

臨床倫理ガイドライン導入の取り組み： 看護管理者の取り組みと看護管理者・チームの 認識や行動の変化

*Efforts in the implementation of the Clinical Ethics Guidelines:
Efforts of nurse managers and changes in the awareness and
behavior of nurse managers and teams*

友竹 千恵¹ 浅井さおり² 内山 孝子³ 小野 光美⁴

Chie TOMOTAKE

Saori ASAI

Takako UCHIYAMA

Mitsumi ONO

キーワード：臨床倫理ガイドライン、導入、看護管理者

Key words : Clinical Ethics Guidelines, implementation, nurse manager

目的：看護管理者の臨床倫理ガイドライン導入の取り組みと、ガイドライン導入による看護管理者やチームの認識や行動の変化を明らかにする。方法：臨床倫理ガイドライン試行に参加した看護管理者10名を対象者とし、半構成的面接で得たデータを質的帰納的に分析した。結果：対象者の導入の取り組みと対象者が認識した変化として【導入に対する管理者の意識】【管理者が行った導入のための段取り】【管理者からスタッフへの働きかけ】【ガイドラインの活用方法】【管理者・チームの変化】の5カテゴリーが見いだされた。考察：臨床倫理ガイドラインには看護職に重要なことを想起させるreminderの機能や、日々のケアの振り返り、道標としての機能を有することが示唆された。また、導入により対象者やチームの倫理的感受性の向上や行動の変化があったと考えられた。チーム全体で倫理を中心に考えるために看護管理者が意思表示をする重要性が示唆された。

Objective: To elucidate the efforts of nurse managers in the implementation of the Clinical Ethics Guidelines, as well as changes in the awareness and behavior of nurse managers and teams due to implementation of the Guidelines. Methods: Subjects were 10 nurse managers who participated in the implementation trial of the Clinical Ethics Guidelines, and the data obtained from semi-structured interviews were analyzed qualitatively and inductively. Results: A total of five categories were identified for the efforts of subjects in the implementation and the changes perceived by subjects: “awareness of managers regarding implementation”, “arrangements made by managers for the implementation”, “approaches made by managers toward staff”, “method of use of the Guidelines”, and “changes in the managers and teams”. Discussion: These findings suggest that the Clinical Ethics Guidelines have the functions of reminding nursing staff of important matters, and serving as a guide that enables daily reflections of care. The implementation was also thought to have resulted in an improved ethical sensitivity and behavioral changes in the subjects and teams. These findings indicate that in order for the entire team to focus on ethics, it is important for nurse managers to communicate with the team.

1 目白大学看護学部 Faculty of Nursing, Mejiro University

2 獨協医科大学看護学部 School of Nursing, Dokkyo Medical University

3 日本赤十字看護大学 Japanese Red Cross College of Nursing

4 島根大学医学部看護学科 School of Nursing, Faculty of Medicine, Shimane University

I. はじめに

わが国の高齢化の進展は著しく、平成27年度の総人口に占める65歳以上の高齢者の割合（高齢化率）は26.7%（p. 2）¹であり、今後、男女とも平均寿命は延び、女性の平均寿命は90年を超える（p. 3）¹ことが推計されている。その人が生涯を通して最期まで生を全うできるよう援助を行い、人間の生命、人間としての尊厳および権利を尊重すること²は看護の倫理的な責務である。また、加齢や疾患の影響とともに生活する人々の増加により、自ら尊厳を保持することが困難となる状況となる人々も増えている。人々の尊厳や権利が尊重されるよう看護が果たす役割は重要である。

現在、人々が医療を受ける場にはその人の権利や尊厳が損なわれやすい状況がある。物事の決定にあたり本人よりも家族に同意を得る傾向、医療安全を優先せざるを得ない状況など医療職側の要因が複合的に重なり合い、とりわけ医療や看護を受ける高齢者の権利や尊厳は容易に損なわれやすく³、看護職も身体抑制をはじめとする倫理的問題に直面し、ジレンマを感じていることが報告されている⁴⁻⁵（pp. 48-49）⁶。

わが国では、医療従事者を対象とした医療・ケアガイドラインが公開されているが⁷⁻⁸、看護の基本的な責務を遂行するための考えや行動の指針がない現状から、日本看護倫理学会は、特に看護職が日々の看護実践の中で出会う尊厳や患者権利の擁護に関わる身体拘束と高齢者の尊厳の尊重を取り上げ、臨床倫理ガイドライン（『身体拘束予防ガイドライン』『医療や看護を受ける高齢者の尊厳を守るためのガイドライン』。以下、両ガイドラインについて言及する場合には臨床倫理ガイドラインと表記する）を公開した^{3,9}。臨床倫理ガイドラインの開発過程では、内容の妥当性の確認と具体的な活用方法の検討のために、平成26年11月～平成27年1月の間に、便宜的に選択し協力を得ることのできた5施設（『医療や看護を受ける高齢者の尊厳を守るためのガイドライン』2病院・1介護老人保健施設、『身体拘束予防ガイドライン』2病院）を対象に試行を行った。試行では、看護・介護管理者に試行部署のスタッフ数に応じガイドライン試案を渡し、実施しやすい方法・期間での導入と活用を依頼した。試行終了時に、看護・介護管理者とスタッフに試行の実際やガイドラインの内容への意見・感想などを聴取した結果、チーム単位での取り組みが効果的であったことや、看護職自身が日々の看護業務と倫理との関連を意識する機会となっていたことなどが明らかとなった¹⁰⁻¹⁴。

