

医療事故の要因とチーム医療による防止策

死亡率 mortality & 罹患率 morbidity

そして、M & M カンファレンス

仕事を増やすなよ

3H
変化
初めて
久しぶり

Building a psychologically safe workplace: Amy Edmondson at TEDxHGSE

サイロジカル セイフティ Psychological safety	高い	言いたいことを言うがやらない 快適 	しっかり意見を言うしやる 学びの場
	低い	言わない やる気なし 無関心 	言わない 気がかり 不安 懸念

低い ← (主体的に動く) → 高い
Accountability

リーダーの責務 ハニカム ターゲット

安全な医療のためのお願い
- ご入院される皆様へ -

東邦大学医療センター大森病院 医療安全管理部

俺が、私たちが一番優秀

ヒエラルキーあった方が良い!

- 責任を取らなくてもよい
- 言われたことのみをやって過ごせる

TeamSTEPS 相互支援 Assertion アサーション

- 確固とした尊重に満ちた態度で、正しい行動を主張する
- 主張は強引であってはならない

医療事故の要因とチーム医療による防止策、そして M&M カンファレンス

1. 医療事故の要因はなに?	2
① 3H--変化(Henka)、初めて(Hajimete)、久しぶり(Hisashiburi)	2
② 危ない医療行為とされているものに対する対策不足	3
③ 認知バイアス--無意識的に生じる認知の偏り、思い込み	4
④ プロセスがない、あっても不良	5
⑤ 是正管理の不足	6
⑥ チーム医療不全--TeamSTEPPS のツールや戦略が使えない、Teaming が進まない	7
● Psychological safety: Amy C. Edmondson 教授の本と TED の講演	8
● Accountability: Accountability management 主体的に動くという本	9
● ANA に教えてもらったアサーション	10
● 事故の悪化と関連すること	12
● 状況認識を高めるシステム作り	12
● もっとモニターしなければならないもの	13
● 患者参加の流れ	13
● 予期しない事象に対する対応	14
● 「安全な医療のためのお願い」という小雑誌	14
2. 事故の発生しにくい環境を整える	15
● すべてのスタッフに多職種チーム医療に加わってもらう	15
● TeamSTEPPS のツールと戦略を覚えてもらう	16
● 「失敗から学ぶ」、特に M&M カンファレンスから学ぶ	16
● リーダーシップ島をみんなで登る	17
3. 動かないスタッフに対するアプローチ	18
4. M&M カンファレンスについて	19
● 個人の責任にしない、二度と発生させない決意	19
● SBAR 方式症例報告、プレゼンテーションを回す	19
● 改善策作成の手順	22
● ツールと戦略等の書き込み	23
5. まとめ	25

1. 医療事故の要因はなに？



- ① 3H--変化(Henka)、初めて(Hajimete)、久しぶり(Hisashiburi)の、変化は変更といわれることもある。
- ② 危険な医療行為とされているものに対する対策が足りない。
- ③ 認知バイアス--無意識的に生じる認知の偏り、思い込みも含まれます。

医療事故の要因、重なりあって要因になることが多い。

- ④ プロセスがない、あっても不良、知らないこと、周知されていないことも含みます。
- ⑤ 是正管理も大切で、行動を見える化してモニタリング、常に振り返りながら改善を続けます。
- ⑥ チーム医療不全--TeamSTEPPS のツールや戦略が使えない、Teaming が進まない、こんな状態をチーム医療不全というならば、すべての事故の要因はチーム医療不全であると言えます。チームの場が Psychological safety(心理的安全性)の場でない、チームの一員として Accountability(主体的に動く)が発揮できない、これらがととのはなければ事故は繰り返されます。

①から⑥についてひとつひとつ概説してみたいと思います。

① 3H--変化(Henka)、初めて(Hajimete)、久しぶり(Hisashiburi)

様々な・変化・変更

3H 変化 初めて 久しぶり

計画や想定 リスク 共有

患者への説明も 大切な調節

患者説明テンプレート (できる範囲を記入する)

宣言: チームの一員になります

謙虚に言及する 初めてなのですか? 久しぶりなのですか?

イメージした医療 WAI Work as Imaged 頭で考える仕事のやり方

与えた医療 WAD Work as Done 実際の仕事のやり方

様々な変化や変更があるなかで 調節の適切さが 医療の質や安全を担保する 適切な調節のためには 計画や想定、リスクを共有する 必要がある

・初めて
・久しぶり

3H--変化、初めて、久しぶり、□
ーマ字が H で始まるので 3H と言
います。初めて、久しぶりです
が、必ずしも人の経験を意味する
訳ではないのですが、初めてや久
しぶりのことにあたっては自ら
「初めてなのですか」「久しぶりな
のですか」と謙虚に言及すること
が必要となります。チームの一員
になります宣言をすることになり
ますが、ほとんどの人は、自分の
弱点を見せたがらないのでできま
せん。その場が psychological
safety の場であれば変わる可能性
がありますが。

患者説明テンプレート:医療者が患
者に対して行った説明を記載した
際に記録するテンプレート

こんな風にしたいなどイメージした医療があります。Work as Imaged (WAI)です。与えられた、結果の医療があります。Work as Done (WAD)です。これが同じであれば、問題はありません。様々な調節が適切に行われたものと思われまます。患者への説明も大切な調節です。様々な変化や変更があるなかで調節の適切さが医療の質や安全を担保します。適切な調節のためには計画や想定、リスクを共有する必要があります。この計画や想定、リスクの共有がうまくいかないと調節もうまくいなくて、結果としてWADがWAIとかけ離れてしまうことがあります。つまり、スタッフみんなが計画や想定、リスクを共有することがうまく調節できるかを左右することになります。

変化・初めて・久しぶりのいずれもが計画や想定、リスクを共有するのを困難にします。



Psychological safety
すべての職種が
声を出しやすい環境作り

チームの一員としてみんなで共有するための会議を開き、計画や想定、リスクを共有する、クロスモニタリングを強化することが、求められる予防策です。

ブリーフ クロス cross サイコロジカルセイフティ
事前カンファ モニタリング 心理学的安全性

② 危ない医療行為とされているものに対する対策

医療事故の再発防止に向けた提言

- 第12号 胸腔穿刺に係る死亡事例の分析
- 第11号 肝生検に係る死亡事例の分析
- 第10号 大腸内視鏡検査等の前処置に係る死亡事例の分析
- 第9号 入院中に発生した転倒・転落による頭部外傷に係る死亡事例の分析
- 第8号 救急医療における画像診断に係る死亡事例の分析
- 第7号 一般・療養病棟における非侵襲的陽圧換気(NPPV)及び気管切開下陽圧換気(TPPV)に係る死亡事例の分析
- 第6号 栄養剤投与目的に行われた胃管挿入に係る死亡事例の分析
- 第5号 腹腔鏡下胆嚢摘出術に係る死亡事例の分析
- 第4号 気管切開術後早期の気管切開チューブ逸脱・迷入に係る死亡事例の分析
- 第3号 注射剤によるアナフィラキシーに係る死亡事例の分析
- 第2号 急性肺血栓塞栓症に係る死亡事例の分析
- 第1号 中心静脈穿刺合併症に係る死亡の分析-第1報-

プロジェクトチーム
モニタリング

提言が
遵守できる
体制

危ない
医療行為に
対応する
多職種
チームを
形成する

転棟・転落	患者への説明 (Hand out)	予知評価 モニタリング	説明責任 謝罪
誤嚥	患者への説明 (Hand out)	予知評価 モニタリング	説明責任 謝罪
肺塞栓	患者への説明 (Hand out)	予知評価 モニタリング	説明責任 謝罪
アナフィラキシー	患者への説明 (Hand out)	予知評価 モニタリング	説明責任 謝罪

危ない
医療行為
(提言守れず)

本邦においては日本医療安全調査機構への予期しない死亡の届け出制度があり、このなかで届けられた事例について、医療事故の再発防止に向けた提言がなされています。この提言が院内にて遵守できる体制が必要で、当院においては、提言各号に対してプロジェクトチームを作成しています。危ない医療行為に対応する多職種チームを形成し、患者への説明、危険の予知評価を行い、具体的な対策の施行をモニタリングしています。特に、手技の標準化、タイムアウトによるチェックを行っています。ルールや手順の変更、テンプレート記載、テンプレート記載の定期的評価を行っています。当院においては、すべての入院患者に小雑誌でこれら危ない事象について注意をお願いしています。

安全な医療のためのお願い
ご入院される皆様へ



③ 認知バイアス--無意識的に生じる認知の偏り、思い込みも含まれます。



M&Mカンファ、認知バイアスについて



Ottawa M&M Model 認知バイアス集

Error of over-attachment to a particular diagnosis 特定の診断に執着することによる誤り	
<input type="checkbox"/> Anchoring 過剰な重みづけ	患者の第一印象にこだわり、拙速な診断をしてしまう傾向でのちの情報に対してうまく適合できなくなる。この特性は確認バイアスによって深刻化する。
<input type="checkbox"/> Confirmation bias 確認バイアス	たとえ後になって明らかに確証的な情報が出現しても、ご都合主義的に「そうであって欲しい」という見解にこだわってそれを裏付けるような情報のみを信じ込んでしまいがちとなる。
<input type="checkbox"/> Premature closure 早期帰着	誤診の主要因となる強力な認知的特性である。不確定ながらも診断をつけてしまうと、それ以降は鑑別しなくなりがちとなる。「定義された途端に思考が停止する」という言葉に尽きると言える。
Error due to failure to consider alternative diagnoses 鑑別診断を考慮しないことによる誤り	
<input type="checkbox"/> Multiple alternatives bias 多くの鑑別診断によるバイアス	鑑別診断に関する複数の選択肢が顕著な相反性と不確実性を招きつづる。この過程は、熟知した医師が細かく区分することによって単純化できるが、他の可能性が十分に考慮されていない結果の可能性もある。単純化の方法の1つには、3つの鑑別診断が挙げられる。「おそらくAであるが、Bかもしれないし、わからない(C)」。このアプローチは経験論的な価値があるものの、わからない(C)とみなされ、適切に究明できなかった場合、重大な見落としがされやすくなる。

「認知バイアス」分析を行う

なぜなぜ分析でたどり着くもの

事故の本質はヒューマンエラーであることが多い。問題事例の根底に認知バイアスが潜んでいることが多く、この2つは同一である場合が多い。

なぜなぜでたどり着くより本人に「このバイアスでやられました」と言ってもらった方が早い

一般に、個人が認知バイアスにやられたのは他者の「Callout」で防げる可能性があります。

早期帰着
誤診の主要因となる強力な認知的特性である。不確定ながらも診断をつけてしまうと、それ以降は鑑別しなくなりがちとなる。「定義された途端に思考が停止する」という言葉に尽きると言える。

Situation 問題の現況
Background Complicationに関係する臨床の情報 なるべく短く、快く！
Assessment and Analysis 起こったもの およびそれが起こった理由の評価
bottom line
Review of literature 文献のレビュー
Recommendations 再発策を策定する 方策をモニタリングに入れ込む

関係スタッフ自らが再発防止のための調査に協力しないと思ひ込みによる事例の解決はできないし、改善策も作れません。

認知バイアス⇒直後の現場スタッフによる M&M カンファで検討するのが良い

Root Cause Analysis (RCA)で、「なぜなぜ」分析してたどり着くものはなんでしょう。事故の本質はヒューマンエラーであることが多いとされています。問題事例の根底(bottom line)に認知バイアスが潜んでいることが多く、認知バイアスとヒューマンエラーの本質はにている場合が多いと私たちは思っています。「なぜなぜ」でたどり着くより、ご本人に「このバイアスでやられました」と言ってもらった方が早いのではと思います。そうでないと、気が入ってなかった、やる気がなかったなどの「accountabilityの欠落」と勘繰られてしまいます。

<input type="checkbox"/>	Anchoring 過剰な重みづけ	患者の第一印象にこだわり、拙速な診断をしてしまう傾向でのちの情報に対してうまく適合できなくなる。この特性は確認バイアスによって深刻化する。
<input type="checkbox"/>	Confirmation bias 確認バイアス	たとえ後になって明らかに確証的な情報が出現しても、ご都合主義的に「そうであって欲しい」という見解にこだわってそれを裏付けるような情報のみを信じ込んでしまいがちとなる。
<input type="checkbox"/>	Premature closure 早期帰着	誤診の主要因となる強力な認知的特性である。不確定ながらも診断をつけてしまうと、それ以降は鑑別しなくなりがちとなる。「定義された途端に思考が停止する」という言葉に尽きると言える。
Error due to failure to consider alternative diagnoses 鑑別診断を考慮しないことによる誤り		
<input type="checkbox"/>	Multiple alternatives bias 多くの鑑別診断によるバイアス	鑑別診断に関する複数の選択肢が顕著な相反性と不確実性を招きつづる。この過程は、熟知した医師が細かく区分することによって単純化できるが、他の可能性が十分に考慮されていない結果の可能性もある。単純化の方法の1つには、3つの鑑別診断が挙げられる。「おそらくAであるが、Bかもしれないし、わからない(C)」。このアプローチは経験論的な価値があるものの、わからない(C)とみなされ、適切に究明できなかった場合、重大な見落としがされやすくなる。

Anchoring(過剰な重みづけ)、Confirmation bias(確認バイアス)、Premature closure (早期帰着)、Multiple alternative bias(多くの鑑別診断によるバイアス) など問題事例の根底に認知バイアスが潜んでいることが多くあります。早期帰着は、よく見られる事故につながるバイアスで、この根底には「accountabilityの欠落」が隠れている可能性があります。なぜなぜでたどり着くより本人に「早期帰着バイアスでやられました」と言ってもらった方が早いように思います。ちょっと離れた場所にいるスタッフの懸念の表明が有効場合があります。

