

5. A 病院における看護職の臨床倫理能力の現状調査

加古川中央市民病院 看護部 和田 尚子 永富 宏明

【要旨】

A 病院の看護職の臨床倫理能力の現状を明らかにすることで臨床倫理に関する課題を抽出することを目的に、倫理的行動尺度を用いた自記式質問紙調査を行った。研究対象者 668 名に協力を依頼し 286 名から回答を得た（回答率 42.8%）。結果、能力が有意に高い属性は、「副看護師長」、「ラダーレベルⅣ」、「倫理的問題を検討する機会あり」、「倫理原則の知識あり」、「倫理的問題の検討方法の知識あり」であった。「卒後倫理教育」は能力に影響していないが、教育あり群は教育なし群と比較して「倫理的問題の体験あり・悩んだ体験あり」、「倫理的知識あり」と回答した割合が有意に高かった。卒後倫理教育の効果として倫理的感受性や知識の向上は期待できるが、臨床現場で倫理的問題に対応する能力の向上までは困難であると考えられた。倫理的問題を検討する機会を意図的に設け、職場内教育の担当者を育成することで個々の看護職の能力向上が期待できることが示唆された。

【はじめに】

医療技術の発達による高度複雑化医療の提供に、社会における高齢化や価値観の多様化が加わり、臨床現場では延命治療や遺伝子医療などますます複雑な倫理的問題が見られるようになった。そのような状況の中で、病棟看護師は倫理的問題を月に 1～3 回程度体験し、未解決の問題は 6 割にのぼることが報告されている¹⁾。1997 年の看護職員実態調査²⁾では、日常業務での倫理的問題への対応として、「ひとりで悩む」と回答した割合が 2 割以上、「深く考えないようにする」、「解決の手段がないのでそのままにする」と回答した割合が 1 割以上あり、個人の倫理的感受性や倫理的行動力を向上するだけでは倫理的問題を解決することが難しくなっていることが示唆され、看護部内に臨床倫理委員会を設置することの必要性が指摘されている³⁾。

A 病院では看護職が倫理的な判断に基づいた看護を提供するための体制整備を目的に、2016 年に看護部臨床倫理プロジェクトが発足した。臨床倫理体制整備のためには、まず A 病院の看護職の臨床倫理能力の現状を明らかにし、臨床倫理に関する課題を抽出することが必要であると考え、本研究を行うこととした。

【目的】

A 病院における看護職の臨床倫理能力の現状を明らかにすることで臨床倫理に関する課題を抽出する。

【方法】

1. 研究対象者

使用した尺度⁴⁾の開発論文では看護部長・副看護部長は除外されていることから、本研究でも看護部長、副看護部長を除く看護職 668 名を対象とした。

2. 用語の操作的定義

本研究における臨床倫理能力を、「医療現場において倫理的問題に気づき、自己または他者との対話によって倫理的に問題を検討し、倫理的な判断に基づいた医療・ケアを提供できる能力」と定義した。

3. データ収集方法

2017 年 6 月 12 日～23 日に、院内 Web システムを用いて無記名の自記式質問紙調査を行った。

4. 調査内容

1) 看護師の倫理的行動尺度

臨床倫理能力の測定は、看護師の倫理的行動尺度⁴⁾を使用した。この尺度は、無危害善行尺度（9 項目）、自律尊重尺度（9 項目）、公正尺度（4 項目）の 3 つの下位尺度で構成され、[6. 非常に当てはまる、5. わりと当てはまる、4. どちらかといえば当てはまる、3. どちらかといえば当てはまらない、2. あまり当てはまらない、1. 全く当てはまらない] で回答する。尺度開発時に信頼性・妥当性は保証されている。

2) 対象者の属性

先行研究^{1) 5) 6)}を参考に臨床倫理能力の影響要因として、①役職、②臨床経験年数、③クリニカルラダーレベル、④臨床倫理に関する卒後教育の有無、⑤倫理的問題の体験の有無、⑥倫理的問題に悩んだ体験の有無、⑦倫理的問題を検討する場や機会の有無、⑧臨床倫理への関心の有無、⑨臨床倫理に関する知識（倫理綱領、倫理原則、倫理的問題の検討方法）の有無の 9 項目を調査した。

5. データ分析方法

逆転項目を調整後、対象者の特徴は記述統計を用いて分析した。臨床倫理能力に影響する属性について、3群以上の比較は一元配置分散分析により有意性を確認後、Bonferroni法による多重比較を行い分析した。2群間の比較はt検定を行った。属性と属性の関係性はカイ二乗検定を行った。本研究の内的一貫性を確認するため、Cronbach- α 係数を算出した。すべての分析はSPSS ver.23.0を使用し、有意水準を5%未満として両側検定を行った。

