

# 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

*The characteristics of ethical problems experienced by ward nurses in nursing practice, their experiences and responses to these problems, and the associated underlying factors*

水澤 久恵

Hisae MIZUSAWA

◎新潟県立看護大学

■ KEY WORDS 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を検討することを目的に、日本の病棟看護師1,746名に自記式質問紙調査を2007年10～11月に実施し、1,144名から回答（回収率：65.5%）を得た。

その結果、病棟看護師は、倫理をめぐる問題を1ヶ月に1～3回経験することが多く、経験した倫理的問題を解決した割合は平均40%と低かった。経験した問題の頻度の上位には、「身体抑制や薬剤による沈静をするか、しないか」、「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」、「看護師と医師（他の専門家）の関係における対立」があったが、多くの問題は未解決であった。性別、施設規模、所属病棟、倫理的問題を検討する機会などが倫理的問題の経験の頻度や解決の割合の関連要因として示され、道徳的感性と倫理的問題の経験の頻度にも相関が認められた。

以上より、倫理的問題の解決能力の向上に向けた倫理教育や組織的な体制を整備する必要性への示唆を得た。

## — SUMMARY —

The purpose of this study is to clarify the characteristics of ethical problems experienced by ward nurses in nursing practice, their experiences and responses to these problems, and associated underlying factors. In this study, a self-administered questionnaire survey was issued to 1,746 ward nurses in October and November 2007 in Japan. Responses were obtained from 1,144 ward nurses (recovery rate: 65.5%).

The results show that they often experienced ethical problems one to three times a month. The average resolution rate of the ethical problems reported by them was low at 40%. The most frequent problems they experienced were “Use / nonuse of physical / chemical restraints”, “Staffing patterns that limit patient access to nursing care”, and “Conflict in nurse / doctor relationships (or other professional relationships)”, but most of the problems were not solved.

Variables such as the nurses' sex, size of institutions, wards the nurses worked on, and chances for the nurses to study ethical problems were indicated as the associated underlying factors which

affect both experiences of ethical problems and the resolution rate of ethical problems. The occurrence rate of experiencing problems was correlated with moral sensitivity to the associated underlying factors. This study suggests that it is necessary for nurses to have opportunities to study ethics for nursing in order to develop greater ability to solve the ethical problems and improve organizational systems in the hospitals.

## I. はじめに

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、人々の価値観の多様化に相俟って、臨床現場では倫理的問題が山積している。伴い、看護職者が看護実践上経験する倫理的問題は、多様化していると言われる<sup>1)</sup>。看護者は、看護を実践する権限を与えられ、その社会的な責務を果たすため、看護の実践にあたり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、人権を尊重することなどを求めている<sup>2) 3)</sup>。看護職者が経験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いて研究されており、本邦においても看護職者が日常業務上で直面する倫理的問題の悩みの概況はある程度明らかにされている<sup>4) 5) 6) 7) 8) 9) 10) 11)</sup>。

医療の進歩や社会の状況、新たに制定、改訂される法律、その時代の社会が受け入れているコンセンサスなどが、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、その趨勢に沿った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少ない。また、倫理的問題の経験や対処に関連する要因についての研究は見当たらない。

本研究の目的は、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、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を検討し、看護師個人の倫理的問題の解決能力の向上に向けた倫理教育的な観点、看護実践現場における対策の必要性を検討していくことである。

## II. 研究方法

### 1. 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1,746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。

### 2. 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の一定の場所に設置された回収袋に自由投函をしてもらい、一度、看護部に集積地として集められたものを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。

### 3. 調査項目

1) 対象者の特性：年齢、性別、教育背景、採用状況、職位、現在の所属病棟と現在の病院での勤務年数、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、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項目とした。

2) 病院の特性：施設規模、倫理委員会の有無と看護職者の参加、倫理的な問題を検討する機会や場が設けられているか、看護体制についての項目とした。

3) 看護実践における倫理または人権をめぐる問題（以下、倫理的問題と略す）に関する質問項目：1997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<sup>12)</sup>のPart 1～2を部分使用した。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年間に倫理的な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。Part 2では、倫理的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」から回答する。質問紙作成者に使用許可を得た。

4) 対処に関する質問項目：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)」<sup>13)</sup>の35項目を中村らが翻訳し修正した日本語翻訳版「道徳的感性尺度」34項目<sup>14) 15)</sup>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。本研究における34項目全体のCronbachの $\alpha$ 係数は0.719であり、内的整合性の高さを確認した。

