

維持血液透析看護における看護管理者の臨床倫理ケースコンサルタント 役割に伴うストレス認知への関連要因の検討

安藤 亮¹⁾*・井上 かおり²⁾・名越 恵美²⁾・實金 栄²⁾

1) 新見公立大学健康科学部看護学科 2) 岡山県立大学保健福祉学部看護学科

(2020年11月18日受理)

本研究の目的は、看護管理者の臨床倫理ケースコンサルタント役割に伴うストレス認知 (Clinical Ethics Case Consultants Stress Short Version : CECS-S) への関連要因を明らかにすることである。調査方法は、維持血液透析療法を行う全国の医療施設から無作為抽出した1000施設の各1人の看護管理者を対象とし、独自に作成した自記式質問紙により、無記名で調査を実施した。配布した調査票1000部うち277人から回収でき、そのうち有効回答の256人を分析対象とした。CECS-Sとその関連要因との関係を構造方程式モデリングで検討した。分析の結果、関連要因として認知の偏りのCECS-Sへの有意な正の関連が見られ、認知の偏りがある者ほど、ストレスを高く認知していた。本研究の結果から、研修等の実施により看護管理者が自らの認知の偏りを自覚する機会を作ることで、臨床倫理ケースコンサルト役割に伴うストレスを軽減し、精神健康度を良好に保つことができる可能性が示唆された。

(キーワード) 臨床倫理ケースコンサルタント役割に伴うストレス認知、看護管理者、維持血液透析、認知の偏り

1. はじめに

維持血液透析患者の高齢化は年々進んでおり、2018年12月31日現在における透析患者の平均年齢は68.75歳、その中でも最も割合が高いのは70~74歳となっており¹⁾、透析患者においても透析の見合わせも含めた意思決定支援の重要性が叫ばれている。透析看護において、認知症を有する患者に対する透析の実施困難や医師の透析指示に対する本人の拒否、身体状況の悪化に伴う透析の見合わせなど、日々の現場では倫理的課題が多く存在すると考えられる。実際に終末期維持透析患者に関わる看護師を対象とした研究²⁾において、「透析は慢性的に長い経過での死であり、日常生活のなかで終末期という時期の見極めの難しいことがある」、「死にゆく患者に対する透析施行が生命の質に及ぼす影響を推しはかる」というような報告があり、倫理的課題への助言や相談を行う場の必要性が高まっていると考えられる。

倫理的課題の解決を図る方法の1つとして臨床倫理コンサルテーションがある。臨床倫理コンサルテーションとは、米国生命倫理学会 American Society for Bioethics Humanities (ASBH)³⁾によれば、「患者、家族、代理人、医療専門職、他のチームメンバーが患者のケアにおいて出現する価値観に関する問題の不確かさもしくは対立への解決策を探すために、個人もしくは集団に対して与えられ

る一連のサービス」とされている。他方、臨床倫理コンサルタントとは、「ヘルスケア倫理コンサルテーションの要望に対して責任を負い、ヘルスケア及び、もしくは教育的な内容に関する倫理に関連したサービスを提供することもある (例えば倫理教育、学生や地域住民の育成、倫理関連の制度的方針の策定または見直し、倫理関連の奨学金および研究への従事、倫理委員会の議長、倫理相談サービスの実施など) 個人」とされている。

日本看護協会による規定では、倫理調整は専門看護師の役割の1つとされている⁴⁾ほか、透析看護認定看護師の役割にも看護職に対しコンサルテーションを行う「相談」があり、具体的な役割として、「長期療養生活におけるセルフケア支援および自己決定の支援」⁵⁾と記されている。しかし、透析実施施設の中には入院病床を持たない小規模のクリニックも多くあり、慢性疾患看護や老人看護等の専門看護師、あるいは認定看護師が所属していない施設が多数あると考えられる。しかし看護師のクリニカルラダーには、レベルIV、Vといった管理職に就く看護師に必要とされる能力は、ケアの受け手等の意思決定に伴うゆらぎを共有でき選択を尊重できる、多職種も含めた倫理調整的役割を担うことができるとされている⁶⁾。したがって、多くは看護管理者が日々の看護実践で生じる倫理的課題について相談・調整役を担っていると考えられる。

また、看護師という職業は、看護者の倫理綱領⁷⁾に信頼

*連絡先: 安藤亮 新見公立大学健康科学部看護学科 718-8585 新見市西方1263-2

を得ること、誠実であること、高い倫理観を持つこと、専門職業人としての社会的使命・社会的責任を自覚し、品行を高く保つこと等が記載されているように、優れた倫理観や責任ある行動が求められる。このような職業特性より看護師は「看護師とは～であるべきだ」という信念、つまり認知（考え方）の偏りが生じやすい可能性がある⁸⁾とされている。認知の偏りは、体験した出来事について、自己に関連した内容を否定的、悲観的に歪めて捉え体験を意味づける個人の判断基準である⁹⁾。これと似た概念にEllisの「不合理な信念 (irrational belief)」¹⁰⁾がある。EllisのABCモデルにおいて、出来事 (A's) に対して神経症的な、機能不全な結果 (C's) を招く原因として、「～ねばならない」というような不合理な信念 (iB's) が関わっている¹⁰⁾とされるものであり、看護師において、対人援助職に特有のストレス反応であるバーンアウトに影響を及ぼすことが明らかとなっている¹¹⁾。また、看護師が高く倫理的悩みを認知していたとしても、それが看護師の自己の価値観に偏重した「～するべき」といった不合理な信念に基づくものではないか査定する必要がある¹²⁾とされている。これらより、看護管理者自身の認知の偏りは倫理的課題の相談・調整の実施とストレスの認知に影響を及ぼす可能性があると考えられる。

