

医療安全に関わるコンピテンシー(続き...)
Cグループ(続き...)

| コンピテンシー (期待される活動など) | 講義 | 外部研修 |
|------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| 医療安全の意義が理解できる | 改善マネジメント (ペンギン) | 業者による説明会 |
| 改善への危機感、切迫感の共有、理解できる | チームSTEPPS救急ビデオ | 体験型実習(新しい機器の紹介、車椅子・ストレッチャー、老人体験) |
| マニユアル・ルールを遵守する | チームの鎖 | BLSによる実技演習 |
| 効果的なコミュニケーションができる | 人生の網 | 他部署訪問、ラウンド、シミュレーション(重大事故、緊急輸血) |
| チームとして共働できる | 信じて歩く | 多職種のワークショップ |
| リスクを回避する行動ができる | 人間工学 (カッターナイフ) | (部署内、4ラウンド、事例の分析、対策)法 |
| インシデント報告ができる | 「お」を早くたくさん書く (注意しても間違える) | 事例分析(多職種によるRCA、メデイカルセーフティー) |
| 起こったことを振り返り、改善できる | 討論：個人が責められるとき | 他已紹介 (アイスブレイキング) |
| 倫理的な態度がとれる | 討論：安全文化があると感じる | e-learning |
| 継続的に学習できる | 討論：期待される活動など (コンピテンシー) | 講義 |
| 自己管理ができる | 指相撲(アイスブレイキング) | |
| | 患者家族ビデオメッセージ | |
| | クイズ | |

医療安全研修
Aグループ

病院の想定:規模200床 急性期病院 研修医あり 救急輪番あり 7対1 安全推進委員:各部署RM GRM=医療安全管理者

| コ (期 待される結 果) | 医療安全の意義・理解 ヒューマンファクターの理 解 | 具体的な内容 | 実施対象 | 推進担当 | 実施時期 | 新 型 イ ン フ ォ ー ム に 対 し た シ ミュ レ ー シ ョ ン ・ 講 義 | M E 機 器 の 実 技 研 修 (定 時 的 、 新 規 購 入) | レ ス ピ レ ー の 実 技 講 義 会 ム 対 応 ・ 想 定 訓 練 | 医 療 事 故 の D V D 観 覧 注 射 薬 の 取 り 違 え | 医 療 事 故 想 定 の 机 上 訓 練 造 形 薬 調 剤 輸 血 緊 急 時 対 応 | イ ン フ ォ ー ム ・ 写 真 (K Y T ・ G W) 空 調 内 排 管 C V T の 取 り 違 え | シ ミュ レ ー タ ー を 用 い た レ ー ン グ 内 排 管 | シ ミュ レ ー タ ー の 取 り 違 え を 演 じ る | メ ン ト ・ ア イ ス レ ー キ ン グ シ ミュ レ ー タ ー の 取 り 違 え を 演 じ る | ヒ ト ・ コ ミュ ニ ケー シ ョ ン 場 面 シ ミュ レ ー タ ー | 現 場 で 行 う 運 転 の 取 り 違 え を 演 じ る | 研 修 後 の 実 践 的 研 究 の 取 り 違 え を 演 じ る | 医 療 安 全 シ ミュ レ ー タ ー の 取 り 違 え を 演 じ る | |
|------------------------|---------------------------------|---|------------------|-----------------------------|--------|---|--|---|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|
| | | 重大事故発生想定訓練 ・ロールプレイ研修 | 全職員 | 医療安全委員 会 | 10月 | ○ | | | | ○ | | | | | | | | | |
| | | 医療安全概論1 ヒューマンファクターとインシ デント報告の必要性 | 安全推進委員 新委員は必須 | GRM | 4月 | ○ | | | | | | | | | | | | | |
| | | 医療安全概論2 自院での医療事故分析 | 安全推進委員 新委員は必須 | GRM | 8月 | ○ | | | | | | | | | | | | | |
| | | 医療安全概論3 医療チームについて 副読本を添いで参加 | 安全推進委員 新委員は必須 | GRM | 12月 | ○ | | | | | | | | | | | | | |
| | | 医療安全と院内感染対策の 概要を学ぶ | 新入職員 中途採用者 | GRM 院内感染管理 者 会 | 4-9月 | ○ | | | | | ○ | | | | | | | | |
| | | 被害者体験の共有と医療安 全の風土の必要性 | 全職員 | 医療安全委員 会 | 4-5月 | ○ | | | | | ○ | | | | | | | | |
| | | 職種により知っている知識 やスキルが異なっているこ とを職員が知る | | | | ○ | | | | | | | | | | | | | |
| | | 職種研修 インシデントの発生回数 が多いものから選択する | 研修医 看護師 | 院内医師 研修指導医 | 年に2,3回 | ○ | | | | | | | | | | | | | |
| | | 死亡診断書の書き方 | 医師 | 安全管理室 副院長 診療情報管理 士 | | ○ | | | | | | | | | | | | | |
| | | 24時間以内の死亡や異常 死 | 医師 | 外部講師 法医学や病理 医、弁護士 | | ○ | | | | | | | | | | | | | |
| | | 職業倫理に基づいた行動が できる | | | | ○ | | | | | | | | | | | | | |
| | | 職業倫理に基づいた行動 ができる | | | | ○ | | | | | | | | | | | | | |
| | | チームとして働く | | | | ○ | | | | | | | | | | | | | |

医療安全研修(続き....)
Aグループ(続き....)

