

医療安全のためのコミュニケーション

2015/11/6

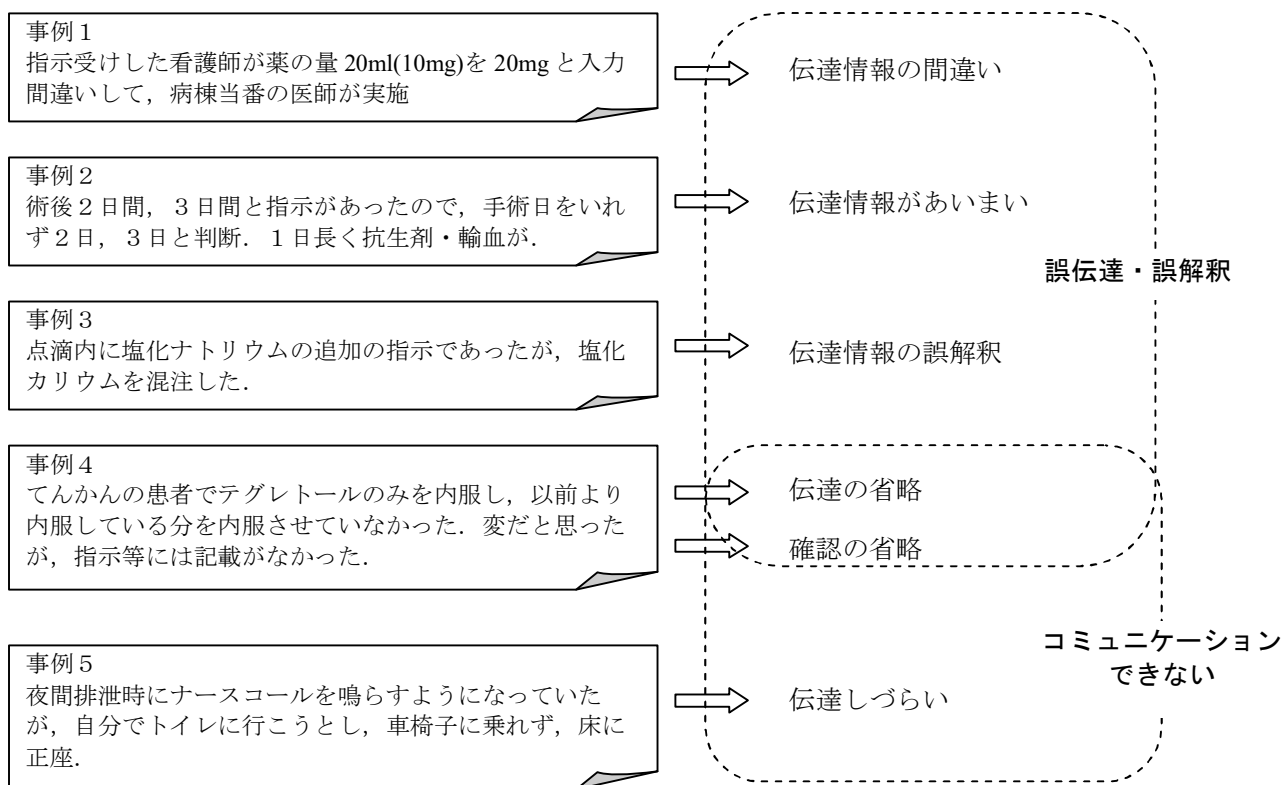
北九州市立大学文学部 松尾太加志

はじめに

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り、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。

1. 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。



2. 誤伝達・誤解釈によるコミュニケーションエラーの原因とその防止

2.1 人間のコミュニケーションの特性

伝達情報だけでは、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、情報などに頼り、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）に照らして、送り手の伝達意図を理解しようとする。そのため、同じ伝達情報であっても、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。また、伝えられた情報の一部が間違っている場合、作られたメンタルモデルにおいてその情報が重要でなければ、その間違いに気づかないこともある。



図1 人間のコミュニケーションの特性

メンタルモデルを構築する際に、人間は与えられた情報をすべて処理するのではなく、一部の情報だけを利用し、論理的ではなく、経験的な勘を基にした判断を行う（ヒューリスティックな判断）。情報の処理も、先に結論を決め、その結論に合うような処理（トップダウン処理）をすすめることによって効率的な情報処理を行い（図1）、不良設定問題を解決している。このような特性があるため、人間のコミュニケーションは柔軟であり、適切なメンタルモデルを構築できれば、間違いを修正でき、あいまいな情報伝達であってもコミュニケーションを可能にしている。そしてそれらが事故防止に役立っている（事例6、7）。

その柔軟さは一方でエラーを誘発してしまう。エラーが生じたときに、ヒューリスティックな判断は「あいまいであった」と言われ、トップダウン的判断は「思い込みであった」と言われてしまう。

<p>事例6 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「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。</p> <p>澤田（2003）より引用</p>	<p>事例7 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。</p> <p>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。</p> <p>澤田（2003）より引用</p>	<p>事例8 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。</p> <p>医療事故情報収集等事業 医療安全情報 No.27 2009年2月</p>
---	--	--

2.2 確実な情報伝達のための対策

誤伝達や誤解釈の発生は、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、誤伝達や誤解釈がなされないようなしくみを作ることが大切である。