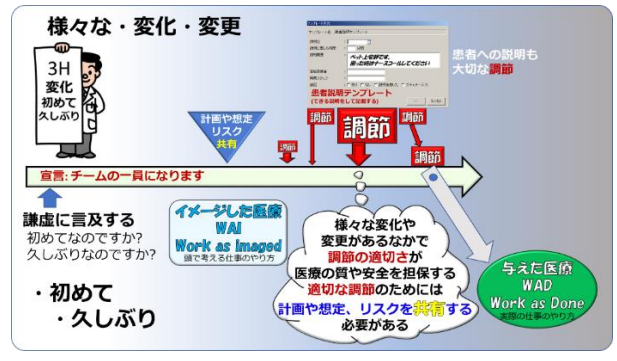
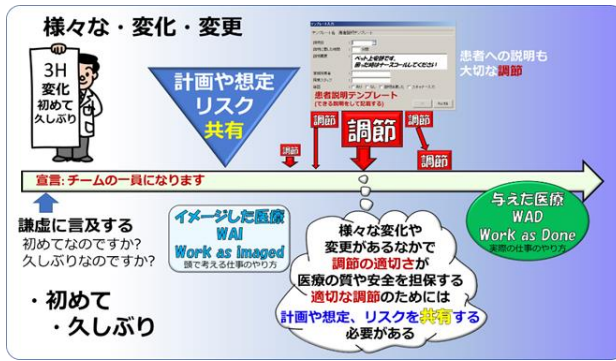
Ottawa M&M Model 認知バイアス集より抜粋

早期帰着 誤診の主要因となる強力な認知的特性である。不確定ながらも診断をつけてしまうと、それ以降は鑑別しなくなりがちとなる。「定義された途端に思考が停止する」という言葉に尽きると言える



コールアウト 変化・変更があり、気づけない状況で「調節」があれば助かります。個人が認知バイアスにやられたのは、他者の「Call-out」で防げる可能性があります。当該者が「他者が意見をしやすい環境」を作り出す努力が必要であることに気付くことが望まれます。

④ プロセスがない、あっても不良、知らないこと、周知されてないことも含みます。



3H のところで説明しましたが、チーム内で計画や想定、リスクを共有することが調節をするにあたって大切です。具体的にはどんな形で、どのように行えばよいのでしょうか？



具体的には手順にブリーフ(事前カンファ)がないなどです。ハイリスク症例カンファレンス、入院時のカンファレンスなども事前カンファですが、タイムアウト、サインインなども事前会議になります。行われていない場合は行う形にしなければなりません。これら多職種カンファレンスの医療のプロセスに入れてください。

Briefs : ブリーフ	Huddle : ハドル	Debrief: デブリーフ
<p>多職種 チームで 前提確認</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 「患者の意向は」「医学的無益はないか」→エシックス確認:(社会的妥当性は?) <input type="checkbox"/> 「必要な人が抜けていないか」→抜けてたら電話等での参加を求める:(責任者はいるの?) <input type="checkbox"/> 「私たちは間違っていないか」→言い易い環境:(思い込みの表出・共有の場作り) <input type="checkbox"/> 「アサーション プリーズ」→自己紹介・Psychological safety/Accountability:(場作り) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 即座にその場集まる <input type="checkbox"/> なにが起こっているか振り返る <input type="checkbox"/> 状況を認知する <input type="checkbox"/> 危険因子や緊急時対応について話し合う <input type="checkbox"/> どんな結果になりそうか <input type="checkbox"/> おこりそうな偶発症を予測する <input type="checkbox"/> 情報資源を共有する <input type="checkbox"/> 不安があれば表明する 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> コミュニケーションははっきりしてたか? <input type="checkbox"/> 役割や責任が理解されていたか? <input type="checkbox"/> 状況認識は維持されていたか? <input type="checkbox"/> 仕事量は分配されていたか? <input type="checkbox"/> 助けを求めたり、手伝いを申し入れたか? <input type="checkbox"/> エラーは作られたか、避けられたか? <input type="checkbox"/> 何が上手くいって、何を变えるべきか? 何か改善することがあるか?
<p>流れ、みんな知ってるの</p>	<p>次、どうするの</p>	<p>あの時、私が動けば良かったのか</p>

多職種チームカンファがされていなければ、チームで情報を共有することができません



特に職種をまたいだプロセスは形になっていないことが多くみられます。作業工程の動作分析、作業工程の見直し、作業工程の見える化が求められます。作業員にとって、行動の流れがわかりやすく、誰が、なにを、どのタイミングで、どのようにするか、時に、ルーチンを盛り込んだ手順が必要となります。

➔ 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン(厚生労働省)、「本人の意思の確認ができない場合」の医療・ケアの決定プロセスを例に取って見ますが、このガイドラインがイントラネット内に提示されていても、院内のものとしてわかりやすく提示する必要があります。

本人の意思の確認ができない場合

本人の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。
- ③ 家族等がない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

ガイドライン等は守らなければいけないプロセスです。インシデント・アクシデント報告を検討する際に、常にプロセスがあるのか、プロセスに問題はないか、念頭にいられての検討が必要です。

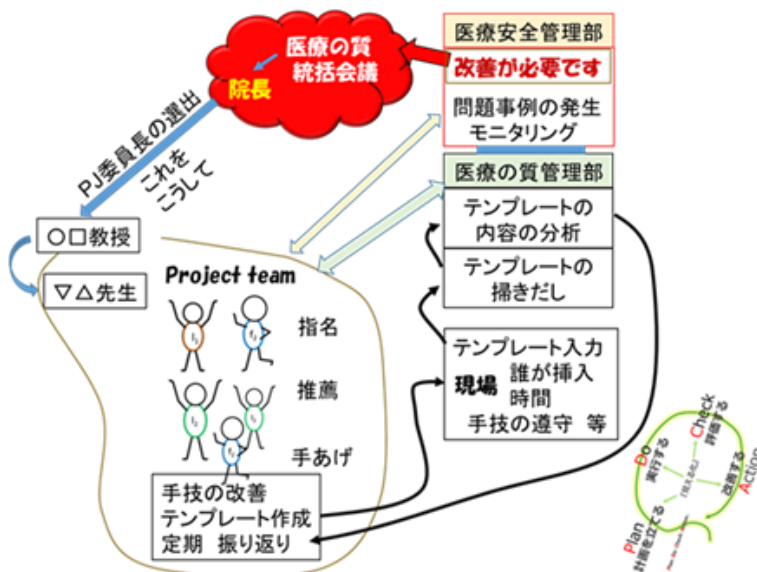
本人の意思の確認ができない場合の手順

→医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う

① 家族等が本人の意思を推定できる場合	その推定意思を尊重し、 本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
② 家族等が本人の意思を推定できない場合	本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、 本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。 時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。
③ 家族等がない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合	本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。	

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン(厚生労働省) 見やすく表示しないと**工程として認識**されません。

⑤ 是正管理も大切で、行動を見える化してモニタリング、常に振り返りながら改善を続けます。



M&M カンファ後の是正管理



一度改善したものを、周知して、研修してもらい、工程として認識してもらいます。是正を転がして、転がし状況を把握する必要があります。多職種チームがチームであることを認識し、個々のスタッフが改善しようと行動を変えなければ是正は始まりません。

プロジェクトチームの是正管理、テンプレートの見える化を含む
チーム医療不全を認識する

- スタッフの心理的安全性を確保する
- チーム医療のプロセス (やり方)を振り返る
- 新しいプロセスを実践するために個々が動き出す



PDCA
Plan (計画) →Do (実行) →Check (評価)
→Action (改善)

PDCA⇒ 見る (Observe) 観察
OODA ループ 分かる (Orient) 状況判断 (ウーダ)
決める (Decide) 意思決定
最近のお勧め 動く (Act) 実行

⑥ チーム医療不全 TeamSTEPS・Teaming が動かない

チーム医療不全 TeamSTEPS Teaming

多職種チーム医療を実践するにあたり、チームに入ることは得策ではないという障壁があります。

Psychological safety と Accountability、チームが動きだすためにはこの2つが必要であります。今が一番という流れのなかで、他者の支援や調節がなくては患者の安全が保たれないことを認識してもらう必要があります。発生する WAD の不良は、自分自身も関係しており、自分自身もチームに入って動かないと改善しない、人任せではいけないことを認識してもらわなければなりません。

Team STEPPS 導入すべき ツールと戦略			
Brief	ブリーフ		①
Huddle	ハuddle		①
Debrief	デブリーフ		①
STEP	ステップ		②
Cross Monitoring	クロスモニタリング		②
Feedback	フィードバック		③
Advocacy Assertion	アドボカシーアサーション		③
Two-Challenge Rule	2チャレンジルール		③
CUS	かす		③
DESC Script	DESC スクリプト		③
Collaboration	コラボレーション		③
SBAR	ISバー		④
Call-Out	コールアウト		④
Check-Back	チェックバック		④
Handoff	ハンドオフ		④

うまく行かなかった事例

TeamSTEPS 15の戦略とツール			
Brief	ブリーフ		①
Huddle	ハuddle		①
Debrief	デブリーフ		①
STEP	ステップ		②
Cross Monitoring	クロスモニタリング		②
Feedback	フィードバック		③
Advocacy Assertion	アドボカシーアサーション		③
Two-Challenge Rule	2チャレンジルール		③
CUS	かす		③
DESC Script	DESC スクリプト		③
Collaboration	コラボレーション		③
SBAR	ISバー		④
Call-Out	コールアウト		④
Check-Back	チェックバック		④
Handoff	ハンドオフ		④

うまく行った事例

『うまく行かなかった事例をうまく行った事例に変えてください』シミュレーション研修においても実際の医療現場においても、TeamSTEPS のツールと戦略を使えば、うまくいった事例に変えることができました。患者安全が得られます。

TeamSTEPS の成果として得られるとされるもの

- 共有されたメンタルモデル ●適応性
- チームオリエンテーション ●相互信頼
- チームパフォーマンス ●患者の安全！

障壁とされているもの

- チームメンバーの不一致 ●時間の不足
- 情報共有の欠如 ●ヒエラルキー ●防御力
- 従来の考え方 ●不満
- 多様化するコミュニケーションスタイル ●紛争
- 同僚との協調性の欠如と観察力の欠如 ●気晴らし
- 疲労 ●作業量 ●キュー(合図)の解釈を誤る
- 役割の明確さの欠如

障壁	ツールと戦略	成果
<ul style="list-style-type: none"> ●チームメンバーの不一致 ●時間の不足 ●情報共有の欠如 ●ヒエラルキー ●防御力 ●従来の考え方 ●不満 ●多様化するコミュニケーションスタイル ●紛争 ●同僚との協調性の欠如と観察力の欠如 ●気晴らし ●疲労 ●作業量 ●キュー(合図)の解釈を誤る ●役割の明確さの欠如 	<ul style="list-style-type: none"> コミュニケーション ●SBAR ●Call-out 呼び出し ●チェックバック ●ハンドオフ チームをリードする ブリーフ ハuddle デブリーフ 状況監視 ●ステップ ●I'M SAFE 相互支援 ●タスク支援 ●フィードバック ●アサーティブステートメン ●2回チャレンジルール ●CUS ●DESC スクリプト 	<ul style="list-style-type: none"> ●共有されたメンタルモデル ●適応性 ●チームオリエンテーション ●相互信頼 ●チームパフォーマンス ●患者の安全！

多くの障壁を TeamSTEPS ツールと戦略が解決してくれる？ チームパフォーマンスをあげられる？

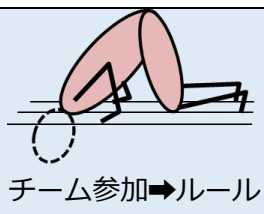


- 責任を取らなくてもよい
- 言われたことのみをやって過ごせる

協調性の欠如・ヒエラルキーが障壁となった

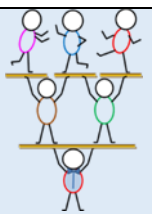
障壁がある状況を認識して、TeamSTEPS を院内で普及すればチーム医療ができるようになり、患者安全も得られると考え、TeamSTEPS のツールと戦略をシミュレーションベースで研修することを行いましたが、TeamSTEPS のツールと戦略はなかなか動きませんでした。俺が、私たちが一番優秀と考え、同僚との協調性が欠如している方々、ヒエラルキーがあった方が良く考えている方々、いずれもが動いてくれませんでした。

俺が、私たちが一番優秀



チーム参加⇒ルール

チームより自分⇒サーバントリーダーになってもらわないとメンバーは能力を発揮できません⇒協調性が欠如していること、認識しました。



ヒエラルキーあった方が良く



仕事を増やすなよ

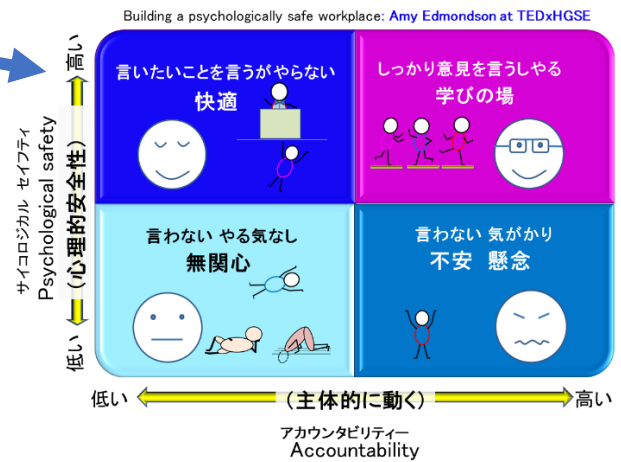
自分の仕事じゃない。他者に任せてよ。⇒ええー俺の責任なの⇒聞いてないよ⇒いえ、すでに言ってます。



