

— 研究報告 —

急性期病院に勤務する看護師の倫理的悩みの関連要因の検討

中村 智美¹⁾, 遠藤 善裕²⁾

1) 滋賀医科大学 医学部看護学科臨床看護学講座

2) 滋賀医科大学

抄録: 本研究では、倫理的悩みを測定する尺度 Nurse Questionnaire (ADULT) scale をもとに作成した『改訂版 倫理的悩みの尺度—看護師版』を用いて、急性期病院に勤務する看護師の倫理的悩みについて検討した。近畿地方の A 県と中部地方の B 県にある 340 床以上の急性期病院 22 施設に対し研究協力依頼を行い、承諾が得られた 6 施設に勤務する看護師 846 名に質問紙調査の依頼を行い、そのうち 443 部の調査票を回収した (回収率 52.4%)。各設問の無効回答率 20%以上を除く 405 部の調査票を有効回答とした (有効回答率 48.1%)。その結果、年齢 ($F=6.12, p<0.001$) に有意な関係が見られ、「25 歳未満」よりも「25 歳～30 歳未満」、「30 歳～35 歳未満」、「35 歳以上」が倫理的悩みを多く認識し、倫理的悩みのスコア平均値が 4.0 以上であった項目は【3. 患者にとって最良と思えなくても医療を続けてほしいという患者・家族の希望に沿うことがある】と【4. ただ死を先延ばしすることだと感じて救命行為を開始することがある】の主に 2 つの項目でともに高い値を示した。本研究において、患者家族との倫理的価値の相違から倫理的悩みを多く認識し、年齢の高い看護師は自己の経験より養われた倫理観や価値観を臨床現場に活かそうと模索するなかで、倫理的悩みとしての認識に繋がっていた。これらのことから、看護師への倫理教育では看護倫理のみでなく医療・工学・生命倫理など幅広い分野に基づいた教育が必要であり、臨床看護師への倫理教育のあり方について多くの課題が示唆された。

キーワード: 倫理的悩み, 急性期病院, 看護師, 多重比較.

はじめに

わが国の急性期病院が果たす役割は、手術や慢性疾患による急性増悪期の患者など、状態が変化しやすいことに伴う症状の観察などの医学的な管理や、傷の処置といった治療を日常的に必要としている患者を治療することである^[1]。しかしながら、わが国は世界でも類を見ない長寿国であり、2025 年には高齢化率は 30% を超えると推測されている少子高齢化社会である^[2]。急性期病院に入院する患者は高齢者が多く、手術や治療を受けた後、日常生活動作 (Activities of Daily Living: ADL) の低下や低栄養による治療後の副作用や合併症が出現しやすいことが予測される^[3]が、2021 年 1 月の平均在院日数は 17.8 日と短い^[4]。そのため、急性期病院に勤務する看護師は、日々の処置や業務が優先され、治療中であっても退院後の療養生活を見据えてケアを開始する必要がある、業務が複雑・多様化している^[5]と言える。また、看護職は様々な専門職・非専門職とチームを組んで業務を遂行することが多くあり、看護実践においては、様々な価値観を持つ患者・家族、専門職間で倫理的葛藤が生じることがある^[6]。そのため、

急性期病院に勤務する看護師は日々の業務の中で倫理的悩みに直面する機会が多いのではないかと推察される。

こうした看護師の倫理問題を Mitchell Christine は、「患者とその家族との間の緊張状態にどう関わることができるのか、また障害をもつ患者の自己概念の再構築をどう手助けすればよいか」看護師が直面する「日々の倫理」について報告^[7]している。

また、Chris Gastmans は「医療における倫理的問題は、無力感、能率性と費用効率、職場の圧力、(無)能力、人材・経済的資源の不足などの環境の中で起こる」と述べ^[8]、こうした倫理的悩みはときに離職につながることも指摘している^[9-10]。

Safura Abbasi らの報告によると集中治療室で働く看護師の約 67%が道徳的苦痛を経験し、仕事の不満、介護能力の喪失、看護師の離職、患者や医療システムなどケアの質の低下を引き起こしていた^[11]。このように看護師が認識する倫理的悩みは、医療や看護ケアの質に多大な影響をあたえることから、問題解決や倫理的能力の向上へ向けて、組織的な支援や継続的教育など体制の整備が必要である^[12]。

哲学者の Andrew Jameton は、看護師を対象に倫理的悩みの概念化を図り^[13]、Corley らは、倫理的悩みの尺度 (MDS) を開発し^[14]、Hamric らによって Intensive Care Unit (ICU) に勤務する看護師の終末期ケアに関する倫理的悩みの尺度 (MDS-R) に改良された^[15]。そして、倫理的悩みの尺度 (MDS-R) は他領域の看護師版^[16]、多職種版^[17-19]など信頼性・妥当性の検証を重ね用いられている。

一方、わが国の急性期病院に勤務する看護師の倫理的悩みに関する研究はほとんど見られない。

石原らは、Hamric らの開発した MDS-R^[15]を用いて急性期病院看護師の日本語版改訂倫理的悩み測定尺度 (JMDS-R) 開発とその検証について報告しているが^[20]、近畿圏の 300 床以上の 4 施設を対象とした報告であり、倫理的悩みの尺度の有用性や急性期病院に勤務する看護師の倫理的悩みについて、十分に検討されているとはいえない。したがって、近畿地方と中部地方にある急性期病院に勤務する看護師の倫理的悩みの特徴について『改訂版 倫理的悩みの尺度－看護師版』を用いて検討することは意義があると考えられる。本研究で用いた改訂版 倫理的悩みの尺度-看護師版の有用性については、十分な検討がされているとはいえず、今後、検証を重ねることで看護師の倫理教育を構築していくための基礎資料を得る。

本調査のために作成した『改訂版 倫理的悩みの尺度－看護師版』を用いて、近畿地方の A 県と中部地方の B 県にある急性期病院に勤務する看護師を対象に質問紙調査を行い、看護師の倫理的悩みの特徴について述べる。

