

診療看護師の倫理的感性の特徴

Characteristics of ethical sensitivity of Nurse Practitioner in Japan

近藤 信吾

独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター

要 旨

【目的】

倫理的感性は、臨床で倫理的問題が生じていることに気づく能力であり倫理的行動を呼び起こすものである。診療看護師が臨床で遭遇する倫理的葛藤や倫理的感性について明らかにした研究はみられない。診療看護師の倫理的感性の特徴を明らかにする。

【対象と方法】

全国の医療機関で勤務する診療看護師で研究に同意が得られた者を対象とした。倫理的感性はMSTにより定量化した。診療看護師の属性と日本語版道徳的感受性テストMoral Sensitivity Test (以下MST) との関係性を調査した。

【結果】

日本NP教育大学院協議会に入会している会員校のNPコース修了生約250名のうち42人(250名に対する割合16.8%)からの回収を得た。

診療看護師の倫理的感性『患者理解』が統計上最も高く、次いで『自律』『責任/安全』であった。『責任/安全』は1年目の診療看護師がより強く認識していた。『自律』は「研修終了」の診療看護師が「研修中」より強く認識していた。診療看護師の専門領域「クリティカルケア領域」と「プライマリーケア領域」のMST(11因子)を比較するが有意な差はなかった。

【結論】

診療看護師は看護師としての目線を保ち、診断のプロセスや治療管理に関与しながら、より高い専門性と責任感を保っていることが明らかとなった。診療看護師は、臨床経験を経て自律した存在となることが示唆された。

Key Words : 診療看護師, 倫理的感性, 日本語版道徳的感受性テスト

I. 緒言

良質な医療サービスを提供するためには、医師や看護師、薬剤師、理学療法士などの専門多職種がそれぞれの連携を強化し、チーム医療を推進していくことが重要である¹⁾。また、専門多職種の中でも24時間患者のそばにいる看護師には、日常生活行動や安楽を確保するための援助だけではなく、チーム医療のキーパーソンとしての役割を担うことが期待されている²⁾。

医療が高度化・複雑化する中、保健医療サービスの利用者や提供者各々の価値観や信念も多様化し、保健医療サービスの利用者対提供者、または提供者である専門多職種間でも意見の相違や対立等が発生することも少なくない。このようなことから、看護職においても、看護を行う際に自己の道徳性や医療従事者としての倫理を問う場面に多く直面している³⁾。

看護師が直面する倫理的問題は、医師との関係で起こる問題、看護師間での関係で起こる問題、看護師自身の能

力と業務の困難さとバランスの問題、患者への情報提供に関する問題等があり⁴⁾、これらの倫理的問題の認識は、看護師個々の看護教育のレベルや従事している病院のシステムの影響を受けるとも言われている⁵⁾。特に、診療看護師は、医師と連携しながら、患者に対し侵襲的な診療の補助業務を行うことから、患者・家族に対してもインフォームドコンセントを得るための説明責任が問われるようになってきている。そのために、診療看護師は、高度な看護実践力とあわせて、状況の総合的な判断（診察・診断）や状況に対応した治療への自律的な介入が求められ、チーム医療のキーパーソンとして、検査や治療に関する方針の決定、特定行為の実施、患者や家族への病状・検査の説明といった場面において、倫理的側面を考慮しながら意思決定を行う機会に遭遇することになる^{6) 7)}。

クリティカルケア領域における診療看護師は、救急患者、周術期患者、ハイリスク患者を対象に、安心・安全な医療を医師との連携・協働のもとに適時に効果的に提供することが期待されており⁷⁾、プライマリケア領域における診療看護師は、病院や地域において医師との連携・協働のもとに、患者とその家族のQuality of life (QOL) 向上に貢献することが期待されている⁸⁾。このような環境下にある診療看護師は、看護師として臨床で働く時には経験し得ない、様々な複雑かつ困難な倫理的葛藤や問題を抱えながら医療を提供していることが想像でき、看護師時代と比較し診断や治療に関与するようになったことで、倫理的感性に何らかの変化が生じているのか疑問に思った。診療看護師の倫理的感性について研究することで、診療看護師が抱える倫理的問題が明らかとなり、倫理的問題に対する対処法を検討する資料になりうると考えた。

診療看護師は、看護師時代とは異なり、診断や治療プロセスに関与する機会が多くなり、その役割が拡大したことで、これまで以上に複雑かつ困難な倫理的問題を抱え葛藤を生じていることが考えられる。倫理的感性は、臨床で倫理的問題が生じていることに気づく能力のことであり、倫理的行動を呼び起こすものである⁹⁾。倫理的問題の認識は、看護師自身に内在する価値観によって気づくことができ、その価値観は患者への対応の仕方にも影響してくると言われている¹⁰⁾。倫理的感性を高める方法としては、患者の考え方・言葉・態度から、患者へ

