

12:00-12:50	50分	昼食
12:50-13:50	60分	改善行動計画の考え方
13:50-14:50	60分	グループワークの簡易デモンストレーション
14:50-15:10	20分	休憩
15:10-15:40	30分	改善行動計画のフォロー
15:40-16:10	30分	予算の使い方
16:10-16:25	15分	質疑応答
16:25-16:30	5分	まとめ

6.2 介入チーム間の標準化

介入チームの標準化は周産期医療質向上プログラム研修を受講するだけでは達成できない。継続的に介入チーム間の相互理解を図り、標準化を強化することが必要であるため、研究本部介入支援班は施設間交流や連携のきっかけとなるよう研修後に専用のメーリングリストなどのコミュニケーションツールを導入する。これらを用いて施設担当者同士の情報交換やペア施設との相互介入をすることで多様な視点を身に付け、情報交換・相互理解・標準化を図る。

7 周産期診療ガイドライン

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の結果、標準化を要する専門分野として、(1)新生児蘇生法、(2)呼吸管理と新生児慢性肺疾患の予防と治療、(3)未熟児動脈管開存症と脳室内出血の予防、(4)栄養管理、(5)新生児感染症の予防と治療の5分野が選定された。本ガイドラインは、不得意診療分野の医療の質の底上げを目指したもので、科学的根拠に基づいた標準的治療の考え方を示したものである。

従来から各診療分野別ガイドラインは存在するが、それぞれ異なる目的と方法で作成されているため、各分野別ガイドラインで矛盾が生じている部分があった。本ガイドラインは、分野別ガイドラインの整合性やバランスを考慮し、科学的根拠に基づいて作成した。また、ガイドラインの公平性・浸透性も考慮して、意見公募やデルフィ変法による総意形成を行い2011年7月に策定した。ガイドラインはウェブ上に公開し、常時、誰でも閲覧できるよう公開されている(URL: <http://www.nicu-intact.org>)。ガイドラインの詳細は本項では割愛する。

各推奨には根拠の強さを推奨グレードとして表示している。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(図5)。

図5. 根拠の強さと推奨グレード

【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、すこ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++	1+	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++	2+	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（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
1++	A
1+	B
1-	C
2++	
2+	
2-	
3++	
3+	
3-	

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 周産期医療質向上プログラム

8.1 周産期医療質向上プログラムの概要

保健・医療の質向上に関する先行研究がいくつかあり、外部からの診療状況のモニタリングとその結果報告、教育のためのワークショップ開催、現場におけるワークショップの開催、現場における主導者の育成などが医療現場の質改善の科学的根拠として報告されている。それぞれの効果は決して大きくはないが、このような取り組みを組み合わせ、パッケージ化して周産期医療に応用したものが本研究の介入内容、周産期医療質向上プログラムである。

全国のNICUは診療内容や組織体制に差異があり、それぞれに得意診療分野や不得意診療分野がある。ガイドラインやマニュアル、専門家の意見などの単独な導入が、不得意分野の診療の質改善に繋がるとは限らず、かえって各施設の得意な部分を損なう危険もある。各施設の質向上には各々の課題の顕在化とそれに対する自己変革の行動が必要である。周産期医療質向上プログラムはそのための触媒・きっかけである。

周産期医療質向上プログラムは4つのコンポーネントから成り立ち、(1)施設プロフィール作成、(2)ワークショップ開催、(3)改善行動計画策定、(4)改善行動計画の実施と継続的支援から成る(図6)。これらを組み合わせることによってより効果的な診療および組織体制の向上が期待できる。個々の詳細については後述する。本プログラムは、介入チームによる施設訪問ワークショップを開催し、事前に準備された施設プロフィールや病棟紹介・症例検討などを通して、自施設の長所や課題を顕在化する。次に、ガイドラインや介入チームからの助言を参考にしつつ、自施設の課題に対する改善行動計画を検討し、ワークショップ後1カ月以内に改善行動計画を策定・導入する。さらに、改善行動計画導入後は、介入チームにより改善行動計画が実行できるように継続的に支援を受ける(図7)。

図 6. 周産期医療質向上プログラムの 4 つのコンポーネント

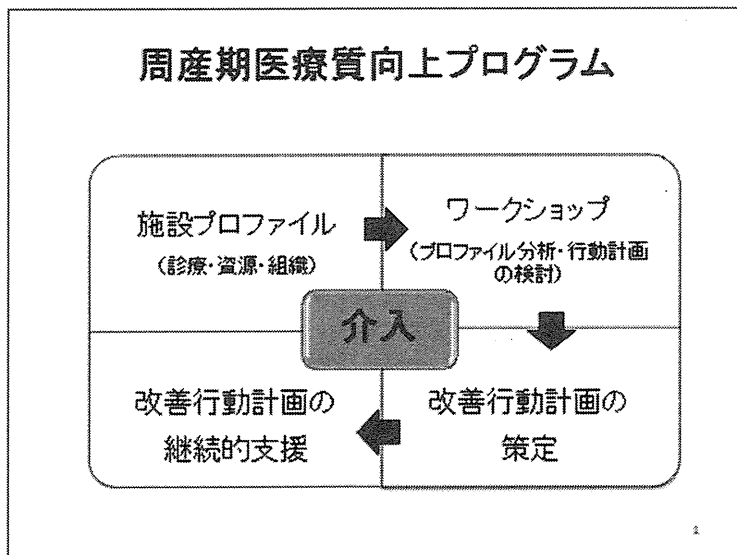
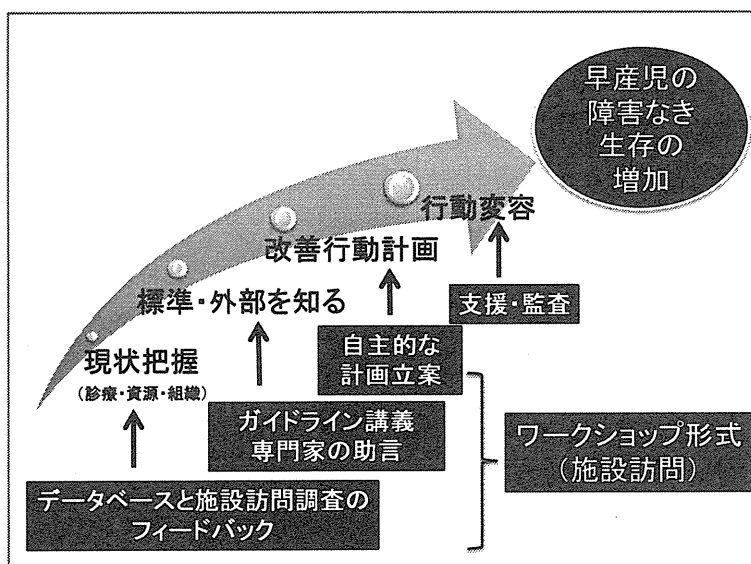


