

医療現場における看護倫理研修に関する実態調査： 中部地区を対象にした調査より

*A questionnaire survey on nursing ethics training in hospitals:
Investigation in central Japan area*

伊藤 千晴¹ 早瀬 良² 栗田 愛¹ 篠崎恵美子¹

Chiharu ITO

Ryo HAYASE

Ai KURITA

Emiko SHINOZAKI

キーワード：看護倫理、倫理研修、継続教育

Key words : nursing ethics, ethics training, continuing education

本研究は、医療現場における看護倫理に関する研修の実態を明らかにし、より効果的な研修のあり方を検討することを目的とし、410カ所の看護教育を担当する看護師を対象に質問紙調査を行った。有効回答は161病院であり、約86%が看護倫理研修を実施していた。研修の総時間は平均2～3時間、講義中心から対象者の経験年数が増えるほど、講義と演習を組み合わせた形態となり、参加については強制から任意になる傾向であった。事例検討を行っている病院の約56%が問題解決のための枠組みを用いていた。病床数400床以上の病院は400床未満と比べ研修を実施している割合が高く、複数の診療科を有している病院は単科の病院と比べ研修を実施している割合が高い傾向にあった。今後は、ファシリテーターの育成を目指した教育内容や近隣の病院間での協力や教育機関の協同での研修の実施などのあり方が示唆された。

I. 緒言

日本の医療現場の特徴として、超高齢化社会、疾病構造の変化、医療技術の高度化などがあげられる。その結果、看護職者はさまざまな倫理的問題に遭遇している。例えば、生命の危機的状況にある患者への救命治療が中心の急性期医療の領域では、後期高齢者、何らかの支援や介護が必要な人や認知症を伴っている人が骨折や誤嚥性肺炎で在宅または病院から運ばれてくるケースが増えている。それに伴い、急性期医療という場や状況の特殊性から、状況の急激な変化、医療提供の場の閉鎖性、本人の意思確認の困難さなど、倫理判断や権利擁護に大きな問題があると言われている¹。近年では、インターネットが普及し、知りたい情報をすぐに調べることができるようになった反面、個人情報の漏洩に関するトラブルが増えている。看護者は、個別性のある適切な看護を実践するために、対象となる人々の身体面、精神面、社会面にわたる個人的な情

報を得る機会が多い。個人的な情報を得る際には、その情報の利用目的について説明し、職務上知り得た情報について守秘義務を遵守する。診療録や看護記録など、個人情報の取り扱いには細心の注意を払い、情報の漏出を防止するための対策を講じる²。実際の現場では、医療情報の開示、チーム内での多職種間の情報共有のあり方などの課題が報告されている³。このような背景から、医療現場では倫理的な判断ができる人材の育成が強く求められてきている。2010年4月、厚生労働省は基本的な臨床実践能力を獲得し、看護の質の向上および看護基礎教育で習得する看護実践能力との乖離を埋めることで早期離職防止を図ることを目的として、各病院の新人看護職の卒後臨床研修を努力義務化した⁴。また医療の質の向上を目標に、日本医療評価機構が示している病院評価⁵には、患者中心の医療の推進に関する審査項目として、患者の権利、インフォームドコンセント、個人情報保護、プライバシー、倫理的課題についての病院の方針などが示され

1 人間環境大学看護学部看護学科 University of Human Environments, Graduate School of Nursing

2 中部大学生命健康科学部保健看護学科 Department of Nursing, College of Life and Health Sciences, Chubu University

ている。

以上のことを受け医療現場では、積極的な倫理に関する研修が実施されていると予測でき、倫理的問題を解決するための枠組みとして、Jonsenらの症例検討シート(4分割法)⁶、トンプソンの意思決定のための10ステップモデル⁷、Johnstoneの倫理的意思決定モデル⁸、清水哲郎が開発した「臨床倫理検討シート」⁹などが紹介されている。これら問題を解決するための枠組みを使用するという事は、看護師個々の思考が整理され、今後の看護ケアに向けての看護の質の向上や看護師の感性を養うことにつながると考えている。しかし一方で枠組みを使用し倫理的問題が把握でき、方向性が示されたとしても解決が自ずと導かれるものではない。そのため医療現場では、看護倫理の研修をどのように企画・運営すればよいのか試行錯誤の状況ではないかと予測する。先行研究では、ほとんどが1施設における研修の成果に関する報告にとどまり、一般化できる結果を見出すことはできなかった。そこで本研究では、医療現場での看護倫理に関する研修の実態を明らかにし、より効果的な看護倫理研修のあり方を検討したのでここに報告する。

