

原 著

看護師が臨床現場で体験する倫理的問題

坂東委久代*, 秋山 智弥*, 井沢 知子*, 深川 良美*
宮本 雅子*, 榎 喜久子*, 宇都宮宏子*, 松野 友美*
山中 寛恵*, 黒沼美恵子, 任 和子**

Ethical Issues Experienced by Nurses in Clinical Practice

Ikuyo BANDO*, Tomoya AKIYAMA*, Tomoko IZAWA*, Yoshimi FUKAGAWA*,
Masako MIYAMOTO*, Kikuko SAKAKI*, Hiroko UTSUNOMIYA*, Tomomi MATSUNO*,
Hiroe YAMANAKA*, Mieko KURONUMA* and Kazuko NIN**

Abstract: This study aimed to identify the frequencies of ethical issues and concerns experienced by nurses in clinical practice at the university hospital. Using the 32 items of the Ethics and Human Rights in Nursing Practice developed by Sara T Fry and others, an online survey was conducted on 936 nurses working at the university hospital. 272 nurses (response rate 29.0%) from whom consent was obtained regarding the publication of the results were analyzed. The relationship between the attributes and the frequency of ethical issues and between the attributes and the frequency of concerns were evaluated by the Kruskal-Wallis test. It was shown that among the nurse positions, the head nurses had a lower frequency of ethical issues but had a higher frequency of concerns, and among the hospital departments, the intensive care units had higher frequencies of both ethical issues and concerns. Systematic efforts continue to be needed in addition to the trainings currently provided to vice-head nurses, who play core roles in clinical practice.

Key words: Ethical issues, Nursing practice, Questionnaire, EIS

はじめに

医療技術の進歩により可能となった技術を行っているのか、当事者の個人的な価値観ではなく、社会全体の倫理観が問われる時代となった。こういった先端医療の分野だけでなく、日常診療の場面でも多様化する価値観の中で患者中心の医療を目指すには、患者・家族の意向、専門職としてどう考えるべきか、法的にも許されるのか。患者を中心としたチーム医療の現場で調整役割の看護師は「目の前の患者さんに、どうサポートすべきなのか……」など、様々なジレンマに陥り、悩む。

京都大学医の倫理委員会は以前から設置されていたが、その機能は研究審査が中心であった。京都大学医学部附属病院（以下、当院）では、2007年病院機能評価受審をきっかけに、日常の医療者が抱える臨床倫理

問題を組織的に解決することを目的として病院臨床倫理委員会が設置され、事例対応の体制整備への取り組みがはじまった。その下部組織として看護部臨床倫理委員会（以下、当委員会）が位置づけられ、東京大学生命・医療倫理教育研究センターや岐阜大学医学部医学教育開発センター主催の倫理に関する研修などを修了した6名を含んだ11名で組織し、看護部として活動を始めた。

臨床倫理委員会としての役割の1つに倫理教育があげられる。看護師への倫理教育を始めるにあたり、倫理的行動の4つの要素のうちの1つである「倫理的感受性：臨床倫理問題が生じていることに気づく力」の程度を含め、臨床現場で当院の看護師が体験する倫理的問題の現状を把握する必要があった。

1997年看護協会が行った看護職員実態調査で、「看護職業業務上様々な場面で悩みを感じるが、多くの看護職はそれが臨床倫理問題であることに気づかず、気づいても適切に解決できていないということが明らかになった」という報告¹⁻³⁾がされている。10年以上前の報告ではあるが、倫理的な概念は根底にあるものの、看護教育において看護倫理がカリキュラムに明確に位置づけられてこなかったことは、患者のアドボケイトとしての役割を果たす看護師を育成する上で、プラス