図 7. 周産期医療質向上プログラムの進め方



8.1.1 施設プロフィールの作成

施設プロフィールは、各施設毎の(1)診療内容の分析(診療プロフィール)、(2)診療資源の分析(資源プロフィール)、(3)医療組織体制の分析(組織プロフィール)から構成される(表 3)。前述した診療内容および治療成績の施設間差の是正のために、周産期母子医療センターネットワークデータベースを解析し、施設ごとの診療・資源プロフィールを作成する。データベースでは把握できない医療組織体制については、施設訪問調査や質問票調査を行い、組織プロフィールを作成・分析する。これらを総合することで、当該施設の診療内容・医療チームの長所や課題を顕在化する施設プロフィールを作成する。

表 3.施設プロフィールの構成

1. 診療プロフィール	(診療内容の分析)
2. 資源プロフィール	(診療資源の分析)
3. 組織プロフィール	(医療組織体制の分析)

8.1.2 ワークショップ開催

2003 年から構築されている周産期母子医療ネットワークデータベースの解析結果は参加施設へフィードバックされているが、結果の活用については各施設の自主性に任せられており、周産期医療の質の向上に繋がるように有効利用されているとは言い難い現状である。

また、周産期医療における診療ガイドラインはこれまで学会を中心に周知されてきたものの、診療行為によっては浸透度に差があることより、エビデンスと実際の診療内容の格差(evidence-practice gap)が治療成績に影響している可能性があり、これには組織体制の問題も大きく影響していると考えられる。

介入チームは当該施設に訪問し、ワークショップを開催する。多くの NICU に従事する多くのスタッフと共に施設プロフィールの結果を確認し、自施設の診療内容と医療チームの現状を共通に認識した上で、不得意診療分野の診療ガイドライン解説や症例カンファレンス・病棟紹介などを通して、その分野に関する標準的治療や他施設の取り組みを知り、介入チームである他施設の NICU 医療者と共に自施設課題を把握する。その上で、診療内容や医療チームとしての改善行動計画の素案を作成する。

周産期医療は各施設に特徴的な組織や資源をベースにした専門性の高い医療分野であるため、膨大かつ深淵な診療および組織因子が複雑に絡み合い構築された医療の質は施設毎に大きく異なる。このため当該施設における改善を目指した行動計画は、当該施設の構成員が主導し積極的に立案にかかわることが重要であり、当該施設の診療に関わる全ての構成員が自ら課題を抽出し、改善のための行動計画作成に向けて活動し始めることに意義がある。ワークショップは、診療現場にて実際に行われている医療について介入チームとの対話と意見交換を行うことで、現実的な行動に向けてのファーストステップを介入チームと一緒に考えるきっかけになることを目的としている。さらに、ワークショップは地域性を加味して、介入施設同士がペアとなって相互介入の形式で行われる。これにより、地域連携や医療の集約化および効率的な診療の標準化が可能となり、ひいては介入施設における中堅・若手医師の育成にも繋がられることも目的としている。(詳細は【12 ワークショップの概要】を参照。)

8.1.3 改善行動計画の策定

ワークショップ開催後は、極低出生体重児の後遺症なき生存を目標とした施設ごとの改善行動計画を策定・導入する。改善行動計画は、施設プロフィールや診療ガイドラインなどを参考にしながら、当該施設の自主性を促すため、施設担当者および施設看護担当者を中心に、一定の手法

によって作成し、施設内で総意を形成した上で導入する。介入チームは改善行動計画の策定の際、相談や支援を行う。(詳細は【17 改善行動計画の策定・導入】を参照。)

8.1.4 改善行動計画の実施と継続的支援

どんなに計画が素晴らしくとも、行動に繋がらなければ医療の質は向上しない。改善行動計画を2年間にわたり実行していく中で、介入チームとメーリングリストや電話会議による定期的な意見交換を行い、進捗状況を確認・相談しながら進めていく。NICUの日常の忙しさで実行が疎かになることや障壁にぶつかっても諦めずに継続できるように介入チームは強力に支援を継続的に行っていく。(詳細は【18 改善行動計画の実施と継続的支援】を参照。)

8.2 周産期医療質向上プログラムの対象

当該施設の新生児医療に従事する医療スタッフすべてとする。

- ・新生児科医:後期研修医、パートタイム勤務者を含めた新生児医療に従事する小児科医・新生児科医全員
- ・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

