

# 医療安全とコミュニケーション

2013/11/9・16

北九州市立大学文学部 松尾太加志

## 1. 事故事例にみるコミュニケーションの問題

事例1 患者は気管支喘息とアスピリン喘息の既往があった。発熱を来たしたため、宿直医は、患者がアスピリン喘息であり、通常の解熱鎮痛剤では重症発作を起こすことから、解熱のため“副腎皮質ホルモン”の「サクシゾン」を処方しようと電子カルテで“サクシ”を入力し、画面に表示された“筋弛緩剤”「サクシン」を誤って処方した。看護師は「サクシン」がどのような薬かわからないまま点滴を実施。心肺停止に気づき心臓マッサージ等の処置を行ったが、蘇生に至らず死亡。

事例1では様々なコミュニケーションの問題がみられ、それらは表1のように分類される。大きく分けると、コミュニケーションはなされているが、そこでの情報伝達が「誤伝達・誤解釈」を生んでしまった場合と、コミュニケーションそのものが十分になされていない場合の2つに分類される。

表1 コミュニケーションの問題の分類と具体例

大分類	小分類	送受者の問題	具体例
誤伝達・誤解釈	誤った情報の伝達	送り手	オーダーの間違い
	情報の誤解釈	受け手	聞き間違い
	不完全な情報伝達	送り手	薬名での指示がなかった
コミュニケーションできない	確認の不足	送り手, 受け手	危険な薬であることの確認がなかった
	伝達しない	送り手, 受け手	不採用情報が伝わっていない

## 2. 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」と頭の中に枠組みを作り、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。人間は、メンタルモデルを構築する際に、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1）、それが誤伝達や不完全な伝達を生じさせてしまっている。一方、エラーに気づき事故を回避しているのも、ヒューリスティックな判断やトップダウン的判断によるものである（事例2、3）。



図1 人間のコミュニケーションの特性

事例2  
 医師が「フェロミア」を処方すべきところを、間違えて「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3  
 医師が「アマリール」（血糖降下薬）を処方すべきところを、間違えて「アルマール」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

### 3. 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2)。

緊急時や口頭による伝達の場合、様式が定めにくいいため、話すべき枠組み(たとえば、SBAR;表3)を意識するように努めることが必要である。

表2 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。
コミュニケーションしない	人間同士のコミュニケーションを減らす。ひとりでできる仕事を複数でさせない。	コミュニケーションエラーそのものの発生確率を減らすことができる。

表3 SBARの枠組み

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

### 4. 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2)。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い、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

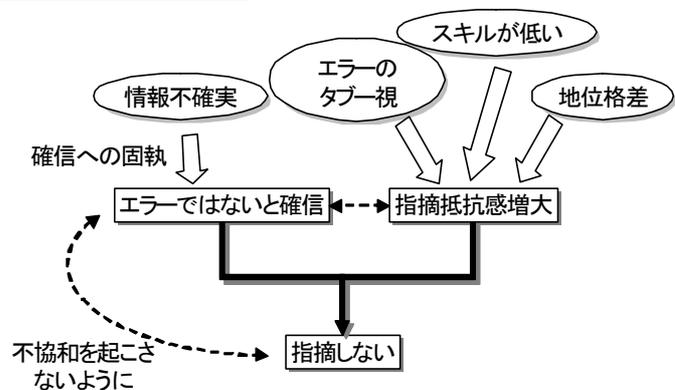


図2 確認や指摘を躊躇させてしまう諸要因(松尾, 2011)

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コミュニケーション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。全員が意識を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）を、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4）。

患者の安全のためには、指摘してもらうことをありがたく思えるような風土を作っていかなければならない。エラーは必ず起こるという前提で、確認・指摘をするという文化を醸成していかなければならない。

表4 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。

#### 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  
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  
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