

博士〈医療情報学〉論文

チーム医療の成熟過程に関する研究

－褥瘡対策検討チームの事例研究より－

2015 年 9 月

山本 智子

川崎医療福祉大学大学院

チーム医療の成熟過程に関する研究 －褥瘡対策検討チームの事例研究より－

目次

1. はじめに	- 1 -
1.1 研究の背景.....	- 1 -
1.2 チーム医療に関する先行研究	- 2 -
1.2.1 チーム医療の定義.....	- 2 -
1.2.2 医療チームの類型.....	- 2 -
1.2.3 チーム医療研究の蓄積と課題	- 4 -
1.3 チーム育成過程の先行研究	- 7 -
1.3.1 タックマン・モデルの概要	- 7 -
1.3.2 チーム形成過程に関する先行研究	- 8 -
1.3.3 コンフリクト・マネジメントに関する先行研究	- 10 -
1.4 組織成熟度に関する先行研究	- 10 -
1.4.1 組織成熟度の定義.....	- 10 -
1.4.2 組織成熟過程に関する先行研究	- 11 -
1.5 褥瘡対策に関する先行研究	- 13 -
1.5.1 わが国の褥瘡対策の概要	- 13 -
1.5.2 褥瘡対策チームに関する先行研究	- 16 -
2. 研究目的	- 17 -
3. 研究の対象と方法	- 18 -
3.1 研究の対象.....	- 18 -
3.2 研究の方法.....	- 18 -
3.3 事例の概要.....	- 18 -
3.3.1 A病院の概要.....	- 18 -
3.3.2 褥瘡対策検討チームの概要	- 19 -
3.4 データ収集方法.....	- 20 -
3.4.1 文書類の調査.....	- 20 -
3.4.2 インタビュー調査.....	- 20 -
3.4.3 観察調査.....	- 21 -
3.5 測定方法	- 22 -
3.5.1 測定項目	- 22 -
3.5.2 測定尺度.....	- 22 -
4. 結果	- 23 -
4.1 チームが誕生した時期	- 23 -
4.2 C看護師が褥瘡の知識を基に、リーダーシップを発揮し始めた時期	- 23 -

4.3 チームの構造が明確になった時期	- 24 -
4.4 皮膚科医がメンバーに加入した時期	- 27 -
4.5 副院長がメンバーに加入した時期	- 29 -
4.6 皮膚科医の退職と形成外科医の着任	- 34 -
4.7 院内研修会の立ち上げ	- 37 -
4.8 C看護課長がチームを離脱	- 47 -
4.9 形成外科医の退職	- 50 -
4.10 C看護課長が看護部長に昇進してチームに復帰	- 56 -
4.11 結果の要約	- 60 -
5. 考察	- 66 -
6. 結論	- 68 -
引用文献	- 69 -

チーム医療の成熟過程に関する研究 ー褥瘡対策検討チームの事例研究よりー

1. はじめに

1.1 研究の背景

チーム医療とは、厚生労働省が 2010 年に発表した報告書によると「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」¹と定義されている。

チーム医療は、1970 年代から、患者中心の医療を表す考え方や用語として盛んに使用されるようになった。そして、2000 年前後からは、チーム医療を行う具体的なチームとして、「医療安全対策チーム」、「院内感染防止対策チーム」、「褥瘡対策チーム」、「栄養管理チーム」などが病院組織内に設置され、チーム医療が実践されてきた。その後、厚生労働省は、2010 年にチーム医療について、日本の医療の在り方を変え得るキーワードとして注目を集めていることを指摘している¹。

チーム医療に関する研究も、事例を紹介する論文を中心に、1990 年代から多数発表されている^{2, 3}。なかでも、田村・中田・倉谷他⁴は、2004 年にチーム医療を客観的に評価する指標の必要性を指摘し、三沢・佐相・山口⁵は、2009 年に看護師チームを対象としてチームワーク測定尺度の作成を試みている。これらの論文では、チーム医療を客観的・定量的に測定し評価しようと試みられているものの、確立した測定方法には至っていない。

また、山本⁶は、チーム医療による病院の組織変革の様相を明らかにすることを目的として 2009 年に岡山下の病院を対象として行った調査結果から、多職種のメンバーによるチームが、メンバーの意識・行動に変化を起こし、チームを成長させ、組織変化を生じさせていること、メンバーの意識・行動の変化が医療の質や医療安全の向上に影響を与えて、直接的、間接的にアウトカムの向上に影響を与えていることを提示した。しかし、医療チームが成長しながら変化する過程や、さらには、それを可視化、測定することには至らなかった。

厚生労働省チーム医療推進方策検討ワーキンググループ⁷は、2011 年にチーム医療を推進する上で、チーム医療を導入した場合の効果を評価・検証する必要があるものの、個別具体的なチーム医療の取り組みに対する評価については、一律に評価項目を設定することは難しいことを指摘している。

これらより、チーム医療を行うチーム（以下、「医療チーム」とする）の取り組みを評価するための測定指標や、医療チームの成熟過程の測定指標に関する検討は、いまだ十分になされていないといえる。

