

務プロセスの作成を行うことで、問題点が可視化できるようになり、職員に強い問題意識を持たせることが可能となる。それらのことから、問題点の把握や改善を行うための手段として、業務プロセスの作成が有効であるといえる。

2.4.4 病院における委員会活動

機能評価の要求事項の特徴として、委員会活動と文書類、業務の記録の要求が多いことがあげられる。病院が ISO や機能評価の認証を取得するための活動を開始すると、初期の段階では質向上を目的として、要求されているものを病院に有効に取り入れるように活動することが考えられる。しかし、審査間際になると要求事項を満たすことが目的となってしまうことが多いとも考えられる。その結果、目的やその必要性が不十分なまま委員会の設置や文書の作成が行われることがある。文書を作成しただけで、その後有効に活用しないことは無駄であると考えられる。

しかし、それ以上に無駄と考えられるのが目的が明確になっていない委員会活動である。委員会活動は、人的な労力を有する活動である。しかも、職員にとって病院における委員会活動とは、日常業務以外の補足的な活動に当たり、必ずしも行わなければいけない業務ではない。そのため、その目的が明確でない活動に多くの職員を参加させることは非常に無駄なことであると考えられる。

機能評価で委員会活動を要求している項目を見ると、そこで、検討すべき内容を明記している項目もあれば、委員会を設置することだけを要求している項目もある。このような項目に対して、要求事項を満たすことだけを目的として委員会の設置を行ってしまうと、委員会が形骸化してしまうことや上述したように委員会活動が職員にとって負担となってしまうことが考えられる。

委員会を有効に活用させるためには、まず委員会活動を行う目的を明確にすることである。多職種での議論が必要と判断した場合や定期的な検討が必要と判断した場合に設置すべきものである。例えば、栄養部門内のカンファレンスで検討できるものであれば、無理に委員会を設置する必要はない。しかし、他部門の意見を必要として、定期的に議論したいと判断するならば設置するべきである。

また、有効に機能するためには、参加する職員がその目的を理解していることが必要である。職員が自発的に目的意識や問題意識を持つことが理想であるが、そうでない場合は、活動の目的を周知させることも必要であると考えられる。

委員会活動自体は無駄なことではない。有効に機能している委員会活動は非常に意味のあるものである。様々な問題を検討する場や情報伝達を行う場など何らかの意味を持って委員会活動が行われていれば無駄なものにはならず、病院にとって不可欠なシステムになるはずである。重要なのは、ただ委員会を設置することではない。委員会の活動目的を明確にした上で設置して、その目的を理解した職員で議論することであると考えられる。

2.5 結論と今後の課題

2.5.1 結論

本研究では、まず、ISO と機能評価という要求の観点が異なるものをどのようにして比較するか検討した。その上で、比較する際の業務の単位、さらに比較すべき業務について

検討して決定した。それに従って、両者の比較方法の検討を行い、統合の基本方針を立案した。

両者の統合の基本方針に基づいて、“業務プロセスの作成”“5W1Hの明確化”“機能評価の項目の対応づけ”“ISOのシステムと機能評価の要求事項で存在する文書類の明確化”の4つの手順で構成されるISOと機能評価の統合の手順を提案した。

さらに、提案した手順にもとづいて、与薬業務に適用した。その結果、与薬業務における統合に関しては提案した統合方法が有効であることが確認できた。

また、統合方法の有効性の検証を行うため、他の業務へも適用する事を考えた。しかし、機能評価の構成が業務の内容別になっていなかったことから、機能評価の要求事項を分類しなおした。

分類結果にもとづいて、与薬業務以外の36の業務を代表例として選定し、統合方法を適用した。その結果、29の業務において与薬業務と同様に統合することができた。それに対して、7の業務において、統合することができなかった。そこで、統合することができなかった点に対して、病院がどのように対応するべきかを示した基本方針を考案した。さらに、水戸総合病院では基本方針に基づいた対応を実施したことで、統合できなかった点を統合することができた。

