

- リーダーとメンバーを一定期間固定して、それぞれの役割と業務を明確にしてチーム活動をする。
- チームは達成可能な年間目標と計画をもち、成文化してチーム全員で共有して活動する。
- 患者を2,3のグループに分け、同一グループを継続して受け持つ。
- リーダーは、チームの状況、看護師の能力から的確に判断し、チームのメンバーのフォローや教育を行う。
- 個々の患者には継続した受持ち看護師が存在し、固定チームが看護師を支援する。

(固定チームナーシングのみ)

上記より、TN では各チームにリーダーが存在し、そのリーダーを中心としてチーム活動を行うことがわかる。TN では、患者を受け持たないリーダーが存在することで、チーム全体のフォローや各チームの指揮をとることが可能である。したがって、例えば Ns ごとに能力にバラツキがある場合でも、チームで平準化することができる。また、リーダーがリーダーシップを発揮し、業務配分や計画を立てることで、効率的な業務遂行が可能になると考えられる。

さらに、TN では1つのチームが1つの患者グループを担当する。そのため、担当している患者グループの患者情報をチームで共有することが可能なり、新人や若手では気づくことができない患者状態なども伝達することができる。すなわち、新人や若手の業務のフォロー体制が整っているといえる。上述したような TN の看護体制の概念図を図 3.1 に示す。

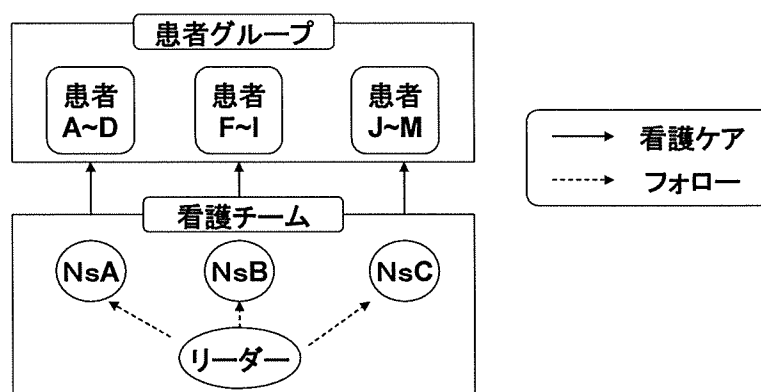


図 3.1 チームナーシング概念図

また、TN には、固定 TN というものが存在する。上記のチームナーシングの特徴にも記載してあるが、この固定 TN とは、日々の受持ち Ns を交代せずに、チーム内のある一定の Ns が同じ患者を受け持つというものである。図 3.2 でいえば、TN では、1 日目に NsA が患者 A~D を受け持った場合、2 日目は患者 E~H を受け持つというように日々チーム内で受け持ちの患者がローテーションされる。それに対し、固定 TN では 1 日目、2 日目の両

日とも NsA が患者 A~D を受け持つ。

最後に、TN の短所に関してだが、TN は患者グループをチームで受け持つ方式である。したがって、患者 1 人 1 人に対して提供されるケアの質が下がる可能性がある。例えば、後述するプライマリーナーシングでは、患者 1 人 1 人に対し、受持ちの Ns が責任を持って看護計画を立案する。しかし、TN ではそのような受持ち Ns は存在しないため、患者を熟知した Ns が看護計画を立てることは難しい。このように、TN では、患者 1 人 1 人の要望に十分にこたえた看護ケアの提供がなされない可能性がある。

6.3.1.3 プライマリーナーシングとは

プライマリーナーシング(以下、PN)とは、“1 人のプライマリーNs が数人の患者を受け持ち、24 時間の看護計画とケアの責任・権限を持って看護にあたる”という看護体制である。TN との大きな違いは、患者をチームで受け持つか、患者を個人で受け持つかである。PN の特徴は、以下のように挙げられている。

- プライマリーNs が勤務の際は、受持ち患者の看護を直接行う。
- プライマリーNs が不在の際は、アソシエイト Ns がプライマリーNs の立案した計画に基づいて看護を行う。
- 看護ケアに関して、看護の実施者どうしおよび他部門と直接コミュニケーションをとる。
- 患者はモジュールごとに分類され、各モジュールには、患者を受け持つリーダーNs が存在する。(モジュール型 PN の場合であるが、PN ではほとんどがモジュール制を採用している)

上記より、PN の大きな特徴の 1 つとして、プライマリーNs が受持ち患者を継続的に担当するということが挙げられる。これより、プライマリーNs は受持ち患者のみを担当するため、患者情報を熟知した上で看護ケアを行うことができる。したがって、看護計画などの立案もプライマリーNs が行い、患者の要望を十分に反映したケアを提供することができると考えられる。また、それぞれの患者に対して、プライマリーNs が担当しているため、部門間における患者情報の伝達などは、直接その Ns が行うという特徴を持っている。

TN との違いとしては、患者を受け持たないリーダーNs が存在しないことが挙げられる。PN においてもリーダーNs は決められているが、リーダーは患者を受け持っているため、日常の業務に追われてしまい、他の Ns のフォローや教育を行うことは難しい。したがって、TN のような体制は整えられていない。

また、患者と Ns が一対一であるため、チームでお互いをフォローする体制は整えられていない。したがって、患者 1 人 1 人を熟知した看護ケアの提供が可能であるという長所を持っていたが、その効果は受け持ち Ns 個人の能力に依存してしまう。そのため、新人が受け持ち Ns になった場合は、患者の不満の増加や事故発生の要因ともなりうる。図 3.2 に PN の概念図を示す。

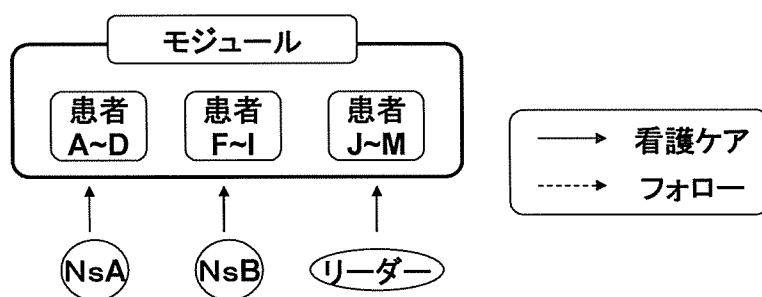


図 3.2 プライマリーナーシングの概念図

図 3.2 より、リーダーが受け持ち患者を持っていることがわかる。また、TN のように Ns の担当する患者は交代されず、図 3.2 では、NsA が継続的に(基本的に退院まで)患者 A~D を受け持つ。

6.3.1.4 その他の看護体制

前節までは、病院における2大看護体制である(1)TNと(2)PNについて述べた。ここでは、(3)機能別方式、(4)混合方式について説明を行う。

【機能別方式】

まず機能別方式に関してだが、これは、TN や PN では患者を割り当てて看護を分担したのに対し、“Ns が行う業務を分担して看護を行う”という看護体制である。すなわち、毎日の看護活動の中で基本的に行われている看護業務を種別で行い、各業務の担当を決めて看護を行っていく。例えば、検温、注射、処置、与薬などといった業務ごとに担当を決める。長所としては、その勤務帯の間、その担当業務に専念できるため、その業務は確実に実行され、時間と労力の節約になるといわれている。短所としては、1 人の患者に多くの Ns が関わるため、各患者の看護責任が不明確で、患者にとっては誰に相談してよいか不安である。また、患者個人の看護を行うよりも、担当業務の遂行が目標になってしまい、個人的な看護が行われにくく、患者中心の看護ケアの提供がなされない可能性がある。さらに、Ns も一日同じ業務ばかりを実施しているため、技能的には熟練するかもしれないが、看護ケアを提供するときの満足を得ることはできない。

【混合方式】

PN と機能別方式の短所は、明白である。そこで、これらの長所を取り入れるため、PN と機能別方式を併用したものが混合方式という看護体制である。すなわち、機能別で分担して時間や労力の合理化を目指す。各患者には受け持ち Ns を割り当てて、機能的業務以外の看護も分担させる。

当然、機能的業務をどのように分担するかで、受持ち Ns の患者への関わりに差が出る。しかし、一般には注射、与薬、検温などが機能別業務として行われ、その他身の回りの世話などや保健指導などは受持ち Ns が行っている場合が多い。

