

精神科看護師のリスク感性の発達過程とリスク感性の構成要素の明確化

Development process and developmental factors of risk sensitivities of psychiatric nurses.

吉野 由美子・池邊 敏子・栗原 優里奈

Yumiko YOSHINO, Toshiko IKEBE and Yurina KURIHARA

目的：精神科看護師のリスク感性の発達過程ならびにリスク感性の構成要素を明確化する。

方法：精神科病院および精神科病床を有する病院に勤務するリスク感性の高い看護師を対象として、リスク感性に関する看護活動の実際について、インタビューガイドにもとづき、半構造的面接を実施し、質的記述的分析を行った。

結果：『リスク感性の発達過程』は、10のサブカテゴリから4のカテゴリが抽出され【精神看護におけるリスク感性の初期教育】【事象に潜むリスクを見出し、実践を通して試行錯誤を繰り返す】【リスク感性を発揮して看護実践をしつづける】【仲間に支えられているという実感】であった。『リスク感性の構成要素』は、14のサブカテゴリから6のカテゴリが抽出され【リスクがある中にいるという自覚】【リスクを推察する力】【リスク対策に完璧はないという意識】【自分で確認する習慣】【事故防止できるマンパワーか否かの査定】【意図的なリスク回避行動】であった。

考察：精神科看護師のリスク感性は、発達と循環を繰り返し、より成熟していく。その中でも、違和感を察知する力と違和感の共有化をはかり、問題行動という見方ではなく、患者の立場に立った事象の見方と、リスク対策に完璧はないという構えを持つことが重要であると考えられた。

1. はじめに

わが国における医療の「安全」検討の発端は、平成11年の患者取り違え事件である。同年、薬剤を取り違え静脈投与したことによる患者死亡事件も発生した。厚生労働省は、平成13年を患者安心推進年とし、医療安全推進室が設置された。

看護における「安全」は、従来から、看護を提供する際の必須要件として位置づけ、追究されつづけている。看護基礎教育においては、平成21年には保健師助産師看護師養成所指定規則改正により、統合分野が創設され、「看護の統合と実践」に「医療安全の基礎的知識を含む内容とする」ことが示された。さらに、平成23年の大学

における看護系人材養成のあり方に関する検討会最終報告¹⁾では、修得すべき看護実践能力の1つとして「安全なケア環境を提供する能力」が位置づけられた。卒後教育においても、平成21年の保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の推進に関する法律の改正により、新人看護職員研修が努力義務化され、「新人看護職員研修ガイドライン(改訂版)」²⁾の基本方針の1つに「医療安全の確保」が挙げられている。

医療安全教育の方法に関する先行研究には、事故報告書・ヒヤリハット報告書の活用、危険予知トレーニング(KYT)などの報告³⁾⁻⁹⁾があり、これらの医療安全教育に関する取り組みの目的は、「リスク感性(risk sensitivity)」の発達を促すことである。このリスク感性について看護学教育や研究で言及されるようになったのは、平成13年頃であり、定義は「リスクを察知して自然に安全行動が取れるような感覚」¹⁰⁾である。その後、看護師および看護学生のリスク感性の評価法が開発されている¹¹⁾¹²⁾。

リスク感性に関する先行研究は、リスク感性の発達を

連絡先：吉野由美子 yyoshino@cis.ac.jp

千葉科学大学看護学部看護学科

Department of Nursing, Faculty of Nursing,
Chiba Institute of Science

(2017年10月2日受付, 2017年12月27日受理)

促す教育方法に関する研究、リスク感性の高い看護師の臨床経験との関連に関する研究^{13) -15)}などがある。リスク感性は、教育的取り組みにより育まれる面と、日々の看護実践の中で育まれていく面があることが示唆されている。また、岩本ら¹⁶⁾によれば、リスク感性の必要なコンピテンシーの要素として「安全策の多角的判断」「臨床現場における不確実性の認識」「変化への機敏さ」など11の要素が示されているが、調査対象が一般科看護師10名と少なく、リスク感性の構成要素については、検証を積み重ねることが必要な状況である。

精神看護が行われる場には、精神保健および精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法）による閉鎖的な治療空間や強制的な入院といった特殊性がある。精神機能の障害は、その人の生活上の障害として現れることが多々あることから、治療効果・病状の良否は、生物学的な検査結果よりも日常生活行動、対人関係など生活場面での観察ならびに本人の思い、考えなどが重視される。医療職、とりわけ日常生活場面を共有する看護師の判断は、治療効果の大きな判断基準となる。また、精神障害者の中には、病状から自身を傷つける、もしくは、他者に危害を与えるなどのリスクを有する者もいる。このリスクの判断も、医療者の実践経験の中で育まれた経験知からの主観的観察に依拠するところが多く、日常生活場面で接触の多い看護師一人ひとりのリスク感性の高低が、患者の安全・保護に大きく影響を及ぼすと考えられる。しかし、精神科におけるリスク感性の研究は、平成13年以降の医学中央雑誌WEBにより「精神科」、「リスク感性」をキーワードとして検索しても、精神科閉鎖病棟の看護師16名を対象にリスク感性とラダーステージ、経験年数、勤務形態との関連を調査したもの¹⁷⁾のみであり、リスク感性が教育的・実践的取り組みによって育まれるといわれている中で、精神科看護師のリスク感性の発達過程と構成要素は検索できなかった。

そこで本研究では、精神科看護師のリスク感性の発達過程ならびにリスク感性

の構成要素を明確化する。

2. 用語の定義

2.1 リスク感性

本研究におけるリスク感性は釜の定義と同じく「リスクを察知して自然に安全行動が取れるような感覚」¹⁸⁾とする。

2.2 看護師

本研究においては、正看護師の資格をもつ者を指す場合は、「看護師」、資格に関わらず看護職としてある者を「看護者」とする。

3. 研究方法

3.1 対象者の選定

A県内B地区にある50床以上の精神科病院及び精神科病床を有する病院の中で、本研究目的に賛同の得られた7病院に勤務する看護師のうち、リスク感性の高い看護師として、「ヒヤリ・ハット報告件数が少なく、かつ、リスクを感じた経験のある看護師」を各病院1～2名に限定し、選定した。ヒヤリ・ハット報告件数が少ないということは、事故を未然に防ぐことができているということであり、そこにはリスク感性が働いていると考えた。また、客観的な立場として看護部門の責任者に選定を依頼した。

