

# 臨床看護師の倫理的感受性尺度の開発と 信頼性・妥当性の検討

*Developing an ethical sensitivity scale for clinical nurses, and  
reviewing its reliability and adequacy*

角 智美<sup>1</sup> 森 千鶴<sup>2</sup>

Tomomi SUMI

Chizuru MORI

キーワード：倫理的感受性、臨床看護師、尺度開発、看護倫理

Key words : ethical sensitivity, clinical nurses, scale development, nursing ethics

本研究の目的は、臨床看護師の倫理的感受性を測定する尺度を開発し、その信頼性と妥当性を明らかにすることである。文献等から臨床看護師が日常的に体験する倫理的問題100事例を抽出後、専門家会議と予備調査等を経て、28項目の試作版を作成した。この試作版を7施設1,911名の看護師を対象に無記名自記式で調査を実施した。有効回答率は63.1%であった。項目分析、探索的因子分析の結果、[尊厳の意識] [専門職としての責務] [患者への忠誠] の3因子19項目が抽出された。全19項目のクロンバック $\alpha$ 信頼性係数は0.80であり、内的整合性が確認された。また構成概念妥当性を既知グループ技法で検討した結果、看護倫理研修を受講した看護師は、受講していない看護師よりも得点が有意に高かった。これらのことから本尺度の信頼性、妥当性が確認され、臨床看護師の倫理的感受性を測定する尺度として活用が可能であると考えられた。

This study aimed to develop a scale for measuring the ethical sensitivity of clinical nurses, and clarifying its reliability and adequacy. From literature and other sources, we extracted 100 cases of ethical issues experienced daily by clinical nurses, and ran them through a panel of experts and preliminary studies to create a test scale of 28 items. We used this test scale in an anonymous and self-recorded study on 1,911 nurses at seven facilities, and obtained a valid response rate of 63.1%. Based on the results of analysing the items and explorative factors, we extracted 19 items in the three factors of “sense of dignity,” “professional duty” and “loyalty to patients.” We confirmed internal consistency with a Cronbach’s alpha reliability coefficient of 0.80 for all 19 items. Furthermore, the results of using known groups to review the adequacy of the constructs revealed a significantly higher score for nurses who have been trained in the ethics of nursing, compared to those who have not. These findings confirmed the reliability and adequacy of the scale, which can be used to measure the ethical sensitivity of clinical nurses.

## I. はじめに

看護における倫理について歴史的にみると、医師への従順を中心とした「徳の倫理」に始まり、倫理原則に則った「原則の倫理」を経て、一人一人の状況に合

わせて倫理を考えるという「ケアの倫理」が重要な要素として加わった<sup>1</sup>。しかし、これらの倫理に対する考えは、対立した概念ではない。「患者に対して看護師としてどのように接するべきか」を問う姿勢が必要となる。それは、患者に対して常に同じ判断で同じよ

1 茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター Ibaraki Central Hospital and Cancer Center

2 筑波大学医学医療系 University of Tsukuba Faculty of Medicine Division Health Innovation and Nursing

うに行動するのではなく、対象者との関係性において、その場で影響を受けている状況や周りの人との関係を加味し、その時々にある問題の背後にある価値観を理解した上で判断し、解決しようとする倫理観を意味している。そして、対象者との関係の中では、倫理的な問題を感じ取る能力である共感性が求められており、さらに感じ取った倫理的な問題を「問題」として認識する能力、すなわち倫理的感受性が重要となる。

しかし、倫理的問題は日常の看護に内在していると言われる一方で、病棟看護師を対象とした調査では、多くの看護師が1カ月の間に1から3回程度しか倫理的問題を認識していなかった<sup>2</sup>。さらに、倫理的問題を感じている看護師でも、自分だけが感じていることだと判断し、日常の倫理的問題を言語化することが難しいという指摘もある<sup>3</sup>。

Thompson, J.E. & Thompson, H.O.<sup>4</sup>は、倫理的な問題意識をもつためには、まず、倫理的問題に気づくことが重要であると述べている。福留<sup>5</sup>もまた、日常の業務の中に潜む倫理的問題に対処していくためには、何が倫理的問題であるかに気づく能力である倫理的感受性を身につけなければならないと述べていることから、倫理的問題の意思決定には、倫理的問題を認識する倫理的感受性を向上させることが重要と考える。

