

医療事故を防ぐコミュニケーション

2014/1/11

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、コミュニケーション（情報伝達）を十分に行う必要がある。また、エラーが生じたときに、他者の確認によって気づかされたり、間違いであることを他者から指摘されることによって事故を未然に防止できる。つまり、コミュニケーションによって事故を防ぐことができる。このように医療の現場におけるコミュニケーションの役割は重要である。

2. 事象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」を処方しようとして電子カルテで「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。

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
コミュニケーションできない	不完全な情報伝達	送り手	薬名での指示がなかった
	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

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。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、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エラーに気づき、事故を回避している（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

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となされないよう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にしくみにする。	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	人間どうし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

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証を高めてしまう。「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

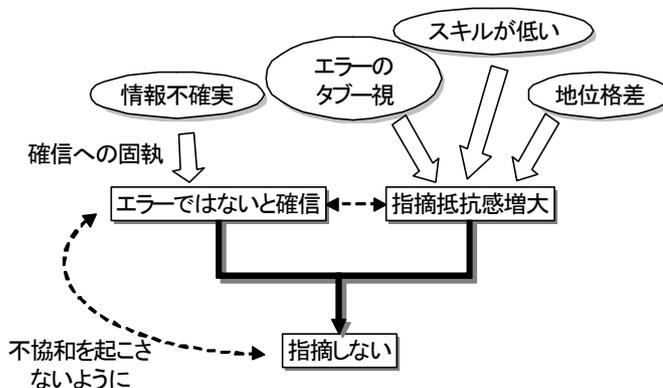


図2 確認や指摘を躊躇させてしまう諸要因(松尾, 2011)

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するには、スキルの向上が求められるが、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。さらに、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）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）。

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。

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。

事例4

夜間排泄時にナースコールを鳴らすようになっていたが、自分でトイレに行こうとし、車椅子に乗れず、床に正座。

表5 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6 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7 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つたと考え、異なったやり方で改めて説明を行う

7. コミュニケーションの動機づけ

コミュニケーションをしないのは、コミュニケーション行動に対する動機づけが低いからである。人間がある行動を行うかどうかは、自分からその行動をしたいという内的に動かす力（動因）と、その行動の目標である対象から引き寄せられる誘因によって決まる。コミュニケーション行動は、以下のように、動因と誘因の積で決まる。

$$\text{コミュニケーション行動} = \text{コミュニケーションの動因} \times \text{コミュニケーションの誘因}$$

動因（押す力）
誘因（引く力）

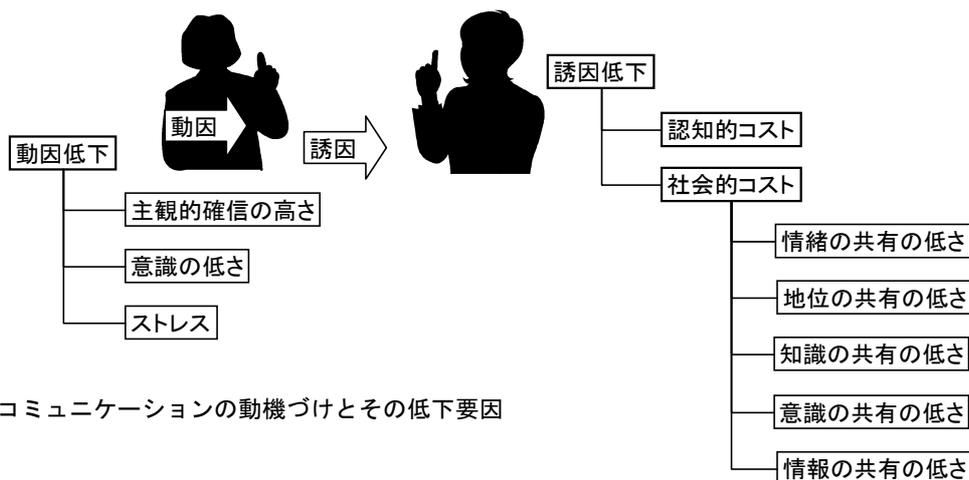


図3 コミュニケーションの動機づけとその低下要因

コミュニケーションができないのは、誘因や動因が低くなったときである。伝達しなくても大丈夫だと思ったり（主観的確信が高い）、コミュニケーションしなければならないという意識が低かったり（意識が低い）、忙しいからできない（ストレス）といった要因は、動因が低いためである。また、コミュニケーション行動に手間がかかると感じたり（認知的コスト）、コミュニケーション相手との社会的な関係にハードルを感じ、共有感覚が低い（社会的コスト）ためにコミュニケーションできないのは、誘因が低いためである。

