Baxter

CQI

Applications to Renal Therapy

Participant Workbook

RQP RENAL QUALITY PROGRAM

RQP

RENAL
QUALITY
PROGRAM

目次

はじめに…… 4

チームアプローチ…… 5

チーム構築とメンバーの役割…… 6

協力体制…… 7

チーム内の円滑なコミュニケーション…… 8

改善の機会を見つける…… 9

PDCA サイクル …… 11

根本原因分析…… 13

データ収集…… 16

解決策の分析…… 17

解決策の選択基準…… 20

費用対効果の分析…… 22

行動計画…… 24

改善策のテスト運用…… 26

実施および結果の追跡…… 28

結果のサマリー…… 29

ミーティング計画フォーム…… 31

CQI チームミーティング …… 32

メモ…… 33

はじめに

この「CQI 参加者向けワークブック（CQI Participant Workbook）」は、継続的な治療の質向上（Continues Quality Improvement：CQI）のための活動プロセス全体を通して使用する CQI ツールの使用方法について説明するものです。このワークブックに記載されている情報と RQP で提供される CQI ツールには、治療の質改善の機会を見つけていただくために必要なノウハウが詰まっています。

CQI ツールの使用方法の説明に加え、本ワークブックには以下の特徴があります。

- PD チームによる CQI 活動の展開をサポートします。
- 本ワークブックを活用すれば、得られた様々な情報をそれぞれの分野に合わせて最適化し、特定の分野に直接応用することもできます。
- PD チームを一つのシステムとして捉えていただくと、こうした手法やテクニックの効果が最大化します。
- そして CQI 活動を通じて臨床管理のプロセスを改善していくことが施設や患者、透析医療に携わる医療従事者のベネフィットにつながることの重要性をご理解いただけるでしょう。

なお、ご参加いただいた皆さんには、施設で CQI 活動を効果的に実践いただくためには、CQI プロセスがうまく機能し、治療の質が改善していくことを確認していただく必要があります。

- 本ワークブックは、目標とする状態と比べた進捗を継続的に評価できるよう、プロセス評価の計画策定にも有用です。
- 本ワークブックを使用することで、臨床アウトカム管理に対し PD チームが現在のどういった状態かを考えるようになります。

PD チーム管理に対する CQI アプローチについて理解が深まり、その重要性を認めていただけるよう、順次、有用なツールを紹介していきます。是非、参加される皆さんのご施設でワークブックやツールをご活用いただき CQI 活動の推進と成果につなげていただければと思います。

チームアプローチ

個人の取り組みだけで持続的に質を改善することはできません。個人が一つのチームとして団結して力を合わせ集中することが成功につながります。1 チーム当たり 2 ～ 3 人編成（適宜）とし、メンバーは共通の目標に向け協力し、互いに情報をやり取りし、自分たちの活動成果について責任を持ちます。

チームアプローチを効果的に進めるには、問題点について明確なビジョンを掲げ、厳密な問題解決プロセスを策定する必要があります。チームアプローチには、例えばチームメンバーの追加や補充、新しい技術の導入、目標の変更といった変化に対応する柔軟性が求められます。

メンバーが相互依存的な役割を担い、一人ひとりの取り組みがいかにチームの目標達成に貢献するかを「チーム」内で周知させます。メンバーの一人ひとりがチーム活動の実行に協力し、それぞれの役割と担当業務を果たすことによってチームが支えられます。

チームアプローチのベネフィットとして以下が挙げられます。

- 見解、知識、能力、専門技術のダイバーシティ
- 問題に対するオーナーシップの拡大
- 最善の解決策を策定し、実施する取り組みの共有化

チームの要件：

- 目標を明確に定め、高めていく
- 成果主義のカルチャー
- メンバーが有能であり、賞賛しあっている
- 共通の認識をもつ
- 協力体制を醸成する
- 高い基準をもつ
- 外部のサポートおよび CQI 活動の認知を得る
- 主導権を担うリーダーシップ

チームが活動的なユニットとして効果的に連携すれば、個人が単独で活動するより、実行レベルが格段に高まり、遥かに優れた結果を達成することができます。

PD チームでの日常業務は複合的かつ相互依存的です。患者の治療は、医師や看護師、技士などの巧みな連携によって支えられています。その責任は、ユニットに必要な製品やサービスの供給業者にも及びます。

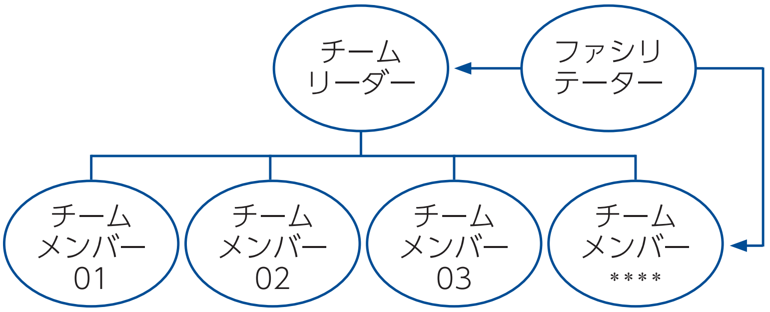
チーム構築とメンバーの役割

組織がまとまると可能なこと：

1. 脇道にそれず、物事が順調に進む
2. 時間的制約に対応できる
3. より多くのミーティングを実現できる
4. 変更を効果的に実行できる

チームの組織構造の成功例と各メンバーの役割を次に説明します。

チームの組織図



チームの職務	人数
チームリーダー	1
チームメンバー	4-6
書記	1
タイムキーパー	1
ファシリテーター	1

チームの役割

役割	主業務	任務
リーダー	バランスを保つ、業務の進捗状況を監視する、プロセスに注目させる	• ファシリテーター的行動をとる • 決議に票を投じる • 支配せず導く • プロセスや進捗状況を監視する • 協議事項を策定する
ファシリテーター	プロセスについてのチームでのやり取り	• ファシリテーター的行動をとる • プロセスに注意を促す • 役割について交渉する • 実務に関与しない • チームでできることを代行しない
書記	チーム内のコンセンサスを正確に示す	• キーワードを記録する • 議事録を作成する • 不備がないか確認する
タイムキーパー	チームに時間を知らせる	• 予定を明確にする • 事前通知をする • 時間を知らせる
メンバー	建設的に参加する、アイディアやクリエイティブな思考を示す	• 導入に協力し、サポートする • ファシリテーター的行動をとる • 貢献し、話を聞く • リーダーシップを分担する

