

病院の規模別からみた臨床看護師の 倫理的問題の体験と看護倫理教育への課題

*An examination of ethical situations and nursing ethics education of clinical nurses
from the perspective of hospital size*

長崎恵美子¹ 伊東美佐江¹

Emiko NAGASAKI

Misae ITO

キーワード：看護倫理、倫理的問題、臨床看護師、病院の規模

Key words : nursing ethics, ethical issues, clinical nurses, hospital size

本研究は、臨床看護師の倫理的問題の体験と教育の機会や知識の認知度を病院の規模別に明らかにした。大規模(301床以上)と中小規模(300床以下)病院に就業する看護師230人を対象とし、「ETHICS and HUMAN RIGHTS in NURSING PRACTICE」の日本語版に独自の項目を加えた質問紙で回答を得た。大規模病院が中小規模病院より倫理的問題の体験が多く、「インフォームドコンセントの有無」、「患者の権利と尊厳の尊重」、「どこから死とするか」、「個人的・宗教的価値に反して行動する」、「健康に危険の及ぶ可能性のある患者のケア」が有意に多く体験していた。教育の機会は大規模病院が多く、用語の理解の認知度や教育の必要性、倫理の関心度も大規模病院が高かった。教育の機会があると、知識だけでなく関心も高くなり、倫理的問題を捉えやすくなる。倫理的感受性を含めた教育内容の充実が必要と考える。

This study sought to clarify the educational opportunities, level of ethical knowledge, and ethical issues experienced by clinical nurses based on hospital size. Subjects were 230 nurses employed at larger (301 beds or more) and small to medium-sized (300 beds or less) hospitals. Subjects completed a questionnaire containing items from the Japanese version of “Ethics and human rights in nursing practice.” The results showed that nurses in larger sized hospitals were more experienced in tackling ethical issues, with significantly greater experience with reference to “respecting/not respecting informed consent,” “respect for the patient’s rights and dignity,” “determining when death occurs,” “acting against personal/religious values,” and “patient care with a possible risk for health” as compared to nurses in small to medium sized hospitals. Larger hospitals presented more educational opportunities regarding ethics, and level of recognition of the understanding of the terminology and importance of ethics education. Furthermore, the level of interest in ethics was higher in larger hospitals. With more educational opportunities, there was an increased interest in the theoretical knowledge of ethics and it was easier to perceive ethical issues. It is necessary to enhance the educational content in order to heighten nurses’ sensitivity to ethical issues.

I. はじめに

医療の進歩と高度化、超高齢社会、価値観の多様

化、患者の医療に関する関心の高さ、自己決定権の高まり、個人情報管理保護の適正化、人間関係の希薄化などにより、看護師は倫理的問題に直面し悩んでい

1 川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科 Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare, Kawasaki University of Medical Welfare

る¹。看護職は、医療の現場で最も近く、最も長く患者のそばにいて、患者や家族の思いをよく聴き理解する立場にある²。そのような臨床で働く看護師にとって、今後さらに倫理的問題は多様化、複雑化すると予測され³、高い倫理的判断や行動が必要になる。適確な倫理的判断や行動を行うには、倫理的問題を認識する看護師の能力にかかっているといえる。

日本看護協会⁴は、看護師として正しいと考える判断と異なる判断に直面した時の問いについて検討する枠組みとして、4つの倫理原則（自律・善行・無危害・正義）を提示している。これらの原則は、看護実践の基本的概念である「患者のニーズ」や「患者中心の看護」の中に含まれる要素といえ、他職種の理念にも共通し、医療専門職間の共通概念ということができ、それらを看護職者の中で確かなものとして定着していく必要がある。

日本看護協会⁵が1997年に全国の会員を対象に行った「看護実態調査」で、看護師が多くさまざまな倫理的問題に悩んだり直面していることが明らかになった以降も、先行研究^{1, 6-9}では、未だ多くの看護師が数々の倫理的問題を感じていることが示されている。その内容としては「看護師の充足状況」や「患者の権利と尊厳の尊重」を多く体験し、「身体拘束や薬剤による鎮静」、「インフォームドコンセントの有無の悩み」、「過剰／不十分な疼痛管理」、「患者間のニーズの相反」、「対象者に平等な対応ができない」、「不適切な判断や行動をする同僚に指摘できない」などさまざまな倫理的問題について悩んでいた。また、倫理的問題の対応についても「関係者と話し合う」、「第三者に相談」などが多数を占め、倫理委員会をもたないと回答したのも多い現状から、公式に検討して問題解決されていないことが予測されている。中には倫理的問題の体験がないと回答したものもあり、実際には起こっている倫理的問題を認識できていない可能性も危惧される。

看護倫理教育は、社会情勢の変化や国際的な流れを受けて、日本看護協会並びに各都道府県の看護協会との教育計画に基幹研修として位置付けられ¹⁰、2002年に日本医療機能評価機構が、病院機能評価（Ver. 4.0）に倫理の方針の表明や職員に対する倫理教育を評価する視点を追加したことも伴い、臨床倫理委員会を設置する医療施設は増加した。しかし、現状では、職員の抱える倫理的諸問題の解決に向けた事例相談対応などを十分に行っている施設は、まだ少ない³。それぞれの組織において倫理教育に関する方法や内容が異なり、倫理委員会の設置などにも差がある。先行研究^{1, 6-9}では、大学病院や大規模病院など主に急性期医療を中心とした大規模病院における倫理的問題の実情は明らかにされているが、施設の役割として求められる機能が異なる病院の規模を対象とした研究はなく、

また規模別に比較した報告や中小規模病院を対象とした研究報告はない。

本研究では、臨床看護師の倫理的問題の体験や対処、施設における検討の場、倫理に関する教育の機会や一般の知識の認知度を病院の規模別に明らかにする。このことにより、臨床看護師をとりまく倫理的問題や社会的状況を考慮しつつ、病院の規模ごとの実情に応じた、より具体的な倫理教育の方向性を見いだすことが可能になるためである。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

横断的調査研究である。

2. 研究対象者

全国の赤十字病院98施設のうち、診療所と健康管理センターを除いた計92施設から、対象数が均等になるように規模別に層化無作為抽出し、同意の得られた大規模病院（301床以上）6施設、中小規模病院（300床以下）9施設の計15施設に就業する看護師を対象とした。なお、精神科病棟、手術室、外来を除く部署に就業する看護師とした。