長所としては、前述したが、正確に行わなければならない注射や与薬などを機能的業務とすることで、時間と労力の合理化と正確性が確保できる。また、個々の患者のケア責任が明確になり、患者との関わりが増加すると考えられる。

短所としては、機能別のNsと受持ちのNsが1人の患者に関わるため、1つの勤務帯においても、看護の分断化がみられる(複数人による看護)。したがって、PNのように患者との継続的な関わりを持つことは難しいといえる。

6.3.2 対象とする看護体制

6.3.1節より、病院で採用されている看護体制には複数の種類が存在することがわかった。しかし、6.2で述べたように、看護体制によって看護業務の実施方法は異なるため、看護業務を分析する視点は、看護体制によって異なる。したがって、看護業務を分析する視点を定めるためには、まず対象とする看護体制を決定する必要がある。6.3.1節では、病院で多く採用されている、2つの看護体制としてPNとTNが存在すると述べた。これより、多くの病院で、この視点を活用するためには、上述した2つの看護体制のいずれかを選択することがよいといえる。

近年の医療の現状として、在院日数が短縮し、医療の高度化、高速化が進んでいる。また、このような医療を取り巻く環境の変化に伴い、病院におけるスタッフの平均勤務年数の低下がみられている。このような中、安全かつ正確な看護サービスの提供が社会から求められ、病院では、それに対応するための看護体制の導入が不可欠であると考えられている。

6.3.1節で述べたように、TNはチームで活動するため、経験年数の低いスタッフをフォローすることができる。また、PNのように患者1人にゆっくり時間をかけてケアを行うのではなく、チームで効率的に動くため、短縮された在院日数にも対応可能な看護体制である。以上のような点から、近年ではPNよりもTNが着目され、TNを導入している病院が増えてきている。

そこで、本研究では、このTNに着目し、看護業務分析のための視点を抽出することにする。

6.3.3 チームナーシングにおける看護業務体制の把握

本研究で対象とする看護体制は、TNとした。そして、6.3.1節ではTNの定義や特徴を述べてきた。しかし、業務分析の視点を抽出するためには、実際の業務レベルから、その特徴を把握しておく必要がある。例えば、同じ看護業務でもTNとPNでは遂行形式が異なる。また、PNにはない看護業務が存在するといったことなども考えられる。

そこで、実際にTNを導入しているA病院で業務観察を行い、TNにおける看護業務の把握を行った。また、看護業務の補足として文献調査^[8]を行った。看護業以上の結果から、得られた看護業務を遂行形式と業務の種類で分類した。結果を表3.1に示す。

表 3.1 把握した看護業務

業務種類 遂行形式	間接看護業務	直接看護業務			
		医療行為	生活介助		
全体業務	夜勤者の対応				
	管理申し送り				
	ケアカンファレンス				
	ベッドコントロール				
	医療機材・備品管理				
チーム業務	薬剤管理	体位変換			
	チームカンファレンス				
	ナースコール対応				
	患者搬送(検査・診療)				
師長業務	ベットメイキング				
	リーダーカンファレンス				
	チームの決定				
	勤務計画決定				
	相談/指導				
個人業務 (リーダー・メンバー)	看護評価	VS測定	患者(家族)相談/指導		
	病床管理				
	指示受け				
	カルテ記録			ラウンド/患者観察	身体の清潔
	カルテ読み取り			注射/点滴/処置	配膳
	看護計画立案			投薬/内服	身の回りの世話
	サマリー記載			検査・診療の介助	排泄、分泌物の世話
	入院患者対応			呼吸管理	安楽(苦痛の緩和)
	退院時の世話・対応			循環管理	終末看護処置
	情報伝達/報告/連絡			手術介助	自立の援助
	検査/診察の片付け			リハビリ介助	
	薬剤/栄養の片付け			食事介助	
	検査/診療準備				
	薬剤準備				
事務業務	電話/FAX対応				
	書類の処理				
	会議				
その他	学生の研修・教育				
	職員の休憩				

表 3.1 は、TN における看護業務の遂行形式と業務の種類(医療行為、生活介助など)のマトリクスで、それぞれの看護業務を把握することができる。表 3.1 より、TN では遂行形式が、

- ① 病棟全体実施する業務
- ② 各チーム全体で行う業務
- ③ 師長が行う業務
- ④ 各チーム内のリーダー、メンバーが行う業務
- ⑤ 事務(クラーク)が行う業務
- ⑥ その他の業務

に分類されることがわかった。

①で行われる業務には、基本的に直接的に患者に行う業務は存在せず、間接業務のみで構成される。内容としては、主に“申し送り”や“夜勤者への質問”などといった全体での情報伝達の業務や薬品の管理などがある。

②の業務は、各チームのNsが集まって遂行する業務であり、これも主に間接業務で構成される。内容としては、チームで情報を共有する業務やチーム全体でないと対応しきれない業務が含まれる。

③の業務は師長が行う業務であり、病床管理などの業務が主である。これは、看護体制によっては、それほど変わらないと考えられる。ただし、TNでは、“リーダーカンファレ

ンス”というリーダーNsと師長で行う業務が存在する点が他の看護体制と異なる。

④の業務は、他の看護体制において1人の受持ちNsが行う業務とほぼ同様である。しかし、チームナーシングはチーム内にリーダーが存在するため、リーダーが④の業務のうち何を実施するかで、他の看護体制とは大きく異なってくる。これについては、TNの特徴として後述することにする。

⑤の業務は、クラークが行う業務であり、⑥は、“休憩”や“学生の教育といった”看護業務以外が含まれる。

次に、6.3.1節で述べた内容と実際に看護観察を行った結果から、TNにおける業務実施上の特徴について述べる。

TNにおいて看護業務を実施する上で、重要視すべき点として、以下のような内容が挙げられる。

- チームで活動するため、チームで適切に業務配分や計画を立て、役割を明確にしておく必要がある。(業務の実施忘れなどが発生する可能性があるため)
- チームで患者を受け持つため、1人1人の責任が薄くなるので、実施者が曖昧になりやすい業務を明確にしておく。
- チームで全体行う業務は、チーム全員が同時に集まるため、患者から目を離すことになる。したがって、これらの業務は効率的に行う。
- リーダーとメンバーとの適切な業務の切り分けを決めておく。
- リーダーの能力を十分に発揮できるような役割を明確にする。

以上のような点を考慮し、6.3.4節では業務分析のための視点を抽出する。

6.3.4 看護業務分析の視点の抽出

6.3.4.1 視点の抽出と整理

6.3.3節で述べたようなTNの特徴を考慮し、“看護の質展開表”の三次項目と表3.1の看護業務を対応付けることで、業務実施上の注意点を抽出した。視点の抽出方法について、以下に一例を挙げて簡単に説明する。

【視点抽出の具体例】

看護の質展開表の三次項目のうち、“ベッドサイドの空白時間の減少”という項目に着目する。ベッドサイド空白時間とは、項目名の通りベッドサイドにNsが滞在していない時間帯のことである。

まず、表3.1で示した看護業務のうち、ベッドサイドを空白にする業務を対応させる。表3.1より、対応する業務の1つに“チームカンファレンス”が存在する。チームカンファレンスとは、チーム内のNs全員がナースステーションに集合し、お互いの情報を伝達、共有する業務であるため、実施している時間帯は、基本的にベッドサイドは空白である。

これより、ベッドサイドの空白時間を減少させるためには、このチームカンファレンスを効率的に実施しなければならない。したがって、ベッドサイドの空白時間を把握する視

点の1つとして、このチームカンファレンスの所要時間という視点を抽出することができる。しかし、情報を正確かつ効果的に共有するための業務であるチームカンファレンスは、短ければよいというわけではなく、ある規定時間を決めて実施する必要がある。

