

- ・チームのメンバーやスタッフの懸念に耳を傾け、話し合い、適切に対処する
- ・患者の管理に関係する他者（一般開業医や他の専門医など）と直接コミュニケーションをとり、重要な情報を伝えるように努める
- ・患者へのケアについて、時間を置かずに読みやすい文字で記録をつける

7-2) 相互理解を確立する/チームが必要かつ重要な臨床情報をすべて保有して理解するとともに、受容できる「全体像」をメンバー間で共有することを保証する：良い行動パターン

- ・手術前にブリーフィングを行い、目的を明確化して、チームが確実に手術計画を理解できるようにする
- ・関係のあるスタッフが予想される管理計画を確実に把握できるようにする
- ・若手の医療スタッフや看護師など、チームメンバーからの情報提供を奨励する
- ・関係のあるスタッフからの報告を聞き、うまくいった点と発生した問題点について話し合う

7-3) 診療チームにおいて能動的な役割を果たす/チームの他のメンバーと協力して臨床状況に対する理解を深め、個々の患者と提供する医療行為のどちらについても、管理上のすべての問題が確実に対処されるようにする：良い行動パターン

- ・予想される入院について管理チームと話し合いを行う
- ・麻酔医または手術室看護師から要請があれば、手術を中断する
- ・管理上の変更点を手術チームに知らせる
- ・手術の開始を遅らせないように、必ず時間どおりに手術室に到着する

本カテゴリーは、コミュニケーション領域と重複

部分が多いところだが、特に同業外科医および患者以外との、協働する人間関係である。内容的には、プロフェッショナリズムとも重なる。外科医の思考過程や行動パターンは、同業者であればある程度は理解可能であるが、他の診療科医師をはじめ、他職種とチーム内において共通理解をはぐくむためには、他者に対する敬意を持って接しなければならない。最終的に伝達できるのは言語化されたものだけであるので、業務の開始前には「ブリーフィング」を行って、業務全体のメンタルモデルをチーム内で共有したい。また自分の仕事が多職種の中で生かされていることを認め、医師以外のスタッフのいうことにも良く耳を傾けたい。

8. マネジメントとリーダーシップ

8-1) 指針を定め維持する/広く受け入れられている手術の原則に従い、プロフェッショナルとしての行動規範を遵守し、臨床および手術室におけるプロトコルに従うことで、質と安全を確保する：良い行動パターン

- ・手術または医療チームの新しいメンバーや面識のないメンバーに自己紹介する
- ・病院、手術室、病棟、診療科の各プロトコルに明確に従う
- ・チームのすべてのメンバーに基準（無菌野や外来または各診療科のスタッフのプロフェッショナリズムなど）を確認するように求める
- ・管理上の問題の医学的な側面に対し、十分考慮した意見を提示できるよう常に準備している

8-2) 他の人を鼓舞するように導く/プレッシャーのかかる状況でも効果的なリーダーシップを示し、チームメンバーを支援することで統制を維持する：良い行動パターン

- ・プレッシャーのかかる状況でも落ち着きを失わ

ず、困難な状況を効果的に解決するために整然と対処する

- ・チーム内の対立を迅速かつ適切に解決する
 - ・手術のテクニカルな部分とノンテクニカルな部分の両面において他者のロールモデルとして振る舞う
 - ・重要な状況でリーダーシップを発揮し続ける
- 8-3) 他の人を支援する/チームのメンバーに認知面および感情面の支援を提供するとともに、各メンバーの能力を評価し、それに応じてリーダーシップのスタイルを調整する：良い行動パターン
- ・研修医や若手スタッフが実地訓練で経験を積む時間がとれるように手術リストを編成する
 - ・業務の委任が適切に行われることを保証する
 - ・チーム全体でのブリーフィングとデブリーフィングの実施を奨励して推進する
 - ・チームのメンバーに対して建設的な批判を行う

本プログラムでは、(タスク) マネジメントとリーダーシップが、同一カテゴリーに入っているが、ノンテクニカルスキルの観点からは、別の2要素である。このマネジメントには、プレッシャーがかかった状況での意志決定などの自己マネジメントを含んでいるので、リーダーシップ要素と共通となる。つまり外科医は医療者の中で、最も侵襲的な処置を担当するものとして、診療チームの中でリーダー的存在となる場合が多い。困難な状況でも落ち着いて対処し、チームへのプレッシャーに対応することは、リーダーシップの一環である。また有能なリーダーは、チーム内の対立を迅速適確に解決できる。そのためには日頃から各チームメンバーの能力を把握する必要がある。業務開始前のブリーフィングは世界的に定着傾向にあるが、率先して(事後の)デブリーフィングを行うこと

