

## 〔組織標本作製〕

1. 生検材料の検体処理は午後に行う(ゆとりを持った時間帯を選ぶ)。担当者は個人バーコードを用いてシステムを立ち上げ、受付組織画面を開く。
2. 担当者は検体トレイより肉眼検査室の台に一名分の依頼書、ホルマリン瓶を取り患者氏名、病理番号を確認し、依頼書の病理番号バーコードをスキャンしてシステムの検査受付組織診の入力画面をひらく。
3. 担当者は患者氏名、病理番号、ID 番号、検体の個数、検体種類(臓器名等)、臨床所見を確認した上で包埋カセットに番号を記入し、検体をカセットに確実に入れる。さらに入力画面より検体ブロック数、必要染色名を入力する。
4. この作業は確実に一名ずつ行う。その後、水洗、依頼書とカセット数を照合後、自動包埋装置へセット、依頼書は決められた室の所定の引き出しに保管する。金曜日でも午後より検体処理し、ホルマリンで再固定、翌日(土曜日)に水洗、依頼書とカセット数を照合後、自動包埋装置にセット、依頼書は決められた室の所定の引き出しに保管する。
5. 手術材料等で肉眼写真が必要な検体については画像処理システムより担当者が撮影し固定する。必要に応じ、固定用臓器袋に収納または固定用コルク板に貼り、ドラフトチャンバー内のホルマリン固定槽で固定する。
6. 手術材料等の臓器組織は、固定後病理医と技師で切り出しを行うが、この場合も上記と同様の確認を行い、切り出された検体をカセットに確実に入れた後、水洗、依頼書とカセット数を照合後、自動包埋装置へセット、依頼書は包埋室の所定の引き出しに保管する。病理医はシステムにて切り出しカセット数をおのおの登録する。
7. 固定不良な検体はホルマリン再固定し依頼書は再固定依頼書の引き出しに保管する。
8. 1カセットごとに包埋センターにて番号と個数、包埋の向き等を確認しながら、パラフィン包埋ブロックを作製する。工程管理システムにより担当者を入力する。
9. 依頼書をみながらブロック番号を確認し、必要に応じた枚数を薄切、浮かし器に順番に並べる。この時、薄切後のブロックも浮かし器の脇に順番に並べる。
10. 薄切標本を浮かし器からスライドガラスに載せる時、ブロックの切り口と照合し、同じ物であることを確認。その後ブロック台に記載されている病理番号を薄切した全てのスライドガラスに記入する。特殊染色が必要な場合には染色名も記載し工程管理システムにより担当者を入力する。
11. 染色後、依頼書に従い、染色の種類、番号を確認しながらマップに標本を並べ、工程管理システムにより担当者を入力する。
12. 依頼書の病理番号を病理検査システム端末に入力、病理ラベルを必要枚数分発行する。
13. 依頼書とラベルの病理番号、患者氏名とスライドガラスに記載されている番号を確認しラベルを添付する。
14. 薄切・染色不良、コンタミ等のチェックをした後、もう一方の組織標本作製担当者と標本のダブルチェックを行った後、システム工程管理に表示されている、切り出しを担当した、病理医に入力後、依頼書、標本を病理医に提出する。
15. 診断後、依頼書と標本は受付へ戻す。病理組織検査報告書を各病棟または病歴室に送付後、控えのファイル、病理標本を整理、保管する。

## 〔細胞診〕

1. 依頼書と検体の患者氏名、検体種類、処理方法等を確認する。
2. 液状検体については、依頼書を確認しながら遠心管に細胞検査番号を記載する。
3. 依頼書の番号、患者氏名と遠沈管の細胞検査番号を確認しながら検体を分注する。
4. スライドガラスに依頼書を確認しながら必要枚数分細胞検査番号を記載する。
5. 遠心後、遠沈管の番号とスライドガラスの番号を照合して検体を塗沫する。
6. 液状検体以外の検体についても、検体処理を行った場合は依頼書を確認しながらスライドガラスに細胞検査番号を記入する。
7. 依頼書の番号、名前とスライドガラスの番号を確認しながら検体を塗沫する。
8. 婦人科等の固定済標本と共に自動染色装置にてパパニコロー染色、その他必要により特殊染色を施行する。
9. 依頼書の細胞検査番号をシステムに入力し、細胞検査ラベルを必要枚数分発行する。
10. 依頼書に従い、検体の種類、名前、番号を確認しながらマップに標本を並べる。
11. スライドガラスに記載されている名前、番号を確認しながらラベルを添付する。
12. 依頼書と標本(スライドガラス)のバーコードをシステムにより照合、確認し、検査技師によるスクリーニングを施行する。
13. 呼吸器検体、子宮内膜検体と Class III 以上の症例については、細胞診指導医のダブルチェック後、報告書を作製する。
14. 診断後、依頼書と標本は受付へ戻り、細胞検査報告書の送付、控えのファイル、細胞診標本を保管する。

## 7. 医療機関の安全管理対策に共通する課題の検討班

本検討班は、医療機関で安全管理を行うに当たって検討すべき共通する課題について、検討した。

### 1) コミュニケーションエラー防止に関するガイドライン

コミュニケーションは、医療事故防止の上からも

大きな課題となっている。そこで本検討班では、認知心理学を専門としている研究協力者の協力を得て、平成 16 年度に報告されたヒヤリ・ハット事例のコミュニケーションエラーの発生状況を確認した(表 II-7-1)。また、そのコミュニケーションエラーの内容は(表 II-7-2)に示したとおりである。

これらの結果に基づいて、①コミュニケーション発信者の問題と、②受信者の問題に分けて、それぞれのタイプごとのコミュニケーションエラーの発生防止対策を述べた。

表 II-7-1 コミュニケーションが関係するインシデント報告事例(平成 16 年度)

発生要因	報告数
報告等 060100*:忘れ	623
報告等 060200:不十分であった	692
報告等 060300:間違いであった	157
報告等 060400:不適切であった	245
報告等 069900:その他	456
システム 110100:連絡・報告システムの不備	505
システム 110200:指示伝達システムの不備	744
連携 120100:医師と看護婦の連携不適切	1064
連携 120200:医師と技術職の連携不適切	65
連携 120300:医師と事務職の連携不適切	26
連携 120400:医師間の連携不適切	66
連携 120500:看護婦間の連携不適切	2273
連携 120600:技術職間の連携不適切	111
連携 120700:多職種間の連携不適切	373
連携 129900:その他	260
記録等の記載 130100:字が汚かった	56
記録等の記載 130200:小さくて読みにくかった	79
記録等の記載 130300:記載の形式が統一されてなかった	103
記録等の記載 130400:記載方法がわかりにくかった	265
記録等の記載 130500:記載漏れ	273
記録等の記載 139900:その他	341
患者・家族への説明 410100:説明が不十分であった	1695
患者・家族への説明 410200:説明に誤りがあった	73
患者・家族への説明 410300:患者・家族の理解が不十分であった	1663
患者・家族への説明 419900:その他	373

\*発生要因中の数字は、分類コード。

表 II-7-2 コミュニケーションエラーの分類

	発信者	受信者
うっかりミス (スリップ・ラプス)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・報告忘れ, 入力忘れ (展望的記憶エラー)</li> <li>・報告間違い (入力間違い, 言い間違いなど)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・見逃し, 聞き逃し</li> <li>・見間違い, 聞き違い</li> </ul>
判断ミス (ミステイク)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・伝わったと思った</li> <li>・伝えなくてもよいと思った</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・未確認(確認しなくてもよい)</li> </ul>
知識不足	<ul style="list-style-type: none"> <li>・報告することを知らなかった</li> <li>・危険感受性の低下</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・違う意味に理解した</li> </ul>

## 2) 医療用具の選定, 見直し, 管理を効率的に行うための組織(患者が療養上使用する用具を含む)

この項では、医療用具に関連するヒヤリ・ハットや事故が多い現状から、医療用具の選定・導入に医師、看護師などの医療スタッフが委員として加わる必要性やそのあり方について検討した。

