

診療現場における情報共有と確認行為： コミュニケーション・エラーのない組織を目指して

古谷良輔[†]第72回国立病院総合医学会
(2018年11月10日 於 神戸)

IRYO Vol. 74 No. 8 / 9 (377-380) 2020

要旨

「誤認」とはエラーの一形態であり、実際に存在しないものを認識したり、存在するものを正しく認識できなかったりすることであり、診療現場においては言語の聞き間違い、文字・表示の読み違い、データの読み違い、業務における勘違い、患者に対する認識違いなどがそれにあたり、医療事故の原因となる場合もある。誤認の発生自体をゼロにすることは非常に難しい。しかし、多くの「誤認」にはその後の「確認行為」が不確実であることによるコミュニケーション・エラーの存在がその発生に大いに関与していると思われる。

そもそも確認行為とは、医療者間、または患者—医療者間、あるいは自分自身におけるコミュニケーション・エラーを防ぐために行われるものである。とくに診療現場における医療者間の確認行為が十分に機能するには、関係者間において素早い情報共有と業務過程についての共通理解が十分できていることが大前提であり、そうでなければ高いレベルで確実に行われることにはならず、その結果誤認防止に対しても機能不全となってしまうことになる。

国立病院機構横浜医療センター（当院）は2010年の病院全面改築後に救命救急センターを開設した。救命救急センターにおける医療者間の情報共有を図り、コミュニケーション・エラーを防ぐために、当センターでは今日まで設備機器要因だけでなく、環境要因や人的要因に対しても組織的対応を積極的かつ継続的に行ってきた。その結果インシデントは激減し、救急・集中治療・総合診療を専攻する若手医師や当院で臨床研修を望む医学部学生の見学者の著増という組織的な発展も得ることができた。診療現場における誤認防止のためには、十分な情報共有と業務過程の共通理解のもとでコミュニケーション・エラーを防ぐことが重要である。

キーワード 誤認防止, 情報共有, コミュニケーション・エラー

はじめに

「誤認」とは実際に存在しないものを認識したり、存在するものを正しく認識できなかったりすることであり、診療現場においては言語の聞き間違い、文字・表示の読み違い、データの読み違い、業務にお

ける勘違い、患者に対する認識違いなどがそれにあたる。

1999年1月11日 横浜市立大学医学部附属病院において手術患者の取り違えが発生した。この事件はまさに「誤認」が原因で発生したものであるが、その後増加した医療過誤事件の象徴的な存在となり、

国立病院機構横浜医療センター 救急科 †医師

著者連絡先：古谷良輔 国立病院機構横浜医療センター 救急科 〒245-8575 神奈川県横浜市戸塚区原宿3-60-2

e-mail: qqfuruya@gmail.com

(2019年3月29日受付, 2020年4月10日受理)

The Progress of Information Sharing and Authentication Method at Emergency and Critical Care Center, Yokohama Medical Center

Ryosuke Furuya, Department of Critical Care and Emergency Medicine, NHO Yokohama Medical Center

(Received Mar. 29, 2019, Accepted Apr. 10, 2020)

Key Words : prevent misrecognition, information sharing method, communication error



図1 ICUのオープンスペース

わが国の医療安全の歴史上のターニングポイントとなった。私はこの事件発生の約1カ月前まで同病院で麻酔科医として勤務しており、転勤前にはエラーに対する医療現場の脆弱性についてスタッフに注意喚起をしていた。そのためこの事件は、私にとってさらに衝撃的でショッキングなものとなった。

この事件をはじめとする医療事故の検証結果を改めて読むと¹⁾ (<https://www.yokohama-cu.ac.jp/kaikaku/BK3/bk3.html>), 臨床現場における「誤認」の背後には「不確実な確認行為」の存在があり、さらに「不確実な確認行為」発生のその背景には、医療スタッフ間の「コミュニケーション・エラー」が関与していることが多いということがわかる。すなわち、医療現場における「誤認」は、医療設備機器要因といったハード面の問題のみで発生するのではなく、環境要因や人的要因、とくに関係するスタッフ間の情報共有不足や、業務過程についての共通理解の不十分性の関与も大きい。

国立病院機構横浜医療センター（当院）は2010年3月30日に全面改築し、30床の救命救急センターを新設した。救命救急センターの立ち上げのため赴任した私は、過去に発生した医療過誤事件の検証結果を胸に刻み、救急部門で働く医療者間の情報共有を図り、コミュニケーション・エラーのない救命救急センターを構築することを目標として今日までさまざまな取り組みを行ってきた。

