

この全体プロセスを細分化して見ていくと、表 2.3.1-5 のように、サービスプロセスが手続き型、サイクル型、危機管理型の 3 種類に分類できることが分かった。手続き型は、入退院・入居手続きのように、一連の流れがほぼ決まっていて、その流れに沿ってサービス利用者・提供者ともに進むプロセスである。サイクル型は、入院中の看護サービスや入居中の介護サービスのように、サービス利用者と提供者が相互にコミュニケーションを取りながら、目的が達成されるまで一定のサービスを繰り返すプロセスである。そして、危機管理型は、ヒヤリ・ハットやアクシデント対応のように、突発的な事象に対して、緊急性をもって対応するプロセスである。

表 2.3.1-5 サービスプロセスの分類

プロセスの種類	恵寿総合病院	和光苑	スーパーコート 南花屋敷	スーパーコート 平野
手続き型	外来 入院 退院	入所手続き 通所手続き	入居手続き	入居手続き
サイクル型	入院中 クレーム・要望	入所中 通所中 クレーム・要望	入居中 クレーム・要望	入居中 クレーム・要望
危機管理型	ヒヤリハット アクシデント	ヒヤリハット アクシデント	ヒヤリハット アクシデント	ヒヤリハット アクシデント

そこで、この 3 つのプロセスタイプについて、それぞれ代表的な業務として、外来診療サービス(恵寿総合病院)、入居者の介護サービス(スーパーコート南花屋敷)、ヒヤリ・ハット対応(恵寿総合病院)を取り上げ、スタッフ間でどのような情報を共有して、どのように連携しているか詳細なプロセスを分析した。図 2.3.1-6 にその結果を示す。

恵寿総合病院の外来診療サービスでは、医事・看護師・診察によって集められた患者情報を医師に集約し、電子カルテに記録すると同時に、検査や薬の処方など、患者の状態に合わせた指示を関連スタッフに出している。検査結果などは医師にフィードバックされ、診療が終了すると、精算を行う。このとき、医事は医師の作成したカルテ情報をもとに精算を行う。

スーパーコート南花屋敷の介護サービスでは、ケアプランに従った介護サービスを提供すると同時に、入居者の健康状態に変化がないかをチェックしている。スタッフが何らかの変化に気付くと、入居者への対応と上司への報告を行う。その情報は段階を踏んで施設長へ集約される。一方、変化に気付いたスタッフは、その情報を朝夕礼で報告し、申し送りへ記載する。他のスタッフはいずれかの方法で、入居者の最新の状態を共有する。入居者の変化の程度が大きく、緊急性を有する場合は、危機管理型の対応に移行する。

恵寿総合病院のヒヤリ・ハット対応では、事前にルール化されたヒヤリ・ハット、アクシデントのレベルに従い、必要な部署への伝達と患者への対応を進めていく。最終的に、アクシデントレポートを作成し、各部署の申し送りや各種委員会を通じて全体で情報共有と再発防止を行っている。

