

歯科医療の安全とコミュニケーション ～医療事故事例を参考として～

2012/3/10

北九州市立大学文学部 松尾太加志

1. 医療の現場はコミュニケーションが重要

医療は、取り扱う情報が多様であると同時に情報そのものが不確実である。そのため、医療スタッフ間、患者との間でのコミュニケーション（情報伝達）を十分に行う必要がある。コミュニケーションが不十分であると、事故を起こしてしまう。

さらに、事故が生じた後に後知恵バイアスによって、医療者の過誤が問題になることがある。そのため、事前に患者との十分なコミュニケーションが必要である。

2. コミュニケーションエラーとは？

コミュニケーションエラーには、伝達情報が正しく伝達されないという誤伝達・誤解釈のケースと、情報伝達そのものがなされず、コミュニケーションできない場合がある。

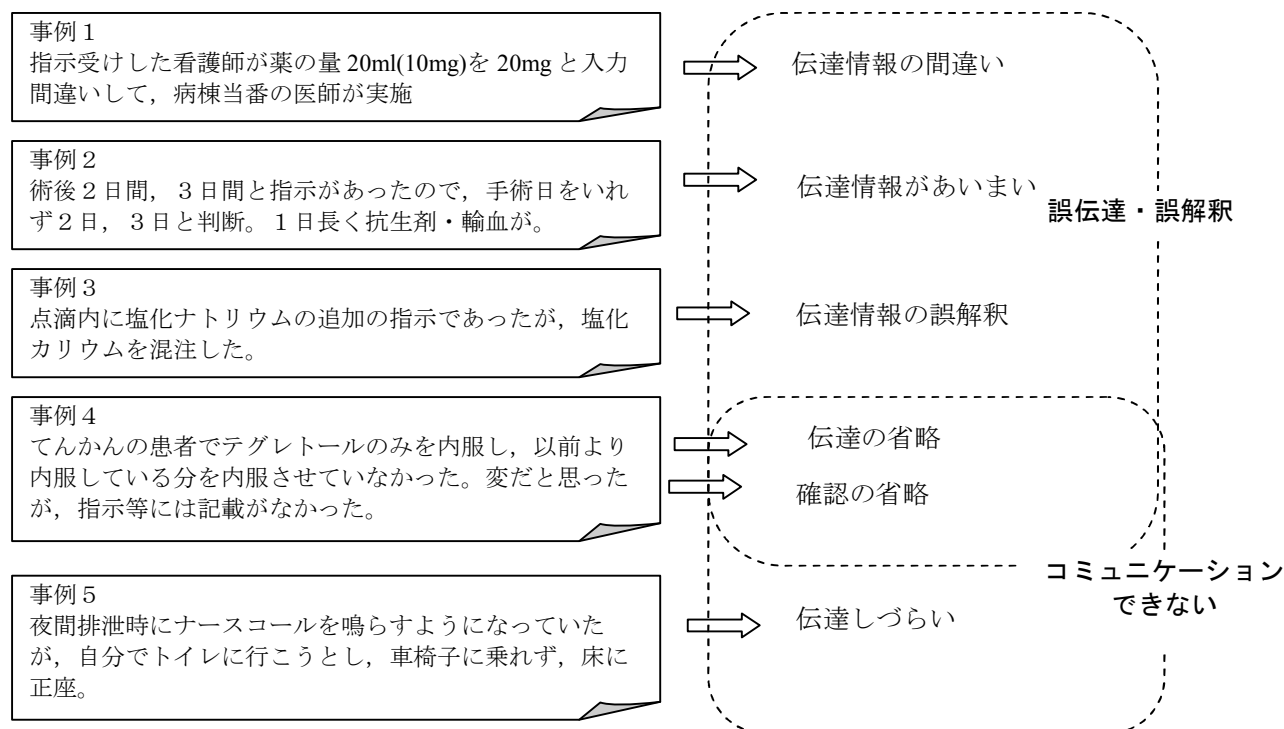


図1 コミュニケーションエラーの分類と具体例

3. 人間のコミュニケーションの特性

コミュニケーションにおいては伝達される情報だけでは、伝達意図をひとつに定めることができない（不良設定問題）。そのため、伝達情報以外の文脈、状況、知識、情報などを頼りにコミュニケーションの受け手は「こうではないか」と頭の中に枠組み作り、その枠組み（メンタルモデル）が正しいかどうか検証していくことによって、送り手の伝達意図を知ろうとする。作られたメンタルモデルによって、理解される内容も異なる。メンタルモデルを

