

## 標準化は創意工夫をなくすものか

### ◆ 標準化は創意工夫の時間を作る

- 研究活動、文筆活動にも標準はある
- 創造性を発揮しなくていいところに発揮する必要はない
- 決められることは決めてしまう
  - 処方箋の書き方に創造性を発揮しても仕方ない
  - 他に時間を使うところはたくさんある

### ◆ 創意工夫は今あるものから生まれる

- 天才以外は、そう簡単に思いつかない
- すごい発見したように見えても、それは今あるものをベースにしたものが多い

## なぜ日常業務でない改善に力を入れるのか ～継続的改善～

### ◆ 完全なシステムがあれば必要ない？

- 最初から完全なシステムなんてできない
  - 少なくとも医療システムに関するプロはまだいない
  - 完璧なシステムにするのは非常に時間・工数がかかる
- 完全なシステムはゆっくりだが変わっていく
  - 患者のニーズ、価値観が変わる
  - 医療従事者の能力も変わる
  - 医療制度も変わる

### ◆ では、どうすればよいか？

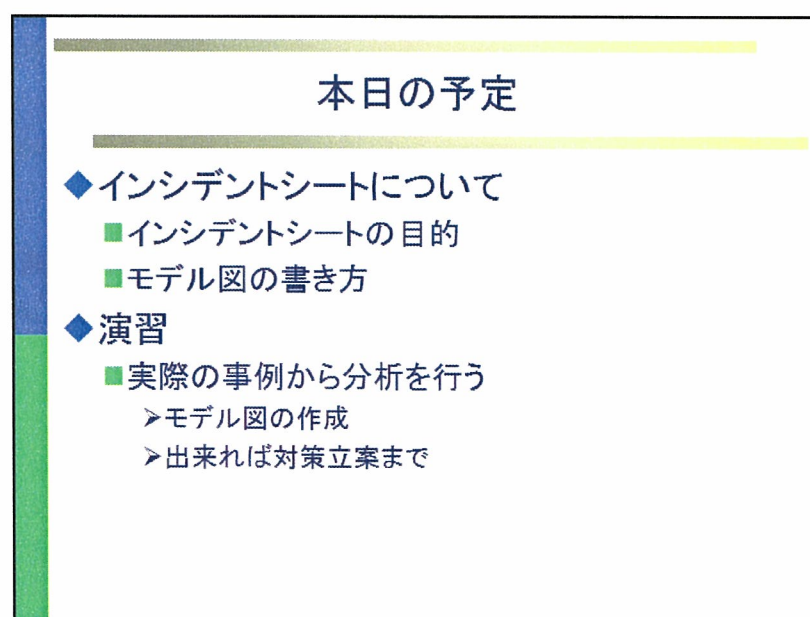
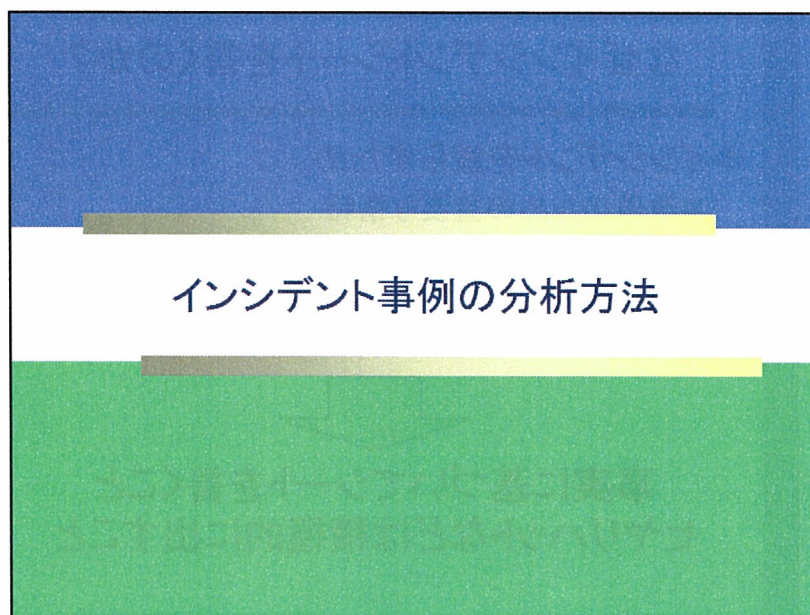
- 結局、不完全ではなるが今考えられる最善策を施し、継続的に改善するのが一番の近道である
- 改善を日常業務と認識する

