

## 総 説

# 当院におけるコミュニケーションの現状と コミュニケーション・エラー防止対策

京都第二赤十字病院 医療安全推進室

横野 諭 徳田 洋子

田淵 宏政 小森 玉緒

亀岡シミズ病院

竹中 温

**要旨：**病院は多職種が協同して医療提供する場であり、簡潔・明瞭・迅速で確実なコミュニケーションは必須である。京都第二赤十字病院職員のコミュニケーション・エラーの現状を把握するために、全職員（1,252名）を対象にアンケート調査を行った。調査内容は、コミュニケーション・エラーの経験、SBAR、二回挑戦ルール、権威勾配、ブリーフィングの実施、コミュニケーション阻害要因など17項目である。回答率は60.1%だった。コミュニケーション・エラーは、医師・看護師・研修医で多く（75.0%、72.5%、78.3%）、コメディカル（64.4%）、事務（59.7%）が経験し、そのうち18.5%、13.1%、10.5%、5.4%、5.3%に患者の健康被害が生じていた。医師・看護師・事務は約95%が簡潔明瞭な発言をし、90%以上が状態確認努力を実施していた。置換復唱は、看護師（78.0%）・研修医（69.6%）で実施していたが、医師は40.2%にすぎなかった。権威勾配は、医療職で約80%、事務で60.5%経験し、医師の83.3%、その他の職種では90%以上が口出ししてはいけないと思っていた。コミュニケーション阻害要因は、性格、仕事量、情報の確認不足、職場の雰囲気が多かった。職場環境は、医師・看護師・事務で90%以上良好と思っているが、コメディカルや研修医では、20%が満足していなかった。デブリーフィングは、6～8割が未実施。全職種が医療従事者間のコミュニケーションを高める努力が必要と考え、日常業務での指導を希望していた。コミュニケーションへの異なる対応が職種間で認められた。コミュニケーション・エラーの回避には、ノンテクニカルスキルなどによるコミュニケーションの統一化を図ることが重要と思われる。

**Key words：**コミュニケーション・エラー、ノンテクニカルスキル、SBAR、二回挑戦ルール、デブリーフィング、権威勾配、置換復唱

## は じ め に

病院では、医師・看護師・薬剤師・検査技師・放射線技師・臨床工学士・理学療法士その他の医療職や栄養士、事務職員、委託業務作業員などが協力して直接・間接的に診療にあたっている。多職種が同じ目標に向かうために、多くの規定・規則、マニュアルから、各現場での決まり事までシステム対策が構築されているが、各人がそれぞれを遵守しなければ医療の安全性が脅かされることになる（システムエラー）。当院では、毎月200件程度のインシデント・アクシデント報告が提出されており、レベル3b以上のアクシデント報告も数件ある。インシデント・アクシデントの大半はコミュニケーション・エラーやチームワークの破綻が原因とされている。個々のインシデント・アクシデント報告への対応も重要だが、ヒューマンエラーへの対策も、安全対策には欠かせない。

今回、医療安全に対する当院の戦略の立案と実行を図るため、日頃の業務上のコミュニケーション技

術やチームワークの実情を把握することを目的として、全職員を対象としてアンケート調査を行ったので報告する。

## 対 象 と 方 法

2012年11月、院内全職員（1,252名）を対象にアンケート調査を行い、753名から回答を得た。（回収率60.1%）。内訳は、医師（Dr：109名）、看護師（Ns：392名）、コメディカル（HP：89名）、事務（AS：139名）、研修医（R：23名）であった。

アンケート内容は、エラー経験、SBAR、2回挑戦ルール、権威勾配、コミュニケーション阻害要因など17項目である（表1）。複数回答可とした。

表1 質問内容

誤認の原因として、コミュニケーション・エラーが最も多いとされています。そこで、職員間のコミュニケーションについてお訊ねします。

1. 過去にコミュニケーション・エラーを経験したことがありますか？ (1. ある, 2. ない)
2. “ある” 場合、患者さんへの健康被害はありましたか？ (1. あった, 2. なかった)
3. 職員間のコミュニケーションを高める努力が必要と思いますか？ (1. 思う, 2. 思わない)
4. どのような努力が有効と思いますか？  
1. 講習会 2. 講演会 3. 小グループのロールプレイ 4. 日常業務中の指導 (On the job training) 5. その他 ( )
5. 意思疎通には、どのような手段が有効と思いますか？  
1. 口頭（電話を含む） 2. メモ 3. 伝言 4. カルテ入力 5. その他 ( )
6. 医師や上級者が怒鳴ったり、馬鹿にした態度を取るなどを見たことがありますか？ (1. ある, 2. ない)
7. 自分は口出ししてはいけないと思うことがありますか？ (1. ある, 2. ない)
8. 相手の行った内容を、別の言葉に置き換えて復唱していますか？ (1. している, 2. していない)
9. 一度の連絡がうまく伝わらなかった場合、再度連絡を取っていますか？ (1. している, 2. していない)
10. 手術・検査・処置・処方・受付業務などの終了後、チームでデブリーフィング（事後省察）をしていますか？ (1. している, 2. していない)
11. 緊急時のコミュニケーションは、状況・背景・評価・推奨を簡潔に述べる（さらに短縮すれば、“△△が起きているから、〇〇してほしい”という表現になる）が原則とされています。日常業務で、あなたは、“自分は何を心配して、何をしてほしいのか”を明確にしていますか？ (1. している, 2. していない)
12. 上記のメッセージを受け取った場合、あなたは連絡があったことを重く受け止めて状態を確認する努力をしていますか？ (1. している, 2. していない)
13. わからないことがあれば、放置せずすぐに質問していますか？ (1. している, 2. していない)
14. “何かおかしい”, “いつもと違う”などの違和感を業務中に覚えた場合、どのような行動をとっていますか？  
1. そのままにする 2. 同僚に相談 3. 上級者に相談 4. 他職種に相談 5. その他 ( )
15. あなたの勤務部署では、容易に質問できる雰囲気ですか？ (1. はい, 2. いいえ)
16. コミュニケーションの阻害要因と思われるものを選択して下さい  
1. 性格  
2. 仕事量  
3. 情報の確認不足  
4. 情報共有ツールの未整備  
5. 物理的な距離  
6. 対立  
7. 様々なコミュニケーションスタイル  
8. 勤務の交代  
9. 注意を妨害するもの  
10. 職場の雰囲気  
11. その他

