

国公立大学医療安全セミナー

2013/05/09

WHO患者安全カリキュラム
多職種版 について

なぜ「実務者・管理者」に必要か？

相馬孝博

(日本心臓血圧研究振興会附属 榊原記念病院)

臨床現場での医療安全教育の問題点

- ・ 法的根拠

(2002/08/30)医療法施行規則の一部を改正する省令(第111号)の第11条

病院又は患者を入院させるための施設を有する診療所の管理者は、安全管理のための体制を確保しなければならない

第3項 **医療に係る安全管理のための職員研修を実施する**

医政局長通知 **年2回程度定期的に開催**するほか 必要に応じて開催

- ・ **誰に(対象) どのように(方法) 何を(内容) 教えるのか**
医療安全の卒後教育は いまだ体系化されていない

誰に教えるのか(教育対象)-1

- 医療機関の特性…… **専門の多職種の集合体**(医療職＋非医療職)
常勤／非常勤／外部委託 フルタイム／パートタイム
各職種における経験年数／当該医療機関での経験年数
- **コンピテンシー**(Competency)とは何か
広義には「特定の職務遂行場面や課題状況において、ある基準に照らし、効果的または優れた成果の原因となる個人の潜在的特性」
狭義には「**高業績者の行動特性**」
→ これは段階的に獲得可能な能力・特性(であろう)
- **コンピテンシー**(Competency)の要素
知識(Knowledge), **技能**(Skill), **行動・態度**(Behavior, Attitude)

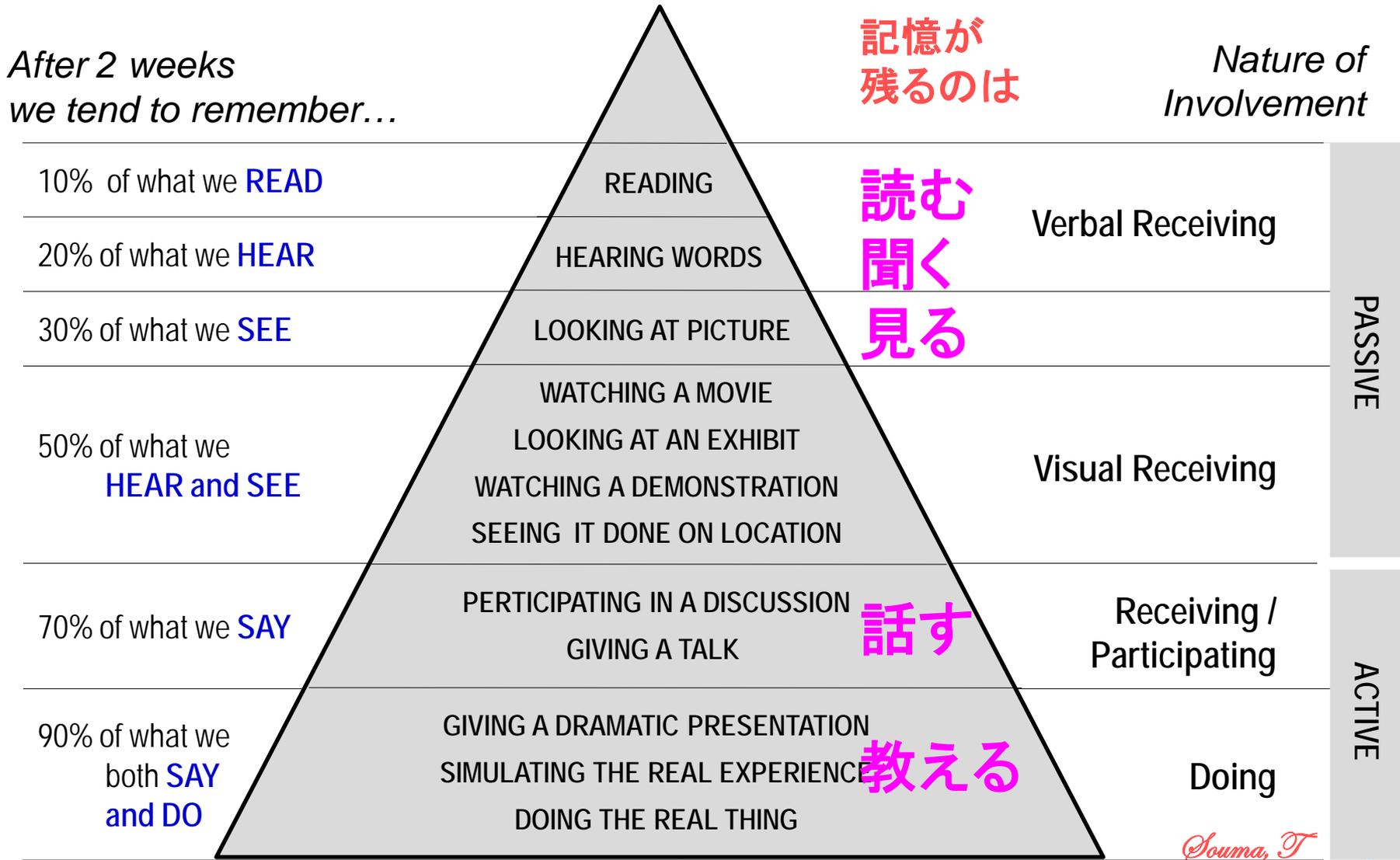
誰に教えるのか(教育対象)-2

WHO(世界保健機関)患者安全教育カリキュラムガイド パート A
……オーストラリアの**コア・コンピテンシーのリスト**に基づき
医療従事者が担う責任の程度で4段階に分類

