



看護部長の倫理的意思決定プロセスに関する研究

勝原，裕美子

(Degree)

博士（経営学）

(Date of Degree)

2003-03-31

(Date of Publication)

2010-10-06

(Resource Type)

doctoral thesis

(Report Number)

甲2704

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/D1002704>

※ 当コンテンツは神戸大学の学術成果です。無断複製・不正使用等を禁じます。著作権法で認められている範囲内で、適切にご利用ください。



看護部長の倫理的意識決定プロセスに関する研究

勝 原 裕 美 子

目 次

序章.....	1
第 1 節 研究の背景と問題意識.....	1
第 1 項 医療組織の管理者の倫理観を揺るがす動き.....	1
第 2 項 医療と経営倫理	4
第 3 項 看護部長職に着目する理由	6
第 4 項 本節のまとめ	9
第 2 節 本論文の構成.....	9
第 1 章 先行研究の検討	11
第 1 節 倫理的意思決定.....	11
第 1 項 倫理と道德	11
第 2 項 道德的価値をめぐる倫理絶対主義と倫理相対主義	13
第 3 項 道德推論	14
第 4 項 組織における倫理的意思決定モデル	18
第 2 節 管理職に生じる倫理課題.....	23
第 1 項 管理職に倫理課題が生じる理由	23
第 2 項 看護部長に倫理課題が生じる理由.....	25
第 3 項 管理者が抱える倫理課題の実態	27
第 4 項 倫理的意思決定の拠り所	29
第 5 項 倫理的意思決定とリーダーシップ.....	30
第 3 節 小括	31
第 2 章 調査デザイン.....	34
第 1 節 調査の全体像.....	34
第 2 節 調査協力者への倫理的配慮	35

第3節 第1段階の調査手順	37
第1項 調査課題の設定	37
第2項 半構造的質問項目の作成	38
第3項 調査協力者の選択	39
第4項 データ収集方法	39
第5項 データ分析方法	41
第4節 第2段階の調査手順	41
第1項 調査課題の設定	41
第2項 データ収集方法	41
第3項 データ分析方法	43
第5節 第3段階の調査手順	43
第1項 調査課題の設定	43
第2項 研究協力者の選択	43
第3項 グループ面接手順とデータ収集方法	44
第6節 小括	47
第3章 看護部長の倫理課題と道徳的要求	49
第1節 看護部長の倫理課題	49
第1項 調査協力者と事例数	49
第2項 内容による分類	49
第3項 倫理課題の紹介	51
第2節 看護部長に求められる道徳的要求	64
第1項 17の道徳的要求	64
第2項 アイデンティティによって異なる道徳的要求	74
第3節 看護部長職に複数の道徳的要求が生じる背景 ー組織図から読みとるー	76
第4節 小括	78

第4章 看護部長の意思決定権の有無と倫理課題への対応	79
第1節 倫理課題に対する意思決定権の有無.....	79
第2節 看護部長単独で行う倫理的意思決定プロセスの特徴	81
第1項 内容の特徴	81
第2項 意思決定プロセスの特徴	81
第3節 集団で意思決定を行う際の倫理的意思決定の特徴	84
第1項 内容の特徴	84
第2項 意思決定プロセスの特徴	85
第4節 意思決定権がない場合の倫理課題への取り組み	89
第1項 内容の特徴	89
第2項 意思決定プロセスの特徴	90
第5節 意思決定には関係しない倫理課題	94
第6節 小括	95
第5章 状況変化に伴う倫理的意思決定の変化	97
第1節 調査課題の設定	97
第2節 状況は倫理的意思決定に影響するのか	98
第1項 事例の検討	98
第2項 意思決定の価値基準	102
第3節 小括	103
第6章 看護部長の価値基準 – 誤薬の事例から –	104
第1節 誤薬による副作用の程度による意思決定の変化	104
第2節 誤薬を公表するか隠すかを判断する時の価値観	105
第1項 誤薬を公表するという意思決定の際の価値観	105

第2項	誤薬を隠すという意思決定の際の価値観	106
第3節	看護部長の価値観に影響する組織の取り組み	108
第1項	組織における仕組みの充実	108
第2項	トップのリーダーシップ	109
第3項	組織の取り組みの有無と看護部長の意思決定	110
第4節	小括	111
第7章	倫理的意思決定に必要な組織の取り組み	113
第1節	古い倫理風土から新しい倫理風土へ	113
第1項	新しい倫理風土に変わるきっかけ	113
第2項	古い倫理風土からの脱却	114
第2節	新しい倫理風土を育てるための取り組み	116
第1項	仕組みづくり	116
第2項	機能する仕組みにするために	117
第3節	小括	118
第8章	統合的モデル ―看護部長の倫理的意思決定プロセス― 120	
第1節	看護部長の倫理的意思決定プロセスモデルの構築	120
第1項	調査結果の統合	120
第2項	モデルの妥当性	121
第3項	モデルの意味合い	121
第2節	看護部長の倫理的意思決定プロセスモデルの概要	125
第3節	倫理的意思決定プロセスモデルの果たす役割と限界	127
第1項	管理実践への応用	127
第2項	看護部長の倫理的意思決定プロセスモデルの限界	128
第4節	小括	129

結章	結論と今後の展望	131
第1節	各章の要約と結論	131
第2節	今後の展望	135
第1項	倫理課題の多様性への対応	135
第2項	倫理的課題に対するアプローチ	137
第3項	調査協力者にとっての「語り」の効果	137

図 目 次

図 1 医療機関の組織図の典型例	7
図 2 組織における倫理的意思決定の相互作用モデル (Trevino, 1986, p.603)	20
図 3 組織における倫理的意思決定の課題条件的モデル (Jones, 1999, p.254.)	21
図 4 組織図からとらえた道德的要求が生じる背景	77
図 5 看護部長の倫理的意思決定プロセスモデル (倫理課題 ID 入り)	122
図 6 看護部長の倫理的意思決定プロセスモデル	123
図 7 オリジナルの倫理的意思決定プロセスモデル	124

表 目 次

表 1	倫理と道徳	12
表 2	Kohlberg (1984) の道徳性発達段階	16
表 3	看護管理者の倫理的意識決定の枠組み (Silva, 1990)	19
表 4	経営倫理研究における規範的アプローチと実証的アプローチ	22
表 5	調査課題と調査プロセス	34
表 6	調査協力者への倫理的配慮	36
表 7	半構造的質問項目	39
表 8	看護師の誤薬による患者への副作用の状況	42
表 9	48 の倫理課題	50
表 10	看護部長の倫理課題と道徳的要求	52
表 11	看護部長の倫理課題を引き起こした道徳的要求	74
表 12	倫理課題の内容と意思決定権の有無の一覧	80
表 13	トップ集団における看護部長の意思の相違	85
表 14	意思決定権の有無による倫理課題への対応方法	96
表 15	医療ミス・ニアミスに関する意思決定	97
表 16	状況による意思決定の変化の有無	102
表 17	意思決定の価値基準	103
表 18	誤薬による患者への副作用の相違による倫理的意識決定の変化	105

序章

本研究は、看護部長が病院内で認識している倫理課題に対して、どのように意思決定を行っているのか、そのプロセスについて意思決定権の有無を中心に紐解こうとするものである。

本章では、なぜ医療組織における倫理課題に注目するのか、そしてなぜ看護部長職に焦点を当てているのかを中心に概説し、本研究の基底となっている問題意識について説明する。その際、欧米の事情や文献にかなり触れることになる。倫理の問題は文化に依拠するところが大きいため、欧米の現状や先行研究を日本に応用することには十分な注意を払わなければならないが、国内におけるこの種の先行研究がなく、本研究が萌芽的な位置づけにあることを鑑み、欧米の知見からも真摯に学ぼうと思う。

第1節 研究の背景と問題意識

第1項 医療組織の管理者の倫理観を揺るがす動き

科学技術の進歩に伴い、20世紀には医療技術が格段に進歩した。その結果、人が生まれる日も、人が死ぬ日も操作できるようになった。人の生命や生活に医療がどうかかわるかということは、生命倫理の根幹をなすテーマであり、これまで医療においては、盛んに議論が行われてきた。しかし、医療における倫理の問題がそれだけでないことに我々は気づき始めている。

企業同様、医療組織も環境の変化に適応していくことが不可欠である。特に今、医療組織が早急に対応を迫られている課題は、大きく2つに分けることができるのだが、そのどちらもが倫理的側面を持つ。1つ目は、医療の中に導入され始めた経済原理、競争原理に対応しなければならないこと。2つ目は、医療組織における事故や不祥事への対策が求められていることである。それぞれの課題の背景には、高齢化社会の到来と情報公開の進展という流れがあり、それは世界的な傾向である。

高齢化社会は、国民医療費を急騰させている。医療費をどう抑制するかは、どの国においても深刻かつ緊急課題である。日本に先んじて医療費抑制のため

の医療改革が行われた米国では、1980年以降、医療に市場原理が導入された。そして、マネジド・ケア（管理医療）¹政策のもと、米国民は医療へのアクセスが制限されるようになった。自らが契約した保険会社が提携している保険プランの範囲でのみしか、医療が受けられなくなったのである。医療サービスを提供する側からすれば、目の前で苦しんでいる患者にどのような治療や看護をすればよいのかわかっていても、保険会社に阻まれてできないという事態が発生するようになった。保険会社の意向に沿わない医療行為を行うと、その行為は不適切だと保険会社に判断されて、医療機関は保険会社からの支払いを拒否されるようになったのである。

日本では、国民皆保険制度のもと、医療へのアクセスに制限はない。医師の専門的判断が保険会社の介入によって覆されることもない。しかし、医療の世界でコスト意識が急速に芽生えたという点では、米国と同様の動きがみられる。これまでの医療組織における管理者は、国民の健康増進のために、できるだけ質の高い医療を提供することだけを考えていればよかった。そのため、非営利が基本とされ、医療機関が赤字経営になっても仕方がないと、自治体等は補填を繰り返してきた。しかし、今や、赤字を繰り返す医療機関は容赦なく淘汰されるようになった。欧米においても、資源に限りがあることを悟った管理者たちが質の高い医療を提供することと、コスト削減を進めることの両立に直面しており、そこでの意思決定に倫理問題が絡むことを意識しているが、まったく同じような問題が日本の病院管理者を襲っている。

看護管理者²たちも、経営資源が年々削減されていく中で、どのようにして看護の質を保証していけばよいのかに苦慮している。特に、医療専門職ではないビジネスマンが病院経営を担う米国においては、看護の価値や生産性が経営者に認識されにくい。そのため、看護専門職の数が減らされ、代替要員として無資格者が増やされる傾向にある（Gordon, 1997）。心電図をとることの意味もわからずに、心電図をとる技術だけを教わった無資格者が、看護師と同じようなユニフォームを着て患者の前に立つ。そんな姿を想像すると背筋が寒くなるが、それが利益主導の医療経営が行われている米国の現実である。本来、看護

¹ 1990年代初頭に米国で急速に浸透した新保険制度。医療コストの削減が最大の目的であり、さまざまな形で医療行為の制約が行われる。

² 本論では、「看護管理者」と「看護部長」という用語が頻出する。前者は、看護部長だけではなく、病棟や外来などの責任者である看護長や、看護部長の補佐的役割である副看護部長なども入るより広い概念である。

管理者の仕事は、第一線のスタッフが質の高い看護を提供するための環境を整えることにある。しかし、そのような状況下ではとうてい質の向上などは望みようがない。看護管理者たちは、看護専門職の人数をこれ以上減らされると患者の生命を保証できないという、ぎりぎりのラインを守る闘いを挑んでいる(勝原, 2000)。

医療管理者の倫理観に影響する2つ目の動きは、医療組織における事故や不祥事への対策が求められていることである。医療サービスは、その内容が専門的であったり、高度な知識を必要としたりする。その特徴ゆえに、サービスの受け手は、医療専門職の提供するサービスを全面的に信用して受け入れるという構図が成立していた³。何かことがあっても、医療専門職側は、「隠しておいた方が本人のためなので言わない」とか、「知らせても知らさなくても患者の状態が変わらないのであれば、知らさない」と考え、医療者主導の意思決定方法をとっていた。しかし、情報の透明性を求める動きは日増しに強くなってきており、これまでのような独断は通らない。

その契機となったのは、平成11年春に起きた横浜市立大学医学部附属病院における手術患者の取り違い事件⁴である。国民は、医療の現場でもミスが起きるということを認知するようになった。情報公開を求める動きが高まる中、医療の現場における診療報酬の不正受給や医療事故の隠蔽などのニュースが次々と報道されるようになり、国民の医療不信は高まっていったのである。そして、平成13年に起きた東京女子医大病院の手術記録改ざん事件⁵が決定打となった。記録の改ざんを迫った医師からは、患者・家族に対する誠実さよりも、組織を守ることを重視した発言が聞かれたことが話題になった⁶。この発言

³ 平成7年度の厚生白書には、医療情報がその特殊性ゆえに患者や家族に共有されにくいとしながらも、「医療の主役は患者であるという意識変革が我が国にも押し寄せてきている」(p.89)とある

⁴ 平成11年1月、本来、心臓手術が必要な患者に肺手術が、そして肺手術が必要な患者に心臓手術が行われてしまった事件。

⁵ 平成13年3月、東京女子医科大学病院で行われた女兒への心臓手術中、医師の手術ミスにより患児が重度の脳障害になり、3日後に死亡した。手術後、医師は家族に手術自体は成功だったと説明する一方で、診療記録を一部改ざんし、ミスを隠蔽した。

⁶ 警視庁に証拠隠滅容疑で逮捕された東京女子医大の講師は、診療録改ざんのいきさつとして、「部下が手術で大きなミスをすれば、私のような講師クラスがかばう。そんな医局の不文律に従ってしまった。医局は主任教授の考えで動き、病院は医局の単なる集合体だ」と、組織をかばう体質があることを明言している(毎日新聞：平成14年6月28日)。また、同医師は、看護師に対して全面的に診療録の書き換えを命じたが、看護師が嫌がった。その際、「僕のためでなく、心研(心臓血圧研究所)のためだ」と、書き換えを再度強く迫ったことも報道されている(朝日新聞：平成14年9月19日)。

を聞く限り、企業の不祥事と呼ばれている一連の事件と同じ構造、すなわち「組織を守る」ために個人の倫理観を見失っているという構造が見え隠れする。

これまでは、診療報酬を不正受給する医師や医療ミスを隠蔽する看護師がいても、それは当事者個人の倫理観やモラルの問題であって、「その人の意思が弱いからだ」とか、「その人に魔が差したのだ」と考えられていた。だが、倫理の問題は、個人に起因し、帰結するものばかりではない。あたかも当事者以外には無関係であるかのようにとらえられてきた倫理課題であるが、最近の報道では、「組織ぐるみ」という言葉が頻繁に聞かれるようになった。「組織の存続のため」という大義名分の中で、個人の倫理観を見失わずにいることがそれほど容易ではないことは、マスコミの質問に答える当事者たちから読みとることができる。また、大きな圧力の中で個人の良心を守りきるには限界があることを、これまでの先行研究も如実に示している⁷。

医療現場は、人の生死や生き様、そして生活のあり様を支える場所であるにもかかわらず、これまで組織の問題として倫理を語る土壌は十分ではなかった。だが、いわゆる企業の不祥事、外務省の不祥事などと同様の構造を持つ倫理の課題が、医療組織にも存在していることが明らかになった。医療組織の誠実さが問われている今、医療組織における倫理課題を、個人の視点だけでなく組織的な視点で捉え直し、組織風土を改革していくことは緊急課題だと言えよう。

第2項 医療と経営倫理

ところで、経営倫理⁸という表現は、それほど古くからあるわけではない。経営倫理学が学問領域として確立してきた背景は、De George(1987)に詳しい。少し長くなるが、概説してみよう。それによると、米国では、1970年代から、経

⁷ たとえば、中野(1995)を参照されたい。

⁸ 「経営倫理」は英語の Business Ethics の訳である。ただし、Business Ethics は、書名を見るだけでも「企業倫理」「経営倫理」「ビジネス倫理」「ビジネス・エシックス」など、さまざまに訳されている。使い分けの意図を推し量ると、「企業倫理」や「ビジネス倫理」はまさに対象を企業としており、企業に生じる実際の倫理課題を議論する場合に用いられている。一方、「経営倫理」は、「企業倫理」を包含しながら、非営利組織なども対象にしているようである。また、Business Ethics を扱う国内における学術団体の名称が“日本経営倫理学会(Japan society for Business Ethics Study)”であるように、学問領域であることを意図して表示する時には、「経営倫理(学)」が一般的になりつつあるようだ。本論においては、病院組織が対象であるため「経営倫理」という用語をベースに用いることにするが、“企業”の倫理を取って強調したい時や、先行文献を引用する場合には、「企業倫理」も併用する。

営倫理が学問の一分野として台頭している。その背景の1つに、ウォーターゲート事件やDC-10 スキャンダル等の大きな社会事件がある。インパクトの強い社会的事象が起きたことにより、哲学を専攻する学生たちが実際的な問題に関心を寄せるようになったのである。1970年代の終わりには、経営責任に関する研究が進み、管理者のみならず、労働者や株主等にも目が向けられるようになる。それに伴い、内部告発や差別・逆差別などにも関心が寄せられ、研究の体系化が進んだ。経営倫理という用語が定着するようになったのはこの頃である。1976年には、ハーバード・ビジネス・スクールで経営倫理のコースも開設されている。

1980年代に入ると、経営倫理学は飛躍的に発展する。その背景には、規制緩和が進み企業の自主規制が求められるようになったこと、M&A戦略により巨大化した企業に環境への配慮が求められるようになったこと、企業の巨大化・グローバル化によって文化、宗教、商慣習の違いによる摩擦が生じたこと、ビジネス・スキャンダルが相次いだことがある（梅津，1994）。1993年の段階では、米国の大学には既に500の経営倫理のコースが存在し、25の教科書や3つの学術雑誌が刊行されており、16の経営倫理センターが運営されているという報告もある（Stark,1993）。

日本における経営倫理学の発展に対しても同様の見解がある（水谷，1995）。まず、政治不信や企業経営への不信感が国民から問われるようになったこと。2つ目に、日本が成熟化社会を達成したがゆえに、日本型雇用システムに代表される高度成長期を支えてきた諸システムの見直しが必要になること。3つ目に、国際化が進展し、国際ルールへの適応が求められるようになったこと。4つ目に、市場経済原理志向と政府による規制緩和という「自由の増大」という大きな流れの中で、各企業に自主的なコントロールが求められるようになったこと。最後に、地球環境問題に対する社会的責任が求められるようになったことである。

このように歴史的変遷をたどってみると、経営倫理学は、必ずしも体系的に発展してきたのではなく、その時代背景や事件等に具体的に結びつきながら発展してきたことがわかる。言葉を換えれば、経営倫理学は社会の現象に非常に密接した学問領域であり、この種の研究が進むことで社会に還元し貢献できることが多いと考えられる。

医療における経営倫理の問題は、国内においてはまだそれほど大きく取り上

げられていない。しかし、社会現象や事件を背景にその重要性が認識され始めたという過程は、企業における経営倫理の発展過程と酷似する。これまで、医療における倫理といえば、遺伝子治療や臓器移植の是非などに代表されるような生命倫理や、病名告知のあり方などに代表されるような臨床現場で患者に向き合う時に生じる臨床倫理をさしていた。しかし、それらの知見だけでは解決をみない医療経営や医療組織にまつわる倫理課題が、医療の世界でも認識され始めているのである。

第3項 看護部長職に着目する理由

さて、経営倫理を担うのは管理者であるが、その中でも、本論で看護部長という職位に注目している理由について言及しよう。

医療法第10条において、病院の管理は医師が行うことと定められている。そのため、一般的な病院の組織は、医師である院長に権限が集中する機能別組織である（図1）。多くの場合、各部門長以上がトップマネジメント・チームとして経営の責任を担っている。公的病院の場合には、院長の上位に設置主体の担当部門もしくは自治体の首長等が位置する。また、民間病院の場合は理事会が存在するのが一般的である。

看護職を統括する部門長は、「看護部長」と呼ばれることが多い。さらに上位の副院長職に就く看護職も増えてきているが、まだそれほど多くはない。看護部長は、病院内で最大規模の職員数を有する部門のトップであるが⁹、トップマネジメント・チームにいながらにして、中間管理職に位置している現状にある。組織構造上、看護部長は、常に医師職のトップとは上下関係における下位の立場を強いられていると言える。

病院内には、このような公式の組織図には現れない指示命令系統も存在しており、強い影響力を持っている。病院内では医療上の緊急度が高いことが最優先されるため、その絶対的な判断を行う医師が、組織図上の指示命令系統とは異なる独自の命令系統を作り上げているのである（進藤, 1995）。つまり、職位ではなく、職業による指示命令系統と言える。このような仕組みは、医療社会

⁹ たとえば、国立神戸病院（平成14年3月現在）の総職員数は301名で、そのうち医師が50名、看護職が177名である。また、石川県立中央病院（平成14年4月現在）の総職員数は860名で、そのうち医師が111名、看護職が477名である（いずれも、平成14年12月15日時点におけるそれぞれの病院のホームページより）。

学の中で二重権限構造と呼ばれており (Smith, 1955)、コンフリクトの原因となる。法律 (保健師助産師看護師法第 5 条) の上でも、看護師の業務の 1 つは「診療の補助」と明記されており、看護師には明らかに医師の補助者としての役割も求められていて¹⁰、見えない指示命令系統に従っていることが理解されよう。

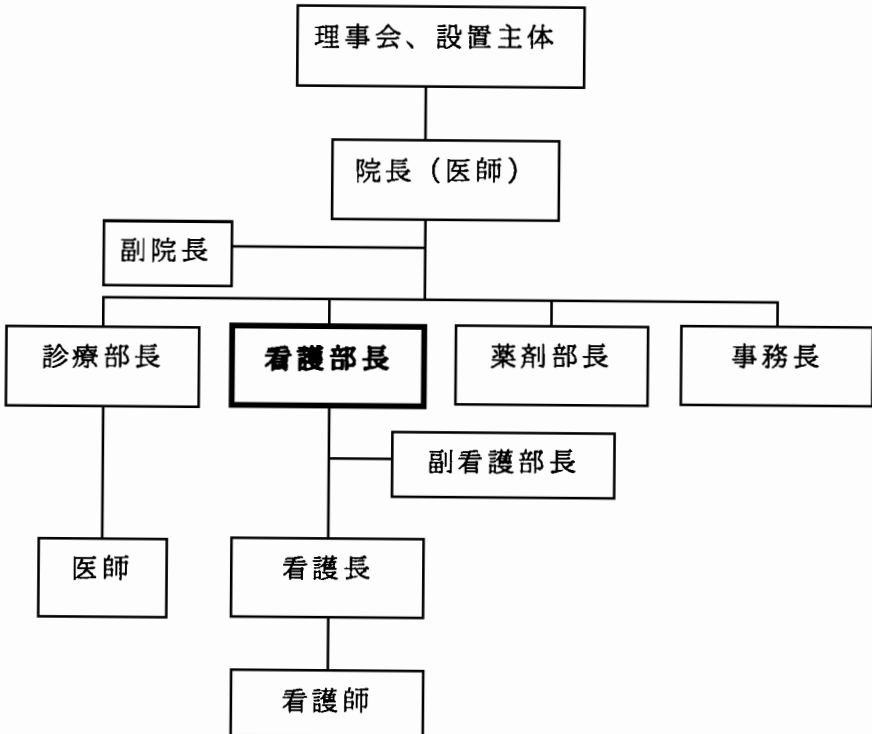


図 1 医療機関の組織図の典型例

¹⁰ 実際には、看護師の判断が医師の意思決定の補助になることがあったり、看護師の知識や技術の方が医師に勝ったりすることはよくある。しかし、ここでは、あくまでも組織構造上および法律上の解釈として、看護師が医師の補助的役割を担う位置づけであることを強調している。

このように、医師である院長が、組織構造上、最上位に位置づけられていること、そして、医師の絶対的判断が優先されるという2つの理由により、医師集団は他の専門職集団よりも強い権限を持っている。看護部長は、職員の大半を統括しているにもかかわらず、院長に昇進するキャリア・パスはない。

ただし、医師の判断が優先され権限が強調されるのは、あくまでも緊急時における「医学上」の判断に限るはずである。Kuhse (1997) が、「職業的な専門的知識や技術を持つことと、その人の倫理的判断が妥当であるかどうかは関係ない」(邦訳 p.72) と述べているように、「倫理的」な判断についてまで、医師の絶対的な判断が優先されるということではない。それでもなおかつ、医療組織における意思決定や判断の多くが人の生命や生き方にかかわる限り、組織構造上の意思決定システムが倫理的判断に影響を及ぼすことは否めない。

このような看護部長が置かれている複雑な立場や状況は、たとえば薬剤部長や検査部長などにも当てはまる。そのため、看護部長を調査対象とすることで、同列に位置する他の管理者を代表することにもつながるであろう。

看護部門に着目してみると、看護部長の補佐的機能として副看護部長がいる(図1)。また、看護部長のラインには、看護長¹¹がおり、それぞれの看護長が病棟や外来などの単位(セクション)の責任者として運営を任されている。病棟や外来は第一線の臨床現場であり、そこでは看護師や准看護師が看護ケアを提供している。このような臨床現場における看護師たちの倫理課題については、古今東西、多数の研究が行われており枚挙に暇がない¹²。看護部長職に就くものは、すでに第一線の現場の倫理課題を体験してきており、それらの体験を統合した上で看護部門を代表する意思決定を行う立場にある。看護部長の倫理的意思決定のありようを明らかにするということは、現場の第一線で働く看護師たちの凝集された倫理課題を紐解くことにもつながると期待される。さらに言えば、本研究の延長線上には、より大きなテーマである「医療機関における倫理的風土の確立」がある。倫理的な風土をめざした組織改革のためには、職員数が病院内で最も多い看護職を統括する看護部長の倫理的意思決定が重要な

¹¹ 看護長の呼称は医療機関によって異なる。他には、看護師長、係長などの呼称がある。以前は婦長と呼ばれていた職位に相応するが、2002年に看護婦・看護師の名称が看護師に統一されたのを機に、婦長という呼称はほとんど用いられなくなった。

¹² 医療系の文献データベース Pub Med にて、1990年1月1日から2002年12月1日までの期間に限定して“ethical issue”と“nurse”を掛け合せると4,217件の検索結果が得られた。

である。

第4項 本節のまとめ

本研究は、日本の医療機関における看護部長の倫理的意思決定のありようを明らかにしようとするものである。その先には、医療機関における倫理的風土の確立に向けた体系作りという、壮大な地図を作ることが念頭に置かれている。

これまで、医療機関における倫理の問題は、生命倫理や臨床倫理と呼ばれる応用倫理学の範疇で議論が進められてきた。そして、患者と専門職とが対峙した時、専門職としての価値観をどのように反映させるべきかが話題の中心であった。しかし、医療現場における倫理の問題は、これまでの議論の範囲を超えるようになった。医療にも競争原理や経済原理が働くようになって経営という視点が重要になったことと、医療ミスや事故が頻発するなかで情報公開の流れが進んできたためである。このような流れの中で、良質の医療を提供しながら健全な経営を行うにはどうすればよいか、そして情報公開を通じて組織の良心を国民にどう示すかがトップマネジャーたちの最大の関心事となっている。

本研究では、医療機関におけるトップマネジャーたちの中でも看護部長に着目している。看護部長に着目したのは、看護部門には最大規模の職員数があるため、意思決定の及ぶ範囲が他部門よりも広いからである。また、看護部長は、病院内の二重権限構造の中で、医師である院長の下位に位置づけられているため、トップマネジメントグループに属してはいるが、中間管理職でもある。このような複雑な職位の意思決定に注目することで、組織内の様々な倫理的葛藤が浮き彫りになると思われる。

看護部長は、病院経営に責任を持つと同時に看護専門職である。そのため、その倫理的意思決定について扱う時には、看護倫理の視点と経営倫理の視点とが併存する形で論を進めていくことになる。

第2節 本論文の構成

本論文は、以下の章から構成されている。

第1章は、先行研究のレビューである。ここでは、本論で用いる基本的な概念を定義し、倫理的課題へのアプローチ法について検討する。また、これまで

明らかになった管理職に生じる倫理課題の実際について述べる。

第2章では、研究のデザインを示す。ここでは、3段階からなり6つの調査課題を有する研究デザインの全貌を明らかにすると共に、どのように調査協力者への倫理的配慮を行ったかについて説明する。

第3章以降は調査結果について述べていく。第3章では、看護部長に生じる倫理課題を明らかにし、それを内容別に整理する。また、倫理課題を生じさせている道徳的要求にどのようなものがあるのかについても明らかにする。

第4章では、第3章で紹介した看護部長の倫理課題に対する意思決定権の有無を検討し、それによって倫理課題への対処方法がどのように異なるのかを探索する。

第5章では、倫理的意思決定を行う際の周囲の状況によって、意思決定が変化するか否かが確認される。

第6章では、看護部長の倫理的意思決定を行う時の価値観がどのようなものであるかが探索される。

第7章では、組織の方針が倫理的意思決定にどのように影響を及ぼすかを明らかにし、機能する組織の方針について提案がなされる。

第8章では、主に第3章から第5章で明らかになった結果をもとに、看護部長の倫理的意思決定プロセスモデルを構築していく。

第1章 先行研究の検討

本論は、経営倫理や生命倫理の問題が混在する病院組織の中で、組織運営の中核にいる看護部長がどのような倫理的意思決定を行っているのかを明らかにしようとするものである。そのため、議論は、経営倫理学と看護管理学にまたがることになる。本論はフィールド・リサーチの一種であり、現場における生の声を収集するというスタイルをとっているのだが、その前提として調査者がどのような枠組みで倫理問題をとらえているのかを論じる必要がある。本章は、先行研究を批判的に検討するという目的を持つほかに、本論で用いる基本的な用語や概念について整理する役割も担っている。

まず、第1節では、本論で用いる用語を概説し、調査者の依って立つ視座を明らかにする。第2節では、管理職に生じる倫理課題の実際について述べる。ここでは、管理職の日常業務の中で倫理課題が頻出していることを明らかにし、さらに、どのような倫理課題があるのかを例示する。第3節では、管理者の倫理的意思決定について述べる。ここでは、倫理的意思決定に影響を与える要因を明らかにすると共に、リーダーシップとの関係にも言及する。

第1節 倫理的意思決定

第1項 倫理と道徳

倫理学、哲学の中心的概念である「倫理」や「道徳」について、ここで詳細に論じることが本論の目的ではない。しかし、本論においてどのような意識のもとでそれぞれの用語を用いているかについては明らかにしておきたい。

われわれは、日常会話の中で「倫理」と「道徳」とをそれほど厳密に区別して用いているわけではない。先行研究においても、両者を同義語として扱う場合と（Whitbeck, 1998; Toffler, 1986）、それぞれを別の概念として扱う場合とに分かれる。同義語として扱う理由をみると、両者の区別のされ方があまりにも多様であるために、そのうちのどれかを採用することに意味をみないというものである（Whitbeck, 1998）。たしかに、両者はさまざまに定義されている（表1）。もちろん、これらをひとくくりに扱うことはできないが、本論では、

表 1 倫理と道徳

出 典	倫 理	道 徳
DeGeorge (1989)		善および悪と考えられている慣習や行動。そのような慣行や行動を支配するルール。それらの慣行や行動の中に埋め込まれ、その中で培われ、追求されている価値などの領域。(邦訳 p.36)
Anderson, Jr. (1989)	人の行為の制度ないしは慣例。善悪の決定に重点を置く。(邦訳 p.299)	行為の善悪の区別に関連し、それを扱い、それを行う能力。行為あるいは本質の善し悪し。(邦訳 p.299)
Silva (1990)	倫理原則や倫理の諸説も含んだ道徳的推論を使いながら、道徳的になすべきことが何なのかを分析し、決定し、評価していく体系的な内省のプロセスである。(p.4)	文化の中で培われてきた善悪に関する確立された規則。(p.4)
Fry (1994)	個人や集団の道徳的実践、信念、基準。また、道徳についての特別な形式の探求。(邦訳 p.220)	文化的に定義された目標のまとまりであり、それらの目標をどのように達成するかを定めている規則。(邦訳 p.218)
鈴木 (1996)	現実的道徳の準則や規範となる人間行為の「原理」。(p.4)	社会的現象ないし社会的事実の観点からすれば、ある一定の社会においてその成員の社会に対する行為あるいは成員相互間の行為を規制するものとしてある集団ないし一般的に承認されている行為規則・規範の総体。また、個人の意識や意志に働きかける内的規範とみる立場に立つと、無条件に普遍的に妥当するものとされている行為の準則。(p.3)
新村出編 広 辞 苑 第 5 版 (1998)	人倫のみち。実際道徳の規範となる原理。道徳。	人のふみ行うべき道。ある社会で、その成員の社会に対する、あるいは成員相互間の行為の善悪を判断する基準として、一般に承認されている規範の総体。法律のような外面的強制力を伴うものでなく、個人の内面的な原理。
Driscoll and Hoffman (2000)	正しいか間違いかを決めるとき、あるいは二つの正しいことを比較考量するときに機能する。異なった価値観が相互に葛藤を起こすときに意思決定を行うプロセス。(邦訳 p.17)	

概ね次のように区別されていると考えることにする。すなわち、道德とはある社会の中で、その成員たちが善悪の判断を行う時に用いる慣習、基準、ルールである。そして、倫理とはその道德を個人や集団のレベルで実践していく際の探求プロセスである。

また、倫理課題とは、ある文化や社会の中で求められる道德（本論では、これを道德的要求と呼ぶ）を実践していく際に生じる課題だと考える。

第2項 道德的価値をめぐる倫理絶対主義と倫理相対主義

前項において、道德とは、ある社会の中で、その成員たちが善悪の判断を行う時に用いる慣習、基準、ルールだと述べたが、何が善くて何が悪いかの判断には、価値判断が伴う。価値とは単なる好みとは異なり、「好ましいあるいは意義のある基準や質」(Fry, 1994, 邦訳 p.7)である。あるものに、価値を置くことが理にかなっているような性質が備わっている時に、価値判断が可能になる。好きか嫌いかに、その理由が伴わなくてもかまわないが、価値判断を下した時には、どうしてそのように判断することを合理的だと考えたのかが問われる(Whitbeck, 1998)。

価値には2つのとらえ方がある。価値を絶対的なものととらえる倫理観（倫理絶対主義）と、相対的なものだととらえる倫理観（倫理相対主義）である。倫理絶対主義とは、「倫理には絶対的なもの、すなわち諸個人の個別的選好から独立した道德的基準が存在するという見解」(Stewart, 1996, p.268)であり、道德的価値と道德原則の普遍性を強調する。このアプローチには、道德規範はいついかなる時でも普遍的だと考える極端な立場から、一般的な道德原則は絶対的だとしつつも、異なる状況下における規範の多様性を認める立場まである(DeGeroge, 1989)。DeGeroge (1989) は、その中間に位置する道德多元主義を強調している。彼は、われわれがあまりにも多様な道德に遭遇しているためにその相違ばかりに目が行っているが、実は、人間を尊重したり真理を尊重したりといった、道德行為に関する広範な共通基盤の上に立っていることを忘れていているという。極端に相対立する価値観を持つ人ばかりでは社会は成り立たないから、社会の成員は基本的な行為や原則を受入れている。そのような社会が前提としている共通の価値や規範が道德を形成していくという考え方が道德多元主義である。本論もこの立場に近い。本論では、看護部長は共通の価値観や規範をかなり備えているが、異なる状況下においては異なる規範を持つことも

ありえるという前提を持つ。

倫理相対主義とは、客観的な道德基準を否定し、「行動の原理は個人もしくは社会ごとに相対的であるとする見解」(Stewart, 1996, p.268)である。このアプローチは、大別すると素朴な相対主義と文化相対主義に分かれるが(Stewart, 1996; Whitbeck, 1998)、それに加えて役割相対主義や社会集団相対主義にまで注目することもある(Freeman and Gilbert, Jr., 1988)。素朴な相対主義は、ものごとの善悪、つまり道德的価値は個人の道德的信念に拠って立つという考え方である。ある人が正しいと信じていることを、別の人が正しくないと思っても容認されるのだが、なぜそのような差異が生じるかを測る客観的な基準はない。このような立場は、厳しい批判を受けている。たとえば、自分の道德的信念を理解するためには、それが他人の評価に耐える必要があるが、その必要性を認めないのは自己欺瞞である(Stewart, 1996)という批判。あるいは、人が何を信じているかには注目するが、その内容(たとえば公害、虐待、賄賂など)を区別しないため、内容の是非について検討する機会を持たない(Stewart, 1996; Freeman and Gilbert, Jr., 1988)などの批判である。

文化相対主義は、ものごとの善悪は人々が所属する社会や文化の慣習などに依るとする考え方である。たとえば、日本では盆暮れの贈答は慣習であるが、米国では賄賂になることもある。このような文化の違いは、現象として日常的に体験するのであるが、この立場に対しても鋭い批判がなされている。お中元やお歳暮を贈ることは、日ごろの伝えきれない感謝の意を表すための一つの手段である。その根底には、お世話になっている人には何らかの謝意を表明すべきだといった価値観がある。そのような価値観が米国にないわけではない。表現の仕方は異なれども、同様の価値観はある。すなわち、「ある行為に関する事実的な価値評価の相違から、ただちにその根底にある基礎的な道德的原理の相違を結論づけることはできない」(新田, 2000, p.42)のである。また、文化相対主義に従えば、異質だと思われるすべての現象を慣習、慣例、法令に帰結させることができる。しかし、このような何でも許容されるような状態が、本当に困難な倫理的課題を目の前にした時に役立つかと問われれば、何の望みも持てないという指摘(Freeman and Gilbert, Jr., 1988)もみられる。

第3項 道德推論

Fry (1994)は、看護職の価値には個人的な価値と文化的な価値と専門的な価

値の3種類の価値があると述べており、それぞれが対立する可能性を示唆している。個人的な価値とは、一人一人の人生の体験の仕方や、行動の基盤となる信念や態度をさす。また、文化的価値とは、ある文化の中で生きる人たちにとっての固有の価値であり、そこで道徳的に必要とされる考え方が行動に影響する。さらに専門的な価値とは、専門家としての倫理規範と実践によって支えられている価値をさしている。

価値に対立が起きた時に、自分がどの価値に重きを置くかを判断していくプロセスは道徳的推論と呼ばれる。Fry (1994)は、倫理的意思決定には倫理的感受性と道徳的推論能力の発達の2つが影響すると述べており、前者を「個人の利害に影響を与える状況について倫理的側面を見いだす能力」(邦訳 p.3)と定義し、文化・宗教・教育・人生経験などが影響すると考えている。また、後者を「ある状況下において何をなすべきかを決定する能力で、価値の対立を解決するために倫理的に理屈の通った行動をとる時に使う認知的過程」(邦訳 p.3)だと定義している。本論では、看護部長が専門職として、あるいは経営者として“どのような”意思決定を行っているのかというプロセスに注目しているため、倫理的感受性よりはむしろ道徳的推論能力の方により重点を置くことになる。

道徳的推論に関して、はじめて体系的なモデルを提唱したのは、発達心理学者の L. Kohlberg である。彼は、75名の男子が仮設のジレンマにどのように反応するかを読み取り、その道徳判断と道徳的性格の発達を15年にわたって追跡調査した。そして、前慣習的レベル、慣習的レベル、脱慣習的・原理的レベルの3つのレベルからなり、それぞれが2つの段階をもつ6段階からなる道徳的発達段階(表2)を提唱した(Kohlberg, 1971; 1984)。この理論は正義の倫理として、後に説明するケアの倫理と対比されている。以下に、この理論を概説しよう¹³。

前慣習的レベルでは、“善い”“悪い”“正しい”“間違っている”という行為に付けられたラベルが重視される。第1段階の「他律的道德性」の段階では、さまざまな立場から社会状況を捉える視点が未分化である。そのため、他者の利害関心に思いが寄せられず、自己中心的である。罰の背後にある道徳的命令

¹³ Kohlberg 理論には、さまざまな解説書や翻訳が見られるが、本論においては、特に、Kohlberg (1971), Kohlberg (1984), DeGeorge (1989), 内藤 (1992) を参考にしている。

が認知されないままに、規則を破らないことを正しいことだと考える。罰を回避し、権威者のもつ権力が卓越していることを理由に正しいことを行おうとするのである。第2段階の「個人主義的、道具的な道德性」の段階からは、他者の視点が入るようになる。ただし、すべての者が自分自身の利害関心を追求していると考ええるため、互いの利害が対立していることに気づき、正しいことは相対的であると捉える。自分自身の欲求や利害関係と一致するように行動することが正しいと考えるが、他者を意識した物理的な公平さや平等に対する意識も盛り込まれる。

表 2 Kohlberg (1984) の道德性発達段階

第1のレベル： 前慣習的レベル
第1段階： 他律的道德性
第2段階： 個人主義的・道具主義的な道德性
第2のレベル： 慣習的レベル
第3段階： 対人間の規範による道德性
第4段階： 社会組織の道德性
第3のレベル： 脱慣習的・原理的レベル
第5段階： 人間としての権利と公益の道德性
第6段階： 普遍化可能・可逆的・指令的な一般的倫理的原理

Kohlberg (1984) を内藤(1992)が翻訳したもの(pp.56-57)から一部引用

慣習的レベルでは、他者、家族、集団、国家から期待されることに価値を置くようになる。第3段階の「対人間の規範による道德性」の段階では、善い動機に基づいて行動し、一般的に期待されていることを行うことで、善い子でいることが大切だととらえる。他者に対して関心を寄せるようになり、人々からの承認や期待が、個人の利害関心よりも大事に思うようになる。第4段階は「社会組織の道德性」の段階で、社会全体を視野に入れた考え方が入ってくる。法律や秩序を重んじて、統一のはかられた制度を維持していくために正しいことを行おうとするのである。

脱慣習的・原理的レベルでは、社会を客観的にとらえる視点を持つようになる。そして、道徳的価値や道徳原理が何であるかを定義するようになる。「人が道徳原理を受け入れるのは、世間の人々が正しいとか、許容されるからとか言うからではなく、それらの原理が正しいということが何を意味するかを知っているからであり、なぜそれらが正しいかを理解しているから」(De George, 1989, 邦訳 p.51) だと考えるのである。第5段階は「人間としての権利と公益の道徳性」の段階である。ここでは、社会全体の幸福を考え、すべての人々の権利を擁護するために法を制定し、遵守しようとする。第6段階は、「普遍化可能・可逆的・指令的な一般的倫理的原理」の段階で、自らが選択した倫理的原理に従うことを正しいとする。この原理は普遍的であり、行為との整合性を持つ。この段階では、道徳の本質を理解している合理的な個人の見解がある。

Kohlberg の理論は、1960 年代から 1980 年代にかけて道徳発達研究の中心理論であったが(内藤, 1992)、彼の弟子であった Carol Gilligan は、このモデルでは説明できない部分があると指摘した。彼女の主張は、6 段階説を構築した際のデータをすべて少年から得ているため、女性の道徳的判断は6 段階の中の第3 段階にとどまってしまうというものであった(Gilligan, 1982)。Gilligan(1982)は、女性を対象にした研究を進めた結果、Piaget や Kohlberg などに共通するような、「分離」を前提に「自律」に向う道徳性の発達の考え方とは異なる方法があることを発見した。それは、「思いやり (care)」を示すという道徳的命令を持って「関係性」を志向し続けるというもので、3つの段階からなる“ケアの倫理”と呼ばれるものである。

ケアの倫理の第1段階は、自己の生存のために自分自身に思いやりを示す段階である。しかし、この考え方はやがて、自己中心的だという批判をうけるようになる。すると、自己の欲求と他者とのつながりを意識するようになり、責任志向が生まれる。それが第2段階への移行期と位置づけられる。第2段階に入ると、自分を犠牲にして他者に思いやりを示すことを善しとするようになる。自己犠牲によって葛藤を解決しようとするのであるが、思いやりと従属とを同一視したり、自分と他者とを不平等に扱うことへの不合理さを感じたりするため、再び自分が持つ現実の欲求(真実)に向き合うようになる。これが第3段階への移行期である。第3段階に入ると、思いやりと責任は自己と他者との双方に向けられ、その両者は相互依存の関係にあると捉えるようになる。そして、傷つけないこと、権利を侵害しないこと、非暴力的であることを道徳的判断の

基準にするようになるのである。

Gilligan が“ケアの倫理”を示して以来、Kohlberg 理論は“正義の倫理”と呼ばれるようになり、さまざまな対比研究が行われるようになった。1970 年代後半から、看護界にも Kohlberg 理論が広まり、この理論に基づいた研究は多数なされている。中でも、Kohlberg 理論を使ったツール開発やそれらのツールの妥当性についての研究は盛んであるが¹⁴、理論に対する評価は一定していない。

他方で、Gilligan の唱える“ケアの倫理”の考え方は、女性が圧倒的な多数を占める上に¹⁵、ケアを提供することをその専門性と認識している看護職に広く受け入れられた。たとえば、Nokes (1989)は、患者、制度、他の医療職、そして看護専門職のそれぞれが異なるニーズを持つ時に生じる葛藤状況を解決するためには、Gilligan の考え方が最適であると述べている。現在では、看護職の道徳的推論を議論するためには、Kohlberg 理論と Gilligan 理論の両方の視点を含めるべきだという主張が最も多くの文献 (Huggins and Scalzi, 1988; Nokes, 1989; Parker, 1990; Harbison, 1992; Dierckx de Casterlè, Roelens, and Gastmans, 1998)でみられている。しかし、いずれの文献も看護学生や臨床で働くスタッフが対象であり、国内外を見渡しても看護管理者を対象にした道徳推論に関する研究はまだ行われていない。

第4項 組織における倫理的意思決定モデル

倫理的意思決定の枠組みは、すでに複数の研究者によって示されている。ここでは、看護部長という職位に注目をしている本研究の性質上、管理者の倫理的意思決定や組織における倫理的意思決定に関するモデルや枠組みを中心にレビューする。

組織における倫理の問題が注目を浴びているにもかかわらず、組織内の倫理的意思決定を扱った実証研究は少ない(Trevino, 1986; Jones, 1997)。そのため、これまで提示されてきたモデルの多くが規範的なものである。たとえば、看護管理職の倫理的意思決定モデルとしてよく知られているものは (Jameton,

¹⁴ たとえば Crisham (1981), Parker (1990), Duckett, et al. (1992)などを参照されたい。

¹⁵ 病院で働く看護師の中で女性の占める割合は 96.6%である (1998 年厚生労働省「資料統計表 17 職種別にみた病院の従事者数及び 100 床当たり従事者数の年次推移 http://www1.mhlw.go.jp/toukei/isc98_8/toukei17.html より算出)。

1984; Christensen, 1988; Silva, 1990; Marquis and Huston, 1998)、どれも問題解決アプローチを用いている。Silva (1990) を例にとると、「看護管理者の倫理的ジレンマを体系的に評価し、正確な事実と適切な知識と理にかなった推論とを用いて道徳的根拠を持った意思決定を行うこと」(p.114)を目的に表3のような枠組みが示されている。この枠組みにおける5つは段階をなしており、倫理的ジレンマが生じたときに、それをどう紐解いていくべきかを考えるための指標となる。この枠組みによって、看護管理者が倫理的ジレンマを分析し、潜在的な解決法に気づき、評価することができるようになる(Silva, 1990)という意味で、規範的モデルの一形態と言えるだろう。

表 3 看護管理者の倫理的意思決定の枠組み (Silva, 1990)

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. データ収集とアセスメントを行う 2. 問題を明確にする 3. 行動可能な選択肢を考える 4. 行動を決定する 5. 意思決定し、行動したことについて内省する |
|---|

Trevino (1986) は、このような規範的モデルの限界を指摘した。彼女が指摘した規範的モデルの限界は2点ある。1点目は、規範モデルは、実際の状況には適用できないような理想を提示するだけで、倫理的意思決定を説明したり予測したりすることができないこと。2点目は、管理者は日々の倫理的意思決定にいちいち正義や権利をふりかざしているわけではないので、特に哲学者が示す規範モデルには表面妥当性が欠けるということである。そこで、Trevino (1986) は、これまでの組織における倫理的意思決定の研究では、(非)倫理的行動をもたらす個人要因や状況要因について論じられているが、そのどちらか一方しか扱っていないことに着目し、両方を変数にした図2のモデルを提示したのである。

Jones (1997) も、倫理課題を認識してから行動に至るまでの間に影響を及ぼすと考えられる要因をモデルの中に配置させている(図3)。彼のモデルは、既

存の理論や先行研究の詳細なレビューをもとに構築されているのだが、その特徴は、道德問題としての深刻さ（moral intensity）が、倫理的意思決定プロセスに影響すると思った点である。

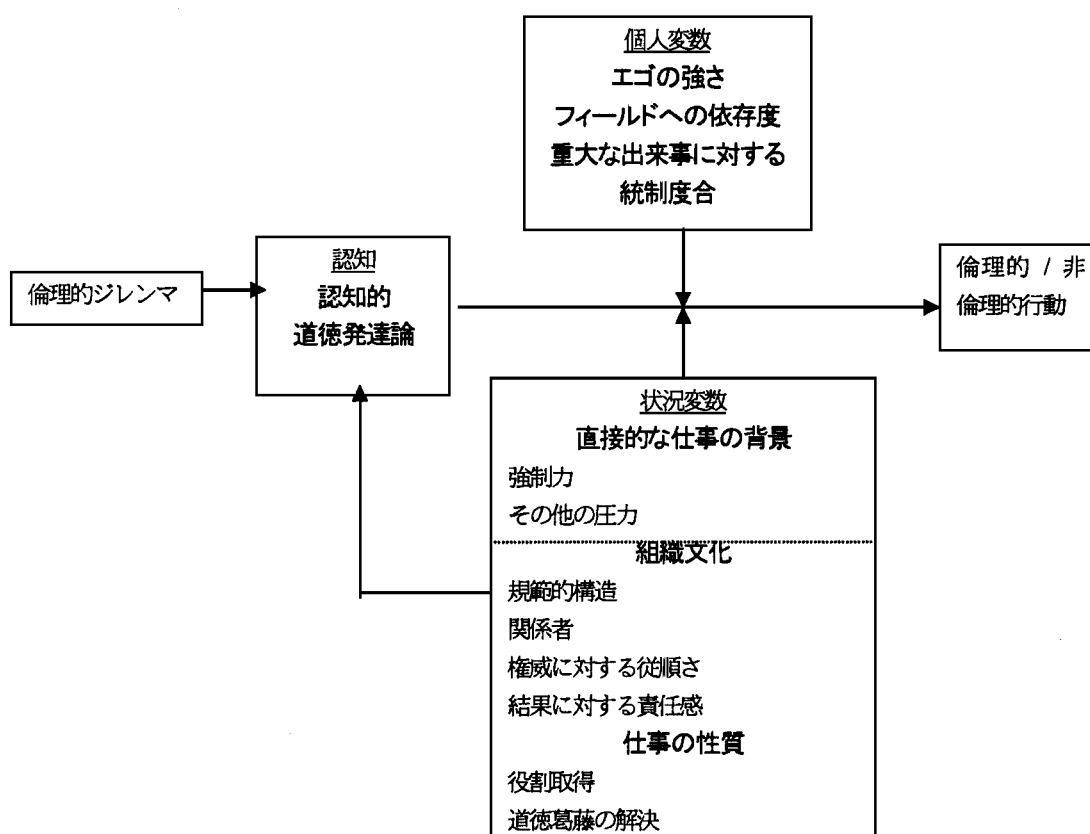


図 2 組織における倫理的意思決定の相互作用モデル (Trevino, 1986, p.603)

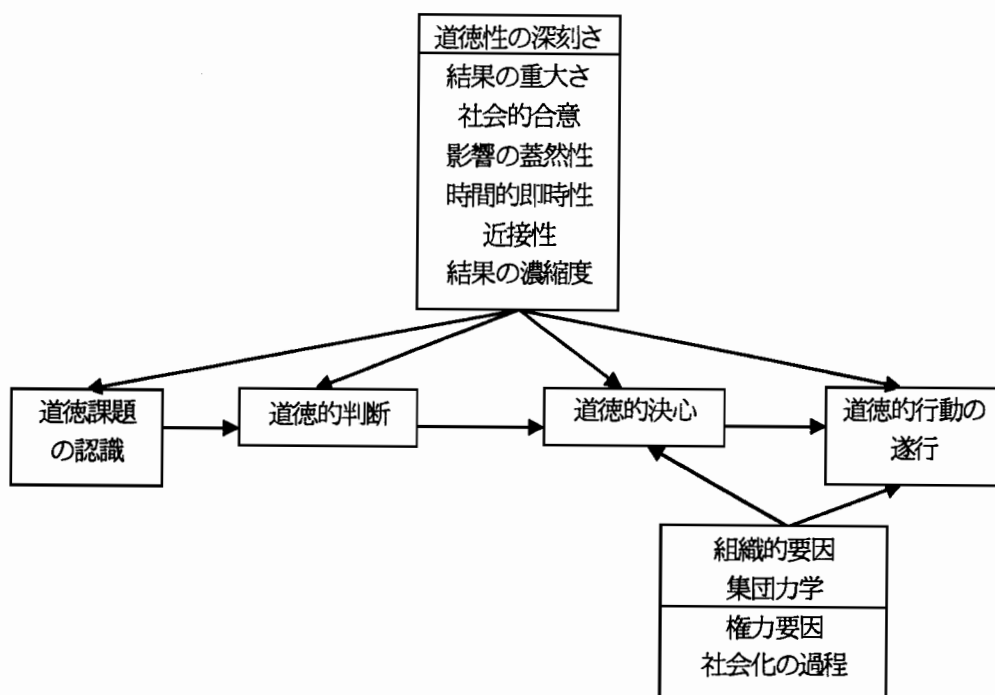


図 3 組織における倫理的意思決定の課題条件的モデル (Jones, 1999, p.254.)

Trevino (1986) や Jones (1997)のように、規範モデルよりも記述モデルを支持する動きは他にも見られる。たとえば、水谷 (1995) によれば、倫理学は記述倫理、規範倫理、道德哲学の3領域に分類することが可能であるが、その中でもこれまでの経営倫理学は規範倫理を扱ってきた。すなわち、「物事がいかにあるべきかを問い、そこから出てくる当為を指令し、現実をあるべき姿へ導くルールや原則（規範）を考えることを中心とした」(p.32)考え方が主流であった。しかし、経営倫理学は経営の実践なくしては成り立たないのであるから、今後は分析的、記述的なアプローチも必要だとするとする考え方（水谷, 1995）が示されているのである。

また、Trevino and Weaver (1994) は、経営倫理学を哲学者の視点から扱う規範的アプローチと、経営学者の視点から扱う実証的アプローチに分け、表4のように整理を試みている。前者は、道德的主体である人間を自律的で責任ある行動をとれる存在だと認め、その人間が倫理課題に向けて「どうすべきか」に取り組むものである。後者は、人間は環境などの外的要因と相互に関係しな

がら存在していると仮定する。そのため、経験世界における現象が「何なのか」を記述したり説明したり予測することに関心を示すものである。

Trevino and Weaver (1994) は、このように両者の違いを明確に示しているが、それは優劣を競うためのものではなく、両者が共存する可能性を探索するためであった。この論文に続く共著論文では、両者が理論的に統合されていくことの現実的な可能性が強調されている (Weaver and Trevino, 1994)。

本論は、現実の混沌とした現象をあるべき論に当てはめることはせず、看護部長の倫理的意思決定プロセスをありのままに描いていくため、記述モデルの構築をめざすことになる。ただし、Trevino (1986) や Jones (1997) らが、既存理論を整理し、演繹的に用いる理論モデルを構築したのに対し、本論では、現場のデータを帰納的に積み上げ、現場を説明するような記述モデルを構築するという挑戦的なアプローチを行うことになる。

表 4 経営倫理研究における規範的アプローチと実証的アプローチ

カテゴリー	規範的アプローチ	実証的アプローチ ¹⁶
基盤となる学問	哲学、神学、一般教育科目	経営学、社会科学
言語 (倫理行動の定義)	評価的 (正しく公正で公平な行為)	記述的 (善悪などの倫理的選択や決定)
道徳的主体である人間 についての基本仮定	自律的 責任をとる	より決定論者の 相互関係的
理論の目的 理論が扱う範囲 理論の応用範囲	規定と規制 抽象的 分析と評価	説明や予測 具体的で測定可能 実際の行動への作用
理論的基盤 評価の基準	経営実践の内省 道徳的判断の理性的な批判	経営実践の実証研究 経営上の問題を説明し予測し解決 していく能力

Trevino, L. K. and Weaver, G. R. (1994) p.115

¹⁶ 社会学の方法論としての実証的アプローチは、いわゆる仮説検証型のサーベイを連想させる。しかし、この表で用いられている実証的アプローチとは、歴史分析、観察、面接なども含むより広い概念であり、あくまでも規範的アプローチの対照として使われている。

第2節 管理職に生じる倫理課題

前節では、倫理的意思決定における鍵概念について概説し、本論のとり立場について説明を行った。そこでは、本論が帰納的記述的なアプローチにしたがい、現場の倫理課題に対する看護部長の意思決定のありようを描くことを確認した。本節では、既存の研究をレビューし、経営組織における管理職の倫理課題の具体的な現象を明らかにしていく。

第1項 管理職に倫理課題が生じる理由

(1) 複数のアイデンティティ

Hosmer (1996) は、管理上のジレンマに倫理的な問題が絡んでくるのは、「収入や利益などで測定される組織の経済的効果と、組織内外の人々が義務として感じている社会的成果との間の葛藤があるからだ」(p.3)と述べている。そして、両者の間に、正しく、適切で、公正なバランスを見つけ出さなければならぬと主張している。しかし、実社会においては、そのバランスを計るのが難しい。

その原因を経営者や管理者の複雑なアイデンティティに求める見方がある。Badaracco, Jr. (1997) は、なすべき正しいことが複数あるのに、そのうちの1つしか選択できない時 (Right versus Right)、その課題に応じて「自分は一体誰なんだ?」「私たちは一体誰なんだ?」「社会に対してどう責任をとるべきか?」と、自らのアイデンティティを問うと述べている。そのような問いかけがなされるのは、経営者や管理者には人間個人としての責任、特定の経済的代理人としての責任、社員の暮らしや生計の管理人としての責任、そして会社外の関係する人たちの責任という4つの責任が絡み合っており、それらが葛藤を起こしているためだと考えられる(水谷,1995)¹⁷。

同様の指摘は、看護管理学の文献にみることもできる。看護管理者の中でもトップマネジャーの位置にいる者は、「男性社会にいる女性であり、管理職の世界にいるナースであり、ビジネスの世界にいる臨床家である」(McDonagh,

¹⁷ 水谷(1995)によると、この4つの責任の出所は前文で述べた Badaracco, Jr. の Course Syllabus である。原典は下記に記すとおりであるが、入手が困難であるため、水谷(1995)をそのまま引用した。

Badaracco Jr., J.L. *Moral Dilemmas of Management*, Course Syllabus, Graduate School of Business Administration Harvard University, 1992, Spring Semester.

