

59章 全実践のリスト、分類別評価、コメント

章	患者安全確保の対象	患者安全確保の実践	影響度	研究の強さ	効果の大きさ	警戒度	コスト	複雑さ
6	オーダーリングプロセスに関連する薬剤の間違いと薬剤有害事象	オーダーエントリーシステム(CPOE)と臨床決断支援システム(CDSS)	高	中[1]	適度	中	高[2]	高
7	オーダーリングとモニタリングに関連する薬剤の間違いと薬剤有害事象	臨床薬剤師によるコンサルテーションサービス	高	中	適度[3]	低	高	低
8	鎮痛薬、塩化カリウム、抗生物質、ヘパリンに関連する薬剤有害事象の発見	薬剤有害事象の可能性のあるものに対するコンピューターによるモニタリング	中	中	頑健[4]	低	中[5]	低
9	抗凝固剤に関連する有害事象	危険度の高い薬剤へのプロトコル：ヘパリンのノモグラム	中	中[6]	頑健[7]	中	低	低
9	抗凝固剤に関連する有害事象	抗凝固療法サービスやワーファリン専門クリニック[8]	高	中	不明	低	中	低
9	ワーファリンによる長期抗凝固療法に伴う有害事象	在宅モニター機器を使用した患者の自己管理	高	強	頑健	中	中[9]	高[10]
10	薬剤の調剤と投与に関連する有害事象	単位投薬システム	中[11]	中	不明	低	低	低
11	薬剤の調剤と投与に関連する有害事象	自動調剤装置の使用	高	中[12]	不明	中	中[13]	低
12	院内感染	手洗いの遵守率の改善（教育と行動変容；手洗い場所の位置や機器の導入；洗剤の選択）	高	中[14]	不明[15]	低	低	低[16]
13	重症院内感染（例、バンコマイシン耐性腸球菌、 <i>C.difficile</i> ）	感染経路防御（ガウン、手袋、専用職員）	高	中[17]	頑健	中[18]	中	低[19]
14	抗生剤耐性菌による院内感染	抗生物質使用の制限	高[20]	中	適度	中[21]	低	低
15.1	院内尿路感染	銀合金でコーティングカテーテルの使用	高	強	不明[22]	低	低	低
15.2	院内尿路感染	恥骨上カテーテルの使用	高	強	不明[23]	中	高	高

		の使用						
16.1	中心静脈カテーテルに関連する血行性感染	カテーテル挿入時にマキシムバリアプリケーションを使う	中	強	頑健	低	低	低[24]
16.2	中心静脈カテーテルに関連する血行性感染	抗生物質コーティングカテーテル	中	強	頑健	低[25]	低	低
16.3	中心静脈カテーテルに関連する血行性感染	穿刺部分の消毒（イソジン - ヒビテン）	中	強	不明	低	低	低
16.4	中心静脈カテーテルに関連する血行性感染	定期的なカテーテルの交換	中	強	わずか ±	NA	高	高
16.4	中心静脈カテーテルに関連する血行性感染	ヘパリンの使用	中	強	不明	中	低	低
16.4	中心静脈カテーテルに関連する血行性感染	短期間皮下トンネルを作成して中心静脈カテーテルを留置	中	強	不明	低	低	高
16.4	中心静脈カテーテルに関連する血行性感染	抗生剤の予防的投与	中	中	わずか	中	中	低
17.1	人工呼吸器に関連した肺炎	半仰臥位	高	中	頑健 [26]	低	低	低
17.1	人工呼吸器に関連した肺炎	持続的振動ベッドの使用	高	強	頑健 [27]	中	中	低
17.2	人工呼吸器に関連した肺炎	声門下分泌物の持続吸引（CASS）	高	強	頑健 [28]	低	低	高[29]
17.3	人工呼吸器に関連した肺炎	選択的消化管感染除去	高	強	頑健 [30]	中[31]	低	低
17.4	人工呼吸器に関連した肺炎	スクラルファート	高	強	不明	高[32]	低	低
18	外科手術の死亡率	大規模センターへの特殊手術および処置の集中化	高	中[33]	場合による	中	場合による	高
20.1	手術創感染	予防的抗生物質適正使用	中[34]	強	頑健	中[35]	低	低
20.2	手術創感染	周術期体温管理	高	中[36]	頑健	中[37]	低	低
20.3	手術創感染	周術期酸素投与	高	中[38]	頑健	低	低	低
20.4	手術創感染	周術期血糖管理	高	中	頑健	中	低	高[39]
21	中心静脈カテーテル挿入時の合併症	中心静脈カテーテル挿入時の超音波ガイドの使用	高	強	頑健 [40]	低[41]	中	高
22	患者体内への手術用具置き忘れ器具	メス、器具、ガーゼのカウント	不十分な情報 [42]	弱	評価なし	評価なし	低	低
23	麻酔機器故障に	術前麻酔チェック	低[43]	弱	評価なし	評価なし	低	低

