

# 医療安全とコミュニケーション

2016/9/20

北九州市立大学文学部 松尾太加志

## 1. 医療事故事例から

横浜市立大学病院で発生した患者取り違い事故（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（図1）。

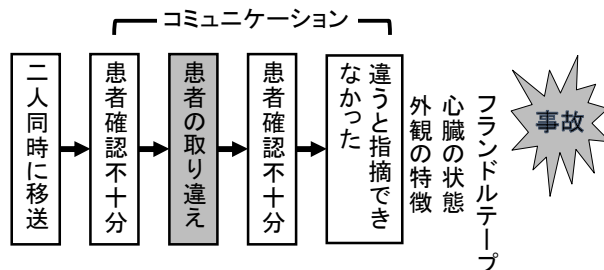


図1 横浜市立大学病院での事故におけるコミュニケーションの問題

## 2. 人間のコミュニケーションの特性

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、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。

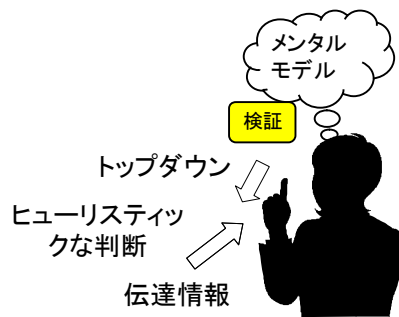


図2 人間のコミュニケーションの特性

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）をすることによって効率的な情報処理を行い（図2）、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。

## 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

表1 コミュニケーションエラーを防ぐ対策。松尾(2011)を改変。

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する。	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）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。

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なしくみを作ることが大切である(表1)。

まず、伝達の様式を定め、情報伝達のやり方に制約をもたせることが必要である。緊急時や口頭による伝達の場合、様式が定めにくい、SBAR(表2)

などのように話すべき枠組みを意識するとよい。また、付加的な情報を加えることによって冗長性を持たせ、あいまい性を排除すれば、エラーのチェックが可能である。さらに、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。

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)

#### 4. 確認・指摘のコミュニケーション

エラーが生じても、誰かがエラーに気づきそれが指摘できれば、事故に至らない。そのためには確認や指摘ができるような対策をとることが重要である(表3)。

表3 確認・指摘をできるようにするための対策。松尾(2011)を改変。

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。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。

表4 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5 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

まず、コミュニケーションスキルの向上が求められ、SBAR(表2)やDESC法(表4)などのツールを上手に使うことが考えられる。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のかどうかの確証が高まるため指摘がしやすくなる。さらに、安全への意識を高め、Two-Challenge RuleやCUS(表5)などの考え方を浸透させたり、Check back(図3)やTeach back

を実行することが求められる。安全への意識は、エラーは必ず生じるもので、その指摘を受容することによって、改善を行い、事故を低減させるものだという安全文化の醸成に努めることが大切である。

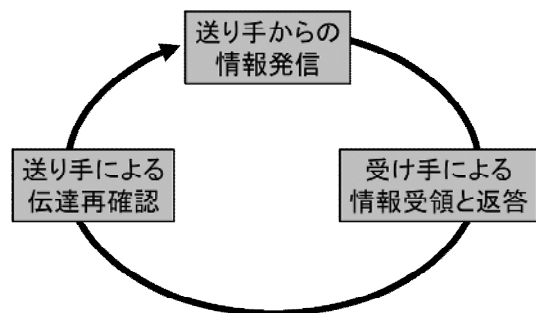


図3 閉ループのコミュニケーション(東京慈恵会医科大学附属病院医療安全管理部・落合和徳・海渡健, 2012)

## 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 患者の取り違え

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3 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、間違って「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)

### 事例4 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。

参考文献 (順不同)

- コーン, L., コリガン, J., ドナルドソン, M. (編) 米国医療の質委員会/医学研究所(著) (2000). 人は誰でも間違える～より安全な医療システムを目指して～ 日本評論社
- ドゴース, L. (2015). なぜエラーが医療事故を減らすのか NTT 出版
- 河野龍太郎 (2014). 医療におけるヒューマンエラー第2版ーなぜ間違える どう防ぐー 医学書院
- 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.
- 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B P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
- 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). 医療事故ーなぜ起るのか, どうすれば防げるのかー 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.