これまでの研究では、倫理的感受性を高めるためには看護倫理教育が必要であり、看護倫理研修と事例検討会が有効と述べられている<sup>6-9</sup>。また、看護倫理教育の有効性を評価するための尺度として、Lützn, Nordin, & Brodin<sup>10</sup>のMoral Sensitivity Test (MST)を翻訳し修正した「日本語版臨床看護師の道徳的感性尺度」<sup>11</sup>を使用する研究が多くみられた。しかし、Lützn et al.<sup>12</sup>によるとMoral Sensitivity Testは、道徳の概念のもとで対人関係における内省的態度を洞察する直観力を測定する尺度と述べている。本研究では、「道徳」を個人や家族等小集団がとるべき態度や

心のもち方を示す個人的規範を含むものであり、「倫理」は個々人の関係から国際社会にいたるまでを対象にした普遍性をもつ社会的規範における人間関係とそのあり方<sup>13</sup>と考え、「道徳」と「倫理」の概念は異なるものと捉えた。看護師の倫理的感受性は、看護倫理を基盤とし、患者と専門職者としての看護師との人間関係とそのあり方を示すものであることから、道徳的感性尺度では倫理的感受性を十分には測定することができないと考えた。

このように、臨床看護師の倫理的感受性は、研究者によってさまざまな概念と方法によって検討されていることから、看護倫理教育の有効性を一般化することが困難な状況である。

以上のことから本研究の目的は、臨床看護師を対象とした倫理的感受性尺度を開発し、その信頼性・妥当性を明らかにすることとした。

## II. 用語の定義

臨床看護師の倫理的感受性：感受性とは、「事象から感じ取ったことに対する受け入れ、受容の力であり、物事を感じ取る力である」<sup>14</sup>といわれていることから、能動的に感じ取ることを意味していると捉えた。また、倫理的感受性についてFry<sup>15</sup>は、倫理的意識決定プロセスにおける倫理的問題に気づく能力と述べている。これらのことから、本研究において臨床看護師の倫理的感受性とは、「患者との関係の中で倫理的な問題を感じ取る能力であり、感じ取った倫理的問題を問題として認識すること」と定義した。

## III. 研究の方法

### 1. 「臨床看護師の倫理的感受性」の構成概念

倫理的問題は、価値と価値の対立によって起こる。Thompson, J.E. & Thompson, H.O.<sup>4</sup>によると、価値の対立は、患者と医師、看護師、他の医療職者、患者の

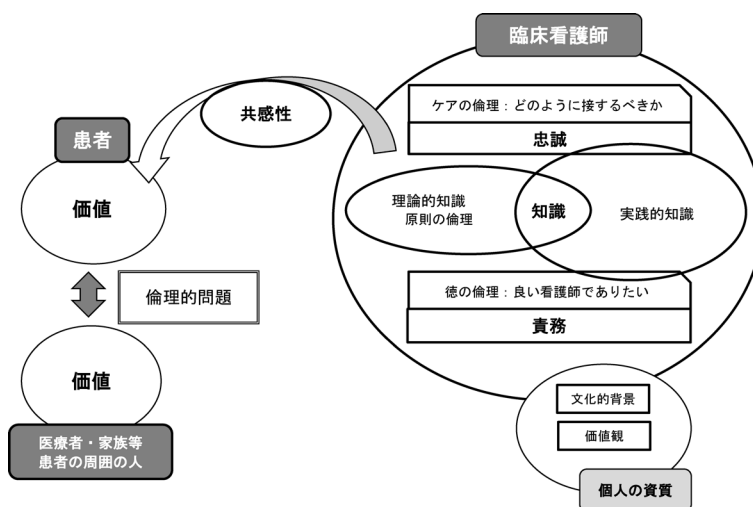


図1 「臨床看護師の倫理的感受性」の構成概念

家族との間に起こる場合や、自己内でも起こりうると述べている。倫理的問題が起こっているか否かを判断するための指標には「原則の倫理」の「知識」が必要となる。しかし、「原則の倫理」のみの判断では、患者や患者の家族の感情を無視してしまうという側面がある<sup>16</sup>。そのため、患者にとって重要な他者の意見を尊重することや自己決定等とのバランス等について考慮する必要があり、看護師がこれまでに経験を通して蓄積してきた実践的知識<sup>17</sup>を活用することが重要となる。さらに、よい看護師でありたいという自己の「責務」に忠実となる「徳の倫理」と、ケアリングを実践するために患者の人間としての尊厳を考え、信頼関係を築き、患者への「忠誠」の精神をもつ「ケアの倫理」をふまえた「共感性」によって、倫理的問題を認識することができる考えた。これらのことから本研究における倫理的感受性の構成概念は、図1に示したように「忠誠」「知識」「責務」「共感性」とした。