- ・ **レベル1**(基礎):あらゆる医療従事者が身に付けるべき知識, 技能, 行動・態度
医療専門職ではない事務職員, 外部委託の清掃職員なども
- ・ **レベル2**: 臨床現場で監督下に直接患者に医療行為を行う医療従事者と
ある程度の責任を担う非医療職……研修医, 新人看護師, 医事課係長
- ・ **レベル3**: 臨床上の重責を担う医療職と, 経営や管理責任を担う医療従事者
業務指導を行うことのできる専門医や看護師長, 医事課の課長
- ・ **レベル4**(組織): 組織全体に責任を持つ管理者, 病院長などトップリーダー

教育方法 いわゆる「デールの経験の円錐」

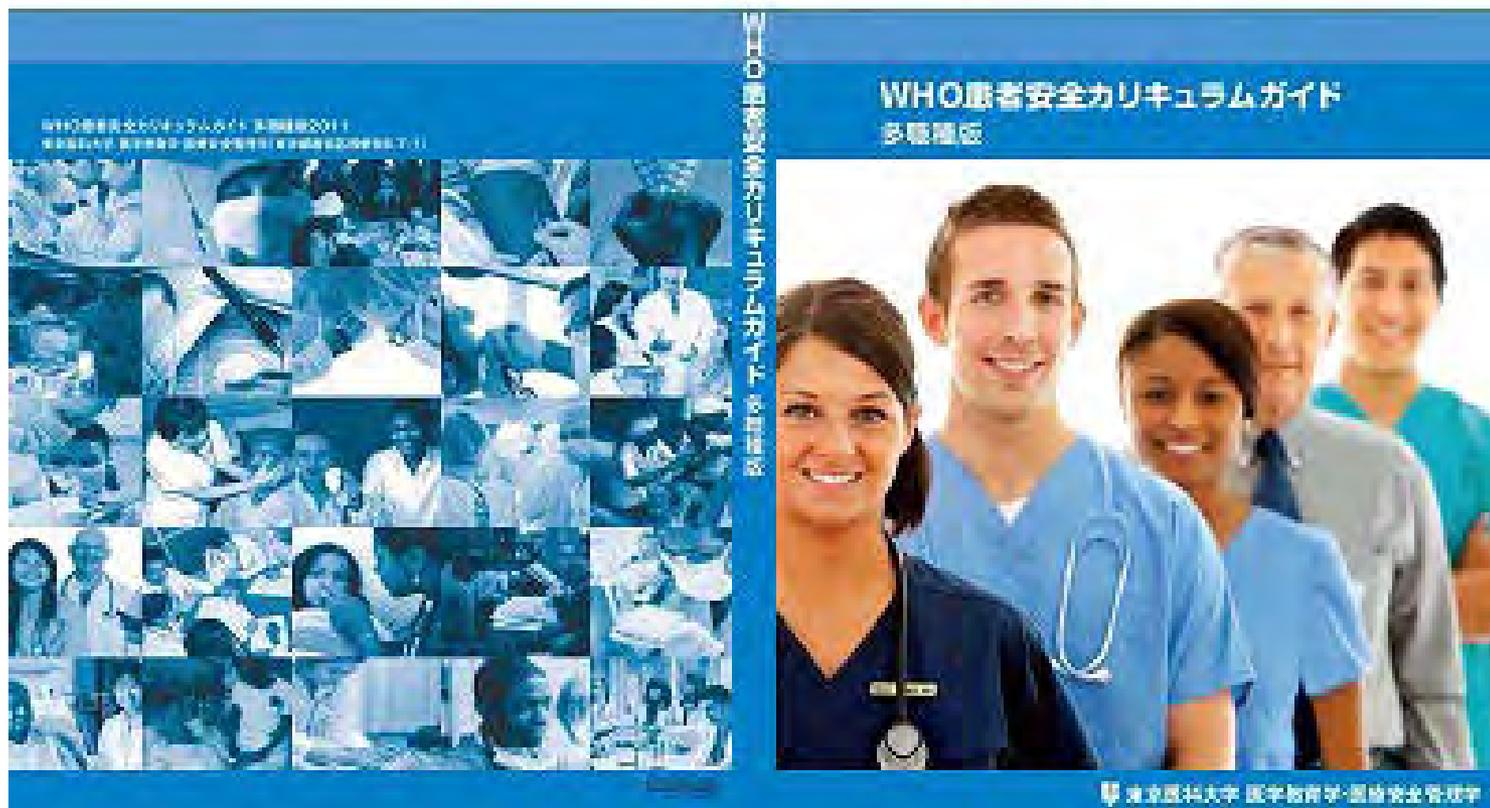
Edgar Dale: Audio-Visual Methods in Technology と引用されることが多いが、
デールのオリジナル図ではパーセンテージは示されていない



何を教えるのか(教育内容) -1

→ そこで役立つ **WHOカリキュラム多職種版**

WHO Patient Curriculum Guide:
Multi-professional Edition 2011



医学教育学講座

- 紹介と概要
- 組織図
- スタッフ
- 授業科目

学会・研究活動

- WHO患者安全カリキュラムガイド
- アドバンスワークショップ
- ミニFD
- 学会・講演会

学内専用ページ

- e自主自学
- Webシラバス

リンク

- 医学教育推進センター

WHO患者安全カリキュラムガイド：多職種版

本書は、2011年に世界保健機関 (World Health Organization) により、以下の表題で発行されたカリキュラムガイドの日本語版です。

WHO Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition 2011
Copyright World Health Organization 2011

日本語版の翻訳権については、学校法人東京医科大学に対してWHO事務局長から承認されています。

日本語版に関する責任は、すべて学校法人東京医科大学にあります。
Japanese version Copyright Tokyo Medical University 2012

