

## 看護職・他部門間のコミュニケーション・リスクの構造

小路ますみ\*, 小森直美\*, 藤岡あゆみ\*,  
宮田喜代志\*\*, 川浪康男\*\*, 中山みどり\*\*, 北山后子\*\*

### Structure of a Risk Communication between Post of Nursing and the other Sections

Masumi SHOJI, Naomi KOMORI, Ayumi FUJIOKA,  
Kiyosi MIYATA, Yasuo KAWANAMI, Midori NAKAYAMA and Kouko KITAYAMA

#### 要 旨

某専門研修に参加した九州圏内にある50～1100床までの病院の主任クラス看護職42名を対象に、医療現場でコミュニケーションに起因するインシデント、アクシデントのリスクが生じている、あるいは生じかねないと思われる事例についてレポート提出を求め、結果から看護職と他部門間におけるコミュニケーション・リスクの構造を明らかにした。

看護職・他部門間のコミュニケーションには、看護職が他部門との協調やチームアプローチがない場合に、エラー、会話・連絡ミス、指示抜け、命令ミス、などの危機があることがわかった。また、KJ法による表札間の関連から捉えたコミュニケーション・リスクの構造は、「看護職が把握した患者に関する情報が他部門に充分反映されず、他部門が対処すべき内容も看護職が受けざるを得ない状況にある」ことが明らかになった。

キーワード: コミュニケーション, リスクマネジメント, KJ法

#### 緒 言

「医療に携わるのは人間だ。人間は過ちを犯すかもしれない。だから、その前提に立ったシステムが求められている…」、こうした認識がようやく広がりつつある。この過ちを、人と人との情報伝達に係る『情報処理プロセス』(阿部ら, 2003)で観ると、5つに分類される。その分類には、知覚・認知といったプロセスのほかに、協調作業の重要性からコミュニケーションが含まれる。これは、医療職、患者などと協調、あるいはコミュニケーションをはかるときに生じるエラー、会話・連絡ミス、指示抜け、命令ミス、などである。

医療分野は、「命に関わる仕事」として強い職業倫理をともなう専門家集団によって組織が形づくられ、直接人体へのサービス提供が行われる。その場

面では、切れ目ない業務と人対人、つまりコミュニケーションの問題が先鋭的に発生するものと思われる。では、医療現場におけるコミュニケーションの現状はどうか、またその現状はどのように患者のインシデント・アクシデントのリスクを包含しているのであろうか。医療職、患者などと協調をはかるときに生じるコミュニケーション・リスクに焦点を当てた文献は少ない。今回、医療現場のコミュニケーション・リスクを現場に則して捉えることで、より安全な医療現場を作り出すヒントが得られないかと考えた。

「コミュニケーションとは、人間が互いに意思・感情・思考を伝達しあうことであり、言語・文字・その他視覚・聴覚に訴える身振り・表情・声などの手段によって行う」(大辞林, 1989)。

\*福岡県立大学看護学部家族在宅看護学講座  
Department of Family & Home Care Nursing Faculty of  
Nursing, Fukuoka Prefectural University

連絡先: 〒825-8585 福岡県田川市伊田4395番地  
福岡県立大学看護学部家族在宅看護学講座 小路ますみ  
E-mail: shoji@fukuoka-pu.ac.jp

\*\*福岡リスクマネジメント研究会員

本研究では、医療現場でこのコミュニケーションに関わる人々の相互作用過程で起こる情報伝達に係るインシデント・アクシデントのリスクを「コミュニケーション・リスク」と表現することとした。

そこで、どのようなコミュニケーション・リスクが発生しているかを、まず現場で働く人々からそれぞれの意見を自由に記述してもらい、その中から共通するコミュニケーション・リスクを抽出・分析することで、医療現場のコミュニケーション・リスクを構造的に捉えたいと考えた。今回は、看護職と栄養や検査・事務などの他部門間にみられるコミュニケーション・リスクの構造について報告する。

