

看護管理者が認識する道徳的苦悩の軽減を目指した 組織的支援のあり方

Organizational support to reduce moral distress from nurse managers' perspective

山本麻記子¹ 太田 勝正²

Makiko YAMAMOTO

Katsumasa OTA

キーワード：道徳的回復力、道徳的苦悩、組織的支援

Key words : moral resilience, moral distress, organizational support

本研究の目的は、道徳的苦悩の軽減、あるいは道徳的回復力の育成への組織的支援について、看護師長の認識と実態を明らかにすることである。7つの先行文献から22の質問項目を抽出・精選した。属性、組織的支援に関する22の質問、福井らによる組織風土尺度で構成した調査票は、全国200床以上の病院に勤務する看護師長を対象に758部の回答を得た（回収率56.9%）。探索的因子分析では、『看護師長の倫理的姿勢と態度』『病棟の倫理的体制』『看護部の倫理的体制』『病院の倫理的体制』の4因子22項目が抽出された。属性との検討で有効な有意差を示したのは、所属する診療科と組織風土分類のみであった。ただし「実施頻度」と組織風土分類については、全因子との関連でイキイキ型が有意に高いスコアを示した。本研究により、強制的・命令的な雰囲気少なく、合理的な組織管理ができてい職場風土では、看護師の道徳的回復力を育成できる可能性が示唆された。

This study examines organizational support for ethics from the perspective of nurse managers in Japan and explores ways to cultivate moral resilience. A questionnaire survey of nurse managers in hospitals with more than 200 beds was conducted. The questionnaire included items on demographic characteristics, importance and frequency of organizational support for ethics, and a 12-item Organizational Climate Scale adopted from Fukui (2004). The final sample included 758 nurse managers (response rate: 56.9%). Exploratory factor analysis extracted four factors of organizational support for ethics: ethical attitude as a nurse manager, effort in wards, effort as a nursing department, and the hospital's ethics management system. There were no significant differences across the factors regarding the associations of frequency or of importance of ethical support with the respondents' characteristics, including age and length of clinical experience. However, among 4 types of organizational climate categorized by the OCS-12, the "Active" group scored higher than other groups on all four factors. The results suggest that nurse managers' ethical attitudes and their organizational support for ethics might be influenced only by the organizational climate. This conclusion implies that less controllable environments and more flexible organizational management might facilitate support of ethical decisions, which, in turn, might cultivate nurses' moral resilience.

I. はじめに

道徳的苦悩 (moral distress) は、Jameton (p.6)¹により、看護師たちが倫理的判断のもと、自身が成す

べきことをわかっていながら、組織的制約によってそれを実施できないときに生じるものと示されている。またMcCarthyらは、道徳的苦悩について、看護師を含む医療従事者が倫理的価値観、倫理原則、倫理的責

1 元 名古屋大学大学院医学系研究科 基礎・臨床看護学専攻 Formerly at Department of Nursing Science, Nagoya University Graduate School of Medicine

2 名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻 Department of Nursing Science, Nagoya University Graduate School of Medicine

任に限りなく矛盾する方法をとらなければいけないときに生じる心理的、感情的、生理的苦しみとして表現した²。多くの医療従事者たちは、個人の範疇を越えた外的要因により決断を強制されるとき、またすべての選択肢が倫理的に受け入れ難いとき、道徳的苦悩に直面しており、この現象は多くの看護師たちが経験し、臨床現場で働く限り切り離すことのできない問題である。昨今では、国内でも道徳的苦悩が看護において非常に重大な問題であることが指摘されており、看護師の労働環境と離職との関連を明らかにする目的で、急性期病院の看護師を対象とした倫理的悩み尺度が開発された³。一方で、道徳的苦悩には、過ちからの学び、より良い解決策、個人的・専門的成長につながるという肯定的な側面が存在する²。つまり道徳的苦悩には、倫理的／道徳的課題に気づくことにより、その経験を省察し、より良い看護に活かせる可能性が生まれるという肯定的な側面があり、それは専門職業人としてのみならず個人としての成長にもつながるといえる。さらに看護師には、常に患者の傍らで支えるからこそ理解できる患者の脆弱さ、言葉では表現できない患者の苦しみを和らげるという特別な道徳的責任があり、道徳的苦悩は看護師としての道徳的アイデンティティであるともいわれている⁴。このように、道徳的苦悩を強い道徳的責任があるがゆえの苦しみと解釈するならば、質の高い看護を提供するためには回避不可能な経験ともいえるであろう。

一方、道徳的苦悩にどのように立ち向かうか、ということに注目されるようになってきており、その一つが道徳的回復力(moral resilience)という概念である。ただし、道徳的回復力についての統一的な定義は未だ存在していないが、道徳的回復力とは、倫理的／道徳的に困難な状況や苦悩に直面した時、その状況に対応したり苦しみを跳ね返したりすることで、個人の能力を維持あるいは回復させる能力といわれており、その能力は育成可能とされている^{5,6}。日本において道徳的回復力という用語を使用した先行研究は存在しないが、砂見は看護師のレジリエンスについて、深刻な逆境を経験しながらも職場に適応し、さらに成長を遂げていくプロセスであると述べ、それはより良いケアの達成、職務満足や職務継続につながることを示した⁷。またYoung & Rushtonは、道徳的回復力という用語が広く活用されれば、より良い考えや効果的な対峙法を生み出す活発な研究が進められ、道徳的回復力は道徳的苦悩の肯定的成果の可能性に一筋の光を与える概念と成り得ることを強調している⁵。このように、道徳的回復力に関する関心を高めるとともに、積極的な取り組みが必要といえるだろう。