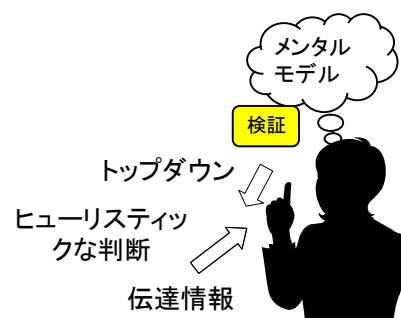


図2 人間のコミュニケーションの特性

構築する際に、ヒューリスティックな判断やトップダウン処理によって効率的な情報処理を行っているが(図2)、それが誤伝達やあいまいな伝達を生じさせてしまっている。一方、人間は、ヒューリスティックな判断やトップダウン的判断によって事故を回避している(事例6)。

事例6
 医師が「フェロミア」を処方すべきところを、間違っ「フェロミック」を処方してしまった。
 しかし、同時にビタミン製剤「シナール」が処方されており、ビタミン製剤が同時に処方されることのある鉄剤の「フェロミア」の間違いではないかということに気づいた。
 澤田(2003)より引用

事例7
 医師が「アマリアル」(血糖降下薬)を処方すべきところを、間違っ「アルマル」を処方してしまった。前の処方が「グリミクロン」(血糖降下薬)であったので、看護師が間違いに気づいた。
 澤田(2003)より引用

4. 情報伝達としてのコミュニケーション

誤伝達やあいまいな伝達の発生は、人間のコミュニケーションの基本特性に起因するため、人間に改善を求めても無理である。情報を伝達する場面で、誤伝達やあいまいな伝達がなされないようなしくみを作ることが大切である。

情報負荷を低減させ、伝達の様式を定め、情報伝達のやり方に制約をもたせたり、情報に冗長性を持たせたりしてあいまい性を排除する。また、伝達情報以外の状況・文脈、知識・情報を送り手と受け手で共有できるように、必要な情報にすぐにアクセスできるようなしくみを作る。それによって適切なメンタルモデルが構築できるようになる。さらに、コミュニケーションそのものの機会を減らし、エラーの発生可能性を少なくすることも必要である(表1)。

緊急時や口頭による伝達の場合、様式が定めにくいため、話すべき枠組み(たとえば、SBAR;図3)を意識するよう努める必要がある。

Situation	状況(患者の状態)
Background	背景(臨床的経過)
Assessment	評価・判断(何が問題か)
Recommendation	提言(どうしたいのか)

図3 SBARを意識してコミュニケーションを

表1 誤伝達・誤解釈の防止策

エラー対策	具体的方策	効果
負荷を少なくする	情報の多様性をなくす。識別性を高くする。	注意集中や記憶探索などの負荷を少なくすることができる。
伝達の様式を定める	書式を定めた文書での伝達を行なう。機械化・電子化を実現する。	情報不足や不統一な形式による誤伝達を排除できる。
冗長性をもたせる	伝達すべき情報以外の付加的な情報も同時に伝達できるようなしくみにする。	誤情報のチェックが可能。伝達意図の多義的な解釈をなくす(不良設定問題の解決)ことができる。
情報を共有させる	必要な情報にすぐにアクセスできるようにし、情報共有のしくみを作る。	状況・文脈、知識・情報などが共有でき、適切なメンタルモデルを構築できる。

5. 確認・指摘のコミュニケーション

確認や指摘はエラーを修正する重要な役割がある。しかし、医療においてはそれらを躊躇させてしまう要因が多く内在している(図4)。指摘のスキルが低いと、指摘することで相手を傷つけたりするのではないかと思ひ、指摘への抵抗を生んでしまう。さらに、地位格差やエラーに対するタブー視の存在が指摘に対す

る抵抗感が増大してしまう。また、情報が不確実であると、疑問に思っても間違っていないという確証を高め、確信への固執を生んでしまう。そして、指摘しないという意味はエラーではないという確信を高めてしまう。

「指摘しない」という行動は「エラーがある」という認識とは相容れないため、認知的不協和が生じないように、エラーではないという確信をより高めてしまう。確認・指摘ができるようにスキルの向上が求められる。一方、人以外からの指摘の仕組みを作ることも

大切である。改善の対策として実行可能性があるのは、意識を高めることと情報の共有を推進することである。意識を全員が共有するための全体研修の実施や情報を共有できるような仕組み作り（機械化を含めた）、個人の問題としてではなく、組織として実施できるように、安全文化を醸成することに努める必要がある（表3）。