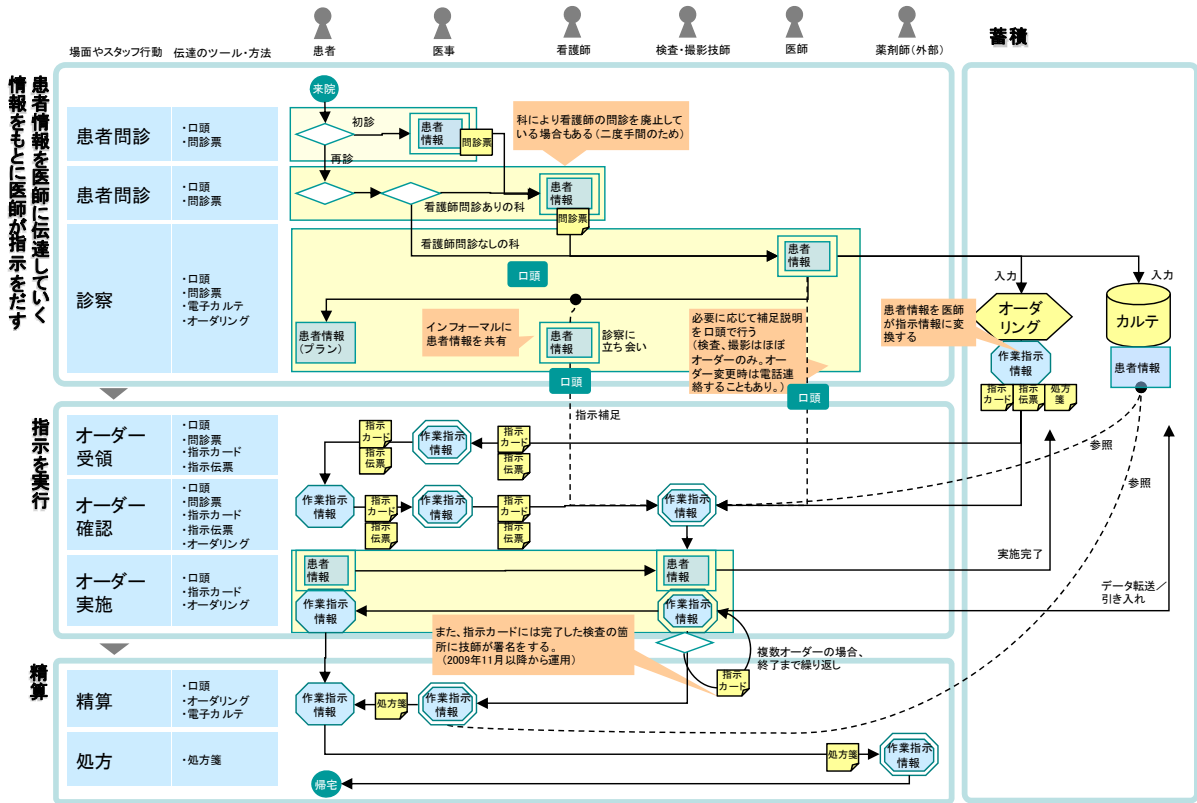


図 2. 3. 1-6 (a) 恵寿総合病院における外来診療サービス

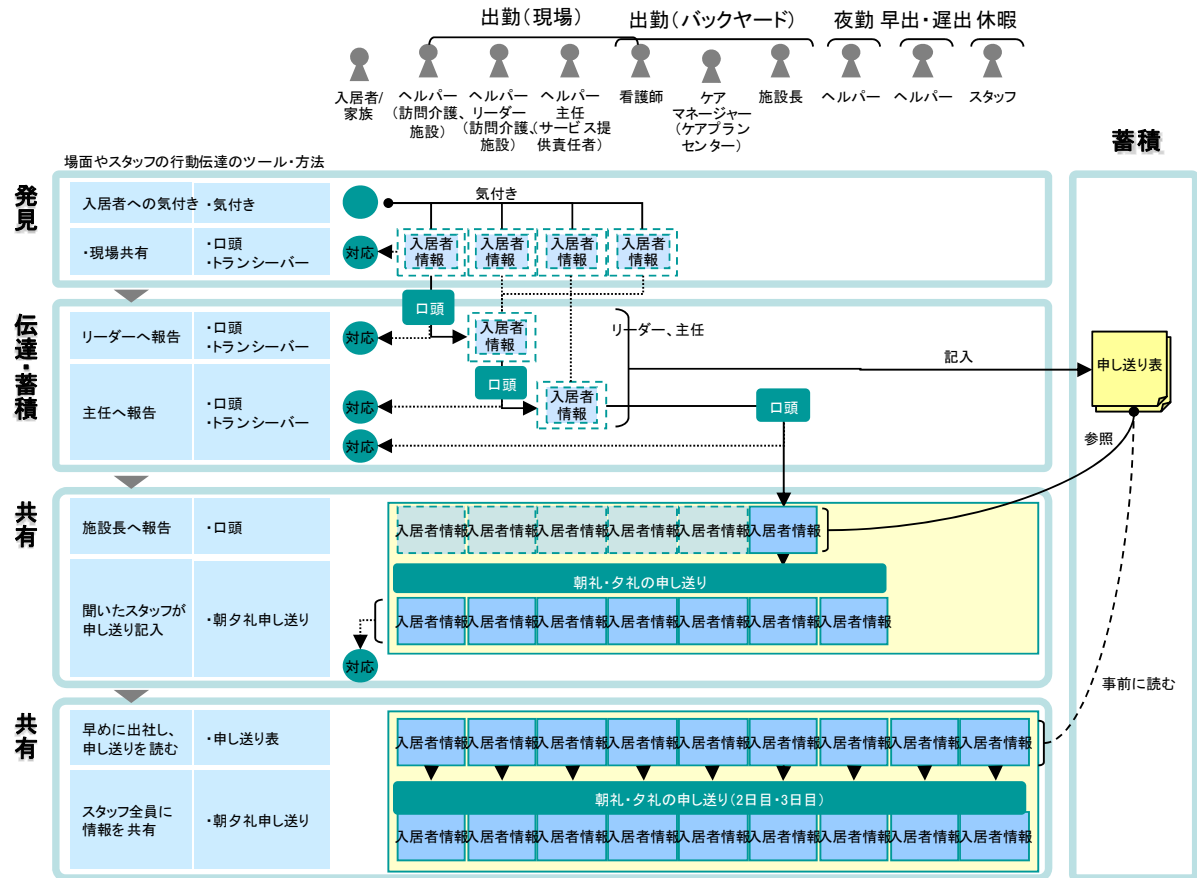