## 研究方法

### 1. 研究の対象

研究対象は、某市内で開催された専門研修に参加した九州圏内にある50床～1100床までの病院の主任クラス看護職42名。

看護職は、医療機関で働く職種の中で最も大きな割合を占めており、医療サービスの提供に重要なポジションを有している。その上で、ある程度医療機関の組織的な運営にも関与し、院内のインシデント・アクシデントレポートにも接する機会が多いと思われる主任クラスが望ましいと考えた。

### 2. データの収集方法

「医療現場において、看護職として働く中で遭遇した、コミュニケーションに起因するインシデントやアクシデントのリスクが生じている、あるいは生じかねないと思われる事例」についてA4用紙1～2枚に自由記述してもらった。レポート43枚、約25,000字から、61事例を抽出した。

それを、ヘルスコミュニケーションモデル（ピーター、ローレル：2000）に従い分類したところ、「医師と看護師」の関係として記述のあった事例としてまとめることが出来たものが26例あった。また、「医師と看護師」に次いで記述が多かったのが「看護師・他部門間」が12例、続いて「同じ職種である看護職同士（他の勤務帯のチームあるいは他の病棟のチームとの間・上司との間）」が12例、「患者・看護師間」で11例であった。今回は、「看護師と他部門間」に観られたコミュニケーション・リスクの事例について検討をした。

### 3. データの分析：KJ法（川喜田，1986）

看護職・他部門間にみられるコミュニケーション・

リスクに係る12事例から、KJ法の「志」を明確に表す文脈単位の定性的データを抽出した。それを数回の反復作業を経て、同一の「志」を表すデータごとにグループ編成し、KJ法で言う「表札」を作った。この「表札」を、より抽象度の高い方向にグループ編成し、導き出された表札を空間配置し、表札間の関連を観ながらそれぞれの表札を構造的（図解）に捉えた。

### 4. 倫理的配慮

調査対象者に研究の趣旨とともに、協力は自由意思であること、研究目的以外には使用しないこと、個人が特定されないことを文書にて説明した。

### 5. 信頼性・妥当性の確保

- 1) 定性的データ抽出と結果の内容確認は、研究者の先入観、仮説、理論への当てはめを避けるために、医療・福祉にかかるリスクマネジメント研究会員5人の討議によって進めた。
- 2) KJ法によるデータ抽出・分析の方法については、学会公認のKJ法指導者の確認を取り、信頼性を確保した。

## 結果

### 1. 看護職・他部門のコミュニケーション・リスクの現状（表1）

12事例から、19個の定性的データを抽出した。そのデータから抽象化1段階で9項目の表札を導き出せた。その項目から抽象化2段階で4項目、3段階で以下のとおり2項目を導き出せた。

項目Ⅰ：看護職は、ジェネラルな姿勢で、患者側の立場にたった対応ができるが、他の部署は、患者の状況を把握できず、各々の専門職の立場で動かざるを得なくなり、看護職に依存的になる。

項目Ⅱ：看護職自身も他の部署の状況が見えず、多忙を極める場合など、電話での対応が悪くなり、関係性が悪くなる場合がある。

以上の項目を記述内容から具体的に述べる。

#### 項目Ⅰ

「パンフレットに『患者一人一人の希望に応える食事の提供』『栄養士の訪問』と記載があるが、暑い日で食欲がない患者の希望（そうめん）を伝えると、『それは季節が違う』と断われ、栄養士の訪問も断られた」結局、病棟で看護職がトロミの調整をしなければならず、患者に最も近い看護職が現場の声