3. 用語の定義

倫理的問題とは、「倫理的思考や倫理的意思決定を必要とする状況、あるいは道徳的価値の対立が起こっている状況」⁴とする。

4. 調査期間

2015年7～10月に実施した。

5. データ収集方法

各病院の看護部長に、調査協力依頼書と看護部長用質問紙と同意書・同意撤回書を送付した。調査の協力を同意した場合、同意書への看護部長の署名・押印後に同意書と質問紙を別々の返信用封筒で返送していただいた。

調査の協力を同意した看護部長に、看護師宛調査協力依頼書・看護師用質問紙・返信用封筒を対象看護師数分送付し、それらを看護師に配布していただいた。看護師には無記名で質問紙に回答していただき、質問紙を返信用封筒に入れ、個別郵送とした。

6. 調査内容

1) 看護部長への調査内容

総病床数、看護体制、倫理委員会の設置と看護師の参加の有無、倫理委員会での倫理的問題の検討の有無、看護倫理研修の有無とした。

2) 看護師への調査内容

(1) 基本的属性、(2) 倫理的問題の体験頻度、

(3) 倫理的問題の対処、(4) 倫理教育の機会と必要性、(5) 倫理に関する一般的知識の認知度とした。

(1) 基本的属性

性別、年齢、看護師経験年数、最終学歴、職位、資格の有無とした。

(2) 倫理的問題の体験頻度と対処

倫理的問題の体験頻度と対処について、1997年にフライらが作成した「ETHICS and HUMAN RIGHTS in NURSING PRACTICE」の日本語版を著者ならびに翻訳者に使用許可を得て使用した。この測定尺度は、看護実践における倫理的問題の体験頻度35項目と倫理的問題の対応と教育から構成されている。フライらによる調査では、クロンバック $\alpha=0.91$ であった。日本語版質問紙の作成にあたっては、米国の看護倫理研究者とともに、項目の意味を吟味し、日本での使用に適う妥当な内容であるか検証され、クロンバック $\alpha=0.91$ であった¹。

回答方法は、過去1年間に体験した頻度について、「全くなかった」を0点、「ほとんどなかった」を1点、「時々あった」を2点、「頻繁にあった」を3点の4段階で回答を求め、「全くなかった」を「なし」、「ほとんどなかった」～「頻繁にあった」を「あり」とした。特に悩んだ問題について、問題解決時の相談相手に関する13項目で有無を質問した。その中から「対処しなかった」項目の理由を、研究者と臨床経験のある看護師の意見を参考に独自で作成し、複数回答で求めた。

施設における倫理的問題の検討の場の有無、メンバーの構成内容について「看護師のみの構成」、「多職種構成」、「単一部署の話し合い」、「複数部署の話し合い」について択一回答式質問を行った。

(3) 倫理教育の機会と必要性

教育の必要性について、「ほとんど必要がない」=0～「とても必要である」=4とし、倫理を学んだ経験については、「院内研修」、「学会・研究会」、「日本看護協会の研修」、「倫理に関する講演会」、「なし」、「その他」の6項目の複数回答とした。また、看護倫理に関する関心度について「全く関心がない」=0～「非常に関心がある」=10で得点化した。

(4) 倫理に関する一般的知識の認知度

倫理に関する一般的知識について、「全く知識がない」=0～「極めて知識がある」=4の回答を求めた。倫理に関する用語の理解について、看護師国家試験の過去問題集の中から看護倫理における重要項目のキーワードとなる用語を判断し、「倫理原則（自律・善行・無危害・正義）」、「ケアリング」、「アドボカシー」、「倫理的ジレンマ」、「インフォームドコンセント」、「4分割表」、「看護者の倫理綱領」、「研究における倫理的配慮」、「生命維持装置における決定」、「抑制の使用における倫理的課題」、「臓器移植」、「終末期ケアにおける決定」、「生殖医療」、「遺伝子検査」の14項目を、研

究者間で吟味し独自で作成した。回答については、「言葉も意味も知らない」を1点、「言葉は知っているが意味は知らない」を2点、「言葉の意味を理解している」を3点とした。

7. 分析方法

データは、統計解析パッケージソフトIBM SPSS Statistics Desktop 22.0 for Base and all Modulesを用いて統計的に分析した。病院の規模別に記述統計を算出し、倫理的問題の体験頻度、規模別の倫理教育の必要性、倫理に関する関心度や知識については、Mann-WhitneyのU検定を行った。最も悩んだ倫理的問題の対処と倫理教育の機会については、Fisherの正確確率検定を行った。なお、有意水準は5%未満とした。

8. 倫理的配慮

本研究は、川崎医療福祉大学の倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号15-022）。

看護部長宛ての調査協力依頼書には、調査の協力に一旦同意した場合でも、途中辞退することができ、不利益は一切生じないことを明記した。ただし看護師が質問紙を返送した後にその破棄を求めても、質問紙は無記名のため個人を特定できず、データとして分析されてしまうことを併記し、看護師宛の調査協力依頼書には、質問紙の返送をもって調査協力の同意とすること、質問紙を返送しなくても不利益は一切生じないことを明記した。また、両調査協力依頼書には、個人や施設が特定されないよう統計的に分析し、データの保存期間、研究成果の公表を明記した。

Ⅲ. 結果

質問紙の配布数は984人で、回収は、大規模病院106人(34.9%)、中小規模病院183人(27.2%)の計283人(回収率31.1%)で、本研究では、倫理的問題の体験の欠損値を除く、大規模病院88人(83.0%)、中小規模病院142人(77.6%)の計230人(有効回答率81.3%)を分析対象とした。

1. 対象施設の概要(表1)

対象施設の特性は表1のとおりである。

2. 対象者の背景

看護師の性別は、大規模病院で男性2人(2.3%)、女性84人(95.4%)（無回答2名）、中小規模病院で男性8人(5.6%)、女性134人(94.4%)であった。平均年齢は、大規模病院で 37.5 ± 9.5 歳、中小規模病院で 37.2 ± 10.2 歳であった。看護師の経験年数の平均は、大規模病院で 15.0 ± 9.0 年、中小規模病院で 14.8 ± 9.6 年であった。