看護師対象の医療用具に関連する調査の結果では、調査対象となった看護師の約9割が、「患者の状態に応じた転倒・転落対策としての物的対策を実施している」と回答しているが、一方で、用具の取り扱いに対する負担感を感じている看護師は約3割となっている。MEセンターなどを設置している施設以外では、医療用具の保守点検のための担当部署はなく、各病棟看護師に任されている現状がある。医療用具や機器の増加が著しい中、これらの用具の管理や修繕については、電気系の専門家に委託するほうが効率的であり、医療安全のうえからも望ましいと考えられる。

また、医療用具の選定に当っては、多くの視点から検討する必要がある。これについても看護師や医師だけの判断に任される場合があるが、この場合一方的な見方で判断されることとなり、効率的な判断とならない恐れがある。これを防止するためには、機器を使う医療者、管理するME技師や事務職員等々、立場の違った委員による専門委員会を設置し検討刷ることが望ましい。

施設・設備に関連しては、既に指摘されているが、転倒事故の発生場所として問題になっているのは、トイレである。出来上がった施設におけるトイレのしつらえの変更は容易なことではない。問題点および改修方法などはその病棟の特殊性が反映されるようにすることも必要である。その特殊性を評価できるためには全体を知る必要があり、専門委員会の評価がその役割を果たすと考える。

看護師による患者の動作能力のアセスメント実施状況は高いことが示されたが、その能力に応じた物を提供するという点ではばらつきがみられている。車椅子、歩行器、杖といった移動用具については理学療法士が多くの情報と実践経験を積んでおり、これらの導入の検討には、メンバーとして含まれることが望ましい。その一方で、これら用具の選定に関する理学療法士、作業療法士への相談が、現状では「担当看護師→受け持ち医師→リハビリテーション依頼」という手続きをとっている場合がある。診療報酬上の手続きと考えるが、療養上の世話に関するものとして看護師から直接、理学療法士、作業療法士へのコンサルテーションが円滑に行われることは効率性に寄与するのではない

かと考える。

療養環境整備に関係する用具は患者個々に合わせる必要性から各スタッフの裁量にゆだねられることが望ましい。しかし、急性期病院という治療を主目的とする医療機関においては治療内容とそれに伴う患者の変化に看護師の業務優先度が高くなることは必然である。今の状況にさらに福祉機器等の知識、用具の使用評価技術を各スタッフに教育し、保守点検業務を加えることは効率的とはいえない。用具の有用性等、総合的評価のための専門委員会の設置、用具の保守点検等の管理においては部分的に外部委託も含めた、確実なシステムを作ることが重要だと考えられる。

## 3) 法規による医療安全の確保

医療安全に関するガイドラインを導入しようとする際、その有効性ととも、実践される現場に即したものになっているかの配慮が必要である。本研究では、医療安全を確保するための仕組みとして、法システムを用いることの有効性を考える。

法システムのなかでも、労働安全衛生法、労働基準法や各規則や指針(ガイドライン)によって医療安全を確保しようとする場合、労働者、特に看護師にその負担のしわ寄せが来ることのないよう、労働の実態に配慮して作る必要がある。これは、ガイドラインの実現可能性を検討する上でも重要な視点と考えられる。医療安全ガイドラインが、患者のためのみならず、医療者・看護師のためになっているのかという視点を、この考え方は指摘する。

本研究は、ガイドライン導入の際に必ず入れるべき項目として、当該規制の与える影響評価を示すことを提言する。その上で、かかる影響評価の手法を、その具体例とともに提案するものである。

本研究では、まず、①医療者への労働負荷・患者の安全・規制、の三者の相関を示し、規制の与える影響評価の必要性を確認する。次に、②規制の導入に際し、影響評価を求めることが許される、その法的な根拠を示す。ここでは、労働安全衛生法および民法上の解釈が基礎となる。

さらに、③規制の与える影響を実際に評価するには、どのような方法が考えられるのか。米国の報告書の記述を参考に、ケア提供者、経営・事務・請求部門、情報システム部門それぞれに与える影響を評価する手法を紹介し、具体例を示している。

結果として、医療安全ガイドラインが、患者の安全に資する規制であるためには、医療者の労働環境に過度な負担をかけないことが必要であることが明らかになった。そこで本研究では、ガイドライン

導入の際に必ず入れるべき項目として、当該ガイドラインの与える影響評価を示すこと(影響評価書の添付など)を提言した。さらに、影響評価の具体例として、ガイドライン導入によって病院に生じる時間的なコストを、部門ごとにその影響を項目に分け、各々につき推定時間を計上し、その合計で表すことを試みた。

#### 4) 医療安全管理の実際と安全管理者の役割 —安全管理の効率性の観点から—

医療安全管理については、効率よくかつ有効に、医療安全管理を達成する体制や施策が求められている。本検討班では、これを達成するために、以下の課題について検討した。

- (1) 妥当なリスク指標を考えることができるか
- (2) 医療安全管理には、どの程度の業務時間が費やされていると推定されるか
- (3) 医療安全管理室を設置することは、組織的に有効であると考えられるか
- (4) 望ましい全体的な組織構成をどのようなものか
- (5) 望ましいコミュニケーション技能、リーダーシップ技能、マネジメント技能はどのようなものか
- (6) 医療安全管理を効率的に行うためのそのほかの留意点は何か

まず、医療安全に必要な業務時間を、医療安全のためになすべき業務を仮定として置いて、推計した。その結果、

##### <医療安全管理室をおいた場合>

現場:	5800時間
医療安全管理室:	4432時間
実務機関:	240時間
統括機関:	72時間
経験スタッフの関与:	948時間
トラブル事例対応:	800時間
年間総計:	<u>12292時間</u>

##### <医療安全管理室をおかない場合>

現場:	5800時間
実務機関:	5560時間
	(5368+192)
統括機関:	192時間
経験スタッフの関与:	948時間
トラブル事例対応:	800時間

年間総計: 13300時間

と、試算された。

年間の病院全体の医療安全管理業務に要する時間数は、この程度の規模の病院であれば、医療安全管理室を設置した方が効率が良いと考えられる。また、医療安全管理室をおいた方が、ワーキンググループへの援助、トラブル事例への対応、外部からの問い合わせに対する対応が円滑に行われると想定されるほか、各業務が、一貫性を持ち、組織的な混乱を伴わずに遂行されると考えられる。そこで、本検討班からは、以下の提言を行なった。

#### 提言

600床程度以上の大規模な病院では、専任医療安全管理担当者、クラークが配属された、医療安全管理室を設置する方が、効率性がよい可能性がある。

#### D.健康危険情報

特になし

#### E.研究発表

1. 嶋森好子、第 81 回日本医科器械学会大会、公開ワークショップ、パネルディスカッション“医療器械と安全対策—不具合・健康被害、医療事故を防止するために”パネリストとして報告、予稿集、p246、5月12-13日、2006年、大阪国際会議場
2. 嶋森好子他、失敗に学ぶ—看護職員指導者のための「医療安全学講座」、第1回「輸液管理」、HANDS-ON、Vol1.1、p21-27、2006年、じほう社(シリーズとして引き続き各分野の安全管理について紹介する予定)
3. 廣瀬哲也(研究協力者)、日本放射線技術学会 第 62 回総会学術大会合同シンポジウム2「放射線医療におけるリスクマネジメント「医療安全を考える」において、シンポジストとして「放射線部の安全管理」について報告、4月7日、パシフィコ横浜 会議センター、日本放射線技術学会 第 62 回総会学術大会 予稿集、p20、2006年

#### F.知的財産の出願・登録状況

特になし

## II. 分担研究報告

厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）  
分担研究報告書

我が国における医療安全管理者の教育の現状

分担研究者 野本亀久雄 日本医療機能評価機構事故防止センター 理事

研究要旨：本研究の目的は、医療安全管理者(リスクマネジャー)のための教育・研修の指針を作成することである。

医療の安全対策を講じる上で、医療現場のリスクマネジャーの役割の重要性が認識されている。医療法施行規則の一部改定等を受けて、専任のリスクマネジャーを配置する医療機関が増加した。しかし、その役割や育成のあり方については、医療の専門職能団体や各種団体による教育・研修が行われているが、その教育内容や研修の方法等について、共通認識に至っていない。