臨床倫理コンサルテーションの困難さの要因の1つに「倫理の曖昧さ」がある。これは、「現場スタッフが倫理的問題に気付かない」といった現場の医療者の「倫理」に対する理解の少なさ、倫理的問題を言語化する難しさが、それゆえに第三者に「つつかれたくない」という本音や周囲への遠慮から倫理的問題を発生することを控えたい思いによるものではないか¹³⁾との示唆もある。維持血液透析看護における看護管理者も倫理的問題を感じる事象が存在しているにもかかわらず、現場のスタッフはその事象を倫理的問題と捉えていないことや、当事者や関係者との関係性に配慮するがゆえに、看護管理者としてその対応に困難を感じている可能性があると考えられた。さらに、維持血液透析患者の終末期における意思決定に関する研究では、経験を積んでいる腎専門医及び看護師へのインタビュー調査により、対応の困難さを感じ、倫理的ジレンマが生じていることが明らかとなっている¹⁴⁾。つまり、透析看護の経験を積んでいる看護管理者でも、倫理調整を行う際にはストレスを感じているものと考えられる。

そこで本研究では、看護管理者の倫理調整ストレスを低減するための基礎資料を得ることをねらいとして、看護管理者の臨床倫理ケースコンサルタント役割に伴うストレス認知への関連要因を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 調査対象

本研究の対象は、維持血液透析療法を行う全国の医療施設から無作為抽出した1000施設の各1人の看護管理者とした。

2. 調査方法、調査期間

調査は無記名による自記式質問紙により実施した。調査期間は、2019年10月～11月である。

3. 調査内容

調査項目は基本属性（年齢、透析看護経験年数、看護管理者経験年数、勤務部署の対象患者）、臨床倫理における職場環境、資格及び知識、臨床倫理ケースコンサルタント役割に伴うストレス認知（Clinical Ethics Case Consultants Stress Short Version : CECS-S）¹⁵⁾、認知の偏り¹⁶⁾、精神的健康度K6¹⁷⁾である。

1) 臨床倫理における職場環境、資格及び知識

臨床倫理における職場環境、資格及び知識として、倫理的問題を相談できる場・人の有無、臨床倫理委員会の設置の有無、倫理調整に関わる資格の有無、臨床倫理に関する講義の基礎看護教育・現任教育の受講の有無、臨床倫理の理論（結果論、帰結主義、功利主義など）及び意思決定や倫理にかかわる指針・ガイドラインの知識の有無を尋ねた。

意思決定や倫理にかかわる指針・ガイドラインについては、「看護者の倫理綱領」⁷⁾、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」¹⁸⁾、「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン～人工的水分・栄養補給の導入を中心として～」¹⁹⁾、「維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」²⁰⁾、「日本語版POLST（DNAR指示を含む）作成指針」²¹⁾、「がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き」²²⁾、「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン 3学会からの提言」²³⁾、「身体拘束予防ガイドライン」²⁴⁾の8つの指針・ガイドラインについて、「知らない」、「名前を知っている」、「内容を知っている」の3件法で尋ねた。

2) 臨床倫理ケースコンサルタント役割に伴うストレス認知

臨床倫理ケースコンサルタント役割に伴うストレス認知の測定については、臨床倫理ケースコンサルタント役割に伴うストレス認知（Clinical Ethics Case Consultants Stress Short version : CECS-S）¹⁵⁾を用いた。CECS-Sは、「コンサルテーション運営の難しさ（コンサルテーション運営）」「コンサルタント役割に関する自己能力の不足（自己能力）」の2因子（各5項目）で構成される。回答と得点化は「感じない（1点）」～「とても感じる（4点）」とし、得点が高いほど、ストレスを認知していることを示す。

3) 認知の偏り

認知の偏りの測定には認知の偏り測定尺度 (Cognitive Bias Scale: CBS)¹⁶⁾を用いた。CBSは「先読み (The fortune teller error)」、「べき思考 (Should thinking)」、「思い込み・レッテル貼り (Labeling and mislabeling)」、「深読み (Jumping to conclusions)」、「自己批判 (Personalizations)」、「白黒思考 (All-or-nothing)」の6因子18項目からなる尺度である。それぞれ、「全く当てはまらない (1点)」～「当てはまる (4点)」の4件法で回答し、72点中、合計得点が高いほど認知の偏りが強いことを示している。

4) 精神的健康度

精神的健康度の測定にはK6質問表日本語版を使用した¹⁷⁾。K6は米国のKesslerらにより開発され、「神経過敏に感じましたか」、「絶望的だと感じましたか」、「そわそわ、落ち着かなく感じましたか」などの6項目からなり、それぞれ「全くない (0点)」～「いつも (4点)」の5件法で回答するようになっており、24点中、点数が低いほど精神的健康度が高いことを示している。

