

新たな検討内容が得られた。以下に、適用の流れを示す。

適用した監査の流れは、表 4-1 の I～IV の監査の流れである。まず、監査対象の目的の確認を行った。適用範囲は、監査対象の業務フロー図を用いて確認を行った。人的資源、責任権限は、役職数や担当業務など、従来の監査結果から十分な情報が得られた。品質目標の確認を行ったところ未設定であったため、今後の課題として指摘された。

次に、日常業務の確認へと移り、患者識別の方法を確認しようとした結果、従来の内部監査ではその議論がなされていなかった。B 病院の近年の入院患者の傾向を調査したところ、高齢者や問題を抱える患者が増えているとのことだった。そこで、提案する監査項目の患者識別に対応する、患者識別に用いる情報の内容、取得方法について、対象部門にインタビュー調査を行ったところ、入院時に使用している伝票の現状の内容では、上記のような患者が多数入院した場合に、効率的に識別できず、適切なタイミングで適切なベッド配置ができないおそれがあることがわかった。

上記の提案方法による監査の流れを、従来の内部監査の流れを比較するため、従来の内部監査の流れを提案する流れに対応させた。表 5-1 に、従来の内部監査と提案する流れ、提案する流れを用いることによって新たに得られた検討内容と、是正処置を示す。

表 5-1 提案方法による指摘事項と是正内容（病床管理部門）

対象部門:病床管理部門		対象業務:入院患者の識別
監査の流れ	従来	伝票の管理方法の確認 →入院業務の手順の確認 →職種間の情報伝達方法の確認
	提案方法	目的の確認→日常業務の確認 →患者識別の確認 →患者識別に用いる情報の確認
検討内容		高齢者等の増加により、患者識別が正確に行われず、適時に適切なベッド配置が不可能となる可能性がある。
是正処置		入院時に使用する伝票の内容の改訂

従来の監査の流れでは、伝票の管理方法の一部を確認した後、入院業務の手順の確認を行っている。業務フローで考えれば、伝票の管理は入院業務の後に発生するものである。また、伝票の管理方法は日常業務ではなく、日常業務で発生した記録を管理する支援業務であり、入院業務は日常的に発生する業務である。つまり、両者は包含関係ではなく、互いに背反関係にある業務である。これより、従来の監査方法は、互いに背反である業務を、業務間の関係を考慮せず場当たりに監査しているといえる。そのため、監査項目の妥当性、有効性を確認するために必要な監査内容を網羅できず、被監査員から有効な情報を聞き出すことができなかつたため、有効な指摘が行えていなかった。

しかし、提案方法を用いて監査を進めることにより、業務の流れに対して自然な流れで監査を進めることができた。さらに、日常業務→患者識別→患者識別に用いる情報の確認、という包含関係にある業務を、監査を進めることによってその範囲、視点を集約していくことができた。そのため、各監査項目に関する詳細な内容を議論することができた。その結果、被監査員からより多くの情報を得ることができ、問題の箇所を絞り込むことができた。さらに、従来では情報伝達方法で監査が終了していたことに対し、提案方法では、業

務フローの上流である情報の取得部分に関する議論が具体的になされ、指摘が得られた。そして、指摘による是正内容は対象部門において試行され、改訂された。

#### 5.5.1.2 検体検査部門の例

病床管理部門と同様、検体検査部門検査部に提案方法を適用することにより、新たな視点からの問題点を指摘することができた。結果を表 5-2 に示す。

表 5-2 提案方法による指摘事項と是正内容（検体検査部門検査部）

対象部門: 検体検査部門検査部		対象業務: 検体の遠心処理
監査の流れ	従来	目的の確認→日常業務の確認→ →業務手順の確認
	提案方法	目的の確認→日常業務の確認 →業務手順の確認 → 1.遠心処理に使用する薬剤の方法 2.未検査検体の確認方法
検討内容		薬剤の使用方法がわからず、本来使用すべき場合に使用できない。または、過剰に使用することによるコストの無駄が考えられる。 未検査の検体を識別できず、再度患者に検体採取を求めることが考えられる。
是正処置		1.凝固促進剤、プルーフ使用マニュアルの作成 2.未検査チェックマニュアルの作成

検体検査部門検査部では、従来の内部監査方法と提案方法による監査方法の間に、流れの違いはみられなかった。しかし、得られた結果には大きな差があらわれた。その大きな要因は、業務手順の確認を行うにあたっての監査員の問題意識が考えられる。従来の検体検査部門検査部の内部監査においても、提案方法によって得られた指摘事項に関する内容が議論されていた。しかし、監査員が内部監査で指摘すべき問題点に関する知識を持っていなかったため、議論された内容を問題視し、指摘事項として挙げるができなかった。

しかし、病院における日常業務の問題点から作成した本提案方法を用いることにより、どのような不備がどのような問題を引き起こすか、といった議論がなされるようになった。その結果、上記のような指摘事項を得ることができた。

従来の業務手順では、遠心処理の際に使用する薬剤の使用基準は定まっていなかったため、日常業務での判断は作業者にゆだねられていた。また、新入社員への教育は口頭によるもののみであったため、あとで作業内容を確認するための資料がなかった。そのため、本来使用しなければならない状況において適切に薬剤を使用できず、再度患者へ検体採取を求める可能性があった。また、薬剤を使わなくてもよい状況において過剰に使用することによって、コストが浪費されていた。しかし、検体検査部門の従業員にアンケートを行うことにより、作業者による判断基準が統一され検体検査結果の報告時間の作業者によるばらつきを抑えることができたという結果が得られた。さらに、血清のフィブリン析出による検体の再測定が減り、業務効率が向上するという意見が得られた。また、業務効率向上は未検査チェックマニュアルの作成によっても得られた。したがって、提案方法によって得られた指摘事項は有効であったと考えられる。

### 5.5.1.3 業務改善の促進効果について

本提案方法を用いることにより、5.1.1 項では、効果的な改善活動を進めるために有効な指摘を行うことができることを確認した。5.1.2 項では、従来の内部監査では指摘事項として挙げられなかった内容に関する深い議論を促し、指摘事項として挙げられることを示した。さらに、両者の結果をそれぞれの監査対象部門の作業者にアンケートを行うことにより、得られた指摘事項とその是正結果の妥当性、有効性を示した。

両対象部門で得られた指摘事項は、従来の院内における改善活動では得られなかったものである。つまり、提案方法により、病院の業務改善が促進されたといえる。

### 5.5.2 医療事故の未然防止の効果

提案方法を用いた問題点の抽出結果と、実際に起こっている事故の原因を比較することにより、提案方法で内部監査を実施することによる医療事故の未然防止の効果を示す。以下に、提案方法を用いた分析の流れを示す。