II. 研究目的

医療現場における看護倫理に関する研修の実態を明らかにし、より効果的な研修のあり方を検討することを目的とする。

III. 研究方法

本研究は無記名自記式質問紙調査票を用いて調査した。

1. 調査対象

中部地区9県における200床以上の病棟を有する全病院約407カ所の看護教育を担当する看護師、各病院1名を調査対象とした。200床以上の病院には、医療従事者に対する研修の実施要件があるため、今回の対象とした。

2. 調査手順

調査目的・方法を記載した調査への参加協力依頼書、無記名自記式質問紙調査票、および返信用封筒を1セットにした調査依頼封筒を対象者に直接送付した。記入された調査票は厳封したうえで返信用封筒に入れて返信してもらうことで匿名性を確保した。2週間以内に返送を依頼した。

3. 調査時期

平成28年6～9月

4. 調査内容

1) 無記名自記式調査票の主な項目

(1) 基本属性(年齢、性別、職位、経験年数、病床数等)
(2) 看護倫理に関する研修の有無と研修を行っている場合は、新人看護師(1～2年)、中堅看護師(3～5年)、中堅看護師(6～10年)、管理者あるいは経験11年以上の4つの対象者別に分けて、研修の総時間、研修形態、研修参加について強制か任意かの回答を求めた。また研修内容については対象者別に、以下の13の教育内容の実施の有無について回答を求めた。①倫理とは何かについて、②看護倫理の意義と目的、③生命倫理とは何かについて、④看護者の倫理綱領、⑤サラTフライの倫理原則、⑥看護倫理の歴史、⑦問題解決のための枠組み(4分割法、トンプソンの意思決定のための10ステップモデル、Johnstoneの倫理的意思決定モデル、臨床倫理検討シート等)、⑧守秘義務、⑨個人情報保護に関する事、⑩患者の権利とインフォームドコンセント、⑪終末期看護に関する事(脳死、臓器移植、尊厳死、リビングウィル、事前指示等)、⑫出生に関する事(代理出産、出生前胎児診断、遺伝子治療等)、⑬研究に関する倫理的配慮、その他13項目以外の教育内容については自由記載を求めた。

(3) 倫理的問題に対する事例検討会について、定期的に行っている、不定期だが行っている、行っていないの3段階で回答を求めた。定期的または不定期だが事例検討を行っている場合、問題解決の枠組みとして、Johnstoneの4ステップ倫理的意思決定モデル、臨床倫理の4分割法、清水哲郎の臨床倫理検討シート、口頭のみでのカンファレンス、の4つのうち使用しているものすべてに回答を求めた。また、その他の解決の方法を用いている場合は自由記載を依頼した。

(4) 事例検討会がその後の看護にいかされているかどうか回答を求め、その理由については自由記載を依頼した。

(5) 看護倫理研修に関する悩みや課題などについて自由記載を依頼した。

2) データの分析方法

(1) 基本属性、研修内容、事例検討会について単純集計を行った。加えて現在、医療現場で行われている看護倫理に関する研修の実態が病院の特徴(病院規模・診療科数)によって異なるのかを探索するためにt検定および χ^2 検定を行った。いずれも統計処理はSPSS Ver19.0を使用した。

(2) 事例検討に関する自由記載については、質的帰納的分析を行った。具体的には、事例検討会がその後の看護にいかされているかどうかの回答についてその理由に関連する部分を抽出し、コードを作成した。作成したコードを意味内容の類似性をもとに集約してカテゴリーを作成した。同じく看護倫理研修に関する悩み

や課題などについて関連する部分を抽出し、コードを作成した。作成したコードを意味内容の類似性をもとに集約してカテゴリーを作成した。4名の看護学研究仲間において検討を繰り返し、妥当性を確保できるように努めた。