8.3 周産期医療質向上プログラムのスケジュール

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(図8)。

ランダム化割付後、地域性及びワークショップの開催日を勘案し、相互介入のためのペア施設が決定される。その後、施設担当者および施設看護担当者を決定する。資源・組織プロフィール作成のための施設訪問調査および質問票調査が行われ、診療プロフィールと合わせて分析される。次に、施設担当者および施設看護担当者は周産期医療質向上プログラム研修会を受講し、本プログラムに必要な知識やファシリテーション技能を習得する。そして、自施設においてワークショップを開催し、施設プロフィールのフィードバックや病棟紹介・症例カンファレンスを通して、自施設の課題を見出し、診療ガイドラインや医療組織マネジメントの講義を受け、課題に対する自施設の改善行動計画を立案する。最後に、ワークショップ後、介入チームの継続的な支援を受けながら施設担当者・看護担当者を中心に自施設の改善行動計画を策定・導入する。以後は、改善行動計画を介入チームからの支援を1カ月～数カ月間隔で受けながら2年間実行する。

図8. 周産期医療質向上プログラムのスケジュール

2011年8月～11月	倫理審査・過去データ登録
12月初旬	ランダム化割り付け
12月後半～翌年3月(順次)	プロフィール作成(訪問インタビュー・質問票調査)
12月17-18日 or 1月22-23日	周産期医療質向上プログラム研修会(2日間)
1月～翌年5月(順次)	ワークショップ開催(1日間)
2012年1月～5月	改善行動計画の立案(WS開催翌日～)
2月～5月	改善行動計画の策定・導入(WS開催4週間後)
2012年2月～2014年4月	改善行動計画の実施と 確認・支援(2年間:1か月、3か月、6か月、 12か月、18か月、24か月)
2014年1月～4月	改善行動計画の実施終了

9 診療プロフィール

診療プロフィールは周産期母子医療センターネットワークデータベースに準じた登録項目で2007-2009年の3年間のデータをベンチマーク手法で解析し、一定の書式でまとめたものである。これまで、データベースの結果はスタッフ全員に周知されることは少なく、診療へのフィードバックがなされず、十分に活用され難かった。本介入では解析結果を訪問ワークショップ開催時に改善行動計画立案における重要な診療情報とし有効に活用できるようフィードバックする。

データベースの解析は、研究本部介入支援班の生物統計学者によりランダム化割付終了後、順次行われ、当該施設の診療プロフィールが作成される。ワークショップの事前打ち合わせや使用ガイドラインの選定に必要なので、診療プロフィールはワークショップの原則1カ月前までに完成するように努める。

10 資源プロフィール

10.1 資源プロフィールの作成方法(調査票による事前調査)

資源プロフィールは周産期母子医療センターネットワークデータベースに登録されている施設資源のデータを含めた施設情報(例: NICU病床数、医師数、コメディカルの配置など)を一定の書式でひとつにまとめたものである。施設担当者は研究本部介入支援班が用意するフォーマットに施設資源のデータを記入し、返送する。プロフィールの作成は研究本部介入支援班の組織マネジメントの専門家が行う。

10.2 資源プロフィールの提示内容

施設資源のデータからは、病床数に対する医師・看護師数などを算出し、周産期母子医療セン

ターネットワークデータベースに登録されている施設の全国平均との比較を示す。

11 組織プロフィール

11.1 施設訪問による事前調査

介入支援班の組織マネジメントの専門家は、割付後より順次、対象施設を訪問し、施設長（通常当該施設における新生児部門長）、NICU 看護師長、施設担当者などにインタビューし、医療組織体制の状況を調査する。インタビューは介入施設のみ行う。

11.2 質問票による事前調査

研究参加施設（介入施設・対象施設）は研究本部より、職員を対象とした質問票を郵送にて受け取る。質問票は、(1)組織に関するアンケート、(2)総合的診療技術評価（部長または病棟の医師を評価できる立場の医師による NICU 医師の評価）、(3)実働勤務時間の 3 種類である。質問票調査への参加同意、組織に関するアンケートに添付する同意書（個人）の署名を基に確認する。調査票の配布、回答、管理、回収等の手順は、質問票送付時に同封する「調査票の取扱いに関する手引き」を参照。

11.2.1 組織に関するアンケート

組織文化、組織内コミュニケーション、労働意欲、職業性ストレスに関する質問項目が含まれる。尺度の評価項目、信頼性・妥当性などについては、別途作成の「NICUの組織文化・医療スタッフに関する研究計画書」を参照。

11.2.2 総合的診療技術評価表（SPRAT）

SPRAT は、もともと研修医の総合評価のための簡単な評価表として、欧米の卒後医学教育で頻用されている評価ツールである。良質な臨床ケア、良質な医療を継続する能力、教育・指導・評価、患者との関係、医療従事者との仕事、総合評価といった 6 分野 25 項目について 6 段階で評価をする。それに加え、優れている点と心配な点について自由記載できるようにしている。本研究では、新生児科部長あるいは病棟の医師を評価できる立場の医師が病棟の医師全員の評価を行う。

施設長が施設長以外の医師の評価を行い、施設長が評価対象者の場合のみ、施設長に準じる医師が施設長の評価を行う。評価対象者は、介入時より 1 年以上 NICU で研修を行う見込みの研修医を含む。研修期間が 1 年未満の方は、評価の対象外とする。

