

「ナースング・リスクマネジメント」の 現状分析を通した「看護倫理」の役割に関する研究

—精神科看護の現場に焦点を当てて—

石 崎 智 子

要旨：

医療の高度化・複雑化につれて、医療事故が増加してきている。最近では、看護者が刑事責任を問われる判例も出ている。本論文はこのような現状において、いかにしたら「看護事故」を減少させ予防し得るかをリスクマネジメントの分析を通して考察したものである。

本論文は従来の業務管理的視点をかえて、倫理学の視点から看護事故の発生を防止しようとするものである。つまり、看護者が看護実践するにあたり、「患者のいのちの倫理的受託者」とであるということを自覚することによって、看護事故を防止するだけではなく、看護力の一層の向上に繋がることを精神科看護の実態調査を通して論証した。

考察の結果、次のことを確認した。

- 1 医療現場は単純なマニュアル化を阻む複雑さを持つ。
- 2 医療事故を予防するためには、コミュニケーションを通した関係性の構築が基盤となる。関係性の構築にあたっては、患者と医療従事者の間の信頼関係の構築だけではなく、医療チーム全体としての連携の強化が必須である。そのためには、医療従事者がお互いの専門性を尊重し合うことが重要である。
- 3 信頼関係を構築するためには、メタコミュニケーションが重要な要因であり、看護倫理の要はこのメタコミュニケーションを活用した看護実践能力である。
- 4 精神科看護における倫理的問題の解決は、「いのちの倫理的付託者」としての患者と「いのちの倫理的受託者」としての看護者との関係性の構築過程にかかっている。何故かと言えば、精神科看護の現場では、看護者はコミュニケーションを通して人間関係を構築することが困難な患者たちとかかわっているからである。

キーワード：ナースング・リスクマネジメント、看護倫理、精神科看護、いのちの倫理的受託者

Research on the role of “Nursing ethics” through analyzing the present state of “Nursing risk management”

—The focus is applied to the practical place of psychiatric nursing—

Tomoko ISHIZAKI

Summary：

The medical accidents have been increasing along with advancement and complexity of the medical treatment. Recently, there was the judicial precedent which a nurse was charged with the criminal liability. This thesis focused on risk management analysis regarding how prevention and decreasing of the nurse-led accident incidents could be taken place.

This thesis aimed to prevent nurse-led accidents occurrence through the analysis of the accident origins from a viewpoint of not work management but ethical aspects. A research on psychiatric nursing clarified that awareness of nurses to be “ethical fiduciary of patients’ lives”

led not only prevention of the accidents but improvement of nursing capabilities.

According to the research, the followings were confirmed.

- 1 Medical practice sites were so complex that could not accept a simple manual.
- 2 To prevent the medical accidents, the construction of the relationship through communication was indispensable. For that purpose, there were needs firstly to establish reliance between patient and medical personnel, secondly to strengthen unity as a medical team. Moreover, for the unity of the team it was indispensable that each of the team members paid mutual respects.
- 3 The meta-communication was a major factor to build up trustful relations, and the essential of nursing ethics was exercising the ability of nursing practice through utilizing the meta-communication skills.
- 4 The resolving of the ethical issues on psychiatric nursing depended upon how well the interpersonal relationship between the patients who entrusted their lives to nurses and the nurses who accepted the role as “ Ethical fiduciary of patients’ lives ” was established. On the practice of psychiatric nursing, nurses were deal with the patients who had difficulties to construct relationship through regular communications.

Key words : nursing risk management, nursing ethics, psychiatric nursing, ethical fiduciary of patients’ lives

はじめに

近年の医療現場は、医学あるいは生命科学を基礎とした医療技術の急速な進歩により高度に細分化・複雑化し、医療に携わる職種は多岐にわたり、より専門分化している。さらに、医療への人々の関心が高まるとともに、「医療事故という問題」も浮上してきている。このような状況の中で、従来、主に医師の責任が問われる場合が多かったが、チーム医療においてはそれぞれの専門性に基づいた業務責任が問われるようになった。看護師は患者に対して直接的な医療行為に携わる職種として医療チームに参画している。そのため、看護師自身の行為によって生じる「看護事故」が増加の一途を辿っており、その予防対策がさまざまな視点から検討されている。

本研究は、これまでの「看護業務管理」の視点からではなく、看護師を「患者のいのちの倫理的受託者」として認識し、看護ケアの有り様を捉え直すことにより看護事故発生の防止策を構築しようとするものである。つまり、倫理学の視点から、看護事故発生の諸様相を分析し、そこに内在していると考えられる看護師自身が抱えている人間関係の「関係性の構築」に着目し、看護事故の発生の防止について論考したものである。

第1章 実践智を裏付ける看護の「現場」を問う

－看護のアイデンティティの確立を目指して－¹⁾

そこで、本章は患者の「いのち」を大切にしたい真の意味においての看護ケアを提供することができるよう「看護の現場」を問い直し、看護のアイデンティティを再構築しようとする試みである。そのことが、これから求められる新たなチーム医療の一員としての看護ケアの在り方を模索する一助となるものとする。

I 「看護」が日常体験している場

看護者が日常業務として体験している「看護の現場」とは何であろうか？ 例えば、筆者は看護者としてさまざまな患者と出会ってきた。そのなかには、病気と闘いながら自分の人生を有意義に送っている人がいた。また、治療の必要性を知りながらも、前向きになれず苦悩の日々を過ごしている人もいた。そのような人々と我々看護者はどのようにかかわってきたであろうか？ 例えば、身体的な苦痛が緩和している合間に昔話を懐かしく語る人。このような人とは、彼がこれまでに生きてきた時間を共有することができた。また、「痛み止めが効かない！」と家族にその苦痛をぶつける人。この場合は、家族をサポートしながら共に看護することができた。さらに、「他にも、癌が転移しているのではないか？」「何か自分に隠しているのではないか？」「何時になったら、退院できるのか？」等々の質問を投げかける人々。このような場合には、医療スタッフ間で統一した対応ができるようにすることもできた。しかしながら、「なぜ自分だけがこのような目に遭うのか？」「来年の桜はもう観られないかもね」という眩きには返す言葉もないことの方が多かった。

これらの臨床の場は、看護者が日常業務として体験している場面の一部である。従来、看護者はこのような臨床の場に立ち会うことが「看護の現場」に居ることであると考えがちであり、そのような「現場」を無意識に前提として行為してきたように思う。しかし、そうした「看護の現場」に居ることだけで、看護のアイデンティティが保障されていることになるのであろうか？ 例えば、このような場面に遭遇した場合、我々は「現場」をどれくらい「自分の現場」として捉えているのであろうか？ また、第三者に対して、どの程度「生の現場」として伝えることができるのであろうか？

II 「交わりの場」としての「看護の現場」

フローレンス・ナイチンゲールの看護観は、「体内で自然の回復過程が順調に進むように生活過程をととのえることによって、その生命力に力を貸すことにある」²⁾とその著『看護覚え書』に記されている。その具体的な働きかけとしては、環境を整えること、快適な変化としての会話を交わすこと、身体を清潔にすること等々を挙げている。これらの看護ケアによって、患者は快適な生活を送ることができ、患者にとっての「自己実現」へと結実することになる。このようなナイチンゲールの「看護ケア」は、マルチン・ハイデガーの言う実存範疇としての「配慮」と解釈することができ、こうした概念から、まさしく「看護の本質」を提示することができる。