医療やケアに関するガイドラインは、その目的や適用範囲などにより、理念や哲学が強調される規範的なものから技術的な方法や実施手順に重点が置かれるマニュアルに近いものまで多様である¹⁵。臨床倫理ガイド

ラインは、判断や行動に迷うときの行動指針であるのと同時に、看護職個々やチームの倫理に対する認識や行動に働きかける機能を有している可能性がある。そこで、試行において臨床倫理ガイドラインの導入に中心的な役割を果たした看護管理者の取り組みと、看護管理者が認識するガイドライン導入による変化を記述することで、倫理に関するガイドラインを効果的に活用するための方法を見いだすための資料となると考えた。

II. 研究目的

本研究の目的は、臨床倫理ガイドライン試行を中心となって進めた看護管理者を対象者に、臨床倫理ガイドライン導入の取り組みと、導入による看護管理者やチームの認識や行動の変化を明らかにし、ガイドラインの効果的な活用を検討することである。

III. 用語の定義

臨床倫理ガイドライン：日本看護倫理学会が公開している『医療や看護を受ける高齢者の尊厳を守るためのガイドライン』『身体拘束予防ガイドライン』とする。

管理者：看護師長・主任など所属部署の管理に携わる看護管理者とする。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的デザイン

2. 研究対象者

臨床倫理ガイドライン試行に参加し、所属する部署において中心的に臨床倫理ガイドライン試行を担った管理者10名。

3. データ収集方法

対象者の希望する日時、場所でインタビューガイドを用いた半構成的インタビュー1回と基礎情報の収集を行った。インタビューでは管理者自身やスタッフのガイドラインの導入に対する考え、行動とガイドラインの実際の活用方法、試行開始前・終了後の思いの変化を語ってもらった。インタビューは許可を得て録音機器を用い記録した。データ収集期間は試行後約1年の平成27年12月～平成28年1月であった。

4. データ分析方法

インタビュー内容を逐語記録に起こしデータとした。対象者の試行の取り組みの実際と、導入によるチームや管理者の認識や行動の変化をコーディングし、類似するものをまとめカテゴリー化した。信頼性・妥当性を確保するため質的研究を専門とする複数のメンバーで分析を行った。

V. 倫理的配慮

研究を行うにあたり、試行施設の看護部長に書面にて研究の依頼、説明、承諾を得た後、対象者に研究目的、研究方法、参加と同意撤回の自由、個人情報保護、データ保管の方法などを書面と口頭で説明し同意を得た。本研究で得られたデータの中には個々の医療機関が特定可能な事柄が含まれる可能性があるため、特に情報公開に際しては、プライバシー、匿名性、機密性保護の原則を厳守し、対象者が不利益を受けないよう留意し研究を進めた。逐語記録の作成はデータの秘密保持契約が可能な業者に依頼した。本研究は医療法人東札幌病院における研究審査委員会の審査、承認(平成27年11月17日)を受け実施した。

VI. 結果

1. 対象者の概要(表1)

対象者10名は全員女性で、平均年齢46.4歳、試行部署での平均勤務年数は54.2カ月であった。対象者の所属施設は、病院が4施設、介護老人保健施設が1施設であり、看護職のみがケア提供を担う部署は6、看護職と介護職が担う部署は4であった。一人当たりのインタビュー平均時間は39.2分であった。

2. 管理者のガイドライン導入への取り組み

分析の結果、【導入に対する管理者の意識】【管理者が行った導入のための段取り】【管理者からスタッフへの働きかけ】【ガイドラインの活用方法】【管理者・チームの変化】の5カテゴリーが抽出された(表2)。以下、【 】はカテゴリー、〈 〉はサブカテゴリー、「 」はコードを示している。