本研究では、ISOと機能評価の統合方法を提案した。さらに、水戸総合病院の業務に適用することを通じて、その有効性の検証を行うことができた。

2.5.2 今後の課題

本研究では、機能評価で要求される業務の中から代表例として37の業務を選定して、提案した統合方法を適用した。その結果、提案した統合方法は有効であると考えられた。しかし、適用していない業務も数多くあり、他の業務に適用した結果、別の問題が発生する可能性は十分に考えられる。そのため、適用していない業務に統合方法を適用することが必要であり、その結果にもとづいて統合方法の検証を再度行うことを考えている。

また、統合することができなかった箇所の分析から、複数の原因が明らかになった。そこで明らかになった原因は、ISOと機能評価の根本的な違いであり、今後別の業務について統合を図った際にも同じ違いが原因となって、統合ができないことが考えられる。そこで、今回明らかになった問題点とその原因を踏まえて、統合方法の改善をする必要があると考えている。

提案した統合方法を適用した水戸総合病院は既にISOの認証を取得していた。そのため、本研究は、ISOのシステムに機能評価のシステムを取り込んでいく形式になってしまった。しかし、機能評価の認証だけを取得している病院や、どちらの認証も取得していない病院も存在する。そのため、既にISOの認証を受けている水戸総合病院に適用しただけでは、全ての病院に対応できる方法とは言い難い。今後は、水戸総合病院とは異なる状況にある他の病院への適用を通じて、統合方法の汎用性を高めていく必要があると考えている。

2章の参考文献

[1](財)日本医療評価機能評価機構(2001):「病院機能評価統合版新評価項目解説集」,(財)日本医療評価機能評価機構.

- [2]細谷克也(2001)：「品質マネジメントシステム要求事項の解説」，日科技連出版社。
- [3]上原鳴夫，黒田幸清，飯塚悦功，棟近雅彦，小柳津正彦(2003)：「医療の質マネジメントシステム」，日本規格協会。
- [4]飯田修平(1999)：「病院早わかり読本」，医学書院。
- [5]中村圭作(2001)：“病院における ISO9001：2000 適用における研究”，早稲田大学修士論文。
- [6]TQM 委員会(1998)：「TQM - 21 世紀の総合「質」経営」，日科技連出版社。
- [7](財)日本医療機能評価機構ホームページ，「病院機能評価について」，<http://jcqhc.or.jp/>
- [8]飯塚悦功(1999)：「ISO9001 と TQM の融合」，日科技連出版社。
- [9]武田隆久(1998)：「医療サービスにおける品質保証と標準化」，メヂカルフレンド社。
- [10]棟近雅彦(2003)：“医療版 ISO とその意義”，「看護展望」，Vol.28，No.11，pp50-58。

プロセス	Who	When	Where	What How	文書	
クレームへの対応					ISO	機能評価
情報収集		随時		院内7箇所のご意見箱 ポスター、掲示 連携室での相談 MSWとの面談 インターネットでのメール		
3.3.3.1 分析	MSW NS	情報収集後	医療相談 連携室	収集した情報の分析		
3.3.3.1 3.3.3.2 対応	ベテランNS	分析後	PT何でも 相談室 医療福祉 相談室	ベテランNSが個別対応		対応手順
記録	対応者が	対応後すぐ	対応場所で	相談記録の作成		
3.3.3.3 検討	サービス 向上委員	月1回	サービス向上 委員会	対応内容、 クレーム内容について 検討		
回答の決定	サービス 向上委員長	月1回	サービス向上 委員会	クレームに対する対応 回答の決定		
3.3.3.3 職員への周知	サービス 向上委員	検討後	メールで	クレーム内容、その対 策について		
患者への回答	サービス 向上委員	検討後	掲示などで	改善内容の掲示で		
このページの全てのプロセスは、患者さまクレーム 要求されている対応手順も明記されている						
①:①には地域からの検査依頼対応のフロー図が対応する(2次文書でも3次文書でもない)						

