

安全のバランスをとらなければならない。適正な人員配置やエビデンスに基づいたマネジメントのプロセスも確立しなければならない。また、他職種との協働を促進するメカニズムとして予定外の変動にも対応できるメカニズムの創造や、新しい技術にも対応できる訓練、安全を促進する作業デザインもしなければならない。さらに、疲労、危険、非効率性を排除し、安全の優先順位が高い順の積極的な設計をしなければならない。

列挙するだけでも多くの項目があり、実現を求めても、到達には多くの時間と困難があり、実現には多くの時間がかかり、高い目的意識と根気と忍耐力などの高い能力が求められている。

その中で私が、患者・家族・国民から最初に取り組むことが求められていると感じている内容について述べる。過去の医療現場の患者・家族の医療の期待レベルは実際の医療レベルとほぼ同じであった(図2)。患者・家族の医療知識は少なかった、従って、医療との差の部分は「よく分からないからお任せします。」と医師、医療を暗黙に信頼していた。

ところが、現在は、医療レベルが過去より確実に向上しているにもかかわらず、それ以上に国民が期待する医療レベルが高くなっている。この背景には、医療の進歩があり、情報伝達の加速化がある。また、患者・家族の責任は変化し、インフォームド・コンセントと称して「あなたはどの治療法を選択しますか。」と問われ、意思決定しなければならなくなった。そのため、治療方法や過程と結果を理解しようと努力し、リスクの不安は過小評価し、説明を受けたデータの危険性も含み、医療の限界を知って、意思決定するのではなく、良い結果になる姿を思い描いて決めるため、過大な期待をすることになる。

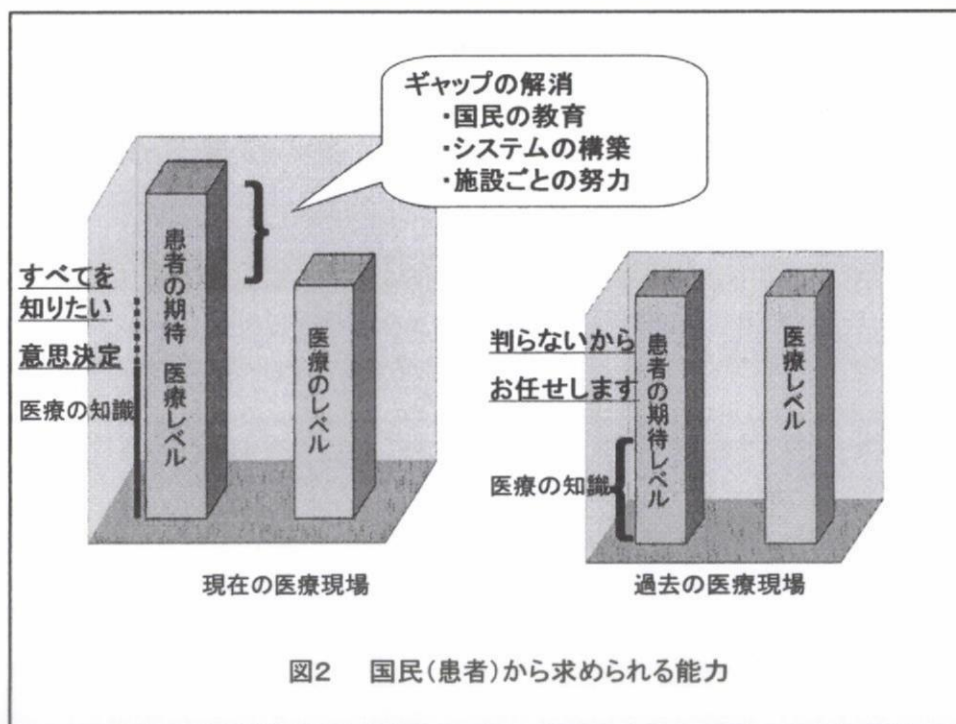
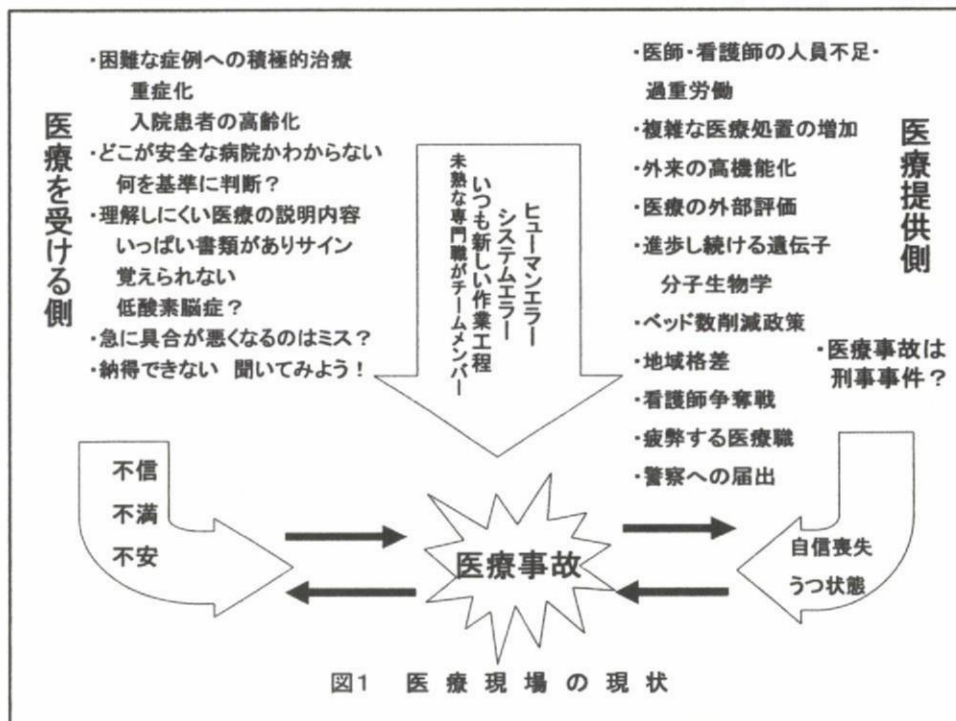
しかし、そこには明らかなギャップがある。その溝を埋めることが重要となる。例えば若い医師が穿刺を数回行い内出血したなどの、小さなミスを責められることがあるが、医療はもともとこういうリスクを持っているのだということを、患者・国民に分かる形で説明と理解を得ることが重要なのではないかと考えている。つまり、ギャップの解消である。そのためには、平時に国民の教育をするシステムの構築と、施設ごとの努力が必要と考える。何らかのアクションをおこすことで、医療者が少し自信を取り戻し、もう少し意欲を持って前に進んで行けるのではないだろうか。

