

重症心身障害児（者）施設における 看護師の倫理的悩みを低減する 臨床倫理カンファレンス方法の在り方

芳賀了¹⁾ 三枝享²⁾ 齊藤啓貴³⁾ 山田光子⁴⁾

要 旨

本研究は、重症児（者）施設に勤務する看護師の倫理的悩みを低減する臨床倫理カンファレンス方法の在り方を検討することを目的とした。関東甲信越地方の重症児（者）施設 58 施設に勤務する看護師を対象に Web アンケートを行った。調査項目は属性、倫理的悩み尺度、臨床倫理カンファレンスの方法とした。分析は 144 名を対象とし、倫理的悩み合計点を目的変数、属性、勤務状況、及び臨床倫理カンファレンスの方法（即時性、心理的な安全性、他職種の参加、回数）を説明変数とし、二項ロジスティック回帰分析を行った。分析の結果、倫理的悩み低群は高群よりも、即時に開催される、心理的な安全性が高い臨床倫理カンファレンスとの関連がみられた。重症児（者）施設の看護師が倫理的悩みを低減するためには、倫理的な問題が生じた際に、看護管理者は即時に、かつ安心して発言ができる雰囲気の中で臨床倫理カンファレンスを実施することが重要であることが示唆された。

キーワード： 倫理的悩み 臨床倫理カンファレンス 重症心身障害児（者） オンライン調査

I. 緒言

重症心身障害は、重度の知的障害と重度の肢体不自由が併存する状態を指し、この状態にある個人を重症心身障害児（者）（以下重症児（者）とする）という。全国における重症児（者）の推計数は約 47,000 人であり、その約 30% が施設に入所しているとされる（岡田ら, 2015）。近年、重症児（者）はケアを担う親の高齢化を背景に、移乗や体位変換などの介護に伴う身体的負担が増加し、医療技術の進歩により呼吸器や胃ろう管理など日常的に医療ケアが必要なケースが増加している（平元, 2015）。さらに、重症児（者）の障害は従来に比べて重度化・複雑化・個別化し、医療依存度が上昇していることが指摘されており（岡田, 2006）、これが在宅移行の困難化や長期入院に繋がっている。このような背景に加え、澁谷ら（2022）は、重症児（者）看護は専門性の確立がされにくく、認知度も低いため、重症児（者）施設における看護師の人員不足が継続的な重大課題であると指摘している。また、看護師が

意思疎通が困難な重症児（者）との関わりの中で不安を抱き（福山ら, 2009）、看護実践への満足感、達成感のなさにつながることが報告されている（樋口ら, 2013）。さらに八柳ら（2020）は、超重症児（者）の病棟に中途採用された 1 年目看護師が、児の反応を汲み取りにくく、これまでの経験が生かされない思いや看護師としての専門性を自問するなどの困難を感じていることを報告している。

日本看護協会（2021）は、「看護職の倫理綱領」において「看護職は、あらゆる場において、人々の健康と生活を支援する専門職であり、常に高い倫理観をもって、人間の生命と尊厳及び権利を尊重し行動する」と示している。つまり、倫理観は看護職にとって基盤的な要素となるが、重症児（者）をケアする看護師（以下重心看護師）は、患者理解の困難、自己嫌悪の感情等から、多くの倫理的問題に直面している可能性がある。