## 2. 本研究の構成

尺度開発までのプロセスは、まず調査項目の精選のための原案として、現代の「徳の倫理」と「原則の倫理」「ケアの倫理」を基盤に、文献等<sup>18-28</sup>から臨床看護師が日常的に体験する倫理的問題100事例を抽出した。なお、倫理的問題には、文化的価値、宗教的価値、および国の医療制度が影響することから、文献は国内に限定した。次に網羅性の確認として、構成概念項目において重複がみられる事例、判断に困難を要する事例を削除し71項目に絞った。さらに専門家4名（看護系大学教員1名、尺度開発経験者1名、専門看護師2名）で、現実適合性の検討を行い、22項目を削除し49項目となった。表現内容の検討では、大学院にて質問紙調査経験がある看護師15名を含む、臨床経験10年以上の看護師23名を対象にプレテストを行った結果、6項目が削除され43項目となった。調査項目の妥当性検討には、1病院489名の看護師を対象としたパイロットスタディを実施し、項目分析と因子分析によって28項目の質問項目からなる「臨床看護師の倫理的感受性尺度：試作版」を作成した。

そこで本研究では、「臨床看護師の倫理的感受性尺度：試作版」を用いた本調査を実施し、信頼性・妥当性の検討を行うこととした。

## 3. 対象者

対象者の診療科や病院の規模による偏りをなくすために、多領域の診療を行っている一般病院、特定機能病院、地域医療支援病院と、精神科病院から施設を選択し、最終的に同意の得られた7病院の臨床看護師1,911名を対象とした。

## 4. 調査期間

2015年9月から11月であった。

## 5. 調査方法

研究者が看護管理責任者へ、調査依頼書、研究計画書、調査用紙、調査説明書を用いて、研究の概要、目的と方法、倫理的配慮についての説明を行い、看護管理責任者の同意が得られた施設に依頼した。調査開始時には、対象者への研究説明書、アンケート用紙が同封された封筒の配布と、調査期間中の回収箱の設置を依頼した。留め置き期間は10日とし、期間終了後に研究者が回収した。

## 6. 調査内容

基本属性として、性別、年代、最終看護教育課程、臨床経験年数、役職、所属部署について質問した。また、看護倫理研修の受講経験の有無、倫理的問題について事例検討を行った経験の有無について質問した。「臨床看護師の倫理的感受性尺度：試作版」の回答は、「全く問題がないと思う：1点」「問題がないと思う：2点」「どちらともいえない：3点」「問題があると思う：4点」「非常に問題があると思う：5点」の5件法で、点数が高いほど倫理的感受性が高いことを示している。

## 7. 分析方法

### 1) 項目分析

床効果と天井効果において、平均値マイナス標準偏差が1.0以下、または平均値プラス標準偏差が5.0以上の項目を削除対象とした。I-T相関においては、各項目得点と合計得点との相関係数が0.20以下の項目を削除対象とした。項目間相関については、相関係数が0.70以上を削除対象とした。

### 2) 信頼性・妥当性の検討

信頼性の検討にはクロンバック $\alpha$ 信頼性係数の算出を行った。妥当性の検討方法には、内容的妥当性、構成概念妥当性、基準関連妥当性がある。内容的妥当性については、試作版作成段階から専門家の意見を取り入れ、質問項目の精選を重ねた。構成概念妥当性の検討は、因子分析の最尤法、プロマックス回転を行った後に、既知グループ技法によるMann-Whitney検定を行った。既知グループは、これまでの研究で、看護倫理研修と事例検討会が有効であると述べられていることから<sup>6-9</sup>、「看護倫理研修を受けた経験の有無」、「倫理的問題についての事例検討経験の有無」について分析を行った。基準関連妥当性については、本尺度と関連が予測される既存尺度がないことから除外した。

なお、データの統計解析にはSPSSver.21 for Windowsを用いた。



## 8. 倫理的配慮

研究対象者への倫理的配慮については、個人の人権擁護として、調査用紙の返信にはシール付の封筒を使用し、データは個人や施設が特定されないように配慮した。また、説明文書には、研究目的、研究方法とともに、調査は自由意思による参加であり、協力を拒否したり途中で辞退しても個人および組織が不利益を被ることはないこと、回答用紙の提出をもって同意を得られたものとする、研究者への連絡先等を明記した。

また、筑波大学医学医療系「医の倫理委員会（通知番号：994号）」の承認を得た後、対象病院の看護管理責任者の承諾を得て実施した。

## IV. 結果

### 1. 回収率

7施設に合計1,911部の質問用紙を配布し、回収数は1,272部で回収率は66.6%であった。うち無効回答が67部あったため、有効回答数は1,205部で、有効回答率は63.1%であった。よって、この1,205部を本調査の分析データとした。

