情報遮断が医療のリスクを増加させる

長尾能雅*

Blocking Information Increases Medical Risk

*Yoshimasa Nagao
*Department of Patient Quality and Safety, Nagoya University Hospital

キーワード：

医療安全管理	patient safety management
医原性有害事象	medical harm
情報遮断	blocking information
ノンテクニカルスキル	non-technical skill
リスクコミュニケーション	risk communication

Ⅰ．はじめに　～医療現場のリスクと業務環境の変化～

医療行為は人間が病気になった，あるいは放置すれば死に至るという状況でスタートすることが大半であり，そもそも大きなリスクを孕んでいる。そのような状況下で医原性有害事象（医療事故）は発生し，その一部に業務上のミスによるもの（医療ミス・医療過誤）が含まれる。現在本邦では年間25,000～45,000人程度の患者が医療事故で死亡すると考えられているが，このうち医療ミスによる死亡者数の詳細は明らかになっていない。

1999年に発生した大学病院における患者取り違え事故が契機となり，医療現場では安全管理体制が強化され，電子化，標準化といった業務改善が進められてきたが，人間の不完全性がもたらすエラー（ヒューマンエラー）は一朝一夕に克服できるものではなく，依然恒常的に医療ミスは発生し続けている。近年では多くの医療行為が高度で複雑となり，大規模なチーム体制で行われることも少なくない。また未曾有の高齢

＊名古屋大学医学部附属病院

化社会を迎え，医療費削減・入院期間の短縮が命題となり，スピードも求められている。これらの医療環境の変化に伴い，安全な医療を提供するためには以前にもましてチーム内，あるいはチーム間での確実な確認行動と情報共有が必要となっているが，実態は十分といえない。

Ⅱ．情報の遮断がリスクを高める

医療事故や医療ミスの原因を分析すると，大小様々な「情報遮断」が発端となっているケースが目立つ。医療現場における「情報遮断」とはおよそ４パターンある。第１は診療チーム内での情報遮断，第２は病院中枢部への情報遮断，第３は患者への情報遮断，第４は社会への情報遮断である（図１）。これらは医療事故の原因となるばかりでなく，深刻な二次，三次のリスクを発生させ，時に取り返しのつかない状況を招いてしまう。

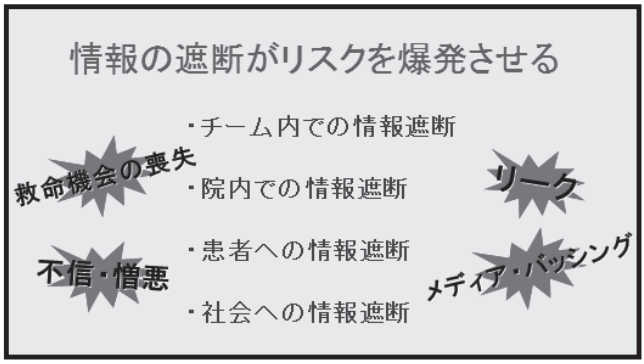

図１　医療現場における情報遮断

例えば，医療事故発生時は院内で迅速に事故情報を共有し，病院の粋を集めた患者へのベストサポートが必要となるが，実際には速やかに事故情報が伝達されなかったがために，原状回復のための治療機会を失ってしまったような事例を経験する。また，患者に正しく情報が伝えられないと，不信感や怒りにより，医療者と患者間の正常な信頼関係に亀裂が入る。社会への情報遮断は不透明感を増長し，予期せぬリークやバッシングのリスクを招くことになる。メディアは，情報遮断が日常的に行われている

組織には市民にとってのリスクが芽生えていることを察知しているため，一定の使命感に基いて情報遮断行為を追求しようとする。そのストレスを逃れようと，組織はさらに閉鎖的になる。これらの悪循環は，時としてその業界の存続が危うくなるような深刻な状況を招くことがある。すなわち医療安全管理には医療事故やニアミスから学び，組織としての再発防止策を講じる，という役割があるが，それにとどまらず，さらに根源的なミッションとして，これらの医療の現場における大小さまざまな情報遮断を防ぐ，という目的があると考えている。別の言い方をすれば，病院管理者には好むと好まざるとに拘らず，医療事故発生のリスクのコントロールのみではなく，事故発生後の対社会的なリスクのコントロールも求められているということになる。情報遮断の防止は単独の医療者や，単一の職種で達成できることではなく，医師，看護師はじめ，すべての部門が能動的に協力しなくては達成できないものであり，病院全体として基本的な防止システムを構築する必要がある。

