

病棟看護師が看護実践の中で経験する倫理的問題と対応の実態及び関連要因の検討

水澤 久恵

Ethical problems experienced by ward nurses in nursing practice, their responses to these problems, and to investigate associated factors

Hisae Mizusawa

キーワード：量的研究(quantitative research), 看護倫理(nursing ethics), 看護実践(nursing practice), 倫理的問題(ethical problem), 関連要因(associated factor)

要旨

病棟看護師が看護実践の中で経験する倫理的問題とその対応の実態を明らかにし、それらに関連する要因を検討することを目的に、患者の入院から退院までの過程で、患者のケアに関わっている入院病棟に所属する病棟看護師 1746 名に自記式質問紙調査を実施し、1144 名から回答(回収率：65.5%)を得た。

その結果、病棟看護師は 12 ヶ月間において、倫理または人権をめぐる問題を 1 ヶ月に 1～3 回経験する事が多く、経験頻度は施設規模により差が認められ、施設規模が小さくなると経験頻度が高かった。最もよく経験されている倫理的な問題は、1 位『患者の安全確保のために身体抑制や薬剤による鎮静をするか、しないか』、2 位『患者に十分な看護ケアを提供できていない看護師の充足状況』、3 位『看護師と医師(他の専門家)の関係における対立』であった。

経験した倫理的問題の対応に関して、解決割合は平均値 0.4 と低い割合であった。施設規模により有意な差が見られ、規模の大きい病院の解決割合が高かった。問題に対処するにあたって役立つ方法としては、「看護師の同僚(達)と相談した」とするものが多かった。

倫理的問題と対応の実態の関連要因については、道徳的感性と経験頻度、経験頻度および解決割合と職務満足度との間にそれぞれ相関があることが示された。

病棟看護師が経験する倫理的問題と対応の実態、それらに関連する要因が明らかとなり、今後、倫理教育に重点を置くべき事項、看護師個々の倫理的問題の解決能力の向上と問題解決にむけた組織としての取り組みの必要性が示唆された。

I. 目的

看護師は、人々の健康と生活を支える専門職であり、人間の生と死という生命の根源にかかわる問題に直面することが多く、その判断及び行動には高い倫理性が求められる。

看護職の専門職組織である日本看護協会は、看護職者の行動の指針を「看護者の倫理綱領」として提示していることから、看護師は、いかなる場面においても、生命、人間としての尊厳が守られることを判断および行動の基本とし、自己決定を尊重し、その権利を擁護する、そのための情報収集と決定の機会の保障につとめるとともに、常に暖かな人間的配慮をもって対応することを求められている。それゆえに、日常の看護実践において遭遇する倫理的葛藤も多いことが推察される。さらに、今日の保健・医療・福祉を取り巻く環境の変化、先進医療や生殖医療の発達に伴い、看護師が看護実践上遭遇する倫理的問題は、多様化していると言われる(福留, 1999)。

看護職者が遭遇する倫理的問題については、世界の各地において、さまざまな分野における倫理的問題が研究されている。本邦においても、看護職員が日常業務上で直面する悩みの概況を明らかにしたものがあり、医師との主従関係に関わる問題、患者への情報提供に関する問題、看護師間の関係で起こる問題、看護師自身の能力と業務の困難さとのバランスの問題が多くを占めるとの報告や「終末期医療に関する問題」「患者ケアに関する問題」「患者の権利に関する問題」といった看護実践における倫理的問題の 3 つの構成概念が明らかにされているものがある(岡谷, 1999 岩本, 2006)。ま

た、その対応方法については、倫理的問題をそのままにするといった回避型の方法をとるという現実や職場の倫理委員会の活用などといった対応の極端な少なさも指摘されている(岡谷, 1999)。より具体的な状況として、訪問看護やターミナルケアの現場で直面する倫理的葛藤や手術看護実践において直面している倫理的課題を明らかにした研究などもある。普遍的な倫理原則とその時代の社会が受け入れているコンセンサスや社会の状況などが、看護者が経験する倫理的問題にも大きく影響を及ぼすことが考えられ、現在に見合った看護師の看護実践の中で経験する倫理的問題と対応の実態を明らかにしていくことは必要であるが、それらに関する研究はまだまだ少ない状況にある。また、倫理的問題並びに倫理的葛藤に対する対処行動の実態と関連要因についての研究は見当たらない。