近年では、道徳的苦悩を軽減するための看護師やケアチームを対象とした研修やワークショップなどの介入方法が開発され、一定の成果が報告されている⁸⁻¹¹。

またMonteveradeは、大学の倫理学教育のなかで、原則論に従って倫理的問題を名称化／枠組み化する能力が道徳的に回復性をもたらすことを示すとともに、倫理的知見を実践での問題解決能力につなげるための具体的カリキュラムを提唱している^{6,12}。一方で、道徳的苦悩の軽減や道徳的回復力の育成については、個人の能力育成に着目するばかりでなく、組織的取り組みの必要性が重視されてきている。既に、看護管理者や組織全体がその支援体制を強化し、看護師が倫理的問題について発言しやすい環境を作ることの有用性、また看護管理者には正直で寛容な職場の雰囲気を作る責任があることは明らかとなっており、その実用に向けた取り組みが行われている^{13,14}。さらに2016年には、道徳的苦悩の軽減と道徳的回復力を育成するための戦略を明らかにするため、ジョンズホプキンス生命倫理委員会他、米国国内の6大看護組織による共同プロジェクトを中心としたシンポジウムが開催された。このなかで、道徳的苦悩の軽減や道徳的回復力の育成には、その職場環境への着目なしに解決できないこと、組織レベルでの話し合いの必要性、それを実現化するためのリーダーシップが最も重要であることが強調されている¹⁵⁻¹⁷。このように、道徳的苦悩の軽減や道徳的回復力の育成には、組織的な取り組みとそれを率いる優れたリーダーシップの重要性と有用性が示されているが、その具体的な研究は未だ行われていない。したがって本研究の目的は、看護師の道徳的苦悩を軽減、あるいは道徳的回復力を育成するための組織による支援について、看護スタッフを直接的に管理する病棟リーダーとしての看護師長がどのように認識し、また実践しているか、その実態を明らかにすることである。

II. 方法

1. 「組織的支援」の操作的定義

本研究における「組織的支援」とは、看護師が倫理的／道徳的に困難な状況に直面した時、それを解決するために必要な行動がとれたり、資源の設置や利活用につながるような組織全体(病棟レベル、看護部あるいは病院レベル)による支援であり、看護師長による支援も含むものとする。

2. 「道徳的回復力(モラルレジリエンス)」の構成概念

図1に示すように、本研究では道徳的回復力が一般的なレジリエンスの概念^{18,19}に包含されるものであり、倫理的あるいは道徳的課題に対応するための道徳的要素が必要となるものと捉えた。道徳的回復力は、倫理観・道徳観、倫理学の知識と活用力、道徳的洞察力、道徳的(良心的)な行動で構成されるとともに、一般的なレジリエンスのなかに含まれる、粘り強さ、弾力性、柔軟性、楽観性、問題解決志向、自己効力感

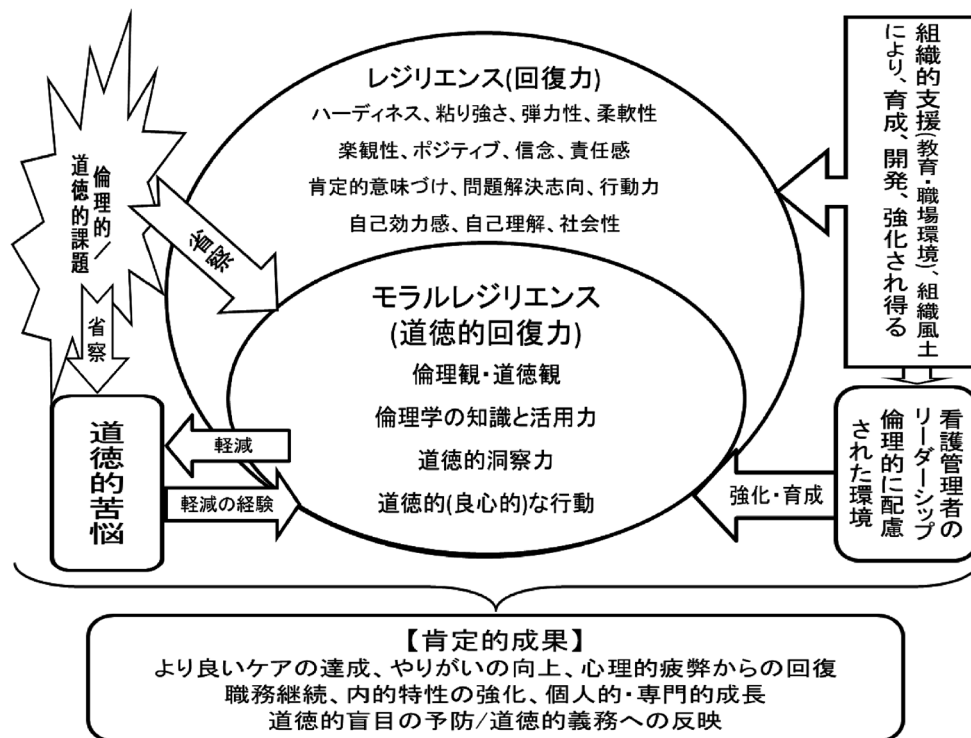


図1 道徳的回復力の概念図

などの能力も重要となる。道徳的回復力は、倫理的／道徳的に困難な状況に直面したとき、道徳的苦悩に陥らないために必要な能力である。

さらに本研究では、道徳的回復力の育成は可能であり、道徳的苦悩を軽減するためには、それが起こる職場環境への着目なしに解決できない¹⁶という考えにより、倫理的に配慮された職場環境の整備に注目した。優れたリーダーシップによって倫理的に配慮された職場環境による道徳的回復力の強化・育成、あるいは道徳的苦悩の経験とその軽減により、より良いケアの提供ややりがいの向上、職務の継続、個人的・専門的成長という肯定的成果につながると考えた。

