

Team Strategies & Tools to Enhance Performance and Patient Safety

平成26年度 北海道厚生局 医療安全ワークショップ
平成26年11月13日 13:10～14:10

Team STEPPS そのめざすもの チーム医療は皆で行う

大生定義(立教大学)

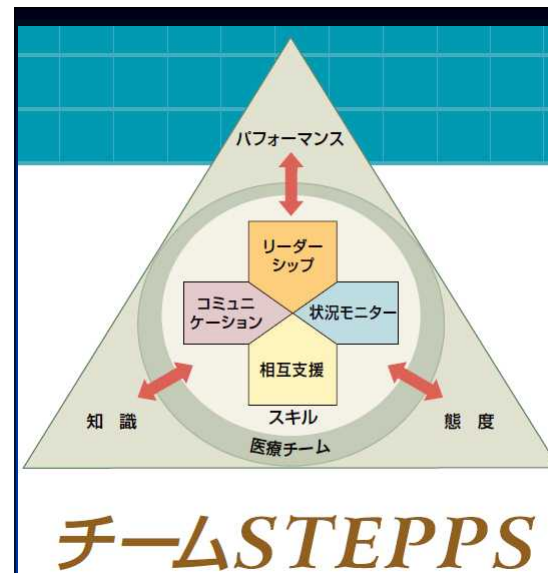
種田憲一郎(国立保健医療科学院):資料提供

進め方

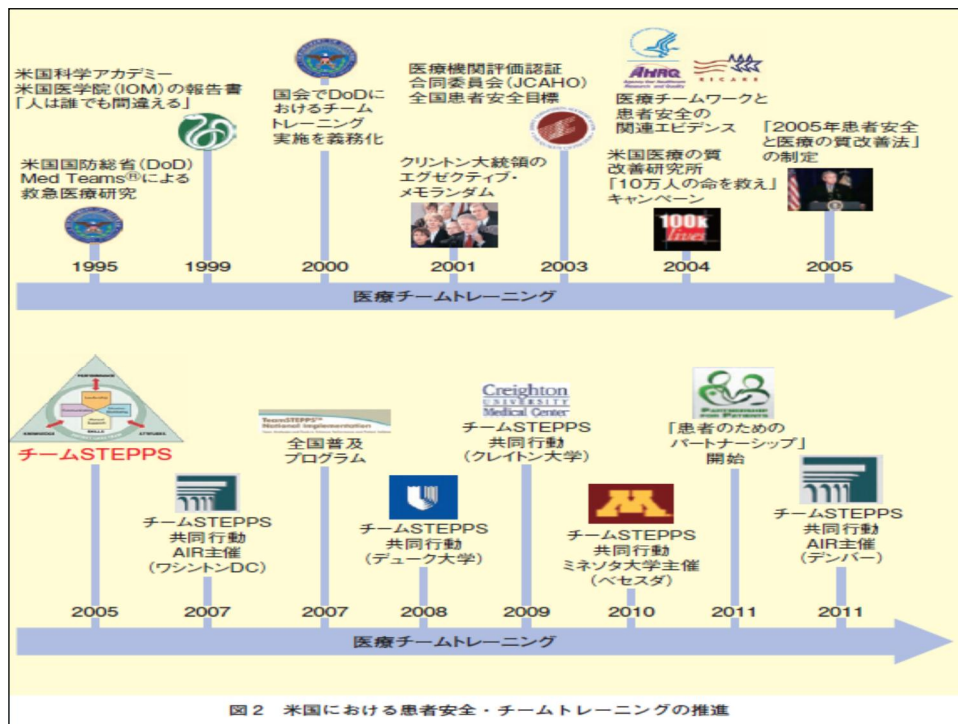
- 講義
- ビデオ (救急、外科病棟)
- クイズ
- URLの紹介:検索 Team STEPPS
Team STEPPS JAPAN 教材