* 京都大学医学部附属病院看護部

〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町54

Division of Nursing, Kyoto University Hospital

** 京都大学医学部人間健康科学系専攻

〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町53

Human Health Science, Graduate School of Medicine, Kyoto University

受稿日 2011年11月14日

受理日 2012年3月9日

とは言えない。2003～2004年に行われた大学病院の病棟看護師を対象に行った先行研究^{4,5)}では、「患者に十分な看護を提供できない看護師の充足状況」の体験頻度が最も高く、看護師長が最も悩んでいる問題として、同じく「看護師の充足状況」を挙げ、急速に変化する医療制度や病院経営のあり方と、現場で看護を提供するスタッフに対する責任との間で独力では対処できない問題に苦悩していることが推察される、とある。2009年5月より当委員会が調査内容について検討を始め、Sara T Fry らの「ETHICS and HUMAN RIGHTS in NURSING PRACTICE」の32項目⁶⁾を翻訳し、臨床現場で看護師が体験する倫理的問題に関する調査を実施した。

方 法

1. 調査期間

平成22年3月1日～3月14日

2. 調査方法

看護勤務管理システムのオンライン調査

3. 調査対象

休職中を除いた全看護師 936名

4. 調査項目

1997年に Sara T Fry らが作成した「ETHICS and HUMAN RIGHTS in NURSING PRACTICE」の看護実践における倫理的問題32項目を用い、過去1年間の体験頻度を、「頻繁にあった」「時々あった」「殆ど無かった」「全くなかった」の4段階で調査した。この看護実践における倫理的問題32項目は Sara T Fry らによる因子分析の結果、「終末期医療に関する問題」「患者ケアに関する問題」「人権に関する問題」という3つの構成概念が明らかにされている⁶⁾。

属性については院内調査であり、個人が特定されることの無いよう、職位、臨床経験年数、年齢、部署の4項目とし、属性の選択肢を、職位（看護師長以上、副看護師長・スタッフ）、臨床経験年数（1年未満、1年以上3年未満、3年以上6年未満、6年以上9年未満、9年以上）、年齢（21～24歳、25～29歳、30～34歳、35～39歳、40～49歳、50歳以上）、部署（病棟系、集中治療系、外来系）の最少とした。

5. 解析方法

属性（職位、臨床経験年数、年齢、部署）と体験頻度および属性と悩みの頻度の関連については、Kruskal-Wallis 検定により評価した。P<0.01の場合に優位な差があるとみなし、統計ソフトは SPSS16.0J を用いた。

6. 倫理的配慮

院内調査であり、院外発表に関する同意を取得したデータのみを報告対象とする。

〈看護勤務管理システム オンラインアンケートの

構造と倫理的配慮〉

回答は勤務管理システムからの送信と同時に個人IDから切り離され、無記名で送信される。ただし、一時的に送信履歴がサーバー内に記憶され、同じ回答者が2回以上回答できない。送信履歴は外部から参照されることなく、調査期間終了時に全て自動消去され、回答の有無を知られることはない。

なお、当研究は「疫学研究に関する倫理指針」の対象外と考え、倫理審査委員会の審査を受けていないが、これは本学医の倫理委員会の見解とは異なる。

結 果

1. 回答率

院外発表への同意を得られた272名（回答率29.0%）

2. 回答者の属性

回答者の属性が調査対象者の属性に占める割合、回答者の属性と回答者に対する割合を下の表1に示した。母数の差は大きいですが、割合は21～33.5%で極端な偏りはみられない。職位はスタッフ・副看護師長が全体の92.6%を占め、師長以上は5.9%であった。部署は病棟系67.3%、集中治療系7.0%、外来系他17.6%、無回答8.1%であった。

3. 倫理的問題の体験頻度

過去1年間、当院での看護実践上体験した倫理的問題の頻度を問い、「頻繁にあった」=4点、「時々あった」=3点、「殆ど無かった」=2点、「全くなかった」=1点、の4段階で点数化し、項目の回答の内訳の割合と平均点、標準偏差を表2に示した。

表2を平均点の高い順にみると「患者の権利および

表1 回答者の属性 (n=272)