以上のことから、医療安全管理者に求められる具体的な能力は、まず、医療現場の声をしっかりと地域住民に主張できることではないかと考える。具体的には「過去、期待されていた医療の内容はこういう内容だった。ここまでは応えられるが、これ以上は難しい。」と毅然と発言することである。それは、診療開始後や入院後に情報を伝えるのではなく、健康な時期から啓発することが必要である。医療の限界を国民と一緒に考える仕組みの構築には、地域格差の問題や小児救急システムの問題など、様々な問題があるので、医療者が主導権を持ってではなく国民、地域と共に、第一歩が踏み出せば、と期待している。

一方で、医療安全管理者には経営管理者の知識と実践も期待したい。医療システムの非効率性や、専門職集団であることの閉鎖性や封建制の弊害の側面は、一般企業の組織運営の長所を積極的に取り入れた病院組織運営ができれば、まだまだ更に安全で、質の高い医療を同じコストで実施できる余地は残っていると考える。また、医療安全管理者には現場の巡回が有用であり、現場の声にすぐに対応できることが大切である。そして、最低限の基本的な訴訟や法律的な知識が必要である。

最後に、医療安全管理者には推進していく情熱とエネルギーが必要である。暗い話題には事欠かない医療の現場であるからこそ、モチベーションを向上させる努力をし、信念をもって毅然と主張して欲しい。そして医療安全管理者が交代するときには、次期の人物は就任前に役割遂行能力のトレーニングを行ってから、そのポジションに就いてほしいものである。医療安全管理者が交代することで、現場が停滞したり、右往左往する場面がときどき見受けられる。医療安全の質に大きな影響がある存在と役割であるので交代の仕組み

作りは重要である。何よりも重要なのは、精神的エネルギーの充電と情熱である。一人でも多くの情熱家の成長を期待したい。



根本 裕一

日本航空機操縦士協会 常務理事、ANA機長

時間の関係上、今回は直球一本勝負でいく。非常にきつい言葉になる場合があるかもしれないが、お許し願いたい。私は5年ほど、オペレーション・コントロールセンターに勤めていた。JRの操作司令室のようなところだ。次に、6年ほど総合安全推進室というところで安全に携わり、今は査察機長ということで、6か月に1回法律で義務付けられている機長の定期審査や機長昇格審査、その他副操縦士の定期審査等を行っているが、医師にはなぜこのような制度がないのかと思うが、そういう立場からお話をさせていただく。

まず、安全管理者のかたがたに求められる能力と言う前に、私はそのかたがたが安全とはどういうことか理解されているのかを疑問に思う。安全は大事だというのが、安全とは一体何なのだろうか。そのことを安全管理者になられるかた、もしくは推進者になられるかたは、ご自分でよく考えていただきたい。

安全とは、伝統的には事故がないことだといわれている。しかし、この評価のしかたは、安全性のマイナス面だけを評価したものだ。例えば、事故の発生件数が少ないとか、死亡者数が少ないとか、労災の件数が少ない、といった面で安全を評価しようとしているに過ぎない。「A航空さんはこのごろ事故が多いよね。だからあそこは不安全で、うちの航空会社は事故が少ないから安全だよ。」そういう評価を我々専門家が本当にしているのか。これは現在の社会工学系システムの中では大きな誤りだと言っている。

というのは、鉄道や航空、原子力発電所等では、基本的には事故の発生件数は少ない。また、事故が起きる間隔が非常に長いのである。そういう中で単に事故件数のみに着目して、安全な企業なのか、安全な組織なのかということを経験論でも意味がない。言い換えれば、どうやって安全な組織にしていくかという手法を導き出すには、その結果の指標だけで判断するのは無理だということである。

現在では、安全の定義はこのように言われている。「安全とは日常的にさらされている危険に対して、組織がどれだけ抵抗力を持っているのか。それが組織の安全である」。したがって、自分たちの組織において、どういったことが抵抗力なのかということ、安全管理者、推進者のかたがたには考えていただきたい。いろいろな部門に応じて、抵抗力はさまざまな形で現れてくると思う。人の問題かもしれない。もしくは機械の問題かもしれない。マニュアルの不備かもしれない。そういったところで、一体自分たちが今いる組織にどういった抵抗力があって、どういった抵抗力が足りないのか。皆さんは医療関係者だから、私たちが病院に行くと、風邪をひいているね、抗生物質を飲みなさいと処方してくれるわけである。だから、それと同じように自分たちの組織を自分たちで判断してほしい。自分たちでどこが足りないのか、どこに抵抗力がないのか。それを考えずして、まず安全を語る資格はないと私は考えている。