キーワード

- Team STEPPS
チームトレーニング
- 人は誰でも間違える
- ノンテクニカルスキル
- ツールより風土醸成
- 患者安全が第一
- 医療チームメンバー
＝送り手＋受け手



Team
Strategies &
Tools to
Enhance
Performance
and
Patient
Safety



The screenshot shows the AHRQ TeamSTEPPS website, which provides information about the TeamSTEPPS program. Key sections include:

- TeamSTEPPS Home:** Overview of the program.
- About TeamSTEPPS:** Description of the program as a teamwork system designed for health care professionals.
- National Implementation of TeamSTEPPS:** Information about the national implementation project.
- Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety:** Resources for improving patient safety.
- TeamSTEPPS Training Eligibility:** Information about who can participate in the training.
- Are You Ready for TeamSTEPPS?:** Information about the readiness assessment tool.
- TeamSTEPPS Tools and Materials:** Resources for implementing the program.

ノンテクニカルスキルの分類

- Situation awareness (状況認識)
- Decision-making (意思決定)
- Communication (コミュニケーション)
- Teamwork (チームワーク)
- Leadership (リーダーシップ)
- Personal limitation management (個人の限界 (ストレスや疲労) の管理)

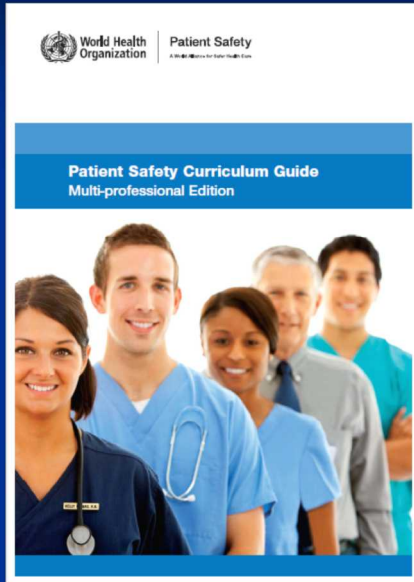
Flin R, Mitchell L. Safer Surgery: Analysing Behaviour in the Operating Theatre. 2009, Ashgate.

大阪大学病院 中島和江先生のHPから

チームSTEPPS

- 4ドメイン
まさに、プロフェッショナルとして必要なノンテクニカルスキルのパッケージ。
- 内科学会認定医・専門医カリキュラムの総合内科分野と付録に掲載。
日本内科学会認定医制度 研修カリキュラム2011
https://www.naika.or.jp/nintei/curriculum/cur_top.html
- 医師としての横断的要素としての重要性

WHO患者安全カリキュラムガイド (多職種バージョン)



- Topic 4 : Being an effective team player
- 効果的なチームプレイヤーであること
- 紹介されている内容の多くは**チームSTEPPS**
- 東京医大医学教育学HPに日本語版
<http://www.tokyo-med.ac.jp/mededu/news/detail2.html>

概要と目標

- チームトレーニングが必要
 - 海外の患者家族からのメッセージ
 - 「人は誰でも間違える」
- チーム医療に必要なコンピテンシーとツールを理解
 - トレーニングの例: チームSTEPPS
- 楽しく学ぶ

内容

- 1) アイスブレイク
- 2) 米国の患者家族ビデオメッセージ
- 3) クイズ
- 4) チームの鎖演習
- 5) チームSTEPPSのツールの説明
- 6) 実例のビデオを見て頂いてQ & A

チーム	グループ
目的は合意の上で意思決定	しばしば目的は決定されないまま
不同意は分析し解決する	不同意は未解決のまま
目的は良く理解され、チーム全員が受け入れている	目的はしばしば同意されていない
すべてのメンバーがアイデアに貢献	個人的感情は隠されている
どうすれば機能するか、頻回に検討している	どうすれば機能するかの議論は排除されている
ルールはすべてのメンバーが理解している	各メンバーはグループ内の各自の役割に固執している
臨機応変にリーダーシップはシェアされる	リーダーシップは固定されている