5. 倫理的配慮

調査票は無記名とし、プライバシーの保護、調査協力の有無の自由な判断、および、否定的な見解の記述ができるよう配慮した。回答された調査票は返信用封筒にて返信してもらった。本調査では、送り先を管理するための住所録を持っているため、個人が特定できる同意書は取らず、回答の返信を持って同意とみなした。本研究におけるすべての手続きは、所属機関の倫理委員会の審査を受け、承認を得たのち行った(承認番号2015N-20)。

IV. 結果

中部地区9県における200床以上の病棟を有する全病院約407カ所のうち、調査協力が得られた対象者は161病院、161名であり、すべてを有効回答として分析を行った。回収率は39.6%であった。

1. 属性

回答した教育担当の看護師は、男性6名、女性155名であり、60代以上7名、50代が106名、40代が42名、40歳未満が6名であった。経験年数は30年以上が82名、20年以上30年未満が60名、10年以上20年未満が16名、9年以下が3名であった。職位は、看護部長2名、副看護部長24名、看護部付師長70名、病棟師長45名、副師長3名、主任4名、無記名13名であった。また161病院中、単科のみの病院が27病院、全体の16.8%であった。内訳は、精神科単科が23病院、小児科単科2病院、循環器単科が1病院、療養型病床群が1病院であった。病床数は平均が389.3床(標準偏差182.4、範囲200~1,035)であった。看護倫理に関する研修を行っている病院は161病院中139病院(86.3%)、行っていない病院は21病院(13.1%)、不明が1病院(0.6%)であった。以下、結果はすべて施設数で表記する。

2. 看護倫理に関する研修の実態

161病院の中で看護倫理の研修を行っている139病院の教育を担当する看護師を対象に新人看護師、中堅看護師(3~5年)、中堅看護師(6~10年)、管理者あるいは経験11年以上の4つの対象者別に分けて、研修の総時間、研修形態、研修参加について強制か任意かの回答を求めた。新人看護師を対象とした研修に関する回答は139病院中129病院であった。中堅看護師(3~5年)では112病院、中堅看護師(6~10年)では

94病院、管理者あるいは経験11年以上では79病院が回答をした。研修の年間平均総時間は対象により多少違いはあるもののいずれも2時間半程度(142~165分)であり、研修の形態は、新人看護師が対象では65病院が講義のみ、60病院が講義と演習であった。中堅看護師(3~5年)が対象では、33病院が講義のみ、70病院が講義と演習であった。中堅看護師(6~10年)が対象では、26病院が講義のみ、59病院が講義と演習であった。管理者あるいは経験11年以上が対象では、26病院が講義のみ、39病院が講義と演習であった。研修の参加は、新人看護師では107病院、全体の約82.9%が強制であり、任意は20、不明は2病院であった。中堅看護師(3~5年)では40病院、全体の35.7%が強制であり、任意は69、不明は3病院であった。中堅看護師(6~10年)では16病院、全体の17.0%が強制であり、任意は75、不明は3病院であった。管理者あるいは経験11年以上では、18病院、全体の22.7%が強制であり、任意は59、不明は2病院であった。

研修の実施の有無と病床数によりに違いがないかを検討した結果、研修を実施している施設($M=402.7$ 床)のほうが研修を実施していない施設($M=306.6$ 床)より病床数が有意に多いことが示された($t(156)=3.47, p<.01$)。複数の診療科を有しているか否かと看護倫理に関する研修の有無についてクロス集計を行った結果、有意な偏りが認められ、複数の診療科を有している病院は、単科の病院に比べ研修を実施している割合が高いことが示された($\chi^2(1)=15.02, p<.01$)。

3. 看護倫理に関する研修で行う教育内容

看護倫理研修を行っている139病院を対象に、13項目の教育内容について対象者別に回答を求めたところ、新人看護師では129病院から回答があった。50%以上の病院で実施されている教育内容として、「倫理(道徳)とは何かについて」、「看護倫理の意義・目的」、「看護者の倫理綱領」、「守秘義務」、「個人情報保護に関すること」、「患者の権利とインフォームドコンセント」があった。経験年数が3~5年の中堅看護師では112病院から回答があり、上記の教育内容に加え「問題解決のための枠組み」が教育内容に含まれていた。経験年数が6~10年の中堅看護師では、94病院から回答があり、経験年数が3~5年の中堅看護師の教育内容に「研究に関する倫理的配慮」が加えられた。管理者または11年以上の経験がある看護師では、79病院から回答があり、「倫理(道徳)とは何かについて」、「看護倫理の意義・目的」、「看護者の倫理綱領」、「守秘義務」、「問題解決のための枠組み」、「個人情報に関すること」が50%以上の病院で実施されている教育内容であった。その他、13項目以外の教育内容として、それぞれ1病院のみではあるが、「ケアリングの倫理」、「接