により、チームの実力を見直して向上させることができる。

9. 学問と教育学問と教育

9-1) 生涯学習への誓約をする/振り返りを伴った学習活動を生涯にわたって継続し、知識を理解して他者に伝えていく：良い行動パターン

- ・検討会や研修などの生涯教育活動に定期的に参加する
- ・現時点での診療を再検討して、健全なエビデンスに基づいた変更を導入する意思を示す
- ・スタッフと協力してスタッフの学習、能力開発、キャリア計画を奨励する
- ・最近の文献を把握し、自身が行っている臨床業務に対する意味を検討する

9-2) 教育し監督して評価する/学生、患者、研修医、同僚、その他の医療専門職、所属するコミュニティを対象とした教育を促進する：良い行動パターン

- ・問題を個人のせいにならず、建設的なフィードバックを継続的に行っていく
- ・若手スタッフを十分に監督する
- ・臨床で直面した状況をスタッフの教育機会として利用する
- ・教育訓練に真剣に取り組み、教示とチュートリアルに十分な時間をとる

9-3) 外科の業務を改善する/外科業務を評価または研究し、個人、組織、医療システムの各レベルで改善と変更の導入を行える機会を特定する：良い行動パターン

- ・研究、革新、結果の監査を通じて、外科の業務を改善しようと努める
- ・ベストプラクティスとエビデンスに基づく手術の原則を積極的に推進する

- ・監査やピアレビューにより、実績が最善ではない、あるいは改善の余地があることが示された場合には、臨床業務を変更する準備がある
- ・医療の質を向上させるための優れた解決策を常に模索している

本カテゴリーも、プロフェッショナリズムとリーダーシップ領域とかなり重複がある。指導的地位にある人間ばかりではなく、若手のメンターとなる中堅クラスも対象となる。どの外科医も駆け出しの頃は何も出来ず、多くの先輩の指導に導かれて、一人前になっていくものであるが、育てて頂いたお返しは次世代に向けられなければならない。名外科医は自分一人の努力によって作られるのではなく、患者、多くの先輩や同僚、多職種の人々の協力あってこそ形作られる。たとえ自分が十分な教育を受けさせてもらったとしても、そうした負の体験を若手に向けるべきでない。教育は単なる知識や技術の伝達ではない。上に立つ立場の人間は、「業務に対する姿勢の」お手本をメンターとして示さねばならない。

D. 考察

技能（スキル）には、専門技術に特化したテクニカルなもの、それを支えるノンテクニカルなものがあり、テクニカルスキルの運用にはノンテクニカルスキルは不可欠である。悪い例として、手術室の利用について、自分の手術を自分の都合で幾つも予定に入れることは、プロフェッショナリズムの問題として捉えられ、手術の予定変更を打診された際に耳を貸さないことは他職種協働の問題とされている。「患者のために」を錦の御旗にして、自分勝手に手術予定を組む行動は、そもそも組織の一員として働いている意識に欠けており、

医師である前に、社会人としての基本ルールの問題である。本プログラムは、南半球の外科医が対象であるが、外科医のこうした負の行動には普遍性があるようである。

また一方で、個人のコミュニケーションスキルは、幼少時からの積み重ねで形成される。推奨されない悪い行動、すなわち不作法な振る舞いや、他の人の意見をさえぎる行為は、一朝一夕で改まるものではない。こうした態度は、伝えなければならない言語化情報とは別に、悪い印象として伝わってしまう非言語化情報なのである。一人の態度は個人の振る舞いとしてしか発現しないが、多数の態度は、組織の文化となる。研修途上の人間は、必ず良い文化の元で育成されなければならない。良くも悪くも組織の文化は、知らず知らずのうちに個人に染みついていくものである。

このように RACS による外科医の良い行動パターンを列挙したが、これらは世界中どこでもありうる「規則」ないし「やるべき原則 Do's」である。逆に言えば、このような文言が並べられるのは、世界中どこでも達成が難しいことを示している。外科は、刃物を使う、最もアグレッシブな治療方法である。外科医全体の性格分析が必要となるだろうが、外科を志す人間は、フォロワーというよりも、前に出たい性格が多いと思われ、周囲への配慮を欠けば、たちまち独善的な行動が浮かび上がる。またテクニカルスキルとしての手業（てわざ）が重要であるため、そこに興味が集中するため、「手術さえ上手ければ文句ないだろう」という一面的な職人氣質に陥りやすい。有能な外科医は、手術手技にとどまらず、自らなす手術の客観評価、診療チームの管理、次世代育成まで、非常に幅広い仕事を行っている。尊敬される外科医となるためには、ノンテクニカルスキルに長け、