WHO's World Alliance for Patient Safety

Arabic:	سلامة المريض
Chinese:	患者安全
Dutch:	Patiëntveiligheid
English:	Patient Safety
French:	Sécurité des patients
German:	Patientensicherheit
Greek:	Ασφάλεια του Ασθενούς
Italian:	Sicurezza del Paziente
Russian:	Безопасность пациентов
Slovene:	Varnost bolnikov
Spanish:	Seguridad clínica
Swahili:	Usalama wa Wagonjwa
Swedish:	Patientsäkerhet

患者家族からの メッセージ

TeamSTEPPS
ビデオ

- スー・シェリダンさんの息子のキャル君は1995年3月23日に米国の大病院で健康な男児として生まれました。生後間もないキャル君の黄疸がひどくなるので、スーさんは医療者に心配であることを何度も訴えましたが、初めての出産で心配のしすぎだと、とりあってもらえませんでした。ようやく入院して血液検査でビリルビン高値がわかりましたが、光線療法のみで大丈夫とのことでした。しかしながら症状は悪化し、後に典型的な重症の核黄疸と診断され、今でも全身が不自由な生活をおくっています。その後の調査で研修医がカルテに血液型を誤って記入しており、親子の血液型不適合であることが見逃されていることがわかりました。

- スーさんの夫であるパットさんは、1999年に頸部の脊髄腫瘍が見つかり、米国でベストと言われた脳外科医のいる病院で手術を受けました。術中の病理診断で「非定型的紡錘細胞腫瘍」と連絡があり、執刀医は良性と判断しましたが、病理医は悪性を疑っていました。術後21日目に病理から「滑膜細胞肉腫」という最終報告書が出ましたが、執刀医が目を通すことはなく、6カ月間放置されました。パットさんの脊髄腫瘍はその後、痛みを伴って再発し、7回の手術と9カ月におよぶ化学療法、数回の放射線療法の末、亡くなりました。

- スーさんは医療者に訴えています:「ミスは一人の責任ではありませんが.....もしもシステムによる真の安全文化が実践されていたら」「私達家族の医療システムへの信頼は裏切られました.....障害があっても決してあきらめずに患者安全に取り組んで下さい」と。

病理に関する医療事故 (検体取り違い)

治療への影響		件数
患者を間違えて治療した	(手術)	6
	(その他)	0
患者を間違えてはないが間違った治療をした	(手術)	2
	(その他)	0
再度検査を実施した		1
癌の局在が不明になった		1
なし		3
不明		1

(公財)日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部 後信

病理に関する医療事故 (判定間違い)

臓器	術前・術中病理検査		治療	術後病理検査		備考
	検査	結果		検査	結果	
乳腺	細胞診	ClassV	手術	組織診	硬化性腺症	
腎臓	術中迅速組織診	悪性を示唆	左腎臓全摘	組織診	良性	
乳腺	細胞診	ClassIV (コメント「術中細胞診で確認してください」あり。)	左乳房切断、腋窩リンパ節郭清	組織診	良性	
腕頭動脈	—	—	右腕頭動脈瘤切除・再建	組織診	仮性動脈瘤	確定診断後、病的骨折の発症を契機に、血管肉腫と判明
乳腺	細胞診	悪性	右乳房部分切除術、センチネルリンパ節生検	組織診	放射線瘢痕	
胃	①組織診 ②術中迅速組織診	低分化腺癌と印環細胞癌 口側断端陽性	胃全摘、食道追加切除	組織診	口側断端陰性	