監査対象の目的を確認するため、まず、監査対象の業務フロー図、および、病院全体のフロー図である質保証体系図を用いることにより、院内における監査対象業務の位置づけ、提供しているサービスを確認した。これにより、適用範囲の明確化を行った。次に、人的資源の確認を行うため、従来の内部監査の内容を確認したところ、基準と現状との間に大きな乖離があることがわかった。しかし、この問題が指摘事項として挙がっていなかった。そこで、その原因を当時の監査員にインタビュー調査を行ったところ、人員の決定は予算によって決まっているということが確認された。さらに、従来の監査では、業務遂行可能は教育のみに依存し、適正人数には触れられていないことがわかった。

表 5-3 に、提案方法を用いた内部監査結果の分析によって、新たに検討された内容を表 5-3 に示す。

表 5-3 提案方法による監査内容の比較

チェック項目	従来の監査内容	提案方法による検討内容
一人の看護師がどのくらいの患者を受け持つのか。	日勤は3人を基準にしているが、だいたい5~10人、夜間は12~13人受け持つ。	人員が予算のみで決まっており、業務遂行可能性が考慮されていない。そのため、業務が切迫し、十分な確認作業ができなくなる。
品質目標の『職員定数』の決め方について。	医師・歯科医師は医師法に定められた定数。それ以外の職員は人員予算で管理している。	

医療法により、看護師配置基準については、入院患者数に対するその病棟の看護師の常勤換算数で分類されており、その度合いによって入院基本料が異なる<sup>[19]</sup>。その影響もあり、従来の監査、およびその他の改善活動では、人員の決定基準は最低限法的なものをクリアすることのみに終始していた。しかし、提案方法を用いることにより、法的にクリアすることのみでなく、対象となる業務の遂行に必要な力量の確認に関する議論がなされた。その結果、看護業務において現在の状況では、確認作業を十分に行うための看護師の人数、力量が確保されていないという問題が指摘された。

その指摘を是正することが有効であるかを確認するため、A 病院の 2006 年 4 月から 10

月の与薬業務についての事故報告書 98 件を分析した。本検証では、標準作業を守ろうとしたが、業務負荷量の問題から標準どおりの作業が行えなかったために発生した事故を対象とした。その結果、全体の 32%が、現状の人員ではすべての業務をこなすのは困難というものだった。したがって、法的な基準のみでなく、提案方法を用いた、業務遂行可能性から人員の状況を評価することは、医療事項防止に有効であるといえる。つまり、本提案方法を用いて内部監査を行うことにより、確認不足による与薬事故の未然防止につながると考えられる。

## 5.6 考察

5.6 では、まず本研究の意義について考察する。次に 5.6.2~5.6.4 節で、病院の改善活動における内部監査の位置付けと、その効果について述べる。そして、5.6.4 節では品質・環境統合内部監査について考察する。

### 5.6.1 本研究の有効性

内部監査は、実際に組織で起こりうる問題を早期発見し、改善活動を促すことが目的である。しかし、内部監査には 5.1.3 節で示したさまざまな活動が関係してくるため、組織全体のすべての業務を監査するには非常に多くの時間を要する。そのため、内部監査が日常業務を圧迫してしまい、結果として組織における内部監査の役割が形骸化してしまうおそれがある。組織で内部監査を継続的に実施していくためには、監査自体を比較的短時間で効果的に行う必要があるため、福丸<sup>[4]</sup>や細谷<sup>[5]</sup>のようにすべての項目を、対象業務の一覧表に沿って一項目ずつ確認していくことは現実的ではない。また、医療従事者は監査経験が無いいため、効果的に指摘を行う流れに関する基準を持っていない。QMS エキスパートの監査は問題発見に有効な流れであるが、医療現場の問題点に対する意識が薄く、また、組織外部の人間が理解できることには限界があるため、監査内容は十分でない。

本研究における QMS エキスパートから抽出した流れは、監査対象の目的、日常業務の仕組みを確認し、その通りに日常業務を行い、設備管理や教育など、日常業務遂行のための支援業務を行う。それらの結果から、品質目標の達成度合いを確認し、その乖離を次期の品質目標へフィードバックするという継続的改善の流れであり、改善点を上流で指摘することができる。さらに、病院の監査結果から具体的な監査内容を抽出したことにより、福丸が挙げる内部監査の視点 25 項目を網羅しつつ、項目間の監査内容の重複を防ぎ、ISO9001 の要求事項を羅列した細谷の監査項目数を大幅に削減した。

また、得られた監査方法の有効性を示すため、B 病院への適用を行った。その結果、従来の内部監査では得られなかった指摘事項が得られ、かつ、その指摘事項の是正結果は院内において有効に働くことが確認できた。さらに、A 病院への適用によって、事故報告書として挙がる前に事故が起こりそうな箇所を早期発見できることを示した。これらのことから、本研究で提案した監査方法は、改善点の指摘に有用であるといえる。

### 5.6.2 病院の改善活動における内部監査の位置付け

病院内の改善活動には内部監査のほかに、与薬事故分析手法である POAM<sup>[15]</sup> (Process Oriented Analysis Method for Medical Incidents) による分析や、日常業務での事故を即時に

報告するシステムがある。これらの手法により、1件1件の事故に対する詳細な分析と、迅速な処置が可能である。しかし、病院の業務は各職種が患者とじかに接するため、医療事故は患者への身体的な影響につながる。そのため、医療事故防止対策は既存の事後的な活動だけでは不十分といえる。つまり、未然防止の視点での分析が必要となるが、上記の二つの手法は、性質上この役割を担うものではない。また、従来の内部監査は、不具合の現象を把握するといった事後的な指摘事項しか指摘できていなかったため、得られる結果は上記の二つの手法と同様のものではなかった。しかも、内部監査は年に2回程度しか実施されないため、日常業務において実施される上記の二つの手法と比較して、得られる情報量、是正による有効性は少なかった。そのため、病院における内部監査の重要性が認識されていなかった。

しかし、病院における事故の原因の未然検出、未然防止が可能であることを示した、提案方法を用いた内部監査によって得られた結果は、上記の二つの手法、および、今までの病院におけるさまざまな議論の結果からは得られなかった結果であった。そして、その指摘事項に対する是正は有効であることが確認された。したがって、本研究で提案した監査方法は、有効は改善点を指摘するというのみでなく、その指摘事項は従来の事故分析手法とは異なり、かつ、有効な改善課題を提供できると考えられる。これにより、従来の改善活動と内部監査の目的を明確に差別化することができ、それぞれに対する重要性の認識が高まると考えられる。

### 5.6.3 提案方法による業務フローへの影響

5.5 では、本提案方法が業務改善、医療事故の未然防止につながることを、結果の観点から示した。5.6.3 節では、内部監査によって得られた指摘事項を是正することによって得られる、業務フローの変化、ならびに、医療従事者たちの意識の変化を、B 病院の病床管理部門の内部監査前後の業務フローの変化を例に考察する。まず、図 6-1 に内部監査前、図 6-2 に内部監査後の、部門間の業務のつながりを表したフロー図であるプロセスフローチャート<sup>[14]</sup>（以下、PFC）を示す。

フロー	Who	When	Where	What How
	クラーク メッセンジャー 看護師  医師	受け取り 後  検査後	病棟  病棟など	所定の場所に保管  画像を元に診断を行なう