協力体制

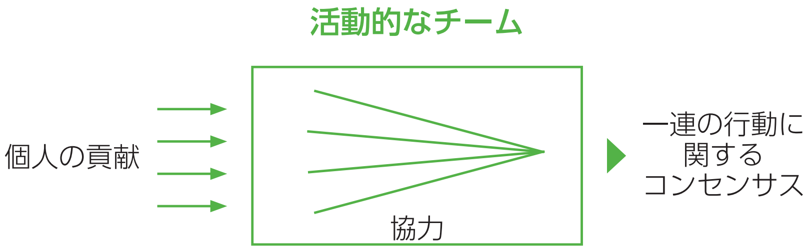
- チームメンバーが互いを理解し、信頼し合っている
- 新しいクリエイティブなアイディアが支持される
- リラックスした心地よい雰囲気である
- 誰か一人がチームを支配していない
- ダイバーシティが尊重され、長所と捉えられている
- 全員の意見を聞いてから決議される
- 意見対立は健全なことと考えられている
- オープンかつ率直なコミュニケーション
- 相手の話を聞く
- 関連する情報を全て共有する
- 自由に影響を及ぼしリスクが取れる
- 失敗を恐れず積極的にリスクに立ち向かう

協力体制については、チームメンバーが互いを十分に信頼し、情報や見解、フィードバックを共有できなければなりません。メンバーは信頼し合い、十分な行動力を備え、責任を持って一貫性のある行動をとると同時に互いの欠点を補い合います。

チームワークの本質は協力体制です。パフォーマンスが高いチームはしっかり団結しています。しっかり協力し合い、信頼があり、苦しい時や困難な時にチームメンバーが助け合う体制が築かれることによって、メンバーの取り組みが支えられます。

コンセンサス形成

チームでのやり取りは、個人のアイディアや活動内容を知り、一連の行動に関するコンセンサスを形成するプロセスです。



一連の行動を決定する中でチームの重要な目標を決める場合、チームメンバー全員の考えが最もよく反映されたものを選ぶ必要があります。

コンセンサスではないもの	コンセンサスとは
• 満場一致 • 多数決 • 全員の意見をまとめて均質化すること	• チームメンバー全員が支持する集合的な意見であり、率直なコミュニケーションと積極的な参加により形成される

チーム内の円滑なコミュニケーション

- メンバー全員が尊重に値する
- いかなる衝突も win-win の解決へと導くよう対応できる
- メンバー間で意見の相違があるのは当然である
- フィードバックは率直かつ客観的に示すべきである
- 誰かの意見に反対する場合は、相手ではなく、その発言に反対する
- 自分の価値観に固執し感情的に判断すると円滑なコミュニケーションを妨げる
- 偏見なく、新しい情報を検討し理解しようとする姿勢がコンセンサス形成に不可欠である

ブレインストーミングに関するガイドライン

大勢の意見を元にまとめられたアイディアは、長期的にみると少数の意見に基づくアイディアより優れています。他人のアイディアに対して意見を述べ、そのアイディアに基づき話し合った内容は、別の意見を加えずに検討した場合と比べて、最終的に実行可能性が高く、よりクリエイティブな結果が得られます。

- 問題点を明確に定める
- あらゆるアイディアを受け入れる
- 型破りなアイディアを受け入れる
- 全てのアイディアを記録する
- アイディアを評価しない
- 発言者の言葉を使う

言ってはならないフレーズ

1. それは馬鹿げています。
2. そんな時間はありません。
3. 今までそれが無くても全く問題ありませんでした。
4. 委員会を設置しましょう。
5. まだうまくいっているのに変更する理由はないでしょう？
6. 前例がありません。
7. 時期尚早です。
8. それは私たちには関係のない問題です。
9. 現実を見ましょう。
10. 誰もそれに賛成しないでしょう。
11. 非現実的です。
12. 費用がかかりすぎます。
13. 前にも同じことをやろうとしたことがあります。
14. 同じことをやろうとしたことのある人はいますか？
15. 予算がありません。
16. うまくいくはずかありません。
17. 私たちの責任ではありません。

改善の機会を見つける

何を変更したいか？　何を変更すべきか？　課題は何か？

問題や苦情、無駄、失敗、職務の重複、変更といった様々な側面に改善の機会があります。

自施設と他施設の臨床結果を比較するには、データ収集や解析を行う必要があります。

自施設でできることに取り組み始めた時が、改善の機会が訪れる時です。小さな改善から始めてそれを積み重ねていけば良いでしょう。一度に対応する問題点を一つに絞り、その影響を予測します。

目標の書き方

良い例：腹膜炎の発症率を 1 年間で 1/20 から 1/25 に改善する

悪い例：問題を減らす

目標の書き方に関する基準

- 具体的
- 評価可能
- 現実的
- 達成可能

問題点の書き方

良い例：腹膜透析患者の 30% が腹膜炎により 1 年後に血液透析に移行している

悪い例：患者が血液透析に移行している

問題点の書き方に関する基準

- 原因や改善策が暗示されていない
- チームメンバー全員が理解している
- 誰かを暗示的に非難していない
- 現状を説明している
- 自分の意見に固執せず事実に基づいている

改善の機会を見つける

課題の特定：

チームリーダー：

チームメンバー：

目標に関する説明：

解決すべき問題点に関する説明：

裏付けとなるデータ：

データサマリー：	データソース：	データ収集者：	日付：

書記：

日付：

PDCA サイクル（計画、実行、評価、改善）：デミングサイクルおよび継続的改善[1,2]

