

## 臨床看護婦の葛藤場面に対する認識の特徴

窪田真理\*, 中村美知子\*, 石川 操\*, 伊達久美子\*, 伊勢崎美和\*, 大村久米子\*\*

本研究の目的は、臨床看護婦の葛藤場面に対する認識の特徴を明らかにすることである。方法は、Y大学病院病棟看護婦60名（精神科看護婦13名、外科看護婦19名、内科看護婦28名）を対象に、調査用紙にはMST（Moral Sensitivity Test, Lützén, 1994）を用いて、無記名式の調査を行った。統計処理は、看護婦の所属病棟（精神科、外科、内科）、看護婦の経験年数（4年未満群と4年以上群とに分類）によるMSTの差を、Mann-WhitneyのU検定を用いて分析した。調査の結果、臨床看護婦の道徳的な感性は、看護婦自身の看護に対する認識、患者の安全を守ること、患者の意思を尊重することについて、所属病棟により違いがみられた。そして、経験の積み重ねは、患者自身の意思決定を大切にする認識を高めていた。また、看護婦は、自分自身が人的サポートを得ることも大切で、それが自己の道徳的感性に影響を及ぼしていることも特徴的であった。

キーワード：看護婦、道徳的感性、葛藤体験

### I はじめに

近年、医療の高度化、専門化にともない患者への情報開示、病名告知等による倫理的問題に直面する機会が増えてきている。医師だけに多くの権限が集中しがちな現行の医療システムにおいて、患者の人権や尊厳を擁護し主張する立場としての看護婦の役割は重要である。看護婦は臨床場面において様々な葛藤場面に遭遇するとされているが、それらを倫理的問題として認識する意識は低いといわれている<sup>1)</sup>。Lützénらは、Moral Sensitivityという概念を明らかにしており、その概念には、対人関係における内省的態度、道徳性の構築、情を示す、自立、葛藤体験、医師への信頼といった6つの要素が含まれていると述べている<sup>2)</sup>。看護教育においても看護学実習の場面等により看護倫理について学ぶ機会もあるが、多くは臨床看護婦として医療場面に携わる中で直面し葛藤することにより、葛藤場面に対する認識も変化していくと思われる。これまで、中村、石川らは、Lützén等の作成したMST（Moral Sensitivity Test）の質問用紙を一部改変して調査を行った。臨床実習において看護学生は、対人関係に関すること、人間関係の構築への関心、葛藤体験からの看護観の構築等を体得しており、実習経験の積み重ねにより、対人関係を客観視する傾向がみられた<sup>3)4)</sup>。そこで、臨床看護婦が臨床場面において遭遇する葛藤場面に対する認識は、所属病棟や経験年数によって異なっているのかを明らかにするために以下の調査を実施した。

### II 研究方法

#### 1. 対象者

Y大学附属病院の病棟看護婦60名（精神科病棟看護婦13名、外科病棟看護婦19名、内科病棟看護婦28名）を対象とした。各病棟の病棟長、4月に就職した新人看護婦を除き、調査への協力の了承が得られた看護婦である。

#### 2. 調査実施期間

平成11年6月、1ヶ月間とした。

#### 3. 調査用紙

被調査者の特徴と葛藤場面、対処法の2種の調査用紙を用いた。被調査者の特徴は、年齢、性別、各病棟における勤務年数、看護婦の経験年数などである。葛藤場面、対処法の調査用紙は、Lützén等のMST（Moral Sensitivity Test, 1994年）を一部改変して作成した<sup>3)</sup>（表1）。調査内容は、前報で報告した通り、葛藤場面と対処法に関する35項目を6カテゴリーに分類（1項目2カテゴリー間に重複している）したもので、対人関係における内省的態度（8項目）、道徳性の構築（8項目）、情を示す（8項目）、自立（6項目）、葛藤体験（3項目）、医師の判断への信頼（3項目）を含んでいた。35項目については、「全然思わない」「そう思わない」「あまりそう思わない」「少しそう思う」「そう思う」「全くそう思う」の6段階評価を行い、評点は前記の順に1から6とした。