1998, p.23) と言われている。このフレーズからは、一人の看護部長が同時に様々なアイデンティティを持っていることが読み取れる。

このようなアイデンティティの揺らぎを裏付ける調査結果が報告されている。調査対象者 (N=104) の 28% が管理職としての義務と看護専門職としての義務の間での葛藤経験があると答えているのである (Borawski, 1995)。それぞれの立場によって何を大切にすべきかが異なる場合、そこに混在する倫理・道德規範にどのように重み付けをすればよいのかに迷いが生じる。一方でバランスを計る努力を行う中で何かが選択され、他方で何かが排除される。まさにその時、意識的にも無意識のうちにも非倫理的な意思決定が選択される可能性があるだろう。

(2) より権限を持つ者の指示

Brosnan and Roper (1997) は、看護管理者のジレンマの中には政治的な倫理葛藤があると述べている。これは、組織内でより権限を持つ人から何かを行うように言われたり、組織に強制的にさせられると感じたりすることが、自分の倫理的な信念体系と衝突して生じるものである。そして、管理者にとっての究極のジレンマは、組織における将来の自分と、自らの倫理原則に、今、忠実であることのどちらを選択するかであると述べている。

日本の企業管理者への倫理観に関するアンケート調査 (N=159) では、倫理的ジレンマの経験があると答えた管理者は 28.5% に及んでいた (中野, 1995)。その人たちが倫理的な意思決定を行う際に強く影響を与える要因は「会社の方針・社風」「自分の良心」であり、非倫理的な意思決定に強い影響を与える要因は「会社の方針・社風」「上司の行動・考え方」である。この調査の結果から、「会社の方針・社風」が倫理的な意思決定にも非倫理的な意思決定にも影響を与えていることがわかる。また、たとえ非倫理的な行動であっても、自分よりパワーのある上司の意向に従わざるを得ない状況があると推察される。このことは、組織にコミットメントしてきたこれまでの日本人の生き方を象徴しているように受け取れる。

日本の看護管理者を対象にした調査は行われていないが、看護部長の上位にあたる院長や副院長などの考え方が看護部長の倫理的な意思決定に影響する可能性については、考慮しておく必要があるだろう。

(3) 正当化

管理者が非倫理的な選択をしてしまう時には、正当化が働いていると言われている (Gellerman, 1986)。Gellerman (1986)は、「実際の行為は真に違法でも非道徳的でもない」、「個人もしくは会社の最大利益のために行っている」、「みつきりっこない」、「会社のために行っているので会社は大目に見てくれるはずだ」という4種類の正当化を挙げている。

Gellerman (1986)は、企業管理者を想定して正当化について言及しているが、看護部長が医療組織における経営責任の一端を担う管理者であることを考えると、これらを「病院」の状況に置き換えて読み直すことは、さほど無謀なことではない。非倫理的な行為を正当化することが続けば、倫理的感受性には蓋がされる。倫理的感受性は倫理的意思決定を大きく左右するため (Fry, 1994)、正当化の危険性も十分に考慮しておかなければならない。

第2項 看護部長に倫理課題が生じる理由

前項では、管理者が複数のアイデンティティを持っていること、組織でパワーを持つ人の影響を受けること、自らの行為を正当化しようとするものの3つの視点から管理者に倫理課題が生じる理由を整理した。その他に、看護部長に特徴的な理由も考えられる。それは、看護という仕事の性質からくるものであるため、専門職倫理の視点から論じることができる。

看護は、人をケアすることをその仕事の本質とする。看護職は自分自身をケアの道具とし、他人への援助を通しながら自らも成長していく援助専門職 (Combs and Avila, 1978)である。看護を学ぶ者は、人の生死や生活に介入する職業であるとの自覚から、基礎教育の段階より倫理教育を受け、感受性が培われる。また、看護師の倫理綱領が専門職能団体 (日本看護協会) において採択されており、看護師の資格を取得後も自らの行為を専門職倫理に照らし合わせる機会を得ている。

看護専門職が、看護の仕事を引き受けるに伴って育てる信念や心構えなどを総称した概念は、“プロフェッションフッド”と呼ばれており (Styles, 1982; 勝原, 1999)、その構成要素の1つが「倫理・道德規範の遵守」である。これは、人間を一人の“ひと”として尊重することを基盤にした考え方であり、プロフェッションフッドの中でも根底に位置すると考えられている (勝原, 1999)。看護師は、人間の極めてプライベートな部分に関わる職業であることを自覚

しながら、専門職としての倫理規範を自らの中に内在化させていくのである。

医療に経済原理や競争原理が入ってきたことや、医療組織における不祥事が社会的な問題になってきたことは、看護をどう守るかということに関わる。「倫理・道德規範の遵守」を根底にもつ看護部長にとって、このような課題に対処することは、専門職としての誇りをかけた非常に重要なことだと言える。

専門職倫理が守れなくなっていることを、外的要因ではなく、看護師の仕事の性質そのものに依拠する視点が、組織社会学者の Chambliss (1996)によって生々しく描かれている。彼は、看護師の役割の構成要素をケアリング (careing)、専門職性、従属の3つに集約してとらえる。看護職はケアリングを強調することで、キュアリング (curing) を強調する医学とは一線を画し、自らの専門職性を強調しようとする。しかし、医師が意思決定したことを実行するように期待されている看護師は、病院組織の中では下位に位置し、従属的立場にすることは免れないと考えるのである。

そこで、Chambliss (1996) は、看護における倫理課題を次の2点から扱うことを試みた。1点目はシステム上の問題としてとらえることである。看護職にまつわる倫理課題は繰り返し生じる。たとえば、ある倫理課題を抱えたある看護師が退職し、別の看護師が配属されても、同じ倫理課題がその看護師を襲う。このような現象が繰り返し起きるのは、倫理課題が看護師個人に起因するのではなく、システムに起因するためだと考えるのである。2点目は、倫理的課題ではなく実践的な問題としてとらえることである。このことを端的に言い表しているフレーズがあるので、そのまま引用しよう。

「ナースの出くわす倫理的困難は、頑固な医師、理解のない家族、予算を気にする経営者など、他の人々の反対を押し切って職務を遂行しなければならないという、実践的な問題であることが多い。ナースはよく、『やるべきことはわかっているけれども、それができない』と言う。思うにナースは、自分たちが信じていることは正しい、とはっきりわかっているにもかかわらず、他の人々の反対を押し切ってまで、それを実行する権限がないのではないだろうか」(邦訳, pp.125-126)

このように、何が正しい行為なのかがわかっているにもかかわらず、組織上の制約により行為を遂行することがほとんどできない状態を、Chambliss (1996) は、

Jameton (1984) の言葉を借りて「道徳的苦悩」と呼ぶ。そして、看護師個人の心の中で相対する 2 つの原理に直面して決断に迷う「倫理的ジレンマ」とは明確に区別するのである。

看護師の権限が日本よりも強いとされる米国においてさえ¹⁸、このような分析が可能であるのだから、日本の病院組織においても Chambliss (1996) の主張はかなり当てはまるところが多いと思われる。ただし、Chambliss (1996) は、看護師にはもはや純粋な倫理的ジレンマはなくなりつつあると述べているのだが、果たしてそうであろうか。医療の高度化や高齢者層の増加など、医療をとりまく環境をみると、看護師に判断を委ねられることが増大しているため、ジレンマはむしろ増えていると感じる。また、ビジネスマンが利益を上げることを目的に病院を経営する米国とは異なり、日本では医師が院長であるため、看護職に対する理解のない組織的な圧力も米国よりは抑えられていると考えられる。特に、看護部長職にはトップマネジメント・チームの一員として容認されている権限があるため、道徳的苦悩よりもむしろ、倫理的ジレンマが多いのではないかと推察される。ただし、このような権限の問題を扱うためには、看護部長が時にはトップマネジャーであり、時には中間管理職であるという複雑な立場にいることを意識し、最終的な意思決定の権限がどの程度あるのかを明らかにする必要がある。

第 3 項 管理者が抱える倫理課題の実態

実際の倫理課題にはどのようなものがあるのだろうか。また、それらはどのくらいの頻度で発生しているのだろうか。

まず、管理者たちが実際にどのような倫理課題を抱えているのかに注目してみよう。Toffler (1986) が行った調査では、33 人の企業管理者から 59 の倫理的状况が聞き出されている。その内訳は、報酬システムや障害者雇用などの人的資源管理や人事に関すること (66.1%)、最高の消費者サービスをめざしながらもコストを考慮しなくてはならないといったような外部との接触に絡んで生じること (11.9%)、自分の価値観と企業への忠誠心との狭間に立つこと (5.1%) であった。中野 (2002) は、Toffler の調査に追従する形で日本企業の管理者 27 名

¹⁸ たとえば米国においては、限定的ではあるが、看護師が処方箋を書いたり診断を下したりすことを認めている州がある。日本では、どちらも医師の裁量権内とされており、看護師には許されていない医療行為である。

を対象に調査を行っている。聞き出せた 54 の倫理課題のうち、外部との接触に絡んで生じるもの(59.3%)が最も多く、従業員や部下との関連で生じる人的資源管理関係(20.4%)がそれに続いていた。これら 2 つの調査結果は、管理者の倫理課題が管理業務の広範囲にわたって存在していることを示唆している。

看護管理者が抱える管理上の倫理課題は、医療倫理の研究が活発な米国においても、1980 年代半ばまではほとんど議論されることがなかった。医療保険システムがそれまでの出来高払い制度から包括払い制度¹⁹へ移り、医療に経済原理が導入され始めてから、急速に注目を浴びるようになったのである。看護管理者は、道徳的な考え方や方向性を持ち、道徳的な要求に対して責任を果たしていくことを期待されている (O'Leary, 1984; Fry, 1986)。しかし、それと同時に、病院財政上の課題に取り組むことも期待されるようになったということである。このように、経営問題と看護に求められる道徳観とを両立させるのが困難であることは複数の文献 (Fry, 1986; Sietsema and Spradley, 1987; Maddox, 1998; Cooper et al., 2002) でも述べられており、看護管理者の最大の倫理課題といっても過言ではない。ただし、企業管理者を対象にした先行研究で取り上げられているような倫理課題も看護管理者にないとは言えない。経営上の問題以外にも、情報システムの発達に伴うプライバシーの保護に関する問題や (Badzek et al., 1998)、看護職のレベルとその組み合わせに関する問題 (Sietsema and Spradley, 1987) などが明らかになっている。看護管理者の倫理課題も多岐に渡ることが示唆されているのである。

次に注目するのは、日本企業における管理者が倫理課題にどれくらいの頻度で遭遇しているかである。中野 (1995) の調査 (N=159) では、倫理的ジレンマの経験があると答えている管理者が 28.5%であった。また、最近の企業調査²⁰によると、部長クラス以上の管理職で日常業務で企業倫理に反するか否かで迷う場面に遭遇したことがあると答えた人は 49%であることが報告されている。両者は質問紙が異なるので安易に比較することはできないが、管理職が倫理課

¹⁹ 出来高払いとは、医療サービスの 1 つずつが金額で評価され、その供給量に応じて費用が支払われる方式。包括払いとは、特定の医療サービスを 1 つのまとまりと考え、一日あたり、あるいは一月あたりなどの一定の単位でサービスを金額で評価する方式 (岩下他, 1996)。

²⁰ これは、アコム株式会社が「企業倫理の意識に関するアンケート」として行った質問紙によるアンケート調査である。調査対象は東京 23 区内の企業に勤務する男女従業員 (男性 282 名、女性 218 名)。調査実施時期は 2002 年 6 月であり、2002 年 10 月にプレス・リリースされている (<http://release.nikkei.co.jp/detail.cfm?relID=33518> より)。

題に出くわす頻度が増加傾向にあることが推察される。

看護管理者を対象にした調査では、より高い頻度で倫理課題が生じていることがわかる。たとえば、ある急性期医療を行う病院の看護管理者を対象に行われた調査では、有効回答数（N=99）の 90.1%が日常の管理業務において倫理的ジレンマを感じていることが明らかにされている（Sietsema and Spradley, 1987）。別の調査でも、回答者（N=315）の 94%が日常の管理業務の中で倫理的ジレンマを感じているという報告がなされている（Camuñas, 1994）。さらに、65%の回答者（N=220）が上司に非倫理的な状況があると認識していることや、30%の回答者が管理的ジレンマと倫理的ジレンマの両方を抱えていることが報告されている（Blancett and Sullivan, 1993）。

これらはいずれも米国の看護管理者を対象にした調査結果であるが、数字の高さが意味することは、管理業務上に生じる倫理課題は特定の誰かに起きるのではなく、誰にでも起こりうる極めて日常的な問題だということであろう。そして、これらの調査された時期と現在とを比較すると、明らかに現在の方が倫理課題の顕在化が進んでいることから、今なら、さらに高い率で倫理課題が認識されるのではないかと予想される。

米国の看護管理者を対象にした調査と、日本の企業管理者を対象にした調査結果とを比較してみると、前者の方により高い率で倫理的ジレンマが認知されている。この違いが対象者の属性による違いなのか、日米の文化による違いなのかは推測の域を出ない。たとえば、看護職は専門職倫理を掲げているので、倫理問題に敏感なのかもしれない。あるいは、大方の企業人が入社当初から組織の利益や存続を意識しているのに対して、看護専門職は管理職になってからそのようなことを考えるようになるため、それまでの仕事内容とのギャップから倫理課題を感じとるのかもしれない。また、日本の企業人は組織と一体化しやすいために、倫理課題が浮き彫りにされにくいなのかもしれない。いずれにせよ、日本の看護管理者を対象にしたこの種の調査はこれまで行われておらず、基礎資料が必要な分野であると言えよう。

第4項 倫理的意思決定の拠り所

看護管理者が倫理的意思決定を行う際にどのような資源を用いているかについては、いくつかの調査が行われている。Sietsema and Spradley(1987)の調査(N=99)では、13の選択肢の中から意思決定に用いる資源を3つ選択するよ

うに看護エグゼクティブ²¹に回答を求めたところ、「管理職の同僚」、「個人の価値観」が 50%以上を占めており、「看護職の同僚」、「患者の権利憲章」と続いていた。Sietsema and Spradley(1987)と同じ質問項目を用いた Borawski(1994)の調査(N=102)では、「看護職の同僚」を意思決定の資源として使っている割合が最も高く(86%)、次いで、「管理職の同僚」(83%)、「個人の価値観」(81%)、「患者の権利憲章」(75%)であった。Blancett and Sullivan (1993)の調査(N=220)では、12の選択肢から複数回答を求めている。その結果、「家族」と答えた人が 61%で最も多く、次いで「看護教育」が 57%、「宗教」が 51%であった。Meslin et al. (1997)の調査(N=1,708)では 40%の管理者が「個人の信念や価値観」、「法的基準」、「臨床経験」を意思決定に最も影響した要因として挙げている。

これらの結果から、個人の倫理観に照らし合わせながら、同僚や家族の意見を参考にして倫理課題に向かっている看護管理者の姿がうかがえる。また、看護教育や臨床体験などの影響を受けながら、法律や「患者の権利憲章」なども見据えた意思決定を行っていることが推察される。しかしながら、意思決定に影響する要因が意思決定プロセスの中で、いつ、どのように用いられているのかについては議論がなされていない。また、倫理課題の内容によって、影響要因が異なるのか否かについても言及されていない。

第5項 倫理的意思決定とリーダーシップ

組織における経営倫理を確立するためには、トップマネジャーのリーダーシップは欠かせない(田中, 1997; 小林・高, 1999)。トップマネジャーが非倫理的状況に対する揺るぎ無いコミットメントを行い(Aguilar, 1994; Driscoll and Hoffman, 2000)、“正しい倫理的行為が正しいビジネスの基本を作る”という方針を従業員に明確に伝えること(Gellerman, 1986)がなければ、管理者たちの苦悩は続く。そのためにも、トップマネジャー自らが高い倫理的感受性²²を備えておくことは重要である(Aguilar, 1994; 水谷, 1995)。

²¹ 米国では、CNO(Chief Nursing Officer) や vice president for patient care service などの呼称で、経営の最高意思決定機関の一員として看護職が加わっていることが多い。米国ではそれらを総称して nurse executive (看護職エグゼクティブ)と呼び、部門長である Director of Nursing (看護部長)とは区別している。日本においても看護職の副院長が増加しており、看護職の経営責任が大きくなってきた。しかし、看護部長が最高位である医療機関が大半である。

²² 本文では、「倫理的論点を認識し明らかにする能力」(邦訳 p.46)と定義されている。

しかしながら、中間管理職がこのような断固たる姿勢を貫くには限界がある。Badaracco Jr. (2002) は、管理者が直面する日常の倫理課題を例示しながら、それらの解決に直接対決を挑むのではなく、自分の評判やキャリアを大切にしながら時間をかけて取り組む新しいリーダーシップ像を提示して示る。前者のタイプはヒーロー型リーダーシップと呼ばれ、組織の目的を達成することを目指す。思い切って勇気ある行動に出たり、衝動に駆られた発言をしたりするため、人々に感動を与えることもある。正しいことをしなければいけないから正しいことをするという、単純化された、しかし現実性と妥当性に欠けた道徳的基準でもって動くのがヒーロー型リーダーシップである。後者のタイプは静かなリーダーシップと呼ばれる。目の前に起こっている現実を理解し、それに対する自分の影響力とリスクならびに報酬を慎重に吟味する。時間をかけ、周囲の様子を探りながら、少しずつ問題解決の方法を探り当てていく。時には規則を曲げる方法も見いだす。このような、日常のマネジメント業務の中で最も実践的なリーダーが静かなリーダーである。

看護部長という職位が、トップマネジメント・チームにいながらにして中間管理職に位置づけられていることは先述したとおりである。そのような看護部長がどのようなタイプのリーダーシップを発揮して倫理的意決定を行うかという視点は、意決定プロセスを解明していく上での一助になると思われる。

第3節 小括

本章では、倫理的意決定に必要な概念を整理し、管理者の倫理的意決定に関する先行研究について概観した。

第1節の第1項では、本論で用いる用語を定義した。「道徳」は、ある社会の中でその成員たちが善悪の判断を行う時に用いる慣習、基準、ルール。「倫理」は、道徳を個人や集団のレベルで実践していく際の探求プロセス。「倫理課題」は、ある文化や社会の中で求められる道徳（道徳的要求）を実践していく際に生じる課題である。ところで、そのような善悪を判断する際には価値判断が伴う。第2項では、価値のとらえ方には倫理絶対主義と倫理相対主義の2つの立場があることを概説した。そして、本論では、倫理絶対主義の中でも道徳多元主義、すなわち社会の成員は道徳行為に関する基本的な共通基盤をもって

いるはずだという前提を支持することを確認した。第3項では、価値が対立した時に、自分がどの価値に重きを置くかを判断していくプロセスを道徳的推論ととらえた。そして、そのモデルとして、Kohlbergによる正義の倫理と Gilliganによるケアの倫理を概説した。第4項では、既存の倫理的意識決定モデルの2つのタイプ、すなわち、規範モデルの1つである問題解決型と、記述モデルの1つである意識決定要因作用モデルを紹介した。本論においては、看護部長の倫理的意識決定プロセスの実際がどのようなものかを記述するモデルの構築をめざす。その際、既存研究ではまだなされていないアプローチ、すなわち現場における面接データを積み上げていくという帰納的なアプローチをとることを確認した。

第2節では、経営組織における管理職の倫理課題の具体例を明らかにした。第1項では、一般的に管理者が倫理課題に直面しやすい理由を、複数のアイデンティティを持っていること、組織内でより権限を持つ人からの指示を受けていること、やむを得ず非倫理的な行動を起こす時には自らの行為を正当化していることの3点から説明した。第2項では、第1項で明らかにした3つの要因の他に、看護管理者に特徴的な要因があることを説明した。まず、看護職としての専門職倫理が備わっている看護管理者が組織経営を担う際に相反する道徳的要求に直面しやすいことが考えられた。次に、看護職の仕事が病院組織の中で従属的であるために、何が道徳的に正しいかわかっていてもそれができないという道徳的苦悩に陥りやすいとことが示唆された。ただし、看護部長は看護職の中でも従属性が少ないと考えられる。そのため、看護部長の意識決定プロセスを明らかにするためには、倫理課題に対する意識決定の権限がどの程度あるかを分析する必要があることを確認した。第3項では、管理者が抱える倫理課題が広範囲にわたり、かつ日常的に生じているもことを明らかにした。第4項では、管理者が倫理的意識決定を行う際の拠り所について明らかにした。看護部長は、個人の倫理観に照らし合わせながら、同僚や家族の意見、法律などを鑑みて意識決定を行っていることが明らかになった。第5項では、倫理的な風土を組織の中で確立していくためには、トップマネジャーが倫理課題にコミットメントする姿勢が大事であることを述べた。また、中間管理職の場合は、必ずしも正義感にあふれる行動をみせるだけでなく、自らの評判やキャリアを大切にしながら、時間をかけて課題に取り組むようなリーダーシップをとるといことも述べた。

さて、看護管理者を対象に行った一連の調査は個人の倫理観に目がいくばかりで、Chambliss(1996)を除き、組織的な仕組みや風土への注目が欠如しがちではないかと思われる。中野(1995)が行った調査において、(非)倫理的意思決定には「会社の方針・社風」が大きな影響を与えていることを考えれば、今後は、より組織のあり方に注目した研究への取り組みが求められるであろう。

第2章 調査デザイン

本節では、本研究における調査デザインを説明する。

第1節では調査の全体像を示し、第2節では調査協力者への倫理的配慮について詳述する。第3節から第5節にかけては、調査の各段階ごとの調査課題が設定された背景、調査協力者の選択方法、データ収集方法、データ分析方法を述べていく。

第1節 調査の全体像

調査は表5に示すように3つの段階からなり、合計6つの調査課題を持って行われた。

表5 調査課題と調査プロセス

調査段階	調査課題	データ収集時期	調査方法と協力者数（人）
第1段階	【調査課題1】 倫理課題の明確化 【調査課題2】 倫理課題を引き起こす道徳的要求の探求 【調査課題3】 倫理課題に対する意思決定権の有無と対処方法	平成12年11月～ 平成14年8月	1対1の面接 (25)
	【調査課題4】 状況変化に伴う意思決定の変化の有無の確認	平成13年12月～ 平成14年2月	1対1の面接 (7)※1
第2段階	【調査課題5】 意思決定を行う際の価値判断の探索	平成14年6月～ 平成14年8月	1対1の面接 (6)※2
第3段階	【調査課題6】 組織の方針が個人の意思決定に与える影響の探索	平成14年8月	フォーカス・グループ面接 (13)

※1 この7名は調査課題1～3の対象者25名に含まれている。

※2 この6名は調査課題1～3の対象者25名に含まれている。

第1段階では、当初、3つの調査課題があった。調査課題1は、「看護部長が意思決定に最も困難を極める倫理課題の具体例を明らかにする」こと。調査課題2は、「それらの倫理課題を生じさせている道徳的要求が何であるのかを探索する」こと。調査課題3は、「倫理課題に対して看護部長に意思決定権がどの程度あるのかを探索する」ことである。これらの調査課題を明らかにするためのデータを集め始めて間もなく、同じような内容であっても、事例によって意思決定が異なることに気づいた。その要因の1つが周囲の状況にあるのではないかと考え、調査課題1, 2, 3を継続しつつ、新たな調査課題4を設定した。新たな課題は、「状況が異なれば、意思決定は異なっていたかどうかを確認する」ことである。

第1段階の結果の一部から、同じような内容の事例でも意思決定が異なる理由は、周囲の状況よりもむしろ、個人の価値観の方が強く影響しているのではないかと考えられた。そこで、第2段階の調査として、「倫理的な意思決定を行う際には、どのような価値判断に基づいているのかを探索すること」を新たな調査課題とし、面接調査を実施した。

第2段階の結果の一部から、看護部長の価値観の形成に影響を及ぼすもののひとつに、組織の方針があることが示唆された。そのため、第3段階では、「組織の方針が個人の意思決定にどのように影響しているかを探索すること」を新たな課題に設定した。

このように、初期の段階で定めた調査課題を明らかにする中で、より解明したい部分が明らかになり、創発的で段階的なプロセスをたどっているのが本研究の特徴である。

第2節 調査協力者への倫理的配慮

本研究は、調査協力者の倫理観を強く反映する面接である上に、協力者の所属する組織の内情が明らかになる可能性がある。そのため、研究倫理には深く配慮し、兵庫県立看護大学の研究倫理委員会²³に諮り、研究着手の承認を得た。

²³ 兵庫県立看護大学研究倫理委員会は、人を対象とするすべての研究について、「ヘルシ

表 6 調査協力者への倫理的配慮

- ・ 研究への協力は強制力をもたず、自由意思で判断できること
- ・ 研究への参加、不参加の意思決定によっていかなる不都合も生じないし、研究者との関係性にも影響を与えないこと
- ・ 研究方法は1対1の面接であり、約1時間の時間を要すること
- ・ 面接内容が、「これまで行った倫理的ジレンマを伴う意思決定のうち、もっとも困難を感じた意思決定」についてであること
- ・ 面接の途中でも中断や中止を申し出られること
- ・ 面接終了後にもデータの使用を拒否できる機会があること
- ・ 面接内容はテープに録音されること
- ・ テープ起こしは基本的に研究者が行うが、やむを得ない事情のある場合には、守秘義務を明確にしている業者とのみ契約することがあること。業者に依頼する場合には、施設名、個人名、日時等が特定されるような言葉は、研究者が事前にテープから削除しておくこと
- ・ テープ起こし後の記述データには個人名や施設名などの固有名詞を使わず、代わりにイニシャル等の符号に置き換えて表記すること
- ・ 研究データは研究以外の目的では使用しないこと
- ・ 問い合わせには研究者がいつでも応じ、必ず回答が得られること
- ・ 研究成果は、科学研究助成研究成果として文部科学省に提出され、同時に、神戸大学大学院経営学研究科博士後期課程博士論文の一部として提出されること。また、研究者の所属学会や学会誌への投稿も行われること
- ・ 研究成果が公表される際には、所属施設や氏名などの情報の記述はいっさい行わないこと
- ・ 研究成果のフィードバックとして研究報告書を送付すること

ンキ宣言」ならびに「看護師の倫理規定」の趣旨に沿った倫理的配慮を図ることを目的として設置されており、選出された学内教員6名と学外の有識者1名で構成された委員会である。

承認時期は、第1段階の調査に関しては平成12年度11月、第2段階以降の調査に関しては平成13年12月である。

第1段階の調査で主に配慮した点は表6に挙げているとおりで、これらに関して、調査協力者に口頭および文書（資料1）にて説明し、同意を得た。文書による同意は同意書（資料2）を使用し、調査協力者用の同意書は、研究終了まで保管するよう協力者に依頼した。第2段階以降の調査に関してもこれに準じている（資料3・資料4）。

第3節 第1段階の調査手順

第1項 調査課題の設定

序章でも述べたように、本研究に着手するに至った背景には、医療に経済原理や競争原理が導入され始めたことや、医療組織の不祥事が明るみになってきたことがある。そのような社会の動きが、医療における倫理課題を経営倫理の視点から見直すことを求めるようになったのである。ただし、第1章で述べたように、管理者に生じている実際の倫理課題は、資源配分、人事、プライバシー保護など多岐に渡っており、必ずしも、医療の質・看護の質とコスト削減をどう両立させるかという課題や、不祥事にどう対応するかという問題ばかりではない。これまで、国内では看護部長の倫理課題を扱った研究がなされていないため、最初に、日本の看護部長にはどのような倫理課題があるのかを明らかにする必要があった（調査課題1）。そして、どのような倫理課題が存在しているのかを調査者も調査協力者も確認した上で、意思決定プロセスのありようを探索することにした。

次に掲げた調査課題は、倫理課題をもたらしている道徳的要求が何なのかを明らかにすることである（調査課題2）。倫理課題が多岐に渡ることは予想されているが、それらが生じている理由を明らかにする手がかりとして、看護部長のいる文化や社会が看護部長に何を求めているかを整理していく必要があると考えた。

3つ目の調査課題は、看護部長の意思決定権に着目したものである。組織構造上、また看護職の仕事の性質上、看護職は医師職よりも下位の立場を余儀なくされている。だからといって、倫理的判断にまで上下関係が成立するもので

はない。ただ、医療現場では人の生死や生活を扱うのが日常であるために、通常の意味決定と倫理的意思決定とを完全に区別することは困難である。そのため、倫理課題にどう対応するかは、その状況における看護部長の意味決定権の有無が大きく左右するのではないかと考えた(調査課題3)。

これらの3つの調査課題を解明するためにデータ収集をし始めてまもなく、同じような内容の倫理課題でも、看護部長によって意思決定が異なっていることに注目するようになった。考えられる理由の1つに、意思決定を行う時の状況が影響しているのではないかと仮定し、もしもその状況が実際とは異なる状況であれば、意思決定は変わっていたのかどうかを確認することにした(調査課題4)。

第2項 半構造的質問項目の作成

経営倫理学の分野で、倫理的ジレンマの実態を聞き出すために用いられた設問(Maclagan and Snell, 1992; Snell, 1996)を参考に、半構造的質問項目を作成した。予備面接を1名に行い、質問項目の適切性を確認した。また、倫理課題に対する設問であることを考慮し、質問による対象者への精神的負担の有無を確認した。

その結果、質問が唐突すぎると感じられた項目を削除し、合計9つを質問項目(表7)とした。面接による精神的な負担は生じていないことが、調査者の質問に答える協力者から確認された。

表 7 半構造的質問項目

- ① 倫理的課題が生じた時期
- ② 倫理的課題が生じた場所
- ③ どのような倫理課題だったのか
- ④ 倫理的意思決定に影響を与えた要因
- ⑤ 実際に選択した意思決定はどのようなものであったか
- ⑥ なぜその意思決定を選択したのか
- ⑦ その意思決定をふり返ってみて、道徳的に善、あるいは正であると信じられるか。なぜ、そう思うのか。なぜ、そう思わないのか。
- ⑧ 今度、同じような状況が起きたら、どのような意思決定を行うか
- ⑨ 倫理的なジレンマを伴うような意思決定を助けるためには、どのようなサポートがあればよいと考えるか

第3項 調査協力者の選択

調査協力者は看護部長であるが、現職であるどうかを問わず、その職位の経験者とした。「看護部長」は、保健医療施設において看護職を統括する部門の長と定義した。

調査協力者への初期のアプローチは研究者自身の人脈を使って行った。まず、調査の趣旨を口頭、もしくは電話で説明し、興味を持っていた方に調査依頼文と研究計画書を送付した。最初の説明で了承を得られた方もいたが、基本的には、研究計画書を送付後、約1週間してから電話で再度連絡を取り、研究参加への意思を確認した。そして、自らの意思で協力の意向を示された方を調査協力者とした。その後、調査協力者はスノーボール方式で増やしていった。

第4項 データ収集方法

調査協力が得られた方には、面接日までに「これまで、看護部長として行った意思決定の中で最も困難を感じた倫理的課題」に関する事例を想起しておい

てもらうように依頼した²⁴。何を倫理課題とするかは協力者の判断としたが、看護部長として行った意思決定に限るということは強調した。

データ収集は1対1の個人面接にて行った。対象者の意識の深いレベルにまで入り込みながらデータ収集を行うために、調査協力者が安心して語ることのできる環境が必要だと考え、データ収集場所は、調査協力者自身に指定していただいた。

データ収集にあたっては、調査協力者に事例を自由に語ってもらうことを基本としながら、作成した質問項目（表7）を網羅するように、話の流れに応じて研究者が確認や質問を行った。また、調査課題4にも平行して取りかかった期間は、調査協力者が語りの中で意思決定に影響した要因や状況に言及した際、「その状況が異なっていたと仮定したら、どのように意思決定をしたか」という質問をはさんだ。

面接内容は許可を得てテープに録音し、内容はすべて研究者自らが定性的データに変換した。その際、個人名、施設名、日時、数値などは符号や架空の数字等で記載し、具体性を持たせないように配慮した。変換したデータは調査協力者に送付し、内容の確認と追加情報の付記を依頼した。大幅な修正や追加があった記述に関しては、調査協力者に記述の確認を再度依頼した。そして、最終的に承諾が得られた記述を本研究の母体となるデータベースとした。なお、事例内容から調査協力者個人や所属組織が推定されることを避けるために、また協力者に安心して事例を語っていただくために、個人の属性、所属組織の属性に関する情報は、一切収集しなかった。

²⁴ 当初、調査をデザインした際には、倫理課題よりもむしろ、意思決定により困難をきたす倫理的ジレンマの事例を収集した方が倫理的意思決定プロセスの全容を得やすいと考えた。そこで、倫理的ジレンマの定義を「複数の優先順位をつけられない道徳的要求があるが、それらのすべてを達成することができない状況」とし、研究依頼文にその定義と典型例を挙げ「最も意思決定の困難だった倫理的ジレンマの事例」を語ってもらうように調査の依頼を行った（平成12年11月から平成13年12月）。しかし、得られた事例は倫理課題ではあっても必ずしもジレンマの定義に当てはまるものばかりでなかった。ただし、得られた倫理課題は倫理的意思決定の分析に貴重なものばかりであったため、平成13年12月以降は、倫理的ジレンマに限定しないこともした。そして、「最も意思決定の困難だった倫理的な課題」を語ってもらうことに変更した。なお、平成13年12月までに得られた事例も、再び得ることが困難な貴重なデータであるため、すべて倫理課題として分析の対象にしている。

第5項 データ分析方法

調査課題1に対しては、倫理課題の内容が類似するものと分類してその傾向を把握した。

調査課題2に対しては、倫理の定義（p.13）に基づき、倫理課題を生じさせている道徳的要求が何であるかをデータの文脈ごとに読み取り、それらの共通性を探索してカテゴリー化した。データ収集は、新たなカテゴリーが出てこなくなるまで続け、理論的飽和の状態をめざした。

調査課題3に対しては、まず、それぞれの倫理課題における看護部長の意思決定権の有無を、調査協力者の語りの中から判別した。次に、意思決定権の有無によってどのような対処方法をとるかについて共通性を探索し、カテゴリー化した。

調査課題4に対しては、調査協力者が自らの体験として語った倫理的意思決定のプロセスと、意思決定に影響を与えた要因や状況が異なっていることを想定して語られた倫理的意思決定のプロセスとの相違について、比較検討を行った。

第4節 第2段階の調査手順

第1項 調査課題の設定

第1段階の調査課題4では、同じような倫理課題であっても意思決定が異なるのは、意思決定を行う時の状況が作用しているのではないかと仮定して分析を進めた。詳細は第5章で述べるが、分析結果から、倫理的意思決定に作用しているのは、状況よりもむしろ看護部長の価値観ではないかということが推察された。そこで、第2段階では、看護部長の価値観がどのようなものであるかを明らかにすることを目的に、調査課題5「意思決定を行う際の価値判断の探索」を設定した。

第2項 データ収集方法

調査課題4では、看護部長の倫理的意思決定に影響を与えたと思われる状況を変化させた時に、意思決定も変化するかどうかを倫理課題ごとに検討した。しかし、一つずつの倫理課題にそれぞれ固有の状況が絡まりあっているため、

この方法だと、事例を超えた比較を行うには限界があった。そのため、ある一定の倫理課題を設定し、それについて複数の看護部長がどのように意思決定を行うかを検討することで、看護部長に共通する価値観を見出すことにした。

表 8 看護師の誤薬による患者への副作用の状況

- | |
|--|
| 看護師が投薬ミスを起こした。その結果、
① 患者に何の副作用も起きなかった
② 患者に副作用が起きるかどうかわからない
③ 患者に副作用は起きたが大事に至らなかった
④ 患者に重篤な副作用が生じた
⑤ 患者は死に至った |
|--|

設定した状況は、表 8 のような誤薬の状況である。誤薬の状況を選んだのは、次の 3 つの理由による。まず、第 1 段階の調査結果から看護部長の倫理課題には医療ミスにまつわるものが多いことが明らかになっており、誤薬の事例は現実的であること。2 点目に、医療ミスに関する課題は、今の医療界において最も重要かつ緊急な現実の課題であり、看護部長として深慮された結果が得られると予測できること。3 点目に、道徳的推論レベルに関する先行研究 (Weber, 1996) から、医療ミスの 1 つである誤薬の事例を用いることで、より高い推論レベルの語りが得られると考えられたことである。Weber (1996) の研究結果とは、身体に危害が加わる状況を推論する場合は、心理的な害に関する推論を行うよりも有意に高い推論段階を示し、生死に関わる推論は、失職に関わる推論よりも有意に高い段階を示すというものである。このことより、身体への危害が加わり、生死にも影響する医療ミスの事例が有効であると考えられた。

調査課題 5 への協力依頼は、平成 14 年 6 月から 8 月の間に調査課題 1 に協力いただけることになった看護部長に行った。了解が得られた方のみを対象とした。調査協力者には、表 8 のそれぞれの状況の中でどのように意思決定をするのか、またそれはなぜなのかについて自由に語ってもらった。データ収集は、1 対 1 の個人面接法にて行った。

第3項 データ分析方法

表8の①から⑤のように状況が変わっていった時、看護部長の意思決定が変わるか変わらないかを確認した。また、それぞれの状況において、誤薬の事実を隠すか公開するかを判断する時の基準は何なのか、またそこにはどのような価値観が含まれているのかについて、記述データから読み取った。

第5節 第3段階の調査手順

第1項 調査課題の設定

第2段階の結果から、誤薬を患者や家族に公表するか隠すかは組織の方針やトップのコミットメントの有無が影響していることが明らかになった。誤薬を含む医療ミスに対する方針が整備されている組織においては、看護部長は何の迷いもなくすべてを公表すると述べていた。そのような方針が整備されていない組織の看護部長は、隠すことに対する倫理的な課題を感じていたのである。このような結果から、組織の方針が倫理的意思決定にどのように影響しているかを明らかにするための新たな調査課題として、「組織の方針が個人の意思決定に与える影響の探索」を設定した。

第2項 研究協力者の選択

調査協力の申し出が得られた某看護部長に研究協力者の選択を依頼した。その看護部長が、自らの人脈を使って複数の人に研究の趣旨を説明した結果、13人の同意が得られ、グループが形成された²⁵。メンバーは相互に面識があり、看護管理の実践力向上に対して関心を寄せている人たちであり、きわめて凝集性の高いグループだと言える。

グループ面接を行う約2ヶ月前に、調査協力者たちの自発的な申し出により、研究者は調査協力者に看護管理者の倫理課題に関する研修を行っている。その際に、グループメンバー全員に対して文書（資料4）による趣旨説明を行い、

²⁵ フォーカス・グループは、6人から12人の比較的同質の人々で形成されることが一般的であるが(Vaughn et al., 1996)、本調査は13名で形成されている。人数が多くなることによってデータ収集上のデメリットが生じることが予想されたが、それよりもむしろ、凝集性が高く、調査協力への関心が高い人々のグループダイナミクスを使うメリットの方が大きいと判断した。

同意書による同意を得た。なお、13 名うち 9 名の職位は副看護部長であるが、看護部長不在時の代行役割が副看護部長にもあることから、副看護部長の発言もデータとして採用することとした。そのため、第 4 段階の調査に限っては、副看護部長も「看護部長」と表記している。

第 3 項 グループ面接手順とデータ収集方法

第 3 段階の調査は、「看護部長個人の価値観の形成には、組織の方針が影響を及ぼしているのではないか」という第 2 段階で得られたデータの解釈を確認する位置づけである。

この段階では、これまでの調査よりも組織の倫理風土の特徴が強く出るようなデータが予想された。そのため、調査対象者たちがより自然な形で組織の倫理風土に関して語るができるように 2 つの方法を採り入れた。1 つは、フォーカス・グループ面接法を用いること。もう 1 つは、自分の組織の現状を語るのではなく、他の組織の事例から調査対象者の意見や考えを引き出す方法である。

フォーカス・グループ面接はいくつかの使い方がある。中でも、既に得られているデータの解釈が正しいかどうかを証明する裏付けとして用いたり、他の定性データから得られたデータに新たなデータを付加したりする際にも用いることがある(Morgan, 1997)。これは、第 2 段階の調査結果の確認を行うという本段階の目的と整合する。

また、フォーカス・グループ面接の最大の特徴は、グループ・ダイナミクスの効果が期待されることである。中でも、データ収集の際にメンバー間での相互作用が促進されること、グループの他のメンバーに支援されることでより開放的に反応できること、個人間の相互作用を通して個人の意見を形成したり促進したりできることなどの優位性 (Vaughn et al., 1996; 高山・安梅, 1998; Holloway and Wheeler, 2000) に着目したい。本調査に協力の意向を示した 13 人のメンバーは、前述のとおり非常に凝集性の高い集団であり、相互の信頼が厚い。また、調査者とも面識がある。本来なら、他人に積極的に話せないような内容についても、互いに支持されているという感覚の中で自らの考え方や感情を表出し合える素地が整っていると考えられる。

事例は 2 種類用意した。第 1 段階から第 3 段階の間に得られた医療ミスに対する意思決定の事例の中から、医療ミスを「開示する」事例と、「隠す」事例を

1 例ずつ取り上げて要約した。

グループの前で両事例を配布して読み上げ、「どちらの事例に共感が持てますか？それは何故ですか？」という問いかけからスタートし、その後は、自由に語ってもらった。用いた事例は、次の2事例である。

状況設定事例「医療ミス」1

しんどいと思うのは、医療事故を起こした時に、患者さんにありのまま、そのことを話しかどうかですね。やっぱり考えるのは、患者さんに対して申し訳ないという気持ちと、病院全体の人に対しての申し訳なさがあるので、できたら隠しておきたいという気持ちが働くんですね。

糖尿病のコントロール不良で入院されている患者さんの話です。その患者さんにインシュリンが大量にいてしまい、状態が悪くなって亡くなってしまいました。問題だったのは、その患者さんは病院の近くにお住まいで、当院に絶対的な信頼を寄せて長く通院されていたということでした。病院の近くをお散歩されているのに出会えば、病院の職員が挨拶を交わすような人でしたから、その家族に「間違いました」なんていうこと、とても言い出せるような状況ではなくて、結局は黙ってしまった。あまりにもよく存じ上げていた方だただけに、院長や副院長と、言った方がいいか、言わない方がいいかとうことで、随分とやりとりがありました。看護計画も非常におそまつなものでしたし、看護部としても、「きっちりやっていました」ということを言えないものがありました。

家族にしてみれば、そんなに悪い状態に見えなかったのに、急変して意識が無くなったということで、非常につらく感じておられたと思います。入院することは家族が勧めたことだったので、亡くなってしまったことを受け入れたくないという気持ちがあったのかもしれませんが。なんだか、最初にぱっと言えなかったものだから、余計に言えなくなってしまっ

て。病院長も言わないでおこうということでした。それはやっぱり、職員もよく知っている人だということで、なんだか、体面みたいなのを考えたのだと思います。だから、私も「言った方がいいかしら…」と言いながらも、「絶対、言ってください」とは言えなかったです。院長先生が、「言わない方がいいんじゃないかなあ」って言われれば、私も「そうですねえ…」という感じでした。そして、院長が、「こんなふうの説明しましょう」と言われれば、「そんなあ」みたいなものがありましたね。積極的に絶対に「言います。こんなことは黙っていたら卑怯です」というようなことではなかったですねえ。

やっぱり、看護職の間違いによってこのようなことが起きるっていうことを隠しておきたいっ

ていうのが多分にあったと思います。あまりにも単純なミスでしたので、余計にね。もっと複雑な手技なら気持ちも違っていたかもしれません。体面というのは看護師のミスだということがわかれば、病院の中での看護師の立場も悪くなってしまうようなことですね。

もしも言ってしまったとしたら、やっぱりスタッフに対して、「どういうふうに接しよう…」というのがありますね。患者さんや家族に対しては、「本当に申し訳なかった」と言ってしまったら、それはそれで、後はどうもお詫びのしようがないから、意外とまっすぐ向えたと思います。だけれども、スタッフに対しては、どういうふうにしたらいいのかっていう、そのジレンマというのを強くおこしたんじゃないかなと思います。当事者のスタッフにも周囲のスタッフにもね。

起こした本人にどのような対応がされるのかというのは、周囲はよくみているんですね。「ああ、こういうことをしたら、このような対応をしてもらえるのか」ってね。そのスタッフだけの対応だけじゃなくて、常に全部の看護師がみているってことがありますのでね。だから、絶対的に、日頃から「こういうことがあったら、こうなる。だからみんなも覚悟しときなさい」ということを公言していれば、「言う」ということになったと思うのですが、それだけの風土を私自身も作っていなかった。そういう中で、言うということは、たぶん刑事責任が問われるでしょうし、ひょっとしたら民事も起きるかもしれない。結果として言わなかったというのは、そこが怖かったのだと思いますね。

状況変化事例「医療ミス」2

医療事故に関しましては、患者や家族にすぐにお話していますし、慰謝料云々についても、きちんと弁護士がついてやっています。基本的には、その方にはお話するというのを原則にしてやってきていますので、隠していて表に出したということはないんですよね。全然ないですね。

また、ヒヤリハット²⁶に関しましては、私が部長になりましたからは、委員会を通じてデータを全部出しています。今でもすごい数のデータが出るんですよ。コ・メディカル²⁷も事務も診療部も看護部も事故報告書は出すようになっています。看護部からはどんな小さなことも出る。そういう啓蒙活動が結果的に病院全体を動かしてきて、うまく全体の委員会として機能しているんですね。いろんな取り組みをして、院内の人たちには公表していますね。そういう

²⁶ 現在、多くの病院で導入されている医療事故防止策の1つ。ヒヤリハットメモと呼ばれるもの。ミスには至らなくても、現場でヒヤリとしたりハッとしたりする場面に出くわしたら、一人一人の職員がそれをメモして提出する。その記録を残して分析し、事故の原因やリスク因子を明らかにし、職員で共有するのに用いる。

²⁷ 一般的に、理学療法部や薬剤部など、診療部や看護部以外の医療専門職からなる部門をさす。

姿勢がありますので、隠すというよりは、起きたことに関してはすぐに対応するという姿勢、風土ですね。

これは、トップである理事長がまさにそういう考えですので、こういうことがあってジレンマに陥ったとかいうのは、全然ありません。事故報告書を出しても罰則はしないという規程がありますので、そういう風土はいいかなと思うんですね。

たとえば、患者さんに禁食にしていたご飯が配膳されちゃったという場合には、栄養部がこれをやったということを看護部がちゃんと書くようにしているんですね。ですから、ひとつの事柄がおきたら、他のセクションからもその報告が上がるということにはなっています。

インシュリンの量を間違えたけれども患者様には大きな影響はなかったというような事例もたくさんありますよ、うちも。中には患者さんにちゃんと言って、こういう処置をしますっていつて対応しましたの也有りますし、経過観察をしたっていうの也有りますね。それは不備です。もちろん、重要さが増せば増すほど、私はやっぱり事実を言わなきゃいけないと思うんですよ。重症度が高ければ、影響力が大きいわけですから、それを緩和するための作業に入らなきゃいけないわけですよ。軽症ですんだのであれば、その後の処置をみて、このくらいだったらということでおいておく。1つ1つの事実を言うのはどうかな？と思うんですけどね。

それは、敢えて影響が大きくないことまで言って、療養されている患者様に何も恐怖感を与えなくてもいいんじゃないかっていう……ことがひとつですね。それが、一番大きなことですよ。それと、多分、経験的にこれ位だったら大丈夫よねっていう……。経験的な、なんていうんでしょう、慣れですかねえ。たぶん、慣れがあると思います。ああ、このくらいなら大丈夫、大丈夫って。たぶん、その慣れの大丈夫、大丈夫っていうところは、わざわざこんなことを言って、不安がらせなくてもいいっていうのと裏腹ですよ、きっとこれって。たぶん、そうだと思いますけど。

第6節 小活

本章では、本研究における調査デザインの説明を行った。

第1節では調査の全体像を示し、本研究が3段階からなり6つの調査課題を有していることを示した。また、6つの調査課題は最初から設定されていたものばかりではなく、初期の段階で定めた課題を明らかにする中で、より解明したい調査課題が生まれていったことを説明した。

第2節では調査協力者への倫理的配慮について詳述した。

第3節から第5節においては、それぞれの段階における調査課題が設定された背景、調査協力者の選択方法、データ収集方法、データ分析方法について説明を行った。

第3章 看護部長の倫理課題と道德的要求

第1節 看護部長の倫理課題

第1項 調査協力者と事例数

合計 25 名の看護部長の協力が得られた。この中には、副看護部長が一人含まれているが、看護部長が長期不在であり、実質的に看護部長の職務を果たしているため看護部長扱いとした。また、25 名の中には予備面接における 1 名も加わっている。その理由は、次の 2 点による。まず、本研究が個人や組織の倫理観に触れるという性質を持つために多数の協力者を求めるのが困難であり、予備面接で得られた事例も非常に貴重であること。そして、予備面接の結果から質問項目に大幅な修正の必要性が認められなかったことである。なお、予備面接での協力者にも、本面接と同様の倫理的配慮を行なっている。

1 人が複数の事例を語ったこともあり、合計 41 の事例が得られた。また、1 つの事例には複数の倫理課題が含まれていることもあったため、合計 48 の倫理課題が明らかになった。

第2項 内容による分類

48 の倫理課題を内容別に分類した（表 9）。内容が広範囲に渡っているため分類の次元がさまざまであるが、無理に次元を揃えることはせず、倫理課題の内容を代表するようなネーミングを採用することにした。また、分類に迷いが生じた時には、内容をより反映していると思われる方を優先させている。その結果、内訳は、多い順に医療ミスに関するものが 8、人事に関するものが 6、医師の態度に関するものが 5、資源配分に関するものが 5、看護の専門性に関するものが 5、目上や年上への遠慮に関するものが 3 で、その他に規則、患者の態度、ケアの不平等さ、セクハラ、法律違反、情報漏洩などがあった。最終的に、1 つの倫理課題しか分類されないカテゴリーもあったが、今後、事例を重ねることで、分類数も増えると考えられる。

なお、このような分類はあくまでも内容別の傾向を示すために用いる便宜上のものである。

表 9 48 の倫理課題

ID	倫理課題タイトル	内容分類
A-1	誤薬の事実を患者に告げるべきか（副作用不明）	医療ミス
A-2	告げられなかった医療ミス（患者死亡）	医療ミス
A-3	医療ミスをどこまで公表すべきか	医療ミス
A-4	患者を信じるか、職員を信じるか	医療ミス
A-5	誤薬の事実を患者に告げるべきか（患者に危害無し）	医療ミス
A-6	看護師のミスが隠された	医療ミス
A-7	ミスは組織で対応する	医療ミス
A-8	ガーゼの残存事故が隠蔽されようとした	医療ミス
B-1	管理能力のない看護長に辞めていただく	人事
B-2	昇格基準は能力か年功か	人事
B-3	精神疾患のある看護師への処遇をどうするか	人事
B-4	優秀な看護長を育てきれなかった	人事
B-5	看護のできない看護師の雇用	人事
B-6	看護の専門性が無視され、病院人事が役所の言いなり	人事
C-1	急患を診ない医師	医師の態度
C-2	医師に罵倒され優秀な助産師が定着しない	医師の態度
C-3	当直の認識がない医師の責任は誰がとるのか	医師の態度
C-4	処方箋を自分で書かない医師	医師の態度
C-5	一人の医師の意見にふりまわされる	医師の態度
D-1	全ての患者を受入れると看護師の労働環境が守れない	資源配分
D-2	良質のケアを行っている病棟ほど負担が多い	資源配分
D-3	看護師を増やすとコストも上がる	資源配分
D-4	行政による人員削減策を飲み込むわけにはいかない	資源配分
D-5	病床回転率を上げるための努力があだになった	資源配分
E-1	医師と看護師の方針が異なる時、折れざるをえない	看護の専門性
E-2	優秀な看護師ほど医師との見解の相違が出る	看護の専門性
E-3	医師の指示のもとでは、責任ある看護ができない	看護の専門性
E-4	看護師の力量を認めない医師	看護の専門性
E-5	母親の患児への付き添いをどう制限するか	看護の専門性
F-1	副院長に進言する	目上への遠慮
F-2	先輩副看護部長に遠慮してしまう	目上への遠慮
F-3	何事もなく引退したいと願う事務長	目上への遠慮
G-1	他人に迷惑をかける患者を入院させるべきか	患者の態度
G-2	患者の暴力にどう対応するか	患者の態度
H-1	命の重さを測れるのか	命の重み付け
H-2	感染症の患者の手術を妊婦にさせない医師	命の重み付け
I-1	研修をさせない組合	労使問題
I-2	組合との合議を破り、職員の前で謝罪させられた	労使問題

表9 つづき

ID	倫理課題タイトル	内容分類
J-1	同じ料金で異なる入院環境	ケアの不平等
K-1	患者の死へのおろそかな対応	命の尊厳
L-1	院長にセクハラ問題をうやむやにされる	セクハラ
M-1	守秘義務をおかして患者情報を警察に漏らす	情報漏洩
N-1	男女関係のモラルにどう関わるか	男女問題
O-1	患者と対等になりきれない医療者	医療者の権威
P-1	冷房時間延長の交渉	規則遵守
Q-1	診療報酬の水増し請求を強要される	法律違反
R-1	身体拘束をなくすには看護師の増員が必要	身体拘束
S-1	臨床家が経営を担う	臨床と経営の両立

第3項 倫理課題の紹介

48の倫理課題の概要は、表10のとおりである。調査協力者は回顧的に事例を語っているが、過去を振り返りながら、同時にデータ収集時における現在の心境も表現されている。両者を区別するため、表中では、事例の内容と当時の感情については過去形で、データ収集時の心境や現在にもあてはまる一般的事象などについては現在形で表現している。なお、より詳しい事例の紹介は巻末の資料編に掲載している。

表 10 看護部長の倫理課題と道徳的要求

ID	倫 理 課 題	道徳的要求
A-1	看護師が、定期的に入退院を繰り返している外国人の患者に対して、筋肉注射でしか使用が認められていない薬液を、点滴で血管内に入れてしまった。副作用をきたす可能性はあるものの、その薬が新薬であるため、出現率は定かではなかった。ミス直後の患者の容態に変化はなかったが、院長と事務長は、誤薬の事実が外国人コミュニティに広まったら訴訟が起きるかもしれないと恐れた。二人は、その事実を隠そうとしたが、当の看護師、主治医、看護部長は、事実を患者・家族に告げたいと考えた。	組織の利益を上げる 患者の権利を守る
A-2	病院の近くに住む糖尿病の患者で、その病院に絶対的な信頼を寄せて長く通院していた人が、血糖値のコントロールが悪くなったために入院してきた。ところが、入院してすぐに、看護師が血糖値を下げる働きのあるインシュリンを誤って大量投与してしまったため、患者の意識はなくなり、翌日には亡くなってしまった。院長、副院長、看護部長との間で、事実を患者の家族に言った方がいいのか、言わない方がいいのか検討された。最終的に事実は隠された。患者や家族の知る権利を考えると、患者の死亡原因が医療ミスによるという真実は、知らせるべきであった。しかし、訴訟問題に発展することを考えると告げられなかった。また、それが看護師によるあまりにも単純なミスであったため、職員にそのことが広まると、病院内の看護部の立場が悪くなるのではないかとということも考えてしまった。今でも、その時の対応が本当によかったのかどうかかわからないでいる。	患者の権利を守る 組織の利益を上げる 看護部門を代表する
A-3	他の病院の医療事故が盛んに報道されていることを受けて、医療事故や医療ミスに対する病院としての公表基準を作ることになった。院長や看護部長は、細かいことまで公表する必要はないと考えていた。しかし、事務長はニアミスを含むすべてを公表すべきだと考えた。看護部では、ヒヤリハット・メモの件数が月に数百もあり、ニアミスまで公表すると、患者が不安を感じることを懸念した。また、この病院はかつて医療事故を起こして報道されたことがあったため、患者からの評判がさらに悪くなることも心配であった。しかし、事務部門は自治体の情報公開の方針を盾に公開するよう強く求めた。	政治的な要求を受け入れる 看護部を代表する 組織の利益を上げる
A-4	ある妊婦が、陣痛が始まったと電話してきた。電話に出た新人看護師は、陣痛間隔が 10 分になったらもう一度電話をするように指示した。数時間後に再度電話があり、10 分間隔になったということだったのですぐに来院してもらったが、結局、死産であった。結婚 10 年目にやっとできた子どもだっただけに、両親の失望は大きかった。両親は、最初の電話で胎児に異常があることを知らせる兆候を伝えていたのに、その看護師が適切な対応をとらなかったと主張した。しかし、看護師は、そのような兆候のことは一切聞いていないと反論した。言った、言わなかった、の水掛け論になり訴訟問題にまで発展した。看護部長としては、病院側の人間として「聞いていない」という看護師の言い分を 100%信じて対応すべきだと思う	看護部を代表する 患者の権利を守る 組織の利益を上げる

	た。しかし、両親の必死の叫びを聞きながら、心の中では、本当に聞いていなかったのだろうか、という疑問が消えることはなかった。	
A-5	新人看護師が、糖尿病患者に打つべきインシュリンの種類を間違えたが、患者には異常は起きなかったという報告が看護部長のもとに上がってきた。その事実を患者にも家族にも知らせていないという報告を聞いた時、看護部長としてどのように指導すればよいのか迷った。患者の知る権利を考えると、本当のことを素直に伝えて謝るように指導するのが看護部長としてとるべき態度だった。その一方で、副作用が起こっていないのに、わざわざミス伝えることで患者を刺激することはないという考えもよぎった。	患者の権利を守る 組織の利益を上げる 看護部門を代表する
A-6	手術中に、看護師が薬液の取り扱いミスをしたため、患者が一時危険な状態に陥った。手術は無事に成功した。医師は、患者に対してそのようなミスがあったことは告げず、局所麻酔の過敏症だと思われる状態が手術中に生じたので処置を施したと説明した。その報告を聞いた看護部長は、その患者が自分は薬物過敏症だという心配を一生背負って生きていくかもしれないことをつらく感じた。また、その看護師自身に、自分がミスをしたという自覚がなく、責任をとろうとしないことにも苛立ちを感じた。	患者の権利を守る 組織の利益を上げる 看護の質を保証する
A-7	ある入院患者が、主治医の判断で他の病院で手術を受けることになった。ところが、他院に通院している間に患者が風邪をひき、結局、肺炎になって亡くなってしまった。亡くなった患者の息子は医師であった。彼は、看護記録などから、通院に際して看護師が十分に体調を観察していたかどうかを怪しんだ。そして、その看護師に会うことを求めてきた。看護部長は、患者の最期の様子を知っている看護師の話を聞きたいという家族の気持ちもわかるが、その看護師なりに一生懸命やったのだから、看護師個人には対応させたくないと思った。組織として対応すべきだと思った。実際、その息子が言うように、看護師の対応が十分なものであったかどうかの自信もなかった。	患者の権利を守る 組織の利益を上げる 看護部門を代表する
A-8	手術後、患者が発熱し、苦しがつた。数日間、医者や看護師は「痛がりの患者」だという捉え方しかしなかった。ただ、病棟の看護長だけは、術後の患者の普段の痛み方と違っていると感じていたので、何度も先生に「おかしい」と言っていた。あまりにも熱が下がらないため、医師が胸のレントゲン写真を撮るように指示を出した。その時、看護長は医師には無断で腹部写真も撮るようにレントゲン技師に依頼した。その結果、手術中に使用したガーゼが腹部に残っていることが判明。再手術をして取り出した。上位の医師は事実の発覚を恐れ、スタッフに対する脅しをかけた。看護部長は、隠し通すことに良心の呵責を感じたあるスタッフからこの事実を聞き知ったが、誰もが知らぬ顔をしており、隠蔽されていた。また、患者には医療ミスの事実の説明がなされないで、入院が長引いたことや再手術にかかった医療費は、すべて患者負担になった。	患者の権利を守る 組織の利益を上げる 医師と協調する 患者の生命を守る
B-1	ある看護長には、明らかに管理者としての能力がなかった。彼女が管理する病棟はまともらず、医師からのクレームも絶えなかった。看護部長がその看護長と面接をしてみると、ずっと一緒に暮らしていた母親を亡くしたことがショックでうつ状態になっていることがわかった。また、夫は家	社会的に人を助ける 組織の利益を上げる 看護の質を保証する

	によりつかず、帰ってきては彼女に暴力をふるっていた。子供を養うために、その看護長が生計を担っている状況であった。看護部長は、その看護長の部署を変えてみたが、異動先の病棟では、これまで以上に管理能力のなさが露呈した。看護部長としては、その看護長に辞めてもらいたかった。しかし、彼女の生活状況を考えるとすぐには言い出せなかった。	
B-2	副看護部長を選ぶ時に2つの選択肢があった。一つは、自分にはない管理能力をもつ若手を大抜擢すること。もう一つは、自分より年上で、皆が認め、院長も推薦する人に順当になってもらうことであった。看護部長としては、これからの人選は実力主義でないといけないという思いを強くもっていた。自分自身も、看護部長になった時は、複数の候補者の中から最も若くして選ばれたという経験を持っていたため、若手登用への躊躇はなかった。それでも、周囲が予期している年配の人を選ぶべきかどうかの葛藤があった。	日本的文化規範に従う 看護部門を代表する
B-3	看護部内には、精神疾患を抱えた看護師が何人かいた。そのような看護師は、長期休暇をとって復職しても、病棟内のどこかに閉じこもったり、実際にはできないにもかかわらず、業務をやらせてもらえないと訴えたりするので、職場に適応できず、病棟運営に支障をきたしていた。看護部長は、辞めてほしいと思った。しかし、公務員であるため、正式な診断書が提出されるとそれを認めて休暇の措置を講じるしかなかった。そのうえ、診断書に記載されている期限が切れて、たとえ1日でも出勤すると、また病気休暇をゼロから取得することができるため、ボーナスも支給された。彼女たちの中には、そのようなことを何年も繰り返し、公務員として受けられるものは全部受けるというスタンスの看護師がいた。ただ、その人たちにも生活がかかっていることも考えなければいけなかった。	労働者の権利を守る 看護の質を保証する
B-4	非常に優秀であったため、次期看護部長にと思って育てていた看護長が、医師やスタッフから煙たがられるようになった。周囲が反発し、誰もその人についていけなくなった。そのうち、その看護長の発言も攻撃的になっていった。ある時、院内のプロジェクトにその看護長が入るかどうかで医師たちともめ、結局、入れないことになった。さらに、関連病院に異動してもらうことになった。看護部長には、自分が無理して育ててきた人を守れなかったという思いが残った。また、これまで看護部の人事には一度も口をはさんだことのない医師が、その看護長の人事にだけは関与してきたということに対しても、やるせなさが残った。	医師と協調する 看護部門を代表する
B-5	ある看護師は、見習い期間中から看護の能力が著しく劣っていた。担当の看護長は、彼女の専門職としての自覚があまりにも足りないことを指摘し、見習い期間が終了後したら本採用を拒否するように当時の看護部長に提案した。しかし、本採用しないというのは前例にないので、採用するようにと事務長に迫られ、当時の看護部長は、病棟看護長の報告書を自らを書き換えてまで採用したという経緯があった。今の看護部長になってからも、その看護師はどこに配属させても看護ができずにいた。結局、患者に直接接することのない中央材料室で勤務することになったが、そこでも仕事をするのに人の2倍の時間がかかった。看護部長は、看護の仕事は向いていないということを言うが、本人からはぜったいに辞めたいと言っ	労働者の権利を守る 組織の利益を上げる 社会的に人を助ける 看護の質を保証する

	てこなかった。 他方、非常に優秀な看護師であったが、事故の影響で身体に障害が残り、それまでのような活躍ができなくなった人がいた。能力的に看護師としてやっていくには難しいという点では先の看護師と同様であったが、それまでの病院への貢献が非常に大きかったこともあり、先の看護師と状況は異なっていた。それでも、看護部長としては、先の看護師には「辞める」ことを勧めたのに、後者の看護師には勧められなかったことに対して、自分の中に一貫性がないと感じていた。	
B-6	看護部の人事は看護部が中心になって行わうのが一般的であるにもかかわらず、赴任先の公立病院では、設置主体が中心になってすべての病院職員の人事が決められていた。どの程度の能力の看護師をどのような患者のいる病棟に配属するかということは、ケアの質に関わる重大なことである。しかしながら、設置主体の考え方は、看護の能力ではなく、組合の要求どおりの人事を行うというものであった。そこには看護部長の考えを入れる余地はまったくなかった。しかも、看護職を馬鹿にしたような態度が事務職から見て取れた。	労働者の権利を守る 看護部門を代表する 看護の質を保証する 専門職としての誇りを守る 組織のルールに従う
C-1	当直の医師が、もっともな理由をつけて急患を断るということが続いていた。看護部長は、その事実を確認するごとに院長に実態改善を直訴したが、院長は「ケースバイケースだ」と言うだけで、取り合おうとしなかった。また、当直の夜勤看護長は、その日に空いている病床数を、夕刻、行政に報告することになっているのだが、楽をしたがる（急患を診たがらない）医師のために、少ししか空いていないように報告するのが慣習になっていた。そのことを知った看護部長は、自分は看護職の意識改革や風土改革には取り組めても、病院組織の文化や医師の文化を変えることは困難であると感じた。しかし、黙って見過ごして、このまま何も変えることができれば、非人道的なことが続いていくと思った。	患者の権利を守る 医師と協調する
C-2	助産師が病院に定着しなかった。辞めていく助産師に理由をきくと、助産師として産科の医師から尊重されていないことが原因だということだった。医師から呼び捨てにされ、怒鳴られ、手足のように使われるのが嫌だということであった。助産師が嫌がっているその産科医は、仕事熱心で病院一番の稼ぎ頭であった。そのため、みんなが一目置いていた。医師は、通常、大学病院の医局から派遣されて赴任してくる。人事権は大学病院側が持っているために、医師を非難すると、次から医局が医師を病院に派遣してくれなくなるというリスクがあった。それでも看護部長は、医局とその医師に対し、助産師の存在や気持ちを大切に働いてほしいということ、自分の首をかける覚悟で話すことにした。	医師と協調する 専門職としての誇りを守る 看護部門を代表する
C-3	夜間帯に緊急受診依頼の電話がかかってくると、すべて夜勤当直看護長に回ってくるという仕組みがあった。その依頼を受けるかどうかの判断は医師が行い、「診ない」と言うこともしばしばあった。医師が診ないと判断しても、それを患者に伝えるのは夜勤当直看護長であり、患者の中には「看護師に断られた」という人もいた。医師の夜間当直に対する意識の低さを問題だと感じた看護部長は、緊急受診依頼の電話は医師がとるように仕組みを変えようとするが、医師からの強い反対にあった。	看護専門職としての誇りを守る 患者の生命を守る 医師と協調する

C-4	本来は、自分が記入しなくてはならない処方箋を、看護師に転記させている医師がいた。看護長は何度も注意したが、非常に高圧的ですごみのあるその医師は、注意を聞き入れる様子がまったくなかった。ある時、その医師とは別の医師が、同じように転記させていることを指摘され、そのことが管理会議で話題になった。看護部長は、他にも同じようなことをしている医師がいることを伝えるべきかどうか迷った。当事者である医師がいる席でそのような発言をすることは、医師を傷つけることになると考えた。結局、その医師の名前は出さずに、同様の例があることを会議で発言したところ、何年も自分で書かかった処方箋を、その医師自ら書くようになった。	医師と協調する 日本の文化規範に従う 看護専門職としての誇りを守る
C-5	母親や胎児に異常がある患者が多いため、分娩の70%が帝王切開という状況があった。帝王切開時には、産科の看護師が外回りをし、手術室の看護師が機械出しをする²⁸というように分担してケアにあたっていた。しかし、産科を開設して間もないこともあり、産科の看護師の中には帝王切開の看護を十分に積んだ人材が不足していた。麻酔科の医師は、そのことで仕事がやりにくいと激怒し、看護師に対して中傷に近い怒りを露わにした。麻酔科の医師の言い分は、帝王切開時には機械出しも外回りもどちらも手術室の看護師が担当してほしいということだった。しかし、看護部長は、そんな人的余裕はないし、看護部の人事方針を変えさせることはできないと考えた。そこで、その麻酔医も承知するであろう折衷案を無理に作って提示することにした。看護部長は、そのための会議のお膳立てをし、根回しを行わなければならないのだが、内心では、折衷案を使っても麻酔科の医師の思うようにはいかないことはわかっていた。今までの看護部の人員配置の方法を“変える”という事実を見せることで、その麻酔医を納得させるだけのことであった。医師の気持ちを静めるために、ここまで労力を使わなくてはならないことに、看護部長としてやるせなさも感じていた。	医師と協調する 看護部門を代表する
D-1	「地域のすべての人たちに医療を提供すること」が病院の理念であった。公立病院であるため、民間病院では手におえなくなった患者が運び込まれ、緊急入院や緊急手術が後を絶えなかった。また、緊急でない症例であっても医師は患者の受け入れを拒まないために、救急部門や集中治療室は患者でいつもいっぱい、1ヶ月に8回と決められている看護師の夜勤回数を守ることができずにいた。それに加えて、医師は新しい治療を導入したり、高度医療を試みたりするのに意欲的であるため、それらが導入されるごとに看護職の仕事量は倍増していた。かつては、そのような医師の要望や提案を受け入れると同時に、行政に対して看護師の人員補充を要求することで、仕事量の増加を乗り切ってきた。しかし、年々人員補充を望むことはできなくなっていた。看護部長としては、公立病院の使命を考えると、たとえ労働力が足りなくても救急患者は全て受け入れなければならないと思った。しかし、実際にすべてを受け入れると看護職の労働環境	住民の要望に答える 労働者の権利を守る 医師と協調する

²⁸ 手術看護には、大きく分けて機械出しと外回りとがある。機械出しとは、執刀している医師のそばで手術器材を手渡すことが主な業務である。外回りとは、手術の進行に合わせて手術の環境を整えたり、出血量等をチェックしてデータを随時執刀医に伝えたりするのが主な業務である。

	は守れないことがわかっていった。医師が重症患者を診たいとするその価値観は理解できた。しかし、看護職の労働環境も守らなければならなかった。	
D-2	東病棟の看護師たちが業務改善を行い、その結果、患者の在院日数を短縮し、早期退院を可能にすることができた。優秀な看護師たちが努力をしたからこそ、そのようなことが可能になり、患者数を減らすことができたのだ。しかし、看護部長としては、患者数が減ったのならこれまでと同数の看護師は不要だと判断せざるをえず、東病棟の看護師を患者数の多い西病棟に異動させなければならなかった。そうすると、東病棟では、また業務量が増え、もはや同じように質の高いケアは提供できなくなった。看護部長の役割のひとつに、看護職の人的資源の配分を見直すことがあるのだが、いったい、何が公平な資源配分だといえるのかわからなくなった。	看護の質を保証する 労働者の権利を守る
D-3	看護部長は、なんとか看護師の数を増やして、看護の質を向上させようと考えていた。しかし、看護師数を増やすと人件費がかさむことも考慮しなければならなかった。看護部長になるまでは、看護部門にとって利益になることだけしか考えてこなかったが、看護部長になったとたん、病院全体のことを考え、経済性も考慮にいれないといけないことをつらく感じた。	組織の利益を上げる 看護の質を保証する
D-4	病院は数十億の赤字を抱えていた。新病院を建てる際、看護部長は救急部門の看護職の数を大幅に削減するように言われた。実際、この公立病院は、全国水準からみると入院患者数に対する看護職員の数が多かった。しかし、それは他の病院の看護職員数が少なすぎるだけだと看護部長は感じていた。赤字の減少を食い止めるために行政事務職が人員削減を望むのはもっともだが、看護部長としては、公的病院は地域内の他の病院にはできない医療を全部担っているのだから、不採算医療も仕方がないと思っていた。 それでも、職員削減を求められた看護部長は、救急部門の看護長に、「与えられた人員の中で、できる業務をやってほしい」と言った。ケア量は少なくなるだろうが、患者の命が救われるのであれば、それも仕方がないということを容認する発言であった。すると、「これまでは、どうしたら看護の質が上がるかを考えて努力してきたのに、看護部長からそんな言葉を聞くとは思わなかった」とその看護長に責められた。その後、看護部長は、現場の職員数は決して十分ではないという現状を知ってもらうために、行政事務職員を臨床現場に連れて行った。しかし、十分な理解を得られなかったため、組合に裏で働きかけ、現場の忙しさや大変さがわかるように陳情させた。	看護の質を保証する 労働者の権利を守る 政治的な要求を受け入れる 看護専門職としての誇りを守る 組織のルールに従う
D-5	看護部長は、病院の収益を上げるために、緊急入院患者の場合は、患者の疾患にかかわらずベッドの空いている病棟に入院させるという仕組みを定着させた。ある患者が消化管出血で緊急入院したが、内科の空きベッドがなかったため、整形外科病棟に入ったところ、亡くなってしまった。もし、内科病棟などであったら、早期に対応がとられ、命を落とすことなかったかもしれない。	組織の利益を上げる 患者の生命を守る
E-1	看護部長は、「医学と看護学とは車の両輪」と考えていたが、医師側がまったくそのように考えていないことに悔しい思いをしてきた。たとえ	医師と協調する 看護専門職としての誇り

