

博士論文 平成 28 年度(2016 年度)

看護師長による医療事故当事者への支援の構造とプロセス

The Structure and Process of Nurse Manager's Support for Nurse
with Patient Adverse Events

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科

福田 紀子

目次

第 I 章 序論	1
1. 報告された医療事故と看護職の事故関与の現状	1
2. わが国における医療安全体制の変遷と事故当事者支援	2
3. 事故当事者のメンタルヘルス支援	4
4. 事故当事者支援における看護師長の役割と責務	5
第 II 章 文献検討	7
1. 医療事故に関連した看護師のメンタルヘルスに関する研究状況	7
1) 文献検索の方法	7
2) 研究論文の概要	7
3) 医療事故に関連した看護師のメンタルヘルス	11
2. 事故当事者への支援に関する現状	14
1) 看護師長による事故当事者への支援に関する研究	14
2) 事故当事者支援の前提としての非懲罰的な組織文化	15
3) 事故当事者への支援マニュアルや支援プログラムの開発状況	16
3. 文献検討のまとめ	18
第 III 章 研究の目的と意義	19
1. 研究の目的	19
2. 研究の意義	19
3. 用語の定義	20
1) 医療事故・事故	20
2) 事故当事者	20
第 IV 章 方法論	21
1. 研究デザイン	21
2. 研究方法	21
1) 研究方法としての GTA	21
2) 本研究の目的と研究方法としての GTA の適用	23
3) 研究参加者	24
4) データ収集方法	24
5) データ分析方法	26
6) データ分析の厳密性を高めるための努力について	27
3. 調査期間	28

4. 倫理的配慮	28
第V章 研究結果の概要	29
1. 研究参加者の背景および語られた事故の概要	29
1) 研究参加者の背景	29
2) 研究参加者によって語られた事故の概要	29
2. 看護師長による事故当事者支援に関わる現象	32
3. 【事故の乗り越えの後押し】という現象	34
第VI章 問題の共有	39
1. 【問題の共有】という現象	39
2. 【問題の共有】という現象を形作る概念	41
1) 事故を振り返る場の設定	41
2) 事故と向き合う心の準備の促し	44
3) 事故の事実の共有	45
4) 問題の共有	47
5) 事故の乗り越えの後押し	52
6) 事故当事者を追い込まない	53
7) 事故の責任をめぐる攻防戦	56
3. 考察	57
1) 【問題の共有】という現象について	57
2) 事故の現実とともに向き合うための態勢づくり	57
3) 事故当事者と向き合う困難さと看護師長の防衛	60
4) 《事故当事者を追い込まない》ことと「非懲罰的文化」の影響	62
5) 看護師長への支援について	63
第VII章 看護師長として負うべき責任の明確化	65
1. 【看護師長として負うべき責任の明確化】という現象	65
2. 【看護師長として負うべき責任の明確化】という現象を形作る概念	68
1) 事故対応の前線に立つ	68
2) 看護師長として負うべき責任の明確化	71
3) 組織内の役割分担の調整	75
4) 事故当事者とともに事故の責任を引き受ける	78
5) 事故の乗り越えの後押し	82
6) 事故の対応方法の模索	82
7) 態勢の立て直し	87

8) 責任の背負い込み	89
3. 考察	90
1) 看護師長として責任をとること	90
2) 看護師長が責任をとることと事故当事者の支援	92
3) 看護師長が責任をとることと事故からの心理的回復	94
第Ⅷ章 患者・家族の信頼の回復	96
1. 【患者・家族の信頼の回復】という現象	96
2. 【患者・家族の信頼の回復】という現象を形作る概念	99
1) 患者・家族の事態の受け止め方の把握	99
2) 事態悪化の回避	100
3) 患者・家族の信頼の回復	103
4) 事故の乗り越えの後押し	106
5) 対応の矢面に立つ	107
6) 和解方法の模索	110
7) 患者・家族との関係悪化	112
3. 考察	113
1) 看護師長による危機管理対応と事故当事者支援	113
2) 患者・家族との関係修復と駆け引き	115
3) 駆け引きを越えた関係修復と事故当事者の支援	116
第Ⅸ章 チームで取り組む再発防止	120
1. 【チームで取り組む再発防止】という現象	120
2. 【チームで取り組む再発防止】という現象を形作る概念	123
1) 事故に関する情報の伝達	123
2) チーム内に生じる反応の把握	124
3) チーム全体の安心感の保証	125
4) チームで取り組む再発防止	128
5) 事故の乗り越えの後押し	131
6) チームで乗り越えるための方向づけ	132
7) 患者の安全の脅かし	134
3. 考察	135
1) 【チームで取り組む再発防止】のプロセスと事故当事者支援	135
2) 医療事故がもたらすチーム全体への心理的影響	136
3) チームで事故を乗り越えるための看護師長による支援	139
4) 看護師長への支援について	142

第X章 事故の乗り越えの後押し	144
1. 【事故の乗り越えの後押し】という現象	144
2. 【事故の乗り越えの後押し】という現象を形作る概念	146
1) 事故当事者への目配り	146
2) 事故に対する当事者の反応の把握	147
3) 心の回復の見守り	148
4) 事故の乗り越えの後押し	151
5) チームで支える体制づくり	158
6) 予期せぬ精神的ダメージの表出	161
7) 事故支援の終結	162
8) 事故が後押しした退職	163
3. 考察	164
1) 事故当事者の精神的ダメージを察知する困難さの背景	164
2) 【事故の乗り越えの後押し】とトラウマケア	167
3) 事故当事者を支える看護師長への支援について	169
第XI章 結論	171
1. 看護師長による事故当事者への支援の構造とプロセス	171
2. 看護師長による事故当事者支援の困難さ	172
3. 事故当事者と看護師長の支援にむけた示唆	175
4. 本研究の限界と今後の展望	176
謝辞	178
引用文献	180

表目次

表 1	医療事故に関連した看護師のメンタルヘルスに関する文献一覧	8
表 2	プロパティとディメンションの例	27
表 3	研究参加者の背景と語られた事故の概要	31
表 4	看護師長の前線の立ち位置	69
表 5	看護師長の責任の向き合い方	72
表 6	事故当事者を表に出さない判断の 3 分類	108

図目次

- 図 1 看護師長による事故当事者支援の 5 つの現象を統合したカテゴリー関連図・・・ 33
- 図 2 【問題の共有】という現象のカテゴリー統合関連図・・・・・・・・・・・・ 42
- 図 3 【看護師長として負うべき責任の明確化】という現象のカテゴリー統合関連図・67
- 図 4 【患者・家族の信頼の回復】という現象のカテゴリー統合関連図・・・・・・・・ 98
- 図 5 【チームで取り組む再発防止】という現象のカテゴリー統合関連図・・・・・・・・ 122
- 図 6 【事故の乗り越えの後押し】という現象のカテゴリー統合関連図・・・・・・・・ 145

第 I 章 序論

1. 報告された医療事故と看護職の事故関与の現状

安全で質の高い医療を受けることは、国民の切なる願いである。しかし医療の不確実性に加え、高度化、複雑化する医療現場において、医療事故により患者に予期せぬ有害事象が生じる可能性はゼロではない。わが国における医療事故の発生状況について、堺(2006)は、18 医療機関における 4,389 件のカルテレビューから、入院中の有害事象の発生率を 6.0%と推定し、そのうち予防可能性が高いと判定された発生率は 23.2%という結果を示している。

「医療事故」とは様々に定義されており、その実態を把握する上で、概念を明確化した上で用いる必要がある。前田(2008,pp.5-9)は、「医療事故とは過失の有無を問わず、医療機関の業務上の行為に伴い、患者に傷害が発生したすべての人身事故をいう」と説明している。そして医療機関側の過失によって発生した医療事故を医療過誤、過失のない医療事故は予防可能な医療事故と、不可抗力による医療事故に分類され、さらに有害事象は発生しなかったが、危うく発生しそうになったものはインシデント(ヒヤリ・ハット,ニアミス)と分類される。

日本医療機能評価機構(2015)は、報告義務対象医療機関と参加登録申請医療機関を対象に、医療事故情報収集事業を行っている。ここでいう医療事故とは、(1)誤った医療または管理を行なったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例、(2)誤った医療または管理を行なったことは明らかでないが、行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例、(3)前項以外に、医療機関内における事故の発生の予防及び再発の防止に資する事例、である。平成 26 年 1 月～12 月において、報告義務対象医療機関 275 施設、参加登録申請医療機関 718 施設から、合計 3,194 件の医療事故が報告されており、当該機構が年報で報告した過去最高の件数となっている(日本医療機能評価機構,2015,p6)。限定された施設からの報告件数ではあるが、この年報からは、次のような看護師の事故関与の実態がみえてくる。

まず当事者の職種をみると、看護師 2,026 件、助産師 18 件、准看護師 21 件であり、他の職種の中で看護職が最も多く、次いで医師の 1,781 件となっている(日本医

療機能評価機構,2015,p127)。さらに看護師の職種経験をみると、1～5年の経験年数の看護師の件数は112～191件となっており、それ以外の経験年数に比べて圧倒的に多く、部署配属期間も1～5年で件数が多い傾向にある(日本医療機能評価機構,2015,pp.128-131)。つまり経験年数が浅く、部署に配属されて間もない看護師が事故に関与している実態がわかる。

また事故の概要から、「療養上の世話」が1,212件と全体の37.9%、次いで「治療・処置」が824件(25.8%)となっている(日本医療機能評価機構,2015,p132)。保健師助産師看護師法5条では、看護師の業務を「療養上の世話」と「診療の補助」と規定している。看護師は、患者の治療や療養生活の支援全般に深く関わっており、医療行為の最終実施者となる機会が多いことから、看護の提供プロセスのなかで、事故当事者となる機会が他の職種に比べて高いことは容易に理解できるものである。

さらに日本看護協会(n.d.)は、看護職が関与した医療事故報道について情報収集を行っている。新聞全国紙およびインターネット上に報道された医療事故に限定されるものの、メディアに取り上げられたという特性上、社会的に重大な影響を与えた医療事故への看護職の関与を示すものである。2008年～2012年の5年間の報道件数をみると、年間26～79件とばらつきはあるが、医療安全体制が整備されてきているにもかかわらず、看護師が重大事故に関与する機会がゼロにはならない現実を示している。

人は間違いを起こすものであり、医療事故はゼロにできないとしたら、「事故は起きる」という前提のもとに、発生した医療事故に対応できる体制づくりに取り組むことが重要である。そのためには、事故に至った医療者や、その行為を一方向的に非難するのではなく、患者や家族への真摯な対応と、事故の教訓を活かした再発防止への取り組みが必要である。このような対応は、患者や家族、そして医療者自身に救いを与えることにもなる(和田,前田,2001,p.30)。こうした医療事故発生後の対応姿勢は、わが国の医療安全体制の整備とともに広く認識されるようになり、従来、懲罰や非難の対象とされた医療事故当事者への支援にも大きな影響を与えるものとなった。

2. わが国における医療安全体制の変遷と事故当事者支援

わが国の医療安全体制は、1999年に発生した2つの重大医療事故を契機とした医療安全への社会的関心の高まりを背景に整備されてきた(厚生労働省,n.d.)。これらは特定機能病院で発生した手術患者の取り違え事故、そして公立病院で発生した消毒薬の誤注入事故である。当初は「あってはならない事故」とされ、当事者とな

った看護師に厳しい視線が向けられた。その後も相次ぐ医療事故報道により国民の医療不信は強まり、医療事故は個人や一施設の問題にとどまらず、社会的な問題として認識されるに至った。

時を同じくして、米国医療の質委員会、米国医学研究所（1999/2000）が疫学的な大規模調査を踏まえた「人は誰でも間違える」という報告書を公表し、世界レベルで医療安全への関心を集めることとなった。この報告書で提言されたのは、人は誰でも間違えるものであり、より安全な医療システムを整えるためには、事故の根本原因を明らかにし、安全を確保できる方向にシステムを設計し、将来のエラーを減らすという医療安全への新たな視点であった。そして医療事故に関与した当事者を非難し、懲罰することに終始した対応ではなく、すみやかな報告—根本原因の分析—システム改善と事故防止という一連のプロセスからなる医療事故からの学習、それを可能にするために病院組織に安全文化を醸成することが、患者の安全や医療の質向上に不可欠だと理解されるようになった。

こうした国内外の動きのなかで、わが国においても医療安全は医療制度の最重要課題に位置づけられ、医療法改正をはじめ国の政策レベル、学会や職能団体、各医療機関、医療機器メーカーなどの関係機関による医療安全への取り組みや体制整備、さらに事故防止や事故発生後の対応ガイドライン等が整備されてきた（医療事故防止方策の策定に関する作業部会,2001;厚生労働省,n.d;水元ら,2007;日本看護協会,1999,2002,2013）。これらの指針には、事故当事者の支援に関する内容が盛り込まれており、被害患者や家族のみならず事故に関与した医療者にも支援が必要であること、そして事故当事者の体験が将来の事故防止に役立てられるような組織のしくみや風土づくりの必要性が認識されてきたといえる。

このように医療安全推進と医療の質向上に関しては、様々な取り組みが行われてきたが、医療事故発生時の医療側当事者支援に関しては、標準的な支援策が確立されているとは言い難い（石川,2013）。日本病院協会の会員病院を対象として行った縦断的調査において、医療事故後の対応で困ったこととして、「当事者のケア」を挙げた病院は、平成16年度の調査では38.2%、平成23年度の調査では47.5%と増加している。原因究明にあたっての事故当事者への対応として、心理カウンセリングなどの支援は10.0%（平成16年度）、6.7%（平成23年）で、配置転換などの対策を行っている病院は3.3%（平成16年度）、0%（平成23年度）と回答されており、事故当事者支援の現状としては、医療安全管理者や上司による声かけが、主として行われているにとどまると考察されている（飯田,長谷川,小谷野,西澤,2012;長谷川

ら,2006)。さらに病院内の重大医療事故の一つに患者の自殺事故があるが、事故前後の対応にあたったスタッフに対するメンタルケアはほとんど行われていないことが報告されている(杉山,2011,p.10)。

3. 事故当事者のメンタルヘルス支援

Wu(2000)は、医療事故の第1の被害者が患者とその家族であるならば、事故当事者となった医療者もまた第2の被害者であると指摘する。先述したように、医療安全体制の整備や発展とともに、事故当事者への組織的な支援の必要性、重要性が広く認識されるに至り、事故当事者のメンタルヘルスに関連した研究が近年、積み重ねられてきた。医療事故は医療者に強い精神的衝撃を与え、トラウマ反応を引き起こすことや、自己評価の低下や専門職としての自信の揺らぎから退職や離職につながるなど、心理社会的側面に多大な影響を与えることが報告されている(林,鈴木,山本,横手,2010;奥田,2006;Rassin,Kanty&Sliner,2005;Scott,et al.,2009;Ullstrom,Sacchs,Hansson,Ovrerveit,&Brommels,2014;Vincent, 2003;Wu,2000)。事故当事者のメンタルヘルスを支援することは、心の回復を促し、事故の体験を活かしながら仕事を継続できるよう支えていくための重要な課題の1つと言える。

山内(2007)は、事故当事者をサポートする理由として、1)個人として尊重すべきである、2)当事者と周囲の医療職の仕事への動機付けを低めないようにする、3)サポートをしつつ、事故の詳細を話してもらうことにより、真の原因究明を行う、4)当事者が業務を継続することで、事故の体験を組織の安全向上に役立てることができると述べている。このように事故当事者を支援することは、周囲の医療職、組織全体、さらに真相究明と事故の再発防止が患者や家族の回復や癒しにつながるとするならば、当事者個人にとどまらず周囲の人々の支援へと拡がりをもつものといえる。

また事故当事者支援と一言でいっても、様々なアプローチが考えられる。真相究明のための事故調査や事故分析のプロセスに関わる体制の整備、患者や家族とのオープンなコミュニケーションや謝罪の場を整えること、事故の再発防止、補償制度や紛争解決など、どれもが事故当事者への支援の要素を含むものである(藤澤,2012;飯田ら,2012)。また看護師へのメンタルヘルス支援の側面から捉えれば、事故当事者への支援には、1)看護師の心身の健康の保持・増進、2)看護ケアの質の保証、3)看護師のキャリア発達の支援、4)組織にとってのリスクマネジメントといった意義がある(福田,2004)。

4. 事故当事者支援における看護師長の役割と責務

事故当事者が医療事故の体験を乗り越え、仕事を継続していく場合は、事故が起きた医療現場であることから、職場の同僚である周囲のスタッフや看護師長による支援、そして病院として事故当事者の回復を支える環境を整えることは、重要かつ不可欠である。事故に関与した看護師を対象とした調査からも、看護管理者や同僚からの支援、組織の風土が、事故当事者の対処行動に関わる要因として示されている(上脇,丹波,2011;小林,山本,休波,2013;Meurier& Parmar,1997;鈴木,宮下,数間,2004)。

組織の管理者である看護師長は、リーダーシップとマネジメント、人員配置、作業プロセスの管理、安全文化の創出を通して、看護師の労働環境を整え、患者の安全を守る重要な役割を担っている(米国ナースの労働環境と患者安全委員会,医学研究所,2004/2006)。また近年、うつ病など労働者の心の健康問題がクローズアップされているが、ラインの管理者によるケアは心の健康を支える重要な柱である(厚生労働省,2006)。つまり看護師長は、事故当事者となった看護師の心の回復や、仕事の継続を支援する役割や責務を担い、それは看護師の心身の健康を守ると同時に、患者の安全を守ることにつながる。

しかし、ひとたび医療事故が発生すれば、システムの管理者である看護師長は、その責任の一端を担うことになる。事故の責任を問われる立場に置かれながら、他方では部下である事故当事者を支援するという二重の責務を負うことになる。看護師長が医療事故後対応のなかで体験している困難さを明らかにすることを目的に取り組んだ先行研究では、組織全体が混乱するなかで、組織関係者間に生じるコミュニケーションの齟齬、医師との協働をめぐるジレンマ、傷つきや葛藤を抱えた事故当事者や周囲のスタッフへの支援の困難さ、自分がもてる時間、責任と権限、そして対応スキルの限界を認識し、無力感やジレンマを感じている現状が明らかになった(福田,2009b)。

発生した医療事故において、自らの責任を問われ得る立場にあり、事故後対応に苦慮している看護師長にとって、事故当事者との関係は、「支援者としての上司」にとどまらない複雑さを内包していると考えられる。そして事故当事者を支援する看護管理者にもサポートが必要であることが示唆されている(福田,2009b;山内,高木,2004)。看護師長を支援することは、事故当事者への効果的な支援の提供につながると同時に、事故の管理責任を追及され、間接的な事故当事者ともなり得る立場に置かれる看護師長を支援することでもある。

以上のことから、わが国の医療安全体制は、この 15 年ほどの間に整備されてきたが、報告された医療事故の実態(日本医療機能評価機構,2015)からは、看護職が医療事故の当事者となる可能性はゼロにはならず、むしろ他の医療職に比べて高い。しかし事故当事者の精神的ダメージへの理解と支援の必要性についての理解は広がってきたにもかかわらず、十分な支援が提供されているとは言い難い現状にある。

事故当事者の心の回復、そして事故の体験を生かしながら仕事を継続していけるよう支援していくことは、看護師個人の心身の健康や、看護師のキャリア形成を支援すること、さらに患者に提供される良質なケアを保障するという点で重要な課題である。医療事故発生直後から、事故が発生した部署や組織のなかで事故当事者となった看護師を支えていくために、看護師長は、ラインの上司として支援の担い手となる存在である。事故当事者の回復を支えるために、医療事故後の組織対応の中で、看護師長がどのような支援を、どのように提供しているのか、そして支援を困難にしている背景や課題を明確にしていくことは、事故当事者への支援体制を整えていくうえで不可欠であると考えられる。

本研究は、メンタルヘルスを支えることを軸にしながら、事故当事者となった看護師が医療事故の体験を乗り越え、仕事を継続できるための看護師長の支援に焦点をあてるものとする。特に、筆者はリエゾン精神看護を専門分野としており、こうした立場から、事故当事者の支援をめぐる課題を取り上げ、論じていく。

第Ⅱ章 文献検討

本章では、医療事故に関与した看護師のメンタルヘルスおよび事故当事者への支援に関する研究状況について、看護師や看護師長を対象とした論文を中心に先行研究や関係資料を検討した結果を概観し、医療事故に関与した看護師への支援の現状と課題を整理する。

1. 医療事故に関連した看護師のメンタルヘルスに関する研究状況

1) 文献検索の方法

医中誌 web 版、PubMed、CHINAL を用い、和文、英文献について全年でデータベース検索を行った。シソーラス検索から、「医療過誤」、「医療ミス」、「医療事故防止」、「看護師」、「社会的支援」、「行動と行動メカニズム」、「心理現象と過程」をキーワードとし、「原著論文」と限定した。英文献も Mesh によるシソーラス医検索の統制語である「medical error」、「attitude of health personal」、「psychological phenomena and process」をキーワードとした。抽出された文献から以下の要件を満たすものを選定した。

- (1) 看護職が主な研究対象者であり、看護学生を対象としたものは除く。
- (2) 医療事故に関連した看護職のメンタルヘルスに関する研究とする。
- (3) 医療事故の原因や事故防止対策、事故報告のみに焦点をあてた研究や、場面を想定した事故事例への反応を扱っている研究は除く。
- (4) 研究(調査)方法、結果の詳細が記述されているものとし、会議録は除く。

さらにヒットした文献の引用文献の参照、看護系雑誌のハンドサーチから、事故当事者の心情に関する調査報告書や与薬ミスの体験に関する研究知見が示された図書を加え、合計 31 文献(和文献 19、英文献 12)について検討を行った結果を以下に述べる(表1)。

2) 研究論文の概要

データベース検索は全年で行ったが、英文献は 1994 年、和文献は 2000 年に発表された論文が最も古く、特に和文献は 2004 年以降のものが 17 件と大部分を占めていた。研究論文の年次推移から、事故当事者のメンタルヘルスに関する研究は、比較的新しい研究テーマであることがわかった。わが国の医療安全は 1999 年に発生した重大事故を契機に取り組みされた点については先述したが、2000 年以降に事故

表1 医療事故に関連した看護師のメンタルヘルスに関する文献一覧

番号	研究者 (年)	研究方法 ①研究対象 ②研究デザイン ③データ収集方法 ④分析方法	結果の概要
1	姉帯ら (2001)	①オンライン・アンケートレポートを提出した看護師96名(83.3%)②記述研究・横断的調査 ③質問紙調査 ④記述統計、クロス集計(内容)管理者の対応が助けになったが、事故直後(発生から2～3日)および現在(2～5ヶ月)の心理状態、事故のタイプ	81.3%が管理者の対応が助けになったと回答。事故直後は、事故のことが頭から離れない(67.5%)、気持ち落ち込みやすい(65%)、自分を責めてしまう(52.5%)。現在は、勤務に対する意識と関心の変化(43.8%)、事故のこと考えると恐ろしく仕方ない(21.3%)と回答。
2	安藤 (2011)	①医療事故に関わった看護師へのサポートに関する国内の15文献を検討 ②文献レビュー ③医中誌web版を用いて2000年～2010年で文献検索 ④抽出された文献の概要、サポートの対象、現状、課題を整理。	事故当事者の迷いや不安といった心のあり様、当事者と看護師長へのサポートに困難を極めている現状、当事者のみの責任が問われ安全文化の取り組みがなされていない現状が示された。組織的サポートは全般的に不十分であり、各施設で苦慮し、工夫しながら当事者に対していた現状が明らかになった。
3	Arndt (1994)	①②分析のためのテキスト2つのグループ討論、12人の看護師の面接、6つの報告書、6事例のミスの文書 ③記述的研究 ④解釈学的分析、コンピュータグラフィカル「エンズグラフィ」を使用	「従属とパワー：同一性と変化」「自責と他：人間の不安定さと調和」「ミスからの学習：看護教育における倫理の教授学習」という3つのkey issueを記述
4	Criggerら (2007)	①1病院から10名の看護師 ②記述的研究 ③面接法 ④grounded theory method	Self-Reconciliationのプロセスとして、「現実の打撃」「比較考量」「行為」「調和」の4つのカテゴリを抽出。カテゴリ「自己」は、「個人的、職業的自己との調和」
5	Edreesら (2011)	①患者安全サミットに登録し、「ヘルスケアワーカー：医療事故の第2の被害者」というセッションに参加した保健医療職350名(看護師46.3%、医師・管理者・その他)(回答率part140%、part27%) ②記述研究・横断的調査 ③自作の質問紙調査(part1)・オンライン調査(part2)の2段階(内容)second victimの認識と個人の経験、組織のなかで提供されたと感じたと支援、④記述統計	回答者の66%が事故の結果、不安、抑うつ、仕事の遂行に困難をきたしており、7割が支援を得た。誰かに事故のことを話していた。ほとんどの回答者が、同僚やピアに支援されたことを示していた。役半分の回答者が組織から支援されたと示したが、組織のスタッフ支援プログラムによる支援を受けたものは少数であった。オンラインツールな情緒的支援がもっとも活用された支援方法であった。
6	福田 (2009)	①看護職を対象とし、医療事故に関連した看護師のメンタルヘルスに関する21文献を検討 ②文献レビュー ③PubMed、医中誌web版を用いたデータベース検索 ④Lazarusの心理的ストレス理論の枠組みを用いて事故当事者の心理的ストレス、対処、ストレス反応の3側面から21文献の結果を整理	事故当事者が体験しているストレス、ストレス対処、それらがメンタルヘルスに与える影響について記述や理解を目的とした研究が大部分であった。事故当事者に誰がどのような支援をどのように提供しているか、支援をめぐり課題については事故当事者の視点でしか明らかになっておらず、支援者に焦点をあてた探索的研究の必要性が示唆された。
7	服部ら (2006)	①2施設の新入看護師58名 ②記述的研究 ③自作の質問紙調査 ④記述統計(内容)デモグラフィック、インジレント経験の有無、インジレントに対する現在の感情、病院・学校への要望	インジレント経験者は「無経験になった(44.7%)」「怖い(38.3%)」「くやしい(29.8%)」と感じ、仕事に対しては、「失敗することが怖い(72.3%)」と感じている。怖いと感じている者は、否定的な感情が強い傾向にある。
8	林ら (2010)	①23病院の看護師1051名(回収率55.1%)②相關関係的研究・横断的調査 ③質問紙調査(内容)デモグラフィック・過去に体験した事故の概要・心的動揺体験(研究者が作成)・改訂版心的外傷反応(IES-R)④記述統計、重回帰分析、 χ^2 検定、t検定、一元配置分散分析	多くの看護師が心理的動揺を経験しており、「事故の発見」では8割がかなりの動揺を体験。事故当事者のIES-R得点では40.1%、調査時点で89%の対象者がPTSDハイリスク状態。事故当時の心理的ダメージ(IES-R事故当時)への影響要因には、事故レベル、事故発生年、患者影響度で有意差を認められた。
9	丸谷ら (2006)	①1病棟の卒後2・3年目の看護師6名 ②記述的研究 ③半構成的面接 ④質的帰納的分析	インジレント経験に関わるカテゴリとして、「思考の停滞」「周囲からの支援で有効な対策を見出せない」「周囲の支援の存在を自覚」思考が深まる変化の4つとそれそれぞれのカテゴリを抽出
10	平本ら (2001)	①看護事故体験をもつ看護師7名(すべて異なる施設)②記述的研究 ③半構成的面接 ④帰納的分析	「事故発生の原因」「事故直面時のショック」「発生時の受け止め」「発生時の行動」「事故報告による再構成」「回想による事故の再編」の6つのカテゴリを抽出。被害の程度、周囲の態度が事故の印象に影響。
11	Gradstoneら (1995)	①③調査A.12ヶ月間の79件のインジレント報告(エラーのタイプ、薬剤、発生時間、患者への介入)、調査B.与薬ミスをした看護師14名の面接調査C.与薬に関わる看護師81名への質問紙調査 調査D.12名の看護師長の質問紙調査(与薬ミスをした看護師への態度や対処について)。②記述研究 ③質問紙調査の記述統計、面接調査の内容分析	調査B当事者は、与薬ミスによる程度の自己感受や患者への気がかりだけでなく、仕事に影響するであろう自信喪失、懲罰を受けることへの苦悩を体験。管理者の反応を気がかりに思い、反応を恐れて報告しないことを考える者おいる。周囲の反応は支持的で肯定的な場合もあれば、ネガティブなものもある。

表1 医療事故に関連した看護師のメンタルヘルスに関する文献一覧(続き)

番号	研究者 (年)	研究方法①研究対象②研究デザイン③データ収集方法④分析方法	結果の概要
12	上藤ら (2011)	①2施設に勤務する看護師(管理者・入職1年目を除く)238名(回収率34.9%)②相関関係的研究・横断調査③質問紙調査(内容)デモグラフィック・過去の最も重大な看護ミスの種類と原因・コーピング特性簡易尺度・組織風土尺度・看護師長によるサポート・看護ミス後の行動変容④記述統計・因子分析・主成分分析・平均値の差の検定	看護ミスの原因5因子・看護師長によるサポート4因子が抽出された。事故後の建設的な行動変容に影響する要因は、看護師長の「評価的サポート」・「積極的問題解決型および相談型」のコーピング特性・組織風土が「イキイキ型」であった。看護ミスの原因および結果は建設的行動変容との有意な関連は認めなかった。
13	北岡 (東口) (2005)	①16病院の精神科看護師1685名→有効回答1295(85.2%)②相関関係・横断的調査③質問紙④パス解析を用いた仮説モデル検証(内容)パーソナリティ(MBI-GS翻訳版)・仕事ストレス(NJSS)・感情表出コーピングスタイル(GCO特性版)・医療事故質問紙・フェイェンシート	仕事量の多さ、患者関係に由来する負担感や葛藤が絡くと疲労間感が生じ、シニシズム的態度を生み、パーソナリティ状態が医療事故発生を導くといつ修正モデルが検証された。
14	見玉ら (2012)	①影響レベル3b以上の事故に直接関与した医療者(医師・看護師・助産師・薬剤師・放射線技師・検査技師)45名②記述的研究③質問紙調査(内容)デモグラフィック・事故の体験時期・事故発生直後からその後の局面までの周囲の対応をそれに対する思い④質的構造的解析	周囲の対応についての当事者の思いとして「その場の業務問題による乗り越えられた安堵」「気持ちに気づかずにあったり、楽になる」「あなただけの責任ではない」「救われる」「他者との省察により前向きになる」「繰り返される事実確認に対して負担感」「繰り返りの場で沸き起こる後悔」「対応を一人で背負われる困感」「状況を知らされない不安」「二次的に波及する当事者間の軋轢への嫌悪」の9つのカテゴリが抽出された。
15	Meuniers (1997)	①175名の看護師→有効回答129(74%)②相関関係的研究・横断的調査③質問紙法(内容)WUらによって開発された質問紙を看護師用に改訂(4段階)リカトスゲール・22項目エラーの原因・病棟の雰囲気、エラーへの情緒的反応、対処方法、エラーを話し合うことへの反応、事故からの学び④記述統計 分散分析	79%の看護師がストレスフルな病棟の雰囲気やエラーの重要な要素と報告。情緒的苦悶、怒り、不適切感、事故の反響の恐れ、自責感を体験。大部分が責任を引き受け前向きに対処するが回避的対処も認め。事故後は、84%が建設的な変化を、35.7%が防衛的な変化を報告。
16	森中ら (2006)	①一施設に勤務する正規雇用の看護師792名→有効回答668(84.3%)②記述研究・横断的調査③質問紙調査(内容)年齢・性別・勤務体制・職位・6ヶ月間のヒヤリハット経験の有無・職業性ストレス簡易調査票④ヒヤリハット経験の有無の2群で検定	半年間にヒヤリハット体験をしている対象者は79%。ヒヤリハット体験群は、仕事の量的・質的負担得点、ストレス反応得点、上司からのサポートの少なさをあらわす得点が有意に高い。
17	新山ら (2006)	①2県の病院に勤務する看護師82名→有効回答592(75.7%)②相関関係的研究・横断的調査③質問紙調査(内容)デモグラフィック・心的外傷経験の有無(研究者が作成)・心的外傷の出来事④記述・心的外傷反応(IERS-R)④記述統計、因子分析、t検定	55.9%の看護師が何らかの心的外傷体験を経験。直接的な外傷体験121の記述のうち、仕事上のミス(10.74%)、仕事上のミスについて責任追求された(1.65%)、患者の批判・転落(1.65%)などが医療事故に関わる内容。外傷体験の回復群と維持群では自己や世界への否定的考えをもちている。
18	奥田 (2006)	①一総合病院に勤務していた看護師5名(調査時、4名が退職)②記述的研究③半構成的面接④質的構造的解析	インジレントやアグジネントは、恐怖心、怒り、安堵感、緊張感、信頼感などの感情体験のほか、患者・家族、周囲の対応への理解の深まりや、長期にわたる心の傷といった影響を与えている。
19	Rassins (2005)	①過去2年間、初めて薬剤エラーを起こした20名の看護師②記述的研究③半構成的面接④内容分析	「エラー発生日の事故に先立つ出来事」「最初の1ヶ月」「1ヶ月後」の時系列で、それぞれの時期の対応にミスへの反応を抽出し、記述。
20	Scotts (2009)	①医療事故の被害者(second victims)となった31名の医療者(医師11名・看護師10名)のほか管理者・P.A.医学生・呼吸療法士などの多職種10名②記述的研究③面接法④質的構造的解析	職種や年齢、性別に限らずsecond victimsという現象は、個人に永続的な傷を残す人生を変えさせる経験となり得るものであった。回復の軌跡として描かれる3つの段階として「カオスと事故への反応」「復讐的な内省」「統合性の回復」「調査に耐える」「情緒的な応急処置を得る」「前にすすむ」が明らかになった。
21	Seysら (2012)	①研究論文21文献・研究論文ではない9文献を検討②文献レビュー③Medline, Embase, Cinahlを用いたデータベース検索(2010年9月までに収録)④second victimsの発生度、医療事故が影響、用いられている対処行動に関するシナシズムレビュー	対象者の10.4-43.3%にsecond victimsと定義される情緒的苦悶、認知、行動上の反応や心理社会的な症状が認められ、PTSD、うつ、燃え尽きになり得るものであった。問題中心型、情緒中心型、2つの対処がとられており、また臨床実践の姿勢が示されていた。
22	Seysら (2013)	①研究論文21文献・研究論文ではない10文献を検討②文献レビュー③Medline, Embase, Cinahlを用いたデータベース検索(2010年9月までに収録)④シナシズムレビューのPRIME手法を用い、事故当事者となった医療者(second victims)によってサポートが介入に焦点をあてて文献をレビュー。	対象者となった文献の研究対象は医師、看護師、医学生・研修医、その他の医療者が含まれた。支援において考慮すべきこと、介入のストラテジーが抽出された。組織レベルの支援にsecond victimsを対象としたプログラムと、事故に巻き込まれた人々を対象としたより包括的なプログラムに分類された。

表1 医療事故に関連した看護師のメンタルヘルスに関する文献一覧(続き)

番号	研究者 (年)	研究方法(①研究対象 ②研究デザイン ③データ収集方法 ④分析方法)	結果の概要
23	鈴木ら (2004)	①3施設の管理者を除く看護師1659名→有効回答775(47%) ②相関関係研究・横断的調査 ③質問紙法 ④記述統計・重回帰分析(内容)Wらを作成した調査用紙を看護師用に改造。内的統計尺度、自分の最も重大なミスの種類と状況、患者の状態、ミスの原因、自分や周囲の反応、ミス後の行動変容	ミス後の建設的な行動変容の項目に9割以上が回答。仕事への自信喪失や不安(5割)、似たような状況を選べる(3割)、ミスを秘めがち(1割)、などの防御的反応も認められた。行動変容に関連する要因として、患者への説明、ミスの原因認識、引責態度、管理者の反応が関連。
24	Suzukiら (2004)	①8病院の看護師4407名→有効回答4279(回収率94.4%) ②相関関係・横断的研究 ③質問紙法 ④記述統計 X2検定、t検定、多項目ロジスティック分析(内容)睡眠Pittsburg Sleep Quality Index、医療事故経験に基づく報告される4タイプ(内容)の事故体験の有無)精神的健康(GHQ12)、対象者の特性	交代勤務者の69.8%、非交代勤務者の55.6%が精神的に不健康群で、両群に有意な差。事故経験群のGHQ12平均得点は、非事故経験群と比較して有意に高い。
25	山口ら (2007)	①医療事故当事者として行政処分を受けた後、看護師として働いた。または働きたいと思っている看護師数名と、その看護師を事故後にサポートした看護師長(結果の記述は自己当事者の心情のみ) ③聞き取り調査 ④記載なし	当事者は、看護職としての自信喪失、事故を起こした恐怖の中で、看護がしたい気持ちを見失っているが、個人のカだけではどうにもならない現実と直面している。事故が繰り返されず、安全な労働環境を希求している。
26	豊増ら (2005)	①一施設に新規採用された看護師のうち回答が得られた88名 ②記述的研究・縦断的調査 ③質問紙法 ④記述統計、t検定(内容)3ヶ月のヒヤリハットの有無と回数(自作)、職業性ストレス簡易調査票、GHQ28日本版精神健康調査票	ヒヤリハット体験回数は2.1~3.5回、3回以上の体験群は、GHQ28の総得点、社会的活動障害得点が高い、2回目調査での回数増加群は、仕事の適合性、職場内支援得点が高い(支援が少ない)、仕事のコントロール度が有意に低い
27	Wolfら (2000)	①無作為抽出した医師・看護師・薬剤師3000名→有効回答402(6.36%) ②相関関係的研究・横断的調査 ③質問紙法 ④記述統計、ANOVA(内容)もともと深刻なミス(患者の健康を把握するMedham scale、ミスに関わった人や気づいた人のチェックリスト、ミスに対する反応や気がかり(G段階で評価)、ミスの報告と取り巻く状況の自由記載項目、サポートしてくれた人のリストとそのサポートの程度。	事故への反応は自責、心配、神経過敏、患者への恐れ、懲戒処分への恐れ、処罰への恐れが最も高く、高い割合、ミスは個人生活に影響を与え、何年たっても忘れられない、同僚の反応は支持的なものからネガティブなものまで多様で、管理者の反応はインジペンティブの振り返りやスタッフ教育、再発防止方法、そのミス以降はしないなどの実践への影響が認められた。
28	Wolfら (1994/1999)	①16名の看護師 ②記述的研究 ③面接法 ④現象学的手法	ミスの原因追及の回想から、ミスに対する看護師の反応、他者の反応、臨床実務の変更など、13の与業ミス体験の共通テーマを記述
29	山本ら(2009)	①3施設の看護師800名(回収した488名の回答のうち医療事故経験のある478名を分析対象とした)②記述的研究 ③自作の質問紙調査(内容)「ヒヤリハット」医療事故経験の有無・事故を起こしたときに上司に望むサポート29項目・組織に望むサポート10項目 ④記述統計・Mann-Whitney U検定	事故経験のある看護師が上司に望むサポートは、「私に事故後のアドバイスをする」(85%)、組織に望むのは「夜勤の回数、スタッフの人数、延長勤務などの換装や設備」(73%)が最も多く、臨床経験では10年以上の看護師が上司に組織のサポートを非常に望んでいた。望まないサポートとして「カンファレンス検討時私に意見を求めない」(41.2%)、カンセラーを紹介(39.3%)であった。
30	山崎ら (2003)	①開業のインジペンティブを提出した経験3年以上の看護師5名 ②記述的研究 ③半構成的面接 ④ラウンディング・セラピー・プログラム	「気持ちに余裕がない」「集中力の自己コントロール」「落胆した気持ち」「自分を正当化したい気持ち」「責任から逃れたい気持ち」「慣れからくる早急点した行動」「失敗するかも知れない」という身構えた気持ち「人間関係での気遣いの8つのカテゴリーを抽出。
31	山内ら (2004)	①事故に関与した4病院の看護師5名と事故発生部署の看護師長4名 ②記述的研究 ③半構成的面接 ④逐語記録から業務継続に関連する発言を拾い上げる	事故関与者は迷いや不安、再発防止への動機付けを高め、業務を継続。職場サポートは全般的に不足。看護師長は仕事の過負担、対応に困難を感じている。

*研究デザインの種類は、次の文献を参照した。

Burns N, Grove SK. (2005). : The practice of nursing research (5th Ed). 黒田裕子監訳(2007): パーナス&グループ看護研究入門: 実施・評価・活用. 248-295. エンゼルビブ・ジャパン, 東京

当事者のメンタルヘルスに関する研究が発表されるようになったのは、こうした医療安全を取り巻く社会全体の関心の高まりと、制度化、体制整備といった時代背景があると考えられる。さらに2009年以降は、総説や文献レビュー論文が抽出され、ここ15年ほどで事故当事者のメンタルヘルスに関わる研究が蓄積されつつある現状を示している。

31文献の研究目的と研究デザインを概観すると、記述的な研究デザインを用いて、事故当事者の体験や情緒的反応、事故後に受けたサポートや周囲との関係を記述することを目的としたものが19文献と最も多い。8文献は、相関関係デザインを用いた研究で、看護師のメンタルヘルスと医療事故との関係、事故当事者のストレス反応やストレス対処に影響する要因を統計的な分析によって明らかにしたものであった。また4件は、総説や文献レビューであった。

総説、文献レビューを除く27件の研究論文のすべてが、事故当事者を含む看護師を研究対象に含み、うち2文献は当事者の上司である看護師長を(Gladson, et al., 1995; 山内, 高木, 2004)、3文献は医師、薬剤師、放射線技師、検査技師など他職種を研究対象者に含むものであった(児玉, 村田, 猪狩, 木下, 田中, 矢野ほか, 2012; Scott, et. al., 2009; Wolf, Serembus, Smetzer, 2000)。

3) 医療事故に関連した看護師のメンタルヘルス

文献の重複を避けるため、総説、文献レビュー4論文を除く27文献について、医療事故に関連した看護師のメンタルヘルスに関する先行研究の結果を以下に概観する。なお文献の整理にあたっては、Lazarus & Folkman (1984/1991)の心理的ストレス理論を参考にして、(1)研究対象者によって認知されている心理的ストレス、(2)ストレス対処、(3)ストレス反応、という視点から行った。彼らの理論が、職業性ストレスやストレスマネジメントに関連した研究や実践に広く適用されており、事故当事者が認知する心理的ストレス、ストレス対処、ストレス反応という一連のプロセスの視点から捉えることで、事故当事者のメンタルヘルスの実態や支援の方向性を見いだせるのではないかと考え、この枠組みを用いた。

(1) 事故当事者が認知するストレス

事故当事者が認知するストレスは3つに分類された。1つは、事故当事者となったというストレスである。自分のミスやエラーが医療事故につながり、患者の生命や健康に影響を与えてしまった恐怖や罪悪感、失敗感、ミスにより患者や動揺の信頼を失うこと、再び事故を起こすことへの不安は、事故当事者にとって脅威や恐怖

をもたらすストレスとなっていることが示されていた(姉帯,石川,鈴木,及川,村田,石井,2000; Crigger&Meek,2007; Edrees,Paine, Feroli,Wu,2011; 林ら,2010; 服部,中納,谷口,森澤 2006; 平本,池田,上野,徳永,林,横手,2001; 児玉ら,2012; 丸谷,三坂,竹内,中村,池田,富田,2007; 森中,三木,久富, 2006; Meurier,et al.,1997; 奥田,2006; Rassin,et al.,2005; 佐々木,田口,2007; 山内,高木,2004; 山崎,板垣,首藤,2003; Scott,et al,2009; Wolf,1994/1999; Wolf,et al.,2000)。

2 つ目は、医療事故発生後、同僚や看護管理者、組織内の周囲の人々との関係性の中でもたらされるストレスである。事故当事者に対する周囲の人々から叱責や非難、個人の責任追及、強い屈辱感を伴う対応を受けることは、事故に加え二次的な傷つき体験となっていた(Meurier,et al.,1997; Wolf,1994/1999; Wolf,et al.,2000; 山内,高木, 2004)。さらに医療事故発生からの時間的経過のなかで、事故防止への意識に同僚とのギャップを感じることに、事故の教訓が伝わっていない、期待するほど事故防止策が進んでいない現状認識も、苦悩をもたらしていた(田口,佐々木,2007; 山内,高木,2004)。

3 つ目は、医療事故に先立つ労働環境や業務に関わるストレスである。研究対象者は、ミスやエラーの体験を面接で振り返り、余裕がない状況での看護業務の遂行、仕事の負担や多重課題、疲労、集中力の欠如など事故に先立つ職場のストレス状況を医療事故につながる要因として認識していた(Gladstone,1995; Rassin et al.,2005; 山崎ら,2003)。つまり医療事故発生以前から職場環境や対人関係のストレスを抱えており、その上に医療事故に伴うストレスが加わったことになる。また医療事故経験群の看護師は非経験群に比べて精神的健康度が有意に低いこと(Suzuki et al.,2004)、ヒヤリハット経験と職業性ストレス得点が高いことが示されている(森中ら,2006)。北岡(東口),2005)は、仕事の量的負担、職場の対人関係、患者との人間関係に由来する負担感や葛藤が続くと、疲弊感を生じ、疲弊感がシニジムの態度を生み、こうしたバーンアウト状態が医療事故発生を導くことをパス解析により検証している。

(2) ストレスへの対処

研究結果で示されていたストレス対処は、大まかに問題中心の対処と、情緒中心の対処の2通りに分類された。問題中心の対処は、ミスを報告し、患者への影響を最小限にとどめ、その後の再発防止や安全な看護行為にむけて自らの行動を変えていくなどの対処であった(Crigger&Meek,2007; 平本ら,2001; Meurier,et al.,1997;

Rassinet al.,2005)。さらに事故は学習の機会となり、リスク感性を高め、ミスから身を守る方法を身につけ、より安全性の高い方向へ自らの行動を変化させていた(姉帯ら、2000;平本,池田,上野,徳永,林,横手,2001;奥田,2006;Rassin et al.,2005;Wolf,1994/1999)。一方、情緒中心の対処は、ミスを報告しない、事故の話題を避けるなどの回避や、自分や出来事への見方を変えるなどの認知的努力、他者に話しを聴いてもらうなどにより、事故の現実直面した苦痛を軽減するための対処として分類された。事故当事者の周囲の人たちが支持的ではなく、不公平な扱いをされると認識された場合、事故は報告されない傾向があり、また看護管理者の厳しい態度も、防衛的な行動につながることを示されていた(Meurier,et al.,1997;鈴木,宮下,数間,2004)。その他、看護実践の中で成功体験をもてること、患者との人間的な交流、専門職としての価値を見いだせる体験は、傷ついた自尊感情や自信を取り戻すための回復の力となっていることが示されていた(Arndt,1994;田口,佐々木,2007)。

(3) ストレス反応

研究結果で示されていた研究対象者のストレス反応は多岐にわたり、恐怖、否認、混乱、怒り、自責感・罪悪感、緊張、不安、屈辱感などの情緒面のほか、身体面(ショックや恐怖で震える、頭に血が上る、強い疲労感など)、思考や行動面(またミスを起こすのではないかと、一人でいられない、何度も確認しないと看護行為ができない、常に事故のことを考える、睡眠障害)に表れ、日常生活や業務の遂行に影響を与えていた。特に看護師は、罪悪感、心配、当惑の得点が高いことが医師や薬剤師との得点比較から示されていた(Wolf,et al,2000)。

未然に防ぐことができ、患者に実害がなかった事故でも、強い衝撃や情緒的苦悩を体験していることが示されていた(平本ら,2001;奥田,2006)。そして心の傷や情緒的影響は長期間にわたり、時間とともに薄らぐことはあっても事故の記憶は消え去ることとはなく、他者のミスや何かのきっかけで再体験することが示されており(姉帯ら,2000;Crigger,et al,2007;新山,小濱,塚原,谷口,澤原,長尾,2006;田口,佐々木,2007;Wolf,1994)、医療事故の体験は事故当事者にとって心的外傷性ストレスとなる可能性があると考えられている。

さらに医療事故体験群は、非体験群に比較して、精神的健康度が低く、ストレス反応の得点が高いこと、上司からの社会的支援が少ないことが示されている(森中ら,2006;Suzuki,et al,2004;豊増ら,2005)。しかし、いずれの調査もその研究デザインからは因果関係を結論づけるには至っていない。

2. 事故当事者への支援に関する現状

先に抽出した研究論文に加え、医療事故に関わる団体等が提供するガイドラインや関連資料を加え、事故当事者への支援に関する現状について検討した結果を以下に述べる。

1) 看護師長による事故当事者への支援に関する研究

事故当事者に提供された支援については、事故当事者を研究対象とし、看護師長をはじめ周囲の人々の対応や、提供された支援をどのように認識しているかという視点から明らかにした研究がほとんどであった。

上脇,丹波(2011)は、100～200床規模の2つの病院に勤務する看護師を対象に自作の質問紙を用いた調査を行っている。因子分析の結果、看護ミス発生後、看護師長によるサポートの内容として、情緒的サポート、評価的サポート、情動的サポート、手段的サポートの4因子が抽出されている。ミス後も変わらぬ信頼感、普段の仕事ぶりや努力を認め、尊重してくれること、良いところを評価して伝えるといった評価的サポートは、安全性の強化に向けた事故当事者の望ましい建設的な行動変化に影響していることが報告されている。

山本ら(2009)は、3施設の看護師を対象に自分が医療事故を起こしたときに上司に望むサポートについて質問紙調査を行っている。ここでいう上司とは誰を指すのか定義されていないが、調査項目から看護師長であることが推測される。医療事故経験のある看護師群で「非常に望む」と回答された割合が7割以上を示す項目は、「私に事故後のアドバイスをする(85.0%)」、「事故原因の分析を私と一緒に(77.3%)」、「いつもどおりの態度で接する(75.4%)」、「事故状況を私からじっくり聴く(75.1%)」、「医師や看護部長への報告のアドバイスを(75.1%)」であった。医療事故経験が有る対象者は、無い対象者に比べると、「私をそっとしておいて欲しい」ことを強く望む割合が有意に高いこと($p=0.024$)、10年以上の経験のある看護師は上司の支援を強く望む傾向が示されている。

上脇,丹波(2011),山本ら(2009)の報告から、看護師が管理者である看護師長に望む支援として、評価的なサポートや事故後の対応に関するアドバイスなど実際的なサポートを強く望んでおり、情緒面への支援としては、いつもどおりの態度、そっとしておくなど特別な扱いをされないことも支援内容として認識されている。

安藤ら(2011)による文献レビューにおいても、事故に関与した看護師の傷つき、仕事を継続する迷いや不安、それをサポートする看護師長の困難さやストレスも深刻

であること、組織のサポートは不足している状況であり、組織ごとにサポートの工夫や苦勞がみてとれるものの、看護師長やプリセプターがサポート提供の中心になっている現状が指摘されている。

2008年4月1日から行政処分を受けた看護師等に対して、再教育の受講を命じることになった。これを受けて日本看護協会は、業務上過失致死傷(医療過誤)により行政処分を下された看護師の職場復帰状況の調査を行っている(佐々木,田口,2007)。該当する看護師等42名のうち、看護職として職場復帰した者は31名であり、そのうち、事故発生時の所属施設に復帰した者は15名であった。処分後に何らかの支援を受けていた者は20名で、支援者として挙げられているのは、「看護部長」、「直属の上司」、「精神支援ナース」、「院長」、「看護協会長」であった。提供された支援内容は「相談対応(75%)」、「知識教育(35%)」、「安全教育(30%)」となっている。この結果から、事故当事者となった看護師への主な支援者として管理者が挙げられていることがわかる。しかし調査対象者が刑事責任を問われた事故当事者であったことから、病院上層部や看護師長などの組織管理者が、事故当事者の支援に関わっていたと推測される。

2) 事故当事者支援の前提としての非懲罰的な組織文化

事故当事者のメンタルヘルスへの関心や理解は広まり、支援の重要性が認識されてきたとはいえ、現実には事故当事者に対する周囲の見方や態度は厳しいことが、調査結果から示されている。奥津ら(2009)は、医師、看護師、法律家(弁護士)を対象に、刑事処分を受けた医療従事者の職場復帰に関する意識調査を行っている。有罪判決を受けた医療従事者が職業を続けるべきかという問いに対して、「刑が何であれ有罪なら医師・看護師を廃業すべき」と回答する割合が看護師は15.9%であり、医師1.9%、弁護士5.6%という結果と比較して有意に高く、さらに医療過誤事例の看護師の刑事責任を尋ねる設問への回答に対しても、有罪と回答する看護師は89.4%で、医師(78.5%)よりも高い。この結果から、処罰を受けた者に対する厳しい見方が根強く存在し、また事故当事者へのサポートが弱いと思われる状況があると考察されている。

同様の結果は、米国でも報告されている。米国の薬物安全使用協会(Institute for Safe Medication Practices[ISMP],2001)は、1,255名の看護師、薬剤師、医師、技術者などを対象に、非懲罰的文化(nonpunitive culture)に対する見方についての調査結果を報告している。回答者の15%は、非懲罰的文化は、お粗末な実践を

容認し、患者の安全に対する個人の責任を免除すると捉え、21%の回答者は非懲罰的文化では、ミスをして叱責されないと学ぶために不注意を増長させると捉えていた。そして臨床現場の前線にいるスタッフは、管理者たちよりも、非懲罰的文化は有害だとみなす割合が高いことが示されている。これは2001年のニューレターに報告されたものであり、必ずしも今日の医療者の認識を反映しているものではない。しかし管理者よりも、事故当事者になり得る可能性の高い医療現場の前線にいるスタッフの方が、事故当事者に対する厳しい見方をしているという指摘は注目に値する。

石川(2013)は、院内全体で、個人を責めない、罰しないという安全文化を醸成する重要性を強調している。このように、事故当事者への支援を検討していくうえで、管理者を含め周囲の人々が医療事故に関与した当事者個人の責任をどのように捉えており、そして事故当事者が看護チームの中でどのような状況におかれているのかなど周囲のスタッフとの相互作用に目を配っていく必要性が示されている。

