

## 教育研修の計画と運営

H26.12.14 QMS 2日目  
14:15~14:45  
福井県院内臓器移植コーディネーター  
米瀬 ゆみ子

## 達成目標

- 院内において教育研修を担当する場合の、計画策定、実施上の留意点を学ぶ

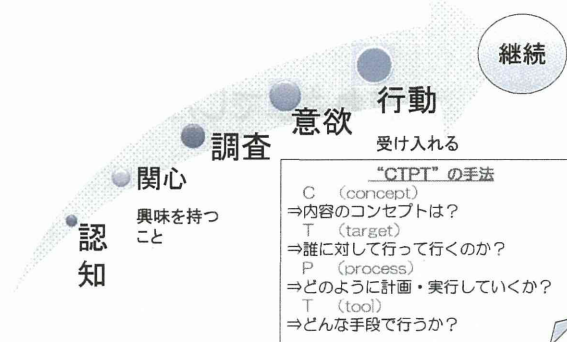


- 院内での問題が発見できる
- 問題の提起ができる
- 問題解決のための研修の企画・計画の立案・運営が行える

## 院内教育における マーケティング手法の導入

- 改善を目的にした“メソッド（方式）”
  - 1：RCA分析（根本原因分析）
  - 2：PDCAサイクル  
（業務プロセスの管理手法）
  - 3：SWOT分析（現状分析手法）
  - 4：フィッシュボーン（特性要因図）
  - 5：CTPT法（顧客アプローチ法）

## 行動原理のパターン



## CTPT法

- C (Concept) = 基本的概念（理念）

福井県済生会の理念

『患者さんの立場で考える』

## コンセプトを支えるもの

- ビジョン (Vision) = 到達点  
（ある時点までにはこうなっていたい）

- 皆さんが描く未来像
- 夢が描ける短い文章で
- 達成出来たら、ワクワク♪するようなこと

## CTPT法

- T (target)
- 誰に対して行うのか？

## CTPT法

- P (Process) 5W1Hを使う
- When：いつ実行するか（時）
- Where：対象とする部署は何処にするか（場所）
- Who：誰が実行するか（一人？仲間を探す？）
- What：どのような計画で実行するか（内容）
- How：どのように実行するか（方法）
- Why：どうしてその〇〇をするのか

## CTPT法

- T (Tool)
- どんな手段で行うか？
- やる気になる手法（自分も、みんなも）
- 誰でも出来ること  
（スキルや経験の違いがあっても、一定の成果が期待出来る方法）
- 反復性があること  
（あなたが居なくても、動いていく仕組み）

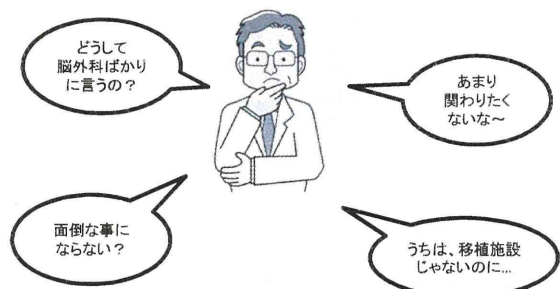
## その他

- 予想される障害は？
- それに伴う解決策は？
- 進捗状況の追跡方法は？
- 評価はどのように行うか  
※何をもって“達成した”にするか

## 実症例

福井県済生会病院の場合

## 脳外科医の臓器提供への意識



## 問題の発見(済生会病院の問題)



- 5類型病院施設であるという院内の周知度が低い
- 『臓器移植＝大変なこと』というネガティブイメージがある
- 生前の意思を確認し、尊重する仕組み(システム)がない

## 問題の提起



- ✓ 「意思確認」は、特定診療科だけで行うものであるという院内風土がある

## 問題の発見(済生会病院の問題)



- 5類型病院施設であるという院内の周知度が低い  
組織風土の改革
- 『臓器移植＝大変なこと』というネガティブイメージがある  
医師・スタッフの協力
- 生前の意思を確認し、尊重する仕組み(システム)がない  
献眼意思確認の体制整備

## CTPT法

- C (Concept) = 基本的概念 (理念)

福井県済生会の理念

『患者さんの立場で考える』

## CTPT法



C (Vision) ⇒  
患者家族全員に献眼意思を確認できる

## CTPT法



T (target) ⇒ 医師

## CTPT法

### ●P (Process)

- When (いつ) : 2回/ 新任医師研修会/医局会
- Where (どこで) : 説明会、医局会の会場
- Who (誰が) : 院内移植コーディネーター
- What (内容) : 意義と方法を伝える
- How (方法) : 座学とロールプレー
- Why (目的) : 意思確認の意識を向上させる