11.2.3 実働勤務時間

実働勤務時間の調査は医師のみに対して行う。1週間(7日)の実働勤務時間を記録する用紙に始業時刻と終業時刻を記録する。

11.3 組織プロフィールの内容

組織プロフィールは、インタビュー調査による組織の長所及び課題、組織文化(4種類の文化のタイプ)、組織内コミュニケーション(同職種間・異職種間のコミュニケーションの取り易さ、同職種間・異職種間のコミュニケーションの正確さ、リーダーシップ、同職種間・異職種間の問題解決の対処、同職種間・異職種間の対立回避)、労働意欲、実働勤務時間を含む。組織文化、組織内コミュニケーション、労働意欲、職業性ストレスに関しては、医師と看護師別の評価と評価の解説をする。最後にプロフィールのまとめとして、改善へのヒントを提示する。

11.4 組織プロフィールの分析

インタビュー調査で録音された内容を文字化し、施設の長所と課題を人材、コミュニケーション、他科連携、などの項目別に分類する。

組織文化、組織内コミュニケーション、労働意欲、職業性ストレスは、ネガティブな質問項目の数値変換を行った後に平均値を算出する。個人の平均値を合計し、回答者数で割った数を施設(または医師・看護師別)の平均値として算出する。組織文化と組織内コミュニケーションはリーダーチャート、労働意欲はパーセンタイル値のグラフ等で示す。総合的診療技術評価は各項目の個人の平均値を算出する。個人の平均値を合計し、回答者数で割った数を施設の平均値として算出する。実働勤務時間は、個人の1週間(7日)の労働時間を合計し、度数分布図(ヒストグラム)で労働時間ごとの人数を示す。

11.5 資源・組織プロフィールのフィードバック方法

介入施設の資源・組織プロフィールは、施設で開催されるワークショップでフィードバックを行い、対照施設については郵送によるフィードバックを行う。

12 ワークショップの概要

本介入では、介入チームが当該施設を訪問し、NICU に従事するすべてのスタッフ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、病棟紹介・施設プロフィールのフィードバック、不得意診療分野に関係する診療ガイドラインの講義を行う。後半部では、グループ討議にて当該施設の課題を整理し、自主的に改善行動計画の素案を立案する。つまり、ワークショップのゴールは改善行動計画の素案の作成である。

ワークショップ開催にあたっての全体の準備に関しては、別項参照(参照:【16 ワークショップ開催までの準備】)。

12.1 ワークショップの対象

周産期医療質向上プログラムの対象者と同じ(参照:【8.2 周産期医療質向上プログラムの対象】)。

12.2 ワークショップ開催日

施設担当者が介入担当者と研究本部介入支援班と相談をしてワークショップ開催日を決定する(参照:【16.2 ワークショップ開催日の決定】)。

12.3 ワークショップのタイムスケジュール

ワークショップのスケジュール(例)を表4に示す。

表4. ワークショップのタイムスケジュール(例)

※総合司会は介入担当者、タイムキーパーは研究本部支援班とする

時間		内容	担当
9:30-10:00	30分	病棟紹介	施設担当者
10:00-10:10	10分	病棟→会議室への移動	
10:10-10:15	5分	部門長あいさつ	部門長
10:15-10:25	10分	導入(自己紹介)	介入担当者
10:25-10:40	15分	導入(研究概要、ワークショップの目的)	研究本部支援班
10:40-11:00	20分	施設プロフィールの説明	研究本部支援班
11:00-11:10	10分	休憩	
11:10-13:00	110分	周産期診療ガイドライン解説 症例カンファレンス	ガイドライン解説者 施設担当者
13:00-13:30	30分	昼食	
13:30-14:00	30分	診療のまとめ	研究本部支援班
14:00-17:35	215分	改善行動計画の考え方と 改善行動計画に向けての小グループ討論 ※コーヒープレイク・トイレ休憩含む	介入担当者 施設担当者 施設看護担当者 ガイドライン解説者 研究本部支援班
17:35-17:45	10分	まとめ	施設担当者

13 ワークショップの内容

ワークショップのゴールは改善行動計画の素案の作成であるため、ワークショップ後半の小グループ討議に備え、プロフィールのフィードバックやガイドライン解説の際には、改善策のヒントとなるような情報を各自メモを取るように心がける。メモを取るための用紙「手元メモ」をワークショップ開始の際に配布しておく。

13.1 病棟紹介

本項目の到達目標は、改善行動計画に結びつけられるよう、介入チームに当該施設の実際の臨床現場を紹介しデータに現れない施設の現状を把握してもらうことである。診療の質向上は、病棟現場における特性および課題の徹底した抽出と把握が出発点であり、改善行動計画が机上の空論とならぬよう、素のままの日常臨床診療を紹介し全員の共通認識とすることが重要である。司会は施設担当者が行い、診療体制や施設の特性や課題などを紹介し、参加者全員で特性や課題を抽出・共有していく。施設看護担当者は病棟紹介中に看護ケアに関わることについて発言することもある。他施設との意見交換を行うことで、自施設の特性や課題を新たに認識できるきっかけとなる。

所要時間は30分とする。参加対象は、施設担当者、施設看護担当者、当該施設新生児科医師、介入担当者、診療ガイドライン解説者、研究本部支援班である。病棟業務や面会等を配慮して他のワークショップ参加者等、大人数の病棟訪問は避ける。準備に関しては、別項参照(参照：【16.10 病棟紹介の準備】)。

13.2 導入

本項目の到達目標は、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し、ワークショップの目的を理解することである。

司会は介入担当者が行い、他施設からの参加者(介入担当者とガイドライン解説者と研究本部介入支援班など)の自己紹介をし、本研究の概要およびワークショップの目的についてスライドを用いて説明する(全施設に共通)。

所要時間は20分とする。このセッション以降は周産期医療向上プログラムの対象者全員が参加対象となる。

13.3 施設プロフィールの説明

本項目の到達目標は、(1)診療プロフィールにて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を把握すること、(2)事前調査して作成した資源・組織プロフィールにて課題解決のための組織マネジメントを理解することである。

