

- 14.2 ワークショップの対象者
- 14.3 ワークショップの開催日の決定
- 14.4 ワークショップ開催時の準備
- 14.5 ワークショップのタイムスケジュール
- 14.6 ワークショップの内容
 - 14.6.1 研究概要の説明(共通)
 - 14.6.2 施設ごとの診療および資源プロフィール
 - 14.6.3 不得意診療項目の周産期診療ガイドライン
 - 14.6.4 施設ごとの組織プロフィールと組織系フレームワークを用いた分析(グループ討論)
 - 14.6.5 病棟回診と症例カンファレンス
- 15 施設別改善行動計画の策定
 - 15.1 診療内容についての改善行動計画案の策定
 - 15.2 組織マネジメントについての改善行動計画案の策定
- 16 施設別改善行動計画の実施
 - 16.1 実施期間
 - 16.2 実施方法
- 17 施設別改善行動計画実施のフォローアップ
 - 17.1 施設改善行動計画実施の進捗状況の確認とフォローアップ
 - 17.2 施設改善行動計画実施状況のモニタリング
 - 17.2.1 医学的な改善行動計画の実行確認
 - 17.2.2 組織マネジメントについての実行確認
 - 17.3 施設別改善行動計画実施の自己評価表と同僚評価表の提出
 - 17.3.1 自己評価表
 - 17.3.2 同僚評価表
- 18 介入に要する時間
 - 18.1 介入に要する時間
 - 18.1.1 各症例登録に要する時間
 - 18.1.2 介入を受ける施設が要する時間
 - 18.1.3 チームリーダーが要する時間
 - 18.1.4 周産期医療各分野専門家が要する時間
 - 18.2 介入を受ける施設が必要な時間
- 19 用語集

3 介入の目的

治療成績向上のために、周産期医療における死亡率の削減と健康向上のために、極低出生体重児を対象とした不得意診療分野に対する周産期診療ガイドラインの導入と医療組織体制改善の自助努力を促進、人材育成に繋げる。

4 地域ブロックと介入対象施設

全国(78 施設)を 10 ブロックに分けて、各ブロックの介入施設は 2 施設、非介入施設は 2 施設(ただし、3 年後に介入開始)、全ブロックで合計 40 施設を対象とする。

ブロック割:

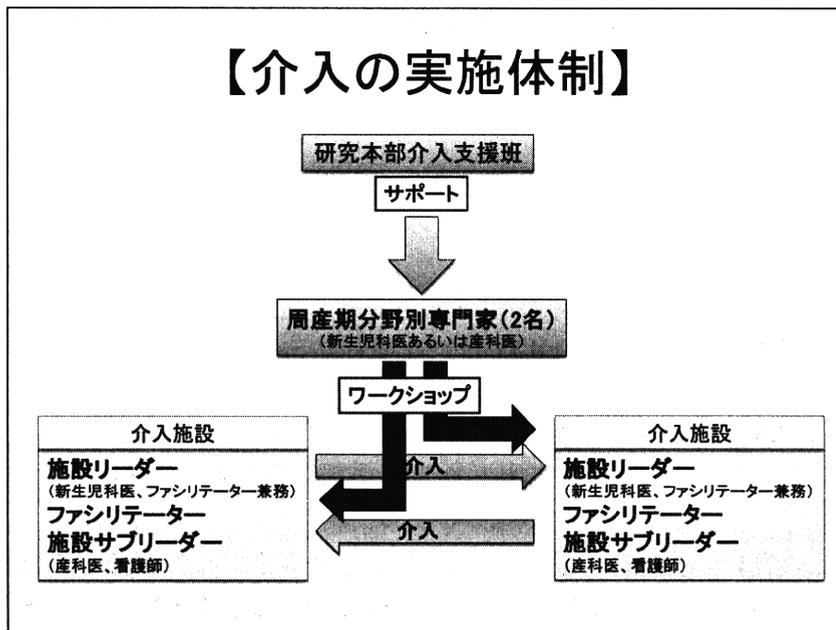
- ①北海道・東北地区(北海道・青森・秋田・山形・岩手・宮城・福島:計 7)、②北関東地区(茨城・栃木・群馬・埼玉・千葉:計 4)、③東京地区(東京:計 1)、④甲信越・南関東地区(山梨・長野・新潟・神奈川:計 4)、⑤東海地区(岐阜・静岡・愛知・三重:計 4)、⑥北陸地・北近畿区(富山・石川・福井・滋賀・奈良・京都:計 6)、⑦南近畿地区(大阪・和歌山・兵庫:計 3)、⑧中国(広島・岡山・鳥取・島根・山口:計 5)、⑨四国地区(香川・徳島・愛媛・高知:計 4)、⑩九州・沖縄地区(福岡・長崎・大分・佐賀・熊本・宮崎・鹿児島・沖縄:計 8)

5 介入に関与するスタッフ

5.1 介入に関与するチームの構成

介入に関与する班・チームの構成を図に示した。

個々の人選と役割を下記に記す。



5.2 介入支援班

介入支援班は新生児科医、産科医、看護師、助産師、データ解析者、行動変容兼組織マネジメントの専門家で構成する。介入計画とその実施方法の検討を目的とし、施設介入にあたる地域ブロックチームのそれぞれの状況に応じたサポートを行う。また、介入施設が策定した改善行動計画が実行されるための支援を行う。データ解析者はデータベースの解析と診療プロファイルの作成を行う。行動変容の専門家は当該施設の資源プロファイル作成とワークショップ後の行動変容の評価を行う。