看護師が倫理的問題に適切に対応し、患者の権利の擁護者として、良質な看護を提供することを目指して、本研究は、病棟看護師が看護実践の中で経験する倫理的葛藤を明らかにするとともに、その対応の実態を明らかにする。また、それらに関連する要因を検討し、今後の課題を明確にしていく。

<研究仮説と研究課題>

1. 道徳的感性の高いものは、倫理的問題の経験頻度が高い。
 2. 道徳的感性の高いものは、倫理的問題の解決数、解決割合が高い。
 3. 倫理的問題の経験頻度の多いものは、職務満足度が低い。
 4. 問題の解決数、解決割合が高いものは、職務満足度が高い。
- これら仮説のほかに、以下の課題を探求する。
5. 道徳的感性と対象者の特性、病院施設の環境とは関連があるのだろうか。
 6. 倫理的問題の経験頻度、解決数、解決割合と対象者の特性、病院施設の環境とは関連があるのだろうか。

<用語の操作的定義>

本研究で使用する用語を次のように定義する。

道徳的感性: 道徳とは人間としてどのように行為を行うか一人一人の個人が持つ価値観や行為の基準であり、看護専門職としての道徳的な物事の考え方、認識、感受性をいう。

II. 方法

1. 研究デザイン: 記述相関的研究

2. 対象: 調査対象施設は、複数の診療科を持つ病院で設置主体が偏らないよう選択し、1都2県(東京都、新潟県、青森県)の100床以上の病院から7施設とし、非確率標本抽出法を用いた。調査対象者は、患者の入院から退院までの過程で、患者のケアに関わっている入院病棟に所属する病棟看護師1746名とした。患者への医療提供内容、看護提供システムの相違という視点で、看護実践内容が病棟と大きく異なることが予測される、外来、検査、救命救急、手術室、透析室に所属する看護師は、対象から除いた。

3. 調査方法: 病棟看護師の経験をもつ看護系の大学院生、看護大学教員18名に依頼をし、協力の得られた13名にプリテストを実施し、質問紙の回答に要する時間、回答様式、質問項目の表現が妥当であるかの検討をした。2007年10月~11月に対象者に自記式質問紙調査(郵送法ならびに留め置き法)を実施した。質問紙の配布は、看護部責任者から病棟師長に配布を依頼し、2週間後に回答者自身が封書したものを病棟単位で回収したのち、病棟単位の特定が不可能な状況で研究者が回収した。または、看護部責任者から各対象者に対して質問紙と返信用封筒を付した質問紙を配布し、2週間を目処に、各対象者から直接研究者への郵送法を用いて、個別に回収を行った。

4. 調査項目:

1) 対象者の特性: 年齢、性別、教育背景(博士後期・修士・博士前期、看護系4年制大学、短期大学、専門学校、その他)、採用状況(正規職員、臨時職員、未回答)、職位(師長・副看護師長、主任・副主任、スタッフナース、未回答)、現在の所属病棟(外科、内科、内科・外科混合、精神科、産婦人科、小児科、クリティカルケア(ICU)、新生児ケア(NICU)、未回答)と経験年数、経験した臨床分野と年数、看護基礎教育機関での倫理学受講の有無、看護基礎教育終了後の看護倫理研修受講の有無および学習機会の状況(院内教育、学会・研究会、講演会、その他)、看護者の倫理綱領・倫理原則の周知、倫理的問題に関する一般的知識、倫理教育に関する必要性に関する質問。

2) 病院施設の環境の概要：施設規模、倫理委員会の有無と看護職者の参加、倫理的問題を検討する機会や場が設けられているか、看護体制(プライマリー・ナーシング、モジュール型継続受け持ち方式、固定チームナーシング、機能別ナーシング、その他)

3) 看護実践における倫理的問題に関する質問項目：①1997年にフライが作成した「ETHICS and HUMAN RIGHTS in NURSING PRACTICE」Part 1～3の日本語版質問紙(岩本, 2006)のPart 1～2を使用した。まず、Part 1は、看護実践における倫理的問題の32項目からなり、因子分析の結果、「終末期医療に関する問題」「患者ケアに関する問題」「患者の権利に関する問題」の3つの構成概念からなる。対象者が回答時までの過去1年間に倫理的問題を体験した頻度について、「全くなかった」～「頻繁にあった」の4段階で評点は順次0～3点を配点した。満点は96点、最低点は0点である。