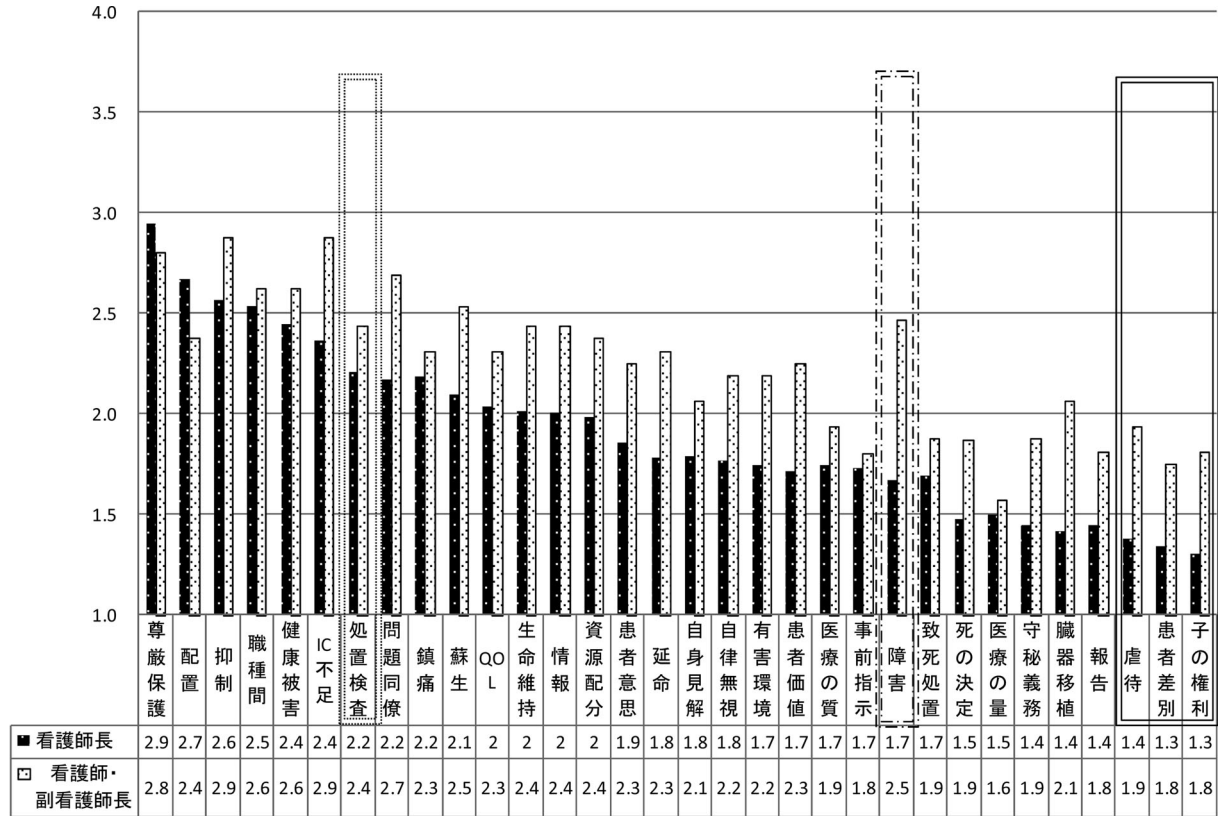
	対象者	度数	対象者割合	対回答者割合	
職 位	副看護師長・スタッフ	892	252	28.3%	92.6%
	看護師長	44	16	36.4%	5.9%
	無回答	—	4	—	1.5%
臨 床 経 験 年 数	1年未満	83	20	24.1%	7.4%
	1～3年未満	160	34	21.3%	12.5%
	3～6年未満	172	48	27.9%	17.6%
	6～9年未満	147	49	33.3%	18.0%
	9年以上	374	121	32.4%	44.5%
年 齢	21～24歳	128	29	22.7%	10.7%
	25～29歳	292	86	29.5%	31.6%
	30～34歳	187	62	33.2%	22.8%
	35～39歳	116	37	31.9%	13.6%
	40～49歳	139	39	28.1%	14.3%
	50歳以上	74	19	25.7%	7.0%
部 署	病棟系	693	183	26.4%	67.3%
	集中治療系	63	19	30.2%	7.0%
	外来系	180	48	26.7%	17.6%
	無回答	—	22	—	8.1%