#### 4. データ分析方法

対象者の特性、病院特性、看護実践における倫理

的問題に関する質問項目、対処方法に関する質問項目、道徳的感性に関する実態は、記述統計を用い分析した。平均得点の比較は、 $t$ 検定もしくは一元配置分散分析を行った。一元配置分散分析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、そして倫理的問題の経験の頻度や解決の割合と年齢、現在の病院での勤務年数など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。

#### 5. 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1,746名に配布し、1,144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、特に断りがない限りは、\*\*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のとおり、平均年齢 ( $n=1055$ ) は、34.3歳、 $SD=9.84$ 、性別は、女性が大部分を占めた。採用状況は、正規職員が多く、職位は、スタッフナースが80.2%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

表1 対象者の特性と病院施設的环境

カテゴリー		平均値 or N(人)	標準偏差 or %
<看護師の特性>			
年齢	n=1055	34.3	9.84
性別	n=1095		
	男性	32	2.9
	女性	1063	97.1
教育背景	n=1095		
	専門学校	692	63.2
	短期大学	229	20.9
	看護系4年制大学(編入も含む)	138	12.6
	看護系大学院修士・博士前期	3	0.3
	看護系大学院博士後期	0	0
	その他	33	3
所属病棟	n=1085		
	外科	288	26.5
	内科	252	23.2
	内科・外科混合	192	17.7
	精神科	31	2.9
	産婦人科	83	7.6
	小児科	36	3.3
	クリティカルケア (ICU)	21	1.9
	新生児集中ケア	68	6.3
	その他	114	10.5
勤務年数	n=1063	107.7ヶ月	4.4
職位	n=1098		
	スタッフナース	881	80.2
	師長・副看護師長	108	9.8
	主任・副主任	105	9.6
	無回答	4	0.4
採用状況	n=1097		
	正規職員	1027	93.6
	臨時職員	68	6.2
	無回答	2	0.2
	外科	570	54
	内科	578	54.8
	内科・外科混合	290	27.5
	精神科	75	7.1
経験した臨床分野	n=1055		
	産婦人科	256	24.3
	小児科	223	21.1
	クリティカルケア (ICU)	85	8.1
	新生児ケア (NICU)	134	12.7
	その他	211	20.0
臨床経験	n=1018	143.5ヶ月	3.6
<病院施設的环境>			
施設規模	n=1144		
	500床以上	847	74
	300床以上500床未満	269	23.5
	100床以上300床未満	28	2.4
看護体制	n=1101		
	プライマリ・ナーシング	0	0
	モジュール型継続受け持ち方式	717	65.1
	固定チームナーシング	368	33.4
	機能別ナーシング	1	0.1
	その他	15	1.4
	あり	682	64.1
倫理委員会の有無	n=1064		
	なし	68	6.4
	わからない	285	26.8
	無回答	29	2.7
	あり	511	49.1
看護師の参加	n=1040		
	なし	29	2.8
	わからない	450	43.3
	無回答	50	4.8
	あり	310	29.8
倫理的問題を検討する機会 や場の設置	n=1040		
	なし	106	10.2
	わからない	585	56.2
	無回答	39	3.8
	看護者のみ	72	23.8
話し合いの場の構成員	n=302		
	他職者も構成員である	232	77.3
	単一部署	63	21.6
	複数部署	226	77.7

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%)、新生児集中ケア68名 (6.3%)、その他114名 (10.5%) であり、現在の病院での平均勤務年数 (n=1063) は、107.7ヶ月、SD=4.4であった。

## 2. 病院の特徴

表1のとおり、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。看護体制は、モジュール型継続受け持ち方式と固定チームナーシングが多かった。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。

## 3. 看護実践の中で経験する倫理的問題

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。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ヶ月に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。表2のとおり、経験の割合の高い項目は、「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」「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」「看護師と医師 (他の専門家) の関係における対立」であり、い