対象者へのアクセスは、①対象となる病院の看護部門の責任者に、本研究について説明し、②協力の得られた施設の看護部門の責任者に対象者を選定・紹介をうけ、③研究者から本研究について説明し、口頭と書面で同意を得た9名である。

3.2 方法

精神科看護師のリスク感性の発達過程と構成要素について、看護師の認知をもとに抽出することから、質的記述的研究とした。

データ収集は、病院組織と関係のない研究者によるインタビューガイドを用いた半構造化面接を実施した。1人の面接時間は概ね60分程度とし、プライバシーの守られる環境で、個別に行った。面接内容は、許可が得られた場合、電子録音をし、必要時メモを取った。

面接内容は、1.日ごろリスクを察知するために気を付けていること2.気をつけたことにより事故防止できた実感3.リスク回避行動が取れるようになった時期4.看護実践におけるリスクを察知するための工夫5.4.のきっかけ6.印象に残るリスク場面7.精神科で事故の多い転倒転落、暴力、誤飲・窒息、ルートトラブル、誤薬、離院、自傷行為場面におけるリスク回避のための工夫8.その他、以上8項目とした。

対象者の背景を明らかにする目的で、基本情報として、看護基礎教育機関、看護師経験年数、精神科経験年数、現在の勤務環境（閉鎖病棟・開放病棟および一般病床・療養病床）、危機管理に関する教育機会の有無と内容について、はじめに質問した。

3.3 倫理的配慮

面接調査に関しては、千葉科学大学「人を対象とする研究に関する倫理審査委員会」において「承認」の判定を受けた（承認受付番号28-6）。面接調査にあたっては、調査目的、方法、内容、期間、依頼の理由、研究に伴う危険や不快、参加の任意性、研究成果の公表、健康被害を生じた場合の対応、研究終了後の対応、問い合わせ先

について、口頭と文書にて説明し、同意書を交わした。

3. 4 分析方法

語られた内容、つまり、電子録音をもととして逐語録を作成し、逐語録を繰り返し読み、リスク感性の発達過程と構成要素について記述されている場面を抽出し、一文脈を一記録単位として意味内容を変えずに要約し、1コードとした。コードの意味内容の類似性に従い、サブカテゴリ、カテゴリへと抽象化をはかった。リスク感性の発達過程は構造化をはかった。なお、カテゴリ化・構造化にあたっては、研究者間で合意が得られるまで検討した。

3. 5 面接期間

平成28年8月～12月

4. 結果

研究対象者の性別は、男性4名、女性5名であった。職位は、師長3名、主任2名、臨床指導者2名、病棟スタッフ2名で、看護基礎教育機関は、3年課程4名、進学課程5名であった。看護師経験年数は12～33年(平均22.4年)で、10～15年未満2名、15年～20年未満2名、20年～25年未満1名、25年～30年未満2名、30年以上2名であった。精神科経験年数は8～25年(平均16年)で、10年未満2名、10～15年未満2名、15年～20年未満2名、20年～25年未満2名、25年～30年未満1名であった。対象者9名のうち7名は、「重大事故の直接的な体験はない」と語っていた。

面接時間は34～63分(平均49分28秒)であった。

語りの分析より、総コード数は857で、『リスク感性の発達過程』は、10のカテゴリから4つのカテゴリが抽出された(表1参照)、『リスク感性の構成要素』は、14のカテゴリから6つのカテゴリが抽出された(表2参照)。以下、サブカテゴリは《》、カテゴリは【】で示す。

4. 1 リスク感性の発達過程

精神科看護師のリスク感性の発達過程は、4つのカテゴリから構成されている。

カテゴリには、【精神看護におけるリスク感性の初期教育】【事象に潜むリスクを見出し、実践を通して試行錯誤を繰り返す】【リスク感性を発揮して看護実践をしつづける】【仲間に支えられているという実感】が含まれる(表2)。

4. 1. 1 カテゴリ1 【精神看護におけるリスク感性の初期教育】

【精神看護におけるリスク感性の初期教育】は、3つのサブカテゴリから構成されている。サブカテゴリには、

《看護基礎教育》《精神看護初心者時代のリスク教育》《リスク感性のモデルとなる存在》が含まれる。

《看護基礎教育》は、「学生のときに科学的根拠って言われて、形は違うけど、行動の裏には何かあると考えるようになった」のように、看護基礎教育で学習したことがリスクの原因を考えようとするこつつながっていることにより抽出された。

《精神看護初心者時代のリスク教育》は、「一般科と同じような患者みたいな形の接し方は危険、そういうことを(精神看護の初心者に)教える必要がある」のように、精神科特有の患者との関わり方を精神看護の初心者に指導する必要性により抽出された。

《リスク感性のモデルとなる存在》は、『『あ、この人いいな』っていう先輩についてくというか、後ろ姿を見たり』のように、看護実践をする中でリスク感性のモデルになる看護師の姿に触れることや、「いろんな、こういうときはこうした。ああしたっていうのを教えてもらった」のように、先輩看護者などから事故防止策について直接的具体的なアドバイスを受けることにより抽出された。

4. 1. 2 カテゴリ2 【事象に潜むリスクを見出し、実践を通して試行錯誤を繰り返す】

【事象に潜むリスクを見出し、実践を通して試行錯誤を繰り返す】は、3つのサブカテゴリから構成されている。サブカテゴリには、《印象に残る自他の事故の体験からの学び》《看護実践において常に試行錯誤する意識と行動の維持》《リスクを見出す力を磨く行動》が含まれる。

