

保健・医療現場におけるリスクコミュニケーション ー看護師の立場からー

豊田瑞恵*

Risk Communication in Health Care Settings : From the Viewpoint of the Nurse

*Mizue Toyota

*Nursing Department, Osaka Medical College Hospital

キーワード：

医療現場	medical setting
看護師	nurse
リスクコミュニケーション	risk communication

I. 医療現場の現状

近年、医療の高度化や在院日数の短縮により医療現場の業務密度はますます高まり、特に特定機能病院は先進医療を提供する性質上、その実態は顕著である。新薬や最新機器等が短期サイクルで開発され、新知識の習得に迫られると同時に業務の繁雑・複雑化に医療現場の第一線にいる者達は疲弊状態にある。さらにわが国の厳しい経済状態は医療制度改革にも反映して病院経営に大きな影響を与えている。

一方、医療事故に対する国民の関心は、1999年の大学病院で起きた手術患者取り違い事故を発端に複数病院の医療事故がマスコミ報道され高まった。この医療事故を契機に本院では事故防止対策にリスクマネジメントという新しい概念を導入し組織的に取り組んできた。インシデントレポートの導入、医療安全管理者の配置、医療安全教育の実施と受講の義務化、医療安全推進委員会の設置など、組織横断的な取り組みを中心に医療事故を減らすシステム指向の医療安全対策を講じてきた。

このような医療現場で働く看護職に日本看護協会が実施した2009年看護職員実態調

*大阪医科大学附属病院看護部

査¹⁾の「職場における悩みや不満」に関する設問に対して、「医療事故を起こさないか不安である」と答えた看護師は61.6%であった。次いで「業務量が多い」57.9%、「看護業務以外の雑務が多い」57.8%、「新人指導や委員会参加など求められる役割が多い」55.6%など、多忙な業務による悩み・不満が上位に上がっている。20歳代・30歳代の各層で最も多かったのは、「医療事故を起こさないか不安である」であり、特に新卒看護職員を含む「20～24歳」の層では、81.1%に上っている。医療事故への不安は40歳代、50歳代のベテラン層でも上位に挙がっており、医療の高度化や平均在院日数の短縮化により、看護業務の密度が増す中で看護職員が厳しい勤務環境におかれていることがうかがえる。

Ⅱ. 医療現場のコミュニケーション障害の実態と要因

医療現場におけるコミュニケーションは、コミュニケーションエラーが人の命に直結するところに最大の特殊性がある。医療現場のコミュニケーションは常に「コミュニケーションエラーはないか」という意識のもとに行い、エラーを発見した時には早急な対処と改善が求められる。

本院は許可病床数915床、診療科29科、平均在院日数15日の特定機能病院である。「安全に関する報告」数を過去3年間でみると、平成20年度2450件、21年度2262件、22年度2766件の報告数であり、報告職種では全体の70%を看護師が占めている。事例区分の上位は①与薬、②転倒・転落、③ライン関連、④検査・手術である。また、要因は当事者による「確認不足」が最も多く、ついで「観察不足」「思い込み」の順であった。また、当事者に影響を及ぼした環境等で1位、2位を占めたのは「看護師間の連携不足」と「医師と看護師の連携不足」である。これらの結果からコミュニケーションエラーがインシデント・アクシデントの要因に占める割合が高いことがうかがえる。

「医師と看護師の連携不足」を具体的に示すと、指示受け業務においての指示を出す側、受ける側という関係性の中でリスクが発生している。特に口頭指示においてはそのリスクがさらに高まる。患者の疾患、治療、現状態において「指示出し」「指示受け」を行っているが、時に「相手が分かっているだろう」という認識のもとに簡略した内容の場合や、確認行為の際に双方のコミュニケーションが無い、または不足している場合においてリスクが発生する。立場が上である医師に対して、疑問に思った内容についての質問を躊躇してしまうこともリスクを生むことになる。また、酒井²⁾

は医師－看護師間におけるコミュニケーションの問題に関する研究－看護師はなぜ医師の間違いを指摘できないのか－において、看護師が医師に質問や指摘ができない要因としては「医師からの説明や声かけの不十分さなど行動的問題」と「医師の不機嫌さや短気さなど情緒的な問題」があるとしている。情緒的問題の場面は看護師が医師に対して「これでいいですか?」と聞いたところ医師からの返答は「いいんだよ!!」と強い語調での返答が返ってくると「なるべくかわかりたくないが業務上聞かなければならない」という行動になり、十分なコミュニケーションがとれないことが大きな要因となる。