付図 2.1 クレームの対応についての業務プロセスとの対応図

プロセス	Who	When	Where	What How	文書	
					ISO	機能評価
<p>看護の実践</p> <pre> graph TD A[看護基準] --> B[5.10.1.3 情報源] B --> C[5.10.1.1 5.10.1.2 5.10.1.4 基本的な看護の実施] C --> D[看護記録の作成 適宜改訂] D --> E[看護ケアの評価] E --> F[継続] E --> G[中止] E --> H[改定] F --> C G --> C H --> C I[全体の評価] </pre>						
	Ns ヘルパー	適宜	ベットサイド 浴室など	患者看護情報用紙 Drの指示書、計画用紙 週間予定		
	ヘルパー Ns	実施した都度	チェックシート 看護記録に	看護計画に書かれて いることを元に		
	受け持ちNs 当該者 上司、同僚	1ケアごと 評価予定日	計画的に場を 設ける (カンファ)	実施結果の評価		
	受け持ちNs 当該者 上司、同僚	評価の結果が 出次第	カンファ 個人で	PTの経過について		
				看護計画用紙の 具体策、 目標の改定		
	このページの全てのプロセスは看護基準の清潔、排泄、食事 など全ての項目に該当する					

付図 2.2 看護の実践についての業務プロセスとの対応図

プロセス	Who	When	Where	What How	文書	
					ISO	機能評価
環境整備 3.6.1.3 情報収集 ↓ 3.6.1.1 3.6.1.2 他部門・他職種との連携に関する検討 ↓ 意見の提案 ↓ 3.6.1.3 現状調査 ↓ 要望提出 ↓ 3.6.1.2 検討 ↓ 返答 ↓ 返答内容に対する検討 ↓ 行動計画の立案 ↓ 基準手順の作成 ↓ 周知徹底 ↓ 評価						
各科長 主任 リーダー	随時	雑誌・研修会・ 現場から	業務環境についての意見、情報。			
各科長 主任	随時	カンファ				業務内容の 明確化
各科長 主任	随時	師長会議				
各科長 主任	意見の提案が あったとき	現場				
各科長 主任	意見の提案が あったとき		データの提出 各科長、院長、 事務長に			
院長、 事務局	要望が提出さ れた際		要望に対してさまざ まな角度から検討			
各科長 主任	変更があるとき	カンファ	業務環境変更について			
各科長 主任	変更があるとき	カンファ	業務環境変更について			
各科長 主任	変更があるとき					
各科長	変更があるとき					
				業務内容の変更点 残業時間などから評価		
このページの全てのプロセスは施設管理基準に対応している 業務内容も施設管理基準に明記されている						

付図 2.3 職員の環境整備についての業務プロセスとの対応図

プロセス	Who	When	Where	What How	文書	
					ISO	機能評価
食事提供の流れ						
医師の指示	Dr	入院時		食事伝票の作成		
食事オーダーの入力	リーダーNs 病棟クラーク	毎朝	病棟で		①	
4.25.1.1 食事の選択	Ns	決められた時間に	PCで	患者の希望に応じてPCで入力		
4.13.2.2 食札の作成	委託の栄養士	毎朝	PCで	PCにオーダー入力	②	
食札のセット	調理師	食札作成後		配膳車に食札をセット		
4.25.1.1 発注・伝票献立作成	委託栄養士			PC出力で		
業者に伝達	委託栄養士	納入時	栄養指導室	発注書を業者に渡す		
納品			栄養指導室			
食事の調理	委託栄養士	納品後	調理室	仕込み表にもとづいて		
盛り付け	委託栄養士	調理後	調理室	配膳車の食札のところに盛り付ける		
食事チェック	委託栄養士	配膳前	調理室	適切に食事が出ているかチェック		
配膳車の搬送	調理師	チェック後		各病棟へ搬送		
①:①に対応する看護局の手順・基準・マニュアルは存在せず ②:②に対しては3次文書の栄養室基準、給食業務のフロー図に該当する						

付図 2.4 食事提供についての業務プロセスとの対応図ー①

プロセス	Who	When	Where	What How	文書		
					ISO	機能評価	
↓ 食事リストの出力	NS	配膳後すぐ	病棟で	食事オーダーで病棟の食事リストを出力	③		
↓ 病棟で確認	NS	配膳後すぐ	病棟で	リストと食事を照合			
↓ 栄養士に確認	Ns	問題発生時	病棟から電話で	問題発生時に問題事項について			
↓ 確認	委託の栄養士	電話後	調理室 栄養指導室	問題事項について			
↓ 対策	栄養室員	確認後		謝罪もしくは対策の立案と実行			
5.15.1 ↓ 食事提供	NS	食事の提供時間	病室で	各病室の患者に対して食事の配膳			
↓ 下膳	NS	食事の下膳時間	病室で	配膳車の中に収納			
↓ 調理室に返却	調理士が	下膳後		調理師が厨房に配膳車を下げる			
↓ 残菜量のチェック	調理士	毎食後	調理室	毎食後、病棟ごとに何がどれだけ残ったかチェック			④
4.25.1.3 ↓ 分析	栄養士	チェック後	調理室	残菜量が多いときに			