当該施設会場にて直接多くのスタッフにデータベースの解析結果をフィードバックすることで、医療チームとして、自らの治療成績や診療状況を把握することができる。

本項目は研究本部介入支援班が担当し、所要時間は約20分とする。

13.4 周産期診療ガイドラインの解説

本項目の到達目標は、診療プロフィールにて明らかとなった死亡に影響する分野の診療ガイドラインで根拠に基づいた標準的治療の考え方を学び、診療の質の改善に繋げることである。

周産期診療ガイドラインの解説を通して標準的治療の考え方の理解を深めることができ、診療ガ

ドラインを実際の診療、特に不得意診療分野に活用できることが期待できる。

また、本周産期質向上プログラムでの周産期診療ガイドラインの解説は、事前打ち合わせや病棟紹介で抽出した当該施設の現状や課題に合致するように再構成されていることが大きな特徴であり、問題点の解決への考え方を提示して紹介できるように解説が行われる。

本項目は診療ガイドライン解説者が担当し、所要時間は約 60 分とする。

13.5 症例カンファレンスおよび診療方針の概説

本カンファレンスの到達目標は、極低出生体重児のルーチン管理の確認およびデータに表れない施設の現状をケース・レビューや管理方針、症例を通して、ワークショップ参加者全員で把握・検討し、改善行動計画に結びつけられるような討議ができることである。

カンファレンスは、

- (1) ケース・レビュー(20 分)
- (2) 極低出生体重児のルーチン管理の提示(15 分)
- (3) 症例提示(15 分)

から構成され、司会は施設担当者が行い、所要時間は約 50 分とする。各プレゼンテーションの担当は施設担当者が判断し、決定する。準備に関しては、別項参照(参照:【16.9 症例カンファレンスの準備】)。

13.6 当該施設における診療のまとめ

施設プロフィールおよび症例カンファレンス等を確認したうえで、研究本部介入支援班は当該施設における課題の方向性をまとめる。所要時間は約 30 分とする。

13.7 改善行動計画に向けての小グループ討議

本項目の到達目標は施設プロフィールおよび周産期診療ガイドラインと組織マネジメントの解説をもとに施設の課題に対する解決策を検討し、後遺症なき生存をゴールとした改善行動計画の完全版を作るための情報を得ることである(完全版を作ることではない)。したがって、テンプレートに沿って作成したこの改善行動計画の素案が小グループ討議の成果物となる。詳細に関しては別項に譲る(参照:【14 ワorkshopでの小グループ討議のてびき】)。

討議の冒頭に改善行動計画の考え方について介入担当者が説明を行い、その後に小グループ討議に進む。所要時間は休憩を含めて 3 時間強とする。詳細は別項に譲る(参照:【14 ワorkshopでの小グループ討議のてびき】)。

14 ワorkshopでの小グループ討議のてびき

14.1 目的

小グループ討議の目的は、改善行動計画の完全版を作るための情報を得ることである(改善行動計画の完全版を作ることが目的ではない)。したがって、小グループ討議の到達目標

は改善行動計画のテンプレートに沿って後遺症なき生存をゴールとした改善行動計画の素案が完成させることである。

提示された診療・組織プロフィールや弱点分野のガイドラインは、施設の現状を把握するのに重要である。ただし、診療の実際では、組織や診療の問題が複合的に関係していることが多いため、改善行動計画は提示された組織プロフィールの問題点の変更や診療ガイドラインの導入である必要はない(参照:【15 改善行動計画の作成方法】)。

14.2 基本構成

4-6 名のグループに分かれて行う。施設担当者と施設看護担当者、介入チームメンバー(介入担当者、ガイドライン解説者、研究本部支援班)はグループメンバーに入り、グループ討議のルール(表 5)に則ってスムーズな進行に留意しながら総意形成や相互理解に向けて深い討議がなされるよう調整する(以下、“チューター”と呼ぶ)。また、討議を開始する前に、グループメンバーには役割を分担しておく(表 6)。

使用物品は模造紙、付箋、水性マジックである。

小グループ討議に先立ち、チューターは(1)ここまでのワークショップのまとめ、(2)グループ討議の目的・ゴール、(3)グループ討議のルール、(4)小道具の使い方、(5)役割分担(表)についてグループメンバーに説明する。

表 5. グループ討議のルール

- | | |
|----|---------------|
| 1. | 他人を批判しない |
| 2. | 自由奔放にアイデアを出す |
| 3. | 質より量を求める |
| 4. | アイデアを発展・結合させる |

表 6. グループ討議の役割分担

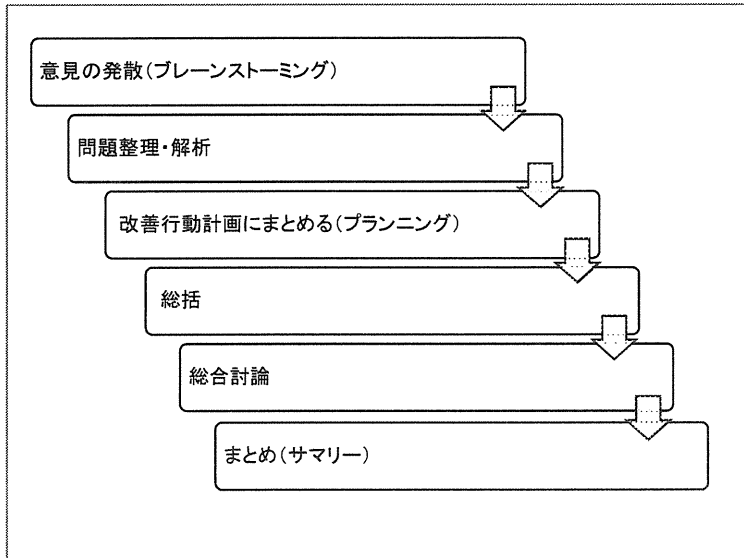
- | | | |
|----|---------|----|
| 1. | チューター | 1名 |
| 2. | タイムキーパー | 1名 |
| 3. | 書記 | 2名 |
| 4. | 発表係 | 1名 |