倫理的問題を Jameton（1984）は「倫理的不確かさ」「倫理的ジレンマ」「倫理的悩み」の 3 つに分類

している。「倫理的な不確かさ」は、特定の状況に適用される倫理原則や価値観について確信が持てない場合に発生し、何が正しいか間違っているかについての明確さが欠けている、または関与する倫理原則について確信が持てないことから生じる。「倫理的ジレンマ」は、2つ以上の対立する倫理原則や価値観に直面し、どの行動をとってもそれらの価値観の一つを妥協することになる場合に発生する。「倫理的悩み」は、倫理的に適切な行動を知っているが、組織の制約、支援の欠如、その他の障害によりその行動を取ることができないと感じる場合に発生する。その中でも「倫理的悩み」は、バーンアウトや離職への影響が指摘されている (Corley et al, 2001 ; Meltzer et al, 2004)。つまり重症児 (者) 施設において、バーンアウトや離職を予防し、看護の質を保持するためには、倫理的悩みを低減することが重要である。萬木ら (2020) は、看護師の倫理的悩みによるストレス反応を低減するためには、コーピングとして「発想の転換」を促進し、臨床倫理カンファレンスを開催することの重要性を示唆した。そこで筆者らは、臨床倫理カンファレンスが重心看護師の倫理的悩みを低減する可能性を考えた。臨床倫理カンファレンスに関する研究は、カンファレンスの方法に関する研究 (例えば横田ら, 2011)、臨床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に関する研究 (脇丸ら, 2019) など多数あった。しかし、臨床倫理カンファレンスを、いつ、誰と、どのように実施すればよいかなど、臨床倫理カンファレンス方法の在り方に関する研究は見当たらなかった。また重症児 (者) 施設における臨床倫理カンファレンスに関する報告も見当たらなかった。

そこで本研究では、重症児 (者) 施設に勤務する看護師の倫理的悩みと臨床倫理カンファレンス方法との関連を調査し、倫理的悩みを低減する臨床倫理カンファレンス方法の在り方について示唆を得ることを目的とした。

なお本研究は、筆者らが行った調査「重症心身障害児 (者) を看護する看護師の仕事の要求度および倫理的悩みによるストレスと離職意思の関連」の一部である。

II. 目的

本研究の目的は、重症児 (者) 施設において看護師の倫理的悩みを低減する臨床倫理カンファレンス方法の在り方を検討することである。

III. 方法

1. 用語の定義

1) 倫理的悩み

看護師の倫理的悩みを測定する尺度を開発した實金 (2019) の定義に基づき、「看護実践において、看護師が倫理的価値や原則に基づいてよりよいと考える倫理的判断を行ったが、組織の理念・労働環境に関する外的制約や医療者の力量に関する内的制約、加えて患者・家族の理解による制約によりその行動が制限されたときに生じるストレス認知」とした。

2) 臨床倫理カンファレンス

「医療の現場で発生する倫理的な課題や問題に対して、看護師、または看護師を含めた他職種の専門家が参加して討議し、解決策や方針を定める会合」とした。

2. 対象と調査方法

本研究は関東甲信越地方の全ての重症児 (者) 施設 (58 施設) に勤務する副看護師長以下の全看護師を対象とした。病院長および看護責任者宛てに調査協力依頼の書類を送付した。その後、承諾が得られた施設に対して無記名方式の Web アンケートへアクセスできる QR コードおよび URL を添付したリーフレットを送付し、看護責任者を通じて対象者へ配布した。配布数は 827 部であった。Web アンケートの回答および集計には Google フォームを用いた。調査期間は 2022 年 10 月から 11 月であった。

3. 質問項目

1) 属性

Sedaghati et al. (2020) が報告した看護師の倫理的悩みの影響要因を参考に、属性として、「年齢」「看護師経験年数」「重症児 (者) の看護経験年数」「性別」「就業形態 (正規または非正規)」「副看護師長以上の役職の有無」「学歴」「婚姻の有無」「こどもの有無」について回答を求めた。

2) 勤務状況

倫理的悩みに影響を与えと考えられた勤務状況のうち、筆者らで検討し「夜勤の有無」「直近 30 日間の残業時間」について回答を求めた。

3) 倫理的悩み尺度

倫理的悩みは、實金ら (2019) が開発した看護師の倫理的悩みを測定する尺度を用いた。本尺度は「組織の理念・労働環境」、「医療者の力量」、「患者・家族の理解」の 3 因子 12 項目の尺度で、信頼性・妥

当性が確認されている。それぞれの質問に対してストレスの強度を4件法で回答を求めた。ストレスの強度は「0：感じない」、「1：少し感じる」、「2：感じる」、「3：とても感じる」とし、得点が高いほどストレス認知が高いことを示す。使用に際して開発者に使用許諾を得た。また實金らが開発した尺度は、ストレス強度とストレス頻度の両方を評価できるものであるが、研究目的によって片方のみを使用できることは開発者に確認できている。本尺度は重心看護師を対象とした研究で信頼性・妥当性が検証されている（齋藤ら、2023）。

