

原著

看護師長が体験した倫理的問題と病院規模による比較

村井 孝子¹⁾・中尾 久子²⁾

1) 純真学園大学保健医療学部看護学科

2) 九州大学大学院医学研究院保健学部門看護学分野

A Comparison by hospital size of the ethical issues experienced by nurse managers

Takako MURAI¹⁾, Hisako NAKAO²⁾

1) Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Junshin Gakuen University

2) Nursing Course, Department of Health Sciences, Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University

要旨: 本研究の目的は、看護師長が臨床実践・看護管理において体験した倫理的問題を調査し、病院規模による違いを明らかにすることである。看護師長が体験した倫理的問題と組織内の倫理に関する活動に関してA県下の全病院に勤務する看護師長1,938名を対象に自記式質問紙による調査を実施した。病院規模を病床数300床で中小規模と大規模の2群に分け、看護師長が体験した倫理的問題の頻度を比較した。回答者524名中、506名を分析対象とした(有効回答率26.1%)。その結果、臨床実践の問題では、病院規模に関らず、ケア提供に関連する看護師不足、抑制・鎮静等の共通の問題があったが、中小規模病院の看護師長は非倫理的・能力が低い等の同僚と働く問題を、大規模病院の看護師長は移植や未成年者、重度障害の治療等に関する問題を有意に高い頻度で体験していた。看護管理の問題では、人的資源の不足は共通していたが、大規模病院の看護師長はサービス残業や職員のルール違反等を中小規模病院の看護師長より有意に高い頻度で体験していた。しかしながらそれ以外の項目に病院規模による差は認められなかった。

キーワード: 看護師長, 倫理的問題, 臨床実践, 看護管理, 病院規模

Abstract: The purpose of this survey was to clarify differences in ethical issues of nursing practice/management as experienced by nurse managers based on the hospital size.

An anonymous, self-administrated questionnaire regarding ethical issues in nursing practice/management and activities related to the ethics of organization was given to 1,938 nurse managers in the hospitals of A prefecture.

Data were compared between two groups based on hospital size, hospitals with less than 300 beds (small- and medium-sized hospitals) and others (large hospitals). There were 524 respondents and 506 (a return of rate of 26.1%) were used for analysis.

Regardless of the hospital size, a frequently encountered issue was shortage of nurses, which was related to provision of care, and problems of with factors, such as suppression and sedation. Nurse managers in small- and medium-sized hospitals experienced issues related to working with unethical/incompetent colleague significantly more often than those in large hospitals. Nurse managers in large hospitals experienced issues related to transplantations, treatment of minors, severe failure significantly more often than those in small- and medium-sized hospitals.

In nursing management, regardless of the hospital size, a frequently encountered issue was a lack of human resources. Nurse managers in large hospitals experienced issues related to overtime without pay and violation of rules significantly more often than those in small and medium-sized hospitals; in addition, other parameters were not observed as a differences based on hospital size.

Keyword: Nurse managers, Ethical issues, Nursing practice, Nursing management, Hospital size

I. はじめに

医療技術の高度化や人々の価値観が変化していくことにより、医療現場における看護上の倫理的問題は、患者の治療・ケアや医学研究、看護管理

に関する問題など非常に多岐にわたってきている。看護職が遭遇する倫理的問題も、高齢者や認知症患者のケア、移植医療、終末期医療やインフォームド・コンセント(以下、ICとする)と意思決

定に関する問題、医療資源に関する問題など多様化・複雑化しているのが現状である。このような状況のもと、2006年には日本看護協会の「臨床倫理委員会の設置とその活用に関する指針」¹⁾の発表、日本病院機能評価機構の評価項目²⁾における臨床の様々な場面で生じる個別的な倫理的問題についての把握と誠実な対応の明示など、医療職者個人だけではなく組織全体で倫理的問題に取り組むことが推奨されている。

倫理的問題への対処は、前述したように組織全体で行うことが理想的である。しかし、現状は組織および構成員個々の倫理への意識や取り組みの状況によって異なっており、実態としては患者と常に関わり、倫理的状況に気づくことが多い看護師を束ねる看護師長が中心となって臨床現場の倫理的問題に取り組むことが多いと予測される。看護師長は、自部署の患者や看護師の代弁者となり他職種と交渉するなど、他の医療従事者と関わる機会が多い一方、実践する看護ケアサービスの責任者となるなど看護単位の要である。そのため、抱える悩みも患者への看護ケアの質や、スタッフの仕事の調整や評価など、いかに「善い」看護をすべきか、また公平・公正に看護管理を行うかなど倫理的な視点からも多様で複雑である³⁾。先行研究においても、人的資源の不足やスタッフの仕事の評価に関して、また師長自身の倫理に対する意識や知識の不足など、さまざまな倫理的問題を抱えていることが報告されている³⁾。