3. 質問紙調査票の作成

質問項目は先行文献より抽出した。国内文献については、「道徳的苦悩」「モラルディストレス」「倫理的悩み」をキーワードとして検索し、33件の文献を抽出した。海外文献については、「moral distress」、「moral resilience」、「ethical environments」、「ethical cultures」をキーワードとして検索し、115件の文献を抽出した。これらのなかから、道徳的苦悩の軽減と道徳的回復力の育成という2つのテーマに関する組織的支援の具体的内容が記述された7つの先行文献^{13,15-17, 20-22}を絞り込み、具体的記述33項目を抽出した。内容の重複や抽象度を検討し、最終的に組織的支援を22項目に精選して自記式質問紙を作成した。なおこれらの抽出にあたっては、量的研究の豊富な経験のある研究者1名

とともに抽出・精選を繰り返した。

4. 調査対象者

厚生労働省の保険医療機関指定一覧に基づき、病床数200床以上の全ての病院の中からランダムサンプリングした660病院のうち、調査協力が得られた137病院に勤務する看護師長1,330名を調査対象とした。

5. 調査期間

2018年7月～9月に実施した。

6. 調査票の構成と配布方法

調査票は属性情報、道徳的苦悩の軽減と道徳的回復力の育成への組織的支援に関する自記式質問紙調査票、および職場の組織風土尺度12項目版(OCS-12)²³で構成した。属性情報については、対象看護師長の性別、年代、師長としての経験年数、所属する診療科、認定看護管理者教育課程の受講の有無と受講のレベルを尋ねた。組織風土尺度についてはOCS-12を用いた。これは職場の組織風土が組織的支援に強く関連性があると考えたためであり、また質問項目が12項目と比較的少なく協力者の負担が軽いという利点を考慮したためである。前述の22項目の具体的項目については、「大切さ」と「実施頻度」の2つの視点から5段階評価のリッカートスケールで尋ねた。大切さの程度は「5：絶対に大切である～1：全く大切でない」、実施の頻度は「5：必ず行っている～1：全く行っていない

い」で質問し、点数が高いほど肯定的な結果を示す。

無記名自記式の質問紙調査法により行った。各対象者への調査票の配布は、研究協力の承諾が得られた病院に、研究依頼書、研究説明書および調査票を郵送し、研究窓口の方から各看護師長に配布してもらった。

7. 分析方法

統計学的分析には、SPSS Ver.25.0 for Windowsを使用した。

1) 項目分析と探索的因子分析

項目分析については、組織的支援の質問項目ごとに平均値と標準偏差を算出し、天井効果と床効果について検討後、Q-Qプロットを用いて正規性の確認をした。続いて主因子法、固有値1.0以上、プロマックス回転法を用いて探索的因子分析を行った。

2) 属性による組織的支援に関するスコアとの関連

属性の違いによる道徳的苦悩の軽減と道徳的回復力の育成への組織的支援の「大切さ」と「実施頻度」における各因子の平均値の差を検討するため、*t*検定、一元配置分散分析を行った。分散分析のその後の多重比較は、Turkey法やGames-Howell法を用いた。また、年齢や師長としての経験年数を重ねるほど、倫理的態度や行動力に変化がみられるだろうと仮定し、Pearsonの相関係数を算出した。

8. 倫理的配慮

本研究は、名古屋大学大学院医学系研究科生命倫理審査委員会による承認を得て実施した。対象者には、研究目的と方法とともに自由意思による参加であること、回答用紙の提出をもって同意を得られたものとするなどを文書により示した。また質問紙の返信は個別郵送かつ無記名とし、提出の自由ならびにプライバシーの保持に配慮した。得られたデータは研究目的以外には使用せず、研究成果の発表の際は個人や病院の匿名性を確保した。

Ⅲ. 結果

1. 回収率

調査票は137病院に合計1,330部を送付したうち、758部の回答が得られた(回収率56.9%)。758部のうち、看護師長以外の回答など無効回答6部を除外し、752部を有効回答とした(有効回答率99.2%)。

2. 対象者の概要と組織風土分類

対象者の概要と組織風土の分類結果を表1に示す。対象者752名中、女性が9割弱、51~60歳が5割弱を占めた。組織風土分類は、イキイキ型が34.2%、シブシブ型が27.1%、バラバラ型が23.9%、イヤイヤ型が14.8%であった。

3. 結果と探索的因子分析

1) 「大切さ」と「実施頻度」の結果

「大切さ」の平均値は3.86~4.81であった。質問項目を平均値の高い順にみると、「2. 師長として、すべての患者に対して倫理的立場に立った姿勢を示すこと」(4.81±0.42)、「13. 師長として、個々の看護スタッフを尊重し、それぞれの強みや価値を認めること」(4.74±0.45)であった。平均値の低い順では、「15. 看護の代表者として、医療の研究に関する倫理委員会に参加すること」(3.86±0.73)、「16. 師長として、倫理的に難しい状況に関する業務改善の方法について、病院組織へ提案すること」(4.13±0.61)であった。

「実施頻度」の平均値は2.18~3.87であった。質問項目の平均値の上位2項目は、大切さと同様の項目2(3.87±0.71)と項目13(3.74±0.77)であった。また最も平均値の低い項目も大切さと同様の項目15(2.18±1.18)であり、次に低い項目は「22. 病院として、臨床倫理コンサルテーション体制を構築すること」(2.31±1.07)であった。

2) 探索的因子分析

因子分析に先立って項目分析を行った結果、「実施頻度」を問う全22項目の正規分布は確認できたが、「大切さ」については13項目に天井効果があり、全項目の正規性は確認できなかった。そのため、より良質なデータを用いて解析すべく、22項目のうち空欄(未回答)が4個以上のデータを除外したものを有効データとした。なお今回は、22項目の回答の類似性をみるために質問項目の除外はせず、因子分析を行った。