4) 臨床倫理カンファレンスの方法

臨床倫理カンファレンスの方法に関する質問は、筆者らで検討し以下①～④の通り作成した。①～③の質問は、「4：そう思う、3：ややそう思う、2：あまりそう思わない、1：そう思わない」の4件法で回答を求めた。

①臨床倫理カンファレンスの即時性（即時性）

即時性は「倫理的な問題が起こった時、ただちにカンファレンスが行われている」の単一質問で尋ねた。

②臨床倫理カンファレンスにおける心理的な安全性（心理的な安全性）

心理的な安全性は「臨床倫理カンファレンスの際に、安心して発言できる雰囲気がある」の単一質問で尋ねた。

③臨床倫理カンファレンスへの他職種の参加（他職種の参加）

他職種の参加は「臨床倫理カンファレンスの際に医師や保育士、リハビリ職などの他職種が参加している」の単一質問で尋ねた。

④臨床倫理カンファレンスの回数（回数）

回数は「過去6ヶ月で開催した臨床倫理カンファレンスの回数」として数字の回答を求めた。

4. 分析方法

分析は、第1ステップとして記述統計を用いて、研究参加者の特性を確認した。次に第2ステップとして倫理的悩みの合計点数を求め、正規性についてシャピロウィルクテストにて検定し、非正規であることを確認した。第3ステップとして、臨床倫理カンファレンスの方法（即時性、心理的な安全性、他職種の参加、回数）の間に多重共線性がないことを、相関係数で確認した。第4ステップとして倫理的悩み合計点の中央値(13)をカットオフ値として低群・

高群に分類した。第5ステップとして、属性・勤務状況・臨床倫理カンファレンス方法における、倫理的悩み合計点（低群・高群）の比較を行った。連続変数はMann-WhitneyのU検定を行い、中央値（Median）と四分位範囲（Interquartile Range；IQR）を算出した。最後に第6ステップとして、倫理的悩み合計点を目的変数、第5ステップおよびSedaghati et al.(2020)の文献を参考にし、属性（年齢、性別、看護師経験年数、就業形態、役職の有無）、勤務状況（夜勤の有無、直近30日間の残業時間）、および臨床倫理カンファレンスの方法（即時性、心理的な安全性、他職種の参加、回数）を説明変数とした二項ロジスティック回帰分析を強制投入法にて行い、倫理的悩みに対する臨床倫理カンファレンスに関する調整済みオッズ比（odds ratio；OR）および95%信頼区間（95%confidence interval；95%CI）を算出した。統計解析には、SPSS Ver.29を使用し、有意水準は5%とした。

5. 倫理的配慮

本研究は、筆者が所属する施設の研究倫理審査委員会の審査を受け、承認を得た上で実施した（承認番号：2022-19）。対象施設の看護部門の責任者に研究の趣旨を書面にて説明し同意を得た。調査依頼の際には、研究目的、調査方法、調査期間などを明記するとともに、研究協力は自由意思であること、研究協力者のプライバシーを保護すること、個人の匿名性を保護すること、回答の際には氏名やメールアドレスなどの個人が特定される情報や電子データを収集しないこと、得られた結果を研究の目的外で使用しないこと、回答を始めてからであっても自由に同意の撤回ができ、取り消しを行える旨を記載した。またデータは統計解析の実施、学会発表や論文投稿に使用することを記載し、さらに得られたデータは筆者が厳重に保管することを明記した。研究参加の同意はWebアンケートの冒頭に同意チェックボックスを設け、対象者の意思を確認した。

IV. 結果

調査協力が得られた施設は58施設中19施設であり、資料配布数は872件、回収数は149件であった（回収率17.1%）。回収した149件の内、不備があった5件を除外した144件を有効なデータセットとした（有効回答率97.3%）。

表1：回答者の属性

項目	(n=144)	
	n(%) または mean±SD	range
年齢	49.1±10.9	21-63
看護師経験年数	15.8±10.3	0-40
重症児（者）の看護経験年数	7.3±6.9	0-35
性別		
男性	18(12.5%)	
女性	126(87.5%)	
就業形態（正規または非正規）		
正規	135(93.8%)	
非正規	9(6.2%)	
役職の有無		
副看護師長	16(11.1%)	
なし	128(88.9%)	
学歴		
専門学校卒	99(68.8%)	
短大卒	10(6.9%)	
大学卒	33(22.9%)	
大学院卒	1(0.7%)	
その他	1(0.7%)	
婚姻の有無		
あり	67(46.5%)	
なし	77(53.5%)	
こどもの有無		
あり	72(50.0%)	
なし	72(50.0%)	