方法

1. 研究デザイン：横断的デザインによる量的研究。
2. 研究対象施設：近畿地方の A 県と中部地方の B 県にある 340 床以上の急性期病院 22 施設に勤務する臨床経験 1 年以上で師長、副看護師長および主任などの管理職でない看護師
3. 除外基準：看護師長・副看護師長及び主任以上の管理者および臨床経験年数 1 年未満の看護師
4. データ収集期間：2016 年 5 月～2017 年 10 月
5. データ収集方法：A 県と B 県にある 340 床以上の急性期病院 22 施設の病院長および看護部長に研究協力依頼を行い、承諾を得た 6 病院に勤務する看護師 846 名に依頼文と質問紙を配布した。調査は無記名自記式質問紙調査法で行い、病院内に回収ボックスの設置あるいは郵送により回収した。

6. 調査項目

(1) 看護師の基本属性

性、年齢、看護師経験年数、所属部署経験年数、教育背景(博士課程・修士課程・4 年制大学・短期大学・専門学校・その他)、婚姻の有無および子供の有無

(2) 看護師の倫理的悩みの関連要因

改訂版 倫理的悩みの尺度－看護師版を用いて看護師の倫理的悩みの程度と頻度について質問紙調査を行い、看護師が遭遇する倫理的悩みについて調査を行った。

7. 分析方法

改訂版 倫理的悩みの尺度-看護師版の総合得点と基本属性の関係について、t 検定と一元配置分散分析および、その後の検定として Bonferroni による多重比較を行った。その後、看護師の倫理的悩みのスコア合計を従属変数として重回帰分析を行い、関連性について検討した。

8. 倫理的配慮

本研究は、滋賀医科大学倫理審査委員会の承認後、学長の承認を得て実施した。(承認番号:27-82)

【MDS-R の概要】

Nurse Questionnaire (ADULT) scale : MDS-R は、海外の研究者 Ann Baile Hamric らによって作成された看護師の倫理的悩みを測定する尺度である^[15]。尺度の評価指標は、Frequency【Never/Very frequently】と Level of Disturbance【None/Great extent】の 2 次元に分かれ、Frequency【Never/Very frequently】(0～4 点)、Level of Disturbance【None/Great extent】(0～4 点)の 5 ポイントリッカート法で表される。Frequency【Never/Very frequently】と Level of Disturbance【None/Great extent】の評価は、ポイントを乗算し(0～16 点)の範囲であり、MDS-R 全 21 項目に基づいて(0～336 点)の範囲で評価をする。総合得点が高いほど倫理的悩みを多く認識していることを評価できる尺度である。

2015 年 3 月に Nurse Questionnaire (ADULT) scale ; MDS-R の著者である Prof. Ann Baile Hamric に日本語への翻訳と使用許諾を得て、日本語に翻訳した改訂版倫理的悩みの尺度－看護師版を使用した。

【改訂版 倫理的悩みの尺度-看護師版の概要】

本研究は、Hamric らが開発した Nurse Questionnaire (ADULT) scale ; MDS-R の原版^[15]の構成を変えず作成した「改訂版 倫理的悩みの尺度-看護師版」を用いて評価した。オリジナル版では、繰り返し倫理的ジレンマなどを体験することにより倫理的悩みを現象として相乗効果が生じるとしている。そのため、各項目は「経験の頻度」と「悩みの程度」の得点を掛け合わせ 21 項目の合計が倫理的悩みの得点となる。

近畿地方の A 県と中部地方の B 県にある病床数 340 床以上の急性期病院に勤務する看護師を対象に、改訂版 倫理的悩みの尺度-看護師版を用いて性別・年齢・経験年数・所属部署経験年数・教育背景・配偶者の有無・子供の有無について質問紙調査を行い、看護師の倫理的悩みの特徴について検討した。

結果

本調査は、近畿地方の A 県と中部地方の B 県にある病床数 340 床以上の急性期医療機関に対し研究協力依頼を行い、同意の得られた 6 施設に 846 部の調査票を配布した。そのうち、443 部の調査票を回収した（回収率 52.4%）。各設問の無効回答率 20%以上を除いた調査票を有効回答とし、有効回答数は 405 部であった（有効回答率 48.1%）。

1) 看護師の属性

本研究の属性について、性別は女性 377 名（92.6%）、男性 28 名（6.9%）、平均年齢は女性 34.32（±9.85）歳、男性 32.03（±6.95）歳、経験年数は女性 12.2（±9.19）年、男性 8.75（±6.60）年、所属部署経験年数は女性 4.52（±3.65）年、男性 3.89（±2.77）年であった。教育背景は、教育課程により区切り、博士課程を卒業したもの女性 1 名（0.2%）、修士課程を卒業したもの女性 6 名（1.5%）、男性 1 名（0.2%）、4 年制大学を卒業したもの女性 103 名（25.6%）、男性 11 名（2.7%）、と短期大学を卒業したもの女性 21 名（5.2%）、専門学校を卒業したもの女性 238 名（59.2%）、男性 16 名（4.0%）であった。その他のものについては、女性 5 名（1.2%）であった。配偶者の有無では、「有」は女性 158 名（39.3%）、男性 13 名（3.2%）、「無」は女性 216 名（53.7%）、男性 15 名（3.7%）であり、子供の有無では、「有」は女性 135 名（33.6%）、男性 12 名（3.0%）、「無」は女性 239 名（59.5%）、男性 16 名（4.0%）であった（Table 1）。

2) 急性期病院に勤務する看護師の倫理的悩み

Harmic らの開発した Nurse Questionnaire (ADULT) scale ; MDS-R^[15]と「改訂版 倫理的悩みの尺度-看護師版」の対照を示し、急性期病院に勤務する看護師の倫理的悩みにおける得点を Table 2 に示す。得点範囲は 0～199 で合計の平均は 50.8 点であった。