討議は6つの段階で構成される(図 9)。施設プロフィールと診療ガイドライン・組織マネジメントの講義をもとに、(1)自施設の課題を確認し、課題に対する解決策をグループで発散し(ブレインストーミング)、(2)それらを収束(整理・解析)し、(3)解決策(改善行動計画)の素案をまとめ(プランニング)、(4)グループごとに発表を行い、(5)総合討論の後、(6)最後に施設担当者がグループ全体のまとめ(サマリー)を行う。討議のルールを下表に示す。

なお、グループ討議の中では、(1)(2)に関しては、診療の課題とそれに関連した医療組織体制

を合わせて検討する。

図 9. グループ討議の基本的な流れ



小グループ討議の実際の流れの例を表 7 に示した。

表 7. 小グループ討議の実際の流れ(例)

		所要時間
イントロダクション		5分
診療課題①とそれに関する組織についての討議	課題に対する解決策の意見の発散	5分
	解決策の収束(整理・解析)	15分
	解決策の具体化・まとめ	20分
診療課題②とそれに関する組織についての討議	課題に対する解決策の意見の発散	5分
	解決策の収束(整理・解析)	15分
	解決策の具体化・まとめ	20分
休憩		15分
総括	上記討論をまとめる	30分
発表	各グループごとに発表	10分/G
総合討論	全体で討議	20分
まとめ		10分

14.2.1 課題に対する解決策についての意見の発散(ブレインストーミング)

診療の課題および医療組織体制の課題の解決策について、手元メモを参考に、各個々人で考え思いついたことを付箋に書きだす(写真1)。付箋の使い方のポイント(表8)および意見発散のポイント(表9)を示す。ここで発散された意見は後に全員で共有して話をして整理するので、自由に意見を出す。

所要時間は5分とする。5分経過したら、まだ書いている途中の付箋が書き終わった時点で終わりにする。まだ書き足りなくとも、口頭で補足したり、後で思いついた事を書き加えたりできる(写真2)。

写真1. ブレインストーミングの様子

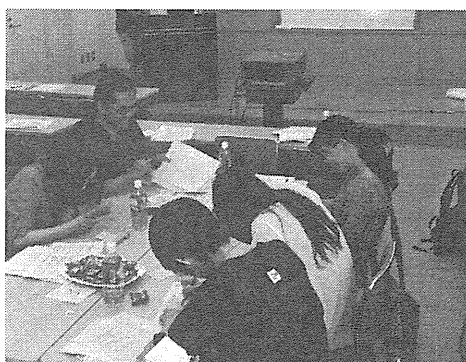


写真2. 付箋の使い方

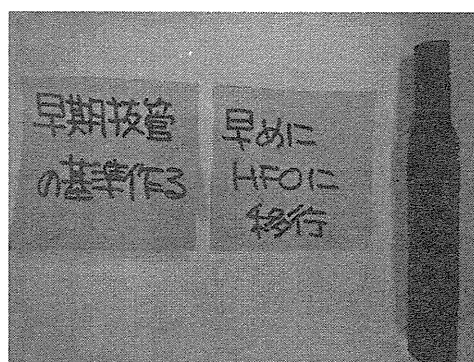


表8. 付箋の使い方のポイント

-
1. 1枚に1つずつ意見を書く
 2. 1-2行で簡潔に書く
 3. 太いマジックで書く
 4. ノリが付いている方を上にして書く
-

表9. 意見の発散のポイント

-
- ✓ プロファイルやガイドラインは考えるきっかけ
 - ✓ ガイドラインは基礎的なところを守っているかの確認
 - ✓ 診療ガイドラインに沿ってなくてもOK
 - ✓ 現実的でなくてもOK(実現できる方法があるかも)
 - ✓ 一方で、できるだけ資源・組織・診療プロファイルで出た課題に広くまたがり、普段の施設での経験から普遍的でもっとも大きな課題を考える
 - ✓ 思いつかなければ、調べてみるという解決法もあり
 - ✓ 他の人と相談せずに孤独に書き出す
 - ✓ 何枚でもできるだけ多く書き出す。まだ考えがまとまっていない事でも何でも書いてよい
-

14.2.2 意見の整理・解析

ブレインストーミングで出た解決策を一人ずつ順番に紹介しグループ内で発表し(表 10)、カテゴリーに分けていく(グルーピング)。また、出てきた意見を発展させたり、結合させたり、改善していく。ここでは、課題の整理と解析のためにあり、紹介課題内容の意味を明確にし、他の課題との類似点、相違点等の確認を作成者を交えて全員で自由に発言し合う。その中で、ゴール(=自施設での後遺症なき生存)に最も影響しそうな解決法に優先順位をつけて(ランキング)、1-2 個に絞り込む(グループでの総意形成)。

表 10. 発表の手法

-
1. 手元にある付箋を全員に見えやすいように模造紙に貼り出しながら、一枚ずつ紹介し、説明する。
 2. 一人が終わったら順番に次の人へ回していく。
 3. 誰かが紹介した内容に近いものがあれば、その付箋の近くに貼る(グルーピング)(写真)。
 4. 全員が紹介し終わったら、貼り出された付箋全体を俯瞰し、話を聞く中で思った事、感じた事、話したい事がある人から自由に発言を開始する(してよい)。
-