	よる合併症	リストの使用			し	し		
24	麻酔に関連する重大事故	術中のバイタルサインと酸素モニタリング	低[44]	中[45]	不明[46]	低	低	低
25	心臓以外の手術を受ける患者の周術期の心臓発作	周術期におけるブロッカーの投与	高	強	頑健	中	低	低
26.1	転倒	個人識別ブレスレットの使用	中	中	わずか	低	低	低
26.2	身体抑制に関連する傷害、転倒	身体抑制の使用を安全に減少させるための介入	中	中	不明[47]	中	中	低
26.3	転倒	ベッドアラームの使用	中	中	不明	低[48]	中[49]	低
26.4	転倒と転倒による傷害	患者ケア区域における特殊フロアの使用	中	弱	評価なし	評価なし	中高	低
26.5	転倒および転倒傷害	ヒッププロテクターの使用	中	強	頑健	中	低[50]	低[51]
27	褥創	減圧ベッド用具の使用	高	強	頑健[52]	低	高	低
28	入院中の譫妄	多面的なせん妄予防プログラム	高	中	頑健	低	中	低
29	入院中の合併症（例、転倒、せん妄、生活機能低下、死亡）	高齢患者のコンサルテーションサービス	高	強	場合による[53]	低	中	高
30	入院中合併症（生活機能低下、死亡）	高齢患者の評価・管理病棟	高	強	わずか[54]	低	中	高
31	静脈塞栓血栓症(VTE)の予防	適切な静脈塞栓血栓症の予防策	高	強	頑健	中	低	低[55]
32	造影剤による腎不全	低浸透性造影剤の使用	中	強	頑健	低	高[56]	低
32	造影剤による腎不全	テオフィリンを用いた輸液療法	中	強	わずか	低	低	低
32	造影剤による腎不全	アセチルシステインを用いた輸液療法	中	中[57]	頑健	低	低	低
33	術後あるいは重症患者の罹患と死亡	多様な栄養管理	高	強	頑健[58]	中	中	低
34	ストレス性消化管出血	H ₂ ブロッカー投与	中	強	不明	中[59]	低	低
35	非放射線科医師のX線写真とCTスキャンの	教育的介入と継続的質改善の方策	中	中	頑健	低	低	低

	誤読							
36	肺炎球菌性肺炎	肺炎球菌ワクチン接種率向上の方策	中	強	不明 [60]	低[61]	低	低
37.1	腹痛患者の不適切な疼痛緩和	診断の精度は落とさずに腹痛患者に鎮痛剤を使用する	高	中[62]	頑健	中	低	低[63]
37.2	不適切な疼痛緩和	急性疼痛サービス	高	中	頑健 [64]	低[65]	中	低
37.4	不適切な術後疼痛緩和	薬剤を使用しない介入(例,リラクゼーション、気晴らし)	高	強	不明	低	低	低
38	ICU 患者の罹患と死亡	ICU の構造変革を集中治療専門医による積極的な管理に変更	高	中	頑健 [66]	低	中	高
39	罹患率と死亡率	看護スタッフの配置転換	高	中[67]	場合によって変化する	低	高	低[68]
40	安全文化により改善可能な安全課題	安全文化の促進	情報が不十分	**[69]			場合によって変化する	高
41.1	医療機器関連有害事象	医療機器評価におけるヒューマンファクター原則の導入	情報が不十分	**[70]			場合によって変化する	高
41.2	有害事象	医療機器のアラームの改善(例、適切な感度設定、アラームの特異度、人間工学に基づいたデザイン)	高 ⁷¹	**[72]			場合によって変化する	高
42.1	ケアの不継続に関連する有害事象	外来と病棟薬剤師間の情報交換	高	中	頑健	低	中[73]	低
42.2	患者引継ぎに関連する有害事象	主治医申し送りの標準化、構造化	中	弱	評価なし	評価なし	低[74]	低
42.3	退院時の情報交換不足に関連する有害事象	構造化された退院時サマリーの利用	情報が不十分	弱[75]	評価なし	評価なし	低	低
42.4	重大な検査値異状の結果の連絡ミス(例、膣スミア検査)	検査結果を患者に知らせる場合のプロトコル	中	中	適度	低	低	低
43.1	患者誤認に関連する有害事象	バーコードの使用	高[76]	弱	評価なし	評価なし	場合によって変化する[77]	高