## CTPT法

### ●T (Tool)

死亡報告書

心臓移植の臓器提供

1. 臓器	-	臓器	臓器
2. 臓器	-	臓器	臓器
3. 臓器	-	臓器	臓器

- 1: 視覚的に効果のあるもの  
(院内コーディネーターが  
言わなくても気が付いても  
もらえるもの)
- 2: 統計処理できるもの
- 3: シンプルで簡単なもの
- 4: 通常業務の追加にならないもの  
(何かのついで…)

## その他のACTION

- 1: 予想される障害は?  
⇒ 献眼が増えて、眼科医の出勤が多くなる
- 2: それに伴う解決策は?  
⇒ 院内Coの介入、医師は摘出のみの出勤
- 3: 進捗状況の追跡方法は?  
⇒ 死亡報告書の分析
- 4: 評価はどのように行うか  
※何をもって“達成した”にするか  
⇒ 死亡報告書の分析結果  
(Toolを使っでの効果の評価)

## 結果

死亡報告書に「臓器・角膜提供確認欄」  
を設け、院内の仕組みとして、医師による意思確認を72%にさせた

死亡報告書

心臓移植の臓器提供

1. 臓器	-	臓器	臓器
2. 臓器	-	臓器	臓器
3. 臓器	-	臓器	臓器

## 新たな課題

- 1: 意思確認のできなかった28%の分析
- 2: 意思確認率の低下



PDC (F)Aサイクルの使用

## 実施計画書の作成について

## 実施計画書立案

- 次回までに、院内で実施可能な課題を見つけ、これに対する実施計画を作成する。
- 実施計画は教育研修を想定するが、その他のテーマでも良い。



- 具体的に、計画を立案し、実際に取り組む計画書を作成・完成してください。

## 実施計画書立案

- 本日、次のコマで計画書を作成・提出



- 「課題の抽出と実施計画の検討」
  - グループメンバーの計画書を共有
  - 計画書の修正

## 課題の抽出と実施計画の検討

H26.12.14 QMS 2日目  
14:45~16:00  
福井県院内臓器移植コーディネーター  
米満 ゆみ子

## 計画書立案

- 14:45~14:50 概要説明
- 14:50~15:55  
グループ内でディスカッション
  - 計画内容の共有
  - 計画内容の修正※お互いの計画内容を聞いて、アドバイスしましょう。
- 15:55~16:00 次回の報告会について

# 実施計画書

H26.12.14 QMS 資料

●テーマ：例) 臓器移植における体制整備について	●Concept：例) 患者さんの立場で考える
●Target：例) 医師	●Vision：例) 対象家族への意思確認ができる
●Process： 1：When（いつ）：例) 2回（4.9月/年）	2：Where（どこで）：例) 新任医師説明会・医局会
3：Who（誰が・誰に）：例) 院内移植コーディネーター	4：Why（目的）：意思確認の意識を向上させる
5：How（方法）：例) 座学とロールプレイ ① ② ③ ④	6：What（内容）：例) 意思確認の意義と方法を伝える ① ② ③ ④
●Tool：例) 死亡報告書に「意思確認欄」を付ける	
●予想される障害は？： 例) 献眼が増えて、眼科医の出動が多くなる ① ⇒ ② ⇒ ③ ⇒ ④ ⇒ ⑤ ⇒ ⑥ ⇒ ⑦ ⇒	●それに伴う解決策は？ 例) 院内コーディネーターの介入、摘出のみ出動体制に
●進捗状況の追跡方法： 例) 死亡報告書の分析	●評価方法： 例) 死亡報告書での意思確認数 例) 医師アンケートを行う（意識変化について）