● Psychological safety: Amy C. Edmondson 教授の本を読み、TED の講演



責任のなすり合い
つまり、意図的な逸脱—ルールや手順があるのに故意に守らないこと—は非難されて当然だと大半の人が考える。



- ① 自信がないなら意見を言わない
- ② 間違いを認めない
- ③ 質問しない
- ④ アイデアは口にしない

対人リスク

はっきり意見を言うより黙っているほうが楽である
ばかだと思われたくない

心理的安全性

リーダーが行うべき行動

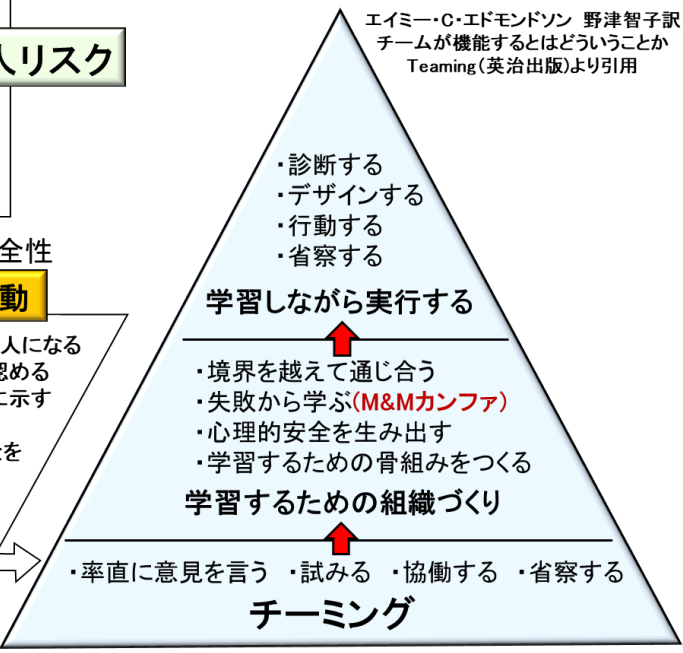
- 直接話のできる、親しみやすい人になる
- 現在持っている知識の限界を認める
- 自分もよく間違うことを積極的に示す
- 参加を促す
- 失敗は学習する機会であることを強調する
- 具体的な言葉を使う
- 境界を設ける
- 境界を超えたことについてメンバーに責任を負わせる

チーム作りの土台

Psychological safety
すべての職種が声を出しやすい環境作り

Psychological safety(心理的安全性)の確保

エイミー・C・エドモンドソン 野津智子訳
チームが機能するとはどういうことか
Teaming (英治出版)より引用



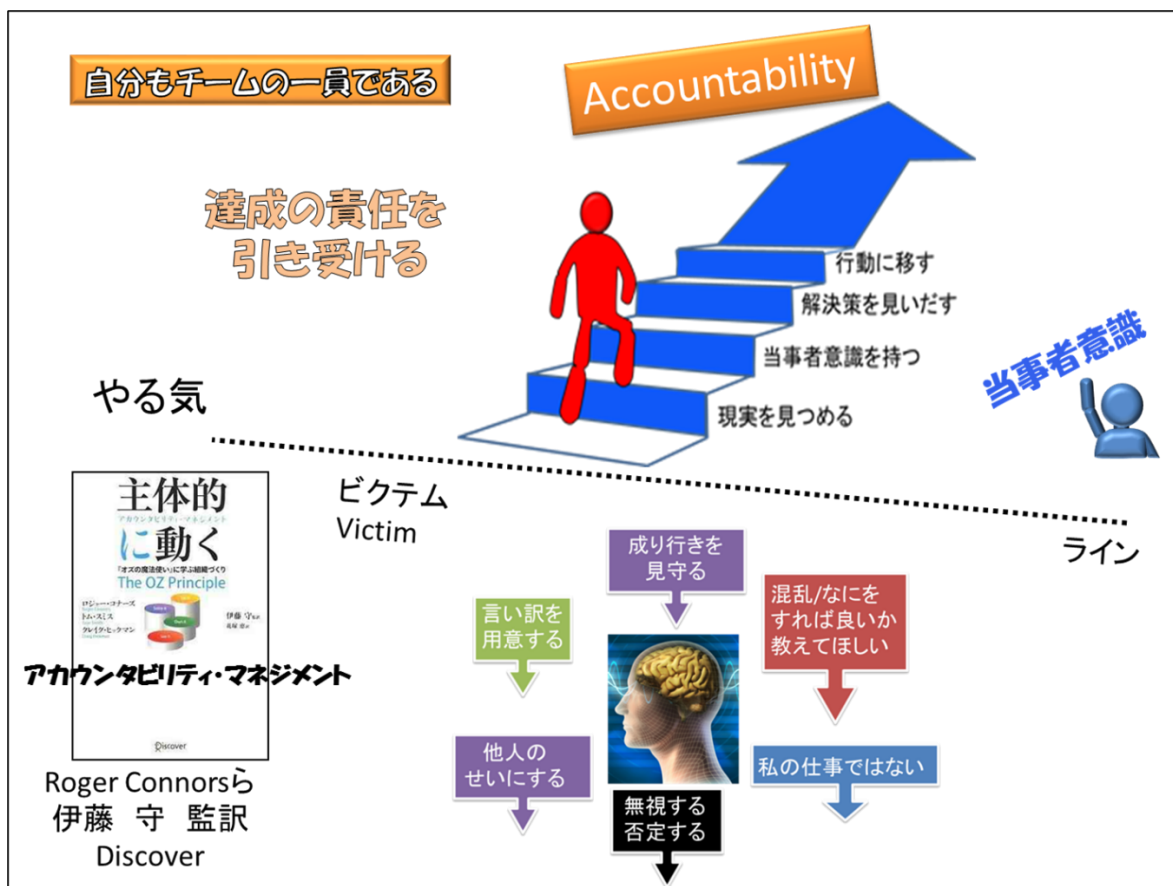
対人リスクがあるなかでは、チームに入れないし、入っても声は出せない。まずは職位の上の者がリーダーになって、メンバーの心理的安全性を確保する具体的な対応を取る必要があります。ルールや手順があるのに故意に守らない意図的な逸脱は境界を超えたものと判断し、責任を負わず行為もリーダーが行うべき行動となります。

Teamingが薦める **リーダーが行うべく行動**

<input type="checkbox"/>	直接話のできる、親しみやすい人になる リーダーはメンバーと直接の話合い、関わり合う。(学習しようと促す)
<input type="checkbox"/>	現在持っている知識の限界を認める リーダーは自分がいろいろなことを知らないと言及し、メンバーにも言及してもらう。(謙虚で誠実な姿勢を)
<input type="checkbox"/>	自分もよく間違ふことを積極的に示す チームリーダーは自分もよく間違ふことを表明する。(失敗に対する寛容さを示す)
<input type="checkbox"/>	参加を促す リーダーがメンバーの意見をよく聞く。(積極的にプロジェクトに関わりやすくする、意見を言いやすくする)
<input type="checkbox"/>	失敗は学習する機会であることを強調する 失敗は成功の母である。罰するのではなく、ミスを受け容れ、と有意義に向き合う。
<input type="checkbox"/>	具体的な言葉を使う 具体的ですぐに行動に移せる言葉を使うと、率直で単刀直入な話し合いが促され、学習できるようになる。
<input type="checkbox"/>	境界を設ける リーダーは望ましいことをできるだけ明確にする。 メンバーは境界が曖昧で予測不可能な場合よりも心理的安全を感じることができる。
<input type="checkbox"/>	境界を超えたことについてメンバーに責任を負わせる リーダーはメンバーがやっちゃいけないことをやったり、やりすぎたりした場合は、適切かつ一貫した方法で、メンバーに責任を負わせる必要がある。

Amy C. Edmondson 教授の「チームが機能するとはどういうことか」Teaming という本ではリーダーが行うべく行動として上記の追加記載がある。チームで学習できる場作りをめざすものである。

● **Accountability:** Accountability management 主体的に動くという本

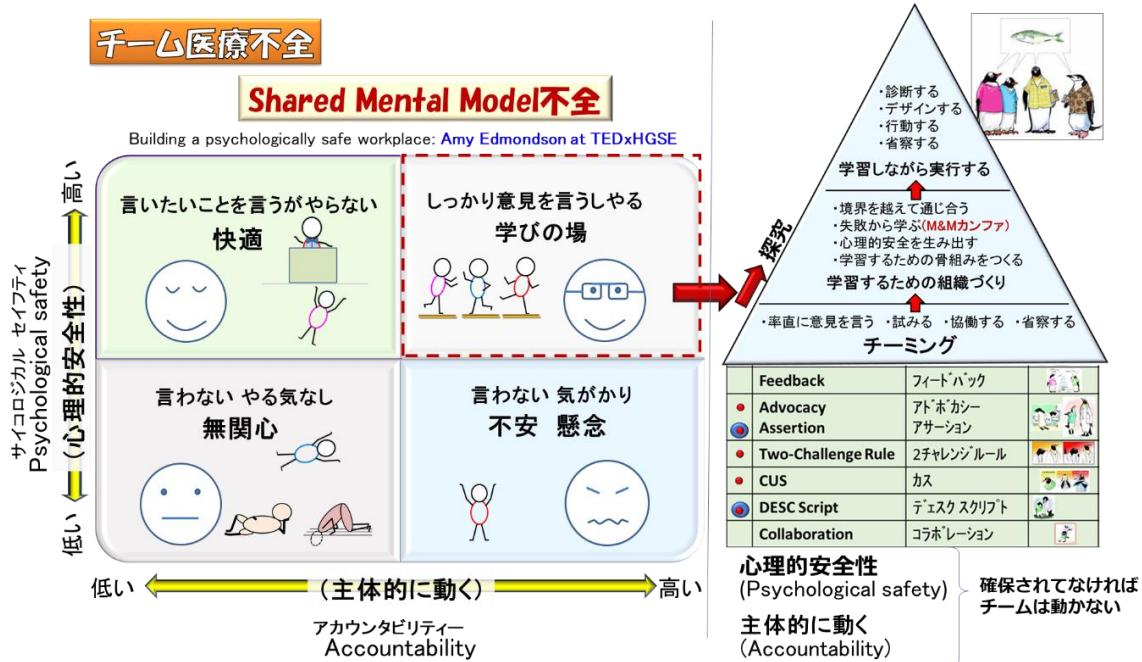


Accountability

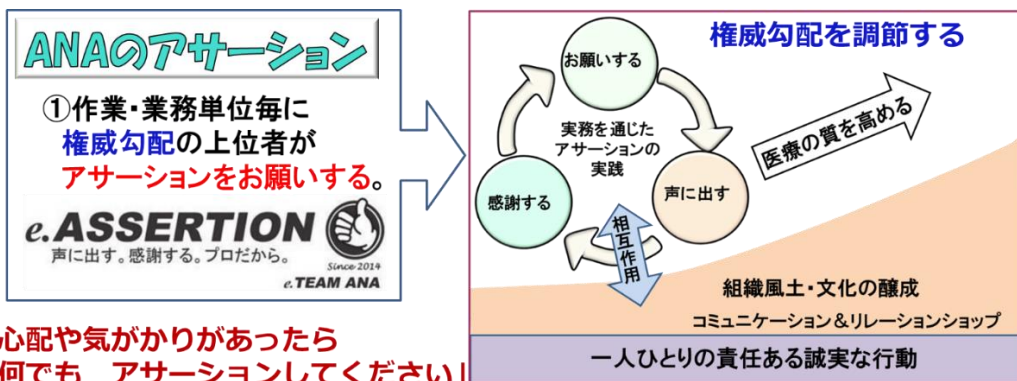
すべての職種が患者の付託に
答えようとする環境作り

Accountability ライン下に留ま
らず主体的に動く、当事者意識

決して何かのせいで自分が《ラインの下》(Victim)に留まるという
事態を許してはならない。どんなにつらくても、自分の行為が何ら
かの形でその状況を招いたと認め、自らの手で状況を改善しようと
努めることが、真の責任=アカウンタビリティであります。



Psychological Safety(心理的安全性)、Accountability(主体的に動く)が整わないと学びの場にはな
らず、Teaming(チームング)の探究は動きません。TeamSTEPSのアサーションとANAに教えても
らったアサーションには違いはありますが、障壁を破るきっかけに繋がる流れと思い、推奨します。



- ①作業・業務単位毎に権威勾配の上位者がアサーションをお願いします。
- ②職務を通じて疑問や不安に感じたこと全てについて、躊躇なくアサーションする。
- ③アサーションには謙虚、かつ真摯に対応し、アサーションしてくれたことに感謝する。

- ANAに教えてもらったアサーションは、
 - ①作業・業務単位毎に権威勾配の上位者がアサーションをお願いします。
 - ②職務を通じて疑問や不安に感じたこと全てについて、躊躇なくアサーションする。
 - ③アサーションには謙虚、かつ真摯に対応し、アサーションしてくれたことに感謝する。
 という流れで、大切なことはこれをルールとすることである。

リーダーが行うべき行動

- 直接話のできる、親しみやすい人になる
- 現在持っている知識の限界を認める
- 自分もよく間違ふことを積極的に示す
- 参加を促す
- 失敗は学習する機会であることを強調する
- 具体的な言葉を使う
- 境界を設ける
- 境界を超えたことについてメンバーに責任を負わせる

