

## 医師と看護師の協働の場面で生じる倫理的葛藤に対する認識の傾向

橋 達枝<sup>1)</sup>

### 要 旨

本研究は、医師と看護師のより良い職務遂行の手がかりを得ることを目的に、一般病院で協働する医師66人、看護師260人を対象に、職務に関わる状況判断に際し体験した葛藤や、協働場面における意見の食い違い経験等に関する無記名自記式質問紙調査を実施した。分析の結果から、病院勤務の医師と看護師の葛藤や食い違い経験の認識には複数の共通する傾向が認められた。特に臨床経験の浅い若年者に職種の違いを超えた共通性が読み取れた。また両職種は、医療倫理の基礎教育経験に共通性が認められたが、両職種の倫理教育経験と葛藤経験および意見の食い違い経験に関連性は認められなかった。患者中心の医療に対する認識の高まりは、既存の医療倫理の基礎教育の効果であると考えられるが、チーム医療や多職種連携の観点から、協働を意識した倫理的問題解決に関する倫理教育の必要性が示唆された。

キーワード：協働 倫理的葛藤 チーム医療 倫理教育

### I. 緒言

医療の高度化・複雑化に伴う業務拡大により、医療職ひとりひとりの能力・容量の限界を超え、医療現場の疲弊が指摘されるなか、医療の在り方を変え得る取り組みとして「チーム医療」が注目されるようになった。この「チーム医療」に関連する制度の動きは、2007年の厚生労働省医政局長通知<sup>1)</sup>（各職種の専門性を発揮することで効率的な業務運営を目指すよう示した）や2010年の「チーム医療の推進に関する検討会報告書<sup>2)</sup>（チーム医療を推進するための具体策を報告した）」に遡る。当時チーム医療とは、「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」<sup>1)</sup>とされた。その後の高齢化の進展により医療の在り方はさらに大きく変容し、少子超高齢社会に対応した社会保障制度を構築するべく、2014年の「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（医療介護総合確保推進法）」<sup>3)</sup>の成立、「病院完結型」から地域全

体で治し、支える「地域完結型」へと医療・介護サービス提供体制の一体改革が推し進められることになった。高度急性期から在宅医療・介護までの切れ目のないサービスの提供を目指す「地域包括ケアシステム」の実現<sup>4)</sup>は、サービスを利用する国民の視点に立ち、ニーズに見合ったサービスが切れ目なく、かつ、効率的に提供されているかという観点が求められる。2025年を目前に、さらなる超高齢社会に伴う医療需要の量的拡大と患者・家族の価値観という「個」の多様性への対応を迫られるなか、2018年度診療報酬<sup>5)</sup>介護報酬<sup>6)</sup>同時改定では、地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進を重要課題とした。

このような医療を取り巻く環境の変化の、チーム医療を推進することの困難さの指摘も続いている。医学中央雑誌webで、「チーム医療」「葛藤」をキーワードに最近5年の国内の記事を検索すると144件がヒットし（2019年7月時点）、そのうち97件に看護師、27件に医師、75件に病院がキーワードとして含まれていた。チーム医療が注目された当初、困難の要因として医師の権限の強さが指摘されていたが、細田<sup>7)</sup>はフリードソンの「揺るがない階層構造」を紹介しながらも、日本のこれからの「チーム

1) 川崎市立看護短期大学

医療」の可能性を述べていた。医療機能の分化と高い専門性を持つ多種多様な医療スタッフの協働が求められる一方で、患者ニーズの多様化がすすむ今日の病院においても、その困難さは階層構造にあるのか、そして医療専門職者はどのような倫理的葛藤に直面しているのか、実証的に整理する必要がある。

そこで本研究は、医療専門職のうち、一般病院で協働する機会が多い医師と看護師を対象に、職務に関わる状況判断に際し体験した葛藤や、協働場面における意見の食い違い経験等に関する質問紙調査を行い、医療実践現場における医師と看護師の倫理的葛藤に対する認識の傾向について分析し、より良い職務遂行の手がかりを得ることを目的とする。

## II. 方法

2017年7～9月に研究協力依頼が得られた首都圏A県の大学病院及び一般病院（2団体3病院）を通じて、医師127人、看護師353人を対象に無記名自記式質問紙調査を実施し、留め置き法で回収した（便宜的探索的抽出）。回収された回答（医師72人、看護師261人；回数率56.7%、73.9%）のうち未記入の回答用紙を除外、医師66人、看護師260人；有効回答率 52.0%、73.7%）を分析対象とした。