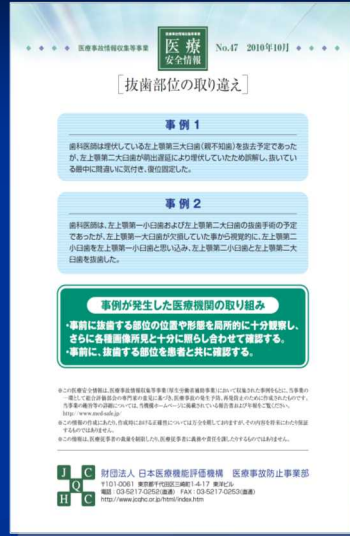
(公財)日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部 後信

病理に関する医療事故 (検査結果見忘れ／見落とし)

事例 No.	検査結果見忘れ／見落としに気付いた理由	治療への影響
1	症状が悪化して外来受診し気付いた	癌の治療が遅れた
2	症状が悪化し再度生検し気付いた	癌の治療が遅れた
3	症状が悪化し気付いた	癌の治療が遅れた
4	次の回の内視鏡検査の際に気付いた	癌の治療が遅れた
5	結果の異なる病理検査結果報告書が提出されたために気付いた	なし
6	症状が悪化して再度生検した際に気付いた	癌の治療が遅れた
7	定期的な外来受診時に別の医師が悪性の検査結果に言及したことから気付いた	癌の治療が遅れた

(公財)日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部 後信

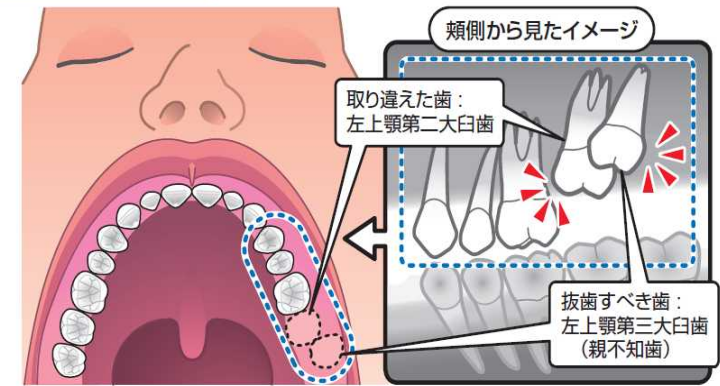
抜歯部位の取り違い



(公財)日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部 後信

抜歯部位の取り違い

事例1のイメージ図



◆報告されている11件のうち9件は、隣の歯との誤認によるものです。

(公財)日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部 後信

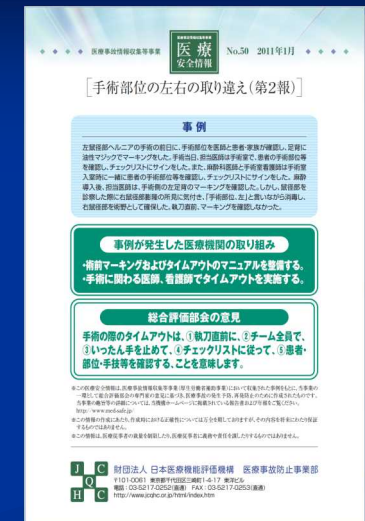
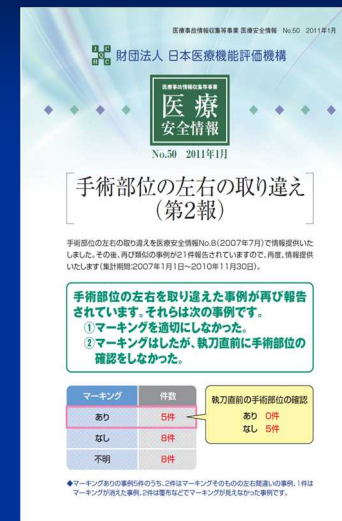
抜歯部位の取り違い

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・事前に抜歯する部位の位置や形態を局所的に十分観察し、さらに各種画像所見と十分に照らし合わせて確認する。
- ・事前に、抜歯する部位を患者と共に確認する。