- 本ガイドに関するお問い合わせ
医学教育学講座 兼任教授 大滝 純司
e-mail: mededu@tokyo-med.ac.jp
- For inquiries please contact
Junji Otaki, MD, Department of Medical Education
at mededu@tokyo-med.ac.jp

本カリキュラムの
日本語版PDFは
東京医科大学の
医学教育HPから
どなたでも
入手可能です！

<http://www.tokyo-med.ac.jp/mededu/news/detail2.html>

全部で 272ページを
13の PDFに分割
(教育スライドも有り)

パートA：指導者向け指針

・指導者向け指針

パートB：カリキュラム指針のトピック (PDFテキスト)

- 1 患者安全とは
- 2 患者安全におけるヒューマンファクターズの重要性
- 3 システムとその複雑さが患者管理にもたらす影響を理解する
- 4 有能なチームの一員であること
- 5 エラーに学び、害を予防する
- 6 臨床におけるリスクの理解とマネジメント
- 7 品質改善の手法を用いて医療を改善する
- 8 患者や介護者と協同する
- 9 「9~11への導入」及び感染の予防と管理
- 10 患者安全と侵襲的処置
- 11 投薬の安全性を改善する
付 録

何を教えるのか(教育内容)-2

21世紀の医療に必要な「知識・技術・態度」

→ 全ての多職種の前教育へ

- ・ 患者をパートナーとして認める
- ・ 「医療の経験」は改善されるべきことを認識する
- ・ 改善を牽引する公正な文化の元で、データ収集・エラー分析・フィードバックの重要性を理解する
- ・ 職業人として、責任を取り説明責任を果たすことを理解する
- ・ リーダーシップ・紛争解決・複雑な環境下のチーム協働を育成する
- ・ 倫理・正直さ・隠さないこと・共感が、すべての診療現場での希望と信頼の基礎となることを理解する

何を教えるのか(教育内容)-3

医療プロフェッショナルの教育はどうあるべきか

- ・ 患者安全とは(新たな教科ではなく)新しい規律
- ・ 臨床現場の能力を統合すること(チームの役割)
- ・ その場その場で学んでいくこと
- ・ 医療の状況変化を認めること(複雑／予測不可能)
- ・ 医学的優先順位(手洗い・確認プロセス・投薬)

- ・ パターナリズム(インフォームドコンセント・患者の役割)
- ・ 医師の無謬性(間違いへの態度)
- ・ 責めること／恥じること

WHO患者安全カリキュラムガイド ……その本質とは？

- **すべての医療者は「学生のうちから」**
患者安全を前提として **組織の一員**として
教育されるべきである
- 現在 指導的地位にあるベテランも
この新概念を学び直さなければならない
- 学生用というより **すべての医療者の教科書**

カリキュラムは二部構成 -1

パート A: 指導者向け指針

1. 背景
2. カリキュラム指針のトピックをどう選んだか
3. カリキュラム指針のねらい
4. カリキュラム指針の構成
5. カリキュラム指針の実践
6. 患者安全に関する学習をカリキュラムに組み込むには
7. 患者安全に関する教育と学習に不可欠な教育原理
8. 患者安全の理解につながる活動
9. 患者安全の評価方法
10. 患者安全カリキュラムの評価方法
11. インターネットを利用したツールと資源
12. 患者安全教育への国際的取り組みを醸成するには

カリキュラムは二部構成 -2

パート B: カリキュラム指針のトピック

- 1.患者安全とは
- 2.ヒューマンファクターズの患者安全における重要性
- 3.システムの複雑さが患者管理へ影響することを理解する
- 4.有能なチームプレーヤーであること
- 5.エラーに学び 患者を害から守る
- 6.臨床におけるリスクの理解とマネジメント
- 7.品質改善の手法を用いて医療を改善する
- 8.患者や介護者と協働する
- 9.感染の予防と管理
- 10.患者安全と侵襲的処置
- 11.投薬の安全性を改善する

間違える特性を持つ人間が如何にして「組織的な改善活動」をしていくか

テクニカルスキル(専門技術)よりも
ノン・テクニカルスキルの解説に重点

技能(Skill)は, 技術(テクニック)だけではない

Skills-- technical & non-technical

ノンテクニカル・スキルの各要素

- 状況認識 Situation Awareness (情報収集と分析)
- 意志決定 Decision Making
- チームワーク Team Work / コミュニケーション Communication
- リーダーシップ Leadership
- 個人的要因 Personal Limitations (ストレスや疲労管理)

Flin R, Industrial Psychology Research Center@Univ Aberdeen

Topic 01 患者安全とは

＜総論＞ 患者安全とは……

有害事象の最小化と、その回復からの最大化を目指す「集団規律」であることを理解する

- 他産業からエラーとシステム不全について学ぶ
- 患者安全の歴史と「責める文化」
- システム不全／違反／エラーの違い
- **失敗には多くの因子が含まれていることを理解する**
- 責めないこと
- エビデンスに基づく医療を実践する
- 患者のために医療の連続性を保つ
- **セルフケアの重要性を認識する** (→ ノンテクニカル・スキル)
- **常に倫理的に行動する**

Topic 02 ヒューマンファクターズの 患者安全における重要性

- 人間の作業が正しく行われることに影響する、
人間・機器・環境などすべての因子
(ヒューマンファクター)に関する、学問的体系
→人間工学とも呼ばれる
- 人間が働く環境であればどこにでも応用可能
- 次の事実を認める
 - 人間は間違えるという普遍的な本質
 - エラーは必ず起こると仮定する