②Part 2では、Part 1で回答した倫理的問題について特に悩んだ経験を持つ問題を悩みの程度の強い順に、3項目選択して回答する。更に、倫理的または人権に関する問題を体験した回数について、「毎日または、ほとんど毎日」～「一度もない」から回答し、最近(最後に)、看護師として関わって悩んだ倫理的または人権をめぐる問題の対処にあたって、13項目の方法が役立ったかについて解答する。質問紙作成者に使用許可を得た。

4) 対応に関する質問項目：経験した倫理的問題は複数回の経験を全般的にみて、解決したか、未解決であるか(未解決のまま患者が死亡、または退院した。未解決という状況を受け入れている)について解答する。回答された値は、そのまま用い、「解決した」には1点を配点した。満点は32点、最低点は0点である。

5) 道徳的感性：Kim Lutzenらが開発した「moral sensitivity test(以下MST)」の35項目を中村ら(2001, 2003)が翻訳し修正した日本語翻訳版「道徳的感性尺度」34項目を使用した。「全くそう思わない」～「非常にそう思う」の6段階のリッカートスケールで評点は順次1～6点を配点した。MST日本語版作成者に使用許可を得た。

6) 職務満足度：L. stampsらによって開発され、尾崎ら(1988)によって邦訳された「看護婦の職務満足度尺度」48項目を使用した。「全くそうだ」～「全くそうではない」の7段階のリッカートスケールで、評点は順次0～6点を配点した。満点は288点、最低点は0点である。尚、測定用具の“看護婦”の表記は、現状に合わせ“看護師”という表現に改定し用いた。尺度の使用にあたっては、尺度作成者に使用許可を得た。

5. データ分析方法：

対象者の特性、病院施設の環境、看護実践における倫理的問題に関する質問項目、対応方法に関する質問項目、道徳的感性、職務満足度に関する実態は、記述統計を用い分析した。

道徳的感性、職務満足度得点の平均得点と性別、看護基礎教育で倫理を学んだ経験、看護基礎教育終了後の倫理研修受講の有無、倫理綱領・倫理原則の周知はt検定を行った。

施設規模、所属病棟、職位、採用状況、現在の所属病棟、経験した臨床分野、最終学歴、看護体制、倫理委員会の有無、倫理的問題の検討場所の有無、倫理的問題に関する一般的知識による道徳的感性、職務満足度得点、倫理的問題の経験頻度、倫理的問題(体験した)の解決数、解決割合の平均得点の比較は一元配置分散分析を行った。これにおいて群間有意差のあった変数については、ボンフェロニ法(Bonferroni t-test)による多重比較を行った。

道徳的感性、職務満足度得点と年齢、現在の病院での勤務年数、臨床経験年数、倫理または人権をめぐる問題の経験頻度、倫理または人権をめぐる問題(体験した)の解決数、解決割合についての各二変量間の関連の検討には、ピアソンの積率相関係数を算出した。検定は全て両側検定とし、統計学的有意水準は5%とした。全ての統計的分析は、統計パッケージSPSS 16.0 J for Windowsを用いて行った。

6. 倫理的配慮：

新潟県立看護大学倫理委員会の承認を得て実施した。倫理的配慮として、各施設への研究協力の依頼は、研究者から看護部長または研究に関して責任を持つ該当管理者へ、研究の意義と目的、研究参加は参加者の自由意志に基づき研究参加を拒否できること、研究不参加による不利益が生じることがないこと、匿名性の保障について説明し、承諾を得た。個々の対象看護師に対しての研究協力依頼は、研究の趣旨、研究参加は参加者の自由意志に基づき研究参加を拒否できること、研究不参加による不利益が生じることがないこと、匿名性の保障について文書で説明し、質問紙への回答をもって同意確認

とした。

Ⅲ. 結果

病棟看護師 1746 名に配布し, 1144 名から回収(回収率: 65.5%)が得られた。各質問項目とも無回答を除いて算出した。本論文中, 特に断りが無い限りは, **は 1%水準で有意(両側), *は 5%水準で有意(両側)を示す。

1. 対象者の特性 (表 1)

平均年齢(n=1055)は, 34.3歳, SD=9.84, 性別(n=1095)は, 女性 1063名(97.1%), 男性 32名(2.9%)であった。教育背景(n=1095)は, 専門学校 692人(63.2%), 短期大学 229人(20.9%), 看護系 4年制大学(編入も含む) 138人(12.6%), 看護系大学院修士・博士前期, 3人(0.3%), その他 33人(3.0%)であった。採用状況(n=1097)は, 正規職員 1027人(93.6%), 臨時職員 68名(6.2%), 無回答 2名(0.2%)であった。職位(n=1098)は, スタッフナース 881名(80.2%), 師長・副看護師長 108名(9.8%), 主任・副主任 105名(9.6%), 無回答 4名(0.4%)であった。

