

					エラー報告、開示体験に関する項目にも回答させた		結果が得られた		
Patey <i>et al.</i> ⁵⁵	2007, 英国	前後の比較	最終学年の医学生110名	3日の間隔を置いた2回のセッション(計5時間) セッション1: エラーの本質を示すスイスチーズモデル, 有害事象事例を提示したビデオ学習, 学生による見えるエラーと見えないエラーの同定 他産業からの教訓に関する討論 セッション2: 個人の限界の認識, 支援の要請, 効果的なコミュニケーションの重要性に関する討論	患者安全と医療上のエラーに関して学生が自己評価した知識, 態度, 行動について質問表による調査を実施 教育プロセスとその改善の可能性について形成的な評価方式による質問表を使用	介入の1年後に知識に関する複数の項目に有意な改善が得られた 講座に非常に満足したと報告された	安全に関する知識と自己制御が向上したとの回答 学生はこの教育プロセスを高く評価し, 各要素は有用であると回答した	レベル 1 レベル 2a レベル 2b	4/5
AOI= Adverse Outcome Index, IPL=職種間学習, MCQ=多項選択式問題, NICU=新生児集中治療室, NOTECHS=Oxford Non-Technical Skills, PBL=問題基盤型学習, RCA=根本原因分析, RCT=ランダム化比較試験, RM=リソースマネジメント, SAQ=Safety Attitudes Questionnaire, SBAR=状況, 背景, 評価, 推奨 (Situation, Background, Assessment, Recommendation), SP=標準化患者									

厚生労働科学研究費補助金

地域医療基盤開発推進研究事業

外科領域におけるノンテクニカルスキルの教育訓練プログラム開発と
その評価システムの構築に関する研究

平成 24 年度
総括・分担研究報告書

平成 25 年 3 月

