

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	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げると考えられる。

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<sup>[4]</sup>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なシステム的设计、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逡減する。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<sup>[1]</sup>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"><li>・医療機関全体の方針・計画<br/>例)病院理念・基本方針，中・長期計画，事業計画など</li><li>・管理標準<br/>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</li><li>・作業標準<br/>例)クリニカルパス，看護標準，検査標準，薬剤標準など</li><li>・他部署への情報伝達の文書<br/>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</li><li>・外部から入手した文書<br/>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</li><li>・外部に出す文書<br/>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</li></ul> |
|---|

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<sup>[2]</sup><sup>[3]</sup>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	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ため、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の仕事が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こっ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

きているのか把握できないこと、が挙げられる。すなわち、文書そのものの問題点、文書使用上の問題点、事故から抽出できる文書の問題点を網羅的に把握するために、3段階で行った。

### 8.3.2 作業標準の分析

#### 8.3.2.1 作業標準の分析の観点

病院における文書の使用機会は、「事故の際、標準の見直しに使用する」、「作業の確認に使用する」、「新人を教育する際に使用する」の3つである。新人教育は、新人に対して作業の方法をおしえるため、文書の使用目的としては、作業確認と同じであると考えられる。そこで、分析は、文書の使用目的である事故分析、作業確認に利用できるかという観点で行う。さらに、使用目的において、どのように文書が使われるかと考慮して、観点を詳細化することにより、分析を行う。分析の観点を表 8-4 に示す。

表 8-4 作業標準の分析の観点

文書の使用目的	分析の観点	観点の詳細化
事故分析	事故分析	
	文書があるか？	インシデントレポートなどから、事故の起きやすい業務を特定できるか その業務に関する文書があるか
	内容が正しいか？	改訂されているか、 現状を表しているか
	内容は十分か？	他部門とのつながりが理解できるか 責任・権限が決まっているか 関連した文書がわかるか
作業確認	作業確認	
	文書があるか？	インシデントレポートなどから、事故の起きやすい業務を特定。 その業務に関する文書があるか
	文書が探しやすいか？	業務と文書のつながりがわかるか 文書と文書のつながりがわかるか
	内容は理解しやすいか？	文書が読みやすいか 内容は具体的であるか
	内容は十分か？	責任・権限が決まっているか 関連した文書がわかるか 各作業に必要な内容が書かれているか

表 8-4 に示すように、観点を詳細化したことにより、容易に、そして効果的に、作業標準における問題点が抽出できると考えられる。そのため、この観点で作業標準の分析を行う。

### 8.3.2.2 作業標準の分析結果

表 8-4 の観点により、飯塚病院 16 病棟の作業標準 449 部を分析した。その結果、部門間にまたがる文書がない、文書の改訂日が記載されていない、文書が重複している、などの問題点が抽出された。その分析結果を表 8-5 に示す。

表 8-5 作業標準の分析結果

文書の 使用目的	分析の観点	文書の問題点	
事故分析	事故分析 ↓ 文書があるか? →	必要な文書が 作られていない	部門間にまたがる文書がない
	ある → ない →		文書と業務の対応を ものがない ミスの起こしやすい文書が 存在しない
	内容は正しいか? →	現状と標準が違う (改訂されていない)	改訂したか把握できない (改訂履歴表がない、 改訂日が書かれていない)
	内容は十分か? →	事故分析に 必要な内容が 書かれていない	他部門の業務について 検討できない 部門間の連携があいまい 業務の責任・権限が 決まっていない
作業確認	作業確認 ↓ 文書があるか? →	必要な文書が 作られていない	業務を遂行するための文書がない
	文書が探しやすいか? →	必要な文書を 探しづらい	文書と業務の関係が明確でない 関連文書が書かれていない 文書が重複している 文書が階層化されていない 教育用・業務用の文書が存在する
	内容は理解しやすい →	内容が理解しづらい	文書のフォーマットが違う 表題が内容を表していない 注記とあるが、本来業務である
	内容は十分か? →	作業に必要な内容が 書かれていない	部門間の連携があいまい 業務の責任・権限があいまい 作業に十分な内容が 書かれていない