そこで、本研究では医療安全管理者のための教育・研修について内外の情報を収集し整理した。その結果、1) 医療安全管理者として必要な能力の明確化、2) 教育プログラムの開発、3) 各プログラム間の受講者要件や到達度レベルの標準化、4) 現任者のレベル・アップのための方策の検討、5) 講師等の確保、の5点の課題があることが明らかになった。

## A. 研究目的

医療安全に関わる業務は安全に関する専門的知識のみならず、組織横断的な活動や組織内での教育活動などに必要な能力が求められる。医療安全に関する業務を担当する者の能力は医療機関における医療安全管理の質に直結するものであり、育成されるべき能力や適任者を選択する基準を明らかにするとともに、そのためにどのような教育訓練が行われるべきなのかを明らかにする必要がある。また、教育訓練を受ける側の立場からすると、教育訓練が必要なのはいずれの部分なのかを判断する基準や、能力開発のためには次にどのコースを選択すればよいのかなどの情報が提供される必要がある。こうした能力は安全管理を行う者に必須であるが、わが国においては2000年に特定機能病院において専任で医療安全管理を行う者の配置が義務付けられた後も、その能力や教育訓練の要件は明らかにされないまま今日に至っている。

そこで今年度は医療安全管理を担当する者の教育の現状と、今後、教育研修を制度化する際に検討すべき課題を明らかにすることを目的として本研究に取り組んだ。

## B. 研究方法

1. 研究期間 平成17年4月～平成18年3月

## 2. 研究方法

分担研究責任者を中心にして、研究協力者の協力を得て、医療安全管理者として期待される役割やその育成のための教育・研修すべき内容についての検討を行った。主な検討内容は次のとおりである。

- (1) これまでの厚生労働科学研究等で研究されている日本の医療安全管理者の果たしている役割や業務から、必要様な能力として期待される能力について検討した。
- (2) シドニー大学(豪)医学部がスタッフに行っている「患者安全教育」の枠組みから、患者安全教育のための医療者のコンピテンシーの育成のための、スタッフへの教育内容について示されている領域について確認した。
- (3) 日本において、これまで各職能団体や行政機関などが実施してきた医療安全管理者のための教育・研修内容から共通する内容を確認した。
- (4) 以上の検討結果から、日本における医療安全管理者として学習すべき課題と、その教育・研修内容について明らかにした。

## 3. 倫理的配慮

本研究では、現在公にされている情報を収集・分析するもので、それぞれの団体から了解を得て収集した情報である。個人に関わる情報はなく、倫理的な問題はない。

## C. 研究結果

### I. わが国における医療安全管理の担当者の現状

#### 1. 医療安全管理者の組織上の位置づけ

わが国の医療機関における医療安全管理体制の構築は、平成14年の厚生労働省医療安全対策会議報告書やその後の医療法施行規則の改正などに大きく影響を受けている。特に、特定機能病院では医療法施行規則改正において「専任の医療に係る安全管理を行う者及び専任の院内感染対策を行う者を配置すること」、「医療に係る安全管理を行う部門を設置すること」（医療法施行規則第九条二十三）が義務付けられた。ここでいう「医療に係る安全管理を行う者」（安全管理者）とは、当該病院における医療にかかわる安全管理を行う部門の業務に関する企画立案及び評価、当該病院における医療安全に関する職員の安全管理に関する意識の向上や指導等の業務を行うものであり、次の基準を満たす者である。

- ・ 医師・歯科医師・薬剤師または看護師のうち、いずれかの資格を有していること。
- ・ 医療安全に関する必要な知識を有していること。
- ・ 当該病院の医療安全に関する管理を行う部門（安全管理部門）に所属していること。
- ・ 当該病院の医療に係る安全管理のための委員会（「安全管理委員会」）の構成員に含まれていること。
- ・ 医療安全対策の推進に関する業務にもつばら従事していること。

医師の臨床研修が開始されるにあたり、臨床研修指定病院にも安全管理者の配置が要求されている。また平成14年度以降旧国立病院・療養所が安全管理者の専従配置を行っている。従って専任・兼任の別はにおいて、現在わが国において2000以上の医療機関が安全管理者を配置していることになる。

しかし、同じ安全管理者という呼称でも行っている業務や位置づけは異なっている。たとえば、特定機能病院では看護師資格を持つ専任の医療安全管理の担当者を、医療安全管理者と称するところや、GRM（ジェネラルリスクマネジャー）と称し他に副院長などを医療安全管理者とするところがある。また同様に病棟の医療安全推進を担当する係をRM（リスクマネジャー）と呼ぶところがあれば、独立した位置づけで医療機関全体の管理を行う人間をRMと呼んでいる医療機関も存在する。委員会を中心とした医療安全管理を行っている医療機関では、医療安全管理部門に医療安全のための委員全員を所属させて

RMと称する場合もあり、呼称と役割は非常に錯綜したものになっている。配置されている部署も、事務部、看護部、安全管理部門などさまざまである。組織上の位置づけを表1に示す。この点はすでに井部の研究で指摘されているが、4年以上を経過した現在でも状況にあまり変化はない（井部、2002）。呼称の混乱は、安全管理者の機能・役割を論じる際の混乱の原因になっている。

国際規格であるISO9000、ISO14000シリーズや労働安全衛生法で規定される安全衛生管理などにおいては、管理者と呼ばれる人々を、組織全体の管理運営を行う第1次レベルの管理者、第1次レベルの管理者を補佐し実際の活動のほとんどの案件を処理する第2次レベルの管理者、各部署などに配置され現場レベルで日常業務の安全管理などを行う第3次レベルの管理者として階層化している。医療安全においても、個々の医療機関内では何らかの管理の階層化が行われていると考えられる。各医療機関での呼称を統一するかどうかはともかくとして、今後教育制度等を整備していく上では、それぞれの呼称がどのレベルに相当するのかについての共通認識が必要である。ここでは、医療安全対策検討会議報告書に倣い、第1次レベルの管理者を『統括医療安全管理者』、第2次レベルの管理者を『医療安全管理者』、第3次レベルの管理者を『医療安全推進担当者』と称する。また、ここでは、『医療安全管理者』の教育・研修について検討を行う。

#### 2. 医療安全管理者の行う業務と要求される能力

先にも述べたように、わが国では特定機能病院の医療安全管理体制が医療安全管理体制構築の一つのモデルとなっている。このため、医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を持っていることが医療安全管理者の条件と考えられることが多い。国立病院・療養所（現国立病院機構）でも、平成14年度以降医療安全管理の担当者を配置したが、この職も当初看護師から選任していた。現在は医療安全管理係長職となっているが、なお多くは看護師が任命されている。これには、医療機関内における看護師の絶対数が多くその任に充てやすいことも影響している。

一方、医療安全管理者の基準に、「医療安全に関する必要な知識を有していること」という一項が存在するが、これに関する具体的な内容は示されていない。「必要な知識」の中に医学や医療関連科学の知識がどれくらい含まれるべきなのかは、医療安全管理者がどのような業務を行うかによって影響され



る。これまで医療安全管理者が行う業務として具体的に示されたものを表2に示す。現実には、医療安全管理者の組織上の位置づけと同様、業務内容にもかなりのばらつきが存在している(井部, 2002; 西澤, 2003; 寺井ら, 2005)。井部はこうした具体的活動内容を実践するために医療安全管理者に要求される能力を次のようにまとめている(井部, 2002)。

- インシデント・事故報告を分析するための専門的な医療の知識及び分析手法の知識
- 合理的な安全対策を立案する問題解決能力
- データに基づいて議論を構築できる論理的思考
- 院内の各部門との連携、調整あるいは交渉ができる高いコミュニケーション能力
- 各種情報の収集・分析・加工のためのコンピューターリテラシー
- 医療安全という新しい分野にひるまず挑戦する意欲

この中で明らかに医学・薬学などの専門的知識が必要になるのはインシデント等の分析の一部だけである。このことは、医療安全管理者としての能力は専門能力の有無だけでなく、それ以外の能力に大きく依存することを示唆している。