	ば、医師の治療方針に看護師が口出しをすると、反発を買った。特に、終末期にある患者に対するケアは、「医師と看護師の相克」であり、看護師が患者の代弁者として意見を述べても「生意気だ」ということになりかねなかった。そのたびに、常に看護師の方が折れなければいけないことを看護部長は悔しいと感じていた。看護師の数は医師の 5 倍もいるのに、力関係があまりにも異なっていた。その力の差を見せつけられるたびに、看護の価値を認めてもらう努力をすることが看護部長の仕事だと感じてきた。その一方で、優秀な看護師ばかりがいるわけではないため看護の質が十分に伴っていない現状があり、医師に認めてもらえないのもやむを得ないという気持ちもあった。	りを守る
E-2	介護中心の病棟がオープンした。看護職員数は一般病棟よりも少なかったにもかかわらず、不慣れな医師たちは一般病棟と同じような感覚で昼夜を問わず過剰な医療を指示してきた。そのため、医師の都合で病床が管理され、患者の希望する日時に入院ができないなどの弊害がでてきた。看護部長としては、本来看護職がすべきケアができていないことを危惧した。だが、看護師の中にはケアだけでは納得がいかず、医療行為を行うことに喜びを感じる人たちもいた。医師中心の医療だけでなく、看護の本質がわかって看護ができるように育つと、看護師は、自分が疑問に思うことをカンファレンス²⁹で発言するようになった。しかし、その発言は先輩看護師に一蹴されたり、医師に余分なことだと煙たがられたりしたため、優秀な看護師ほど病院を辞めたいといってきた。育った人を阻むような組織風土があり、職場がそういう看護師を支援できなかった。看護部長としては、結果的にその人が辞めざるをえないことを承認するような意思決定をしてしまった。	看護専門職としての誇りを守る 医師と協調する 看護の質を保証する
E-3	ある患者が、B 型肝炎の予防のためにワクチン（抗原）を打ちにきた。医師は「ワクチン」という指示を出したのだが、担当看護師はそれを血液製剤である抗体と思い込み、抗体を打ってしまった。後から、そのような思い込みをした原因のひとつに、主治医の指示の出し方が不適切であったことが判明したのだが、主治医は、患者と家族にそのことには触れず、担当看護師が間違えたという説明を行った。説明の席に看護師はいなかった。主治医が説明するということは、自分が責任をとるということの表れであり、建前上は看護師を守っていることになった。しかし、看護部長としては、正確な事実が伝えられないというのは、正当な責任の取り方ではないと感じていた。	医師と協調する 看護専門職としての誇りを守る 患者の権利を守る
E-4	老人保健施設では医師の数が少ない。そのため、患者のそばにいる看護師が臨床判断を行い、病気の予防に努めたり、患者の病状悪化を察知したりしていた。しかし、新しく赴任してきた医師はそのような看護師の臨床判断能力を認めようとしなかった。 ある日、具合が悪くなった患者に、その医師が「経過観察」の指示を出した。医師が持ち場を離れてから、看護師が肺の音を聴くと水が溜まっている音がした。すぐにその医師に病院への搬送を依頼すべきだが、普段か	医師と協調する 看護専門職としての誇りを守る 患者の生命を守る

²⁹ 受け持ちの患者のケア方針や治療方針について、看護職チーム、あるいは医療チームで話し合う場のこと

	らそのような看護師の判断をいやがる医師だったので、近くにいた医師である理事長に搬送許可を得た。結局、心不全だった。案の定、その医師は、自分をさしおいて搬送したことに腹を立てた。しかし、医師としての判断能力を疑うような同様の問題が多数していたため、いくらその医師が腹を立てようと、看護部長は自分が正しいと思う判断をやめようとはしなかった。	
E-5	小児病棟を開設するにあたり、母親の付き添いを制限するか、それとも自由に付き添いをさせるかについて、医師との間で意見が分かれた。看護師たちは前者を支持した。前者のメリットは、病院に子どもを任せている間、母親が家庭の用事をしたり、自分の生活を設計したりできることであった。一方、デメリットは緊急時の対応が遅れる可能性があることと、看護師では完全に母親の代わりにはなれないことであった。看護部長は院長等に交渉し、看護師の意見を通すことができた。	看護の質を保証する 医師と協調する
F-1	消化器外科を専門にしている副院長には 3 人の病棟主治医がスタッフとしてついていた。3 人とも十分な経験を積んだ医者なのだが、副院長は、彼らには任せられないという理由で、主治医が出した指示を自分の判断で変更してしまうことが頻繁に起きた。戸惑うのは当の医師ばかりではなく、看護師も患者・家族も同様であった。そのうえ、副院長の治療の手法にも問題があり、臨床現場の看護職は、はらはらしていた。 医師同士は、互いに思うことがあっても何も口にしないので、主治医たちは副院長に対して文句を言わなかった。看護部長は、副院長の直属の長である院長に現状を訴えるが、院長も相手が副院長ということで何も言わずにいた。看護部長は、直接、副院長に現状を変えてほしいという旨を何度も伝えてきたが、一向に改善される様子はなかった。もっと強く言わないといけないと思うが、それによって副院長が機嫌を損ね、病棟の看護師に返報があるのではないかと心配があったのだった。	患者の権利を守る 日本的文化規範に従う 医師と協調する
F-2	2 年前に看護部長として赴任してきた病院には、自分より年上で、病院内のことは何でも知っている生き字引のような存在の副看護部長がいた。その副看護部長は、看護部を支えているのは自分だという自負を持っており、自分のペースで仕事をしていた。看護部長の目から見て、副看護部長の判断には特に問題はなかった。しかし、仕事を進める上で、このようにしてほしいという要望はあった。たとえば、副看護部長は、すべての仕事が終わってから報告にくるが、看護部長としては仕事の内容によってはプロセスから報告してほしいと考えていた。また、もっと看護長をサポートしてほしいとも思っていた。しかし、現実には副看護部長に対する先輩意識があり、遠慮があって、そのような要望をなかなか言えないでいた。	看護部門を代表する 日本的文化規範に従う
F-3	病院は累積赤字を数十億円も抱えていた。看護部長は地域診断を行い、病院を老人病院もしくは介護中心型の病院に転向した方がよいという提案を行った。医師たちは、老人病院に変わることに難色を示したが、その反対を押し切って一部の病棟のみを老人病棟に変更したところ、大きな成功を収め、病院の収益も上がり始めた。そこで、老人病棟を拡大しようと再提案するが、再び医師たちの反対に遭ってしまった。老人病院に変わると、治療ではなく看護や介護が中心となるため、看護部の力が強くなるこ	組織の利益を上げる 医師と協調する 日本的文化規範に従う

	とへの医師の不安があると思われた。翌年に定年を控えていた事務長は医師ともめたくないため、老人病棟を拡大するのは危険だという主張を崩さなかった。事務長にしてみれば、すでに老人病棟を一部開設したことで収益があがっているので、このまま定年を迎えれば、病院経営を改善した「有能な事務長」と思われながら引退することができるのだった。波風が立たないうちに辞めたいというのが事務長の本音にあることをみてとった看護部長は、それも仕方がないかと自らの提案を延期することにした。	
G-1	アルコール中毒で肝硬変を患っているにもかかわらず、無断外泊をして飲酒したり、病室で騒いだりする患者がいた。一度は退院したが、同じくアルコール中毒の夫が、再入院させるようにしつこく病院に電話をかけてきた。受入れて入院させれば、その患者にばかり手がかかることが目に見えていた。看護部長は、アルコール中毒をしかるべき施設で治療してもらうことが先決だと考えた。しかし、肝硬変を患って入院している患者は他にも何人もいたため、その患者だけ入院を拒否するというのも問題だと感じていた。特に公立病院なので、治療拒否はできないのが建前であった。	社会的に人を助ける 患者の生命を守る 組織の利益を上げる 労働者の権利を守る 住民の要望に答える
G-2	在宅酸素療法中の高齢者が薬の受け取りにきた。受付のミスから長時間待たされたその患者は、対応した看護師をひっぱたき、受付の女性に土下座させた。幸い看護師に怪我はなかったが、殴られたということで人権上の問題が残った。看護部長としては、受付の対応が悪かったという事実と、殴られたということは分けて考えなければいけないと思った。患者には謝罪してもらいたいと思いつつも、酸素の使用量を気にしながら長時間待たされていた患者の気持ちを考えると、割り切ることができなかった。	患者の権利を守る 個人の誇りを守る
H-1	救急患者が後を絶たず、大勢の重症患者が入院ベッドの空きを待っている状態が続いていた。そのような状況下では、救急患者や重篤な患者が病院に運び込まれるたびに、入院中の患者の中から誰かに転院を依頼しなければならなかった。その誰かには、暗黙の了解のもとで意識がないか寝たきりの人が選ばれていた。たとえ医師の治療は終わっていても、看護の視点からすれば、そのような人達にこそ手厚い看護が必要であった。ましてや、明らかに医療やケアの質が悪い病院にみすみす患者を転院させなければいけないことにやるせなさが残った。実際、転院した患者が転院先の病院で数日のうちに亡くなったということが、しばしば看護部長の耳に入った。だからといって、運び込まれた重症患者を断るわけにもいかなかった。	患者の生命を守る 看護の質を保証する 患者の権利を守る
H-2	ある時、HIV の陽性反応が出た患者が手術を受けることになった。病院の感染委員会が、感染症患者の手術マニュアルを整備しているため、それに従って手術を進めれば何ら問題はないはずだった。ところが、その患者の手術につく予定の看護師が妊娠中だということで、副院長が、その任務を一方的にはずしてしまった。看護部長は、①B型肝炎の患者の手術では妊娠中の看護師を担当からはずさないのに、HIV の患者ならはずすというのはおかしい ②他の看護師なら介助してもよいというのもおかしい ③感染委員会で決められている規定を信用しないのもおかしいと、その副院長と話し合いの場を持った。すると、副院長は、「婦人科医として彼女を守る立場であり、なにかがあっては困る」と主張し、話し合いは平行線となった。	組織のルールに従う 看護専門職としての誇りを守る 労働者の権利を守る 医師と協調する

I-1	看護部長は、看護師の能力向上のために院内で研修を行いたいと考えていた。しかし、組合が働く者に能力差をつけてはいけなくと強く主張するので、これまで一切の研修が行われてこなかった。看護部長は、なんとか他の関連病院並みの研修を看護師にさせて、患者の安全を守り、質の高い看護を提供していきたいと訴えた。しかし、労働組合の幹部は恐怖感を与えるような威圧的な態度で研修に反対を唱え続け、話し合い平行線だった。通常、病院内では、病院長、看護部長、事務長等が病院の組合幹部と労使間の話し合いをする。しかし、そこで解決や妥協が得られなければ、一公立病院という枠を超えて、行政事務職と本部組合幹部との交渉になる。そのため、組合の反対を押しきって研修を実施しようものなら、病院組織内の労使関係を超えて、設置主体である行政本部の労使間の争いに発展する恐れがあると看護部長は心配した。また、地元の有力者が本部組合のバックについているため、本部事務職は本部組合とトラブルを起こしたくないと消極的な姿勢であった。なんとか、病院内で解決するためには、平行線とわかっていても、話し合いを続けるしかなかった。	看護の質を保証する 労働者の権利を守る 政治的な要求を受け入れる
I-2	数十年前に交わされた労使間における合意書には、看護師と准看護師との区別をしてはならないことが書かれていた。それを根拠に、准看護師同士がペアを組んでの夜勤が禁止できない状況にあったが³⁰、病棟看護長たちは、准看護師だけの夜勤がないように勤務表を組む努力をしていた。しかし、ある病棟で准看護師同士が夜勤を組むことになった。患者の安全が守れないかもしれないと心配した看護部長が、その病棟の看護長に注意したところ、それを聞きつけた組合幹部が合議に反したと批判した。そして、看護部長に組合員全員の前で謝罪するように命じた。看護部長は、患者の安全を考えると、准看護師同士の夜勤は危険だという判断は間違っていないと思った。しかし、執拗な組合の要求を受け、屈辱を感じながらも、結果的には自分の信念を曲げて謝罪するしかなかった。	看護の質を保証する 労働者の権利を守る 政治的な要求を受け入れる 個人の誇りを守る 看護専門職としての誇りを守る
J-1	病院には東館と西館の2棟があった。東館は新しく建設された棟で、広くて綺麗で機能的であった。他方の西館は古くからの建物で、狭くて汚れが目立ち、何かと使い勝手が悪かった。特に、総室³¹の療養環境の差はひどいものだった。患者の療養環境として歴然とした差があるにもかかわらず、入院費が同額であることに対して、看護部長としては不公平ではないかと感じていた。	看護の質を保証する 患者の権利を守る
K-1	患者が消化管出血で緊急入院してきた。長年介護を続けてきた家族は、「大丈夫だ」と言われて帰宅したが、患者はその夜に亡くなり、明け方、死後硬直で発見された。薬の開始時間の判断を医師が過ったのが一因だと思われたが、その夜の看護記録から、十分な看護が行われていたとも思え	患者の生命を守る 看護専門職としての誇りを守る

³⁰ 看護師は国家資格であり、「厚生大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助をなすことを業とする女子」（保健師助産師看護師法）であるが、男性も従事している。一方、准看護師は、「都道府県知事の免許を受け、医師又は看護師の指示を受けて傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助をすることを業とする女子」であり、こちらも男性にも道が開けている。看護師数が不足していた時期には、准看護師同士がペアを組んで夜勤を務めたこともあった。しかし、准看護師は指示がないと動けないことから、医療の高度化に伴い、現在では、准看護師同士で夜勤を組んでいる公立病院はほとんどないと考えられる。

³¹ いわゆる大部屋をさす

	なかった。看護部長としては、亡くなったことに誰も気づかず、患者の苦しみに何の対応もなされないまま死後硬直で発見されたことに対して、強い憤りを感じたが、それ以上に、夜勤の看護師たちの悪びれるふうでもない様子に怒りを禁じ得なかった。	
L-1	新採用者の歓迎会で、若い看護師がお酒の入った医師に身体を触られた。彼女はそれを苦にして「辞めたい」と言ってきた。看護部長は、せっかく採用した看護師に対して由々しき問題だと思い、その医師の上司である院長から注意してもらおうとした。しかし、院長の反応は、「僕から言っておくけど、それくらいは、まあ、いいじゃないか」というものだった。看護部長にしてみれば、「頭をなでられるみたいな言われ方」であった。院長がその医師にどのように注意したのかはわからないままだったが、ある日、廊下でその医師に出くわした時に、馬鹿呼ばわりされ、怒鳴られた。看護部長は、院長に直訴しても何も改善されないと感じた。	女性性を受け入れる 医師と協調する 個人の誇りを守る 看護部門を代表する
M-1	看護部長になってすぐに、警察から、犯罪に関与しているかもしれないある患者の診療状況を定期的に教えて欲しいという依頼を受けた。なぜ、病院長や事務長に依頼してこないのかと不思議に思ったが、前看護部長もずっと協力していたとの警察の説明を受け、自分も協力することにした。しかし、ずっと釈然としない気持ちが残し、時間が過ぎるにつれて、ますます院長や事務長に話せない状況に陥ってしまった。	市民としての義務を果たす 患者の権利を守る 政治的な要求を受け入れる
N-1	男性職員が、妻がいるにもかかわらず、同時に 2 人の看護師と関係していることが発覚した。2 人とも優秀な看護師であったが、互いの仲も悪くなり 1 人が辞めていった。その男性は何度もそういう問題を繰り返していた。看護部長は、男性の所属部署のトップに「この人を何とかしてほしい」という申し入れをしたが、「そういうのは言えないよ」と、取り合ってもらえなかった。その後、男性は女医と関係するようになった。今度は痴話げんかになり、男性が怪我をおってしまった。暴力があったということとで院長が決断し、女医も男性も辞めるようになった。それでも相変わらず、彼の上司は、個人の問題だからという受け止め方であり、組織の問題として扱おうとはしなかった。看護部長としては、人を好きになるのは自由だと思うが、周囲に不快感を与えたり、繰り返し同じ人が問題を起こしたりしてるのに、その上司が対応しないのは問題だと感じていた。	看護部門を代表する 女性であることを受け入れる 看護専門職としての誇りを守る
O-1	患者、看護師、医師は、たまたま異なる立場にいるけれども人間としては対等である。しかし、医療専門職は、常に患者より上位にいるような考え方や態度を示していると看護部長は常々思ってきた。たとえば、患者を理解することなく指導することに夢中になったり、目先の利益に固執して、小さな喜びを無視したりしているような気がしてならなかった³²。	患者の権利を守る
P-1	ある年の夏、うだるような暑さが続いていた。しかし、病室内の冷房時間は午後 10 時までと決まっていた。設置主体（公立）が同じ他の病院と比べると循環器疾患の入院患者の比率が多いこの病院では、熱帯夜が続くことは、入院患者に悪影響を及ぼす危険性が高い。そのため、終日エアコンを使える状況にしてほしいという依頼が、毎日のように看護長から届い	組織の利益を守る 看護の質を保証する 患者の生命を守る 組織のルールに従う

³² O-1 の事例は、看護部長がこれまでずっと感じていた倫理課題を抽象レベルで語ったものであり、具体的な事象は描かれていない。

	ていた。看護部長は事務長にかけあうが、コストがかかるし、他の病院の中には午後 9 時までしか冷房していないところもあると言われ、まったく取り合ってもらえなかった。困った看護部長は副院長に説得を依頼するが、副院長も逆に説得される始末であった。 正攻法では無理だと感じた看護部長は、事務長の部下である経理課長に、「今後は、事務を通さずに看護長から中央監視室に連絡を入れて、希望する時間まで冷房延長を依頼しますから」と宣言し、実力行使を行った。こうして暑い夏を乗り切ったのだが、結局、事務長は見て見ぬふりをしているようだった。	
Q-1	看護部長は、低迷している病院の経営再興のために着任した。ある日、経営会議の席で、院長と事務長から、「某病棟の看護職員数が不足しているがために、あるランクの基準看護³³がとれないでいる。なんとか、看護師の数を水増しして診療報酬を申告してもらえないか」と言われた。迷った末、虚偽の申告をすることに同意した。そして、その後に申告した看護職員数に見合うだけの職員を必死で採用した。しかし、院長の方針に不満を抱く医師が、虚偽申告を内部告発したために事件が明るみに出た。「責任は私たちが持つから」と、水増し請求することを看護部長に懇願していた事務長や院長は、事件の発覚後、「自分たちは何も知らない」と言い張り、結果的に看護部長だけが悪者になった。	法を守る 組織の利益を上げる 看護部門を代表する
R-1	患者の身体拘束をできるだけなくすというのは、看護界の大きな流れである。身体拘束は「人を縛る」ことであり、人権を尊重するという基本的な倫理観から逸脱するからである。そのことは十分承知しながらも、看護部長は、臨床現場では患者の状態によって身体拘束を余儀なくされる場合があると考えていた。たとえば、看護師の人数が少ない夜勤帯に、徘徊をしたり危険な行動をしたりするような患者に対しては身体拘束もやむをえないと判断した。もちろん、十分な数の看護師がいれば身体拘束をせずに済むのだが、人はなるべく減らすというのが組織の方針であったため、増員は望めなかった。看護部長は、身体拘束をすることで、患者の安全を守れるのであれば、それもやむを得ないという価値観を重視する一方で、どこかで「人を縛っている」という意識からも解放されないでいた。	看護の質を保証する 労働者の権利を守る 組織の利益を上げる 患者の権利を守る
S-1	臨床が好きなのに、看護部長になると実際の患者ケアに携われなくなることへのもどかしさが当初からあった。それまで、経営のことなど考えもしなかったのに、突然、立場の違う所へ放り込まれ、身の置き場のなさを感じた。看護師と看護部長のどちらの立場で考えればいいのかかわからないことが多かった。実際の運営会議の場では、看護部長は完全に経営者の立場で参加してきた。会議では、看護部の利害をどのように調整するかがポイントだった。看護部長として、どうすれば看護師の負担が少なくなるかを考え、やむなく負担を受け止めなければいけない時には、他部門にも理解を求めてきた。他部門との交渉や説得は、看護部長の「闘い」だと位置づけてがんばってきた。	組織の利益を考える 看護部門を代表する 看護専門職としての誇りを守る

³³ 基準看護とは、健康保険法の規定に基づく保険医療機関の看護要員数に関する基準。入院患者数と看護要員数の比率により、診療報酬点数に加算される点数が異なる。

第2節 看護部長に求められる道徳的要求

第1項 17の道徳的要求

48個の倫理課題から17種類の道徳的要求が見出せた。

それらは、[1] 個人の誇りを守る、[2] 市民としての義務を果たす、[3] 女性であることを受け入れる、[4] 社会的に人を助ける、[5] 看護専門職としての誇りを守る、[6] 患者の権利を守る、[7] 看護の質を保証する、[8] 患者の生命を守る、[9] 組織の利益を上げる、[10] 労働者の権利を守る、[11] 看護部門を代表する、[12] 政治的な要求を受け入れる、[13] 住民の要望にこたえる、[14] 組織のルールに従う、[15] 医師と協調する、[16] 法を守る、[17] 日本的文化規範に従うである。表10には、それぞれの倫理課題においてどのような道徳的要求があったかを記載している。

以下に17の道徳的要求について説明していこう。

[1] 個人の誇りを守る

「個人の誇りを守る」とは、職種や職位には関係なく、人間として自分の誇りを守ることである。たとえば、看護部長 I-2³⁴は、患者の安全確保のためには、准看護師だけで勤務させることは危険であると考え、敢えて労使間の協議事項を破って准看護師同士を同じ勤務に就かせないように指示した。しかし、労働組合からは謝罪をせまれ、それに従わざるをえなくなった。看護部長 I-2 は、間違っただけで謝罪をしないのに、頭を下げてはならない状況に強い屈辱を感じながらルールに従ったのである。

悔しいから謝罪なんてしたくなかったんですが、させられたんですよ。（中略）
悔しくてね。なんで私が謝らないといけないのだろうってね。だけどね、「それは、君、個人じゃないんだ。看護部長という名のもとで、確認書に触れたことについては謝らなくてはいけないんだ」って、事務長にも言われたんです。

³⁴ 表9と表10で用いた倫理課題のID番号を、そのまま看護部長のIDとして用いることとし、以後同様に表記する。なお、実際にインタビューを行った看護部長の総数は25名であるが、倫理課題の1つ1つを分析単位と考えているため、表記上は48名の看護部長が登場することになる。

〔2〕 市民としての義務を果たす

「市民としての義務を果たす」とは、社会に生きている者として、公共の利益を考え、公共のために尽くすことをいう。たとえば、犯罪を起こす可能性のある患者の診療情報を流して欲しいと警察に頼まれた看護部長 M-1 は、看護職としての守秘義務を守るか、公共の安全を守るために一市民としての義務を果たす方をとるかに苦悩した。

やはり、患者が公安関係の中でマークされるといって聞くと、オウムやテロ活動を連想してしまって、そういうような危険人物をマークしているというのが頭の中にならずかながら意識としてありました。正直なところ、それも迷いの中にあっただかなと思うんですね。自分が職業人として、看護部長としてそれをしてはいけないという部分と、一市民としてね、看護部長の職にあったとしても自分は一市民であるわけですので、しなくてはならないというそのところでの迷いもあって。結局、それが混同されたままで、自分の中で十分に納得しないままにそういうことが過ぎていってしまった。自分自身としては、その時に看護部長としての判断をすべきだったのか、一市民としての感情を入れてもよかったのかどうか。今は、立場的には看護部長職を優先させるべきではなかったのかなと、自分がこの職責に就いてしばらく経過してみてもう思います。

（看護部長 M-1）

〔3〕 女性であることを受け入れる

「女性であることを受け入れる」は、女性であることを理由に従属的な立場を強いられることには抵抗しつつも、女性であることそのものは受容しなくてはならないことをさす。

従来から看護職の大半は女性が占める。専門職としてのあり方に男女差はないと理解しながらも、現場では看護職が女性であるがゆえの問題が浮上する。たとえば、看護部長 L-1 は、酒の席で男性医師から身体を触られたという女性看護師が「退職する」と言ってきたのを受け、院長に対応を迫った。それに対して男性である院長は、そんなに大騒ぎすることはないと看護部長をたしなめた。看護部長は、肩透かしをくらうような思いをしながらも意義を唱え続けた

が、このような悔しさは女性である限り感じ続けるのかもしれないということは受け入れていた。

私は、その医師の上司である院長から注意してもらった方がいいかなと思って、院長に言いました。そうしたら、「僕からも言っておくけど、それはまあいいじゃない」というような言い方をされて、頭をなでられたようになったんです。病院長にとったら、なんら困った問題ではない。男性にとっては、困った問題ではないんですね。病院長というより、男性的な反応と言った方がいいかもしれませんが。ですが、やはり職場の問題をきちんととらえてくれないということに、私はすごく腹が立ったんですね。（中略）その問題が解決したわけではないんですね。私の中では。院長から、その先生にどんなふうに話がいつているのかはわかりません。私は、当人の先生とも一応話しはするんです。その先生に後から廊下で怒鳴られることもありますし、「馬鹿やな」って言われることもありますよ。（中略）怒鳴られるのはいいんですが、注意をしたとしても、決してそれが改善されるとは限らないわけですね。本当の意味で。

（看護部長 L-1）

〔4〕 社会的に人を助ける

「社会的に人を助ける」とは、困っている人を助けることをいう。看護部長 B-1 は、管理能力のない看護長を辞めさせたいと思ったが、その看護長が一家の生計を支えていることや夫から暴力をふるわれていることを知った時、辞めさせることで組織は救えても、その人を救うことにはならないという倫理課題を感じた³⁵。組織を円滑に運営するためには、降格や辞職勧告も仕方がないと考えたが、同時に、一人の人間としてその看護長の生活を救うか否かに人道的な問題も感じたのである。

その看護長さんの家族関係に問題があったということが気になっていました。ご主人が仕事を転々としており、3 人の子供さんがいて 2 人が大学生、1 人が高校生でまだお金がいるといった、家庭的に彼女が仕事を辞めるわけにもいかないという状況があったんですね。（中略） 看護長会でもぼっとしているような様子があったので、

³⁵ 組織の生産性や効率性を考えた時に一定水準の仕事量に達しない人がいても、その人の生活背景や心身のハンディキャップを考えると、処遇を決定するのが困難である事例は、Badaracco, Jr.(1997)や Badaracco, Jr.(2002)にも見られる。

その原因を探ったら、ご主人は仕事を転々としていると言いましたが、ご主人からの暴力を受けていたということだったんですね。後になって知ったんですけどね。うちに帰ったらご主人に「はい、はい、はい」と言って仕えて、暴力を受けていたと聞いたんですね。お母さんが亡くなられたということもあり軽い鬱状態になっている上に、ご主人からいじめられているということで、これはただ普通に能力がないから辞めさせればいいということではないと思ったんですね。これは社会的な問題かなということも思いました。

(看護部長 B-1)

[5] 看護専門職としての誇りを守る

「看護専門職としての誇りを守る」とは、看護専門職としての知識、技術、経験に裏打ちされた考え方や思いを貫くことをいう。E-1 から E-6 の事例は、いずれも、自らの看護職としてのあり方を信じて行動を起こそうとするが、医師との見解の相違で衝突が起きたり、自分たちの専門性をうまく表現できなかったりするために、倫理課題となった例である。

80 代の高齢者で具合の悪い人がいました。(中略) 診療部長は午後からはもう一つの施設に行かれるということで、午前中に診察をしていただいていたのですが、「もう少し経過をみよう」と言われていました。(中略) そのうち、看護師から「先生は経過を見るというが、肺の音がおかしいし、私の看護判断では(放っておくのは)* 難しいと思う。うちでは医療の設備も足りないので、ここで看るのは無理だと思う」という報告を受けました。私も気になっていたんで、自分で看に行ったら、やはり左の下肺あたりは水が溜まっている音がしていました。本来なら受診するという判断を最終的にするのは医師なのですが、普段のやりとりの中で、「ナースは指示に従わない」、「俺は医者だ」というような言動が診療部長から聞かれることがあるので、そこは意を決して、一看護師になり代わり(病院に搬送するという決断を)しました。受診しないと手後れになると判断したものですから。(中略) 搬送した時には心不全がひどくなって胸水がたまっている状態でした。その後、その診療部長は非常に怒りましてね、なんたることだと。

(看護部長 E-4)

* () 内は、文意が通るように調査者が補完的に付け加えた語句である。以下の引用中の () も同じ扱いとする。

〔6〕 看護の質を保証する

「看護の質を保証する」とは、専門職として提供すべきケアを適切に提供することをいう。看護専門職として、何が“よい”ケアなのかがわかっているのにそれができなかったり、“よくない”とわかっている看護ケアを行ったりすることは、専門職としての倫理に触れる。

看護部長 D-3 は、今のままの看護職員数では質の高い看護はできないと、職員数の増員を院長や事務長に持ちかけたが、コストがかかることを理由に話を進めることができなかった。

今の看護の質を上げるためには、看護師を増員して（患者と看護師の割合を）2：1にしたいと考えました。まだ、管理会議でその話をしていたわけではなく、院長や事務にそのように言っていました。でも、事務はそんな必要はない、補助者を使っていけばいいのではないかということでした。

（看護部長 D-3）

〔7〕 患者の権利を守る

患者や家族は、普通なら他人の目にさらすことのないようなプライベートな情報を、医療者を信頼して預けている。医療者は、そのことを真摯な気持ちで受け止めておかなければならない。「患者の権利を守る」は、患者の人権やプライバシーを守ったり、患者の知る権利などを保証したりすることである。

たとえば、人権侵害とともとれる身体拘束を撤廃したくても人的資源が足りなくてそれができずに悩む例（R-1）があった。また、医療ミスを開示すべきかどうか戸惑ういくつか例では、患者の知る権利をいかに守るべきかに苦勞する様子うかがえた。

自分の中には、（誤薬を）伝えるべきだというのがある。だけど、伝えた時に患者がごねるといとか、トラブルといとか何か起こってくるだろう。何か（患者から）アクションがあるのではないかという予知、予見といとか、そういうものは感じたけれども、でも、やはり自分がそういう立場（患者の立場）にあれば、何が起こっているのかということを知りたい。私は看護職として知らせるべきだというのがあったけれども、院長が「うーん」という反応でした。

（看護部長 A-1）

[8] 患者の生命を守る

「患者の生命を守る」は、医療職に求められる基本的な要求であり、できる限りの力を尽くして生命を守ることである。H-1 の事例では、続々と運びこまれてくる救急患者と、治療は終わったが看護の手はまだ必要とされる患者との生命の重さを天秤にかけるような苦悩がみられた。

私たちの病院は第三次救急救命センターをしています。そんな中に重症の患者さんが入院されています。ところが、待機患者さんがいらっしゃって、入院を予定されている患者さんがいつも数百名いらっしゃいます。たとえば、血液のガンなんかで相当具合が悪くても、通院されて、外来で点滴を受けて、食事以外のことは病院で全部なさって夕方に帰られるというような状況です。どうしても救急で重篤な方を入院させなきゃいけない。ですから、常にベッドコントロールというのがあります。結局、どなたかに退院していただくか、どこかの病院に移っていただかないといけないというのがあります。(中略) まだ、あと2週間や1ヶ月位、こちらで見ていかないと回復しないだろうという患者さんを、こちらではお送りしたくないような設備や人員や能力状況の施設、施設であればどこでもいいという状態でお送りするんですね。そうしますと、本当にお気の毒な話しなんですけど、その晩に亡くなられたりとか、2週間後に亡くなられたりということがあります。当院であれば、医師があきらめた患者さんでも、看護師が頑張り、チームで精一杯やるはずの患者さんであっても、どなたかに移っていただかなければいけない。そうしないと次が入らない。そんなベッドコントロールなので、本来、看護師としても管理者としても、その方の命を短くすることがわかっている状態でベッドを調整しなくてはいけません。

(看護部長 H-1)

[9] 組織の利益を上げる

「組織の利益を上げる」とは、組織の利益に結びつくようなマネジメントが求められることである。組織の利益を上げる方法は様々であった。たとえば、医療ミスを隠し病院の評判を落とさないようにする損失を未然に防ぐ方法(A-5)、ランニングコストや人件費などの支出を控える方法(P-1)、実際に収入を上げる方法(Q-1)などであった。

病院自体が、非常に低迷化していた時代がありました。それを再興しなきゃいけないかったっていうことがあったんですが、ただ、病院がいかにして、どこで収益を上げていくかっていうことに関して、看護部として黙認しなきゃいけないことがあります。結局、（看護師の）人数が足りないので、水増し（させて診療報酬の請求）をするとかっていうことですね。

（看護部長 Q・1）

[10] 労働者の権利を守る

「労働者の権利を守る」とは、職員の労働環境を保証することである。たとえば、看護部長 D・1 は、重症患者を次々に受け入れようとする医師の使命感に共感しつつも、それが続けば看護職の業務量が増えて労働環境が守れなくなることを懸念していた。

医師の仕事の性質上、指示だけ出しておけば、あとは看護師がやってくれるわけですよ。ですから、指示を出しておけば、あとは看護師がどれだけ忙しくなるうかがまわない。だから、新しい治療をやりたいとすごく思われるんですよ。ですけど、看護師にしてみたら、そんなことをして、2人で夜勤していて、もしものことがあったらどうするんですかっていうことで、いつも問題がおきる。（中略）でも、看護師は看護長が勤務表を作って、8時間で代わっていくようにしているから、「あなた、今日はたいへんだから16時間勤務してちょうだい」とは言えない。だから、結局は、労働者なんですよ、ある意味で。

（看護部長 D・1）

[11] 看護部門を代表する

「看護部門を代表する」とは、看護職員たちの代表として、周囲の期待に答えるような役割を果たすことである。たとえば、看護部長 A・2 は、深刻な医療ミスを起こした看護師に対して指導や対処を行う時に、他の看護職が自分のマネジメントに注目していることを意識していると語っていた。

（医療ミスを）起こした本人に、どういような対応がされるのかというのは、周囲はよく見ているんですね。「ああ、こういういことをしたら、このような対応をしてもらえるのか」ってね。たとえば、病気になった時には、ああいう対応してくれる

のかってね。だから、そのスタッフだけの対応だけじゃなくって、常に全部の看護師が見ているってことがあります。

(看護部長 A・2)

[12] 政治的な要求を受け入れる

「政治的な要求を受け入れる」とは、当該組織全体に影響を及ぼすような政策や方針を、その組織の上位組織や団体などから受け入れることをいう。たとえば、ある公立病院では、病院内職員の人事権がすべて自治体によって行われていた。そのため、看護部としての意向を採用、昇格等にまったく反映することができずにいた。

助役が、事務長もいる前で管理課長に対して「お前、何やっているんだ」って言うんです。「看護部長はまだ来たばかりで、何もわからないんだ。そんなことでどうするんだ。今回の人事異動をやめろ」っていうことになったんですよ。私はびっくりして、（中略）「お言葉を返すようですが、看護部門の人事っていうのは、看護部長にあるんじゃないですか？」って言ったの。そうしたら、「違う」って。「こっちの権限だ」って。「人事に関してはこっちの責任だ」と言うんです。

(看護部長 B・6)

[13] 住民の要望にこたえる

「住民の要望にこたえる」とは、住民のニーズを把握し、必要な医療を提供する体制を整えることである。特に、地域住民の税金で経営を行っている公立病院では顕著な要求である。これは、組織人としてのアイデンティティにも反映すると考えられる。

この病院は、この地域で唯一の公立病院で救急をとっているわけですから、うちで断ったら、その患者さんはどこもいくところがないんですね。だから、最終的には、たとえ廊下で寝かせてでも受け入れなくてはならないという使命があるんです。

(看護部長 D・1)

[14] 組織のルールに従う

「組織のルールに従う」とは、組織に所属する者として、当該組織のルール

や方針、あるいは慣習に従うことである。たとえば、看護部長 P-1 は、たとえ猛暑であっても冷房は午後 10 時までと決められている自治体の方針、規則が足かせになり、患者に快適な療養生活を保証できないことを倫理的な苦悩だと語っていた。

私の葛藤は、患者さんが不快に感じたり、症状に悪影響を及ぼす室温の調整改善について、どうして病院のトップレベルの人たちは理解してくれないのかということです。それと、どうしてわかるように説明ができないのかという自分に対する気持ちもありました。このまま、冷房時間の規定を遵守することが選択肢の一つですが、私としては、なんとか折り合いをつけて妥協案を探したいと思いました。

(看護部長 P-1)

[15] 医師と協調する

医療現場においては、一般的に、医師が他の医療専門職に治療上の指示を出すという構造がある。「医師と協調する」とは、そのような指示を受けながら看護師としての意見や考えも述べ、最良のケアを提供すべく協働していくことをいう。時には、指示の内容や方針が看護職の価値観とは異なることもある。その時は、医師の専門性や価値観を認めつつ、いかに医師の文化と共存して行くべきかを考えることも求められる。

特にターミナル（終末期）の患者に対するケアには、医師と看護師の相克というのが結構あります。そういうことが看護長を通して訴えとして私のところに上がってきます。たとえば、看護研究などに、スタッフは正直に医師と意見が合わないというようなことを（題材として）書いてきます。研究論文としては、そういうことはあまり書かないで、もっと別の形で表した方がいいのではないかと思います。そのように言うとスタッフは反発します。また、先生（医師）に「患者さんはこういうことを望んでいるので、看護師の意見もちよっと聞いてもらえませんか」というと、医師と患者というのはまた別の信頼関係があるので、医師は看護師に対して反発してくるというのがよくあります。

(看護部長 E-1)

[16] 法を守る

「法を守る」とは、法律を守ることである。経営状況が悪化している病院の看護部長 Q-1 は、看護職員数を水増しし、診療報酬を不正に請求することを強いられた。それが明らかに法律違反だとわかっているだけにたいへんな苦しみを背負うことになった。

どこでもやっているっていう噂は聞きますが、たとえ、どこでもやっていたとしても、私がやったんだっていうジレンマは大きいですね。ただ、これはもう二度としてはいけないし、やっぱり法に触れることだけはしちゃいけないんだっていうことです。本当にそれで、あの時にもっとそれ以外の方向でいってたら、どんどん儲かるっていう話にはならなくて、まともな病院になっていたかもしれない。かえってね。

(看護部長 Q-1)

[17] 日本的文化規範に従う

「日本的文化規範に従う」とは、日本社会の中で期待されている慣習や考え方に従うことである。たとえば、看護部長 F-2 は、副看護部長の方が自分の先輩であり年上だという理由で看護部長としての要求を伝えられないでいた。また、看護部長 F-1 は、職員や患者に見るに見かねる態度をとっている副院長がいても、毅然とした態度で進言することを躊躇していた。いずれも、“長幼の序”を重んじ、“相手の顔をつぶしてはいけない”という文化規範によるものだと思うられる。

副看護部長の一人は、長期間この病院にいる人で、ここの生き字引みたいな人なんです。その人が何もかもこの中で解決してしまうという部分があります。私にしたなら、「それって何かな？」って思う部分があります。ジレンマといえるのかどうかわかりませんが、悩みはありますね。何か意思決定する時に、「私はこう思う」という時に、その人たちの今までの考え方ややり方をまったく無視するわけにはいかないし。といって、違うんじゃないの？って思うことがあるんですよ。でも、そこが私の弱いところなんです。「こうだから、こうする」というふうに言いきれないところがあるんですよ。その辺が、悩みといえば悩みかなあ。

(看護部長 F-2)

第2項 アイデンティティによって異なる道徳的要求

合計17の道徳的要求を看護職トップマネジャーは、「男性社会にいる女性であり、管理職の世界にいるナースであり、ビジネスの世界にいる臨床家である」(McDonagh, 1998, p.23)というフレーズを意識しながら個人、看護専門職、経営者、組織人の4つのアイデンティティに分類した。さらに、個人や組織の内部にある要因(内部要因)なのか、個人や組織が外部から受ける影響要因(外部要因)なのかという視点からも分類を試みた。表11は、これらの分類結果を示している。

表11 看護部長の倫理課題を引き起こした道徳的要求

外部要因	[16]法を守る			
	[17]日本文化規範に従う			
			[13]住民の要望に答える	
			[12]政治的な要求を受け入れる	
アイデンティティ	個人	看護職	経営者	組織人
内部要因	[1]個人の誇りを守る	[5]看護専門職としての誇りを守る	[9]組織の利益を上げる	[14]組織のルールに従う
	[2]市民としての義務を果たす	[6]看護の質を保証する	[10]労働者の権利を守る	[15]医師と協調する
	[3]女性であることを受け入れる	[7]患者の権利を守る	[11]看護部門を代表する	
	[4]社会的に人を助ける	[8]患者の生命を守る		

このように分類してみると、4つのアイデンティティそれぞれに対して求められる道徳的要求には特徴がみられる。そして、そこにはそれぞれのアイデンティティに呼応した倫理観、すなわち、個としての倫理観、看護職としての倫理観、経営者の倫理観、組織人としての倫理観が読みとれる。

個人の倫理観が形成されるには、その看護部長が生まれ育った環境やこれまでの人生経験、生き方などが影響する。個人として、あるいは女性としてどう生きるべきか、社会の一員としてどう役割を果たすべきかといったことは、個人に求められる道徳的要求である。

看護職の倫理観は、看護教育と実践の中で身についていく。看護職は、「看護職の倫理綱領」を遵守する姿勢をもっており、それを指針に自らの行動を省みる。そして、患者の権利や生命を守り、看護の質を守ることが求められる。

経営者としての倫理観は、組織を守ることや発展させることを使命とする中で生まれる。住民の要望や政治力などに答えることを求められつつ、組織内のマネジメントについても責任を負い、看護部門の代表として役割を果たしていく。

そして、組織人としての倫理観は、他者（医師）と協力し、組織内のルールや慣習に従うという組織のミッションに合う活動を進める中で求められていく。

このような4つの倫理観のうち、個人の倫理観と看護職の倫理観は、看護部長が看護職である限り変わらない。個人の中で一貫する倫理であるため、ある看護部長が他の病院に勤めることになっても持ち続けると考えられる。また、経営者の倫理観や組織人としての倫理観は、ある組織に所属していることで求められるその組織特有の倫理といえる。つまり、ある看護部長が別の組織に行けば、行った先の組織特有の倫理観を備えることが求められる。また、同じ組織に属している者同士は、同じ倫理観を持っていると思われる。たとえば、薬剤部長や検査部長は、看護部長と同様の倫理観を求められていると考えることができよう。

多くの場合、看護部長は臨床家としてベテランの域に達していても、病院経営に関して専門に学習してはいない³⁶。そのため、個人の倫理観や専門職倫理を内在させているほどには経営者の倫理や組織の倫理について深く考えているとは言いがたい。むしろ、両者は衝突しやすい関係にあるとも言える。看護部長 Q・1 の「私は患者にとっていいことって何だろうということしか頭の中にない人物なので、経営ってことになってくると、だめだったんだろうと思う」という語りの中に、臨床家が経営を担うことの苦しみが象徴的に映っている。既

³⁶ 看護管理者への体系的な教育として、平成6年より(社)日本看護協会による認定看護管理制度が始まったが日は浅い。

に専門職倫理を内在化させている看護部長が、経営倫理とどう向き合うかは、保健医療組織における管理上の大きな倫理課題である。

また、経営の倫理や組織の倫理がそれぞれの組織に固有のものなのであれば、専門職集団で構成されている医療組織において、どのような経営倫理観、組織倫理観を育てていくべきか真剣に議論される必要がある。しかし、医療事故や不祥事が起きるごとに、そのつど対応が検討されているのが現状である。今後、全部門が協働して積極的に取り組むべき課題だと思われる。

なお、法律を守ることや、日本的文化規範に従うことは、どのアイデンティティにあっても求められる道徳的要求として表中に表現している。

第3節 看護部長職に複数の道徳的要求が生じる背景 ―組織図から読みとる―

個人、看護職、経営者、組織人という4つのアイデンティティを一般的な医療施設の組織図上で表現した(図4)。看護部長を中心に、倫理的葛藤が生じる職種間、職種内、職位間、組織内外を線で区切ると、7本の線で表すことができた。

まず、看護部長個人は①のように黒の太線で囲まれている。この太線は、看護部長が一個人として在ることを示すと同時に、病院組織内では看護部長という職位であることを強調している。つまり、〔1〕「個人の誇りを守り」ながらも、〔11〕「看護部門を代表する」といったような行動や、〔6〕「看護ケアの質を保証する」責任を担うような行動が期待されていることを表している。

②の線は、長幼の序を表している。ここには、自分より職場経験の長い先輩や年配者に対しては、たとえ職位が下であってもたてなければいけないという〔17〕「日本的文化規範に従う」の一部が表現されている。

③の線は、同じ医療専門職同士であるが、医師と看護職との間を区切っている。ここには、組織内で力をもつ医師と協働していくことを求められる道徳的要求〔15〕「医師と協調する」がある。また、〔3〕「女性性を受け入れる」ことも、男性医師との間で葛藤が生じた時には表面化することがある。

④の線は、医療専門職と非専門職との間を区切っている。主に、〔14〕「組織のルールに従う」ことが表現されている。倫理課題 P-1 では、冷房時間を守る

という組織のルールにこだわる事務次長（非専門職）と、患者にとって大事なことは何かを考える看護部長や副院長（医療専門職）との間の意見の相違がみられた。

⑤の線は、経営者層である使用者と組合に属する労働者とを区切っており、倫理課題 I-1 や I-2 で色濃く出ていた〔10〕「労働者の権利を守る」という道徳的要求が表現されている。

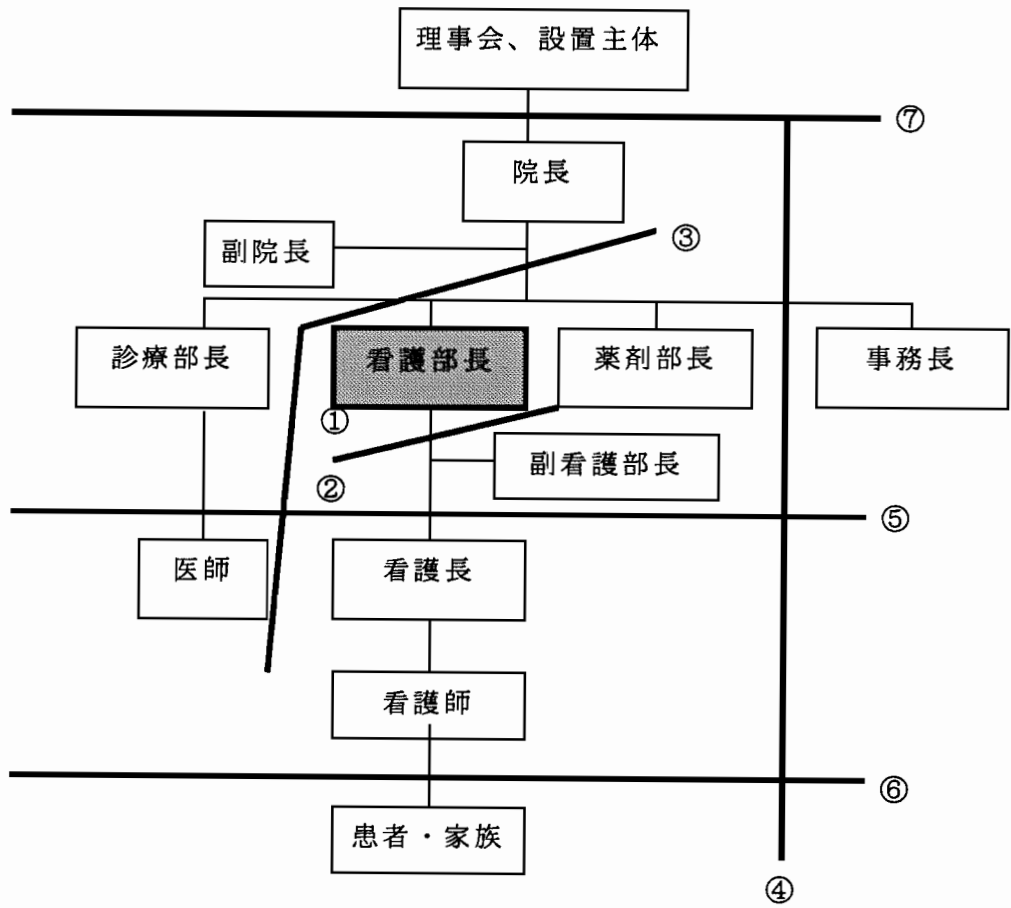


図 4 組織図からとらえた道徳的要求が生じる背景

⑥の線は、病院職員と患者・家族とを区切っている。ここでは〔7〕「患者の権利を守る」という道徳的要求が浮き彫りになる。

⑦の線は、病院組織内と病院組織外とを区切っている。国公立の病院の場合、予算や人事権を行政サイドが持っているために、病院組織内で働く人たちは〔12〕「政治的な要求を」を受ける。また、組織として〔13〕「住民の要望に答える」必要がある。病院組織の内側では、組織人として〔14〕「組織のルールに従う」ことが求められる。

最後に、線では区分されていないが、〔16〕「法を守る」や〔17〕「日本の文化規範に従う」はこの図の全体に影響するものとして考えられる。

第4節 小括

本章では、看護部長の倫理課題と、倫理課題をもたらす道徳的要求について説明した。調査期間中に得られた倫理課題は48で、医療ミスに関する事例、人事に関する事例、医師の態度に関する事例などが多く挙がっていた。

また、倫理課題からは17種類の道徳的要求が明らかになった。それらは、〔1〕個人の誇りを守る、〔2〕市民としての義務を果たす、〔3〕女性であることを受け入れる、〔4〕社会的に人を助ける、〔5〕看護専門職としての誇りを守る、〔6〕患者の権利を守る、〔7〕看護の質を保証する、〔8〕患者の生命を守る、〔9〕組織の利益を上げる、〔10〕労働者の権利を守る、〔11〕看護部門を代表する、〔12〕政治的な要求を受け入れる、〔13〕住民の要望にこたえる、〔14〕組織のルールに従う、〔15〕医師と協調する、〔16〕法を守る、〔17〕日本の文化規範に従うであった。

さらに、これらの道徳的要求は、看護部長のもつ4つのアイデンティティ（一個人、看護職、経営者、組織人）に分類することができた。また、4つのアイデンティティのどの立場に立つかによって倫理的な葛藤が生じるということ、組織図を用いて説明した。

第4章 看護部長の意思決定権の有無と倫理課題への対応

本章は、調査課題3に対応するものとして位置づけられる。倫理課題に対する看護部長の意思決定権の有無を検討し、それによって倫理課題への対応がどのように異なるのかを明らかにするものである。

第1節では、48の倫理課題についてどのように意思決定が行われたのかを意思決定権の有無を中心に分析する。意思決定権の有無には、「単独での意思決定権有り」「集団での意思決定権有り」「集団での意思決定権有り」「意思決定権なし」の4種類の分類を用いている。第2節では、「単独での意思決定権有り」に分類された倫理的意意思決定の特徴をまとめる。第3節では、「集団での意思決定権有り」に分類された倫理的意意思決定の特徴をまとめる。第4節では、「意思決定権なし」に分類された倫理課題について看護部長がどのように対応したかについて、その特徴をまとめる。

第1節 倫理課題に対する意思決定権の有無

第1段階の調査で得られた48の倫理課題において、看護部長がどのように意思決定を行ったのかを意思決定権の有無から検討した。表12は、それぞれの倫理課題ごとに、看護部長の意思決定のありようを、次の4種類に分類したものである。

「単独での意思決定権有り」とは、看護部長が自分の判断だけで意思決定を行えるものをいう。「集団での意思決定権有り」とは、看護部長が、院長や事務長など自分の上位職や、同列のトップマネジメントグループに相談して合議の上で意思決定を行うものをいう。「意思決定権なし」とは、既に規則があり、それに従うことが求められているものや、相手が決めるべきもの、自分の職域範囲外であるために看護部長としての意向が反映されないものなどをいう。「意思決定権関係なし」とは、倫理課題の内容が意思決定に関係しないものや、倫理課題を認知した時には既に意思決定が第三者によって終わっているものなどをいう。

表 12 倫理課題の内容と意思決定権の有無の一覧

ID	倫理課題タイトル	決定権
A-1	誤薬の事実を患者に告げるべきか（副作用不明）	△
A-2	告げられなかった医療ミス（患者死亡）	△
A-3	医療ミスをどこまで公表すべきか	△
A-4	患者を信じるか、職員を信じるか	××
A-5	誤薬の事実を患者に告げるべきか（患者に危害無し）	○
A-6	看護師のミスが隠された	××
A-7	ミスは組織で対応する	○
A-8	ガーゼの残存事故が隠蔽されようとした	××
B-1	管理能力のない看護長に辞めていただく	○
B-2	昇格基準は能力か年功か	○
B-3	精神疾患のある看護師への処遇をどうするか	×
B-4	優秀な看護長を育てきれなかった	△
B-5	看護のできない看護師の雇用	○
B-6	看護の専門性が無視され、病院人事が役所の言いなり	×
C-1	急患を診ない医師	×
C-2	医師に罵倒され優秀な助産師が定着しない	×
C-3	当直の認識がない医師の責任は誰がとるのか	×
C-4	処方箋を自分で書かない医師	×
C-5	一人の医師の意見にふりまわされる	×
D-1	全ての患者を受入れると看護師の労働環境が守れない	×
D-2	良質のケアを行っている病棟ほど負担が多い	○
D-3	看護師を増やすとコストも上がる	××
D-4	行政による人員削減策を飲み込むわけにはいかない	×
D-5	病床回転率を上げるための努力が当たり前になった	××
E-1	医師と看護師の方針が異なる時、折れざるをえない	××
E-2	優秀な看護師ほど医師との見解の相違が出る	×
E-3	医師の指示のもとでは、責任ある看護ができない	××
E-4	看護師の力量を認めない医師	×
E-5	母親の患児への付き添いをどう制限するか	△
F-1	副院長に進言する	×
F-2	先輩副看護部長に遠慮してしまう	○
F-3	何事もなく引退したいと願う事務長	△
G-1	他人に迷惑をかける患者を入院させるべきか	○
G-2	患者の暴力にどう対応するか	△
H-1	命の重さを測れるのか	××
H-2	感染症の患者の手術を妊婦にさせない医師	△
I-1	研修をさせない組合	×
I-2	組合との合議を破り、職員の前で謝罪させられた	×
J-1	同じ料金で異なる入院環境	××
K-1	患者の死へのおそろかな対応	××
L-1	院長にセクハラ問題をうやむやにされる	×
M-1	守秘義務をおかして患者情報を警察に漏らす	○
N-1	男女関係のモラルにどう関わるか	×
O-1	患者と対等になりきれない医療者	××
P-1	冷房時間延長の交渉	×
Q-1	診療報酬の水増し請求を強要される	△
R-1	身体拘束をなくすには看護師の増員が必要	×
S-1	臨床家が経営を担う	××

○単独での意思決定権有り △集団での意思決定権有り

×意思決定権なし ××意思決定権関係なし

その結果、単独で意思決定権があったものは 9、集団での意思決定権があったものは 9、意思決定権のなかったものは 18、意思決定権に関係しなかったものが 12 であった。

なお、意思決定権の有無は、実際に権限があるかどうかを調べた結果ではなく、調査者がデータから読みとった結果である。たとえば、看護部長が「院長と相談して決めなければならなかった」と発言していれば、この分類では「集団での意思決定権有り」となるが、実際のところ、院長は看護部長に単独で決めてもらえばよいと思っていたかもしれない。繰り返しになるが、あくまでもこの分類は、看護部長が意思決定権をどうとらえているかを調査者の視点で行ったものであり、それぞれの看護部長の現実を表したものである。

第 2 節 看護部長単独で行う倫理的意思決定プロセスの特徴

第 1 項 内容の特徴

看護部長が自分の判断で意思決定できると考えられる 9 事例を大別すると、看護部内の人事に関するもの（B-1、B-2、B-5）、看護職員への対応に関するもの（A-7、F-2）、その他（A-5、D-2、G-1、M1）である。

よりよい看護サービスを提供するために、看護の人的資源をどのように割り当て、活用するかは看護部長の重要な責務である。そのためには、人的資源の質や量の正確な判断が必要であるが、それは看護師だからこそできる専門的な判断である。たとえ院長や事務長の意向を聞くことはあっても、基本的に看護部長が判断して決定できる類のものだと考える。

例外的に部門を越えた意思決定を行うこともあるが（G-1、M-1）、看護部長が単独で意思決定できる倫理課題とは、主に看護部内の資源配分や看護職員への対処などに関する課題だといえよう。

第 2 項 意思決定プロセスの特徴

看護部長が単独で意思決定を行う際には、いくつかの特徴が見られた。大別すると、自分が目の前の倫理課題に対してどのように対処してよいかわかっている場合（A-7、B-1、B-2、B-5、D-2、F-2、G-1）と、わからない場合（A-5、M-1）がある。前者には、自分の意思決定を納得して受入れるパターン（A-7、

B-2、G-1)、どうするかは決めているがその意思表示がまだできていないパターン（B-5、F-2）、時間をかけて徐々に周囲を巻き込んでいくパターン（B-1、D-2）の3つのパターンが見られた。また、後者には、本当にこの意思決定でよかったのかと自問自答を繰り返すパターン（A-5、M-1）が見られた。

以下に、それぞれのパターンについて述べていく。

（1）自分の意思決定を納得して受入れるパターン

これは、倫理的意思決定が比較的スムーズに行われ、決定内容を受入れているパターンである。

たとえば、看護部長 A-7 は、「身内の死亡原因を突き止めたいので、担当の看護師と個別に会わせて欲しい」という家族からの依頼を受けた。看護部長は、肉親の最期の様子を知りたいという家族の気持ちは察しつつも、死因に対する疑問には組織として対応すべきだと考える。そして、一看護師に会わせることはできないと判断し、その旨を家族に伝えている。

また、看護部長 B-2 は、副看護部長の人事の際に、実力のある若い人を抜擢するか、あるいは長く看護長を務めている年輩の人を昇進させるかで悩んでいた。院長は、後者の方がよいのではないかという意向を持っていたが、最終的には看護部長の判断を尊重するという姿勢であったため、若い人を抜擢するという看護部長自らの意思決定を貫くことができた。

いずれの事例においても、複数の道徳的要求に対してどう優先順位をつけるかが明確であり、それが意思決定に反映されている。

（2） 意思表示を先延ばしするパターン

これは、意思決定はしたものの、すぐに実行に移すことを躊躇し、折をみて意思表示しようとするパターンである。

F-2 は、副看護部長に言いたいことがあっても、相手が先輩だけになかなかそれが言えないでいる例である。看護部長としては、たとえ相手が目上でも言わなくてはいけないことはあると認識しているが、遠慮があってそれがすぐに実行できなかった。

看護部長 B-5 は、一定レベルの看護能力に達していない看護師を雇用しておくことは人的資源の面から好ましくないと思っている。しかし、事故で能力を失った人にはなかなか「辞めて欲しい」と言えずにいた。今は言えなくても、

自分が看護部長を辞める時には、言おうと決めている。

看護部長としては、やっぱり、「あなた組織で働くのは限界だよ」って言わなければいけないんじゃないかっていう思いと、それから、どんなことがあっても、そういうことはわかっていても、それを曲げてでも（その看護師を）守っていきたいというそういう思いと。ずっと、退職まで考えていくんでしょうね。（中略）そして、（その看護師の方から辞めた方がいいと思うと言ってくることを）望んでいますね。ええ、望んでいますね。それは、本当にもう、個人の思いの中だけではなんとかしてやりたいという気持ちはありますけれども、やっぱり組織の中で考えた時には…。やっぱり、本当に私が、自分が退職していく時に、その看護師にどういうふうに言っていくのかなって、自分でもわかりませんが、おそらく、でも、最後には（辞めるようにと）言っていくんだと思います。

（看護部長 B-5）

（３） 時間をかけて周囲を固めるパターン

これは、意思決定し意思表示もしているが、すぐに問題解決をめざすのではなく、周囲の理解が得られるように関係者を巻き込みながら時間をかけて倫理課題に向かい合おうとするパターンである。

看護部長 B-1 は、管理能力がないと判断された看護長が生活上の問題点を抱えていたことを知り、何度も配置転換させて複数回のチャンスを与える。その上で、最終的に自分は看護長に向いていないということを本人に自覚させ、他の看護長も納得するように時間をかけて解決に向かっている。

みんなも、彼女（看護長）のことは優柔不断だと気づいていました。スタッフが悩んでいることも見ていました。看護長のリーダーシップがないことで、みんなが困っていることをわかってほしかったので時間を置きました。それからもある大きな失敗をした時に、始末書を書いてもらったりしました。そこには、「今度失敗したら辞めます」ということが書かれてありました。やがて、みんながこの看護長では無理だということで合意してきた時に、本人と話をしました。そうすると、自分の方から辞めたいと言ってきました。

（看護部長 B-1）

(4) 自問自答を繰り返すパターン

これは、自分に意思決定権があるものの、倫理的ジレンマに陥っているがために、本当にこれでよかったのだろうか、意思決定後も何度も振り返るパターンである。

A-5 は、「“ささいなミス”も患者に伝えるべきか」を相談にきた看護長に対して、どう答えてよいかわからなかったという例である。この事例で、看護部長は、「ある面では患者の立場に立ち、ある面ではこっちの立場に立つという、私は本当に意思がぐらついているのかなと思った」と述べている。

看護部長 M-1 は、警察に患者情報を流すかどうかに迷い、流すという意思決定の後にも、本当にその決定でよかったのかどうかを問い直している。

意思決定をするという判断基準が曖昧だったこともありますし、自分のポリシーが不明瞭だったのかなということもあります。この職での経験を積んでみて、今になってこのことは重くのしかかっているわけですが、あの時に自分が本当にお断りするという選択肢をとれなかったのだろうか。その時に決定するということに関して組織としてどうするかということだったのではないだろうか。その時に看護部長ではなく、病院組織の長である院長に了解、承諾を得てからというような方向付けをすればよかったんじゃないかなと思っています。

(看護部長 M-1)

第3節 集団で意思決定を行う際の倫理的意決定の特徴

第1項 内容の特徴

看護部長が、院長や事務長たちと共に意思決定を行う事例を大別すると、医療ミスの開示をめぐる事例(A-1、A-2、A-3)、法律や組織のルールに関わる事例(E-5、G-2、H-2、Q-1)、その他(B-4、F-3)である。

医療ミスを開示するか否かの意思決定も、法律や組織のルールに関わる意思決定も、組織全体の方針や方向性を決めていくことであり、1個人あるいは1看護師として決められるものではない。トップマネジメント・グループの一員として、経営者の立場から「組織の利益を守る」ことや、「法律を遵守する」ことに臨まねばならない問題である。

第2項 意思決定プロセスの特徴

表13は、集団で意思決定を行う際に、看護部長の意思が他のメンバーと同じか異なるかを一覧にしたものである。

表13 トップ集団における看護部長の意思の相違

ID	看護部長の意思	他のトップの意思	集団の意思決定
A-1	誤薬の事実は患者に告げたい	院長：誤薬の事実は隠したい 事務長：誤薬の事実は隠したい	副作用の心配が消えてから事実を告げた
A-2	誤薬の事実を患者に告げるべきかどうか、どうしていいかわからない		告げないことに合意
A-3	ささいなミスまで公表する必要はない	院長：ささいなミスまで公表する必要はない 事務長：どんなミスも公表すべきである	まだ決定に至っていない
B-4	看護長の関連病院への出向も仕方がない	院長：看護長を関連病院に出向させたい	看護長を関連病院に出向させる
E-5	母親の患児への付き添いを制限したい	院長が、看護部の意見に従うように、反対意見の医師を説得した	母親の患児への付き添いを制限した
F-3	経営改善のために老人病棟を増やしたい	院長：老人病棟は増やしたくない 事務長：老人病棟は増やす必要はない	老人病棟の増設は見送った
G-2	職員に暴力をふるった患者に対して、苦情の申し入れをするか、様子を見るか、決めかねる		様子を見ることにした
H-2	感染症患者の手術を妊娠中の看護師に担当させても差し支えない	副院長：感染症患者の手術は妊娠中の看護師に担当させない	副院長が一方的に担当をはずした
Q-1	診療報酬の水増し請求はよくないが、経営改善のためには仕方がないので	院長：診療報酬の水増し請求をしたい 事務長：診療報酬の水増し請求をしたい	水増し請求をした

看護部長がこれでよしと感じている意思と他のトップの意思が同じ場合には、意思決定は比較的スムーズである（A・1、E・5、Q・1）。しかし、異なる場合には、自分でどうすべきかわかっているのにそれができないという道徳的苦悩に陥っている。そして、取合えず自分の意見を投げかけたり（A・3、H・2）、時期が来るのを待ったりして対応している（F・3）。

また、集団で意思決定を行う際にも倫理的ジレンマはあり、価値判断が明確でない場合がある。その際には、単独で意思決定権がある場合と同様、意思決定を行っても、その後で自問自答を繰り返したり（A・2）、妥協したり（B・4）、意思決定を先延ばししたりして（G・2）、対応していた。

以下に、それぞれのパターンについて述べていく。

（１） 納得して受入れるパターン

これは、集団として意思決定するが、他の人たちの価値判断が看護部長と同じであるため、単独で意思決定を行う場合と同様に、その意思決定を肯定的に受入れるパターンである。たとえば、次に示す看護部長 E・5 は、院長が自分と同じ判断基準を示したために、ルール作りがスムーズにいった例を語っている。

他の職種が集まって小児病棟をどうしようかという話をしたきに、医師からの反対がかなりありました。（中略） その時に、院長や医長が看護系に従ってほしいということをみんなに言ってくれて、それで決定しました。でも、かなり付き添いの問題、面会の問題、それから、面会や付き添い者がどこで食事をするかという問題、そういうことをほとんど看護にかぶせられて、どうなっているんだということで苦勞をしました。ですが、大体こちらの思うようにというか、ある程度、決定させていただきました。

（看護部長 E・5）

（２） 取合えず意見を述べるパターン

自分と異なる価値判断をもつ人たちを相手にして道徳的苦悩に陥るものの、自分の意見だけは明確に述べておくというパターンである。

たとえば、看護部長 H・2 は、一度決めた感染症患者の手術の手順を信用しないという態度の副院長に対して、納得いくまで話し合おうと議論を闘わしている。そして、話の決着はみなくても、看護部としての意見を明確に表明してい

る。

私もそれは納得できなくてですね、申し入れをしたんです。副院長に。話がしたいということで、ここに来ていただいて話をしたんですよ。「どうしてそういうことをなさったんですか？」って。（中略）（でも、）最終的には堂々巡りですから、「先生、もう結構です」って言ったら、立ちはだかれてですね、「僕は副院長ですから」ってことで、延々40分くらいですかねえ。私ももうかなり興奮してしまったんですけども、「先生、この話は堂々巡りですから、お帰りください」って言ったんですけども、なかなかお帰りにならなかったですね。

（看護部長 H・2）

（3） 機会を待つパターン

道徳的苦悩を抱えながらも、自分の意見を通すことのできる機会をうかがい、それまで待つというパターンである。たとえば、看護部長 F・3 は、最初は自分の意見を述べ続けたが、何度交渉しても無駄だと悟り、相手が定年退職するのを待つことにする。

目先に困ったことがぶら下がりながら限り決断しないということは、この方と前の病院で何十年も一緒に働いてきていましたから、予測がついてしまうわけです。（中略）それで、この人は無理だと諦めてしまう自分自身がいたんです。（中略）もう、辞めてくれるまで待とうと。

