

厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）
分担研究報告書

病院職員に対する医療安全教育の現状調査
—新入職員・新入職員以外の職員に対して—

研究協力者 太田 久子（日本医科大学付属病院医療安全室）
石川 雅彦（国立保健医療科学院）

研究要旨

医療安全は組織として取り組む必要があり、全職員が安全意識を高めることが重要である。そのためには、全職員が医療安全を共通理解するために医療安全教育が不可欠と考える。新入職員は事故報告件数が多いこともあり、各施設の特徴や報告内容を踏まえ技術指導を中心に医療安全教育の取り組みが行われていると思われる。また医療従事者の中で医師、看護師、看護師以外のコ・メディカル（以下、技術職）や事務職へは、個人の事故防止のみならず、指導的立場で安全な職場環境を設け、全職員で医療安全に取り組めるように全職員を対象にした医療安全教育が必要である。そこで、今回は特に患者に接する機会の多い医師、看護師、技術職、事務職に対し、各施設での医療安全教育の傾向を知るためにアンケート調査を行った。41施設の調査結果から、院内の教育方法は講演が多く、講演回数は年2回、講演の職員参加割合は40%以下。新入職員の初期時の教育時間、1日が研修医76%、看護師73%、技術職70%、事務職81%であった。分析手法の教育を行っている割合が低かった。職種間による医療安全教育の傾向は類似していた。この結果から全職員を対象にした医療安全教育の工夫、職場での教育が重要性であることが示唆された。

A. 研究目的

医療安全は、全職員一人ひとりが安全意識を高め、組織として取り組むことが重要である。そのためには全職員を対象にした、医療安全に関する教育が不可欠である。

特に新入職員はインシデント・アクシデントの報告件数が多い傾向にあるため、新入職員に当事者になりえることを自覚させ、事故防止のため各施設で各職種の特徴を踏まえた技術教育、事故発生時の対応、報告システムや医療安全教育が行われていることが論文等で多く伝えられている。しかし、看護職以外の職種への医療安全教育が述べられているものが少なく、今回新人職員と新入職員以外の医師、看護師、看護師以外のコ・メディカル（技術職）、事務職に医療安全教育がどのように行われているかを知り今後の院内安全教育の示唆にしたいと考えアンケート調査を行った。

B. 研究方法

1. 調査対象：84施設の安全管理者
2. 調査方法：アンケート調査

アンケートの内容は、

- (1) 医療安全教育の方法
 - (2) 講演の頻度
 - (3) 講演・医療安全教育に要する時間
 - (4) 講演参加頻度
 - (5) 教育を担当する講師について
 - (6) 医療安全教育の重点課題
 - (7) 医療安全管理に必要と思われる下記項目の実施状況
 - ①自院における医療安全管理体制
 - ②報告体制（報告の流れ・報告書の記載など）
 - ③分析手法
 - ④インフォームド・コンセント
 - ⑤チーム医療・コミュニケーション（患者・家族・職種間）
 - ⑥事故に関連したヒューマンファクター
 - ⑦接遇
 - ⑧苦情・クレーム対応
 - ⑨防災・災害訓練
- さらに、新入職員に対しては9項目に
- ⑩病院の理念、職務

①責務と法的責任の2項目を追加した。

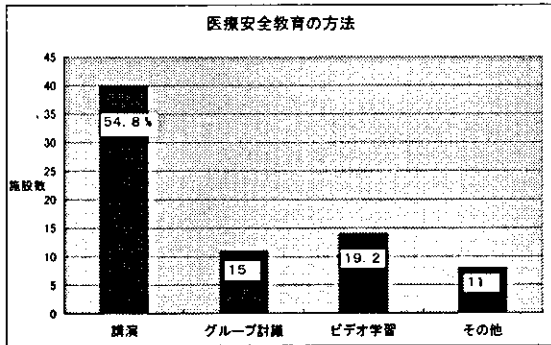
3. 調査期間：平成17年2月8日～2月28日

4. 分析方法：クロス集計、単純集計

C. 研究結果

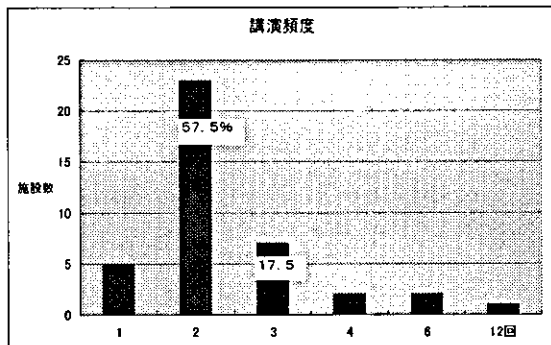
回収率48.8% (依頼数84施設、回収数41施設)であった。

1. 全職員への医療安全教育の方法



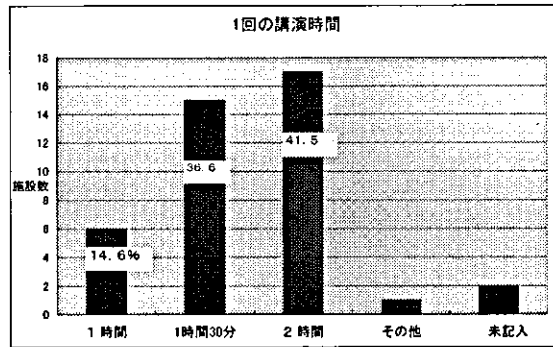
医療安全講演は40施設で行っており、教育方法の54.8%であった。次いでビデオ14施設(15%)、グループ討議11施設、その他8施設であった。その他として、事例検討会、事例発表会、デモンストラーションなどであった。

2. 1年間の講演頻度



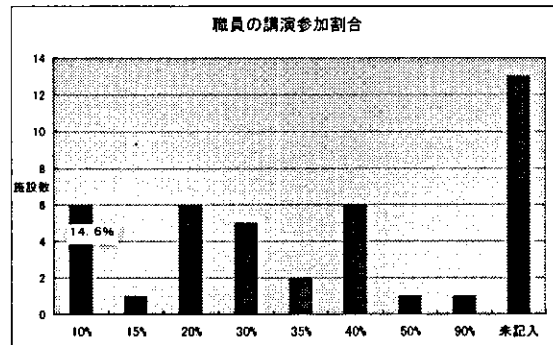
1年間の講演回数は2回が最も多く23施設(57.5%)で、3回が7施設、1回が5施設であった。12回と答えている1施設の内容は部署・職種毎のQA報告などが含まれていた。

