

看護実践における倫理的ケアの コンピテンシー評価票原案の作成

*Development of a draft version of the ethical care competency evaluation scale
in practical nursing*

片山はるみ¹ 村松 妙子¹

Harumi KATAYAMA

Taeko MURAMATSU

キーワード：看護実践、倫理的ケア、コンピテンシー、質的記述的研究

Key words : practical nursing, ethical care, competency, qualitative descriptive research

本研究は看護実践における倫理的ケアのコンピテンシーを明らかにし、評価尺度の原案を作成することを目的とした。看護実践における倫理的課題への取り組みに関するハイパフォーマーとして職場の長から推薦が得られた看護職者または高度実践看護師15名を対象に行動結果面接を行った。903分の録音データを質的記述的に分析したところ、498コードの看護師の体験が類似性と相違性の比較検討を経て抽象化され、22サブカテゴリ、4コアカテゴリが抽出された。コアカテゴリは【善いケアに関する感性・価値を表現する】【より善いケアとは何かを考えながら行為する】【より善いケアを提供するために間接効果をもたらす】【より善いケアの学習に向けて行動する】であった。22サブカテゴリをスペンサー・コンピテンシー・ディクショナリーと照合することによってコンピテンシーとして用いることの論理的妥当性を確認し、これを用いて評価票の原案を作成した。

This study aimed to clarify ethical care competency in practical nursing and to develop a draft evaluation scale. The Behavioral Event Interview was conducted with 15 nurses who were certified nurse specialist or highly experienced nurses nominated by the head of their workplace as high performers regarding efforts towards ethical issues in practical nursing. A total of 903 minutes of recorded interview data were analyzed qualitatively and descriptively, and 498 codes describing nurses' experiences were abstracted through comparative examination of similarity and dissimilarity, and 22 subcategories and 4 core categories were extracted. The four core categories were as follows, "expressing sensitivity and values of good care," "providing care while considering what is better care," "bringing indirect effects to provide better care" and "acting toward learning better care." The 22 subcategories were checked against the Spencer Competency Dictionary to verify their theoretical validity as competencies. Finally, a draft evaluation scale was developed using 22 competencies.

I. はじめに

医療技術の進歩や人々の権利意識の高まり、また価値観の多様化などの社会環境の変化により、看護職者はさまざまな倫理的問題に直面するようになっていく。小川らが挙げた35項目の「臨床看護師が体験し

ている倫理的問題」¹に示されるように、わが国の看護職者が体験している倫理的問題は多岐にわたる。なかでも身体拘束や胃瘻などの人工栄養の是非に関わる議論は、医学的判断と対象者の尊厳を守ることとの板挟みになっている看護職者にとって、広く先進国における共通の課題であると同時に、日常的な問題でもあ

1 浜松医科大学医学部看護学科 Department of Fundamental Nursing, Hamamatsu University School of Medicine
受付日：2019年10月11日 受理日：2020年5月1日

る。ところが、多忙を極める日常業務の中では倫理的問題を十分に検討したり、実践力を向上させたりする余裕は少なく、「患者の関わりへの自責の念」、「主体的な問題関与からの回避的志向」、「考えの違うものや現状にもつ否定的な感情」、などの状況²に陥って悩む看護職者も多い。また、「道徳的感受性」が高い臨床看護師は疲労が強い³という報告もある。

看護職者の倫理的な実践力がケアの質を左右すると言われている現在、個々の倫理的実践力を高めるための倫理教育や、倫理的課題に取り組める、あるいは悩んでいるスタッフを支援できるような組織風土の醸成が課題となっている⁴。またチーム医療が重要視されている⁵ことから、多職種協働の現場で看護の立場から積極的に発言し、倫理的な問題を協議できる能力も必要となってくる。これらのことから、倫理的能力の評価が可能な看護倫理に関する現任教育プログラムを作成・評価・運用することは喫緊の課題と言える。

現在、国内外では看護職者のためにさまざまな倫理教育が行われているが、倫理的能力の評価が可能な学習プログラムは極めて少ない。なぜなら、生命倫理学や看護倫理がまだ新しい学問領域であるだけでなく、看護職者等医療・福祉従事者の倫理的能力を評価するためのツール自体、現在のところわが国で信頼性・妥当性が検証されているのは「日本語版道徳的感受性尺度」⁶、「看護師の倫理的行動尺度」^{7,8}、「Ethical Sensitivity Questionnaire for Nursing Students」⁹などの若干数のみであり、その開発は緒についたばかりだからである。したがって、現在行われている教育の手法は実践報告、教育理論、倫理理論をもとに作成されたものが中心であり、どのような方法にどのような効果があるのか、また段階的な組み立てはどのようにすべきかについては、今後の課題として残されている。

エビデンスに基づいた職能の評価にコンピテンシーを用いる方法がある。コンピテンシーはアメリカ合衆国を中心に発展した概念・ツールであり、職能を単なる知識や技術ではなく、人間関係調整能力を含めた総合的な能力として、具体的な思考や行動の仕方でも評価するものである¹⁰。人材開発などの分野で注目されているコンピテンシーは評価システムとして活用できるだけでなく、目標管理や学習プログラムの構成にも利用できることが最大の利点であることから、本研究において着目している倫理的なケアの実践を扱うのにも適している。本研究では、McClellandの研究¹¹によって注目を集めた職務コンピテンシーと、Spencerによって示された6領域20項目の総合的で抽象度の高いコンピテンシー¹⁰を参考にした。なお、これら一連の研究はアメリカ合衆国の人事コンサルティング会社であるHay-McBer社の主導で行われているため、本稿ではマックパー・コンピテンシーとして示すこと