## 結 果

コミュニケーション・エラーを多くの職員が経験していたが、特に Dr, Ns, R など医療の最前線の職種に多く見られた（図 1）。そのエラーに基づく患者への健康被害も少なからず発生しており、Dr, Ns, R で 16.5%, 13.1%, 10.5% が経験していた（図 2）。

コミュニケーションを高める必要性は、大多数の職員が認めており（図 3）、その方法として講習会、講演会、小グループのロールプレイ、実地訓練などがあるが、多くは、業務中の指導を希望していた（図 4）。

意思疎通手段としては、各職種とも口頭・電話を挙げていた。Dr, Ns, R ではカルテ入力もそれぞれ

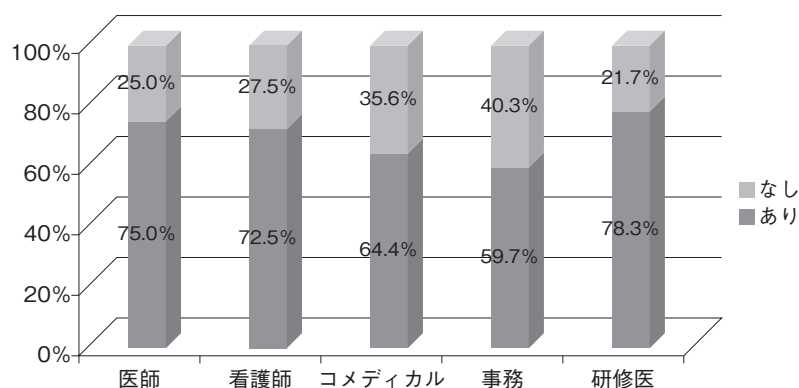


図 1 コミュニケーション・エラーの経験

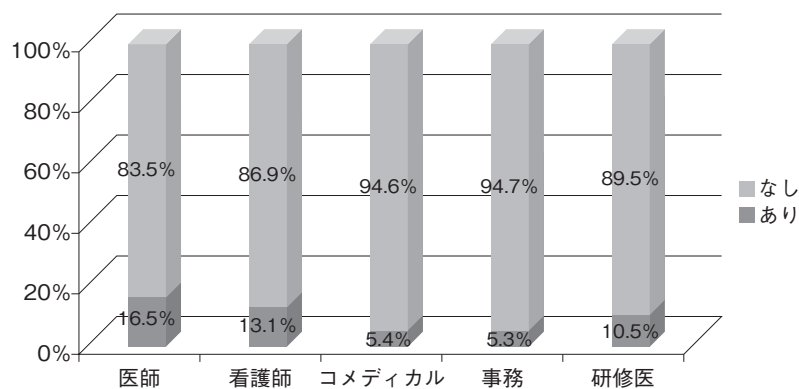


図 2 コミュニケーション・エラーに伴う患者の健康被害

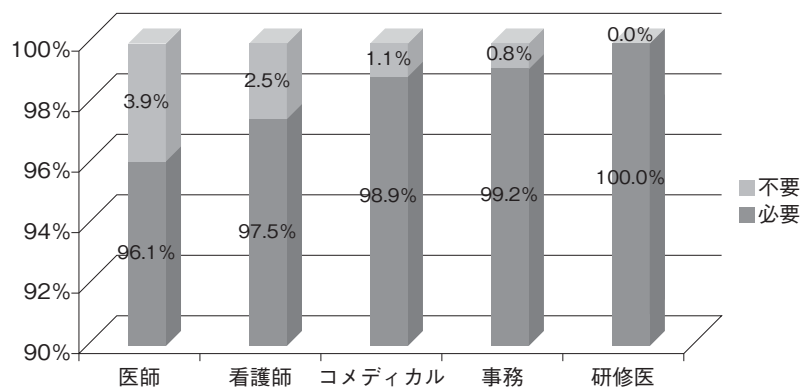


図 3 コミュニケーションのスキルアップの必要性

63.3%, 69.4%, 65.2% が有効とした (図 5)。

医師や上級者が怒鳴ったり, 馬鹿にした態度を取るなどを見たことがあると回答した割合は医療職で多かったが (図 6), 全職種とも自分は口出ししてはいけないと多くが思っていた (図 7)。