病院の想定:規模200床 急性期病院 研修医あり 救急輸送あり 7対1 安全推進委員:各部署RM GRM=医療安全管理者

| （期待される結果） | 具体的内容 | 実施対象 | 実施時期 | 5 紙でテスト | 院内DVDの作成 | 。ランニング | （アイズブレイキング） | S・B A R 研修 | 危険の取り扱い（講義） | クイズ | 事故発生シナリオの検討 | GW事例提示をし職業倫理を考える | （アイズブレイキング） | （GW期待される活動（コンフィデンス）） | GW安全文化があると感じるとき | GW個人が責められるとき | モノクロの画像見えるラナーに見 | （見えないものが見える） | バスケットボールのポーズ | 停じて歩く | いるのが何の期待している | 多職種チームの連鎖 | S T E P P S（チーム） | かもめになつたペンギン |
|-----------------------------|---|--------------------------|--------------|---------|----------|--------|-------------|------------|-------------|-----|-------------|------------------|-------------|----------------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|--------------|-------|--------------|-----------|------------------|-------------|
| 医療安全の意義・理解 ヒューマンファクターの理解 | 重大事故発生想定訓練 ・ロールプレイ研修 | 全職員 | 10月 | | | ○ | | | | | ○ | | | | | | | | | | | | | |
| | 医療安全概論1 ヒューマンファクターとインシ デント報告の必要性 | 安全推進 委員 新委員は 必須 | 4月 | | | | | | | ○ | | | | | | | | | | | | | | |
| | 医療安全概論2 院内での医療事故分析 | 安全推進 委員 新委員は 必須 | 8月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 医療安全概論3 医療チームについて 副読本を読んで参加 | 安全推進 委員 新委員は 必須 | 12月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 医療安全と院内感染対策の 概要を学ぶ | 新入職員 中途採用 者 全職員 | 4・9月 4-5月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 危機感の共有 ヒューマンファクターの理 解 | 職種により知っている知識 やスキルが異なっているこ とを職員が知る | | | ○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手順書やルールを守る | 研修医 インシデントの発生回数 が多いものから選択する | 研修医 看護師 医師 医師 | 年に 2,3回 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| レポート報告制度 | 死亡診断書の書き方 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リスク感性 | 24時間以内の死亡や異常 死 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 効果的なコミュニケーション | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 倫理に基づいた行動 | 職業倫理に基づいた行動が できる | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| チームとして働く | 職種により知っている知識 やスキルが異なっているこ とを職員が知る | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2010年度 医療安全研修計画書

医療安全研修(続き...)
Bグループ

| 項目 | 具体的内容 | 実施対象 全新人職 員 | 推進担当 教育担当 者 医療安全 教育担当 者 医療安全 管理者 | 4月 | | 5月 | | 6月 | | 7月 | | 8月 | | 9月 | | 10月 | | 11月 | | 12月 | | 05.1月 | | 2月 | | 3月 | | | | |
|---------------------|---|-------------------|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-------|----|----|----|----|----|----|----|--|
| | | | | 前半 | 後半 | 前半 | 後半 | 前半 | 後半 | 前半 | 後半 | 前半 | 後半 | 前半 | 後半 | 前半 | 後半 | 前半 | 後半 | 前半 | 後半 | 前半 | 後半 | 前半 | 後半 | 前半 | 後半 | 前半 | 後半 | |
| 新人研修 I | 1-①不安なことや理解不足 なことについて言葉にして表 信じて 1-⑤適切な接遇ができる ビデオ 1-②メンバーが困っている ときに手助けできる チーム の鎮 ERビデ オ 1-③チーム内に権威勾配 があっても危険なことは提案 できる 1-⑥多職種から理解と協力 が得られるようなコミュニ ケーションができる | 全新人職 員 | 医療安全 教育担当 者 医療安全 管理者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 新人研修 II | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リスクマ ネージャー 研修 | 以下の5項目についてメン バーに指導ができる 2-②・インシデント・アクシデ ントについて隠さずありのま まに報告できる 2-③報告書を積極的に提 出できる 2-④インシデント・アクシデ ントの共有の必要性を理解 している 2-⑤インシデント・アクシデ ントから問題点を明確にし改 善策が考えられる 2-⑥リスクから生じたコスト への影響を知っている 以下の項目についてメン バーを支援する 1-①不安なことや理解不足 なことについて言葉にして表 現できる ERビデ オ チーム の鎮 1-②メンバーが困っている ときに手助けできる 1-③チーム内に権威勾配 があっても危険なことは提案 できる 1-⑥多職種から理解と協力 が得られるようなコミュニ ケーションができる 8-②安全のためのモデル 的行動を示すことができる | リスクマ ネージャー | 医療安全 管理者 | 1回 | | | | 1回 | 1回 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 全職員研修 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者研修 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 部門別研修 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