「看護ケア」は基本的には人間と人間との交わりであり、看護の提供者とその受け手との両者による交わりの具現である。看護とは人間のライフサイクル全般に対して何らかの役割を実施することであり、人の一生につき合うこと、換言すれば、人の「いのちの営み」とのかかわりであると言える。そこには、「看護する者」と「看護される者」、そして「交わりの有り様」がかかわってくる。看護する者の生き方により、看護ケアは異なった姿として表現される。同様に、看護される者の生き方によって、看護の有り様は異なってくる。さらに、看護ケアを取り巻く人々によって、そこに具現される看護ケアはさまざまな姿を呈することになる。看護ケアという交わりを通し、看護者は患者の自己実現を助けるだけではなく、同時に、看護者自身の自己啓発をも促すのである。つまり、「看護ケア」の有り様は、その時、その場によって、しかも、両者によって創造され、生かされたものであると言えよう。

人間が単独の存在ではないという事実が現にあり、そのことを根拠づけたハイデガーは、「共同性」を単なる社会学的事実として捉えるのではなく、「共に存在する」という現存在の根本的な在り方とみなし、近代の公共性のなかに埋没する現存在の様態を批判的に分析し、その本来的な在り方を導きだそうとしたのである。ナイチンゲールの著作のなかには、看護は患者と「共に」、「共同して」、あるいは「共に生きる」等々という言葉が散りばめられていたことから、看護は「共同性」というキーワードを有することが分かる。つまり、「看護の現場」には共同性を前提とするこ

とが求められている。しかし、日常の看護の現場では、必ずしもそのことが自覚されていなかったのではない。あるいは「看護哲学」の前提として考察されてこなかったのではないだろうか。

看護の共同性を考える一例として、日常的に行われている医療上の検査や治療に伴う疼痛の場合を考えてみる。疼痛は患者にとっても医療者にとっても必然性をもって容認されている。しかし、その疼痛の程度や容認の限界に関しては、誰がそのレベルを決定しているのだろうか？ この痛みを感じているのは、医師でもなければ、看護者でもなく、患者自身なのである。しかも、痛みは主観的なものであり、第三者に対して言語として伝達することは難しい。そこで、疼痛の程度を看護者にも伝え、少しでもその疼痛を緩和することを目的として、1988年、アメリカにおいて、「痛みのスケール Wong-Baker Faces Pain Rating Scale」³⁾をWongとBakerが開発した。このスケールは、0～5までの6段階に分類されており、痛みの程度を患者が判断し、数値化する方法である。このスケールを活用することは、患者が痛みの程度を言語化することなく看護者に伝えることができ、痛みの程度の比較や変化を客観的に観察することを可能にし、看護ケアの均一化という意味においては有効である。

しかしながら、痛みはあくまでも個人的な体験であり、主観的な感覚であり、患者がその痛みをどのように感じているのかを外側からは伺い知ることはできない。看護者としての主体が患者の内的世界という客体を患者が主体として発した言葉や表情等を通して推量することができるだけなのである。また、看護の受け手である患者は、皆それぞれに個性があり、それに応じて看護ケアの在り方も異なってくる。そこに本来の看護ケアの「個性」があり、ロゴス化され得ない場が表出してくるのであり、それこそが看護の共同性が成り立つ場なのである。

中村は、「臨床の知」に関して、「近代科学が無視し、軽視し、果ては見えなくしてしまった〈現実〉あるいはリアリティとは、いったいなんだろうか。その一つは〈生命現象〉そのものであり、もう一つは対象との〈関係の相互性〉あるいは相手との交流である」⁴⁾と述べている。つまり、中村の問いかけている現実というものこそが、筆者が問いかけたい「現場」なのである。

Ⅲ 看護の「実践智」

ところで、清水は、『生命知としての場の論理』⁵⁾において、生命とは刻々の創造の連続であり、『リアルタイムの創出知』がなければ、生命を維持することはできないこと、また、科学技術の論理は、観察者と対象者との自他分離性を前提として成立している「対象性の論理」であることを指摘している。だとすれば、「看護」が前提としている論理は、科学の論理で説明し得るのであるのかという疑問が生じてくる。看護の智は、科学の知あるいは論理だけでは成立し得ないのではない。少なくとも、看護の共同性という場に必要なのは「実践智」でなければならないということである。

近年、アメリカを中心として、我が国においても、看護の在り方を言語化し、看護を体系化しようとする看護理論の構築が進められている。また、看護者が何処においても、何時でも、また誰にでも、同様なケアを提供できるようにさまざまなスキルを開発してきた。これらの開発は、看護における論理の普遍性を求めての試みであるという意味においては、確かに意義深いことである。

ところが、一方においては、これらの試みは自然科学をモデルとしたいわば看護ケアの「数量化」あるいは「画一化」に陥る危険性を不断に秘めているとも言える。これらの試みが看護界にもたらしたものは、看護の受け手を物理的な「人体」、すなわち、臓器の集合体とみなした「人間理解」であり、このことは「看護ケアのマニュアル」化を招く危険性がある。

マニュアル化ということについて、清水は、次のように述べている。

マニュアル化というものは複雑性を既知の型にはめて単純化してしまうのです。人間がこのような「機械的な知」だけに固まるのは危険であり、どうしても生物的な知が必要と

なってくると、私は思うのです。⁶⁾

清水の論をもってすれば、看護ケアをマニュアル化することは、看護ケアを「対象化」された一方向性の機械的なかわりと成し、生きた知をもって患者に総合的にかかわるという看護ケアの本質の形骸化をもたらす危険性があるということになる。

こうした「マニュアル」化や前述した「痛みのスケール」化は、確かに看護ケアの客観化に資するものではあるが、日頃、《いのちの営み》に立ち会っているが故に無力を感じている筆者にとっては、物足りない思いを感じざるを得ないのである。

看護の実践には、ベッドサイドに佇むことや手を握る行為あるいは患者の話に耳を傾けることも含まれる。一般的には、こうした看護実践は看護の無力を意味するものと受け取られがちであるが、「実践とは、各人が身を以てする決断と選択をとおして、隠された現実の諸相を引き出すことなのである。」⁷⁾ という理解に立てば、重要な看護の実践の一つである。むしろ、大切なのはそのような看護実践においても患者と看護者との「実存的交わり」が実現可能な「看護の現場」を成り立たせることができるかどうかということなのである。そして、そのためには看護ケアを支える「実践智」の在り方を考慮することが重要である。

Ⅳ 五感を通しての「指示」の読みとり

「いのち」という目には見えないものへのかわりを目に見えるものとして捉えることは、つまりは、看護者の五感を通しての理解であり、その感性を磨くことが重要なのである。人間としての生きる力に対する日々の発見は、古代ギリシアの「驚き」に似ている。朝な夕なに患者と接し、「顔色がすぐれない」「いつになく、声に力がない」等々看護者の五感を通しての観察は、マニュアル化されたあるいは機械化された観察では掴み得ない情報を与えてくれる。同じ事象を見ていたとしても、見る者の見方によって見えているものがそれぞれに異なる。専門職としての「観察力」をもとにした「看護の判断」ができる看護者が求められる由縁がここにあるのである。