表2 倫理的問題の体験頻度

順位	項目	平均値	標準偏差	体験頻度 (%)			
				全くなし	殆どなし	時々あり	頻繁あり
1	患者の権利および人としての尊厳を保護すること	2.94	1.06	13.2	18.8	28.3	39.0
2	看護師配置が不十分なために患者が十分なケアを受けられないことができないこと	2.66	0.81	7.7	32.7	45.2	14.0
3	拘束や鎮静剤によって身体抑制を行うこと, あるいは行わないこと	2.59	0.91	15.8	23.2	47.4	13.6
4	他の看護師や医師 (もしくは他職種) との間で意見が対立すること	2.54	0.75	8.5	35.3	48.5	7.0
5	看護師の健康被害のリスクを伴うケアを提供すること (例えば, 結核やエイズ, 暴力行為のある患者へのケア提供)	2.46	0.86	15.1	33.5	41.9	9.6
6	治療に対するインフォームド・コンセントが十分でないこと	2.40	0.75	11.8	40.4	43.8	4.0
7	処置, 検査等の指示が過剰であること, あるいは過少であること	2.23	0.76	15.8	49.6	30.5	4.0
8	無責任, あるいは医療者として非倫理的, あるいは能力が低い, あるいは適切な行動がとれない同僚と働くこと	2.21	0.79	20.2	41.9	34.9	2.9
9	鎮痛剤の量が多すぎる, あるいは少なすぎる	2.20	0.80	21.3	40.1	36.0	2.6
10	蘇生を行うこと, あるいは行わないこと	2.13	0.88	27.9	35.7	30.5	5.1
11	患者の QOL を考慮しないこと	2.06	0.74	22.1	52.6	22.8	2.6
12	栄養・水分補給を含め生命維持装置を用いること, あるいは外すこと	2.04	1.02	40.1	23.9	26.1	9.2
13	治療, 予後, 医療の選択肢に関する情報が患者や家族に知らされていないこと, あるいは誤った情報が知らされていること	2.04	0.76	24.6	48.9	23.9	2.2
14	医療に必要な資源が揃っていないこと (医療資源の配分)	2.02	0.75	25.0	50.0	22.4	2.2
15	患者や家族の思いに反して, 治療すること, あるいは治療しないこと	1.89	0.74	32.7	46.3	20.2	0.7
16	不適切な延命措置によって死を延ばすこと	1.83	0.83	43.0	32.4	22.8	1.5
17	自分自身の個人的見解や宗教的見解に反して行動すること	1.82	0.76	38.2	43.0	17.3	1.5
18	患者や家族の自律性を無視すること	1.80	0.63	30.9	58.8	9.6	0.7
19	安全でない機器や有害な環境が存在していること	1.78	0.72	37.1	49.3	11.4	1.8
20	患者の個人的価値観や宗教的価値観に反して行動すること	1.76	0.70	37.9	49.3	11.8	1.1
21	医療の質の低下が見込まれても, 医療保険制度の範囲内で治療を行うこと	1.76	0.67	35.3	50.7	9.6	1.1
22	生前意思などの「事前指示」に関すること	1.74	0.80	46.7	31.3	18.8	1.1
23	重度の障害が残ることが明らかな乳幼児・小児・成人を治療すること, あるいはしないこと	1.73	0.84	49.3	30.1	17.3	2.6
24	患者の死を早める可能性のある処置に関わるかこと, あるいは関わらないこと	1.72	0.70	41.9	43.8	13.2	0.4
25	どの時点をもって死とするかを決定すること	1.51	0.71	59.6	27.9	9.9	0.7
26	十分な回数, 医療を受けられなくなることが見込まれても, 医療保険制度の範囲内で治療を行うこと	1.50	0.57	51.1	43.0	2.2	0.4
27	患者のプライバシーの侵害や守秘義務に違反すること (例えば HIV の検査結果など)	1.48	0.61	57.7	36.0	5.1	0.4
28	臓器移植または臓器・組織を入手すること	1.47	0.97	78.3	5.1	7.0	9.2
29	医療従事者もしくは医療機関の非倫理的行為や違法行為を報告すること	1.46	0.63	59.9	33.5	5.1	0.7
30	子供, 配偶者, 高齢者, 患者が虐待 (ネグレクトを含む) されていること	1.41	0.63	65.8	26.5	6.6	0.4
31	患者を差別扱いすること	1.37	0.57	67.6	27.2	4.8	0.0
32	未成年者の権利と親の権利が衝突すること	1.33	0.56	71.0	23.9	4.4	0.0

