

# 看護師の倫理的行動尺度改訂版の作成

*Developing a revised edition of the nurses' ethical behavior scale*

大出 順<sup>1</sup>

Jun ODE

キーワード：看護師、倫理的行動、尺度改訂

Key words : nurse, ethical behavior, scale revision

看護師の倫理的行動尺度の改訂を目的とし、既存の倫理的行動尺度に修正・追加した質問項目を含む全28の質問項目からなるアンケート調査を実施した。全国から無作為抽出した27施設に勤務する臨床の看護師2,500名を対象に実施し、最終的に1,295部のアンケートを分析の対象とした。因子分析の結果3因子が抽出され、3つをリスク回避(5項目)、善いケア(5項目)、公正なケア(5項目)と命名した。 $\alpha$ 係数はそれぞれ.78、.75、.74であり、尺度全体としては.84であった。看護師の倫理的行動尺度改訂版は、下位尺度の理論的弁別性と統計的弁別性も一貫されたものとなり、全国調査を経ておおそ標準化された尺度として改訂することができた。

This study aims to revise the nurses' ethical behavior scale and assess its reliability and validity. After conducting preliminary surveys, we identified 28 question items that added and modified items already present in the existing nurses' ethical behavior scale. Using these question items, we conducted a questionnaire-based survey involving 2,500 clinical nurses working at 27 centers, randomly selected from across the nation, and finally analyzed 1,295 copies of the questionnaire. The factor analysis extracted 3 of 15 factors as follows: "risk avoidance (5 items)," "good care (5 items)," and "fair care (5 items)." Their Cronbach's alpha reliability coefficients were in the order of .78, .75, and .74, respectively, and the overall scale was .84. In addition, a moderately positive correlation was observed between scales that assessed the interfactor correlation and reference-related validity. This study ensures the reliability and validity of the revised version of the nurses' ethical behavior scale, which could be revised as a roughly standardized scale using the nationwide survey.

## I. 目的

近年の看護倫理の関心の高まりは、研究の分野だけでなく臨床においても同様である。そのことを示すように、「その時々最新の看護倫理を扱う日本看護倫理学会年次大会の予稿集」からみる学会発表では、教育研究機関より病院施設の筆頭の発表が多い傾向にあることを報告しており<sup>1</sup>、その多くは事例検討や倫理カンファレンス、倫理研修に関する取り組みや、そこから得られた内容と多岐にわたる。その取り組みの評価を行うものとして倫理的感受性や道徳的感受性、また倫理的悩みを測定する尺度の開発も進められており<sup>2-4</sup>、実践知であり学問でもある看護倫理の研究は

わが国においてまさに発展している最中であると言える。

ところで、看護師を対象とした実態調査や教育・研修の評価を行う尺度の一つとして、行動(out put)に着目した尺度に看護師の倫理的行動尺度がある<sup>5</sup>。この看護師の倫理的行動尺度は、行動評価する尺度であり、その行動を示す質問項目は義務論的アプローチ<sup>6</sup>でもある生命倫理の4原則の概念に依拠して作成されている。生命倫理の4原則をはじめ、原則の倫理は、その行為者が自律的に判断し、その通りに行動できることが前提であるが原則の価値が対立しジレンマを抱える時は思うようにはいかない<sup>7</sup>。しかし、本尺度は、日常のケアにおいて原則に依拠した行動をどの程度行

1 帝京大学福岡医療技術学部看護学科 Department of Nursing, Faculty of Fukuoka Medical Technology, Teikyo University