1990年代以降、米豪では医学教育の中に、必要な能力開発に関する新たなアプローチとして、コンピテンシー概念を採用してきた。コンピテンシー概念はもともと経営学の分野で、職務上の業績を予測するためのツールとして発展してきた。どんな人材の特性が職務上の成功に関連しているのかを明らかにすることで、その職務に必要な特性が明らかになるのである。コンピテンシーの定義で広く知られているものは「ある職務または状況に対し、基準に照らして効果的、あるいは卓越した業績を生む原因としてかかわっている個人の根源的特性」というもので、根源的特性とは「さまざまな状況を超えて、かなり長期間にわたり、一貫性を持って示される行動や思考の方法」を意味している(Spencer & Spencer, 1993)。

IOMは、全ての医療従事者は「多職種の医療チームの一員として、特にエビデンスに基づいた医療、質の改善、医療情報管理に留意しながら、患者中心のケアを行うことができるよう教育されなければならない」として、5つのコア・コンピテンシー『患者中心の医療の提供』『チームとしての協力』『EBMに準拠した診療』『質改善技術』『情報関連技術』を提唱している。コンピテンシーに基づく教育は、豪州でも取り入れられており、特にニューサウスウェールズ州では、医療安全に関する階層的カリキュラム(NPSEF: National Patient Safety Education Framework)の開発と試行が開始されている

([www.safetyandquality.org](http://www.safetyandquality.org)) (参考1, 表3-1)。表3-2は井部がまとめたものである。両者を比較すると、かなりの部分に一致を見ることができ、井部のものは抽象的な性格が強く、NPSEFは一つ一つの項目がより詳細に観察、確認できるように構成されている。また、井部があげた「意欲」はコンピテンシーでは、全項目にかかる姿勢/行動を示していると考えられる。

松浦らはNPSEFに基づいた「医療安全管理者Competency自己評価表」を作成しているが、これは7つのカテゴリ、22の学習目標で構成され、306項目の知識・技能・態度が示されている(松浦ら, 2005)。

今後、医療安全管理者の能力の育成、評価を行っていくうえではNPSEFのように何らかの形で構造化され行動レベルで詳細に項目が示された枠組みが必要であろう。

## II. わが国における医療安全管理教育・研修の現況

### 1. 基礎教育における医療安全に関する教育

医療従事者に対する基礎教育における医療安全のための教育の必要性は「医療推進総合対策—医療事故を未然に防止するために—」(厚生労働省医療安全対策検討会議, 平成14年)ですでに指摘されている。平成16年度厚生労働白書によれば、医師については文部科学省において医師等の卒前教育が見直され、厚生労働省において国家試験の出題基準に医療安全に関する事項が位置づけられている。また看護師については平成14年度に教育カリキュラムの改訂を行うと同時に、厚生労働省看護研修研究センターが看護師等養成所の専任教員を対象として研修を開始している。このほかの医療専門職に関しても平成14年以降同様に、順次、次期出題基準改定時に国家試験出題基準に医療安全が位置づけられるようになった。

ただし、各職種ごとの医療安全のカリキュラム上の位置づけにはばらつきが大きく、基礎教育における医療安全教育の到達度を一律に扱える状況ではない。

また、同報告書では「卒業前における医療安全に関する教育内容を明確化すべきである」と述べているが、現時点では平成13年に医学教育のモデルコア・カリキュラムの中で基本事項の一つとして「医療における安全性への配慮と危機管理」等が位置づけられているのを認める程度で必ずしも教えるべき

内容は具体化されていない。実際の教授内容、時間数等は各教育機関に委ねられており、同一課程内でも差異があると考えられる。

## 2. 卒後教育における医療安全に関する教育

すでに臨床研修が開始された医師、および平成18年度より臨床研修が予定されている歯科医師に関しては、卒後2年間で達成すべき項目に医療安全が位置づけられている。また臨床研修医に関しては、国立保健医療科学院より臨床研修指導ガイドライン—安全管理—が公開されており、到達すべき目標や具体的な行動水準が明示されている。

看護師に関しては平成16年3月に新人看護師の臨床実践能力の向上に関する検討会において、卒後一年の到達目標およびその指導指針が示されている。この中では、看護職員として必要な基本姿勢と態度、看護技術を支える要素、看護実践における管理的側面などでそれぞれ医療安全管理に関連した内容が言及されている。また、日本看護協会が行う認定管理者制度等には組織管理や病棟運営の能力向上の一環として安全管理教育も含まれている。

しかし、医療安全管理に関する能力向上を継続教育の中に明確に位置づけている職能団体等は見られない。各医療専門職の医療安全管理に関する能力向上は、短期の断続的な継続教育プログラムや各医療関係団体や医療機関において行われる卒後教育プログラムにおいて部分的に行われているのが現状である。

参考2は我が国における医療専門職団体等の安全管理者のための教育プログラムの一覧で、教育内容について比較したものである。参考3は、米国リスクマネージャー協会(ASHRM)の医療安全管理者の教育プログラムである。

## 3. 医療安全管理に関する専門研修

医療機関の管理者及び医療安全管理者の医療安全管理に関する資質向上に関しては、報告書公表当時からその重要性が指摘されてきた。平成13年より厚生労働省が特定機能病院の管理者及び安全管理者を対象にワークショップを開催、一般病院に対しては平成14年から地方厚生局が同様の取り組みを行っている。また、平成14年から保健医療科学院(旧病院管理研究所)が長期の教育プログラムを提供し、医療安全管理の専門家の育成を行っている。また、日本医師会、日本看護協会や四病院団体協議会などの医療関係団体、医療安全に関する任意団体である

NDP、営利企業などがそれぞれプログラムを実施している。

しかし、多くのプログラムは受講者の質やバック・グラウンドが多様であること、長期的な専門的研修が困難であることなどの問題を抱えている。この問題のひとつの原因は、医療安全管理者が行う業務や組織上の位置づけに関する認識にばらつきがあることである。また、各プログラムがどのような対象者に対して何を目指しているのか、そのプログラムを終了したら、次にはどのようなステップがあるのかといったことが、現状では明確に示されておらず、受講すべきプログラムの判断基準がない。このため、すでにほかの類似のプログラムを受講した者とまったく初めて受講する者、あるいは統括医療安全管理者、医療安全管理者、医療安全推進担当者が混在して研修を受けるという状況が発生している。一方、研修プログラムそのものも、教育プログラムの期間、内容、到達度に明確な基準や満たすべき要件がないために差異が大きい。分析手法やリスク・コミュニケーションなどの演習を含むもの、一般的な医療安全に関する講義のみのもの、医療安全そのものに関する内容をあまり含まないものなど内容も様々であり、期間も1日から1年間までと幅があり、一律に扱うことは必ずしも適当でない。松浦らの検討によれば、現在わが国で行われている3つの医療安全管理者教育プログラム(保健医療科学院、日本医師会、日本看護協会)のカリキュラムはNPSEFの示すコンピテンシーと概ね一致している。ただし社会・文化的背景や医療システムの相違などで医療安全活動の個別領域に関しては検討が必要とされている(松浦ら、2005)。わが国において実施するためには、社会・文化的背景や医療システムの相違に関する検討が必要であるが、医療安全管理者に対する教育プログラムにコンピテンシー概念を導入することで、①受講者のレベルや目的に応じた系統的、段階的な教育・研修が可能になる②プログラムのモジュール化が容易になる③より網羅的で幅広いカリキュラム開発が可能になる、と考えられる。

一方、どのように行うにしても、講師等の確保は重大な問題である。わが国では、これまで、医療安全管理のための教育を提供する大学院レベルのプログラムは存在していなかったため、専門家の育成を卒後研修に依存している。しかし長期研修の修了者は臨床を持つ医療従事者がほとんどで、教育・研修プログラムを専門に担当できるわけではない。このため、多くのプログラムでは講義等の担当者が重複しており、講師や演習のインストラクターの確保が研修実施上の問題のひとつとなっている。今後わが国