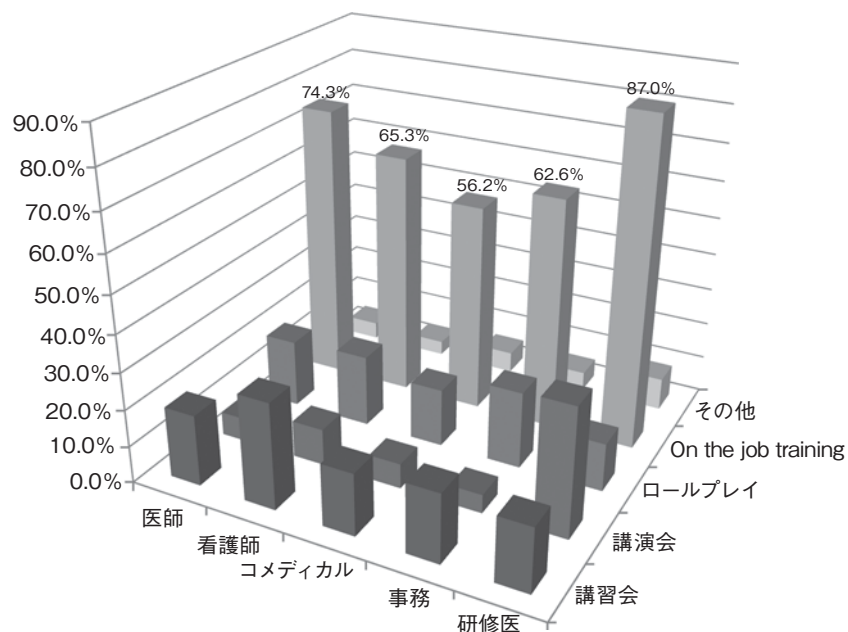


図 4 コミュニケーションスキル向上の方法

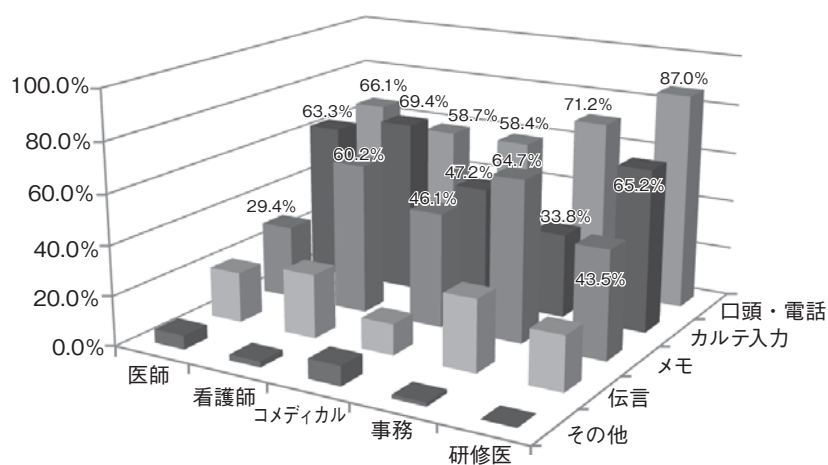


図 5 意思疎通手段

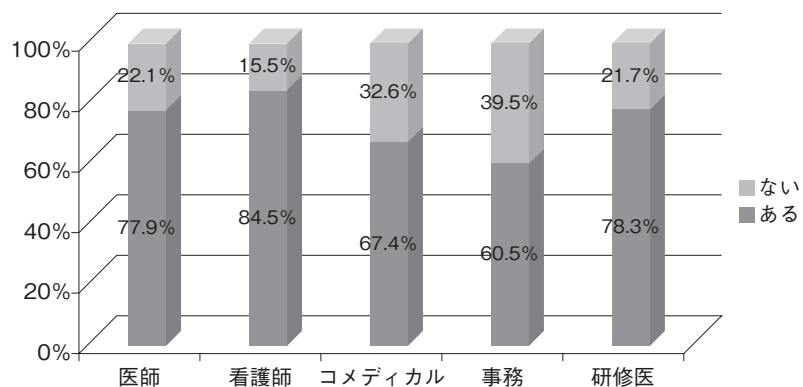


図 6 権威勾配の経験

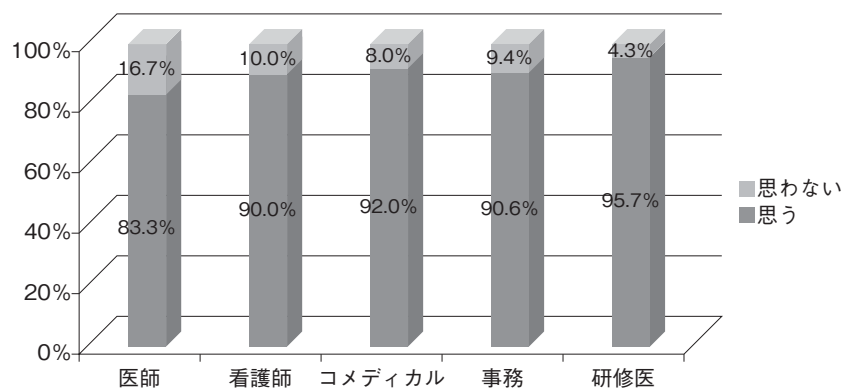


図7 口出ししてはいけないと思うか？

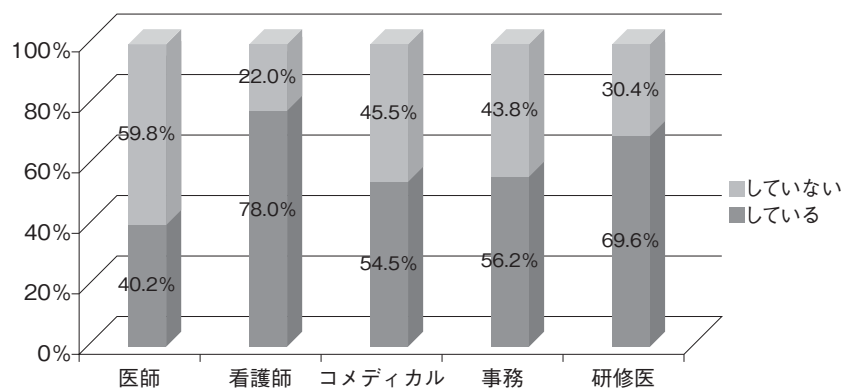


図8 置換復唱

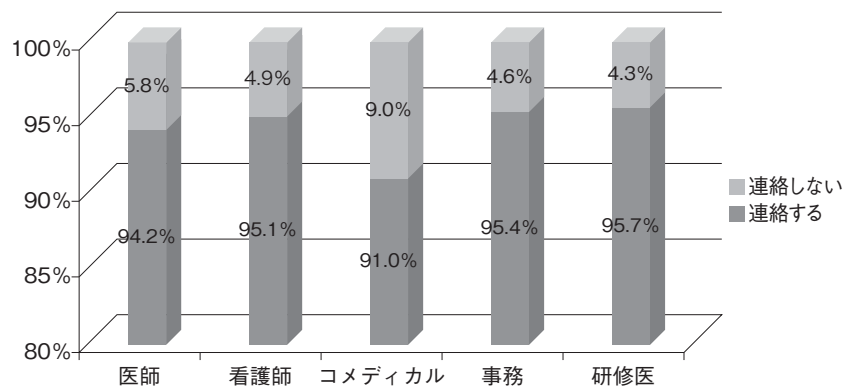


図9 再連絡

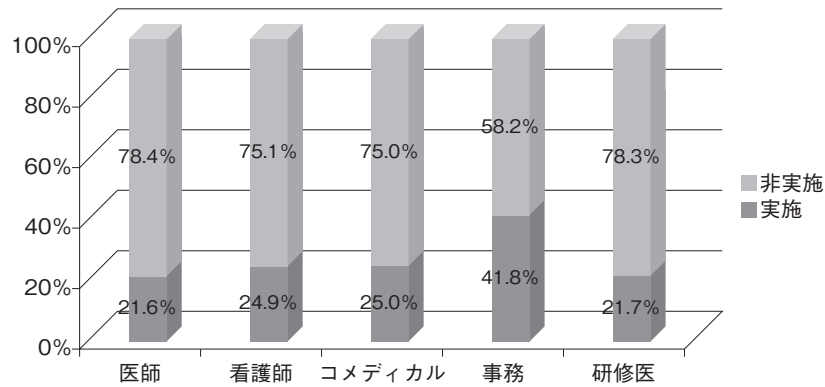


図10 デブリーフィングの実施

相手の行った内容を、別の言葉に置き換えて復唱しているとの回答は、Ns, R で多数が行っていた（図 8）。また、一度の連絡がうまく伝わらなかった場合に再度連絡は、ほぼ全職員が行っていた（図 9）。

各職種がそれぞれの業務後に事後省察（デブリーフィング）を行っているかどうかについては、実施の割合は低かった（図 10）。

日常業務で、“自分は何を心配して、何をしてほしいのか”を明確に表現しているのは、Dr, が 84.5 % と高く、Ns が 74.0 % でその他は 60% 台であった（図 11）。一方、このようなメッセージを受け取った場合には、大半の職員が状態を確認する努力をしていた（図 12）。

疑問や不明な点を覚えた場合には、多くが質問して（図 13）、その相談相手として、各職種とも多くが上級者に相談し、医師や看護師は同僚にも相談していた。他職種に相談している職員は、Dr, Ns,