#### 4. 調査方法

各病棟長を通して、調査用紙を配付依頼し、無記名法により実施した。留め置き調査法とし、調査用紙を配付した後、3週間後回収を行った。

調査終了後は、臨床看護婦の葛藤場面に対する認識の特徴を知るために、看護婦の所属病棟、看護婦の経験年

\*山梨医科大学看護学科

\*\*附属病院看護部

（受付：1999年8月31日）

表1 道徳的感性に関する質問項目

問1	入院患者に接することは日常のもっとも重要なことである。	問19	良いか悪いか意思決定する時に、実践的知識は理論的知識より重要である。
問2	広く患者の状態について理解していることは、専門職としての責任である。	問20	患者が必ずしなければならないこととして認めなかったり、治療を拒む時、ルールに従うことは重要である。
問3	自分の行うことについて、患者から肯定的な反応を得ることは重要である。	問21	経験上、意思決定の少ない患者は、他の患者よりもケアを必要とすると思う。
問4	患者の回復をみなければ、看護・医療の役割の意義を感じない。	問22	自分自身の職務と患者に果たさなければならない責任との間に葛藤が生じた時、患者への責任を優先する。
問5	もし患者に対して行うことによって患者の信頼を失うならば、失敗したと感ずる。	問23	患者不在の意思決定場面に、しばしば直面する。
問6	患者が治療についての説明を求めたら、いつでも正直に答えることは重要である。	問24	強制治療の場面で、患者が拒否しても、主治医の指示に従う。
問7	よい看護・医療には、患者が望まないことを決して強制しないことを含むと信じている。	問25	目標設定に関する観点が異なる時、患者の意志を最優先する。
問8	看護・医療の経験上、患者が病気や症状をよく把握していない時、援助できることは少ないと思っている。	問26	例えば、ターミナル期のアルコール中毒患者がグラス一杯のウイスキーを求めたら、この望みをかなえるのは自分の仕事である。
問9	患者にどのように応えるべきかわからなくなる時が、たびたびある。	問27	患者がアグレッシブになった時、まず他の患者を安全に守ることは、自分の責任である。
問10	葛藤状態の時や、患者にどのように対応するか判断が困難な時に、いつも相談できる人がいる。	問28	嫌いな患者により看護を行うことは難しいと思う。
問11	患者にケアをする時に、患者にとって何が良くて何が悪いか知ることの難しさを、しばしば感じている。	問29	自分がよい看護・医療であると思う価値観や信念は、時々、自分だけのものであると思う。
問12	患者にとって難しい決定をする場合は、病棟スタッフが認めた規則や方針にほとんど頼っている。	問30	患者が望むことに逆らって、実行しなければならない状況に直面した時に、同僚のサポートは重要である。
問13	看護・医療の経験上、きびしい規則は特定の患者のケアにとって重要であると思う。	問31	患者が自分の状態をよく知るように援助できないことを、時々悪いと思う。
問14	原則的よりも感情的に患者に望ましいことを行おうと、時々思う。	問32	患者が処方された薬を内服しようとしないうち、時々強制的に注射をしようという気持ちになる。
問15	ほとんど毎日、意思決定しなければならないことに直面する。	問33	最も良い行動と判断するのが難しい時、主治医に判断を任せる。
問16	救急で運ばれた患者の情報がほとんどない時、患者に関する決定はほとんど医師あるいは主治医に頼る。	問34	回復する見込みのほとんどない患者に、よい看護を行うことは難しいことだと思う。
問17	患者の言動から、患者が私を受け入れていると思う。	問35	看護・医療の仕事は個人的には適していないと、しばしば感じる。
問18	価値観や信念が自分の行動に影響するだろうと時々思う。		

(Lützen K. 等 1994年、一部改変)