(公財)日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部 後信

手術部位の左右の取り違い (第2報)【第50号】



(公財)日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部 後信

手術部位の左右の取り違い (第2報)【第50号】

マーキング	件数	執刀直前の手術部位の確認
あり	5件	あり 0件 なし 5件
なし	8件	
不明	8件	

◆マーキングありの事例5件のうち、2件はマーキングそのものの左右間違いの事例、1件はマーキングが消えた事例、2件は覆布などでマーキングが見えなかった事例です。

(公財)日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部 後信

手術部位の左右の取り違い (第2報)【第50号】

事例が発生した医療機関の取り組み

- ・術前マーキングおよびタイムアウトのマニュアルを整備する。
- ・手術に関わる医師、看護師でタイムアウトを実施する。

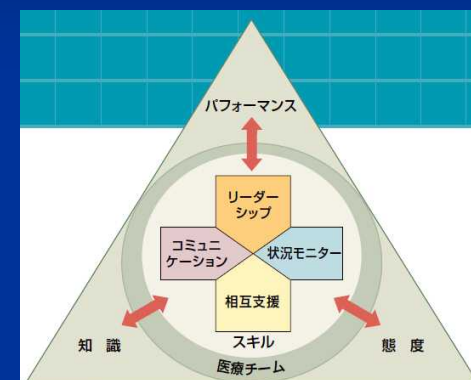
総合評価部会の意見

手術の際のタイムアウトは、①執刀直前に、②チーム全員で、③いったん手を止めて、④チェックリストに従って、⑤患者・部位・手技等を確認する、ことを意味します。

(公財)日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部 後信



「チーム医療」とは何ですか？ 何ができるとよいですか？



チームSTEPPS

グループ演習：チームの鎖 ①

1. チームの活動を観察する観察者を決める
観察者に徹する。助言はしない！！
作業者は5名、観察者にはシート配布します。
2. 紙(A4)をはさみで切って短冊をつくる
3. 短冊をノリではりつけて輪を作る
4. 別の輪をつくり、このときさきに作った輪に通して鎖状にする
5. 同様の作業を繰り返す
6. 指定された時間内(2分間)に、できるだけ長い鎖をつくる(鎖の輪の数を競います！)
* 形は問わず。1回、1回の使った紙は片付けます。

グループ演習：チームの鎖 ②

- * 全ての作業を左手だけ(右利きの方)を使って行う
利き手は後ろに回す
- 紙(A4)をはさみで切って短冊をつくる
- 短冊をノリではりつけて輪を作る
- 別の輪をつくり、このときさきに作った輪に通して鎖状にする
- 同様の作業を繰り返す
- 指定された時間内(2分間)に、できるだけ長い鎖をつくる(鎖の輪の数を競います！)
- 観察者は両手を使わないように注意をして下さい。

グループ演習：チームの鎖 ③

- * 左手だけを使い(利き手は後ろ)、かつ
- * 会話は禁止！！
- 紙(A4)をはさみで切って短冊をつくる
- 短冊をノリではりつけて輪を作る
- 別の輪をつくり、このときさきに作った輪に通して鎖状にする
- 同様の作業を繰り返す
- 指定された時間内(2分間)に、できるだけ長い鎖をつくる(鎖の輪の数を競います！)

* 開始する前だけグループ内で相談できます

観察のポイント

- 誰がリーダーシップをとっているか？
- 各メンバーの役割は明確か？
- 他のメンバーをお互いに支援・助け合っているか？
- 誰かチームの全体の状況を把握しているか？
- コミュニケーション
 - うまくいっているところは？
 - うまくいっていないところは？
- その他感想など

やってみて

- チームとしてうまく進める工夫は？
- うまく行かなかった点は？
- 相談する時間がどのように役立ちましたか？
- 会話しなかったことの影響は？
- その他感想など

