

平成23年度第1回横浜市立病院等安全管理者会議

# コミュニケーションから見た医療安全： 事故はなぜ起こるのか

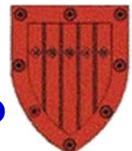
東京大学大学院医学系研究科  
医療コミュニケーション学分野

石川ひろの

(hirono-tky@umin.ac.jp)



東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻医療コミュニケーション学分野  
Dep. of Health Communication, School of Public Health, the Univ. of Tokyo



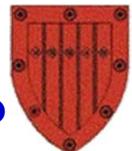
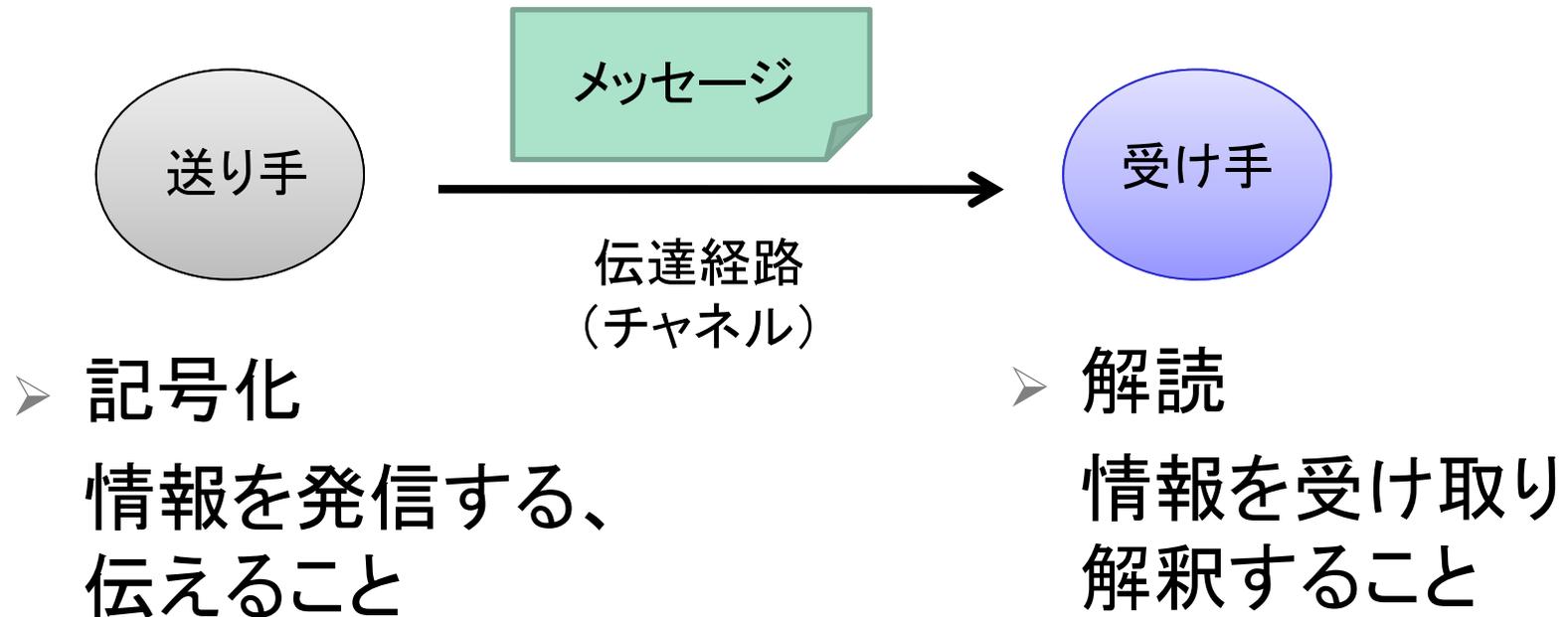
# 本日のポイント

- 医療者間、患者-医療者間のコミュニケーションエラーは、医療事故につながりうる。
  1. コミュニケーションエラーを引き起こすメカニズムを知る。
  2. コミュニケーションエラーを発生させにくい環境・関係を作る。
  3. エラーを回復させるコミュニケーションを増やす。
  4. コミュニケーションメディアの特徴を知り、選んで使う。



