

A県内の一般病院で高齢者ケアを実践する臨床看護師の
道徳的感受性に影響を与える要因

新城 慈, 永田美和子, 松田めぐみ

Factors That Affect the Moral Sensitivity of Clinical Nurses
Practicing Elderly Care at General Hospitals

SHINJO Megumi, NAGATA Miwako, MATSUDA Megumi

名桜大学紀要 第24号
2019年3月 抜刷

【学術論文】

A県内の一般病院で高齢者ケアを実践する臨床看護師の 道徳的感受性に影響を与える要因

Factors That Affect the Moral Sensitivity of Clinical Nurses Practicing Elderly Care at General Hospitals

新城 慈, 永田美和子, 松田めぐみ

要旨

目的：A県内の高齢者ケアを実践する臨床看護師の道徳的感受性に影響を与える要因を検討する。

方法：A県内の一般病院の臨床看護師2,106名を対象に、自記式質問紙調査を実施した。そのうち678名を分析対象者とした。質問項目は基本属性、職場環境及び倫理教育の経験、高齢者観及び高齢者とのかかわり、道徳的感受性質問紙とした。道徳的感受性を目的変数、年齢、経験年数、倫理教育の経験の有無（卒後教育）、生活満足度、倫理的なことを検討する委員会の有無、高齢者との同居の有無、エイジズムを説明変数として、二項ロジスティック回帰分析を行った。

結果：対象者の平均年齢は、 33.4 ± 9.5 歳、平均経験年数は121.1ヶ月（10.08年）で、男性153名（22.5%）、女性525名（77.4%）であった。最終学歴は、専門学校が最も多く523名（77.1%）で、次いで大学146名（19.3%）、大学院は5名（0.7%）とわずかであった。道徳的感受性の関連要因は、卒業後に倫理教育を受講した経験（OR:1.45 / 95% CI:1.04-2.02）、倫理的なことを検討する委員会の有無（OR:1.42 / 95% CI:1.03-1.96）、エイジズム（OR:0.97 / 95% CI:0.95-1.00）であった。

考察：高齢者ケアを実践する臨床看護師にとって道徳的感受性を高めることは重要である。高齢者を身体的・精神的・社会的に理解するためには、仕事以外での高齢者との日常的な関わりの必要性が示唆された。また、看護師がケアの場面で直面する倫理的な問題を解決するために、倫理委員会を設けるなど組織的な取り組みの必要性が示唆された。

キーワード：道徳的感受性、倫理的感受性、臨床看護師、エイジズム、影響要因

I. 緒言

病院では高齢者のペースを考えた丁寧な日常生活援助が求められる一方で、マンパワー不足、日常業務の煩雑さから高齢者に対する日常生活援助を、倫理的に判断し自立や尊厳を維持しながら実施することが困難な状況がある。

Zizzo, Bell, and Racine (2016) は、「dramatic ethics ; 劇的な倫理」は公的な側面をもち、社会的な関心が高く、生命倫理の焦点(脳死の決定および生命維持の撤回など)を保持しており、「dramatic ethics ; 劇的な倫理」と対局にある概念に「everyday ethics ; 日常倫理」を提示している。日常倫理はKaneとCaplanによって、高齢者施設入所者の日常生活にありふれた事柄に注意をむけるために提唱された概念である(谷本ら, 2010)。高齢者

は他者からの手助けが必要となり、脆弱な存在となることから倫理的な問題が起こりやすい。例えば、高齢者の日常生活援助において「安全」と「自立」の価値観が対立した場合に、「安全」が優先された結果、おむつへの排泄が日常的に行われるような場面のことである。高齢者に対する日常的なケアは日常倫理の問題を孕んでいる。しかし、病院における現在の高齢者ケアは必ずしも倫理的に十分とは言えない。高齢者に対する優れた日常ケアの報告がある一方で(谷本ら, 2010)、現状に対する否定的な感情から、回避的になる看護職者もいる(村田, 2012)。

先行研究からは、周囲との協働でケアが進歩、洗練される感覚(奥村, 2017)や、組織的な取り組みで効果を得た(中川, 2011)報告がある一方で、自分とチームの

価値観との矛盾を恐れ、倫理的な問題について話せない(渡邊ら, 2005) 環境があることが報告されている。また、倫理教育の内容や方法に苦慮している(真継, 小林, 2016) 側面も伺えた。倫理的な価値を共有できる環境づくりは、看護師の実践に影響を与えることが推察された。

高齢者ケアを担当する看護職者は、かつてないほど高齢者ケアに対する専門性と高い倫理性を求められ、日常倫理の視点が必要となることが推察されるが、この分野の研究は少ない。

高齢者ケアを実践するために、高齢者理解は重要な要素の一つである。Butler (1969) によると、エイジズムとは高齢者が高齢であるために、彼らに対して抱く体系的なステレオタイプと差別の過程のことである。Butler (1969) は、65歳以上の人に対する強制退職を社会が選択したことをエイジズムの例としてあげている。我が国ではエイジズムに関して、高齢者を高齢であるというだけで別扱いすることに関する国民の意識・考え方等の把握を目的に調査を実施している(内閣府, 2004)。調査の結果から、多くの人が高齢者に対しネガティブなイメージを持ちつつも、年齢差別は少ない特徴と、高齢者を重んじる敬老思想と同時に、既に制度上に定着した社会的弱者としての価値観が一般化していると報告している。このように浸透したエイジズムは、看護師が実践する高齢者ケアにどのような影響をあたえているのだろうか。日常倫理の実態と看護師のエイジズムとの関係性を明らかにすることは、質の高い倫理的な高齢者ケアの実践に繋がると考える。

本研究では、A県内の一般病院で高齢者ケアに携わる臨床看護師の道徳的感受性の現状を知るとともに、道徳的感受性と基本属性、職場環境及び倫理教育の経験、高齢者観及び高齢者とのかかわりとの関係性を検討し、一般病院における高齢者ケアの倫理的実践を支援する方法を検討するための基礎的資料を作成することを目的とする。

