

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

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	%			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	/	/
			安全の確保	4.5	22.5			患者搬送	9	18		
			記録	4.5	22.5			薬剤・検査片付け	9	18		
			身の回りの世話	1.5	7.5			注射・点滴・処置実施	6	12		
			機材・備品・薬剤管理	1.5	7.5			検査・診療の介助	3	6		
			薬剤・検査片付け	1.5	7.5			薬剤・投薬準備	3	6		
			検査・診療準備	1	5.0							
			投薬・内服	3	10.0							
			薬剤・投薬準備	1.5	7.5							
			注射・点滴・処置実施	1.5	7.5							
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・診療の援助	3	10.0	残り番休憩へいく	60	休憩	30	100	/	/
			その他	3	10.0							
			情報伝達	3	10.0							
			薬剤・検査片付け	2.5	8.3							
			記録	2.5	8.3							
			患者搬送	1.5	5.0							
			VS測定	1.5	5.0							
			排泄介助	1.5	5.0							
			呼吸・循環管理	0.5	1.7							
			薬剤・投薬準備	9	22.5							
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	配膳・食事介助	7.5	18.8	・配膳・食事介助	30	休憩	30	100	/	/
			呼吸・循環管理	6	15.0							
			投薬・内服	3	7.5							
			記録	6.5	16.3							
			薬剤・検査片付け	5.5	13.8							
			排泄介助	1.5	3.8							
			休憩	1	2.5							
			休憩	58.5	97.5							
			薬剤・投薬準備	1.5	2.5							
			12:30- 13:30	・休憩	60			休憩	58.5	97.5		
薬剤・投薬準備	1.5	2.5				情報伝達・連絡	12	20				
						ベッド移動	9	15				
						注射・点滴・処置実施	3	5				
						薬剤・検査片付け	3	5				
						指示受け	3	5				
						その他	3	5				
						排泄介助	3	5				
						注射・点滴・処置実施	3	5				
						注射・点滴・処置実施	3	5				
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	/	/
			患者搬送	3	10.0			注射・点滴・処置実施	3	10		
			退院患者の対応	1.5	5.0			情報伝達・連絡	3	10		
			薬剤・投薬準備	16.5	27.5			記録	6	6.7		
			注射・点滴・処置実施	9	15.0			排泄介助	3	3.3		
			呼吸・循環管理	9	15.0			安全の確保	3	3.3		
			ベッド移動	4.5	7.5			指示受け	18	20.0		
			VS測定	1.5	2.5			ベッド移動	9	10.0		
			記録	4.5	7.5			情報伝達・連絡	9	10.0		
			情報伝達・連絡	4.5	7.5			入室	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	その他	9	10.0	/	/
			その他	3	5.0			薬剤・検査片付け	6	6.7		
			薬剤・検査片付け	1.5	2.5			薬剤・投薬準備	6	6.7		
			排泄介助	1.5	2.5			機材・備品・薬剤管理	6	6.7		
			検査・診療準備	1.5	2.5			身の回りの世話	3	3.3		
			記録	16.5	27.5			事務業務	3	3.3		
			指示受け	3	5.0							
			注射・点滴・処置実施	1.5	2.5							
			注射・投薬準備	10.5	17.5							
			身体清潔	6	10.0							
15:00- 16:00	・指示受け ・処置 ・記録 ・麻薬管理	60	呼吸・循環管理	6	10.0	・チームラウンド	30	記録	24	80	/	/
			アウント	4.5	7.5			指示受け	6	20		
			情報伝達・連絡	3	5.0							
			NSコール対応	3	5.0							
			その他	1.5	2.5							
			読み取り	1.5	2.5							
			安全の確保	1.5	2.5							
			排泄介助	1.5	2.5							
			記録	12	40.0							
			情報伝達・連絡	10.5	35.0							
16:00- 16:30	・リーダーへ状態報告 ・記録 ・処置の残り	30	その他	3	10.0	・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	/	/
			呼吸・循環管理	1.5	5.0			排泄介助	9	30.0		
			VS測定	1.5	5.0			記録	9	30.0		
			薬剤・検査片付け	1.5	5.0			その他	9	30.0		
			情報伝達・連絡	4.5	15.0							
			呼吸・循環管理	10.5	35.0							
			その他	7.5	25.0							
			機材・備品・薬剤管理	4.5	15.0							
			薬剤・検査片付け	3	10.0							
			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			情報伝達・連絡	4.5	15.0		
その他	7.5	25.0				記録	3	15				
機材・備品・薬剤管理	4.5	15.0				その他	3	15				
薬剤・検査片付け	3	10.0				指示受け	3	15				
						申し込み	3	15				
						業務進行状況把握	3	15				
						薬剤・投薬準備	3	15				
						入院患者の対応	2	10				
17:00 ~	・残業	/	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	/	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							
			記録	4.5	10.0							
			薬剤・検査片付け	3	6.7							
			読み取り	3	6.7							
			投薬・内服	1.5	3.3							
			情報伝達・連絡	1.5	3.3							