1. 回答者の属性（表1）

表1は研究対象者の属性を示した。対象者の「年齢」は、49.1±10.9歳、「看護師経験年数」は、15.8±10.3年、「重症児（者）看護経験年数」は、7.3±6.9年であった。「性別」は男性が18人（12.5%）、女性が126人（87.5%）。「就業形態」は正規が135人（93.8%）、非正規が9人（6.2%）。「役職」は副看護師長が16人（11.1%）、役職なしが128人（88.9%）であり、「学歴」は専門卒が99人（68.8%）、短大卒が10人（6.9%）、大学卒が33人（22.9%）、大学院卒が1人（0.7%）、その他が1人（0.7%）であった。婚姻の有無はありが67人（46.5%）、なしが77人（53.5%）、こどもの有無はありが72人（50.0%）、なしが72人（50.0%）であった。

2. 倫理的悩み合計点（低群・高群）における属性・勤務状況・臨床倫理カンファレンス方法の比較（表2）

倫理的悩み合計点の低群については Median：10（範囲：12）、高群については Median：16（範囲：

23）であった。単変量解析では、全ての属性・勤務状況において、倫理的悩み合計点の低群・高群を比較したところ、有意差は認められなかった。

臨床倫理カンファレンスの方法については、即時性、心理的な安全性、他職種の参加、および回数の4項目で評価した。即時性は倫理的悩み合計点の低群では Median：3（IQR：1）、高群は Median：2（IQR：2）、心理的な安全性は低群では Median：3（IQR：1）、高群では Median：2（IQR：2）、多職種の参加は低群では Median：3（IQR：2）、高群では Median：2（IQR：2）、回数は低群では Median：3（IQR：5）であり、高群では、Median：2（IQR：5）であった。即時性、心理的な安全性、及び他職種の参加において、倫理的悩み合計点の低群・高群で有意差が認められた（ $p<.001$ ）。

3. 倫理的悩み合計点に影響する要因（表3）

二項ロジスティック回帰分析の結果、臨床倫理カンファレンスの方法において、即時性と心理的な安全性が倫理的悩みの程度に有意に関連していることが示された。即時性の調整済み OR は 0.472（95% CI：0.283－0.789, $p=.004$ ）、心理的な安全性の調整済み OR は 0.410（95% CI：0.237－0.708, $p=.001$ ）であった。Nagelkerke の決定係数は .411 で、Hosmer と Lemeshow の適合度検定は .284、判別的中率は 76.4% であった。

他の変数（年齢、性別、看護師経験年数、就業形態、役職の有無、夜勤の有無、直近 30 日間の残業時間、他職種の参加、カンファレンスの回数）は、有意な関連は認められなかった。

V. 考察

1. 倫理的悩みに影響する臨床倫理カンファレンスの方法

本研究の目的は、重症児（者）施設に勤務する看護師の倫理的悩みと臨床倫理カンファレンス方法との関連を調査し、臨床倫理カンファレンス方法の在り方について示唆を得ることであった。以下 2 つの表からなる結果に基づき考察する。

1) 倫理的悩み合計点（低群・高群）における属性・勤務状況・臨床倫理カンファレンス方法の比較（表2）

単変量解析の結果（表2）では、倫理的悩み合計点（低群・高群）における属性、勤務状況の比較において有意差は認められなかったが、臨床倫理カン

表 2：倫理的悩み合計点（低群・高群）における属性・勤務状況・臨床倫理カンファレンス方法の比較

(n=144)

