

## *Specific issues*

Two areas stand out for further attention in relation to preparedness of health care workers. Adverse events involving wrong patient, site or procedure along with medication errors constitute a significant proportion of the 'never should happen' events causing great harm to patients. Ensuring the right patient receives the right treatment requires that staff in all categories follow best practice guidelines and protocols. Administering medications to patients is particularly prone to errors because of the multiple steps involved.

The framework is designed to be a template for curricula development, so those organisations with a specific interest in these two problem areas can design curricula and workplace programs using the specific set of knowledge, skills and attitudes identified for health care workers. In the future other problem areas may need to be integrated into the framework and further competencies developed. Conversely, as the workforce becomes more competent in these areas the need for separate treatment of some topics will diminish and integrate into the framework.

## **The structure for the Framework**

The literature on existing patient safety education and training frameworks was reviewed. While there are many education and training frameworks available particularly in the vocational and educational sector, not many directly relate to educating health workers about patient safety. The most relevant to this project was the Institute of Medicine of the National Academies 2003 report *Health Professions Education: A Bridge to Quality*. This report argued strongly for a refocus on professional health education for improving health care quality. The report sets out the required core competencies for the health professions regardless of discipline and includes the capacity to provide patient-centred care, work in interdisciplinary teams, employ evidence-based practice, apply quality improvement and utilise informatics.

Current knowledge about adverse events and poor quality health care indicates that poorly designed systems and lack of communication and coordination are the main causes of adverse events. Therefore it was essential that the structure and design of the Framework concern everybody working in the health system, not just health professionals.

This is the first framework to identify the knowledge, skills and attitudes all health workers require to keep patients safe whenever and where they work and whenever and where patient or clients are treated. The areas and topics for this framework are set out below.

## **Patient safety concepts and Framework glossary**

*The Patient Safety Concepts and Framework Glossary* accompany the Framework. Because the framework uses many new concepts relating to patient safety, either imported from other industries or expanded from a specialised area within health care, it

was important that these concepts be clearly explained to all health workers. Much of the language in health care is not standardised and terms can have different meaning depending on the area of work or discipline. Everyone knowing and understanding words to mean the same thing will be a significant advancement in redesigning health care systems. The glossary uses the definitions endorsed by the Australian Council on Safety and Quality in Health Care as well as others established in the literature.

## **Bibliography**

The literature in the Bibliography was selected because it was relied upon in developing the framework. While the literature will be of assistance to those developing curricula, programs or courses, it does not represent all the literature on particular topic areas. The Bibliography is a companion document to the Framework and is designed to assist in curriculum development.

## **Patient Narratives**

Use of narrative in health care has a long tradition. Narrative as a learning tool has been effective for generations of health professionals. Stories about generous and hostile work colleagues, about good and bad supervisors, about tips for surviving a particular shift or rotation are just a few examples. These stories naturally are from the perspective of the health workers. Missing from the narrative toolbox are the stories from patients. Their experiences are reminders that they too are part of the health care team and that they too have something to offer. The patient narratives that link to each learning topic are designed to highlight the importance of the learning topic from the patients' perspectives. The patient narratives are set out in the Framework Document.

## 米国 ASHRM における医療安全研修プログラムについての検討

### 研究要旨

世界的な医療安全についての関心の高まりを背景として、医療リスクマネージャー（医療安全推進者）の役割、教育体制、教育内容などが明らかにされる必要がある。本研究では米国 ASHRM の教育内容を、豪で開発されたコア・コンピテンシーの視点から検討した。

米国においては、医療リスクマネージャーは職種としても確立し、職能団体である ASHRM が教育研修、資格認定に大きな役割を果たしている。また、組織防衛を主要な目的としたリスクマネジメントから、患者の安全を主要な目的としたセーフティーマネジメントへの社会の関心の変化を反映して、全社に対応した Barton Certificate in Healthcare Risk Management Program に加えて、Patient Safety Curriculum が導入されている。