II. 用語の操作的定義

道徳的感受性：理論的な知識と患者の視点で文脈的に状況を理解することにより、なすべきことに気づく能力、および看護師として道徳的な行動を起こすための強さや責任を果たす態度、姿勢。①道徳的気づき、②道徳的強さ、③道徳的責任の能力を含むもの(前田, 小西, 2012)と定義した。

III. 研究方法

1. 調査対象およびデータ収集方法

対象者はA県内にある一般病床をもつ病院に働く看護

師(准看護師含む)とした。地方厚生局によって発表されているA県内病院リストより、100床以上の一般病床、複数の診療科からなる診療体制を有し、地域の医療拠点病院である17施設のうち、研究の趣旨に協力が得られた13施設を研究対象施設とした。協力が得られた施設で、高齢者の入院受け入れがある病棟に勤務する看護師を対象に自記式質問紙調査を留め置き法にて実施した。

2. 調査期間：2018年6月～8月

3. 調査内容

質問紙は、1) 基本属性、2) 職場環境及び倫理教育の経験 3) 高齢者観、及び高齢者との関わり方、4) 道徳的感受性質問紙により構成した。

1) 基本属性

対象者の年齢、性別、職種、経験期間、現在の病棟での経験期間、高齢者ケアに関する専門的な資格の有無、職位、採用状況、勤務条件、生活満足度、最終学歴とした。

2) 職場環境及び看護倫理教育の経験

病床数、看護職員数、病棟の特徴、人材不足を感じるか、資源(施設・備品・消耗品)の不足を感じるか、倫理的な問題を検討する委員会の有無と看護師の参加状況、倫理的な事柄を相談しやすい環境とした。

看護基礎教育における看護倫理教育の経験の有無、卒後教育における看護倫理教育の経験の有無と受講回数・受講動機、看護倫理教育の必要性とした。

3) 高齢者観及び高齢者とのかかわり方

(1) フラボニ・エイジズム・スケール (Fraboni Scale of Ageism ; FSA)

Fraboniらが、高齢者に対する否定的なステレオタイプや信念、敵対・差別的な態度や高齢者との接触を回避するような感情成分を測定する尺度として開発したフラボニ・エイジズム・スケールの日本語短縮版を使用した。日本語短縮版は原田、杉澤、杉原(2004)によって作成され、すでに信頼性と妥当性は確認されている。この尺度は、ステレオタイプ化された「誹謗」、高齢者との接触の「回避」、高齢者の排除を支持する「差別」という3つの構成概念をもち、14項目の質問から成る。「そう思う(5点)」「まあそう思う(4点)」「どちらともいえない(3点)」「あまりそう思わない(2点)」「そう思わない(1点)」の5件法で回答した。ただし肯定的な質問(質問12)では「そう思わない(1点)」-「そう思う(5点)」を配点し得点化した。

(2) 老後の生活に対する不安感

原田ら(2008)の作成した尺度を使用した。「生

きがいが持てなくなること」「生活費が足りなくなること」「社会との交流がもてなくなること」「ねたきりになったりぼけたりして回りに迷惑をかけること」「老後に住むところがなくなること」「十分な介護サービスがうけられないこと」の6項目について、「大いに不安（2点）」「まあまあ不安（1点）」「あまり不安はない（0点）」「わからない（0点）」のいずれかで回答を求めた。

(3) 普段の生活における高齢者との関わりについては、高齢者との同居の有無、同居期間、仕事以外で高齢者と接する程度とした。

4) 道徳的感受性質問紙 (Moral Sensitivity Questionnaire; 以下MSQとする)

Lützcén, Dahleqvist, Sture Eriksson, and Norberg (2006) が開発したr-MSQの、前田による日本語版を使用した(前田, 小西, 八尋, 福宮, 井出, 2017)。日本語版のMSQは前田らにより、既にその信頼性と妥当性は確認されている。この尺度は「道徳的気づき」、「道徳的強さ」、「道徳的責任」の構成概念を持ち、10項目からなる「いつもそう思う(4点)」「時々そう思う(3点)」「めったにそう思わない(2点)」「全く思わない(1点)」の4件法で回答を求めた。

4. 分析方法

1) 基本属性, 2) 職場環境及び倫理教育の経験, 3) 高齢者観及び高齢者との関わり方, 4) MSQの記述統計を行い、対象者の特徴を把握した。

エイジズムは得点, 下位概念である「誹謗」、「回避」、「差別」の得点を算出した。同じくMSQの得点, 下位概念である「道徳的気づき」、「道徳的強さ」、「道徳的責任」の得点を算出した。

次にMSQの得点の中央値以下とそれ以上で、MSQ低群/MSQ高群とし、1) 基本属性, 2) 職場環境及び倫理教育の経験, 3) 高齢者観及び高齢者との関わり方の2群間の比較を、カテゴリ変数に関しては χ^2 検定またはFisherの直接確率法を、数量変数に関してはMann-Whitney U検定を行った。

MSQを目的変数, 有意差がみられた7項目を説明変数として、強制投入法による二項ロジスティック回帰分析を行った。統計解析には、統計ソフトSPSS statistics 25 for Windowsを使用した。尚、有意水準はすべて5%として検討を行った。

5. 倫理的配慮

研究協力への承諾が得られた施設の病棟看護師長より調査対象者へ研究協力依頼書, 調査票を配布してもらい、研究の趣旨, 方法, 意義, 研究への参加は自由意思

であること, 研究の途中でも中断できること, 参加を拒否することにより不利益を被らないこと, 得られた情報については個人の匿名性などのプライバシーを保護すること, データの使用目的について文書, 口頭による説明を依頼した。調査票の回収箱または郵便投函をもって同意とみなした。回収箱に投函された調査票は, 病棟師長が回収箱を回収した後, 研究者が回収した。収集した調査票は, 施設ID, ケースIDを付してデータ化した。尚, 本研究は名桜大学看護学研究科研究倫理委員会の承認を得て実施した。