ある事象が特定の実践への指示をどのように与えるのかについては、ハイデガーの「道具」と「指示」との関係の考察が有効である。

ギリシア人たちは、いわゆる「事物」を表すのに適切な言葉をもっている。それはすなわち、*πράγματα* – 人人が配慮的交渉 (*πρᾶξις*) においてたずさわっているもの – である。ところで存在論的には、まさにこれらの *πράγματα* に特有の「実用的」性格をギリシア人たちは明らかにせず、これらを「さしあたり」、「単なる事物」として規定しただけである。われわれは、配慮において出会う存在者を、道具 (*das Zeug*) となづける。交渉のなかで見あたるものは、書く道具、縫う道具、工作する道具、乗っていく道具、測定する道具などである。これらの道具の存在様相を取り出すことが課題である。それには、まず、およそ道具を道具としてあらしめるもの、すなわち道具性を輪郭づけて、これを手びきとしなくてはならない。

厳密な意味では、ひとつだけの道具は決して「存在」しない。道具が存在するには、いつでもすでに、ひとまとまりの道具立て全体がなければならない。この道具がまさにこの道具であるのは、このような道具立て全体においてなのである。道具というものは、本質上、《……するためにあるもの》(《etwas, um zu...》) である。この《……するためにある》ということには、有用性、有効性、使用可能性、便利性というようなさまざまな様態があるが、これらがひとまとまりの道具立て全体性を構成している。《……するためにある》という構造のなかには、「なにかをあることへ向けて指示する」ということが含まれている。この指示 (*Verweisung*) という名称で予告した現象は、以下で分析を重ねて

はじめてその存在論的成立においてみとどけられるようになる。ここでとりあえずたいせつなことは、多様な指示関係を現象的に眼に入れておくことである。道具というものは—その道具性に応じて—いつもほかの道具との相属性にもとづいて存在している。⁸⁾

ハイデガーの言う《指示》とは、道具連関への指示を意味しており、その指示を受け止めて次の道具へと向かわせるものは人間の実践である。その意味においては、彼の言う《道具》の指示は、人間の実践への指示としての意味をも包含しているものと解釈することができる。

「患者の痛みを知る」ということの意味は何であろうか? 「痛みのスケール」が指示していることは単なる標示にしかすぎないものであり、この標示を「痛みのスケール」の指示する記号としか捉えないのであれば、観察という実践の行為も意味を成さなくなる。観察という行為を通して、主体的な痛みを客体化し、観察という対象化を行うだけでは、第三者が患者の主体に触れることができるまでの道具にはなっていないということになるのである。「痛みスケール」が示す「レベル3」を単なる標示として捉えるのではなく、意味のある道具の指示として捉えるのであれば、実践への指示を含意していることを踏まえ、次なる看護ケアへと行為することができるのである。ハイデガーの言う道具とは、指示を含んでの次なる実践へと行為を導くことなのである。つまり、「痛みのスケール」という指標を通してどこまでコミュニケーションを広げることが可能なのかということなのである。そこから得られる指示を受け止め、次なる行為へと連関させることが「実践智」なのである。ナイチンゲールが、『看護覚え書』において、「知恵をはたらかせて (intelligently) 指示に従うこと、これがすべて修練という言葉の真の意味なのである。」⁹⁾と述べていたことは、単なる偶然であろうか。

V 結語

ホリステックな存在としての「人間観」に立脚し、「実践智」に裏打ちされた「看護ケア」とは何かを考える時、それは看護者と患者との「身体」を通した「いのちのかかわり」であるということができる。そのかかわりは看護者と患者とが創造する「現場」における人間関係の構築である。しかも、そこで育まれる「現場」は決してマニュアル化されたものからは産まれてこない。むしろ、双方向的であり、しかも流動的であり、正に息づいている「現存在としての関係の場」から紡ぎだされてくるものなのである。このように考えると、「実践智」とは、《かかわっていくことのなかで産まれ出ずる智》であり、《生きたかかわりの智》であると言える。

以上、「看護の現場」を考察したが、「看護」を患者の立場から付託された「いのちの倫理的受託者 (fiduciary)」という視点から捉え直す必要があり、そこから新たな看護のアイデンティティが見えてくると思われる。

第2章 医療安全政策という視点から見た「看護」の現状 —「看護事故」発生の現状分析を目指して—

「看護事故」が発生する現状を分析するにあたり、「医療安全対策とは誰のための政策か」という視点から看護の臨床状況を分析した。

看護者が法的責任を問われ、初めて刑事裁判が行われた看護事故は、1999年1月11日に発生した「横浜市立大学医学部附属病院患者取り違え事故」である。事故の内容から見ても、看護者自身にとってはもちろんのこと、医療の受け手である日本国民にとっても重大な出来事であった。

これを契機として、次のような医療安全政策が打ち出された。

- 1 「リスクマネジメント・マニュアル」の作成指針の提示
- 2 「医療安全推進総合対策」の創案
- 3 「医療安全対策検討会議」と「医療安全推進室」の設置
- 4 「医療安全推進週間」の制定
- 5 「患者相談窓口」の常設
- 6 「リスクマネージャー」の配置

医療安全政策を見直したところ、看護事故の防止策を考えるためには、看護者側だけの対策を考えるのではなく、「問題の所在」を明確にすることが必須である。そのためには、より総合的な視点を持ち、医療安全政策や医療機関で展開されている医療サービスを評価することが必要であることを確認した。

最近の医療事故や看護事故の発生を聞くたびに、我が国の「医療の安全神話」は音を立てて崩れ始めていると言わざるを得ない。そのことを考えると、看護とは患者と看護者との生活場面を通じた「いのちのかかわり」であることの認識をより一層強くした。

第3章 ヒューマンエラーの視点から見た

「看護事故」と看護実践の場としての臨床¹⁰⁾

従来、医療事故は主に医師の責任が問われる事故が多かった。しかし、チーム医療においては、それぞれの専門性に基じた業務責任が問われるようになってきた。看護者は患者に対して、直接的な医療行為を行う職種として医療チームに参画している場面が多い。看護者自身の行為によって生じる「看護事故」が増加の一途を辿っており、その予防対策がさまざまな視点から検討されている。

本章は、「ナース・リスクマネジメント」を構築するにあたり、看護倫理学の視点から現代医療における看護の役割と課題を明確にした。その結果、看護者側だけの対策を検討するのではなく、医療現場全体としての現状認識と問題の所在の明確化が必須であることを指摘した。加えて、医療安全の対策の主体は、患者自身にもあることが指摘された。

2001年12月、『保健師助産師看護師法』（以下、「保助看法」と略す。）が改正されたが、主な改正内容は、男女共同参画社会の実現に向けての保健師及び看護師における性別による相違をなくするための名称の統一であり、翌年3月1日から施行された。ここで、注目すべき点は名称に関する定義の内容である。

多くの医療従事者の定義には、「准看護師」のように「医師、歯科医師の指示の下に」という制限がある。これに対して、保健師、助産師及び看護師には制限は見あたらず、専門職として独立した役割があり、それに伴う責任が付随するというを示している。このことを我々看護者が認識するだけでなく、医療従事者や一般市民にも正確に伝えていかなければならない。

看護事故の防止策を構築するためには、看護者側だけの対策を検討するだけでは不十分であることが明らかとなった。それは、医療従事者全体としての現状認識であり、医療チームのチームワークの在り方に由来することであり、医療体制自体に内在している「問題の所在」を明確にすることが必須であることを指摘していると言える。

また、医療安全対策を通して看護の現状を見直したところ、医療安全政策の主体は、医療提供者はもちろんのこと、医療の受け手である患者自身にもあるということも示唆された。

今後は、看護職者として患者のみならず国民全体に対して、看護や健康に関する「アカウンタビリティ」と「コンセンサス」の重要性を意識しながらより多くの視点を持ち、看護倫理学として