の関心を持つきっかけを捉え、受け止め、疑問を持つことにより培われる¹¹⁾。

II. 方法

1. 対象者

全国の医療機関で勤務する診療看護師約250名で研究に同意が得られた者。

2. 調査期間

2016年7月15日～2016年8月31日

3. データ収集方法

日本NP教育大学院協議会会長の許諾のもと、日本NP教育大学院協議会の会員校（診療看護師を養成している7大学院）を通して、研究説明文書と質問紙を研究対象者へメールに添付し送付してもらい、対象者より質問紙をメールで返信してもらう。

4. 調査内容

1) 基本属性：年齢、性別、看護師経験年数、診療看護師経験年数、研修期間中の有無

専門領域：クリティカルケア・プライマリケア

所属施設・所属科：

- ・病院（救急科、集中治療、麻酔科、外科系、内科系、小児科、その他）
- ・健康管理センター・老人保健施設・訪問看護ステーション・無床診療所
- ・重症心身障害児施設・その他

2) 倫理的感性

倫理的感性を定量化するために、Lützen (1994)¹²⁾が開発した道徳的感受性テストMoral Sensitivity Test (以下MST) をもとに作成された日本語版MST質問紙(中村ら2003)¹³⁾を用いて、診療看護師の倫理的感性を分析した。

日本語版MSTは34項目で構成され、各々を6段階のリッカートスケールで、「全くそう思わない」1点から「非常にそう思う」に6点で点数化した。日本語版MSTは、『患者の理解』、『責任/安全』、『葛藤』、『規則遵守』、『患者の意思尊重』、『忠誠』、『価値/信念』、『内省』、『正直』、『自律』、『情』の11因子で構成されCronbach's

α は0.72である。倫理的感性を調査するためのMSTの使用については、日本語版を開発した中村に予め許可を得た。

5. 分析方法

日本語版MSTの34項目それぞれの点数については記述統計量を算出した。日本語版MSTを構成する11因子についてはノンパラメトリック統計を行った。

診療看護師の基本属性（看護師経験年数、診療看護師経験年数、研修期間中の有無）ごとに日本語版MSTを構成する11因子の中央値を求め、Mann-WhitneyのU検定およびKruskal Wallis 検定を用い各群間で比較した。統計解析にはソフトウェアSPSS ver.21を使用した。有意水準は5%で検定を行った。

6. 用語定義

【倫理的感性】

患者（生活者）、医療従事者との関係、自分自身の実践での事柄に関する倫理的問題を受け入れる能力、または感受性とする。道徳的感受性テスト（Moral Sensitivity Test : MST）日本語版を用い定量化したものとす。

【診療看護師】

一般社団法人日本NP教育大学院協議会が大学院教育課程認定を行った大学院修士課程のNP教育課程を修了し、同協議会が実施するNP資格試験に合格した者。

7. 倫理的配慮

研究の対象となる個人の尊厳及び人権擁護を行い、質問紙は個人や施設が特定できないよう無記名で、プライバシーが守られるようメールアドレスの扱いに配慮した。また、研究への参加は個人の自由意思であり、辞退することができること、参加・不参加による不利益が生じないことを記載した。得られたデータは、研究責任者が施錠できる場所に保管し研究の目的以外には使用しないこと、研究終了後には破棄すること、学会や論文で公表することなどを記載し確約した。本研究は、東京医療保健大学ヒトに関する研究倫理委員会の承認（受付番号院28-1）で承認を得て実施した

Ⅲ. 結果

1. 研究参加者

日本NP教育大学院協議会に入会している会員校のNPコース修了生約250名のうち42人（250名に対する割合16.8%）からの回収を得た。

2. 研究参加者の背景

研究参加者の背景（基本属性）を表1に示す。参加者の平均年齢は、36.4歳（SD±5.4）であった。性別は男性22人（52.4%）、女性20人（47.6%）であった。看護師経験年数の平均値12.1年（SD±4.1）であった。診療看護師経験年数の平均値は2.5年（SD±1.4）であり、1年目12人（28.6%）、2年目14人（33.3%）、3年目以上16人（38.1%）であった。診療看護師としての研修期間は1～2年間で各施設によって異なり、対象者の19人（45.2%）が研修を修了しており、22人（52.4%）が研修中、1名（2.4%）は研修制度がないとの回答であった。また、専門領域の内訳はクリティカルケア領域34人（81.0%）、プライマリケア領域8人（19.0%）であった。

表1 研究参加者の背景 (N=42)

個人特性	n (%)
年齢： [†] 平均値±SD(min-max) (歳)	36.4±5.4 (29-54) [†]
性別：男	22 (52.4)
性別：女	20 (47.6)
看護師経験年数 (年目)	12.1±4.1 (5-25) [†]
診療看護師経験年数 (年目)	2.5±1.4 (1-6) [†]
1年目	12 (28.6)
2年目	14 (33.3)
3年目以上	16 (38.1)
研修終了	19 (45.2)
研修期間：2年	9
研修期間：1.5年	1
研修期間：1年	9
研修中	22 (52.4)
卒後研修なし	1 (2.4)
専門領域	
クリティカルケア	34 (81.0)
プライマリケア	8 (19.0)
研修後診療看護師としての所属科 (重複記載あり)	
内科系	11
外科系	4
救命科	6
手術室	1
その他 (老健施設往診)	1