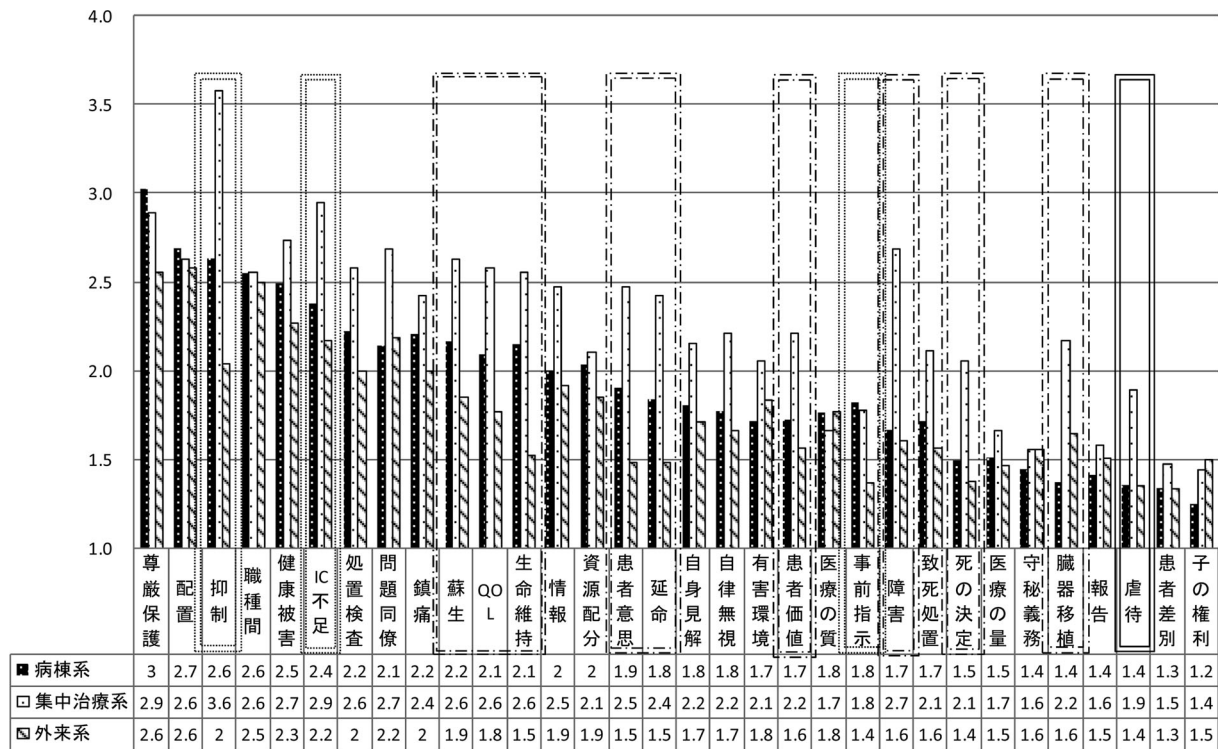
人としての尊厳を保護すること」が最も高く、「看護師配置が不十分なために患者が十分なケアを受けられないことができないこと」、「拘束や鎮静剤によって身体抑制を行うこと, あるいは行わないこと」が上位3位を占める結果となった。

