

7.2.2.3 患者経験調査の分析結果

1) 外来患者の分析結果

(a) 待ち時間について

全体として、待ち時間が長くなりがちであった。診療科で層別したところ、内科、外科、脳外科、整形外科、泌尿器科の患者は待ち時間が長くなっており、その説明もされていない場合が多かった。したがって、待ち時間の告知、およびその説明をはじめとする、患者への対応に特に気を配る必要があるといえる。

(b) 診療時の一般的な対応について

診察時の医師と患者のコミュニケーションに関しては、整形外科と内科において他の診療科より行えていない。これは、待ち時間のアンケート結果からわかる整形外科と内科の忙しさとも関係があると考えられる。また、今後の治療や処方する薬や検査に関する説明に関しても、内科は他の診療科に比べて説明が不十分であった。診療時の一般的な対応に関するアンケート全体に対して、問題点がなかったのは外科と産婦人科であった。

(c) 治療中の経過説明について

整形外科では、治療中の経過説明に関するアンケート全ての質問に対して、十分な説明がなされていない。一方、外科と産婦人科では、治療中の経過の説明は十分に行っていた。

(d) 診療時の患者権利について

アンケート結果から、全体的に診察時の患者権利は尊重されているといえる。しかし、脳外科と整形外科では、患者の話を聞いてもらえない場合があった。

(e) 職員のマナー

アンケート結果からは、外科と産婦人科以外においては医師の自己紹介が行えていないことがわかった。すなわち、病院全体として、医師の自己紹介はあまり徹底されていないと考えられる。それ以外の質問では、特に目立った問題点はなかった。

(f) プライバシーの保護について

受付や会計の際のプライバシーに関しては、全体的に問題があることがわかった。また、診療や治療や検査の際のプライバシーに関しては、小児科と皮膚科において問題があることがわかった。

(g) 他院との協力体制について

脳外科と小児科において、他院への紹介がスムーズに行われていないことがわかった。また、脳外科では、他院から紹介されても満足していないということがわかった。

(h) 院内環境について

院内環境に関しては、トイレの清潔さや気分転換、駐車場の入りやすさなど、全体的に問題があることがわかった。

2) 入院患者の分析結果

(a)待ち時間について

全体として、待ち時間はあまり問題になっていないことがわかった。しかし、診療科で層別したところ、内科、外科、整形外科、小児科において、待ち時間が長いと感じている患者が多く、待たされた理由があまり説明されていないことがわかった。

(b)入院時の一般的な対応について

入院する際、患者は担当の医師がわからないと感じる場合が多いことがわかった。特に、小児科においては顕著であった。また、ほとんどの患者は担当の看護師が誰なのかわかっていなかった。

不安や心配事に関して、医師は話し合ってくれるが、看護師はほとんど話し合っていないことがわかった。これは、担当者が誰なのかわかっていないからだと考えられる。しかし、困ったときの対応は迅速になされていた。

(c)治療計画内容の説明について

全体的に、治療計画の内容は説明されていることがわかった。しかし、診療科で層別したとき、内科、外科、小児科、耳鼻科では説明が十分にされていないということがわかった。

(d)治療中の経過説明について

治療中の経過説明に関しても、全体的に説明はされていることがわかった。しかし、退院後についての説明がややされていない。

治療計画内容や治療中の経過の説明は、本来、患者やその親族に説明をするべきである。したがって、説明されていない項目は、その原因を解明し、改善する必要がある。

(e)対応サービスについて

病院スタッフの対応はよいことがわかった、しかし、患者は質問に対する答えに十分に納得しているわけではない。すなわち、患者が期待する答えと医師や看護師の答えに若干の食い違いがあると考えられる。

また、職員間の引継ぎをしっかりと欲しいといった要望も多かった。医師や看護師と患者のコミュニケーションだけでなく、職員間同士の情報交換も必要であると考えられる。

(f)職員同士の協力体制

入院生活の決まりについては、職員によって若干の違いがあることがわかった。また、他病院への紹介はあまりスムーズではないと感じている患者もいることがわかった。

(g)患者権利の尊重について

全体的に患者の意向は尊重されていることがわかった。しかし、診療科で層別したとき、外科と産婦人科において、やや問題があることがわかった。

(h)プライバシーの保護について

プライバシーに関しても、全体的に守られていることがわかった。しかし、小児科ではプライバシーが守られていないことがわかった。

(i)他院との協力体制について

他院との協力体制については、外科、小児科、耳鼻科においてやや問題があることがわかった。

(j)院内環境について

診療科で層別したとき、内科、外科、小児科、産婦人科、整形外科、耳鼻科において問題があることがわかった。また、もっとも問題になっていたのは駐車場の入りやすさであった。

経験調査は、具体的な体験を訊ねるものである。すなわち、この調査は、満足の度合いという主観的・抽象的な評価ではなく、具体的・客観的な評価である。そのため、患者回答結果の再現性が高く、患者の日々の心理的・精神的状況の変化によって回答が変動することが少ないと考えられる。したがって、上記のような、具体的な問題点を把握することができ、病院内の改善活動の効果的推進に役立つ。また、病院に新鮮な視点と貴重な情報を提供できる、第三者による調査解析として説得力がある、といったメリットがある。

しかし、経験調査は具体的な患者経験の有無やその度合いをたずねるものであるため、満足度の評価を行うことはできない。すなわち、経験調査によって具体的な問題提起ができて、その問題点が満足度に結びついているかを把握することはできない。

7.2.3 医療の質評価の側面からの問題点

患者満足度は、医療の質を評価する項目の 1 つである。この医療の質を評価する側面として、Donabedian^[3]は、以下の図 7-7 のような構造、活動、成果の 3 つの側面から評価することを提唱している。この側面は、医療サービスを提供する全体像になっているため、医療サービスの流れ全体を評価することができる。

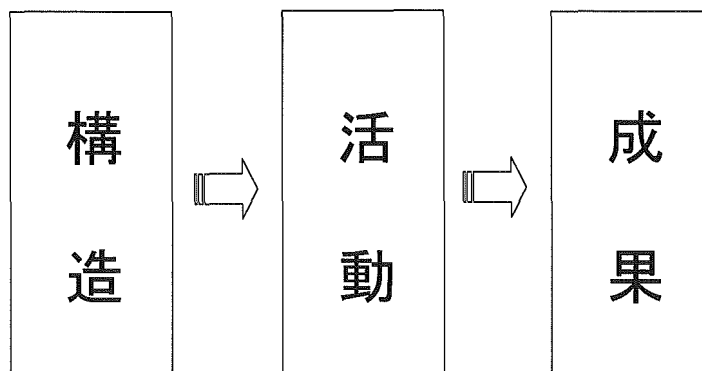


図 7-7 医療の質評価の側面

「構造」は、建物および設備や器具などの機能、医師や看護師の人数や技術力、部門間連携などの組織力、などの医療サービスが提供される環境特性に関する評価である。「活動」は、診断・治療およびその説明などの医療従事者の活動、病院内での転倒事故などの患者の活動、など治療の実施に当たって実際に何が行われたかを示すものである。また「成果」は、治療による患者の健康状態の推移といった、医療サービスにおける患者の健康状態への効果を表す。

