

トピック6:

臨床におけるリスクの理解とマネジメント

足に巻かれた包帯への不注意によってもたらされた予想外の転帰

ある金曜日の夜、地域病院の救急部に2歳の女児(Hao)が父親に連れられてやってきた。Haoは少し前に「せき風邪」のために一般外来を受診しており、医師は肺炎治療のためにHaoを入院させた。その際、左足背に静脈カテーテルが留置され、その上から包帯が巻かれた。Haoは病棟に移され、週末は看護師と非常勤の医師からなるチームがケアを行った。乳児の場合、包帯を長時

Source: Case studies – investigations, Health Care Complaints Commission Annual Report 1999-2000:59. Sydney, New South Wales, Australia.

間巻き続けると8~12時間で皮膚損傷が起こることが知られているが、この患児の足に巻かれた包帯は日曜日の夕方(ほぼ48時間後)まで外されなかった。その時には左足の踵に壊死が生じており、その後も左足背に潰瘍が発生した。Haoは退院して地元の病院で外来治療を受けることになったが、最終的には大きな小児科病院に入院して継続的な治療を受けることを余儀なくされた。更に、この経験がきっかけとなって行動面の問題もみられるようになってしまった。

はじめに — 患者安全にとって 臨床的リスクが重要となる理由



現在ではリスクマネジメントはほとんどの産業で当たり前の業務となっているが、従来は訴訟に関する費用を抑えることが目的とされていた。医療においては、ケアや治療による害についての医療専門家や病院に対する訴訟行為に関連したものとなるのが通常である。企業の多くは財政的な損失、不正行為、生産量調整の失敗などを回避するために種々の戦略を講じており、病院や医療機関においても、上記の事例研究で提示したような問題を回避するために、リスクマネジメントのためのさまざまな手法が講じられている。しかしながら、リスクマネジメントプログラムの成否は、有害事象を減らし人間の実践能力を向上させるような設計の安全管理システムを構築し、それを維持できるかどうかにかかっている¹⁾。多くの病院や診療所には、患者の転倒や誤薬、ガーゼの置き忘れ、患者の取り違えなどを報告するためのシステムが確立されているが、患者に対するリスクを低減するためにケアのあらゆる側面に目を向けるという点に関しては、まだ取り組みを始めたばかりの施設が大半である。

学生であっても、医療施設で働く全ての職員と同様に、安全でない状況ないし環境を目撃した場合には正しい行動を起こす責任がある。濡れて滑りやすくなった床を拭いて患者が転倒しないようにすることは、患者が服用している薬剤が正しいものかどうかを確認する作業と同じくらい重要である。実際に患者が滑りやすい床で転倒した場合や、間違った薬剤が患者に投与された場合には、それらのインシデントを報告して、類似のインシデントの再発防止策が講じられるようにすることが重要である。看護師は以前から一部のインシデントについて報告を行ってきたが、今日では全ての医療専門家にインシデントを報告し、インシデントから学ぶことが期待されている。たとえ地位の高いスタッフが報告を怠っているのを目撃したとしても、報告の文化を持つ医療施設は報告のない施設よりも安全であるということを忘れてはならない。一方、地位の高い医療専門家がリーダーシップを発揮すれば、報告の文化の価値を学生に示すことが可能となる。

有効なリスクマネジメントには、あらゆるレベルの医療サービスが関係する。そのため、医療従事者の全員がリスクマネジメントの内容とリスクマネジ

メント戦略の目的を理解し、自身の職場におけるこれらの意義を把握しておくことが不可欠となる。しかし残念なことに、医療施設に誤薬や転倒・転落などのインシデントを報告する制度があったとしても、実際の報告事例はごく少数のみである場合が多い。看護師が報告に努めたとしても、報告による改善効果を認識できないために同じ部署の医師が報告の有益性を疑って対応しない場合もある。学生の活動としては、医療におけるリスクとエラーやそれらを管理および回避するための戦略について医療チームと話をすることで、インシデント報告の練習を始めることが可能である。

医療分野における告発者（組織内に不正の疑いがある場合にそれを報告する者）については、これまで十分に機能してきたとは言えないものの、その大半が正規の経路で問題を正そうとしてきたというエビデンスが得られている。組織が問題の解決を拒絶する場合や、そもそも組織にその能力がない場合には、懸念を抱く人物はより強い権限を持つ組織に訴えざるをえなくなるが、全ての国に告発者を保護する法律が整備されているわけではない。医療専門家ならば勇気を持って告発しなければならないというわけではないが、担当患者を危険から守る義務があるのは確かである。看護師は他の医療専門家と比べてインシデント報告に慣れているということが研究により明らかにされている。報告が不十分となるのは、医療分野にみられる非難の文化が報告に対する大きな障壁となっていることが原因かもしれない。今日のリスクマネジメントプログラムの多くは、訴訟やその他の損失（スタッフの士気の低下、離職の増加、評判の低下など）のリスクを最小化することだけでなく、医療の安全と質を改善することも目標としている。しかしながら、これらのプログラムの成否は数多くの要因に左右される。

臨床におけるリスクマネジメントでは、 医療サービスの質と安全の改善が特に重視され、これらは患者に害をもたらす危険性の高い環境や状況を特定し、それらのリスクを防止または制御するための措置を講じることによって実現される。臨床におけるリスクマネジメントでは、次に示す単純な4段階のプロセスが広く用いられている：

1. リスクを特定する。
2. リスクの発生頻度と重大性を評価する。
3. リスクを低減または排除する。
4. リスクを低減することで節約できる費用やリスクを管理しない場合にかかる費用を算定する。学生が懸念することになるリスクも、他の全ての

医療専門家の場合と同様に、主として患者に関するリスクとなる。本カリキュラム指針のトピック1では、医療によって発生する害の深刻さについて概説しているが、医療機関が臨床リスクの管理について憂慮する背景には、こうした患者への害の深刻さがある。臨床リスクを管理することで、潜在的なエラーの特定が可能となる。医療自体がそもそもリスクを伴う行為であり、全てのリスクを根絶することは不可能であるが、さまざまな活動や措置を導入することで、エラーが発生するリスクを最小限に抑えることが可能となる。臨床におけるリスクマネジメントが学生にとっても重要となるのは、この概念の背景に、臨床でのケアや治療には必ず一定のリスクが伴い、インシデントはどうしても起こりうるという前提が存在するからである。学生が（他の全ての医療専門家も同様に）何らかの行為を行う際には、必ず個々の臨床状況で予想されるリスクとベネフィットを積極的に比較考量しなければならない。その過程では、自身の限界や経験不足を正しく認識することや、指導者なしでのケアや治療を一切控えることも求められる。学生はまた、過去の事例に関する情報を探して、再発を防止するための活動に積極的に参加するべきである。たとえば、院内感染を最小限に抑えるための手指衛生の遵守について情報を探してみるのもよいであろう。そうすれば、学生は発生した問題に対応するだけでなく、問題の発生を事前に回避できるようになる。