表1

看護職・他部門間のコミュニケーション・リスク

抽象化3段階	抽象化2段階	抽象化1段階
看護職は、ジェネラルな姿勢で、患者側の立場にたった対応ができるが、他の部署は、患者の状況を把握できず、専門職の立場を動的に得られなくなり、看的看護職になる。	他の部署は、患者の状況を把握しづらい状況にあり、看護職の対処に依存傾向にある。	他の部署は看護職からの患者の要望や指示内容を聞こうとせず、結局看護職は患者の要望に沿うように病棟で対処することになる。
		他の部署の不備を看護職は代わって謝罪しなければならない。
		他の部署は、緊急に医師に報告すべき検査結果なども看護職に伝えてくる。
	看護職は、患者のそばにいてジェネラルな姿勢を持つが、他の部署は持てず、患者主体の医療、チームアプローチには主体的に動けないところがあり、協働が取れにくい。	他の部署は、専門職として、ジェネラルな姿勢を持ちづらいことから、ジェネラルな姿勢が求められる患者主体の医療、チームアプローチには疎いところがある。
		患者のそばにいて、身の回りの世話に携わる看護職との協働がとれにくい。
		看護職が、患者の要望に沿えるような対応を他部門に伝えても、他の部門の理屈での対応に終始し、患者側に立った対応ができない。
	他の部署は、専門職としての立場で動き、患者側の立場に立った対応ができにくく、患者の生き死にかかわる問題においても距離的に遠く、手を出しづらい。	患者クレームなどの現場（看護職）の声が他部門にストレートに反映されない。
		患者の生き死にかかわる問題においても、看護職と他部門とは業務改善への取り組み方に温度差がある。
	看護職自身も他の部署の状況が見えず、多忙を極める場合など、電話での対応が悪くなり、関係性が悪くなる場合がある。	

を届けているのに、なかなか理解してもらえない状況がある。また「このような板ばさみの状態ならば誰もが辞めなくなる」「緊急を要する検査なのにデータがあがって来ず、あがったと思えば現場の緊急性が見えないようで、直接医師に数値の異常などを知らせればよいのに、病棟看護職に遠まわしに伝えてくることある」などがある。そして、看護職は「他の部署の不備を看護職は代わって謝罪しなければならない」。

**項目Ⅱ**

「看護職自身も他の部署の状況が見えず、多忙を極める場合など電話での対応が悪くなり、他の部門との関係性が悪くなる場合がある」。そこには看護職が他部門に替わって患者のニーズに対応をしたり、他部門の過失を謝罪したりと、役割矛盾を感じ、辞めなくなる状況が観られた。また、本来業務以外の他部門との連絡調整業務が増加し、役割加重に葛藤する状況を見出すことができた。これらの状況には、看護職と他部門との協調やチームアプローチはなく、エラー、会話・連絡ミス、指示抜け、命令ミス、などの危機が、看護職の背に大きくのしかかっていた。