以上より、ベッドサイド空白時間の減少という三次項目に対応する業務分析の視点として、「規定時間に対するチームカンファレンス所要時間」を定めることができる。

以上のような方法で抽出した結果を看護業務分析の視点として整理した。結果を表 3.2 に示す。

表 3.2 看護業務分析の視点

管理対象	分析目的			分析の視点		
	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	規定時間に対する「夜勤者への質問」の開始・所要時間 規定時間に対する「ケースカンファ」所要時間 規定時間に対する「チームカンファ」所要時間 リーダーNsの病室「ラウンド」時間:時間帯別 Nsの「休憩」の取り方		
			直接看護時間増加	業務分類別所要時間比率 直接医療行為の所要時間 直接生活介助の所要時間 間接業務の所要時間比率		
			患者家族との関わり の増加	患者(家族)相談・指導の所要時間 看護データベースの記載内容(アナムネーゼ)		
			看護の継続性の維持	個々の患者に対する受持ちNs(固定TNの場合)		
		看護ケア内容 の充実	生活ケアの未実施 の防止	規定時間に対する「生活介助全般」の開始・所要時間 「生活介助全般」における介護福祉士との業務切り分け		
			収集する情報の 充実	リーダーの「ラウンド」所要時間 師長の「ラウンド」所要時間 規定時間に対する「カルテ読み取り」所要時間 「カルテ読み取り」における確認項目・取得情報		
			Ns間の情報共有・ 意思統一	「チームカンファ」の規定時間 「リーダーカンファ」の規定時間		
			記録の充実	リーダーの記録の指導(メンバー)の実施(必要時) リーダーの「看護計画の立案」の実施(必要時)		
			安全 (S)	安全な処置・ケ アの提供	直接看護の 安全性の確保	引継ぎ時間帯での「食事介助」実施者 引継ぎ時間帯での「投薬・内服」実施者 規定時間に対する「医療行為全般」の開始・所要時間 時間毎の「体位変換」の遅延・未実施率 定期的な「輸液・循環管理」の遅延・未実施率
					間接看護の 安全性の確保	「口頭指示受」時におけるリーダーの実施の有無 新人(若手)の指示受け方法 経験年数の長いNsの「Wチェック」実施率
コスト (C) /納 期(D)	正確かつ効率的 な看護を提供す る	業務実施遅れ の防止	業務実施遅れの防止	規定時間に対する「ケースカンファ」所要時間・開始時間 規定時間に対する「チームカンファ」所要時間・開始時間 規定時間に対する「申し送り」所要時間・開始時間 規定時間に対する「カルテ読み取り」の所要時間 規定時間に対する「夜勤者への質問」の開始時間・所要時間		
			次勤務帯 実施遅れの防止	「カルテ記録」実施遅延時間 「夜勤者への質問」実施遅延時間		
			段取りの向上	「病棟外業務」の実施方法(回数規定、まとめなど) 「チームカンファ」における「入院受け」実施者決定率 インプット(情報)からアウトプット(意思決定)までの所要時間 「リーダーカンファ」におけるベッドコントロール決定率		
			Ns間の情報伝達 の効率化	「リーダーカンファ」の有無・規定実施順序 「チームカンファ」の有無・規定実施順序 「ラウンド」の有無・規定実施順序 「カルテ読み込み」の有無・規定実施順序		
		業務効率 の向上	Dr, Ns間情報 伝達の効率化	チーム(Ns)とDrとの情報伝達の方法		
			連携・フォロー 体制の構築	介護福祉士の「生活介助」全般の実施比率 リーダーの不必要なタイミングにおけるメンバー業務の実施 リーダーの業務量調整を実施の有無		
		業務中断の防止	業務中断の低減	業務中断の低減	「チームカンファ」開始時の業務中断回数 「リーダーカンファ」開始時の業務中断回数 「申し送り」開始時の業務中断回数 「病棟外業務」におけるフリーNs実施率 「電話応対」におけるクラーク実施率	

表 3.2 を活用することで、管理対象である QCDS に重点を絞った業務分析を実施するこ

とができる。したがって、チーム活動において曖昧になっていた業務などを明確にし、業務改善につなげることができると考えられる。

6.3.4.2 視点の位置づけと活用方法

ここでは、表 3.2 の視点の位置づけと活用方法について述べる。TN では、看護活動を実施するにあたり、6.3.3 節で述べたような点に注意しなくてはならない。しかし、病院では業務の複雑さ、忙しさなどからこのような点が曖昧にされたまま、業務が行われている可能性がある。

本研究で提案した業務分析の視点は、上述したような業務実施上の問題点を明確にするために活用する視点である。すなわち、業務実施上の問題の要因を明確にするのではなく、問題を発見するためのきっかけを与える視点である。

例えば、6.3.4.1 節で述べた“規定時間に対するチームカンファレンス所要時間”という視点であるが、これはチームカンファレンスの実施方法などの問題やその要因を直接的に明らかにする視点ではない。仮に、実際に何日かこの視点で看護業務を分析し、平均して所要時間が規定時間をオーバーしていたとする。この場合、ベッドサイドの空白時間が長くなり、新たなリスクが発生するということがわからない。すなわち、チームカンファレンス実施上の問題点は明確にすることはできない。

しかし、逆にいえば、実際に病院ではこのようにチームカンファレンスの時間を管理しながら業務が実施されていないため、本研究で提案した視点で分析することで、所要時間という観点から問題を発見するためにきっかけを与えることができる。このようにきっかけを与えることができれば、時間がかかりすぎているということであれば、チームカンファレンスで話し合う内容を絞る、そもそも規定している時間が短いということであれば、規定時間を長めに設定するといった対策をとることが可能である。

以上、視点の位置付け、活用方法について述べてきたが、上述したような特長から、本研究で提案した視点は産業界の品質管理で用いられている管理図^[20]のような役割を持っているといえる。

6.3.5 視点抽出のためのデータ収集シートの作成

6.3.5.1 データ収集シートの作成

本研究で提案した視点は、定量的、定性的に分析できるものなど様々な視点が存在する。また、これらの視点は多くの看護業務に関するものである。したがって、これらの視点で看護業務分析をするためには、分析のためのデータを正確に収集しなくてはならない。そこで、業務分析の視点を活用するためのデータ収集ツールとして、シートを作成する必要があると考えた。

データ収集シートとして、以下の(1)、(2)を作成した。順に説明していくことにする。

(1) 業務分析表の作成

Ns が実施した看護業務を分単位で記録することが可能な業務分析表を作成した。図 3.3 にその一部を示す。(全体のフォーマットは付録に載せる)

時間(8-12)		直接看護業務										間接看護業務																		
		A: 医療行為					B: 生活介助					C: 医療行為準備																		
【実施対象者】	①師長	1	VS測定	1	入院患者対応	1	患者搬送																							
	②医師	2	ラウンド・患者観察	2	退院患者対応	2	検査・診察準備																							
	③チームリーダー	3	配薬	3	清拭・入浴介助	3	検査・診察片付け																							
	④チームメンバー	4	注射・内服実施	4	口腔ケア	4	検査データ把握																							
	⑤患者	5	検査・診察の前処置	5	配膳・食事介助	5	注射・内服準備																							
	⑥患者家族	6	検査・診察の介助	6	排泄物・分泌物の世話	6	Nsコール対応																							
	⑦チーム外のNs	7	呼吸管理	7	安静の援助	7	常備薬の確認																							
	⑧クラーク、介護士	8	循環管理	8	リネン類交換	8	指示受け																							
	⑨他の病棟	9	体位変換(安全確保)	9	指導・相談(家族含む)	9	WS確認(Wチェック含)																							
	⑩その他	10	手術・治療の介助	10	自立の援助	10	カルテ読み取り																							
8		0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50	52	54	56
分		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	
業務		2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50	52	54	56	
対象者																														
実施内容	分析項目																													
	記載																													

図 3.3 業務分析表(一部)

図 3.3 の業務分析表は、Ns が実施した看護業務を分単位(2 分単位)で記録することができるようになっている。また、6.3.3 節で把握した看護業務をもとに業務を一覧できるようにした。そして、業務種類ごとに分類し、記号化することで簡単に Ns が実施した看護業務を記載することができる。例えば、“VS 測定”を Ns が実施した場合は、業務の欄に A-1 と記載する。

また、Ns が業務を実施した対象者も記号化してあり、簡単に記載することができるようになっている。

さらに、分析項目記載欄という欄を設け、実施した業務と対象者だけでなく、業務分析を行う上で気付いた点などを補足で記載できるようにした。これより、分析したい点を表 3.2 で示した視点をあらかじめ絞って決めておくことで、該当する業務の実施方法などを詳細に記載することができる。