3. 1回の講演時間

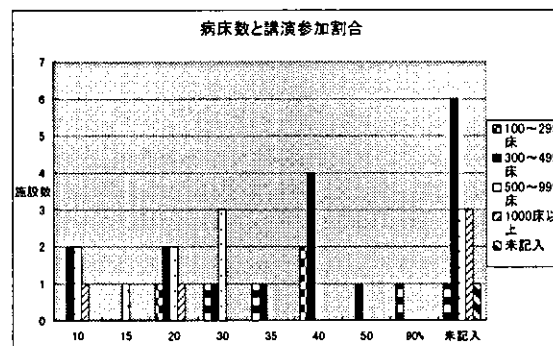


1回の講演時間は、2時間が16施設(43.2%)と多く、次いで12施設が1時間30分であった。

4. 1回の講演に参加する職員参加割合

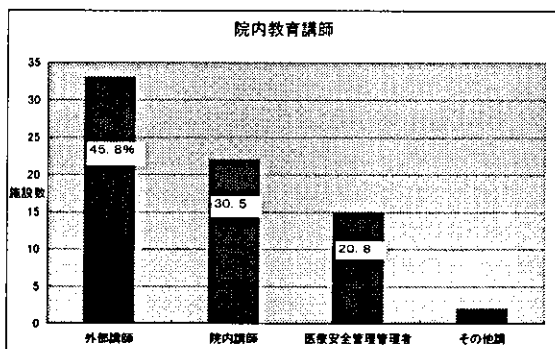


職員の講演参加割合は、10%、20%、40%が各6施設であった。参加割合が40%以下は63.4%であった。1施設で90%の職員が参加していた。



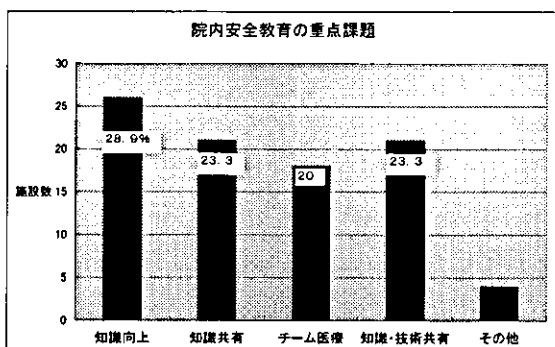
未記入を除き、病床数と職員の講演参加割合を見ると、500床以上の病床を有する施設の参加割合は10~30%までであった。499床以下の病床数の施設では参加割合が全ての割合に見られた。1施設は90%の職員が参加していた。

5. 教育を担当する講師



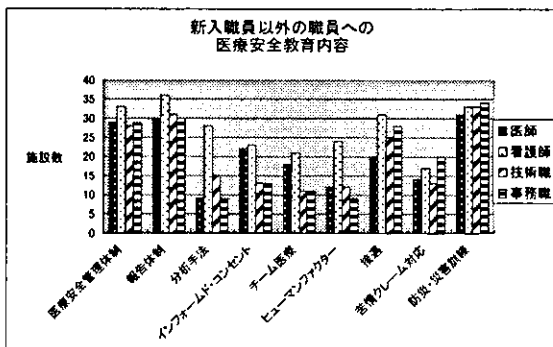
医療安全教育を担当する講師は、外部講師が33施設(45.8%)と多く、内部講師の22施設(30.6%)、医療安全管理者15施設(20.8%)であった。

6. 医療安全教育の重点課題



医療安全教育の重点課題として「知識の向上」と述べた施設は26施設(28.9%)、「事例や問題を提議し知識・技術を共有」、「他職種間で知識を共有」は21施設(23.3%)、「チーム医療」18施設であった。その他の重点課題として意識改革などであった。

7. 講演・ビデオ学習以外の医療安全教育について

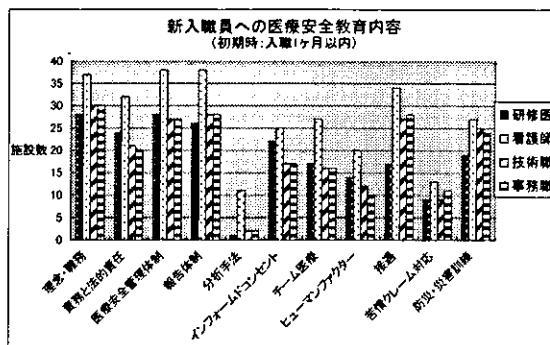


(1)新入職員以外の職員に医療安全教育を行っている施設が37施設(90.2%)で、行っていない施設が5施設であった。行っていない理由としては、「適切な講師がない」が3件、「教育の時

間がない」が2件、「その他」3件で、その他の内容は「教育プログラムがない」「講師料がない」などであった。

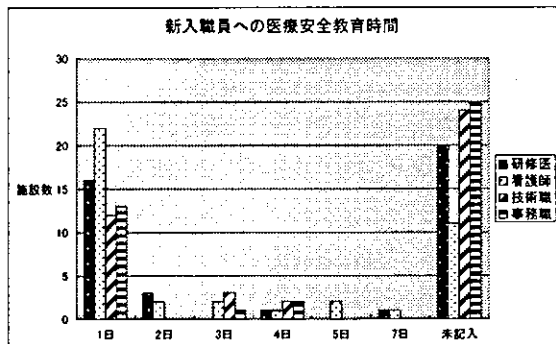
(2)医療安全教育を行っているとした37施設を見ると、新入職員以外の医師、看護師、技術職、事務職の9項目の教育状況は、「苦情・クレーム対応」「防災・災害訓練」が、事務職に多かった。それ以外の項目において看護師へ医療安全教育が他職種より多くの施設で行われていた。「自院における医療安全管理体制」と「報告体制」「接遇」「防災・災害訓練」は全職種において多くの施設で教育が行われていることがわかった。

8. 新入職員への医療安全教育について



41施設、全ての施設で新入職員に何らかの医療安全教育が行われていた。初期教育(入職1ヶ月以内に行われる教育)の傾向を見ると、全ての項目で新入看護師への医療安全教育が他職種より、多くの施設で行われていることがわかった。「分析手法」の教育は新入看護師11施設、研修医1施設、技術職、事務職2施設と少なかった。研修医は「医療安全管理体制」、「職務と法的責任」、「インフォームド・コンセント」、「ヒューマンファクター」が看護師について多くの施設で教育されていた。

9. 新入職員への医療安全教育時間

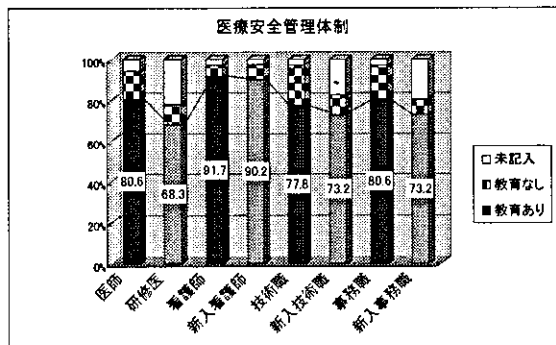


新入職員への医療安全初期教育時間は1日が全職種に多い。未記入を除き職種別に1日の教育時間割合を見ると、研修医 76.2%、新入看護師 73.3%、技術職 70.6%、事務職 81.3%であった。