平成26年度(第2回)  
救急医療現場におけるクオリティ・マネジメントセミナー  
プログラム

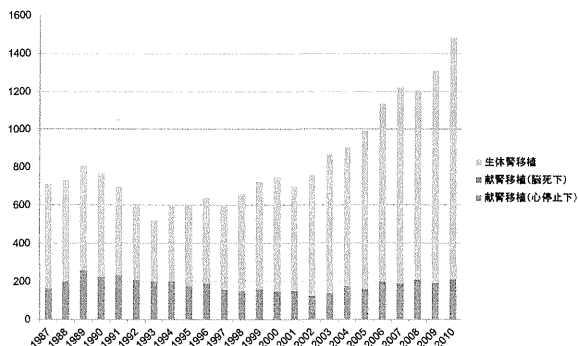
2回目 1/31-2/1	開始	終了	時間	講義	講師	講師
1日目	9:30	10:00	0:30		受付	
	10:00	10:15	0:15		挨拶	篠崎 尚史(臓器移植ネットワーク) 藤田民夫(名古屋記念病院)
	10:15	10:30	0:15	0	振り返り	長谷川 友紀 (東邦大学)
	10:30	10:45	0:15		プレテスト	
	10:45	11:45	1:00	1	【講義】 bad news の伝え方	福岡 敏雄 (倉敷中央病院)
	11:45	12:45	1:00		昼食	
	12:45	14:00	1:15	2	【演習】グループワーク1 宿題の報告(75分)	米満 ゆみ子(福井県済生会病院) 高橋 絹代(富山県移植推進財団)
	14:00	14:15	0:15		コーヒーブレイク	
	14:15	14:45	0:30	3	【講義】 医療安全(RCA)(30分)	藤田 茂 (東邦大学)
	14:45	16:45	2:00		【演習】グループワーク2 医療安全(RCA)(120分)	藤田 茂 (東邦大学)
	16:45	17:00	0:15		コーヒーブレイク	
	17:00	19:15	2:15	4	【演習】グループワーク3 ロールプレイ~悲嘆家族への対応~ (135分)	秋山 政人(新潟県臓器移植推進財団) 稲葉 伸之(太田記念病院)
2日目	9:00	10:00	1:00	5	【講義】 人材育成(60分)	堤 達朗 (エムスリー株式会社)
	10:00	10:45	0:45	6	【講義】 移植医療における医療倫理(45分)	有賀 徹 (昭和大学)
	10:45	11:00	0:15		コーヒーブレイク	
	11:00	11:45	0:45	7	【講義】 医療現場における質改善(45分)	長谷川 友紀 (東邦大学)
	11:45	12:45	1:00		昼食	
	12:45	14:00	1:15	7	【演習】グループワーク4 医療現場における質改善(75分)	長谷川 友紀 (東邦大学)
	14:00	14:15	0:15		コーヒーブレイク	
	14:15	14:45	0:30	8	【講義】 日本移植学会倫理指針(30分)	長谷川 友紀 (東邦大学)
	14:45	15:15	0:30	9	【講義】 総括(30分)	篠崎 尚史 (臓器移植ネットワーク)
	15:15	15:45	0:30		アンケート・ポストテスト	
	15:45	16:15	0:30		修了式・写真撮影	
16:15	16:30	0:15		挨拶	篠崎 尚史 (臓器移植ネットワーク)	

## 救急医療現場における クオリティーマネージメントセミナー

2014年12月13日～12月14日  
2015年01月31日～02月01日

振り返り

## 腎臓移植件数の推移



## 臓器提供に関連した事実

- 「臓器提供」病院という概念？
- 「臓器提供」から始まる業務フローの限界
- 急性期病院における死の満足度
- 急性期病院における「予期しない死」にいかに対処すべきか
- 良質のケアは、結果として臓器提供の増加をもたらす

## 臓器提供病院

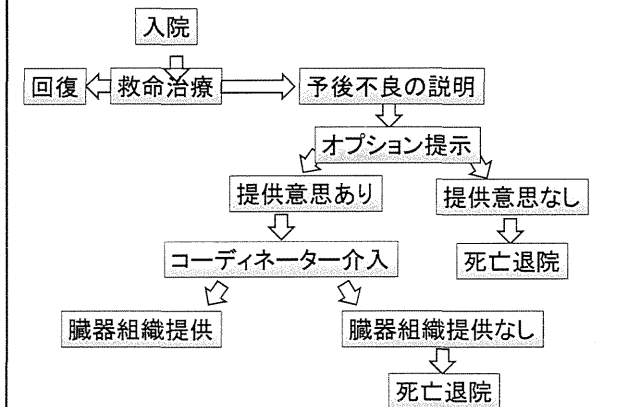
- 脳死下臓器提供が可能な病院
  - 大学付属病院
  - 日本救急医学会の指導医認定施設
  - 日本脳神経外科学会の基幹施設又は研修施設
  - 救命救急センターとして認定された施設
  - 日本小児総合医療施設協議会の会員施設
- 「臓器提供」を目的とした病院はない
- スタッフは「臓器提供病院」とは認識していない