IV. 結果

A県の南部から北部に所在する, 約180床~550床の一般病床をもつ17施設のうち, 調査協力への承諾が得られた13施設を対象とした。対象となった病院は, 複数の診療科をもち, 地域の医療拠点として急性期診療を行っている。公的医療機関が5施設, 医療法人が8施設, 看護師の雇用規模はいずれも100名以上で看護部が統括している。これらの施設に勤務する臨床看護師2,106名に質問紙を配布し, 1,404名から回答を得た(回収率66.6%), 回答に欠損のない678名を分析対象とした(有効回答率48.2%)

1. 対象者の基本属性(表1)

対象者の平均年齢は33.4±9.5歳で, 20~29歳が最も多く299名(44.1%), 次いで30~39歳(30.1%)で, 年代が進むごとに減少していた。女性が77.4%を占めており, 所有資格は看護師が最も多く655名(96.6%)で, 保健師, 助産師, 准看護師は少数であった。平均経験年数は121.1ヶ月(10.08年), 所属病棟の平均経験年数は40.9ヶ月(3.3年)であった。雇用形態では, 正職員が659名(97.2%)で, 588名(86.7%)が日勤夜勤交代勤務を行っていた。専門学校卒業が最も多く523名(77.1%)で, 次いで大学卒で146名(21.5%), 大学院は5名(0.7%)とわずかであった。対象者の職位は, スタッフ看護師が90%を占めていた。

2. MSQ高群/低群と基本属性の関連(表1)

年齢では, MSQ高群の平均年齢は34.1±9.7歳, MSQ低群が32.8±9.2歳であった。Mann-WhitneyのU検定を行った結果, MSQ高群(平均順位357.1), MSQ低群(平均順位322.0)で年齢に有意な差がみられた($U=63409.5$, $p=.02$)。年代別でみると30代, 40代では高群が多く, 20代, 50代では高群に比して低群が多く, 有意な差が見られた($\chi^2(3)=8.15$, $p<.05$)。残差分析では, 「20代のMSQ低群」と「30代のMSQ高群」が有意なセルで

あった。平均経験年数は121.1ヶ月(10.08年)でMSQ高群が98ヶ月(8.16年)、MSQ低群が75ヶ月(6.25年)で、経験年数が長いほどMSQが高かった($U=63480$, $p=.018$)。高齢者ケアに関する資格を所有しているのは、16名と僅かであったが、資格無しに比べ、有資格者のほうがMSQは有意に高かった($p=0.042$)。

3. MSQ高群/低群と職場環境及び看護倫理教育の経験の関連(表2)

対象者が所属する病棟は、内科系が最も多く224名(33%)であった。次いで外科系172名(25.3%)、混合病棟138名(20.3%)であった。平均病床数は 38.7 ± 11.6 床、平均職員数は 30.8 ± 7.3 名であった。対象者の88.6%が人材不足を感じ、71%が設備や物品などの資源の不足を感じていたが、いずれもMSQとの関係性は見られなかった。

表1 対象者の基本属性とMSQの関連

項目	選択肢	全体 $n=678$	道徳的感受性		統計量 ^{**}
			高群 $n=338$	低群 $n=340$	
年齢 ⁽¹⁾	mean±SD	33.4±9.5	34.1±9.3	32.8±9.7	63409.5*
年代別 ⁽²⁾	20-29歳	299 (44.1)	132 (44.1)	167 (55.9)	8.157*
	30-39歳	204 (30.1)	115 (56.4)	89 (43.6)	
	40-49歳	119 (17.6)	64 (53.8)	55 (46.2)	
	50歳以上	56 (8.3)	27 (48.2)	29 (51.8)	
性別 ⁽³⁾	男性	153 (22.6)	69 (45.1)	84 (45.1)	0.20
	女性	525 (77.4)	269 (51.2)	256 (51.2)	
所有資格(複数回答) ⁽²⁾	保健師	6 (0.9)	4 (66.7)	2 (33.3)	2.736
	助産師	1 (0.1)	0 (100.0)	1 (100.0)	
	看護師	655 (96.6)	324 (49.5)	331 (50.5)	
	准看護師	16 (2.4)	10 (62.5)	6 (37.5)	
経験月数 ⁽¹⁾	mean±SD	121.2±107.3	127.8±105.6	114.6±108.7	63480*
年数別 ⁽²⁾	5年未満	231 (34.1)	101 (43.7)	130 (56.3)	7.500
	5年以上10年未満	173 (25.5)	86 (49.7)	87 (50.3)	
	10年以上15年未満	107 (15.8)	63 (58.9)	44 (41.1)	
	15年以上	167 (24.6)	88 (52.7)	79 (47.3)	
所属病棟の経験年数 ⁽¹⁾	mean±SD	40.9±44.3	42.3±46.7	39.5±41.8	54968
職位 ⁽²⁾	スタッフ看護師	611 (90.1)	297 (48.6)	314 (51.4)	4.796
	管理職	62 (9.1)	39 (62.9)	23 (37.1)	
	その他	5 (0.7)	2 (40.0)	3 (60.0)	
採用状況 ⁽³⁾	正規職員	659 (97.2)	330 (50.1)	329 (49.6)	0.78
	臨時職員	10 (1.5)	4 (40.0)	6 (60.0)	
	その他	9 (1.3)	4 (44.4)	5 (55.6)	
勤務条件 ⁽²⁾	日勤・夜勤交代制	588 (86.7)	298 (50.7)	290 (49.3)	2.258
	日勤のみ	69 (10.2)	31 (44.9)	38 (55.1)	
	夜勤のみ	9 (1.3)	4 (44.4)	5 (55.6)	
	時短勤務	9 (1.3)	3 (33.3)	6 (66.7)	
	その他	3 (0.4)	2 (66.7)	1 (33.3)	
生活満足度 ⁽²⁾	満足していない	152 (22.4)	80 (52.6)	72 (47.4)	8.261*
	普通	283 (41.7)	125 (44.2)	158 (55.8)	
	満足している	243 (35.8)	133 (51.9)	110 (48.1)	
学歴 ⁽²⁾	専門学校	523 (77.1)	254 (48.6)	269 (51.4)	2.309
	大学	146 (21.5)	78 (53.4)	68 (46.6)	
	大学院	5 (0.7)	3 (60.0)	2 (40.0)	
	その他	4 (0.6)	3 (75.0)	1 (25.0)	