(2) 業務計画表の作成

(1)とのシートとは別に、当日の業務計画とその実施状況を把握するため業務計画表を作成した。シートの一部を図 3.4 に示す。(全体のフォーマットは付録に載せる)

直接看護業務				間接看護業務			
A:医療行為		B:生活介助		C:医療行為準備		D:生活介助準備	
1	VS測定	1	入院患者対応	1	患者搬送	1	カルテ記録
2	ラウンド・患者観察	2	退院患者対応	2	検査・診察準備	2	看護計画立案
3	配薬	3	清拭・入浴介助	3	検査・診察片付け	3	サマリー記載
4	注射・内服実施	4	口腔ケア	4	検査データ把握	4	申し送り
5	検査・診察の前処置	5	配膳・食事介助	5	注射・内服準備	5	夜勤者への質問
6	検査・診察の介助	6	排泄物・分泌物の世話	6	Nsコール対応	6	チームカンファレンス
7	呼吸管理	7	安静の援助	7	常備薬の確認	7	リーダーカンファレンス
8	循環管理	8	リネン類交換	8	指示受け	8	ケースカンファレンス
9	体位変換(安全確保)	9	指導・相談(家族含む)	9	WS確認(Wチェック含)	9	PCオーダー
10	手術・治療の介助	10	自立の援助	10	カルテ読み取り	10	ベッドメイキング

患者名	8:00	8:30	9:00	9:30	10:00	10:30	11:00	11:30	12:00	12:30	13:00	13:30	14:00	14:30	15:00	15:30	16:00	16:30	17:00	17:30
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				

図 3.4 業務計画表

図 3.4 のシートを活用することで、Ns が計画した業務とその計画が時間通りにまたは忘れずに確実に実施されているかということ把握することができる。使い方としては、当日 Ns が考えている計画を記入してもらい、実際に実施されているかどうかは、分析者が記入するといった方法がよい。

また、このシートも図 3.3 と同様に、看護業務を記号化してあるため、要因に看護業務を記載することができる。

6.3.5.2 データ収集シートの活用方法

本研究では、業務分析表と業務計画表の 2 つのシートをデータ収集のツールとして提案した。本研究で提案した視点を活用するためには、前者を主に活用すると有効である。そこで、この業務分析表の活用方法について簡単に説明する。

本研究が提案した業務分析表は、主に以下の 2 つの活用方法がある。

① あらかじめ視点を定めた上でデータを収集し、分析を行う

業務分析表の 1 つ目の活用方法として、分析目的に沿って、あらかじめ提案した視点を定めておき、実際にシートを用いて分析を行う方法がある。この方法は、視点をあらかじめ定めてあるため、注意すべき業務に対象を絞って、看護業務実施状況を記載することができる。そのため、図 3.3 の分析項目記載欄を活用することで、着目している看護業務の実施方法を詳細に分析することが可能である。

② 収集したデータの結果から、視点をを用いて分析を行う

2 つ目の活用方法として、まずは業務分析表を用いて、分単位で業務分析を実施し、得られた結果を提案した視点で分析するという方法がある。この方法は、業務分析表を用いて、看護業務の実施状況に関するデータを網羅的に収集する。したがって、表 3.2 の様々な分析の視点で分析することが可能であり、一度に複数の問題点の把握ができると考えられる。

6.4 提案手法の適用

6.4.1 業務分析の実施

6.4.1.1 業務分析(データ収集)の結果

6.3.5 節では、業務分析表を活用する方法として、2つあると述べた。そこで、ここでは6.3.5.4 節で述べた(2)の方法で、業務分析表を用いて業務分析を実施し、網羅的にデータを収集することにした。TN を導入している A 病院にて、業務分析表を用い、業務分析を4日間実施した。業務分析結果を表 4.1.1、表 4.1.2 に示す。

表 4.1.1 業務分析結果(その 1)

時間帯	メンバー業務 スケジュール	時間	実際実施業務	所要時間 分 %	リーダー業務 スケジュール	時間	実施業務	所要時間 分 %
8:00- 8:30	業務開始前	30	読み取り 指示受け	15 83.3 3 16.7	業務開始前	30		
8:30- 9:00	・読み取り情報収集(WSの 照合なども) ・その後チームカンファ	20	カンファレンス 申し送り 投薬・内服 薬剤・検査片付け 指示受け 情報伝達・連絡	3 15 5 25 4 20 3 15 1.5 7.5 1.5 7.5	・読み取り情報収集 ・その後チームカンファ	20	カンファレンス 申し送り 指示受け 安楽	12 60 4 20 3 15 1 5
8:50- 8:55	申し送り	5	申し送り 読み取り 薬剤準備	2 40.0 1.5 30.0 1.5 30.0	申し送り	5	申し送り	5 100
8:55- 9:00	夜勤者への質問	5	投薬・内服	5 100	夜勤者への質問	5	安全の確保 安楽	3 60 2 40
9:00- 9:10	・体位交換 ・吸引 ・輸液チェック	10	呼吸・循環管理 投薬・内服 薬剤・投薬準備 VS測定	5 50.0 3 30.0 1.5 15.0 0.5 5.0	・残りのカルテ読み込み ・Drへの報告・連絡	20	読み取り 情報伝達・連絡 指示受け	15 75 3 15 2 10
9:10- 10:10	・VS測定 ・指示受け ・配薬 ・内服薬チェック ・保清 ・ラウンド	60	VS測定 薬剤・投薬準備 指示受け ラウンド 投薬・内服 薬剤・検査片付け 呼吸・循環管理 その他 排泄介助 身の回りの世話 情報伝達・連絡 注射・点滴・処置実施 検査・診療準備	12 20.0 6 10.0 5 8.3 2.5 4.2 1.5 2.5 9 15.0 6 10.0 6 10.0 4.5 7.5 1.5 2.5 3 5.0 1.5 2.5 1.5 2.5	・保清 ・体位交換 ・ラウンド 指示受け・チェック	40	身体の清潔 指示受け 指示受け 身体の清潔 身の回りの世話 ラウンド 排泄介助 情報伝達・連絡 身の回りの世話 その他	6 60 4 40 9 30 6 20 6 20 6 20 3 10 3 30 3 30
10:10- 11:00	・注射準備、実施 ・輸液管理 ・残り保清 ・体重測定 ・シーツ交換 ・入院受け	50	呼吸・循環管理 注射・点滴・処置実施 ラウンド 記録 投薬・内服 VS測定 安全の確保 薬剤・検査片付け 情報伝達・連絡 排泄介助 指示受け	3 6.0 3 6.0 2.5 5.0 21 42.0 4.5 9.0 1.5 3.0 1.5 3.0 1.5 3.0 9.5 3.0 1.5 3.0 1 2.0	・処置介助 ・その他チームのフォロー	50	注射・点滴・処置実施 その他 指示受け 情報伝達・連絡 薬剤・投薬準備	3 6 18 36 11 22 15 30 3 6

表 4.1.2 業務分析結果(その2)