の応用力を磨くとともに、専門職としての自己教育力を高めることの必要性が明確となった。

第4章 看護学からみた「リスクマネジメントマニュアル」の現状と課題 —弘前大学医学部附属病院の場合—

弘前大学医学部附属病院においても、「人間であれば誰でもミスをする」「ミスは起こる」という前提に基づき、学外者を含め全病院的に、1999年9月、「リスクマネジメント対策委員会」を設立し、2000年6月に「医療事故防止のために」という『リスクマネジメントマニュアル』を刊行した。さらに2003年2月には第3版を発行し、病院全体として医療職及び事務職に対する説明会を開催している。

実際に病院の全組織をあげて作成した「リスクマネジメント・マニュアル」を看護学の立場から事例研究として分析し、次のような項目を提示し、それぞれに考察を加えた。

マニュアルの構成に対する検討内容

- 1 病院長の巻頭言から見えるもの
- 2 掲載されている内容
- 3 使用されている表現や表示の方法
- 4 取り扱いやすさ

医療法の改定に伴い、国立病院や大学附属病院及び特定機能病院においては、「リスクマネジメント・マニュアル」の作成が義務づけられ、マニュアルの作成にあたっては、厚生労働省の指針に従って、それぞれに工夫を凝らして取り組んでいた。また、医療の安全対策の一つとして外部評価も取り入れられるようになった。

リスクマネジメントの視点からみると、弘前大学医学部附属病院の場合、幾つかの課題が明らかとなった。組織が効果的な機能を発揮するためには、組織の構成員がお互いの専門性を尊重して対等な関係が創られることが重要である。そして、縦断の流れとともに横断的な流れが生まれてこそ専門職集団としてのパワーを発揮することができる。

マニュアルの検討を通して明確となったことは、情報の共有とは？ 相手の立場に立つとは？という疑問が見え隠れしていることであった。これは、インフォームドコンセントに繋がることであり、さらには、マニュアルを見るだけで、その病院の医療安全対策への姿勢が分かるとしたならば、マニュアル自体が正に評価の対象となるということである。

第5章 精神科看護の現状分析と「ナースング・リスクマネジメント」の実践 —X県Y地方のZ精神病院の場合—

「関係性の構築」が重要な看護ケアであるとされる精神科看護の現場に焦点を当て、実際に提出されたインシデントレポートの分析及び精神科看護者へのグループインタビューを通して課題の明確化を試みた。

医療事故やインシデントは、病院内部者としては蓋をしておきたい事実であり、ましてや外部者に触れられたくない現実の姿であろう。そのようなデリケートな問題ではあるが、その現実と真摯に正直に向き合う姿勢こそが倫理そのものである。その意味においても、本調査は貴重な臨床現場を映し出してくれた。本論文においては、紙面の関係で実態調査の紹介と結果の概要だけの報

告とする。

I 調査対象となった病院の概要（平成16年12月現在）

昭和20年代後半に開院し、現在、なおX県Y地方における精神科医療の中核を担っている民間立のZ精神病院（以下、「Z病院」と略す。）である。入院病床数は345床、病棟数は6病棟、そのうち精神科急性期治療病棟を1病棟含んでいる。1病棟当たりの入院患者数は60～50名である。外来患者数は1日平均60名、デイケア登録者は45名、訪問看護の利用者は16名である。看護職員は131名である。内訳は、看護師55名、准看護師31名及び看護補助者45名からなっている。勤務体制は二交代制を採用している。夜間の勤務体制は夕方から翌日の朝までであり、1病棟当たりの勤務者は2名以上の複数者によって担当されている。医療の安全確保に対する対策は、平成13年にZ病院医療事故防止対策に関する委員会組織が整備された。リスクマネジメント部会が設立され、リスクマネージャーは病棟看護師長が兼任として就任し、全職員の医療安全に対する諸対応を統括している。

II インシデントレポートを対象とした実態調査

- 1 調査の目的…精神科看護の臨床の現場において生じている人間関係の構築に関する諸様相及びマニュアル化からこぼれ落ちている部分に焦点を当てて分析し、看護事故の原因となり得る要因を明確にする。
- 2 調査対象…平成15年1月～平成16年11月までに、全職員から提出されたインシデントレポートを対象とした。
- 3 分析方法…インシデントレポートを閲覧し、Z病院における全体的な傾向を分析した。次に、看護職者が提出したレポートのうち、ナース・インシデントに焦点を当て、記載内容が明確となっているものを抽出し、分析した。
- 4 倫理的配慮…本調査の趣旨と調査方法について、及び対象となるレポートは統計的に処理し、個人を特定できないように扱うことをZ病院側管理者に口頭及び文書により説明をし、了解を得た。

III フォーカスグループインタビュー

- 1 インタビューの目的…インシデントレポートの分析から導き出された課題に焦点を当て、精神科看護者としての患者の「いのちの倫理的受託者」に対する意識の様相を明らかにする。看護の現場が抱えている倫理的問題を明確にし、患者の「いのちの倫理的受託者」としての役割を構築するにあたっての示唆を得る。
- 2 インタビューの対象者…Z病院に勤務する精神科看護経験10年以上の中堅看護師5名
- 3 インタビューの実施と分析方法…平成16年12月、90分間のグループインタビューを行った。インタビューの内容は録音し、逐語録として記録した。その内容を意味や意図を解釈し、抽出し、カテゴリー化した。
- 4 倫理的配慮…本インタビューの趣旨と方法について、Z病院側管理者と対象者に口頭及び紙面にて説明し、承諾を得た。インタビュー内容は個人が特定できないような形で示すこと、今回得られた結果は本研究以外には使用しないことを約束した。また、学会や研究会等に公表し、発展的な示唆を得ることの了解を得た。

IV 調査結果の概要と考察

- 1 レポートの分析から見える病院の傾向

（1）レポート数

提出された全レポート数は505件であった。平成15年（12か月分）は268件、平成16年（11か月分）

は237件であった。季節的な変動はみられず、月別の平均数は、21.9件であり、件数はほぼ一定している。Z病院のリスクマネジメント部会では、毎月提出されるレポートを分析し、インシデントの内容と件数、及び職員に対して注意を喚起するような呼びかけをポスターとして掲示したり、会報として全職員に配布する等医療安全対策を打ち出している。しかし、レポートの提出件数に増減がないことを考えると、インシデントに対する意識、あるいは、レポートを書くことの意味付けが十分になされていないと判断することができる。

(2) 職種別の提出数

看護者が提出したレポート数は470件、看護者以外の職員が提出したレポート数は35件と、件数に格段の差が見られた。看護者は職員の配置人数が多く、しかも、常に複数人のチームとして活動しており、さらに、看護者は患者にかかわることが多く、直接医療行為を施すことが業務であるため、インシデントの原因者となりやすい。しかし、視点を変えてみると、看護者がインシデントを発見しやすい立場にあると言える。看護者は医療の安全を確保し、事故の防止策を実践する職種として捉え直すこともできる。

看護者以外の職種別件数は、薬剤師13件、医師4件、給食部門7件、作業療法士5件、検査技師3件、調理師2件、臨床心理士1件であった。事務職からの提出がなかったことは注目したい。インシデントの内容から見ると、看護者以外の職種からレポートの提出があってもよいのではないかと判断できる場面も含まれていたことを指摘しておきたい。