（看護部長 F・3）

（4） 自問自答を繰り返すパターン

単独で意思決定が有る時にもこのパターンは見られたが、これは、集団で意思決定を行ったにもかかわらず、倫理的ジレンマが解消されず、その意思決定の善し悪しについて自問自答を繰り返すパターンである。

たとえば、A・2 は、患者が死亡してしまった医療ミスについて、その事実を開示すべきか隠すべきかについて迷う事例である。この事例では、看護部長も院長も事務長も、確信を持った結論を出せないまま、最終的には隠すことで合意する。組織の利益を守るか、患者の権利を守るかというジレンマの中で、ぎりぎりまで悩み続け、意思決定した後も、それでよかったのだろうかとずっと

悩み続けている。

私も「言った方がいいかしら…」と言いながらも、「絶対、言ってください」とは言えなかったです。やっぱり、院長先生が言うように、「言わない方がいいんじゃないかなあ」って言われれば、私も「そうですねえ…」という感じでした。そして、院長が、「こんなふうに説明しましょう」と言われれば、「そうかなあ」みたいなのがありましたね。積極的に「絶対に言います。こんなことは黙っていたら卑怯です」というようなことではなかったですねえ。（中略）今は、その事故を起こした看護師がどう思っているのかってすごく気になっているんですよ。もう、随分前に辞めてしまっているの、どこでどうされているかわからないのでね。院長、副院長、看護長とも一切そのことは話題にしませんしね。私も恐ろしくってね。それでよかったとは思えませんよね。（中略）結局、（事実を家族に）言っていたとしても、言ってよかったのかなって思うかもしれないですしね。だけどね、人をだますっていうのは、やっぱり平たく言えば、基本的に…だけどねえ。

（看護部長 A・2）

（５） 妥協するパターン

これは、倫理的意思決定を集団で行った時に、その決定に従うべく、他の道徳的要求を捨てようとするパターンである。

B-4 は、次期看護部長にと目をかけて育ててきた看護長が周囲と対立するようになり、関連病院に出向させざるを得なくなった例である。この事例の中で、看護部長は、それまで看護部の人事に関与してこなかった院長までもが、その看護長の処遇に口をはさむようになり、悩んだ挙句、最終的には集団的意思決定に従うことを決断したと述べている。

本当だったら、「私の後を継いで」って言っていたはずの人が、だめ・・・だめというか、周りの人から、「彼女がいたらうまくできないから、他へ」っていうことを言われてしまったんです。私としては、なんというか、今まで人事に関しては、ドクターの意見を聞くことっていうのはなかったんですね。（中略）院長からも「看護部長が決めたことなんだから、看護部の人事は任せてある」とっていうそういう姿勢を貫いていたから。（中略）チームワークが乱れて、ドクターと看護部が対立することはどうしても避けたいということで、私もそういう話を聞きながら、看護部の

まとまりっていうことを考えた時に、一番育ててきた人を出すっていう決断をせざるをえなかった。それが、すごく私としては、つらい決断だったんですよ。

(看護部長 B-4)

(6) 意思決定を先延ばしするパターン

今は倫理的ジレンマが生じていても、時間をおけばそれが解消されることを期待して、すぐには意思決定せずに様子を見るパターンである。

G-2 は、病院の職員に暴力を振るった患者にどう対応するかという事例である。職員の方に落ち度があったとはいえ、暴力は傷害罪にあたる。また、その患者は職員に土下座もさせており、人権問題もからんでくる。このような問題に対して看護部長は、病院の設置主体本部と連絡を取り合いながら、様子を見ながら対応することを決めている。

すぐ行動を起こさない。しばらく待って、「次に（その患者が）外来に来られる時に、1回行動を起こそう」と、そう言っているんだけど、それでは生ぬるいと（看護長たちが）言っているように、私は感じるんですよ。（中略）昔だったら、私はずっと出て行ったかもしれない。副（看護部長）だったら出て行ったかもしれない。言いたい放題ですからね、副の時は。（中略）だけど、逆の立場になった時、果たしてそれが私のとる意思決定・・・をいかにするか。そういうのが、今、ちょっと、悶々としているんですよ。事務所は丸く治めようとする。その態度も私は気に入らない、それもあるんですよ。でも、本庁なんかでは、「殴られることもあるぞ」と言うわけですよ。だから、結論的には、（患者が）もう1回手を上げたら訴えるということになっているんですよ。

(看護部長 G-2)

第4節 意思決定権がない場合の倫理課題への取り組み

第1項 内容の特徴

看護部長が意思決定権を持たないと感じている事例を大別すると、医師を主とする他職種の態度に関するもの（C-1、C-2、C-3、C-4、C-5、E-4、F-1、L-1、N-1）、行政の方針やルールに関するもの（B-3、B-6、D-1、D-4、P-1、R-1）、

労使協定に関するもの（I-1、I-2）、医師との意見の相違に関するもの（E-2）であった。

医師などの他職の言動や態度に関して、看護部長は9事例とも先方に抗議をしたり意見を述べたりしている。しかし、看護部長にできるのはそこまでであり、実際に態度を改めるかどうかは、相手次第である。これらの事例は、相手に倫理課題が生じていることを気づかせ、問題解決を促すための意思決定は行いが、自分で問題を解決するための意思決定ではない。

行政の方針やルールに関する事例や労使協定に関する事例は、すでに仕組みとして存在しているものに対する理不尽さややるせなさに倫理課題を感じる事例である。

医師との意見の相違に関する事例は、専門職として互いに大事にする価値観が看護師と異なるために生じている倫理課題である。どのようにすべきかについて互いに話し合うことはできても、意思決定することはできない。

第2項 意思決定プロセスの特徴

看護部長が意思決定権を持たないと感じている事例は全部で18事例であったが、そのうち倫理的ジレンマに陥った事例はD-1のみであり、あとはすべて価値判断が可能なものであった。

価値判断ができて自分にも意思決定権がない時、看護部長はどのような行動に出るだろうか。自分にも意思決定権がなくても、他の人たちの判断が自分と同じであれば問題はない。しかし、今回得られた17事例はすべて、看護部長の価値判断とは異なる方向に進んでいた。それに対して、看護部長は、意見を述べたり（B-6、C-1、C-2、C-4、L-1、N-1）、自分で解決法を創り出したり（C-3、C-5、D-4、I-1）、強硬手段に出たりする（E-4、P-1）などの比較的積極的な方法をとるパターンがあった。また、現状に耐えたり（B-3、E-2、I-2）、時期が来るのを待ったり（F-1）、あきらめて受け入れたりする（R-1）など、穏やかに対応するパターンも見られた。

また、倫理的ジレンマに陥ったD-1の事例では、価値判断がつかないものの意思決定権もないと感じているため、倫理課題を表に出し周囲に協力を求めるように対処していた。

以下にそれぞれのパターンについて述べる。

（１） 取合えず意見を述べるパターン

医師を主とする他職種の態度に関して倫理課題を認識した場合、どの看護部長もそれに対して相手に意見を述べたり注意をしたりしていた。自分に意思決定権はなくても、看護部長として倫理課題を見逃すわけにはいかないという姿勢を示していた。たとえば、C-1 では当直医が夜間に患者を診たがらない現状を院長に訴え続けた。

当直医が急患を診ない状況がありまして、そのつど、事例にしたり、回答をいただきたいという形で（院長に）お願いをしたりしているんですが、一向に回答が得られません。なおかつ、院長室で夜間の急患当直の（現状について）看護長報告をさせてもらうことにしました。

（看護部長 C-1）

（２） 自分で解決法を創造するパターン

意見を言っても耳を傾けてもらえない時、解決法を提案したり創造したりすることがある。

たとえば、看護部長 C-3 は、当直医師があくまでも専門分野以外の診察をしないというのなら、それを看護師から患者に伝えさせるのではなく、自分で患者に伝えてもらおうと提案した。

看護部長 D-4 は、現場の看護職員数を減らそうとする行政に対して組合に裏で働きかけ、現場の忙しさについて陳情させるよう画策した。また、看護部長 I-1 は、勤務時間内に研修をさせないという組合に対して、「研修という名目ではなく、茶話会ならいい」と言わせ、茶話会の名称で研修を開催させている。

行政マンに（看護師が足りないということを）わかってもらえない。「現場をみてください」って言って、現場に連れて行きます。そうすると、行政マンは、わかって「わからない努力」をするんです。わかったら、人をつけないといけなくなりますから。非情なもんですよ。（中略）ある時、集中治療の場をみてもらいました。静かだったんですよ。それは、静かになるように治療しているからです。そうすると、行政マンは「何だ、静かじゃないか。たいしたことないじゃないか」って言うんですよ。彼らが「たいしたことだ」というのは、ばたばたしていて忙しいことをさすんです。これだけ静かに保つことは、神経を使って十分なケアをしているからだということ

とを説明してもわかってもらえない。結局、ジレンマというか組合にわかってもらわななきゃいけないっていう、やっちゃいけないことをしました。（中略）看護長を通じて、現場の状況がわかるように（陳情の場で）訴えなきゃいけないということを、裏でしました。やっちゃいけないことですけどね。

（看護部長 D-4）

（３） 強硬手段に出るパターン

意見を述べても埒があかない場合、強硬手段に出ることがある。

看護部長 E-4 は、明らかに医師の判断ミスで患者の状態が悪くなった際、医師の指示を無視して看護の判断で処置を行った。また、看護部長 P-1 は、冷房時間の延長を許可してもらえないため強硬手段に出た。直接、冷房を調整している中央監視室に連絡を取り、事務を無視して時間延長の指示を出したのである。この事例は２つとも、患者の生命を守るために看護師としての判断を優先させ、行動に出たパターンである。

（冷房時間延長の交渉をしても時間が経つばかりで）もう待てないということで、実力行使をすることにしました。事務次長に言っても（だめだという）答はわかっていますから、中央監視室の直接の担当である経理課長に話をしに行きました。経理課長には、以前から立ち話では「なんとかしてほしい」ということは言っていたのですが、「今後は毎日、看護長からダイレクトに中央監視室に連絡をいれて、希望する時間まで延長してもらいますから」と言いました。「だめだと言われても、看護部としてはそうします」、と言ったわけです。

（看護部長 P-1）

（４） 現状に耐えるパターン

積極的な行動に出ることができず、現状に耐えることがある。看護部長 B-3 は、精神疾患を抱えた看護師の処遇に困っているが、その看護師が正式な手続きを踏んで休職届けを出している限り、雇用し続けざるを得ないと考えていた。看護部長 E-2 は、医師の専門性を尊重すればするほど、看護師と意見の相違が生じることも仕方がないと考えた。看護部長 I-2 は、労使協定を破ったために職員全員の前で謝罪をさせられた。たとえ時代に合わない労使協定であっても、それが存在する限り謝罪するしかないと屈辱に耐えたのである。

精神疾患を抱えた看護師が多くって、なかなか長期休暇をとって復職しても職場に
適応できないっていうのがあって、辞めてほしいっていう、そういう気持ちがある
んです。辞めてくれると楽なんですね。（中略） 精神分裂って言われている
人もいますが、そういう分裂の診断書を先生はぜったい書かないし。彼女が免許剥奪
には絶対にならないということでえすね。要するに働かなければいいわけですし、そ
れでも薬を飲みながらやっていけるのなら、その人に合った職場で働いていけばいい
んですが（ここでは無理です）。（中略） いろいろしがらみがある方は絶対辞め
ない。公務員として受けられるものは全部受けるということで辞めない。一日でも二
日でも出てくるとまた休暇がゼロからスタートしますので、ずっとそれで繰り返した
りしていて。

（看護部長 B・3）

（５） 機会を待つパターン

相手に態度を変えてもらいたくてもすぐには言い出せない場合がある。看護
部長 F・1 は、思い通りにならないと気が済まない副院長の態度に何度か注意を
促している。しかし、一向に聞き入れてもらえないので、強く意見を述べる必
要があると考えているが、今はその時期ではないと様子をうかがっている。

副院長にしてみれば、看護部長にそんなことは言われたくないというのがあるでし
ょう。ただ、その後の事というのがありますね。それは、病棟に（副院長から何かか）
返ってくるかもしれないということですね。私に返ってくる分には別にかまいませ
ん。だから、そこで考えることがあるんですよ。ここ数年は何か戦略を考えないとい
けないと思いながら、決心できないでいたんです。

（看護部長 F・1）

（６） あきらめて受け入れるパターン

価値判断はできても意思決定権がないため、理想的な解決方法をあきらめて、
可能な範囲でベストを尽くすことを受け入れるパターンがある。

看護部長 R・1 は、患者の身体拘束は人道上よくないと認識している。しかし、
身体拘束を解いて患者の安全を確保するのに必要な人員を雇用することは到底
できない。そのため、看護職の少なくなる夜間帯だけ身体拘束をするという打

開策をとっている。

この病院は、人数のことが厳しく決められていて、「増やしては相成らぬ、むしろ業務委託や人材派遣をして減らすことをしろ」と、常々言われているというのがあるので、いくら言っても人の確保は難しいのではないかという、自分の中にあきらめがあるんですよね。

(看護部長 R-1)

(7) 周囲に協力を求める

複数ある道徳的要求の優先順位がつけられずに倫理的ジレンマを感じ、しかも意思決定権がない場合もある。

急性期の患者を診る公立病院では、緊急患者を断ることは許されない。そのような患者をすべて受入れることによって、看護職の労働量は増し労働環境は悪くなるのだが、公立病院の使命を果たすことが大前提であるため、選択の余地はない。双方を両立させるためには、前提を受入れつつも状況を説明して周囲に協力を求め、ジレンマの解消を図ろうとする。

まあ、結果的には使命の方をとらざるを得ないですね。その場は。そこに患者さんが来ているのに、それをとるとかとらないとか、うちでは断りますっていうことは、重症患者さんは他に引きとり手がないですから言えません。そういう状況をふまえて、後から会議にかけます。こういう状況が続きましたが、どうしますかということで。(中略) 診療部長さん方に、協力を求める、知らせるということで後から整理をします。もう、そればかりですよ。

(看護部長 D-1)

第5節 意思決定には関係しない倫理課題

48事例のうち、意思決定に関係しない倫理課題は12事例あった。それらは、過去の出来事であり既に誰かが意思決定を済ませているもの(A-6、A-8、K-1)、目の前の現象は倫理課題を表しているが、看護部長に意思決定を求められているわけではないもの(D-3、H-1、J-1、O-1、S-1)、既に意思決定は終了してい

るが、その時は倫理課題につながるとは気づいていなかったもの（D・5）、医師と看護師の考え方の相違が倫理課題をもたらすことが述べられているが、意思決定に関わらないもの（E・1、E・3）、自分の心の葛藤が表現されているが、表面的に意思決定として表れないもの（A・4）である。

また、倫理課題だと認識して価値判断ができるもの（A・6、A・8、E・1、E・3、J・1、K・1、O・1）と、価値判断がつけられないもの（A・4、D・3、D・5、H・1、S・1）とに分けることもできた。

第6節 小括

本章では、倫理課題に対する看護部長の意思決定権の有無を検討し、それによってどのように対応が異なるのかを探っていった。

第1節では、48の倫理課題それぞれについて「単独での意思決定権有り」「集団での意思決定権有り」「集団での意思決定権有り」「意思決定権なし」の4種類の分類を用い、意思決定権の有無を確認した。

第2節では、「単独での意思決定権有り」に分類された倫理課題の特徴について検討した。その結果、看護部内の資源配分や看護職員への対処などに関することが分類されていた。また、単独で意思決定権があっても、必ずしも納得してその意思決定を受け入れているわけではなく、意思決定を先延ばしにしたり、時間をかけて周囲を固めていたり、自問自答を繰り返すなどの対応がとられていることが明らかになった。

第3節では、「集団での意思決定権有り」に分類された倫理的意決定の特徴をまとめた。倫理課題の内容としては、医療ミスの開示をめぐる問題や、法律や組織がかかわる問題が分類されていた。また、行った意思決定に関しては、納得して受入れることもあれば、道徳的苦悩に陥り、取り合えず意見を述べたり、機会が来るのを待ったり、妥協したり、意思決定を先延ばしにしたり、自問自答を繰り返したりといった対応が明らかになった。

第4節では、「意思決定権なし」に分類された倫理課題について、看護部長がどのように対応したかについて、その特徴をまとめた。内容的には、医師を主

とする他職種の態度に関するもの、労使協定に関するもの、医師との意見の相違に関するものが分類されていた。また、取合えず意見を述べたり、自分で解決法を創造したり、強硬手段に出たり、現状に耐えたり、機会が来るのを待ったり、あきらめて受入れるようになったり、周囲に協力を求めたりして対応をしていることが明らかになった。

第5節では、これまでの4つに分類できないような意思決定には関係しない倫理課題についてその特徴をまとめた。

第2節から第4節でみられたような対応方法を、表14に整理した。時間をかけ、周囲の様子を探りながら、また、時には規則を曲げながら倫理課題の解決方法を探るという対応は、Badaracco Jr. (2002) でも示されているリーダーシップ・スタイルである。道徳的にどうすればよいかわかっていても、組織上の制約によりそれが遂行できないという Jameton (1984) のいう道徳的苦悩の状態にあっても、あきらめてしまうだけでなく、少しずつでも対応を図ろうする看護部長の意思決定プロセスが明らかになった。

表 14 意思決定権の有無による倫理課題への対応方法

意思決定権の有無	倫理課題内容の特徴	倫理課題への対応方法	
単独で有り	①看護部内の人事 ②看護職員への対応 ③その他	倫理的判断可能	(1) 意思決定を納得して受入れる (2) 意思決定を先延ばしする (3) 時間をかけて周囲を固める
		倫理的ジレンマ	(1) 自問自答を繰り返す
集団で有り	①医療ミスの開示 ②法律や組織のルール	倫理的判断可能	(1) 意思決定を納得して受入れる (2) 取合えず意見を述べる（道徳的苦悩）
		倫理的ジレンマ	(1) 自問自答を繰り返す (2) 妥協する (3) 意思決定を先延ばしする
なし	①他職種の態度 ②行政の方針やルール ③労使協定 ④医師との意見の相違	倫理的判断可能	(1) 取合えず意見を述べる（道徳的苦悩） (2) 自分で解決法を創造する（道徳的苦悩） (3) 強硬手段に出る（道徳的苦悩） (4) 現状に耐える（道徳的苦悩） (5) 時期が来るのを待つ（道徳的苦悩） (6) あきらめて受入れる（道徳的苦悩）
		倫理的ジレンマ	(1) 周囲に協力を求める

第 5 章 状況変化に伴う倫理的意思決定の変化

本章は調査課題 4 に対応している。なぜ同じような倫理課題であっても、看護部長によって意思決定が異なるのか。それが状況に起因するものと仮定し、データ分析をした結果を述べていく。

第 1 節では、調査課題がどのように設定されたかについて述べる。第 2 節では、状況変化に伴って倫理的意思決定が変化するか否かについて事例検討を行った結果について述べる。

第 1 節 調査課題の設定

調査の第 1 段階で倫理課題を収集し始めて間もなく、内容が類似する倫理課題であっても、看護部長によって意思決定が異なることに気がついた。最も典型的にその違いが現れている誤薬に関する 3 例を整理してみると、表 15 のようになる。

表 15 医療ミス・ニアミスに関する意思決定

倫理課題 ID	個人的要因	状況要因		意思決定のアウトカム
	看護部長の意向	院長・事務長の意向	患者の症状や予後	
A-1	開示	隠す	副作用の可能性有り→なし	副作用の可能性が消えてから開示
A-2	どうすればよいか分らない → 隠す	どうすればよいか分らない → 隠す	死亡	隠した
A-5	どうすればよいか分らない	(意向は聞かず)	副作用なし	隠した

倫理課題 A-2 では、患者が死亡するという最悪の事態の中で、医療ミスの実実は隠された。当初は、看護部長も院長もどうすればよいか分からないという倫理的ジレンマに陥っていたが、最終的には医師や事務長が隠すという意向に傾いたのに従い、看護部長も隠すという意思決定に賛同している。倫理課題 A-5 では、誤薬が起きても患者の状態はまったく変化しなかった。それでも A-2 と同様に誤薬の実実は隠されている。倫理課題 A-1 は、誤薬による副作用の有無が不明であった。ここでは、事実を告げることを決める院長や事務長に対し、看護部長は一貫して告げるべきだと主張した。やがて、副作用が生じる可能性が消え、院長は事実を告げることに賛同した。倫理課題 A-5 は、A-1 と同じく副作用はなかったのだが、実実は隠されている。

事例が少数であるため、これらの結果を一般化することはできないが、このような相違が出てくる原因として次の 2 点が考えられる。1 点目は、3 人の看護部長それぞれの個人の考え方や価値観が異なるということ（個人的要因）。2 点目は、状況が異なるということである（状況要因）。ここでいう状況とは、院長や事務長の意向と、誤薬による副作用の症状や予後の 2 つをさしている。現実的には、これ以外の状況要因が考えられるが、データから読み取れる範囲ではこの 2 つが浮かび上がった。

組織における倫理的意思決定に関する研究には、個人的要因に注目したものもあれば状況に注目したものもある（Trevino, 1986）。しかし、個人の考え方や価値観は、性格、家庭環境、教育環境などさまざまな要因が絡んでおりコントロールするのが困難であるため、本調査においては状況要因の方に注目してさらに調査を進めることにした。そして、新たに調査課題 4 を設け、調査課題 1～3 に向けたデータを収集しながら、同時に意思決定に影響を与えている状況要因が変化すれば意思決定が異なるかどうかを探っていくことにした。

第 2 節 状況は倫理的意思決定に影響するのか

第 1 項 事例の検討

研究協力者は 7 名で、収集した倫理課題の数は 13 であった。これらの中で意思決定に関係しない 4 事例と、状況を恣意的に変化させることが困難であった 3 事例を除いた 6 事例（B-1、B-2、C-2、C-4、M-1、R-1）を分析の対象と

した。

倫理課題 B・1 は、管理能力のない看護長の処遇に困った事例である。看護部長として、管理能力のない人を降格させたり、辞めてもらったりすることは仕方のないことだと思っている反面、その看護長が肉親の死を乗り越えられず喪失感に陥っていることや、ご主人の暴力からくるうつ状態にあることを考えると、割り切れないものを感じていた。そこで、夫からの暴力がなかった場合、生活に困るから辞めさせないでほしいと懇願された場合、看護長会で他の看護長から辞めさせることに反対があった場合を想定し、意思決定が変わるかどうかを質問した。それに対して、看護部長はいずれの場合であっても、辞めてもらうという意思決定は変わらなかったと答えている。その理由は、患者のために何が一番よいかを常に考えるという意思決定の際の価値基準があり、それに則ると管理能力のない人に組織を任せるわけにはいかなかったからだと述べている。

一番に考えたのは、患者さんのためにという、私はやっぱり、患者さんのためにいいケアをしたいというのがあります。（中略） 決断をしなくてはいけない時は、自分がしなくてはいけないと思いました。イヤなことを言わなくてはいけないのもしようがないと思います。ですから、（勝原）先生にいろいろ言われましたけれど、もう私は決めていたんでしょうね。もう、（看護管理者として組織に置いておくのは）無理だって。（中略） あとう・・・何べんも言いましたが、管理能力のない人を置いておくことは組織がガタガタになっていきますし、患者さんにも影響していきますから、そこはもう、私は決断をしなくてはいけないと思っていますね。

倫理課題 B・2 では、看護部長は、副看護部長の昇格基準を能力にするか年功にするかでかなり悩んだ。能力を基準にした場合、若手の看護長が抜擢されることになる。看護部長は、若手の看護長を選んでもリスクは伴うが、自分がそれを補えばよいと考え、結局、能力を基準に副看護部長を選んだ。そこで、若手の抜擢にかなり大きなリスクが伴うと予想されても、同じような意思決定を行うかどうかを尋ねたところ、「リスクが大きくても、そういう人たちを引き上げていかなければならない」と答えている。また、能力を基準にした時に、それに見合う人が若手でなくても選んでいたかと尋ねたところ、そうしていたと答えている。つまり、能力を基準に昇格人事を考えるべきだという判断に迷い

はなかった。

倫理課題 C-2 では、看護部長は、医師の言動が助産師の誇りを傷つけていることが助産師の定着しない理由だと知った。そして、自分のくびが飛ぶのも覚悟で医師に申し入れを行った。そこで、医師の言動は誇りを傷つけてはいるが助産師は定着しているという場合でも、自分の首をかけて申し入れをするかと尋ねた。すると、看護部長は、それでも同じように申し入れをしたと思うと述べている。それは、「働く者をベースに、人間として尊重してほしいからだ」と答えている。そこには、助産師が定着するしないにかかわらず、働く者の誇りを傷つけるような言動があれば許さないという看護部長の価値観が読み取れる。

倫理課題 C-4 は、ある医師が、“処方箋を書く”という医師業務を看護師にさせており、注意してもその行為を止めないのが問題であった。たまたま、管理会議の席で同じようなことが話題に上ったため、看護部長は、他にも例があることを思い切って述べた。しかし、そのような話題が会議の席で上らなければ発言はされていなかった。この事例では、偶然与えられた機会に行動が起こされたが、そのような状況がなければ意思決定は異なったものになっていた。

倫理課題 M-1 では、看護部長は、警察から情報漏洩の依頼を受けた時に断るべきかどうか非常に悩んだ。意思決定に影響を与えた状況には、警察の捜査対象になっている患者の病状、前任者が情報を流していたという事実、院長や事務長の判断、夫の職業、警察の対応・印象などがあつた。次に示すのは、患者の症状が軽かったことが警察への情報提供につながったと述べている箇所である。患者の症状は穏やかで、特に生死に関わる治療を受けているわけではなかった。そのことが、職業倫理としての守秘義務の基準を下げていたと読みとれる。

本来なら容態によって（判断が変わる）ということはあつてはいけないことだと思うのですが、（病気の）内容がその方の生死に関わるものであつたら、「これは絶対漏らしてはならぬ」という足かせは、もっともっと抑制というかブレーキになったと思うのですね。

また、看護部長の夫が警察官であり、日頃から夫が市民の協力を得るのに苦勞している様子を見てきたことや、依頼にきた警察官の印象がよく、協力してもよいと思わせるような態度であつたことも影響していると述べている。ただ、

看護部長は、前任者も情報を提供していたということを知らなければ、警察から依頼があった時点ですぐに病院長や事務長に相談していたはずだと述べている。そして、「もしも病院長や事務長に相談していれば、その意思決定にしたがった」と述べている。つまり、さまざまな状況要因が倫理的意思決定に影響していることが示唆されたものの、看護部長 M・1 が最終的に意思決定の基準としているのは病院長や事務長の意向であった。そこで、もしも自分は守秘義務を貫きたいと思っているのに、院長は警察に協力すべきだという異なる意向であった時、自分の意見を貫かないのかと尋ねた。すると、看護部長 M・1 は次のように答えている。

自分の弱さでもあるんでしょうが、組織としてそれ（情報を提供すること）を容認してくれるのであればやむをえないのかなと。そこで矛盾を感じるということは・・・私自身は、矛盾は感じなかったと思います。

このことから、倫理課題が生じても、上位の意思決定、すなわち組織の意思決定に従うことに迷いは生じないことがわかる。そして、この事例では、その価値基準を用いなかったために、情報を提供したという自分の行為に疑問を感じ続けている看護部長の姿が浮き彫りになっている。

倫理課題 R・1 では、看護部長は、患者の身体拘束はすべきでないという基本的な考えを持っていた。しかし、看護師数が足りない夜間帯や、臨床判断能力の未熟な看護師が対応している場合には、身体拘束もやむを得ないという見解を示した。裏を返せば、臨床判断能力に長けた十分な数の看護師がいれば、身体拘束はぜったいすべきでないと考えている。

（身体拘束をするかしないかの）どちらかを選ばなくてはいけないという、まさにジレンマがある時に、生命か、自分たちの（身体拘束をすべきではないという）価値観を重視することかのどちらかとなれば、やっぱり患者さんの生命、安全をとるでしょうね。患者が命を落としてしまうとか、回復不可能になってしまうとか、元の健康状態に戻れないことを選ぶか。今、一時を拘束という状況で過ごすことで、また人間らしい生活に戻れるとういことを選ぶか。そういったような判断基準がでてくるだろうから、その時は、自分の後ろめたさ、抵抗を感じつつも安全を選ぶでしょうし、指導するでしょう。

基本的には身体拘束はすべきでないという価値観があるが、ある状況の中ではそれもやむを得ないと考えている。これは、身体拘束はすべきでないという価値観よりもさらに深いレベルに「生命の安全を優先させる」という価値観があるからだと考える。

第2項 意思決定の価値基準

これまで検討した6事例についてまとめたものが、表16である。表16に示すように、6事例のうち、状況が異なっていれば意思決定が変わっているだろうと考えられるのは3事例、意思決定は変わらないと考えられるものも3事例であった。

表 16 状況による意思決定の変化の有無

状況による意思決定の変化	事 例 番 号	総数
変わる	C-4、M-1、R-1	3
変わらない	B-1、B-2、C-2	3

意思決定が変わらなかった3事例の理由を読みとっていくと、倫理課題に対する意思決定の際の価値基準が明快であり、状況や影響要因に左右されなかったことが明らかになった。また、意思決定が変わると述べている3事例のうち2事例（M-1、R-1）についても、なぜ意思決定を変えるのかという理由が明確であり、そこには明らかな価値基準があることが読みとれた。

なお、C-4の事例では、たまたま遭遇した状況の中で意思決定が行われており、明確な価値観があったのかどうかは読み取ることができなかった。

このように、状況変化によって意思決定が変化することはあっても、倫理課題に対応する際には明確な価値基準があることが明らかになった。表17は、5つの倫理課題ごとに読みとった看護部長の価値基準である。

表 17 意思決定の価値基準

事例番号	意思決定の価値基準
B-1	患者のために一番よいと思うことを優先させるべきである
B-2	能力があり、自分にはないものを持っている人を副看護部長として登用すべきである
C-2	働く者を人間として尊重すべきである
M-1	上司（組織）の意思決定に従うべきである
R-1	基本的には身体拘束はすべきでないが、生命に危険が及ぶ時には生命を守る方を優先させるべきである

第3節 小括

本章では、倫理的意思決定に影響を与えたと思われる状況が、もしも実際とは異なる状況であったなら意思決定は変化するだろうかという調査課題について検討してきた。

第1節では、このような調査課題が設定された背景について述べた。

第2節では、6つの事例について検討した結果を述べた。6つの事例には、明らかに意思決定が変わるという事例もあれば、変わらないという事例もあった。ただし、どちらの場合であっても、看護部長の価値観が倫理的意思決定の際の基準となっており、状況よりも価値観の方が意思決定には重要であるのではないかということが示唆された。

第 6 章 看護部長の価値基準 — 誤薬の事例から —

本章は調査課題 5 に対応している。

前章では、看護部長が語る倫理課題において、その時の状況が異なっていれば意思決定が変わっていたかどうかを確認した。その結果、状況の変化によって意思決定が変わることもあるし、変わらないこともあることがわかった。そして、いずれの場合にも、なぜ変わるのか、あるいはなぜ変わらないのかに関する明確な価値観が存在しており、それを基準に倫理的な意思決定が行われていることが明らかになった。このことから、状況よりもむしろ、どのような価値観を持っているかが倫理的な意思決定に大きく影響することが示唆されている。

ただし、前章では異なる 6 事例を使って全体の傾向を把握するにとどまっている。そこで、本章においては、同一事例を用いた時に、異なる看護部長がどのような倫理的な意思決定を行うのかについて、価値観が意思決定に結びついていく道徳推論の過程に注目しながら明らかにすることを目的とする。

第 1 節 誤薬による副作用の程度による意思決定の変化

調査に協力が得られた看護部長は 6 人であった。それぞれに、誤薬による副作用の程度によって、その事実を患者や家族に公表するか、あるいは隠すのかの意思決定が変わるかどうかを尋ねた。その結果の一覧が表 18 である。

誤薬による患者の副作用がどの程度のものであれ、患者・家族にすべて公表すると答えているのは b 看護部長と e 看護部長である。a 看護部長は、患者に意識がなく、誤薬の現場を誰も見ていないという 2 つの条件が揃っていれば、すべて隠すと答えている。逆に、どちらか一方でも条件が揃っていなければ、すべて公表すると述べている。つまり、周囲の状況によって意思決定は変わるが、変わる時の基準は明確に持ち合わせていた。c 看護部長や d 看護部長は、基本的にはどんな場合も公表するという姿勢を持ちながらも、患者への副作用が軽微であるか、ない場合には隠すと答えている。また、d 看護部長は、もとの患者の病状が悪い場合は、誤薬が死亡の原因とは特定できないので隠すと述べている。f 看護部長は、副作用の影響で何らかの医療処置が必要となっ

た場合にはすべて公表するが、副作用の影響が少なくて何の医療処置も必要がなければ隠すと答えている。

表 18 誤薬による患者への副作用の相違による倫理的意思決定の変化

看護 部長	副作用の 有無不明	副作用有り			副作用 無し
		死亡	有り	軽く有り	
a	▲	▲	▲	▲	▲
b	公表	公表	公表	公表	公表
c	?	公表	公表	隠す	隠す
d	×	隠す	公表	隠す	隠す
e	公表	公表	公表	公表	公表
f	×	公表	公表	▲	▲

公表：誤薬の事実を患者・家族に公表する

隠す：誤薬の事実を患者・家族に隠す

▲：誤薬の事実を患者・家族に隠すか否かは状況次第

？：「わからない」

×：(データから明らかにすることができなかった)

第2節 誤薬を公表するか隠すかを判断する時の価値観

第1項 誤薬を公表するという意思決定の際の価値観

b 看護部長と e 看護部長は、どのようなレベルの誤薬であってもすべてを公表すると述べている。以下は b 看護部長の発言であり、ここからは、「患者に誠意を示すべきだ」という価値観を読み取ることができる。

うちは、細々していることも、必ず患者・家族には説明するというスタンスでいっているんですよ。(中略) それは、やはり自分たちが家族や本人の立場だったら、やっぱり言って謝ってもらいたいと思うわけですね。だから、最善を尽くすっていうところが一番・・・誠意・・・人間は誤りを犯すっていうのはあるし、マスコミにも騒がれているし、この病院にもあると思われているので、いかに誠意を示すかとい

うことが病院としては大切だということが行き渡っているのかなと思います。

(b 看護部長)

第2項 誤薬を隠すという意思決定の際の価値観

それでは、「隠す」という意思決定を行う際には、どのような価値観があるのだろうか。

複数の看護部長は、客観的データやこれまでの臨床経験にもとづき、この患者は大丈夫だという確信が持てる時には敢えて誤薬の事実を告げなくてもよいと考えている。そこには、「患者・家族に余計な不安や恐怖感を与えるべきではない」という価値観がみられる。ささいなミスまで知らせると、患者や家族の不安や恐怖感をかえって助長させてしまうという考え方である。

(そこまで言わなくてもいいと判断するのは)何も恐怖感を与えなくてもいいんじゃないかっていうことが一つですね。(中略)それと、多分、経験的にこれくらいやったらっていうのがありますよね。大丈夫よねっていう。(中略)たぶん、慣れがあると思います。ああ、このくらいなら大丈夫、大丈夫って。わざわざこんなことを言って不安がらせなくてもいけないっていうのと裏腹ですよ。

(c 看護部長)

また、誤薬の後に患者が亡くなったという場合でも、もともとの疾患が悪化したのが原因ととれる場合には、敢えて誤薬の副作用だと公表しなくてもよいと d 看護部長は述べていた。

家族に対してマイナスになるだろうと勝手に考えているのかもしれませんが、(事実を)お話をすることによって、より不安を助長させるような状況だと判断すると(公表は)しないと思います。説明することでマイナスになるのだったらしない。

(d 看護部長)

d 看護部長は、余計な不安を与える方が医療者としての倫理的配慮に欠けることもあると述べており、そもそも病気になったこと自体に不安があるのに、それ以上の不安を与える必要はないという価値観を明確に表していた。

このような価値観は、ケアの倫理 (Gilligan, 1982) で説明できるような、

他者（患者・家族）に配慮し相手を傷つけないように努めることを大事にする価値観だといえる。そして、看護専門職としての倫理に根ざした価値観でもある。

しかし、a 看護部長や f 看護部長の発言をみると、事実を取って公表しないのは、そのような他者に対する配慮だけではなく、患者との信頼関係を損ないたくない、もし損なえば病院のマイナス評価につながるという気持ちがあることも読み取れる。次に示す引用は、「病院のマイナス評価につながるような新たないざこざを起こすべきではない」という価値観が表現されている箇所である。

日常茶飯事、誤薬があるというのは、ものすごく患者さんと職員の信頼関係を損なうんですね。違う患者の薬が別の患者のところにきているっていう時に、命に別状がないって説明をしても、患者さんは絶対に受け入れないんですよ。間違いは間違いとして。こういう間違いをするから、他の病院みたいな〇〇のような間違いをするんだって。だからああいう事故を起こすんだって。それが胃薬であろうが風邪薬であろうが、絶対間違えないということ、間違えないのには越したことはないんですね。患者にとっては自分のことなので。

（a 看護部長）

日本の社会の中では、正直に言ってくれたことが評価されないと思います、私は。ミスがあったということがやっぱり前面に出て、（副作用による症状は）何でもなかったけど正直に言ってくれたということが、いい病院としての評価っていうことは、私はないと思う。（中略）絶対にあってはならないことがあったわけですから。非常に病院としては、隠しているほうが楽ですよ。重荷を背負っていかなくていいわけですよ。

（a 看護部長）

何事もなかったということで、進めていく。だから、正直いって新たないざこざ、争い、はっきり言ったら面倒なことに火をつけたくない。このままそっとしておいた方がいいんじゃないかなという気持ちはありますね。ただ、管理者として「どうしましょうか」とスタッフから言われたら、多分、いい事を言うでしょうね、当然。ドクターと相談しなさいといって逃げるでしょう。

（f 看護部長）

ここに示した「病院のマイナス評価につながるような新たないざこざを起こすべきではない」という価値観は、ケアの倫理（Gilligan, 1982）からすれば自己生存のために自分自身に思いやりを示すという第1段階にとどまっていることになる。しかし、それは、看護専門職としての価値観でなく、経営者としての価値観として出てきているものである。どちらのアイデンティティに立った価値観を大事にするかは個人の道德推論に依るのだが、両方のアイデンティティを持った看護部長の道德推論を一概に道德発達段階に当てはめて結論を急ぐのは控えたい。将来的には、併存する価値観の中でなぜ片方の価値観が強調されるかをより詳しくみていく必要がある。本論では、同じように「隠す」という意思決定であっても、看護部長がどのアイデンティティに傾いているかによって価値観が異なるという記述をするにとどめたい。

第3節 看護部長の価値観に影響する組織の取り組み

表18に示したように、誤薬の事実を隠すか公表するかについては、両方の見解があった。前節において、それぞれの立場からの異なる価値観が明らかになった。また、隠すという意思決定にも異なる価値観があることがわかった。このような相違が生じる原因の1つには、医療ミス問題に対する組織的な取り組みの有無が影響しているようである。

第1項 組織における仕組みの充実

前節で、「患者に誠意を示すべきだ」というb看護部長の価値観について触れたが、b看護部長は、そのような価値観を大切にできるのは、医療ミスに対する組織としての仕組みが整備されているからだということを強調していた。次の引用のように、b看護部長の組織では、医療ミスが起きた時に、どこに報告をしてどの委員会が対応すべきかが体系的に整備されている。医療ミスの問題は個人の問題ではなく、組織の問題として取り組む姿勢が示されているのである。そのため、看護部長が個人として迷うことはないと明言されている。同様の仕組みは、e看護部長が所属する組織にもみられた。

ドクターたちも巻き込んだ委員会ができてきています。（中略）（「隠す」とか「隠さない」という議論は）もう、ないです。うちはすぐに（報告を）あげてくださいって言っています。よそ様のことをいろいろ聞きますが、そういうことがあまりないっていうのは、タイムリーにそういう問題解決をしているから。個人に任せないで、チームとしてそこに感染委員会が入り、最終的には事故対策委員会が対応するというようにサポートシステムができています。（中略）だから、おかげさまで困ったようなことがないんです。

（b 看護部長）

第2項 トップのリーダーシップ

c 看護部長や e 看護部長からは、トップマネジャーたちの強いリーダーシップがあるから、医療ミスに関する課題に対しては、もう迷うことはないという発言が聞かれている。

たとえば、e 看護部長の勤務する病院では、誤薬はもとより医療ミスに関する事実はすべて副院長が掌握し、患者・家族に開示する姿勢を示している。「隠すか、公表するか」といった倫理課題で e 看護部長が悩んだり判断したりすることはない。このような背景からか、e 看護部長の一連の発言からは個人の価値観を拾い出すことはできなかった。

もう迷いません。私は。それと同時にですね、やはり看護のことで問題がありましても、当院では必ず主治医に連絡という形をとっておりますので、私が判断するところはないんです。主治医に必ずご相談をする、連絡をする。そして主治医もいっしょに謝ってくださるっていう形をとっておりますので、私が悩むことというのは、本当にありませんね。（中略）副院長が研修会に積極的に参加されておまして、企業が開催しているようなゼミなどにも参加されておりますので、なんか、そのう、私たちの方にはそういう指導とか・・・ちょっとこれ隠したいなと思っても、もうそういうことは考えられないですね。すごいリーダーシップなんですよ。それと、看護長たちもそういう研修会にも参加するようにと、正義感の塊みたいな副院長に言われ、すごい積極的で。

（e 看護部長）

起きたことに関してすぐに対応するという姿勢は風土ですね。（中略）トップで

ある理事長がまさにそういう考えですので、ジレンマに陥ったことはありません

(c 看護部長)

経営倫理の確立に向けてはトップマネジャーのリーダーシップや（田中, 1997; 小林・高, 1999）。非倫理的状況に対する揺るぎ無いコミットメント（Aguilar, 1994; Driscoll and Hoffman, 2000）が必要であると言われているが、ここで描かれている状況は、まさにこれらの先行研究を支持するものだと言える。

第3項 組織の取り組みの有無と看護部長の意思決定

医療ミスが起きた時に、組織としてどう対応するかが整備されていたり、トップが強いリーダーシップを発揮して方針を明確にし、それを浸透させている場合には、看護部長たちの悩みや迷いが生じないことが前項で明らかになった。

このような看護部長たちの発言で象徴的なのは、次に示すように発言の主体が組織になっている点である。

「うちは、細々していることも必ず患者・家族には説明するというスタンスでいっているんですよ」

(b 看護部長)

「うちは、そういうことに対しては丁寧に、瞬時に対応する努力をしています」

(b 看護部長)

「私どもでは、医療事故防止対策委員会という院内の委員会がありまして、病院の方針として前端的に公開しております」

(e 看護部長)

「当院では、必ず主治医に連絡という形をとっておりますので、私が判断するところはないんです」

(e 看護部長)

一連の発言からは、看護部長たちが組織の方針に則った判断を行っていることがよく理解できる。しかし、看護部長の意思決定が組織の手に委ねられ、自らが判断する必要がない中では、当の看護部長自身が医療ミスをどう考えているのかが読み取れない。

他方で、医療ミスへの対応について強いリーダーシップや仕組みを持たない
a 看護部長は、苦悩し、次々と起こる医療ミスは忘れていくしかないと述べて

いる。そして、目の前の倫理課題に対して、自分が対応しなければならないため、発言の主体も「私」や「私たち」になりがちである。

喉元過ぎて忘れていくから働いていられると思うんです。そうでなきゃ、怖くて私たち、働いていられないんですよ。だから、（ミスがあっても）患者が無事で退院されたら、もう忘れてもいいのかもしれないですね。（中略）あんまり個人的な良心や正義感は振りかざせないですね。

（a 看護部長）

これまでの発言を見ると、b 看護部長、c 看護部長、e 看護部長のように患者や家族の立場に立ち、組織として誠意を持って対応しようとする姿勢には共感できることが数多くある。しかし、気になるのは、道德推論ということ考えた場合、組織の方針に従うことで個人の倫理観を内省する機会がなくなりはないかということである。また、倫理的感受性ということ考えた場合、何が倫理課題なのかに気がつかなくなるのではないかということである。たしかに、対応に苦慮するような倫理的状況に遭遇した時、組織の中に仕組みや手続きがあれば「楽に」処理することができる。しかし、それに甘んじてしまうと、それらに従ってさえおけばよいという倫理を考えない風土が生まれはしないだろうか。

b 看護部長、c 看護部長、e 看護部長に比べて、a 看護部長の苦悩は深刻である。しかし、突きつけられている倫理課題に惑い、内省する様子には、先の看護部長たちとは異なる意味での共感が得られる。だからといって、a 看護部長のように組織的な支援がなければ、解決をみない倫理課題が日々の意思決定を脅かすことになるだろう。

看護部長が倫理的意思決定を行う時に、組織の姿勢や方針が影響することは理解された。しかし、その組織による倫理課題への取り組みはどのようにあるべきなのかが示唆されなければならない。

第4節 小括

本章では、誤薬の事実を患者や家族に公表するか、あるいは隠すかという意

思決定が副作用の程度によって変わるかどうかを探索した。そして、意思決定の際にどのような価値判断を行っているのかを明らかにしようとした。その結果、副作用の程度に限らず、どの状況においても公表するというものもあれば、副作用の程度によって隠すというものもあった。

公表するという意思決定の際には、「患者に誠意を示すべきだ」という価値観がみられた。また、隠すという意思決定の際には、「患者・家族に余計な不安や恐怖感を与えるべきではない」と「病院のマイナス評価につながるような新たないざこざを起こすべきではない」の2つの価値観がみられた。

医療ミスはなるべく隠すと述べている看護部長には、組織的な対応をするための体制も、問題に向き合うトップのリーダーシップも読み取ることができなかった。看護部長は、個人として倫理課題に向き合っており、内省を繰り返し、苦悩している様子が読み取れた。

他方、どんな医療ミスも公表すると述べている看護部長の所属組織では、医療ミスへの対応が体系的に整備されており、それに対して強いリーダーシップを発揮するトップがいることがわかった。特筆すべきなのは、そのような組織の取り組みを受けて行動している看護部長たちは皆、医療ミスを隠すか隠さないかという倫理課題からは解き放たれており、もう迷わないと答えている点である。ただし、「どうすべきか」という悩みからは解放されるが、自分たちの倫理的な考え方や行動を日常的に振り返ることがなくなるのではないかという、組織の方針に委ね過ぎることへの疑問が残された。

第7章 倫理的意思決定に必要な組織の取り組み

本章は調査課題6に対応している。

前章では、組織の方針が看護部長の価値観に影響するという示唆が得られたが、本章ではそれを異なるアプローチ（フォーカス・グループ面接）によって確認していく。また、組織の方針が個人の価値観に影響するのであれば、どのような組織の方針があればよいのかについて考察していく。

第1節 古い倫理風土から新しい倫理風土へ

第1項 新しい倫理風土に変わるきっかけ

看護部長たちには、医療ミスに関する2つの事例を示した(pp.45・47 参照)。

1つは、医療ミスへの対応が組織化されている病院の看護部長の事例。もう一つは、そのような仕組みがない病院の看護部長の事例である。

最初に、「どちらの事例に共感を覚えるか」と尋ねたところ、看護部長たちは、医療ミスは隠さないという事例の方に共感を覚えるという反応を示した。かつては、自分たちも「隠す」という慣習の医療組織にいたが、それはもはや古いタイプの組織だというのがその理由であった。そこで、「なぜ古い価値観から抜け出て、新しい価値観に生まれ変わったのか」という質問をしたところ、看護部長たちは次のような会話を展開した。

「一つ二つの（ミスの）経験はあると思う。でも、今は、それを黙っているっていうのは、私たちは怖いと思う。言わなきゃいけないと思い込んでいるでしょ。これは言うべきものだとも私たちは変わってきたじゃない。それは、でも何で変わってきたんだろうか」

「それは、私たちがね、すごく昔から倫理的でね、すごく倫理観が強くて、というわけじゃなかったんだよね。どれが正しいんだろうなって思うし、そう言われればそうかなって思うしね。私はなんか、世の中の流れに沿って自分自身が変わってきたと思うのね。（中略）倫理観が変わってきた。」

「一番変わったのはドクターじゃないかしら。閉鎖的な考えじゃなくなったのは、

ドクターがそうになってきたのは大きいと思う。院長をはじめとしてドクターは、昔は隠せばいいという閉鎖性が強かったけど、今はなくなってきたから我々はやりやすい」

「世の中がドクターを変えたんだよ」

「世の中が変わってきたので、病院も変わらざるを得なかった。それで、自分たちは（事実を）言わないと社会的にたたかれるとか、言わない方がもっとひどい目に遭うとか・・・それだったら言おうって」

看護部長たちは、この会話の中で、もしも世の中の流れが変わっていなかったら、病院内の「医療ミスは隠す」という慣習も変わっていなかったであろうことに気づいている。また、病院内の慣習が変わっていなかったら、自分たちの倫理観も変わることがなかったと内省している。自分たちの力では破ることのできなかった医療の閉鎖性が、社会の動きによって破られたわけだが、ここでは、組織が社会の変化を敏感に察知し、それを効果的に、そして誠実に組織内に取り込むことの重要性が示唆されたと言えよう。

第2項 古い倫理風土からの脱却

前項で引用した発言の中で、「事実を言わなければ社会にたたかれる。だから隠さない」という理由付けがみられた。Kohlberg (1984) の道徳性発達段階を用いるならば、一般的に期待されていることを行うのを善しと考える段階であり、さほど高い推論レベルにはない。より高い推論レベルを求めるのなら、その背後にある道徳原理を意識していることが肝要である。そのためには、なぜ、自分の倫理観が変わってきたのかを探索する必要があるが、その答えを「隠してしまったことの方が、してしまったことよりも罪が重いから」という別の発言から読み取ることができる。医療ミスは起きてしまうが、決して故意になされるものではない。しかし、「隠す」ことは意図的に行われる。そこに罪の重さの違いを感じているのである。

隠すことに罪の重さを感じるようになった看護部長が、「隠すべきではない」という考えに一貫性を持ち、普遍的な価値観として内在させるようになると、高次の道徳推論レベルにあると言える。そのことを確認するために、「隠していないという組織にいる看護部長が、隠すという方針の組織に所属することになったら、どのように対応するか」を尋ねてみた。

次の発言は、まず自分の価値観を見つめ直すというものである。

組織が熟成されていなくて、隠そうっていうことがあったら、何をもとに自分が判断していくかっていうふうに（考える必要がある）。（中略） 病院からいろいろ指示を待っている自分なのか、それとも、（中略） もっと自分が心の中にきちっと（考えを）持って行動していくのかっていうのは、最初の大事なところだと思うんですよ。

隠すという組織の方針に対して自分の価値観が何なのかを問い直し、一呼吸置く。それを認識した上で行動するため、自分と価値観の異なる組織の方針にただ従うというスタンスはとらないことが示されている。

しかし、自分の価値観が組織の方針と異なる時に、それが組織で受け入れられないことも想定される。その時には、「組織を辞す」という覚悟を語った看護部長も複数いた。

基本的には、間違っことは間違ったって告げるべきだとは思うので、院長や副院長が「黙っておこう」って言った時に、自分は、「でもやっぱり言った方がいいんじゃないですか」って言えるようになっていなきゃいけないなって思う。それで首が飛べば、まあ、いいや。そういう病院なんだって。いいわって。

そのような組織は辞めるでしょうね。ただ、状況を暴いてから辞めるか、暴かずに自分だけが辞めるかということが出てくる。どうせ辞めるのなら、後に残ったナースに、看護部長が辞めた理由をわかってもらって辞めたい。

後者の看護部長は、先の「隠してしまったことの方が、してしまったことよりも罪が重いから」と答えた人物と同じである。隠すことを強要されるくらいなら組織を辞すという選択は、道徳的な価値を自らに内在化させ、それが正しいということの意味を理解しているからである。このような高次の推論がなされるようになると、隠すという元の価値観に戻ることはできない。既に道徳的な価値を内在化させているため、それに反する価値観の中に身を置くことができなくなっていると考えられる。

本当の意味で古い価値観をもつ倫理風土から脱却するには、一人一人がなぜ

これまでの価値観が善くないのかを十分に推論できることが肝要であろう。

第2節 新しい倫理風土を育てるための取り組み

第1項 仕組みづくり

組織の倫理風土を転換することは、それほどたやすいものではない。これまで暗黙の了解として隠していたミスを公表するように求められるようになった時、まず、仕組みの必要性を浸透させなければならない。

システムを作ったのは、私はよかったと思うんですよ。(中略) みんなが(ミスの報告を)出すことで、そこから足並みを揃えて、その次の段階に進める。今一番大事な風土作り。個人を責めるわけじゃないよと、何が原因でそうなったのかをよく検討することが(目的で)、個人を責めるんじゃないよと、そういうシステムでちゃんと、バックアップしていくよと(言ってます)。(中略) 言いたいことは、私は未熟なところほど、システムをまず作るっていうところ。そういう線引きから次に進めていけるのではないかなと。その中で一番大事なことがなんなのかなと検討することで、きっと育てられていくのかなと、そんな気がします。

仕組みが整ったら、次には開示しても大丈夫だという組織からの保証が必要になる。次の発言は、そのような保証があってはじめて、個人の倫理観を組織の仕組みの中で活かせることができると述べたものである。

金がかかっても弁護士を雇い、多額であつても保険金を払い、「速やかにミスを報告しても君たちは大丈夫なんだ」って、そういう守られるシステムがないと、やっぱりだめだなって思ったんですね。(中略) きちっと、あやふやでない取り組みをするっていう、そういう責任っていうのかな、そういうのが私は育ったと思う。だから、報告はしても大丈夫なんだ、力強い院長も副院長もいるんだよっていう、そういう支えもあるんだよっていうことが(職員に)わかってもらえたのかなって。

しかし、仕組みが整い、すべてを組織の判断に任せるようになった時に、個人の倫理観は埋没してしまわないだろうか。これは、前章においても懸念され

たことであるが、ある看護部長が同様の懸念を次のように表現している。

理事長から「こういうふうにしましょう」と言われたことを、本当に自分やスタッフレベルで倫理的にどうなのかっていうところを考えない。安全パイができたから、そういうふうにやっちゃっていくっていう、そういうところが、無きにしも非ずかなって、ちょっと思っていたんです。（中略）自分たちは生命に直結したことをやっている、そういうことに責任を持ちなさいっていうことを現場の中でやっていかないと育っていかないだろうし、（中略）だから、なんて言うのかな、1つのことがバツと出されちゃうと、それに対してのつかっていけばいいんだろうとか、そこで本当に学習になっているんだろうかなっていうことを、もう少し考えていかなきゃいけないのかなってことを思うんですけどね。

倫理課題に対するルールや規則があれば、それが基準になって、すべきことと、してはならないことが明確になる。しかし、そのルールや規則があることの意味を浸透させておかなければ仕組みは機能しない。組織の判断に頼りすぎることの弊害を自覚した上での仕組みづくりが求められる。

第2項 機能する仕組みにするために

それでは、機能する仕組みとはどのような仕組みなのか。看護部長たちは、いくつかの視点を提示している。

1つには、倫理観のない人や行動を排除する機能である。仕組み作ること、何が許されて何が許されないのかが明らかになり、倫理観のなかった人たちの認識を改めることができるというものである。

（仕組みには）倫理観のない人を排除するような働きもあるような気がする。（中略）今までは好き勝手にやっていた。でも、今は聞かないでしょ。お尻触るなんて。

2つ目は、倫理観を育てるための教育的な機能である。

システムはただの決まりでね、みんなの倫理的なジレンマを軽くするためのシステムではなくって、むしろ倫理観を育てていったり、ことの善悪を考える機会を持たせたり、教育をしたりっていうか、そういうためのシステムと思うんですね。そういつ

たものがないと、倫理観は育っていかないと思う。セクハラだって、それはセクシャルハラスメントですよと伝えてあげて、どういうことかを学習したり、教育したりする場にシステムがなって行って、その結果、みんなの認識が高まって、セクハラなんかない明るい健全な社会ができてる。倫理観の高い人たちが集まって検討しなくても、それぞれがみんな倫理的な判断ができるようになるので、そのためにはやっぱりシステムは必要だと思うんですね

今までは、一部の隠れた見えないところでやられてきたことが、学ぶ機会が増えるように思うかな。だから、医療事故なんかでも、前はそこの当事者同士、部署だけ。だけど、今は委員会ができて、それを病院全体で共有し合って、次に防ぐ方法としてはどうなんだろうって、そういうように教育していったらいいんだろうって、みんな考えられるようになった。

このように、看護部長たちが考える仕組みとは、単に個人が価値判断をしなくてもよいための仕組みではない。むしろ、倫理的意思決定能力を養うための仕組みである。

Fry(1994)は、倫理的感受性と道德推論能力の双方がそろって倫理的意思決定ができると述べている（邦訳 p.3）。看護部長の発言にあるように、事の善悪を考えたり、倫理観のない人にそれを気づかせたりするのは、倫理的感受性を養うということである。また、起きた現象がどういう意味を持つのかを問い、教育的に働きかけるとするのは、道德推論能力を高めるということである。生きた仕組みとは、まさにそれらの能力を向上させ、倫理的意思決定につながる仕組みに他ならない。このような仕組みが定着し、組織全体に倫理を語る風土が根付いたとき、組織の誠実さを世に示すことができるであろう。

第3節 小括

組織の取り組みが看護部長の価値観に影響するという前章の示唆を受け、本章では、フォーカスグループ面接法を用いてそれを確認した。また、どのような仕組みがあれば組織の方針が浸透していくかについて考察した。

第1節では、以前はどの医療組織も医療ミスを隠すのが当然であったが、社会の変化に伴い、公表することを当然に思うようになった過程が確認された。

その過程の中で、「隠す」という意図的な行為に対する罪の重さが認識された。一度それが認識されると、看護部長たちは、もう二度と隠すという方針の組織に順応することはないと述べており、そのような方針を強要する組織は辞すと述べた看護部長もいた。

第2節では、新しい倫理風土を確立するためにどのような取り組みがあればよいかを検討した。その結果、医療ミスについて語っても保証される環境を整え、倫理的感受性や道德推論を高めていけるような学習の機会を提供することの必要性が確認された。

第8章 統合的モデル ―看護部長の倫理的意思決定プロセス―

本章では、一連の調査で明らかになった看護部長の倫理的意思決定プロセスの特徴を統合し、モデルの構築をめざすことを目的とする。

第1節では、これまでの調査結果の概要を述べ、モデルが調査結果から導き出されたことを確認してモデルの提示を行う。また、モデルの妥当性が検証されたプロセスと、本論におけるモデルの意味合いについて確認する。第2節では、看護部長の倫理的意思決定プロセスモデルの概要について解説する。第3節では、モデルの実践への応用と限界について述べる。

第1節 看護部長の倫理的意思決定プロセスモデルの構築

第1項 調査結果の統合

これまでの調査結果を再掲すると次のとおりである。まず、第3章では、看護部長の倫理課題48事例の紹介を行い、そのような倫理課題をもたらす17の道徳的要求を導き出した。第4章においては、48事例それぞれについての意思決定パターンを明らかにし、4つに分類した。それらは、看護部長単独で意思決定権が認められるもの、他のトップマネジャーと共に意思決定を行うもの、意思決定権がないもの、意思決定には関係しないものである。また、意思決定には関係しない倫理課題を除いた事例について、どのような行動パターンがみられるかについても探索を行った。第5章では、状況変化に伴って意思決定が変化するかどうかを検討した。その結果、状況の変化よりもむしろ、看護部長のもつ価値基準が意思決定に影響を与えていることが示唆された。また、その価値基準どおり行動できるかどうかは、組織の方針や仕組みの影響が強いことも同時に示唆されている。

さて、これらの多様な看護管理実践の現場における倫理的意思決定プロセスを整理したものが、図5の看護部長の倫理的意思決定プロセスモデルである。1つずつの倫理課題例について、倫理課題を認知してから意思決定に至るまでのプロセスを、意思決定権の有無を中心に示している。倫理課題ごとにたどるプロセスは異なっており、最終的に行き着いた時点でIDに下線をひいている。

たとえば、A6は倫理課題を認識して価値判断を行っているが、意思決定に関する課題ではないため、プロセスの最初の段階に下線がひかれている。これらのIDをはずしたものが図6であり、最終的に一連の調査の統合モデルとして示されるものである。

第2項 モデルの妥当性

図7は、図6の原型である。これは倫理課題が33個集まった時点で作成した。この原型をモデル案とし、すでに倫理課題を提供し終わった調査協力者2名に対し個別にモデル案の説明を行い、現場に即しているかどうかの検討を依頼した。

この2人の看護部長からのフィードバックにもとづいてモデル案の加筆修正を行う一方で、データが追加されるごとに新たなアイデアを加えていった。そして、データに対応させながらモデル案の修正を繰り返し、理論飽和に近づいたと思われる時点で看護管理の研究者1名に、論理性やデータとの整合性の確認を依頼した。さらに修正を加え、看護部長の研修会³⁷で何度か使用してその感触を聞き取ったり、経営倫理関係の学会³⁸で発表を行いそのフィードバックを得たりして最終的な加筆修正を行った。

以上のように、現場の看護部長や看護管理学・経営倫理学の専門家による妥当性の検証を繰り返し行い、精緻化されたモデルを構築するに至った。

第3項 モデルの意味合い

モデルとは、模型や原型あるいは見本や手本という意味があるが、ここでは看護部長の倫理的意思決定が行われる現場の現実をありのままに再現する模型の意味で用いている。このモデルに出てくる構成要素は、すべて現場における調査データにもとづいて帰納的に得られたものであり、研究者の推測や仮説は混在していない。構成要素のネーミングは、一部、文献から得た概念を用いているが、すべて生のデータに裏付けされたものである。

³⁷ 正式な研修会としては、平成14年度日本看護協会認定看護管理者教育サードレベル「トップマネジャーの意思決定と倫理」と題する研修で使用している（平成14年11月15日）。インフォーマルな会での発表は2度行っている。

³⁸ 第10回日本経営倫理学会研究発表大会（平成14年10月）での発表をさす。

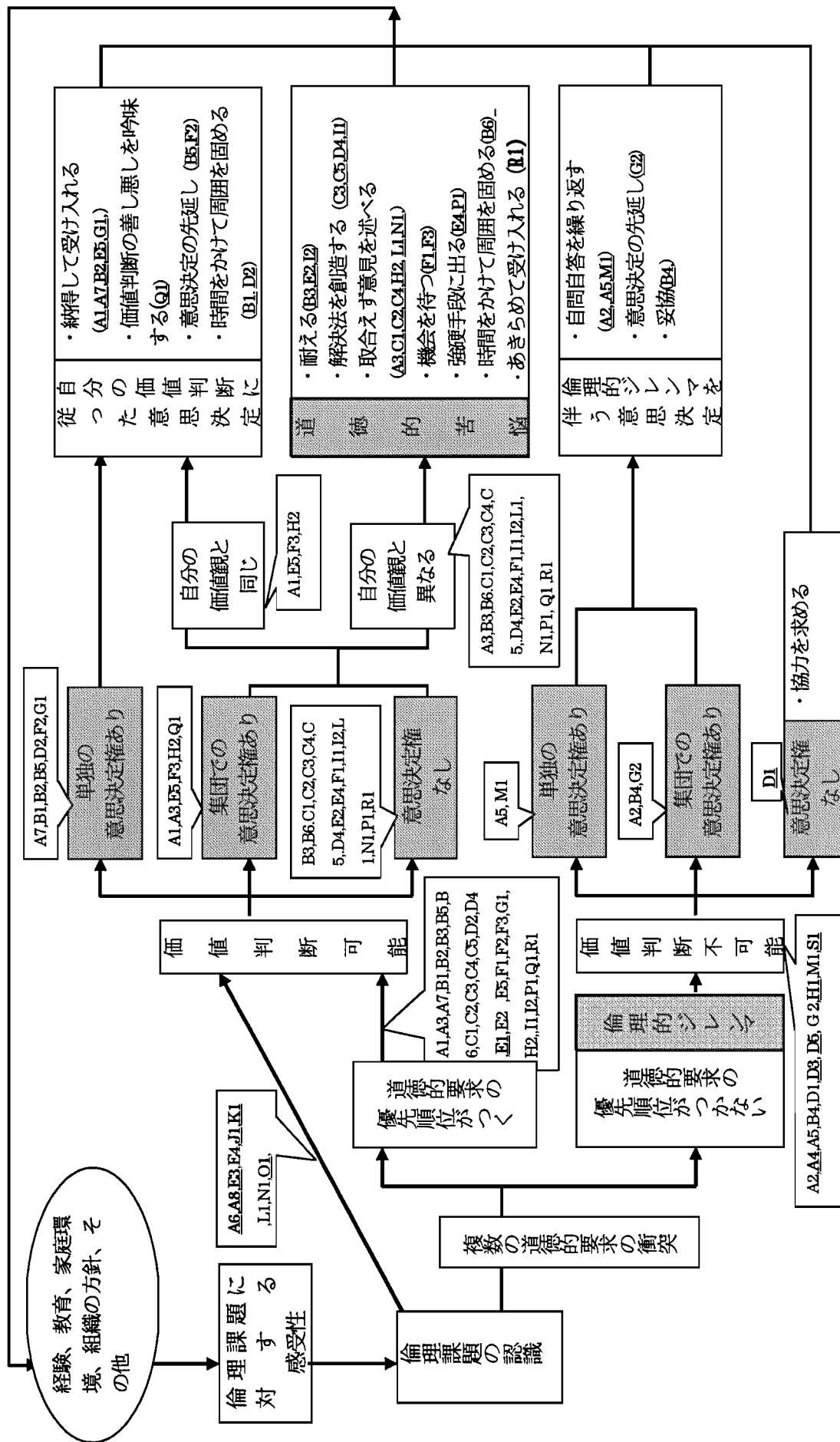


図 5 看護部長の倫理的意思決定プロセスモデル (倫理課題 ID 入り)