横浜医療センター救命救急センターの取り組み

施設の特徴と救急外来のリフォーム

当院は2010年3月30日に全面改装され、横浜市南西部地区地域中核病院および災害拠点病院の指定を受けた。病床数は合計510床であり、救命救急セン



図2 オープンスペースで行われる多職種ミーティング

ターとして10床のICU、20床の救急病棟の合計30床を有している。当院救命救急センターの特徴は、重症傷病者の診察処置を行う救急初療室とICUにオープンスペースを広く確保したことである（図1）。このスペースは単にベッド周囲の処置スペースが広いというばかりでなく、救急初療室では多数傷病者発生時の患者受け入れスペースに、ICUでは患者の離床訓練やリハビリテーションにも使用できるという特長がある。さらに大型モニター、ホワイトボードやモニター付き椅子を整備し、医療スタッフが会議室に出向くことなくオープンスペースでミーティングをできるようにした（図2）。この構造を生かして、救命救急センターICUでは立ち上げ時からスタッフミーティングやデブリーフィングが頻回に行われて情報共有や意見交換がなされ、インシデント発生予防に大きく寄与していたと考えられる。

一方救急外来においては、立ち上げ後しばらく経過しても検体ラベルの取り違いや傷病者の所有物の紛失などのインシデントが多発していた。インシデント事案の個別調査と関係者のヒアリングからは、救急外来の構造と傷病者やスタッフの救急外来内の動線に問題があることが判明した。救急外来の設計では、救急車からの動線をはじめ、院内の関連部門へのアクセスがきわめて重要であるが、当院の救急外来ではレイアウトに問題があることもわかった。

2011年3月11日に東日本大震災が発生し、災害拠点病院として多数傷病者に即応可能な救急診療スペースをあらためて整備する必要性もあったことから、改装4年後の2014年に諸外国の救急外来設置に関するガイドライン²⁾や全米の多くの救急部門のデザインや設計コンセプトについて書かれた成書³⁾を基に、独歩来院症例、救急車搬送症例のいずれにおいても出入口、救急受付、通路、待合室、診療

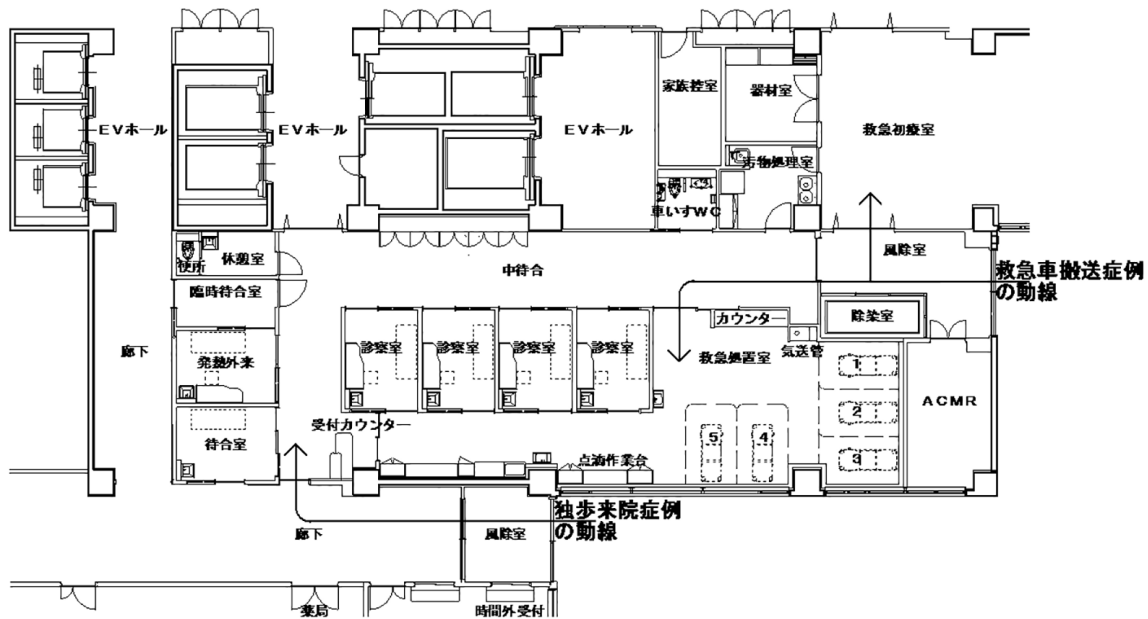


図3 リフォーム後の救急外来見取り図



図4 デュアルディスプレイ表示の重症系部門システム

エリア、薬局、会計などの動線を最優先に考慮した救急外来の再リフォームを施行した⁴⁾(図3)。

重症系電子カルテシステムの導入

当院は2010年の新規開院にともない病院全体に電子カルテシステムを導入した。救命救急センターでは当初敢えて一般病棟と同一の電子カルテシステムで診療を開始し、重症部門の診療体制を構築しつつ重症患者の院内移動動向、病棟間のデータ連携の必要性などを十分にリサーチの上で、最適の重症部門システムを2期的に導入することにした。その結果救命救急センターがオープンしてから2年6か月後