3) 事故当事者への支援マニュアルや支援プログラムの開発状況

事故当事者が受ける精神的な影響についての研究が蓄積され、理解が広がるなかで、事故当事者への支援に関するマニュアルや支援プログラムが開発されてきている。ハーバード大学関連病院では、有害事象への対処法に関するコンセンサス文書を作成し、大学関連病院での実践への適応が試みられている。日本でも翻訳され、「医療事故:真実説明・謝罪マニュアル」として普及が図られている(Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors,2006/2006)。このコンセンサス文書は3部から構成されているが、第2部に「医療従事者の経験」というタイトルがつけられ、医療従事者への支援と、訓練と教育に関する内容に章が割かれている。医療事故当事者が事故の衝撃から立ち直り、患者とのコミュニケーションと謝罪を効果的にを行い、速やかに専門業務に復帰できるような組織化された支援が提供されるべきであり、そのために推奨される支援が具体的に示されている。支援の要素として感情面の支援と、事故の確認と評価を行うことを手助けする事後処理の支援が示されている。支援の要点として、(1)事故に巻き込まれた当事者への支援プログラムを策定すること、(2)個人・グループカウンセリング、短期および長期カウンセリングの両方を含めた支援が提供されること、(3)当事者の立ち直りのために、休暇や業務を調整することを保証すること、(4)事故の報告や記録手順の整備、(5)患者家族と、事故直後の感情的になっている時期からコミュニケーションをとることを指導すること、(6)医療者、管理者が当事者を支援できるような研修プログラムの開発、(7)ピアレビュー、医療品

質保証改善活動、根本原因分析などの手順を医療者に教育すること、が挙げられている。

また米国マサチューセッツ州で2002年に設立されたMITSS(n.d)は、有害事象によりトラウマを負った患者、家族、そして医療者の癒しと希望の回復をミッションとする非営利団体である。患者や家族、医療者、そして組織に対する情報発信や教育、直接的支援を提供しており、医療者の支援のためのToolkitを開発し、ホームページ上で公開している。事故当事者となった医療者のセルフケアの方法、事故に関与した同僚への支援、組織向けのサポートプログラム開発のためのチェックリストやリーフレットなどが無料で公開され、誰もがアクセスできる有用なツールを提供している。同様に、Johns Hopkins(n.d)では、医療事故に関与した医療者へのピアサポートを意図したRISEプログラムという2日のワークショップによる支援プログラムを提供している。

米国の非営利団体であるIHI(The Institute for Healthcare Improvement [IHI])もインターネット上で、有害事象が起きた後の危機管理の具体的な行動指針を提示している(Conway,et al,2011)。この行動指針においても、リーダーシップと組織の安全文化の重要性が述べられている。また有害事象発生後の対応の優先順位として、患者と家族、フロントラインのスタッフ、そして組織の3つを示し、それぞれへの取るべき行動や確認事項が示されている。

日本においては、社団法人全国社会保険協会連合会が、先述したハーバード大学医学部関連病院の医療事故対応指針を参考に、日本の状況に適した指針として「医療有害事象・対応指針」を作成している(全国社会保険協会連合会,2006)。その後、別冊として「医療有害事象に遭遇した医療従事者支援の手引き」が作成され、事故に関与した医療従事者への支援の基本的考え方、事故当事者に生じる心理反応や回復の段階に応じた具体的な支援の方策を提示している(全国社会保険協会連合会,2013)。それらは事故当事者の心の回復を支えることや勤務上の配慮にとどまらず、有害事象の真相究明とそれに基づく施設対応、患者家族への謝罪、裁判や補償問題に関わる支援、事故当事者となった医療従事者の家族への支援など、多岐にわたる支援内容と、多様なリソースを活用した長期的な支援を推奨している。

以上の指針やガイドラインは、現段階ではインターネットなどのメディアを通して広く普及を図り、実践への適応を推進している段階にある。ユーザーである患者や家族、医療者、組織管理者からの意見を参考に随時、開発、更新されているが、研究的な取り組みによる実践への有用性についての評価は、今後の課題として残されている。

3. 文献検討のまとめ

文献検討の結果、医療事故に関与した看護師の当事者のメンタルヘルスや支援に関する研究は、ここ15年ほどの間に取り組みられてきた新しい研究テーマであり、当事者の体験の理解を目的とした研究が積み重ねられてきている。研究結果から示されるのは、医療事故は事故当事者に強い精神的衝撃を与え、それはトラウマ体験になり得るものであることである。そして事故後の回復や業務継続のための周囲の人々や看護管理者、組織による支援は、事故当事者の視点から明らかにされてきた。心の回復プロセスに応じた個別の支援と、安全文化を基盤にした組織対応が、心理的ストレスからの回復、事故後の周囲の人々との関わりでの二次的な傷つき体験を最小限にとどめる上での鍵となり、こうした知見をもとに、支援プログラムや対応指針が開発され、臨床現場に適用されてきたところといえる。

しかし事故当事者への支援をめぐる課題は、大部分が事故当事者の視点から検討されたものであった。また医療事故をめぐる看護師のメンタルヘルスは、事故当事者に焦点をあてたものであり、周囲の看護師、看護チーム、そして支援者に焦点をあてたものはなかった。組織内外の支援体制の整備や、支援のための介入プログラム開発をすすめていく上で、事故当事者を支える重要他者である支援者に焦点をあて、事故当事者支援という現象に含まれる概念抽出などの探索的な研究が不可欠であり、この点が今後の研究課題である。

なかでも看護師長は、医療事故が発生した現場の管理者として、事故当事者に直接的な支援を提供し得る存在であること、またラインの上司として部下の心の健康を守るための労働環境を整える重要な役割を担っている。そして看護師長をはじめとする看護管理者による支援や対応姿勢が、事故当事者の事故後の行動変容に影響していることが示されている。さらに看護師長は、事故当事者への支援の前提となる看護チームの非懲罰的な安全文化を醸成していくためのリーダーシップをとる立場にある。つまり事故当事者への個別の支援と組織的な支援の両方に関与し、それらを橋渡す立場にある存在といえる。しかし部署の責任者として多数のスタッフを抱え、組織の危機管理対応に追われる中で、スタッフ一人ひとりに目を配ることや、事故当事者の支援に困難感を抱いていることが明らかになっている。

看護師長による事故当事者への支援の内容やプロセス、そして支援の困難さが、どのような状況で生じてくるかを明らかにすることは、事故当事者への具体的な支援方法や支援体制を整備していく一助となると考える。

第Ⅲ章 研究の目的と意義

1. 研究の目的

本研究は、医療事故の当事者となった看護師（以下、事故当事者とする）に対して、看護師長がどのような支援を、どのように提供しているかを明らかにすることを目的とするものであり、研究課題を以下のように定める。

- 1) 看護師長による事故当事者への支援に関わる現象の構造とプロセスを明らかにする。
- 2) 看護師長による事故当事者への支援の困難さが、どのような状況で生じているのかを明らかにする。
- 3) 研究結果をふまえ、事故当事者を支援する看護師長への支援のあり方、および今後の課題を考察する。

2. 研究の意義

看護師長による事故当事者への支援の構造とプロセスを明らかにすることは、以下の意義があると考えられる。

- 1) 事故当事者の支援者である看護師長をサポートするための、具体的な支援内容と方法についての示唆を得ることができる。
- 2) 看護師長による支援の内容や特徴の明確化、支援の限界を整理していくことにより、施設内外の多様なリソースの活用を含めた事故当事者ならびに看護師長の支援体制を検討するための基礎資料となる。
- 3) 事故当事者への支援のあり様は、病院の組織文化の影響を受けるといわれており、医療事故の再発防止、医療の質向上のために、組織の安全文化を醸成していくことが求められている。看護師長による事故当事者への支援を軸にして、支援の困難さがどのような背景や文脈から生じてくるか、支援の課題を明確にすることを通して、組織の安全文化、看護師が働きやすい組織文化を築いていくための課題を整理する一助となる。

3. 用語の定義

1) 医療事故・事故

本研究における医療事故ないし事故とは、看護行為のプロセスで、患者に予期せぬ有害事象が生じた出来事を指す。看護師の過失の有無は問わず、(1)医療事故により予定外の検査や新たな治療が必要になった、(2)患者に生じた障害が後遺症として持続、(3)患者が死亡、のいずれかの患者影響レベルのものとする。

本論文では、文章の流れを考えて「医療事故」と「事故」という表記を混在して使用しているが、いずれも同じ意味を示すものである。

2) 事故当事者

医療事故に至る過程に直接、間接的に関与した看護師・助産師のうち、看護師長が事故当事者として認識した看護師を指す。

第IV章 方法論

1. 研究デザイン

本研究は、Grounded Theory Approach(以下、GTA とする)を基盤とした質的帰納的研究デザインを用いる。

2. 研究方法

1) 研究方法としての GTA

GTA は、Glaser と Strauss という 2 人の社会学者が手がけた大規模研究プロジェクトの副産物として生まれた研究アプローチである(Glaser&Strauss,1967/1996)。その後、彼らは立場や見解の違いから対立することとなり、さらに研究方法としての発展から、現在では、Glaser 版グラウンデッドセオリー、Strauss 版グラウンデッドセオリー、次元分析、構成主義グラウンデッドセオリー、状況分析(Richard&Morse,2007/2008,pp.46-51)、そして日本においては木下による修正版 GTA(木下,2003)という幾つかの流派があり、それぞれの学問的背景をもとに研究のアプローチが解説されている。ここでは、それぞれの流派の相違ではなく、GTA といわれる研究アプローチに共通する根本的な特性に注目し、研究方法としての GTA の特性について説明した上で、本研究に GTA を用いることの根拠を述べる。

本研究は、看護学研究者に用いられており、書籍等で分析技法が解説されている Strauss&Corbin 版といわれる GTA を基盤にしている。彼らの研究方法の理論的基盤は、シカゴ学派の相互作用論とプラグマティズムの哲学にあり、特に Mead、Blumer の提唱するシンボリック相互作用論の前提に依拠するものである(Corbin&Straus,2008/2012,pp.1-25)。シンボリック相互作用論は、Mead をその始祖とし、Blumer によって命名され、研究が推し進められてきたものである。1940 年代、1950 年代の Parsons を中心とする機能主義理論を批判し、人間中心主義、主体主義、人文科学主義を標榜し、新しい社会学・社会心理学の理論と方法を構築しようとする「解釈パラダイム」に属するものといわれる。シンボリック相互作用論は、シンボルとしての人間の特性を重視し、「解釈」による人間の主体的あり方を問題とし、行為者の見地に立って、人間の内的側面を明らかにするという方法をとる。人間現象や社会現象をとらえる際に、その外部から第 3 者的に接近するのではなく、研究者自身が行為者の立場に立ち、人間の内的側面に接近し、人間の主体的あり方を明らかにするものである(船津,宝月,1995)。

社会学者の木下(1999,pp31-176)は、1960年代の社会学の状況からGTAが生み出された背景とその変遷、そして研究方法論、生成された理論の特性を概説している。GTAが考案された背景には、当時の社会学的研究における検証重視の研究手法、理論と実証的研究のギャップに対するGlaser、Straussの問題意識や批判があると説明している。彼らは、このギャップを埋めるためにデータを徹底的に重視するという立場をとり、データに密着しつつ丁寧に解釈を積み上げ理論の形にまとめている研究のあり方を提起した。

GTAは、理論生成を目的とするものであるが、ここでいう理論とは、自然科学で意味する理論とは本質的に異なるものであり、この研究アプローチにおける意味を取り違えることは致命的な誤解をすることになると木下は指摘する。その上で、GTAでいう理論とは、社会的相互作用に関係し人間行動の予測と説明に関わり、同時に、研究者によってその意義が明確に確認されている研究テーマによって限定された範囲内における説明力が持ち味となると説明されている。自然科学では発見の対象は法則であり、それを表現したものが理論であるが、GTAにおいては、発見とは解釈のことであり、解釈内容を説明的にまとめたものが理論となる。GTAが提供する知識は普遍的なものではなく相対的なものであるが、現実に対応した意義をもつプラグマティカルな知識となる(木下,1999,pp31-72)。「グラウンデッド・セオリーとは、研究テーマに照らしてデータに密着した分析から独自の概念を創り、それらによって統合的に構成された説明図とでも呼ぶべきものである。その表現形態は、数量的方法論による研究のようにデータの検定結果を報告するのではなく、分析的に生成した概念と概念の関係を説明的に報告する」(木下,1999,p.83)。

さらにStrauss&Corbinの流れを汲む戈木(2006,p12)は、GTAによって生成された理論は、規模の大きな、または抽象度の高い現象の構造とプロセスとを把握し、ある状況にある人(たち)がどうとらえ、どう反応するのか、どのような行為/相互行為や出来事が起きるのかを説明するとともに、今後、何が起きるのかをとらえようとするものであると説明している。これは「人間行動の予測と説明に関わる」と先の木下の説明でも示された通りである。GTAは、データに基づいて分析を進め、データから概念を抽出し、概念同士の関係づけによって研究領域に密着した理論を生成する研究方法である。生成する理論は、研究全体の主題をあらわすコアカテゴリーとカテゴリーという概念から構成される。コアカテゴリーはすべてのカテゴリーと関係しており、各カテゴリーは、いつ、どこで、なぜ、何を、どうやって、その結果どうなったか、それはどういうすじみちやパターンによるのかを説明し、何がそこで起こっているのかという現象をあらわ

すものである(戈木,2006,pp.13-14)。ひとまとまりの社会的現象について、社会や他者との相互作用のなかでその人が自分の経験をどう意味づけるのか、どう感じるのか、そしてそれに基づいてどう行動するのかを複数のカテゴリーを使い、現象の構造とプロセスを捉えることによって、ある状況から異なる状況に変化するプロセスを、多様なバリエーションを含めて把握するものである(戈木,2008)。

GTA に適した現象の特性として木下(1999,pp180)は次の2点を上げている。まず、実践的領域において現実に問題となっている現象であり、提示するグラウンデッド・セオリー・アプローチがその解決あるいは改善に向けて実践的に活用されることが期待される場合である。そして2つ目に、取り上げようとする現象がプロセス的的特性を持っていることである。このような特性から、健康問題や生活問題を抱えた人々に専門的援助を提供するヒューマンサービス領域がもっとも適しているとされる。

2) 本研究の目的と研究方法としての GTA の適用

以上、GTA の特性を述べてきたが、文献検討より示唆された事故当事者への支援をめぐる課題を踏まえ、本研究においてGTAを用いる根拠は以下の通りである。

まず文献検討の結果、医療事故後の事故当事者への支援に関するこれまでの研究は、事故当事者の視点から、支援の提供者、提供された支援内容や支援の有用性が検討されているものであった。よって支援者の視点から、事故当事者への支援プロセスという現象に含まれる概念化が十分になされていないことが研究上の課題であることが明らかになった。さらに事故当事者への支援の必要性が認識され、求められる支援内容に関する研究成果が蓄積されているにもかかわらず、組織的に十分な支援が提供されていない、支援に困難を感じている現状が浮き彫りになった。では、看護師長はどのような状況の中で、事故当事者への支援を困難と感じるのか、何が支援を困難にしているのだろうか。これを明らかにするためには、看護師長の視点で、事故当事者との相互作用を捉える必要がある。

2つめに、看護師長による事故当事者への支援は、プロセス的な特性を内包している点である。一般的に、支援の対象となる事故当事者は事故直後から事故調査をはじめとする事故対応のプロセスに巻き込まれていくことになる。事故当事者への支援は、こうした事故対応プロセスと連動しているものと考えられる。さらに支援とは、対象のニーズに合わせて提供されるものであることから、当然、看護師長による支援も、事故当事者が事故後に置かれている状況や、事故対応の一連のプロセスに連動するであろうと考えられる。こうしたことから看護師長による事故当事者への支援は、プロ

セシ的な特性をもつと考えられる。医療事故後の対応において看護師長が体験している困難さを明らかにすることを目的とした先行研究から、組織の方針、管理部門や医師、看護師長の上司となるトップ管理者、看護当事者の周囲の看護スタッフなど様々な人々との相互作用のなかで、看護師長は対応の困難さを体験していることが明らかになった(福田,2009b)。しかし先行研究では、事故当事者や周囲のスタッフへの支援に関わる対応の困難さの要素を、概念として抽出するにとどまり、概念間の関係づけや事故当事者と看護師長の相互作用をプロセスの視点から十分に検討できていない。したがって、看護師長による事故当事支援に関わる文脈をとらえながら、事故支援に関わる現象を把握していくことが必要だと考えた。

以上から、看護師長の視点から事故当事者への支援という体験を意味づけ、相互作用が展開している文脈を理解しながら、本現象に含まれる概念化と理論化を試みるために、研究方法としてGTAを用いることとした。

3) 研究参加者

過去に発生した医療事故において、直属の上司として事故当事者に支援を行った経験のある看護師長を研究参加者とした。医療事故発生後の組織対応が一段落し、看護師長が自らの体験を振り返って語る事が可能な時期を考え、医療事故の発生から半年以上が経過していることを要件とした。

4) データ収集方法

(1) 本研究における理論的サンプリングについて

GTAの特徴の1つは、理論的サンプリングといわれる対象抽出の方法にある。数量的な研究方法においては、結果の一般化を考え、母集団の代表性を考慮した対象抽出の方法をとる。GTAを用いた研究では、データの分析途上で抽出されてくる概念に基づいて立てた問いが、次のデータ収集を方向づける理論的サンプリングという方法がとられる。理論的サンプリングでは、より深く知りたい概念について提供してくれるであろう場所／人／状況へと向かうことになる。研究者は人をサンプリングするのではなく概念をサンプリングする(Corbin&Straus,2008/2012,pp.191-213)。

GTAの理論的サンプリングによるデータ収集を行うためには、データ分析の過程で現れてきた概念にそって次の研究参加候補者の選定を依頼することが必要である。しかし本研究は、医療事故という個人にとって、そして組織にとっても繊細なテーマを扱うものであり、研究協力を依頼する時点で、医療事故に関連した詳細な情報を協

力施設から開示してもらうことは困難であった。また次に述べるように、研究参加者への協力依頼は、病院の看護部長を通して協力者募集のためのパンフレットを配布してもらったが、施設管理者の承諾と協力は得られても、看護師長から直接、研究参加協力の意思が伝えられなかった施設が3施設あり、研究参加者の協力を得ることが困難であった。以上のことから本研究では、協力に同意が得られた研究参加者を便宜的に抽出することになった。こうした理論的サンプリングの限界に対しては、抽出された概念に基づいてデータをサンプリングするという基本的な考え(Corbin & Strauss,2008/2012,p.202)をふまえ、データ分析のプロセスで抽出されてきた概念に基づいて、インタビューガイドの内容を適宜、修正し、次のインタビューを行う努力を行った。

(2) 研究参加者の抽出方法

研究参加者の要件をみたす看護師長を、次の3通りの方法で抽出した。施設長ないし看護部長の研究協力への同意が得られた病院において、①看護師長会で、研究協力者募集のパンフレット(資料1)を用いて、研究者が直接、看護師長に対して研究協力依頼を行った。協力意思がある場合には、パンフレットに添付した返信用ハガキないし研究者の電子メールアドレスに直接、連絡をもらう、②看護部長もしくは医療安全部門の看護職である専任リスクマネージャーから、研究参加者の要件に合う看護師長に研究協力依頼のパンフレットを配布してもらい、協力意思がある場合に本人から直接、研究者の電子メールアドレスに連絡をもらった。以上の2通りの方法のいずれかを選択するかは、協力施設の看護部長に判断してもらった。しかし、これらの方法では研究参加者を抽出することが困難であったため、③研究者の知人を介して、研究参加者の要件を満たす看護師長に直接、研究協力依頼のパンフレットを渡してもらい、協力意思がある場合に本人から研究者の電子メールアドレスに連絡をもらった。この場合、上司や組織に対して研究協力の同意が必要であるかは研究参加者の判断とし、必要だと申請された場合には看護部長ないし施設長に研究協力を依頼することとした。以上の方法により、18施設に研究協力を依頼し、15施設に所属する26名の看護師長からの参加協力が得られた。

(3) インタビュー内容と方法

半構成的インタビューによるデータ収集を行った。インタビュー時間は約1時間、研究参加者の所属病院内のプライバシーが保たれる会議室や面談室を借用して行っ

た。研究参加者の面接は1回で、業務の都合から面接が中断したために2名の看護師長については2回の面接を行った。

インタビュー内容は、インタビューガイドに沿って(資料 2)、スタッフが関与した医療事故のうち、主に印象深い1事例を想起してもらい、医療事故の概要、医療事故発生直後から時間経過にそった事故当事者への具体的な支援内容とその方法、支援において困難に感じたこと、医療事故が看護師長に与えた影響、看護師長が得られた支援などについて語ってもらった。GTA の特徴的な手法であるデータ内の比較を行うことにより(Corbin&Strauss,2008/2013)、より豊富なデータを得ることを意図して、語られた事例と対照的な事例や事故当事者への関わり内容や方法がある場合には、それらについても語ってもらった。26名の看護師長のうち10名は、患者の診療録、事故当時のメモや病棟カンファレンスの記録、また事前に郵送したインタビューガイドの内容にそって事前に要点を纏めたものを手元に置いてインタビューに応じてくれた。インタビューは、許可を得てICレコーダーに録音し、逐語に記述した。

(4)その他

研究参加者の看護師長経験や所属部署の特性、所属施設の特性に関する基礎情報を収集した(資料 3,4)。また研究参加者の所属施設が公開している医療安全情報や医療事故報告書、許可が得られた場合には病院の安全管理マニュアルを閲覧させてもらい、所属病院の医療安全体制を把握する際の参考にした。

4)データ分析方法

データ収集とデータ分析を並行して行った。逐語に記述したデータをテキストとし、GTA の手法を参考にして分析を行った(Corbin&Straus,2008/2012; 戈木,2006, 2014)。具体的な分析手順は次の通りである。

- (1)テキストを繰り返し読み、研究参加者の語りの全体像を把握した後、意味のまとまりによって行、文章、段落ごとに切片化する。
- (2)切片化したデータのプロパティとディメンションを検討し、それを手掛かりに切片を代表するラベル名をつける。プロパティとは、切り口や視点を表す概念であり、ディメンションは、その視点からみたときに、その切片がどのような次元をとっているか示すものである。表2に、プロパティとディメンションからラベル名を検討する例を示す。ディメンションの「大」「少」は、研究参加者の語りの中から、「すごく」「とても」「あまり〜でない」といった表現をもとに、研究参加者が出来事や状況をどのように

意味づけているかを解釈しながら判断した。

表2 プロパティとディメンションの例

プロパティ	ディメンション		ラベル名
種類	果物		
色	赤・黄色・黄緑	⇒	リンゴ
産地	青森・秋田・長野		
酸味の強さの程度	大・少		

- (3) 各切片のプロパティとディメンションを手がかりにしながら、類似した意味を表すラベルをひとまとまりにし、抽象度をあげながらカテゴリー名をつける。プロパティ、ディメンション、ラベル、カテゴリーは、いずれも各切片から抽出した概念であるが、より抽象度の高いカテゴリーを、現象(理論)を構成する概念として抽出する。
- (4) 状況、行為/相互行為、帰結のパラダイムの枠組み(戈木,2014,74-84)を用いて、いつ、どこで、なぜ、何を、どうやって、その結果どうなったかという視点からカテゴリーを現象ごとに分類する。
- (5) 各現象を構成する概念について、どのようなプロパティとディメンションの組み合わせによって文脈が変化し、別のカテゴリーの行為/相互作用が展開していくのか、という点からカテゴリーの関係づけを検討し、カテゴリー関連図を作成する。さらにストーリーラインを検討する。
- (6) 研究参加者毎にカテゴリー関連図を作成し、すべての研究参加者のカテゴリー関連図を統合していく過程で、カテゴリー名、カテゴリーの関係づけを修正しながら、各現象のカテゴリー統合関連図を作成する。各現象の中心となるカテゴリーを中核概念(コアカテゴリー)とし、現象を形作るカテゴリーから構造とプロセスを捉え、ストーリーラインを検討する。ここまでの分析により、本研究では、5つの中核概念を中心とする5つの現象が抽出された。
- (7) 抽出された5つの現象の中核概念を、プロパティとディメンションによって関係づけ、理論的に統合する。統合された、より大きな現象の中心となる概念を中核概念とし、ストーリーラインを検討する。

5) データ分析の厳密性を高めるための努力について

データ分析のプロセスでは、データを扱う際の倫理的配慮に留意しながら、指導教授およびGTAの研究手法を専門とする看護学研究者のスーパーバイズを受けた。

加えてGTAの研究手法を学ぶ大学院生との分析ゼミ、事故当事者の経験を有する、もしくは事故当事者と関わりの経験がある看護学研究者とともにデータの読み込み、抽出したカテゴリーがデータに基づいているか、カテゴリー名、カテゴリー間の関係づけは適切であるかについて確認をしながらすすめ、データ分析と分析結果の厳密性を高める努力を行った。

3. 調査期間

2008年7月～2011年8月

4. 倫理的配慮

研究参加者に、研究目的と方法、研究協力にあたっての自由意思の尊重、研究参加を拒否しても不利益を被ることはないこと、中途辞退が可能であること、研究協力にあたっての利益と不利益、公表に際しての匿名性と個人情報の保護について文書を用いて説明し、同意書に署名を得た。

特に本研究では、医療事故という個人および個人が所属する組織にとって繊細なテーマを扱うことから、個人が特定されないように研究結果において、医療事故の内容や研究参加者の個別の背景、所属する組織の特性については、最小限の記述にとどめた。調査に先立ち、慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科研究倫理審査委員会の承認(20-40(2))を得た。

第V章 研究結果の概要

本章では、まず研究参加者となった看護師長の背景、およびインタビューで語られた医療事故の概要について説明する。その後、データ分析で明らかになった【事故の乗り越えの後押し】という看護師長による事故当事者への支援に関わる現象の概要を述べる。

1. 研究参加者の背景および語られた事故の概要

1) 研究参加者の背景

研究参加者は、15病院に所属する26名の看護師長で、すべて女性であった。事故発生当時の看護師長としての経験年数は、1～22(平均 6.03)年で、部署を担当して1～4年目(平均 2.2年)に発生した事故であった。26名のうち7名は、看護師長に昇任して1年目、つまり新任の看護師長として対応した事故であった。事故発生当時の担当部署は、手術室の5名以外、すべて入院病棟を担当していた。事故当時の部署のスタッフ(看護師)数は9～60(平均 24.7)名であった。事故発生からインタビューまでの期間は6ヶ月～6年であった。

研究参加者の所属する15施設の特徴として、病床数は約250～1000床で、大学病院2施設、一般病院11施設、専門病院2施設であった。インタビュー時点の各施設の平均在院日数は、11.2～19日で、急性期型の医療施設であった。調査当時、13施設が医療機能評価機構による病院機能評価の認定を受け、13施設が専従の医療安全管理者を配置し、医療安全対策加算を受けていた。

研究参加者の所属施設のうち、看護職員が利用できる心理的支援を意図した相談窓口が設置されていたのは7施設で、相談対応にあたるリソースの種類は、精神看護専門看護師が4施設、臨床心理士やカウンセラーなどの心理的技術者が2施設、産業医が1施設であった。

2) 研究参加者によって語られた事故の概要

26名の研究参加者には、印象に残っている主に1つの事故事例について、事故当事者への支援を中心に語ってもらった。1つの事故に複数の看護師が関与している場合には、研究参加者が事故当事者と判断し、支援を行った看護師への関わりを話してもらった。語られた事例の中には、2人の患者が一つの事故に引き続いて翌日～数ヶ月以内に同様の事故ないし別のインシデントに遭遇したというものがあった。ま

た、2 人の看護師が一つの事故に引きつづき、別の患者の事故に関与していた。本研究では、研究参加者によって詳細に語られた 28 件の事故事例を中心に、事故当事者となった看護師への支援の内容をデータ分析の対象とした。

28 事例の医療者の関与状況として、看護師単独 9 件、2 名以上の看護師 10 件、他職種を含む複数の医療者 9 件であった。事故の概要は、薬剤 4 件（患者間違い、過剰投与、細菌汚染、薬剤間違い）、治療・処置（部位取り違い、異物の体内残存、手技の誤り、その他） 12 件、療養上の世話 7 件（転倒、転落、誤嚥、その他）、医療機器等 2 件（使用中の点検・管理ミス）、患者の自殺 2 件、その他 1 件、であった。

事故後の患者の転帰は、回復・治癒が 18 件、後遺障害による治療継続 1 件、死亡 9 件（うち医療者の過失が明らかなもの 1 件）であった。病院から警察に届けられた事故は 4 件で、そのうち 2 件は、入院患者の自殺であった。事故当事者が刑事責任、民事責任を問われた事故はなかった。その他の詳細は、表 3 に示す通りである。

表3 研究参加者の背景と語られた事故の概要

研究参加者	事故当時の 師長経験（年目）	事故当時の部署 担当期間（年目）	インタビュー時の 師長経験（年目）	事故からインタ ビューまでの期間	所属施設の 特性	事故当時の 担当部署	事故の概要*	患者の帰結	事故当事者とさ れた医療者**	研究参加者が支援 した事故当事者数
A	4	2	5	9ヶ月	一般病院	集中治療室	療養上の世話	回復・治癒	複数の看護師	1
B	1	1	2	1年4ヶ月	一般病院	内科系病棟	患者の自殺	死亡	複数の看護師	1
							療養上の世話	回復・治癒	看護師1名	1
C	12	1	17	5年2ヶ月	一般病院	手術室	その他	死亡	他職種を含む 複数の医療者	1
D	22	8	23	1年9ヶ月	一般病院	手術室	治療・処置	回復・治癒	他職種を含む 複数の医療者	2
E	1	1	2	1年	一般病院	手術室	療養上の世話	回復・治癒	複数の看護師	2
F	8	2	9	1年	一般病院	周産期系病棟	治療・処置	回復・治癒	他職種を含む 複数の医療者	1
G	3	3	5	3年5ヶ月	一般病院	新生児・小児病棟	薬剤	回復・治癒	他職種を含む 複数の医療者	2
H	8	4	10	2年1ヶ月	一般病院	内科系病棟	療養上の世話	死亡	看護師1名	1
I	20	2	22	2年	一般病院	内科系病棟	治療・処置	回復・治癒	看護師1名	1
J	13	3	16	3年	一般病院	外科系病棟	治療・処置	回復・治癒	看護師1名	1
K	1	1	2	11ヶ月	一般病院	内科系病棟	療養上の世話	回復・治癒	看護師1名	1
L	3	3	4	11ヶ月	大学病院	外科系病棟	治療・処置	回復・治癒	複数の看護師	2
M	2	2	2	10ヶ月	一般病院	内科系病棟	医療機器等	死亡	他職種を含む 複数の医療者	1
N	4	4	6	2年	一般病院	内科系病棟	薬剤	回復・治癒	他職種を含む 複数の医療者	1
O	12	1	12	9ヶ月	一般病院	外科系病棟	治療・処置	回復・治癒	複数の看護師	3
P	4	4	5	1年	一般病院	混合病棟	治療・処置	回復・治癒	他職種を含む 複数の医療者	3
Q	1	1	2	1年3ヶ月	一般病院	内科系病棟	患者の自殺	死亡	看護師1名	1
R	1	1	3	1年5ヶ月	一般病院	内科系病棟	治療・処置	死亡	他職種を含む 複数の医療者	1
S	2	2	4	2年3ヶ月	一般病院	周産期系病棟	治療・処置	回復・治癒	看護師1名	1
T	9	1	6	6年	大学病院	小児病棟	薬剤	回復・治癒	複数の看護師	1
U	1	1	2	9ヶ月	大学病院	外科系病棟	療養上の世話	死亡	複数の看護師	1
V	2	2	2	6ヶ月	一般病院	高齢者療養病棟	療養上の世話	死亡	複数の看護師	1
W	4	1	5	10ヶ月	一般病院	集中治療系	医療機器等	死亡	看護師1名	1
X	11	2	12	1年	一般病院	手術室	治療・処置	回復・治癒	複数の看護師	4
							治療・処置	回復・治癒	看護師1名	1
Y	7	4	8	1年8ヶ月	専門病院	手術室	治療・処置	後遺障害によ る治療継続	他職種を含む 複数の医療者	2
Z	1	1	5	5年	専門病院	小児病棟	薬剤	回復・治癒	複数の看護師	2

*事故の概要は、公益財団法人日本医療機能評価機構による「医療事故情報収集等事業平成26年度年報」（2015年8月26日）を参考にした。

**事故に至る経過に関わらずすべての医療者ではなく、看護師長が事故当事者と判断した医療者を記した。なお複数とは2名以上を示す。

2. 看護師長による事故当事者支援に関わる現象

データ分析の結果、看護師長による事故当事者への支援として、《問題の共有》という状況から、《看護師長として負うべき責任の明確化》、《患者・家族の信頼の回復》、《チームで取り組む再発防止》、【事故の乗り越えの後押し】という行為/相互行為を経て、《事故支援の終結》、ないし《事故をきっかけとした退職》、《患者の安全の脅かし》のいずれかの帰結に至る現象の構造とプロセスが明らかになった(図1)。この現象は、【事故の乗り越えの後押し】を中核概念(コアカテゴリー)とし、《問題の共有》、《看護師長として負うべき責任の明確化》、《患者・家族の信頼の回復》、《チームで取り組む再発防止》という5つの概念(カテゴリー)を中心とする5つの現象を統合した、より大きな現象として把握された。

統合された現象の中核概念は、【事故の乗り越えの後押し】であるが、この現象を形作っている5つの概念は、それぞれに事故当事者支援に関わる比較的小さな現象を形作る中核概念として位置づけられるものであった。5つの現象は、それぞれの中核概念のプロパティとディメンションによって関連づけられ、それらの組み合わせによって生じる文脈の違いにより、事故当事者支援に関わる他の現象の相互作用が展開していくこととなった。

本章では、【事故の乗り越えの後押し】という現象の全体像について述べる。本章に続く、第VI章～第X章において、5つの現象一つひとつについて詳述していく。

本論文では、以下のように表記し、記述した。

コアカテゴリーは【】、カテゴリーは《》、〈〉はラベル、語られた内容の引用を「」、引用文中の()内は記述内容を明確にするために、研究者が補足説明した内容を示す。また語られた引用の最後の()内には、表2と対応させた研究参加者を示すアルファベット、事故当時の看護師長経験年数を記した。

なお研究参加者の所属施設により、職位や部門を表す名称は異なっていたが、本論文では、看護管理者は看護師長、看護部長、副看護部長、副看護師長(看護師長の補佐役、代理役として部署の管理業務を担う役割)とした。また医療安全管理を担う部門や担当者は、それぞれ医療安全管理部門、医療安全担当者という呼称に統一して表記した。また記述した文章の読みやすさを考え、「研究参加者」ではなく、○○(アルファベット)さん、看護師長、ないし看護師長たちという表記を用いた。

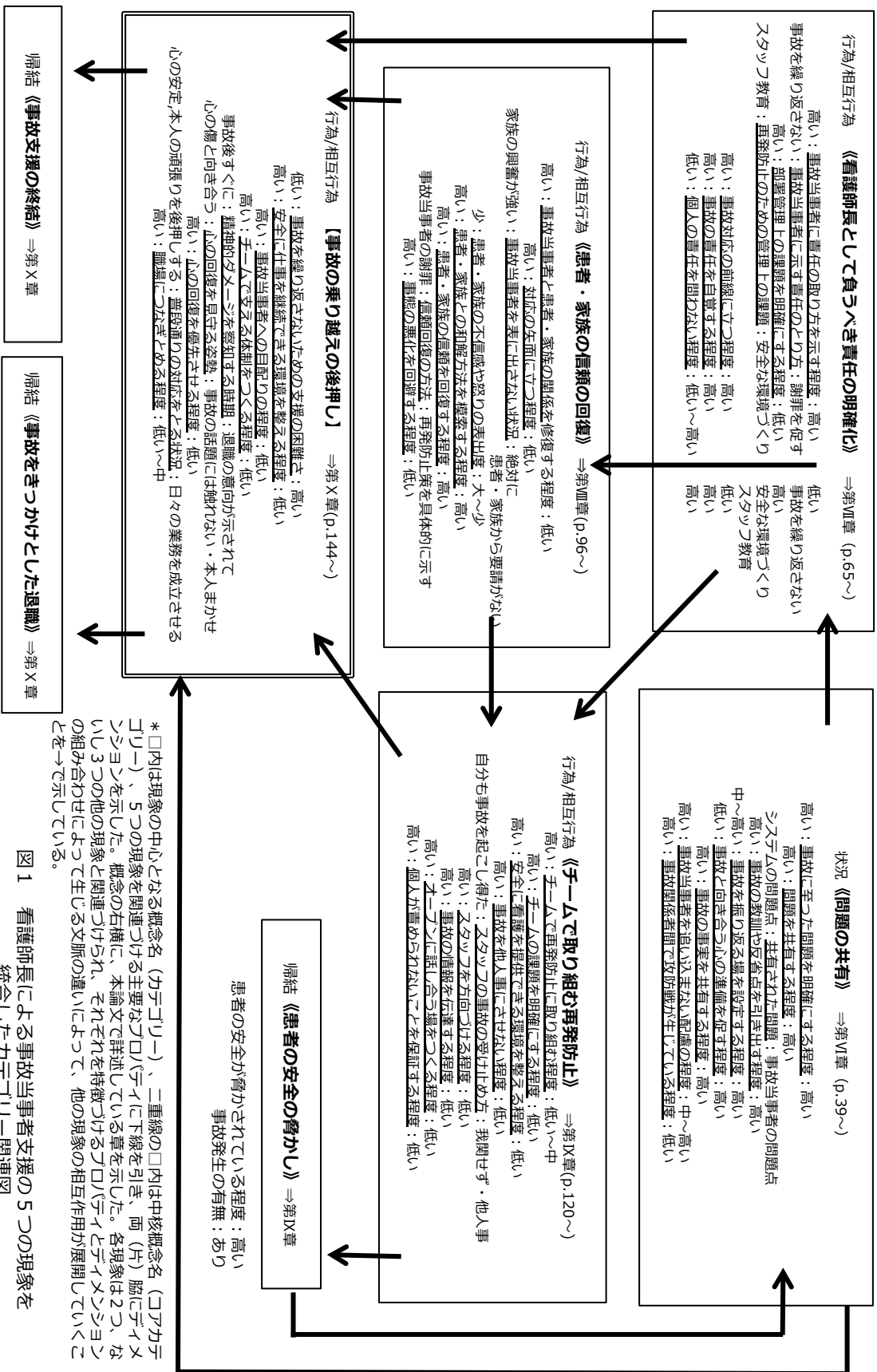


図 1 看護師長による事故当事者支援の 5 つの現象を統合したカテゴリー関連図

3. 【事故の乗り越えの後押し】という現象

看護師長による【事故の乗り越えの後押し】という事故当事者への支援は、事故当事者に声をかけることや、様子の観察、周囲のスタッフに様子を尋ねるといった方法で、《事故当事者への目配り》という状況から展開するものであった。看護師長が事故当事者に目を配り、目配りが困難でない場合には、《事故に対する当事者の反応の把握》を行った。そして事故当事者の涙、落ち込み、自責といった様子から精神的ダメージを察知し、事の重大さを受け止めていると判断した場合には、《心の回復の見守り》という働きかけを行った。看護師長が、事故当事者の傷ついた気持ちと向き合いながら、休暇を与える、勤務や業務の負担軽減、精神科治療につなげるといった方法で心の回復を見守ることは、【事故の乗り越えの後押し】につながった。事故当事者の前向きな対処を促し、アドバイスや励まし、事故を肯定的に意味づける、自信を回復させる、支援リソースを紹介することで頑張りを促す一方で、精神的に落ち着いていれば普段通りの対応をとっていた。そして再発防止の具体的方策を話し合い、知識やスキルの確認、手順やルール遵守を確認することによって教育的支援を行い、事故当事者が安全に仕事を継続できる環境を調整し、さらに職場につながることで看護師長は、【事故の乗り越えの後押し】を行った。事故当事者が事故の教訓から学び、新たな対処を身につけ、安全に仕事を継続でき、通常通りの対応が可能となれば、《事故支援の終結》という帰結に至った。

しかし《事故に対する当事者の反応の把握》により、落ち込んでいる様子がなく、強い怒りを表出し、事の重大さを認識していない態度を示すような場合には、看護師長は、ただちに【事故の乗り越えの後押し】により事故を繰り返さないための教育的支援に重点を置いた関わりを始めていた。一方、看護師長が《事故当事者への目配り》の困難さや限界を感じた場合、《チームで支える体制づくり》により周囲のスタッフを巻き込んだ支援に切り替えていた。チームの支援体制を整え、スタッフによる自発的な支援が行われ、事故当事者のつらさや、周囲のスタッフの関わり状況について情報を共有でき、またスタッフの負担に配慮した体制づくりを行うことができれば、《事故に対する当事者の反応の把握》につなげることができた。しかし、《事故当事者への目配り》や、《チームで支える体制づくり》をする程度が低く、《心の回復の見守り》において、事故当事者の心の傷に向き合うことができず、本人まかせの対応姿勢や、事故の話題に触れないといった対応姿勢をとる場合、さらに【事故の乗り越えの後押し】において、頑張りを促すことで業務を遂行してもらわざるを得ない状況で普段通りの対応をとる場合には、《予期せぬ精神的ダメージの表出》という状

況に至った。事故対応の経過のなかで事故当事者から《**予期せぬ精神的ダメージの表出**》がなされれば、《**事故当事者への目配り**》という関わりにつなげることは可能であった。しかし、なかには事故当事者が退職を決意する段階まで精神的ダメージを察知できない場合もあり、そうした時には《**事故をきっかけとした退職**》という帰結に至った。

このような【**事故の乗り越えの後押し**】は、看護師長による事故当事者支援の中心となる働きかけであったが、これは《**問題の共有**》、《**看護師長として負うべき責任の明確化**》、《**患者・家族の信頼の回復**》、《**チームで取り組む再発防止**》というカテゴリーを中心とした4つの現象の支援プロセスと関連づけられるものであり、これら4つの現象の働きかけは、【**事故の乗り越えの後押し**】という働きかけにつながるものであった。

まず《**問題の共有**》という現象は、医療事故発生の報告を受けた看護師長が、《**事故を振り返る場の設定**》を行う状況から展開するものであった。振り返りの場を設定する緊急性が高くなく、タイミングを見計いながら事故の振り返りの場を設定できれば、看護師長は事故当事者に対して《**事故と向き合う心の準備の促し**》を行った。看護師長は、事故当事者の気持ちが落ち着くのを待ち、予測される状況について情報を与えるといった方法で心の準備を整え、事故と向き合うことを促し、《**事故の事実の共有**》につなげた。そして事故の事実が共有でき、看護師に過失がないと判断した場合には、《**問題の共有**》を行った。一方、事故当事者の過失が明らかである場合や、事故当事者の防衛反応を予測する場合、自分の言動で心理的に追い詰めないことや、事故調査のフォロー役に回るといった方法で《**事故当事者を追い込まない**》配慮をした上で、《**問題の共有**》につなげていた。《**問題の共有**》のために、看護師長は、事故を未然に防げなかった個人のエラー、そしてシステムの問題を組織関係者と共有した。事故に至った問題を明確化し、共有できれば、それは事故当事者が事故を繰り返さないための教育的支援につながり、【**事故の乗り越えの後押し**】という現象における支援が展開していった。さらにシステムの問題を組織関係者間で共有することにより、《**看護師長として負うべき責任の明確化**》という現象が展開していった。しかし問題を明確化し、共有することができず、個人の責任追及、責任回避や当事者意識の曖昧さといったような《**事故の責任をめぐる攻防戦**》に終始する状況も生じていた。

《**看護師長として負うべき責任の明確化**》という現象は、看護師長が事故現場の管理者、組織の窓口として《**事故対応の前線に立つ**》状況から展開していった。

看護師長は、《事故対応の前線に立つ》ことで、組織関係者、患者・家族から責任を問われ、そして自問しながら、《看護師長として負うべき責任の明確化》をしている。事故の責任を自覚し、自分が負うべき管理責任の範囲、そして事故当事者個人に問う責任を明確にできれば、看護師長は、医師との協力体制づくり、組織関係と役割分担の調整をし、《組織内の役割分担の調整》を行った。

また《事故対応の前線に立つ》ことが困難な場合、《組織内の役割分担の調整》が行われたが、その中で看護の責任を明確に伝えることや、周囲から事故対応を求められれば、《事故の対応方法の模索》をした。事故対応に関する組織の方向性が確認でき、有用で、現場の状況に即した解決策を得られ、試行錯誤しながらの対応に保証を得ることができれば、看護師長は《事故当事者とともに事故の責任を引き受ける》ことをした。事故の再発防止に取り組むために部署管理上の課題を明確にすること、さらに事故当事者に謝罪を促すことや、組織関係者が責任を分け持ってくれていることを伝えることで事故当事者に責任の取り方を示していた。部署管理上の課題を明確にすること、そして事故当事者に責任の取り方を示すことで、事故当事者とともに事故の責任を引き受ける場合には、【事故の乗り越えの後押し】となった。

さらに看護師長が、事故の管理責任を自覚し、安全な環境づくりを行う責任を自覚する場合には、《チームで取り組む再発防止》という現象の展開につながった。再発防止に取り組むための部署管理上の課題を整理し、加えて事故当事者に謝罪を促すことで責任の取り方を示す場合、《患者・家族の信頼の回復》という現象につながるものとなった。

《患者・家族の信頼の回復》という概念は、《看護師長として負うべき責任の明確化》という概念と関連づけられるとともに、看護師長による《患者・家族の事態の受け止め方の把握》という状況から展開していった。患者・家族が冷静に事態を受け止め、医療者の説明に理解を示す場合、看護師長は、医師、看護チームの協力を得ながら患者の回復に力を尽くし、先手を打った対応を心がけ、さらに患者・家族の不安軽減といった対応により《事態悪化の回避》を図った。患者の回復が順調で、対応の先手をうち、患者・家族の不安が軽減できれば、《患者・家族の信頼の回復》につなげていた。事故当事者と患者・家族の関係修復を促すことができ、事故後も継続して丁寧なケアを提供でき、そして具体的な再発防止策の提示できれば、それは事故当事者の頑張りを促すこと、そして事故を繰り返さないための教育的支援につながり、【事故の乗り越えの後押し】となった。

一方、《患者家族の事態の受け止め方の把握》から、強い不信感や怒りを察知した場合、看護師長は、《対応の矢面に立つ》ことをした。患者・家族の怒りや不信感が強い場合には事故当事者を表に出さず、自分が対応の前面に出て、患者・家族と対話を続けた。そうした働きかけにより患者・家族の怒りや不信感をやわらげることができれば、《患者・家族の信頼の回復》につなげることができた。しかし不信感や怒りが増強する場合には、《和解方法の模索》をしながら、患者・家族の要求に応える努力を行い、互いに妥協点を見出すことで、《患者・家族の信頼の回復》につなげていた。看護師長は、《患者・家族の信頼の回復》のために、事故の教訓を活かした具体的な再発防止策を患者・家族に示していたが、こうした対応は、《チームで取り組む再発防止》という現象の相互作用の展開につながるものであった。

《チームで取り組む再発防止》が展開していく状況として、看護師長は、スタッフに《事故に関する情報の伝達》を行った。タイミングをみながら事故に関する情報を共有する場合、看護師長は、《チーム内に生じる反応の把握》を行った。スタッフが自分も事故を起こし得たと捉え、チーム全体への不安や動揺の拡がりを察知した場合、看護師長は、《チーム全体の安心感の保証》を行った。オープンに話し合える場をつくり、個人が責められないことを保証すること、そして組織の支援を調整することができれば、《チームで取り組む再発防止》につなげることができた。しかし、《チーム内に生じる反応の把握》から、事故を他人事とするようなスタッフの態度を察知した場合には、事故を他人事にさせることなく、前向きに事故を捉え、事故の教訓から皆で学ぶことができるよう《チームで乗り越えるための方向づけ》を行った上で、《チームで取り組む再発防止》につなげていた。《チームで取り組む再発防止》という働きかけにより、看護師長がスタッフを巻き込みながら、チームの課題を明確にし、チーム全体で再発防止に取り組み、安全に看護を提供できる環境や、チーム全体の看護実践力を高めるよう支援できれば、それは事故当事者の頑張りを促すことや、事故を繰り返さないための教育的支援、さらに安全に仕事を継続できる環境を整えることとなり、【事故の乗り越えの後押し】という支援の展開につながった。しかしチーム全体で再発防止に取り組むことができないことや、事故が個人の問題とされ、事故の教訓が活かされない場合、部分的なシステム改善にとどまり、同様事故が再発するといった《患者の安全の脅かし》という帰結に至った。

このように、《問題の共有》という状況から、《看護師長として負うべき責任の明確化》、《患者・家族の信頼の回復》、《チームで取り組む再発防止》という行為/相互作用を示す概念は、互いに関連づけられ、それぞれの支援が行われる文脈に

応じて、支援に関わるそれぞれの現象が展開され、【**事故の乗り越えの後押し**】という支援につながっていた。このような【**事故の乗り越えの後押し**】により、事故当事者の頑張りを促し、事故を繰り返すことなく、安全に仕事を継続できる環境を整えることができ、普段通りの対応が可能となれば、《**事故支援の終結**》という帰結に至った。しかし事故を繰り返さないための教育的支援が困難で、安全に仕事を継続できる環境を整えることができず、職場へのつなぎとめが困難な場合、《**事故をきっかけとした退職**》という帰結に至った。

本章に続く第VI章～第X章では、5つの現象一つひとつについて詳述していく。さらに、これらの結果と考察をふまえ、第XI章では、研究目的にそって事故当事者そして看護師長の支援への示唆と今後の課題を検討し、本研究の結論を述べる。

VI 章 問題の共有

第V章で述べたように、看護師長による事故当事者への支援は、【事故の乗り越えの後押し】という中核概念によって統合される5つの現象によって構成されていた。本章で詳述する【問題の共有】は、統合された現象の起点に位置づけられるものであり、《事故を振る場の設定》、《事故と向き合う心の準備の促し》、《事故の事実の共有》、【問題の共有】、《事故当事者を追い込まない》、《事故の乗り越えの後押し》、《事故の責任をめぐる攻防戦》という7つの概念(カテゴリー)によって形作られていた。以下、本現象の全体像を説明したあと、本現象を構成する概念を説明し、最後にこれら結果をふまえた考察を述べる。

1. 【問題の共有】という現象

事故発覚後、看護師長は《事故を振り返る場の設定》を行った。看護師長は、一緒に事故を振り返る人、振り返るタイミングや時期、場所や機会について検討し、事故当事者との面接のほか、病棟会や部署のカンファレンス、さらに医療安全管理部門による事故調査、院内検証、部署で定期的に行っている目標管理面接といった機会や場を活用し、事故を振り返る場を設定していた。看護師長が事故を振り返る場を設定する程度が高く、振り返りの緊急性が高くなく、タイミングをみながら事故を振り返る場を設定できれば、当事者となった看護師に対して、《事故と向き合う心の準備の促し》を行った。

看護師長が事故当事者の涙、動揺、不安、緊張を察知した場合、泣いている時は落ち着くまで待つ、ショックや動揺の強さによって自宅に帰して休ませることを優先し、事故当事者に心理的負担をかけないよう配慮していた。部署内で事故の話題について話し合う場合や、病院内の事故調査のための会議に同席させる際には、事前に情報を伝えることや、事情聴取に付き添い自分がフォローすることを伝えるといった方法で、事故当事者が事故と向き合えるよう心の準備を促していた。事故と向き合うことを促す程度が高く、事故当事者の精神状態がある程度安定していれば、看護師長は《事故の事実の共有》を行った。

《事故の事実の共有》のため、看護師長は、事実確認のための聞き取り、診療録や看護記録、検査データやモニター類の保存データから情報収集を行った。また事故当事者に事故現場の状況を絵に描いてもらう、写真に撮って検証するといった方法で、事故に至るまでの経緯、そして事故が発覚し、管理者に報告されるまで

の状況を事故当事者と共有することもあった。事故の事実を共有でき、看護師に明らかな過失がない場合、《**問題の共有**》という働きかけにつなげた。

一方、《**事故を振り返る場の設定**》の緊急性が高い場合、《**事故と向き合う心の準備の促し**》という働きかけに向かわずに、直接、《**事故の事実の共有**》を行うことになった。さらに《**事故の事実の共有**》をする過程で、事実の事実を共有する程度にかかわらず、看護師の過失が明確であること、事故当事者の防衛反応を予測する場合、《**事故当事者を追い込まない**》配慮を行った。事故当事者に責められていると感じさせないよう看護師長は自分の言動に注意を払い、イライラした態度をみせないことや、責めているのではないと言葉で伝えるようにしていた。そして事故を共有する過程で、事故当事者の負担感を察知した場合には、医療安全管理部門に事故調査のすすめ方に配慮を求め、周囲のスタッフの非難から庇うといった方法で事故当事者のフォロー役にまわっていた。このようにして事故当事者を追い込まないよう配慮をしつつ、言うべきことは言う姿勢をとり、フォロー役に回ることができれば、【**問題の共有**】につなげることができた。

看護師長は、事故当事者がルールを遵守していたか、事故は未然に防ぎ得たものであるかを判断しながら、事故当事者と《**問題の共有**》をした。さらに再発防止にむけて組織として取り組む課題を明確にするために組織関係者間で《**問題の共有**》を行った。未然に防ぎ得た事故と判断した場合、看護師長は事故当事者が自分の言葉で問題を明確化できるように促し、問題点や反省点を引き出すことをしていた。問題の明確化、共有の程度が高く、組織関係者間で取り組むべき課題を明確にし、システム改善に取り組む姿勢を示す程度が高い場合、事故当事者の《**事故の乗り越えの後押し**》という帰結に至った。

しかし、《**事故と向き合う心の準備の促し**》において、事故当事者の精神的安定度が低く、心の準備を促す必要性が高い場合や、《**事故当事者を追い込まない**》関わりにおいて、事故当事者を追い込む懸念や配慮の程度に関わらず、看護師長が逃げ腰で、指摘をしないとといった対応をとる場合、反対に、質問口調で責めるような態度をとる場合、さらに《**問題の共有**》において、問題を明確化することが困難で、個人の問題のみが共有され、組織として公平性に欠け、事故報告書レベルの対応に終始する場合、《**事故の責任をめぐる攻防戦**》という帰結に至った。