とした。

看護実践においても“competency”は、仕事を引き受けるための専門的判断を含む知識、技術、価値観および態度を含む知的な潜在能力である“competence”を基盤として実際のケアの行為として意図的にケアに表現される行動特性である¹²と定義されており、わが国においてもそれぞれの職域の特殊性を踏まえたものが多数開発されている¹³⁻¹⁶。また、従来からある臨床看護師の評価・教育プログラムであるクリニカル・ラダーにコンピテンシーを適合させる試みもある¹⁷。しかし、看護職者の倫理的ケアに焦点化したコンピテンシーは現在のところ国内外を通じて明らかとなっていない。

よって、エビデンスに基づいた看護倫理に関する現任教育プログラムを作成・評価・運用することを目指し、本研究では看護実践にさいし、看護の対象となる人々の権利や尊厳に関わる場面のケアにおいて意図的に表現される行動特性であるコンピテンシーを明らかにし、評価票原案を作成することを目的とした。

II. 方法

1. 対象者の選定

行動結果面接 (Behavioral Event Interview, BEI)¹⁸に倣い、まずハイパフォーマーの選択方針を決定した。本研究の目的に照らすと、看護実践における倫理的課題への取り組みに関するハイパフォーマーを選択する必要がある。専門看護師の役割の一つに倫理調整が示されていることから、特に今回の調査対象として相応しいと考え、A市内の中・大規模病院で活動している専門看護師を中心に、看護部長等看護管理者を通じてインタビューへの協力を求めた。また協力の得られる病院にあっては、専門看護師でなくても倫理的課題への取り組みに関するハイパフォーマーとして職場の長から評価・推薦が得られる看護職者がいる場合も選択基準に含めた。

2. データ収集方法

必要なインフォームド・コンセントの手続きの後、BEIを実施した。BEIはMcClelland et al.¹⁸がコンピテンシーを抽出する際に開発した面接方法であり、梅津らが行動結果面接の邦訳をあてたものである¹⁹。これに倣い、倫理的課題に対して「日頃行っている倫理的なケアや行動」に関する3つの際立った成功と3つの失敗体験を短い物語として語ってもらい、なぜそのような状況が生じたのか、誰がその状況に関わっていたのか、あなた自身はその状況に対応するに当たって何を考え、感じ、何を達成したいと思っていたのか、あるいはその行動の基にはどのような考えがあったのか、実際の状況であなたはどのような行動をとったのか、どのようなことが起こったのか、その結果はどう

であったか、などの質問によってデータを得た。事前にインタビューガイドを作成し、対象者にも予め提示した。面接者はカウンセリングのトレーニングを積んだ者とし、面接中はできるだけ自然な語りが得られるように働きかけた。面接に際して静穏な個室を準備し、内容の正確を期すため、許可を得てICレコーダに録音した。面接時間は予め30～40分を設定したが、当日の対象者の状況に合わせて臨機応変に増減した。

3. 分析方法

Krippendorff²⁰の手法を参考にし、「調査で得られた記述的データをもとに記録単位で分析し、分類・命名することによって事象を客観的に明らかにする」内容分析²¹を行った。

まず、インタビューによって得られた録音データから逐語録を作成し、看護実践における倫理的課題への取り組みに関する具体的な行動に相当する部分を取り出して意味や状況を損なわないように短文にし、これをコードとした。次に、各コードの類似性と相違性を比較検討して集合体を形成し、そこに含まれるコードを代表するように抽象化した名称を付与し、これをサブカテゴリとした。さらにサブカテゴリの類似性と相違性を比較検討して集合体を形成し、そこに含まれるコードやサブカテゴリを代表するように抽象化した名称を付与し、これをカテゴリとした。

カテゴリが抽出された段階で、これらの内容がコンピテンシーとして適切であるかどうかの論理的妥当性を確認するため、マックバー・コンピテンシー・ディクショナリーと、そのモデルの一つである「支援・人的サービスの従事者」モデル¹⁰と照合した。最後に、カテゴリをコア・コンピテンシー、サブカテゴリを評価票の項目案とした。なお、一連の分析の過程におけるデータの厳密性を確保するため、看護実践経験が5年から30年の経験豊富な看護学研究者10名から構成される検討会議を開き、メンバー・チェックを行った。特にサブカテゴリとマックバー・コンピテンシー¹⁰との照合についてはメンバー間の一致率を算出し、これが80%を超えるまでデルファイ法によって繰り返し検討を重ねた。

4. 倫理的配慮

本研究は浜松医科大学臨床研究倫理委員会の承認(第E15-153号)を受けて実施した。研究対象者に、研究参加の任意性と拒否・同意撤回の自由、研究参加による利益、不利益の軽減、個人情報とプライバシーの保護、研究目的に限ったデータの使用、データの保管と破棄、研究結果の公表などについて文書と口頭で説明し、署名により研究参加の同意を得た。

III. 結果

1. 対象者の概要

協力の得られた3施設に所属していた15名の対象者すべてが女性であり、平均年齢は41.5±5.2歳であった(表1)。合計903分(48～86分、平均65分)の録音データが得られた。