ASHRM 研修プログラムを豪「患者安全教育のフレームワーク」のコア・コンピテンシーを基に評価した結果では、「4.4 継続的医療の実践を行なっている」、「7.1 部位間違い、誤った手技・処置、及び誤った患者治療を予防している」、「7.2 安全に薬を投与している」が、含まれていなかった。また、事故の発生状況や事故原因に関するエビデンスが多く紹介されているが、その対策（改善策）やガイドライン、これらの策定・導入の方法も含まれていない。また、ASHRM の研修は講義中心であり、演習は少ない。「講義」と「演習」では、研修実施に必要なマンパワー、費用、学習効果は異なるが、コア・コンピテンシーを習得するための、望ましい学習形態（講義、演習等）までは示されていない。コア・コンピテンシー間の優先順位の設定、どの項目については演習が望ましいかなど、今後検討する必要がある。

### 1. 診療報酬改定

平成 18 年度診療報酬改定では、医療安全を積極的に評価する方向性が示され、「医療安全対策に係る専門の教育を受けた看護師、薬剤師等を医療安全管理者として専従で配置」した場合には、入院患者 1 人につき 50 点が加算されることになった。医療安全管理者の養成には、「通算して 40 時間以上又は 5 日程度」の教育プログラムを受けることとされ、また、以下の項目がプログラムに含まれていることとされている。すなわち、

- ・医療安全に関する制度
- ・医療安全のための組織的な取組
- ・事例分析・評価・対策
- ・医療事故発生時の対応
- ・コミュニケーション能力の向上
- ・職員の教育研修、意識の向上等
- ・講義又は具体例に基づく演習

である。現在、国内外の医療安全管理者を対象とした研修内容は千差万別であり、医療安全管理者のレベルを一定以上に維持するためには、教育プログラムの標準化が必要となっている。

## 2. 米国 ASHRM(American Society for Healthcare Risk Management)

米国においては医療リスクマネジメントの歴史は古く、医療リスクマネージャーは病院において確立した専門職として、医療の質向上部門(Department of Performance Improvement)に所属することが多い。ASHRM は、医療リスクマネージャーの職能団体として、米国病院協会(AHA: American Hospital Association)の支援を受けて1980年に設立した。現在の会員数は約5000人である。1997年には認定資格として認定医療リスクマネージャー(Certified Professional in Healthcare Risk Management: CPHRM)が設けられている。さらに、2004年には教育研修、研究、奨学金支給を目的としてASHRM財団が設立されている。ASHRMは米国における医療リスクマネージャーの主要な教育機関であり、その教育プログラムを評価・検討した。

## 3. 医療安全管理関連資格と ASHRM の教育プログラム

### (1) 米国の医療安全管理に関連した職種

医療安全管理者は、業務独占ではなく、この業務に従事するのに必須の要件は存在しない。しかしながら、以下の様な資格が設けられており、病院において医療安全管理に従事するのは、何らかの資格を有していることが通常である。

#### ①ASHRM の教育プログラム終了者

- ・ Barton Certificate in Healthcare Risk Management Program
- ・ Essential Module (新人リスクマネージャー)
- ・ Application Module (1-5年目)
- ・ Advanced Module (5年以上・グループワーク中心)
- ・ FASHRM (Fellow of the ASHRM)
- ・ DFASHRM (Distinguished Fellow of the ASHRM)

#### ②CPHRM(Certified Professional in Healthcare Risk Management)

- ・ 合弁事業：ASHRM & The American Hospital Association Certification Center
- ・ リスクマネージャーとしての雇用経験や教育の受講歴などが必要
- ・ コンピュータで110個の選択問題が出題され、2時間で解答する

#### ③ARM(Associate in Risk Management)

- ・ Insurance Institute of America(IIA)が提供する資格試験
- ・ Risk Management、Risk Control、Risk Financing の3コースがある
- ・ それぞれ85個の選択問題を2時間で解く。

#### ④ARM-P(Associate in Risk Management for Public Entities)

- ・ 公共部門のリスクマネジメントについての資格試験
- ・ Center for the Advancement of Risk Management Education(CARME)によって提供される
- ・ ARM の3つの試験に加え、public entity risk management の試験が行われる

#### ⑤CPCU(Certified Property Casualty Underwriter)

- ・ The American Institute for CPCU(AICPCU)によって提供される
- ・ 保険業界に焦点をあて、経済や社会、法律への影響などを扱う

## (2) ASHRM の研修プログラム

Barton Certificate in Healthcare Risk Management Program、Patient Safety Curriculum が主要なものである。

