・小山達也...福川摩耶 (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.
- 山崎透 (2018) 児童精神科の入院治療-抱えること、育てること-, 金剛出版.

Awareness of Counseling Behaviors of Child and Adolescent Psychiatric Nurses in Coping with Ethical Issues in Practice

Child and adolescent psychiatric nurses face various ethical issues within clinical practice. Because children admitted to a child and adolescent psychiatry unit, obtaining informed consent to treatment is often difficult. It is reported that nurses tend to consult with others when they face ethical issues in practice; However, there is little evidence available in relation to effect of counseling. Therefore, the purpose of this study was to investigate the relationship between coping and awareness of counseling behaviors of child and adolescent psychiatric nurses when they face ethical issues in practice. A self-administered questionnaire was used, the coping with ethical issue questionnaire and the revised version of the Counseling Behavior Profit / Cost Scale, to survey 102 child and adolescent psychiatric nurses of 18 facilities in Japan. The nurses who work at the ward where accepts compulsory hospitalization admits patients who require a crisis bed, there was a tendency for the high score; with Advocacy for child centered decision making ($p < 0.01$), Accountability and Responsibility as a nurse ($p < 0.01$), Collaboration with other healthcare professional's disciplines ($p < 0.01$), Building therapeutic relationships through Caring ($p < 0.01$). For those who had received an ethics training demonstrated high score in education of guaranteed ($p = 0.03$), participation in ethics seminars ($p = 0.02$), and children's care planning of conference at nurses in the ward ($p = 0.04$). Furthermore, a positive correlation was confirmed between the positive image of counseling behavior and the coping with ethical issues. Having a positive image of counseling behavior promotes discussions on ethical nursing practice. For this reason, is needed adjusting the environment in the ward, and enhancing educational support for nurses in the facilities.