《**事故の責任をめぐる攻防戦**》という状況では、看護師長が事故当事者の自己防衛や正当化、責任回避的な態度を察知しており、さらに他部門・他職種間では管理者を巻き込む形で個人攻撃や責任転嫁といった言動や態度が生じていた。看護

師長が事故当事者の自己防衛や正当化といった態度を察知すれば、再び、《事故を振り返る場の設定》という関わりを行うことになった。

2. 【問題の共有】という現象を形作る概念

【問題の共有】という現象は、以下に説明する7つの概念から構成されていた。看護師長の語りを引用しながら、各概念について説明する。

1) 事故を振り返る場の設定

《事故を振り返る場の設定》とは、事故当事者と事故の経緯や状況を振り返るための場を設定することである。看護師長は、事故当事者と振り返りをする人、事故の振り返りの場をもつタイミング、振り返りの機会や場所を検討し、設定していた。

「(他のスタッフから)経過を聞いていたのと、勤務に入る前だったので、5分後には日勤がスタートするところだったので、ゆっくり話を聞かせてもらうね、という風に伝えて、もう勤務に、その時はちょっとまだ人手もなくてはずしてあげられなかったの、とにかく今日やることをやって、夕方話しましょうということで、日勤の後に話を聞いています」(Aさん/看護師長経験4年目)

事故当事者と一緒に事故を振り返る相手として、自分と事故当事者と1対1、ないし複数の事故当事者を集めて話しをする場を設定するほか、副看護師長やプリセプターなど他のスタッフに同席を依頼することもあった。

看護師長は、事故当事者の記憶が新しいうちに、できるだけ早いタイミングで事故の振り返りの場を設定するようにしていた。しかし夜間当直や出張、事故当事者の勤務状況、通常業務の上に事故対応が重なることによる看護師長自身の余裕のなさ、年末年始の長期休暇といった理由から、事故当事者と個別に面談の場を設定することが困難な状況もあった。振り返りの場を設定する困難さについて、看護師長たちは次のように語っていた。

「タイミングって必要ですよ。振り返りをする時、タイミングってすごく大切なんだなって最近思うんですけど。タイミングをはずしたうちに、その看護師さんとはその時間がうまくとれなかったという」(Xさん/看護師長経験11年目)

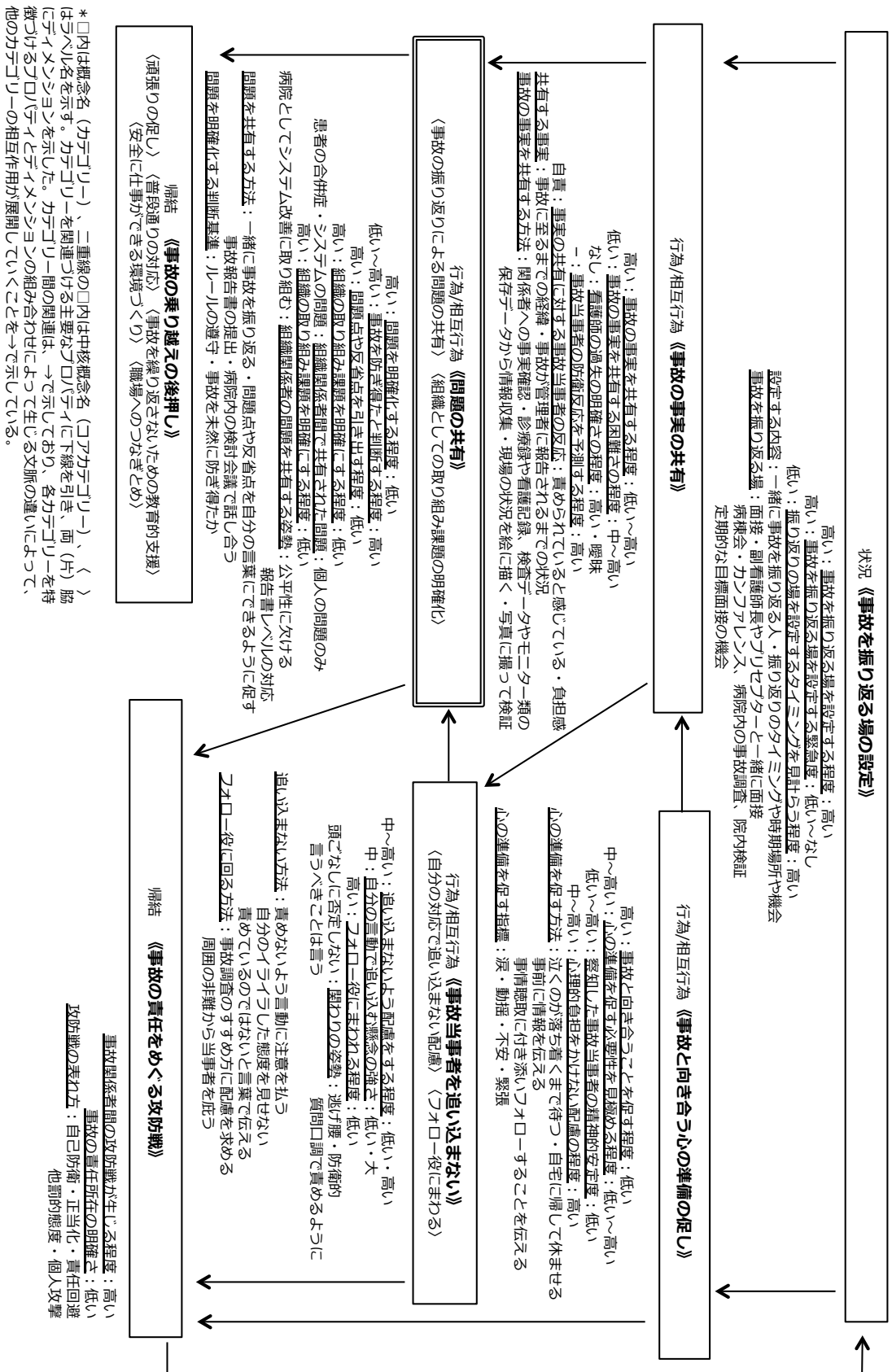


図2【問題の共有】という現象のカテゴリー統合関係図

事故を振り返る機会や場として、スタッフ全員が集まる病棟会やカンファレンスの他、スタッフと定期的に行う目標管理面接の場など多様な機会が活用されていた。次のVさんのように、「エネルギーをかけて」事故当事者と個別に、真剣に向き合うことよりも、カンファレンスで事故の振り返りをするを選ぶ場合もあった。

「変な話、あんまり深く話しても、彼女（事故当事者）はもう心ここにあらずで、月末に辞めるってなった時に、じゃあ私がどこまで真剣に向き合うかっていった時に、この人に今エネルギーを割いてもなあっていうのもあるので、ま、カンファレンスの時に彼女も入っていましたが、あまりそのことで、今回の事故のことで深く話しはしていませんね」（Vさん/看護師長経験2年目）

さらに次のRさんのように、事故の重大さや対応の緊急度によって医療安全管理部門が主導する事故調査、緊急会議、院内検証などの場も事故の振り返りの場となっていた。このような組織主導の事故調査の場合、看護師長が振り返りの場を設定するタイミングを調整することは困難であり、勤務の途中で事故当事者が呼び出され、事情聴取を受けることもあった。

「一番こう、気が重かったし、彼ら（事故当事者）自身も気が重かったのが、医療安全の方から、状況を聞きたいという風で勤務中に電話がかかってきて、勤務を抜け出して、『今からちょっと会議室へ行って、医療安全の人たちがいるから、そこで話をしてくれない』ってというのが、私がつらいことがあったし、まあしなければいけないことなんですけれど、彼らをそこに行かせるってというのがあれでしたね」

（Rさん/看護師長経験1年目）

また事態の緊急性が高い場合、事故当事者の状況に関わらず、事故の事実確認を優先させざるを得ない場合もあった。次のJさんの場合、患者への救急処置を判断するために事故の状況を早急に把握する必要があり、関係者を集めた緊急会議が開かれたが、その場の優先順位を考えると、事故当事者の心情に配慮できない状況であったことが語られた。

「ある程度大きな事故になってきた時に、どうしても患者さんの安全の確保とか、それから救命救急処置等を第一優先として物事を対処していきますので、そうすると、

やはりある程度、客観的にクリアカットで自分自身が物事を進めていかないと進んではいけないわけですね。で、その時に、やっぱりなかなか、スタッフの心情的なものを、こう理解を、すごく困っているのはわかるんだけども今、そのことを、いろいろなこの会議の中で（事故の状況について）話をしたとしても、それ（事故当事者の心情）は別問題なわけです」（Jさん/看護師長経験 13 年目）

このように看護師長たちは、事故当事者と事故を振り返る場を設定していたが、事故対応のなかで、「タイミングをはずして」しまうことや、退職が決まっている事故当事者に、個別で向き合い「エネルギーを割く」ことをしない選択をする場合もあった。また事態の緊急性によっては、次に説明するような《事故と向き合う心の準備の促し》といった働きかけが困難な状況もあった。

2) 事故と向き合う心の準備の促し

《事故と向き合う心の準備の促し》とは、事故当事者が、事故の事実と向き合うことができるように、気持ちの落ち着きを待つこと、さらに予測される事態に対して心構えができるよう意図した関わりである。看護師長は、事故当事者の涙、動揺、不安、緊張といった反応を察知した場合、泣くのが落ち着くのを待つこと、自宅に帰して休ませることをしていた。また予定されている病棟会やカンファレンス、院内検証や事故調査委員会等の会議に出席させる際には、その目的や、その場で具体的に何をすればよいかの情報を事前に伝える、事故調査に自分が付き添いフォローすることを伝えるといった方法で、事故当事者の心の準備を整えていた。こうした関わりについて、看護師長たちは次のように語っていた。

「（夜勤明けで）お昼近くになってしまったので、ちょっと放心状態だったっていうのもあったので、とにかくこれ以上、いろいろ話を聞いてもあれだなって思ったので、とにかく一旦帰って休ませようと思いました。本人にも、一旦帰ってそれでちょっと落ち着いて、明日にでも、またちょっと話を聞いたりとかするかも知れないっていうようなことを伝えて、とにかく仕事を終わった段階では帰ってもらいました」

（Sさん/看護師長経験 2 年目）

Sさんの場合、事故当事者の様子から、事故当日は大まかな状況確認にとどめ、翌日に事故の状況を聴く可能性を伝えつつ、まずは自宅に帰して休ませることによって

心の準備を整えていた。次のPさんの場合には、事故調査委員会による事情聴取に当事者を出席させるにあたり、事前に情報を伝え、自分が一緒に同席してサポートすることを伝えることにより、事故と向き合うための心の準備を促していた。

「(院内の事故調査委員会に) 出るのも初めてのスタッフだったので、そこで何を話していいかわからないということでもかなり動揺していたんですね。ただ、その委員会というものは、同じ事故を起こさないために事実を、その時点でどう間違えてっという事実を検証していくものなので、自分が行った行動とか、考えた行動をそのまま伝えればいっていうことを伝えて、一緒にサポートするので、という形で出ました」(Pさん/看護師長経験4年目)

このように、看護師長たちは、事故発覚直後から事故当事者のショックや動揺を察知しながら、気持ちの落ち着きを待ち、さらに予測される事態について情報を与えて心構えができるようにして、事故と向き合う心の準備を促していた。

3) 事故の事実の共有

《事故の事実の共有》とは、何が、どのような状況で起きたのか、事故の経緯や、事故が管理者に報告されるまでの状況を事故当事者と共有することである。

事故発生の報告を受けると、看護師長は事故関係者への事実確認、モニター類の保存データや患者の血液データ、現場保存された輸液の薬品濃度、そして診療録から多角的に情報収集を行っていた。事故当事者の記憶を一緒にたどるために、事故現場の状況を絵に描いてもらい、事故場面を再現して写真に撮って検証することもあった。こうした事故の事実の共有について、看護師長は次のように語っていた。

「私は現場にいませんでしたので、結局その状況、手術が始まる前の状況から経時的にですね、状況の確認をしていきました」(Yさん/看護師長経験7年目)

「(事故当事者から話しを) 聴いて振り返って、写真をとる中で、この時はあなたどうしてたの? この時はあなた何をしていたの? っていう風に、2人で、その時に何をしていたのかっていうのを聴きながら、その写真を、場面を撮るからって言って」(Eさん/看護師長経験1年目)

このようにして、看護師長は事故調査の担い手となりながら、多角的に収集した情報を時系列にそって整理し、事故発生に至るまで、そしてエラーに気づき事故が報告されるまでの詳細な状況を、事故当事者と共有していた。

しかし医療安全管理部門や、院内ないし外部調査委員を含めた事故調査委員会による事故調査が行われる場合、看護師長の存在が事故当事者の正直な事実の語りを妨げる要因になるとされ、事情聴取の場に看護師長が同席できないこともあった。

「私も（医療安全による事情聴取に）ついて行った方がいいかなって思って一番最初の時に行ったんですけども、私がいることで（事故当事者が）話しにくくことだとか、そういうことが出てくるといけないから、いない方が、立ちあわない方がいいということだったんで、立ち会わなかったんですけど」

（Rさん/看護師長経験1年目）

看護師に過失がある場合、事故の事実を共有するなかで、事故当事者の不注意、ルールの不遵守、判断や行為の誤りが引き金となり、患者に不利益をもたらした状況が判明することになった。看護師長は、事故の状況を聴き、事故当事者と共有するなかで、責められているという思いを抱くことを感じ取り、また防衛的な反応が生じることを予測しながら関わっていた。

「（当事者の防衛には）いろいろなパターンがあるんですけどね。まるっきり自分が、本当に自分が、本当に自分で防衛的にやっちゃう時もあればね、周りから言われ過ぎちゃって言えない時っていう。その人の性格だったり、その発見された時の状況だったり、言われた時の状況で。何か防衛的になっちゃう原因が違うですよ。その辺をね、やはり見極めていかないといけないのかなって」

（Hさん/看護師長経験8年目）

このように看護師長は、事故当事者と、事故の事実を共有していたが、看護師長という立場、そして事故当事者の性格傾向や事故が発見された状況から事故当事者の防衛的反応が生じ、事故の事実の共有が困難になることもあった。看護師長は、そうした反応を予測しながら、働きかけを行っていた。

4) 問題の共有

《問題の共有》とは、事故の再発防止の観点から、事故を未然に防ぐことができなかった問題を明確にし、事故当事者、組織関係者間で共有することである。

(1) 事故の振り返りによる問題の共有

〈事故の振り返りによる問題の明確化〉とは、どうしたら事故を未然に防げたのかという点から事故当事者と事故の状況を振り返り、事故当事者が問題点を明確にできるように促す関わりである。看護師長は、事故当事者がマニュアル等によって示されたルールを遵守していたのか、行為の結果は予測でき、事故を未然に防ぎ得たかを判断しながら、「どうすればよかったと思うか」と問いかけ、事故当事者が自分の行動を振り返り、問題点を言語化できるように促していた。このような関わりについて、看護師長は次のように語っていた。

「だからバンって言いたい人たちは私のやり方が嫌なんだろうなって思うんですけども、一方的にね、師長の権限としてバンと怒るのは、あまり私はしない方で、なぜ起きたの？っていう、どうすれば良かったの？っていうのを出来るだけ自分で言って欲しいなっていう思う根本があるものですから」

(Hさん/看護師長経験8年目)

「例えば自分の行動がそんなに間違っただけでなかったとしても、なぜこれが起こってしまったのかということは考えなければいけないですよ。万が一、自分がその手順の逸脱とかあって、そのことで（事故が）起こったんだとしたら、その手順を逸脱してしまった自分は何故なんだろうって思わないといけないじゃないですか」

(Xさん/看護師長経験11年目)

上記のHさんは、「自分で言って欲しい」と問題点を言語化できるように事故当事者に関わっており、Xさんも「なぜ起こってしまったのか」を考えるよう促し、自分の行為を振り返ることができるようにしていた。しかし、このような関わりにもかかわらず、事故当事者が自分の行為を振り返ることができず、責任回避的な言動を示すこともあった。Hさんは、「バンと怒るのではなく」、「出来るだけ自分で言って欲しい」という関わりの方針を語っていたが、事故当事者が自分の問題と向き合えていないと判断した場合には、次のように問題点を指摘していた。

「『あなたがやったことを責めているのではなくてって。本当に最後まで十分に確認したのだろうか、こういうことが起こりうると考えて（患者から）離れたらどうか』っていうところは、ちょっと時間がたってから話しました」

（Hさん/看護師長経験8年目）

看護師長は、事故当事者の臨床経験年数、部署での立場や役割、看護師としての成長過程を考慮し、「個人を見極める」ことをしながら、振り返りの焦点や強調点を設定していた。相手に応じた振り返りの方法について、Fさん、Gさんは次のように語っていた。

「医師と協働して連携をしてやっていかななくてはいけないよねっていうところでは、（事故当事者の）キャリア的にもすごく強調したかったところでもあったので、その話はしました。事実がどうのこうのっていうレベルではないキャリアの人だったので」

（Fさん/看護師長経験8年目）

「就職して、本当に3ヶ月くらいは、本当にやる気があるのかないかわからないような、まったくやる気がなかったのかも知れないんですけど。看護研究の患者さんを通して、すごくふっきれて、生き生きしているんですね。う～ん。その中でのこと（事故）なので、これは絶対、前向きにとらえていかななくちゃいけないって。だけど振り返りができないと全然前にすすめないと思うんです」

（Gさん/看護師長経験3年目）

Gさんのように、「前に進む」ためには、事故の振り返りが必要であると考え、個人の特性や背景をふまえて、繰り返し、指導をする看護師長がいる一方で、「どの人にも責めずに間違いを指摘するだけの関わり」や、自分なりに事故を振り返っている場合には、「あえて指導というよりも聴くだけにする」と語った看護師長もいた。

「転倒させましたって事故報告書があって、ああそうか、わかったよ、とかって言っただけ。言うと、そのまま受け止めているつもりなんですけれど、受け止めて、これは自分でこうしたいとかっていうことがあると、私はあえてそこに指導っていうよりも、ああそうだねっていう風に聴くだけにはしているんですけど、何となく、

それに対して物足りないみたいな反応で」(Mさん/看護師長経験2年目)

このように看護師長は、事故当事者に自分の判断や行為を振り返ってもらい、事故につながった問題点を言語化し、明確にできるよう促していたが、同時に、その背景にある問題も共有していた。例えばAさんは、業務の重なりによって患者の観察が不十分な状況で発生した事故について、事故当事者との振り返りを次のように語った。

「で、(当事者から)いくつか、やっぱり1回、ミルクを飲んでいる赤ちゃんを置いてでも見に行けば良かったとか、誰かに見てくださって声をだせば良かったとか、いくつか出たんですけど、『出せなかった、でも出せなかったんだよねって。出さなきゃいけないとかっていうのはあっても、きっと出せない状況だったんだよね』って」
(Aさん/看護師長経験4年目)

Aさんは、事故に至った場面を一緒に振り返り、「どうすればよかったと思うか」と問いかけ、事故当事者が問題を明確にできるよう促していた。しかし個人のエラーの問題にすることなく、他の看護師から聞いた情報や日頃の事故当事者と周囲の先輩看護師との関係性を知った上で、「出さなきゃいけないというのはあっても、きっと出せない状況だったんだよね」と、チームの協力体制の問題についても共有していた。

このように、事故当事者が、事故につながった自分の判断や行為の問題を明確にすると同時に、看護チームや医師との協働体制、エラーが生じやすい薬剤処方システム、人員配置や勤務体制、新たな医療機器の導入といったように、エラーの背景にある環境要因やシステムの問題を共有していた。

さて、看護師長が事故当事者と〈事故の振り返りによる問題の明確化〉を行うのは、看護師に過失がある事故に限ったことではなかった。未然に防ぎ得た事故ではない場合、問題を共有することは、個人に負うべき責任はないことを確認する意味もあった。例えば、次のKさんの事例が示すように、患者の死因が特定できないものの医療者の過失とは判断し難い状況において、事故当事者が「自分のせいだ」と自責感をつのらせていることがあった。看護師長は、看護師が為すべきことをしていたことを具体的に示し、「防げることではなかった」と伝え、事故当事者に何ら問題はないことを共有していた。

「自分が検査出しをする前に何か発見できたことがあったんじゃないかって落ち込んでいたの。それは話をしましたね。結果的にそんなことはなかったよ、って話をしたんですけど。記録を見たら、ちゃんと観察をしているし、あなたはちゃんとその情報も検査室に送ったわけだから、あなたがやれることは精一杯やったし、パーフェクトだったよって。これは事故だから、うん。病棟で防げることはなかったねって話しはしましたね」(Kさん/看護師長経験1年目)

このように、看護師長たちは事故当事者と事故を振り返り、どうしたら事故を未然に防ぎ得たのかという点から問題を明確化していた。問題を明確にすることは、事故当事者が前にすすむために必要であり、事故当事者のキャリア、背景を見極めながら、振り返りの強調点を個人に合わせて設定していた。さらに個人のエラーにつながった背景についても共有するようにしていた。

(2) 組織としての取り組み課題の明確化

〈組織としての取り組み課題の明確化〉は、事故を未然に防げなかったシステムの問題点から、組織として取り組む課題を明確にすることである。組織としての取り組み課題の明確化の方法として、医療安全管理部門の主導のもと、組織関係者が参集した話し合いの場がもたれていた。そうした話し合いの場において、事故関係者それぞれが、事故を防ぐために何ができたのか、できなかったのかを検討していた。例えば、Vさんは次のように語っていた。

「(個人の責任) じゃなくて、他に不随するものを、併せてシステムとして取り組んでいくっていうことを、こう何て言うのかな、するのが管理者の役割だったりするので、そこをきちんと見せて伝えていくっていうことは、本人たちの心理的な負担を少し解決する一つなのかなって思ったりもしますね」

(Vさん/看護師長経験1年目)

しかし、システムの取り組み課題を検討することを目的とした場において、看護師の問題点ばかりが強調され、他部門、他職種の問題や責任については十分に検討されず、公平性のある話し合いがされていないと看護師長が感じる状況もあった。例えば、Xさんは、次のように語っていた。

「何か起こると、人はミスを犯すものだからシステムを整えよう、そういったことが大切だから、その医療事故委員会が開かれることがあっても、実際、その観点って低いじゃないっていうか、公平性っていう、そういう点での公平性ってやっぱり低いんじゃないかなっていうのが、それは当院のその何て言うかな、カラーなのかも知れないですけどね、そういったことってちょっと感じますね」

(Xさん/看護師長経験 11 年目)

Xさんは、組織関係者の対応が公平性に欠けていると感じているが、他職種や他部門の問題を主張することには慎重な態度をとっていた。次の語りは、医療事故委員会で事故当事者たちが日頃から感じている医師との協働関係についての問題を指摘した場面について、Xさんが語ったものである。

「その会議の中でも看護師さん（の手技の問題）ってなっちゃったから、そうは言っても手術室の看護師さんって強いですからね。（略）『でも』ってちゃんとと言える何人もいて、そのぐらいの話も出たんですよ。先生たちもこう、っていう思いも持っているっていうようなことも言えることは言ったんですね、スタッフたちは。（略）少しは言いました。ちょっと今、言ったらって、私は心では思いながらも、それなりに（医師の問題について）言ったんです」

(Xさん/看護師長経験 11 年目)

Xさんは、スタッフが日頃から医師との協働について問題を感じていること、それが事故を未然に防げなかった要因の一つであるとスタッフと話し合いの場をもつことを通して把握していた。しかし、実際に会議の場で声をあげたのは事故当事者たちであり、看護師長は、そうした様子を内心、ハラハラしながら見ていたのであった。この事例では、事故当事者たちが自ら主張することにより、医師との協働の問題が事故の背景にあるという現状を伝えることができたが、組織関係者間で取り組み課題が明確化されることなく、「報告書レベルの対応」、「グレーのままの真相」と看護師長が捉える状況も生じていた。例えば、Nさんは次のように語っていた。

「報告書レベルで終わっていると思います。それも、どこをどういう風に処分っていつちやおかしいですけど、結局誰も処分には値しなかったと思うんですけど、注意勸

告みたいのも、ま、どういう風になったという結論も全然来ていないんですよ」

(Nさん/看護師長経験4年目)

以上のように、当事者と事故を振り返り問題を共有すること、そして組織関係者間で問題を共有することができれば、個人の責任追及に終始することなく再発防止にむけた対策に結びつけることや、事故当事者の心理的負担を解決することにつながるかと看護師長たちは考えていた。しかし問題を明確化し、組織としての取り組み課題を明確化されぬまま共有できず、公平性に欠ける対応だと看護師長が感じる状況も生じていた。

5) 事故の乗り越えの後押し

《事故の乗り越えの後押し》とは、事故当事者の頑張りを促し、できるだけ普段取りの対応をとりながらも、事故を繰り返さないための教育的支援を行い、そして安全に仕事ができる環境を整えながら、職場につなぎとめ、事故当事者が仕事を継続できるような働きかけである。

次のPさんの例は、前述した《問題の共有》が、事故を繰り返さないための教育支援につながったと看護師長が捉えたものである。

「彼女なりに、やはりきちんと、なぜそれが起きてしまったかっていうのを整理して、最後のまとめで、この事故は患者さんへの確認が足りないってということと、やはり一つの提案としてタイムアウトというのが一つ、院内全体で統一して、それをやっぺいこうという案が出たので。やはりその確認の大切さというのを、彼女はそこ（事故調査委員会の事情聴取の場）でかなり学べたと思うんですね」

(Pさん/看護師長経験4年目)

この事例では、事故当事者が組織の事故調査委員会に参加し、事情聴取という形で事故に至った問題を振り返ったものであるが、看護師の患者確認の問題点だけでなく、事故防止のために組織として手術室における「タイムアウト」を導入する取り組み課題につなげることができたことが、患者確認の大切さを学ぶことにつながったと看護師長が意味づけたものである。

《事故の乗り越えの後押し》という概念は、看護師長による事故当事者支援の中心

となる概念であったが、【問題の共有】という本現象においては、帰結に位置づけられるものであった。この概念については、第 X 章で詳述する。

6) 事故当事者を追い込まない

《事故当事者を追い込まない》とは、自分や周囲の言動や態度により事故当事者を心理的に追い込まないようにするための配慮である。

(1) 自分の対応で追い込まない配慮

〈自分の対応で追い込まない配慮〉とは、事故当事者を心理的に追い込まぬように、自分の態度や言動に注意を払うことである。事故当事者に対して、「責めてはいけない」と心に留め、頭ごなしに否定しないようにするといった方法で、自分の言動に注意を払い、苛々した自分の態度を見せないことや、さらに「あなたを責めているのではない」と言葉で伝えることをしていた。次の O さんが語っているように、事故当事者を追い込まない配慮は、事故当事者を防衛させないよう意図する意味もあった。

「意識していることは否定的にならないようにする。防衛しちゃったら、もう入って行かなくなっちゃうので」(O さん/看護師長経験 12 年目)

また自分が事故後対応に負われて苛々していても、そうした態度を一切見せないように注意を払っていたと語った看護師長もいた。

「それ(事故対応に追われること)が嫌とは言っちゃいけないと思っていました。苛々したりとか、嫌とか言っちゃうと、もともこもないなあと思っていました。そこは気を遣った覚えがあります。嫌だって、もう何で私ばかりとか言っちゃうと、向こう(事故当事者)は途端にじゃないですか。『私がいけないんだ』になっちゃうのはかわわないので。そこから持ち上げる方が大変なので」

(N さん/看護師長経験 4 年目)

看護師長の対応姿勢は、事故をきっかけに変化することがあり、M さんは、これまでの事故当事者への関わりを振り返り、次のように語っていた。

「それ(事故)以前は、何でこうだったの?とかって質問口調で、責めているような

ことはあったと思うんですね。でも、あっ、痛いなって。自分が管理職になって、事故っていうところにいつも指導的に関わっていたと思うんですけど」

(Mさん/看護師長経験 2 年目)

看護師長のなかには、事故対応の中で周囲の言動に傷ついた経験や、自分がスタッフの頃に事故当事者となった経験をもつ者は、その時の体験を語りながら、個人を責めない関わりを心がけていると語っていた。Mさんの場合、事故対応のなかでの「痛み」を自らが経験することにより、これまでの「質問口調で責めているような」、「指導的な関わり」を振り返り、責めないような配慮をするようになったと語っていた。しかし配慮はしても、事故当事者立場にたてば「責められ感はぬぐえない」と配慮には限界があると看護師長は感じていた。

「責めないようにと思っても、当事者になったら責められているとしかとれないじゃないって最近よく思うんですね。だから自分が、その人を責めちゃいけないなって思っているけれど、でも状況を聞いただけで、本人たちはそう思っちゃうんだから、あとは聴き方を注意するしかないって最近は思うので」

(Xさん/看護師長経験 11 年目)

事故当事者を追い込まないよう配慮する一方で、事故当事者の性格特性や責任の受け止め方、問題の重大さによっては、「言うべきことは言う」、「叱る時には叱る」という態度をもつことが必要であり、事故当事者と1対1で向き合うには勇気が必要だと語った看護師長もいた。

「多分、効果的に、バンと怒らなくちゃいけない人と、言ったら余計に崩れちゃう人と、いるのかなって思うんですね。で自分も注意のされ方でへこんだり、やる気なくなっちゃったりするじゃないですか。だからその辺は気をつかっちゃうので」

(Hさん/看護師長経験 8 年目)

一方、看護部から、事故当事者を「絶対に追いつめるな」と念を押された看護師長もいた。事故当事者に対して、毅然とした態度示すことと、追い込まないための配慮のバランスの取り方が難しいと看護師長が感じている場合、「慎重になりすぎて言葉がでない」と逃げ腰な対応をとっていた。そして事故当事者の責任回避的言動に不

可解さや疑問を抱いたとしても、「あえて指摘はしない」という対応をとる場合もあった。Lさんは、事故当事者への自らの対応姿勢を振り返り、次のように語っていた。

「ここは自分が腹をくくるしかないと思ったので。いままで管理者として、言うべきこと、示すべきことっていうのを自分の中で迷っていたのかなって。人間だから好かれないと思っちゃうじゃないですか。でも好かれないと思っちゃうと管理職はできないんですよね、実は。管理職はその組織が健全じゃないといけないのであって、そのために監督職としているわけだから。そうなってくると、その部分で言うべきことは言う、叱るべきことは叱るっていう毅然とした態度がないと、これは難しい職位なんだっていうのを、その時にものすごく感じました」

(Lさん/看護師長経験3年目)

このように看護師長は、自分の言動に注意を行き渡らせ、事故当事者を追い込まないための配慮をしていたが、一方で、Hさん、Lさんが語っていたように、状況によっては、自分が「腹をくくり」、「言うべきことを言う」といった毅然とした態度をとることも必要であると考えていた。

(2) フォロー役にまわる

〈フォロー役にまわる〉とは、事故の事実を共有するなかで、事故当事者の心理的負担感を察知した場合に、それを軽減するよう意図した働きかけである。フォロー役にまわる関わりについて、看護師長たちは次のように語っていた。

「こんなに頻回に、何度も、何度も呼ばれなくちゃいけないの、っていうことを1回、医療安全の人に言った覚えがあります。そしたら、やっぱり一つ一つを確認していくと、ちょっと曖昧なことが出てくるから、やはりそこは本人しかわからないから、これは、致仕方がないんだっていうことを言われて。そうか、まとめて一気ににはできないのかな、とか、そういう風に思ったことがあります」

(Rさん/看護師長経験1年目)

「してはいけないミスなんだけれども、逆に(周囲の)注意の仕方の方が困っちゃう時があるので(略)。だから、それは逆にそういうことは言わないで皆で考えて、誰でもあることよっていう風に言わなければいけないし」

(Hさん/看護師長経験7年目)

このように看護師長は、事故調査のプロセスで事故当事者に負担がかかっていると察知した場合、医療安全管理部門に配慮を求めることのほか、勤務表上の配慮をすることや、周囲のスタッフの事故当事者に対する非難的言動を察知した場合には、事故当事者を庇うといった方法で、フォロー役にまわっていた。

7) 事故の責任をめぐる攻防戦

《事故の責任をめぐる攻防戦》とは、事故当事者、事故関係者間で、事故の責任所在をめぐり自己防衛や正当化、個人攻撃などの反応が生じている状況である。看護師長が察知する攻防戦には、次のようなものがあった。

「ただ声をかけられて、ただ手伝って。そしたら、何、何か言われたんですね（首をかしげて思い出すように）私も被害者じゃないけれど、そういうようなこともちらっと言ったような気がしますね」（Eさん/看護師長経験1年目）

看護師長は、事故当事者が示す「被害者意識」や「自分に関係ない」といった他人事のような反応、自分の行為の正当化、責任転嫁を伺わせる態度から、当事者意識の曖昧さを察知していた。さらに複数の職種や部署が関与した事故の場合、当事者間で責任転嫁、個人攻撃といった攻防戦が展開するだけでなく、当事者の上司が、看護師のことを悪く言うなど管理者を巻き込む形で攻防戦が展開することもあった。このような状況について、看護師長は次のように語っていた。

「やっぱり〇〇科の時から始まっているので、そこの師長とも話したんです。（略）その時の状況とかも全然わからなかったので事故が起こってすぐ聞いたならば、〇〇科の師長は、入れ歯入れて食べさせているし、看護師が介助しているから、うちは問題ないみたいな感じで、（略）どっちかと言ったら防衛的な、うちは悪くない、びしゃっ（手でドアを閉めるようなジェスチャーをする）みたいな」

(Vさん/看護師長経験1年目)

「いくら何でも（事故調査）委員会では言わなかったんですけど、それでも陰で（看護師のことを悪く）言うみたいな感じのところがちよっとあったりとか」

(Xさん/看護師長経験 11 年目)

Vさんが語ったように、「うちは関係ない」とシャットアウトの形をとられると、他部署、他部門への対応は困難を極めることになった。またXさんのように、「陰で看護師のことを悪く言う」といったように管理者が直接見えないところや、改めて事故の話題を取り上げにくい状況で起きており、後になってスタッフから聴くといった場合もあった。

3. 考察

1) 【問題の共有】という現象について

【問題の共有】を中核概念とした本現象は、《事故を振り返る場の設定》、《事故と向き合う心の準備の促し》、《事実の共有》、《事故当事者を追い込まない》、《事故の乗り越えの後押し》、《事故の責任をめぐる攻防戦》という7つの概念から形作られており、概念間の関連づけから、看護師長による事故当事者支援の構造とプロセスが明らかになった。

これら7つの概念をみると、【問題の共有】という現象は、事故発生時の初期対応から、事故原因の調査・分析といった中長期的対応を含めた一連の組織的な事故対応の一部をなしている。今日、医療安全推進のための基本的な考え方は、医療事故は、患者に最終的にかかわった看護職のヒューマンエラーが「原因」ではなく、組織の医療事故予防に関するシステムの不備や偶発的な不可抗力によって、複数の医療関係職もしくは最終実施者のヒューマンエラーが誘発された「結果」であり、適切な再発防止策を講じるために、エラーが誘発された根本的な要因を洗い出したうえで、組織における課題を解決していく、というものである(日本看護協会,2013,p6)。【問題の共有】という本現象は、こうした医療安全のための組織的な取り組みと連動しながら、看護師長が事故当事者の《事故の乗り越えの後押し》をする支援プロセスであった。

しかし、カテゴリー統合関連図(図2)が示すように、【問題の共有】から、《事故の乗り越えの後押し》に支援のプロセスがすすまらずに、《事故の責任をめぐる攻防戦》という帰結に至ることもあった。このように事故当事者の《事故の乗り越えの後押し》に至ることを困難にしている要因を検討し、看護師長の支援のあり方、そして事故当事者を支える看護師長への支援について、本結果をもとに、考察していく。

2) 事故の現実とともに向き合うための態勢づくり

《事故の責任をめぐる攻防戦》とは、事故の責任所在をめぐる事故当事者、事

故関係者間で、責任追及、責任転嫁、他罰的な言動が顕在化している状況であった。看護師長のなかには、「事故の事実の共有」において、事故当事者に生じる防衛反応を予測し、その原因を見極めながら、「事故当事者を追い込まない」配慮をしていたが、「事故の責任をめぐる攻防戦」は、事故関係者間に生じている心理的な防衛機制の表れと考えることができる。

防衛機制は、精神分析の中心理論概念の一つで、防衛を目的とする心的機制である。それを意識することによって不安、不快、苦痛、罪悪感、恥などを体験するような情動や欲動を意識から追い出し、無意識化してしまう自我の働きをいう(加藤ら,2011,pp956-957)。看護師長が事故当事者と、【問題の共有】をしていくプロセスは、事故という現実の厳しさ、深刻さと向き合うことであり、認めがたい情動を生じさせるものとなり得る。看護師長が察知した「事故の責任所在をめぐる攻防戦」において、当事者意識の曖昧さ、言い訳や正当化といった責任回避的な言動は、事故関係者それぞれが事故の衝撃や脅威から心を守るための防衛機制としての否認や合理化であると考えられる。長尾(2014)は、不都合な事実と直面した際に事態を楽観的に判断して対処しようとする傾向を Story Generation という概念を用いて説明し、当事者がインシデント報告を躊躇し、初動が遅れて死亡事故に至る事例があることを紹介している。こうした反応も防衛機制という点から捉えることができる。

つまり、医療事故という事実と直面することは、このように事故当事者に防衛機制を発動させるほどに脅威を感じる状況に置かれることを意味している。看護師長は、事故に至った状況を想起してもらい、その詳細を語ってもらうことにより「事故の事実の共有」をしていたが、事故の状況が明らかになることは、事故当事者の不注意やルール違反が契機となり、例えば患者が目の前で転落する、熱傷を負うといった一連の出来事が生じたことが詳らかになっていくことであった。事故当事者に明らかな過失がない場合であっても、患者の自殺、窒息や心肺停止状態を発見するに至った状況の想起は、他ならぬ自分が、患者の生死に関わる重大な出来事に関与したという現実と直面していくことを意味する。こうした現実を受け止めていくことは容易なことではなく、事故当事者に認めがたい情動を生じさせることにより、防衛機制が働くと考えられる。

むしろ医療事故は当事者個人の責任に帰結されるものではなく、先に述べたように、システムの問題を明らかにして、事故の再発防止に取り組むことが安全な医療システムを整えていく上での基本姿勢であることは言うまでもない。そうであったとしても、患者の生死に関わる重大な事態が生じたのであり、自分がそれに関与しているという

現実には、揺るぎようがない衝撃的な出来事として事故当事者の前に立ち現れることになる。本研究において語られた事故は、予定外の検査や新たな治療が必要になったものから、事故による後遺症の持続、患者の死亡に至るまでの影響レベルを含むものであったことから、患者に与えた影響の重大さという現実にも向き合っていくことになる。Wu(2000)は、事故に関与した医療者を第2の被害者と呼ぶが、それは受け止めるには辛く厳しい事故の現実に向き合う苦悩ゆえである。事故に関与した看護師のメンタルヘルスに関する文献レビューからも、自分のエラーが引き金となり、患者の生命や健康に害を与えてしまった恐怖や罪悪感、失敗感、ミスにより患者や同僚の信頼を失うことが、事故当事者に強い脅威や恐怖をもたらすトラウマ体験となり得ることが示されていた(福田,2009a)。

《事故と向き合う心の準備の促し》や、《事故当事者を追い込まない》という概念が示すように、看護師長たちは、事故当事者に心理的負担を与えることを懸念していた。それは上述したように、事故関与、そして事故の重大さという現実に向き合わせていくという状況と、その共有の仕方そのものに、侵襲的な側面があるからであった。例えば、《事故を振り返る場の設定》において、事故発生時の初期対応として、優先されるべきは患者の安全確保であることから、事故当事者の心情に配慮するよりも、患者の救命や治療を判断するために、《事故と向き合う心の準備の促し》をする間もなく、事故に至った状況を早急に語ってもらわなければならなかった。

事故当事者にとって、事故の現実と向き合うことは、心理的安全性を脅かされる体験となることは先に述べた。トラウマからの回復過程において、安全が保証されるなかでその体験を想起し、語ること、それにより外傷のストーリーを再構成していくことは、回復にむけた重要な段階として位置付けられている(Herman,1992/1999, p.273)。しかし【問題の共有】のためのプロセスは、このような心理的回復にむけた語りとは全く様相が異なるものであった。事態の緊急性によっては、《事故と向き合う心の準備の促し》ができぬまま、即座に厳しい現実に向き合わせていかなければならない現状があった。そして事故当事者の心の回復ペースに合わせるのではなく、語ってもらう側、つまり看護師長や組織の事故調査の段階や都合に応じて、夜勤明けや業務の途中であっても早急に事故調査をすすめるために、時間や場が設定され、かつ事故の詳細が把握できるまで何度も、繰り返し、事故の状況を語ってもらうこともあった。このように事故の事実に向き合わせることに伴う侵襲性を認識するからこそ、看護師長は、《事故の事実の共有》、そして【問題の共有】のための態勢づくりが必要であった。そうした働きかけが、本現象でいう《事故を振り返る場の設定》という状況から、《事故と向

き合う心の準備の整え》、そして《事故当事者を追い込まない》という概念で説明され、【問題の共有】に至るまでのプロセスだといえよう。

看護師長は、事故当事者の気持ちの落ち着きを待ち、事故当事者を追い込まないように自分の言動に注意を払い、さらに予測される事態への心構えをつけられるようにすることや、自分がフォロー役に回ることで心理的負担の軽減を図るような働きかけを行っていた。このようにして事故当事者を支え、ともに事故の現実とむきあっているよう自分自身の態勢を整えていると考える。

福井(2003)は看護師長という立場から、事故に関与した助産師への支援について、「助産師である自分から逃げるのではなく、そのアクシデントに向き合っていけるようにすることにある」と述べている。この「助産師である自分から逃げない」とは、アクシデントから教訓を得て、それを乗り越え、仕事を続けていくという意味だという。そしてアクシデントと向き合い、取るべき責任が何であるかを明らかにし、アクシデントをチームの学びにかえていくことも当事者の大きな支えとなること、そのためには事実を詳細に知ることが必要だと述べている。

福井が述べるように、事故当事者がアクシデントと向き合い、そこから教訓を得ていくためには、《事故の事実の共有》から、【問題の共有】に至るプロセスが、《事故の乗り越えの後押し》につながるよう支援していくことが必要である。しかし、このプロセスは決して容易なことではない。「逃げない」ことは重要であるが、逃げたくなる、逃げてしまう状況があることが本結果から示唆される。そして、逃げたくなる、逃げてしまうのは、事故当事者だけでなく、事故当事者と向き合う看護師長にも、こうした心理的な防衛機制が働いているのではないだろうか。次にこの点について検討する。

3) 事故当事者と向き合う困難さと看護師長の防衛

〈自分の対応で追い込まない配慮〉とは、看護師長が自分の態度や言動に注意を払いながら、自分の対応で事故当事者を追い込まないようにすることであった。しかし、こうした配慮には限界があり、看護師長たちは事故当事者の「責められ感は無言のうちに」と感じていた。自分が事故当事者を責めていると受けとられていることを察知しつつ、「言うべきことは言う」と毅然とした対応をとれるのか、反対に、事故当事者と問題を共有できないことに、疑問や不可解さ、憤りを感じていたとしても、事故当事者を追い込む懸念から、「責めてはいけない」と慎重になり、逃げ腰の対応をとれば、【問題の共有】につなげることは困難であり、《事故の責任をめぐる攻防戦》に至っていた。

一方で、事故当事者が防衛機制を発動させるほどに心理的安全性が脅かされて

いるのであれば、問題に直面化させることは、防衛的態度を強化させ、更なる心理的負担を与える可能性もある。そのように考えると、もっとも看護師長の葛藤が少ないのは、事故当事者が「自分なりに振り返ることができている」とし、「あえて指導はしない」という対応をとることであろう。このように「追い込んではいけない」、「自分なりに事故を振り返ることができているから」という姿勢や態度は、事故当事者と向き合わないことを合理化する看護師長の心理的防衛という解釈もできる。さらに事故当事者の責められている思いを察知し、「責めてはいけない」と心にとめる看護師長と事故当事者との間には、投影や投影同一視が働いていることが考えられる。投影とは、「自己の衝動・情緒・願望などを内部にとどめておくことが不快な場合、これらを外在化し自己とは異なる他者にぞくするものとして知覚する」防衛機制である(加藤ら,2011, pp.749-750)。例えば、事故当事者は、事故を起こしてしまったことへの罪悪感、恥辱感、怒りなどの感情を抱くことが示されている(福田,2009a)。こうした悪い自分の部分、不快な情動と向き合っていくことは苦痛や脅威となるために、自分の心を守るために、自分映し出す鏡のように他者を利用し、自分の中にある嫌悪すべき部分と直面することを避けるといった防衛機制である。つまり、事故当事者自身が強い罪悪感を抱き、責められるべき自分といった感情をもっているが、そうした感情が看護師長に投影されることにより、事故当事者は「看護師長から責められている」と感じ、看護師長にしてみれば「責めているように受け取られている」となる。また事故当事者の反応から、当事者意識が曖昧で他人事のような態度をとっていると看護師長が感じ、疑問、不可解さ、怒りといった看護師長の心に湧き起こる否定的な感情は、実は事故に巻きこまれ、苦悩する事故当事者の不可解さ、疑問、怒りであり、両者の間で投影同一視が起きているのかも知れない。反対に、看護師長自身の「責めてはいけない」という思いの根底に実は「責めたくなる気持ち」があるが、事故当事者を責めることはタブーとさえ言える現在、そうした感情は抑圧され、事故当事者に投影されれば、「看護師長から責められていると(事故当事者が)感じている」と看護師長自身が体験することになる。防衛機制は自覚的、意図的に用いられるものではなく無意識の心の働きであり、あくまでも一つの解釈として考察するにとどまるが、ここで述べたいことは、個人を責めないように口調や態度に気をつけるといった表面的な対応にとどまる場合、《事故当事者を追い込まない》関わりには、限界があるということだ。

では、事故当事者の《事故の乗り越えの後押し》を可能にするために、看護師長は、どのように事故当事者と向き合い、【問題の共有】をしていけばよいのだろうか。まず、看護師長が事故当事者と【問題の共有】をするプロセスでは、心理的な防衛機制が

働き、支援の困難さを生じさせることがあることを認識しておくことである。さらに事故当事者との相互作用のなかで生じてくる自分自身の気持ちに、看護師長がしっかりと向き合うことが必要だと考える。事故当事者向き合う覚悟をもつことの本質は、相手に「言うべきことを言う」にとどまらず、自分自身と向き合う覚悟だと考える。事故当事者と向き合う辛さ、逃げたくなる、怒りといった否定的感情が生じてきたとしても、そのような気持ちをしっかりと自分で確認することが必要である。福井(2003)は、事故当事者に「責められている」という思いを抱かせずに接するには、聞き手の側(ここでいうならば看護師長)に「この状況ならば自分もアクシデントになっていた」という思いがなければならぬと述べている。看護師長が、責めたくなる気持ちや怒りといった自分の感情に蓋をすることなく向き合うことができれば、自分も事故を起こし得たと思えるほどに事故の経緯や背景、事故当事者が置かれた状況を把握し、理解していないのかも知れないことに気づくことができる。そうすれば自ずと、事故の事実を再び確認し合い、両者が納得できる形で問題を共有していくことになる。同じように、組織としての対応が公平性に欠けていると感じるとき、真相の究明が十分になされていないと感じるとき、看護師長が声をあげ、納得ができる形で、事故関係者と問題を共有していくプロセスをたどることが必要である。

さらに事故当事者の辛さに直面するとき、管理者としてスタッフを守れなかった自責感が刺激されるのであれば、その気持ちに向き合うことで、事故当事者の心の回復と事故の乗り越えを支える責任、そして事故を二度と繰り返さぬように管理者として自分が為すべきこと、引き受けるべき責任は何かを考えることにつながっていくのではないだろうか。真の意味で、「事故当事者を追い込まない」とは、そのようにして事故当事者を守ることだと考える。事故当事者にとってつらい局面の一つは、組織において事故に対する正しい評価されていないと感じることである(鮎澤,2007)。このように自分の感情を手掛かりにしながら事故の事実や、事故に至った問題を共有していくことができれば、それは事故当事者の《事故の乗り越えの後押し》につながるものとなる。

4)《事故当事者を追い込まない》ことと「非懲罰的文化」の影響

看護師長たちが、「事故当事者を追い込まない」ことに慎重になるのは、向き合う事故の現実の厳しさに加え、医療事故対応において「非懲罰的な文化」からの脱却が強調されるようになったことが影響しているのではないだろうか。「責めてはいけない」と心を留め、追い込まないことにエネルギーを費やすものの、実際には《事故の責任

をめぐる攻防戦》が展開されており、これは非難や懲罰的な考えが依然、存在していることを意味している。

長尾(2014)は、「非難の文化からの脱却」とは、「非難しない文化の導入」を意味するのではないこと、そして盲目的に非懲罰性や個人の保護をアピールするのではなく、システムアプローチによる全体像の把握と、それに基づいた公正な対応を繰り返しながら、医療安全システム事態の公平感や信頼感を高めることの重要性を指摘している。「非難の文化からの脱却」とは、個人の責任を全く問わないことではなく、ヒューマンエラー、システムの欠陥といった問題の全体像を把握し、慎重に評価し、【問題の共有】をしていくことである。「個人を責めない」ことは、個人の責任を問わないことではなく、ヒューマンエラーの背景にあるシステムの問題を明確化しながらも、患者の安全を守ることができなかった個人の行動に対しては、責任を問い、責任をとれるようにしていくことが「医療安全システム自体の公平感や信頼感を高めること」になると考える。

本結果より、事故報告書の提出に終始した対応や、責任所在を曖昧にしたままの組織対応が看護師長より語られていた。このように、【問題の共有】が十分になされず、結果的に、《事故の責任をめぐる攻防戦》という帰結をもたらしているのであれば、「非懲罰的文化」の意味を今一度、問い直し、再考しなければならない。

4) 看護師長への支援について

以上の考察をふまえ、【問題の共有】から事故当事者の《事故の乗り越えの後押し》という帰結につなげていくためには、看護師長が事故当事者と向き合うことができる環境を整えることが重要である。

まず客観的で、公正な事故調査、再発防止にむけた事故の分析が行われ、事故当事者にとって納得のいく形で、【問題の共有】をしていくことである。そのためには事故の原因究明のための組織的な体制を整えることが重要である。特に、複数の部署・部門間、職種間で生じた事故の場合には、それぞれの利害が絡み、《事故の責任をめぐる攻防戦》が生じやすいと考えられる。また報告書レベルの対応や、公平な事故調査・分析でないと看護師長が感じる組織の対応が語られていた。飯田ら(2012)による医療事故の原因究明体制に関する縦断的な研究において、3割以上の病院が「院内に医療安全、事故調査の専門家がない」ことを挙げており、当該病院で行う調査の中立性の担保や最終的な報告書の取り纏め方法などに課題が残り、特に小中規模病院において、原因究明や再発防止の課題が多いことが指摘されて

いる。

今日、院内事故調査の指針やガイドライン(飯田,2013;生命科学研究所医療政策研究会,2009)が整備され、さらに医療法の改正にともない、平成27年10月から医療事故調査制度の運用が開始された(厚生労働省,2015)。このように事故調査体制は整えられてきているが、各組織において事故調査の手法を洗練させることや、院内のしくみを整えていくことは、事故当事者のケアという面からも重要であることが本研究から示唆される。さらに【問題の共有】が、個人の責任を不問にすることではなく、客観的、公平な評価に基づいた上で、事故当事者、組織関係者それぞれが負うべき責任を明確にする形で共有されることが重要である。

2つめに、看護師長が事故当事者とともに、事故の現実や問題に向き合う覚悟をもてるよう支援することである。先に述べたように、自分自身の否定的感情と向き合うことは容易なことではない。看護部長や副看護部長といったラインの上司は、管理者として互いに事故の責任を問われる立場にあり、利害が絡んでくる。安心して自分の感情を語り、気持ちを整理することができる第3者的立場の専門家を活用できることは助けになるであろう。事故当事者だけでなく看護師長に対しても中立的立場で心理的援助を提供できる存在が必要である。

3つ目は、《事故の責任をめぐる攻防戦》が生じている状況において、事故関係者間の葛藤を調整することは、協働体制を築き、患者・家族対応をはじめ、事故の再発防止につづく道のりを歩んでいく上で不可欠である。看護師長自身が攻防戦に巻き込まれている状況において調整役を担うことが困難であることは言うまでもない。さらに事故関係者間に生じている防衛機制的理解を含め事故が与える心理的影響と、そうした影響によって医療チームに生じているダイナミクスを理解していくことは不可欠であり、精神力動的視点から状況をアセスメントすること、そして事故当事者、看護師長個々に視点をあてるだけでなく、看護チーム、事故関係者、組織関係者といった複数のレベルで何が起きているのかを理解し、システム論的視点から支援を検討していくことが必要である(野末,2004)。そうした介入のための専門的トレーニングを受け、かつ中立的な立場で事故関係者を支援し、調整していく存在として、精神看護専門看護師は支援を提供することができると思う。

第Ⅶ章 看護師長として負うべき責任の明確化

本章では、【看護師長として負うべき責任の明確化】という中核概念を中心とする現象について詳述する(図3)。以下、本現象を説明した後、現象を構成する概念を説明し、最後にこれらの結果をふまえて考察を述べる。

1. 【看護師長として負うべき責任の明確化】という現象

看護師長は、事故発生の報告を受けると、すぐに現場に駆けつけ状況を把握し、組織関係者への事故報告や連絡・調整役、患者・家族への事故の説明責任を担うといった方法で《事故対応の前線に立つ》ことをしていた。看護師長が組織の窓口として事故対応の担い手となり、現場の状況を把握できるような状況で、《事故対応の前線に立つ》ことは、【看護師長として負うべき責任の明確化】につながった。