表 8-5 のように問題点は抽出されたが、これ以外にも問題はありと考えられ、実際に作業標準を使用している医療従事者にインタビュー調査を行い、より詳細に問題を把握することにした。

### 8.3.3 インタビュー調査

#### 8.3.3.1 インタビュー対象部門の選定

飯塚病院 16 病棟 449 件の作業標準を病棟ごとに分別した。そして、作業標準の数の比較を行った。存在する作業標準の一部を表 8-6 に示す。また、作業標準の比較の結果を表 8-7 に示す。

表 8-6 看護局の作業標準(一部)

病棟名	マニュアル	病棟名	マニュアル
E6F	東6階概要	C4F	医師用指示マニュアル
	チームスタッフ業務詳細		カテーテル検査前の看護
	与薬係		新人教育(心電図)
	与薬指示受け		救急看護@新人教育
	検査指示受け	S3B	POSTICU運営基準
	入院手続き		IVH固定法
	転棟・転科・転室・ICU入室手続き		気管支鏡
C3F	E6でよく利用する薬剤		トロッカーカテーテル
	内服薬カートを使用時の与薬業務手順		骨髄穿刺

表 8-7 作業標準数の比較

病棟名	C3F	C4F	C6F	E6F	H3F	S1B	S2A	S2B	S3B	W	W2F	漢方	教外	ICU	NICU	OPE	
診療科名	整形外科・ 亜急性期 病床	心臓血管 外科・ 循環器科	内科系 差額 ベット	脳神経 外科	がん 集学 治療 センター	消火器科・ 神経内科・ 総合診療 所	腎 内 科	小児 科・ 小児 外科	呼吸器 内科・ 血液内科・ 心療内科	精神 科外 来	精神 科				集中 治療室	小児 集中 治療室	手術 室
手順書数	1	54	13	90	12	4	61	57	21	13	1	2	23	36	30	31	

これより、病棟により極端に文書が多いところや極端に少ないところが存在することがわかる。これらは、各病棟における特性により、文書数に差が出ると考えることができる。つまり、業務内容が人命に直結するような病棟、集中治療室(ICU)、がん集学治療センター(H3F)などに文書が多いと考えられる。しかし、表 8-7 より、それらの病棟の文書数は多くはない。そのため、文書数の違いは、病棟の業務特性によるものではないと考えられ、文書に対する取り組み方の違いによるものと想定できる。そこで、文書数の違いにより、どのような違いがあるか調査することにした。

そこで、文書数の多さで、4 つに分け、それぞれのカテゴリーから対象となる病棟を選定した。病棟 E6F(文書数 90 件)、C4F(文書数 54 件)、S3B(文書数 21 件)、C3F(文書数 1 件)において、インタビュー調査を行うことにした。

### 8.3.3.2 インタビュー調査概要

作業標準にしたがって実際に作業を行うのは、現場の看護師である。つまり、文書管理における問題点を抽出するには、机上で考えるよりも、実際に現場の看護師から意見を聞くことが最も効果的であると考えられる。

そこで、インタビュー内容は、8.3.2 で行った文書分析から得た情報を基に、回答を得やすい質問項目を作成した。漠然と文書管理の問題について質問したとしても、有益な情報を引き出すのは難しい。有益な情報を引き出すためには、質問項目をより具体的にすることが効果的である。

以上より、質問項目を作成し、作業標準を実際に使用している看護師にインタビュー調査を行った。調査概要は以下に通りである。

調 査 形 式	: 個別インタビュー
インタビュー対象部門	: 看護病棟 4 病棟
インタビュー対象者	: 各病棟の師長, 主任クラスの方, 計 8 名
インタビュー内容	: 文書の使用方法, 使用用途, 使用目的 文書の改訂時期・責任者 文書の形式 文書の検索 必要な文書の有無 文書数の違いの原因 文書に感じる問題点 計 7 項目

インタビュー調査の結果、改訂責任者が決まっていない、目次が存在しない、文書がイントラネット上で散在している、紙ベースの文書が多数存在して改訂しづらい、など、問題点が抽出された。表 8-8 に示す。