表1 対象施設の概要

ID	規模別	病床数	病床機能	倫理委員会	倫理委員会	倫理委員会	看護倫理研修の 有無	看護倫理研修の内容
				設置	看護師参加の 有無	倫理的問題検討の 有無		
1	大規模	701～800床	救急、急性期	有	有	有	有	倫理原則、事例検討
2	大規模	701～800床	救急、急性期	有	有	有 主に研究	必修	バイオエシックスの基本原則、 臨床倫理、4分割法で事例展 開
3	大規模	501～600床	救急、急性期	有	有	無回答	必修	インフォームドコンセント、 倫理的問題、倫理的行動
4	大規模	601～700床	救急、急性期	有	有	有	必修	赤十字の原則、看護師の倫理 綱領、4分割表、ロールプレ イング
5	大規模	401～500床	救急、急性期	有	有	無	必修	看護師の倫理綱領、4分割表 で事例検討
6	大規模	301～400床	救急、急性期	有	有	有	有	看護倫理と解決法の講義、事 例検討
7	中小規模	201～300床	回復期	有	有	有	必修	看護倫理の基礎知識
8	中小規模	201～300床	急性期	有	有	無	有	看護倫理の基礎、講義形式
9	中小規模	100床以下	療養型	有	有	無	必修	看護師の倫理綱領の講義
10	中小規模	101～200床	急性期～慢性期	無	無	無	必修	赤十字と看護倫理の講義
11	中小規模	101～200床	急性期～慢性期	無	無	無	必修	赤十字の7原則、事例分析
12	中小規模	101～200床	急性期～慢性期	有	有	無	必修	看護師の倫理綱領、4分割法 の講義
13	中小規模	100床以下	不明	無	無回答	無回答	無	研修参加者の伝達講習
14	中小規模	201～300床	急性期	有	有	有	有	看護師の倫理綱領の講義
15	中小規模	100床以下	慢性期	有	有	有 主に研究	必修	看護師の倫理綱領、ジレンマ

[注] 病床数については、対象施設の匿名性確保のため100床単位での表記とした。

看護師の最終学歴は、大規模病院で専門学校卒が62人(70.5%)、短期大学卒が6人(6.8%)、大学卒が16人(18.2%)、大学院卒が1人(1.1%)、中小規模病院では、専門学校卒が113人(79.6%)、短期大学卒が5人(3.5%)、大学卒が20人(14.1%)、大学院卒が4人(2.8%)で、全体でも専門学校卒が約8割を占めていた。

職位については、大規模病院で師長・副師長が13人(14.8%)、主任・副主任・係長が12人(13.6%)、スタッフナースが61人(69.3%)、中小規模病院では、師長・副師長が20人(14.1%)、主任・副主任・係長が20人(14.1%)、スタッフナースが102人(71.8%)であった。

資格については、大規模病院で、なしが72人(81.8%)、認定看護師が5人(5.7%)、専門看護師が0人(0%)、その他が4人(4.5%)で、中小規模病院では、なしが122人(85.9%)、認定看護師が5人(3.5%)、専門看護師1人(0.7%)、その他10人(7.0%)であり、その他に関しては、糖尿病療養指導士が大半を占めていた。

3. 倫理的問題の体験(表2)

大規模病院が中小規模病院より、「8.個人的・宗教的な価値に反して行動する」($p=0.009$)、「12.どの時点から死であると決定するか(例:臓器移植と関連して)」($p=0.013$)、「26.患者の権利と尊厳を尊重する」($p=0.007$)、「27.治療に関するインフォームドコンセントの有無について悩む」($p=0.009$)、「30.自らの健康に危険が及ぶ可能性のある患者のケアをする」($p=0.026$)の5項目を多く体験していた。

倫理的問題の体験35項目の合計得点の平均値は、大規模病院で 32.4 ± 13.0 点、中小規模病院では 28.8 ± 12.6 点で、大規模病院のほうが倫理的問題を多く体験していた($p=0.039$)。

倫理的問題の体験頻度35項目の中で、病院の規模別における最も悩んだ倫理的問題上位5位は、大規模病院では、「患者に十分な看護ケアを提供できない看護師の充足状況」20人(22.7%)、「看護師-医師(他の専門家)の関係における対立」10人(11.4%)、「患者の安全確保のために身体拘束や鎮静をするかしないか」9人(10.2%)、「不適切な方法で死に逝く過程を引き延ばす」7人(8.0%)、「過剰であったり不十分であったりする疼痛管理」6人(6.8%)の順であった。

表2 倫理的問題の体験

(n=230) 度数 (%)