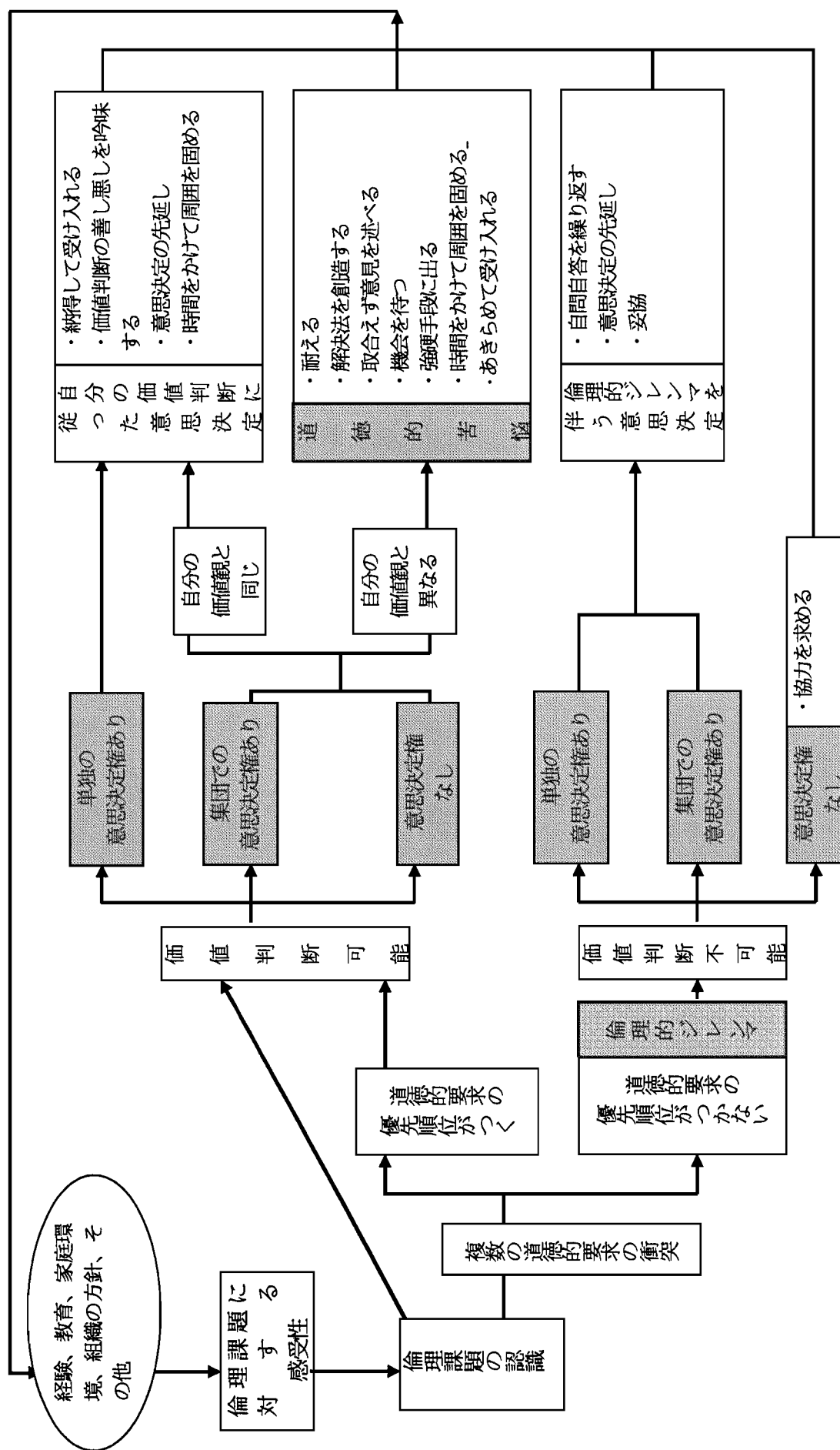


図 6 看護部長の倫理的意思決定プロセスモデル

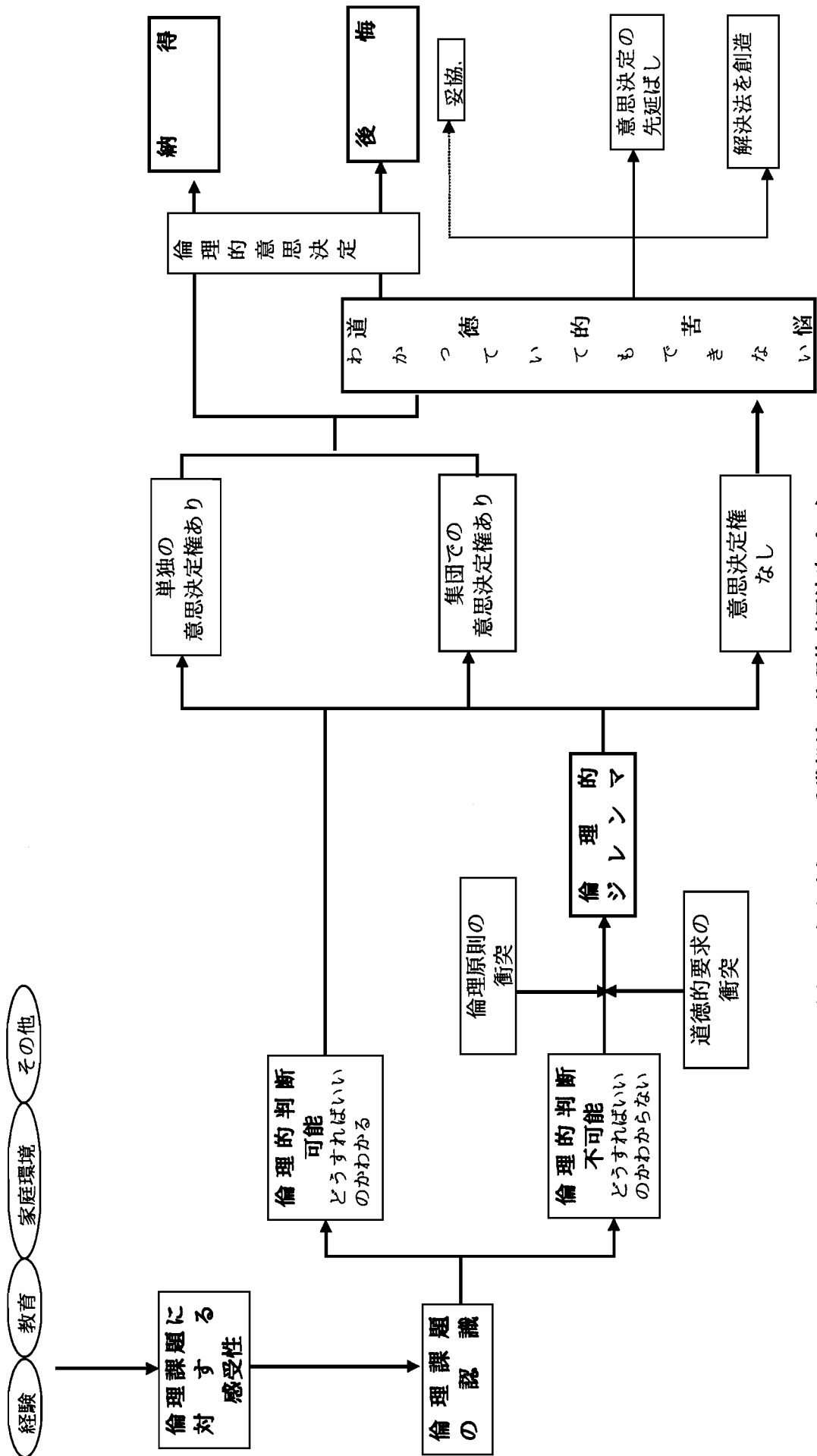


図 7 オリジナルの看護部長の倫理的意思決定プロセス

このように、構成要素の1つ1つが看護部長の現実体験であることから、データポイントを経時的にとらえることでその体験の流れが1つの事例として明らかになる。看護部長の倫理的意思決定プロセスがこの図によって再現され説明されるという意味で、このモデルは記述モデルである。

ただし、1人の看護部長がこの全貌を語ったわけではないし、1人の看護部長がこの図の全貌を常に意識しているわけではない。構成要素をつないだのは、研究者自身である。体系的に集められたデータからなるこのモデルは、ある経路しか経験していない看護部長が倫理課題を考えたいという場面において教育的に用いることも可能である。このモデルを分析枠組みとして用い、混沌とした管理の現場における倫理課題を整理することもできる。その意味では規範的モデルとしての活用も可能であり、管理者研修などでの事例検討の枠組みに用いるなど応用できる範囲は広い。

第2節 看護部長の倫理的意思決定プロセスモデルの概要

本節では、看護部長の倫理的意思決定プロセスモデル(図6)の説明を行う。以下の記述では、モデルの中のボックスに対応する部分を強調文字で記している。

ある状況下に置かれた時に、そこで起きていることを倫理課題だと感じるかどうかは、看護部長のこれまでの経験、受けた教育、組織の方針、家庭環境などの要因が影響している。同じ現象が目の前にあっても、**倫理課題に対する感受性**の程度によって、それを**倫理課題だと認識**する人と、そうでない人が出てくる。

倫理課題を認識した時に、「何がよくない(よい)ことなのか」、「自分がどうすればよいか」がわかり、自分の価値観が明確であれば**価値判断可能な状態**である。また、置かれている立場や周囲の状況を鑑みた時に、**複数の道徳的要求が衝突**していても、その中のどれを大切にすべきかわかる場合にも、**価値判断が可能な状態**である。ところが、どれを大切にすべきかわからず、優先順位がつけられない場合がある。その時には、こちらを立てればあちらが立たなくなるという**倫理的ジレンマ**に陥り、**価値判断が不可能**になる。

ここまでは、看護部長が一個人、看護専門職、経営者、組織人という複数の

アイデンティティを持つことを意識した道徳推論の過程が表現されている。ここから先は、意思決定権の有無や組織の方針に影響されながら自分の価値観をどう表現するかが記述される。

価値判断が可能な場合に**単独の意思決定権**があれば、**自分の価値判断に従った意思決定**を行うことができる。だからといって、意思決定内容を納得して受け入れられるものばかりではなく、時間をかけて周囲を固めていたり、意思決定を先延ばしにしたりすることもある。**集団で意思決定**を行う時には、院長や事務長などの他のトップの価値判断が自分の価値判断と同じであれば、自分の価値判断に従った意思決定に進むことができる。しかし、自分の判断と集団の判断が異なっていたり、自分に意思決定権がなかったりする場合には、「何が善いのか価値判断ができるのに、そのとおりに意思決定できない」という**道徳的苦悩**に陥る。そして、とりあえず自分の意見は述べておいたり、時期が来るのを待ったりする。**意思決定権がない**場合で、しかも自分の価値観と異なる決定がなされるようであれば、道徳的苦悩に陥り、それに耐えたり、あきらめたりすることがある。また、解決法を創造したり、強硬手段に出たりして、なんとか意思決定に絡むように試みる場合もある。

価値判断が不可能な場合でも、単独あるいは集団で意思決定権を持ち、意思決定を行う場合がある。その時には、棄却された道徳的要求が気になるため、**倫理的ジレンマ**を伴う**意思決定**になる。そして、本当にこの意思決定でよかったのかと自問自答を繰り返したり、決まったことに妥協しようとしたりする。また、倫理的ジレンマに陥り意思決定権もないという場合には、なんとか倫理課題が生じていることを表に出して、周囲の協力を求めようとする。

これらのさまざまな意思決定体験は、学習効果となって次の**倫理的感受性**につながっていく。たとえば、道徳的苦悩に陥っても目をつぶることを学習すれば、次に倫理課題が起きていても見なかったことにしてしまい、倫理課題であることを認識しなくなる可能性がある。逆に、納得のいく意思決定が行われた場合には、次に同様の問題が起きた時にも即座に倫理課題として認識し、対応がはかれると考えられる。

なお、このモデルは左から右へと時系列になっており、矢印の向きもそのように描かれているが、決して一直線の不可逆的なモデルではない。現場の状況に応じて後戻りすることも可能だし、立ち止まることも可能である。

第3節 倫理的意思決定プロセスモデルの果たす役割と限界

第1項 管理実践への応用

このモデルが看護管理の現場で起きている実際の現象を整理するのに有効であることや、教育学習用に用いるのも可能であることは先に述べたとおりである。ただし、本モデルの適用範囲は看護部長に限るものではない。

まず、医療組織における看護部長以外の管理職への応用が可能である。医療組織における二重権限構造 (Smith, 1955) は、医師のパワーを強くし、意思決定構造を複雑にしている。そのため、看護部長の倫理的意思決定プロセスのありようは、組織図上、同列に位置する薬剤部長や検査部長などのそれと大同小異だと考えられる。

また、看護部長以外の看護職にも応用が期待される。Chambliss (1996) が主張する道徳的苦悩の構造は、そもそも一般の看護師を対象に分析されている。看護師としてどうすべきがわかっているにもかかわらず、組織上の制約がその判断どおりの行動を許さないという道徳的苦悩は、看護部長を対象にした本調査においても顕著に見られた。一般の看護師は、看護部長以上に意思決定権が制約されていると考えられるため、意思決定権の有無に着目した本モデルを発展的に応用することができるであろう。

さらに、医療組織以外への応用も期待される。本モデルを構築するにあたり、経営倫理学における知見から学ぶことが多かった。それと同様に、この調査で明らかになった知見を経営倫理の一般的な現象に応用することも可能だと考える。その理由は2つある。1つ目は、中間管理職である看護部長の立場は、他の組織の中間管理職にも応用できるということ。2つ目は、本調査で収集した倫理課題の内容は、医療組織にきわめて特徴的なものもあるが、どの組織にも見られるような現象の方が多かったことである。それぞれの理由について、もう少し詳しく述べておこう。

本モデルの最大の特徴は、個人が価値判断を行った後にも意思決定の3つのパターンをくぐることである。これは、看護部長職がトップマネジメント・グループにいながら、組織構造上は中間管理職であるために、意思決定権が制限されていることを表現したものである。自分に意思決定権がない場合は、自分の倫理観を貫きたくてもそれができずに苦悩する。このような現象は、企業や役所などでもみられる。企業においても、中間管理職の倫理的意思決定に組

織の方針や上司の考え方が影響することは明らかになっているため、意思決定のパターンを特徴的に用いている本モデルは、企業管理者にも参考になると思われる。

次に、倫理課題の内容について言及しよう。本調査で収集した 48 の倫理課題は、すべて看護部長から得たものである。そのため、事例は医療組織の状況が描かれている。しかし、命の重さを測ることができるのか（倫理課題 H-1）や、患者の死へのおろそかな対応（倫理課題 K-1）などのように、医療の現場でしか起きないような一部の倫理課題を除いては、企業でも起こりうると考える。たとえば、人事の問題（昇格基準の設定、労使交渉、退職勧告など）、不祥事の隠蔽問題、男女間の問題、役割を遂行しない上司への対応問題などに見られる倫理課題は、なにも医療に特徴的なものばかりではない。医療組織の事例では、状況が病棟内や手術室であったり、登場人物が医師や看護師であったりするために、ひじょうに象徴的に倫理の問題が浮上する。しかし、倫理問題の本質は企業にも類似する点が多くみられるのである。登場人物や背景を企業に置き換えて応用することが可能である。

実際、モデルを構築する過程で、企業の管理者、企業の研修担当者、経営倫理の研究者などからこのモデルの企業への応用可能性について肯定的な意見が聞かれている。実際に応用が可能かどうかは検証が待たれるところだが、看護部長の倫理的意思決定モデルの普遍性が、現場の管理者や経営倫理の学者から示唆されたことは強調しておきたい。

第2項 看護部長の倫理的意思決定プロセスモデルの限界

ここで、モデルの限界にも触れておきたい。今後は、次に示すような本モデルの限界を意識しながら新たなデータ収集に努め、より現場を説明できるようなモデルをめざしていく。

1) 倫理的感受性について

倫理的意思決定には倫理的感受性と道德推論能力の発達が重要だと言われているが（Fry, 1984）、本研究では道德推論能力の方に着目した研究デザインを採用し、データ収集を行っている。データ収集の段階では、すでに看護部長が倫理的課題だと認識した事例が設定されているため、倫理的感受性の有無や強さなどが意思決定プロセスにどのように影響するかは、このモデルでは表現さ

れていない。

2) 事例の日常性について

本研究では、道德推論の多様性や意思決定プロセスの複雑さがより深く表現されると考え、「最も意思決定が困難だった倫理課題」の事例を集めてモデルを構築している。このような事例を扱うことで、日常の倫理課題や慢性的な倫理課題を代表していると仮定しているのだが、実際に日常的な倫理課題がどこまで反映されうるかは定かではない。

ただし、調査者が看護部長候補者の研修³⁹において、48 事例のうちランダムに 33 事例を要約して紹介したところ、受講生の約半数が、これらの事例の 3 分の 2 は自組織でも生じていると述べていた。このことから、最も意思決定が困難だった倫理課題は必ずしも特殊な事例ではなく、汎用性のある日常的なものが多いと思われる。

3) 道德的苦悩からアクションへの流れについて

モデルにおいて、道德的苦悩に陥った看護部長がさまざまなアクションに移ることが示されている。しかし、これらの異なる選択肢の間にどのような媒介があってそのうちの一つが選択されたのか、その要因は明らかにされていない。

第4節 小括

本章では、これまでの調査結果を統合した看護部長の倫理的意決定モデルを提示した。

第1節では、このモデルが現場のデータに基づき帰納的に構築されたものであることを示した。また、モデルの構築にあたっては、現場の看護管理者や研究者、また経営倫理学者などから何度もフィードバックを受けており、妥当性が確認されていることを明らかにした。

第2節では、モデルの解説を行った。

第3節では、モデルが看護部長以外の看護職、医療管理者、そして企業管理

³⁹ 平成14年度日本看護協会認定看護管理者研修サードレベルをさす。

者にも応用が可能であることを示した。また、モデルの限界についても明らかにした。

結章 結論と今後の展望

本論では、これまで、看護部長が倫理課題に対してどのように意思決定を行っているのかを、意思決定権の有無を中心に明らかにしてきた。本章では、各章ごとの要約を行い、本研究の結論と今後の展望について述べる。

第1節 各章の要約と結論

本研究の課題は、看護部長がどのような倫理的意思決定を行っているのかを意思決定権の有無を中心に明らかにすることであった。

序章では、本研究における問題意識を明らかにした。1つ目は、医療を取り巻く環境がめまぐるしく変化していることに関してである。特に、経営資源が削減される中で医療・看護の質を維持するのが困難になったことや、医療組織における隠蔽体質が情報開示の流れに逆らえなくなったことを指摘した。ここでは、医療組織における倫理課題は、生命倫理や臨床倫理の視点からだけでなく、経営倫理の視点からもとらえる必要性が確認された。

2つ目は、医療組織における意思決定構造に関することである。医療組織における倫理課題を経営倫理の視点からとらえるとき、一般的に医療組織が院長を中心とした二重権限構造をなしていることを見過ごすわけにはいかない。医師に意思決定権が集まりやすい組織の中で、医師職以外のトップマネジャーたちの意思決定権がどの程度認められているかを考えることは重要である。本論では、その中でも看護部長を対象にしている。その一番の理由は、看護部長が医療組織の中でも最大規模の職員を統括しているからである。

第1章では、先行研究の検討を行った。最初に、本論の基底となる用語の定義や考え方の整理を行った。まず、「道德」を社会の中で、その成員たちが善悪の判断を行う時に用いる慣習、基準、ルールと定義し、「倫理」をその道德を個人や集団のレベルで実践していく際の探求プロセスと定義した。また、「倫理課題」をある文化や社会の中で求められる道德（道德的要求）を実践していく際に生じる課題と定義した。次に、物事の善し悪しを決める価値についてのとらえ方を整理した。大別すると、価値を絶対的なものととらえる倫理絶対主義と

相対的なものだととらえる倫理相対主義がある。本論では、倫理絶対主義の中でも道徳多元主義、すなわち社会の成員は道徳行為に関する基本的な共通基盤をもっているはずだという立場に立つことを確認した。そして、価値が対立した時に、自分がどの価値に重きを置くかを判断していくプロセスを道徳的推論ととらえ、Kohlberg による正義の倫理と Gilligan によるケアの倫理の考え方を概説した。さらに、既存の管理者の倫理的意思決定モデルのほとんどが規範的モデルであることを指摘し、本論では帰納的なアプローチを行い、どのように倫理的意思決定が行われているかを記述するモデルの構築をめざすことを明らかにした。

次に、管理職の倫理課題に関する先行研究のレビュー結果を述べた。まず、企業管理者が倫理課題に直面しやすい理由を、複数のアイデンティティを持っていること、組織内でより権限を持つ人からの指示を受けていること、やむを得ず非倫理的な行動を起こす時には自らの行為を正当化していることの3点から説明した。それらに加えて、看護管理者に特徴的な2つの要因があることを説明した。1つには、看護管理者には専門職倫理が備わっているために組織経営を担うにあたって相反する道徳的要求に直面しやすいこと。もう1つは、看護職の仕事が病院組織の中で従属的であるために、何が道徳的に正しいかわかっていてもそれができないという道徳的苦悩に陥りやすいことである。次に、管理者が抱える倫理課題は広範囲にわたり、かつ日常的に生じていることを明らかにした。ここでは、管理者の倫理課題は、必ずしも世間をにぎわすようなスキャンダルを扱うものばかりではなく、日常の管理行動の中に存在していることが確認された。さらに、看護管理者が倫理的意思決定を行うさいには、個人の倫理観に照らし合わせながら、同僚や家族の意見、法律などが参考にされていることを明らかにした。最後に、倫理的な風土を確立していくためには、トップマネジャーが倫理課題にコミットメントする姿勢が大事であることを述べた。また、中間管理職は、必ずしも正義感にあふれる直接的な行動をとるだけでなく、状況をみながら時間をかけて課題に取り組むリーダーシップスタイルを示す場合があることを明らかにした。

第2章では、調査のデザインを概観した。まず、調査の全体像を説明し、調査が3段階からなり、合計6つの調査課題を持っていることを確認した。また、調査協力者への倫理的配慮がどのように行われたかを詳述した。次に、それぞれの段階において調査課題が設定された背景、調査協力者の選択方法、データ

分析の方法などを説明した。

第3章以降は、調査結果について述べている。

第3章では、看護部長の倫理課題と、倫理課題をもたらす道徳的要求について説明した。調査期間中に得られた倫理課題は48で、医療ミスに関する事例、人事に関する事例、医師の態度に関する事例などが多く挙がっていた。また、倫理課題からは17種類の道徳的要求が明らかになった。それらは、[1]個人の誇りを守る、[2]市民としての義務を果たす、[3]女性であることを受け入れる、[4]社会的に人を助ける、[5]看護部長専門職としての誇りを守る、[6]患者の権利を守る、[7]看護の質を保証する、[8]患者の生命を守る、[9]組織の利益を上げる、[10]労働者の権利を守る、[11]看護部門を代表する、[12]政治的な要求を受け入れる、[13]住民の要望にこたえる、[14]組織のルールに従う、[15]医師と協調する、[16]法を守る、[17]日本的文化規範に従うであった。さらに、これらの道徳的要求は、看護部長のもつ4つのアイデンティティ（一個人、看護職、経営者、組織人）に分類することができた。また、4つのアイデンティティのどの立場に立つかによって倫理的な葛藤が生じるということを、組織図を使って説明した。

第4章では、48の倫理課題それぞれについて、看護部長の意思決定権の有無を明らかにし、倫理課題への対応にパターンがあることを見出した。意思決定権の有無は、単独で意思決定権があるもの、集団で意思決定権のあるもの、意思決定権のないもの、意思決定権に関係しないものの4種類に分類した。それぞれに分類された内容の共通性を探索すると、単独で意思決定権があるものは看護部内の対応に関することであり、集団で意思決定権のあるものは集団の利益に関することや法律・ルールに関することであった。また、他職種の態度に関すること、行政の方針に関係すること、労使関係に関することは、看護部長に意思決定権はなかった。

看護部長の意思決定プロセスにおいては、たとえ意思決定権があっても自分の価値観どおりの意思決定が行えないことがあり、その場合には道徳的苦悩に陥ることことが確認された。ただし、そのまま放っておくのではなく、道徳的苦悩の中にあっても、時間をかけ、周囲の様子を探りながら、また、時には規則を曲げながら倫理課題の解決方法を探っている様子が明らかになった。

第5章では、同じような倫理課題であっても看護部長によって意思決定が異なる理由を探索した。倫理課題を収集する中で、意思決定には状況が影響して

いることが示唆されたため、状況を変化させた時に、意思決定が異なるかどうかを確認した。6事例を分析した結果、意思決定が変化するものは3事例、変化しないものも3事例であった。しかし、変化する理由、しない理由のそれぞれには明らかな価値基準があることがわかった。すなわち、倫理的な意思決定の際には、状況よりも個人の価値観が影響していることが示唆された。

第6章では、第5章で示唆された個人の価値観がどのようなものか、その推論過程を探索した。副作用の程度が様々な誤薬の事例を複数の看護部長に示し、その事実を患者や家族に公表するか隠すか、またそれはなぜかを質問した。その結果、公表する時の価値観は、「患者に誠意を示すべきだ」というものであった。また、隠す時の価値観は、「患者・家族に余計な不安や恐怖感を与えるべきではない」「病院のマイナス評価につながるような新たないざこざを起こすべきではない」というものであった。また、副作用の程度にかかわらず、一貫して公表すると述べた看護部長の組織では、公表するという組織の方針が整っており、それに対して強くコミットするトップがいることがわかった。隠すことが中心の組織では、そのような方針もトップのコミットメントも認められなかった。さらに、倫理課題に対して誠実な対応をするという組織風土が整った組織の看護部長は、倫理的な悩みが葛藤から解放されていることが明らかになった。

第7章では、第6章で示唆された組織の方針やトップのコミットメントが、看護部長の価値観にどのような影響を与えているのかをフォーカス・グループ面接法を用いて探索した。その結果、社会の変化を受けて医療組織が変わり、それを受けて看護部長の価値観が変わっていることがわかった。つまり、看護部長は組織の方針に大きく影響を受けるが、組織の方針はすぐには変わるものではない。組織がいかに社会の変化を敏感に読みとり、効果的に組織に取り込み浸透させるかが重要であることが示唆された。また、その際、なぜ変わらなければならなかったのかを推論できてはじめて、古い体質から脱却できたとも言えることも確認された。

新しい倫理風土の確立に向けて、仕組みを作っていくためには、医療ミスについて語っても保証される環境を整えること、倫理的感受性や道徳推論を高めたいけるような学習の機会を提供することが大切であることが導き出された。

第8章では、看護部長の倫理的な意思決定プロセスモデルの提示を行った。まず、このモデルがこれまでの調査結果から導き出された帰納的なモデルであり、意思決定プロセスを説明する記述的モデルであることを説明した。次に、モデ

ルの概要を説明し、最後にこのモデルが管理実践へ幅広く応用されうることを示した。

第2節 今後の展望

本研究は、看護部長の倫理的意思決定プロセスに焦点を当てたものであるが、その延長線上には、医療機関における倫理風土をどのように確立していけばよいだろうかという、より大きな実践的なテーマが意識されている。今回の一連の調査で明らかになったことは、それに向けた第一歩である。特に、これまで国内においては医療組織におけるこの種の研究が行われていなかったことを鑑みると、今回の調査結果が基盤となり、新たな展開が期待できる。

すでに、倫理的意思決定プロセスモデルの管理実践への応用可能性と限界については前章で詳しく述べたので、本章においては、研究デザインの今後の展望について述べていきたい。

第1項 倫理課題の多様性への対応

(1) 倫理課題の新たな分類枠組み

本研究では、看護部長が意思決定の中で最も困難を感じた倫理的課題を収集した。その結果、48の倫理課題が集まり、それらを内容別に分類すると19種類になった(表9)。その中でも、本研究では医療ミスの問題に焦点を当てて調査を進めるという研究デザインを採った。調査結果からは、看護部長の倫理的意思決定には組織の方針やトップマネジャーの倫理問題へのコミットメントが影響していることを導き出した。しかし、19種類の倫理課題のレベルは様々であるため、医療ミスの事例が必ずしも他の18種類を代表しているとは言えない。ここ数年、医療ミスがにわかに注目を浴びてきたので、それに対しては、リスクマネジメントの一環として組織的な対応が整備されるようになった。しかし、それ以外の倫理課題への対応は組織化されていない可能性が強い。むしろ、そのような問題ほど日常に存在しており、どう対応すべきかについて、今後検討していかなければならない。

1つの考え方として、48の倫理課題を組織全体で対処方法を整備しなければ

ならない問題と、あくまでも看護部長として向き合うべき問題とに整理することが想定される。前者の場合は、医療ミスの問題と同様に組織として対応がなされれば、誰が看護部長になっても同じように倫理課題に対応することができるし、看護部長が個人として苦しまなくてもよい。後者の場合は、たとえば専門職間で話し合う機会を設けたり、看護部内で定期的に事例を検討したりするなどの対応が考えられるだろう。

ところで、このように倫理課題を分類するときには、何を基準に分類するのかが問われる。1つのアプローチとして、経営者としてのアイデンティティや、組織人としてのアイデンティティに分類された道徳的要求（表 11）に絡む倫理課題に着目することが考えられる。これらのアイデンティティに求められる道徳的要求は、薬剤部長や検査部長あるいは副院長や院長などの他のトップマネジメントグループにも同様に求められる要求だと想定される。そこに分類される倫理課題の特徴を導き出し、組織としての対応方針を整えることができるのではないだろうか。

もう1つのアプローチとしては、「どうすべきかわかっているのに、組織の制約があってそれができない」という道徳的苦悩に陥った倫理課題を集め、どのような組織の制約が倫理課題をもたらしめているかを洗い出すことである。組織の制約といっても、トップの考えであったり、組織内の取り決めであったり、慣習であったりその種類はさまざまである。その中から、組織として取り組むべきことが見出すのは一考であろう。

いずれにせよ、今回は 48 の倫理課題すべてに当てはまる大きな枠組みとしてモデルを構築したが、今後は、48 課題をいくつかの特徴的な事例パターンに整理して、そのパターンごとにさらに深く意思決定プロセスを探索していく必要がある。

（2）組織のサポートシステムの構築

今回の調査では、個人の良心を守り通すには限界があることや、道徳的苦悩が多いことなどが明らかになった。これらに対処するためには、組織的に倫理課題に取り組む姿勢が必要であるが、それをどう構築するかが課題になる。

先にも少し触れたが、たとえば、日常の倫理課題をいつでもすぐに話し合うことのできる下位グループ、職種間の問題や職場内のことを話し合う中位グループ、経営上の問題や内部告発などの対応を話し合う上位グループを作り、倫

理課題の内容ごとにどのグループで話し合うかを分けていくことも可能であろう。

また、個々の倫理的感受性を高めたり、道德推論能力を向上させたりすることが必要であるが、そのためには研修やトレーニングが欠かせない。トレーニング・プログラムの開発も今後の研究課題として挙げられる。

ただし、倫理風土の確立に向けたこのような取り組みを行うには、院長を中心とするトップマネジャーたちの強いリーダーシップとコミットメントが不可欠であり、そのための啓蒙をどのように行うかを考えていくかも知れない。

第2項 倫理的課題に対するアプローチ

本研究では、看護部長がどのように倫理的意思決定を行い、どのように対応しているかについて、現実を反映した記述を行い、モデルを構築することができた。しかし、どのような行動をとれば効果的だったのか、あるいはどのような判断がよくなかったのかなどには焦点を当てていない。

今回の調査でも、調査協力者たちは自分の価値判断に必ずしも満足しているわけではなく、むしろ自問自答を繰り返したり、妥協したりといった対応が多く見られた。倫理課題にはさまざまな価値観が混在するため、最善の対策を提示することはできないが、少なくとも1人の看護部長が体験したプロセス以外にどのような意思決定プロセスが考えられるか、その可能性について検討することは必要であろう。

今後は、意思決定権の有無だけではなく、1つの倫理課題について多面的に状況を分析し、さらに倫理問題の本質に迫るようなアプローチを考えていきたい。

第3項 調査協力者にとっての「語り」の効果

面接プロセスにおいて、数人が突然涙ぐみ、そして数人が語る機会ができたことに対する感謝の気持ちを述べた。どちらも調査者にとっては思いがけない出来事だった。考えてみれば、本研究における面接は、調査協力者にとってデブリーフィングの要素があったのかもしれない。

デブリーフィングとは、惨状に直面し、大きな精神的負担を負った人たちが、その状況を詳細に報告することで経験を共有し、批判されることなく自分の感

情を発散する機会である。そこには、本当にわかってくれる仲間感覚が根底にあるといわれている。つらい出来事を経て自分の人生を意味あるものにするためには、その体験を話し、事態とそれに関わる感情や気持ちの変化とを統合させていくことが重要だとされている (Underwood, 1995)。本研究では、倫理課題を語ってもらう中で個人の倫理観に触れ、閉じ込めていた感情をも表面に浮上させた。そのことが、かえって調査協力者の人生に意味ある体験として統合されていく機会になったのかもしれない。

また、次の言葉に表れているように、倫理課題に直面していても、それが倫理の問題だと意識されていない場合がある。それまでは、なぜ苦しいのかわからないままに意思決定し、その判断に対して自分を責めてきたわけだが、面接を機に自分のつらさを口にしたことで、自己否定から解放される様子も見られている。

(この問題は) 倫理 (の問題だ) って言われて、ちょっとある意味、私も少し気が楽になった部分があります。こういうことで自分は悩んでいるけど、私は冷たい (人間) っていうことではないのかもしれないって。冷たいのかもしれないけど、冷たくないのかもしれないって。ジレンマがあるだけで、人の痛みとかも持っていていいんだって思いましたし。自分がきちんとできないことに対しての痛みも持っていていいんだなって思いました。

(看護部長 B・3)

倫理課題を語ることの重要性は、本研究において副次的に見出せたことであるが、調査協力者の一人が語っていたように、看護部長は孤独である。管理者が倫理的な意思決定を行う際のサポートは不可欠だと思われる。倫理課題を語れる環境を整えることもその取り組みの1つとして考えていく必要があるだろう。

参考文献

- Aguilar, F. J. (1994). *Managing Corporate Ethics*, Oxford University Press.
(水谷雅一監訳『企業の経営倫理と成長戦略』産能大学出版部, 1997)
- Anderson, Jr. J. W. (1989). *Corporate Social Responsibility*, Westport:
Greenwood Publishing Group. (百瀬恵夫監訳『企業の社会的責任』白桃書店, 1994)
- Aroskar, M. (1984). Institutional Ethics Committees and Nursing
Administration. *Nursing Economics*. 2(2):130-136.
- Aroskar, M. (1998, December). Administrative Ethics: Perspectives on Patients
and Community. *Online Journal of Issues in Nursing*.
- Badaracco, Jr., J. L., Ellsworth, R. (1989). *Leadership and the Quest for
Integrity*, Boston, MA.: Harvard Business School Press.
- Badaracco, Jr., J. L. (1997). *Defining Moments, When Managers Must Choose
between Right and Right*, Boston, MA.: Harvard Business School Press.
- Badaracco, Jr., J. L. (2002) *Leading Quietly: An Unorthodox Guide to Doing
the Right Thing*: Boston, MA.: Harvard Business School Press. (高木晴
夫監修, 夏里尚子訳『静かなリーダーシップ』翔泳社, 2002.)
- Badzek, L., Mitchell, K., Marra, S., Bower, M. (1998, December).
Administrative Ethics and Confidentiality: Privacy Issues. *Online
Journal of Issues in Nursing*.
- Bantz, D., Wieseke, A., Horowitz, J. (1999). Perspectives of Nursing Executives
Regarding Ethical-Economic Issues. *Nursing Economics*, 17(2): 85-90.
- Blancett, S., Sullivan, P. (1993). Ethics Survey Results. *The Journal of Nursing
Administration*, 23(3): 9-13.
- Blanchard, K., Peale, N. V., (1988). *The Power of Ethical Management*, NY.:
William Morrow and Company Inc. (小林薫監訳『企業倫理の力』, 清流出
版, 2000)
- Blouin, A., Brent, N. (1993). The Chief Nursing Officer As Board Member
Selected Legal and Ethical Issues. *The Journal of Nursing*

- Aministration*, 23(12): 14-15,54.
- Blum, L. (1988). Gilligan and Kohlberg: Implications for Moral Theory. *Ethics*, 98, 472-491.
- Borawski, D. (1994). Resources Used by Nurse Administrators in Ethical Decision-Making. *The Journal of Nursing Administration*, 24(3): 17-22.
- Borawski, D. (1995). Ethical Dilemmas for Nurse Administrators. *The Journal of Nursing Administration*, 25(7/8): 60-62.
- Brosnan, J., Roper, J. (1997). The Reality of Political Ethical Conflicts: Nurse Manager Dilemmas. *The Journal of Nursing Administration*, 27(9): 42-46.
- Camuñas, C. (1994). Ethical Dilemmas of Nurse Executives Part 1. *The Journal of Nursing Administration*, 24(7/8): 45-51.
- Camuñas, C. (1994). Ethical Dilemmas of Nurse Executives Part 2. *The Journal of Nursing Administration*, 24(9): 19-23.
- Cassidy, V. (1991). Ethical Responsibilities in Nursing: Research Findings and Issues. *Journal of Professional Nursing*, 7(2): 112-118.
- Chambliss, D. F. (1996). *Beyond Caring: Hospitals, Nurses, and the Social Organization of Ethics*, Chicago: The University of Chicago Press.
(浅野祐子訳『ケアの向こう側』日本看護協会出版会, 2002)
- Cherrington, J. O., Cherrington, D. J. (2000). *Moral Leadership and Ethical Decision Making*, Provo, Utah: CHC Forecast, Inc.
- Christensen, P. (1988). An Ethical Framework for Nursing Service Administration. *Advances in Nursing Science Nursing*, 10(3): 46-55.
- Combs, A.W., Avila, D. L. (1978). Helping Relationships: Basic Concepts for the Helping Professions, Allyn and Bacon. (大沢博・菅原由美子訳『援助関係: 援助専門職のための基本概念』プレーン出版, 1985)
- Cooper, M. (1989). Gilligan's Different Voice: A Perspective for Nursing. *Journal of Professional Nursing*, 5(1): 10-16.
- Cooper, M. (1991). Principle-oriented Ethics and the Ethic of Care: A Creative Tension. *Advances in Nursing Science*, 14(2): 22-31.

- Cooper, R. W., et al. (2002) Key Ethical Issues Encountered in Healthcare Organizations: Perceptions of Nurse Executives. *Journal of Nursing Administration*, 32(6): 331-337.
- Cooper, T. L. (1998). *The Responsible Administrator: An Approach to Ethics for the Administrative Role*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Crisham, P. (1981). Measuring Moral Judgement in Nursing Dilemmas. *Nursing Research*, 30(2): 104-110.
- Darr, K. (1997). *Ethics in Health Services Management*, Baltimore: Health Professions Press.
- Dearlove, D. (1998). *Key Management Decisions*, London: Financial Times Professional Ltd. (宮川公男監訳, 上田泰訳『エグゼクティブのための意思決定入門』東洋経済新報社, 2000)
- De George, R. (1987). The Status of Business Ethics: Past and Future. *Journal of Business Ethics*, 6: 201-211.
- De George, R. (1989). *Business Ethics*, N Y: Macmillan, Publishing Co. (永安幸正・山田経三監訳, 麗澤大学ビジネス・エシックス研究会訳『ビジネス・エシックス』明石書店, 1995)
- Dierckx de Casterlè, B. Grypdonck, M., Vuylsteke-Wauters, M. (1997). Development, Reliability, and Validity Testing of the Ethical Behavior Test: A Measure for Nurses' Ethical Behavior. *Journal of Nursing Measurement*. 5(1):87-112.
- Dierckx de Casterlè, B., Roelens, A., Gastmans, C. (1998). An Adjusted Version of Kohlberg's Moral Theory: Discussion of Its Validity for Research in Nursing Ethics. *Journal of Advanced Nursing*, 27(4): 829-835.
- Driscoll, D., Hoffman, W. M. (2000). *Matters: How to Implement Value-Driven Management*, MA.: Center for Business Ethics with, Bentley College, Waltham. (菱山隆二・小山博之訳『ビジネス倫理10のステップ: エシックス・オフィサーの組織改革』生産性出版, 2001)
- Duckett, L., Rowan-Boyer, M., Ryden, M. B., Crisham, P., Savik, K., Rest, J. R. (1992). Challenging Misperceptions about Nurses' Moral Reasoning.

- Nursing Research*, 41(6): 324-331.
- Fletcher, J., Sorrell, J., Silva, M. (1998, December). Whistleblowing as a Failure of Organizational Ethics. *Online Journal of Issues in Nursing*.
- Freeman, R. E., Gilbert, Jr., D. R. (1988). *Corporate Strategy and the Search for Ethics*, NY: 1/E, Prentice Hall, Inc. (笠原清志監訳, 澤井敦他訳『企業戦略と倫理の探求』文真堂, 1998)
- Fry, S. (1986). Moral Values and Ethical Decisions in a Constrained Economic Environment. *Nursing Economics*, 4(4):160-164.
- Fry, S. (1994). *Ethics in Nursing Practice: A Guide to Ethical Decision Making*, Geneva: International Council of Nurses. (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, 1998)
- Gellerman, S. (1986). Why "Good" Managers Make Bad Ethical Choices. *Harvard Business Review*, July-Aug: 85-90.
- Gilligan, C. (1982). *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*, Cambridge, MA: Harvard University Press. (岩男寿美子監訳『もうひとつの声: 男女の道德観のちがいと女性のアイデンティティ』川島書店, 1986)
- Gilligan, C., Ward, J., Taylor, J.(Eds.) (1988). *Mapping the Moral Domain*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gordon, S. (1997). *Life Support, Three Nurses on the Front Lines*, 1st Edition, Little, Brown. (勝原裕美子・和泉成子訳『ライフサポート—最前線に立つ3人のナース』日本看護協会出版会, 1998)
- Harbison, J. (1992). Gilligan: A Voice for Nursing? *Journal of Medical Ethics*, 18(4): 202-205.
- Hewison, A. (1995). Ethical Health Care Management: Is It Possible? *Journal of Nursing Management*, 3: 3-9.
- Hilliard, B., Coffey, B., Johnson, R. (1999). Hospital Executives and Ethics Committees: An Effective Collaboration. *The Journal of Nursing Administration Healthcare Law, Ethics, and Regulation*, 1(1): 25-31.
- Holloway, I., Wheeler, S. (1996). *Qualitative Research for Nurses*, Blackwell

- Science Ltd. (野口美和子監訳『ナースのための質的研究入門：研究方法から論文作成まで』医学書院, 2000.)
- Hornby, A. S. (Ed). (1974) オックスフォード現代英英辞典, 開拓社
- Hosmer, L. T. (1996). *The Ethics of Management*, (3rd ed.). Homewood, IL: Irwin.
- Huggins, E., Scalzi, C. (1988). Limitations and Alternatives: Ethical Practice Theory in Nursing. *Advances in Nursing Science*, 10(4): 43-47.
- 岩下清子・奥村元子・石田昌宏他 (1996), 『診療報酬：その仕組みと看護の評価』日本看護協会出版会.
- Jackall, R. (1988). *Moral Mazes: The World of Corporate Managers*, NY: Oxford University Press.
- Jameton, A. (1984). *Nursing Practice: The Ethical Issues*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Jones, T. (1999). Ethical Decision Making by Individuals in Organizations: An Issue-contingent Model. In Worthley, J. (Ed.) *Organizational Ethics in the Compliance Context*, Chicago, IL: Health Administration Press.
- 加藤尚武 (1997). 『現代倫理学入門』, 講談社文庫.
- 勝原裕美子(1999). 日本の看護婦・看護師の Professionhood を構成する要素, 日本看護科学学会誌, 19(1): 42-48.
- 勝原裕美子(2000). 米国看護管理者の新たな役割と挑戦課題, 病院管理, 37(4): 335-342.
- Kerfoot, K. (1992) Preventing Moral Distress: Our Ethical Obligation, *Aspen's Advisor for Nurse Executive*, 7(5): 1, 3-5.
- 小林義彦・高巖 (1999). 企業倫理の現状と社会制度の再検討; 企業倫理の実態調査および意識調査の結果を踏まえて. 日本経営倫理学会誌, 6: 123-130.
- Kohlberg, L. (1971). From "Is" to "Ought" in Theodore Mischel ed., *Cognitive Development and Epistemology*, Academic Press. (「『である』から『べきである』へ, 永野重史編, 『道徳性の発達と教育』新曜社, 1985.)
- Kohlberg, L. (1981). *The Meaning and Measurement of Moral Development*, MA: Clark University Press
- Kohlberg, L. (1984). *Essays on Moral Development Vol. II: The Psychology of*

- Moral Development*, Harper & Row, pp.174-176.
- 国際医療福祉大学医療経営管理学科編 (2002). 『改訂医療・福祉経営管理入門』 国際医療福祉大学出版会.
- 厚生省編 (1995). 『平成7年版厚生白書』 ぎょうせい.
- Krawczyk, R., Kudzma, E. (1978). Ethics: A Matter of Moral Development. *Nursing Outlook*, 254-257.
- Krawczyk, R.(1997). Teaching Ethics: Effect on Moral Development. *Nursing Ethics*, 4(1): 57-65.
- Kuhse, H. (1997). *Nurses, Women and Ethics*, Blackwell Publishers Ltd. (竹内 徹・村上弥生監訳『ケアリング：看護婦・女性・倫理』メディカ出版, 2000.)
- Kuhse, H., Singer, P., Rickard, M. et al. (1997). Partial and Impartial Ethical Reasoning in Health Care Professionals. *Journal of Medical Ethics*, 23: 226-232.
- Lemieux-Charles, L., Meslin, E. C., Arid, C. et al. (1993). Ethical Issues Faced by Clinician/Managers in Resource-Allocation Decisions. *Hospital & Health Services Administration*, 38(2): 267-285.
- MacLagan, P., Snell, R. (1992). Some Implications for Management Development of Research into Managers' Moral Dilemmas. *British Journal of Management*, 3: 157-168.
- Maddox, P. (1998). Administrative Ethics and the Allocation of Scarce Resources. *Online Journal of Issues in Nursing*. December.
- Marquis, B. L., Huston C. J. (1998). *Management Decision Making for Nurses*. Lippincott Williams & Wilkins.
- McDaniel, C. (1998). Hospital Ethics Committees and Nurses' Participation. *The Journal of Nursing Administration*, 28(9): 47-51.
- McDonagh, K. J. (1998). The Nurse as Senior Health Care Executive. *Nursing Administration Quarterly*, 22(2): 22-29.
- Meslin, E., Louise, Lemieux-Charles, L. Wortly, J. (1997). An Ethics Framework for Assisting Clinician-Managers in Resource Allocation Decision Making. *Hospital & Health Services Administration*, 42(1): 33-48.

- Miller, L. (1984). Alternative Approaches to Measuring Nursing: Gilligan's and Kohlberg's Moral Development Scales. *Rehabilitation Nursing*, 9(5): 22-26.
- Millette, B. (1994). Using Gilligan's Framework to Analyze Nurses' Stories of Moral Choices. *Western Journal of Nursing Research*, 16(6): 660-674.
- 宮坂純一 (1994). 『現代企業のモラル行動』千倉書店.
- 宮坂純一 (1994). 『ビジネス倫理学の展開』晃洋書房.
- 水谷雅一 (1994). 経営倫理学の必要性と基本課題, 日本経営倫理学会誌, 1, 1-16.
- 水谷雅一 (1995). 『経営倫理学の実践と課題—経営価値四原理システムの導入と展開』白桃書房.
- Mohr, W., Mahon, M. (1996). Dirty Hands: The Underside of Marketplace Health Care. *Advances in Nursing Science*, 19(1): 28-37.
- Monast, J. (1994). What Is (And Isn't) The Matter With "What The Matter..." *Business Ethics Quarterly*, 4(4): 499-512.
- Morgan, D. L. (1997) *Focus Groups as Qualitative Research*, Sage Publications.
- 内藤俊史 (1992). 認知発達理論: コールバーグ, ハード面の発達理論 (日本道德性心理学会編『道德性心理学』第4章-1), 47-59.
- 中野千秋 (1995). 実証研究: 企業管理者の倫理観に関する日米比較, 麗澤学際ジャーナル, 3(1):29-50.
- 中野千秋 (1997). 日本における企業倫理制度化の有効性に関する一考察, 組織科学, 30(2): 59-69.
- Nakano, C. (1999). Attempting to Institutionalize Ethics: Case Studies from Japan. *Journal of Business Ethics*, 18: 335-343.
- 中野千秋 (2002). 職場の倫理問題に関する管理者の認識, 日本経営倫理学会誌, 9: 159-168.
- Nelms, T., Lane, E. (1999). Women's Ways of Knowing in Nursing and Critical Thinking. *Journal of Professional Nursing*, 15(3): 179-186.
- 新田孝彦 (2000). 『入門講義倫理学の視座』世界思想社.
- Nokes, K. (1989). Rethinking Moral Reasoning Theory. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 21 (3): 172-175.

- Oberle, K. (1995). Measuring Nurses' Moral Reasoning. *Nursing Ethics*, 2(4): 303-313.
- O'Leary, J. (1984). Do Nurse Administrators' Values Conflict With the Economic Trend? *Nursing Administration Quarterly*, 8(4): 1-9.
- Olson, L. (1995). Ethical Climate in Health Care Organizations. *International Nursing Review*, 42(3): 85-90. *Nursing Scholarship*, 21(3): 172-175.
- Paine, L. S. (1997). *Cases in Leadership, Ethics, and Organizational Integrity: A Strategic Perspective*, McGraw-Hill Companies. (梅津光弘・柴柳英二訳『ハーバードのケースで学ぶ企業倫理: 組織の誠実さを求めて』慶應義塾大学出版会, 1999)
- Panchaud, C. (1994). Enhancing Ethical Thinking: The Role of a National Nurses' Association. *International Nursing Review*, 41 (2): 61-64.
- Parker, R. (1990). Measuring Nurses' Moral Judgments. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 22(4): 213-218.
- Perry, F. (2001). *The Tracks We Leave: Ethics in Healthcare Management*, Health Administration Press, Chicago, IL.
- Petrack, J. A., Quinn, J. F. (1997). *Management Ethics: Integrity at Work*, Sage Series on Business Ethics, CA.
- Rickard, M., Kuhse, H. Singer, P. (1996). Caring and Justice: A Study of Two Approaches to Health Care Ethics. *Nursing Ethics* 3(3): 212-223.
- 佐野安仁・吉田謙二 (1993). 『コールバーグ理論の基底』世界思想社.
- 進藤雄三 (1995). 『医療の社会学』世界思想社.
- 新村出編 (1998). 広辞苑第5版, 岩波書店.
- Sietsema, M., Spradley, B. (1987). Ethics and Administrative Decision Making. *Journal of Nursing Administration*, 17(4): 28-32.
- Silva, M. (Ed.) (1990). *Ethical Decision-Making in Nursing Administration*: Norwalk, Connecticut, Appleton & Lange.
- Silva, M. (1998, December) Financial Compensation and Ethical Issues in Health Care. *Online Journal of Issues in Nursing*.
- Silva, M. (1998, December). Organization and Administrative Ethics in Health

- Care: An Ethics Gap. *Online Journal of Issues in Nursing*.
- Sinnott-Armstrong, W. (1997). Moral Dilemmas. (pp.427-428). In *The Blackwell Encyclopedic Dictionary of Business Ethics*, Oxford: Blackwell Publishers Inc.
- Smith, H. L. (1955). Two Lines of Authority Are One Too Many, *The Modern Hospital*, 84(3): 59-64.
- Smith, J., Davis, A. F. (1980). Ethical Dilemmas: Conflict among Rights, Duties, and Obligations. *American Journal of Nursing*, August, 1463-1466.
- Snell, R. S. (1996). Complementing Kohlberg: Mapping the Ethical Reasoning Used by Managers for Their Own Dilemma Cases. *Human Relations*, 49(1): 23-49.
- Spencer, E., Mills, A., Rorty, M. Werhane, P. (2000). *Organization Ethics in Health Care*, Oxford: Oxford University Press.
- Stark, A. (1993). What's the Matter with Business Ethics? *Harvard Business Review*, May/July: 38-48.
- Stewart, D. (1996). *Business Ethics*, McGraw-Hill Companies, Inc. (企業倫理研究グループ訳『企業倫理』白桃書房, 2001) .
- Styles, M. (1982). *On Nursing: Toward a New Endowment*, St. Louis: The C.V. Mosby Company.
- Sullivan, P., Brown, T. (1991). Common-Sense Ethics in Administrative Decision Making Part I, Preparatory Steps. *The Journal of Nursing Administration*, 21(10): 21-23.
- 鈴木辰治 (1996). 『企業倫理・文化と経営政策: 社会的責任遂行の方法』文真堂.
- Taka, I., Dunfee, T. W. (1997). Japanese Morality as Business Ethics. *Journal of Business Ethics*, 16: 507-519.
- 高 巖, Donaldson T. (1999). 『ビジネス・エシックス: 企業の市場競争力と倫理法令遵守マネジメント・システム』文真堂.
- 高田 馨 (1949). 『経営者の社会的責任』千倉書房.
- 高橋浩夫 (1998). 『企業倫理綱領の制度と実践』産能大学出版部.
- 高浦康有 (2000). 管理者の道徳的コンピタンスとパフォーマンスの比較: 日本にお

- ける企業倫理の解明に向けて，一橋論叢，124(5): 59-73.
- 高山忠雄・安梅勅江 (1998). 『グループインタビュー法の理論と実際』，川島書店.
- 田中宏司 (1997) 企業への行動規範制定のすすめ:実践的アプローチ，日本経営倫理学会誌，4: 73-81.
- 田代義範 (2000). 『企業と経営倫理』 ミネルヴァ書房.
- Thompson, J., Thompson, H. (1989). *Professional Ethics in Nursing*, Malabar, Florida: Krieger Publishing Company.
- Toffler, B. L. (1986). *Managers Talk Ethics: Making Tough Choices in a Competitive Business World*. John Wiley & Sons, Inc.
- Trevino, L. (1986). Ethical Decision Making in Organizations: A Person-Situation Interactionist Model, *Academy of Management Review*, 11 (3): 601-617.
- Trevino, L. (1992). Moral Reasoning and Business Ethics: Implications for Research, Education and Management. *Journal of Business Ethics*, 11: 45-459.
- Trevino, L., Weaver, G. (1994). Business Ethics/ Business Ethics: One Field or Two? *Business Ethics Quarterly*, 4(2): 113-128.
- Trevino, L., Youngblood, S. (1990). Bad Apples in Bad Barrels: A Casual Analysis of Ethical Decision-Making Behavior. *Journal of Applied Psychology*, 75(4): 378-385.
- Turner, B. (1992). Reputation: Can We Prevent the Harm? *Nursing Management*, 23(3): 54-55, 58, 60.
- 梅津光弘 (1994). 日米関係における経営倫理学の意義と役割. 日本経営倫理学会誌，1: 37-44.
- Underwood, P. R. (勝原裕美子訳) (1995). 外傷反応の理解と対策、看護管理、5(4): 219-223.
- Vallance, E. (1995). *Business Ethics at Work*, Cambridge University Press.
- Vaughn, S., Schumam, J. S., Sinagub, J. M. (1996). *Focus Group Interviews in Education and Psychology*, Sage Publications. (井上理監訳、田部井潤・柴原宜幸訳『グループ・インタビューの技法』慶應義塾大学出版会, 1999).

- Vestal, K. (1995). Nurse Executives: Career Derailment, Success, and Dilemmas. *Nursing Administration Quarterly*, 19(4): 83-88.
- Victor, B., Cullen, J. (1988). The Organizational Bases of Ethical Work Climates. *Administrative Science Quarterly*, 33: 101-125.
- Wagner, N., Tabak, N. (1996). Ethical Dilemmas Faces by the Nursing Disciplinary Committee. *Nursing Ethics*, 3(2): 140-149.
- 和辻哲郎 (1934). 『人間の学としての倫理学』 岩波書店.
- Weaver, G., Trevino, L. (1994). Normative and Empirical Business Ethics: Separation, Marriage of Convenience, or Marriage of Necessity?, *Business Ethics Quarterly*, 4 (2): 129-143.
- Weaver, G., Trevino, L., Cochran, P. (1999). Corporate Ethics Programs as Control Systems: Influences of Executive Commitment and Environmental Factors. *Academy of Management Journal*, 42(1): 41-57.
- Weber, J. (1993). Exploring the Relationship Between Personal Values and Moral Reasoning. *Human Relations*, 46(4): 435-463.
- Weber, J. (1996). Influences upon Managerial Moral Decision Making: Nature of the Harm and Magnitude of Consequences. *Human Relations*, 49(1): 1-22.
- Whitbeck, C. (1998). *Ethics in Engineering Practice and Research*, Cambridge University Press. (札野順・飯野弘之訳『技術者倫理』みすず書房, 2000)
- Williamson, S., Jauch, L. R. (1995). Research on Hospital Administrators' Ethics: An Agenda. *Medical Care Research and Review*, 52(1): 134-144.
- Wilson, D. (1998). Administrative Decision Making in Response to Sudden Health Care Agency Funding Reductions: Is There a Role for Ethics? *Nursing Ethics*, 5(4): 319-329.
- Worthley, J. (1999). *Organizational Ethics in the Compliance Context*, Chicago, IL: Health Administration Press.
- 山田經三 (1995). 『経営倫理と組織・リーダーシップ, 21 世紀へのビジネス』 明石書店.
- 山岸明子 (1976). 道德判断の発達, 教育心理学研究, 24(2): 97-106.

山岸明子 (1992). 責任性理論：ギリガン. (日本道德性心理学研究会編『道德性心理学』第7章), 145-156.

Young, A. P. (1999). The Bed Crisis of Winter 1995-1996 in the British NHS: An Illustration of Accountability Issues. *Nursing Ethics*, 6(4): 316-326.