看護職が体験した倫理的問題に関する先行研究では、臨床看護師が人員不足によるケアの質低下の問題や、病棟に勤務する看護師が患者の安全確保のための抑制や鎮静に関する問題^{4~6)}、がん看護の認定看護師が不適切な情報提供による患者の選択権の侵害や不十分な疼痛管理に関する問題を体験していること⁷⁾、精神科病棟の看護師が家族の事情による退院の問題や患者の暴言等による看護師への影響に関する問題を体験していること⁸⁾が明らかになっている。また、国内の大学病院に勤務する看護師長は、看護師と医師との関係や治療に関するICの問題などを高い頻度で体験している⁹⁾。海外においても看護師長を含む看護管理者がスタッフのマネジメントや医療資源の配分、満床時の入院患者への対応、看護管理上の職務と

患者ケアのバランスがうまくとれないこと等が倫理的な葛藤やジレンマとなっており^{10~12)}、看護管理に内包される公平性や平等性、看護サービスの質保証といった倫理的問題を抱えていることが報告されている。

わが国の看護師長が体験した倫理的問題に関する研究の報告は数少なく、約10年前に報告された調査が最後であり、近年看護師長がどのような倫理的問題を体験しているのかは明らかになっていない。著者らの調査では¹³⁾、看護師長は臨床実践においては患者に十分なケアを実施するための看護師の充足問題や患者の安全確保のための抑制や鎮静に関する問題を、看護管理については人的資源の不足やサービス残業の実施について高い頻度で体験していることが明らかとなった。また国内の全病院のうち約52%が療養病床を持っており、療養病床をもつ病院の約98%が300床未満の病院である¹⁴⁾。長期療養に要する病床は300床未満の病院に集中していることから、看護師長が体験している倫理的問題には病院規模による機能の違いにより異なる特徴があるのではないかと考えた。1992年の第二次医療法改正以降、病院や病床の機能分化が進められてきているが、看護師や看護師長が体験している倫理的問題の病院規模による違いについて明らかにした研究は見あたらなかった。そこで、本研究では現在看護師長が体験している倫理的問題の病院規模による違いと倫理的問題の特徴を明らかにする。本研究により、看護師長が倫理的問題の特徴を踏まえた上で善い看護管理を行うための課題や方略を検討する一助になると考える。

II. 用語の操作的定義

- 看護師長：看護師長の職位にある看護師、また看護師長不在の看護単位では、看護師長と同様の職務を担っている副看護師長・主任等の職位がある看護師。
- 臨床実践：病床において看護職者が対象に働きかける行為。
- 看護管理：対象に働きかける行為を組織の視点からマネジメントする行為。
- 倫理的問題：倫理的思考や倫理的意思決定を必要とする状況、あるいは道徳的価値

の対立¹⁴⁾。本研究では看護実践における倫理的問題では患者にとって、看護管理における倫理的問題に関しては患者、スタッフ、組織にとって何が最善なのか判断に迷ったり困ったりした事柄をさす。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究デザイン

研究デザインは、無記名の自記式質問紙による実態調査研究である。

2. 調査対象

対象者は、A県県庁保健医療介護部が公表している平成26年4月現在の病院名簿をもとに、A県下の精神科単科もしくは保有する病床の半数以上が精神科である病院以外のすべての病院376施設に勤務する看護師長1,938名とした。なお精神科病床が主となる病院は、精神保健福祉法で規定された入院制度や隔離、行動制限等、病院で生じる倫理的問題が特殊である可能性が考えられたため、本調査の対象から除外した。本調査では、各看護単位の看護師長を対象としており、対象数の把握のため、すべての病院ホームページで公表されている病院概要や看護部部署紹介などを通して看護師長数を確認もしくは推計した。

3. 調査期間

2014年12月～2015年2月

4. 調査方法

1) 質問紙の配布と回収

対象者の所属する病院の看護部長宛に、研究の趣旨、目的、方法等を記載した説明文書を送付し理解および許可が得られた場合に、所属する対象者への自記式質問紙の配布を依頼した。自記式質問紙は、看護部長宛の説明文書とともに郵送にて送付した。調査票は返信用封筒を同封し、対象者個人で郵送することで回収を行った。

2) 調査内容

無記名自記式質問紙では、以下の項目について調査した。

(1) 基本属性

年齢・性別・職位・最終専門学歴・看護師としての臨床経験年数・看護管理経験年数・所属施設の病床数や経営母体などについて調査した。

(2) 看護実践における倫理的問題の体験内容とその頻度

「ETHICS and HUMAN RIGHTS in NURSING PRACTICE」Part1の日本語版質問紙⁹⁾を翻訳者に承諾を得て使用した。質問は過去1年間の臨床実践における倫理的問題の体験頻度を問うものであり、32項目の質問から構成される。これらは、因子分析により「終末期医療に関する問題」13項目、「患者ケアに関する問題」14項目、「人権に関する問題」5項目に分類されており、信頼性や妥当性はすでに検証された尺度である。