(1) Mann-WhitneyU検定 (2) χ^2 検定 (3) Fisherの正確確率法

※統計量：(1)はU値、(2)は χ^2 、(3)はp値を表示

* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

倫理的なことを検討する委員会が有るほうが、無いほうに比べてMSQが有意に高かった ($\chi^2(1)=9.952, p<.01$)。委員会への看護師の参加や職場での相談のしやすさについては、MSQとの間に有意な関係性は無かった。

看護基礎教育で看護倫理教育を受けたのは511名(75.4%)で、卒後教育によって倫理教育を受けたのは253名(37.3%)であった。看護基礎教育での看護倫理

教育の経験の有無とMSQの間に関連性は見られなかったが、卒後教育で看護倫理教育を経験した群で、MSQが有意に高かった ($\chi^2(2)=9.996, p<.01$)。残差分析では、「看護倫理の卒後教育経験無しMSQ低群」と「看護倫理の卒後教育経験有りMSQ高群」が有意なセルであった。また80%の対象者が倫理教育を「とても必要」「必要」と感じていることがわかった。

表2 職場環境および看護倫理教育の経験とMSQの関連

項目	選択肢	全体n=678	道徳的感受性		統計量*
			高群n=338	低群n=340	
看護倫理教育の受講の経験					
基礎教育 ⁽²⁾	有	511 (75.4)	254 (49.7)	257 (50.3)	1.865
	無	44 (6.5)	26 (59.1)	18 (40.9)	
	わからない	123 (18.1)	58 (47.2)	65 (52.8)	
卒後教育 ⁽²⁾	有	253 (37.3)	146 (57.7)	107 (42.3)	9.996**
	無	250 (36.7)	112 (44.8)	138 (55.2)	
	わからない	175 (25.9)	80 (45.7)	95 (54.3)	
受講回数 ⁽²⁾	1回	146 (57.7)	83 (56.8)	63 (43.2)	4.699
	2回	75 (29.6)	39 (52.0)	36 (48.0)	
	3回以上	32 (7.9)	24 (75.0)	8 (25.0)	
受講動機 (複数回答)	看護倫理に興味があるから	39 (15.3)	-	-	-
	倫理的な事で悩んでいたから	18 (7.0)	-	-	
	業務命令だから	129 (50.7)	-	-	
	上司や同僚から勧められたから	82 (32.6)	-	-	
	その他	29 (11.4)	-	-	
看護倫理の研修の 必要性 ⁽³⁾	そう感じる	562 (82.9)	290 (51.6)	272 (48.4)	0.052
	そう感じない	116 (17.1)	48 (41.4)	68 (58.6)	
病床数 ⁽¹⁾	mean±SD	38.7±11.6	38.9±11.5	38.5±11.8	59592
看護師数 ⁽¹⁾	mean±SD	30.8±7.3	30.8±7.2	30.9±7.5	58050
看護助手、介護士数 ⁽¹⁾	mean±SD	5.2±2.3	5.3±2.3	5.1±2.3	59745.5
病棟の特徴 ⁽²⁾	外科系	172 (25.3)	88 (51.2)	84 (48.8)	3.384
	内科系	224 (33.0)	110 (49.1)	114 (50.9)	
	混合病棟	138 (20.3)	73 (52.9)	65 (47.1)	
	回復期	36 (5.3)	16 (44.4)	20 (55.6)	
	地域包括病棟	18 (2.6)	11 (61.1)	7 (38.9)	
	ICU・HCU	70 (10.3)	30 (42.9)	40 (57.1)	
	その他	20 (2.9)	10 (50.0)	10 (50.0)	
人手不足を感じるか ⁽³⁾	そう感じる	601 (88.6)	298 (49.6)	303 (50.4)	0.696
	そう感じない	77 (11.3)	40 (51.9)	37 (48.1)	
資源(施設・備品・消耗品)の不足を感じるか ⁽³⁾	そう感じる	482 (71.0)	244 (50.6)	238 (49.4)	0.530
	そう感じない	196 (28.9)	94 (48.0)	102 (52.0)	
倫理的なことを検討する 委員会の有無 ⁽²⁾	有	323 (47.6)	181 (56.0)	142 (44.0)	9.952**
	無	49 (7.2)	24 (49.0)	25 (51.0)	
	わからない	306 (45.1)	133 (43.5)	173 (56.5)	
看護師の参加の有無 ⁽²⁾	有	153 (47.3)	88 (57.5)	65 (42.5)	1.051
	無	99 (30.6)	57 (57.6)	42 (42.4)	
	わからない	71 (21.9)	36 (50.7)	35 (49.3)	
倫理的なことを相談 しやすい環境か ⁽³⁾	そう感じる	374 (54.8)	188 (50.3)	186 (49.7)	0.811
	そう感じない	304 (45.1)	150 (49.3)	154 (50.7)	

(1) Mann-WhitneyU検定 (2) χ^2 検定 (3) Fisherの正確確率法

※統計量：(1)はU値、(2)は χ^2 、(3)はp値を表示

* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

4. 高齢者観及び、高齢者との関わり方 (表3)

高齢者との同居経験有り216名 (31.9%) は、無し462名 (68.1%) に比べ、MSQが有意に高かった ($p=0.032$)。高齢者との平均同居期間は156ヶ月 (13年) であった。