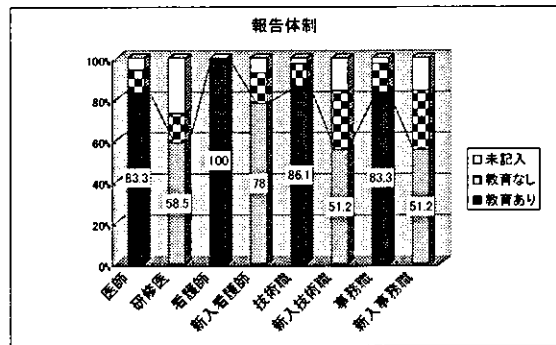
10. 新入職員と新入職員以外の職員への教育状況比較

医療安全教育を新入職員に行っている 41 施設と、新入職員以外の職員に行っている 36 施設を比較した。

1) 「医療安全管理体制」は全てにおいて 68%以上であった。

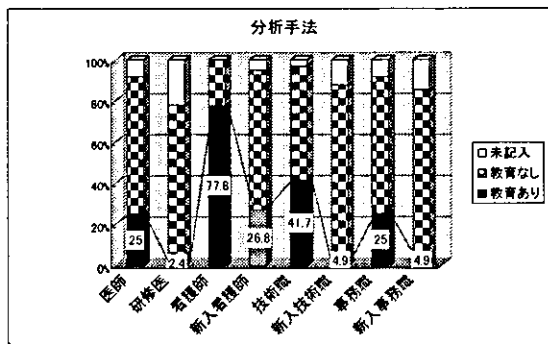


2) 「報告体制」は、看護師 100%で、新入看護師は医師、78%、他の新入職員は 50%台であった。

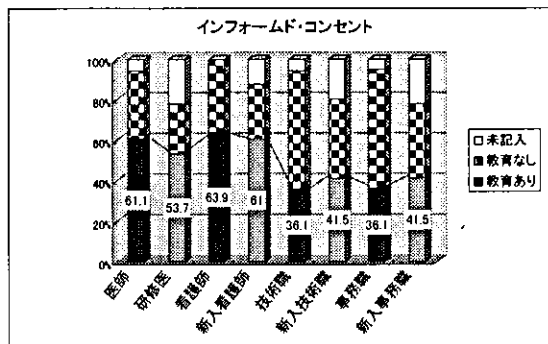


3) 「分析手法」は、看護師の 77.8%が最も高く

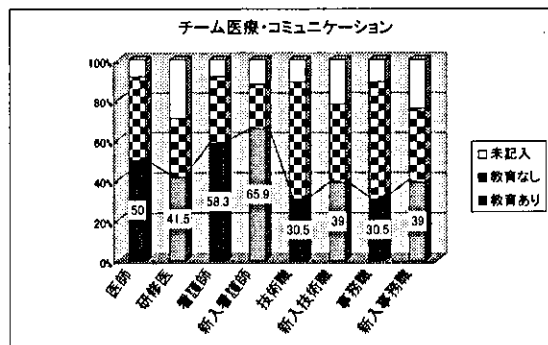
次いで技術職の 41.7%であった。新入職員においては、新入看護師の 26.8%が高く、他の新入職員は 5%以下であった。医師、看護師、技術職、事務職全ての職種に教育が行われているのは 8 施設であった。



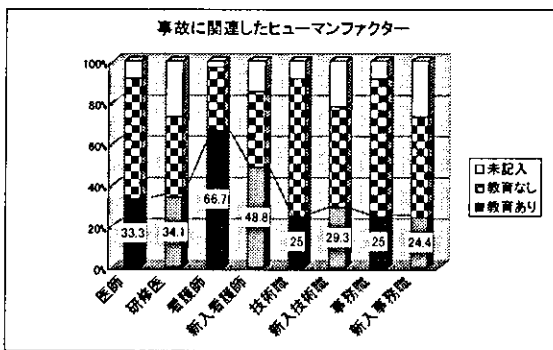
4) 「インフォームド・コンセント」は、看護師 (63.9%)、医師 (61.1%)、新入看護師 (61%)、研修医 (53.7%) が技術職、事務職より高かった。



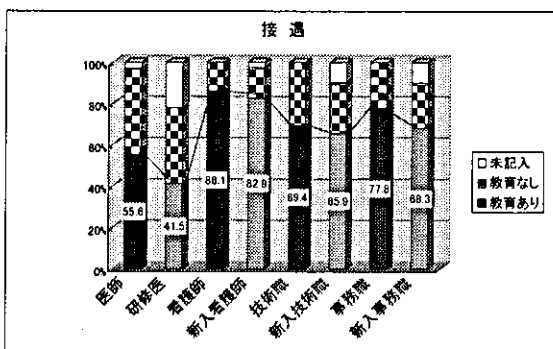
5) 「チーム医療・コミュニケーション」は新入看護師の 65.9%が最も高く、次いで看護師の 58.3%、医師 50%、研修医 41.5%であった。他の職種は 30%台であった。



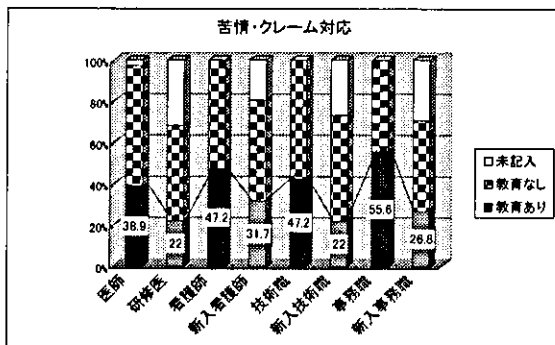
6) 「事故の関連するヒューマンファクター」は、看護師の 66.7%が最も高く、次いで新入看護師の 48.8%であった。他の職種は 34%以下と低い傾向であった。



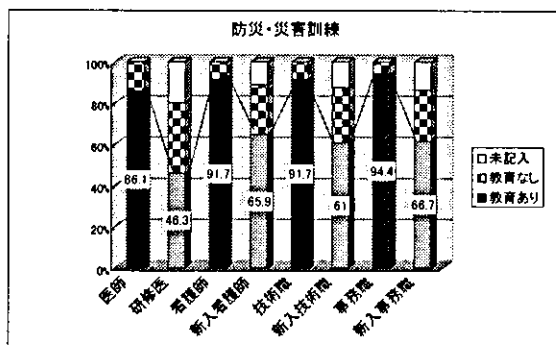
7) 「接遇」は看護師の86.1%が最も高く、次いで新入看護師82.9%であった。研修医41.5%が最も低かった。