# コミュニケーション

- 情報やメッセージの伝達（記号化）およびその  
 解読の過程。

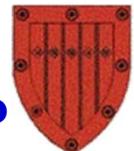
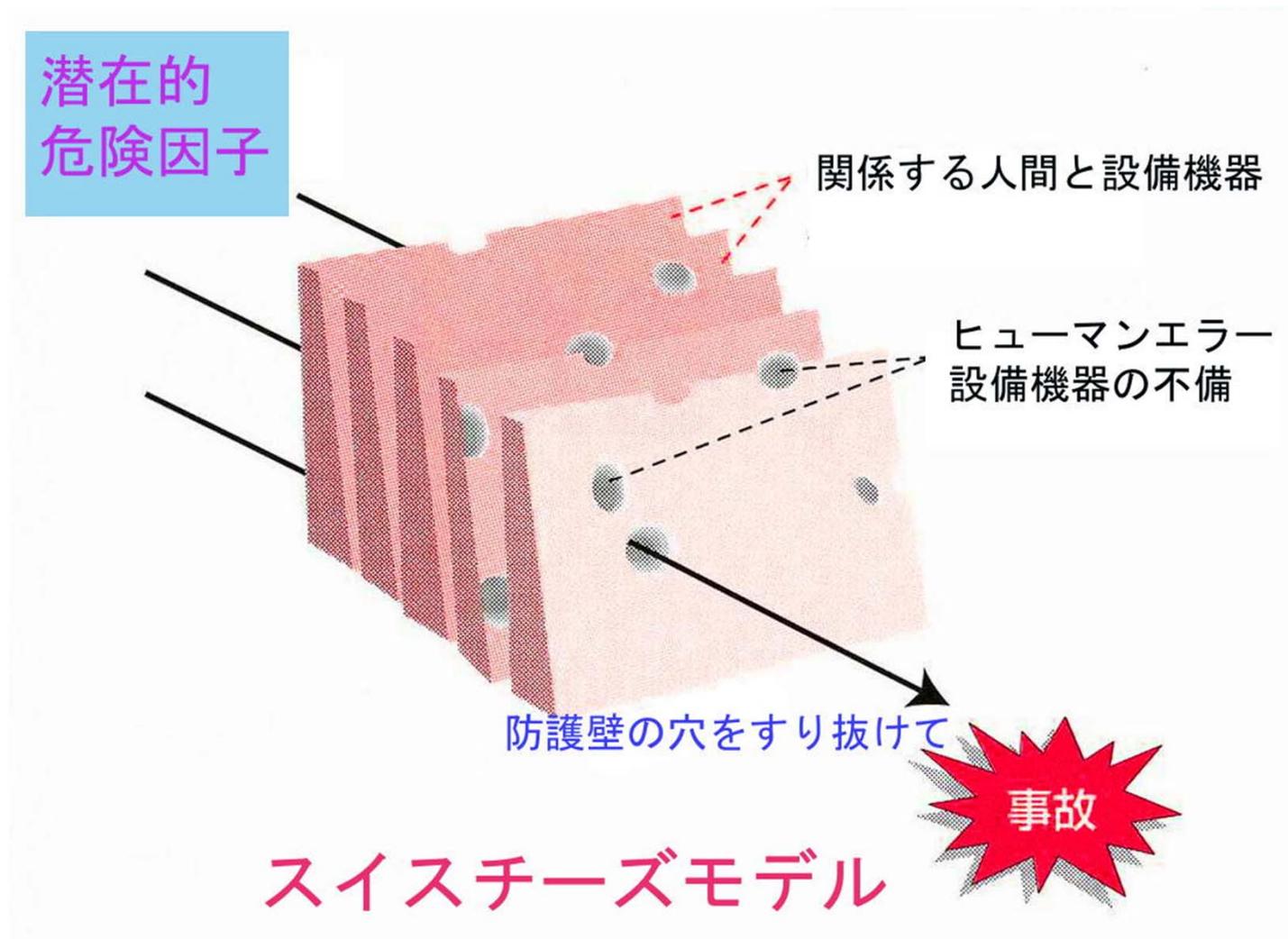


# 本日のポイント

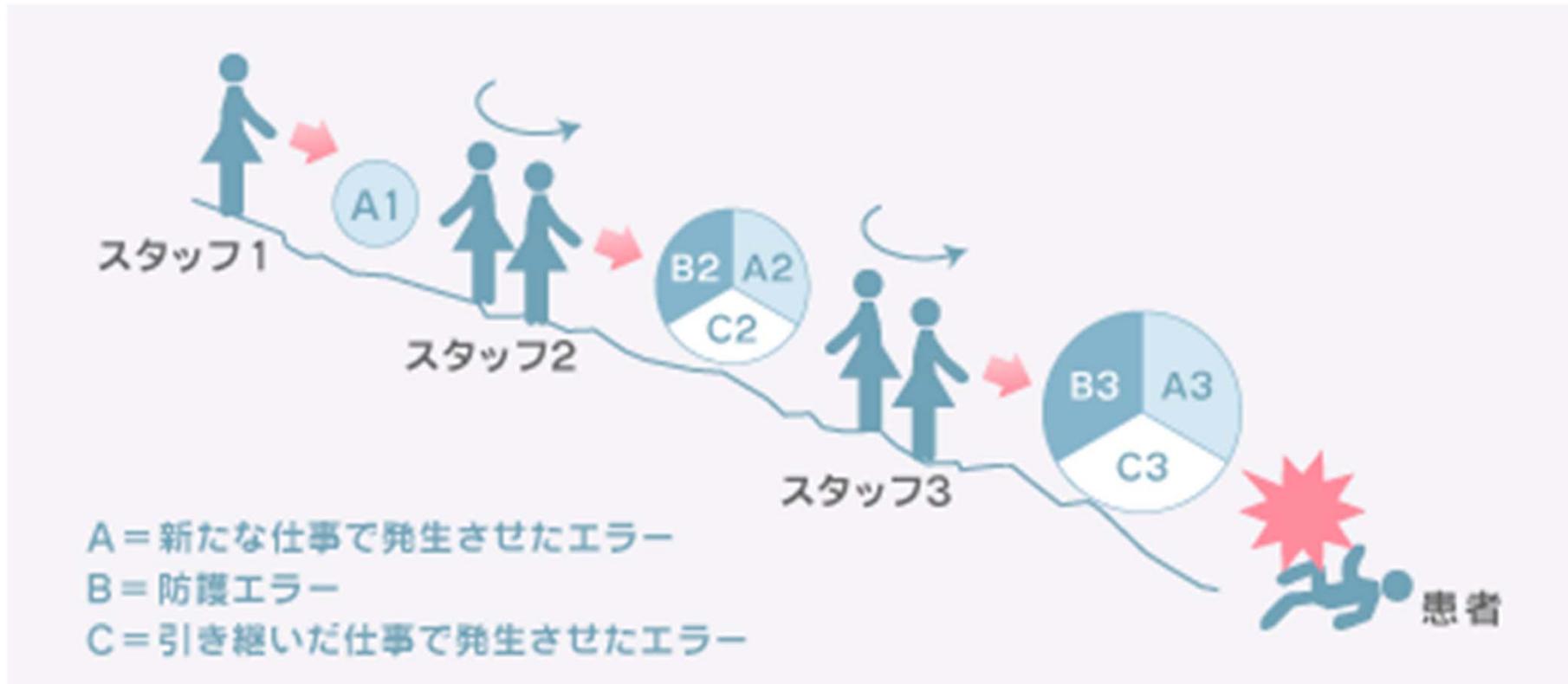
- 医療者間、患者-医療者間のコミュニケーションエラーは、医療事故につながりうる。
  1. コミュニケーションエラーを引き起こすメカニズムを知る。
  2. コミュニケーションエラーを発生させにくい環境・関係を作る。
  3. エラーを回復させるコミュニケーションを増やす。
  4. コミュニケーションメディアの特徴を知り、選んで使う。