キーワード

臨床リスク、(有害でなかった) インシデントの報告、エラーの報告、リスクアセスメント、インシデント、インシデントモニタリング

学習目標

職場における危険や潜在的リスクを特定、評価、報告することによって、リスクマネジメントの原則を適用する方法を学ぶ。

学習アウトカム：知識と実践内容

習得すべき知識

以下の事項が求められる：

- リスクに関する情報収集の方法を知っている。
- 自身の職種における診療適性 (fitness-to-practise) の要件と臨床におけるリスクマネジメントに関する個人的な説明責任を理解している。
- 職場においてリスクや危険を報告する方法を

知っている。

- 教員、指導者、地位の高い医療専門家、その他の医療専門家に支援を求めるタイミングと方法を知っている。

習得すべき行動内容



以下の事項が求められる：

- 正確かつ完全な医療記録を残すことができる。
- リスクマネジメントと患者安全を検討する会議に参加できる。
- 有害事象の発生後に患者とその家族に適切に対応できる。
- 苦情に適切に対処できる。
- 自身の健康と幸福を維持できる。

リスクに関する情報収集



学生は自身が所属する病院、診療所、職場で行われているリスクマネジメントプログラムをすぐには把握できないかもしれないが、大半の国の医療施設では、患者およびスタッフに発生した害を評価して既知の問題を回避するための一連の仕組みが導入されている。州規模あるいは国家規模でインシデントデータベースを整備している国もある。オーストラリアにはAdvanced Incident Management Systemという制度があり、医療上のインシデントの報告と分析のための包括的なアプローチとして活用されている。米国退役軍人病院（VA：Department of Veterans Affairs）の患者安全センターでは、根本原因分析法（root cause analysis：RCA）と呼ばれる構造化されたアプローチを用いて、この種の問題の評価と分析、そして対応策の検討が行われている。（RCAについて詳しくはトピック5とトピック7を参照のこと。）



RCAの根底には、間違いやインシデントが発生した場合、実際の（根本）原因を直ちに認識できることはまれであるという原則がある。そのため表面的で偏った評価しかできない場合には、問題を是正することはできず、類似の状況での同様のインシデントの再発を許すことになってしまう。

RCAの本質的側面の1つは、分析により得られた知見を実際に活用するという点である。多くの診療所、病院、組織がこのプロセスを達成できないているが、その原因は、推奨策が出されても利用できる資源がなかったり、あるいは病院の経営陣に推奨策を完遂するという強い意志が欠けているからのどちらかである。

インシデント報告を義務づけている医療機関の中には、報告件数が多すぎるあまり大きな負荷がかかり、資源不足のために多くの報告が分析されないまま放置されているところもある。この問題に対処するため、多くの医療機関が重大性評価の基準を導入し、最も深刻なリスクをもたらしたインシデントを特定しようと試みているが、たとえ深刻なインシデントを特定するシステムを導入したとしても、必ずしもこのジレンマが解決されるわけではない。

臨床的リスクを管理するうえで広く行われている活動の一部を以下に示す。

インシデントモニタリング

インシデント報告は何十年前前から行われており、現在では数多くの国々において、手術、麻酔、周産期など、さまざまな専門領域に関連した全国的な有害事象データベースが構築されている。WHOによるインシデントの定義は、個人に対する意図しないまたは不必要な害や苦情、損失、または損害につながる可能性があったか、実際につながった事象ないし状況とされている。インシデント報告の主な有益性は、類似のインシデントの再発防止に役立つ情報を収集できることにある。一方、インシデントの発生頻度を分析するには定量的な方法が必要となる。

促進的インシデントモニタリング（Facilitated incident monitoring）とは、再発防止の観点からインシデントを特定、処理、分析および報告する制度である²⁾。有効な報告システムの鍵となるのは、医療スタッフが日常的にインシデントを報告することである。しかし、報告された情報は組織の改善に活用されるのであって、個人を非難する目的では利用されないと信頼できなければ、スタッフはインシデントの報告を躊躇してしまうであろう。また、組織がその情報を基に行動を起こすと信頼されることも求められる。学生がインシデントを教員や指導者、その他の医療専門家に報告したのに無視されたとしたら、その後もインシデントを報告し続ける可能性は低くなるであろうが、たとえこのような事態が起きたとしても報告を続けるように、教員は学生を促さなければならない。現在は学生でも、将来は地位の高い医療専門家であり、その行動が若い医療従事者や学生に多大な影響を及ぼすようになるためである。

促進的インシデントモニタリングは、より多くのインシデントを特定し、それを医療の改善という観点から分析するためのプロセスである。この種のモニタリングは医療チームが継続的に行っていくべき

活動であり、具体的には以下の行為が含まれる：

- 週1回のスタッフミーティングでインシデントを常設の議題として取り上げる。
- エラーが起きるとわかっている領域について毎週検討を行う。
- 実際に発生したインシデントと必要なフォローアップ措置についてチーム内で詳細に討論する。ただし、この議論は原因となった人物を非難するのではなく、教育的なものとする。
- システムに関連した問題を特定することで取り組みやすくなり、他のスタッフも潜在的な問題に気づけるようになる。

実際に害を及ぼしたインシデントの報告に加えて、有害でなかったインシデントの報告を奨励している組織もある。その理由は、新たな問題とそれらの問題に寄与する要因、更には深刻な害が患者に及ぶ前に問題の発生を防止する方法を特定するのに役立つからである。有害でなかったインシデント (near miss) とは、患者に害を及ぼさなかったイ

ンシデントという意味である。ある医療行為によって有害事象が発生する可能性があったものの、是正措置が間に合った、あるいは間違った治療でも患者に有害反応が生じなかったインシデントであることから、一部では「near hits」とも呼ばれている。非難の文化が色濃く残った環境では、実際に望ましくない結果を招いたインシデントについて議論よりも、誰かが非難される可能性の低い有害でなかったインシデントを話題にするほうが取り組みやすいかもしれない。たとえば、調剤時の薬剤の間違いについて薬剤師が議論する場合には、間違った薬剤を投与しそようになったもののチェックシステムのおかげで事なきを得たという状況のほうが問題なく議論を進められるであろう。こうした事例では、実際にエラーは発生していないが、もし問題を特定および予防するためのシステムがなかったならば、エラーにつながっていた可能性がある。インシデントモニタリングの詳細な分析については、表B.6.1を参照のこと。

