

医療におけるコミュニケーション・リスクの研究

看護職から見たコミュニケーション・リスクの現状

福岡リスクマネジメント研究会 医療・介護グループ

北山后子、川浪泰男、小路ますみ、中山みどり、宮田喜代志

【1】はじめに

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。医療分野は、「命に関わる仕事」として強い職業倫理をとま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。

私たちは、これに先立つ研究において、医療事故の発生メカニズムについて、時間経過に沿った分析の必要性和回避ターニングポイントがあることに気がついた。そして、このプロセスの中にはコミュニケーションの様々な問題が埋もれていることにも気がつき、問題を明確化するためにはリスク発生の要因をコミュニケーションのプロセスに沿って把握することが重要であると考えた。これを受けて、次年度では、コミュニケーションに関わる人々の情報に関する相互作用過程で起こるリスクの問題を「コミュニケーション・リスク」と表現することとし、認知科学的なアプローチを試みてきたが、概念的なことだけでは現場の問題になかなか接近することが出来なかった。

今回の研究では、医療現場でどのようなことをコミュニケーション・リスクであると認識し、実際に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、まず現場にそくして捉えることで、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。そこで、現場で働く人からそれぞれの意見を自由に述べていただき、その中から共通するコミュニケーション・リスクを洗い出し集約することで、改善の方策がないか検討を加えてみることにした。

【2】研究方法

1. データの収集方法

医療現場で働く多くの職種の中でどんな人から意見を集めるかは重要なポイントである。医療現場は様々な職種のスタッフが協働でサービスを提供しており、コミュニケーション・リスクはどの職種でも発生していると考えられるからである。そこで複数の職種を対象とした予備的な調査から、最も多様なリスクに接する機会が多く、最も患者の視線を理解し、かつ直接医療サービスを提供する立場でもある「看護職」を選択することとした。加えて看護職は、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と考え

られたからである。

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以上が望ましいと考えた。今回、本研究会のメンバーがそのような対象者の集まりに接する機会を得たことから、下記の要領で協力して頂くことができた。

対象：看護職で50床～1100床までの病院の主任クラス以上経験者。

客体：42名

方法：自由記述による事例分析

書面にて本研究の趣旨を説明し、「各病院の看護業務において一般企業のサービスと異なり医療の特殊性が強く表れていること」、「それが関与して何かコミュニケーションに起因するリスクが生じていると思われる事例」についてA4用紙1～2枚に自由記述していただいた。全体としては、医療の「専門性」がどのようにコミュニケーション・リスクに影響するか？というテーマとした。その記述から共通する事例を抜きだして段階的に分類し、整理した。

2. 内容分析の方法

得られたデータは、百人百様であった。しかし、一読してコミュニケーション・リスクによるインシデント、アクシデント発生についての現状を知ることができ、実際の医療現場においてどれだけコミュニケーションがリスクの発生にかかわっているか、特徴が浮かび上がってくるのではないかと考えられた。したがって、データ分析はこれをいかに整理することができるかに係っていると思われた。そこで、私たちは、次のような手順を考案して抽象化を行うこととした。

まず、グループ員5名で在宅医療・介護の事例をのぞいた上で分担し、記述されている内容の単純化・要約を行った。その際に、なるべく分担者の主観が入らないよう、記述されている表現を出来るだけ尊重した。次に、相互点検によりそれぞれが行った「要約」について妥当性を協議し抽象化を試みることにした。抽象化に当たっては、必要に応じて現データに立ち戻り、単なる文章の短縮ではなくその内容に含まれているコミュニケーション・リスクの本質的な部分を抽出することに努めた。抽象化第1段階では、記述内容の枝葉の部分を取り除き、明らかに不足していると思われる状況については補うこととした。抽象化第2段階では、整理項目としての位置付けも考慮して共通の表現で整理しなおすこととした。抽象化第3段階では、データ全体の属性をどこまで少な

くることが出来るかという観点から、コミュニケーション・リスクの分類を行い、回避策につながるような表現に言い換えて表わすこととした。

こうした方法の妥当性については、統計分析について不慣れな私たちににとっては大変な困難をともなったが、質的研究（GTA）などから学んで、定量的なものでなくても定性的に十分に説明理論を搾り出すことの可能性を信じることにした。簡単に言えば次の如きである。たとえば、いま千差万別なデータから「栗」「拾う」という言葉を抽出することが出来たとしよう。「栗を拾う」や「拾った栗を煮る」などの意味内容を想定することはたやすく、また必然性も高い。データそれぞれに差異はあっても、共通の属性を導き出すことは可能である。しかし、「焼けた栗を拾われる」などの特殊な状況を想定することは出来ない。今、私たちが試みているのは、得られたデータの中から普遍的な本質へと導かれる道筋を見出しそこに立脚した見通しを立てることである。

[3] アンケート結果から説明理論を引き出す

1. コミュニケーション・リスクが発生する場面

図表1のグラフは、医師・看護師間の状況にみるコミュニケーション・リスクの発生状況である。アンケートの記述には、「医師」「看護師」という固有名詞が最も多く、「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、医師に次いで記述が多かったのが他部門との間が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や上司との間を含む）が12例、患者との間で11例。個人情報に関するもの2例、業務の標準化2例、情報システムに関するもの1例であった。

後述するように、看護師には、入院から退院まで患者に「寄り添い」ながら治療過程をアシストすることが求められている。また、病院組織では看護職のみに求められている行動も多い。したがって、組織内での業務量の総体は、当然のことながら圧倒的量となる。確率的にもアクシデントやインシデントの発生はそれだけ大きくなる。これが、他の職種と大きく異なっている点であり、組織的に見ても一つの特徴であるといえる。事例でも見られたように、大病院になるほど医師との接点が少なくなり、医師のパワー・ハラメントも起こり易くなるなどの性質を、そもそも孕んでいる職制であると思われる。なお、アンケートのデータには実際に組織的に連携がスムーズに行く仕組みを作ったり、スキルアップ教育を行ったり、苦情の適切な取扱いなどによってコミュニケーション・リスクの発生を軽減している実践事例も含まれていた。

以下、データの分類と抽象化の分析により読み取ることが出来た内容について記すこととする。なお、紙幅の関係により、また患者への直接的な影響度を勘案して、図表2「看護職が医療現場で感じたコミュニケーション・リスク」には、「医師と看護師」についてのみ抽象化第3段階を挙げておく。