表2 看護師が経験する倫理的問題

看護実践における倫理的問題に関する質問項目	経験の割合(%)	経験頻度(総得点)	解決の割合(%)
1. 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	53.2	928	25
2. 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	46.2	769	45
3. 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	43.4	817	51
4. 患者の意思を知らずに患者を蘇生するか、しないか	47.2	899	40
5. 重度の心身障害をもつ乳児、小児または成人に対して治療をするか、しないか	20	347	47
6. 患者の生命の質(QOL)が考慮されていないこと	60.1	1076	23
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	84	1986	16
8. あなたの個人的価値や宗教的な価値に反して行動すること	42.2	713	32
9. 患者の個人的価値や宗教的価値に反して治療やケアをすること	36.8	577	34
10. 小児・配偶者・高齢者・患者に対する虐待や無視が行われていることを、知った時に、何らかの行動をとるか、とらないか	19	293	48
11. 費用のかかる医療資源(人手、治療法、設備)や不足している医療資源をどの患者にどのように配分するかということ	35.6	646	35
12. どの時点から死であると決定するか(例:臓器移植と関連して)	8.7	136	34
13. ケアの質を脅かすような医療制度に従ってケアを実践すること	21.3	353	19
14. 患者の秘密やプライバシー(例:HIVに感染している)が尊重されていないこと	29.3	458	31
15. 医療従事者として非倫理的であったり、能力が低かったり、不適切な行動をとる同僚と働くこと	51.6	916	22
16. 患者や家族の自律性(autonomy)が無視されていること	40.5	611	29
17. 患者や家族が、治療、予後、または代替的治療について知らされていないか、または誤った情報を与えられている状況でケアをすること	39.6	627	34
18. 患者が未成年者の場合に、治療に関する本人の意思と親の意思が対立し、どちらをとるかを決めること	12	176	48
19. 患者を差別して扱うこと	17.7	266	34
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	84	2067	7
21. 患者が終末期のあり方について事前に示していた意思(例:リビングウィル、ドナーカード)を尊重するか、しないか	12.7	202	62
22. 患者が必要なケアを受けられなくなるような医療制度の下で看護すること	16.8	264	24
23. 臓器や組織の移植が公平に行われているか	3.4	53	73
24. 過剰であったり不十分であったりする疼痛管理	67.2	1310	37
25. 過剰であったり不十分であったりする処置や検査の指示	64	1181	31
26. 患者の権利と尊厳を尊重すること	58.6	1207	44
27. 治療に関するインフォームドコンセントが行われているか、いないかについて悩むこと	63.2	1159	45
28. 危険な設備や環境のもとで働くこと	47.2	875	24
29. 看護師-医師(他の専門家)の関係における対立	70.9	1324	28
30. あなたの健康に危害を及ぼす可能性のある患者にケアを提供すること(例:結核、HIV、暴力)	62.1	1185	47
31. ターミナル期にある患者の安楽死に関わるか、関わらないか	19.4	340	40
32. 医療従事者や医療施設の非倫理的または違法な行為を明らかにすること	11	156	26

注1 経験の頻度(総得点)において、数値が大きいほど倫理的問題を頻繁に経験したということを示す。上位5位までを網掛けで示した。

注2 解決の割合の低いもの5位までを網掛けで示した。

いずれも解決の割合が低かった。経験した倫理的問題の対処については、倫理的問題の解決数( $n=716$ )は、平均4.8個、 $SD=5.3$ 、解決の割合(解決数/経験数)、( $n=681$ )は、平均0.4、 $SD=0.3$ であった。

#### 4. 倫理的問題の経験や対処に関連する要因

倫理的問題の経験の頻度において、性別による有

意差( $p=0.005$ )がみられた。道徳的感性得点は、最小86点~最大177点、平均133.2点、 $SD=10.7$ であり、道徳的感性と経験の頻度の間に正の相関( $n=855$ 、 $r=0.168^{**}$ 、 $p=0.000$ [99%信頼区間; 0.081, 0.225])があることが示された。道徳的感性と解決の割合に相関は認められなかった。表3、4のとおり、倫理的問題の経験の頻度を従属変数、対象者の特性、病院