《印象に残る自他の事故の体験からの学び》は、「1年目のとき、患者さんに距離感を詰め過ぎて殴られて、幸い大きな怪我はなかったけど」、「他の病棟のインシデントも気にして見る。もしかしたらこういうことがおきるかもしれないからと注意してます」のように、自分自身が体験した事故や他者が体験した事故を見たり聞いたりすること、「カンファレンスよりも、雑談の中で(事故の話が)出てくる」、「夜勤中に『今はこうだけど、昔は、もっところだった』っていう話を聞く」のように、スタッフ同士で事故に関して話題にすることが日常的になされていることにより抽出された。

《看護実践において常に試行錯誤する意識と行動の維持》は、「患者さんとのつき合いの中で得たものを、情報として、『こうするんじゃないか』とか、だから、『こうしてみようか』とか」のように、看護実践に対する患者の反応をもとに、リスクを低減する関わりについて検討し実践を繰り返すこと、「その人自身の考え方っていうか、価値観っていうか(中略)私は、小さな失敗でさえも、本来ならない方がいい。確認によって起こらなくて済むのであれば、どうしても(確認は)必要」のように、

試行錯誤しながら慎重に行動することにより抽出された。

《リスクを見出す力を磨く行動》は、「ここで育った看護師と、(他の施設の)経験のある看護師は全然違う」、「精神だけじゃなくて、一般病院の方の経験も積んでれば、ある程度、気づく点は、早いかなとは思いますが」のように、他の精神科病院や一般科の看護の経験の有無がリスクのとらえ方に影響すること、「経験だけではリスクは回避はできないので。知識を深めるために、精神科だけじゃなくて、いろんな勉強会、参加してます」のように、リスク感性を高めるために幅広く学ぼうとする行動により抽出された。

4. 1. 3 カテゴリ3 【リスク感性を發揮して看護実践をしつづける】

【リスク感性を發揮して看護実践をしつづける】は、3つのサブカテゴリから構成されている。サブカテゴリには、《自らがモデルとなる立場での看護実践》《現場に必要なリスク感性を維持するための行動》《リスクを防ぐ看護実践の効果を実感》が含まれる。

《自らがモデルとなる立場での看護実践》は、「(リスク場面で患者と関わり、患者に言動の理由を聞き)『こういう理由があって、こうしてみたいよ』(とスタッフに伝えるとスタッフは)『ええっ、そうなんだ』、「(ヒヤリハット報告書を率先して出し、スタッフから)『ああ、こういう見方もあるんだ』と言われる」のように、患者対応の見本やリスク場面のとらえ方をスタッフに示したりする行動をとるようになること、「学んだこと、体験談を、話すことは十分ある。立場上、もっと病棟でもしなきゃいけない」のように、自らの立場が、スタッフにリスク教育を行うことを求められていることを自覚していることにより抽出された。

《現場に必要なリスク感性を維持するための行動》は、「(管理職になってからも)毎日(ベッドサイドケアを)

やります。(ナースステーションに)こもってる感じじゃない」のように、職位に関わらず、看護実践を継続しつづける行動や、「環境面で管理者は見えていかないと」のように、自らの立場に応じたリスクの視点を意識していることにより抽出された。

《リスクを防ぐ看護実践の効果を実感》は、「前もって、『あ、何か、この人』っていったときに、早めにお薬飲んでとか、話聞いてとか、何か対応をそのときにしといたから『ああ、よかったね』っていうようなところは、たくさんある」のように、リスク感性を働かせて対処したことにより事故を防ぐことができた実感や、「(リスクの高い患者のケアをしている時に)いろんなことがあって、ある意味、緊張感もあったけど、楽しく仕事をして」のように、リスクの面では緊張感を伴いつつも日々精神看護に楽しさを見出し、やりがいを持ちつづけられていることにより抽出された。

4. 1. 4 カテゴリ4 【仲間に支えられているという実感】

【仲間に支えられているという実感】は、1つのサブカテゴリから構成されている。サブカテゴリには、《仲間に支えられているという実感》が含まれる。

《仲間に支えられているという実感》は、「(リスクの高い患者のケアをしている時に)ナースコール鳴らしたら、ぱーっとスタッフが全部来てくれた。拘束も何もせずに、患者は落ちついた」のように、スタッフ同士がリスク感性を共有していたことの確認と、その場での協力した行動がはかれた体験により抽出された。

4. 2 リスク感性の発達過程の構造モデル

リスク感性の発達過程について、抽出された4つのカテゴリの関連性を検討した。リスク感性の発達の基礎は、

表1 リスク感性の発達過程

カテゴリ	サブカテゴリ
1.精神看護におけるリスク感性の初期教育	1)看護基礎教育
	2)精神看護初心者時代のリスク教育
	3)リスク感性のモデルとなる存在
2.事象に潜むリスクを見出し、実践を通して試行錯誤を繰り返す	4)印象に残る自他の事故の体験からの学び
	5)看護実践において常に試行錯誤する意識と行動の維持
	6)リスクを見出す力を磨く行動
3.リスク感性を發揮して看護実践をしつづける	7)自らがモデルとなる立場での看護実践
	8)現場に必要なリスク感性を維持するための行動
	9)リスクを防ぐ看護実践の効果を実感
4.仲間に支えられているという実感	10)仲間に支えられているという実感

【精神看護におけるリスク感性の初期教育】がある。この初期教育の中には、看護基礎教育での教育内容を基礎に、職場での初心者時代のリスク教育ならびにモデルとなる先輩の存在が加わる。