	大規模 n=88						中小規模 n=142					
	体験頻度			最も悩んだ問題の回答割合			体験頻度			最も悩んだ問題の回答割合		
	頻繁にあり	時々あり	殆どない	全くない	頻繁にあり	時々あり	殆どない	全くない	頻繁にあり	時々あり	殆どない	全くない
1. 不適切な方法で死に近づく過程を引き延ばす	1 (1.1)	29 (33.0)	35 (39.8)	23 (26.1)	7 (8.0)	2 (1.4)	44 (31.0)	49 (34.5)	47 (33.1)	7 (4.9)	0.439	
2. 患者や家族の意向に反して患者の治療を中止しないか	1 (1.1)	23 (26.1)	40 (37.5)	24 (27.3)	5 (5.7)	1 (0.7)	35 (24.6)	58 (40.8)	48 (33.8)	11 (7.7)	0.396	
3. 延命処置を継続するか、中止するか	4 (4.5)	30 (34.1)	27 (30.7)	27 (30.7)	2 (2.3)	9 (6.3)	49 (34.5)	45 (31.7)	39 (27.5)	6 (4.2)	0.583	
4. 患者の意思を知らずに患者を蘇生するかしないか	2 (2.3)	18 (20.5)	36 (40.9)	32 (36.4)	1 (1.1)	6 (4.2)	36 (25.4)	45 (31.7)	55 (38.7)	3 (2.1)	0.704	
5. 重度の心身障害を持つ対象者に対して積極的治療をするかしないか	2 (2.3)	10 (11.4)	14 (15.9)	62 (70.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (7.0)	22 (15.5)	110 (77.5)	0 (0.0)	0.171	
6. 患者の生命の質 (QOL) が考慮されていない	1 (1.1)	34 (38.6)	42 (47.7)	11 (12.5)	4 (4.5)	2 (1.4)	50 (5.2)	58 (40.8)	32 (22.5)	3 (2.1)	0.235	
7. 患者に十分な看護ケアを提供できない看護師の充足状況	25 (28.4)	43 (48.9)	13 (14.8)	7 (8.0)	20 (22.7)	37 (26.1)	64 (45.1)	37 (26.1)	4 (2.8)	28 (19.7)	0.533	
8. あなたの個人的価値や宗教的価値に反して行動する	4 (4.5)	28 (31.8)	32 (36.4)	24 (27.3)	1 (1.1)	3 (2.1)	27 (19.0)	55 (38.7)	57 (40.1)	1 (0.7)	0.009**	
9. 患者の個人的価値や宗教的価値に反して治療やケアをする	1 (1.1)	21 (23.9)	36 (40.9)	30 (34.1)	0 (0.0)	5 (3.5)	18 (12.7)	57 (40.1)	62 (43.7)	0 (0.0)	0.092	
10. 対象者に虐待や無視が行われている時になんらかの行動をとるか、とらないか	0 (0.0)	6 (6.8)	23 (26.1)	59 (67.0)	0 (0.0)	3 (2.1)	11 (7.7)	33 (23.2)	95 (66.9)	0 (0.0)	0.844	
11. 費用がかかる、または不足している医療資源を患者にどのように配分するか	7 (8.0)	24 (27.3)	25 (28.4)	32 (36.4)	3 (3.4)	3 (2.1)	31 (21.8)	45 (31.7)	63 (44.4)	2 (1.4)	0.067	
12. どの時点から死であると決定するか (例: 臓器移植と関連して)	0 (0.0)	7 (8.0)	23 (26.1)	58 (65.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (3.5)	23 (16.2)	114 (80.3)	0 (0.0)	0.013*	
13. ケアの質を脅かす医療制度に従ってケアを実践する	1 (1.1)	11 (12.5)	29 (33.0)	47 (53.4)	0 (0.0)	1 (0.7)	11 (7.7)	46 (32.4)	84 (59.2)	1 (0.7)	0.287	
14. 患者の秘密やプライバシーが尊重されていない	2 (2.3)	14 (15.9)	28 (31.8)	44 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (7.7)	55 (38.7)	76 (53.5)	1 (0.7)	0.241	
15. 医療従事者として非倫理的、能力が低い、不適切な行動をとる同僚と働く	2 (2.3)	34 (38.6)	36 (40.9)	16 (18.2)	2 (2.3)	13 (9.2)	42 (29.6)	58 (40.8)	29 (20.4)	6 (4.2)	0.974	
16. 患者や家族の自律性 (autonomy) が無視されている	0 (0.0)	23 (26.1)	41 (46.6)	24 (27.3)	0 (0.0)	3 (2.1)	26 (18.3)	81 (57.0)	32 (22.5)	0 (0.0)	0.998	
17. 治療や予後の情報を正しく与えられていない状況で患者や家族のケアをする	1 (1.1)	18 (20.5)	45 (51.1)	24 (27.3)	3 (3.4)	1 (0.7)	29 (20.4)	60 (42.3)	52 (36.6)	2 (1.4)	0.287	
18. 治療に関する未成年患者の意思と親の意思が対立し、どちらをとるかを決める	0 (0.0)	1 (1.1)	13 (14.8)	74 (84.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (2.8)	17 (12.0)	121 (85.2)	0 (0.0)	0.864	
19. 患者を差別して扱う	0 (0.0)	8 (9.1)	33 (37.5)	47 (53.4)	1 (1.1)	0 (0.0)	8 (5.6)	44 (31.0)	90 (63.4)	0 (0.0)	0.117	
20. 患者の安全確保のために身体拘束や鎮静をするかしないか	26 (29.5)	45 (51.1)	14 (15.9)	3 (3.4)	9 (10.2)	34 (23.9)	71 (50.0)	29 (20.4)	8 (5.6)	33 (23.2)	0.190	
21. 患者の終末期事前意思を尊重するかしないか	0 (0.0)	12 (13.6)	25 (28.4)	51 (58.0)	0 (0.0)	1 (0.7)	13 (9.2)	44 (31.0)	84 (59.2)	2 (1.4)	0.713	
22. あなたの良心に反して妊娠中絶や不妊治療を介助する	0 (0.0)	3 (3.4)	4 (4.5)	81 (92.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.4)	5 (3.5)	135 (95.1)	0 (0.0)	0.343	
23. 臓器や組織の移植が公平に行われているか	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (6.8)	82 (93.2)	1 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (6.8)	135 (95.1)	0 (0.0)	0.548	
24. 過剰であったり不十分であったりする疼痛管理	4 (4.5)	38 (43.2)	30 (34.1)	16 (18.2)	6 (6.8)	9 (6.3)	39 (27.5)	62 (43.7)	32 (22.5)	10 (7.0)	0.100	
25. 過剰であったり不十分であったりする処置や検査の指示	7 (8.0)	40 (45.5)	27 (30.7)	14 (15.9)	0 (0.0)	8 (5.6)	46 (32.4)	64 (45.1)	24 (16.9)	2 (1.4)	0.069	
26. 患者の権利と尊厳を尊重する	27 (30.7)	31 (35.2)	24 (27.3)	6 (6.8)	2 (2.3)	20 (14.1)	59 (41.5)	42 (29.6)	21 (14.8)	1 (0.7)	0.007**	
27. 治療に関するインフォームドコンセントの有無について悩む	14 (15.9)	37 (42.0)	28 (31.8)	9 (10.2)	3 (3.4)	5 (3.5)	56 (39.4)	64 (45.1)	17 (12.0)	1 (0.7)	0.009**	
28. 危険な設備や環境のもとで働く	4 (4.5)	17 (19.3)	34 (38.6)	33 (37.5)	2 (2.3)	8 (5.6)	27 (19.0)	65 (45.8)	42 (29.6)	1 (0.7)	0.359	
29. 看護師-医師 (他の専門家) の関係における対立	15 (17.0)	39 (44.3)	25 (28.4)	9 (10.2)	10 (11.4)	14 (9.9)	65 (45.8)	46 (32.4)	17 (12.0)	9 (6.3)	0.208	
30. 自らの健康に危険が及び可能性のある患者のケアをする	9 (10.2)	41 (46.6)	25 (28.4)	13 (14.8)	3 (3.4)	9 (6.3)	52 (36.6)	47 (33.1)	34 (23.9)	4 (2.8)	0.026*	
31. ターミナル期にある患者の安楽死に関わるか関わらないか	4 (4.5)	8 (9.1)	26 (29.5)	50 (56.8)	1 (1.1)	4 (2.8)	14 (9.9)	29 (20.4)	95 (66.9)	1 (0.7)	0.166	
32. 医療従事者や医療施設の非倫理的または違法な行為を明らかにする	0 (0.0)	5 (5.7)	25 (28.4)	58 (65.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (3.5)	34 (23.9)	103 (72.5)	0 (0.0)	0.266	
33. 患者が研究の対象となる場合に患者の権利を護る	2 (2.3)	13 (14.8)	20 (22.7)	53 (60.2)	0 (0.0)	7 (4.9)	20 (14.1)	21 (14.8)	94 (66.2)	0 (0.0)	0.575	
34. 患者の承諾なしに実験的な治療方法や装置を用いる	0 (0.0)	2 (2.3)	12 (13.6)	74 (84.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (3.5)	14 (9.9)	123 (86.6)	0 (0.0)	0.634	
35. 患者が必要なケアを受けられなくなるような医療制度のもとで看護する	2 (2.3)	3 (3.4)	21 (23.9)	62 (70.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (2.1)	30 (21.1)	109 (76.8)	0 (0.0)	0.238	