③:③ に対しては看護局手順-3.食事が対応する
④:④ に対しては3次文書の栄養室基準、食事業務のフロー図に該当する

付図 2.5 食事提供についての業務プロセスとの対応図-②

プロセス	Who	When	Where	What How	文書
能力評価					ISO 機能評価
各部門の基準					年間教育計画 教育計画 カリキュラム プログラム
1.7.1.1 ニーズ調査	教育委員	毎年1月		教育方針にもとづいてニーズの調査	
1.7.1.1 検討	教育委員	2月	教育委員会で	院長が要望発生都度決定	
教育計画の仮立案	教育委員長	2月	教育委員会で	委員長が最終的に立案	
各部門での承認	各科長 主任	2月	各部門の 部課長クラスの 会議で	各部門で検討後結論	
計画の検討	教育委員	2月	教育委員会で		
1.7.1.3 計画の立案	教育委員長	3月	教育委員会で	議論内容を踏まえて、委員長が立案	
教育者の選定	教育委員	4月		教育内容に見合ったメンバーを選定	
1.7.1.2 1.7.1.3 教育の実施	全職員	4月以降	全部門で	選定されたメンバーを講師として教育	
記録の作成	教育委員会の 担当者				
承認	教育委員長			教育結果にもとづいて	
1.7.1.4 評価	教育委員が			受講者にアンケート調査	
このページの全てのプロセスは人材育成計画基準に対応している					

付図 2.6 職員の能力評価についての業務プロセスとの対応図

プロセス	Who	When	Where	What How	文書	
					ISO	機能評価
業務規定・組織図の改定 情報収集 ↓ 1.4.1.2 検討 ↓ 1.4.1.3 1.4.1.4 業務規定、組織図の作成、適宜改訂 ↓ 承認 ↓ 報告 ↓ 1.4.1.2 評価 ↓ 問題点の把握	業務委員 業務委員 業務委員 各部門の科長主任 各部門の科長主任 各部門の科長主任 業務委員会が	年に1回 年に1回 組織体制変更時 組織体制変更時 組織体制変更時 年1回	メディアHP・研修会 業務委員会で 業務委員会で カンファで会議で 各部門の会議で 各部門の会議で 各部署の意見の吸い上げ	組織体制に関する情報を 組織体制に関する		組織図 職務文章 会議規定
このページの全てのプロセスは文書管理基準、品質方針実施基準に対応している						

付図 2.7 業務規定・組織図に関する業務プロセスとの対応図

プロセス	Who	When	Where	What How	文書	
理念・基本方針の改訂					ISO	機能評価
1.1.1.2 情報収集	院長	随時		理想的な姿と現状のギャップの把握		
1.1.1.2 ↓ 分析	院長	随時		ギャップの原因について		
1.1.1.1 1.1.1.3 ↓ 改訂	院長	理念に関しては5年に1回		現状で存在するギャップを埋めるための方針、理念に改訂	H病院理念 H病院基本方針	理念 基本方針
↓ 病院目標の作成	院長	期に一度		理念、基本方針に基づいた病院としての目標を期に一度作成		
↓ 各職種ごとの目標を作成	院長	期に一度		病院目標と整合するように、期に一度各職種、各種委員会の目標を作成		
1.1.2.1 1.1.2.2 ↓ 周知	情報システム部門の職員が	作成、改訂後	イントラ、掲示で	掲示、オリエンテーション、イントラ、カードなどの作成、配布、周知		
1.1.1.4 ↓ 見直し	科長以上の職員で	半期に一度	業務運営会議で	各職種ごとの目標は半期に一度、病院全体のものは2年に一度業務運営会議で見直しを行う		
①:①に対応する文書として、患者様なんでも相談室業務マニュアル(3次文書) 医療福祉相談基準(3次文書) 流れを表したフロー図(何次文書でもない)が存在する						