現在の所属病棟(n=1085)は, 外科 288名(26.5%), 内科 252名(23.2%), 内科・外科混合 192名(17.7%), 精神科 31名(2.9%), 産婦人科 83名(7.6%), 小児科 36名(3.3%), クリティカルケア(ICU) 21名(1.9%), 新生児ケア(NICU) 68名(6.3%), その他 114名(10.5%)であり, 平均勤務年数(n=1063)は, 107.7ヶ月, SD=141.9であった。

経験した臨床分野(n=1055)は, 外科 570名(54.0%), 内科 578名(54.8%), 内科・外科混合 290名(27.5%), 精神科 75名(7.1%), 産婦人科 256名(24.3%), 小児科 223名(21.1%), クリティカルケア(ICU) 85名(8.1%), 新生児ケア(NICU) 134名(12.7%), その他 211名(20.0%)であり, 平均臨床経験年数(n=1018)は, 143.5ヶ月, SD=115.3であった。

看護基礎教育機関での倫理学受講の有無(n=1055)は, 倫理について学んだ経験があるものは 705名(66.8%), ないものは 350名(33.2%)である。

看護基礎教育終了後の看護倫理研修受講の有無および学習機会の状況として, 看護倫理研修を受講した経験(n=1025)があると回答したものは 402名(39.2%), ないものは 623(60.8%)であった。倫理研修はどのような学習機会であったかの質問に対し(n=398名), 院内教育を受講したものの 236名(59.3%), 学会・研究会を受講したものは 49名(12.5%), 講演会を受講したものは 136名(34.6%), その他と回答したものは, 45名(11.5%)であった。

看護師の倫理綱領・倫理原則の周知度(n=1064名)について, 「知っている」と回答したものは, 745名(70.0%), 「知らない」と回答したものは, 319(30.3%)であった。倫理的問題に関する一般的知識に関する質問(n=1066名)に対し, 「全く知識がない」133名(12.5%), 「あまり知識がない」846名(79.4%) 「かなり知識がある」83名(7.8%) 「非常に知識がある」4名(0.3%), 倫理教育の必要性に関する質問(n=1052名)に対し, 「全く必要がない」7名(0.7%), 「あまり必要がない」121名(11.5%), 「かなり必要である」708名(67.3%), 「非常に必要である」216名(20.5%)であった。

2. 病院施設的环境(表 1)

施設規模(n=1144)は, 500床以上 847名(74.0%), 300床以上 500床未満 269名(23.5%), 100床以上 300床未満 28名(2.4%)であった。看護体制(n=1101)は, モジュール型継続受け持ち方式 717名(65.1%), 固定チームナーシング 368名(33.4%), 機能別ナーシング 1名(0.1%), その他 15名(1.4%)である。倫理委員会の有無と看護職者の参加について, 倫理委員会(n=1064)が「ある」と回答したものが 682名(64.1%), 「ない」が 68名(6.4%), 「わからない」が 285名(26.8%), 「無回答」が 29名(2.7%)であった。そして, それには看護師が参加しているか(n=1040)について, 「参加している」511名(49.1%), 「参加していない」29名(2.8%), 「わからない」450名(43.3%), 「無回答」50名(4.8%)という結果であった。倫理的問題を検討する機会や場が設けられているか(n=1040)については, 「設けられている」310名(29.8%), 「設けられていない」106名(10.2%), 「わからない」585名(56.2%), 「無回答」39名(3.8%)であった。「設けられている」と回答した 310名について, 話し合いの場の構成員(n=302)は, 看護職者のみと回答したものが 72名(23.8%), 他職者も構成員である(n=300)としたものが, 232名(77.3%)であった。話し合いの場の単位は, 単一部署(n=291)としたものが 63名(21.6%), 複数部署としたものが 226名(77.7%)であった。