2. 分析結果の概要

分析の結果、看護実践における倫理的課題に関する具体的な行動を示す498コードが得られ、22サブカテゴリと4カテゴリが抽出された(表2)。

3. データのコンピテンシーとしての適切性

本研究で得られたデータのコンピテンシーとしての論理的妥当性を確認するため、抽出された22のサブカテゴリと、マックバー・コンピテンシーが照合された。サブカテゴリを縦軸に、マックバー・コンピテンシー項目を横軸にとって作成したマトリックスを用いて10名の研究者が個別にマーキングし、適合箇所が抽出された。一致率の低いサブカテゴリの表現を修正するなどの作業が3回繰り返され、少なくとも1項目のマックバー・コンピテンシー項目との一致率が80%以上に達したことによってそれぞれのサブカテゴリの、マックバー・コンピテンシーの項目への適合が判定され(表3)、合計適合数が算出された(表4)。最後に表4を用い、マックバー・コンピテンシー・モデルの一つである「支援・人的サービスの従事者」モデルと比較検討した結果、看護実践における倫理的ケアの具体的な

表1 対象者の特性

n=15		
項目	n	%
性別		
女性	15	100.0
年齢		
30～39歳	6	40.0
40～49歳	8	53.3
50歳以上	1	6.7
平均	41.5歳±5.2歳	
臨床経験年数		
10～19年目	7	46.7
20～29年目	7	46.7
30年目以上	1	6.7
平均	19.9年±5.2年	
CNS/CN		
である	11	73.3
ではない	4	26.7

CNS: Clinical Nurse Specialist

CN: Certified Nurse

表2 「日頃行っている倫理的なケアや行動」に関する対象者の発言の抽象化

カテゴリ	サブカテゴリ	代表的なコード [†]
1. 善いケアに関する感性・価値を表現する		
	個別の事例について善いケアに関する自身の価値観を表現する	見方を変えれば手術室の看護師を覚えてないほうが患者さんにとって成功だったというか。自己紹介して担当することは患者さんには伝えます。マスクも取って。でも、あの緊張した凝縮された場面において看護師を覚えていない、とにかく無事終わってホッとした、で、早期退院できる。看護師を覚えてないことが患者さんにとって安全で安心で安楽だったという考えもあります。支援されたと思ってなくて自分で乗り越えられたって思ってもらえるほうが、正解ですよねという捉え方もあると思います。(3-24)
	自身の価値観にとらわれず、多様な価値観や気づきを模索する	自分の看護観とか個人の家族観っていうのは一回リセットというか白紙の状況にして、その家族をしっかりと見たときに、言っていることとか、現状とか、行動が俯瞰して見えてくる。その現状に巻き込まれないでいるっていうことができるようになったように思う。前であれば、「ええーっ」なんて言って、「そこに関わったら大変なことになっちゃうよ」とか「家族っていうのは親が育てるものだよ」とか思ってただろうと思うんです。(9-21)
	社会の動向や法・ルールを踏まえてケアの是非を俯瞰する	国は時々入院、ほぼ在宅って言っているけれども現実はこちらなんだよねって。これから25年、その後50年迎えるにあたってどうやって本当にやっていくんだろうという、現場のジレンマではないですけど、やっぱり現場を知ってるがゆえに、その難しさはすごく感じるこゝがありますね。(14-34)
2. より善いケアとは何かを考えながら行なう		
	フィジカルアセスメントから患者の主観的な苦痛を押し量る	痰を引かないと窒息してしまうしマスクを外せばSpO ₂ [saturation percutaneous oxygen：経皮的動脈血酸素飽和度] が下がってしまうので、どうすればいいか主治医に聞いたら「窒息は仕方ないな」って言われて、ええーって思って麻酔科 [医師] 呼んでマスクを持ってもらって夜中中痰を取った。本人には苦痛でしかない。挿管はしないって決めてあったからそうだったけど、こんなに苦しみなながら吸引するのってなんか本末転倒ですよ。挿管管理のほうがよっぽど本人楽なんじゃないかって思ったんです。(5-12)
	言動の観察や多面的な情報を統合して患者・家族が体験している視点に立てる	「拒薬」って言葉で片付けちゃっていいのかなと思ひながらご本人に話を聞くと、それはご本人の決断だったんです。主治医はですね、確かに過敏性肺炎の病勢を押さえられなくなりつつはあるけど今プレドニンをやめる時期ではなくて、治療を続けていけばまだまだ生きられる、今やめちゃうと呼吸不全になってより命が短くなってしまふから、本人が勘違いしてるんだしたら飲んだほうがいいってというような説得をまずしたんです。そしたら、本人は、そうじゃないんですよって。自分はここでもう死のうと思うと。(6-18)
	患者・家族が大切なことを話せる関係性を作る	タイミングを逃さないのが大事だと思います。後でいいっていうものでなくて、タイミングを逃すとしゃべれないというか、しゃべれない状況を家族や患者さんにつくってしまったたりしていることもあるかなあって思うんで、必要な足止めはいくらでもしなきゃいけないっていうのは思ってたつもりです。(13-15)
	患者・家族の現実のやりきれなさを受け止める	がんの自壊創に使用する、活性炭で、お茶の匂いがするシートがあるんです。ご本人は、あれはすごくいい匂いになってよかったって。でもご主人がぼそって「あの匂いなんとなかならないんですか」って怒ったようにおっしゃってたんで。すごい病状が悪くてやっとな家事をしているような方だったんですけど、なんか胸が痛くなりました。分からないですけど、ご主人もどうしようもない、処理しきれないものがそんなふうに出たのがそこにいったのかなあ。(1-17)
	患者・家族が本質的な気づきを得るのを支える	ご本人が整理していくっていうことを意識しています。糖尿病の血糖管理も同じで、生活を語りながらもう一回客観視して、自分がどうやってるかって見直して。アドバイスってあんまり響いてないので。全然違うところで本人がやっていくので、しゃべって自分を見つめ直すとか整理するための時間が必要で、それが人なんだなって思ひながら。(8-8)
	患者・家族のやり方やペースで自己決定を支え、一緒にケア計画を作る	本人は好き勝手じゃないので。私たちから見るとやりたい放題って見えるかもしれないけど、患者さんは自分なりの調節はしてるって思ってる方が多いので、そこから入っていきます。(8-6)
	善いケアをあきらめずに辛抱強く実践する	便をいじってしまう患者さんがいたりとかおむつ外してしまう患者さんがいたりとかしていたときに、こっちが大変になるだけなのになんでそんなことするのっていうような思いのスタッフが多かったんで、そこをどうやって変えていっていかうのがすごく大変でしたけど、こういう方法もあるんだよってみんな試していきながらちょっとずつこうやってやればいんだって成功体験をもらうことで、こういう方法もあるんだねっていう人たちをちょっとずつ増やしていくことをやってきました。(7-32)
	ケアの評価は患者・家族の言動などの反応に求める	排痰ケアと吸引を一回にしっかりと時間を空けるとかしたらそれまで全身で抵抗していた患者さんの行動が少し変わったので、皆さん納得してくださったというか。これをやるのは苦しさを取るためなんだから、苦しさが取れたかどうかを、本人が一番よく知ってる。本人が言ったんですよ、やっぱり「自分が一番分かる」って。でも、本当にそうだと思うんですよ。でも、看護師ってそこまで本当に聞けてるのかなあっていうか。私も前は聞いてなかったかもしれない。(9-40)
	適切な手続きのもとエビデンスを実践に導入する	いろんな研究が進んで、自分が選択した治療を、自分の足で歩いて手術室のベッドに寝るっていうことが、状況への受け入れと、術後せん妄とかそういうのに大きく影響するっていうのが研究で分かったんで、前投薬も一切してません。(3-14)