質問項目は、①属性（性別、年代、勤務形態、職位）、②「職務上の葛藤経験」の有無とその対象、③看護師または医師との「協働場面における意見の食い違い経験」の有無と伴って生じた感情、④「医療職者としての倫理教育」受講の有無と受講した場所、の回答結果を分析に用いた。②では各専門職者として職務に関わる意思決定をする際の葛藤経験の有無と、その対象である8つの要因別の葛藤経験頻度を、1. まったくなかった、2. ほとんどなかった、3. 時々あった、4. 頻繁にあった、の4件法で回答を求めた。③の「意見の食い違い経験」が複数ある場合は、最も意見が食い違ふと感じた場面で生じた感情に一番近いものを、8つの感情（1. 共感、2. 悲しみ、3. 罪悪感、4. 恥、5. 嫌悪感、6. 怒り、7. もやもや感、8. 無気力）の中から求めた。④では4つの受講場所（1. 教育機関、2. 就職後の所属機関、3. 当該職種の研修、4. その他）について複数回答とした。

「職務上の葛藤経験」と「医師と看護師の協働場面における意見の食い違い経験」は、それぞれの質問項目の中に「医師または看護師として職務に関わ

る意思決定をする際に葛藤した経験」、「医師または看護師と協働するなかで、意見が食い違った場面（複数ある場合は最も意見が食い違ったと感じた経験）」のように使用し、得られた回答である。

各質問項目の単純集計を行い、職種と属性間で分割表を作成しカイ二乗検定を行った。医師と看護師の「倫理教育の受講経験」の有無の該当者割合と「葛藤経験」の有無の該当者割合、「医師と看護師の協働場面における意見の食い違い経験」の有無の該当者割合の差の検定にカイ二乗検定を用いた。データの解析にはIBM SPSS ver.24を用い、統計的有意性検定の有意水準は0.05とした。

本調査においては、公益財団法人生存科学研究所倫理審査委員会からの承認を得て実施した（承認番号201701）。

## III. 結果

### 1. 解析対象者の属性

解析対象の医師66人と看護師260人の属性を表1に示した。

表1 対象者の属性

	医師 n=66 人数(%)	看護師 n=260 人数(%)	
性別			$\chi^2=147.86$ $p<0.001$ **
男性	72.7	6.2	
女性	27.3	93.8	
年代			$\chi^2=4.06$ $p=0.131$
30歳未満	24.3	35.0	
30歳以上40歳未満	33.3	23.1	
40歳以上	42.4	41.9	
勤務形態			$\chi^2=12.92$ $p<0.001$ **
常勤	80.3	93.8	
非常勤	19.7	5.8	
NA	0	0.4	
職位			$\chi^2=5.00$ $p=0.024$ *
管理職	22.7	11.5	
非管理職	77.3	85.8	
NA	0	2.7	

\*  $p<0.05$ , \*\*  $p<0.01$

## 2. 「職務上の葛藤経験」の有無とその葛藤対象

専門職者として職務に関わる意思決定をする際の葛藤経験の有無について医師と看護師に尋ねた(表2-1)。その結果、医師は80.3% (53人)、看護師は85.0% (221人)が「葛藤経験がある」と回答した。

そこで、「葛藤経験がある」と回答した医師53人、看護師221人に対し、8つの要因別の葛藤経験頻度を尋ね、4件法で回答を求めた。回答結果から、8つの葛藤対象別の「職務上の葛藤経験」頻度が「時々あった」「頻繁にあった」を選択した回答者人数の割合を表2-2に示した。その際、操作的に「時々あった」「頻繁にあった」を選択した回答者人数の割合を、「葛藤経験頻度が高い群」と定義した。その結果、医師は「一個人としての考え方；以下一個人の考え方と示す」、「ケアをしている患者の様子；患者の様子」、「ケアをしている患者家族の様子；家族の様子」との狭間での「葛藤経験頻度が高い群」に属する回答者人数の割合が多かった(3項目すべて45人、84.9%)。同様に看護師は「患者の様子」(203人、91.9%)、「家族の様子」(199人、90.0%)、「一個人の考え方」(187人、84.6%)の順に、「葛藤経験頻度が高い群」に属する回答者人数の割合が多かった。なお、「所属する職場の他職種の人々の考え方；他職種の考え方」の「葛藤経験頻度が高い群」の回答者人数の割合は、医師73.6%、看護師66.1%であった。