# 組織事故はどのように起こるか？



# 医療現場の特徴 スノーボール・モデル



(山内桂子、山内隆久:医療事故—なぜ起こるのか、どうすれば防げるのか、朝日文庫、2005)



東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻医療コミュニケーション学分野  
Dep. of Health Communication, School of Public Health, the Univ. of Tokyo



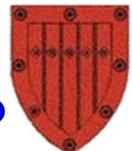
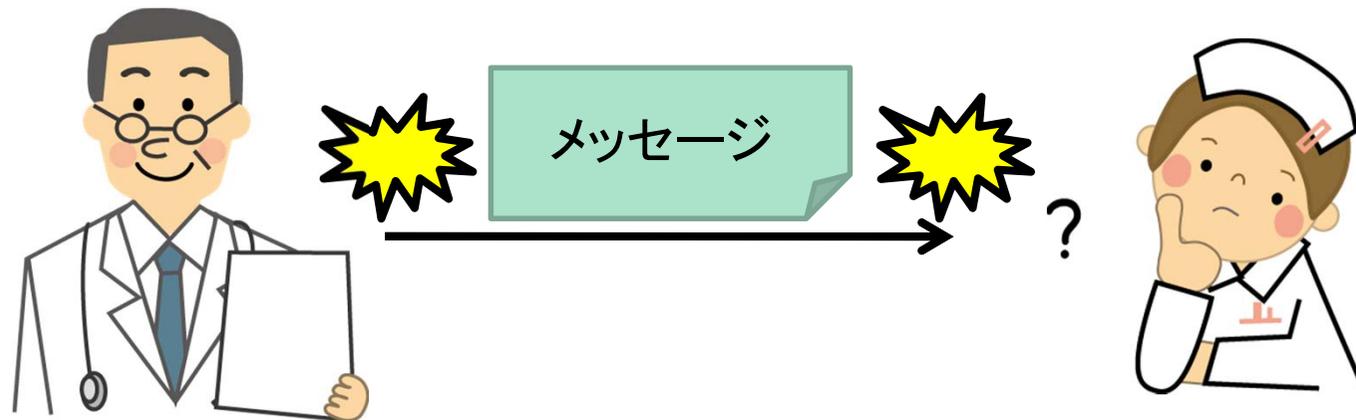
# グループワーク①

- 院内で経験または見聞きしたことのある、コミュニケーションに関連したエラー、トラブルの例をあげてください。
  - 誰と誰のコミュニケーションでしたか。
  - どのようなエラー、トラブルでしたか。
  - どのような影響がありましたか。



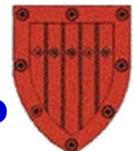
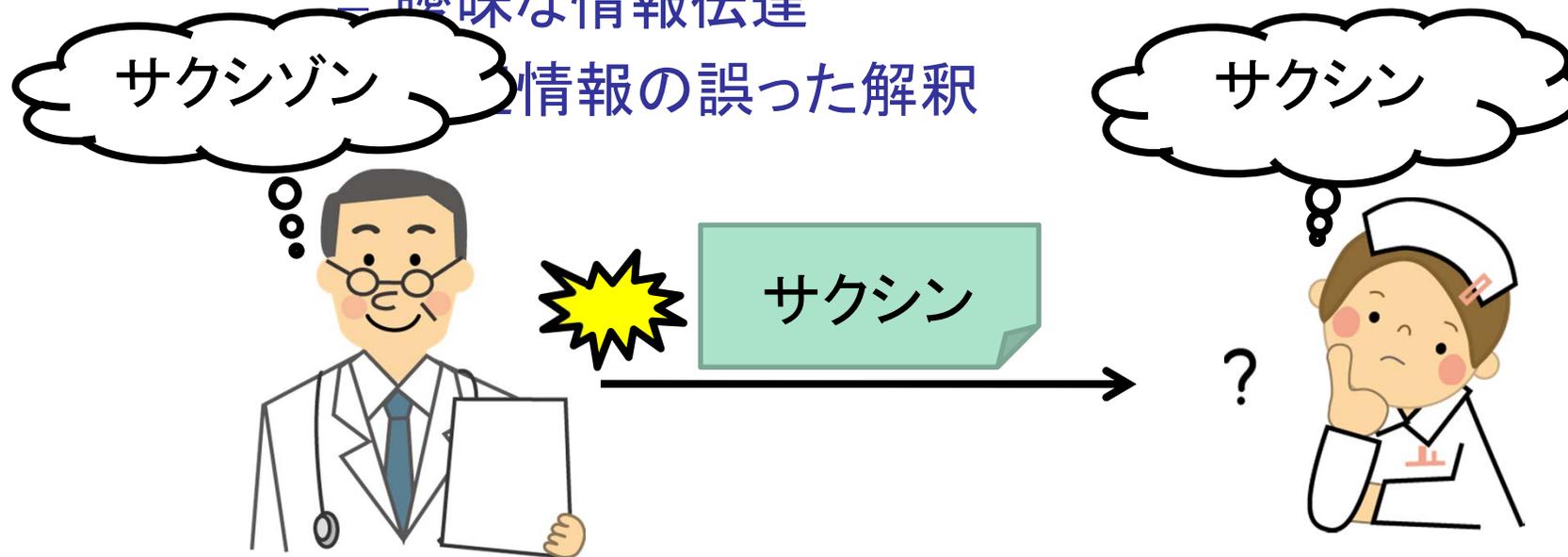
# コミュニケーションエラー