リスク感性の発達のコアとなるのは【事象に潜むリスクを見出し、実践を通して試行錯誤を繰り返す】ことである。この試行錯誤の繰り返しには、《印象に残る自他の事故の体験からの学び》と、勉強会に参加するなどの《リスクを見出す力を磨く行動》を通して事象に潜むリスクを見出し、見出したリスクを回避するために《看護実践において常に試行錯誤する意識と行動の維持》が関わる。そして、【事象に潜むリスクを見出し、実践を通して試行錯誤を繰り返す】ことを支えているのは、試行錯誤を繰り返す中で《リスクを防ぐ看護実践の効果を実感》し、リスク感性に自信を得ることで《自らがモデルとなる立場での看護実践》ならびに《現場に必要なリスク感性を維持するための行動》をすることにより【リスク感性を発揮して看護実践をしつづける】ことと、リスク感性を共有し協力しあえることで、看護師自身が安心して看護実践をできる【仲間に支えられているという実感】である。

【事象に潜むリスクを見出し、実践を通して試行錯誤を繰り返す】ことは、【リスク感性を発揮して看護実践をしつづける】こと、ならびに【仲間に支えられていると

いう実感】を繰り返し経験することにより、精神科看護師のリスク感性は、さらに発達を遂げ、初心者へ自らの体験を話す立場へと成熟していく。これらの関連性を図に表し、リスク感性の発達過程の構造モデルを作成した(図1)。

4. 3 リスク感性の構成要素

精神科看護師のリスク感性の構成要素は、6つのカテゴリから構成されている。

カテゴリには、【リスクがある中にいるという自覚】【リスクを推察する力】【リスク対策に完璧はないという意識】【自分で確認する習慣】【事故防止できるマンパワーか否かの査定】【意図的なリスク回避行動】が含まれる(表2)。

4. 3. 1 カテゴリ1 【リスクがある中にいるという自覚】

【リスクがある中にいるという自覚】は、2つのサブカテゴリから構成されている。サブカテゴリには、《リスクがある中にいるという自覚》《事故発生時の迅速な対応》が含まれる。

《リスクがある中にいるという自覚》は、「暴力を振るう精神状態があった人だということ(意識)は、常に持っています」、「(暴力行為がある患者が)病棟にいるのと

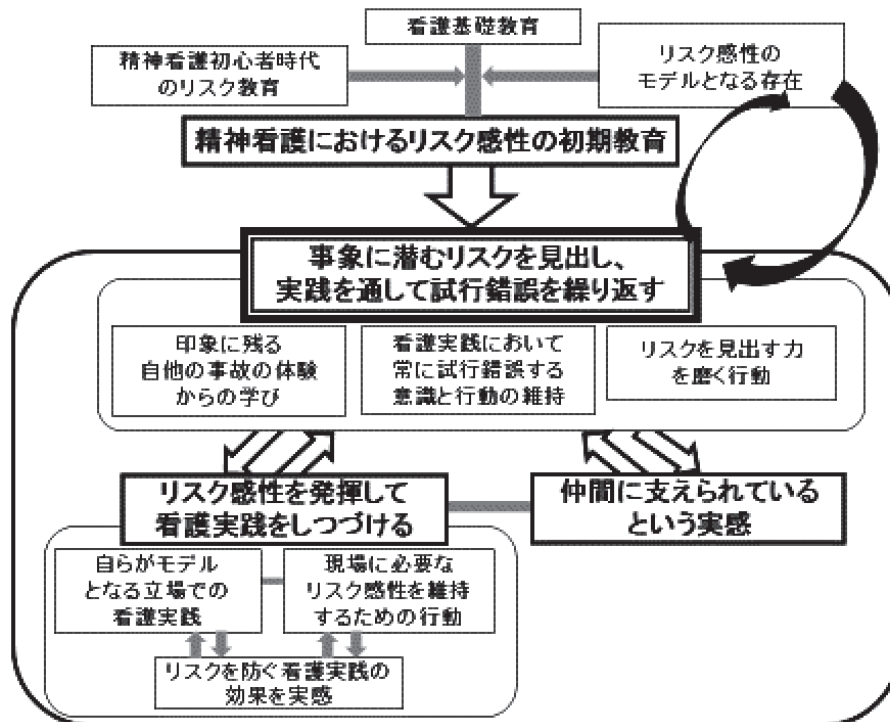


図1 リスク感性の発達過程の構造モデル

いないのでは、モチベーションも違います」のように、緊張感を持つ必要がある患者の状況、病棟の状況かの見極めをしていること、「ちょっと危ないと思うときは、1人じゃ行かない、2人とかで」のように危険を察知した時には無理をしないという意識、「自分だから大丈夫だろうっていうのは、一番危険（中略）そこだけは、怠らないよう」のように常に一定の緊張感を持ち臨む姿勢、「先にやっていいことと、絶対確認してやらなきゃいけないこと、自分の中で線引きがある」のように速さよりも安全などにより抽出された。

《事故発生時の迅速な対応》は、「もしものとき（窒息）には、とにかく、人を呼ぶことと、ハイムリックをやって」などにより抽出された。

4. 3. 2 カテゴリ2 【リスクを推察する力】

【リスクを推察する力】は、4つのサブカテゴリから構成されている。サブカテゴリには、《違和感の尊重》《多様な情報からリスクを推測することの習慣化》《患者の言動の意味を読み取る姿勢》《精神保健医療福祉を取り巻く動向とリスクとの関連性の把握》が含まれる。

《違和感の尊重》は、「来た瞬間から嫌なときとか、あります。その人を見て、今日、何か嫌だなって」、「何か、『あれっ、この人、話した感じ、ちょっと暴力的なところがあるのかな』とか」のように、言葉では明確に表現できない感覚を持っていることにより抽出された。

《多様な情報からリスクを推測することの習慣化》は、「申し送りを聞いて、一般床で具合悪いから隔離が必要かもってなったとき、ベッドコントロールを考えなきゃいけない。その人がどこまで頑張れるか、そこの部屋じゃなくて、こっちの部屋に移ったら、落ちついていられるんじゃないかとか、いろんな考えがめぐって。何が一番いいのかを常に考えます」のように、常に、患者の状況、病棟の状況、時間の経過など多様な情報を組み立てて予測を立てていることから抽出された。