探索的因子分析は、主因子法、プロマックス回転法を用いて実施し、因子負荷量は0.35以上で2重負荷のないものを採択基準とした。その結果、「大切さ」「実施頻度」とともに22項目4因子が抽出された。「大切さ」と「実施頻度」の因子構造はおおむね共通していたため、どちらも第I因子を『看護師長の倫理的姿勢と態度』、第II因子を『病棟の倫理的体制』、第III因子を『看護部の倫理的体制』、第IV因子を『病院の倫理的体制』と命名した。各因子分析の結果とともに平均値・標準偏差を表2、表3に示す。

4. 属性による組織的支援に関するスコアとの関連

性別、年齢、看護師長としての経験年数、看護協会の認定管理者教育課程の受講の有無と受講のレベル、所属する診療科、病院の規模および組織風土分類の違いによる「大切さ」および「実施頻度」の22項目の各因子の平均スコアの差に関する分析結果を表4に示す。

結果は一部の関連しか有意差が示されなかった。所属する診療科については、大切さ第I因子の『看護師長の倫理的姿勢と態度』について外科系病棟が精神科

表1 調査対象者の属性と組織風土分類の概要

項目		n	%
性別	男性	70	9.3
	女性	676	89.9
	無回答	6	0.8
年代	31～40歳	47	6.3
	41～50歳	309	41.1
	51～60歳	374	49.7
	61～70歳	19	2.5
	無回答	3	0.4
看護師長としての経験年数	0～10年	554	73.7
	11～20年	132	17.6
	20～30年	17	2.3
	無回答	49	6.5
	認定看護管理者教育課程の受講の有無	あり	565
なし		183	24.3
無回答		4	0.5
上記講習会の受講レベル	ファーストレベル	340	45.2
	セカンドレベル	217	28.9
	サードレベル	8	1.1
所属する診療科	救命救急、ICU他	63	8.4
	内科系病棟	209	27.8
	外科系病棟	155	20.6
	精神科病棟	112	14.9
	その他	204	27.1
	無回答	9	1.2
病院規模	200～399床	382	50.8
	400床以上	360	47.9
	不明	10	1.3
組織風土分類 (福井らの組織風土尺度による)	イキイキ型 ^{注1}	257	34.2
	シブシブ型 ^{注2}	204	27.1
	バラバラ型 ^{注3}	180	23.9
	イヤイヤ型 ^{注4}	111	14.8

n=752

注1：強制的・命令的な雰囲気少なく、かつ合理的な組織管理がなされている風土

注2：強制的・命令的な雰囲気が強く、かつ合理的な組織管理がなされている風土

注3：強制的・命令的な雰囲気少なく、かつ合理的な組織管理もなされていない風土

注4：強制的・命令的な雰囲気が強く、かつ合理的な組織管理もなされていない風土

よりも有意に高いスコアであった ($p<0.05$)。他方、組織風土分類との関係については、大切さ第Ⅰ因子はシブシブ型がイヤイヤ型より有意に高く、第Ⅱ因子はシブシブ型がバラバラ型より有意に高いスコアであった ($p<0.05$)。さらに実施頻度においては、組織風土分類との間に有意差が認められ、特にイキイキ型はその他の分類より有意に高いスコアを示した ($p<0.05$, $p<0.01$)。

なお、看護師長が年齢や経験年数を重ねるほど倫理的態度や行動力に変化がみられるだろうと仮定し Pearsonの相関係数を算出したが、「大切さ」「実施頻度」ともに有意な相関は示されなかった。

IV. 考察

1. 「大切さ」と「実施頻度」の特徴

組織的支援の「大切さ」の各質問項目において、第Ⅰ因子を構成する9項目が平均値の上位を占め、看護師長自身の倫理的姿勢と態度は、組織的支援において最も重要だと認識されていることが示唆された。また、第Ⅰ因子の各項目に関しておおむね実施されているようだが、看護スタッフの動機づけや重要性の周知などの項目についてはそれほど実施できていない様子が示された。一方、最も平均値の低かった項目は、「大切さ」「実施頻度」ともに第Ⅱ因子に含まれる医療の研究に関する倫理委員会への参加であった。確かに、医学研究に関する最新の知見も看護職としては大切であると考えるが、患者への看護実践そのものに直接関わるものではないため、今回のスコアが低かったと考えられる。

「大切さ」と「実施頻度」の各因子の傾向をみると、「大切さ」を構成する4つの因子の平均値が4.29 (4; ある程度大切である) 以上と高値であるにもかかわらず、「実施頻度」については最も高かった第Ⅰ因子『看護師長の倫理的姿勢と態度』でも3.55 (3; 多少行っている) であり、大切と思っていることが十分に実施できていない現状が示された。さらに、第Ⅱ因子『病棟の倫理的体制』の平均値は3.00、第Ⅲ因子『看護部の倫理的体制』は2.78、第Ⅳ因子『病院の倫理的体制』は2.50と、この傾向が強く認められており、病棟、看護部、病院のように、組織の単位が大きくなるにしたがって組織的支援への取り組みが難しいと看護師長が捉えていることが示唆された。

2. 組織的支援に影響する要因

1) 「大切さ」との関連

所属する診療科との関連については、第Ⅰ因子『看護師長の倫理的姿勢と態度』の「大切さ」に有意差が示され、外科系病棟は精神科病棟より高いスコアであった。急性期病棟の看護師は日常的に道徳的苦悩に直面している²⁴と述べられるように、本結果においても道徳的苦悩に直面する機会が多い外科系病棟の看護師長は、より強く組織的支援の必要性を感じている可能性が示唆された。一方、精神科看護師を対象とした調査では、精神科における最も経験頻度の高い倫理的問題は社会的要因による患者の退院困難であったことが示されている²⁵。本結果において精神科師長の倫理的姿勢と態度が有意に低かったことは、上述のような解決困難な倫理的問題に日々直面し、対応への意欲が