### 2. 対象の属性

対象の属性を表1に示す。対象者の性別は、女性が1,055名(87.6%)、男性は147名(12.2%)、無回答が3名(0.2%)であった。年代は、20代が469名(38.9%)、30代は345名(28.6%)、40代は255名(21.2%)、50代以上は131名(10.9%)、無回答が5名(0.4%)であった。最終の看護教育課程は、専門学校が932名(77.3%)、短期大学は67名(5.6%)、大学は183名(15.2%)、大学院は14名(1.2%)、無回答が9名(0.7%)であった。看護師としての臨床経験年数は、平均は11.69年、標準偏差が9.83年であった。役職は、管理職(師長・副師長を含む)が146名(12.1%)、スタッフは1,055名(87.6%)、無回答は4名(0.3%)であった。所属部署は、成人病棟が661名(54.9%)、外来が129名(10.7%)、精神病棟が120名(10.0%)、手術室が100名(8.3%)、産科病棟が72名(6.0%)、ICU・CCU・ERといったクリティカル領域が60名(5.0%)、小児病棟は22名(1.8%)、その他は36名(3.0%)、無回答は5名(0.4%)であった。

また、看護倫理研修の受講経験については、「ある」が775名(64.3%)、「ない」は426名(35.4%)、無回答は4名(0.3%)であった。倫理的問題についての事例検討経験については、「ある」が709名(58.8%)、「ない」は492名(40.8%)、無回答は4名(0.3%)であった。

### 3. 項目分析

「臨床看護師の倫理的感受性尺度：試作版」の全28

表1 対象の属性

項目	人数	(%)
性別		
女性	1,055	87.6
男性	147	12.2
無回答	3	0.2
年代		
20代	469	38.9
30代	345	28.6
40代	255	21.2
50代以上	131	10.9
無回答	5	0.4
最終看護教育課程		
専門学校	932	77.3
短期大学	67	5.6
大学	183	15.2
大学院	14	1.2
無回答	9	0.7
臨床経験年数	(M±SD)	
0~40年	11.69±9.83	
役職		
管理職*	146	12.1
スタッフ	1,055	87.6
無回答	4	0.3
所属部署		
成人病棟	661	54.9
外来	129	10.7
精神病棟	120	10.0
手術室	100	8.3
産科病棟	72	6.0
ICU・CCU・ER	60	5.0
小児病棟	22	1.8
その他	36	3.0
無回答	5	0.4

N=1,205

M=平均値；SD=標準偏差

\*管理職は師長・副師長を含む

項目について床効果・天井効果の算出を行った。その結果、床効果において削除対象となる1.0以下の項目はなかった。天井効果において削除基準の5.0以上に該当する項目が、3項目あり削除した。さらにI-T相関分析の結果、相関係数の基準値が0.20以下の項目が2項目あり削除した。項目間相関では、削除の基準値を上回る項目はなかった。以上の項目分析によって合計5項目が削除され23項目が採用となった。