えているかを尋ねるものであり、感受性やジレンマの程度を測定する尺度ではない。そのため各原則の概念を表す行動を多角的に評価することで倫理的行動の評価を行っている。しかし、倫理的行動尺度の質問項目をつぶさに見てみると、尺度を構成する質問項目のすべてが行動評価 (out put) とはなっておらず、「行動尺度」とするには限界がある。また、尺度の構成は、自律尊重尺度、無危害善行尺度、公正尺度という3つの独立した尺度で構成されており、各原則による行動評価としての有用性はあるものの、それら3つの尺度得点を合計して倫理的行動尺度得点とするには本来の尺度得点の統計的な算出方法ではない。この点について大出<sup>5</sup>も、探索的因子分析の過程で原則に依拠した質問項目 (因子) のまとまりが得られなかったため、最終的に各原則に1因子を指定した因子分析を実施し3つの尺度を開発したと述べている。したがって、本尺度を「行動尺度」とすべく質問項目を修正・追加し分析をすることで、看護師の倫理的行動の基盤を探るとともに本尺度の精度を高め、より使いやすく有用な尺度に改良することは、今後の看護倫理の実践や研究の発展の一助となると考える。

そこで本研究では、看護師の倫理的行動尺度を改訂することを目的とし、改めてその信頼性と妥当性を明らかにすることとした。

## II. 方法

### 1. 質問項目の修正と追加

看護師の倫理的行動尺度22項目から、行動評価となっていない質問項目2項をピックアップし、行動評価とする文言に修正した。また、公正尺度の質問項目の吟味が指摘されていたことから<sup>5</sup>、新たに8項目を追加した。項目の追加に関しては、尺度開発時の生命倫理4原則の概念に従い、質問項目がその4原則のいずれかに依拠しているかどうかを検討し、医療倫理、生命倫理の専門家によりスーパーバイズを受け内容的妥当性と構成概念の妥当性について検討した。

看護師の倫理的行動尺度22項目に10項目の修正・追加項目を加えた全30項目を基に1施設でプレ調査を実施した (N=436)。その結果を踏まえてさらに質問項目を再度吟味し、最終的に28の質問項目を作成した。プレ施設は、30を超える診療科と集中治療室や救急部、化学療法部などの多部門からなる400床強の首都圏にある一般の地域医療支援病院である。看護部に関しては、専門・認定看護師が10数名おり、ラダー研修、キャリアパスが取り組まれ、倫理研修の取り組みもみられる施設である。本研究では1度開発された尺度の改訂のためのプレ調査であること、また、調査期間と研究費の制限の関係から、プレ調査は上記1施設のみで実施した。

今回改訂する元になった看護師の倫理的行動尺度

は、自律尊重尺度、公正尺度、無危害善行尺度の全22項目で構成されている。この既存の尺度の質問項目に加えて、追加・修正した10項目の質問項目のうち1項目は自律尊重原則に依拠したもの、7項目は公正原則に依拠したもの、2項目は無危害善行尺度に依拠したものであり、全28項目となった。回答は改訂前の尺度と同様に、「全く当てはまらない」から「非常に当てはまる」の6件法で尋ねた。なお、因子分析はすべての質問項目に対して探索的因子分析 (最尤法、プロマックス回転) を行った。

### 2. 基準関連妥当性の検討

大出<sup>5</sup>は、看護師の倫理的行動尺度の開発時に、基準関連妥当性の検討として前田ら<sup>2</sup>の改訂道徳的感受性質問紙日本語版 (以下: J-MSQ) を用いて正の相関 ( $r=.38$ ) があったことを確認している。しかし、J-MSQの尺度の精度の問題と同時に、人間としての道徳や誠実さといったパーソナリティとの関連の検討も課題としてあげている。そこで、上記に該当する尺度として、玉田ら<sup>8</sup>の開発した道徳的規範を構成する尺度の一つである「思いやり・礼儀」尺度の質問項目10項目を使用し基準関連妥当性を検討することとした。道徳的規範尺度は、情報モラルの教育を実践するため対象の類型化を行うために、玉田ら<sup>9</sup>の定義する道徳的規範知識 (自分に関すること、他人とのかかわりに関すること、社会とのかかわりに関すること) を多次元的に分類する目的で開発された尺度である。その一つである他人とのかかわりに関することとして「思いやり・礼儀」尺度があり、その質問項目は「質問に答えてもらった時には、お礼を言っている」「年上の人とも友達と話すのと同じ言葉づかいで話している」「人が傷つくことをつい言うてしまうことがある」「人に何かを説明するときには、相手にわかりやすいかどうかを考えながら説明する」「秘密でなくても、他人の家の話など個人的なことはあまり言わないようにしている」などといった内容で構成されている。これら質問項目を見ると、他人とのかかわりに関する基本的な道徳を問うものであり、その項目はすべて行動レベルで尋ねられている。また、看護師の倫理的行動尺度の質問項目は、臨床における看護師の実践レベルでの行動を評価するものとなっているが、これら専門職としての行動には少なからず他者に対して誠実であることや、その利益を考えることが含まれている。「看護婦の人格こそが看護ケアの効果を計る…。『看護ケアの質は看護をするものの質によって左右される』」<sup>10</sup> という Henderson の言葉からも、「思いやり・礼儀」尺度の項目に含まれているような、他人とのかかわりに関する個人の資質ともいえる人間の基本的な道徳を問う事柄と、倫理的行動尺度の間には正の相関が想定されるだろう。なお、社会とのかかわりに関する尺度