項目	低群 (n=67)		高群 (n=77)		p値
	n	%	n	%	
	または Median	または IQR	または Median	または IQR	
年齢	42	22	43	15	.401
看護師経験年数	13	15	15	17	.054
重症児（者）の看護経験年数	4.5	8	5.5	7	.455
性別 [†]					
男性	8	11.9	10	13.0	.850
女性	59	88.1	67	87.0	
就業形態（正規または非正規） [†]					
正規	62	92.5	73	94.8	.734
非正規	5	7.5	4	5.2	
役職の有無 [†]					
副看護師長	9	13.4	7	9.1	.408
役職なし	58	86.6	70	90.9	
学歴 [†]					
専門学校卒	49	73.1	50	64.9	.251
短大卒	2	3.0	8	10.4	
大学卒	16	23.9	17	22.1	
大学院卒	0	0	1	1.4	
その他	0	0	1	1.3	
婚姻の有無 [†]					
あり	37	55.2	40	51.9	.694
なし	30	44.8	37	48.1	
こどもの有無 [†]					
あり	31	46.3	41	53.2	.404
なし	36	53.7	36	46.8	
夜勤の有無 [†]					
あり	50	74.6	58	75.3	.923
なし	17	25.4	19	24.7	
直近30日間の残業時間	5	9	9	12	.100
臨床倫理カンファレンスの方法					
即時性	3	1	2	2	<.001 **
心理的な安全性	3	1	2	2	<.001 **
他職種の参加	3	2	2	2	<.001 *
回数	3	5	2	5	.053

*: p < .05, **: p < .01

†: χ²乗検定または Fisher の正確確立検定を実施。他は Mann-Whitney の U 検定を実施。

ファレンスの方法（即時性、心理的な安全性、他職種の参加）は統計学上の有意差が認められた。倫理的問題が生じた際に即時に臨床倫理カンファレンスを開催することは、ストレスに対しては早期介入が重要であるという原則と合致する。Bliss et al. (2016) は、倫理的問題が生じたとき、タイムリーに対応することが、医療・ケアチームの満足度を形成する1つの要因となると述べていることから、倫理的問題が生じた際に即時に臨床倫理カンファレンスを開催することは重要である。

臨床倫理カンファレンス開催において、心理的な安全性を確保する、他職種が参加することの重要性が示唆された。海外のICU看護師を対象とした先

行研究では、ICUでの倫理的悩みは倫理的風土の改善により低減することが報告されている（Van den Bulcke et al, 2018）。倫理的風土は、7つの因子で構成され、その中の一つの因子として、「多職種間でのオープンな反省の実践と文化」があり、医療従事者間でいつも遠慮なく気軽な会話が行える機会があることや批判的な意見も発言できるオープンで建設的な文化がある等で説明されている。このことは、臨床倫理カンファレンス方法の2つの因子（心理的な安全性、他職種の参加）が倫理的悩み合計点の低群と高群の比較において、統計学上の有意差が認められた結果と合致していると考えられる。

表3：倫理的悩み合計点に影響する要因

(n=144)

項目	調整済み OR	95% CI		p値
		下限	上限	
年齢	1.008	0.941	1.080	.815
性別	0.442	0.115	1.693	.233
看護師経験年数	1.063	0.991	1.141	.087
就業形態	1.046	0.169	6.475	.961
役職の有無	0.339	0.068	1.679	.185
夜勤の有無	1.055	0.368	3.023	.920
直近30日間の残業時間	1.026	0.981	1.073	.257
臨床倫理カンファレンスの方法				
即時性	0.472	0.283	0.789	.004 **
心理的な安全性	0.410	0.237	0.708	.001 **
他職種の参加	0.893	0.549	1.452	.648
回数	1.024	0.934	1.123	.613
Nagelkerke決定係数	.411			
HosmerとLemeshowの適合度検定	.284			
判別の中率	76.4			