2. 医師と看護師との間のストレス

今回驚いたのは、現場の看護師には医師との間で相当のストレスが生じているという点であった。看護師は医師をサポートする医療者としての立場と患者の代弁者としての立場があり、このことが他職種に比べて何倍ものストレスにさらされる原因の一つになっていると思われた。また、職制上、どうしても医師の指示

なしには医療行為を単独で実行出来ないため、少ない接点の中에서도短時間に正確に患者の情報を医師に伝え指示を引き出す能力が求められており、その能力の強弱如何では時にコミュニケーション障害が原因で患者のリスクを増大させることにもつながっていることが分かった。この傾向は特に「新人ナース」が「夜間急変時に」「当直医」を起こして指示を仰いだり、「夜間自宅にいる主治医」に連絡して指示を仰いだりという局面で強く出ていた。加えて大病院では、他科の医師との意見調整も担われている実態が明らかになった。この医師とのコミュニケーションに関する記述は42人中26例（重複回答含む）に上った。

3. 個人的側面と組織的側面

次に要因を探っていくと、大きく分けて2つの側面があると思われた。一つは個人的側面（個人の性格・能力など）であり、二つめは組織的側面（全体会議や部門間調整、理念方針の徹底など）である。しかし、指示受けなど医療安全上重要な情報を確認する場面では相手の医師の個人的な側面が強く出ているとの記述が多く一朝一夕には解決が難しいと思われた。ところが、今回、組織的側面を考察するなかで浮かび上がってきた要素に私たちは注目した。模式的ではあるが、図表3「患者を中心とした24時間の各職種の関与状況例」に見るように、基本的にライン型組織で構成されているはずの医療機関にあって、看護職のみがまるで唯一患者とともに行動するマトリックス型組織の行動を期待されているように思える実態である。実は、そのことが看護職のコミュニケーション・リスクを増加させているのではないかと推測されるということである。多くの医療機関は、少なくともこの特徴を意識していないのではないと思われるが、この組織論的な深堀は今後のアプローチに委ねたい。

4. ストレスの発生シーンに見る伝達不完全

次に、ストレスの発生シーンを見てみると、一つは情報を伝達する相手に聞き入れてもらえず十分な意思疎通が図れない場合である。二つめは、医師同士、あるいは医師が直接患者に説明すれば効果的に適切に対処できると考えられる状況でも、両者の連絡調整役をさせられ、双方に意見の相違があるときなどが挙げられた。後者には、患者が医師や他部門に対する要望などを看護職に仲介させる「意志中継機能」も含まれている。なかでも、患者の急変時や夜間など、最も重要で緊急に対応が必要と思われる項目なのに、それを受けた医師が指示を直ぐに答えようとせず、逆に叱ったり怒鳴ったりすることがあること。その結果、看護師が次第に必要最低限の情報提供しかしなくなるというケースが、複数の記述から明らかになった。

[4] 看護職のコミュニケーション・リスクから見えるもの

以上の説明は、原データつまり看護師から見た場合のコミュニケーション・リスクである。当然、医師から見た、患者から見た、あるいは他の職種、事務方からというような視点から総合的に見る必要があることはいうまでもないが、看護職という「すき間」から垣間見るだけでも、医療組織におけるコミュニケーション・リスクの状況を幾分か読み取ることが出来るのではないだろうか。

以上の分析により、看護職のコミュニケーション・リスクの最も重要な部分は「医師との間の指示受けとその確認」にあると集

約される。それを改善するためには、日頃からの医師とのコミュニケーションを活性化しておく必要がある。組織的には、「ものが言いやすい環境造り」を進めなければならないだろう。それには、言うなれば「下意上達」あるいはボトムアップのコミュニケーションのシステム導入に、躊躇しない組織文化を作る必要があるのではないだろうか。また、病院の理念に基づく運営方針が、医師をはじめとして全ての職員に徹底して周知されていること、部門を横断した報告会・連絡会・調整会議などにより問題の解決を具体的に組織的に実現する仕組みを作らなければならないと思われる。そのことを実践するのは組織風土でもあり、同時に組織風土を改善する「自浄機能」や「恒常性の維持」といった、まさに生きた組織をどうつくるかの組織デザインの問題となつてこよう。

また、患者の要望などの対応を看護師が抱え込まなければならない状況の改善が必要である。これには記述の中にヒントがあったが、患者の意見を直接その該当する部門に届ける事が効果的であると思われた。そしてその対応結果を全体の会議の中で公表し、患者にもスタッフにも公開する取り組みが有効ではないかと思われた。すなわち、看護職の「意志中継業務」の簡素化・見直しが必要であると思われた。現場では、ほとんどの病院組織がライン型組織であるといえる。そこでは制度的にも医師を頂点としたラインが形成されるにも関わらず、コミュニケーションという側面で切り取るならば、患者が退院するまで常に寄り添っている看護師は、組織横断的なマトリックス型行動を要求されていること。またそのことに多くの職種が配慮していない可能性があることも、今回の調査で明らかとなった。

【5】コミュニケーション・リスク把握の重要性と課題

今回、医療現場のコミュニケーション・リスクを研究するに当たり、【2】で示したとおりのアンケートから、限定的ではあったが改めて看護職の置かれた状況を見ることが出来た。もちろん、その他の職種からの別の意見があることは十分に考えられる。しかしながら看護師は想像以上に医師とのコミュニケーションが取りにくい実態があること、そのことで患者への対応が遅れるというリスクが発生していることが分かった。また、看護師はその職

業理念から患者につねに寄り添うことを意識し、かつ周囲からもそれを求められているが、そのために患者や他職種間の意志を中継するコミュニケーション業務ともいべき特殊な役割を担っており、それらが組織の中ではあまり理解されていない為に大きな負担となっていて、結果的に患者にとっては良くない影響を与える結果となっているのではないかと推察された。