体験頻度は、過去1年間の臨床経験の中で限定し、「頻繁にあった」「時々あった」「ほとんどなかった」「全くなかった」の4段階とした。「全くなかった」を0点、「ほとんどなかった」を1点、「時々あった」を2点、「頻繁にあった」を3点と点数化し、点数が高いほど倫理的問題の体験頻度が高いとした。

(3) 看護管理における倫理的問題の体験内容とその頻度

看護管理における倫理的問題の内容や体験頻度を問う既存の尺度は存在しなかったため、関連する先行研究を検討後、勝原らの研究¹⁵⁾結果を基に、承諾を得て10項目の質問を作成した。これらの質問内容は、看護師長が高い頻度で認識している倫理的問題として明らかにした調査結果であり、人的資源の不足や仕事の評価についてなどの項目が挙げられている。本調査前に、約30名の看護師長経験者である看護職を対象にプレテストを行った。その段階で質問項目や内容の適切さ、表現の適切さ、回答の分布に著しい偏りがないことを確認し、研究者間で質問項目を再検討し最終的に10項目を使用することとした。尺度は4段階評価とし、点数化は看護実践における倫理的問題と同様に行い、点数が高いほど倫理的問題の体験頻度が高いとした。

3) 分析方法

分析には、JMP Pro 11.0.0を用いた。全ての調査項目の基本統計量を算出、看護実践・看護管理における倫理的問題の体験頻度については、回答を点数化し、項目ごとに平均値と標準偏差(M \pm SD)を算出した。また病院規模における比較については、本研究では病床数300床以上を大規

模病院, 300床未満を中小規模病院とし, 基本属性や臨床実践・看護管理における倫理的問題の各項目, 院内の倫理に関する活動について比較を行った。中小規模病院, 大規模病院といった病院規模による分類は, 一般的に300床とも400床ともいわれ, 明確な分類規定はない。しかし, 厚生労働省の医療施設調査¹⁶⁾を基にした病床規模別病院数の割合をみると, 全病床約158万床のうち300床未満の病院の病床は55.2%, 300床以上の病院の病床が44.8%を占めていることから, 比較検討することが可能であると判断し, 病床数300床を起点として2群に分類した。属性についてはt検定および χ^2 検定を, 臨床実践・看護管理における倫理的問題については, Mann-WhitneyのU検定を行った。

IV. 倫理的配慮

対象者が所属する病院の看護部責任者に対し研究協力の依頼文書を送付し, 研究の目的・内容について説明し同意を得た。対象者個人に対して研究の目的・内容・研究方法・研究参加は任意であることや研究により得たデータは本研究のみに使用し, 公表の際には個人や病院が特定されないようにすることを文書により説明した。自記式質問紙は無記名とし, 個別郵送にて回収した。また, 調査用紙の回収をもって, 本研究に同意したとみなした。なお本研究は, 研究者の所属する大学の研究倫理委員会の承認を得て調査を実施している。

V. 結果

1. 対象者の概要 (表1)

X県内376施設の対象者1,938名に対し質問紙の

配布を行い, 524名より回答を得た (回収率27.0%)。そのうち, 倫理的問題の質問項目の半数以上が空白など回答に大幅な欠損があった場合は分析対象から除外した。最終的に506名を対象とし分析を行った (有効回答率26.1%)。

対象者は, 中小規模病院, 大規模病院の双方とも95%以上が女性であり, 平均年齢は約49歳であった。中小規模病院の看護師長の平均看護管理年数は6.3年であるのに対し, 大規模病院の看護師長の平均看護管理年数は7.0年であった。また中小規模病院の経営母体は, 85%以上と大多数が私立の病院であったが, 大規模病院の経営母体は, 医療法人等の私立が57.2%, 公的機関21.4%, 国公立21.4%であった。

2. 看護師長が体験した臨床実践における倫理的問題と病院規模による比較 (表2)

臨床実践において体験頻度の高かった倫理的問題は, 「患者に十分なケアを提供できない看護師の充足状況」, 「患者の安全確保のために身体抑制や薬剤による鎮静をするか, しないか」, 「看護師・医師関係における対立」「患者の権利と尊厳を尊重すること」の4項目で平均点が1.6点以上と高く, 全体, 中小規模, 大規模のいずれの病院でも上位を占めていた。中小規模病院と大規模病院の平均値の比較では, 5項目で有意差がみられたが, その他の項目において, 病院規模による有意差はみられなかった。

中小規模病院の看護師長が有意に高い頻度で体験していた倫理的問題は, 「医療従事者として非倫理的, 能力が低い, 不適切な行動をとる等の同僚と働くこと」の1項目であった。一方, 大規模病院の看護師長が有意に高い頻度で体験していた