皆様

- 日常の臨床の現場で似たような経験はありませんか？
 - うまいかなかった経験
 - うまいった経験

チームワークコンピテンシー	行動とスキル	ツールと戦略
リーダーシップ: 指示や調整, 作業の割当て, チームメンバーの動機づけ, リソースのやり繰りを行い, チームのパフォーマンスが最適になるように促進する能力	チームメンバーの役割を明確にする. 期待されるパフォーマンスを示す. チームのイベント(ブリーフィング, ハドル, デブリーフィング等)を行う. チームの問題解決を促進する.	● リソースマネジメント ● 権限の委譲 ● ブリーフィング(打ち合わせ) ● ハドル(途中協議・相談) ● デブリーフィング(振り返り)
状況モニター: チームの置かれている環境に対して共通の理解を發展させ, 適切な戦略を用いてチームメイトのパフォーマンスを正しくモニターし, 共通のメンタルモデルを維持する能力	チームメンバーの行動を相互モニターし, お互いのニーズを予想し予測する. 早めにフィードバックを行い, チームメンバーが自分自身で修正することができる. セイフティーネットを構築する. お互いを気にかける.	● 状況認識 ● 相互モニター ● STEP(ステップ) ● I'M SAFE チェックリスト

STEP (ステップ)

医療の提供において状況をモニターするための手段

状況モニターの要素

I'M SAFE チェックリスト
(自己管理チェックリスト)

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

個々のチームメンバーの責任...

STEP

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

相互支援:

正確な認識によって、他のチームメンバーのニーズを予想し、作業量が多い時や、プレッシャーを強いられている時に、作業を委譲してバランスを保つ能力

活用できるチームメンバーに責任を委譲することにより作業配分の欠陥を修正する。建設的および評価的なフィードバックを受けたり与えたりする。対立を解決する。患者擁護や主張を行う。

- 作業支援
- フィードバック
- 患者擁護(アドボカシー)と主張(アサーション)
- 2回チャレンジルール
- CUS(カス)
- DESC(デスク)スクリプト
- 協働

コミュニケーション:

手段に関係なく、チームメンバー間で情報を効果的に交換する能力

定式化されたコミュニケーション技術により、重要な情報を伝える。伝えられた情報が理解されていることを、追加確認と承認を通して確かめる。

- SBAR(エスバー)
- コールアウト(声出し確認)
- チェックバック(再確認)
- ハンドオフ(引き継ぎ)
- I PASS the BATON(「バトンを手渡す」)

相互支援: CUS (or 心不全)

- I am **C**oncerned !
 - 気になります、**心**配です
- I am **U**ncomfortable !!
 - **不**安です
- This is **S**afety issue !!!
 - **安全**の問題です

心
不
全

コミュニケーション: SBAR (or がんばあつて)

- Situation 状況
 - **患**者さんに何が起きていますか？
- Background 背景(**バ**ックグラウンド)
 - 臨床的背景と状況は何ですか？
- Assessment 評価(**ア**セスメント)
 - 何が問題だと思いますか？
- Recommendation/Request **提**案・**要**求
 - それを解決するには何をすればよいですか？

がん
ば
(あ)
つて

実例 前後比較 TeamSTEPPSビデオ

- うまくいっているところは？
- 改善の必要なところは？
- 前のビデオ: 数分話し合っポイント抽出してみてください。
- 後のビデオ: 改善点や使っていたツールなどを指摘してください。