図 6-1 内部監査前の病床管理部門の PFC

フロー	Who	When	Where	What How
↓ 各科病棟	クラーク メッセンジャー 看護師	配送時	病棟	照射祿にサインしてフィルムを確認。 放射線部の袋を返却する。  フィルム保管袋に収納。 整理番号を袋とフィルムに記入するして 専用キャビネットに保管する。  画像を読影し、その結果をカルテ等に記載。 診断・治療に反映させる。  医師が読影後キャビネットに返却。 対象患者が退院まで保管。 その後診療情報管理室で保管する。
↓ フィルムの確認と 整理・保管	看護師	受け取り 後	病棟	
↓ フィルム読影	医師	随時	病棟	
↓ フィルムの保管・管理	看護師	読影後	病棟	

図 6-2 内部監査後の病床管理部門の PFC

上記の二つの図は、どちらも対象である病床管理部門の PFC が完結する部分を示したものである。内部監査を行うことにより、以前は「診断」という業務単位で示されていたものが、「フィルムの確認と整理・保管」、「フィルム読影」、「フィルムの保管・管理」という業務に分解されたことが見てとれる。この変化が、病院における日常業務、および、作業者に与える影響について、以下で述べる。

最も大きな違いは、内部監査後の PFC における「フィルムの保管・管理」である。病院で用いるデータは紙ベースのものが多く、また、それらのものが後日、効率的に参照できる形で管理されていない<sup>[14],[18]</sup>。内部監査前の PFC は、この事実が端的に表れた例である。この PFC をたどると、最後は診断で終わることになる。撮影されたフィルムを用いて診察を行うと、そのアウトプットとして診断されたフィルムが出てくる<sup>[24]-[26]</sup>。しかし、この PFC では、アウトプットである診断されたフィルムを管理するという業務が表されていない。つまり、診断されたフィルムを後日改めて参照するための管理がなされていないということである。この点において、内部監査を実施することによって得られた PFC では、フィルムの管理までが表されている。したがって、内部監査を実施することにより、文書・記録の管理に対する意識が芽生えたことになる。このように、文書・記録の流れを管理まで標準化しておくことで、電子カルテ導入時のシステム設計が容易になるというメリットもある。

また、業務フローを可視化するということは、改善の基盤を整えるということである。病院では、製造業の QC 工程表のように業務フローを可視化することに慣れておらず、また、その機会を設けることは難しい<sup>[1],[2]</sup>。病院における内部監査は、その機会も担うことができると考えられる。内部監査前の PFC では、What, How の欄が大まかにしか書かれていない。しかし、内部監査を実施していくことで、内部監査後の PFC のように内容が精緻化されてくる。こうして改善の基盤を作ることで、次第に、PFC から得られる情報が有益になり、さらなる業務改善を行うことができる。また、PFC は、新入社員への教育にも用いられるため、教育効果としても効果が得られると考えられる。

上記のように、内部監査を実施していくことで、適切な業務範囲において、十分な情報が得られる PFC を作成することができる。こうして得られた、各監査対象の PFC より、例えば患者確認の手順など、院内で統一できる作業を発見することができる。さらに、PFC 間の関係を考慮していくことも考えられる。

#### 5.6.4 提案方法による品質マネジメントシステムへの影響

病院には、部門間の壁が高く相互に意見を交わす機会が無いという文化が定着している<sup>[1][2][14][18]</sup>。そのため、他部門の業務内容を把握していないという状況がある。内部監査は、他部門の業務を監査するため、部門間のコミュニケーションの場ともなりうる。さらに、本提案方法では、職種間の連携や、支援業務も監査できるため、QMS への有効な効果が期待できる。その効果を、B 病院を事例として考察する。

内部監査を実施する以前の B 病院は、ISO9001 取得を目指し、各部門が PFC を作成している段階だった。その状況において、第 1 回内部監査は、PFC が自身の業務を正確に表現できているか、つまり、その後の改善の基盤となりえるかという観点で実施した。その結果、各部門では 6.3 節で示したような、プロセス内での連携に関する問題が指摘され、PFC の変化を得た。

第 2 回内部監査では、とくに手術部門では、患者の流れとそれに伴う情報の流れが重要視され、それらを明確にするにあたり、検体検査部門や病床管理部門とのつながりに関する議論がなされた。つまり、部門をまたがる業務に関する問題を指摘することが出来るようになった。その議論から、院内では現状で存在する PFC 間のつながりを表す、上位のフローの必要性が認識された。これは、下位の部門単位の PFC から、上位の組織全体の活動を表した質保証体系図へとつながるための中間として位置するものである。

この PFC は、診療プロセスとしての機能を持つといえる。このような意識が芽生えた結果、患者の入院から退院までの流れを示した心臓血管外科 PFC が作成された。そして、心臓血管外科 PFC をもとに行われた第 3 回内部監査では、監査の重点は患者との接点、患者の流れを円滑にするということに絞られ、それに伴う指摘事項が得られた。さらに、他科の監査員が内部監査を行ったことにより、外科・内科レベルではフローに違いがあるが、各科ごとには大きな差は無いということが議論された。つまり、院内における外科診療プロセス、内科診療プロセスといったモデル化の可能性が示唆された。質に関する認識が薄い、他部門との壁が高く、院内における業務の標準化が難しいとされる病院において、このような活動が自発的に出たということは非常に有益であり、提案方法による内部監査はその一端を担っていると考えられる。

病院における質保証には、病院のすべての部門が関わるので、当然ある部門が登場しないようなフロー図はその役目を果たさず、手順書が存在しない部門があるということはある。また、これらの部門のつながり、プロセス間の連携が明確になるように記述すべきである。診療プロセスをモデルとして持ち、そこから各 PFC を作成することには上記を満たす次のメリットがある。

- ・ 必要な PFC の抜け・漏れを防ぐ。
- ・ ムダな PFC の作成を防ぐ。

(例：手術前準備は、各種検査 PFC、病床管理 PFC などの組み合わせによって表すことができる)

- ・ PFC 間のつながりが明確になる。

提案方法による上記の効果は、B 病院のみの例であるため、今後は他病院へ適応し、広く効果を確認する必要がある。

### 5.6.5 品質・環境統合内部監査の運用

提案方法を B 病院に適用して内部監査を行った結果、および、すでに取得していた、環境マネジメントシステムの基準である ISO14001 の内部監査規定を用いて、品質・環境統合内部監査規定を作成した。その内容を、提案方法を用いる以前に作成された A 病院の内部監査規定と比較したものを、表 6-1 に示す。