人間工学に基づいた良いデザインは すべての状況に対応する

臨床現場にいる人間は、落ち着きがあって、休養十分であって、経験のある人ばかりではない。

避けられる混乱はどこにでもある(会社だけが美しいと思うデザイン)



ヒューマンファクターズ思考法の適応

- 記憶に頼らない
- 可視化する
- プロセスを単純化する
- プロセスと手技を標準化する
- 常にチェックリストを用いる
- 緊張感に頼らない

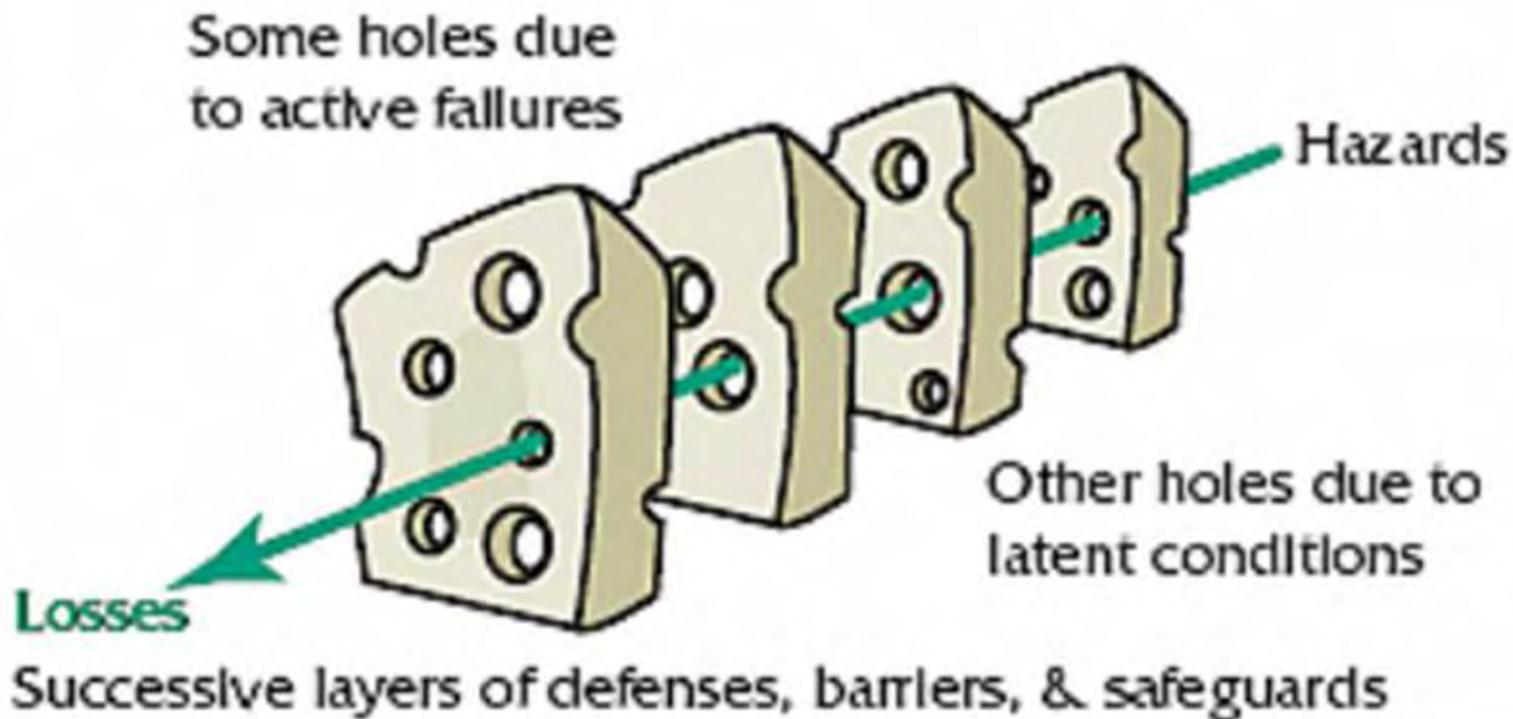
Topic 03 システムの複雑さが 患者管理へ影響することを理解する

- システム *system* という単語
- システム思考は 医療を改善し患者有害事象を減らす
- システムアプローチは従来アプローチより優れている
- 高信頼性組織の要素を医療分野に適応する

☆ 従来アプローチ = 個人に「しっかりやれ」

名指しし、責め、恥ずかしい思いをさせ、鍛え直す

リーゾンの スイスチーズモデル



(穴となる) 多くの因子:

患者・医療提供者・業務・技術・チーム・環境・組織

高信頼性組織 (High Reliability Organizations)

失敗が許されないという過酷な条件下で常に活動しながらも、
事故件数を抑えて高いパフォーマンスをあげている組織
(航空宇宙・原子力・軍事などの分野, 医療分野も)

1. 失敗を重視する
2. 物事を単純化しない
3. 業務に対する感性を磨く
4. 弾力的な仕組みを設ける
5. **専門家の意見・知識・技術を尊重する**



Weick & Sutcliffe: Managing the Unexpected

Topic 04 有能な チームプレーヤーであること

「チーム」とは…… 複数の個人が
共通の目標/目的/任務のために
動的 相互依存的かつ適応的に相互作用する
ほかとは明確に区別できる集団であり
各メンバーに特定の役割/機能が割り当てられ
メンバーとしての資格に期限が設けられたもの

Eduardo Salas

チームワークの原則を適用する方法

実務を行う医療従事者のための実用的なヒント:

- ・ チームへの自己紹介を欠かさないようにする
- ・ **メンバーの名前を覚え 呼びかけるときは名前と呼ぶ**
- ・ 指示を出す時には必ず相手の方を見る
- ・ 思い込みを避けるため 明確な言葉で話す
- ・ 主観的な言葉ではなく 客観的な言葉を用いる
- ・ 指示を復唱し コミュニケーションのループを完成させる
- ・ **必要な時には、はっきりと主張する**
- ・ わからないことがある場合は 他者の視点から考えてみる
- ・ **チーム活動の前にブリーフィング 終了後にデブリーフィング**

チームで必要な自己主張

Assertive Communication



アサーション 自己の主張を優しく論理的に行うこと

CUSS

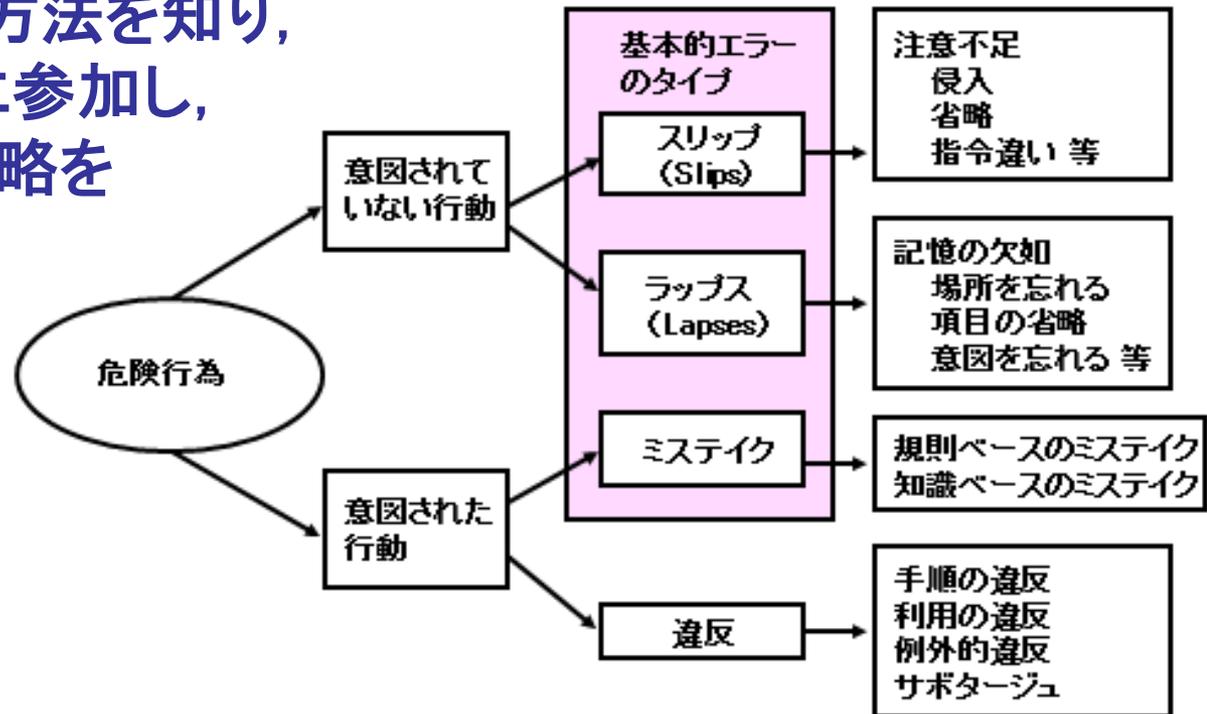
- ・ C - I' m concerned 心配なんです
- ・ U - I' m upset よくわからないんです
- ・ S - I' m scared 怖いんです
- ・ S - STOP 止めて下さい！

→ ラインを止める勇気！

Topic 05 エラーに学び 患者を害から守る

エラーから学ぶ方法を知り、
有害事象分析に参加し、
エラー削減の戦略を
実践する

さまざまな危険行為



安全文化とは

安全文化とは、価値観や倫理観を基層にして、労働観・組織観・道徳観などに表出する、安全についての組織文化

1. 報告する文化
2. 正義の文化
3. 柔軟な文化
4. 学習する文化

(Reason, J)

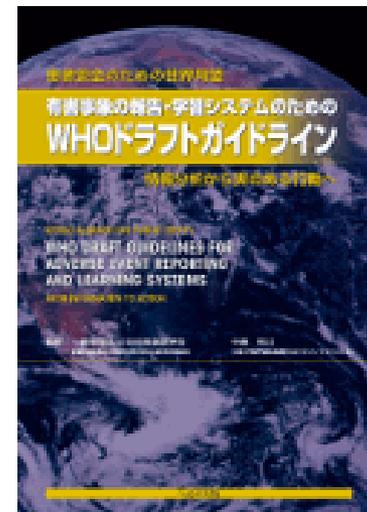
インシデント報告システムと分析

WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems

第6章 成功する報告システムの特徴

1. 処罰されない Non-punitive
2. 秘匿 Confidential
3. 独立性 Independent
4. 専門家による分析 Expert analysis
5. 信頼 Credible* (*本文中のみ項目)
6. 適時性 Timely
7. システム指向 Systems-oriented
8. 応需性 Responsive

日本語版 中島和江 他 監訳
有害事象の
報告・学習システムのための
WHOドラフトガイドライン
へるす出版



個人のエラー削減戦略

- 自分自身を知る(食べて寝て自身のケアを)
- 自分を取り巻く状況を知る
- 自分の任務を知る
- 準備とプラン作り
- チェックする仕組みを常に取り入れる
- 「わからなかったら聞け！」