(3) インシデントの内容

記載された内容は、「薬物関係」169件、「転倒・転落」124件が上位を占め、「患者の暴行」36件、「記録関係」27件、「給食・配膳」19件、「危険物」15件が多かった。その他に、精神科の特徴的な事象と言えるものとしては、「鍵の管理」12件、「誤嚥・窒息」8件、「無断離院」7件、「異食」4件、「処遇」3件、「自傷行為」1件であった。

これらの内容は、患者の日常生活に密着しており、患者のいのちの安全に直接関わる内容であることは注意を喚起する材料となる。薬物に関係するインシデントが多く、原因としては看護者の「うっかり」とか「ついつい」などという意識に原因があると自己評価しているレポートもあった。また、患者の行動もインシデントの原因となり得るという精神科看護の現状が浮き彫りとなった。患者の病状の変化や行動の予測をすることにより、リスクを予防できる場面も見られた。精神科看護者としては、この予測性の技能を磨くことにより、医療の安全を保证するための術を得ることができると思われる。

病院全体として、日頃の勤務を通して、職員の倫理的感性を刺激するような環境づくりを心がけておくことがリスクマネジメントの基本であると言えよう。

2 インタビューの内容

(1) インシデントレポートの記載頻度

それぞれにインシデントレポートの記載頻度は、「月に何十枚」や「病棟では、毎週3～4枚は提出される」などと、報告のために書く回数が多いことを述べていた。

(2) 「患者のいのちを預かっている」という自覚を持つ時はどういう時か

「食事の時。誤嚥が怖い。どう見ても、詰まっていると分かった時、絶対に助けられると思いがら患者さんの手を握っている時」「食事の時って、わりと皆集中してるから、むしろおやつの時。患者さんは、おやつや甘いものに飢えているから、一気に食べる。凄く怖い。」と食事の援助をしている場面が多かった。

また、「家族の方から、お願いしますと言われた時。特に、緊急で入院してくる場合には、強く感じる。依頼されたんだって思う。」「夜勤の時。何があってもおかしくないと思う気持ちで、勤務に来る。ただ泊まりに来る人もいる。意識付けの問題だと思うし、そこで違って来る。」「精神科は、本当にいつ誰が、元気な人が何時亡くなるか分からない突発的なことが多い。一番夜が怖い。いの

ちを管理しているかなって感じる。そういう意味では、夜間の巡回時かも知れない。」「患者同士の暴力があった時。自分が止めなければならないという時。精神科看護者だというのを感じる。」などと述べていた。

精神科看護の現場では、日常生活への援助場面において、「いのちの倫理的受託者」を感じていることが多いと言える。

（３）インタビュー全体を通しての印象

それぞれに「専門職としての自覚がないとやっていられない」という言葉を参加者は強調していたことが印象に残った。日々の看護業務に対して、前向きによりよい在り方を模索していることが明らかとなった。

V 結語

前述した「患者取り違え事故」が発生して以来、厚生労働省の指導の下、日本全国において、病院全体としての対策が立てられ、調査・研究が開始されており、看護職員の資質向上のためにさまざまな施策がなされている。しかし、本調査結果からも分かるように、インシデントの内容は初歩的な看護ケアが多い。我が国の民間病院や小規模医療機関においては、Z病院のようにリスクマネジメントに対する体系的な整備は始まったばかりであり、これからが基盤整備の時期であることが判明したと言える。逆の見方をするならば、むしろ看護倫理の出番はこれからが本番であり、看護の現場に即した、より活用し得る倫理的判断が必要となるということである。

その一方においては、Z病院に勤務する看護師たちは、自らの看護実践を通して、精神に障害のある患者との意思の疎通性を大切にしながら患者との関係づくり、医師をはじめとする医療従事者との関係づくりにその実践智を磨いていた。また、中堅としての役割の遂行、新人の育成、リーダーと現場看護者との調整役をしながら看護現場の環境を築いてきた。本研究の目的の一つとして、彼らが内包している実践智をロゴス化することがあげられるが、そのことがこれからの精神科看護の質の向上に貢献できる。

かつて、高齢化社会への対応が叫ばれ、さまざまな政策が打ち出された頃、少子化対策はなぜかないがしろにされたことを思い出す。“同じ轍”を踏まないように精神看護学に携わる者として肝に銘じておかなければならない。

第6章 「いのちの倫理的受託者」としての看護

2004年11月17日の読売新聞¹¹⁾に、精神科に入院中に身体拘束を受けた患者が突然死するケースが1999年から2003年までの間に東京都内で4件あったという記事が掲載された。病院からの届け出により行政解剖が行われ、その結果、死因は長時間に身体を動かさないことが引き金となるいわゆるエコノミー症候群と呼ばれる肺塞栓症であった。長時間の身体拘束により血流が滞り、血栓が肺動脈に詰まったことが原因と考えられている。精神科医療では、身体拘束中の突然死の報告はほとんど見られず、そのため予防策がとられてこなかった。身体拘束の他に、飲んでいた薬や脱水状態などが併せて関与した疑いも否定されないという。4人は統合失調症で東京都内の別々の病院に入院していた30～40代の男女であり、身体を動かさないことによる危険性がもっと認識されるべきであるという内容であった。

看護の役割には、医療という医師と患者とが関係性を構築する現場に立ち会い、その関係性を良好な方向へと導くことも含まれる。この役割を担う際には、これまでの単なる診療の補助者としての業務ではなく、より安全な医療が行われていることを患者の立場に立って確認するということも含まれるのである。つまり、保助看法に定められている「診療の補助者」という業務を

Advocacyという患者の擁護という役割として捉え直さなければならないということである。これは、「いのちの所有者」としての患者から見た場合、医療者への倫理的対等性を物語ることであり、むしろ、看護が負う倫理性の方が大きいと言える。

I 実践智を活かす「看護過程」

この看護の本質にかかわる役割は、医療チームのなかにおいて、治療、検査あるいは診療に関する問題や医師の方針を患者とその家族に伝え、彼らが医療者を信頼し、安心して入院生活を送ることができるように調整する役割である。また、患者の立場に立っての Advocacy という役割としては、彼らの言いたいことや聞きたいことを医師側に伝えるという代弁者としての役割がある。医師の診療行為のなかには、患者の安静の妨げになったり、時として安全を脅かすことが起こりそうになったりすることもある。また、患者がいやがり、かえって医療者への不信につながることもさえる。特に、精神科医療においては、患者と医療従事者との意思の疎通性に困難を来す場合が多い。この役割は患者のいのちを護ること、つまり患者の生活を護るということであり、看護師は患者のサイドに立って考え、彼らの代弁者として意見を述べるができる知識と熱意を持って、さらにはチーム・メンバーとして他のメンバーからも信頼されるよう自らの実践智をロゴス化し、自らの思いを医師をはじめとするチーム・メンバーに伝えなければならない。そのためにも、日常の看護ケアの裏付けとなる知識を体系化させ、思考過程を明確にしていかなければならないのである。それが、つまりは看護師の資質を向上させ、看護に対する正しい理解を普及させることに繋がるのである。

「看護過程」とは、「看護の目的を達成するための道筋といえます。この道筋には大きく分けて2つの道筋」¹²⁾があり、この二つの道筋は、「問題解決の過程を追求する過程」と「そのための対象を理解していく過程」であり、「対象を理解しながら看護の目的遂行のために行われる看護上の問題解決的アプローチ」¹²⁾である。この過程は次のような構成要素によって成り立っている。