表B.6.1 インシデントモニタリングにより特定された問題の種類

インシデントの種類	割合 (%) ^a
転倒・転落	29
転倒・転落以外の外傷 (熱傷, 圧迫損傷, 身体的暴行, 自傷行為など)	13
投薬に関するエラー (投与忘れ, 過量投与, 過少投与, 投与経路の間違い, 間違った薬剤の投与)	12
臨床プロセスの問題 (誤診, 不適切な治療, 不十分なケアなど)	10
機器の問題 (利用できない, 不適切, 設計不良, 誤使用, 失敗, 故障など)	8
記録の問題 (不十分, 不正確, 不完全, 更新できていない, 不明瞭など)	8
危険な環境 (汚染, 洗浄や滅菌が不十分など)	7
資源の不足 (人員がいない, 人員不足, 経験不足, 準備が不十分など)	5
後方支援 (logistics) の問題 (入院, 治療, 移送, 緊急事対応に関する問題など)	4
管理上の問題 (監督が不十分, 資源の不足, 管理上の決定が不適切など)	2
輸液の問題 (失念, 注入速度の間違いなど)	1
インフラの問題 (停電, ベッドの不足など)	1
栄養面の問題 (絶食中の患者に食事を与えた, 食事内容の間違い, 食物汚染, オーダー時の問題など)	1
血液 (血漿) 製剤に関する問題 (失念, 過少投与, 過量投与, 保管上の問題など)	1
酸素投与の問題 (失念, 過量投与, 過少投与, 早すぎる中止, 投与の失敗など)	1

a 1つのインシデントが複数の項目にあてはまる場合もある。

Source: Runciman B, Merry A, Walton M. Safety and ethics in health care: a guide to getting it right, 2007.³⁾

警鐘事象



警鐘事象 (sentinel event) とは「決して起こしてはならない有害事象」³⁾ であり、通常は予想外に発生するもので、患者の死や重篤な身体的・精神的傷害を招く。現在、有害事象の分析では重篤度に基づいて事象を分類している国が多いが、この警鐘事象という用語は、そのうち最も深刻な事象に対して用いられている。

警鐘事象については、その再発は重大なリスクが伴うことから、多くの医療施設が報告を義務づけてきた。多くの場合、いくつかのカテゴリーに分類される (たとえば、手術における患者または手術部位の間違い、不適合輸血、死に至った誤薬、間違った歯の抜歯、間違った薬剤の払い出し、新生児の取り違えなど)。一方、既存の分類に当てはまらない事象は「その他の破滅的な事象 (other catastrophic

event)』と呼ばれているが、これらは米国では警鐘事象の全報告件数の約半数を、オーストラリアでは3分の2以上を占めている³⁾。警鐘事象の原因は、複数挙げられチェックされないままであることがあり、対策を講じなければ患者に甚大な影響をもたらすことになる。

医療の改善における苦情の役割



医療において苦情は、患者、家族または介護者が提供された医療サービスについて不満を表明することと定義される。学生もまた指導や監督の下で患者の治療に当たることから、ケアや治療に関する苦情に名前が挙がることもある。このような事態に見舞われた学生は傷つき、自分は非難され将来のキャリアが損なわれるのではないかと心配する。

苦情で名前が挙げられた学生は、医療専門家と同様に、狼狽、後悔、怒り、防衛などの感情を抱き、苦情は不当であると考えられることもある。患者やその家族からの苦情に対処することは不快であろうが、自身の業務を改善し、患者やその家族と医療チームとの信頼関係を回復する絶好の機会でもある⁴⁾。コミュニケーション不足や不適切な意思決定など、対処すべき問題が苦情によって顕在化されることも多い。苦情の原因としては、治療や診断に関する問題に加えて、コミュニケーションの問題が多い。いかなる形であれ、患者が軽視、拒絶、疎外などの感覚を抱いたまま放置されることがないように、学生と医療専門家が注意していれば、苦情は回避できるだろう。

医療分野でのキャリアを歩み始めたばかりの学生は、臨床での意思決定と患者管理について学び、これらがいかに複雑であるかを目撃していくことになる。そのため、時として問題のあるコミュニケーションや不適切な診療が発生したとしても不思議ではない。患者からの苦情は、医療のプロセスの中で改善可能かもしれない部分を特定するのに役立つ。特定の状況では学生の指導や監督を改善することにもつながる。苦情から得られた情報を活用することで、医療従事者を対象として問題のある領域に関する教育や情報提供を行うことも可能である。

苦情の有益性としては、以上の他にも次のようなものがある⁴⁾：

- 医療行為の水準を高く維持するのに役立つ。
- 訴訟の頻度を減らす。
- 職務上の信頼を維持するのに役立つ。
- 自己評価を促す。
- 国民を保護する。

医療専門家の大部分がキャリア全体の中で苦情を受けることになるが、苦情を受けることは能力に問題があったり悪い人間であることを意味するものではないということを学生は憶えておくべきである。非常に誠実で高い技能を有する医療専門家でさえも、間違いは犯すものである。患者は時として自身が受ける診療について非現実的な期待を抱くことがあるが、医療上のエラーもまたヒューマンエラーであり、人間はどうやっても間違えるのである。

医療専門家として活動している間に苦情に巻き込まれたり苦情を受けたりした際には、学生は、その苦情を申し立てた人物と率直に話し合うべきである。その話し合いには、より地位の高いスタッフに同席してもらうのがよい。医療機関の要請により学生が自身の行為について書面での供述を提出する場合には、事実のみに基づいて、自身の関与に直接関係する事柄を記載することが重要となる。書面での苦情が寄せられて供述を求められた際には、教員や指導者への確認を怠らないことが重要である。なお、大抵の医療施設には苦情管理の方針が定められている。

個人の責任に対する苦情および懸念

患者の視点から見た場合、個々の患者が抱いた懸念については個別の調査を行い、医療の業務水準からの逸脱がなかったかを確認するべきである。審査ないし調査の終了後には、問題の核心にシステムに関連した問題があったことが判明する場合もあれば、治療を行った医療専門家や医療チームにも望ましくない転帰の原因があったことが明らかになることもある。その例としては、手順の省略や守るべきプロトコルへの違反がある。また、基準とした業務水準が低かったために不十分な医療しか提供できなかった場合もあれば、ガイドラインに従わなかった場合や、施設の規則に違反していた場合などもある。

一例として、スタッフの一員が適切な手指衛生を怠ったために、患者間で感染が広がった可能性がある場合を考える。最初の調査にはシステムに基づくアプローチを採用すべきであるが、医療従事者個人もまた職業上の責任を果さなければならないということを憶えておく必要がある。実際のところ、医療の水準を満たさなかった医療スタッフに直接的な問題がある場合も考えられる。

検死

ほとんどの国には死因究明のためのシステムが

整備されており、特別に任命された人物（検死官と呼ぶ国が多い）が死因の不確かな状況で発生した死亡事例や非倫理的または違法な活動に起因すると考えられる死亡事例について調査を実施する。検死官には裁判所より広範囲の権限が与えられている場合も多く、結果の報告後には、システム全体の問題への対応について勧告を行うこともある。

診療適性 (fitness to practice)



の要件

学生および全ての医療専門家は、職場での自身の行動や品行について説明責任を負う。その責任はその時の状況に応じて異なってくるが、そこには診療適性 (fitness to practise) という概念が関係する。以下では、診療適性が患者安全の重要な構成要素となる理由を考察する。