で適切な教育・研修を受け必要な能力を獲得した医療安全管理者を各医療機関に確保するためには、まず教育・研修プログラムを担当できる者の養成を急ぐ必要がある。

### III. 医療安全管理者育成のために取り組むべき課題

#### 1. 医療安全管理者として必要な能力の明確化

これまで整理したとおり、わが国においては現在、医療安全管理者の組織上の位置づけ、役割と権限、ならびにそれを遂行するために必要な能力に関して明確な定義や概念枠組みが存在していない。能力評価に関する最近の動向ではコンピテンシー概念を利用することが一般的であり、医療安全管理者の役割・能力に関してもコンピテンシー概念を導入することが適切であると考えられる。オーストラリアで開発された NPSEF などを視野に入れつつ、わが国の医療環境、医療政策や専門職教育を踏まえた枠組みを開発することが必要であると考えられる。

また、能力の明確化が図られた段階で、医療安全管理者の資格要件も改めて検討される必要がある。

#### 2. 教育プログラムの開発

医療安全管理に必要な能力にはさまざまなレベルがあり、各自の職能に応じた段階的教育が必要である。このため要求される能力別プログラムを開発することが望まれる。

また、医療安全管理者は、組織横断的に医療機関内のさまざまな職種と協力して活動を行う必要がある。このために必要な能力を育成するためには、医療機関内における多職種との協調や異文化コミュニケーションなどの能力が重要である。プログラム開発、提供に当たっては専門職種間教育 (Interprofessional Education) の視点を導入する必要がある。

#### 3. 各プログラム間の受講者要件や到達度レベルの標準化

現在、各団体等のプログラムは比較可能な到達度レベルの明確化、受講者のレベルの明確化などがなされていない。このため、受講にあたって自分の必要とするプログラムであるかどうかの判断ができない、受講者間のレベルに格差があるなどの問題が生じている。コンピテンシー概念の導入など、共通の指標を用いて受講者要件や到達度レベルの標準化を

図ることで、各プログラムが何を目標しているか、そのために受講に先立ち満たしているべき要件は何か、などを明示することが可能になると考えられる。

#### 4. 現任者のレベル・アップのための方策の検討

現在実施されているプログラムの多くは、1 日から 6 日程度である。受講可能な日程も、所属する機関によって平日がよい者、休日でなければ受講困難な者などさまざまである。また開催地も大都市圏に集中しており、地方の医療機関の医療安全管理者が教育・研修を受けるための障害になっている。今後は、研修内容のレベル別、項目別などによるモジュール化や地方での研修開催の拡充などを検討する必要がある。

#### 5. 講師等の確保

今後、医療安全管理者として必要な能力を獲得した人材を確保するためには、研修を拡充する必要がある。しかし、現在研修の講師を務められる人材は限られており、都市圏に偏在している。このため早急に講師や演習の指導者のための研修プログラムを開発、実施する必要がある。また、中長期的には、医療安全のための研究や教育プログラム開発を行える人材を長期の研修プログラムや大学院等で育成する必要がある。

### D. 結論

わが国の医療安全管理者の教育研修はまだ発展途上である。今回の検討の中で、今後、教育研修を制度化する際に検討すべきいくつかの課題が明らかにされた。次年度は、医療安全管理者の教育研修が備えるべき要件を、コンピテンシー概念を踏まえてガイドラインとして示す予定である。

表1 医療安全管理者の組織上の位置づけ

分類	具体例
医療安全管理部門の長を医療安全管理者とするもの	医療安全管理室長 医療安全管理部長 安全管理室 室長 医療安全管理センター長 安全管理対策室長 医療サービス課 課長 医療安全管理執行部長
医療安全管理部門の次席を医療安全管理者とするもの	医療安全管理室 副室長 医療安全対策部 副部長 医療安全管理部 副部長 医療監査部 次長
医療安全管理部門配置の看護師長を医療安全管理者とするもの	医療安全管理部 看護師長 医療安全管理室 看護師長 医療安全対策課 看護師長 医療安全管理係長 医療安全対策室 看護師長 医療安全管理看護師長
看護部門の次席を医療安全管理者とするもの	副総看護師長
看護部所属の看護師長を医療安全管理者とするもの	看護部 看護師長 看護部 専任リスクマネージャー 看護部 医療安全管理業務担当
病院の長を医療安全管理者とするもの	病院長 院長
副院長を医療安全管理者とするもの	副院長 副院長(総括・リスクマネジメント担当) 副院長・安全管理部長 副院長 医療安全管理室長 医療安全管理部長(副病院長)
安全管理委員会委員長を医療安全管理者とするもの	安全管理委員会委員長
診療部門の管理者を医療安全管理者とするもの	外科医長 医局・外来部長 診療部 内科医長 統括診療部長 麻酔科部長 診療部長

表2 医療安全管理者の業務

	<p>「医療安全管理者の機能に関する報告書」 平成13年度厚生科学研究 主任研究者：井部俊子</p>	<p>「医療安全管理者の業務に関する指針(中間まとめ)」 財団法人日本医療機能評価機構 認定病院患者安全推進協議会</p>
<p>院内報告制度に関する事項</p>	<p>インシデント情報・事故情報の分析 ・収集したインシデント・事故情報の公表、フィードバック ・インシデント、事故の分析 ・定期的な院内の巡回</p>	<p>院内報告制度を基盤とした医療安全のための活動 ・提出されたインシデント・レポート等の分析、予防策の立案と提案 ・緊急性が高い事案への対策 ・インシデント・レポート等の件数に明らかな変化が生じた場合の対応 ・インシデント・レポート等の提出や情報収集が適切に実施されるための環境づくり ・インシデント・レポート等の記載方法・内容の指導</p>
<p>安全対策に関する事項</p>	<p>安全管理対策の立案・調整・周知・評価 ・分析結果を踏まえて対策を立案し、対策立案・実施のために必要な場合には、適宜部門間の調整を行う。 院内の安全に関する相談及び助言 ・院内各部署からの安全に関する相談への対応</p>	<p>医療安全のための部署間の調整、対策等の提案 医療安全管理のための指針やマニュアルの作成 医療安全のための院内評価業務 患者相談窓口に関する業務(医療安全に関連する場合)</p>
<p>教育・研修にかかわる事項</p>	<p>安全管理の専門家として病院全体の安全管理研修を企画・運営する ・新入職員への安全管理に関する組織の指針の教育 ・部門ごとの実施する研修への支援 ・事故発生時の再発防止の研修 ・各部門への出前研修</p>	<p>医療安全に関する研修・教育</p>
<p>委員会等にかかわる事項</p>	<p>病院のリスクマネジメント委員会の企画・運営をサポートし、他職種との連携を図り、事故防止に役立てる ・専門的立場から委員会への実務的な機能をサポートする。 ・委員会へ院内の安全管理の状況について報告を行う。 ・議題の提案 ・対策案の提案</p>	<p>医療安全管理委員会の運営 医療安全を目的とした部会などの企画・開催</p>
<p>研究等にかかわる事項</p>	<p>病院内の委員会や各部門・病棟の医療安全推進担当者と連携して活動を行う ・医療安全に関する事項に関して他部門、各委員会との連携 安全管理に関する調査や研究に参加し、事故防止に役立てる ・研修への参加 ・事故やインシデントに関する調査・研究</p>	<p>医療安全に関わる各種委員会との連携 医療安全に関する院外からの情報収集と対応</p>
<p>医療事故にかかわる事項</p>	<p>事故発生時には的確な状況把握に努めるとともに、適切な対応を行うためのサポートをし、再発を予防する。 ・状況の適切な把握・使用器械や薬剤の現状保存 ・適切な連絡・報告 ・現場の管理者のサポート ・当事者職員の精神的ケア ・院内への正確な情報提供 ・再発防止対策立案のための情報収集 ・事故に関する診療録の記載状況の確認</p>	<p>事故発生時の対応業務(直接的業務は行わない) ・現場や患者・家族の状況把握 ・病院幹部や関係部署・診療科への報告についての確認 ・診療記録についての確認 ・医療事故発生現場管理者へのサポート、助言 ・経時的な事実関係の整理 ・事故調査委員会、事故対応委員会の設置・開催のための調整と委員会への参加 ・患者、家族への説明内容の説明 ・当事者に対する精神的サポートに関すること</p>

