

急性期総合病院看護職が認識する倫理的風土

森永 尚子, 林 美代子, 永富 宏明, 山田 恭子

加古川中央市民病院 看護部

要 旨

急性期総合病院の看護職が認識する倫理的風土を明らかにすることを目的に、稲垣らの日本語版倫理的風土測定尺度（J-HECS）を用いた Web 調査を2021年に実施した（有効回答285名、回収率39%）。J-HECS 総得点の平均値は64.59点であり、先行研究と比べ倫理的風土を肯定的に認識していた。下位尺度では同僚得点が最も高く、病院・医師得点が低かった。臨床経験年数と J-HECS 総得点には有意な負の相関（ $r = -.27, p < .01$ ）が認められ、経験高群ほど倫理的風土を否定的に認識していた。これは熟練看護職の高い知識や倫理的感受性、豊富な経験が、組織に対して厳しい評価をもたらすためと考えられた。一方、倫理への関心がある群は有意に倫理的風土を肯定的に認識していた。本研究より、急性期病院の多忙な状況下でも医師を含む多職種で対話する場の構築、熟練看護職への支援強化、組織全体で倫理的な関心を維持する環境づくりの必要性が示唆され、今後はこれらの介入の有用性を検証することが課題である。

Keyword

倫理的風土、倫理的風土測定尺度、J-HECS、臨床倫理、看護師

背景

医療現場において看護の質を保ち患者の最善の利益を追求するためには、看護職が日々の実践で倫理的行動を取れることが不可欠である。加古川中央市民病院看護部では看護職が倫理的な判断に基づいた看護を提供するための体制整備を目的に、2016年から約4年間、臨床倫理プロジェクトを立ち上げて活動した。2017年に実施した看護職の臨床倫理能力の現状調査¹⁾をもとに課題を抽出し、2018年より倫理カンファレン

スの推進、倫理コンサルテーションの体制整備、各部署への倫理担当者の配置を行った。結果、全部署における2019年の倫理カンファレンス総計は854件、多職種による倫理カンファレンスの件数は335件に上り、倫理カンファレンスが根付いていなかった2017年度と比較すると、飛躍的に倫理カンファレンスの件数が増加した²⁾。

この結果をもって2019年度でプロジェクトは終了となり、倫理に関する取り組みは各部署に委ねることとなった。しかしその後の各部署の倫理カンファレンス実施状況について調査すると、継続して実践出来ている部署もあれば出来ていない部署もあり、部署間で差が生まれている状況が明らかとなった。このように部署間で倫理カンファレンスの定着に差が生じている背景には、各部署が持つ倫理的風土の違いが影響しているのではないかと考えた。

倫理的な懸念が生じた場合に、倫理的な問題として提起され意見が交わされる職場環境であるか否かは、看護師が、看護師の同僚、看護師長、病院管理者、患者、医師といった関係者と良好な関係を築けているかに依存すると言われており、これが倫理的風土を表していると言われて³⁾。Olson⁴⁾は倫理的風土を「患者のケアに関する問題で意見が一致しない場合に、どのように対処するかについての看護師の認識」と定義している。また倫理的風土に関する海外文献レビュー⁵⁾では、倫理的風土が高まると「職務満足」「組織コミットメント」が高まり、「道徳的苦悩」は低くなることが示されている。同時に、肯定的な倫理的風土の認識は医療エラーを生じにくくし、離職しない傾向にあったとも述べられた。

以上より、加古川中央市民病院看護職が認識している倫理的風土について調査することは、看護職の倫理的行動を高めて看護の質を保つことに加え、看護職が意欲的に働き続けることができる組織体制の整備に繋がるのではないかと考え、本調査を行うこととした。

目的

加古川中央市民病院に所属する看護職が認識している倫理的風土を明らかにする。

方法

1. 調査対象者

加古川中央市民病院に所属する看護職727名のうち、看護部長・副看護部長・看護師長を除く全ての看護職を対象とした。

2. 調査依頼方法

研究者より各部署の所属長に対して、研究の目的と方法について文書と口頭で説明し研究協力を依頼した。所属長より研究対象者に対して、研究協力に関する案内を依頼した。その際、強制力が働かないように配慮した。「稲垣らの日本語版倫理的風土測定尺度(J-HECS) 18項目」と対象者の属性10項目を含めて構成した質問紙表を、研究依頼書とともに院内 Web 上に掲載し回答を依頼した。