[注] Mann-WhitneyのU検定、* : p<.05, ** : p<.01

表3 最も悩んだ倫理的問題の対処

(n=230) 度数 (%)

	大規模n=88	中小規模n=142	χ^2 値	P値
	あり	あり		
看護の同僚(達)と相談した	81 (92.0)	116 (81.7)	5.724	0.018*
あなたの尊敬する看護師に相談した	61 (69.3)	100 (70.4)	0.271	0.621
患者の主治医に相談した	50 (56.8)	64 (45.1)	1.646	0.205
他の専門家に相談した	32 (36.4)	15 (10.6)	20.606	0.000**
患者と相談した	28 (31.8)	27 (19.0)	3.995	0.054*
家族または友人に相談した	17 (19.3)	28 (19.7)	0.057	0.864
宗教カウンセラーに相談した	0 (0.0)	1 (0.7)	0.656	1.000
倫理委員会に(公式にまたは非公式に)相談した	2 (2.3)	1 (0.7)	0.954	0.563
患者の家族に相談した	18 (20.5)	54 (38.0)	9.514	0.003**
看護協会に相談した	0 (0.0)	1 (0.7)	0.627	1.000
誰にも相談しないで決定した	3 (3.4)	3 (2.1)	0.279	0.683
対処しなかった	10 (11.4)	14 (9.9)	0.073	0.826
対処しなかった理由(複数回答)				
多忙だったから	1 (10.0)	4 (28.6)		
検討の場を知らなかったから	0 (0.0)	2 (14.3)		
対処するほど重要な問題でないと考えたから	2 (20.0)	0 (0.0)		
相談相手がいなかったから	1 (10.0)	2 (14.3)		
言ってもどうにもならないから	6 (60.0)	12 (85.7)		

[注] Fisher直接法、* : $p < .05$, ** : $p < .01$, *** : $p < .001$

中小規模病院では、「患者の安全確保のために身体拘束や鎮静をするかしないか」33人(23.2%)、「患者に十分な看護ケアを提供できない看護師の充足状況」28人(19.7%)、「患者や家族の意向に反して患者の治療をするかしないか」11人(7.7%)、「過剰であったり不十分であったりする疼痛管理」10人(7.0%)、「看護師-医師(他の専門家)の関係における対立」9人(6.3%)の順であった。

4. 最も悩んだ倫理的問題の対処(表3)

両規模病院とも「看護の同僚と相談した」対処が最も多いが、大規模病院のほうが中小規模病院より有意に高かった($p=0.018$)。大規模病院が「他の専門家に相談した」もの($p=0.000$)や「患者と相談した」もの($p=0.054$)も多かった。一方、中小規模病院のほうが「患者の家族に相談した」ものは多い結果となった($p=0.003$)。最も悩んだ倫理的問題を「対処しなかった」と回答したものが、すべての病院の規模別でも10%前後あり、その理由として「言ってもどうにもならないから」が多かった。

5. 倫理教育の機会と必要性(表4)

倫理に関する教育の機会は、どちらも「院内教育」が最も多いが、大規模病院のほうが「倫理に関する講演会」が多かった。倫理教育の機会が「ない」と回答したものは、大規模病院ではなかったが、中小規模病

院では約2%あった。教育の必要性は、病院の規模別で有意差はなかったが、大規模病院のほうが高い傾向にあった。看護倫理の関心度は、大規模病院のほうが有意に高い結果となった($p=0.023$)。

6. 倫理に関する一般的知識の認知度(表5)

病院の規模において一般的知識の程度に差はなく、倫理に関する用語の理解は、大規模病院が中小規模病院より、「倫理原則」、「ケアリング」、「アドボカシー」、「倫理的ジレンマ」、「4分割表」、「看護師の倫理綱領」、「生殖医療」が有意に高く、「インフォームドコンセント」も高い認知であった。

IV. 考察

1. 倫理的問題の体験と対処

臨床看護師が最も悩む倫理的問題35項目は、病院の規模に問わず「患者に十分なケアを提供できない看護師の充足状況」、「患者の安全確保のために身体拘束や鎮静をするかしないか」、「患者の権利と尊厳を尊重する」、「治療に関するインフォームドコンセントの有無について悩む」、「看護師-医師(他の専門家)の関係における対立」が上位を占めており、先行研究^{1, 6-9}とほぼ類似する結果であった。

病院の規模別では、「治療に関するインフォームドコンセントの有無について悩む」、「患者の権利と尊厳を尊重する」、「あなたの個人的価値や宗教的な価値に

表4 倫理教育の機会と必要性

(n=230)