さらに両職種の葛藤経験頻度について、年代別(20歳代、30歳代、40歳以上)の回答者人数の割合を表2-2に示した。その結果、「20歳代」の医師と看護師では、「一個人の考え方」と「修学した学校等で学んだこと；学校等で学んだこと」の「葛藤経験頻度が高い群」の回答者人数の割合が、他の年代と比較して多かった。逆に「所属する職場組織の方針；職場組織の方針」、「職種に関係する法律・制度」、「家族の様子」、「所属する職場の同職種の人の考え方；同職種の考え方」、「他職種の考え方」の「葛藤経験の頻度が高い群」の回答者人数の割合が、他の年代と比較して少なかった。なお、いずれの年代でも「患者の様子」の「葛藤経験頻度が高い群」の回答者人数の割合が多かった。

## 3. 「医師と看護師の協働場面における意見の食い違い経験」の有無と伴って生じた感情

看護師または医師との「協働場面における意見

の食い違い経験」の有無について、医師と看護師に尋ねた(表3-1)。その結果、医師は74.2% (49人)、看護師は85.8% (223人)が「意見の食い違い経験」があったと回答した。さらに「意見の食い違い経験」があったと回答した医師(49人)と看護師(207人：223人のうちの16人を複数回答のため無効扱いとした)の年代別の内訳を表3-1に示した。医師では「20歳代」で「食い違い経験あり」の回答者人数(13人)の、同年代の回答者人数(16人)に占める割合が最も多かった(81.3%)。ちなみに「食い違い経験あり」人数の割合が多かった順は、「20歳代」(81.3%)、「40歳以上」(78.6%)、「30歳代」(14人、63.6%)であった。一方看護師では、「30歳代」で「食い違い経験あり」の回答者人数(52人)の、同年代回答者人数(60人)に占める割合が最も多く(86.7%)、「食い違い経験あり」人数の割合が多かった順は、「30歳代」(86.7%)、「40歳以上」(82.6%)、「20歳代」(71.4%)であった。

また、「意見の食い違い経験」があったと回答した医師(49人)、看護師(207人)に対して、食い違いの際に伴って生じた感情に一番近いものを、8つの感情(1. 共感、2. 悲しみ、3. 罪悪感、4. 恥、5. 嫌悪感、6. 怒り、7. もやもや感、8. 無気力)から尋ねた(意見の食い違い経験が複数ある場合は、最も意見が食い違ふと感じた場面とした)

(表3-2)。その結果、医師は「もやもや感」(28人、57.2%)、「共感」(7人、14.3%)、「怒り」と「無気力」(5人、10.2%)の順に回答者人数の割合が多く、同様に看護師では「もやもや感」(132人、63.8%)、「怒り」(30人、14.5%)、「嫌悪感」(21人、10.2%)の順に回答者の人数割合が多かった。なお、両職種ともに回答者人数の割合が多かった「もやもや感」に着目すると、年代別の内訳(表3-2)から、医師では「20歳代」の「もやもや感」の回答者人数(10人)の、「食い違い経験あり」の回答者人数(13人)に占める割合(76.9%)が、他の年代と比較して最も多かった。同様に看護師でも「20歳代」の「もやもや感」の回答者人数(47人)の、「食い違い経験あり」回答者人数(65人)に占める割合(72.3%)が、他の年代と比較して最も多かった。また、医師では「もやもや感」に次ぐ回答者人数割合を占めた「共感」であるが、看護師では最下位の人数割合(0.5%)で

あった。

#### 4. 「医療職者としての倫理教育」受講の有無と受講した場所

「倫理教育の受講経験」の有無について医師と看護師に尋ねた(表4-1)。その結果、医師は87.9%(58人)、看護師は81.2%(211人)が「受講経験がある」と回答した。医師と看護師の「倫理教育の受講経験」の有無と「葛藤経験」の有無、「医師と看護師の協働場面における意見の食い違い経験」の有無、それぞれ間に有意差はみられなかった。

そこで「医療倫理教育の受講経験がある」と回答した医師58人に対して、4つの受講場所(1. 大学、2. 就職後の所属機関、3. 当該職種の研修、4. その他)から当てはまるものを尋ねた(複数回答可)(表4-2)。その結果、「大学」(41人、70.7%)、「就職後の所属機関」(29人、50.0%)、「当該職種の研修」(16人、27.6%)の順に回答者人数の割合が多かった。同様に「倫理教育の受講経験がある」と回答した看護師211人に対して、4つの受講場所(1. 看護師等養成校、2. 就職後の所属機関、3. 当該職種の研修、4.