社会的コストは、相手との様々な側面での共有感覚の総体で決まる。どこかの共有感覚が低くても、どこかで高いところがあれば、共有感覚は総体として高くなり、社会的コストは低下し、コミュニケーションをとりやすくなる。

動機づけを低下させる下位要因の中には、改善が難しいものがある。それらは無理に改善する必要はない。また、動因が低くても誘因が十分に高ければ動機づけは高まる。逆に、誘因が低くても動因が十分に高ければ動機づけは高まる。できるところから改善を行えばよい。

とくに、社会的コストに関しては、すべてを改善できない。意識や情報の共有を高めることが効果的である。意識は動因にも影響を与えるし、情報の共有の促進は、同時にコミュニケーションエラーを防ぐことにつながる。コミュニケーションによって事故を防ぐという意識をもった安全文化を醸成することが必要である。

表8 動因の低下とその改善

下位要因	働き	改善
主観的確信の高さ	相手はわかっているだろうという主観的な確信の高さからコミュニケーションをとろうとしない。	「人は誰でも間違える」という意識を持つことによって、主観的確信を過度に高くしないようにする。
意識の低さ	コミュニケーションをしなければならないという意識が低い。	リスク認知を高め、組織として安全文化・風土を確立して意識向上に努める。
ストレス因	身体的疲労などによってコミュニケーションをとりたくない。	勤務体制の改善など、組織として取り組む。

表9 誘因の低下とその改善

下位要因	働き	改善	
認知的コスト	受け手が多忙であるなど、場面によって、手間がかかると感じる。	コミュニケーション行動自体のコスト低減は困難。勤務体制の改善などを行う。	
情緒の共有の低さ	嫌いとか、うまがあわないとか情緒的関係のずれによって共有感が低下。	無理に取り組む必要はない。	
社会的コスト	地位の共有の低さ	年齢や職位の違いによる権威勾配によって共有感が低下。	行なう必要はない。
	知識の共有の低さ	職種などの違いによる知識の差が共有感を低下させる。	お互いに他職種の知識を得る努力は必要だが、限界がある。
	意識の共有の低さ	エラーを指摘することに対する考え方のずれによって共有感が低下。	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。
	情報の共有の低さ	情報を知らないために、共有感が低下し、コミュニケーションできない。	明示的なコミュニケーションをしなくても情報を共有できる基盤を作る。

8. 安全文化

安全文化とは、「安全にかかわる諸問題に対して最優先で臨み、その重要性に応じた注意や気配りを払うという組織や関係者個人の態度や特性の集合体」（国際原子力機関 IAEA）である。しかし、事前にあらゆることを予測して事故が生じないように注意や気配りを行うことは不可能である。そのため、リスクを見つけ出し改善することが安全文化に求められる。リスクに関する情報によって安全を作り上げていくため、安全文化は「情報に立脚した文化」でなければならない。

個人の行動原理は、コストや利益の程度に依存する。めったに起こらない事故を防止するために安全行動を行うことは利益を享受できず、安全行動は個人にとってはコストになってしまう。

ルールや手順を**命令的規範**として定めても、例外が存在していたり、それらを遵守することにコストがかかったりしてしまったりと、守られなくなってしまい、守らないという事実が**記述的規範**となって、ほとんど遵守されなくなってしまったり。ルールや手順を遵守されないことによって事故が発生した場合、個人の責任に転嫁させてしまうのは、安全管理者のアリバイになっているだけで、本当の事故要因を隠蔽させてしまうことになりかねない。人に負荷をかけないルール作りを行うことが必要である。