## なぜ組織的な管理が必要なのか ～マネジメント～

- ◆ **ひとりなら、マネジメントはいらない**
  - 患者に医療サービスを提供するには、多くの医療従事者の連携が必要である
- ◆ **基本的考え方を実践できればいいのか？**
  - 個々人でプロセス指向、標準化、継続的改善を行うこともできる。しかし、それでは返って混乱を招く。
- ◆ **このようなことを組織的にうまく運営させるものがマネジメントであり、ISO9001である。**

## まとめ

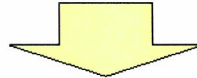
- ◆ 我々が行いたいのは、**医療の質向上**である。
- ◆ そのためには、**システムで保証することが重要**である。
- ◆ そのツールとして**ISO9001**がある。
- ◆ 医療の質向上を行うためには、**プロセス指向、標準化、継続的改善、マネジメント**を理解することが重要である。
- ◆ これらを実践するのは、**誰でもない我々**である。



## なぜインシデントシートを書くのか？

### ◆ インシデントを減らすため

- 改善のための重要な情報
  - 起きたミスに対して効率的に改善を行っていく
- 決して反省文ではない
  - 始末書的な意味合いが強かった



事実に基づいてシートを書くこと  
ヒヤリハットなどは積極的に出すこと

## 情報収集から標準化まで

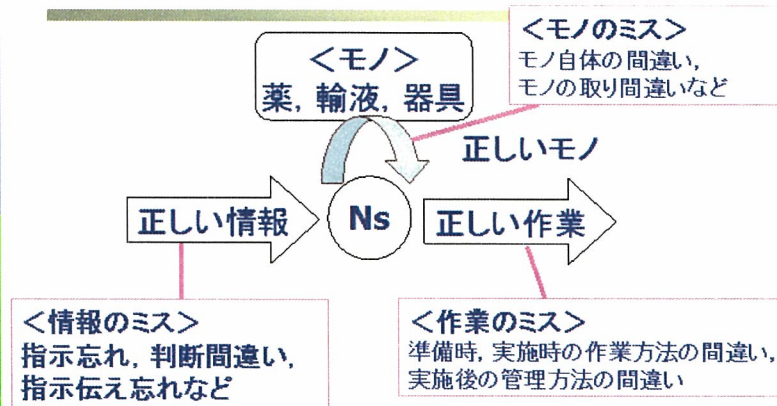
### 事故分析の流れ



- ◆ 良い対策には良い情報が必要
  - 現場の声は現場の人が一番よく知っている
- ◆ 対策を実施するのは現場の方々



## モデル図とは？



誤りの内容を組み込んで事故状況を図で表す

## 練習①～アマリールの服薬忘れ～

- ◆内服指示書には『朝食後アマリール1錠』と書いてあった。
- ◆内服指示書から処方箋に転記する際に『夕食後アマリール1錠』と書いてしまった。
- ◆そして、服薬をさせる時に処方箋のみを見て、与薬カートにアマリールがなかったので、病棟保管庫から用意し内服させた。
- ◆ルールとしては処方箋と内服指示書の2つを見て薬を準備することになっていた。

## 練習①～アマリールの服薬忘れ～

正しいモノ:

正しいモノの保管場所:

誤ったモノ:

誤ったモノを取ってきた場所:

実際に正しいモノがあった場所:

正しい情報源

正しい指示:

誤った情報源:

誤った指示:  
指示

Ns

誤った作業:

作業の誤り

## モデル図のメリット

- ◆ミスがどこにあるかわかりやすくなる
- ◆個人の責任ではなく、プロセスの問題点に着目できる
  - プロセス指向が身に付く
- ◆コミュニケーションツールとなる

## 練習②～ラシックスの誤投与～

- ◆尿量100ml/4時間以下のとき病棟保管庫から取り出し、「ラシックス1/2A iv」という指示があった。
- ◆朝6時尿量4時間で100mlに満たなかったため、ラシックス1/2A ivしていた。(前勤務のNs)
- ◆それから4時間後の10時、尿量50ml/4時間であったため、ラシックス1/2A(10mg)を静注した。
- ◆しかし、尿を別のNsが落としており、その尿量150mlであった。結局尿量4時間で200mlあったことになる。
- ◆つまり、静注しなくてもよかったのに、ラシックス1/2A(1ml=10mg)を施行してしまった。