4. 分析方法

臨床倫理における職場環境、資格及び知識、認知の偏りがCECS-Sを介してK6に関連すると仮定した因果関係モデルを仮定し、このモデルのデータへの適合性を構造方程式モデリングにより検討した。なお統制変数として臨床倫理の基礎看護教育・現任教育の受講、年齢を投入した。モデルのデータへの適合度はCFI (Comparative Fit Index) およびRMSEA (Root Mean Square Fit Index) を用いた。適合性の判断はCFI>0.90、RMSEA <0.05 (最良)、<0.08 (良)、<0.1 (可)とするKline²⁵⁾の指標を参考にした。なお、分析実施時に欠損値については多重代入法により欠損値代入を行った。統計解析にはMplus7.4、R4.0.2を用いた。

5. 倫理的配慮

対象施設の看護管理者宛に、本研究の趣旨及び調査協力の依頼に関する文書を送付し、調査に協力できる場合、調査対象者への調査票の配布を依頼した。調査対象者には調査票に同意の意思表示欄を設け、調査への同意の有無を確認した。なお、本研究は岡山県立大学倫理審査委員会の承認を得た (19-51)。

III. 結果

配布した調査票1000部うち277名 (27.7%)より回収され、そのうちほとんどの項目に欠損および調査への同意が得られなかった21名を除く256名 (25.6%)を分析対象とした。

1. 調査対象者の基本属性

対象者の基本属性を表1に示した。調査対象者の年齢、透析看護経験年数、看護管理者経験年数の平均値、標準偏差

はそれぞれ、51.1±7.1歳、14.5±10.6年、9.9±8.6年であった。勤務部署の対象患者については、「通院のみ」97名 (37.9%)、「通院と入院」143名 (55.9%)、「入院のみ」14名 (5.5%)、「無回答」2名 (0.8%)であった。

表 1. 研究対象者の基本属性 n=256

		Mean	SD
年齢		51.1	7.1
透析看護経験年数		14.5	10.6
看護管理者経験年数		9.9	8.6
		n	%
勤務部署の対象患者	通院のみ	97	37.9
	通院と入院	143	55.9
	入院のみ	14	5.5
	無回答	2	0.8

2. 臨床倫理における職場環境、資格及び知識

臨床倫理における職場環境、資格及び知識について、表2、表3に示した。

倫理的問題を相談できる場・人については、「ない」が164名 (64.1%)で過半数を占めた。臨床倫理委員会の設置については、「ない」が137名 (53.5%)であった。臨床倫理に関わる資格については、「専門看護師」、「認定看護師」、「慢性腎臓病療養指導看護師 (Dialysis Care and

表 2. 臨床倫理における職場環境、資格及び知識

		n=256	
		n	%
倫理的問題を相談できる場・人	ない	164	64.1
	ある	90	35.2
	無回答	2	0.8
臨床倫理委員会の設置	知らない	11	4.3
	ない	137	53.5
	ある	108	42.2
臨床倫理に関わる資格	無	247	96.5
	専門看護師	2	0.8
	臨床倫理認定士	1	0.4
	認定看護師	2	0.8
	DLN	2	0.8
	治験コーディネーター	1	0.4
	その他	1	0.4
	基礎看護学教育における臨床倫理学習経験	ない	75
ある	181	70.7	
現任教育での臨床倫理学習経験	ない	65	25.4
	ある	191	74.6
倫理理論の知識	知らない	121	47.3
	名前を知っている	121	47.3
	内容を知らない	10	3.9
	知っている	10	3.9
	無回答	4	1.6

Management of Chronic Kidney Disease Leading Nurse : DLN) 」がそれぞれ2名、「臨床倫理認定士」、「治験コーディネーター」、「その他」がそれぞれ1名であった。基礎看護教育、現任教育での臨床倫理学習経験については、いずれもそれぞれ「ある」が181名(70.7%)、191名(74.6%)と過半数を占めた。倫理理論の知識については、「知らない」と「名前を知っている」がそれぞれ同数の121名(47.3%)、「内容を知っている」は10名(3.9%)であった。

意思決定や倫理にかかわる指針・ガイドラインに関する知識については、「内容を知っている」の割合が高かったのは、「看護者の倫理綱領」147名(57.4%)、「維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」95名(37.1%)、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」91名(35.5%)、「身体拘束予防ガイドライン」79名(30.9%)であった。

3. 臨床倫理ケースコンサルタン役割に伴うストレス認知

CECS-Sの回答分布を表4に示した。「感じる」、「とても感じる」を合わせた者の割合が高かったのは、「10. あ

表3. 意思決定や倫理にかかわる指針・ガイドラインに関する知識

	n=256	
	回答	n %
看護者の倫理綱領	知らない	46 18.0
	名前を知っている	61 23.8
	内容を知っている	147 57.4
	無回答	2 0.8
人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン	知らない	66 25.8
	名前を知っている	94 36.7
	内容を知っている	91 35.5
	無回答	5 2.0
高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン～人工的水分・栄養補給の導入を中心として～	知らない	155 60.5
	名前を知っている	68 26.6
	内容を知っている	26 10.2
	無回答	7 2.7
維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言	知らない	46 18.0
	名前を知っている	113 44.1
	内容を知っている	95 37.1
	無回答	2 0.8
日本語版POLST (DNAR指示を含む)作成指針	知らない	186 72.7
	名前を知っている	46 18.0
	内容を知っている	17 6.6
	無回答	7 2.7
がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き	知らない	177 69.1
	名前を知っている	67 26.2
	内容を知っている	5 2.0
	無回答	7 2.7
救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン 3学会からの提言	知らない	179 69.9
	名前を知っている	63 24.6
	内容を知っている	9 3.5
	無回答	5 2.0
身体拘束予防ガイドライン	知らない	42 16.4
	名前を知っている	133 52.0
	内容を知っている	79 30.9
	無回答	2 0.8