表1 看護倫理研修で実施されている教育内容

教育内容	対象者	新人看護師	中堅看護師	中堅看護師	管理者
		1~2年	3~5年	6~10年	11年以上
	回答数(率)	129 (92.8%)	112 (80.6%)	94 (67.6%)	79 (56.3%)
①倫理(道徳)とは何かについて		118	68	56	45
②看護倫理の意義と目的		113	71	59	46
③生命倫理とは何かについて		48	33	33	27
④看護者の倫理綱領		120	78	57	44
⑤サラTフライの倫理原則		18	22	23	13
⑥看護倫理の歴史		33	20	18	10
⑦問題解決のための枠組み(臨床倫理の4分割法、4ステップモデル等)		40	64	58	46
⑧守秘義務		117	61	51	41
⑨個人情報に関すること(プライバシーを含む)		115	64	49	39
⑩患者の権利とインフォームドコンセント(告知等含む)		84	67	54	38
⑪終末期看護に関すること(脳死、臓器移植、尊厳死、リビングウィル、事前指示等)		29	39	39	29
⑫出生に関すること(代理出産、出生前胎児診断、遺伝子治療等)		5	8	10	9
⑬研究に関する倫理的配慮		32	52	48	34

N=139

表の数字は施設数を示す。50%以上の病院で実施されている教育内容を太文字で示す。

遇、「法律」などがあつた。詳細は表1に示す。

4. 倫理問題に関する事例検討について

倫理的問題について、定期的に事例検討会を行っている病院は161病院中29病院(18.0%)、不定期だが行っているのは92病院(57.1%)、行っていないのは38病院(23.6%)、無記名2病院であつた。定期的、または不定期だが事例検討会を行っている病院121病院に事例検討を行う際の方法について回答を求めたところ、何らかの問題解決のための枠組みを用いている病院は68病院、56.1%であつた。具体的には、Johnstoneの4ステップ倫理的意図決定モデルは18病院(14.9%)、臨床倫理の4分割法は58病院(47.9%)、清水哲郎の臨床倫理検討シート12病院(9.9%)、口頭のみでのカンファレンスは49病院(40.4%)であつた。(複数回答有)その他として、病院独自のシートを使用しているのが4病院、看護者の倫理綱領が6病院であつた。

事例検討会がその後の看護に生かされているかについては121病院中、生かされている88病院(72.7%)、生かされていない23病院(19.0%)、無記名10病院(8.3%)であつた。その理由について自由記載を求めたところ、事例検討がその後の看護に生かされていると回答した88病院からは102の記述文が抽出され、7つのカテゴリーに整理ができた。『チームや多職種と看護の方向性や方針を共有できる』25記述文、『倫理的感性が養われる』19記述文、『患者・家族の思いや考えを踏まえて考えられる』16記述文、『看護計画に反映し、看護の質の向上・実践に生かされている』

14記述文、『他の事例に生かせる』11記述文、『倫理的な風土につながる』10記述文、『倫理的側面に基づいて意思決定ができる』7記述文であつた。『チームや多職種と看護の方向性や方針を共有できる』では、「病棟で起きたことを多職種で話し合い、方向性や方針を共有している」、「問題点や解決法などをチームで共有し方向性を明確にしていくようにしている」、「問題について共通認識することで対応の統一化ができる」などがあつた。また『倫理的感性が養われる』では、「看護は倫理に基づいていることを改めて自覚できる」、「自己のジレンマの解決につながる」、「事例検討を重ねることで倫理的感受性を高め、対応するための行動力を持てるようになってきている」などがあつた。『患者・家族の思いや考えを踏まえて考えられる』では、「患者・家族の選択に関しての対応が変化すると感じている」、「患者・家族の思いの共有、カンファレンスの開催、医師との連携ができる」、「患者の立場に立つということの訓練になる」などがあつた。『看護計画に反映し、看護の質の向上・実践に生かされている』では、「看護計画に反映させている」、「カンファレンスで話し合ったことが計画となり、スタッフが同じ方向に対応できている」、「看護計画やケア実施にいかされている」などがあつた。