## 臓器提供は稀な事象

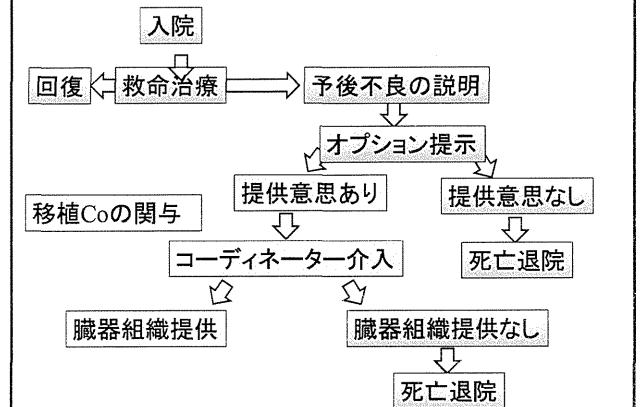
- 例
  - 病床数300床の急性期病院
  - 在院日数12日、稼働率90%⇒年間8200人の退院患者
  - 死亡率3%⇒246人の死亡、うち臓器提供は？
- 臓器提供を主たる対象とした活動は
  - ケアの一部のみしか取り扱わない
  - 実際に遭遇することは稀
  - ケア全体の質を向上させる効果に乏しい
- 急性期病院での終末期ケアに対象を拡大する必要



### 急性期病院での臓器提供時のフロー



### 急性期病院での臓器提供時のフロー



### ケアの質: 特に終末期のケア

- ケアの質を巡って
  - Quality of Care
  - Quality of Life
  - Quality of Dying and Death
- 終末期の概念
  - 末期疾患に始まり
  - 急性期病院では見過ごされがち
- 良い終末期とは
  - 症状／個人のケア／死への準備／家族／治療の選択／全人的関与

### 急性期病院における良質の終末期ケア

- 評価概念は未だ確立していない
- 慢性期とは異なった状況
  - 時間的な余裕がない
  - Rapport(人間関係)が確立していない
- 共通した事項
  - 適時の医学的情報の提供
  - 必要な・可能な選択肢の提示
  - 家族のケア

### マネジメントとは

- 組織目標の設定
  - Mission、Vision、Value
  - 理念、基本方針、中長期計画、年次計画
- 資源は有限との認識
- アウトプットを最大化する仕組み作り(業務フロー作り)
- 意識が変わる ← 仕組みが変わる

### 職位による役割の違い

- トップマネージャー(院長、看護部長、事務部長など)
  - MVVの策定
  - 資源の配分
  - 管理のための仕組みづくり(一部はミドル)
  - ミドルマネージャーから定期の報告を受ける
- ミドルマネージャー(診療科長、師長など)
  - 管理指標を基に業務が適切に行われていることの確認
  - うまくいかない場合の早期発見と対応

## 背景:なぜマネジメントか？ —要素技術からシステムへ—

- 要素技術の発展
  - 効果、高価、安全域が小さい
  - 特定の職種に限定
- 1つの要素技術のみでは不十分
- 医療は人・物・技術などの要素と、それを運営するシステムからなる
- 従来の医療は、要素技術に重点を置いてきた
- 医療が複雑・高度化するにつれ、システムの重要性が増している

## 急性期病院におけるクオリティ・マネージャーの目指すもの

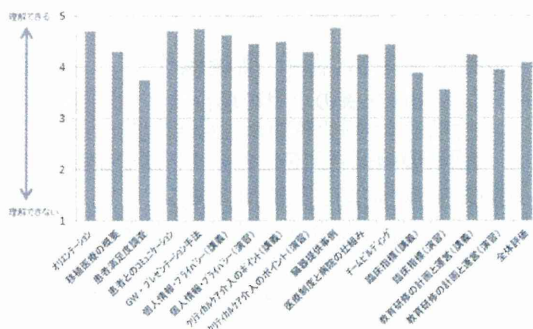
- 院内コーディネータから活動範囲を拡大
    - 臓器提供のみに限定しない
  - 重症患者をケアする上で、
    - 医学的な評価
    - 家族への適切な情報提供
    - 家族のケア
- 上記が適切に行われていることを確認し、質向上が可能な院内システム構築に係る職種