3. 質問紙の構成

(1) 稲垣らの日本語版倫理的風土測定尺度18項目

米国のOlson⁴⁾が開発した臨床看護師が認識する倫理的風土を測定する倫理的風土測定尺度(Hospital Ethical Climate Scale: HECS)の日本語版であり、稲垣ら³⁾が開発した。J-HECSは同僚・上司・病院・患者・医師の5つの下位尺度から成る18項目の構成とし、「1:全くそうではない・全くそう思わない」～「5:常にそうだ・常にそう思う」で回答し、得点が高いほど組織の倫理的風土を肯定的に捉えている。尺度全体のCronbach's α は.92で内的整合性が認められている。

(2) 研究対象者の属性 10項目

役職(副看護師長、スタッフナース)、臨床経験年数、部署経験年数、クリニカルラダーレベル、臨床倫理に関する卒後教育の有無、倫理的問題の経験の有無、倫理的問題に悩んだ経験の有無、倫理的問題を検討する場や機会の有無、臨床倫理への関心の有無、臨床倫理に関する知識の有無を調査した。

4. 統計的事項

データの正規性を確認後、臨床経験年数とJ-HECSの関連はSpearmanの順位相関係数を用いた。属性間のJ-HECSの比較について、2群間はMann-WhitneyのU検定を用い、3群以上はKruskal-Wallis検定を用いて

比較した。その後の多重比較にはBonferroni法を用いた。すべての解析はSPSS Statistics (Version 26, IBM)を用いて行い、 $p < .05$ を統計学的に有意と判定した。

5. 倫理的配慮

本研究は「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」(平成26年文部科学省・厚生労働省告示第3号)を遵守し、加古川中央市民病院機構研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号N2021-4)。研究対象者に研究の主旨と方法、研究参加による利益と不利益、研究参加は自由意思であること、個人情報保護および得られたデータは個人が特定できない方法を用いて分析し研究以外の目的で使用しないこと、研究成果の公表等について文書を用いて説明し、回答をもって同意を得た。本論文について開示すべき利益相反事項はない。

結果

2021年11月に調査し285名から回答を得た(回収率39%)。臨床経験年数の平均値は $M=12.24$ ($SD=8.69$)、部署経験年数は $M=3.45$ ($SD=2.77$)であった(表1)。

表1：研究対象者の属性

属性	内訳	<i>n</i>	(%)
役職	スタッフナース	255	(89.5)
	副看護師長	30	(10.5)
臨床経験年数	(<i>M</i>)	(<i>SD</i>)	
	12.24	8.69	
部署経験年数	(<i>M</i>)	(<i>SD</i>)	
	3.45	2.77	
クリニカルラダーレベル	未取得	14	(4.9)
	レベルⅠ	22	(7.7)
	レベルⅡ	37	(13.0)
	レベルⅢ	81	(28.4)
	レベルⅣ	63	(22.1)
	レベルⅤ	68	(23.9)
卒後倫理教育の有無	なし	70	(24.6)
	あり	215	(75.4)
倫理的問題の体験の有無	なし	12	(4.2)
	あり	273	(95.8)
倫理的問題に悩んだ体験の有無	なし	14	(4.9)
	あり	271	(95.1)
倫理的問題を検討する機会の有無	なし	7	(2.5)
	あり	278	(97.5)
臨床倫理への関心の有無	なし	48	(16.8)
	あり	237	(83.2)
倫理に関する知識	知らない	8	(2.8)
	知っている	229	(80.4)
	説明できる	22	(7.7)
	実践に活用している	26	(9.1)
	知らない	23	(8.1)
	知っている	223	(78.2)
	説明できる	12	(4.2)
	実践に活用している	27	(9.5)

J-HECS 総得点は $M = 64.59$ ($SD = 10.41$) であった。各下位尺度得点を見ると同僚が最も高く、次いで上司、患者、病院、医師の順となった (表 2)。

属性ごとの J-HECS 得点を見ると、臨床経験年数と J-HECS 得点で負の相関が認められた ($r = -.27, p < .01$)。臨床経験年数と J-HECS の下位尺度では、病院 ($r = -.26, p < .01$) と医師 ($r = -.30, p < .01$) で負の相関があり、同僚、上司、患者は無相関であった。臨床経験年数を経験低群 (3 年目未満)、経験中群 (3-9 年目)、経験高群 (10 年目以上) の 3 群に分け、3 群間の J-HECS 得点を比較した結果、有意な差が認められた (表 3)。経験高群の J-HECS 総得点は経験中群および低群と比較して有意に低かった。また、経験中群の J-HECS 総得点も経験低群と比較して有意に低い結果となった。以上より、J-HECS 総得点は経験高群 < 中群 < 低群の順に全群間において有意に段階的な差が確認された。