表2 「日頃行っている倫理的なケアや行動」に関する対象者の発言の抽象化(続き)

カテゴリ	サブカテゴリ	代表的なコード [†]
3. より善いケアを提供するために間接効果をもたらす		
	善いケアができていない状況に対して葛藤・違和感を持つ	DNR [do not resuscitation : 心肺蘇生を行わないこと] をみんながどうとらえてるのかな…。何か起こっても救命ができないときにDNRっていう話が出るんだと思うんですけど、救急領域でいる人たちと慢性的にずっと長い経過で見てる人たちではDNRっていう響きが違ってきますよね。看護師の中でもそういった意識の違いがありますね。なんか安心感が得られるんですかね、DNRっていう言葉に。きちんとしたケアとか、観察とかしなきゃいけないっていうのがおそろになる危険性があるかな。(5-11)
	同僚・部署メンバーの葛藤を理解して受けとめたり語り合ったりする	何か他にできなかったんですかって、チームに言ってくる人もいました。介入しているのは私なんで私に「もうちょっと先生に言えば何とかできたんじゃないですか」って言われたこともありました。(1-4)
	多職種のチーム員の葛藤を理解して受けとめたり語り合ったりする	先生の中ではすごいジレンマがあるわけですよ。医者なので命助けなきゃいけない。治療法がある、あると言ってもステロイドですけど。ただ本人の気持ちも分かるって言って。外来主治医と病棟主治医ですごく悩んで。何回も面談をして。(6-21)
	善いケアの遂行のためにカンファレンスなどで意見交換や議論をする	カンファレンスで話し合うとき、本当に必要なかっていうことを話してもらって。今まで急性期でセンサーマット使ってきましたっていうと、じゃあ入れようっていうようなことがあったんですけども、そうじゃないよねっていうことを話して、その人に本当に必要なのか、必要だとしたらどんなセンサーマットが必要なのかとか、ちゃんと検討しなきゃいけないし、検討するためには患者さんの動きとかっていうのをよく見ないといけないということで、みんな話しています。(7-19)
	善いケアの遂行上の課題を放置せず、発信・問題提起する	医師のカンファレンスでテーマを出す機会をもらって、DNRってなったら何もしないっていう気持ちが何となく生まれちゃうけどそれはおかしいでしょって。DNRだからこそやれる事があるはずで、それを一緒に考えたいって言うのにしようか。あるいは慢性の呼吸疾患の患者さんが最後の場所を自分で決められない、それに関して私たちはどうやって関わっていったらいいのかっていうのを一緒に考えたい、先生が今どう考えているかを知りたいって言うのと、どっちにしようか悩んで最後のほうにしたんです。(6-6)
	役割や専門性を踏まえて状況に即したケアチームを柔軟に作る	どんなにいいケアをしているつもりでも、お母さまたちと話していると、やっぱり遠慮している部分っていうか、自分の発言で子どもに不利益が出ないかっていうところは常に感じていらっしやるので、全く医療に携わらない人に少し話を聞いてもらうことでまた別のいい方面が出るのかなって考えるので、臨床心理の人たちに入ってもらったりします。(10-26)
	カンファレンス等、善いケアのためのシステムを作る・修正する	入院ときの説明も、ご本人はおいといて、看護師も、他職種も、オリエンテーションなり何なりを家族中心にさっさととしてしまっていたという現状があって、それでは患者さん中心に考えることはできないって、そこは病棟の中で見直さなきゃっていうところがあって、患者さんにちゃんとオリエンテーションをしていこうっていうのを仕組みから変えていってるところです。(7-24)
4. より善いケアの学習に向けて行動する		
	学習の機会に善いケアの実践への気づきを得る	私、最近、倫理の研修とかに出てて、自分がハッと思ったのがたくさんあるんです。(3-2)
	経験事例を基に善いケアに関して内省したり洞察して学びを得る	発語がない患者さんでほとんど臥床しててNG [nasogastric : 経鼻胃] チューブを入れてて。抜いてしまったので研修医と病棟の看護師スタッフ2人ぐらいでNGを入れにいったんです。そしたら、普段本当にしゃべらない患者さんが大きい声で「やめろ」って言ったんです。その時、決められてるからそれに従うという理由のためだけに私たちはNGを入れてた。何のために入れるのかっていうのを、研修医も私もオーベンの先生に聞いた覚えはないです。今思うと聞かないといけなかった、その時間けなかったですね。(3-28)
	実践の中から倫理的な研究課題を発見・発信する	事例検討みたいな感じで出していけないといけない課題だと思うんです。IP [interstitial pneumonia : 間質性肺炎] の人たちのQOL [quality of life : 生活・生命の質] はとても課題が多いです。アンケートでもいいし、その声の中からヒントをもらう。それやっていきたいなと思ってると、IPは少ないので声を上げていくためにはやっぱり事例検討を。今先生たちも症例集めて検証していく形で一生懸命発表しているんで、私たちも本当にやっていかなきゃいけないと思います。(6-14)