表2 組織的支援の「大切さ」についての因子分析結果

	平均値	標準偏差	因子負荷量			
			第Ⅰ因子	第Ⅱ因子	第Ⅲ因子	第Ⅳ因子
【看護師長の倫理的姿勢と態度】 (Cronbach's $\alpha=0.892$)						
大切さ4 師長として、倫理的に難しい状況に対応できるように看護スタッフを動機づけること	4.57	0.52	0.72	-0.06	0.02	0.02
大切さ5 師長として、倫理的に難しい状況に対応できるように動機づけに対する看護スタッフの反応を確認すること	4.48	0.55	0.69	-0.04	-0.01	0.05
大切さ1 師長として、全ての看護スタッフに共感的で思慮深い態度を示すこと	4.48	0.54	0.55	-0.03	-0.03	0.01
大切さ2 師長として、全ての患者に対して倫理的立場に立った姿勢を示すこと	4.81	0.42	0.55	-0.11	-0.03	0.07
大切さ3 師長として、倫理的に難しい状況に関するカンファレンスに積極的に参加すること	4.65	0.51	0.51	0.14	-0.08	0.00
大切さ6 師長として、倫理的に難しい状況について、話しやすい病棟の雰囲気を作ること	4.71	0.47	0.49	0.10	0.06	-0.04
大切さ7 師長として、倫理的な看護実践ができるような病棟スタッフ全体の協力体制を作ること	4.64	0.50	0.49	0.21	0.06	-0.06
大切さ13 師長として、個々の看護スタッフを尊重し、それぞれの強みや価値を認めること	4.74	0.45	0.39	0.01	0.08	0.08
大切さ10 師長として、倫理的に難しい状況に気づき、それを積極的に話し合うことの重要性を周知すること	4.58	0.52	0.39	0.33	0.10	-0.06
【病棟の倫理的体制】 (Cronbach's $\alpha=0.819$)						
大切さ8 師長として、倫理的に難しい状況に関するカンファレンスを定期的で開催すること	4.36	0.62	0.13	0.66	-0.06	-0.06
大切さ15 看護の代表者として、医療の研究に関する倫理委員会に参加すること	3.86	0.73	-0.30	0.64	0.11	0.14
大切さ12 師長として、個々の看護スタッフが直面する倫理的に難しい状況について、解決に繋げるための対応策をスタッフ全体へ提示すること	4.36	0.60	0.17	0.61	-0.02	-0.04
大切さ14 師長として、倫理的に難しい状況に対処するための倫理的な基礎知識や最新情報を提供すること	4.37	0.57	0.06	0.59	0.03	0.12
大切さ11 師長として、個々の看護スタッフが直面する倫理的に難しい状況について、その都度スタッフ全体へ解りやすく伝えること	4.41	0.55	0.12	0.57	-0.04	0.04
大切さ9 師長として、倫理的な看護実践ができるような病棟目標を設定すること	4.39	0.63	0.15	0.55	0.01	-0.04
【看護部の倫理的体制】 (Cronbach's $\alpha=0.866$)						
大切さ18 看護部として、倫理的に難しい状況に対応するための最良な実践方法を検討すること	4.35	0.60	-0.01	-0.03	0.99	-0.06
大切さ17 看護部として、倫理的に難しい状況を認識し、分析・評価をすること	4.30	0.61	0.01	-0.01	0.85	-0.01
大切さ19 看護部として、倫理的に難しい状況に悩む看護スタッフに対する対応策を検討すること	4.41	0.62	0.09	0.06	0.63	0.05
大切さ16 師長として、倫理的に難しい状況に関する業務改善の方法について、病院組織へ提案すること	4.13	0.61	-0.11	0.34	0.40	0.09
【病院の倫理的体制】 (Cronbach's $\alpha=0.839$)						
大切さ20 病院として、生命倫理に関する研修会を定期的実施すること	4.21	0.67	0.01	0.11	-0.09	0.81
大切さ21 病院として、倫理的課題に対し積極的に取り組むこと	4.43	0.62	0.13	-0.16	0.15	0.75
大切さ22 病院として、臨床倫理コンサルテーション体制を構築すること	4.23	0.71	-0.02	0.11	-0.04	0.74
		因子間相関	I	II	III	IV
		I	1.00	0.70	0.57	0.44
		II	0.70	1.00	0.67	0.57
		III	0.57	0.67	1.00	0.59
		IV	0.44	0.57	0.59	1.00
		因子寄与	7.92	1.31	0.81	0.61
		累積寄与率 (%)	38.20	46.32	51.69	56.66

Cronbach's $\alpha=0.923$, n=749

低下している可能性を示唆しているのかもしれない。
組織風土分類と「大切さ」の各因子との関連では、第Ⅰ因子『看護師長の倫理的姿勢と態度』、第Ⅱ因子『病棟の倫理的体制』に有意差が示され、両因子ともにシブシブ型の平均値が最も高いスコアであった。シ

ブシブ型の組織風土は、合理的な組織管理ができてい
る一方で、強制的・命令的な雰囲気強い風土でトッ
プダウン気質の強い組織といわれているものである²³。
この結果から、合理的な組織管理ができてい
る組織風土は、看護師長の倫理的態度に影響していることが考

