

医療安全管理とコミュニケーション

2008/6/20

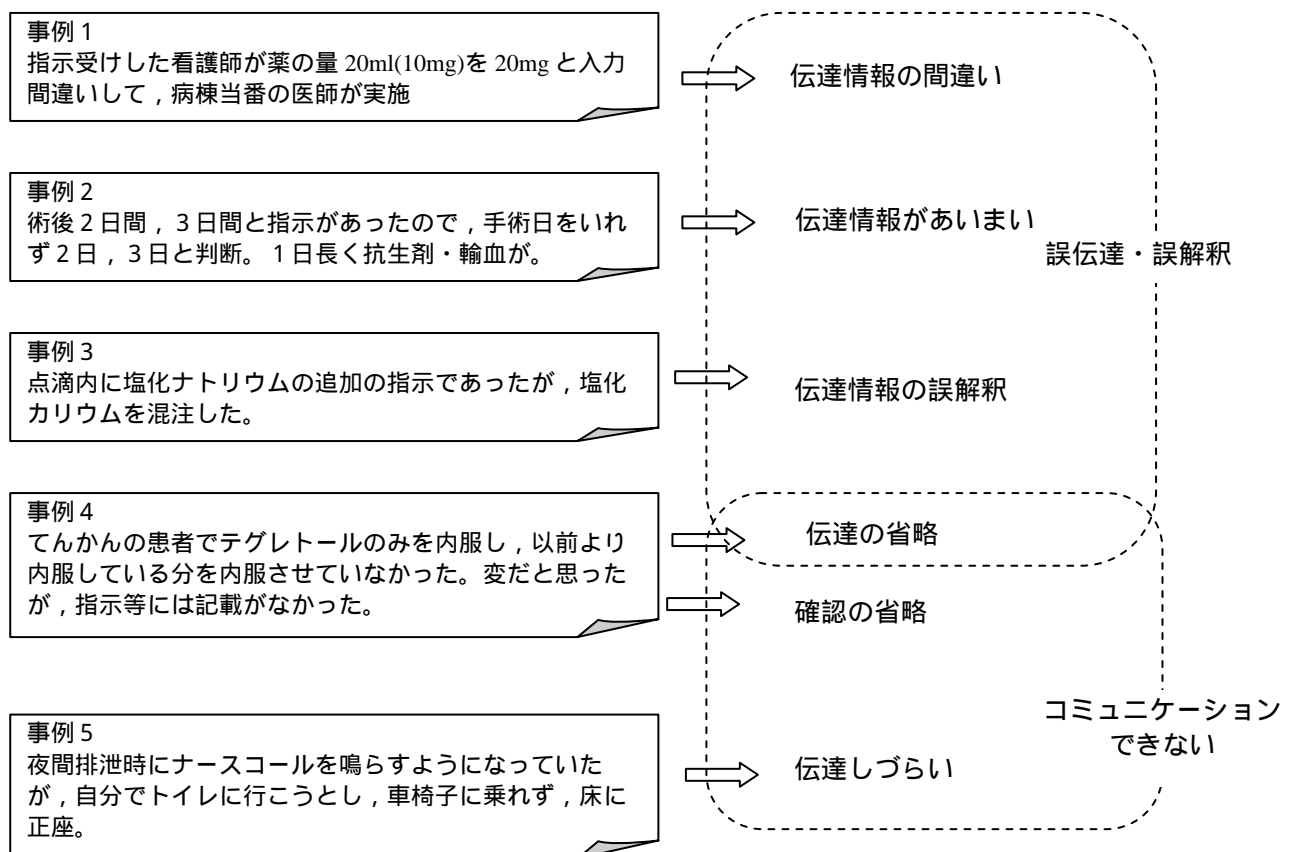
北九州市立大学文学部 松尾太加志

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、医療スタッフ間、患者との間でのコミュニケーション（情報伝達）を十分に行う必要がある。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。

2. 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という場合がある。



3. 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

3.1 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，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っている（図1）。それが誤伝達やあいまいな伝達を生じさせてしまっているが，進化の歴史を考えると，論理的に正確な判断をするよりも，このような効率的な情報処理を行うことによって人間は適応してきた（図2）。

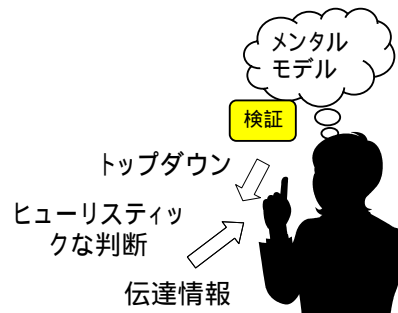


図1 人間のコミュニケーションの特性

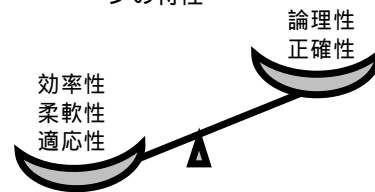


図2 人間の情報処理の優先

3.2 医療現場の特殊性

医療の持つ特殊性が，認知プロセスにエラーを誘発させやすくしている（図3）。患者という人間を対象にしているため，その対象は見えにくく，個人によっても異なる。そして，常に変化する存在であるため，情報が多様であると同時に得ることができる情報が限られている（情報不足）。情報の多様性は薬品や医療器具の面でも見られる。また，医療は専門性が高いため，あらゆる知識を得ることは現実的に難しい（知識不足）。さらに，慢性的なスタッフ不足の中で労働環境が悪いため，通常の頭の働きも保証されない（認知機能の低下）。このように，医療現場の情報の多様性・不確実性がコミュニケーションエラーを生じやすくしている。