8) 「苦情・クレーム対応」は全体に低い傾向にあり、その中でも事務職の55.6%が最も高かった。



9) 「防災・災害訓練」は新入職員以外の全職種で86%以上であった。



D. 考察

医療安全教育方法を見ると、講演が40施設と最も多く、他グループ討議やビデオ学習が行われていた。新入職員への医療安全教育は全施設で行われていた。新入職員以外の職員への教育も5施設を除き実施されており、多くの施設で医療安全教育に取り組んでいることがわかった。しかし講演の回数は年2回が23施設で教育方法の57.5%で最も多く、1回の講演時間は2時間以内であった。講演への職員の参加割合は10%から40%が多く、50%、90%参加の施設が各1施設あった。医療安全教育の講演に全職員が同時に参加することは病院という環境においては不可能であり、年間の講演回数を増やすことも、時間や講師、講演料の問題もあり、難しい施設もあると思われるので、ビデオ・CDなどを用いて講演内容を聴講できるような環境を作ることも重要と思われる。また職員の興味、関心のあるテーマの選択や、多くの職員が参加するように、講演のPR活動も重要な課題である。なお「分析手法」は新入職員への教育が少なかった。これは分析手法の教育には時間がかかり、新入職員への教育時間に制限があるため初期時の教育に入れにくいことが考えられる。医療安全教育時間を1時間と述べている5施設で「分析手法」の教育を行っているが、「分析手法」の紹介に止まっていると思われる。実際に手法を用い学習するのは新入職員以外の職員への医療安全教育の中で行われていると考えられる。また「分析手法」を教育する人材を確保する困難さも教育に取り組みにくい要因と考えられる。「防災・災害訓練」は義務づけられていることと全職員で訓練が行われるため、全職種の参加が多いと言える。

新入職員の教育項目を見ると、全施設で何らかの医療安全教育が行われていた。また全ての項目において看護職が他の職種より多くの施設で取り組んでいることがわかった。

8) 新入職員の教育内容は、それ以外の職員に比較して、分析手法と苦情・クレーム対応の項目の実施が少なかった。

9) 新入職員への教育時間は、全職種とも1日が多かった(研修医76.2%、看護師73.3%、技術職

70.6%、事務職 81.3%)。

E. 結論

- 1) 新入職員の初期教育時間が少ない施設が多く、講演の参加への働きかけや現場での医療安全教育の実施が重要となる。
- 2) 新入職員の教育時期を入職初期以外にも設定し、年間を通した教育プログラムを策定した継続教育が必要と考える。
- 3) 分析手法は、多職種で医療事故を分析しながら、要因や対策を考えるため、教育手段として有効であり、新入職員の参加も考慮すべきと考える。しかし、分析作業に時間を要するため、今後、医療安全教育の現場にいかに浸透するかが課題である。

謝辞

本研究にあたり、ご指導いただきました国立保健医療科学院の石川雅彦先生、アンケート作成に協力いただいた研修生の高澤弘美さん、またお忙しい中、アンケートにご協力いただいた医療機関の皆様に深く感謝いたします。

参考文献

- 1) 医療安全をつくる教育と研修 看護展望 1月臨時増刊号 メヂカルフレンド社 Vol. 28 No. 2 2003
- 2) 医療事故防止教育ガイド 日総研 2004
- 3) 国立保健科学院病院管理講義資料集 2004
- 4) 特集 医療事故を防ぐために 看護 Vol. 56 No. 2004
- 5) 「安全管理」の授業 看護事故防止を中心に 医学書院 2003

資料

医療専門職の教育 (Health Professions Education) 要約

2001年のIOM (Institute of Medicine) レポート「質の狭間を越えて：21世紀の新しい医療システム」(Quality Chasm 報告)は、患者ケアの質と安全性の強化のため、医学教育改善に関する職種横断的サミットの開催を推奨した。これを受けて2002年6月に教育サミットが開催され、関連領域から150人が参加した。

本報告では、医学教育にコンピテンシーのコア・セット(患者中心のケア、職種横断的チーム、根拠に基づいた診療、質の改善、ITの活用)を組み込むことに重点を置き、教育プログラム監視プロセス、トレーニング環境、研究、国民への報告、リーダーシップに関するアプローチの方法についての推奨を行った。特に教育プログラム監視組織には、認証や資格証明の過程にコア・コンピテンシーを組み込むことを推奨している。

目指すべき目標は、患者のニーズや医療システムの変化に対応できるような“良き臨床家”を養成する、結果に基づいた教育システムの構築である。

医学教育は大規模なオーバーホールを要しており、患者の人口構成や願望、変わり行く医療システム、診療基準や人員配置の変化、新しい知見、質の改善、新しい技術に追いついていない、十分に対応できていないといった単純なものではない。

- ・ 卒前・卒後・生涯教育のいずれにおいても、患者の変化に対処できるような適切な人材養成が行われていない。

米国の患者は、多様化、高齢化が進み、複数の慢性疾患に悩まされる人が増えており、健康情報へ要求が増大している。このような状況下では、臨床医は様々な患者の期待や価値観に対応するスキル(継続的でタイムリーな患者管理、医療チーム・場所・時間軸を通じたケアの提供と調整、患者の行動や生活様式の変容のサポート)が要求されるが、いずれも現在の臨床教育に不足しているものである。

- ・ 診療現場では、医療従事者はチームで働き、患者を支援することを求められるが、異なる職種が一緒に教育を受けることは無く、チームベースのスキルの訓練を受けていない。
- ・ また、彼らは急速に拡大するエビデンス(診療の意思決定は根拠に基づくのが理想)に直面するが、エビデンスの検索、吟味、診療への応用の方法を系統的に学んでいない。
- ・ 良質のケアと実際のケアのギャップが指摘されているのにもかかわらず、医療従事者(学生)は、エラーの根本原因や質的問題の分析、システム改善に役立つ教育を受ける機会がない。
- ・ 臨床家は最先端の技術に関する訓練は受けているが、情報科学の基礎訓練を受けていないことが多い。

この領域の訓練により、複雑疾患に関する最新の文献取得が容易になり、禁忌処方やエラーの自動検出が可能なオーダリングシステムが使えるようになる。

質の狭間に橋かける

最近の研究によれば、医療の質の問題による傷害負担の程度は驚くべきものがあり、医療過誤は、毎年何万人もの米国人を死に至らしめ、何十万人もの米国人を外傷や病気で苦しめている。