なために臨床倫理コンサルタン役割が求められている時、『自分自身の意見や判断が間違っていないか?』と、関係者がどのように思っているかが気になる」129名(50.8%)、次いで「1. それぞれの部署の理念や職種の専門性、重く価値をおくところに多様性があり、医療・ケア方針の合意形成が難しい」121名(47.5%)、「7. 臨床倫理ケースカンファレンスで方針を明らかにしたいが、自分の知識や情報、資源ネットワークが不足しているために、アイデアや選択肢を提案できない」109名(42.9%)の順であった。

表4. 臨床倫理ケースコンサルタン役割に伴うストレス認知

項目	ストレスの程度			
	感じない	少し感じる	感じる	とても感じる
1. それぞれの部署の理念や職種の専門性、重く価値をおくところに多様性があり、医療・ケア方針の合意形成が難しい n=255	n 97	37	79	42
	% 38.0	14.5	31.0	16.5
2. 臨床倫理ケースカンファレンスにおいて、自分の意見を言おうとしない、あるいは言えない関係者がいる n=254	n 131	43	60	20
	% 51.6	16.9	23.6	7.9
3. おおむねの関係者が合意する医療・ケア方針について、異なる意見を述べる関係者の合意が得られるよう、あなたは説明することを求められる n=253	n 142	28	50	33
	% 56.1	11.1	19.8	13.0
4. あなた以外の医療・ケア提供者(例 医師、管理者、他専門職など)から、患者(利用者)・家族等に説明することが妥当である場合であっても、医療・ケア提供者があなたに説明することを要望する n=253	n 115	37	61	40
	% 45.5	14.6	24.1	15.8
5. 倫理的問題をもつ患者(利用者)への対応であっても、すでに臨床倫理委員会や他の職種(医師、ソーシャルワーカーなど)が介入しているケースでは、他の相談機関や関係者に相談しにくい n=253	n 195	19	35	4
	% 77.1	7.5	13.8	1.6
6. 倫理理論や指針・ガイドラインなどの知識が不十分で、これらの視点から倫理的問題を検討することを関係当事者に提案できない n=252	n 120	37	70	25
	% 47.6	14.7	27.8	9.9
7. 臨床倫理ケースカンファレンスで方針を明らかにしたいが、自分の知識や情報、資源ネットワークが不足しているために、アイデアや選択肢を提案できない n=254	n 96	49	77	32
	% 37.8	19.3	30.3	12.6
8. ケースの倫理的問題の解明・解決に向けて、どこ・誰に相談してよいか(例 どこに確認、あるいは情報発信すればよいか、連携先や相談先)が解らない、あるいは無い n=253	n 135	35	56	27
	% 53.4	13.8	22.1	10.7
9. 倫理的問題をもつ患者(利用者)への医療・ケア提供において、関係者が、無理をしたり頑張り過ぎたりしているように感じても、「頑張っているのだから」と、方針転換につながる提案をすることができない n=253	n 169	31	36	17
	% 66.8	12.3	14.2	6.7
10. あなたに臨床倫理コンサルタン役割が求められている時、「自分自身の意見や判断が間違っていないか?」と、関係者がどのように思っているかが気になる n=254	n 79	46	83	46
	% 31.1	18.1	32.7	18.1

4. 認知の偏り

認知の偏りの回答結果を表5に示した。下位因子の合計得点の平均値が最も高かったのは「べき思考」(Mean ± SD=7.5 ± 1.7)であり、次いで「自己批判」(Mean ± SD= 6.8 ± 1.7)、「深読み」(Mean ± SD= 6.5 ± 1.9)の順に高かった。

5. 臨床倫理ケースコンサルタン役割に伴うストレス認知の関連要因

臨床倫理における職場環境、知識及び認知の偏りがCECS-Sを介してK6に関連する、と仮定した因果関係モデルの構造方程式モデリングによる検討を行った結果を図1に示した。このモデルの適合度指標は、RMSEA=0.037、CFI=0.912であった。CECS-Sに対して有意な関連があったのは「認知の偏り」のみであり、パス係数は0.744であった。CECS-SからK6へは有意な正のパス係数(0.816)がみられ、寄与率は65.1%であった。