→ ノンテクニカルスキル！

Topic 06 臨床におけるリスクの 理解とマネジメント

リスク管理：4つのステップ

- ・ リスクの同定(洗い出し)
- ・ リスクの頻度と
重大性の評価
- ・ リスク除去の方法
- ・ リスク対策のコスト

リスク管理活動

- ・ インシデントのモニタリング
- ・ 警鐘事象(センチネル・イベント)
- ・ (苦情)申し立てが担う役割
- ・ 個人に責任のある
(苦情)申し立て
- ・ 検死官調査

リスク管理の体験

- 職場におけるリスクをどのように報告するかを知る
- **正確で完全な医療記録を作る**
- 不完全な知識や技術によるエラーを減らす自己評価
- **リスク管理と患者安全の会議に出席する**
- 有害事象の発生後に患者と家族に適切に対応する
- (苦情)申し立てに適切に対応する

医療現場では 問題が大きくなりやすい

- 医療現場でエラーが発生すると
患者に問題が生じる可能性がある...
... 医療に比較的特有な状況
- それ以外の面では「医療上」のエラーに特有の要素
はない...
... 医療以外の分野で見られるヒューマンファクター
の問題と比べて何の違いもない

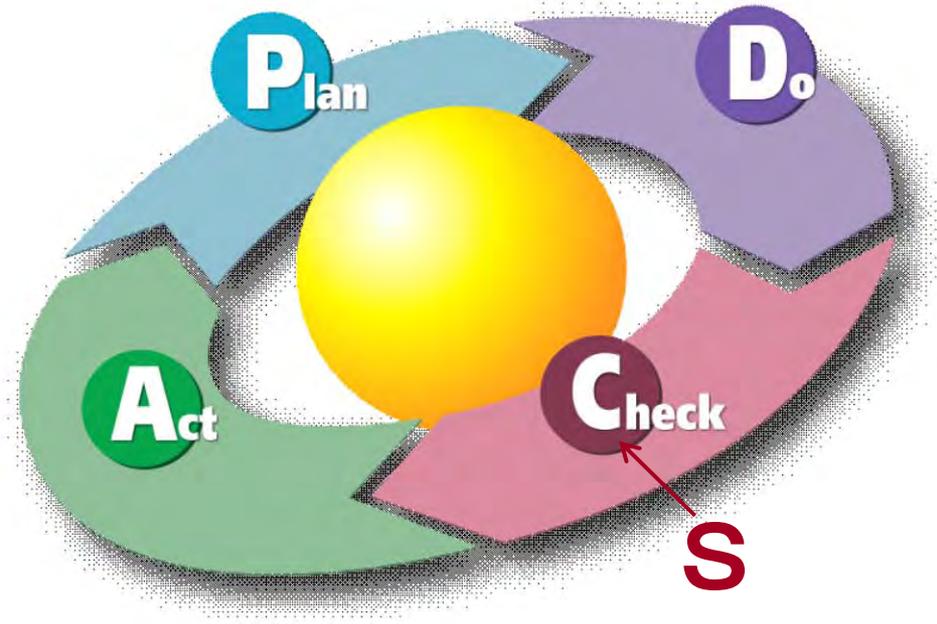
臨床的リスクを 理解して管理する方法

- 職場にあるリスクを報告する方法を把握しておく
- 正確かつ完全な医療記録を残す
- 指導者/監督者又は地位の高い適切な医療従事者に支援を求めるタイミングとその方法を知っておく
- リスクマネジメントと患者安全について議論するための会議に参加する
- 有害事象の発生後に患者と家族に適切に対応する
- 苦情に適切に対応する

Topic 07 品質改善の 手法を用いて医療を改善する

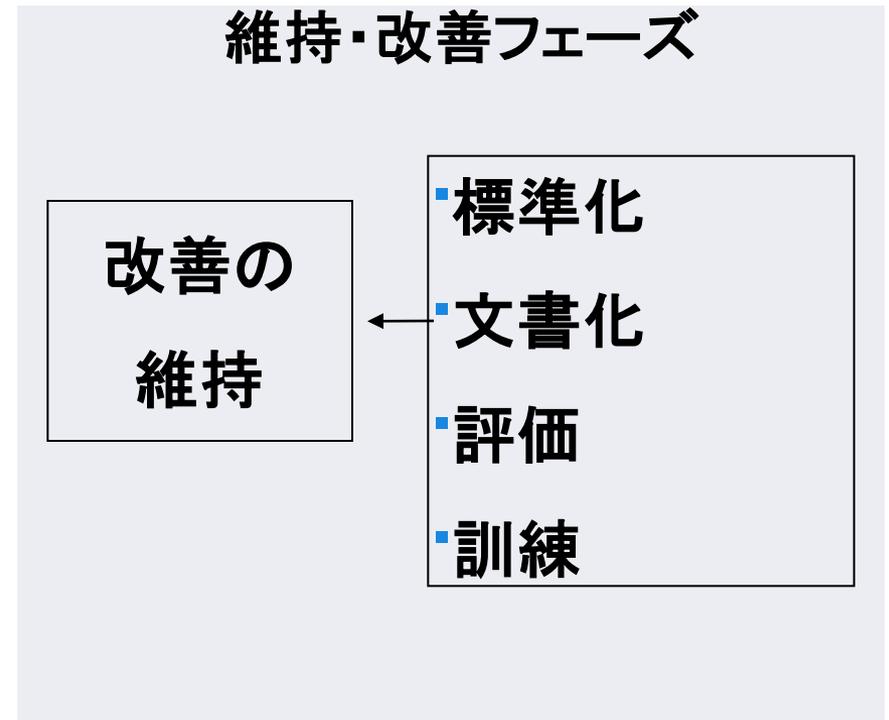
PDSAサイクル(plan-do-study-act cycle)