上記の定義に基づいて、満足度調査および経験調査の質問内容を分類したところ、以下の表 7-1 から 7-3 のようになった。

表 7-1 満足度調査の質問内容の分類

調査方法	項目	質問内容
満足度調査	治療スケジュールの説明	外来で手術・入院が決まったとき、治療スケジュールの説明はいかがでしたか
		入院時、看護師からの治療スケジュールの説明はいかがでしたか
		入院時、医師からの治療スケジュールの説明はいかがでしたか
		入院全体の流れを示したスケジュール表はわかりやすく満足のもの了吗 今回の治療スケジュールは満足のもの了吗

表 7-2 外来患者における経験調査の質問内容の分類

項目	質問内容	側面
待ち時間	待ち時間について案内がありましたか	構造・活動
	職員から待ち時間の理由について説明がありましたか	
	受付時間から診療開始までどのくらい時間がかかりましたか	
	待ち時間全般についてお聞きます	
診療時の一般的な対応	医師はあなたの過去の病状を十分に聞きましたか	活動
	あなたの病状について医師からきちんと説明を受けましたか	
	医師からの説明はわかりやすかったですか	
	家族や身近な人への説明は十分でしたか	
	医師と看護師で同じ質問を受け、わずらわしいと感じましたか	
	治療の必要性和危険性について、治療前に医師から十分な説明がありましたか	
	治療の必要性について、職員から十分な説明がありましたか	
	治療前に、今後のスケジュールについて説明がありましたか	
	薬の効用と副作用について、職員から十分な説明がありましたか	
	検査の必要性について、看護師や検査技師から十分な説明がありましたか	
	治療内容について医師に質問ができませんでしたか	
	↑で『いいえ』と答えた理由は何ですか	
	あなたの質問に対して医師は理解できるように説明しましたか	
病状や治療内容について、職員により説明内容が違うことがありましたか		
治療中の経過説明	治療や検査の結果について、いつ誰に聞くようになっているか説明がありましたか	活動
	治療や検査の結果についてあなたにわかるように説明がありましたか	
	治療や検査の結果説明のとき、あなたの心境に配慮した対応をしてくれましたか	
	薬の副作用が出てきたときの対応の仕方について医師や薬剤師から説明がありましたか	
診察時の患者権利	今後のことについて医師と話し合う時間が十分ありましたか	構造・活動
	診療時間は十分でしたか	
	あなたの健康問題について医師以外の職員と十分に話し合う時間が取れましたか	
	あなたが聞きたいことについて医師以外の職員は耳を傾けましたか	
職員のマナー	あなたの質問に対して医師以外の職員は理解できるように答えてくれましたか	活動
	自分が受ける治療について自分の考えや意見を率直に言うことができましたか	
	治療や検査の際、職員は自己紹介しましたか	
	職員同士の会話を不快に感じたことがありますか	
プライバシーの保護	職員は全員名札をつけていましたか	構造
	売店での対応は十分でしたか	
	受付や会計のときにプライバシーは十分守られましたか	
他院との協力体制	診察のときにプライバシーは守られましたか	構造
	治療や検査のときにプライバシーは守られましたか	
	他院への紹介はスムーズでしたか	
院内環境	他院からの紹介されていかがでしたか	構造
	バリアフリーの環境は十分でしたか	
	外来のトイレは清潔でしたか	
その他	外来で気分転換をすることができましたか	構造
	駐車場にスムーズに入れましたか	
	次回もこの病院を利用したいですか	
	もしあなたがこの病院の何かをひとつ変えてよといわれたら、まず何を変えたいと思いますか	

表 7-3 入院患者における経験調査の質問内容の分類

項目	質問内容	側面
待ち時間	病室に入るまでの入院手続きはスムーズでしたか	構造・活動
	病室に入るまで必要以上に長く待たされたと感じましたか	
	病室に入るまで長く待たされた際、その理由の説明がありましたか	
	検査や処置は予定されていた時間通り行われましたか	
入院時の一般的な対応	入院時に担当の医師が決まっていたか	構造
	入院時に担当の看護師が決まっていたか	
	病状や治療に関する心配や不安について、医師はあなたと話し合ってくれましたか	活動
	病状や治療に関する心配や不安について、看護師はあなたと話し合ってくれましたか	
	トイレの介助を必要とした際、すぐに手助けしてもらえましたか	
	入院中に痛みを感じたときにすぐに対応してくれましたか	
	痛み止めや熱さましなどの薬を希望したとき、どのくらいの時間でもらえましたか	
	入院費用について適切な説明がありましたか	
	入院中、あなたの好みに配慮した食事内容でしたか	
	退院後の食事について適切なアドバイスを受けましたか	
治療計画内容の説明	治療や検査、手術の効果と危険性について、治療前に医師から十分な説明がありましたか	活動
	治療や検査、手術について、家族や身近な人に十分な説明がありましたか	
	治療や検査、手術の必要性について、職員から十分な説明がありましたか	
	治療や検査、手術の前にその後のスケジュールについて説明がありましたか	
	薬の効用と副作用について、職員からあなたが理解できるような説明がありましたか	
	治療や検査、手術に関する質問に医師はあなたがわかるように答えてくれましたか	
	あなたの聞きたいことについて治療前に看護師からあなたがわかるような説明がありましたか	
	治療内容について医師に質問ができましたか	
治療中の経過説明	↑で『いいえ』と答えた理由は何か	活動
	治療や検査、手術の後にあなたが経験しなければならない状態について、医師や看護師から十分な説明がありましたか	
	治療や検査、手術の結果についてあなたにわかるような説明がありましたか	
	治療や検査、手術の結果について家族か身近な人にわかるような説明がありましたか	
	治療や検査、手術の結果説明の際、あなたの心境に配慮した対応をしてくれましたか	
	退院後に服用する薬の効用と副作用についてあなたにわかるような説明がありましたか	
	退院後に注意すべき症状について話がありましたか	
	退院後の生活の具体的な説明がありましたか	
対応サービス	退院後の介護について家族か身近な人に説明がありましたか	構造・活動
	入院手続きに携わった病院スタッフの対応についてどのように感じましたか	
	看護師の対応をどのように感じましたか	活動
	必要なときはいつでも医師と接することができましたか	
	あなたの質問に対して医師は理解できるように答えましたか	構造・活動
	家族や身近な人が担当医と話をする機会に十分にありましたか	
ナースコールを押してから看護師はすぐに対応してくれましたか	活動	
あなたの質問に対して看護師は理解できるように答えましたか		
職員同士の協力体制	自分が受ける治療について自分の考えや意見を率直に言うことができましたか	構造・活動
	入院生活の決まりについて職員により説明内容が違うことがありましたか	
患者権利の尊重	治療や検査、手術の内容について職員により説明内容が違うことがありましたか	活動
	医師や看護師同士の会話で不快に思ったことはありませんか	
プライバシーの保護	医師の対応をどのように感じましたか	構造・活動
	入院受付の際、プライバシーを十分守られましたか	
	診療の際、プライバシーは守られましたか	
他院との協力体制	病室内で、プライバシーは守られましたか	構造
	他院・かかりつけ医への紹介はスムーズでしたか	
病院環境	職員は全員名札をつけていましたか	構造
	バリアフリーの環境は十分でしたか	
	病棟のトイレは清潔でしたか	
	病棟で気分転換をすることができましたか	
	駐車場にスムーズに入れましたか	
その他	駐車料金は適切だと思いますか	
	あなたはこの病院への入院を友人や家族に薦めますか	