エイジズムの得点は平均28.7±6.1点で、MSQ高群 (平均順位315.72)、MSQ低群 (平均順位363.14) で高齢者との同居経験に有意な差がみられた ($U=49,421$,

$p=.02$)。エイジズムの下位概念においても同様の検定を行った結果、「嫌悪・差別」の得点平均9.62±3.23点で、MSQ高群 (平均順位314.22)、MSQ低群 (平均順位364.63) で有意な差がみられた ($U=48,915.5$, $p=.01$)。さらに「回避」得点平均10.85±3.34点、MSQ高群 (平均順位312.07)、MSQ低群 (平均順位366.77) で「回避」においても有意な差がみられた ($U=48,187.5$, $p=.000$)。

表3 高齢者観および高齢者との関わりと MSQ との関連

項目	選択肢	全体n=678	道徳的感受性		統計量*
			高群n=338	低群n=340	
高齢者との同居経験の有無 ⁽³⁾	有	216 (31.9)	121 (56.0)	95 (44.0)	0.032*
	無	462 (68.1)	217 (47.0)	245 (53.0)	
同居期間 (月数) ⁽¹⁾	mean±SD	161.0±110.8	168.2±111.5	151.9±109.9	60363.5
仕事以外で高齢者と接する機会 ⁽³⁾	接する	208 (44.9)	107 (51.4)	101 (48.6)	0.090
	接しない	255 (55.1)	111 (43.5)	144 (56.5)	
老後生活不安得点 (12点) ⁽¹⁾	mean±SD	5.5±3.2	6.0±3.0	6.2±3.1	60621.5
生きがいもてなくなる ⁽²⁾	多いに不安	88 (13.0)	47 (53.4)	41 (46.6)	1.151
	まあまあ不安	289 (42.6)	138 (47.8)	151 (52.2)	
	あまり不安はない	258 (38.1)	132 (51.2)	126 (48.8)	
	わからない	43 (6.3)	21 (48.8)	22 (51.2)	
生活費が足りなくなる ⁽²⁾	多いに不安	65 (9.5)	33 (50.8)	32 (49.2)	1.229
	まあまあ不安	306 (45.1)	159 (52.0)	147 (48.0)	
	あまり不安はない	279 (41.1)	133 (47.7)	146 (52.3)	
	わからない	28 (4.1)	13 (46.4)	15 (53.6)	
社会との交流がもてなくなる ⁽²⁾	多いに不安	321 (47.3)	168 (52.3)	153 (47.7)	2.681
	まあまあ不安	257 (37.9)	122 (47.5)	135 (52.5)	
	あまり不安はない	81 (11.9)	41 (50.6)	40 (49.4)	
	わからない	19 (2.8)	7 (36.8)	12 (63.2)	
寝たきりになったりぼけたりして家族や周りの人に迷惑をかけること ⁽²⁾	多いに不安	144 (21.2)	75 (52.1)	69 (47.9)	1.332
	まあまあ不安	229 (33.7)	118 (51.5)	111 (48.5)	
	あまり不安はない	280 (41.2)	134 (47.9)	146 (52.1)	
	わからない	25 (3.6)	11 (44.0)	14 (56.0)	
老後に住むことがなくなる ⁽²⁾	多いに不安	166 (24.4)	82 (49.4)	84 (50.6)	2.286
	まあまあ不安	312 (46.0)	164 (52.6)	148 (47.4)	
	あまり不安はない	165 (24.3)	77 (46.7)	88 (53.3)	
	わからない	35 (5.1)	15 (42.9)	20 (57.1)	
十分な介護サービスが受けられないこと ⁽²⁾	多いに不安	245 (36.1)	128 (52.2)	117 (47.8)	1.402
	まあまあ不安	308 (45.4)	146 (47.4)	162 (52.6)	
	あまり不安はない	109 (16.0)	56 (51.4)	53 (48.6)	
	わからない	16 (2.3)	8 (50.0)	8 (50.0)	
高齢者看護に関する資格の有無 ⁽³⁾	有	16 (2.4)	12 (75.0)	4 (25.0)	0.046*
	無	662 (97.6)	326 (49.2)	336 (50.8)	
資格の内容	老人看護専門看護師	1 (6.2)	-	-	
	認知症看護認定看護	2 (12.5)	-	-	
	認知症ケア専門士	2 (12.5)	-	-	
	介護福祉士	5 (31.2)	-	-	
	介護支援専門員	3 (18.7)	-	-	
	その他	3 (18.7)	-	-	
エイジズム得点 (70点) ⁽¹⁾	mean±SD	28.6±6.7	28.0±7.0	29.2±6.4	49421**
	誹謗 (15点) (1)	8.1±1.8	8.2±2.0	8.0±1.3	61062.5
	嫌悪・差別 (30点) (1)	9.6±3.2	9.3±3.4	9.9±3.0	48915.5**
	回避 (25点) (1)	10.8±3.3	10.4±3.3	11.3±3.3	48187.5***

(1) Mann-WhitneyU検定 (2) χ^2 検定 (3) Fisherの正確確率法

※統計量：(1) はU値, (2) は χ^2 , (3) はp値を表示

* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

5. 道徳的感受性の関連要因（表 4）

MSQに影響する要因を検討するために、MSQを目的変数、年齢、経験年数、生活満足度、倫理教育の経験の有無（卒業教育）、倫理的なことを検討する委員会の有無、高齢者との同居経験の有無、エイジズムの7項目を

説明変数とした二項ロジスティック回帰分析を行った。その結果、MSQの関連要因は、卒業後に倫理教育を受講した経験（OR:1.45 / 95% CI:1.04-2.02）、倫理的なことを検討する委員会の有無（OR:1.42 / 95% CI:1.03-1.96）、エイジズム（OR:0.97 / 95% CI:0.95-1.00）であった。