PDCA サイクルは、会社や組織内での継続的な改善システムの施行に最もよく適用されている手法です。

PDCA の名称は、「plan-do-check-act（計画、実行、評価、改善）」の頭字語から付けられており（スペイン語では PHVA）、継続的改善サイクル、すなわちデミングサイクル（著者であるエドワーズ・デミングの名前に由来）としても知られています。この手法では、提供するサービスの質を改善する継続的な方法として 4 つの重要なステップを定め、全てのステップを組織的に実行する必要があるとしています。

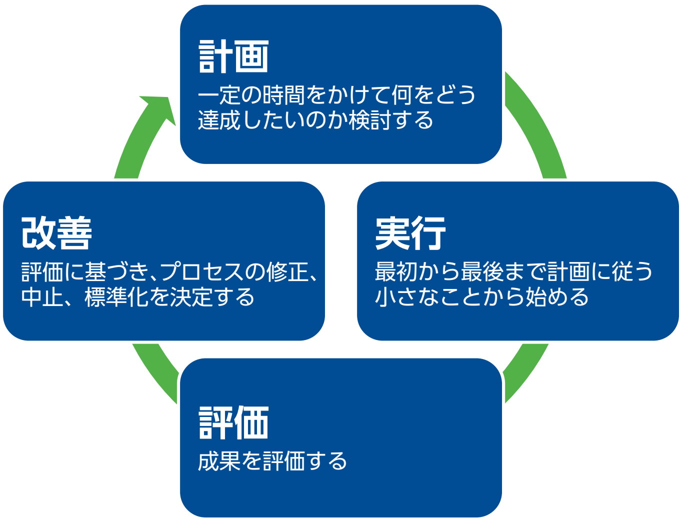


図1-計画、実行、評価、改善 継続的な質改善サイクル

PDCA サイクルの 4 つのステップは以下の通りです。

1. **計画：**改善できる点を特定し、目標を設定して、この目標をどう達成するかを考えます。ワーキンググループを作って、治療のプロセスや方法に改善の余地があるか調べても良いでしょう。グループを作るとメンバーからアイディアを聞きやすくなり、施設で経験のない優れた新しい改善案が見つかるかもしれません。
2. **実行：**通常はプロセスの改善案をテスト運用し、運用可能かどうかを確認した上で、実行規模を拡大することをお勧めします。
3. **評価：**プロセスの改善案を実行したら、一定の期間を設けて新プロセスについて検証します。改善の成果が当初の予想を下回れば、所定の目標の達成に向けプロセスを再修正する必要があるでしょう。
4. **改善：**最終的に、テスト運用期間が終了したら、結果を吟味し、プロセスや業務実態を改善の前後で比較します。十分な結果が得られた場合は、その改善が無期限に適用されます。ただし結果に課題が残る場合は、満足のいく結果を出すために更に変更を加えるべきか、全て破棄してスタート地点に戻るべきか判断する必要があります。

ステップ 4 を完了したら、また新たに改善を加えるために、定期的にステップ 1 に戻ります。

PDCA Home：PDCA サイクル（計画、実行、チェック、行動）：デミングサイクルと継続的な改善
http://pdcahome.com/english/267/pdca-cycle-continuous-improvement

腹膜炎管理に関する CQI を実施する場合は、以下の行動ステップおよびツールを PDCA サイクルに適用することをお勧めします。

ステップ	アクション	ツール
1	**改善の機会を見つける** • データを収集する • チームを編成する • 問題点 / 目標を定める	PD 管理データ（治療の質を評価できるデータ） 患者の治療継続解析（Patient Retention Analysis：PRA） 改善に向けた課題の特定
2	**強み弱みを見直す** • 考えられる原因をブレインストーミングする • 調査する原因を絞る • データ解析を通して対処することが適切な問題かどうか検証する • 実施方法のバリエーションを把握する	根本原因分析 考えられる原因のサマリー データ収集： • PD 管理データ • 患者の治療継続解析（PRA） • 腹膜炎発症履歴の確認 • 腹膜炎情報トラッキングシステム
3	**解決策を選択する** • 影響する原因を一つに絞る • 解決案をブレインストーミングする • 改善案、実行ガイドライン、専門家の意見を調査する • 最善策を選定する	解決策の分析 解決策選定基準の評価 費用対効果の分析 行動計画 実務チェックリスト 推奨される治療方法
4	**解決策をテスト運用する** • テスト運用する解決策を一つに絞る • プロトコルをデザインする • テスト運用の実施 • データを収集し、解析する • 結果の評価：良好な結果が得られたら、規模を拡大して実施する方法を策定する	データ収集スケジュール 腹膜炎情報トラッキングシステム
5	**解決策の実行と結果の追跡** • プロセスを標準化する • 問題がないか評価する • 事後評価を実施する	データ収集スケジュール 腹膜炎情報トラッキングシステム

根本原因分析 [3]

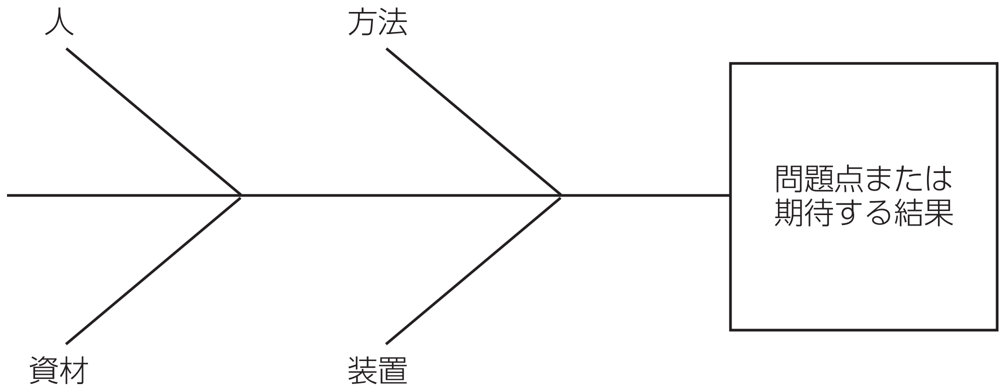
問題の原因は何か？

根本原因分析（Ishikawa diagram またはフィッシュボーン・チャート（Fishbone））とは、情報を収集し整理する手法として、問題や結果の潜在的な原因の特定に活用されます。この手法は、ブレインストーミングセッションで問題点を顕在化させるための有用なツールとなります。問題の潜在的な原因を全て洗い出す場合に有用で、複合的な問題の調査を支えます。ここで重要なのが、問題の原因が特定されてその確認を終えるまでは、チームで解決策を決めないことです。