また医療サービスの過使用、誤用、過少使用の蔓延も指摘されている。安全と質はシステムの問題であり、単に医療従事者に頑張りを強いることでは問題の解決にはならない。医療の質の6目標（安全、効果、患者中心、適時性、効率、公平）を達成するには、小手先の改善ではなく思い切った医療システムの改革が必要である。Quality Chasm 報告では、臨床家がこの課題を実行するために必要なコンピテンシーを提示しており、医療スタッフの教育方法、配置、責任について、更なる研究が必要としている。

医療従事者教育サミット

2002年6月17～18日に医学教育サミットが開催された。参加者は看護、医学、薬学、その他のコメディカルの教育者と学生、職能団体、認証団体、医療施設、消費者、政策作成者等で、組織委員会が推奨した5つのコンピテンシー領域（患者中心のケア、職種横断的チーム、根拠に基づいた診療、質の改善、IT）に対する戦略とアクションの作成を行った。

医学教育に対する新ビジョン

組織委員会では、Quality Chasm 報告で記述された理想的な21世紀の医療システムを念頭に、医療従事者教育に対する新ビジョンを作成した。

All health professionals should be educated to deliver patient-centered care as members of an interdisciplinary team, emphasizing evidence-based practice, quality improvement approaches, and informatics.

すべての医療従事者は、根拠に基づいた診療、質改善アプローチ、ITを活用して、多職種チームのメンバーとして患者中心の医療を提供するために教育されるべきである。

この新ビジョンは、医学教育の基礎に組み込まれておらず、また認証プロセス、財政調整の支援も受けていない。これに対処すべく、委員会では、“職種に関わらずすべての医療従事者が持つべき5つのコア・コンピテンシー”を提案した。（ここで言うコンピテンシーとは、“日常診療におけるコミュニケーション、知識、技術、臨床的推論、情緒、価値観、振り返りの習慣的かつ分別ある使用”のことである。）

医療従事者に必要なコア・コンピテンシー

・患者中心の医療の提供

患者の相違、価値観、好み、ニーズを同定、尊重、注意を払う。例えば、痛みや悩みを和らげ、連続したケアをコーディネートし、患者の話を良く聞き、明確に説明し、コミュニケーション、教育を行う。また診療に関わる意思決定や管理を患者と共有し、常に疾病の予防、ウェルネス、健康的なライフスタイルの増進について言及する（集団の健康を含む）。

・チームとして協働

ケアを連続的で信頼あるものにするために、協力、協働、コミュニケーションし、統合したチームとしてケアを行なう。

・根拠に基づいた医療の実践

理想的なケアを行うために、最善の研究結果と患者の価値観を取り入れる。またできるだけ学習、研究活動に参加する。

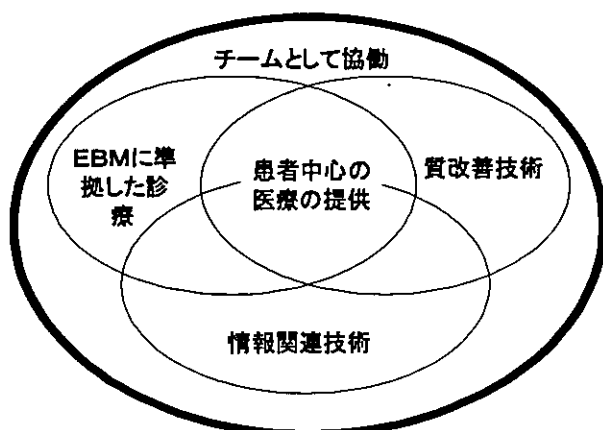
・質改善活動

エラーや危険を同定し、（標準化や単純化などの）基本的な安全原則を理解・実践し、常に患者や地域のニーズに関連したケアの質を理解・測定し（構造、プロセス、アウトカム）、質向上のために、プロセスや診療システムの変革を設計し介入を試みる。

・ITの活用

ITを用いて、コミュニケーション、知識の管理、エラーの軽減、意思決定支援を行う。

5つのコア・コンピテンシーの関係



5つのコンピテンシーは相互に関係しており、同時に適用されることにより最大の効果を発揮する。またその内容や組み合わせは、状況、職種（機能）により異なる。この5つはあくまですべての医療職に共通したコア・コンピテンシーであり、すべてのコンピテンシーを網羅したものではない。

5つのコンピテンシーの起源

米国では医療に関する様々な取り組みが行われてきたが、臨床家には患者のニーズに対処すべくより良い診療システムの構築が求められている。Quality Chasm 報告では、患者のニーズにあった医療システムへのための10の重要なルールを明らかにしている。委員会はこの5つのコンピテンシーが、どの職種やどの経験レベル（学生～専門家、指導者）においても共通のもので、10の規則の推進につながると考えている。

新しい医療システムの10のルール

1. ケアは連続的である

医療従事者は、患者が必要とするときには、（対面診察のみではなく）あらゆる形式でケア

を提供するべきである。医療従事者は、常に（24時間）対応し、対面サービス以外に、インターネット、電話などを通じたケアを提供するべきである。

2. 診療を患者のニーズや価値観に合わせてカスタマイズする。

医療従事者は、個々の患者の選択や好みに合わせる能力を持つ。

3. 患者が診療(ケア)をコントロールする源である。

医療従事者は、患者の好みを受容し意思決定の共有を図るべきである。

4. 知識は共有され、情報は妨げなく流れる。

医療従事者は、患者が自分の診療情報や臨床的知識への自由なアクセスを支援し、患者との効果的なコミュニケーションや情報共有をするべきである。

5. 意思決定は科学的根拠に基づく。

医療従事者は、入手できる最善の科学的で標準化された知識に基づいたケアを提供するべきである。

6. 安全は組織の資産である。

医療従事者は、エラーを予防・軽減するシステムに、いっそうの注意を払うことにより、安全を確保すべきである。

7. 透明性が不可欠である。

医療従事者は、患者とその家族がすべてのケアの局面についてインフォームドデシジョンができるよう、情報を提示するべきである。

8. ニーズは予測される。

医療従事者は、患者のニーズを予測できなければならない。

9. 無駄を継続的に減少させる。

医療従事者は資源や患者の時間を浪費しないように勤めるべきである。

10. 臨床家同士の協調は最優先である

医療従事者は、適切な情報交換や診療連携を確保するために、積極的に協働しコミュニケーションするべきである。

5つのコアコンピテンシーと10のルールの関係

Rules for the 21 st Century Health System	Provide Patient-Centered Care	Employ Evidence-Based	Apply Quality Improvement	Work in Inter-disciplinary	Utilize Informatics
1. Care is based on continuous healing	x	x	x	x	x
2. Care is customized according to patient	xx	x	x	x	x
3. The patient is the source of control.	x		x		x
4. Knowledge is shared, and information flows	x	x	x	x	x
5. Decision making is evidence-based.	x	x	x	x	x

6. Safety is a system property.		x	x	x	x
7. Transparency is necessary.	x	x	x		x
8. Needs are anticipated.	x	x	x	x	x
9. Waste is continuously decreased.	x	x	x	x	x
10. Cooperation among clinicians is a priority.	x		x	x	x

問題の多いシナリオ (Mrs. Johnson)

Problematic Scenario: Mrs. Johnson

Mrs. Linda Johnson is a married first-year graduate student in her early forties with two children in high school. She made an appointment with her primary care physician, Dr. Grady, because she was always thirsty, increasingly losing weight, irritable, and fatigued.