職種協働のチームワークの中で生かされているという謙虚さが必要とされているのである。

E. 結論

オーストラリア・ニュージーランドの外科医養成プログラムにて挙げられた、ノンテクニカルスキルにおける推奨すべき行動を、医療安全の観点から検討した。医療事故は他領域の事故と同様に、テクニカルスキルよりも、多くはノンテクニカルスキルの問題であるため、安全推進のためには、良い行動パターンを再生産する仕組みも重要であることが判明した。外科医は、手術の施行にとどまらず、自らなす手術の客観評価を常に行い、診療チームの中でのリーダー的役割を果たし、組織運営に関わり、次世代育成も視野に入れなければならない。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- ・相馬孝博：特集 医療の安全と質 臨床現場での医療安全・質管理の教育。日本内科学会雑誌 101(12):3484-3490,2012
- ・相馬孝博：手術室の患者安全—総論(ノンテクニカルスキルの観点から見て)—。麻酔増刊(61)：S183-188, 2012
- ・青木貴哉, 浦松雅史, 相馬孝博：The Joint Commission の警鐘事象情報に学ぶ。病院 72(1): 50-55, 2013
- ・相馬孝博：医療事故を防ぐには。心臓 45(9)1197-1198,2013
- ・相馬孝博：医療安全からみたノンテクニカルス

キル オーストラリア・ニュージーランドの外科医養成プログラムからみた具体的な問題行動。臨床外科 68(7)764-772,2013

- ・Kaneko T, Nakatsuka A, Hasegawa T, Fujita M, Souma T, Sakuma H, Tomimoto H: Postmortem Computed Tomography is an Informative Approach to Determining Inpatient Cause of Death but Two Factors Require Noting from the Viewpoint of Patient Safety. JHTM1:1-9, 2013.
- ・竹村敏彦, 浦松雅史, 相馬孝博：東京医科大における医療安全意識の経年比較分析。東医大誌 71 (4) : 363-375, 2013

2. 学会発表

- ・相馬孝博：患者中心の医療安全-自他ともに見つめ直す外科医の振る舞い。第74回日本臨床外科学会総会特別講演（東京）。2012年11月30日
- ・相馬孝博：WHO患者安全カリキュラムを現場教育に生かす。第7回医療の質・安全学会学術集会特別講演（埼玉）。2012年11月23日。
- ・相馬孝博：医療事故を防ぐには。第60回日本心臓病学会学術集会特別講演（金沢）。2012年9月14日
- ・相馬孝博：手術室の医療安全。第29回日本呼吸器外科学会総会安全セミナー（秋田）。2012年5月17日
- ・相馬孝博：安全推進のための院内レベルのピアレビュー。第112回日本外科学会定期学術集会特別講演（千葉）。2012年4月13日
- ・相馬孝博：呼吸器外科医のノンテクニカルスキル。第30回日本呼吸器外科学会安全教育セミナー。2013年5月9日。名古屋（特別講演）

- ・相馬孝博：WHO患者安全カリキュラムガイド多職種版について，日本薬学協議会，2013年6月28日，東京(特別講演)
 - ・相馬孝博：世界標準の患者安全教育－WHO患者安全カリキュラムガイド多職種版から学ぶ. 第32回日本歯科医学教育学会，2013年7月13日，札幌(特別講演)
 - ・相馬孝博：世界標準の患者安全教育－WHO患者安全カリキュラムガイド多職種版から学ぶ，第45回日本医学教育学会，2013年7月26日，千葉（モーニングセミナー）
 - ・相馬孝博：医療安全の基礎，医療・病院管理研究協会，2013年8月23日，（特別講演）
 - ・相馬孝博：世界標準の患者安全教育－WHO患者安全カリキュラムガイド多職種版から学ぶ. 第36回日本高血圧学会総会医療倫理・医療安全講習会,2013年10月24日，大阪(特別講演)
 - ・相馬孝博：WHOカリキュラムガイドに学ぶノンテクニカルスキルの重要性，第8回医療の質・安全学会学術集会，2013年11月23日，東京（共催セミナー）
 - ・相馬孝博：安全対策と感染対策の連携の必要性. 第8回医療の質・安全学会学術集会，2013年11月23日，東京（シンポジウム）
 - ・相馬孝博：WHOカリキュラムガイドの医療専門職の基礎教育への活用，第8回医療の質・安全学会学術集会，2013年11月23日，東京（ワークショップ）
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得
なし