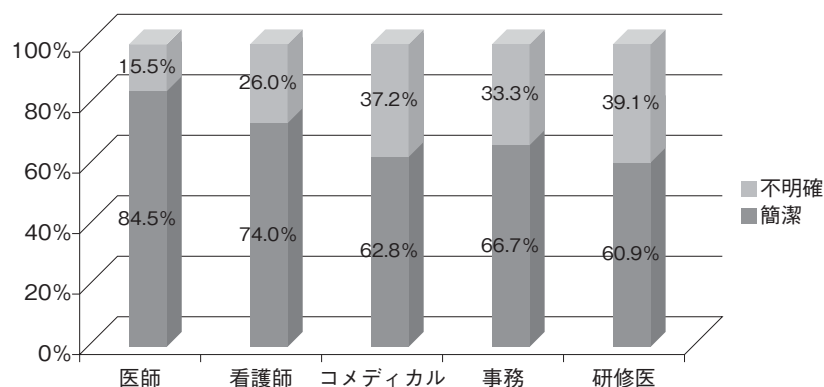


図 11 明確化表現

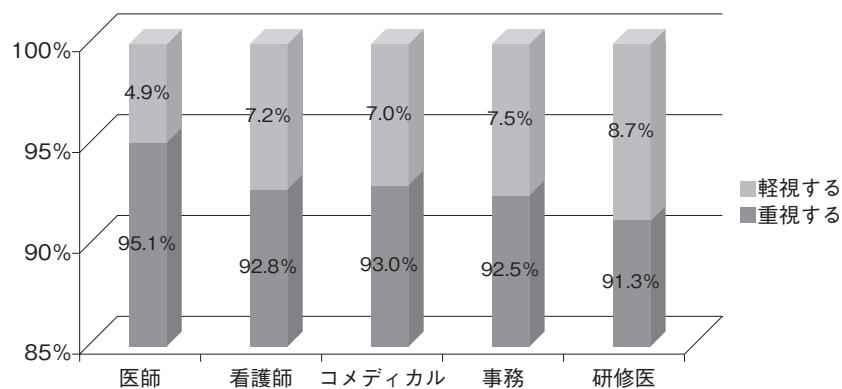


図 12 確認努力

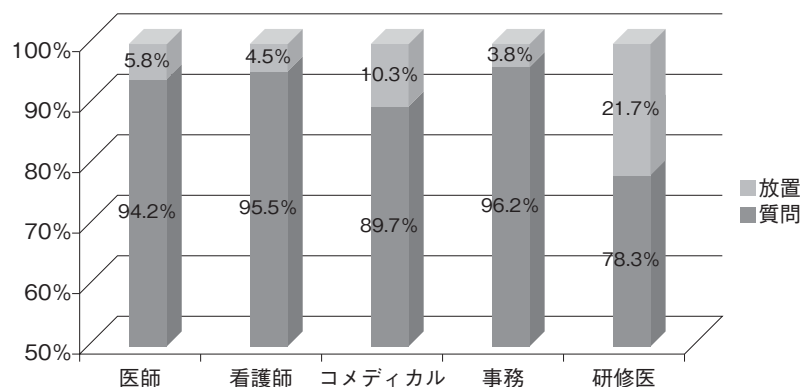


図 13 疑問への対応

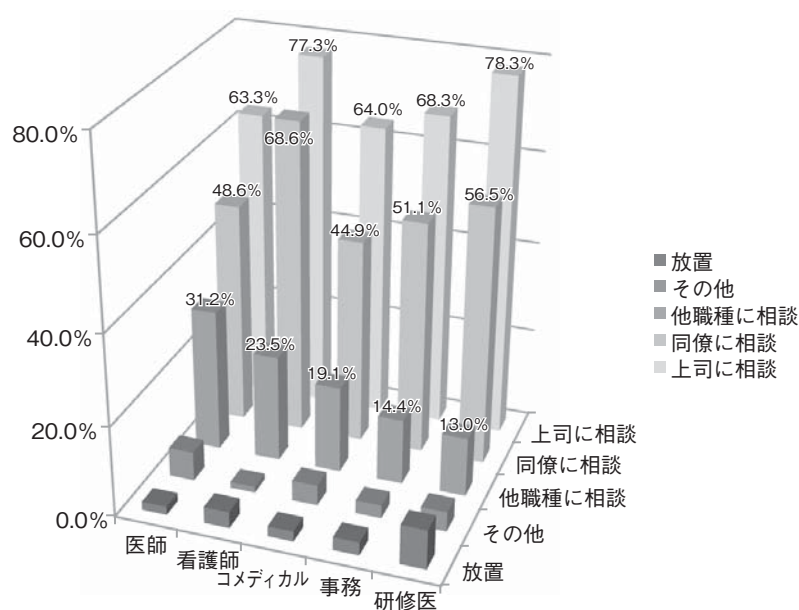


図 14 違和感の相談相手

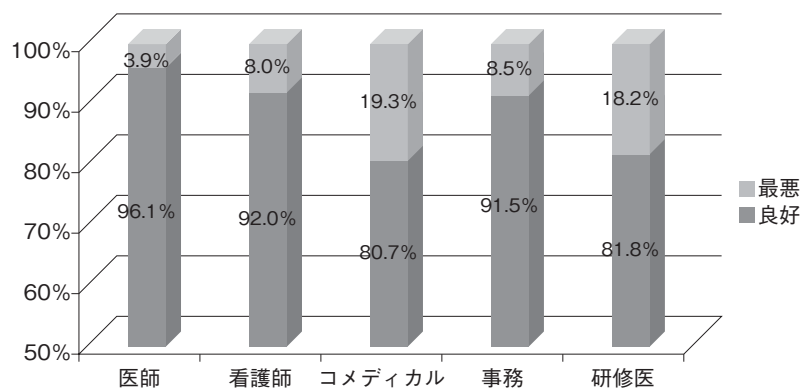


図 15 職場環境

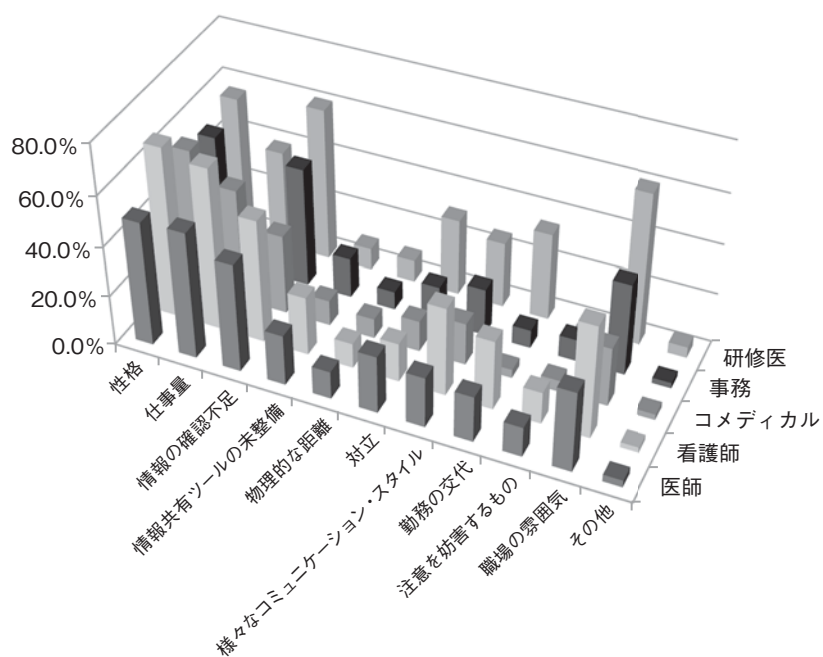


図 16 コミュニケーションの阻害因子

HP, AS, R でそれぞれ 31.2%, 23.5%, 19.1%, 14.4%, 13.0% と比較的少なかった (図 14)。相談や質問が容易にできる職場の雰囲気については、概ね各職種で良好であった (図 15)。

コミュニケーションの阻害要因として、1. 性格、2. 仕事量、3. 情報の確認不足、4. 情報共有ツールの未整備、5. 物理的な距離、6. 対立、7. 様々なコミュニケーションスタイル、8. 勤務の交代、9. 注意を妨害するもの、10. 職場の雰囲気を挙げたが、各職種で多く指摘されたのは、性格、仕事量、確認不足、職場の雰囲気であった。性格が阻害要因と考える職員は、Dr, Ns, HP, AS, R でそれぞれ 49.5%, 67.9%, 56.2%, 51.1%, 56.5%, 仕事量は 50.5%, 64.5%, 44.9%, 12.9%, 39.1%, 確認不足では 43.1%, 49.0%, 31.5%, 47.5%, 60.9%, 職場の雰囲気は 32.1%, 45.2%, 23.6%, 36.7%, 60.9% であった (図 16)。