## 練習②～ラシックスの誤投与～

正しいモノ:  
正しいモノの保管場所:  
誤ったモノ:  
誤ったモノを取ってきた場所:  
実際に正しいモノがあった場所:  
モノ

正しい情報源:  
正しい情報内容:  
誤った情報源:  
誤った情報内容:  
情報

Ns

誤った主作業:  
作業

## 要因分析と対策

### ◆なぜ実際の尿量を測れなかったのか？



#### ◆要因分析

- 尿の処理の伝達方法に問題がある
  - 記録はしないで口頭指示のみ



#### ◆対策

- 尿の記録を処置板に書くことをルール化し、口頭指示を禁止する

## 作成・分析のポイント

### ◆完璧なモデル図を作成しなくてもよい

- 目的はどこのプロセスでミスが発生したかを確認するもの

### ◆×印の線, 点線に注目する

- なんで×印になってしまったのか, なんで点線になってしまったのかを話し合う

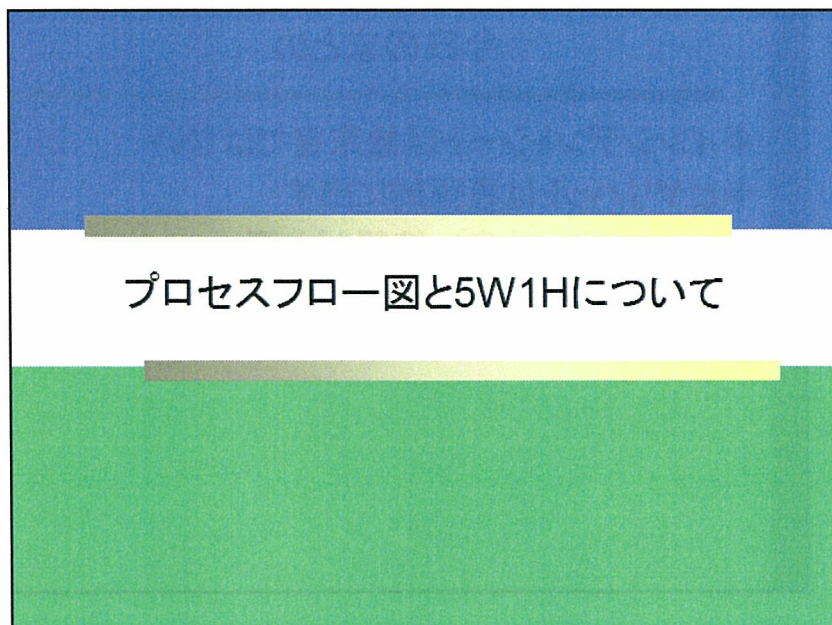


## 今日のまとめ

- ◆ インシデントシートは**始末書**ではない
- ◆ **ヒヤリハット**は積極的に出す
- ◆ 良い対策には**良い情報**が必要
- ◆ 個人の責任にせず、**プロセス**に着目して改善を行っていくことが大切

## 今日の演習

- ◆ モデル図の作成
  - 配布された内容からモデル図を作成
  - 出来るグループは対策まで
- ◆ 次回発表してもらうこと
  - 作成したモデル図の説明
  - 作成した過程で知りたかった情報



本日の内容

- ◆ プロセスフロー図、5W1Hについて
  - プロセスフロー図とは何か
  - 5W1Hとは何か
  - 実際に作成したものの例示
  - プロセスフロー図のメリットについて説明
- ◆ 演習
  - 与薬業務についてプロセスフロー図の作成
  - 作成したものについて議論

2

## プロセスフロー図

- ◆ プロセス指向や標準化を  
実際の業務に適用するための  
手段、方法の1つ
- ◆ 1つ1つの作業のつながりを  
明確にして目に見える形で  
表したもの
- ◆ 業務を流れで表したもの
- ◆ 様々な活用の仕方ができる

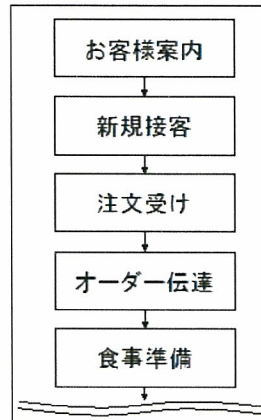


図1 飲食店における接客のプロセスフロー図の例(一部抜粋)  
3

## 5W1Hとは

- ◆ 5W1Hとは
  - Who(誰が)
  - Where(どこで)
  - Why(なぜ)
  - What(何を)
  - When(いつ)
  - How(どのように)