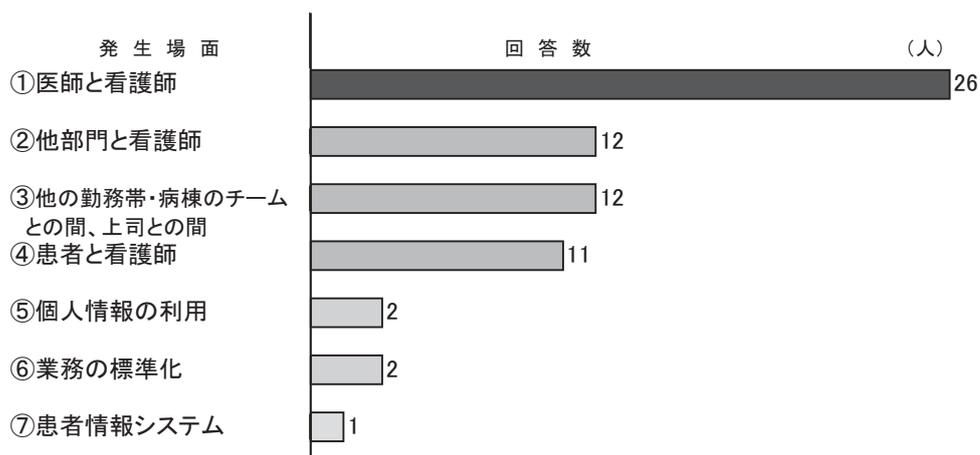
図表3は、このような看護業務の特殊性を視覚的に理解していただくよう作成したつもりである。とりわけ1日の時間経過に添って、組織的な特殊性、すなわち「ライン型組織であると思われる医療機関にあって、看護職のみがマトリックス型組織の行動を期待されているのではないかということ」に起因するリスクの実態については、医療機関はもっと振り向いて検討することが必要ではないかと思われる。どの業界にも、必ずコミュニケーション・リスクは存在するであろうから、すでにこうした自己分析の蓄積された他業界との比較検討によって、よりいっそう我が身の特殊性について理解を進めることは無益なことではない。

今回、私たちは、私たち自身が命を預かる仕事であるだけに、自らの立場を振り返りながら看護職の専門性にこだわって実態把握に努めてきた。そして、改めて職種の専門性というものが、実際には専門職が組織内で組み込まれるときの在り様によって、リスクの発生と大きく関わっているということに気付かされた。つまり、専門職が組織の網の目の中で、コミュニケーション上どのような形で配置されているかによって、コミュニケーション・リスクの発生が左右されるということである。この研究によって、一歩でも医療現場のリスク軽減に向けた取り組みが始まれば幸いである。そのためにも、早急に看護業務のシェアリングや情報の共有化、組織横断的な意見調整会議や職員教育など、「組織的な」アプローチを行う必要があると思う。

参考文献

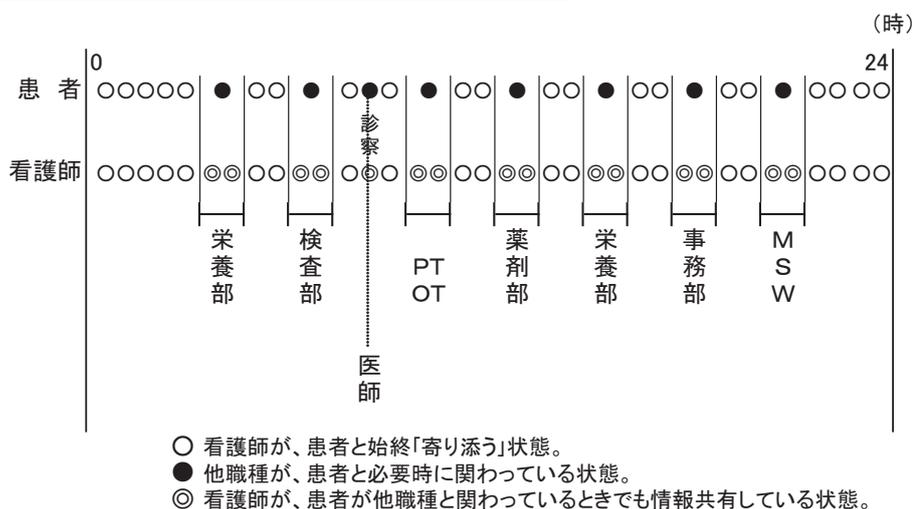
- ・この研究に先行する私たちの研究については、05及び06年次大会報告集を参照下さい。
- ・木下康仁『M-GTA グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践』弘文堂（2005）
- ・日本看護協会『看護者の倫理要綱』
- ・リチャード・L・ダフト（高木晴夫訳）『組織の経営学』ダイヤモンド社（2002）

図表1 コミュニケーション・リスクの発生場面



注) 42人からの記述アンケート回答に基づいて作成。記述内容の抽象化1段階の回答数には重複がある。同一者からの複数事例の回答が含まれるためである。

図表3 患者を中心とした24時間の各職種の間与状況例



注) この図は、看護職の業務が切れ目なく行われる様子を、他職種との比較で模式的に表わしたものである。業務の「重要度」のちがいや「忙しさ」を表現するものではなく、患者と接触する頻度が高いことを視覚的に捉えようとするものである。また、他職種が部門完結的に業務を行っているのに対して、看護職では部門横断的側面があることも特徴の一つとして捉えることができる。