## 考 察

「過つは人の常、許したもうは神の業」という有名な言葉通り、誰もが間違いから逃れられない。医療における有害事象全体の 3 分の 2 は防止可能で、このうち 28% が医療従事者の不注意により、42% が不注意以外の要因に起因している<sup>1)</sup>。薬剤関連の有害事象も日常的に発生しており、処方および調剤段階でのエラー以外に、投薬段階でも多くの事象が発生している。重篤な有害事象の大半は防止可能である<sup>2)</sup>。

本院においても医師、看護師、研修医などの医療職では 70% 以上がコミュニケーション・エラーを経験しており、そのうち 10 数%に健康被害がでていた (図 1, 2)。

医療の目的は、患者の疾病の治癒、苦痛の緩和、生命予後の延長、QOL の向上などである。従来、医療従事者個人が患者の医療を行ってきた。しかし、医療の複雑性と専門分化の増加、併存疾患の増加、患者の高齢化、慢性疾患の発生率の上昇などから、今日では、一人の医療従事者による単独の医療行為はほぼ不可能で、多職種によるチーム医療が行われている<sup>3)</sup>。

ところで、人間の基本的特性として、1) 人は誰でも間違える、2) 思い込み・状況に左右される、3) 自分に都合のものしか聞こえない・見えない、4) 注意は維持できない、5) 自分に都合の物語を作る、6) 一度正常と判断すると再確認しないなどが挙げられる。さらに、積極的発言の欠如、受け身の体質、堪え忍ぶ美德、年功序列・職種序列、医師主導の医療、医療安全意識の希薄などの国民性を日本人は有している<sup>4)</sup>。またリングelmanの綱引き実験で知られるように、複数の人間が集合することで、責任の分散 (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羞恥心を恐れて介入しないが、他人の非介入は、介入不要事態だと解釈する)、評価懸念 (行動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) などの傍観者効果が発生する。

チーム医療による医療の質と安全性の向上は、現在の医療には必須である。しかし、このような人間の特性から、複雑化した現在の医療提供システムでは、医療従事者間のコミュニケーション不足や、個人の業務における役割・責任の欠如などに起因する有害事象を排除することは困難である。医療安全には、個人の技術向上のみでは限界があり、システムエラー対策のみならず、チームワークを重視したヒューマンエラー対策が重要である。チームワーク構築には、相互理解・支援、コミュニケーション、チーム体制、リーダーシップ、状況観察などがある<sup>5, 6)</sup>。

## 相 互 支 援

相互支援には、職員の重労働や無理な労働に対する支援はもちろん、不適切な知識や行動に対する支援や是正がある。重要な安全義務違反を感じたり発見した場合、取り敢えず作業を中止させるために繰



り返しアピールすることも含まれる（2 チャレンジルール）。本院の職員は、疑問や分からないことがあればどうしているのだろうか？違和感を覚えたら、大部分は疑問を放置せず質問していたが（図 13）、その相談相手は同僚・上司が多く、他職種への相談頻度は少なかった。しかし、31.2%の医師は患者の治療にあたり疑問点と同僚だけで解決しない場合には、コメディカルなど他職種に相談していた（図 14）。院内には専門職種が多数在籍しており、疑問があれば専門職員に声をかけることが問題解決の早道かもしれない。

しかし、最も重要なのは、自分や同僚、他職種の業務に対し、“おかしい”、“不安”、“何か気になる”場面に遭遇した場合、職場の上下関係には関係なく相手に自分の疑問を躊躇なく伝えることができかつ、相手も疑問に対して問題解消まで説明することが重要である。そのためには、双方が相手自身あるいは相手の発言や行動を尊重しながら、自分の主張も積極的に発信しなければならない。もちろんその間、業務は停止しなければならない<sup>6)</sup>。

## コミュニケーション

“コミュニケーションにおける最大の問題は、これで万全だと錯覚することである。”イギリスの作家バーナード・ショウの言葉である<sup>7)</sup>。コミュニケーションとは、人と人との間で行われる知覚・感情・思考の伝達である。しかし、伝達だけではなく、意思の疎通が行われたり、心や気持ちが通い合い、互いに理解し合うことができて初めてコミュニケーションが成立する。医療事故の約 70% にコミュニケーション・エラーが関係している。

コミュニケーション・エラーには、誤った情報伝達、曖昧な情報伝達や伝達情報の誤った解釈など正しく情報が伝達されない“誤伝達”と、情報伝達の省略、確認の省略、伝達しづらさなど情報伝達自体されていない“省略”がある。人間は経験的な勘を基にした判断を行い、知識による枠組みによって情報を処理し、先に結論を決め、その結論に合うように処理することで情報処理の効率化を行っており、それが思い込みや誤解釈につながる。一方、患者には個人差があり、常に疾患やその治療に伴い生理的かつ病態的な変化を生じるため、情報が多様でかつ同時に得られる情報は限定的である（情報不足）。また、多くの医療器具や薬品を使用し、高い専門性が求められるが、あらゆる知識を得ることは不可能である（知識不足）。コミュニケーションの阻害要因は多くあるが、本院では各職種とも性格、業務量、情報確認不足、コミュニケーションスタイル、職場雰囲気などの指摘が多かった（図 16）。労働環境が悪いと疲労し、認知機能も低下する。各職種が業務量を阻害要因に挙げていたことは、当院における各職種の業務内容を見直す必要が示唆されているのかもしれない。