プロセスフロー図の各項目に対して  
5W1Hの明確化を行う

プロセス	Who	When	Where	What How
お客様案内	店長が	お客様が来店したとき	入り口で	各テーブルに案内
↓				
新規接客	接客担当が	案内された後	各テーブルで	お茶、おしぼりを出す
↓				
注文受け	接客担当が	案内された後	各テーブルで	お客様から注文を受ける
↓				
オーダー伝達	注文を受けた人が	注文を受けた直後	テーブルの後ろで	ハンディで注文を流す
↓				
注文確認	調理長が	注文伝達後	キッチンで	注文内容の読み上げ

図2 接客業務において5W1Hを明確にした例

5

### 事例① ~業務内容が曖昧であった例~

#### クレーム内容

- ◇ お茶・おしぼりが出てくるのが遅い
- ◇ なかなか注文を取りに来ない

6



### 事例① ~業務内容が曖昧であった例~

プロセス	Who	When	Where	What How
お客様案内	店長が	お客が来店したとき	入り口で	各テーブルに案内
新規接客		案内された後	各テーブルで	お茶、おしぼりを出す
注文受け			各テーブルで	お客から注文を受ける
オーダー伝達	注文を受けた人が	注文を受けた直後	テーブルの後ろで	ハンディで注文を流す

図3 クレーム時の接客業務のプロセスフロー図

7

### 事例② ~店舗によって標準が異なっていた例~

#### クレーム内容

◇ お味噌汁、ご飯が出てこない

状況

他店において欠員が出たことで応援として派遣され仕事を行った際に起きたミス

8

## 事例② ~店舗によって標準が異なっていた例~

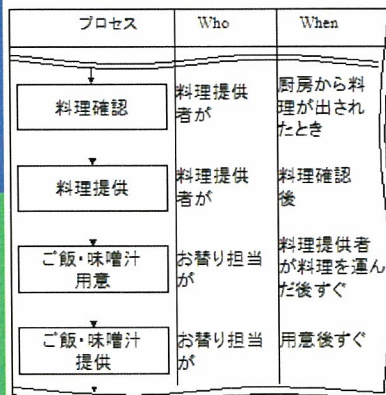


図5 K店における料理提供プロセスフロー図

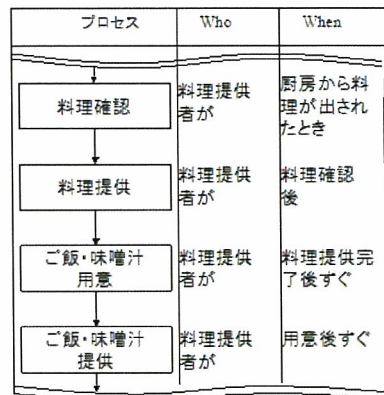


図6 S店における料理提供プロセスフロー図

9

## プロセスフロー図・5W1Hのメリット

- ◆ 業務の中で曖昧な部分を明確にできる
- ◆ 現状で問題のある部分の発見につながる
- ◆ 病棟間の違いが明確になる
- ◆ 新人に対する教育に使用できる
- ◆ 作業能率の向上につながる
- ◆ ミスの防止につながる……

様々な効果が期待できる

10

## プロセスフロー図の描き方

- ① プロセスの始まりと終わりを決める
- ② 大まかに最初から最後まで描く
- ③ 大まかなプロセス図を見直す

### ■ 見直しのポイント

- 前後関係は正しいか
- プロセスの細かさはこれでよいか
- 抜けているものはないか
- 知らない人が見てもわかるか

11

## 5W1Hの書き方

- ◆ Who(誰が)  
－医師が、看護師が、薬剤師が、など行う人を書く
- ◆ When(いつ)  
－指示後、カルテ到着後、など行うタイミングを書く
- ◆ Where(どこで)  
－看護室で、ベットサイドで、など行う場所を書く
- ◆ What(何を)  
－指示された薬剤を投与する、注射の記録をとる、  
など行う行為の内容を書く
- ◆ How(どのように)  
－マニュアルに基づいて、処方箋の薬剤情報を参考に  
などどのようにその行為を行うかを書く