図 2. 3. 1-6 (b) スーパーコート南花屋敷における入居中の介護サービス

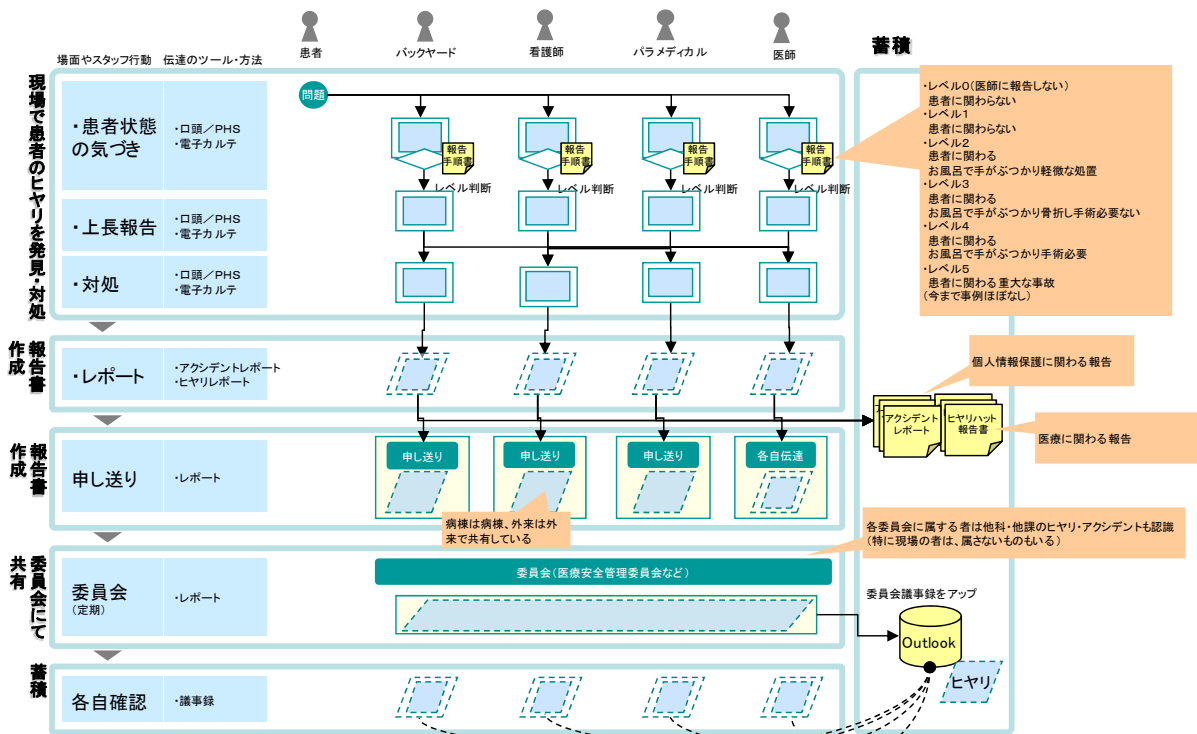