問題点を特定したら、その潜在的な原因をカテゴリー別に整理します。

根本原因分析を以下に活用します。

- 情報の収集と整理
- 潜在的な根本原因の特定



図の右側に表示された魚の「頭部」に問題点を記載します。

問題点に影響する要素を背骨の主軸のカテゴリーに記入します。

原因を典型的な方法で分類すると以下のようになります

根本原因分析

Category	Examples
人：	問題に影響を与える、または問題への影響力を持つ可能性のある全ての人
方法：	手順、ポリシー、標準療法
資材：	供給品、フォーム
装置：	教育資料　補助器具およびシステムなどの技術・機械装置

目的：

フィッシュボーン・チャートにより、問題の潜在的な原因を見つける

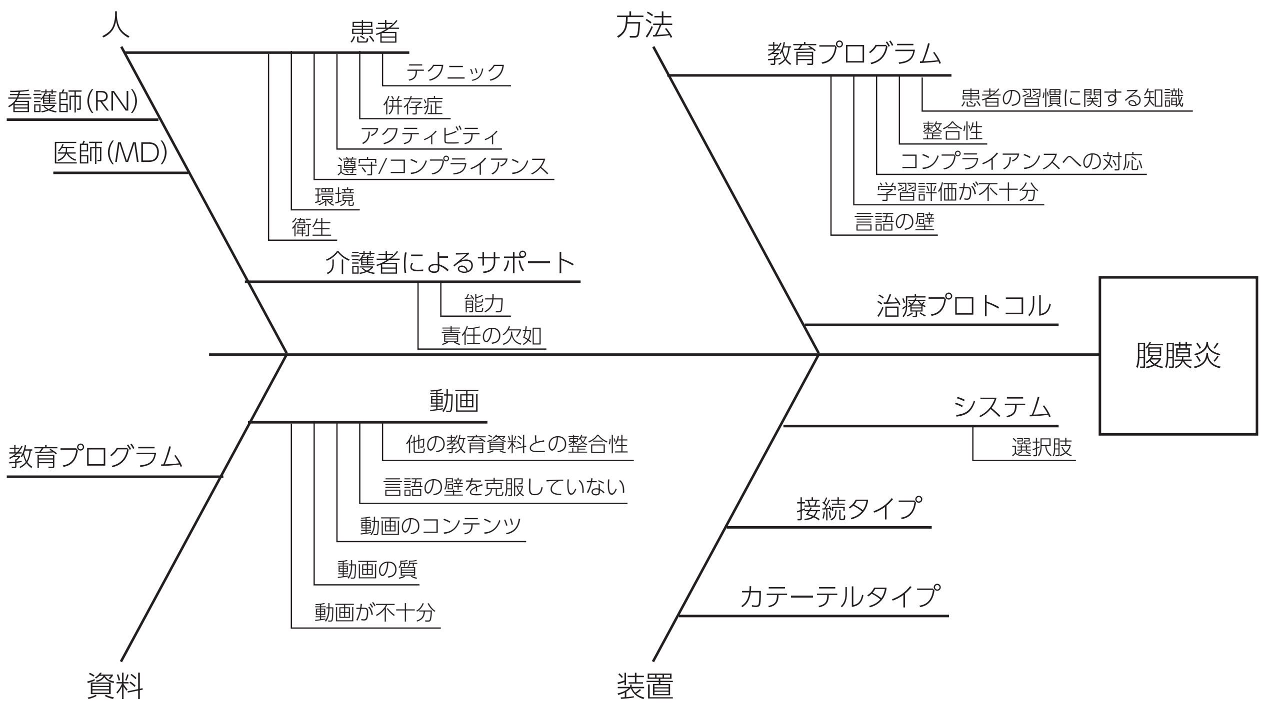
どのような時に使うか：

- 問題の潜在的な原因を全て洗い出すのに活用する
- ブレインストーミングで出された情報を整理する

使用方法：

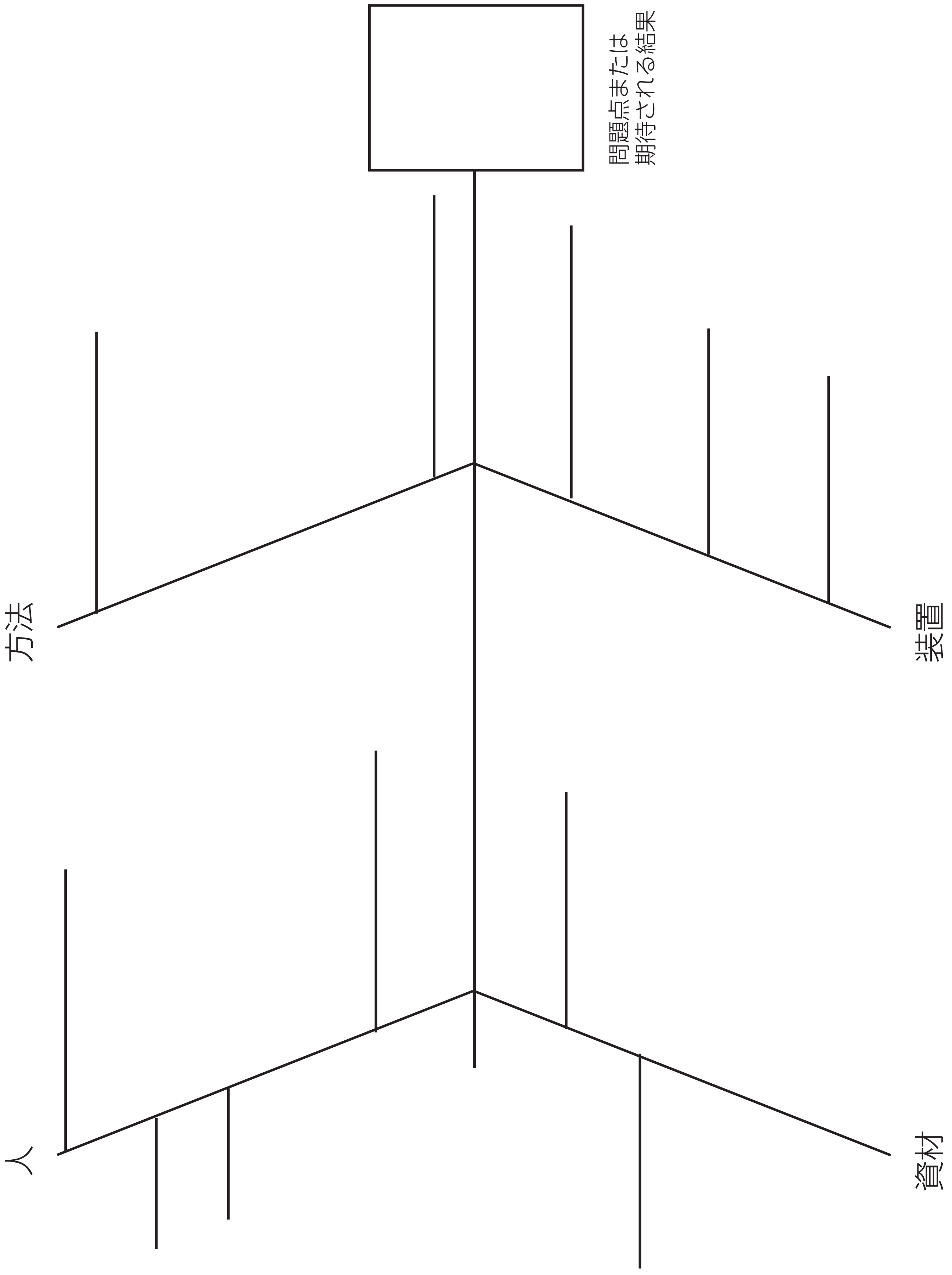
1. 改善の機会 / 問題点を見つけ、魚の頭部に記入します。
2. カテゴリー別にプロセスに関連する要素を整理して、それぞれの背骨の主軸の端に記入します。
3. プロセスに影響する可能性のある要素や業務を該当するカテゴリーの下に記入します。
4. それぞれの要素をレビューし、問題の潜在的な原因が全て決定したら背骨の副軸に記入します。

腹膜炎の根本原因分析の例を図示します。



RQP RENAL QUALITY PROGRAM

根本原因解析



データ収集

どんなデータを収集すべきか？

データ収集と解析が CQI プロセスの成功には不可欠です。継続的かつ体系的にデータ収集することで問題が浮き彫りになり、改善プログラムの検証やアウトカムのしっかりとしたレビューが容易になることで改善が促されます。