表2 対象者の特徴

項 目		精神科 (n=13)	外科 (n=19)	内科 (n=28)	合計 (n=60)
		人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)
性別	男	1 (8)	0 (0)	0 (0)	1 (2)
	女	12 (92)	19 (100)	28 (100)	59 (98)
配偶者の有無	未婚	9 (69)	18 (95)	23 (82)	50 (83)
	既婚	4 (31)	1 (5)	5 (18)	10 (17)
同居者の有無	ある	6 (46)	9 (47)	10 (36)	25 (42)
	なし	7 (54)	10 (53)	18 (64)	35 (58)
学歴	看護専門学校	12 (92)	16 (84)	24 (86)	52 (87)
	短期大学	0 (0)	3 (16)	4 (14)	7 (12)
	大学	1 (8)	0 (0)	0 (0)	1 (1)
各科における勤務年数	4年未満	9 (69)	14 (74)	15 (54)	38 (63)
	4年以上	4 (31)	5 (26)	13 (46)	22 (37)
看護婦の経験年数	4年未満	6 (46)	8 (42)	13 (46)	27 (45)
	4年以上	7 (54)	11 (58)	15 (54)	33 (55)
平均年齢 (歳)	全体	27.2±4.8	26.7±4.5	27.3±5.1	27.1±4.8
	(看護婦経験4年未満)	(24.3±3.8)	(23.0±0.9)	(23.5±0.9)	(23.6±1.9)
	(看護婦経験4年以上)	(29.7±4.2)	(29.5±4.0)	(30.5±5.1)	(30.0±4.5)

数別に MST の35項目の評点を集計，中央値を算出して，Mann-Whitney のU検定を行った。  
データ処理ソフトには，SPSS を用いた。

Ⅲ 結 果

1. 本調査対象者の特徴について (表2)

対象者の属する病棟別の特徴については表2に示す通りである。

性別については，精神科病棟 (以下「精神科」と略す) において男性が1名，外科病棟 (以下「外科」と略す) と内科病棟 (以下「内科」と略す) においては全て女性であった。配偶者の有無については，精神科においては約7割，外科・内科については8割以上が未婚者であった。同居者の有無については，すべての科において「あり」「なし」とともに約5割ずつであった。学歴については，すべての科において8割以上が看護専門学校を卒業した者であった。各科における勤務年数については，精

神科，外科においては約7割が4年未満，内科においては4年未満と4年以上が約半数であった。

看護婦の経験年数については，すべての科において4年未満と4年以上が約半数であった。全体の平均年齢は，27.1歳，経験年数4年未満群の平均年齢は23.6歳，経験年数4年以上群の平均年齢は30.0歳であった。

2. 所属病棟による看護婦の MST の違いについて (表3)

1) 精神科と外科の看護婦の認識の相違について

精神科と外科看護婦間の認識は，5項目で有意差がみられた。

患者の治療拒否の場面でルールに従うことや，自分自身がよいと考える看護の価値観が独自のものであるという認識，患者への難しい決定は病棟の方針に頼る，時には厳しい規則も患者には重要である，強制治療の場面では最終的には医師の指示に従う傾向は精神科看護婦 (士) の方が強かった。その他の質問項目においては有

表3 所属病棟による看護婦の MST の違い

分類	質 問 項 目	精神科 (n=13)		外科 (n=19)		内科 (n=28)		有意差
		Me	(Mean±SD)	Me	(Mean±SD)	Me	(Mean±SD)	
A	1 患者に接することは重要である	5.0	(5.2±0.9)	6.0	(5.5±0.6)	6.0	(5.7±0.5)	* b
	2 患者について理解することは専門職としての責任である	5.0	(5.2±0.6)	5.0	(5.3±0.7)	6.0	(5.7±0.5)	* b
	4 患者の回復は看護・医療の役割の意義である	4.0	(3.9±1.0)	4.0	(3.4±0.8)	3.0	(2.9±0.8)	* b * c
B	20 患者が治療等に関して拒否的な時，ルールに従うことは重要である	4.0	(4.0±0.8)	3.0	(3.3±0.7)	3.0	(2.6±0.8)	* a * b * c
	28 嫌いな患者による看護を行うことは難しい	3.0	(3.6±1.4)	4.0	(3.8±1.0)	3.0	(3.0±1.1)	* c
	29 自分がよいと思う看護の価値観，信念は自分独自のものである	4.0	(4.2±0.8)	3.0	(3.5±0.9)	3.0	(3.3±1.0)	* a * b
	32 患者が内服を拒否した時，強制的に注射をしようと思う	3.0	(3.3±1.0)	3.0	(2.7±1.1)	2.0	(2.3±1.1)	* b
C	7 よい看護は，患者が望まないことを強制しないことである	3.5	(3.7±0.8)	4.0	(4.1±1.4)	4.0	(4.4±0.9)	* b
	22 自分自身の職務と患者への責任との間に葛藤が生じた時，患者への責任を優先する	5.0	(4.5±0.8)	5.0	(4.6±0.6)	5.0	(5.1±0.6)	* b * c
	25 目標設定が異なる時，患者の意志を最優先する	4.0	(4.2±0.9)	5.0	(4.6±0.6)	5.0	(4.9±0.9)	* b
D	10 葛藤状態，患者への対応で悩んだ時いつも相談できる人がいる	5.0	(4.8±0.8)	5.0	(4.6±0.6)	5.0	(5.2±0.6)	* c
	12 患者に難しい決定をする時は病棟の規則や方針に頼る	4.0	(4.2±0.9)	4.0	(3.6±0.9)	4.0	(4.0±0.8)	* a
	13 きびしい規則は特定の患者のケアにとって重要である	5.0	(4.5±1.2)	3.0	(3.3±0.8)	4.0	(3.7±1.0)	* a * b
	30 患者の希望に逆らって実行する状況の時，同僚のサポートは重要である	5.0	(5.2±0.6)	5.0	(5.0±0.7)	6.0	(5.5±0.6)	* c
E	9 患者への対応に悩むことがよくある	5.0	(4.6±0.7)	4.0	(4.2±0.9)	4.0	(3.9±0.9)	* b
F	24 強制治療の場面で，患者が拒否しても主治医の指示に従う	4.0	(4.0±1.2)	3.0	(3.2±0.9)	3.0	(3.1±1.1)	* a * b