医療安全研修(続き・・・)
Cグループ

2010年度 医療安全研修計画書

| 項目 | 具体的内容 | 実施対象 新入職員 | 推進担当 医療安全管理部門 | 4月 | | 5月 | | 6月 | | 7月 | | 8月 | | 9月 | | 10月 | | 11月 | | 12月 | | 05.1月 | | 2月 | | 3月 | | |
|---------------|--|-------------------|------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-------|----|----|----|----|----|----|
| | | | | 前半 | 後半 | 前半 | 後半 | 前半 | 後半 | 前半 | 後半 | 前半 | 後半 | 前半 | 後半 | 前半 | 後半 | 前半 | 後半 | 前半 | 後半 | 前半 | 後半 | 前半 | 後半 | 前半 | 後半 | 前半 |
| 新入職研修 | 医療安全の基本的知識、マニュアル、インシデント報告制度、患者6月は病院長、院内講師で、現状と今年度の課題、11月は院外講師でセーフティマネ会で学んだトピックス | 全職員 | セーフティマネージャー | ○ | | | | ○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 全体研修-講演会 | 多職種が関わったコミュニケーション事例(たとえば、薬剤の指示変更事例)を解析(グループワーク) | 部署で解析を担当するコア職員数十人 | 医療安全管理部門 | | | | | | | ○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 全体研修-改善報告会 | 各部署から報告された業務改善報告書からのエントリーとセーフティマネ会から提案された部署医療事故調査委員会報告書をもとに概要、問題点、対策などの役割(グループワーク)、安全の基本的な考え方、活動の紹介(KYTなど)、コミュニケーション | 全職員 | セーフティマネージャー | | | | | | | | | | | | | | | | | | ○ | | | | | | | |
| 全体研修-事故報告会 | | 全職員 | 医療事故調査委員会 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| セーフティマネージャー研修 | | セーフティマネージャー | 医療安全管理部門 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

随時

医療安全研修(続き・・・)

Cグループ(続き・・・)

セーフティマネージャーが役割を認識して現場でリーダーシップを発揮し、行動できる。

- 1) 自部署のインシデント・アクシデントを分析し、改善策を策定できる
- 2) 改善策を実施できる。
- 3) 改善できたかを評価できるようになる。
- 4) リーダーシップを発揮できる。

受講者:35人かける2回、5人×7グループ

| 時間 | 内容 | 担当 | 方法 |
|----------------|--|---------|-------------|
| 午前10時～(10分) | オリエンテーション | | |
| (10分) | 医療安全に関する方針、セーフティマネに期待すること | 病院長 | 講義 |
| (10分) | アイスブレイキング(他己紹介) | | |
| ～11時20分(50分) | 安全文化を感じる とき | 推進室メンバー | グループ ワーク |
| (10分) | 休憩 | | |
| ～12時20分(50分) | 安全文化に貢献 するためのセーフ ティマネージャー の役割について | 推進室メンバー | グループ ワーク |
| (50分) | 昼休憩 | | |
| 13時10分から14時 | チームの鎖 | 推進室メンバー | |
| 14時から15時30分 | チームSTEPPS (救急ビデオ視聴) | 推進室メンバー | グループ ワーク |
| (10分) | 休憩 | | |
| 15時40分から16時50分 | 現場で似たような 経験はないか? | 推進室メンバー | グループ ワーク |
| 16時50分から17時 | 抵抗と改善 | 医療安全管理者 | まとめの話 |