表1. 対象者の概要

属性	カテゴリー	全体	中小規模病院 n=328	大規模病院 n=176	p
性別 n=504	女性	481 (95.4)	312 (95.1)	169 (96.0)	0.644
	男性	23 (4.6)	16 (4.9)	7 (4.0)	
年齢 (歳) n=506	平均±SD	49.0±6.3	49.1±6.7	48.8±5.6	0.678
看護管理経験年数 (年) n=493	平均±SD	6.5±5.4	6.3±5.3	7.0±5.5	0.217
経営母体 n=491	私立	370 (75.4)	271 (85.2)	99 (57.2)	<0.001***
	公的機関	79 (16.1)	42 (13.2)	37 (21.4)	
	国公立	42 (8.5)	5 (1.6)	37 (21.4)	

t検定および χ^2 検定 *** $p < 0.001$

表2. 看護師長が体験した臨床実践における倫理的問題

項目	全体 (n=504)	中小規模病院 (n=328)	大規模病院 (n=176)	p	
	平均値±SD	平均値±SD	平均値±SD		
終末期治療に関する問題	Q1. 単に苦痛を増強させるような不適切な方法で死にゆく過程を引き延ばすこと	1.3±0.84	1.3±0.85	1.3±0.83	0.624
	Q2. 患者や家族の意向に反して患者の治療をするか、しないか	1.2±0.77	1.2±0.79	1.2±0.74	0.919
	Q3. 延命処置を継続するか、中止するか	1.3±0.88	1.3±0.85	1.3±0.92	0.978
	Q4. 患者の意思を知らずに患者を蘇生するか、しないか	1.3±0.89	1.3±0.89	1.3±0.89	0.585
	Q5. 重度障害を持つ乳児、小児または成人に対して治療をするか、しないか	0.5±0.74	0.4±0.70	0.6±0.81	0.017 *
	Q6. 患者のQOLが考慮されていないこと	1.5±0.72	1.5±0.73	1.5±0.69	0.779
	Q8. あなたの個人的価値や宗教的な価値に反して行動すること	1.2±0.78	1.2±0.79	1.2±0.77	0.840
	Q9. 患者の個人的価値や宗教的価値に反して行動すること	1.1±1.12	1.1±0.73	1.2±1.60	0.389
	Q12. どの時点から死であると決定するか	0.4±0.63	0.4±0.59	0.5±0.69	0.170
	Q22. 臓器や組織の移植が公平に行われているか	0.1±0.36	0.0±0.30	0.2±0.45	<0.001 ***
	Q23. 過剰であったり不十分であったりする疼痛管理	1.3±0.80	1.2±0.78	1.3±0.84	0.137
	Q24. 過剰であったり不十分であったりする処置や検査の指示	1.5±0.75	1.5±0.74	1.3±0.84	0.636
	Q30. 患者の死を早める可能性のある処置に関わるか、関わらないか	0.8±0.74	0.8±0.74	0.8±0.74	0.192
患者ケアに関する問題	Q7. 患者に十分な看護ケアを提供できない看護師の充足状況	2.0±0.75	2.0±0.79	2.0±0.68	0.970
	Q10. 小児・配偶者・高齢者・患者に対する虐待や無視が行われていることを、何らかの方法で明らかにするか、しないか	0.5±0.68	0.5±0.64	0.6±0.73	0.037 *
	Q11. 費用のかかるまたは不足している医療資源をどの患者に配分するかということ	0.8±0.79	0.8±0.79	0.8±0.79	0.726
	Q13. ケアの質を脅かすような医療制度に従ってケアを実践すること	0.9±0.80	0.9±0.80	0.8±0.77	0.159
	Q14. 患者の秘密やプライバシーが尊重されていないこと	1.2±0.72	1.2±0.73	1.2±0.70	0.839
	Q15. 医療従事者として非倫理的、能力が低い、不適切な行動をとる等の同僚と働くこと	1.5±0.74	1.6±0.72	1.4±0.75	0.012 *
	Q16. 患者や家族の自律性が無視されていること	1.2±0.72	1.3±0.72	1.2±0.67	0.176
	Q17. 患者や家族が、治療・予後・代替的治療について知らされていないか、または誤った情報を与えられている状況でケアをすること	1.1±0.74	1.1±0.73	1.0±0.75	0.803
	Q18. 患者が未成年の場合に、治療に関する本人の意思と親の意思が対立し、どちらをとるか決めること	0.3±0.59	0.3±0.55	0.4±0.65	0.007 **
	Q19. 患者を差別して扱うこと	0.6±0.70	0.7±0.71	0.6±0.68	0.471
	Q27. 危険な設備や環境のもとで働くこと	1.2±0.70	1.2±0.78	1.1±0.77	0.259
	Q28. 看護師・医師関係における対立	1.7±0.73	1.8±0.71	1.7±0.77	0.144
	Q31. 医療従事者や医療施設の非倫理的または違法は行為を責任者に知らせること	0.7±0.72	0.7±0.73	0.7±0.71	0.650
Q32. 患者が必要なケアを受けられなくなるような医療制度のもとで看護すること	0.7±0.75	0.7±0.78	0.6±0.68	0.483	
人権に関する問題	Q20. 患者の安全確保のために身体抑制や薬剤による鎮静をするか、しないか	1.9±0.82	1.8±0.82	1.9±0.82	0.628
	Q21. 患者が終末期のあり方について事前に示していた意思を尊重するかしないか	1.1±0.79	1.0±0.77	1.1±0.81	0.147
	Q25. 患者の権利と尊厳を尊重すること	1.7±0.84	1.7±0.85	1.6±0.83	0.977
	Q26. 治療に関するインフォームドコンセントが行われているか、いないかについて悩むこと	1.5±0.70	1.5±0.69	1.5±0.72	0.982
	Q29. あなたの健康に危険を及ぼす可能性のある患者にケアを提供すること	1.4±0.73	1.4±0.72	1.4±0.75	0.785
平均	1.1	1.1	1.1		