表3 倫理的問題の経験の頻度と対象者の特性, 病院の特性との関連

	カテゴリー	N (人)	平均	(標準偏差)	F値	多重比較	有意確率	相関係数
<b>&lt;看護師の特性&gt;</b>								
年齢 <sup>a</sup>		932	21.64	13.33			$p=0.920$	0.003
性別 <sup>a</sup>	男性	14	31.36	15.14			$p=0.005^{**}$	
	女性	533	21.51	12.85				
教育背景 <sup>b</sup>	専門学校	617	21.76	13.96	0.786	n.s.		
	短期大学	195	21.53	12.43				
	看護系4年制大学(編入も含む)	123	19.62	11.49			$p=0.535$	
	看護系大学院修士・博士前期	2	24.00	15.56				
	看護系大学院博士後期	0	0					
	その他	27	23.19	15.36				
所属病棟 <sup>b</sup>	外科	255	19.67	12.99	8.735	* ] * ] * ] * ] * ] * ] *	$p=0.000^{**}$	
	内科	226	24.68	12.98				
	内科・外科混合	160	25.30	13.19				
	精神科	30	13.10	11.91				
	産婦人科	72	16.58	11.44				
	小児科	31	17.68	11.05				
	クリティカルケア (ICU)	18	29.28	12.57				
	新生児集中ケア	61	17.89	14.86				
	その他	102	20.54	13.16				
	勤務年数 <sup>c</sup>		1063	107.7				
職位 <sup>b</sup>	スタッフナース	779	21.02	13.14	1.554	n.s.	$p=0.199$	
	師長・副看護師長	89	23.96	14.35				
	主任・副主任	95	22.63	14.22				
	無回答	4	20.50	20.92				
採用状況 <sup>a</sup>	正規職員	507	21.64	12.92			$p=0.501$	
	臨時職員	40	23.08	13.75				
臨床経験年数 <sup>c</sup>		1018	143.5	3.6			$p=0.198$	-0.043
<b>&lt;病院の特性&gt;</b>								
施設規模 <sup>b</sup>	500床以上	727	20.32	12.78	11.627	* ] *	$p=0.000^{**}$	
	300床以上500床未満	237	24.55	14.81				
	100床以上300床未満	17	28.76	13.98				
看護体制 <sup>b</sup>	プライマリー・ナーシング	0	0		1.157	n.s.		
	モジュール型継続受け持ち方式	616	22.01	13.04				
	固定チームナーシング	338	20.40	13.97			$p=0.325$	
	機能別ナーシング	1	14.00					
	その他	14	21.21	11.86				
倫理委員会の有無 <sup>b</sup>	あり	608	21.19	13.49	2.49	n.s.		
	なし	59	25.46	14.66			$p=0.059$	
	わからない	254	21.72	12.27				
看護師の参加 <sup>b</sup>	無回答	25	17.92	14.32				
	あり	454	21.15	13.76	0.293	n.s.		
	なし	24	19.92	13.19			$p=0.831$	
倫理的問題を検討する機会や場の設置 <sup>b</sup>	わからない	403	21.82	12.47				
	無回答	40	21.42	13.45				
	あり	278	22.57	14.01	1.558	n.s.		
	なし	90	22.93	14.55			$p=0.198$	
わからない	わからない	526	20.97	12.84				
	無回答	34	19.15	13.31				
<b>&lt;倫理教育機会と倫理に関する知識の程度&gt;</b>								
看護基礎教育機関で倫理を学んだ経験 <sup>a</sup>	あり	374	21.58	13.38			$p=0.677$	
	なし	172	22.08	12.10				
看護基礎教育終了後の倫理研修受講の有無 <sup>a</sup>	あり	211	23.03	13.74			$p=0.074$	
	なし	321	20.93	12.46				
倫理綱領・倫理原則の周知度 <sup>a</sup>	知っている	393	21.86	13.39			$p=0.872$	
	知らない	149	21.67	11.89				
倫理的問題に関する一般的知識 <sup>b</sup>	全く知識がない	115	19.90	13.46	0.759	n.s.		
	あまり知識がない	748	21.75	13.38			$p=0.517$	
	かなり知識がある	76	22.13	12.95				
	非常に知識がある	4	24.75	19.72				
倫理教育の必要性 <sup>b</sup>	全く必要がない	7	30.29	22.22	4.123			
	あまり必要がない	110	19.47	14.64				
	かなり必要である	632	21.19	13.05			$p=0.006^{**}$	
	非常に必要である	186	24.00	13.22				