時間帯	スケジュール (メンバー)	時間	実際実施業務		所要時間		スケジュール (リーダー)	時間	実施業務		所要時間		
					分	%					分	%	
11:00 - 11:20	・体位交換 ・吸引 ・輸液チェック	20	呼吸・循環管理	5.5	27.5	おむつ交換 ・体位交換 ・吸引	50	休憩	20	40	退院患者の対応	21	35
			安全の確保	4.5	22.5			情報伝達・連絡	12	20			
			記録	4.5	22.5			ベッド移動	9	15			
			身の回りの世話	1.5	7.5			注射・点滴・処置実施	3	5			
			機材・備品・薬剤管理	1.5	7.5			薬剤・検査片付け	3	5			
			薬剤・検査片付け	1.5	7.5			指示受け	3	5			
			検査・診療準備	1	5.0			その他	3	5			
			投薬・内服	3	10.0			排泄介助	3	5			
			薬剤・投薬準備	1.5	7.5			注射・点滴・処置実施	3	5			
			注射・点滴・処置実施	1.5	7.5			カンファレンス	24	80			
11:20 - 11:50	・血糖チェック ・インスリン実施 ・食前薬配 ・経管栄養準備 ・食膳準備	30	検査・診療準備	5	16.7	残り番休憩へいく	30	休憩	30	100	情報伝達・連絡	3	10
			検査・診療の援助	3	10.0			薬剤・検査片付け	3	10			
			その他	3	10.0			記録	6	6.7			
			情報伝達	3	10.0			排泄介助	3	3.3			
			薬剤・検査片付け	2.5	8.3			安全の確保	3	3.3			
			記録	2.5	8.3			指示受け	18	20.0			
			患者搬送	1.5	5.0			ベッド移動	9	10.0			
			VS測定	1.5	5.0			情報伝達・連絡	9	10.0			
			排泄介助	1.5	5.0			安楽	9	10.0			
			呼吸・循環管理	0.5	1.7			その他	9	10.0			
11:50 - 12:30	・配膳・食事介助 ・口腔ケア ・配薬 ・輸液・ルート管理 ・安全帯確認 ・残り番引継ぎ	40	薬剤・投薬準備	9	22.5	・配膳・食事介助	30	休憩	30	100	記録	6	6.7
			配膳・食事介助	7.5	18.8			排泄介助	3	3.3			
			呼吸・循環管理	6	15.0			安全の確保	3	3.3			
			投薬・内服	3	7.5			指示受け	18	20.0			
			記録	6.5	16.3			ベッド移動	9	10.0			
			薬剤・検査片付け	5.5	13.8			情報伝達・連絡	9	10.0			
			排泄介助	1.5	3.8			安楽	9	10.0			
			休憩	1	2.5			その他	9	10.0			
			薬剤・投薬準備	1.5	2.5			薬剤・検査片付け	6	6.7			
			薬剤・投薬準備	1.5	2.5			薬剤・投薬準備	6	6.7			
12:30 - 13:30	・休憩	60	薬剤・投薬準備	1.5	2.5	・チームのフォロー	90	薬剤・検査片付け	6	6.7	機材・備品・薬剤管理	6	6.7
			薬剤・投薬準備	1.5	2.5			機材・備品・薬剤管理	6	6.7			
			薬剤・投薬準備	1.5	2.5			身の回りの世話	3	3.3			
			薬剤・投薬準備	1.5	2.5			事務業務	3	3.3			
			薬剤・投薬準備	1.5	2.5			事務業務	3	3.3			
			薬剤・投薬準備	1.5	2.5			事務業務	3	3.3			
			薬剤・投薬準備	1.5	2.5			事務業務	3	3.3			
			薬剤・投薬準備	1.5	2.5			事務業務	3	3.3			
			薬剤・投薬準備	1.5	2.5			事務業務	3	3.3			
			薬剤・投薬準備	1.5	2.5			事務業務	3	3.3			
13:30 - 14:00	・ケースカンファレンス	30	カンファレンス	25.5	85.0	・ケースカンファレンス	30	カンファレンス	24	80	注射・点滴・処置実施	3	10
			患者搬送	3	10.0			情報伝達・連絡	3	10			
			退院患者の対応	1.5	5.0			記録	6	6.7			
			薬剤・投薬準備	16.5	27.5			排泄介助	3	3.3			
			注射・点滴・処置実施	9	15.0			安全の確保	3	3.3			
			呼吸・循環管理	9	15.0			指示受け	18	20.0			
			ベッド移動	4.5	7.5			ベッド移動	9	10.0			
			VS測定	1.5	2.5			情報伝達・連絡	9	10.0			
			記録	4.5	7.5			安楽	9	10.0			
			情報伝達・連絡	4.5	7.5			その他	9	10.0			
14:00 - 15:00	・おむつ交換 ・体位交換 ・注射 ・検温・検脈 ・状態観察 ・輸液・ルート管理 ・安全帯の確認 ・入院受け	60	退院患者の対応	3	5.0	・おむつ交換 ・体位交換 ・チームのフォロー	90	薬剤・検査片付け	6	6.7	薬剤・検査片付け	6	6.7
			その他	3	5.0			薬剤・投薬準備	6	6.7			
			薬剤・検査片付け	1.5	2.5			機材・備品・薬剤管理	6	6.7			
			排泄介助	1.5	2.5			身の回りの世話	3	3.3			
			検査・診療準備	1.5	2.5			事務業務	3	3.3			
			記録	16.5	27.5			事務業務	3	3.3			
			指示受け	3	5.0			事務業務	3	3.3			
			注射・点滴・処置実施	1.5	2.5			事務業務	3	3.3			
			注射・投薬準備	10.5	17.5			事務業務	3	3.3			
			身体清潔	6	10.0			事務業務	3	3.3			
呼吸・循環管理	6	10.0	事務業務	3	3.3								
15:00 - 16:00	・指示受け ・処置 ・記録 ・麻薬管理	60	ラウンド	4.5	7.5	チームラウンド	30	記録	24	80	記録	24	80
			情報伝達・連絡	3	5.0			指示受け	6	20			
			NSコール対応	3	5.0			指示受け	6	20			
			その他	1.5	2.5			指示受け	6	20			
			読み取り	1.5	2.5			指示受け	6	20			
			安全の確保	1.5	2.5			指示受け	6	20			
			排泄介助	1.5	2.5			指示受け	6	20			
			記録	12	40.0			指示受け	6	20			
			情報伝達・連絡	10.5	35.0			指示受け	6	20			
			その他	3	10.0			指示受け	6	20			
16:00 - 16:30	・リーダーへ状態報告 ・記録 ・処置の残り	30	呼吸・循環管理	1.5	5.0	・メンバーから患者状態の 報告受け ・師長への伝達	30	情報伝達・連絡	3	10.0	情報伝達・連絡	3	10.0
			VS測定	1.5	5.0			排泄介助	9	30.0			
			薬剤・検査片付け	1.5	5.0			記録	9	30.0			
			情報伝達・連絡	4.5	15.0			記録	9	30.0			
			呼吸・循環管理	10.5	35.0			記録	9	30.0			
			その他	7.5	25.0			記録	9	30.0			
			機材・備品・薬剤管理	4.5	15.0			記録	9	30.0			
			薬剤・検査片付け	3	10.0			記録	9	30.0			
			情報伝達・連絡	4.5	15.0			記録	9	30.0			
			呼吸・循環管理	10.5	35.0			記録	9	30.0			
16:30 - 17:00	・おむつ交換 ・体位交換 ・吸引 ・輸液・ルート管理 ・安全帯の確認 ・翌日検査の説明 ・PM業務漏れチェック	30	その他	7.5	25.0	・おむつ交換 ・体位交換 ・吸引 ・業務進行状況把握 ・担当Ns決め	20	事務業務	3	15	事務業務	3	15
			機材・備品・薬剤管理	4.5	15.0			記録	3	15			
			薬剤・検査片付け	3	10.0			その他	3	15			
			指示受け	3	15			指示受け	3	15			
			指示受け	3	15			指示受け	3	15			
			指示受け	3	15			指示受け	3	15			
			指示受け	3	15			指示受け	3	15			
			指示受け	3	15			指示受け	3	15			
			指示受け	3	15			指示受け	3	15			
			指示受け	3	15			指示受け	3	15			
17:00 ~	・残業	30	指示受け	13.5	30.0	・夜勤者からの質問・確認 の対応 ・終わりの挨拶・時間外勤務者 指名	5	入院患者の対応	5	100	入院患者の対応	5	100
			その他	10.5	23.3			入院患者の対応	5	100			
			注射・投薬準備	7.5	16.7			入院患者の対応	5	100			
			記録	4.5	10.0			入院患者の対応	5	100			
			薬剤・検査片付け	3	6.7			入院患者の対応	5	100			
			読み取り	3	6.7			入院患者の対応	5	100			
			投薬・内服	1.5	3.3			入院患者の対応	5	100			
			情報伝達・連絡	1.5	3.3			入院患者の対応	5	100			
			情報伝達・連絡	1.5	3.3			入院患者の対応	5	100			
			情報伝達・連絡	1.5	3.3			入院患者の対応	5	100			

以上より、看護業務実施状況を分単位で把握することができた。表 4.1.1, 4.1.2 のスケジュールとは、本来その病院で決められている業務スケジュールのことである。そして、