その他)から当てはまるものを尋ねた(複数回答可)(表4-2)。その結果、「看護師養成校」(118人、55.9%)、「就職後の所属機関」(114人、54.0%)、「当該職種の研修」(77人、36.5%)の順に回答者人数の割合が多かった。

さらに年代別の内訳(表4-2)から、「20歳代」医師では「大学」の回答者人数(16人)の、同年代の「受講経験あり」回答者人数に占める割合が最も多く(100%)、同様に「30歳代」医師でも「大学」の受講経験者人数(16人)の、同年代の「受講経験あり」回答者人数に占める割合が最多(76.2%)であった。しかし「40歳以上」医師は「大学」の受講経験者人数(9人)の、同年代の「受講経験あり」回答者人数に占める割合は42.9%であった。一方、「20歳代」と「30歳代」看護師では「看護師養成校」受講経験者人数(65人・28人)の、それぞれ同年代の「受講経験あり」回答者人数に占める割合が最多(91.6%・59.6%)であったが、「40歳以上」看護師は「看護師養成校」受講経験者人数(25人)の、同年代の「受講経験あり」回答者人数に占める割合は26.9%であった。

表2-1 「職務上の葛藤経験」の有無

	医師 n=66			看護師 n=260			
	30歳未満 n=16 %	30歳以上40歳未満 n=22 %	40歳以上 n=28 %	30歳未満 n=91 %	30歳以上40歳未満 n=60 %	40歳以上 n=109 %	総数 n=260 %
あり	75.0	77.3	85.7	80.2	85.0	89.0	85.0
なし	25.0	22.7	14.3	17.6	11.7	9.2	12.7
NA	0	0	0	2.2	3.3	1.8	2.3

表2-2 葛藤対象別「職務上の葛藤経験」頻度が高い群<sup>1)</sup>に属する回答者人数の割合

	医師 n=53			看護師 n=221			
	30歳未満 n=12 %	30歳以上40歳未満 n=17 %	40歳以上 n=24 %	30歳未満 n=73 %	30歳以上40歳未満 n=51 %	40歳以上 n=97 %	総数 n=221 %
1 ケアをしている患者の様子	83.3	82.4	87.5	93.2	90.2	91.8	91.9
2 ケアをしている患者家族の様子	75.0	94.1	83.3	86.3	90.2	92.8	90.0
3 一人としての考え方	100.0	82.4	79.2	86.3	82.4	84.5	84.6
4 所属する職場の同職種の人への考え方	66.7	82.4	91.7	69.9	86.3	88.7	81.9
5 所属する職場組織の方針	75.0	76.5	87.5	57.5	86.3	76.3	72.4
6 所属する職場の他職種の人への考え方	66.7	76.5	75.0	46.0	76.5	76.3	66.1
7 職種に関係する法律・制度	58.3	64.7	66.7	42.5	45.1	54.6	48.4
8 修学した学校等で学んだこと	66.7	47.1	37.5	54.8	39.2	25.8	38.5

1) 「時々あった」「頻繁にあった」の回答者

表3-1 「協働場面における意見の食い違い経験」の有無：「対看護師」または「対医師」

	医師 n=66				看護師 n=260			
	30歳未満 n=16 %	30歳以上40歳未満 n=22 %	40歳以上 n=28 %	総数 n=66 %	30歳未満 n=91 %	30歳以上40歳未満 n=60 %	40歳以上 n=109 %	総数 n=260 %
あり	81.3	63.6	78.6	<b>74.2</b>	71.4	86.7	82.6	<b>79.6</b>
なし	18.8	36.4	21.4	25.8	23.1	6.7	11.0	14.2
無効 <sup>1)</sup>	0.0	0.0	0.0	0.0	5.5	6.6	6.4	<b>6.2</b>