急性期病院に勤務する看護師の倫理的悩みについて「改訂版 倫理的悩みの尺度-看護師版」による調査の結果、悩みの「頻度」と「程度」の得点を掛け合わせた値の平均値（以下スコア平均値と示す）は、【1.コスト削減のため経営者や保険業者の圧力により最適な治療を提供できていないことがある。】は 1.69（±2.5）、【2.医療者が患者やその家族に対して、誤った希望を与えているのを目撃することがある。】は 2.49（±3.06）、【3.患者にとって最良と思えなくても医療を続けてほしいという患者家族の希望に沿うことがある。】は 4.73（±3.74）、【4.ただ死を先伸ばしすることだと感じて救命行為を開始することがある。】は 4.0（±3.82）、【5.残りの寿命について知りたいと思っている患者に対し、家族の希望に沿って、その患者と死についての議論を避ける。】は 2.88（±3.15）、

(Table 1) 対象者の概要

		女性	男性
看護師(n=405)			
性別：人 (%)		377 (92.6%)	28 (6.9)
年齢：歳	平均値±標準偏差	34.32±9.85	32.03±6.95
	最小-最大	22-60	23-50
臨床経験年数：年	平均値±標準偏差	12.2±9.19	8.75±6.60
	最小-最大	1-41	1-26
所属部署経験年数：年	平均値±標準偏差	4.52±3.65	3.89±2.77
	最小-最大	1-37	1-10.0
教育背景：人 (%)	専門学校	238 (59.2%)	16 (4.0%)
	短期大学	21 (5.2%)	-
	4年制大学	103 (25.6%)	11 (2.7%)
	修士課程	6 (1.5%)	1 (0.2%)
	博士課程	1 (0.2%)	-
	その他	5 (1.2%)	-
配偶者：人 (%)	有	158 (39.3%)	13 (3.2%)
	無	216 (53.7%)	15 (3.7%)
子ども：人 (%)	有	135 (33.6%)	12 (3.0%)
	無	239 (59.5%)	16 (4.0%)

欠損値：2 (0.5%)

【6.私が不要だと思う検査や治療を医師の指示で行うことがある。】は 3.58（±3.66）、【7.治療の中止を決める人物がいない中で、呼吸器で維持されている望みのない患者の治療に参加し続けることがある。】は 2.87（±3.82）、【8.医師や看護師の同僚が医療ミスを報告していないことを知った場合、それを問題提起することを避ける。】は 1.90（±2.46）、【9.役に立たないと思われる治療を行う医師に協力することがある。】は 2.39（±3.17）、【10.私の能力では適任ではないと思う患者がケアを必要としてくることがある。】は 2.31（±2.78）、【11.ただ単に技術を高めるためだけに医学生もしくは研修医が患者に対して痛い手技を行っているのを見ることがある。】は 3.0（±3.93）、【12.鎮痛薬の増量により死が近づくことを医師が恐れていることで、患者の苦しみをとってあげられない治療やケアをすることがある。】は 2.32（±3.26）、【13.患者の予後患者や家族と話し合わないようという医師の指示に従うことがある。】は 0.84（±1.78）、【14.意識のない患者に対して、患者の死を早められると思われる鎮静、鎮痛剤の増量を行うことがある。】は 1.04（±2.22）、【15.チームスタッフや管理者が私に何もほしくないよう望むため、目の前にある倫理的な問題に関して行動を取らないことがある。】は 0.83（±1.76）、【16.患者の治療に関する家族の要求に対して、私が賛成できないようなことでも、訴訟に対する恐れから家族の要望に従うことがある。】は 1.33（±2.34）、【17.患者のケアをするには不十分な能力の看護師やその他の医療従事者と働いている。】は 2.65（±3.51）、【18.チームのコミュニケーションの不

足により、患者のケアの質が下がるのを目にすることがある。】は 3.18 (±3.54)、【19.インフォームドコンセントを得るのに不十分な情報しか与えられない患者の状況を見ることがある。】は 1.45 (±2.45)、【20.医療者側の継続性の不足により患者のケアが不足するのを目にすることがある】は 3.03 (±3.7)、【21.私が安全ではないと思うレベルの看護師やその他の医療従事者と働いている。】は 2.29 (±3.3) であった (Table 2)。

急性期病院に勤務する看護師の倫理的悩みのスコア平均値が 4.0 以上であった項目は【3.患者にとって最良と思えなくても医療を続けてほしいという患者・家族の希望に沿うことがある】の頻度 2.04 (±0.93)、程度 2 (±1.03) や【4.ただ死を先延ばしすることだと感じても救命行為を開始することがある】の頻度 1.69 (±1.09)、程度 1.87 (±1.18) が主に高い値を示した。また、スコア平均値が 1.0 以下の項目は【13.患者の予後患者や家族と話し合わないようという医師の指示に従うことがある。】の頻度 0.46 (±0.79)、程度 0.96 (±1.27) や【15.チームスタッフや管理者が私に何もしないよう望むため、目の前にある倫理的な問題に関して行動を取らないことがある。】の頻度 0.44 (±0.72)、程度 0.9 (±1.18) であった (Table 2)。

3) 急性期病院に勤務する看護師の倫理的悩みの特徴

近畿地方 A 県と中部地方 B 県にある急性期医療機関に勤務する看護師の倫理的悩みについて、改訂版倫理的悩みの尺度－看護師版を用いて看護師の属性との関連を検討した。

性別は t 検定を用いて検討し、年齢は 5 歳毎の区分とした。看護師経験年数は「3 年未満」、「3 年～5 年未満」、「5 年～10 年未満」および「10 年以上」とし、所属部署経験年数は「3 年未満」と「3 年以上」に区分した。教育背景は「専門学校」、「短期大学」、「4 年制大学」、「修士課程」、「博士課程」、「その他」に区分し一元配置分散分析を行った (Table 3)。