《患者の言動の意味を読み取る姿勢》は、「問題行動を起こす理由は必ずあると思うんです。なので、話を聞いてみたり」、「もうちょっと関わりを深くしていたら、不穏状態、とかなかったのかなとか後になってから気づくことが、いっぱい」などにより抽出された。

《精神保健医療福祉を取り巻く動向とリスクとの関連性の把握》は、「（急性期の病棟は、）遠方からの入院や、初回入院は情報が少なく、対応が難しくなってる」、「精神科疾患だけじゃない患者も入ってきてるので、その辺がちょっと難しい」、「前はかなり、離院の問題があったんです。でも、このごろは、離院も少なくなりましたね。長期入ってて、高齢になったせいもある」のように、リスクの種類や質が、精神保健福祉を取り巻く状況

と共に変化していることを把握していることにより抽出された。

4. 3. 3 カテゴリ3 【リスク対策に完璧はないという意識】

【リスク対策に完璧はないという意識】は、2つのサブカテゴリから構成されている。サブカテゴリには、《万全なつもりでも万全ではないという意識》《患者の行動は看護師の想像を超えるという自覚》が含まれる。

《万全なつもりでも万全ではないという意識》は、「自分自身を結構疑うんですよ。『本当にそれでいいの？』みたいな」のように自分自身のリスク対応に万全さはないと疑いをもつ姿勢や、「本人が思ったことをとめられるかっていうと、難しいなって、本音のところでは思っています。究極は、とめられないんじゃないかって思う」、「薬局から配薬されてくると、誤薬は少ない、それでもたまにはある」のように患者の認識への働きかけの限界や病院としてリスク対策に取り組んでいても完璧ではないという意識により抽出された。

《患者の行動は看護師の想像を超えるという自覚》は、「どこをどうやったら、こうやってなるのかなとか。『どうして？』とか、不思議なことがいっぱい」、「頭の中、無限。患者さんもそうですけど」のように、患者の行動から想定外のこともおこり得ることを実感していること、「『大丈夫』って患者さんが言っても、『大丈夫じゃないと思う』って言う」のように患者の言動は病状により刻々と変化すること、「何か（危険なことを）しようと思えば、いっぱいできる。隠れるところもいっぱいある。個室でとか」、「こういうところにこういう物を置いてほしくないとか、この人にはこれを使うとちょっとつていうのもある」などのように、常にリスクにつながる可能性があるものとして意識していることにより抽出された。

4. 3. 4 カテゴリ4 【自分で確認する習慣】

【自分で確認する習慣】は、2つのサブカテゴリから構成されている。サブカテゴリには、《リスクを意識しつつ意図的に自分で確認する習慣》《患者と直接関わり、その反応によるリスクの把握》が含まれる。

《リスクを意識しつつ意図的に自分で確認する習慣》は、「あがってきたもの（報告）は自分でやっぱり確かめには行きます」、「入院歴が長ければ、過去までさかのぼって情報を見た上で、今の状態を評価して」、「精神的な問題、ADL、データベースに沿ったり、他のスタッフからの情報、自分がコミュニケーション取って得た情報」のように情報源、情報の視点、時間の経過など様々な観点から自分で情報を収集する行動などにより抽出された。

《患者と直接関わり、その反応によるリスクの把握》は、「『あ、落ちついてるな』とか、『あ、そわそわしてきたな』

とか。カルテよりも本人を見た方が、状態がわかる。話してみても、『あ、大丈夫だな』とか」記録や他者からの情報だけでなく、直接患者と関わり、その反応からリスクを判断する行動、「普通と、ちょっとしたしぐさがちょっとおかしいとか。顔とか表情がちょっとかたくなってきたとか」のように日ごろの患者の様子を把握し、その患者の平常と比較して状態を判断すること、「精神科の場合は、急いで食べる、隠れて食べるというのが、一番多い」、「痛みのスケールが通じないっていうか」のように精神科の患者にみられる傾向をとらえていること、「患者と話をして、身近で接するのが一番。いつも見てるっていうような形で患者に伝えられたらいい」、「心を開いて、自分の話をしてくれるような環境にもっていく」のように患者が見守られ、思いを表現することができる関係性を築くことにより抽出された。

4. 3. 5 カテゴリ5 【事故防止できるマンパワーか否かの査定】

【事故防止できるマンパワーか否かの査定】は、1つのサブカテゴリから構成されている。サブカテゴリには、《事故防止できるマンパワーか否かの査定》が含まれる。《事故防止できるマンパワーか否かの査定》は、「(隔離室入室時)多勢に無勢というか。人数が、男の人5人ぐらいに囲まれて、1人だったら、もうかなわないって思って、入ってくれる。看護だけじゃなくて、事務の協力も得たり」のようにリスクの高い場面には、人員を確保するという意識、「(患者の状態をみて)『何かまずくない?』みたいなのは、挨拶ぐらいの勢いで言葉に出る」のように、経験を積んだ看護師同士が、明確に言語化し

なくても、共通して感じ取るリスクがあること、「そこまで言わなくてもいいところを言い過ぎたり、暴力も回避できるところを突っ走ったりというところもある。その辺の違い」など他のメンバーのリスク感性の肯定を見極めることにより抽出された。

4. 3. 6 カテゴリ6 【意図的なリスク回避行動】

【意図的なリスク回避行動】は、4つのサブカテゴリから構成されている。サブカテゴリには、《察知した危険をスタッフに注意喚起》《リスク回避のために適切な他職種の選定と連携》《事故防止と安楽との両立》《事故発生時の迅速な対応》が含まれる。

《察知した危険をスタッフに注意喚起》は、「目つきが『ちょっと、らんらんしてるから少し気をつけた方がいいよ』とか」、「こういうことがあったら、この人はこう思っているんじゃないか、こう考えてる可能性もあるとかっていうのをわざと(記録に)残す」のように感じ取ったリスクをスタッフに表現し、注意を促す行動により抽出された。