言わないと責任を負わせられる可能性あり。

Psychological safety

すべての職種が
声を出しやすい環境作り

Accountability

すべての職種が患者の付託に
答えようとする環境作り

リーダーが何でもアサーションしてくださいと言及すること、アサーションしてくれたことに感謝することは Psychological safety の場作りに繋がります。心配や気がかり、疑問や不安に感じたことをアサーションすることは Accountability の発揮になります。アサーションをルールとするとチーム作りのきっかけになります。

医療の現場でのアサーションです。タイムアウトの際に「心配や気がかりがあったら何でもアサーションしてください」と言及してアサーションをお願いします。もし、懸念や提案等があったら声に出します。その声出しに対して謙虚、かつ真摯に感謝します。

タイムアウト TOHO
Assurance

- みんなが手を止めていることを確認する
- 自己紹介
- 術者が**手技概要を伝える**
- マーキングを確認
 - (画像を印刷またはディスプレイ表示をする)
 - (画像とともに局所麻酔部のマーキングをする)
 - (正しくマーキングしていることをチームで確認する)
- 抗凝固剤の服用を確認する
- 患者の承諾書を確認する(文章・口頭)
- 局所麻酔アレルギーの有無を確認する
- 処置の際、使用薬剤のチェックをする

「気がかりや懸念があったら何でも良いので必ず言ってね」

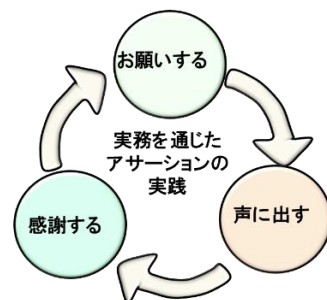
**「アサーション
させてもらいます。」**

S Situation	状況
B Background	背景
A Assessment	評価
R Recommendation	提案

コールアウト

R

提案



実務の際のタイムアウトなどの際に言及する。
必ず止める。
ルールだから。

声を出し易い環境で、事故が回避されたと思われる事例が発生しています。アサーションを取り入れるには、できればルール化して簡単な研修をする必要があります。アサーションをお願いすることより、アサーションの声出しに対して謙虚、かつ真摯に感謝する方が難しく、権威勾配があることを態度に表すことなしに対応する必要があります。研修に参加して学んでもらう必要があります。

3H 変化 初めて 久しぶり

危険な 医療行為 (確認不十分)

認知 バイアス

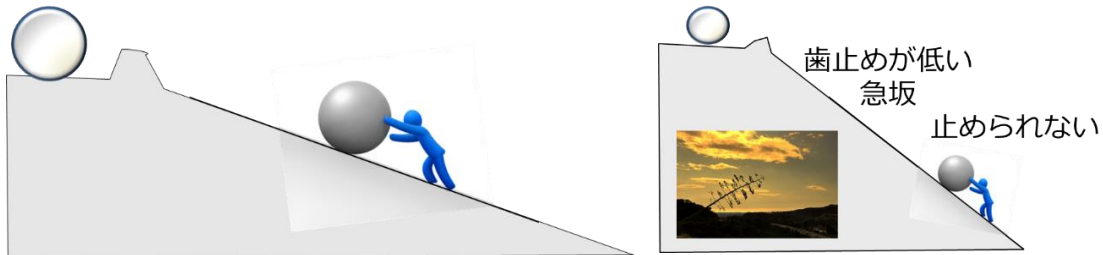
プロセス (手順不)

プロセス (手順不)

TeamSTEPS Teaming

- ①3H、②危険な医療行為に対する対策不足、③認知バイアス、④プロセスがない・不良、⑤是正管理不良、⑥チーム医療不全、これらが医療事故の要因となっています。病状の悪化の速度も留意すべきで次に述べます。

● 事故の悪化と関連すること



起因となる医療行為		医療行為の緊急性		医療行為時の患者状態	
あり	なし	あり	なし	良好	重篤

起因となる医療行為の有無、緊急性、患者の状態

歯止めが高ければ事故は起こりにくいが低ければ容易に事故になります。急速に悪化しなければ何とかくい止めて、戻すこともできますが、止めたくても止められないものもあります。

● 状況認識を高めるシステム作り

Situation Awareness 状況認識

Conditions that Undermine Situation Awareness (SA)

Failure to—

- Share information with the team
- Request information from others
- Direct information to specific team members
- Include patient or family in communication
- Utilize resources fully (e.g., status board, automation)
- Document

(状況認識不全) うまくいかないのは

- チームで情報を分配してない。
- 他からの情報を要求してない。
- 必要なメンバーへの情報が直接でない。
- 患者や家族がコミュニケーションに加わっていない。
- フルにリソースを活用できていない。
たとえば、ステータスボードやオートメーション
- 記録をしてない。

6つの状況を蹴って破る

- 「他から情報を要求する」
- 「必要なチームメンバーへ直接情報を渡す」
- 「患者や家族をコミュニケーションに加える」
- Accountability すべての職種が患者のケアに言えようとする環境作り
- 「フルにリソースを活用する」 ステータスボードやオートメーション
- 「記録をする」
- 「チームで情報を分配する」
- Psychological safety すべての職種が失敗出しやすい環境作り

リーダーの責務 ハニカム ターゲット

情報監視モニター



STEP



Liveでチェック

Rapid Response System

呼吸数の測定

News

患者ID	呼吸数	SpO2	心拍数	血圧	体温	血糖	尿量	その他
001	18	98	75	120/80	36.5	100	100	
002	16	95	80	110/70	36.8	95	100	

クロスモニタリングシステム

転倒転落アセスメントシステム

見える化

転倒転落スコア Live

患者ID	転倒転落スコア	リスクレベル
001	10	低
002	20	中
003	30	高

現場スタッフ 相互チェック

専門チーム (プロジェクトチーム) ボード管理

クロスモニタリング 180/分、上室性頻拍で血圧が96/50 それなら救急カードが必要?

TeamSTEPS*

Cross-Monitoring

An error reduction strategy that involves:

- Monitoring actions of other team members
- Providing a safety net within the team
- Ensuring that mistakes or oversights are caught quickly and easily
- "Watching each other's back"

以下を含むエラー削減戦略:

- 他のチームメンバーの行動を監視する。
- チーム内にセーフティネットを提供する。
- 間違いや見落としが迅速かつ簡単にキャッチされるようにします。
- 「お互いの背中を見えています。」

入院患者のバイタルサイン → Rapid response team が管理

転倒転落リスク → 転倒転落プロジェクトチームが管理

造影剤アレルギー → 放射線技師が管理

危ない事象を様々な方法で見える化する、現場でモニタリングするだけでなく、専門チームでもモニタリングするシステム(Cross monitoring system)を構築することにより、確認を重視した医療が遂行されるようになります。

- もっとモニターしなければならないものがあります

モニタリングするもの

S

- 患者既往
- バイタルサイン
- 投薬内容
- 理学的所見
- ケアプラン
- 心理社会的状態

T

- 疲労
- 仕事状態
- 仕事能力
- うでレベル
- ストレスレベル

E

- 施設情報
- 管理上の情報
- 人材
- トリアージの鋭敏さ
- 備品、機材

P

- チームの患者たちの現状は？
- チームのゴールは？
- 達成された仕事/行動
- あるいはやるべき仕事/行動
- 計画はいまだ適切か

STEP


患者の状態: Status of the Patient

チームの状態: Team Members

情報・管財等状況: Environment

ゴールへの進捗: Progress Toward Goal

I am Concerned!




「懸念」の振幅をモニタリング

Resource Management / リソースマネージメント

病棟内のチーム内あるいはチームを横断して、仕事の負担バランスを調整するための戦略

仕事を達成するために使うことができる人々、知識または情報、材料と時間を工夫。ゴールは、状況認識を危うくして、エラーの危険性を増す、仕事が多すぎる状況を防ぐことです。

Core Team Leader 中心的核心チームのリーダー	Coordinating Team Leader 補助的チームのリーダー
<ul style="list-style-type: none"> Information (情報について) Patient & Family (患者や家族のこと) Plan of care (ケアプランのこと) Facilities (施設のこと) Time (時間のこと) Equipment (備品のこと) 	<ul style="list-style-type: none"> Information (情報について) Administrative (管理上のこと) Facilities (施設のこと) Time (時間のこと) Equipment (備品のこと) Patient flow (患者経過のこと) Other departments (他部署のこと)
 <p>HUMAN CAPITAL</p>	
<p>チームと自分の所属部署</p> <p>FOCUS Team & Your Unit</p>	<p>協力部署</p> <p>FOCUS Support Units</p>

TeamSTEPS 状況監視モニター

I'M SAFE Checklist

「わたしは大丈夫」チェックリスト

I = Illness 病気

M = Medication 投薬

S = Stress ストレス

A = Alcohol and Drugs アルコールや薬物

F = Fatigue 疲労

E = Eating and Elimination 食事と排泄



今から仕事に望むあなた、体調管理は大丈夫？
 あなたの不調はチームの問題です。

「本日、休ませてください。」 「今日、調子が悪いの」

「すこしの時間、休ませてください。」

S:患者の状態、T:チームの状態、E:情報・管財等状況、P:ゴールへの進捗、これらすべてをモニタリングして見えるようにすることが求められます。変化や変更に対して、病棟や診療科、職種を超えてのバックアップ体制が求められます。A 病棟の疲弊状況を調整するために、B 病棟・C 病棟より助けに行けるか、マスクや消毒薬、必要な薬剤の補充が十分にあるか、体調管理を定時に報告しているか、これらいろいろなモニターがデジタル化が進めば可能になるものと思われます。

- 患者参加の流れ

1) 間違いに気が付いたらご指摘ください。2) 氏名確認にご協力ください。3) 手術・処置・検査部位の確認にご協力ください。4) 検査結果を確認してください。5) 「人生の最終段階」が迫った場合、希望がありますか、お伝えください。6) 身体拘束・抑制について、等、患者さんに参加してもらうとより安全性が高まります。「安全な医療のためのお願い」という小雑誌を参照ください。

● 予期しない事象に対する対応

予期しない 患者への説明 (Hand out) 説明責任 謝罪 RRT

安全な医療のためのお願い
ご入院される皆様へ

説明

発生後の対応

予期しないものへの対応

RRT 早期予測

医療安全管理部から患者さんへのお願い

『治るって言ったのでは？』	「お約束は出来ません」
『説明責任があるので』	「説明できないものもあります」
『病院で起こったことは病院の責任では？』	「予測困難な事態には対処できません」
『だれがお金の支払いをするの？』	「医療は本質的に不確実・不確定なもの」

以上のようなものに対して説明した小雑誌をお配りしています。

予期できない、説明できないことがあり得て、これらに対しては緊急対応をして、備えても不十分なことがあります。丁寧に謝罪いたします。

その他のお願い① (医療安全管理部門よりお願いしたいこと)

繰り返しになりますが、以下の点について是非ともご理解ください。

医療安全管理部門は手術や処置、投薬に伴う合併症の発生原因を実際に関与した診療スタッフとともに振り返り、再発を予防する、発生をゼロにする措置を講じてきています。具体的には、院内で発生する合併症やエラーを未然に防げたものも含め、報告してもらい、週に1回の会合で手順や工程を振り返り、ゼロにすること、重症化させないことを目標に努力していますが、残念ながらその発生率を減らすことはできてもゼロには出来ません。

合併症が発生した場合でも、適切な処置を行って、すべての患者さんが後遺症を残さず無事に退院することがほとんどですが、時に合併症がきっかけで体力を落とされ、救済策も有効でなく、不慮の転帰となる患者さんもいらっしゃいます。合併症はどんなに卓越した技術を持った医師でも一定の割合で発生するものですので、ご理解いただきたいと思います。

合併症の治療にあたっては、保険診療で行っていただけます。ご不明な点がありましたら、お問い合わせください。

1) 治るって言ったのでは？
「お約束は出来ません」
生命の仕組みを解明する努力は日進月歩でなされていますが、私ども医学の専門家からみても、生命は複雑でかつ神秘的でさえあります。医療とは本質的に不確実なものであることをどうかご理解下さい。例えば、私たち医療にかかわる者が、不注意によって起こしてしまうような「過失」がなくても、患者さんにとっては誠に不愉快な別の病気や災難が同時に起こること

16

とがあります。加齢に伴う、またはひそかに進行していた病気が診療行為の前や後に発症する可能性もあります。診療に際して最善を尽くすことはもちろんですが、最悪の事態もあり得ます。

2) 説明責任があるので？
「説明できないものもあります」
重要な合併症で予想できるものについては十分に説明することができますが、極めて稀なものや予想のつかないものもありますので、全ての可能性を説明することはできません。医療の進歩により確実に説明できる範囲が増えていることは確かですが、全てにわたって説明できるということはこれからも不可能と言わざるをえません。説明がわからない場合は、スタッフにご気軽にお問い合わせください。

3) 病院で起こったことは病院の責任では？
「予測困難な事態には対処できません」
たとえば、転んでしまって骨折、ベッドから落ちて脳出血、食事をのどに詰まらせて窒息、白内障の手術や内視鏡検査などの目的で入院中に心筋梗塞・脳出血・無呼吸発作・肺梗塞症など、大変残念ながら大森病院においてもわれわれの予測できないことが発生しています。さまざまな評価や検査を行って危険の予測のための努力をしていますが、予測できないことがあり得ます。不安なことがありましたら、必ずスタッフにお教えください。

4) だれがお金の支払いをするの？
「医療は本質的に不確実・不確定なもので、医療行為にはり

17

● 「安全な医療のためのお願い」という小雑誌をすべての入院患者さんにお配りしています。

説明や承諾にご協力ください。(項目名のみ記載) 1) 手術・処置・お薬・検査に関する説明内容をご確認ください。2) 承諾書が多すぎますが、お許しください。3) 不安や疑問を質問してください