[筆者の加筆]、(コードの固有番号)

498コードから22サブカテゴリ、4カテゴリが抽出された。

[†] 例として一部を抜粋して示してある。

表3 カテゴリに付帯のサブカテゴリとM・コンピテンシーとのマトリックス (例として一部を抜粋)

		M・コンピテンシー												研究者 一致率 (%)†								
		1. 達成とアクション			2. 支援と人的 サービス		3. インパクトと影響力			4. マネジメント			5. 認知			6. 個人の効果性						
1. 善いケアに 関する感性・価 値を表現する	達成 重視	秩序、 クオリティ、 正確性への 関心	イニシア ティブ	情報 探求	対人 関係 理解	顧客 サービス 重視	インパ クトと 影響力	組織の 理解	関係の 構築	他の人 たちの 開発	指揮命令 —自己 表現力と 地位の 伴う パワーの 活用	チーム ワークと 協調	チーム・ リーダー シップ		分析的 思考	概念的 思考	技術的/ 専門的/ マネジメ ント専門 能力	セルフ・ コン ロール	自己 確信	柔軟性	組織への コミット メント	
個別の事例につい て善いケアに関す る自身の価値観を 表現する																6人	10人				100	
自身の価値観にと らわれず、多様な 価値観や気づきを 模索する																			10人			100
社会の動向や法・ ルールを踏まえて ケアの是非を俯瞰 する																8人						80
適合数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0	0	

† 研究者10名により、最も多く適合の合意が得られている項目における人数を用いて単純一致率を算出した。
 少なくとも一つのコンピテンシーとの一致率が80%になるまでデルファイ法で意見の一致をはかった。

M・コンピテンシー=マックバー・コンピテンシー

表4 カテゴリーと「支援・人的サービス」M・コンピテンシー・モデルとの照合

M・コンピテンシー の項目 コア・カテゴリー	M・コンピテンシー；下線は「支援・人的サービス」コンピテンシー・モデルを構成する項目																	
	1. 達成とアクション			2. 支援と人的サービス		3. インパクトと影響力			4. マネジメント			5. 認知		6. 個人の効果性				
	達成重視	秩序、クオリティ、正確性への関心	イニシアティブ	情報探求	対人関係理解	顧客サービスの重視	インパクトと影響力	組織の理解	関係の構築	他の人たちの開発	指揮命令 —自己表 現力と 地位の 性 — パワーの 活用	チームワークと 協調 シップ	分析的 思考	概念化 思考	技術的/ 専門的/ マネジ メント 専門 能力	セルフ・ コントロール	自己 確信	柔軟性
1. 善いケアに関する感性・価値を表現する (3カテゴリー)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0
2. より善いケアとは何かを考えながら行為する (9カテゴリー)	1	2	2	2	6	6	1	0	0	0	0	3	0	4	0	0	1	0
3. より善いケアを提供するために間接効果をもたらす(7カテゴリー)	3	1	1	0	0	2	2	4	2	0	4	2	0	3	0	0	2	0
4. より善いケアの学習に向けて行動する (3カテゴリー)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	3	0	2	1	0
合計適合数*	4	3	4	2	6	8	3	2	5	2	4	8	2	12	0	3	5	0

* 表3の適合数を合計した。

太線の囲みは合計適合数の上位13項目

M・コンピテンシー=マックバー・コンピテンシー

行動は、度数が高い順に「技術的／専門的／マネジメント専門能力」、「顧客サービス重視」、「分析的思考」、「対人関係理解」、「関係の構築」、「柔軟性」などから構成されるコンピテンシー群から構成されていた。

4. 抽出された4カテゴリについて

抽出された4カテゴリは以下のとおりであった(表2)。以下、カテゴリは【 】で、サブカテゴリは[]で括弧で示す。

1) 【善いケアに関する感性・価値を表現する】

このカテゴリは[個別の事例について善い看護に関する自身の価値観を表現する]、[自身の価値観にとらわれず、多様な価値観や気づきを模索する]などのサブカテゴリから構成されていた。これらは倫理の根幹となる「価値」について、実際の臨床場面で看護師が倫理的ケアの行為の一つとして、意図的に表現する際の行動特性であった。

2) 【より善いケアとは何かを思考しながら行為する】

このカテゴリは[フィジカルアセスメントから患者の主観的な苦痛を推し量る]、[ケアの評価は患者・家族の言動などの反応に求める]などのサブカテゴリから構成されていた。これらは具体的な倫理的ケアの「実践」について、実際の臨床場面で看護師がどのように意図的に行為するのかを表現しうる行動特性であった。