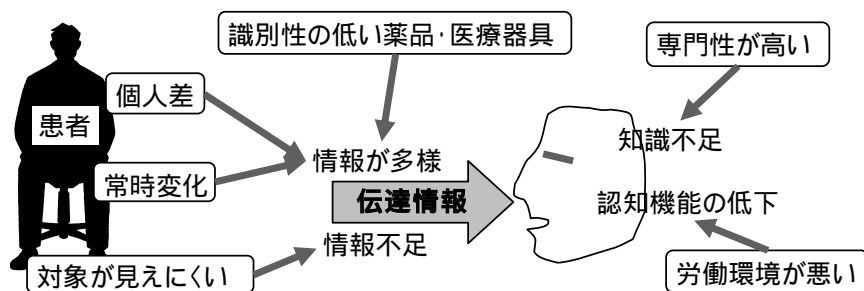


図3 エラーを誘発してしまう医療の特殊性。
大山・丸山(2004)を一部改変

類似した名称により誤薬が発生することが多いが，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事故を回避している。ヒューリスティック判断やトップダウン判断はエラーを誘発する要因であるが，一方で事故防止に役立っている（事例6，7）。

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、間違っ「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。

澤田(2003)より引用

事例7

医師が「フェロミア」を処方すべきところを、間違っ「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

3.3 誤伝達や誤解釈によるコミュニケーションエラーを防ぐ

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ものであるため、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なしくみを作ることが大切である。人間に対する情報の負荷を低減させ、伝達様式を定め、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することである。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する。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)。

表1 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する。意図的なコミュニケーションによらない情報の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エラー発生の可能性そのものを減らすことができる。

4. コミュニケーションができない場合の原因とその防止

一般にコミュニケーションができていないという場合、伝えるべきことを伝えなかった場合と確認・指摘ができなかった場合がある。できないのは、コミュニケーションに対する動機づけが低いからである。人間が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)

コミュニケーションができないのは、送り手側の動因が低かったり、受け手側の誘因が低くなったりしたときである。

4.1 伝える側の問題（動因）

伝える側がコミュニケーションをしようという動機づけが高くなければコミュニケーションはなされない。その動因には、表2のようなものが考えられる。

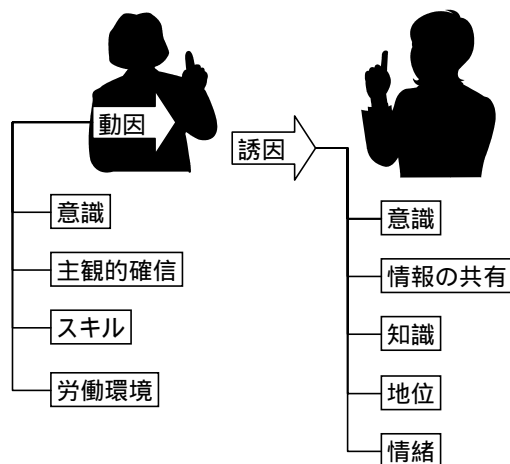


図4 コミュニケーションの動機づけ

表2 伝える側の問題（動因）とその改善

動因	動因の低下	改善
意識	伝える必要がないと思ったり、確認・指摘は、相手を疑うようなことになってしまうのではないほうがよいだろうと思ってしまう。	リスク認知を高め、情報伝達や確認・指摘の重要性を認識させ、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。
主観的確信	相手はわかっているだろうと思い、伝達しない。相手は間違っていないと思い、確認・指摘をしない。	「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。
スキル	どのように伝えてよいかわからない。手間がかかることを面倒くさいと感じ、コミュニケーションをしない。	コミュニケーションスキルを高める。伝達のための手間を省力化する工夫を行う。電子化・機械化を推進する。
労働環境	身体的疲労や時間の余裕がないなどの理由による。	勤務体制の改善など、組織として取り組む。

4.2 受け手側の問題（誘因）

コミュニケーションは、受け手がコミュニケーションを受け止めてくれる状況でないと、伝える側はコミュニケーションしにくくなる。そのため、コミュニケーションにおいては、受け手の要因が誘因として働くこととなり、受け手の誘因が高くないとコミュニケーションできなくなる（表3）。