表 8-8 インタビュー調査により抽出された問題点

文書の問題点	
改訂に関して	改訂する時期が決まっていない
	マニュアル委員が存在しない
	タイムリーに変更されていない (手書きで変更したが、入力されない)
	紙ベースの文書が多数あって、改訂しづらい
	文書がイントラ上で散在
形式について	文書のフォーマットがばらばらで、読みにくい
検索性に関して	目次がない
	業務から文書が探せない
	教育用と業務用が存在する
必要な文書の有無	部門間にまたがる文書がない
	業務を遂行するための文書がない
必要な内容が書かれていない	他部門の業務について検討できない
	作業に十分な内容が書かれていない

これらの問題点は、8.3.2 の作業標準の分析結果からは抽出されなかった問題点である。これより、実際に作業標準を利用している看護師にインタビューを行うことは有益であり、問題点をより深く抽出できたといえる。

#### 8.3.4 事故報告書分析

ここでは、文書は標準を紙に記載したものである。つまり、文書に足りない内容は、標準としても決まっていないものと考えられる。そこで標準が決まっていないことにより起こった事故を調べることで、文書の内容として、不足している内容を抽出することができる。8.2.2 では、標準がないことにより起こった事故についてまとめている。

したがって、表 8-3 を KJ 法でまとめることにより、文書の内容として、不十分なものが抽出できると考えられる。この結果より、文書の内容における問題点は、表 8-9 のようにわかった。

表 8-9 文書内容における問題点

ミスの発生状況	内容の問題点	1次要因		2次要因	
(a)標準を作ってなかった	具体的な作業方法が決まっていない	口頭指示時の標準が決まっていない		口頭指示時の対応方法が決まっていなかった	
		変更時の対応が決まっていない		口頭で申し送りのルールが決まっていなかった	
		変更時の対応が決まっていない		変更時の対応がよくなかった	
		変更時の対応が決まっていない		変更時の対応が不明確(ワークシートに記載など)	
		変更時の対応が決まっていない		輸液時間の変更時の対応	
		臨時の標準が決まっていない		臨時の薬の渡すときのルールが決まっていなかった	
		確認方法が決まっていない	通常時	注射入力申告の確認作業がなかった	
			変更時, 中止時, 特殊な状況時	薬の確認方法が決まっていなかった(ダブルチェックをしてなかった)	
	引継ぎ時の伝達方法が決まっていない		薬の有無の確認作業が決まっていなかった		
	表記方法が決まっていない		術前中止薬等の薬の確認が決まっていなかった		
	保管場所が決まっていない		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		
	作業者の責任・権限が決まっていない		指示変更時の確認方法が詳細に決まっていなかった		
(b)標準が技術的に誤っていた	ミスの起こしやすい標準であった	引継ぎ時の伝達方法が決まっていない		休憩に行く際の伝達方法が決まっていなかった	
		表記方法が決まっていない		引継ぎ時の伝達方法が決まっていなかった	
(c)標準が管理されてなかった	作業方法が十分でなかった	保管場所が決まっていない		指示欄の表記があいまい	
		作業者の責任・権限が決まっていない		インスリン併用時の表示方法が不明確	
業務の責任・権限が決まっていない		作業票の保存場所が決まっていない		保存場所が悪かった	
あいまいな指示方法である		ICU退室の受けるひとが決まっていなかった		担当ナース以外が患者の迎えをした	
情報共有方法が良くない		自分の受け持ちの人以外の人Wチェックを行った		与薬業務が, フリーの仕事で担当Nsの仕事が決まっていなかった	
複数の作業書を利用している		いつもとは違う人が行い, 伝達しなかった		器械のセッティング方法する人が決まっていなかった	
作業前の確認作業が十分でない		時間指定の指示をすべきであった		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	
作業後の確認作業が十分でない		多くの作業書をつくり, 転記ミス		2つの作業所を使い, 情報伝達ミス	
薬剤準備の確認が不十分		指示の確認方法が不十分(前日のサインまで戻って指示を受ける)		与薬後, 確認が不十分	
指示の確認方法が不十分		薬を飲んだかの確認方法が不十分だった		シリンジポンプのセット後の確認方法を明示していない	

表 8-9 から、文書の内容における問題点は、具体的な内容が決まっていない、作業者の責任・権限が決まっていない、ミスの起こしやすい標準である、作業方法が十分でない、の4つであることがわかった。また、それらは、1次要因、2次要因でより詳細な問題点がわかる。