有害事象の一因となりうる数多くの要因の1つに、医療専門家の能力に関する要因がある。有害事象につながる間違いの多くは医療専門家の診療適性と関係しており、十分な能力を有しているか、自身の経験や技能水準では対処できない業務を行っていないか、ストレスや病気のために体調を崩していないか、などが問題となる。ほとんどの国では、多様な職種の医療専門家を登録して、苦情に対処し、標準の医療水準を維持するためのシステムが整備されている。学生もまた、自身や同僚の健康状態に気を配ることの重要性を理解する必要がある。医療専門家には、患者安全を維持するための任務と義務が課されるのである。

医療専門家の教育を受ける学生が、安全かつ倫理的に実務を遂行できる特質を確実に身に付けるためには、まず職業訓練を受けさせる学生を的確に選択することが第1のステップとなる。昨今では、試験結果が良いだけでなく、医療業務に最適な態度および行動を示せる学生を特定するための評価法として、OSCE (客観的臨床能力試験) 型の評価プロセスを採用した訓練プログラムが多くなっている。同情心や共感、更には社会の役に立ちたいという職業的な志などの特質は、その個人を支える資質となる。

医療専門家が自身の技能を適切に維持し、専門分野の知識の発展についていくためには、キャリア全体を通じて学習活動に真剣に取り組んでいくことが重要となる。学生は本カリキュラム指針で紹介された概念と原則に精通していくにつれて、医療安全に関する理解を深め、安全な実務に熟達していくはずである。

能力不足あるいは専門職にふさわしくない行動や非倫理的な行動のために、安全性の観点から問題のある同僚を報告することも、医療専門家 (と学生) に課せられた義務の1つである。不適切な医療従事者がいたら報告するよう義務づけている国もあるが、この点については個人の良心に任せている国もある。

医療機関には、患者のケアや治療に参加する医療専門家が適切な資格と十分な能力を有していることを確認する義務がある。したがって医療施設は、医療専門家が目的とする領域での業務を実施するのにふさわしい資格と十分な経験を有しているか否かを確認しなければならない。以下にそのためのプロセスを示す。

資格認定

資格認定 (credentialing) については、オーストラリア医療標準評議会 (Australian Council on Healthcare Standards) によって「ある個人が消費者／患者に特定のケアおよび治療を (定められた範囲内で) 提供するにふさわしい人物であるか否かを個人の免許、教育、訓練、経験および能力に基づいて評価し、承認を与えるプロセス」と定義されている。多くの病院や診療所には認定プロセスが整備されており、医療専門家が特定の処置や治療に必要な技能および知識を有しているか否かを確認している。資格のある医療スタッフがいない場合や特定の状態または治療に対して十分な資源が利用できない場合には、実施できる処置の種類が制限される。

認証

認証 (accreditation) とは、医療専門家により考案開発された基準とプロセスに基づき、安全で質の高い医療の提供を保証するための公式のプロセスである。これはまた、医療機関が国の定めた医療基準を満たしていることを公的に認定するプロセスを意味する場合もある。

登録 (免許交付)

ほとんどの国の医療従事者には政府当局の管理下での登録を受ける義務が課せられている。たとえば、オーストラリアには Australian Health Practitioners Registration Agency という官庁があり、ほとんどの医療専門家の登録管理を担っている。登録官庁が設置される基本的な目的は、医療専門家が職務を適切に実施できるか否かを確認

する制度を通じて、国民の健康と安全を守ることにある。これは十分な訓練を受けた専門家だけを登録し、登録した専門家についてもその行動と能力が適切な水準に維持されていることを確認することによって達成されている。登録および免許交付が適切に行われることは、前述の資格認定および認証というプロセスの重要な一部でもある。

リスクマネジメントに関する個人の責任

高学年の学生の大半は、医療現場での研修を重ね患者と接する時間が長くなってくると、医療チームの一員として明確な役割と責任を確立するようになる。そして研修が終盤に差しかかると、いくつかの基本的技術に関する業務により自身の能力を実地説明するよう求められる場合が多い。以下では、学位を取得してから自ら選択した分野の職務に就くようになるまでに、学生が身に付けておくべき能力について、いくつかの見解を提示する。ただし、全ての活動を網羅しているわけではなく、そうあるべきと規定されたものでもない。

学生は以下の能力を身に付けておくべきである：

- 他の医療専門家や医療チームに患者を紹介でき、コンサルテーションを依頼することができる。そのためには、正しく患者を同定できる技能と、患者の背景、現在の健康／福祉の問題およびあらゆる検査結果について正確な要約を提示できる技能が求められる。紹介やコンサルテーションの依頼に際しては、関係のある必要な情報だけを読みやすい形で記載することが重要となる。
- プライマリケア医や医療チーム内の他職種のメンバーに電話で連絡することができる。この業務については、最初のうちは経験を積んだスタッフの監督または観察下で実施すべきである。ここで学生が訓練すべき行為は、患者に関する正確な情報を提示すること、重要な用語を正しく発音すること、電話の相手が間違いなくこちらの意図を理解できるように話すこと、懸念事項があれば質問すること、そして電話での会話の概要を診療記録に記載することである。これらの技術の一部については、トピック4「有能なチームの一員であること」で紹介している。 → **T4**
- 患者の診療を他の医療専門家や医療チームに引き継ぐ際に紹介状を書くことができる。紹介状に記載すべき情報としては、患者の識別情報、入院日、退院日、治療日、治療を担当した医

療専門家の氏名、施行された治療の正確な概要、最終診断、重要な検査結果、治療の理由、患者の臨床的問題の現状などがある。施行された治療ないし介入、転帰、フォローアップの手配、注目すべき検査結果も記載する。施行された治療の正確かつ完全な一覧と投与された薬剤の用量、投与経路、予定治療期間を記載すべきである。更に、完全に判読できる文字で記載し、信頼できる人物が署名していることも非常に重要となる。

- どのような状況でも最も指導的地位にある医療専門家が誰であるかを把握できる。



疲労の影響と診療適性

疲労が実践能力に影響を及ぼすことについては、明白な科学的根拠が存在する。人間は疲れていると注意力が低下し、精神運動が関与するさまざまな業務では、正常に遂行できなくなることを、学生は認識しておくべきである。

アイルランドと英国で実施された研究により、疲労が研修医の精神的な健康状態に影響（抑うつ、不安、怒り、混乱）を及ぼすことが実証されている⁵⁾。また最近実施された比較研究では、断眠によって臨床における実践能力が低下することが確認されている⁶⁾。疲労については更に、エラーの発生リスクの増大⁷⁻⁸⁾や自動車事故との関連性も示されている。2004年のLandriganらの研究⁸⁾は、医療上のエラーに対する断眠の影響を初めて評価した研究の一つであるが、米国マサチューセッツ州のボストンにあるBrigham and Women's Hospitalの集中治療室および冠疾患治療室に勤務する研修医を対象として調査を行ったところ、24時間以上のシフトを頻繁に繰り返した場合には、より短いシフトで勤務した場合と比較して、重大な間違いの発生率が著しく高かったことが明らかにされた。また他の研究では、断眠によりアルコール中毒と類似の症状が引き起こされることが示されている⁹⁾。