**：p < .01

二項ロジスティック回帰分析（強制投入法）を実施

2) 倫理的悩み合計点に影響する要因（表3）

二項ロジスティック回帰分析の結果、倫理的悩みを低減するためには、臨床倫理カンファレンスを即時的に、また心理的な安全性が確保された状況で開催することの重要性が示唆された。一方で属性・勤務状況、及び臨床倫理カンファレンスの他職種参加・回数に関しては、倫理的悩みを低減する因子として関連は認められなかった。つまり、単変量解析では有意差が認められた臨床倫理カンファレンスへの他職種の参加は、多変量解析においては独立した関連が認められなかった。そのような結果となった理由としては、説明変数同士の影響が考えられる。他職種の参加の関連が認められなかった理由は2点考えられる。1点目として臨床倫理カンファレンスに他職種の参加を優先すると、参加者のスケジュール調整が生じ即時開催に影響が出てくることが考えられる。2点目として他職種の参加は、臨床倫理カンファレンスにおける心理的な安全性を脅かす可能性が考えられる。松岡（2013）は、保健医療領域や社会福祉領域の違い、また同領域内においても職種の違いにより、価値・信念などの違いが生じ、感情的な摩擦が起こる可能性を述べている。本研究の対象は、重心看護師であり、その現場は多種の専門家が連携する必要性が高いことが推察される。そのような現場では、臨床倫理カンファレンスにおける心理的な安全性と他職種の参加は、相反する関係にある可能性が考えられる。このような変数間の影響が考えら

れるが、これらの変数の交互作用等は今後の研究で検証していく必要がある。

2. 看護への示唆

本研究では、倫理的問題が生じた際に臨床倫理カンファレンスを即時に、また心理的な安全性が保たれた状況で開催することの2点により、倫理的悩みが低減する可能性が示唆された。この2点を実現することは容易ではないが、倫理的悩みはバーンアウト（Ohnishi et al, 2010）や離職（Corley et al, 2001；Hamric et al, 2007）への影響が指摘されていることや、重症児（者）施設における看護師不足が報告されている（澁谷ら, 2022）ことから、臨床倫理カンファレンスの実施により倫理的悩みを低減することは重要である。また本研究の多変量解析では有意差はなかったものの、単変量解析で有意差が認められた他職種の臨床倫理カンファレンスへの参加は、前述の通り倫理的風土を改善し倫理的悩みを低減することにつながることから、他職種が参加することと、心理的な安全性が保たれることを両立させたカンファレンスの実施を検討する必要がある。そのためには、Jonsen4分割表を用いた臨床倫理カンファレンスの実施（横田ら, 2010）、カンファレンスにおけるファシリテーションスキルの向上（脇丸ら, 2019）、コンサルテーションチームの介入（植村ら, 2023）、看護管理者による臨床倫理カンファレンス後のスタッフの変化に対する評価（丹生ら,

2021) などが効果的な臨床倫理カンファレンスにつながったという報告を参考にできると考える。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究は横断研究であるため、因果関係の推定は困難である。また回収率が17.1%と低く、また甲信越地方の一部の施設のみを対象としていること、さらに本研究では調査時点で就業している看護師を対象としているため、すでに離職している看護師のデータは反映できないことから、本研究の結果を一般化することには限界がある。

また本研究の分析は、倫理的悩み合計点を目的変数にしており、倫理的悩みの因子ごとの分析を行っていない。今後はサンプル数を増やして、どの因子がどの説明変数により影響を受けるかについて分析し、より具体的な臨床倫理カンファレンスの方法につなげる必要がある。

VI. 結論

臨床現場での倫理的悩みへの対応においては、個人の属性や勤務状況よりも、臨床倫理カンファレンスの質的な側面がより重要であることが示唆された。特に、倫理的な問題が生じた際、即時に、また心理的安全性が保たれた臨床倫理カンファレンスを開催することは、倫理的悩みを低減させる上で重要な役割を果たすことが示唆された。

【利益相反】

本研究における利益相反は存在しない。

【文献】

Bliss, S. E., Oppenlander, J. E., Dahlke, J. M. (2016) : Measuring quality in ethics consultation. *The Journal of clinical ethics*, 27(2), 163-175.

Corley, M. C., Elswick, R. K., Gorman, M. (2001) : Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of advanced nursing*, 33 (2), 250-256.

福山真奈美, 工藤靖子. (2009) : 意思疎通が困難な重症心身障がい児 (者) のケアに携わる看護師が抱く思い. *日本看護学会論文集. 小児看護/日本看護協会看護研修学校教育研究部 編*, 40, 51-53.

八柳千佳子, 福良薫. (2020) : 超重症児 (者) のケアに対する中途採用1年目の看護師の困難—対象

理解の難しさに焦点を当てて—, *日本重症心身障害学会誌*, 45 (1), 191-197.