付図 2.8 理念・基本方針についての業務プロセスとの対応図

プロセス	Who	When	Where	What How	文書		
医療相談の流れ						ISO	機能評価
医師の連絡	Dr	随時		患者様医療福祉相談依頼書で伝達	①		
↓							
現状把握	MSW	状況に応じて何時行うかを判断					
↓							
アセスメント	MSW	現状把握後		現状を踏まえてアセスメントの作成			
↓							
計画立案	MSW			SWとしての視点で			
↓							
3.2.2.2 打診	MSW Dr Ns	現状に関する情報が不足していると判断したとき	カンファ	計画についてカンファ			
↓							
面接	MSW Pt 家族	計画立案後	面接で	援助を必要としている患者・家族と面接			
↓							
3.2.2.1 介入	MSW	面接後		心理的 社会的サポートの実施 経済的			
↓							
3.2.2.3 記録	MSW	介入後すぐ		記録の作成			
↓							
3.2.2.2 評価	MSW Dr Ns	記録作成後		患者の期待に添えたか Dr Nsの希望に添えたか			
↓							
計画立案へ		必要があれば					
↓							
①:①に対応する文書として、患者様なんでも相談室業務マニュアル(3次文書) 医療福祉相談基準(3次文書) 流れを表したフロー図(何次文書でもない)が存在する							

付図 2.10 医療相談についての業務プロセスとの対応図

プロセス	Who	When	Where	What How	文書	
看護部門の目標					ISO	機能評価
看護部門の目標・活動方針に関わる情報収集	総師長	常に	メディア HP・研修会	院長方針・患者の意見・世の中の情報・Nsの情報		
↓						
看護部門の方針 看護部の現状把握	委員会のメンバー	月に一回	看護局の各委員会	委員会ごとに目標・問題点の抽出		
↓						
5.1.2.1 看護部門の目標・活動方針の作成	総師長 副総師長	年2回	総師長と副総師長のカンファ		病院単位の目標に準じた看護部門目標	看護部門の目標
↓						
看護部門の活動方針と病院の理念との整合性の把握	総師長 病院の代表	年2回	師長会議			
↓						
看護部門の職員への周知	総師長	年頭(4月)	センター講堂	挨拶のような形で周知		
↓						
5.1.2.2 各看護単位ごとの目標・活動方針の作成	各部門の師長	年2回	病棟・部署ごとに作成	承認は師長会議で行う	看護部門の目標に準じた各単位の目標	各単位の目標
↓						
職員への周知	師長	月一回 随時	病棟会議 連絡ノート			
↓						
各個人の目標の作成	各個人	年2回	個人で作成する			
↓						
個人の目標の検討・決定	個人と師長	年2回	面接を行って検討・決定			
↓						
5.1.2.3 看護部門の目標 評価	師長会議で評価	年2回	最終的には病院サイドに提出			
↓						
看護単位の目標 評価	師長が行う	年2回	総師長と面接	最終的な評価は師長会議		
↓						
個人の目標 評価	個人が行う	年2回	師長との面接で評価	自己評価のような形で		
このページの全てのプロセスは品質方針実施基準に対応している						

付図 2.11 看護部門の目標についての業務プロセスとの対応図

プロセス	Who	When	Where	What How	文書	
					ISO	機能評価
委員会活動						
看護局の理念・看護基準						
↓						
現状の問題分析	各師長	随時	現場・メディア・HP・研修会	院長方針・患者の意見・世の中の情報・Nsの情報		
↓						
検討	総師長 副総師長	随時	カンファで	委員会候補の決定		
↓						
5.1.3.3 行う委員会の決定	総師長	随時	個別に	委員会の決定		
↓						
報告	総師長	随時	師長会議で	委員会の報告		
↓						
5.1.3.4 メンバー選定	総師長 師長	随時	各委員会	委員長は総師長が決定。メンバーは師長が各部署で1人ずつ選定		
↓						
委員会規約の検討	委員	委員会開催時	委員会で			
↓						
委員会規約の作成	委員長	随時	委員会で			
↓						
承認	総師長	4月				
↓						
活動方針・計画の作成	委員	年1回	委員会で	委員会の報告		
↓						
5.1.3.3 委員会活動	委員長中心に	年1回	師長会議で			委員会規定
↓						
評価	委員長が		師長会議 朝礼	PDCAシートで評価		
↓						
問題点の報告	総師長 副総師長 師長			問題点の報告		
このページに記載した全てのプロセスは各種委員会・タスク基準、看護業務基に対応している						