注1) Mann-Whitney のU検定を用い，\*は p<0.05 であることを示す。

Me は中央値を示す。(Mean±SD) は参考値である。

\* a は精神科と外科間，\* b は精神科と内科間，\* c は内科と外科間の有意差を示す。

2) 分類Aは「人間関係における内省的態度」，Bは「道徳性の構築」，Cは「情を示す」，

Dは「自立」，Eは「葛藤体験」，Fは「医師への信頼」を示す。

意差がみられなかった。

## 2) 精神科と内科の看護婦の認識の相違について

精神科と内科看護婦間の認識は、12項目において有意差がみられた。

患者の回復と看護の役割の意義、患者の治療拒否の場面でルールに従うこと、自分自身がよいと考える価値観が独自のものであるという認識、患者の内服拒否の場面で強制的に注射をすること、時には厳しい規則も患者には重要であること、強制治療の場面では最終的に主治医の指示に従う傾向は精神科看護婦(士)の方が強かった。

患者と接することの大切さ、患者を理解することの責任、患者が望まない事は強制せず意志を尊重すること、自分の職務よりも患者への責任を優先することに対する感受性は内科看護婦の方が高かった。また、患者への対応での戸惑いについても内科看護婦の方が強く感じている傾向があった。

その他の質問項目では有意差はみられなかった。

## 3) 外科と内科の看護婦の認識の相違について

外科と内科看護婦間の認識は、6項目において有意差がみられた。

患者の回復と看護の役割の意義、患者の治療拒否の場面においてルールに従うことの重要性、苦手な患者による看護を行なうことの難しさに対する感受性は外科看護婦の方が高かった。自分自身の職務より患者への責任を優先すること、葛藤状態や患者の意志に反した行為を行ったり患者への対応が困難な時における同僚のサポートの重要性についての感受性は内科看護婦の方が高かった。また、葛藤状態や患者への対応で悩んだ時にいつも相談できる人がいるという部分においても内科看護婦の方が高かった。

その他の質問項目においては有意差はみられなかった。

## 3. 経験年数による看護婦のMSTの違い(表4)

看護婦の経験年数については、病棟に慣れ、リーダー業務・新人指導等を含めて病棟における責任を持つ場面が増えてくると予測される4年以上の群と4年未満の群との比較を行なった。

その結果、有意差がみられたのは、患者の回復は看護医療の役割であるという認識 ( $p < 0.05$ )、患者の言動から患者が自分を受け入れていると感じること ( $p <$