Mann-WhitneyのU検定 ***p<0.001 **p<0.01 *p<0.05

表3. 看護師長が体験した看護管理における倫理的問題

項目	全体 (n=504)	中小規模病院 (n=328)	大規模病院 (n=176)	p
	平均値±SD	平均値±SD	平均値±SD	
人的資源が不足している	2.3±0.70	2.3±0.70	2.3±0.69	0.875
仕事がどのように評価されているのか不透明である	2.2±0.69	2.0±0.70	2.0±0.66	0.669
サービス残業が行われている	2.2±0.80	2.1±0.85	2.3±0.69	0.030 *
建物や設備の不都合によって、患者のプライバシーが守られていない	2.1±0.80	1.8±0.79	1.9±0.80	0.773
医師が看護師を見下すような態度をとる	1.7±0.71	1.8±0.73	1.9±0.68	0.189
医療者に専門職としての向上心がない	1.9±0.60	1.9±0.59	1.9±0.61	0.905
職員がきめられた病院内のルールを守らない	1.7±0.61	1.8±0.65	1.9±0.50	0.025 *
医療者間での指導内容や指導方法が不適切である	1.7±0.63	1.7±0.64	1.8±0.59	0.027 *
職員の健康が守られるような労働環境でない	1.6±2.02	1.5±2.43	1.5±0.76	0.110
医療者間で、本来議論すべきようなことを議論しない	1.7±0.68	1.7±0.67	1.6±0.69	0.786
平均	1.9	1.9	1.9	

Mann-WhitneyのU検定 ***p<0.001 **p<0.01 *p<0.05

倫理的問題は、「臓器や組織の移植が公平に行われているか」、「患者が未成年の場合に、治療に関する本人の意思と親の医師が対立し、どちらをとるか決めること」、「重度障害をもつ乳児、小児または成人に対して治療をするか、しないか」、「小児・配偶者・高齢者・患者に対する虐待や無視が行われていることを、何らかの方法で明らかにするか、しないか」の4項目であった。

3. 看護師長が体験した看護管理における倫理的問題と病院規模による比較（表3）

看護管理における倫理的問題で、全体、中小規模、大規模のいずれも共通して最も体験頻度の高かった倫理的問題は「人的資源が不足している」、「仕事がどのように評価されているか不透明である」、「サービス残業が行われている」の3項目で平均点が2.0点以上と高く、病床規模に関わらず上位3項目を占めていた。また中小規模病院より大規模病院の看護師長が有意に高い頻度で体験していた倫理的問題は、「サービス残業が行われている」、「職員が決められた病院内のルールを守らない」、「医療者間での指導内容や指導方法が不適切である」、の3項目であった。その他の項目において、病院規模による有意差はみられなかった。

VI. 考察

1. 臨床実践における倫理的問題と病院規模による違い

本調査では、病院規模に関わらず共通して体験頻度の高かった倫理的問題には、ケアの提供に影響を及ぼす看護師の充足不足、安全確保のための抑制や薬剤による鎮静の問題、医師と看護師関係の対立があった。大学病院の看護師長や看護師を対象とした先行研究^{6)・9)}においても、この3項目は上位6項目の中に挙げられており、職位や病院規模に関わらず臨床で看護実践を行う上で普遍性が高く、かつ根深い倫理的問題であると推測される。また同じ尺度を用いた先行研究⁹⁾との比較では、ケアの提供に影響を及ぼす看護師不足、安全確保のための抑制や鎮静の問題ともに約0.3点上昇しており、看護師長の体験頻度が10年前と比べ高くなっていった。病院規模を問わず高い頻度で体験されている結果から、以前に比べて患者の安全・安心な医療や看護の提供のために不可欠な倫

理的問題が近年は増加している可能性、またケアの基本的姿勢を学ぶ看護倫理教育の効果によって倫理的感受性が高まっている可能性が示唆された。加えて、海外の臨床看護師を対象とした先行研究¹⁷⁾でも、患者の権利と尊厳の尊重や治療に関するICの問題が上位にあがっていたが、本調査でも患者の人権の尊重に関する倫理的問題は3番目に高い体験頻度となっていることから、国を問わず患者の人権尊重の問題は普遍的な倫理的問題として存在していることも明らかとなった。