1) 【導入に対する管理者の意識】

【導入に対する管理者の意識】は、臨床倫理ガイドラインの試行の依頼を受けた研究対象者の思いで、5サブカテゴリーから構成された。

〈ガイドラインの必要性に疑問を抱く〉は、内容は一般的なもののにあえて取り上げる必要性がわからないという思いであり、「一般的なガイドラインもあるのになぜわざわざ作るのか」と述べられた。〈スタッフが責められているような気持ちになることを懸念する〉は、ガイドラインに接したスタッフがあるべきケアの理想と、そのようにできていない現状との間のジレンマに直面し、そのことが心理的負担になることを懸念した思いであった。〈当然のことでも臨床ではこのとおりにいかない〉は、ガイドラインの内容は看護の理想であるが、自部署の現状と比較検討し、すべてを変えるのは難しいという対象者の思いであった。〈ガイドラインを読み判断に困る現状やジレンマが想起される〉は、ガイドラインを読んだ対象者が、「どうしたらいいんだろうという思いがあった」「管を抜かれた患者さんがその後痛い思いをすることにジレンマがあった」と、日々の看護実践における解決困難な場面を思い起こした状況であった。〈ガイドラインを読み漫然と日々のケアを行っていたことに反省する〉は、対象者自身が「身体拘束の解除は無理だろうと思い込んでいた」「高齢の患者さんの治療を家族の意向でよしとしてたところにハッとした」と、日々のケアをそれでよしとしていたことへの反省であった。

2) 【管理者が行った導入のための段取り】

【管理者が行った導入のための段取り】は、研究対象者が自部署における試行の手段や方法を検討し、スムーズに導入できるよう計画を立案する取り組みで、3サブカテゴリーから構成された。

対象者は、〈まずは自分が理解するためにガイドラインを読み込む〉ことを行った。臨床倫理ガイドラインの導入を自部署の看護の質を改善する機会と認識した対象者は、「スタッフにちょっとでも自分の行動に気づいてほしい」と〈スタッフにどうなってほしいかを考える〉ことを行った。「スタッフの辛い気持ちをフォローするのが自分たちの役割と管理者同士で理解

表1 対象者の概要

対象者	性別	年齢	施設	職位	試行部署勤務年数	試行部署でケア提供を担う職種
A	女性	40歳代	病院	看護科長	1年	看護職
B	女性	50歳代	病院	看護科長	2年	看護職
C	女性	40歳代	病院	病棟師長	2年	看護職・介護職
D	女性	40歳代	病院	病棟師長	6年	看護職・介護職
E	女性	40歳代	病院	病棟師長	3年	看護職
F	女性	30歳代	病院	病棟主任	11年	看護職
G	女性	50歳代	病院	室長	6年	看護職
H	女性	50歳代	老健	主任	2年	看護職・介護職
I	女性	40歳代	老健	主任	2年	看護職・介護職
J	女性	40歳代	病院	看護師長	10年	看護職

老健：介護老人保健施設

表2 ガイドライン導入の取り組みと管理者・チームの変化

カテゴリー	サブカテゴリー
導入に対する管理者の意識	ガイドラインの必要性に疑問を抱く スタッフが責められているような気持ちになることを懸念する 当然のことでも臨床ではこのとおりにいかない ガイドラインを読み判断に困る現状やジレンマが想起される ガイドラインを読み漫然と日々のケアを行っていたことに反省する
管理者が行った導入のための段取り	まずは自分が理解するためにガイドラインを読み込む スタッフにどうなってほしいかを考える 管理者同士で試行の計画を練る
管理者からスタッフへの働きかけ	管理者の思いをスタッフに伝える チームの核となる人物から働きかける チームとして共通理解を得られるよう管理者が丁寧に説明する スタッフが負担に感じないよう声をかける スタッフ・管理者同士が互いに支え合う 管理者主導ではなく、スタッフが行うことを見守る 意見を言えないスタッフには管理者から声をかける スタッフが気持ちを吐き出せるよう機会を作る マイナスに引っ張るスタッフを巻き込みきれない
ガイドラインの活用方法	部署目標に倫理を挙げ、試行との関連を明確に示す チェックリストがスタッフの目に入るよう掲示する チームでガイドラインの読み合わせを行う 身体拘束予防ガイドラインの項目をアセスメントシートにアレンジし使用する 患者の症状や行動の意味を見極めるために使用する 教育的関わりが必要なスタッフの指導に用いる 身体拘束の件数が電子カルテに反映されるようシステムの変更を提案する
管理者・チームの変化	管理者がガイドラインの必要性に気づいた 管理者が尊厳の意味を考えるようになった 管理者が倫理の学習をした 管理者が声に出し行動する必要性に気づいた 互いに思いを共有することの大切さに気づいた 問題と思うことをそのままにせずチームで話し合えるようになった 管理者もスタッフも根拠をもって判断できるようになった 身体拘束の解除が実現できた スタッフが患者の考えを尊重し関わるようになった スタッフが疑問や相談事を自発的に述べるようになった スタッフが自分の態度や行動を振り返るようになった チーム全体で倫理について話し合うようになった 第三者からチームの変化を評価された チームの変化を学会で発表しスタッフが自信を得た 時間が経ってもチームの中でガイドラインが意識されている 試行後、継続には至っていない