3. 診療看護師の倫理的感性

1) MST34項目の結果

対象とした診療看護師の道徳的感受性テスト (MST: Moral Sensitivity Test 日本語版) の質問34項目の平均 (±SD) を表2に示す。

最も高値を示したのは、問2「広く患者の状態について理解していることは、専門職としての責任である」平均値5.67 (±0.53) であり、次いで問1「入院患者に接することは日常の中で最も重要なことである」平均値5.50 (±0.74) であった。また、最も低値であったのは問33「回復する見込みのほとんどない患者に、良い看護・医療を行うことは難しいことだと思う」平均値2.26 (±1.29) であった。

2) MSTを構成する11因子の結果

MSTを構成する11因子について、各因子の項目別に中央値および四分位範囲 (25%値-75%値) を求め、分布を表3および図1に示す。『患者理解』が中央値5.00 (4.75-5.31) で最も高く、続いて『自律』が中央値4.50 (4.50-5.50)、『責任/安全』が中央値4.40 (4.00-4.85) であった。最も低かったのは『忠誠』で中央値2.88 (2.50-3.25) であった。

4. 看護師経験年数とMST (11因子) の比較

看護師経験年数の平均値12.1 (±4.1) 年を基準として、12年目以上と12年未満のMST (11因子) を比較した。中央値および四分位範囲 (25%値-75%値) を表4に示す。『規則遵守』については、看護師経験12年目以上が中央値3.50 (2.88-4.13)、12年未満が中央値3.00 (2.00-3.38) であり、看護師経験12年目以上の診療看護師が12年未満の看護師より『規則遵守』の点数が有意に高かった ($p=0.017$)。

5. 診療看護師の経験年数とMST (11因子) の比較

診療看護師としての経験年数「1年目」「2年目」「3年目以上」のMST (11因子) を比較した。中央値および四分位範囲 (25%値-75%値) を表5に示す。『責任/安全』については「1年目」が中央値5.10 (4.65-5.20)、「2年目」が中央値4.10 (3.95-4.45)、「3年目以上」が中央値4.20 (4.05-4.80) であり、経験年数でMSTに有意な差があり「1年目」の診療看護師で『責任/安全』の点数が高かった ($p=0.005$)。

6. 研修状況とMST (11因子) の比較

研修状況「研修終了」と「研修中」のMST (11因子) を比較した。中央値および四分位範囲 (25%値-75%値) を表6に示す。『自律』については「研修終了」が中央値5.00 (4.50-5.50)、「研修中」が中央値4.50 (4.00-5.00) であり、「研修終了」の診療看護師で『自律』の点数が有意に高かった ($p=0.020$)。『情』については「研修終了」が中央値3.50 (3.00-4.00)、「研修中」が中央値4.00 (3.00-4.13) であり、「研修中」の診療看護師で『情』の点数が有意に高かった ($p=0.049$)。

7. 診療看護師の専門領域とMST (11因子) の比較

診療看護師の専門領域「クリティカルケア」と「プライマリーケア」のMST (11因子) を比較した。中央値および四分位範囲 (25%値-75%値) を表7に示す。診療看護師の専門領域でMST (11因子) の点数に有意な差は認められなかった。

IV. 考察

1. 診療看護師としての倫理的感性と看護師としての看護観との関係

診療看護師が倫理的感性として重要と認識していた内容は『患者理解』であった。倫理的感性の下位因子『患者理解』は、「広く患者の状態について理解していることは、専門職としての責任である」「入院患者に接することは日常の中で最も重要なことである」という質問内容を含んでいる。看護は対象であるその人を理解することから始まり、人間理解と人間関係が看護の基盤となっている。診療看護師は看護師としての臨床経験を少なくとも5年以上もち、中堅の看護師として様々な経験を積んできている。診療看護師という新たな職種に就いても、そのアイデンティティの根幹は看護師であり、看護師時代に培った看護観の影響を受けていると言える。Travelbee (1974) は、「人間対人間」の関係を結ぶことの重要性について述べており¹⁴⁾、患者を理解することが看護の根本的な本質であることを強調している。診療看護師は、自らの看護観をベースに看護師としての目線を保ちながら、診断のプロセスや治療管理に関与しながらも、医学と看護学両面から、より高い専門性と責任感を持ち看護ケアに当たっていることが明らかとなった。

表2 MST34項目の結果 (N=42)