近年、高齢者および認知症患者の増加に伴い、昼夜を問わず安全確保を行う看護師の負担増や身体拘束における問題がさらに深刻化し、身体拘束に対する抵抗感の低下や身体拘束に代わる方法の議論の不十分さが指摘されている¹⁸⁾。本調査でも身体拘束に関する問題を倫理的問題として高い頻度で体験していると回答しており、看護師長も看護師と同様に身体拘束や鎮静の実施に関わり、看護管理者として倫理的問題を体験していることが推測される。平成27年には身体拘束予防ガイドライン¹⁹⁾が策定されているが、その中でも示されているように、看護師長は、組織への影響力が強い存在である。患者の人権や尊厳への意識を高め、適切な看護ケアを提供する方法を部下やスタッフと話し合い、実践できるように調整することが求められると考える。

病院規模別の比較では、中小規模病院の看護師長が有意に高い頻度で体験していた倫理的問題は、「医療従事者として非倫理的、能力が低い、不適切な行動をとる等の同僚と働くこと」であった。

中小規模病院でそのほとんどを保有している療養病床の平均在院日数は約158日であるのに対し、大規模病院が多くを保有する一般病床の平均在院日数は約17日である²⁰⁾。このことから中小規模病院では短時間に健康レベルが大きく変化することなく長期に入院している患者が少なくない。また先進的医療や侵襲の大きな医療を提供する機会が少ないため、医療や看護についてのトレーニングを受ける機会も大規模病院に比べて少ないことが推測される。さらに、中小規模病院の看護職員は、確保困難による人材不足、年齢や職歴などの背景が多様であり、教育においても研修企画が困難、教育担当者の不在、研修の必要性の理解不足

があることがわかっている²¹⁾。これらの背景が、中小規模病院の看護ケアの質をマネジメントする看護師長がこの項目を有意に高い頻度で倫理的問題として体験していることに影響を与えている可能性が考えられた。

また、この項目の設問文の「同僚」の範囲は広く、対象者は看護師とは限らず、医療チームとともに働く医師やコメディカルをイメージして回答している可能性もあり、看護師以外のメンバーの問題も倫理の問題を生み出している可能性が示唆される。「非論理的、能力が低い、不適切な態度をとる」人材とその問題の詳細こそが、中小規模病院の倫理的問題の特徴である可能性があるため、今後はその内容を明らかにしていく必要がある。

一方、大規模病院の看護師長は、「重度障害をもつ乳児、小児または成人に対して治療をするか、しないか」、「小児・配偶者・高齢者・患者に対する虐待や無視が行われていることを、何らかの方法で明らかにするか、しないか」「患者が未成年の場合に、治療に関する本人の意思と親の意思が対立し、どちらをとるか決めること」、「臓器や組織の移植が公平に行われているか」の4つの倫理的問題を中小規模病院の看護師長より有意に高い頻度で体験していることが明らかになった。これらの倫理的問題は体験頻度の低いものであったが、患者の意思決定、人権の尊重、医療資源の配分といった非常に重要な内容が含まれている問題である。小児を含む重度障害者の医療や移植医療などを担当している施設はほとんどの場合大規模病院であることから、大規模病院の看護師長が有意に高い頻度でこれらの倫理的問題を体験していたと考えられ、体験数が少ない問題でも、同じような問題を抱える看護師長間の情報交換など、今後さらに検討が必要と考えられる。

2. 看護管理における倫理的問題と病院規模による違い

看護管理における倫理的問題は、看護師の項目とともに医師や医療者についての問題も含まれている。病院規模に関わらず最も体験頻度の高かった倫理的問題は「人的資源が不足している」であった。本調査の結果は、先行研究³⁾でも人的資源の不足、仕事の評価の不透明さ、サービス残業の3項目が上位の項目となっており、看護管理に

においても長年同じ倫理的問題が持続していることが伺えた。

看護師の人材不足に対して人材確保は法制化され対策は推進されているが、先行研究¹⁵⁾でも、人的資源の不足は高い頻度で起こっていると認識されている倫理的問題であった。人的資源不足の背景は、少子高齢化、高度化・多様化する医療技術の変化、看護師の潜在化、保健医療福祉制度の変化などさまざまである²²⁾。この問題はその背景は複雑でかつ要因が多様で、社会制度や病院組織のしくみの問題も含んでおり、看護師長個人では対応できない問題である。そのため人的資源の充足が必要だとわかっているにもかかわらず、看護管理者の権限や努力だけでは看護師を充足できないという道徳的苦悩が生じ、高い体験頻度となっていることが考えられる。

病院規模別の比較では、大規模病院の看護師長が「サービス残業が行われている」、「職員が決められた病院内のルールを守らない」、「医療者間での指導内容や指導方法が不適切である」の3項目を有意に高い頻度で体験していたことが明らかになった。