文化はすぐに確立されるものではない。安全文化が育っていくにも時間がかかり、発展過程が存在している（図4）。



図4 安全文化の発展過程

隠蔽文化

安全文化とはヒューマンエラーや事故が起きないことではない。「安全である」ことが安全文化ではない。ヒューマンエラーや事故は起こるものだという文化である。「事故はあってはならない」だけの文化では、ヒューマンエラーの生起をタブー視し、事故を隠蔽してしまう。確認や指摘を行おうという意識も生まれにくい。安全に対する認識が低いと、隠蔽文化のままでしかない。

懲罰文化

隠ぺいするのではなく、ヒューマンエラーや事故をオープンにし、事故をどう防ぐかを考えなければならない。しかし、ヒューマンエラーや事故を起こした人や組織に罰を与えればそれらは無くなるという「アメとムチ」の論理では、罰回避のためにヒューマンエラーを起こさないようになるかもしれないが、安全文化が確立したとは言えない。確認や指摘も相手を責めるという意識が生まれ、確認や指摘が躊躇されてしまう。そして、モノや手順・ルールに問題があるにもかかわらず、システムが抱えた本質的な問題を見過ごしてしまい、システムは改善されないままになってしまう。

航空機事故などでは、公共の利益（パブリック・インタレスト）を優先し、事故当事者を免責にしている。事故当事者の責任を追及すると、自分に不利な証言を避けるため、事故の原因の隠蔽につながってしまう。それよりも、免責を与え、事故原因を究明し、今後の事故防止に役立てるもののほうが重要である。結果的には、将来発生するかもしれない数百名の犠牲者を出す事故を防ぐことができ、公共の利益につながる。

学習文化

次第に意識が高まり、最終的に安全文化が確立された段階は、事故やインシデントが生じたときにそれらを教訓にできる**学習文化**の段階である（図4）。ヒューマンエラーや事故は、モノや手順・ルールの問題を見つけ出す手がかりになり、事故防止の学習の材料になる。懲罰文化のままでは、安全はもたらされない。マスコミや一般社会はゼロリスクを求め、それを達成できないと懲罰を要求する。しかし、ゼロリスクを求める文化は「安全文化」ではない。リスクを正しく評価し、学習していくことが「安全文化」には求められる。学習文化が確立すれば、確認や指摘を行うことが意識として生まれる。

安全意識の向上には教育や研修が必要であるが、組織としては個人の行動を活かすことがもつとも重要である。そのためには、インシデントや事故を教訓として活かさなければならない。ヒューマンエラーはシステムの抱えた問題が表面化したものであるため、ヒューマンエラーによるインシデントはシステムの潜在的な問題を示すものである。

組織としての安全管理のあり方は、ヒューマンエラーをした個人を責めるという懲罰モデルではなく、エラーをシステム改善につなげる学習モデルであることが求められる。インシデント報告は安全に関する情報として共有され、それがリスク認知を高めることにつながる。また、それがモノやシステムの改善につながることもある。その改善は、個人のスキル向上に役立つようになることもある（図5）。インシデントに意識が向けば、リスクに対して敏感になる。また、報告事例を共有することによってリスクの認知を高めることができる。報告事例をもとにリスクの改善がなされれば、リスクの低減につながる。インシデントが改善につながったというフィードバックがインシデント報告の促進となり、安全に対する意識向上の流れを作ることになる。

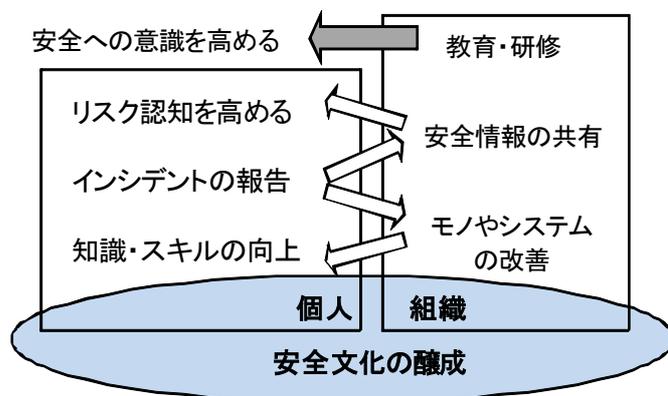


図5 医療安全のために組織および個人がなすべきこと

参考文献・図書

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.

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

リーズン 1999 組織事故—起るべくして起る事故からの脱出— 日科技連出版社