共通する選出条件として、診療ガイドラインなどの作成に参加、新生児周産期医療に関する臨床・基礎研究の論文発表を総合的に考慮する。その他、それぞれの選出条件を示す。

5.2.1 新生児科医

各地域の中堅で「厚生省周産期医療整備事業、日本産科婦人科学会・日本小児科学会の見解(1997)」を満たした新生児特殊治療施設および、それに準じた施設で3年以上の臨床経験と健常新生児管理例数 50 例以上、超・極低出生体重児受け持ち数 30 例以上を必要とする。

5.2.2 産科医

各地域の中堅で周産期医療の領域で特化した分野、高度な分野の医療を行っている施設で3年以上の臨床経験と健常新生児管理例数 150 例以上、ハイリスク妊婦・胎児に対する診断、管理、手術 25 例以上を必要とする。

5.2.3 看護師あるいは助産師

各地域の中堅で、通算5年以上の実務研修、3年以上の新生児集中ケア分野での看護経験、生後1週間以内の重症集中ケア及び親・家族看護5例以上を必要とする。

5.2.4 データ解析者

全国規模の診療データベース解析経験を有する。

5.2.5 行動変容の専門家あるいは組織マネジメントの専門家

診療の質改善のための組織マネジメント介入経験者。

5.3 周産期医療各分野専門家

周産期診療ガイドラインの作成、ワークショップでの講義解説、改善行動計画策定時の助言といった3つの役割がある。

介入による各施設の改善行動計画を支える指標として、今回、新たに極低出生体重児を対象とした周産期診療ガイドラインを策定する。この診療ガイドラインは極低出生体重児の予後改善に繋がる6分野とした。具体的には、①出生前母体ステロイド投与、②新生児蘇生法、③呼吸管理と新

生児慢性肺疾患の予防と治療、④未熟児動脈管開存症の予防と治療、⑤新生児感染症の予防と治療、⑥経腸栄養および中心静脈栄養法である。

周産期医療各分野専門家は、診療ガイドライン 6 分野に基づき分析した介入施設の不得意診療分野を重点的にワークショップで講義解説を行い、改善行動計画立案の助言を行う。

選出方法は、上記の各分野の診療・研究実績から日本周産期・新生児医学会と日本未熟児新生児学会から分野毎に 5 名ずつ推薦を得て、研究本部で認定する。可能であれば、北海道・東北、北南関東・甲信越・東海・北陸、北南近畿、中国・四国・九州(沖縄)の各地域からそれぞれ選出する。合計 30 名。

5.4 施設リーダー(新生児科医で各施設 1 名)

研究参加施設の施設長の推薦者から推薦基準は、常勤医の中堅・若手新生児科医で研究本部が過去の診療・研究実績から適正と判断した者とする。施設リーダーの役割は、ワークショップ開催の調整、改善行動計画の策定に中心的な役割を担う。また、介入チームのリーダーを兼任する。2011 年 5-6 月に募集・確定する。

5.5 施設サブリーダー(産科医・看護師・助産師で各施設 1 名):

当該施設の産科医(1 名)、NICU に勤務する看護師もしくは助産師(1 名)を施設リーダー(新生児科)と同様に選出する。施設サブリーダーの役割は施設リーダーの補佐を行うことである。

5.6 介入チーム

介入チームはチームリーダー(1 名)と周産期医療各分野専門家(2 名)と介入支援班(新生児科 1 名)の計 4 名から構成される。介入に必要な研修を受けた後、施設訪問しワークショップを開催し、改善行動計画の策定と実施の支援・監視を行う。2011 年 5-6 月に募集・確定する。

5.6.1 介入チームリーダー(新生児科医で施設リーダー兼任、各施設 1 名):

介入する施設リーダーと連携をとり、ワークショップを開催する。ファシリテーターとしてワークショップを適切に進行させていく役割も担う。ワークショップ開催後は、施設別改善行動計画の策定のサポート、実施進捗状況のモニタリングと推進を行う。施設リーダーが兼務する。

5.6.2 周産期医療各分野専門家(新生児科または産科 2 分野から各 1 名、計 2 名):

前述した(5.3 周産期医療各分野専門家)。

5.6.3 介入支援班(新生児科医 1 名):

前述した(5.2.1 新生児科医)。

6 介入チームの育成

介入は中堅・若手新生児科医が中心となって行われ、周産期の医学的知識だけでなく、組織体制問題の認識、ファシリテーションを含めた専門的な問題解決能力の知識やスキルが必要であり、介入に参加する周産期各分野別専門家も同様の知識やスキルを共有する必要がある。これらは将来の周産期医療を担っていくのに大きな糧となると思われる。

6.1 介入の導入のための研修

介入支援班によって、介入チームリーダーおよび周産期医療各分野専門家を対象に介入の導入のための研修が行われる。研修は東京で2日間行う。2011年7月にこの介入の導入研修を行う。

6.2 介入チーム育成のためのプログラム

育成プログラムの内容は、本研究の概要、データベース解析とベンチマーク手法、周産期医療専門分野の診療ガイドライン、ファシリテーション技法、組織マネジメント、改善行動計画立案と行動改善とフィードバック方法、ワークショップのデモンストレーションとする。全プログラムに15時間要する。個々の内容と作成手順を下記に記す。