その他の属性では、部署経験年数と J-HECS 得点は無相関であった ($r = .01, p = .93$)。またクリニカルラダーレベル、卒後倫理教育の有無、倫理的問題の体験の有無および悩んだ体験の有無、倫理的問題を検討する機会の有無、倫理に関する知識の有無で J-HECS の得点に差はなかった。倫理への関心があると答えた群で、有意に J-HECS 総得点 ($p < .01$)、同僚 ($p < .01$)、上司 ($p = .01$)、病院 ($p = .02$) の得点が高かった。

表 2 : J-HECS 得点の平均値

	M	SD
J-HECS 全体	64.59	10.41
同僚	4.01	0.75
1. 私の病棟では安全な患者ケアが提供されている	4.06	0.66
2. 私の同僚は、患者に関する懸念について話を聞いてくれる	4.02	0.74
3. 私の同僚は、難しい患者のケアにあたるときに、私をサポートしてくれる	4.02	0.78
4. 優秀な同僚と仕事をしている	3.95	0.81
上司	3.83	0.99
5. 私の上司は、患者の問題についての話を聞いてくれる	3.82	0.99
6. 患者のケアで正しいこと、間違っていることの判断に迷うときに、上司は手助けしてくれる	3.87	0.94
7. 私の上司は信頼できる	3.81	1.04
病院	3.44	0.88
8. 病院のミッション/使命は明確で、看護師全体に共有されている	3.35	0.95
9. 私の部署では、たとえ意見の対立があったとしても、積極的に意見を出し合っている	3.43	0.88
10. 患者のケアを実行する際には、患者に関わるすべての関係者の気持ちや価値観が考慮されている	3.48	0.87
11. 私の部署では、私が実践すべきだと考えている看護実践ができている	3.51	0.82
患者	3.60	0.82
12. 患者の希望は尊重されている	3.70	0.79
13. 患者は、看護師がどのようなケアをしてくれるかを知っている	3.37	0.88
14. 看護師は、患者のケア上の問題や課題を解決するために必要な情報を活用できる	3.74	0.75
医師	3.12	1.02
15. 看護師と医師は、お互いに信頼しあっている	3.28	0.95
16. 私は、受け持ち患者の治療の決定に関わっている	3.16	1.00
17. 私の部署にいる看護師と医師とは、何が患者のために最善かを考える時、たとえ意見が異なっても、互いの意見を尊重している	3.28	0.97
18. 私の病院では、看護師が支持され、尊重されている	2.74	1.05

表 3 : 経験年数別 J-HECS 得点の比較

尺度	低群 (n=31)	中群 (n=109)	高群 (n=145)	Kruskal-Wallis 検定統計量 (H)	多重比較 (Bonferroni 法)		
	M ± SD	M ± SD	M ± SD		低 vs 中	中 vs 高	低 vs 高
J-HECS	71.32 ± 9.64	66.07 ± 10.13	62.05 ± 9.97	27.14**	*	**	**
同僚	4.14 ± 0.11	4.04 ± 0.05	3.96 ± 0.05	2.77	-	-	-
上司	4.39 ± 0.12	3.89 ± 0.08	3.67 ± 0.08	14.68**	*		**
病院	3.85 ± 0.12	3.56 ± 0.06	3.27 ± 0.06	20.49**		**	**
患者	3.97 ± 0.12	3.64 ± 0.06	3.50 ± 0.06	14.55**	*		**
医師	3.57 ± 0.12	3.27 ± 0.07	2.90 ± 0.06	27.63**		**	**

* $p < .05$ ** $p < .01$

考察

1. 加古川中央市民病院看護職が認識する倫理的風土

本調査における J-HECS 総得点は $M = 64.6$ ($SD = 10.4$) であり、先行研究³⁾である関西圏の中規模 4 病院の M

$= 61.4$ ($SD = 11.5$) と比較すると、加古川中央市民病院看護職は組織の倫理的風土を肯定的に認識していたことが明らかとなった。下位尺度別では同僚が最も高く、病院、医師が低い結果となっており、先行研究^{3,6)}と同様の傾向であった。これは看護職が日々の実践に