その結果、看護師の年齢 (F=6.12, p<0.001) と経験年数 (F=5.19, p=0.002) に有意な関係が見られたため、Bonferroni による検定を行い、看護師の年齢では「25 歳未満」よりも「25 歳～30 歳未満」、「30 歳～35 歳未満」、「35 歳以上」の方が有意に高得点であることが認められた (p<0.001)。看護師経験年数では「3 年未満」よりも「3 年～5 年未満」、「5 年～10 年未満」、「10 年以上」の方が有意に高得点であった (p=0.001)。(Table 3)。

その他の性別、教育背景、配偶者の有無、子どもの有無についての区分は Levene の検定において等分散が仮定されていることを確認し分散分析を行ったが、性別は (F=0.08, p=0.76)、所属部署経験年数は (F=2.33, p=0.12)、教育背景は (F=1.25, p=0.28)、

(Table 2) 急性期病院に勤務する看護師の倫理的悩み

MDS-R	改訂版 倫理的悩みの尺度－看護師版	平均値 (標準偏差)	頻度 平均値 (標準偏差)	程度 平均値 (標準偏差)
3. Follow the family's wishes to continue life support even though I believe it is not in the best interest of the patient.	患者にとって最良と思えなくても医療を続けてほしいという患者家族の希望に沿うことがある。	4.73 (3.74)	2.04 (0.93)	2 (1.03)
4. Initiate extensive life-saving actions when I think they only prolong death.	ただ死を先延ばしすることだと感じても救命行為を開始することがある。	4.0 (3.82)	1.69 (1.09)	1.87 (1.18)
6. Carry out the physician's orders for what I consider to be unnecessary tests and treatments.	私が不要だと思う検査や治療を医師の指示で行うことがある。	3.58 (3.66)	1.64 (1.04)	1.67 (1.07)
18. Witness diminished patient care quality due to poor team communication.	チームのコミュニケーションの不足により、患者のケアの質が下がるのを目にすることがある。	3.18 (3.54)	1.45 (1.01)	1.62 (1.13)
20. Watch patient care suffer because of a lack of provider continuity.	医療者側の継続性の不足により患者のケアが不足するのを目にすることがある。	3.03 (3.7)	1.34 (1.02)	1.57 (1.18)
11. Witness medical students perform painful procedures on patients solely to increase their skill.	ただ単に技術を高めるために医学生もしくは研修医が患者に対して痛み手技を行っているのを見ることがある。	3.0 (3.93)	1.29 (1.14)	1.49 (1.28)
5. Follow the family's request not to discuss death with a dying patient who asks about dying.	残りの寿命について知りたいと思っている患者に対し、家族の希望に沿って、その患者と死についての議論を避ける。	2.88 (3.15)	1.33 (1.02)	1.58 (1.18)
7. Continue to participate in care for a hopelessly ill person who is being sustained on a ventilator, when no one will make a decision to withdraw support.	治療の中止を決める人物がない中で、呼吸器で維持されている望みのない患者の治療に参加し続けることがある。	2.87 (3.82)	1.2 (1.16)	1.55 (1.28)
17. Work with nurses or other healthcare providers who are not as competent as the patient care requires.	患者のケアをするには不十分な能力の看護師やその他の医療従事者と働いている。	2.65 (3.51)	1.17 (1.07)	1.43 (1.21)
2. Witness healthcare providers giving "false hope" to a patient or family.	医療者が患者やその家族に対して、誤った希望を与えているのを目撃することがある。	2.49 (3.06)	1.21 (0.93)	1.46 (1.15)
9. Assist a physician who, in my opinion, is providing incompetent care.	役に立たないと思われる治療を行う医師に協力することがある。	2.39 (3.17)	1.17 (1.01)	1.37 (1.12)
12. Provide care that does not relieve the patient's suffering because the physician fears that increasing the dose of pain medication will cause death.	鎮痛薬の増量により死が近づくことを医師が恐れていることで、患者の苦しみをとってあげられない治療やケアをすることがある。	2.32 (3.26)	1.01 (1.02)	1.45 (1.31)
10. Be required to care for patients I don't feel qualified to care for.	私の能力では適任ではないと思う患者がケアを必要としてくることがある。	2.31 (2.78)	1.19 (0.95)	1.34 (1.07)
21. Work with levels of nurse or other care provider staffing that I consider unsafe.	私が安全ではないと思うレベルの看護師やその他の医療従事者と働いている。	2.29 (3.3)	1.11 (0.98)	1.31 (1.17)
8. Avoid taking action when I learn that a physician or nurse colleague has made a medical error and does not report it.	医師や看護師の同僚が医療ミスを報告していないことを知った場合、それを問題提起することを避ける。	1.90 (2.46)	1.01 (0.92)	1.31 (1.17)
1. Provide less than optimal care due to pressures from administrators or insurers to reduce costs.	コスト削減のため経営者や保険業者の圧力により最適な治療を提供できていないことがある。	1.69 (2.5)	0.96 (0.93)	1.12 (1.1)
19. Ignore situations in which patients have not been given adequate information to insure informed consent.	インフォームドコンセントを得るのに不十分な情報しか与えられない患者の状況を見ることがある。	1.45 (2.45)	0.72 (0.85)	1.12 (1.2)
16. Follow the family's wishes for the patient's care when I do not agree with them, but do so because of fears of a lawsuit.	患者の治療に関する家族の要求に対して、私が賛成できないようなことでも、訴訟に対する恐れから家族の要望に従うことがある。	1.33 (2.34)	0.66 (0.86)	1.07 (1.21)
14. Increase the dose of sedatives/opiates for an unconscious patient that I believe could hasten the patient's death.	意識のない患者に対して、患者の死を早めると思われる鎮静、鎮痛剤の増量を行うことがある。	1.04 (2.22)	0.52 (0.85)	1.01 (1.3)
13. Follow the physician's request not to discuss the patient's prognosis with the patient or family.	患者の予後患者や家族と話し合わないようという医師の指示に従うことがある。	0.84 (1.78)	0.46 (0.79)	0.96 (1.27)
15. Take no action about an observed ethical issue because the involved staff member or someone in a position of authority requested that I do nothing.	チームスタッフや管理者が私に何もしないよう望むため、目の前にある倫理的な問題に関して行動を取らないことがある。	0.83 (1.76)	0.44 (0.72)	0.9 (1.18)
各項目の得点は0～16点、総合得点0～336点であり得点が高いほど倫理的悩みを認識している。			合計点	
			50.8	23.6 29.2