図表2 看護職が医療現場で感じたコミュニケーション・リスク

事例グループ	キーワード	抽象化3段階	抽象化2段階	抽象化1段階(記述要約)
A 医師と看護士 26例	1. 圧力	医師は指示を受ける看護士の立場に配慮せず、一方的な指示を出したり、怒鳴って萎縮させることがあるため、看護士は重要な情報であっても伝達しづらくなり患者への対応を遅れさせる。(個人的要素)	重要な情報を明確に伝えようとする医師の態度 上位関係をむき出しにする医師の人間性 上位に立つ医師と対等になれない看護士のギャップ 医師への遠慮	緊急時に電話での指示を受ける際、内容確認をする猶予を与えず一方的に切ってしまう医師がいる。 新人看護士が誤ってのラインを抜去してしまったとき、それを知った医師が激しい言葉でその看護士を罵った。医師のストレス解消に反論できない看護士に怒りをぶつけることがある。 医師は、夜勤中に知識不足でバツクシから判断を誤り新人看護士にも遠慮無く怒鳴り萎縮させる。 夜間に患者急変で起こして怒鳴る当直医師には次第に伝達情報は最小限になってしまう。 医師は多忙との遠慮が、確実な指示受けを躊躇させ患者の対応を遅れさせる。 医師は患者の希望と違う治療法を看護士に求め、看護士は医師と患者の板挟みになる。 患者と医師との意見の仲介役をしなければならない。 患者は医師にほめられる言いがよく看護士を通じて医師に伝えることを望んでいる。 医師が患者に言いにくいことを代弁する役目を担われるが、医師が直接話すと解決できる場合はストレスになる。 医師の接遇や患者対応のまずさを上司は理解せず現場の看護士がクレームに対応している。
	2. 板挟み	主治医と患者との板挟みや複数の医師間の板挟みになりやすく、それらの意思が相違すると困難して対応が遅れる。(組織的要素)	医師の評価スケールがない。 患者との板挟み。(組織的要素) 他の科医師との板挟み(組織的要素)	術前に主治医と他科の両方の医師の指示を受ける必要があるときでも、医師同士は連絡を取らず看護士に連絡調整が任せられる。 主治医や当直医の判断で処方が変わるたびに患者が不安定になるが、現場の声は直上上司で止まり医師にもトップにも届かない。 患者、患者の異変に気づき主治医に連絡したが直ぐに対応して貰えず、当直医にも対応してもらえず、状態が悪化し危険な状態になってやっとな主治医到着で一命をとりとめた。
	3. 拒絶	医師は看護士の意見や情報に素直に耳を貸さないことがあり、その結果患者の容態が悪化したり、信頼が保てなくなったりすることがある。(個人的要素)	意見を聞こうしない医師(個人的要素) 看護士の情報を素直に受容できない医師の対応(個人的要素) 患者の二面性と看護士の情報を受容できない医師(個人的要素) 本来の患者が納得する医療をやろうしない医師に代わなければならないつらさ(個人的要素)	患者からの特定の医師への不満を直接本人に伝えたが代わらない理由で改善されず不満は増すばかり。看護士も次第にあきらめてホワイトボードに記入するだけになった。 医師からの指示を、何度患者に伝えても納得してもらえないとき、最終的に医師が指示を変えたところ、看護士では話にならないと決め付けられた。 医師は頻りに接している看護士の観察を信頼せず短時間で自分の判断で診療して病状を悪化させた。 大学からの当直医は患者の要望を聞かず、看護士が依頼しても患者に理解されるよう十分な説明をしなかったため患者の不満が増大した。
	4. 独断	医師のチーム医療に対する理解が低いと看護士は患者への適切なサポートが出来ない。(組織的要素)	医師のチーム医療に対する意識の低さから他のスタッフが円滑なサポートが出来ない。 退勤時間を考えずに指示を出す医師がいる。	医師は単独で患者に退院時説明をしたため、他のスタッフは患者からの問い合わせにスムーズに対応できなかった。 主治医と打ち合わせした患者家族への重要な説明のタイミングを独断で変更され、家族をサポートできなかった。 医師は、お互いの退勤時間を考慮せずに自分本位のペースで指示を出す時があり、抗生剤の指示でもテスト結果を待たずに掃棄することがある。
	5. その他 (機会・標準化・口頭・態度など)	接触機会が少ない医師の患者は対応が遅れる。(組織的要素) 用語の非標準化はリスクになる(組織的要素) 緊急時は口頭指示が増えるので注意が必要。(組織的要素) 日常のコミュニケーション不足が急変患者の対応に影響する。(組織的要素) 医師に対する患者の不満の受け皿になりやすい。(個人的要素) 産科から他科に移動したら医師と意見交換が出来なくなった(組織的要素)	医師との接触機会の減少 用語の標準化が出来ていない 緊急時ほど医師の指示は口頭になりやすく、伝達間違いが発生しやすい。 看護士と医師の日頃のコミュニケーション不足が急変時の情報伝達に影響した。 患者の不満の受け皿 助産師と看護士の違い	看護士は、指示を得ようにも病棟内を移動していることが多く、来棟が少ない医師との接触の機会を逃すと患者の対応が遅れることがある。 医師によって医療用語の表現が違うときでも看護士は医師に合わせなければならず、振り回されることがある。 緊急時ほど医師の指示は口頭になりやすく、伝達間違いが発生しやすくなる。 混合病棟で医師との日頃のコミュニケーション不足から、夜間、患者が急変した際に理解して貰えず患者に迷惑をかけた。 急変でもスローな対応をする医師に患者・家族の不満が募り、看護士に対して苦情がぶつけられた。
B 他部門と看護士 12例	1. 直接	接触機会が少ない医師の患者は対応が遅れる。(組織的要素)	他部門が直接患者の苦情処理に対応する体制がない 他部門は看護士が中継する患者の声を傾ける姿勢がない 患者の苦情は、担当部署が直接対応する方がリスクを軽減できる 患者の苦情を職種間で中継するより、発生源から直接の方が理解しやすい。	栄養課の不備を看護士は代わって謝罪しなければならない。 栄養科は看護士からの患者の要望を聞こうせず、看護士は患者との板挟みになる。 栄養課は患者の苦情を解決するため部長が現場へ向かっている 他部門への苦情は直接アンケートに書いてもらうことでその部門の理解を進められた。
	2. 温度差	緊急時は口頭指示が増えるので注意が必要。(組織的要素)	リスクの予防にはコミュニケーションスキルと組織の透明性が重要	患者クレームなどの現場の声が他部門にストレートに反映されない。部門により業務改善への取り組みに温度差がある。 同姓同名患者の扱いで「配膳」時にヒヤリすることがあった。 看護職に比べ他部門は協力の意義の理解が低く意見調整が困難である。