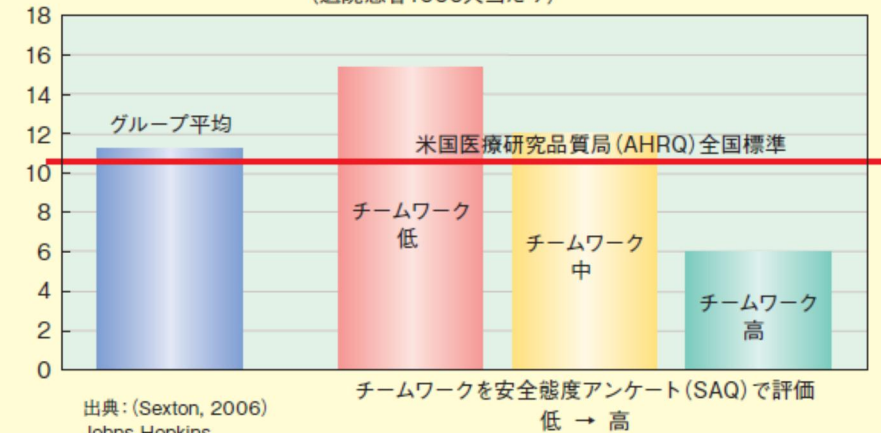
以前(個人中心)

単焦点的 (臨床技能のみ)
個人のパフォーマンス
情報不足での意志決定
チームワークの理解不足
アンバランスな作業負荷
情報の保持
自己主張
個人としての向上
個人としての効率性

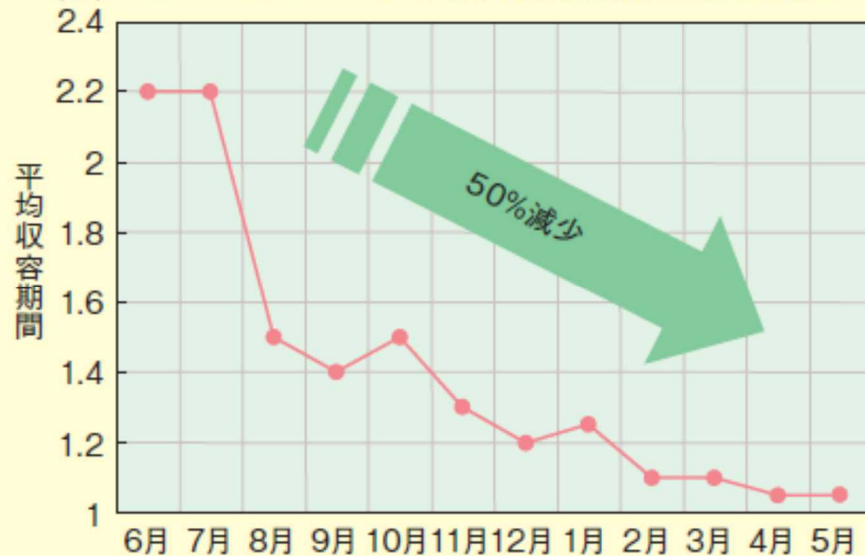
今後(チーム志向)

複焦点的 (臨床技能とチームスキル)
チームのパフォーマンス
十分な情報に基づく意志決定
チームワークの明確な理解
マネジメントされた作業負荷
情報の共有
相互支援
チームとしての向上
チームとしての効率性

手術室のチームワークと術後敗血症発症率
(退院患者1000人当たり)



(日) チームトレーニング後の集中治療室収容期間



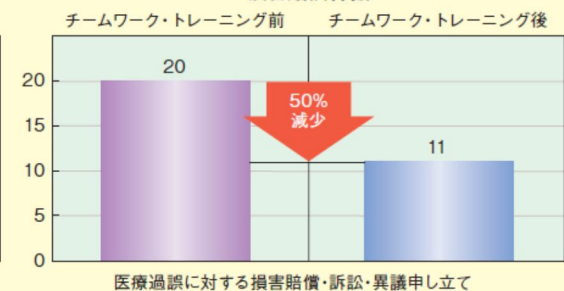
出典: (Pronovost, 2003)
Johns Hopkins
Journal of Critical Care Medicine

有害事象件数



出典: (Mann, 2006)
Beth Israel Deaconess Medical Center
Contemporary OB/GYN

損害賠償件数



医療過誤に対する損害賠償・訴訟・異議申し立て

ツールはあくまでもツールです。
大切なのは風土・文化・雰囲気！！
改革への8ステップ



ノンテクニカルスキル教育の柱