データ収集ツールを使って問題の範囲を確定し、潜在的な原因に関する理論を検証し、進捗状況の評価に関するベースラインを設定して、質の改善の結果を記録します。

現状を把握し、適切な措置を決定するためにデータを収集します。

データ収集により、改善プログラムの選択に必要な情報が提供されます。例えば最も影響の大きいプログラムを選択する、すなわち最も重要性の高いプログラムの決定に役立ちます。

1	**目標 / 目的：**データ収集により、現状を把握し適切な措置を決定する
2	**評価項目：**評価可能な特定の条件を検討の上で項目を決定する
3	**方法 / 手順：**評価可能な特定の条件を検討の上で方法 / 手順を決定する
4	**頻度：**データ収集期間と収集頻度を決定する
5	**データ収集者：**データ収集の担当者を決定する

評価項目が確定したら、データ収集方法を決めます。評価ツールの例として、エクセル･モデル、ソフトウエアプログラム、サーベイなどがあります。

解決策の分析 [4]

どのように変更するか？

解決策の分析（フォースフィールド分析：Force Field Analysis とも表現）とは、選択した根本原因をさらに細かく解析するツールです。解決策の分析には次の 2 つの目的があります。

- 「原因」または問題が存在する理由を突き止める
- 解決策を見つける

目的：

フォースフィールド分析を用い、課題を解決するための具体的な問題とその解決策の特定をする

どのような時に使うか：

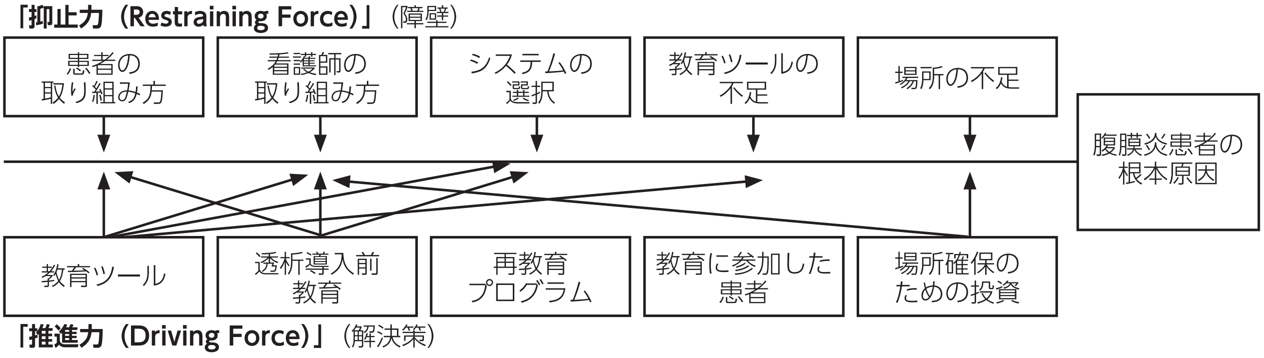
- 問題の最も重要な原因に関連するあらゆる要因に対するブレインストーミング
- 問題の各部分について少なくとも潜在的な解決策を特定する