受診歴等をお教えください。(項目名のみ記載) 1) 現在ご使用中のお薬の申告と持参のお願い、2) 特に、出血を助長するお薬について、3) 手術や処置に関係する病気については必ず教えてください

入院中に発生する事象への対応・お願い(項目名のみ記載) 1) 転倒・転落予防にご協力ください。2) 点滴の漏れ、挿入部の感染について、3) カテーテル・チューブの抜去について、4) 褥瘡(床ずれ) 予防にご協力ください、5) 深部静脈血栓症(エコノミー症候群) 予防にご協力ください、6) せん妄の予防と対策について、7) 医療機器の安全使用にご協力ください

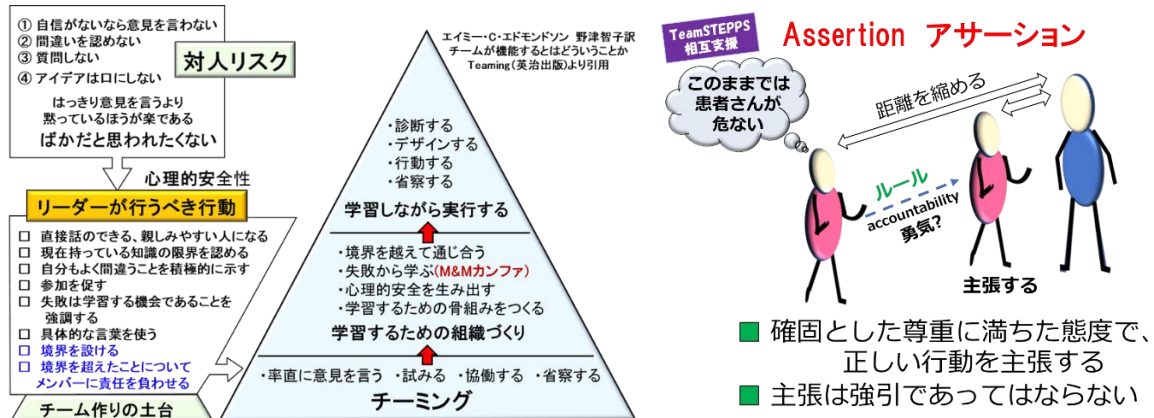
2. 事故の発生しにくい環境を整える

多職種チームでの活動を好まないスタッフが多くいます。しかし、患者安全を保つためには、One Team になるしかありません。大嫌いかもかもしれませんが、Team にはルールがあります。ルールを守るという責任を負わなければなりません。One for all, all for one です。よく私は事務職ですから、チームの一員ではないといわれる人がいます。これは自分の仕事ではないともいわれます。違います。あなたはチームの一員ですし、その仕事はあなたの仕事でもあります。

下記に示しますが、法令で要件とされたものは院内ルール(境界)に取り込みました。多職種チーム医療に参加すること、TeamSTEPPS の知識及び技能を身につけること、等はルールになっています。研修には参加だけすれば良いと思っている人がいますが、内容を理解して実践に役立てなければこんな法令必要ありません。すべてのスタッフが実践できるようになれば、診療報酬上の検討もされます《下記の1、(3)》。要件を守らないと特定機能病院は取り上げられる可能性があります。

特定機能病院に対する要件		経過措置期間
1	① 医療安全管理責任者の配置	H28.9
	② 医師、薬剤師及び看護師の医療安全管理部門への専従	H30.3
	③ 医療安全に資する診療内容のモニタリング等 ● 従業者の医療の安全に関する意識の向上の状況の確認	H29.3
	④ インシデント・アクシデント等の報告 ※全死亡事例の報告及び一定基準以上の有害事象等の報告 ● 実施の状況が不十分な場合における適切な報告のための従業者への研修及び指導	H28.9
	⑤ 内部通報窓口の設置	H28.9
	⑥ 医薬品情報の整理、周知及び周知状況の確認の徹底並びに適応外、禁忌等の処方に係る確認及び必要な指導	H28.9
	⑦ 管理者における医療安全管理経験の要件化及び管理者、医療安全管理責任者等によるマネジメント層向け研修の受講	H30.3
(2)	① 監査委員会による外部監査	H29.3
	② 特定機能病院間相互のピアレビュー	H29.3
(3)	取組に応じた評価・公表の仕組み及び当該仕組みに基づく診療報酬上の対応の検討	引き続き検討を実施
2	(1) インフォームド・コンセントの適切な実施の確認等に係る責任者の配置及びインフォームド・コンセントの実施状況の確認等	H28.9
	(2) 診療録の確認等の責任者の配置及び診療録の記載内容の確認等	H28.9
3	高難度新規医療技術の実施に係る部門の設置、規程の作成及び確認部門による規程の遵守状況の確認等	H29.3
4	職員研修の必須項目の追加等 ● 従業者が連携又は協働して医療を提供するための知識及び技能であって高度な医療を提供するために必要なものに関する事項	H29.3

● すべてのスタッフに多職種チーム医療に加わってもらう



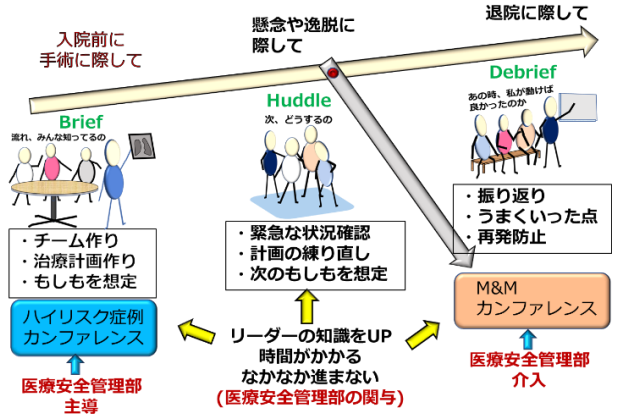
リーダーはすべてのスタッフの Psychological safety(心理的安全性)の場を確保して、行うべき行動を率先して行います。そうしないと、スタッフは近づいてくれません。チーム作りは始まりません。Psychological safety の場であれば発生した懸念は必ず伝えます。チームの一員ですから。

● TeamSTEPSのツールと戦略を覚えてもらう

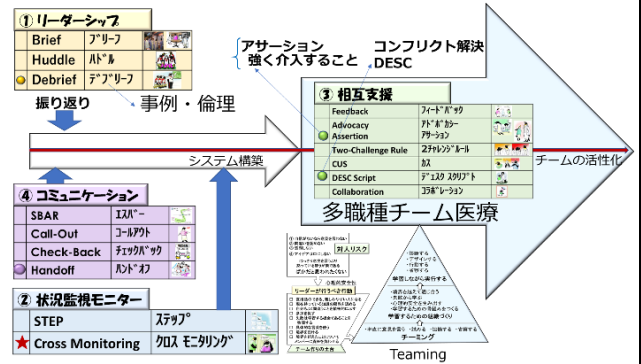


16個のツールと戦略、アドボカシーとアサーションは一緒にすることがあり、この場合15個となります。

コミュニケーションツールのSBAR、Call-out、Check-back、Hand-offがチームが出来てない状態でも学ばなければならないツールです(これについてはビデオを作成していますので参照ください)。リーダーシップツールは会議・カンファレンスのツールでブリーフ(事前)、ハドル(緊急)、デブリーフ(事後)となっています。医療安全管理部が主導・介入して始めなければ始まりず、自主的に始めることは期待できないと思われます。状況モニターツールが使えるシステム構築・改革が必要となります。



ハイリスク症例カンファレンス、タイムアウトはBriefです。M&MカンファレンスはDebriefです。これらTeamSTEPSのツールと戦略については、チーム医療推進プロジェクト(WebTeamSTEPS研修)と一緒に学びましょう。



TeamSTEPSのツールと戦略を覚える際に、順番が大切だと気づきました。相互支援ツールはチームが出来てない段階で使用すると、うまく使えないばかりかチーム作りを阻む可能性があります。多職種チーム医療が動き出してから使用することをお勧めします。

状況認識が出来てないことが問題です。



RRT Monitoring

時刻	発生	発生部位	発生内容	対応状況	結果
10:00	発生	ICU	NEWS: National Early Warning Score	対応済	軽微
10:15	発生	ICU	NEWS: National Early Warning Score	対応済	軽微
10:30	発生	ICU	NEWS: National Early Warning Score	対応済	軽微
10:45	発生	ICU	NEWS: National Early Warning Score	対応済	軽微
11:00	発生	ICU	NEWS: National Early Warning Score	対応済	軽微

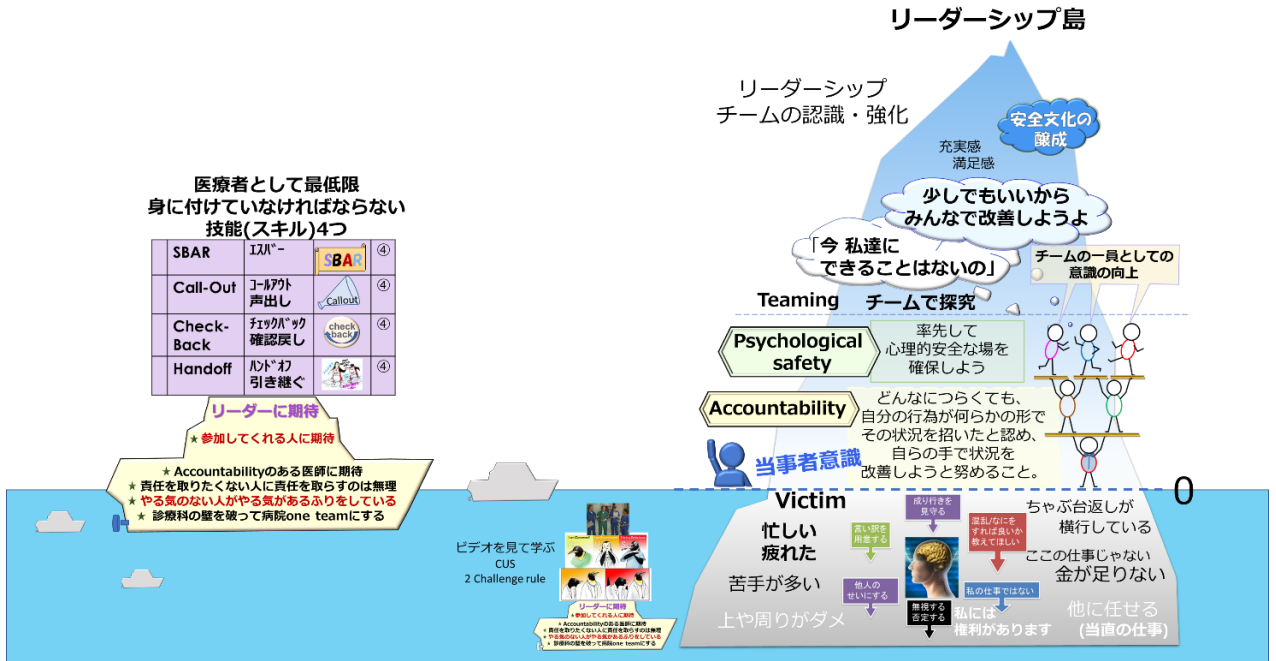
転倒・転落モニタリング

患者名	転倒・転落日時	転倒・転落場所	転倒・転落原因	対応状況	結果
患者A	10:00	ICU	歩行時	対応済	軽微
患者B	10:15	ICU	歩行時	対応済	軽微
患者C	10:30	ICU	歩行時	対応済	軽微
患者D	10:45	ICU	歩行時	対応済	軽微
患者E	11:00	ICU	歩行時	対応済	軽微

● 「失敗から学ぶ」、特に M&M カンファレンスから学ぶ

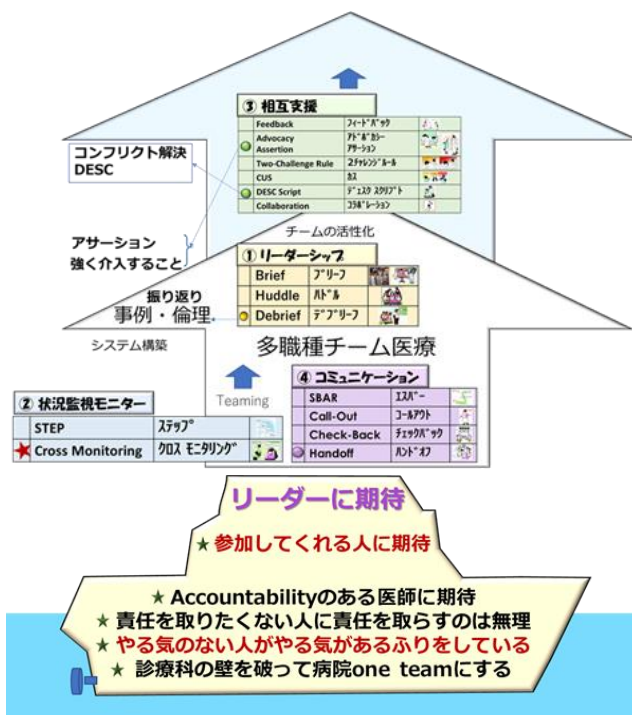
Teamingには「学習するための組織づくり」が必要で、その中に「失敗から学ぶ」というのがあります。これはまさに現場チームでのM&Mカンファレンスから学ぶということになります。意見が言い合える環境が求められます。