した」など、〈管理者同士で試行の計画を練る〉ことも行っていた。

3) 【管理者からスタッフへの働きかけ】

【管理者からスタッフへの働きかけ】は、対象者がスタッフに臨床倫理ガイドラインの導入への理解を得るとともに環境を整える行動であり、9サブカテゴリーから構成された。

対象者は、「患者さんの身になって考えよう」「振り返りになるからまずやってみよう」と〈管理者の思いをスタッフに伝える〉ことや、「係長にまず言ってから皆で会議で話し合う」のような〈チームの核となる人物から働きかける〉、「部署会議で管理者の考えや試行の目的を順を追って説明する」といった〈チームとして共通理解を得られるよう管理者が丁寧に説明す

る)ことを通じ、自身の思いをスタッフに伝えていた。さらに対象者は、スタッフが意欲をもち試行に取り組めるように「気楽にみんなでやっとういこうよ」「苦しい気持ちは皆同じだから一緒に頑張ろう」と、〈スタッフが負担に感じないよう声をかける〉働きかけも行っていった。

対象者は、スタッフが互いに協力し合えるよう情報共有や声がけを通じ〈スタッフ・管理者同士が互いに支え合う〉ことを行っていた。また、〈管理者主導ではなく、スタッフが行うことを見守る〉こと、管理者がスタッフに目的や自分の思いを伝えた後「スタッフの力を信じて任せる」ことも行っていた。〈意見を言えないスタッフには管理者から声をかける〉は、チームの中で日頃自分から意見を表出しないスタッフに、管理者から「どう思うか?」と声をかけ意見を引き出す働きかけであった。〈スタッフが気持ちを吐き出せるよう機会を作る〉は、患者への倫理的な責務が果たせていないことにスタッフが罪悪感を抱くことを想定し「辛いときは私にぶつけてよいと言った」「スタッフの話の聞きそのまま受け止める」と気持ちを吐露できるような機会を設定し声をかける働きかけであった。

〈マイナスに引っ張るスタッフを巻き込みきれない〉は、対象者はチームとして臨床倫理ガイドラインを導入したいが、異を唱えるスタッフの力が影響しチームを巻き込む働きかけができないことであった。

4) 【ガイドラインの活用方法】

【ガイドラインの活用方法】は、対象者が取り組んだ臨床倫理ガイドラインの活用方法の実際であり7サブカテゴリーから構成された。

〈部署目標に倫理を挙げ、試行との関連を明確に示す〉は、対象者が試行の機会を自部署の看護を見直す機会と捉え、部署目標とガイドライン導入との関連づけを示す方法であった。〈チェックリストがスタッフの目に入るよう掲示する〉は、ガイドライン内のチェックリストを控室に掲示する方法であった。〈チームでガイドラインの読み合わせを行う〉は、スタッフが一同に揃う時間帯にガイドラインの通読や音読を組み込む方法であった。〈身体拘束予防ガイドラインの項目をアセスメントシートにアレンジし使用する〉は、『身体拘束予防ガイドライン』をチームで使いやすくするための方法の工夫であった。患者の状況や家族の思い、受持ち看護師の考察などの項目からなるアセスメントシートを開発し、患者個別の状況をチームカンファレンスでアセスメントしたという活用例が語られた。〈患者の症状や行動の意味を見極めるために使用する〉は、普段何気なく行っているが本当によいのかと迷う場面や抑制の可否を迷う場面に遭遇した際に、ガイドラインを判断基準として用いる方法であり「本当に必要な抑制可否かの評価に用いる」「重度

の認知症の方が示す言動をガイドラインを基に丁寧に紐解く」と述べられた。加えて、対象者は、「時々関わりが引かかるスタッフにガイドラインのチェックリストを引用し声をかけた」「ガチャガチャ物が置いてある環境を家族がどう思うか注意した」のように、〈教育的関わりが必要なスタッフの指導に用いる〉ことや、身体拘束や転倒転落予防物品の使用状況をデータとして電子カルテに反映できるよう〈身体拘束の件数が電子カルテに反映されるようシステムの変更を提案する〉ことも行っていた。

5) 【管理者・チームの変化】

【管理者・チームの変化】は、導入による対象者やスタッフの気づきや行動の変化で、16サブカテゴリーにより構成された。

〈管理者がガイドラインの必要性に気づいた〉〈管理者が尊厳の意味を考えるようになった〉〈管理者が倫理の学習をした〉は、当初ガイドラインの必要性に疑問を抱いていた対象者が、試行後の時間の経過の中で倫理を深く考えたり、自発的に学習をするといった変化であった。また、まずは自分の言動をスタッフの見本として示す〈管理者が声に出し行動する必要性に気づいた〉や、看護職として〈互いに思いを共有することの大切さに気づいた〉という変化も見いだされた。