看護過程の構成要素

- | | | | |
|---|---------|-----|---------------------|
| 1 | アセスメント | ——— | 情報を集め、分析する。 |
| 2 | 問題点の明確化 | ——— | 問題を決定する。 |
| 3 | 計 画 立 案 | ——— | 問題の解決のためのケア計画を立案する。 |
| 4 | 実 施 | ——— | 計画された看護を実践する。 |
| 5 | 評 価 | ——— | 実践した看護ケアを評価する。 |

各要素は、繰り返され、何度も回っていくというサイクルを成す。

“問題”には、腹立たしく感じることや不都合なこと、あるいは疑問などの広範囲にわたる意味が含まれている。「看護過程」においては、問題をプロブレム (problem) と捉え、プロブレムの意味を「検討や解決可能な問題」¹³⁾とし、しかも、「目標が定められる問題」¹³⁾に限定しているのである。このことにまず着目しておかなければならない。問題解決過程においては、「すべてが事実の情報から出発し、それを分析して仮説を立て、物事を考えていくこと」¹⁴⁾を重視している。分析とは「情報を構成する要素を細分化して、その因果関係を調べること」¹⁵⁾である。つまりは、「看護過程」そのものが「問題解決過程」であり、情報の分析という点では科学的思考であると言える。確かに、情報からその原因を考えたり、結果を探ることは看護に必要不可欠要素である。看護師が等しくこの看護過程を辿るならば、看護の質の均一化は得られるであろうし、効率性を目指

したという点においては評価を得られよう。また、このプロセスを踏むことは、インシデントを発見する機会となり、事故を未然に防ぐ機能を有していると言える。

Ⅱ リスクマネジメントと看護

リスクとは、単なる「危険」を指すだけではない。経営学においては古くからいろいろな人がさまざまな定義してきた。

不確実性説は、リスクの本質を不確実性に求める説であり、ある出来事あるいは損失が発生するかどうか不確実な時に、リスクが存在するとする説である。予測乖離性説は、予測の確度あるいは予測からの乖離を問題にする。確かに、予測通りに出来事が発生するのであれば、それに対する備えは比較的容易であり、問題となるのは予測と結果に乖離が生じる場合である。しかし、どんな事態や結果が起こるかはある程度予測はできたとしても、その発生する確度は不明な場合が多く、現実の社会においてはむしろ不確実な状況の方が多い。この点、可能性説は、一定の出来事発生の可能性を問題にするため、発生の可能性が低くなるに従ってリスクは小さくなり、可能性が高くなるにつれてリスクは大きくなるとする説であり、不自然さが無いと言える。このため、リスクを「偶然な出来事発生の可能性」¹⁶⁾と定義している。

我々の家庭生活や企業活動は、実にさまざまなリスクに取り囲まれている。そのために、経営学においては、これらのリスクを最少のコストで最小にするにはどうしたらよいのか、つまり、各種のリスクを最も効率的に処理する方策は何かを検討し、実行するために考え出されたのがリスクマネジメントである。リスクマネジメントは家庭や企業の発展と社会的責任の達成を目標にした科学的手法であるという。

企業経営に際して、管理の意味で使われてきたマネジメントは、単なる管理という意味だけではなく、経営あるいは経営管理と同義であるとされてきた。猿谷ら¹⁷⁾は、マネジメントを目的を効果的に実現するための考え方であり、行動の仕方という概念として定義づけている。

科学的手法であるマネジメントにはプロセスがある。基本的なプロセスは、P-D-S (Plan-Do-See) であり、計画、実行、把握、評価、そして、その評価に基づく計画や実行へのフィードバック、反映、対策というサイクルで捉える。このプロセスは、マネジメントサイクルあるいはPDSサイクルと呼ばれる。

このサイクルは前述した「看護過程」のサイクルと同じである。このサイクルの原点を科学的手法である企業におけるマネジメントに見いだすことができた。このプロセスについての知識は看護基礎教育において教授されている。看護師はこのサイクルを回すことによって患者に最良の看護ケアを提供することができるということを知っている。また、このプロセスを日常業務として日々実践している。その意味においては、医療の安全対策のためのリスクマネジメントを看護師が担うという根拠の一つがここにあるということを確認することができた。

しかし、経営学のリスクマネジメントと異なり、ナースング・リスクマネジメントは常に人間関係の在り方が関与し、重要な要因をなしており、その関係性に応じている能力は、倫理性を支えとして成り立っていることにある。ここに、看護倫理の重要な役割を見いだすことができる。

Ⅲ リスクマネジメントにおけるキーワードとしての「関係性」

企業のように複雑な目的を持ち、多様な機能を持つ組織においては、マネジメントのプロセスはもっと複雑になるとされている。チーム医療においては、患者のいのちの安全という最も重要な目的があり、その目的を達成するためには倫理的な課題が生ずることが多く、さまざまなリスクを抱えていると言える。

組織社会が直面する緊張と課題について、P.F.ドラッカー¹⁸⁾は、次のように提示している。

- ① 安定を求めるコミュニティと変化を求める組織の間の緊張と両者の間の責任の関係
- ② 自律を求める組織のニーズと共同の利益を求める社会のニーズとの間の緊張であり、また組織に対する社会的責任の要求の高まり
- ③ 専門知識をもつ知識労働者とチームとしての成果を求める組織との間の緊張

これらの緊張は、宣言や決議や法律で解決できる問題ではなく、実際に問題が発生した場所において、すなわち一つひとつの組織において、あるいは事務所において解決しなければならない問題であるとしている。また、これらの緊張と課題には個人のプライバシーに関すること、あるいは個人の多様な価値観が関与してくるであろう。この関係性は医療の現場においては、より一層重要となってくる。何故ならば、「いのち」にかかわることであるからである。

人間関係に優れた才能を持つからといって、良い人間関係がもてるわけではない。自らの仕事や人との関係において、貢献に焦点を合わせることで、初めて良い人間関係がもてるのである。こうして、人間関係は生産的なものとなる。まさに、生産的であることが、よい人間関係の唯一の定義である。(中略) われわれは、貢献に焦点を合わせることで、コミュニケーション、チームワーク、自己啓発及び人材育成という、成果をあげるうえで必要な人間関係に関わる基本条件を満たすことができる。¹⁹⁾

組織にとっての三要素は、「共通の目的」、その目的に向かって「協働する意思」及びプロセスを支える「コミュニケーション」があげられる。この要素は正に個人の倫理的感性（判断力）に支えられているものであり、個々人の関係性の構築方法は多種多様である。まずは、日々の業務を通して隣にいるメンバーとの関係性を構築することから始めなければならないということである。

看護者はコミュニケーションを介して他者との関係性を構築し発展させていく。コミュニケーションは患者とその家族だけではなく、病院組織の構成員であるあらゆる医療従事者との間において展開され、全ての医療行為あるいは看護行為を実践するたびに用いられる基礎的技術である。したがって、看護基礎教育においてはもちろんのこと臨床の看護現場においてもアカウントビリティあるいはインフォームドコンセントを実践するためにも重要な技術であると捉えられている。しかし、第5章で取り上げたZ病院の現状分析から明らかとなったことは、看護師は患者と家族との関係性の構築に対する困難よりは、同じ看護職間におけるコミュニケーションの不足、加えて他の医療従事者間、特に医師とのコミュニケーションの不足を指摘していた。この関係性の在り方を見直し、相互の関係性を改善することによって日常業務におけるリスクマネジメントを円滑に遂行することができると言える。