表1 対象者の特性と病院施設的环境

	カテゴリー	平均値orN(人)	標準偏差or%	
<看護師の特性>				
年齢	n=1055	34.3	9.84	
性別	n=1095	32	2.9	
	男性	1063	97.1	
教育背景	n=1095	692	63.2	
	専門学校	229	20.9	
	短期大学	138	12.6	
	看護系4年制大学(編入も含む)	3	0.3	
	看護系大学院修士・博士前期	0	0	
	看護系大学院博士後期	33	3	
	その他	288	26.5	
所属病棟	n=1085	252	23.2	
	外科	192	17.7	
	内科	31	2.9	
	内科・外科混合	83	7.6	
	精神科	36	3.3	
	産婦人科	21	1.9	
	小児科	68	6.3	
	クリティカルケア(ICU)	114	10.5	
	新生児ケア(NICU)	107.7ヶ月	141.9	
	その他	881	80.2	
	勤務年数	n=1063	108	9.8
職位	n=1098	105	9.6	
	スタッフナース	4	0.4	
	師長・副看護師長	1027	93.6	
	主任・副主任	68	6.2	
採用状況	n=1097	2	0.2	
	無回答	570	54	
	正規職員	578	54.8	
	臨時職員	290	27.5	
	無回答	75	7.1	
	外科	256	24.3	
	内科	223	21.1	
経験した臨床分野	n=1055	85	8.1	
	精神科	134	12.7	
	産婦人科	211	20.0	
	小児科	143.5	115.3	
	クリティカルケア(ICU)	847	74	
	新生児ケア(NICU)	269	23.5	
臨床経験	n=1018	28	2.4	
	<病院施設的环境>	0	0	
	500床以上	717	65.1	
	施設規模	n=1144	368	33.4
	300床以上500床未満	1	0.1	
	100床以上300床未満	15	1.4	
	プライマリ・ナース	682	64.1	
	モジュール型継続受け持ち方式	68	6.4	
	固定チームナース	285	26.8	
	機能別ナース	29	2.7	
その他	511	49.1		
倫理委員会の有無	n=1064	29	2.8	
	あり	450	43.3	
	なし	50	4.8	
	わからない	310	29.8	
看護師の参加	n=1040	106	10.2	
	あり	585	56.2	
	なし	39	3.8	
	わからない	72	23.8	
倫理的問題を検討する機会や場の設置	n=1040	232	77.3	
	あり	63	21.6	
	なし	226	77.7	
	わからない	39	3.8	
話し合いの場の構成員	n=302	72	23.8	
	看護者のみ	232	77.3	
	他職者も構成員である	63	21.6	
話し合いの場の構成員	n=302	63	21.6	
	単一部署	226	77.7	
	複数部署	39	3.8	

3. 看護師の看護実践の中で経験する倫理的問題と対応の実態

看護実践における倫理的問題に関する質問に関して、12ヶ月間において、32項目中、平均12.5種、SD=7.3(n=983)の問題を経験していた。経験頻度(n=981)の平均得点は、21.5、SD=13.5であった。施設規模別の経験頻度得点において、100床以上300床未満(n=17)、平均得点28.8点、SD=14.0、300床以上500床未満(n=237)、平均得点24.6点、SD=14.8、500床以上(n=727)、平均得点20.3点、SD=12.8と施設規模により有意な差が見られ(p<0.001)、施設規模が小さいほど経験頻度が高かった。

問題を体験した回数(n=953)は、「毎日またはほとんど毎日」が122名(12.8%)、「1週間に1~4回」196名(20.6%)、「1カ月に1~3回」245名(25.7%)、この「1年間に6~11回」114名(12.0%)、「この1年間に1~5回」216名(22.7%)、「一度もない」60名(6.3%)と1ヶ月に1~3回が一番多く、この1年間に約1~5回、1週間に1~4回の順であった。

最もよく経験されている倫理的問題は、1位:『患者の安全確保のために身体抑制や薬剤による鎮静をするか、しないか』、2位:『患者に十分な看護ケアを提供できていない看護師の充足状況』、3位:『看護師と医師(他の専門家)の関係における対立』であった。

特に悩んだ経験を持つ問題は、1位:『患者に十分な看護ケアを提供できていない看護師の充足状況』、2位:『患者の安全確保のために身体抑制や薬剤による鎮静をするか、しないか』

いか』, 3位:『看護師と医師(他の専門家)の関係における対立, 4位:『過剰であったり不十分であったりする疼痛管理』であった。なお, 上位4位の累積頻度は, 42.6%であった。

経験した倫理的問題の対応については, 倫理的問題の解決数($n=716$)は, 平均4.8個, $SD=5.3$, 解決割合(解決数/経験数), ($n=681$)は, 平均0.4, $SD=0.3$ であり, 施設規模により有意な差が見られ, 規模の大きい病院の解決割合が高かった($p<0.01$)。