6. 倫理的配慮

加古川中央市民病院機構研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号N29-1)。研究対象者に研究の主旨と方法、研究参加による利益と不利益、研究参加は自由意思であること、個人情報保護および得られたデータは個人が特定できない方法を用いて分析し研究以外の目的で使用しないこと、研究成果の公表等について文書を用いて説明し、回答をもって同意を得た。本論文について開示すべき利益相反事項はない。

【結果】

1. 研究対象者の概要

286人から回答を得て、回答率は42.8%であった。研究対象者の概要を表1に示す。臨床経験年数の平均値は14.1±9.2年(範囲1-41年)であった。

2. 倫理的行動尺度得点の結果

尺度総得点平均値は102.0±9.8点であった。無危害善行尺度得点平均値は43.9±4.3点、自律尊重尺度得点平均値は40.1±4.5点、公正尺度得点平均値は17.9±2.8点であった。項目毎の平均値は表2に示す。

3. 臨床倫理能力に影響する属性

臨床倫理能力に影響する属性は、「副看護師長」、「リーダーレベルIV」、「倫理的問題を検討する機会あり」、「倫理原則の知識あり」、「倫理的問題の検討方法の知識あり」であった(表3)。

4. 卒後倫理教育が臨床倫理能力に与える影響

卒後倫理教育を受けていることは臨床倫理能力の向上に寄与していなかったが、卒後倫理教育を受けたと回答した群で、倫理的問題の体験がある($p=.001$)、倫理的問題に悩んだ体験がある($p=.006$)、倫理的知識がある($p=.000$)と回答した割合が有意に高かった。

表1. 研究対象者の概要

属性	内訳	人数	%
役職	スタッフナース	233	(82.0)
	副看護師長	30	(10.6)
	看護師長	21	(7.4)
臨床経験年数	1-3年目	37	(13.0)
	4-9年目	55	(19.4)
	10年以上	192	(67.6)
クリニカルリーダーレベル	取得なし(新人含む)	102	(36.3)
	レベルI	23	(8.2)
	レベルII	63	(22.4)
	レベルIII	72	(25.6)
卒後倫理教育の有無	なし	69	(24.2)
	あり	216	(75.8)
倫理的問題の体験の有無	なし	42	(14.9)
	あり	240	(85.1)
倫理的問題に悩んだ体験の有無	なし	50	(17.7)
	あり	232	(82.3)
倫理的問題を検討する機会の有無	なし	117	(41.2)
	あり	167	(58.8)
臨床倫理への関心の有無	なし	43	(15.1)
	あり	242	(84.9)
看護者の倫理綱領	知らない	42	(14.7)
	知っている	222	(77.6)
	説明できる	19	(6.6)
	実践に活用している	3	(1.1)
臨床倫理に関する知識の有無	知らない	99	(34.7)
	知っている	172	(60.4)
	説明できる	10	(3.5)
	実践に活用している	4	(1.4)
倫理的問題の検討方法	知らない	157	(55.1)
	知っている	118	(41.4)
	説明できる	8	(2.8)
	実践に活用している	2	(0.7)

5. 本研究における α 係数

尺度全体では.88であり、自律尊重尺度.76、公正尺度.72、無危害善行尺度.80で、 α 係数は十分であった。

【考察】

1. A病院の臨床倫理能力の現状

A病院の臨床倫理能力の現状として、無危害善行尺度の得点が最も高く、自律尊重尺度・公正尺度の得点が低い結果となった。医療の現場では、4つの倫理原則の中で善行と無害の原則が倫理実践の基礎であるため、無危害善行尺度得点が高かった可能性がある。