配偶者の有無は (F=2.20, p=0.13)、子どもの有無は (F=2.61, p=0.10) であり、いずれも有意な関係は見られなかった (Table 3)。

さらに、看護師の倫理的悩みに影響を及ぼす要因を探るため重回帰分析の強制投入法を行い、改訂版 倫理的悩みの尺度-看護師版の Frequency と Level of Disturbance の点数を乗算した総合得点を目的変数、性別・年齢・経験年数・所属部署経験年数・教育背景・配偶者と子供の有無を説明変数として検討した。その結果、年齢では $\beta=0.319$ (p=.031) と有意であったが、性別の標準偏回帰係数 (以下 β と示す) は、 $\beta=.006$ (p=.906)、経験年数は $\beta=-.052$ (p=.718)、所属部署経験年数は $\beta=-.060$ (p=.252)、教育背景は $\beta=.019$ (p=.716)、配偶者の有無は $\beta=-.050$ (p=.474)、子どもの有無は $\beta=.139$ (p=.083) といずれも有意でない結果であった (Table 4)。

共線性の統計量 (以下 VIF と示す) は、性別は VIF=1.025、年齢は VIF=8.993、経験年数は VIF=8.488、所属部署経験年数は VIF=1.141、教育背景は VIF=1.089、配偶者の有無は VIF=2.001、子どもの有無は VIF=2.646 であり、結果において VIF<10 であり多重共線性の問題はなかった。強制投入法での重回帰分析の結果、修正済決定係数は R²=0.029 の回帰式が得られた (Table 4)。

考察

1. 急性期病院に勤務する看護師の倫理的悩み

本研究は、近畿地方の A 県と中部地方の B 県にある 340 床以上の急性期病院に勤務する看護師を対象に調査を行った。有効回答数は 405 部であり、改訂版 倫理的悩みの尺度-看護師版のスコア平均値と標準偏差は (50.8±36.9) であった。Phyllis B Whitehead らは、MDS-R を用いて看護師 n=395 (回答率 28%)、医師 n=111 (回答率 13%)、他職種 (n=86) を対象に調査を行い、その結果、MDS-R スコア平均値 において看護師 (82.9)、医師 (65.8)、他職種 (66.4) であったと報告^[19]している。

(Table 4) 急性期病院に勤務する看護師の倫理的悩みの特徴-重回帰分析

	偏回帰係数	標準偏回帰係数 (β)	t 値	有意確率 (p)	95.0% 信頼区間	
					下限	上限
(定数)	.75		.03	.97	-42.78	44.28
性別	.84	.01	.12	.91	-13.05	14.73
年齢	1.19	.32	2.16	.03	.11	2.27
部署経験年数	-.60	-.06	-1.15	.25	-1.64	.43
教育背景	.63	.02	.36	.72	-2.78	4.04
配偶者の有無	-3.64	-.05	-.72	.47	-13.63	6.35
子どもの有無	10.41	.14	1.74	.08	-1.38	22.20

(Table 3) 急性期病院に勤務する看護師の倫理的悩みの特徴-一元配置分散分析

平均値±標準偏差		表 3	n=407
性別	女性	50.68±36.56	377
	男性	47.54±36.04	28
年齢	25 歳未満	37.77±31.10	92
	25 歳以上	48.46±37.93	96
	30 歳未満	48.46±37.93	96
	30 歳以上	55.02±31.12	58
	35 歳未満	55.02±31.12	58
	35 歳以上	56.97±37.60	157
経験年数	3 年未満	38.14±34.05	70
	3 年以上	49.00±38.57	59
	5 年未満	49.00±38.57	59
	5 年以上	47.65±34.66	92
	10 年未満	47.65±34.66	92
	10 年以上	57.30±36.28	184
部署経験年数	3 年未満	51.28±38.09	202
	3 年以上	49.71±34.83	204
教育背景	専門学校	50.77±34.49	257
	短期大学	59.10±50.43	21
	4 年大学	47.35±37.49	114
	修士課程	73.71±43.63	7
	博士課程	86.00±	1
	その他	39.80±25.39	5
配偶者	有	53.42±33.93	174
	無	48.46±38.16	231
子ども	有	53.45±33.62	149
	無	48.93±37.95	256

本研究は、急性期病院で働く看護師 n=405 (回収率 52.4%) に焦点をあてて調査した結果、MDS-R スコア平均値は (50.8±36.9) であった。

本研究において看護師の倫理的悩みのスコア平均値 (50.8) は、Phyllis B Whitehead らの看護師の MDS-R スコア平均値 (82.9) (回答率 28%)^[19]よりも低い値を示した。岡谷らは、西欧的文化圏で作られた尺度は日本との文化的相違が大きく、人々の態度・行動・思考・価値観などの心理的側面を測定することの多い看護系の尺度は、概念そのものに文化的な背景が影響し、尺度を構成する質問には文化的な特徴が出てくると述べている^[21]。本研究の尺度の問いについて、言葉に意味をなす日本語の表記では、読む側の感性や倫理観などから日常経験する医療問題と倫理的問題との解釈に異なりが生じていたのではないかと考える。また、臨床看護師が体験している倫理的問題について小川らは、倫理問題を倫理的問題であると認識することなく個人の問題や責任として解釈し、個人レベルで問題を抱え込んでいることも多いと推察している^[22]。臨床現場で経験する倫理的問題を看護師は、自身の経験や知識、技術の不足による問題として解釈するなかで、解決策を模索していたのではないかと推察する。これらのことから、急性期病院に勤務する看護師への倫理教育では臨床実践に繋がる倫理教育の必要性が示唆された。