表3-1 National Patient Safety Education Framework / Feb 2005版Level3

大項目	中項目	学習目標	SBO(知識)	SBO(技術)	SBO(行動・姿勢)
I 効果的なコミュニケーションを行う	患者及び介護者をパートナーとしてヘルスケアに参画させることができる。	スタッフが患者と介護者にケアや治療に関わる機会を拡大する。	健康管理における、意思決定のモデルと特性を知る。 患者と介護者がどうしたらパートナーシップを取って医療従事者と成果を改善できるかを知る。 患者と介護者が健康改善活動に関わる方法を知る。 患者と介護者がどうしたら健康管理専門家から教えてもらうことができるかを知る。 患者の状態に関して教育するための方法の有効性を知る。	定期的なスタッフに患者、介護者との相互作用に関するフィードバックを提供する。 病状の幅に関する適切な情報パッケージを患者、介護者のために作成する。 慢性疾患患者のために自己管理計画を実践する。 患者、介護者が質問すること、サービスに関する定期的なフィードバックを行うことを奨励する。	SBO(行動・姿勢) 患者が彼らのケアと治療に関わる機会を最大にする。 いつも、とりわけ患者、介護者が管理することが困難だと受け止めているような場合に、患者、介護者への尊敬の念を現すこととリーダーになる。 自分の医療記録への通常のアクセス方法を患者に教える。
	リスクを伝達することができる。	詳細な情報を得た上での決断の支援と質の高いリスク情報を患者、介護者に保証する方略を実践する。	患者へリスク情報を伝達するための方法を批判的に検討する。 個人の状況、優先度に従って、治療やケアの有益なあるいは有害な影響をどのように比較考量するかを知る。 患者の治療選択肢に関連したリスク情報の説明の仕方によって、自分が患者の意思決定にどのように影響を及ぼすかを理解する。	患者の情報資料にリスク情報を統合する。 患者に健康状態、選択肢、結果、他の意見と選択を含む情報の入手方法を提供する。 患者に、意思決定、他者との意思疎通、支援や資源の入手、ブレッシングへの対処方法を教示したりする。	患者のニーズに合うように情報をカスタマイズする。 患者、介護者にリスク情報伝達に関する定期的な職員訓練セッションを提供する。
	有害事象発生後の患者と職員の意思疎通を図ることができ、	情報開示過程を詳細に理解している。 患者、介護者へ有害事象を告知するための過程を知る。 患者、介護者に有害事象が及ぼす影響を知る。 有害事象に関わったスタッフに及ぼす影響を知る。 重大有害事象に対する適切な調査をどのように指揮するかを知っている方法を知る。	有害事象発生後の患者に、異なった状況、文化的ニーズを考慮した適切な態度(必要な情報を)告げる。 すべての有害事象は適切な場で査定、調査されることを保証する。 すべてのスタッフに情報開示過程に関する教育を行う。 有害事象に関わった職員に支援と助言を提供する。	有るべき有害事象発生後に適切なケアを受けることを保証する。 ヘルスケアチームのほかのメンバーに対して有害事象に関する適切な報告書を作成する。 すべてのスタッフの情報開示のための要件を確実に認識するようにする。 必要に応じて適切に、経営幹部、保険会社、検死官に対して有害事象の報告書を作成する。 同僚による支援を増し、非難の対象とすることを思いとどまらせるような環境を醸成する。	患者のニーズに合うように情報をカスタマイズする。 患者、介護者にリスク情報伝達に関する定期的な職員訓練セッションを提供する。
	同意を得ることができる	患者、介護者に対して提案されたサービス、治療、代替の処置および医療従事者に関する十分な情報提供が行われることを保証する。	患者、介護者から同意を得るために臨床医学や研究で利用されている方法を知る。 代理の意思決定者(surrogacy)を提供する場合の原則を理解する。 Advanced Planningの要素について理解する。 有害事象に伴う、情報開示の過程を知る。	患者を自分の治療に関する検討に十分に参加させる。インフォームドコンセントを得る際に順いやすい点や障害をどのように避けるかを知る。 同意の基本的な構成要素(倫理、法)を網羅するようにデザインされた同意のプロセスを実践する。 医療従事者、患者、介護者間の差異を仲介する。 教育に関与することに関する患者の同意を保証する。	リスクと便益も含めて、代替的な治療法に関する情報が患者、介護者に提供されることを保証する。 スタッフが適切に同意を得ることを保証する。
	文化的礼節を知り適切に振舞う。	文化的に効果的な方法でヘルスケアサービスを提供する。	健康やヘルスケア提供における文化の影響を知る。 文化的な(問題を取り扱う)能力をどのように教え、形成するかを知る。 文化に対する尊敬と敬意によって信頼関係を最適化するような環境形成の技術を教育、実地教授する。 あらゆる健康の過程の側面における患者、家族の積極的関与を教育、実地教授する。 患者と家族の利益(しばしば文化的)を査定し、それらを足場として計画立案する方法を教育、実地教授する。 患者、家族、介護者、その他のコミュニティメンバーを積極的にシステムデザイン、健康上の意思決定や優先順位決定に積極的に関与させる。	地理的条件、経済的状況、言語、コミュニケーション、ニーズ、障害やその他の環境条件を考慮することにより、臨床現場が患者や職員にとってアクセスしやすいことを保証する。 組織におけるロール・モデルになる。 多元社会における文化、社会階級や価値観の相違に対する尊敬・敬意を表現することによってリーダーシップを発揮する。 文化や多様性に関するより一層の理解を深める。	