表 7-1 から 7-3 より、水戸病院での従来調査では、医療の質評価の側面において、構造と活動については把握できていることがわかる。しかし、成果は把握できていないことがわかる。

この成果は、治療結果である。したがって、従来調査では、治療結果を把握できていないということになる。すなわち、従来調査である満足度調査および経験調査は、治療結果に対するプロセスのみについてのアンケート調査であるといえる。治療結果は、医療の質を規定する重要な要素であるため、構造と活動だけでなく、治療結果である成果についても把握する必要がある。

7.3 治療結果を考慮した患者満足度調査

7.3.1 アンケートの設計

従来の調査方法である満足度調査と経験調査には、7.2.2 で示したような特徴および問題点があった。まとめたものを以下の表7-4に示す。

調査方法	特徴	問題点
満足度調査	満足度を直接評価できる	患者の心理状態で回答が変動する
		回答に至る背景が不明確である
		改善案の提示ができない
経験調査	回答に変動が少ない	患者経験から満足度を直接評価できない
	改善案の提示が容易	

表7-4 従来の調査方法の特徴および問題点

表7-4より、満足度調査の特徴と経験調査の問題点、および満足度調査の問題点と経験調査の特徴が同じであることがわかる。理想のアンケート調査は、2つの調査方法を組み合わせることで、相互の問題点を補完し、特長を活かすことである。

満足度調査は、満足の判断基準が明確ではないため、結果にばらつきが生じると考えられる。一方、経験調査は質問が具体的であるため、判断基準が明確で、結果のばらつきが小さくなる。そこで、先に経験をたずね、判断基準を明確にしたあとで項目ごとの満足度（以下、項目満足度）をたずねる形式とした。具体的な例を以下に示す。

待ち時間についてお聞きします。

Q1. 病室に入るまでの入院手続きはスムーズでしたか。

スムーズだった・・・・・・・・・・1

あまりスムーズではなかった・・・・・・2

全くスムーズではなかった・・・・・・3

Q2. 病室に入るまで必要以上に長く待たされたと感じましたか。

待たされなかった・・・・・・・・・・1

やや長いと感じた・・・・・・・・・・2

長いと感じた・・・・・・・・・・3

Q3. 病室に入るまでに長く待たされた際、その理由の説明がありましたか。

はい・・・・・・・・・・1

いいえ・・・・・・・・・・2

待たされなかった・・・・・・・・・・3

Q4. 検査や処置は、予定されていた時間どおりに行われましたか。

はい・・・・・・・・・・1

時間通りでないこともあった・・・・・・2

いいえ・・・・・・・・・・3

検査や処置は受けなかった・・・・・・4

Q5. 以上を踏まえて、待ち時間についての満足度をお聞かせください。

また、ご意見・ご要望があればご自由にお書きください。

不満← 1 2 3 4 5 →満足

このように、各項目において、患者経験をもとに満足度を調査することによって、表7-4で示した満足度調査と経験調査の相互の問題点を補完することができ、特徴を活かすことができると考えられる。このアンケートの項目については、ピッカーコモンウェルスプログラムをモデルとした経験調査の項目を用いることにした。

また、従来の調査ではどの項目が大きな影響を与えているかを把握することができなかった。医療の質向上の対策を行うとき、どの項目が最終的な満足度に影響を与えているかを把握する必要がある。そこで、総合満足度の項目を追加し、項目満足度が与える影響を把握することにした。

7.3.2 治療結果を把握するツール

7.3.2.1 治療結果について

治療結果については、患者の最終的な病気の転帰を把握する。転帰とは、患者状態の変化を意味しており、この転帰は、「全治」、「寛容」、「軽快」、「不変」、「増悪」、「転医」、「死亡」の7段階で表される。

しかし、治療結果は最終的な病気の転帰だけでなく、治療過程での転帰も含まれる。したがって、治療過程での転帰についても把握する必要がある。

また、治療結果は、客観的な指標であるため、患者が判断できないことも多い。そこで、治療結果に関する調査には工夫が必要である。水戸病院では、虚血性心疾患の治療の際に、患者の状態によって治療プロセスを決めていく患者状態適応型パス^[3](以下、PCAPS)が導入されている。

7.3.2.2 PCAPS について

(1) 従来のパスとの違い

医療において、患者状態によって治療内容が異なるという、患者状態適応型の対応をとることを基本としている。患者状態の変化は、患者に内在する健康障害に起因する反応と、医療従事者による医療行為にたいする反応があり、入院中はその両者の反応を示すことが多い。そのため、患者状態は、個々に多様で複雑な反応を示す。

したがって、同じ疾患においても、入院から退院までの臨床プロセスは患者ごとに、時系列によって変化する。そのため、プロセスの質安全保障を実現するためには、臨床プロセスの総体を、分岐・結合が存在する俯瞰図として可視化する必要がある。

しかし、これまで作成されてきたパスは表形式のものが多く、臨床プロセスにおけるルートの一部しか可視化されていない。そのため、ルートから外れる患者が存在し、チームによる予測医療が行えなくなる。