ニュージーランドの地域で働く看護師(n=412)を対象に倫理的悩みの尺度 (MDS-R) を用いた調査では、倫理的悩みの合計スコアは 51.91 であり、最も多く倫理的悩みを認識していた項目は【医療者側の継続性の不足により患者のケアが不足するのを目にすることがある】、【私が安全ではないと思うレベルの看護師やその他の医療従事者と働いている】であった^[23]。本研究の倫理的悩みの合計スコアは 50.8 であり、国外の Martin Woods らの研究^[23]と同等の倫理的悩みを認識していた。しかし、本研究の倫理的悩みを多く認識していた項目は【患者にとって最良と思えなくても医療を続けてほしいという患者家族の希望に沿うことがある】、【ただ死を先伸ばしすることだと感じて救命行為を開始することがある】であり、Martin Woods らの医療者間の倫理的価値の相違から生じる倫理的悩み^[23]ではなく、本研究は患者家族との倫理的価値の相違から生じる倫理的悩みを多く認識していた。

看護師の社会の中での共通認識である職業規範は、看護師世界の道徳観でもあり、これらがすべて医療現場で起こる倫理的課題に対応する能力とは言い切れない^[24]が、人としての個人や臨床現場における看護師としての個人が多様な価値・倫理・看護観の中で看護を実践している。そのためこうした看護実践は、互いの価値尊重から育まれ倫理的問題に対処すべく示唆に繋がるのではないかと考える。

急性期医療を担う看護師において、道徳的感受性を高め揺るがない価値観や倫理観・看護観を育むことで、複雑な倫理課題に対応すべく糧となり得る。

2. 急性期病院に勤務する看護師の倫理的悩みの特徴

改訂版 倫理的悩みの尺度-看護師版 (MDS-R) の総合得点と看護師の基本属性との関係では、年齢 (F=6.12, p<0.001) に有意な関連が見られ、「25 歳未満」よりも「25 歳～30 歳未満」、「30 歳～35 歳未満」、「35 歳以上」の方が倫理的悩みを多く認識していた (Table 3)。

アメリカの教育心理学者 Havighurst は、男女ともおよそ 30 歳から 60 歳にかけての年齢では、社会に対する影響力は最大となり、同時に社会は彼らに最大の社会的な責任、市民としての責任を求めると述べていた^[25]。本研究の「35 歳以上」の臨床看護師は、急性期医療を担う病院組織や所属部署内での社会的な責任が求められることから倫理的悩みを認識していたと推察する。倫理的問題の認識には、個人の倫理観、価値観、教育背景、患者との体験やキャリアなどの特性が影響を与えているとの報告^[26]もあり、年齢の高い看護師は自己の経験より養われた倫理観や価値観を臨床現場に活かそうと模索するなかで、倫理的悩みへの認識に繋がっていたと考える。これらのことから、看護師への倫理教育では看護倫理のみでなく医療・工学・生命倫理など幅広い分野に基づいた教育が必要であり、臨床看護師への倫理教育のあり方について多くの課題が示唆された。

急性期病院に勤務する看護師は、経験年数が「3 年未満」よりも「10 年以上」では、倫理的悩みの得点が高いことと関連していた。看護師経験年数が長くなると、その経験の中で繰り返し経験する解決されない倫理的悩みが蓄積されることで、倫理的悩みが高くなるということが明らかになっている^[27]。本研究では、他の項目と比較して「患者にとって最良と思えなくても医療を続けてほしいという患者・家族の希望に沿うことがある」と「ただ死を先伸ばしすることだと感じて救命行為を開始することがある」について得点が高かった。つまり、患者・家族の判断が看護師の臨床判断と異なることで、患者が苦痛を伴う処置を受けることに対して倫理的苦悩を感じているのではないかと推察される。Elpern らは、道徳的苦痛は、看護師が看護実践の中でとるべき倫理的行動について判断できているにもかかわらず、その判断に従って行動できないときに生じ、経験年数と相関し、クリティカルケアの実践者にみられると述べており^[28]、本研究でも同様の結果を示している。このことから、看護師経験年数が 10.0 年以上の看護師は、病棟内でリーダー的存在としてケアへの責任を担っており倫理的悩みに直面しやすいのではないかと考えられる。そのため、臨床の中で遭遇する倫理的問題について倫理的悩みを他者と共有し、自己の看護実践を振りかえる機会を設け、対処行動を身に着けるよう支援する必要があると考える。

所属部署経験年数では、看護師の倫理的悩みとの有意な関連は認められなかった。本研究の対象者の看護師経験年数は、12.2±9.19 (平均値±標準偏差) である

にもかかわらず、所属部署経験年数が 4.52 ± 3.65 (平均値±標準偏差) であるということは、所属部署の異動を行っていることが推察される。Benner は、経験したことの無い患者が対象となる臨床場面に入ると、実践レベルは初心者段階になると述べており^[29]、柳澤らは、異動が看護師のキャリア形成にもたらす意味として、配属先で経験したことの無い専門技術や知識を要求され、自分の看護能力が十分に発揮できないことで看護師は苦悩や葛藤を経験していると述べている^[30]。また、吉田らは立場の変化として「教えられる立場への変化」と「後輩から指摘される違和感」を明らかにしており^[31]、本研究の対象者は所属部署経験年数が平均 4.52 年であることから、教えられる立場としてこれまでの看護師キャリアが崩れるような辛さ^[32]を経験しているさなかに、直面する患者の倫理的問題に対処しなければならず、所属部署の援助方法に違和感を抱いたとしても病棟風土により自己の課題を表出し議論するといった対処が難しい状況である。しかし、塚本らは健全な病棟風土は看護師それぞれの病棟へのポジティブな態度を育むと述べ^[33]、本研究の急性期病院に勤務する看護師は、所属部署へのポジティブな態度を育むことで倫理的問題への対処に繋がっていたと考える。