At the end of her visit, Dr. Grady informed Mrs. Johnson that she needed to have laboratory work done to rule out the possibility of thyroid problems, anemia, or diabetes. He explained that he would call her if the results were abnormal; otherwise, she would receive a letter in the mail.

After 2 weeks of no correspondence from Dr. Grady, Mrs. Johnson called his office nurse to inquire about her test results. He returned her call the next day and apologized because her lab results had been filed in her chart instead of routed to his attention. He informed her that the test results revealed she had Type II diabetes, and she needed to make an appointment with him. Until their next visit, he advised her to watch her diet.

Twenty minutes after the scheduled time for Mrs. Johnson's next appointment, Dr. Grady entered the exam room, apologizing for the delay. During the office visit, he did not elicit additional information regarding her family history. He quickly described the long-term complications of Type II diabetes, such as cardiovascular disease, eye disease, and kidney disease. He told Mrs. Johnson to buy a glucometer to monitor her blood sugar levels, which he explained can be controlled through dietary changes. He made an appointment for her with a dietician in 1 month. Mrs. Johnson had many questions related to how diabetes would impact her roles as a wife, mother, and graduate student, but her discussion with Dr. Grady focused on physical symptoms and he did not address her feelings or include referral to a counselor. Mrs. Johnson left the appointment feeling very frustrated and unsure of how to manage her condition.

After the visit, Dr. Grady dictated his physician notes and documented the necessary information for the diabetes registry. Because of budget constraints and workload, the updating of the diabetes registry was a month behind schedule. As a result, information from the doctor's visit and the lab values were not

available for the dietician's review before she met with Mrs. Johnson.

Because of Mrs. Johnson's hectic schedule, the family diet frequently consisted of fast foods. When conducting the dietary evaluation, the dietician informed Mrs. Johnson that fast foods do not fit into a diabetic's diet. She stated that Mrs. Johnson should make it a priority to prepare well-balanced meals for her family. The dietician informed her about both good foods and bad foods that should be avoided. Her assessment was that Mrs. Johnson was overwhelmed by all the information and would not understand the concept of carbohydrates, so she did not expand on this aspect. The dietician simply encouraged her to snack on fruits and vegetables between meals. She told Mrs. Johnson that before her next visit, she wanted her to work on the changes that needed to be made in her diet. The dietician rescheduled an appointment with Mrs. Johnson in 3 months.

Mrs. Johnson purchased a glucometer from a local discount store. Not having received instructions, she was not sure that she was using the monitor properly even after calling the 1-800 number in the user manual. She brought the monitor to her local pharmacist for instructions. During this visit, the pharmacist reviewed the long-term complications of diabetes and explained the types of medications used to treat the disease, including insulin.

After visiting with the pharmacist, Mrs. Johnson read extensively about the complications of diabetes and became acutely anxious about the possibility of daily insulin injections. As a result, she drastically reduced her food intake because she thought doing so would control her blood sugar levels and prevent complications. Soon Mrs. Johnson developed sleeping difficulties and ongoing anxiety, and missed many of her graduate classes and family activities. As a result, she sought the services of a counselor at the student mental health clinic.

After her appointments with her physician, dietician, and pharmacist, Mrs. Johnson continued to have many questions about diabetes and the effect it would have on her life. Her unanswered questions included whether she should start exercising, whether she could continue to meet her responsibilities to her family, whether her diabetes would have an impact on her graduate studies, and whether she could prevent acute and long-term complications.

診療での5つのコンピテンシー

患者中心の医療の提供

従来の急性期ケア、単発疾患のケアに加えて、慢性疾患に対するケアのニーズが増大している。複数の疾患を持つ患者は、急性期、単発疾患と異なり、長期期間に渡り複数の医療者に掛かる。患者のニーズを考慮しない治療中心の医療者主導型のケアでは、変わり行く患者に対応できない。患者は、個々の好みや信条、環境（家庭生活、仕事、家族関係、文化的背景等）に合わせてカスタマイズされたケアを望んでいる。

*患者と医療者の力と責任の共有

- ・ケアの目的と計画への理解、受容、協力をもたらすように患者と対話する。
- ・家族・友人などのケア提供者を指導、支援する。（意思決定への巻き込み、介護者としての支援、介護者のニーズと貢献度を認識するなどして）
- ・患者の自己管理を理解し尊重する。
- ・身体的快適さと感情的支援を提供する。
- ・疼痛と苦痛を和らげる。
- ・タイムリーでカスタマイズされた専門的管理を提供する。
- ・恐れと不安を軽減する。

*共有されたオープンなコミュニケーション

- ・診療録への自由なアクセスを認める。
- ・患者が理解できる言葉でコミュニケーションし、患者の望む方法（対面、電子メール、インターネット技術）で情報を提供する。
- ・来院の主目的、不安、情報へのニーズを探索する。

*患者の個性、感情的なニーズ、価値観、生活に関する問題の考慮

- ・文化的背景、健康状態、患者が帰属する集団の健康上のニーズを考慮してケアを提供する。
- ・全人的ケアを提供する。

*医療施設に訪れない人々への介入

- ・コミュニティ内の（本来必要なのに）医療施設に訪れない人々の健康ニーズを考慮する。

*予防と健康増進の強調

- ・リスクファクターの同定や軽減、適切なサービス利用のために、集団アプローチ（予防医学、公衆衛生的）を用いる。
- ・集団の健康状態を記述する。
- ・予防や健康維持のためのサービスを提供する。
- ・患者に適した、疾病予防、行動変容を理解し用いる。健康的なライフスタイル、予防、コストの関係を理解する。

職種横断的チームとして協働

医療チームは、様々な専門知識や技術を持つ異なる職種から構成される。それぞれのメンバーの観察、専門性、意思決定は、患者に最適のケアを提供するためにチームとして統合される。

チームはムダなサービスを減らし、メンバーの持つ多様な学問的背景と経験により、さらに創造的な解決策を見出す傾向にある。特に慢性期ケア、重症期ケア、高齢者ケア、緩和ケアの場合は、患者ニーズの複雑さゆえに、チームが円滑に機能する必要がある。