43.2	侵襲的診断や治療時の部位誤認	「手術部位にマーキングを」というプロトコル	高	弱	評価なし	評価なし	低	高
44	チーム医療に関連する有害事象	航空業界でのクルーリソースマネジメントの適用（例、麻酔科の危機管理、MedTeams）	高 78	弱	評価なし	評価なし	中	高
45	医療者の経験不足による有害事象	シミュレーターによる訓練	情報が不十分 [79]	中[80]	不明 [81]	低	中	低
46	医療者の疲労に関連する有害事象	スタッフの勤務時間制限	情報が不十分	中	不明	低	高	高
46	医療者の疲労に関連する有害事象	固定シフトと交代勤務におけるローテーション	情報が不十分	**[82]			場合によって変化する[83]	場合によって変化する[73]
46	医療者の疲労に関連する有害事象	仮眠	情報が不十分	**[84]			高[85]	低
47	重症患者の施設間での移送中の有害事象	施設間移送に関する特別チーム	中	中[86]	適度	低	中	低
47	重症患者の施設間での移送中の有害事象	移送時の人工呼吸器使用	中	中	わずか	低	低	低
48	十分な理解に基づくインフォームドコンセントの不履行、不完全なインフォームドコンセント	インフォームドコンセント中に何を言われたかのかを患者に尋ねる	高	中	頑健	低	低	低[87]
48	十分な理解に基づくインフォームドコンセントの不履行、不完全なインフォームドコンセント	ビデオ・オーディオ機器の使用	高	中	わずか	低	低[88]	低
48	十分な理解に基づくインフォームドコンセントの不履行、不完全なインフォームドコンセント	インフォームドコンセントの文書提供	高	中	不明確	低	低	低
49	終末期ケアにおける患者意向尊重の不履行	アドバンスディレクティブのためのコンピューターによる通知	高	中	頑健	低	中程度 [89]	低
49	終末期ケアにお	医師延命治療指示	高	弱	評価なし	評価なし	低	低[90]

ける患者意向尊重の不履行	書(POLST)の使用			し	し		
--------------	-------------	--	--	---	---	--	--

±実際に、実践の有害な影響を示した研究

1. オーダーエントリーシステム (CPOE) のエビデンスの強さは「中等度」である。ランダム化比較試験されているとはいえ、ほんの2、3施設の自前のシステムが精巧とはいえ一般化は難しいであろう。加えてCPOEを実践することで有害事象への影響(臨床以外への結果、医療過誤など)は十分研究されていない。
2. CPOE へのコストは、高コストカテゴリーの実践行為よりも実質的には高くなる。
3. 臨床薬剤師によるコンサルテーションサービスのインパクトは、CPOE のそれよりも小さいだろう。なぜならば、対象となっている大量のオーダーをスクリーニングすることは、エラーを生じやすいからである。
4. 対象に制限のある研究(抗生物質による治療のみ)に基づいて、効果サイズを推定した。
5. 費用は、薬剤サービスにコンピューターシステムが使用されるかどうかの影響を受ける。
6. 大部分の研究で主要な関心事(出血)に言及していないので、ノモグラム・プロトコルの研究の強度は「中程度」である。
7. 代替指標の効果サイズは15%以上;出血率や凝固率ではない。
8. 抗凝血剤専門クリニック:入院施設と外来施設双方を研究したので、結果に若干の異質性がある。
9. ワーファリンの自己管理:平均的には患者一人あたりのコストは「低い」であるが、保険や総合システムの観点からのからの集積したコストは「中程度」である。
10. 自己管理は管理の場所を医療機関外に置き換え、保険のカバーする範囲に関して議論を生じるかもしれないので実行にはより一層の複雑性がある。他の国ではこの実行をカバーするが、現在アメリカ合衆国のメディケアではカバーされない。
11. 単位投薬は、驚くほど効果の証拠がほとんどなく遍在する実行である。証拠は、古くて混乱している。
12. 測られる結果が例えば ADE のような興味をひく主要な結果でないので、研究の強度は影響を受ける。
13. 実施評価は、患者安全のみと関連があるが、医療機関はより少ない薬の損失とより良い在庫管理が得られるので原価節減のためにこれを実行するかもしれない点に注意。
14. 手洗い遵守の研究計画は一般的に観察期間が短く、ランダム化比較試験でもなかった。
15. 結果が混在しており効果サイズが不明確である、異質な実行をひとまとめにしているので明確な様式がない。