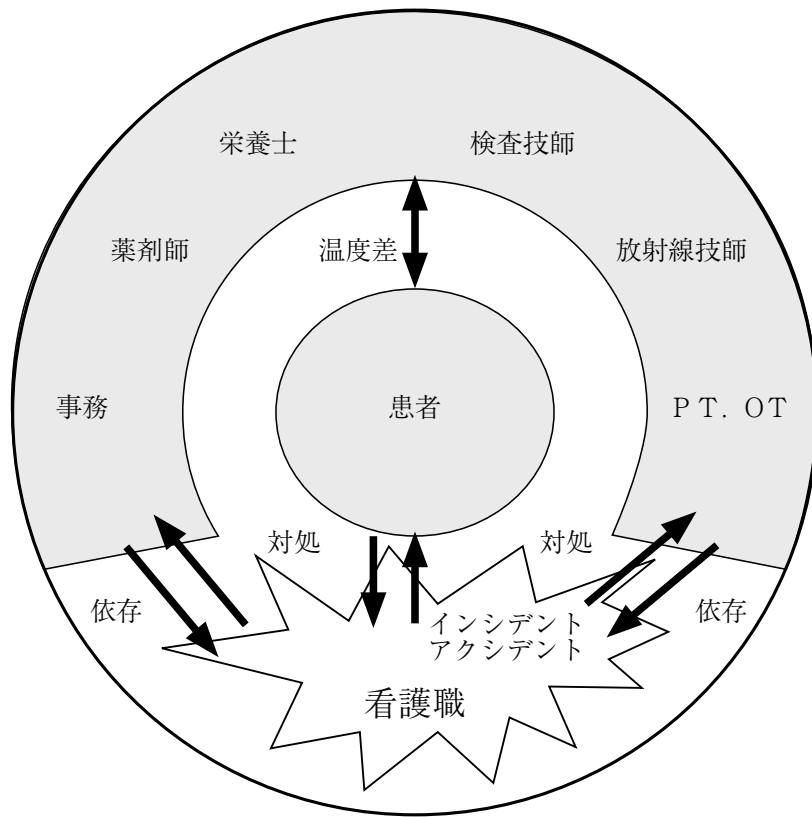
**2. 表札間の関連から捉えたコミュニケーション・リスクの構造 (図1)**

他部門は、専門職としての立場で動き、患者側に立った対応ができにくく、患者の生き死にかかわる問題においても距離を置いているため、切実な問題として捉えづらい。また、ジェネラルな姿勢を持たず、患者主体の医療、チームアプローチに積極的なリーダーシップはとれない状況に陥りやすい。このことから、患者のそばにいてジェネラルな姿勢で対応する看護職と他部門とは、なんらかの取り組みなくしては協働関係が取れにくく、他の部署は看護職の対処に依存傾向にならざるを得ない。反面、看護職自身も他部門の状況が見えず、多忙を極める場合など、電話での対応が悪くなり、関係性が悪くなる場合がある。

以上のことから、看護職と他部門間のコミュニケーション・リスクの構造は、看護職が把握した患者に関する情報が他部門に十分に反映されず、他部門が対処すべき内容も看護職が受けざるを得ない状況にあることであった。

**考 察**

図1  
看護職・他部門間におけるコミュニケーションの構造



### 1. コミュニケーション・リスクと看護職の役割

松尾 (2005) は、医療現場の特殊性について以下のように述べている。「医療は専門性が高いため、あらゆる知識を得ることは現実的には難しい【知識不足】」。さらに、「慢性的なスタッフ不足の中で労働環境が悪いため、通常の頭の働きも保証されない【認知機能の低下】」。医療現場は、これほど多くのコミュニケーションにおけるリスクを抱えている。また、医療現場は非常に忙しいため、余裕がないというのも現状である。よって、看護職が、これら医療現場の特殊性の中で、担う役割期待は大きい。

患者主体の医療が期待されるなかで、看護職は他部門に比較し、多くの時間を患者と共に過ごし、物理的にも近接した配置にある。療養に適した環境を整え、治療に取り組んでいけるような心理的なサポート、苦痛や苦悩に対するケアを看護職固有の業務として行っている。ここに、看護職のアイデンティティの基盤がある。しかしながら、この業務が他部門に期待され、依存され、役割矛盾・役割加重に連動する組織的な構造を造りだしていると思われる。この状況を視点を変えて捉えると、看護職は他

部門からの期待、依存されるところに強みがあり、ここに他部門への影響力をもたらし専門性を見いだせるのではないだろうか。

看護職は全人的 (ジェネラル) ケアするものとしての専門家であり、そのケアのテーマは「他者との間で意義のある関係性を相互に育てていくこと」にある。そして、ケアの具体的な課題とは、いかに他者との間に望ましいコミュニケーションが図れるかということであり、これこそが看護職のアイデンティティに他ならない (吉本, 2006)。ならば、看護職と他部門間のコミュニケーション・リスクは、看護職自身がその専門性を認識しておらず、ひいては、他部門の期待や依存部分のマネジメント、そこに自身のアイデンティティがあることを捉えきれていないことにあるのではないだろうか。

### 2. コミュニケーション・リスクに対する看護職の姿勢

山内 (2004) は、本来、医療行為は患者の理解や納得の上に行われるものであるため、情報共有のコミュニケーションは「したほうがよい」というものではなく、基本となる仕事のはずである。組織には、