- *他のメンバーの専門知識、バックグラウンド、知識と価値観を学ぶ。
- *協力して働くために、個々の役割とプロセスを学ぶ。
- *基本的な集団の技術（情報伝達、交渉、権限委譲、時間管理、グループダイナミクスの評価等）を示す。
- *正確でタイムリーな情報が、適切な時間に必要とする人に届くようにする。
- *メンバーが離れた場所にいる時でも、ケアをカスタマイズし、ケアの場と時間がスムーズに移行するよう管理する。
- *ケアの優秀性、継続性、信頼性のために、ケアのプロセスを調整、統合する。
- *チームの内の衝突を解決する。
- *メンバーが遠隔地にいても、共通用語で情報連絡する。

これからの医療システムでは、ケアの優秀性、継続性、安全性と信頼性を担保するために、医療者は協力、協調、標準の利点を理解しなければならない。

根拠に基づいた医療の実践

拡大し続ける根拠（エビデンス）を用いることにより、ベストプラクティスを推進し、ケアの過少使用、誤用、濫用を回避することができる。根拠に基づいた診療とは、“ベストエビデンス”、“臨床の専門性”、“意思決定における患者の価値”を統合することである。

- *ベストエビデンスの情報源と検索方法を知る。
- *明確な臨床課題を作成する。
- *ベストエビデンスの中から課題に関連した回答を検索する。
- *患者に照らし合わせて、エビデンスの妥当性、有用性について評価、吟味する。
- *新知見をいつ、どのように診療に取り入れるか決定する。

質改善

悪いデザインのケアやシステムは、サービスの不必要な重複、長い待ち時間と遅れ、安全性の脆弱性につながり、患者に回避可能なエラーや障害をもたらす。医療機関はケアの質を向上させるために（ムダの最小化、エラーの減少、効率の向上）、他の産業で開発された TQM、CQI などの手法を取り入れている。

- *構造、プロセス、結果の視点からケアの質を理解し測定する。
 - －構造（患者、スタッフや環境などのシステムへの入力）
 - －プロセス（患者と医療従事者の相互作用）

－結果（患者の健康状態の変化）

- *他のより良い診療と比較することにより、現行の診療を評価し改善する。
- *質向上のために、ケアのプロセスを改善する方策を立案し試行する。
- *ケアにおけるエラーと傷害を同定する。
- *基本的な安全設計の原則（標準化、単純化、ヒューマンファクターのトレーニング）を理解し実施する。
- *職種横断的チームのメンバーとして効果的に行動し、自己評価と変化を通して自己のパフォーマンスの質を改善する。

ITの活用

医療情報科学とは、診療、研究、教育へのITの開発と応用である。近年情報学は医療現場に多大な貢献をしており（管理、財務部門へのIT活用、インターネットを通じた医療関連情報の提供により医学エビデンス、診療ガイドライン、ヘルスサービスリサーチの入手が容易になる等）、さらに、情報照会（思い出し）、意思決定支援、オーダリング、遠隔診療、オンライン処方など臨床現場への直接的応用が進んでいる。

委員会では、医療者がIT関連のツールを活用することにより、エラーの軽減、知識と情報の管理、意思決定、コミュニケーションの4つに関してより効果的に業務が行えるとしている。

エラーの軽減

標準化及び一部の意思決定を自動化（例えば薬物相互作用にフラッグを立てる等）することにより患者の安全を強化できる。電子カルテやオーダリングシステムは手書き指示による読み違いや誤解を無くし、さらに薬物副作用の可能性や標準プロトコルよりの逸脱の発見を容易にする。また、情報紹介（思い出し）システムは見落としの減少に効果的で、電子カルテ、電子メール、意思決定支援システムにより、病棟、施設を跨いだケアのコーディネーションが可能となる。

知識と情報の管理

オンライン・データベースにより、EBMの実践に必要な情報源にアクセス可能となる。また、オンサイトのデータベースや疾病登録は、患者の生涯を通じた健康情報収集を可能にし、モニタリングや継続的支援を要する慢性疾患の管理を支援する。電子カルテは、患者と医療者に最新の情報を利用可能とする。

意思決定

コンピュータ化された意思決定支援システムは、診療ガイドライン準拠の確認や、診療行為のフィードバックとして用いられる。

コミュニケーション

電子メールの利用やインターネットを介した電子カルテ、病院情報システムへのアクセスにより、患者は自己の健康状態、症状、関心事について医療者と情報共有、情報交換ができる。

医療提供者は、電子メールを利用して予約の確認、処方の更新、検査結果の通知ができる。またインターネットを介して患者と医師のコミュニティーを作ることにより、良い疾病管理のための自己管理が促進される。

医療従事者の情報教育については議論が続いてはいるが、委員会では以下の項目をどの職種にも必要な総合的情報コンピテンシーとした。

- * ワープロ、プレゼンテーション、データ分析ソフトウェアを用いる。
- * 内部のデータベース、オンラインのデータベース、インターネットの情報を検索、照会、管理し、意思決定する。
- * 電子メール、インスタントメッセージ、メーリングリスト、ファイル転送を用いてコミュニケーションする。
- * セキュリティ保護（例えばアクセス制御、データ保護とデータ暗号化）について理解し、診療における IT 利用に関連した倫理的、法的問題に直接に対処する。
- * 患者の信頼性の高い健康情報へアクセス、およびそれに関する教育を強化する。

医療の質の改善に加えて、IT は医療提供者のパフォーマンス測定に利用であり、将来的な応用の範囲は大きい。委員会ではより広範な IT 利用の前に、法的、制度的整備、標準化が必要と考えている。

未来のシナリオ (Mrs. Johnson)

Future Scenario: Mrs. Johnson

Mrs. Linda Johnson is a married first-year graduate student in her early forties with two children in high school. She made an appointment with her primary care physician, Dr. Grady, because she was always thirsty, losing weight, irritable, and extremely fatigued.

After having her history taken and undergoing a physical exam, as well as thorough laboratory testing, Mrs. Johnson was diagnosed with Type II diabetes. Dr. Grady elicited a family history of diabetes and learned Mrs. Johnson had an uncle with Type I diabetes who suffered severe complications from this chronic disease. Dr. Grady explained the physiology of diabetes, the differences between Type I and Type II, acute and chronic complications, necessary laboratory tests, and normal values. He advised Mrs. Johnson to purchase a glucometer for daily blood sugar monitoring.