● リーダーシップ島をみんなで登る

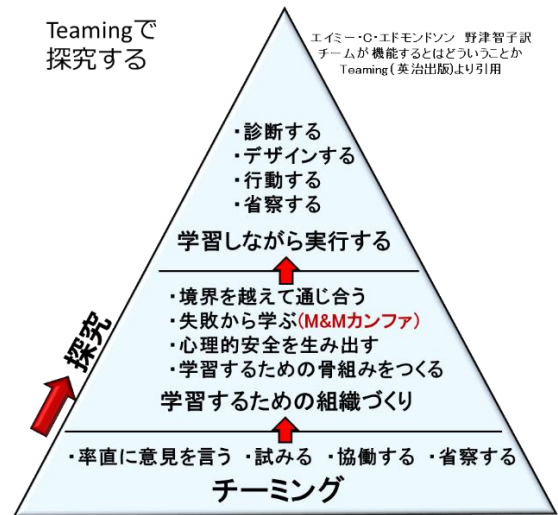


リーダーシップ島には相互支援ツールではなく、コミュニケーションツールで近づくのが良い。

リーダーシップ島を上に登る手順



Teamingで探究する



ビデオを見て学ぶ CUS 2 Challenge rule



ツチャレンジしたのに聞いてくれませんか

相互支援 ツール 失敗→学んだ



● 関係の4つのレベル

レベルマイナス1--全く人間味のない、支配と強制の関係

レベル1--単なる業務上の役割や規則に基づいて監督・管理したり、サービスを提供したりする関係。

大半の「**ほどほどの距離を保った**」支援関係

レベル2--**友人同士や有能なチームに見られるような、個人的で、互いに助け合い、信頼し合う関係**

レベル3--感情的に親密で、互いに相手に尽くす関係

「レベル1→レベル2に」

弱さを受け入れ、本音を伝えあう関係が、組織を変える。そして、チームのすべてがリーダーになる。

- ① 積極的なリーダーに必要な「個人としての土台」 → Authentic Leadership (本質的なリーダーシップ)
- ② 部下を前に出す「謙虚さ」 → Servant Leadership (支援するリーダーシップ)
- ③ 「自分の力で変えられるもの」を変えてゆく勇氣 → Transformative Leadership (変容をもたらすリーダーシップ)
- ④ 人、もの、価値観など、様々な「違い」を理解するための知恵 → Cross-Border Leadership (壁を越えるリーダーシップ)

「We are the Leaders」

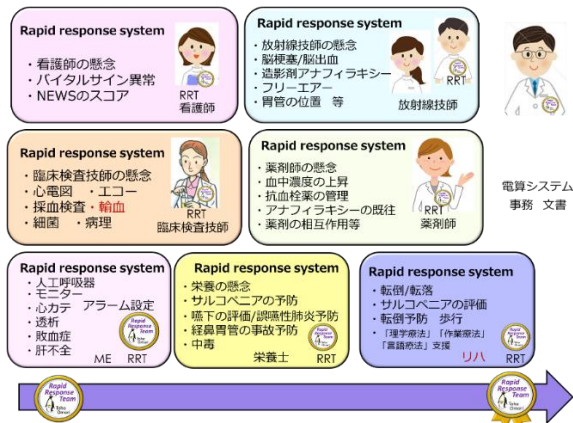
スタンダード式最高のリーダーシップ

「ほどほどの距離を保った」支援関係では最高の関係にはならない

3. 動かないスタッフに対するアプローチ

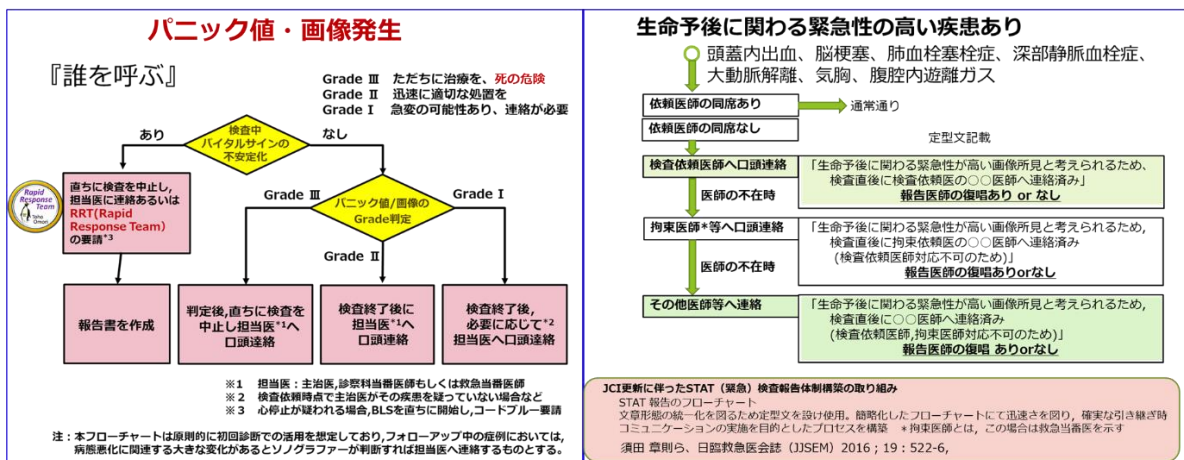
医療安全研修	参加型/医療安全主催	テーマ	心理的安全性確保のためのアサーション研修について
日時	月 日 午後 時より約 80 分	対象者	セイフティマネジャー100名 (医師・看護師・その他)
目的	先立ってのお願い「気がついたらなんでもアサーションしてください」や「アサーション、ありがとう」は心理的安全性を確保する言葉となります。相手は見ている、あなたが信頼できると考えれば、声に出してくれますが、いざったり、ののしったりしていると、大切な情報はあなたに教えてくれません。他者の突然の声出しに、謙虚に、真摯に感謝ができますか？ 「偉そうにしないこと」、謙卑を学ぶ研修ですが、チームのパフォーマンスを高めるため、医療を安全にするのに大切な研修となります。		
進行	講義⇒チーム参加型検討 (シミュレーションシナリオ読み合わせ) (シミュレーションシナリオの作成) ⇒発表⇒評価		
資料	①アサーションプレゼンスライド ②シミュレーションシナリオ 読み合わせ ③アサーションシナリオ作成 ④ポケットマニュアル、理不尽な質問への対応 ⑤飲み会のルール、いばらない、人をののしらない、自分ばかりしゃべらない		
評価	Good job 報告	Key point: 謙卑・謙卑・再謙卑 千杯・千杯・再千杯、距離を縮める言葉	

アサーション研修の研修企画書(リーダーが身につける必要があるアサーション研修に参加して貰う)



看護師、薬剤師のほか、検査技師、放射線技師、栄養士、ME、理学療法士など、多くの職種に懸念に対する声出しをお願いする。パニックデータの報告をルール化する。看護師が懸念を伝えるシステム、Rapid response system をすべての職種に適応して行ってもらう。報告優秀者を表彰するとともにシールをお渡りする。

パニック値報告/ラピッドレスポンス対応



お願いします
(医療安全⇒現場)

検査技師さん



放射線技師さん

わたしはやれる時はやります

4. M&M カンファレンスについて

● 個人の責任にしない、二度と発生させない決意

発生した問題事象が過失であるか、問われている席で、当該関係者自身に能力がなかった、やる気がなかった、仕事をしなくなかった、と言わせるような状況はあってはならないし、改善への道を妨げる原因にもなります。現場状況をモニタリング出来ていなかった院内関係者にも大きな責任があるシステムエラーであり、問題事象の発生を個人や現場スタッフに押し付けることはしてはいけないことです。一方、現場当事者しかわからない状況があるのも確かです。ある事故調査の在り方を討論する会議の席で、ある弁護士が事故関係者一同が集まり、率直に話し合えば、ほとんどの難しい事故も30分程度で全容が把握できる、と言われたことがありました。事故調査の際に最も大切なのは、二度と繰り返さないという固い決意で、psychological safety の場が確保され、スタッフの Accountability さえあれば全容把握が可能ではないかと思われまます。出来事の流れの中で、関係するスタッフがどのように思っていたのか、あの時どう調節すれば良かったのか、話し合うことが M&M カンファレンスではないかと思えます。ほとんど場合、あの時どう調節すれば良かったのかは TeamSTEPS のツールと戦略を使えば良かったにすることが分かってきました。つまり、GAP 埋めも改善策の策定も、これら TeamSTEPS のツールと戦略を使えば良いのです。

事故調査会→調査の限界がある

『現場当事者しかわからない状況がある』

- ・能力がなかった、・やる気がなかった、
- ・仕事をしなくなかった、とは言えない。



チーム医療不全

Shared Mental Model不全

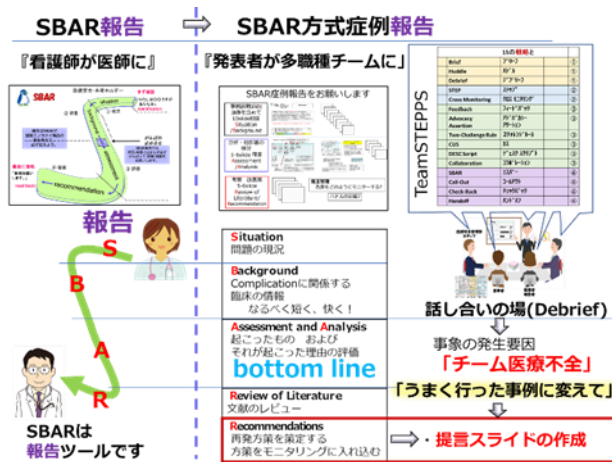
- 心の安全が保たれている場なの？
- 相互支援ができる場なの？

TeamSTEPS



TeamSTEPS	15の戦略とツール	TeamSTEPS
Brief	アトキ	1 リーダーシップ
Health	1478	2 状況監視モニター
Debrief	アトキ	3 相互支援
STEP	アトキ	4 コミュニケーション
Cross Monitoring	781 781	
Feedback	アトキ	
Advocacy	アトキ	
Assessment	アトキ	
Team Challenge Rule	アトキ	
CUS	アトキ	
SBAR	アトキ	
Check-out	アトキ	
Check-back	アトキ	
Handoff	アトキ	

● SBAR 方式症例報告、プレゼンテーションを回す



看護師が医師に患者の懸念を報告する際に SBAR 報告を勧めています。現場で発生した事例について院内外に報告する、Situation-Background-Assesment(+Analysis)-Recommendation (+Review of Literature)のフォーマットで報告する方法を SBAR 方式症例報告としています。S/B/A/R の項目にそってスライドを作成して話し合いの場でスライドの修正したり、追加をします。

第1例目 毎日報告

パワポ スライド 表紙作成

患者ID
患者名
事例No.

インシデント アクシデント 報告を記載

キー画像

医療者
患者
医療機器
薬剤

要因 Analysis

キーデータ
キー記載
NEWS

医療安全管理委員会 チェックリスト

- あんしん君報告を依頼するか
- 外部報告をするか
- M&Mカンファをしようか

- Situation
- Background
- Assessment
- Recommendation
報告用スライド
→ 事例報告書にする

医療安全管理委員会 チェックリスト

あんしん君 あり なし 検討後問題なし

□ あんしん君報告を依頼するか

□ 外部報告をするか

□ M&Mカンファをしようか

□ 安全管理対策委員会

□ クオリティマネージャー会議へ報告する

本席
入院期間の延長が見込まれる
口手術室・検査室・救命等で処置

必要検証
①経過
②予定できたか
③確認
④可能性

必須検証
①経過
②予定できたか
③確認
④可能性

必須検証
①経過
②予定できたか
③確認
④可能性

改善のための方策の立案

① 流れ図を描く (事故発生)

② 手順表やツールを調べる (医療安全)

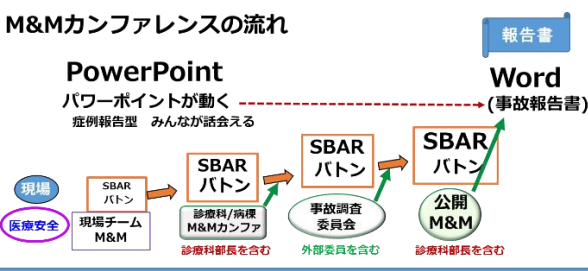
③ ①②の確認 (現場M&Mカンファ)

④ いつ、誰が主でツールをいれたら良かったか (現場M&Mカンファ)

⑤ スライドを手に入れる
集まる
個人責任としない

当院にては、Ⅲb 以上事例報告(毎日報告)に対しては、全例上段のスライドフォーマットにそって、医療安全管理部員がカルテより情報等の転記をして医療安全管理委員会用のスライド作りをしています。委員会にての検討で、外部報告をするか、M&M カンファをしようか、を決定します。また、改善案の原案作りをします。

M&M カンファをしようことになった事例について、現場での話し合い(現場チーム M&M カンファ)を行ってもらうことを原則としています。医療安全管理部員が作成したスライドが委員会で修正・追加され、次に現場チームの M&M カンファに回ることになります。PowerPoint ファイルは、すでにもらったインシデント報告に添付して、収納かつパスできるようにしています。



データ 収納

ファイル添付

インシデント レポート Clip報告

是正管理 SM/部門

モニタリング

医療の質部門

データ 収納数

M&Mカンファの内容評価

当院の M&M カンファですが、左に示しますように、現場から病棟・医局、続いて病院に移るようになっていました。ほとんどの事例は、前の M&M カンファの PowerPoint スライドに修正・追加されることにより、PowerPoint スライドが報告書となります。病院にての M&M カンファが行われる症例はかなり問題性が高い事例になります。(右の表は大森病院ホームページ医療安全管理部、e 掲示板へ医療安全⇒4.事故発生時の対応⇒4 にあります。)