「患者と情報共有」が不可欠であるという視点から、ぜひ、それを可能とする業務の見直しや人材の配置を進めてほしいと述べている。また、松尾(2004)は、コミュニケーションを見直し、他の医療スタッフとの間で、情報や行為が正しいかどうか「確認」する、あるいはもし誰かがエラーを起していたら、それを「指摘」するということが、一つのコミュニケーションであると述べ、事故防止のためには、医療現場のコミュニケーションそのものを本質から再検討する必要があるとしている。

今回の調査記述の中に、「栄養課に対して食事内容の苦情が時々あるが、その都度栄養班長が患者のもとへ出向き説明や謝罪をするようにとり決めた」、「退院時アンケート、接遇委員会、接遇研修を行い、相手を理解するためのコミュニケーションスキルと風通しのよさがコミュニケーション・リスクの予防になると考えます」、また、「産直(助産のための当直)は、時間的拘束があり、手当てが少額であるので、スタッフが産直をしたくないと言ってきた。根気強く管理者に交渉した結果、スタッフの要望が受け入れられ、マンパワーの確保ができ、スタッフの志気があがった」など、看護職が問題と前向きに向き合い、役割軽減に尽力し、アイデンティティの確立に前向きに対処している事例も観られた。

看護職が、他部門間でリスクに関する情報をできるだけ正確に共有し、共にリスクに立ち向かい、協動的に対処していくことが大切であると考ええる。

### 結 論

看護職が捉えた看護職と他部門間のコミュニケーション・リスクの構造は、看護職が把握した患者に関する情報が他部門に十分に反映されず、他部門が対処すべき内容も看護職が受けざるを得ない状況にあることであった。そこには看護職と他部門相互の役割の理解不足が観られ、組織的な構造に起因する看護職の役割矛盾、役割加重が観られた。これを前向きに捉えれば、看護職は他部門からの期待、依存されるところに強みがあり、ここに他部門への影響力をもたらす専門性があると考ええる。

看護職は全人的なケアをするものとしての専門家であり、そのケアの課題は、いかに他者との間に望ましいコミュニケーションが図れるかということである。これこそが看護職のアイデンティティにほかならない。ならば、看護職と他部門間のコミュニ

ケーション・リスクは、看護職自身がその専門性を認識し、ひいては、他部門の期待や依存部分のマネジメント力を育成することに、起死回生の道が開けるものと考ええる。

### 研究の限界と今後の課題

今回、貴重な12例から、看護師と他部門間のコミュニケーション・リスクを構造的に捉えることができたことができた。今後は医師間、患者間をも構造的に捉え、それらを統合し、医療現場におけるコミュニケーション・リスクの構造を捉えたい。そして、そのような構造をもたらす原因は何か、その対策はなにかの検討を進め、医療現場におけるインシデント・アクシデントの予防策を提示したいと考える。また、今回は看護職の視点から見た医療現場の現状であることから、今後は医師や他部門の見解も聞き、多角的に捉える必要があると考える。

### 謝 辞

最後に、本研究に快く快諾いただきました看護職の皆様へ深謝いたします。

### 文 献

- 阿部俊子, 山口徹. (2003). *総合保健医療論*: HIROKAWA, 202.
- 松村明, 三省堂編集所(編). (1989). *大辞林*, 913.
- ピーター・G.ノートハウス, ローレル・G.ノートハウス(著). (2000). *ヘルス・コミュニケーション*(信友浩一, 萩原明人, 共訳). 九州大学出版会, 92-112.
- 川喜田二郎. (1986). *KJ法-渾沌をして語らしめる*. 東京:中央公論社
- 吉本武史. (2006). ナースがストレスに直面するとき:*看護管理*, 16(5), 365-369.
- 松尾太加志. (2005). コミュニケーションエラーとエラー回復過程. *北海道看護協会機能するリスクマネジメント研修会*.
- 山内桂子. (2004). エラー回復のために. *看護*, 2.
- 松尾太加志. (2004). コミュニケーションエラーを防ぐ一方策. *看護*, 2.

受付 2007. 9. 26

採用 2007. 11. 30