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、情報が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。

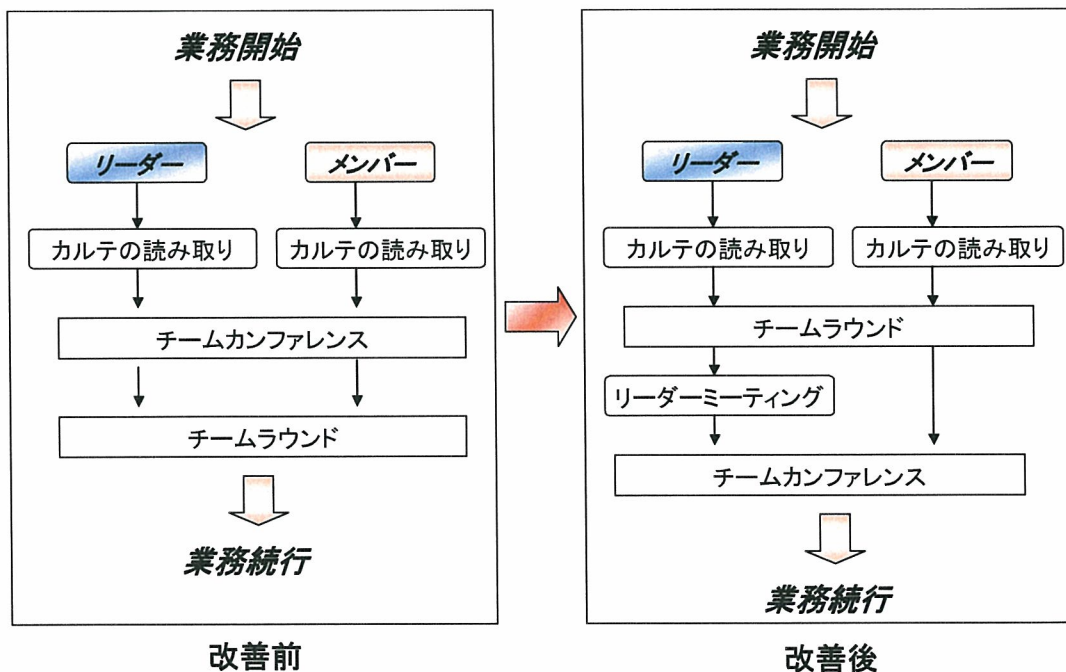


図 4.1 業務改善の結果

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。

**【分析の視点】**

- (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。

**【事件事例】**



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決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<sup>[21][22]</sup>

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。

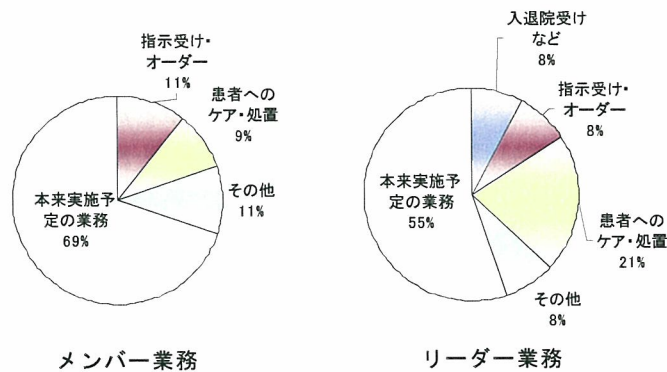


図 5.1 突発的に発生した業務の割合

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

つかの相違点が挙げられる。(1)~(3)に示す。

(1) 作業者の実施する業務の製品・サービスへの影響

産業界では、材料から製品になるまでの工程はほぼ標準として定められている。また、産業界の製品は設計の段階で、製品の品質や安全は、ある程度保証されており、作業者の業務実施上の問題から、これらに大きな影響を及ぼすようなことは少ないと考えられる。そのため、6.5.4.1 節で述べたような業務分析手法は、コスト(C)、納期(D)に重点をおいた分析が行われることが多い。しかし、看護の分野では提供するサービスが患者に直接実施する看護行為であり、実施者の間違いなどで、そのサービスの品質や安全に大きく影響すると考えられる。