PCAPS では、臨床プロセスが分岐・結合のある複数ユニットの連結で俯瞰的に表記される。これによって、多様な患者状態に対応した臨床プロセスの全貌を医療チームメンバー間、患者やその家族で共有でき、現時点でのユニットと次に移行する可能性のあるユニットを知ることができる。また、ユニットごとにやるべき医療行為をある程度セット化することができるため、当該ユニットに移行したときに必要とするオーダーを一括して出すこともできる。

(2) PCAPS の基本構成

PCAPS の概念モデルは、患者状態を基軸としており、複数の目標状態がリスクされて分岐・結合を形成しながら、最終目標状態に至る臨床経路を示すモデルである。

PCAPS を具現化するツールとして、ユニットの連結からなる、臨床経路の俯瞰図である臨床プロセスチャートと、当該ユニット内での具体的な臨床概要を示すユニットシートがあり、PCAPS はこの2つか

ら構成されている。このユニットとは、治療プロセスを構成する単位プロセスのことである。

PCAPSの構成ツールであるユニットシートから、ユニットごとに患者に対してどのような治療が行われたか、また患者状態の変化を把握することができるため、PCAPSに着目すれば、患者状態によって満足度にどのような違いが見られるかを把握することができると考えられる。すなわち、当該ユニットでの治療内容とその治療による転帰を把握することができる。

したがって、PCAPSに着目することで、治療過程での転帰を把握でき、病気の転帰と合わせて治療結果全体を把握することができる。

7.3.3 アンケートの概要

水戸病院において、虚血性心疾患の治療の際に、PCAPSを導入している。したがって、ユニットシートに着目することで、治療過程での転帰を把握することができる。そこで、本研究では、虚血性心疾患の患者に対して、7.3.1で設計したアンケートを実施する。

7.2.2.2で述べた入院患者における経験調査の結果より、院内環境においてもっとも問題となっていたのは、駐車場の入りやすさであった。これについては、病院がすでに改善を行っている。また、虚血性心疾患の場合、入院中は病床で安静にする必要があるため、院内環境について評価する機会が少なく、主観的な評価になると考えられる。したがって、院内環境の項目は削除した。

他院との協力体制に関する質問は、紹介に関する質問であり、実際に紹介を行うのは、医師などの病院職員である。したがって、他院との協力体制に関する質問は、職員同士の協力体制の質問の1つであると捉えることができる。すなわち、職員同士の協力体制に関する満足度は、他院との協力体制も判断基準となっていると考えられる。そこで、職員同士の協力体制に関する満足度は、他院との協力体制に関する満足度と同じであると考えた。

また、従来の経験調査では、治療計画内容の説明や治療中の経過説明について、治療や検査、手術それぞれの場合でたずねるのではなく、総合的にたずねている。そこで、今回のアンケート調査では、治療や検査、手術の場合それぞれについてたずねることにし、患者にとって定義があいまいであると考えられる検査、手術については、以下のように区別した。

【検査】

- 心臓カテーテルについての検査
- 採血や尿測などの検査

【手術】

- 経皮的冠動脈形成術(PTCA)

7.3.1で設計したアンケートを改良し、これによって作成されたアンケートの概要を以下に示す。

【対象】

虚血性心疾患の入院患者

【設問項目】

- 待ち時間
- 入院時の一般的な対応
- 治療計画内容の説明
- 治療中の経過説明
- 対応サービス

職員同士の協力体制
患者権利の尊重
プライバシーの保護

の 8 項目

【設問数】

上記の 8 項目について、
患者経験に関する質問が 64 問
項目満足度が各 1 問の計 8 問
総合満足度 1 問

の全 73 問

【満足度評価】

5 段階評価 (SD 法)

7.4 調査分析

7.4.1 分析のアプローチ

本節では、アンケートと PCAPS の分析のアプローチについて述べる。

Step. 1

患者経験と項目満足度の関係を把握する。

Step. 2

項目満足度と総合満足度の関係を把握し、総合満足度を与える重要な項目を把握する。

Step. 3

Step. 2 で把握した重要な項目について、治療結果がどのような影響を与えているかを把握する。

Step. 4

治療結果が総合満足度にどのような影響を与えているかを把握する。

上記の手順で、次節以降分析を行っていく。

7.4.2 患者経験と項目満足度の関係

7.3.3 で設計したアンケートを虚血性心疾患の患者に実施し、17 名の回答を得た。本節では、患者経験と項目満足度についての関係について分析する。ここで、満足度評価は 5 段階 SD 法を用いているが、1 を大変不満、2 を不満、3 をどちらでもない、4 を満足、5 を大変満足として、これ以降表記する。その結果、待ち時間の項目において、一元的な関係が見られた。以下の表 7-5 に示す。

表 7-5 待ち時間にお
満足度

ける患者経験と項目

病室に入るまで	満足度	人数	割合
待たされている	不満	3	60.0%
	どちらでもない	2	40.0%
計		5	100.0%
待たされていない	どちらでもない	2	16.7%
	満足	5	41.7%
	大変満足	5	41.7%
計		12	100.0%

すなわち、表 7-5 から、受付をして病室に入るまでに待たされた患者の多くは不満と回答しており、待たされていない患者のほとんどが満足と回答していることがわかる。

一方、待ち時間以外の項目では、患者経験が同じでも、項目満足度に違いが生じていた。したがって、項目満足度に違いが生じる要因を把握する必要がある。

その中でも、まず、どの項目満足度が総合満足度に大きな影響を与えるか、すなわちどの項目が重要であるかを把握する必要がある。そして、その項目満足度に違いが出る要因を、治療結果の観点から分析を行っていく。

7.4.3 項目満足度と総合満足度の関係

項目満足度と総合満足度の関係を把握するために、偏相関分析を行った。その結果を以下の表 7-6 に示す。

表 7-6 偏相
結果

項目	偏相関係数	項目	偏相関係数
待ち時間	0.534	応対サービス	-0.09
入院時の対応	-0.076	患者権利	-0.135
治療計画内容の説明	0.413	協力体制	0.037
治療中の経過説明	0.06	プライバシー	0.136

関分析の

表 7-6 より、待ち時間と治療計画内容の説明に関する項目満足度が、総合満足度に大きな影響を与えており、重要な評価項目になっていることがいえる。

しかし、7.4.2 より、この 2 つの項目において、患者の経験が同じでも項目満足度に違いが生じている。この要因は、アンケート結果から分析ができなかった。したがって、2 つの項目満足度に違いが生じる要因を把握する必要がある。