M&Mカンファのプロセス

誰が	現場	病棟・医局	病院
報告者	現場		
聞き手	現場		
承認者	現場		
修正者	現場		
外部委員		外部委員を含む	
公開 M&M			公開 M&M

M&M カンファの目的は、再発防止策の策定(Recommendation + Review of Literature)にあります。問題性が高い事例の場合は再発防止策を加えた報告書を書き上げて、外部へ提出することも求められます。この際は PowerPoint スライドより Word ファイルに変換してからになります。

SBAR型 M&M カンファレンスのフォーマット

http://www.aagbi.org/sites/default/files/SALG-M%26M-TOOLKIT-2013_0%281%29.pdf

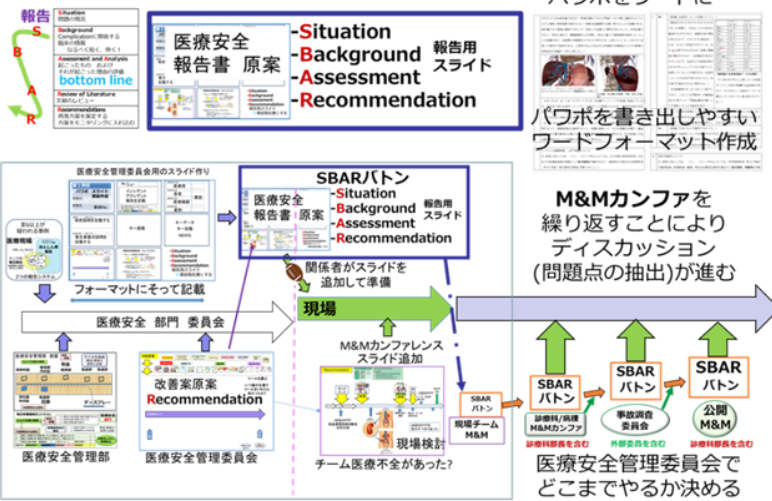
Situation 問題の現況	<input type="checkbox"/> 入院時診断 <input type="checkbox"/> 処置や手術の現況 <input type="checkbox"/> Complicationの現況
Background Complicationに関係する臨床の情報 なるべく短く、快く！	<input type="checkbox"/> 病歴：現病歴/既往歴/手術歴等 <input type="checkbox"/> 行った医療の適応；なぜ手技をするに至ったか、思考過程も示す <input type="checkbox"/> 検査値と画像の検討；結果に関連する検査結果 <input type="checkbox"/> 処置・手術の概略；結果に至った技術的または心理的要因について記載する <input type="checkbox"/> 入院後経過；結果に至った手技に関連しないイベント（手短かにいっおならをしたかなどは必要ない） <input type="checkbox"/> Complicationの認識：Complicationはいつどのように見つけたか <input type="checkbox"/> Complicationの管理：どのようにComplicationに対処したか記載する
Assessment and Analysis 起こったもの およびそれが起こった理由の評価 Human Errorsを探る システムエラーとして認識する	<input type="checkbox"/> 何が起こったか？ エラー解析： <input type="checkbox"/> 現況結果をもたらしたイベントを順に記載する <input type="checkbox"/> なぜ起こったか？（根本原因分析）なぜなら？ 現行の結果となった根本原因を記述すること： 1 Human Errors 診断・テクニク・判断・コミュニケーションのエラー 2 システムエラー ケアシステム・組織のエラーや問題 (例えば、ケアにおけるダメな監視、人員不足、不十分な協力体制など) 3 患者要因 病気がコンプライアンスの欠如した患者
Review of Literature 文献のレビュー	<input type="checkbox"/> 合併症についての論文；Complicationについての価値ある論文を
Recommendations 再発防止策を策定する	<input type="checkbox"/> どうすれば問題が防止されるか、よりよく管理できるかを特定する <input type="checkbox"/> ケースから学ぶべき点を特定する

One point なぜなぜ

口改善策をモニタリングする

Error of over-attachment to a particular diagnosis Anchoring	the tendency to perceptually lock on to a favored diagnosis in the patient's initial presentation too early in the diagnostic process and failing to adjust this initial impression in the light of later information. This CDR might be severely compounded by the confirmation bias.
過剰な寄りつき	患者の第一印象に固執し、迅速な診断をしてしまいがちで、その情報に対して過度に適合せざる。この情報は疑念が払われても疑念が払われても、その傾向は強くなる。この傾向は疑念が払われても疑念が払われても、その傾向は強くなる。この傾向は疑念が払われても疑念が払われても、その傾向は強くなる。
確認バイアス	the tendency to look for confirming evidence to support a diagnosis rather than look for disconfirming evidence to refute it, despite the latter being more persuasive and definitive.
早期閉鎖	a powerful CDR accounting for a high proportion of missed diagnoses. It is the tendency to apply premature closure to the decision-making process, accepting a diagnosis before it has been fully verified. The consequences of the bias are reflected in the maxim, "When the diagnosis is made, the thinking stops."
診断の誤り	once diagnostic labels are attached to patients they tend to become stickier and stickier. Through intermediaries (patients, paramedics, nurses, physicians) what might have started as a possibility gathers increasing momentum until it becomes definite, and all other possibilities are excluded.

Ⅲb以上事例報告書の作成



【結論】出血性ショックは疑いにくい。

【理由】4/25 02:00から4/25 22:00までの20時間 350mlとやや多めの輸液がなされており、細胞外液の増加があるなかで、4/25 23:00頃急変し、4/26 00:42 に出血が疑われている。HbやHctは低下がみられるが、急に腎機能が悪化するなか、上記輸液が控されているので、出血などの程度反映がみられずかしい。T-Pt、A1bも低下して、承認していることが疑われる。出血性ショックの状況であればもう少しHbの低下が認められると思われる。

肝造酵素 AST、ALTはむしろ低下しており、このことは門脈系への動脈血流入が低下して、門脈血濃度が低いことを意味している可能性がある。

【腎臓と血変後検査データの比較】

	4/25 08:45	4/26 00:42
NEC	11.4 ^u	20.2 ^u
REB	441 ^u	355 ^u
Hb	19.2 ^g	19.6 ^g
Hct	39.8 [%]	37.8 [%]
eGFR	74.1 ^{ml}	39.4 ^{ml}
Cr	0.82 ^{mg}	1.46 ^{mg}
T-Bil	2.0 ^{mg}	2.6 ^{mg}
TP	5.9 ^g	5.6 ^g
A1b	3.0 ^g	2.4 ^g
PT-INR	1.1	1.2
Fib	391	391
AST	105 ^u	68 ^u
ALT	105 ^u	68 ^u
CRP	3.4 ^{mg}	11.7 ^{mg}

PT-INRはわずかに上昇している程度でヘパリン投与の影響で出血傾向があるデータではない。炎症性マーカーは悪化しているがFibは保たれている。

【画像】

2ヘパリンの投与時刻、経管挿入について

※ 図面に当たっては、(1)、(2)いずれについても、その当時の医学的知見、それまでの診療経過等を前提として筋力学的に判断された(事後的に作成された筋力学的見解(甲16号証)等の資料を前提に判断しない。)

4 致命可能性について

※ 図面に当たっては、(1)、(2)いずれについても、本件前科見(甲16号証)や臨床経過(診療経過一覽表)等を各々認定資料を踏まえて後方視的、客観的に判断

画像や表を入れた報告書例(Microsoft Wordで作成)

認知バイアス集

いろいろな症例の情報を S/B/A/R のどこに書き込むかは上段の SBAR 型 M&M カンファレンスのフォーマットを参照にしてください。認知バイアスの翻訳は難しく、英語原文を残した状況で e 掲示板→医療安全→4.事故発生時の対応→4 にあります。

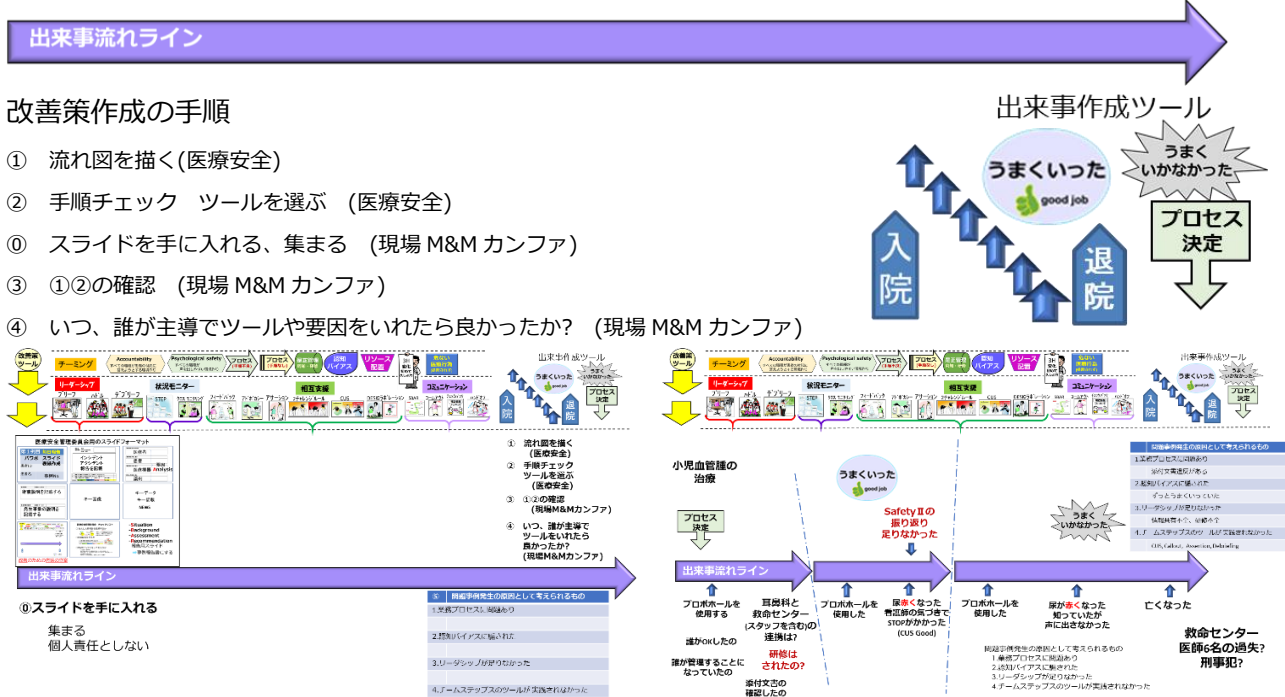
Profiles in patient safety; a "perfect storm" in the emergency department. AcadEmerg Med.2007; 14:743-749

医療安全管理部で作成された報告書原案が医療安全管理委員会で修正・追加され、これがバトンの様にパスされています。M&M カンファを繰り返すことにより問題点の抽出や関連する論文の検索等が進みます。この画像が多い報告書になりますので、本文章「医療事故の要因とチーム医療による防止策」そして、M&M カンファレンス」と同様なフォーマットを使用した形になります。

● 改善策作成の手順



改善策を作成するにあたって、TeamSTEPPS のツールと戦略を入れると改善策が出来上がるとしました。スライドの上、下段にすべての TeamSTEPPS のツールと戦略を絵付きで記載しています。また、この上段にはチューニング、Accountability、Psychological safety など事故の原因となり得る各種要因を並べました。出来事流れを記載しながら、あの時自分はこうすれば良かったのかもしいない、この症例についてはこんな問題があったのだと気が付いた時、上から選択して流れ図に入れられるようになっています。チームで症例について考える際に、忘れることなくツールが入れられ、次からはこのタイミングでツールを入れて事故を防ぎますと公言する流れができればと思います。



改善策作成スライド (未記入)

改善策作成スライド (記入済み)

実際には①から⑤まで手順にそって作業をしていく流れになります。①出来事流れラインの下に、出来事作成ツールを使いながら、症例に起こったことを記載していきます。②出来事流れラインの上から使えるツールを選択して書き込みます。ここまですが医療安全管理部の仕事になります。続いて、③現場チームが①②の記載を確認し、誤っていたら修正します。④いつ、誰が主導でツールや要因を入れたら良かったか?を現場メンバーで話し合います。必要ならポストイットを使用ください。

現場M&Mカンファのイメージ 流れを検討しながら、使うべきであったツールや戦略等をみんなで書き込む



流れを検討しながら、使うべきであったツールや戦略等をみんなが満足するまで書き込んで下さい

⑤問題事例発生の原因として考えられるもの

- 1.業務プロセスに問題あり
- 2.認知バイアスに騙された
- 3.リーダーシップが足りなかった
- 4.チームステップスのツールが実践されなかった

⑤ 問題事例発生の原因として考えられるもの

- 1.業務プロセスに問題あり
- 2.認知バイアスに騙された
- 3.リーダーシップが足りなかった
- 4.チームステップスのツールが 実践されなかった

文章化フォーマット表 (未記入)

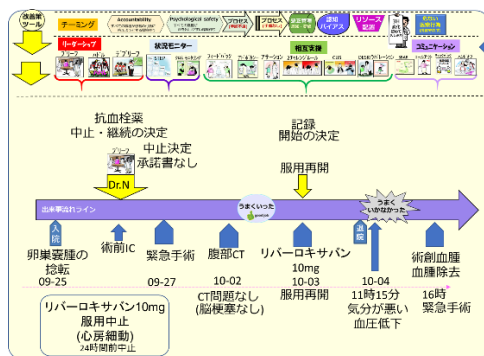
問題事例発生の原因として考えられるもの

- 1.業務プロセスに問題あり
 - 添付文書違反がある
- 2.認知バイアスに騙された
 - ずっとうまくいっていた
- 3.リーダーシップが足りなかった
 - 情報共有不全、研修不全
- 4.チームステップスのツールが 実践されなかった
 - CUS, Callout, Assertion, Debriefing