看護師長は、事故現場の責任者、事故当事者の上司として、組織関係者から判断や対応を求められ、また患者・家族の怒りや苦悩、そして事故当事者が自分を責め、涙する姿を目の当たりにすることにより、看護師長として自分が負うべき責任は何であるかを明確にすることをしていた。事故の責任、そして事故対応を担う責任を自覚し、管理責任の範囲を明確にする場合には、《組織内の役割分担の調整》を行った。そして医師との協力関係を整え、組織関係者に責任を分け持ってもらい、役割分担の調整を行った。看護の責任を看護師長が示し、また事故対応を求められる程度が高く、医師との協力関係を築き、組織関係者間の役割分担が明確で、柔軟に役割分担の調整を行うことができれば、看護師長は《事故の対応方法を模索》した。

看護師長は、所属する病院の医療安全管理マニュアルや、また上司や医療安全管理部門に組織としてどのように対応するかの方角性を確認し、また事故分析の手法、患者・家族への具体的な対応方法、事故当事者の支援のための方策を模索し、試行錯誤しながらの対応への保証を得るといった方法で、《事故の対応方法の模索》を行った。看護師長が、組織としての対応の方角性を確認でき、解決策を模索する程度が高く、解決策が得られ、かつ有用である場合、《事故当事者とともに事故の責任を引き受ける》ことをしていた。

そして、事故の再発防止にむけた部署管理上の課題を明確にし、さらに事故当事者に対しては事故を報告し、記憶に残すこと、患者・家族に謝罪を促すこと、自分も含めて組織関係者が分け持っている責任を伝えることで、事故当事者に責任の取り

方を示していた。看護師長が、部署管理上の課題を明確にする程度が高く、事故当事者に責任の取り方を示す程度が高ければ、《事故の乗り越えの後押し》という帰結に至った。一方、自分のせいで事故が起きたと捉え、再発防止につながる部署管理上の課題を明確にすることができず、また事故当事者に責任の取り方を示す程度が低ければ、《責任の背負い込み》という帰結に至ることになった。

一方、事故発生連絡を受けることができず、現場に駆けつけて状況を把握することができないといったように、看護師長が《事故対応の前線に立つ》ことが困難で、蚊帳の外に置かれる状況もあった。そうした場合、《組織内の役割分担の調整》がなされていたが、看護師長にも事故対応が求められる程度が高ければ、《事故の対応方法の模索》につなげることができた。しかし、《組織内の役割分担の調整》が困難で、医師の協力が得られず、組織関係者の役割分担が柔軟に調整できない場合には、《態勢の立て直し》が必要となった。

看護師長が《態勢の立て直し》により、周囲の支援を得ること、現状に折り合いをつけることで事故と向き合おうと気持ちを立て直す程度が高く、何かあっても病院として責任をとってくれるという組織の後ろ盾を確認できる場合には、《事故の対応方法の模索》から、《事故当事者とともに事故の責任を引き受ける》という働きかけにすすむことができた。しかし気持ちを立て直す程度が低く、周囲の支援を活用できず、現状に折り合いをつける程度が低い場合や、《事故の対応方法の模索》をするものの、組織としての対応方針が明確に示されず、具体的で、現場に即した解決策を得ることができず、試行錯誤の対応に保証を得ることができない場合、《責任の背負い込み》に至り、責任の重さ、負担を抱えながら再び、《事故対応の前線に立つ》状況となった。

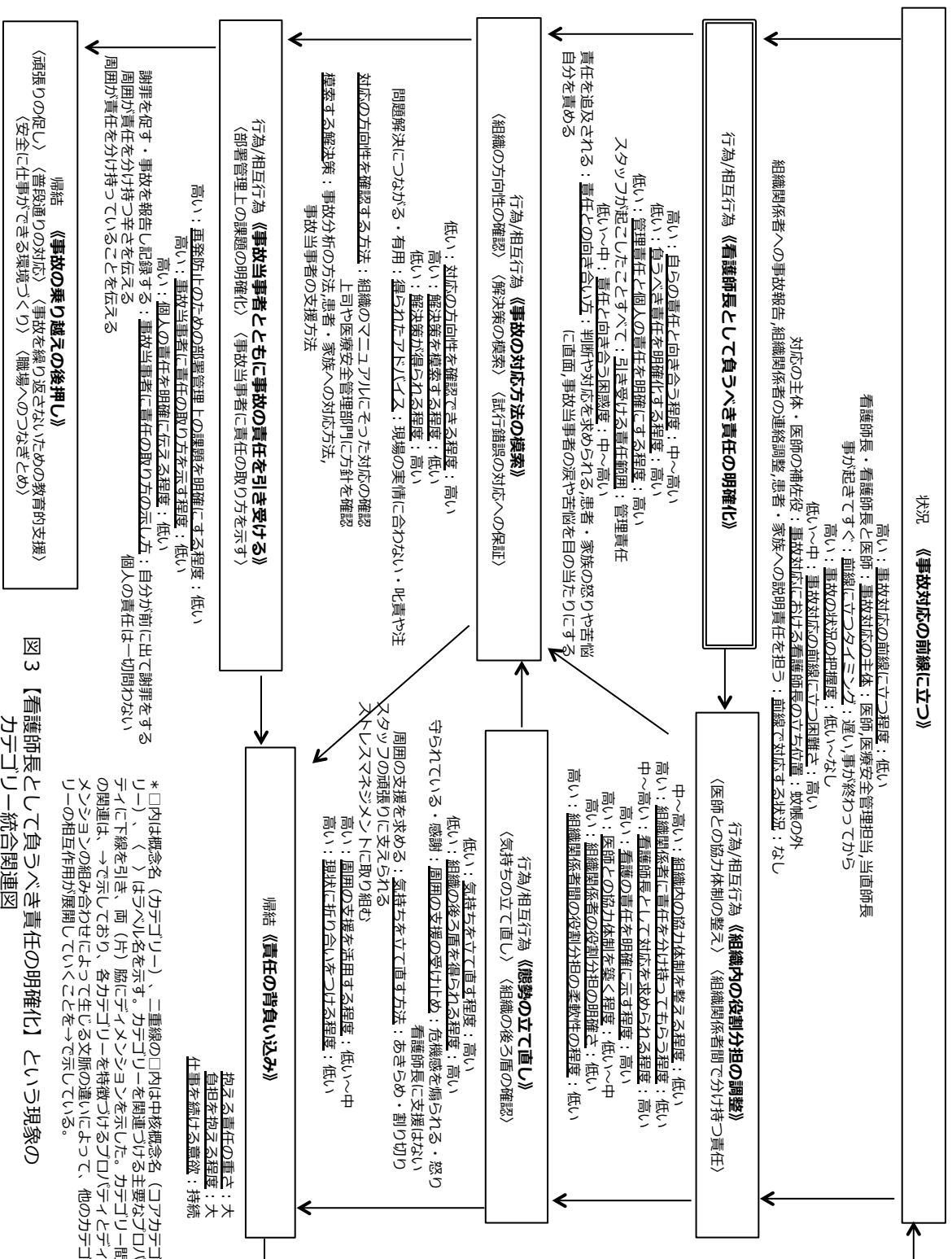


図3 【看護師長として負うべき責任の明確化】という現象のカタコリー統合関連図

2. 【看護師長として負うべき責任の明確化】という現象を形作る概念

本現象は、【看護師長として負うべき責任の明確化】という中核概念を中心とし、《事故対応の前線に立つ》、《事故の対応方法の模索》、《事故当事者とともに事故の責任を引き受ける》、《事故の乗り越えの後押し》、《組織内の協力体制の整え》、《態勢の立て直し》、《責任の背負い込み》という8つの概念から構成された。本現象について説明したあと、研究参加者となった看護師長の語りを引用しながら各概念を説明し、最後にこれら結果をふまえた考察を述べる。

1) 事故対応の前線に立つ

《事故対応の前線に立つ》とは、事故発生の報告を受けた看護師長が、組織の窓口として事故対応の担い手となることである。看護師長は、事故発生の連絡を受けると、休日、夜間であろうと事故現場となった部署に可能な限り駆けつけていた。そして現場の状況を把握し、事故報告ルートそった組織関係者への報告、連絡・調整、患者・家族への説明責任を担うといった形で組織の対応窓口としての役割を担っていた。このような役割を担うことについて、Sさんは次のように語っていた。

「医療安全へのスタッフへの報告やら、看護部長とか、主治医、いろんな関係者の連絡を私がしたってというような感じで、そのときは対応しました」

(Sさん/看護師長経験 2年目)

26名の研究参加者のうち1名の看護師長は、異動後間もない時期に、自分の着任以前に発生した患者の死亡事故について、事故の状況や看護師の記録等に関する説明を遺族にするよう上司から指示された。前任の看護師長はすでに異動しており、自分の責任が及ばない状況で起きた事故であっても、看護師長は事故対応の前線に立たねばならなかった。Cさんは次のように語っていた。

「前の年度の〇月（着任の6ヶ月前）に起きた、事故というか、ちょっとその時には多分、事故とか大きなことになるとは認識してなかったと思うんです。それこそ6ヶ月過ぎてから、いろんなことで家族の方が言ってこられたっていうのがあって。そこで私は、異動してから2ヶ月目くらいだったんですけど、いろんな情報をこう集めなくてはいけないというような状況になったということですね」(Cさん/看護師長経験 12年目)

どの看護師長もスタッフが関与した事故対応の担い手として前線に立っていたが、事故現場に駆けつけるタイミング、現場の状況の把握度、事故対応の担い手となる程度によって、看護師長の前線の立ち方は、①主体、②補佐役、③蚊帳の外、といった3つに分類された。

表4 看護師長の前線の立ち位置

看護師長の前線の立ち位置	主体	補佐役	蚊帳の外
事故対応の前線に立つタイミング	事が発生してすぐ	医師からの報告や依頼で	遅い・事が済んでから
現場の状況の把握度	高い	中～高い	低い～なし
事故対応の主な担い手	看護師長・医師	医師・看護師長	医師・医療安全管理担当者・その他の組織関係者
事故対応の担い手となる程度	高い	中	低い～なし

①主体

看護師長が事故対応の主体となる状況として、事故発生後、看護師長にすぐに連絡が入り、事故現場に駆けつけて状況を把握することができていた。そして医師や組織関係者への事故の報告、連絡調整役を担い、患者・家族に自ら事故を説明することや、医師と協力しながら説明責任を担うといった方法で、事故対応の主体的な担い手となっていた。

「後々何かあった場合には、ある意味では大変なことになってしまうので、え～すぐに（病院に）直行して。そこに主治医も、たまたま主治医もいてくれましたので、そこで今までの記録上からの状態が、きちんと、まずお子さんの状態を確認するということが優先されたのと」（Gさん/看護師長経験3年目）

②補佐役

看護師長が補佐役の立場をとる状況として、看護師だけでなく医師が当事者として事故に関与している場合もあったが、看護師のみが関与した事故であっても、医師から連絡・報告を受けて事故対応の前線に立つことになっていた。また医師が患者・家族への説明の場の設定をするというように、看護師長は説明や謝罪に同席はするものの、説明を補足するといった役割にとどまっていた。Pさんは次のように語っていた。

「医師の方から、その話しが、左右を間違ってしまったという話を聞いたのが当日

の朝なんですね。そのムンテラをする朝、8時くらいに、医師から、実は昨日の検査、左右を間違えてしまった。で今からご家族が来たら、謝罪をして、もう一度説明をして、今日、もう一度検査をしたいという話があって、2人で同席をして入って」(Pさん/看護師長経験4年目)

補佐役の立場で患者・家族への説明の場に同席しつつも、医師の説明状況によっては、看護師を擁護するために「口を挟む」ことがあると、Gさんは次のように語ってくれた。

「(医師の)ムンテラが下手くそだとね、全然ね、まとまるものも纏まらないっていうか。それは結構ありますね。私が途中で話を、口を挟んじゃったりとかして。あまりにも、こちらが、きちんと対応してないような、もうちょっとフォローした言葉じゃないと、って思う時には」(Gさん/看護師長経験3年目)」

③蚊帳の外

看護師長が事故対応の蚊帳の外に置かれるのは、出張や当直、夜間帯の事故発生といったように看護師長が部署を不在していることに加え、スタッフが看護師長に事故発生の連絡をしない、もしくは連絡がとれずに、事故対応が一段落ついでから、もしくは患者の死亡退院後といったように、対応が全て済んでから看護師長が出勤し、事態を知るといった状況であった。医師や医療安全管理部門、当直の看護師長が組織への事故報告、連絡調整を担い、また患者・家族への説明の場に看護師長が立ち会うことは一切なかった。このような状況について、Wさんは次のように語っていた。

「それが(朝の)6時過ぎに起こったことでしたので、発見から結構、心肺蘇生をずっと続けていたので、結局、私が出勤してきたときに、もう出棺されるみたいな感じで、来て初めて知ったんですね。(Q:事故後師長には連絡は)なくって。ええと、それで管理当直には連絡がいついたみたいで、医療安全管理者は、私より早く到着していて、状況を見ていただいていたというような状況なんですけれども」(Wさん/看護師長経験1年目)

看護師長の前線の立ち位置は、一つに固定されたものではなく、事故後の時間的

経過、患者・家族の状況、対応する場面によって異なっていた。例えば、次のEさんは、スタッフから事故の報告を受け、すぐに現場の状況を把握し、上司に報告するといった形で事故対応の前線に立っていた。しかし患者対応については、上司の指示に基づいて組織関係者に対応を委ね、手術室での事故であったこともあり、事故発生現場の管理者として患者対応の前線に立つことは一切なく、誰がどのように患者に事故を説明したかについて、その詳細も把握していなかった。

「看護師長はひょっとして、そういう場面（説明と謝罪の場面）でどうしても求められたら出てもらうことあるかも知れないと言われていましたけれど、結局、それはなかったです」（Eさん/看護師長経験1年目）

このように看護師長は、看護師が関与した事故発生の報告を受け、事故現場の状況を把握して組織に報告すること、そして患者・家族への説明責任を担うことにより、主体、ないし補佐役として事故対応の担い手となっていた。しかし現場の状況を把握するタイミングによっては、蚊帳の外に置かれる状況も生じていた。

2) 看護師長として負うべき責任の明確化

【看護師長として負うべき責任の明確化】とは、スタッフが関与した事故対応の様々な局面において、周囲から責任を問われていることを受け止め、自覚しながら、看護師長として負うべき責任は何であるかを明確にしていくことである。看護師長が責任を問われる状況として、上司や同僚の看護管理者から、「あなたに責任がある」と直接的に責任を追及されることがあった。例えばVさんは、次のように語っていた。

「ちょっと落ち着いて、お昼くらいに、もう個室にも入ったし呼吸器も着いたしって時に、とりあえず看護管理室に報告に行ったんですね、第1報を。これが口から出てきて、今、まあ心肺停止があつてっていう話をして、そしたら、看護部長から、『何かVさんはどういう指導をしているの』って開口一番、それだったんですね」

（Vさん/看護師長経験1年目）

Vさんのように、スタッフへの指導責任を直接、言葉で追及されなくとも、看護師長として判断や対応を求められるなかで、自分の責任が問われていると看護師長たちは感じていた。さらに患者・家族から看護師の対応に関する詳細な説明を求められる

こと、予期せぬ事態に苦悩し、怒りを露わにする患者・家族と向き合うこと、そして自責感を抱き、涙する事故当事者を目の当たりにした時、「つらい思いをさせてしまった」と自分の責任を感じていた。Aさんは次のように語っていた。

「患者さんに申し訳ないってということと、スタッフに、申し訳ないという思いが、やっぱりどこかにありました。そういう状況（事故が起こりうる状況）がわかかっていて（業務を）させているので、苦しい思いをさせてしまったなっていう風に思っただけですね」（Aさん/看護師長経験4年目）

看護師長が自らの責任とどのように向き合うかについては、管理責任と看護師個人の責任をどのように考えるかによって異なっていた。看護師長が引き受ける責任範囲と、看護師長が個人の責任を問う程度のマトリックスから、次の4つに分類された(表5)。

表5 看護師長の責任の向き合い方

		看護師長が引き受ける管理責任の範囲	
		全て ←	→ 限定的
個人問う程度を	高い	(1) あくまでも管理責任	(3) 管理責任を越えた個人の問題
	低い	(2) スタッフがやったことの責任は全て自分にある	(4) 患者の問題（合併症など）

(1) あくまでも管理責任

看護師長は、管理責任として自らの責任を引き受けると同時に、事故に至った行為の責任は事故当事者にあると、自分が引き受けられる責任範囲を明確にするものである。例えば、Vさんは次のように語っていた。

「確かに管理者責任ってというのは問われるかも知れないけど、実際に私が食べさせたわけではない。となると何て言うんでしょう、私が私を責めていても仕方がないっていう何か開き直りみたいな感じですかね」（Vさん/看護師長経験1年目）

看護師の過失を伴う事故で刑事責任が問われた場合、判断や行為の責任を問われるのは当事者個人であり、それは管理者である自分には代わることができないもの

と明確に区別していた。同様に、Gさんも次のように語り、看護師長である自分には、スタッフが安心して、安全に看護を提供できる環境づくりをする責任があると認識していた。

「やはり施行した看護師に法的にも責任がありますし、それはもう重々ね、当事者もわかっていることなので、安心して、安全な環境づくり、安全な、安心した環境づくりってというのが非常に大事だっていうことを」

(Gさん/看護師長経験3年目)

(2)スタッフがやったことの責任は全て自分にある

これは、事故当事者個人の責任を問うことなく、すべて自分の責任だと考えるものである。このように看護師長たちが自らの責任を受け止めるのは、上司の考え方が影響していた。個人の責任をどの程度問えるのかわからないと考えていたSさんは次のように語っていた。

「今回の(事故)に関係なく、ちょっとした小さいミスみたいなことがあったりして報告書を出す時は、部長は必ず、じゃあシステムを、もう一回考えてっていうようなことを必ず言うんですね。そのシステムをきちんと出していかないとOKしないくらい、部長は結構そういうところ、システムで解決するべきだっていうように感じているようだったし、前に何かあった時に、じゃあ、管理職の問題じゃなくてスタッフの問題なのかっていうような感じで言われたりした時があったんですね。それもだいぶ前ですよ。その時のことが私も頭にあるので、やっぱり、個人ってものの責任はどこまで問えるのかっていうのはあまりわかんないんですね」

(Sさん/看護師長経験2年目)

このように個人の責任を問うことなく、事故の責任は全て管理職の自分であり、自分が責任をとると語った看護師長は、Sさんだけでなかった。しかし次のAさんのように、実際に事故が起きたときに、自分の責任の取り方について、改めて問い直す者もいた。

「いくら私の責任の中で、やってもらっているから私の責任なんだよって言ったとしても、実際に怖い思いをしたり、すごく、事故を起こして苦しくなったり、罪悪

感をかられたり自分を責めてしまうのは、やっぱり当事者で、私の責任ってどうやってとればいいんだろうって、すごくわからなくなって、しばらく私の責任なんだよってという言葉が伝えられなかったんですね」

(Aさん/看護師長経験4年目)

Aさんは、日頃から「部署で起きたことの原因は全て自分がとる」とスタッフに伝えていたが、実際に事故が起きて、事故当事者が苦悩する姿を目の当たりにして、管理者として自らの責任の取り方を自問し、「責任の取り方がわからなくなった」と語った。

(3) 管理責任を超えた個人の問題

事故が起きてしまったのは、スタッフ教育という管理責任の範囲を超え、個人の能力、仕事の適性の問題であると捉えるものである。

先のSさんは、個人の責任をどこまで問えるかわからないと語っていたが、事故後2年に渡り、患者・家族対応の前線に立たざるを得なくなり、自分の責任が問われることに疑問や葛藤が高まるなかで、看護部長のアドバイスもあり、次のように語った。

「(看護)部長なんかは、でもこういう仕事って、やっぱり何だかんだって言っても、教育、教育って言ったって、管理にもやっぱり限界があるっていうような。適性、適性じゃないっていうのもあるんじゃないかみたいな感じでは言ってくれて。そんなに管理だけの問題じゃないっていうようなことはちょっと言ってくれたんですね」

(Sさん/看護師長経験2年目)

(4) 患者の問題

看護師長によって語られた事故のなかには、看護師の過失を伴う事故ではなく、患者の術後合併症の問題として判断された出来事もあった。例えばIさんのように、管理者として、予期せぬ事態に対応する責任を担ってはいたものの、引き受ける範囲は限定的であり、看護師個人の責任を問うことはなく、むしろ患者の問題であることを明確に伝えることをしていた。

「誤解されないような、自分たちももう少し自信をもたなければいけないし、きちんとやっているんだったら。だからそういう傾向って、時々ありますよね、今までね。看護師さん真面目だからさあ、すぐに何でもかんでも謝っちゃうんですけど。

でも、これまでではやっていたから、これ以上のことに関しては、患者さんご本人にも問題があると思いますときちんと言っていかなければいけないんじゃないかって」
(Iさん/看護師長経験 22 年目)

このように、看護師長は自分に問われている責任と向き合い、管理者として負うべき責任、引き受けられる責任範囲を自問しながら、看護師長として負うべき責任を明確化していた。それは看護師長が抱える負担の大きさや責任の重さ、そして上司の考え方といったように看護師長を取り巻く状況によって影響を受けていた。

3) 組織内の役割分担の調整

《組織内の役割分担の調整》とは、看護師長が事故対応をすすめる上で、医師との協力体制を築くことや、事故対応を担う組織関係者間に責任を分け持ってもらうことで、役割分担を調整するものである。

(1) 医師との協力体制の整え

〈医師との協力体制の整え〉とは、事故対応において、情報や方針を共有しながら医師に事故対応の協力を求めることである。特に患者・家族への説明責任を果たすことや、事故に伴って生じた患者の治療や回復に力を尽くす上で、医師の協力を得ることは不可欠であった。Jさんは次のように語っていた。

「基本的には看護師が起こしたミスに関しては、先生たちは謝らなくていいって言っているんです。なぜかという、それはすべて私の責任なので、そこに関してはもう私が謝りに行くから。ただ患者さんからはきっと身体の状況としてどうなんだっていうようなところは必ず聴かれる。その時に医師から、そのことについて話しが聴きたっていった時には、きちっと第3者として公平な目で私たちサイドに立たないで、きちんと患者さんにそのことを伝えていただきたっていうようなところではお願いをしているんですね。それがやっぱり専門職としての責任の取り方なんだと思うんです」(Jさん/看護師長経験 13 年目)

Jさんは、患者・家族に謝罪する責任は「すべて自分にある」ことを医師に明確に伝えた上で、医師に協力を依頼したい内容を具体的に伝え、医師との協力体制を整えていた。事故以前から医師と協働関係が築けている場合、事故が起きた際にも、医

師との協力体制は比較的容易につくることができていた。例えばDさんは、事故が起きた状況の分析を医師の協力を得ながら行い、また患者の治療における医師の協力に感謝の気持ちを述べ、次のように語った。

「手術室の中にいるので、外科医、形成外科医、全部の科の先生が入ってきますので、お互いに協力体制が一番大切なので、きっと先生たちも協力してくれたんだと思うんです」(Dさん/看護師長経験 22 年目)

反対に、日頃から医師との関係性が難しいと感じていた場合、事故後の協力体制を整えることができないことで、両者の関係性は悪化することもあった。次のIさんは、主治医の不在中に事故が起きた。看護師長は、「ちょっと何か言えば返ってくるような感じの先生に、言っても話しは進まないだろうっていう思い」があり、主治医に相談をすることなく病棟担当医の指示のもとに事故対応をすすめた。しかし、翌日になって主治医から、すぐに報告をしなかったJさんの対応について、厳しく問いただされることになった。

「ちょっとコミュニケーションの悪さっていうのがあったのかも知れないね。非常に関連してきますよ、そういう嫌なコミュニケーションって。それでぎくしゃくすることが結構ありますからね。そういうのでスムーズに解決するのがなかなかね、スムーズにいかなかったりね。それは多いにあると思います」

(Iさん/看護師長経験 20 年目)

このように、看護師長たちは医師との協力体制を整えていたが、事故以前からの関係性を反映し、必ずしもスムーズにすすまない状況もあった。

(2) 組織関係者間で分け持つ責任

〈組織関係者間で分け持つ責任〉とは、事故調査、患者・家族に対する説明責任、患者の治療やケア、補償問題に関する対応、事故当事者の支援といった事故後に引き続く一連の対応について、病院長や看護部長、副看護部長などのトップ管理者のほか、医療安全管理部門、事務部門、他部署の看護管理者、管理当直などの組織関係者それぞれの立場や役割に基づいて役割分担し、事故対応の責任を分け持ってもらうことである。

組織関係者間で分け持つ責任は、事故後の時間経過、患者の回復経過、患者・家族の要求、患者・家族と対立や紛争に発展する可能性、看護師長による現場対応の限界や困難さに応じて、適宜、見直しがなされ、再調整が必要であった。例えば、Sさんは、患者の退院後も継続して病院側の対応窓口となっていたが、事故の補償問題について事務部門が対応することになった後も、外来受診時のタクシー代の支払い、事務部門との仲立ちといった役割を事故発生後、2年に渡って続けていた。

「日にちがたっていくと、たっていけばたっていって、だんだん（家族に）携わる人が少なくなってきて、結局、自分が最後まで携わらなくちゃいけないじゃないですか。何か、私じゃなくても事務がやるなら全部事務がやってくれりゃいいのに、って思ったりもするんですよ」（Sさん/看護師長経験2年目）

看護師長は、事故対応に困惑し、自分が引き受けられる範囲を越えていると判断した場合、その対応を、上司や医療安全管理部門、事務部門に依頼し、委ねていた。患者の生命に関わる重大事故や、訴訟や紛争発展の可能性が高いと判断される事故の場合、看護師長の現場対応から組織対応への切り替えは、比較的スムーズに行われた。しかし役割分担の再調整がスムーズにいかない場合、看護師長は疑問や葛藤を感じながら、事故対応を続けていかなければならなかった。次のOさんは、患者・家族との関係悪化から、看護師長が現場をもちながら対応することに限界を感じていた。患者・家族が医療安全管理部門の対応を望んだこともあり、対応を引き渡したいと考えたが、引き受けてもらえない状況が続いた。

「どちらかと言えばセイフティマネージャーとか他はもう、医療安全管理室が引き取ってもいいんじゃないかって、（患者）本人はそこを希望しているわけだし、あとは医療安全管理部門でやってくれっていう風に言うだけけれども、いやまだ（介入する段階ではない）って言われる」（Oさん/看護師長経験12年目）

Oさんのように、看護師長たちは組織関係者に対応を依頼することはできても、最終的に判断する権限を持っていなかった。そのため看護部を代表する看護部長や副看護部長に、その調整役割を期待していた。次のNさんが語った事故は、複数の部署、部門が関与した誤薬事故であったが、患者・家族に謝罪をしたのは、患者に誤った薬を投与した「末端の」部署の責任者であるNさんであった。こうした状況につ

いて、次のように語ってくれた。

「(実際に事故対応に追われ、家族に謝罪したのは) それは末端の、ここです。最終で起こったところだけです。(Q: 他の病棟の看護師長が謝罪することは) ないです。私も、『来いよ!』(声に力がこもる) って言いたかったんですけど、私が言うあれではないので。それは看護部長が命令出せばいいんですけど。(他部署の看護師長からは) 『ごめんねえ』(とNさんへの謝罪) はありましたけれど、ごめんねもらっても、って思いましたけどね、正直ね」(Nさん/看護師長経験4年目)

このように、看護師長たちは、事故後の経過や状況に応じて、組織関係者に役割分担の見直しを依頼し、組織として事故に対応できる体制を整えていた。明確に、かつ柔軟に役割分担を調整できれば、看護師長の負担は軽減できたが、スムーズに再調整が行われないこともあった。

4) 事故当事者とともに事故の責任を引き受ける

《事故当事者とともに事故の責任を引き受ける》とは、事故対応を通して部署管理上の課題を明確にすること、そして事故当事者に責任の取り方を示すことにより、事故当事者とともに看護師長が事故の責任を引き受けることである。

(1) 部署管理上の課題の明確化

〈部署管理上の課題の明確化〉とは、事故を未然に防げなかった看護管理上の問題、再発防止のための取り組み課題、事故対応のプロセスにおける自分自身の課題を明確にすることである。看護師長は、事故を機に、自らの部署管理、スタッフ管理を振り返ることにより、スタッフの育成や教育の課題、チームワークや医師との協働体制づくり、患者の安全を考慮したスタッフ配置や勤務体制といった部署管理上の取り組み課題を明確にしていた。例えば、Wさんは次のように語っていた。

「やっぱりそういう教育システムだとか、新しい人たちがこれだけ結構大勢入ってくる中で、やっぱり業務優先みたいな形でしかどうしても廻らなかったものですか、そういうところで、しっかり知識を提供していかなきゃいけないし、育てていかなければいけないし、っていうのはすごく感じますね。そこがきちんと教育できていたら、今回のようなことは起こらなかったかも知れないし、っていうようなと

ころで、もう少し、そういう体制を整えたり、個人に能力向上を任せるんじゃなくて、組織として関わっていくことが必要だなんていうのはすごく感じました」

(Wさん/看護師長経験 1 年目)

このように看護師長が、部署管理上の課題を「システムの問題」という点から明確にして、自らの責任を引き受けていくプロセスは、管理者としての自らの役割や責任についての認識を新たにすものであった。一方、事故が起きたとき、「自分がダメなんだ」と捉え、管理者としての「自分の能力」を問い直す看護師長は少なくなかった。Eさんは次のように語っていた。

「〇〇を（部署）自分が、わかっていない看護師長になってしまったことによって起こしてしまったんじゃないかな、自分が知識がなかったことが、管理で甘さを出してしまい、それがこういう風に皆の気をゆるめてしまって、事故を起こしてしまったんじゃないかな、とも思いました」(Eさん/看護師長経験 1 年目)

このように、看護師長が部署管理上の課題について、改善すべきシステムの問題という視点から明確にできず、自分の管理能力の問題として捉えることがあった。10 年以上の経験がある看護師長でさえ、そうした気持ちを抱いていたが、特に昇格したばかりの新任看護師長の後悔や自責の念は強く、「自分のせいで事故が起きた」と捉える看護師長はEさんだけではなかった。

(2) 事故当事者に責任の取り方を示す

〈事故当事者に責任に取り方を示す〉とは、事故当事者となった看護師に対して、人として、専門職として、そして組織の一員として事故の責任を受け止め、どのように責任をとるかを言葉や態度で示す働きかけである。次のJさんが語ったように、看護師長が示す事故当事者の責任の取り方の一つは、患者に謝罪をすることであった。

「(患者に謝罪し、正直に報告することが)やっぱり人として当然であり、看護師の責任として大切なんだっていうようなところを話していくんだと思うんです。じゃないと事故はなくなるらない、と思います」(Jさん/看護師長経験 13 年目)

患者・家族に謝罪することは、「人として当然」のことであり、そのように責任の取り

方を事故当事者に示さなければ、「事故はなくなる」、つまり事故の再発防止という意味でも、謝罪が必要であると、Jさんは考えていた。同様に、Pさんも、次のように語っていた。

「私の判断としては、今後の、患者誤認という絶対にしてはいけないことをしてしまったということもあり、やっぱりそこで本人が謝罪をした方がいいと判断したんですね。今後のことも考えて」（Pさん/看護師長経験 年目）

Pさんが、事故当事者に謝罪をさせたのは、「患者誤認という絶対にしてはいけないこと」をしてしまったからであり、「今後のことも考えて」、つまり事故を繰り返さないために、謝罪をした方がよいという判断をしたのであった。このように、事故を繰り返さないことも、事故当事者に示す責任の取り方であった。

一方、次のLさんのように、本人が望んでも謝罪をさせない場合もあった。

『あなた（事故当事者）がやっていない行動の責任のなさは、要するに報告すべきことを報告していないということと、事実をきちんと記録に残していないということと、それこそ医師に報告、私たちに報告っていうことをまるっきりしていないでしょう。それがおかしいじゃないかって。そういう行動ができていないことの方が問題であって、やったから患者に謝ればいいっていう、そういう簡単な問題じゃないんですよ』っていう話しはしました」

（Lさん/看護師長経験 3年目）

この事故において、事故当事者となった看護師は、自分のエラーに気づいた後も管理者に報告をせず、患者の健康被害は重大であったにもかかわらず責任回避的な態度を繰り返しているとLさんは感じていた。そうした状況で、謝罪したいとLさんに申し出た事故当事者に対し、「それはあなたが楽になりたいだけだ」と指摘し、「謝ればいいっていう簡単な問題じゃない」と伝えて、謝罪をさせなかった。Lさんが事故当事者に示した責任の取り方は、「事故を報告」し、「事実をきちんと記録に残す」ことであった。

事故当事者に責任の取り方を示す方法として、次のNさんは、自分が患者・家族に謝罪をし、率先して患者のベッドサイドに足を運び、面会に来る家族をフォローする姿をスタッフに見せると語った。

「要はその、そうやって息子さんにフォローしたりとか、その姿で多分周り（のスタッフ）はわかってきているみたいで、あまり、言ってたと思いますけれど、表だって、もう嫌だこんなのお、とかは、言う子は不思議にいなかったんですね。だから言いかすとか何かしても、もうしょうがないので、私が（家族をフォローする）行動で示すしかないのかな」（Nさん/看護師長経 4 年目）

Nさんは、患者・家族に自分が謝罪をし、フォローする姿をスタッフに見せることで、事故の責任を引き受けることを「言い聞かすのではなく」、態度で示し、伝えるようにしていた。一方、看護師長が率先して責任をとることが、必ずしも事故当事者が責任を引き受けることにつながらないと看護師長が感じる状況もあった。Lさんは次のように語ってくれた。

「今まで私が彼女たちの中で、それは最終的に私の責任でもあるのよっていうことは言葉で言って、実際に苦情があったら自分が出て行ってやってきたことを見せてきたんですけども、それがあまりにも当たり前になってしまっていて、責任をとるのはあなたたち実施者でもあるのよって。でも上（管理者）がどんな気持ちで、要するに事故を起こされた側がどんな気持ちになっているかっていうことを考えてくれて。すごく思ったんですよ」（Lさん/看護師長経験 3 年目）

先の例で示したように、Lさんが語った事故の当事者たちは、事故後、責任回避的な言動を示していた。Lさんは、「最終的に私の責任」と言葉で伝え、行動で示してきたことが、結果的に、看護師長が責任をとるのが「当たり前になってしまう」と自分の対応を振り返った。そして「責任をとるのはあなたたちでもある」、「管理者がどんな気持ちになっているかを考えくれ」と伝えることで、組織の一員として安全な医療を提供する責任について理解できるよう促していた。このように、看護管理者、組織関係者が責任を負うことのつらさを事故当事者に伝えると語った看護師長は、Lさんだけではなかった。例えば、Jさんは次のように話してくれた。

「当事者の責任っていうのもあるかも知れないけれども、その周りの人たちのその何ていうのかな、負っているつらさっていうのを反対に当事者はわからないといけない。そうしないと、もちろん自分が行ったことっていう形で、本当に悲劇のヒロ

インみたいな形でいてはいけないんです」(Jさん/看護師長経験 13 年目)

事故が起きれば、当事者だけでなく、組織関係者それぞれが責任を負っていくことになる。事故当事者が辛い思いをするだけでなく、責任を負う辛さは、事故対応に関わる組織関係者それぞれにあり、そうした現状を事故当事者が理解できるように示していくことが必要だと J さんは語っていた。それは、安全に医療を提供する組織の一員としての責任を理解できるよう意図してのことだった。

5) 事故の乗り越えの後押し

《事故の乗り越えの後押し》とは、事故当事者の頑張りを促し、精神的に安定していれば普段通りの対応をとり、そして事故を繰り返さないための教育的支援や、安全に仕事を継続できる環境調整を行い、職場につなぎとめていく働きかけである。

Zさんは、事故当事者に「これを無駄にしてはいけない」と伝え、事故の責任の取り方を示していたが、こうした働きかけは、次の語りが示すように、患者・家族の心情を伝えることにより、「事故を起こしてはいけない本当の意味」を理解してもらい、事故を繰り返さないための教育的支援につながっていた。

「何で事故を起こしちゃいけないかっていうことの本当の意味っていうか、表面的に事故報告書を書かなくてはいけないからじゃないんですよ。その辺の本当の意味をわかって欲しかったので、ご家族の心情とか患者さんのその頑張りっていうところに私たちが何をしていかなければいけないかっていうことを、かなり時間をとって丁寧に、その部分だけお話ししました。だから本人を責めるとかそういうことではなくて」(Zさん/看護師長経験 1 年目)

この概念は、看護師長による事故当事者への支援の中核概念として位置づけられたが、【看護師長として負うべき責任の明確化】という本現象においては、帰結となる概念として位置づけられた。

6) 事故の対応方法の模索

《責任の対応方法の模索》とは、事故対応における組織の方向性を確認しながら、解決策を模索し、また試行錯誤しながらの自らの事故対応について、周囲から保証を得ることである。

(1) 組織の方向性の確認

〈組織の方向性の確認〉とは、看護部者の上司や医療安全管理部門を代表とする組織の考えや方針を確認し、組織としてどのように事故対応をすすめていくかの方向性を確認することである。組織の基本方針は、医療安全管理マニュアル等に示されており、組織関係者がこうしたマニュアルに沿って一貫した対応を行うことができる場合、看護師長はスムーズに事故対応をすすめることができていた。例えばJさんは次のように語っていた。

「このところに（医療安全管理マニュアルの箇所を示しながら）初期の対応で、患者の安全の確保と救急救命処置、それから後は、ご家族と本人への連絡っていうようなところと、それから、あとこれですね。きちっと院長の代行、それから副看護部長等、それからあと安全管理の担当者等に連絡をして、そしてこういう風な形で話が決まったので、こういうような形にしますっていうような形になって対処をして行くので、なのである程度、ルティンといたらおかしんですけど、基本的にルティンの手順を踏んでいくという形だと思います」（Jさん/看護師長経験 13 年目）

Jさんが語ったように、医療安全管理マニュアルにそって「ルティン」の手順を踏み、初期対応をすすめていくことができる場合もあれば、事故の状況によっては、組織としての対応方針を確認しながら、「病院としての対応」とズレないような対応を判断しなければならぬこともあった。例えばMさんは次のように語っていた。

「組織っていう、病院としての対応ということもあるので、私が判断する対応と、うん、病院としての対応っていうことがズレてはいけないっていう」（Mさん/看護師長経験 2 年目）

このように、組織の対応方針を確認しながら看護師長がスムーズに対応をすすめるためには、組織関係者間で情報や対応方針が共有されていることが必要であった。しかし実際には、次のUさんが語ったように、看護師長が相反する指示を同時に受けることもあり、事故対応に困惑や混乱を生じさせることもあった。

「最終的に、あ、（看護部と医療安全管理部門が）バラバラなのかっていうのがあった

んで、そこで話してもらえませんかね、みたいなところですね。今すごく思うのは、あっちでこう言って、こっちでこう言って。で、じゃあどうしたらいいんだろうっていうことも」(Uさん/看護師長経験 1 年目)

このように、看護師長たちは組織の方向性とずれないように、上司や医療安全管理部門が示す方針を確認していたが、組織関係者間で情報や方向性を共有することができず、「バラバラ」である場合、看護師長は、それぞれの事故関係者に何度も同じ情報を伝え、それぞれの考えを聞きながら、方向性を共有していく役割を担うことに、多くの時間やエネルギーを費やさなければならぬこともあった。

(2) 解決策の模索

〈解決策の模索〉とは、事故対応の具体的な方法について、上司や同僚、安全管理部門からアドバイスを得ることである。新任の看護師長に限らず看護師長経験は長くとも、重大事故に遭遇する機会はあるわけではなく、どのように対応したら良いか、困惑する看護師長たちは少なくなかった。その中でも、他部署で発生した事故について組織内で情報を共有できる機会、副看護師長や主任と呼ばれる補佐役のポジションにあった時期に、上司である看護師長から事故対応のトレーニングを受けた経験、事故対応の場数を踏んでいる場合には、それほど大きな戸惑いを感じることはなかった。

「そういうこと(事故後対応)を積み重ねていくうちに学習していったんでしょうね。自分はこういうことをする人なんだっていう学習をしたんでしょうね。だから事故が起きた時には、さあ、頑張ろうって思いますけど。さあ、またこれと向かいあつて行こうと思いますけど」(Kさん/看護師長経験 1 年目)

Kさんは看護師長経験 1 年目であったが、主任時代に看護師長の代行として事故対応を担う経験が幾度かあったことで、それほど戸惑うことはなかったという。このように看護師長たちの中には、看護師長に昇任する以前に、当時の上司であった看護師長から事故対応のノウハウについて指導を受けた経験があると語った者はKさん以外にもいた。

一方、事故対応の経験がなく、ノウハウを蓄積していない看護師長は、事故後に自分がなすべき対応、問題解決の方策を医療安全管理部門、上司である看護部長、

副看護部長、同僚の看護師長に求め、具体的な指示やアドバイスを得ていた。

「客観的に見れる、そのアドバイザーがいて、その人たちにひっぱられると、結果的にちょっとこう引いて見ると、あ！そうかっていう。ある意味、自責の念だけで終わることがなくて、要するに問題解決まで持っていければ結果的に解決する手立てがあると、例えば失敗が起きたにしても、それを成功体験の方に変えていけるんで」

（Lさん/看護師長経験3年目）

Lさんは、事故を機に発覚した問題に対して、看護師長としてどのように対応していけば良いかわからずに困惑していた。相談にのってくれた先輩看護師長のアドバイスは、「失敗が起きたとしても成功体験に変えていける」具体的なものであり、Lさんは、問題解決に向けた具体的な手立てを得ることができた。このように、有用な解決策が得られた看護師長がいる一方で、必ずしも周囲のアドバイスが、現場の状況に即した有用なものとは限らなかった。また上司の指示のもとに判断し、行動したと思っていたにも関わらず、後になって責められ、理不尽な思いを抱える看護師長もいた。

「その時にこうしなかったの？って言われると、その時はそれが精一杯だったっていう時はやっぱりスタッフの中ではあるじゃないですか。そういう時は現場をもっと見てよって思う時はありますけれどね。（看護部の指摘は）確かな答えなんですけれど、そんなに冷静にぼんぼんぼんって、それは出来ないでしょうっていう時もありますよね」

（Hさん/看護師長経験8年目）

看護師長たちは、解決策を模索し、そうした経験を自らの学びの機会とすることで、事故対応のノウハウを身につけていった。こうした看護師長の学習は、否定的な体験から教訓を引き出す「痛い学習」もあった。例えば、次のQさんは、事故当事者の心の回復に時間がかかり、長期にわたる病欠に加え、予定していた途中退職により人員不足の状況が続き、スタッフたちの年休もままならい状況が続いていた。上司に相談するものの、人員が補充されることはなく、診療科医師が看護師を増やすように掛け合ったところ、結果的に看護師が一人補充されたという経緯があった。こうした状況について、Qさんは次のように語った。

「あ～、余計なんか、医師から何かクレームじゃないけれど、何かあった時には（看

護部は) 動くんだって。だから余計、空しさを感じて。何だかんだと言いながらも、人は一人いただくことはできたので、ちょっとでも皆が楽になればいいかって。自分が言ってダメだったら、反対に先生をうまく、お願いしようかなって。痛い思いをして学習したっていう感じですね」(Qさん/看護師長経験1年目)

このように、看護師長たちは解決策を模索しながら、現場に即した有用なアドバイスを求め、事故対応の経験を重ねるなかで、そうしたノウハウを蓄積していた。それが否定的な体験から引き出された教訓であったとしても、「痛い学習」として次につながるノウハウにしようと意味づけていた。

(3) 試行錯誤の対応への保証

〈試行錯誤の対応への保証〉とは、迷い、試行錯誤しながらの事故対応について、上司や医療安全管理部門から「それで良い」と保証や承認を得ることである。多くの看護師長が、自分なりに考え、判断しながら事故対応を行っていたが、「これでいいのだろうか」と不安を抱き、困惑することは、しばしばであった。たとえばTさんは、次のように語っていた。

「それをする(家族への説明責任を担う)のが私だったりする時に、やっぱり、これで大丈夫、これでいこうとか、っていうところの支えっていうところっていうかね。心配、心配でやっているからね」(Tさん/看護師長経験9年目)

このような状況で、上司である看護部長、副看護部長、そして医療安全管理部門、同僚の看護師長に報告、相談することにより、「それで良いと思う」と保証してもらえることは、「これで大丈夫だ」と安心でき、事故対応を引き受けていく原動力になっていた。こうした支援について、Zさんは次のように語っていた。

「自分のやったことをよし、って承認してくれるところがやっぱりあるといいですよ。今は医療安全管理部門がそういう役割も果たしてくれているので、そういう意味では、ここは比較的いいのかなと思いますけれど」(Zさん/看護師長経験1年目)

しかし、多くの看護師長が、事故対応において「これでいいのか不安」、「大丈夫という思いのなかでやれなかった」と感じていた。そして上司に状況を報告しても、保証

してもらえるところか、反対に「注意や叱責」と受け取れるような対応を受け、憤りの気持ちを抱いた看護師長もいた。

「(看護部に事故を) 報告はしても、注意しなさいとか、もっとちゃんとしなさいとか言われるだけで、私にこれ以上どうしろっていうのよって思いながら帰る時もありますね」(Hさん/看護師長経験 8 年目)

このように看護師長たちは、組織としての対応の方向性を確認し、解決策を模索し、また試行錯誤しながらの対応に承認や保証を得ることで、看護師長としてどのように事故に対応していけばよいかを模索していた。

7) 態勢の立て直し

《態勢の立て直し》とは、看護師長が病院内外の周囲の人々の支援を得ながら、ストレスマネジメントに取り組むことにより、自らの心身の状態を安定させ、困難な状況に対処するための力を回復、維持させることである。

(1) 気持ちの立て直し

〈気持ちの立て直し〉とは、周囲の支援を得ながら、ストレスマネジメントに取り組み、心身の状態を安定させ、事故と向き合うための態勢を整えることである。看護師長たちは精神看護専門看護師への相談、心理カウンセラーのカウンセリングを受ける、日常生活を整える、同僚に愚痴を聴いてもらうといった方法で気持ちを立て直していた。例えば、Lさんは、精神看護専門看護師のアドバイスをもとに、事故と向き合うための態勢を維持できるように日常生活を整える努力をしていた。

「とにかく今は、仕事をやりすぎるなっていうことは言われたので。とにかく病棟以外の仕事をあんまりやりすぎるなど。必要なことはならなくてはいけないけれど、それ以上やるな。体力を温存しろって。寝て食べて、とにかくそこを規則正しくしろっていう風に非常に言われたんですね。だから仕事はしていましたが、途中で時間が来れば帰るとかっていう形で時間を区切るようになったんですよ」

(Lさん/看護師長経験 3 年目)

さらにスタッフの頑張りに支えられた、医師の協力、上司が常に気にかけて声をかけて

くれたといったように周囲の支援を実感でき、「自分は守られている」と感じることで、自分を奮起させ、事故と向き合う力を回復させる看護師長もいた。

「私は全面的に息子さんにやっていると言いましたけども、でも、(スタッフは)まかせっきりという感じではなかったの、それなりにやっぱり息子さんとかの対応も気を遣ってやってくれている場面も見ましたし、(患者)本人にももちろん、ちゃんとやっていたのを見ましたので、その辺が一番大きいですかね。支えになったというのはね。(略)それが一番だったかも知れない。だったら私はもっとやらなきゃって思いますもんね」(Nさん/看護師長4年目)

一方で、「危機感を煽られる」ことや、「ちょっとしたことでいちいち助けてくださいとは言えない」、「忙しい中で話を聞いてくださいと言いに行ける人は少ない」とラインの上司である看護部長、副看護部長に支援を求めにくい、求められない状況や、事故対応のアドバイスはあったとしても、看護師長へのメンタルケアは一つもないと語った看護師長もいた。

「当該部署で起きた色んなことに対しての師長のメンタルなんていうのはなく、師長としてどう対応してきたのか、対応するのかっていうところに焦点があてられていて。たぶん、他所の階(部署)でも、家族からクレームがきていて、どうしてくれるんだって言われているケースも、夜勤で起きたりすると、自分がいないところで起きた事故に対して、病棟師長が対応するって言うところでは、師長さんのメンタルケアなんて一つもないと思います」(Fさん/看護師長経験8年目)

看護師長が事故と向き合えるように気持ちを立て直し、自分の態勢を立て直すことは、スタッフをサポートするためにも必要であり、Vさんは次のように語ってくれた。

「看護部長から危機感を煽られると、スタッフに対しても師長としてサポーターになれないっていうか、私の気持ちが揺らいじゃうと、スタッフにも大丈夫よってなかなかいけないんですね。なんでやっぱり私をしっかりサポートするなり、押さえ、後押ししてくれるようなサポートは必要かな」(Vさん/看護師長経験1年目)

周囲の支援や協力を得ることができず、困惑しながらも目の前の状況に対応せざる

を得ないとき、「仕方ない」、「深く考えないようにする」、「看護師長には支援がないのが当たり前」と割り切ることで理不尽な思いを飲み込み、現状に折り合いをつけようとする看護師長たちもいた。

「まだまだ甘えているのもあるかも知れないです。ただサポートしてくれない人たちなんだって。師長になるともうサポートはないんだってあきらめなくちゃいけない部分で、まだまだちょっと甘えている部分があるのかも知れないなど」

(Qさん/看護師長経験1年目)

このように看護師長たちは、ストレスマネジメントに主体的に取り組むことや、周囲の支援やスタッフの頑張りに支えながら、事故と向き合っていくための態勢を整えていたが、あきらめ、割り切る、深く考えないようにするといった方法で現状に折り合いをつける場合もあった。

(2) 組織の後ろ盾の確認

〈組織の後ろ盾の確認〉とは、看護師長が事故対応の責任を引き受けながらも、トラブルが発生したり、窮地に立つような状況になった時、組織のバックアップが得られ、最終責任は病院がとってくれるという安心感をもてる状況である。組織の後ろ盾を、病院長から直接、伝えられ、安心できた看護師長もいたが、次のNさんのように、日頃の関わりのなかで築かれた看護部長への信頼が、後ろ盾の保証となっている場合もあった。

「日頃の看護部長との関わりというか、まあ、おそらく私が窮地に立たされた時には来てくれるという、保証はないんですけど、何かそういう信頼はあったので、今までも色々なことがあった時にもきちっと後ろ盾はして下さったので、それもあったと思いますけど」(Nさん/看護師長経験4年目)

このように、看護師長が組織の後ろ盾を確認できることは、安心して事故対応を担っていくことを可能にした。

8) 責任の背負い込み

《責任の背負い込み》とは、事故が起きてしまったことに対して自分を責め、自分を

心理的に追い込むことや、事故対応に負われ、責任の重さから心身の負担を抱えることである。疲弊し、強い無力感を抱き、責任の重さを抱えきれなくなったとき、「(看護師長に)むいてない」、「無理だな」、「辞めようかな」という思いを抱いたと語った看護師長もいた。26名の研究参加者のうち、事故をきっかけに退職した者はいなかったが、1名の看護師長が年度末に退職の意向を表明し、結果的に引き留められる形で系列病院に異動をしていた。

「その頃は、もうサポートしてくれる人もいないんだっていうのと、なんかこう投げられちゃったような気持ちと、やっぱり自分もこうテンションが下がっちゃってって、本当にやめようかなって。思った時期も」

(Qさん/看護師長経験1年目)

「自分でこの責任の重さに耐えられなくなったら、きっと、やっぱり仕事をやめなくてはいけないと思うんです。その辺の覚悟は、私なんか今師長になって16年にもなって、もう看護師やっていたよりも師長をやっている方が長くなってきてしまっているんで、その辺の責任の重さ自体は、やっぱり年々年々ひしひしと感じています」

(Jさん/看護師長経験16年目)

3. 考察

看護師長による事故当事者の支援に関わる現象の一つは、【看護師長として負うべき責任の明確化】というものであった。看護師長が事故対応の前線に立ち、看護師長として負うべき責任を明確にし、組織関係者や周囲の人たちの支援を得ながら、態勢を立て直し、事故当事者とともに責任を引き受けていくプロセスが、事故当事者の《事故の乗り越えの後押し》につながることを示された。看護師長として事故の責任をとるとはどのようなことであり、看護師長がどのように責任を引き受けることが、《責任を背負い込む》ことなく、事故当事者の《事故の乗り越えの後押し》につながるかについて、本結果をもとに考察する。

1) 看護師長として責任をとること

看護師長が組織の窓口として事故対応の担い手となり、《事故対応の前線に立つ》ことは、事故当事者、患者・家族、そして組織関係者との関わりのなかで責任を問われ、また自問しながら【看護師長として負うべき責任の明確化】をすることにつな

がっていた。それでは、責任をとるとはどういうことであろうか。大庭(2005,p.12-38)によれば、通常、「責任」という言葉は、過去の悪行・過ちを償う義務といった意味を帯びるものであるが、人間のあり方として「責任がある」ということを考えるとき、法的な弁済義務に還元できるものではないと説明する。そして「責任(リスポンシビリティ)」という語は、「応答(リスポンス)の能力・可能性(アビリティ)」に由来し、互いに「問いかけ・呼びかけうるし、応じうる」間柄を生きること、すなわち呼応可能性が、人間のあり方を考えるときの「責任」の根幹だという。これは、呼びかけられているという事実を黙殺せず、応えることを期待されているという事実を無視しないこと、応答を期待しにくいときでも、呼びかける努力をやめず、応えきれないと感じても、応えようとする姿勢をくずさないことだと述べている。では大庭のいう人間のあり方としての「責任」という意味において、看護師長が責任をとるとはどういうことであり、また誰との間で「問いかけ・呼びかけうるし、応じうる」間柄を生きることにより、自らの責任をとっているのだろうか。