使用方法：

最も重要な根本原因を特定し、右のボックスに記入します。

1. 解決策の分析により、次のステップの候補が絞り込まれます。
2. ライン上部に根本原因の要因を記載します。ライン上部の情報は「抑止力（Restraining Force)」（障壁）となるものや未解決のまま残っている問題の原因の特定にも使用できます。
3. 解決策のブレインストーミング（8 ページを参照）を実施します。抑止的に働くものや障壁となる 1 つの原因につき 1 つ以上の解決策を見つけることが重要です。ラインの下部には、個々の潜在的な原因に対応する解決策や「推進力（Driving Force)」（解決策）となるものを記入します。
4. 解決策が 1 つ以上の問題に影響する場合があります。1 つの原因に対し、考えられる全ての解決策を選択します。それぞれの解決策からその影響が及ぶ全ての原因に向けて矢印を描きます。1 つの「抑止力（Restraining Force)」（障壁）につき､それに対応する 1 つ以上の「推進力（Driving Force)」（解決策）を記入します。

解決策の分析



潜在的な解決策を見出すためのブレインストーミング

根本原因の特定：

チームリーダー：

チームメンバー：

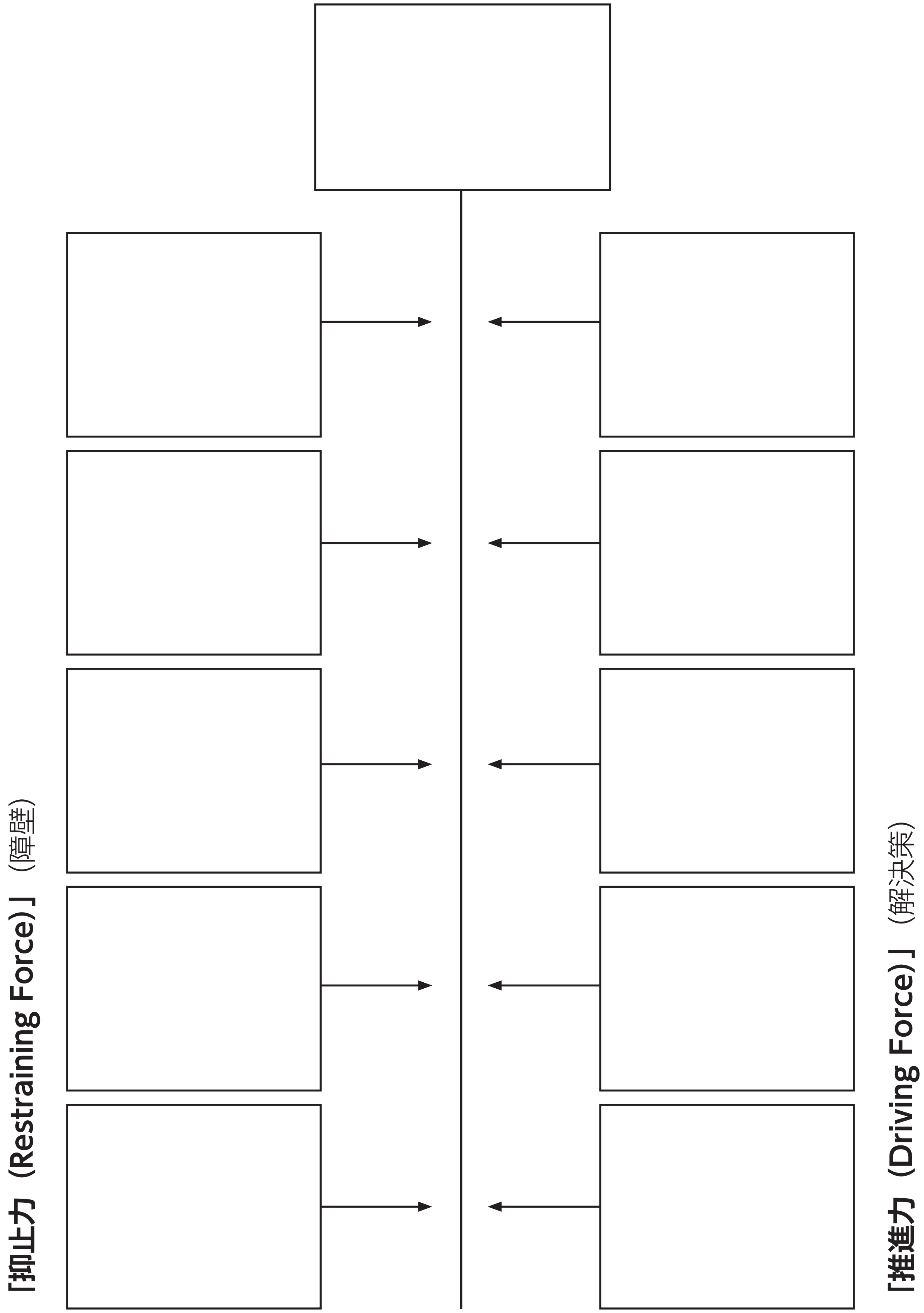
「抑止力（Restraining Force）」（障壁）	「推進力（Driving Force）」（解決策）
1.	
2.	
3.	
4.	