	大規模n=88	中小規模n=142	χ^2 値	P値
倫理に関する教育の機会 (複数回答) 度数 (%) ^a				
院内教育	83 (94.3)	113 (79.6)	10.953	0.001**
学会・研究会	26 (29.5)	29 (20.4)	2.485	0.115
日本看護協会の研修	38 (43.2)	58 (40.8)	0.122	0.784
倫理に関する講演会	39 (44.3)	38 (26.8)	7.521	0.009**
なし	0 (0.0)	13 (9.2)	8.539	0.002**
その他	2 (2.3)	3 (2.1)	0.007	1.000
倫理や人権に関する教育の必要性 (平均値±SD) ^b	3.35±0.732	3.15±0.790		0.052
看護倫理の関心度 (平均値±SD) ^b	6.87±1.865	6.31±1.909		0.023*

[注] ^a: Fisherの直接法、^b: Mann-WhitneyのU検定、* : $p < .05$, ** : $p < .01$, *** : $p < .001$

表5 倫理に関する一般的知識の認知度

(平均値±SD)

	大規模n=88	中小規模n=142	U値	P値
倫理に関する一般的知識	1.95±0.612	1.88±0.719	5782.00	0.448
倫理に関する用語の理解の認知度				
倫理原則 (自律・善行・無危害・正義)	2.66±0.547	2.45±0.640	4906.50	0.014*
ケアリング	2.35±0.719	1.97±0.673	4269.00	0.000**
アドボカシー	2.32±0.694	2.01±0.779	4693.00	0.004**
倫理的ジレンマ	2.86±0.411	2.65±0.599	5001.00	0.002**
インフォームドコンセント	2.95±0.262	2.91±0.352	5754.00	0.328
4分割表	2.08±0.884	1.58±0.767	4208.00	0.000**
看護者の倫理綱領	2.90±0.344	2.60±0.620	4636.50	0.000**
研究における倫理的配慮	2.85±0.394	2.72±0.537	5423.00	0.067
生命維持装置における決定	2.59±0.583	2.56±0.590	5842.00	0.711
抑制の使用における倫理的課題	2.77±0.501	2.71±0.501	5659.00	0.259
臓器移植	2.75±0.434	2.65±0.534	5518.50	0.208
終末期ケアにおける決定	2.70±0.487	2.69±0.509	6045.50	0.963
生殖医療	2.32±0.602	2.09±0.684	4898.50	0.014*
遺伝子検査	2.40±0.559	2.34±0.607	5760.50	0.539

[注] Mann-WhitneyのU検定、* : $p < .05$, ** : $p < .01$, *** : $p < .001$

反して行動する」について大規模病院の体験が多く、「どの時点から死であると決定するか (例: 臓器移植と関連して)」、「自らの健康に危険が及ぶ可能性のある患者のケアをする」も多い傾向にあった。これは、看護師に対して行動基準を定める際の枠組みとした「看護者の倫理綱領」の条文「1. 看護者は、人間の生命、人間としての尊厳及び権利を尊重する」、「4. 看護者は、人々の知る権利及び自己決定の権利を尊重し、その権利を擁護する」の内容¹¹であり、看護師が常に認識しやすい問題である。大規模病院の体験頻度が、中小規模病院に比べて、倫理委員会の設置があり、看護者の倫理綱領などを用いた看護倫理研修の機会が多く、検討する場も多いため、倫理的問題を認識しやすいのではないかと推察される。また、大規模病院は、

救急領域や高度医療に関わることが多く、「どの時点から死であると決定するか」など複雑でさまざまな倫理的問題を抱えているため、倫理的問題を体験する頻度が高いと考えられる。医療の高度化に伴い、救急の現場では、時間に余裕のない意思決定など患者とその家族は治療や延命処置など多くの複雑な選択を迫られる場面は多く、看護師は判断に困難感を感じるなど同様の悩みが多い^{6, 12}。

看護師は、患者によいことをしようと努力するが、自らの価値と相反することが起こりジレンマを感じる。看護において倫理的行動が困難になる状況には、医師との関係、患者への情報提供、患者のおもいと家族のおもい、看護者間の関係、自身の能力と業務の困難さがあると言われる¹³。これらの状況は、看護師と

医師との対立やインフォームドコンセント、自己決定など看護師が体験する倫理的問題の多くと一致している。

看護師は医療の高度化と患者のニーズの向上に伴い、化学物質や作業形態による物理的な要因などさまざまな危険因子に常にさらされている。「自らの健康に危険が及ぶ可能性のある患者のケアをする」において、肝炎・結核・HIVなどの感染症や抗がん剤などは基礎教育や組織での対策も講じられているが、常に患者と密に関わる看護師にリスクはあり¹⁴、これらの感染症患者を有する専門病院や長時間の放射線治療が必要な施設が影響した可能性がある。

「看護師の充足状況」は、先行研究^{1, 6-9}も含め多くの看護師が倫理的問題として体験していた。厚生労働省¹⁵によると医療技術の進歩、患者の高齢化・重症化、在院日数の短縮などから、看護職員の業務密度、負担が高くなっているとの指摘がある。その後、医療安全確保の観点から2006年度に7対1入院基本料が新設されたが、大規模病院でも看護師不足などによる現状は厳しく、さらに療養型病床や長期入院などを多く有する中小規模病院では、介護療養型医療施設（介護療養病床）の看護職員配置基準の25対1体制で、24時間における持続点滴、喀痰吸引、経管栄養など医療行為からそれに準じた処置を、高い頻度で実施している¹⁶。このような看護師の充足状況を課題として認識していた。

患者ケアに関する「看護師-医師（他の専門家）の関係における対立」は、看護師と医師の基本的な考え方に差があるために生じるとされる¹⁷。また、横尾らの研究¹⁸でも、報告された看護師の行動には、医師に従わざるを得ない看護師-医師関係があり、パターンリズムが存在している環境にあることも推測される。看護師が問題とするのは、対立そのものではなく、回避しようとする態度、議論を避けること、対立することによってケアの質に影響を与えてしまうこと、ケアの場以外で対立が続くことでいつまでもジレンマとして悔いが残る¹⁹。