6.2.1 本研究の概要の解説

本講義の到達目標は、我が国の周産期医療の現状と問題点、本研究の趣旨を理解することである。講義準備および実際の講義は介入支援班あるいは研究責任者が行う。

6.2.2 データベース解析とベンチマーク手法の解説講義

本講義の到達目標は、周産期母子医療センターネットワークデータベースをもとに介入を行うため、データベース解析およびベンチマーク手法を理解することである。

講義準備および講義は介入支援班が行う。

6.2.3 周産期医療専門分野別の解説講義

本講義の到達目標は、介入に必要な6つの診療ガイドラインを理解することである。

講義準備と講義は周産期分野別専門家の代表が行う。

* 診療ガイドラインの詳細は別項(9.周産期専門分野別の診療ガイドライン)を参照。

6.2.4 ファシリテーション技法の講義・実習

本講義と実習の到達目標は、ワークショップを開催するために必要なファシリテーション技法の習得である。

講義準備と講義・実習は介入支援班の行動変容の専門家が行う。

6.2.5 組織マネジメントの講義・実習

本講義と実習の到達目標は、組織系フレームワークを用いた医療組織マネジメントの改善手法

を理解することである。

講義準備と講義は、介入支援班の組織マネージメントの専門家が行う。

6.2.6 施設改善行動計画立案および行動改善とフィードバック法の講義

本講義と実習の到達目標は、施設改善行動計画立案方法を習得することである。

講義準備と講義は、介入支援班の行動変容の専門家が行う。

6.2.7 実際のワークショップの簡易デモンストレーション(実習)

本実習はワークショップが適切に開催されるための演習を行う。

デモンストレーションの担当は介入支援班の新生児科医とする。準備は介入支援班の新生児科医を中心に各分野の専門家が協力しながら行う。

6.2.8 改善行動計画の策定後のフォローアップの簡易デモンストレーション(実習)

本実習は改善行動計画の策定後のフォローアップが適切に開催されるための演習を行う。

デモンストレーションの担当は介入支援班の新生児科医とする。準備は介入支援班の新生児科医を中心に各分野の専門家が協力しながら行う。

研修プログラムのタイムスケジュール

1 日目	
12:30-13:00	参加受付
13:00-13:50	研究の概要説明
14:00-14:50	データベースの解析とそのフィードバックによる ベンチマーク手法の講義
15:00-18:00	介入手順書、診療ガイドラインの解説
19:30-21:30	組織系フレームワークを用いた医療組織 マネージメント改善手法の講義・実習
2 日目	
8:30-10:30	ファシリテーション技法の講義・実習
10:50-12:00	改善行動計画の立案方法・評価法、そのフィードバックに関する講義
13:00-15:00	ワークショップとフォローアップの簡易デモンストレーション

7 介入チーム間の標準化

7.1 介入チームの標準化の目的

介入チーム育成の研修プログラムを受けるだけでは標準化は十分にはできない。介入チーム間の

相互理解を計り、標準化を強化する。

7.2 介入チームの標準化の方法

研修後、専用のメーリングリストやインターネット会議などで用いて、介入チーム間の相互理解と標準化を図る。研究支援室でメーリングリストを作成・管理する。インターネット会議の設定は介入支援班および研究支援室が行う。

8 周産期医療専門分野別の周産期診療ガイドラインの作成

8.1 周産期診療ガイドラインの作成にあたっての背景と概要

周産期診療ガイドラインの対象となる専門分野の選択は、周産期母子医療センターネットワークデータベースの解析を行い、極低出生体重児を対象とした診療の標準化を要する分野とした。

標準化を要する専門分野として、①出生前母体ステロイド投与、②新生児蘇生法、③呼吸管理と新生児慢性肺疾患の予防と治療、④未熟児動脈管開存症の予防と治療、⑤新生児感染症の予防と治療、⑥経腸栄養および中心静脈栄養法の6分野を選定した。

各々の分野でエビデンスレベルが高く、予後に影響を及ぼす可能性の高い内容について系統的レビューを行い、推奨を作成した。推奨の内容と推奨グレードについては、意見公募を行い、デルフィ法による総意形成会議を経て策定した。

8.2 周産期診療ガイドラインの内容

エビデンスレベルが高く、予後に影響を及ぼす可能性の高いものを選出し、系統的レビューを行い、ガイドライン形式で推奨を作成した。また、既存の診療ガイドラインも利用した。

8.3 周産期診療ガイドラインの作成手順

8.3.1 周産期診療ガイドラインの作成方法

専門分野ごとに系統的レビューを行い、推奨を作成した。推奨の内容に関しては、意見公募を行い、デルフィ法により総意形成を行い策定する。また、科学的根拠の強さは推奨グレードで提示する。

ワークショップの講義準備として、介入支援班が予め講義用プレゼンテーション用のスライドのテンプレートを用意し、それに沿って分野毎に作成する。作成にあたっては、各専門分野の専門家だけでなく、介入支援班で分野毎に担当を決め、サポートをする体制をとる。

8.3.2 周産期診療ガイドラインの作成時期

作成時期はフイージビリティ研究期間内とし、準備期間は3か月間とした。

8.3.3 推奨グレード

各推奨について根拠の強さと推奨グレードとして下図を使用した。なお、推奨グレードは根拠に

なる(情報の確かさ)を示すのであって、推奨の重要度を示すものではない。)

【根拠の強さと推奨グレード】			
根拠の強さ			
研究デザインと質	非常に質が高く、そのまま利用可能な研究	利用可能だが、少し注意が必要な研究	質やその他の理由で利用不能な研究
ランダム化比較試験あるいはランダム化比較試験のシステマティックレビュー			1-
非ランダム化比較試験あるいはそれ以外の観察研究			2-
症例報告あるいは学会などからの専門家意見	3++	3+	3-

推奨グレード ^① (根拠になる情報の確かさ・強さを示すものであり重要度を示すものではない)	
根拠の強さ	推奨グレード
	A
	B
	C
研究の根拠の強さが「-」の場合は推奨策定の上では参考にしない	