	3. 浸透	日常のコミュニケーション不足が急変患者の対応に影響する。(組織的要素)	各職種の責任と業務分担が自覚されず看護士が調整役となっている。	検査課は、緊急に医師に報告すべき検査結果も看護士に依存して伝えてくる。 他部門の業務への介入はしにくい。病態の正確な把握がないと出来ない 他職種との相互理解と共通認識がないとリスクが増大する。
	4. 協働	医師に対する患者の不満の受け皿になりやすい。(個人的要素)	リスクの予防にはコミュニケーションスキルと組織の透明性が重要	検査課は、緊急に医師に報告すべき検査結果も看護士に依存して伝えてくる。 他部門の業務への介入はしにくい。病態の正確な把握がないと出来ない 他職種との相互理解と共通認識がないとリスクが増大する。
	5. 透明性	産科から他科に移動したら医師と意見交換が出来なくなった(組織的要素)	各職種の責任と業務分担が自覚されず看護士が調整役となっている。	検査課は、緊急に医師に報告すべき検査結果も看護士に依存して伝えてくる。 他部門の業務への介入はしにくい。病態の正確な把握がないと出来ない 他職種との相互理解と共通認識がないとリスクが増大する。
	6. 依存	産科から他科に移動したら医師と意見交換が出来なくなった(組織的要素)	各職種の責任と業務分担が自覚されず看護士が調整役となっている。	検査課は、緊急に医師に報告すべき検査結果も看護士に依存して伝えてくる。 他部門の業務への介入はしにくい。病態の正確な把握がないと出来ない 他職種との相互理解と共通認識がないとリスクが増大する。
	7. 関与	産科から他科に移動したら医師と意見交換が出来なくなった(組織的要素)	各職種の責任と業務分担が自覚されず看護士が調整役となっている。	検査課は、緊急に医師に報告すべき検査結果も看護士に依存して伝えてくる。 他部門の業務への介入はしにくい。病態の正確な把握がないと出来ない 他職種との相互理解と共通認識がないとリスクが増大する。
	8. 共有	産科から他科に移動したら医師と意見交換が出来なくなった(組織的要素)	各職種の責任と業務分担が自覚されず看護士が調整役となっている。	検査課は、緊急に医師に報告すべき検査結果も看護士に依存して伝えてくる。 他部門の業務への介入はしにくい。病態の正確な把握がないと出来ない 他職種との相互理解と共通認識がないとリスクが増大する。
C 看護士間・上司との間 12例	1. 管理力	師長は、個々の看護士の経験の多寡や技術知識、資格の差を乗り越えてグループをまとめていかなければならない	師長は職位に応じた情報管理能力が必要 ライン間での共通業務が確立できていない 業務分担の未整備 他部門から「安全」な情報も重要性や優先度が理解できないならばリスク回避は出来ない。 形式的な伝達で申し送りも実行されなかった。 情報伝達時の確認の不完全 上長と新人との板挟み スタッフの士気高揚にリーダーの意欲とねばり強いコミュニケーションが貢献した。	古株と若手の看護士間の日常のコミュニケーションが上手くいかず、若手にやる気がなくなったり古株の看護士は新たなやり方や積極的に取り組む者が生きた業務内容はほぼ同じであるのに、若手と資格の差があるため、現場の連携や協力関係に弊害をもたらしていた。 上司には業務上の不備を指摘したり改善の要望はなかなか言いにくい。 病棟間での連携で同じことをしても一方的に要望は届かない。 組織としての業務分担と連携が出来ていない。 看護士は、患者の身体上の危険を最優先した対応を取らねばならないが、その判断と危険回避の認識が求められず、看護士間の連携を築くことが難しい。 コミュニケーションが取りにくい家族とは良好な関係を築きにくい。 患者の言動で看護士は上手くコミュニケーションが取れない。 家族に患者の重要な情報が伝わらないときは、あとで問題になりやすい。 心臓内科的クレームへの患者・家族はどんな対応にも基本的に満足せず苦情を言い続ける。 不満をぶつける患者の対処がうまく出来なかったことが看護士の本質的精神に反する誠意のない対応を誘引した。 正確な病状把握からの思いやりある看護士が患者・家族を傷つけた。 新人ナースは業務の優先順位を全て理解し行動することは難しい。患者から強い口調で叱責されると失望して働く意欲をなくしてしまう。
	2. 業務分担と標準化	師長は職位に応じた情報管理能力が必要 ライン間での共通業務が確立できていない 業務分担の未整備 他部門から「安全」な情報も重要性や優先度が理解できないならばリスク回避は出来ない。 形式的な伝達で申し送りも実行されなかった。 情報伝達時の確認の不完全 上長と新人との板挟み スタッフの士気高揚にリーダーの意欲とねばり強いコミュニケーションが貢献した。	師長は職位に応じた情報管理能力が必要 ライン間での共通業務が確立できていない 業務分担の未整備 他部門から「安全」な情報も重要性や優先度が理解できないならばリスク回避は出来ない。 形式的な伝達で申し送りも実行されなかった。 情報伝達時の確認の不完全 上長と新人との板挟み スタッフの士気高揚にリーダーの意欲とねばり強いコミュニケーションが貢献した。	古株と若手の看護士間の日常のコミュニケーションが上手くいかず、若手にやる気がなくなったり古株の看護士は新たなやり方や積極的に取り組む者が生きた業務内容はほぼ同じであるのに、若手と資格の差があるため、現場の連携や協力関係に弊害をもたらしていた。 上司には業務上の不備を指摘したり改善の要望はなかなか言いにくい。 病棟間での連携で同じことをしても一方的に要望は届かない。 組織としての業務分担と連携が出来ていない。 看護士は、患者の身体上の危険を最優先した対応を取らねばならないが、その判断と危険回避の認識が求められず、看護士間の連携を築くことが難しい。 コミュニケーションが取りにくい家族とは良好な関係を築きにくい。 患者の言動で看護士は上手くコミュニケーションが取れない。 家族に患者の重要な情報が伝わらないときは、あとで問題になりやすい。 心臓内科的クレームへの患者・家族はどんな対応にも基本的に満足せず苦情を言い続ける。 不満をぶつける患者の対処がうまく出来なかったことが看護士の本質的精神に反する誠意のない対応を誘引した。 正確な病状把握からの思いやりある看護士が患者・家族を傷つけた。 新人ナースは業務の優先順位を全て理解し行動することは難しい。患者から強い口調で叱責されると失望して働く意欲をなくしてしまう。