書記：

日付：

RQP RENAL QUALITY PROGRAM

解決策の分析



解決策の選択基準

解決策を選択する場合は、多くの原因に影響するものか、潜在的な原因に最も大きく影響するものを選びます。実際は、1 つ以上の解決策を講じようとする場合もありますが、最初から複雑にならないように行動計画の策定に進みます。以下のようにどんどん疑問を投げかけてください。

1. この改善の機会はどういった内容か？
2. この改善の機会は PD チームの全体目標にどう役立つか？
3. この改善の機会は施設 / 部門全体のミッションに関わるため、施設長 / 部門長のサポートを受けられるか？
4. この改善の機会は施設 / 部門全体のミッションにどう関係しているか？
5. この機会は患者に影響するか？
6. この機会は施設の看護師や腎臓専門医に影響するか？
7. 誰がこの改善の実現に向けて関わらなければならないのか？
8. この改善の実現に必要な経費は？
9. どのくらいの期間が必要か？
10. 緊急性があるか？

目的：

解決策の選択をサポートする

どのような時に使うか：

潜在的な解決策を一貫した方法で比較する時に使う

使用方法：

解決策ごとに一つずつ記入します。

解決策の選択基準

問題	Yes	No	コメント
重要性 • 治療結果の改善 • 合併症の予防 • 付帯サービスの削減			
経営幹部のサポート • 経営幹部により重要性が認められる • 経営幹部が実施を支援する			
評価 • 評価可能なデータで、モニタリングも可能 • 改善策を実施した成果が収集したデータに反映されている • データが正確で信頼できる • 簡単に文書化できる			
費用対効果 • 実施費用が予算内に収まる • 節約が実現され、費用に見合っている • 注力し続けても費用が予算範囲内である			
時間 • 割り当てられた時間に見合う成果がある • 継続時間に見合う成果がある			
人員配置 • 実施担当者を配置できる • 人材を確保するだけの成果がある			

書記：____________________ 日付：____________

費用対効果の分析

検討中のそれぞれの解決策の費用対効果を把握することが重要です。業務変更に伴う費用対効果を分析するために、期待されるベネフィットと照らし合わせて業務変更に伴う費用を割り出します。実施にあたり、成功の評価の一つとして、医療費削減を追跡します。患者の治療の質の問題を勘案しつつ費用を検討すべきですが、解決策の選択を検討するパラメータの一つとして費用 / ベネフィットの分析を行います。

目的：

費用 / ベネフィットの観点から解決策の体系的な比較を可能にするために、潜在的な解決策のコストとベネフィットを定量化する

どのような時に使うか：

分析の完了時にこのフォームを活用する

使用方法：

1. 改善策の策定および実施、ならびに結果の解析に必要な時間を見積もります。作業計画表の指示に従い算出します。
2. 当該プログラムに記載されているその他の費用を追加します。
3. どの程度の経費節減が可能か見積もります。
4. プログラムに関する算定結果を加えます。

費用対効果の分析

選択した解決策：

発生する費用の算定	経費節減の算定
1. 策定に掛かる時間 (__円 / 時間×__時間)	1. 入院日数の短縮 (短縮した日数__日× 1 日当たり__円)
2. 実施に掛かる時間 (__円 / 時間×__時間 / 患者×__患者数)	2. 通院日数の減少 (減少した日数__日×通院 1 日当たり__円)
3. 追跡 / 結果解析に掛かる時間 (__円 / 時間×__時間)	3. 救急での予定外の来院回数の減少 (患者 1 人当たりの削減時間__時間×__患者数)
4. 消耗品費	4. 消耗品費の削減 (__円 /1 回の治療×__削減された治療回数)
5. その他の費用	5. 呼び出し手当の削減 (__円 /1 回の呼び出し×__呼び出し回数)
6. その他の費用	6. その他の節約
合計	合計

書記：______________________________ 日付：______________

行動計画 [2]

誰が改善策を実践し、いつ完了するか？

改善策の分析（Solution Analysis）を用いて改善策が見つかり同意が得られたら、行動計画（Action Plan）を策定します。行動計画フォーム（Action Plan Form）では、最初のステップ、または対応すべき問題として、この改善策について検討します。行動計画は CQI プロセスサイクルに不可欠です。ここから業務変更や将来的な実施のテスト運用が始まります。実施に先立ち、データ収集やテスト運用によって行動計画を検証し、見直す必要があります。

行動計画の必須要素として以下を盛り込みます。

1. 対応すべき問題：

これは改善策の分析で重点領域として特定された問題です。この問題点は根本原因の分析（Root Cause Analysis）で確認されています。

2. 期待される効果：

チームが特定された問題や課題に対応した結果として達成を目指すゴールです。この目標は、グループのコンセンサスに基づき適宜設定する必要があります。

3. 行動 / 行為：

目標達成までの詳細なステップ。各ステップの説明は、できるだけ混乱しないよう最初から最後まで一貫性を持たせます。1 つの行動 / 行為につき 1 ステップとするか、完了するまでを一連のサブステップにまとめます。

4. スタッフの責任：

行動の完了までの責任者を指名します。複数のチームメンバーで責任を分担するか、あるいは外部のスタッフが参加し実施のサポートにあたることもできます。

5. 開始日：

行動 / 行為の実行を開始する日。

6. 終了日：

行動 / 行為の実行が完了する日。

7. コメント：

追加コメントや限定的なコメントをここに記載します。これにより、問題の追加の説明ができたり、「未解決」や未対応の行動を教えるリマインダとして機能したりすることもあります。

CQI行動計画

対応すべき問題

____

____

期待される成果

____

____

____

行動	スタッフの責任	開始	終了	評価/コメント

書記：____ 日付：____________________

改善策のテスト運用[2]

改善策によって期待される成果が得られるか？

行動計画（Action Plan）は実施の準備を整える優れたツールとして機能しますが、行動計画によって期待する成果が実際に得られることがはっきりするまで、全面的な導入に進むべきではありません。CQI プロセスの一環として、全面的な導入に先立ち改善策をテスト運用する必要があります。テスト運用をすると仮説が本当に正しいことが証明されます。

問題に対応するためにデータを収集するにあたり、問題に関する客観的なフィードバックが得られる方法を選択します。問題によっては、収集されたデータを統計解析することができます。統計学的な評価が望ましいものの、患者数が少なく不可能な場合もあります。この場合、常識的に考え、成果の評価方法を変更することが重要です。

- 定量評価をするための指標は何か？
- プロトコルの変更が問題にどう影響するか？
- 改善が認められるか？
- 改善を定量評価できるか？
- 成果に影響しうる要因が他にあるか？
- 収集したデータに何らかの傾向が見えるか？
- データにはどの程度のバラツキがあると考えるか？
- 抜き取ったデータはグループを代表しているか？
- テスト運用では通常の業務状態が表されているか？
- テスト運用結果は信憑性があるか？