8.4 意見公募とデルフィ法による総意形成会議

作成した推奨が実際の臨床現場やコメディカルのスタッフ、患者家族など広く受け入れられ、実現性のあるものにするために、意見公募とデルフィ法による総意形成会議を行った。総意形成会議はフィージビリティ研究期間中の2010年11月に行われる。

9 周産期診療ガイドライン

ガイドライン(別掲)を参照

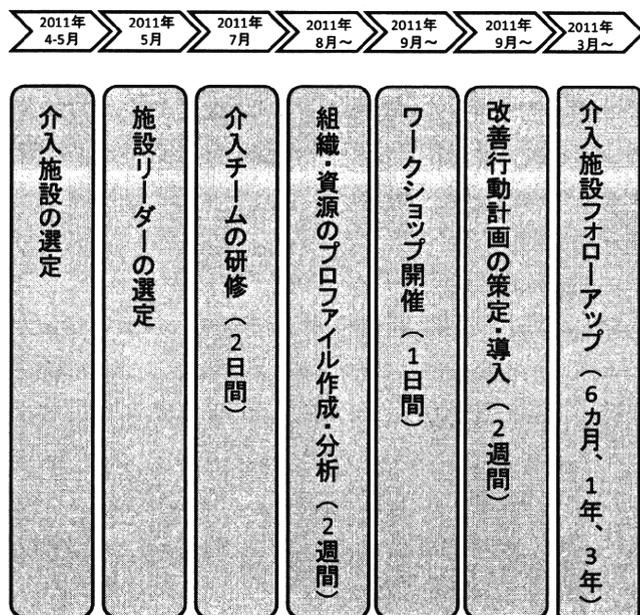
10 介入

10.1 介入の流れ

施設に合わせた診療の質改善を目的としたパッケージのための方法として以下のアプローチとする。

- ・ 対象施設の決定
- ・ 当該施設における施設リーダーの決定
- ・ 施設リーダーの介入チームリーダーとしての研修(2日間)
- ・ 周産期母子医療センターネットワークデータベースおよび施設調査を解析して、施設ごとの診療・資源プロフィールおよび組織プロフィールを作成(2週間)
- ・ 上記の診療プロフィールから不得意診療分野を選び、新生児周産期医療各分野専門家による診療ガイドラインの講義解説
- ・ 上記組織プロフィールの分析から組織体制の弱点と強みを検討
- ・ ワークショップ開催(プロフィール提示、診療ガイドラインの講義、組織系フレームワークを用いた分析、回診、全体討議)
- ・ 介入施設は介入チームリーダーのサポート下で3年間の施設別改善行動計画を策定
- ・ 施設リーダーは施設別改善行動計画を導入
- ・ 施設リーダー・介入チームリーダー・介入支援班によるテレビ電話会議や電子メールを使用して改善行動計画の進捗状況のモニタリングや支援(導入開始後6ヵ月、1年、3年)
- ・ 改善行動計画の効果や浸透度などを確認(導入開始後6ヵ月、1年、3年)
- ・ 知識と経験の共有を促すため全国の施設リーダーのメーリングリストを設置

【介入全体の流れ】



10.2 介入の対象者

当該施設の周産期医療に従事する医療従事者すべてとする。

- ・新生児科医:後期研修医、パートタイム勤務者を含めて新生児医療に従事する小児科医・新生児科医全員
- ・産科医:後期研修医、パートタイム勤務者を含めて産科医療に従事する産婦人科医全員
- ・看護師および助産師:新生児集中治療に関与するすべての看護師および助産師全員

10.3 施設ごとの介入パッケージの策定

介入パッケージの基本構成は、一定の標準化された方法に基づき、各施設に合わせた診療の質改善のためのものとするため、下記の5つから構成される。施設ごとの診療プロフィールと組織プロフィールと不得意診療分野の周産期診療ガイドラインをパッケージテンプレートに組み込み、介入パッケージを完成させる。パッケージ内容の各々の作成方法の詳細は別項に譲る。

- ・ 研究概要の説明(スライド化)

- ・ 施設ごとの診療および組織プロフィール(スライド化)
- ・ 施設ごとの不得意診療分野の周産期診療ガイドライン(スライド化)
- ・ 組織系フレームワークを用いた医療組織体制の問題点を検証(討論)
- ・ 病棟回診と症例カンファレンス(討論)

11 診療プロフィール

11.1 診療プロフィール作成方法

周産期母子医療センターネットワークデータベースを基に解析する。各分野で検討する因子は下記一覧(11.4)で示した。(さらに、多胎、妊娠中毒症、胎児心拍異常、性別、在胎期間、アプガースコア(1分)、出生体重を重症度調整因子とした。)

11.2 施設ランキング、診療6分野別成績の提示

施設ごとの1歳までの死亡退院をアウトカムとして、施設ランキングを作成する。当該施設のランキング上昇あるいは低下への影響を6分野(①出生前母体ステロイド投与、②新生児蘇生法、③呼吸管理と新生児慢性肺疾患の予防と治療、④未熟児動脈管開存症の予防と治療、⑤新生児感染症の予防と治療、⑥経腸栄養および中心静脈栄養法)で分析し、当該施設における得意・不得意診療分野を示す。

11.3 不得意診療分野のフィードバック方法

上記の不得意診療分野の中で、最も大きいと考えられる2分野を抽出して、それに関する周産期臨床ガイドラインをワークショップで講義・解説する。ただし、施設の内情により診療内容の改善が望めない場合も考慮して、施設リーダーと介入チームで相談して講義項目の選定をするのも可能である。