において同僚間での相談やサポート体制には良好な関係性を築けている一方で、病院全体の体制や医師との間には倫理的な懸念を共有しづらいと感じている可能性が考えられた。こうした課題に対し、スウェーデンの大学病院での倫理コミュニケーション介入についてのランダム化比較試験⁷⁾では、月1回の定期的な専門職間コミュニケーションの介入群にて倫理的風土が高く評価されたと報告されている。本調査のような急性期総合病院という多忙な環境下では、医師との十分な対話の時間を確保することが困難な場合も多い。倫理的風土を高め、看護ケアの質を担保するためには、部署の同僚や上司との関係性にとどまらず、医師を含めた多職種チームで対話できる場を意図的に作り出す必要があると考えられた。

また本調査では、臨床経験年数とJ-HECSの間に弱いながらも負の相関が認められ、経験高群が倫理的風土を最も否定的に認識していた。この結果は国内外の先行研究^{8,9)}とも一致している。経験を積んだ熟練看護職ほど高い知識や倫理的感受性を持ち、理想とする看護と臨床現場の現実とのギャップに直面しやすく、組織の風土に対してより厳しい評価を下しているのではないかと考えられた。組織として熟練看護職を支援するコンサルテーション体制などの再周知や強化が必要である。

さらに倫理への関心がある群では、J-HECS総得点および同僚、上司、病院の尺度において有意に得点が高かった。個人の倫理的知識や感受性以上に、組織全体として日常的に倫理的な関心を維持・向上させるような環境づくりを継続する必要性が示唆された。

以上より、本研究において医師を含む多職種で対話する場の構築、熟練看護職への支援強化、組織全体で倫理的な関心を維持する環境づくりについての必要性が示唆された。今後の研究において、これらの介入が倫理的風土の醸成に有用かどうか検証することが課題である。

2. 研究の限界

本研究の限界として、単一施設での調査であり属性別の対象者数に偏りがあることから、標本の代表性および外的妥当性の確保に限界がある。今後は対象施設を拡大し、結果の一般化の可能性を検討することが必要である。

また本研究では調査開始時点において国内で一般的に使用されていた稲垣ら³⁾の日本語版倫理的風土尺度(J-HECS)18項目版を使用して調査した。現在はオリジナル版26項目に準拠して開発された奥本ら⁶⁾の日本語版倫理的風土尺度(J-HECS(26))が開発されている。今後国際的な比較可能性を高める際には、26項目版を用いて検証することが必要である。

謝辞

本研究にご協力を下さいました研究対象者の皆さまならびに病院関係者の方々に心から厚く御礼申し上げます。

本研究は第75回日本病院学会(2025年、長崎)において発表した。

文 献

- 1) 和田尚子, 永富宏明: A 病院における看護職の臨床倫理能力の現状調査, 加古川市民病院機構学術誌. 第9号: 20-23, 2020.
- 2) 永富宏明, 森永尚子, 山田恭子, 林美代子: 加古川中央市民病院看護部プロジェクトチームが行った倫理的体制の整備活動の効果検証, 加古川市民病院機構学術誌. 第12号: 34-37, 2023.
- 3) 稲垣聡, 大澤歩, 吉川あゆみ他: 日本語版倫理的風土測定尺度(J-HECS)の開発とその検証, 日本看護倫理学会誌. 12巻1号: 73-79, 2020.
- 4) Olson L: Hospital nurses' perceptions of the ethical climate of their work setting, Chicago: University of Illinois Health Sciences Center 1995.
- 5) 平塚淳子: 倫理的風土と職務満足に関する海外文献レビュー, 福岡県立大学看護学研究紀要. 15: 91-96, 2018.
- 6) 奥本綾香, 米山智子, 宮田千春他: 日本語版倫理的風土尺度の信頼性と妥当性の検討, 日本看護科学学会誌. 41巻: 647-655, 2021.
- 7) Margareta B, Ulf I, C FG: Effects of ethics communication in healthcare: a cluster randomised controlled trial, BMC Medical Ethics. 26: 106, 2025.
- 8) 安藤千智, 中西貴美子: 看護師の倫理的行動力が高い組織文化の特徴について, 三重県立看護大学紀要. 21: 1-9, 2017.
- 9) Lemmenes D, Valentine P, Gwizdalski P, et al: Nurse's perception of ethical climate at a large academic medical center, Nursing Ethics. 25 (6): 1-14, 2016.