看護師の勤務時間に関する研究では、勤務シフトが12時間を超えていた場合、超過勤務に就いていた場合、ならびに1週間の勤務時間が40時間を超えていた場合には、エラーを犯すリスクが有意に増大していたことが明らかになった¹⁰⁾。

同様に薬剤師の業務では、調剤エラーに寄与する主な要因として、処方量の多さ、薬剤師の疲労、薬剤師の過剰労働、調剤作業の中断、類似ないし紛らわしい薬剤名などが同定されている¹¹⁾。

学生は業務および休暇のスケジュールに関する

自身の権利を把握しておくべきである。そして学生が所属する組織には、酌量すべき事情や組織全体としての許可がないかぎり、決して所定の労働時間を超えて学生を働かせることがないように努める義務がある。

ストレスと精神的な健康問題

学生もまた試験やアルバイト、家族や職場での悩みなどによりストレスを抱えがちである。医師については、精神的な健康問題（特にうつ病）を抱えやすく、それらは卒後1年目から発症するという確かなエビデンス¹²⁾が存在するが、学生もまた、研修開始とともに、ストレスとそれに伴う健康問題に苦しめられることになる。医療現場で働く多くのスタッフがストレスを受けたり、士気の低下を経験したりするのは、病気で弱った患者を診断するという業務内容に加えて、大抵は同僚たちもまた過剰労働を強いられ、絶え間なく複数の業務をこなしていかなければならないためである。

医師におけるうつ病や精神的な健康問題の発生率は一般集団と比べて高いが、その一方で、同僚の研修医や上級医からのサポートを受け、良好に機能している医療チームの一員である研修医は、孤立感を感じたりストレスに苦しんだりする可能性が低くなるということが研究により明らかにされている。

ストレスは実践能力にも影響を及ぼす。長時間の勤務よりも、睡眠不足のほうがストレスやうつ病につながるという確かなエビデンスが存在する。文献で同定されている上記以外のストレス要因としては、経済状態、学資ローンとその返済、親からの要求による感情的なプレッシャー、時間的なプレッシャー、社会生活との葛藤などが挙げられる。

業務環境と組織

医療施設は新人にとって非常にストレスの多い環境となる場合がある。新たな職に就いたばかりの時期には、不慣れな実務が非常に困難となる可能性があり、更には長時間勤務による疲労も加わってくる。

特定の要因と時間帯（交代勤務、超過勤務、シフト変更、夜間および週末勤務など）がエラーの増加と関連することが知られている。これらのエラーの根底にある要因は、監視、教育、指導の欠如から疲労まで多岐にわたる。これらの時間帯には通常以上に用心すべきである。

教育と指導

全ての学生が十分な教育や指導を受けることが極めて重要である。学生が病院や医療環境にどの程度うまく溶け込み適応できるかは、この教育や指導の質によって決まってくる。医療専門家が学生に適切な教育や指導を行わなかった場合、オMISSION（必要な行為を行わない）であれコミッション（間違った行為を行う）であれ、学生は間違いを犯しやすくなる。患者に対して何らかの技能や手技を初めて試みる際には、学生は必ず自分よりも経験を積んだ医療従事者に立ち会ってもらうように依頼し、また患者に対しては、自分が学生であることを告げ、そのうえで治療や手技を実行する許可を求めなければならない。

学生、他の医療専門家若手の医療スタッフ、教員や指導者の間での対人関係が不良であることも、エラーの一因となる。学生が教員や監督者との間に問題を抱えている場合は、その間を仲介できる別の教職員や、関係を改善する技術を知っている教職員に助けを求めるべきである。技能の習得が不十分な学生は、受けている指導も不十分であるという研究結果もある。指導者なしで手技を習得した医療専門家の多くは、後になってから技術が不適切で手技の熟達度も不十分であると指導者によって判断される。学生は適切な準備を整えて十分な教育を受けるまでは、決して患者に対して手技、診療、検査を行うてはならない。

コミュニケーションの問題



看護師、助産師、医師、歯科医師、薬剤師、放射線技師など、全ての医療専門家は自身が行ったコミュニケーションの内容を（検査室のスタッフとの連携も含めて）医療記録に正確に記載しなければならない。口頭であれ書面であれ、情報を伝えるという行為は複雑なプロセスであり、容易ではない。しかも、このようなコミュニケーションについて標準の方法を定めている医療施設はほとんど存在しない。良好なコミュニケーションが質の高い医療において果たす役割と、不良なコミュニケーションが医療の質に及ぼす悪影響については、ともに十分な裏付けがある。患者の治療でどの程度の成功が得られるかは、しばしば医療スタッフ間の打ち解けたコミュニケーションと医療スタッフの職場に関する理解度に依存する¹³⁾。コミュニケーションの失敗やコミュニケーションの欠如ないし不足に起因した治療上のエラーは、あらゆる医療環境で日々発生している。患者の診療に関する指示を伝達するうえでは、特定

のカテゴリーの患者を対象として考案されたチェックリスト、手順書、ケア計画が有効な方法となる。

更に、患者と治療を担当する医療専門家とのコミュニケーションの質についても、治療結果と強く相関することが知られている。

臨床的リスクを理解して管理する方法

12

職場にあるリスクや危険を報告する方法を知っておく

学生は研修を受けている施設で採用されているインシデント報告システムについて情報収集を行うべきである。通常はオンライン登録か書類提出のどちらかの方法が定められている。学生は所属する施設のシステムに慣れ、インシデントの報告方法について知っておかなければならない。

正確かつ完全な医療記録を残す

医療記録（診療、患者、処方、薬剤などに関する記録）は、患者に関するさまざまな情報が記録された文書である。患者のケアと治療には質の高い記録が不可欠であることを学生は認識しておくべきである。また医療記録には、政府や施設固有の要件により、閲覧できる者、記載できる者、保管場所、保管期間などが定められている。

学生には良好な医療を確保するために自身の観察結果や所見を正確に記録することが求められ、これは倫理的および法的な義務である。医療記録に情報を記載する際に学生（および全ての医療専門家）が行うべき事柄を以下に挙げる：

- 医療チームの他のメンバーが患者の診療を継続できるように、記録対象の患者本人を特定できる十分な情報を記載する。
- 患者の診断または治療と転帰に関連した情報は全て記載する。
- 常に最新の状態となるように記録を更新し、何らかの事象が発生した場合は、できるだけ早く記録するよう心がける。
- 患者に伝えた情報や助言は全て記録する。

教員、指導者または地位の高い適切な医療専門家に支援を求めるタイミングとその方法を知っておく

多くの学生は、何かを知らないことを認めてしまうと、教員に出来の悪い学生と思われたり、軽んじられたりするのではないかと心配する。しかし学生にとって重要なことは、自身の知識や経験の不足による限界を認め、他者に支援を求めたり質問したり