表 6-1 両病院の内部監査規定の内容の比較

項目		A病院	B病院	
監査目的		QMSがISO9001の要求事項に適合しているか、効果的に実施され運用されているかを判定する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>QMSが適切に実施され、維持されているかを確認する</li> <li>現状データより、不具合が発生しそうな箇所を特定し、未然防止につなげる。</li> <li>監査結果をマネジメントレビューとして院長へ提供する。</li> </ul>	
監査準備		年度計画	年度計画	
		個別計画	個別計画	
		監査チーム	監査チーム	
		監査対象	監査対象(被監査チーム)	
			監査方針, 指摘事項判定基準	
			事前調査	
指摘事項分類	重大な不適合	品質システムを崩壊してしまう	重点改善事項	患者, 従業員, 環境に影響を及ぼす
		例) 手順が文章化されていない		例) 結果から計画へのフィードバックが無い
	軽微な不適合	崩壊には至らないが、適合しない	改善推奨事項	上記以外の改善事項
	オブザーベーション	是正によりQMSが改善する		例) 不具合は無いが、業務に無駄があると考えられるもの

A 病院と B 病院の大きな違いは監査目的に表れた。A 病院の内部監査規定における監査目的は、ISO9001 に適合しているか、していないかといった事後的な判断基準を下すためのものだった。しかし、それでは 2.1.1 項で示したように、問題が起こっているという現象を把握するのみで、業務プロセスのどこに不備があったのかが指摘できない。本来の内部監査の目的は、B 病院の内部監査規定にあるように、問題の未然発見、未然防止である。さらに、内部監査で得られた指摘事項を組織のマネジメントレビューへフィードバックすることも重要である。

監査準備に関しては、A 病院の内部監査規定、および、文献<sup>[3]-[6],[8],[10],[11]</sup>を網羅することができた。指摘事項分類に関しては、指摘すべき問題点が及ぼす範囲を患者、従業員、環境へと広げることで、ISO14001 における内部監査規定との統合可能性を示した。

病院では、さまざまな薬剤や医療器具が用いられ、廃棄されるため、ISO14001 をもとに管理することは有効であると考えられる。しかし、ISO9001 と ISO14001 の内部監査を分離して行ってしまうと、日常業務に与える負担が大きくなってしまふ。したがって、上記のように品質・環境統合内部監査の規定を作成することは、病院における本質的な QMS を



構築していくにあたり、有効であると考える。

## 5.7 結論と今後の課題

5.7 では、本研究の結論を述べる。病院における内部監査の問題点と監査方法の立案手順、および、提案方法による効果について論じる。そして、今後の課題を 5.7.2 節で述べる。

### 5.7.1 結論

本研究では、A、B 病院の内部監査の調査、A、B、C 病院の内部監査員に対するアンケート調査を行った。その結果、病院の規模や ISO9001 取得期間に依存することなく、現状の内部監査の問題点は、監査項目、監査の流れの二つに集約できることがわかった。

そこで、産業界、医療界ともに監査経験が豊富であり、病院や部門によらない普遍的な監査の流れを有する QMS エキスパートの監査記録を、時系列に沿って分析することにより、効果的な改善点を指摘するための流れと監査項目を抽出した。さらに、医療現場の問題点を抽出するために、QMS エキスパートから抽出した監査の流れを用いて A、B 病院の過去の内部監査結果を再分析した。そして、内部監査で指摘可能な、病院の日常業務における問題点を抽出し、その結果を整理することで、監査の流れを考慮した病院における内部監査項目とそれに対応する監査内容を提案した。

提案した内部監査方法の効果を検討した結果、B 病院では、病床管理プロセスにおいて取得すべき情報の内容の改善、検体検査プロセスにおいて無駄な薬剤を使うことなく効率的に業務を行うためのマニュアルの作成といった、業務改善を促進する効果が得られた。また、A 病院では事故報告が挙がる前に現状業務の問題点を指摘できることを示した。さらに、これらの指摘事項は病院における従来の改善手法からは得られなかった結果であり、かつ、その結果は業務改善の促進、医療事項の未然防止につながることを確認した。とくに B 病院では、内部監査実施によって、業務フローから品質保証体系図へのつながりに対する意識の変化、および文書の変化といった効果があることもわかった。

### 5.7.2 今後の課題

#### 5.7.2.1 監査結果のフィードバック体制の構築

本研究では、病院における内部監査の方法論を提案し、A、B 病院へ適用した。それを通じて、効率的に効果的な指摘事項を指摘できるようになったと考える。しかし、提案方法を用いた内部監査で得られた指摘事項、および、従来の内部監査で得られた指摘事項のすべてに対して是正処置がとられたわけではない。表 7-1 に、A、B 病院の指摘事項分類に対する是正の扱いを示す。

表 7-1 A, B 病院の指摘事項分類に対する是正の是非

病院	指摘事項分類	定義	是正の是非
A病院	不適合	重度な不適合 (A)	要是正 (1ヶ月以内)
		軽微な不適合 (B)	
	オブザーベーション (C)	不適合ではなく、是正することにより品質システムのレベルアップ、業務の効率向上等につながる改善要望事項	被監査プロセス責任者の判断
B病院	重点改善事項	患者、従業員、環境に影響を及ぼす	要是正 (1ヶ月以内)
	改善推奨事項	上記以外の改善事項	監査後のISO委員会の結果に従う

A 病院では、得られた指摘事項の大多数がオブザーベーションに分類され、指摘事項に対する是正が行われるまでのフォローが行われていない。B 病院では、改善をフォローし、改善内容を院内に周知する仕組みが無いため、得られた指摘事項の内容によっては是正ができないといった状況がある。今後は、本研究で提案する方法によって得られた指摘事項を院内で是正し、それを標準へ落としとしていく、監査結果に基づいたフィードバック体制を構築することが重要である。

#### 5.7.2.2 内部監査員教育資料の作成

本研究で提案した監査方法の適用は、過去に内部監査経験のある者に対して行ったため、抵抗無く進めることができた。しかし、新たに内部監査員を教育する際にどのような問題点が起こるかは把握できていない。さらに、監査員資格を有している者に対する教育では、事例を基にした分析が必要となる。また、教育内容は監査方法のみでなく、監査後に作成する監査報告書の作成方法、是正処置など、内部監査に関する一連の活動のすべてが対象となる。今後の課題は、提案方法適用後の内部監査に関する活動状況を整理し、初めて内部監査を実施する病院から、監査員のレベルアップまで幅広く適用できる、内部監査員教育資料を作成することが挙げられる。

#### 5.7.2.3 提案方法を用いた内部監査による診療プロセスモデルの構築

提案方法による内部監査が病院に与える効果として、5.5 で述べた検証のほか、B 病院のみではあるが 6.2 節、6.3 節のように PFC から品質保証体系図までのつながりが明確になることを確認した。しかし、これは B 病院のみの例であり、また、現場から作り上げたものである。今後は、ひきつづき A, B 病院に対して提案方法と適用し、その結果を用いて診療プロセスモデルを作成する。さらに、その結果を、これから QMS を構築する病院へ適用し、その効果を検証する必要がある。