表3-1 National Patient Safety Education Framework/ Feb 2005版Level3

大項目	中項目	学習目標	SBO(知識)	SBO(技術)	SBO(行動・姿勢)
II 有害事象やニアミスを判別、予防、管理する	<p>事故を認識、報告し、そして管理を行うことができる。</p> <p>1. ヘルスケア上のエラーを最小化するような方策を実施することともに、エラーによって影響を受ける患者、スタッフの支援を行う。</p>	<p>ヘルスケア上のエラーを最小化するような方策を実施することともに、エラーによって影響を受ける患者、スタッフの支援を行う。</p>	<p>ニアミスやニアミスに関する定期的なフィードバックを行う。</p> <p>有害事象やニアミスの報告に対する非難のない環境(形成)を促進する。</p> <p>職場でニアミスを収集、吟味するためのシステムをデザインする。</p> <p>ヘルスケアの改善のために、定期的、継続的にRCAを行う、又はその他の臨床改善手法を適用する。</p> <p>インシデントレポート、有害事象やニアミスの分析方法を知る。</p> <p>部署/組織が有害事象分析に取り掛かる際に利用できる基準を記述した現場の方針を整備する</p> <p>有害事象とニアミスを調査する。</p> <p>ヘルスケアのエラーを最小化するための解決策を判別するため、有害事象とニアミスのデータを用いる。</p> <p>有害事象とニアミスの分類を行う。</p> <p>患者の身体的、感情的ニーズを適切に管理する。</p> <p>有害事象の調査の後に報告書を作成する。(解決策が)有効であるかどうかを明らかにするためにどんな変化も原直し、実践を継続する。</p> <p>臨床インシデント報告システムを運営する。</p> <p>有害事象を減少させるような特定の活動、たとえばより一層のスーパービジョン、トリアージやプロトコール(手洗い、感染コントロール、守秘義務)を組み入れる。</p> <p>サービス提供にあたり、臨床的、法的、倫理的、財務的基礎を考慮する。</p> <p>リスクマネジメントや患者安全に関する問題を討議する地域のフォーラムを開催し、現場管理者グループにフィードバックする。</p> <p>適切な苦情管理を行う。</p> <p>リスクマネジメントの定期的なプロセスを確立する。</p> <p>組織全体へのリスクアセスメントの効果的な報告を確保する。</p> <p>各リスクの可能性と受容度を定義し、それを最小化するための適切な行動をとる。</p>	<p>改善点を判別するために有害事象やニアミスのデータを分析する。</p> <p>スタッフにニアミスや有害事象に関する定期的なフィードバックを行う。</p> <p>有害事象やニアミスの報告に対する非難のない環境(形成)を促進する。</p> <p>職場でニアミスを収集、吟味するためのシステムをデザインする。</p> <p>ヘルスケアの改善のために、定期的、継続的にRCAを行う、又はその他の臨床改善手法を適用する。</p> <p>インシデントレポート、有害事象やニアミスの分析方法を知る。</p> <p>部署/組織が有害事象分析に取り掛かる際に利用できる基準を記述した現場の方針を整備する</p> <p>有害事象とニアミスを調査する。</p> <p>ヘルスケアのエラーを最小化するための解決策を判別するため、有害事象とニアミスのデータを用いる。</p> <p>有害事象とニアミスの分類を行う。</p> <p>患者の身体的、感情的ニーズを適切に管理する。</p> <p>有害事象の調査の後に報告書を作成する。(解決策が)有効であるかどうかを明らかにするためにどんな変化も原直し、実践を継続する。</p> <p>臨床インシデント報告システムを運営する。</p> <p>有害事象を減少させるような特定の活動、たとえばより一層のスーパービジョン、トリアージやプロトコール(手洗い、感染コントロール、守秘義務)を組み入れる。</p> <p>サービス提供にあたり、臨床的、法的、倫理的、財務的基礎を考慮する。</p> <p>リスクマネジメントや患者安全に関する問題を討議する地域のフォーラムを開催し、現場管理者グループにフィードバックする。</p> <p>適切な苦情管理を行う。</p> <p>リスクマネジメントの定期的なプロセスを確立する。</p> <p>組織全体へのリスクアセスメントの効果的な報告を確保する。</p> <p>各リスクの可能性と受容度を定義し、それを最小化するための適切な行動をとる。</p>	<p>SBO(行動・姿勢)</p> <p>非難のない職場環境を促進することでリーダーシップを発揮する。</p> <p>スタッフに有害事象の報告はヘルスケアの改善に役立つことを示す。</p> <p>有害事象に関わったスタッフを支援する仕組みを確立する。</p> <p>有害事象の報告のレベルや何らかの改善を示す報告書を提供する。</p> <p>患者をよりよく、安全にするための開発方法にチームを巻き込む。</p>
		<p>有害事象を予測し、リスクを最小化あるいは減少するためにリスクマネジメントの方策を適用する。</p> <p>2. リスクを管理することができる。</p>	<p>リスクの判別、分析、制御方法を知る。</p> <p>職場でどのように臨床的リスクアセスメントに取り掛かるのかを知る。</p> <p>職場での主たる臨床的リスクを知り、有害事象に発展するインシデントを判別する。</p> <p>リスクを制御するためにどのように情報(例:苦情、アウトカムデータ、インシデントレポート、訴訟)を用いるかを知る。</p> <p>なぜ正確な(文書)記録と安全な情報保存が重要であるかを知る。</p>	<p>リスクの判別、分析、制御方法を運営する。</p> <p>有害事象を減少させるような特定の活動、たとえばより一層のスーパービジョン、トリアージやプロトコール(手洗い、感染コントロール、守秘義務)を組み入れる。</p> <p>サービス提供にあたり、臨床的、法的、倫理的、財務的基礎を考慮する。</p> <p>リスクマネジメントや患者安全に関する問題を討議する地域のフォーラムを開催し、現場管理者グループにフィードバックする。</p> <p>適切な苦情管理を行う。</p> <p>リスクマネジメントの定期的なプロセスを確立する。</p> <p>組織全体へのリスクアセスメントの効果的な報告を確保する。</p> <p>各リスクの可能性と受容度を定義し、それを最小化するための適切な行動をとる。</p>	<p>リスクマネジメントの方策を、実施した行動の結果も含めて報告書にまとめる。</p> <p>有害事象発生後は患者(あるいは介護者)に完全な情報開示を行う。</p> <p>職場のエラーの分析、査定によって得られた教訓を分かち合うことでリーダーシップを発揮する。</p> <p>スタッフのリスク問題に関して訓練されていることを保証する。</p>

表3-1 National Patient Safety Education Framework / Feb 2005版 Level3

大項目	中項目	学習目標	SBO(知識)	SBO(技術)	SBO(行動・姿勢)
II 有害事象や ニアミスを判 別、予防、管 理する	医療における エラーを理解 できる。 3.	職場における安全原 則の適用としてシス テムアプローチを用 いることができる。	ヘルスケアのエラーを理解するためのモデルを知る。 システム理論と統合システムがエラーに果たす役割を理解す る。 医療エラーに影響されやすい、投薬を判別し、安全な処方を進捗す る仕組みを遂行する。 不注意、注意散漫、先入観、物忘れ、倦怠、ストレスによって引き 起こされるエラーを減少させる、あるいは管理する方略を実践す る。	記憶に頼る活動を判別し、記憶への依存を減少する方略を実践 する。 医療エラーに影響されやすい、投薬を判別し、安全な処方を進捗す る仕組みを遂行する。 不注意、注意散漫、先入観、物忘れ、倦怠、ストレスによって引き 起こされるエラーを減少させる、あるいは管理する方略を実践す る。	患者やスタッフの現在のニーズに合致した、安全に関する組織的モ デルを実践することでリーダーシップを發揮する。
		効果的な苦情管理システム の構成要素を知る	効果的な苦情管理システムの構成要素を知る 様々な苦情データの収集方法を知る 公正の基本原則とnatural justiceに関するルールを理解する。 ヘルスケアサービスを改善するにあたり、苦情をどのように利用 するかを知る。 消費者中心のフィードバックシステムをどのように作り出すかを 知る。	苦情のデータを収集・分析するシステムを確立する。 告訴を考えている消費者に助言を提供する 客観的、徹底的に苦情を調査できる。 サービス提供の改善のために苦情からの情報を利用する。 消費者からのフィードバックや苦情の動向をスタッフに告げる。 苦情解決に調停技術を使用する。	経営陣やスタッフに定期的に苦情の動向を報告する。 守秘義務と個人のプライバシーを守りながら、関連する事実や決定 についてオープンに話し合えるようにするために、情報を適正な方 法で管理する。 重大な健康、安全上の問題を引き起こしている苦情を適切な組織に 付託する。
	利用できる最 良のエビデン スベーストブラ クテイイスを採 用することができる。 1.	ベストエビデンスが 利用できて、かつ患 者・介護者の治療や 管理に定型的に用 いられることを保証す る。	優先的な健康状態で、改善を計測する方法を知る。 エビデンスに基づいた実践を補助するために利用可能なツ ールを知る。 実践ガイドラインを開発し広めるために最も効果的な方法を知 る。 患者の価値観や選択がどのように利用可能な管理上の選択肢 や、その決定に適切に患者が関与する可能性に影響するかを 理解する。 特定の環境でITがどのようにエラーの発生率を減少するかを 知る。	医療従事者、患者・介護者のための医学的なエビデンスを分析し 統合するための系統的アプローチを適用する。 ケアプロセスをデザインする際にベストプラクティスを判別する。 継続教育や訓練、患者特異的な合図や臨床監査を含む、エビデ ンスに基づく実践の利用を促進するための様々な方法を用いる。 医療従事者が調査報告をどうやって書くかを知ること保証する。 患者ケアの成果や仕事の王道プロットの測定にITを用いる。 エラー減少のために、業務実践に強制的な段階を導入する(機能 強化)。 ITツールを判別、アクセス、通訳に用いる。またオンラインで健康 関連情報、データを利用する。	実践ガイドラインの遵守状況をモニターする。 すべてのスタッフに対して、テクノロジー理解と利用改善のための訓 練プログラムに参加することを奨励する。 患者ケアを促進し改善するために適切にテクノロジーを用いる。
		安全強化のため にITを利用 することができる。 2.	リスクを減少させ患者 ケアを改善するため にITを用いる。	ITはエラーを予防するために利用可能であることを知る。 臨床情報学の適用を知る。 ITのメンユーザーを知る(個人的な健康の側面、ヘルスケア提 供者の側面、住民の健康の側面)	