\*\* $p<0.01$ , \* $p<0.05$ を示す. n.s. = not significant

a: t検定

b: 一元配置分散分析

c: Pearsonの積率相関係数

表 4 倫理的問題の解決の割合と対象者の特性, 病院の特性との関連

	カテゴリー	N (人)	平均	(標準偏差)	F値	多重比較	有意確率	相関係数
<b>&lt;看護師の特性&gt;</b>								
年齢 <sup>c</sup>		932	21.64	13.33			<i>p</i> = 0.740	0.013
性別 <sup>a</sup>	男性	14	0.40	0.33			<i>p</i> = 0.921	
	女性	533	0.39	0.30				
教育背景 <sup>b</sup>	専門学校	421	0.37	0.31	3.172	<i>n.s.</i>	<i>p</i> = 0.013*	
	短期大学	131	0.42	0.28				
	看護系4年制大学(編入も含む)	89	0.45	0.31				
	看護系大学院修士・博士前期	2	0.08	0.11				
	看護系大学院博士後期	0	0	.				
	その他	22	0.53	0.26				
所属病棟 <sup>b</sup>	外科	177	0.43	0.32	1.602	<i>n.s.</i>	<i>p</i> = 0.121	
	内科	161	0.36	0.28				
	内科・外科混合	110	0.36	0.29				
	精神科	17	0.50	0.27				
	産婦人科	46	0.45	0.34				
	小児科	21	0.49	0.32				
	クリティカルケア (ICU)	15	0.46	0.33				
	新生児集中ケア	41	0.40	0.31				
	その他	73	0.36	0.28				
勤務年数 <sup>c</sup>		1063	107.7	4.3			<i>p</i> = 0.156	0.055
職位 <sup>b</sup>	スタッフナース	541	0.40	0.31	0.862	<i>n.s.</i>	<i>p</i> = 0.461	
	師長・副看護師長	56	0.36	0.27				
	主任・副主任	70	0.44	0.30				
	無回答	1	0.15	.				
採用状況 <sup>a</sup>	正規職員	507	0.39	0.30			<i>p</i> = 0.234	
	臨時職員	40	0.44	0.28				
臨床経験年数 <sup>c</sup>		1018	143.5	3.6			<i>p</i> = 0.451	0.03
<b>&lt;病院の特性&gt;</b>								
施設規模 <sup>b</sup>	500床以上	507	0.42	0.30	5.426	]*	<i>p</i> = 0.005**	
	300床以上500床未満	161	0.33	0.30				
	100床以上300床未満	13	0.29	0.22				
看護体制 <sup>b</sup>	プライマリー・ナーシング	0	0	.	1.757	<i>n.s.</i>	<i>p</i> = 0.154	
	モジュール型継続受け持ち方式	417	0.38	0.30				
	固定チームナーシング	244	0.43	0.31				
	機能別ナーシング	1	0.63	.				
	その他	10	0.44	0.27				
倫理委員会の有無 <sup>b</sup>	あり	427	0.41	0.30	1661.	<i>n.s.</i>	<i>p</i> = 0.174	
	なし	37	0.34	0.33				
	わからない	183	0.37	0.30				
	無回答	13	0.47	0.28				
看護師の参加 <sup>b</sup>	あり	318	0.44	0.30	3.99	]*	<i>p</i> = 0.008**	
	なし	16	0.35	0.31				
	わからない	285	0.35	0.30				
	無回答	24	0.40	0.29				
倫理的問題を検討する機会や場の設置 <sup>b</sup>	あり	191	0.43	0.29	5.998	]*	<i>p</i> = 0.000**	
	なし	68	0.30	0.26				
	わからない	368	0.39	0.31		]*		
	無回答	18	0.58	0.27		]*		
<b>&lt;倫理教育機会と倫理に関する知識の程度&gt;</b>								
看護基礎教育機関で倫理を学んだ経験 <sup>a</sup>	あり	374	0.39	0.29			<i>p</i> = 0.984	
	なし	172	0.39	0.31				
看護基礎教育終了後の倫理研修受講の有無 <sup>a</sup>	あり	211	0.39	0.30			<i>p</i> = 0.928	
	なし	321	0.39	0.30				
倫理綱領・倫理原則の周知度 <sup>a</sup>	知っている	393	0.38	0.30				
	知らない	149	0.42	0.30			<i>p</i> = 0.164	
倫理的問題に関する一般的知識 <sup>b</sup>	全く知識がない	78	0.35	0.30	1.705	<i>n.s.</i>	<i>p</i> = 0.165	
	あまり知識がない	523	0.40	0.30				
	かなり知識がある	52	0.46	0.29				
	非常に知識がある	4	0.31	0.24				
倫理教育の必要性 <sup>b</sup>	全く必要がない	4	0.40	0.16	1.369	<i>n.s.</i>	<i>p</i> = 0.251	
	あまり必要がない	74	0.44	0.31				
	かなり必要である	440	0.38	0.30				
	非常に必要である	131	0.42	0.28				

\*\**p* < 0.01, \**p* < 0.05を示す. *n.s.* = not significant

a: *t*検定

b: 一元配置分散分析

c: Pearsonの積率相関係数

の特性を独立変数とした単変量解析の結果、施設規模により有意な差が認められ（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。また、各施設の経験の頻度を比べてみると有意差が認められた（自由度[6, 674]、F値4.3、 $p=0.000$ ）。