《リスク回避のために適切な他職種の選定と連携》は、「(転倒のリスクに対して)筋力低下を防げるような作業療法も入れてほしいとお願いしてやってます」のように、リスクを回避するにあたり、医師、言語療法士、栄養士、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、事務職員などの中から適切な職種を選定し連携を取る行動により抽出された。

《事故防止と安楽との両立》は、「窒息を防ぐのは、大事だけど、観察の仕方とか、立ち位置とかをもう少し配慮」のように事故防止と同時に患者の安楽も成立させる

表2 リスク感性の構成要素

カテゴリ	サブカテゴリ
1.リスクがある中にいるという自覚	1)リスクがある中にいるという自覚
	2)事故発生時の迅速な対応
2.リスクを推察する力	3)違和感の尊重
	4)多様な情報からリスクを推測することの習慣化
	5)患者の言動の意味を読み取ろうとする姿勢
	6)精神保健医療福祉を取り巻く動向とリスクとの関連性の把握
3.リスク対策に完璧はないという意識	7)万全なつもりでも万全ではないという意識
	8)患者の行動は看護師の想像を超えるという自覚
4.自分で確認する習慣	9)リスクを意識しつつ意図的に自分で確認する習慣
	10)患者と直接関わり、その反応によるリスクの把握
5.事故防止できるマンパワーか否かの査定	11)事故防止できるマンパワーか否かの査定
	12)察知した危険をスタッフに注意喚起
6.意図的なリスク回避行動	13)リスク回避のために適切な他職種の選定と連携
	14)事故防止と安楽との両立

関わりや、「しつこくすると、暴力とかにもなったりするので。引き際だったり、人を変えたり、時間を変えたり」、「(離院防止のため) 出入り口が見えないルートを通ったり、出入り口を気にしないような環境」、そして、「普段の生活で水分飲んでるとき、むせこんでたら、患者さんに言って、食事の形態を変えたり」のように事故につながる身体機能の低下を見抜き、予防策を講じること、「急性期、食事も取れない、点滴にはしる前に工夫をしないと」のように、看護ケアによりリスクを回避しようとする事、『(自傷行為の代替方法は) じゃあ何がいいの』ってなったときに、一緒に見つけていこうよって」のように患者と協力して事故を防止すること、「職員は、窒息を防ごうと思って集まって、患者さんをよく見る。患者さんの立場からしてみれば、見られてる中でご飯を食べるって、恥ずかしいだろうし、見られたくないから、もしかしたら、急いで食べちゃう。それが窒息につながってしまったら」のように、患者が急いで食べることが問題ではなく、そのような行動を取らざるを得ない原因を患者の立場に立って考えることにより抽出された。

5. 考察

5. 1 対象者の特徴

対象者の男女比は、ほぼ等しかった。職位は、主任以上が9名中5名と管理的な立場にある対象者が多かった。管理者にはリスクの管理も求められることから役割を自覚し、リスク感性を発達させていると思われる。看護基礎教育機関は、進学課程が5名で、看護職としての力を発揮するため、准看護師からキャリアアップを経験している看護師が半数近くいた。全員が、看護師経験年数は10年目以上、9名中7名が精神科での経験年数は10年以上であり、豊かな実践経験を有している対象である。

5. 2 リスク感性の発達過程

5. 2. 1 リスク感性の発達と循環

精神科看護師のリスク感性が発達するためには、「学生のときに科学的根拠って言われて」のように科学的探究心が看護基礎教育の中で生まれ、さらに、精神科病床での実践にあたっての初期教育において、精神保健福祉法にもとづく、強制的な入院措置や、隔離・拘束というような精神科医療が行なわれる環境的な特殊性と、精神の健康問題を抱える対象の特徴に沿ってリスクをとらえることができる力を修得することが重要である。さらに、リスク感性の見本となるような先輩看護者が身近に存在し、その先輩の姿を間近に見て学ぶこともリスク感性が発達する基盤となっていると考える。精神科病院においては『精神科における新卒新人看護職員の到達目標および指導指針』¹⁹⁾ などにより、安全な医療の確保に向けた

教育を受けることが、リスク感性の基盤の形成につながるものといえる。

これらの初期教育に重ねて【事象に潜むリスクを見出し、実践を通して試行錯誤を繰り返す】ことがリスク感性をより発達させるためには必要であることが明らかとなった。【事象に潜むリスクを見出し、実践を通して試行錯誤を繰り返す】ことを維持するためには、常に【リスク感性を発揮して看護実践をしつづける】ことが必要であり、そのためには、【仲間に支えられているという実感】があればこそ、【事象に潜むリスクを見出し、実践を通して試行錯誤を繰り返す】ことを可能としている。そして、この繰り返しの体験を重ねる中で、自らの経験を語る側へと変化していくことが推測される。

発達したリスク感性は、【リスクがある中にいるという自覚】【リスクを推察する力】【リスク対策に完璧はないという意識】【自分で確認する習慣】【事故防止できるマンパワーか否かの査定】【意図的なリスク回避行動】という6つの要素により構成されていた。精神看護を実践する場に身を置くことで、精神の健康問題を抱える対象の特徴に沿った【リスクがある中にいるという自覚】を持ち、発達過程の【事象に潜むリスクを見出し、実践を通して試行錯誤を繰り返す】ことにより、【リスクを推察する力】や【自分で確認する習慣】を身につけ、【事故防止できるマンパワーか否かの査定】をしながら【意図的なリスク回避行動】をとることができる実践力を身につけているものと考えられる。そして、どんなにリスク感性が発達しても、【リスク対策に完璧はないという意識】により常に緊張感や自己研鑽することが、より一層リスク感性を発達させることにつながると考える。

5. 3 リスク感性の構成要素

5. 3. 1 違和感を察知する力と違和感の共有化

精神科においてリスクにつながる兆候は、客観的データに現れることが少なく、経験知にもとづいて判断することが求められる。加えて、状況性と個別性も非常に大きい。そのため、先輩看護者の看護実践は『みて学ぶ』対象となっており、精神看護初心者時代に、リスク感性のモデルとなるような先輩看護者を身近に持つこともリスク感性を育むためには重要といえる。