図 2. 3. 1-6(c) 恵寿総合病院におけるヒヤリ・ハット対応

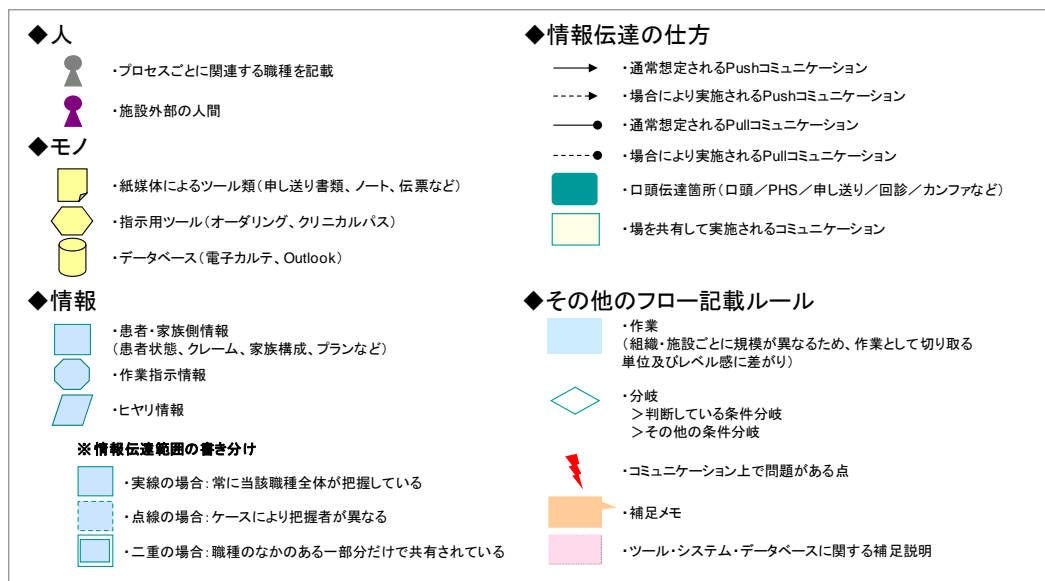
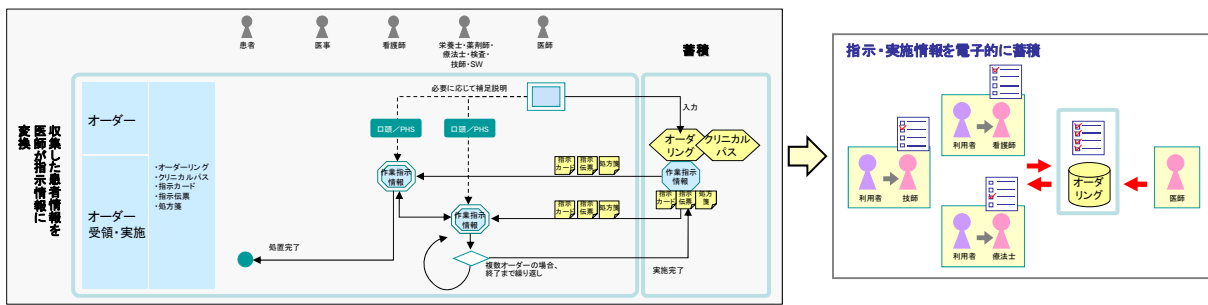