付図 2.12 委員会活動についての業務プロセスとの対応図

プロセス	Who	When	Where	What How	文書
職員の確保					
6.1.2.1 人員に関する情報 収集	事務局	毎月	事務局がデータ分析	業務量・夜勤加算・診療報酬上の基準・残業時間	ISO
6.1.2.1 ↓ 必要な人員の検討・ 明確化	各科長	分析を受けたとき	個人で決定		機能評価
↓ 人事の承認を得る	各科長が委員長に提出	必要な人員決定時	院長が個人で	院長が要望発生都度決定	
↓ 師長に報告	各科長	人事の承認が得られたとき	師長会議で	決定した人事の最終報告	
↓ 事務局に採用依頼	各科長	人事の承認が得られたとき		総務担当者に依頼	
↓ 事務局が募集	事務局	依頼があったとき	WEB・求人紙 看護師学校などで		
6.1.2.1 ↓ 採用試験	事務局長 総務主任 各科長	応募があったとき	面接(経験者) ペーパー(新人)		
↓ 採用可否の決定	事務局長 総務主任 各科長	試験の都度	面接(経験者) ペーパー(新人)		
↓ 院長の承認	院長	試験合格の場合			
6.1.2.2 ↓ 採用	事務局が	承認が取れたとき	文書で	合格の旨を通達	
6.1.2.3 ↓ データの分析	各科長 主任	随時	看護度調査 適性の把握 新人業務 チェックリスト	データの分析を行う	
↓ 評価・問題点の把握	各科長 主任	随時	部署ごとに会議 各部署で検討	人事に関する評価を行う	
↓ 検討	各科長 主任	月1回	個別のカンファ	各科長が問題点を挙げる	
↓ 見直し	各科長 主任	月1回	科長会議で	人事異動の報告を受けての見直しをする	
このページの全てのプロセスは医事係基準に対応している					

付図 2.13 職員の確保についての業務プロセスとの対応図

プロセス	Who	When	Where	What How	文書	
設備設置の流れ						
情報収集	総務	月に2回	ご意見箱で	ご意見箱で患者の意見を収集	ISO	機能評価
情報の伝達	事務長 総務	月に2回		情報から得られたデータを		
6.4.1.4 現状調査	各部署の主任が			施設・設備の意見に対する現状調査		
6.4.1.1 検討	各部署のメンバーが	月2回	各部署で	意見・要望についての検討		
回答の作成	各部署の主任 科長	検討が終わり次第				
審議	サービス向上委員		サービス向上委員会			
6.4.1.3 結論の決定	院長が			最終的な判断を下す		
掲示	総務	決済が終わり次第	院内掲示で	決定事項の周知を行う		
6.4.1.5 業者との検討	各担当が	読影終了後	連携室へ	担当医の読影終了後各科の担当者が持参		
見積書の受け取り	各担当が			業者が発行した見積書を		
伝票発行	各担当が					
伝票提出	各担当が	記録作成後		施設係に伝票を提出		
伝票送付・入力	施設係担当者			PCに入力 茨病センターに送付		
手配	茨病センター	伝票到着後		茨病センターが手配		
納品	業者が			直接、H病院に送付		
確認	施設・設備係	納品しだい	各部署で	納品した品を伝票と照合して確認		
設置	業者	納品後すぐ		各発注者立会いの下、施設の設置		
6.4.1.2に関してはこのプロセスを定めたことで適正化できていると考えられる このページのすべてのプロセスは購買決済基準に対応している						