表 5. 認知の偏り

下位因子	質問項目	回答				n=256 下位因子 合計 平均点 M±SD
		全く当てはまらない	あまり当てはまらない	やや当てはまる	当てはまる	
先読み	1. 証拠もないのに、よくない結論を予想してしまうほうである	n 35	137	79	5	6.2±1.6
	% 13.7	53.5	30.9	2.0		
	3. 根拠もないのに、事態はこれから確実に悪くなると考えるほうである	n 64	159	30	3	
	% 25.0	62.1	11.7	1.2		
べき思考	8. 「～しなければならぬ」と考えて自分にプレッシャーを与えてしまうほうである	n 34	78	121	23	7.5±1.7
	% 13.3	30.5	47.3	9.0		
	9. 「～すべきだったのに」と考えて、後悔してしまうほうである	n 15	84	131	26	
	% 5.9	32.8	51.2	10.1		
思い込み・レッテル貼り	17. 一度立てた計画は、どんなに困難があってもやり遂げるべきだ、と思うほうである	n 21	133	90	12	6.2±1.5
	% 8.2	52.0	35.1	4.7		
	6. 他人の成功や長所は過大に考え、他人の失敗や短所は過小評価するほうである	n 35	156	56	9	
	% 13.7	60.9	21.9	3.5		
深読み	11. たったひとつでもよくないことがあると、世の中すべてがそうだと感じてしまうほうである	n 130	106	18	2	6.5±1.9
	% 50.8	41.4	7.0	0.8		
	15. 自分の失敗や短所は過大に考え、自分の成功や長所は過小評価するほうである	n 20	121	97	18	
	% 7.8	47.3	37.9	7.0		
自己批判	2. 何か友達とトラブルがあると「友達が私をさらいになった」と感じてしまうほうである	n 44	133	67	12	6.8±1.7
	% 17.2	52.0	26.2	4.7		
	4. 人のふとした言動をきっかけにして「あの人は私を避けている」と感じるほうである	n 31	111	97	17	
	% 12.1	43.4	37.9	6.6		
白黒思考	14. 根拠もないのに、人が私に悪く反応したと早合点してしまうほうである	n 61	157	33	5	6.0±1.6
	% 23.8	61.3	12.9	2.0		
	5. 自分に関係がないとわかっていることでも、自分に関連づけて考えるほうである	n 55	125	67	9	
	% 21.5	48.8	26.2	3.5		
認知の偏り	12. トラブルやミスが起きると、本来は自分に関係ないことでも自分を責めてしまうほうである	n 22	115	110	9	6.8±1.7
	% 8.6	44.9	43.0	3.5		
	18. 何か悪いことが起こると、何か自分のせいであるかのように思ってしまうほうである	n 29	136	84	7	
	% 11.3	53.1	32.8	2.7		
白黒思考	7. ものごとは完璧か悲惨かのどちらかしかない、といった具合に極端に考えるほうである	n 139	97	17	3	6.0±1.6
	% 54.3	37.9	6.6	1.2		
	13. ものごとを極端に白か黒かのどちらかに分けて考えるほうである	n 60	136	53	7	
	% 23.4	53.1	20.7	2.7		
白黒思考	16. 曖昧な状況は苦手で、ものごとを良いか悪いかなどははっきりとさせたいと思えるほうである	n 18	130	92	16	6.0±1.6
	% 7.0	50.8	35.9	6.3		

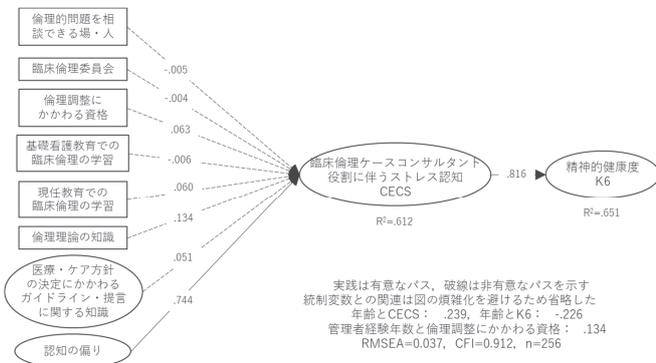


図 1. 臨床倫理ケースコンサルタント役割に伴うストレス認知の関連要因

IV. 考察

本研究は、維持血液透析看護において、看護管理者が倫理調整を行う際のストレス低減への基礎資料を得ることをねらいに、維持血液透析看護における看護管理者の臨床倫理ケースコンサルタント役割に伴うストレス認知 (CECS-S) への関連要因を明らかにすることを目的に行った。その結果、関連要因のうち認知の偏りのみがCECS-Sに有意な正の関連を示し、認知の偏りがある者ほど、ストレスを高く認知していた。

1. 維持血液透析看護における看護管理者の臨床倫理ケースコンサルタント役割に伴うストレス

維持血液透析看護における看護管理者のCECS-Sの程度が最も高かったのは、自己能力の因子の「10. あなたに臨床倫理ケースコンサルタント役割が求められている時、『自分自身の意見や判断が間違っていないか?』と、関係者がどのように思っているかが気になる」であり、「7. 臨床倫理ケースカンファレンスで方針を明らかにしたいが、自分の知識や情報、資源ネットワークが不足しているために、アイデアや選択肢を提案できない」も同様に高かった。臨床倫理ケースコンサルタントは、価値観の問題について話し合いをもったり、価値観の衝突の所在を明らかにしたり、またそのような衝突を解決する手段を開発したりするサポートをするのに役立つ²⁶⁾と考えられている。したがってコンサルタントに求められているのは、チームの一員として主体的に解決策を見つめる役割、つまり解決者の役割ではなく、「一歩引いた立場から議論を活性化する役割」²⁷⁾である。しかしながら、現実の臨床では倫理的課題に対する答えをコンサルタントに求め相談する依頼者もあり、コンサルタントは依頼者のニーズに対し過剰に反応し、依頼に対する返答の伝え方にコンサルテーションの難しさを感じている¹³⁾。本調査においても「10. あなたに臨床倫理ケースコンサルタント役割が求められている時、『自分自身の意見や判断が間違っていないか?』と、関係者がどのように思っているかが気になる」についてストレスを感じると回答している者が多かった。倫理的に正しいという絶対的な回答がないというとらえどころのなさが倫理カンファレンスの一面であるが²⁸⁾、蓋然性のある判断を参加者とともに導き出すことがコンサルタントの役割である。したがってコンサルタント役割を担う管理者自身が、自らのコンサルタントとしての役割を理解し、また依頼者にもコンサルタントの役割を理解してもらう必要がある。