11.4 各分野で検討する因子

①出生前母体ステロイド投与

前期破水、母体ステロイド投与、胎児心拍異常、胎位、分娩様式、臍帯血輸血

②新生児蘇生法

入院時生後日数、性別、院外出生、母体紹介、在胎期間週、妊娠初期の超音波検査による在胎期間の確認、アプガー1分、アプガー5分、蘇生時酸素使用、蘇生時気管挿管、出生体重、出生時身長、出生時頭囲、NICUへの入院

③呼吸管理と新生児慢性肺疾患の予防と治療

呼吸窮迫症候群、空気漏出症候群、肺出血、新生児遷延性肺高血圧症、酸素投与日数、CPAP使用日数、人工換気使用日数、HFO使用、肺サーファクタント投与回数、一酸化窒素吸入療法日数、慢性肺疾患(28日)、慢性肺疾患病型、慢性肺疾患修正36週、気管切開、在宅酸素療法

④未熟児動脈管開存症の予防と治療

動脈管開存症、PDA に対するインダシン投与、PDA 結紮術

⑤感染症の予防と治療

子宮内感染症、敗血症、敗血症発症時期生後 7 日未満、抗菌薬使用

⑥経腸栄養および中心静脈栄養法

中心静脈栄養、壊死性腸炎、特発性消化管穿孔、経腸栄養 100ml/kg/day になった日

12 資源プロフィール

12.1 資源プロフィールの作成方法

周産期母子医療センターネットワークデータベースを基に、当該施設の病床数、出生数と入院数、死亡退院数、医師数、看護師数を抽出する。

12.2 資源プロフィールの提示内容

上記データベースに参加している総合周産期センターにおける医師・看護師数と死亡退院率をコントロールとして、当該施設の成績を提示する。

13 組織プロフィール

13.1 施設訪問による事前調査

ワークショップ開催の 1 か月前までに、組織マネジメントの専門家が対象施設を訪問し、新生児科部長、NICU 看護師長などにインタビューし、医療組織体制の状況を調査し、組織プロフィールを作成する。調査内容を下記に示す(13.3)。

13.2 質問票による事前調査

ワークショップ開催 1 か月前に、研究本部よりワークショップ参加対象者すべてに、勤務実働時間、ストレス度調査、人間関係状況の質問用紙を配布する。資料は人数分を郵送する。参加対象者は無記名でデータを記入し、ワークショップ開催当日までに介入チームリーダーに提出する。データの入力と管理は介入チームの事務補助が行い、研究本部に CD あるいは USB で送付する。データ入力のファイルは介入支援班が準備しておく。

13.2.1 勤務実働時間

ワークショップ開催 2 か月前および改善行動計画実施 6 か月後、1 年後、3 年後の勤務実働時間を 1 か月分、日付別に EXCEL チャートに記載する。EXCEL チャートは介入支援班が準備しておく。

13.2.2 ストレス度調査・人間関係状況の質問用紙

職業性ストレス簡易調査票を使用する。

職業性ストレス簡易調査票は、平成 14 年～16 年の厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総

合研究事業「職場環境等の改善等によるメンタルヘルス対策に関する研究」の成果物で、信頼性・妥当性が高いとされている。(http://www.tmu-ph.ac/topics/stress_table.php)

13.3 組織プロフィールの内容

基本情報:

病床数(病院、小児科、NICU、産科、MFICU)、NICU および GCU の看護師の配置、年間 NICU 入院数、年間新生児入院数、NICU における年間人工換気必要児入院数・病床稼働率・NICU における年間死亡退院数、年間分娩数、NICU の体制(職種と人数と相互関係)、当直・夜勤体制、当直・夜勤の業務内容、外来体制(外来枠数)、フォローアップ外来の有無と実施者、発達検査実施の有無、外来と病棟業務の役割分担、休日体制、カンファレンスの頻度、治療方針の決定プロセス、院内マニュアルの有無、マニュアル離脱時の判断、ガイドラインや EBM の浸透度、ジャーナルクラブの頻度、治療方針の決定方法、医師の診療体制、回診の頻度と内容と課題、診療全般の困ったこと、長期入院の数と対応方法、他科との連携、新生児搬送数、下級医の指導、死亡症例のカンファレンス、倫理的課題の決定、施設内機器の過不足、病棟内検査、検査機器のメンテナンス方法、緊急検査の受付状況、緊急輸血の対応、人工呼吸器の準備者と設定変更者、人事、地域連携、院内勉強会への参加、院外勉強会への参加、周産期カンファレンスの頻度、データベースの利用について、

本研究について:

弱点診療項目、院内ガイドラインの有無、周産期診療ガイドラインの期待、ガイドライン導入の障害、ワークショップ開催条件、データ入力の担当

13.4 組織プロフィールの分析

プロフィールより組織マネジメントの専門家が分析を行う。

13.5 組織プロフィールのフィードバック方法

ワークショップにおいて、プロフィールをスライドで提示し、組織系フレームワークを用いた分析により、施設別改善行動計画に繋げる。

14 ワークショップ

14.1 ワークショップの概要

当該施設の周産期診療に従事する医療従事者すべてを対象としたワークショップを開催する。ワークショップは 1 日間、二部に分けて開催される。前半部では、不得意診療分野についての標準化プログラムの講義で、後半部では、介入チームによって行われた組織系フレームワークを用いた分析により、診療・資源プロフィール、組織プロフィールと標準化プログラムに基づいた施設ごとの改善行動計画を討論する。