また、この要因が総合満足度に影響を与える可能性もあるため、総合満足度に与える影響についても把握する必要がある。そこで、これらを治療結果の観点から分析する。

7.4.4 治療結果を考慮した分析

7.4.4.1 治療結果が項目満足度に与える影響

待ち時間と治療計画内容の説明についての 2 つの項目満足度と、病気の転帰の相関関係を把握するために、偏相関分析を行った。その結果を以下の表 7-7 に示す。

表 7-7 偏相関分析の結果

項目	偏相関係数
待ち時間	0.568
治療計画内容の説明	0.686

表 7-7 より、2つの項目満足度と病気の転帰の間に、強い相関関係が見られることがわかる。しかし、治療結果は、病気の転帰だけでなく、治療過程での転帰も含まれる。

そこで、治療過程の転帰と病気の転帰の相関について分析を行ったが、病気の転帰と治療過程の転帰には相関がなかった。また、治療過程での転帰と項目満足度の間にも、相関が見られなかった。

したがって、待ち時間と治療計画内容の説明の項目において、患者経験が同じでも項目満足度に違いが生じるのは、病気の転帰の違いであるということがいえる。

7.4.4.2 治療結果が総合満足度に与える影響

7.4.4.1 で、治療結果と項目満足度について分析を行い、病気の転帰によって項目満足度に違いが生じていることを示した。治療結果は、項目満足度だけでなく、総合満足度にも影響を与えていると考えられる。そこで、本項では治療結果が総合満足度に与える影響について分析を行っていく。

まず、病気の転帰と総合満足度の関係について把握したところ、以下の表 7-8 のようになった。

表 7-8 病気の転帰と総合満足度の関係

病気の転帰	総合満足度	人数
不変	どちらでもない	4
	満足	3
軽快	満足	4
	大変満足	4
寛容	大変満足	2
計		17

表 7-8 より、病気の転帰がよければ、総合満足度の評価もよくなるということがいえる。しかし、病気の転帰が不変と軽快の患者において、病気の転帰が同じでも、総合満足度に違いが生じていることがわかる。

そこで、治療過程での転帰を考慮したところ、以下の表 7-9 のように、治療過程での転帰によっても総合満足度に違いが生じるということがわかった。

表 7-9 治療過程での転帰と総合満足度の関係

総合満足度	人数	治療過程での転帰
どちらでもない	4人	In over1500ml以上によるラシックス静注
		腰痛発生, In over1500ml以上によるラシックス静注
		In over1500ml以上によるラシックス静注, 尿比重異常による飲水
		動脈触知の低下, Out overによる飲水
満足	3人	良好
満足	4人	腰痛発生, 造影剤アレルギー発疹, Inover1500ml以上によるラシックス静注
		Inover1500ml以上によるラシックス静注, 尿比重異常による飲水, 腰痛発生
		低血圧, Inover1500ml以上によるラシックス静注
大変満足	4人	Outoverによる飲水
		良好

7.4.4.1 および7.4.4.2の結果より、治療結果が総合満足度に大きな影響を与えており、待ち時間と治療計画内容の説明の項目満足度の違いが生じる要因であるということがいえる。

7.5 考察

7.5.1 本研究の意義

水戸病院での従来の調査の分析結果より、満足度調査のみ、および経験調査のみでは患者満足度における重要な項目を把握することができなかった。また、医療の質評価の側面の1つである治療結果について評価していなかった。

そこで、満足度調査と経験調査を組み合わせることで、相互の問題点の解決を図った。これによって設計されたアンケートが、7.3.3にて示したものである。しかし、設計したアンケートに関しても、治療結果については調査できていなかった。治療結果は客観的な指標であるため、治療結果をアンケート調査で正確に評価することが困難である。したがって、治療結果を把握するには工夫が必要である。そこで、PCAPSに着目することで、治療結果を把握した。

アンケート調査の結果から、待ち時間と治療計画内容の説明に関する項目満足度が総合満足度に影響を与えていることがわかった。この2つの項目において、患者経験が同じでも項目満足度に違いが生じていた。そこで、治療結果の観点から分析を行ったところ、治療結果が2つの項目満足度に違いが生じる要因となっていることを示した。また、治療結果が総合満足度に大きな影響を与えていることを示した。すなわち、患者満足度において、治療結果は重要な評価項目であるということがいえる。

したがって、アンケートに治療結果に関する項目を加えることで、患者満足度を正しく評価できると考えられる。また、治療結果に関する項目を加えることで、構造、活動、成果すべてを評価できる。すなわち、医療の質の観点から患者満足度を評価することができる。それを分析することで、患者満足度に関する調査の本来の目的である、医療の質の向上へつながると考えられる。

満足度は、一般的に、以下の式で示される。

$$\text{満足度} = \frac{\text{充足度}}{\text{期待度}}$$

患者が病院にもっとも期待することは、病気の治療であると考えられる。すなわち、上記の式の分母である期待度は、みな同じであると考えられる。また、充足度は、患者が期待したとおりの治療結果であるかを示していると考えられる。

したがって、治療結果が総合満足度に大きな影響を与えており、患者満足度における重要な評価項目

になっていたと考えられる。

7.5.2 治療結果を考慮したアンケートの設計

7.4.4 より、治療結果が総合満足度に大きな影響を与えていることを示した。すなわち、患者満足度において、治療結果は重要な評価項目であることがいえる。したがって、治療結果をアンケート項目に入れる必要がある。

しかし、治療結果は客観的な指標であり、実際の治療結果と患者が評価した治療結果が一致するとは限らず、治療結果の評価が困難であると考えられる。したがって、治療結果を正確に把握できるような質問項目を設計する必要がある。

また、7.4.3 で、待ち時間と治療計画内容の説明に関する項目満足度が総合満足度に影響を与えていることを示した。設計したアンケート項目は、ピッカーコモンウェルスプログラムの7つの視点に基づいたものであるため、これらの項目は妥当なものであると考えられる。しかし、他にも総合満足度に影響を与える項目があると考えられる。したがって、他の項目についても検討する必要がある。

7.5.3 PCAPS の有効性

本研究では、治療結果の1つである治療過程での転帰を把握するために、PCAPS を用いた。PCAPS により、病気の転帰が同じでも、治療過程での転帰の違いによって総合満足度に違いが生じることを示した。

また、ユニットシートの項目に、入院治療計画書や手術および検査説明同意書がある。これらについては、担当医が治療計画や手術および検査の必要性などを説明し、患者が理解したらサインをするという形式になっている。17名の患者について、これらの項目にチェックがついていた。すなわち、治療計画の説明や手術および検査の説明が十分に行われていることを示している。これについてアンケート結果と対応させたとき、17名の患者は治療計画の説明や手術および検査の説明が行われていると回答していた。したがって、経験調査において、患者の回答の再現性があるということが示せた。