## セミナーの特徴

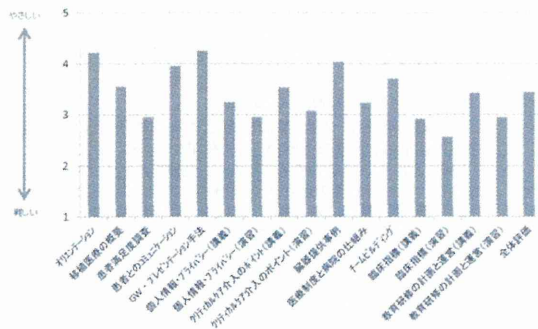
- マネジメントにフォーカス
- 実践的
- GW・演習を中心
- 病院における研修に利用可能な
  - スキルを身に着ける
  - ツールの提供

## アンケート

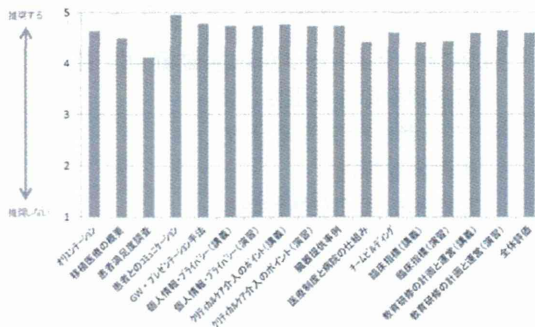
### アンケート(理解度)



### アンケート(難易度)



## アンケート(推奨度)



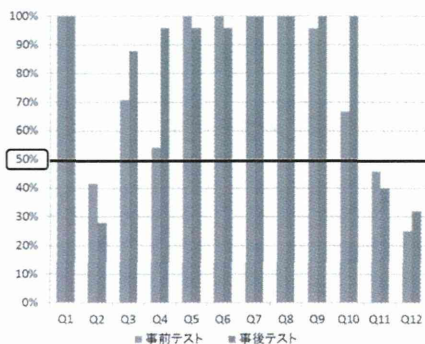
19

## あったら良かった講義項目

- 先輩受講者の現場へのフィードバック事例
- コミュニケーション
  - 患者コミュニケーション
  - 交渉力
- リスクマネジメント
- 分析力
- マネジメント力
- 倫理に関する事例検討
- シュミレーション
- 脳死判定

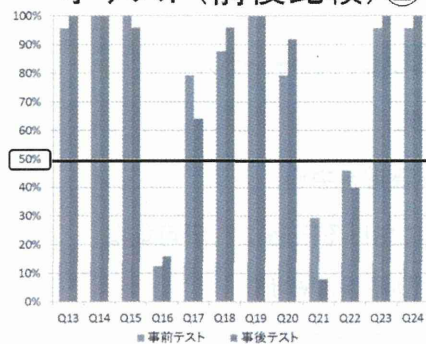
20

## 小テスト(前後比較)①



21

## 小テスト(前後比較)②



22

## 正答率50%以下の問題 (事後テスト)①

- オリエンテーション(講師:長谷川友紀)
  - Q2. 組織管理において、Value(価値)とは、その組織が進むべき方向を示す。
- 個人情報・プライバシー(講師:宮澤潤)
  - Q11. カルテ開示につき当院の内規では本人確認の為、免許証の提示を求め、記録の必要からこれをコピーさせて貰うことになっている。カルテの開示を求められたが、免許証を見せてはくれないもの、コピーされるのはどうしても嫌だという。確認記録を残すことのできない申請に対しては、医療における個人情報の重要性からこれを拒否することとしたのは正しい判断である。
  - Q12. カルテ開示につき、本人請求ができる症状であるにも拘わらず、代理人が委任状を持ってきて請求に来た。本人請求が行い得ない合理的理由が無い為怪しいと思い、本人に確認の連絡をとったが、留守の為確認できなかった。その為カルテ開示を拒否したが、これは正しい判断である。

23

## 正答率50%以下の問題 (事後テスト)②

- 臓器提供事例(講師:高橋絹代)
  - Q16. 6歳未満の小児の場合には、1回目の法的脳死の開始時間から24時間空けた後に2回目の脳死判定を行わなければならない。
- 臨床指標(講師:長谷川友紀)
  - Q21. 心筋梗塞患者のうち90分以内にPCIを受けた患者割合は、アウトカム指標である。
  - Q22. DPCでは、医療サービスの質が支払金額に反映される。