4. 倫理的問題の体験—属性による差に対する検定—
ある分類の回答の分布が他の分類の回答の分布と異なるような項目を見出すために, 回答は順序尺度であるため, 属性 (職位, 臨床経験年数, 年齢, 部署) と体験頻度の関連について分散分析のノンパラメトリッ



Kruskal-Wallis 検定で有意差を認めた項目 : 終末期 : 患者ケア : 人権

図1 倫理的問題に関する体験頻度 職位別



Kruskal-Wallis 検定で有意差を認めた項目 : 終末期 : 患者ケア : 人権

図2 倫理的問題に関する体験頻度 部署別

ク版である Kruskal-Wallis 検定を用いた。

属性の差に有意差を認めた項目を属性ごとに比較するために、それぞれの平均値を示した。(図 1, 2) Kruskal-Wallis 検定で属性の差に有意差がみられた項目を3つの構成概念別(終末期医療に関する問題, 患者ケアに関する問題, 人権に関する問題)に示した。

3つの構成概念別にみると、「終末期医療に関する問題」と「患者ケアに関する問題」では、部署と年齢で属性の差に対する有意差を認めた項目が多く、「人権に関する問題」では、職位と部署に有意差を認めた項目が多かった(表3)。

図1 職位では、全て看護師長以上よりも看護師・副

看護師長が高かった。臨床経験年数では3つのグループに分かれており、①1年未満のグループ、②1年以上3年未満と3年以上6年未満のグループ、③6年以上9年未満と9年以上のグループで、1年未満が最も低く、年数に伴い高くなっていった。年齢では30代が高い傾向にあった。

また図2 部署では、集中治療系が圧倒的に高い結果となった。

5. 倫理的問題に関する悩みの頻度

過去1年間、倫理的問題について悩んだ頻度を図3に示した。毎日～ほとんど毎日3.3%, 週1～4回10.7%, 月1～3回22.4%, 年6～11回20.6%, 年