未解決の多い倫理的問題は, 1位『単に苦痛を増強させるような不適切な方法で死に逝く過程を引き伸ばすこと』2位『患者や家族の意向に反して患者の治療をするか, しないか』3位『延命処置(人工呼吸, 栄養や水分補給などの生命維持に直結するもの)を継続するか, 中止するか』であった。**問題に対処するにあたって役立つ方法**としては($n=1144$), 看護師の同僚(達)と相談した944名(82.5%), 尊敬する看護師に相談した737名(64.4%), 患者の主治医に相談した727名(63.5%)の順に高かった。

4. 倫理的問題と対応の実態の関連要因

1) 道徳性感性と倫理的問題の経験頻度との関連

道徳的感性得点は, 平均133.2点, $SD=10.7$ であった。道徳的感性と経験頻度間に正の相関($n=855$, $r=0.168^{**}$, $p=0.000$ [99%信頼区間; 0.081, 0.225])があることが示された。年齢(20~29歳, 30~39歳, 40~49歳, 50歳以上), 現在の所属病棟での勤務年数(36か月未満, 36か月以上60か月未満, 60か月以上120か月未満, 120か月以上240か月未満, 240か月以上), 臨床経験年数(36か月未満, 36か月以上60か月未満, 60か月以上120か月未満, 120か月以上240か月未満, 240か月以上), 施設規模(500床以上, 300床以上500床未満, 100床以上300床未満)の 카테고리一別にも検討したが, カテゴリ一毎に若干高い相関がみられた。

2) 道徳的感性と経験した倫理的問題の解決数並びに解決割合との関連

道徳的感性と解決数, 解決割合の間に相関は認められなかった。

3) 倫理的問題の経験頻度と職務満足度との関連

職務満足度は, 平均144.5点, $SD=26.8$ であった。経験頻度と職務満足度の間に負の相関($n=878$, $r=-0.235^{**}$, $p=0.000$ [99%信頼区間; -0.151, -0.315])があることが示された。年齢, 現在の所属病棟での勤務年数, 臨床経験年数, 施設規模の 카테고리一別にも検討したが, カテゴリ一毎に若干高い相関がみられた。

4) 経験した倫理的問題の解決数並びに解決割合と職務満足度との関連

解決数と職務満足度の相関について, 臨床経験年数(12月単位)の 카테고리一別に見て, 36か月未満では, ($n=115$, $r=0.004$, $p=0.970$), 36か月以上60か月未満では, ($n=73$, $r=0.253^{*}$, $p=0.031$), 60か月以上120か月未満では, ($n=135$, $r=0.097$, $p=0.262$), 120か月以上240か月未満では, ($n=151$, $r=0.189^{*}$, $p=0.020$), 240か月以上では, ($n=137$, $r=-0.034$, $p=0.695$)であった。

解決割合と職務満足度の間に正の相関($n=623$, $r=0.210^{**}$, $p=0.000$ [99%信頼区間; 0.109, 0.306])があることが示された。年齢, 現在の所属病棟での勤務年数, 臨床経験年数, 施設規模の 카테고리一別にも検討したが, カテゴリ一毎に若干高い相関がみられた。

5) 道徳的感性と対象者の特性, 病院施設の環境との関連

道徳的感性を従属変数, 対象者の特性, 病院施設の環境を独立変数とした単変量解析の結果, 有意差のみられた項目はなかった。

6) 倫理的問題の経験頻度, 解決数, 解決割合と対象者の特性, 病院施設の環境との関連

倫理的問題の経験頻度を従属変数, 対象者の特性, 病院施設の環境を独立変数とした単変量解析の結果, 施設規模により差が認められ(自由度[2, 978]のF値11.63, $p=0.000$), ボンフェロニによる多重比較の結果, 施設規模が小さいほど経験頻度が高かった。

倫理的問題の解決数と年齢の間に正の相関($n=683$, $r=0.107^{**}$, $p=0.005$ [99%信頼区間; 0.008, 0.203])があり, 解決数と臨床経験年数(12月単位)の間にも, 弱いかもしれないが, 統計的に正の相関($n=660$, $r=0.088^{*}$, $p=0.023$ [99%信頼区間; -0.012, 0.187])があることが示された。解決数に関して, 倫理的問題を検討する機会や場が設けられていると回答した者ほど解決数が多かった(自由度[3, 676], F値5.197, $p=0.001$)。また, 倫理的問題に関する一般知識がかなりあると認識する看護師は, 全く知識がないと認識する看護師よりも解決数が多かった(自由度[3, 687], F値3.215, $p=0.022$)。