表3 組織的支援の「実施頻度」についての因子分析結果

	平均値	標準偏差	因子負荷量			
			第Ⅰ因子	第Ⅱ因子	第Ⅲ因子	第Ⅳ因子
【看護師長の倫理的姿勢と態度】 (Cronbach's $\alpha=0.892$)						
実施頻度1 師長として、全ての看護スタッフに共感的で思慮深い態度を示すこと	3.72	0.62	0.75	0.05	-0.09	-0.21
実施頻度6 師長として、倫理的に難しい状況について、話しやすい病棟の雰囲気を作ること	3.61	0.81	0.73	-0.11	0.07	0.07
実施頻度13 師長として、個々の看護スタッフを尊重し、それぞれの強みや価値を認めること	3.74	0.77	0.69	0.03	0.04	-0.17
実施頻度2 師長として、全ての患者に対して倫理的立場に立った姿勢を示すこと	3.87	0.71	0.60	0.08	0.01	-0.07
実施頻度7 師長として、倫理的な看護実践ができるような病棟スタッフ全体の協力体制を作ること	3.44	0.79	0.58	-0.11	0.07	0.27
実施頻度4 師長として、倫理的に難しい状況に対応できるように看護スタッフを動機づけること	3.32	0.75	0.55	0.06	-0.04	0.22
実施頻度5 師長として、倫理的に難しい状況に対応できるように動機づけに対する看護スタッフの反応を確認すること	3.29	0.84	0.53	0.05	-0.02	0.24
実施頻度11 師長として、個々の看護スタッフが直面する倫理的に難しい状況について、その都度スタッフ全体へ解りやすく伝えること	3.29	0.75	0.46	0.08	-0.07	0.32
実施頻度12 師長として、個々の看護スタッフが直面する倫理的に難しい状況について、解決に繋げるための対応策をスタッフ全体へ提示すること	3.26	0.80	0.46	0.09	0.01	0.28
【病棟の倫理的体制】 (Cronbach's $\alpha=0.879$)						
実施頻度8 師長として、倫理的に難しい状況に関するカンファレンスを定期的で開催すること	2.97	0.95	-0.02	0.78	-0.05	0.01
実施頻度9 師長として、倫理的な看護実践ができるような病棟目標を設定すること	3.29	1.00	0.13	0.53	0.07	-0.03
実施頻度10 師長として、倫理的に難しい状況に気づき、それを積極的に話し合うことの重要性を周知すること	3.35	0.86	0.37	0.48	-0.03	0.02
実施頻度14 師長として、倫理的に難しい状況に対処するための倫理的な基礎知識や最新情報を提供すること	2.98	0.84	0.18	0.45	0.12	0.05
実施頻度3 師長として、倫理的に難しい状況に関するカンファレンスに積極的に参加すること	3.55	0.92	0.30	0.44	-0.11	-0.01
実施頻度15 看護の代表者として、医療の研究に関する倫理委員会に参加すること	2.18	1.18	-0.24	0.39	0.28	0.13
【看護部の倫理的体制】 (Cronbach's $\alpha=0.864$)						
実施頻度18 看護部として、倫理的に難しい状況に対応するための最良な実践方法を検討すること	2.91	0.92	0.07	-0.08	0.88	0.03
実施頻度17 看護部として、倫理的に難しい状況を認識し、分析・評価をすること	2.71	0.93	-0.04	0.08	0.83	0.00
実施頻度19 看護部として、倫理的に難しい状況に悩む看護スタッフに対する対応策を検討すること	3.01	0.94	0.23	-0.12	0.74	0.03
実施頻度16 師長として、倫理的に難しい状況に関する業務改善の方法について、病院組織へ提案すること	2.48	1.01	-0.15	0.48	0.51	-0.05
【病院の倫理的体制】 (Cronbach's $\alpha=0.799$)						
実施頻度20 病院として、生命倫理に関する研修会を定期的を実施すること	2.47	1.09	0.04	-0.09	0.11	0.85
実施頻度21 病院として、倫理的課題に対し積極的に取り組むこと	2.69	0.99	-0.02	0.03	-0.03	0.80
実施頻度22 病院として、臨床倫理コンサルテーション体制を構築すること	2.31	1.07	-0.02	0.07	-0.02	0.79
因子間相関			I	II	III	IV
I			1.00	0.59	0.43	0.76
II			0.59	1.00	0.61	0.63
III			0.43	0.61	1.00	0.51
IV			0.76	0.63	0.51	1.00
因子寄与			9.30	1.72	0.81	0.51
累積寄与率 (%)			44.16	53.69	58.84	63.50

Cronbach's $\alpha=0.935$, n=749

えられた。さらに病棟単位でみると、トップダウン気質の強い病棟は師長がリーダーシップを担うと考えられ、倫理的取り組みを担うのは看護師長であることが示唆された。

2) 「実施頻度」と組織風土との関連

「実施頻度」と組織風土分類との間に有意差が認められた。そのなかでイキイキ型は最も高いスコアを示し、バラバラ型などと有意差を示した。なおイキイキ型は強制的・命令的な雰囲気は少なく、かつ合理的な