することの重要性を認識しておくことである。というのは、経験の浅い医療専門家は患者に害を及ぼす可能性が高いからである。学生は自身の職務環境において報告すべき対象は誰か、その人物とはいつどのように接触できるのかを明確に把握しておかなければならない。そうすれば、自身の知識と技能では手に負えない状況に直面した場合に、それらの人物に助けてもらえるであろう。他者に支援を求めることに気まずさを覚えるとしても、学生にとってこれは不可欠な行為である。学生はキャリアの第1歩を踏み出したばかりの未熟な存在であって、その知識や技能に限界があるということは、医療専門家ならば誰もが認識している事実である。学生や新人の医療専門家が一人で患者の治療を行えるだけの知識を備えているとは誰も期待しておらず、むしろ支援を求めることが期待されているのである。しかしながら、滅多に手の空いていない教員、指導者に支援を依頼するのは非常に困難となる場合もある。そのような場合には、学生は普段から接触できる適切な人物を別に探しておくべきである。この件については、指導者に相談すれば手配してもらえるだろう。

リスクマネジメントと患者安全について議論するための会議に参加する

最初のうちは、所属する医療施設にどのようなリスクマネジメントプログラムがあるのかよくわからないかもしれない。学生は施設のリスクマネジメントプログラムについて地位の高い医療専門家や管理者にそのシステムがどのように患者を守っているのかを知るために、会議に出席できないか尋ねてみるのもよいであろう。

有害事象の発生後に患者と家族に適切に対応する

有害事象の発生について患者やその家族に開示するという役割が学生に任されることは考えにくいですが、仮にこのような行為を学生が依頼された場合は、教職員か地位の高い教師の支援を直ちに求めるべきである。現在では医療機関の多くが情報開示に関するガイドライン（有害事象の発生後に患者と誠実なコミュニケーションをとるためのガイドライン）を導入しているが、ここで決定的に重要となるのは、情報開示プロセスは性急に進めることなく、透明性を維持し、どのような間違いでも確実に再発を防止できる措置を講じるということである。

苦情に適切に対応する

苦情を申し立てられた学生には、起こった出来事全てを事実として報告書に記載することが求められる。主観的あるいは感情的な記述は最小限に抑えつつ、自身が担った役割や行った行為を率直に記載すべきである。

要約



医療専門家は担当患者の治療、ケアおよび転帰について責任を負うが、これらの責任はチームの全メンバーにも及ぶ（最も地位の高いスタッフだけの責任ではない）。一連の診療を提供する過程では全てのスタッフに患者をリスクに曝す可能性があるため、各個人の説明責任が重要となる。医療専門家が有害事象の防止に貢献できる方法の1つは、エラーが発生しやすい領域を特定することである。そしてシステムズアプローチによる介入によってエラーの発生を最小限に抑えることができれば、有害事象の発生を防止することが可能となる。個々の医療専門家はまた、自身の健康状態に気を配るとともに、患者や同僚からの懸念に適切に対応することによっても、安全な職務環境の維持に努めることができる。

指導方略および形式

双方向的な講義／通常の講義



トピック全体を網羅した指針として、付属のスライドを使用すること。PowerPointのスライドをそのまま使用してもよいし、OHP用のスライドに変換してもよい。セッションは事例研究から始め、事例研究の中で示された問題点を学生に特定させる。

パネルディスカッション

周囲から尊敬されている医療専門家を招いて、患者安全を改善するための取り組みの概要を語ってもらう。学生が薬学生であれば地位の高い薬剤師を招き、自身の経験と実務について討論してもらうのが適切となるであろう（助産師や歯科医師についても同様である）。一方、複数の職種の医療専門家を招いたパネルディスカッションも有益であり、医療分野の全職種に共通した問題に注目させることが可能となる。リスクマネジメント戦略が作成されていない場合は、患者への潜在的な害に常に注目させるために、患者を招いて議論に参加してもらうことが重要である。学生には有害事象の防止や管理に関する質問の一覧を事前に作成させておき、質疑応答の時間を設けてもよいであろう。他の専門分野におけるリスクマネジメントの専門家を招い

て、その業務における一般原則について話してもらってもよい。

小グループ討論



クラスを少人数のグループに分け、各グループにつき学生3人に表B.6.1に示したインシデントの種類から1つを選ばせ、それらについての討論を行わせる。エラーの発生リスクを最小限に抑えるためのツールや技術に目を向ける学生もいれば、M&Mカンファレンス（mortality and morbidity conference）の役割に注目する学生もいるであろう。

このセッションを担当する教員は、地域の医療制度や臨床環境に関する情報も補足できるように、本トピックに精通した者が務めるべきである。

シミュレーション訓練



有害事象やエラーの発生を最小限に抑える取り組みに関しては、ブリーフィング、デブリーフィング、コミュニケーションの改善を目的とした自己主張訓練など、さまざまなシナリオが作成できるであろう。更にピアレビュー会議やM&Mカンファレンスのロールプレイを、最初にパーソンアプローチ、次いでシステムズアプローチを用いて行わせるのもよいであろう。その他には、学生が問題に気づき、それを率直に報告する必要があるという状況を設定して、ロールプレイを行わせることも可能である。

その他の教育活動

- 学生にリスクマネジメント会議を見学させたり、所属する部署や医療施設の苦情管理担当者から話を聞かせてもよいであろう。この活動では、苦情に関する施設の方針や苦情を受けた場合の通常時の対応の流れについて学生に質問させてもよいであろう。あるいは、情報開示のプロセスに学生を参加させることも可能である。
- 以上の活動が終了したら、学生をペアまたは少人数のグループに分け、何を見学してきたか、学習した方法や技術は活用されていたか、用いられていた技術は効果的であったかなどについて、講師や教員を交えて討論させる。

事例研究

整形外科医の実務管理システムが不十分であった事例

医療の継続性を維持するには、正確で読みやすい記録が不可欠である。

ある整形外科医が新たにBrianという患者を担

当することになった。そこで2年前にこの患者の膝を手術した別の整形外科医の医療記録が必要になったが、送られてきた医療記録を見たこの医師は、それが「標準以下」の記録であることを患者に告げた。

その医療記録は不十分で、手術の同意を得た際の話し合いの内容が十分に記載されていなかった。更には、手術記録にも記載漏れがあり、手術のリスクや合併症に関する口頭での説明内容も記録されていなかった。Brianは手術を行った整形外科医が術後の検討も行わないまま自分を放置していたことを知って愕然とした。

問い

- Brianが最初に手術を受けた際の記録が不十分となったことの原因となった要因としては何が考えられるか。

Source: Case adapted from: Payne S. Case study: managing risk in practice. United Journal, 2003, Spring: 19.