12

## プロセス図と5W1Hの作成ポイント

- ◆ プロセスが枝分かれする場合
  - 全体で捉えることが大切
- ◆ プロセスはどこまで細かく書けばよいか
  - 新人にわかる程度
- ◆ HowとWhatを分けるのは難しい
  - 完璧に描かなくてもよい
- ◆ 5W1Hが明確に定まっていない場合
- ◆ 現状に問題点を発見した場合
  - 現状をそのまま描く(事実だけを書いてください)

13

## 本日の演習

- ◆ プロセスフロー図、5W1Hの作成
  - 作成するのは与業業務のプロセス、5W1H
  - 前回のインシデントがフロー図のどこで起きたのかを把握
  - インシデントが発生した場所についてより詳細に書く
- ◆ 次回の最初に全班発表
  - プロセスフロー図を作成してみたの感想
  - 作成してわかったこと、気づいたこと、困難であった点
  - 一連の講義についてのまとめ

14



## プロセスフロー図と手順書

手順書とは、各業務のやり方について  
詳しく書かれたもの



詳しく書かれすぎてるだけに理解するのが難しい

- ◇ 手順書を読んでも何をしたらいいのかわからない
  - ◇ 誰とやったらいいのわからない
  - ◇ どのタイミングでやったらいいのわからない


15

## 4.2 試行結果の分析

4.1 で示した教育プログラムの有効性を見るために、受講者に対するアンケート調査を行った。その分析結果を次ページ以降に示す。

1. アンケート目的
2. アンケート設計
  - ▶ 設計方法
  - ▶ アンケート項目とその例
3. アンケート結果分析
  - ▶ 単純集計による分析
  - ▶ 層別による分析
4. 今後の課題



- ▶ 看護教育プログラムの質向上
    - 今回の教育をよりよいものにするため
      - ➡ アンケートによる問題点の把握
      - ➡ 改善可能な点を抽出
- 
- ▶ 理解していないことが悪いことではない
    - このような試みは初めて
    - 理解できないようなプログラムが悪い



## ▶ 理解度の把握

## ① 演習から問題点を抽出

質問:

PFCはどこからどこまで書くのですか?

## ② 背後要因の特定

与業業務を実現するために、  
 { 自部門がどのような役割を果たすべきかわからない。  
 自部門と他部門がどのように関わるかわからない。

## ③ アンケート項目の作成

- ・薬剤部にまたがるプロセスフローチャートを作成する際に、業務がどのように流れているかがうまく決められなかった。
- ・自部門(看護局, 薬務局)の与業手順だけでなく、与業業務として関係のある部門(医局など)の手順も考えることが大切であることがわかった。
- ・与業業務を実施する上で、自分の仕事がどのような役割を担っているのがわかった。



## ▶ アンケート項目

2-1) PFCの困難性



2-2) PFCの感想・理解したこと

3-1) モデル図分析の困難性



3-2) モデル図分析の感想・理解したこと

4-1) 総合理解度

4-2) 改善して欲しい点(自由記述)

■ 『むずかしかったこと』と『感想』に関係性を持たせる

→ 概念自体を理解しているかの把握



2-1)プロセスフローチャートの作成に関して、むずかしかったこと、疑問点について、あてはまるものにいくつでもチェックしてください。

- ▶ 1. プロセスフローチャートを作成する際に、どのくらい詳細に書くべきかわからなかった。
- ▶ 2. プロセスフローチャートを作成してみて気がついた“望ましい手順”と“実際に行われていること”をどのように整理するかに迷った。
- ▶ 3. 患者ごとに与薬する内容や手順が違うので、それらをまとめるのがむずかしかった。
- ▶ 4. 薬剤部にまたがるプロセスフローチャートを作成する際に、業務がどのように流れているかがうまく決められなかった。
- ▶ 5. 複数部門(看護局、薬務局、医局)にまたがるプロセスフローチャートを作成する際に、各プロセスの5W1Hがうまく決められなかった。
- ▶ 6. 人により業務手順が異なっていたので、ひとつのフローに決めるのがうまくいかなかった。



▶ 単純集計

■ 各質問ごとの理解度の分類

理解されていない項目の発見

▶ 統計的手法

■ 属性により分類

- ↳ 前半・後半
- ↳ 経験年数
- ↳ 所属

各質問の回答傾向の違いを見る