### 8.3.5 文書管理における問題点の整理

前節までの分析で、文書管理における様々な問題点が明確になったので、それに対する対策を立案するために、KJ法を用いて問題点を整理した。その結果を表 8-10 に示す。

表 8-10 文書管理における問題点

文書の問題点			
①	必要な文書がない	部門間にまたがる文書がない	
		文書と業務の対応を示したものが無い	
		業務を遂行するための文書・ミスが起こしやすい業務の文書が存在しない	
②	文書の内容が不十分である	具体的な作業方法が決まっていない	口頭指示時の標準が決まっていない
			変更時の対応が決まっていない
			臨時の標準が決まっていない
			確認方法が決まっていない (通常時, 変更時, 中止時, 特殊な状況)
			引継ぎ時の伝達方法が決まっていない
		業務の責任・権限が決まっていない	引継ぎ時の責任・権限が決まっていない
			作業の責任・権限が決まっていない
		ミスの起こしやすい標準であった	あいまいな指示方法である
			情報共有方法が良くない
		作業方法が十分でない	複数の作業書を利用している
作業前の確認作業が十分でない			
③	文書内容が現状と違う (改訂されていない)	改訂する時期が決まっていない	
		改訂責任者が決まっていない	タイムリーに変更されていない (手書きで変更したが, 入力されず)
			マニュアル委員が存在しない
		改訂しづらい	文書がイントラ上で散在している
			紙ベースの文書が多数存在 改訂したかどうか把握できない (改訂履歴表がない, 改訂日が書かれていない)
④	文書が探しづらい	文書と業務の関係が明確でない	
		必要事項がない	目次が存在しない
		文書の役割が曖昧 無駄な文書が存在している	関連文書が書かれていない
			教育用, 業務用の文書が存在する
		イントラネット上で整理されていない	文書が重複している
			文書が階層化されていない
⑤	文書の内容が理解しづらい	フォーマットが決まっていない	
		内容が正確に表されていない	表題が内容を表していない
			注記となっているが, 本来業務であった

表 8-10 より, 文書管理における問題点は, ①必要な文書がない, ②文書の内容が不十分である, ③文書内容が現状と違う, ④文書が探しづらい, ⑤文書の内容が理解しづらい, の5つに分類された。以下に, ①から⑤までの内容とそれぞれに分類された各問題点の内容を説明し, さらに各問題点の対処方法を考察する。

### ① 必要な文書がない

①に分類された問題点は, ただ文書がないというだけの問題ではない。文書がないということは業務のやりかたが決まっていない可能性がある。それらは, 事故に結びつく可能性がある。実際, 8.2.2 で示したように, 事故が起こっている。また, 事故が起きた際, 改善の基盤になるものがない場合, 改善に結びつけることは困難である。つまり, 事故分析・業務確認のために, 文書が重要であり, 必要な文書を明確にしておく必要がある。

#### 1) 部門間にまたがる文書がない

部門間にまたがる文書がないということは, 複数の職種が関わるのにかかわらず, 業務

のつながりが見えないということである。医療の特性として、複数の職種により業務が成り立つ。例えば、与薬は医師のオーダーから薬剤師が薬剤を準備し、看護師が投与するという業務の流れである。この際、事故が起きるのは、看護師のところが多い。そのため、看護師における対策を行いがちであるが、それらは得てして部分最適であり、効率的でない場合が多い。全体最適を行うためにも、部門間にまたがる文書が必要である。その際、通常時は曖昧である部門間の連携を明確にし、文書を作成する必要がある。

#### 2) 文書と業務の対応を示したものがない

文書と業務の対応を示したものがないということは、事故分析の際、業務と対応できないということである。そのため、事故分析を行うことが困難になり、再発防止を効果的に行えない。そこで、業務と文書の対応付けをし、文書を作成する必要がある。

#### 3) 業務を遂行するための文書・ミスが起こしやすい業務の文書が存在しない

業務を遂行するための文書・ミスが起こしやすい業務の文書が存在しないということは、個人のやり方で業務を行い、事故の起こりやすい状況を作りやすいということである。例えば、患者取り間違いの事故が起こっている。しかし、患者確認における取り決めがない場合がある。そのように、ミスが起こしやすい業務において、文書を作成するという事は、仕事のやりかたを決めることで必要なことである。そのため、業務に必要な文書を把握し、文書を作成する必要がある。