- **誤伝達**: 情報が正しく伝達されない
  - 誤った情報伝達
  - 曖昧な情報伝達
  - 伝達情報の誤った解釈



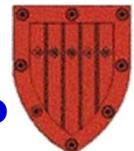
# コミュニケーションエラー

- 誤伝達: 情報が正しく伝達されない
  - 誤った情報伝達
  - 曖昧な情報伝達



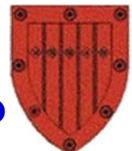
# 日本医療機能評価機構：医療安全情報

投与すべき薬剤	取り違えた薬剤
アルマール錠	アマリール錠
アレロック錠	アレリックス錠
セフメタゾン静注用	注用セフマゾン
タキソール注射液	タキソテール注
タキソテール注	タキソール注射液
ファンガード点滴用	ファンギゾン
ラクテックD注	ラクテック注



# コミュニケーションエラー

- **誤伝達**: 情報が正しく伝達されない
  - 誤った情報伝達
  - **曖昧な情報伝達**



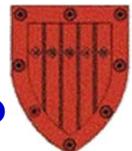
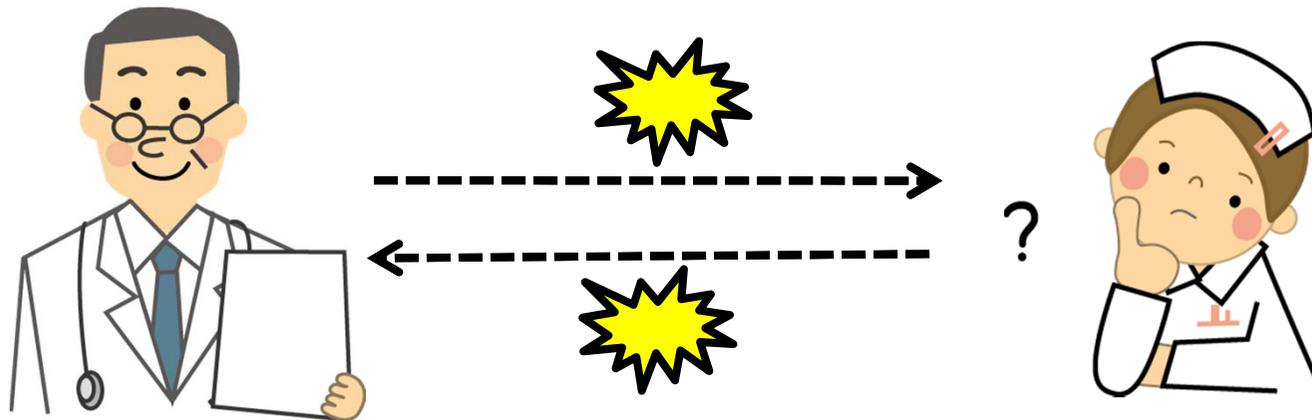
# コミュニケーションエラー

- **誤伝達**: 情報が正しく伝達されない
  - 誤った情報伝達
  - 曖昧な情報伝達
  - **伝達情報の誤った解釈**



# コミュニケーションエラー

- **省略**: 情報伝達そのものがされない
  - 情報伝達の省略
  - 確認の省略
  - 伝達しづらさ



# コミュニケーションによる医療安全

- コミュニケーションエラーの発生を防ぐ
  - 情報伝達
  - 確認と指摘
- エラーが事故に発展しないようコミュニケーションによって防ぐ
  - 確認と指摘