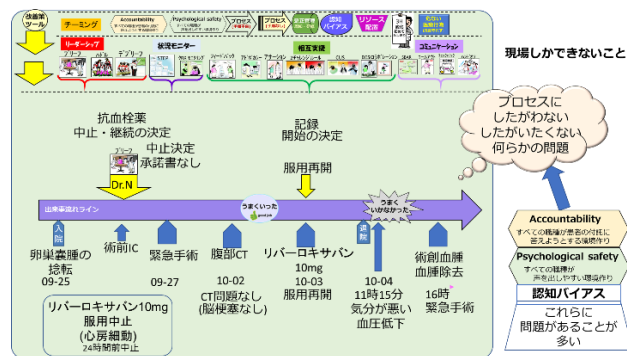
文章化フォーマット表 (記入済み)

⑤最終段階になります。作成した改善策作成スライドをみんなで見ながら、「問題事例発生の原因として考えられるもの」という文章化フォーマット表を上から埋めていきます。この手順によって現場の改善案原案が出来上がります。

● ツールと戦略等の書き込み



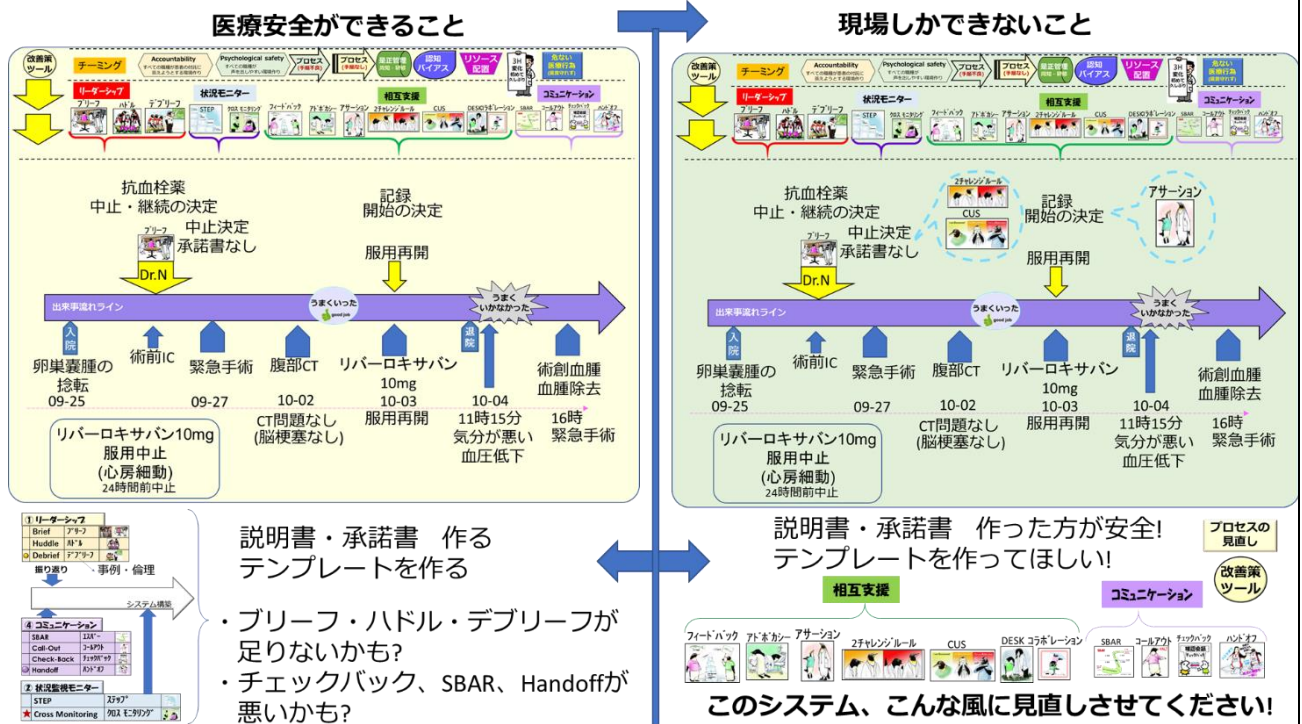
医療安全での作業 (うす黄色)



現場 M&M カンファでの作業 (うす緑色)

プロセスが違っていったかの確認は医療安全でもできます。具体的な M&M カンファ例をお示しします。医療安全で主要の流れを紫のラインの下に書きました。心房細動のため、リバーロキサバン 10mg を服用になった患者が、卵巣捻転のため 9 月 25 日入院となりました。抗血栓薬の中止・継続決定のテンプレートや承諾書が出ていません。開始の根拠記載もありません。紫のラインの上に、一番上の欄にある改善ツール(たとえば、CUS、Two challenge rule、Assertion)を入れたいのですが現場の状況を知らない医療安全がツールを選択して入れるのには無理があります。医療安全は現場の状況を知らないでこれらツールが使えらる状況であるか知らないで頭ごなしに入れる訳にはいかないのです。

出来事の流れについては医療安全でもある程度作れますが、具体的な改善提案は当事者でない医療安全では無理で、たとえ TeamSTEPS のツールを入れても医療安全の思い込みすぎないことになりま。一方、現場のスタッフであれば、なぜプロセスどおり行かなかったのかも、ツールを選択して入れることもできます。現場スタッフのアカウンタビリティも現場の心理的安全性もわかります。認知バイアスがあった、なかったの評価もできます。プロセスにしたがわない、したがいたくない何らかの問題が潜んでいると思われま。現場スタッフが自ら改善が必要だと思わなければ、改善もチーム作りも前に進みません。



問題事例発生の原因として考えられるもの	
1.業務プロセスに問題あり	添付文書違反がある
2.認知バイアスに騙された	ずっとうまくいっていた
3.リーダーシップが足りなかった	情報共有不全、研修不全
4.チームステップスのツールが実践されなかった	CUS, Callout, Assertion, Debriefing

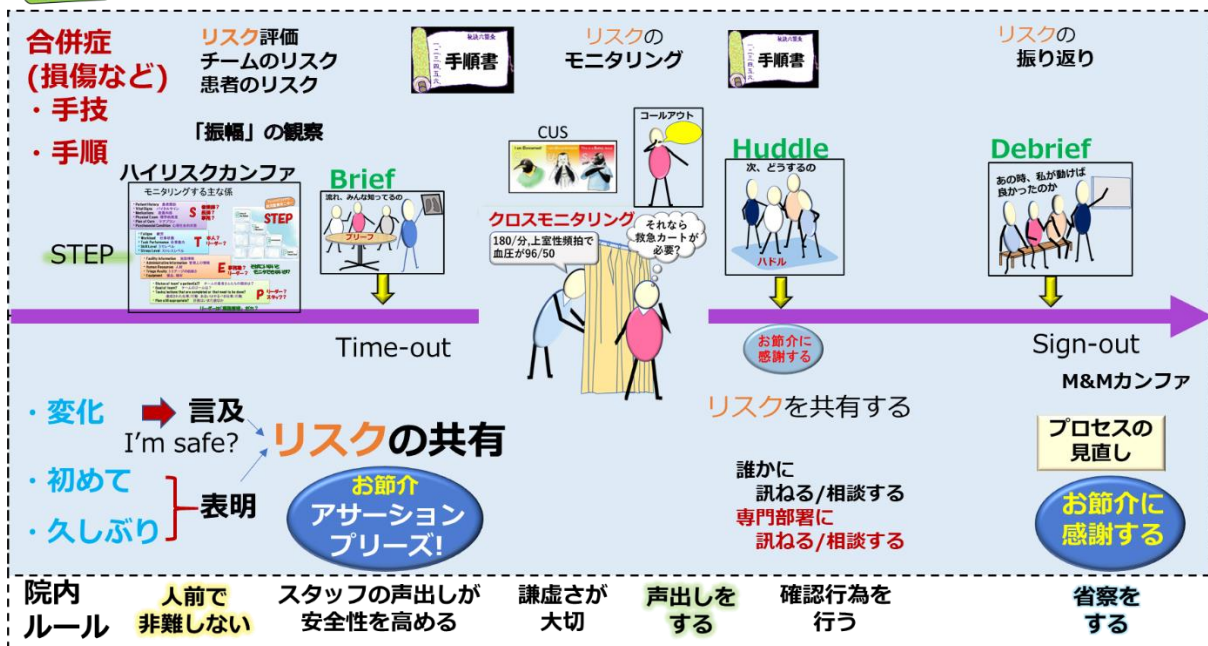
現場チームにより、CUS、Two challenge rule が「承諾書がなし」のところに書き込まれました。担当医に誰かが、私が「承諾書がなし」と言うべきであったということになります。「薬の再開の記載がないこと」に対して誰かが、私が担当医に Assertion するべきであったということになります。

当院にては、病棟薬剤師さんが一度止めたさらさら薬が開始されるかどうか、チェックしてくれてま。術後患者であれば中止中は毎日、創部の出血の有無、ドレーンの性状などの記載が必要となります。患者さんには止めたままにするか、再開するかの見解を一言説明しておいて、これも「患者説明テンプレート」に記載ください。また、再開決定時には「再開基準をクリアしたので明日朝から再開」という記録を残してあればたとえ再出血をきたしても問題視されることはないと思われま。DOAC 直接作用型経口抗凝固薬の拮抗剤の出現により流れは変わるものと思われま。

5. まとめ

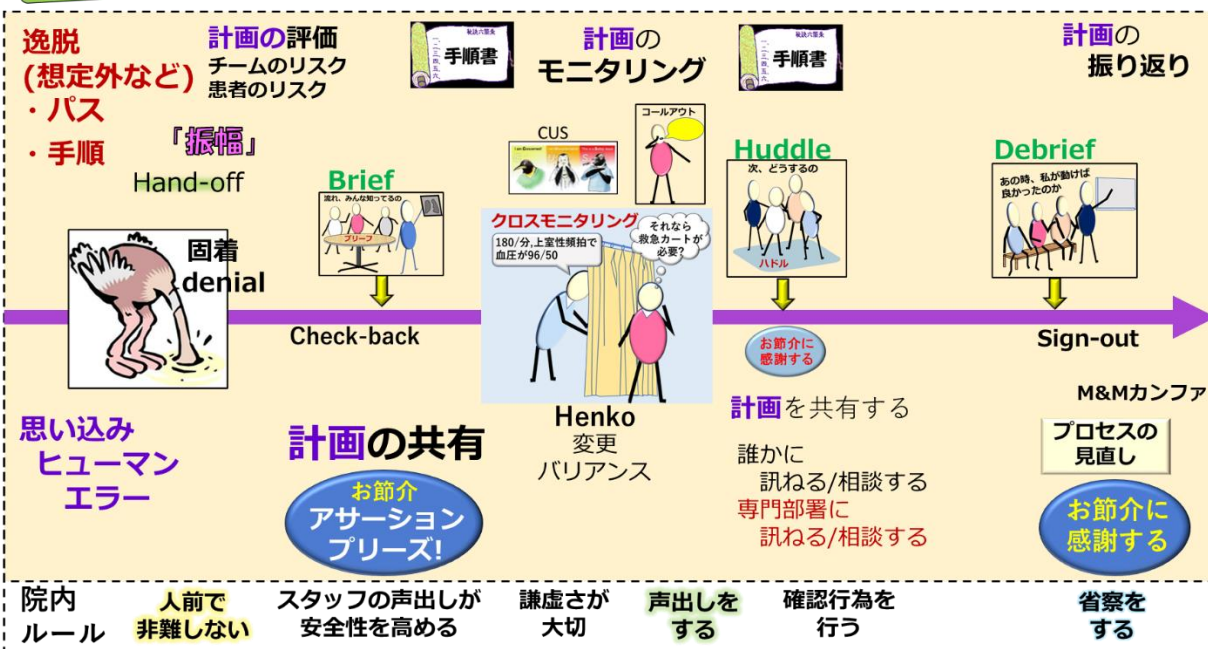
トラブルの未然防止

TeamSTEPPSのツールと戦略だけでは防げない? (予期しないを予期する)



トラブルの未然防止

TeamSTEPPSのツールと戦略だけでは防げない? (予期しないを予期する)



TeamSTEPPS のツールと戦略でいかに事故が防げるのか?

当院、医療安全でいろいろの検討を重ねたうえでほとんどの問題事例が、チーム医療不全で事故が起こっていることがわかってきました。チーム医療不全の原因となる要素として Accountability、Psychological safetyがあることを示しましたが、これらが一応整えば、TeamSTEPPS のツールや概念をうまく使うことで、チーム医療不全は解消できるものと思われます。常にチームで省察(振り返り・デブリーフ)を行い、再発防止策を策定して実行することのみが改善策となるものがあります。多職種チーム医療の実践をいっしょにめざしましょう。

参照資料	
3H	鈴木和幸:未然防止の原理とそのシステム,日化技連,2004
TeamSTEPPS	https://www.ahrq.gov/teamstepps/index.html
ANA ASSERTION	https://www.abc.jp/service/anakenshu/communication/assertion_open.html
Teaming Psychological Safety	Amy C. Edmondson, 野津 智子 (翻訳) チームが機能するとはどういうことか ,英治出版 Teaming: How Organizations Learn, Innovate and Compete in the Knowledge TED :Building a psychologically safe workplace Amy Edmondson TEDxHGSE
Accountability	ロジャー・コナーズ .伊藤守 (監訳) 、他:主体的に動く アカウンタビリティ・マネジメ ント, Discover (The OZ principle)

医療事故の要因とチーム医療による防止策 そして、M(mortality)& M(mobidity)カンファレンス

2021-01-05

東邦大学医療センター大森病院

医療安全管理部