サービス残業とは、正当な金銭的対価を受け取らずに労働することを指すが、大規模病院は重症患者が多く病床を占めている。看護師は急性期の重症度が高い患者への対応を医療チームで迅速に行いながら電子カルテに記録をする等、非常に繁忙な状況に置かれていることが予測され、サービス残業の理由として、患者に安全・安楽な看護ケアを提供するために行っている時間外勤務であることが伺える。しかしながら、サービス残業は労働環境として不適切であり、長時間労働や時間外労働が看護師の心身にもたらす影響は看護職員の労働実態調査²³⁾でもすでに明らかになっていることである。看護師長は、サービス残業を当たり前のこととせず、変動の多い看護業務量への対応を日頃からスムーズに行うことができるように、病棟内や病院内で応援体制をとる等の調整を行うことで、時間外勤務を減らし、看護師の仕事と体調管理、生活の調和が図れるように働きかけていくことが重要である。

また、職員の病院内のルール違反については、病院規模が大きければ専門の診療科や入院患者が

多く、専門的な治療や検査、薬剤など、取り扱う部署やそこでの業務が増え、病院内のルールも増え複雑になる。さらに職員数も非常に多くなるため、看護師を含む医療チームの全員にルールを周知し、その遵守についてマネジメントすることは困難であることが推測される。医療者間での指導内容や指導方法の不適切さに関しても、専門化した医療技術や保健指導に関して、看護師間の指導内容・指導方法の相違だけでなく、医師をはじめとする医療チームのメンバー間でも指導内容・指導方法に不適切さを体験している可能性がある。先行研究¹⁵⁾で、看護管理者が看護職以外の集団の文化や考え方に対して非倫理的だと認識していることが報告されているが、倫理的問題の原因が看護職だけにとどまらない場合も考えると、これらの問題のように、看護管理における倫理的問題は、看護師長の裁量では解決できない問題も含まれている可能性がある。

看護師長はまず現状を把握し、問題の分析をするとともに、当事者への初期対応を行うことが必要になる。対象者が看護スタッフであれば看護師長として指導し、継続的に評価していくことは当然だが、他職種の場合は、必要時には組織的な対応として看護部のトップマネジャーである看護部長や診療科長、事務部に相談や働きかけをしていくことも必要になる。看護師長の倫理的問題の体験を、次に効果的に繋いでいくことが、問題解決につながり、患者へ提供する医療・看護の質の向上を図ることが期待できると考えられた。

本研究の限界として、本調査の回収率は27.0%と低く、また地方の1つの県の看護師長が対象であるため、全国の病院の看護師長の体験や病院規模の比較として、一般化することは困難である。看護倫理に関する研究は、正解がないことから難しく捉えられ、調査の回収率が低くなる傾向があるが、今後はさらに丁寧でわかりやすい研究の説明や回答しやすい質問紙の工夫を行い、回収状況によって再度協力依頼を行うなど回収率向上につながる調査の工夫が必要である。また、倫理的問題の体験は個々で異なり、起こった問題を倫理的問題ととらえる看護師長個人の倫理的感受性や看護倫理教育の違いにも考慮する必要がある。

Ⅶ. 結論

本研究では以下の3点が明らかになった。

1. 看護師長が最も高い頻度で体験していた臨床実践での倫理的問題は「患者に十分なケアを提供できない看護師の充足状況」であり、看護管理での倫理的問題は「人的資源が不足している」であった。
2. 臨床実践での倫理的問題の病院規模による比較では、中小規模病院の看護師長は医療従事者として非倫理的、能力が低い同僚と働くことを有意に高い頻度で体験していた。大規模病院の看護師長は、患者が未成年の場合の治療に関する本人と親の意思の対立、重度障害をもつ乳児、小児または成人に対する治療、臓器や組織の移植の公平性、小児・配偶者・高齢者・患者に対する虐待・無視という倫理的問題を有意に高い頻度で体験していた。
3. 看護管理での倫理的問題の病院規模による比較では、大規模病院の看護師長はサービス残業、職員が病院内のルールを守らない、医療者間での指導内容や指導方法が不適切という倫理的問題を有意に高い頻度で体験していた。

引用文献

1. 日本看護協会. 臨床倫理委員会の設置とその活用に関する指針 [インターネット]. 2006; [検索日2016年9月19日] https://direct.nurse.or.jp/jna_system/guidline/index.asp.
2. 日本医療機能評価機構. 病院機能評価事業, 機能種別版評価項目一般病院1 3rdG:Ver.1.1. [インターネット]. [検索日2016年9月19日]. 2014. http://jcqhc.or.jp/pdf/works/ippan1_v1.1.pdf
3. 勝原裕美子. 第Ⅵ章 その他の看護活動と倫理 看護管理者の役割と倫理. 小西恵美子編集, 看護倫理 よい看護・よい看護師への道しるべ. 東京: 南江堂; 2007.
4. 水澤久恵. 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. 2009; 19(1): 87-97.
5. 坂東委久代, 秋山智弥, 井沢知子他. 看護師が臨床現場で体験する倫理的問題. 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要: 健康科学 [インターネット]. 7: 49-55. [検索日2015年6月8日]. 2011. http://repository.kulib.kyoto-u.ac.jp/dspace/bitstream/2433/155979/1/KenkoKagaku_7_49.pdf