項目として「正義・規範」尺度もあったが、その質問項目には「学校」や「クラスのみな」といった表現があることから臨床の看護師に向けたものとしては不向きであると判断し、「思いやり・礼儀」尺度を看護師の倫理的行動尺度を改訂するための基準関連妥当性を検討する尺度として適切であると判断し使用した。回答はオリジナルの尺度と同様に「非常に当てはまる」から「全く当てはまらない」の4件法で尋ねた。尺度の使用については開発者の許可を得て使用した。

### 3. 調査対象

本調査における実施施設は、日本病院会の会員一覧より全国8つの地域から200床以上の病院をそれぞれ3~4施設ランダムに選定した。また、質問紙の配布数は1施設あたり100部（一部施設50部）とし、合計2,500部のアンケート調査を行った。なお、属性については、性別、年齢、勤務年数（経験月数）、役職、学歴、病棟などの所属を尋ね、施設を特定する質問については、本研究の目的と照らし合わせ倫理的配慮に基づき尋ねなかった。

### 4. 倫理的配慮

本研究は個人の特定、また所属施設の特定ができないよう所属施設名も含め無記名直筆調査で行った。また、研究への参加は強制がなく自発的なものであり、不参加による不利益は一切生じないことを施設への研究依頼時に所属長に口頭と書面にて説明し、研究協力者には質問紙の配布時に同様の内容を書面で説明し同意書に署名していただいた。ただし、データの返却を条件に調査に協力していただいた施設はこの限りではなく、当該施設の協力者には施設内であっても個人の特定は不可能な状態で質問紙を回収し、データとして施設に返却することを施設の研究協力担当者より説明していただき、調査対象者の同意のもとに実施した。

なお、質問紙と同意書はそれぞれが結びつかないよう別々に返送していただいた。また、本研究は帝京大学福岡医療技術学部の研究倫理委員会の承認を受けて実施した（帝福倫17-06）。

## III. 結果

2,500部の質問紙を配布し1,701部の回収があった（回収率68%）。そのうち同一の選択肢にチェックがされてある回答や、3分の1以上の欠損値があるアンケートを除いた1,491部を選定した。選定した1,491部のアンケートのうち、改訂版倫理的行動尺度の全28項目（平均値（以下： $M$ ）=4.38、標準偏差値（以下： $SD$ ）=0.50）において欠損値を含む天井効果や床効果（ $M_s=2.50\sim6.00$ 、 $M\pm 1SD$ が6を超えるおよび1を下回る）を確認し、該当したアンケートを除いた1,295部を因子分析の対象とした（最終有効回収率

51.8%）。また、尺度項目について天井効果や床効果の算出を行った結果、削除対象となる項目はなかったため全28項目を分析の対象とした。さらに、各質問項目と尺度得点、因子得点（下位尺度得点）をヒストグラム化、また、Q-Qプロット化して可視化したところ、すべてにおいておおよそ正規分布を示した。