倫理的問題の解決の割合に関しても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の割合が高かった。各施設の解決の割合についても、有意差が認められた（自由度[6, 674]、F値3.64、 $p=0.001$ ）。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の割合が高かった。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の割合が高かった（自由度[[3, 641]、F値5.998、 $p=0.000$ ）。

#### IV. 考察

##### 1. 看護師が経験する倫理的問題の特徴と経験や対処の実態

本研究の結果から、病棟看護師は12ヶ月間において、倫理的問題の経験を「1ヶ月に1～3回」経験するものが多く、経験の割合の高い項目は、「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」「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」「看護師と医師（他の専門家）の関係における対立」であり、いずれも解決の割合が低かった。

「身体抑制・拘束」に関しては、身体的な有害事象の発生を防止するためや治療遂行のために行われるものであるが、「身体抑制・拘束」の行為がより有害な事象を惹起することが多いという事態を受け、2000年4月介護保険法の実施に伴う「身体拘束の禁止規定（平成11年3月31日付の厚生省令）」の通達や2001年3月には、身体拘束ゼロへの手引き<sup>16)</sup>も厚生労働省によって発行された。「身体抑制・拘束」においては、患者の生活を支援する役割を担う看護師がその実施者となっている場合が少なくない。患者の尊厳、人格の尊重と患者の生命または身体の安全

を守るという両者の価値の間で看護師の選択は揺れ、その選択は、患者、医療者の考えや置かれた状況次第によって大きく異なってくる。現在では、抑制を減らす方向に向け看護師の認識が大きく変化してきており、抑制の適正使用についての判断、抑制せず良質なケアが提供できるような看護技術の開発が進められてきているが、未だ未だ解決の割合が低いという実態がみえ、患者の安全を守り、QOLの向上を図る方向への医療の現実化を目指しての課題は残されている。

同じく経験の割合の高い「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」に関する現状を顧みるならば、手薄な人員配置の中で、専門職としての職務を遂行してきたという長い経緯が確認できる<sup>17)</sup>。平均在院日数の短縮、医療の高度化、複雑化、患者の高齢化と看護が取り巻く社会の状況が劇的に変化する中で、医療安全確保の観点から、日本看護協会は手厚い看護職員配置を要望し、2006年度に診療報酬改定においてようやく看護職員配置が12年ぶりに引き上げられ、7対1入院基本料が新設された。2007年度5月での入院基本届け出状況<sup>18)</sup>によれば一般病棟入院基本料7対1入院料届出は16万2730病床、10対1入院基本料は35万5004病床であり、一般病棟入院基本届出病床70万5373病床の約73%を占める。しかし、本研究の対象施設は、2施設のみが一般病棟入院基本料7対1入院料届出施設であった。この2施設においては、他の施設に比べ、倫理的問題の経験の頻度が低く、問題の解決の割合が高いという結果が得られている。看護職員配置の影響も否定はできないであろう。看護職員配置基準を引き上げた病院における看護現場への影響について注目すべき点は、患者へのケア時間が増えたことを看護師が実感していることであり<sup>19)</sup>、看護職員配置の引き上げにより、患者に十分なケアを提供できない看護師の問題に手段を講じることができると考えられる。職場環境整備のため7対1入院基本料の定着、更なる手厚い配置が今後も課題とされ、必然的に多くの職員の雇用、病床数のコントロールといったマネジメントが期待される。

「看護師と医師（他の専門家）の関係における対立」に関しては、医療現場における、医師、看護師の関係に代表される権力構造、権威勾配も背景に隠



見する。看護師の重要な役割の一つとして、患者の権利を擁護することが挙げられ、そのための情報収集と決定の機会の保障に努めるとともに、常に暖かな人間的配慮をもって対応することが求められている。それ故、医師の専門性と患者の権利擁護の狭間において倫理的葛藤も多いことが推察される。また、現在の医療現場では、複数の部門の専門性を尊重した、水平な関係性を基盤にした協働によるチーム医療が展開されつつあり、看護師に期待される役割が大きいことも窺える。

## 2. 倫理教育的な観点

道徳的感性と経験の頻度には、相関があることが示された。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、Fry<sup>20)</sup>の看護師が倫理的決断に至るまでの過程に自身の価値や認知能力、道徳的感性、論理的能力、道徳的直観を用いるという考え方を間接的に指示するものと言えるであろう。