### 4. 因子分析

23項目に対して最尤法によるプロマックス回転を用いた探索的因子分析を実施した。相関係数行列の固有値が1以上の因子を抽出し、因子負荷量が0.30未

表2 因子分析結果

調査項目	因子負荷量			
	第1因子	第2因子	第3因子	
<b>第1因子：尊厳の意識</b>				
術後患者が栄養チューブを抜こうとしたので、上肢の拘束を行った。	0.63	0.20	-0.15	
転倒をくり返す高齢患者の車イスにベルトを付けて、立ち上がれないようにした。	0.60	0.16	-0.16	
認知症患者が夜間に騒ぎ、同室患者から苦情がでたので、医師の指示があった睡眠剤を与薬した。	0.60	-0.15	0.19	
夜間に末梢点滴を自己抜去し、ベッドから降りようとした患者がいたので、ベッドごとナースステーションに移動した。	0.58	-0.09	0.07	
認知症患者の採血を行う際、「痛い」と叫んで手を振り回したので、他の看護師に患者の腕を押さえてもらいながら採血を行った。	0.55	-0.15	0.05	
糖尿病患者が隠れて菓子を食べているところを見つけたので、すぐに注意して菓子を取り上げた。	0.34	0.06	0.24	
<b>第2因子：専門職としての責務</b>				
急死した患者の遺族が「どうして、こんなことになったんだ」と怒りを表出したので、すぐにその場を離れて様子を見た。	-0.08	0.58	0.01	
ドナーとなった患者が、「本当は手術を受けたくない。自分しかいないので断ることができなかった。」と訴えてきたが、それ以上関わることができずに移植手術が施行された。	-0.07	0.55	0.13	
がん患者が痛みを訴えたので医師に報告したところ、「まだ大丈夫でしょう」と言われたので、医師の言葉をそのまま患者に伝えた。	-0.04	0.51	0.11	
看護研究を計画し、何度か入院している患者に口頭でインタビュー調査を依頼したところ、「いいですよ」と返事があったので実施した。	0.07	0.50	-0.06	
大部屋にいた終末期患者の全身状態が悪化したが、病棟内の個室が満床であったため、そのまま大部屋で家族とともに看取った。	-0.05	0.42	0.01	
褥瘡がある患者に、同じ処置を3週間実施しても改善が見られなかったが、もう少し同じ処置を続けて様子を見ることにした。	0.04	0.36	0.12	
不満があるとすぐに病院スタッフに暴力を振るう患者には、できるだけ要求を受け入れる対応を行った。	0.19	0.32	-0.06	
<b>第3因子：患者への忠誠</b>				
洗髪を予定していた患者に、直前で「今日はやめたい」と言われたが、「せっかく準備したのですからやりましょう」と言って実施した。	-0.08	0.03	0.56	
医療処置に対して拒否を繰り返す患者に、「医師の指示ですから」と言って処置を行った。	-0.01	0.19	0.45	
経管栄養を医師から勧められ、家族は納得しなかったが、患者が同意したので始めることにした。	0.04	0.04	0.43	
患者が「もう死にたい」と担当看護師に訴えたことからカンファレンスが行われた。その後別の看護師がその患者に「死にたいって言ったそうですね」と話しかけた。	0.02	-0.04	0.40	
「子どもには弱った姿を見せたくない」と訴えていた終末期患者の子どもが面会に来たので、「会いたくないと言っていますよ」と伝え、子どもを帰宅させた。	0.01	0.10	0.32	
認知機能に低下がみられる患者が自宅に帰りたがっていたが、家族は介護施設への転院を希望したので、看護師が転院先を決めた。	0.17	0.02	0.31	
	第1因子	0.36	0.47	
因子間相関：	第2因子		0.61	
	第3因子			
クロンバックα係数：全19項目 = 0.80	各下位尺度項目	0.74	0.68	0.61
Kaiser-Meyer-Olkinの標本妥当性の測度値：0.86				
適合度検定：カイ2乗 = 327.95, df = 117, p < 0.001				

N=1,205 最尤法；プロマックス回転

満、あるいは他の因子に同程度の因子負荷量がある項目は削除した。これら因子分析の経過から、4項目が削除され、最終的な調査項目は19項目3因子となった。因子分析の標本妥当性を示す Kaiser-Meyer-

Olkin 値 (KMO 値) は0.86であった。

各因子の解釈としては、第1因子は6項目あり、患者の人権や意思を尊重したケアを行うべき場面で身体的および精神的な拘束を行ったり、無視した状況を示

表3 看護倫理教育経験の有無と臨床看護師の倫理的感受性尺度における中央値の差

項目	人数	19項目合計	第1因子 尊厳の意識	第2因子 専門職としての 責務	第3因子 患者への忠誠
看護倫理研修を受講した経験					
経験あり	775	67.0	17.0	28.0	22.0
経験なし	426	66.0	16.0	28.0	21.0
倫理的問題についての事例検討を行った経験					
経験あり	709	67.0	17.0	28.0	22.0
経験なし	492	66.0	16.0	28.0	22.0

$N=1,201$  Mann-WhitneyのU検定 \*: $p<0.05$  \*\*: $p<0.01$

しており、患者の尊厳を損なっている事例で構成されていることから、[尊厳の意識]と命名した。第2因子は7項目あり、看護師が積極的に患者に関わることを期待されている状況において、看護師が専門職者として自律した役割を遂行できていない事例で構成されていることから、[専門職としての責務]と命名した。第3因子は6項目あり、看護師が医師の指示、業務スケジュール、家族の意見を優先し、患者の真意に寄り添う最善のケアを行うことができていない事例で構成されていることから、[患者への忠誠]と命名した。因子分析の結果を表2に示す。

## 5. 信頼性の検討

「臨床看護師の倫理的感受性尺度」の全19項目のクロンバック $\alpha$ 信頼性係数は0.80であった。下位尺度の各因子は、[第1因子：尊厳の意識(6項目)]が0.74、[第2因子：専門職としての責務(7項目)]が0.68、[第3因子：患者への忠誠(6項目)]が0.61であった。