### 1. 対象の属性

分析対象とした1,295部（男性107名、女性1,185名、年齢 $37.67\pm 9.58$ 歳、経験年数 $15.00\pm 9.27$ 年）のアンケートのうち、無回答を除いた対象者の属性は以下のとおりである。所属は、内科系（ $n=272$ ）、外科系（ $n=169$ ）、混合（ $n=365$ ）、超急性期（ $n=212$ ）、産婦人科（ $n=37$ ）、小児科（ $n=50$ ）、緩和ケア（ $n=9$ ）、外来（ $n=35$ ）、精神科（ $n=9$ ）、手術室（ $n=42$ ）、その他（ $n=81$ ）であった。なお、急性期にはICU、CCU、救急外来、救急病棟などを含む。役職は、スタッフ（ $n=957$ ）、管理職（ $n=322$ ）、その他（ $n=11$ ）であった。なお、管理職には、主任や師長などを含む。最終看護教育過程は、3年過程（ $n=1,125$ ）、大学（ $n=129$ ）、大学院（ $n=10$ ）、その他（ $n=23$ ）であった。対象者の属性を表1に示す。

表1 対象者の属性

項目	人数	(%)
所属		
内科系	272	21.0
外科系	169	13.1
混合	365	28.2
超急性期	212	16.4
産婦人科	37	2.9
小児科	50	3.9
緩和ケア	9	0.7
外来	35	2.7
精神科	9	0.7
手術室	42	3.2
その他	81	6.3
役職		
スタッフ	957	73.9
管理職*	322	24.8
その他	11	0.8
最終看護教育課程		
3年課程	1,125	86.9
大学	129	10.6
大学院	10	0.8
その他	23	1.8

$N=1,295$

\*管理者は師長・副師長・主任を含む

表2 倫理的行動尺度改訂版の因子分析結果

項目内容	F1	F2	F3	
リスク回避：5項目				
12. 私のケアは常に患者への安全が配慮されている。	.880	-.020	-.061	
11. あくまでも危険防止を目的とし、最低限の身体抑制にしている。	.625	-.033	-.023	
10. 私は常に清潔操作を徹底している。	.607	.045	.032	
5. 患者の安全について常に危険を予測している。	.517	.241	-.047	
21. 患者の個人情報の保護は徹底している。	.457	.052	.117	
善いケア：5項目				
24. 患者の話を聴く機会を積極的に作っている。	-.062	.675	.034	
28. インフォームドコンセントの支援のために、他職種とのコミュニケーションに日頃から取り組んでいる。	-.001	.672	-.052	
22. インフォームドコンセントの場面では、患者の意思表示がしやすいような雰囲気作りを行なっている。	.088	.546	-.038	
17. 患者のケアには常に最善を尽くしている。	.161	.463	.060	
3. いつも善いケアとはなにかを考えながら実践している。	.173	.451	.043	
公正なケア：5項目				
13. 患者に対する好みで優先順位が変わることがある。	.077	-.170	.745	
2. 自分の好みで患者に対するケアに差が生じることがある。	.115	-.150	.666	
14. 面倒なケアは億劫になる。	-.170	.188	.557	
19. コンプライアンスの悪い患者へのケアは消極的になる。	-.098	.142	.539	
23. 複数の患者の心身に配慮した公平なケアができていない。	.071	.182	.414	
因子間相関	F1：リスク回避	—	.65	.38
	F2：善いケア		—	.44
	F3：公正なケア			—
Cronbach $\alpha$ 係数：全15項目 = .84	各下位尺度項目	.78	.75	.74
Kaiser-Meyer-Olkinの標本妥当性の測定度値：.89				
適合度検定： $\chi^2=5331.76, df=105, p<.001$				