6. 小川和美, 寺岡征太郎, 寺坂陽子他. 臨床看護師が体験している倫理的問題の頻度とその程度. 日本看護倫理学会誌. 6(1) : 53-60. 2012.
7. 富律子. がん関連領域の認定看護師が実践で体験する倫理的問題とその対応. Yokohama Journal of Nursing [インターネット]. 1(1). 66-75. 2008. [検索日2015年6月8日] <http://ci.nii.ac.jp/els/110006808909.pdf>.
8. 田中美恵子, 濱田由紀, 嵐弘美他. 精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度と悩む程度, および倫理的問題に直面したときの対処行動. 東京女子医科大学看護学会誌. 5(1) : 1-9. 2010.
9. 岩本幹子, 溝部佳代, 高波澄子. 大学病院において看護師長が体験する倫理的問題. 看護総合科学研究会誌 [インターネット]. 8(3) : 3-14. 2005. [検索日2015年9月17日] http://eprints.lib.hokudai.ac.jp/dspace/bitstream/2115/36097/1/8-3_p3-14.pdf
10. Elina Aitamaa, Helena Leino-Kilpi, Paili Puukka, et al. Ethical problems in nursing management: The role of codes of ethics. Nursing Ethics. [Internet]. 17(4) : 469-82 .2010. [Accessed 2016 Sep 19] <http://dx.doi.org/10.1177/0969733010364896>
11. Maizura binti Musa, Md Harun-Or-Rashid, Junichi Sakamoto. Nurse managers' experience with ethical issues in six government hospitals in Malaysia: A cross-sectional study. BMC Medical Ethics. [Internet]. 2011. [Accessed 2016 . Sep 19] <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6939-12-23.pdf>
12. Freda D Ganz, Nurit Wagner, Orly Toren. Nurse middle manager ethical dilemmas and distress. Nursing Ethics. [Internet]. 22(1) : 43-51. 2014. [Accessed 2015 Jun 8] <http://dx.doi.org/10.1177/0969733013515490>
13. 村井孝子, 中尾久子. 看護師長が体験した倫理的問題とその頻度: 県全域の看護師長を対象とした質問紙調査より. 日本看護倫理学会誌, 8(1), 70-77, 2016.
14. Sara T. Fly, Megan-Jane Johnstone. 2008/ 片田範子, 山本あい子訳. 看護実践の倫理第3版 倫理的意思決定のためのガイド. 東京: 日本看護協会出版会. 2010.
15. 勝原裕美子, ウィリアムソン彰子, 垣本待子. 看護管理者の倫理的意思決定プロセス統合モデルの構築. 平成16年度・平成17年度科学研究費補助金 基盤研究(c), (2)研究成果報告書. 2008.
16. 厚生労働省 第3回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会資料5 病床規模別病院数の割合. 2013. [インターネット]. 2017年1月27日確認 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002rad0-att/2r9852000002skuh.pdf>
17. Mary E Duffy, Currier S. Reports on the ethics and human rights in nursing practice: A survey of New England Nurses. Boston College School of Nursing, Boston, Massachusetts. 1-25, 1999.
18. 厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦推進会議」. 身体拘束ゼロへの手引き 高齢者ケアに関わるすべての人に. 2001. [インターネット] 2016年9月22日確認 <http://www.dochoju.jp/soudan/pdf/zerohenotebiki.pdf>
19. 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. 2015. [インターネット] 2016年9月22日確認 http://www.jnea.net/pdf/guideline_shintai_2015.pdf
20. 厚生労働省. 平成27年医療施設(動態)調査・病院報告の概況, 2016, [インターネット], 2017年1月21日確認, http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/15/dl/02_02.pdf.
21. 青山ヒフミ, 森迫京子, 米谷光代, 岡田美千代他. 中小規模病院で勤務する看護師の継続教育に関するニーズ. 大阪府立看護大学紀要, 11(1), 1-5, 2005.
22. 関口恵子. 看護職不足の諸要因と新しい看護職のありかた. 法政大学大学院紀要, 70, 163-175, 2013.
23. 日本医療労働組合連合会. 看護職員の労働実態調査「報告書」. 医療労働臨時増刊号. 2014. [インターネット] 2016年9月26日確認 <http://irouren.or.jp/research/%E5%8A%B4%E5%83%8D%E5%AE%9F%E6%85%8B%E8%AA%BF%E6%9F%BB.pdf>