因子	問	質問項目	mean±SD
患者の理解	1	入院患者に接することは日常の中で最も重要なことである。	5.50±0.74
	2	広く患者の状態について理解していることは、専門職としての責任である。	5.67±0.53
	3	自分の行うことについて、患者から肯定的な反応を得ることは重要である。	4.55±1.06
	14	ほとんど毎日、意思決定しなければならないことに直面する。	4.45±1.42
自律	9	葛藤状態の時や、患者にどのように対応するか判断が困難な時に、いつも相談できる人がいる。	4.76±1.12
	30	患者が自分の状態をよく知るように援助できないことを、時々悪いと思う。	4.57±0.77
責任/安全	7	よい看護・医療には、患者が望まないことを決して強制しないことを含むと信じている。	3.79±1.37
	20	経験上、意思決定能力が低い患者に対して、他の患者よりもケアを必要とすると思う。	4.26±1.15
	21	自分自身の職務と患者に果たさなければならない責任との間に葛藤が生じた時、患者への責任を優先する。	4.74±0.91
	26	患者が不穏で攻撃的になった時、その患者や他の患者の安全を守ることは、自分の責任である。	4.52±0.99
	29	患者が望むことに逆らって、実行しなければならない状況に直面した時に、同僚のサポートは重要である。	4.88±0.92
葛藤	8	患者にどのように応えるべきかわからなくなる時が、たびたびある。	3.36±1.21
	10	患者にケアをする時に、患者にとって何が良くて何が悪いかわかることの難しさを、しばしば感じている。	4.29±1.11
	16	患者の言動から、患者が私を受け入れていると思う。	4.48±0.80
	34	看護・医療の仕事は個人的には適していないと、しばしば感じる。	3.05±1.62
内省	22	患者本人が意思決定できない場面に、しばしば直面する。	4.14±1.20
	28	自分がよい看護・医療であると思う価値観や信念は、時々、自分だけのものであると思う。	3.21±1.28
価値/信念	17	価値観や信念が自分の行動に影響するだろうと時々思う。	5.00±0.80
	19	患者が必ずしなければならないことを認めなかったり、治療を拒む時であっても、私はルールに従い治療することは重要である。	2.90±1.12
	23	強制治療の場面で、患者が拒否しても、主治医の指示に従う。	3.19±1.11
正直	6	患者が治療についての説明を求めたら、いつでも正直に答えることは重要である。	4.10±1.25
	15	患者の情報がほとんどない時、患者に関する決定はほとんど医師あるいは主治医に頼る。	3.71±1.31
	18	良いか悪いか意思決定する時に、実践的知識(実践から得た知識)は理論的知識(理論に基づいた知識)より重要である。	2.81±1.04
情	13	原則的よりも感情的に患者に望ましいことを行おうと、時々思う。	3.19±0.97
	25	例えば、ターミナル期のアルコール中毒患者がグラス一杯のウイスキーを求めたら、この望みをかなえるのは自分の仕事である。	3.69±1.22
患者の意思尊重	4	患者の回復をみなければ、看護・医療の役割の意義を感じない。	2.48±1.09
	5	もし患者に対して行うことによって患者の信頼を失うならば、失敗したと感じる。	3.98±1.18
	24	目標設定に関する観点が異なる時、患者の意志を最優先する。	4.12±0.77
規則遵守	11	患者にとって難しい決定をする場合は、規則や方針にほとんど頼っている。	3.48±1.13
	12	看護・医療の経験上、きびしい規則は特定の患者のケアにとって重要であると思う。	2.79±1.14
忠誠	27	苦手な患者に良い看護・医療を行うことは難しいと思う。	3.33±1.37
	31	患者が処方された薬を内服しようとしないうちに、時々強制的に注射をしようという気持ちになる。	2.29±0.97
	32	最も良い行動と判断するのが難しい時、主治医に判断を任せる。	4.07±0.95
	33	回復する見込みのほとんどない患者に、よい看護・医療を行うことは難しいことだと思う。	2.26±1.29

また、倫理的感性の下位因子『情』は「研修中」である診療看護師の方が、「研修終了」の診療看護師より高い結果となった。『情』は、「原則的よりも感情的に患者に望ましいことを行おうと、時々思う」という質問内容を含むものである。Travelbee (1974) は、人間対人間関係を確立するまでのプロセスで「共感」の重要性を述べている¹⁴⁾。共感とは、相互理解のプロセスのことであり、つまり他者の体験、感情を一方向的に理解するのではなく、当事者間に分かり合うという理解をもたらすことである。これは、倫理的感性の下位尺度『情』に

近い概念と考える。看護師の共感的態度とは、看護師が患者に向かい合う姿勢であり、患者の置かれている状況、思いに共感し、患者を察し、気づかう看護師の想いを看護ケアの中に投影させていくことでもある¹⁵⁾。患者の気持ちを把握し、その気持ちに沿いたい、報いたいと関わる時、その共感的態度は患者に伝わり、関係の変化、患者の行動の変容に結びつくと言われている¹⁶⁾。このような患者の気持ちに沿いたい、報いたい考え方は看護師時代に培った共感（患者への感情移入）するという看護観の一部とも言え、「研修中」である診療看護師の方が、まだこの看護観に影響を受けていることが考えられる。

