

チーム医療の医療安全 ーコミュニケーションエラーを防ぐー

2014/6/20

北九州市立大学文学部 松尾太加志

1. 医療事事故事例から

横浜市立大学病院で発生した患者取り違え事故（1999年）では、同時に二人を移送してしまい、患者確認が十分になされず、患者を取り違えてしまった。手術には多くのスタッフ関わっており、気づく手がかりが多くあったにも関わらず、誰も間違いだと明確に指摘できなかった。チームとしてのコミュニケーションの問題が大きいと考えられる（図1）。

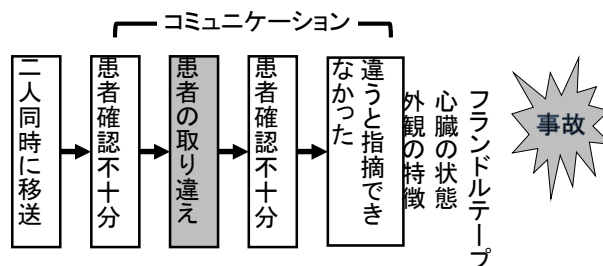


図1 横浜市立大学病院での事故におけるコミュニケーションの問題

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柔軟なコミュニケーションを実現している（図2）。言い換えると、人間は思い込みで自分の都合のいいように限られた情報だけで直感的に解釈をしてしまう。しかし、ヒューリスティックな判断やトップダウン的判断は高度な知的判断でもあり、この特性を変えることはできない。そのため、人間のコミュニケーションのエラーの発生をなくすことは困難である。

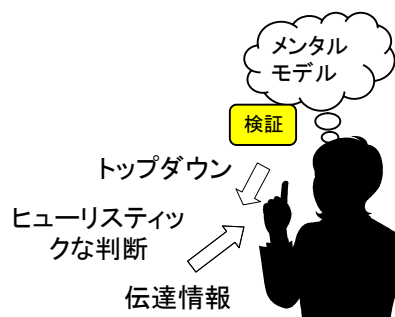


図2 人間のコミュニケーションの特性

3. コミュニケーションエラーを防ぐ

コミュニケーションエラー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、エラーが生じないようにしくみを作ることが大切である。

表1 コミュニケーションエラーを防ぐ対策

エラー対策	具体的方策	効果
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エラーを排除できる。
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を作る。	エラーのチェックが可能。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。
Teach-Back	伝達した内容を言い返してもらう。	伝達内容が正しく伝わっているか確認できる。

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、付加的な情報を加えることによって冗長性を持たせた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、Teach-backによって受け手に確認を求めることも大切である(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;表2)を意識するように努めることが必要である。

表2 SBARの枠組み

Situation	状況	患者の状態など
Background	背景	臨床的経過など
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

医療は、複数の医療スタッフが携わるが、誰かがエラーに気づきそれが指摘できなければ、チームエラーとして残ってしまい、事故に繋がってしまう(図3)。エラーそのものをなくすることができなくても、事故に至らないようにエラーを回復させればよい。そのためには確認や指摘をすることが重要である。

確認・指摘ができるようにするためには、まず、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。また、情報を共有することがエラーの発見や指摘につながる。そして、もっとも重要な

ことは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。

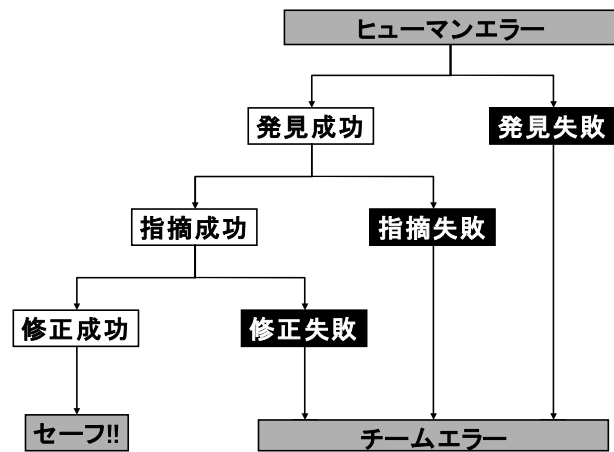


図3 エラーの回復過程とチームエラーの発生(佐相, 2002)

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	SBARなどのツールを使った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。
安全意識	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。エラーの指摘をされることをありがたく思う意識を醸成する。

参考文献(順不同)

- 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エラーを防ぐ 看護管理, Vol.13, No.10, 798-803.
- 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 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.

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

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

横浜市立大学医学部附属病院の医療事故に関する事故調査委員会 1999 横浜市立大学医学部附属病院の医療事故に関する事故調査委員会報告書 (<http://www.yokohama-cu.ac.jp/kaikaku/bk2/bk21.html>)

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.

事例資料

事例1 口頭指示による薬剤量間違い

新生児に対し、医師Aは、ラシックスを1mg 静脈注射することを意図して「ラシックスを1ミリ投与してください」と、口頭で医師Bに指示をした。医師Bは、ラシックス1mL (10mg) を患者に投与した。

(医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.27 2009年2月)

事例2 処方表記の解釈の違い

体重約1.2kgの患児に抗生剤を投与する際、上級医と医師は、院内マニュアルの「セフメタ：75-100mg/kg /日、3×」を一緒に見て投与量を計算した。上級医は、一緒に計算した1日量を確認するつもりで医師に「セフメタゾン120ですね」と言い、指示を入力するように依頼した。医師は、「セフメタゾン1回120mg 1日3回」と解釈して処方し、患者に投与した。

(医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.41 2010年4月)

事例3 誤った処方の不十分な確認

医師は患者にプレドニゾロンとして1日27mgを処方する際、プレドニゾロン散1% 1日27g (有効成分として270mg) 1日2回 7日間と誤って処方した。調剤薬局の薬剤師は疑義照会の際、「プレドニゾロンの量の確認をお願いします」と聞いた。病院のスタッフは、FAXの処方せんが読みづらいという意味だと思い、電子カルテの処方内容を読み上げた。薬剤師は疑問が解決しなかったが、そのままの量で調剤し、患者に交付した。患者から薬剤の量が多いと問い合わせがあり、医師は過量投与に気付いた。

(医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.84 2013年11月)

SBARを意識した疑義照会の例

S：プレドニゾロン散1%の1日量が27gと記載されていますが、プレドニゾロンとして270mgとなります。

B：添付文書上の用法・用量は、プレドニゾロンとして1日5～60mgですので、

A：量が多いと思います。

R：ご確認をお願いします。

事例4 患者の間違い

外来での診察の際、医師が患者Aを診察室に呼び入れ、フルネームで確認したところ、患者Bが「はい」と答えた。診察終了後、看護師は、次の診察患者Bを呼び入れたところ、患者Aとして診察した患者が再び入ってきたため、患者を取り違えたことに気付いた。

(医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.25 2008年12月)

事例5 誤薬の指摘

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)