また、卒後倫理教育を受けていないと回答した割合が24%、倫理的問題の体験や悩んだ体験がないと回答した割合が15~18%、倫理への関心がないと回答した

表2. 倫理的行動尺度得点の項目毎の平均値

看護師の倫理的行動尺度	平均	標準偏差
看護師の倫理的行動尺度	4.6	0.4
無危害善行尺度	4.9	0.5
善いケアとは何かを考えながら実践している。	4.9	0.7
患者に対して常に最善のケアの方法を考えるべきだ。	5.0	0.7
患者がケアに関して不安を訴えた場合には、その不安を和らげようと努力している。	5.1	0.7
患者の安全について常に危険を予測している。	5.0	0.8
清潔操作の徹底を心がけている。	5.0	0.7
患者の個人情報保護は徹底している。	5.0	0.8
患者のケアには常に最善を尽くしている。	4.3	0.8
患者を傷つけないためにも、自身の感情をコントロールしている。	4.8	0.8
あくまでも危険防止を目的とし、最低限の身体抑制を行なっている。	4.7	0.9
自立尊重尺度	4.5	0.5
インフォームドコンセントの支援のために、他職種とのコミュニケーションを日頃から心がけている。	4.6	0.8
患者の話を聴く機会を積極的に作っている。	4.5	0.8
患者の思いを伝えるために、医師や他職種とコミュニケーションを図る。	4.6	0.7
インフォームドコンセントの場面では、患者の意思表示がしやすいような雰囲気作りを行なっている。	4.3	0.8
私はケアの際には必ず患者の意思を尊重している。	4.5	0.7
医療チームで患者の意思を共有する。	4.7	0.8
ケアの必要性についての説明が患者にできていない。*	4.4	1.1
意思表示が不明瞭な患者（認知症）であっても、本人の意思を確認する行動をとる。	4.7	0.9
患者の希望や思いにそったケア計画が展開できていない。*	3.8	1.0
公正尺度	4.5	0.7
面倒なケアは億劫になる。*	3.9	1.1
コンプライアンスの悪い患者へのケアは消極的になる。*	4.0	1.0
患者に対する好き嫌いでケアに割く時間が変わる。*	5.0	0.9
患者に対する好き嫌いでケアの質が変わる。*	5.2	0.8

※は逆転項目として処理

割合が15%存在した。40%～80%が倫理の知識を「知っている」と回答した一方で、「説明できる」、「実践に活用している」と回答した割合は1～6%と低かった。以上より、看護職全体の倫理的感受性が高まっていないことや、知識を知ってはいるが応用して実践に統合できる水準ではないという現状が考えられる。

2. 臨床倫理能力に影響する属性

臨床経験年数は能力の向上に寄与しておらず、副看護師長とラダーレベルIV看護師の臨床倫理能力が高いことが明らかとなった。経験年数をただ重ねるだけでは臨床倫理能力は向上しないことが伺える。

さらに、倫理原則と倫理的問題の検討方法の知識があり、倫理的問題を検討する機会がある群で、臨床倫理能力が高かった。倫理綱領は看護職の倫理的行動の指針ではある⁸⁾が、倫理的問題が生じた際に倫理綱領のみで解決することは難しいことが考えられる。倫理

原則や4分割法など論理的に分析できる方法を学び、臨床現場で倫理的問題の検討機会を設けることで、倫理的行動が取れるようになると考える。以上より体系的な倫理教育と、検討機会としての倫理カンファレンスや倫理コンサルテーション等の体制が必要である。

3. 卒後倫理教育の効果

卒後倫理教育は臨床倫理能力の向上に寄与していなかった。しかし、教育あり群は教育なし群と比較し、倫理的問題の体験頻度や倫理に関する知識が多かった。つまり、教育効果として倫理的感受性や知識の向上は期待できるが、臨床現場で倫理的問題に対応する能力の向上までは困難であることが考えられた。能力向上のためには集合教育で得た知識をもとに、臨床現場の中で倫理的問題を検討する機会を意図的に設け、問題に対応していけるよう教育することが必要であると考ええる。そして、能力が有意に高かった副看護師長やラダーIVの看護師を職場内教育の担当者として育成することで、個々の看護職の能力向上が期待できる。

4. 本研究の限界

社会的望ましきバイアスのために副看護師長・ラダーレベルIV看護師の得点が高くなっている可能性がある。量的調査と並行して質的調査を行う必要がある。

【謝辞】

本研究にご協力下さいました研究対象者の皆さまならびに病院関係者の方々に心から厚く御礼申し上げます。本研究は第5回日本CNS看護学会（2018年、東京）において発表した。

【引用文献】

- 1) 水澤久恵：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, Vol.19 NO.1, 87-97, 2009
- 2) 日本看護協会：'97看護職員実態調査, 日本看護協会調査研究報告, No.54, 69-72, 1999
- 3) 日本看護協会ホームページ：臨床倫理委員会の設置とその活用に関する指針, https://www.nurse.or.jp/home/document/view.php?f=guideline/rinsyorinri_shishin.pdf (2020年4月17日確認)
- 4) 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, Vol.6, No.1, 2014
- 5) 吉川朱美, 角間辰之：看護管理方法論における倫理的感受性に関する研究－臨床看護師の倫理的感受性に影響を及ぼす要因－, 生命倫理, 23(1), 2013