	3. 優先	師長は職位に応じた情報管理能力が必要 ライン間での共通業務が確立できていない 業務分担の未整備 他部門から「安全」な情報も重要性や優先度が理解できないならばリスク回避は出来ない。 形式的な伝達で申し送りも実行されなかった。 情報伝達時の確認の不完全 上長と新人との板挟み スタッフの士気高揚にリーダーの意欲とねばり強いコミュニケーションが貢献した。	師長は職位に応じた情報管理能力が必要 ライン間での共通業務が確立できていない 業務分担の未整備 他部門から「安全」な情報も重要性や優先度が理解できないならばリスク回避は出来ない。 形式的な伝達で申し送りも実行されなかった。 情報伝達時の確認の不完全 上長と新人との板挟み スタッフの士気高揚にリーダーの意欲とねばり強いコミュニケーションが貢献した。	古株と若手の看護士間の日常のコミュニケーションが上手くいかず、若手にやる気がなくなったり古株の看護士は新たなやり方や積極的に取り組む者が生きた業務内容はほぼ同じであるのに、若手と資格の差があるため、現場の連携や協力関係に弊害をもたらしていた。 上司には業務上の不備を指摘したり改善の要望はなかなか言いにくい。 病棟間での連携で同じことをしても一方的に要望は届かない。 組織としての業務分担と連携が出来ていない。 看護士は、患者の身体上の危険を最優先した対応を取らねばならないが、その判断と危険回避の認識が求められず、看護士間の連携を築くことが難しい。 コミュニケーションが取りにくい家族とは良好な関係を築きにくい。 患者の言動で看護士は上手くコミュニケーションが取れない。 家族に患者の重要な情報が伝わらないときは、あとで問題になりやすい。 心臓内科的クレームへの患者・家族はどんな対応にも基本的に満足せず苦情を言い続ける。 不満をぶつける患者の対処がうまく出来なかったことが看護士の本質的精神に反する誠意のない対応を誘引した。 正確な病状把握からの思いやりある看護士が患者・家族を傷つけた。 新人ナースは業務の優先順位を全て理解し行動することは難しい。患者から強い口調で叱責されると失望して働く意欲をなくしてしまう。
	4. 不履行	師長は職位に応じた情報管理能力が必要 ライン間での共通業務が確立できていない 業務分担の未整備 他部門から「安全」な情報も重要性や優先度が理解できないならばリスク回避は出来ない。 形式的な伝達で申し送りも実行されなかった。 情報伝達時の確認の不完全 上長と新人との板挟み スタッフの士気高揚にリーダーの意欲とねばり強いコミュニケーションが貢献した。	師長は職位に応じた情報管理能力が必要 ライン間での共通業務が確立できていない 業務分担の未整備 他部門から「安全」な情報も重要性や優先度が理解できないならばリスク回避は出来ない。 形式的な伝達で申し送りも実行されなかった。 情報伝達時の確認の不完全 上長と新人との板挟み スタッフの士気高揚にリーダーの意欲とねばり強いコミュニケーションが貢献した。	古株と若手の看護士間の日常のコミュニケーションが上手くいかず、若手にやる気がなくなったり古株の看護士は新たなやり方や積極的に取り組む者が生きた業務内容はほぼ同じであるのに、若手と資格の差があるため、現場の連携や協力関係に弊害をもたらしていた。 上司には業務上の不備を指摘したり改善の要望はなかなか言いにくい。 病棟間での連携で同じことをしても一方的に要望は届かない。 組織としての業務分担と連携が出来ていない。 看護士は、患者の身体上の危険を最優先した対応を取らねばならないが、その判断と危険回避の認識が求められず、看護士間の連携を築くことが難しい。 コミュニケーションが取りにくい家族とは良好な関係を築きにくい。 患者の言動で看護士は上手くコミュニケーションが取れない。 家族に患者の重要な情報が伝わらないときは、あとで問題になりやすい。 心臓内科的クレームへの患者・家族はどんな対応にも基本的に満足せず苦情を言い続ける。 不満をぶつける患者の対処がうまく出来なかったことが看護士の本質的精神に反する誠意のない対応を誘引した。 正確な病状把握からの思いやりある看護士が患者・家族を傷つけた。 新人ナースは業務の優先順位を全て理解し行動することは難しい。患者から強い口調で叱責されると失望して働く意欲をなくしてしまう。
	5. 正確な情報伝達	師長は職位に応じた情報管理能力が必要 ライン間での共通業務が確立できていない 業務分担の未整備 他部門から「安全」な情報も重要性や優先度が理解できないならばリスク回避は出来ない。 形式的な伝達で申し送りも実行されなかった。 情報伝達時の確認の不完全 上長と新人との板挟み スタッフの士気高揚にリーダーの意欲とねばり強いコミュニケーションが貢献した。	師長は職位に応じた情報管理能力が必要 ライン間での共通業務が確立できていない 業務分担の未整備 他部門から「安全」な情報も重要性や優先度が理解できないならばリスク回避は出来ない。 形式的な伝達で申し送りも実行されなかった。 情報伝達時の確認の不完全 上長と新人との板挟み スタッフの士気高揚にリーダーの意欲とねばり強いコミュニケーションが貢献した。	古株と若手の看護士間の日常のコミュニケーションが上手くいかず、若手にやる気がなくなったり古株の看護士は新たなやり方や積極的に取り組む者が生きた業務内容はほぼ同じであるのに、若手と資格の差があるため、現場の連携や協力関係に弊害をもたらしていた。 上司には業務上の不備を指摘したり改善の要望はなかなか言いにくい。 病棟間での連携で同じことをしても一方的に要望は届かない。 組織としての業務分担と連携が出来ていない。 看護士は、患者の身体上の危険を最優先した対応を取らねばならないが、その判断と危険回避の認識が求められず、看護士間の連携を築くことが難しい。 コミュニケーションが取りにくい家族とは良好な関係を築きにくい。 患者の言動で看護士は上手くコミュニケーションが取れない。 家族に患者の重要な情報が伝わらないときは、あとで問題になりやすい。 心臓内科的クレームへの患者・家族はどんな対応にも基本的に満足せず苦情を言い続ける。 不満をぶつける患者の対処がうまく出来なかったことが看護士の本質的精神に反する誠意のない対応を誘引した。 正確な病状把握からの思いやりある看護士が患者・家族を傷つけた。 新人ナースは業務の優先順位を全て理解し行動することは難しい。患者から強い口調で叱責されると失望して働く意欲をなくしてしまう。