本研究は以下の助成を得て行っている。

平成 12,13 年度科学研究費補助金奨励研究(A) 課題番号 12771502

平成 14 年度科学研究費補助金基盤研究(C)(2) 課題番号 14572246

謝辞

博士論文の最終章を書き上げた今、この研究に協力者として参加くださったすべての方の名前を横に置き、これを書いています。本研究は、看護職個人の倫理を扱うだけでなく、組織の倫理に深く入り込む性質を持っていました。そのため、データの取り扱いには細心の注意を払うことをお約束するものの、はたして調査に協力していただける方がいるのかどうか、非常に不安な中で研究がスタートしました。しかし、蓋をあけてみると看護部長さん方は非常に協力的で、この研究の成果に大きな期待と興味を抱かれていることが伝わってきました。私が1つ誤解していたのは、トップ層の管理職の立場にある看護部長にとって経営のリスクにも絡む倫理の問題は、他人には話したくないだろうと思っていたことでした。しかし、実際には、誰にも言えない問題だからこそ、守秘義務が約束された中で話したいと思われているようでした。おそらく看護部長さんたちも、話をする中でそのような自分たちの気持ちに気づかれたのではないかと思います。そんな看護部長さんたちの勇気に支えられて、本論を仕上げることができました。仕事との両立で時間の制約が厳しい中でも、なんとかここまで来れたのは、いただいた貴重なデータを無駄にしたくないという強い思いが私を支えたからです。研究上の守秘義務があるため、みなさんのお名前を記すことができませんが、言いようのない感謝の気持ちでいっぱいであることを伝えたいと思います。

そして、終始一貫、ポジティブなフィードバックをくださり、研究のプロセスをサポートくださった指導教官の金井壽宏教授には厚くお礼を申し上げます。既に大学で教育・研究に就いている者にとって、改めて指導の機会を得たことは、これからの学者としてのキャリアに広がりをもたらしてくれました。人からほめられることが少なくなってきた時期に、「いい論文になりそうだから頑張るように」の一言は、新鮮で嬉しく、ベストを尽くすという責任を自然に植えつけていただいたように思います。米国の看護管理者に MBA や経営学博士号を持っている人が多いことからわかるように、看護管理学には経営学の知識が不可欠です。金井教授には、博士課程前期の時よりお世話になっており、看護管理学に生きる私が経営学の視点で現場をとらえようとするにも理解を示してくださいました。先生の、まずは受け止める、許容するというお考えがなければ、研究デザインがまったく異なるものになったと思われます。これまでご指導いただき、本当にありがとうございました。

また、神戸大学経営学研究科の奥林康司教授、そして上林憲雄助教授には、本論の副査として第二論文の時よりご指導いただきました。お二人には、論文を書き上げることで満足せず、学問を追及しなければならないというメッセージをいただきました。ともすれば、目の前のデータを処理することに追われがちになりますが、そこから先、何に焦点を絞って学問体系に貢献していくかを問われました。まだ十分な成果を出せていませんが、これから先も、その言葉の真摯に受け止めていきたいと思います。ご指導ありがとうございました。

同期の田路則子さんと藤井博さんに知り合えたことは、新たな友情を通して精神的な安定をもたらしてくれました。働きながら大学院で学ぶことには一長一短がありますが、同じ立場の二人に出会えたことはかけがえのないことでした。ゼミで互いの研究プロセスを発表し合い、また夜中まで語り合うことで、同士の感覚が芽生えたのは私だけでしょうか。藤井さんとは入学前から面識がありましたが、一貫して穏やかで、いつも暖かく見守ってくださるような存在でした。田路さんとは寝泊りもよく一緒にし、経営学のこと、プライベートなことを語りました。二人がいてくれたから、私も自分のペースを崩さずに論文を仕上げる事ができたと思っています。ありがとうございました。

一般ゼミの皆様や社会人博士後期過程の D1 の皆さんからも、ゼミを通してたくさんの意見をいただきました。そのほとんどが本論に反映されています。ありがとうございました。

麗澤大学の中野千秋先生には、お忙しい中、論文へのコメントをいただきました。ありがとうございました。

家族には、いつも応援メッセージをもらいましたし、同時に健康のことも気遣ってもらいました。直接はなかなか言えないけれど、本当に感謝しています。また、忙しくて付き合いが悪くなった時でも変わらず応援してくれた友人達にも感謝します。

ありがとうございました。

平成 15 年 1 月 20 日

勝原裕美子

【資料1】 調査協力依頼文（調査段階1 個人面接用）

研究協力へのお願い

拝啓 初夏の候、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。私は、現在、「倫理的ジレンマを伴う看護管理者の意思決定プロセスの分析」をテーマに研究に取り組んでおります。

1980年代以降、生命倫理や臨床倫理に関する議論が盛んに行われてきました。しかし、医療・保健の現場で働く管理職が管理上の意思決定を行うさいに生じる倫理的ジレンマ（以後「管理上のジレンマ」とする）に関しては、1990年代初めまでほとんど関心が払われてきませんでした。ところが、欧米では医療資源の削減が大きな課題となり、それと同時に医療の質は維持していかなければならないというジレンマが顕在化し、管理上のジレンマに関する研究が一研究領域としてとりあげられるようになりました。

日本においても、欧米諸国と同様に医療環境が激変しております。また、情報開示の流れに対応することや医療事故への対処なども含め、管理者の意思決定はこれまで以上に複雑化し、倫理的課題に直面することが増えると予測されます。特に、医療施設の中では最大規模の専門職集団である看護職を統括するトップマネジャーの意思決定は、第一線で活躍するスタッフや患者に大きく影響します。

このような背景を踏まえ、倫理的ジレンマを伴う意思決定を合理的・効果的に行うためのモデルを提案し、看護管理者教育に活かしていきたいと考えております。その初段階として、本研究では看護職トップマネジャーが直面する管理上のジレンマのありようや意思決定プロセスを明らかにし、記述することを目的にしております。

本研究にご協力いただければ幸いです。下記の面接方法等をお読みいただき、承諾されるか否かは自由にご判断くださいませ。たとえ研究にご協力いただけなくても、いかなる不都合も伴うものではございません。

研究方法は、研究者との1対1の面接です。「これまで行った倫理的ジレンマを伴う意思決定のうち、もっとも困難を感じた意思決定」について事前に回想していただき、それを面接の際に自由に語ってもらう方法をとります。その際、年月日、施設名、人名などの場面を特定できるような情報を述べていただく必要はありません。話の流れの中で、必要な場合は、仮名、イニシャル、指示語（その人、あの場所など）などで対応いただければ幸いです。

時間は、約1時間を予定しております。面接の内容はテープ録音させていただきますが、データの取り扱いには万全を期し、研究の目的以外に使用しないことをお約束いたします。原則として私自身が録音内容を記述データに変換（テープ起こし）しますので、万が一、面接中に実名、実在場所等が語られた場合にも、この段階でイニシャル等の記号に変換いたします。なお、やむを得ない事情により業者に依頼するような場合には、契約の際に守秘義務を明確に唱っている業者を選定し、その旨をご連絡さしあげ、再度ご許可を賜る手続きをとります。その際にも、実名、実在場所などが語られている個所は、業者にテープを渡す前に研究者がテープから削除しておきます。

なお、面接内容は個人の倫理観に触れるものとなりますので、面接の途中で負担を感じられるようなことがありましたら、いつでもお申し出いただき、中断もしくは中止をご知らせしておきます。また、面接後に、再度データとして採用することにご了解をいただく機会を設けますので、不都合があればその際にお断りになっていただいても結構です。ご質問やご意見はいつでもお聞きし、必ずお返しするようにいたします。

す。

本研究の成果は、神戸大学大学院経営学研究科博士後期課程博士論文の一部として提出いたします。それに伴い、所属学会や学会誌への投稿も行います。そのさい、所属施設名や個人名が特定されるような記述は決して行いません。重ねて匿名性を厳守することをお約束いたします。また、ご協力いただいた方々には、研究成果を今後にご活用いただくべく、報告書としてお返しいたします。

お忙しい中、誠に恐縮ではございますが、なにとぞ本研究の主旨にご理解をいただき、ご協力くださいますよう重ねてお願い申し上げます。ご協力いただける場合には、ご面倒ではございますが同意書（2通）にご署名いただき、そのうち1通を、研究が終了するまで本依頼書と共にお手元に保管くださいますようお願いいたします。もう1通は研究者の方で保管させていただきます。

ご質問等がございましたら、ご遠慮なく下記までお問い合わせくださいませ。

敬具

兵庫県立看護大学教育・管理看護学

講師 勝原裕美子

連絡先（電話）078-925-9427

（FAX）078-925-0878

（E-mail）yumiko_katsuhara@cnas-hyogo.ac.jp

【資料2】 研究同意書

研究協力者用

同 意 書

私は、「倫理的ジレンマを伴う看護管理者の意思決定プロセスの分析」の研究に協力することを同意いたします。この研究への協力は、自分の意思で決定いたしました。そのさい、以下の説明を受けております。

- ・ 研究への協力は強制力をもたず、自由意思で判断できること
- ・ 研究への参加、不参加の意思決定によっていかなる不都合も生じないこと
- ・ 研究方法は1対1の面接であり、約1時間の時間を要すること
- ・ 面接内容が“これまで行った倫理的ジレンマを伴う意思決定のうち、もっとも困難を感じた意思決定”についてであること
- ・ 面接の途中でも中断や中止を申し出られること
- ・ 面接終了後にもデータの使用を拒否できる機会があること
- ・ 面接内容はテープに録音されること
- ・ テープ起こしは基本的に研究者が行うが、やむを得ない事情のある場合には、守秘義務を明確にしている業者とのみ契約することがあること。その際には再度、私（研究協力者）に許可を得る手続きがなされること。業者に依頼する場合には、施設名、個人名、日時等が特定されるような言葉は、研究者が事前にテープから削除しておくこと
- ・ 記述データには、個人名や施設名が特定できないようにイニシャル等の符号が用いられること
- ・ 研究データは研究以外の目的では使用しないこと
- ・ 問い合わせには研究者がいつでも応じ、必ず回答が得られること
- ・ 研究成果は、神戸大学大学院経営学研究科博士後期課程博士論文の一部として提出されること。また、研究者の所属学会や学会誌への投稿も行われること。
- ・ 研究成果が公表される際には、所属施設や氏名などの情報の記述はいっさい行わないこと
- ・ 研究成果のフィードバックとして研究報告書を送付すること

平成 年 月 日

研究協力者署名：_____

説 明 者 署 名：_____

兵庫県立看護大学教育・管理看護学
講師 勝原裕美子

連絡先（電話）078-925-9427（FAX）078-925-0878

（E-mail）yumiko_katsuhara@cnas-hyogo.ac.jp

同意書

私は、「倫理的ジレンマを伴う看護管理者の意思決定プロセスの分析」の研究に協力することを同意いたします。

この研究への協力は、自分の意思で決定いたしました。そのさい、以下の説明を受けております。

- ・ 研究への協力は強制力をもたず、自由意思で判断できること
- ・ 研究への参加、不参加の意思決定によっていかなる不都合も生じないこと
- ・ 研究方法は1対1の面接であり、約1時間の時間を要すること
- ・ 面接内容が“これまで行った倫理的ジレンマを伴う意思決定のうち、もっとも困難を感じた意思決定”についてであること
- ・ 面接の途中でも中断や中止を申し出られること
- ・ 面接終了後にもデータの使用を拒否できる機会があること
- ・ テープ起こしは基本的に研究者が行うが、やむを得ない事情のある場合には、守秘義務を明確にしている業者とのみ契約することがあること。業者に依頼する場合には、施設名、個人名、日時等が特定されるような言葉は、研究者が事前にテープから削除しておくこと
- ・ 記述データには、個人名や施設名が特定できないようにイニシャル等の符号が用いられること
- ・ 研究データは研究以外の目的では使用しないこと
- ・ 問い合わせには研究者がいつでも応じ、必ず回答が得られること
- ・ 研究成果は、神戸大学大学院経営学研究科博士後期課程博士論文の一部として提出されること。また、研究者の所属学会や学会誌への投稿も行われること。
- ・ 研究成果が公表される際には、所属施設や氏名などの情報の記述はいっさい行わないこと
- ・ 研究成果のフィードバックとして研究報告書を送付すること

平成 年 月 日

研究協力者署名： _____

説明者署名： _____

兵庫県立看護大学教育・管理看護学
講師 勝原裕美子

連絡先（電話）078-925-9427

（FAX）078-925-0878

（E-mail）yumiko_katsuhara@cnas-hyogo.ac.jp

【資料3】 調査協力依頼文（調査段階2 個人面接用）

研究協力へのお願い

拝啓 初夏の候、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。私は、平成14年度科学研究費補助金（基盤研究 C 課題番号 14572246）を受け、「看護職トップマネジャーの倫理的意思決定―状況変化に伴う意思決定のあり方―」の研究に取り組んでおります。

1980年代以降、生命倫理や臨床倫理に関する議論が盛んに行われてきました。しかし、医療・保健の現場で働く管理職が管理上の意思決定を行うさいに生じる倫理的ジレンマ（以後「管理上のジレンマ」とする）に関しては、1990年代初めまでほとんど関心が払われてきませんでした。ところが、欧米では医療資源の削減が大きな課題となり、それと同時に医療の質は維持していかなければならないというジレンマが顕在化し、管理上のジレンマに関する研究が一研究領域としてとりあげられるようになりました。

日本においても、欧米諸国と同様に医療環境が激変しております。また、情報開示の流れに対応することや医療事故への対処なども含め、管理者の意思決定はこれまで以上に複雑化し、倫理的課題に直面することが増えると予測されます。特に、医療施設の中では最大規模の専門職集団である看護職を統括するトップマネジャーの意思決定は、第一線で活躍するスタッフや患者に大きく影響します。認定看護管理者教育サードレベルにおいて、「トップマネジャーの倫理」に関する科目が導入されたことを鑑みても、本研究の果たす役割は重要だと考えております。

本研究にご協力いただければ幸いです。下記の面接方法等をお読みいただき、承諾されるか否かは自由にご判断ください。たとえ研究にご協力いただけても、いかなる不都合も伴うものではございません。

研究方法は、研究者との1対1の面接です。面接では、管理者が倫理的ジレンマに直面している状況を文書と口頭でお示しします。その時に、あなたならどのような意思決定をするかをうかがいます。続いて、その状況を多少変化させたときに、どのような意思決定をするかを同じようにうかがいます。

時間は、約1時間を予定しております。面接の内容はテープ録音させていただきますが、データの取り扱いには万全を期し、研究の目的以外に使用しないことをお約束いたします。原則として私自身が録音内容を記述データに変換（テープ起こし）いたしますので、万が一、面接中に実在の名前や施設名が語られるようなことがあっても、この段階でイニシャル等の記号に変換いたします。なお、やむを得ない事情により業者に依頼するような場合には、契約の際に守秘義務を明確に唱っている業者を選定し、その旨をご連絡さしあげ、再度ご許可を賜る手続きをとります。その際にも、実在の生や施設名などが語られている個所は、業者にテープを渡す前に研究者がテープから削除しておきます。

なお、面接内容は個人の倫理観に触れるものとなりますので、面接の途中で負担を感じられるようなことがありましたら、いつでもお申し出いただき、中断もしくは中止できることをお知らせしておきます。また、面接後に、再度データとして採用することにご了解をいただく機会を設けますので、不都合があればその際にお断りになっていただいても結構です。ご質問やご意見はいつでもお聞きし、必ずお返しするようにいたします。

本研究の成果は、神戸大学大学院経営学研究科に博士後期課程博士論文の一部として提出いたします。それに伴い、所属学会や学会誌への投稿も行います。そのさい、所属施設名や個人名が特定されるような記述は決して行いません。重ねて匿名性を厳守することをお約束いたします。また、ご協力いただいた方々には、研究成果を今後にご活用いただくべく、報告書としてお返しいたします。

お忙しい中、誠に恐縮ではございますが、なにとぞ本研究の主旨にご理解をいただき、ご協力くださいますよう重ねてお願い申し上げます。ご協力いただける場合には、ご面倒ではございますが同意書（2通）にご署名いただき、そのうち1通を、研究が終了するまで本依頼書と共にお手元に保管くださいますようお願いいたします。もう1通は研究者の方で保管させていただきます。なお、同意書は面接当日に持参いたします。

ご質問等がございましたら、ご遠慮なく下記までお問い合わせくださいませ。

敬具

兵庫県立看護大学教育・管理看護学

講師 勝原裕美子

連絡先（電話）078-925-9427

（FAX）078-925-0878

（E-mail）yumiko_katsuhara@cnas-hyogo.ac.jp

【資料4】調査協力依頼文（調査段階3 グループ面接用）

研究協力へのお願い

拝啓 初夏の候、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。私は、「看護職トップマネジャーの倫理的意思決定 ―状況変化に伴う意思決定のあり方―」の研究に取り組んでおります。

1980年代以降、生命倫理や臨床倫理に関する議論が盛んに行われてきました。しかし、医療・保健の現場で働く管理職が管理上の意思決定を行うさいに生じる倫理的ジレンマ（以後「管理上のジレンマ」とする）に関しては、1990年代初めまでほとんど関心が払われてきませんでした。ところが、欧米では医療資源の削減が大きな課題となり、それと同時に医療の質は維持していかなければならないというジレンマが顕在化し、管理上のジレンマに関する研究が一研究領域としてとりあげられるようになりました。

日本においても、欧米諸国と同様に医療環境が激変しております。また、情報開示の流れに対応することや医療事故への対処なども含め、管理者の意思決定はこれまで以上に複雑化し、倫理的課題に直面することが増えると予測されます。特に、医療施設の中では最大規模の専門職集団である看護職を統括するトップマネジャーの意思決定は、第一線で活躍するスタッフや患者に大きく影響します。認定看護管理者教育サードレベルにおいて、「トップマネジャーの倫理」に関する科目が導入されたことを鑑みても、本研究の果たす役割は重要だと考えております。

本研究にご協力いただければ幸いです。下記の面接方法等をお読みいただき、承諾されるか否かは自由にご判断くださいませ。たとえ研究にご協力いただけなくても、いかなる不都合も伴うものではございません。

研究方法は、研究者とのグループ面接です。面接では、管理者が倫理的ジレンマに直面している状況を文書と口頭でお示しします。その時に、まず、あなたならどのような意思決定をするかを考えていただきます。次に、その状況を多少変化させたときに、どのような意思決定をするかを同じように考えていただきます。続いて、なぜそのように考えたのかということを中心にグループで意見を交換していただきます。

時間は、約1時間を予定しております。面接の内容はテープ録音させていただきますが、データの取り扱いには万全を期し、研究の目的以外に使用しないことをお約束いたします。原則として私自身が録音内容を記述データに変換（テープ起こし）いたしますので、万が一、面接中に実在の名前や施設名が語られるようなことがあっても、この段階でイニシャル等の記号に変換いたします。なお、やむを得ない事情により業者に依頼するような場合には、契約の際に守秘義務を明確に唱っている業者を選定し、その旨をご連絡さしあげ、再度ご許可を賜る手続きをとります。その際にも、実在の生や施設名などが語られている個所は、業者にテープを渡す前に研究者がテープから削除しておきます。

なお、面接内容は個人の倫理観に触れるものとなりますので、面接の途中で負担を感じられるようなことがありましたら、いつでもお申し出いただき、中断もしくは中止できることをお知らせしておきます。面接終了後には、再度データとして採用することにご了解をいただく機会を設けますので、不都合があればその際にお断りになっていただいても結構です。

また、相互信頼のもとでグループでの話し合いを行っていただきたいと思います。話し合われた内容に関しましては、個人のプライバシーにかかわることも出てまいりますので、面接後は「誰が何をどのように話したか」について、決して触れないというこ

とをお約束いただくようご協力をお願いいたします。

ご質問やご意見はいつでもお聞きし、必ずお返しするようにいたします。

本研究の成果は、神戸大学大学院経営学研究科に博士後期課程博士論文の一部として提出いたします。それに伴い、所属学会や学会誌への投稿も行います。そのさい、所属施設名や個人名が特定されるような記述は決して行いません。重ねて匿名性を厳守することをお約束いたします。また、ご協力いただいた方々には、研究成果を今後にご活用いただくべく、報告書としてお返しいたします。

なお、お目にかかったときに、口頭にて主旨説明をさせていただき、ご協力いただけるかどうかの確認をさせていただきたいと思います。ご協力いただける場合には、ご面倒ではございますが同意書（2通）にご署名いただき、そのうち1通を、研究が終了するまで本依頼書と共にお手元に保管くださいますようお願いいたします。もう1通は研究者の方で保管させていただきます。

お忙しい中、誠に恐縮ではございますが、なにとぞ本研究の主旨にご理解をいただき、ご協力くださいますよう重ねてお願い申し上げます。

ご質問等がございましたら、ご遠慮なく下記までお問い合わせくださいませ。

敬具

兵庫県立看護大学教育・管理看護学
講師 勝原裕美子

連絡先（電話）078-925-9427

（FAX）078-925-0878

（E-mail）yumiko_katsuhara@cnas-hyogo.ac.jp

【資料5】 48 の倫理課題の紹介

(ここに紹介する 48 の倫理課題は、読みやすさを考慮し、調査者が行った質問や介入も含めてすべて看護部長の語り言葉として表現している)

A-1 誤薬の事実を患者に告げるべきか (副作用不明)

私は、比較的、ジレンマにならないように努力をしています。人のいるところには、必ず自分と反対の異見を唱える人がいて当然だと思っていますから。ジレンマになるよりは、むしろ、反対論者がどうしてそのような行動を起こすのだろうか、それを理解するにはどうしたらいいのだろう、という葛藤が常にあります。これをジレンマというのでしょうか。でも、私は、反対論者の考えを受容し、本質を見だし、共に考えを出し合える方法を会話の中でみつけて相手と確認しあうようにしています。

さて、こんなケースがありました。ある病棟の看護長から、新人看護師が筋肉注射をしなければならぬ油性剤を点滴に入れてしまったという電話があったんです。すぐに生命に異常がないかを確認したところ、今のところは落ち着いているということでした。

誤薬の原因は、いつも投与している薬が変更になっていたことを正確に看護師に伝えなかった薬剤師にもあったということでしたが、とにかく、この事態を患者さんや家族にどのように説明するかが話し合われました。その薬は新薬であり、副作用の出現率が定かでないため、主治医は製薬会社の製造部門への問い合わせに追われていました。私は、まず、院長に事態を患者に告げる許可をとろうとしましたが、ストップがかかりました。私の中には、自己防衛、看護部防衛ではないのですが、薬剤師がマニュアルどおりに薬品変更の手続きをしておいてくれたら・・・という思いがありました。でも、それはこの場では言うまい、落ちついた場所で、言うべき時、場所で文章にして出そうと思いなおしました。院長は、患者が外国の方だし、できれば事実を伝えたくないと言いました。私は、どうしようかと思いました。自分の中には、伝えるべきだというのがありました。だけど、伝えたときに患者がごねるといふか、トラブルか何か起こってくるのではないかという感じもしました。でも、やはり自分が患者の立場にあれば、何が起こっているのかということを知りたいし、看護職として知らせるべきだというのがありました。

院長としては、病院の信用問題、訴訟になった時の賠償問題を考えたのだと思います。明らかに動揺していました。混入薬剤が油剤であるため白血球破壊をもたらし、腎不全、肺栓塞を起こす可能性がありました。院長は計算器を持ち出し、1ml 中の油剤の含有量を 1 時間近くも計算をしていました。

患者に伝えようとしないう院長の考えを変えられる人は、一番影響力と信頼のある事務長でしたが、その事務長も、患者に誤薬がわからないのなら、敢えて知らせる必要はないという考えでした。事務長自身、外国の方との付き合いが深いので、外国人コミュニティの中で病院の噂が広がるのを恐れていると思いました。その事務長に私の本当の気持ちはわかってもらえないと思いました。

そのうち、私も主治医も、その油性の薬と生理食塩水とを混ぜたのだから、点滴ボトルを強く振っていない限り、生理食塩水の中で油分は浮き上がっており、比重の関係で患者の体内には入っていなかったのではないかと思います。幸い、気づいたのが早かったので、すぐに点滴を止めていましたから、実際、体内には入っていない可能性がありました。点滴ボトルを確認すると、ほとんど患者の体内には入っていないことがわかりました。そこでではじめて、院長は患者に事実の説明をしてもよいと主治医に伝えました。

でも、もしも本当に油分が体内に入っていれば、私は、退職を覚悟して「説明すべきだ」と院長に言ったと思います。もしも、私が患者さんの立場だったと思うし、または私が

そういう看護師を育てたくないっていう基本的なものがありますから。私の一挙手一投足が数百人のスタッフの見本になりますから。だから、もしそのことで辞めることになれば、なぜ辞めたのかを明らかにして、この病院についていけなくなったということをはっきりさせているべきだなと考えます。そういうことは、いつも覚悟してますよ。自分が正当であると思ったら、闘いに近いものを覚悟していますね。

このような考え方は、私の父親が病院で亡くなったことによると思います。手術後、「よかったね、また明日くるね」って言っていたんですが、翌日に亡くなりました、昔のことですが、そのとき、子ども心に何か変だなって思ったんです。「訴えるってこともできるけど、今の自分達の経済状況を考えるとそれはできないし、訴えたところで帰ってくるものでもなし」と家族が言っていたのが、小さな私の耳に残っているんです。だから、一つ一つの看護行為を、これが本当に患者さんのためになっているんだろうかという視点でみるんです。

もちろん、院長の立場に立つこともあります。瞬間的には。だから、どうしたらいいかって思う。でも、最終的には患者さんの立場に立ちます。そして、院長に事実を告げるように言うでしょう。事実を知った患者は訴えるかもしれない。でも、人間としてどうあるべきか、院長自身を救うために伝えたかったみんなの前では言いませんけれど、院長には言います。私は、自分自身が病院を去ることを覚悟して、言うと思う。

A-2 告げられなかった医療ミス（患者死亡）

しんどいなって思うのは、医療事故を起こしたときに、患者さんにありのままそのことを話すかどうかですね。患者さんに対して申し訳ないという気持ちと、病院全体の人に対しての申し訳なさがあるので、できたら隠しておきたいという気持ちが働くんですよね。

看護部長になってしばらくしてからのことですが、糖尿病のコントロール不良で入院されている患者さんがいらっしやいました。その患者さんにインシュリンが大量にいつてしまつて状態が非常に悪くなったという事例がありました。看護師の目盛りの読み間違えでした。患者は、しだいに意識がなくなり、亡くなってしまいました。

そのとき、問題だったのは、その患者さんは病院の近くにお住まいで、当院に絶対的な信頼を寄せて長く通院されていたということでした。病院の近くをお散歩されているのに出会えば、私も病院の職員も挨拶を交わすような人でしたから、その家族に「間違いました」なんていうこと、とても言い出せるような状況ではなくって、結局は黙ってしまいました。あまりにもよく存じ上げていた方だっただけに、院長や副院長と、事実を言った方がいいか、言わない方がいいかとうことで、随分とやりとりがありました。

家族にしてみれば、そんなに悪い状態に見えなかったのに、入院してすぐに意識がなくなったということで、非常につらく感じておられたと思います。子どもは遠くに離れて暮らされていますが、入院することは家族も勧めたことでした。ですから、亡くなってしまったことを受け入れたくないという気持ちがあったのかもしれませんがね。もっとちゃんと看護をしてほしかったと、私にもすごく言われたんです。なんだか、最初にばつと言えなかったものだから、余計に言えなくなつてしまつて、そのことが、本当にね、最初に言つてたら…。だけど、本当にどうしたらいいのか、今でもわからないです。

言わないという選択をとつたのは、やはり病院長が言わないでおこうという意見でしたから、私も「言った方がいいかしら…」と言いながらも、「絶対、言ってください」とは言えなかったです。やっぱり、院長先生がいうように、「言わない方がいいんじゃないかなあ」って言われれば、私も「そうですねえ…。」という感じでした。そして、院長が、「こんなふうに説明しましょう」と言われれば、「そうかなあ」みたいなのがありましたね。積極的に絶対に「言います。こんなことは黙っていたら卑怯です」というようなことではなかったですねえ。それはやっぱり、よく知っている人だということで、なんだか体面みた

いなのを考えたということだと思います。

体面というのは、看護職の間違いによってこのようなことが起きるっていうことを、やっぱり隠しておきたいっていうのが多分にあったと思います。医療事故がそれまでは無かったかという、そういうことではないのですが、あまりにも単純なミスだったもので、余計にね。もっと複雑な手技なら気持ちも違っていたかもしれません。こんな単純なミスを看護師が起こしということに関しては、体面を考えました。体面というのは看護師のミスだということがわかれば、病院の中での看護師の立場も悪くなってしまうとか、まあ、そういうふうなことをやっぱり思ってしまいますね。

今だったら、こういうミスはすぐに家族に言うべきだという方針になっていますが、そのときは、私はそこまでの決心はついていなかったと思います。家族には、「本当に申し訳なかった」と言ってしまったら、後はどうもお詫びのしようがないということで意外とまっすぐ向えたと思います。でも、スタッフに対してはどのように接しようかというのがありますね。当事者のスタッフにも周囲のスタッフにもね。どんなことが起こっても、起こした本人にどのような対応がされるのかというのは、周囲はよくみているんですね。「ああ、こういうことをしたら、このような対応をしてもらえるのか」ってね。常に全部の看護師がみえていますので、日ごろから方針を定めておくべきだったのでしょうか、それだけの風土を私自身も作っていなかった。そういう中で、言うということは、たぶん刑事責任が問われるでしょうし、ひょっとしたら民事も起きるかもしれない。結果として言わなかったというのは、そこらへんが怖かったのだと思いますね。

今なら、ちゃんと言うはずですよ。でも、やっぱり、普段の立つ場をしっかりとっておかないといけないと思いますね。そのときに、言わないでいこうという方に流れてしまうと、日が経てば経つほど、そのままで流れてしまう。どんどん、どんどん、そっちの方向に流れてしまう。

時代の流れも大きいと思うんですね。あのときも、事実を言うという流れではないから、結果的に隠そうという方向に流れてしまった。結局、「ぜったい言ってください。看護師のしたことですから、私が責任をとります」という踏み込んだところまでは言えなかった。

今は、その事故を起こした看護師がどう思っているのかってすごく気になっているんですよ。もう、随分前に辞めてしまっているの、どこでどうされているかわからないのですね。院長、副院長、看護長とも一切そのことは話題にしませんしね。私も恐ろしくてね。それでよかったとは思えませんよね。結局、言っていたとしても、言ってよかったのかなって思うかもしれないですね。だけどね、人をだますっていうのは、やっぱり平たく言えば、基本的に…だけどねえ。

A-3 医療ミスをどこまで公表すべきか

私のジレンマには、病院改革のことがあります。かなりの改革を求められています。病院改革の一つとして、今、医療事故の問題が盛んに報道されていますので、安全管理対策も一つの柱になりました。そして、院長命令で公表基準を作ることになりました。説明責任を全面にだして公表していくべきだという立場です。

当院は、昔起こした医療事故のことをまだ引きずっています。もう、何年も前のことですけれどもね。ですから、医療者の方は、細かいミスは公表したくないんですよ。はっきり言ってね。ただ、事務サイドとしては、次から次へといろんな病院の事故が報道されていますから、何でも包み隠さずに公表するべきだというのがあります。看護部としては、職員が多いこともあり、1ヶ月に数百件のヒヤリハット・レポートがあがってきます。そういうレポートがあがってくるということは、リスク感性が高い証拠だからと、出すことをこれまで奨励してきたんですよ。決して責めないようにしてね。そんなヒヤリハットまでも全部公表する必要があるのかと私は思うんですよ。でも、事務サイドは全部ださせ

たいと思っているわけです。医療者は隠す傾向にあると思っているんですよ。

そこまで出すということになると、やっぱり揺れ動きますよね。一つには信用問題ですよ。これだけ新聞に公表される時代になりましたから。ずっと前にうちが医療事故を起こしたときのことを地域の人たちが覚えているとすると、またあそこの病院かということになりますよね。かなり影響しますよ。今、医療事故を起こして報道されているような病院の外来はがらだと聞いています。患者が入院をとりやめたということも聞いたりします。そんなことがあるので、知らなくてもいいんじゃないかと思うんですよ。

以前の事故以来、大きなことはありませんでしたが、スレスレではやっていますからね。これ以上、いたずらに不安を与えなくてもいいんじゃないかと思うわけです。だって、一般の人にはわからないじゃないですか。職員ですら、医療の中身はわからないわけですから。そりゃ、事故は公表せざるをえませんがね。

本来なら、事務のほうが経営を担っているわけですから、そういう評判には敏感になって、「隠そう」ということになりかねないんですが、うちはそうではありません。そこには、なんていうのか、一つは医師に対してのコンプレックスがあると思いますね。私の独断ですけど。やっぱり、医師っていうのは権威者じゃないですか。行政は医師を偉い人だと思っていますよね。だから、その辺で、公表させるというのが痛快っていうのがあるんじゃないですか。初めて私は口にしましたが、特権階級に対してね。

事故は公表されるようになりましたが、本音としては事故でも隠したいですよ。それは地域住民の信用ですよ。あそこの病院もかつてなると、たまんないっていうのがありますから。でも、公表も必要だと思っているから揺れ動く。本音のところではなんだろうって思うんだけど、やっぱり、情報公開の流れっていうか、知る権利ですか。情報を与えなきゃいけないっていうのが、基本的にありますから、そこらへんですよ。世の中の流れはこうきていますから、真実は知らせるべきだっていうのはありますね。だけど、組織は守っていかなきゃいけない。患者を減らしたくないっていうのがあります。今、うちはやっと、めざす外来患者数に近づいてきています。ですから、やっぱり、風評っていうのが気になりますよね。接遇なんかもこれまでは二の次でしたが、その必要性も浸透してきました。幹部会議では、なぜ、患者が減っているのか、ベッドが埋まっていないのかが話題になります。どんな患者でも全部入院させなさいということが言われるのです。そういうことですから、公表基準にしても、院長にしてみれば、隠せるものは隠した方がいいということですね。そういうタイプですから。ミスは数限りなくやってきたわけですよ。突然、でてきているわけではないんですよ。

A-4 患者を信じるか、職員を信じるか

もう、何年前のことです。出産予定の患者様から産婦人科病棟に電話がかかってきました。電話をとった看護師が状態をきき、陣痛が10分間隔になったら、再度電話するように伝えました。それからしばらくして、10分間隔になったという電話がかかってきたので、すぐに来院してもらいました。しかし、病院に到着したときには、胎児は死亡していました。

その後、奥様は、最初に電話をかけたときに、調子が悪いということを具体的に伝えたといい始めました。だけど、看護師は「聞いていない」というわけです。結局、言った、言わなかったの水掛け論みたいになりました。

私も、看護部長としてご夫婦の話をうかがいました。ご主人は、看護師をちゃんと教育していないということを指摘されました。たしかに、本当に奥様が自分の状態を最初の電話で伝えていたのなら、それは産科の先生に言わせると、胎児に何かの変化があるという兆候なので、すぐに処置をしなければならなかったそうです。それを聞いていながら、対応しなかったということであれば、私の教育が悪いと言われても仕方がないと思いました。

だけど、彼女が本当に聞いているのかいないのかわかりません。看護師は、最後まで聞いていないと主張しましたから。私は、それをどこまでも守って、彼女の主張を通してあげればよかったかなと思いました。だけど、ご夫婦にとっては初めての子どもだったんですね。自分が患者様やご主人の立場になってその気持ちを考えると、本当に聞いていないんだろうかという葛藤もありました。

結局、私は、彼女の聞いていないということが事実かどうかはわからないものですから、彼女を守ってあげることができなかった。自分の部下を最後まで守れなかったというのは、ものすごく私にとっては、苦しかったです。訴訟にまでなりましたが、私は守ってあげられなかったんです。つまり、「私は看護師の言うことを信じます」と、ご夫婦の意見を突っぱねることをしなかったんです。真実はどうなのかなというのが私の心の中でも動いているんですけどね。こういうのは、倫理的なものでしょうか。

そういうふうなことがあって、いつもそのことが私の心から離れないんですね。どっちの立場に立つかといわれると、自分の身体が2つあればいいと思うくらいになっちゃって。自分の部下を守れないんだったら、管理者としての能力がないんじゃないのかと思う心と、そういうふうな状況におかれた患者様やご家族はどうなのかなという気持ちと。どっちを選択したらいいのかっていうのは、すごく迷っちゃうんですね。

そういう時には、感情は抜きにして、クールに管理者の立場としてどんなことがあっても自分の部下を最後まで守り通すという姿勢を示すのが本当の管理者だと思う。それじゃあ、私は管理者に向いていないのかなって思っちゃうことがあるんですね。真実は、彼女と奥様だけしか知らないんですよ。どれが真実かわかんない。

A-5 誤薬の事実を患者に告げるべきか（副作用無し）

新人看護師が高血糖患者に打つインシュリンの種類を間違えたという報告を受けました。即効性のヒューマリンRを打つべきところに、一日1回だけ打てばよいヒューマリンNを打ったということでした。そのことに後から気がついて、頻繁に血糖をチェックがされましたが、幸い患者さんの状態に変化は起きなかったということでした。私が、その報告を聞き終えた後、そのことを患者様やご家族にどういうふうに伝えたのかと質問したら、特に問題は起きなかったので伝えなかったということでした。

そのときに、私はどういうふうに指導したらいいのか、すごく迷ったんですね。患者様にしてみれば、今日は看護師さんがしょっちゅう血糖を調べにきてくれていると感謝しているかもしれません。事実は、薬の種類を間違えて心配な看護師が様子を見に行っているわけですよね。そうしたときに、その事実を患者に素直に言って、謝らせるのが私のとるべき態度だったのかとも思うんです。実際には、主治医も大丈夫だからそのままいいと言っているというのを聞いて、今度からは注意するようにと指導するくらいしかできなかったんです。でも、はたしてそれでよかったのかなと思ったんですね。

そのときの私は、自分を守ることの方が強かったのかなと思います。ある面では患者の立場にたち、ある面ではこっちの立場に立つという、私は本当に意思がぐらついているのかなと思ったんです。たとえ、主治医が大丈夫だと言っている、自分の立場としてどうとるべきなのかなあと。やはり、患者様に一言、実はこういうことだったので、問題はなかったですが申し訳なかったですと謝るように指導するのが私なのかなと思う心と、いや、問題は起こっていないし、そのようなことを明らかにすることによって、患者様がどういうふうに出るかということを考えると、やっぱり、病院の方を思わなくてはいけなくてはいけなかなと思ったんですね。

今、新聞記事にもいろんな医療ミスや看護ミスが出ていますよね。ですから、患者様たちも戦々恐々としていると思うんですよ。そうしたときに、病状の変化もないのに謝ったりすると、それをマスコミに流されたりして、病院の名誉に関わるなということも思いまし

て、結局は、「今後は間違えないように」という注意しかできなかったんですね。私は、そういう選択をしてしまったということです。ただ、薬を間違えたことで病状が変わってしまっていたら、意思決定は変わってきますよね。そうしたときにも、自分としては患者様に一言事実を述べなければならぬと思いますけれども、病院の事故対策委員長が決定したことに、私は従わざるを得ないのかなと思っています。最終は院長が決定しますから、自分はきちんとすべきだと思ったとしても、院長がそうでないといえ、やっぱり院長の意見に従わざるを得ないのかなと思います。従わなかったならば、注意を受けるでしょうね。おそらく。だから、自分の心に反するわけですが、それは病院を守る、名誉を守るということで、立場上、ぐっところえなければならぬのかなと思うんですけどね。

やっぱり、患者様をとるのか、立場上、病院を守るのかといったときに、自分の真意に沿わなかったとしても、病院側に従わざるを得ない、それが私の立場なのかなと思うんですね。矛盾しているんですね。自分の心が。だから、私は本当に、歳ばかりとっているけれども管理者になりきっていないのかな、なんて思うんですけど。

部長になると、病院っていう存在が大きいのしかかっていると思うんですよ。だから、スタッフを守り、それがひいては病院を守ることになるのかな。当然、部長として、そうしなくてはならないという気持ちと、いや、でも被害にあうのは患者様だし、そのままでいいのかなっていう気持ちがありますね。でも、どっちかに意思決定しろって言われたときには、やっぱり病院の方を選ぶでしょうかねえ。そうすると、すごく矛盾しちゃっているんですね。だから、常に自分の、なんていうのかな、意思がぐらついていきますから、そういうのが、すごく、自分が情けないっていうんでしょうか、そういうのがありますね。

A-6 看護師のミスが隠された

何の変哲もない耳鼻科の手術の最中に心電図に異常が現れたため、手術がいったん中断されたとの事故報告を手術室から受け取りました。

手術室には、局所麻酔に使う薬液と止血に使うボスミンとが並んでおいてありました。局所麻酔をするつもりが、間違えてボスミンを打った場合、その心電図と同じ波形が現れることがわかりました。そのため、手術中の心電図の異常というのは、局所麻酔とボスミン液とを取り違えたか、あるいは局所麻酔の中にボスミンが混入したのかのどちらかではないかという疑いがもたれました。手術そのものは、無事終了していました。

これまでも医療事故を起こしているんですが、その中で、再三、警察から注意を受けたのは、そのときの現状保存をしていないということです。その場でいじりまわさないで、とにかくそれはそのままにしておくということを過去の事故から学習していました。ですから、本来なら、心電図の異常が何によるものなのかという原因を明らかにするために、薬液を保存しておいて調べなければいけません。しかし、病院のミスということはありません、そんなことがあっては困るというのが前提にあるものですから、液を保存しないで手術を終了してしまっているんですね。

患者さんに対しては、主治医から、手術中に心電図の波形異常が起きたが、考えられることとしては、局所麻酔の過敏症であろうという説明がされました。私は、報告を受けたときに、たぶんボスミン液が局所麻酔液の方に飛んだ可能性があると思いました。手術室では、ガーゼに薬液を浸して、それを先生に渡しているという状況でしたから。

患者は若い方でした。医師から、「あなたには、局所麻酔の過敏症の可能性があると説明を受けたその患者は、これから一生、局所麻酔に対する恐怖感、不安感を背負っていかなくちゃならない。若いゆえに、小さな手術を受けることもあるでしょう。歯を抜くときにも麻酔を使います。しかし、私は一生、局所麻酔は使えないと、思ったとしたら…。局所麻酔だけでなく薬物過敏症があるかもしれないということを自分が背負ったとしたら、

すごくこれからの人生が気の毒だと、同情を禁じえなかったんですね。

その後、たまたま、医療事故に関する本を読んでいたら、まったく同じケースが出ていたんです。局所麻酔液とボスミンとを取り違えたために、子供が亡くなっているんですね。その本には、そのことに対して、病院側が家族に誠心誠意を尽くして原因究明をして心からの謝罪をしたとありました。それを読んだ時に、あまりにも自分の病院と違いすぎるということで、非常に涙を禁じえないくらいの衝撃を受けました。今の病院のあり方では、液を保存しておいて原因究明をするということはない。患者さんの薬物アレルギーの可能性は否定できないけれど、きちんと真実を言っていないことに関して、医療職として本当に患者さんに申し訳ない気持ちでした。全身麻酔との併用でしたから、患者さんは意識がなかったけど、何らかの形で肉体的な苦痛を味わったわけだし、謝罪をしていない。それは病院の事故だということを認めていないということだけれども、それがすごい痛みとして私の中に残っています。ただ、今回の場合、医師は心電図に異常があったという事実を患者に話しているわけですね。液の混入の可能性については一切言っていないけれども。今回のように手術が無事に終わっている場合、ちょっと前ならそれも言わなかったかもしれません。

うちにも事故や安全対策に対する委員会がありますが、それは起きた事故に対する事例報告であって、予防に対する積極的な介入はないですし、ヒヤリハットは書いてはいるけれども、まあ、事故の原因究明というのは実際にはなされていないです。そのことをいつも痛みに思っているが、病院としての取り組みの姿勢に働きかけられないでいるということが気持ちの中に引っかかっていて、自分が家族だったらどうなんだろう、自分が患者だったらどうなんだろうという、そういう本当にいつも苦しみをもっているという中で、この事件は特にそれを強く感じました。

手術室の看護長にもっと積極的に権限を与えて、二度とこのようなことを起こさないようにするのが贖罪だと思いますが、今の看護長の立場にはそういう権限はありません。医師が、患者には「〇〇というように説明する」と言われたら、私たちはそれに沿って対応しなければならない現状があります。

私たちは自分達が犯したミスでも、結局は医者に尻拭いしてもらっていることがあるのかもしれないですね。そのことが、日常、仕事をしていくなかで強く言えない。「おまえらのミスをカバーしてやっているじゃないか。だから、時間外に出した指示くらい受けてくれてもいいじゃないか」って、そんなふうになっているんですね。

医師にそれ以上何も言えないというのは、患者がそのときに受けた苦痛とかその後に背負っていくべきものに対して、私たちに患者の立場に立った思いがないんだと思うんですね。患者さんは苦しんでいた。今後もそういうものを背負っていかなければならない。もし、そのことをすごく重大と考えていたならば、いろんな方策をとることができたと思うんですね。でも、とにかく手術は無事に終わったんだから、黙っていたら何もわからないわけですね。そういう感覚だと思うんです。いろんな事故が結果的にあるんですけど、終わりがよければ、途中経過のことはもう言わないという日常性が私たちの病院の現場の中にあります。

私自身も、これからいろんな事例を公開するようになったら、膨大な時間と膨大な人間関係の関わりがでてきてしまう。ちょっと考えただけでも卒倒しそうになるくらいですから、私自身も逃げているのだと思います。逃げないと、自分の立場とか、病院に混乱を招きます。一人でそういうことに手を上げて発言すれば、波風を立てるなと個人的な攻撃もすごくくると思います。それと、証拠もないのに感覚だけでいうなと言われ、信頼関係、信用性っていう面にも関わってくると思います。でも、とにかくそのような事例があると忙殺される。真実を明らかにしなければならぬということよりも、面倒臭さの方が、私にとっては大変だということなんだと思います。

そういう自分がいやなんですね。今回のこの事故のことも院長に報告していないです。報告しても、またかということで、院長は本当に具合が悪くなるくらいいろんな報告を受けていますし……。今回に関しては、無事に手術が終わっていますから。報告しても、「だ

から、どうしろっていうんだ」っていうことなんですね。いつも話の結末は、「わかった」で終わりなんで。

手術室で薬液を誤って混入させてしまったかもしれない看護師は、自分のミスを実感していません。絶対に自分のミスではないと主張していて、要するに責任をとらない。准看護師なんです。能力的に非常に問題がある人なんですね。責任が取れない人なので、このことをきっかけに、はずすかって言っているんです。じゃあ、なんでその人を手術室においておくのかというと、手術室だと、ある程度の流れの中でこれだけを覚えればあとはカバーできるというのがあります。病棟だと、いろんなことが起きて、瞬時に予測しないといけないようなことが流れの中にある。それに適応しなくてはならないのです。

でも、これをきっかけにその准看護師の能力では、人の命を預かることに責任がとれないので無理だなんて思っています。でも、簡単にはできないんですね。本人はそんなふうに自分に能力がないとは思っていませんし、労働組合がありますので、人権問題に発展する可能性があるのです。ただ、同じ人がいろんな問題を起こしていて、いろいろなミスをして自分も悪くない、組んでいた人の責任だと言ったりする。責任をとるということができない看護師を使っていることになります。

今後、もしこういうことが起きたときには、ちゃんと薬液を保存しておくように言いました。今回はすぐに患者さんが回復したので後遺症もなかったけど、これが一次的にでも痙攣を起こしたり、無酸素の状態に続いたりしていれば、薬液を捨てたこと証拠を隠滅したということになりますから。

今回、報告を受けたときには、手術から時間的経過がだいぶ経っていましたので、私はとにかく患者さんが無事かということが一番心配しましたよね。それと、あれだけ証拠保全という言葉を使っていたのにも関わらず、薬液を捨ててしまったということは、自分達が普段、事故と無関係ってというような甘い考えがあるのかなと思います。やっぱり日常的にそういうものを保存しておいて事故究明にあたるという意識が稀薄なんだったんだと思います。

こういうことを二度とおこさないための対策だけは必要だと強く感じました。ただ、医療の現場での事故っていうのが、実に患者さんに知らされていないというのが、すごく痛みますね。胸がね。

A-7 ミスは組織で対応する

白内障の患者のことです。その患者は、この病院の元事務員で、息子さんは医師でした。

白内障の手術をするということになったのですが、当院にも眼科があるにもかかわらず、主治医は自分の同級生が開業している医院で手術をするという方針でした。当院に入院しながら、介護ヘルパーを使って、そこへ通院するという形です。病院の中にいれば、院内で済むのに、そういう決断をしたんです。介護ヘルパーも、主治医に「頼む」といわれて受けちゃったんです。

非常に寒い時期でした。先方の医院には入院設備がないので、当院から通っているうちに、その患者は風邪をひき、それがこじれて肺炎になってしまいました。家族が付き添うという話が出たのですが、看護師が私たちに任せておくようにと家族に言いました。でも、家族が帰られた後、患者が亡くなっちゃったんです。

患者の家族としては、看護師の観察に落ち度がなかったかとか、外出許可の判断を何を根拠に下したのかということを確認してきました。最初、私はひたすら聞くという姿勢で話をうかがいました。家族は、親身になって話を聞いていただけたということで納得されたように見受けられたのですが、それでも、訴えるということも言ってこられました。

私は、主治医に「ちゃんと対応するように」と言いました。すると、その主治医は「本当に申し訳なかったっていう手紙を書きます。これを書いておけば、家族からは、もう一

切、何にも言っていないから、もういいよ」って言われたんです。そうしたら、本当に家族は何も言っていないでなくなった。どういう手紙を書いたのかわからないけれど。主治医は謝ったと思うんですけど。でも、そういうやり方を見たときに、私はどうなのかなって思っただけです。

当院で手術をしていけば、なんにもなかったことなんです。でも、他の病院で手術をするということは了解したわけだから、それなりの看護をしなきゃいけなかったって家族に言われたんです。患者を預かっているという意識になってしまっていたんじゃないかなと言われました。

看護師の判断の妥当性を家族から問われたとき、それは、本当にもっともなんです。でも、そのときの自分の心の中をみると、家族と話し合いの場に出るのは医師や看護長までで、そこに携わった看護師まで立ち合わせたくないって思っているんです。家族の側に立てば、たぶん、最期のときの様子を看護師から聞きたいだろうとは思いますが、でも、十分な判断をその看護師がしていたかと問われると、そうではなかったのではないかなと思われる。私は、かばいたくなっちゃいます。最終的には、ご家族はその後、何にも言わなくなっちゃったんですけど。

看護記録などはすべてオープンにして家族にみていただいていたんです。でも、それ以上にどのような判断があったかと聞かれると、十分にできていたと、はっきり自信を持って言えない。だから、看護師を出して「こうでした」と言わせたくないと思ったのでしょね。

まあ、家族の方も主治医からの手紙で納得して、もう何にも言わなくなっちゃったんですけど、それも、腑に落ちないわけです。手紙の内容もわからないですし。でも、やっぱりね、最終的には、看護部長にやる問題っていうのがあるんです。主治医や院長とかに相談を全部して対処はやってきたんですけど、最終的には看護部っていうのもあるから、本当の現場の看護師まで、そういう中にまで引き出してきたくないっていうのが。それはいけないのかな・・・

なんかね、看護師たちも一生懸命看護をして看ているわけでしょ。だから、そういうところにその人たちをだすのは、酷というか、気の毒っていうか、会わせたくないな。できれば、私や看護長のところでとめておきたい。こういう問題は、言った言わない、見た看ないという話し合いになっていきますからね。どうにもならないようなことになってくるから。

家族が、患者の最期の状況を知りたいという気持ちはわかるんですが、看護部長としては守りたいっていう意識がありますよね。いけない？うーん。やっぱり誠意を示さなきゃっていう、それはありますけど。ただ、もし、それが本当に何かのミスだということがはっきりしていれば、それは別の話です。きちんと家族に対応しますよ。

A-8 隠蔽されていたガーゼの残存事故

実は、表面化していないのですが、手術室での事故に重大なものがあります。ご多分に漏れず、ガーゼの残存事故なのですが、全部隠蔽しています。

手術の後、患者さんは発熱し、痛み、なんとかしてくれって苦しんでいたんですよ。でも、患者さんが苦しんだ1週間、医師や看護師は「痛がりの患者」という対応していたんですね。ただ、病棟の看護長だけは、患者の痛み方が普段の痛み方と違う、術後の患者の痛みかたが違うということで、何度も先生に「おかしい、おかしい」って言うてたんです。熱が出てきて、医師が胸のレントゲン写真を撮るように指示を出したときに、その看護長は医師に無断で、腹部写真も撮るようにレントゲン技師に依頼したんですね。それでガーゼの残存がわかったんです。そして、再手術をしてガーゼを取り出したわけです。そのような説明は、一切、患者さんにはなされないで、かかった医療費は全部払っ

てもらうわけですね。

結果的には、ガーゼがみつかってよかったんだけど、そのときに上位の医師は、「事実が患者にわかったら、どういうことになるかわかっているな」とスタッフに対する脅しをかけていたようです。しかし、看護長は「良心がとがめて耐えられない」と、私のところに事実を話しにきました。ことの真相を確認したかったのですが、私が調べ始めると、誰かが私に喋ったということになるので、それができなくて非常に苦しみました。

ところが、ある日、幹部の委員会でその残存事故のことが出たんですね。誰か苦しんでいる人が事実をしゃべったんだ、非常に苦しんでいるスタッフがいるんだということがわかりました。だけれども、内部告発があったということになると、病院はとんでもない方向にいつてしまい困ります。結局、事故の事実は、ごく一部の人のみにとどまりました。

B-1 管理能力のない看護長に辞めていただく

一番しんどかったのは人事のことです。外来病棟のある看護長のことです。その看護長は看護長会でもほとんど意見を言わない方でしたが、主任がしっかりしていて、その看護長を支えていました。しかし、あるとき、その主任も他の病棟の看護長になりました。そうすると、すぐに外来の管理でうまくいかないことが目立つようになりました。ドクターとの調整です。最初は、ドクターがこうした方がいいと看護長に注意していたのですが、そのうち、ドクターが「これ以上は我慢できない」と言ってきたんです。たとえば、ドクターの出した指示を無視して申し送りをするといったような、やってはならないようなことが目立ってきたんですね。病棟もがたがたしてきましたので、私もなんとかしないといけないと思って、どこかに配置換えをしようかと考えました。

院長は厳しい人で、「力のない人は去ってくれ」と公然と言う人です。その院長も何とかしてくれということを書いてこられました。

そこで、彼女と面接をしました。その時に、小児科の経験があると言いましたので、小児科だったら頑張ってくれるのではないかと思います、小児科の看護長になってもらいました。その頃から、何かおかしいなと思うところがありました。聞くと、お母さんが亡くなり、それがショックだということでした。同居していたので亡くなって寂しいということでした。今考えると、ただでさえリーダーシップがなかったのに、その頃から、もっともつと優柔不断になっていったように思います。ただ、そのときには気づきませんでした。

小児科にはしっかりした主任に入ってもらいました。でも、外来にいたときよりもひどいトラブルが起きるようになりました。それもドクターとのことでした。ドクターから文書でトラブルの内容を書いたものをいただきましたが、それはひどい内容でした。管理能力がない、挨拶もできないといったようなことです。

その間にも、私は主任から看護長の行動についていろいろ聞いていました。でも、「いろんな看護長がいる。スタッフや患者さんのことを思って、なんとかサポートしてほしい」ということを言いました。でも、病棟ががたがたしてくるんですね。その主任が看護長に反発しだし、だれも看護長についていけなくなりました。本当に「えっ！」っていうことがおきるんですよ。たとえば、看護長会で口外しないことを守らせたはずの人事のことをメモした紙をポロっと落として、スタッフに見られたりといったようなことが起こるんです。だから看護長の信頼が全然なくなったんですよ。

それに、私が報告・連絡・相談が大事だということは常日頃から言っているのに、看護長会の内容を誰にも連絡しない。そうすると、病棟が機能していかないんですよ。そういうことがあって、この看護長に病棟を任せるのは限界かなって思いました。これでは患者さんにご迷惑がいくと思ったんですね。看護長を呼んで何回も話をしました。お母さんの死をきっかけに落ち込んでいるということはありませんでしたが、リーダーシップ能力、管理能力がない。

そういう能力がない人は降格か辞めてもらうしかないと言います。でも、私は、降格やリストラの経験がなかった。それに、私がなぜこれを倫理的ジレンマだと思ったかという、家庭のことを考えたんですね。ご主人が仕事を転々としていて、3人の子供さんの教育費にお金があるので、彼女が仕事を辞めるわけにもいかないという状況があったんです。それに、ご主人から暴力を受けていたんですね。お母さんが亡くなられたということもあり軽い鬱状態になっている上に、ご主人からいじめられているということで、これはただ普通に能力がないから辞めさせればよいということではないと思ったんですね。これは社会的な問題かなということも思いました。そのような家庭の問題を考えたときに、これは・・・なんと言いますかね、辞めさせたら、もっともっとひどい状態にいくんじゃないかなというのがありましたね。そのことが私の中にひっかかっていたところです。

辞めさせるのは簡単かもしれないけれど、この人のことを考えるとどうなのかなと思いました。でも、管理能力がない以上、看護長にしておくのは無理ですよ。それでいろいろ考えて、直接患者さんにはご迷惑のかからない中央材料室の看護長になってもらいました。そこでもうまくいかないんですね。人間関係がまずくなって、組織の中がしっかりしていないと、変な人が残っていき、いい人がやめていくということが起こります。よい関係性を作るのが私の仕事だと思っていますから、私も堪忍袋の緒が切れたといいますか、もうこれ以上、彼女を管理者としておくのは辞めようと思いました。ただ、家庭的なトラブルを抱えている中でどうしようかとは思いました。

他の看護長たちは、その看護長のことは「いい人だ」と言います。でも、「いい人というのは自分にとっていい人だということでしょう。おとなしくていい看護長だということと、管理能力は別だ」ということを言いました。

みんなも、彼女が優柔不断であることは気づいていました。スタッフが悩んでいることも見ていました。看護長のリーダーシップがないことでみんなが困っていることをわかってほしかったので時間を置きました。それから、彼女がある大きな失敗をしたときに、始末書を書いてもらったんです。そこには、今度失敗したら辞めますということが書かれてありました。そして、やがて自分のほうから辞めたいと言ってきました。ただ、もしも生活に困るから置いて欲しいといわれていたとしても、それはしなかったでしょうね。ここまでにずいぶん話しましたから。だから、もうこれ以上は無理だという話をしたと思います。

ドクターや院長先生から「降格させたらどうか」といわれたときに、家庭の事情がなかったら、私は彼女に、「あなたには管理能力がありませんので、管理は解きましょう」ということを言っていたと思います。

一番に私が考えたのは、患者さんのためにいいケアをしたいということです。とにかく看護の質を高めたいと思っているんです。そのための調整に必要な決断をしなくてはいけないときは自分がしなくてはいけないと思っています。いやなことを言わなくてはいけないのかもしれないと思います。

ですから、もし〇〇だったら、この人を置いておいたかという仮定はいくつかできますが、もう私は決めていたんでしょうね。もう、無理だって。ただやっぱり、家族の背景や、暴力を受けているということを耳にしたこと、それからお母さんが亡くなった後の鬱状態、喪失体験が気になっていたのでしょうね。

私はやっぱり、病院の管理者です。患者さんのためによいサービスをしたい、安心して治療・ケアを受けていただくために何をすればいいのかしか考えていけませんので、乗り切るところは常にそこですね。それだけしかないんですよ。今までの仕事でも患者さんのためにということしか考えていませんでしたし、ここに来てからも患者さんに質の高い医療やケアを提供しようという一点だけです。すべてはそこで乗り切ったと思います。あのう・・・何べんも言いましたが、管理能力のない人を置いておくことは組織がガタガタになっていきますし、患者さんにも影響していきますから、そこはもう、私は決断をしなくてはいけないと思っていますね。この組織は患者さんのために質の高い医療をしようということなので一つになれるということが非常にうれしい。本当にいい組織だと思って好きになりました。もっともっといい組織にしたいから、だから決断するときには迷いませ

ん。それだけです。

B-2 昇格基準は能力か年功か

後任を決めたり副部長を選んだりするときに、長年いた人にするか、能力があると思う人にするか、かなり悩んだというジレンマがあります。

私のいたところは、割合と年功序列ではありませんでした。私が看護部長になった時にも、私より年上の人たちがまだ下にいましたから。それで、自分が看護部長になるときに、副部長にはちょっと若手を選んだんですよ。それにはかなりの反発もあるだろうなと思いました。そのときには、自分がどうするかを考えて、でも自分がトップになるわけだから、自分に足りないところがある人がほしいと思ったのでそういうようにしました。そのときには、かなりどちらにするか迷いましたが意思決定しました。

病院によっては、その辺は病院長が決めちゃうことがあります。もちろん、最終的には病院長がいいだろって言うてくれないといけないのですが、むしろ病院長というよりも、看護部内としてのコンセンサスを得られるかどうかというのがありましたので、そこは悩んでいろいろ考えました。

抜擢した人はたまたま若手でしたが、自分のことを補ってくれるのであれば、自分より年齢が上でもかまわなかったわけです。ただ、その人には、若い人達にも説得力があり、現場の実践の力もあり、企画力もあると思いました。もちろん、その人にも不足している部分はありましたが、それは自分がなんとかしようと思いながら選んだんです。でも、かなり抜擢になりましたので、そうすると、なかなか、なった人が苦勞するかなと思いました。よっぽど副看護部長にふさわしくない限り、長く当院にいて、こつこつと努力してきた人がそういう立場になることを、一般的にはみなさんが考えることかなと思いますよね。私が若くて看護部長になったので、追い抜かれた人は、自分が副部長にはなれるかなと思っていたかもしれませんね。

最終的に2人の副看護部長を置くことになりましたので、最初は若手を抜擢して、数年後にはもともと候補だった人を副看護部長にしました。院長は、最初から、私より上の人に副看護部長をしてもらうのはどうかと言いました。

それでも若手を選んだわけですが、選ばれなかった人に悪いというよりも、これからは実力主義でないといけないという思いが強かったと思います。ただ、もしかしたら、悪いというか、そういう人達をある意味では引き上げないといけないなっていうのがありましたから、数年後にもう一つのポストを作るときには、私より上の人の中から1人を選んだわけです。人柄的にもいいし、経験も豊富だし副部長を担当してもらうには、いいと思いました。でも、最初のときは、その人を選ぶというのはまったくなかったですね。もし同じことが今おきても、同じように決めますよ。

人事を自分で決められるのはいいですね。院長は他の方がいいんじゃないかと最初は言いました。だけど、そこで最終的にはね、院長はぜったいこうじゃないと駄目とは言わなかったのです。

B-3 精神疾患のある看護師への処遇をどうするか

精神疾患を抱えた看護師が多くって、長期休暇をとって復職しても、なかなか職場に適應できないっていうのがあります。辞めてほしいっていう、そういう気持ちがあるんです。辞めてくれると楽なんですね。

精神分裂って言われている人もいますが、そういう診断書を医師はぜったい書かない。

みんな心因反応や抑鬱といった診断書です。免許剥奪には絶対にならないということです。彼女たちは、要するに働かなければいいわけです。それでも薬を飲みながらやっていると、その人に合った職場で働いていけばいいんですが。常に精神科にかかっているが数人います。休んでいる人がいつも二人くらいいます。その対応が非常に難しくって、看護長さんの頭痛の種です。辞めていかれる方もいますが、いろいろなしごきがある方は絶対辞めない。公務員として受けられるものは全部受けるということで辞めない。一日でも出勤すると、休暇がゼロからスタートしますので、ずっとそれを繰り返したりしています。

その人たちは、いないものとして病棟を稼働させようとしているのですが、その人が出てくると、職場が非常に混乱するんですね。それが困る。本当に、もういいと思ってしまいます。休職でも給料の80%が支給され、ボーナスも出ます。無給になるのは3年目以降です。でも、ちょっとでも出勤するとまた振り出しに戻ります。それをずっと行使しているわけです。そういう方にも人権がありますから、精神科の医師は、建前上、なんとか受け入れてやってほしいと思っているわけです。そういう人にも生活が確かにありますからね。

医師が、もっとあなたに向いている職場を探しなさいということを書いてくればいいんですよ。ここを辞めて、夜勤のないところや、パートで採用してくれるところで働きなさいということをおっしゃるんです。今あるがままのあなたを受け入れてもらいなさいってね。でも、こちらとしてはそういう人に提供できる職場が何処にもあるわけではないですよ。

そういう人たちは、結局、夜勤ができない。でも、夜勤を勤務表につけないでいると、今度は「看護長が私に夜勤をつけない」って言い出す。チームリーダーをするのも大変そうだとすると、「リーダーができるのにつけてくれない」と職場のみんなに言ったり、「突然リーダーします」と言い出したりする。

昨日は調子よかったからと思っていると、今日は途中からいなくなったりします。大概、どこかに閉じこもったりしているんですが、みんなが探す羽目になり手間がかかります。仕事も任せられないので頼めません。「患者さんの身体を拭いて下さい」って言うことであっても、そんなことは若い看護師からその年配の看護師には、とても頼めないですよ。「これをいっしょにやってくれますか？」ってね。「なんかやることない？」って言われても頼めないの、ただ居るだけになります。そうすると、その人もつらいものがあるんでしょうね。本来の病気がよくなっていないせいか、自分は職場の皆に迷惑をかけているっていう気持ちからか、また悪くなってしまうというのを繰り返して……。そうすると、眠れなくて、ご飯も食べられなくなる。食べられない人が休憩室にただで、その雰囲気にも異常なものがあるそうです。想像してもわかりますけど。だから、一人足りないけれど、出て来なくていいですっていう職場があります。でも、本人は新しい職場にはいけないわけです。本当に迷惑なのはわかっているんだけど、今までの職場に戻って、様子を見ながら日勤だけしばらくやってみるということになるのです。でも、数日しか持たなくてまた休んじやったりして。休んでいてくれる分には、私はすごく安心なんです。給料はたしかに払っていて、こちらは経済的には大変で。でも診断書の更新の時期には、「長期に休むように診断書を出してね。ゆっくり休んでもらってね。」っていうのが口癖で……。それでも、1ヶ月や2ヶ月は、すぐにきちゃうんですね。

悪いと思うのですが、精神疾患に関してはもう無理です。だめです。たとえば、杖をつきながら仕事をしている人もいます。その人の仕事は0.5人前です。でも、彼女の障害を持ちながら頑張っている姿が皆の励みになっているんですよ。他の障害に関しては、うちにも杖をつかれている方などもいらっしゃいます。そのような、麻痺とか身体的障害に関しては、私は一部から「ええ？」って言われても、断固として受け入れるっていう気持ちを決めていて、この人を守ることが障害者を受け入れるって一つのことだって思っています。私たちは看護師として、患者さんが退院するときは、「がんばんなさいよ」ってい

うことを口では言いますよね。その方が片麻痺であっても全麻痺であっても。それを看護師だからって受け入れられないっていうのはおかしいなって。

でも、精神疾患に関しては人とうまくやっていけないですね。人間関係をうまく構築できないということがあって、それがストレスなんです。職場もそうですし、私も。精神疾患を抱えていて、家族の助けがない人には本当に困っています。

このことを倫理の問題ととらえているのは、困っている人を切るっていうことが、非情だになって、冷たいなって思うからです。

その人たちが辞めない理由は、生活がかかっているんです。みんな生活がかかっているんですが、その度合にもよると思いますが、家を買ったとか、親の面倒をみているとか、不景気で家族の収入がないとか。多分、本人達も居辛いのと思うんだけど、それでも職場にしがみついてなきやいけない事情があると思うんですよね。

私だって、明日から障害者になるかもしれないですよね。その時に、働きたいのに受け入れてもらえない、生活がかかっているのに職場に復帰できないときに、「自分は精神障害があるから、しょうがないじゃない」って思えるのかって。だけど、それはそれとして、私は看護部長として、他の職員に害になっているのであれば、彼女たちには休んでいてほしい、辞めて欲しいってなっちゃうんですよね。重荷なんです。重荷なんていったら気の毒だなんて思いつつも。それでも、私には精神科の経験があるので、その疾患を理解しているんですよ。

私は辞めるときは、いろいろ本当に贖罪があって。辞めた後は、人生は贖罪だと思っているんです。たとえば、患者さんに対して私自身もミスをしていますし、病院にあった事実を患者さんにお話していないのも知っていますし。人を辞めさせるように仕向けたりしていたり。残りの人生は精神科に勤めたり、ボランティアをしたりとか、いろいろ方法はあるんですが、そういう人生かなって思ったりしていますね。なんだか。使い分けるっていうのもおかしいですけどね。部長だからこうで。部長でなかったからこうでっていうのは。

すぐに感情を移入してしまうところは、部長としてはよくないんだと思っちゃって。

でも、倫理って言われたときに、ちょっとある意味、私も少し気が楽になった部分があります。こういうことで自分は悩んでいるけれど、それは私が冷たいっていうことではないのかもしれないって。冷たいのかもしれないけど、冷たくないのかもしれないって。ジレンマがあるだけで、人の痛みとかも、持っていていいんだって思いましたし。自分がきちんとできないことに対しての痛みも持っていていいんだなって思いました。

この問題は避けては通れませんよね。看護師は看護師の立場で苦しんでいることもあるし、看護長は看護長の立場で苦しんでいることもあるし、部長は部長でね。

B-4 優秀な看護長を育てきれなかった

人事の問題で、一番、悩み、苦しんで判断に困るということがありました。私には、次の部長として育てたいという看護長がいたんですね。彼女は非常に論理的な人でした。これからの看護部長っていうのは、そういう人がふさわしいという思いがありましたので、私は、彼女を地域活動のさまざまな役職に就かせたり、いろんなところに紹介したりしました。彼女自身も自己啓発し、看護の質についても積極的に考え、研修やセミナーにもいき、勉強していました。

でも、だんだん、医師や看護師たちとの関係が悪くなってしまいました。最初は彼女の姿勢に喜んでついていったスタッフも離れていきました。彼女は、自分で方針を立てて病棟を管理していたのですが、自分の考えを変えるっていうことをしない。みんなの意見を聞かないために、周囲は自分の思い通りにならないと不機嫌になる人だと評価するようになりました。私が彼女に期待すればするほど、彼女の顔色を見て働くようになってきて

しまったんですよ。看護長会での彼女の発言も攻撃的になってきました。非常に論理的だから、説明は的を射ています。他の人はそれに反論ができない。だから、彼女の発言が始まると、みんな嫌な表情をして、引いてしまうような状況になってしまったんです。

医師との対立も、看護と治療に関する対立だったら、なんともなかったんです。最初は、彼女も医師と勉強会をしたりしていました。でも、そのうち、勉強会で自分の主張しかなくなり、聞く耳をもたなくなったようです。医師も自分の主張をしますから、医師とも関係が悪くなりました。彼女の行動に対しての批判が出るようになったんです。

あるとき、某プロジェクトチームを作ることになりました。医師たちは、彼女がプロジェクトに入るならプロジェクトは降りると言い出し、その話が院長までいっちゃったんです。これまで、看護部の人事に関しては、医師の意見を聞くことはなかったんですね。医師からクレームがきても、院長は、「看護部長が決めたことだ。看護部の人事は任せてある」という姿勢を貫いてくれていました。その院長が、ドクターたちの総意だから聞かないとしようがないということで、プロジェクトからその看護長をはずして欲しいという話を持ってこられた。新しいプロジェクトの中でチームワークが乱れて、医師と看護部が対立することは、どうしても避けたかったので、一番に育ててきた人を出すという決断をせざるをえなかった。それが、私としては、すごくつらい決断だったんですよ。

私は彼女を是非とも推したいということでやってきたのに、こんな形になってしまって……。現場からは受け入れてもらえないので、ちょっと離れたところにある関連施設に彼女を出すという決断をしたんです。

次の看護部長にと思って育ててきた人に対して、結局、守るっていうこともできなかった。彼女も私に対して、だんだん追及するような発言が多くなっていました。これはどうなるんですかとか、部長はどう考えるんですかっていう感じで。いっしょにやりましょうっていうところがなかったから、私も、だんだん……。本当は守る立場で育てていこうということです。ずっとしてきたのに、彼女がそういうふうになってしまって、なんていうか、本当だったら、私の後を継いでって言っていたはずの人なのに、周りが、彼女がいたらうまくできないから、他へって移ってほしいと言い始めたのです。

この問題が倫理課題だと感じたのは、医師と看護師が仕事を超えて付き合うのはいいんだけど、仕事にまで影響するような人間関係をするっていうのは、問題っていうことを感じるんですよ。それと、医師に人事介入されたことで、自分の看護部長としての資質を問われたような気がするんです。そんな人間関係を作ってしまった発端が自分にもある、つまりその看護長を育てたのが自分だということに、なにか感じるものがあるんです。

これまで、彼女についていけないと言い出した看護師も何人かいたのですが、私は彼女をすごく買っていましたので、その人たちを説得してきました。結局、その人たちは辞めたんですけど……。倫理ってなると、どうなんでしょう。倫理の問題なのかどうか、うんと迷いながらこの事例を選びました。

その看護長をつぶしてしまったという感覚みたいなのがあるのかもしれません。彼女にできるだけチャンスを与え、特別扱いした結果、彼女が大きくなりすぎた。彼女が自信過剰になって人の意見が聞けなくなるくらいまでしないうちに、私がもっと適切に、ある時期にきちっと「それはまずいんじゃないか」とかって伝えるべきだったんじゃないかなって、今、思うんです。

彼女は異動になった後、「島流しにあった」「左遷された」と感じたようです。私の力が及ばないように、どんどんなってしまったって、本当に人を育てていなかったなというところを感じているんです。私の中で、これが大きな問題になってきたから、苦しい思いをしてきたから、倫理っていうことと合っているかどうか……。純粹に自然に放っておいて、自然にみんなから認められるようにすればよかったのかなって思うし。自分がそういうふうにして、自分がこういう立場で彼女を追いやってしまったのかな。

B-5 看護のできない看護師の雇用

ある看護師の話です。その看護師を採用して2, 3ヶ月目から、どうも彼女の行う看護業務そのものに信頼性がないことに気づくようになりました。3年間教育されてきたとはとても思えないような状況、たとえば、やっていなくても「やった」と言ったり、何かが起きたときに良いか悪いかの判断もできなかつたりして、考えられないような看護業務をするんです。周囲のスタッフも、その看護師と一緒に夜勤を組むのは不安だというようになりました。

実は、この看護師は前看護部長のときに採用された人です。採用後の見習い期間の様子をみていて、前看護部長は正規採用はしない方がよいと事務長に申し出ました。しかし、事務長の返事は、そういうことはできないということでした。前例がありませんから。役所の人事は、年功序列の仕組みだと思うんです。なんでこんな人が？っていう人たちでも、当たり前のように正式採用や係長になっていったりします。そのために、見習い期間っていう試行期間があるのに、それを有効に使える仕組みにはなっていないんです。そのため、看護長が書いた彼女の評定書を前看護部長が改ざん、つまり書き換えて、採用を認めることにしたという事例なんです。

採用後、彼女は病棟での看護業務ができず、私が看護部長になってからは、中央材料室に出しました。それからずっと、中央材料室で勤務しています。当院では、看護師は、見習い、スタッフ、リーダー見習い、リーダーと上がっていきます。普通は2年半でリーダー見習いになるのですが、その時期に彼女がリーダー見習いになることに対して、私はNOと言ったんです。その後も、給料も昇格もずっと止めています。だけど、彼女を辞めさせることができないんですね。

