

## 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] 萩原睦幸(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] 川淵幸一(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。

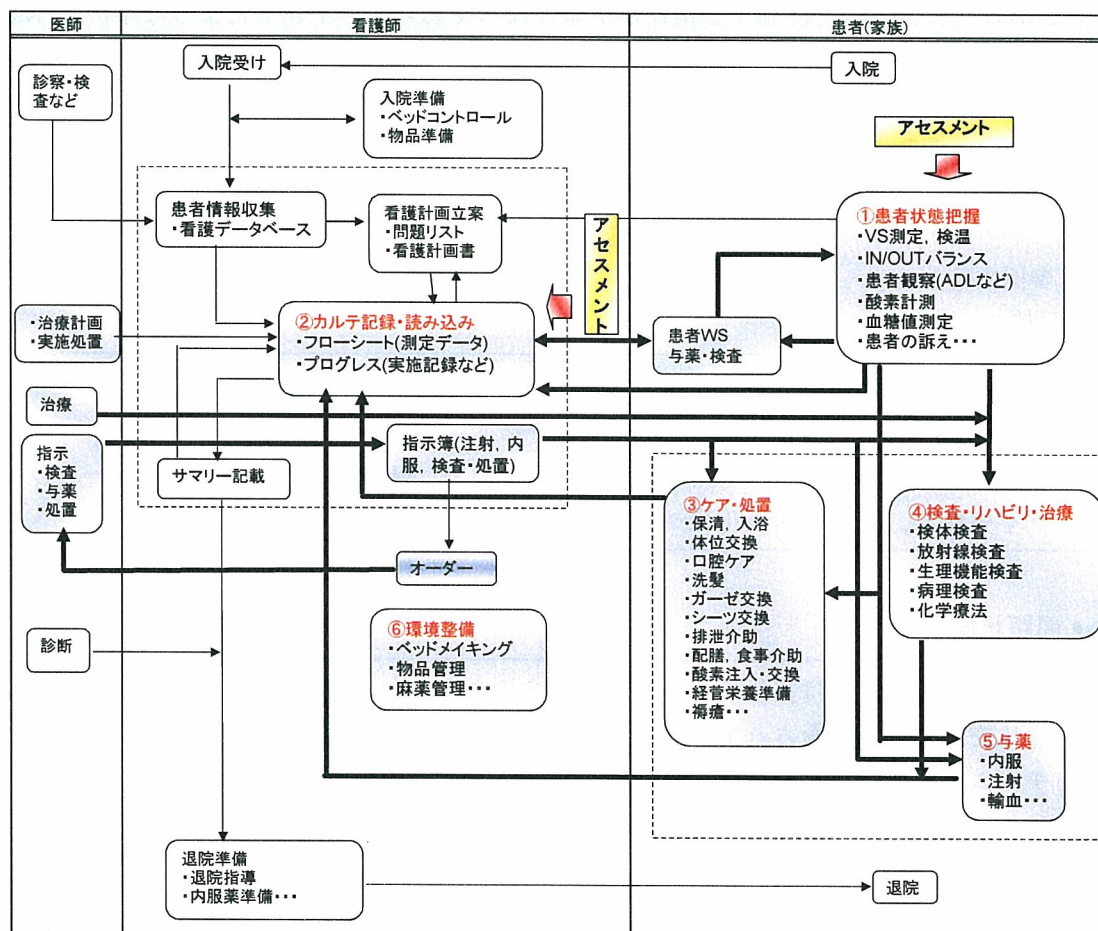


図 2.1 看護業務の流れ

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に欠ける
- 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
業務の効率化を図る
個人間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できるようにする	⇒ 収集する情報の充実
時間外を減らす・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		
		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	Dr. Ns間情報伝達の精度の向上
					引継ぎの精度の向上
業務効率 の向上	業務実施遅れ防止				
	次勤務帯の開始遅れの防止				
業務中断の防止	段取りの向上				
	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。

- 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、看護師の能力からの確に判断し、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。

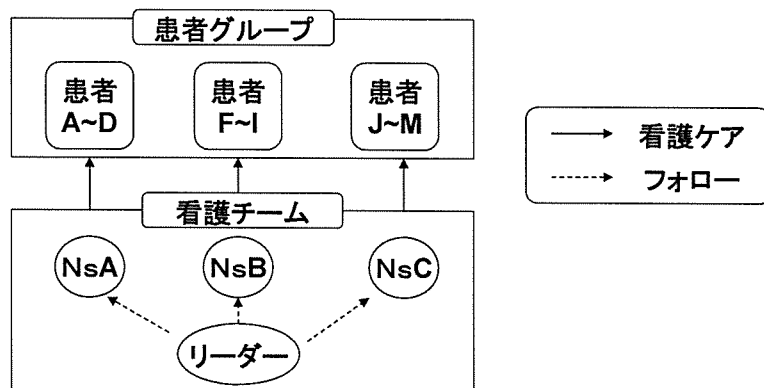


図 3.1 チームナーシング概念図

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。



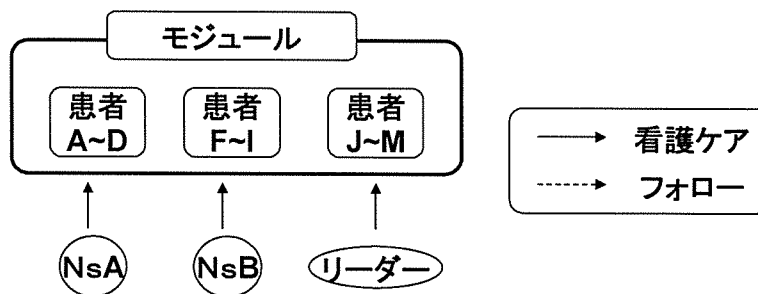


図 3.2 プライマリーナーシングの概念図

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のが、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<sup>[8]</sup>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	/	/
	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		
	看護評価		
個人業務 (リーダー・メンバー)	病床管理	/	/
	指示受け		
	カルテ記録		
	カルテ読み取り		
	看護計画立案		
	サマリー記載		
	入院患者対応		
	退院時の世話・対応		
	情報伝達/報告/連絡		
	検査/診察の片付け		
	薬剤/栄養の片付け		
	検査/診療準備		
	薬剤準備		
	電話/FAX対応		
	書類の処理		
事務業務	会議	/	/
	学生/研修・教育		
	職員/休憩		
その他			

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		
		業務効率 の向上	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		
			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	業務中断の防止	「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しかわからない。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<sup>[20]</sup>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)





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、注意すべき業務を対象を絞って、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。