次に、「7. 臨床倫理ケースカンファレンスで方針を明らかにしたいが、自分の知識や情報、資源ネットワークが不足しているために、アイデアや選択肢を提案できない」について多くの管理者がストレスとして認知していた。倫理や哲学への苦手意識を持つことが、負担感につながるとの報告²⁸⁾もあり、経験だけでなく知識を身に付けることも重要である。臨床倫理コンサルテーション実施のステップとして、最後に検討結果をまとめるというステップがある²⁷⁾。ここでは上述したように、倫理的問題を整理する過程においては、医療の専門知識や倫理理論などに基づいて対立軸について蓋然性のある判断を行う必要がある。また実践に活かせる倫理的な提案・助言が求められており¹³⁾、具体的にどのような行為をとるべきかについて示す必要がある²⁶⁾とされている。実際にASBHは、臨床倫理コンサルテーションに必要な知識として医療システムや道徳的推論及び倫理理論の知識が必要であるとしている²⁹⁾。したがって、今

回の調査で挙げたようなガイドライン・倫理綱領の内容を理解しておくこと、またはその存在を知っていることで、倫理的問題の整理に役立ち、自信のなさやストレスの低減にも重要であると考えられる。

またストレス認知の高い項目としてコンサルテーション運営の因子の「1. それぞれの部署の理念や職種の専門性、重く価値をおくところに多様性があり、医療・ケア方針の合意形成が難しい」も挙げられていた。倫理ケースカンファレンスに参加する関係者それぞれの考えは、各々の異なる経験から形成されており、ケースに対する受け取り方、関心、価値の置き方は異なるものである。意思決定支援において、正解を導く意思決定は不可能であるが、これで正解だったと確信する意思決定は可能である³⁰⁾とされており、お互いの「納得感」を指標にして話し合うことの必要性を示している。しかし、話し合いが平行線に終わることや、怒りなどの不快感を残す話し合いもあり、ファシリテーションの難しさをコンサルタントは経験している³¹⁾といわれている。したがって、管理者は関係者の考えだけでなく、その背景が表現され、お互いが理解するとともに、納得しあえる結果を導けるようファシリテーションする必要がある。このファシリテートする能力は、何度も実践を繰り返すうちに徐々に身についていくものである³²⁾といわれており、自信をもてるよう実践を重ねる中でスキルアップしていくことが必要である。

2. 臨床倫理ケースコンサルト役割に伴うストレスへの関連要因

本研究の結果より、認知の偏りはCECS-Sに正の、CECS-SはK6に正の有意なパスを示した。このことは、認知の偏りがあるほど臨床倫理ケースコンサルト役割に伴うストレスを強く感じ、そのことは精神健康度を低めることを意味する。本研究の対象者における認知の偏りで、平均点が高かった下位因子の上位3つは、「べき思考」、「自己批判」、「深読み」の順であった。

はじめに「べき思考」の質問項目をみると、「～しなければならない」、「～すべきだったのに」などと思考する特性を問うものになっている。看護管理者は他の人に聞いたり、相談したりしたいのに、頑張っただけで自分が決めなければいけないという文化が強いといわれる³³⁾ことから、管理者であるがゆえに、自分が判断し、方針を決めなければ、「～でなければ」と自分の役割を過剰に意識している可能性がある。臨床倫理コンサルトの役割は、ファシリテーションと特徴づけられるように²⁶⁾参加者と一緒に会話し、方向性を見出していくことである。先行研究においても臨床倫理カンファレンスにおいて「ファシリテータの発言は適切でなければならないというプレッシャー」や「模範解答を言わないといけないというプレッシャー」があるという思いが語られている³²⁾。この「～しなければな

らない」という思いが自分自身に負担をかけることになり、ストレスを高く認知させているものと考えられる。

次に「自己批判」であるが、これは自分に関係のない否定的な出来事を、自分に関係づけて考える傾向である個人化を示すものである。谷津ら³⁴⁾は臨床倫理カンファレンスのファシリテータを体験した看護師が、「事例がどういう状況なのか理解が不十分」である時に、強い緊張を体験していることを報告している。本家ら¹³⁾の調査においても、臨床倫理カンファレンスの中で、情報不足がコンサルタント側の困難さの要因となっているが、その不足した情報は相談者から提供される患者の価値を重視した情報であった。このように、相談者からの情報が不十分であるために事例の理解や分析が困難になっている場合がある。しかしながら上述したように、管理者は自分の役割を過剰に意識し、解決策を提案しなければならないと自負し、事例の理解や分析が十分でない原因は自分にあるかのようにとらえるといった自己批判的な特性を持っているとするならば、コンサルタント役割に対するストレスも高く認知するであろう。臨床倫理コンサルテーションで重要なのは、参加者同士が他者との関係性の中で気負うことなく互いのもつ資源を引き出しつつかわりあうことである³⁵⁾。谷津ら³⁴⁾も、ファシリテータ自身も参加者とのかわりを通して自身の情緒的安定を図り、互いに学びを深めていると報告している。したがって管理者は、自身を批判しすぎることなく、経験を重ねコンサルタント能力を身に付けていくことがストレス低減につながると考えられる。