【看護師長として負うべき責任の明確化】において、看護師長は上司や周囲の人々から直接的に管理責任を追及されることもあったが、事故当事者が自責感にかられ涙する姿、そして予期せぬ事態に困惑し、苦悩し、怒りをむける患者・家族を目の当たりにし、「つらい思いをさせてしまった」と事故を防げなかった自らの責任を自覚していた。このように看護師長は、事故対応の様々な局面において、事故当事者、患者・家族の苦悩といった反応、そして組織関係者から責任を問われることを、自分への呼びかけとして受け止め、応えるべき問いが発せられおり、それに応えていくことが期待されていると受け止め、かつ応えようと努力することによって、呼応可能な間柄を作り出しているといえよう。看護師長として自らが負うべき責任、引き受ける責任は何かを明確にしていくことは、応えようとする努力であり、それは《事故の対応方法の模索》につながっていくものであった。これが看護師長として責任をとっていく核となると考える。

さらに看護師長は、【看護師長として負うべき責任の明確化】をするなかで、自分が引き受けられる責任の範囲を超えており、責任を負うことへの困惑や困難感が高くなれば、《組織内の役割分担の調整》をしていた。看護師長が上司や組織関係者に対して、責任を分け持ってもらい、役割分担の調整を求めることは、その相手に対して「あなたは、この事故とどう向き合い、私の呼びかけに応じてくれるのか」という問いかけの意味をもつものとなろう。看護師長の呼びかけに対して、期待通りの支援が得られない場合もあった。引き受けられる責任を超えており、応えきれないと感じても、応えようとする姿勢をくずさないために、看護師長は、《態勢の立て直し》をすることで、

応える努力をしていた。このようなプロセスを経て、看護師長は、「事故当事者とともに責任を引き受ける」ことをしていた。

そして「事故当事者とともに責任を引き受ける」ことは、〈部署管理上の課題の明確化〉を通して、事故の再発防止のための取り組み課題を明確にすることと同時に、事故当事者への呼びかけがなされていた。謝罪を促すこと、組織関係者が責任を分け持ってくれていることを伝えること、そして自分が役割モデルとなるべく患者や家族に対する責任のとり方を示しことを通して、〈事故当事者に責任の取り方を示す〉働きかけもまた、問いかけ、呼びかけの意味をもつ。このように人間のあり方としての責任を考えると、看護師長は自らが問われた責任を明確にし、応えていくだけでなく、組織関係者や事故当事者に問いかけ、呼びかけ、応じてくれることを期待し、呼応可能な関係性を維持、発展させることを通して、事故の責任を引き受けようと努力していたといえる。

なお患者や家族の呼びかけに対しても同様に、看護師長は呼応可能な関係を維持していくことが求められるといえるが、この点については第Ⅷ章で述べる。ここでは呼応可能な関係を維持、発展する対象として患者・家族の存在があることに触れるにとどめる。

さて呼応可能な関係を作り出すことが責任の根幹とはいえ、それは容易なことではなく、看護師長が「責任を背負い込む」こともあった。次にこの点について検討する。

2) 看護師長が責任ととることと事故当事者の支援

看護師長が「責任の背負い込み」という帰結に至るのには、カテゴリー統合関連図(図3)に示したように3つのプロセスがあった。1つは、「組織内の役割分担の調整」が期待通りになされないために、事故対応の困難さを抱え、「態勢の立て直し」を行うものの、周囲の支援を得ながら気持ちを立て直すことができず、「責任を背負い込む」プロセスである。2つめは、「事故の対応方法の模索」をするものの、対応の方向性が確認できず、解決策も見いだせず、試行錯誤をしながらの対応に困惑し、困難さが高まる結果、「責任の重さを抱え込」ものである。そして3つめは、部署管理上の課題を明確にすることができず、事故が起きたのは自分の管理能力の問題として捉え、また事故当事者個人の責任を問うことをせず、事故の責任をすべて自分がとるといったように、「事故当事者とともに責任を引き受ける」ことが困難となり、「責任を背負い込む」というものであった。

この3つのプロセスを、先に述べたように呼応可能な関係性の維持、発展という点

から考えてみると、組織関係者、事故当事者との関係性において、看護師長が《責任を背負い込む》状況がみえてくる。まず組織関係者との関係においては、先に述べたように、《組織内の役割分担の調整》において、看護師長の呼びかけに対して期待通りの支援が得られず、呼応可能性を欠いた組織の対応に直面していた。責任の重さを抱え、応えきれないと感じても、応えようとする姿勢をくずさないために、看護師長は、《態勢の立て直し》をするものの、それがスムーズにいかず、結果的に《責任を背負い込む》ものであった。

一方、事故発生情報が伝えられず、看護師長が蚊帳の外に置かれるといった《事故対応の前線に立つ》ことが困難な状況もあった。看護師長不在のなかで、《組織内の役割分担の調整》が行われ、事故対応が速やかになされ事態の收拾ができたとしても、蚊帳の外に置かれるような状況が続き、事故対応の前線に立つことがなければ、看護師長として責任を引き受けていくことは困難となる。それは、事故当事者もまた責任を引き受けていくことが困難になることを意味する。

また事故当事者との関係において、組織主導で看護師長が蚊帳の外に置かれる状況だけでなく、「スタッフがやったことは全て自分の責任」と捉えることは、事故の状況にかかわらず、個人の責任を一切問うことなく管理者である自分の責任として引き受けることになる。鮎澤(2007)は、事故当事者となった看護職へのサポートとは、「当事者としての義務や責任を全うしていくことができるようにしようとするものであり、果たすべき責任を軽くしようとすることや、当事者がしなければならないことを代行しようとするものではない」と指摘する。大庭(2005,p24)も、「責任とは、荷物のように背負わされたり、他人に転嫁できるような責務ではない」と述べている。

事故の状況に関わらず個人の責任を一切問うことなく、スタッフがやったことは全部自分の責任とする対応をとることは、事故当事者に問いかけ、呼びかけることをしないことである。看護師長が個人の責任と管理責任をどのように考えるかは、上司の考えが影響しており、システムの管理者である看護師長の責任が厳しく追及されるなかで、困惑し、葛藤を抱く看護師長もいた。さらに、こうした責任の取り方が、結局は「看護師長が責任をとることが当たり前」な状況を作り出していた。それは看護師長に《責任の背負い込み》となるだけでなく、事故当事者が、「人として」、「専門職として」、「組織の一員として」の責任を引き受けることができないことにつながる。反対に、看護師長が、【看護師長として負うべき責任の明確化】において、事故が起きたのは管理責任を超えた個人の問題であり、自分の責任範囲ではないとすることは、呼びかけられているという事実を黙殺し、応えることを期待されているという事実を無視す

ることになる。

呼応可能性を担っていくためには、「間違いが判明したら、非を認めて謝り相手の許しを乞うことをともなうし、自分の行為に正当な理由がなく、むしろそうしない理由があったと判明したならば、率直に詫び、行為の相手との関係修復のコミットメントを引き受けること(大庭,2005,p.29)」が求められる。事故当事者の対応に非があったとき、看護師長が管理者として前面に出て謝罪をするという責任の取り方だけではなく、事故当事者、看護師長がそれぞれに関係修復のコミットメントを引き受けていくために、それぞれの責任を不問にすることなく、責任をとる機会が事故当事者に与えられなければならない。それは個人に責めや懲罰を下すことではなく、本結果で示されたように《事故当事者ともに責任を引き受ける》プロセスに、看護師長がコミットメントしていくことであると考え。

3) 看護師長が責任をとることと事故からの心理的回復

看護師長は《責任の背負い込み》に至る呼応可能性を欠いた組織関係者の対応に直面するなかで、困惑し、困難さを抱えていた。これは看護師長へのインタビュー調査を行った福田(2009b)、山内ら(2004)の先行研究を支持する結果であった。事故に関わる人たちが、それぞれに呼応可能な関係を作り出し、責任を引き受けていくことは、看護師長が事故という衝撃的な出来事から心理的に回復していく点からも重要であると考え。

研究参加者となった看護師長たちの多くが、事故対応のなかで困惑し、苦悩していたが、《態勢の立て直し》において、周囲の人々から「守られている」という思いがもてることで気持ちを立て直していた。そして組織の後ろ盾を確認できることは、心理的安全感が保証されることを意味する。子どもにとって母親などの養育者が安全基地(Bolby,1988/1993)を提供することにより探索行動がとれるのと同様に、看護師長は組織の後ろ盾を感じ、気持ちを支えてもらい、周囲の支援によって《態勢の立て直し》をすることができた。さらに《事故の対応方法の模索》から、具体的な解決策を得ることや、試行錯誤の対応に承認を得られることは、困難な状況をコントロールする感覚を取り戻すことを支えるであろう。さらに〈部署管理上の課題の明確化〉は、事故後の混乱した状況を整理し、自分が取り組むべき方向性を見だし、前に進むことを後押しするものとなる。このように看護師長が周囲の人々との呼応可能な関係性のなかで、態勢を立て直し、事故当事者とも責任を引き受けるプロセスは、事故当事者の《事故の乗り越えの後押し》だけでなく、看護師長自身の心の回復プロセスを後

押しすることになると考える。そのためには、前線に立つ看護師長のニーズに応じた支援を速やかに、かつ柔軟に提供できる組織体制が必要であり、その基盤になるのが、呼応可能性を作り出す組織の姿勢であることが本結果から示唆される。

看護師長を対象とした吉川ら(2008)の調査では、新任の中間看護管理者が役割遂行上の困難に出会ったとき、上司の支援や組織内の人々からの指導など豊富な承認と支援を求めており、そうした支援が困難を乗り越える力となることを示している(吉川ら,2012)。また上司から大切にされる、上司の豊富な承認と指摘、上司の役割モデルは、中間看護管理者の成長を促進する経験の1つであるという(吉川,2012)。これら2つの研究は、医療事故という状況に限定したものではないが、中間管理職という職位や役割に伴う責任を引き受けていくという意味において共通しており、事故対応における上司や組織内の支援の重要性を示すものである。

しかし本結果からは、上司から注意や叱責され、危機感を煽られるものの、期待した支援を得ることができず、孤独のうちに《責任を背負い込む》看護師長の姿が浮き彫りになった。山内,高木(2004)による看護師長へのインタビューでも、事故対応で過度の負担を抱える状況が報告されている。また呼応可能性を欠いた周囲の反応に直面し、「看護師長に支援はない」とあきらめ、現状に折り合いをつけることで気持ちの立て直しをする看護師長の姿が見えてきた。それは呼びかけることをあきらめ、無力感に打ちひしがれ、そして上司や組織の姿勢に強い不信感を抱き、責任の重さを抱えきれなくなり、退職すら考える看護師長の姿であった。事故当事者を支える看護師長の呼びかけに応えるべく、組織の支援のあり方や責任の取り方が問われている。その問いに組織が向き合い、応える努力をしていかなければ、事故対応は個人の責任追及から、事故現場の管理者である看護師長への責任追及に置き変わったに過ぎないものとなろう。

第Ⅷ章 患者・家族の信頼の回復

本章で詳述する【患者・家族の信頼の回復】という現象は、《患者・家族の事態の受け止め方の把握》、《事態悪化の回避》、【患者・家族の信頼の回復】、《事故の乗り越えの後押し》、《対応の矢面に立つ》、《和解方法の模索》、《患者・家族との関係悪化》という7つの概念から形作られるものであった(図4)。以下、本現象の概要を説明した後、これらの概念を説明し、最後に結果をふまえた考察を述べる。

1. 【患者・家族の信頼の回復】という現象

患者に予期せぬ事態が発生した場合、看護師長は、患者・家族の訴えや言動の観察、スタッフからの情報、医師や他部署の看護師長や事務部門からの報告を受けて、《患者・家族の事態の受け止め方の把握》を行っていた。看護師長が患者・家族の事態の受け止め方を把握し、患者・家族が不安を示すものの冷静に事態を受け止めており、また医療者の説明に対する理解度が高く、否定的反応を表出する程度が少ない場合、看護師長は《事態悪化の回避》のための対応を行った。

看護師長が、患者・家族に対して迅速で誠実な対応姿勢を示し、事故に伴って二次的に生じる合併症を予防することや、看護師に過失がないと考える場合には、看護師の行為の正当性を伝え、記録を整えるといったように先手を打って対応する程度が高く、患者の回復が順調で、そして患者・家族の要請に応じて何度も繰り返し説明の場を設定することや継続的な治療やケアを保証するといった方法で患者・家族の不安を軽減しようとする場合、【患者・家族の信頼の回復】という働きかけにつながっていた。

そして看護師長は、事故当事者による謝罪の場を設定することや、自分から家族に声をかけるように促すこと、事故からしばらくの間は患者の担当を調整するといった方法で事故当事者と患者・家族の関係修復を促していた。またチーム皆で時間をとった念入りなケアを提供すること、患者・家族の痛みを無駄にしないように再発防止の具体的対策を示すことにより、【患者・家族の信頼の回復】ができるようにしていた。患者・家族との信頼回復に努める程度が高く、事故当事者と患者・家族との関係修復を促す程度が高いこと、そして事故後もケアを継続でき、患者・家族に再発防止の具体的な対策を示すことができれば、それは事故当事者の《事故の乗り越えの後押し》という帰結につながるものとなった。

一方、《患者・家族の事態の受け止め方の把握》から、不信感、医療者の説明

への納得のいかなさ、病院側の手落ちや過失と受け止めていることを察知し、かつ否定的感情反応を表出する程度が強い場合、または《事態悪化の回避》のための対応を行うものの、先手を打って対応する程度が低く、患者の回復状況が悪い、ないし死亡に至る場合や、患者・家族の不安を軽減する程度が低い場合、看護師長は《対応の矢面に立つ》ことになった。

看護師長は、ベッドサイドに足を運び患者・家族と対話を続ける努力を行い、訴えを聴き、スタッフが動きやすい雰囲気をつくるなどの方法で、自分が対応の矢面に立ち、患者・家族の否定的感情をやわらげるような対応をとっていた。そして誰が当事者かを伝えない、事故当事者だと名乗らせない、直接会わせない、電話口には出さないといった方法で、事故当事者を対応の表に出さないようにしていた。看護師長が患者・家族対応の矢面に立つ程度が高く、患者・家族と対話を続け、否定的感情をやわらげることにより、患者・家族の怒りが鎮静化すれば、【患者・家族の信頼の回復】につなげることが可能であった。しかし患者・家族の怒りや興奮が増強する場合には、《和解方法の模索》という対応が必要となった。

看護師長は、医療者や病院に対する患者・家族の要求をくみ取り、応える努力を示すことにより和解方法を模索していた。和解方法を模索する程度が高く、患者・家族の要求に応えようとする姿勢を示し、要求に応えることが困難であっても妥協点を見いだすことができた場合には、【患者・家族の信頼の回復】につなげることができた。しかし、和解方法を模索するものの、防衛的で、患者・家族の出方を見る対応、事故当事者に心理的負担をかけないことを優先させ患者・家族の意向に添う程度が低く、互いに妥協点を見いだすことができない場合、《患者・家族との関係悪化》という帰結に至った。そうした場合、医療者に攻撃的態度を示し、訴訟の言葉を出す患者・家族に対して、看護師長は再び、事態の受け止め方の把握を行いながら、対応を続けていくことになった。

2. 【患者・家族の信頼の回復】という現象を形作る概念

本現象は、【患者・家族の信頼の回復】を中核概念として、以下の7つの概念から形作られていた(図4)。

1) 患者・家族の事態の受け止め方の把握

《患者・家族の事態の受け止め方の把握》とは、患者・家族が、予期せぬ事態をどのように受け止めているのかを把握する関わりである。看護師長は、患者・家族の訴えや言動の観察、スタッフからの情報、医師や他部署の看護師長、事務部門から報告を受け、医療者の説明に対する理解度と、感情反応という点から患者・家族の事態の受け止め状況を把握していた。例えば、誤薬事故について患児の母親に伝えた際の反応について、Zさんは次のように語ってくれた。

「お母様にお話をする時に、何か本当に私も忘れもしないんですけど、お母さんの反応がですね、本当にその話をこう、じ〜っと聴いてられて、ポロポロって涙をこぼされて、やっぱり言いたい気持ちはすごくあったんだと思うんですけど、看護師みんなに子どもさんをよくしてもらっていると。だから2度と同じことが起きなければそれでいいですって言ったんですよ。でもすごく(怒りを)かみ殺して」

(Zさん/看護師経験1年目)

このように、事故発生的事实を説明した際に、看護師長が家族の反応を直接、把握する場合もあったが、面会時の家族の様子をスタッフから情報収集することや、患者の治療の場が事故発生部署から他部署、集中治療室、外来へと移った場合には、次のDさんのように、主治医や患者の転床先の看護師長の協力を得て、患者・家族の受け止め方を把握する場合もあった。

「入院している間も(他)病棟の看護師長にお願いしてあって、もし病棟の中で患者さんが術後、経過が長くなるので、何かご不安を訴えてきているんじゃないかなという思いもあったので、何かあったら連絡して欲しいということを書いてありましたので」(Dさん/看護師長経験22年目)

さらに患者・家族の事態の受け止め方は、時間の経過で変化することがあった。退院後や事故発生から半年後など時間が経過してから把握する場合、その多くは医療

者の対応に不信感を示していた。例えば、事故直後には医療者の説明に納得、了解した様子を示し、お礼の言葉を残して退院した遺族が、後日、不信感や疑念を露わにし、詳細な説明を求めてきた状況について、Mさんは次のように語った。

「説明を受けても、家族はあんまり、その当日に関しては、あの、特に強い不信感っていう感じではなかったんですね。むしろ、その後の電話対応だったりとか、その時に、『どうなんですか、また説明を受けられるんですか』っていうようなところだったので。そんなに反応があるんだって、ちょっとびっくりしたんですね。当日は、まあ、ありがとうございましたって帰って行かれたので。そんなに気にしているっていうか、そういう風にちょっと見えなかったのよ」（Mさん／看護師長経験2年目）

以上のように、看護師長は患者・家族の事故の受け止め方を、説明に対する理解、感情反応といった点から把握していたが、時間経過とともにそれらは変化することがあった。看護師長は、患者・家族の事態の受け止め方に応じて、その後の対応を展開していた。

2) 事態悪化の回避

《事態悪化の回避》とは、事故がもたらす影響を最少にし、事態が悪化しないことを意図した関わりである。看護師長は、患者の回復にチームで力を尽くすこと、先手を打って患者・家族に対応すること、そして患者・家族の不安を軽減することで、事態の悪化を回避しようとしていた。

(1) 患者の回復に力を尽くす

〈患者の回復に力を尽くす〉とは、医師や看護チームの協力を得ながら、患者の原状回復にむけて治療やケアを提供できるようにすることである。患者の回復にむけて直接的に治療やケアを提供するのは医師や看護スタッフたちであったが、看護師長は医師、状況に応じて薬剤師に治療協力を求めることや、スタッフたちと看護ケアの方向性を確認すること、自分が家族に関わることで、看護師が患者のケアに集中できる環境づくりを行っていた。誤薬事故後の患者へのケアについて、Nさんは次のように語ってくれた。

「とにかく薬をすぐ中止して。（薬剤を）切れれば少し起きてくるだろうみたいな感じ

で、確かにそういう風に良くなっていったんですね。次の日くらいにはかなりすっきりしてきて。その間、食事がどうしても drowsy なのでとれない間は点滴をやって、で、起きれるようなケアというか、ちょっと刺激的なような、日中は介助をして」

(Nさん/看護師長経験4年目)

看護師長は、チーム全体で患者の回復に力を尽くすとともに、患者の退院、退院後の外来診察など事故に伴う治療が終結するまで患者の回復状況を見届けていた。患者に後遺症がなく回復できれば、事故当事者そして看護師長に安堵をもたらすことを、Jさんは次のように語った。

「患者さん自体が、特にこのことに対して、すごく大きな障害を負ったり、というようなことがなかったので、それでもう一つ安堵。それは本人（事故当事者）も私も、一番に安心しています」(Jさん/看護師長経験13年目)

このように、看護師長が医師や看護スタッフと協力しながら患者の回復に力を尽くすことは、患者に与える影響を最少にすることと、それによる事故当事者の心理的負担の軽減につながると意味づけていた。

(2) 先手を打った対応

〈先手を打った対応〉とは、患者・家族の不信感を強めないよう先を見越した対応を行うことである。先手を打った対応として、事故を隠すことや有耶無耶にすることなく、迅速、誠実な対応姿勢を患者・家族に示すこと、看護師の対応に非がない場合には毅然とした態度で看護行為の正当性を示し、そのための根拠となる看護記録を整えること、事故に伴って二次的に生じる可能性のある転倒や肺炎などの合併症予防のためのケアを行うことがあった。

「途中で何事も起こらず、っていうか、もう2ヶ月もいたので、その間もう1回ね、発熱したり、肺炎になったり、もう1回転んだりとかって、あってもおかしくないけど、すごいみんな頑張ったな、と思って」(B看護師長/看護師長経験1年目)

さて、迅速で誠実な対応のひとつとして、医療者の対応に非がある場合、患者・家族に対して事故当事者が謝罪する場をつくることがあった。看護師のエラーが事故に

つながった状況において、Jさんは、先手を打った謝罪の場づくりについて、次のように語った。

「こういう風にして患者さんに（看護師のエラーが）わかってしまった場合には、別にもみ消すつもりはないんですが、やっぱり患者さんがおかしいと思ったものに関して、非常にその看護師への不信感が出てきて、ここで間髪入れないで手を打たなかったら余計、今度は、その個（事故当事者）に、『何で謝りに来ないんだ』っていうような問題がいつてしまうのが非常に恐ろしいと思っているんですね。で個人攻撃を始めると困るので」（Jさん/看護師長経験13年目）

このようにJさんは、「間髪入れないで手を打つ」こととして、事故当事者に謝罪をさせることを挙げ、それは患者の不信感を強めないこと、そして不信感から事故当事者への個人攻撃といった事態に至ることを回避することを意図したものであった。

(3) 患者・家族の不安軽減

〈患者・家族の不安軽減〉とは、事故によって生じた患者の身体的影響や治療や回復の見通し、治療費の補償などに関する情報を繰り返し提供することにより、患者・家族の不安を軽減する関わりである。

「最初の1年近くまで、説明も、経過がやっぱり治っていかないんで、ご主人がすごく心配して説明を何回か求めてきているのとか、設定したりとかをするので」（Sさん/看護師長経験2年目）

「何か不安はないですか？何かやって欲しいこととかは？説明が足りないことはないでしょうか、とか。確認は」（Tさん/看護師長経験9年目）

Sさん、Tさんが語ったように、看護看護師長たちは、不安なことはないかと尋ね、患者・家族の要請に応じて、繰り返し、説明の場を設定することにより、患者・家族の不安軽減に努めていた。

以上のように、看護師長は、患者の回復に力を尽くすことに加えて、先手を打った対応をとることや、患者・家族の不安を軽減することにより、《事態悪化の回避》のた

めの対応を行っていた。看護師長が回避する事態としては、事故に伴う患者への身体的影響を最少にし、患者・家族の不信感や不安感などの心理的な負担をかけるまいことであった。そうした事態を回避することができれば、事故当事者も看護師長も安堵することができていた。

4) 患者・家族の信頼の回復

【患者・家族の信頼の回復】とは、予期せぬ事態が起きたことにより揺らいでいる、もしくは揺らぐ可能性のある患者・家族の信頼を回復するための働きかけである。

(1) 事故当事者と患者・家族の関係修復の促し

〈事故当事者と患者・家族の関係修復の促し〉とは、看護師長が、事故当事者と患者・家族の関係を修復できるよう意図した働きかけである。関係修復を促す方法として、患者・家族に直接謝罪する場を整えること、患者・家族に自分から声をかけるよう伝えつつも、両者の思いに配慮しながら患者の担当を調整することがあった。事故が起きた時には、必ず事故当事者に謝罪意思を確認し、謝罪を促すと語った Jさんは、誤薬の報告を受け、朝一番で患者に謝罪に行ったエピソードを次のように語った。

「(看護師長が患者に謝罪に行くと)『Oさん(事故当事者)は師長さんのところにちゃんと報告したんだって。信用できる人だよ、あの人は』って(笑い)いう風な形で言ってくれたんで。その時に、『僕からは、その辺はスタッフ(事故当事者)は覚えていないんだけど、僕からは、師長さんにはこのことは言わないからね』って(Jさんが笑い出す)言ってくれたみたいなんですね。『だから僕はそういう風に話をしたんだよって。でもちゃんと師長さんに話しがいったんだ。信用できる、エライ人だね』っていう風な形での評価をされていくんですね」

(Jさん/看護師長経験 13年目)

Jさんによれば、誤薬が発覚した時点で、事故当事者である看護師は患者に謝罪をしていた。報告を受けた看護師長が改めて患者に謝罪をしたところ、看護師長に隠さず報告されたことを知った患者が、当該看護師を「信用できる、エライ人」と評価したものである。この事故では、患者への影響はなかったが、インシデント事例についてもスタッフの対応をフィードバックするといった日々の関わりがトレーニングとなり、重大な事故が起きたときにも、スタッフが適切な対応をとり、患者の信頼を回復すること

につながると考えていた。

このように看護師長が事故当事者に謝罪を通した関係修復を促すのは、①患者・家族の不信感がやわらぐ、②事故当事者と患者・家族の関係修復が両者の心の整理をつけることになると、考えるからであった。例えばYさんは、次のように語っていた。

「当事者として謝罪をしたいという気持ちがありましたから、そこはそれで一つ、心の整理ができたのかなって思うんですね。ご家族も（当事者の謝罪を）とても受け入れてくださって、いつでも会いに来てくださってというような感じでおっしゃってくださいましたから」（Yさん/看護師長経験7年目）

事故当事者の謝罪の方法には、①主治医や管理者、医療安全部門等が主体となった組織としての謝罪に同席させる場合と、②事故当事者が患者との関わりの場面で個別に謝罪をする、の2通りがあった。事故の状況によっては、事故当事者を組織の謝罪の場に同席させることなく、管理者のみによる謝罪が行われたが、そうした場合でも、事故当事者が個別に謝罪できれば、両者が関係修復する機会をもつことは可能であった。

「一応、管理的な問題と教育的な問題があって、新人だっていうことがあるので、一応こちらで、管理職からの謝罪ということで、当事者は出していないです。（略）（事故当事者は自分のミスに気づいたときに患者に）謝って、その後も、何回か下痢が続いているっていう話をされる度に、行って謝っていたみたいです」

（Lさん/看護師長経験3年目）

さらに事故当事者が謝罪をした場合、看護師長は、事故後しばらくの間、事故当事者を患者を担当するチームから外しつつも、関係修復のために自分でも声をかけるように促すことをしていた。このような関わりについて、Zさんは次のように語っていた。

「できるだけ違うチームの方に、それは関係修復するっていう意味では、ちゃんと時々は自分で声をかけるようにっていうことを話して。やっぱり、チームはね、たまたま違っても時々声をかけるといいよねってことは言っていましたけど、直後に

は、そっちのチームには入れなかったと思います」(Zさん/看護師長経験1年目)

Zさんは、家族から事故当事者の担当をはずして欲しいと言われたわけではなかったが、お互いに事故のことを思い出してしまうだろうと考え、患者・家族、そして事故当事者のためにも、1～2ヶ月の間、患者のいるチームから事故当事者を外していた。そのように両者の心理的負担を軽減しながらも、事故当事者から患者・家族に声をかけるよう促し、両者の関係を途絶えさせることなく、修復できるようにしていた。

しかし事故後、患者が手術室から一般病棟へ、ないし一般病棟から集中治療室に移動するなど事故発生部署で継続的に看護を提供できない場合、患者と家族のケアは他部署に委ねられた。事故後も継続してケアを提供できることは、関係修復の機会となり、それができない場合には、関係修復のプロセスが困難になると看護師長は捉えていた。この点についても、Zさんは次のように語っていた。

「このケースみたいに事故があった後に本当に長い間、私たちが関係修復の時間をいただいているケースは、割に患者さんもスタッフも、気持ちが少しくうね、前むきになるんだけど、事故が起こって、透析が必要になって他の病棟に移っちゃうとか、その後に関係修復の時間をもらえない時が一番スタッフも患者さんにもきついだろうなって思うので」(Zさん/看護師長経験1年目)

このように事故当事者が謝罪をし、関係を途絶えさせることなく患者のケアに関われる状況をつくることを通して、看護師長は患者・家族との関係修復を促していた。そして関係修復は、患者・家族、そして事故当事者の両者の心の整理を後押しすることになると看護師長は捉えていた。

(2) 丁寧なケアの提供

〈丁寧なケアの提供〉とは、スタッフを巻き込み、チーム全体で患者・家族に丁寧なケアを提供することである。丁寧なケアの方法として、時間をかけて念入りにケアを行うことや、家族と一緒に患者をケアする機会をもつこと、患者の担当チームを越えてスタッフ皆でケアを行うことがあった。特に看護師長は、家族がいない時間の患者の様子や看護師が行っているケアについて伝えるようにしていた。また事故の話題だけではなく、家族が抱えている問題や困り事に丁寧に対応することで、家族の信頼を回復していた。

「お母さん（患者）の一日の様子を（息子さんに）報告するようにしていました。今日は比較的起きてましたよ、とか、今日はお風呂に入ったんですよとか、ご飯を今日はこのくらいは食べられてましたよって。なるべく良くなっているよ、っ的な。事故、直接じゃなくて、ところみたいな形ではやってきたつもりです」

（Nさん/看護師長経験4年目）

このように看護師長たちは、チーム全体で患者に丁寧なケアを行っていることを家族に示すとともに、面会に訪れた家族に対して丁寧に対応することで、患者・家族の信頼を回復できるよう努力していた。

（3）再発防止の具体策の提示

〈再発防止の具体策の提示〉とは、予期せぬ事態に直面した患者・家族の苦悩を理解し、彼らの痛みを無駄にしないためにも、事故の教訓を活かした具体的な再発防止策を患者・家族に示すことである。例えば、誤薬事故により看護師に不信感を示す家族に対して、Tさんは再発防止のための具体策を次のように示した。

「（家族に誤薬事故を）説明をして、どうやって信じていけばいいですか、ってお母さんとかがね、言われた時に、じゃあもう本当に、お母さんが帰る前に次の朝、お母さんがいない時に投与するのはこれですってことを確認してもらってやっていくってということで、確認をとるしかないですねって」（Tさん/看護師長経験9年目）

このように看護師長は、再発防止に取り組む姿勢や具体的な対策を示すことで、患者・家族の信頼を回復する努力をしていた。

5) 事故の乗り越えの後押し

《事故の乗り越えの後押し》とは、事故当事者の頑張りを促し、精神的に安定すれば普段通りの対応をとり、そして事故を繰り返さないための教育的支援を行うこと、安全に仕事を継続できる環境を整え、職場につなぎとめていくことにより、事故当事者が仕事を継続できるよう意図した働きかけである。これは、看護師長による事故当事者支援に関わる現象の中核概念であるが、【患者・家族との信頼の回復】という現象の帰結として位置づけられた。

この概念については、第Ⅹ章で詳述するが、ここでは事故当事者が患者・家族に謝罪をし、直接、患者・家族の言葉を聴くことが、事故当事者を前向きにさせ、頑張りを促すことにつながったと捉えた看護師長の語りを紹介する。

「周りがいくらこう、慰めじゃないけれど支援をしようと思っても、患者さんのそういう一言にまさるものはないような気がしますね。前向きに考えられるかはそこにかかっちゃう気がします」(Zさん/看護師長経験1年目)

6) 対応の矢面に立つ

《対応の矢面に立つ》とは、医療者への怒りや不信感といった否定的感情を抱く患者・家族対応の前線に看護師長が立つことで、そうした感情をやわらげると同時に、事故当事者に心理的負担がかからないよう個人を患者・家族の前に立たせない対応をとることである。

(1) 患者・家族の否定的感情をやわらげる

〈患者・家族の否定的感情をやわらげる〉とは、看護師長が患者・家族と対話を続ける努力をし、その訴えを聴き、受け止めることにより、怒りや不信感といった否定的感情を軽減できるよう働きかけることである。

看護師長は、患者・家族の訴えを聴き、ベッドサイドや家族の面会時に自ら率先して足を運ぶことや、面会を待ち構えて自分から声をかけ、面会時にはスタッフが動きやすい雰囲気をつくるなどして対応の矢面に立っていた。事故当初は強い怒りや不信感を看護師に向けてきたが、そうした関わりを続けるうちに次第に否定的感情は鎮まり、看護師長に労いの言葉をかけてくれるようになった家族について、Nさんは次のように語っていた。

「息子さんも、じゃあ私が何の責任をとれるのかっていうのがわかってきたんだと思うんですよ。師長さんに食ってかかってもさ、しょうがないよね、みたいになって。最後には看護師長さんも大変だよね、みたいになって。『だって薬を配るなんて看護師長はしない仕事だし、で実際やった人間じゃないのに、こんなにやってくれて』みたいに最後はなっていて」(Nさん/看護師長経験4年目)

このように看護師長は、患者・家族対応の矢面に立ち、対話を続ける努力をし、表

出する怒りや不信感を受け止めることを通して、強い否定的感情を軽減できるように関わっていた。

(2) 事故当事者は表に出さない

〈事故当事者は表に出さない〉というのは、事故当事者として患者・家族に直接会わせない、関わらせないことである。表に出さないために、誰が当事者であるかを伝えない、当事者であることを自ら名乗らせない、事故当事者を直接会わせることや電話口に出さないといった対応をとっていた。誰が事故当事者であるかを患者・家族に伝えない、知られていない場合、次のKさんの例が示すように、事故発生後に当該看護師が患者に直接関わり、看護を提供することがあっても、事故当事者として表には出さないことになった。

「(家族が) 面会に来た際に、今日の具合はこんなでしたよって普通のコミュニケーションはされたと思いますけれど、自分がその傷をつくった当人ですってという話しはさせていません」(Kさん/看護師長経験1年目)

〈事故当事者を表に出さない〉という判断は、表に出さない判断の柔軟さ、優先する対応、患者・家族の要求に応える程度、事故当事者を表に出す場合の要件によって特徴づけられ、次の3つに分類された(表6)。

表6 事故当事者を表に出さない判断の3分類

事故当事者を表に出す判断の分類	絶対に表に出さない	状況によって表に出さない	患者・家族の要請がなければ表に出さない
表に出さない判断の柔軟さ	低い	高い	中
表に出す場合の要件	なし	患者・家族と事故当事者両者の状況	患者・家族の要請があれば
優先する対応	事故当事者に心理的負担をかけない	事故当事者と患者・家族の両者に心理的負担をかけない	事態の收拾
患者・家族の要請に応える程度	なし～低い	高い	高い

①絶対に表に出さない

絶対に表に出さないという判断の特徴として、表に出さない判断の柔軟さが低く、事故当事者を精神的に追い詰めないことを優先し、患者・家族の要求があっても、

絶対に事故当事者を表に出さないというものである。次のEさんの語りが示すように、事故当事者を患者・家族対応の表に出すか否かの判断は、看護師長の判断だけでなく、上司から指示される場合もあった。

「そういう話し（患者から事故当事者の説明を求められたとしても）があったとしても、当事者2人は、絶対に出さないからね、と（上司から言われた）」

（Eさん/看護師長経験1年目）

②状況によって表に出さない

状況によって表に出さない判断では、表に出さない判断の柔軟性が高く、患者・家族の怒りや興奮などの感情反応の強さや、事故当事者の精神的不安定さを考慮し、両者に心理的負担をかけないことを優先している。両者の心の準備が整い、状況が改善するまでは事故当事者は表に出さないと判断するものである。例えば、Zさんは次のように語っていた。

「ご家族が、すごく興奮状態の時はね、本人をその場で会わせるべきじゃないと思っていて、私、ワンクッション置くべきだと思っているんです。すごく興奮されていて、そういう時に本人を会わせることで逆にね、ご家族の気持ちの負担が強くなったり、本人がやっぱり後々までトラウマになっちゃうことがあるので」

（Zさん/看護師長経験1年目）

③患者・家族の要請がなければ表に出さない

患者・家族の要請がなければ表に出さない、という判断の特徴は、表に出さない判断の柔軟性はあるが、事態を収めることを優先していた。そのために患者・家族の要求に応じて、事故当事者を説明や謝罪の場に同席させざるを得ないと判断するものである。例えば、Hさんは次のように話してくれた。

「患者さんのご家族に説明する時に、この看護師がやりましたとか、誰がやりましたっていう話をするわけではないので、どういう患者さんの話しでもそうですよね。一緒に先生と話し合いの時でも、それをあえて要求されない限りは固有名詞で何とか看護師ってことは言わないので」（Hさん/看護師長経験8年目）

以上のように、看護師長は、否定的感情を表出する患者・家族の感情を受け止めること、そして事故当事者および患者・家族の心理的負担に配慮しながら、事故当事者を表に出さない判断をしていた。そして患者・家族の否定的感情の変化や、表に出さない判断に基づいて、その後続く対応を行っていた。

7) 和解方法の模索

《和解方法の模索》とは、医療者に強い不信感を抱く患者・家族との関係修復にむけて、互いに妥協点を探っていく関わりである。看護師長たちは、患者・家族の医療者や病院に対する要求を把握し、それに応える努力をしていた。要求を測りかねる場合には、患者・家族がアクションを起こしてくるまで様子を見ることや、要求に応えることが困難な状況では、妥協点を模索していた。

次の例は、事故当事者が直接謝罪をするよう患者に求められたが、看護師長は、これまでスタッフに対して攻撃的で威圧的態度を示してきた患者に直接会わせることは強い精神的ダメージを与えることになると考え、謝罪を拒んだものの、結果的に患者が提示した「謝罪文を出す」という妥協策に応えた対応である。

「最終的には皆も忙しいのでしょうし、まあ仕様がなくて、本人たちの直筆による謝罪文を出してくれということだったので、それぞれに(謝罪文を)書かせて、で私も読み、もう一度、弁護士を目を通し、それで(謝罪文を)送って」

(Oさん/看護師長経験 12 年目)

患者・家族との和解方法を模索するにあたり、医療者の対応姿勢が防衛的な様相を帯びることがあった。次の例は、不信感や怒りを表出する患者から、事故の経緯とその要因、今後の具体的対策などについて文書で提示することを求められた際の対応について、看護師長が語ったものである。

「(患者に提示する文書が)すごいシンプルなものになると、かえって神経を逆撫でするんじゃないかっていう気が私はしたんですけれども、そこは専門家(弁護士)の意見に従って、で、まあ余分なことを書いて、いろんな情報を提供することがまたマイナスにもなるのかなって思って、(弁護士に)言われた通りすご〜くあっさりした A 4 版一枚の手紙を送ったんです。そしたら案の定、案の定という電話が(患者から)かかってきて」(Oさん/看護師長経験 12 年目)

○さんは、当初、患者の要求通りに事細かく書いた説明文書を作成したが、弁護士のアドバイスに従い、「いろんな情報を提供することがマイナスになる」と思い、「専門家の意見に従って」、簡単な文書を提示するのみとした。「マイナスになる」ことを回避しようとした防衛的な対応は、結果的に「案の定という電話」、つまり患者の神経を逆撫ですることとなった。さらにUさんは、次のように語っていた。

「そういう部分を見せるなって、最初に外科部長が、過失ではないから、君たちはちゃんと、こっちの過失でもないし、看護師さんの過失でもないんだから、なんていうの、自分たちが何か、何ていわれたのかな、過失ではないんだから、ごめんさいとか（言わないように）」（Uさん/看護師長経験1年目）

Uさんが語った事例は、患者の死因が特定できないものの医療者の明らかな過失とは判断しかねるものであった。遺族が医療者の対応に不信感を示す中で、外科部長から「ごめんなさい」といった謝罪の言葉は言わないようにと指示されたものであった。

また和解方法を模索するものの、患者・家族が医療者に対して要求を明確に伝えることなく、意向を測りかねる場合、まずは家族の出方をみるという対応がなされていた。次のBさんは、家族から「病院としての誠意を」と言われたものの、具体的に何を要求しているかがわからず、金銭的補償の提案などを含め、何も言わないという対応に統一するように組織関係者から提案された。

「病院としての誠意を、最初は病院としての誠意を、って言ってたんですね。でもそれ以上の言葉は出さないの（Q：金銭的補償ということですか？）とか、その辺はどっちも言わないっていうので、向こうから（言ってくるまでは）っていう風なところでは統一っていうか、こっちはそこは言わないでおこうって。というのも変なんですけど、何を望んでいるのかっているのはちょっとわからなかったの」

（B看護師長/看護師長経験1年目）

このように、《和解方法の模索》のために、看護師長は、患者・家族の医療者に対する意向や要求に応えることで、互いに妥協できる方法を見出す努力をしていた。しかし患者・家族の意向に添うことよりも、事故当事者に心理的負担をかけないことを優先したり、防衛的な対応姿勢をとることで、和解に至ることが困難となり、次に説明

するように、関係悪化に至る状況が生じていた。

8) 患者・家族との関係悪化

《患者・家族との関係悪化》とは、患者・家族が医療者の対応に納得することができず、カルテ開示の要求、「訴訟」という言葉を口にするなど対立的な関係に発展した状況である。

「内科の主治医と私とこの副院長で主に対応していたんですが、副院長宛に息子さんから（補償金の支払いが）遅いじゃないかとか、弔電もないし誠意が感じられないからまた訴訟だとかってというのが一方、亡くなった後にごたごたあって」

（Vさん/看護師長経験1年目）

「もし、裁判みたいな感じになって出て行かなければいけない場面になったり、患者に、出てって、彼女がね、状況説明しなければいけない時とかって、彼女はそれに耐えられるのかなって、変に思っちゃったり、いろいろ考えたりもしたんだよね。その時は」（Sさん/看護師長経験2年目）

このように患者・家族との関係悪化から紛争に至るような状況になれば、看護師長は事故当事者に心理的負担を与えることを懸念し、気がかりを抱いていた。

看護師長が語った28事例のうち1事例は、患者に影響を与え、予定外の検査や処置が必要になったものであったが、医師と方針を確認した上で家族に事実を伝えていなかった。患者の状態変化に家族から疑念や不信感を表出されていない状況において、事故を説明することが不安を煽ってしまうであろうこと、そして医療者への不信感を高めることを危惧してのことであった。看護師長は、家族に説明していないことにジレンマを抱くスタッフに対して、責任をもって患者の経過を見守ることで〈患者の回復に力を尽くす〉こと、そして継続して〈丁寧なケア〉を提供し、患者の退院と外来フォローの経過を見届けることをしていた。このような関わりを通して、《患者・家族との関係悪化》という帰結に至ることはなかった。

「皆とディスカッションする中で、やはり（説明することにより家族の）不安が強くなってしまっただろうということで話がついて、ただ、きちんと、その後（事故後）の赤ちゃんの変化は、私たちが責任をもってみていかなければいけないんだということ

を話し合っ終わっています。患者さんに関しては」

(Aさん／看護師長経験4年目)

以上のように、看護師長は、《患者・家族の事態の受け止め方の把握》という状況から、【患者・家族の信頼の回復】という働きかけを通して、《患者・家族との関係悪化》を回避し、《事故の乗り越えの後押し》となるような支援を行っていた。

3. 考察

【患者・家族の信頼の回復】という現象は、《患者・家族の事態の受け止め方の把握》という状況から、《事態悪化の回避》、《対応の矢面に立つ》、《和解方法の模索》、【患者・家族の信頼の回復】という行為/相互行為を経て、《事故の乗り越えの後押し》、ないしは《患者・家族との関係悪化》という帰結に至るまでの構造とプロセスを示すものであった。患者・家族との関係悪化に至ることなく、事故当事者の《事故の乗り越えの後押し》を可能にするために、看護師長に求められる支援、そして事故当事者を支える看護師長への支援について、以下考察する。

1) 看護師長による危機管理対応と事故当事者支援

本結果から示されたように、看護師長による事故当事者への支援の一つは、患者・家族との関係悪化、紛争発展の回避を軸にしなが、患者・家族、事故当事者、そして組織を視野に入れ、事故がそれぞれに与える心理的影響や関係性への影響を最小にすることを意図した働きかけであった。発生した医療事故を危機ととらえ、その危機のもたらす損失を最小にするための対応のプロセスを危機管理というが(日本看護協会,2002)、【患者・家族の信頼の回復】というプロセスは、組織における危機管理対応という文脈の中で展開されており、こうした働きかけが、事故当事者の《事故の乗り越えの後押し》につながるものであることが示された。

まず本現象で示された看護師長が回避を意図する損失のひとつの側面は、事故が患者・家族に与える影響を最少にとどめることである。《事態悪化の回避》において、看護師長は、〈患者の回復に力を尽くす〉こと、そして更なる事故や合併症の併発によって回復が遷延することのないよう〈先手を打った対応〉をとることで、事故による患者の身体的影響を最少にとどめ、さらに〈患者・家族の不安軽減〉に努め、心理的負担感を最小限にとどめることができるような働きかけを行っていた。患者の回復が順調であれば、それは事故当事者の安堵につながっていた。

医療事故それ自体は紛争ではないが、紛争化することは多く、そこに関わった当事者の生涯を左右するような、大きな心理的傷、社会的傷、関係性の傷を残していることが多い(石原,2009)。医療従事者が実施したことが何らかの要因となって発生した事故に伴う患者や家族の喪失のプロセスは、これまで培ってきた信頼関係の基盤が崩れ、新たに信頼関係を構築していくことが必要とされる(安井,2007)。看護師長は、患者の身体的回復に力を尽くすだけでなく、患者・家族との関係修復のために、強い不信感や怒りを抱いていることを察知した場合には、患者・家族の否定的感情を受け止めながら、対話を続けることによって〈患者・家族の否定的感情をやわらげる〉ことをしていた。そして否定的感情をやわらげることができれば、〈事故当事者と患者・家族の関係修復の促し〉のための機会をつくり、さらにチーム全体で〈丁寧なケアの提供〉を行い、〈患者・家族の痛みを無駄にしない〉よう具体的な再発防止策を提示するといった方法で、事故当事者、そしてスタッフたちを巻き込みながら、【患者・家族の信頼の回復】のための働きかけを行っていた。このようにして、患者・家族の心理的な傷、関係性の傷を残すことがないよう患者・家族との関係を修復し、信頼回復を図っていた。こうした関わりは、もう一方の当事者である看護師への影響を最少にとどめ、《事故の乗り越えの後押し》となることが本結果からは示された。

看護師長が回避を意図する損失の2つめの側面は、事故当事者に与える心理的負担を最少にとどめることであった。看護師長は、《患者・家族の事態の受け止め方の把握》から、否定的感情の強さを察知した場合、《対応の矢面に立つ》ことにより、〈事故当事者を表に出さない〉ようにし、事故当事者に心理的負担がかからぬようにしていた。そして患者・家族と対話を続け、〈患者・家族の否定的感情をやわらげる〉関わりにより、自分と患者・家族との関係修復を図っていた。そうすることによって、患者・家族の怒りの感情が鎮静化すれば、タイミングをみながら、〈事故当事者と患者・家族との関係修復の促し〉という働きかけにつなげることが可能となった。自分と患者・家族との関係修復にとどめることなく、事故当事者による謝罪の場を整えることで関係修復を促していたが、それは患者・家族の不信感の軽減だけでなく、両者にとっての心の回復につながると考えるからであった。このようにして、患者・家族、そして事故当事者を含めた信頼回復が、患者・家族との対立や紛争化を回避することができれば、訴訟による金銭的損失や病院に対する社会的信頼の失墜を回避するという意味において、組織に与える損害を最小にとどめる意味を持つこととなろう。

以上のように、看護師長は患者・家族との信頼回復のための働きかけを行っていたが、事故対応における看護師長の立場は、事故発生現場の責任者であり、かつ事

故当事者の上司、そして組織の中間管理職である。こうした立場にある看護師長が事故対応の渦中において、客観的な第三者にはなり得るはずはない。石原(2009)は、紛争当事者には、それぞれの合理性があり、それぞれの合理性から現象を認知し、利害をとらえ、相互作用を行っており、紛争の過程とは、その異なった合理性のせめぎ合いの過程であると述べている。看護師長が患者・家族、事故当事者、そして組織という3者を視野に入れながら危機管理対応の担い手となり、関係修復、信頼回復を図っていくとき、それぞれの関係性において利害が絡み、矛盾や葛藤が生じてくる可能性は否定できない。本結果においても、《対応の矢面に立つ》ものの、患者・家族の否定的感情をやわらげることが困難となり、《和解方法の模索》をしていくプロセスのなかで、医療者の対応が駆け引きや心理的防衛といった様相を帯びてくる状況があった。患者・家族との関係修復が、組織の危機管理対応という文脈のなかで行われる以上、事故当事者も、こうした駆け引きのなかに巻き込まれていくことになる。次に、どのような駆け引きが展開していたかについて検討していく。

2) 患者・家族との関係修復と駆け引き

《患者・家族の事態の受け止め方の把握》から、患者・家族の反応が冷静で、否定的感情を示す程度が低い場合には、《事態悪化の回避》のために、〈先手を打った対応〉を心がけ、迅速、誠実な対応姿勢を示し、そして患者・家族の求めに応じて、何度も説明の場を設定するなどして〈患者・家族の不安軽減〉を図っていた。一方、患者・家族が医療者の説明に納得できず、不信感や怒りといった否定的感情を示す場合、看護師長は《対応の矢面に立つ》ものの、否定的感情をやわらげることができず、関係修復が困難になった場合には、患者・家族と妥協点を探り、《和解方法の模索》をすることになった。後者の対応が必要となった場合、患者・家族への医療者の対応姿勢は、先手を打つのではなく、患者・家族の出方をみるといったように駆け引きや防衛的な様相を帯びる傾向があった。

駆け引きは、患者・家族との情報共有の場面において、過誤を認めたと受けとられように曖昧な説明や謝罪の言葉を出さない、色々な情報を与えてマイナスにならないようにあっさりした書面を提示する、誰が事故当事者であるかは伝えないなど限定的な情報提示という形をとっていた。また患者・家族の要求や反応が予測できない、対応によっては事態を悪化させるかも知れないと考え、「出方をみてから」といったように待ちの姿勢をとっていた。さらに〈事故当事者は表に出さない〉のは、事故当事者に心理的負担を与えないためであり、なかでも「絶対に出さない」と判断する場合、患

者・家族から事故当事者による事故の状況の説明や謝罪を要請されても、それには応じない判断がなされていた。

このような医療者の駆け引きや防衛的対応は、結果的に《患者・家族との関係悪化》という帰結に至っており、事故による傷つきに加え、医療者の対応が患者・家族に更なる精神的ダメージを与える可能性がある。患者や家族を対象とした調査においても、訴訟や法的行動をとった理由として、医師からの率直な情報開示がなされなかったことが挙げられている(Vincent,Young,&Phillips,1994)。石原(2009)は、「医療の結果が悪かったとき、患者や家族が求めているものは、何よりもケアである。恐怖と混乱、喪失感のただなかであり、いつも以上に医療者からのケアを必要としている。しかし、特に過誤があった時の場合には、医療者や組織管理者自身も恐怖とある種の混乱、喪失、後悔の念に支配され、防衛的な反応をしてしまい、そのことが家族の疑念や不信につながる」と述べている。

近年、医療事故への対応において、情報開示・謝罪の取り組み、その普及、発展の動きが広がってきている(National Patient Safety Agency,2009;Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors,2006;Wojcieszak, Saxton, Finkelstein,2010/2011;全国社会保険協会連合会社会保険病院医療安全対策委員会,2006)。情報開示・謝罪については、「する・しない」、ではなく、何を、どのように伝えるか、伝えた後のフォローを含めて個々の事例毎に検討され、判断されるべきである。特に事故当事者の支援を考える際には、紛争回避という側面だけでなく、情報開示によって展開していく支援と、情報開示をしない、ないし限定された情報開示によって展開していかない支援があることを念頭に置きたい。というのは情報開示・謝罪のプロセスは、事故当事者となった医療者にとって倫理的な対応を示すものであり、事故に巻きこまれた苦悩からの回復や、関係修復を通じた救済という意味をもつからである(Crigger,2004;和田,前田, 2001)。

3) 駆け引きを越えた関係修復と事故当事者の支援

では患者・家族との関係修復や信頼回復を図ると同時に、事故当事者の心理的負担を最小限にとどめるために、駆け引きを越えた関係修復をどのように実現していくことが可能であろうか。そして看護師長は、そのプロセスにどのように関与していくことができるだろうか。本結果から示されたのは、看護師長が《対応の矢面に立つ》なかで、しっかりと患者・家族の思いを受け止め、対話を続けていくことが、不信感や怒りの鎮静化につながり、【患者・家族の信頼の回復】という働きかけに進むことを可能に

するという点である。医療事故をめぐる紛争は、実際の事故や過失といった客観的事実というよりは、感情と認知の問題として生じてくるものであり、喪失、それに伴う怒りといった強い感情を伴っている(和田,2003)。生命や身体というかけがのないものをめぐって生じる紛争は、それ自体が喪失からの回復過程であり、根底にある怒りや喪失の感情を聴くことができはじめて、患者や家族は合理的、論理的な説明を受け入れることができる(和田,2003)。そのためには訴訟を防ぐという防御的発想ではなく、真の対話の回路を整備し回復させ、患者と医療者の双方が痛みを克服し、問題を乗り越えていくことが重要であり、それが双方にとっての救済につながるといわれている(和田,前田,2001;和田,2003)。

看護師長は、患者・家族の事故の受け止め方を把握し、怒りや興奮が激しいときには、自分が矢面に立ち、怒りの感情の受け皿となることを通して、患者や家族と対話を続ける努力をしていた。こうした関わりは、先に述べたように患者・家族の喪失に伴う悲嘆のプロセスを支える意味をもつものとなる。そして不信感や怒りの感情をやわらげることができれば、タイミングを見計らい、事故当事者が対話の場に参加できる可能性が広がる。〈事故当事者は表に出さない〉ことは、事故当事者の心理的負担だけでなく、感情的になり、興奮している患者・家族にとってもトラウマ体験となり得ると考え、状況に応じて表に出すことを柔軟に判断できる場合、看護師長は、〈事故当事者と患者・家族の関係修復の促し〉のために、謝罪の場を整え、事故後の患者の担当を調整するといった方法をとることで、両者の関係修復を図ることをしていた。本結果では、そうした場をつくる看護師長の働きかけが明らかになった。