Ⅲ．ノンテクニカルスキルへの着目

このような中で昨今注目されているのがノンテクニカルスキルの考え方である。有害事象の多くは専門的知識・技術といったテクニカルな問題よりもノンテクニカルな問題によって発生することが指摘されている[1)]。Flinらによればノンテクニカルスキルとは①状況認識（Situation Awareness），②意思決定（Decision-Making），③コミュニケーション（Communication），④チームワーク（Team Working），⑤リーダーシップ（Leadership），⑥ストレス管理（Stress Management），⑦疲労対処（Coping with Fatigue）の７つの構成要素からなり，存在するのは明らかだが，測定しにくい能力と考えられている[2)]。前章で述べた情報遮断を防止する能力も，決してテクニカルなものではなく，ノンテクニカルな要素の一つといえる。

ノンテクニカルスキルを向上させるためには，処置直前のブリーフィング，直後のディブリーフィング，日常のカンファレンスにおけるノンテクニカルスキルの検証などが有用と考えられている。例えば，ある大学病院の手術部スタッフ医師178名，看護師67名にアンケートを行ったデータによると，医療安全上の確認方法を巡って医師と看護師間で認識にずれが生じていることが顕著に見て取れる（図２）。チーム内の認識がずれた状態で同じ業務を行っているということは，とりもなおさず微細な情報遮断が発生しており，それを修復できないままハイリスクな医療行為が進行している

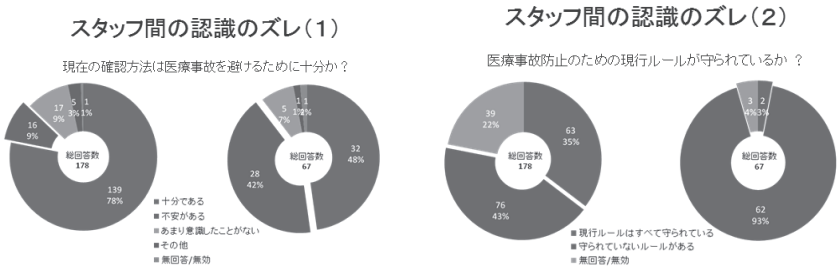

図2

ことを意味する。

一方WHOは，安全な手術のために執刀直前にチーム構成全員が手を止め，チェックリストに従って重要項目を確認するいわゆるタイムアウト制度を導入することを推奨しており[3)]，取り入れる施設が徐々に増加してきているが，これはまさにブリーフィングに相当し，業務直前のスタッフ内の認識のずれを解消するという意味で有用と考えられる。今後は手術診療に拘らず，医療現場の多くのシーンでこのようなブリーフィング，ディブリーフィングが導入され，情報遮断解消への取り組みが進められていく必要がある。

Ⅳ．ハドルの重要性

平成23年５月，名古屋大学病院で１件の医療事故が公表された。これは小児患者に後腹膜腫瘍への生検手術が行われた際，途中で執刀医が全摘可能と考え，生検手術から全摘手術に方針を切り替えたところ，摘出の最終段階で大動脈を損傷し，患児が死亡したというものである。全摘手術に必要な器材の準備が不十分なまま，方針が変更されたものであった。麻酔科，看護師を含め，手術に臨んでいた他のメンバーは方針変更に異を唱えていない。ヒアリングによれば，多くのメンバーは急に方針が変更された時点で違和を感じたものの，執刀医らの方針決定に疑義を挟むのは自分の役割ではないと考えていたとのことである。同種の状況は手術に限らず，チームで医療行為を行う場合，頻繁に発生するものと思われる。

当事故を受け，名古屋大学病院は外部専門家を交えた医療事故調査を行ったが，そ

の報告書[4]では，方針変更が決定される際のチームスキルの重要性が指摘された。すなわちブリーフィング通りに事が進まなくなった時点で，チーム全員が手を止め，なぜ方針を変えるのか，それによって発生する新たなリスクは何か，機材の準備は十分か，患者家族への説明は十分か，他の医師団のコンセンサスは得られているか，等々を時間をかけて確認すべきというものである。これらの作業は「ハドル」と呼ばれ，ブリーフィング，ディブリーフィングと並び重要な業務であるが，医療現場ではあまり意識されていないため，新たなスタッフ教育の必要性が指摘された。