3) 【より善いケアを提供するために間接効果をもたらす】

このカテゴリは[善いケアができていない状況に対して葛藤・違和感を持つ]、[カンファレンス等、善いケアのためのシステムを作る・修正する]などのサブカテゴリから構成されていた。これらは倫理的ケアの遂行における「協働」について、実際の臨床場面における看護師の意図的な行動を表現しうる行動特性であった。

4) 【より善いケアの学習に向けて行動する】

このカテゴリは[学習の機会に善いケアの実践への気づきを得る]、[経験事例を基に善いケアに関して内省したり洞察して学びを得たり課題を発見する]などのサブカテゴリから構成されていた。これらは看護師が自らの倫理的ケアを実際の臨床場面の中で成熟させるための「学習」について表現されている行動特性であった。

IV. 考察

1. 抽出したカテゴリのコンピテンシーとしての論理的妥当性

マックバー・コンピテンシーはさまざまな分野での適応が可能であるが、20項目すべてのコンピテンシーがどの職務にでも必要なわけではないし、重要度も職業によって異なるため、それぞれの職務に不可欠なコ

ンピテンシーはどれかを選別することと、それぞれの職業で具体的な基準を決めるための分析が求められる¹⁰。そこで、本研究で抽出された22のサブカテゴリとマックバー・コンピテンシーとを照合し、また本研究の対象と最も類似していると考えられた「支援・人的サービスの従業者」モデルと比較・検討した。その結果、本研究で得られたカテゴリとサブカテゴリは、「支援・人的サービスの従業者」モデルの構成コンピテンシーである13項目のうちの9項目、すなわち「イニシアティブ」、「対人関係理解」、「顧客サービス重視」、「インパクトと影響力」、「チームワークと協調」、「分析的思考」、「技術的／専門的／マネジメント専門能力」、「自己確信」、「柔軟性」、と良好に適合していた。しかし、「指揮命令-自己表現力と地位の伴うパワーの活用」、「セルフ・コントロール」の2項目は適合数が0であった。倫理の課題を多様な価値を有するチームで検討していた本研究の参加者の行動に照らせば、前者が選択されなかったことは説明可能である。また、「セルフ・コントロール」は人的サービス従事者の業務の特性として「危機的状況や人々の憎悪や興奮にさらされる」状況に対応するさいの自身の感情のコントロール¹⁹を意味するのだが、今回の分析においては、後述する「関係の構築」としてマーキングされた他者との語り合いが感情的な負荷の緩衝要因となっていたと考えられた。以上より、今回これらの2項目が看護実践における倫理的ケアの具体的な行動として適合しなかったことは妥当であると考えられた。

一方、「支援・人的サービス」のモデルには含まれていなかった「達成重視」、「秩序、クオリティ、正確性への関心」、「関係の構築」、「チーム・リーダーシップ」の4項目が新たに看護実践における倫理的ケアの行動特性として提示された。これらの4項目を倫理の視点で解釈すると、看護の対象となる人々のケア遂行において、異なる視点を持った多職種と協働し、患者の最善の利益・Quality of lifeという究極の目標達成に向けて行動することと言え、看護実践における倫理的ケアの特徴的な行動として解釈できるものであった。

以上より、看護実践における倫理的ケアの行動特性はマックバー・コンピテンシーの20項目のうち、表4に示すような13項目からなるコンピテンシー・モデルを有していることが確認された。また、本研究で得られた4つのカテゴリを看護実践における倫理的ケアのコア・コンピテンシーとして、22のサブカテゴリをコンピテンシー、即ち、評価票原案(表5)の項目として用いることの論理的妥当性が確認された。

2. 看護実践における倫理的ケアのコンピテンシーとは何か

小林²²の紹介する「第二世代」のケア倫理の概念を

表5 看護実践における倫理的ケアのコンピテンシー評価票原案

コア・コンピテンシー	コンピテンシー（評価票項目案）
1. 善いケアに関する感性・価値を表現する	個別の事例について善いケアに関する自身の価値観を表現する
	自身の価値観にとらわれず、多様な価値観や気づきを模索する
	社会の動向や法・ルールを踏まえてケアの是非を俯瞰する
2. より善いケアとは何かを考えながら行為する	フィジカルアセスメントから患者の主観的な苦痛を推し量る
	言動の観察や多面的な情報を統合して患者・家族が体験している視点に立てる
	患者・家族が大切なことを話せる関係性を作る
	患者・家族の現実のやりきれなさを受け止める
	患者・家族が本質的な気づきを得るのを支える
	患者・家族のやり方やペースで自己決定を支え、一緒にケア計画を作る
	善いケアをあきらめずに辛抱強く実践する
	ケアの評価は患者・家族の言動などの反応に求める
3. より善いケアを提供するために間接効果をもたらす	適切な手続きのもとエビデンスを実践に導入する
	善いケアができていない状況に対して葛藤・違和感を持つ
	同僚・部署メンバーの葛藤を理解して受け止めたり語り合ったりする
	多職種のチーム員の葛藤を理解して受け止めたり語り合ったりする
	善いケアの遂行のためにカンファレンスなどで意見交換や議論をする
	善いケアの遂行上の課題を放置せず、発信・問題提起する
	役割や専門性を踏まえて状況に即したケアチームを柔軟に作る
カンファレンス等、善いケアのためのシステムを作る・修正する	
4. より善いケアの学習に向けて行動する	学習の機会に善いケアの実践への気づきを得る
	経験事例を基に善いケアに関して内省したり洞察して学びを得る
	実践の中から倫理的な研究課題を発見・発信する