(2) 作業者に必要な情報の変化<sup>[23]</sup>

看護業務は、突発的に発生することが多く、業務遂行者を取り巻く環境は常に変化する。しかし、看護業務を遂行するにあたり、その状況(患者状態)に即した業務を実施しなくてはならない。そのため、看護業務の質は、業務実施者の保持している情報に大きく依存すると考えられる。例えば、食事介助を行うだけであっても、患者状態をタイムリーに把握しているNsが実施しなくては、正確に業務を実施することは難しい。したがって、看護業務を実践するにあたり、Nsは患者の情報を十分に把握しておかなくてはならない。図5.2にカルテを含めた情報の流れを示す。

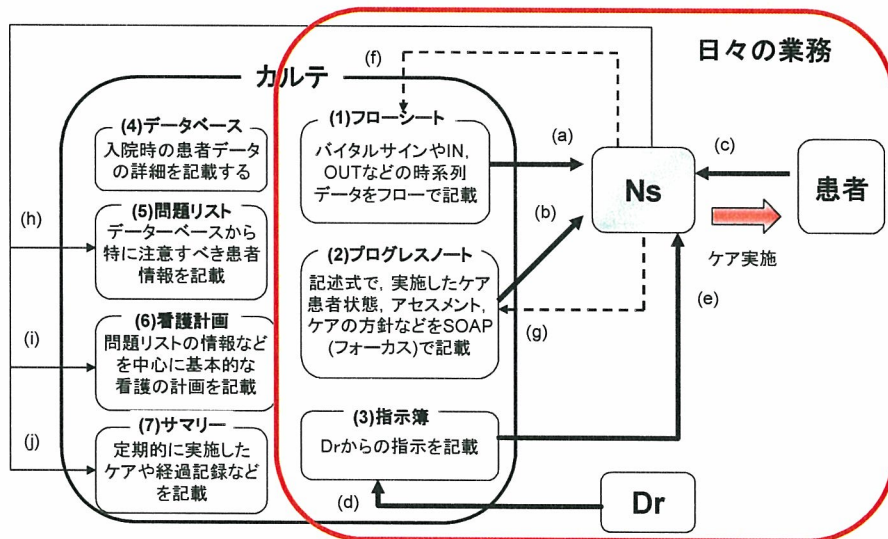


図 5.2 患者情報(記録)の流れ

図 1.2 で示したように、カルテには主に(1)~(7)に関する情報が記載されており、Nsは、これらから情報を取得し、必要があれば記録を行う。赤枠内は、日勤業務における情報の動きを表している。上記の図において伝達される主な情報を整理したものを表 5.1 に示す。



表 5.1 伝達される患者情報

矢印の分類	記号	業務の流れ	伝達される情報
日々の業務開始前に伝達される情報	→	(a) (1)より、前日までのVSやIN、OUTなどの数値を把握し、客観的数値データで患者に何か変化があったかどうかを見る	VS、IN(食事、栄養)、OUT(尿、便、輸液)の値、量、回数、その他患者特有の項目
		(b) (1)で得た情報をもとに(2)にて、どのようなケアを実施したか、患者にどのような変化があったか、ケアの方針などを前勤者の記述から読み取る	患者の訴え、状態、実施した検査、処置、ケア、それに対する評価・計画
		(c) (a)、(b)の情報を照合し、実際に患者の状態観察をすることで、変化・異常などを把握し、当日の業務(VS測定、検温、内服、注射、検査・・・)やケアの方針を立てる	患者の訴え、患者状態(測定したVS、食事状況、酸素量、ADL・・・)
		(d) Drからの内服、注射、検査、処置、その他の指示が指示簿に記載される(ミニシール添付、手書き)	薬剤名、検査名、量、回数、月日方法、速度・・・
		(e) Nsは、(d)の情報と発行されるワークシートの情報を照合し、指示受けをする	基本的に(d)と同じ
日々の業務終了後に伝達される情報	-->	(f) 基本的には、(a)でとった情報の項目に関して、その日の業務で得た数値データを記載し、グラフを作成する	基本的に(a)と同じ
		(g) 実際に実施したケアや患者の状態、家族からの情報、アセスメント、看護方針などを記述式で記載する。(5)に記載された看護上の問題がどのように変化、解決されていたかの経過が記載されなくてはならない。多くの病棟はSOAPで記載。	S:主観的情報(患者の訴え、口頭により得た情報) O:客観的情報(観察、測定値、検査結果、ケア) A:評価(S、Oの情報分析・評価) P:計画(これらに対し立てた計画)
1日~1週間の頻度で必要時に伝達される情報	→	(h) (4)の看護データベースから特に患者の抱えている問題を抽出し、記載する。日々の業務を実施している中、(a)、(b)などから新しい問題が発生した場合記載する	患者の抱えている問題点(身体状態、精神的、社会的)
		(i) (h)で上がった問題から具体的にどのような看護ケアを実施していくかの計画を記載する。また、日々の業務実施中、必要であれば看護計画を修正・変更する	OP:観察計画(ADLの重点的観察・・・) CP:ケア計画(食事形態・・・) EP:教育計画(家族との方針・・・)
		(j) ある一定の期間で、Nsが実施した看護の振り返り、評価などを記載する(退院サマリーの場合は入院から退院までの経過を記載)	ケア実施、患者状態の経過など