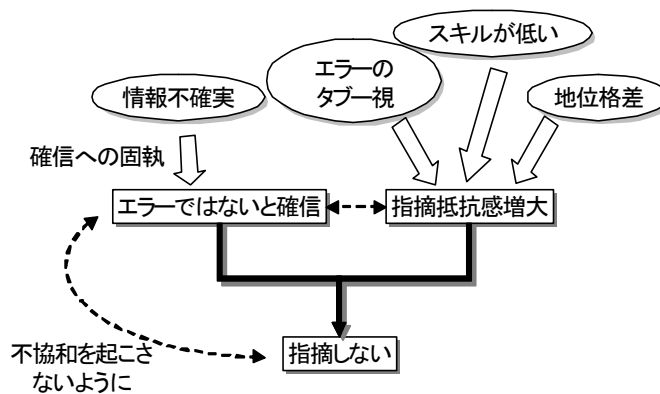


図4 確認や指摘を躊躇させてしまう諸要因（松尾，2011）

表3 確認・指摘をできるようにするための対策

対策	効果
スキル向上	相手の立場も考え、さらに安全優先のコミュニケーションスキルの訓練を行う。
人以外からの指摘	人間関係の問題が生じないように、表示、コンピュータなどによって外から気づかせるしくみを作る。
情報の共有	情報が不確実であっても、他に共有された情報が存在することによってエラーであることの確信が高まり確認・指摘しやすくなる。
意識の共有	常にリスクがあることを認識し、確認・指摘の重要性を認識させる。個人の責任追及ではなく、組織として安全文化・風土を確立して意識向上に努める。エラーの指摘をタブー視しないという意識をもたせるよう組織的に取り組む。

6. 患者とのコミュニケーション

患者と医療者の間には知識や情報の格差があるため、医療者が思い描いているメンタルモデルを患者が構築できるわけではない。そのため、医療者が一方的に話をし、「わかりましたか?」「はい」というやりとりで、終わってしまっても、患者はわかっているわけではない。ゆっくりと平易な言葉で必要最低限の情報を提供し、患者が理解できているかどうか、teach-backしてもらい、質問しやすい雰囲気を作ることが重要である。

表4. 患者とのコミュニケーション改善の6つのステップ(Weiss, 2007)

1. ゆっくり話す
2. 平易な言葉で医学用語を使わずに
3. 絵（写真）を見せたり描いたり
4. 提供する情報量を少なく、そして、繰り返す
5. “teach-back” テクニックを使う
6. 質問しても恥ずべきではない雰囲気づくりを

表5. コミュニケーション改善のための行動(Weiss, 2007)

-
- ・ “まず、私が質問をしますが、その後、あなたのお気持ちをおうかがいます。” といった姿勢で。
 - ・ 話されなかったことで気になることがないかどうか患者に尋ねる。
 - ・ 医学的問題や治療についてどのように理解したか患者に説明してもらう。
 - ・ 患者から質問してもらうようにする。
 - ・ 立ってではなく、座って。
 - ・ 話すよりも聴く
-

表6. Teach-back テクニック(Weiss, 2007)

“わかりましたか？”と聞いてはいけない。
患者にどのようにして治療を進めていくのかを説明してもらう。
患者が正しく説明できなかつたら、あなたの情報の提供の仕方が適切ではなかったと考え、異なったやり方で改めて説明を行う

参考文献・図書

- 大山正・丸山康則(編) 2004 ヒューマンエラーの科学 麗澤大学出版会
河野龍太郎 2004 医療におけるヒューマンエラー—なぜ間違える どう防ぐ— 医学書院
国立国語研究所「病院の言葉」委員会 2009 病院の言葉を分かりやすく—工夫の提案 勁草書房
佐相邦英 2002 チームエラー防止に向けて 看護管理, Vol. 12, No. 11, 826-829.
澤田康文 2003 その薬を出す前に『処方せんチェック』虎の巻 日経BP社
嶋田昌彦 2011 歯科医療における安全管理評価法の確立に向けて —歯科医療安全に関する実態調査から—
— 日本歯科衛生学会雑誌, 6(1), 26-33.
松尾太加志 1999 コミュニケーションの心理学 ナカニシヤ出版
松尾太加志 2003 コミュニケーションでエラーを防ぐ 看護管理, Vol. 13, No. 11, 902-907.
松尾太加志 2003 コミュニケーションエラーを防ぐ 看護管理, Vol. 13, No. 10, 798-803.
松尾太加志 2011 医療安全管理に必要なコミュニケーション 安全医学, Vol. 7, No. 1, 4-14.
山内桂子 2011 医療安全とコミュニケーション 麗澤大学出版会
山内桂子・山内隆久 2005 医療事故—なぜ起るのか, どうすれば防げるのか— 朝日文庫
山本智美・鈴木温子 2007 新卒歯科衛生士におけるヒヤリ・ハットの実態と要因について 日本歯科衛生学会雑誌, 2(1), 128-129.
Weiss, B.D. 2007 Health literacy and patient safety: Help patients understand Manual for clinicians Second edition. American Medical Association Foundation and American Medical Association.