表3 倫理的問題の体験頻度属性に対する検定結果

項目	P 値				
	職位	臨床経験	年齢	部署	
終末期治療に関する問題	不適切な延命措置によって死を延ばすこと	0.034	<0.001	<0.001	<0.001
	患者や家族の思いに反して、治療すること、あるいは治療しないこと	0.069	0.011	0.005	<0.001
	栄養・水分補給を含め生命維持装置を用いること、あるいは外すこと	0.132	0.028	0.003	<0.001
	蘇生を行うこと、あるいは行わないこと	0.077	<0.001	0.002	0.006
	重度の障害が残ることが明らかな乳幼児・小児・成人を治療すること、あるいはしないこと	<0.001	<0.001	0.009	<0.001
	患者の QOL を考慮しないこと	0.168	0.029	0.043	<0.001
	自分自身の個人的見解や宗教的見解に反して行動すること	0.255	0.015	0.006	0.107
	患者の個人的価値観や宗教的価値観に反して行動すること	0.026	0.057	0.030	0.003
	どの時点をもって死とするかを決定すること	0.114	0.200	0.508	<0.001
	臓器移植または臓器・組織を入手すること	0.016	0.076	0.080	0.003
	鎮痛剤の量が多すぎる、あるいは少なすぎる	0.511	0.205	0.016	0.138
	処置、検査等の指示が過剰である、あるいは過少である	0.146	0.014	0.004	0.011
患者の死を早める可能性のある処置に関わるか、あるいは関わらない	0.302	0.100	0.039	0.015	
患者ケアに関する問題	看護師配置が不十分なために、患者が十分なケアを受けられないこと	0.220	0.402	0.011	0.843
	子供、配偶者、高齢者、患者が虐待(ネグレクトを含む)されていること	0.003	0.234	0.044	<0.001
	医療に必要な資源が揃っていないこと(医療資源の配分)	0.031	0.585	0.287	0.164
	医療の質の低下が見込まれても、医療保険制度の範囲内で治療を行うこと	0.275	0.097	0.667	0.814
	患者のプライバシーの侵害や守秘義務に違反すること(例えば HIV の検査結果など)	0.036	0.016	0.053	0.542
	無責任、あるいは医療者として非倫理的、あるいは能力が低い、あるいは適切な行動がとれない同僚と働くこと	0.011	0.011	0.009	0.033
	患者や家族の自律性を無視すること	0.011	0.046	0.022	0.010
	治療、予後、医療の選択肢に関する情報が患者や家族に知らされていないこと、あるいは誤った情報が知らされていること	0.019	0.096	0.215	0.012
	未成年者の権利と親の権利が衝突すること	<0.001	<0.001	0.035	0.019
	患者を差別扱いすること	0.006	0.128	0.100	0.277
	安全でない機器や有害な環境が存在していること	0.029	0.002	<0.001	0.195
	他の看護師や医師(もしくは他職種)との間で意見が対立すること	0.740	0.059	0.121	0.895
医療従事者もしくは医療機関の非倫理的行為や違法行為を報告すること	0.086	0.067	0.401	0.441	
十分な回数、医療が受けられなくなることが見込まれても、医療保険制度の範囲内で治療を行うこと	0.518	0.639	0.538	0.250	
人権に関する問題	拘束や鎮静剤によって身体抑制を行うこと、あるいは行わないこと拘束や鎮静剤によって身体抑制を行うこと、あるいは行わないこと	0.193	0.003	<0.001	<0.001
	生前意思などの「事前指示」に関すること	0.660	0.609	0.184	0.002
	患者の権利および人としての尊厳を保護すること	0.393	0.143	0.197	0.044
	治療に対するインフォームド・コンセントが十分でないこと	0.006	0.031	0.041	<0.001
	看護師の健康被害のリスクを伴うケアを提供すること(例えば、結核やエイズ、暴力行為のある患者へのケア提供)	0.331	<0.001	0.139	0.141