PCAPS において、治療計画の説明や手術および検査の説明は必ず行われていることがわかった。7.4.3 より、治療計画内容の説明に関する項目満足度が総合満足度に影響を与えていたので、PCAPS を導入することで、治療計画内容の説明を確実に行えると考えられる。

また、PCAPS そのものが治療計画の説明になっていると考えられる。PCAPS を導入することによって、医療の標準化ができる。すなわち、看護師の勤務年数に関係なく、治療計画についてはある程度説明できると考えられる。

しかし、水戸病院で PCAPS が導入されているのは虚血性心疾患のみである。また、飯塚ら^[4]が作成した PCAPS は、虚血性心疾患、大腿骨頸部骨折、小児気管支喘息、脳梗塞、糖尿病インスリン導入の6疾患であり、PCAPS が作成されている疾患は少ない。したがって、今後は他の疾患についても PCAPS を作成する必要があると考えられる。

7.5.4 医療の質向上への対策

本研究では、アンケート調査と PCAPS を用いることにより、医療の質評価の側面である構造、活動、成果の3つの側面から分析を行った。その結果、総合満足度に影響を与える項目は、待ち時間、治療計画内容の説明、および治療結果であることがわかった。したがって、これらの項目に対して対策を行うことで、医療の質が向上すると考えられる。

(1)待ち時間について

待ち時間については、7.2.2.2の経験調査の結果からもわかるように、依然として問題になっている。したがって、待ち時間については早急に改善を行う必要がある。待ち時間を短縮するには、病院スタッフの増員、病床数の増加などの人・もの・金による改善が考えられるが、病院の経営を考慮すると、あまり効率的ではない。したがって、患者が受付をしてから病室に入るまでに待ち時間が生じないようにシステムの設計、および効率的な病床管理が必要であると考えられる。

(2)治療計画内容の説明について

7.2.2.2の経験調査の結果からわかるように、PCAPSを導入していない疾患では、治療計画内容の説明が十分であるとはいえない。

一方、PCAPSを構成するツールの1つであるユニットシートのチェック項目に、入院治療計画書や手術および検査説明同意書がある。これらは担当医や看護師が必ず行う重要な項目であり、治療計画や手術・検査の必要性に関しては、必ず担当医や看護師からの説明を受ける。したがって、PCAPSを導入することで、治療計画内容の説明は十分に行えると考えられる。

(3)治療結果について

治療結果がよいものになるには、医師の技量、病院にある医療器具など様々な要因が考えられる。その中で、もっとも治療結果と関係すると考えられるのは、患者の病状である。すなわち、同じ病気を患っていても、それ以外に病気を患っていれば、最終的な病気の転帰も異なってくると考えられる。したがって、治療結果の観点から医療の質の向上を行うには、医療技術のより一層の向上が必要であるため、長い期日を要すると考えられる。

7.5.5 DPC との関連について

水戸病院では、2006年4月から診断群分類(以下、DPC)が導入される。DPC導入により、診療報酬額が従来の出来高払いではなく、包括評価部分と出来高部分で決定される。

出来高部分に関しては、手術料、麻酔料、千点以上の処置料などのドクターフィー的要素であるが、包括部分は入院基本料や検査、投薬、注射、千点未満の処置などのホスピタルフィー的要素である。この包括部分に関しては、以下の計算によって診療報酬額が決定される。

$$\text{診断群分類ごとの一日当たりの点数} \times \text{医療機関係数} \times \text{在院日数}$$

この包括評価をする項目に、「診断群分類ごとの1日あたり平均点数」があるが、これは在院日数に応じて逓減する。すなわち、在院日数が長くなっても、診断群分類ごとの一日当たりの点数が低くなるため、包括払いによる診療報酬額が大きくなるというわけではない。また、在院日数が長ければ、その分コストも多くかかるため、病院の利益が少なくなる。したがって、病院側としては在院日数を短縮する傾向になり、粗診粗療を招く可能性があると考えられる。

本研究では、治療結果が総合満足度に影響を与えることを示した。しかし、DPCの導入により、治療結果よりも在院日数のほうに焦点を当てる可能性があると考えられる。すなわち、患者満足度の低下が懸念される。したがって、DPCの導入後、患者満足度が低下していないか把握する必要があると考えられる。

7.6 結論と今後の課題

7.6.1 結論

水戸病院での従来の調査の分析結果より、満足度調査のみ、および経験調査のみでは患者満足度における重要な項目を把握することができなかった。また、医療の質評価の側面の1つである治療結果について評価していなかった。

そこで、満足度調査と経験調査を組み合わせることで、相互の問題点の解決を図った。これによって設計されたアンケートが、7.3.1にて示したものである。しかし、設計したアンケートに関しても、治療結果については調査できていなかった。治療結果は主観的な指標であるため、治療結果をアンケート調査で正確に評価することが困難である。したがって、治療結果を把握するには工夫が必要である。そこで、PCAPSに着目することで、治療結果を把握することにした。その調査の対象は、水戸病院において、治療の際にPCAPSを導入している虚血性心疾患の患者である。そこで、7.3.1で設計したアンケートを改良したものが7.3.3で示したものである。

アンケート調査の結果から、待ち時間と治療計画内容の説明に関する項目満足度が総合満足度に影響を与えていることがわかった。この2つの項目において、患者経験が同じでも項目満足度に違いが生じていた。そこで、治療結果の観点から分析を行ったところ、治療結果が2つの項目満足度に違いが生じる要因となっていることを示した。また、治療結果が総合満足度に大きな影響を与えていることを示した。

すなわち、患者満足度において、治療結果は重要な評価項目であるということがいえる。

7.6.2 今後の課題

今後の課題として、以下のことが挙げられる。

(1)治療結果を考慮したアンケートの設計

患者満足度において、治療結果が重要な評価項目であることを示したので、今後患者満足度に関する調査を行う際には、治療結果に関する項目を入れる必要がある。しかし、この治療結果は客観的な指標であり、患者が治療結果を正確に評価できない可能性もある。したがって、治療結果を正確に把握できるような質問項目を設計する必要がある。

また、アンケート項目はピッカーコモンウェルスプログラムの7つの視点に基づいたものであるが、他にも総合満足度に影響を与える項目が存在する可能性があるため、アンケート項目についても考慮する必要がある。

(2)医療の質向上への対策

治療結果を考慮したアンケートの設計を行い、調査を行う。患者満足度に関する調査の本来の目的は、医療の質の向上であるため、得られた結果をもとに、医療の質向上のための対策の立案をすることが必要である。