安全管理者もしくは推進者について、皆さんのお話を聞きながら、航空会社と医療関係の大きな違いを自分なりに解釈してみた。もちろん人の命を預かるうんぬんということは同じだが、最終的に人間は死ぬわけだ。そういった意味では医療の限界をも包含して医療関係者の犯した様々な事実に対して、時として「ミスだ、事故だ」と言われて大変だなどという気はするが、いろいろなかたとお話しして、そこで感じるのは、航空界と医療関係とで大きく違っている点はグローバル化（平準化）ということではないかということだ。医療の世界は非常に狭い世界だと思う。もちろん学会やそういったところで発表されたり、

意見交換されたり、文献を読まれたりということはしているだろうが、規則、標準、手順がグローバル化されていないということだ。

航空会社は国際線を飛んでいるので、すべての規則がグローバルになっている。ドイツに行っても、アメリカに行っても、一つの行為は基本的にすべて同じマニュアル、同じやり方、同じ方法で評価されている。例えばANAがルフトハンザと提携をして国際線に出ていくためには、ルフトハンザの監査員が来て、ANAのマニュアルから人員、能力、すべてを監査する。そしてよければANAと共同運行する。私たちがルフトハンザに対して監査をする。そういった部分で医療はグローバル化されていないな、と感じるわけである。

これは別に医療だけの話ではなく、鉄道もそうだ。鉄道も線路がある所にしか行かないわけだから、外国に行かないので、そういったものはないのだろう。航空会社の場合は、例えばANAがニューヨークで事故を起こしたときには、ANAが提携しているユナイテッド・エアラインが事故調査を手伝ったり、乗員の保護をしたり、お客様の手当をしたりする。そういったことを含めてすべて商品だと考えると、グローバル化がまずいちばん大事な点である。

もう一つ私が疑問に思うのは、安全管理者がいるのに、どうして安全監査者がいないのかという点だ。私は総合安全推進室の安全推進部というところにいたが、その片方に安全監査部というのがあった。安全を啓蒙し、いろいろな事例なり、プロアクティブな行動を立案、提唱していくのが安全推進部の仕事だが、安全監査部は、1年に1回、もしくは半年に1回、その部署に行つて、マニュアルを見てマニュアルどおりにやられているのか、やられていないようであったら、どうしてやっていないのか、といったことを監査している。

すなわち、推進部門と監査部門の二つに分かれているわけだが、その二つが同じ安全管理者に求められ、やりなさいというのでは、けっこう難しいのではないか。また、安全監査に関しては、基本的には独立性が認められている。そして、その評価に関しては、何ら干渉を受けない。もう一つは、その評価に対して、部門転換や配置換え、もしくは給料に跳ね返すといったことは絶対にしてはいけないことが明確に記載されている。そういった部分をはっきりと分けていくことが、まず今後の安全に対する取り組みの重要な点なのではないかと感じている。

もう一つは、能力という考え方があるが、一体能力とは何だろう。先ほどから出ているコンピテンシーについては、私たちがいろいろな話をしているが、航空界ではそれを簡単に、「3スキルズ・1アティチュード」と言っている。まず一つめのスキルは、テクニカルスキル。これは知識の部分も含めて、いろいろな技量的なスキルである。二つめはコグニティブスキル。判断をする力、応用する力である。三つめのインターパーソナルスキルは、そのチームを引っ張っていくリーダーシップやマネジメントといった部分で、その人がどれだけ能力を持っているか。そして最後にアティチュードとは、その人が航空に対してどれだけ真摯に自分なりに一生懸命、精神的なパワーを持って取り組んでいるかである。

この四つについて、それぞれ数十項目以上のチェック項目がある。そのチェック項目を監査部が組織に行つてチェックをしてくる。また、組織に対してのみならず、私たちは個人に対してチェックをし、必ず本人と話をし、情報交換をしている。そういった部分が、私たちの安全に対する取り組みと医療関係の取り組みとの大きな違いだということを、メッセージとして伝えさせていただきたい。

医療の質・安全学会
第一回学術集会
安全文化の構築を目指して

2006.11.24

日本航空操縦士協会 常務理事
ANA機長 根本裕一

全損事故に遭遇する確率

世界平均: 100万飛行回数あたり約1件
(每日一往復すると1370年に一度)

先進国:
300万~400万飛行回数 当たり1件
(5500年に一度)

安全とは?

伝統的には
「事故がないこと」

ACCIDENT

安全性のマイナス面を評価

- ・「事故発生件数」
- ・「死亡者数」
- ・「事故休業日数」
- ・「労災件数」



安全な組織

結果指標は無意味

(社会工学システム)
鉄道・航空・船舶輸送・原子力発電

- ・ 事故の件数が極めて少ない
- ・ 事象発生の間隔が非常に長い
- ・ 安全のプロセスが反映されない

安全手法の導出には極めて困難

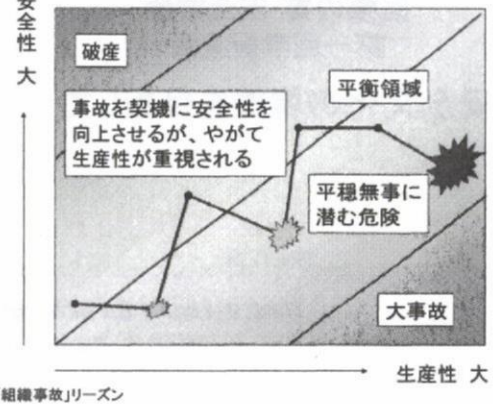
安全の定義

安全とは、
日常的に曝されている危険に対し
組織が抵抗力を持っていること。

ジェームス・リーズン

A system's resistance to
natural hazards it is exposed to.