日勤業務において、Nsは(a)~(b)でカルテに記録されている情報を読み取る。そして、その情報を基に患者を観察し、患者情報を(c)で把握することで、日々の業務に活かす。さらに、業務実施後に得られた情報は、(f)、(g)の経路でカルテに記録される。(h)~(j)は、患者状態や要望に応じた変更が必要な場合に記載し、内容としては、患者のケア計画や看護ケアの振り返りなどに関する情報が主である。また、Nsは入院してきた患者に対し、その患者の基本情報(アナムネーゼ)を聴衆し、得られた情報をもとに患者の要望に沿った看護計画を立案する。

以上のように看護業務を実施する際、Nsは非常に多くの情報を扱い、その伝達経路は多岐にわたる。また、これら1つ1つの情報は常に変化する。したがって、得られる患者情報をもとに必要なケアを実施する看護業務は、前述したように作業者が持つ情報に大きく依存する。したがって、たとえ習熟したNsが作業者であっても、適切な情報を保持していなくてはミスを起こすことが十分にあり得る。それに対し、製品の品質が作業者の保持する情報にそれほど依存しない産業界では、習熟さえすれば、品質を落とさず業務を遂行することができると考えられる。

### (3) 管理限界の変化

(2)の内容を受け、3つ目として業務の管理限界が常に変化することが挙げられる。産業界の製品は、ある程度、良品、不良品を判断する基準が明確になっている。しかし、看護業務においては、ある状況によってはAという業務を実施することが良かったかもしれないが、別の状況においてAという業務を行うと事故に結びついてしまうなどということが多く存在する。すなわち、看護業務の何が不具合であるかの定義が曖昧になりやすく、管理すべき範囲を設定することが難しい。

以上より、産業界と看護の分野では、それぞれの業務の持つ特性が異なることがわかる。そのため、産業界の業務分析手法を看護業務の分析に活用することは効果的ではないと考えられる。

本研究で提案した、業務分析の視点は、上述したような看護業務の特性を考慮している。



例えば、Q, C, D, S すべての観点に対し分析すべき視点を明確に定めている。また、看護業務1つ1つに対し、曖昧になりやすい部分に着目し、それら进行分析、管理すべき範囲として設定した。さらに、実施者が保持する情報で業務の質が変化することを考慮し、安全の維持、業務効率向上のための情報の伝達、共有の効果的な方法が実現されるような、業務分析の視点を定めた。

以上のように、看護業務を効果的に分析、改善するためには、本研究で提案したような看護業務の特性を十分に考慮した、分析の視点を定めることが有効である。

## 6.6 結論と今後の課題

### 6.6.1 結論

今まで、看護業務の改善事例などは、看護に関する数多くの文献により示されてきた。しかし、これらは看護の質に関して明確に示されておらず、効果的な業務改善が行われていなかった。

本研究では、このように曖昧になっていた看護の質を評価するための指標を明確にし、“看護の質展開表”として示した。そして、近年、病院で注目されている看護体制であるTNに着目し、前述した“看護の質展開表”を活用することで、TNにおける看護業務分析の視点を抽出した。

また、抽出した視点を整理し、これらの視点を活用するためのデータ収集シートとして、看護業務分析表を作成した。これを活用することで、看護業務を分単位で容易に記録することが可能になる。そこで、本研究ではこの業務分析表と業務分析の視点を看護業務分析手法として提案した。