資料 5

チーム STEPPS ポケットガイド 日本語版

ポケットガイド

チームSTEPPS

チームとしてのより良い
パフォーマンスと患者の安全を
高めるためのツールと戦略



患者の
安全性

米国医療研究品質局
医療分野において前進し続ける卓越性・www.ahrq.gov

訳：国立保健医療科学院

目次

| | |
|---------------------------|----|
| チームSTEPPS | |
| ・ フレームワークとコンピテンシー | 4 |
| ・ 基本原理 | 5 |
| ■ チーム体制 | |
| ・ 患者ケアのための複数のチーム体制 | 7 |
| ■ リーダーシップ | |
| ・ 有能なチームリーダー | 9 |
| ・ チームのイベント | 10 |
| ・ プリーフィング・チェックリスト | 11 |
| ・ デブリーフィング・チェックリスト | 12 |
| ■ 状況モニター | |
| ・ 状況モニタープロセス | 14 |
| ・ 相互モニター | 15 |
| ・ STEP | 16 |
| ・ I'M SAFEチェックリスト | 18 |
| ■ 相互支援 | |
| ・ 作業支援 | 20 |
| ・ フィードバック | 21 |
| ・ 患者擁護(アドボカシー)と主張(アサーション) | 22 |
| ・ 2回チャレンジルール | 23 |
| ・ CUS | 24 |
| ・ DESCスクリプト | 25 |
| ・ 協働 | 26 |

2

目次

| | |
|----------------------------------|----|
| ■ コミュニケーション | |
| ・ SBAR | 28 |
| ・ コールアウト | 29 |
| ・ チェックバック | 30 |
| ・ ハンドオフ | 31 |
| ・ 「バトンを渡す」 (I PASS the BATON) | 32 |
| チームパフォーマンス観察ツール | 33 |
| 障害要因、ツールと戦略、アウトカム | 34 |
| 連絡先 | 35 |

チームSTEPPS

チームコンピテンシーのアウトカム

知識

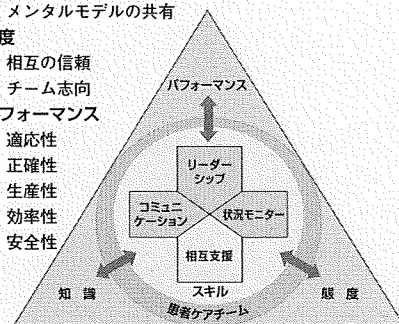
- ・ メンタルモデルの共有

態度

- ・ 相互の信頼
- ・ チーム志向

パフォーマンス

- ・ 適応性
- ・ 正確性
- ・ 生産性
- ・ 効率性
- ・ 安全性



チームSTEPPSは、指導することができ、習得することができる4つのスキルから構成されています。リーダーシップ、状況モニター、相互支援、コミュニケーションのスキルは、チームSTEPPSの中心となっています。赤い矢印は、4つのスキルとチームに関連するアウトカムの間における双方向のダイナミックな相互作用を示しています。アウトカムとスキルの相互関係は、安全で質の高いケアを実現しようと努力しているチームの基本です。4つのスキルを囲んでいる輪は、患者ケアチームです。患者や、直接ケアを提供する者だけでなく、医療提供体制の中で、支援的な役割をする人々も含まれています。

...チームSTEPPSは医療提供システム全体において、チームのパフォーマンスを最大限に活用するための、エビデンスに基づいたフレームワークです

3

4

基本原理

チーム体制

チームの規模、メンバー、リーダー、組織、人選、配置といった基盤

リーダーシップ

チーム活動が理解され、情報の変化を共有し、チームメンバーが必要なリソースを有することを確実にすることでチームメンバーの業務を調整する能力

状況モニター

情報を得るために、状況要素に積極的に目を向け評価を行い、理解をしたり、またはチームの働きを支えるという意識を維持するプロセス

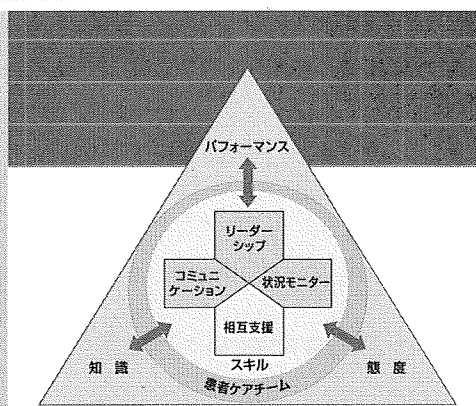
相互支援

他のチームメンバーの責任と作業量に関する正しい認識を通じて、彼らのニーズを予想し、支援する能力

コミュニケーション

情報が明確に、かつ正確にチームメンバー間でやりとりされるプロセス

5



チームSTEPPS

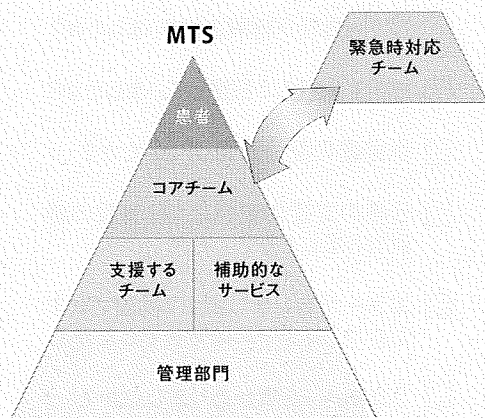
チーム体制

「私」というより「私たち」と使っている割合が、チーム発展を示す最も良い指標である...