### ② 文書の内容が不十分である

②に分類された問題点は、文書の記載内容に問題があるものである。文書の記載内容が悪いと、文書を活用したとしても、事故が起こる可能性がある。そのため文書に、必要な情報を記載する必要がある。

#### 1) 具体的な作業方法が決まっていない

具体的な作業方法が決まっていないとは、作業方法について標準が決まっておらず、文書の内容として書かれていないということである。例えば、変更時の対応方法が決まっていないために、事故が起こっている。つまり、問題点として挙がっている項目は、標準としてきまっておらず、文書の内容として抜かしがちで、その結果、事故が起こっている。したがって、それらの項目を標準設計時(文書作成時)に記載する必要がある。

#### 2) 業務の責任・権限が決まっていない

業務の責任・権限が決まっていないとは、各作業の実施者や業務範囲が曖昧であるということである。これらの項目が決まっていなかったために、事故が起こっている。つまり、問題点として挙がっている項目は、文書の内容として抜かしがちである。そのため、それらの項目を標準設計時(文書作成時)に記載する必要がある。

#### 3) ミスの起こしやすい標準であった

ミスの起こしやすい標準であったとは、情報共有方法や指示方法がよくないなど、標準

自体がよくないということである。これらは、エラープルーフ化などにより、ミスの起こしにくい業務にする必要がある。つまり、標準設計時(文書作成時)に配慮すべきである。

#### 4) 作業方法が十分でない

作業方法が十分でないとは、作業としてはある程度決まっているが、確認などの重要な作業において詳細に決まっていないということである。したがって、確認作業などの重要な作業は標準設計時(文書作成時)に詳細にする必要がある。

### ③ 文書内容と現状が違う(改訂が行われていない)

③に分類された問題点は、文書の運用方法に問題があるものである。いかに効果的な文書を作成したとしても、それが現場で運用がなされなければ、意味がない。特に改訂に関して、詳細が決まっていないのが現状である。そのため、改訂が行われず、文書内容が現状と違い、文書が有効に活用されていない。したがって、文書を有効に活用するために、効果的に運用していく必要がある。

#### 1) 改訂する時期が決まっていない

多くの病棟では、文書を改訂する時期について決まっていなかった。そのため、改訂されず、情報が古いままであった。そのため、有効に活用されないという状況である。したがって、文書を有効利用するために、文書管理規定を作成し、改訂時期を明確にする必要がある。

#### 2) 改訂責任者が決まっていない

多くの病棟では、文書の改訂責任者が決まっていなかった。そのため、文書が改訂されず、有効に利用されていない。マニュアル委員の設置など、改訂責任者を定めることで、改訂を行う責任を明確にする必要がある。

#### 3) 改訂しづらい

現在、文書は電子化されて管理されている。しかし、まだ紙ベースの文書も多い。そのため、改訂が容易に行えない現状がある。また、改訂が容易に行なわれない他の要因として、文書がイントラネット上に散在していること、各文書が改訂されたかどうか把握できないことが挙げられる。したがって、これらのことを解決し、改訂方法を容易にする必要がある。

### ④ 文書が探しづらい

④に分類された問題点は、文書の検索性に問題があり、文書が有効に活用されていないということである。文書が有効に活用されていない状況では、次第に個々の判断で業務が行われるようになる。そのような状況は、事故の起こる確率が極めて高いといえるだろう。したがって、文書の検索性を改善し、文書の有効利用に役立てる必要がある。

#### 1) 文書の業務の関係が明確でない

現在、業務から文書が探しづらい状況である。そのため、ある業務を行う際文書が必要だったとしても、検索に時間を要し、最悪、必要な文書が見つからないという状況が起きる。また、文書が見つからないことにより、活用されなくなる可能性がある。したがって、作業に必要な文書を探し、有効利用するために、業務と文書の対応付けは必要である。

#### 2) 必要事項がない

必要事項がないとは、目次や関連文書の記載がないことである。目次がないことにより、文書がどこにあるのかわからない。また、関連文書ありとのみ記載されており、探すのが困難な状況がある。このような状況により、次第に文書が活用されなくなっていく。それらを防ぐために、必要事項の記載が必要である。