さらに、提案した業務分析手法でA病院の看護業務进行分析した結果、看護業務実施上の問題点を明らかにし、その対策を立案することができた。また、事故分析をすることで、本研究で対案した視点は、事故防止のための対策も立てられることがわかった。

以上より、本研究で提案した業務分析手法は、看護業務の改善に有効であることが確認できた。

### 6.6.2 今後の課題

本研究で示した“看護の質展開表”をもとに提案した業務分析手法が、業務改善に効果的であることは6.6.1節で述べた。しかし、これにはいくつかの課題が残っていると考えられる。

本研究で提案した視点は、QCDSの観点に関するものである。しかし、本研究では、事故防止に対する有効性と業務効率向上の効果の一部に関してのみ検証を行っているため、それ以外の視点に関しては、その効果を検証することができていない。本研究で提案した手法を、看護の質を向上するための業務分析手法として確立するためには、それを構成する要素すべてに関する視点の効果を検証する必要があるといえる。

また、事故防止に対する有効性と業務効率向上の効果を検証することができたと述べたが、これらは実際に定量的に効果をはかることはできていない。したがって、実際に提案した視点をを用い、業務改善を行った上で、事故件数や事故内容の変化、超過勤務時間の変化などを調査する必要がある。

さらに、本研究で提案した視点は、TN における看護業務分析の視点である。考察でも述べたが、TN は多くの病院で導入されているだけであり、実際には、病院ごとに看護体制が異なる。したがって、すべての病院で通用する看護業務分析手法を確立するためには、他の看護体制における業務分析の視点を抽出することが、重要な課題になると考えられる。以上が、本研究における取り組むべき、残された課題である。

## 第6章の参考文献

- [1]藤野彰子ら(2005)：「看護技術ベーシックス」，医学芸術社
- [2]氏家幸子ら(2005)：「基礎看護技術Ⅰ」，医学書院
- [3]氏家幸子ら(2005)：「基礎看護技術Ⅱ」，医学書院
- [4]西本勝子ら(2002)：「固定チームナーシング事例集」，医学書院
- [5]久米均(2005)：「品質経営入門」，日科技連出版社
- [6]日総研グループ(2005)：「看護方式勤務体制業務見直しガイド」，日総研出版
- [7]西本勝子ら(1999)：「固定チームナーシングー責任と継続性のある看護のために」，医学書院
- [8]藤田晴美ら(2004)：“外来固定チームナーシング導入の有効性ー業務量均等化に向けた試みー”，2004，Vol.29，No.12，86-91
- [9]岡田美智子ら(2002)：“看護方式変更を目指す病棟運営”，看護実践の科学，2002，No.6，31-36
- [10]山本由美ら(2001)：“固定チームナーシングの評価基準を通して見えてきたもの”，看護実践の科学，2001，No.2，38-45
- [11]田中清美ら(2005)：“混合病棟における効率化に向けたチーム再編成”，看護管理，2005，No.36，157-159
- [12]間瀬紀子ら(2001)：“固定チームナーシング導入から定着へ”，看護実践の科学，2001，No.2，17-23
- [13]井上文江：“混合病棟での安全管理のための看護方式の変更”，看護実践の科学，2003，No.11，25-27
- [14]山田佐登美(2006)：“病棟での看護業務状況を見える化する”看護管理，2006，Vol.16，No.9，728-735
- [15]古田美佐子(2000)：“固定チーム継続受持ち方式が患者にもたらす影響”，看護管理，2000，No.31，162-164
- [16]筑城富子(2001)：“看護記録からみた固定チームナーシングの評価”，看護管理，2001，No.32，138-141
- [17]多田恵美子(2001)：“固定チームナーシング導入と申し送りの廃止”，看護実践の科学，2001，No.1，31-36
- [18]松木光子(1992)：“クオリティケアのための看護方式ープライマリーナーシングとモジュール型継続受持ち方式を中心にー”，南江堂
- [19]松田美佐子ら(2002)：“病棟の看護方式を支援するための〔看護方式検討〕委員会活動，2002，Vol.12，No.4，256-262
- [20]棟近雅彦ら(1999)：“JUSE-QCAS オフィシャルテキストブックーSQC入門QC七つ道具，検定・推定編”，日科技連
- [21]川嶋正治(1979)：“作業管理と作業研究”，日本能率協会
- [22]吉本一穂ら(2001)：“メソッドエンジニアリング”，朝倉書店
- [23]黒江ゆり子ら(1998)：“看護記録をマスターする”，医学書院