外科領域におけるノンテクニカルスキルの教育訓練プログラム開発と
その評価システムの構築に関する研究
—WHO 患者安全カリキュラムガイドに学ぶノンテクニカルスキルの重要性—

研究代表者

相馬 孝博

榊原記念病院

副院長

研究要旨

世界保健機関（World Health Organization：以下、WHO）は、2011年にすべての医療系学生のための患者安全カリキュラムガイド多職種版を公表した。医療システムは、患者・医療者・管理者が関与した、多くの部署や部門などから成り立つ「複雑な」システムである。本ガイドでは「人間の特性」に留意したヒューマンファクターズと、一人一人の医療職の全体的技能（スキル）の向上に着目している。近年は専門技術（テクニカルスキル）を支える自己管理能力や社会性の技能をノンテクニカルスキル（Non-Technical Skills; NTS）と総称し、その研究が進められている。NTSとは、より高いところから自分の振る舞いを見つめ「専門職としていかに振る舞うか」という「メタ認知」の技能といえる。患者を含む医療チームのメンバー全員が、互いに適切なコミュニケーションを行い、各自の専門知識と意思決定における責任を結集させ、有事に備えるのが有能なチームである。過ちから学び、医療の経験は改善されるべきことを認識し、公正な文化の下でデータ収集とエラー分析を行うこと、さらに職業人として説明責任を果たし、正直さと共感によって診療現場における信頼の礎を築くことを、今後は卒前教育の段階から、全世界的に要請されることになった。本ガイドは卒前教育用であるが、WHOはまず第一線の指導的地位にある医療者がこの新概念を理解し身につけなければ、次世代の教育はできないと強調している。

A. 研究目的

2009年、世界保健機関（World Health Organization：以下、WHO）は、医学生のための患者安全カリキュラムガイドをウェブ上で公開し、21世紀の医療に必要な知識・技術・態度として、患者安全が基本とすべき概念であり、卒前教育における重要性を指摘した。その概要は、患者をパートナーとして認め、医療の経験は改善されるべきことを認識し、公正な文化のもとでデー

タ収集とエラー分析を行い、職業人として説明責任を果たし、複雑な環境下のチーム協働に関与してリーダーシップを発揮し、正直さと共感によって診療現場における信頼の礎を築くことを理解させるものであった。

その後WHOは、患者安全に関する知識は医療にかかわるあらゆる職種で必要になるという点を鑑み、本カリキュラム第二版を医学生用から「多職種版」へと改訂を進めた。すなわち医師は

医療チームの中で中心的な役割を担うことが多いが、医療にかかわる者は誰もが患者安全の概念を理解しておく必要があり、すべての医療分野の卒前教育の全過程を通じて、患者安全に関する知識の構築が要請されている。

2012年秋には多職種版の日本語訳が完成し、PDF版が東京医科大学医学教育学のサイトから無料で入手可能となっている。

B. 研究方法

本研究においては、「過つは人の常」であることを鑑み、人間の特性についての人間工学・認知心理学などの周辺分野の成果を踏まえたWHO患者安全カリキュラムガイドにおいて、ノンテクニカルスキルの果たす役割について検討する。

(倫理面への配慮)

本研究は、既存資料により研究を実施することから、介入を意図した研究ではない。したがって特定の個人に不利益、もしくは危険性が生じるものではない。また、動物を用いた実験を実施しないため、動物愛護上の配慮に関しても必要としない。

C・D. 研究結果および考察

WHOカリキュラムガイド多職種版は、下記に示すようにAとBの二つの部分からなる。

(1) パートA：指導者向け指針

1. 背景
2. カリキュラムガイドのトピックをどう選んだか
3. カリキュラムガイドのねらい
4. カリキュラムガイドの構成
5. カリキュラムガイドの実践

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

(2) パートB：カリキュラム指針のトピック

- トピック 1：患者安全とは
- トピック 2：ヒューマンファクターズの患者安全における重要性
- トピック 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
- トピック 4：有能なチームプレーヤーであること
- トピック 5：エラーに学び、患者を害から守る
- トピック 6：臨床におけるリスクの理解とマネジメント
- トピック 7：品質改善の手法を用いて医療を改善する
- トピック 8：患者や介護者と積極的にかかわる
- トピック 9：感染症の予防と管理
- トピック 10：患者安全と侵襲的処置
- トピック 11：投薬の安全性を改善する