Dr. Grady explained that the treatment of her diabetes would require a partnership between Mrs. Johnson and an interdisciplinary team of health care providers. He stated that the ultimate goal of the team would be to help her manage her diabetes and minimize the progression of complications. Appointments were made with the diabetes educator and dietician during the same week. Dr. Grady informed Mrs. Johnson that in the future, he would like her to make an appointment with an ophthalmologist for a dilated eye exam, a podiatrist for foot care, and a counselor to discuss her feelings related to diagnosis of a chronic disease and her concerns related to her graduate studies. Dr. Grady provided Mrs. Johnson with his e-mail address and encouraged her to use it if she had questions related to the treatment of her diabetes. A follow-up appointment was made for 3 months later

Dr. Grady informed Mrs. Johnson that he was ordering a baseline electrocardiogram (EKG); laboratory values for total cholesterol, LDL, HDL, and triglycerides; and a Hemoglobin A1C. He instructed her on how to dial into the 24-hour automatic recorded information system to obtain her laboratory results.

After the visit, Dr. Grady entered his physician notes into the medical record on his personal digital assistant (PDA). He downloaded the medical record into the diabetes registry, which allowed team members access to current data so they were able to individualize the treatment and education plan for Mrs. Johnson before her next visit.

During her visit with Mrs. Johnson, the diabetes educator reviewed the physiology of diabetes and taught her how to use the glucometer. She had the patient complete a return demonstration so she could answer questions related to the use of the monitor. The diabetes educator assisted Mrs. Johnson in setting a self-management goal of documenting her daily blood sugar levels. She provided Mrs. Johnson with a patient diary to document her meals and blood sugar levels and encouraged her to bring it on return medical visits. She elicited questions from Mrs. Johnson and was able to address the patient's concerns related to her roles as wife and mother. She encouraged Mrs. Johnson to bring her husband to the next visit so his questions and concerns could be addressed. She directed Mrs. Johnson to a website that provided online interactive diabetes classes. In addition, the diabetes educator referred Mrs. Johnson to a chat room that would allow her to communicate with other individuals with diabetes. She provided Mrs. Johnson with her e-mail address for questions and scheduled a follow-up appointment for 1 month later. A team meeting was also scheduled to review Mrs. Johnson's treatment plan and address family members' educational needs and concerns.

The dietician conducted a dietary evaluation and provided nutritional education. She discussed the relationship between food intake and blood sugar levels. When the dietician discussed the importance of exercise, Mrs. Johnson said she wanted to start an exercise program. The dietician assisted her with the development of a self-management goal in which she exercised three times a week for 30 minutes. The dietician also provided Mrs. Johnson with her e-mail address and referred her to a website that provided information on how to make lifestyle changes. A follow-up appointment was scheduled for Mrs. Johnson for 1 month later. The dietician encouraged her to have family members attend future appointments so their questions or concerns could be addressed.

次のステップ

これまでに行われてきた医学教育改革は特定の職種に限られたものであった。委員会では、各職種のリーダーが協働して職種横断的な医学教育改革に取り組む時期に来ていると考えており、その推進に最も効果的なのが、職種横断のコア・コンピテンシーを医療専門職の管理過程（認証、監視）に組み込むことと考えている。サミット参加者の多くはこの考えに同意し、管理過程と財政へのアプローチの2方策が示された。

（医師のコンピテンシーに関する9つの主要な報告をまとめた論文では、「医学教育の質に関するデータがない状況では、認証が医学教育カリキュラム改革の最も強力なレバーである」と結論付けている。）

管理過程には、認証（accreditation）、認定（certification）、免許（licensure）が含まれる。教育過程の認証により、求められる教育内容がカリキュラムに含まれるようになる。免許は学習者が正規のカリキュラムを理解して熟達したことを評価する。認定は医療従事者がある領域で継続的にコンピテンシーを維持することを目的とする。また組織の認証も医療従事者のコンピテンシーに影響を与えられらる。

コンピテンシーに基づいた教育（CBE）では学習目標が明確に示され、目標やコンピテンシーに対する学習者の習熟の程度が評価される。CBEの効果に関するエビデンスはまだ少ないが、試験成績で向上が見られたとする報告も出ている。CBEの導入により質の改善につながり、管理過程全体にコア・コンピテンシーを取り入れることにより、教育コストの削減、FD、カリキュラム改革が加速されるだろう。

10の推奨

委員会は、医療の質向上を目的とした医学教育改革に関する10の主要推奨を挙げた。

推奨 1:保健省(DHHS)と主要団体は、職種横断のコア・コンピテンシーに関する共通用語の開発を行う職種横断的活動を支援するべきである。

管理過程にコア・コンピテンシーを組み込む前に、職種、教育機関、管理組織の代表者で用語を定義し、各分野におけるコンセンサスを高める必要がある。

推奨 2:保健省(DHHS)は、管理組織(職種横断的、職種別)に関するフォーラムを持ち、関連する会議を支援するべきである。参加団体は管理過程にコア・コンピテンシーを組み込む戦略の開発に責任を持つ。

職種横断のコア・コンピテンシーを管理フレーム（認証、免許、認定）に組み入れるには、国、地方、官民の広い関与が必要である。各団体（職能団体、教育関連団体）の意見を取り入れ、互いの整合、連携が不可欠で、保健省の関与が重要である。

推奨 3:認証団体は認証基準の改訂を行うべきである。

この基準は、教育プログラムが、コア・コンピテンシーを用いた患者ケアの提供について教育していることを示すことができるものである。

推奨 4: 全ての医療専門家委員会は、公認の医療専門家に対して患者ケアの能力を定期的に示すことを要求する方向に進むべきである。

患者ケアの能力は5つのコア・コンピテンシーによって定義され、測定は、技術的コンピテンシーの直接的評価、患者の評価、結果の評価、その他の根拠に基づいた評価方法を通じて行われるべきである。

推奨 5: 認定団体は、認定者に対して5つのコア・コンピテンシーを患者ケアに反映させる能力を定期的に示すことにより、キャリアを通じたコンピテンシーの維持を要求するべきである。

推奨 6: 教育機関と診療機関の支援を受けた財団は、地域実地教育センターの展開と財政支援においてリーダーとなるべきである。

推奨 7: CMS (the centers for Medicare and Medicaid Services) は、メディケア実証プロジェクト (Medicare demonstration project) を通じて、トレーニングの場の提供を目的とした職種横断的アプローチに対して率先した財政支援を行うべきである。

推奨 8: AHRQ (The Agency for Healthcare Research and Quality) および民間財団は、“5つのコア・コンピテンシーと個人や集団の健康の関係”、“コンピテンシーと根拠に基づく教育”に関する研究プロジェクトを支援するべきである。

推奨 9: AHRQ は医療界と協働し、“コア・コンピテンシーの評価指標の開発”、“国家目標の設定”、“その進行評価の公表”を行うべきである。AHRQ は 2005 年以後、臨床教育機関に関する年次報告書を刊行すべきである。

推奨 10: 2004 年以後 2 年に 1 回、職種横断的教育サミットを開催するべきである。サミットでは、5つのコア・コンピテンシー等に関する、進行状況の評価や目標設定を行うべきである。