$N=1,295$  最尤法 プロマックス回転 公正なケアの質問項目はすべて逆転項目として処理

## 2. 探索的因子分析の結果

探索的因子分析（最尤法、プロマックス回転）の結果、固有値とスクリープロットから3つの因子を抽出した。そこで3因子を指定し因子分析を繰り返した。なお、項目の選択は因子負荷量が.40以上を示す項目を採用した。因子分析の結果、最終的に15項目の質問項目を採用し、信頼性係数を算出した。因子はそれぞれ「リスク回避 ( $\alpha=.78$ )」「善いケア ( $\alpha=.75$ )」「公正なケア ( $\alpha=.74$ )」と命名した。なお、尺度全体の信頼性係数は.84であった。因子分析の結果を表2に示す。

## 3. 基準関連妥当性の検討の結果

3つの因子を下位尺度として尺度得点を算出し（リスク回避  $M=4.66, SD=0.58$ 、善いケア  $M=4.23, SD=0.60$ 、公正なケア  $M=4.20, SD=0.73$ ）、玉田ら<sup>8</sup>の「思いやり・礼儀」尺度 ( $M=3.09, SD=0.30$ ) との相関を検討した。その結果、倫理的行動尺度の各

表3 各下位尺度得点

	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
倫理的行動尺度	1,295	2.60	5.73	4.36	0.50
リスク回避	1,295	2.60	6.00	4.66	0.58
善いケア	1,295	1.40	6.00	4.23	0.60
公正なケア	1,295	1.20	6.00	4.20	0.73
思いやり・礼儀尺度	1,268	2.10	4.00	3.09	0.30

表4 尺度（因子）間の相関

	2	3	4	5
1. 倫理的行動尺度	.78*	.81*	.76*	.51*
2. リスク回避		.58*	.32*	.44*
3. 善いケア			.37*	.41*
4. 公正なケア				.35*
5. 思いやり・礼儀尺度				—

$r$  = Pearsonの相関係数

\* $p<.001$

下位尺度と「思いやり・礼儀」尺度の間に中等度の正の相関が示され ( $r_s = .35 \sim .44$ )、尺度全体でも中等度の正の相関が示された ( $r = .51$ )。下位尺度得点の一覧を表3に、下位尺度間の相関を表4に示す。

#### IV. 考察

##### 1. 尺度の構成について

本尺度の開発は生命倫理4原則の各原則の概念に依拠した日常における臨床の看護師の行動について測定するものであり、本研究も同様に、質問項目の追加・修正を行った。したがって、改訂した本尺度も臨床特有の原則間でのジレンマや感受性を問うものではなく、1つの質問項目が原則間にまたがるものではない。そこで、改めて実際に観測されたデータから因子を推測するための手法という本来の因子分析に基づいて考えると、この4原則に依拠した質問項目(変数)から3つの因子が抽出されたことは、臨床の看護師の倫理的な行動は、4原則を踏まえると、「リスク回避」「善いケア」「公正なケア」という3つの因子(説明変数)を背景に倫理的な行動をとっていると言える。この3つの因子を構成する質問項目の中に、無危害原則に依拠した質問項目は採用されなかった。臨床のどの領域にも共通する看護師の日常のケアを振り返るとき、Beauchampら<sup>11</sup>の述べる無危害原則を反映したケアは少ないのだろうか。Frankena<sup>12</sup>は、無危害と善行を合体させて一つの原理(慈愛の原則)とし、1. 害悪や危害を加えてはならない。2. 害悪や危害を予防しなければならない。3. 害悪や危害を除去しなければならない。4. 善を実行するか、あるいは促進しなければならないとしているが、Beauchampら<sup>11</sup>はこの1に該当するものを無危害原則とし、2から4を善行原則と区分している。大出<sup>9</sup>は本尺度を開発したときに、注射の技術や気管吸引などは、その行為により「危害」がないというより、その行為によって「善」を創出するものに近いと述べている。確かに、不適切な気管吸引による低酸素状態といった危害や、採血などによる橈骨神経麻痺のリスクなど、危害となりうるケアは日常にも潜んでいる。また、経管栄養のための胃管の経鼻挿入など、その手技如何では患者の生命に関わるが、近年では医師が行う場合が増えている。これらリスクの高い日常的な手技は看護師が行っているが、そもそも臨床看護師にとって無危害原則に則った行動と認識されていない可能性がある。因子分析によって無危害原則を反映する項目が採用されなかったのは、日本の臨床で働く看護師の多くは、特定行為として患者に危害となるような侵襲の強いケアを実施する場面は少なく、そのため行動評価の変数として無危害原則の質問項目があがらなかったという可能性と同時に、日常で提供しているケアが患者にとって危害となりうるという認識が薄い可能性も考えられ