## 6. 構成概念妥当性の検討

看護倫理研修の受講経験の有無で臨床看護師の倫理的感受性尺度得点を比較したところ、経験がある者は、経験がない者に比べて倫理的感受性の全19項目合計得点が有意に高かった( $p<0.01$ )。また各下位尺度の合計得点別の比較では、[第1因子：尊厳の意識]は $p<0.01$ 、[第2因子：専門職としての責務]は $p<0.05$ 、[第3因子：患者への忠誠]は $p<0.05$ の有意差がみられ、看護倫理研修を受けた経験のある者の得点が有意に高かった。

しかし、倫理的問題事例を検討した経験の有無と臨床看護師の倫理的感受性尺度の比較では、全19項目合計得点と各下位尺度では有意差はなかった。構成概念妥当性の検討結果は表3に示した。

## V. 考察

### 1. 「臨床看護師の倫理的感受性尺度」の信頼性

「臨床看護師の倫理的感受性尺度」全19項目のクロ

ンバック $\alpha$ 信頼性係数は、0.80であった。各因子のクロンバック $\alpha$ 信頼性係数は、0.61から0.74であり、本尺度が内的整合性を確保していると考えられる。

## 2. 「臨床看護師の倫理的感受性尺度」の妥当性

### 1) 内容的妥当性

臨床看護師が患者との関係を形成し、日常の臨床場面において患者に共感を示すことによって、倫理的問題を経験していると思われる100事例を抽出し、尺度開発に向け4回の検討と修正を行った。その結果、「臨床看護師の倫理的感受性尺度」は19項目が抽出された。尺度開発の過程で看護大学教員、専門看護師、尺度開発経験者、看護系大学院生、看護管理者による検討を重ねた。また、本研究ではパイロットスタディ(489名)と本調査(1,911名)を併せて一般病院、特定機能病院、地域医療支援病院、精神科病院と、病院の種類においてバリエーションのある8施設を選択し、合計で2,400名の臨床看護師を対象とした調査を実施した。このように多様な対象者の背景から、さまざまな部署に勤務している看護師が想定することができる質問項目が選定されたと考えられる。しかし本調査では、半数以上が成人病棟に所属していることから、質問項目に偏りが生じた可能性も考えられる。

近年の倫理的問題の経験頻度を明らかにした研究<sup>2, 29</sup>によると、臨床看護師が多く経験する倫理的問題は、「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」「患者の権利と尊厳を尊重すること」「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」「過剰であったり不十分であったりする疼痛管理」「インフォームド・コンセントがおこなわれているか、いないかについて悩むこと」であった。「臨床看護師の倫理的感受性尺度」の調査項目内容は、[第1因子：尊厳の意識]は、患者の抑制や鎮静等患者の権利と尊厳に関する項目で構成され、[第2因子：専門職としての責務]では、対象者を中心に考えた時に臨床看護師がどのように判断するかを迫るような項目で構成され、[第3因子：患者への忠



誠]では、医療職者や家族の意向に沿うか、あるいは患者を中心に考え得るかという項目で構成されている。これらのことから本尺度には、臨床において看護師が多く経験する倫理的問題が含まれていることが認められたと考える。また本尺度は、現代の「徳の倫理」と「原則の倫理」「ケアの倫理」を基盤とした看護倫理や「看護者の倫理綱領」をふまえた事例を用いていることから、質問項目は現代の看護職者における主要な倫理的行動基準に対応していると考えられる。さらに、評価方法として5件法による量的な評価を得たことにより、各項目の倫理的感受性を判断する客観性を確保することができたことから、本尺度は一定の内容の妥当性を確保していると考えられる。