これまで、コミュニケーションには言語的コミュニケーションと非言語的コミュニケーションがあるとされてきた。しかし、これらの定義に加えてメタコミュニケーション(metacommunication)という第3の方法によって、より関係性の重要性を論ずることができる。

サティア²⁰⁾はメタコミュニケーションを「伝えられる言葉そのままの内容に加え、関与する人間関係の特性も含めたコミュニケーション」と定義している。それは送り主自身が話している内容だけではなく、受け取る側の他者に対する送り主の態度をもメッセージとして伝えている。そのために、文字通りのメッセージと話されている内容をどのように解釈したり、読み取るかについての情報をも伝達しているということである。例えば、言語的メタコミュニケーションにおいては、「私が言いたいことは…」とか「これは命令ですよ」あるいは「ほんの冗談です」というような送り主の意思をも送っている。また、非言語的メタコミュニケーションにおいてはより多くの情報を伝達する。例えば、「昼前に、受験の可否判定の通知があったんだ」と言いながら、肩を落とし、うなだれながらため息をつくという光景に遭遇することがある。この際の非言語的メタコミュニケ

ーションにおいては、「この話をするのは、私にとって辛いことだ。今は、何も聞かないで欲しい」というメッセージを送っている場合もあれば、「辛い。慰めて欲しい」というメッセージを送っている場合もある。

メタコミュニケーションにおいては、伝達したい内容だけではなく、送り主と受け取る側との関係性によって送ろうとする意思や態度も異なってくる。一方、受け取り手である他者はその情報をどのように受け取り、解釈し、処理するのかは、両者の間の関係性によりかなりの相違が生じてくる。そのプロセスは単なる情報の伝達だけではなく、送り主と受け取る側の間主観の関係における双方向性のやり取りである。この有り様は、第1章において論じたハイデガーの「道具」と「指示」の関係に通ずる。つまり、両者の身体を通して、つまり、自らの五感を通してのかかわりであり、「現存在としての関係の場」から紡ぎだされてくる「いのちのかかわり」であると言える。ナーシング・リスクマネジメントの基盤として、メタコミュニケーションは重要な要因であると示唆される。さらに、看護者はこの五感を通して、情報をどのように収集し、いかにして活しているのか、そして、それぞれがどのように、これらの過程を構築しているのかということを明らかにすることが今後の研究課題である。特に、関係性の構築が重要となる精神科看護においては意義深い研究である。

Ⅳ 看護の役割を裏付ける「看護倫理」

今までは、医療を受けるということは、病院という社会に、患者という立場に立って、自らの「いのち」を医療従事者に委ねることを意味すると思われてきた。しかし、現代社会は患者の権利意識の高揚や医療事故・過誤のマスコミ報道が増え、看護事故に関する報道も増加してきている。それは、医療現場において医療従事者の倫理が問われている状況が存在しているということの意味している。このような状況において、本来の「いのちの倫理的受託者」とはどのような役割であるのかを再検討することにより看護のアイデンティティはより確実なものとなり、ナーシング・リスクマネジメントのモデルを構築する示唆を得ることができると考えた。

看護とは人間のライフサイクル全般に関わる交わりであり、何らかの役割を行為することである。換言すれば、人の「いのちの営み」に共に寄り添うことである。

看護倫理についての研究は、1980年代に発表されたC.ギリガンの『もう一つの声』²¹⁾に影響を受け、サラ T.フライをはじめとして活発になってきている。しかし、そのアイデンティティは、まだ確立されてはいないし、看護倫理に関する看護基礎教育の在り方についても体系化されたものはない。

サラ T.フライは、『NURSING ETHICS』²²⁾において、看護倫理の歴史的変遷を踏まえつつ、看護倫理の倫理的諸概念として次の用語を提示している。Advocacy（提言活動）、Accountability（説明責任）、Cooperation（共働）、Caring（ケアリング）。これらの概念が重要である理由は、それらが看護という専門職の歴史を通じて、看護の基準と倫理的言説において揺るぎない地位を占めるとともに、看護師－患者関係の倫理的地平を確定する助けとなるからである。

それぞれの概念について要約する。Advocacyとは、ある重要な社会的公正を積極的に支援することと定義づけている。Accountabilityという概念は、答えられることと責任という二つの主要な属性を持っていて、看護師は看護実践に対して人格的な責任を持っていると考えられる。また、専門職としての倫理的基準や規範に基づいてその看護上の判断や行動の意味を正当化したり、「説明」したりすることが期待されている。Cooperationとは、上質な看護ケアの立案をめぐる共同研究や看護師が専門職として自分たちと同一とみなす人々との互惠関係等を確立するために、他者と積極的にかかわることである。それは、共に働いている人たちの価値観や目標への顧慮を含意する。Caringという道徳的概念は、長い間看護師－患者関係の上で価値を置かれてきた。ケアリング行動は看護の役割にとって本質的なものとみなされており、人間の健康経験の、否、生命経験それ自

身に影響を与えるものとして想定されている。看護師のケアリングは患者の健康や福祉を護るために方向付けられており、人間としての尊厳の擁護と健康の維持への責務を命じている。

特に、精神科に入院している患者は、自らの健康状況の判断ができない場合や自己の意思決定を上手く下すことができない場合があるが、その際、看護師は患者に寄り添いながら患者が判断を下すことができるように支援したり、場合によっては、代償的行為として患者に代わってその行為を代行することもある。時には、医師に対して患者の思いや希望を伝えることもある。このような場合には、誰のための善行や正義であり、誰にとっての誠実や忠誠なのかという、倫理的課題に遭遇することがある。インシデントレポートの分析から、精神科病院においては、転倒・転落が多く見られた。これは、患者の人権を尊重した看護ケアとして身体の拘束はしないということに起因して生じたある種の自傷であるとも言える。また、誤薬や薬物に関するインシデントの原因の一つとして、患者の自律を支援するために患者が内服薬を自己管理することから生じている場合もある。このように、倫理原則に照らした場合、「人格の尊重」と「無加害の原則」あるいは「自律の原則」と「無加害の原則」という相反する倫理的葛藤が看護の現場では生じている。看護ケアだけではなく、検査や治療という医療場面においては、その状況は増幅され、他の医療従事者との関係においても倫理的葛藤が存在していることは否めない。

現代医療においては、医療倫理の重要性が叫ばれている。しかし、看護実践が直面する倫理的課題は、病院という多様な職種が複雑にかかわり合う組織の現場において生じるものである。また、患者を取り巻く医療現場はそれぞれの専門性に細分化されますますます幅越した臨床現場となっている。そのような状況において、患者の人権といのちをいかに守るかということが看護の責務であり、それ故に臨床現場において倫理的判断を統合する能力が看護師には求められているのである。その意味においては、Advocacyは看護師の役割として肝に銘じなければならないことであり、医療倫理だけではなく、患者の立場に立った看護倫理としての役割について、認識を改めなければならない。

看護者がアンビバレントな課題として、倫理的葛藤であると判断していたとしても、これを患者側から見るとするならば、両立させてほしいと望んでいる課題であるのかも知れない。この乖離した状況に応じることが倫理性を尊重することであり、つまりは、コミュニケーションを通して患者の付託に応じることこそが看護倫理であると言える。

看護ケアの受け手である患者は、疾病を患っている病者としてだけではなく、それぞれの価値観・文化・社会・宗教観を持ち、生活者として病院を訪れる。そのような患者とかわる看護師は個々の患者に対する観察力や洞察力を統合し、それぞれの状況に即して看護ケアを提供している。しかし、その全ての過程に普遍的な看護ケアが適用される訳ではない。第5章に登場した看護師たちは、「看護者によって、判断はさまざまである」と述べていた。それぞれの看護師の価値観や信念の下、あるいは状況によって選択的に実践されている。ここに、看護実践にとっての看護倫理の役割が求められてくる。