	6. 電話	師長は職位に応じた情報管理能力が必要 ライン間での共通業務が確立できていない 業務分担の未整備 他部門から「安全」な情報も重要性や優先度が理解できないならばリスク回避は出来ない。 形式的な伝達で申し送りも実行されなかった。 情報伝達時の確認の不完全 上長と新人との板挟み スタッフの士気高揚にリーダーの意欲とねばり強いコミュニケーションが貢献した。	師長は職位に応じた情報管理能力が必要 ライン間での共通業務が確立できていない 業務分担の未整備 他部門から「安全」な情報も重要性や優先度が理解できないならばリスク回避は出来ない。 形式的な伝達で申し送りも実行されなかった。 情報伝達時の確認の不完全 上長と新人との板挟み スタッフの士気高揚にリーダーの意欲とねばり強いコミュニケーションが貢献した。	古株と若手の看護士間の日常のコミュニケーションが上手くいかず、若手にやる気がなくなったり古株の看護士は新たなやり方や積極的に取り組む者が生きた業務内容はほぼ同じであるのに、若手と資格の差があるため、現場の連携や協力関係に弊害をもたらしていた。 上司には業務上の不備を指摘したり改善の要望はなかなか言いにくい。 病棟間での連携で同じことをしても一方的に要望は届かない。 組織としての業務分担と連携が出来ていない。 看護士は、患者の身体上の危険を最優先した対応を取らねばならないが、その判断と危険回避の認識が求められず、看護士間の連携を築くことが難しい。 コミュニケーションが取りにくい家族とは良好な関係を築きにくい。 患者の言動で看護士は上手くコミュニケーションが取れない。 家族に患者の重要な情報が伝わらないときは、あとで問題になりやすい。 心臓内科的クレームへの患者・家族はどんな対応にも基本的に満足せず苦情を言い続ける。 不満をぶつける患者の対処がうまく出来なかったことが看護士の本質的精神に反する誠意のない対応を誘引した。 正確な病状把握からの思いやりある看護士が患者・家族を傷つけた。 新人ナースは業務の優先順位を全て理解し行動することは難しい。患者から強い口調で叱責されると失望して働く意欲をなくしてしまう。
	7. 板挟み	師長は職位に応じた情報管理能力が必要 ライン間での共通業務が確立できていない 業務分担の未整備 他部門から「安全」な情報も重要性や優先度が理解できないならばリスク回避は出来ない。 形式的な伝達で申し送りも実行されなかった。 情報伝達時の確認の不完全 上長と新人との板挟み スタッフの士気高揚にリーダーの意欲とねばり強いコミュニケーションが貢献した。	師長は職位に応じた情報管理能力が必要 ライン間での共通業務が確立できていない 業務分担の未整備 他部門から「安全」な情報も重要性や優先度が理解できないならばリスク回避は出来ない。 形式的な伝達で申し送りも実行されなかった。 情報伝達時の確認の不完全 上長と新人との板挟み スタッフの士気高揚にリーダーの意欲とねばり強いコミュニケーションが貢献した。	古株と若手の看護士間の日常のコミュニケーションが上手くいかず、若手にやる気がなくなったり古株の看護士は新たなやり方や積極的に取り組む者が生きた業務内容はほぼ同じであるのに、若手と資格の差があるため、現場の連携や協力関係に弊害をもたらしていた。 上司には業務上の不備を指摘したり改善の要望はなかなか言いにくい。 病棟間での連携で同じことをしても一方的に要望は届かない。 組織としての業務分担と連携が出来ていない。 看護士は、患者の身体上の危険を最優先した対応を取らねばならないが、その判断と危険回避の認識が求められず、看護士間の連携を築くことが難しい。 コミュニケーションが取りにくい家族とは良好な関係を築きにくい。 患者の言動で看護士は上手くコミュニケーションが取れない。 家族に患者の重要な情報が伝わらないときは、あとで問題になりやすい。 心臓内科的クレームへの患者・家族はどんな対応にも基本的に満足せず苦情を言い続ける。 不満をぶつける患者の対処がうまく出来なかったことが看護士の本質的精神に反する誠意のない対応を誘引した。 正確な病状把握からの思いやりある看護士が患者・家族を傷つけた。 新人ナースは業務の優先順位を全て理解し行動することは難しい。患者から強い口調で叱責されると失望して働く意欲をなくしてしまう。
	8. リーダーシップ	師長は職位に応じた情報管理能力が必要 ライン間での共通業務が確立できていない 業務分担の未整備 他部門から「安全」な情報も重要性や優先度が理解できないならばリスク回避は出来ない。 形式的な伝達で申し送りも実行されなかった。 情報伝達時の確認の不完全 上長と新人との板挟み スタッフの士気高揚にリーダーの意欲とねばり強いコミュニケーションが貢献した。	師長は職位に応じた情報管理能力が必要 ライン間での共通業務が確立できていない 業務分担の未整備 他部門から「安全」な情報も重要性や優先度が理解できないならばリスク回避は出来ない。 形式的な伝達で申し送りも実行されなかった。 情報伝達時の確認の不完全 上長と新人との板挟み スタッフの士気高揚にリーダーの意欲とねばり強いコミュニケーションが貢献した。	古株と若手の看護士間の日常のコミュニケーションが上手くいかず、若手にやる気がなくなったり古株の看護士は新たなやり方や積極的に取り組む者が生きた業務内容はほぼ同じであるのに、若手と資格の差があるため、現場の連携や協力関係に弊害をもたらしていた。 上司には業務上の不備を指摘したり改善の要望はなかなか言いにくい。 病棟間での連携で同じことをしても一方的に要望は届かない。 組織としての業務分担と連携が出来ていない。 看護士は、患者の身体上の危険を最優先した対応を取らねばならないが、その判断と危険回避の認識が求められず、看護士間の連携を築くことが難しい。 コミュニケーションが取りにくい家族とは良好な関係を築きにくい。 患者の言動で看護士は上手くコミュニケーションが取れない。 家族に患者の重要な情報が伝わらないときは、あとで問題になりやすい。 心臓内科的クレームへの患者・家族はどんな対応にも基本的に満足せず苦情を言い続ける。 不満をぶつける患者の対処がうまく出来なかったことが看護士の本質的精神に反する誠意のない対応を誘引した。 正確な病状把握からの思いやりある看護士が患者・家族を傷つけた。 新人ナースは業務の優先順位を全て理解し行動することは難しい。患者から強い口調で叱責されると失望して働く意欲をなくしてしまう。