表 4 道徳的感受性に関連する要因—二項ロジスティック回帰分析

関連要因	β	標準誤差	p	オッズ比 (95%信頼区間)
年齢	0.015	0.019	0.438	1.015 (0.977 - 1.055)
経験年数	-0.001	0.002	0.739	0.999 (0.996 - 1.003)
卒業後に倫理教育を受講した経験	0.376	0.168	0.025	1.457 (1.048 - 2.026)
倫理的なことを検討する委員会の有無	0.353	0.164	0.031	1.423 (1.032 - 1.961)
高齢者との同居経験の有無	0.297	0.17	0.082	1.346 (0.963 - 1.881)
生活満足感	0.298	0.165	0.071	1.347 (0.974 - 1.862)
エイジズム	-0.024	0.012	0.047	0.977 (0.954 - 1.000)

強制投入法 従属変数：道徳的感受性（高群 1，低群 0）
 モデル χ^2 検定 28.64 $p < 0.05$
 Hosmer-Lemeshow の検定 $p > 0.05$
 予測的中率 58.7%

V. 考察

1. 道徳的感受性の向上に向けた卒業後の倫理教育、臨床倫理委員会の在り方への示唆

Lutzénら（2006）は、道徳的感受性の概念を明確にすることを目的としてMSQを開発し、看護師らが自らのケアの不十分さの感覚は、状況の道徳的性質への気づきであり、患者の脆弱性を反映した患者の見方への理解を促進する可能性があるとして述べ、道徳的感受性の概念を医療スタッフが理解する必要性を指摘している。また、道徳的感受性と倫理的感受性は交換可能な概念であることも指摘している。

本調査では、高齢者ケアを実施する臨床看護師の道徳的感受性と卒業後に倫理教育を受講した経験、倫理的なことを検討する委員会の有無は有意に関係していた。つまり、看護師の道徳的感受性の向上には、個人が所属する組織において倫理的な対話が行われる機会や場が必要であると考えられる。

日本看護協会（2006）は、「臨床倫理委員会とその活用に関する指針」を作成し、倫理的問題の解決に際し看護師個人の倫理観や努力に頼るだけでなく組織的なサポートを目指しており、倫理的な組織文化の形成にむけた具体的な取り組みを提案している。

臨床倫理委員会とその活用に関する指針によれば（日本看護協会、2006）、看護師の倫理的感受性とは「臨床倫理問題が生じていることに気づく力」と定義し、倫理的感受性を含めた倫理的推論、態度表明、実現の力の4

つの力を育成することを目的に、臨床倫理委員会の役割を1）自施設の倫理的方針の表明、2）臨床倫理問題に関する指針などの作成、3）臨床倫理問題に関する事例の相談対応、4）研究・治療・治験の倫理的審査、5）医療従事者に対する倫理教育、の5つとしている。組織の倫理的な取り組みを促進するためには、これらの委員会の役割が十分に発揮されることが重要であろう。

勝原（2016）は、新人看護師への継続的なインタビューから、看護師の倫理的感受性が低下していく語りを明らかにしている。倫理問題に出会ったとき、それを追求しきれない状況が繰り返されることで、その状況自体が日常となる。日常は慣れとして正当化され感受性を低下させる恐れがある（朝倉、1999）。このような状況を予防するためには、看護師が個人的に抱いた倫理的な気づきを医療従事者間で共有し、問題解決を図るとともに同僚からのフィードバックを受けることが必要であると考えられる。しかし、それぞれの価値観、職業観を持ちながら、協働することを必要とされる医療の現場で、倫理的な気づきを共有し、問題を解決することは簡単なことではないと考える。石井ら（2011）の調査からは、看護職者らが委員会の役割に期待し、倫理問題の解決が必要と考える一方で、倫理の多様性に基づく問題解決の困難性を感じていることを報告している。臨床倫理委員会は、このような倫理に対する思い込みを、解きほぐす役割があると考える。また、水澤（2009）は、倫理的な問題を検討する機会や場があるものほど、倫理的問題の解決の割合が

高かったと報告している。検討の場で倫理についての対話が増えるほど、倫理に対するバリアが低減し、倫理について語れる・聴ける文化の醸成が始まるものと考えられる。

臨床倫理委員会の詳細な役割には、医療従事者などに対する倫理教育がうたわれている。看護倫理教育については、院内講師による1～2時間の講義形式の研修や、1年に1回の頻度で実施しているなど、研修方法や講師の選任などに苦慮している現状がある(伊藤ら, 2013)。石原ら(2012)は、倫理研修の受講は、倫理的問題を経験する頻度や悩む程度に関連しておらず、研修により必要な知識を習得するだけでは倫理的葛藤の軽減には効果が少ないとしている。体験を一人で抱えず、体験について多面的な意見を交わしあい、定期的な多職種によるカンファレンスの必要性を述べている(石原ら, 2012)。また、服部(2017)は、臨床の倫理的問題をMCD:moral case deliberation(以下、MCDとする)により検討することを提案している。MCDは臨床の現場で、訓練を積んだ進行兼書記役のファシリテーター(facilitator, gespreksleider)の最小限の仕切りのもとで、多職種から成る医療チームの面々が、他者の考えに耳を傾け合い、方法的対話を活発にまわしていくなかで、自分たちが実際に直面している臨床倫理の具体的な問題を考え抜くというものであった。講義による知識の習得のみにとどまらず、それぞれの看護師の体験に基づき、問題解決にむけて意見を交わしあい、現状で活用できる資源を見極めた参画型の教育方法により、互いを教材としながら学び合えるような工夫が必要だと推察された。