一方、事例検討がいかされていない理由として22の記述文が抽出され、整理すると「評価が難しい」が一番多く7記述文抽出された。次に「同じような事例が起きる」、「問題解決技法を使用していない」、「検討会の回数が少ない」などがあつた。

表2 看護倫理研修に関する悩みや課題

カテゴリー名	サブカテゴリー名	記載文	記載数
研修の内容や方法に関すること 91記述文 (68.4%)	内容や進め方 58記述文	検討会の内容や進め方がわからない	17
		倫理的感性を養うにはどうしたらいいかわからない	10
		管理者や指導者の考えが大きく影響をしまう	5
		院内全体での研修会が持てない	4
		今のやり方がいいのかわからない。評価が難しい	4
		答えをすぐに求めることが多く教育が難しい	3
		もっとわかりやすい問題解決の方法があればいい	3
		倫理という難しいイメージをもってしまう	3
		医師との意見が合わない	2
		問題解決技法を使用することは負担	2
		批判に終わってしまう	2
		参加人数が少ない	2
		病棟によってやり方が違う	1
	時間調整	多職種参加が必要と思うが、時間調整が難しい	11
	17記述文	業務が忙しく、倫理に関する時間が取れない	6
	継続した活用の仕方 16記述文	風土が育たない	4
		研修会で学んでも院内で活用するのは難しい	4
		問題解決技法がうまく活用できない	2
		口頭だけの検討で終わってしまう	2
		次の事例に生かせない	2
		事例検討が継続されない	2
人材に関すること 31記述文 (23.3%)	企画運営する人材がいらない 31記述文	ファシリテーターとなる人材がいらない	17
		講師がいらない	9
		倫理に関する研修会を企画できる人材がいらない	5

問題解決のための枠組みを事例検討で活用しているか否かと病床数の関連を検討するために、問題解決のための枠組み(活用有・活用無)×病床数(400床未満・400床以上)のクロス集計を行った。病床数を400床で区分したのは、本対象の病床数の平均値が388床(中央値316床)と病院の機能分類の基準を考慮したためである。 χ^2 検定の結果、有意な偏りが認められ、400床以上の病院は400床未満の病院に比べ問題解決のための枠組みを使用している割合が高いことが示された($\chi^2(1) = 12.01, p < .01$)。

看護倫理研修に関する悩みや課題などについて自由記載を依頼した結果、133の記録単位が抽出され、意味内容の類似性をもとに集約して2つのカテゴリー『 』と4つのサブカテゴリー〈 〉を作成した。『研修の内容や方法に関すること』91記述文(68.4%)では、〈内容や進め方〉58記述文、〈時間調整〉17記述文、〈継続した活用の仕方〉16記述文の3つのサブカテゴリーに整理ができた。〈内容や進め方〉では、「検討会の内容や進め方がわからない」、「倫理的感性を養うにはどうしたらいいかわからない」、〈時間調整〉では、「多職種の参加が必要と思うが、時間調整が難しい」、「業務が忙しく、倫理に関する時間が取れない」、

〈継続した活用の仕方〉では、「風土が育たない」、「研修で学んでも院内で活用するのは難しい」などがあった。『人材に関すること』31記述文(23.3%)では、〈企画・運営する人材がいらない〉31記述文のサブカテゴリーに整理ができた。〈企画・運営する人材がいらない〉では、「ファシリテーターとなる人材がいらない」、「倫理に関する研修会を企画できる人材がいらない」などがあった。詳細を表2に示す。

V. 考察

1. 看護倫理研修の実態と課題

今回の結果から、161病院中139の病院で看護倫理に関する研修が行われており、研修時間は年間平均2～3時間、研修形態は、新人看護師では講義が中心であるが、経験年数が増える中堅看護師や管理者を対象とした研修では、講義と演習の組み合わせが増えていく傾向にあった。研修の参加については、新人看護師は強制であるのに対し、中堅看護師、管理者と経験年数が増えるほど、研修の参加は任意が多くなる傾向であった。大橋¹⁰の報告では、4回の看護倫理研修会を開催し、1回目のみ講義、その後は事例検討を行った結果、研修後は倫理的行動への自信につながったと評