1)「食い違い経験」の複数回答

表3-2 「協働場面における意見の食い違い経験」に伴う感情：「対看護師」または「対医師」

	医師 n=49				看護師 n=207			
	30歳未満 n=13 %	30歳以上40歳未満 n=14 %	40歳以上 n=22 %	総数 n=49 %	30歳未満 n=65 %	30歳以上40歳未満 n=52 %	40歳以上 n=90 %	総数 n=207 %
1 共感	0.0	7.1	27.2	<b>14.3</b>	1.5	0.0	0.0	0.5
2 悲しみ	0.0	7.1	0.0	2.0	3.1	3.9	3.3	3.4
3 罪悪感	0.0	0.0	0.0	0.0	1.5	0.0	0.0	0.5
4 恥	0.0	0.0	0.0	0.0	1.5	0.0	0.0	0.5
5 嫌悪感	0.0	14.3	4.6	6.1	3.1	13.5	13.3	<b>10.2</b>
6 怒り	0.0	14.3	13.6	<b>10.2</b>	7.7	17.3	17.8	<b>14.5</b>
7 やもやや感	<b>76.9</b>	<b>50.1</b>	<b>50.0</b>	<b>57.2</b>	<b>72.4</b>	<b>63.4</b>	<b>57.8</b>	<b>63.8</b>
8 無気力	23.1	7.1	4.6	<b>10.2</b>	9.2	1.9	7.8	6.8

表4-1 医療職者としての「倫理教育」受講経験の有無

	医師 n=66				看護師 n=260			
	30歳未満 n=16 %	30歳以上40歳未満 n=22 %	40歳以上 n=28 %	総数 n=66 %	30歳未満 n=91 %	30歳以上40歳未満 n=60 %	40歳以上 n=109 %	総数 n=260 %
あり	100.0	95.4	75.0	<b>87.9</b>	78.0	78.3	85.3	<b>81.2</b>
なし	0.0	4.6	25.0	12.1	20.9	20.0	13.8	17.7
NA	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1	1.7	0.9	1.1

1) 医師は「医療倫理教育」

表4-2 「倫理教育」を受講した場所(複数回答)

	医師 n=58				看護師 n=211			
	30歳未満 n=16 %	30歳以上40歳未満 n=21 %	40歳以上 n=21 %	総数 n=58 %	30歳未満 n=71 %	30歳以上40歳未満 n=47 %	40歳以上 n=93 %	総数 n=211 %
教育機関 <sup>1)</sup>	<b>100.0</b>	<b>76.2</b>	42.9	<b>70.7</b>	<b>91.6</b>	<b>59.6</b>	26.9	<b>55.9</b>
就職後の所属機関	25.0	57.1	<b>61.9</b>	50.0	36.6	55.3	<b>66.7</b>	54.0
当該職種の研究	6.3	28.6	42.9	27.6	9.9	36.2	57.0	36.5
その他	0.0	0.0	4.8	1.7	0.0	4.3	6.5	3.8

1) 医師は大学、看護師は看護師養成校

#### IV. 考察

本調査結果から病院勤務の医師および看護師は、専門職者として職務に関わる意思決定をする際に、各回答者の約8割が葛藤を経験していた。そして「葛藤経験頻度が高い群」に属する回答者人数の割合が多かった葛藤対象は、両職種とも「患者の様子」、「家族の様子」、「一個人としての考え方」であり、両職種の葛藤経験頻度の高い対象の傾向に共通性が認められた。特に、医師と看護師の葛藤経験のうち、「患者の様子」を対象にした葛藤の経験頻度の多さは、両職種のすべての年代で共通していた。一方、両職種の「20歳代」は他の年代と比較して、「一個人としての考え方」と「学校等で学んだこと」の「葛藤経験頻度が高い群」に属する回答者人数の割合が多く、それ以外の5つの対象では、他の年代と比較して「葛藤経験頻度が高い群」の割合が少なかった。つまり、患者によいと思われることをしようとした時に、臨床経験の浅い若年者は視野が狭いがゆえに「患者の様子」、「一個人としての考え方」、「学校等で学んだこと」に葛藤経験が集中しがちである。経験年数を重ねるにつれ葛藤対象の拡大がみられることは、職種の違いを超えた共通性といえる。

このような葛藤経験の傾向は、倫理教育経験の影響を受けるものなのか。両職種の倫理教育の受講経験について尋ねた結果から、両職種とも回答者の8割以上が「倫理教育」の受講経験を持ち、医師は「大学」（約7割）、看護師は「看護師養成所」（約6割）で倫理教育を受講していた。しかし、倫理教育経験と葛藤経験に関連性は認められなかった。年代別の分析からは、20歳代の医師は全員、30歳代でも7割以上が「大学」と回答していたが、40歳以上になると「大学」は4割になる。看護師もまた、20歳代は9割、30歳代でも6割が「看護師養成所」と回答しているのに対し、40歳以上では3割弱となる。こうした結果が示す背景に、医師は医学教育のモデル・コア・カリキュラム—教育内容ガイドライン—の公表<sup>8)</sup>（2001年、文部科学省）、看護師は「看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標（看護学教育の在り方に関する検討会報告）」<sup>9)</sup>（文部科学省、2004）や「看護基礎教育の充実に関する検討会報告書」<sup>10)</sup>（厚生労働省、2007）がある。教育カリキュラムが明確に示されるようになり、医療倫理教育（臨床倫理、研究倫