7章の参考文献

- [1]米国医療の質委員会/医学研究所(2002)：「医療の質」，日本評論社
- [2]Gerteis Margaret, Edgman-Levitan Susan, Daley Jennifer, Delbanco Thomas L. (2001)：「ペイシェンツ・アイズ」，日経BP社
- [3]Avedis Donabedian (2003)：“An introduction to quality assurance in health care”，Oxford University Press
- [4]飯塚悦功，棟近雅彦，水流聡子(2005)：「医療の質安全保障を実現する患者状態適応型パス[事例集2005]」，日本規格協会
- [5]米国医療の質委員会/医学研究所(2000)：「人は誰でも間違える」，日本評論社
- [6]狩野紀昭，池澤辰夫，小田島弘，納谷嘉信，原田明，米山高範(1990)：「サービス産業のTQC」，日科技連
- [7]松田晋哉(2005)：「DPCと病院マネジメント」，じほう

8. 医療の質向上を目的とした文書管理

8.1 研究背景と目的

近年、社会の医療に対するニーズの多様化、従来の医療制度の改革、医学・医療技術の高度化あるいは少子高齢化の進展による社会保障体系の変化など、医療をとりまく環境の変化は著しい。また、そのような状況の中、医療事故、医療過誤が社会的に重要な問題として認識されてきた。そのため、医療従事者の医療事故を減らそうという意識は年々高くなってきており、事故防止活動にも広がりを見せている。そして多くの病院で、製造業で用いられている品質管理の手法が導入されている。その結果、病院では、看護師教育の徹底、クリニカルパスの活用、業務プロセスの改善など様々な質向上のための活動に取り組んでいる。しかし、それらの活動はQC活動などにより個別に行われており、期待された効果が上がっていないのが現状である。そこで、病院全体で質向上に取り組む質マネジメントシステム(以下、QMS)の構築が必要とされている。

QMSを構築するには、業務を標準化することが重要である。つまり、個人個人の能力に頼るのではなく、決められた仕事のやり方に従って業務を行い、質のよいサービスを実現するということである。また決められたとおりに行うために、仕事のやりかたを文書に明示する必要がある。

さらに、標準化の推進には文書管理が不可欠である。しかし、病院において文書が有効に活用されていないのが現状である。

そこで本研究では、飯塚病院でのQMSの導入・推進活動を通じ、文書管理における問題を抽出する。そして、抽出した問題点を整理し明らかにすることで、各問題点に対する対処方法を考案し、提案することを目的とする。

8.2 現状把握

8.2.1 飯塚病院における文書の現状

上原ら^[1]は、病院に必要な文書として、以下のものを挙げている

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・医療機関全体の方針・計画
例)病院理念・基本方針，中・長期計画，事業計画など・管理標準
例)組織規定，医療安全規定，人材育成計画，購買管理規定，当直業務規定など・作業標準
例)クリニカルパス，看護標準，検査標準，薬剤標準など・他部署への情報伝達の文書
例)指示書，診察券，入院同意書，入院診療計画書，処方箋，食事指示箋など・外部から入手した文書
例)各種法令，医薬品による副作用の情報，他医療機関からの招待状など・外部に出す文書
例)薬剤情報提供，診断計画，医療記録，診断書，レセプト，病院報告など |
|---|

これにおける文書の定義は、情報及びそれを保持する媒体である。つまり、文書は、一般的には紙媒体であることが多いが、電子化されたファイルなども含んで定義している。以下、文書を情報及びそれを保持する媒体として扱う。

そこで、飯塚病院にどのような文書が存在しているかを把握するため、病棟を回り、調査を行った。病院に存在した文書の総件数は1283件で、そのうち780件は看護部が作成したものであった。また、このうち449部は、看護の作業に関わる作業標準であった。したがって、作業標準の、病院に存在する文書に占める割合が大きいことがわかった。

8.2.2 事故報告書分析

8.2.2.1 事故分析の方法

文書の不備からどのような問題が起きているかを把握するために、事故報告書の分析を行った。

製造業では、作業ミスが生じた場合に、必ず標準という観点から分析を行う。中條^[2]^[3]は、この分析について整理して、ミス防止のための適切な対処方法の分類（中條の分類）を示した。これを表8-1に示す。

表 8-1 ミスの発生状況とその対処方法

ミスの発生状況		対処法
Ⅰ)標準が確立してなかった	(a)標準を作っていないかった	①標準の作成
	(b)標準が技術的に誤っていた	②標準の技術的検討, 改訂
	(c)標準が管理されてなかった	③標準の改訂, 管理方法の検討
Ⅱ)作業者は標準に従って作業しなかった	(a)標準を知らなかった	④教育
	(b)技能不足のため標準どおりにできなかった	⑤訓練, 適正な職場配置
	(c)標準に従う気が無かった	⑥標準を守る必要性の指導
Ⅲ)作業者は標準に従って作業していた	(a)作業量が多すぎて仕事が間に合わなかった	⑦作業計画の見直し
	(b)標準に従ったが不注意でミスが発生した	⑧うっかりミスを起こさせない工夫

分類項目Ⅰは、標準が確立されておらず、作業のやり方が個人の判断に任されていた場合である。分類項目Ⅱは標準が定められていたにもかかわらず、その内容や重要性が周知徹底されておらず、作業者が標準に従って作業していなかった場合である。分類項目Ⅲは、作業者は標準に従って作業をしていたが、ミスが発生してしまう場合である。

文書は標準を紙に表したものであるので、事故分析するにあたって、中條の標準の分類を活用することとする。

8.2.2.2 事故分析の結果

文書の不備からどのような問題が起きているかを把握するために、飯塚病院における2002年1月から6月までの計179件と、2005年1月から6月までの計195件の事故報告書を、中條の標準の観点から分類し、分析した。分析結果を表8-2に示す。

表 8-2 事故発生状況

ミスの発生状況		2002年								2005年							
		1月	2月	3月	4月	5月	6月	計	割合	1月	2月	3月	4月	5月	6月	計	割合
I)標準が確立してなかった	(a)標準を作っていないかった	4	1	2	2	1	3	13	7%	4	1	0	2	2	1	10	5%
	(b)標準が技術的に誤っていた	3	2	1	0	0	2	8	4%	0	0	0	0	0	0	0	0%
	(c)標準が管理されていなかった	0	2	1	0	0	1	4	2%	2	0	1	0	0	1	4	2%
II)作業者は標準に従って作業しなかった	(a)標準を知らなかった	0	0	1	0	0	3	4	2%	0	0	0	2	1	1	4	2%
	(b)技能不足のため標準どおりにできなかった	0	0	1	0	0	8	9	5%	0	0	0	0	0	0	0	0%
	(c)標準に従う気が無かった	5	13	13	13	2	14	60	34%	12	11	17	11	25	23	99	51%
III)作業者は標準に従って作業していた	(a)作業量が多すぎて仕事が間に合わなかった	1	3	3	3	0	1	11	6%	1	0	0	0	3	0	4	2%
	(b)標準に従ったが不注意でミスが発生した	4	7	11	8	2	15	47	26%	9	1	9	15	15	18	67	34%
	判別不能	1	2	7	5	0	8	23	13%	6	0	0	0	0	0	6	3%
合計		18	30	40	31	5	55	179	100%	35	13	27	30	46	44	195	100%