倫理的問題の解決割合を従属変数、対象者の特性、病院施設の環境を独立変数とした単変量解析の結果、解決割合に関して施設規模により有意な差(自由度 [2, 678], F 値 5.426, $p=0.005$)が見られ、規模の大きい病院の解決割合が高かった。倫理委員会に看護師の参加があるかという設問に対し、返答項目により有意な差(自由度 [3, 639], F 値, 3.990, $p=0.008$)が見られ、「参加している」と答えたものが、「わからない」と答えたものよりも解決割合が高かった。また、倫理的問題を検討する機会や場が設けられていると回答した者ほど解決割合が高かった(自由度 [3, 641], F 値 5.998, $p=0.000$)。

IV. 考察

1. 看護師の看護実践の中で経験する倫理的問題と対応の実態について

本研究の結果から、病棟看護師は12ヶ月間において、倫理または人権をめぐる問題の経験を「1ヶ月に1~3回」経験するものが多く、最もよく経験されている倫理的な問題は、1位：問題20『患者の安全確保のために身体抑制や薬剤による鎮静をするか、しないか』、2位：問題7『患者に十分な看護ケアを提供できていない看護師の充足状況』、3位：問題29『看護師と医師(他の専門家)の関係における対立』であった。特に悩んだ経験を持つ問題は、1位：問題7『患者に十分な看護ケアを提供できていない看護師の充足状況』、2位：問題20『患者の安全確保のために身体抑制や薬剤による鎮静をするか、しないか』、3位：問題29『看護師と医師(他の専門家)の関係における対立』、4位：問題24『過剰であったり不十分であったりする疼痛管理』であった。上位4位の累積頻度は、42.6%であり、これら解決に向けた早急な対策の必要性が示唆される。

経験した倫理的問題の対応については、解決割合は平均値0.4と低い割合であった。体験する倫理的問題に対して、半数は解決されておらず、倫理的問題をそのままにするといった回避型の方法をとるといった現実や職場の倫理委員会の活用などといった対応の極端な少なさも指摘されている(岡谷, 1999)ように、本研究でも問題をそのままにするといった回避型の行動や倫理的問題がそのままにされたストレスの高い状況下で働いている現実が明らかになった。

未解決の多い倫理的問題は、1位『単に苦痛を増強させるような不適切な方法で死に逝く過程を引き伸ばすこと』、2位『患者や家族の意向に反して患者の治療をするか、しないか』、3位『延命処置(人工呼吸、栄養や水分補給などの生命維持に直結するもの)を継続するか、中止するか』であり、これらは、人間の尊厳に関わる重大な問題であり、倫理教育においてこれら項目に重点をおく必要性が示された。また、倫理ガイドラインに対する周知の遅れや認識不足が原因となって生じる過誤やクレームも少なくない現状においては、日々新たに制定、改訂され続ける法律や関連諸学会の倫理ガイドラインをフォローしていくことは重要であり、定期的な倫理研修の開催などが望まれる。

施設規模の大きい病院、倫理的問題を検討する機会や場が設けられていると回答した看護師は倫理的問題の解決割合が高いという結果より、施設による看護職員配置の相違や倫理的問題を検討する機会や場が設けられているかなどの倫理的問題への組織的取り組みの状況、病院組織における倫理教育のあり方等が影響しているものと考えられる。今後、個人の倫理的問題の解決能力の向上と問題解決に向けた組織としての取り組みが必要である。

2. 倫理的問題と対応の実態の関連要因について

倫理的問題と対応の実態の関連要因については、道徳的感性と経験頻度、職務満足度と経験頻度および解決割合の間にそれぞれ相関があることが示された。

つまりは、看護専門職としての道徳的な物事の考え方、認識、感受性に関わる道徳的感性が高い看護師ほど、多くの倫理的問題を認識し経験していたと考えられる。日常的な看護実践において、まずは倫理的問題、価値の対立を認識できる能力が必要であり、更には倫理的問題を道徳的に推察する能力が必要とされる。これら能力を育む教育や習慣が必要とされる。問題解決にあたっては倫理的問題に関する一般知識がかなりあると認識する看護師は、全く知識がないと認識する看護師よりも解決数が多かったという結果から、倫理に関する系統的知識の必要性も示唆された。