図 2. 3. 1-6 サービスプロセスにおけるスタッフ間の情報共有・連携

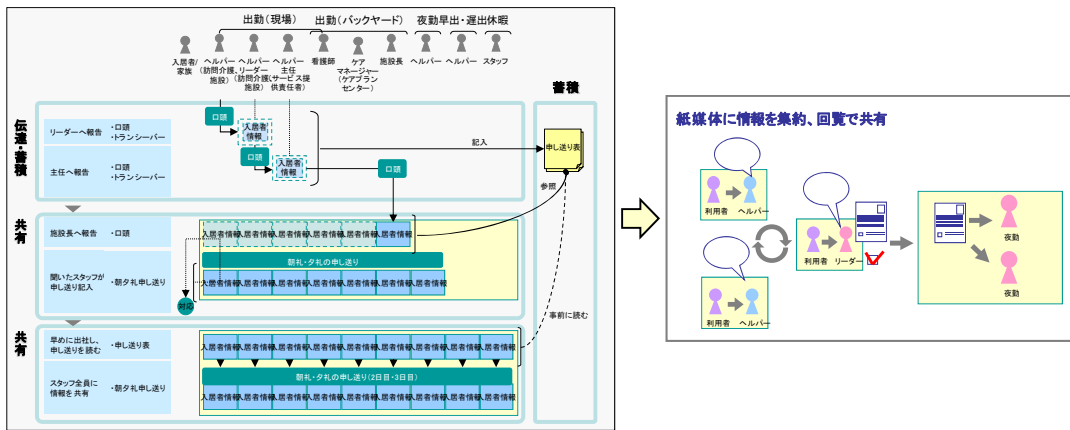
このように各施設の業務について、スタッフ間の情報共有・連携を可視化したところ、同じような記述が繰り返されていることが分かった。そこで、図中の一定のまとまりごとにモジュール化を行った。そして、16個のプロセスモジュールを構築した。表 2. 3. 1-6 に各プロセスモジュールの特徴を示す。例えば、電子オーダー型モジュールでは、作業指示とその結果を電子オーダーシステムで行い、図 2. 3. 1-7(a)の左側に示したプロセスをモジュール化する。また、申し送り型モジュールでは、各スタッフが申し送り書に情報を記入することで情報集約を、それを回覧することで情報共有を行い、図 2. 3. 1-7(b)の左側に示したプロセスをモジュール化する。

表 2.3.1-6 サービスプロセスモジュール

モジュール大分類	モジュール中分類	No.	モジュール名	緊急性	作業の流れ	スタッフ規模	動く要素	伝達の確認	スタッフ同士の対面	利用者から直接の情報	タイミング	スタッフ	伝達ルート	ツール	場所	
情報の吸い上げと伝達	状態	1	利用者型モデル1 (取得)	通常	1ライン	1人の連続	利用者・情報同時	あり	なし	あり	固定	固定	固定	固定	固定	固定
		2	段階集約型モデル	通常	多重	5人程度	情報のみ	あり	あつたりなかつたり	なし	不定	固定	固定	不定	不定	不定
	状態・作業依頼	3	緊急ルート型モデル	緊急	1ライン	1人の連続 4名程度	情報のみ	あり	なし	なし	不定	固定	固定	固定	固定	不定
		4	ホットライン型モデル	緊急	多重	20人程度	情報のみ	あり	あつたりなかつたり	なし	不定	固定	固定	固定	固定	不定
	クレーム・要望	5	駆け込み寺型モデル	通常 緊急	多重	5人程度	利用者・情報同時	あつたりなかつたり	あり	あり	あり	不定	曖昧に固定	固定	不定	固定
		6	目安箱型モデル	通常 緊急	多重	-	情報、(利用者)	あり	なし	あり	不定	不定	固定	固定	固定	不定
発見した情報の連絡と蓄積・共有	現場	7	一斉通知型モデル	通常 緊急	多重	20人程度	情報のみ	あつたりなかつたり	なし	なし	不定	固定	固定	固定	固定	不定
		8	定例(朝夕礼)型モデル	通常	多重	10人程度	スタッフ	あり	あり	なし	固定	固定	不定	不定	あり	固定
	9	電子カルテ型モデル	通常	多重	20人程度	情報のみ	なし	なし	なし	固定	不定	不定	不定	あり	不定	
相談・議論による情報の発見・伝達・共有	シフト間	10	申し送りモデル	通常	多重	10人程度	スタッフ	なし	なし	なし	固定	不定	不定	あり	固定	
	共有・相談・分析	11	フォーラム会議型モデル (スタッフ内)	通常 緊急	多重	5人程度	スタッフ	あり	あり	あり	固定	固定	不定	不定	固定	固定
		12	フォーラム会議型モデル (利用者・家族含む)	通常 緊急	多重	5人程度	スタッフ、利用者	あり	あり	あり	固定	固定	不定	不定	固定	固定
13	ワイガヤ型モデル	通常	多重	10人程度	スタッフ	なし	あり	なし	曖昧に固定	曖昧に固定	曖昧に固定	不定	不定	曖昧に固定	固定	
作業指示	現場	14	利用者型モデル2 (伝達)	通常	1ライン	1人の連続	利用者・情報同時	あり	なし	あり	固定	不定	固定	固定	固定	固定
		15	オーダー型モデル	通常	2ライン	1人の連続	情報のみ	あり	なし	あり	不定	不定	不定	不定	固定	不定
		16	個別オーダー型モデル	通常	多重	5人程度	情報のみ	あり	なし	なし	不定	不定	不定	不定	不定	不定