### ①Barton Certificate in Healthcare Risk Management Program

- ・必須コース (Essentials in Healthcare Risk Management)  
0～2年目の新人リスクマネージャーを対象にした3日間の教育プログラム
- ・応用コース (Applications in Healthcare Risk Management)  
1～5年目のリスクマネージャーを対象に、リスクマネジメントの話題についてより深く討議することを目的とした3日間の教育プログラム
- ・上級コース (Advanced Forum)  
5年以上の訓練を積んだリスクマネージャーを対象に、小グループでリスクマネジメントの最新的话题に焦点をあてて討議する3日間の教育プログラム

### ②Patient Safety Curriculum

患者安全に特化し、講義と演習を組み合わせた研修である。リスクマネジメント（組織防衛の方法）の研修は行わない。これは最近になって導入された教育プログラムであり、リスクマネジメントからセーフティマネジメントへの関心の変化に伴って設けられたものである。

- ・セッション1：患者安全の基礎理論（2日間）  
組織文化とその改善方法など、患者安全活動の内容と背景について学ぶ。
- ・セッション2：患者安全の上級理論（2日間）  
ヒューマンファクターや、患者安全の評価理論について学ぶ。
- ・セッション3：患者安全理論の応用（2日間）  
評価と報告を通し、ツールやテンプレートの活用で患者安全を目指す。

## 4. ASHRM の教育プログラムの内容の検討

コア・コンピテンシーとは、「職種横断的に共有されるべき知識・能力・専門性・技術」と定義され、米国 IOM (Institute of Medicine) の報告“To Err Is Human” (1999年)、“Health Professions Education” (2003年)でも、医療安全管理における重要性が指摘されている。本研究の分担研究者でもある豪シドニー大学の Merrilyn Walton らは、New South Wales 集の委託を受け、医療安全管理者の教育を目的に、コア・コンピテンシーに基づく患者安全教育のフレームワークの作成を行い、医療安全管理において必要なコア・コンピテンシーを明らかにした (表1)。

ASHRM の研修へ実際に参加し入手した資料、及びインターネットでの検索を基に、研修内容がコア・コンピテンシーにどのように対応しているかを検討した (表2)。

ASHRM の研修会では、「4.4 継続的医療の実践を行なっている」、「7.1 部位間違い、誤った手技・処置、及び誤った患者治療を予防している」、「7.2 安全に薬を投与している」が、含まれていなかった。また、事故の発生状況や事故原因に関するエビデンスが多く紹介されているが、その対策 (改善策) やガイドラインはあまり示されていない。その策定・導入の方法も含まれていない。また、ASHRM の研修は講義中心であり、演習は少ない (RCA や FMEA の演習も行われていない)。また、ASHRM の研修には含まれているものの、豪「患者安全教育のフレームワーク」のコア・コンピテンシーに含まれていない項目としては、産

業保健や感染管理、裁判対策、損害保険の管理などが挙げられた。コア・コンピテンシーは、患者安全に必要な知識・能力・専門性・技術であり、組織防衛に必要な知識・能力・専門性・技術は含まれていないため、別途評価する必要があると考えられた。

また、「講義」と「演習」では、研修実施に必要なマンパワー、費用、学習効果は異なるが、コア・コンピテンシーを習得するための、望ましい学習形態（講義、演習等）までは示されていない。コア・コンピテンシー間の優先順位の設定、どの項目については演習が望ましいかなど、今後検討する必要があるだろう。

表1 医療安全管理者のコア・コンピテンシー(Walton Mより)

1	効果的コミュニケーション	1.1	患者および介護者・利用者を、パートナーとして医療へ参画させている
		1.2	リスクを伝達している
		1.3	患者と誠実な意思疎通を図っている(情報開示)
		1.4	同意を得ている
		1.5	文化的配慮をしている
2	有害事象の発見、予防、	2.1	有害事象を認識、報告し、管理している
		2.2	リスクを管理することができる
		2.3	医療過誤を理解している
		2.4	苦情を管理している
3	エビデンスと情報の活用	3.1	最良の利用可能なEBMに基づく医療を実施している
		3.2	安全性強化のためにITを活用している
4	安全な業務遂行	4.1	チーム医療を実施し、リーダーシップを発揮している
		4.2	ヒューマンファクターを理解している
		4.3	組織の複雑性を理解している
		4.4	継続的医療の実践を行なっている
		4.5	疲労とストレスを管理することができる
5	倫理性	5.1	仕事や医療行為を行なうための適正を維持している
		5.2	倫理的な態度および活動をしている
6	継続学習	6.1	学習する
		6.2	教育する
7	特記	7.1	部位間違い、誤った手技・処置、及び誤った患者治療を予防している
		7.2	安全に薬を投与している