価している。また研修は単回ではなく継続的に行うほうがより効果的であることが示されていた。亀山ら¹¹は、卒後3年目を対象とした看護倫理研修での評価を報告している。180分で講義と事例検討を行い、その結果、研修後では看護師としての責任の重さ、看護倫理の重要性が理解できている。そして継続的な事例検討や倫理カンファレンスを定着させる必要性を示している。また演習を取り入れるメリットとしては、「積極的に発言し、討論できるということは、その問題について十分な予備知識をもち、演習を効果的に活用できるほど知的水準が向上していることを意味する。参加を重ねることで意見をよりはっきりと述べるようになり、批判的な考えもでき、問題に対してより系統だった科学的方法で対処していくようになる」¹²とされている。今回、演習で行う具体的な内容については回答を求めなかったが、経験年数が増えるほど講義と演習を組み合わせた形態が多くなるということは、知識の習得にとどまらず、多様な考え方の理解やその多様性の中での自分の考えを吟味しほかの考え方と交流することを学ぶことになり、患者にとってよりよい看護ケアを考えることにつながる。また、病床数の多い病院のほうが看護倫理に関する研修が行われ、単科の病院は複数の診療科を有している病院に比べ看護倫理に関する研修の実施が少ない傾向が示された。今回対象となった単科の病院は27病院と数が少なく、その原因まで言及できないのは本研究の限界である。しかし診療科の数や病床数にかかわらず看護倫理に関する研修の実施は望まれる。人的・物理的な制限があるとしたら、近隣の病院間での協力や大学などの教育機関との協同で研修ができる環境を整えていくなどのあり方を検討する必要があると思われる。

看護倫理研修で行われている教育内容について新人看護師を対象とした結果は、厚生労働省が示している「新人看護職員研修ガイドライン」の中の4つの目標を反映している教育内容だと考える。そのため新人看護師に対しては、倫理的問題を解決するための基礎的な知識の教授が中心となり、参加を強制としている病院が多いことが明らかになった。中堅看護師3年目以上になると、問題解決のための枠組み（臨床倫理の4分割法、4ステップモデル等）が教育内容に入ってくることは着目すべき点である。「看護者の倫理綱領」およびそれに基づく守秘義務や個人情報に関すること、インフォームドコンセントなどは重要な教育内容ではあるが、知識だけでは倫理的問題に遭遇した時の解決にはつながりにくい。そこで看護倫理に関する基礎的な知識を併せて、問題を解決するための枠組みを教授し、その後の事例検討に生かしていく必要があると考える。

2. 事例検討の有用性と課題

倫理的問題に関して定期的、または不定期ではあるが事例検討を行っている病院は、161病院中121病院（75.2%）であった。そのうちの68病院（56.1%）は、何らかの問題解決のための枠組みを用いている実態が明らかになった。ここでいう問題とは「検討や解決可能な問題」であり、「目標が定められている問題」である¹³。そして一貫した倫理の視点、つまり問題解決のための枠組みを提供してくれるものとして症例検討シート、意思決定のための10ステップモデル、倫理的意思決定モデルなどが使用されている。事例検討を行う際、問題はあるが、その問題が倫理的かどうかわからないという意見があった。だが、重要なのは看護師が問題だと認識したことであり、何らかの枠組みを使用し、問題を明確にし、解決に向けて検討することである。コンフォース¹⁴は、「正しい判断のためには、ただ一人の人によるただ一つの観察に依存するのではなく、数人あるいは多くの人びとによる、数個あるいは多くの観察に依存する。そして観察が多様であり、観察が行われている状況が多様であり、その視角が多様であればあるほど、そして観察が包括する事物の変化と関係が多様であればあるほど、判断はそれだけ、いっそう包括的に、また忠実に対象の客観的な性質、関係運動方式を反映することができる」と述べている。個々の看護師の価値観は多様であり、多数の見方が優先されることが多いが、ファシリテーターの看護師は上手く意思統一を図り、まとめていく必要がある。そのため、看護倫理に関する研修でのファシリテーターの育成は必然であるといえる。そして問題解決のための枠組みを用いた事例検討を繰り返すことで、看護師個々の倫理観の育成やさらに患者へのよりよい看護ケアの提供につながっていくと考える。