最後に「深読み」であるが、“Jumping to Conclusions”という結論を急ぐ、早とちり、という意味である。これはある事象が起きたことに対して、根拠が不十分なままにその事象の原因や結果を認知する特性を示している。看護実践において限られた情報からアセスメントを行うことは看護の基本であり、看護中間管理者のコンピテンシー³⁶⁾においても現象の意味付けを行う概念化志向、他の組織と比較して分析する等の分析的思考等、看護管理者として様々な場面において限られた情報から思考、判断をしなければならない状況がある。したがって、ある程度経験に裏付けされた予測により判断や行動することは、悪いことではない。しかし、はじめにでも述べたように臨床倫理コンサルテーションに伴う困難さの1つに「倫理」の曖昧さがあり、背景には現場の医療者の「倫理」に対する理解の少なさや、倫理的問題を言語化する困難さがあるとされている¹³⁾。今回の調査で、対象となった看護管理者は自分自身の臨床倫理コンサルト能力に不十分さを感じていることが明らかとなっている。したがって、今回の調査対象者も倫理的課題に対して倫理の曖昧さを感じており、課題の本質的な問題を十分に把握することができないまま、課題に対する対応をしていかなければならない状況がストレスにつながっている可能性が考えられた。

以上のように看護管理者は、管理者としての役割の自負や経験に裏打ちされ判断しているが、この傾向が強いと偏った認知になり、自己の能力を不十分に感じたり、合意形成に向けたコンサルテーション運営が難しいと感じたりする恐れがある。したがって臨床倫理の問題は曖昧さがあり、臨床倫理ケースカンファレンスでは参加者全員で納得できる方針を見出していく場であるといった参加者の相互理解が、看護管理者の臨床倫理ケースカンファレンスに伴うストレス認知を軽減する可能性があると考えられる。また看護管理者自身が自らの認知の偏りを自覚する機会を持てるよう、スーパーバイズを受けられるような支援体制も必要である。たとえば自分自身の認知活動の状態や特徴を認知・統制するシステムとして、メタ認知³⁷⁾が知られているが、これを効果的に行える能力であるメタ認知的スキルの獲得については、対象者がメタ認知的スキルの重要性を理解した上で、主体的に学習することが必要である³⁸⁾とされている。看護管理者においてもメタ認知に関する研修の積極的な受講等により、自身のメタ認知的スキルを獲得・向上させることが認知の偏りの自覚とコントロールに役立つ可能性があると考えられる。

V. 結論

維持血液透析看護における看護管理者の臨床倫理ケースコンサルタント役割に伴うストレス認知への関連要因を検討した結果、認知の偏りが臨床倫理ケースコンサルタント役割に伴うストレス認知を介して精神健康度に有意に影響していた。研修等の実施により看護管理者が自らの認知の偏りを自覚する機会を作ることで、臨床倫理ケースコンサルト役割に伴うストレスを軽減し、精神健康度を良好に保つことができる可能性が示唆された。

本研究は平成31年度岡山県立大学地域貢献研究助成を得て行った。開示すべきCOIはない。

謝辞

本研究にご協力いただいた維持血液透析療法を実施している全国の医療施設の看護管理者の皆様は心より感謝申し上げます。

文献

- 1) 新田孝作, 政金生人, 花房規男, 他: わが国の慢性透析療法の現況 (2018年12月31日現在). 日本透析医学会誌, 52 (12), 679~754, 2019.
- 2) 本田 智子, 高橋 良幸, 谷本 真理子, 他: 終末期維持透析患者にかかわる看護師の実践知: 日本腎不全看護

学会誌, 12 (2), 72-80, 2010.

- 3) Clinical Ethics Consultation Affairs (CECA) Committee: CECA Report to the Board of Directors American Society for Bioethics and Humanities Certification, Accreditation, and Credentialing (C/A/C) of Clinical Ethics Consultants [インターネットOn line] [2020年8月8日アクセス] https://asbh.org/uploads/about/CECA_Report_2010.pdf
- 4) 日本看護協会: 専門看護師・認定看護師・認定管理者 専門看護師 (Certified Nurse Specialist) とは [インターネットOn line] [2020年8月13日アクセス] <https://ninte.nurse.or.jp/nursing/qualification/cns>
- 5) 日本看護協会: 専門看護師・認定看護師・認定管理者 認定看護師 (Certified Nurse) とは [インターネットOn line] [2020年8月13日アクセス] <https://ninte.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn>
- 6) 日本看護協会: 看護師のクリニカルラダー (日本看護協会版) [インターネットOn line] [2020年8月13日アクセス] <https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/fukyukeihatsu/ladder.pdf>
- 7) 日本看護協会: 看護師の倫理綱領 [インターネットOn line] [2020年8月27日アクセス] https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/rinri/code_of_ethics.pdf
- 8) 江口実希, 國方弘子, 土岐弘美: 認知の偏りと抑うつとの関連 認知の偏り測定尺度の妥当性と信頼性の検討から. 厚生学指標, 63 (8), 22-27, 2016.
- 9) 江口実希, 國方弘子: 看護師の経験年数と認知の偏り, 否定的自動思考, 抑うつ気分との関係. ヒューマンケア研究学会誌, 8 (1), 1-9, 2016.
- 10) アルバート・エリス著, 野口京子訳: 理感情行動療法. 金子書房, 1999.
- 11) 小粥宏美, 岡安孝弘: 看護師のバーンアウトに及ぼす仕事ストレスと不合理な信念の影響. 健康心理学研究, 23 (1), 13-20.
- 12) 實金栄, 萬木早苗, 井上かおりほか: 看護師の倫理的悩みを測定する尺度の妥当性と信頼性の検討. 臨床倫理, 7, 10-23, 2019.
- 13) 本家淳子, 坂井孝彦: 臨床倫理コンサルテーションに伴う困難さの探索的検討. 人間と医療, 9, 25-35, 2019.
- 14) Lena Axelsson, Eva Benzein, Jenny Lindberg, et al: End-of-life and palliative care of patients on maintenance hemodialysis treatment: a focus group study. BMC Palliative Care, 18, 89, 2019.
- 15) 實金 栄, 井上かおり, 小藪智子ほか: 訪問看護ステーション管理者の臨床倫理ケースコンサルタント役割に伴うストレス認知尺度の構成概念妥当性と信頼性の検討. 社会医学研究, 37 (2), 2020.