職務満足度と経験頻度において負の相関があることが示されたことから、倫理的問題の経験は、道徳的不確かさやジレンマを生じさせ、職務満足度に影響を与える、もしくは職務満足度の構成要素の何かしらの原因が経験頻度に影響を及ぼしていることが推測される。今後これらの詳細な検討が必要である。看護師が専門職としてのやりがいを維持しながら、満足度の高い自らの職務を遂行する事は、

自ずと患者の QOL の向上を保証する事につながることから、職務満足度向上に向けた対策が必要である。

V. 結論

本研究の結果、以下の諸点が明らかになった。

1. 最もよく経験されている倫理的な問題、特に悩んだ経験を持つ問題、未解決の多い問題が明らかとなり、これらに重点をおいた倫理基礎教育の充実と、看護師の現任教育における教育の必要性が示唆された。
2. 経験した倫理的問題の対応については、解決割合は平均値 0.4 と低い割合であり、問題をそのままにするとといった回避型の行動や倫理的問題がそのままにされたストレスの高い状況下で働いている現実が明らかになった。
3. 施設規模の大きい病院の倫理的問題の解決割合や倫理的問題を検討する機会や場が設けられていると回答した者の解決数が高かった結果より、病院の環境や組織的取り組みの影響が推察された。
4. 道徳的感性と経験頻度、職務満足度と経験頻度および解決割合の間にそれぞれ相関があることが示された。今後、個人の倫理的問題の解決能力の向上と問題解決に向けた組織としての取り組みが必要である。

謝辞

本研究にあたり、質問紙調査に快くご協力くださいました看護師の皆様に、心から感謝申し上げます。さらに本研究の機会を与えて頂きましたことを感謝申し上げますとともに、本研究を進めるにあたり多くのご助言を賜りました新潟県立看護大学諸先生方、統計学的分析において親切にご指導をいただきました橋本明浩先生に感謝致します。

文献

- Fry, S. T. (1998) : 看護実践の倫理 倫理的意思決定のためのガイド, 3-70, 日本看護協会出版会, 東京.
- 福留はるみ(1999) : 倫理的感性性と倫理的意思決定 倫理的問題を明確化するためのトンプソンの分類について, 看護, 32-38.
- 藤田佳代子, 井上範江, 児玉有子他(2006) : 日常生活援助場面におけるナースの倫理的葛藤, 臨床看護, 32(1), 84-90.
- 岩本幹子, 溝部佳代, 高波澄子(2006) : 大学病院において看護師が体験する倫理的問題, 日本看護学教育学会誌, 1-11.
- INR 日本版編集委員会(2004) : 臨床で直面する倫理的諸問題 キーワードと事例から学ぶ対処法, 103-108, (株)日本看護協会出版会, 東京.
- Kim Lutzen and Broolin(1994) : Conce Ptualization and Instument of Nurse' s Moral Sensitivity in Psychiatric Practice. International J Methods in Psychiatric Research, 4, 241-248.
- 中村美和子, 西田文子, 比江島欣慎他(2001) : Moral Sensitivity Test(日本語版)の信頼性・妥当性の検討(その2) -臨床看護婦(士)に焦点を当てて-, 山梨医大紀要, 18, 41-46
- 中村美和子, 石川操, 西田文子他(2003) : 臨床看護師の道徳的感性尺度の信頼性・妥当性の検討, 日本赤十字看護学会誌, 3(1), 49-58
- 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.
- 尾崎フサ子, 忠政敏子(1988) : 看護婦の職務満足質問紙の研究 -StampS らの質問紙の日本での応用, 大阪府立看護短期大学紀要, 10(1), 17-24.
- Redman, B. K., Hill, M. N., & Fry, S. T. (1997) : Ethical conflicts reported by certified nephrology nurses(CNNS) practicing in dialysis settings. Anna journal 24(1), 23-33.
- 志自岐康子(1999) : 看護婦の専門職性を測定する質問紙の開発, 聖路加看護大学大学院看護学科研究科博士課程後期課程学位論文.
- Von Post, I(1996) : exploring ethical dilemmas in Perioperative nursing practice through critical incidents : Nursing ethics 3(3), 236-249.
- Wagner, N. &ronen, I. (1996) : Ethical dilemmas experienced by hospital and community nurses: an israelisurvey. Nursing ethics 3(4), 294-304.