## 7. A 病院における QMS 導入・推進の困難モデル

### 7.1 緒言

昨今、医療事故や医療過誤、また病院の倒産や医療倫理など、医療の質に関する問題がより重要視されている。米国医療の質委員会(The Committee on the Quality of Healthcare in America)は、安全の観点から医療提供プロセスを組織的に設計しなおす指針を提示した<sup>[1]</sup>。さらに、本来果たすべき仕事を実践していくためには、病院システム自体の改革があって初めて可能となる、と報告している<sup>[2]</sup>。

実際に、質を管理、改善していくための仕組みである“Quality Management System<sup>[3][4][5]</sup>(以下、QMS という)”を病院組織へ取り込むことで、病院システムの改革が世界各国で行われ始めている<sup>[6][7]</sup>。しかし、実際は医療者の価値観や病院という組織の特徴、また医療制度といった病院を取り巻く環境など、様々な要因のため、病院組織へ QMS を取り込む活動(以下、導入・推進、もしくは導入・推進活動という)の際に困難が生じるという報告<sup>[8][9]</sup>もされているが、それら困難やその要因について、これまで深く検討した取り組みは行われなかった。

このように病院への QMS 導入・推進に関する取り組みは始まったばかりであり、何が困難として起こっているのかわからない状況である。そのため、ある病院へ QMS を導入・推進する際に、そこで起きている“事実”そのものを詳細に観察することが重要である。さらに導入・推進で生ずる困難は、活動の経緯や活動期間中の様々な状況変化の影響を受けて変わるものである。したがって、複数の病院で生じた困難をアンケートやヒアリングによって断片的に収集して分析するよりも、あるひとつのケースの QMS 導入・推進の一連の活動を継続的に観察し、深く分析することが必要である。

そこで本研究では、QMS のひとつの形態である ISO 9001 を A 病院へ導入・推進する際に実施されたことを観察し、そこで得た知見を、本研究で設計したステップに従って分析することで、A 病院における QMS 導入・推進の困難モデルを構築することを目的とする。

### 7.2 困難を捉えるための分析フレーム

#### 7.2.1 困難モデルと分析フレームの概要

QMS を効果的・効率的に導入・推進するためには、TQM の構成要素<sup>[10]</sup>でいえば、(1)質概念、標準化、改善など実施される様々な活動の指針としての哲学や価値観、思想(以下、質マネジメントに重要な概念という)、(2)日常管理/方針管理、機能別管理、品質保証体系などのコア・マネジメントシステム、(3)QC 七つ道具、FMEA/FTA、統計的手法などの手法、そして(4)教育・指導、相互啓発、ベンチマーキングなどの運用技術をすべて理解・実践する必要がある。QMS の導入・推進が効果的・効率的にいかないのは、これらの実践において阻害要因が発生していると考えられる。

(2)(3)(4)については、まずその背景にある(1)の質マネジメントに重要な概念を理解しなければ有効に活用することができない。したがって、本研究では質マネジメントに重要な概念の理解・実践を妨げる医療者の価値観や病院という組織の特徴、また医療制度といった病院を取り巻く環境(以下、阻害要因という)を抽出し、さらにそれら阻害要因が発生する順序や構造を困難モデルとして明らかにする。



以下の節で、本研究において、上記阻害要因を抽出し、困難モデルを構築するための分析フレームについて説明する。7.2.2 節では病院への QMS 導入・推進において考慮すべき質マネジメントに重要な概念について、7.2.3 節では QMS 導入・推進する活動を通して当事者が感じた疑問や困難、関心(以下、発話内容という)をデータソースとして用いることについて、最後に 7.2.4 節では発話内容から阻害要因を抽出するための分析で用いる視点(以下、分析のための視点という)について述べる。

## 7.2.2 質マネジメントに重要な概念

病院への QMS 導入・推進において考慮すべき質マネジメントに重要な概念とは何かを分析するため、QMS に関する文献<sup>[4][5][10][11][12][13][14][15]</sup>を調査した。調査に使った各文献と重要な概念との対応表を表・1 に示す。