14.2 ワークショップの対象者

介入の対象者と同じ。(参照:10.2 介入の対象者)。

14.3 ワークショップの開催日の決定

ワークショップは参加対象者全員の参加が望ましいが、開催日の勤務者(当直、当直明けなど)を除いた参加可能者の7割以上の参加が確保されることが必須である。

開催日は週末祝日の終日とし、施設リーダーと介入チームリーダーが中心となって設定する。

14.4 ワークショップ開催時の準備

施設リーダーはパソコン(マイクロソフト PowerPoint 使用可能)、プロジェクター、スクリーン、ポインター、マイク3本を手配しておく。

14.5 ワークショップのタイムスケジュール

ワークショップの所要時間は約8時間で、タイムスケジュールを下記に示す。

ワークショップのタイムスケジュール

9:30-10:00	準備開始	
10:00-10:20	研究の概要説明	担当:介入チームリーダー
10:20-10:50	診療および資源プロフィール(当該施設のデータ)の説明	担当:介入チームリーダー
10:50-11:30	標準化プログラムの講義(1)	担当:周産期医療専門家
11:30-12:30	昼食	
12:30-13:20	標準化プログラムの講義(2)	担当:周産期医療専門家
13:20-13:40	マネージメント評価説明	担当:介入チームリーダー
13:40-13:55	休憩	
13:55-15:25	マネージメント評価演習	担当:介入チームリーダー
15:25-15:40	フィードバック	担当:介入チームリーダー
15:40-15:50	休憩	
15:50-17:10	病棟回診と症例カンファレンス	担当:介入チームリーダー
17:10-17:20	まとめ	担当:介入チームリーダー

14.6 ワークショップの内容

14.6.1 研究概要の説明(共通)

本研究の概要についてスライドを用いて説明する(全施設に共通)。

講義用スライドは介入支援班が作成した介入チームの育成プログラムと同一のものとする。

講義所要時間は20分間とする。

14.6.2 施設ごとの診療および資源プロフィール

周産期母子医療センターネットワークデータベースを用いて、当該施設の治療成績や診療状況について、スライドを用いて講義する。

スライドは研究本部でテンプレート化されたもので準備する。

講義準備は介入支援班の生物学統計者を中心に行う。

講義所要時間は 30 分間とする。

14.6.3 不得意診療分野の周産期診療ガイドライン

周産期診療ガイドライン 6 分野中、不得意診療分野の講義を行う。

1 分野講義の 20 分質疑応答質疑応答の計 40 分でスライドを用いて講義する。

14.6.4 施設ごとの組織プロフィールと組織系フレームワークを用いた分析(グループ討論)

事前調査して作成した組織プロフィールより当該施設の医療組織体制の弱点および強みを講義する。

スライドは研究本部でテンプレート化されたもので準備する。

講義準備は行動変容の専門家を中心に行う。

講義所要時間は 20 分間とする。

上記の講義を参考に、組織系フレームワークを用いた分析を行い、新生児の予後改善策を検討する。介入チームリーダーはファシリテーターとして討論が展開できるように努力する。

討論は下記の資料を用いて、小グループ(1 グループ 3-10 名)に分かれて行う。

90 分間のグループ討論の後、グループ間のまとめを最後の 15 分で行う。

組織診断ワークショップ 記載用シート

ステップ 2

組織構造、及び人的資源 (Structure & Staff)

- 医師、看護師、その他職種経験年数割不足
- 意思決定方法
- 平均在籍年数 など

運営のシステム (System)

- 治療方針の決め方
- 主治医orグループ制、当直体制
- 看護師:3交代制
- 他の診療科連携 など

組織スキル (Skill)

- 会議運営方法
- 組織内の報告連絡相談の頻度と方法
- EBMのキャッチアップ など

ほか

- (上記にあてはまらないもの)

ステップ 1

Strength (強み)	Weakness (弱み)
どういったところに強みがあるか?	どういったところに改善の余地があるか?
(記入欄)	

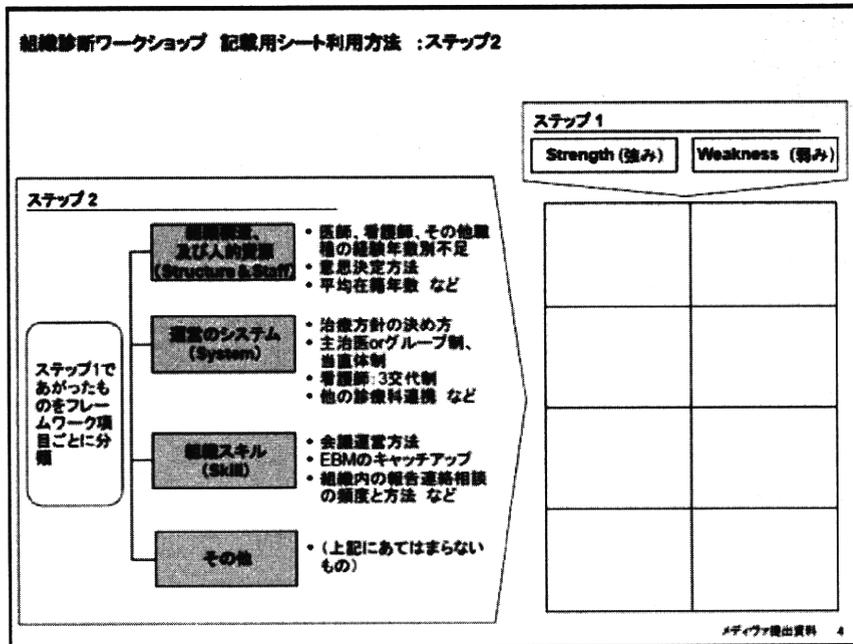
メディアラボ提出資料 2

組織診断ワークショップ 記載用シート利用方法 :ステップ1

Strength (強み)	Weakness (弱み)
どういったところが強みでしょうか?	どういったところが弱みまたは、改善点でしょうか?
(記入欄)	