0.01)、意思決定の少ない患者への援助の必要性を感じていること ( $p < 0.01$ ) の3項目のみであった。

患者が自分自身を受け入れていると感じること、患者の意思決定を援助する必要性については看護婦経験4年以上の群の方が認識が高かった。

## IV 考 察

看護婦は、臨床において様々な葛藤体験に直面している<sup>5)</sup>。葛藤場面には、倫理的問題を含むものも多く、それを問題として認識できることが必要であり<sup>1)</sup>、道徳的な感性が洗練されることが大切だといわれている<sup>6)</sup>。道徳的な感性の要素として、Lütznén等は、患者との信頼関係の構築、患者の意志決定の意図の把握、患者の自立の限界に気づくこと、葛藤体験、自己の価値が看護に反応しやすいことの認知などを挙げている<sup>2)</sup>。

今回の調査において、臨床看護婦の道徳的な感性は、看護婦の所属する病棟の違い、経験年数の違いにより特徴がみられた。看護婦の所属病棟については、精神科と内科病棟の看護婦において、感性の差が明確にみられたので、ここに焦点を当てて考察する。

1つ目に、精神科病棟の看護婦の道徳的な感性の特徴は、自分自身の行う看護について、独自の判断や価値のもとに実践しているという認識を持っていること、強制治療など、患者自身の安全を守ることにについては、規則や方針に従う傾向が強いということである。自分自身の行う看護に自信を持ち、実践していながらも、患者の身を守らなければならない状況においては規則や方針に従い行動をしているといえる。このことは、患者が自己や他者に危害を及ぼす危険がある時には、患者の身を守らなければならない<sup>7)</sup>といわれているように、強制治療を必要とするような患者が自己や他者に危害を及ぼす危険のある状況を、精神科の看護婦が多く体験しており、そのことに対する感性が高まっているのではないかと考えられる。

2つ目に、内科病棟の看護婦の道徳的な感性の特徴は、自分の職務より患者への責任を優先する、患者が望まないことは強制しないとといった、患者の意志を尊重すること、看護婦が相談相手や人的サポートを得ることで自分自身の自立が促されているといった、他者のサポートを大切にする傾向が強いことである。他者や集団に依存す

表4 経験年数による看護婦のMSTの違い

分類	質 問 項 目	4年未満 (n=27)		4年以上 (n=33)		有意差
		Me	(Mean ± SD)	Me	(Mean ± SD)	
A	4 患者の回復は看護・医療の役割の意義である	3.0	(3.0 ± 0.9)	3.0	(3.5 ± 1.0)	* a
	17 患者の言動から、患者が自分を受け入れていると思う	4.0	(4.0 ± 0.5)	5.0	(4.5 ± 0.6)	* b
C	21 意思決定の少ない患者は、他の患者よりもケアが必要である	4.0	(3.8 ± 0.8)	5.0	(4.4 ± 0.8)	* b

注1) Mann-WhitneyのU検定を用いた。Meは中央値を示す。(Mean ± SD)は参考値である。

\* aは  $p < 0.05$ 、\* bは  $p < 0.01$ であることを示す。

2) 分類Aは「人間関係における内省的態度」、Cは「情を示す」を示す。

ることも、個人が自由を主張できる要素の一つであり<sup>8)</sup>、看護婦自身が自律性を育むことで、患者に責任を持った判断ができ<sup>9)</sup>、患者の権利、自由の擁護に対する認識を高める<sup>10)</sup>といわれている。今回と同様の調査で看護学生と医学生とを比較した際に、患者の意志を尊重する認識は看護学生に特徴的であった。看護学生が患者の意志を尊重することは、看護過程の学習方法が影響している<sup>3)</sup>とも考えられる。3科の中でも、内科の看護婦と看護学生の結果が似ていたことは、患者の意志決定を待てるゆとりを持ちながら看護ケアを行なっているという部分が共通しているのではないかと考える。

3つ目に、看護婦経験年数の違いによる道徳的感性の特徴は、看護婦経験の積み重ねにより、患者に自分が受け入れられていると感じること、患者の意思決定を支える援助の必要性についての認識が高まるということである。長谷川は、キャリア発達確立期(30~40歳)の看護婦を対象とした調査により、看護観の形成に影響する因子として、体験の量、自己への自信等を挙げ、看護観として記述された内容には、「患者の持つ力を活かして支える」といった要素が多く含まれていたと述べている<sup>11)</sup>。これは、今回の看護婦経験4年以上群の方が未満群に比べ、患者の意思決定を大切にしている認識が高かったという結果と類似しているといえる。意思の決定ができない患者にはサポートをより多く必要とする判断は、経験を積み重ねることで、より高まると思われる。