実際に Ns が実施した業務とその時間を記載してある。また、決められたスケジュールの時間枠のうち、実施した業務の所要時間の比率をパーセントで示してある。さらに、色塗り部は、本来決められているスケジュール通りに実施されている業務を示している。

これより、時間通りに実施されている業務の割合が全体的に少ないことがわかる。しかし、患者のニーズは常に変化するため、単純にスケジュール通りに実施されていることが良い看護を提供しているとはいえない。

また、全体的に超過勤務(残業)が多く発生していることがわかる。本来時間内で実施すべき業務である、指示受けや入院患者の対応などが行われている。これは、次勤務帯の業務開始にも影響がでるため、このような状態は望ましくない。このように超過勤務が多く発生していることとして、看護業務実施上の問題点があると考えられる。

6.4.1.2 視点を活用した業務の見直し

表 4.1.2より、超過勤務が多く発生しており、看護業務実施上の問題点が存在すると考えられた。そこで、Ns にインタビューを実施したところ、「情報を効率的に取得できず、適切な業務計画が立てられない」という意見が得られた。

そこで、本研究で提案している視点のうち、業務効率の向上の三次項目である“情報伝達の効率化”という視点で、A 病院の看護業務の見直しを行った。結果を表 4.2 に示す。

表 4.2 業務見直しの結果

目的	分析の視点	分析結果	抽出された問題点
情報伝達の効率化	① リーダーカンファの有無・規定実施順序	実施されていない	・リーダー、師長間の情報伝達の非効率化・漏れ ・入院受け、部屋移動の情報伝達の非効率化
	② チームカンファの有無・規定実施順序	読み込みが終了しだい実施	・実施遅れが発生する可能性
	③ ラウンドの有無・規定実施順序	チームカンファ終了しだい実施	・ラウンドで得た(患者)情報の抜け・漏れの発生 ・タイムリーなケア計画立案が困難
	④ カルテ読み込みの有無・規定実施順序	チームカンファの前に実施	

提案した視点で分析した結果、表 4.2 に示したように看護業務の現状を把握することができた。まず、①のリーダーカンファレンスに関してだが、この業務は師長と各チームで集まり、当日のベッドコントロールや入退院予定者に関する情報を共有し、その日の業務に役立てるものである。分析結果より、リーダーカンファレンスは実施されていなかった。そのため、師長、リーダー間の情報伝達の漏れや上述したような情報の伝達、共有に非効率化につながると考えられる。

次に、②の業務に関してだが、チームカンファレンスはカルテの読み込みが終わり次第実施するということがスケジュールが定められていた。これより、カルテの読み込みは、Ns の能力などによって要する時間が異なるため、チームカンファレンスの開始が遅れる可能性がある。また、チームカンファレンスは各 Ns が収集した(患者)情報や師長、リーダーから流れてくる情報を共有し、当日の業務に活かすためのものであるため、ある程度情報を収集した後に実施しなくてはならない。これと関連して、③のラウンドに関してだが、チームカンファレンス終了後に実施されていた。ラウンドとは、患者のいるベッドサイドをまわり、患者状態などに関する情報を収集してくる業務である、したがって、ラウンドで得た情報をチームカンファレンスで効率的に伝達できないという問題が考えられる。

6.4.1.3 業務効率向上の効果

上述したように情報伝達に関する業務において、いくつかの問題点を明らかにすることができた。抽出された問題点をもとに、対策を考えると、まず、①はリーダーと師長で一元的に情報を共有するため、情報のある程度収集した上で、実施する必要がある。また、前述したが②は収集した情報をチームで共有し、当日の業務配分や計画を立てるものであるため、情報を収集する業務である①リーダーカンファレンス、③ラウンド、④カルテ読み込みの後に実施すべきである。

以上より、③、④⇒①⇒②の順で業務を実施することで、情報伝達が効率的に実施できると考えられる。すなわち、③のラウンドで得た患者情報と、④のカルテ読み込みにより得られた情報をもとにリーダー、師長が話し合い、大まかな業務計画を立てる（主に病床管理）。そして、そこから得られた情報を、リーダーが各チームへ伝達することで、効率的に情報を伝達することが可能である。上述した内容を図示したものを図 4.1 に示す。

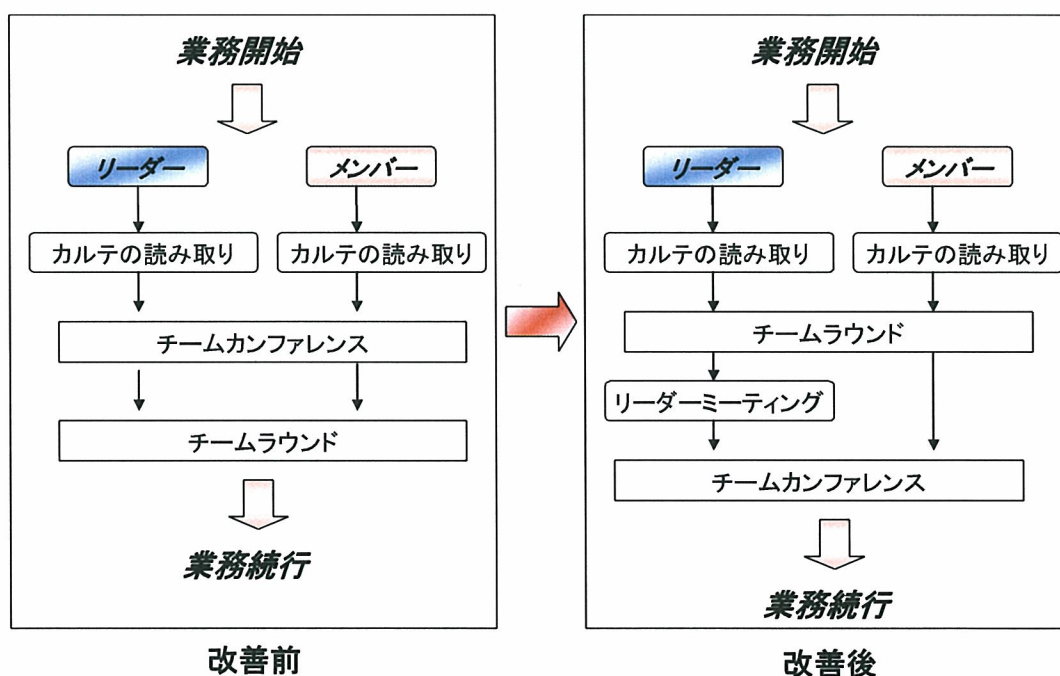


図 4.1 業務改善の結果

図 4.1 より、チームカンファレンスを実施する前に得られる情報が、改善の前後で大きく異なることがわかる。したがって、各チームで効率的に情報を共有でき、適切な業務配分や計画を立てることが可能になると考えられる。

以上より、提案した視点で業務分析することで、業務効率向上に効果的な業務改善を行うことができた。ただし、実際にこの方法で業務を数ヶ月間実施し、超過勤務時間の変化を調査する必要がある。

6.4.2 事故防止に対する有効性の検討

6.4.2.1 事故分析の実施

安全の維持は、看護の質を保証する上で、優先すべき課題である。しかし、病院では、

業務の実施者が曖昧であるなどの事故要因が存在する。そこで、本研究で提案した視点の事故防止に対する有効性を検討するため、A病院の2006年の事故報告書55件を分析し、事故発生時における業務実施上の問題点を調査した。結果を表4.3に示す。

表 4.3 事故調査結果

事故分類(目的別)		視点	具体的事故内容(一部)	割合
提案した視点に該当	処置・ケアの精度の向上	(i)	引継ぎ時間帯の食事介助者が決まっておらず、患者情報を把握していないNsが誤って食事を与えた	7.3%
		(ii)	引継ぎ時間帯の投薬実施者が決まっておらず未実施	
	指示受けの精度の向上	(iii)	リーダーと口頭指示を受けずに、指示の認識ミス	10.9%
		(iv)	新人にもかかわらず、1人で指示受けし、薬剤を間違えた	
	Dr、Ns間の情報伝達の精度向上	(v)	リーダーを介さず、医師へオーダーし、誤った情報を伝達	5.5%
引継ぎの精度向上	(vi)	カルテの記入が遅くなり、記録の引継ぎを実施しなかったため、情報が伝わらず次勤務帯で内服の未実施	3.6%	
その他の事故		-	-	72.7%
合計				100%