回答の分布がすべての分類で等しいという仮説に対する P 値 灰色 : p<0.01

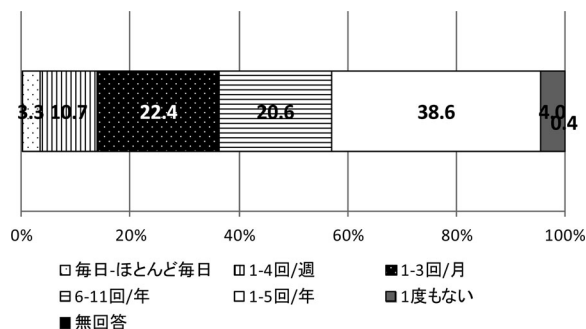


図3 悩みの体験頻度

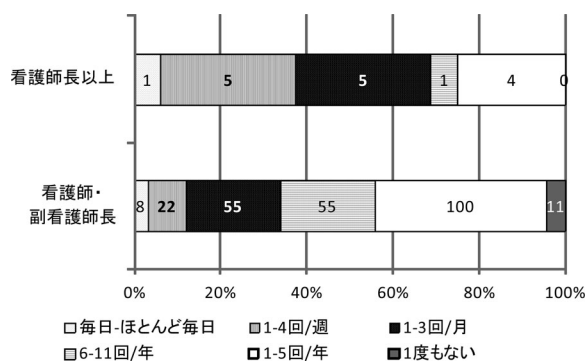


図4 悩み頻度 職位別

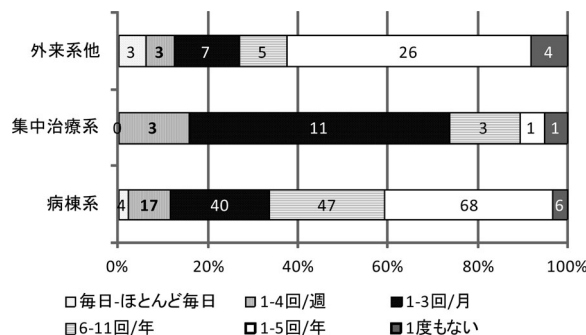


図5 悩み頻度 部署別

1～5回38.6%，1度もない4.0%であった。

6. 倫理的問題に関する悩みの頻度—属性による差に対する検定—

職位と部署で有意差がみられ、職位では看護師長以上の悩みが高く（図4）、部署では集中治療系が悩みの頻度が高い（図5）ことが確認できた。

考 察

「患者の権利および人としての尊厳を保護すること」が全ての属性で有意差を認めず、突出して体験頻度が高かった。これは他の倫理的問題であっても結果的に患者の尊厳保護につながり、看護師が患者のアドボケートとしての役割を果たそうとしているからこそ、こういったジレンマに陥る。

職位では体験頻度（図1）はほとんどの項目で直接ケアをしている看護師・副看護師長の方が高いが、看

護師長以上の悩みが高く（図4）、スタッフなどからの相談を受け、部署を預かる管理職として役割と責任の重さが悩みの高さにつながるのであろう。

部署では集中治療系で悩みの頻度が高く（図5）、体験頻度の高さ（図2）と一致している。生命の危機にある患者をケアする集中治療部では、倫理的問題に看護師が直面しやすいとはいえ、他施設では移植不可能とされた後に、たどりついた唯一の施設として当院で移植が行われる場合も少なくない。残念ながら期待した経過をたどれなかった場合など、「本当にこれでよかったのか」悶々と割りきれない想いを抱えている。

おわりに

臨床倫理委員会の設置が病院機能評価で求められるようになったのは、主治医の判断だけではなく、医療者の判断の正当性を組織で担保する必要があるということである。

当院の方針として輸血拒否患者には免責書などに署名はせず、生命の危機を回避できない場合には輸血を行う旨を説明し、納得いただけない場合は無輸血治療を行っている他施設を紹介するとしている。これは倫理原則でいう「自律尊重」よりも「無危害」「善行」を組織として選択した方針であるといえる。こういった中、研究、教育、診療の狭間で、現場の看護師達は倫理的問題に日々直面しながらも、日常業務に流されてしまっている部分があることも否めない。

残念ながらこの調査では、倫理的感受性が低いのか、倫理的問題を解決できているから体験しない・悩まないのかを判別できないことや、日本のヘルスケアシステムに当てはまらない項目もあり、倫理的問題に関する指標としてはまだ十分とはいえない。しかし、こういった調査を継続して実施し、現場の倫理的問題の体験や悩みの頻度などを経年的にみていくことで、倫理的感受性の問題であるかどうかを推測し、今後の倫理教育プログラムやその評価につながればと考えている。

現在、現場で中心となる副看護師長を対象にした事例検討会に取り組んでおり、ここでは患者や家族へのケア向上を目指すだけでなく、医療者もケアする場としたい。

謝 辞

京都大学大学院医学研究科臨床試験管理学分野 手良向 聡准教授に、統計解析に関するご助言をいただき、深く感謝しております。

文 献

- 1) 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

宮本, 他: 看護師が臨床現場で体験する倫理的問題

- る指針
- 2) 日本看護協会: '97看護職員実態調査. 日本看護協会研究報告, 1999
 - 3) 岡谷恵子, 日本看護協会倫理検討委員会: 看護業務上の倫理的問題に対する看護職者の認識. 看護, 1992; 2: 26-31
 - 4) 岩本幹子ら: 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, Vol 16, No 1, July 2006; 1-12
 - 5) 岩本幹子ら: 大学病院において看護師長が体験する倫理的問題. 看護総合科学研究会誌, Vol 8, No 13, Dec 2005; 3-13
 - 6) Sara T Fry, Mary E Duffy: The Development and Psychometric Evaluation of the Ethical Issues Scale. Journal of Scholarship, Third Quarter, 2001; 273-277