〈問題と思うことをそのままにせずチーム全体で話し合えるようになった〉は、ケア提供者としての責務や役割をチーム全体で話し合えるようになった変化であった。〈管理者もスタッフも根拠をもって判断できるようになった〉は、「迷ったときの判断基準があるのでこれを見て継続できた」とガイドラインを看護実践の判断根拠として活用できるようになった変化であった。特に〈身体拘束の解除が実現できた〉は、「気管切開、人工呼吸器装着患者の抑制なしを実現した」「患者さんに対して抑制をしなくてもよいことがわかりよかった」と、身体拘束が解除でき患者・スタッフ双方にとってよかったと思えた変化であった。

〈スタッフが患者の考えを尊重し関わるようになった〉は、「患者の考えを聞けるようになった」「スタッフの中に患者さんを受け入れようという気持ちが少しずつ出てきている」のように、患者その人を尊重しようとするスタッフの考えや行動の変化であった。〈スタッフが疑問や相談事を自発的に述べるようになった〉は、「スタッフがこういうことってどうなんだろうと述べるようになった」「一人で考えるのではなく相談するようになった」と、日々の中での気がかりを自発的に述べるできるようになったことであった。〈スタッフが自分の態度や行動を振り返るようになった〉は、「自分の関わりについてよかったかと自分に聞いてくる」のような変化であった。〈チーム全体で倫理について話し合うようになった〉は、「チームごとに倫理って何だろうという声が出てきている」

「会議で倫理に関することを話し合っている」と、チーム全体で倫理について話し合えるようになった変化であった。これらの変化は、「院内の多職種からケアに対するよい評価を得た」のような〈第三者からチームの変化を評価された〉や〈チームの変化を学会で発表しスタッフが自信を得た〉という変化にも結び付いていた。

試行後からインタビュー時点まで、導入した臨床倫理ガイドラインの内容がどのように活用されているかについては、「ガイドラインの導入はなかなか時間がかかるけれど、試行が終わればすぐに消えるものでもなく、残るもの」のように、〈時間が経ってもチームの中でガイドラインが意識されている〉場合と、時間の経過の中で「ガイドラインの内容を意識した行動が薄れている」と、〈試行後、継続には至っていない〉場合がみられた。

VII. 考察

1. 臨床倫理ガイドラインの機能

臨床倫理ガイドラインは、ケアの対象となる人々への日々のケアの考え方や行動の道筋を示す指針である。海外では、英国王立看護協会 (The Royal College of Nursing) が、対象者の尊厳を優先したケアを提供するためのキャンペーン「Dignity at the Heart of Everything We Do」を行っている¹⁶。Baillieら¹⁷は、「ある女性がオフィスの机に座っている男性に近づき、横柄な方法で男性の頭の上にテディベアを置いた。もしあなたがこのようなことをされたらどう思うか」と、日常場面の中で人の尊厳を問うDVDをキャンペーンのツールとして作成し、評価のためのインタビュー調査を行った¹⁸。その結果、「自分は常に尊厳を守っているが他のスタッフは損なっている」といった「スタッフの防衛に挑戦」し、「患者の尊厳を損なう実践を認識」し、「自分を取り巻く環境の中で日々の実践を問う」が見いだされた。これは、本研究の結果【導入に対する管理者の意識】の〈ガイドラインの必要性に疑問を抱く〉〈当然のことも臨床ではこの通りにいかない〉や、〈ガイドラインを読み判断に困る現状やジレンマが想起される〉〈ガイドラインを読み漫然と日々のケアを行っていたことに反省する〉に類似していた。

看護実践は、規範的、倫理的、美的基盤の上に構築されており (p. 294)¹⁸、看護実践と倫理は切り離せないものである。臨床倫理ガイドラインも Baillie らが作成したDVDも、日常的に理解しやすいような具体的な内容の中に尊厳や人権が暗示され、それを行動レベルで人々に伝える内容であるといえる。したがって、臨床倫理ガイドラインは、日常的で自明の知識として倫理が伝わる機能を有すると考えられた。加えて、臨床倫理ガイドラインの〈チェックリストがス

タッフの目に入るよう掲示する〉〈チームでガイドラインの読み合わせを行う〉のような使い方は、重要なことを思い出させる reminder としての倫理ガイドラインの役割¹⁹を果たし、省察的实践に必要な内省が行われる契機になると考える。

以上のことから、臨床倫理ガイドラインは看護職へ倫理を効果的に伝えるツールであると考えられた。臨床倫理ガイドラインに接した看護職がネガティブな反応を起こすリスクもあるが、受け入れられれば reminder として機能し、看護職が自律的に倫理的実践に取り組む支援ツールとなりうるということが考えられる。

2. 組織文化の変革に向けた管理者の取り組み

医療や看護を受ける人々は、医療の高度化と少子高齢化の影響を受け、医療資源の有効活用と医療費の抑制への対応に迫られた保健医療福祉システムの中で過ごしている。そのような中でも、看護管理者は、その人本来の姿を重視しながらチームとして組織としてのポリシーをもち、表明し、ポリシーに基づくケアを継続すること (p. 2)⁸が必要であると考えられる。