## 2) 構成概念妥当性

足立ら<sup>30</sup>は、臨床における倫理的問題に関する知識は看護師の倫理的感受性を構成する重要な因子であると述べている。Fry<sup>15</sup>もまた、倫理規定や看護の倫理実践的基準、倫理概念、価値形成等について学ぶことは倫理的感受性を育てる上で役立つと述べている。今回、看護倫理研修の受講経験がある看護師の方が、「臨床看護師の倫理的感受性尺度」の全19項目合計得点および各下位尺度の合計得点が高く、有意差がみられたことから教育の重要性が再確認された。しかし、倫理的問題についての事例検討については、今回の分析において関連が認められなかった。その理由としては、事例検討の方法の違いがあると考えられる。先行研究にて実施されていた事例検討会は、新人教育として「看護者の倫理綱領」の講義後にグループでディスカッションを行う<sup>9</sup>、部署内で倫理綱領を用いた勉強会を開催し、その後20回の実例検討会を実施する<sup>7</sup>、院内管理者研修として組織の倫理的課題等の講義後に、医療倫理の4分割表を用いた事例検討を行う、クレーム事例のグループワークを行う<sup>8</sup>等、さまざまであった。事例検討会は、多面的な価値の見方をする能力が育成できることから倫理的感受性を高め<sup>31</sup>、また、個人の気づきが公に肯定される体験となり、倫理への関心を深め、気持ちや行動の変化に結びつく<sup>32</sup>といわれている。しかし、倫理教育の内容や方法は、施設によってばらつきがあることが指摘されているように<sup>33</sup>、各施設で実施されている事例検討会が多様であったことが、今回の分析結果に影響したと考える。本研究では調査項目としなかったが、事例検討の内容や方法も関連していると推測され、事例検討の内容を精査する必要があると考える。しかしながら、これらの結果からは、一定の構成概念妥当性を確保できたと考えられる。

## 3. 看護への有用性

「臨床看護師の倫理的感受性尺度」は、倫理的意思決定や倫理的な判断をするために倫理的な問題に気づ

く力の程度を測定することを目的とした尺度である。倫理的感受性が育まれるためには、同僚・チーム・管理者・院内倫理委員会等からの十分なサポートが必要となる<sup>31</sup>。また、構成概念妥当性にも認められるように、教育によって変化し得るものである。このようなことから「臨床看護師の倫理的感受性尺度」は、個人の倫理観や倫理的感受性の状態について振り返るツールとしても、また継続看護教育において組織の看護倫理教育やサポート体制の評価にも活用できると考える。

## 4. 本研究の限界と今後の課題

本尺度全項目のクロンバック $\alpha$ 信頼性係数は0.80以上を確保していることから内的整合性は十分に確保している。下位尺度項目は一定の信頼性は確保しているものの、0.70を下回る値があったことが本研究の限界である。また本尺度は、全領域の臨床看護師を対象とすることを目的としているが、質問項目には成人と高齢者を対象としている場面が多いことから、母性および小児を対象とした看護に携わる臨床看護師の倫理的感受性を測定するには限界があると考えられる。

今後の課題は、下位尺度項目の一層の洗練を進める一方で、実際に「臨床看護師の倫理的感受性尺度」を活用し、臨床看護師の倫理的感受性に関連する要因、影響する要因を明らかにすることであり、さらには、臨床看護師の倫理的感受性を高めるための教育的介入プログラムを開発し、看護の質の向上に貢献することである。

## VI. 結論

患者との関係の中で倫理的問題に気づき、その認識を測定するための臨床看護師の倫理的感受性尺度を開発し、7施設1,911名の看護師を対象に信頼性と妥当性を検討した結果、以下のことが明らかになった。

- 1) 本研究で開発した「尊厳の意識」「専門職としての意識」「患者への忠誠」の3因子からなる「臨床看護師の倫理的感受性尺度」の信頼性が確認された。
- 2) 妥当性については、内容妥当性と構成概念妥当性が確認された。

## 謝 辞

本研究にご協力いただきました対象者の皆様に深く御礼申し上げます。また、調査を行うにあたり快く承諾をいただきました対象病院の院長、看護管理者の皆様に深く感謝申し上げます。