る。これらは、改めてわれわれが提供する看護技術による患者への影響を再吟味していく必要があるとともに、特定行為に関しては、それらを実践する看護師が増えていくことで今後の臨床看護師のケアに対する認識が変化してくかもしれない。いずれにせよ、今回の因子分析の結果では、日本の看護師は無危害原則以外の3原則に依拠した行動を認識していることが示された。それらを踏まえて3つの因子の枠組みの概要について考察を続ける。

「リスク回避」因子についてだが、この質問項目を概観すると、危険防止や感染リスクの回避と除去など、そのすべてにリスクコントロールが当てはまる。患者のためにリスクを回避し低減する行動をとることは4原則でいうならば善行原則の害悪や危害の予防や除去に該当するだろう。そもそもリスクコントロールはリスクマネジメントのプロセスの一つであるが、その中身にリスクの回避、除去(低減)というものがある<sup>13</sup>。したがって、善行原則に依拠しつつ、その中の害悪の予防や除去という観点に焦点があたっているこの因子を「リスク回避」と命名した。

続いて「善いケア」と命名した因子の質問項目を見ると、質問項目24、28、22は患者の自律を促進するための行動と言えるが、質問項目17、3の項目はFrankena<sup>12</sup>の慈愛の原則にあてはまり、Beauchampら<sup>11</sup>でいうところの善行原則となる。したがって、この「善いケア」因子は、患者の自律尊重原則と善行原則が互いにオーバーラップしたものであると言える。臨床において患者の自律を尊重することと、患者にとって最善と思えるケアは常に同一線上になるとは限らず、時に価値が対立しジレンマが生じる<sup>14</sup>。本尺度は、具体的な事例を想定して行動を選択するのではなく、普段の日常のケアでどのような点に注意を払って行動しているかを尋ねており、ほかの変数と合わせてその行動を尋ねることで倫理的な行動を評価するものとなっている。それを踏まえて因子分析の結果を考えるならば、この因子の質問項目の構成から、本研究において、臨床の看護師は患者にとって最善と考えるケアを提供するとき、そこに患者の自律を尊重することを重要な要因として位置付けていることが考えられる。質問項目の17と3は、因子を構成するほかの質問項目と比べて抽象度が高い。すなわち、「患者のケアには最善を尽くしている」ことの具体的な行動として「患者の話聞く機会を積極的に作っている」などと認識している可能性が高い。Kreuterは、「患者を理解し相互信頼関係を作り上げることは、『よい看護』の重要な要素である。…援助活動とコミュニケーション能力…は、ほかの看護活動全体の質の向上に影響を及ぼす<sup>10</sup>と述べているとおり、われわれは患者に対して善いケアを提供しようとするとき、その患者の理解に努めることでその患者にとって善いケアとは何か

を考え、そのためにも患者とのコミュニケーションを通して患者の自律を汲み取るという行動に出るのではないだろうか。興味深いのは、対立する原則を現す質問項目が同一の因子に反映されたことであり、「看護師が患者にとって最善と考えるケアは常に患者の思いと合致しているわけではない」という臨床でよく垣間見るジレンマの実態が示された可能性がある。これは看護師によるケアの提供だけにあらず、医師が最善の治療と考えるものが患者の意に反する場合があるというジレンマにおいても同様であろう。そのようなジレンマを抱えながらも、看護師は患者に対していかに善いケアを提供することができるかということに尽力していることが伺える。これらを踏まえて、本因子を「善いケア」と命名した。