生産性と安全性の関係



組織にとっての安全性

- ・ 安全は目標達成の手段
- ・ 安全が目的ではない
- ・ 安全性は独立した問題ではない

単にスローガンに終わる傾向

組織に与える影響

- ・ 生産性の要求
身近で直接的、継続的で明確
常に変化し注意と集中が必要
結果が明らか
- ・ 安全性の要求
間接的で不透明
何も起きない(非事象; Non-Event)
面白みなく無関心
危険や恐れを忘れる

リスクの恒常性

安全性改善のメリットが
生産性向上に振り向けられる

Human Factors の実践

- ・ HFの介在の理解
- ・ 人的エラーの抑制
- ・ 機器と人との調和
- ・ チーム力の向上

航空機の安全性が向上した理由

- 機体とエンジンの信頼性向上
- 自動化の推進
- シミュレーター技術の向上
- 航空管制技術の進歩
- 新装備品の導入
- 標準操作手順の確立
- 訓練、教育、審査の充実

安全の基礎要件の欠落 途上国でよく見られる事故要因

- 乗員、整備士の教育、訓練
- 航空機の整備能力
- 安全装備
- 空港施設、管制能力
- 安全プログラム
- トップの姿勢

危機(事故)への抵抗力

- 安全を重視するトップの姿勢
- 安全意識の醸成
- 規定・規則を遵守する風土
- よく訓練されたモラルの高い現業
- 現業をバックアップする社内体制
- 使用機器の安全技術
- 職場環境への配慮
- 情報の公開・共有

現場のエラー防止 7ポイント

- 謙虚な気持ちで セルフモニター
- 互いの気配り チームモニター
- いつもとちがうとき、 アウェアネス
- リスク大のとき、
- 十分な情報で グッドコミュニケーション
- 安全を先取り 危険予知
- 基本の理解で ノーバイオレーション
- 皆のため、自分のために 改善提案

安全な組織の特徴

- 安全を組織目標達成のため重要視している
- 適切なリスク・マネジメントの導入
- 開放的で健全な安全文化を享有
- 柔軟で機能的な組織構造
- 法規制より組織の自己責任・自己規制に頼る
- 個人エラーのみではなく組織エラーの把握・是正

安全文化のモデル

- 社員は良く教育訓練がされている
- 安全情報の交換・共有を重要視している
- 管理層は報告・提言を歓迎・推奨している
- トップは下部から積極的な意思疎通ができる風潮を育てる
- 適切なリスク・マネジメントの導入
- 組織内の潜在的危険要素の把握
- 短期・長期課題にわけ優先順位を考え対応

優れたパイロットとは・・・

卓越した判断力によって、卓越した技量を必要とするかもしれない状況を回避し、トラブルに巻き込まれないパイロットのことである。

カナダ運輸省航空安全局

ご静聴ありがとうございました

日本航空機操縦士協会 常務理事
ANA機長 根本裕一

ワークショップ 8

岩崎 榮

新医師臨床研修評価に関する研究会 専務理事

新人教育という意味においては、看護職や薬剤師も、臨床研修医と全く同じだと思う。標準化の話が各先生から出たが、標準化のためのレベル設定は、厚労省が示した研修目標や到達目標としてなされている。しかし、手技その他、あらゆるものの標準化がなされているのかということが、今までの研修病院ではかなり問題になっているのではないかと。

標準化を進めるうえでは、評価をしていくことが非常に重要ではないかと考えて、私どもが中心となり、当学会の高久会長に理事長をお願いして「新医師臨床研修評価に関する研究会」を立ち上げた。そこで89項目の評価項目を作っており、中でも特に安全管理の評価項目としては六つの小項目がある。主に構造的な面での評価項目が多くなっているが、あくまで医療の標準化を図るための一つの方策としてこういう評価項目を使って評価をしていけば、研修病院がある程度標準化されるようになっていくのではないかと考えている。

安全管理のみに絞って申し上げると、私は安全管理の研修の場というものはすべての診療科にあり、OJTという形でトレーニングが行われていると考えている。その中でも、主に安全管理教育は、まずは新人が来たときのオリエンテーションの場で行われているが、その方法論に大変問題がある。それから、安全管理に関しては主に内科分野で、内科分野でも総合診療科を持っているところでは総合診療科で、安全管理の教育が行われている。そこではほとんどシミュレーターを使ってのラボ研修がなされていて、指導医とのマンツーマンでのきちんとした研修が行われているところが少しずつ増えてきているというのが現状である。

研修での安全管理の位置づけについては、特に医師法第16条2の第1項で規定されているので、ご関心があってもなくても読んでおいていただきたい。研修病院にはそれぞれの理念や基本方針があるが、その中で安全管理という理念がやはり研修病院にはなくてはならないのではないかと。その点も評価項目の中で指摘させていただき仕組みになっている。

実際の研修方法としては、単に講義をするというのではなく、シミュレーション研修、そして実際に行動するという研修が非常に重要だ。特に研修医の場合は、講義という形の研修はもうほとんどやめたほうがいいのではないかと私は思っている。そういう意味でOJTと言っているわけだが、アメリカのスタンフォード大学などでいわれている「See One, Do One, Teach One」、つまり、初めは見学、そして自分でやってみる、そのあとは他の人たちに教える。教えてみてはじめて自分の非が分かるということが非常に重要だろう。このような問題をきちんと評価していくことによって各病院のレベル、質というものが測れるということで、十分フィードバックは可能ではないかと考えている。

病院の中では、看護師や薬剤師、その他のコ・メディカルの職員もすべて研修医の指導者だ。そのすべての指導者の姿勢や日常的な行動をモデルにしながら、研修医たちは育っているのだと思う。すべての職種のかたがたが、これからのよい医師を育てるために、あらゆる場面で医師を監督し、指導する。そして一緒になって指導しあうことが非常に重要であろう。そういう意味でも今日の各先生のご発表は、非常に参考になるものに違いない。そして、それをさらに全国的に標準化するために、評価があるのだと考えている。