1. Plan (計画):
過去データや予想データを
元に業務計画を立案
2. Do (実行):
業務計画案を元にしたの業務遂行
3. Study (検討):
業務が計画通りに実行されて
いるか検討
4. Act (改善):
業務計画が計画に沿って
進んでいない場合の改善行動



維持・改善フェーズ

- ・ いったん何らかの介入を適用したら、その介入と達成された改善を維持していく必要がある
- ・ その過程には以下が含まれる:
 - 既存のシステム及びプロセスの **標準化**
 - 方針、手順、プロトコル及びガイドラインの **文書化**
 - 変更を確実に「標準」実践に反映されるための介入の **評価** 及び再検討
 - スタッフの **教育訓練**



NSW Department of Health (2002). *Easy Guide to Clinical Practice Improvement*
(www.health.nsw.gov.au/quality/pdf/cpi_easyguide.pdf)

Topic 08 患者や介護者と協働する

患者と医療者が互いにパートナーとなって
傷害を予防し有害事象から学ぶ方法を理解する

基本的コミュニケーション技術

インフォームド・コンセント手順

オープン・ディスクロージャーの基礎

(余談) インフォームドコンセントは 丁寧なムンテラではありません！

	ムンテラ	IC
語源	<和製> ドイツ語	英語
語義	Mund(口)+Therapie(治療)	Informed Consent
	言葉で説明して治す(?)	情報を付与した後の同意
主語	医療者(医師)	患者！！
目的	患者を納得させる	説明責任を果たす
使用者	内部(同業者間の隠語)	内部・外部 両方
イメージ	一方向性	双方向性
	父権主義的 押しつけ	開かれたコミュニケーション
自己決定	本来は考慮していない	尊重する

オープン・ディスクロージャー 8つの原則（オーストラリア）

1. 率直さと迅速な話し合い
2. 患者有害事象を認めること
3. 遺憾の意の表明
4. 患者や家族の望みを合理的な範囲で認めること
5. スタッフの医療者への支援
6. リスク管理の体系化とシステム管理
7. 良好なガバナンス
8. 患者および医療者のプライバシーの尊重

参考:ハーバードのフレームワーク

When Things Go Wrong: Responding To Adverse Event

Topic 09 感染の予防と管理

- ・ユニバーサル・プリコーションを行う
- ・B型肝炎の予防をする
- ・個人防御の方法を実行する
- ・感染源に暴露した時はどうするか
- ・ユニバーサル・プリコーションを広める

感染源：手・機器（聴診器・パームPC）・環境汚染・空気感染

感染パターン：カテーテル類による尿路感染／血流感染・
手術創感染・人工呼吸器関連感染

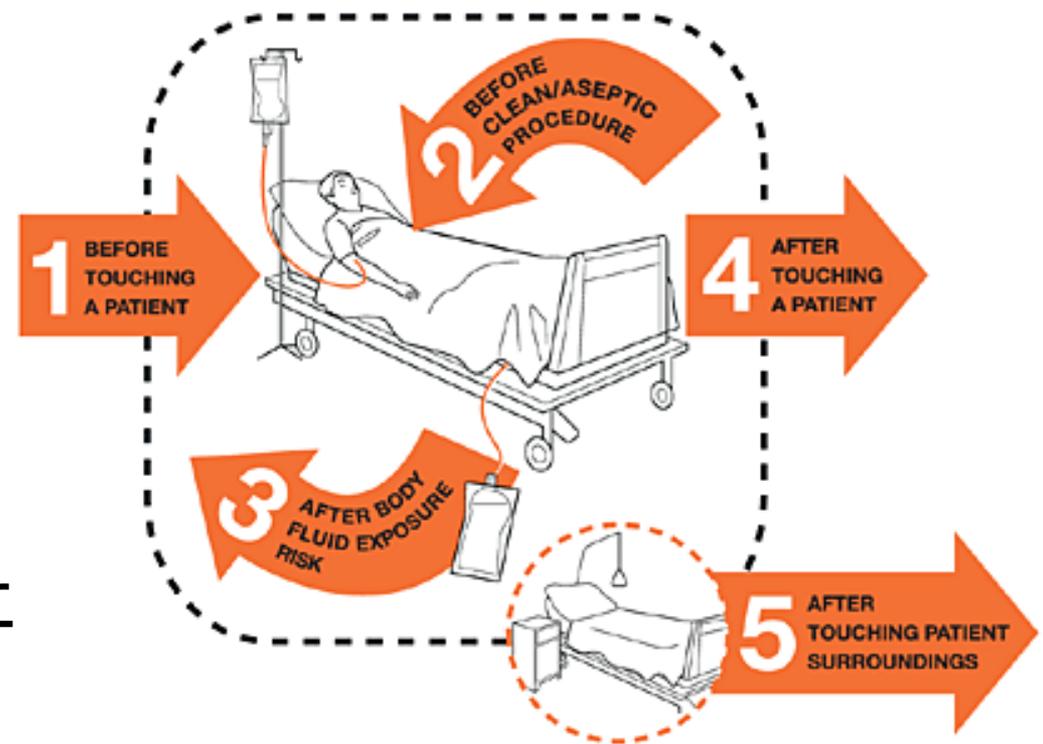
Topic 09 習得すべき実践内容

- ・ **医療関連感染** Healthcare Associated Infections (HCAI) 予防に貢献する方法について地域住民を教育できる
- ・ HCAIを予防及び管理するため標準予防策を実践するように他者を促す
- ・ HCAIによって患者が被る可能性のある社会的、経済的、精神的負担について理解し、それに基づいて適切に対処できる
- ・ HCAIについて患者及びその親族と思いやりを持って明確に話し合うことができる