今回、対象者の多くは臨床倫理ガイドラインの試行が現場にどのような影響があるのかを考え、【管理者が行った導入のための段取り】を行い、〈管理者の思いをスタッフに伝える〉〈チームの核となる人物から働きかける〉〈チームとして共通理解が得られるよう管理者が丁寧に説明する〉のような【管理者からスタッフへの働きかけ】を行っていた。これは、管理者がその人の権利や尊厳を尊重したいというポリシーを表明し、チームで共有し、看護に活かすことを狙った取り組みであったと考える。倫理的な組織文化の変革には管理者の意思決定が最も重要になる²⁰。チームという組織体で患者中心のケアを提供するためには、まず、管理者が患者中心というポリシーを表明する重要性が示唆された。

中には異を唱えるスタッフの力が影響し〈マイナスに引っ張るスタッフを巻き込みきれない〉場合もみられた。今回、その理由の十分な特定には至らなかったが、もしスタッフが、所属する組織を「自律的に考え行動できるような体制や文化でない」「人的・物的資源が極端に不足」と捉え、自身も尊重されていないと思っていれば、患者中心というポリシーを持ち倫理的な行動をとることは難しいだろう。Robins²¹は、組織文化を変革するためには劇的な危機、またはそれを作り出すことが必要であると述べている。スタッフ全体での取り組みに繋がらない危機を機会と捉え、スタッフがケアに関する気がかりや問題を自由に話し合える場を意図的に作ることが、組織文化の変革に結び付くと考える。

3. 管理者やチームの変化

今回の研究で特徴的だったのは、【管理者・チームの変化】であった。このうち、対象者である管理者の変化の特徴は、〈管理者が尊厳の意味を考えるようになった〉のように、倫理的な視点をもつことの大切さに気づくと〈管理者が倫理の学習をした〉という行動に結び付いていたことであった。これらの変化がみられた対象者の一部の【導入に対する管理者の意識】は、〈ガイドラインの必要性に疑問を抱く〉〈当然のことでも臨床ではこのとおりにいかない〉であった。もし対象者に倫理的感受性が存在していなければ、このような反応は起きなかっただろう。したがって、臨床倫理ガイドラインには対象者に内在する倫理的感受性を高める可能性があると考えられる。

チームとしての変化の特徴は、【ガイドラインの活用方法】で見いだされた〈身体拘束予防ガイドラインの項目をアセスメントシートにアレンジし使用する〉〈患者の症状や行動の意味を見極めるために使用する〉のように、各自がガイドラインをその場で開き、自分の身の回りの状況に照合し、実践に活かしたことである。その成果は、〈身体拘束の解除が実現できた〉〈スタッフが患者の考えを尊重し関わるようになった〉のように、患者主体の看護をスタッフやチーム全体で認識し行動するといった【管理者・チームの変化】にも表れていた。先行研究では、倫理的問題の解決プロセスの理解には、看護部の倫理委員会活動や勉強会における具体的事例の振り返りが有効であると述べられているが^{22, 23}、「倫理的な行動をとるためには抽象的な理解や議論だけでは不十分」(p. 19)²⁴とも言われている。実際の現場で臨床倫理ガイドラインを使う行為は、看護職の倫理的感受性を高めるとともに倫理的な行動を促すと考える。

また、〈チーム全体で倫理について話し合うようになった〉〈第三者からチームの変化を評価された〉という変化には、対象者の【管理者からスタッフへの働きかけ】が作用した可能性がある。DooleyとMcCarthyは、モラルスペースの重要性を述べている。モラルスペースとは物理的な場所ではなく、自己決定権の尊重が基本にあり、良心的反対を表明する機構が存在し、その表明を受け止める担当者がおり業務に関する良心的抵抗や考え方の相違が話し合われ、倫理的な問題がある場合はいつでも話し合いをもつことができるような環境である (p. 213)²⁵。モラルスペースの内容とこれらの変化を比較すると、たとえば、〈スタッフ・管理者同士が互いに支え合う〉〈管理者主導ではなく、スタッフが行うことを見守る〉〈意見を言えないスタッフには管理者から声をかける〉〈スタッフが気持ちを吐き出せるよう機会を作る〉がモラルスペースとして機能し、チーム全体の変化を支えていたと考える。