精神科における3大医療事故は、自殺、転倒や誤嚥による窒息といった不慮の事故、患者間傷害²⁰⁾である。今回の研究対象者は、これらの事故の直接的体験がない者が多いという特徴がみられた。結果の内容から、同僚の事故体験や事故報告書などを通して、他者の体験した事象も、他人事ではなく、その事象に潜むリスクを吟味して学びとして取り込んでいく力に優れていると考えられる。また、日々、看護実践を通して振り返りをし、より安全で質の高い看護を提供するために試行錯誤をし、

「リスクを防ぐことができた」という手ごたえを感じているという特徴がみられた。先行研究においても、失敗を通して学ぶことや自己学習すること²¹⁾、「経験から内省化と教訓を概念化」すること²²⁾、経験に基づく行動²³⁾がリスク感性の発達を促す要因といわれていることと一致することからも、看護師自身の能動的なリスク感性に関する実践と学びの姿勢とその実践による手応えによりさらにリスク感性が発達していると考えられる。

一般化が困難な患者個別の「何か変」、微細な「何か変」に気づくことは、《患者と直接関わり、その反応によるリスクの把握》をし、「普通と、ちょっとしたしぐさがちょっとおかしいとか」のように日ごろの患者の様子から、患者個別の普通を把握し変化に気づくこと、また、「患者さんとのつき合いの中で得たものを、情報として、『こうするんじゃないか』とか、だから、『こうしてみようか』とか」のように、《看護実践において常に試行錯誤する意識と行動の維持》をすることによりリスク感性を発達させることで可能となると考える。

「『何かまずくない?』みたいなのは、挨拶ぐらいの勢いで言葉に出る」というように、「何か変」という感覚を日常的に表出し合うことにより、精神看護の経験を積んだ看護師同士は、「何か変」という言語化困難な感覚を共有することができるまでにリスク感性を発達させていると考えられる。この共有感覚により《察知した危険をスタッフに注意喚起》し合うことにもつながっているとされる。

5. 3. 2 問題行動という見方ではなく、患者の立場に立った事象の見方

精神科においてリスク低減をはかるためには、知識や技術の学習による専門職としての医療者側の見方と考え方として、「自殺のリスク・アセスメントのためのチェックリスト」²⁴⁾「日常臨床における自殺予防の手引き」²⁵⁾暴力のリスクアセスメント²⁶⁾²⁷⁾などがある。これらに加え、「問題行動を起こす理由は必ずあると思うんです。なので、話を聞いてみたり」のように《患者の言動の意味を読み取ろうとする姿勢》や、「心を開いて、自分の話をしてくれるような環境にもっていく」のように《患者と直接関わり、その反応によるリスクの把握》により、問題行動という医学的な判断をするのみならず「クライアント（対象）自身の照合する枠からだけ見ようとするならば（中略）彼女が自己自身を経験し、または知覚しているその姿の見本なのである」²⁸⁾とロージャズが述べているように、本人の受け止め方を重視してみることが大切である。

また、「窒息を防ぐのは、大事だけど、観察の仕方とか、立ち位置とかをもう少し配慮」のように、事故を防ごうとする看護者の行動や事故防止のための精神科病床特有

の環境は却って患者にストレスを与え、結果として事故につながりかねないことを自覚し《事故防止と安楽との両立》を図るようなリスク感性を持つことが精神科においては重要である。

5. 3. 3 精神科におけるリスク対策に完璧はないという構え

リスク感性の高い精神科看護師は、「何か変」というような、感覚的な知覚を含め、多様な情報をもとに、複雑で不透明な臨床の状況におけるリスクを患者の立場、精神保健医療福祉を取り巻く動向のように多角的な視点を持ち分析する力を持っている。「経験だけではリスクは回避はできないので。知識を深めるために、精神科だけじゃなくて、いろんな勉強会、参加してます」のように、《リスクを見出す力を磨く行動》により、リスクを分析する力をより発達させている。そして、《リスクを見出す力を磨く行動》という能動的な姿勢は、リスクマネジメントではなく、リスクや事故、危険より安全を優先するというセイフティマネジメント、つまり、【リスクがある中にいるという自覚】にもつながっているものと考えられる。この意識により、「先にやっちゃっていいことと、ここは絶対確認してやらなきゃいけないことっていうのを。自分の中で線引きがある」というように、看護実践における方法や優先度などを決定し、リスクを回避しているというリスク感性を持つに至っていると思われる。

その一方で、精神科における医療事故は、患者の行動が予測困難なことが、特徴的なリスク要因²⁹⁾である。《患者の行動は看護師の想像を超えるという自覚》のように、リスク感性を発達させ、様々なリスク対策を講じても、患者の行動の背後にある精神の内面を読み取ることには、限界性がある。「事故を100%防止するリスクマネジメントはいかなる業界においても不可能である」³⁰⁾と述べられているように【リスク対策に完璧はないという意識】を持つことは重要であり、その意識が、リスク感性を発達させつづけることにもつながるものと考えられる。

6. まとめ

リスク感性の高い看護師として、「ヒヤリ・ハット報告件数が少なく、かつ、リスクを感じた経験のある看護師」9名を対象に半構造的な面接を実施し、質的記述的分析を行なった結果、以下のことが明らかになった。

1. 対象者全員が、看護師経験年数は10年目以上、9名中7名が精神科での経験年数は10年以上であり、豊かな実践経験を有しており、管理的な立場にある対象者が多く9名のうち7名は、重大事故の直接的な体験はないという特徴がみられた。
2. 精神科看護師の『リスク感性の発達過程』は、10のサブカテゴリから4のカテゴリが抽出され【精神看護に

おけるリスク感性の初期教育】【事象に潜むリスクを見出し、実践を通して試行錯誤を繰り返す】【リスク感性を發揮して看護実践をしつづける】【仲間に支えられているという実感】であった。