Hamric, A. B., Blackhall, L. J. (2007) : Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units : collaboration, moral distress, and ethical climate. *Critical care medicine*, 35 (2), 422-429.

樋口裕也, 山川裕子, 藤本裕二. (2013) : 動く重症心身障がい病棟で働く看護師の感情とストレス要因及び反応. *日本看護学会論文集. 精神看護/日本看護協会看護教育・研修センター学会部 編*, 43, 104-107.

平元東. (2015) : 医療型障害児入所施設の現状と役割・課題. *小児外科*, 47 (9), 951-955.

Jameton A. (1984) : *Nursing practice : the ethical issues*, Prentice-Hall, Upper Saddle River, 6.

松岡千代. (2013) : 多職種連携の新時代に向けて実践・研究・教育の課題と展望. *リハビリテーション連携科学*, 14 (2), 181-194.

萬木早苗, 井上かおり, 小藪智子. (2020) : 看護師の倫理的悩みとコーピングが情緒的疲弊に及ぼす影響. *臨床倫理*, 8, 5-16.

Meltzer LS, Huckabay LM (2004) : Critical care nurses perceptions of futile care and its effect on burnout. *American Journal of Critical Care*, 13 (3), 202-208.

實金栄, 萬木早苗, 井上かおり. (2019) : 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.

丹生淳子, 池嶋三賀, 正田世津子. (2021) : 看護管理者が臨床現場で開催する倫理カンファレンススタッフナースの倫理的感受性及び倫理的看護実践の向上を目指したアクションリサーチ. *天理医学紀要*, 24 (1), 15-26.

日本看護協会. 看護職の倫理綱領 (2021) : https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/statistics_publication/publication/rinri/code_of_ethics.pdf (検索日 : 2024 年 5 月 8 日)

Ohnishi, K., Ohgushi, Y., Nakano, M., Fujii, H., Tanaka, H., et al. (2010) : Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nursing ethics*, 17 (6), 726-740.

岡田喜篤, 朝倉次郎 (編). (2006) : 重症心身障がい児の歴史 重症心身障がい児のトータルケア—新しい発達支援の方向を求めて. *へるす出版*, 15-20.

- 岡田喜篤, 井合端江, 石井光子. (2015) : 重症心身障害の発生頻度と発生原因, 重症心身障害療育マニュアル, 新版. 医歯薬出版, 東京, 41-46.
- 齊藤啓貴, 三枝享, 芳賀了. (2023) : 重症心身障害児(者)病棟に勤務する看護師に対する「倫理的悩みを測定する尺度」の一般化可能性の検討. 山梨県立大学看護学部・看護学研究科研究ジャーナル 10 (1), 91-100.
- Sedaghati, A., Assarroudi, A., Akrami, R. (2020) : Moral distress and its influential factors in the nurses of the nursing homes in khorasan provinces in 2019 : A descriptive-correlational study. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 25 (4), 319.
- 澁谷徳子, 中新美保子. (2022) : 重症心身障害児(者)看護における看護師教育・研修に関する文献検討. 川崎医療福祉学会誌, 32 (1), 221-227.
- 植村桜, 武田善美, 奥野陽子. (2023) : 倫理カンファレンスにおけるタイムリーな多職種倫理コンサルテーションチーム介入の効果と問題. 臨床倫理, 11, 54-65.
- Van den Bulcke, B., Piers, R., Jensen, H. I. (2018). Ethical decision-making climate in the ICU : theoretical framework and validation of a self-assessment tool. BMJ quality & safety, 27 (10), 781-789.
- 脇丸夕佳, 八代利香. (2019) : 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.
- 横田宜子, 上村智彦, 小田正枝. (2011) : Jonsen4 分割表を用いた臨床倫理カンファレンスが医師と看護師に与える影響. 日本がん看護学会誌, 25 (2), 14-23.

Methods of Clinical Ethics Conferences in Alleviating Moral Distress Among Nurses Caring for Individuals with Severe Motor and Intellectual Disabilities

Ryo HAGA, Toru SAIGUSA, Hiroki SAITO, Mitsuko YAMADA

key words: Moral Distress, Clinical Ethics Conferences,
Severe Motor and Intellectual Disabilities (SMID), Online Survey