表3 MSTを構成する11因子

順位	因子	中央値(四分位範囲)
1	患者の理解	5.00 (4.75 - 5.31)
2	自律	4.50 (4.50 - 5.50)
3	責任/安全	4.40 (4.00 - 4.85)
4	葛藤	3.75 (3.25 - 4.25)
5	内省	3.75 (3.00 - 4.50)
6	価値/信念	3.67 (3.33 - 4.33)
7	正直	3.67 (3.00 - 4.00)
8	情	3.50 (3.00 - 4.00)
9	患者の意思尊重	3.33 (3.00 - 4.00)
10	規則遵守	3.00 (2.50 - 3.50)
11	忠誠	2.88 (2.50 - 3.25)

2. 診療看護師に求められる『規則遵守』への働きかけ
倫理的感性の下位因子『規則遵守』は、「看護師経験年数12年以上」の診療看護師の方が「経験年数12年未満」の診療看護師と比べ倫理的感性の『規則遵守』が有意に高かった。『規則遵守』には「看護・医療の経験上、きびしい規則は特定の患者のケアにとって重要であると思う」という質問内容を含む。疾患をもち、入院してきた患者は治療計画にそった患者役割を遂行する役割が期

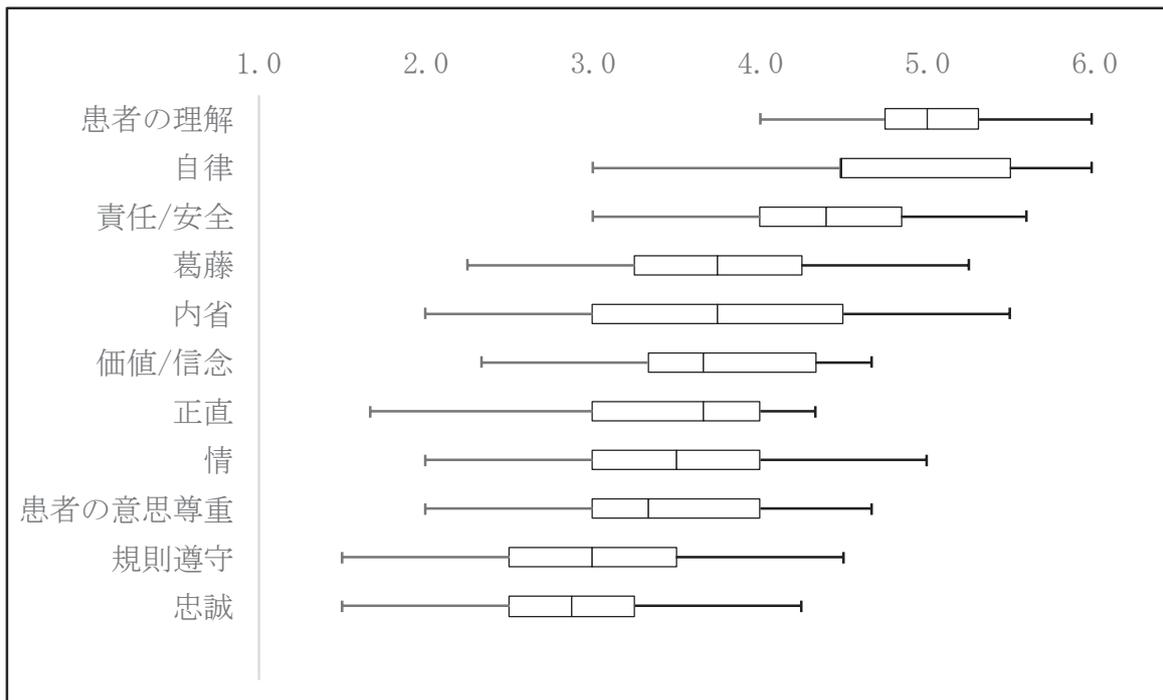


図1 MSTを構成する11因子の中央値と四分位範囲

表4 看護師経験年数とMST (11因子) の比較

因子	経験年数12年未満 (n=20)	経験年数12年以上 (n=22)	p-Value
	中央値(四分位範囲)	中央値(四分位範囲)	
患者理解	5.25 (4.81-5.44)	5.00 (4.69-5.31)	.467
自律	5.00 (4.50-5.50)	4.50 (4.00-5.50)	.144
責任/安全	4.20 (3.85-4.60)	4.70 (4.20-5.05)	.051
葛藤	3.75 (3.25-4.19)	3.75 (3.25-4.31)	.722
内省	4.00 (3.13-4.50)	3.50 (2.88-4.13)	.230
価値/信念	3.67 (3.33-4.25)	3.67 (3.33-4.33)	.939
正直	3.50 (3.00-4.00)	3.67 (3.33-4.33)	.490
情	3.50 (2.25-4.00)	3.75 (3.00-4.00)	.262
患者の意思尊重	3.33 (3.00-4.00)	3.67 (3.25-4.08)	.173
規則遵守	3.00 (2.00-3.38)	3.50 (2.88-4.13)	.017
忠誠	2.75 (2.31-3.25)	3.00 (2.75-3.38)	.291