また、表4.3の記号と対応する視点を以下に示す。

<p>【分析の視点】</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) 引継ぎ時間帯での「食事介助」実施者 (ii) 引継ぎ時間帯での「投薬・内服」実施者 (iii) 「口頭指示」時の指示受け方法 (iv) 新人(若手)の指示受け方法 (v) チーム(Ns)とDrとの情報伝達の方法 (vi) 引継ぎ時におけるNs間の情報伝達方法
--

表4.3の網掛け部は、事故発生時における業務実施上の問題点が、本研究で提案した視点で業務分析を実施することで発見、対策の立案が可能であった事故の割合を示している。また、事故内容(事故発生時の問題点)と対応する、業務分析の視点が(i)-(vi)である。

これらの視点に対応する事故として、引継ぎ時間帯での投薬・内服の実施者が定められておらず、患者への投薬が未実施になってしまったという事故や新人にもかかわらず、1人で指示受けをしてしまい、指示内容を間違えて取得してしまったなどの事故が存在していた。そして、表4.3の事故調査結果より、これらの事故は調査した事故全体の27.3%存在することがわかった。

以上より、本研究で提案した視点で分析することで、このような事故の要因と考えられる業務実施上の問題点を把握することが可能であり、事故防止のための業務改善につなげることができると考えられる。すなわち、本研究の提案手法は、事故防止に有効であるといえる。

6.4.2.2 事故防止のための視点の活用

本研究で提案した視点と事故内容との関連を説明するため、以下に表4.3の事故に関する具体例を挙げ、事故防止のための対策の指針について述べる。

【事故事例】

準夜 Ns(以下, 準夜)が, 患者 A の夕食介助中に“むせ”があることに気付いた. Dr にも注意するようにいわれたが, その後, 準夜は深夜 Ns(以下, 深夜)にそのことを口頭で伝達した. 翌朝, 深夜は出勤してきた日勤フリーにそのことを告げず, 患者 A の食事介助を依頼し, 投薬や昼の食事変更オーダーを行っていた. 依頼された日勤が, 食事介助を行っているとき, 患者 A はのどにつまらせ, 誤嚥事故となった.

上記の事例における業務実施上の問題点の1つ目として, 患者 A に関する情報が“引継ぎ時においてカルテへの記録ではなく, 口頭で伝達されていたこと”が挙げられる. これより, 準夜から深夜へ十分に患者 A の情報が伝達されなかった. いずれの時間帯においても Ns はまず, 始業時にカルテの読み込みを行い, 患者状態を十分に把握する. しかし, この事例ではカルテに記載されておらず, 口頭により伝達されていたため, 患者 A の情報が適切に伝わっていなかったと考えられる. また, 口頭で簡単に伝達されたことで, 深夜の患者 A に関する認識が薄くなり, 他の業務を実施するために日勤フリーに依頼してしまったと考えられる. このような業務実施上の問題点は, 上記の(vi)の視点で業務分析することで発見することができたといえる.

問題点の2つ目として, “患者 A の情報を知らない日勤フリーが食事介助を実施したこと”が挙げられる. 引継ぎ時間帯は, Ns の責任が曖昧になるため, 業務の未実施などが発生しやすい. したがって, 責任範囲を明確にし, 適切な実施者を決めておく必要がある. 調査したところ, A 病院では, 引継ぎ時間帯での食事介助実施者が明確に決められていなかった. そのため, 他の業務を優先的に実施しようとした深夜が, 日勤フリーに業務を依頼してしまった. 本事例では, 結果的に情報を知っている深夜 Ns が実施すべきであったと考えられるが, 食事介助を実施するにあたり, 必要な情報を明確にし, そのもとで適切な食事介助実施者を決めておく必要がある. このような業務実施上の問題点は, (i)の視点で分析することで, 発見することが可能であったといえる.

以上のように提案した視点で分析することで, 業務実施上の問題点を発見でき, 事故防止のための対策の指針を立案することができた. したがって, 4.2.1 項で述べたように本研究で提案した視点で業務分析をすることで, 事故防止に有効な業務改善につなげることができることが確認できる.

また, このように事故報告書の内容を本研究で提案した視点で, 分析することで問題点を把握することも可能である.

6.5 考察

6.5.1 本研究の意義

6.5.1.1 従来の看護改善活動

これまで新たな看護体制の導入を通じた業務改善などの事例や研究は多く存在していた. しかし, これらの研究や活動は, 評価指標を定めた上で実施されておらず, 適切な問題点の把握や対策の立案, また, 立案された対策の効果の検証などが適切に行われていなかった. また, 実際に病院では, 必ず実施しなくてはならない医療行為の未実施や実施遅れが発生していたが, このような現状を客観的に把握することすらされていなかった.

このような現状に至った理由として、以下のような点が考えられる。

- 看護業務は、複雑かつ多忙であるため、現状の業務を客観的に把握する時間や機会が適切にとられてこなかった。
- 看護業務は、Ns の技術に依存して行われる部分が多く、Ns の能力や経験により、看護業務が行われてきた。そのため、看護業務の評価も Ns の経験により行われ、客観的な業務改善が行われてこなかった。

以上のように、看護業務の持つ特性上、上述したような看護の現状につながっていると考えられる。しかし、いかなる特性を持つ業務であっても、改善活動を行うためには、改善の基準となる評価指標を定めなくてはならない。本研究では看護における業務改善を適切に実施するため、それを評価する指標を看護の質展開表として定めることができた。したがって、これを活用することで、従来のように経験に依存した方法ではなく、改善の視点を定め、重点的に業務改善を行うことができる。

6.5.1.2 提案手法の位置付け

6.5.1.1 節で述べたように、本研究では看護の質をはかる指標として、看護の質展開表を示した。また本研究では、この看護の質展開表をもとに、TN における看護業務分析のための視点を抽出し、看護業務分析手法として提案した。ここでは、この業務分析手法の意義と位置付けに関して述べる。

前述したように看護の現場における従来の改善活動は、明確な評価指標が定められておらず、看護の質向上に有効な視点を定めた業務改善が行われていなかった。しかし、本研究で提案した視点は、看護の質展開表をもとに抽出しているため、これを活用することで、評価指標に基づいた業務改善を行うことができる。そして、QCDS の管理対象に重点を絞った分析ができるため、効率的に業務改善を行うことも可能である。また、病院では実施者や実施時間などが曖昧になったまま実施されている看護業務が多く存在する。これは、看護業務が Ns の経験に依存した方法で実施されているためであると考えられ、事故の要因や業務効率に低下などにつながる恐れがある。本研究で提案した視点は、このように曖昧になりやすい業務に焦点を当てている。したがって、Ns の経験やその病院の職場風土に依存した方法で業務が実施されていたとしても、それらを客観的に把握することが可能である。

次に、提案した分析手法の位置付けについて述べる。6.3 で述べたように、基本的に本研究で提案した手法は、品質管理で用いられている管理図のような位置付けである。すなわち、業務分析表によりデータを収集し、提案した視点で業務分析をすることで、現状の業務実施上の問題点を発見することができ、そこから考えられるリスクを予測することが可能である。しかし、このような業務実施上の問題を改善するかは、病院の判断である。また、その問題の要因を業務分析で発見することは難しい場合もある。以上のような理由から、本研究の手法は基本的に業務実施上の問題を改善するためのきっかけを与えるものであるといえる。

6.5.2 他の看護体制における業務分析の視点

本研究では、近年の医療情勢より、多くの病院で注目されているという理由から TN に

着目し、この TN における看護業務分析の視点を抽出した。しかし、看護の質展開表は、すべての看護体制に共通であるため、TN 以外における業務分析の視点を抽出することが可能である。例えば、TN と同様に多くの病院で導入されている、PN における業務分析の視点を抽出することも可能である。

このような看護体制は、看護の質を向上するための手段の 1 つである。そして、看護体制により導入する目的が異なるため、看護業務の実施方法も異なる。したがって、TN では視点として定めておくべきであったものが PN では必要ないなどというように、業務分析の視点は異なる。