## 第 5 章の参考文献

- [1] 上原鳴夫ら(2003):「医療の質マネジメントシステム－医療機関における ISO9001 の活用」, 日本規格協会
- [2] 飯塚悦功ら(2006):「医療の質マネジメントシステム－質向上につながる ISO 導入ガイド」, 日本規格協会
- [3] 上月宏司(2001):「ISO9001 内部監査の実際」, 日本規格協会
- [4] 福丸芳典(2004):「品質マネジメントシステムの効果的な内部監査－ISO19011 による基礎と活用法」, 日本規格協会
- [5] 細谷克也(2001):「品質監査の進め方とチェックリスト」, 日科技連
- [6] 成宮敬也(2003):「ISO 内部監査員育成読本」, (株)日本コンサルタントグループ
- [7] 松井隆幸(2004):「現代内部監査の論点」, 日本内部監査協会
- [8] 飯塚悦功ら(2004):” 内部監査－ISO9001:2000 の有効活用”, 「標準化と品質管理」, Vol.57,No.8
- [9] TQM 委員会(1998):「TQM－21 世紀の総合「質」経営」, 日科技連出版社
- [10] ISO9000: 品質マネジメントシステム－基本及び用語
- [11] ISO9001: 品質マネジメントシステム－要求事項
- [12] TR Q 0005: クオリティマネジメントシステム－持続可能な成長の指針
- [13] TR Q 0006: クオリティマネジメントシステム－自己評価の指針
- [14] 湯山正樹(2006):” 医療の質管理を目的とした文書体系構築に関する研究”, 早稲田大学修士論文
- [15] 岩澤健次(2006):” 与薬業務のプロセスに着目した事故分析手法に関する研究”, 早稲田大学修士論文
- [16] 医療の質用語事典編集委員会(2005):「医療の質用語事典」, 日本規格協会
- [17] 萩原陸幸(2004):「本当に役立つ ISO」, 日経 BP 社
- [18] 武田正一郎(2005):「臨床指標の実際－医療の質をはかるために－」, 株式会社じほう
- [19] 川渕幸一(2005):「日本の医療が危ない」, ちくま新書
- [20] 木村憲洋ら(2005):「病院の仕組み」, 日本実業出版社
- [21] 米国医療の質委員会(2002):「医療の質－谷間を越えて 21 世紀システムへ」, 日本評論社
- [22] 細谷克也(1989):「QC 的問題解決法」, 日科技連出版社
- [23] デミング賞委員会(2005):「デミング賞のしおり 2005 年度版」, 日本科学技術連盟
- [24] 医療の質奨励委員会(2004):「医療の質奨励賞のしおり 2004 年度版」, 日本科学技術連盟
- [25] 吉本一穂ら(2001):「メソッドエンジニアリング」, 朝倉書店
- [26] 黒須誠治ら(1998):「デザイン・アプローチによる情報システム構築法」, 白桃書房
- [27] 藤本隆宏(2001):「生産マネジメント入門 1」, 日本経済新聞社
- [28] 土田義憲(2005):「内部統制の評価モデル」, 中央経済社
- [29] 財団法人 日本適合性認定協会 HP:” <http://www.jab.or.jp/>”

## 6. 看護の質向上を目的とした業務分析手法

### 6.1 序論

#### 6.1.1 研究背景

近年、病院における相次ぐ医療事故、医療過誤などが発生していることを受け、医療の質に対する関心が高まってきている。また、医療に対する社会のニーズの多様化が進んでいる。そのため、病院などの医療機関では、質の高いサービスの提供が求められている。そして、そのような中、多くの病院では質の高いサービスを提供するために様々な活動を行っている。

医療の質を保証するためには、患者と直接的に接するサービスである看護の質保証が不可欠である。なぜならば、患者は入院中ほとんどの時間において、看護師(以下、Ns)によって介助が行われる。そして、Nsの患者に対する態度や治療、ケア、処置の方法などが直接的に患者満足に影響すると考えられるからである。すなわち、医療の質を保証する上で、看護の質向上は重要な要素の1つであるといえる。

上述したようなことを受け、看護に関する様々な研究がなされている。しかし、看護業務は患者状態の変化に依存する部分が大きく、突発的に発生する業務が多いなどの特性を持っており、非常に複雑である。そのため、工学的なアプローチではなくNsの経験により、その業務の実施方法は決定されてきたのが事実である。したがって、看護の質を評価するための指標が明確に定まっておらず、業務改善の効果などは、Nsの経験により評価されている。実際に、看護業務改善の事例などは多く存在するが、それらの評価方法はアンケートなどによるものが多い。このような状況の中、適切な業務改善がなされないまま、Nsの経験に依存した方法で看護業務が行われているのが現状である。

しかし、近年では医療の高度化、高速化や看護師不足などの問題も生じ、従来の方法では、安全かつ効率的な看護サービスの提供は難しくなっている。そのため、看護の評価指標を明確にし、それに基づいた適切な業務改善が実施されなくては、看護の質向上は難しいと考えられる。

以上のような背景により、看護に対する関心は高まっていると同時に問題視もされている。しかし、病院では業務改善のための適切なアプローチがなされていないのが現状である。

#### 6.1.2 研究目的

看護業務には、患者に対して治療、検査などを実施する医療行為と、医療行為に対して二次的に実施する生活ケアが存在する。そして、両者が安全かつ効率的に実施されなくては、患者の満足するサービスの提供は難しい。したがって、質の高い看護サービスを提供するためには、それらを達成するための適切な看護体制の構築が不可欠である。そのため、病院では様々な看護体制を導入し、看護の質向上のための活動を行っている。

しかし、6.1.1節で述べたように、看護の質を評価する指標は明確になっていないため、適切な業務の実施方法も確立されていない。そのため、看護師(以下、Ns)の経験や職場風土に依存した方法で業務が実施されており、適切な業務改善が行われていない。その結果、事故発生や業務効率の低下の要因につながっているのが現状である。

このような現状を効果的に改善し、それぞれの看護体制における適切な業務実施方法を確立するためには、改善の指針となる指標、すなわち看護の質の評価指標を定める必要がある。そして、それに基づいた業務改善のための適切な業務分析の視点を定める必要がある。

そこで本研究では、看護の質を評価するための指標を明らかにする。そのもとで、業務分析の視点を定め、看護の質向上を目的とした看護業務分析手法を提案する。

## 6.2 看護の評価指標の明確化

### 6.2.1 看護業務について<sup>[1][2][3]</sup>

6.1.1 節で述べたように、患者が病院に対して持つ印象は、Ns の患者に対する態度や治療、ケア、処置の方法などに依存することが多い。したがって、病院などの医療機関が提供するサービスの中で、看護の果たす役割は大きい。