このように看護師長が患者や家族の気持ちに寄り添いながら対話を続け、関係修復の場を整えていくことが、両者にとっての救済につながっていくと考える。本結果から、事故当事者を表に出さない判断により、謝罪の機会を与えられなかった事故当事者もいた。事故は個人の責任に帰結されるものではないとはいえ、ルールの不遵守のように、患者の安全を守れない誤った行為が重大な結果をもたらしたとき、看護師個人に全く責任がないわけではない。医師が事故当事者となった場合、システムエラーがあったからといって説明や謝罪の場に立たないことはあり得ない。しかし看護師の場合には、組織の方針や看護師長の判断により、本人が自ら謝罪の意思を表明することや、患者・家族から求められなければ、その意思決定の機会すら与えられない状況があった。むろん病院として組織の責任を示すことは不可欠であり、関係修復の努力をしていくことは重要である。しかし看護師の過失が明らかであるとき、謝罪をすること、患者・家族の回復プロセスに関与しながら関係を途絶えさせることなく、

関係修復ができれば、それは双方の当事者にとって心の整理につながると看護師長は確信していた。そうであれば、本人の意思を確認しないまま、「絶対に表に出さない」というパターンリスティックな対応をとること、関係修復の機会を与えないことが、真の意味で、事故当事者の心理的負担を与えないことになるのだろうか。

しかし事故当事者が単に謝罪をすればよいということではない。事故当事者が専門職として自らの責任と向き合い、患者や家族への償いのプロセスに関わっていくことを引き受けられるように事故当事者を支えていくこと、その支援の責任を看護師長が引き受けていくことが前提となろう。Shannon(2009)らの調査では、看護師は患者にエラーを伝えるプロセスに参加したいと思っているが、患者に重大な影響を与えた事故や他のメンバーの行為については話したがらず、エラーに関する医療チーム内でのコミュニケーションは不足しているという。そして看護スタッフや患者に対してエラーを開示する上で、看護師長は道具的なサポートを提供し、熟練したモデルを示し、専門職としての価値や倫理的な規範と関連づけることにより、エラーを伝えることに積極的な影響を与える極めて重要な役割を担っていると述べている。例え一時的には辛い体験になったとしても、事故当事者が、患者・家族との関係修復のプロセスに主体的に関与できるように支援していくことが、真の意味で、事故当事者を守ることになると考える。〈事故当事者と患者・家族の関係修復の促し〉を支えるためには、看護師長へのトレーニングの必要性、それを支える組織のオープンなコミュニケーションと明確な方針が共有されていることが重要である(Shannon,2009)。

しかし事故が起き、患者・家族から不信感や強い怒りをむけられると、患者・家族との和解方法の模索は駆け引きの様相を帯び、防衛的な対応となることも示されていた。看護師長と患者・家族との関係は利害が絡むゆえに、駆け引きの全くない対応が現実的に可能であるかについては議論の余地は残る。そのため患者・家族の受け止め状況を把握しながら、関係修復のプロセスが複雑化する前に、患者や家族が相談できる第3者的立場による支援リソースにつなぐことも必要である。医療対話推進者(医療対話仲介者(仮称))の実態把握と役割・能力の明確化に関する研究班(2013)の育成が行われているが、このような人材が両者の渡しの役割を担いうるであろう。

また先に述べたように、紛争に至る背景には、家族の喪失体験があると言われていたことから、悲嘆のプロセスを支援していくことも併せて必要である。看護師長が医師や看護チームの協力のもと、患者の回復に力を尽くすことや、回復にむけて丁寧なケアを提供することができても、事故の管理責任を問われる立場にある看護師長が、

事故をきっかけに患者が後遺障害をきたし、また死亡に至った場合の喪失のプロセスを支援することは困難であると考えられる。精神看護専門看護師や心理カウンセラーが、そうした心理的支援を提供できるであろう。それは患者・家族を支援すると同時に、対応に苦慮する看護師長を支援すること、さらに事故当事者を間接的に支援することになると考える。そのためには事故発生後、患者・家族、そして事故当事者、そして看護師長が活用できる多種多様な支援リソースを組み込んだ支援体制を組織内外に整備しておく必要がある。

第IX章 チームで取り組む再発防止

本章で詳述する【チームで取り組む再発防止】という現象は、《事故の事実の伝達》、《チーム内に生じる反応の把握》、《チーム全体の安心感の保証》、【チームで取り組む再発防止】、《チームで乗り越えるための方向づけ》、《事故の乗り越えの後押し》、《患者の安全の脅かし》という7つの概念から形作られる看護師長による支援の構造とプロセスを示すものであった(図5)。以下、本現象および現象を構成する概念を説明し、最後に、これらの結果をふまえた考察を述べる。

1. 【チームで取り組む再発防止】という現象

事故発生後、看護師長は部署のスタッフたちに《事故に関する情報の伝達》を行っていた。看護師長が事故に関する情報を伝える程度が高く、タイミングを見計らいながら、正確な情報を伝える程度が高ければ、スタッフの事故の受け止め方や感情反応から《スタッフの事故に対する反応の把握》を行った。

スタッフの事故に対する反応の把握から、事故当事者の立場に立ち、自分も事故を起こし得たと捉えており、不安、動揺、緊張、傷つき、士気低下、無力感といった否定的反応察知し、否定的反応がチームに拡がっていると察知した場合、看護師長は《チーム全体の安心感の保証》を行った。そしてスタッフの安心感を保証するために、スタッフの気持ちや考えを引き出しながらオープンに話し合える場をつくる程度が高く、支持的・前向きな雰囲気の中で話し合いができ、個人が責められないことを保証すること、そして組織の支援を調整し、組織の支援がスタッフに伝わる程度が高ければ、【チームで取り組む再発防止】につなげることができた。

看護師長が事故発生後すぐに、チームで再発防止に取り組み、チームの課題を共有することや、システムの問題を共有する程度が高く、他職種を巻き込んだ勉強会の開催、スタッフのアセスメント能力を養う、知識や技術の確認といった方法によりチーム全体の看護実践力を向上させるように働きかけ、そして事故の教訓をいかし、医師との協働体制の改善、スタッフ配置や勤務体制の変更、処方システムの改善、マニュアル改訂、設備や機器類の整備により安全な環境づくりを行うことができれば、事故当事者の《事故の乗り越えの後押し》という帰結に至った。

一方、《事故に関する情報の伝達》において、事故に関する情報を伝える程度が低く、事故の情報を伝えるタイミングをみながら正確な情報を伝える程度が低く、事故の情報が噂のような形で病院内に拡がっていたり、部署外の人々からの批判ととも

に伝わる場合には、《**チーム全体の安心感の保証**》するための対応を行うことで、**【チームで取り組む再発防止】**につなげていた。

また《**スタッフの事故に対する反応の把握**》から、スタッフが事故当事者の立場に立てず、われ関せず、他人事として事故を受け止めていたり、個人の非難や攻撃といった反応が生じている場合や、驚き、事故再発への不安はあるものの否定的感情がチームに拡がる程度が低い場合、そして《**チーム全体の安心感の保証**》において、オープンに話し合う場をつくる程度が低く、話し合いの場が非難や懺悔の場という雰囲気であり、組織の支援を調整する程度、組織の支援がスタッフに伝わる程度が低い場合、看護師長は《**チームで乗り越えるための方向づけ**》を行った。看護師長は、事故当事者の立場で考えてもらうこと、誰もが事故を起こし得た状況を伝えることによって事故を他人事にさせないようにすること、さらにスタッフ皆で事故から学ぶことや、患者の安全を守るという姿勢を一貫してスタッフに示し、患者の安全を守るという方向性を確認していた。このようにして看護師長がスタッフを方向づけ、事故を他人事にさせることなく、患者の安全を守るという方向を確認し、事故から学ぶことを促す程度が高ければ、**【チームで取り組む再発防止】**という働きかけにつなげることが可能であった。

しかし看護師長がスタッフを方向づけ、チームで事故から学ぶことを促すことや、患者の安全を守るという方向性をスタッフと確認し合う程度が低い場合、さらに**【チームで取り組む再発防止】**において、チームの課題を共有する程度が低く、個人の能力や患者の合併症の問題とされ、事故の教訓が活かした安全な環境を整える程度が低い場合、《**患者の安全の脅かし**》という帰結に至り、チーム内でルール違反の黙認、インシデントや事故の多さ、同様事故の再発といった状況が生じていた。

2. 【チームで取り組む再発防止】という現象を形づくる概念

本現象は、【チームで取り組む再発防止】という概念を中心とし、以下の8つの概念から構成されていた。

1) 事故に関する情報の伝達

《事故に関する情報の伝達》とは、事故発生の実態とその経緯、患者の状態、現在の対応と今後の見通しなどに関する情報を、スタッフに伝えることである。看護師長たちは、事故発生後、カンファレンスや病棟会、勤務の引き継ぎ時間を活用し、タイミングをみながら事故に関する情報をスタッフに伝えていた。また話し合いの記録やインシデントレポートをスタッフが自由に閲覧できるようにして、チーム内で事故に関する情報を共有できるよう工夫していた。事故に関する情報伝達について、Xさん、Cさんは次のように語っていた。

「周囲のスタッフは、そうですね、そういう時に気をつけなくちゃいけないのは、当事者だけじゃなくて、周囲の、オペ室自体もそんな事故はないことだったので皆が動揺するっていうことがありますから、そうならないように事実をきちんと受け止めて、っていうようなことを月曜日の朝、皆で話をして、っていうことで」

（Xさん/看護師長経験 11 年目）

Xさんが語っているように、事故の情報をスタッフに伝えるのは、スタッフ間に動揺が広がるであろうことを推測し、事故の事実を受け止められるよう意図してのことであった。このように看護師長たちは、事故発覚後、できるだけ早い時期に、事故に関する情報を伝えるようにしていたが、次のCさんのように、伝えるタイミングを見計らうこともあった。

「まわりの（看護師の）動揺というのは、あの、できるだけ、何ていうのかな、あまり（事を）大きくしなかったんですね。できるだけそういうところは、まあはっきりしてからっていうのがありましたので」

（Cさん/看護師長経験 12 年目）

Cさんは、患者の死亡から半年後、家族の訴えにより対応が必要となった事例について語ったものである。Cさんは事実関係がはっきりするまでは、事を大きくしないよう

スタッフに情報を伝えていなかった。そして状況が明らかになった段階でスタッフと事故に関する情報を共有していた。

このようにスタッフの動揺を防ぐために、看護師長たちは、タイミングをみながら事故の情報を伝えていた。しかし、事故の詳細を明確にするまでに時間がかかり、正確な情報を伝えることができない場合もあった。例えば、Yさんの場合、患者に重大な影響を与えた事故であったが、事実関係がはっきりするまで数日を要した。スタッフに詳細な情報を伝えられないことから、「何か隠しているのではないか」とスタッフが看護師長に対して疑心暗鬼となった状況を、Yさんは次のように語ってくれた。

「やはり事実がわからないので、事実がきちんとしていれば、皆にも伝えることができるんですけど、いい加減な情報は流せないで、そうするとすごくスタッフたちが疑心暗鬼っていうか、何か隠しているのじゃないか。私に対しても何かを隠しているのではないかっていうこととか」（Yさん/看護師長経験7年目）

このように看護師長は、スタッフの動揺を防ぐために、タイミングをみながら、正確な情報をスタッフに伝えるようにしていた。

2) チーム内に生じる反応の把握

《チーム内に生じる反応の把握》とは、スタッフそれぞれの事故の捉え方や感情反応、スタッフ間に生じている反応を把握する関わりである。看護師長は、スタッフの言動や事故当事者への接し方の観察、病院内の他部門や他職種から向けられた言動や態度から、チーム内に生じている反応を把握していた。

看護師長が把握するスタッフの事故の捉え方には、「自分も事故を起こし得た」と受け止める場合もあれば、「われ関せず」、「他人事」といったものがあった。例えばWさんは次のように語っていた。

「何か割と無関心っていうか、何か私が見ているとそういう（病棟の）雰囲気は多少なりともあるような感じなので、その直後（事故直後）みたいなのは、大変だったね、みたいなのは当事者たちはありましたけれども、（他のスタッフは）どこか他人事みたいな形なのは、何となく感じて」（Wさん/看護師長経験1年目）

さらに、看護師長は、スタッフの不安、動揺、緊張、傷つき、チーム全体の士気低下、無力感といった否定的な反応を察知し、次のように語っていた。

「その当時の手術室は、何て言うんだろう、変な緊張感がありました。(略)でも少しずつ(緊張感が)下がっていかないと、また変な緊張で次のことが起こってしまうってことがあるので」(Xさん/看護師長経験11年目)

「やっぱり大きい事故だったんで、何かやっぱり自分たちの病棟がっていう悪いイメージで見られてしまう、その何か、ネガティブさに(スタッフ全体が)すごく神経質な感じがありました」(Mさん/看護師長経験2年目)

さらに事故当事者に対して、もしくはスタッフ間で攻撃や非難といった状況が生じることもあった。例えばYさんは次のように語っていた。

「私に言って埒があかなければ、とても責めるスタッフがいるんですけど、それが看護師長代理であつたり教育担当者に向けられるんですね。教育は一体何をやっているんだ、代理は何をやっているんだ、もっとちゃんと教育をしなければダメじゃないか、みたいな」(Yさん/看護師長経験7年目)

このように、看護師長は、スタッフが事故をどのように捉え、どのような感情反応やスタッフ間の相互作用が生じているかに目を配り、その後の対応を判断していた。

3) チーム全体の安心感の保証

《チーム全体の安心感の保証》とは、チーム全体に拡がる心理的な影響を最小限にとどめ、スタッフの不安や動揺をやわらげるための働きかけである。

(1) オープンに話し合える場づくり

〈オープンに話し合える場づくり〉とは、スタッフが自分の気持ちや考えを率直に話せるような場をつくることである。看護師長は、話し合いに参加した若手の看護師も自分の思いを表現できることや、一方向の意見だけでなく様々な意見をスタッフ間で共有できるように配慮しながら話し合いの場をすすめていた。このような場づくりについて、看護師長は次のように語っていた。

「正直な気持ちを出して欲しいというのがあったので、(スタッフ間のコミュニケーションの問題について感じていることを)こちらから引き出す、引き出すっていうか言えるような形で最初はもっていったんですけど」

(Wさん/看護師長経験1年目)

このように看護師長はチームの話し合いの場をリードしながら、スタッフが率直に気持ちや考えを表現できるような場をつくっていた。

(2) 個人が責められないことの保証

〈個人が責められないことの保証〉とは、事故当事者の責任が追及されたり、個人に非難が向けられないような働きかけである。個人が責められないことを保証するために、看護師長は事故の話題について話し合いをもつ際には、事故当事者の個人名を出すことなく事故の事実を淡々と伝えるようにしていた。

「誰かが悪いみたいに限定して責めるような、そういう状況にはしたくないなと思ったので。で、誰がっていうのは特に言わなかったんですけど」

(Mさん/看護師長経験2年目)

「誰がやったかを特定しないことは、皆やっぱり意識はしているんだと思います。やはり自分が、何か固有名詞で追及されると嫌だなっていう思いはあるんだと思うんですね」(Kさん/看護師長経験 年目)

周囲のスタッフにとっても、自分が事故当事者の立場になったときには固有名詞で追及されたくない気持ちが生じる。それ故に誰がやったかを追及することはないとKさんは語っていた。このように事故当事者が責められないことは、自分が事故当事者の立場に立った場合にも安心感が保証されるという意味をもっていた。病院によっては、事故当事者が特定されないインシデントや事故報告システムを取り入れているところもあった。

しかし事故が起きた際に、個人を責める風潮がある部署では、看護師長はチームの話し合いの場が「懺悔の場」の様相を帯びることを予測していた。そのため、事故当事者が勤務をしていない日を選んで、スタッフと話し合いの場をもったと語る看護

師長もいた。

「ちょっと前に、他（の事例）で、主任が本人に（事故の状況を）言わせるっていうのがあったんですね。でもそれも、懺悔のようになっちゃうとちょっと嫌だっていう風に思ったので、本人がそこを受け入れられて、反省とかそうじゃなくて、皆も、こうだったから気をつけようねっていう風なスタンスでいたらいいんだけど、やっぱりそうじゃなかったら、それも出来るだけ避けていて、まあ、う～ん、ほとんど（事故当事者本人が）いないところでやりましたかね」

（Oさん/看護師長経験12年目）

このように、看護師長たちはスタッフとの話し合いの場で事故当事者が特定され、責められることがないような場をつくることで、個人が責められないことを保証していた。

（3）組織の支援の調整

〈組織の支援の調整〉とは、看護部を代表する看護部長や看護副部、医療安全管理部門による支援が、スタッフの目にみえる形で伝わるよう調整する働きかけである。看護師長は、上司に現場に足を運んでもらい、スタッフに声をかけてもらうことで、スタッフの大変さを理解して欲しいこと、スタッフを直接支援してもらえよう依頼していた。また組織として患者・家族に対応している状況をスタッフに伝えることで、スタッフの安心感を保証できるようにしていた。

「医療安全管理室の方がとても中立な方で、看護師でもありますから状況をととてもよくわかっているの、他のスタッフの話も聞いてくれたりとか、時々中に入ってきてくれたりとかっていうのはありました。ただそんなにね、何か、いつもということではないですけど時々来てくれましたので、逆にまあ、味方であったかなって思いました」（Yさん/看護師長経験7年目）

しかしスタッフへの支援の調整は困難であることも多く、期待するほどには支援が得られない現状を看護師長は次のように語っていた。

「病院としても大きなことが起こっているわけだし、で、看護部長も、副看護部長も、誰もスタッフと直接話はしていないし、基本、見に来ていないですね。（略）看

護部長は全然、現場を見に来ないし、話も聴かないし、とにかく怒って終わりみたいな」(Vさん/看護師長経験2年目)

組織の支援や対応がスタッフに見える形で伝わらない場合、スタッフたちが不信感を募らせる状況を看護師長は察知していた。

「この事故に関して、前面にでていたのは副院長であったり、そういったところで、やっぱり看護部の姿勢は薄かったことがまたスタッフの不満でもあったんですね。いったい看護部は何をやっているんだ、何もしてくれないじゃないか、みたいな」(Yさん/看護師長経験7年目)

このように看護師長は、看護部上層部や医療安全部門など組織の代表者が現場に足を運び、スタッフに声をかけてもらえるような調整をすることや、組織として事故対応を担ってくれていることをスタッフに伝えることにより、スタッフの安心感を保証できるようにしていた。

4) チームで取り組む再発防止

【チームで取り組む再発防止】とは、チームの課題を明確にし、スタッフの看護実践力を高め、安全に看護を提供できる環境を整備することを通して、チーム全体で再発防止に取り組むための働きかけである。

(1) チームの課題の共有

〈チームの課題の共有〉とは、事故に至ってしまった経緯や状況をスタッフと振り返り、チームとして取り組むべき課題を明確にし、共有する働きかけである。看護師長は事故につながった個人の問題ではなく、事故を防ぐためにチームとして取り組むべき課題は何であるかを共有できるように働きかけていた。例えばGさんの場合、誤薬事故後にスタッフ全員を集めて行ったカンファレンスで、改善すべき課題をスタッフとともに整理できたことについて、次のように語った。

「ドクターへの、この字が読めないとかっていうのが(何度もあったり)、また口答指示とかも結構ありましたし、そうした意味では、医師教育っていうか、医師への要望としての、ここで全部改善しなくちゃいけないという意気込みもありましたので、そ

の辺がカンファレンスの中で様々出てきましたので、そこが整理できた、大変良いきっかけになりました」(Gさん/看護師長経験3年目)

Gさんは、薬剤の作成を誤った看護師のエラーではなく、その背景にある医師の処方指示についてスタッフが日頃から感じている問題点を挙げてもらい、カンファレンスの場で整理していった。このようにチームの課題を明確にして共有することができれば、事故の経験はチームにとって「大変よいきっかけ」として肯定的に捉えることができていた。

(2) チーム全体の看護実践力の向上

〈チーム全体の看護実践力の向上〉とは、個人の能力や努力に頼るだけでなく、スタッフ一人ひとりの実践能力をチームとして保証していくための取り組みである。こうした取り組みには、他職種や認定看護師などのリソースを巻き込んだ勉強会の開催、アセスメント能力を養う、知識や技術の確認によって自分たちが出来ていることを確認することなどがあつた。

「ミスは起こしたけれども自分たちが出来ていることと、出来ていないことをやっぱりこう、しっかりそこで確認して、(技術チェックの)本当の目的は出来ていることを、本人たちに自信をもたせる、みたいなことと、それから認定(看護師)は副師長という立場もあるので、管理的なところで、出来てないことをどう変えていっていかうところを見ていくっていうようなところも必要だなという風に考えて」

(Xさん/看護師長経験11年目)

次のKさんの場合、事故発生の翌日に、再び、同一患者に同じ傷害を生じさせてしまうといった事態を経験した。最初の事故の際には、スタッフに「皆で気をつけましょう」と注意喚起を促す対策をとったが、その翌日に同様の事故が起きてしまった。Kさんは、2度目の事故後、チームでカンファレンスを行い、患者のアセスメントに基づいたケアプランをスタッフと検討した。そして毎朝、スタッフがケアプランを継続して実施できるように、カンファレンスで伝達するという対策に修正された。

「浮腫もかなりありましたし、あとは認知症があることで指示動作もできませんでしたが、あとはじっとして、って言っても自分で少し手を動かしたり足を動か

したりすることは出来たので、十分、ご自分でどこかをぶつけてしまったりということは考えられたと思ったんですね。なので、どのスタッフがしても一人でやるには限りがある、安全を守るには1対1だと限りはあるなっていう風に思って、それで必ず2人でしましょうって。そのようなプランに変えたんですけれどね」

(Kさん/看護師長経験1年目)

Kさんの事例では、1回目の事故後に行ったスタッフへの注意喚起では再発を防ぐことができなかった。そのためチームで話し合いの場をもち、患者の身体状態や精神機能をアセスメントした上で、ケアプランを修正していた。このようにチームで事故事例を振り返り、事故防止につなげていた。

(3) 事故の教訓を活かした安全な環境づくり

〈事故の教訓を活かした安全な環境づくり〉とは、事故から得た教訓を活かし、他職種、他部門の協力を得ながら、チーム全体で事故を未然に防ぐためのシステム改善に取り組むことである。安全な環境づくりとして、看護師長は病院としての再発防止の取り組みと連動させながら、スタッフ間や医師との協働体制の改善、スタッフ配置や勤務体制の変更、薬剤の処方から与薬までのシステムの変更、マニュアルの改定、患者の自殺防止のための窓の施錠や医療機器のデータ保存方法の変更など設備や機器類の整備を行っていた。こうした取り組みについて、看護師長たちは次のように語っていた。

「通常はダブルチェックをするときには、必ずメモを、(薬液量の)計算をしなくてはならない、当時は計算をしなくてはいけないというやり方だったんですが、この事故、アクシデントをきっかけに、計算をしなくても良いように、ドクターに必ず、薬液量プラス希釈量を必ず記入してもらおうっていうのにしました」

(Gさん/看護師長経験3年目)

「管理の方をお願いして、とりあえず今すぐにつけられるだけつけてくれと言ってすぐに(窓に)鍵を。(略)将来的には窓が開かないようにするけれども、ただいつになるかは、それは病院全体のことなのでと言われたので、だったら今できることを、少しでも皆が安心してできるためには、やっぱり鍵を、施錠するしかないかなって思ったので」(Qさん/看護師長経験1年目)

さらに事故から得た再発防止のための教訓は、新人看護師や異動者など新たにチームに加わった看護師たちへのオリエンテーションや教育の機会に活かされていることを、看護師長は語ってくれた。

「その後も、右、左（ある臓器の検査）ってたくさん患者さん来るじゃないですか。その時にたまに、（話題が）でますね。あのときにやっぱり、患者さんに確認しなかったからって。例えば、新しい方（看護スタッフ）がきた時に、右、左って大事なんだよって。以前にこういうことがあったから、なんていうのを思い出して言うスタッフはいますね」（Pさん/看護師長経験4年目）

このように看護師長たちは、チームの課題を共有し、スタッフ一人ひとりの看護実践力を向上させること、そして事故の教訓を活かした安全な環境づくりを通して、【チームで取り組む再発防止】を行っていた。

5) 事故の乗り越えの後押し

《事故の乗り越えの後押し》とは、事故当事者の頑張りを促し、気持ちが安定してくれば普段通りの対応を行い、そして事故を繰り返さないための教育的支援を行い、安全に仕事を継続できる環境調整を行い、職場につなぎとめていく働きかけである。事故の乗り越えを後押しする例として、事故を肯定的に意味づけることが事故当事者の頑張りを促すことにつながることを、看護師長は次のように語っていた。

「それ（事故）が機会になって、こういう話し合いももてることになったし、っていう形では結構言っていたので、自分が起こしたことで病院等がみたいなことも、良くなるんだったら、まあ、起こした甲斐があるじゃないですけど、少しこういう事故が役に立つのであれば、っていうような感じのことも（事故当事者が）少しは言った」（Wさん/看護師長経験1年目）

《事故の乗り越えの後押し》という概念は、看護師長による事故当事者支援に関わる現象を統合した、より大きな現象の中核概念であったが、【チームで取り組む再発防止】の帰結に位置づけられるものであった。この概念の詳細については、第Ⅹ章において詳述する。

6) チームで乗り越えるための方向づけ

《チームで乗り越えるための方向づけ》とは、事故を他人事にする事なく、事故の経験から学び、患者の安全を守るためにスタッフを方向づける働きかけである。

(1) 事故を他人事にさせない

〈事故を他人事にさせない〉とは、チームで話し合いの場をもち、誰もが事故を起こし得た状況を共有することで、スタッフ一人ひとりが、「自分が当事者の立場だったら」と考えられるように促し、事故を他人事にさせないための働きかけである。こうした関わりについて、看護師長は次のように語っていた。

「こういう時、例えば業務が途中で中断しちゃったりする時に、クスリの作成の途中で中断してしまったりする時は、誰でも起こすかも知れないよねっていうことを伝えたりすると、自分の身にだんだん置き換えて考えていく人もいるので」

(Zさん/看護師長経験1年目)

Zさんは、薬剤作成の途中で業務が中断された状況といったような誰もが経験したことのある具体的な事故の状況をスタッフに具体的に伝えることにより、「自分が事故を起こしていたかも知れない」「自分が当事者だったかもしれない」と捉えられるように促していた。そして周囲のスタッフが事故当事者の立場に置き換えて考えることができれば、事故当事者に向けられた非難的態度を低減することにもなると捉えていた。

一方で、事故当事者の立場に身を置き、「自分も事故を起こし得た」とスタッフが捉えることは、スタッフに不安や怖さを生じさせることになることを看護師長たちは察知していた。Aさんは、こうした状況を次のように語った。

「やっぱりこういうケース(事故の事例)をもとに、みんなでディスカッションして、みんなで考えようねってしたんですけども、怖さですね、自分がやっていることの怖さを認識して、怖いって言うことが少し増えたかなと」

(Aさん/看護師長経験4年目)

このように看護師長たちはチームで話し合いの場をもち、誰もが事故を起こし得た具体的な状況を共有しながら、事故を他人事にしないよう意図的に働きかけることで、ス

タッフを方向づけていた。

(2) 患者の安全を守る方向性の確認

〈患者の安全を守る方向性の確認〉とは、患者の安全を守るという看護師長の一貫した姿勢を示し、事故の再発防止にむけてチーム全体で取り組めるようにスタッフを前向きに、かつ肯定的に方向づける働きかけである。

看護師長は、スタッフ方向づけるために、叱責や、上から物を言う態度で恐怖心を煽るのではなく、皆で共通認識をもって事故から学んでもらうことが必要だと捉えていた。そのために、「患者と家族に不必要な負担をかけてはいけない」、「患者や家族の痛みを無駄にしない」、「事故から学び二度と事故を繰り返さない」ことをスタッフに伝えていた。

「私は事故がいつも起こった時に、患者さんが命をけずって痛い思いをして私たちに勉強をさせてくれているんだから、それを無にしちゃいけないって、私はずっとそういう風に後輩指導にあたってきた。今回、こういう事故が起こった時に、どういう風に皆で勉強をして認識をしようかなって」

(Eさん/看護師長経験1年目)

しかし、看護師長によるスタッフの方向づけが困難な状況も時には生じていた。例えば、Yさんの場合、看護師長や看護部の対応に不満をもつスタッフが、チームの話合いの主導権をめぐって看護師長と対立する状況を次のように語ってくれた。

「(話し合いの場で当事者ナースを追及するスタッフに対して)私、そういうことを止めるんですよ、今、それは関係ないんだよって言うと、いや、状況が分からなければ話し合いにはならないって言って。私に黙っている(強い口調で怒鳴る様子を真似る)ってくらいの勢いで言うんです」(Yさん/看護師長経験7年目)

以上のように、看護師長たちは事故を他人事にはしないこと、そして患者の安全を守るという姿勢を一貫して伝えることにより、事故の経験からスタッフ一人ひとりが学び、チーム全体で再発防止に取り組めるような方向づけを行っていた。

7) 患者の安全の脅かし

《患者の安全の脅かし》とは、チーム内でルール違反が黙認されていたり、インシデントや事故の多さ、同様事故の再発など、患者の安全が危険に曝されている状況である。Lさんにより語られた事故では、長年にわたり部署のリーダー役割をとるスタッフが、手順を遵守せず患者を危険に曝す可能性のある行為を行っていた。そうした現状を周囲のスタッフが指摘することなく黙認してきたことを、看護師長は事故が起きて初めて知った。

「こっちが指導するリーダー格がそれ（ルール違反）に関して目をつむっているような行動が行われているのであれば、それを結果的にこちらがつかむことって非常に難しいんですよ」（Lさん/看護師長経験3年目）

さらに次のKさんのように、事故翌日に、同一事故が再発するという事態もあった。このように患者の安全の脅かしが事故の発生という形で顕在化すれば、再び、スタッフたちに事故の情報を伝達していくことになった。

「次の日に、また同じように体重測定の際に気がいたら、今度右の下腿ですね、そこがぱっくり切り傷で。今度は6針縫いました」（Kさん/看護師長経験1年目）

以上のように、看護師長たちは、【チームで取り組む再発防止】のための働きかけを行っていたが、研究参加者となった26名の看護師長のうちUさんだけは、スタッフに事故に関する情報を伝えていなかった。そうした状況を次のように語っていた。

「そういう風なことを病棟にはどういう風に説明したらいいんだろうかっていうのも実はわからなかったんですよ。（略）だから（病棟内では）禁句のまま、何も言わないままちょっと過ぎていって、あれどうなったんだろうって、多分皆も思っていたと思うし、でも皆も聞いてはいけないって思っていたんだと思うんですよ。私には聞かなかったし」（Uさん/看護師長経験1年目）

Uさんが語った事例は、夜勤の巡視で患者の心肺停止状態が発見され、死亡確認されたものであった。医療者に過失はないと病院側は判断したが、遺族からインフォームド・コンセントの不十分さ、死因が特定できず病院側の落ち度ではないかと不

満や不信感の訴えが噴出し、カルテ開示に至った事例であった。入院患者であることから、スタッフは患者の死亡を知っていたが、Uさんは、「(看護師の過失による)事故ではないから」として、この出来事を自分から伝えることはなかった。その結果、スタッフも質問してくることはなく、事故の話題は「禁句」「聞いてはいけない」こととして暗黙裏に共有され、オープンに話せる場をつくることもなかった。さらに「事故ではないから」と、患者の安全を守るという方向性をスタッフに示すこともなかった。このように、Uさんの場合には、【チームで取り組む再発防止】という働きかけは展開していかなかった。

3. 考察

以上の結果より、【チームで取り組む再発防止】という現象は、スタッフに《事故に関する情報の伝達》を行い、《チーム内に生じる反応の把握》に基づき、《チーム全体の安心感の保証》をした上で、もしくは《チームで事故乗り越えるための方向づけ》を行い、チーム全体で再発防止に取り組むことで、《患者の安全の脅かし》に至ることなく、事故当事者の《事故の乗り越えの後押し》となる帰結をもたらす支援プロセスであった。

1)【チームで取り組む再発防止】のプロセスと事故当事者支援

医療安全管理体制が整備された今日、医療事故が起きた際には、個人の責任追及や懲罰ではなく、ヒューマンエラーを誘発し、事故を未然に防げなかったシステムの問題を明らかにして、事故の再発防止に取り組むことが安全な医療システムを整えていくための基本姿勢であることは周知の通りである。そして患者の安全を向上させるための労働環境の変革において、リーダーシップとマネジメントの重要性が強調されてきた(米国ナースの労働環境と患者安全委員会,医学研究所,2004/2006,pp.130-191)。病院という組織の中間管理職である看護師長が、【チームで取り組む再発防止】を行っていくことは、医療事故後の標準的対応であり、事故当事者への支援を第一義的な目的としているというよりは、患者の安全を守るための看護師長の責務や役割といえる。しかし、このような問題解決的な取り組みが、事故当事者の支援につながることは、先行研究からも支持されるものである。

まず【チームで取り組む再発防止】という働きかけにおいて、看護師長は個人のエラーではなく、再発防止のためにチームとして取り組むべき課題に焦点化できるように促し、〈チームの課題の共有〉をしていた。児玉ら(2012)による事故当事者となった看

看護師を対象としたインタビュー調査では、「“あなただけの責任ではない”に救われる」というカテゴリーが示されており、事故が個人の問題に帰結されることなく取り扱われることが、事故当事者の救いになっていることが示されている。

さらに看護師長は、スタッフ一人ひとりの実践力の向上を意図して〈チーム全体の看護実践力の向上〉のための教育的支援や、〈事故の教訓を活かした安全な環境づくり〉を行っていた。田口ら(2007)の調査では、事故後に組織的な医療事故防止対策がなされないことや、周囲のスタッフとの安全にかかわる意識の差を感じることも、事故当事者のつらさとして語られている。本結果から、チームで再発防止に取り組むプロセスに事故当事者が参加し、チームの学びの場とするような状況を看護師長が作り、再発防止に役立てられたと肯定的な意味づけを付与できれば、それは事故当事者の〈頑張りの促し〉となり、《事故の乗り越えの後押し》につなげることができた。

また事故当事者は、専門職としての自らの能力を疑い、仕事を続ける自信の低下、そして事故と同じ状況に業務につく際には、フラッシュバックや強い不安や恐怖を抱くことが報告されている(林ら,2010; Scott,et al,2009; 奥田,2006; Rassin,,et al,2005)。トラウマ反応を呈する事故当事者にとって、〈チーム全体の看護実践力の向上〉や、〈事故の教訓を活かした安全な環境の整え〉は、知識や技術を確認することで仕事につくことの不安を軽減させ、安心して、かつ安全に仕事を継続できる環境を整えることにより、仕事を続けることで自信を回復できるよう支える意味をもつものとなろう。このように、看護師長による【チームで取り組む再発防止】という働きかけが、事故当事者の《事故の乗り越えの後押し》をしていることが示されたが、このプロセスは、事故当事者に焦点をあてた先行研究からも支持される結果であった。

2) 医療事故がもたらすチーム全体への心理的影響

本研究によって示された新たな知見は、事故がチーム全体に与える心理的影響と、看護師長による事故の再発防止という課題解決にむけた働きかけを通して、事故当事者を含め看護チーム全体を支援する具体的なプロセスを描き出すことができた点である。ひとたび事故が起きると、その影響は部署全体に拡がることから、看護管理者が事故に直接関与していない人たちにも目を配り、落ち着いて業務が遂行できるよう支援する必要性について、これまでも指摘されてきた(鮎澤,2007; 石川,2013; 日本看護協会,2002)。しかし医療安全に関わる専門家からの問題提起や、支援の必要性の指摘にとどまるものであった。また本研究に先立ち、医療事故発生後の看護師のメンタルヘルスに関連した文献レビューを行ったが(福田,2009a)、そのほ

とんどが事故当事者個人に与える影響に焦点をあてたものであり、看護チーム全体への支援に言及した研究はなかった。次に、本研究で示された事故がチーム全体に与える心理的影響について考察していく。

事故発生後、看護師長たちは《事故に関する情報の伝達》を行っていた。これはスタッフの動揺を推測し、事故の事実を受け止めることができるよう意図したものであった。しかし、正確な情報を伝えるだけでは、スタッフに広がる不安や動揺を解消することには限界があり、それに続く働きかけである《チーム内に生じる反応の把握》から、スタッフが事故当事者の立場に身を置き、「自分が当事者だったかも知れない」と捉え、事故再発の不安や緊張、チーム全体の士気低下といった反応を察知していた。本研究で看護師長により語られた事故は、医療者の過失により患者の生命や健康に重大な影響を与えたレベルの事故が含まれ、予期せぬ突然の出来事の発生に加え、患者の生死に関わる重大な事故であることが、周囲のスタッフたちに強い衝撃と、それに伴う心理反応を生じさせていると考えられる。アメリカ精神医学会による精神医学的診断基準の DSM-5 (2013/2014) では、心的外傷的出来事への直接的な体験として、突然で破局的な出来事としての医療事故や、目撃された出来事として医療上の惨事が挙げられている。心的外傷的出来事の影響は、それに直接的に関与した者にとどまらず、周囲の人々をも巻き込み、様々な影響を与え続けることが知られている (Figley, 1995/2003)。スタッフが「誰もが事故を起こし得た」「自分が事故を起こしていたかも知れない」と捉えることは、いつ自分が当事者の立場になるかわからない不安を惹起させるものとなり得る。「看護師による過誤事例では、薬物や患者を確認するといった容易に実行可能な初歩的・基本的確認作業の懈怠はあるものの、数多くの背景要因が潜んでおり」、多くの場合、その看護師でなく他の誰かが事故当事者になっておかしくないといえるような状況で起こる」(奥津, 2010)。

このように、チーム内に生じる不安や動揺といった反応は、事故という出来事の重大さ、そして心理的安全性を脅かされることによる影響として考えることができる。こうした状況において、事故に関する正確な情報を与えることは、現状を正しく認識することにより不安を軽減させることになったとしても、それだけでは十分ではなかった。《チーム内に生じる反応の把握》に基づいて、スタッフの不安や動揺の強さを察知した場合、看護師長が《チーム全体の安心感の保証》を行い、スタッフが安心感、安全感をもてるよう働きかけることにより、【チームで取り組む再発防止】から、さらに《事故の乗り越えの後押し》という帰結に至るプロセスにつなげることが可能となっていた。

一方で、スタッフが「われ関せず」、「他人事」と捉え、事故当事者に対する非難や

攻撃といったチーム全体の雰囲気を見守る看護師長が察知する場合もあった。Catherall (1995/2003)は、トラウマケアに関わるセラピストに生じる二次的トラウマ反応がセラピスト集団のグループダイナミクスに破壊的な影響を及ぼすことを指摘している。同僚が受けたトラウマは、その仲間にとって戸惑わずにはいられない出来事であり、この出来事がただ一度起こるだけで、まわりのセラピスト全員が、自分達の脆弱性を意識することになるという。トラウマという現実に関わることは、各自の基本的な前提や当然としてきた安定した世界観、安全感にとって脅威となる。それゆえにトラウマを負った者との共通関連性を認めないという見方をとり、自分自身の外傷性ストレスに対する脆弱性を他人事とすることによって、同僚が呈する困った影響を自分は起こさないと考えていられると述べている。

このように考えると、《チーム内に生じる反応の把握》から、看護師長は事故当事者への個人攻撃や、スタッフの「我関せず」、「他人事」という反応を察知していたが、これはチーム内に生じた強い不安や脅威、その結果として生じる防衛反応や心理的距離の取り方の一つとして解釈することができる。さらに、《事故に関する情報の伝達》が困難で正確な情報を伝えることができず噂話のように拡がることや、《チーム内に生じるスタッフの反応の把握》から、院内で自分たちの部署が否定的に評価されているとスタッフが感じとっていたように、スタッフが事故を他人事にできない状況に置かれることもあった。事故という出来事から距離を置き、他人事にするといった心理的防衛が生じるほどに安全感が脅かされているとすれば、《チーム全体の安心感の保証》がされぬまま、〈事故を他人事にさせない〉ようにスタッフを巻き込んでいくことは、不安や脅威を更に煽ることになり得る。そうした状況が続けば、看護チームのダイナミクスのなかで不安は怒りとして他者に向かうことになり、本結果において示された事故当事者のみならず看護師長や部署の教育担当者に向けられた怒りや攻撃的反応は、心理的安全感が脅かされる中での心理的反応として解釈することができる。

以上のように、事故という突然の予期せぬ出来事が起きたとき、スタッフが自分たちの問題として事故を捉え、チームのまとまりを維持しながら、再発防止というチームの課題解決に取り組んでいける場合と、反対にチーム全体に混乱をもたらす、否定的反応の拡がりや、個人の責任追及に終始する状況があった。集団内に認められるこうした反応は、精神力動的な観点から指摘され、解釈されてきた。Bion(1961/1973)は、グループダイナミクスという点から、あらゆる集団のもつ2つの機能を説明している。一つは、作業グループ(work group)として機能するものであり、メンバーが協働し、合理的、科学的方法を用いて、時間や発達を意識しながら、欲求不満に耐え、その

作業を遂行するためにメンバーが協働していくものである。本結果で示されたように、チームがまとまりを維持しながら、チームの課題を明確にし、事故の再発防止のために協働することは、作業グループとして機能しているものである。一方、基底的理想定グループ (basic assumption group) という側面があり、これは強烈な情緒によって形成され、経験から学ぶことが、努力、痛み、現実との接触を意味する時、そこにつきものの欲求不満を避けようと非合理的で、無意識な側面をもつものである (Gringberg, Sor, & Bianchedi, 1977/1982)。基底的理想定グループは、つがい、依存、闘争-逃走という3つに分類されるが、例えば、〈組織の支援の調整〉において、看護部の支援がスタッフに見える形で伝わらず、「看護部は何をやっているのか。何もしてくれない」といった怒りの反応は、組織という大きな存在に依存することで安心感を得たいと思う一方で、その欲求が満たされないなかで生じる怒りの反応であり、依存基底的理想定と捉えることができるチームの状況が生じていた。また、チームを方向づけようと試みる看護師長に対する批判的で対立的な態度、事故当事者への攻撃や排除的態度など怒りや攻撃といった強い情緒的反応に彩られたチームの反応は、闘争-逃走基底的理想定を彷彿させる。こうしたチーム内に生じる反応は、先に述べたように、事故の経験から学ぶことが、努力、痛み、現実との接触を意味する時、そこにつきものの欲求不満を避けようとする情緒状態によって生じるものとして解釈することができよう。後者の機能が優勢となると、チームとしてのまとまりを維持し、課題解決に向けて協働していくことは困難となっていた。

以上のように、今日の医療安全の取り組みは、医療事故が起きたら根本原因を探り、事故の教訓から組織全体で学び、システム改善に取り組むことが基本的な対応となっている。こうした問題解決的な取り組みは不可欠であるが、同時に、医療事故が内包するトラウマ性を理解し、事故当事者のみならず、問題状況にスタッフを巻き込むことによって生じるチーム全体の心理的影響を予測し、支援体制を整えておくことが必要である。この点を無自覚のままチーム全体を巻き込んでいくことは、スタッフの心理的な安全感を脅かす可能性があることを認識しておかねばならない。

3) チームで事故を乗り越えるための看護師長による支援

トラウマを蒙ったグループを対象とした治療の目的は、本来のグループがもつ課題を遂行するための力を回復することにある (Garland, 1998/2011)。これまで考察してきたように、事故の再発防止という課題解決にむけてスタッフが協働して、問題解決に取り組む、事故を学習の機会とすることができる場合と、チーム全体に否定的な反応

が拡がり、スタッフを方向づけ、課題解決に向かうことができず、《患者の安全の脅かし》に至ると2つの帰結に至っていた。このように考えると、看護チームにとって事故という出来事は、一つの危機として捉えることができよう。

危機とは、心理的な弱点が増大する危険と、パーソナリティが成長するという二面をあらわす過渡的な時期であり(小島,2013)、事故の体験をチーム全体の学びにつながられるか、もしくはチームの本来の職務である患者の安全を守るという機能が破綻するという意味で、事故はチームに危機をもたらす出来事となっていた。本結果から、看護師長がチームで事故を乗り越えるプロセスは、以下の2つの意味をもつと考える。

(1) ストレスフルな出来事をチームの成長の糧に変える

ストレスフルな出来事や状況に直面しながら、それに対処し、心身の健康を保持し、成長の糧に変えて生きることができる人々の中に見出される健康要因に、首尾一貫感覚(SOC:sense of coherence)という概念がある。「それは第1に、自分の内外で生じる環境刺激は、秩序づけられた、予測と説明が可能なものであるという確信、第2に、その刺激がもたらす要求に対応するための資源はいつでも得られるという確信、第3に、そうした要求は挑戦であり、心身を投入しかかわるに値するという確信からなる」(Antonovsky,1987/2001,p.23)とされており、3つの確信は、それぞれ把握可能感、処理可能感、有意味感と定義される。

看護師長は、《事故に関する情報の伝達》により、どういう状況で何が起き、この先どうなるのか、組織としてどのように対応していくのかをスタッフに伝えていた。さらに〈チームの課題の共有〉として、自分たちが取り組むべき課題を明確にしていくことは、予期せぬ出来事や混乱した状況を認知的に理解することを助けるものとなる。こうした関わりは、スタッフの把握可能感を支える側面をもつと考える。そして不安や動揺のチーム全体への拡がりを察知した場合には、《チーム全体の安心感の保証》により、オープンに気持ちや考えを表現でき、誰も脅かされることがなく、そして組織の支援を調整し、スタッフに見えるように働きかけていたが、これは困難な状況に対処するために組織内の支援を得ることができるという確信につながるものとなる。さらに、〈患者の安全を守る方向性の確認〉により、事故をチャンスと意味づけ、事故の教訓を活かして患者の安全を守ることを確認し、チームを方向づけていた。こうした関わりは、不幸な経験が課されたときにも、その挑戦をすすんで受けとめ、意味を見いだそうと決心し、それに打ち勝つために最善を尽くす(Antonovsky,1987/2001,p.23)といった有意味感を支えることとなる。このように看護師長によるチーム全体への支援は、スタッフの

把握可能感、処理可能感、有意味感を支えることにより、事故という出来事に対処し、その体験を糧にしてチームで困難な体験を乗り越えていくプロセスを後押ししていると考えることができる。

(2) 看護師長のリーダーシップによる集団的学習

2つめに、看護師長のリーダーシップによる集団的学習である。【チームで取り組む再発防止】とは、事故の体験をチーム全体の集団的学習の機会とする働きかけであり、看護師長は、こうした取り組みのリーダーシップを担っていた。医療現場のような、それに関与する人々が相互依存し、複雑に絡み合った仕事を遂行するためには、チームの協働は不可欠である。Edmondson(2012/2014,pp.23-62)は、チームが機能するためには、トップダウンの指揮統制アプローチではなく、新たなアイデアを生み、答えを探し、問題を解決するために人々を団結させる働き方が必要であり、これをチーミングという造語を用いて説明している。チーミングは、組織学習の原動力となるものであり、集団的学習により、組織は環境の変化を察知したり、顧客の要求に気付いたり、状況についての集団的理解を一人ひとりが深め、以前の行動の結果を発見したりできるようになる。そのためには、失敗について話し合い、共有したり試みたり、学習したりすることを支持・奨励する環境を生み出そうとするリーダーシップが必要である(Edmondson,2012/2014,p.42)。看護師長が、《チームで乗り越えるための方向づけ》を行い、【チームで取り組む再発防止】をリードしていくことは、まさにチーミングを促すことといえる。

しかし部署全体で話し合いの場をもつことが、必ずしも集団的学習につながるわけではない。本結果においても、チームで再発防止に取り組む程度、再発防止に取り組むタイミング、事故の教訓を活かす程度によっては、部分的なシステム改善にとどまることや、実際に同様事故が再発するといったように《患者の安全の脅かし》という帰結に至っていた(図5)。医学教育においては、死亡症例検討会(Morbidity and mortality conferences)が取り入れられており、患者の有害事象やエラーについて話し合う機会として活用されている。看護においても、こうしたカンファレンスを臨床に組み入れ、個人のエラーでなくシステムの問題に焦点化し、エラーと向き合い、誤りを正すことは肯定的な効果があるといわれる。しかしカンファレンスのフォーマットや構造が欠如している場合には、防衛や非難といった雰囲気や、不適切なプレゼンテーションとなり、カンファレンスの効果を妨げることが指摘されている(Pagano,2006)。つまり、スタッフの集団学習を促進するためには、学習の場の設定が必要であり、チーミングを

促進するためのリーダーシップ行動として、学習するための骨組みをつくる、心理的に安全な場をつくる、失敗から学ぶ、職業的・文化的な境界をつなぐことが挙げられている(Edmondson,2012/ 2014, p102)。

看護師長が、スタッフたちの不安を察知しながら《チーム全体の安心感を保証する》こと、そして《チームで乗り越えるための方向づけ》により、リーダーの姿勢を一貫して示し、事故から学び、患者の安全を守るという目標にむかって、チームを前向きに、肯定的に方向づける働きかけは、チームが集団としての機能を維持し、事故の失敗からチーム皆で学ぶことにより、事故の体験をチームの成長の糧にできる可能性を広げるものとする。

4) 看護師長への支援について

以上のように、【チームで取り組む再発防止】という看護師長による支援は、事故の教訓から学び、再発防止に取り組むことを通して、チームの集団的学習を促進し、事故を乗り越えていくプロセスであった。それは結果的に、チームの成員である事故当事者を支え、《事故の乗り越えの後押し》をするものであった。そして同時に、事故という危機をチーム全体で乗り越えるプロセスでもあった。

こうしたプロセスにおいて、看護師長はチームのリーダーとしてスタッフを導き、支えていく重要な役割を担っていくわけであるが、本結果から示されたように、看護師長自身がスタッフからの怒りや攻撃の対象となり、チームに拡がる不安や葛藤の渦中に巻き込まれることや、混乱し、まとまりを欠いたスタッフたちを方向づけることが困難な状況も生じていた。こうした背景には、事故が心的外傷的出来事となり得るものであり、事故を他人事にできない状況のなかで、心理的安全性が脅かされることによって生じるチーム全体への心理的影響が考察された。

事故当事者の《事故の乗り越えの後押し》をバックアップできる組織の支援体制づくりのためには、事故の再発防止のための問題解決的な取り組みを支援するだけでなく、集団としての看護チーム、医療チームに生じているダイナミクスをアセスメントし、看護師長の支援を複雑、困難にしている要因を見極めながら、チーム全体の心理的安全性を保証できるような支援を組み込んでいくことが重要である。精神看護専門看護師は、こうした支援に必要なスキルをもつ専門家であること、さらに患者ケアに関するコンサルテーションをはじめ日頃の実践活動を通して事故当事者を含む看護スタッフや看護師長との信頼関係を築いている。こうした関係性は事故発生後に速やかな支援を導入する上で強みとなる。事故当事者や看護師長への個別の支援と同時に、看護チーム内、事故関係者間に生じている葛藤を調整し、支援する役割を担うこと

や、チーム全体に心理的影響が拡がる前に、チーム全体の混乱を最小限にとどめるために、事故後に生じやすい心理的反応やストレスフルな状況での対処方法など事故当事者、そしてスタッフたちに心理教育の機会を提供することもできる。

事故によってもたらされるチームの危機状況は、事故そのものだけでなく、事故以前のチームとしての成熟度や機能レベル、困難に直面した際の不安や葛藤の生じ方とその乗り越え方などによって様々であると考えられる。よって患者に重大な影響を与えた事故だけでなく、あらゆるレベルの事故において、チーム全体を視野に入れた支援の提供と、そのための組織体制を整えることが必要である。しかし、チーム全体の安心感を保証するための〈組織の支援の調整〉をすることに看護師長たちは苦心していることが本結果から示された。事故発生後、すみやかに組織的な支援が事故現場のスタッフの見える形で提供されることは必須である。それはスタッフを支えるだけでなく、看護師長を支えることになることは言うまでもない。

第Ⅹ章 事故の乗り越えの後押し

本章において詳述する【事故の乗り越えの後押し】という現象は、看護師長による事故当事者支援の中核となる現象であった(図 6)。本現象を説明した後、現象を構成する概念(カテゴリー)を説明し、最後に、これら結果をふまえた考察を述べる。

1. 【事故の乗り越えの後押し】という現象。

看護師が関与した事故が発生すると、看護師長は《事故当事者への目配り》をしていた。事故当事者に声をかけて大丈夫かと尋ねることや、仕事中的様子や周囲のスタッフの関わり方の観察、スタッフから様子を聴くなどの方法で事故当事者に目を配り、目配りが困難でない場合には、《事故に対する当事者の反応の把握》ができた。そして事故当事者の涙、落ち込み、自責といった様子から精神的ダメージを察知し、事の重大さを受け止めていると判断した場合には、《心の回復の見守り》という働きかけを行っていた。看護師長は事故当事者の傷ついた気持ちと向き合いながら、休暇を与える、勤務や業務の負担軽減、精神科治療につなげるといった方法で心の回復を見守っていた。心の回復の見守ることは、【事故の乗り越えの後押し】をすることにつながるものであった。

看護師長は、事故当事者の前向きな対処を促し、アドバイスや励まし、事故を肯定的に意味づける、自信を回復させる、支援リソースを紹介することで頑張りを促す一方で、精神的に落ち着いていれば普段通りの対応をとっていた。そして再発防止の具体的方策を話し合い、知識やスキルの確認、手順やルール遵守を確認することによって教育的支援を行い、事故当事者が安全に仕事を継続できる環境を調整し、さらに退職に至ることがないよう職場につなぎとめる努力をすることにより、【事故の乗り越えの後押し】を行っていた。

しかし《事故に対する当事者の反応の把握》により、落ち込んでいる様子がなく、強い怒りを表出し、事の重大さを認識していない態度を示すような場合には、看護師長は、ただちに【事故の乗り越えの後押し】により事故を繰り返さないための教育的支援に重点を置いた関わりを始めていた。

一方、事故当事者と自分とは利害関係にあることや、事故対応に追われる余裕のなさから、看護師長が《事故当事者への目配り》の困難さや限界を感じた場合、《チームで支える体制づくり》により周囲のスタッフを巻き込んだ支援に切り替えて