表3. 臨床倫理能力に影響する属性

		尺度総得点			無危害善行尺度			自立尊重尺度			公正尺度			
		平均	標準偏差	p 値	平均	標準偏差	p 値	平均	標準偏差	p 値	平均	標準偏差	p 値	
全体		102.0	9.8		43.9	4.3		40.1	4.5		17.9	2.8		
役職 ^{a)}	スタッフナース	101.2	9.8		43.7	4.4		39.9	4.5		17.7	2.8		
	副看護師長	107.5	8.6	.004**	46.1	3.3	.015*	42.2	4.7	.031*	19.2	2.5	.004**	
	看護師長	102.7	9.4		43.9	4.4		39.7	3.8		19.1	2.6		
臨床経験年数 ^{a)}	1-3年目	101.7	9.0		44.1	3.6		39.6	4.5		18.0	2.6		
	4-9年目	99.9	8.5	.174	43.0	4.0	.192	39.5	3.8	.346	17.4	2.6	.276	
	10年以上	102.7	10.2		44.2	4.6		40.4	4.7		18.1	2.9		
クリニカル ラダーレベル ^{a)}	取得なし	101.9	9.1		43.9	4.2		39.9	4.3		18.1	2.5		
	レベルⅠ	99.8	9.1		43.0	5.0		38.8	3.6		18.0	2.6		
	レベルⅡ	100.2	10.9	.009**	43.3	4.5	.010*	39.7	5.2	.067	17.2	3.0	.054	
	レベルⅢ	101.9	9.7		43.9	4.3		40.2	4.3		17.8	3.1		
	レベルⅣ	108.8	8.5		47.1	3.5		42.5	4.8		19.2	2.5		
卒後倫理教育 ^{b)} の有無	なし	102.8	9.5		44.4	4.1		40.3	4.5		18.1	2.6		
	あり	101.6	9.9	.370	43.8	4.4	.318	40.0	4.5	.610	17.9	2.9	.451	
倫理的問題の ^{b)} 体験の有無	なし	101.8	10.0		43.8	4.1		40.0	4.8		18.0	2.6		
	あり	102.0	9.9	.932	43.9	4.4	.871	40.1	4.5	.952	18.0	2.9	.959	
倫理的問題に ^{b)} 悩んだ体験の有無	なし	101.2	10.3		43.7	4.6		39.8	5.0		17.8	2.5		
	あり	102.1	9.7	.565	44.0	4.3	.629	40.2	4.4	.616	18.0	2.9	.653	
臨床倫理への ^{b)} 関心の有無	なし	100.4	10.4		43.5	4.0		39.9	5.1		17.0	3.0		
	あり	102.3	9.7	.242	44.0	4.4	.481	40.1	4.4	.771	18.1	2.7	.011*	
臨床 倫理に 関する 知識の 有無 ^{b)}	倫理綱領	知らない	101.3	10.5		44.0	5.1		39.9	4.8		17.4	2.7	
		知っている以上	102.1	9.7	.625	43.9	4.2	.943	40.1	4.5	.768	18.0	2.8	.178
	倫理原則	知らない	100.1	10.2		43.2	4.8		39.6	4.5		17.2	2.7	
		知っている以上	103.0	9.5	.018*	44.3	4.1	.039*	40.3	4.6	.233	18.3	2.8	.002**
倫理的問題の 検討 方法	知らない	100.4	9.7		43.5	4.3		39.6	4.6		17.4	2.7		
	知っている以上	103.9	9.7	.003**	44.5	4.4	.038*	40.7	4.4	.048*	18.7	2.8	.000**	

a) 一元配置分散分析 b) t検定

*p<.05 **p<.01

- 6) 門馬靖武, 佐藤美樹, 竹村真理, 原玲子他: 倫理的な看護実践に対する臨床看護師の認識および関連要因, 北日本看護学会誌, 15 巻 1 号, 33-43, 2012
- 7) サラ T.フライ, メガンジェーン・ジョンストン著 / 片田範子, 山本あい子訳: 看護実践の倫理第 3 版, 日本看護協会出版会, 東京, p29, 2010
- 8) 日本看護協会ホームページ: なぜ「倫理綱領」が必要か, <https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/text/basic/professional/need/index.html#p1> (2020 年 4 月 20 日確認)

【Keyword】

臨床倫理能力, 臨床倫理, 倫理的行動尺度, 倫理教育, 看護職