16.低く格付けされているが、この実行は医療従事者の行動変容が必要とされる、それ故に、成功するか否かは教育（54章参照）と受け入れにかかっており実行は難しいかもしれない。

17.感染経路予防に関しては、かなりの数の研究があるが、ほとんどはレベル3の研究デザインで研究の強さは高度とは格付けできない。

18.もし医師からの医療が障害されるならば、患者との供給側の関係の潜在的な減少が他のものと同様に心理的な影響を及ぼすかも知れない。

19.低く格付けされているが、この実行は医療従事者の行動変容が必要とされる、それ故に、成功するか否かは教育（54章参照）と受け入れにかかっており実行は難しいかもしれない。

20.更なる耐性菌への公衆衛生学的影響から影響は「中程度」から「高度」に上方修正されている。

21.適切な薬が処方されていることを確実にするために、有効で継続的な感染管理者からのモニタリングと入力が必要とする。また警戒は医療機関全体の病原体のモニタリングの必要性も含む。

22.銀合金カテーテル使用の効果サイズは、不明である：きちんと行われたメタ分析は、細菌尿の減少を示し、肯定的である。しかし、より良くデザインされた最近の個々の研究結果は便益に関しては種々雑多である。また、直観的には、細菌尿と臨床的に有意な尿路感染症の関係の実際の強さは不明である。

23.研究にいくらか異質性があるため、恥骨上カテーテルを使用する効果サイズは不明である。結果は概ね肯定的であるが、ひとつのメタ分析もまだなされていない。加えて、臨床的に有意な尿路感染症の結果への影響も明らかではない。

24.「低い」と分類されているが、この実行には医療従事側の行動変容を必要とする。故にそれが成功するには、教育と受容に大きく関わっているため、実践はもっと難しいかもしれない。

25.ミノサイクリンを含浸させたカテーテルを用いると、抗生物質の耐性が増大するという理論的リスクがある。

26.肺炎は有意に減少したが、死亡率は有意に減少しなかった。

27.6つのランダム化比較試験のメタ分析では、有意で大きな相対リスクの減少がみられたが、別の2つのランダム化比較試験では影響がみられなかった。

28.人工呼吸器関連肺炎の予防では便益が見られたが、死亡率に関しての便益は確定的ではない。

29.新しい実践の定着が必要であるため、実施には高い複雑性を伴う。

30.肺炎と死亡率の低下の便益が最大になるのは、経静脈的投与と局所的汚染除去の両者が用いられた場合である。

31. 抗生剤の耐性の増加が見込まれ、公衆衛生的関心がもたれるようになったため、害についての「中程度」の注意を必要とする。CDCとATSの両者は最近この問題について見直しを行い、この実施を推奨していない。
32. 人工呼吸器関連肺炎のリスク減少効果を見込んで、スクラルファートが使用された場合、スクラルファートは上部消化管出血に対して便益が確立されているH₂ブロッカーに取って代わることとなるであろう。
33. 大規模センターへの治療の集中化についての研究のデザインの強さは、実施の範囲を越えて評価される。
34. この行為は比較的行われているので、影響度としては一段階下げられた。
35. 社会的健康への負の影響を防ぐためにも、抗生剤の使用過多をモニターするために注意が必要となる。
36. ランダム化比較試験のデータは一疾患にのみしか当てはまらないので、研究の強さとしては「中等度」に分類されている。一般化可能性はあろう。
37. 有害事象に関しては「中等度」の注意が必要である。研究はないが、ある集団ではその実行は有害かもしれない。
38. ランダム化比較試験のデータは一疾患にのみしか当てはまらないので、研究の強さとしては「中等度」に分類されている。一般化可能性はあろう。
39. 周術期血糖管理を厳重に行うには、診療スタイルの大きな変更、注意度アップ、医師看護婦間の更なる協力関係、糖尿病への看護ケアに関する新しい方策などが必要になる。
40. 効果サイズは高いが、臨床的に関連性の高い合併症よりむしろ、「カテーテル挿入の失敗」で著しく減少した。研究結果は異なっており、二つの異なった技術（通常の超音波とドップラーを使用した超音波）が評価され、それぞれ結果は異なるものであった。
41. 追加操作をすることで、理論上の感染リスクは高くなる。超音波ガイドを使用せず、緊急にカテーテルを挿入する医師の技量に影響されると注意を促している。
42. 遺残ガーゼについての情報が充分でない。この事象はよく注意すべきであり、その事故が起こったときは新たな疾患をひき起こす。しかし頻度についての唯一のデータは症例研究によるものである。
43. 麻酔時の合併症はいまや非常に稀であるため、潜在的に影響が低く、研究実施時に使用されたこの実践のバージョンは現在ではほとんど使用されていないので、この実践の影響力を判断することは難しい。
44. 麻酔時の合併症はいまや非常に稀であるため、潜在的に影響が低く、研究実施時に使用されたこの実践のバージョンは現在ではほとんど使用されていないので、この実践の影響力を判断することは難しい。