(3) パートA：指導者向けカリキュラムガイドの解説

患者安全は新しい学問領域であるため、医療従事者は現場感覚の理解はあっても、医療者を育成する教員は患者安全の概念や原理に精通していない場合が多い。そのためパートAは指導者向けとして、患者安全教育に関する能力を開発するための基礎を築くものとして作成されている。

今では古典となった1991年のハーバード研究が患者有害事象の発生を初めて発表してから、他の国々からも同様の調査結果が報告されているものの、患者安全に関連する具体的なカリキュラムが学部教育に取り入れられ文献に記述されるようになったのは、つい最近のことである。

その原因として、教育者の認識、すなわち学生が患者安全を学ぶことは極めて重要であり患者安全の技能は教えることができるものなのだという認識が不足していたこと、質改善手法など医療以外の分野で生まれた知識を取り入れることへの抵抗、専門家が一方的に学生に情報を与える伝統的な序列的教育法などが挙げられるであろう。

医療系学生に教えるべき具体的トピックについては、パート Bで詳述するが、「何を教えるか」については、オーストラリア患者安全教育構想（Australian Patient Safety Education Framework, APSEF 2006）の学習トピック 22項目に基づいている。本構想では、必要な文献検討、学習領域とトピック作成、学習分野の分類、実践的な方式への変換の4段階を経て、広範な検証がオーストラリア内外で行われ、すべての医療従事者が患者に対して安全な医療を確実に実施する上で必要となる知識・技能・態度が網羅された。

さて現代の医療は急激な発展を遂げる一方、国

情によっても大きく変化する。一部の国では看護師が薬剤を処方し、医学的な資格を持たない職員が簡単な処置を行う。しかし患者安全の原理と概念は、国の豊かさはもとより、医療従事者の職種、医療が行われる場所、患者の種類にかかわらず普遍的なものである。発展途上国では医療のための十分な資源がないかもしれない。十分な人手や資源は極めて大切ではあるが、人員増加や資源の増強は、患者への害を最小にするための必須の解決策とはいえない。

本カリキュラムの内容は、上記の APSEFの成果を踏まえ、すべての医療分野の教育者と学生が身を置く多種多様な環境を考慮したものとなるよう、最大限に配慮されている。WHOに加盟するすべての地域から集まった専門家グループが本カリキュラムを検討し、その文化的妥当性を保証している。

どの国においても医療分野の学生が知らなければならないのは、医療上のシステムが、医療の質と安全に影響を与えるということ、そしてコミュニケーションが不十分であると有害事象やさらに重篤な事態につながりかねないということである。例えば看護師や薬剤師などの職員が、自分より地位の高い医師がエラーを犯しそうになっているのに気づいた場合、率直に指摘するのが望ましい。誰もが患者安全には責任を持ち、たとえ組織内で自身の地位が低くてもはっきり声を上げなければ、患者の安全は保てない。権威勾配はどの国のどの組織でも存在するが、患者安全は普遍的な原則であり、すべての文化に適用される。

パートAでは、教員が患者安全の概念と原理に精通できるように支援して、患者安全をあらゆる教育的な活動に組み入れ始められるようになっている。教員の能力を高めるには時間がかかる。

(4) パートB：カリキュラムガイドのトピックの解説

パートBは、トピック形式の患者安全プログラムであり、個別に導入することも、まとめて導入することも可能である。各トピックには患者の体験と事例研究が付けられており、学習効果が高まるよう工夫されている。

ある特定の業務を成し遂げる能力はテクニカルスキル (Technical Skills) と呼ばれ、その知識と能力は教育や訓練を通して獲得される。ただし優れた医療者として認められるためには、テクニカルスキル以外の「何か」が不可欠であり、人柄やコミュニケーション能力など、さまざまな要素が挙げられるだろう。近年、テクニカルスキルを支える自己管理能力や社会性の技能をノンテクニカルスキル (Non-Technical Skills; NTS) と総称し、学習して向上させることができる技能として位置づけ、その研究が進められている。簡単にまとめれば、より高いところから自分の振る舞いを見つめ「専門職としていかに振る舞うか」という「メタ認知」の技能といえる。本ガイドでは、ノンテクニカルスキルという用語は明示されていないが、扱っている内容は、個人とチームのノンテクニカルスキルなのである。