* ポストイットの利用(各自が記述、貼り付け)を想定

メディアラボ提出資料 3



14.6.5 病棟回診と症例カンファレンス

周産期診療ガイドライン6分野中、不得意診療分野に該当する入院患者について病棟回診による診察と診療カンファレンスを開催して診療の実際を討議する。回診ではデータには表れない施設事情について把握し改善点を討議する。

所要時間は 80 分とする。

15 施設別改善行動計画の策定

ワークショップ後に当該施設は、介入チームの助言を元に、施設リーダーを中心に院内で施設改善行動計画を話し合い、施設の総意としての3年間の具体的な施設別改善行動計画を策定する。改善行動計画は新生児の死亡削減と健康向上を目的として、周産期センターの医療従事者全員で実行可能で具体的なものとする。また、施設別行動計画案は①診療内容についての改善行動計画案と②組織マネージメントについての改善行動計画案からなる。

15.1 診療内容に関する改善行動計画案の策定

不得意診療分野に関する周産期診療ガイドラインに対して当該施設での診療マニュアルの行動改善計画案(診療の変更点)を作成する。

どのような患者の状況についてどの時期にどのような治療法を施行するかなどを具体的に施行できるように決定する。(具体例を示す)

出生前ステロイド投与開始への取り組み

実施内容	頻度(施設/週)	責任/担当者	結果/成果(備考/注記)
チーム編成 ・施設リーダー、サブリーダー、中堅医師2名(新生児科、産科) ・主要課題の選定後に適やかにチームメンバーの選定を行う	1週	・施設リーダー	
大まかな活動プランの作成と役割分担の決定	1週	・チームリーダー	
現状把握(文書化を含む) ・過去3年間の母体ステロイド投与の有無の把握 ・上記母体から出生した、新生児の転帰の把握 ・母体ステロイドが投与されなかった理由 -理由の分類 -結果のまとめ	2週 2週 3週 3~4週	・中堅医師(産科) ・中堅医師(新生児科) ・上記合同	・中堅産科・新生児科での調査対象症例の共同での把握
現状把握の整理:プレーストミーティング ・現状把握の結果を共有 ・産科と新生児科で母体ステロイドの適応の検討形成 ・母体ステロイド投与による利益・不利益の整理 ・母体ステロイド投与プラン・モニタリング方法を策定する	5週	・サブリーダー(産科)	・産科・新生児科の医師・看護師全体での共有
解決策の検討を含む活動プランの作成 1) 実行案の臨床導入開始 2) 実行案の実行率を確認 -毎週の産科・新生児科カンファレンスで議題にする 3) 実行案のモニタリングの公表 -急性効果、安全性、有罪率を確認 -実行率の利益・不利益を検討・分析	6週 8週 10週 (4週に一度)	・産科科長 ・中堅医師(産科) ・新生児科科長	・実行率は母体の適応別、担当医師別に明示 ・モニタリングの公表は、カンファレンスの事前に公表し問題点を明らかにしておく ・全体の知識、基上げのために担当を決めて積極的な発表も行う
実行率の見直し ・実行案のモニタリングの公表の議	毎度	・中堅医師(産科)	・モニタリングの方法は(可能なら)変更せず、見直し前後の評価も行う
施設リーダーによる進捗管理	4週間に一度	・施設リーダー	・施設リーダーはつねに稼働しているタスクフォースチームの進捗管理を行う。また相談相手となり、本部とのやりとり、院内他部門の巻き込み、必要ならばメンバーの入れ替えも検討する

15.2 組織マネジメントに関する改善行動計画案の策定

組織プロフィールを基に当該施設での計画案を作成する。

個々の計画案は誰が何をやるか具体的に行動で示せる内容にする。(例:就業状況の改善による治療への目標として、休日は常勤医師と非常勤医師の2名当直体制にする)

改善行動計画書のテンプレートは介入支援班が準備したものを使用し、介入チームリーダーと介入支援班の了承を得て最終案を決定する。施設別改善行動計画は、ワークショップ開催後2週間以内に策定し、導入するものとする。(具体例を示す)