3. 『リスク感性の構成要素』は、14のサブカテゴリから6のカテゴリが抽出され【リスクがある中にいるという自覚】【リスクを推察する力】【リスク対策に完璧はないという意識】【自分で確認する習慣】【事故防止できるマンパワーか否かの査定】【意図的なリスク回避行動】であった。

4. 精神科看護師のリスク感性は、発達と循環を繰り返してより成熟していく。その中でも、違和感を察知する力と違和感の共有化をはかり、問題行動という見方ではなく、患者の立場に立った事象の見方と、リスク対策に完璧はないという構えを持つことが重要である。

謝辞

本研究にご協力いただきました精神科病院の看護師の皆様へ深謝いたします。

参考文献

- 1) 文部科学省：“大学における看護系人材養成のあり方に関する検討会最終報告”2011. http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/40/toushin/1302921.htm, (参照2017-9-29) .
- 2) 厚生労働省：“新人看護職員研修ガイドライン改訂版について”2014. <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000049578.html>, (参照2017-9-29) .
- 3) 村山正貴, 小林誠, 佐藤志乃他：暴力行為に関するインシデント・アクシデントレポートからの考察, 日本精神科看護学術集会誌, 55 (2), 172-176, 2012.
- 4) 井上和巳, 野崎展子, 徳留政広：誤薬をゼロにする取り組み 内服薬インシデントの分析による安全で確実な内服薬管理, 日本精神科看護学術集会誌, 55 (1), 58-59, 2012.
- 5) 永松いずみ, 宮崎伊久子, 原田千鶴他：看護基礎教育における危険予知トレーニング (KYT) を取り入れた医療安全教育に関する考察 動画事例を用いたプログラムの効果, 日本看護学会論文集 看護教育, 42, 158-161, 2012.
- 6) 瀬下文子：紙芝居作成前後の看護事故予防に対するリスク感性と事故予防対策の変化 看護学生がKYTに類似した手法で危険場面を元に紙芝居を作成する過程を通して, 日本看護学会論文集 看護教育, 42, 154-157, 2012.
- 7) 宮崎伊久子, 原田千鶴, 志賀たずよ他：看護基礎教育における危険予知トレーニング (KYT) を取り入れた医療安全教育プログラムに関する考察 学生の学習段階に関連する学びの相違, 日本看護学会論文集 看護教育, 42, p. 162-164, 2012.
- 8) 小林絵里香, 花木みや子, 寺地千佳他：危険予知トレーニング導入による看護師の医療安全に対する意識変化 精神科高度ケア病棟での取り組み, 日本看護学会論文集 精神看護, 42, 284-287, 2012.
- 9) 橋温子, 竹内美穂, 波田野なみ子他：危険予知トレーニング (KYT) 導入における看護師のリスク感性の変化 看護師のリスク感性尺度を使用して, 日本看護学会論文集 看護管理, 44, 161-164, 2014.
- 10) 釜英介：「リスク感性」を磨く OJT, 日本看護協会出版会, はじめに i, 2004.
- 11) 道廣 睦子：看護師のリスク感性尺度の妥当性と信頼性の検討, 兵庫大学論集, 16, 211-218, 2011.
- 12) 南妙子, 田村綾子, 市原多香子：看護学生のリスク感性測定尺度の開発と信頼性・妥当性の検討, 日本看護学教育学会誌, 24 (3), 13-25, 2015.
- 13) 佐々木真由美, 立石憲彦：医療リスクに気がつく看護師を育成する臨床経験の要因, 国立病院機構長崎医療センター医学雑誌, 14 (1), 27-31, 2012.
- 14) 佐々木真由美：看護師のリスク感性と看護実践能力・臨床経験の関連の検証 看護実践能力尺度を用いて比較検討, 国立病院機構長崎医療センター医学雑誌, 14 (1), 32-39, 2012.
- 15) 松田由紀, 森脇真由美, 曾田美佐子：リスク感性の向上に寄与する行動特性とリスク感性育成のプロセス, 日本看護学会論文集 看護管理, 41, 201-204, 2011.
- 16) 岩本真紀, 内海知子, 細原正子他：リスク感性に必要なコンピテンシー要素の明確化, 香川県立保健医療大学雑誌, 5, 15-22, 2014.
- 17) 東裕介, 堀越浩子, 長谷川琢他：精神科閉鎖病棟におけるスタッフのリスク感性に対する考察, 岩見沢市立総合病院医誌, 36 (1), 77-80, 2010.
- 18) 前掲書 10) .
- 19) 日本精神科看護技術協会：“精神科における新卒新人看護職員の到達目標及び指導指針”2006. <https://www.jpna.or.jp/info/kawara/2005sinjin.pdf>, (参照2017-9-29) .
- 20) 槇平一隆, 丸山昭子, 井上善久他：精神科病棟入院患者の看護師に対する暴力に関する国内の文献検討, 長野県看護大学紀要, 14, 87-97, 2012.
- 21) 前掲書 13) 29.
- 22) 前掲書 14) 35.
- 23) 前掲書 15) 203.
- 24) 日本医療評価機構：“提言病院内における自殺予防” <https://www.psp-jq.jcqh.or.jp/post/proposal/710>(参照2017-10-2) .
- 25) 日本精神神経学会：“日常臨床における自殺予防の手引き” https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/journal/suicide_prevention_guide_booklet.pdf (参照2017-10-2) .
- 26) Mental Health Law and Policy Institute：“HCR-20 v3”

- <http://hcr-20.com/> (参照2017-10-2) .
- 27) Multi-Health Systems:“PCL:SV” <http://www.hare.org/scales/pclsv.html> (参照2017-10-2) .
- 28) ロージャズ, 伊東博訳: ロージャズ全集8 パースナリティ理論, 岩崎学術出版社 8-9, 1967.
- 29) 坂田三允, 萱間真美, 櫻庭繁他: 精神看護エキスパート1 リスクマネジメント, 第2版, 36, 中山書店, 2009.
- 30) 前掲書 29) 5.