また、看護師間でのコミュニケーション障害として発生する要因は先輩看護師と後輩看護師の関係性における権威勾配でも見受けられるときがある。先輩看護師の「これやっというて」に対して後輩看護師が疑問点を聞き返すと「そんなことは当たり前でしょう。そんなこともしらないの」という言葉が次ぎの質問や問いかけを躊躇させる要因となる。

次に患者に関するコミュニケーション障害では、本院の平成21年度の「安全に関する報告」のインシデント事例の要因で「説明・対応に関する」項目の1位は「患者・家族の理解が不十分であった」2位は「説明が不十分であった」の結果から、患者・家族が医療職者の説明を理解できていないことがわかる。本院では患者の生の声を聞くシステムとして自由に意見を記載し投函する「患者ご意見箱」を設置している。その中の事例として「あれほど〇〇と言ったのに。〇〇してもらえなかった」という言葉がある反面、「小さな質問、疑問に丁寧に答えてくれた」などがあった。これらから患者・医療者間におけるインフォームド・コンセントのあり方がいかに重要かということを示唆している。

Ⅲ. 看護におけるリスクコミュニケーションの取り組み

医療安全の推進のためには、安全文化の醸成が必須である。安全文化とは「安全」を最優先事項とする組織文化である。J. リーズンは³⁾、安全文化とは情報に裏付けられた文化であり、それを推進していくためには、報告する文化 (Reporting culture)、公正な文化 (Just culture)、柔軟な文化 (Flexible culture)、学習し続ける文化 (Learning culture) が必要であるといっている。

本院での「報告する文化」は、安全に関する基本的な考え方の中に「たとえ個人が

間違いを犯しても事故に至らないシステムが必要である。すなわち詳細な事例検討や情報収集を通して、病院組織全体として事故の発生しにくいシステムを整備することが、本院の安全な医療を提供するための基本的姿勢である」としている。「報告する文化」はシステムを導入してから大きく変化することなく、報告数は推移している。ただ報告者の職種によるバラツキはみられる。年間の報告数の70%が看護師からの報告で占められている。それに引き続き医師、薬剤師、事務職、技師（技士），となっている。報告は電子システムの“セーフプロデューサー”に当事者がアクシデント、インシデント、ヒヤリ・ハット、ファインド（他者および他部署の間違いを見つけた時）を入力する。数名が関連した場合は職種を問わずそれぞれが入力している。そのデータを安全対策室が収集し、毎月の合同会議で報告すると同時に病院ホームページでも閲覧することが出来るシステムにしている。全職員に周知をし、注意喚起が必要なものは各部門に対しての緊急通告としてタイムリーに情報の発信をすることで、現場の情報を受けた者から問い合わせや新たな情報を得るコミュニケーションのやり取りが活発に働いている。

看護師は医療における最終施行者となる機会が多い。その自覚と責任を基盤にした安全行動をとることが重要となる。平井⁴⁾が示すリスクコミュニケーションの目的の一つである「リスクとその対処法に関する教育と啓蒙」では、入職時に新人看護師80～100名を対象にした「医療安全」教育を実施している。新人看護師は、過去の自己事例のDVDから臨場感と視覚的にリスク回避と対処法について学習する。また、実際の機器や薬剤等を手にとり、使用することでリスク発生の機序を学んでいる。その際、配慮していることは一方的な指導ではなく、指導する先輩看護師と指導を受ける後輩看護師が共に行動する中で話し合う双方向のコミュニケーションができる雰囲気作りをしている。

また、日々の臨床現場で取り組むリスクコミュニケーションは、各勤務帯の申し送りやチームカンファレンス・事例検討の際の看護師間や他部門の職種を交え、患者の病態、治療方針、問題点、予測される注意点・リスク等についてコミュニケーションをとることが有用であると考ええる。看護部の安全対策委員会の病棟ラウンドでは、マニュアルや手順が正しく理解され実施において遵守出来ているかを確認し、同時に安全対策委員と現場の看護師がコミュニケーションを図ることで双方が食い違いを是正することができる。

医療連携の要である看護師と医師が最もコミュニケーションを必要とし、リスクを

回避することが重要であると考えるのが指示出し・指示受けでの連携である。コミュニケーションとは双方向で相互のフィードバックがあって初めて成立するものである⁵⁾。指示出し、指示受けにおいては、出す側と受ける側が共通理解した上で双方が“指示内容”を中心に会話を交わし、指示を出す側は意図する内容が正確に伝わっているかを確認し、受ける側の看護師は内容が正しいかを復唱し再確認する必要があることを教育している。したがって、そのような場合のコミュニケーションエラーを未然に防ぐために口頭指示においては5W1Hを遵守する指示メモを院内統一で使用している。