以上のことから、今回の調査結果において、臨床看護婦の道徳的な感性は、看護婦自身の看護に対する認識、患者の安全を守ること、患者の意思を尊重すること、看護婦自身が自立して患者の援助をするために他者のサポートを大切にしていることについて、所属病棟の違いにより特徴がみられた。そして、経験の積み重ねは、患者自身の意思決定を大切にしている認識を高めていた。

看護婦は、患者をサポートするために、自分自身が人的サポートを得ることも大切で、それが自己の道徳的感性に影響を及ぼしていると考えられる。看護婦が人的サポートを得るためには、自分自身の考えを広げ、看護以外の体験や知識を得ることも大切である<sup>11)</sup>。看護婦は、自分自身の感性を高めるため、臨床現場で生ずる様々な倫理的問題を改善していくため、他者との交流をはかり、他者のサポートを受けながら自己の成長をはかっていくことが大切である。

## 謝 辞

本調査の実施にあたり、御協力いただきました2階東病棟、4階東病棟、4階西病棟、7階東病棟、7階西病棟の婦長様、スタッフの皆様へ心から感謝致します。

## 引用文献

- 1) 岡谷恵子 (1999) 看護業務上の倫理的問題に対する看護職者の認識. 看護, 51(2): 26-31.
- 2) Kim Lützén and G.Brolin (1994) Conceptualization and Instrument of Nurse's Moral Sensitivity in Psychiatric Practice. International J. Methods in Psychiatric Research, 4: 241-248.
- 3) 中村美知子, 石川操他 (1998) 看護学生の臨床実習における葛藤場面の認知と対処—医学生との比較—. 山梨医科大学雑誌, 13(3): 99-105.
- 4) 石川 操, 中村美知子他 (1998) 臨床実習体験による看護学生の Moral Sensitivity の変化. 山梨医科大学紀要, 15: 42-46.
- 5) 今川詢子他 (1996) 看護ジレンマと看護倫理教育に関する研究 (第1報). 埼玉県立衛生短大紀要, 21: 25-33.
- 6) サラ T. フライ著, 片田範子, 山本あい子訳 (1998) 看護実践の倫理—倫理的意思決定のためのガイド—. 日本看護協会出版会, 東京.
- 7) Kim Lützén, Gun Nordstrom, Mats Evertzon (1995) Moral Sensitivity in Nursing Practice. Scand J Caring Sci, 9: 131-138.
- 8) 土居健郎 (1980) 「甘えの構造」. 弘文堂, 東京.
- 9) 横尾京子他 (1993) 日本の看護婦が直面する倫理的課題とその反応. 日本看護科学会誌, 13(1): 32-37.
- 10) 塚原節子他 (1996) 看護婦の専門的自律に関する研究その2. 富山医薬大医誌, 9(1): 61-65.
- 11) 長谷川真美 (1997) 看護観とその形成に関連する要因の検討—キャリア確立期にある看護婦を対象とした分析—. 埼玉県立衛生短大紀要, 22: 65-73.

**Abstract****Differences of Moral Sensitivity in Clinical Nurses**

**Mari KUBOTA\*, Michiko NAKAMURA\*, Misao ISHIKAWA\*,  
Kumiko DATE\*, Miwa ISEZAKI\* and Kumeko OMURA\*\***

The purpose of this study was to examine the differences of moral sensitivity in clinical nurses.

The subjects of this study were 60 nurses, (including 13 nurses belonging to the psychiatric ward, 19 nurses belonging to the surgical ward and 28 nurses belonging to medical ward), in Y university hospital.

The moral sensitivity test (MST, Lützn, 1994) by the 6-step Likert scale was used. MST was composed of 35 items and 6 categories.

The results indicate that moral sensitivity in clinical nurses were different according to their ward and length of experience. And the nurses' strategies of supporting patients were different according to their ward and length of experience. Moreover, it was characteristic that the nurses' moral sensitivity were enriched by human support.

---

\*Yamanashi Medical University, School of Nursing

\*\*University Hospital, Department of Nursing