付図 2.14 設備設置についての業務プロセスとの対応図

プロセス	Who	When	Where	What How	文書		
					ISO	機能評価	
栄養指導の流れ							
医師の指示	Dr	随時		栄養指導依頼書で	①		
内容確認	Ns	依頼があった都度					
予約の時間調整	Ns 栄養室員	依頼があった都度	Tel	Nsと栄養室員が電話で予約をとる。			
4.13.2.2 依頼書の伝達	メッセージ	予約が取れた後	病棟から直接	Nsから栄養室員へ			
調査	栄養管理師	予約の日時に	病棟 栄養指導室	身体状況・日常生活などについて調査			
4.13.2.2 4.25.1.2 記録作成	栄養管理師	食事指導前	病棟 栄養指導室	食事指導前、調査記録表の作成			
4.13.2.2 4.25.1.2 5.15.1.3 指導	栄養管理師	予約の日時に	病棟 栄養指導室	食事指導を行う			
予約	栄養管理師	指導終了後に	病棟 栄養指導室	次回指導日の決定			②
照合	栄養管理師	次回指導時に	病棟 栄養指導室	実際の食事内容と、指導内容の照合			
確認	栄養管理師	次回指導時に	病棟 栄養指導室	指導した内容について理解度のチェック			
4.13.2.2 5.15.1.3 次回指導	栄養管理師	次回指導予約時	病棟 栄養指導室				
評価	栄養管理師	指導終了後に	病棟 栄養指導室	食事内容、臨床データ 身体状況から判断			
終了							
説明	栄養管理師	評価結果に問題があるとき		間違っている点などについて説明			
継続							
①:①に対応する看護局の手順・基準 マニュアルは存在せず							
②:②に対しては3次文書の栄養室基準、栄養指導業務のフロー図に該当する							

付図 2.15 栄養指導についての業務プロセスとの対応図

図 与薬業務についての業務プロセスとの対応図-①

プロセス	Who	When	Where	What How	文書	
プロセス	Who	When	Where	What How	文書	機能評価
与薬の流れ(入院)② 看護局					ISO	機能評価
↓						
病棟への薬剤の搬送	メッセンジャー	金曜日の夕方		病棟薬剤師に定時処方薬を渡す		
↓						
薬の準備	病棟薬剤師 +Ns	金曜日の夕方		1週間の薬剤を朝昼夕計21個の箱に振り分け		
↓						
4.23.3.1 5.13.1.1 確認	受け持ちNs	投与時	病室で	・呼称確認 ・Pt名確認、タイミング、 ・投与法の確認		与薬の手順
↓						
薬の投与	受け持ちNs	決められた時間に	ベットサイド	指示に沿った投与を		
↓						
4.23.3.1 5.13.1.1 記録の作成	受け持ちNs	投与後		処方箋の3枚目に実施したことを確認してはんこを押す		
↓						
4.23.3.2 5.13.1.2 観察可否の判断	Dr+Ns+家族、本人		カンファで	観察が必要か否かの判断		
↓						
4.23.3.2 5.13.1.2 観察		検温時に	ベットサイド	患者と相談して評価		
↓						
検討	受け持ちNs +Dr	必要時に				
↓						
評価						
↓						
問題点の把握						
↓						
改善方法の立案						
↓						
改善						
あったほうがいいが、現在は行われていない						
このページの観察までの手順は、2次文書である看護業務基準5.2(2)内服フローに対応している						

付図 2.16 与薬業務についての業務プロセスとの対応図-②

プロセス	Who	When	Where	What How	文書
検査受託の流れ	機能評価では、検査受託マニュアルを要求				ISO 機能評価
検査予約	地域の医療機関から、連携室へ	随時		高額医療機器予約の連絡	①
対応	連携室	依頼があった都度	Tel	連携室と各科が電話で予約をとる。	
返答	各科の担当者が	予約が取れ次第	Tel	医療機関に返答	
状況把握	各科の担当者	返答の電話の際	Tel	患者の状態把握などを行う	
来院	患者が	予約の日時に	連携室に	来院時に紹介状を受け取る	
カルテ発行	連携室員	来院後すぐ		カルテ、検査伝票発行	
誘導	連携室員	カルテ発行後	各科へ	各科へ患者を案内	
検査実施					
検査結果の受け取り	各科の事務員	読影終了後	連携室へ	担当医の読影終了後各科の担当者が持参	
1.9.3.2 記録の作成	連携室員	受け取り後すぐ	連携室で	ノートに記録を記入	
1.9.3.2 送付	連携室員	記録作成後	総務に	総務に記録を届けて、総務が送付	
①:①には地域からの検査依頼対応のフロー図が対応する(2次文書でも3次文書でもない)					

付図 2.17 検査受託についての業務プロセスとの対応図ー①