4. 高齢者の日々のケアへのガイドラインの活用可能性

治療や看護を受ける高齢者に対するケアは、回復や改善を目指すものではなく、その人にとってよりよい状態で生き抜くことを日々のケアにより支えるものである。高齢者の強みと健やかさを増すのは日々のケアであり、それこそが人生最期のときを輝かせる秘訣である²⁶。毎日繰り返される丁寧な日々のケアや高齢者の意思の確認が、高齢者の尊厳を守ることになる。桑田²⁶は、高齢者の尊厳が保持されるためには「苦痛がない」「惨めでない」「大切にしてもらっていた」の三つが揃うケアの実践が必要であると述べている。しかし、ごく当たり前と思えるこれらを継続して実践することは容易いことではない。目に見える手応えが得にくい状況にある高齢者へのケアに対しては、なおさらのことである。本研究結果の【管理者・チームの変化】で自分たちのケアについて第三者からよい評価を得たことは、スタッフにとって尊厳を守るケアが実体験としてわかるものであり、自信や次のケアへのエネルギーにも繋がると考える。

また、高齢者にとってのよりよい状態は人それぞれである。それゆえ、目の前にいる高齢者の状況を知ることが重要である。本研究結果の【ガイドラインの活用方法】では、ガイドラインが判断に迷うときの基準やスタッフへの教育に活用され、【管理者・チームの変化】では、患者主体の行動へと変化したスタッフの様子が導き出された。谷本ら²⁷は、高齢者ケアの実践を積み重ねた熟練看護師の実践から、日常ケアが高齢者にとってどうなのかと問いつつ行う援助技術のあり様を示した。高齢者に必要な日々のケアは看護を必要とする人々へのケアの基本である。臨床倫理ガイドラインは、忙しい日々の中、立ち止まり、自分や部署全体のケアを振り返るための道標として活用することができるだろう。

VIII. 結論

臨床倫理ガイドラインを試行した看護管理者10名を対象に、臨床倫理ガイドライン導入の取り組みと、導入によるチームや看護管理者の認識や行動の変化をインタビュー調査した。質的帰納的にカテゴリー化した。その結果、5カテゴリー【導入に対する管理者の意識】【管理者が行った導入のための段取り】【管理者からスタッフへの働きかけ】【ガイドラインの活用方法】【管理者・チームの変化】が見いだされた。

臨床倫理ガイドラインには看護職に重要なこと想起させるreminderとしての機能や、日々のケアの振り返り、道標としての機能を有することが示唆された。臨床倫理ガイドライン導入に取り組むにあたっては、チーム全体で倫理を中心に考えるために看護管理者が意思表明をする重要性が示唆された。導入により対象

者やチームの倫理的感受性の向上や行動の変化があったと考えられた。

IX. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、臨床倫理ガイドラインの試行を担った方を対象として行った。限られた対象者により見いだされた結果であり、一般化には限界がある。

今後の課題は、臨床倫理ガイドラインの導入方法の体系化や長期的に活用した場合のチーム・看護管理者の認識や行動の変化、効果的な活用方法や組織文化の変革に及ぼす影響の検証である。

謝辞

本研究へのご協力をいただきました施設の看護部長様、対象者の皆様に深く感謝いたします。

長谷川美栄子氏、三浦直子氏にはデータ収集者・学術的助言者として協力をいただきました。また、高田早苗氏、鶴若麻里氏、大串祐美子氏、鈴木真理子氏には学術的助言者として協力をいただきました。心より感謝申し上げます。