中川(2011)は、看護部の倫理的風土の醸成を目的に設置した看護部倫理委員会の活動を職員の意識や行動の変化から評価するために追跡型の実態調査研究を実施している。研究に参画した看護師らは、倫理委員会の活動への関心や自分の気持ち、行動、患者への関わり方の変化を自覚していた。看護部倫理委員会の設置と委員活動により、規制的变化と参画的变化がおり、看護師個人の知識、態度、行動が変化したと結論づけている(中川, 2011)。看護師が「業務上悩む場面」は、他の医療従事者や、患者とその家族との価値観の相違、自分の能力を超える仕事の遂行、施設設備の不足などであった(石井ら, 2011)。看護倫理の問題はその性質上、前述したように個人ではどうすることもできない側面を併せもっている。倫理的な看護実践を引き出すためには、個人の倫理的感受性の向上が必要であると同時に、その個人をとりまく環境に変化を起こすことが重要である。

本調査では、倫理的なことを検討する委員会が、道徳的感受性に影響を与えることが明らかになった。一方では自施設の倫理委員会の有無について「分からな

い」と回答した看護師も45.1%存在しており、倫理委員会が看護師にとって身近でないことも推察された。臨床倫理委員会はその機能の違いから、研究倫理を扱うIRB(institutional review board)と、現場の倫理問題を扱うHEC(hospital ethics committee)がある(服部, 2017)。日本集中治療医学会倫理委員会(2013)は、HECの機能を持たない病院は、調査対象施設の15%であったと報告しており、近年HECの設置は我が国においても進められている。しかし、自施設の倫理方針の表明や、マニュアルの策定、研究倫理の審査が主な目的となり、事例検討や倫理教育の機能が不足している現状があり、医療職者らの臨床倫理委員会に対する事例検討や倫理教育のニーズは大きい(石井, 2011; 日本集中治療医学会倫理委員会, 2013)。また、事例検討を実施していても、その内容が生命倫理の問題に偏っている可能性も伺えた。日本看護協会(2006)は、倫理的行動力の高い人材を育成するために、定期的、継続的な勉強会、グループでの事例検討会を勤めている。臨床倫理委員会が、生命倫理のトピックのみにとらわれず日常倫理のトピックも含め、倫理的な問題について対話する機会や場を提供し、倫理的な組織文化の醸成する倫理委員会の在り方が今後の課題であると示唆された。

2. 高齢者理解が道徳的感受性に及ぼす影響への示唆

今回の調査では、道徳的感受性には「高齢者との同居経験の有無」が有意に関連しており、「エイジズム」の低さが道徳的感受性に影響を与えている可能性が示唆された。つまり高齢者について体験的に知っていることや、エイジズムが低いことは、道徳的感受性の向上と関連があると推察される。

原田らが作成したFSA日本語短縮版(原田ら, 2008)は、作成された14質問に対し「そう思う(5点)」から「そう思わない(1点)」で回答、得点化しその得点が高いほど、エイジズム即ちステレオタイプの年齢差別があることを意味する。本調査のエイジズムの項目平均点は2.04点であり、久木原ら(2012)の、高齢者施設の介護職員に対する調査(項目平均 2.20 ± 0.52 点)と比較すると、本調査の対象者は、高齢者施設の介護職員にくらべエイジズムが低かった。原田ら(2008)は、親しい高齢者の親族や仕事仲間がいることと、エイジズムの間に有意な関連性があることを報告している。高齢者について体験的に知っていることは、高齢者の肯定的な理解につながっていることが、本調査の結果と合わせても推察できる。

Butler(1969)は、高齢者というだけで偏見が存在する状況を指して、エイジズムと呼び、人種差別、性差別と並ぶ差別として年齢差別を位置づけた。高齢社会の到

来とともに、本調査の対象となった急性期医療を担う病院等においては、高齢者ケアを実施する機会が増加している。酒井（2012）は、患者はパワーレスになりやすい状況があり、それ故に医療者はパターンリズムに陥りやすく、また専門職のプログラムが平行して展開される病棟の日課や、成果を厳しく評価される診療報酬体系などから看護職者は業務中心になりやすい事を指摘している。高齢者は疾患による障害や入院によりパワーレスな状況となりやすく、「世話が必要」や「意思決定は難しい」といったステレオタイプの高齢者理解が、ケアの質に影響を及ぼすことは、「高齢者とのかわりでは倫理が守られていない場面がある」ことが報告されている（石井，2011）ことから容易に推測される。

「高齢者と向き合う姿勢」や「高齢者の意思と自律が尊重されにくい」現象はエイジズムと無関係ではないと考える。羽鳥（2005）は、健康な高齢者と関わる機会が少なかった社会福祉専攻学生が、病院実習において心身に障害をもつ高齢者に出会うと、そのイメージが強く焼き付き、否定的偏見を持ちやすくなると述べている。倫理的な日常生活援助の課題を乗り越えて、高齢者のできないことに捉われず、高齢者の能力を信頼してケアを展開する能力を身につけるには、高齢者について体験的に知ること、高齢者を身体的・心理的・社会的な側面から理解することが必要だと考える。

本調査の対象者の全員が看護師であり、資格取得の過程で高齢者看護の専門知識を、カリキュラムにより学習している。原田ら（2008）の調査により、加齢に関する知識の有無はエイジズムの低減に有意に影響していることが分かっており、体験的な高齢者理解のみが道徳的感受性に影響を与えているとは言えず、本調査の課題である。

VI. 結論

高齢者ケアを実践する臨床看護師にとって、道徳的感受性を高めることは重要である。高齢者を身体的・心理的・社会的に理解するためには、仕事以外でも高齢者との日常的な関わりの必要性が示唆された。また看護師がケアの場面で直面する倫理的な問題を解決するために、臨床倫理委員会を通じた事例検討や倫理教育などへの取り組みの必要性が示唆された。