理）、看護倫理教育は体系化され具体的な目標を掲げて教育されるようになった。今回の調査では倫理教育の具体的な内容について尋ねていないが、2014年に医学部・看護学部を対象に行われた実態調査<sup>11)</sup>では、どちらも講義形式で医療倫理の基礎やインフォームド・コンセント、守秘義務、個人情報保護等の基礎理論等が学ばれていたことが報告されている。一方、両職種の40歳以上の回答者の割合が多くみられた「就職後の所属機関」や「当該職種の研修」とは、病院機能評価受審や臨床倫理委員会設置をきっかけに、医療安全や医療の質の向上を目標として行われるようになった各医療機関での研修、あるいは管理や教育の責任者として参加した病院内外の研修等を指している。長崎らの調査報告<sup>12)</sup>によると、倫理教育の機会は「院内教育」の回答が多く、調査対象の15病院のうち14病院で看護倫理研修が行われていた。研修内容は、バイオエシックスの基本原則、倫理原則、看護師の倫理綱領、看護倫理の基礎等で、方法は講義、事例検討、ロールプレイング等が示されていた。近年、教育機関のみならず勤務先における院内外研修として「倫理」に関する教育を受ける機会は多くあり、臨床看護師は倫理教育の必要性を強く感じていることが窺われた。また、医師の倫理教育に関する調査報告は見当たらなかったが、平成13年3月に公表された医学教育のモデル・コア・カリキュラム<sup>13)</sup>は、社会的ニーズ、医学・医療の進歩、卒後臨床研修等を勧奨し、引き続き「医師として求められる基本的な資質」を提示しており、直近の平成28年改訂版（文部科学省公表）のキャッチフレーズは「多様なニーズに対応できる医師の養成」で、国民から求められる倫理観、医療安全、チーム医療、地域包括ケアシステム、健康長寿社会などのニーズに対応できる実践的臨床能力を有する医師の養成が意識されていた。

地域包括ケアシステムの構築に伴い、患者中心の医療をチームで実践するには他の医療関係職との連携は不可欠であり、それぞれ「医師の職業倫理指針」<sup>14)</sup>「看護師の倫理綱領」<sup>15)</sup>で表明されている。しかし、医師との関係性に倫理的ジレンマを感じている看護師の報告<sup>16)-18)</sup>はいまだ少なくない。本調査でも両職種の7割以上が「意見の食い違い経験」を持つと回答した。さらに両職種の意見の食い違い経験者の約6割がその経験の際に伴った感情として「もやもや感」を選択し、「もやもや感」以外

では、医師は「共感」「怒り」「無気力」、看護師は「怒り」「嫌悪感」といったネガティブな感情とともに経験が記憶されている傾向がみられた。そして臨床経験の浅い若年者ほど「もやもや感」が占める割合が多いことが、両職種に共通していた。また、看護師では経験年数の浅い若年者にみられた「共感」や「罪悪感」「恥」の感情が、経験年数が増すと「怒り」「嫌悪感」の感情に替わる傾向も読みとれた。このように医師と看護師の間には感情を伴う「意見の食い違い経験」が日常的に存在していることが確認されたが、職種間の有意差は認められなかった。この食い違い経験は、青柳<sup>19)</sup>のいう「倫理的感受性」の「倫理的状況に反応して感情が表れる」と同様の経験であるため、この食い違い経験をとおして倫理的問題に気付くことが可能であることを意味している。しかし、先行研究の「多くの医療従事者は倫理の重要性を認識しているにもかかわらず、倫理的問題に気づかない、気づいても問題点の抽出方法や効果的な対応の仕方に自信が持てない現状」<sup>20)</sup>で、「臨床看護師は倫理的問題に直面した際に、業務の一環として割り切り、対応を要する倫理的問題とはみなさないような傾向が臨床に常態化している」懸念<sup>21)</sup>があるという報告から、倫理的問題解決が回避されている可能性が推察される。本調査から解決が回避されたまま経験年数を重ねると、看護師は医師に対するネガティブイメージを強化する傾向が強いことが示唆されており、倫理的問題解決を回避させないことが重要である。