—ルイスBイルゲン

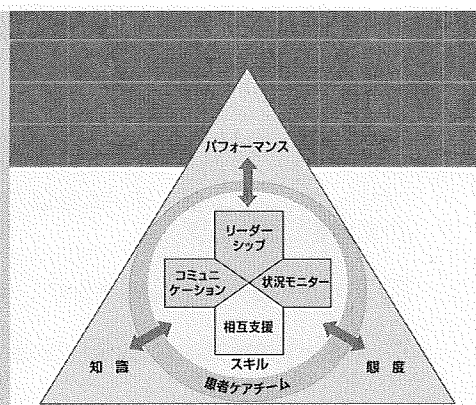
6

患者ケアのための複数の チーム体制 (Multi Team System)



7

チーム体制



チームSTEPPS

リーダーシップ

やって欲しいことを誰かにやってもらうには、その人がやってみたいと思うようにすることである...

—ドワイト・D・アイゼンハワー

8

チームのイベント

有能なチームリーダー

- チームをしっかりとまとめる
- 明確な目標をはっきりと言う
- メンバーから提供される情報に基づいて、決定を行う
- 適切と認められる場合、メンバーに発言・反論する権利を与える
- 積極的にチームワークを推進および促進する
- 対立を解決するスキルに、長けている

計画

• ブリーフィング

チーム構成についての話し合い、必要不可欠な役割の割当て、期待や職場環境を確立し、アウトカムや可能性のある緊急時対応を話し合うなど、始める前に行う短い打合せ

問題解決

• ハドル

状況認識の再確認、既に行われている計画の強化、その計画が調整する必要があるかの評価をするための臨機応変な打合せ

プロセスの改善

• デブリーフィング

チームのパフォーマンスと効率性の改善のために計画された非公式な情報交換の打合せ：活動後の振り返り

9

10

ブリーフィング・チェックリスト

ブリーフィングでは、チームは以下の質問をしましょう

- だれがそのチームにいますか？
- 全員が目標を理解し、同意していますか？
- 役割と責任が理解されていますか？
- 我々のケアの計画は何ですか？
- 勤務時間帯のスタッフと医療提供者の人数は充分ですか？
- チームメンバー間の作業量は適切ですか？
- リソースは充分ですか？

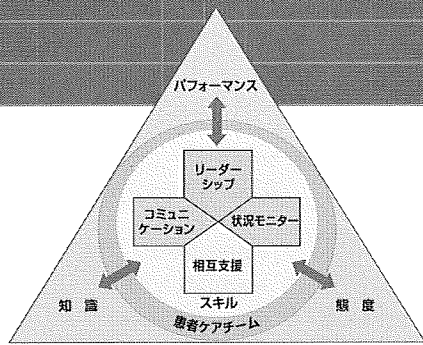
11

デブリーフィング・チェックリスト

デブリーフィングでは、チームは以下の質問をしましょう

- コミュニケーションは明確でしたか？
- 役割と責任が理解されていましたか？
- 状況を継続して把握していましたか？
- 作業量の配分は適切でしたか？
- 仕事の支援の要請または支援の提供をしましたか？
- エラーが有りましたか？回避されましたか？リソースは充分でしたか？
- うまくいった事がありましたか？何か改善すべき事がありましたか？

12



チームSTEPPS

状況モニター

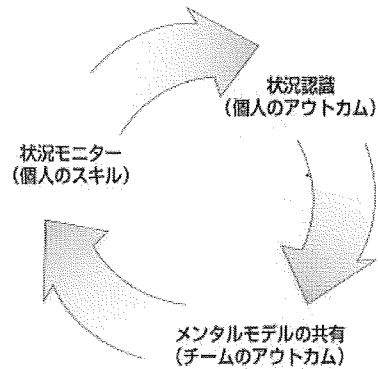
細部に注意を払うことは最も重要なことのひとつである...