このようにハドル，ブリーフィング・ノンテクニカルスキルといったコミュニケーションのトレーニングは情報遮断の予防に重要と考えられるが，従来の慣れ親しんだ業務スキームを大きく変更する側面もある。またトレーニングのための方法論は定まっておらず，効果の視覚化もハードルが高い。いかに多くのスタッフがこのことの意義を認識しながら取り入れることができるかが当面の課題である。

Ⅴ．求められる医師のリーダーシップ

第２項で述べたようにチーム連携は医療事故の予防だけではなく，医療事故発生時にも必要となる。医療事故といえども，発生しているのは新たな疾病以外の何物でもなく，その対応には医師を中心とする医療チームが本分をまっとうする必要がある。医原性有害事象発生時に情報遮断により初動が遅れ，患者の救命機会を逃してしまうような事例はできるだけ回避しなくてはならない。

有害事象発生時の情報遮断を防ぐ方法としては，現場からの安全管理部門への迅速なレポーティングが必要である。事故発生直後は，当事者らが大なり小なり客観的な判断ができなくなっている可能性がある。重大な情報遮断を防ぐには，まずは院内の第三者に判断や対応を委ねることが有用であり，レポーティングシステムの構築は一つの組織的な知恵といえる。現在多くの病院の安全管理は看護師が中心的役割を担っているが，レポーティング内容の医学的判断，検証には医師の協力が不可欠となる。臨床を得意とする中堅医師と安全管理部門との連携の促進が望まれる（図４）。

Ⅵ．まとめ

情報の遮断はその組織のリスクを増加させる。特に医療はハイリスクな業務である

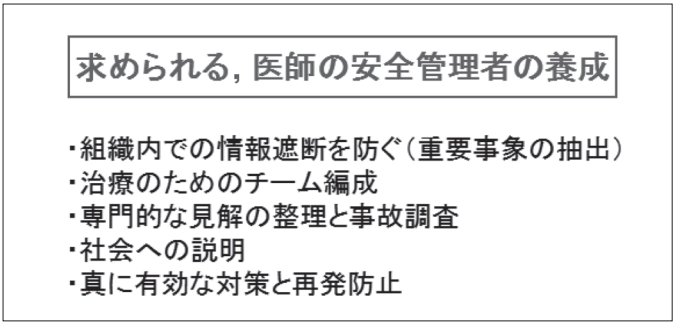

図４　医師の関与により期待される事柄

ため，恒常的に事故発生を予見し，早期報告による情報共有と治療連携，組織的改善など，リスク軽減の努力を繰り返す必要がある。また，複雑な業務を遂行する中で，チーム内，チーム間の情報共有をスムースにするための工夫，教育が有用と考えられる。さらに事故発生後においても，客観的な事実検証と，患者への説明責任を果たしながら，社会との情報遮断を防ぎ，透明性と信頼を確保する努力が求められる。

昨年の東日本大震災後，政府や電力会社，専門機関等からの国民への情報伝達のあり方が注目された。残念ながら，今回公共機関が実践したリスクコミュニケーションを称賛する声はない。原子力や航空の安全管理は進んでいるが，それに比べ医療の安全からは20年以上遅れていると指摘され続けてきた。その原子力の領域ですら厳しい批判にさらされるということは，リスクコミュニケーションとはよほど難しいものと認識せざるを得ない。そのことを肝に銘じ，平素からの情報共有に真摯に取り組む必要がある。

引用文献

1）The Non-Technical Skills for Surgeons（NOTSS）System Handbook v1.2
2）Flin R, et al. Safer Surgery：analyzing behavior in the operating theater. Ashgate, 2009
3）WHO Guidelines for Safe Surgery 2009. Safe Surgery Saves Lives. World Health Organization 2009.
4）大動脈損傷の出血性ショックにより死亡に至った事例医療事故調査報告書　名

古屋大学医学部附属病院医療事故調査委員会，平成23年２月16日，http://www.med.nagoya-u.ac.jp/hospital/dbps_data/_material_/nu_hospital/_res/sinryoukanogosyoukai/sinryousienbumon/iryounoshitsuanzenkanribu/img/20110517kouhyou.pdf