後藤 英司

横浜市立大学医学研究院 教授

私どもの大学では、平成11年に患者取り違えという大きな医療事故を起こした反省に基づいて実践的な医療安全教育をしているが、医療コミュニケーションや倫理は切り離すことが難しいため、統合的に行う方針にした。さらに、ある学年にだけまとめて行ってしまうと、学生も学びにくいので、1年生のときからさまざまなアプローチで学習して、卒業まで一貫したカリキュラムとし、卒後教育にもつなげていきたいと考えて行っている。方法論的にはさほど新しいものはないが、6年間一貫した形とし、順次性も考慮している。

例えば医療コミュニケーションは、1年生のときには重症心身障害施設やハンセン病施設等で1週間実習してもらい、2年生では、コミュニケーションがなぜうまくいかないか等を分析してもらい、その他、グループでのロールプレイやインフォームドコンセントの在り方について、実際の症例に基づいてシミュレーションをしてもらう。あるいはフライトアテンダントのかたにコミュニケーションの一環としてマナーの基本を講義してもらい、授業や、機長のかたから操縦室内でのリスクマネジメントについて講義していただく授業、模擬患者に来ていただいたの医療面接の授業も行っている。倫理に関しては医学部だけだと偏りがあるので、法学部などの先生がたとも授業を行っている。さらにシカゴで始まった名著セミナーを今でも踏襲し、著書を通して多様な考え方について学んでもらっている。

肝心の安全教育は、講義、事例検討、原因分析、ロールプレイ、機器実習、安全点検などをまとめたカリキュラムとし、医療現場での教育を特に重視した実践的な内容にしている。医療事故対策には事前と事後のものがあるが、学生には患者に対して医療者がとるべきことと、病院がとるべきことの両方を教育する方針にしている。例えば講義では基礎理論等を学んで、間違えて投薬した場合の原因分析、転倒事故の根本原因分析等を行ってもらい、コミュニケーションエラー事例について、ロールプレイでそれぞれの立場により異なる問題が生じることを実体験してもらっている。力を入れているのは、医療機器を分解して使い方を学んでもらうことで、ME担当の方に協力してもらい、例えば輸液ポンプの使い方や電気メスの使い方を学ぶなど、臨床現場で必要なものを選んで行っている。


その他、危険予知トレーニング(KYT)といった看護学の教材なども使って、実際に病棟でどういう危険箇所があるかを回診で見つけるなど、実践的な内容で行っている。その結果、学生たちも自ら安全シンポジウムを開いたり、患者さんにご講演いただく等、自発的な活動が見られるようになった。横浜市大の学生が愛知万博の会場で人命を救ったということもあり、少し効果があったのではないかと考えている。

今後の展望としては、医療チーム内での安全確保という視点でカリキュラムに工夫を加えたいと考えており、医学生と看護学生が連携して地域に出ていき、小・中学校等で教えることによって学ぶというような授業活動を展開している。

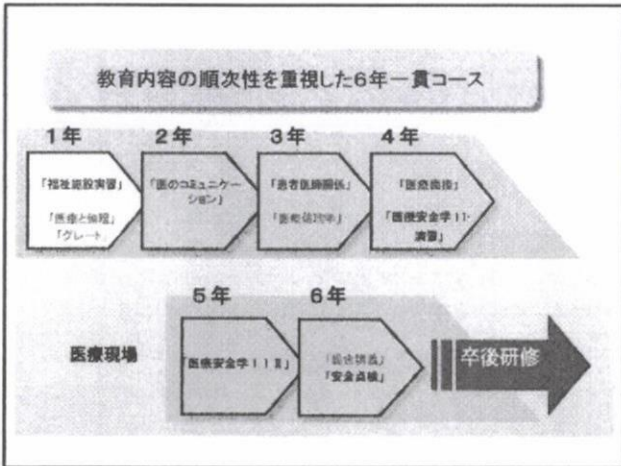
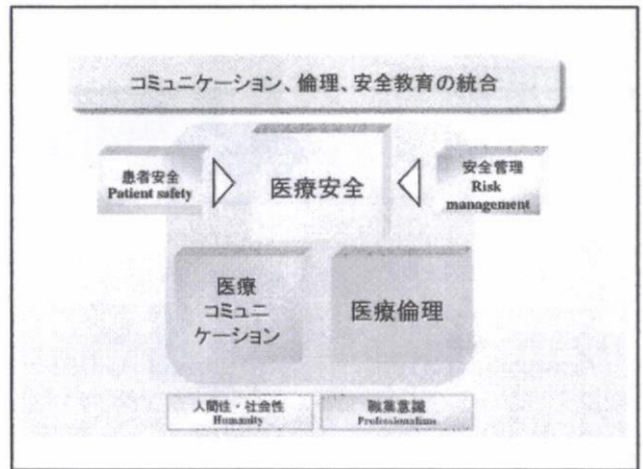
その他、研修医の指導では、後期研修も含めて、シミュレーターを活用している。初期研修のオリエンテーションも実技中心とし、医学生より高度な内容で行っている。中心静脈のカテーテルや気管挿管の実技指導等を行っており、内視鏡手術など研修医の安全確保の指導につなげていきたいと考えている。

そして、今後さらにこれらを発展させ、いわゆる安全文化の定着を目指したい。

実践的な医療安全教育と 今後の展開



公立大学法人
横浜市立大学
後藤英司



コース 「患者と医師」の概要

	コミュニケーション	医療倫理	医療安全
1年	基礎的コミュニケーション (50コマ)	基礎的医療倫理 (50コマ)	基礎的医療安全 (50コマ)
2年	応用的コミュニケーション (50コマ)	応用的医療倫理 (50コマ)	応用的医療安全 (50コマ)
3年	高度なコミュニケーション (50コマ)	高度な医療倫理 (50コマ)	高度な医療安全 (50コマ)
4年	臨床コミュニケーション (50コマ)	臨床医療倫理 (50コマ)	臨床医療安全 (50コマ)
5年	実践的コミュニケーション (50コマ)	実践的医療倫理 (50コマ)	実践的医療安全 (50コマ)
6年	卒業研究 (50コマ)	卒業研究 (50コマ)	卒業研究 (50コマ)