(a) 電子オーダー型モジュール



(b) 申し送り型モジュール

図 2.3.1-7 プロセスモジュール

プロセスモジュールを用いると、スタッフ間の情報共有・連携をより簡潔に表現することができる。図 2.3.1-6(a) で示した恵寿総合病院の外来診療サービスの場合、図 2.3.1-8 のように表現できる。

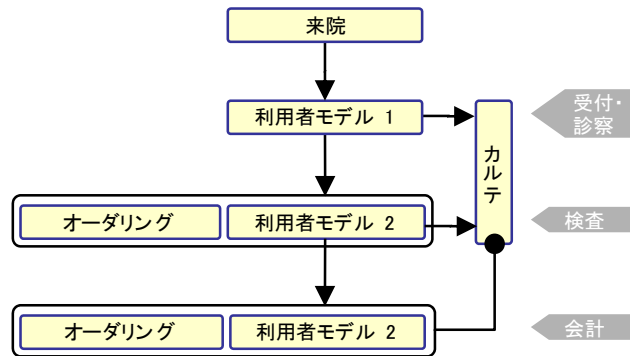


図 2.3.1-8 モジュール化した恵寿総合病院の外来診療サービスのプロセス

最後に、サービスプロセスにおいて、利用者満足度を下げたり、サービス生産性を低下させたりする事例とその発生要因に着目してデータを分析した。

従来、事故におけるヒューマンファクターの分析では、SHELL モデルが用いられてきた。これは 1972 年に Edwards が提案し、1987 年に Hawkins が改良したモデル[2]で、図 2.3.1-9 のように、以下の 5 つの要因を配置し、それぞれの界面の不整合によって事故が発生するというモデルである。それぞれの要因の頭文字を取って、SHELL モデルと名付けられた。

- S (Software) : マニュアル, 規定などシステムの運用に関わる無形物
- H (Hardware) : 情報を伝えたり記録するためのツール
- E (Environment) : 仕事や行動に影響を与える全ての環境
- L (Liveware) : 当事者以外のスタッフ
- L (Liveware) : 当事者 (中心)

サービスプロセスにおいては、その問題点の多くがヒューマンファクターに起因すると考え、SHELL モデルをもとに問題分析を行う。しかし、Hawkins の SHELL モデルはサービス提供者側のモデルであり、サービス利用者に関する要因が不足している。また、ヘルスケアサービスの場合、直接的にサービスを受けている患者、入居者だけでなく、その家族も間接的にサービスを受けている。そこで、サービス利用者に関わる要因として、

- P (Patient) : 直接的サービス利用者 (患者、入居者等)
- F (Family) : 間接的サービス利用者 (家族)

の 2 要因を追加し、図 2.3.1-10 に示す PF-SHELL モデルへと拡張した。そして、PF-SHELL モデルをヘルスケアサービスにおけるサービス生産性低下要因の分析に用いた。

4 施設での聞き取りによって得られたサービス生産性の低下事例を分類し、4 施設もしくは介護サービスを提供している 3 施設から共通して獲得された事例を抽出した。さらに、抽出した事例を発生要因ごとに分類を行ったところ、表 2.3.1-7 の結果が得られた。例えば、L-P 間の問題の場合、限られた時間でのサービスの中で、提供者、すなわち、医師や介護士が利用者との間に良好な信頼関係を構築することができず、利用者の健康状態や要望を最低限しか獲得できないケースがあった。これらの問題は、ヘルスケアサービスにおいて起こりやすい事例とも考えられ、人、ハードウェア、ソフトウェア、環境の面から、このような事例が起こりにくい、もしくは、これらの事例を解決するサービスプロセスを設計することが、利用者満足度やサービス生産性を高めることに重要であることが分かった。