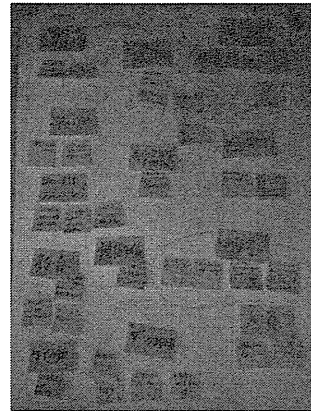
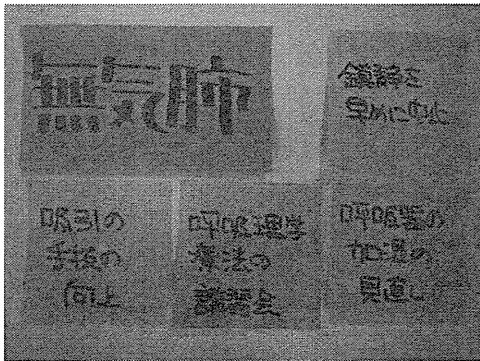
この作業の中で特に以下の流れを心がける。

- (1)他の人の話に乗る。「〇〇さんが話していた話には同感で・・・」など、お互いの考えが繋がり合う状態を作る。
- (2)質問をする。他の人が話していた分りにくかった点があれば質問をして課題と発表者への真の理解を心がける。
- (3)人を否定しない。ここで出てくるのはあくまで個人の捉え方であって、それを他の人が否定する事で重要な気づきを失うことになる。
- (4)話しやすい様に貼り出された付箋を指し示したり、並べ替えたりしながら話す。
- (5)下に敷かれた(付箋を貼り付けた)模造紙は全員(用)のメモ用紙として使う。例えば、それぞれのメンバーが思いついた事を全員が見えるように書き留めたり、対話の中で見えてきた構造を図解したり、付箋同士を並び替えて線で繋げたりグルーピングしたり、ランキングをつけたりしながら自由に使う。

これらの操作を経て、付箋に書き出された全ての課題が整理された後に関連性によりグルーピングされ、最終的に絞りこまれていく(写真 3)。

所要時間は 15 分。

写真 3. グルーピングの例



14.2.3 解決策(改善行動計画の素案)の具体化・まとめ(プランニング)

ここでの作業は、ワークショップ開催後に策定・導入する改善行動計画のたたき台を用意するというイメージである。新しい模造紙を広げ、前項で整理された課題に対する解決策に対して、テンプレートに沿って改善行動計画を作成する(写真4)。あくまでも素案なので、完璧を目指す必要はない。改善行動計画のテンプレートに関しては、別項に譲る(【15 改善行動計画の作成方法】)。

写真4. プランニングの様子



14.2.4 総括

2つの診療分野の改善行動計画の素案について、絞り込んだ解決法を統合し、後遺症なき生存に最も影響しそうなイチオシの解決法を1-2個完成させる。

<ポイント>

- ✓ 改善行動計画に至る思考過程を明らかにして発表に備える
- ✓ 思考の整理のために再度新しい模造紙にまとめてもよい

14.2.5 グループ発表と全体討議(ポスターセッション)

各グループの発表係がプランニングで作成した模造紙を提示し、グループワークで得られた解

決法に関して、なぜその解決方法が施設の質改善に繋がると考えるのか、分かりやすく論理的にまとめて発表を行う(写真 5)。司会は介入担当者が行い、発表は質疑応答込みで 1 グループにつき 10 分とする。すべてのグループの発表が終了したら、全体での討議(全体討議)を行う。全体討議は約 20 分とする。

<ポイント>

- ✓ プロファイルと症例カンファレンス、ガイドラインから、その改善行動計画に至る思考過程を明らかにする
- ✓ そのうえでそれを他のグループのメンバーに説明できるようにする

写真 5. ポスターセッションの様子



14.2.6 まとめ(サマリー)

最後に施設担当者が、上記の全体討議を踏まえ、ワークショップ後に策定する改善行動計画に向けてのまとめを行う。所要時間は 10 分。

15 改善行動計画の作成方法

改善行動計画は後遺症なき生存を目的として、NICU に従事する医療スタッフ全員が 2 年間で実行可能な具体的なものとする。

ワークショップで提示されたプロファイルの問題点の変更や診療ガイドラインそのものの導入である必要はない。診療の実際では、組織や診療の問題が複合的に関係していることが多い。従って、施設の中で固有の問題点を検討し、全員で課題を共有認識し、共通した行動計画としてゴールを決めて改善行動を決定する。改善行動計画のポイントを表 11 に示した。

表 11. 改善行動計画の 6 つのポイント

-
1. 死亡や後遺症に最も影響ある弱点分野を特定し、対策を考える。
 2. 課題の改善に必要な共通のゴールを見直し、改善行動を計画する。
-

3. 改善行動は必ずしも、組織プロフィールによる問題点の解消や不得意診療分野のガイドラインの実行そのものである必要はない。
4. 改善行動の予算、実行責任者、評価方法、および期日を明確にするよう心がける。
5. 改善行動により、NICU に従事する医療スタッフ全員のレベルを引き上げ、施設内標準化も同時に目指す。
6. 改善行動の立案は、介入担当者と研究本部介入支援班が適宜アドバイスをを行う。

また、作成する改善行動計画は、(1)診療・組織に関する課題、(2)目標、(3)活動内容、(4)予算、(5)評価法、(6)責任者、(7)期日の7項目で構成され(表12)、テンプレートを使用して作成する(表13)。必要ならば、新たな項目を追加することも可能である。