— 作者不詳

13

状況モニター

状況モニタープロセス



状況モニターとは、状況認識を維持するために、継続して周囲に目を向け評価するプロセスである

状況認識は身の周りで何が起きているかを知ることである

メンタルモデルを共有すると、全てのチームメンバーが「共通の理解」を持てる

14

相互モニター

エラーを削減するための戦略

- 他のチームメンバーの行動をモニターする
- チーム内で安全ネットを提供する
- 間違いや見落としが、早く、容易に見つけられることを確実にする
- お互いを気にかける

15

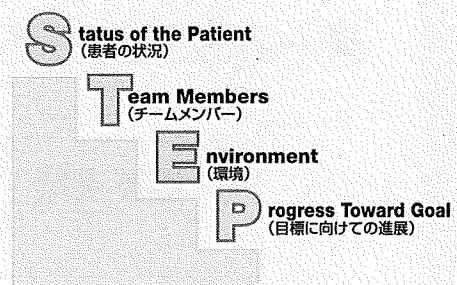
状況モニター

状況モニター

STEP

医療の提供において状況をモニターするための手段

状況モニターの要素



16

STEP

- ✓ 患者の状況(Status)を評価
 - 患者病歴
 - バイタルサイン
 - 投薬状況
 - 身体所見
 - 治療計画
 - 心理社会的状況
- ✓ チーム(Team)メンバーの評価
 - 疲労
 - 作業量
 - 作業パフォーマンス
 - スキル
 - ストレス
- ✓ 環境(Environment)の評価
 - 施設情報
 - 管理情報
 - 人材
 - 的確なトリアージ
 - 設備、機器
- ✓ 目標に向けての進展(Progression)評価
 - チームが担当の患者の状態は？
 - チームの目標は？
 - チームの課題/活動は？
 - 計画は、まだ適切か？

I'M SAFE チェックリスト
(自己管理チェックリスト)

- ✓ I = Illness (病気)
- ✓ M = Medication (薬)
- ✓ S = Stress (ストレス)
- ✓ A = Alcohol and Drugs (お酒と薬物)
- ✓ F = Fatigue (疲労)
- ✓ E = Eating and Elimination (食事と排泄)

個々のチームメンバーの責任…

状況モニター



相互支援

作業支援

相互支援の形態:

- 作業過負荷時には、チームメンバーが互いに守る
- 効率のよいチームは、患者の安全の観点から支援の要請や支援の提供をする
- チームメンバーは、支援が積極的に求められ、また提供されることが期待できる環境をはぐくむ

患者の安全を支援するのに、
望まれている!

フィードバック

チームのパフォーマンスを改善する目的のために提供される情報

- ✓ フィードバックを以下のようにすべきです
 - 適時に一対象の行動がなされた後すぐに与えられる
 - 敬意を持ち一個人の特質ではなく、行動に焦点を当てる
 - 特定されている一どのような行動が修正を必要とするのかを明確にする
 - 改善に向けて方向づける一今後の改善のために、指示をする
 - 思いやりがある一チームメンバーの感情を考慮し、公平と尊敬の念を持って否定的な情報を与える

21

患者擁護（アドボカシー）と主張（アサーション）

患者を擁護します

- チームメンバーの見解が意志決定的者の見解と一致しない場合に実施されます

確固として、尊敬の念をもって、是正措置を主張します

- 導入部を開始します
- 懸案事項を述べます
- 解決策を提供します
- 同意を得ます

22

2回チャレンジルール

最初のアサーションが無視された場合：

- 確実に聞こえるように、少なくとも2回は、関心事をはっきりと声に出して述べるのがあなたの責任です
- チャレンジされているチームメンバーは認識しなければなりません
- もし、まだ結果が容認できるものでない場合：
 - より強力な行動をとる
 - スーパーバイザーや指揮系統を活用しましょう

チームメンバーが重大な違反を感じたり、また発見した時は「作業を中断する」ことを全てのメンバーができるようにしましょう

23

CUS（カス）

- C** 気になります (Concern)
- U** 不安です (Uncomfortable)
- S** 安全の問題です (Safety Issue)
「中断してください」