Mann-Whitney の U検定

表5 診療看護師の経験年数とMST (11因子) の比較

因子	1年目(n=12)	2年目(n=14)	3年目以上(n=16)	p-Value
	中央値(四分位範囲)	中央値(四分位範囲)	中央値(四分位範囲)	
患者の理解	5.13 (4.75-5.75)	5.00 (4.25-5.25)	5.25 (4.81-5.44)	.135
自律	4.50 (4.50-5.50)	4.50 (3.88-5.00)	5.00 (4.50-5.50)	.148
責任/安全	5.10 (4.65-5.20)	4.10 (3.95-4.45)	4.20 (4.05-4.80)	.005
葛藤	4.00 (3.31-4.69)	4.00 (3.63-4.31)	3.50 (3.06-3.94)	.101
内省	4.00 (3.13-4.50)	3.50 (2.88-4.13)	3.75 (2.63-4.38)	.643
価値/信念	3.50 (2.75-4.33)	3.67 (3.33-4.33)	3.67 (3.33-4.00)	.660
正直	3.67 (3.33-4.00)	3.33 (3.00-4.08)	3.67 (2.75-4.25)	.742
情	4.00 (3.25-4.00)	3.50 (3.00-4.13)	3.50 (3.00-3.88)	.159
患者の意思尊重	3.33 (3.00-3.92)	3.33 (3.25-3.75)	4.00 (2.88-4.58)	.394
規則遵守	3.00 (2.25-3.50)	3.00 (2.50-3.50)	3.50 (2.13-4.38)	.529
忠誠	2.88 (2.00-3.63)	3.13 (2.69-4.00)	2.75 (2.31-3.25)	.429

Kruskal Wallis 検定

表6 研修状況とMST (11因子) の比較

因子	診療看護師研修中(n=22)	診療看護師研修終了者(n=19)	p-Value
	中央値(四分位範囲)	中央値(四分位範囲)	
患者の理解	5.00 (4.69-5.50)	5.25 (4.75-5.25)	.979
自律	4.50 (4.00-5.00)	5.00 (4.50-5.50)	.020
責任/安全	4.60 (4.00-5.20)	4.20 (3.80-4.80)	.067
葛藤	4.00 (3.44-4.50)	3.75 (3.25-4.00)	.061
内省	4.00 (3.38-4.50)	3.50 (2.50-4.00)	.270
価値/信念	3.67 (3.33-4.33)	3.67 (3.33-4.00)	.947
正直	3.50 (3.25-4.00)	3.67 (2.67-4.33)	.516
情	4.00 (3.00-4.13)	3.50 (3.00-4.00)	.049
患者の意思尊重	3.33 (3.33-4.00)	3.33 (2.67-4.33)	.810
規則遵守	3.00 (2.38-3.50)	3.50 (2.50-4.00)	.448
忠誠	3.00 (2.50-3.38)	2.75 (2.50-3.25)	.792

Mann-Whitney の U検定

表7 診療看護師の専門領域によるMST (11因子) の比較

因子	クリティカルケア領域 (n=34)	プライマリケア領域 (n=8)	p-Value
	中央値 (四分位範囲)	中央値 (四分位範囲)	
患者の理解	5.13 (4.75-5.31)	5.00 (4.56-5.44)	.671
自律	4.50 (4.50-5.50)	4.50 (3.63-5.50)	.626
責任/安全	4.40 (4.00-4.80)	4.50 (4.00-5.15)	.539
葛藤	3.75 (3.25-4.25)	3.88 (3.31-4.44)	.560
内省	3.75 (3.00-4.50)	3.75 (2.50-4.00)	.478
価値/信念	3.67 (3.33-4.33)	3.83 (3.08-4.00)	.626
正直	3.67 (3.00-4.08)	3.50 (3.08-4.00)	.863
情	3.50 (3.00-4.00)	3.25 (3.00-3.88)	.626
患者の意思尊重	3.33 (3.00-4.00)	3.33 (3.33-4.00)	.694
規則遵守	3.00 (2.50-3.50)	3.75 (2.25-4.50)	.210
忠誠	3.00 (2.50-3.38)	2.75 (2.50-3.25)	.604

Mann-Whitney のU検定

待される。患者の意思や行動が、患者自らの健康を損ねる場合、患者に十分説明し、必要な行動をとってもらうような働きかけをしていく必要が医師や看護師にはあり、このような働きかけは診療看護師においても同様に求められる。このような考え方を³⁾『規則遵守』として扱っている。診療看護師は看護師であるが故に、患者の気持ちを共感し、なかなか患者に問題行動を改めるような指導ができない傾向があると言える。しかし、医療者側からみて明らかに患者にとって良くないと思われる行動が見られた場合、『規則遵守』という倫理観のもと患者の意見に左右されず、専門職として教育的な指導を行う場面も考えられる。看護師としての経験を積む中で、患者に対し治療への参画や生活指導を行い、それが功を奏した経験をもつ。このような看護師時代の経験を背景に、「看護師経験年数12年以上」の診療看護師の方が「経験年数12年未満」の診療看護師と比べ倫理的感性の『規則遵守』が高くなったことが考えられる。