表1 確実に情報伝達を行うための対策（松尾，2011）

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。	モノの識別の負荷を低減する。
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。口頭ではS-BARなどを活用。	情報不足や不統一な形式による誤伝達や情報の省略を排除できる。
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)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の機会を減らす	人間同士のコミュニケーションの機会を減らす。業務改善によって減らす。機械化・電子化を実現する。	コミュニケーションの不具合の発生の可能性そのものを減らすことができる。

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を意識したコミュニケーション

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）

3. 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ため、エラーのチェックもでき、事故防止につながるはずである。誰かが起こしたエラーを他のスタッフが見つかり、指摘・修正を行い、エラーを回復させればよい(図2)。しかし、指摘がなされないと、チーム全体のエラーとして残ってしまい事故につながる。したがって、確認や指摘はエラーを修正する重要な役割がある。

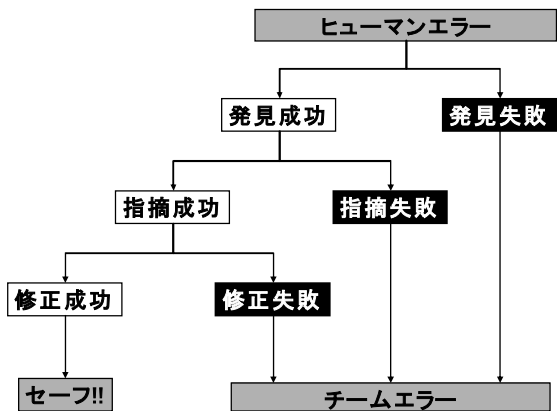


図2 エラーの回復過程とチームエラーの発生 (佐相, 2002)

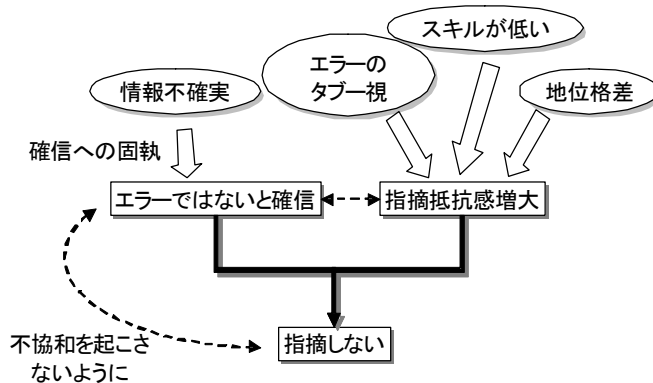


図3 確認や指摘を躊躇させてしまう諸要因 (松尾, 2011)

ところが、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3)。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ます。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思是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証をより高めてしまう。

確認・指摘ができるように SBAR(表2)や DESC法(表3)などのツールを上手に使い、スキルの向上が求められる。

一方、人からの指摘に対しては抵抗感をもつことがあるため、人以外からの指摘の仕組みを作ることも効果的である。

改善の対策として実行可能性が高いのは、情報を共有することや意識を高めることである。情報を共有すれば誤りであるかの確証が高まるので指摘しやすい。安全への意識を高め、Two-Challenge RuleやCUS(表4)などの考え方を浸透させたり、Check

表3 DESCの4つの要素(山内, 2011)

D(describe)	状況や相手の行動を客観的に表す。
E(express)	自分の主観的な気持ちを説明する。
S(specify)	具体的で現実的な提案をする。
C(choose)	(相手からの肯定的、否定的返答に対して) どう行動するか選択する。

表4 CUS

I am Concerned.	私は気がかりです
I am Uncomfortable.	私は不安です。
This is a Safety issue.	これは安全の問題です

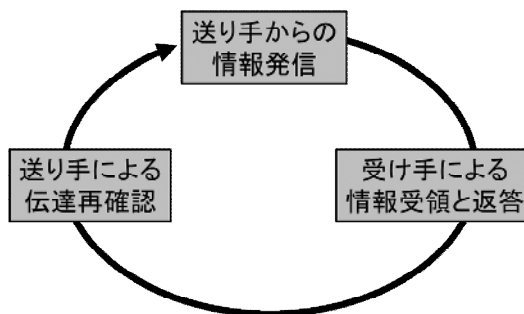


図4 閉ループのコミュニケーション (東京慈恵会医科大学附属病院医療安全管理部・落合和徳・海渡健佐相, 2012)

back(図4)やTeach back を実行することが求められる。

意識を全員が共有するためには、全体研修を実施したり情報を共有できるような仕組みを作り、個人の問題としてではなく、組織として安全文化を醸成することに努める必要がある(表5)。

表5 確認・指摘を機能させるための対策。松尾(2011)を改変

対策	効果
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。
スキル向上	相手の立場も考えたコミュニケーションスキルの訓練、緊急時のコミュニケーションの訓練等を行う。
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。

事例9

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

参考文献・図書(50音順)

- 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.
- 河野龍太郎 2014 医療におけるヒューマンエラー第2版—なぜ間違える どう防ぐ— 医学書院
- 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
- 相馬孝博 2014 患者安全のためのノンテクニカルスキル超入門 メディカ出版
- 東京慈恵会医科大学附属病院医療安全管理部・落合和徳・海渡健(編) 2012 チームステップス[日本版] 医療安全-チームで取り組むヒューマンエラー対策 メジカルビュー社
- 東京慈恵会医科大学附属病院看護部・医療安全管理部(編著) 2014 ヒューマンエラー防止のための SBAR/TeamSTEPPS® 日本看護協会出版会
- 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 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