本研究は急性期病院に勤務する看護師の倫理的悩みと属性との関連を検討し、その結果、年齢に有意な関連を認めた (Table 4)。Yeon Hee Kim らは、倫理的に困難な状況における看護師の対処戦略について、ケアの精神に従って誠実に患者へのケアすることを示唆している^[34]。このことは、本研究の年齢の高い看護師は、多くの倫理的悩みを認識しながらも、それまでの経験や知識を用いて患者へのケアに活かすことで、倫理的問題に対処すべく方法に繋がっていたのではないかと推察する。

研究の限界と今後の課題

本研究の調査対象施設は、近畿地方の A 県と中部地方の B 県に限定し調査協力に同意が得られた急性期医療施設のみを対象としている。そのため、調査施設の特殊性に特別な偏りがあるとは考えにくい。施設および調査対象者の人数を増やす大規模な調査が必要である。したがって、本研究で得られた看護師の倫理的悩みの特徴は、まだほんの一部に過ぎず討論の余地が残されていると考える。また、外国の文化や言葉の表現の異なりによって倫理的悩みを評価するのに困難を要した。

倫理的悩みの得点が高くなると、バーンアウトや離職願望^[35]へとつながることが先行研究で明らかにされており、このような負の連鎖に陥らないように、部署移動や中途採用看護師の指導体制について考慮する必要がある。また、活発な意見交換ができる職場の組

織風土を作ることも重要な課題であると考えられる。本研究では、道徳的苦痛や看護師のストレス、バーンアウト、離職の意思などに言及することができておらず、関連要因についてはさらに検討を重ねる必要がある。

しかしながら、本研究の調査で用いた質問項目では、急性期病院における看護師の年齢に有意な関連が見られたが、その他の項目では有意でない結果を示したことについて、さらなる検討の必要性が示唆された。

結論

本研究は、近畿地方 A 県と中部地方 B 県にある急性期医療機関に勤務する臨床看護師 405 名の倫理的悩みについて、改訂版 倫理的悩みの尺度—看護師版を用いて調査し看護師の属性との関連を検討した。その結果、本研究において年齢の高い看護師は倫理的悩みを多く認識していたことが明らかとなった。また、倫理的悩みのスコア平均値が 4.0 以上であった項目は【3.患者にとって最良と思えなくても医療を続けてほしいという患者・家族の希望に沿うことがある】と【4.ただ死を先延ばしすることだと感じて救命行為を開始することがある】の主に 2 つの項目について高い値を示した。

これは患者家族との倫理的価値の相違から倫理的悩みを多く認識していたと推察する。そのため、看護師は患者や家族と繰り返し話し合いを行い対象者の希望に添った援助に繋がるよう、自己の看護実践を振り返り倫理的問題への対処行動を身に着けることが重要である。また、看護ケアについて多職種を含めた活発な意見交換ができる病棟風土の構築なども必要である。

謝辞

本研究にご協力いただきました対象者の皆様に感謝し厚くお礼を申し上げます。また、倫理的悩みの尺度を日本語に翻訳し、活用することをご快諾頂いた Hamric 博士に深謝いたします。

本研究は、滋賀医科大学大学院看護学研究科修士論文を加筆修正したものであり、その一部を第 38 回日本看護科学学会学術集会で発表した。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文献

- [1] 社会保障審議会医療部会. 第 24 回社会保障審議会医療部会資料 資料 1-1 病床区分の見直しについて. 厚生労働省. 2011-12-1. <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001wrew-att/2r9852000001wrhr.pdf> (参照日: 2021-12-14)