主軸に、また徳の倫理や原則の倫理も踏まえて今回明らかとなった22のコンピテンシーの意味について議論する。

小林²²によれば、Tront²³は、自身の示したケアの4局面から、単純な諸規則の束によって記述されないケアの4つの倫理的要素（注意深さ（attentiveness）、責任（responsibility）、能力（competence）、応答性（responsiveness））と、それらの関係（ケアの統合性（integrity of care））を示した。これらのケア倫理に看護行為を適合させて考えると、「注意深さ」とはTrontによれば、倫理的問題に気づくことであり、本研究において明らかとなった「フィジカルアセスメントから患者の主観的な苦痛を推し量る」、[善いケアができていない状況に対して葛藤・違和感を持つ]などはこれに相当するであろう。また、「責任」とはTrontによれば、看護師の職務において、個別の状況を知って最善の選択を、本人・家族・医療者の合意と納得の基に行うことであり、本研究において明らかとなった

[個別の事例について善いケアに関する自身の価値観を表現する]、[自身の価値観にとらわれず、多様な価値観や気づきを模索する]、[言動の観察や多面的な情報を統合して患者・家族が体験している視点に立てる]、[患者・家族が本質的な気づきを得るのを支える]、[患者・家族のやり方やペースで自己決定を支え、一緒にケア計画を作る]などが典型的であろう。そして「能力」とはTrontによれば、狭い意味での看護技術や専門知識だけではなく、その状況における具体的な実行のために必要な多様な能力であり、組織や他者の能力・資源を適切に動因するための高度なコミュニケーション力やアサーティブネスも含まれるとされており、本研究において明らかとなった「適切な手続きのもとでエビデンスを実践に導入する」、[同僚・部署メンバーの葛藤を理解して受け止めたり語り合ったりする]、[善いケアの遂行上の課題を放置せず、発信・問題提起する]、[カンファレンス等、善いケアのためのシステムを作る・修正する]などが該当

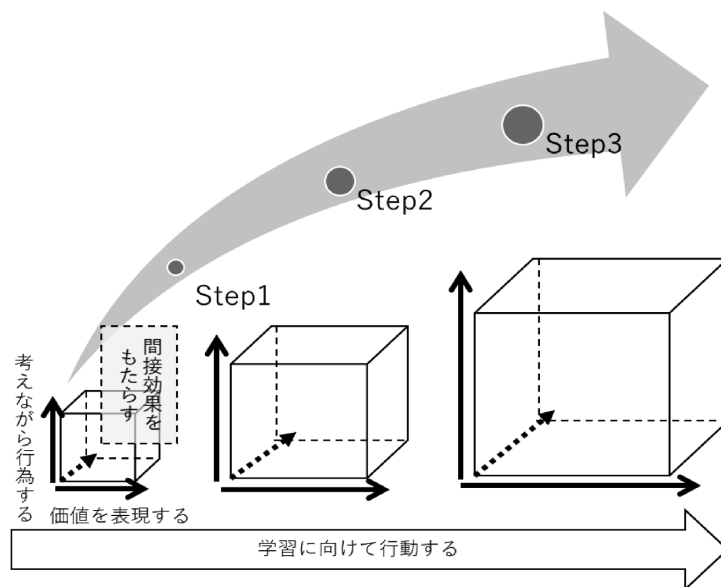


図1 看護実践における倫理的ケアのコンピテンシーのラダー概念図

するであろう。さらに「応答性」とはTrontによれば、提供されたケアの良し悪しを対象者の反応から評価することであり、本研究で明らかとなった[ケアの評価は患者・家族の言動などの反応に求める]がまさにこの応答性に該当するであろう。

最後に、これらの要素は互いに関連・影響しあっているとされており、本研究で明らかとなった22のコンピテンシーは日々の重層的な経験の積み重ねの中で内省を経て経験知となって内在化され、(=徳の倫理)、立体構造となって看護職者の看護行為の基盤となる倫理的ケアのコンピテンシーとして成熟していくのだと考えられる(図1)。

以上より、本研究で明らかとなった看護実践における倫理的ケアのコンピテンシーとは、原則の倫理を学んで患者の最善が妨げられていることに気づける看護職者が、日々のケアの中で気づき、声を上げ、議論し、患者自身の最善のための合意形成を促すために、直接的・間接的にはたらき、経験を内省しながら成熟を続ける、という一連の行動に示される能力であった。

3. 看護実践における倫理的ケアのコンピテンシーの尺度化に関する考え方

質問紙など一般的な多くの尺度は、頻度などの程度で回答するものが多い。看護実践における倫理的ケアのコンピテンシーの場合、そのレベルは何かの程度ではなく、行動そのものや、その根拠が本質的に異なるのだと想定できる。たとえば、看護の教育を初めて受けている学部1年生であれば、「ケアの際にはプライバシーへの配慮のためにカーテンを引く」などの行動をまずはとれなければならないだろうが、4年生になると、「患者さんが不意に動くから車いすに固定

されているけれども、何か自分にできることはないだろうか」と創意工夫するかもしれない。有資格の看護職者においても、新人の行動から、優れたカウンセリング技術を用いて自己決定支援ができるまでにはレベルがあり、それは何かの頻度などの程度では測れないことは想定可能である。

本研究において明らかとなった22項目は、ハイパーフォーマーから得られたデータを基にしてはいるが、その行動の中には、15名の参加者に共通して可能な相対的に容易なレベルから、相当高度なレベルまでの行動が混在していると想定される。したがって、経験や領域が多様な多数の看護職者を対象にした回答から、統計学的にレベルを明らかにする必要がある。