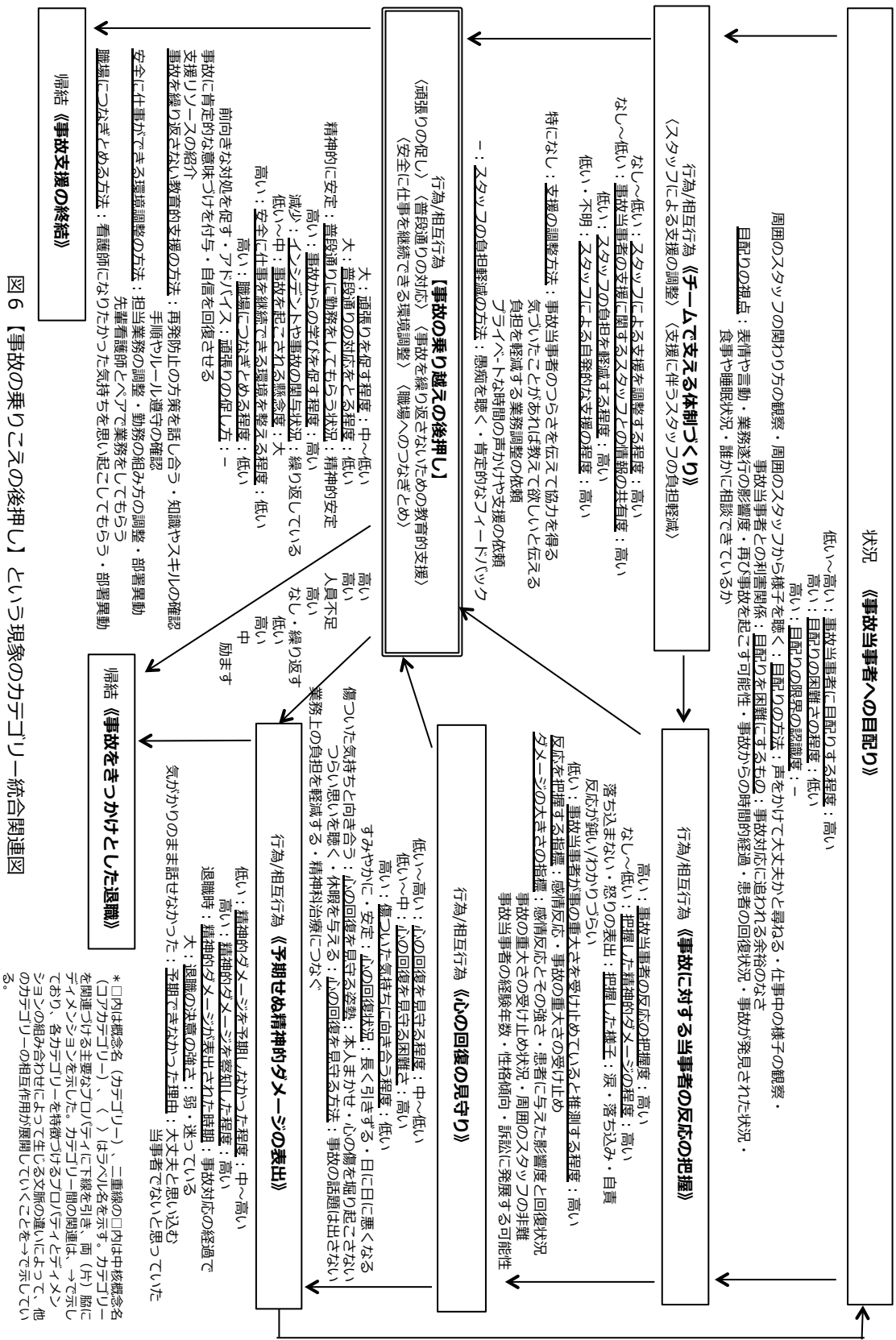


図6 【事故の乗りこえの後押し】という現象のカテゴリー統合関連図

* □内は概念名（カテゴリー）、二重線の□内は中核概念名
 □外カテゴリー、（ ）はサブ概念を示す。カテゴリー
 を関連づける主要なフロアラインに下線を引き、高（↑）筋に
 ディメンションを示した。カテゴリー間の関連は、→で示し
 ており、各カテゴリーを特徴づけるフロアラインとディメン
 ションの組み合わせによって生じる文脈の違いによって、他
 のカテゴリーの相互作用が展開していくことを→で示してい
 る。

いた。チームの支援体制を整え、スタッフによる自発的な支援が行われ、事故当事者のつらさや、周囲のスタッフの関わり状況について情報を共有でき、またスタッフの負担に配慮した体制づくりを行うことができれば、《事故に対する当事者の反応の把握》につなげることができた。

しかし、《事故当事者への目配り》や、《チームで支える体制づくり》をする程度が低く、《心の回復の見守り》において、事故当事者の心の傷に向き合うことができず、本人まかせの対応姿勢や、事故の話題に触れないといった対応姿勢をとる場合、さらに【事故の乗り越えの後押し】において、頑張りを促すことで業務を遂行してもらわざるを得ない状況で普段通りの対応をとる場合には、《予期せぬ精神的ダメージの表出》という状況に至った。

事故対応の経過のなかで事故当事者から《予期せぬ精神的ダメージの表出》がなされれば、《事故当事者への目配り》という関わりにつなげることは可能であった。しかし、なかには事故当事者が退職を決意する段階まで精神的ダメージを察知できない場合もあり、そのような時には《事故をきっかけとした退職》という帰結に至ることもあった。

2. 現象を形づくる概念 (図6)

本現象は、【事故の乗り越えの後押し】を中核概念とし、《事故当事者への目配り》、《事故に対する当事者の反応の察知》、《心の回復の見守り》、《チームで支える体制づくり》、《予期せぬ精神的ダメージの察知》、《事故支援の終結》、《事故をきっかけとした退職》という8つの概念から形作られていた。以下、それぞれの概念を説明する。

1) 事故当事者への目配り

《事故当事者への目配り》とは、事故当事者に声をかけて大丈夫かと尋ねることや、仕事の様子や周囲のスタッフの関わり方を観察する、スタッフから様子を聴くなどの方法で、事故後の当事者の様子を注意深く見守ることである。看護師長は、事故当事者の表情や言動、業務遂行への影響、再び事故を起こす可能性、事故からの時間的経過、患者の回復状況、事故が発見された状況、食事や睡眠状況、誰かに相談できているかを確認しながら、事故当事者に目を配っていた。

事故当事者への目配りについて、看護師長たちは次のように語っていた。

「とにかく朝来たら声をかけるっていうことはしていました。ちゃんと寝てるの？とか、ご飯食べてるの？っていうあたりでは確認をして、表情をみたりしていましたね」
(Yさん/看護師長7年目)

「あまり自分のことを話すタイプの子じゃないので、仲の良さそうな子に時々、『何かあれしてない？』って、『何か聞いている？』とか、ちょっとその子に聞いたりなんかはしていたので」(Sさん/看護師長経験2年目)

看護師長は、事故当事者に目配りをするものの、管理者である自分とスタッフとの関係は利害を伴うものであり、正直な気持ちや本音を語ってもらうことには限界があると捉えていた。また事故後対応に追われて気持ちや時間の余裕がない中で、事故当事者に目を配るのは難しいと感じていた。

「どんなに私がスタッフの気持ちになろうと努力しても、私は限界があると思っています。で反対にどんなにスタッフが私のことを信頼してくれて、何でも話せる部長さんであったとしても、やはりスタッフが私に話すことはやはり限界がある」
(Jさん/看護師長経験13年目)

このように、声をかけ、様子を観察するなどの方法で、看護師長が事故当事者に目を配ることができれば、事故に対する反応を把握することができ、次の支援にすすむことができた。そして目配りの困難さや限界を感じた場合には、看護師長による目配りを補完するために、別の働きかけが必要だと考えていた。

2) 事故に対する当事者の反応の把握

《事故に対する当事者の反応の把握》とは、事故当事者の事故に対する感情反応や事の重大さの受け止め状況を把握する関わりである。看護師長は、事故当事者が表出する涙、落ち込み、自責などの感情反応とその強さ、事故の重大さを受け止めているかを把握しようとした。そして事故当事者の看護経験年数、元々の性格傾向、患者に与えた影響の重大さと患者の回復状況、周囲のスタッフの非難的言動、訴訟問題に発展する可能性を手がかりにしながらも、事故当事者が示す反応から精神的ダメージの大きさを推測していた。例えばJさんは、次のように語った。

「(当事者から事故発生報告の)電話がかかってきた時に、まあ非常に動揺をしているのがわかりました。本人も、非常にどうしよう、どうしよう、こんなことになっちゃって。十分に自分では注意をしていたつもりだったんだけど、こんな風になっちゃって、本当にすみません、すみませんっていうような形でした」

(Jさん/看護師長経験13年目)

Jさんは、電話で事故を報告してきた事故当事者の様子から、「非常に動揺している」こと、そして「こんな風になっちゃって」と自分の行為によって重大な事態を引き起こしてしまったと受け止めている状況を把握していた。

一方、予測に反し、事故当事者の落ち込みの程度が低く、怒りの感情を表出したり、感情反応の鈍さや反応のわかりにくさが伺える場合、看護師長は「事の重大さをわかってない」、「きちんと責任を認識してもらわないと困る」と捉えていた。

例えば、看護師の過失による重大事故において、当事者の反応を察知した際に生じた気持ちを、Eさん、Hさんは次のように語った。

「それだけのことをしたのだから、『すみません、そうだあ・・・』って落ち込むかなって思ったんですけど、それはなかった。そういう反応ではなかったんですが。心の中で、この子、感じているのかなあってちょっと思ったんですね、この事の重大さを」

(Eさん/看護師長経験1年目)

「罪悪感がない子がいるんですよ。何だろう、ピンときていないのか、それは技術とか知識のレベルがあるんでしょうけれど。大変なことをしたのよ、あなたっていうパターンもありますね」(Hさん/看護師長経験7年目)

このように、看護師長は事故当事者により表出された感情反応や、事の重大さの受け止めの状況という2側面から、《事故に対する当事者の反応の把握》をしており、捉えた事故当事者の反応に応じて、心の回復を見守る関わりを展開させていくか、もしくは事故の再発防止のために教育的支援に重点を置いた対応をとっていた。

3) 心の回復の見守り

《心の回復の見守り》とは、事故当事者の精神的ダメージを把握しながら、心の回

復を促すための働きかけである。心の回復を見守る関わりについて、Aさんは次のように語っていた。

「しばらくの間、プラスアルファのステップアップは、気持ちが落ち着くまではずして
います、彼女は。(略) 少しずつ重症だったり、少しずつ機会が増えていくとか、難しい
症例を見ていくのを、今までやっていた中で、十分安心して見れる受け持ちさんの配慮
をしてもらっていましたが、それも、ちょっとうる覚えなんですけれど、この子(患者)
が退院する、事故が起こってから2週間くらいの期間で」(Aさん/看護師長経験4年目)

看護師長は、時間をとって事故当事者のつらい思いを聴く、事故直後のショックや
動揺が強い場合には1日ないし数日間の休暇を与える、そして重症患者や複雑な
問題をもつ患者ではなく、安心して受け持てる程度の軽症の患者に限定して担当し
てもらい、夜勤をはずす、フリー業務にすることにより業務上の負荷を軽減し、さらに状
況に応じて精神科治療につなぐことで《心の回復の見守り》をしていた。

しかし、事故当事者に休暇を与えた方が良くと考えるものの、限られた人員配置の
なかで休暇を与えることが不可能な場合もあった。こうした状況について、Xさんは次
のように語っていた。

「出来ることとしたら、やっぱりその人数が、考えないで済めば、事象の大きさに合
わせて休み(を与える)云々って、本当に心から言ってあげられる状況が整うことが
有り難いことですね。(Q: なかなかその辺は、1回目の事故の時は言えない状況も
あったのですか?) 言えなかったです」(Xさん/看護師長経験11年目)

ところで、看護師長が事故当事者の《心の回復を見守る》姿勢を大まかに分類する
と、次に挙げるように、①傷ついた気持ちに向き合う、②本人まかせ、③事故の話題
に触れない、の3つがあった。

①傷ついた気持ちに向き合う

傷ついた気持ちに向き合うというのは、事故当事者と話す時間をつくり、傷ついた
気持ち、思いを聴き、受け止めていくことを指向した関わり姿勢である。Jさんは、次
のように語ってくれた。

「これ（事故）は怒っても仕方のないことだし、なので、やっぱり本人の気持ちを聴きながら、一番はじめ泣いていて、それはそれでその日はもう聴く。聴く」

（Jさん／看護師長経験 13 年目）

このように看護師長は、事故当事者のつらい思いを聴き、受け止めることで、傷ついた気持ちと向き合う姿勢をとろうとしていた。

②本人まかせ

本人まかせとは、事故当事者からつらい気持ちや、落ち込んでいることを伝えてくるなどの働きかけがある場合に、看護師長が「相談してくれば対応する」という受け身的な姿勢をとるものである。従って事故当事者が相談してこなければ、看護師長は事故当事者の様子がある程度は把握しつつも、自分から支援を意図した行動に出ることはない。そのような対応について、Iさんは次のように語っていた。

「時間とともにその辺（当事者の自責感や苦しみ）は解決していったというか、自分の中で多分、解決できていったんじゃないかと思うんですけど。立ち上がっていったという経過でしたね」（Iさん／看護師長経験 20 年目）

Iさんが語ったように、看護師長が本人まかせの対応姿勢をとるのは、事故当事者が自分なりに精神的ダメージから立ち上がり、対処できると考える場合であり、事故当事者には中堅やベテランの看護師であるという特徴があった。

③事故の話題に触れない

事故の話題に触れないとは、事故当事者が精神的ダメージから回復しつつある時に、事故の話題に触れて心の傷を掘り起こさないようにするという姿勢をとるものである。例えば、次のような語りに、こうした特徴が示されていた。

「担当していた看護師も、だんだん何か顔つきも、それほど悪くないというか、新しい役割とかもあったし、別の仕事って。むしろ私はそこで、私が話すことはどうなんだろうっていう思いもあって。私から何かを話していいんだろうとか、忘れてしまえることではないけれど、私がほじくり返すというか、そうしてはいけんじゃないかっていう思いもあって、しばらくそのことには触れずに来ていたんで

すけれども」(Uさん/看護師長経験1年目)

「何回も何回も〇〇(事故に関連した話題)に関して出てくる度に思い出すっていうのも、自分としてもあまりいい気持ちではなかったから、彼女(事故当事者)にそう言って思い出させるっていうのも、どうかなあっていう部分もあったり」

(Mさん/看護師長経験1年目)

Mさんの語りが示すように、事故の話題が出てくることは、「自分としてもあまりいい気持ちではない」ことであり、自らの否定的感情が刺激されることでもあった。そうした自分の体験を重ねることで事故当事者のつらさを推測し、事故の話題を出さないようにした看護師長もいた。

さて事故当事者の心の回復に時間を要し、仕事に支障をきたす場合、看護師長は精神科医や心療内科医による治療につなげていた。研究参加者となった26名の看護師長のうち、事故当事者を治療につなげたのは4名であった。次のQさんのように、病院内の心療内科医に休暇や勤務調整の必要性を相談しながら、事故当事者の心の回復を見守ることができた看護師長もいた。

「本当に人数ぎりぎりだったんで、午前中だけでもってという思いがやっぱりあったんですけど、でもやっぱり今休んだ方がって、専門家(心療内科医)の意見の方が優先かなっていうところで」(Qさん/看護師長経験1年目)

以上のように、看護師長が事故当事者の傷ついた気持ちにしっかりと向き合い、《心の回復の見守》ることにより、事故当事者が精神的に安定すれば、【事故の乗り越えの後押し】につながるものとなった。しかし、本人の対処にまかせ、心の傷を掘り起こさないよう事故の話題に触れない対応により、後に説明するような《予期せぬ精神的ダメージの表出》という状況に至ることもあった。

4) 事故の乗り越えの後押し

【事故の乗り越えの後押し】とは、事故当事者の頑張りを促し、精神的に安定していれば普段通りの対応をとり、そして事故の体験から学ぶこと、安全に仕事を継続できる環境調整を行い、職場につなぎとめていこうとする働きかけである。これは、看護

師長による事故当事者への支援の中心となるカテゴリーとして位置づけられるものであった。

(1) 頑張りの促し

〈頑張りの促し〉とは、事故当事者がつらく困難な状況のなかでも、前向きに対処できるように促し、仕事を続ける力を回復させ、支えていく働きかけであった。

看護師長は事故当事者の性格特性やストレス耐性、看護師としての資質や責任感を手がかりにしながら、どのくらい頑張ることができるかを見積もった上で、前向きな対処を促し、事故に肯定的な意味づけを与えること、事故と同じ業務をする怖さを乗り越えるためのアドバイスの提示、ポジティブなフィードバックにより仕事の自信を回復できるような言葉がけや励まし、そして精神看護専門看護師や臨床心理士などの支援リソースを紹介することにより、頑張りを促していた。Vさんは、事故当事者が自信を回復できるよう働きかけることによって、次のように頑張りを促していた。

「ある患者さんが亡くなった時に、私が最期、お見送りをしたら、ご家族が、Oさん（当事者ナース）によく見ていただいたので、Oさんにお礼を言ってくださいって言われたんですね。それは本当に彼女に言って、あなたの関わりが良かったから、ご家族はそうやって最期ね、亡くなって患者さんのご家族から褒めてもらえることなんてすごいよ、っていう話もしましたんですね」（Vさん/看護師長経験1年目）

研究参加者となった看護師長が所属する15施設のうち、看護職員が利用できる心理的支援を意図した相談窓口が設置されていたのは7施設であった。事故発生後、4名の看護師長が、これら相談窓口の活用を事故当事者にすすめていた。

「私なんかは結構、色々と、他の病棟でもこういう事故があったりとか、色々なことがあったりすると、（精神看護専門看護師に）報告いってる？って確認をしますよ。で、困っているかも知れないからちょっと声をかけてって。リエゾンの方もその辺は色々聴かなかったことにして、自分の方から声をかけてくれたりしている部分があるので。そういう意味では、ま、少し、良い方向に向かえる部分があればいいなって思っているんです」（Jさん/看護師長経験13年目）

Jさんは、自分のスタッフが事故当事者となった場合だけでなく、他部署で事故が起

きた場合でも、精神看護専門看護師に事故の情報を伝えることにより、「色々聴かなかったことにして自分の方から声をかけてくれる」といった形で、事故当事者の支援につなげるというものであった。

このように、看護師長たちによる〈頑張りの促し〉の方法は様々であったが、看護師長のなかには、患者・家族に直接謝罪をし、赦しの言葉、「あなたも頑張っ」という励ましの言葉をもらうことが、何よりも事故当事者を前向きにすると考える者もいた。Zさんは、次のように語ってくれた。

「周りがいくらこう、慰めじゃないけれど支援をしようと思っても、患者さんのそういう一言にまさるものはないような気がしますね。前向きに考えられるかはそこにかかっちゃう気がします」(Zさん/看護師長経験1年目)

このような看護師長による〈頑張りの促し〉は、【事故の乗り越えの後押し】となるものであったが、次の看護師長の語りが示すように、事故当事者に頑張りを促すことは、日々の業務を成立させるため、という意味もあった。

「皆も、日々、怖い思いをしているので、この事故のことだけではなくて、挿管患者さんを一人で初めて見ますよね、その時3日間は先輩ナースをつけるんですけど、初めて自己抜管されてしまって、もう青くなってサチュレーションが40台まで下がっていきような赤ちゃんを目の前にして、とても怖くて、もう自分はクベースに手を入れられないっていうようなスタッフにも頑張ろう、支えるよ、一人じゃないよって、させていかないと成り立たない状況があるんですね」(Aさん/看護師長経験4年目)

「病棟も人手が、スタッフ不足とかがあって、きっと彼ら(事故当事者たち)なりに、自分が休んでしまったら人手が少なくて、きっと部署にも迷惑かけるっていうのがあったので、休みたいとか休ませてくださっていう人はいなかったですね。その辺は、う～ん、私だったら1日くらい、今日はちょっと仕事無理ですって言うんじゃないかなって思うんですけど、絶対、そういうことを本人たちは言わなくて」

(Rさん/看護師長経験1年目)

〈頑張りの促し〉とは、看護師長が事故当事者の前向きな対処を見守り、支持するものであった。その一方で、Aさん、Rさんのように、人手不足のために休暇を与えられ

ない現状のなかで、事故と同じ業務を行う怖さを乗り越えられるよう事故当事者を励ますことや、周囲に迷惑をかけないように休まず仕事をしている事故当事者の様子を見守るという形で頑張りを促すことでもあった。

(2) 普段通りの対応

〈普段通りの対応〉とは、業務上、特別な配慮をすることなく「いつも通り」「普段通り」の対応をとることである。多くの場合、普段通りの対応をとるのは、事故当事者が精神的に安定しており、特別な配慮は必要ないと判断するからであった。

「器械出し(の方の事故当事者)については、まあ、比較的落ち着いていてというか、していましたので、仕事は普通にさせていました」(Yさん/看護師長経験7年目)

一方、特別な配慮や対応が、事故当事者に「罪の重さをかぶせているような気がする」と考え、次のように語った看護師長もいた。

「ちょっと仕事を休む? って声をかける方が、余計に罪の重さをかぶせているような気がするし、できるだけ日常に近い方がいいのかなって思ったんですけど」

(Rさん/看護師長経験1年目)

このように看護師長が〈普段通りの対応〉をとることは、事故当事者が事故後も仕事を継続することで、事故を乗り越えることを意図したものであった。

(3) 事故を繰り返さないための教育的支援

〈事故を繰り返さないための教育的支援〉とは、事故当事者が事故の体験から学び、再発防止のための知識やスキルを身につけられるような支援である。次の例が示すように、看護師長は事故に至った経緯を事故当事者と振り返るなかで、患者の安全を守ることを意図した教育的な支援を行っていた。

「だからこんなことが、(事故を)起こしてしまったって、自分が悪かったってずっと思ってっちゃうんじゃないかって、こういう風に対応できればとか、自分の傾向はこんな風な時にこうなっちゃう傾向だとか、そういうことがわかってもらったら、こういった対処の方法をとっていかなければいけないんだって思えるようになると、そこは

「一つちょっと区切りのような気がしますね」(Zさん/看護師長経験1年目)

Zさんが語っているように、事故当事者が事故の体験から学び、自分の傾向に気づき、新たな対処を身につけることができれば、事故後の支援に区切りをつけることができると看護師長たちは考えていた。そして事故当事者が、事故後に、安全な行動がとれるようになっているかを確認することも重要であり、Hさんは次のように語ってくれた。

「その後(事故後)に、その子(当事者ナース)がちゃんと、それ(反省点)をちゃんと分かって行動が変わったかな、って。その辺も大事なのかなって思って後をみていますけどね」(Hさん/看護師長経験8年目)

Hさんの例が示すように、看護師長たちは、事故当事者が事故を通した学びによって安全な行動をとれるようになり、実際にインシデントや同様事故を繰り返さないことを重要視していた。そのため事故当事者がチームで話し合った再発防止策を行動に移すことができているのか、安全を守るために修正したマニュアルを遵守しているか、二度と事故を繰り返さないで欲しいという患者・家族の願いに応えようとする姿勢があるか、ミスやインシデントをその後に繰り返していないかを確認していた。

事故当事者が事故から学び、新たな対処を身につけられなければ、再び事故を繰り返す可能性、看護師長にとってみれば、再び事故を起こされる可能性がある。1つ目の事故に続いて同様事故に関与した当事者との関わりについて、Xさんは次のように語った。

「リピーターという見方をしてはいけないよ。それはもちろんですよ。だけど、どんな仕事を、復帰していかって考えた時に、私の中では患者さんの安全を守るという大きなその命題の中で(本人が)内省しきってないじゃないですか。内省しきらないということは行動も変わらないですよ。その、どっちをとればいいんだろう。それは私の中の大きなジレンマですよ」(Xさん/看護師長経験11年目)

Xさんは、事故当事者が関与した2つ目の事故において、事故当事者が十分に自分の行為を振り返ることができていないと判断しており、より安全な行動をとれない、つまり再び事故を起こされる可能性を考えていた。そのため事故を繰り返す当事者に対して、「リピーターという見方をしてはいけない」という思いつつも、患者の安全を守る

看護師長としての責務との板挟みになっていた。

このように、{事故を繰り返さないための教育的支援}は、事故の体験を学びの機会とすることで、【事故の乗り越えの後押し】をするものであった。しかし事故当事者の学習が困難な場合には、看護師長が患者の安全を守る責任との板挟みになり、ジレンマを抱いてしまうこともあった。

(4) 安全に仕事を継続できる環境調整

〈安全に仕事ができる環境調整〉とは、事故当事者が普段通りに仕事ができるまでの間、事故当事者と相談しながら勤務や業務を調整し、安全に仕事を継続できる環境を整えることである。

安全に仕事を継続できる環境調整には、一定期間、事故と同じ担当業務につかないような調整、一緒に勤務を組むスタッフを考慮した勤務表の作成、先輩看護師と一緒に業務を行わせる、部署移動の提案などの方法があった。例えば、インシデントや同様の事故を繰り返している事故当事者に対して、安全に仕事を継続できるような環境調整について、看護師長は次のように語っていた。

「とにかく少しの間、フリー的な仕事をするって言って、そこで少し業務調整っていうようなことをしたり。とにかく、かえって大きな（事故を起こす）ことになっちゃうので、あとその他に細かいインシデントもあったりしますから」

（Xさん/看護師長経験 11 年目）

先に述べたように、看護師長は《心の回復の見守り》という働きかけにおいて、フリー業務にするなどして、業務の負担を軽減させていた。〈安全に仕事を継続できる環境調整〉の場合には、事故当事者が精神的ダメージから回復しているものの、再び事故を起こす可能性を否定できない状況において、安全に仕事を続けられることを意図した業務調整であった。

(5) 職場へのつなぎとめ

〈職場へのつなぎとめ〉とは、事故当事者が退職に至ってしまわぬように職場につなぎとめようとする働きかけである。職場へのつなぎとめが必要になる状況として、当該部署での仕事を続けられないと事故当事者から退職の意向が示された場合と、事

故当事者がインシデントや事故を繰り返している状況で、かつ事故当事者自身から退職の意向が示された場合があった。

事故当事者を職場につなぎとめる方策として、過去の看護師になりたかった感情を思い起こしてもらふことや、部署異動の提案があった。例えば、外傷性のストレス反応から当該部署で仕事を続けられないと訴えてきた事故当事者に対し、看護師長は精神科医のアドバイスをふまえて部署異動を提案することで、職場につなぎとめていた。

「やっぱり場所を変えた方がいいでしょうっていう、部署を替えた方がいいんじゃないかっていう（精神科医の）アドバイスだったので、彼女に聞いて、興味があるところがあるって言ったので、そこに行って」（Vさん／看護師長経験1年目）

事故当事者が異動によって仕事を継続できれば、看護師長は、新たな部署での再出発を見守ることになった。

一方、事故を繰り返している事故当事者に対しては、「出る芽」や「成長の可能性」を信じて、「将来に賭ける」ことができれば、退職を申し出てきたとしても、引き留める方向で関わろうとしていた。事故当事者に対して、そのように支援を続けるためには、看護師長が自分の気持ちをコントロールする必要があった。例えば、「この子、無理かも」と看護師長があきらめの気持ちを抱くことがあったり、無責任な態度に憤りを感じた場合でも、自分の気持ちを鎮めようと努力し、また自分から声をかけるようにして事故当事者との関係を維持できるようにしていた。

「（この子無理かもって）そう思っちゃうと、でも自分の気持ちもね、その子から離れていっちゃうと、また手が、手も声もかけられなくなるので、その辺をそう思わないようにしなきゃいけないっていうのが、ちょっと悩む時もありますね」

（Hさん／看護師長経験8年目）

「その子ができないことが全部ではないわけだし、そこを少し教育していけば、変わるんであれば、それは一つの大きな経験として、逆に彼女が将来、そういう医療事故の関係だったり、色んなことに、その時の経験を生かしてくれればいいかなって思うので、少し、自分の気持ちを鎮めながらまだ関わってはいますけれど」

（Lさん／看護師長経験3年目）

このように看護師長は、基本的には事故当事者を職場につなぎとめる努力をしていたが、中には困難な状況もあった。それは、事故当事者が事故から学び、安全な行動を身につけることができず、インシデントや事故を繰り返しており、今後、重大な事故を起こされる可能性が高いと看護師長が判断する場合と、事故当事者のストレス耐性の低さや精神的不安定さから、自分を傷つけるといった行動化に至る懸念がある時であった。このような状況を看護師長は次のように語っていた。

「だからこれ以上言っても、余計にもっと大きなことを起こすな、って、うちは今、そういう子はいませんが、そういう場合もあると思うんですよ。その時はそんなに一生懸命やらないと思います、もうダメだって言うと思います。・・・(略)・・・やめていった人の中には、そういう人もいますので。そういう人は、じゃあもうやめまですって言われたら、そうって。それ以上、ひっぱりあげません」

(Hさん/看護師長経験 8 年目)

「(退職を引き留めなかったのは) それとねえ～、『このままこの仕事を続けていたら、私死んじゃいます』っていうんですよ。私もう、脅しかよって思うくらい。自殺しかねない、誰かが、リストカットの痕があるとか、なんかそんな感じもあるから」(Sさん/看護師長経験 2 年目)

以上のような看護師長による【事故の乗り越えの後押し】は、事故当事者への支援の中心となる働きかけであった。看護師長は、〈頑張りの促し〉、〈普段通りの対応〉、さらに〈事故を繰り返さないための教育的支援〉や〈安全に仕事を継続できる環境調整〉、〈職場へのつなぎとめ〉により、事故当事者が事故後も仕事を継続できるように支えていた。

5) チームで支える体制づくり

《チームで支える体制づくり》とは、周囲のスタッフが事故当事者を支援できるようスタッフへの調整を行うこと、そして支援に伴うスタッフの負担を軽減するための働きかけである。

(1) スタッフによる支援の調整

〈スタッフによる支援の調整〉とは、周囲のスタッフたちに事故当事者の精神面の支

援や工作中的のフォローを依頼すること、スタッフによる事故当事者の支援に関する情報を看護師長と共有できるよう調整することである。

看護師長はスタッフに、事故当事者のつらさを伝えて協力を得ようとしたり、何か気づいたことがあれば教えて欲しいと伝え、仕事の負担を軽減できるような業務調整、さらに勤務以外のプライベートな時間にも事故当事者に声をかけ、目配りするなどの支援を依頼していた。また次の例が示すように、プリセプターや部署の教育担当の先輩看護師といった事故当事者の相談役を明確にし、相談しやすいチームの体制づくりをしていた。

「1年生のその子（入職1年目の事故当事者）に関してはもう1年、プリセプターに近い人をつけました。（略）そこで少し話を聴いてくれる形と、この子がものすごく穏やかで、どっちかという私と違って口調がやわらかいですね、ものすごく。『ああそうそう』って頷きながら聴ける子なので、その子をわざとつけて、その子（プリセプター）には指導する、難しい子たちをどう指導するかっていう、今、教育の側面の課題もあったので、そことリンクさせてサポートをさせたっていう形で今やっています」（Lさん/看護師長経験3年目）

このように意図的な支援体制をつくろうとした看護師長は多かったが、中には事故以前からスタッフ同士で支え合える関係性や体制が築けている部署もあった。そのようなチームの体制がある場合には、看護師長からの働きかけがなくとも、スタッフたちは自発的に支援を行い、そうした情報がスタッフから報告されれば、看護師長は次なる支援の調整につなげることができた。Qさんは、次のように語ってくれた。

「リーダーが部屋（患者の病室）の細かいところを采配するので、夜勤に関しては。上のリーダーさんたちが主にやってくれるので、やっぱり（自殺した患者の部屋に入るのが）怖いみたいなので、もし夜入る時は、一緒に入ってもらっていいかなあっていうようなことを言うと、『あっ、この間ね、一緒に入りましたよ、もう。その方法の方が安心していうから、一応やってます』っていうような感じで、もう私がキャッチするより先に、皆がキャッチしてくれていたりとか」（Qさん/看護師長経験1年目）

反対に、先輩看護師が支援してくれていると看護師長が思い込んでいたにもかかわらず、事故当事者が苦しい胸の内を誰にも話すことができていない状況を後々知る

ことになったという経験をした看護師長もいた。

「その当日に、自分が当直でちょっと関われなかった時間って、(事故当事者が) すごく信頼している先輩が来てくれて、話を聞いてくれていたっていうのがあって、その先輩が割と、その後も話をしているのかと思ったら、全く話をしていなかったっていうことに、そのメール(事故当事者から辛いと打ち明けられたメール)で気づいたんですよ。意外と彼女も孤独のままだったし」(Uさん/看護師長経験1年目)

看護師長は、周囲のスタッフから事故当事者の支援に関わる情報が適宜、報告されるためには、スタッフとの日頃からの信頼関係が大切だと考えていた。部署異動や昇任したばかりの新人看護師長の場合、スタッフとの関係が十分に築けていないなかで、周囲のスタッフによる事故当事者への支援の把握や調整を、手探りしながら行っていた。Qさんは、こうした状況について次のように語ってくれた。

「まだコミュニケーションがうまくいってないから、(周囲のスタッフたちに) 私が聞いて大丈夫かなっていうか、反対にちゃんと答えてくれるかなとか、ちょっとずれて私も聞いてないかな、とか、その辺が見えなくて。この人とこの人の人間関係はいいんだっけ、とか、そこがやっぱり見えてないので、この人のこと(事故当事者)をこの人(周囲のスタッフ)に聞いても大丈夫なのかなとか。そういうところが、探りながらっていう感じで」(Qさん/看護師長経験1年目)

このように、《チームで支える体制づくり》は、看護師長が《事故当事者への目配り》が困難な状況や、目配りに限界を感じる状況を補完することにより、《事故に対する当事者の反応の把握》へとつながることを可能にしていた。

(2) 支援に伴うスタッフの負担軽減

〈支援に伴うスタッフの負担軽減〉とは、チームで支える体制を維持するために、事故当事者を支える周囲のスタッフたちの負担を軽減するための関わりである。

事故当事者の心の回復に時間がかかり勤務や業務調整が長期にわたると、代わって仕事を補う周囲のスタッフの負担は大きくなり、看護師長がスタッフの疲労や不満の声に気づくこともあった。また精神的に不安定になっている事故当事者を、そばで見守る周囲のスタッフたちの不安が強くなるといった状況も生じることがあった。そ

のため看護師長には、事故当事者を支えるための理解や協力を得るだけでなく、周囲のスタッフの不安や負担感に目を配り、その軽減のためにスタッフの愚痴を聴くことや、協力や支援に感謝の気持ちを示し、肯定的なフィードバックを伝えるといった対応が必要であった。

「皆の不満もわかるよっていうことは。もうちょっと人数がいると違うんだけどねって。皆も言いたくない部分だったと思うんですよ。そんなことは言いたくないんだけど、でも自分もつらいんだっていうところが多分言いたいのだろうなって思うから、反対にありがとうねって。夏休みも、本当だったら1日単位であげたいのが、半日とか、単位になってしまっているのもあって、ごめんね、うまくちゃんと休みがあげられなくてって話をすると、そうすると皆、聴いてもらって、一言謝ってもらったりとかあると、大丈夫で～す、みたいな感じで最終的には明るく」

（Qさん/看護師長経験1年目）

このように、看護師長たちは事故当事者を支えることができるようスタッフを巻き込み、支援を依頼するとともに、周囲のスタッフにも目を配り、支援に伴う負担軽減することを通して、《チームで支える体制づくり》をしていた。

6) 予期せぬ精神的ダメージの表出

《予期せぬ精神的ダメージの表出》とは、看護師長が事故当事者の精神的ダメージを認識していない状況で、もしくは予想していた以上に、深く、長期にわたり傷ついていたことを、事故当事者本人から打ち明けられて、はじめて察知する状況である。

看護師長が事故当事者の精神的ダメージを予期しなかったのは、大丈夫という思い込みや、個人に事故の責任所在がないと考えるが故に当該看護師を事故当事者だと認識していなかった場合、そして精神的ダメージを気がかりに思いながら話ができなかったことからであった。

ある看護師長は、事故後しばらく経ち、本人から後悔や自責の念を打ち明けられて初めて傷ついた気持ちに気づいた状況を、次のように語ってくれた。

「私は全くそういうの（つらさ）はないだろうって思っていたんです。当事者じゃないだろうって思いこんでいたので。だけど彼女にしたら、そういうやっぱりつらさがあるってことは聞いたので。それがなければ多分通り過ぎて、もう私は事故の対

応ばかり目がいていたので気が付かなかったかも知れないですね」

(Mさん/看護師長経験2年目)

Mさんの語りが示すように、《予期せぬ精神的ダメージの表出》に至ったのは、スタッフを事故当事者と認識しなかったことに加え、看護師長が事故後の対応に追われて事故当事者への目配りが十分でなかったという状況があった。それでも事故後対応のなかで精神的ダメージが表出され、退職を迷っている場合には支援につなげていくことは可能であった。しかし事故当事者の予期せぬ精神的ダメージが、退職を決意するに至るまで看護師長が察知できない場合もあった。

例えば、次に示すTさんは、事故当事者が退職を考えるほどに精神的ダメージを受けているとは考えなかった。しかし、事故当事者は、1つの事故だけでなく、いくつかの出来事を重ねるなかで仕事を続ける自信をなくしていた。結果的に退職を申し出る段階になって、はじめて傷ついた気持ちを看護師長に語ったものである。

「年度末くらいかな、ちょっとやっぱり続けていく自信がなくなったって振り返った時に、そういうこと(患者に有害事象が生じた他の事例)もあって、こういうこと(事故)もあって、っていうところの積み重ねで自信をなくしちゃったのかなっていうのはつながった」(Tさん/看護師長経験9年目)

以上のように、看護師長のなかには、事故当事者の《予期せぬ精神的ダメージの表出》に直面することになった者がいた。事故後の時間的経過において、事故当事者がどの時点で精神的ダメージを表出するかは、看護師長が事故当事者の【事故の乗り越えの後押し】から、次に説明する《事故支援の終結》という帰結に至るプロセスに大きく関わっていた。

7) 事故支援の終結

《事故支援の終結》とは、看護師長が事故に関連した精神的支援や教育的支援に目処をつけ、事故後支援としての関わりを終結させることである。事故後の支援の終結について、看護師長たちは次のように語ってくれた。

「本人がここに残りたいと目標を新たにもちつつあると認識していたので、これに関するメンタルサポートは、その時(目標面接の際)は、もう必要性を感じてなか

ったんだと思います。自分が」(Aさん/看護師長経験4年目)

「(事故が)起こった年の中間評価と年末評価、来年のことだけどって、頑張って本
当に乗り越えてここまで来たねってこと。(家族の)思いを大事にしていこうねって
いうのはその年までですかね。それを翌年までそのことを持ち出してっていうのは
ちょっと思わなかったですね。その年だけ」(Zさん/看護師長経験1年目)

Aさんは、事故当事者が目標を新たにもちつつあることからメンタルサポートの必要
性はないと判断し、事故後の支援を終結させていた。そしてZさんのように、事故が起
きた年度内は定期的な面接を通してフォローをするものの、翌年まで持ち越すことは
していなかった。このように看護師長の中には「いつまでもひっぱらない」と語った者が
いた。看護師長たちの多くは、事故後支援をいったん終結させると、事故当事者との
間で事故の話題を持ち出すことはないと言っていた。

8) 事故が後押しした退職

《事故が後押しした退職》とは、事故関与をきっかけとして事故当事者が退職に至
った、ないし退職時期を早めたと言護師長が捉える状況である。

次の看護師長の語りは、事故以前から退職の意向を表明しつつも仕事を続けてい
た看護師が、事故関与をきっかけに退職に至った状況を語ったものである。

「もう退職をしたいという希望があったので。(Q: その事故の前から) 前から。退職
したいという希望があったので、それでまあ。う～ん。これも、すごく、それを早め
る結果に、関与しているといったら、あると思います」(Fさん/看護師長経験8年目)

「結果的にはその子は、数ヶ月後にはやめてしまった。少し離れたたって。一生懸命、
一生懸命やる子だったんだけど、一つはこうちゃんとレスキューしてあげることが
できなかったんですね。その(傷ついた)思いを」(Tさん/看護師長経験9年目)

事故当事者から退職の申し出があり、そのやりとりの中で事故の話題が出される場
合や、以前から退職の意向を示していたものの、結果的に事故発生から数ヶ月ない
し、その年度末までに退職に至った場合、看護師長は「事故がきっかけとなった」「事
故が影響している」と捉えていた。そして《事故が後押しした退職》に至った場合、「支

えてあげられなかった」、「救ってあげられなかった」という気持ちや、割り切れない感情が看護師長の心に残っていた。

3. 考察

以上の結果より、【事故の乗り越えの後押し】という現象は、看護師長による《事故当事者への目配り》という状況から、《事故に対する当事者の反応の把握》、《心の回復の見守り》、【事故の乗り越えの後押し】、《予期せぬ精神的ダメージの表出》、という行為／相互行為の過程を経て、《事故支援の終結》、ないし《事故をきっかけとした退職》という帰結に至ることが明らかになった。看護師長は状況を意味づけながら、事故対応の文脈に応じて、【事故の乗り越えの後押し】にむけた相互作用を展開しており、帰結に至るまでの過程は、一様ではなかった。

考察では、《事故をきっかけとした退職》を回避するために、看護師長がどのように【事故の乗り越えの後押し】をしていくことが必要であり、そして事故当事者を支える看護師長への支援について検討していく。

1. 事故当事者の精神的ダメージを察知する困難さの背景

事故当事者が《事故をきっかけとした退職》に至るのは、図6のカテゴリー統合関連図に示したように、一つには、看護師長が事故当事者の精神的ダメージを予期していなかった、もしくは予期した以上にダメージを受けており、それが退職を決意した段階で《予期せぬ精神的ダメージの表出》という形で察知するという状況があった。つまり事故当事者の精神的ダメージを早期に察知できず、看護師長の支援が後手に回り、結果的に退職に至るという状況である。このような帰結に至ることを回避するためには、事故当事者の精神的ダメージを早期にキャッチし、必要な支援を講じていくことが重要であることは言うまでもない。林ら(2010)の調査では、事故当時、当事者となった看護師の40.1%が、心的外傷後ストレス傷害(PTSD)ハイリスク状態にあることが示されている。これは事故当事者が PTSD に移行するリスクは決して低いものではないことを示しており、事故当事者の精神的ダメージを、トラウマ反応という点から見逃すことなく、心の回復を支援することは重要な課題である。まず、この点について考察する。

本結果から、《予期せぬ精神的ダメージの表出》に至る前に、適切な支援を行い、《事故支援の終結》へとつなげるプロセスとして3つが考えられる。1つは、《事故当事者への目配り》を行ったが、《事故に対する当事者の反応の把握》から、【事故の乗り

越えの後押し】に進むか、《心の回復の見守り》につなげるかどうかである。看護師長たちは、ショックや動揺、強い落ち込みといった《事故に対する当事者の反応の把握》をしていた。こうした関わりにより、看護師長が事故当事者の精神的ダメージを察知できれば、その後続く《心の回復の見守り》から、【事故の乗り越えの後押し】という関わりを展開させることができた。

ショックや動揺、落ち込みなど看護師長が手がかりとしていた反応は、確かに精神的ダメージを察知する指標となるものである。しかし、そうした見かけの反応のみを手がかりにすることが、一つには事故当事者の精神的ダメージの察知を困難にさせていた。例えば、事故に対する当事者の反応から、怒りや反応の鈍さ、予測に反して落ち込まない、そして事故の重大さを受け止めていないと看護師長が判断する場合、支援は、《心の回復の見守り》に向かうことなく、事故を繰り返さないための教育に重点を置いた【事故の乗り越えの後押し】に向かっていた。

カークパトリック(2002)は、見かけの反応に関係なく事故を起こした全看護師に同じレベルのサポートを提供することが、精神的サポートの原則であると述べている。サポートの原則にも関わらず、事故当事者の精神的ダメージが察知されずに、《予期せぬ精神的ダメージの表出》となる状況が本結果から示された。このように看護師長が精神的ダメージを察知することが困難なのは、トラウマケアという点から理解することができよう。まず事故に関与することが、事故当事者にとってトラウマ体験となり得ることは、先に述べた林ら(2010)の調査で示されている。トラウマ反応は、衝撃的な出来事によって引き起こされるが故に、言葉にして語ることで自身が苦痛を伴う面がある。特に医療事故の場合、事故当事者は自責感や恥辱感を抱いており、事故当事者は自らの苦悩を人に知られたくないと感じ、苦悩を表現しづらいついといわれる(山内,2007)。トラウマ反応の表出されにくさは、看護師長によるトラウマ反応の察知の困難さにつながることは容易に推測できる。そして落ち込まずに淡々とする様子からは感情の麻痺や分離を、そして怒りは、トラウマ反応もしくは強い脅威にさらされた際の防衛反応として理解できるものである。

防衛反応は個人の存在が脅かされていることの裏返しであり、安全感が保証されることによってはじめて防衛をゆるめ、出来事を振り返り、自分自身と向き合い、事故からの学習が可能になると考える。しかし事故当事者の防衛反応がトラウマの表れとして受け止められない限り、看護師長が傷ついた気持ちに向き合い、心の回復を見守るための支援が提供されることはなかった。むしろ安全感が保証されないまま医療事故の振り返りによる現実への直面化と反省の促しは、当事者ナースの更なるトラウ

マ、そして否認や回避などの防衛反応を強める可能性がある。

2つめは、看護師長の《心の回復の見守り》から、【事故の乗り越えの後押し】に進むが、《予期せぬ精神的ダメージの表出》に至るプロセスである。看護師長が、事故当事者の傷ついた気持ちに向き合い、精神状態の回復状況に応じて休暇を与え、勤務や業務の負担軽減、精神科治療につなげるといった方法で心の回復を見守ることができれば、【事故の乗り越えの後押し】につなげることができた。しかし、本人まかせ、もしくは心の傷を掘り起こさないように事故の話題に触れないといった対応をとっている状況が示された。そうしたなかで、事故当事者の心の回復が悪化、遷延すれば、《予期せぬ精神的ダメージの表出》に至ることになった。このように、看護師長が事故当事者の傷ついた気持ちに向き合う困難さが、精神的ダメージの察知を困難にしていた。

トラウマを負った人々に共感的に関わろうとすると、援助者自身も傷つき、様々な感情反応を示すことが知られている (Figley, 1995/2003)。援助者自身の傷つきは、トラウマ体験に耳を傾けることを困難にさせ、援助者の回避的態度がトラウマを負った人を孤立させ、そのことによって更なるトラウマを与えることにもつながる。さらに秋山、山内 (2004) が指摘するように、看護師長は事故対応のなかで現場管理を非難されているような気持ちになったり、自分の管理が原因で事故が起こったのではないかという感情をもち、そうした中で当事者支援を行っていかなければならない。本結果において、看護師長が事故の話題に触れることは、事故当事者のトラウマを掘り起こす懸念だけでなく、自らの否定的感情が刺激されていたことが語られていた。事故当事者の気持ちに向き合うことは、事故当事者の傷つきに触れる辛さだけでなく、管理者として患者や家族、スタッフを守れなかった現実を突きつけられる傷つき体験になり得る。こうした状況で事故当事者の支援を行うことが、事故当事者の精神的ダメージを察知することの困難さの背景にあるのではないだろうか。

3つ目は、【事故の乗り越えの後押し】から、《予期せぬ精神的ダメージの表出》に至るプロセスである。【事故の乗り越えの後押し】という関わりが展開するのは、看護師長が事故当事者の精神的ダメージを察知し、《心の回復の見守り》からつなげるか、もしくは《チームで支える体制づくり》が機能し、【事故の乗り越えの後押し】につなげることができている状況である。

しかし、事故当事者の心の回復状態や、個人の対処能力に応じて頑張りを促し、普段通りの対応に切り替えていくタイミングを見極めることができなければ、事故当事者の【事故の乗り越えの後押し】が無理を強いる可能性がある。例えば看護師長へ

のインタビューで語られたのは、事故当事者の心の回復のために、休暇を与えた方がよいと思っても、限られた人員配置で部署の業務を成立させるために、普段通りに仕事をしてもらわなければならない状況や、事故当事者がすくむほどの怖さを感じながら患者をケアしていることを察知していても、励まし、頑張りを促すことによって、業務を遂行させざるを得ないといった状況があった。そして先に述べたように、事故当事者のトラウマの語りづらさは、無理を強いる状況に拍車をかけるものとなり得る。退職を決意する段階になって、ようやく《予期せぬ精神的ダメージの表出》に至れば、結果的には《事故をきっかけとした退職》となる。

近澤(2009)は、医療事故や患者の自殺などにより看護師は心的外傷を被ることがあるが、看護師のメンタルヘルス支援は後回しにされやすく、さらに個人の防衛機制や回避症状に加えて集団力動により、腫れ物に触るようにその事実は回避されがちであること、そして外傷体験をチームで共有しにくいことで心理的ダメージは潜行し、防衛機制によりかろうじて日々の業務をこなす中で徐々に疲労と消耗の度を増し、PTSD や心身の不調、欠勤、離職へとつながりかねないと述べている。

このように考えると、今回、研究参加者となった看護師長のインタビューでは、《予期せぬ精神的ダメージの表出》に至った事例について語られたものの、看護師長が精神的ダメージを全く察知しないまま、《事故支援の終結》をした事故当事者がいる可能性もある。この点については、事故当事者の語りから明らかにするほかはなく、本研究の範疇ではないものの、近澤が指摘するように、傷ついた思いを誰とも共有することができず、孤独感、疲労や消耗のなかで日々の業務をこなしている事故当事者がいる可能性は否定できない。

2)【事故の乗り越えの後押し】とトラウマケア

次に、トラウマケアと、看護師長による【事故の乗り越えの後押し】という現象の共通性、相違点について考えてみたい。Herman(1992/1999)は、心的外傷の体験の中核は、無力化と他者からの離断であり、回復の基礎はその後を生きる者に有力化を行い、他者との新しい結びつきを創ることにあると述べる。さらに、安全の確立、想起と服喪追悼、通常生活との再統合という、回復のプロセスを示している。本結果において、看護師長は、休暇を与えることや、業務や仕事の調整、そして心の回復に時間を要する場合には精神科治療への橋渡しを行い、《心の回復の見守り》をしていた。さらに事故当事者への目配りが困難であったり、限界を感じる場合には、《チームで支える体制づくり》を行い、事故当事者の心の回復を支えていた。このような支援は、

事故当事者の心理的な安全感を保証し、支持的なチームの雰囲気や関係性のなかで支えられる環境づくりを示すものである。

さらに、職場性の PTSD の場合に問題になるのは、回避不能性であることが指摘されている。仕事にまつわる多くの出来事がトラウマ体験を想起させるきっかけとなるが、仕事を継続している以上、それを避することはできない。また避ければ避けたで深刻な職業同一性の危機に見舞われる(前田,2002)。同じ部署で、看護師として仕事を継続する以上、周囲は事故を想起させるものであふれており、心理的な安全感が脅かされる状況に身を置かざるを得ない。奥田(2006)、Rassin(2005)らの研究においても、事故と同じ業務につく際の当事者の強い不安や恐怖の体験が示されている。本結果において、事故と同じ業務をする際の怖さを出す事故当事者に対して、看護師長は励まし、自信を回復できるよう働きかけ、頑張りを促していた。また部署異動の提案を含め、安全に仕事ができる環境を整えていた。さらに事故の振り返りにより、事故を繰り返さないための力を身につけられるよう支援することは、事故からの再起にむけて事故当事者を有力化することを意図した働きかけといえよう。

上脇,丹波(2011)らの研究においても、ミス後も変わらぬ信頼感、普段の仕事ぶりや努力を認め、尊重してくれること、良いところを評価して伝えるといった評価的サポートは、安全性の強化に向けた事故当事者の望ましい建設的な行動変化に影響していると報告されている。このようにして職場につなぎとめることができ、仕事の継続を支えながら、普段通りの対応によって日常を回復させることができれば、事故当事者の仕事の自信を回復させることにもつながる。以上のように、【事故の乗り越えの後押し】という現象は、安心安全感を保証する環境を整えながら、教育的支援と仕事の継続を支える環境づくりを行うことで、事故当事者の有力化や、普段通りの対応を通して日常を回復させるという意味において、トラウマケアと共通の要素をもつものと考えられる。

しかし、看護師長による事故当事者の支援は、トラウマケアを意図したものではなく、また中立的な支援者という立場にはないという点で異なるものである。部署の管理者である看護師長が最優先すべきことは患者の安全を守ることであり、事故当事者の心の回復や仕事の継続のための支援ではない。そして部下の支援という責務を有する以上、周囲のスタッフ、そして患者の安全を守る責務との板挟みになることもあった。例えば、事故当事者の病休が長期にわたり、《心の回復の見守り》が長期間に渡り、事故当事者の病欠が続けば、欠員分の人員配置を組織として保証しない限り、周囲のスタッフたちの負担は当然大きくなる。スタッフの不満は次第につり、看護師長は事故当事者への支援と、他のスタッフの支援との板挟みになっていた。さらに事故当

事者が同様のインシデントや事故を繰り返すなど教育的支援の成果がみられない場合、看護師長は、管理者として患者の安全を守る責務と、事故当事者を支援する責務の板挟みに置かれていた。事故当事者の成長の可能性を信じながら、「無理だと思わない」よう自分の感情をコントロールして職場につなぎとめるよう努力していたが、再び大きな事故を起こされるリスクが高いと判断した場合には、職場につなぎとめることに限界を感じ、結果的に《事故が後押しした退職》という帰結に至った。このように看護師長による【事故の乗り越えの後押し】は、中立的な支援者とはならない立場で支援を行うがゆえに、退職を引き留めないという側面も有する。

さらに付け加えて言えば、看護師長は、管理者として安全に看護を提供できる環境を整えることができなかつたシステムの管理者としての責任を問われる立場にある。そのように考えれば加害者とはいわないまでも、事故当事者がトラウマを負うことになった責任の一端を担っているのである。事故当事者の傷ついた気持ちに向き合うことが困難なのは、こうした看護師長の立場も背景にはあるだろう。