医師(以下、Dr)とのつながりも含めた、一般的な看護業務の流れを図 2.1 に示す。

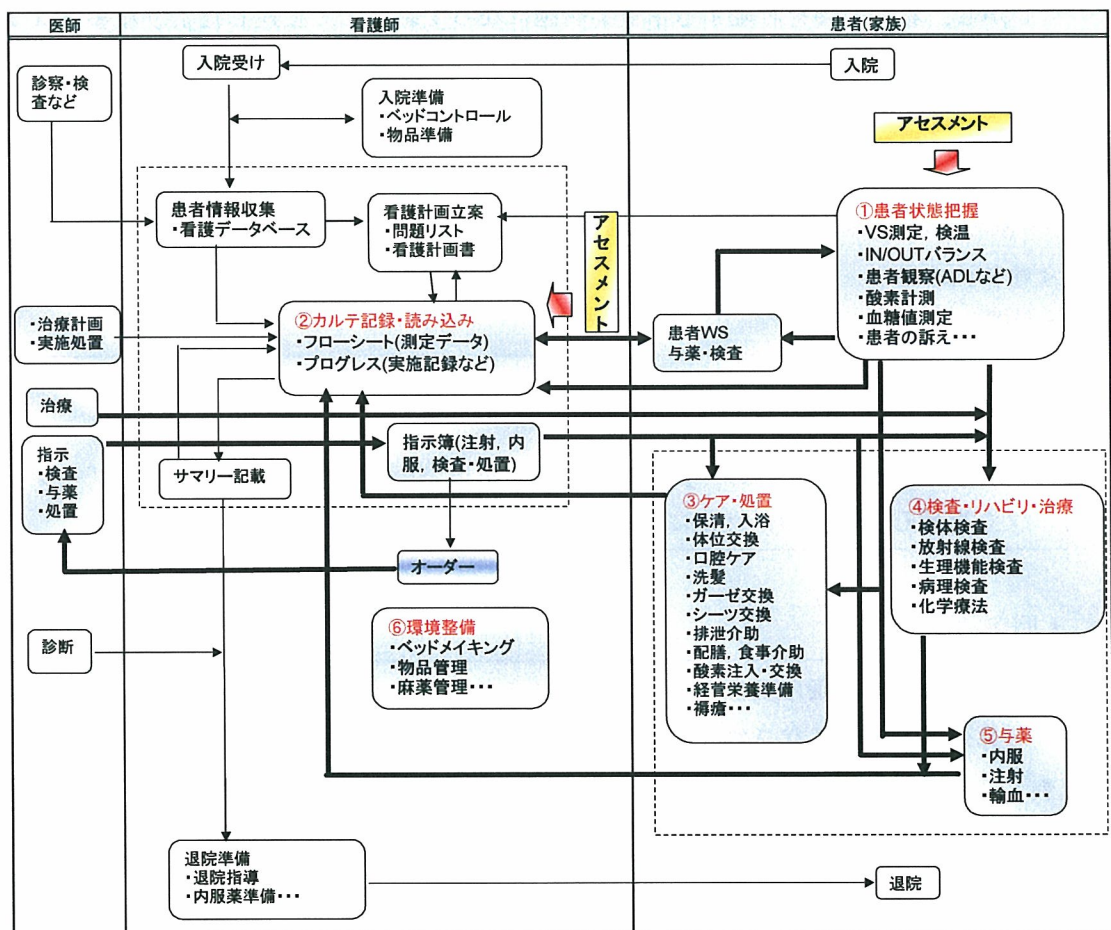


図 2.1 看護業務の流れ

図 2.1 より、Ns と患者の接点は多岐にわたることがわかる。Ns は医師の出した指示をもとに、患者の治療、検査などの処置を行う。これらの行為は、医療行為であり、絶対に実施されなくてはならない行為である。図 2.1 では主に④、⑤にあたり、与薬、内服などの業務が挙げられる。

また、看護業務には、上述した医療行為に対し二次的に実施する生活介助がある。生活介助とは、患者が入院中、人間としての生活が送れるよう患者の生活面をバックアップする業務である。例えば、自分で入浴できない患者の体を清潔に保つため、“清拭”や“口腔ケア”などの業務が存在する。図 2.1 では、主に③の業務に対応している。以上のように、看護業務は主に医療行為と生活介助が存在する。また、環境整備や、事務的な業務も看護業務に含まれることが多い。

## 6.2.2 看護の現状

### 6.2.2.1 看護の質の評価指標

病院では質の高い看護サービスを提供するため、様々な改善活動が行われており、文献などで公表されている事例も数多く存在する。これらの活動では、現場のNsが考えている問題を取り上げ、それらを克服するために、新たな看護体制の導入や業務改善などの取り組みを行っている事例がほとんどである。

しかし、看護の質を評価する指標が明確になっておらず、上述したような事例はNsの経験により行われている。そのため、目的、目標が曖昧である、改善すべき指標(目的)と一貫性を持った問題の把握、対策の立案がなされていないといった事例が数多く存在する。

以下に、その一事例を示す。事例内容は、看護体制の1つであるチームナーシングにおける業務改善の事例<sup>[4]</sup>である。(看護体制について詳しくは6.3で述べることとする)

#### <事例内容>

##### ● 目標

- チーム活動を充実させる。
- 看護過程の質的な向上を目指す。
- スタッフ全員が、病棟の一員として、役割を担い、担当業務においてリーダーシップを発揮し、病棟の活性化につなげる。

##### ● 問題状況

- 個別的な看護計画は責任を持って計画できるようになったが、チーム全体としての意見交換が十分になされていない。
- チーム目標を振り返る機会が少なく、チームとしての盛り上がり欠ける
- 他チーム応援時、患者を十分に理解できず戸惑いがある

上記のように目標が曖昧な表現が多く、何を改善すべきかが明確になっていないことがわかる。そのため、問題状況の把握も曖昧な表現が多く、適切な対策につなげることは難しいと考えられる。

この事例において立案された、対策は以下の通りである。

##### ● 対策

- リーダー会，チーム会の運営方法を明確にする．
- チーム会において何でも話し合えるメンバー間のコミュニケーションの場を作り上げていく
- 各チームで，どんなチームにしたいのか，患者さんにどのようになってほしいかを十分に話し合い，チーム目標と具体的な運営計画を立案する

上記より，具体性に欠けた対策が立案されており，業務レベルでの改善点などが明確になっていないことがわかる．すなわち，具体的に業務の内容や方法の何が改善されたのかが曖昧であるため，結果，効果的な業務改善を行うことは難しいと考えられる

#### 6.2.2.2 業務実施状況の把握

看護業務の実施状況を把握するため，実際に A 病院で調査を行った．内容は，実際に Ns に当日の業務計画を立案してもらい，それら(特に医療行為)が計画的に実施できているかを調査するものである．調査結果を表 2.1 に示す．

表 2.1 看護業務実施状況(日勤)

業務分類	間接業務	医療行為	生活介助
①達成率(Ns)(%)	82.6	70.2	30.6
②達成率(介護士)(%)	82.6	75.4	77.8
③総合達成率(%)	78.3		

表 2.1 の達成率とは業務を時間通りに実施できている割合である(遅れ，未実施を除いた割合)．そのうち，①は担当 Ns が実施した割合，②は介護福祉士や他の Ns の協力を得た上で実施できた割合，③は間接業務，医療行為，生活介助を合計した総合達成率である．これより，総合達成率が 80%に達しておらず，20%以上の遅れ，未実施業務が存在していることがわかる．このうち，①における，医療行為は約 70%，生活介助は約 30%しか達成できていなかった．生活介助が十分に行われなければ，患者の不満は増大し，医療行為に関しては事故の要因につながることもあり，このような状況は危険である．また，看護の現場では，このような現状を客観的に把握されていなかった．