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<sup>21) 22)</sup>。これら能力を育む教育や習慣が必要とされる。

倫理的問題の経験の頻度、解決の割合と年齢、教育背景、現在の病院での勤務年数、職位、採用状況、臨床経験年数、倫理教育機会と倫理に関する知識の程度について、関連が認められなかったことは、今まで行われてきた看護基礎教育や現任教育における倫理教育内容や教育効果を見直していく必要性を示唆するものかもしれない。また、これから行われる倫理教育においては、年齢、勤務年数、職位に関わらず幅広い対象者に教育が必要であることを示すものである。

また、道徳的感性と解決割合の間に相関が認められなかったことは、倫理的問題の解決には、個人の能力だけでなく、臨床倫理委員会の設置といった病院施設的环境や職場の風土、更には、その部署の特性により生じる問題の種類といった実に様々な要因が関わりあうことが予測された。また、倫理委員会に看護師の参加があるかという設問に対し、「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ことより、関心の程度も重要な要因であった。

## 3. 組織的な体制整備と臨床倫理委員会の活用・推進に向けて

所属病棟の種別により倫理的問題の経験の頻度に有意差がみられ、クリティカルケア、内科、内科・外科混合においてその平均値が高いことは、これら病棟の倫理的問題が生じやすい環境を示唆するものであった。それぞれの部署の特性により、生じやすい倫理的問題は自ずと異なることが予測され、その具体的解決が急がれるだろう。本研究では、女性よりも男性のほうが経験の頻度が高いという結果が得られたが、男性の看護師が所属している病棟は、種別にみて倫理的問題の経験数の高い部署であり、この影響が大いにあるものと考えられた。

経験した倫理的問題の対処については、解決の割合は平均40%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<sup>23)</sup>。本研究でも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状が明らかになった。また、倫理問題への対処にあたっては、同僚の看護師や尊敬する看護師に相談するという行為が主を占め<sup>24)</sup>、インフォーマルな形式での解決が試みられている。

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の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た。

また、本調査の回答者の74.0%が500床以上の病床数を持つ病院に勤務し、倫理委員会の有無と看護職者の参加について、倫理委員会が「ある」と回答したものが682名(64.1%)、倫理委員会に看護師が参加しているかについて、「参加している」511名(49.1%)であり、倫理委員会を設置する施設の増加<sup>25)</sup>を反映している。しかし、倫理委員会の内容

としては、治験や研究倫理審査が多く、臨床の倫理問題を施設規模で検討する臨床倫理委員会は、未だ体制が整っておらずその機能も不十分である可能性が指摘されている<sup>26)</sup>。本研究結果でも、倫理的問題を検討する機会や場が設けられているかについては、「設けられている」と回答したものが310名(29.8%)と少なく、56.2%の看護師が「わからない」と回答していることより、あまり周知されていないのが現状と言えそうだ。現在、社団法人日本看護協会は、「臨床倫理委員会の設置とその活用に関する指針」<sup>27)</sup>を策定し臨床倫理委員会の設置とその活用促進に向けての取り組みを推進している。その活用促進に取り組むためには、倫理的問題をそのままにしないといった看護師個人としての意識の向上、看護管理者としての看護部はじめ他部門をも牽引するリーダーシップの発揮が期待される。更には、病院組織としての臨床倫理委員会の機能の充実、整備が望まれるところである。

本研究において、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が明確化され、今後の倫理教育的な観点、倫理的問題の問題解決に向けた組織的な体制整備の必要性を検討するに有効な基礎資料となりうる。しかし、研究対象者の選出が確立標本抽出法ではないこと、対象施設が7施設であることから、結果の一般化には限界がある。

## V. 結論

本研究では、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を検討することを目的に、病棟看護師1,746名に自記式質問紙調査を実施し、1,144名から回答を得た。その結果、倫理的問題の特徴と経験や対処の実態及び倫理的問題の経験の頻度や解決の割合の関連要因として、道徳的感性、性別、施設規模、所属病棟、倫理的問題を検討する機会などが示された。このことより、倫理的問題の解決能力の向上に向けた倫理教育や組織的な体制を整備する必要性への示唆を得た。