- 16) 田島美幸：あなたの考え方チャートを作ってみよう。こころの元気+, 7 (6), 8-9, 2013.
- 17) Toshi A. Furukawa, Norito Kawakami, Mari Saitoh, et al: The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. International journal of methods in psychiatric research, 17 (3), 152-158, 2008.
- 18) 厚生労働省：人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン [インターネット On line] [2020年8月27日アクセス] <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>
- 19) 日本老年医学会：高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン～人工的水分・栄養補給の導入を中心として～ [インターネット On line] [2020年8月27日アクセス] https://jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf
- 20) 日本透析医学会血液透析療法ガイドライン作成ワーキンググループ、透析非導入と継続中止を検討するサブグループ：維持透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言。日本透析医学会雑誌, 47 (5), 269-285, 2014.
- 21) 日本臨床倫理学会：日本語版POLST (DNAR指示を含む) 作成指針 [インターネット On line] [2020年8月27日アクセス] <http://square.umin.ac.jp/j-ethics/workinggroup.htm>
- 22) 日本緩和医療学会ガイドライン統括委員会：がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き 2018年版 [インターネット On line] [2020年8月27日アクセス] <https://www.jspm.ne.jp/guidelines/sedation/2018/pdf/sedation2018.pdf>
- 23) 日本循環器学会, 日本救急医学会, 日本集中治療医学会：救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン 3学会からの提言 [インターネット On line] [2020年8月27日アクセス] https://j-circ.or.jp/old/topics/files/qq_guideline20141114.pdf
- 24) 日本看護倫理学会 臨床倫理ガイドライン検討委員会：身体拘束予防ガイドライン [インターネット On line] [2020年8月27日アクセス] http://jnea.net/pdf/guideline_shintai_2015.pdf
- 25) Kline Rex B: Principles and Practice of Structural Equation Modeling. New York : Guilford Publications, 2015.
- 26) Hester D. Micah, 前田 正一, 児玉 聡. 病院倫理委員会と倫理コンサルテーション. 勁草書房, 東京都, 60, 2009.
- 27) 堂園 俊彦, 竹下 啓：倫理コンサルテーションハンドブック. 医歯薬出版, 東京都, 9, 2019.
- 28) 飛世 照枝, 坂井 桂子：倫理カンファレンスに対する看護師の意識. 日本看護倫理学会誌, 4 (1), 15-21, 2012.
- 29) 及川正範, 石川英里, 前田 正一：臨床倫理コンサルテーション 米国生命倫理学会における認定制度へ向けた取り組み. 医療事故・紛争対応研究会誌, 11, 29-36, 2018.
- 30) 阿部 泰之：正解を目指さない!? 意思決定支援：人生最終段階の話し合い. 南江堂, 東京都, 2019.
- 31) 吉武久美子：看護師のための倫理的合意形成の考え方・進め方. 医学書院, 東京都, 2017.
- 32) 脇丸 夕佳, 八代 利香：倫理カンファレンスにおける看護師のファシリテーションスキル. 日本看護倫理学会誌, 11 (1), 40-49, 2019.
- 33) 浦山 絵里, 中野 民夫, 鈴木 まり子：【「対話」が現場を変える! ファシリテーター型リーダーシップ】スタッフと組織を元気にするためのファシリテーションの心得 主体性・当事者意識を高める対話の技術. 看護管理, 24 (1), 14-24, 2014.
- 34) 谷津 裕子, 喜多 里己, 平澤 美恵子：周産期看護の倫理的問題に関する事例検討会でのファシリテーター体験. 日本赤十字看護大学紀要, (22), 61-70, 2008.
- 35) 坪倉 繁美：具体的なジレンマからみた看護倫理の基本. 新訂版. サイオ出版, 東京都, 2015.
- 36) 井上仁美：看護中間管理者のコンピテンシー. 高知女子大学看護学会誌, 40 (1), 109-116, 2014
- 37) Flavell, John H. : Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive?developmental inquiry. American Psychologist, 34 (10), 906-911, 1979.
- 38) 岡田純子, 森木ゆう子, 中山由美ほか：看護師のメタ認知的スキルの獲得を促す院内教育に関する文献検討. 摂南大学看護学研究, 3 (1), 2015.