看護師によって、倫理的視点からの問題の捉え方や問題への取り組み方、考え方や視点に違いがある。これは、看護師個々の倫理観・倫理的価値の捉え方に関わるもので、「抑制と安全、尊厳の捉え方と対処」や「同僚への同調と注意」、「情報保護」などへも影響を及ぼす。所属病院の医療理念、医療提供体制や医療内容、医療経済の状況などによって看護師が直面する倫理的問題には違いがあり、職場環境や倫理的風土、日頃からの倫理教育などの背景的要因が、看護師の倫理的問題の捉え方や対処に少なからず影響を与えている¹⁸。しかし、医師との対立が多い一方で、最も悩んだ倫理的問題の対処として、「患者の主治医に相談する」とした回答が45.1~56.8%あり、多職種との公平

な関係性での協働の中で看護師に求められる役割は大きいと推測される。

「身体拘束や薬剤による鎮静」は、両方の規模別において高い体験頻度を示している。一番患者の身近において、患者の生活を支援する看護師が、実施者となっていることが多く、「安全の確保」と「患者の尊厳の尊重」という2つの価値の狭間で悩みジレンマを感じる結果と考える。また、平成26年10月の調査²⁰では、入院患者の約7割が65歳以上であり、認知症を抱える高齢患者や環境の変化によるせん妄の出現など、臨床に勤務する看護師による安全の確保と尊厳の選択は非常に厳しいものとなっている。また今後も高齢社会は加速の一途をたどり、高齢者の入院患者は増加傾向にあり、対応の困難さがあり、これらの体験頻度も高まることが予測される。

2001年3月に身体拘束ゼロへの手引きが厚生労働省から発刊されたが、未だに悩んだり解決の割合が低い現状がある⁹。今後は、人員配置の充実や倫理的行動がとれる人材育成への教育体制など組織での看護体制の改革が求められる。

最も悩んだ倫理的問題の対処方法は、「看護の同僚と相談した」ものが両規模病院ともに最も多く、先行研究¹と同様であった。「倫理委員会に相談した」はどちらも少なく、倫理委員会の活用は少ないのが現状である。倫理的問題を客観的に捉えるために問いに向き合い、道徳的推論をするトレーニングを繰り返し行うことが必要であり²¹、倫理委員会での事例検討の機会を活発化が期待される。

最も悩んだ倫理的問題について「対処しなかった」と回答したものが約1割あり、先行研究¹と比較しても対処していない者の割合は減少していない。対処しなかった理由（複数回答）について、両規模病院において「言ってもどうにもならないから」が圧倒的に多かった。次に「多忙だったから」、「検討の場を知らなかった」、「対処するほど重要な問題ではないと思ったから」、「相談相手がいなかった」とさまざまな理由があった。「言ってもどうにもならないから」は、看護師の諦めの気持ちが窺える。また、「重要な問題でないと考えた」という回答も、倫理的問題と感じていながら、重要でないと思いつめや開きなおりといった、思考回避もしくは責任回避という回避型コーピングの対処行動と考える。

杉谷らは¹⁸、人は誰しも「人に対して倫理的な行動をとりたい」と考え、他者にもそれを求める。しかし、当然と思われることを実際には容易に実践できないために、諦めたりジレンマに悩む看護師は少なくない。今後、「諦め」という行動の構造を明らかにすることによって、看護師が倫理的問題に直面した時、どの問題にも専門職者として対処していくための支援が考えられる。看護師個々が倫理的行動を起こせるよう

に、多忙さを回避できる組織としての取り組みや実践に生かすことのできる倫理教育の改革が必要になる。

2. 看護倫理に関する知識と教育

倫理に関する一般的知識について、病院の規模別で有意差はなかったが、臨床看護師は低いと感じていた。先行研究¹でも、自分には知識がないという回答が多かった。

倫理に関する教育の機会は「院内教育」、「倫理に関する講演会」において大規模病院が有意に機会が多く、中小規模病院に機会が「ない」と回答したものが多かった。

看護倫理の関心度でも大規模病院のほうが高い結果であった。病院規模によって倫理に関する教育体制が整っていない可能性が考えられる。また、全体では79.6～94.3%行われているにもかかわらず、多くの看護師が看護倫理に関する知識が低いと感じていることから、教育内容について吟味する必要性が示唆された。

倫理に関する用語の理解の認知度は、大規模病院において、「倫理原則」、「ケアリング」、「アドボカシー」、「倫理的ジレンマ」、「4分割表」、「看護者の倫理綱領」、「生殖医療」が有意に高く、「インフォームドコンセント」も高い認知であった。倫理的問題の認識には、個人の価値観やキャリアなどが関係するが、中でも教育背景が影響する可能性も高い⁸。新人看護職員研修の教育項目は、「インフォームドコンセント」や「守秘義務」、「看護倫理」といった内容²²で、「インフォームドコンセント」については全体的に理解が浸透しているものの、看護倫理に関する項目は、抽象的で内容も組織による差が大きいことが影響している可能性がある。水澤の研究²³でも、倫理原則などの周知度と看護基礎教育機関での経験は関連があること、本研究での中小規模病院の1施設を除き、全協力施設で看護倫理研修が実施されていることから、倫理的な一般的知識について、大規模病院では倫理的知識内容の詳細が研修に含まれている可能性が高いことが推察された。

V. 本研究の課題

本研究の対象施設が15施設で、特定の病院からの抽出であるため、結果の一般化には限界がある。

本研究では、臨床における看護師の大半が何らかの倫理的問題を体験し、その対処は看護の同僚に相談することが最も多かった。しかし、対処しなかったという回答も約1割あり、「諦め」や「問題として捉えない」現状があることが明らかとなった。看護師が倫理的問題に対する対処行動をなぜとることができないのか、その理由について、さらに調査を行っていく必要がある。

すべての病院の看護師は、看護倫理に関する関心度

が高く、倫理に関する教育の必要性を強く感じていることが窺えた。また、倫理に関する用語の理解の認知度では、大規模病院のほうが高い結果であった。病院の規模別による看護倫理教育体制や内容を明らかにし、倫理委員会での看護師の役割なども含め、対象者のニーズに合った組織的な教育の検討が必要である。教育体制の確立化、内容の充実を図り、組織の規模に関係なく専門職者として倫理的行動が行えるような意識改革も必要である。