表・1 各文献と質マネジメントに重要な概念との対応表

文献番号	文献名	質概念	システム指向	重点思考	標準化	改善	プロセス指向	事実に基づく管理	リーダーシップ	責任/権限 役割分担	全員参加 内部コミュ
4	ISO 9000要求事項及び用語の解説	○			文書化	○	○				
5	医療の質マネジメントシステム	○	○	○	○	○ +マネジメント	○	○	トップマネジメント		組織的活動
10	TQM21世紀の総合経営	品質・経営における品質+経営はお客様+仕事の質+経営の質	仕事の質+経営の質	仕事の質	仕事の質+管理+業務の質	○+PDCAサイクル+仕事の質	プロセス管理	○	経営の質	仕事の質	○ +人間性尊重+自主管理
11	品質管理に学ぶこと	(+顧客志向+経営への質の誓身)	○(管理の概念)			PDCAサイクル 仕事の質	○	○			○ (+人間性尊重)
12	医療サービスの質とマネジメント		○			○ (+技術)	○				人間性尊重
13	医療の質向上への革新	質優先主義+顧客志向+後工程はお客様			○	○		三現主義		○	○
14	超ISO企業3	○	○		○	PDCAサイクル+問題解決の手法	○	○			○
15	品質経営システム構築の実践集	品質第一+顧客志向+後工程はお客様	○	○	○	PDCAサイクル+再発/未然防止	○	○			○

\* 同一語が記載されている場合は○印を、同義語の場合は具体的な内容を表内に示す。

\* 文献番号は、本文中の参考文献の番号を表す。

表・1 より、多くの文献で重視されている重要な概念と考えられたので、病院への QMS 導入・推進において考慮すべき質マネジメントに重要な概念として、「質概念<sup>[11]</sup>(質概念とは、「質の意味と重要性」のことを指す)」「システム指向<sup>[3]</sup>」「重点指向<sup>[3]</sup>」「標準化<sup>[3]</sup>」「プロセス指向<sup>[3]</sup>」「改善<sup>[3]</sup>」「事実に基づく管理<sup>[3]</sup>」「リーダーシップ<sup>[3]</sup>」「責任と権限、役割分担<sup>[3]</sup>」「全員参加、内部コミュニケーション<sup>[3]</sup>」を取り上げた。

この調査では QMS に関する主要な文献を調査したため、大きな見落としはないと考えられるが、後述する困難モデルのステップ5「A 病院における QMS 導入・推進の困難モデルの精緻化」において、質マネジメントに重要な概念に不足はないかを検討する。

## 7.2.3 発話内容

本研究で明らかにする阻害要因や困難モデルは、業務手順や組織の仕組みそのものに関わる問題ではなく、そのような問題が起こる背景にある医療者の価値観や病院という組織の特徴、また医療制度といった病院を取り巻く環境に関わる問題である。前者の問題を抽出することが目的であれば、QMS 導入・推進の活動成果物をデータソースとして用いるのが好ましいが、本研究ではそれら問題の背景にある要因を抽出することが目的である。そのため本研究では、質概念やシステム指向といった医療者にとって新たな概念を理解・実践する際に、当事者が感じた疑問や困難、関心をデータソースとして用いることとした。

一方、医療者へのアンケートやヒアリングなどによってデータソースを収集することも可能である。しかし、当事者へのヒアリングでは、QMS 導入・推進後に感じ取る包括的な

困難しか抽出できず、QMS 導入・推進の途中で生じる困難を忠実に抽出することが難しい。さらに、アンケートでは、あらかじめ研究者によって設計された内容の困難のみが抽出され、QMS 導入・推進の困難を網羅的に抽出することができない。

このように、QMS を導入・推進する中で生じる困難は、当該活動の経緯や様々な状況変化に影響されるので、本研究のように QMS を導入・推進する一連の活動を継続的に観察して得られたデータソースを用いることが有効である。

#### 7.2.4 分析のための視点

発話内容から阻害要因を抽出するために、2 つの分析のための視点を設定した。一つ目の視点は、“問題を発見し、その問題を解決することで目的や目標を実現する活動”という QMS 導入・推進活動において、その発話内容は何が理解されていないのかを分析するための視点(以下、理解の程度という)である。もうひとつの視点は、この「理解の程度」が問題として生じる背景にある要因を分析するための視点である。

前者については、さらに「目的・目標の理解の程度」「現状の理解・認識の程度」「実現方法の理解の程度」の3つの視点に細分化した。問題を発見し、それを解決して目的・目標を実現することは、目的・目標を理解し、それと現状とのギャップを理解し、そのギャップを埋めるための実現方法を理解して実践することで可能となる。実現できない場合は、これらのいずれかにおいて問題が生じていると考えられることから、これらの視点を設定した。