# コミュニケーションエラーは なぜ起こるのか？

- 人間の情報処理方法
- 文脈効果
- 高コンテキスト vs. 低コンテキスト  
コミュニケーション
- 選択的知覚
- チームエラー



# 人間の情報処理

- ・ ボトムアップ処理（アルゴリズム）

刺激の物理的な特性を分析し、低次のレベルから高次のレベルへと進んでいく処理。

⇒思い込みや思い過ごしを防ぐことができるが、労力大。

- ・ トップダウン処理（ヒューリスティックス）

知識や期待など仮説に基づき、刺激のパターンを認知する処理。

⇒効率が良い。

- 文脈効果

知覚や認知が、刺激そのものの以外の周りの要因、見る人の知識や期待、過去の経験などによって影響される。



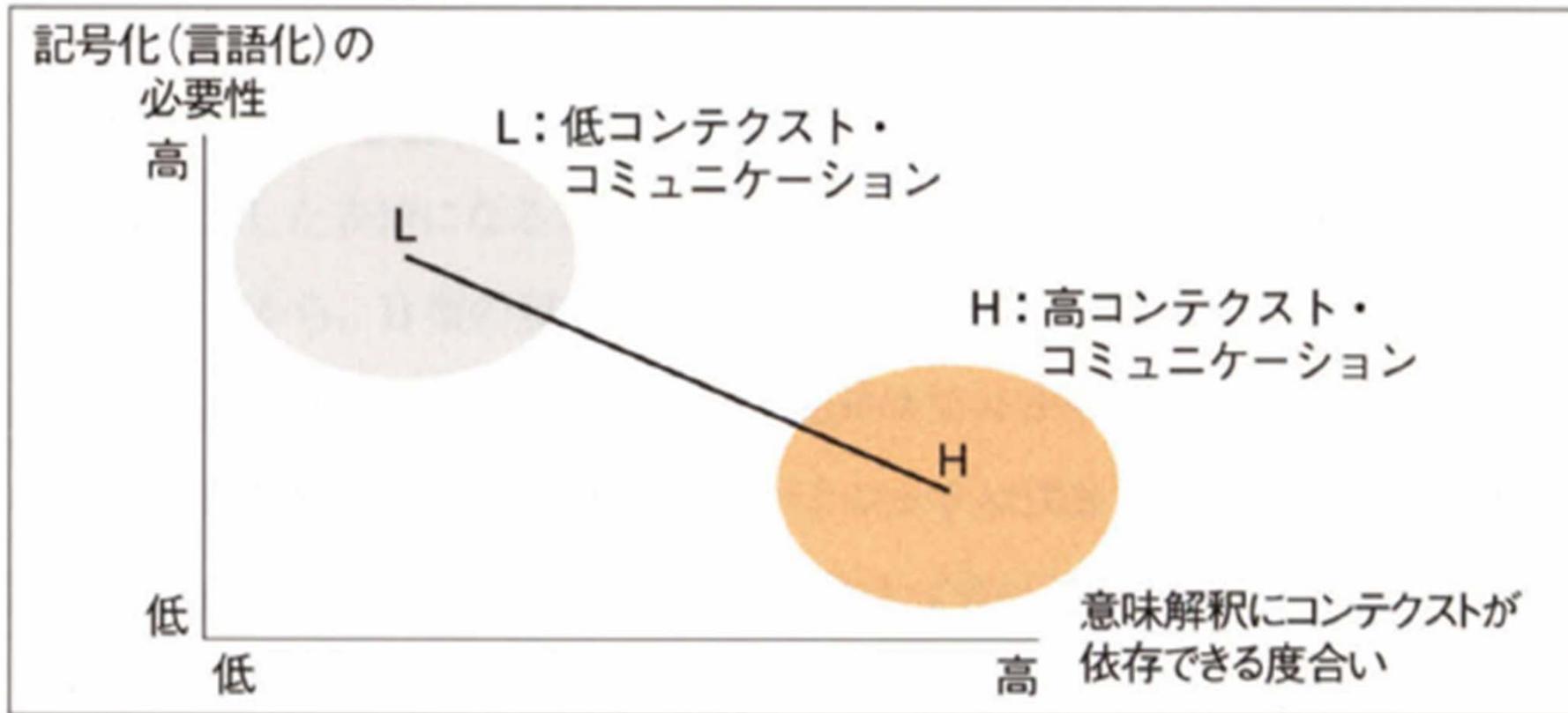
# 文脈効果

A B C

12 13 14



# 高コンテクスト vs. 低コンテクスト コミュニケーション



(杉本なおみ:医療者のためのコミュニケーション入門、精神看護出版、2005)

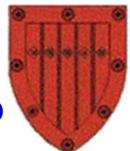


東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻医療コミュニケーション学分野  
Dep. of Health Communication, School of Public Health, the Univ. of Tokyo