医療上のエラーを認める

この事例は情報開示の意義を示している。

Frankは高齢者介護施設の入居者である。ある晩、看護師が誤って糖尿病ではないFrankにインスリンを注射してしまった。看護師はすぐにエラーに気づいて他のスタッフに報告し、そのスタッフがFrank本人とその家族に説明した。施設は直ちに対応を開始し、病院への搬送を手配した。Frankは一旦入院し、経過観察の後、施設に戻るようになった。エラーを起こした看護師はインスリンを誤って注射したことを包み隠さず迅速に開示したとして賞賛され、類似のエラーを繰り返す可能性を最小限に抑えるべく、その後は投薬に関する訓練を積極的に受けるようになった。

問い

この事例では、エラーの原因となった要因は不明確であり、看護師がエラーの要因となる行為を行ったか否かも不明である。このような事例では、実際に何が起きたのかをシステムズアプローチを用いて詳細に検討することが重要である。

- この看護師は自らの誤薬の事実を隠すことなく開示したが、このような文化の醸成につながった環境的および組織的要因としては何が考えられるか。

Source: Open disclosure. Case studies. Health Care Complaints Commission, Sydney, New South Wales, 2003, 1: 16–18.

標準以下の診療を行う一般開業医

この事例は、医療の質を改善するうえで苦情が重要な役割を果たすことを示している。

地元の開業医を受診したDeniseは、診療所が期待していたより衛生的でなかったことに衝撃を受けた。あまりにも不衛生であったため、ニューサウスウェールズ州の保健局に苦情を申し立てた。調査を行った医療査察官の記録によると、この診療所ではクロロキシレノール（液体の消毒剤）が飲料容器に保管されていた、使用期限の切れた薬剤が保管されていた、心臓発作時の治療に用いるアドレナリンが手術室に用意されていなかった、注射可能な麻薬や処方箋用紙の入った診察カバンが患者の自由に近づける場所に放置されていた、診察台に敷く紙シートを患者ごとに交換していなかった、診察後に医師が手を洗っていなかった（診察室に流し台が設置されていなかった）などの問題が確認された。

医療苦情委員会は、ニューサウスウェールズ医療委員会によるカウンセリングと、当該診療所への実地視察による保健省の感染制御ガイドラインに関する医療スタッフの指導を実施するように勧告し、市民の健康を守るための適切な措置が確実に講じられるよう手配した。Deniseは自分の苦情によって地元の医療施設が改善されたことを知って喜んだ。

討論

- 研修を受けている職場（病院、診療所、薬局）について寄せられた苦情の種類を特定し、それらの苦情に対応するための方法について討論する。

Source: Review of investigation outcomes. Health Care Complaints Commission, Sydney, New South Wales. Annual Report 1998–1999: 39–40.

苦情管理が不十分であった事例

この事例は、タイムリーに苦情に対処することの重要性を示している。

Alexandraは私立病院で心理士によるカウンセリングを受けていた。1回目と2回目のカウンセリングの際、この心理士は守秘義務に違反して別の患者に関する詳細な情報をAlexandraに話してしまった。Alexandraは不安になり、病院の誰かにこの問題を報告したほうがよいと判断した。そこで病院の代表者も出席する会議に出席し、問題の心理士の件を含めて、その病院に関するいくつかの懸念を訴えた。代表者は苦情への対策をAlexandraに約束したが、その詳細を記した文書は何か月たっても送られてこなかった。そこでAlexandraは、患者支援局の助けを借りて病院の最高経営責任者および副

責任者との面談を取り付けた。病院側はAlexandraに謝罪し、苦情管理のための継続的なスタッフ訓練に取り組むことを約束した。問題の心理士の行動については、心理士登録委員会に正式な訴状を提出するように勧めた。

活動

- この事例ではどのような対応が可能であったか、また類似のインシデントの再発を防止するために病院には何ができるかを、システムズアプローチを用いて特定させる。

Source: Patient Support Service, Health Care Complaints Commission, Sydney, New South Wales. Annual Report 1999–2000: 37–46.

適性を欠いた看護師

この事例は、医療専門家にとって診療適性がいかに重要であるかを示している。

Alanという患者の手術中に、ある看護師が投与指示の出ている鎮痛剤のフェンタニルを故意に水とすり替えた。この看護師がこのような危険な行為に走ったのは、薬物依存症のためオピオイド剤の入手に必死になっていたためであった。

この看護師が自分で使用する目的で規制薬物を盗んだのはこれが初めてではなく、別の病院に勤務していたころにも、職業上の不正行為、薬物依存症による問題、素行不良など、複数の苦情が寄せられており、この看護師は診療適性なしと判断されていた。

問い

- 問題を抱えたこの看護師を支援するために、他の医療専門家はどのような対策を講じることができるか。
- 薬物依存症や不健全な医療専門家から患者を守るために、この医療施設はどのような方針を定めておくべきか。

Source: Swain D. The difficulties and dangers of drug prescribing by health practitioners. Health Investigator, 1998, 1: 14–18.

妊娠の確認を怠った事例

この仮想事例は、妊娠の可能性のある女性に母体または胎児にリスクを及ぼしうる手術を施行する場合に、必ず術前に妊娠の可能性を検討しておかなければならない理由を示している。各施設で定められた術前管理の方針を再検討して、手術の直前に妊娠の有無を確実に確認できるようにしておくべきである。更に、術前の最終的な臨床状態の確認

と患者同定を行う医療スタッフが術前記録にその確認結果を記載しなければならない。

繰り返す腹痛を訴えていたHannah (28歳女性)は、診断のために腹腔鏡検査を受けることが決まっていたが、数か月待たされていた。ようやく入院となり、全身麻酔下で検査目的の手術が施行された。しかし、退院前になって重度の腹痛と膣出血が出現し、担当の看護師が調べたところ流産であったことが判明した。

問い

- この事例において妊娠の見逃しにつながった要因としては何が考えられるか。

Background and source: between October 2003 and November 2009, the United Kingdom National Health Service National Patient Safety Agency received 42 reports of patients undergoing a planned procedure without having a documented pregnancy check in the pre-operative period. Three cases of spontaneous abortion were reported following these procedures (Department of Health gateway reference NPSA/2010/RRR011. Issue date, 28 April 2010. Current information may be found at <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=73838>; accessed 21 February 2011).