医療コミュニケーション (50コマ)


「人が生きること」の言語を学んだ夏
臨床実習

1年次
「重症心身障害児施設・ハンセン病施設実習」

医療コミュニケーション (60コマ)


2年次
「実践！コミュニケーション」
「コミュニケーション不全の原因分析」

医療コミュニケーション
(50コマ)




患者グループ vs 医師グループ

3年次
「ICグループ・ロールプレイ」
「フライトアテンダントによるマナー講習」
「高齢者心理」など




老人の心
マナー入門

医療コミュニケーション
(50コマ)




模擬患者参加による医療面接

4年次
「SP参加による医療面接」




医療倫理
(50コマ)



法学部出身教員との共同指導

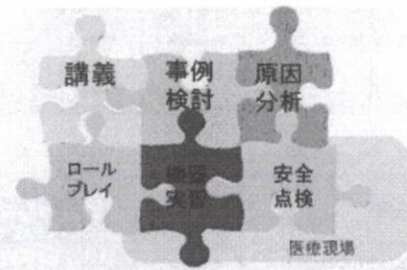
1年次「医療と倫理(15)」
「グレート・ブックス・セミナー(15)」
3年次「医療倫理学(15)」



日本倫理学会で学生が発表



【テーマ】
インフォームド・コンセント、職業倫理、医療紛争、守秘義務、個人情報保護、ガンの告知、安楽死、遺伝病、生殖医療、研究倫理

現場の状況に則した実践的な医療安全教育 1



現場の状況に則した実践的な医療安全教育 2


	事前	事後
患者に対して	インフォームド・コンセント 患者確認 信頼関係	致命処置 被害を最小限に
医療者	医療知識・技能 医療管理 安全意識向上 コミュニケーション	情報の記録、 救急への対応、 警察への届け出 対応説明
病院	安全環境の形成 インシデント・レポート リスク・マネージャー	説明担当者選出、設備の保全 事故調査、メディア対応 再発防止策、情報提示 当事者サポート





米国における医療安全教育

【テーマ】


- ・医療安全の基礎理論
- ・ハインリッヒの法則など
- ・医療安全の組織的取り組み
- ・インシデント・アクシデント
- ・医療安全に対する関の指針など、
医療安全支援センター設置
厚生労働大臣の緊急声明
コアカリキュラム・学習目標






KJ法による事例検討

【テーマ】 誤投薬
【学習目標】 投薬に関連した医療事故の原因と対策を理解する
【方略】 KJ法（少人数グループ討議）
【内容】 ①キシロカインの誤投薬事例のビデオをみて事故分析
 ②抗リウマチ薬誤投薬事例を、KJ法で検討
 ③医師による薬の処方から、患者が薬を内服するまでの過程を理解
 ④事故予防の対策を考え、発表




転倒事故の根本原因の検討

【テーマ】 転倒事故
【学習目標】 根本原因分析（RCA：Root Cause Analysis）を理解する
【方略】 少人数グループ討議
【内容】 ①少人数分析チームを結成
 ②事象の事実関係を確認し「出来事流れ図」を作成
 ③細分化した事象を「なぜなぜ分析」により根本原因を同定
 ④根本原因と結果の「因果図」を作成
 ⑤根本原因に対して、「改善策」と「追跡法」を検討



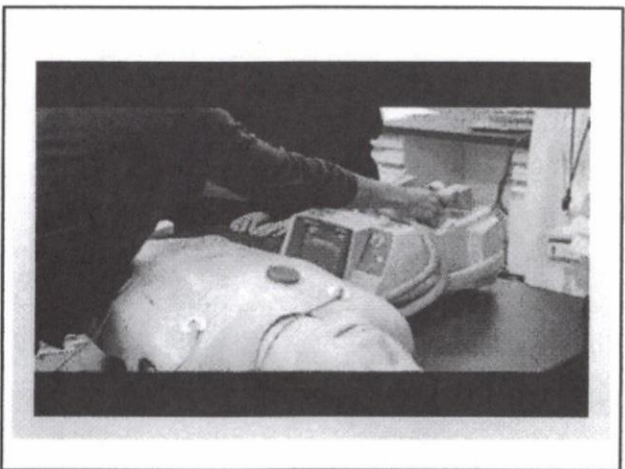

医師と看護師のロールプレイ

【テーマ】 コミュニケーション・エラー
【目標】 医療現場における意思疎通の重要性を認識
【方略】 ロールプレイ
【概略】
 ①コミュニケーション・エラーによる医療事故事例を、シナリオを用いてロールプレイを行う
 ②各グループは、問題点を解決したシナリオを新たに作成
 ③代表グループが「改訂版シナリオ」に基づいてロールプレイを行い、クラス全体で討議