24

第2クールもしっかりと  
勉強しましょう

## Bad news の伝え方 : SPIKES モデルを身につける

倉敷中央病院 総合診療科・救命救急センター・人材開発センター 福岡敏雄

toshio-fukuoka@umin.ac.jp

### 本日の講義の目的

医学・医療の現場で良好なコミュニケーションを行い有意義な実習を行うために、救急外来というもっともストレスの多い状況下での患者・家族とのコミュニケーションの原則を身につける。

### 本日の講義の目標

悪い知らせを知らせる場合のポイントをいくつか挙げることができる

映画などのシーンから、悪い知らせを知らせるポイントを踏まえた発言・行為を指摘できる

映画などのシーンから、悪い知らせを知らせる発言・行為の改善点を提案できる

### 今日のキーワード

Breaking the Bad News.

SPIKES モデル

共感的対応と探索的対応

感情労働と共感疲労

## 悪い知らせをどう伝えるか

- 救急外来から家族を呼ぶ
- SPIKES モデルを身につける

### Case 1

あなたは、ある病院の医師である。救急外来の当番中に、交通事故の患者が搬送されてきた。患者は34歳の男性で、自動車で右折したところ信号無視のトラックに側面から衝突された。車は交差点脇の電柱にまで飛ばされた。救出に10分程度要し、途中から意識がなくなり、到着時には心停止状態であった。

型どおりのことを行ったが、心拍再開は得られなかった。

あなたは、到着した会社の上司に状況を説明し、蘇生を中止し死亡を確認した。

そこに、電話がかかってきた。本人の妻からであった。

「主人が、そちらの病院に運ばれたと聞いたのですが、どのような状態でしょうか？」

さて、あなたはどのように対応しますか



写真は参考資料です

## 悪い知らせを伝える Breaking the Bad News

悪い知らせを伝えることはつらい

なぜつらいか

- 医師・看護師の役割としてしばしば要求される
- 人として決して好まれない役割である
- あまりその「型」を教えられない
- 時として感情の矛先が向けられる
- 時としてつらい感情に共感してしまう <共感疲労>

医師・看護師などの医療に関わる専門職は「感情労働」という側面がある

その基本姿勢

- 感情に対して誠実に対応する
- 本人や家族の認識や想いを確認する
- ウソはつかない
- できない約束はしない
- 不用意に楽観的な予測を伝えない
- 不用意に悲観的な予測を伝えない
- 難しい場合には、時間や場所を変える



### SPIKES プロトコール

S: setting, P: perception, I: invitation, K: knowledge, E: empathy/exploration, S: strategy/summary

<http://theoncologist.alphamedpress.org/content/5/4/302.full>

## SPIKES プロトコール

ガンの告知などで用いられる手法であったが、救急外来でも十分応用可能である。重要なのは、100%のことができなくても、精いっぱい対応しようとしたことを、相手や周囲に感じてもらうことである。

### 大前提

- 何をどう話すか、事前に思いをめぐらせて計画を立てる
- 起こりうる感情的反応に対処する計画を立てておく
- 悪い知らせを伝えても、患者に希望を与え、患者の支えになれることを忘れない



### Setting: どんな状況/姿勢で伝えるか 状況と姿勢

- プライバシーを保障する「場」を設定する
- 患者に「立ち会って欲しい人がいないか」を確認しておく
- 患者の涙に備えて、涙を拭くものを用意しておく
- 患者と家族には必ず自己紹介する。自分の役割・立場を明確にする
- 目を見て話す。避けるようなそぶりをしない。適切なボディランゲージを使用する
- 双方にとって心地よい距離を保つ
- 患者が話しやすく、話せる環境を作る。患者が話し始めたら話を遮らない
- 短い沈黙には耐える
- 理解できたかどうか、患者の話を自分の言葉で繰り返す

### Perception: 患者・家族の理解内容を把握

- 以下のような言葉を用いると良い
  - 「今、ご自分の病気についてどう理解されているか、教えていただけますか」
  - 「あなたがどう考えているかを知りたいので、まずはお話しください」
  - 「主治医からどんなことを聴かれていますか」
  - 「どのような説明を受けられていますか」
- その返事を聞きながら、どのような表現・言葉・言い回しが適切かを考える
- 期待と現実との格差を確認しておく
- 患者が「否認」したり、質問を「拒絶」しようとするサインには敏感に。しかし、必ずしも直接的な反応・返答をする必要はない
- 否認・拒絶は、患者がコントロールできないほどの自分の恐怖や不安に対する対処法のひとつである。しばしばこのような態度を見せる場合があるが、多くは一時的である