### 謝 辞

本研究は、第28回看護科学学術集会で報告した。な

お、本研究は、新潟県立看護大学学長特別研究費の助成を得て行われた。本調査にご協力いただきました皆様に感謝致します。

### 文献と注釈

- 1) 福留はるみ：倫理的感受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, 51 (2), 32-38, 1999.
- 2) 「看護師の倫理綱領」(2003, 看護協会)：「看護師の倫理綱領」は、病院、地域、学校、教育・研究機関、行政機関など、あらゆる場で実践を行う看護師を対象とした行動指針である。ここでいう看護師は、看護職の免許によって看護を実践する権限を与えられた者である。保健師助産師看護師法において「看護師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいい「准看護師」とは、都道府県知事の免許を受けて、医師、歯科医師又は看護師の指示を受けて、前条に規定することを行うことを業とする者をいう。  
<http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/pdf/rinri.pdf>
- 3) 看護職者とは、保健師、助産師、看護師及び准看護師をいう。2005年、看護系大学の増加などを経て、現在では看護職の就業者数は約130万人(人口1000人当たり10.24人)に達した。本論文では看護職者と看護者を同義で扱う。
- 4) 岩本幹子、溝部佳代、高波澄子：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, 16 (1), 1-11, 2006.
- 5) 岡谷恵子：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, 1999.
- 6) INR日本版編集委員会：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, 2004.
- 7) Redman, B.K., Hill, M.N., & Fry, S.T. : Ethical conflicts reported by certified nephrology nurses (CNNS) practicing in dialysis settings. *Anna journal* 24(1), 23-33, 1997.
- 8) Von Post, I. : exploring ethical dilemmas in Perioperative nursing practice through critical incidents : *Nursing ethics* 3(3), 236-249, 1996.
- 9) Wagner, N. & ronon, I. : Ethical dilemmas experienced by hospital and community nurses:an israeli-survey. *Nursing ethics*. 3(4), 294-304, 1996.
- 10) 船戸正久, 玉井 智, 和田浩他：新生児の倫理的

問題と意思決定後の対応—NICU看護責任者に対する全国アンケート調査」, 日本周産期・新生児医学雑誌40巻4号, 817-822, 2004.

- 11) 水澤直子, 遠藤玲子, 井上みゆき: NICU看護師が語るジレンマ, 第36回日本看護学会論文集小児看護, 152-154, 2005.
- 12) 前掲論文4)
- 13) Kim Lutzen and Brodin: Conce Ptualization and Instrument of Nurse's Moral Sensitivity in Psychiatric Practice. International J Methods in Psychiatric Research, 4, 241-248, 1994.
- 14) 中村美和子, 西田文子, 比江島欣慎他: 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, 2001.
- 15) 中村美和子, 石川 操, 西田文子他: 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, 2003.
- 16) 厚生労働省: 身体拘束ゼロへの手引き～高齢者ケアにかかわるすべての人に～厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」, 2001.
- 17) 斎藤訓子: 職場環境の保障, 平成19年度版看護白書, 24-32, 日本看護協会出版会, 2007. 病院の看護職員配置は, 病院の従事者員数の標準を明記している医療法施行規則第十九条第4項に定められている. ここでいう看護職員は, 看護師もしくは准看護師をいう. 2005年12月に公表された第六次看護職員需給見通しは, 2006年から2010年の見通しである. 2010年には, 需要140万6400人, 供給139万500人で1万5900人の供給不足を見込んだ.
- 18) 中央社会保険医療協議会: 7:1入院基本料届出医療機関数(病床数)の推移, 中央社会保険医療協議会総会資料, 2007.
- 19) 前掲論文17)
- 20) Fry, S.T.: 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, 1998.
- 21) 高田早苗: 看護倫理をめぐる議論, 平成15年度版看護白書, 14-15, 日本看護協会出版会, 2003.
- 22) 手島 恵: 看護倫理教育—倫理的感受性, 分析力, 実践能力をどのように養うか—, 生命倫理16 (1), 58-60, 2006.
- 23) 前掲論文5)
- 24) 水澤久恵: 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, 第39回日本看護学会論文集看護総合, 383-385, 2008.
- 25) 赤林 朗: 日本における倫理委員会のあり方と課題, 看護管理, 11 (9), 700-703, 2001.
- 26) 長尾式子, 瀧本禎之, 赤林 朗: 日本における倫理コンサルテーションの現状に関する調査, 生命倫理, 15 (1), 101-106, 2005.
- 27) 社団法人日本看護協会: 臨床倫理委員会の設置とその活用に関する指針, 社団法人日本看護協会, 2006.

【原稿受理: 2009年1月16日】