表4 組織的支援の属性による平均値の差

	n*	大切さ				実施頻度				
		第Ⅰ因子	第Ⅱ因子	第Ⅲ因子	第Ⅳ因子	第Ⅰ因子	第Ⅱ因子	第Ⅲ因子	第Ⅳ因子	
全体	741~749	4.63	4.29	4.29	4.30	3.55	3.00	2.78	2.50	
性別	男性	69~70	4.58	4.28	4.29	4.34	3.59	3.09	2.77	2.53
	女性	662~673	4.63	4.29	4.30	4.29	3.49	3.05	2.78	2.49
	t値		-1.00	-0.27	-0.04	0.71	1.39	0.40	-0.15	0.33
受講の有無	あり	554~564	4.63	4.29	4.28	4.31	3.50	3.07	2.77	2.48
	なし	179~181	4.60	4.31	4.33	4.23	3.52	2.99	2.81	2.51
	t値		1.16	-0.66	-1.23	1.72	-0.41	1.34	-0.65	-0.45
病院の規模	399床未満	357~378	4.63	4.32 *	4.32	4.26	3.53	3.06	2.79	2.53
	400床以上	351~381	4.63	4.26	4.26	4.31	3.48	3.05	2.76	2.44
	t値		0.11	2.03	1.63	-1.27	1.20	0.36	0.39	1.35
年齢	31~40歳	46~47	4.65	4.27	4.23	4.26	3.64	3.05	2.69	2.33
	41~50歳	305~309	4.63	4.28	4.29	4.30	3.52	3.10	2.79	2.52
	51~60歳	364~371	4.62	4.30	4.30	4.29	3.48	3.02	2.79	2.49
	61~70歳	19	4.66	4.54	4.52	4.25	3.29	2.89	2.54	2.45
	F値		0.20	2.19	1.48	0.14	2.12	1.21	0.79	0.52
経験年数	0~10年	542~552	4.63	4.29	4.30	4.30	3.49	3.05	2.74	2.44
	11~20年	129~131	4.61	4.30	4.29	4.25	3.52	3.08	2.91	2.64
	20~30年	17	4.64	4.36	4.50	4.27	3.34	2.82	2.56	2.30
	F値		0.29	0.24	1.43	0.39	0.83	1.13	2.93	2.75
受講のレベル	ファースト	337~340	4.63	4.30	4.28	4.32	3.50	3.09	2.79	2.49
	セカンド	210~216	4.64	4.28	4.30	4.31	3.50	3.04	2.72	2.45
	サード	8	4.60	4.06	4.02	4.33	3.56	3.10	3.09	2.79
	F値		0.11	1.17	1.10	0.00	0.04	0.32	1.21	0.63
所属する診療科	救命救急	61~62	4.66	4.20	4.27	4.36	3.56	3.17	2.81	2.51
	内科系	204~207	4.64	4.30	4.28	4.25	3.48	3.07	2.79	2.51
	外科系	152~155	4.68	4.34	4.31	4.30	3.56	3.08	2.86	2.51
	精神科	112	4.55	4.29	4.34	4.25	3.48	2.99	2.73	2.54
	その他	198~207	4.61	4.28	4.29	4.33	3.48	3.02	2.70	2.43
F値		2.93	1.18	0.33	0.88	0.84	0.95	0.92	0.32	
組織風土分類	シブシブ型	198~203	4.68	4.37	4.36	4.33	3.57	3.13	2.84	2.56
	イヤイヤ型	111	4.55	4.25	4.22	4.29	3.39	2.94	2.58	2.22
	イキイキ型	252~257	4.64	4.31	4.28	4.32	3.60	3.16	2.91	2.71
	バラバラ型	176~178	4.60	4.20	4.29	4.21	3.37	2.90	2.64	2.27
	F値		4.68	4.92	1.87	1.53	8.85	6.98	6.84	12.21

*: $p < 0.05$ **: $p < 0.01$ ※算出した因子ごとに有効回答数が異なるため、nは一定値ではない。

注：有意差については効果量の点からも検討しており、 η^2 は0.01以上であることを確認している。ただし病院の規模に関しては $d < 0.2$ であった。

組織管理もなされている風土で、最もスタッフのモラルが高いと考えられているものである²³。本研究結果においても、イキイキ型に分類された組織は倫理的支援がより実施されている傾向が示され、良い職場風土と道徳的苦悩を軽減あるいは道徳的回復力を育成する組織の取り組みには深い関連があると考えられた。さらに、各因子と属性との関連で示された有意差

が組織風土分類のみであったことは、師長としてのリーダーシップとともに、組織としての倫理的支援の在り方の重要性を示すものと考えられる。

一方、看護師長が年齢や師長としての経験年数を重ねても、「大切さ」や「実施頻度」の各因子との間に有意な相関は示されなかった。Rathertらは、組織による倫理的支援と在職期間には相関が認められず、看

護師の経験年数はその支援と関連性がないと述べている¹⁹。本研究においてもほぼ同様の結果が得られていることから、年齢や経験年数を重ねても、倫理的環境を整えるための組織的支援の大切さの認識には影響せず、また組織的取り組みも増えていないことが考えられた。

3. 本研究の意義と限界

本研究は、今まで明らかにされていなかった道徳的苦悩の軽減と道徳的回復力の育成への組織的支援の具体的項目が得られたとともに、その実態と関連要因の側面を示した点で意義のある研究であったと考える。また、今回抽出できた22項目の質問項目を用いることで、看護師長個人、および病棟や病院レベルでの道徳的苦悩の軽減と道徳的回復力の育成への組織的支援への取り組みの状況を客観的に把握できると考える。ただし、看護部や病院レベルの支援については、あくまでも看護師長の目を通した評価であることを留意する必要がある。

一方、質問紙調査において、「大切さ」の多くの質問項目において天井効果を認め、正規性が確認されなかったが、回答の傾向を捉えるために因子分析を実施している。さらに本研究では道徳的苦悩の軽減や回復力育成のための組織的支援に着目しているが、その状況を「倫理的に難しい状況」に限定しているため、病棟において一般的に実施されている組織的支援は含まれていない。今後は、例えば看護スタッフが抱える道徳的苦悩の程度と組織的支援の関係性、組織的支援ができない要因、あるいは組織全体としての取り組みとの影響など、より効果的な組織的支援につながる調査が必要と考える。

V. 結論

1. 道徳的苦悩の軽減と道徳的回復力の育成への組織的支援について、4つのカテゴリーから成る22の具体的項目を示すことができた。
2. 強制的・命令的な雰囲気少なく、かつ合理的な組織管理もなされている組織風土では、組織的支援がより実施されている傾向が示され、良い職場風土と道徳的苦悩を軽減あるいは道徳的回復力を育成する組織の取り組みには、深い関連があると考えられた。
3. 強制的・命令的な雰囲気が強く、合理的な組織管理ができていない組織風土では、師長の倫理的姿勢や態度への認識が低く、強制的・命令的な雰囲気が少なく合理的な組織管理もなされていない風土の病棟では、倫理に向かった取り組みも低いことが示され、組織にはある程度以上のまとまりが必要であることが示された。
4. 看護師長は、組織的支援の重要性を認識している