なお本研究は、平成28年度 筑波大学大学院 人間総合科学研究科 博士後期課程 看護科学専攻に提出した博士論文の一部を加筆修正したものである。

## 助成

本研究は、平成27年度茨城県立中央病院臨床推進委員会の助成を受けて実施した研究の一部である。

## 利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

## 文献

1. Davis AJ, Tschudin V, de Raevé L. 第1章序文. In: Davis AJ, Tschudin V, de Raevé L eds. 2006 / 小西恵美子監訳. 2008. 看護倫理を教える・学ぶ—倫理教育の視点と方法. 東京：日本看護協会出版会.
2. 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. 2008; 19(1): 87-97.
3. 宮脇美保子. シリーズ生命倫理学 第14巻 看護倫理. 東京：丸善；2012.
4. Thompson, JE, Thompson, HO. 1992 / ケイコイマイ・キシ, 竹内博明, 山本千紗子訳. 2004. 看護倫理のための意思決定10のステップ. 第7版. 東京：日本看護協会出版会.
5. 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プソンの分類について—. 看護. 1999; 51(2): 33-38.
6. 高野洋子, 藤田冬子, 松井弘子, 井川玲子. 管理者の倫理的感受性を高めるための取り組みの効果. 日本看護学会論文集 看護管理. 2006; 37: 130-132.
7. 岡垣香織, 森由紀子, 中田千佳他. 救急外来看護師の倫理的感受性を高める為の取り組み「看護者の倫理綱領」に基づいた勉強会及び事例検討会の実施. 日本看護学会論文集看護総合. 2007; 38: 83-85.
8. 諸永由美, 木下美沙, 樋口千枝子他. クレーム事例検討がスタッフの倫理的感受性に与えた影響. 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録. 2009; 21: 322-324.
9. 丹生淳子, 横山しのぶ. 新人看護師への看護倫理教育の評価 入職10ヵ月後の倫理的感受性の変化. 日本看護学会論文集 看護総合. 2013; 43: 279-282.
10. Lütznén K, Nordin C, Brolin G. Conceptualization and instrumentation of nurses' moral sensitivity in psychiatric practice. *Journal of Methods in Psychiatric Research*. 1994; 4(4): 241-248.
11. 中村美知子, 石川操, 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1). 山梨大学紀要. 2000; 17: 52-57.
12. Lütznén K, Dahlqvist V, Eriksson S. Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. *Nursing Ethics*. 2006; 3(2): 187-196.
13. 赤林朗. 入門・医療倫理 I. 東京：勁草書房；2005.
14. 春野修二. 美術科教育をめぐる感性・感覚・感受性の共通性と差異. 美術科教育学会誌. 2011; 32: 371-380.
15. Fry, ST. 1994 / 片田範子, 山本あい子訳. 1998. 看護実践の倫理. 東京：日本看護協会出版社.
16. Edwards S. 第6章 倫理原則に基づくアプローチ. In: Davis AJ, Tschudin V, de Raevé L eds. 2006 / 小西恵美子監訳. 2008. 看護倫理を教える・学ぶ—倫理教育の視点と方法. 東京：日本看護協会出版会.
17. Benner P. 2001 / 井部俊子訳. 2005. ベナー看護論 新訳版—初心者から達人へ. 東京：医学書院.
18. 石井トク, 江守陽子, 川口孝泰編集. 看護学テキスト統合と実践—看護倫理. 東京：学研；2014.
19. 清水哲朗監修. 看護倫理実践事例46—教育・事例検討・研究に役立つ. 名古屋：日総研出版；2014.
20. 杉谷藤子, 川合政恵. 『看護者の倫理綱領』で読み解くベッドサイドの看護倫理事例30. 東京：日本看護協会出版会；2007.
21. 杉谷藤子, 川合政恵. ケアを深める看護倫理の事例検討. 東京：日本看護協会出版社；2011.
22. 鶴若麻里, 倉岡有美子編著. 臨床のジレンマ30事例を解決に導く看護管理と倫理の考え方. 東京：学研；2014.
23. 測本雅昭, 神田直樹編著. カンファレンスで根付かせる看護倫理. 名古屋：日総研出版；2012.
24. 松木光子編集. 看護倫理学—看護実践における倫理的基盤—. 東京：ヌーヴェルヒロカワ；2010.
25. 東京医科大学看護専門学校編著. よくわかる看護者の倫理綱領. 第2版. 東京：照林社；2010.
26. 宮脇美保子. 事例検討から学ぶ看護実践のための倫理と責任. 東京：中央法規；2014.
27. 吉田みつ子. 看護倫理—見ているものが違うから起こること. 東京：医学書院；2013.
28. 日本看護協会. 看護倫理「看護職のための自己学習テキスト」事例検討編 [インターネット]. [検索日2015年1月10日] <http://www.nurse.or.jp/rinri/case/jirei12/analyze.html>
29. 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. 2006; 16(1): 1-12.



30. 足立みゆき, 大津廣子, 宮林郁子, 渡邊亜紀子. 看護師の倫理的感受性に関する因子の検討. 岐阜看護研究会誌紀要. 2009; 2: 75-79.
31. 南由起子. 倫理的感受性の育成に必要なサポート. 看護. 1999; 51(2): 62-66.
32. 石井泰枝, 岩澤とみ子, 間々田美穂. 看護職の倫理的感受性を具視する看護部倫理委員会の活動内容の検討. 日本看護倫理学会誌. 2011; 3(1): 52-57.
33. 倉林しのぶ, 李孟蓉, 尾島喜代美他. 臨床看護師の「看護倫理に関わる知識の有無」と「倫理問題の認識」との関連性. 日本看護倫理学会誌. 2013; 5(1): 34-39.