しかし、看護基礎教育において倫理的問題を解決するための枠組みが教科書などで紹介され始めたのは最近のことである。看護倫理に関する教育は¹⁵、昭和26年の指定規則では、一つの教科書として看護倫理教育が位置づけられていた。昭和42年の改正では、看護倫理は看護学概論60時間の中に含まれるようになったが、さらにその後の指定規則改正で、看護倫理に関する記載はなくなっている。平成8年度に改正された指定規則では、「人々の多様な価値観を認識し専門職業人としての共感的態度および倫理に基づいた看護を實踐できる基礎的能力を養う」¹⁶と示されたのみであり、具体的な教育内容は各教育機関に任されているのが現状であった。つまり今の医療現場において、看護倫理に関する研修を企画・運営する立場にある教育担当の看護師は、看護基礎教育の中で倫理的問題を解決するための枠組みを教授されたものはまだ少なく、看護協会や市などが主催する研修の中で学んでいることが多いと予測できる。そのため、人や経済的に余裕の

ある病院では、看護師が積極的に研修に参加できているのが実態ではないだろうか。JCHO大阪病院では、リーダーレベルⅣにおいて、ファシリテーターができることを目標に、ファシリテーターの人材育成を行っており、自部署や地域の事例検討会などでファシリテーター役を担えるようになってきたと報告している¹⁷。事例検討は積み重ねていくことが重要である。倫理的問題に対する取り組みの必要性は十分認識されてはいるものの、具体的に検討する方法を学ぶ機会を継続的にもつことは、1病院単独の取り組みでは難しい現状ある。教育的予算に限りがあり、専門性の高い外部講師を継続的に招へいすることが困難な病院もある¹⁸。今回の結果からも、病床数が多いほど看護倫理に関する研修が行われ、また400床以上の病院ほど問題解決のための枠組みを用いて事例検討が行われている傾向が示された。

看護倫理研修に関する悩みや課題などについての自由記載をカテゴリー化した結果では、研修の内容や進め方、時間調整、継続した活用の仕方、企画・運営する人材がないなどの悩みや課題が示された。このような状況の中で教育を担当する看護師は指導者となって倫理的問題などの解決に向けた事例検討会や講義を企画し、スタッフを指導していかなくてはいけないのである。そのため、今後の看護倫理に関する研修のあり方を検討するうえでは、近隣の病院間での協力や教育機関との協力が難しい環境であれば、例えばインターネットを活用した、遠隔での実践指導や遠隔地間の協同学習、演習環境を可能とする遠隔アドバイスシステムの構築なども一つの方法ではないだろうか。ますます複雑になる看護倫理問題を解決するためには多職種を含めた事例検討が必要であり、そのリーダー的役割となる看護師に求められる能力の一助となり、活発な事例検討がなされるということは病院全体の倫理的風土を高め、強いては患者に提供される看護の質の向上につながると考える。事例検討会がその後の看護ケアにいかされていると回答した自由記載の内容をみても、チームや他職種との看護の共有、倫理的感性が養われる、患者や家族の想いが反映できるなど、事例検討が必要なことは明確である。

一方、事例検討会がその後の看護ケアにいかされていないと回答した理由の中で「評価が難しい」という意見が22記述中、7記述あった。自由記載においても同じ意見が示された。教育を行う場合、評価は重要である。道徳的感受性を測定するための測定用具として、Moral Sensitivity Testを日本語に翻訳したものの^{19, 20}や前田らの改訂道徳的感受性質問紙日本語版²¹が紹介されている。これらの用具を使用することは、評価をするうえで有用な方法であると考えられる。

VI. 本研究の意義と限界

本研究での回収率は決して高くはないが、調査に協力していただいた対象者は倫理に高い関心があるといえる。このような状況で得られた結果は、今後の看護倫理研修を企画・運営するうえで貴重な資料になり得る。