今や、医療は複数の医療職の協働なしには成立しない。平成22年4月に厚生労働省医政局長通知⁶⁾「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」は、「各医療スタッフの専門性を十分に活用して、患者・家族とともに質の高い医療を実現するためには、各医療スタッフがチームとして目的と情報を共有した上で、医師等による包括的指示を活用し、各医療スタッフの専門性に積極的に委ねるとともに、医療スタッフ間の連携・補完を一層進めることが重要である」との考え方を示した。

本院ではこの通達以前からチーム医療の重要性を認識しており、2005年より安全対策室が主催するRM（リスクマネージャー）宿泊研修に安全教育と“チーム医療の連携強化”をねらいとするプログラムを組んでいる。そこに参加する医師、看護師、薬剤師、臨床工学技士、管理栄養士、放射線技師、施設技士、事務が協力して取り組むのが、事故事例分析ツールのRCA（Root Cause Analysis）である。RCAを実施する課程においてのディスカッションは事故事例の分析方法を学ぶだけでなく、お互いの職種の仕事内容を深く知ることの出来る機会となり研修後の人間関係が良くなることで協力・連携体制の強化に繋がっている。

リスクコミュニケーションは医療職者のみに止まらず、医療を受ける患者と医療職者との間において最も必要であり、また難解であるといえる。日本医師会によればインフォームド・コンセントは（医療に関する）「十分な説明と同意」と表現している。また、日本弁護士連合会では「正しい説明を受け、理解した上での自主的な選択・同意・拒否」とも説明している。つまり患者は正確な情報を得ることが重要である。そのためには医療者側の特に医師の疾患・治療・処置についての説明は患者が理解し易い言葉や表現を用いることが大切である。専門家同士にしか通じない専門用語は避けて平易な言葉で説明するよう配慮しなければならないが、実際出来ていないことも少なくない。看護師はそのインフォームド・コンセントの場に同席し、患者と医師の意思疎

通が円滑に行われるようにサポートし、必要であれば患者の代弁者（アドボケイト）となる役割がある。また、看護師が看護ケアを実施する際にも、患者へのケアの内容とそれに伴うリスク等を解りやすく説明し患者との共通理解をすることが重要である。

医療者側はあたかも患者が何も情報を持っていないかのように医療側主体で説明する傾向にあるが、そうなると患者側は自分の持っている情報との差を埋めることができず不満が残る。コミュニケーションは、あくまでも双方向性となって初めて満足感を得る。説明の途中や後で質問や意見が言える雰囲気や場作りが必要である。医療者側から気遣われることによって、多数の患者の一人に過ぎないのではなく、一人の個人として尊重されているという安心感を抱き、医療側との間に信頼関係が築かれやすい。特に医療不信の強い患者や、高い要求水準や過剰な期待を抱いている患者には説明は後手にならないようにし、双方向性のコミュニケーションが必要である。

現在の医療安全確保には患者の協力、つまり患者参画が必須である。最近、定着してきたのがクリニカルパスである。クリニカルパスとは、入院時に治療・検査やケアなどをタテ軸に、時間軸（日付）をヨコ軸に取って作った診療スケジュール表である。病気の治療内容とタイムスケジュールを明確にしたことで、患者はその日どんな検査があって、いつ手術をして、いつ頃退院出来るかということがわかるので、入院生活の不安が少しでも解消される。このパスを医療者と患者の双方が利用し、治療・ケアの過程についての質問や確認の際に交わす会話はリスクコミュニケーションとなりツールとしての意義がある。

“ヒューマンエラー（Human Error）”や“人は誰でも間違える（To err is human）”という言葉は医療従事者によく知られるようになった。今後の医療現場における安全性の確保には、人間能力とその限界、人間の特性、医療が行われる状況を十分に踏まえた実践的な教育やトレーニングが不可欠である。その中で最も重要となるのが医療現場におけるリスクコミュニケーションである。

引用文献

- 1) 日本看護協会〔編〕：平成22年版看護白書 日本看護協会出版会 2010
- 2) 酒井順哉：医師・看護師間におけるコミュニケーションの問題に関する研究
<http://www.urban.meijo-u.ac.jp/zsakai/iryou-anzen/index.htm> 2008
- 3) J：リーズン著：組織事故 塩見 弘監訳 日科技連 1999
- 4) 平川秀幸 土田昭司 土屋智子著：リスクコミュニケーション論 13 大阪大学出版

会 2011

- 5) 前掲4) 序章
- 6) 医政発0430第1号 医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について
厚生労働省医政局 2010

参考文献

- 1) Lコーン/J. コリガン/Mドナルドソン編：人は誰でも間違える 米国医療の質委員会/医学研究所著 日本評論社 2000
- 2) 河野龍太郎著：医療におけるヒューマンエラー 医学書院 2004