表2 ASHRM の医療安全に関連する研修プログラムの評価

コア・コンピテンシー		医療安全管理活動 Barton 認定			患者安全カリキュラム			全体
		必須	応用	上級	基本	上級	応用	評価
		コース	コース	コース				
1 効果的コミュニケーション	1.1	▲	×	×	●	?	×	●
	1.2	▲	×	×	?	?	×	▲
	1.3	●	●	×	?	●	×	●
	1.4	●	●	×	?	?	×	●
	1.5	▲	▲	×	?	?	×	▲
2 有害事象の発見、予防、管理	2.1	●	●	×	▲	▲	×	●
	2.2	●	×	×	×	×	×	●
	2.3	●	×	×	×	×	×	●
	2.4	●	×	×	×	×	×	●
3 エビデンスと情報の活用	3.1	▲	▲	▲	▲	▲	●	●
	3.2	▲	×	▲	×	●	×	●
4 安全な業務遂行	4.1	×	×	●	●	▲	×	●
	4.2	●	×	×	▲	●	×	●
	4.3	×	×	×	●	×	×	●
	4.4	×	×	×	×	×	×	×
	4.5	▲	×	×	×	×	×	▲
5 倫理性	5.1	×	●	×	×	?	×	●
	5.2	●	●	●	×	?	×	●
6 継続学習	6.1	●	×	?	▲	▲	●	●
	6.2	●	×	×	×	▲	●	●
7 特記	7.1	×	×	×	?	×	×	?
	7.2	×	×	×	?	×	×	?

● : 含む、▲ : 一部のみ、× : 含まない、? : 不明



表3 ASHRM の研修に不足している内容

	コア・コンピテンシー	学習目標
4.4	継続的医療の実践を行なっている	全ての患者のために、継続的医療の重要性を考慮した医療サービスと職員研修を計画している。シフトが変わるときの影響を理解する。
7.1	部位間違い、誤った手技・処置、及び誤った患者治療を予防している	患者が誤った治療やケアを受けることを予防する指針及びガイドラインを作成している。患者誤認防止の手順やヒューマンファクターの影響を理解する。
7.2	安全に薬を投与している	薬物の処方と投与に関連したリスクを最小とする組織全体の取り組みを実行している。与薬エラーの発生状況と対応策を理解する。

## 5. 考察と結論

米国においては、医療リスクマネージャーは職種としても確立し、職能団体である ASHRM が教育研修、資格認定に大きな役割を果たしている。また、組織防衛を主要な目的としたリスクマネジメントから、患者の安全を主要な目的としたセーフティーマネジメントへの社会の関心の変化を反映して、全社に対応した Barton Certificate in Healthcare Risk Management Program に加えて、Patient Safety Curriculum が導入されている。

ASHRM 研修プログラムを豪「患者安全教育のフレームワーク」のコア・コンピテンシーを基に評価した結果では、「4.4 継続的医療の実践を行なっている」、「7.1 部位間違い、誤った手技・処置、及び誤った患者治療を予防している」、「7.2 安全に薬を投与している」が、含まれていなかった。また、事故の発生状況や事故原因に関するエビデンスが多く紹介されているが、その対策（改善策）やガイドライン、これらの策定・導入の方法も含まれていない。また、ASHRM の研修は講義中心であり、演習は少なかった。逆に、ASHRM の研修には含まれているものの、豪「患者安全教育のフレームワーク」のコア・コンピテンシーに含まれていない項目としては、産業保健や感染管理、裁判対策、損害保険の管理など、組織防衛に必要な知識・能力・専門性・技術は含まれていないため、別途評価する必要があると考えられた。

「講義」と「演習」では、研修実施に必要なマンパワー、費用、学習効果は異なるが、コア・コンピテンシーを習得するための、望ましい学習形態（講義、演習等）までは示されていない。コア・コンピテンシー間の優先順位の設定、どの項目については演習が望ましいかなど、今後検討する必要があるだろう。

日本で研究プログラムの標準化を行う場合には、目的（リスクマネジメント vs セーフティーマネジメント）、コア・コンピテンシー間の優先順位の設定、各項目についての研修方法（講義 vs 演習）を検討する必要があると考えられる。