45.パルスオキシメーターの大規模なランダム化試験が行われたが、別の研究でも術中のモニターの追加情報があった。

46.パルスオキシメーターの研究はなんら便益を示さず、重要で起こりうる方法論的問題（長期的傾向）を示唆した。モニターの対象となる合併症はたいへん稀であるため、大規模試験であっても、その効果を確認するには検出力が低いだろう。

47.患者安全の目標が不必要な拘束を減らすことなので、利害について複数のアウトカムが存在する。不必要な拘束を減らすことで転倒のリスクが増えているようには思えないが、完全には調査されていない。しかし、静脈注射抜去、徘徊リスクなど他に注意が必要となる。

48.カテゴリーとしてはおそらく「低い」となるが、看護師や他の医療従事者から十分な注意を受けないということでの理論上のリスクはある。

49.潜在的な便益をもつすべての患者に影響をあたえるであろうベッドアラームを、比較的広範囲に実施した場合のコストは「中程度」であった。看護師の仕事の負荷と職員配置の必要性にも影響をあたえるだろう。

50.コストは高くなるかもしれないが、ヒッププロテクター着用することで多くの患者が利益を得る。

51.病院での実施はあまり複雑ではないが、病院外での実施は、実践により恩恵を受ける患者に向けて行われる広い教育プログラムが含まれる。

52.研究では、様々な寝具の素材を標準的なベッドと比較している。他のベッドに対する特別なベッドのオプションの効果サイズは知られていない。どのような素材が最適かは不明である。

53.アウトカムが異なれば、効果サイズも変わってくる。おそらく入院患者と外来患者の両者に対する様々な介入の多様さに一部関連しているだろう。

54.結果が異なれば、効果サイズも変わってくる。これは、何をアウトカムにするか（例えば生活機能対死亡）にも依るだろう。

55.低いと分類されているが、それを実践するには医療従事者側の一部に行動変容を必要とする。その成功は教育（54章）やその受容に大きく依存するので、実践はさらに困難になるかもしれない。

56.もちろん総費用は、使用範囲に関っている（つまり効果が全患者か適応のある患者なのかという意味）。費用効果分析では適応患者に焦点を絞ることが重要であるとしている。

57.結果はレベル2で、N-アセチルシステインに関する研究はひとつしかない。

58.栄養管理行為によって変わってくる。ただ重症患者や術後患者の早期経腸栄養に関しては、強固な知見である。

59.人工呼吸器関連の肺炎リスクが上がる可能性があり、またその高リスク患者の定義がしっかりしているので、H₂ブロッカー使用過多の可能性もあることから、有害事象への注意は「中等度」である。

60.介入毎に変わる。定期接種の効果が最も高い。

61.有害事象への関心は低い。ただ36章の最近の研究では、HIV患者の有害事象の傾向を指摘しているのみである。

62.いくつかの研究は、ランダム化比較試験が行われたが、実践が安全であると確認するために、すべての臨床関連アウトカムを見たわけではない。

63.低いと分類されているが、それを実践するには医療従事者側の一部に行動変容を必要とする。その成功は教育(54章)やその受容に大きく依存するので、実践はさらに困難になるかもしれない。

64.術後の疼痛の研究のみ行ったので、より一般的には適用できないかもしれない。

65.術後の患者以外にも、広く適用されたとき、治療は断片化するといういくつかの推測がある。

66.いくつかの積極的な結果が、介入するより他の要因に寄与することがある。基礎をなす人口動態の変化(例、長期トレンドなど)を考慮すべき

67.実践内容が多様であるため、いくつかの研究にもかかわらず研究の強さは「中程度」である。(例、看護婦配置やケアモデルにおける多様な測定方法)。章の構成は、看護の構造対アウトカムを一般化するようにデザインされている；エビデンスは、患者安全に影響を与えるようなかたちで構成されておらず、看護スタッフレベルへのベンチマーク/閾値はない