感染拡大を最小限に抑える手指衛生

WHO: My 5 Moments for Hand Hygiene

1. 患者に触れる前
2. 清潔/無菌手技を実施する前
3. 体液に曝露するリスクがあった後
4. 患者に触れた後
5. 患者の周辺環境に触れた後



Source: <http://www.who.int/gpsc/5may/background/5moments/en/index.html>

Topic 10 患者安全と侵襲的処置

侵襲的手技において, 正しい患者/ 正しい部位/正しい手技の重要性と, 確認プロセスを知る

- 間違い患者/間違い部位/間違い手技の手術を排除するための確認プロセスを追跡する
- 手術室内で, サインイン・タイムアウト・サインアウトを実践する
- 外科手術の病因死因検討会に参加する

M&Mカンファレンス

- ・ そのような会議は開催されているか？
- ・ 教育と理解に重点が置かれているか？
- ・ 議論の目標が類似事象の再発防止に設定されているか？
- ・ その会議は中心的な活動とみされているか？
- ・ 全員が参加しているか？
- ・ 学生を含む若手も会議に出席するよう奨励されているか？
- ・ 死亡事例はどのように扱われているか？
- ・ 討論の要約が文書で管理されているか？

WHO チェックリストは いかにして作られたか

アトゥール ガワンデ:

あなたはなぜチェックリストを使わないのか？

【ミス을最大限に減らしベストの決断力を持つ！】

晋遊舎 (2011/6/18) ¥ 1,680

Atul Gawande:

The Checklist Manifesto



手術の安全 チェックリスト

WHO(世界保健機構), 2009年改訂

麻酔導入前に

(少なくとも看護師と麻酔科医で)

患者同定、手術部位、手術手技、インフォームドコンセントの確認

- あり

手術部位のマーキング

- あり
- 適応外

麻酔器と投薬の確認

- あり

装着したパルスオキシメータの動作確認

- あり

患者はアレルギーはあるか？

- なし
- あり

気道確保困難または誤嚥リスクはあるか？

- なし
- あり、機材と対策の準備済み

500ml(小児では7ml/kg)以上の出血リスクは？

- なし
- あり

2ルート以上の静脈/中心静脈ラインを確保

執刀前に

(看護師、麻酔科医、外科医で)

■ 手術に入る全てのメンバーの自己紹介と役割の確認

■ 患者名、手術手技、執刀部位の確認

執刀60分前の抗生剤の予防的投与は行ったか？

- あり
- 適応外

予想される重大な事態

外科医へ:

- 危険または通常でない(手順の)段階はどこか？
- 手術時間はどのくらいか？
- 予想出血量はどれくらいか？

麻酔科医へ:

- この患者に特化した問題点は何か？

看護師へ:

- 滅菌(インジケータ結果)は完全か？
- 準備機材や他に問題はないか？

重要な画像は閲覧できるか？

- あり
- 適応外

患者退室前に

(看護師、麻酔科医、外科医で)

看護師が口頭で確認

- 手術の術式名
- 使用機材、ガーゼ、針のカウント
- 検体のラベル(大きな声で患者名も含めて)
- 何か機器の問題点はあるか

外科医、麻酔科医、看護師へ

- この患者のリカバリや術後管理の問題点は何か？

本チェックリストは(全ての施設を)を包括するものではない。施設ごとの実情に応じた追加や改変は、推奨される。



チェックのための時間……

- ・ (今までなかった)余計な決まり
- ・ 新たな余計な時間がかかる
- ・ 全員が手を止めるのは 効率が悪い

- ・ チーム全体で確認するのは 当然のルーチン
- ・ 慣れれば数分間だけ
- ・ 全員参加であるからこそ意味がある

→ **それがチーム医療！**

Topic 11 投薬の安全性を改善する

最も誤薬をおこしやすいのはどのような状況か？

- ・ 経験不足
- ・ 多忙な環境
- ・ 二つの作業を同時に行う
- ・ 作業の中断
- ・ 疲労, 退屈, 「自動操縦」状態となって
 チェックやダブルチェックを怠る
- ・ チェック及びダブルチェックの習慣の欠如
- ・ チームやスタッフ間でのコミュニケーションの不備
- ・ 記憶補助の使用を怠る

薬剤の使用を より安全にする方法

- **一般名を使用する**…………… 厚労省方針では製品名
- 患者ごとに処方を個別化する
- **完全な薬歴を聴取する方法を学び 実践する**
- **リスクの高い薬剤を把握しておき 対策を講じる**
- **自身が処方又する薬剤について熟知しておく**
- 記憶補助を用いる
- 5つのR(患者/薬剤/ルート/量/時間)を憶えておく
- 明確なコミュニケーションを行う
- チェックの習慣を身に付ける
- 患者が積極的に関与するように促す
- エラーがあれば報告し、そこから教訓を学ぶ

本カリキュラムのコンセプト まとめ

- ヒューマンファクター(ズ)を理解でき,
- システム思考を行えて,
- リスク管理から質改善に繋がられ,
- (ノンテクニカルスキルにも長けた)
- 「組織人」としての医療者を育成する !

現場教育担当者へのまとめ

どのように教育を行っていくか……

組織社会化（エドガー・H・シャイン）

＝組織内における自分の居場所の確立

- ・良好な人間関係を築く
- ・組織の文化・風土・規範を受け入れる
- ・組織の一員としてふさわしい属性を身に付ける
- ・自らに課せられた仕事を遂行する

（人間の本性）

内発的な動機がない限り

- ・人は変えられない
- ・目標は伝わらない
- ・人は管理できない

品川女子学院校長 漆紫穂子

文字情報
（書類配布）

→ 集合教育
（講演会）

→ リスク管理活動
（委員会への参加）