#### 3) 文書の役割が曖昧

現在、病棟には多くの文書が存在する。それらは、業務用マニュアル、新人用マニュアルなどとして分類されている。しかし、それらの切り分けは決まっておらず、各業務の文書がどちらに入るかわからない。そのため、文書が探しづらい状況がある。したがって各病院において、文書の役割を決める必要がある。

#### 4) 無駄な文書が存在している

現在、病棟には重複している文書が存在している。これより、検索性が良くないことはもちろん、情報源が複数あるため、情報伝達においてもミスが起こりうる。したがって、重複した文書を把握し、廃棄する必要がある。

#### 5) イン트라ネット上で整理されていない

現在、文書がイントラネット上で散在している状態である。そのため、必要な文書を探すのが難しい状況である。文書の階層化など、イントラネット上の検索性を高めることにより、文書を有効利用する必要がある。

### ⑤ 文書の内容が理解しづらい

⑤に分類された問題点は、文書の体裁・形式に問題があるものである。そのため、文書の内容が理解しづらく、作業のミスを引き起こす可能性がある。その結果、文書本来の効果を受けることができない。そのため、文書の形式を改善する必要がある。

#### 1) フォーマットが決まっていない

現在、文書の形式は、各病棟によって、ばらばらである。そのため、内容が理解しづらいのみならず、病棟を移動した際、前の病棟のくせで、文書を読む可能性がある。それにより、重要な記載を見逃す可能性があり、ミスに繋がる可能性がある。したがって、できる限りフォーマットの形式を統一する必要がある。

#### 2) 内容が正確に表されていない

内容が正確に表されていないとは、表題が内容を表していないことや本来業務が注記に

なっていることなどである。そのため、読み手にとって理解しにくい内容となっている。したがって、内容について明確化する必要がある。

### 8.3.6 文書管理における問題点の対処方法

8.3.5 では、表 8-10 で示したように、文書管理における問題点を整理した。また整理した問題を個別に見ていき、さらに各問題の対処方法を考えた。それらをまとめたものを以下の表 8-11 に示す。

表 8-11 文書管理における問題点と対処方法

文書の問題点		改善対象	対処方法	具体的な対策案	
①	必要な文書がない	存在しない 方法 文書の 把	部門間にもたがえる文書がない	部門関連携の明確化	・複数部門の関わる文書の作製
			文書と業務の対応を示したものがいない	作業と文書の対応付け	・PFC作成により、文書と業務の関係の明確化
			業務を遂行するための文書・ミスの起こしやすい業務の文書が存在しない	業務に必要な文書の明確化	・文書の洗い出し ・必要な文書の作成
②	不十分 内容が である	記載 内容	口頭指示時の標準が決まっていない	具体的作業の 明確化	・標準設計(文書作成)時 各項目を明確にし、 必ず記載
			変更時の対応が決まっていない		
			臨時の標準が決まっていない		
			確認方法が決まっていない (通常時、変更時、中止時、特殊な状況)		
			引継ぎ時の伝達方法が決まっていない		
			表記方法が決まっていない		
			保管場所が決まっていない		
業務の責任・権限が決まっていない	引継ぎ時の責任・権限が決まっていない	責任・権限の 明確化			
作業の責任・権限が決まっていない	作業の責任・権限が決まっていない				
ミスが起こしやすい標準であった	あいまいな指示方法である 情報共有方法が良くない 複数の作業書を利用している	エラー プルーフ化	・標準設計(文書作成)に配慮		
作業方法が十分でない	作業前の確認作業が十分でない 作業後の確認作業が十分でない	確認作業の 詳細化	・標準設計(文書作成)に詳細化		
③	改訂内容 が 現 状 と 違 う	運用 方法	改訂する時期が決まっていない	改訂時期の 明確化	・病院全体の文書管理規定の作成 (改訂時期の明確化)
			改訂責任者が決まっていない	改訂責任者の 明確化	・病院全体の文書管理規定の作成 ・各部門でのマニュアル委員の設置
			改訂しづらい	改訂方法の 簡易化	・文書の階層化 (文書体系の構築) ・文書の電子化 ・改訂履歴表の作成 ・改訂を考慮した文書形式の作成
			タイムリーに変更されていない (手書きで変更したが、入力されず) マニュアル委員が存在しない		
④	探し 文 書 が い	検索 性	文書と業務の関係が明確でない	作業と文書の 対応付け	・PFC作成により、 文書と業務の関係の明確化
			必要事項がない	必要事項の 明確化	・検索に関わる必要事項の明確化 (目次の作成、関連文書の表記)
			文書の役割が曖昧	文書の役割の 定義化	・教育用、業務用の文書の定義化
			無駄な文書が存在している	不必要な 文書の破棄	・重複した文書の 把握(PFC作成など)、廃棄
			イントラネット上で整理されていない	イントラネットの 検索性の向上	・文書の階層化(文書体系の構築) ・閲覧権限の見直し
⑤	理 解 書 し づ ら い 内 容 が	形 式	フォーマットが決まっていない	フォーマットの 統一	・個々の文書の詳細な分析より、 フォーマットの統一
			内容が正確に表されていない	内容の明確化	・文書の役割の明確化、 正確な記載の実施
			表題が内容を表していない 注記となっているが、本来業務であった		