以上のことから，看護の現場では，業務が曖昧に実施されており，そのような現状を把握することすらされていないことがわかった．

#### 6.2.2.3 評価指標と業務改善の視点の必要性

6.2.2.1 項で述べたような事例において，把握された問題やそれに対する対策は具体性に欠けていた．また，6.2.2.2 項の調査結果では，未実施や遅れが発生する業務が複数存在し，それらが客観的に把握されていなかった．このように看護の現場では，業務実施上の何が問題で，問題を解決するためには業務の何を改善すべきかが明確に定められておらず，Ns の経験に依存した方法で業務が曖昧に実施されていた．そのため，具体的な業務改善につながらず，その効果は十分に発揮されていなかった．

久米<sup>[5]</sup>は，適切な品質管理を行うためには，品質に及ぼす要因について適切な標準を設定し，標準に従って作業を行うことであると述べている．そして，そのためには，以下の

4点が必要であるとしている。

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>① 活動の成果に影響を及ぼす要因が落ちなく把握されていること</li><li>② 各要因と結果の関係が明らかになっていること</li><li>③ 上記の基づき、要因の保持すべき状態が標準として定められていること</li><li>④ この標準を守って作業が行われること</li></ul> |
|---|

これより、効果的な業務改善を行うためには、前述したような経験に依存した方法ではなく、上記の①，②を満たすような業務実施上の問題点を的確に把握できる分析の視点を定める必要がある。そして、その下で業務改善を行い、③，④を満たすような適切な標準を定めることが重要である。

したがって、看護の現場において、適切な業務改善を行うためには、看護の質を評価する指標(結果)と一貫性を持った業務分析の視点を定めなくてはならない。そして、まずは、今まで不明確であった看護の質の評価指標を明確にすることが必要である。

### 6.2.3 評価指標の明確化のためのデータ収集

6.2.2節で述べたように、看護の質を評価するための指標は明確になっていなかった。そこでここでは、看護の質の評価指標を明確にする。

看護業務は、患者の満足するような医療行為や生活介助などを提供する行為であり、いかなる看護体制においても本質的には共通である。言い換えれば、看護には様々な看護体制が存在するが、これらは看護サービスの質を向上させるための手段であるといえる。したがって、いかなる看護体制においても、看護サービスを提供する目的は共通である。以上より、看護の質を評価するための指標は、本来の看護の目的を把握することで、整理できると考えられる。

そこで、本研究では、看護に関する文献から、看護の目的に関する言語データを収集し、整理することで評価指標を定めることにした。文献[6]~[17]から看護の目的に関するデータを網羅的に収集した。結果の一部を表 2.2 に示す。(表 2.2 の全ては、付録に示す)



表 2.2 収集した言語データ(一部)

収集した言語データ
患者情報収集の漏れをなくす
カンファレンスにおいてスタッフ間で助言する
入院時の計画立案の助言ができる
時間管理を適切に行い、納期遅れを防ぐ
指示受けミスによる事故件数を減らす
Drコールの件数が減らす
看護能力の個人差をなくし、バラツキのないケアの提供をする
医師への医療保護・診療、診察の介助の効率化
情報を共有して、能力を補足する
受持ち患者と接する時間を長くする
看護業務の分散し、業務を効率化する
個人の能力をお互いにカバーする
新人の負担・リスクを軽減する
差額ベッドなど診療科の特性に対応したケアを提供する
業務効率の向上を目指す
時間外業務のばらつきを減らし、効率的に次勤務帯に引き継ぐ
医療情勢の変化(急性患者と接する時間の減少)に対応する
患者情報を常に把握しできるようにする
時間外を減らす・新人の業務効率を向上する
患者に関する大体の情報をスタッフ間で十分に共有する
仕事の分配を適切に行うようにする

以上より、看護の目的に関する情報を網羅的に把握することができた。収集したデータを整理することで、評価指標を定めることにする

## 6.2.4 評価指標の整理

### 6.2.4.1 産業界の評価指標

医療業界に比べ、産業界では製品やサービスに対する管理が進んでいる。そのため産業界では、製品やサービスを評価する様々な指標が定められている。このような評価指標の一部として、産業界ではQ(品質)、C(原価)、D(納期)、S(安全)、M(士気)が用いられている。以下では、これらについて説明する。

#### 【品質(Q : quality)】

製品、部品の機能に関するもので、いたずらに品質向上のみをもとめず、顧客の要求する品質や機能の維持というところに重点をおく指標である。品質は、経営効率に直接的な影響を持つと同時に、販売面にも大きな影響があり、ときには企業の使命を制することもある。これには産業界では、主に品質管理的アプローチの手法が適用されるが、作業研究では、品質基準を維持するための作業動作にポイントをおき、作業方法の分析、改善、標準化が対策として講ぜられる。

#### 【原価(C : cost)】

製品の価格や原価を表す指標である。生産性や品質も最後は原価に結びつくものであるが、ここでは主として、間接的経費(間接労務費、間接材料費、その他の経費)の節減にあたる。

#### 【納期(D : delivery)】

製品の納期を表す。納期遅れに関する問題は、トラブル程度のものが多いが、顧客の不満につながると考えられる。したがって、顧客の満足を維持する上で重要な指標であり、

積極的に対策をとることで生産期間の短縮なども求められる。

【安全(S : safety)】

製品、サービスや作業者の安全を維持するために指標である。産業界では、安全工学、人間工学などの分野で、この研究がなされている。医療の現場では、質を保証する上で、患者の安全を維持することが最も重要な指標となることは自明である。

【士気(M : morale)】

士気は、企業や作業者などの道徳観、倫理観をあらわすものであり、製品やサービスに直接的には結びつかない。しかし、企業として果たすべき社会的責任は大きく、近年、この士気が企業やその製品を評価する上で、重要な要素となっている。

以上のように、産業界では製品、サービスを評価する指標として、いくつか観点が定められている。本研究では、これらを参考にし、看護の質をはかるための評価指標を定める。

6.2.4.2 収集したデータの整理

6.2.3 節で収集した言語データは、類似項目などで整理しやすくする必要があると考えられる。また、これらの言語データは、複数の意味に取られる可能性があるため、それぞれが一意に解釈できるような形に変換しなくては、評価指標として活用することは難しいと考えられる。

そこで、まずこれらの言語データを評価指標として整理するため、表 2.3 のように変換することにした。表 2.3 は、具体例として示してある。

また、表 2.2 の言語データは、漏れを防ぐため 12 の文献から網羅的に収集している。そのため、重複項目や意味が似ている項目が複数発生すると思われるが、これらは同じ項目として変換することにした。

表 2.3 収集した言語データの変換(具体例)