### Invitation: 悪い知らせへの「招待」

- 患者がどこまで情報を知りたがっているのか見当をつける。患者の知る権利と同様に、患者の知りたくない権利も尊重する
- 「あなたはすべてを知っておきたいと思われませんか、それとも...」
- そのとき、患者がどこまで情報を必要と感じているか確認する。
- 注意：患者は診断時に多くの情報を知りたがる。しかし、病気が進行するにつれあまり多くの情報を知りたなくなる場合がある



### Knowledge: 医学・知識の提供

基本姿勢: 患者の理解力を見積もり、それに合わせて医学的事実・情報を提供する

患者のほとんどは、悪い知らせから隔離されるよりは、真実を教えられる方がよい。しかし、主治医は、患者を悲観的にさせまい、あるいは患者の希望を壊すまいとして、つい悪い知らせを軽く受け取らせようとするものである。しかし、それが善意からのものであっても、あなたが結果を軽く説明することが知れると、患者はあなたへの信頼を維持できなくなる。特に、深刻なことを伝えたり、治療が上手く行かないときに難しくなるだろう

まず、悪い知らせを予感させる前置きをしたあとで、説明を始める

「あなたに伝えなければならない知らせ（検査結果、治療効果判定など）があります。残念ながら、あまり良いものではありません。」

「申し上げにくいことなのですが...」

情報は少しずつ、わかりやすく伝える。医学的専門用語は避ける

どのくらい理解したのかを時々患者に確認する。それに応じて提供する情報の内容や量を調節する。

「ここまでおわかりいただけましたか?」「私の言っていることがわかりにくい不是吗?」

避けるべき言葉: 「あなたにできることはもうありません」「手の施しようがない」

### Empathy/Exploration: 共感的/探索的に

すべての反応に共感的に反応する

患者の感情がわからないときは、患者の考えや気持ちを確認する

患者が何を気にしているか確認する

悪い知らせに対して、時々難しい質問が帰ってくる。たとえば、「私が死ぬということですか?」「希望はないのですか?」「とても苦しむんですか?」

これらの質問に対しては、「このことが、あなたにとってつらいことなのですね。」「不安に思われたのですね。」というような共感的反応をしたり、「あなたが心配していることをもっと詳しく話してください。」というような探索的対応で対応するとよい。

共感的対応の例

「このことは、とても驚かされる内容だと思います。」

「このことは、ご期待にそえる内容ではないと分かっていました。」

「このことは、あなたにとってよい知らせでないと承知しています。」

「もっと、良い内容であれば話もしやすいのですが、、、本当に残念です。」

「このような内容を話さなければならないことは、私にとってもつらく残念なことです。」

探索的対応の例

「もう少し、その意味を教えてください」

「何か気にかかっていることがおありのようですが、お話しいただけますか?」

「お子さんについて心配しているんですね。もっと詳しく教えていただけませんか?」

### Strategy/Summary: 治療計画とまとめ

今後の治療計画について、患者が話し合う用意ができていないか確かめる

話し合う用意ができていれば、将来計画を考えることに協力する

患者にはすべての選択肢を説明し、それぞれの選択肢の結果・効果の予測を説明する

あなたの推奨とその理由を説明し、次に何をするか一緒に決める

患者をサポートできる人を手配し、話し合いに参加させる

次回の面会のときに何をするのかを決めて、患者と約束する

患者がさらに知りたい・調べたいと思っていることがないか、何度も確認する

## SPIKES を念頭に映画を見る

### SPIKES チェックポイント (暫定)

#### S: setting

- 適切な「場」を確保したか
- 言葉遣いや姿勢は適切であったか

#### P: perception

- 相手の理解内容を確認したか
- 拒絶や否認に対しては適切に対応したか

#### I: invitation

- 相手が悪い知らせを知りたいかどうか確認したか
- どこまで知りたいかを確認したか

#### K: knowledge

- 説明にあたって相手の理解を助けるような言葉を用いたか
- 説明に対する相手の理解の内容を確認したか

#### E: empathy/exploration

- 適切な共感的姿勢を用いたか
- 適切な探索的姿勢を用いたか

#### S: strategy/summary

- 確認した上で治療計画について話し合ったか
- 今後の計画・予定について話し合ったか

良かった点

改善すべき点 (必ず具体的改善策を考えよう)