3. 研修中という身分が診療看護師の『自律』に与える影響

倫理的感性の下位因子『自律』は『患者理解』に次いで高い倫理的感性であった。この『自律』に影響を与えていたのは調査時点の研修状況（研修中か研修が終了しているか）であり、「研修終了」の診療看護師の方が「研修中」の診療看護師に比べ『自律』は高かった。こ

れまで臨床で働く看護師の自律性には、内的（意欲や自信、キャリア意識など）、外的（所属や職位、対人関係、職場環境など）要因が関与していることが確認されている¹⁷⁾。一般的に専門職の概念は、専門性、自律性、職業倫理の各要素を含むと言われており、なかでも自律性には職務上自由な行動を基礎づける主体性や専門性、さらには高度の専門性が要求されると言われている¹⁸⁾。看護師は患者の療養上の世話においては専門家として自律的な役割が求められている一方、診療の補助については、保助看法下では医師の直接的指示のもとで実施しており、そのために意思決定の部分で医師に依存している部分がある¹⁹⁾。看護師が専門職として自律するためには、医師に依存するのではなく、高い専門意識を持ち自身の知識や技術を最大限に発揮していく必要がある。

診療看護師に必要とされる能力として、包括的な健康アセスメント実践能力、医療的処置マネジメントの実践能力、熟練した看護実践能力、看護管理能力、チームワーク・協働能力、医療・保健・福祉システムの活用・開発能力、倫理的意思決定能力がある²⁰⁾。診療看護師は、診断プロセスや治療管理においても自律的に意思決定、実施できるよう大学院における教育がなされ、診療看護師として従事するようになってからも医師と連携・協働し、自律した専門職として役割をとることが期待されている。しかし、「研修中」の診療看護師は様々な科をローテーションしつつ、指導医師の指導下に、自己の意

思決定や判断を確認してもらいながら実践している部分が多く、その点からも研修が終了した診療看護師と比べ依然医師に依存している部分があり、『自律』の倫理的感性が低かったことが考えられる。

4. 診療看護師としての経験年数が『責任/安全』に与える影響

倫理的感性の下位因子『責任/安全』は、『患者理解』『自律』に次いで高い倫理的感性であった。『責任/安全』は、「自分自身の職務と患者に果たさなければならない責任との間に葛藤が生じた時、患者への責任を優先する」という質問内容を含むものである。この『責任/安全』に影響を与えていたのは診療看護師としての経験年数であり、「1年目」の診療看護師が「2年目」「3年目以上」に比べ『責任/安全』が高い結果となった。看護師は臨床経験を積むに従い患者への責任が増え、臨床判断を迫られる機会が増す³⁾。研究対象の診療看護師は、臨床経験が平均12年目以上ある中堅以上の看護師であり、リーダーシップや委員会活動、看護師長の補佐などの管理を任され、病棟でも責任ある役割を任されている経験層にある。研修中の「1年目」の診療看護師が「2年目」「3年目以上」の診療看護師よりも倫理的感性の『責任/安全』が高かった。その背景には、研修中の「1年目」の診療看護師は、指導医師から教育を受けながら医療や看護に携わっている立場にあり、自己の未熟な思考や行為によってインシデントやアクシデントを引き起こすかもしれないという危機感が大きいことから、ある程度訓練を受けてきた「2年目」「3年目以上」の診療看護師よりも『責任/安全』の意識が高かったことが考えられる。

看護師の安全に対する考え方やリスク感性は、単なる看護師としての経験値だけではなく個人の資質にも関連するものであり、安全に対する個人の能力を向上させるには安全を確認する行動を習慣化していくことが重要である²¹⁾。診療看護師は、看護師より診断や治療に携わる部分が多いことから、医療安全に関するリスクにもさらされる。診療看護師としての経験を積み重ねることで『責任/安全』の倫理的感性が高まるわけではなく、1年目から特定行為等を実施する機会が多くなるために、手順書にリスクを回避するための方策や医師の支援体制を明記することが重要である。

V. 結論

本研究で全国の医療機関で勤務する診療看護師の倫理的感性の特徴を捉えた結果、以下の結論を得た。

1. 診療看護師が必要と認識している倫理的感性は『患者理解』が最も高く、次いで、『自律』『責任/安全』であった。
2. 倫理的感性の下位因子『規則遵守』については、看護師経験12年目以上の診療看護師が看護師経験12年未満の診療看護師より強く認識していた。
3. 倫理的感性の下位因子『責任/安全』については、「1年目」の診療看護師が「2年目」と「3年目以上」以上の診療看護師より強く認識していた。
4. 倫理的感性の下位因子『自律』については、「研修終了」の診療看護師が「研修中」の診療看護師より強く認識していた。

VI. その他

1. 使用ソフトウェア
Microsoft® WORD-2013
2. 利益相反について
本研究遂行において利益相反は存在しない。

VII. 謝辞

本論文を作成するにあたり、同意とご協力頂いた診療看護師の諸先輩方に敬意を称します。また、調査用紙の配布に際し格別のご配慮とご尽力頂きました、一般社団法人日本NP教育大学院協議会事務局神崎純子様、会員校である7大学院の診療看護師教育をご担当されております、諸先生方に深謝いたします。