最近5年の医師と看護師の葛藤についての報告をみると、対人関係における葛藤で、キーワードは「協働」「チーム」「専門性」が共通する。例えば川島<sup>17)</sup>らは、「協働を促進するためには看護師は医学的知識に基づいた看護の専門的知識とコミュニケーションスキルの向上が必要。医師は看護師の専門性を認めそれを看護師に伝えていくことが必要」。持留ら<sup>22)</sup>は、「医師もまた他職種との協働でうまく連携がはかれないことによる倫理的ジレンマを感じていた。われわれ医療職は専門性による価値観の違いや特殊性を理解し、尊重し合うことが良好な関係性を保つ。職種間で議論する場を設けることは、倫理的ジレンマの解決に役立つ」と述べている。本調査でも、両職種には対人関係の「意見の食い違い経験」が多くみられており、川島らや持留らの提案する対応策が有効であると考えられる。しかし経

験の内容によっては「価値観の相異」以前の、単純な知識不足という可能性もある。日下部らの「死亡診断時の医師の立ち居振る舞いについてのガイドブック」の報告<sup>23)</sup>では、「遺族の悲嘆に大きく影響を及ぼす死亡診断の場であるが、医学教育プログラムの中には含まれていない。多死社会を迎え、チームとして関わることで、最期に立ち会う医師はオンコール医（当番医、主治医以外の医師）であることも多いことから、ガイドブックを地域の多職種で作成し、公表した」とある。今日の「チーム医療」では、医師もチームの一員として、これまで求められてこなかった多様なニーズに応えなければならなくなった。立ち会った、あるいは後日の遺族からの発言から、死亡診断時の医師の不適切な立ち居振る舞いに気づいたなら、協働する多職種はその医師との「価値観の相異」と安易にみなさず、まずは聞き取りを行い、場合によってはチームの課題として検討することの重要性を示している。

多岐にわたる倫理的問題の解決は容易ではないが、患者中心の医療の在り方について広く教育された専門職者が、日常的にチームで意見交換し、倫理的課題を明確にする風土こそが、医療安全や医療の質の向上の強みとなり、患者・家族へのより良い医療の提供につながる。今回の分析結果で、両職種の倫理教育経験と葛藤経験に関連性が認められなかったのは、チーム医療や多職種連携の観点から、協働を意識した倫理的問題解決に関する倫理教育が不足しているためとは考えられないか。例えば基礎教育機関では、卒業前から協働の場面で生じる倫理的葛藤について、自職だけでなく他職の認識の傾向を知識として学ぶことにより、卒業後の医療現場で日常的な「意見の食い違い経験」から倫理的問題に気付くこと、職種間で議論する場を設けることで倫理的問題の解決をはかりネガティブイメージを強化させないこと、「価値観の相異」と安易にみなさずにチームの課題として検討すること、等の実践を容易にし、協働する職種間の関係性の構築に有効に作用すると考える。

以上のことから本研究は、病院に勤務する医師と看護師が体験する職務上の葛藤や、両職種の協働場面における実態および、認識の傾向について明らかにした。そしてチーム医療や多職種連携の観点から、協働を意識した倫理教育の必要性の検討に有効な基礎資料となり得る。ただし、調査対象とした施

設が3病院であること、看護師に比べ医師の回答者数が少ないこと、医師と看護師の協働あるいは倫理観に関心が高い者が多く回答した可能性があることから結果の汎用性には限界があることは否めない。さらに調査対象者数を拡大するなど、検討を重ねることが課題である。

## V. 結論

協働する機会が多い病院勤務の医師と看護師を対象に実施した質問紙調査から得られた結果の分析から、医師と看護師は職務に関わる状況判断に際し体験した葛藤や、協働場面における意見の食い違い経験の認識には複数の共通する傾向が認められた。特に、臨床経験の浅い若年者に職種の違いを超えた共通性が読み取れた。また両職種には、医療倫理の基礎教育による、患者中心の医療に対する認識の高まりが認められたが、協働を意識した倫理的問題解決に関する倫理教育の必要性が示唆された。