D 患者・家族と看護士 11例	1. 転機・転機に伴う関係悪化	業務が細分化された病院では患者の病状変化に応じて転機・転機が多くなり、その時、適切な説明による納得が得られなければ患者・家族に大きな不安や不満を与えクレームになりやすい。	業務が細分化された病院では患者の病状変化に応じて転機・転機が多くなり、その時、適切な説明による納得が得られなければ患者・家族に大きな不安や不満を与えクレームになりやすい。	転機が続く患者家族には、不安や不満が生じやすく説明と同意に細心の注意が求められる。 患者の病状変化に伴う家族の心情に気配りがなく不満が爆発する。 主治医や担当科の移動に際しては患者は相当の不安を感じることもある。 短期間で転機は患者と良好な人間関係を築くことが難しい。 コミュニケーションが取りにくい家族とは良好な関係を築きにくい。 患者の言動で看護士は上手くコミュニケーションが取れない。 家族に患者の重要な情報が伝わらないときは、あとで問題になりやすい。 心臓内科的クレームへの患者・家族はどんな対応にも基本的に満足せず苦情を言い続ける。 不満をぶつける患者の対処がうまく出来なかったことが看護士の本質的精神に反する誠意のない対応を誘引した。 正確な病状把握からの思いやりある看護士が患者・家族を傷つけた。 新人ナースは業務の優先順位を全て理解し行動することは難しい。患者から強い口調で叱責されると失望して働く意欲をなくしてしまう。
	2. 患者・家族の無理解、非協力による関係悪化	コミュニケーションが取りにくい患者や家族とは良好な関係を築きにくい。関係が悪化する傾向があり、そのことがあとで苦情に発展することがある。	コミュニケーションが取りにくい患者や家族とは良好な関係を築きにくい。関係が悪化する傾向があり、そのことがあとで苦情に発展することがある。	転機が続く患者家族には、不安や不満が生じやすく説明と同意に細心の注意が求められる。 患者の病状変化に伴う家族の心情に気配りがなく不満が爆発する。 主治医や担当科の移動に際しては患者は相当の不安を感じることもある。 短期間で転機は患者と良好な人間関係を築くことが難しい。 コミュニケーションが取りにくい家族とは良好な関係を築きにくい。 患者の言動で看護士は上手くコミュニケーションが取れない。 家族に患者の重要な情報が伝わらないときは、あとで問題になりやすい。 心臓内科的クレームへの患者・家族はどんな対応にも基本的に満足せず苦情を言い続ける。 不満をぶつける患者の対処がうまく出来なかったことが看護士の本質的精神に反する誠意のない対応を誘引した。 正確な病状把握からの思いやりある看護士が患者・家族を傷つけた。 新人ナースは業務の優先順位を全て理解し行動することは難しい。患者から強い口調で叱責されると失望して働く意欲をなくしてしまう。
	3. 非協力的な患者への対抗	クレームの患者家族への対応に苦慮する 患者の問題行動が看護士の不誠実な対応を引き起こすことがある。 病状を理解した上で合理的な看護が出来なかった 患者の強い言動で新人看護士はショックを受ける。	クレームの患者家族への対応に苦慮する 患者の問題行動が看護士の不誠実な対応を引き起こすことがある。 病状を理解した上で合理的な看護が出来なかった 患者の強い言動で新人看護士はショックを受ける。	転機が続く患者家族には、不安や不満が生じやすく説明と同意に細心の注意が求められる。 患者の病状変化に伴う家族の心情に気配りがなく不満が爆発する。 主治医や担当科の移動に際しては患者は相当の不安を感じることもある。 短期間で転機は患者と良好な人間関係を築くことが難しい。 コミュニケーションが取りにくい家族とは良好な関係を築きにくい。 患者の言動で看護士は上手くコミュニケーションが取れない。 家族に患者の重要な情報が伝わらないときは、あとで問題になりやすい。 心臓内科的クレームへの患者・家族はどんな対応にも基本的に満足せず苦情を言い続ける。 不満をぶつける患者の対処がうまく出来なかったことが看護士の本質的精神に反する誠意のない対応を誘引した。 正確な病状把握からの思いやりある看護士が患者・家族を傷つけた。 新人ナースは業務の優先順位を全て理解し行動することは難しい。患者から強い口調で叱責されると失望して働く意欲をなくしてしまう。
E 個人情報 2例	個人情報	個人情報の基本的な取り扱いが出来なかった 患者情報は外部機関と共有する際、特に注意が必要となる。	個人情報の基本的な取り扱いが出来なかった 患者情報は外部機関と共有する際、特に注意が必要となる。	職場の同僚であっても個人の疾病に関するような機微な情報については慎重な扱いをしなければならないが、不注意から苦情に発展した。 他職種が患者の入院予定を不注意に患者に話したために家族や他の事業所との関係が悪化した。
	F 標準化 2例	責任と標準化	作業手順の標準化と使用物品の簡素化は組織にとって重要な作業となる 看護業務としてどこまで新人医師の指示をフォローすべきか組織内の合意が必要である	作業手順の標準化と使用物品の簡素化は組織にとって重要な作業となる 看護業務としてどこまで新人医師の指示をフォローすべきか組織内の合意が必要である
G 情報共有システム 1例	共有システム	患者情報共有システムの未整備は、円滑な院内活動の障害となる。	患者情報共有システムの未整備は、円滑な院内活動の障害となる。	多くの職員が共有する患者情報の内容や取り扱い方法に一元化されたシステム(取り決め)がなかったため、患者への対応が後手後手になっていた。

※1 A～Gの分類は、記述中に登場した「医師」「看護士」などコミュニケーションの対象の固有な名詞によるものでリスクの多い順ではない。
 ※2 E～Gは本来は「その他」とすべきであるが、内容が重要なため別分類とした。
 ※3 Aは特に患者にとってリスクが高い医師の指示に関する記述が多く、B～Dは患者との関係悪化や間接的なリスクに関する記述が多かった。E～Gは組織的に対応が必要な重要な記述と思われた。