の2012年10月1日、病院基幹システムと同一製造元の重症部門システムを救命救急センター全体に導入した。とくにICUでは1つのベッドにディスプレイを2台置き、電子カルテと経過表を常時同時に表示できるようにした(図4)。

しかしこの部門システムを導入後、指示受けミス、輸液速度や投薬量の間違いといった初歩的なインシデントが却って多発した。インシデントレポートをさらに集積し解析した結果、その原因の1つとして新システムの医師指示簿のレイアウトやタブの順序に問題があることが判明した。そのため重症患者用指示簿自体のサイズを拡大してそのレイアウトも変更した。インシデントが多い指示を先頭画面に配置するなどタブ順序も変更し、さらに指示受けアラート画面とフォントのサイズも拡大するなどシステムのカスタマイズを継続的に行った。その結果、注射・与薬や情報伝達関連のインシデントレポート数は激減した⁵⁾。

情報共有ツール

救命救急センターに入院する傷病者は年齢や病態も多彩であり、毎日さまざまな治療や処置が行われる一方で、一般病棟への転科転棟や他院への転院が突然決定することもある。スタッフも交代制勤務であるため、「記憶に頼らない」情報共有ツールの導入が必要であり必須である。われわれは、毎朝行わ

れる症例カンファランスシート，転棟・転院時のチェックシートなどは共通化し，情報の伝え方の標準化を図った。さらに2018年8月からは医師・リーダークラスの看護師間において，情報共有用にスマートフォン用のアプリを導入した。ここには毎日リーダーが共有事項を中心に記入し業務過程の共通理解も図るようにした。

組織をつくる

コミュニケーション・エラーのない組織を構築するためには，職種間・世代間のギャップをなくし，上司と部下だけで行う伝達型・報告型のコミュニケーションのみでなく，部下同士でもコミュニケーションと情報共有が行われるような協調的関係性の組織を構築する必要がある。当院ではドクターカー事業のために2016年より院内に救急救命士を採用している。院内救急救命士は現在ドクターカーの運搬業務だけでなく，災害訓練や蘇生法講習会等を通じて院内各職種間の「ハブ」となり，職種間のコミュニケーション・ギャップを埋める存在となっている。

考 察

現場における「誤認」を防ぐために，人間がエラーを犯さない対策をハード側に埋め込む設計思想として「フルプルーフ」「フェイルセーフ」という考え方がある。フルプルーフは使用方法を知らない，または間違った使い方をしてでも大事に至らないように設計することであり，フェイルセーフは操作方法を間違ったり，部品が壊れたり，誤作動したりした場合に安全な方向へ向かうように設計することである。臨床現場におけるフルプルーフの代表例は，ピンインデックスやリストバンド認証であり，フェイルセーフは停電時の自家発電装置などがそれにあたる。しかし，臨床現場におけるより戦術的な誤認防止対策としては，設備機器への対策だけではなく，物事をわかりやすくする，あるいはやりやすくするという作業環境への対策や，作業員自身が安全を優先し，エラーを自分で気づくことができるようになるための人への対策も必要であり，それらは組織的

に行うことが肝要である。当院ではコミュニケーション・エラーのない救命救急センターを目指して，前述のとおり設備機器要因だけでなく，環境要因や人的要因に対しても組織的対応を積極的かつ継続的に行ってきた。その結果，インシデントレポートの減少という一定の成果のみならず，救急・集中治療・総合診療を専攻する若手医師や当院で臨床研修を望む医学部学生見学者が著増したという組織的な発展も得ることができた。

医療現場では，誤認を含みエラーを誘発する要因は非常に多いにもかかわらず，その防護壁が少なく脆弱であり，かつエラーが直ちに事故に結びつくという特徴がある。臨床現場においては，刻一刻と変化するニーズに対して，その重要度と優先度を組織全体で素早く共有できて，かつ個々のメンバーは最低限の統制下で自律的に状況を判断し，自律的に機能しつつも結果的には全体として調和のとれた活動を行える組織を創り上げることが最高の防護壁になる。

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。

【文献】

- 1) 長野展久. 医療事故の舞台裏—25のケースから学ぶ日常診療の心得. 第1版. 東京：医学書院；2012.
- 2) Australian College for Emergency Medicine : Guidelines on Emergency Department Design. available online at : http://www.acem.org.au/media/policies_and_guidelines/
- 3) Jon Huddy, AIA : Emergency department design. ACEP products, United State of America, 2002.
- 4) 岩下眞之, 宮崎弘志, 古谷良輔. 安全で効率的そして大事故発生時にも即応可能な救急外来への施設整備. 日救急医学会関東誌 2015 ; 36 : 187-93.
- 5) 古谷良輔, 宮崎弘志, 大井康史 ほか. 重症部門の業務内容とインシデントレポート調査に基づく重症患者情報管理システムの導入と改良. 日救急医学会関東誌2014 ; 35 : 197-203.