表12. 改善行動計画の基本構成

1. 診療・組織に関する課題を設定する
2. 課題について具体的な目標を設定する
3. 目標を達成するための具体的な活動内容を決める
4. 活動内容の予算を決める
5. 改善行動の達成の指標(評価法)を明確にする
6. 改善行動の実行責任者を決める
7. 期日を設定する

表13. 改善案テンプレート具体例

課題	目標	活動内容	予算	評価法	期日	担当
早産の分娩のタイミング再検討プロジェクト	当該施設での後遺症無き生存を念頭に置いた最適な娩出タイミングを常に実現するシステムを構築する	1. 当該施設の方針を明らかにする	0円	方針を書面で確認	11/14	森
		2. 当該施設での週数ごとの治療成績を示す	25千円 謝金	成績を書面で確認	11/20	
		3. 娩出時期に関して工夫している施設に産科医・新生児科医のペアで見学	250千円 謝金・交通費			
		4. 最適な娩出タイミングを導き出すために必要な情報を整理する	25千円 謝金	情報を書面で確認	11/30	
		5. 報告会では専門家を招聘して講演をしてもらい、院内での方針を再検討する	150千円 謝金・交通費			
		6. 方針を確定する(最適な娩出タイミングを導き出すためのシートを作成し、それに沿って産科と新生児で協議する会議での使用を提案し導入)	0円	方針を書面で確認 会議の開催を確認	12/14 3/14	
		7. 10例で使用	25千円 謝金	適用した10症例のシートを確認	1/31	
		8. 本格導入する	100千円 謝金・消耗品	6か月に発症した症例で児の退院時死亡率をアウトカムとして前後比較研究を施行して評価	6/30	

15.1 課題

ワークショップで明らかになった施設の課題のうち、新生児の死亡率の削減と健康向上という目的に合致したもので、かつ現実的な優先順位を考慮し、改善行動計画として取り組む課題を抽出し確定する。課題は組織プロファイルによる問題点や不得意診療分野のガイドラインに縛られる必要はない。

(例) インドメタシンの投与タイミングが遅く、肺出血や結紮術の割合が高い。

15.2 目標

課題に対する改善行動がもたらす結果をどのようなものにするかを定める。対象・罹患率を改善したい疾患名、変更する診療行為を具体的に記載する。目標罹患率の具体的な数値設定は必要ではない。基本的な書式は「○○(対象)の○○(診断名)の罹患率の低下させる」、あるいは、「○○(対象)の○○(診断名)の罹患率の低下させるために、○○(診療行為)を××する」とする。

(例)

「超低出生体重児の脳室内出血の罹患率を改善させる」

「超低出生体重児の脳室内出血の罹患率を改善させるために予防的インドメタシン投与を行う」

15.3 活動内容

目標を達成するための具体的な行動内容を記載する。チーム編成、役割分担の決定、現状把握、解決策の整理、解決策の実行というように着実かつ段階的に進められるように立案する。モチベーションの保持のためにも個々の活動内容は短期間で終了できるようにし、段階的に進めることで確実に目標に達成するようにする。また、診療と組織の問題は複合的に関係していることが多いため、活動内容も診療と組織とで別建てにする必要はない。

また、業務量の問題は質の高い医療を推進し維持するためには避けて通れない検討事項であり、例えば良好な予後に結びついていない組織行動を抽出し減らす(いわゆる無駄の洗い出し)ことで時間と労力を転用し、現在の業務量からすると現実的に実施不可能と思える組織行動が可能になる場合がある。このようなイメージをもって診療・組織体制をゼロベースで見直すという、日常業務の無駄を無くすような活動内容でもよい。また、誰が何を行うのか(具体的に)を必ず明記する。活動内容は予算の見積もりも念頭にしながら検討する。

(例)

step1. 医師と看護師は IVH 撲滅チームを編成する

step2. IVH 撲滅作成チームはインドメタシン予防投与施行施設に見学に行く

step3. 予防的インドメタシン投与のマニュアルを作成

- step4. IVH 撲滅作成チームは予防的インドメタシン投与マニュアルの説明会を開き、
スタッフ全員に周知徹底する
- step5. 予防的インドメタシン投与を導入する

15.4 予算

事前に提示された改善行動計画の予算内で実施できるように考える。

(例)

医師の謝金	14100 円/日
旅費	20000 円/人×4名

15.5 評価法

改善行動が計画通りに進んでいるのか、あるいは改善行動が効果的であるかを確認するための具体的な指標を決める。改善行動を見直す場合にも必要である。また、評価法がしっかりしていないと計画がうまくいっていることにも気付かない。評価基準は、測定可能なもので、収集しやすいもので、評価可能なものとする。どのような方法で誰が収集し、まとめるのかを明確にしておく。評価は個々の活動ごとに設定する必要はなく、いくつかまとめて評価をするような形でよい。

(例)

「インドメタシンの予防投与の割合」、「脳室内出血の発症率」、
「動脈管結紮術施行率」、「マニュアルの文書」、「勉強会参加者リスト」

15.6 責任者

いくつかのグループを作って改善行動の役割を分担する場合には、それぞれのグループの責任者と全体の責任者を決める。責任者の条件も簡単に記載する。誰が担当したら計画がうまくいくのか、最も適している人材を選出する。

(例)

「動脈管の治療経験があり、他施設の動脈管の治療方法と意見交換できる。」
「改善太郎さん」

15.7 期日

個々の活動内容について期日を設ける。具体的に何月何日と日付で記載する(「〇か月後」ではない)。期限のない目標は永遠に実行できない。期間の目安としては、週単位あるいは1-3カ月単位を推奨する。