実施内容	頻度(施設/週)	責任/担当者	結果/成果(備考/注記)
チーム編成 ・リーダーは看護副科長(10年目、NICU勤務4年目)、中堅看護師3名、中堅医師1名を想定 ・主要課題の選定後に適やかにチームメンバーの選定を行う	1週	・施設リーダー	・主要課題数はリーダーになりうる人の数によって制限される ・施設によっても異なるだろうが、3つくらいが現実的か
大まかな活動プランの作成と役割分担の決定	1週	・チームリーダー	
現状把握(文書化を含む) ・院内/NICU/小児科の過去3年間の雇職数の把握 ・院内全体の看護師配置方法の把握 ・看護師離職につながる要因の把握 -設計 -グループヒアリングの実施:年代別、5名ごとに30分 -アンケートの実施:全看護師を対象とする -結果のまとめ	2週 2週 2週 3週 3~4週 4週	・リーダー ・中堅看護師A ・中堅看護師B、C	・NICUのみの課題か、院内全体の課題なのか、院内平均と比較してNICUが特別高いのか? ・ローテーションか、その期には何年か、本人希望の反映はされているか、どういった経緯でそういつた配置方法となっているのか、変更の余地はあるのか ・定量調査も実施するといふが努力が必要なのでスキップもあるか、ただ上層部で把握してないアンケートを知る良い機会ではある
解決策の整理:プレーストミーティング ・現状把握の結果を共有 ・アンケートを踏まえてよく考えられる打ち手を列挙 ・実行可能性(大)と予想インパクト(大)で整理 ・実現可能な詳細の活動プランを策定する	5週	・チームリーダー	・実行における巻き込むべきひとが誰か、予算が必要な際にはその折衝も含む
解決策の実行を含む活動プランの作成	6週	・チームリーダー	・5週目の段階でさらに詳細を作りこむ。この段階でチームの増員もありえるか
(以下、素案) 1) 全国の先駆的取り組みをしている施設との意見交換 解決に向けて動きだし成果をあげているNICU看護師との意見交換を行い、その解決策を参考にす る。 -電話会議 -現地訪問 2) 教育の充実 -若手医師からのNICUに關しての医療講義の実施(偶数月に一度) -看護師勉強会の開催(奇数月に一度) 3) 同一エリアNICUでの人事交流 -同一地域施設NICUとの定期的な交流の実施 -可能な範囲での人事交流:3施設で中堅1人ずつ、3か月チェンジ、そのためのプラン作り、関係者の巻き込みを含む	6週 8週 6週~ 10週~ 9週 8か月	・チームリーダー ・看護師B ・中堅医師 ・看護師C ・チームリーダー	・おそらく解は他施設で既に実施されているものがメインか、自院で考えるのはもちろんのこと他施設の取り組みを参考にする ・他施設の紹介は本部に依頼 ・可能であれば、現地訪問も実施 ・人事交流は、実現すればインパクトは大きいと期待されるが、難易度は高いか
実行率の見直し ・通知、修正は都度実施	毎度	・チームリーダー	・活動内容が具体的にたがって、役割分担もより詳細になる ・メッシュはどんどん細くなる
施設リーダーによる進捗管理	2週間に一度	・施設リーダー	・施設リーダーはつねに稼働しているタスクフォースチームの進捗管理を行う。また相談相手となり、本部とのやりとり、院内他部門の巻き込み、必要ならばメンバーの入れ替えも検討する

16 施設別改善行動計画の実施

16.1 実施期間

改善行動計画を策定してから(つまり、ワークショップ開催 2 週間後より)3 年間実施する。

16.2 実施方法

施設リーダーが中心となって策定した改善行動計画を実施する。

17 施設別改善行動計画実施のフォローアップ

17.1 施設改善行動計画実施の進捗状況の確認と支援

介入チームおよび施設のリーダーとサブリーダーでメーリングリスト、電話会議など、施設別改善行動プログラムの導入進捗状況のモニタリングを実施する。電話会議は、改善行動計画導入後、6 ヵ月、1 年、3 年に行うものとする(介入期間 3 年間)。

なお、非介入群(3 年後から介入開始)でも同様にモニタリングを施行し、2 年まで行う。

17.2 施設改善行動計画実施状況のモニタリング

17.2.1 診療内容に関する改善行動計画の実施確認

症例毎の入院中の経過、外来の経過について、改善行動計画の項目に対する評価を施設リーダーがまとめて報告する。特に、退院要約はフォーマットを準備する。

17.2.2 組織マネジメントに関する改善行動計画の実施確認

病棟運営に関しては、カンファランス議事録からチェックリストを作成する。

17.3 施設別改善行動計画実施の自己評価表と同僚評価表の提出

改善行動計画の浸透度や効果を評価するために、改善行動計画を導入して 6 ヵ月後、1 年後、3 年後に自己評価表および同僚評価表を提出する。

17.3.1 自己評価表

勤務実働時間、ストレス度調査・人間関係状況のアンケートを研究本部が用意した記入用紙で報告する。

17.3.2 同僚評価表

妥当性の評価が済んでいる SPRAT (Sheffield Peer Review Assessment Tool)を用いる。

18 介入に要する時間

18.1 介入に要する時間

介入目標症例:3800例(各群1900例ずつ)、介入施設数:40施設(介入群20施設)
各施設、平均95例(1年で約40例)を登録

18.1.1 各症例登録に要する時間

各症例同意書説明(10分)
エントリー入力(オンライン)20分
退院までの経過入力(オンライン)20分
退院後の経過入力(オンライン)20分

1症例当たり70分。(70分×90例=約105時間)
5年間で約105時間

18.1.2 介入を受ける施設が要する時間

実際 8時間
準備 24時間
電話会議 準備8時間+会議2時間×4回=40時間
合計72時間

18.1.3 介入チームリーダーが要する時間

介入チーム育成の研修(移動を含む)40時間
介入(準備と移動を含む)70時間(2回140時間)
電話会議 準備8時間+会議2時間×4回=40時間
合計220時間

18.1.4 周産期医療各分野専門家が要する時間

介入チーム育成の研修(移動を含む)40時間
介入(準備と移動を含む)70時間(最高8回で560時間)
*6分野5人ずつ。特定1分野を全20施設で講義をする場合、 $20 \div 5 \text{人} = 4.0 \text{回}$
これを全研究で2回介入する(介入群と非介入群)なら、 $4.0 \times 2 \text{回} = 8.0 \text{回}$

18.2 介入を受ける施設が必要な時間

組織全体、5年間で
症例登録(105時間)+介入(72時間)×参加人数+チームリーダー(220時間)
(+周産期医療各分野専門家が存在する場合)