例えば、看護の質展開表にベッドサイド空白時間という三次項目があるが、TN ではチームで集まって実施する業務が多く、ベッドサイドを空けてしまう時間が多くなる。そのため、チームで実施する業務に関しては、その実施状況を客観的に把握するための視点が必要であった。しかし、PN は基本的に受け持ち Ns と担当患者との一対一である。したがって、チームで実施する業務は存在せず、ベッドサイドを空けてしまう業務も TN より少ない。そのため、この指標に対する視点は、PN では異なってくるといえる。

このように、すべての病院で適切な業務改善を行うためには、それぞれの看護体制に対応した視点を定める必要がある。そして、本研究で提案した看護の質展開表は、他の看護体制における視点を抽出することにも活用できるという特長を持っている。

6.5.3 評価指標の業務分析以外の活用

6.5.2 節で述べたように、本研究で提案した看護の質展開表は、すべての看護体制に共通の評価指標として活用が可能であることが確認できた。

さらに、この看護の質展開表は、看護の質を評価する指標であるため、業務分析の視点抽出以外にも活用できるという特長を持っている。TN を例に挙げると、TN 導入する上で、業務実施方法(業務スケジュール)以外にも考慮しなければならない点が多く存在する。例えば、患者グループの分け方、チーム編成の方法、勤務スケジュール、リーダーや師長、主任の役割などが挙げられる。以下に、(1)グループのわけ方、(2)チーム編成の方法、に対する評価指標の活用方法に関して述べる。

(1)患者グループの分け方

診療科などによっても異なるが、各病院(病棟)では必ず軽症者や重症者、症状によって特別なケアが必要な患者など様々な患者が存在する。そして、TN ではこのような患者をグループに分けてケアを行うが、このグループ分けもある基準に基づいて行わなくてはならない。そこで、“看護の質展開表”を活用することが可能であると考えられる。

例えば、ベッドサイド空白時間という観点で患者グループを分類とした場合、患者は重症度によって、Ns がケアに要する時間が異なる。当然、重症者に必要な看護度は高いため、その分、Ns は看護に時間を割かなければならない。そのため、重症度によって分類し、重症度の高い患者グループを動線が(ナースステーションから患者の部屋までの距離)が短い部屋に配置するなどの方法をとることが有効であると考えられる。また、重症患者と軽症患者 1 人あたりにかかるケア所要時間を調べることで、患者グループの患者数を定めることが可能である。

患者グループを分けるにあたり、上述したような観点以外にも考慮すべき点はあると考

えられる。しかし、このように看護の質展開表を活用することで、患者グループを決定するための観点を定めることが可能であると同時に、その効果の検証、改善活動を容易に実施することができる。

(2) チーム編成の方法

TNを実施するにあたり、チーム編成は重要な要素の1つである。TNでは、チームの構成人数、チーム数、構成するNsの経験年数の割合など、チーム編成に関する様々な決定事項が存在する。そして、これらはチーム活動に大きく影響すると考えられる。

ここでは、チーム数について考えることにする。TNでは、病棟の人数にもよるが、基本的には2~3チームで行われる。しかし、適切な指標を定めた決定が行われていないため、これらのうちどちらが良いかの評価や判断するための観点が示されていない。そこで、看護の質展開表の三次項目である、情報伝達の効率化という観点を持ってチーム数を考える。

2チームと3チームでは、当然1チームあたりのNsの人数は異なる。そのため、チーム内での情報の共有や意思統一のしやすさが異なると考えられる。日勤で出勤してきたNsが15人であった場合、2チーム制にすると1チームあたり7、8人で構成される。それに対し、3チームでは1チームあたり5人で構成される。これより、3チーム制の方が、チーム内の情報共有や意思統一はしやすいことがわかる。

また、TNではリーダーが存在すると述べたが、リーダーはチームで担当している患者情報をすべて把握しておかなければならない。そのため、始業時に担当する患者すべてのカルテを読まなければならない。したがって、担当患者が多い2チーム制よりも3チーム制で行う方が、カルテの情報を把握する時間や記録に要する時間が短くなり、また、情報の漏れなども少なくなると考えられる。以上より、情報伝達の効率化という観点では、3チーム制の方が効果的であることがわかった。すなわち、看護の質展開表は、チーム編成を決定する1つの基準として活用することができることがわかる。

以上のように看護の質展開表を活用する、または、それに関連した新たな指標の設定を行うことで、業務分析(業務スケジュール)以外に対しても活用することが可能である。

6.5.4 産業界の業務分析手法との比較

6.5.4.1 産業界の分析手法^{[21][22]}

産業界には工程分析、稼働分析、作業分析など様々な手法が存在する。工程分析は、原材料が製品になるまでの変化過程を加工・運搬・停滞および検査の4要素に分割し、工程図記号を用いて定量的に調査、記録し、工程改善を行うための方法である。稼働分析は、長時間の作業に費やした時間を、準稼働、稼働、非稼働に区分し、その時間比率を求めるものである。そして、作業分析は、工場その他の生産現場における生産性の向上の対策として、個々の作業者の行う作業の改善、標準化を目的とする。これらの手法を用いる目的を以下に整理した。(産業界の業務分析手法の詳細は、付録に載せる)

① 工程分析

- 工程、設備および方法についての包括的な実態情報を得た上、改善を行う。
- 材料や製品の変更に伴う影響(設備的、方法的、人事的)を予測する。
- 適切な生産計画を立案する。

② 稼働分析

- 工場管理のための欠点の探求など定量的な手がかりをつかむ.
- 標準時間設定のための適切な余裕(率)の決定.
- 適正な人員・規模・設備台数の決定.
- より深い分析が必要な箇所の発見.

③ 作業分析

- 作業の実態を把握し，視覚的，定量的に稼働率とロス率を調査する.
- 作業の効果的な設計・改善を行い，安全作業の実現，平均化した作業分配，サイクルタイムの短縮を目指す.
- 作業の自動化(単純化)を実現する.

6.5.4.2 産業界と看護分野の比較

6.5.4.1 節で述べたように，産業界には様々な業務分析手法が存在する．しかし，これらの手法を看護業務の分析に用いることは効果的でないと考えられる．その理由として，産業界と看護分野における製品やサービスの持つ特性の違いが挙げられる．

そこで，これらの違い(特に看護業務の持つ特性)に着目し，本研究で提案した手法で看護業務を分析することの必要性を考察する．

看護業務は患者状態に依存する部分が多く，突発的に発生する業務が多く存在するため，業務は複雑になる．図 5.1 に A 病院で業務観察を行った結果から，看護業務全体に対して，実際に突発的に発生した業務の割合を示す．

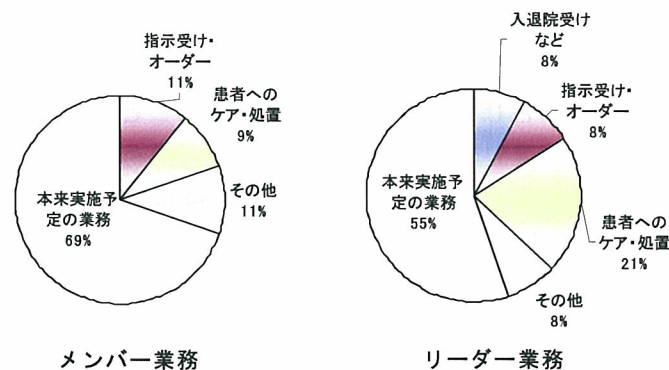


図 5.1 突発的に発生した業務の割合

ここで，突発的に発生した業務というのは，Ns がカルテの読み取りやカンファレンスなどから情報収集した時点で当日実施を計画していなかった業務のことである．

図 5.1 より，メンバー，リーダーともに突発的に発生した業務は，約 30%~45%程度存在することがわかる(色塗り部)．これより，看護業務は非常に忙しく，また複雑であることがわかる．例えば，予定していなかった患者が，急遽入院することになりその対応に追われる，患者が風呂に入りたいなどの要望を訴えたため，予定していなかった入浴業務を行うなどといったことは日常業務の中で多く発生する．

以上のような看護業務の特性を考慮すると，産業界の製品と看護サービスに関していく