本研究では、対象とした病院が中部地区9県の200床以上の病院に限定されている。今後は病床数や地域差を考慮し、全国規模での実態調査を実施し、検討を重ねていきたい。

VII. 結論

看護倫理に関する研修の実態として以下の点が明らかとなった。

1. 161病院中、139の病院が看護倫理研修を実施しており、総時間の平均は2時間半程度、講義中心から、対象者の経験年数が増えるほど講義と演習を組み合わせた形態となり、参加については強制から任意になる傾向にあった。
2. 病床数400床以上の病院は400床未満の病院と比べ研修を実施している割合が高く、また複数の診療科を有している病院は単科の病院と比べ研修を実施している割合が高い傾向にあった。
3. 事例検討を行っている121病院の約56%が問題解決のための枠組みを用いていた。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、快くご協力いただいた教育担当の看護師の皆様へ深く感謝いたします。なお、本論文の一部は、日本看護倫理学会第10回年次大会で発表した内容である。

助 成

本研究はどの機関からも研究助成を受けていない。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文 献

1. 浅香えみ子, 佐藤憲明. 第6章クリティカルケアの看護実践を支える枠組み. クリティカルケア看護学. 東京: 医学書院; 2014.
2. 日本看護協会監修. 看護者の基本的責務. 東京: 日本看護協会出版会; 2014.
3. 石川智久. 認知症医療の問題点—多職種間に横たわる問題点: 認知症初期集中支援チームの現状と課題. 日本早期認知症学会誌. 2017; 10(2): 64-70.
4. 厚生労働省. 新人看護職員研修ガイドライン [イ

- ンターネット]. 2010. [検索日2018年7月24日]
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/s1225-24.html>
5. 公益財団法人 日本医療機能評価機構. 病院機能評価 [インターネット]. 2017. [検索日2018年7月24日] https://www.jq-hyouka.jcqhc.or.jp/wp-content/uploads/2018/03/20180228-1_databook_for_web2.pdf
 6. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. 1997/ 赤林 朗, 蔵田伸雄, 児玉聡監訳. 2006. 臨床倫理学. 第5版. 東京: 新興医学出版社.
 7. Thompson JE, Thompson HO. 1992/ ケイコ・イマイ・キシ, 竹内博明, 山本千紗子訳. 2014. 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.
 8. Johnstone M. *Bioethics: A nursing perspective*, 2nd ed. Sydney: Harcourt Saunders; 1999.
 9. 清水哲郎. 看護倫理実践事例46. 名古屋: 日総研; 2014.
 10. 大橋順子. 看護倫理研修の効果と検討. 死の臨床. 2013; 36(2): 322.
 11. 亀山千里, 鈴木悦子, 上澤弘美. 総合病院における卒後3年目を対象とした看護倫理研修の評価. 日本看護倫理学会第10回年次大会抄録集. 2017: 118.
 12. 村本淳子. わかる授業をつくる看護教育技法2討議を取り入れた学習法. 東京: 医学書院; 2001.
 13. 斉藤悦子, 内田陽子. 看護過程学習ガイド. 東京: Gakken; 2015.
 14. モーリシヤス・コンフォース. 認識論—弁証法的唯物論入門. 第8版. 東京: 理論社; 1975.
 15. 伊藤千晴, 太田勝正. 教科書からみた戦後の看護倫理教育内容の変遷. 日本看護学教育学会誌. 2007; 17(1): 29-40.
 16. 看護行政研究会編. 平成26年版 看護六法. 名古屋: 新日本法規; 2009.
 17. 田中小百合. JCHO大阪病院における組織的展望と実践. 看護管理. 2017; 27(5): 381.
 18. 高橋弘枝. 関西臨床倫理研究会の活動の成果と展望. 看護管理. 2017; 27(5): 376-380.
 19. 石川操, 中村美知子, 福澤等, 窪田真理, 伊達久美子. 臨床実習体験による看護学生のMoral Sensitivityの変化. 山梨医科大学紀要. 1998; 15: 42-46.
 20. 中村美知子, 石川操, 福澤等, 窪田真理. 看護学生の臨地実習における葛藤場面の認知と対処—医学生との比較. 山梨医科大学紀要. 1998; 13(3): 99-105.
 21. 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. 2012; 4(1): 32-37.