医療安全は、個人の叱責や懲罰から、システムの改善、学習できる組織文化の創出という方向に進んできた。しかし本結果から見えてきたのは、スタッフ支援と患者の安全を守る責務の板挟みのなかで、スタッフを巻き込みながら事故当事者の支援に奔走する看護師長の姿であった。そして再び事故が起きれば自らの責任を問われる立場に置かれ、患者の安全を守るために、退職をひきとめないという消極的であれ個人を排除するしかない状況が浮かび上がった。

3) 事故当事者を支える看護師長への支援について

【事故の乗り越えの後押し】という支援は、事故当事者の精神的ダメージに目を配りながら、心の回復を見守り、頑張りを促しながら、安全に仕事を継続できる環境を整え、そして事故を繰り返さない力をつけらせるよう教育的に関わるものであった。これは、スタッフ育成の責任を有する看護師長の重要な役割といえる。しかし看護師長という立場で、事故当事者の心の傷と向き合うことが自らの否定的感情を想起させることや、患者の安全、周囲のスタッフとの板挟みとなる状況があること、そして看護師長が葛藤を抱えたまま事故当事者を支援しようとする時、事故当事者の心の回復を見守ることが困難な状況や、無意識に回避的態度や行動をとり得る可能性が本結果からは示された。従って、看護師長は自らの立場で提供できる支援には限界があることを認識し、支援が後手に回ることで《事故をきっかけとした退職》に至る状況を回避するために、他の支援リソースに引き渡していくことも必要である。

こうした支援リソースとして本結果から示唆されるのは、事故当事者、そして看護師長それぞれに生じる心理的影響と、それらが看護師長による事故当事者支援を困難にしている状況を精神力動的な観点からアセスメントし、必要な支援を提供できる専門家の配置である。その一つとして、精神看護専門看護師の活用は、事故当事者への直接的な支援にとどまらず、看護師長が自らの傷ついた気持ちを語れる場をつくることにも貢献できる(福田, 2004)。さらに事故当事者支援に関するコンサルテーションを通じた看護師長の支援、そして周囲のスタッフを含め、事故に伴って生じるトラウマ反応と対処に関する心理教育を通して看護チーム全体を支援していくなど、直接ケア、相談、教育といった専門看護師の多様な機能を活用した支援が可能である。このようにして組織内外の支援体制を整備し、看護師長を支えていくことが、間接的に当事者の【事故の乗り越えの後押し】になり、それはチームで、さらに組織全体で事故を乗り越えるプロセスであることは言うまでもない。

また、事故当事者を支える身近なリソースとして、周囲のスタッフの支援があった。看護師長による目配りが困難な状況において、看護師長がスタッフを巻き込みながら《チームで支える体制づくり》を行うことで、事故の乗り越えを後押しできる可能性を拡げるものとなっていた。医療事故は予期せずに発生するものであり、速やかに支援が発動されるような普段からのチームづくりは、重要である。そのためには《チームで支える体制づくり》のための、組織的なバックアップ体制が不可欠である。看護師長の裁量でできる体制づくりには限界があった。事故当事者の心の回復が長引く場合に、事故当事者まかせの対応や、スタッフや部署内の努力にまかせにすることなく、看護部、組織として人員配置を保証すること、そして看護師長や周囲のスタッフへの声かけやフォローが必要である。しかし看護師長の上司である看護部長もまた、管理者として看護師長と同様に責任を問われ、傷ついている可能性がある。利害関係のない第三者的立場で看護師長を支援できるリソースを備えることが望ましい。

他の支援リソースとして、海外では、医療事故当事者によるピアサポートを組み込んだ医療者への支援プログラムが開発されている(Pratt, et al., 2012)。本結果から、看護師長がこうしたリソースにつないでいる状況は語られていなかったが、今後は、組織内外の支援リソースとして、組織化していくことも必要であろう。

第 XI 章 結論

医療事故に関与した事故当事者への支援を明らかにすることを目的に、26名の看護師長を研究参加者とし、grounded theory approach (GTA)の研究方法を基盤にしたデータ収集とデータ分析を行った。本章では、研究目的にそった結論と、本研究の限界について以下に述べる。

1. 看護師長による事故当事者の支援の構造とプロセス

第IV章～第X章において、【事故の乗り越えの後押し】という看護師長による事故当事者支援に関わる現象の全体像、そして【事故の乗り越えの後押し】を中心に、《問題の共有》、《看護師長として負うべき責任の明確化》、《患者・家族の信頼の回復》、《チームで取り組む再発防止》という5つの現象の構造とプロセスを詳述した。

まず、《問題の共有》という現象は、看護師長による【事故の乗り越えの後押し】の起点となるものであり、事故を振り返る場を設定し、事故当事者の心の準備を整えながら、事故の事実、そして事故を未然に防げなかった問題を明確にし、事故当事者、組織関係者と共有してゆくものであった。看護師長は、《問題の共有》から、事故当事者が事故を繰り返さないような教育的支援につなげることにより、【事故の乗り越えの後押し】をしていた。そして事故対応の前線に立ち、《看護師長として負うべき責任の明確化》を行い、組織内で役割分担し、自らの態勢を立て直しながら、事故当事者とともに事故の責任を引き受けていた。事故当事者に責任の取り方を示し、事故当事者が謝罪をするという行為が、事故当事者と患者・家族の関係修復から《患者・家族の信頼の回復》につながるものとなった。さらに部署管理上の課題を明確し、管理者として責任を引き受けていくことは、《チームで取り組む再発防止》という働きかけにつながるものであった。事故当事者が、《患者・家族との信頼の回復》プロセスに関わり、看護師長がチームで安全な環境づくりに取り組むことは、看護実践力の向上、そして事故当事者が、安全に仕事を継続できる環境を整えことになり、こうした支援が【事故の乗り越えの後押し】となっていた。このように、看護師長による事故当事者への支援は、看護師長として事故の責任を引き受けながら、事故調査・事故分析、事故の再発防止に向けた取り組み、そして患者・家族対応といった組織の事故対応と連動しながら、事故当事者の【事故の乗り越えの後押し】をするものであることが明らかになった。

本研究では、現象を形作る概念を関連づけ、さらに抽出された5つの事故当事者

支援に関わる現象を関連づけ、統合することにより、文脈の違いによって看護師長の働きかけのプロセスがどのようにすすみ、それぞれの現象のプロセスが展開していくのかを捉えることができた。看護師長が事故当事者を支援していくプロセスは、事故が起きた状況、事故当事者の事故の受け止め、看護師長の状況の意味づけや組織の方針や対応姿勢に応じて異なるプロセスをたどり、一様ではなかったが、どのようなプロセスをすすむことが事故当事者の【事故の乗り越えの後押し】を可能とするかを説明する知見を示すことができたと考える。

事故発生後のガイドライン等に示される事故当事者への声かけ、休暇を与える、カウンセリングを紹介するなどの支援は、事故当事者の【事故の乗り越えの後押し】のプロセスのごく一部であった。看護師長による事故当事者支援は、事故発生後、事故調査と事故の分析、患者・家族対応、そして事故の再発防止といった医療の安全と質を保証していくための組織における事故対応と連動させながら展開されており、それが【事故の乗り越えの後押し】につながっている点が本研究から明らかになった。

2. 看護師長による事故当事者支援の困難さ

第VI章から第X章において、看護師長による事故当事者支援に関わる5つの現象を詳述するなかで、看護師長による支援の困難さが、どのような状況で生じてくるかについて検討してきた。これらを総括すると、次の2点が考察された。

1) 事故対応の責務と事故当事者支援の責務との板挟み

まず、事故発生現場の管理者として事故対応の担い手となる責務と、事故当事者を支援する責務の板挟みになることに伴う困難さである。看護師長は、事故対応の前線に立ち、《問題の共有》、《患者・家族の信頼の回復》、そして《チームで取り組む再発防止》のために、事故発生時の初期対応、そして中長期的な事故対応の担い手となっていた。それは事故当事者の支援にとどまらず、《看護師長として負うべき責任の明確化》をし、自らに問われた責任と向き合い、それに応えていくことであった。そうした対応と同時平行しながら、事故当事者の様子に目を配り、心の回復を見守ることや、事故の再発防止のための教育的支援を行い、事故後も仕事を継続できるよう支援していた。看護師長が、こうした2つの責務の板挟みとなった場合、事故対応を優先させざるを得ないなかで困惑し、【事故の乗り越えの後押し】に困難を感じている状況が明らかになった。

例えば、看護師長が事故対応に追われることによる時間的、心理的余裕のなさは、事故当事者の傷つきに目を配れない状況を生じさせていた。事故発生後、第一に優

先されるのは患者の安全を確保し、回復に力を尽くすこと、そして迅速かつ誠意をもって患者や家族に対応し、事態の悪化を回避すること、そして事故の再発防止に向けて、事故の事実関係を明らかにしていくことであった。こうしたなかで、事故当事者のケアは後回しにせざるを得ないこともあった。さらに、患者の安全を守るためにも、必要な人員を確保して、日々の業務を成り立たせなければならない。事故当事者の心の回復のためには休暇が必要だと思っても、励ますことで頑張りを促しながら、普段通りに仕事を遂行してもらわなければならない状況があった。そして事故当事者が事故の教訓から学ぶことができず、同様の事故やインシデントを繰り返すとき、患者の安全を守る責務と、スタッフを育成し、支援する責任との間でジレンマを抱くが、結果的には事故を起こされるリスクが高いと判断した場合には、職場につなぎとめることをせず、結果として《事故をきっかけとした退職》に至る状況もあった。

2) 事故に伴う心理的安全性の脅かしと支援の困難さ

2つめは、事故により心理的安全性が脅かされることによって生じる心理的防衛機制が、事故当事者、看護師長、そして周囲のスタッフとの相互作用を複雑にし、看護師長の支援の困難さにつながる点である。

(1) 事故当事者に生じる心理的反応と支援の困難さ

看護師長が察知した事故当事者の反応は様々な表れ方をしており、不安や落ち込み、自責や罪悪感、悲しみなど、抑うつ状態を伺わせる反応を察知した場合には、《心の回復の見守り》から【事故の乗り越えの後押し】という支援のプロセスが進んだ。しかし、《問題の共有》が困難で、《事故の責任をめぐる攻防戦》において、事故当事者が他罰的態度をとり、当事者意識が曖昧だったり、《事故当事者への目配り》をするものの、落ち込む様子がなく、事故の重大さをわかってないと思うような反応を察知した場合、《心の回復の見守り》にはつながらず、事故からの反省や教訓を引き出すといった教育的関わりに向かっていた。このような事故当事者の反応は、心理的安全性が脅かされることによって生じる否認といった防衛機制が生じている状況と考察されるが、こうした反応は、看護師長が事故当事者の傷ついた気持ちを察知し、支援につなげるプロセスを困難にさせていた。

(2) 看護師長自身に生じる心理的防衛反応

事故に伴う心理的反応としての防衛機制は、看護師長自身にも働いていることが示唆された。事故当事者の精神的ダメージを察知したとしても、事故の話題を出すこ

とで傷ついた気持ちを掘り起こしてしまう、自分が更なるダメージを与えてしまう懸念は、事故の話題に触れないようにすることや、《問題の共有》や、《心の回復の見守り》において、合理化と解釈されるような本人まかせの対応になるなど、事故当事者と向き合うことが困難な状況を生じさせていた。その結果、《事故の責任をめぐる攻防戦》に至ることや、《予期せぬ精神的ダメージの表出》に至り、退職を決意してから精神的ダメージが表出された場合には、《事故をきっかけとした退職》という帰結に至っていた。このような看護師長の心理的防衛は、事故の現実には事故当事者を向き合わせていかなければならないが、事故と向き合っていくことは、管理責任を問われ、看護師長自身の傷つきと向き合っていくことを意味し、回避したい気持ちが働くなかでの葛藤として考えられた。

さらに昨今、医療安全推進の考え方として、「懲罰文化からの脱却」が強調されるなかで、事故当事者を追い込むリスクを回避するあまり、個人の責任に言及することを回避する傾向があることが考察された。こうした対応は、患者・家族に謝罪を促すことで関係修復の機会を与えることを困難にすることにもなる。看護師長が自らの責任と向き合いながらも、事故当事者が負うべき責任を明確にし、《事故当事者ととも責任を引き受ける》プロセスをともに進んでいくことができなければ、事故当事者の【事故の乗り越えの後押し】を困難にさせることが本研究から推測された。

(3) チーム全体への心理的影響の拡がり支援の困難さ

事故に伴う心理的反応は、チーム全体に拡がっていくこともあり、チームが混乱し、機能できない状況が生じていた。スタッフが事故を他人事にできない状況に置かれ、不安や緊張の高まり、傷つきから生じた怒りの感情は、事故当事者、そして看護師長やチームの別の看護師に矛先を向け、置き換えられ、非難や攻撃的反応となり、チーム全体の士気の低下、チームの凝集性の低下といった反応を生じさせていた。心的外傷性の出来事が起きた後、集団の一人の構成員に見られた反応がシステム全体に感染していくといった現象に類似した反応であり、看護師長自身が不安や葛藤が渦巻く状況に巻き込まれ、スタッフを方向づけ、チームが一丸となり前に進むことが困難となり、困惑し、疲弊していた。このような事故後に生じるチームのダイナミクスは、集団としてのまとまりを維持しながら、チームで事故を乗り越え、事故当事者の【事故の乗り越えの後押し】を困難にする状況をつくり出していた。

以上のように、医療事故は関係者の心理的安全感を脅かす出来事であり、トラウマケアと同様に、関係者に生じる防衛機制を理解しながら、安全感を保証していくケア

を要するものであることが本研究から示唆された。事故当事者、そして看護チーム全体への看護師長による支援は、トラウマケアとは異なるものであるが、治療的枠組みやスキルをもたない中で、心の痛み、強い不安に触れていくことは容易ではない。そのため看護師長が事故当事者の心の痛みに向き合うことを避けたり、反対に過度に保護的で、パターンナリスティックになるとき、事故当事者の中に無意識に自分の姿を見ることがや、同一視することによって看護師長自身の感情が強く揺さぶられていることが考察される。こうした状況から、事故当事者を支える看護師長を支えることなくしては、事故当事者の支援は立ちゆかなく状況が生じてくることが示唆された。

3. 事故当事者と看護師長の支援にむけた示唆

本研究から、看護師長は事故発生直後から始まる事故当事者への支援の様々な局面で困惑していたが、看護師長の支援の呼びかけに対し、呼応可能性を欠いた組織上層部の対応は、看護師長が《責任の背負い込み》につながっていた。本研究から示唆される看護師長への支援として、組織のバックアップ体制を整備していくことが必要である。

まず事故に至った問題を共有していく過程において、看護師長が、組織の事故調査、事故分析のあり方に疑問を抱く状況があった。これは事故関係者間の《事故の責任をめぐる攻防戦》といった状況を生じさせ、看護師長の事故対応を困難にさせるとともに、事故当事者の心理的負担につながるものであった。さらに看護師長は事故対応の前線に立つことで、自らの責任を明確にしなが、引き受けていくのであったが、中間管理職という立場上、引き受けられる責任には限界があった。組織内の役割分担がスムーズに調整されれば、看護師長の負担は軽減し、組織として事故に対応する体制を整えることができた。しかし、訴訟に発展する可能性が低い、患者・家族の不信感や怒りといった反応が強く、現場対応では和解方法の模索が困難になっているものの、組織内の役割分担が再調整されず、看護師長の時間と心理的エネルギーが費やされ、抱える負担は多大なものになっていた。

組織が為すべき支援の一つは、看護部門をはじめとする組織上層部、そして安全管理部門が担える役割として、現場の最前線で事故調査、患者や家族への説明や謝罪、そして再発防止の取り組みに至る一連の事故対応を担う看護師長を側面から支えることである。事故対応に関する明確で一貫した方針を示し、「何があっても病院としてバックアップする」という強い後ろ盾、そして現場の状況にあった具体的な対応のノウハウを提示することは看護師長が困難な状況に向き合っていくことを支えるも

のとなる。そして看護師長の主体性、意思決定を尊重しつつも、現場での対応が困難になってきた際には、柔軟に役割や責任を分配するためのリーダーシップをとり、状況によっては組織上層部、安全管理部門として表に立つことにより看護師長の負担を軽減することが必要である。

2つめに、精神力動的視点、システム論的視点から、事故当事者、看護師長、看護チーム、そして組織関係者間に生じている心理的反応やチームのダイナミクスをアセスメントし、事故当事者を取り巻く事故関係者間に何が起きているのか、看護師長の支援を複雑、困難にしている要因は何であるかを見極め、心理的安全感を保証できるような支援を組み込んでいくことを行っていくことである。精神看護専門看護師は、こうした支援に必要な専門的トレーニングを受けた専門家であり、さらに患者ケアに関するコンサルテーションをはじめ日頃の実践活動を通して事故当事者を含む看護スタッフや看護師長との信頼関係を築いている。こうした関係性は事故発生後に速やかな支援を導入する上で強みとなる。事故当事者や看護師長への個別の支援と同時に、看護チーム内、事故関係者間に生じている葛藤を調整し、支援する役割を担うことや、チーム全体に心理的影響が拡がり、チーム全体の混乱を最小限にとどめるために、事故後に生じやすい心理的反応やストレスフルな状況での対処方法など事故当事者、そしてスタッフたちに心理教育の機会を提供することもできる。

4. 本研究の限界と今後の展望

本研究は、GTA の手法を参考に、看護師長によって語られた事故当事者への支援という現象に含まれる概念を抽出し、それらを関連づけ、理論として説明的にまとめたものである。GTA で示す理論は、普遍的なものではなく、むしろ限定された範囲内での説明力をもつものである。本研究は26名の看護師長を研究参加者としており、急性期型の病院に勤務し、すべて女性で、手術室もしくは入院病棟を担当しているという特徴をもっていた。そして語られた事故の患者への影響レベルは、予定外の検査や処置が必要となったものから死亡に至るまでのレベルであったが、看護師が刑事責任を問われた事故や、民事訴訟に至ったものはなかった。そうした特徴をもつ看護師長の語りから得られた結果であり、看護師長および事故当事者への支援全体を捉えたものではない。

またデータ収集が長期間にわたったこと、そして研究参加者が語った事故の発生時期が調査時点から6年以上遡った事例もあり、研究対象者の記憶の確かさといった点での課題があること、そして医療安全体制の整備されてきた現状を十分に反映

したものでないことは否めない。さらに研究参加者の確保の困難さから便宜的サンプリングとなり、インタビューガイドの修正により理論的サンプリングの基本的な考えにそったデータ収集と分析をすすめる努力をしていたが、十分ではないことと、そのために理論的飽和に至っているとはいえない段階で調査を終了した。

こうした限界はあるものの、本研究は GTA を基盤としており、看護師長が状況をどのように意味づけながら、事故当事者や周囲の人々との相互作用を展開していたのかといった点から、支援に関わる現象を理論化したものである。また医療安全体制は整備されてきたものの、組織の文化や風土といったものは容易に変化するものではなく、ある程度の年月を要するものだと考えられる。そうした意味において、語られた事故が過去に遡るものであっても、現状をある程度、反映したものであると考える。特に、事故当事者への支援者に焦点をあてた研究が十分に積み重ねられてきていない現状において、データに基づいて抽象化した概念と、それらの関係づけ、そして支援のパターンを捉えたことにより、ある程度の説明力をもった看護師長による支援の内容や支援の困難さ、そして今後の支援への手がかりを得ることができたと考える。本研究から得られた知見を、事故当事者および看護師長への支援に適用していくことにより、課題を明確化すること、さらに看護部長など他の看護管理者に対象を広げて支援に関わる現象を明らかにしていくことが今後は必要だと考える。

謝辞

私が、この研究テーマに取り組もうと考えるに至った背景に、2 つの出来事があった。一つは、横浜市立大学附属病院の患者取り違え事故である。事故発生当時、私は同大学の別の附属病院で、精神看護専門看護師として活動をはじめたばかりであった。事故が病院関係者に与えた衝撃は大きく、長期間にわたった。患者や家族、そして社会から、「事故を起こした病院」という厳しい視線を向けられ、事故を他人事にできない体験をした。そして事故発生から数年後、事故当事者となった看護師への支援を依頼されたことをきっかけに、事故は更に身近なものとなったが、それは自分の無力さに直面する体験でもあった。

もう一つの出来事は、入院患者の自殺事故である。事故当日の患者の担当看護師を気がかりに思いながら、所属部署の看護師長の「大丈夫」という情報だけをもとに、私は担当看護師に声をかけることをしなかった。その年度末、その看護師は、自殺事故の衝撃と事故後の孤独感を語り、退職していったことを人事担当者から聞いた。この 2 つの出来事は、医療事故の心理的影響と、事故当事者、そして事故当事者に関わる人たちへの支援の必要性と困難さを認識するきっかけとなり、現在に至るまで苦い体験として私の心の中に残っている。

その後も、事故当事者の支援に関わる機会があったが、誰をどのように支援していけばよいのかについては常に手探りであった。そうした中で、事故当事者の支援は、個人を支えるだけでは限界があり、看護管理者、特に看護師長による支援は、事故当事者が事故を乗り越えていくプロセスに大きく関わっていると感じていた。看護師長をはじめ周囲の人々との協力なくしては、そして彼らもまた支えられなくては、事故当事者支援が立ちゆかなくなることを痛感してきた。本研究は、こうした私自身の体験がもととなり、手探りの支援に、少しでも光りをあてたいと取り組んだものである。予定していた以上に多くの時間がかかってしまったが、ようやく論文として纏めることができた。長期にわたり、多くの人たちからのご支援をいただいた。

まず研究参加者として、自らの体験を語ってくださった看護師長の皆さま、ご協力いただいた施設関係者の皆様に心より感謝申し上げます。インタビューへの協力だけでなく、本研究の意義をご理解いただき、たくさん励ましの言葉を頂戴したことは、途中で断念することなく研究への取り組みを継続する一番の力となった。

また本研究への取り組みと平行して、重大事故の当事者となった看護師や医師、そして法律家、遺族の方々など様々な立場で医療事故後の支援に携わる人たち

との出会いがあった。皆様の貴重な体験を聴かせていただけたことは、自分の立ち位置を確認しながら、本研究に取り組む機会となった。心より感謝申し上げます。

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科野末聖香教授には、研究指導だけでなく、人が人を支えていくことの本質について、常に身をもって示していただいた。長きに渡る道のりとなってしまったが、途方に暮れ、立ち止まった時にも、再び歩み出す力を信じ、私のペースを尊重し、導き、後押し下さったことに深く感謝申し上げます。

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科 戈木クレイグヒル滋子教授には、講義やゼミ、スーパービジョンを通して研究方法に関する丁寧なご指導をいただいた。研究方法の理解に多くの時間を費やすことになったが、質的研究の醍醐味を教えていただけたことに心より御礼申し上げます。

慶應義塾大学看護医療学部の西名諒平先生には、分析ゼミでのディスカッションのほか、論文を取り纏める段階で研究方法論の視点から丁寧なコメントをいただいた。同僚の緑川綾さんには、いつも暖かい声援、そして様々な面でのバックアップをいただいた。そしてこの 9 年間、私の家族や友人、数え切れないほど多くの人たちから応援に支えられ、本論文を纏めることができた。皆様に心より感謝申し上げます。

本研究を纏めることで、手探りだった事故当事者支援について、自分なりの手がかりを得ることができた。今後は、この論文を公表することで、様々な方々からのご批判、ご意見を頂きながら、看護教育や臨床実践の場面で活かしていけるよう努力する所存である。

2016 年 2 月

引用文献

- Arndt,M. (1994). Nurse's medication errors. *Journal of Advanced Nursing*,19, 519-526.
doi: 10.1111/j.1365-2648.1994.tb01116.x
- Beyea,S.C.(2009).Nursing Morbidity and Mortality Conferences.*AORN JOURNAL*,89(2),413-415.
- Bion,W.R.(1961).Experiences in Groups and other papers. Tavistock Publications,141-166.
- Conway,J,Federico.F,Stewart,K,Campbell.MJ.(2011).Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events (Second Edition). IHI Innovation Series white paper.Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement.
<http://www.ihl.org/resources/pages/ihlwhitepapers/respectfulmanagementseriousclinicalaeswhitepaper.aspx>
- Corbin, J., Straus, A.(2008) . *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* 3ed. SAGE Publications, Inc.
- Crigger,N.J.,(2004).Always having to say you're sorry: an ethical response to making mistakes in professional practice.*Nursing Ethics*,11(6),568-576.
- Crigger,N.J.,&Meek. VL.(2007).Toward a theory of self-reconciliation following mistakes in nursing Practice.*Journal of Nursing Scholarship*, 39(2),177-183. doi:10.1111/j.1547-5069.2007.00164.x
- Edrees,H.H.,Paine,L.A.,Feroi,PE.,Wu,A.W. (2011). Health care workers as second victims of medical errors. *Pol Arch Med Wewn*,121(4), 101-108.
- Gladstone,J. (1995). Drugs administration errors: a study into the factors underlying the occurrence and reporting drug errors in a distinct general hosupital.*Journal of Advanced Nuring*,22, 628-637. doi: 10.1046/j.1365-2648.1995.22040628.x
- Institute for Safe Medication Practices [ISMP]. (2001) :ISMP Medication Safety Alert!: Survey on perception of a nonpunitive culture produces some surprising results.
<http://www.ismp.org/MSAarticles/nonpunitive.html>.
- Johns Hopkins (n.d).Caring For The Caregiver.
<https://www.johnshopkinssolutions.com/solution/rise-peer-support-for-caregivers-in-distress/>
- Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors (2006).When Things go Wrong. Responding to adverse events.

Medically Induced Trauma Support Services[MITSS] (n.d) . <http://mitss.org/>

Meurier,CE., Vincent, CA., Parmar,DG. (1997). Learning from errors in nursing practice.Journal of Advanced Nursing,26, 111-119. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997026111.x

National Patient Safety Agency(2009).Being Open: Communicating patient safety incidents with patients, their family and carers. London, NPSA.

Pagano,L.A.,Lookingland,S.(2006).Nursing Morbidity and Mortality Conferences:Promoting Clinical Excellence. American Journal of Critical Care,15(1),78-85.

Pratt,S.P.,Kenny,L.,Scott,S.D.,WU,A.W.(2012).How to Develop a Second Victim Support program:A Toolkit for Health Care Organizations. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety,38(5),235-241.

Rassin,M.,Kanty,T.,Sliner,D. (2005).Chronology of Medication Error by Nurse: Accumulation of Stress and PTSD Symptoms. Issues in Mental Health Nursing,26, 873-886.
doi:10.1080/01612840500184566

Scott,S.D., Hirschinger,K.R.,Cox, K.R.,McCoig,M.,Brandt,J.,Hall,L.W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim”after adverse patient events. Quality & safety in health care , 18, 325-330. doi:10.1136/qshc.2009.032870

Seys D.Wu,A.W.,Gerven E.V.,Vleugels,A.,Euwema,M.,Panella,M,...and.Vanhaecht,K. (2012). Health Care Professional as Second Victims after. A Systematic Review, Evaluation &Health Professionals, 36(2), 135-162. doi:10.1177/0163278712458918

Seys,D.Wu,A.W.,Scott,S.,Gerven.E.V.,Vleugels,A.,Euwema,M,...and.Vanhaecht,K. (2013). Supporting involved health care professionals (second victims)following an adverse health event: A literature review.International Journal ofNursing Studeies,50,678-687.

Shannon,S.E.,Foglia,M.B.,Hardy.,M.,Gallagher,T.H.(2009).Disclosing Errors to Patients: perspectives of Resistered Nurses. The Joint CommissionJournal on Quality and Patient Safety,35(1),5-11.

Suzuki,K.,Ohida,T.,Kaneita,Y.,Yokoyama,E.,Miyake,T.,Harano,S,...and.Uchiyama,M.(2004). Mental Health Status, Shift Work and Occupational Accidents among Hospital Nurse in Japan. Journal of

Occupational Health, 46, 448-454.

Ullstrom,S.,Sachs,M.A.,Hansson,J.,Ovretveit,J.,Brommels,M.(2014).Suffering in silence: a qualitative study of second Victims of adverse events. *BMJ Quality&Safety*,23,325-331.

Vincent,C.(2003). Understand and responding to adverse events. *The New England Journal of Medicine*,348(11),1051-1056.

Vincent,C.,Young,M.,Phillips A.(1994).Why do people sue doctors?A study of patients and relatives taking legal action.*The Lancet*,343,1609-1613.

Wolf,Z.R.,Serembus.J.F.,Smetzer.J,Cohen.H,Cohen,M.(2000).Response and concerns of healthcare providers to medication errors.*Clinical Nurse Specialist*, 14(6), 288-290.

Wu.A.W.(2000). Medical error: The second victim.The doctor who makes the mistake needs help. *British Medical Journal*, 726-727.

秋山典子, 山内はるみ(2004). 事故当事者である看護師への支援—部署責任者・リエゾンナースそれぞれの立場から. 看護展望, 29(6), 656-661.

American Psychiatric Association.(2013/2014).高橋 三郎,大野 裕(監訳), DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル(p.272).医学書院,.

安藤幸枝.(2011).国内文献にみる医療事故に関わった看護師へのサポートの現状.武蔵野大学看護学部紀要,(5), 31-39.

姉帯敏子,石川由紀子,鈴木チヨ,及川建弘,村田千代,石井トク.(2000).看護管理者の対応が医療事故を起こした看護婦の心理状態に及ぼす影響.日本看護学会論文集(看護管理第31回), 66-68.

Antonovsky,A(1987/2001).山崎喜比古,吉井清子(監訳),健康の謎を解く—ストレス対処と健康保持のメカニズム(pp.19-23).有信堂高文社.

鮎澤純子(2007).事故当事者となった看護職へのサポートを考える 安全で安心な現場にするための緊急の課題.精神科看護,34(5),40-45.

米国医療の質委員会,米国医学研究所.(1999/2000).L.コーン,J.コリガン,M.ドナルドソン(編),日本医学ジャーナリスト協会(訳),人は誰でも間違える—より安全な医療システムを目指して.日本評論社.

米国ナースの労働環境と患者安全委員会,米国医学研究所.(2004/2006). アン・ペイジ(編),日本医学ジャーナリスト協会,井部俊子(監訳),患者の安全を守る—医療・看護の労働環境の変革.日本評論社.

Bion,W.R.(1961/1973).池田数好訳,集団精神療法の基礎 現代精神分析草書 17(pp.133-185).岩崎学術出版社.

Bolby,J.(1993/1998).二木武(監訳),母と子のアタッチメント 心の安全基(pp.1-23).医歯薬出版株式会社.

Catherall,D.R.(1995/2003).二次的外傷性ストレスの対処—セラピストのピア・グループの重要性.Stamm,B.H.(編).小西聖子,金田ユリ子訳,二次的外傷性ストレス 臨床家,研究者,教育者のためのセルフケアの問題(pp.82-86).誠信書房.

近澤範子(2009).看護師の体験するトラウマティック・ストレスとそのケアについて.トラウマティック・ストレス,7(1),75-79.

Corbin, J., Straus, A.(2008/2012).操華子,森岡崇(訳),質的研究の基礎 グラウンデッド・セオリー開発の技法と手順 第3版.医学書院.

- Edmondson, A.C. (2012/2014). 野津智子 (2014). チームが機能するとはどういうことか (pp.12-108). 英治出版.
- Figley, C.R. (1995/2003). 共感疲労—ケアの代償についての新しい理解にむけて, Stamm, B.H. (編). 小西聖子, 金田ユリ子 (訳), 二次的外傷性ストレス—臨床家、研究者、教育者のためのセルフケアの問題. 誠信書房, 東京.
- 藤澤由和. (2012). 医療事故にかかわった医療従事者の支援体制に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業平成 23 年度総括・分担研究報告書.
- 船津衛, 宝月誠編. (1995). シンボリック相互作用論の世界 (pp.3-13). 恒星社厚生閣,
- 福田紀子. (2004). IV 看護師のメンタルヘルス支援. 野末聖香 (編), リエゾン 精神看護—患者ケアとナース支援のため (pp.258-282). 医歯薬出版,
- 福田紀子. (2009a). 医療事故に関連した看護師のメンタルヘルスに関する文献レビュー. 日本精神保健看護学会誌, 18(1), 87-93.
- 福田紀子. (2009b). 看護師長が体験している医療事故後対応の困難さ. 日本看護管理学会誌, 12(2), 12-21.
- 福井トシ子. (2003). 事故に直面した助産師へのサポート. 助産雑誌, 57(6), 493-499.
- Garland, C. (1998/2011). 松木邦裕 (監訳), ト라우マを理解する—対象関係論に基づく臨床アプローチ. 岩崎学術出版社, p200.
- Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1967/1996). 後藤隆, 大出春江, 水野節夫 (訳), データ対話型理論の発見—調査からいかに理論をうみだすか. 新曜社.
- Gringberg, L., Sor, D., Bianchedi, E.T. (1977/1983). 高橋哲郎 (訳), ビオン入門 (pp.13-32). 岩崎学術出版社.
- 長谷川友紀, 藤田茂, 城川美佳, 西澤寛俊, 飯田修平, 佐々英達. (2006). 医療事故の経験と原因究明に関する調査研究. 日本医療マネジメント学会雑誌, 7(3), 404-409.
- 服部園美, 中納美智保, 谷口明美, 森澤祐己子. (2006). 新人看護師のインシデント経験と感情の変化. 日本看護学会論文集 (看護管理第 37 回), 91-93.
- 林千加子, 鈴木千絵子, 山本奈奈, 横手芳恵. (2010). 看護職者の医療事故当事者経験に伴う心理的ダ

- メージとその影響要因の検討. 医療の質・安全学会誌, 5(1), 41-46.
- Herman, J.L. (1992). 中井久夫訳 (1999), 心的外傷と回復 増補版 (pp.205-272). みすず書房.
- 平本美津恵, 池田智子, 上野瑞子, 徳永恵美子, 林千加子, 横手芳恵. (2001). 看護事故と看護者の経験の構造 回想による体験過程の分析. 日本看護学会論文集 (看護管理第 32 回), 303-305.
- 飯田修平編著 (2013). 院内医療事故調査の指針. メディカ出版, 大阪.
- 飯田修平, 長谷川友紀, 小谷野圭子, 西澤寛俊. (2012). 医療事故の原因究明体制に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金 (地域医療基盤開発推進研究事業) 総括研究報告書.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002g9o4-att/2r9852000002gb52.pdf>
- 医療対話仲介者 (仮称) の実態把握と役割・能力の明確化に関する研究班.
(2013). <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/hourei/dl/130110-2.pdf>
- 医療事故防止方策の策定に関する作業部会 (2001). 医療事故防止のための安全管理体制の確立に向けて [提言]. 日総研出版.
- 石川雅彦. (2013). 医療事故の医療側当事者支援 Second Victim を防止するシステム構築の必要性. 看護管理, 23(7), 582-586.
- 石原明子 (2009). コメント: 当事者から見る医療事故と保健医療社会学—紛争解決学の視点から—. 保健医療社会学論集, 20(2), 26-39.
- 上脇優子, 丹波さよ子. (2011). 看護ミス発生後における当事者の建設的行動変容への影響要因. 日本集中治療医学会雑誌, 18(4), 591-198.
- 加藤敏, 神庭重信, 中谷陽二, 武田雅俊, 鹿島晴雄, 狩野力八郎, 市川宏伸 (編). (2011). 現代精神医学事典. 弘文堂
- カークパトリック C (2002). 医療事故を起こした看護師の精神的サポート, インターナショナルナースングレビュー, 25(4), 37-40.
- 木下康仁. (1999). グラウンデッド・セオリー・アプローチ 質的実証研究の再生. 弘文堂.
- 木下康仁. (2003). グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 質的研究への誘い. 弘文堂.
- 北岡 (東口) 和代. (2005). 精神科勤務の看護者のバーンアウトと医療事故の因果関係についての検討. 日本看護科学学会誌, 25(3), 31-40.

- 小林順子,山本美紀子,休波茂子.(2013).インシデントやアクシデントを経験した看護職者の安全学習に関連する要因.日本看護研究学会雑誌,36(5),57-66.
- 児玉由美子,村田尚恵,猪狩圭介,木下美佐子,田中由利子,矢野いづみ,松本洋美.(2012).事故当事者が直面した体験からみたサポートのあり方についての研究.日本医療マネジメント学誌,12(4), 229-235.
- 小島操子(2013).看護における危機理論・介入 フィンク/コーン/アグイレラ/ムース/家族の危機モデルから学ぶ 改訂第3版(p11).株式会社金芳堂.
- 厚生労働省.(2015).医療事故調査制度について.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061201.html>
- 厚生労働省.(2006).労働者の心の健康の保持増進のための指針.
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/03/dl/h0331-1c.pdf>
- 厚生労働省.(n.d).主な医療安全関連の経緯.
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/keii/>
- 厚生労働省.(n.d).リスクマネジメントマニュアル作成指針.
http://www1.mhlw.go.jp/topics/sisin/tp1102-1_12.html
- 医療事故防止方策の策定に関する作業部会.(2001).医療事故防止のための安全管理体制の確立に向けて 提言.日総研出版.
- Lazarus,R.S.,&Folkman,S.(1984/1991).本宮寛,春木豊,織田正美(監訳),ストレスの心理学 認知的評価と対処の研究.実務教育出版
- 前田正治(2002).職場事故とPTSD—症例から学回復の道程,こころの臨床 a la carte,21(2),221-225.
- 前田正一(編).(2008).医療事故初期対応.医学書院
- 丸谷晃子,三坂里実,竹内弘美,中村一美,池田良枝,富田静江.(2007).新人看護師のインシデント体験時の心理と事故防止対策への課題.日本看護学会論文集(看護教育 37回), 114-116.
- Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors(2006).東京大学医療政策人材育成講座有志「真実説明・謝罪普及プロジェクト」メンバー翻訳(2006).医療事故-真実説明・謝罪マニュアル「本当のことを話して、謝りましょう」(ハーバード大学病院使用).
http://www.stop-medical-accident.net/html/manual_doc.pdf

- 水元明裕,佐竹信子,高橋良子,花井恵子,廣瀬京子,安井はるみ.(2007).事故後の対応を考える 安全・安心・納得の医療をふまえて「医療事故発生後の初期対応フローチャート」試案の作成. 看護管理,17(2),135-146
- 森中恵子,三木明子,久富瑞穂.(2006).看護師の職業性ストレスとヒヤリハット体験との関係.日本看護学会論文集(精神看護第37回), 136-138.
- 長尾能雅.(2014).インシデントレポートを通じた医療安全文化の醸成.病院,72(11),844-849.
- 日本医療機能評価機構医療事故防止事業部.(2015).医療事故情報収集等事業.平成24年度年報 http://jcqhc.or.jp/pdf/news/jikonenpouH24_20130828.pdf#search=%E5%8C%BB%E7%99%82%E4%BA%8B%E6%95%85%E6%83%85%E5%A0%B1%E5%8F%8E%E9%9B%86%E7%AD%89%E4%BA%8B%E6%A5%AD
- 日本看護協会.(1999).組織でとりくむ医療事故防止-看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン.日本看護協会出版会.
- 日本看護協会.(2002).医療事故発生時の対応-看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン.日本看護協会出版会.
- 日本看護協会.(n.d).医療看護安全情報. <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/anzen/anzenjoho.html>
- 日本看護協会.(2013).医療安全推進のための標準テキスト.日本看護協会.
- 新山悦子,小濱啓次,塚原貴子,谷口隆英,澤原光彦,長尾光城.(2006).看護師の職場における心的外傷反応の低減に認知が及ぼす影響.川崎医療福祉学会誌,15(2),583-594.
- 野末聖香編.(2004).リエゾン精神看護 患者ケアとナース支援のために(2-26).医歯薬出版,
- 大庭健(2005).「責任」ってなに?講談社現代新書.
- 奥田清子.(2006).インシデントあるいはアクシデント後の看護師の感情体験.日本赤十字看護大学紀要,20, 43-53.
- 奥津康祐,河合格爾,中島範宏,吉田謙一.(2009):医療関連で刑事処分を受けた医療従事者の職場復帰についての看護師の認識.看護管理,19(6), 450-454.
- 奥津康祐.(2010).看護過誤と法的責任・事故調査制度.医学のあゆみ, 235(3),263-266.

- Richards, L., & Morse, J.M. (2007/2008). 小林奈美(監訳), はじめて学ぶ質的研究, (pp.46-51). 医歯薬出版.
- 戈木クレイグヒル滋子. (2006). グラウンデッド・セオリー・アプローチ 理論を生み出すまで. 新曜社.
- 戈木クレイグヒル滋子. (2014). グラウンデッド・セオリー・アプローチ 分析ワークブック第2版. 日本看護協会出版会.
- 戈木クレイグヒル滋子. (2008). 実践グラウンデッド・セオリー・アプローチ 現象をとらえる. 新曜社.
- 堺秀人. (2006). 医療事故の全国的発生頻度に関する研究報告書. 厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業 平成 17 年度総括研究報告書.
- 佐々木久美子, 田口千恵美. (2007). 医療事故に関連して行政処分を受けた看護師等の職場復帰状況. 看護, 59(13), 72-74.
- 生命科学研究所医療政策研究会編著 (2009). 院内事故調査の手引き (pp.41-42), 医歯薬出版.
- 杉山直也. (2011). 第2章 自殺事故の実態(協議会検討会の院内自殺事故調査データより). 患者安全推進ジャーナル別冊 病院内の自殺対策のすすめ (pp.8-11). 日本医療機能評価機構認定病院患者安全推進協議会.
- 鈴木琴江, 宮下光令, 数間恵子. (2004). ミスを経験した看護職者の行動変容とその要因 再発を防ぎ、看護行為の安全性を向上させる対応を求めて. 看護管理, 14(5), 401-406.
- 田口智恵美, 佐々木久美子 (2007). 医療事故当事者の心情とサポート体制. 看護, 59(13), 75-78.
- 田口智恵美, 佐々木久美子, 小谷幸, 楠本万里子. (2007). 行政処分を受けた看護職の再教育 日本看護協会の考え方-医療事故当事者の心情とサポート体制. 看護 59(13), 75-78.
- 豊増功次, 吉田典子, 岩崎瑞枝ほか. (2005). 新人看護師の「ヒヤリ・ハット」体験状況とメンタルヘルスの関係. 日本循環器病予防学会誌, 40(1), 55-59.
- 和田仁孝, 前田正一. (2001). 医療紛争 メディカル・コンフリクト・マネジメントの提案. 医学書院.
- 和田仁孝. (2003). 周産期医療をめぐる紛争と対話, 助産雑誌, 57(6), 455-460.
- Wojcieszak, D., Saxton, J.W., Finkelstein, M.M. (2011/2011). 前田正一(監訳), ソーリー/ワークス 医療紛争をなくすための共感の表明・情報開示・謝罪プログラム. 医学書院.

- Wolf, Z.R. (1994/1999). 岡本勝治, 佐藤和美, 山本あい子(訳), 与薬ミス-ナースの経験と防止策 (pp.47-75). 医学書院.
- 山本君子, 天野雅美, 入江慎治.(2009). 看護師が医療事故を起こしたとき上司に望むサポート. 看護教育研究学会誌, 1(1), 25-44.
- 山内桂子, 高木安雄.(2004). 医療事故にかかわった看護師の業務継続に伴うストレスとサポート. 病院管理, 41(1), 37-46.
- 山内桂子. (2007). 患者・家族と事故当事者への対応と支援. Nursing Business, 5, 436-441.
- 山内桂子, 山内隆久. (1999). 患者・医療者へのサポート 医療事故の影響とその回復過程. 看護管理, 9(8), 621-626.
- 山崎真由, 板垣麻未, 首藤清美.(2003). インシデント発生時の看護師の心理状態. 日本看護学会論文集 (看護総合第 34 回), 90-92.
- 安井はるみ (2007). これまでの医療事故対応から何を学ぶ 看護管理者のマネジメントとして, 看護管理, 17(2), 153-157.
- 吉川三枝子, 平井さよ子, 賀沢弥貴 (2008). 優れた中間看護管理者の「成長を促進した経験」の分析. 日本看護管理学会誌, 12(1), 27-36, 2008.
- 吉川三枝子, 関根聡子, 高橋由紀, 坪井章雄, 松田たみ子 (2012). 新任の中間看護管理職が認識する役割遂行上の困難と必要とする支援. 茨城県立医療大学紀要, 17, 1-9.
- 全国社会保険協会連合会. (2006). 医療有害事象・対応指針.
- 全国社会保険協会連合会.(2013). 医療有害事象・対応指針(別冊) 医療有害事象に遭遇した医療従事者支援の手引き.

資料

資料1 研究参加者募集パンフレット(研究協力のお願)

資料2 インタビューガイド

資料3 基礎情報用紙(看護師長用)

資料4 基礎情報用紙(医療施設用)

倫理的配慮について

1 研究への参加・協力にあたり、自由意志を尊重します。協力しないことでの不利益を被ることは一切ありません。また参加協力の意志は直接研究者に返答いただきますので、協力いただいた方が所属施設内で特定されることはありません。

2 調査過程および研究成果の公表にあたっては、施設名、個人名、お話しいただいた医療事故が特定されないようプライバシーや個人情報保護に細心の注意を払います。

3 面接でお話いただくことにより気持ちが落ち着かなくなることがあれば、途中で中止することや、その後の精神的ケアについてのご相談に応じます。

*このパンフレットは、研究の概要を説明するものです。研究者が直接、連絡をとらせていただくことにご了承いただいた方には、詳細な説明を致します。

看護師長さんの貴重な体験を、医療事故後に必要な看護師長、事故当事者への支援につなげていきます。ご協力いただけますようお願いいたします。



<連絡先>

〒252—8530 藤沢市遠藤 4411
慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科
博士課程 福田 紀子
[電子メール oooo@sfc.keio.ac.jp](mailto:oooo@sfc.keio.ac.jp)

「医療事故当事者を支援する看護師長の
困難さの様相に関する研究」への
参加協力をお願い



この調査は、平成20年7月～平成21年6月の期間において、複数の病院にご協力いただき、その施設に勤務している看護師長さんを主な対象として実施する予定です。

研究目的

この調査は、医療事故の当事者となった看護師を支援する看護師長の困難さの様相を明らかにすることにより、看護師長への支援のあり方を考察することを目的としています。

ご協力をお願いしたい方

ご自分の直属の部下である看護師・助産師が、看護行為のプロセスにおいて患者に損害を与えたと考えられる医療事故に関与した経験をもつ看護師長に協力をお願いします。事故発生から半年以上が経過しており、患者影響レベルが以下のものとなります。

- ①事故により新たな治療が必要になった
- ②事故により入院期間が延長した
- ③患者に後遺症が残った
- ④患者の死亡が早まった



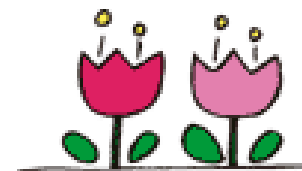
ご協力いただく内容

1時間～1時間半程度の面接調査に協力いただきます。具体的には、次のような内容のお話を伺います。

- * 医療事故発生直後から事故当事者にどのように関わってこられたか。
- * 当事者支援を行うにあたり、難しさやジレンマを感じたこと。
- * 事故当事者の支援にあたり、看護師長自身が助けになったと思う病院内外の支援の内容や方法、新たに欲しいと思われる支援内容や方法についてのお考え。

面接の時間と場所について

面接は、皆様の職場をお借りするか、もしくは慶應義塾大学看護医療学部（信濃町校舎もしくは湘南藤沢校舎）にて行います。ご協力いただける場合の詳細については、後日、連絡させていただきます。



* 研究者のご紹介

リエゾン精神看護専門看護師（日本看護協会 2000 年認定）として、大学病院において看護実践をしてきました。その中で、看護師長さんをはじめ看護管理者の方々々と協働し、医療事故に関与した当事者への支援を行う機会が幾度かありました。しかし事故当事者に対して、どのような支援を、いつ、誰が、どのようなタイミングで、どのように提供していけば良いのかについては、いつも悩み、そして当事者支援を担う看護師長さん自身も多くの困難を体験し、戸惑い、悩んでいる現状にあると感じてきました。こうした問題意識から、当事者を支援を担う人々への具体的な支援の手立てを検討したく、博士論文として本研究に取り組んでいます。

インタビューガイド

1 最も印象に残っている事故事例についてお話しいただきます。事故発生直後から、看護師長さんが、当事者にどのように関わってこられたのか、経過を追ってお話してください。

- *当事者が自分のミスやエラーに気づいた時の反応、看護師長の対応
- *医療事故発生が周囲に認識された後の当事者の反応と、看護師長の関わり
- *患者・家族への説明と謝罪の有無と、それに対する当事者の反応、看護師長の関わり
- *事故調査における当事者の反応、看護師長の関わり
- *事故の再発防止にむけた取り組みに対する当事者の反応と、看護師長の関わり
- *組織対応が一段落してから現在に至るまでの当事者の反応と、看護師長の関わり

2 事故当事者以外の、周囲の看護師の反応で気になったことや、特に看護師長さんが意識して関わったことはあればお話しください。

- *当事者に対する周囲の反応（支援も含めて）、看護師長の関わり
- *医療事故や事故の再発防止にむけた取り組みへの周囲の反応、看護師長の関わり

3 事故当事者をはじめ部署の看護師を支援するにあたり、ジレンマや葛藤を感じた体験についてお話しください。

- *「本当は必要だと思うけれどできなかった・やれなかった」と感じたこと、「本当はしない方がいいと思うけれど、せざるを得なかったこと」などありましたか。
- *組織の管理者である自分、看護者としての自分、一個人としての自分といった様々な役割を担う中で、ジレンマを感じたことはあれば、お話しください。

4 この事故が看護師長さん自身に与えた影響には、どのようなものがありましたか。

- *大変な経験ではあったけれども、自分にとって何かプラスに感じるような点。
- *失ったものや心の傷として残っていることなど、マイナスに感じるもの

5 看護師長さんが医療事故の対応や事故当事者を行うにあたり、看護部門、診療科の医師、そして病院全体としての反応や支援はどのようなものでしたか。

- *支持的な反応であったのか、個人、看護部門への責任追及的な態度であったのか
- *部署や看護部門の問題として扱われたのか、組織の問題として対応してもらえたのか

6 当事者や周囲の看護師への支援について、看護師長さん自身が相談できる相手や場所、なかったけれどあれば良かった、欲しかったと思う支援があればお話しください。

- *事故後の当事者支援にあたり、看護師長が活用できる院内外のリソースについて、どのような相談窓口があり、誰（どこ）に、どのような内容の相談のために活用したか、活用しなかった場合はその理由。

7 その他、看護師長さんを含めて事故に関わった人々への支援において、感じていらっしやるのであれば、お話しください。

I 面接でお話いただく事例について、その医療事故の概要や看護スタッフへの支援について、差し障りのない範囲で、以下の該当する項目に○をつけてください。

事故発生時期	今から()年()か月前
事故の種類	(1) 日常生活の援助: 食事と栄養 清潔 移送・移動・体位変換 転倒・転落 環境調整 (2) 医学的処置 : 検査・採血 与薬(内服・外用) 輸血 処置 吸引・吸入 機器一般 人工呼吸器 酸素吸入 チューブ・カテーテル類 救急処置 (3) 情報と組織 : 情報と記録 組織 (4) その他 : ()
事故調査から発生要因とされたもの (複数回答)	(1) 確認を怠った() (2) 観察を怠った() (3) 判断を誤った() (4) 知識が不足() (5) 技術・手技の未熟() (6) 報告が遅れた() (7) 通常とは異なる身体条件下だった() (8) 通常とは異なる心理的条件下にあった() (9) システムに問題があった() (10) 連携ができていなかった() (11) 患者の外見・姓名が似ていた() (12) 記録の不備() (13) 勤務状況が繁忙() (14) 環境に問題() (15) 医薬品の問題() (16) 諸物品の問題() (17) 医療機器の問題() (18) 施設・設備の問題() (19) 教育・訓練に問題() (20) 説明不足() (21) その他()
事故に関与した医療者	(1) 1名の看護師() (2) 複数の看護師() (3) 他職種を含めた複数名の医療者が関与(関わった医療者:)
患者の転帰	(1) 追加の検査や新たな治療が必要となったが入院中に改善() (2) 事故による障害のために入院期間が延長した() (3) 退院時に患者に障害が残った() (4) 患者が死亡した()
患者/家族への説明と謝罪	(1) 事故の説明: ①()あり ②()なし ③そのほか() (2) 謝罪について: ①()あり ②()なし ③()該当せず (3) 当事者同席による患者・家族への説明・謝罪: ①()あり ②()なし (4) 院外・社会への事故の公表: ①()あり ②()なし (5) 訴訟を含めた法的介入: ①()あり ②()なし
事故当事者の現在の状況	(1) 現在も同じ部署で看護師業務を継続() (2) 他の部署で看護師業務を継続() (3) 退職している() (4) その他()

II 面接にご協力いただいた方々全体の特性を把握するために、看護師長さんご自身のことを教えてください。
()内に数字を記入、また該当する項目に○をつけてください。

1 事故発生時の状況

事故発生時の看護師長経験年数()年目 事故時の担当部署経験年数()年目
当時の部署看護スタッフ数()名
担当部署: 外科系 内科系 混合病棟 周産期系 小児科系 集中治療系 外来 その他()

2 現在の状況

現在までの看護師長経験年数()年目
現在の担当部署は事故発生時と ①同じ部署() ②事故後()年で別の部署に異動
③病院を変った(異動・転職)

基礎情報(医療施設用)

施設名(記号)	
設置主体	①国() ②自治体() ③公的医療機関() ④法人() ⑤その他()
病院の機能・種別	①()特定機能病院 ②()地域医療支援病院 ③()がん診療連携拠点病院 ④()その他:
第三者評価の認定の有無	①あり:医療機能評価機構Ver() ISO9001認定 その他() ②なし
平均在院日数・病床稼働率	平均在院日数()日 病床稼働率()% ()月 現在)
入院基本料区分	7:1 10:1 13:1 15:1 特別入院基本料
安全管理体制	
専従の安全管理者の配置	①あり()年から/職種:医師()人 看護師()人 薬剤師()人 ②なし
医療安全対策加算の有無	①あり()年から) ②なし