収集した言語データ	変換後
患者情報収集の漏れをなくす	⇒ 収集する情報の充実
カンファレンスにおいてスタッフ間で助言する	⇒ 連携・フォロー体制の充実
入院時の計画立案の助言ができる	⇒ 連携・フォロー体制の充実
時間管理を適切に行い、納期遅れを防ぐ	⇒ 業務実施遅れの防止
指示受けミスによる事故件数を減らす	⇒ 間接業務の精度の向上
Drコールの件数が減らす	⇒ Dr、Ns間の情報伝達の効率化の向上
看護能力の個人差をなくし、バラツキのないケアの提供をする	⇒ 処置・ケアの精度の向上
医師への医療保護・診療、診察の介助の効率化	⇒ 業務実施遅れの防止
情報を共有して、能力を補足する	⇒ 収集する情報の充実
受持ち患者と接する時間を長くする	⇒ ベッドサイド空白時間の減少
看護度の分散し、業務を効率化する	⇒ 業務実施遅れの防止
スタッフ間でコミュニケーションをとる回数をふやす	⇒ 収集する情報の充実
個人の能力をお互いにカバーする	⇒ 連携・フォロー体制の充実
新人の負担・リスクを軽減する	⇒ 処置・ケアの精度の向上
差額ベッドなど診療科の特性に対応したケアを提供する	⇒ 直接看護時間の増加
業務効率の向上を目指す	⇒ 業務実施遅れの防止
時間外業務のばらつきを減らし、効率的に次勤務帯に引き継ぐ	⇒ 次勤務帯開始遅れの防止
医療情勢の変化(急性患者と接する時間の減少)に対応する	⇒ 直接看護時間の増加
患者情報を常に把握しできるようにする	⇒ 収集する情報の充実
時間を減らす・新人の業務効率を向上する	⇒ 業務実施遅れの防止
患者に関する大体の情報をスタッフ間で十分に共有する	⇒ 収集する情報の充実
仕事の分配を適切に行うようにする	⇒ 連携・フォロー体制の充実
指示受けの方法(カルテの残し方)を安全に行う	⇒ 間接業務の精度の向上
お互いチームで相談できるタイミングを増加する	⇒ 収集する情報の充実
業務負荷に平準化により、業務効率化	⇒ 業務実施遅れの防止
スタッフ間で業務配分、優先順位付けを行う	⇒ 業務実施遅れの防止
情報を効率的に流して、部屋移動・入院受けなどの効率化	⇒ 情報伝達の効率化
ベッドサイドケアの充実、患者と接する時間を増加する	⇒ ベッドサイド空白時間の減少
部門間(事務、薬剤師)で連携して、業務の中断を防ぐ	⇒ 業務中断回数の低減
看護師は、ベッドサイドを十分にラウンドする	⇒ ベッドサイド空白時間の減少

表 2.3 より、収集した言語データを整理しやすい形にすることができた。

次に、得られたデータを 6.2.4.1 項で述べた Q, C, D, S, M の観点で分類した。ただし、得られたデータとこれらの観点を対応させた結果、M(士気)に関しては該当する項目はなかった。したがって、Q, C, D, S の 4 つの観点でグループを構成することにした。

さらに、得られた結果より、分類したそれぞれのグループに対して KJ 法を用いて、類似項目で整理した。

以上のような方法で、収集した言語データを看護の質として整理した。整理した結果を、“看護の質展開表”として、表 2.4 に示す。

表 2.4 看護の質展開表

管理対象	看護の目的		
	一次	二次	三次
品質(Q)	患者の満足するケアの提供	患者(家族)との関わり の充実	ベッドサイド空白時間の減少
			直接看護時間の増加
			患者家族と関わり の増加
		看護ケア 内容の充実	看護の継続性の維持
			生活ケア未実施の防止
			収集する情報の充実
安全(S)	安全な処置・ケアの 提供	直接看護の安全性の維持	記録の充実
			Ns間の情報共有・意思統一
		間接看護の 安全性の維持	処置・ケアの精度の向上
			間接業務の精度の向上
			Dr, Ns間情報伝達の精度の向上
			引継ぎの精度の向上
コスト(C) /納期(D)	正確かつ効率的 な看護の提供	業務の実施遅れの防止	業務実施遅れ防止
			次勤務帯の開始遅れの防止
		業務効率 の向上	段取りの向上
			Ns間の情報伝達の効率化
			Dr, Ns間の情報伝達の効率化
		業務中断の防止	連携・フォロー体制の構築
	業務中断回数の低減		

表 2.4 より、看護の質を構造的に示すことができた。表 2.4 の三次項目を計量化することで、看護の質を評価する指標として活用することができる。

例えば、“ベッドサイドケア空白時間の減少”という項目があるが、これを計量化すると、Ns がベッドサイドに滞在する時間を指標として用いることができる。また、“記録の充実”という項目においては、病院で行われている記録監査の点数などを活用することで、評価指標として用いることが可能である。安全(S)に関する項目に関しては、事故件数や事故内容で層別した件数を活用することで、指標として用いることができる。

このように、三次項目を活用することで、看護の質を評価することが可能となるため、これに基づいた業務分析の視点を定めることで、看護の質向上に有効な業務改善を行うことができると考えられる。

#### 6.2.4.3 評価指標の活用方法

6.2.4.2 項で示した看護の質展開表を活用することで、看護業務を分析するための視点を抽出できると考えられる。方法としては、まず、表 2.4 の三次項目と具体的な看護業務と結びつける。そして、それらの看護業務を実施する上で、看護の質を保証するために注意しなければならない点を抽出し、得られた結果を整理することにする。

また、看護業務は病院が採用している各看護体制によって異なる。したがって、業務分析における視点を抽出する際には、それぞれの看護体制の特徴を把握し、十分に考慮しておく必要がある。

そこで、6.3 では病院において採用されている、それぞれの看護体制の特徴を把握する。そして、看護の質展開表を活用し、上述したような方法で看護業務分析のための視点を抽出する。

## 6.3 業務分析手法の確立

### 6.3.1 病院における看護体制[18][19]

#### 6.3.1.1 看護体制の種類

6.3 では、6.2 で明らかにした看護の質展開表と具体的な看護業務を結び付けることで、看護業務分析の視点を抽出する。

しかし、6.1 でも述べたが、病院では看護の質向上を目的とし、様々な看護体制の導入を行っている。そこで、まずは実際に病院で導入されているそれぞれの看護体制について、簡単に説明する。

看護体制には以下のような種類が存在する。

- (1) チームナーシング
- (2) プライマリーナーシング
- (3) 機能別方式
- (4) 混合方式

病院によって(1)~(4)を独自の方法に変更して行っていることがあるが、基本的に看護体制としては、上記の(1)~(4)の4つである。また、実際には(1)、(2)の看護体制を導入している病院がほとんどであり、これら2つのうちどちらを採用すべきか、などの事例が看護の現場では多くみられる。

以下では、(1)~(4)の看護体制について説明していくことにする

#### 6.3.1.2 チームナーシングとは

チームナーシング(以下、TN)に関しては、6.1 の事例にて簡単にふれたが、もう一度ここで説明をする。

TNとは、“一定期間固定したチームメンバーで患者グループを継続して受持ち、24時間固定したチームメンバーが責任を持ってケアにあたる”という看護体制である。TNの特徴として以下のような点が挙げられている。