最後に、研究デザインから詳細に至るまで、終始適切な助言を賜り、丁寧に指導して下さった前東京医療保健大学東が丘・立川看護学部山田巧准教授に感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 細田満和子：「チーム医療」とは何か。日本看護協会出版会，東京，38-43，2012。

- 2) 岡崎美晴, 江口秀子, 我妻知美, 他: チーム医療を
実践している看護師が多職種と連携・協働する
上で大切にしている行為-テキストマイニングによ
る自由記述の分析. 甲南女子大学研究紀要, 看護学・
リハビリテーション学編, 8, 1-11, 2014.
- 3) 北原悦子: 臨床看護師の道徳的感性の特徴に関す
る研究. 九州大学医学部保健学科紀要, 7, 61-
68, 2006.
- 4) 岡谷恵子: 看護業務上の倫理的問題に関する看護
職者の認識. 看護, 51 (2), 26-31, 1999.
- 5) 横尾京子: 日本の看護婦が直面する倫理的課題と
その反応. 日本看護科学会誌, 13 (1), 32-37,
1993.
- 6) 川口悦子: クリティカル領域のナースプラクティ
ショナーに期待する高度看護実践とスキルミック
ス. 66 (3), 109-113, 2012.
- 7) 福田淑江: 診療看護師と看護師が連携・協働する
ことの効果と看護部門としての支援. 医療, 68(7),
341-345, 2014.
- 8) 塩月成則: 地域拠点病院における特定看護師のプ
ライマリ・ケア領域活動の実際. 看護科学研究,
11, 17-22, 2013.
- 9) 石井泰枝, 岩澤とみ子, 間々田美穂, 他: 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, 2011.
- 10) Fry.Sara T., Johnstone.Megan-Jane / 片田範子,
山本あい子 (訳): 看護実践の倫理 倫理的意思決
定のためのガイド. 日本看護協会出版会, 2, 64-
65, 東京, 2005.
- 11) 照沼則子: チーム医療における倫理的感受性とは.
日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌, 26 (1),
1-6, 2016.
- 12) Lützen.K., Nordin C. : Conceptualization and
Instrument of nurse's moral sensitivity in psy-
chiatric practice. International Journal Meth-
ods in Psychiatric Reserch, 4, 241-248,
1994.
- 13) 中村美知子, 石川操, 西田文子, 他: 臨床看護師
の道徳的感性尺度の信頼性・妥当性の検討. 日本
赤十字看護学会誌, 3 (1), 49-58, 2003.
- 14) J.Travelbee / 長谷川浩, 藤枝知子 (訳): 人間対
人間の看護. 医学書院, 東京, 1974.
- 15) 操華子, 羽山由美子, 菱沼典子, 他: ケア/ケアリ
ング概念の分析-質的・量的研究から導き出された
所属性の構造. 聖路加看護大学紀要, 22, 14-28,
1996.
- 16) 藤本真記子: 患者-看護婦関係における共感プロセ
スとその影響因子. 青森保健大学紀要, 2 (1),
119-132, 2000.
- 17) 菊池昭江: 看護専門職における自律性と学生指導
役割との関係. 日本看護科学会誌, 19 (3), 47-
54, 1999.
- 18) 伊藤敬: 澤柳政太郎の教職論における専門性と自
律性. 静岡大学教育学部研究報告, 人文・社会科
学編, 45, 181-199, 1994.
- 19) 志自岐康子: 看護婦の専門職制の構成概念-看護婦
への面接から. 東京保健科学学会誌, 1 (1), 45-
48, 1998.
- 20) 草間朋子: 看護の質向上のための大学教育・大学
院教育. 看護科学研究, 10, 26-36, 2012.
- 21) 相澤香利, 久下沼知子, 山本裕子: 看護師のリス
ク感性向上を目指したKYT導入の効果-インシデ
ント減少に向けて. 日本看護学会論文集, 小児看護,
40, 165-167, 2010.

Abstract

Purpose

Ethical sensibility is the ability to notice ethical problems in clinical practice, and it evokes ethical behavior. However, there are no studies elucidating the ethical sensibility of Nurse Practitioner in Japan (NP) . The purpose of this study is to clarify the characteristics of the ethical sensibility of NP.

Method

We included 42 NP who gave consent to this study. Ethical sensitivity was quantified by Moral Sensitivity Test (MST) . The duration of service as NP specialized area and MST were recorded.

Result

Of the NP contacted, there were 42 valid respondents (16.8% of all NP in Japan) . NP had the highest score of “patient understanding” in MST, followed by “autonomy” and “responsibility/safety”. “Autonomy” was more strongly recognized by NP “after finishing the training” than “under training.” There was no significant difference in the result of the MST between NP specialized in “critical care area” and “primary care area.”

Conclusion

NP has high expertise and responsibility when participating in the diagnosis process and treatment management with keeping perspective as the nurse. It was suggested that NP became autonomous existence through experience.

Key Words : Nurse Practitioner, Ethical sensitivity, Moral Sensitivity Test