彼女は、今は、生命に関係のない業務ばかりをやっています。中央材料室と手術室で使う機械を組む、物品を確認して消毒に回すといった業務を行っています。それでも、なかなか覚えられないし、同じことを何年もやっているのに毎回言われなければならない。できないだけならいいんですけども、結構態度が大きくて、さぼったり、一言余分なことを言ったりするということもあって、仲間と仕事できません。私の前では、猫の子みたいにしょぼっとしているんですが。

そんなこともあって、スタッフたちが組合に言いに行ったようです。組合もその看護師に直接、面接したり、スタッフたちにも面接したりして動いています。私のところにも来て、「看護部長はどういうふうに考えているか？」って聞かれたので、私は、「正気言って、彼女は看護職としてやっていける人ではないので、できることなら辞めてもらいたいと思っている」って言いました。そこで、組合とはやっぱり合わなくなっちゃうんですね。人事課もそれ以上のことをするなって言います。つまらないことになって、裁判沙汰みたいになるといけなから、そういうことをやらないで、生命にかかわらない部署に置いておけっていうんです。そういう部署に置いているんですが、そのスタッフたちはすごいストレスです。組合の人たちも間にはまって、すごく困っているんですよ。

私は、「辞めろ」とは言えないので、「あなたは看護職としては合わない。ここにいる限りは中央材料室の職員だし、これ以上あなたの能力に合わせた給料は出せないと思っている。ここに10年いてもあなたの給料はここまでです」って、そういうふうには宣言したのです。でも、進展はありません。

看護業務のできない人を看護師として採用しているっていうのは、やっぱり、看護部のトップとしては問題だと思っています。資源をちゃんと使えないっていう意味で。決断をしなきゃいけないって思っているんですよ。「あなた駄目だよ」ってはっきり言うように。ただ、公立病院ですから、それはなかなか言えない。私立だと、完璧に辞めてくださいっていうことだと思うんですけども。

本人は続けたいと言っているんですよ。「給料は上がらなくてもいいので、私はここで働きたい」って言うんですよ。「あなたは、今、患者さんの前に立っていないし、看護をしてい

ないじゃないですか。もし、あなたの力に合った病院があなたを採用してくれるのなら、そっちの方があなたの力を発揮できるかもしれない。うちではそれを見つけることができなかったけれども」って、そういうふうに話を持っていったりしているんです。それでも、「私はここがいいです」って言ってます。「10年経ったら、給料に大きな違いが出るけどそれでもいいの？」って言うんですが、「いいです」って言っています。

今のこの組織の中では、そこまでが精一杯です。ただ、医療事故のことも心配になります。彼女の仕事はいつも誰かがチェックしないとイケない。彼女一人にもう一人つけなくちゃいけないような状況です。

看護業務を行うことが能力的に難しい看護師がもう一人います。その看護師は男性で、看護のことをよく理解している頭のいい人です。医師と同等の医療知識も持ち合わせていましたので、医局からも非常に重宝がられているという存在だったんです。体外的な活躍もしていました。それに、女性集団の中であって、彼の存在はとても貴重でした。私たちの活動をみながら、一線引いたところで、彼は彼なりの動きをしていましたから。「ちょっとおかしいのではないのでしょうか」ということを、言ってくれる人でもありました。

そういう彼が、帰宅途中に交通事故に遭い、頭を強く打ってしまったんです。脳内出血になって、歩行障害と失語症が残りました。わかっているけれど喋れないんだと思います。たとえば、「勝原」と表現するということはわかっているけど、ワープロに“か”“つ”“は”“ら”と打ち込む作業ができない。何か言いかけても、後が続かないのです。それでも皆で彼を支えています。ただ、事務職の方たちが、彼の対応についていけないんです。事務の人たちは、数年おきに代わっていきますから、彼ががんばっていた頃のことだとか、じっくりやればできるということが見えてこないんですよ。

彼自身も、「そうやって言われてみれば、遊んでいるような仕事だ。前に比べれば仕事もしていないし、うまく話もできないので指導に回ることもできない」って言うんですね。自分をアピールする場所がなくなるし、うまく話ができないので衝突をするんです。

私の本音からいうと、看護部長として、どこかで「あなた限界だよ」って言わなければという思いがあるんですよ。他部署の人事に関して、私は割とシビアな意見を述べるんです。だから余計に、彼をどこまでかばいきれるかなって、それを計りながら仕事をしています。前の部長にも、「頼むね、守ってね」って言われていますから。要するに、職場からは出さないでね、ってそういうことだと思うんですよ。そういうふうに私は理解しているんです。ただ、前の部長に頼まれていなかったとしても、私は彼の出すアイデアから多くを学んできたので、私個人の感情として、辞めるようにとは思えないと思いますが。他の人には言えるし、言っているんです。看護長に対しても、「ここで看護長として働くには、今の業務では困る」というように言っています。

彼にも、「今のような仕事をしていると、ここにいらなくなるよ」っていうことは言っているんですよ。「事務の人はそういう評価をしているから、私はかばいきれなくなるよ」って。それは、「あなたの今持っている力を精一杯出して、失語症なら失語症なりにやっている姿を見せていかないと、守れないよ」っていうレベルなんですね。

ここまで、2人の看護師の話をしました。これは、看護部長としての私の倫理だと思うんです。2つの事例は、裏表になっているなと思っています。これまでも、前に務めていた病院でどんどん改革を進めて、ついてこれなかった人は辞めていきましたが、私はそれを問題視せず、クールに、改革を進めてきました。辞めた人はしょうがないなという思いがあるんです。最初にお話した看護師のことはそれと同じように思っているのに、彼には思えないというのがありますね。

両者の根本的な違いはあります。彼の場合は、今のレベルでできる範囲のことを懸命にやっているんです。だから、周りも認めているところはある。だけど、彼女には誠実さとか、一生懸命やろうという態度を私も感じていませんし、仲間も感じていない、その違いだと思います。だからこそ、私は男性看護師本人から、「ここにいっても十分な能力は発揮できないので辞める」と言ってくることを望んでいるんだと思います。個人的にはなんとかしてやりたいという気持ちはありますけれども、やっぱり組織の中で考えたとき

には……。私は、自分が退職していくときに、彼にどういうふうに言っていくのかなって、自分でもわかりませんけれど。でも、おそらく最後に言っていくんだと思います。

ただ、歩行障害が残っていますので、障害者になりますよね。公立の機関は障害者を採用するという役割を持っています。そういう意味では、彼が障害者であることが、ある意味、彼を守っていくものだと思います。

B-6 看護の専門性が無視され、病院人事が役所の言いなり

公立病院に看護部長として就任して、組織的な人事管理に関して主導権がないということにすごくジレンマを感じました。

当院に赴任して人事の時期になったとき、職員の情報をみようとしたら、まったくそういう職員の個別情報がなかったんです。副看護部長も、3日前に昇任したばかりで、看護部内の事情は全然わかっていなかった。そういうような組織ですので、彼女たちも一からのスタートでした。反面、やりやすいというのはありましたよね。前任の病院の方針が使えましたから。

就任してすぐに気づいたのは、事務職の力が強いということです。看護職だけでなく、診療部門の医師たちも、事務の前では権限がないんですよ。ある日突然、人事異動というのが事務サイドの裁量で行われるのですが、看護部の意見はまったく通りませんから、看護のレベルが低く、とてもじゃないような人たちが主任に昇格したりします。それには本人も驚いている。病院じゃなくて本庁の助役レベルの人が、組合からの情報で人事異動に対する権限を持ちそれをやっているわけです。

組合は2つあります。人事が絡む話になると、必ず2つの組合と協議をするんです。まず、A組合と協議して、それからB組合とも同じように協議をするんですよ。そのときに、両組合からの希望が出るわけですよ。同じ部署に別々の組合同士が重ならないようにするとか、組合活動ができるような比較的楽なところに配属するとかね。それを聞きます。

あるとき、看護長の人事異動をすることになりました。そのことに対して看護部長がどう思っているかに関するピラをB組合が先に作って回してしまいました。それをみたA組合の書記長は、先を越されたと思ったのでしょう。すごい剣幕で管理部門に怒鳴り込んでいき、汚い言葉で「こういうことをするんだったら、今後一切協力しない」と吐き捨てて言っただけ。よその公立病院の人たちに聞いたら、うちは20、30年遅れているって言われる状況ですね。

私たちは助役に呼ばれました。助役が管理課長に対して「お前、何やっているんだ」って言うんです。「看護部長は赴任してきたばかりで、何もわからないんだ。そんなことでどうするんだ。今回の人事異動をやめろ」っていうことになったんですよ。私はびっくりして、「ちょっと、お言葉を返すようですが、看護部門の人事っていうのは、看護部長にあるんじゃないですか？」って言ったの。そうしたら、「違う。こっちの権限だ」と言われました。そして、こういう不始末をしたのだから、今回の人事異動はやめるようにということでした。

私は考えて「わかりました。結構です。今回の人事異動は辞めます」と言いました。今、本庁とつながりのある組合はA組合の方です。院内では、A組合の方がB組合より強くなっていますので、縄張り争いのようなものが起こっていたわけです。A組合も、少しでも早くB組合をつぶしたいわけですよ。それなのに、B組合の方が先にピラを出したので怒ったわけです。

いまだに、昇格人事でない異動人事も全部、本庁からくるんですよ。3日前に。この看護長は何々病棟って。私はやっぱりね、人事というのは、風を吹き込むために行っているんです。

私が悔しいと思ったのは、助役にだめといわれたことよりも、組合の縄張り争いで口出

しされたというのかな、こうなるとは思っていなかったわけですよ。役所の言うことには逆らえない、仕方がない……。悔しいっていうのは、そうね。私はA組合やB組合の権力というか、その比重のかけ方を事前の情報として知らなかった。看護部長に人事権があると思っていましたからね。後になって段々、そういうこともわかってきて、少しずつ組織を変えようとしていたら、副看護部長が、私をサポートするって言ってくれるようになりました。ところが、そう言っていた副看護部長も私の知らないうちに異動の発令を受けました。

私ね、こういう組織の中で、看護師の専門職としての位置づけっていうのかな。事務職が看護師イコール女性っていう位置づけをしているように思う。役所の中全体で。人事権がないのは、薬剤部門や検査部門や医師も同じで、役所が人事権を持っているんですが、でも、それ以上に看護職に対する、なんていうのかな、看護職そのものを認めていないように思う。倫理的にしんどいっていうのかなあ……。倫理的っていうか、何て言うのかわからないなあ。

長年、看護職をやってきて、人事権……。看護部門の人事というのは、すごく患者への直接的な影響がくると思っているんで、そういう人事権が犯されるっていうことは、要するに患者個人に対するケアっていうところにも影響がくるわけですよ。プライドになるのかな。

看護職も定年間際になると、事務職に配置転換になるんです。要するに、病院の会計じゃなくて、一般会計から退職金を出すという病院経営上の問題からそうするわけですが、そうしたら、看護職って一体何かと思ってしまう。看護職としての専門性は、もう別個の問題。看護部長が辞めて、次が決まらなくても平気なんです。不在のまま。普通は信じられないですよ、私にしてみたらね。組合がらみだけでないんですが、組織そのものが、政治的な絡みっていうんでしょうか、結局、権力の強い人に寄っていくわけです。

あまり波風立てたくないということですとずっとやってきた。それでよかったわけですよ。そうすると、結局それは患者とかスタッフの質的な向上にはつながらないわけでしょう。退職が少ないから、たまに一人だけ新人が入っても、業務が大変だからベッド制限しようかっていうような発想をしますよ。倫理っていうことかどうかわからないけど。

C-1 急患を診ない医師

私が赴任してきたとき、ここの医師たちは急性期医療をやるといいながらも、急患の当直などに関しても、なるべく断るように、看護長に働きかけていました。たとえば、緊急時に備えて、夜間帯に使える空きベッドがいくつあるかを夜間看護長が、毎日、市に報告するのですが、「少ししか空いていないように報告するように。歴代そうしているから」というオリエンテーションを新人の看護長は受けていたということです。

そのことを長くいる看護長に確認したら、「自分も知らないが、ずっとそうなっている」と言っていました。私自身が当直をしなければならなかったときは、診療部長に呼ばれました。そして、「どういう形で外来当直をやるおつもりですか？」と聞かれました。私は、他の看護長と同じようにやれということを暗黙のうちに指示されているという推測がつかしましたが、「お困りの方を助けたい」というようなことを申し上げました。そうしたら、「それは結構なことですが、みんなと仲良くやってください」と言われました。

暗黙のうちにプレッシャーをかけられたと思いました。こうやって、みんなもマインドコントロールされてきて、日々の診療がしにくくないように、逆らえないような形でがんじがらめになっている看護長さんたちがいるのだろうなという推測がつかしました。

私は、正しい情報を看護長に知ってもらうことから始めようと思いました。同時に、急患をお断りするという医療従事者としての非人道的な部分に関して、看護長の看護観を見直す勉強会も開催しました。そんなふうに働きかけて看護長たちに少し立ち戻ってもらう

という作業をしたのですが、看護職というのは、そういう意味では、本当に立ち戻り方が早い。それで、急患を断らずに受けるという方向に進むことはできました。

ところが、その後、当直看護長を通さずに当直医が救急を受けるかどうかを判断する方が、意思決定が早いということで、そのような仕組みに変えました。すると、そこから、また急患が減り始めたわけです。当直にあたった医師たちが、「今、救急処置をやっているから」「他の急患がきているから」と言って、公にとおるような理由で断っていたのです。

当院では、1年以内に受診された方は新患ではなく、再来患者様と決めているのですが、その期日を3日過ぎた方が夜間に受診にこられました。しかし、当直医が診なかったという事実が起きました。私はとても悲しく思って院長に直訴したのですが、院長は私に「ケースバイケースだ」とおっしゃいました。ケースバイケースということにいつも惑わされちゃって、どういうケースのときにはどのように判断すればよいのかということをお聞きするのですが、下を向いてお応えにならないんです。

今でも急患を診ないという状況があります。そのつど、どういうことなのか回答をいただきたいと申し入れを行っていますが、一向に回答は得られません。

C-2 医師に罵倒され優秀な助産師が定着しない

これまで一番迷ったのは、助産師が定着しないという人事問題だと思います。

当時、お産の数は年間800件ほどありまして、それを5、6人の看護職で回すというのはたいへんなことでした。勤務帯によっては、助産師がいないこともあったため、友人の助産師に手伝いにきてもらったこともありました。

辞めていく助産師に質問をすると、自分たちが助産師としてドクターから尊重されない、手足のように使われるということでした。自立の問題です。30代、40代の助産師がどんどん辞めていきました。ドクターたちは、病院の待遇が悪いからみんなが辞めていくといいます。ドクターたちを派遣している大学側の人も出てきて、助産師が集まらないことに関しては、病院がもっと求人広告を積極的にするようにとおっしゃいました。でも、待遇は国家公務員並なんです。ただ、お産の数が多いので忙しく、過酷な条件ではありました。そんな中でも、少ない人数で拒まずにお産を引き受けていたんです。

ドクターは待遇のことを言いましたが、そのドクターの中に助産師のことを「馬鹿だ、ちよんだ」と怒鳴る医長がいて、そのことで皆が気持ちよく働けなかった。それに、看護職員が呼び捨てにされるのは決してよい環境ではないので、院長や事務部長や診療部長に申し入れをしました。私は、「過酷な条件の中だけど、働き甲斐をもって仕事ができる人たちがいない。もっと助産師の存在や気持ちを大切にドクターたちにも働いていただきたい」ということを言いました。そのときは、産婦人科の医長か私のどちらかの首がとぶという覚悟でその話し合いに参加しました。

実は、その医長はものすごい働き者でした。技術にもすごいものがありました。稼いでいるということもあり、その方は病院の中でやりたい放題するという印象もありました。病院側も産婦人科のドクターたちは稼ぎ頭だということで、すべての要求を受け入れていた状況でした。その頃、他科はまだ今のように体制がきちんと整っていたような状況でしたから、本当に働いて稼いでくれたのは産婦人科だったんですね。そんな産科の医長が相手だから、首をかけてやるしかなかったんですね。もしかしたら、産科のドクター全体が「大学に引き上げる」って言ってきたらどうしよう。そうなったらこの病院はどうなるのだろう。そういう気持ちでいました。一挙に退去することもドクターの場合はありえます。助産師が定着しない原因が自分たちの言動にあるなんて、全然そんなことは思っていないですからね。自分たちは一生懸命やっているのに看護職はやっていないと言いますから。逆に、助産師が少ないということで、看護部長は何をしているんだって、しょっちゅう怒鳴られていましたから。当時の産科には、長く勤めている看護師が数名いて、そ

の人たちが医長といっしょに怒鳴り込んできましたね。「どうしてくれるんですか」って。看護師たちが医者とくっついて、ますます強くなっているということで、助産師さんたちはおもしろくないんですね。看護師の敵が助産師だったんですね。

病院がその医長をそのまま残すか、あるいはそのドクターを批判的にみている私を残すかということで、どっちをとるかというような気持ちで話し合いの場をもってもらいました。首をかけたときには、それを選ぶのはもう院長ですから。結果的には、その場で激しくやりとりをするというようなことはありませんでした。結局、その医長だけが他の病院に移って、後のドクターたちはそのまま残りました。医長にくっついていた看護師たちも、医長が代わって辞めていきました。

私には、働く者をベースに人間として尊重してほしいというのがあります。だから、もし労働条件がよかったとしても、ドクターから罵倒されるようなことがあったら、同じように、看護部長として何か言ったと思います。

ただ、もし、その医長が好き放題する方ではなく、とても人柄のよい人だったとしたら、そして、いろいろと気軽に話し合えるような関係があれば、いい環境が作れたかもしれませんね。それに私が助産師だったら違うアプローチをその医長にできたのかもしれない。

その医長が辞めた後は、ドクターたちと相談し合えるようにはなりました。でも、根本的にはドクターたちに主導権がある。助産の中での同等の立場はないのかなと思いますし、いっしょにやれるだけの力量を持つまで看護職が頑張れない。きちんと自立している人がいると、逆にあのドクターとはやっていけないといって辞めていく。なかなかゆとりのある人事ができません。本来はもっとダイナミックにケアを提供したいのですが。

結局、働くものとしての尊厳を脅かされることが許せなかったということですね。ただ、辞めた助産師さんたちの中にも、産科の診療はうちの病院に来るといっている人がいますから、決してすべてがいやだったわけではないと思います。医師は、助産師を罵倒するようなことはあっても、患者さんには丁寧で技術もありますから。

C-3 当直の認識がない医師の責任は誰がとるのか

看護当直のことをお話しします。当直としては、現在、医師当直と看護当直があります。看護当直は看護長が行い、熱が出たといった相談に応答したり、医師と連携し合って来院された患者さんをみたりします。

夜間に電話がかかってきたとき、それが急患であったり、他の病院の医師からのものであったりすれば、電話交換は医師当直に電話を回しますが、それ以外の電話はすべて看護当直に回ってきます。熱がでていて聞いたら最寄りの病院に行ってもらおうとか、当院の患者さんであれば当直の先生に聞いてみましょうといったことを看護当直が窓口になって行っています。

ですが、今、患者さんのことについては、全部医師が受けたらどうかということを看護側が問題提起しています。それはどうしてかというと、たとえばインフルエンザ脳症のように急激にくる場合がありますよね。だけど、対応する看護当直は、「座薬をもらっているのなら、座薬をいれたらどうですか」とか、「今かかっている病院に紹介状を書いてもらったらどうですか」というような返事をします。でも、後から、実はあれはただの発熱ではなくて急性脳症で、他の病院に行ったときには手遅れだったといったことを聞くことがあります。子どもは非常に急変しやすいし、やっぱり、最終責任は誰にとってもらうかを考えたとき、医師に回して欲しいということです。

それに対して医師側は、今までとおおり看護当直が受けたらどうかといわれているんですね。私は責任問題もありますし、患者を診る診ないを決定するのは医師ですので、先生に診てほしいと思っています。患者の容態を聞いて、医師が診るという段階になったら、看護がいくらでもサポートしますのでということを言っているのです。それが、意思決定と

して一番大きな問題になります。医師対看護師とのことですからね。

医師が今までどおりでいいと思っているのは、医師が急患を断ると、「病院で絶対に診ない」という返事と同じになってしまうからだとありますが、看護師だって同じことです。そこが、医師の責任回避の姿勢だと思っています。それと、医師っていうのは、たとえば脳外科の先生だったら風邪も診られませんよね。専門が深ければ深いほど他はわからない。心臓外科の先生が自分のこどもの風邪も診られないくらいですよ。ですから、熱がでて、何があるといわれても、全然わからないので、そこらはある程度わかった看護師さんに電話で答えてもらった方がいいというわけです。

相談くらいだったら、看護当直でもいいんですけれどもね。診るか診ないかの判断するのは医者ですから。今までも、こういう対応で問題になったのは、「僕、そんなのは診ないよ。診ないと言ってくれ」って看護当直に言うわけです。それを患者に伝え、看護師さんに断られましたという投書がきますよね。そのことを先生に言うと、「いや、僕は診ないというふうには言ったかなあ」ってとぼけられる。

この前も、うちに心臓病でかかっている患者さんの家族から「まだ熱が下がらないんです。別の病院から座薬をもらってきているんですが、下がらないんです」っていう電話がありました。「座薬を入れて、次の日にまたそこの病院に行ったら様子を見てはどうですか」って言ったら、その患者さんが亡くなっちゃったんですね。その時の対応で私は悪くはなかったと思うんですが、かなり急変してその病院で亡くなったらしいんです。このケースでは、誰も責任問題は問われていませんが、でも、こういう問題で医療事故に発展していく可能性はかなりあるんでね、やっぱり、とっても怖いんです。

当直医たちは、ポケベルを持っているはずなんですが、実際には持ち歩いていないことがある。電話交換が、医師のポケベルを鳴らしたけど、誰もでませんと言ってくるんです。ドクターには当直の認識がないものですから、「僕はそんな患者は診られない」といったります。私は、認識を植え付けるために、そういうふうにやってくださいとお願いしています。もう、ずっとそれがつきまとっているんです。当直に関する医師と看護師の問題が。ですから、この際、私は全面的に変えたい。そうしたら当直の認識ができる。当直の認識だけじゃなくって、院長代行っていう意識もないんです。診察だけすればいいんじゃないかって、やっぱり一大事のときには、自分が中心になってやるってことが教育されていない医師の教育って、本当におそまつですから。

C-4 処方箋を自分で書かない医師

医師のやっていることが決していいと思わないときに、どこでそれを医師に言うかみたいなことでは、医師との関係で悩めますね。その医者の面子を考えますから、公的な場所で言ってもいいかっていうのがあるじゃないですか。

こういうことがあったんです。A 医師が処方箋を自分で書かずに、コンピューターで一覧を書いて、看護師に転記させていたんです。現場のスタッフ達は先生に自分で書くように言ってきたんですが、それでも自分で書かない。スタッフ達は、処方箋を書いてもらわなければ患者さんが困る・・・って思うので、結局、転記してしまっていました。おかしいと思っているんだけど、仕方無しにやらされているってということで、自分たちを無理やり納得させている。正当化して。ずっとそうでした。

ところが、たまたま社会保険の監査があったときに、A 先生とは別の先生が看護師に自分の指示を転記させていたことが指摘されたんですね。サインが本人の字でないということ。そのことが管理会議に出て、こういうことで注意されたということで話がされたんです。たまたまその会議に A 医師が出ていたんですね。私は、「ある先生が、看護師に転記させています。それはミスにもつながるし、是非、先生方には自分で処方箋を書いてもらいたい」ということを、その席で発言したんです。そのときは、どうしようかなあ、こん

な所で言ったらその先生をちょっと傷つけるかなと思いました。でも、先生の名前を言わなければいいなって思って、一瞬、どうしようかなって迷ったんですけども、そういうふうに発言したんですね。

そうしたら、それまで何年となく自分で書くということをしなかった A 医師が、その日から自分で書くようになりました。数年間、ずっと悩んできたことが、解決しましたね。その先生も実はやってはいけないことだっていうのはわかっていたわけです。ただ、ある意味ではずるいというか。看護師はやってくれるってたかをくくっているっていうか。その先生は一方的でしたから、看護師達には怖いっていうイメージがあったんですよ。すみっというか、威圧感を与えるんですよ。そうすると、恐ろしいから言いたいことも言えないっていうね。私としては歯がゆい。看護長が悩んでいるけれども言えないところがあって。そういう意味では看護長も情けないと思いましたけれどもね。でも、こういうことはきちんとしていかないといけないと思いました。

C-5 一人の医師の意見にふりまわされる

当院では、お産の 70%が帝王切開です。お母さんも胎児にも異常がある人が当院にくるわけですね。帝王切開のときには、産科の看護師が外回りをして、手術室の看護師が機械出しをしています。でも、産科の看護師はお産には慣れています、手術の介助には慣れていないこともあり、うまくいかないことがあります。それに、そんなにしょっちゅう帝王切開があるわけではないので、技術もすぐには上達しません。

麻酔科の医師が、そのうまくいかないことに激怒したことがあります。その怒りに対して、産科の看護長がやりきれなくなり、帝王切開の介助は、すべて手術室の看護師でやっていただけないかと提案をしてきました。でも、手術室は手術室で緊急手術や手術の延長や夜間手術に対応しています。心臓カテーテルも担当していますし、人数もかなり少ない。それで病欠者などもある。この状況でその提案を受け入れることはできません。

手術室の看護師が外回りも機会出しも全部やってくれれば、麻酔科先生の激怒は薄らぐわけですね、麻酔科と手術室は一体ですから。こんな問題が私に課せられたんですが、そんなことは無理な話なので、関係する人たちで話し合いをしました。そして、産科が機械だしをして、手術室のナースが外回りをするようにチェンジしたらどうだろうかというようなことを提案したわけです。

機械出しというのは、覚えやすいですよ。それと、練習ができますよね。テクニックはわかっているわけですから。だから、不慣れな産科の看護師でも練習できるかなと思いました。外回りっていうのは、輸血が必要なのか、何が必要なのかと周りをみていて、それで適切に判断して、必要なときには人を呼ぶという気働きというか、周りをガードするわけですね。ですから、難しいと思うんですよ。それをチェンジしたらどうかということになったわけです。

要は、1 人の医師のわがままです。それが一番大きい要因で、「いいよ、できなくても。練習しておいてね」って言えばいいんですが、「なんで、できないんだ」と、その麻酔科の先生は怒鳴るんですね。それを鎮めるために、各先生たちに根回しをしておいて会議を開かなくてはならない。ただ、そんなふうにチェンジしたとしても、結局、帝王切開の総数は少ないので、産科の看護師の手術介助のテクニックはそれほど上達するわけではないと思っています。つまり、本当ならこんな問題に煩わされなくてもいいのに、煩わされているからジレンマなんです。でも、こういう問題を放っておいたら産科にとばっちりがいります。皆が、怒鳴られて、イヤな思いをする。

職種間のトラブルとかいろいろありますが、倫理なことという、今いったようなことですかね。

D-1 人的資源の公平な割り当てを行う

医師が新しい治療を導入するときに、看護師は、「それに対応するだけの人が足りない」とか、「現場がたいへんになるから困ります」と言うんです。そうすると、トップ会議の場などで、「看護部は、いつも足の引っ張り役だね」と言われるんですよね。とにかくそれが一番困ります。

医師は24時間勤務されているようなものだから、自分は忙しくなってもかまわないんですよ。医師の仕事の性質上、指示だけだしておけば、あとは看護師がやってくれるわけですよね。あとは看護師がどれだけ忙しくなろうがかまわない。だから、新しい治療をやりたいと思われるんですよね。ですけど、看護師にしてみたら、新しい治療を導入されて、2人で夜勤している中で、もしものことがあったらどうするんですかっていうことで、いつも問題がおきる。

一度やってみて、どうしてもだめだったら人の手当てを考えるということが昔はできました。医師が、しつこく先端医療をやることを押してきたので、看護部としても、「じゃあ、やります」と言って引き受けて、後で人を補充するということができただけですね。でも、今はそんなに人の手当てはされませんし、みんなもそれがわかっていますから、「人の手当てをしていただかない限り、受けません」ということになっている。現場は、次から次に入ってくる新しい治療に四苦八苦している。その間にも新しい治療はさらにはいつてくる。それをどうしたらいいかということが、なかなか難しいです。倫理的っていうかどうか分かりませんが。

やはり、医師は時間外であろうとなんであろうと、自分の意思で決められますよね。というよりは、患者の状況が悪ければ必然的に残らざるを得ない。早く帰りたいなと思っていても、自分の科の緊急手術が入ったら残らざるを得ない。でも、看護師は看護長が勤務表を作って、8時間で代わっていくようにしているから、「あなた、今日はたいへんだから16時間勤務してちょうだい」とは言えない。だから、結局は、労働者なんですよ、ある意味で。医師は、この手術をどうするかとか、ちょっと抗生剤を多めに入れておこうとかかを決定できる。看護師には決定権はないというところが、いつも話しが合わないところなんです。

救急部門の医師は、心筋梗塞や多発外傷などの緊急入院、緊急手術など、常にたいへんな状況にいます。救急部門では看護師の夜勤に十分な人数を組んでいるつもりでも、もうこれ以上はできないという状況がしょっちゅう起こるんです。しかし、医師は「この病院に入るだけでも患者の幸せにつながるのだから、入院だけでもさせてくれ」といわれます。

「自分達が診るから」とはおっしゃいますが、医師は注射のセットがどこにあるのかもわからないし、結局、全て看護師が引き受けていく。看護師が患者を受け持っていくことになります。そういうようなことが続くと、部長同士が入室を考えて欲しいという話し合いをするのですが、医師は「自分達は命を張って働いているのに、どうして看護師にはそれができないか?」といわれるんです。

それから、たとえば、この患者さんをこれ以上治療しても、どうなるのかなって思うような方を病棟から集中治療室に連れてこられる。回復可能な重症患者と聞いていたはずの看護師からしてみれば、終末期の人に人工呼吸器をつけてどうするんですかと思う。医師にしてみれば、何日間か延命しておくことに意義があると考え。家族も、とことん治療することを望んでいるだろうからと言い、接点がなかなかみつけれられないので、看護師にはそれがすごいストレスになる。

新しい治療のことや、どのような患者さんを集中治療室に入室させるかといったことや、手術をするのかしないのかということに関しては、ずっとジレンマがありますね。ただ、当院はこの地域で唯一の公立病院で救急をとっているわけですから、うちで断ったらその患者さんはどこもいくところがないんですよ。だから、最終的には、たとえ廊下で寝かせてでも受け入れなくては行けないという使命があるんです。それを常に前面に言いながら

も、たとえば、エイズの患者さんをとってくれと頼まれたら、医師は夕方にはばっと受け入れるんですね。そうすると、集中治療室も救急病棟もひっくり返っている。その患者さんをどうして今日、受け入れないといけないのかってことになる。もちろんエイズでなくても、次々と患者さんがくる。医師も一生懸命対応されている。だけど、看護師の労働条件も守りたい。

でも、結果的には使命の方をとらざるを得ないですね。その場合は、そこに患者さんが来ているのに、それをとるとかとらないとか、うちでは断りますっていうことは、重症患者さんは他に引きとり手がありません。そういう状況をふまえて、後から会議にかけます。こういう状況が続きましたが、どうしますかということで。そうすると、もっと救急病棟から一般病棟に転出させていくことを考えなくてはいけないんじゃないか、病棟全体で重荷を背負わなくてはいけないんじゃないかという話になります。そうすると、各科の部長に退院を促進させて、救急から患者さんを引き取ることを考えて、常に入り口をあけるようにしましょうという決定をして、部長さんがたに、協力を求める、知らせるということで後から整理をします。もう、そればかりですよ。

D-2 良質のケアを行っている病棟ほど負担が多い

自治体も財政難ですから、小さくいえば看護部の中で、大きくいえば病院全体の中でどこかを減らして足らないところを補充するということをする。そうでないと、行政はOKとしない。財政は厳しいですからね。それに、自治体の財政を外部から調査する法律ができたんですが、その中でも当院は、民間に比べて人件費が高すぎる、人数が多すぎるということであつたというところもあるようです。

要は、忙しいから人を増やすということができなくなったんです。たとえば、東病棟の患者数が減ったら、東病棟の看護師を西病棟に配置しなさいっていうことになる。だけど、東病棟でなぜ患者数が減ったかという、在院日数短縮のために看護師たちがすごく努力をしていたからなんです。看護師が優秀なので患者数が減ったのに西病棟に看護師を回されると、また東病棟は忙しくなる。

毎年、12月から1月にかけて、次年度の人員が組合に提示されます。組合は減らしてもらったら困る、逆に増やして欲しいといいます。減らすとか増やすとかっていうのは、看護部長がある意味、決めないといけないんですね。事務サイドもいいますが、やっぱり看護部長が「うん」といわなくてはならない。だから、看護部長が、ここは減らしても仕方が無いと決めて「うん」というと、人事が進んでいきます。組合には「看護部長がOKしたから人員が減った」とずいぶん言われました。組合も減らすしかないということはおわっているんですよ。でも、現場で働いている看護師はわからないですからね。仕方がないですよ。

看護部長の一番の仕事は、人と数をどう動かすかという人事の仕事ですから、それはそれで仕方がない。やっぱりいつも思うのは、組合の交渉のときでも、敵ながらあつぱれと思ってもらえるようにすることです。変にびくびくしないでおこうと思って、そうせざるを得ないからそうしましたと言って、大きな顔をおこうと思っています。

結局、何が平等かという話です。その平等も、いつもいつも平等ではない。そうとられるととてもしんどい。でも、ある長いスパンでみたときに平等いうふうに考えてもらいたいと思います。いつもいつも平等っていうことを考えると、身動きがとれなくなる。でも、長いスパンで、あるときは自分の病棟がちよっとしんどくても、あるときはよかったって思えるようにね。また、みんなは勤務交代していくわけですから。なかなか難しいですけどね。人のことが一番、本当に公立病院の役割を果たそうとするかどうか。

一人一人の訴えを聞いていると、決して間違えたことをしているわけではないのでね。でも、この組合は患者にいいことをしたいと考えている組合なので、「休みをとりたい」「時間外の研修はすべきでない」といったような問題はあがってきません。こんな看護を

したいのにできないということを言ってきます。だけど、人は増やせないということを言うのがパターンなのです。良い看護をしたいのにできないというジレンマ、それこそジレンマを訴えてきます。でも、お互いにわかっているのに、表向きはがんがん言ってきていても、お互い立場を超えてわかり合えるところがあります。

D-3 看護師を増やすとコストも上がる

私が看護部長になった頃、患者対看護師の比率が2.5:1くらいでした。総合病院ですから、看護の手を厚くして、看護部としては2:1にしていきたいという目標があったのですが、経済的な問題があって、2:1にするよりも、病院の経済としては今のままの方がいいじゃないかと言われました。

それはそうですが、看護の質を上げるためには、看護師を増員して2:1にしたいと考えていました。まだ、管理会議でその話をしていたわけではなく、非公式にその意向を院長や事務に伝えていたわけですが、事務はそんな必要はない、補助者を使っていけばいいのではないかということでした。

業務量がものすごく多く、夜勤の人数が足りないたいへんな病棟がありました。そこでは、最初、2人で夜勤をしていたのですが、まず3人にしたいと思いました。でも、「たいへん、たいへん」と、ただ言っているだけでは認めてくれないので、業務整理もしながら、どれくらいの量のケアが必要とされているかを調べたりしました。

自分もトップとしては経済的な面も考えなきゃいけませんでした。それまでは看護部のことだけを考えて意見を主張することでおおる部分がありました。しかし、看護部長になると病院全体のことを考えた上でやらなくてはいけない。そういうことで、他部門のことも考えながら2:1の看護師数にしたいと考えてやってきました。

すごくジレンマというほどではありませんが、看護のレベルをよくして、なおかつ経済的なことを考えていこうと思うと、じゃあ、どうやったらいいのかなっていうのはすごく考えますね。そんなときに私がとった方法は、一斉にやろうと思うとだめなので、ある場所を選んで、一番たいへんな病棟からやるということでした。食事前の採血を検査部に委譲し、看護師の業務整理をしながら、人も少し増やしていくということをやってきました。でもなかなか思うようにはいきませんでしたね。

しんどかったことは、要するに、自分が理想とするところまで自分がマネジメントをできなかったということでしょうかね。結局、かなり看護師は増やせて、結果的には6年かけて2:1にできたんですけども、もうちょっと、自分はそれを3年くらいで達成したいと思っていたんです。

看護師の数が十分にいなかった時は、その分を患者さんに、ある意味では看護師にしわ寄せし、患者さんに十分なケアを提供できなかった。そこが一番つらいところです。やっぱり、看護師が心に余裕をもって働いていける状態でないと、患者さんへの言葉掛けや余裕ってところで十分にできないというのがあるかなと思います。

D-4 行政による人員削減策を飲み込むわけにはいかない

病院は数十億の赤字を抱えていました。新病院を建てる際、救急部門の人員が全国的にみても多すぎるので減らすように言われました。医療職ではない行政の人たちが人員削減を言うてくるのです。その数は机上の空論としか私には見えませんでした。実際、赤字なのですから、行政のいうこともわからないわけではない。ですが、公的病院なんですから、どうしても不採算医療をやらなくてはいけないじゃないですか。

私は、ここは他の病院とは違って患者の重症度が高いのだから、人が要るということを言いました。人員決定の場での私の発言は、看護部長の発言ではないと言われましたが、そんなことはかまってられませんでした。

それでも、救急部門の看護長には、「とにかく与えられた人員の中で、できる業務をやってほしい。それでやってくれ」と言いました。具体的には、ケアの回数を3回から2回に減らしてもいいんじゃないかっていうことです。命が救われればいいじゃないかというように極端なことを言ったんですね。そうしたら、その看護長が「これまでは、どうしたら看護の質が上がるかを考えて努力してきたのに、看護部長からそんな言葉を聞くとは思わなかった」と言うんです。悔しくてね。あの頃を思い出すと悔しくなるんです…。

行政は強く言ってきました。お金がからんでくるわけですが、私は引かなかったです。私をどこかに代えてくれてもいいとも言いました。人が減らされ現場が忙しい状況だと、組合交渉を乗り切れる自信がないということも言いました。

行政マンに、なんとか現場をわかってもらおうと現場に連れて行きます。そうすると、行政マンはわかってもらえない努力をするんです。わかったら、人をつけないといけなくなりますから。非情なもんですよ。あるとき、集中治療の場を行政マンに見てもらいました。静かだったんですよ。それは、静かなように治療しているからです。すると、行政マンは、「なんだ、静かじゃないか。たいしたことないじゃないか」と言うんです。彼らが“たいしたこと”というのは、ばたばたして忙しいことをさすんです。これだけ静かに保つことに、それほど神経を使って十分なケアをしているかということを説明してもわかってもらえない。

結局、組合を使うという、やっちゃいけないことをしました。陳情の場っていうのがあって、組合員が院長などに自分の現場を説明する機会があります。私から陳情するようにとは言えないので、看護長を通じて、現場の状況を訴えなさいということをして裏でしました。やっちゃいけないことですけどね。

どっちかっていうと、私は経営者の立場よりも患者の安全を守らなきゃいけないと思っています。どう考えても、今までの労働条件がひどかった。当たり前の生活ができないような状況でしたから。だから、この病院は人員が多いっていわれるけど、私はよそがもっと増やすべきだと思います。でも一方で、人件費というのは大きな問題ですから、ちょっとトーンが下がってしまうんですけど、どちらの立場に立つかということになったら、相当揺れ動きました。人員決定のときは、でも、結局は自分でね、こんなことは誰にも相談するわけにもいかないんですよ。

D-5 病床回転率を上げるための努力があだになった

ある患者が、消化管出血で緊急に入院してきました。当院では、ベッドの有効利用ということで、診療科を超えて空いているベッドに入院していただいています。この方も、本来なら内科病棟に入院していただくところですが、あいにく満床だったため、整形外科病棟に入院されました。ところが、入院後に亡くなってしまいました。

もしも、亡くなった患者が消化器内科の病棟に入院されていたのなら、きっと看護師もそれなりに気をつけて対応したと思うんですよ。でも、整形外科病棟に入院されていたんです。

実は、どの病棟でも入院できるという仕組みを作ったのは私なんです。私が看護部長になった当時、院内は診療科ごとのセクショナリズムがありました。空いているベッドを有効に利用することができていなかった。内科病棟のベッドが空いていても救急の患者が内科疾患でなければ、入院させていなかったのです。それで根回しをして、ベッドが空いていれば、それがどこの病棟であっても救急患者を受け入れようという方向に持っていきました。どこの病棟でも使おうと言い出したのは、表だってはいませんが、私なのです。そ

うなるように、私が誘導していったんですよ。それで、こんなことが起こってしまった。もし、入院されたのがこの病棟でなければ…と、それが、今でも一番残っているわけです。

ただ、そのことは、病院の内部では問題になりませんでした。むしろ、記録があまりにも少ない、医師の介入も少ないという方が問題でした。私は、何が起きて、何が問題だったのかを、スタッフにずっと書いてもらいました。私も必要以上のことは黙っていよう、積極的には発言しないでおこうと決めました。ただし、情報だけはつかんでおこうと思ったんです。そして、看護部の情勢が悪くなったら、その情報を出していこうと思いました。だから、患者のことよりも、看護部の体制、もしかしたら自分の体制かもわからないけれど、それを大事に思ったのかもしれない。

E-1 医師と看護師の方針が異なる時、折れざるをえない

私達は医学と看護学は両輪だと思っていますが、特に現場における医師と看護師の関係は全然そんなことはありません。私達は、医は片方だと思っていますが、向うは全然そんなことは思っていません。実際に運営会議でそういう議論を戦わせたということはありませんけど、具体的に言うとうとうどういふことでしょうか。若い先生には最近少なくなってきましたが、医師っていうのは、結構、自分についてこいというタイプがあります。特に、年配の先生にはあります。看護師が医師の治療方針に口を出すというところには反発します。

会議の場では、あまり議論はしないんですが、現場では始終あります。患者さんの顔が医師に向いている場合と看護師に向いている場合とまったく違います。看護師に向いているほうが本音だろうなと私達は思っているのですが、それを医師になかなか伝えにくいというのがあります。

そういうことが日常です。特にターミナルの患者に対するケアは医師と看護師の相克っていうのが結構あります。そういうことが看護長を通して訴えとして私のところに上がってきます。たとえば、看護研究などで、スタッフは正直にそういうことを書いてきます。医師と意見が合わないというようなことを。研究論文としては、そういうことはあまり書かないで、もっと別の形で表した方がいいのではないかなと思うのですが、そのように言うとスタッフは反発します。また、先生に患者さんはこういうことを望んでいるので看護師の意見もちょっと聞いてもらえませんかという、医師と患者というのはまた別の信頼関係があるので、医師は看護師に対して反発してくるというのがよくあります。そうすると、あの看護部長は生意気だということまで言うてくる医師がいたりするのです。

そういうとき、つらくはないですが、悔しいですね。たとえば、医師に患者の望みをいつでも聞き入れないので、看護師が折れなくてはいけなくなりますよね。どうしても。医師は、こうと言ったらなかなか曲げられません。

そういうことはたくさんかぶってきましたから、そんなに辛いということもなく慣れてきているのかもしれませんが。ただ、やはり、そのことによって、看護ってまだまだだなんて思うのです。とにかく看護を認めてもらいたいなって、そのたびに思うわけです。

看護師が看護に寄せる純粋さは貴重だと思います。その一方で、社会性の乏しさを痛感させられます。医師との会話の中で、看護が自己満足に終わっているという評価を感じ取ることもしばしばあります。看護が医師に比べて医療の有るべき姿にマッチしていると考えていますが、一人一人の看護師を見ると、専門職としての意識行動が伴っていないために「看護師」をアピールすることにためらいを感じていました。

だから、どうやって看護を認めてもらおうかということの積み重ねのような気がします。看護師は「看護は大事だ」といいます。看護師は医師の5倍いますが、実際の力関係は全然、違います。悔しいけど、看護師は足元にも及びません。医師の場合は、この病院ではやっていけないと思ったらどんどん開業していきます。医師の身の代わりの速さはすごい

です。看護師は看護の理念を泥臭く追いかけていって、なかなか切り替えができないということは感じていました。そうすると、まだまだ看護って認められていないなあって思います。看護そのものの質とかがね。

たとえば、ヒヤリハットメモは看護部としてきちんと書いているのですが、そうやって真面目にしているからこそ目立つ部分があります。医師のミスもカバーして書いている部分もあるのですが、看護師がミスをすると会議の席で「看護師はよく間違える」といわれることがあります。そうすると、質がまだまだだなと思ってしまいます。病院の中で看護がどのように評価されているのか実際はよくわかりません。私達の思っているような形で、病院内で看護の存在はどうなのかと思います。看護師が主体的にばりばりやると、それは医師にとって必ずしもよい考えではないという現実。それに対する悔しさはありますね。

E-2 優秀な看護師ほど医師との見解の相違が出る

看護長も看護師たちも、本当に患者様中心っていうこととか、私達の仕事は何なのかっていうところに目覚めきれない。現場がなかなか変わりきれないのは、そういう働きかけが少なすぎるんだと思います。

自己申告書の中に退職の申し入れをした人がいました。ひじょうに優秀で、やっと患者様中心に看護を考えられるようになってきたなという人たちの何人かが、退職を希望してきたんです。面接をしたんですが、自分自身が疑問に思うことをカンファレンスで発言しても、そんなことはいいんじゃないと先輩に言われたり、医師と話をしたら皮肉を言われたり、余分なことを言うなと言われたりしています。それだったら、そういうことを素直に受け入れてくれる病院に移りたいと思うわけです。育った人を阻む状況があって、職場がそれを支援できなくて、結果的にその人がいなくなるしかないという意思決定をさせてしまう看護長や職場風土を変えられないジレンマを感じます。

そういう優秀な看護師の言ってることの意味がよくわかる。意見を言って職場をがたがたさせるよりも、いなくなる方がいいと考えるのがわからなくもないわけです。

育てると辞めていくというジレンマがありますね。すべてを引き止められない。特に、やっと入ってきてもらって育てている大卒が辞めるなんていうと、がっかりしちゃうわけです。これから伸びると思っている人がいなくなっちゃう。辞めるときは、もっともな理由をつけてきますから、しんどいものがあります。看護部長職というのは。こういうジレンマは山のように抱えていかないといけないと思うんです。

E-3 医師の指示のもとでは、責任ある看護ができない

保助看法⁴の中の看護師の業務に関することには、「医師の指示により…」って書かれていますから、リスクマネジメントも医師の指示に従わなくてはいけないところがあります。いわゆる主治医指導型の問題解決になるわけです。主治医が全面にでて、看護師が行ったミスに関しても対応をしてもらうことになるわけです。

医療従事者である患者が、B型肝炎の予防のためにワクチン（抗原）を打ちにきました。医師は「ワクチン」という指示を出したのですが、担当看護師は、それを血液製剤である抗体と思い込み、誤って打ってしまいました。

看護師から提出された事故報告書には、血液製剤を打つ前に、主治医に「これでいいで

⁴ 保健師・助産師・看護師法の俗称

すか」と聞き、「いつもこれですか」と箱と実際の薬剤を見せて再確認したところ、「いつもこれだ」と医師が答えたと書いてありました。ところが、主治医は、患者とその家族に対して誤薬に関する説明をした時に、自分の指示の出し方が不適切だったことは伝えず、担当看護師が間違えたということしか告げなかったんです。

患者様の家族の方からは、看護師が間違えて血液製剤を打ったということで、エイズと同じような病気だと人に疑われたりするかもしれないし、将来、何かに巻き込まれるようなことがないかと恐れ、どの看護師がやったのか名前まで出せといわれたんです。私は事務長に「看護師の名前は出しません。もし出すのなら、最高責任者である私の名前を出させていただきます」と言いました。これは病院として負うべき責任のことであって、個人が負うべきものではないので、名前を出さない方向で解決してほしいと言いました。

次から次へという問題は起こります。法律の壁というのは、私達が超えられなくて、実際に看護師の行った事実が外に伝わっているのかなというジレンマも感じますね。

法律上の責任が伴ってもかまわないから、事実の正しい申し開きをさせてくれる場がほしいと思います。「医師の指示により」という表現を一部変えてもらわないと、私達が責任をもった行為ができないんじゃないかと思います。大きな問題ですが、看護部長として、大きなジレンマですね。法的には保護された立場にいますので、法的に出せないんだってことなんです。看護師の方は、何をやっても先生に守ってもらえるからいいんでしょっていうのが医師の言い分です。

打ち間違えた当の看護師は、医師が患者にミスを説明する場には立ち会っていませんから、事実がすり替えられているということを知らないわけです。私が院長からその後の経過をうかがったときに、こういう説明をしましたと言われてきついたので。ですから、私は院長とその医師に、「お二人は、カルテをご覧になって事実を確認されたんですか？」って言いました。カルテを持って来て、それをみながら、医師に確認した上で看護師が判断した事実を責められるわけですかって問うたわけです。

それに対しては、医師は自分の出し方も悪かったかもしれないといいました。もしこのような指示の中で判断した看護師の責任が問われるなら、指示を出した主治医の責任も問いますよと私が言ったことが、彼らの意思決定を動かしたと思います。許せない事実があるんですよ、本当に…。

E-4 看護師の力量を認めない医師

ここは、いわゆる病院ではなく、リハビリテーション施設であり生活の場である老人保健（老健）施設です。医師は、月曜から金曜までの9時から5時までは常駐していますが、週末や夜間はオンコールという勤務体制にあるわけですね。

このたび、新しい診療部長を招く機会がありました。その方は大学病院からいらした先生で、今までの病院の医師のやり方に慣れていました。

老健に集まっている看護職は、判断力に優れているかという点必ずしもそうではなく、判断を任せられすぎて、それができなくて悩むところがあります。それを見て、医師は「馬鹿な看護師」と思うようです。看護判断をして行動をしても、「報告は受けていない」という対応をされ、それが原因で看護師の離職にもつながったという問題も起きています。って、現在に至っています。

ある日の午前中、高齢者で具合の悪い人がいました。診療部長は、午後からもう一つの施設に行かれる予定があったので、午前中に診察をしていただいていたのですが、そのときには、もう少し経過をみようということでした。しかし、看護師から「肺の音がおかし

〇 常時施設内にいるのではなく、自宅などで待機しておき、呼ばれたらいつでも駆けつけることのできる勤務体制

い。うちでは医療設備も足りないし、このまま見るのは難しいと思う」という看護師の報告を受けました。私も気になっていたんで、自分で看に行ったら、やはり左の下肺あたりに、水が溜まっている音がしていました。

本来なら、病院に受診するという判断を最終的にするのは医師なのですが、普段のやりとりの中で、「ナースは指示に従わなかった」とか、「俺は医者だ」というような言動が聞かれていたので、そこは意を決して一看護師になり代わりました。受診しないと手後れになると判断したものですから。その時にたまたまいらした理事長（医師）に、直接、診察依頼をして診ていただき、搬送したという経緯がありました。結果的にその方は、心筋梗塞でした。救急隊を呼んで病院に搬送したときには、心不全がひどくなって胸水がたまっている状態でした。

しかし、その診療部長は非常に怒りましてね、なんたることだと。当然、理事長も搬送した方がいいということで、そうしたのですが。一分一秒でも早く医療機関に送ることが患者さんのためと思って、ルール違反をし、搬送をしてから、診療部長に状況を説明しました

その診療部長は、看護職の能力のなさを言葉や態度に出し、介護職員の中でそういう話をしたりするので職場の雰囲気が悪くなり、看護師の離職にもつながっています。介護の職員たちは20歳そこそこの人たちで、診療部長というポジションパワーのある人がアフターファイブにいっしょに食事に行こうといえ、非常に嬉しい。診療部長との食事は、仲良くコミュニケーションをとろうということで行っているようですが、やはりお酒が入ると、そういうことを言うようになります。私は、それも倫理的行動ではないなと思っているのですが、固有名詞を使って、俺は医師で、医師の行動に従わないというのはどういうことだということを末端職員の前で話されるということがありとしばしば私の耳に入ってきます。だから、この緊急事態でも、後から何を言われようが、意思を固くして患者によかれと思ったことをしようとしたのです。

最近もこのようなことがありました。重度の痴呆で徘徊する方がいました。明らかに肩の急性脱臼だと思われたので、診療部長に診察をしてもらったところ、2、3日経過をみてくださいと言われました。でも、明らかに完全脱臼なので、痴呆であっても非常に痛みを伴うであろう、ましてや食事できないので整形外科を受診させてくださいと話をしたところ、腹をたてて、紹介状も書かなかったということでした。結局、搬送の手配は看護長がしたのですが、3日も経過をみるということは、看護職の専門的判断として、患者さんのためにならない。今すぐの対処が必要でした。整復をして脱臼は治ったのですが、後からわかったことには、この方には習慣性の脱臼があって、今までも繰り返していたけど、重度の痴呆があるのでなかなか気がつかないようでした。結果的にはよかったわけです。

今まで話してきた中には、3つの問題が混在していると思います。ナースという専門職が医師という専門職に認めてもらっていないということ。診療部長を飛び越えるというルール違反をしたこと。もう一つは医師そのものの判断能力が疑わしいということです。非常に複雑ですね。気持ちとしてはですね。

理事長も医師ですので、当然、その医師にもいろいろな意味でスーパーバイズをするんですが、その医師の倫理的判断を疑うといったらあれですが、その辺は難しいですね。そこにはいろいろな出来事があって、コミュニケーション不足があります。本音で語れるのはもう少し先だろうと思っています。組織的に解決をしようとされているのですね。かといって、なかなか老健には医師が来てくれないという諸事情があり、内部でも問題になっているのですが、決定的に踏み切れないという悩みがありますね。賃金の問題もあるでしょう。医師の給料というのは非常に高いですから。大学病院の組織にいた医師が老健に来たことも影響していると思います。そのような態度をとり続ける限り、患者の重症度によっては、これから、多分、ルール違反をする。一看護師としてみれば患者さんを優先して、そこは確固たる態度で挑戦していきたい。しかしながら、医師に関しても地道に関わりを続けて、信頼関係を取り戻して、医師として看護士として患者をみていく。どうしたらいいのかっていう倫理的な問題については、言葉なくとも現状が動くような関わりを続け

るっていいのでしょうかね。看護師も守りたいっていうのもあるし、とても複雑なものがありますね。大きな問題です。

組織がらみですからね。いろんなものに影響を及ぼしているのはたしかですね。老健でするので、検査はできません。レントゲンの設備もないですから、いかに五感を使ってフィジカルにアセスメントしていくかという能力が末端の看護師にも求められる。なかなか、高度なことが求められる。そのことについて電話や医師とのやりとりで本当にこれでいいのかって思います。判断一つで患者さんの命に関わるっていうことで非常に重く看護師は捉えていますから。だから経験が足りなかったり、この患者さんの判断能力に自信がなかったりする方は離職につながっている。だからこそ医師と連携をしたい。見下ろす位置ではなくって、同じ高さから患者さんを見れば言いなって思っています。目標はそこですね。

E-5 母親の患児への付き添いをどう制限するか

小児病棟を開設する時のことです。私たちは、両親の付き添い看護の基準を、患児が4歳以下で希望のある方。手術直後、重症、終末期、教育入院、そのほか特殊な事情のある方というふうに範囲を広くとって付き添いOKにしたんです。ところが、開設にあたって、他の職種が集まって小児病棟の運営を考えているとき、何かあったら困るということで、全部に付き添いをしなさいと主張する医師が多かったんです。

私たちにしてみれば、付き添い看護をよしとするからには、付き添いする方の生活、つまり寝る場所だとか三度の食事を保障してあげないといけないと思いました。核家族であるとか、他の兄弟たちがいる家庭は、付き添いをしろと言われても困るだろうと思いました。ですので、とにかく看護師に任せてほしいということを先生に説明しました。両親が患児に付き添い一生懸命になることで、患児の兄弟が心身症になったり不登校になったりという事例を、私たちがかなり経験してきたからです。私たちは、この病院にくる患者の家族にそういう人を出したくない。子供だけを看るんじゃなくて家族も看ていきたいという方向を出しました。

そのときに、院長や医長が看護系に従ってほしいということをみんなに言ってくれて、それで決定しました。おかげで、大体こちらの思うようにというか、ある程度、決定させていただきました。院長や医長が「看護に決定させなさい」ということを言ってくれなかったら、もっとややこしくなっていたと思います。というのは、最終決定は院長にありますよね。看護独自では決められない問題です。

当時、しんどかったのは、自分たちがこうしたいと思っている理想型があるけれども、そこに医師が反対して思うようにならないのではないかと感じたことです。選択肢としては、医師のいうとおりに付き添いを全部の患児にするということも考えられました。もし、そちらを選択していたら、考えられるリスクは、やはり家族が崩壊することになるかもしれないことや、付き添いの休む場所や生活する場所を確保しないといけないということです。また、私たちの意見を選択すれば、私たちが忙しくなるとか、保育に欠けてしまうということ。それから、親のいない状況のときに患児が寂しがるとか、吐いたり下痢をしたりといったときに、お母さんだったらいつも見てくれるのにといい思いを抱かせてしまうということですね。それと、医師がいうように、何かあったときに困るということです。何かというのは異常が起きたときに親がいないとか、すぐに連絡できないので困るということです。いつでも親がいれば、いつでも診療の説明ができるということですね。先生たちはそこを言うわけです。

どちらの選択肢をとっても看護の質に関係してくるわけですが、私たちが付き添いを制限することを主張したのは、異常が起こるという心配に対しては、異常が起こらない努力をしていけばいいと思ったからです。それよりも、家族を大事にしてほしいと思った。「病

気のこどもは私たちが看ます。お母さんは、他の家族のことも気にかけてあげてください」という感じですね。生活面は看護に任せてほしいというのがありますので。医師はそういう面では弱いですね。医師は、「何かあったら困るじゃないか」と言いますが、何かあったらって、そりやありますよ。病院だから。でも、それを予防していくのが医療ですから。

もちろん、病棟では柔軟に対応しています。たとえば、病棟が忙しくて、児童の動きが活発である場合、「お母さん、ついていてください」と言うこともあります。そういう状態では患児の安全に責任がもてないものですから。あるいは、子どもが「お母さん、お母さん」と呼んでいて、お母さんも付き添いをさせてほしいということがあれば、ある程度拡大して許可はしています。

F-1 副院長に進言する

副院長のことで困っています。

消化器内科を専門としている副院長には3人のスタッフがいます。そのスタッフの先生たちは、かなり経験もある方達で、主治医として患者も受け持っています。それくらいの経験があると、普通は受け持ち患者の治療計画を立てます。消化器内科の先生もそうしたいと思われるのは当然ですね。でも、ご自分達がたてた治療計画があるのに、その副院長は、自分が思ったようにポンポンと計画を変えてしまうんです。

看護師も、スタッフの先生方に「それでいいんですか？そのようなことでは、主治医として患者に責任がもてないのではないですか？自分でこうしたいという方針があるのではないですか？」と言うんですが、大学の意向、自分のヘッドに対してそういうことは言えないとおっしゃいます。そしたら、患者さんはどうなるの？っていうのが常に看護師が思うことなんです。

たとえば、その副院長は、ふらっと病棟にこられて、突然、前触れもなく、患者さんに「明日、帰ってちょうだい」といわれます。看護師にも退院に向けた準備が要ります。家族も、退院のめどから逆算し、患者を安心して受け入れられるように準備をしていくわけです。ところが、そんなことはお構いなしに、救急病棟の患者を引き取らなくてはいけないので、病床を空けるために今いる患者に帰ってくれというような、そのように急に決めてしまわれると、みていられなくなります。若いナースは、それだけでついていけなくなって、辞めた人もいます。先生のやり方についていけない、やっていけないということで。

それと、外科系の先生はやかましいくらいに手洗いにうるさいものなのですが、その先生の手洗いは不十分だそうです。そんなことは、自分で注意しなさいと手術室の看護長にも言ったことがあるのですが、「部長が見て、言ってください」と言ってきました。そこまでは私もできませんから、聞き置くに止めたんですが、みんな、感染の心配をしているわけです。処置も汚いですしね。それに対しては、病棟看護長も副院長にも直接言っているらしいですが、言っても実行をしてくださらないのです。主治医も、自分の治療方針を変更されることがわかっていれば、やる気がなくなる、真剣さがなくなるというのがあります。

象徴的なこととして、こんなことがあります。ある患者さんの状態が変化したんです。主治医に連絡をとったところ、指示を出されたので、看護師はその指示通りのことをして状態を観察していました。朝、副院長が来て、その状態をみて、「なんで、主治医に連絡する前に僕に連絡しないのか」と言われたんです。どなりちらされた看護師にしてみれば、自分は主治医の指示通りのことをしてきちんと観察をしたのに…って思うじゃないですか。看護長も心配して報告してきたので、副看護部長もいれて、その副院長と話をしました。

すると、次からは看護師を怒鳴ることはしない、気をつけると言われました。でも、次からはまず僕に報告するようになると言われたんです。そのことは定年まで方針を変えるつ

もりはないと断言したそうです。

なぜ、その方針を変えないのかを聞くと、「口伝えに地域の患者に評判が伝わるものだ。責任を持つのは自分だから他の人にはさせられない」ということなんです。でも、主治医の先生は、6年以上のキャリアがあるんですね。どうして任せないのか。変更する必要があっても、まず、その先生に連絡をとって、「こういうやり方ではまずいから、こんなふうにしたらどうだろうか」というように了解をしたり、議論をしたりして建設的にしていただければいいのですが、そういうことにはならないのです。

院長もこのことは知っておられます。でも、院長も直にはなかなか言えません。やっぱり相手が副院長だから。院長野の方が上でもなかなかできません。患者さんからのクレームということでなら院長も動くかもしれませんがね。そんなことでもない限り、思い切った手段はできないと思うんですね。

私も、これまで副院長には一応、クレームを言っただけですが、真正面から言ったわけではないんです。個人的には副院長のことはいい方だとだと思っています。でも、そういう場面だけはどうしても許せない部分があって、その気持ちが10のうちの6から7くらいになっているのです。3くらいのときは、「先生は、副院長なんですから、もう少しスタッフの先生に委譲されたらどうですか」と何度も繰り返しています。でも、その頃は、自分の中にそれほど強いものはなかったですね。

副院長にしてみれば、看護部長にそんなことは言われたくないというのがあるでしょう。ただ、その後のことというのがありますね。それは、病棟に返ってくるかもしれないということですね。私に返ってくる分には別にかまいません。だから、そこで考えることがあるんですよ。ここ数年は何か戦略を考えないといけないと思いながら、決心できなかったんです。

もし副院長に何も言わないとすれば、このままの状況がずっと続くでしょう。そうすると、患者さんがお気の毒だと思います。私には、リスクは残らないと思いますよ。看護長は、「部長は何もしてくれなかった。定年が目前だから何もしなかったのか」と思うかもしれないし、何も思わないかもしれない。ただ、次の看護部長が、一からこのことに向かい合わなくちゃいけない。だから、私が定年になるまでに、このことをなんとかしなきゃいけないというジレンマですね。自分の中にそういうのがあります。

もし、私の在職年数がもっとあれば、別のアプローチをするかもしれませんね。もっと現場サイドに働きかけるとか。そして、他の方法を模索するかもしれない。だけど、定年が近いので、次の看護部長に代わる前にけりをつけたいのです。そうしないと、ここの現場は何も変わらない。やっぱり、主治医が主治医であるべき姿に戻してほしい。そうすれば、医師と看護師がうまく相談しながらやっていけるだろうし、患者さんも恩恵を受けるだろうと思うんですね。

先生同士は、本当にお互いのことを何もおっしゃらないですよ。思っている。でも、私達は、24時間、患者の側にいますから、その方達の不利益になるようなことだけは避けたいと思います。それが、病院のシステムの中で不利益を受けていってしまうのなら、なおさら改善していかないとはいけません。看護師に迷惑がかかるというより、患者に迷惑がかかるということが大きいですね。私が家族であったとしたら、「明日、帰ってくれ」って突然言われたら、困ると思いますよ。次のステップを考える時間がいますからね。

F-2 先輩副看護部長に遠慮してしまう

副看護部長の一人は長くこの病院にいる人で、ここの生き字引みたいな人なんです。その人が何もかも自分で解決してしまうという部分があります。私にしたら、「それって何か？」って思う部分があります。ジレンマといえるのかどうか分かりませんが、悩みはあ

りますね。

何か意思決定するとき、「私はこう思う」というときに、その人たちの今までの考え方ややり方をまったく無視するわけにはいかないし、といって、違うんじゃないの？って思うことがあるんですよ。でも、そこが私の弱いところなんです、「こうだから、こうする」というふうに言いきれないところがあるんですよ。その辺が、悩みといえば悩みかなあ。私は、卑怯かもしれませんが、今は折り合って…。自分は、もっとこういうようなことを言いたい、やっていくためには、こういうふうにしていかなくてはいけないと思いつつも、半分くらいしか出していなくて、折り合って、まあ、前に進めばいいかなっていうようなずるさで、何とか前に運営しているのかなって思います。でも、これって、私のやりたいことがすべてやれているのかと思えば、そうじゃないんだけどっていうのがあるんですね。

具体的には、人の配置のことがやっぱり一番…。だって、長くいる副看護部長が、一番よく知っているわけですよ。だから、彼女の言うことはそうかなって思うし。業務の中身も私にはわからない部分がありますから、「特殊な業務なんです」と言われれば、そうかなって思って、それでその先に進めない。自分が副看護部長のときは報告と確認をしながら業務を進めていましたが、ここでは、その副看護部長が総責任者で、最終報告が来るんですね。ここまでくるまでに、報告をしてほしかったなと思うのですが、そこで完結してしまっていて、看護部長にはきちんとしたものが報告されるのです。プロセスの報告がないから見えないんです。そういうとき、本当なら、「どうなっているの？」って言うていけないといけないんでしょうが、あまり言えていないんですよ。平たくいえば、遠慮でしょうかね。割り切っている部分はそれはそれでいいんですけどね。でも、きっと我慢はしているんでしょうね。なんでもっとこう…

苦手意識があるんでしょうかね。苦手意識というといけません、論理的にディスカッションすると、私はそれを乗り切れない。彼女の論理に立ち向かえないだろうというのが先にあるので、ああ、もういいわと先に思ってしまう部分があるのかもしれないね。立ち向かえなかったら、勝ち負けで言うと、負けてしまう。だから、自分が傷つきたくないんでしょうかね。私個人は、傷ついても別にどうということはない。しょうがないというか、自分が生きてきたことだから。そそっかしかったり、せっかちだったり、軽率だしなって自分でいろいろあるから。