表 8-11 では、KJ 法で整理した文書管理における問題点に対して、対応した改善対象、

対処方法を明確にした。更に、対処方法だけでは対策のイメージがつかないので、対処方法の具体案を提示した。これにより、対策活動をより行いやすいものにした。

また、①から⑤の問題点は対処すべき順番である。②から⑤の問題は、文書が存在することにより発生する問題である。すなわち、文書管理に置ける問題点を解決する際、ただ闇雲に対策を行っても効果的ではない。そこで、文書管理における問題点を①から順に対策していくことにより、効果的な対策を打つことができると考えられる。

従来は、文書管理における問題点は明確になっておらず、具体的にどのような対策を行えばいいのかわかっていなかった。そこで、表 8-11 のように問題点と対処方法が整理された表を活用することにより、的確な対策活動が行えるようになると考えられる。その結果、文書管理を効果的に行うことができると考えられる。

## 8.4 対策活動

### 8.4.1 問題点への対策

#### 8.4.1.1 対策活動の対象

表 8-11 より、文書管理における問題点は、①必要な文書がない、②文書の内容が不十分である、③文書内容が現状と違う、④文書が探しづらい、⑤文書の内容が理解しづらい、の 5 つに分類されることがわかった。

①から⑤の問題は、8.3.4 で説明したように、文書管理にとって重要な問題である。しかし、この中で、特に①の問題が重要であると考えられる。なぜなら、②から⑤の問題は、文書が存在することにより、初めて考慮すべき問題となるからである。したがって、この 5 つの中で、①必要な文書がない、という問題に関して最初に対策を実施することにした。

医療業務に必要な文書は、各業務の文書だけでなく、部門間の連携を表した文書である。なぜなら、医療業務の特性として、複数の職種により業務が成り立つため、それらの連携を明らかにする必要があるからである。例えば、与薬業務は医師から処方箋が発行され、薬局に送られ、薬剤が病棟に運搬されて看護師が施行するという一連の作業の流れで成り立っている。しかし、一連の作業の流れ、部門間の連携を表した文書がないのが現状である。

そこで、①必要な文書がない、という問題点に対して、表 8-11 を活用して対策を実施することとする。

#### 8.4.1.2 対策活動

①の問題点への対策は「部門間連携の明確化」、「作業と文書の対応付け」、「業務に必要な文書の明確化」となっている。これらを満たすものとして、Yuyama ら<sup>[4]</sup>が提案したプロセスフローチャート(以下、PFC)がある。この PFC は、各プロセスにおいて 4W1H を明確にし、関連文書と結び付けたものである。

そこで、飯塚病院の 8 つの業務を PFC で表した。病院の中で、重要な業務である、複数の職種が関わっている業務であるという観点から、8 つの業務を選択した。8 つの業務とは、入院、外来全般、与薬、検体検査、画像診断検査、手術、リハビリテーション、人間ドックである。

そこで、業務を理解している複数の職種の方々に集まっていただき、PFC を作成した。