新生児への投薬

この仮想事例では、新生児へのゲンタマイシンの静脈内投与には特別な安全上の注意が必要であることが示されている。実際に患者安全に関わるインシデントとして、不適切な時期の投与、処方エラー、血中濃度モニタリングの問題などが報告されている。

早産児のEdwardは呼吸不全のために人工呼吸器で管理されていて、重篤な感染症を発症したためゲンタマイシンの静脈内投与が指示された。しかし、新生児ICUのスタッフが超早産の双生児の対応に追われていたため、Edwardにゲンタマイシンが投与されたのは指示が出てから90分後のことであった。

討論

- このインシデントが発生した時点で存在していた可能性のある要因を全て特定する。
- このインシデントは報告の対象とすべきか。
- インシデントのさまざまな報告方法を検討させる。

背景：2008年4月から2009年4月までの間に英国のReporting and Learning System (RLS) に報告された新生児への薬剤投与に関するインシデントを調査したレビューでは、ゲンタマイシンの静脈内投与に関連した患者安全に関わるインシデントが507件同定された。これは上記の期間中に報告された新生児への薬剤投与に関するインシデント全体の15%に相当する。

不良なコミュニケーション

この事例はよくある間違いの一例であり、抗生物質が処方された患者に対して血糖降下薬が誤って調剤された結果、低血糖ショックに陥った事例である。

医師がある患者に抗生物質と鎮痛薬を処方し、抜歯後に服用するよう指示した。処方された抗生物質はアモキシシリンであったが、処方箋に書かれた薬剤名がはっきり読み取れなかったため、薬剤師は誤って血糖降下薬のグリベンクラミドを調剤してしまった。

その夜、患者は低血糖ショックを起こして病院の救急部に搬送されることとなった。

問い

- この患者が健康を害することに寄与した要因は何か。
- このエラーは誰に報告すべきか。
- 報告は誰が行うべきか。
- 報告を受けた者はその情報をどのように活用すべきか。

Source: Case supplied by Shan Ellahi, Patient Safety Consultant, Ealing and Harrow Community Services, National Health Service, London, UK.

Tools and resource material

'Being open'

An e-learning package from the UK National Health Service National Patient Safety Agency, 2009. Being open, communicating with patients, their families and carers following a patient safety incident. Issue date, 19 November 2009 (<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/alerts/?entryid45=65077>; accessed 21 February 2011).

Sentinel events

A useful glossary of terms for a sentinel

event can be found at: http://en.wikipedia.org/wiki/Sentinel_event; accessed 21 February 2011.

Other resource material

Better practice guidelines on complaints management for health care services. Australian Commission for Safety and Quality, 2006 ([http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/F3D3F3274D393DFCCA257483000D8461/\\$File/guidecomplnts.pdf](http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/F3D3F3274D393DFCCA257483000D8461/$File/guidecomplnts.pdf); accessed 21 February 2011).

Complaint or concern about a clinician: principles for action. Department of Health, New South Wales, 2006 (http://www.health.nsw.gov.au/policies/gl/2006/GL2006_002.html; accessed 21 February 2011).

Johnstone M, Kanitsaki O. Clinical risk management and patient safety education for nurses: a critique. Nurse Education Today, 2007, 27: 185-191.

Safer use of gentamicin for neonates. National Health Service National Patient Safety Agency. Patient safety alert no. NPSA/2010/PSA001. Issue date, 30 March 2010 (http://www.dhsspsni.gov.uk/hsc_sqsd_4_10.pdf; accessed 21 February 2011).

本トピックに関する知識を評価する

本トピックに関しては適切な評価方法がいくつかあり、具体的には観察報告、手術エラーに関する省察的記述 (reflective statement)、エッセイ、多肢選択式問題 (MCQ)、BAQ (short best answer question paper)、事例基盤型討論 (CBD)、自己評価などが挙げられる。患者安全について学習するためのポートフォリオアプローチを实践させてもよい。このアプローチの利点は、訓練プログラムを終了するまでに学生自身が行った患者安全活動の記録集を作成できることであり、これは就職活動や将来のキャリアの中で有効活用することも可能である。

臨床におけるリスクマネジメントに関する知識は、以下の方法のいずれを用いても評価することができる：

- ポートフォリオ

- 事例に基づく討論, リスクマネジメント活動 (情報開示プロセスやインシデントモニタリングシステムなど) の記録観察
- 研修先の病院や診療所における苦情管理の流れ, 医療上のエラーの報告システム, 医療従事者がエラーから学ぶ方法などをテーマとして省察的記述を提出させてもよい。

評価は形式的評価でも総括的評価でもよく, 順位付けの方法も「満足できる／満足できない」という二択式でも点数評価でもよい。評価方法の具体例については, パートBの付録2に示した評価用紙を参照のこと。

本トピックの教育方法を評価する

教育セッションをどのように進め, どのように改善できるかを再検討するにあたっては, 評価が重要となる。重要な評価原則の概要については, 指導者向け指針 (パートA) を参照のこと。

References

- 1) Reason JT. Understanding adverse events: the human factor. In: Vincent C, ed. *Clinical risk management*. London, British Medical Journal Books, 2001:9-14.
- 2) Barach P, Small S. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from nonmedical near miss reporting systems. *British Medical Journal*, 2000, 320:759-763.
- 3) Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.
- 4) Walton M. Why complaining is good for medicine. *Journal of Internal Medicine*, 2001, 31:75-76.
- 5) Samkoff JS. A review of studies concerning effects of sleep deprivation and fatigue on residents' performance. *Academic Medicine*, 1991, 66:687-693.
- 6) Deary IJ, Tait R. Effects of sleep disruption on cognitive performance and mood in medical house officers. *British Medical Journal*, 1987, 295:1513-1516.
- 7) Leonard C et al. The effect of fatigue, sleep deprivation and onerous working hours on the physical and mental well being of pre-registration house officers. *Irish Journal of Medical Sciences*, 1998, 176:22-25.
- 8) Landrigan CP et al. Effect of reducing interns' working hours on serious medical errors in Intensive Care Units. *The New England Journal of Medicine*, 2004, 351:1838-1848.
- 9) Dawson D, Reid K. Fatigue, alcohol and performance impairment. *Nature*, 1997, 388:235.
- 10) Rogers AE et al. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs*, 2004, 23:202-212.
- 11) Peterson GM, Wu MS, Bergin JK. Pharmacist's attitudes towards dispensing errors: their causes and prevention. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 1999, 24:57-71.
- 12) Tysen R, Vaglum P. Mental health problems among young doctors: an updated review of prospective studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 2002, 10:154-165.

- 13) Spath PL, ed. *Error reduction in health care: systems approach to improving patient safety*. San Francisco, Jossey-Bass, 1999.

トピック6のスライド: 臨床におけるリスクの理解とマネジメント

患者安全について学生に教えるうえでは, 常に講義が最善の方法になるとは限らない。講義を検討する場合は, その中で学生に対話や討論をさせるのが良いアイデアとなる。事例研究を用いれば, グループ討論の1つのきっかけが生まれる。もう1つの方法は, 本トピックに関係する問題をもたらす医療のさまざまな側面について学生に質問することである。たとえば, 非難の文化, エラーの本質, 他産業でのエラーの管理方法などについて質問するとよい。

トピック6のスライドは, 指導者が本トピックの内容を学生に教える際に役立つよう作成されており, 各地域の環境や文化に合わせて変更してもよい。全てのスライドを使用する必要はなく, 教育セッションに含まれる内容に合わせて調整するのが最も有効となる。

使用した薬剤名については, 全てWHOが制定した薬物の国際一般名

(WHO International Nonproprietary Names for Pharmaceutical Substances) (<http://www.who.int/medicines/services/inn/en/>; 2011年3月24日現在) に従った。