医療現場
輸液ポンプの点検

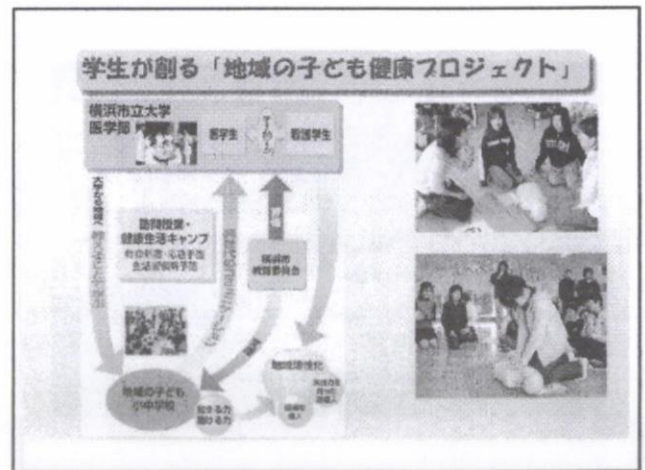
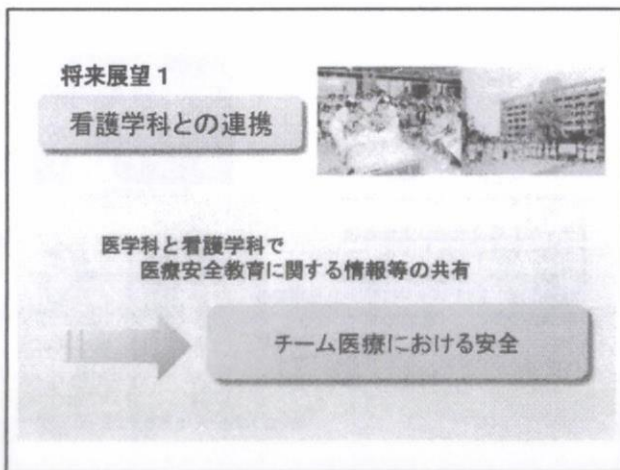
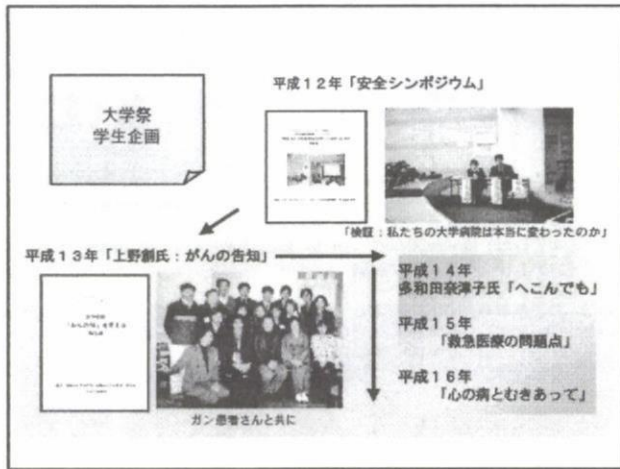
【テーマ】 医療機器の誤操作
【目標】 医療機器に関する危険予知能力を身につける
【方略】 実際に医療機器を操作
【内容】 ①輸液ポンプの事故事例に関するビデオをみる
 ②輸液ポンプ、シリンジポンプ、心電図モニター、人工呼吸器、電気メスなど医療機器取り扱い
 ③新旧の輸液ポンプを実際に操作して、ポンプの改善点を確認

医療現場
病棟で危険箇所を探す

【テーマ】 医療現場の安全点検
【目標】 危険予知能力を身につける
【方略】 KYTと病棟の安全点検
【概略】 ① KYTシートに描かれた場面の「危険の予知」、「危険のポイント」、「対策」、「安全目標」をグループで検討
 ②病棟内を観察して危険箇所を探す
 ③グループ内で討議し、図示、発表

川村治子著より：危険予知トレーニング



将来展望2

卒後-生涯教育への展開



- ・初期および後期臨床研修における医療安全教育の充実
- ・医療安全教育の周辺地域への展開



大学と地域における
「安全文化」の形成

オリエンテーションの充実(1)



オリエンテーションの充実(2)



中心静脈カテーテルの実技指導



気管挿管実技等指導



田沢 弘子

虎の門病院 医療安全管理者（管理看護師長）

今、医療の高度化・複雑化の中で、医療の安全を確保し、看護の質の向上を図るため、新人看護師の現任教育の充実が必要とされている。新人教育においては、医療安全教育のみが単独で行われるものではなく、体系立てた教育プログラムの充実こそが医療安全の確保、看護の質の向上につながるの考えのもと、当院では新人看護師教育を実施している。

虎の門病院は本院が890床、分院が300床の一般病院で、正規職員数は1443名、うち看護師758名と、職員の約半数以上を看護師が占めている。看護師の院内教育を担当しているのが看護教育部で、ここのスタッフは専任のスタッフとして配置されている。2006年4月現在で、看護師の平均在職年数は5.8年、平均年齢は28.5歳という若い組織で構成されている。看護教育部のスタッフは7名おり、院内教育の企画・運営を行うスタッフが3名、業務量測定・データ管理を行うスタッフが2名、専門・認定看護師の活動支援を行っているスタッフ1名で活動を行っている。

当院では、1974年から段階的な看護教育プログラムを構築してきた。このプログラムは、新人コース、リーダーシップを育成するためのプライマリナーシング入門コースと、ジェネラリストを育成するジェネラルコース、スペシャリストを育成する専攻コース、さらに全看護師を対象に、看護師としての最低限の知識・技術を習得するための基礎コース等で構成されている。今回、新人コース・基礎コースに焦点を当てて紹介する。新人コースは新採用ナース全員を対象とする2年間のコースとなっている。3月下旬の採用前に、研修医を含める新採用者全員に対して2泊3日の合宿形式で、合同オリエンテーションを行っている。この合同オリエンテーションでは、当院の概要を知ることと、虎の門病院の職員としての自覚を持つことをねらいとしている。

合同オリエンテーションのあとに行われる看護部オリエンテーションは、当院の看護部としての自覚を持つことをねらいとして2日間で行われる。4月に入ってから集合教育として具体的なプログラムが実施される。プログラムには、①勤務初日に行う技術トレーニング②看護業務量を測定する当院独自のシステムである虎の門ナーシングシステム（TNS）について③フィジカルアセスメント④看護診断、看護計画⑤リハビリテーション、ボディーメカニクスについて⑥感染予防⑦医療過誤がある。集合教育と並行して、部署における教育を同時に行っていく。