24

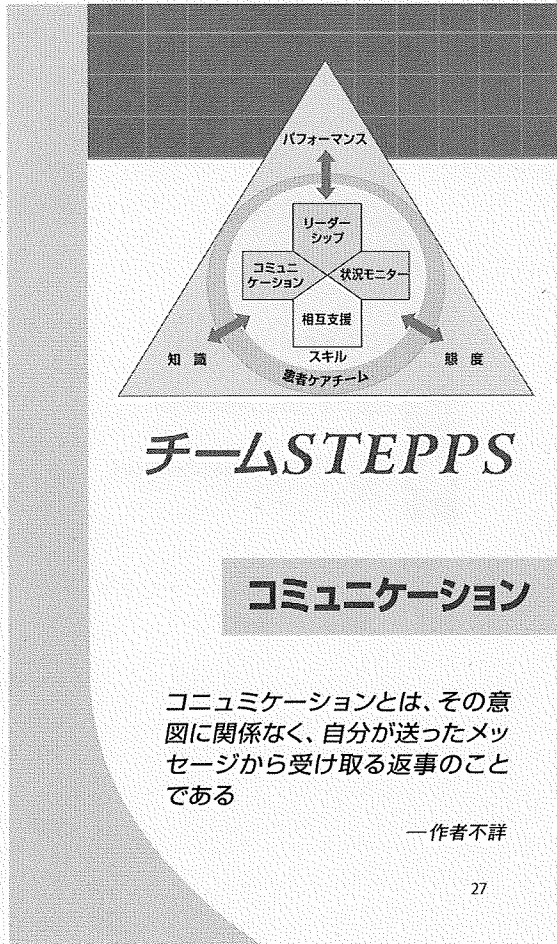
DESCスクリプト

対立をうまく処理し、解決するための建設的な取り組み

- D - Describe**
具体的なデータを提供し、問題となっている状況や行動を説明しましょう
- E - Express**
その状況に対する懸念を表明しましょう
- S - Suggest**
代案を提案し、同意を求めましょう
- C - Consequences**
意見の一致を目指して、チームで決めた目標を基に、結論を述べましょう

25

相互支援



27

協働

相互に満足のいく問題解決策に達し、最良の結果を得る

- 患者ケアチーム全員が満足
(患者、チームメンバーとチーム全体を含む)
- 共通の任務に対する責任

関係を妥協することなく目標を達成

「真の協働とは“点 (event)”ではなくプロセスである」

26

コミュニケーション

SBAR

患者の状態に関して、即座の注意とすばやい行動が必要である重要な情報を伝達するテクニック

- Situation (状況)** — 患者に何が起こっていますか？
「251号のジョセフ夫人について電話しています。主訴は初発の息切れです。」
- Background (背景)** — 臨床的背景と状況は何ですか？
「患者は腹部手術から1日後の62歳になる女性です。心疾患および肺疾患の既往はありません。」
- Assessment (評価)** — 何が問題だと思いますか？
「痛みが確認され、右側の呼吸音が低下しています。気胸をルールアウトしたいのですが。」
- Recommendation (提案)** — それを解決するには何をすればいいですか？
「患者は今診断されるべきだと強く感じます。こちらに来ていただけますか？」

28

コールアウト (声出し確認)

重要で危機的情報の伝達に利用される方法

- 緊急事態の時、全てのチームメンバーに同時に伝えます
- チームメンバーが次の段階を予測できるように助けます
- その仕事を遂行する責任のある特定の個人にその責務を指示することが重要です

運ばれてくる外傷患者の対応例

リーダー：「気道状況は？」
 研修医：「気道クリア」
 リーダー：「呼吸音は？」
 研修医：「右側の呼吸音が減少」
 リーダー：「血圧は？」
 看護師：「血圧は96/62」

チェックバック (再確認)

発信者が伝達した情報を、発信者が意図したように受信者が確実に理解するために、閉じたコミュニケーションを用いるプロセス

以下の段階をふむ

1. 発信者がメッセージをまず伝えます
2. 受信者がそのメッセージを受け取り、そしてフィードバックをします
3. 発信者はそのメッセージが確実に受信されたことを確認するためにダブルチェックを行います

例

医師：「ベネドリル25mgを静注してください」
 看護師：「ベネドリル25mgを静注します」
 医師：「その通りです」

ハンドオフ

ケアの引き継ぎの際に、情報交換を向上させるためにデザインされた方法

ハンドオフ (引き継ぎ)

一連の治療の中で、ケアの引き継ぎ時に情報を (権限と責任とともに) 移すこと。その時に、質問、明確化、確認する機会が含まれる

ケアの引き継ぎは、勤務時間の交替、責任の完全な移行を伴う医師交替、患者の移動を含みます

"I PASS the BATON" (バトンを手渡します)

| | | |
|-----|--------------------------|---|
| I | Introduction (紹介) | 自分自身と自分の役割/仕事 (患者を含む) を紹介しましょう |
| P | Patient (患者) | 名前、ID、年齢、性別、場所 |
| A | Assessment (評価) | 現在の主な苦情、バイタルサイン、症状、診断 |
| S | Situation (状況) | 緊急時の対応方針、(不) 確実性のレベル、最近の変化、処置に対する反応を含む現状/環境 |
| S | SAFETY Concern (安全性の関心事) | 重大な検査と報告、社会経済的な要因、アレルギー、警戒 (落下、隔離など) |
| THE | | |
| B | Background (背景) | 併存疾患、既往歴、現在の投薬、家族の病歴 |
| A | Actions (行動) | どのような行動が既に取られ、何が今後必要ですか。短い論理的根拠を提供します |
| T | Timing (タイミング) | 緊急性と系統立てられたタイミングのレベルと行動の優先順位付け |
| O | Ownership (責任の所在) | 患者/家族を含む誰に (個人/チーム) 責任がありますか? |
| N | Next (予測) | 次に何が起こりますか? 予想される変化は何ですか? 緊急時対応計画の有無 |