なお本研究は平成30年度名城大学大学院看護学研究科修士課程にて実施している研究の一部を加筆修正したものである。

参考・引用文献

- 朝倉祐子.(1999). 臨床看護職者の看護の倫理についての認識. 神奈川県立看護教育大学校看護教育研究収録, 25(3), 271-278.
- Butler, R. N.(1969). Age-ism: Another form of bigotry. *Gerontologist*, 9, 243-246.
- 服部健司. (2017). 臨床倫理委員会や倫理コンサルタントとは別の仕方. *生命倫理*, 27(1).
- 原田謙, 杉澤秀博, 柴田博 (2008). 都市部の若年男性におけるエイジズムに関連する要因. *老年社会科学*, 29(4), 485-491.
- 原田謙, 杉澤秀博, 杉原陽子, 山田嘉子, 柴田博. (2004). 日本語版Fraboniエイジズム尺度 (FSA) 短縮版の作成—都市部の若年男性におけるエイジズムの測定. *老年社会科学*, 26(3), 308-319.
- 石井泰枝, 岩澤とみ子, 間々田美穂, 猪俣真由美, 金子雅美, 板橋千恵子, 田中とく子, 岩崎かほる. (2011). 看護職の倫理的感性を具現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*, 3(1), 52-57.
- 石原明美, 池田ゆか, 寺田整司. (2012). 精神科病院に勤務する看護師・介護福祉士が患者への介入場面で感じる倫理的葛藤に関する研究—職種間・経験の差からの考察. *インターナショナルナースングリサーチ*, 11(1), 81-87.
- 伊藤千晴, 太田勝正. (2013). 新人看護職員研修における看護倫理教育の現状と課題—中部地区5県のアンケート調査より—. *日本看護倫理学会誌*, 5(1), 51-57.
- 勝原裕美子. (2016). 組織で生きる：管理と倫理のはざままで. 東京：医学書院.
- 久木原博子, 山口みどり, 内山久美, 小幡順子, 安藤満代. (2012). 高齢者ケア施設職員の職業性ストレスとエイジズムの関係. *インターナショナルnursing care research*, 11(3), 11-19.
- Lützen, K., Dahlqvist, V., Eriksson, S., & Norberg, A. (2006). ヘルスケア実践における道徳的感受性の概念の開発. *Nursing Ethics*, 13(2), 187-196. <https://doi.org/10.1191/0969733006ne837oa>
- 水澤久恵. (2009). 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*, 19(1), 87-97.
- 村田尚恵. (2012). 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*, 4(1), 9-13.
- 内閣府. (2004, 6月). 平成15年度 年齢・加齢に対する考え方に関する意識調査結果. 読み込みか

- らhttp://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h15_kenkyu/html/0-1.html
- 中川典子. (2011). 看護部門の倫理的風土変革の試み—変革理論を用いたアプローチ—. 看護倫理学会誌, 3(1), 47-51.
- 日本看護協会. (2006, 11月). 臨床倫理委員会の設置とその活用に関する指針. 読み込みから<https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/rinshorinri.pdf>
- 日本集中治療医学会倫理委員会. (2013). 日本集中治療医学会評議員の所属施設における臨床倫理に関する現状調査. 日本集中医学会誌, 20(2), 13.
- 奥村和代. (2017). 急性期病院に勤務する看護師が業務的と認識する実践の様相. 兵庫県立看護大学・地域ケア開発研究所紀要, 24, 13-25.
- 坂本沙弥香. (2007). 日本の終末期医療に携わる看護師に対する終末期看護教育プログラムを用いた終末期看護倫理の教育的介入. 平成18年度笹川医学医療圏旧財団. 読み込みから http://archive.smhf.or.jp/archive_r/data/2006_0024.pdf
- 谷本真理子, 黒田久美子, 田所良之, 高橋良幸, 島田広美, 正木治恵. (2010). 高齢者ケアにおける日常倫理に基づく援助技術. 日本看護科学会誌, 30(1), 25-33. https://doi.org/10.5630/jans.30.1_25
- 渡邊智子, 八島妙子, 茂野香おる, 井上映子, 杉田由加里, 酒井郁子, 吉本照子. (2005). 介護老人保健施設での看護・介護職者が有する倫理的ジレンマ. 第36回日本看護学会論文集 看護管理, 392-394.
- Zizzo, N., Bell, E., & Racine, E. (2016). What Is Everyday Ethics? A Reveiw and a Proposal for an Integrativ Cncept. The Journal of Clinical Ethics, 27(2), 117-128.

Factors That Affect the Moral Sensitivity of Clinical Nurses Practicing Elderly Care at General Hospitals

SHINJO Megumi, NAGATA Miwako, MATSUDA Megumi

Summary

Objective: This study aimed to examine the factors that affect the moral sensitivity of clinical nurses practicing the elderly care in A Prefecture.

Method: The survey was conducted for 2,106 clinical nurses working for hospitals in A Prefecture and 678 subjects were analyzed. The questions consist of the items on the basic attributes, workplace environments, experiences of ethical education, view of the elderly, involvement with the elderly, and moral sensitivity scales. Binomial logistic regression analysis was conducted with moral sensitivity as the objective variable and age, experience of ethical education, lifestyle satisfaction degree, ethics committee, experience of living together with the elderly, and ageism scales as the explanatory variable.

Result: The average age was 33.4 ± 9.5 years old, and the average years of experience was 121.1 months (10.08 years). 153 nurses (22.5%) were men and 525 nurses (77.4%) were women. 523 nurses (77.1%) graduated from vocational schools, followed by college graduates of 146 nurses (19.3%) and only 5 nurses (0.7%) finished the graduate course. The relevant factors of moral sensitivity were experience of taking ethics education after graduation (OR:1.45/95% CI:1.04-2.02), whether there was a committee to consider the ethical matters (OR:1.42/95% CI:1.03-1.96) and Ageism scores (OR: 0.97/95% CI: 0.95-1.00).

Consideration: It is important for clinical nurses practicing the elderly care to develop moral sensitivity, and to have everyday involvement with the elderly to understand the elderly physically, mentally, and socially. It is suggested that organizational efforts such as establishing the ethical committee are needed to solve ethical issues these nurses face in the care scene.

Keywords: moral sensitivity, ethical sensitivity, clinical nurse, ageism, effect factor