## 引用文献

- 1) 厚生労働省医政局局長 医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推移について（通知）  
医政発代1228001号 平成19年12月28日。  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000025aq3-att/2r98520000025axw>.  
（参照2019-10-23）
- 2) 厚生労働省 チーム医療の推進について（チーム医療に関する検討会報告書）平成22年3月19日  
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf>（参照2019-10-23）
- 3) 厚生労働省 地域における医療及び介護の総合的に確保するための基本的な方針 保健局医療介護連携策課  
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/000>（参照2019-10-23）
- 4) 厚生労働省 地域包括ケアシステム  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisya/chiiki-houkatsu/](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisya/chiiki-houkatsu/)  
（参照2019-10-23）
- 5) 厚生労働省 平成30年度診療報酬改定の基本方針 社会保障審議会医療保険部会 社会保障審議会医療部  
平成29年12月11日。  
[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000187616.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000187616.pdf)（参照2019-10-23）
- 6) 厚生労働省 平成30年度介護報酬改定のおもな事項について 社保審一介護給付費分科会 第158回 資料1 平成30年1月26日。  
[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000192300.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000192300.pdf)（参照2019-10-23）
- 7) 細田満和子. 「チーム医療」とは何か 医療とケアに生かす社会学からのアプローチ.  
日本看護協会出版会. 東京. 2012. p195-196.
- 8) 医学教育モデル・コア・カリキュラム－教育内容ガイドライン－ 医学における教育プログラム研究・開

## 謝辞

本調査にご協力くださいました病院、機関、医師、看護師の皆様にお礼申し上げます。

## 利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

## 付記

本稿では、平成28年度から平成30年度に公益財団法人生存科学研究所から研究費を受託した自主研究「対人支援職者の倫理的行動と倫理観の構造」において取得したデータの一部を用いた。また本研究の一部は、第8回日本在宅看護学会学術集会において発表した。

発事業委員会

<http://www.medic.mie-u.ac.jp/meduc/data/modelcore-education.pdf> (参照2019.7.12)

- 9) 文部科学省 看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標 (看護学教育の在り方に関する検討会報告) 平成16年3月26日.  
[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/018-15/toushin/04032601.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/018-15/toushin/04032601.htm)  
(参照2019.7.12)
- 10) 厚生労働省 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書 (平成19年4月16日)  
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf> (参照2019.7.12)
- 11) 前田正一. 医療倫理 (研究倫理・臨床倫理)に関する学生教育－日本の医学. 看護学部を対象とした調査研究－. 日総研ワーキングペーパー. No.347. 2015年9月5日.  
<http://www.jmari.med.or.jp/download/WP347.pdf> (参照2019.7.12)
- 12) 長崎恵美子・伊東美佐江. 病院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. 日本看護倫理学会誌. Vol.10, No.1, 2018, 26-35.
- 13) 文部科学省 医学教育モデル・コア・カリキュラム (平成28年度改訂版), 歯学教育モデル・コア・カリキュラム (平成28年度改訂版)の公表について 2017年3月31日 高等教育局医学教育課  
[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/033-2/toushin/1383962.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/033-2/toushin/1383962.htm) (参照2019.7.12)
- 14) 日本医師会 医師の職業倫理指針 第3版 平成28年10月.  
[http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20161012\\_2.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20161012_2.pdf) (参照2019.7.12)
- 15) 日本看護協会 看護師の倫理綱領 2003年.  
[https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/rinri/code\\_of\\_ethics.pdf](https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/rinri/code_of_ethics.pdf) (参照2019.7.12)
- 16) 川島めぐ美・川中武・横島朋子他. 外来における医師と看護師の協働に対する評価－自己評価と他者評価から見たこと－. 第45回 (平成26年度)日本看護学会論文集急性期看護. 2015, 258-261.
- 17) 佐々木光隆. チーム医療への第一歩－医師と看護師の間に生じる確執－. 手術医学. 37(4), 2016, 326.
- 18) 金子拓未・八木久美子. 医師と手術室看護師のお互いに対する思いの実態－対人関係における葛藤－. 第48回 (平成29年度)日本看護学会論文集 急性期看護. 2018, 163-166.
- 19) 青柳優子. 医療従事者の倫理的感受性の概念分析. 日本看護科学会誌. Vol.36, 2016, 27-33.
- 20) 照沼則子. チーム医療における倫理的感受性とは. 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌. Vol.26, No.1, 2016, 1-6.
- 21) 小川和美・寺岡征太郎・寺坂陽子他. 臨床看護師が体験している倫理的問題の頻度とその程度. 日本看護倫理学会誌. Vol.6, No.1, 2014, 53-60.
- 22) 持留里奈・八代利香. 医師が医療職および患者・家族との関係において直面するジレンマ. 日本看護倫理学会誌. Vol.9, No.1, 2017, 61-63.
- 23) 日下部明彦・野里洵子・平野和江他. 「地域の多職種でつくった死亡診断時の医師の立ち居振る舞いについてのガイドブック」の医学教育に用いた報告. 日本緩和医療学会誌. 12(1), 2017, 906-910.