68.低いと分類されているが、それを実践するには医療従事者側の一部に行動変容を必要とする。その成功は教育(54章)やその受容に大きく依存するので、実践はさらに困難になるかもしれない。

69.医療以外で得ることができる多くのエビデンス；研究の強さは評価されていない。これらの実践は、非医療の産業から引用されており、独自の性質や根拠が比較的に乏しいため、十分に評価されていない

70.多くの根拠(研究結果)は医学以外の領域で研究されたものであるため、研究結果の根拠の強さは評価していない。医療以外の産業から多く導かれるこれらの実践は、充分評価されていない。なぜならば、医療以外の産業に固有の特徴があることや医療における研究(文献)では根拠となる基盤が比較的に弱いからである。

71.警報装置は病院内に偏在しているが、警報システムの改良によってどれくらい多くの有害事象が改善されるかどうかは定かではない。

72.多くの根拠（研究結果）は医学以外の領域で研究されたものであるため、研究結果の根拠の強さは評価していない。医療以外の産業から多く導かれるこれらの実践は、充分評価されていない。なぜならば、医療以外の産業に固有の特徴があることや医療における研究（文献）では根拠となる基盤が比較的弱いためである。

73.費用は外来薬局を含む様々な支払い者に割り当てられている。

74.費用は介入方法、例えば技術を必要としないものや書類に基づくもの、もしくは小型コンピュータを使用するものなどによって、変化するだろう。

75.ランダム化割付試験が一つしか実施されていないので、そこで報告されている成果は患者安全の成果について、間接的に関連しているにすぎなかった。

76.いくらかははっきりしないが、誤認による過誤は重大である可能性がある。

77.コストはシステム毎にvari、実践程度によっても変ってくる。

78.インパクトは、どれだけ広くその実践が用いられているか（例えばICU対病棟チーム対手術室）の関数である。

79.訓練によって改善が可能である人的要因によるエラー件数については、麻酔以外では情報が不充分である。

80.報告されている研究は、参加者の少ないものや異なったシミュレーターによる研究に限られているので、一般化については注意して解釈する必要がある。

81.効果は定かではない。なぜならば、比較可能なシミュレーターを用いた研究がほとんどないということと、ほとんどの研究は研究成果の程度がレベル3と評価されているからである。

82.多くの根拠（研究結果）は医学以外の領域で研究されたものであるため、研究結果の根拠の強さは評価していない。医療以外の産業から多く導かれるこれらの実践は、充分評価されていない。なぜならば、医療以外の産業に固有の特徴があることや医療における研究（文献）では根拠となる基盤が比較的弱いためである。

83.固定化されたシフトは、前向きローテーションよりも費用をより多く要し、かつ導入が困難であるかもしれない。

84.多くの根拠（研究結果）は医学以外の領域で研究されたものであるため、研究結果の根拠の強さは評価していない。医療以外の産業から多く導かれるこれらの実践は、充分評価されていない。なぜならば、医療以外の産業に固有の特徴があることや医療における研究（文献）では根拠となる基盤が比較的弱いためである。

85.ケアの非連続性を最小限にする一方で、仮眠を許可するために患者ケアを再構築化することは費用が高つくだろう。

86. 研究の（根拠の）強さは、レベル3の研究が3つあり、「境界」から「中等度」である。研究の強さは3つレベル3の研究内では「中等度」周辺である。

87. 低いと分類されているが、それを実践するには医療従事者側の一部に行動変容を必要とする。その成功は教育（54章）やその受容に大きく依存するので、実践はさらに困難になるかもしれない。

88. ビデオディスクのコストは、（一般的な手順には品切れ（在庫があってすぐ買える）（off-the-shelf）の商品が存在すると推測される）、病院などの施設が自院のシステムを構築しなければならないような場合は、より費用は高くなるであろう

89. ケア管理において既にコンピューターに依存している医療機関の場合は、コストがより低くなるであろう

90. 低いと分類されているが、それを実践するには医療従事者側の一部に行動変容を必要とする。その成功は教育（54章）やその受容に大きく依存するので、実践はさらに困難になるかもしれない。