後者の「理解の程度」が問題として生じる背景にある要因を分析するための視点として、以下の2つの視点を考えた。

- ・ 病院という専門家集団で構成された組織の医療提供プロセスやその提供体制がもつ特性。(以下、病院組織特性という)
- ・ 病院における QMS 導入・推進活動へ影響を与える社会システムや医療制度など、環境および制約要因。(以下、環境・制約要因という)

困難が生じる背景には、病院自身に関わる要因とそれ以外の要因があり、それが上記2つの視点にあたる。本研究では困難とそれに関わる要因を分析するために、困難そのものを分析するために「理解の程度」、要因を分析するために「病院組織特性」と「環境・制約要因」という3つの視点を設定したことになる。これら視点を組み込んだフォーマットを図・1に示す。このフォーマットを用いて、後述のステップ3において、発話内容から阻害要因を抽出する。

本研究では、以上3つの分析のための視点を設定したが、困難の問題構造がわからない状況で適切な視点をあらかじめ決めることは難しい。本研究では仮説を可視化して分析を行い、それに当てはまらないものがある場合には、最初の仮説に固執しないで分析フレームを見直す方法を用いる。これによって、A病院での困難の実態を歪めない工夫をしている。

このようなアプローチ方法は、システム工学分野の中で人間活動システムを扱うソフトシステム方法論<sup>[16]</sup>として行われており、本研究ではその考え方を病院における QMS 導入・推進の困難モデルの構築に用いたことになる。

ID ****		質問者 ****	
発話内容			
理解の程度	目的・目標の理解の程度		
	現状の理解・認識の程度		
	実現方法の理解の程度		
病院組織特性			
環境・制約要因			

図・1 分析のための視点を組み込んだフォーマット

## 7.3 分析対象病院と困難モデルの構築

### 7.3.1 A病院の概要

本研究で調査を行った2003年時点において、A病院が提供している医療サービス、それまでの質マネジメントに関する取り組みの概要を図・2に示す。A病院は東京都内の病院であり、病床数は188である。医療機能評価の認定(一般A200床未満)を2002年10月に受けているが、ISO 9001認証取得の活動をはじめまでは、QCサークル活動、組織的改善活動などの医療の質や安全に関する活動は特に行っていなかった。現在は、2005年12月にプライバシーマーク付与認定を受けるなど、積極的に質や安全に対する取り組みを行っている。

2004年10月1日現在、全国には9077の医療施設があり、そのうちA病院が属する一般病院(地域医療支援、療養を除く)は3624施設である<sup>[17]</sup>。また病床規模別の統計によれば、188床のA病院は中規模の病院と見ることができる<sup>[17]</sup>。

<p>病院の種類：急性期一般病院</p> <p>所在地：東京都</p> <p>診療科：内科，外科，小児科，産婦人科，整形外科，緩和ケア病棟，リハビリテーション科，健診，人間ドック，渡航健診(VISA)，地域医療連携室</p> <p>病床数：188床</p> <p>職員数：医師26名，看護師204名，薬剤師9名，検査技師19名，療法士5名，事務56名，その他64名（合計383名）</p> <p>医療の質/安全に対する取り組み：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機能評価認定（一般A200床未満）2002/10/21付</li> </ul>
--

図・2 A病院の概要（2003年当時）

### 7.3.2 困難モデルの構築

本研究では，7.2で設定した分析フレームにもとづき，以下のステップでA病院の困難モデルを構築した。

#### 【ステップ1】A病院へのQMS導入・推進活動の観察と記録

A病院へのQMS導入・推進活動の概要を図・3に示す。A病院では，2002年12月のキックオフ以降，2003年12月の審査登録を一つの目標にして，ISO 9001を活用したQMSの導入・推進に取り組んだ。はじめに，プロセス指向や標準化など，質マネジメントに重要な概念の講義を受講した。次に現状業務の整備を実施し，現状業務とISO 9001の要求事項とを対比して，システムの補強を進めた。その後，第一版の品質マニュアルを整備し，内部監査を実施して本審査を受審した。このようにA病院へのQMS導入・推進活動では，ISO 9001の考え方をベースに，当該病院の理念や目的を達成するためのQMS構築作業を行った。

この過程において，A病院へQMSを導入・推進する初期段階から審査，登録までに実施されたこと<sup>[18]</sup>を観察した。また，部課長で構成されたISO導入・推進メンバーへの勉強会や検討会の内容を，議事録という形で記録した。