厚生労働省の平成27年度医療施設調査²⁴によると、全国の「病院」は8,480施設あり、そのうち300床未満の施設は全体の82.0%を占める。大規模病院は、大学病院や公的病院で特定機能病院が多く、1次から3次までの救命救急医療・急性期専門医療など、機能が細分化され高度医療の役割を担っているのに対し、中小規模病院は、亜急性期、慢性期、療養部分まで多岐にわたり、いわゆる地域密着型としての機能が求められる。病院全体の約8割を占める中小規模病院に勤務する看護師には、さまざまな役割が求められ、その看護師が直面したり悩んだりする倫理的問題も複雑化が予測され、倫理的感受性を高めたり倫理的行動を自ら起こし、解決していく能力をもつことは重要だと考える。中小規模病院において看護倫理教育体制を充実させることは、日本における倫理的問題の課題を解決するうえで鍵となるといっても過言ではない。

VI. 結論

本研究では、大規模病院6施設88名、中小規模病院9施設142名のうち、大規模病院に就業する看護師は、中小規模病院の看護師より倫理的問題の体験頻度が多く、「インフォームドコンセントの有無」、「患者の権利と尊厳の尊重」、「どこから死とするか」、「自身の個人的・宗教的な価値に反して行動する」、「自らの健康に危険が及ぶ可能性のある患者のケアをする」が有意に多く体験していた。また、大規模病院では倫理に関する教育の機会が多く、用語の理解の認知度や教育の必要性、倫理の関心度も高かった。倫理教育の機会をもつことで、倫理に関する知識だけでなく関心も高くなり、倫理的問題を捉えやすくなる。倫理的検討の場や倫理に関する知識があると倫理に関する必要性を多く感じることから、倫理委員会や検討の場の活用や倫理的感受性を高める倫理教育の方法が課題である。

謝辞

本研究へのご協力に快くご快諾いただきました、分析対象病院の看護部長様と看護師の皆様へ深謝申し上げます。なお、本研究は、所属機関に提出した修士論文の一部に加筆・修正を加えたものである。

助 成

本研究はどの機関からも研究助成を受けていない。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文 献

1. 岩本幹子, 溝部佳代, 高波澄子. 大学病院において看護師が体験する倫理的問題. 日本看護学教育学会誌. 2006; 16(1): 1-11.
2. 内布敦子. 看護界における倫理(看護倫理)の動向. 医療・生命と倫理・社会. 2003; 2(2): 157-164.
3. 公益社団法人日本看護協会. 臨床倫理委員会の設置とその活用に関する指針[インターネット]. 2006. [検索日2017年11月3日] www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/rinshorinri.pdf
4. サラT. フライ, メガン-ジェーン・ジョンストン/片田範子, 山本あい子訳. 2014. 看護実践の倫理. 倫理的意思決定のためのガイド. 第3版. 東京: 日本看護協会出版会.
5. 公益社団法人日本看護協会. 日本看護協会調査研究報告シリーズ. 看護職員実態調査. 日常業務上ぶつかる悩みと看護の倫理. 1997; 54: 69-72.
6. 坂東委久代, 秋山智弥, 井沢知子他. 看護師が臨床現場で体験する倫理的問題. 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要. 健康科学. 2012; 7: 49-55.
7. 小川和美, 寺岡征太郎, 寺坂陽子, 江藤栄子. 臨床看護師が体験している倫理的問題の頻度とその程度. 日本看護倫理学会誌. 2014; 6(1): 53-60.
8. 中尾久子, 森田秀子, 中村仁志他. 倫理問題に対する看護職の認識に関する研究. 山口県立大学看護学部紀要. 2004; 8: 5-11.
9. 水澤久恵. 病棟看護師が経験する倫理的問題の特徴と経験や対処の実態及びそれらに関する要因. 生命倫理. 2009; 19(1): 87-97.
10. 勝山貴美子, 勝原裕美子, 星和美, 鎌田佳奈美, ウィリアムソン彰子. 過去5年間の倫理に関する研究の特徴と今後の課題. 日本看護倫理学会誌. 2010; 2(1): 77-86.
11. 公益社団法人日本看護協会. 平成15年版看護白書. 東京: 日本看護協会出版会; 2003. 3-19.
12. 淵本雅昭. 救急領域における倫理的問題とその対応. 看護技術. 2014; 60(11): 16-26.
13. 片田範子. 21世紀に問う看護の倫理性. 日本看護科学会誌. 2002; 22(2): 54-64.
14. 吉田真紀, 長谷部真木子. 看護師の業務上の危険因子に対するリスクイメージと影響要因. 秋田大学保健学専攻紀要. 2015; 23(2): 23-34.
15. 厚生労働省. 「第六次看護職員需給見通しに関する検討会」報告書について[インターネット]. 2005. [検索日2015年12月10日] <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/12/s1226-5.html>
16. 日本看護連盟. 2018年に経過措置終了を控えた25対1医療療養病床に求められる将来的なビジョン[インターネット]. 2014. [検索日2016年1月2日] <http://www.kango-renmei.gr.jp/news/3560/>
17. Chambliss DF, Beyond C. *Hospitals. Nurses and the social organization of ethics*. The University of Chicago Press; 1996/浅野祐子訳. 2002. ケアの向こう側—看護師が直面する道徳的・倫理的矛盾—. 東京: 日本看護協会出版会.
18. 横尾京子, 片田範子, 井部俊子他. 日本の看護婦が直面する倫理的問題とその反応. 日本看護科学会誌. 1993; 3(1): 32-37.
19. 杉谷藤子, 川合政恵. 「看護者の倫理綱領で読み解く」ベッドサイドの看護倫理事例30. 第1版. 東京: 日本看護協会出版会; 2009.
20. 厚生労働省. 結果の概要. 表1. 年齢階級別にみた施設の種別別推計患者数[インターネット]. 2014. [検索日2015年12月15日] <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/dl/01.pdf>
21. 勝原裕美子. 看護倫理を実践の中で“みる”. 日本看護倫理学会誌. 2015; 7(1): 112-113.
22. 公益社団法人日本看護協会. 継続教育の基準 Ver.2.
23. 水澤久恵. 看護職者に対する倫理教育と倫理的判断や行動に関わる能力評価における課題—倫理教育の現状と道徳的感性に関連する定量的調査研究を踏まえて—. 生命倫理. 2010; 20(9): 129-139.
24. 厚生労働省. 平成27年医療施設(動態)調査・病院報告の概況[インターネット]. 2015. [検索日2017年8月11日] <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosod/15/>