4. 研究の限界と今後の課題

本研究で得られたデータは、経験が豊富なハイパーフォーマーであったことから、より低次の倫理的ケアの行動特性は不明であり、既に明らかとなっているEthical Sensitivity Questionnaire for Nursing Students⁹などを参考に別途示していく必要がある。また、15名は全員病院勤務の看護師であったため、これが広くケアの仕事に従事する人のコンピテンシーとして使えるか否かの応用可能性についても検討が必要である。

さらに、本研究で明らかにした倫理的ケアのコンピテンシーを評価票として用いるためには統計学的検証が不可欠であり、これを臨床実践における目標管理や学習プログラムの構成に活用するためには、それぞれのコンピテンシーを具体的な事例で示すなどの説明を加えることも必要になる。

V. 結論

1. 15名のハイパーフォーマー看護師から得た903分の

録音データを質的記述的に分析し、4のカテゴリと22のサブカテゴリを抽出した。

2. マックバー・コンピテンシーとの照合により、22サブカテゴリを看護実践における倫理的ケアのコンピテンシーとして用いることの論理的妥当性を確認した。
3. 看護実践における倫理的ケアのコンピテンシーは、ケアの倫理の考え方に良く適合し、また徳の倫理や原則の倫理の概念とも矛盾しないものであった。
4. 22サブカテゴリを用いて看護実践における倫理的ケアのコンピテンシー評価票原案を作成した。

謝 辞

日々の実践で多忙な合間に本研究のインタビューにご参加くださった看護師の皆様へ感謝いたします。

また、学術的助言者としてデータの分析に尽力いただいた国立大学法人浜松医科大学医学部看護学科基礎看護学講座のメンバーと大学院生の皆さんに感謝いたします。

助 成

本研究は、科学研究費助成事業基盤研究(C)15K11467の助成を受けて実施した。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない

文 献

1. 小川和美, 寺岡征太郎, 寺坂陽子, 江藤栄子. 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*. 2014; 6(1): 53-60.
2. 村田尚恵. 日常の看護実践で遭遇する倫理的問題に対する看護師の行動の背景にある思い. *日本看護倫理学会誌*. 2012; 4(1): 9-14.
3. 米沢弘恵, 佐藤啓造, 石津みゑ子他. 臨床看護師の倫理感と疲労との関係—道徳的発達段階・倫理感受性と蓄積疲労との比較. *昭和学士会雑誌*. 2013; 73(3): 203-215.
4. 長谷川美栄子. 看護倫理を組織に定着させるために. *日本看護倫理学会誌*. 2014; 6(1): 1-2.
5. 厚生労働省. 「チーム医療の推進に関する検討会」報告書. [インターネット]. 2010. [検索日2019年10月4日] <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/s0319-9.html>
6. 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.
7. 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.
8. 大出順. 看護師の倫理的行動尺度改訂版の作成. *日本看護倫理学会誌*. 2019; 1(11): 13-19.
9. Muramatsu T, Nakamura M, Okada E, Katayama H, Ojima T. The development and validation of the Ethical Sensitivity Questionnaire for Nursing Students. *BMC Medical Education*. 2019; 19: 25: 1-8.
10. Spencer LM, Spencer SM. *Competence at work: Models for superior performance*. Canada: John Wiley & Sons, Inc; 1993.
11. McClelland DC. *A guide to job competence assessment*. Boston: McBer; 1976.
12. Mustard LW. Caring and competency. *JONA's Healthcare, Law, Ethics and Regulation*. 2002; 4(2): 36-43.
13. 倉岡有美子, 井部俊子, 佐々木菜名代他. コンピテンシーを基盤とした看護管理者研修プログラムの開発と評価(第一報). *日本看護管理学会誌*. 2016; 20(1): 26-37.
14. 鎌田裕子, 片山はるみ. 第20回看護管理学会学術集会. 高齢者施設で働く看護師のコンピテンシー; 2016年8月19・20日; 神奈川県. 抄録集. 321.
15. 松本志保子, 片山はるみ. 回復期リハビリテーション看護に従事する看護師のコンピテンシー. *日本看護管理学会誌*. 2017; 21(1): 17-29.
16. 松本志保子, 片山はるみ. 第21回日本看護管理学会学術集会. 回復期リハビリテーション看護コンピテンシー評価票の統計学的検証. 2017年8月19・20日; 神奈川県.
17. 虎ノ門病院看護部. 看護管理者のコンピテンシー・モデル—開発から運用まで. 東京: 医学書院; 2013.
18. McClelland DC, Klemp GO Jr., Miron D. *Competency requirements of senior and mid level position in the Department of State*. Boston: McBer; 1977.
19. Spencer LM, Spencer SM. 1993/梅津祐良, 成田攻, 横山哲夫訳. 2011. コンピテンシー・マネジメントの展開. 東京: 生産性出版社.
20. Krippendorff K. 1980/三上俊治, 椎野信雄, 橋元良明訳. 1989. メッセージ分析の技法—「内容分析」への招待. 東京: 勁草書房.
21. 上野栄一. 内容分析の歴史と質的研究の今後の課題. *富山医科薬科大学看護学会誌*. 2004; 5(2): 1-18.
22. 小林道太郎. ケア倫理は看護倫理にどう貢献しているのか—ケアの諸局面の倫理的要素から. *日本看護倫理学会誌*. 2014; 6(1): 20-29.
23. Tront J. *Moral boundaries: A political argument for an ethics of care*. New York: Routledge; 1993.