表3 受け手側の問題（誘因）とその改善

誘因	誘因の低下	改善
意識	確認やエラーを指摘することに対する考え方のずれがあると、コミュニケーションしづらくなる。	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。
情報の共有	情報を知らない相手には、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。
知識	職種などの違いによる知識の差が確認・指摘を躊躇させてしまう。	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。
地位	年齢や職位の違いによる権威勾配が生じ、確認・指摘を躊躇させてしまう。	行なう必要はない。
情緒	受け手に対して、感情的に好きではないといった感覚があると、コミュニケーションを躊躇してしまう。	無理に取り組む必要はない。

4.3 医療現場の特殊性

医療の特殊性は、コミュニケーションを躊躇させる環境になってしまっている。情報不足、情報の多様性は、疑問に思っても間違っていないという確証を生んでしまう。相手と地位の違いや知識の違いがあれば、その確証は、さらに促進される。また、エラーに対するタブー視があると、エラーの指摘が相手を傷つけるという不安が生じる。あるいは、うまく指摘できないのではないかということも確認や指摘ができない要因となる。そして、医療現場は非常に忙しいため、その余裕がないのも現状である(図5)。

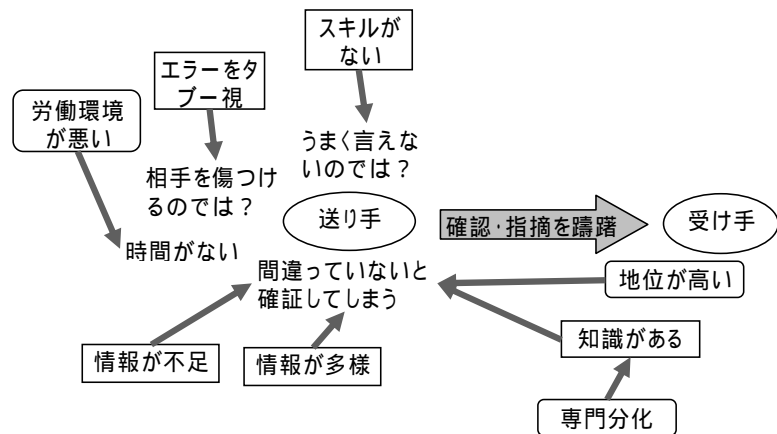


図5 確認や指摘を躊躇させてしまう諸要因

さらに、複数のスタッフがかかわる医療では、誰かが気づいてくれるはずだ(社会的手抜き)と考えたり、チェック済みだから間違っていないと判断(同調)してしまったりする。また、エラーに気づいても、何か理由があったはずだと解釈(こじつけ解釈)してしまう。

4.4 コミュニケーションできるようにするには

動因や誘因を高めることが必要であるが、すべての動因や誘因において可能であるわけではない。できないところは他の要因で補えばよい。さらに、動因が低ければ誘因を高める。あるいは誘因が低ければ動因を高めればよい。できるところから行えばよい(表2, 3)。実行可能性のあるのは、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。

5. コミュニケーションの基盤作りを

コミュニケーションを行うには、その基盤ができていなければならない。言語を共有し、知識を共有し、情報を共有し、意識を共有しなければならない。これら共有の基盤は、医療スタッフ間だけではなく、患者も含めた共有の基盤が必要である。コミュニケーションの中心は患者であるべきである。

そして、その基盤作りには人だけではなく、

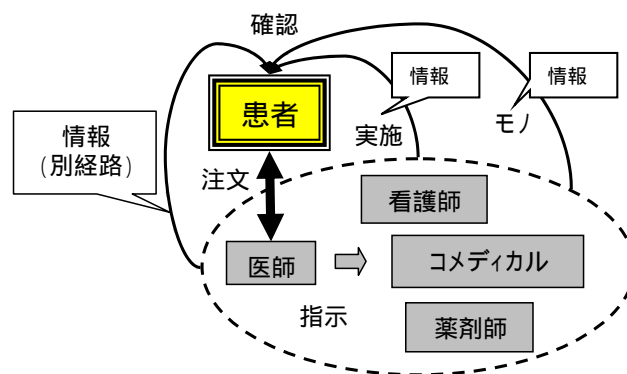


図6 患者中心のコミュニケーションの基盤

文書などを含めたモノも重要な役割を果たす。さらに、機械化・電子化も必要となってくる。コミュニケーションエラーを起こしても、別のシステムで情報の伝達がなされていれば、事故を防ぐことができる。患者に投薬したり処置をしたりする最後の段階でエラーに気づくようにしくみを作ることが大切である。コミュニケーションのプロセスが複数存在していて、そこで相互チェックできるシステムが必要である(図6)。

参考文献・図書(50音順)

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

海保博之・松尾太加志 2003 キャリアアップのための発想支援の心理学 培風館

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

西林克彦 2005 わかったつもり 光文社

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 2007 ヒューマンエラーと安全文化 原子力 eye, Vol.53, No.6, 14-17.

三浦利章・原田悦子(編著) 2007 事故と安全の心理学 - リスクとヒューマンエラー 東京大学出版会

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