でも、看護部長の役割として言っていることを、ディスカッションになって…。勝ち負けというのはおかしいですね。相手の言うことに納得しなければ、延々とディスカッションは続くわけですからね。でも、言っていることが正しいことだと、なるほどそうかと思ってしまうと私は黙ってしまうので、それ以上、話が進展しないですよ。

このままではここでの私は看護部長という役割を担っていけないのではないかという不安はありますね。自分がこうやろうということに関して、副看護部長たちはみんなに伝えてやれていると思っているでしょうが、私にしたら、それが100%ではないという思いがあるので、このままでは、うちの看護部をこれ以上、変えていくことは無理かなという気がしています。そこで悩んでいるような状況です。ここで看護部長を続けられるのであれば、なんとか今よりは前に進みたい、自分も勉強だからっていうのがあります。でも、今の状況ではとても進めないんじゃないかなっていう思いもあったり、いろいろです。

このまま、もしも遠慮するという選択を続けていったら 私が私でなくなります。ただ、あの人たちは、ずっとそういう理念できているし、看護部の柱というか、自分達が支えているという自負もあるし。部長は代わってくるけど、自分達が支えているっていうのがあります。

副看護部長が良いと思っているやり方に対して、でも違うよなっていう私の気持ちがある。日々の業務は副看護部長の言うとおりにしていれば進むかもしれないけれど、でも長い目で見るとそれって違うよなっていうあたりを、今はずるずると私は見過ごしているのかなっていう気がします。

F-3 何事もなく引退したいと願う事務長

赤字の病院再建のために、私は地域の人口動態を調べました。そして、経営改善会議の中で、当院の診療圏の高齢者比率が飛びぬけて高いことを資料として提示し、当院が急性期病院から老人をサポートする病院に変わるべきだという提案をしました。具体的には、慢性期の療養型病棟を開設したいというのが、私の主張だったんです。

ですが、診療部の方で、老人病院になんかできない。総合病院の名称をなくすとはとてもない話だと猛反発を受けました。当院には関連病院を統括する本部があるのですが、その本部の方は、老人保健法が制定された後ということもあり、看護部がそこまで言うのなら進めようということになり、動き始めました。そして、老人病棟開設のための会議も開かれたのですが、医師の協力はまったく得られないまま、事務の一部と看護部だけで動くことになりました。形の上では、医師も参加していますが、話が決まらない方向に発言されていくのですが、私の方は、むしろそのことをよしとしていました。決まらないとはいえ、ぎりぎりやらなきゃいけないから、後は走りながら考えようという決断をそこでしました。

老人病棟を開設してみると、病棟は満床になりました。数十年間、赤字を続けていたこの病院に、赤字を減らす経理結果がでて、数年後には黒字転換しました。その時でも、他の一般病棟のベッド稼働率は87%くらいで、相変わらず思わしくない状況でした。一般病棟の患者様をみると、どう考えても老人病棟にお入りいただくようなケースに見えたので、もう一つ病棟をつぶして老人病棟にしたいという起案を出しました。

それに一番反対したのは、当時の事務長です。事務長は、一般病棟に患者が入院されたときのベッド当たりの単価は療養型よりも高いので、療養型にすると収入が減るといいました。私は、療養型だと医師の数が少なくて済むので人件費を考えると経済上プラスになるというデータを出しました。

収益を上げることに對して医師たちが熱心でないのは、この病院が数十年間、赤字であったにもかかわらず、それでも給料が遅配せず、十分に支給されてきたので、余分なことをしてドブの中の水をかきまわされるようなことをされなくなかったのだと思います。ぬるま湯の感覚があったのだと思います。しかし、時代はそんなところにはありません。累積赤字は何十億とあります。それらをこの人たちがみんな、建物の壁を食べるように食べてしまったんだということがよくわかりました。

同時に、そういう管理者しかおかなかった本部にたいへん腹を立てました。「赤字でも本部がお金を貸してくれるから大丈夫だ」ということがまかり通っている、染み付いているということがわかりました。その根拠は、医療は赤字でやるのが当たり前、黒字を出す医療なんていい医療をしていないからだということ、職員全員が信じ込んでいるように思えました。

最も腹立たしかったのは、そういう院長を支えて、客観的に判断しなければならなかった事務長が、御自身がまもなく定年退職だということを理由に意思決定されなかったことです。「老人病棟をもう一つ開くのがいいことはわかっているけれども、俺がいなくなっただけからやってよ」ということです。医師と喧嘩したくないし、病院が黒字になったのだから、それに貢献した良い事務長で辞めていきたくったのだと思います。

ただ、彼らは、本当に長い間、病院の中でしか物事をみていなくっていました。研修にも行かなければ、8時半にきて5時になれば鞆を抱えて帰って行く。わたしがいろんな資料を作りながら動いているときに、朝早かったから夜も早く帰りますとってお帰りになります。本当に改革を好まないお人柄というか。目先に困ったことがぶら下がり限り決断しないということは、この事務長と何十年もいっしょに働いてきていましたから、予測がついてしまうわけです。それで、この人は無理だと諦めてしまう自分自身がいたんです。もう、辞めてくれるまで待とうという意思決定をしていました。今、そのことを考え

ると、あそこは踏ん張りどころで、何と言われてもやっておいたら経済的にもよかったなと思っています。腹立たしい思いをしています。

G-1 他人に迷惑をかける患者を入院させるべきか

ある女性が入院を希望してきたのですが、そのときに、入院させるか、させないかでもめたということがありました。ご夫婦が二人ともアルコール中毒で、家庭生活状況が十分ではないようでした。

その方は、以前にも入院していたことがありました。妻の入院中も、ご主人はお酒を飲んで家で酒盛りをしているようでした。妻の方は、入院しているのに、いても立ってもいられないということで、無断外泊してしまい、帰って自分も酒盛りを始めてしまいました。とても入院なんか続けてもらう状況でないで、退院してもらいますということで、いったんは奥様の納得の上で退院をしていただいたんです。そうしたら、ご主人とやくざ風の人がつつかかってきて、「なんで無理やり退院させたんだ」と言い、「入院させろ」と、毎日、矢の催促でした。

退院を決めるときも、半ば強引にことを運びました。でも、自分でお風呂に入り、洗濯もでき、ご飯が食べられるようになった時点があったので、その日を選び、退院してもらったんです。家に帰れば、病院の食事ではなくてセブンイレブンの食事っていうのがあるかもしれません。お酒も飲むだろうというのにはありました。でも、この人が病院で「まったく・・・」って思われながら生活したり、ご主人がよそに女を作っているんじゃないかって悩んだりするよりは、少々お酒を飲んでも仕方がないんじゃないかなって。「いけない、いけない」っていう生活をするよりは、もっと自由にさせていただきたいっていう判断がありましたね。

そういう方を再度、病棟に入院させたとしたら、アルコール中毒の状況ですからね。病棟の看護師とのかかわり方がたいへん問題になります。ベッドでタバコは吸う。ご主人が病棟に来ては看護師にいちやもんをつける。後見人の態度が悪くお酒を飲んで適当に病棟にくるという状態が以前にありましたから。一方で、なぜ、公立病院なのに患者を受け入れないんだって言われるという、病院管理者としては困った立場にありました。救急隊も、「そちらの病院で診ている患者さんでしょ」と言ってくるので、断れないというのがありましたね。救急隊には、「その人はアルコール依存なんだから、うちの病院に来てもらっても困る」と言ったのですが、本当に困りました。今までの中で、一番。もう、どうしようかと思いました。

入院させるかどうかということと、入院はさせないことは決めているけれども、どう断ろうかということと、両方の迷いがありました。選択肢としては、“どう断ろうか”の方が強かったらと思いますね。体のいい断り方にはどういう方法があるのだろうかということを考えていました。

なぜ、ご主人が入院させたかったかということ、その奥さんに一千万円の保険がかかっていたんですね。そういう関係で、やくざ風の方がバックにいて、救急車を呼ぶということをするわけです。でも、病院としては、アルコール依存の方には、入院して治療というよりは、アルコール治療の施設にお願いしますということです。夫からは、毎日のように、電話が脅しのように来ました。その内容をテープレコーダーにおさめるようにしました。「申し訳ありませんが、私たちが患者様の不満にどんな対応しているのかその状況をテープにとらせていただき、また対応を考えたいと思います。申し訳ありませんが、テープにとらせてください」という形をとるようにしました。そうしたら、少しずつ態度が変わってきました。

その方は、最終的に在宅で亡くなりました。悪かったんです。もうボロボロで。ぜったいに無理というところまでいったんですが、それでも飲むし、飲むと暴れまわる。だんな

様もまた・・・。

この話が倫理的に問題だと思う理由は二つあるかなって思うんです。一つはやっぱり患者様に対して医療者としてよくなかったのかということ。入院させなければいけないのかというところの判断です。それと、もし入院させたら、この患者様が、他の入院患者様に危害をこうむらないかということです。一人の患者のために、うちの看護師がその人に振り回されて、入院している患者様の看護がうまくいなくなるんじゃないかっていうその2つです。

もし入院させたら、他の患者さんの面倒を看られませんかよって、スタッフから言われるだろうと思っていました。そういうスタッフの気持ちを私はわかって、「そうよね」って言わなくてはいけません。それがわからずに、入院を断るようでは管理者としての言葉ではない。倫理的に判断していない。全面的にこの患者さんの命はどうでもいいという判断になっっていくんじゃないかなって思うんですよね。

その患者の素行がそんなに悪くなければ、入院させていましたよ。それに加えて、素行の悪い後見人がいなければね。アルコールはもう飲まないけれど、そういう同じような疾患で肝臓はボロボロっていう方は入院されていますからね。

うちの病院には循環器の救急患者も来ます。心臓をアシストするような機械を入れている方も看なければいけないんですね。ケア・ミックスもいいところです。ICU や CCU などの救急機能、痴呆、ターミナルと全部抱えているんですね。ですから、そういう中で、スタッフにこの患者様も看るようにとは言えないなあ。そういうところの中のジレンマ、倫理的側面はあったんじゃないかなあ。ただ、ケア・ミックスが解消されても、アルコール病棟っていうのができない限り、こういう方は阻止できないでしょう。

その方は、最終的にはおうちに帰ってやっぱりよかったんだなって思います。おうちに帰ってから、「ありがとう。私、こうやっておうちで生活ができてよかったよ」っていう電話でのやりとりができたんですね。ご主人からも「ありがとう、よかったよ」って声をかけていただいて。最後は看取れなかったんですけども、ああいうバックグラウンドを持っている方たちは、誰かが判断して、倫理的には、ああするしかなかったのかしらと思いましたけれどもね。

病院が最終的にいい場所ではないということを私はわかっております。入院費は払ってもらっていませんが、それはそれで仕方がない。公的な病院ですから。生活状況がひどいとわかった時、「どんな生活をしているか、見に行ってください」って保健所をお願いしたんですよ。でも、保健所は動かない。「お願いしているのにどうして動かないんですか？」って確認したら、保健所は来る人を待つんですって。「アルコールでこんなふうになっている人がいるのに、なんとかならないんですか」って言いましたよ。当然、そのときは看護部長としての行動じゃなかったです。病院の誰の立場でしょうかねえ。もう、やるっきゃなかったんです。

G-2 患者の暴力にどう対応するか

夏の暑い日のことです。ご高齢で在宅酸素療法をしている男性の患者様が外来に薬をとりに来られました。しばらく待った後に、その患者様が受付係りに「お薬はまだですか」と尋ねたところ、「まだです」と言われたようです。同じようなことが何度かあって、数回目に尋ねた時に、受付は、その薬の準備はとっくに出来ていたことに気づきました。それで、「間違えていてすみません」って言ったんです。でも、その患者様はすごく怒っちゃったんですよ。

その騒ぎを聞きつけて出てきた看護師が「どうしましたか？」と聞いたところ、「お前た

◦ 必要とするケアの量や質が様々であること

ちの指導が悪い」って言われ、皆のしている前で看護師のほっぺたをひっぱたかれたんです。看護師は、不穏状態にあって暴れる患者にひっぱたかれるということは、時々あります。でも、事務の人はそういうことに慣れていない。その上、その患者様は怒りの絶頂だったから、事務にも「土下座しろ」と言われ、土下座しちゃったんです。その後は、プイと出て行かれたということです。

叩かれた看護師は、「ショックだったけど、その患者様はおとなしい人で、いつもは黙って1時間くらい待つ人です。暑い日で、しんどい中を歩いて病院まで来たのに、待たされたあげく事務の態度も悪かったからよっぽど気に障ったんでしょう」と言っていました。びっくりしたけど、こちらが悪いのだから仕方がないと考えていたんです。

でも、周囲で見ていた人や、それを聞きつけた人の中には、「そういうことは許してはいけない。お年寄りだけど、暴力は暴力。待たせたことは病院のミスだが、それと暴力とは別個にして考えないといけないんじゃないか」と、電話をしてこられた人、直接申し出てくる人がいました。

私たちも、正直いってどうしようかなと思いました。叩かれた看護師は仕方がないといっているけど、場合によっては耳が聞こえなくなることもあるわけです。一方で、患者様もすごく待たされて怒っていた。酸素ボンベの酸素がなくなって、薬を待つ間に倒れていたかもしれないのです。そうしたら事故になる。こんな、表裏一体になっていることをどうしようかと悩みました。

私がどういう行動を起こすか、どういう態度をとるかをすぐに聞いてくる看護長がいるんです。その方が私はつらいの。私は、私なりに考えるから、すぐ行動を起こさない。しばらく待って、その方が次に外来に来られるときに、なんらかの動きを起こそうと思っていると言うと、看護長たちが、それでは生ぬるいと言っているように私は感じるんですよ。

私の主人も「そういう患者の態度は許してはいけない」といいいます。暴力は暴力だって。でも、ものすごく高齢で一人暮らしをしながら在宅酸素をしている人に、いまさら事情を聞いて謝ってもらいたいといって、果たしてどういう意味があるんだろうと、すごく葛藤しました。やっぱり暴力は暴力で許されないことだと思いながらね。叩かれた看護師や土下座した受付の人権もあるわけですから。

昔だったら、副部長だったら、ずっと出て行ったかもしれない。言いたい放題ですからね。看護部長に「どうするのですか」って、私もよく言っていたいなと思うんです。だけど、逆の立場になったときに、果たしてそれが、私のとる意思決定・・・をいかにするか。そういうのが、今、ちょっと、悶々としているんですよ。事務は丸く治めようとする。その態度も私は気に入らないんですよ。結論としては、もう1回手を上げたら訴えるということになっているんですよ。

その後も、同じように、薬が受付にくるのが遅かったということが実際に起きています。組織として変えなきゃいけないことがあるんです。だから、両者の人権とここのシステム。それらを一手に引き受けているのが看護師なわけです。私たち看護師は、大声を出されたりすることに対して、たしかに鍛えられているかもしれませんがね。患者にものすごく叱られるじゃないですか、ワーッと。その間、「すいません」と言いますが、別の所にいったら、もう別のことをしているでしょ。その切り替え。これは本当におかしな世界だと思うんですよ。それが私たちの身体に、知らず知らずのうちに染み付いている。これが、事務や他の人からみれば、本当におかしな・・・強いというか。鍛えられてきてますよね。

抑えて丸く収めようとする自分もいる。でも、その反面、割り切れないなど、悶々としたところがある。その悶々としたところを他人から指摘されると、むっとするわけですよ。自分でわかっているから、なおさら。あなたに言われなくてもわかっているわよ、私が一番、悶々としているから言われたくない。そういうのが、絶えずあるんですよ。

看護部長になって学んだことは、すぐには行動を起こさないということ。言われたことを鵜呑みにせずに、自分で確認していくこと。それから、自分でどうするかを決めるのが私自身の信念。すぐには動かない。

H-1 命の重さを測れるのか

私たちの病院は第三次救急救命センターをしています。そんな中に重症の患者さんが入院されています。ところが、入院を待っていらっしゃる患者さんが数百名いらっしゃいます。空きベッドがないので、血液のガンなんかで相当具合が悪くても、通院されて、外来で点滴を受けて、食事以外のことは病院で全部なされて夕方に帰られるというような状況です。どうしても救急で重篤な方を優先して入院させなきゃいけない。ですから、常にベッドコントロールというのがあります。結局、どなたかに退院していただくか、どこかの病院に移っていただかないといけないというのがあります。

まだ、あと2週間や1ヶ月くらいこちらで診ていかないと回復しないだろうという患者さんを、こちらではお送りしたくないような設備や人員や能力状況の施設、施設であればどこでもいいという状態でお送りするんですね。そうしますと、本当にお気の毒な話なんですけど、その晩に亡くなられたりとか、2週間後に亡くなられたりということがあります。当院であれば、医師があきらめた患者さんでも、看護師が頑張ったり、チームで精一杯やったりできるはずの患者さんであっても、どなたかに移っていただかなければいけない。そうしないと次が入らない。そんなベッドコントロールなので、本来、看護師としても管理者としても、その方の命を短くすることがわかっている状態でベッドを調整しなくてはいけません。看護長から相談を受けますし、私自身もそういう判断をしなくちゃいけない。いつ、どんな状況の誰を送るのかとなったとき、社会的に問題のあるところに送らなくてはいけないっていうね、何が悲しいかっていうのは、そこですね。精一杯ここで看護を十分に受けられて、自宅に戻られるとか、安らかな死を迎えられるっていうのならいいんですけど、細切れのような看護っていう形の看護があるんですね。そこらへんが、看護師としても管理者としても病院の使命もそうですけれど、道徳的に・・・っていうのが一番つらいですね。

何人も重症がきているっていうときに、誰か一人、〇〇病院に行ってもらってことになります。その病院にスタッフがそろっていて設備も整っているっていうのならいいですけど、患者さんにとって距離が遠くなるということも出てきます。県内の市をいくつか越えて何十キロも離れたところに転院してもらってことになると、面会もたいへんです。それ以前に、その看護や医師のレベルでこの方のケアが本当に行き届くだろうかということに関しては、その地域の能力や力量というのがわかりますからね。だから、どなたを選ぶかということが意思決定です。

その際の基準は、暗黙の了解ということできくと2つだと思いますね。ご自分の意思決定があいまいな方。意識が定かでないとか、寝たきりであるとか、呼吸が少し不全であるとか。それと、ご家族が、いつまでもこんな状態で病院に置いていただくのは申し訳ないと思っていられるような方が選択の基準になります。たとえば「私はあと1週間ですから、ここに置いてください」というのはっきり意思決定のできる方には、説得している時間もないですよ。本当は、骨折くらいの人に移っていただきたいんですが、意識がはっきりしていて自己主張されますから、説得している間がないんです。

既に病状が安定して、自分で痰を出したり、ナースコールも押せるようになっているのであれば、移っていかれても私たちには抵抗がない。ジレンマがないんです。ですが、医師にとっては手術が終わった患者でも、看護師にとってはこれから持てる知識や技術を使って看護をしていこうという状況の人の中から誰かを選ばなきゃいけないというジレンマがあります。

そのことに対して意見は言いますが、最終的にはそうせざるを得ない。おかしいなと思ってもそうせざるを得ない。出て行っていたかざるを得ない方の病状によってジレンマが起こったり起きなかったりするわけです。

私の立場としては、当院はこういう特徴の病院だからしょうがないとするのか、それとも、少しでもそれを阻止できるのであれば阻止するのか。阻止したい。こういうことがあ

まりにも重なれば、部長会や診療会議に提案事項として出そうということを決めていきます。そういうときにも時間的なジレンマを感じますね。すぐに解決したいじゃないですか。明日にでも起きるかもしれない、今晚にも起きるかもしれないことが、少しも解決しないので。そうすると、医療って何だろうとか看護って何だろうと思います。病院として存在しているんですけれどもね。ここは急性期病院ですから救命をしてケアしていかなければいけない。一方では、少し切っていかなければいけないという現実。

だから、私としてはもっと周辺のサポート体制がいると思いますね。もう少し社会状況というか、地域の医療状況のようなところがね、そんなところにもジレンマを感じますね。

私は、結果、経営であればいいと思っているんですよ。院長の方針や会議の決定はあるんですけれど、まあ、そうあればいいのになあと聞きながらも馬の耳に念仏なんです、私には。院長としてはもっと業績をあげたいなと思っているでしょうが。

私は、コスト感覚を持ち、同じ資源を効率よく使うということには賛成です。結果、それが収入に結びつけばいいですが、そうじゃなくて、それが最初の命題になってしまいますと、人の生命の問題ですから、その倫理観っていうのがありますよね。ですから、院長に何を言われようとも、私はむしろ抵抗勢力で、「そんなことは冗談じゃないですよ。倫理観を忘れたら、先生は医学部経済学科卒業です」なんて言うくらいですから。

看護長たちにも満足のいく看護を、ゆとりを持った看護をしてほしいと思っています。たとえ厚生労働省が入院期間の短縮を言っても、当院にはそのとおりにはいかないところがありますから、その辺のところは、厚生省がどう言おうが、現状をみますと限界がありますから。そういう経営が絡む倫理ではない。

ですから、あまり患者さんが来すぎるっていうことも、しんどいですね。何のための医療なんだろうって考えたときに、そういうので本当に看護部長を辞めたくなるときも、何回かありましたね。わかっていても、どうしようもできないですよ。現実には。入院ができずに外来で3日間オーバーナイトなんてこともあるわけですから、救急外来のベッドにね。そんなときは、回診もそこでされます。入院患者の一部ですからね。脳外科や心臓の患者さんは危険ですので優先させて入院してもらいますが、イレウスなどの待ってもらえる人はそのまま救急外来のベッドにいたままということになります。そういう状態なんです。そんなことを考えると本当にいやですね。今の若い看護師たちは、終末期看護をしたいとか穏やかな看護をしたいとかいいますが、ここはじっくりなんかしてられない。そういうことでは、経営のことに最終的には振り回されているっていうか。

H-2 感染症の患者の手術を妊婦にさせない医師

非常に鮮明に覚えている事例があります。手術をする患者さんには、HB（B型肝炎）やHIVの検査のために、事前に患者さんの了解をとって採血しているのですが、ある時、ある患者さんにHIVの陽性反応が出ました。ただ、病院の感染委員会には、そのような場合の規定がありますので、それに則って手術を行うということを、私は手術室の主任から聞いていました。

ところが、HIVの患者さんの手術の直接介助をする予定のナースが妊娠中だということで、婦人科医である副院長が、その任務を「はずしなさい」といってはずしちゃったということがおきました。そのことに対して、手術室の主任は、「感染委員会の規定どおり手術は行う予定でした。HBの患者さんの手術ならはずすということは一切していないのに、HIVだからはずすということはどういうことですか」と言ったら、逆に怒られちゃったっていうことだったんですね。

それを聞いた私も納得できなくて、申し入れをしたんです。副院長に。話がしたいということで。それで、看護部長室に来ていただいて話をしたんですよ。「どうして、そういうことをなさったんですか？」って。「HIVにしてもHBにしても、執刀のための要綱は

できあがっていて、これまでもその通りやってきました。麻酔科医も担当のナースたちも、それを了解して GO ということで手術をやり始めていたのに、副院長命令で止めさせているんですよね」と。すると、副院長は、「だって、今までに前例がない」と言われました。

前例がないといっても、うちは感染委員会でそのための基準が作られています。それでも、「僕は、副院長で婦人科医でもある」、「妊婦を守るために僕はそうしたんだ」と言われました。それでも、私は頑として、「きちんとやっていれば、何の問題もなかったんじゃないでしょうか」「先生が、どうしてもはずしたいというお考えがあるのなら、その根拠を聞かせいただきたい」と言いました。でも、話は堂々巡りなんですよ。「僕は、産婦人科医として彼女を守る立場だから」、「それに初めてのケースだし、なにかがあっては困るから」ということを主張されました。

「だったら、なんで何度も話し合いをして、感染症患者への手術基準を作ったんですか?」「じゃあ、HB の患者さんだった、妊婦が直接介助をしてもいいわけですか?」って、私が言いました。「いやあ、それはないだろう。だって、HIV の方は、まだ治療薬だってできてないんだよ」というような話になっちゃうわけです。

「HB だって、もし心配されているようなことが本当にあったとすれば、同じことになりますよね。じゃあ、妊娠していない普通の人だったらいいんですか?」っていう話とかしたんですけれども、最終的には堂々巡りですから、「先生、もう結構です」ということになりました。延々 40 分くらいですかねえ。私ももうかなり興奮してしまったんですけども、「先生、この話は堂々巡りですから、お帰りください」と言ったんですけども、なかなかお帰りにならなかったですね。

そのう・・・いわゆる差別と思うんですよ。妊婦さんだからって云々っていう。そのナースをはずすということは、その代わりに妊娠していないナースが立つわけですよ。副院長は、「何かがあったら困る」と主張しましたが、何かがあることを期待して手術に向かうわけではないですから。どんな患者さんに対してもですよ。そこも疑問に思ったんですよ。発想のところですね。ですから、かなりそのことは大声を上げて議論しました。

手術の担当をはずすという権限が副院長にあるのかどうかということも、私は副院長に申し上げたかったですよね。「僕は、副院長の立場でやりました」と盛んに言われましたから。それだと、感染委員会より副院長の方が強いということですよ。だから、私が抗議をしたっていう形ですよ。先生は、僕は副院長で君は看護部長なんだから、君は僕の言うことをききなさいよっていうことだったのかなと思うんですけど、私は下がりませんでした。堂々巡りだから、お帰りくださいって言ったんですけど。

この事例が倫理的な問題だと思うのは、産婦人科医としての気持ちはわかるんですけども、HIV の患者さんがいて手術をしなきゃいけないっていうのがあるというときに、何かがあるかもしれないという発想を持つこと自体、私は納得できなかったことですよ。感染症の患者さんに対して、現場としては、関係者がそれなりの心構えで臨みます。きちんとそういうことはわかっていて進むわけですから。何かがあるっていうのは、手技的に何かミスをするだとか、手袋が破れるだとか、そういうことです。それに対して、産婦人科医としては心配だ、一人だけじゃなくて子どももいる体だって思っているから、妊婦の直接介助をはずしたんでしょう。でも、「何かがあったら」ということを言うのは、仲間を信用していないということなんです。手順も整い、心がまえもできているベテランの人たちがつく手術なのに。妊娠していたナースも、「私は手術の介助がいやだ」と誰かに駆け込んだとか、そういうのは一切ないんですよ。これまでも妊娠しているナースの手術介助はいくらでもありましたから。

一連の事情を知っている麻酔科医も、副院長は上司にあたるわけですから、このことに対して何も言わなかったらしいです。

I-1 研修をさせない組合

当院の問題は教育ができないことです。教育は、労働組合としてはすべてQC活動としてとらえられるのです。たとえば、新人がたくさん入ってきて、育てなくてはいけないということになっても、研修をしようとしたら組合からつぶされているんです。おかしいでしょ。職員が専門職として成り立つことを考えるのが看護部だと思うんですが、そこまで介入してくるんです。結局、勉強することによって、勉強しない人がいられなくなるし、専門職としての認識が高まることで組合離れが起きるという考え方なんです。定年まで働ける病院を作るって言うのが組合の考え方なのでね。

私は、組合に対して、「私も、定年まで働ける病院を作ることには賛成です。でも、人にはそれぞれの役割がある。年齢的にも勉強がしにくい人には、そういう人たちで、なにかできる役割があるはずだ。私の役割は、それぞれが自分達の役割ができるようにしていくことだと思う。勉強はしなくてはいけないので研修は必要なんだ」って言うんです。それでも、「いいや、そんなことをしたらだめだ。勉強についていけない人がでてくるから、一切するな」というのがスタンスなんです。

それで、私が「どうやって新人を育てたらいいのですか？私達には、育てなきゃいけない責任があるのですよ」って言ったら、「研修でなくて、茶話会だったらいい」って言ったんですよ。私は、ああ、もうそれでいいやって思ったんですよ。実を取るか名を取るかですからね。教育一つがそういう病院なんです。こんな病院、全国探してもないんじゃないかなと思いますよ。今まで本当に一切だめだったんですよ。でも、私、どうしても我慢ができませんでした。それで、看護長さんたちにも一枚岩になってがんばってもらって、今年はなんとか研修（茶話会）もできました。でも、とにかく普通はやらなくてはいけないことが、やれない。

ある研究会を立ち上げるときも、看護部としてはできないから、自主的な集まりとして立ち上げたんですよ。組合には、「スタッフが自分達で作った会ですから。私達には関係ありません」って言いました。卑怯なやり方かもしれないけど、裏では応援しているのです。でも、組合の手前、私達が立ち上げたのではないということにしています。

もし研修をやらないと決めてしまったら、前向きに頑張っていきたいと思っている看護師のやる気が低下し、ひいては患者さんによいケアを提供できなくなります。また、現場からの情報が何も得られなくなります。

正直言ってね、私は、今まで恐かったんですよ。組合の幹部のことが。だってね、何かあったら一人で呼び出されて、「おまえがこんなことをしているから、ああいうことが起こるんだ！」って、大声で言われるんですよ。

今までの看護部長も、がんばってきた。でも、組合をはねつけたら事務長の協力が得られなかったのだと思います。きっとね。組合の幹部は、この地域の有力者と強いつながりがあるので、前の事務長は病院の存続のためにも組合とはトラブルを起こしたくないと考えていて、穏便にすまそうとしてきたのです。だから、私よりも以前の看護部長さんも、本当はみんなが生き生きと働ける職場を作りたいって思っていたんですよ。でも、そういうようなことをしたら、必ず組合いからガンっていわれるし、事務長のサポートも得られなかったのだと思います。

それと、病院内で解決ができなければ、関連病院すべてを統括している本部の組合役員がきます。それで、この病院の組合の顔がつぶれるからどうかしてくれと、本部の事務系トップに言ってくるんですよ。そのトップの人たちは消極的ですから、病院までは来てくれない。納得もしてくれない。結局、関連病院を統括するトップが、組合に一目おいていいるというのがあるのです。だから、絶対に喧嘩はしませんよ。

I-2 組合との合議を破り、職員の前で謝罪させられる

この前、職員全員の前で謝罪をさせられました。

労使でこういうことに関しては確認しますっていう確認書というものがあるんですが、それに触れたというのが謝罪をさせられた理由です。悔しいから謝罪なんてしたくなかったんですが、させられたんですよ。

その確認書の中では、准看護師で夜勤をしてもいいってことになっているんです。でも、私は、看護長さんたちが勤務表を作るときには、いつでも質の高いケアが提供できることを考えた勤務表を作ると指導しています。つまり、准看護師同士のペアで夜勤の勤務にならないように勤務表を作りなさいということを暗に言っているわけです。ところが、ある時、病棟で准看護師が夜勤のペアになりそうになったので、看護長さんがそれはいけないということを説明しようとしたんですが、それを上手に説明ができなかったんですよ。そうしたら、スタッフが「組合に言いに行く」って行って走ったんですよ。それで、組合としては「おまえが悪い」っていうことになって、皆の前で謝罪しろってことになったんです。

悔しくてね。なんで私が謝らないといけないのだろうってね。だけどね、「それは、君、個人じゃないんだ。看護部長という名のもとで、確認書に触れたことについては謝らなくてはいけないんだ」って、事務長にも言われたんです。

私達は、24時間、患者に責任を持たなければならない立場にあります。そんな中で、きっちり判断できる看護師がいない勤務など無責任だと思うんです。謝らなくてはいけないということを事務長に言われたのも悔しい。だけど、自分はずっと職員の配転を考えたときには、看護長が勤務を組むときに苦労しないように、そして准看護師がばらばらに病棟に配置されるように一生懸命考えて配転させてきたんです。それなのに、確認書、確認書っていつてくるから悔しいんです。謝罪をしなくてはならないことに関しては、私はあの人たちのいつていることもわかるけど、なんで、まともなことがまともに通らないんだろうっていう悔しさみたいのがある。

もし謝罪しなかったら、大きな問題にするっていつていたけど、私自身は大きな問題になるのは一向にかまわないんです。でも、大きな問題になったら、病院経営に関連することについていっばいし寄せがくる。それが困るっていうのはありますよね。

確認書に触れたっていうのは、こちらの負けなんです。やむを得ないかなって思っただけで、なんでそうならないような状況にやっていけないんだろうっていう悔しさが正直、あります。なんていうのかな。うちの組合の話になったら、常識で考えられない。

確認書ってというのは、3年経ってどちらかが申し入れて協議をしたら覆すことができるようになっているんですよ。だから、そうして下さいって言ったら、昔の事務長さんは、「そういうくだらんことには、エネルギーを費やしたくない」って言いました。今の事務長は、絶対そういうことは言わない。「難しい」って言って、私のことを説得にかかりますけどね。事務部門と対立することはまずできない。事務とは、歩調を合わせなきゃいけない。組合のねらいは、みんなをばらばらにしたいんです。ばらばらになったら、私達は弱いので、なるべく一枚岩になんきゃいけないんです。相手は「おまえは馬鹿だ。おまえみたいな田舎者は、どこにいつても勤めることなどできない」って言いますよ。結構ですって言いたいけど、黙っていますが。そうやって、一人ずつを責めてばらばらにしたいんです。あの人は、私達を負かせる方法としてそれしか知らないのだろうかって思いますけどね。ただ、私がコントロールできるわけじゃないってというのはありますよね。私なんか、いつも一人だけが呼ばれるんです。腹が立ってたまらないんですが。あとで副看護部長たちから、「なんでそんな風に妥協したのか」って責められるんですよ。通したくても通せない状況もある。私が弱かったこともあるけど、向うの言い分をのまないと前に進まないっていうのがあるから。折れるのもいやだけど、対応できるだけの交渉力や言い合って負かしきりだけの自分がない。自分の思いを通すことができないっていう悔しさがある。

とにかく、私のところの病院は、関連病院からみたら、くずみみたいな言い方をされてい

るんです。でも私はここで育った人間だから。言われていることは認めます。でも上がりたい。

J-1 同じ料金で異なる入院環境

当院には、東館と西館の2つの棟があります。東館はたいへん広くてゆとりがあり、綺麗で新しいです。空間の中で満足を味わえると思えるんですね。表示などにも看護師のアイデアがたくさん入っていて、患者さんの評判も非常にいいんですね。ところが、西館はかなり古くて一部屋に8人も入っている部屋もあります。非常に狭くて、トイレに行くのも不自由だったりします。私としては働いているナースにも心苦しいし、患者さんにも心苦しいんですね。

東館と西館とではナースの表情は違います。不公平感があります。どうも西館で働いているナースは、イライラするんじゃないかなって思うんです。東館のナースはなんていうんですか、少しゆとりがあって、言葉や態度もゆったりとしているんですね。また、室料は同じですから、患者さんにも不公平感がある。西館で車いすに乗っている方は、狭くてトイレが使えないから、気の毒に、東館にまで行っていただくようなこともあります。東館のほうは、パッと自動でつきますし、本当に広いんですよ。

患者さんにどちらかを選んでもらえるような状況があるといいのですが、いつもベッドいっぱい、みなさんお部屋が空くのを待っている状況ですから、狭さや汚さは言ってもらえない。でも、私の中には、それがすごく不平等ということもあります。入院環境として、療養環境としてね。東館を見てしまいましたからね。一度味わった広さやきれいさや機能性。東館には感染予防の設備や広い洗面スペース。西館は、トイレの横の流し場のようところが洗面スペースですからね。台所もいっしょです。お部屋だけがぎっしりとあって、廊下も狭い。患者さんにとっては本当に気の毒ですよ。お手洗いをを使うのも「すいません、すいません」といわないといけな。もっと堂々と空間を使っていたきたいですよ。そんなジレンマですね。

K-1 患者の死へのおろそかな対応

ある女性患者への対応についての話です。その方は心疾患と脳梗塞の既往があり、ご主人がずっと世話をされていました。ある時、消化管出血で緊急入院されたのですが、その日の夜に亡くなり、朝、看護師が見回ったときに死後硬直の状態で見えられたんです。

緊急入院の後、検査が終わり、よい方向だという説明がご主人になされたので、ご主人も安心して帰られたその夜のことでした。梗塞の既往がありましたから血液凝固阻止剤が必要なのですが、消化管出血があったということで血液凝固阻止剤は中止されていました。

検査当日の夜、夜勤の24時、2時の見回りの時には異常はなかったと報告されています。そして、5時の巡回時には死亡していて、死後硬直があったんです。ところが、死亡診断の結果、死亡推定時刻は4時間前ということでした。つまり、亡くなったのは午前1時頃ということです。

そのような報告を受け、私は直感的に裁判になると思いました。すぐに病棟に行って、カルテを見ました。そうしたら必要なことが書けていない。検査は不十分だし、血液凝固阻止剤を再開するタイミングも遅すぎる。医師の記録もない。看護師も甘くみていることがわかりました。もし私が家族だったら、この記録を見たら訴えると思いました。

私は解剖をしなくてはいけないと思いました。医師に「解剖されるんですか」と聞いたら、「いや、することもない。ちゃんと家族にも説明している」と言うんです。それでは家

族は納得しないと思いました。これまでの私の経験から、ずっと患者の世話をされてきたご主人にとって、亡くなるときに誰も側にいなかったというのは、本当につらいことだとわかっていたからです。自分が大事にしていた人の最期は、自分が見守るとか、もしくは家族がそばにいるか、それともいなかったら、医療者が最期に息を引き取っていくときに大事にする、そういうことがなされていないのですから。結果的には解剖はされませんでした。

数ヶ月経って、案の定、裁判になりました。

私は、裁判になったこともつらいけど、本当につらいのは、病院にいて、なぜ死後硬直まで発見されなかったのかということです。苦しんで亡くなったのか、安らかに亡くなったのか、誰も知らないこと。そのことが尾を引いている。もし夜勤の看護師が気づいていればと思います。しかし、私が信じられないのは、朝、私が病棟に行ったときに、看護師はまだ記録をしていなくて、なんか、淡々としていたことですよね。たいへんなことが起こったという雰囲気じゃないんですよ、深夜勤務の二人ともが。責任を取れとかそういう問題じゃなくて、なんとなく、起こってしまったものは仕方がない、そんな感じで二人が言うんですよ。私が今まで一緒に勤務してきた看護師にそんな態度をとった子は一人もいない。それが、すごく私自身、腹立たしかった。

たとえ、死後硬直がきても、先生が死亡宣告をしない限りは手を抜いてはいけない。でも、記録をみたら何もしていない。死後硬直発見としか書いていない。呼吸が停止したばかりだとまだ蘇生ができるはずですよ。死斑が出てから発見というのは、とてもじゃないけど、許されないことなんです。こんなことでいいのかと思ったことが記憶に残っているんです。大分前のことです。

もし、深夜のときに、まだ温かいときに蘇生をしていれば、ここまでにはならなかった。だめでも家族を呼んでご臨終ですといえれば、ここまでにはならなかったというのが、私の中にずっとあるんです。だから、亡くなったことよりも、亡くなってそんな状態で発見されたということが問題じゃないかなと思うんです。

L-1 院長にセクハラ問題をうやむやにされる

採用難の頃の話です。新採用の看護師の歓迎会というのがあるのですが、そういう席でお酒を飲むと、あちらこちらを触る医師っていうのが必ずいるんですね。そういうことがあった後、看護師が辞めるっていつてきたんですね。せっかく採用した看護師に対してこれは由々しき問題だと思いました。私からその医師に注意することはできませんので、当然、その上司である院長から注意してもらった方がいいかなと思って言いました。

そうしたら、「僕からも言うておくけど、それはまあいいじゃない」というような言い方をされて、頭をなでられたようになったんです。病院長にとったら、なんら困った問題ではない。男性にとっては、困った問題ではないんですね。病院長というより、男性的な反応と言った方がいいかもしれません。

ですが、やはり職場の問題をきちんととらえてくれないということに私はすごく腹が立ったんですね。私としては、看護部長としては、セクハラであれ、医師とのトラブルで看護師が看護に失望した例であれね。悔しくて辞めたということもあるんですが、そういうことであれ。

困るということを院長に言ったからといって、その問題が解決したわけではないんです。私の中では、院長がその先生にどんなふうに話をされたのかはわかりません。私は、当人の先生とも一応話しはします。その先生に後から廊下で怒鳴られることもありますし。「馬鹿やな」と言われることもありますよ。言われたから腹が立つんでしょうね。いろんな細かいことを私が言い過ぎるのかなって思うんですけどね。怒鳴られるのはいいんですが、注意をしたとしても、決してそれがその先生にとって、改善されるとは限らないわ

けですね。本当の意味で。

院長が責任をもって指導をしてくれればいいわけですが、そこが、院長のキャラクターというか資質で、それによって差がでます。やはり、理想に燃えている院長なら、そのあたりはすっきり解決していきます。ですから、トップがどのような考えで、どのような姿勢かということが、看護部にとっても大きな影響になります。今の病院長になってからは、非常に組織的に物事を運営するようになってきましたので、そういうジレンマは少なくなってきました。

M-1 守秘義務をおかして患者情報を警察に漏らす

ある日、地域の警察から電話がありました。そして「前の看護部長さんにもお願いしていたことなのですが、某患者の受診状況、通院状況、診療状況といったようなものを情報として提供してください」と言われたんです。そして、担当の方がお見えになりました。

そのときに、私は看護師として、まずは患者さまへのプライバシーのこと、守秘義務があることを考えました。私は、職員に守秘義務を徹底させなければいけない立場なのに、警察の権力の中で提供していいものかどうかということにとってもひっかかりがあったんです。でも、前任の看護部長にも同じように情報提供をお願いしていたし、実際にしていただいていたんですと言われました。

私は、警察の方に「前任者は提供したということだけでも、一看護師としても管理者としても、罪の意識を感じます」というお話をしたんですよ。そして、目的を聞かせてほしいと頼みました。そうしましたら、警察の方もご自分たちにも守秘義務があると言われました。詳しい内容のことは言えないと言われたんです。それでは、これをどのように考えればいいんでしょうか？とお聞きしたら「正直いって、今後なんらかの危ないことに加担するかもしれない危険人物だ。そのために逐一その人の情報をつかんでおき、防止の意味で動向を見守りたい」と言われました。それで「警察に情報を提供することは市民としての義務になるんでしょうか」とお聞きしました。そうすると「義務ということではありません。協力を仰いでいるんです」ということだったんですね。私はとても悩み、「お断りするわけにはいかないんですか」とお聞きしたら「断るということでは困るんです」と言われたんです。そして、実際には承諾をしてしまい、情報を提供してしまいました。

こういうことは、患者さまの容態で判断をしてはいけないんですけれども、その方は高血圧で定期的に診察を受けにいらしている方でした。それが生死にかかわる状況ではなかったもので、私としてはその部分としてはホッとしているところではあるんですけれども。

事務長や院長に相談しておくべきだったとは思いますが、そのときは、自分の中でそれを相談しても、「守秘義務は当然。ことわるべきだ」と、お叱りを受けることもあるかなと思いました。そうすると、前任者のことを話題に出さないといけなくなり、前任者に迷惑がかかるのではないかと思ったのです。前任者が院長や事務長に相談していたかどうか聞いていませんでしたから。その前任者のことがなければ、守秘義務をとっていたと思います。そして、院長や事務長がやめた方がいいという助言をくださっていたら、たぶんやめていたと思います。組織として容認する方に自分是从ったと思います。実はうちの主人も部署は異なりますが警察官ですので、できるだけ市民として協力したいという思いもあったかなと思います。

N-1 男女間のモラルにどう関わるか

3年に1度くらい、不倫関係の問題があるんですよ。仕事に差しさわりのあるような

問題が。

男性職員には奥さんがいたんですが、同時に 2 人の看護師が関係したということがありました。その男性は癖が悪いんですよ。何回も何回もそういうことを繰り返して、もう有名な人ですね。誰もが知っているくらいに。

2 人とも優秀な看護師だったんです。でも、この 2 人の看護師同士の関係は、当然、変になりますよね。それで、片方が「辞める」と言い出したんです。今後もそんなことが起きるかもしれないと思いましたので、私は、男性の所属部署のトップに「この人を何とかしてほしい」って、看護部長の決定として申し入れをしました。

そうしたらですね、男性の社会っておもしろいんですよ。「そういうのは言えないよ」って言うんですよ。私としては、異動だとか何とかしてほしいわけです。でも、その上司は、はっきりと言えないんですよ。

結局、その三角関係がある事件になり、片方の看護師は辞めていきました。そうしたら、今度は、女医とまたそういう関係になっちゃったんです。今度は痴話げんかになって、その女医が男性に怪我をさせちゃったんですよ。暴力があったということで院長は決断したんです。辞めるようにもっていき、女医は辞めていきました。結局、男性の方も辞めたんですけど、それでも彼の上司は、そういうのは個人の問題だっていう受け止め方でしたね。

その他にも、医者と准看護師との問題もありました。その准看護師は看護師になるために進学したかったのですが、そういう仲になった後、「私はもう学校に行く気はありません」といって辞めてしまいました。

私はそういうモラル的なことは非常に重要なことだと思っています。倫理観っていうことです。形として出てしまっただけで、それが続くようだったらモラル、倫理がないと思います。他への影響もありますよね。当然、周りが嫌な思いをするわけですから。

人を好きになるというのは自由で、それはそれでいいと思うんですが、そのことで周りに不快感を与えたとするのは困る。モラルとか倫理の話をして、きちっとしてもらいたいと思う方ですね。何回も繰り返しになりますが、あちらの男性のトップの人たちは、「いやあ、それはねえ」って。なぜか、たいがいの人に聞いても、そういう対応ですよ。

O-1 患者と対等になりきれない医療者

私はどこに行っても自分の看護の姿勢は変わらないんですよ。患者に私がどういう看護を提供したいか、管理者になってもどういう病院でありたいかという姿勢は、卒業したときから一貫したものがあって、ずっとそれを貫いてきているからね、だからどこに行っても、私の看護の姿勢は変わらないんですよ。

でも、現場ではやはり、医師・看護師は患者より上位にいますね。患者さんをよく理解もしないで指導したり、選択をしているじゃないですか。十分な説明をしたら、患者様が納得・理解・同意選択と言われる時代にですよ。どうしてだろうと思うんです。若い人の看護の目が育たないし、患者さんも十分な看護が受けられない。

すぐに、「あの患者さんは、駄目ですよ」「全然治療する気がないですよ」と言う。再入院を繰り返している患者が、真剣に自分の病気と向き合えるような援助をどうしてできないのか。自分たちの一方的と思われるような指導を黙って聞いてくれる扱いやすい患者さんばかりを相手にしたいようでは、寂しいですね。全員の看護師がそうではないと思いますが。だから、指導するという言葉も好きじゃないんですよ。患者さんに「糖尿病の指導をしましょう」と言いながら、全然患者さんを見ていない。自分たちサイドで教えている。それ、看護じゃないよって。常に自分たちが上位にいるなって。そういうことで、今までいたところで悩んできました。

私の葛藤はね、主任さんたちが私の言っている看護の考え方に行きついてくれないこと

です。看護を考えてもらうために研修に行かせたりいろいろしているんですが、でもなかなかそこに行きついてくれないのが葛藤です。私の考えがまちがっているのかもしれませんが。それは、教育の問題だと思いますね。看護とは何かを考えさせていくことが必要なんじゃないかな。私は、たとえば心臓術後の呼吸管理に患者さんと共に頑張り、朝方、患者さんの口唇がきれいなピンク色になり、患者さんが「空気がとても美味しい」「看護師さんわたしを励ましてくれてありがとう」と礼を言われたとき、よかったと自分にもそっと褒美をあげ続けてきました。そのような小さなたくさんの喜びを決して粗末にしませんでした。

人間そんなに大きな喜びなんて、そうあるものではないと思うんです。でも、今の看護長、主任、ベテランといわれる看護師たちは、損得を割と考えるのかな。小さな喜びを無視している。積み重ねを大事にしてほしいと思います。これは、やはり教育だと思います。

育っていない看護長の下で働くスタッフは決して育たないなっているのがわかります。だから、そういう看護長に研修に行かせますよね。その結果、研修に行った成果がでたなと思うときは自分の決定がよかったなと思うときもあります。逆に、知識だけ増えてきて頭でっかちになって、ますますひどくなっていると思ったときには、私はこの看護長の人選、能力を見間違えているって言いたくなって、かえってつらくなる。私が、一番感じているジレンマっていうのはそういうものですね。

P-1 冷房時間延長の交渉

あまりに夏が暑かったので、せめて一番暑い数週間だけでも冷房時間を延長してほしいと看護部から要請したんですが、病院事務の立場からは対応が難しいと言われたために、結局、実力行使をしたという事例があります。

熱帯夜が続いていました。ここは、公立病院ですから、医療保健分野以外でキャリアを積んできた行政の人達が、異動で病院にくるということもあります。ちょうど、今年の春は、異動で事務次長も事務部長も新しい人になったばかりでした。そのため、病院内の様子がよくわからず、看護部の要請に対して、「患者さんに我慢してもらったらいじゃないか」という対応をされたのです。

私は、夜間当直をしている看護長たちから、熱帯夜が続いているので患者さんが眠れないということを聞いていました。冷房時間は午後10時までと決まっていた。熱帯夜の場合は0時まで延長可能ですが、事前に事務に連絡をしないといけないというルールです。

看護長達たちにしてみれば、当院は循環器系の患者が多くて体温調節が必要なもので、もっと自由に時間延長をさせてほしいという要望があります。それで、事務次長のところにいきましたが全然聞き入れてもらえませんでした。中央監視室の方も、マニュアル通りきっちりやる人たちですから、なかなか例外は認めてくれませんでした。事務次長は「他の病院の冷房時間は午後9時までというところもある」という例を出し、何をおかしなことを言っているんだというような態度を示しました。光熱費も馬鹿にならないとか、いろんなことをおっしゃいました。「患者さんに、我慢してもらえというのですか」と聞いたら、「仕方がないじゃないですか」という対応をされました。副院長に事情を説明し、副院長からも声を上げてほしいということを言いました。しかし、副院長が掛け合ってもだめでした。事務にしてみれば、他の病院と横並びにしたいんです。うちだけが、突拍子もなく24時間冷房をするということに関しては、非常に神経質なんです。役所サイドがどういう反応を示すかということに気になるところがあると思います。言葉では確認していませんが、会話のニュアンスからすると、他の病院はこういう事情だとか、同じ〇〇立の病院の中で24時間空調の病院はないという言い方をしますから。

私の葛藤は、患者さんが不快に感じたり、症状に悪影響を及ぼす室温の調整改善について、どうして病院のトップレベルの人たちが理解してくれないのかということです。それ

と、どうしてわかるように説明ができないのかという自分に対する気持ちもありました。このまま、冷房時間の規定を遵守することが選択肢の一つですが、私としては、なんとか折り合いをつけて妥協案を探したいと思いました。毎日、困っている看護長たちに答を返していかないとはいけません。毎日のように患者のクレームを聞いているわけですから、もう待てないということで、実力行使をすることにしました。

中央監視室の直接の担当である経理課長のところに行き、「今後は毎日、看護長からダイレクトに中央監視室に連絡をいれて、希望する時間まで延長してもらいますから」と言いました。だめだといわれても、看護部としてはそうします、と言ったわけです。「もし、それで経理課長がお困りなんでしたら、事務次長さんや事務部長さんにご相談ください。私は、看護部としてそうします」と言いました。

その後、ほぼ毎日、看護長は中央監視室に連絡を入れ、必要な時間まで延長をしていました。そのことを、私は一切、事務次長にも事務部長にも言わずに、経理課長にだけ言いました。その後、何か言われるかなと思ってちょっとドキドキしていましたが、何もなく乗り切りました。そういうことで、この夏は乗り切ったのですが、これは改善になったとは言えないなと思っています。了解の下ではいけないからです。看護部だけの一方的な思いだけで「もういいじゃない」ということでやったわけですから。

ただ、経費、つまり光熱費のことは、私には全然インプットされていませんでした。事務次長や事務部長は、そこから責めますよね。私は交渉に行くときにそのへんを無視してしまい、彼らの思いを無視してしまっていたなことを今から思います。私も経営のことを考えなくてはいいのですが、あのときは、一看護師でしたね。お金のことはどこかに行ってしまっていました。コスト感覚っていうのはあるようでも、実際の場面になったらすっ飛ばしてしまうなということが改めてわかりました。

だけど、そこまで頑張ったのは、看護長たちの思いを何とか実現させたいと思ったからです。もしも、私が看護長で、自分が困っていることを部長に相談したのに、「ルールだからしょうがないじゃない。努力はしたけれども駄目だったからこのままでいきましょう」と言われたとしたら、「えーっ？」って看護部長を責めるだろうなと思います。看護長は看護長でスタッフからいわれますから。特に脳疾患の患者さんは、体温調節がうまくできない方もいらして、汗だくだったり、「暑い、暑い」とおっしゃったりするので、スタッフからのクレームに看護長もなんとかいしたいと思うわけです。そういう事情で、なんとかできたらいいなと思いました。

その後、私は絶対触れなくなかったので、その話はまったくしませんでした。これには、ルールというか制度的要因として事務部長や事務次長の立場も絡んできますね。うちはそれほどルンルンではないにしろ黒字病院ですから、自分の中で、コストを少し度外視してもいいというのがあったと思います。本当に赤字の病院で同じことが起こったときに、そこまで言えるかって聞かれれば、ちょっと待ってくださいというかもしれませんね。

Q-1 診療報酬の水増し請求を強要される

病院自体が、非常に低迷化していた時代がありました。それを再興しなきゃいけなかったということがありました。ただ、病院がいかにして、どこで収益を上げていくかっていうことに関して、看護部として黙認しなきゃいけないことがあります。結局、人数が足りないの、水増しをすることってことですね。

そういう話が出たとき、病棟看護長とも相談しました。要するに看護職の人数が足りない。他の病棟は基準看護にのっているけど、その病棟だけが基準看護にのっていない。そこをなんとかクリアすれば病院として収益の上がる請求が可能でした。看護師数をごまかすっていうことになりますので、そういうことをするくらいなら二人とも仕事を辞めるっていうところまでいったんです。でも、なんとかそれをやって欲しいと言われて、結局、

承知したんですよね。でも、いずれ監査があったときにひっかかりますから、必死でそれをクリアできる人数を集めましたよ。そしてなんとか集めましたけど、法に触れることをしているわけですから、そのへんのつらさっていうのは非常にあったんですよね。

先に水増しして、後からそれに見合うように人を入れたってことです。その間はハラハラものでしたよ。つらいし。なんとか数に見合うようにもっていかなきゃっていうのがあったんですよ。そのときは、低迷化している病院をなんとか再興していくためには、やっぱりいただけるものはいただいていかなきゃいけないんだっていうところが、あったんですよね。あのとき、事務長も院長も、「責任は僕らがとるから」って言われたんです。けども、結果論としては誰も責任はとってくれなかった。「看護部長がやった」っていうことになっていますからね。院長は「僕はそんなこと、知らなかった」って言われました。事務長は一言も何も言いませんでした。「僕が責任を持つからやってくれ」って特に事務長が強く言ってたんですけどね。一言も何もいわない。他の事務関係者もその場にいたんですけど、「僕は何も知らなかった、聞いてなかった」っていうんです。よくあなたたち、そんなことめげめげと言えるねって思ったんだけどね。

そりゃ、看護部がやったことなんですけど、看護部だけでできるようなことじゃないんですよ、これは。だけど、責任はすべて看護部長ってことなんです。それは致し方ない。事実、私の部下のことですから。

急いで人数を揃えるということをして、徐々にいい看護ができるようになり、患者がたくさんくるようになって病院は黒字になっていきました。それから、この事件が表に出たんです。一番つらいときを乗り越えて、これでいいと思うようになってから発覚したんですよね。院長に不満を持つ人からの内部告発でした。まさか、内部告発されるとは思っていなかった。だから、辞めようと思ったときに辞めたら良かったって思いましたが、その時には、そこまでの意思が私にはなかった。だから、それが私の今までの長い人生の中で、一番たいへんだっただすよねえ。

もしも、同じ場面が次にきたら、辞めるでしょうね。それか、もっと他の方法、もう少し待っていただくとかね、それくらい強く言っていかなきゃいけないなかったんだと思うんです。だけど、なんとか収益を上げなきゃっていうところに、大きな目がいつてたんだろうと思うんですよね。

ただ、情けないなって思ったのは、院長も事務長もみんな知らないっていった時に、男の方達はみんな生活がかかっているからたいへんなんだ、私は生活がかかってないからってねっていうことでした。

もともと、合ってなかったっていうのもあるかもしれません。私は、患者にとっていいことって何だろうっていうことしか頭の中になかった人物なので、経営ってことになってくると、だめだったんだろうと思うんです。けど、経営をまず考えないと、やっぱりお金がなかったら運営していけないから、正常にもらえるものはもらっていかなきゃいけない。細かい計算もしなきゃいけない。だからそういう計算をして、ここだけなんとかすればっていうことで悪いことをすればできる。そうじゃなかったらできないですよ。

私のしたことは道徳的には反していますよね。でも、経営は守らなくてはいけないっていうことですよ。今から思えば、正しくなかったけれども、病院自体にとってはプラスになっていると思います。

もし、院長が責任をとっていたとしても、一生、ああいうことをやったんだってことは残ると思います。表には出ないにしても。よくないことはよくないと思います。未だかつてやったことをないことをしちやったもんですからね。もし、院長が責任をとるといふときがあっても、実際、自分の部の中でやったことですから、一生残ると思います。

こういうことは、どこでもやっているっていう噂は聞きますが、たとえ、どこでもやっていたとしても、私がやったんだっていうジレンマは大きいですね。ただ、これはもう2度としてはいけないし、やっぱり法に触れることだけはしちやいけないんだっていうことです。本当にそれで、あのときにもっとそれ以外の方向でいったら、どんどん儲かるっていう話にはならなくて、まともな病院になっていたかもしれない。かえってね。

でも、あの時、ごまかしなんてできませんって言っていたら辞めざるを得なかったかもしれないですね。病院のこうしてほしいという方針に背くわけですからね。辞めざるを得なかったかもしれないし、看護部ができなかったら仕方がないということになったかもしれない。わからないです。結果論として。

R-1 身体拘束をなくすには看護師の増員が必要

意思決定をしようにも、まだ自分の中でいろんな条件があって、できていないというジレンマ、それでも倫理的なことを考えるとなんとかしないといけないと思うことを話します。

看護部の理念の中には、ナースが患者の命や人権や意思を尊重するということが謳われています。職員にも看護協会の倫理規定を説明して、そういうことを基本に考えて行動できるようなナースになってほしいと言っています。ただ、患者さんの人権を守ると言いながら、臨床ではどうしても患者さんの安全を守る上で身体拘束をせざるを得ない現状があります。臨床では、術後にせん妄^dがあったり痴呆があったりして、自分の置かれた状況がわからない患者さんが点滴などの大事なラインを抜いてしまうので、安全を守るという意味で身体拘束をすることがあります。私の中ですみ分けは、ある状態を越すために患者の理解を得るのが難しい場合にはやむをえないということです。徘徊がひどかったり危険行動があるというときには身体拘束をせざるを得ないのです。ただ、そうせざるを得ない根本原因は看護師数にいきあたるんですよね。

基本的な人権を考えると、ベッド上で身体を拘束したくないという抵抗感がみんなの中にありますよね。それはわかっているんだけど、拘束をしなくてもいいというだけの看護師の配置ができるかと言われれば、できない。ひどいときには、一時的に家族の協力を得ることもあります。付き添いをさせてはいけないということはわかっているけど、現実にはそうせざるを得ない。わかっているけど、それができないというのがジレンマかな。

当院の看護師数は、結構、きびしいんですね。特に夜間ね。数がいれば解決するというものではないけれど、最低、患者さんを安全に見守るというところでは人数が不足していると思いますね。ただ、身体拘束は0%にすべきだとは思いません。精神状態が一時的に不安定で、押さえつけなければ必要な注射も打てないような患者もいますから、縛ることがすべて非人道的だとは思いません。だけど、少なくとも病院側の都合で拘束せざるを得ないような状況はなくしたいのです。

ただ、そうするための人数補充はできない。工夫はできます。たとえば、昼間のうちに業務を整理して夜間のナースの手をわずらわさないような仕組みを作るとか、ナースがしなくてもいいような仕事を外注したり派遣にまわしたりという微々たることは考えられますよね。患者さんがベッドから降りたらピットセンサーが働いてナースコールにつながるようなものができましたよね。だけど、身体拘束をしなくても患者の安全を保証できるだけの絶対的な人数は足りないのです。できることから手をつけているんだけど、目が行き届かないという状況があるなと思いますね。

でも、看護師が患者の状態をどれだけ理解しているかによって、拘束したりしなかったりという差が出ていると思うんですよね。たとえば、点滴を患者が抜いちゃったとしても、それが生命にどれだけ直結するかというような医学的な状況判断ができるかということ。それができない人は、心配だから、なんでもかんでも拘束という行動にでるかもしれない。大丈夫だという判断ができる人は拘束しないかもしれない。だから、患者さんのことを把握してどれだけ予見できるかという看護師のアセスメントの力によって変わってくる。たぶん、個人による差はあると思います。

^d 軽度や中等度の意識障害の際に、幻覚や錯覚を覚え、異常な行動を呈する状態

自分の中に理由をつける部分はあるでしょうね。どちらかを選ばなくてはいけないというまさにジレンマがあるときに、つまり、患者の命や安全をとるか、拘束すべきではないという自分たちの価値観を重視するかとなれば、やっぱり患者さんの命、安全をとるでしょうね。患者が命を落としてしまうとか、回復不可能になってしまう、もとの健康状態に戻れないことを選ぶか、今、いつときを拘束という状況をすごすことでまた人間らしい生活に戻れるとういことを選ぶかといったような判断基準がでてくるだろうから、そのときは、自分の後ろめたさ、抵抗を感じつつも安全を選ぶでしょうし、そのように指導するでしょう。

S-1 臨床家が経営を担う

今、病院の存続が議論されています。そのためには経営を向上させなければいけません。黒字なら存続してもいいという傾向があるからです。ところが、全国に関連病院が数カ所ありますが、どこも赤字ばかりです。このような事情ですので、組織としてはまず経営ということになります。年に数回、本部に看護部長、事務部長、病院長が招集されて、本部の方針や全国に関連病院の経営状態の実態が話し合われます。それと厚生労働省の打ち出した方針を受けて、この病院としてどのように運営していくかという問題もあがってきます。そこからすでに足かせがあるわけです。

私達は看護師ですから、看護師としてこうありたいというものと、経営との間で、最初はジレンマがありました。しかし、だんだん経営という言葉に抵抗なく使うようになってきました。これがいいかどうかというのも非常に疑問も感じるのですけど。

看護協会の総会にいても経営効率の話が取り上げられてくるようになったので、こういう話でも看護の中で話し合われるようになってきました。また、厚生労働省主催や看護協会における「看護管理研修」を受講したり、個人的にも能力開発に関するセミナーを受講したりすることで、与えられた状況の中で問題解決を図る姿勢を変化させてきて、自分の中でもだんだん、こういう考えも少しずつ受け入れなきゃいけないのかというところで落ち着いてきたという感じです。

当院の看護部長は、いわゆる係長クラスにあたります。そのため、90%が労働組合に加入しており、看護師自身もジレンマを抱えていると考えられます。経営とか、経済性が日常的な感覚になってきましたが、当然スタッフは、自分達が学んできた看護を追求しているのでぶつかるということはあるですね。

私自身が一番ぶつかるのは、病院経営を検討する運営会議です。そこには、看護部長や次長がですが、看護部長も参加して発言することができます。看護師は病院経営に欠かせない役割を担っているという病院長の考えもあって、参加が認められるようになったのです。そのように、院長は診療部を保護するという立場ではなくて、全部門を見渡す意識が強いです。全部門が協力しあえるような組織作りを考えるのが本当の運営だと思います。それができるかどうかで、看護部長の役割も大きく変わってきます。力の働かせ方が変わりますから。ですので、それがあかないかでジレンマが起きるかどうか変わるわけです。3人の院長をみましたが、最後の院長にはいい意味で看護部を認めてもらっていて、いっしょにやっているという気がしました。言いたいことは言って、その代わり、やはり協調というか、妥協する部分もいっぱいありました。そのあたりが、看護部長をしていく中で意識が変化したかもしれません。年がら年中、同じ意識ということはありませんでした。妥協することは、組織としての選択だなんて思うわけですね。組織の選択として受け入れるということです。

ただ、患者の視点というのは、常に持つておかないといけないと思うんですね。患者さんにとって、何が一番かなということをはずすとおかしいと思います。だから、一番のジレンマは、看護師であることと、看護部長であることとの違いのジレンマで、それは正直

に言うと、ずっと持っていました。でも、私は、考えないようにしてたんですよ、最初は。私は看護師である、臨床が好きっていうのがどうしてもあります。看護部長として経営を考えなくては行けない立場と、看護師としての自分というのをどういうふうにして両立させていくのかっていうところですね。一番つらかったのは、実際に患者に手を出せないということです。とにかく、自分の考えや理念を、スタッフの手を通してケアに活かしてもらわなくては行けないというもどかしさが一点ですね。それと、経営など考えたこともなかったそれまでの自分が、突然、変化し、まったく立場の違う真只中の中に放り込まれるという戸惑いから、非常に身の置き所のないような気がしました。考えるときに、どちらの立場をとればいいのかかわからないということがよくありました。それがジレンマかどうかかわからないんですが。

たとえば、運営会議の前に、部局長会議というのがあるんです。運営会議に出す議題を考えるとところなんです、その時には完全に経営者としての立場で降ろしていくための話し合いをします。その中で、看護部の利害をどのように調整するかがポイントになります。たとえば、看護師の定員問題や、一番大きな問題は、在院日数の短縮、病床利用率などです。それをどう決めるかは、現場のスタッフの負担が大きくなるかどうかの境目なんです。看護師の数は決まっているのに、在院日数を短縮し、かつ効率的なベッド稼動をしなくては行けないというときに、どうすれば看護師の負担が軽くなるのかを考えます。実際には負担が大きくなっていくのが日本の現実だと思います。その中で、負担増にはある程度、目をつぶらざるを得ないということがあります。その場では、看護師がどういう問題を抱えているのかということをお話だけです。できるだけ他の部門に理解を求めて、少しでも業務改善のできることがあれば、他部門に業務をとってもらいたいという提案をしていきます。

日々闘いなんです、闘いという言葉を出すと嫌がられます。闘いなんかじゃない。お互いに解決すればいいって医師はいいます。でも、看護部にとっては闘いですよね。