助成

本研究は日本看護倫理学会より資金の提供を受けたものである。

利益相反

本研究は日本看護倫理学会臨床倫理ガイドライン検討委員会が作成した臨床倫理ガイドラインについての研究である。

本研究は日本看護倫理学会より交通費・テープ起こしなどに関する資金の提供を受けた。

文献

1. 内閣府. 第1章第1節 高齢化の状況. 平成27年度 高齢化の状況及び高齢化社会対策の実施状況. 平成28年度版高齢化白書(概要版) [インターネット]. 2016. [検索日2016年8月7日] <http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/gaiyou/pdf/1s1s.pdf>
2. 日本看護協会. 看護者の倫理綱領 [インターネット]. 2003. [検索日2016年8月7日] <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/rinri.html>
3. 日本看護倫理学会. 医療や看護を受ける高齢者の尊厳を守るためのガイドライン [インターネット]. 2015. [検索日2016年8月7日] http://www.jnea.net/pdf/guideline_songen_2015.pdf
4. 鳥田美紀代. 入院している高齢者の主体的な療養生活を支援することに関連した医療現場の課題と対策. 千葉看護学会誌. 2012; 18(1): 11-18.
5. 山本美輪, 白井キミカ. 高齢者の身体的抑制に直面する病棟勤務看護師のジレンマの概要. 老年社会科学. 2004; 25(4): 417-427.
6. INR日本版編集委員会. 臨床で直面する倫理的諸問題—キーワードと事例から学ぶ対処法—. 東京: 日本看護協会出版会; 2001.
7. 厚生労働省. 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン [インターネット]. 2007. [検索日2016年8月7日] <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/s0521-11.html>
8. 厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業) 高齢者に対する適切な医療提供に関する研究(H22-長寿-指定-009) 研究班. 日本老年医学会, 全国老人保健施設協会, 日本慢性期医療協会. 高齢者に対する適切な医療提供の指針 [インターネット]. 2010. [検索日2016年8月7日] http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/geriatric_care_GL.pdf
9. 日本看護倫理学会. 身体拘束予防ガイドライン [インターネット]. 2015. [検索日2016年8月7日] http://www.jnea.net/pdf/guideline_shintai_2015.pdf
10. 高田早苗, 友竹千恵, 内山孝子, 長谷川美栄子, 鈴木真理子, 大串祐美子. 医療や看護を受ける高齢者の尊厳を守るためには? 日本看護倫理学会第7回年次大会. 日本看護倫理学会第7回年次大会予稿集; 2014年5月26日; 名古屋市. 愛知: 名古屋大学医学部保健学科看護学専攻基礎看護学講座内日本看護倫理学会第7回年次大会事務局; 2014: p. 63.
11. 長谷川美栄子, 鈴木真理子, 大串祐美子, 高田早苗, 友竹千恵, 内山孝子. 身体拘束は本当になくせないのか? 日本看護倫理学会第7回年次大会. 日本看護倫理学会第7回年次大会予稿集; 2014年5月26日; 名古屋市. 愛知: 名古屋大学医学部保健学科看護学専攻基礎看護学講座内日本看護倫理学会第7回年次大会事務局; 2014: p. 65.
12. 長谷川美栄子, 高田早苗, 浅井さおり他. 〈医療や看護を受ける高齢者の尊厳を守るためのガイドライン(案)〉〈身体拘束予防ガイドライン(案)〉の試行をめぐって. 日本看護倫理学会第8回年次大会. 日本看護倫理学会第8回年次大会予稿集; 2015年6月13日; 神戸市. 兵庫: 関西国際大学保健医療学部看護学科内日本看護倫理学会第8回年次大会事務局; 2015: p. 52.
13. 友竹千恵, 浅井さおり, 内山孝子他. 日本看護倫理学会臨床倫理ガイドライン試行の状況と試行参加者の反応の変化. 日本看護倫理学会第9回年次大会. 日本看護倫理学会第9回年次大会予稿集; 2016年5月22日; 京都市. 京都: 京都橘大学看

- 護学部内日本看護倫理学会第9回年次大会事務局；2016；p. 88.
14. 長谷川美栄子, 高田早苗, 浅井さおり他. 日本看護倫理学会臨床倫理ガイドライン試行実施状況報告. 日本看護倫理学会第9回年次大会. 日本看護倫理学会第9回年次大会予稿集；2016年5月22日；京都市. 京都：京都橘大学看護学部内日本看護倫理学会第9回年次大会事務局；2016；p. 53.
 15. 高田早苗. 看護実践の質保証への学会の役割としてのガイドライン作成・普及, 日本看護系学会協議会ニュースレター [インターネット]. 2013；第20号：1. [検索日2016年8月1日] <http://www.jana-office.com/letter/newsletter20.pdf>
 16. Royal College of Nursing. Dignity [Internet]. [Accessed 2016 Aug 19] <https://www2.rcn.org.uk/newsevents/campaigns/dignity>
 17. Baillie L, Gallagher A. Raising awareness of patient dignity. *Nursing Standard*. 2012; 27(5): 44-49.
 18. Kim HS. 2000／上鶴重美監訳. 2006. 看護学における理論思考の本質. 東京：日本看護協会出版会.
 19. Eriksson S, Helgesson G, Segerdahl P. Provide expertise or facilitate ethical reflection?: A comment on the debate between Cowley and Crosthwaite. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2006; 9: 389-392.
 20. 長谷川美栄子. 看護倫理を組織に定着するために. 日本看護倫理学会誌. 2014；6(1)：1-2.
 21. Robbins SP. 2005／高木晴夫訳. 2009. 新版組織行動のマネジメント. 東京：ダイヤモンド社.
 22. 中川典子. 看護部門の倫理的風土改革の試み—変革理論を用いたアプローチ—. 日本看護倫理学会誌. 2011；3(1)：47-51.
 23. 丹生淳子, 横山しのぶ. 新人看護師への看護倫理教育の評価—入職10カ月後の倫理的感受性の変化—. 日本看護学会論文集 看護総合. 2013；43：279-282.
 24. 日本看護協会. 臨床倫理委員会の設置とその活用に関する指針. 東京：社団法人日本看護協会；2006.
 25. Dooley D, McCarthy J. 2005／坂川雅子訳. 2006. 看護倫理2. 東京：みすず書房.
 26. 桑田美代子. 豊かな最晩年をつくる. 老年看護学. 2012；16(2)：21-25.
 27. 谷本真理子, 黒田久美子, 田所良之, 高橋良幸, 島田広美, 正木治恵. 高齢者ケアにおける日常倫理に基づく援助技術. 日本看護科学会誌. 2010；30(1)：25-33.