看護師は日常業務の中において倫理的な葛藤を抱えながら、それぞれの判断により看護ケアを提供していることが明らかとなった。看護チームとして、患者の「いのちの倫理的受託者」としての役割は、患者に対して正しい情報を提供し、患者が自己決定できるように支援することである。患者の安全と安楽を保証しつつ患者が健康を回復したり、疾病を予防し、更なる健康を増進したり、時には苦痛から解放されるように支援することである。その支援や看護ケアが患者にとっての「いのちの倫理的受託者」の役割として相応しいかどうかを看護チームとして判断したり、あるいは看護者の倫理的意思決定や判断ができるようお互いに確認したり、経験を共有し合うことにより看護職者としての「自律の倫理原則」を強化し、専門職者としての成長をみるのである。日頃の業務を通して、メタコミュニケーションを意識しながら話し合う機会を意図的に設けることがナーシング・リスクマネジメントの基盤整備の一つとなり得るである。

Ⅶ 結語

ナースィング・リスクマネジメントを構築するにあたり、看護者はインシデントレポートを記載することは、汚点となることではなく、自らの内的世界を開示し、自己成長するための糧とするという意識を持つことが必要である。また、スタッフメンバーは、犯人探しではなく、自らの経験を提示し、共に成長を助け合う関係づくりが求められている。この関係にはそれぞれの内的世界を共有し合い、お互いが相互に「いのちの倫理的付託者」として存在していることを自覚することであり、患者の「いのちの倫理的受託者」としての役割を認識することになる。ここに、ナースィング・リスクマネジメントを構築する基盤をなしているものは、関係性であり、その関係性を成立させているのは、言語的あるいは非言語的なコミュニケーションだけではなく、関係性に裏打ちされたメタコミュニケーションが重要な要因であることを確認することができる。

おわりに

我が国の医療安全政策がようやく動き始めていることが分かった。しかし、それは公立の大規模病院が中心であり、民間立の病院においてはそれぞれの管理者の意識に任されている部分があるために安全対策の取り組みの在り方はさまざまであるということも明らかとなった。

Z病院の実態調査からは、インシデントレポートの提出に関しては、現場の看護者一人ひとりの倫理観に委ねられている部分があること、そのために、看護の現場におけるリスクマネジメントのシステムづくりが重要であるということが示唆された。また、リスクマネジメントに対する現場の意識を高めるためには、看護者各自の倫理的感性を磨くことはもちろんであるが、加えて、中堅の看護者が中心となり、病棟ごとにあるいは病棟を越えての話し合いが必要であり、人間関係の有り様が影響していることも示唆された。

どれほどの政策が提言され、管理者にさまざまな義務が課せられたとしても、看護の現場にまで浸透するためには時間的問題だけではなく、病院全体としての姿勢が重要になるということも示唆された。チームとして医療の安全対策を講ずるためには、それぞれの専門知識を活かし合い、お互いに変化することを恐れずに、組織としての目的達成のために共通認識を持って連携を強化することが重要である。そのためには、お互いの専門性を尊重し、コミュニケーションを密にし、縦断的あるいは横断的な関係を構築することが安全な医療の在り方を実現するための基盤として重要であるということが明らかとなった。

看護者にはリスクマネジメントを担うことの役割があることも納得できた。看護者は患者の「いのちの倫理的受託者」として、医療の最前線でインシデントの発生を予測する術を身につけているという自信を持つことが大切であろう。自らの思いを言語化し、チーム医療のメンバーの一員として積極的にマネジメントに参画しなければならない。いや、「いのちの倫理的受託者」としての義務があることを認識しなければならない。それぞれの能力を発揮することにより、医療が社会に開かれた存在となることができるのである。その意味では、看護者は医療の安全を推進していくためのキーパーソンであるという自覚を持たなければならないと言える。

それにしても、医療チームにおいて最も関係が微妙なのは、医師と看護師の関係かも知れない。この関係性は長い歴史に縛られていた部分が関与していたり、法律上の規制によるものであるということとは否めない。しかし、看護倫理という視点を持つことにより新たな関係性を構築できる手応えを感じた。

今後は、本研究をもとに、ナースィング・リスクマネジメント・モデルの構築に向けて取り組んでいくとともに、本論文を通して提示された研究課題を解明していきたい。ひいては、そのことが精神科看護の質の向上に資することとなる。

謝辞：

本研究にご協力いただいた多くの皆様方のご理解・ご協力・ご支援に感謝申し上げます。特に、Z病院の皆様方には心から御礼申し上げます。インシデントや医療事故は、病院としてはデリケートな問題であり、外部者に触れられたくないという考え方が、まだまだ多いのが現実です。そのような状況の中、フィールドとして提供くださいました勇気に感謝申し上げます。

本稿は、平成16年度弘前大学大学院地域社会研究科博士論文の一部に加筆・修正を加えたものである。

引用文献

- 1) 石崎智子：実践智を裏付ける看護の「現場」を問うー看護のアイデンティティの確立を目指してー、医学哲学 医学倫理、第19号、115-125頁、2001年。
- 2) F・ナイチンゲール（湯楨ます他訳）：看護覚え書、現代社、211頁、1988年。（以下、「覚え書」と略す。）
- 3) Wong DL and Baker CM：Pain in children - comparison of assessment scales, Pediatric Nursing,14：9-17,1988.
- 4) 中村 雄二郎：臨床の知とは何か、岩波新書、5頁、1992年。（以下、「臨床の知」と略す。）
- 5) 清水 博：生命知としての場の論理ー柳生新陰流に見る共創の理ー、中公新書、1996年。（以下、「生命知」と略す。）
- 6) 生命知、16頁。
- 7) 臨床の知、70頁。
- 8) Mハイデガー（細谷貞雄他訳）：存在と時間、上巻、理想社、122-123頁、1993年。
- 9) 覚え書、66頁。
- 10) 石崎智子：ヒューマンエラーの視点から見た「看護事故」と看護実践の場としての臨床、セミナー医療と社会、第19号、60-65頁、2003年。
- 11) 読売新聞社：読売新聞、2004年11月17日朝刊。
- 12) 再騰悦子監修：看護過程学習ガイドー思考プロセスからのアプローチ、学習研究社、12頁、1999年。（以下、「看護過程」と略す。）
- 13) 看護過程、16頁。
- 14) 看護過程、19頁。
- 15) 看護過程、21頁。
- 16) 宮道潔：リスクマネジメントと保険、税務経理協会、8頁、1996年。
- 17) 猿谷雅治・市川彰：現代マネジメント要論、同友館、5頁、1997年。
- 18) P.F.ドラッカー：プロフェッショナルの条件ーいかに成果をあげ、成長するかー、ダイヤモンド社、32頁、2003年。（以下、「プロフェッショナル」と略す。）
- 19) プロフェッショナル、90-91頁。
- 20) Satir V.：Conjoint family therapy：a guide to theory and technique, ed 3, Palo Alto, Calif, Sciencs and Bechavior Books, 1983.
- 21) キャロル ギリガン（岩男寿美子監訳）：もうひとつの声ー男女の道德観のちがいと女性のアイデンティティー、川島書店、1986年。
- 22) Sara T. Fry：NURSING ETHICS,1822-1827,1997.