## 宿題の発表

## 提出されたPPTの概要

### 移植のテーマ【11】

- ◆ 移植医療のスタッフ教育(4)
- ◆ 移植の院内体制整備
  - ・ シミュレーション(2)
  - ・ 入院時間診票(3)
  - ・ 委員会(2)

### 移植以外のテーマ【9】

- ◆ 業務改善(4)
- ◆ 教育(5)

## 移植のテーマ①

- 移植医療のスタッフ教育(4)
  - 移植の意識調査と知識の状況調査
  - OP室スタッフの教育
  - OP室スタッフの教育(講義とアンケート)
  - 意思確認実施のための教育
- 移植の院内体制整備(シミュレーション)
  - 脳死判定シミュレーション
  - シミュレーション

## 移植のテーマ②

- 移植の院内体制整備(入院時間診票)
  - 入院のための情報提供用紙整備と電カルへの検討
  - 問診票の活用
  - 入院時の意思確認欄の検討と実施
- 移植の院内体制整備(委員会活動)
  - 委員会が主体となって活動を行うための計画づくり
  - 委員会の活性化

## 移植以外のテーマ①

- 業務改善
  - OP室薬剤請求漏れ
  - ステーションの整理整頓
  - トリアージ後の医師の評価が低い
  - OP室の術後訪問

## 移植以外のテーマ②

- 教育
  - 看護部内教育の見直し
  - 呼吸器の定期交換の教育
  - 看護必要度の評価の教育
  - 看護体制(PSN)定着のため教育
  - 新人の電話対応教育
  - 看護部内教育の見直し
  - 呼吸器の定期交換の教育
  - 看護必要度の評価の教育
  - 看護体制(PSN)定着のため教育
  - 手指衛生の感染リスクの調査
  - 新人の電話対応教育



### 医療安全 (RCA: Root Cause Analysis)

2015年1月31日(土)  
平成26年度(第2回)  
救急医療現場におけるクオリティ・マネジメントセミナー

東邦大学医学部 社会医学講座  
医療政策・経営科学分野  
藤田 茂

### 講義 & 演習の流れ

- 14:15~15:00 講義
- 15:00~15:30 出来事流れ図の作成
- 15:30~16:00 なぜなぜ分析(本番)
- 16:00~16:20 因果図の作成  
原因要約・対策の立案
- 16:20~16:45 発表・まとめ



### 簡易な分析手法(一面的)

#### • 4M4E

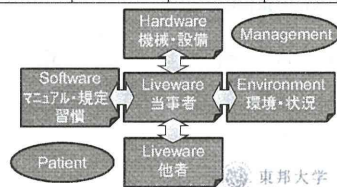
	原因	教育 Education	技術・工学 Engineering	強化・徹底 Enforcement	規範・事例 Example
人: Man					
物・機械: Machine					
環境: Media					
管理: Management					

#### • SHELLモデル

- m-SHELLモデル
- Pm-SHELLモデル

#### • その他

- FTA (Fault Tree Analysis)
- プレーンストーミング+KJ法
- 特性要因図



### やや手間のかかる分析手法(時系列)

- 事故発生後の原因分析
  - RCA(根本原因分析: Root Cause Analysis)
  - Medical SAFER、ImSAFER
    - Systematic Approach For Error Reduction
- 事故の未然防止のための分析
  - FMEA (Failure Mode & Effects Analysis)
  - HFMEA (Health FMEA)



### RCAによる事故分析の意義

- 当事者
  - 振り返り(反省と成長)
- 管理者(リスクマネージャー等)
  - 真の原因を探る能力の向上(報告書の質向上)
  - 情報の整理
- 患者
  - 論理的な説明
- 組織
  - 問題の改善(再発防止)
  - 経験の伝承
  - 情報の正確な伝達(ウワサや憶測の排除)



### VAのRCA

- 全日本病院協会・日本医療法人協会の主催する「医療安全管理者養成課程講習会」で、練馬総合病院の飯田先生と柳川先生により提供されているものが基本になっている。
- VA(米国退役軍人病院)で運用されているRCAを、日本人向けに(特に初心者向けに)少し手を加えて教えている。
- 米国退役軍人病院(153ヶ所)
  - 米国の退役軍人省(VA: Veterans Affairs)が運営する国立病院群