もう一つの「公正なケア」を構成する質問項目に関しては、そのすべてが公正原則に依拠したもので構成され1つの因子として抽出されている。大出<sup>5</sup>は公正には資源の分配という視点もあるため、その視点を補う質問項目が必要であると述べていたが、今回改訂した倫理的行動尺度の採用された質問項目から資源の分配を尋ねた項目が因子や因子負荷量の基準から採用されなかったことを考えると、臨床の看護師の倫理的な行動はあくまで自分自身と患者に焦点をあてたものであることがわかる。自分自身も含めた、時間や物品の資源の公正な配分という視点は医療者としては重要なものであり、それらを意識した倫理的な行動が求められることから、今後の臨床の看護師の課題とも言えるだろう。今回は、改訂した尺度を構成する質問項目を概観した時に、そのすべてが患者に焦点をあてたものであるため、尺度全体の構成を考えてこの5つの質問項目を採用し「公正なケア」因子と命名した。

これら3つの因子間の相関はすべて中等度の正の相関が示され ( $r_s = .33 \sim .59$ )、看護師の倫理的行動尺度として統計的なまとまりは得られた。しかし、本尺度の改訂は、基の尺度の開発時にならい生命倫理の4原則の概念を基に実施したが、臨床の看護師の倫理的行動の根底には、すくなくとも生命倫理の4原則とは異なるパラダイムの存在が示された。看護倫理は、本尺度で取り上げた原則の倫理のほかに、ケアの倫理や徳の倫理などさまざまな枠組みを基に研究がなされているが、臨床の看護師が取り組んでいる実践知を基にその根底にあるものをさらに吟味していく余地が示されたのではないかと考える。

## 2. 基準関連妥当性の検討について

基準関連妥当性の検討の結果、倫理的行動尺度の各下位尺度と「思いやり・礼儀」の間に中等度の正の相関が示された(下位尺度  $r_s = .35 \sim .44$  尺度全体  $r = .51$ )。大出<sup>5</sup>は本尺度の開発時に基準関連妥当性を改訂道徳的感受性質問紙日本語版(以下: J-MSQ)<sup>2</sup>を用

いて検討したが(下位尺度  $r_s = .09 \sim .41$  尺度全体  $r = .38$ )、J-MSQの尺度の信頼性の問題や、行動評価としてほかの倫理観と関連がある尺度との検討の必要性を課題としている。今回は、倫理観と関連があるパーソナリティを測定する尺度として、道徳的規範尺度の「思いやり・礼儀」尺度の質問項目10項目を使用して相関を検討した。J-MSQが感受性を評価する尺度であるのに対して、この下位尺度の項目は先に述べたとおり他人とのかかわりに関する基本的な道徳を問うものであり、その項目はすべて行動を評価するものとなっている。また、その質問項目は言葉遣いや御礼、謝罪、丁寧な説明など、人としての基本と言える道徳的な行動を問うもので構成されており、看護師の倫理的行動尺度との相関を検討するのに妥当な尺度であると言える。その尺度を用いて検討した結果、下位尺度と尺度全体で中等度の正の相関が見られたため、看護師の倫理的行動尺度改訂版は基本的な道徳を基盤にし、臨床の看護師の倫理的行動を評価するものとして妥当であると判断した。

## 3. 本研究の限界と今後の課題

本尺度は生命倫理4原則の概念に従い、それぞれの原則に依拠した質問項目を考案し作成されたものである。因子分析の結果、領域を問わずどの臨床の看護師にも対応する尺度としてある程度対応できたものの成人病棟以外の調査数は十分とは言えない。また、本調査では一般病棟から超急性期の所属も同時に調査を行ったが、所属別の特徴に準じた質問項目となっているとは言い難い箇所もある。基本的には一般病棟の看護師を対象とした尺度ではあるが、今後はほかの質問項目の表現も含めてすべての所属を対象とすべく修正する余地もある。さらに、本調査では調査対象を全国8つの地域から3~4施設選出したが、本来ならば、ベッド数など病院の規模や特徴別にグルーピングしてから無作為抽出する方法が妥当であると言える。今後も、看護師の業務拡大や臨床教育と並行して尺度の妥当性を吟味し続けると同時に、調査対象を広げより本尺度の精度を高めていく必要がある。