表3-1 National Patient Safety Education Framework / Feb 2005版Level3

大項目	中項目	学習目標	SBO(知識)	SBO(技術)	SBO(行動・姿勢)
IV 安全に働く	3 複雑な組織を理解する	複雑性が患者ケアに及ぼす影響を減少させる方略を開発する。	組織における専門家の影響を理解する。	リーダーシップとマネジメント能力を示す。	患者ケアを伝える際にヘルスケア・サービスの複雑さを考慮に入れる。
			患者管理に関連する質の高い組織的モデルを知っている。複雑な組織のシステムについて考えるために重要な要素を特定する。	規格化、簡素化、チームトレーニング等の安全原則を取り入れる。ケアのプロセスを再構築する方法を知っている。	
	4 継続性のあるケアを提供する	すべての患者のケアの継続性を促進するプロトコールをスタッフに教える。	通常業務とプロセスの標準化の利益を理解する。	組織構造の理論を専門職の業務に適用させる。	サービスを整え、継続的的患者ケアを促進する。
			交替勤務がケアの継続においてどのように影響を与えるか理解する。	院内専門家チームを育成する。	患者のために常に適切な補助を整え、それを容易にする。
	5 疲労とストレスを管理することができる	スタッフ、同僚や患者のストレスや疲労の影響を最小化するためのような方略を開発する。	患者中心医療の要件を理解する。	正しい記録が適時正しい患者と共に利用可能であることを確実にするシステムを確立する。	患者中心のサービスを提供する。
有効で確実な相談、委譲、その他の活動を確実にするために様々な伝達方法で組織の異なる部門に関わる必要があることを知っている。			交替勤務、ローテーション、代診が患者ケアの継続にいかに関与するかを理解している。	有効な委譲システムを確立する。	区やヘルスケアサービスの間に移される全ての患者がそれらの状態とケアプランに関して見識ある職員によって協同に実行されるシステムを確立する。
			職場でのストレスと疲労の影響を認識し理解する。	各医療従事者のための明確な役割の記述を提供する。	
			交替勤務の影響、超過勤務、勤務表を理解する。	ストレスの要因の影響を減少させストレスを管理する。	
			ストレス対策の原則を理解する。	精選とトレーニングによりスタッフの業務との照合を増強させる。	
			交替勤務と超過勤務のどこに危険があるのかという情報を集める方法を知っている。	アサーティブな主張の訓練をスタッフに提供する。	
				スタッフに仕事上のサポートを行なう。	
				職場における重圧や疲労の報告に対応する。	
				いじめをなくす。	

表3-1 National Patient Safety Education Framework/ Feb 2005版Level3

大項目	中項目	学習目標	SBO (知識)	SBO (技術)	SBO (行動・姿勢)
V 倫理的である	1 仕事や実践への適合性を維持する	スタッフが仕事に適していることを保証する明かな仕組みを確立する。	チームの標準的な業務について、何が不足しているのかを査定し再検討する方法を知っている。 職員的能力や行為に関する心配や苦情を管理する公正な遂行の本質を意識し伝達する。	スタッフ業務に関する問題を管理し、効果的に導く。 能力のレベルに応じたスタッフへ業務を委託する。 不正行為や業務の傾向に関する根拠に基づき職員の能力を査定する。	SBO (行動・姿勢) スタッフの技術と知識を高めるよう支持し、奨励する。 適切なスタッフと患者記録を維持する。 不適任な職員を適当な人や部署に委託する。 傷つき苦しむ医療従事者を支援する。 あなたやあなたの部署にとって財政上不都合であったとしても継続的に改善されることを確約する。
	2 倫理的な行動と実践を行う	倫理的推論と意思決定を統合し、いつでも適切に行動する。	倫理的判断と臨床における決定と管理慣習と職場に統合する方法を知っている。 法令およびスタッフにとってアクセスし易い健康要件のフォームを有する部門を統合する方法を知っている。 スタッフが未熟であることや不適切な所業または損傷について報告するように体系を確立する方法を知っている。 ヘルスケアチームのメンバーとして患者および患者のケアを行なう者を含む方法を知っている。	医療従事者が倫理に基づき決定することを助けるためのツールや手本を提供する。 仕事や教育に関連する議論を管理するためのシステムを設ける。 費用対効果に優れた代替手段を提供して患者のためによりよいケアの改善に結びつける。 経歴年数の少ない医療従事者にとっていかに師であり手本であるかを知る。 他者に対する防衛姿勢を引き起こすことを避ける方法を知っている。	全てのスタッフが倫理的で専門的責務を満たすことを支援する。 社会のヘルスケアへのニーズに敏感になる。 患者に評価され、価値を置かれるオープンな職場を創造する。 専門職としての能力・行動について懸念がある場合は、同僚や対等者を適切な機関に委ねる。 すべてのスタッフに内部通報者保護について教える。
VI 継続教育	1 職場における学習者であること	すべてのスタッフに、管理、スーパービジョンにおける技術の強化を含む効果的な学習プログラムを受け入れることを保証する。	職場における学習の方法の相違を知り、評価する。 生涯学習の原則を理解する。 学習の成果を評価する方法、学習を習得するための授業時間等、学習を構造的化する方法を知っている。	各立場に適切な教育訓練に参加する。 それぞれの業務に必要な教育と訓練プログラムへのアクセスをスタッフに提供すること。 全ての職種に総合的な学習の機会を提供する。 全てのスタッフの学習と業績結果を評価する。 全てのスタッフに適切な学びの機会を提供する。 スタッフのトレーニングと学習をモニターする。 'on the run' における教育を構造化する方法を知っている。 学習環境を促進する。	スタッフに対するメンタリングスキームを作成または組み入れる。 職場における生涯学習のための役割モデルと支持者となる。 スタッフに提供されたトレーニングの質を監視する。 標準的な教育スケジュールを確立する。 学習者を支援して、奨励する。 学習者がトレーニング期間に混乱しないようにする。
	2 職場における教育者であること	すべてのスタッフに、他の従業員に自分の技術や知識を手渡す機会を保証する。	学習者に必要な業務レベルを知っている。 mentoring (助言者) / supervising (監督者・管理者) / assessing (評価者) の役割の違いを知っている。 学習者に問題が生じた時にどのように援助すればよいか知っている。 学習成果に対する評価方法を知っている。	定期的な正式な教育的ラウンドを行なう。 学習契約を管理する。 助言者となる。 評価の異なる方法を適用する。 管理者とチームリーダーのトレーニングをし、支援する。 学習者を雇って技能と知識を開発するよう活動を位置づける。 総合的な教育に従事する。	

表3-1 National Patient Safety Education Framework / Feb. 2005版Level3

大項目	中項目	学習目標	SBO(知識)	SBO(技術)	SBO(行動・姿勢)
VI 特記			患者誤認を避けるために患者確認(照合)のプロセスを取り入れることを知っている。 ヒューマンファクターの活用が患者誤認を減少させるために役立つことを知っている。	患者誤認を回避するための患者確認(照合)プロセスを展開する。 各部署の患者確認(照合)プロセスのためのチェックリストを作成(開発)する。 医療チームのメンバー一人ひとりが、適時患者に正しい治療を受けることを確実にするための役割と責任について理解できるように努める。	サービスや処置を受けるにあたって、その患者が正しいか(本人であるか)どうか全てのスタッフが確実にチェックすることを規定する。 患者確認のプロセスに患者にも参加してもらう。
	1 部位間違、処置、投与、患者間違いを予防できる。	正しい患者が予定通りの時間と場所で予定通りの治療を受けられることを保証するよう、安全に業務をデザインし実践する。	安全な薬物療法のための多様な訓練に関するアプローチの利益を理解している。 患者への投薬のプロセスおよび調剤のプロセスの各段階におけるエラーを理解している。 いつどこでエラーが最も起こるかというエラーを減らすための手段を理解している。	手術(治療、処置)部位のマッピングを拒否する患者に対する対処法を作成(開発)する。 手術(治療、処置)開始前に「タイムアウト」ミーティングを規定する。 「タイムアウト」ミーティングのサマリーを記録する。 新人スタッフに対して安全な薬物療法に関するオリエンテーションプログラムを提供する。 薬物療法エラーを最小にするさまざまな方法を活用する。 薬物療法エラーを分析し、エラーから習得する。 長期間の反復処方を見直すことによって、活発に患者を管理する。	全てのスタッフに対して通達を強化する。 作業の中に薬剤師を含むことを規定する。 指示、配薬、薬剤の管理に関してITが活用できる。
	2 薬剤を安全に投与できる。	ヘルスケアチームのすべてのメンバーに対して安全な処方業務を促進する。			