表 8-2 より、ミスの発生状況 II、III の割合が多いことがわかる。しかし、これら 3 つの分類項目には、適用の順序がある。すなわち、項目 II に当てはまるかどうかは項目 I に該当しない場合に、項目 III に当てはまるかどうかは項目 II に該当しない場合に、はじめて検討されることになる。つまり、項目 II・III は、項目 I が解決されてから初めて考慮すべき問題といえる。

よって、項目 I 「標準が確立していなかった」に該当する 39 件を分析した。これより、表 8-3 のような事故が起こっていることがわかった。

表 8-3 事故と文書の問題点の関係

発生日時	件名	事故原因	文書の問題点との対応
2002/1/12	患者間違い	患者に来てもらうという作業方法がよくなかった	内容が技術的に誤っている
2002/1/17	口頭指示での記載漏れ	口頭指示時の対応方法が決まっていなかった	具体的な作業が決まっていない
2002/1/18	与薬忘れ	時間指定の指示をすべきであった	内容が技術的に誤っている
2002/1/22	誤薬	臨時の薬の渡すときのルールが決まっていなかった	具体的な作業が決まっていない
2002/1/23	誤薬	口頭で申し送りのルールが決まっていなかった	具体的な作業が決まっていない
2002/1/23	誤薬	ICU退室の受けるひとが決まっていなかった	責任・権限が決まっていない
2002/1/26	投薬忘れ	時間指定の指示をすべきであった	内容が技術的に誤っている
2002/2/1	誤薬	術前中止薬等の薬の確認が決まっていなかった	具体的に決まっていない
2002 2/3	薬剤量間違い	看護師間の情報共有 (薬を投与したかの確認)の方法がよくない	内容が技術的に誤っている
2002/2/7	薬剤量間違い	作業表の目的・役割があいまいだった	具体的に決まっていない
2002/2/14	投与日時の間違い	保存場所が悪かった	具体的に決まっていない
2002/2/27	投薬忘れ	特殊な用量、時間帯に投与するものの確認が決まっていなかった	具体的に決まっていない
2002/3/2	薬剤量間違い	多くの作業書をつくり、転記ミス	内容が技術的に誤っている
2002/3/12	薬剤量間違い	薬剤準備の確認が不十分	作業方法が十分でなかった
2002/3/29	薬剤量間違い	指示欄の表記があいまい	具体的に決まっていない
2002/3/24	投薬忘れ	作業票の保存場所が決まっていない	具体的に決まっていない
2002/4/14	投薬忘れ	注射入力申告の確認作業がなかった	具体的な作業が決まっていなかった
2002/4/24	投薬忘れ	器械のセッティング方法する人が決まっていなかった	責任・権限が決まっていなかった
2002/5/2	投薬忘れ	担当ナース以外が患者の迎えをした	責任・権限が明確でない
2002/6/2	投与日時の間違い	与薬業務が、フリーの仕事か 担当Nsの仕事か決まっていなかった	責任・権限が十分に決まっていなかった
2002/6/5	投薬忘れ	多くの作業書をつくり、転記ミス	内容が技術的に誤っている
2002/6/8	薬剤間違い	2つの作業所を使い、情報伝達ミス	内容が技術的に誤っている
2002/6/10	薬剤間違い	Wチェックを行うひとがよくなかった (自分の受け持ちの人に確認してもらう)	責任・権限が十分に決まっていなかった
2002/6/12	誤薬	指示変更時の確認方法が詳細に決まっていなかった	具体的な作業が決まっていなかった
2002/6/18	投薬忘れ	薬のダブルチェックをしてなかった	具体的な作業が決まっていなかった
2005/1/4	内服開始日の間違い	薬の有無の確認作業をおこたった	具体的な作業が決まっていない
2005/1/13	与薬忘れ	変更時の対応がよくなかった	具体的な作業が決まっていない
2005/1/30	与薬忘れ	インスリン併用時の表示方法が不明確	具体的な作業が決まっていない
2005/1/30	与薬忘れ	与薬後、確認の強化	作業が十分でなかった
2005/1/31	与薬忘れ	薬を飲んだかの確認方法が不十分だった	作業が十分でなかった
2005/1/31	誤薬	輸液時間の変更時の対応	具体的な作業が決まっていない
2005/2/14	与薬忘れ	ボスミンの混入方法が決まっていなかった	具体的な作業が決まっていない
2005/3/1	患者間違い	作業方法が決まっていなかった	具体的な作業が決まっていない
2005/4/12	与薬忘れ	休憩に行く際の伝達方法が決まっていなかった	具体的な作業が決まっていない
2005/4/23	薬剤量間違い	変更時の対応が不明確(ワークシートに記載など)	具体的な作業が決まっていない
2005/5/18	与薬忘れ	引継ぎ時の伝達方法が決まっていなかった	具体的に作業が決まっていなかった
2005/5/20	与薬忘れ	いつもとは違う人が行い、伝達しなかった	責任・権限が決まっていなかった
2005/6/3,4	転記ミス	以前の病棟マニュアルを使用した	具体的に作業が決まっていなかった
2005/6/7	与薬忘れ	確認方法が不十分 (前日のサインまで戻って指示を受ける)	作業が十分でなかった

表 8-3 で、事故の原因と文書の問題点の対応付けを行った。これにより、文書が原因で事故が起きていることがわかった。さらに、これらの事故は、主に作業標準に関わるものである。したがって、以下では、文書として、作業標準に焦点を絞る。

8.3 作業標準の現状調査

8.3.1 3段階による分析方法

文書管理における問題点を抽出するために、作業標準の分析、インタビュー調査、事故報告書分析の3段階で行った。これら3段階で分析を行った理由として、以下の理由が挙げられる。作業標準を分析しただけでは、実際に作業標準を使用している上での問題点を抽出できないこと、インタビュー調査を行っただけでは、実際の作業標準における問題点を抽出できないこと、事故報告書分析を行わなければ、文書のどの内容が理由で事故が起