コミュニケーション・エラーの回避は、重要事項は省略せず完全に、誤解を生じないように理解しやすく、簡潔で、タイムリーに伝達し、相互に伝達情報を確認することと、発生したエラーを回復することである。情報不足・情報の多様性から、疑問には思っても間違っていないという思い込みを生み、相手と地位の違いや知識の違いから、相手の言うことや行動に間違いがないと、さらに思い込みが促進されることになる。エラーに対するタブー視で、“エラーを指摘して相手を傷つけやしないか”とか、“うまく指摘できないのでは”という不安が生じて確認や指摘できない要因となり、コミュニケーションを躊躇させる結果となる。コミュニケーション・エラーを発生させにくい環境・関係を作るだけでなく、エラーを回復させるコミュニケーションを増やすことも重要である。医療技術などのテクニカルスキルだけではなく、コミュニケーションなどのノンテクニカルスキルのスキルアップが、安全な医療をもたらす。コミュニケーションのスキルアップの必要性はほぼ全職員がその必要性を認めていた（図 3）。しかし、その多くが講義や講演会での学習より、業務遂行中での指導を望んでいた（図 4）。包括的な講義より、実践的な指導を希望する背景には、総論より各部署における各職種の業務の多彩さや業務量が影響しているのかもしれない。しかし、現実的には指導者の絶対的不足のため現場での直接指導は難し

い、各部署や職種のリスクマネージャーや担当者の教育や指導による指導者の育成が必要であろう。

コミュニケーションスタイルとして、特に緊急時コミュニケーションでは相手にいかに早く緊急性を伝え、適切な対処をしてもらうかがポイントである。今回の結果から、医師・看護師はいつも簡潔な表現をしているが、研修医にはトレーニングが必要と思われた（図 11）。本院において、研修期間中に指導者は明確な表現方法を研修医に対して指導する必要があることがわかった。ただ、相手が伝えようとしている内容を確認する努力は、全職種で大半の職員が行っていた（図 12）。

「伝えつつも」でも伝わっていなかったために、トラブルとなることはよく経験する。“△△をお願いします”，“はい、わかりました，△△ですね”，“そうです△△です，お願いします”。このような復唱による返答だけでなく、送り手による伝達確認（チェックバック）によりエラーを減らすことができる。多くの看護師は復唱していたが、医師、コメディカル、事務職員は、一見面倒かもしれないが、“チェックバック”の励行が必要である（図 8）。

意思疎通手段としては、各部門とも口頭・電話が多く、院内では約 450 台の PHS が使用されている（図 5）。確実な記録として電子カルテ入力があるが、コメディカル、事務部門の使用頻度は低く、継続した教育・指導が必要と思われる。電子カルテには、職種によるアクセス制限や端末装置の不足など解決すべき問題点もある。

コミュニケーションツールとしては、この他に引き継ぎ（ハンドオフ）と大声発信（コールアウト）がある。今回は調査しなかったが、看護業務の引き継ぎは勤務ごとに各病棟で実施されている。しかし、他職種では所用で交代する場合、引き継ぎはどのような内容をどのようにして行っているのか検証する必要がある<sup>8)</sup>。

また、緊急事態に遭遇した際には周囲のメンバーに情報・状況を伝える必要がある（大声発信（コールアウト））。多くの医療職は、院内共通の緊急連絡（E コール）を利用しているが、緊急事態であっても患者の担当医師あるいは担当診療科の医師に診療を依頼することも散見される。患者安全を第一とするならば、緊急事態には躊躇することなく、大きな声でメンバーに緊急事態を知らせることで、情報を共有し、次の行動を予測することができる。

## リーダーシップ

チームには、チーム構成を定めてそれを維持し、意見の対立に対応し、メンバーの声に耳を傾け、メンバーを信頼して支援する、有効なリーダーシップが求められる。

チームでは、お互いを尊重した思いやりのある優れた論争解決技術をもつことが必要で、頭ごなしに否定したり、無視したり、馬鹿にした態度は組織全体の発展としては逆効果とされている。医師・看護師にこのような態度の経験者が多く、コメディカル・事務では 1/3 が未経験であった（図 6）。しかし、おかしいと思っても口出ししてはいけないと各職種とも大半の職員が思っており（図 7）、積極的発言の欠如、受け身の体質、堪え忍ぶ美德、年功序列・職種序列などの国民性を示しているのかもしれないが、むしろリーダーである部長、師長などチームなどのまとめ役がリーダーシップと誤解して権威勾配が支配していたり、職場序列や他職種の職員に対する職業的礼儀などが認められる職場環境を醸成しているのかもしれない。このような状況では、チーム内の人間関係の質が低下し、個々の職員の思考の低下をもたらす結果、行動の質の低下をもたらす事になる。チームを医療における中心的な作業形態と捉え、医療スタッフの誰もが患者の診療に適切に貢献できるフラットな上下関係を考えなければならない<sup>9)</sup>。

ところで、ある状況に遭遇したとき、各自の過去の経験・知識などを通して認識されるため、誤解の原因となる。この対策として、認識・理解・知識の共有が必要で、各部署において業務開始時にはリーダーによるブリーフィングにより意思疎通が図られている。しかし、それぞれの現場では日常的に問題

が発生する。この時、状況認識の再確認のためにハドルといわれる臨時のミーティングを行い問題解決に当たる。さらに、リーダーは、業務終了時にその検証・意見から情報交換や対応策を示すことが求められる（デブリーフィング）<sup>10)</sup>。しかし、現実には本院では実施されておらず（図 10）、今後の課題である。