目的：

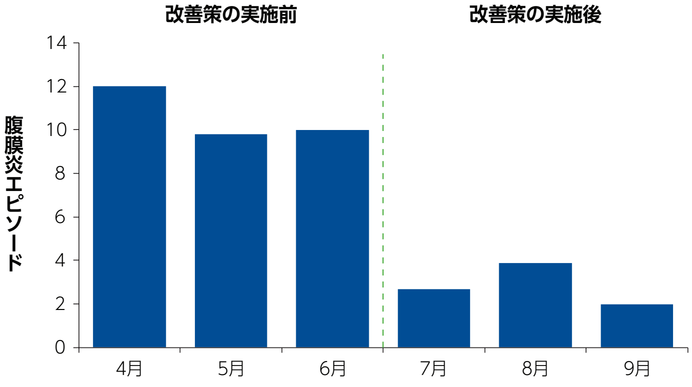
全面的な導入に先立ち改善策をテスト運用し、プロトコルや業務を変更する前に見直し期間を設けること

どのような時に使うか：

テスト運用に向け改善策を整理し、テスト運用完了時に結果を記録する場合に本フォームを使用する

使用方法：

1. テスト運用のパラメータを明確に記述します（時期、サンプルなど）。
2. 必要なデータ項目を決めます（ベースラインおよび実施）。
3. ベースライン時のデータを収集し、フォームに記録します。
4. テスト運用を実施します。
5. 現時点での評価データを収集し、結果を解析します。
6. 比較をフォームに記録します。



改善策のテスト運用

テスト運用目的：______________________________

テスト運用内容：______________________________

テスト運用担当者：______________________________

テスト運用期間（自______至______）______________________________

サンプルサイズ：______________________________

ベースラインデーター評価方法：______________________________

ベースライン評価期間：______________________________

改善策のテスト運用前のデータ：	改善策のテスト運用後のデータ：
その他の事前評価：	その他の事後評価：

コメント：______________________________

____

____

____

書記：______________________________　日付：______________

実施および結果の追跡 [2]

効果をどう判断するか？

実施初期

全面的な導入の準備が整ったら、妥当な実施期間設定をする必要があります。導入に必要なリソースを集めることに力を注ぎましょう。この実施によってスタッフの業務が増したり、業務の変更が必要になったりする場合もあるため、スタッフがどのような業務を負担するのかを明確に決めておく必要があります。

進捗モニタリング

結果に何を求めるか決まったら、進捗状況をモニタリングする方法を策定する必要があります。一定の期間（Interval）を設けて、データ収集のシステムを構築して解析し、「対策の継続 / 中止)」を判断する重要なマイルストーンを特定します。モニタリングプロセスで検討すべき問題として以下が挙げられます：

- 初期のデータ収集の結果はどうか？
- テスト運用によって仮説が検証されたか？
- 結果の解析にどういった追加データが必要か？
- 行動計画の変更が必要か？
- 実施規模を拡大する場合、リソースは十分か？
- 「実行 / 中止」の判断の結果は？

実施

改善策の採択基準が満たされた場合、実施規模が拡大されます。継続的なデータ収集のシステムを構築し、継続的な治療の質改善に活用されなければなりません。改善目標に達しない場合は、引き続き問題の再評価を実施します。全面的な導入が完了し、結果の評価を終えたら、CQI 結果のサマリー（CQI Results Summary）にプログラムをまとめます。

結果のサマリー

いかに改善されたか？

CQI プログラムが完了してその記録が保存されたら、一つのプログラムの終了となり、今後のプログラムについてその記録から学ぶことができます。

目的：

完了した CQI プログラムの結果を記録し、今後の取り組みについて、完了したプログラムから学ぶ機会を提供すること

どのような時に使うか：

CQI プログラム終了時

使用方法：

1. 完了したプログラムをレビューします。
2. 結果を解析し記録します。
3. プログラムに関連した教育イベントを決定します。
4. 次のステップを決めます。

CQI 結果のサマリー

対応すべき課題：	
チーム：	調査期間：
目標の説明：	
課題の説明：	
データ収集：	
結果のサマリー：	
結果の評価：	
次のステップ：	

書記：______________________________ 日付：________________

ミーティング計画フォーム

目的

目標 ______________________________

ミーティング日：______________________________

ミーティング番号：______________________________

ミーティング場所：______________________________

議長：______________________________

書記：______________________________

チーム名：______________________________

タイムキーパー：______________________________

ミーティング出席者：

議案

時間配分：	議題：	発表者/ファシリテーター：

ミーティングの結果

アクション・アイテム	担当者	実施時期

書記：______________________________ 日付：______________________________

CQIチームミーティング

チーム名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ☐ ☐ ＿＿＿＿＿＿＿＿
日付：＿＿＿＿＿＿ 時間： ☐ ☐ ＿＿＿＿＿＿＿＿
場所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ☐ ☐ ＿＿＿＿＿＿＿＿
議事録：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ☐ ☐ ＿＿＿＿＿＿＿＿
タイムキーパー：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ☐ ☐ ＿＿＿＿＿＿＿＿

議案ごとに重要ポイント、決定事項/結論、次のステップを簡潔にまとめます。
必要に応じてページを追加するか、別のページを参照してください。

議題	主なディスカッションポイント	決定	次のステップ

RQP RENAL QUALITY PROGRAM

メモ

RQP RENAL QUALITY PROGRAM

参考資料：

1. http://pdcahome.com/english/267/pdca-cycle-continuous-improvement/ accessed 10/30/14
2. Embracing Quality in Local Public Health: Michigan's Quality Improvement Guidebook; February 2008
3. http://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/QAPI/downloads/FishboneRevised.pdf accessed 11-14-14
4. http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools/quality_and_service_improvement_tools/force_field_analysis.html

Baxter

バクスター株式会社
〒104-6009
東京都中央区晴海一丁目8番10号
TEL：03-6204-3600（大代表）
www.baxter.co.jp

JP/MG232/18-0017