## V. 結論

各因子の信頼性係数の結果、そして基準関連妥当性を検討した尺度との相関からみても、以前の倫理的行動尺度よりも理論的弁別性と統計的弁別性の双方が確保されたと考える。そして、質問項目においても行動を評価するものとなり、これらから改訂版倫理的行動尺度の信頼性と妥当性は確保されたと考える。加えて、今回の調査は小規模病院を含まずとも全国各地より対象施設を選定した。尺度の質問項目数や調査対象数から考えても、ある程度標準化された尺度と言えるだろう。

## 謝 辞

本研究を行うにあたり、質問項目の検討でご助言いただいた静岡大学人文社会科学部の堂園俊彦先生、また因子分析についてご助言いただいた静岡大学人文社会科学部の橋本剛先生、杉本解析サービスの杉本典夫先生、また研究調査にご協力いただいた各施設の所属長ならびに臨床の看護師の皆様は厚く感謝申し上げます。

## 助 成

本研究は、平成29年度から平成30年度日本学術振興会科学研究費17H07122（研究活動スタート支援）の助成を受けて行った。

## 利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

## 文 献

1. 中村充浩, 河野梢子. 日本看護倫理学会年次大会予稿集にみる日本における看護倫理の変遷. 日本看護倫理学会第11回年次大会抄録集. 2018; 109.
2. 前田樹海, 小西恵美子. 改訂道徳的感受性質問紙日本語版(J-MSQ)の開発と検証: 第1報. 日本看護倫理学会誌. 2012; 4(1): 32-37.
3. 角智美, 森千鶴. 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. 日本看護倫理学会誌. 2018; 10(1): 36-44.
4. 石原逸子, 赤田いづみ, 福重春菜他. 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. 2018; 10(1): 60-66.
5. 大出順. 看護師の倫理的行動尺度の開発. 日本看護倫理学会誌. 2014; 6(1): 3-11.
6. Thompson JE, Thompson HO. 1992/ケイコイマイ・キシ, 竹内博明監修, 山本千紗子監訳. 2008. 看護倫理のための意思決定10のステップ. 東京: 日本看護協会出版会.
7. 和泉成子. 第II章 看護倫理のアプローチ2. 原則の倫理. 小西恵美子編. よい看護・よい看護師への道しるべ. 東京: 南江堂; 2014.
8. 玉田和恵, 松田稔樹, 遠藤信一. 3種の知識による情報モラル判断学習を実施するための道徳的規範尺度の作成とそれに基づく学習者の類型化. 教育システム情報学会誌. 2004; 21(4): 331-342.
9. 玉田和恵, 松田稔樹. 「3種の知識」による情報モラル指導法の開発. 日本教育工学会論文誌. 2004; 28(2): 79-88.
10. Henderson VA, Kreuter FR. 2. 看護の本質. 11. よい看護ケアとは. In: Mead M, Henderson VA, Johnson DE et al. eds. 1964/総合看護編集部編, 稲田八重子, 池田明子, 上岡澄子他訳. 1996. 新版・看護の本質《看護学翻訳論文集1》. 東京: 現代社.
11. Beauchamp T, Childress J. 2001/立木教夫, 足立智孝監訳. 2009. 生命医学倫理. 第5版. 千葉: 麗澤大学出版会.
12. Frankena W. 1963/杖下隆英訳. 1967. 哲学の世界2 倫理学. 東京: 培風館.
13. 藤江俊彦. 第三章 リスクマネジメントの手法と展開. 藤江俊彦. 第五版 実践危機管理読本—リスクマネジメントの基本から不祥事・災害対策まで. 東京: 日本コンサルタントグループ; 2016.
14. Fry ST, Johnstone M-J. 第1章 価値形成と価値の対立. In: Fry ST, Johnstone M-J. 1994/片田範子, 山本あい子訳. 2011. 看護実践の倫理 第3版 倫理的意決定のためのガイド. 東京: 日本看護協会出版会.