チームパフォーマンス観察ツール

チーム体制

チームを結成します
リーダーを決定します
チームの目標と構想を特定します
役割と責任を割当てます
責任感のあるチームを維持します
積極的に情報を共有します

リーダーシップ

パフォーマンスを最大限にするためにリソースを活用いたします
チーム内で作業量のバランスをとります
必要に応じて、仕事や割当てを委託します
ブリーフィング、ハドル、デブリーフィングを実施します
チームが自由に発言し、質問ができるようにします

状況モニター

患者/家族をコミュニケーションに含めます
チームメンバーを相互にモニターします
STEPプロセスを適用します
メンタルモデルの共有を明確にするためにコミュニケーションを促進します

相互支援

仕事に関連した支援を提供します
適時に建設的なフィードバックを提供します
効率的に患者のために主張します
対立を解決するために、2回チャレンジャールール、CUSとDESCスクリプトを使用します
チームで協働します

コミュニケーション

必要な時は、チームメンバーに定期的に提供されたフィードバックを与える
短く、明快で、具体的にタイムリーな情報を提供します
入手できる全ての情報源から情報を探します
伝達された情報を検証します
SBAR、コールアウト、チェックバック、ハンドオフなどを使用します

結果

- メンタルモデルの共有
- 適応能力
- チーム志向
- 相互の関係
- チームパフォーマンス
- 患者の安全!!

ツールと戦略

- ブリーフィング
- ハドル
- デブリーフィング
- STEP
- モニター
- フィードバック
- 患者擁護と主張
- 2回チャレンジャールール
- CUS
- DESCスクリプト
- 協働
- SBAR
- コールアウト
- チェックバック
- ハンドオフ

阻害要因

- チーム内の一層性の欠如
- 時間不足
- 情報共有不足
- 権威配
- 保身
- 先入観
- 自己満足
- 様々なコミュニケーションスタイル
- 対立
- 同僚との協働およびフォロ
- アップの不足
- 注意を妨げるもの
- 疲労
- 作業量
- 台図の読解
- 役割の明確さの不足

連絡先



チームSTEPPSに関する詳細は、
米国医療研究品質局のウェブサイトを
参照してください。
www.ahrq.gov/qual/teamstepps
米国国防総省患者安全センターウェブ
サイト[http://www.usuhs.mil/cerps/
TeamSTEPPS.html](http://www.usuhs.mil/cerps/TeamSTEPPS.html)



米国国防総省のために開発された
米国医療研究品質局との協力による
患者安全プログラム

チームSTEPPS ポケットガイド- 06.1

35

AHRQ Pub. No.06-0020-2
2006年6月
訳：国立保健医療科学院
2010年3月

患者の
安全性

米国医療研究品質局
医療分野において前進し続ける卓越性・www.ahrq.gov

Version 12.05

資料 6

Global Trigger Tool

日本版の概要

(20100201 版)

Global Trigger Tool

日本版の概要

(20100201 版)

内 容

| | | |
|------|---------------------|----|
| I | はじめに | 2 |
| II | トリガーツールについて | 3 |
| III | 調査の手順 | 4 |
| IV | トリガーツールの使い方 | 5 |
| V | 有害事象の範囲 | 8 |
| VI | トリガー項目の解説 | 9 |
| VII | Q&A (IHI マニュアルより抜粋) | 15 |
| 付録 1 | カルテの抽出方法 | 19 |
| 付録 2 | 指標の算出方法 | 20 |

I はじめに

医療安全の究極の目標は、有害事象の撲滅、軽減にあります。わが国の医療施設では、医療安全に関する取り組み精力的に行われていますが、その効果（有害事象の頻度）を簡便に測定する手法が無く、対策の評価と改善の大きな支障となっています。院内では自発的報告システムが稼働していますが、その多くは医療のプロセスに焦点を絞ったもので、これまでの研究から有害事象の把握には不向きであることがわかっています。

この度ご紹介させて頂く GTT（Global Trigger Tool、トリガーツール）は、米国 IHI（Institute for Healthcare Improvement、医療の質改善研究所）で考案されたもので、これまで多くの時間と経験を費やすとされてきた有害事象の把握について大幅に簡素化を行い、一般医療施設で負担無く行える手法として開発されたものです。GTT は米国の「100K/5M キャンペーン（10 万人の命を救え/500 万人の命をまもるキャンペーン）」の一環として多くの病院で採用されており、安全・質の改善の測定に用いられ多くの成果が上がっています。研究班ではわが国におけるこれまでの研究事例等を鑑みて、本手法をわが国でも導入する価値があると考えています。本手法を用いることにより、院内安全の程度の把握、時系列モニタリングが可能となり、貴施設の安全向上に大きく資するものと考えられます。

エラーと有害事象

- エラー・・・予防可能性の追求（プロセスに焦点）
- 有害事象・・・患者が経験する事象（結果に焦点）