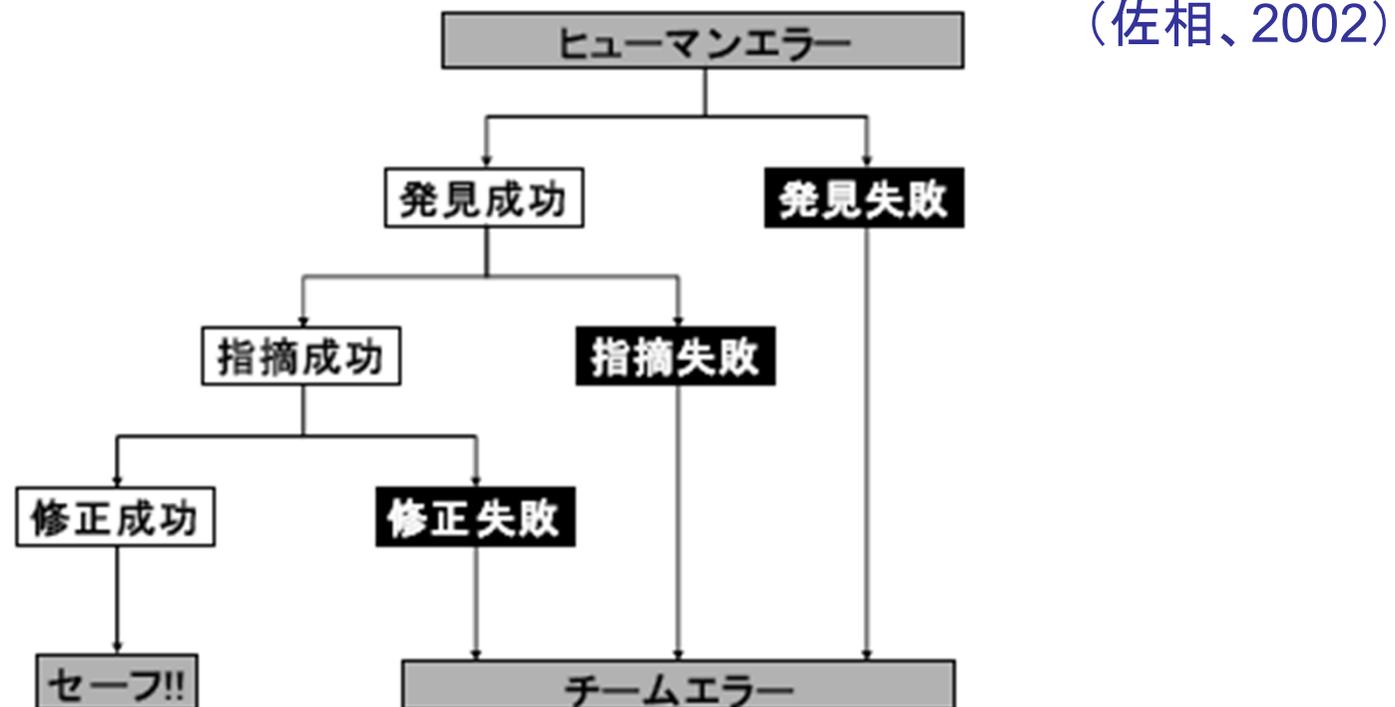
# 選択的知覚

- 人間は、自分が関心のある情報だけに注意を向けたり、自分の経験や感覚に合うように解釈して取り込んだりする傾向がある。



# チームエラー

- 人間が集団で働く時に起きるヒューマンエラー。  
(Sasou, 1999)
- エラー回復過程: 発見⇒指摘⇒修正



# 相手に確認・指摘しますか？

- 名前の漢字を書き間違えられた。
- 貸していたお金を返してもらったが、100円少ないような気がする。
- 「8時から打ち合わせをします。」とメールが来た。



# エラー回復を妨げる要因 (Sasou, 1999)

- 過度の権威勾配
- 過度の職業的礼儀
- コミュニケーション不足
- 資源・課題のマネジメント不足
- 過度の信念



# 集団思考

- 凝集性の高い集団で、集団内の意見の一致を重視するあまり、とりうる可能性のあるすべての行動を客観的に評価しようとしなくなる思考様式。
- どのような場合に起こるか？
  - 集団の凝集性が高い。
  - 集団が外部から隔離されている。
  - 外的な脅威が存在する。

⇒1986年 チャレンジャー号の爆発事故



# 同調

- ・ 社会的影響（人々の信念、態度、行動が他の人の存在のあり方やコミュニケーションによって影響される過程）の一種。
- ・ 自分の意見、判断、行動などが集団の他の成員と異なっているとき、集団のものに合致するように自分の意見、判断、行動などを変化させること。

⇒ 集団の斉一性



# どのような時、同調が起こりやすいか？

## 状況

- 他者や集団が魅力的
- 集団の同質性が高い
- 集団サイズが3～4
- 集団での地位が低い
- 他に同意見をもつ者がいない  
(社会的支持がない)
- 自己の意見を公言しなければならない
- 課題の困難度や重要度、あいまいさが高い

## 個人

- 他者のほうが自分より能力があると認知している
- 親和動機が高い
- 自己の確信、自信が低下している
- 失敗経験がある



# 集団思考を防ぐには？

- リーダーが批判的な評価者となり、成員が異なる意見を出しやすくする。
- リーダーは最初から偏った立場にあることを明らかにしない。
- 複数の集団に同じ問題について意思決定させる。



# 傍観者効果

- 援助者が必要とされる事態に、自分以外の他者がいることを認知した結果、介入が抑制される現象。
- 傍観者の数が増えるほど、また自分より有能と思える他者が存在するほど、介入は抑制される。
  - キティ・ジェノヴィーズ事件(1964年)



# 傍観者効果はなぜ起こるか？

- ・ 責任の分散

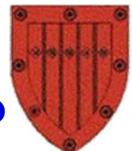
⇒ 援助者が複数いることを認知すると、介入に対する責任、非介入に対する非難が分散され、介入が抑制される。

- ・ 多元的無知

⇒ 自分が最初に過剰に反応して恥ずかしい思いをするのを恐れて介入しないのだが、他の人が介入しないのは、その事態が介入を必要としない事態だと解釈する。

- ・ 評価懸念

⇒ 行動を起こした時、その結果に対して周囲からのネガティブな評価を恐れ、行動を起こさない。



# 本日のポイント

- 医療者間、患者-医療者間のコミュニケーションエラーは、医療事故につながりうる。
  1. コミュニケーションエラーを引き起こすメカニズムを知る。
  2. コミュニケーションエラーを発生させにくい環境・関係を作る。
  3. エラーを回復させるコミュニケーションを増やす。
  4. コミュニケーションメディアの特徴を知り、選んで使う。



# 医療現場の特徴

- 多職種によるチーム
  - 医療技術の高度化、専門化
  - 複雑性の増大
- 職種による目標やアプローチの違い
  - それぞれの職種の文化的背景の違い
    - 提供するヘルスケアの質に対する見方
    - それぞれの職種の教育システム、評価・資格認定方法、職種としての歴史など



# 医療者間のコミュニケーション

- 常に緊急事態。
- 正確で迅速な情報の伝達が必要。
- ちょっとしたコミュニケーション・エラーが医療事故やインシデントの重要な原因になりうる。
- 紛らわしい名前の薬剤、略号、多くの数字情報、単位などがたくさん。
- 他職種とのコミュニケーション。



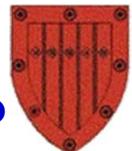
# エラーの発生を防ぐ

- 業務過程について共通理解をもつ。

全体が見えていないと

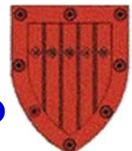
- 自分の責任範囲が見えない。
- 自分の果たすべき役割が見えない。
- サービス全体に対して無責任になる。
- お互いの足を引っ張り合いかねない。
- コミュニケーションエラーが起きやすい。