## 職 場 環 境

医療環境において有害事象の多発する原因は、個人の責任に帰するパーソンアプローチではなく、システムアプローチによってのみ医療文化の安全は改善できる<sup>11)</sup>。医療現場では、潜在的な要因、エラーを招く要因、見える失敗、防護策など有害事象を引き起こす種々の要因が多く存在する。対策として多くの規則や規律、各種マニュアルなどが作られ、安全にその業務が遂行されるべく準備されている。しかし、どのような規約など作成しても、職員の規則違反、資源不足、監督不行き届き、経験不足などから、システムを整備してもエラーは発生することを、スイスチーズモデルで Reason は指摘している<sup>12)</sup>。

日常の業務の中で、“ヒヤリ・ハット”する場面に数多く遭遇する。その約 1/10 がマイナートラブルに、マイナートラブルの 1/30 がメジャートラブルになると言われている（ハインリッヒの法則）。このことは、“ヒヤリ・ハット”の段階での対応が重要であることを意味する。“おかしい”，“不安”，“何か気になる”場面に遭遇した場合、躊躇なく指摘し、その指摘を受け入れ、作業を中断して問題が解決するまで再開しないという共通の了解と、自由な発言ができる職場環境が重要となる<sup>13)</sup>。インシデント・アクシデントの回避を阻害する要因として、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、マネジメント不足、過度の信念等が挙げられる。一朝一夕に改革が出来ないものの、感じたことや気づいたことは躊躇せずに、誰もが誰にでも自由に発言できる職場環境が大切である<sup>10)</sup>。幸い各部門共、職場環境良好との回答が得られていた（図 15）。

これからもインシデント・アクシデントの防止のため、ヒューマンエラーをチームワークでカバーして安全・安心の医療を提供できる病院の構築を図る必要がある。

## 謝 辞

アンケート調査に協力いただいた京都第二赤十字病院の職員各位に改めて感謝します。

本論文の要旨は第 61 回日本麻酔科学会関西支部学術集会において専門医共通講習の医療安全講習会にて講演した。

開示すべき利益相反状態はない。

## 引 用 文 献

- 1) Leape LL 1, Lawthers AG, Brennan TA et al. Preventing medical injury. QRB Qual Rev Bull 1993 ; 19 : 144-149.
- 2) Bates DW, Cullen DJ, Laird N et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events : implications for prevention. JAMA 1995 ; 274 : 29-34.
- 3) Baker DP., Gustafson S., Beaubien J et al. Medical teamwork and patient safety : the evidence-based relation. Literature review. AHRQ Publication No.050053. Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality, 2005
- 4) 横野諭. 人間の特性. 手術室の安全医学講座. 京都 : 金芳堂, 2015 : 12.
- 5) Mickan SM, Rodger SA. Effective health care teams : a model of six characteristics developed from shared perceptions. J Interprof Care. 2005 ; 19 : 358-370.
- 6) 落合和徳, 海渡健. チームステップス日本版 医療安全. 東京 : メジカルビュー, 2012.
- 7) WHO. Patient Safety Curriculum Guide. Geneva : World Health Organization, 2011 : 138.
- 8) 横野諭. Handovers. 手術室の安全医学講座. 京都 : 金芳堂, 2015 : 17.
- 9) WHO. Patient Safety Curriculum Guide. Geneva : World Health Organization, 2011 : 88.

- 10) WHO. Patient Safety Curriculum Guide. Geneva : World Health Organization, 2011 : 138.
- 11) Reason JT. Human error : models and management. BMJ 2000 ; **320** : 768–770.
- 12) Reason JT. Managing the risks of organizational accidents. Aldershot, UK : Ashgate Publishing Ltd, 1997.
- 13) 横野諭. 誰もが, 誰にでも, 何でも !. 手術室の安全医学講座. 京都 : 金芳堂, 2015 : 14.

## Communication Error among Hospital Personnel in the Japanese Red Cross Kyoto Daini Hospital.

Medical Safety Management Office Japanese Red Cross Kyoto Daini Hospital  
Satoshi Yokono, Yoko Tokuda, Hiromasa Tabuchi, Tamao Komori

Kameoka Shimizu Hospital  
Atsushi Takenaka

### Abstract

As a hospital is a multidisciplinary place where health care providers work in cooperation, concise, clear, quick and reliable communication is required for safe practice.

In order to understand the current state of communication among Japanese Red Cross Kyoto Daini Hospital staff, a questionnaire survey was conducted to all staff (1,252 people). Hospital personnel were classified as doctors, nurses, residents, co-medical staff or administrative staff. We asked a total of 17 items, such as their communication error experience, SBAR, Two-challenge rules, authority gradient, implementation of briefings, communication impediments and so on. The response rate was 60.1%.

Doctors, nurses, residents, co-medical staff and administrative staff experienced a communication error of 75.0%, 72.5%, 78.3%, 64.4% and 59.7% respectively. Among them, 18.5%, 13.1%, 10.5%, 5.4% and 5.3%, had caused health hazards respectively. About 95% of the doctors, nurses and administrative staff made concise and clear statement and more than 90% of the staff had carried out efforts to verify them. 78.0% of nurses and 69.6% of residents had rephrased a statement, but only 40.2% the doctors had done so. Authority gradient had been experienced by 80 percent of the medical staff and by 60.5% of the administrative staff. The majority of the staff thought that they should not have spoken out. Major impediments to communication were personality, work load, lack of confirmation of information and workplace atmosphere. Although more than 90% of doctors, nurses and administrative staff felt good in their work environment, 20% of co-medical staff and residents were not satisfied with it. Debriefing was not enforced in 60–80% of the members. Most of the staff considered efforts were needed to improve the communication between medical personnel, and had hoped for on the job training.

Different responses to communication itself were observed among occupations. To avoid communication error, it is important to achieve unified communication by non-technical skills.

**Key words :** communication error, non-technical skill, SBAR, Two-challenge rules, debriefing, authority gradient, replacement repetition