トピック 1：患者安全とは

ここでは患者安全の実状を提示する。患者有害事象は悪意ある人によって引き起こされるのではなく、現在の医療システムが複雑すぎるために起こることが近年判明してきた。それぞれの患者の治療がうまくいったかどうかは、多くの要因が関与した結果であり、個々の医療者の能力によるものではないのである。

トピック 2：ヒューマンファクターズの患者安全における重要性

ヒューマンファクターズ (人間工学) とは人間が行動したり働いたりする時に、人間と機器や環境との関係性を追求する科学である。ヒューマンファクターズにより、いかにしてシステムが破壊されコミュニケーションの齟齬が生じ、間違いが発生するかを学生は学ぶことができる。プロセスの単純化、手技の標準化、間違った場合のバックアップ、コミュニケーションの改善、機器の再設計、行動変容などが対策として挙げられる。

トピック 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

医療システムは単一ではなく、多くの部署や部門などから成り立つシステムであり、患者、医療者、被医療者、管理者が作り上げる複雑な関係である。患者の運命はこのシステムがどのように構築されるかによって決まってしまう。

トピック 4：有能なチームプレーヤーであること

患者を含むメンバー全員が互いにコミュニケーションを行い、各自の観察、専門知識、意思決定における責任を結集させて、最適な医療を目指す。これができるのが有能なチームであり、学生はこの多職種のチームワークについて理解しなければならない。ことに「必要な時にははっきりと主張する」というアサーション (assertion) は、自分の意見をはっきり表明することであるが、患者安全上の問題点が生じたと感じたとき、誰もがストップをかけられるようなルールが提案されている。これは CUS (またはCUSS) と呼ばれ、C (I'm "C" oncerned. 何か心配です。)・U (I'm "U" pset. 不安です。)・S (This is "S" afety issue.

これは安全の問題です。) という言葉の頭文字であり、「これは CUS (カス) です」という宣言がなされたら、たとえ声を上げたものが新人であっても、チームは手を止めてその声に耳を傾けなければならないとされている。

トピック 5: エラーに学び、患者を害から守る

医療上のエラーを理解することは、改善していくための基礎であり、そのためには報告制度を有効に機能させなければならない。医療を天職とするにあたり、学生が個人を責める文化とシステムアプローチの違いを理解することは、極めて重要である。

トピック 6: 臨床におけるリスクの理解とマネジメント

臨床におけるリスクマネジメントとは、有害な転帰を発見し、管理し、予防するような安全システムの維持である。リスクマネジメントは組織内のあらゆるレベルの者が関係するため、学生はリスクマネジメント戦略の目的と重要性を理解する必要がある。患者有害事象に直結するインシデント報告はもとより、苦情処理、訴訟、検視官報告書、品質改善報告書から得られた情報が、リスクの管理に活用されることを学ぶ。

トピック 7: 品質改善の手法を用いて医療を改善する

他産業では様々な品質改善の手法がうまく取り入れられてきた。問題を特定し、問題を検討し、問題を解決するための介入手段を開発し、介入が奏効したかを評価する、という一連の手順は、医療の各段階を改善する際にも有効である。

トピック 8: 患者や介護者と積極的にかかわる

医療チームには患者や介護者も含まれることを学生は学ぶ。患者や介護者は、診断と適切な治療法の決定にかかわり、経験豊かで安全な医療サービス提供者を選んだり、治療が適切に行われるよう助けたり、有害事象を早期に気づいたりする役割を果たす。患者と医療者の間に良好なコミュニケーションがあれば、エラーは少なく良い治療結果が得られるだろう。

トピック 9: 感染症の予防と管理

医療機関における感染制御は、現代において確立されているものの、院内感染は世界的に主要な障害や死亡の原因となっている。医療分野の学生は、患者が感染症にさらされる各種リスクの特定と、感染予防のための適切な措置について学ばなければならない。

トピック 10: 患者安全と侵襲的処置

患者間違い、部位間違い、手技間違いの手術は、医療者間のコミュニケーションの間違いにより発生する。WHOは安全な手術のためのチェックリストを公開し、すべての侵襲的処置に対して、正しい部位・正しい手技、正しい患者を確認するプロトコルの普及に努めている。

トピック 11: 投薬の安全性を改善する

投薬エラーは、患者とその状態への不確実な知識、薬剤への不確かな知識、計算間違い、読めない手書き、薬剤名に関する混乱、不十分な既往歴の聴取など、様々な原因により引き起こされる。投薬に関連するインシデントは、どの国においても上位にある。