- ✓ 共通理解を持つことで、高コンテキストコミュニケーションが可能になる。



# エラーの回復を促進する

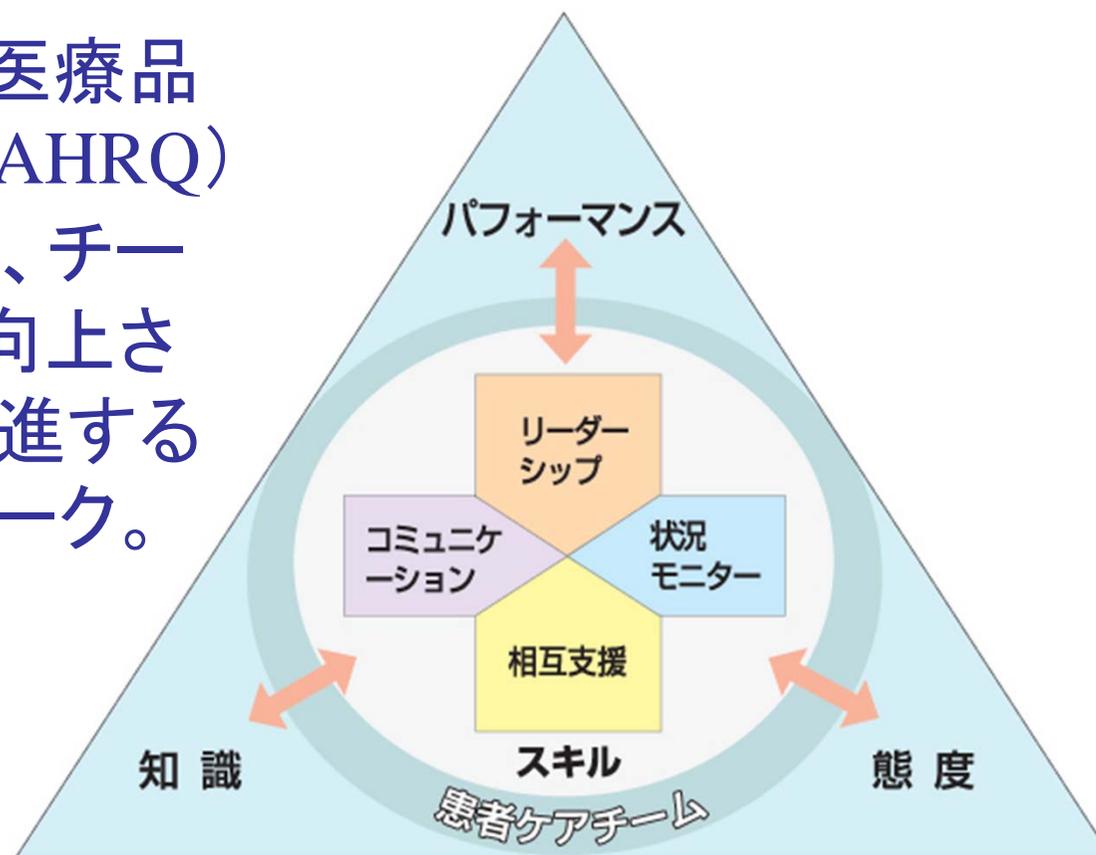
- 確認と指摘を受け入れる風土の醸成
  - 「間違いに気づいたら、教えてほしい」
  - 「言ってくれてありがとう」
- 確認と指摘のためのスキル
  - アサーション: 相手を尊重しつつ、自分の考え、気持ちを他者にきちんと伝えること。
    - ✓ タイミングに注意。
    - ✓ 自分がどう感じているか、なぜそう感じるのか、どうしてほしいのかを伝える。
    - ✓ 依頼事項は肯定的、具体的に。
    - ✓ 非言語的コミュニケーションを効果的に使う。
    - ✓ 相手の反応に注意し、相手の考えや気持ちを読み取る。



# teamSTEPPS

(Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety)

- 米国で、国防省と医療品質研究調査機構 (AHRQ) が協同で作成した、チームパフォーマンス向上させ、医療安全を推進するためのフレームワーク。



Department of Defense (DoD) Patient Safety Program Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)  
国立保健医療科学院 政策科学部 安全科学室 記



東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻医療コミュニケーション学分野  
Dep. of Health Communication, School of Public Health, the Univ. of Tokyo



# teamSTEPPSのスキル

- SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation)  
患者の状態変化など、緊急の情報を伝達する際に、「状況・背景・評価・提案」は最低限伝える。
- コールアウト  
緊急の重要な場面では、全員が情報を共有できるよう大声で伝えあう。
- DESC (Describe-Express-Suggest-Consequence)  
具体的な状況・データの説明→それについて自分がどのように感じているか→代替案の提案→結論
- 2チャレンジルール  
一度言って無視されても、もう一度伝える努力をする。



# 患者の参加を促す

- 患者や家族にパートナーとして参画してもらう。
    - 患者自身がエラーや問題に気づく。
- ⇒そのために情報を共有する。
- 情報共有にまつわる問題
    - 医師が「した」はずの説明を、患者は「されていない」とすることも多い。
    - 患者によって情報のニーズ、理解の程度は異なる。
    - 患者が疑問・不満を医師に直接向けることは少ない。  
(質問がない≠聞きたいことがない)
- ✓ 分からないことはないか確認し、質問や意見を促す。