- [2] 厚生労働省. 平成 28 年版厚生労働白書 人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える. 厚生労働省. <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/dl/all.pdf> (参照日: 2021-12-14)
- [3] Sasaki M, Miyoshi N, Fujino S, Ogino T, Takahashi H, Uemura M, Matsuda C, Yamamoto H, Mizushima T, Mori M, Doki Y. The Geriatric Nutritional Risk Index predicts postoperative complications and prognosis in elderly patients with colorectal cancer after curative surgery. *Sci Rep*, 10(1):10744, 2020.
- [4] 厚生労働省. 病院報告(令和 3 年 1 月分概数) 結果の概要. 厚生労働省. 2021-5-7. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/byouin/m21/dl/2101kekka.pdf> (参照日: 2021-12-14)
- [5] 原 裕子, 辻 あさみ. 急性期病院で勤務する看護師の看護実践能力と患者の退院後の生活を見据えた行動との関連. *日医看教会誌*, 29(3):1-10, 2021.
- [6] 日本看護協会. 臨床倫理のアプローチ. 日本看護協会. <https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/text/basic/approach/index.html> (参照日: 2023-1-7)
- [7] Christine Mitchell, 小西 恵美子, 宮内 信治. 倫理的な看護実践が試されるとき. *日本看護倫理学会誌*, 9(1):67-78, 2017.
- [8] Gastmans C. 看護倫理を教える・学ぶ: 倫理教育の視点と方法 第 12 章 医療倫理におけるケアの視点 (Davis AJ, Tschundin V, de Raeye Leds 編, 小西 恵美子監訳), 東京, 日本看護協会出版会, 2009.
- [9] Wilkinson JM. Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nurs Forum*, 23(1):16-29, 1987.
- [10] Fowler MD. Moral distress and the shortage of critical care nurses. *Heart Lung*, 18(3):314-5, 1989.
- [11] Abbasi S, Ghafari S, Shahriari M, Shahgholian N. Effect of moral empowerment program on moral distress in intensive care unit nurses. *Nurs Ethics*, 26(5):1494-1504, 2019.
- [12] 富 律子. がん関連領域の認定看護師が実践で体験する倫理的問題とその対応. *横浜看護学雑誌*, 1(1):66-75, 2008.
- [13] Jameton A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *AWHONNS Clin Issues Perinat Womens Health Nurs*, 4(4):542-51, 1993.
- [14] Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. D development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs*, 33(2):250-6, 2001.
- [15] Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Primary Research*, 3(2):1-9, 2012.
- [16] Af Sandeberg M, Wenemark M, Bartholdson C, Lutzen K, Pergert P. To change or not to change - translating and culturally adapting the paediatric version of the Moral Distress Scale-Revised (MDS-R). *BMC Med Ethics*, 18(1):14, 2017.
- [17] Epstein EG, Whitehead PB, Prompahakul C, Thacker LR, Hamric AB. Enhancing Understanding of Moral Distress: The Measure of Moral Distress for Health Care Professionals. *AJOB Empir Bioeth*, 10(2):113-124, 2019.
- [18] Penny NH, Bires SJ, Bonn EA, Dockery AN, Pe tit NL. Moral Distress Scale for Occupational Therapists: Part 1. Instrument Development and Content Validity. *Am J Occup Ther*, 70(4):70043000 20, 2016.
- [19] Whitehead PB, Herbertson RK, Hamric AB, Epstein EG, Fisher JM. Moral distress among healthcare professionals: report of an institution-wide survey. *J Nurs Scholarsh*, 47(2):117-125, 2015.
- [20] 石原 逸子, 赤田 いつみ, 福重 春菜, 玉田 雅美. 急性期病院看護師の日本語版改訂倫理的悩み測定尺度 (JMDS-R) 開発とその検証. *日本看護倫理学会誌*, 10(1):60-66, 2018.
- [21] 岡谷 恵子, 河口 てる子. 尺度・測定用具開発のプロセス, 及び日本語版作成(日本語訳)の手順. *日本看護科学会誌*, 16(1):21-27, 1996.
- [22] 小川 和美. 臨床看護師が体験している倫理的問題の頻度とその程度. *日本看護倫理学会誌*, 6(1):53-60, 2014.
- [23] Woods M, Rodgers V, Towers A, La Grow S. Researching moral distress among New Zealand nurses: a national survey. *Nurs Ethics*, 22(1):117-130, 2015.
- [24] 神徳 和子, 池田 清子. 看護倫理学における道徳的感受性と倫理的感受性の意味. *日本看護倫理学会誌*, 9(1):53-56, 2017.
- [25] R.J. ハヴィガースト. ハヴィガーストの発達課題と教育, 東京, 川島書店, 1997.
- [26] 中尾 久子, 大林 雅之, 家永 登, 樗木 晶子. 日本の病院における倫理的問題に対する認識と対処の現状 看護管理者の視点をめぐって. *生命倫理*, 18(1):75-82, 2008.
- [27] Gutierrez KM. Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimens Crit Care Nurs*, 24(5):229-241, 2005.
- [28] Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *Am J Crit Care*, 14(6):523-530, 2005.
- [29] パトリシア ベナー. ベナー看護論: 初心者から達人へ, 新訳版, 東京, 医学書院, 2005.
- [30] 柳澤 節子, 横山 恵子, 林 裕栄. 専門病院間の異動が看護師のキャリア形成にもたらす意味. *保健医療福祉科学*, 5:25-30, 2016.
- [31] 吉田 祐子, 良村 貞子, 岩本 幹子. キャリア試行期にある看護師の病院内異動の経験. *日本看護管理学会誌*, 17(2):146-156, 2013.
- [32] 大谷 敏子, 中澤 明美. 配置転換で集中治療室勤務となった看護師の職場適応プロセス. *日本看護学会論文集:看護管理*, 43:415-418, 2013.
- [33] 塚本 尚子, 船木 由香. 病棟風土がスタッフの病棟態度およびバーンアウトに及ぼす影響の検討. *日本看護研究学会雑誌*, 34(3):316, 2011.
- [34] Kim YH, Kang YA, Ok JH, Choe K. Expert nurses' coping strategies in ethically challenging situations: a qualitative study. *BMC Nurs*, 20(1):183, 2021.
- [35] 塩見 直子, 鈴木 英子, 松谷 弘子, 加古 幸子. 大学病院の看護師の職業的アイデンティティとバーンアウト. *日本健康医学会雑誌*, 30(2):205-217, 2021.

Factors associated with ethical concerns of nurses working in acute care hospitals

Tomomi Nakamura ¹⁾, Yoshihiro Endo ²⁾

1) Department of Clinical Nursing, Shiga University of Medical Science

2) Shiga University of Medical Science

Abstract

This study examined the ethical concerns of nurses working in acute care hospitals using the "Revised Ethical Concerns Scale - Nurse Edition," which was developed based on the Nurse Questionnaire (ADULT) scale, a scale for measuring ethical concerns. Requests for research cooperation were made to 22 acute care hospitals with 340 or more beds in prefectures A in the Kinki region and B in the Chubu region. 846 nurses working at the 6 facilities that agreed to participate were asked to complete the questionnaire, of which 443 copies were collected (response rate 52.4%). Forty-five copies of the questionnaire were considered valid responses (valid response rate: 48.1%), excluding those with an invalid response rate of 20% or more for each question. The results showed a significant relationship with age ($F=6.12$, $p<0.001$), with "25-30 years old," "30-35 years old," and "35 years old or older" identifying more ethical concerns than "under 25 years old," and the items with a mean score of 4.0 or higher for ethical concerns were [3. Sometimes, the patient/family wishes for continued medical care even if it does not seem best for the patient] and [4. Sometimes, life-saving actions are initiated even if the patient/family feels that the action is merely postponing death] were the two main items with high values. In this study, nurses recognized many ethical concerns due to differences in ethical values with patients' families, and older nurses were seeking to apply the ethical views and values nurtured through their own experiences to clinical practice, which led to their recognition as ethical concerns. These findings suggest that ethics education for nurses needs to be based not only on nursing ethics but also on a wide range of fields, including medical, engineering, and bioethics, and that many issues need to be addressed in the education of ethics for clinical nurses.