集合教育の中の安全教育にかかわる部分として、最初に行われるものは技術トレーニングで、基礎教育において十分な技術の習得ができていない状況を踏まえて、配属部署に出ていく前に輸液ポンプの操作、静脈採血など6項目の技術トレーニングを行い、根拠を持って判断し、行動する必要があることを指導している。全ての項目が、講義を聞いて指導者のデモンストレーションを受け、新採用者全員が実際に行っていくという内容で進行される。これを通じて、新人は技術や知識を身につける必要性を実感でき、やる気を高めている。重症集中ケア認定看護師によるフィジカルアセスメントでは、当院の事前アンケートでも基礎教育でかなり学習経験をしていることは分かっているが、知識を実践に結びつけることが困難だという新人の様子が伺える。そこで、講義と実技を組み合わせるオリエンテーションを行うことで、根拠に基づいた対応やケアをする必要性を実感し、実際の方法を学ぶことができる。

感染管理認定看護師による感染予防のオリエンテーションのねらいは、患者およびナ-

ス自身の安全を守るために必要な感染予防についての基本的な知識と技術を学ぶことで、当院の現場で行われている感染予防行動を取り上げて講義を行うことと、手洗い訓練器を用いて手洗いチェックの演習を行う。講義に関しては、学習してきた知識の復習となり、演習では、これから気をつけて手洗いを行っていくという気持ちになっている。

次に、当院の新人看護師の医療安全教育の中心となる医療過誤だが、医療過誤のオリエンテーションは1982年に開始しており、医療に携わるナースの行為の自律・責任について再認識すること、当院におけるインシデント・アクシデントレポートの意義と内容を理解することをねらいとしている。医療安全管理者によるこのオリエンテーションでは、実際の事例や新人に多いインシデントなどを示すことで、他人事ではなく自分のこととして、ナースの責任や自律性について考えられるようになる。また、他施設の医療事故を通じて当院の医療安全対策を説明し、改善・確認を行っている例を示すことで、普段自分たちが使用している物品や確認行為が、医療事故を予防するためのものとして再確認できるようになる。

また、新人看護師は、医療過誤の集合オリエンテーションを受講して約4か月後に、集合オリエンテーションで学んだことが実践に生かすことができているかを、自己評価表で自己評価するようにしている。この自己評価は集計されて、部署に報告される。例えば、「配薬時にベッドサイドに薬袋を持参し、患者が内服するまで確認しているか」という項目では、「できている」がわずかに55.3%、「できていない」が34.2%と、「できている」と答えている新人看護師が約半数しかいないという結果となっている。

指導は日々行っているが、4か月たって定着していない事実が分かったことから、師長会議等で報告して各部署の振り返りと対策を検討してもらい、新人のうちにルールに従った行為がとれるよう、部署で再度の教育を行っている。

さらに基礎コースでは、基本的な看護に必要な知識と技術を習得するために、65項目のペーパーテストと14項目の実技テストがあり、いつでも知識と技術が確認できるようになっている。新人看護師は基礎教育での実習が限られているため、自信が持てず不安を抱いている。その不安を軽減する手段の一つとして、根拠に基づいた知識や技術を習得することができるペーパーテストを積極的に受験する傾向が、ここ数年目立っている。ペーパーテストと実技テストは、基本的看護に必要な知識と技術を65項目に分類し、当院で独自に作成した「基本的看護実践マニュアル」の中から出題されている。実技テストは、実技テスト評価表に基づいて評価を行っている。

最後に、新人は現場における医療事故に対する不安が非常に強いため、院内教育と並行して新人サポート態勢を整えており、まず1か月後、その後は3か月ごとにフォローアップを開催して新人の不安や悩みを聞き、同時に新人の技術の習得状況を確認している。新人の技術経験チェックリストでは、項目ごとに技術の習得時期の目標が設定されている。さらに、新人のお姉さん役として何でも相談できるように、プリセプター制という方法を取り入れている。

新人看護師の安全教育は、医療安全に特化するのではなく、体系だった教育プログラムの充実が必要だと考えている。

新人看護師に対する医療安全 教育の実際

虎の門病院 医療安全管理者
管理看護師長 田沢弘子



病院概要

国家公務員共済組合の保健福祉施設と系列35病院の中央病院として設立された。

- ・所在地【本院】港区虎ノ門 【分院】川崎市高津区梶ヶ谷
昭和33年開設 昭和41年開設
- ・病床数【本院】890床 【分院】300床
本院：一般病棟 10:1入院基本料
分院：一般病棟 13:1入院基本料
- ・職員数 1,443名(看護師758名:夜勤専門53名を含む)(06年4月現在)
- ・入院患者数(1日平均)
【本院】759名(86.6%) 【分院】284名(94.6%) (05年度)
- ・平均在院日数【本院】17.7日【分院】22.3日 (05年度)
- ・外来患者数(1日平均)【本院】3,093名【分院】536名(05年度)



看護部組織図

(2006.4)

SV：スーパーバイザー
(管理看護師長)

CN：チーフナース

クラーク：
看護単位に1名ずつ配置

ナースエイド：
必要性により各階に
数名～若干名配置

平均在職年数：5.8年
平均年齢：28.5歳
(06年4月現在)

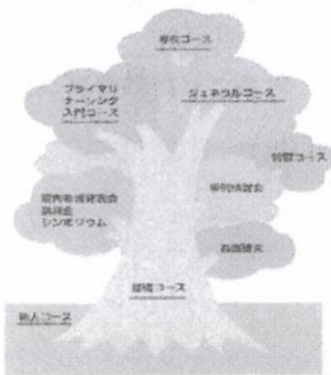


看護教育部スタッフ

- ・ 7人で運営
 - 管理看護師長
 - 教育担当(3人)：院内教育の企画・運営
 - TNS担当(2人)：業務量測定, データ管理
 - 専門・認定担当(1人)：専門・認定看護師の活動支援



教育構想



新人コース

<対象>
新採用ナース全員

<期間>
2年間