が、実際にはそれらを実施できていない傾向が示された。さらに、病棟、看護部、病院のように組織の単位が大きくなるにしたがって組織的支援への取り組みが難しいことが示唆された。

5. 急性期病棟の看護師長は、道徳的苦悩の軽減と道徳的回復力の育成への組織的支援をより強く感じている傾向が示された。
6. 看護師長が年齢や経験年数を重ねても、倫理的環境を整えるための組織的支援には影響していない可能性が示された。

謝 辞

本研究の遂行にあたり、貴重な時間を割いてご協力くださり、励ましのお言葉を添えてくださった看護師長の皆さまに心より深く御礼申し上げます。また、本研究を行う機会を与えてくださいました対象病院の副院長、看護管理者の皆さまに深く感謝申し上げます。本研究の一部は第12回日本看護倫理学会学術集会(大阪)で発表いたしました。

なお本研究は、平成30年度名古屋大学大学院医学系研究科博士前期課程看護学専攻に提出した修士論文の一部を加筆修正したものです。

助 成

本研究は、平成28～令和3年度文科省科学研究費基礎研究B「看護学生の道徳的感受性の全国調査と育成のための教育プログラムの開発」(研究代表者：太田勝正課題番号18H03074)の一部により実施した。

利益相反

本研究による利益相反は存在しない。

文 献

1. Jameton A. Nursing practice: The ethical issues. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1984.
2. McCarthy J, Gastmans C. Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. *Nursing Ethics*. 2015; 22(1): 131-152.
3. 石原逸子, 赤田いづみ, 福重春菜他. 急性期病院看護師の日本語版改訂一倫理的悩み測定尺度(JMDS-R)開発とその検証. *日本看護倫理学会誌*. 2018; 10(1): 60-66.
4. Peter E, Lisachenko J. Moral distress reexamined: A feminist interpretation of nurses' identities, relationships, and responsibilities. *Journal of Bioethical Inquiry*. 2013; 10(3): 337-345.
5. Young PD, Rushton CH. A concept analysis of moral resilience. *Nursing Outlook*. 2017; 1-9.

6. Monteverde S. Undergraduate healthcare ethics education, moral resilience, and the role of ethical theories. *Nursing Ethics*. 2014; 21(4): 385-401.
7. 砂見緩子. 看護師のレジリエンスの概念分析. 聖路加看護学会誌. 2018; 22(1) : 11-18.
8. Grace PJ, Robinson M, Jurchak M, et al. Clinical ethics residency for nurses: An education model to decrease moral distress and strengthen nurse retention in acute care. *The Journal of Nursing Administration*. 2014; 44(12): 640-646.
9. Beumer CM. Innovative solutions: The effect of a workshop on reducing the experience of moral distress in an intensive care unit setting. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2008; 27(6): 263-267.
10. Helft PR, Bledsoe PD, Hancock M, et al. Facilitated ethics conversations: A novel program for managing moral distress in bedside nursing staff. *JONA's Healthcare Law, Ethics, and Regulation*. 2009; 11(1): 27-33.
11. Brandon D, Ryan D, Sloane R, et al. Impact of a pediatric quality of life program on providers' moral distress. *MCN The American Journal of Material/Child Nursing*. 2014; 39(3): 189-197.
12. Monteverde S. Caring for tomorrow's workforce: Moral resilience and healthcare ethics education. *Nursing Ethics*. 2014; 1-13.
13. Rathert C, May DR, Chung HS. Nurse moral distress: A survey identifying predictors and potential interventions. *International Journal of Nursing Studies*. 2016; 53: 39-49.
14. Salmela S, Koskinen C, Eriksson K. Nurse leaders as managers of ethically sustainable caring cultures. *Journal of Advanced Nursing*, 2016; 73(4): 871-882.
15. Panel Discussion 1. Promising Interventions for Building Individual Capacities for Moral Resilience. *American Journal of Nursing*. 2017; 117(2): s16-s17.
16. Panel Discussion 2. Promising System and Environmental Strategies for Addressing Moral Distress and Building Moral Resilience. *American Journal of Nursing*. 2017; 117(2): s18-s20.
17. Rushton CH, Schoonover-Shoffner K, Kennedy MS. A collaborative state of the science initiative: Transforming moral distress into moral resilience in nursing. *American Journal of Nursing*. 2017; 117(2): s2-s6.
18. Earvolino-Ramirez M. Resilience: A concept analysis. *Nursing Forum*. 2007; 42(2): 73-82.
19. 平野真理. 生得性・後天性の観点からみたレジリエンスの展望. 東京大学大学院教育研究科紀要. 2012; 52: 411-417.
20. Lachnman VD. Ethics, law, and policy: Moral resilience: Managing and preventing moral distress and moral residue. *MEDSURG Nursing*. 2016; 25(2) : 121-124.
21. Bell J, Breslin MJ. Healthcare provider moral distress as a leadership challenge. *JONA's Healthcare Law, Ethics, and Regulation*. 2008; 10(4): 94-97.
22. Reilly MK, Jurchak M. Developing professional practice and ethics engagement: A leadership model. *The Journal of Nursing Administration*. 2017; 41(4) : 376-383.
23. 福井里恵, 原谷隆史, 外島裕他. 職場の組織風土の測定—組織風土尺度12項目版(OCS-12)の信頼性と妥当性. 産業衛生学雑誌. 2004; 46: 213-222.
24. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, et al. Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 33(2): 250-256.
25. 田中美恵子, 濱田由紀, 嵐弘美他. 精神科看護師が倫理的問題を体験する頻度と悩む程度, および倫理的問題に直面したときの対処行動. 東京女子医科大学看護学会誌. 2010; 5(1) : 1-9