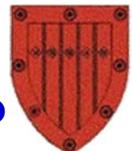
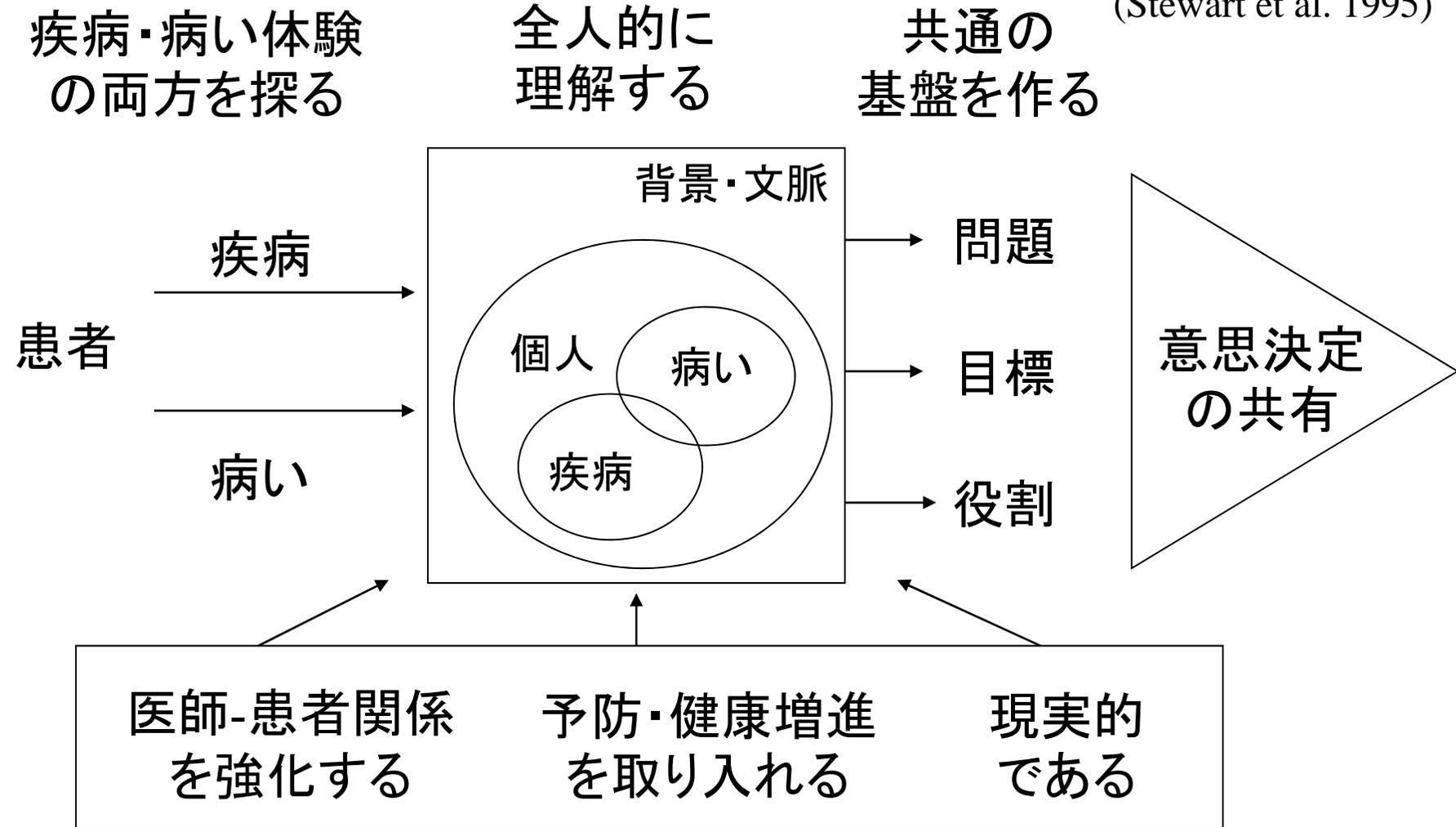
# 情報と意思決定の共有に向けて： 何を共有するのか？

- 現在の問題
    - 何がどう、どの程度問題になっているのか
  - 目標（何を目指すのか）
  - 目標に到達するための方法
    - 治療法の選択肢、各選択肢の長所・短所、選択肢からの選択
  - 目標に到達するためのそれぞれの役割
    - 治療への参加
  - 実施した治療の結果の解釈・評価の共有
- ⇒ 決定に至るプロセスを共有する。



# 患者中心のアプローチ

(Stewart et al. 1995)



# 本日のポイント

- 医療者間、患者-医療者間のコミュニケーションエラーは、医療事故につながりうる。
  1. コミュニケーションエラーを引き起こすメカニズムを知る。
  2. コミュニケーションエラーを発生させにくい環境・関係を作る。
  3. エラーを回復させるコミュニケーションを増やす。
  4. コミュニケーションメディアの特徴を知り、選んで使う。



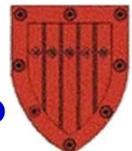
# コミュニケーションのメディア

- ・ 口頭：対面、電話、インターホン
- ・ 文書：手紙、FAX、電子メール
- 話し言葉
  - 活発なやり取りが可能で、非常に動的。
  - 声の調子、身振り、表情などの非言語的コミュニケーションやその場の文脈などが重要な影響。
- 書き言葉
  - 安定的で形式的。
  - 言語のみ ⇒内容や論理的な構造が重要。
  - 論理的・明示的に書けていれば、誤解は生じにくい。
  - 微妙な人間関係の調整や情緒的なやり取りには不向き。



# メディアごとのコミュニケーションの特徴

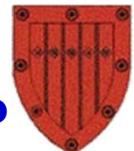
- 手紙
  - 正式な公的文書など。
- FAX
  - 公的文書で迅速性を要求されるとき。
- 電子メール
  - レスが早くできるのでやり取りに向く。会話に近い。
  - CC・添付などの機能性。
  - ただしセキュリティに問題。



# メディアごとのコミュニケーションの特徴

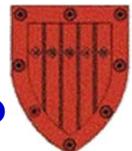
- 電話
  - 音声情報が入る分、情緒的なやり取りも可能。
  - 対面よりは時間・空間的制限は少ない。
- 対面
  - 機密は最も保ちやすい(=証拠が残らない)。
  - 情緒的・人間関係の問題を取り扱うとき。
  - 誤解を防ぎ、説得したいとき。
  - 時間・場所的制限。

⇒機密性、反応性、証拠保存、説得力、情緒の余地によりメディアは選んで使う。



## グループワーク②

- これまで、実施・出席したことのある接遇・コミュニケーション研修の例を1つあげて下さい。
  - 対象
  - プログラムの内容
  - 良かった・効果があったと思われる点
  - 足りなかった点、改善すべき点
- 上記を踏まえた研修・教育プログラムへの提案、助言



# 本日のポイント

- 医療者間、患者-医療者間のコミュニケーションエラーは、医療事故につながりうる。
  1. コミュニケーションエラーを引き起こすメカニズムを知る。
  2. コミュニケーションエラーを発生させにくい環境・関係を作る。
  3. エラーを回復させるコミュニケーションを増やす。
  4. コミュニケーションメディアの特徴を知り、選んで使う。