一方、IT ソフトウェア開発の分野では、プロジェクト・チーム育成の研究において、

タックマン・モデル (Tuckman model) ^{8, 9}を援用して、チームの育成過程に関する研究が蓄積されている。

また、アメリカ国防総省とアメリカのカーネギーメロン大学によって 1984 年に設立されたソフトウェア工学研究所 (Software Engineering Institute, SEI) が、1987 年に初版となる CMM for Software を策定し、1997 年に組織のプロセス改善モデルである組織成熟度モデル (Capability Maturity Model Integration, CMMI) ¹⁰を開発した。以降、この組織成熟度モデルによって組織の成熟度を測定することや、測定結果を組織の改善活動に活用することが行われるようになった。

そこで、これら IT ソフトウェア開発のチーム育成で援用されているタックマン・モデル、および IT の領域で開発された組織成熟度モデルを援用して、医療チームの育成・成熟過程を測定できないであろうかと考えた。可視化が可能になれば医療チームの成熟度を客観的・定量的に測定することが可能になり、測定が可能になればコントロールが可能となり、改善が可能になる。本研究の目的は、まず、医療チームの成熟度を測定可能にすることであり、それを実際の医療現場の医療チームで検証することにある。

1.2 チーム医療に関する先行研究

1.2.1 チーム医療の定義

チーム医療という用語は、1970 年代から用いられるようになったが、その用語の定義として、細田は、2002 年にチーム医療をテーマにした論文を収集し、検討した結果、チーム医療を、「異なる知識と情報を持つ者同士が、その知識と情報に基づいて自由にコミュニケーションしあう中で最適な医療を見つけていく営為」¹¹と定義している。また、陳は、2006 年にチーム型の医療体制という視点から、チーム医療を、「さまざまな専門性を持つ医療従事者がチームを作り、患者の情報や治療内容を共有するとともに、それぞれの立場からの提言を互いにフィードバックしながら、対等に意見交換を行い、チームの連携プレーにより、患者の治療にあたる医療体制」¹²と定義している。厚生労働省は、2010 年に『チーム医療の推進に関する検討会報告書』において、分業と統合の視点から、チーム医療を、「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」¹と定義している。

このように、チーム医療の定義は多様であるが、本研究では、厚生労働省の 2010 年の定義を採用する。

1.2.2 医療チームの類型

医療チームは、診療報酬上の規定を受けるか受けないかによって分類することができる。

まず、診療報酬上の規定を受ける医療チーム、すなわち、病院が診療報酬請求を行うために設置することが義務づけられている医療チーム、および設置することにより、診療報酬の加算が算定できる医療チームがある。

診療報酬上の規定を受ける医療チームを、表 1-1 に示す。

表 1-1 診療報酬上の規定を受ける医療チーム

	チームの名称	備考
設置義務があるチーム	感染防止対策チーム	2000 年 4 月必置化
	医療安全対策チーム	2002 年 4 月必置化
	褥瘡対策検討チーム	2002 年 4 月必置化
	栄養管理チーム	2012 年 4 月必置化 2014 年 4 月から、病院では、設置していなければ入院基本料が減算となる。
診療報酬の加算が算定できるチーム	緩和ケアチーム	2002 年 4 月新設（入院） 2012 年 4 月新設（外来）
	精神科リエゾンチーム	2012 年 4 月新設
	栄養サポートチーム	2012 年 4 月新設
	臓器・造血幹細胞移植チーム	2012 年 4 月新設

注：2012 年 4 月現在
出所：筆者作成

次に、診療報酬上の規定を受けない医療チーム、すなわち、病院が任意で設置している医療チームである。厚生労働省チーム医療推進方策検討ワーキンググループ⁷が 2011 年にとりまとめた診療報酬上の規定を受けない医療チームを表 1-2 に示す。

本研究で対象とする褥瘡対策検討チームは、表 1-1 より、診療報酬上の規定を受けてどの病院にも設置されている医療チームであることがわかる。

表 1-2 診療報酬上の規定を受けない医療チームの例

分類	チーム(取組)の名称
急性期・救急医療	薬剤師病棟常駐（2 病棟当たり 3 名体制）
	集中治療チーム
	急性期リハビリテーションチーム
	社会福祉士を専従配置した救命救急センター
回復期・慢性期	回復期リハ専門病院におけるチーム
	社会福祉士専従配置の医療療養病床
在宅医療	在宅緩和ケア専門チーム
	退院支援調整チーム
	薬薬連携推進チーム
	在宅栄養サポートチーム
	地域関係機関と連携した在宅療養生活支援チーム
	社会福祉士専従配置の在宅支援診療所
医科・歯科の連携	歯科標榜のない回復期病院と地域歯科医師会との連携
	口腔ケアチーム
特定の診療領域	せん妄対策チーム
	子どもの入院支援チーム
	集中治療チーム
	外来がん化学療法チーム
	暴力被害者支援チーム
	他医療機関との連携による虐待予防・支援チーム
	臨床倫理コンサルテーションチーム
	急性期リハビリテーションチーム
	認知症支援チーム
	高度救命救急センターにおける自殺未遂者ケアチーム
	助産所または診療所と高次医療機関
	周産期医療における児童虐待予防
医療スタッフの業務の効率化	薬剤師病棟常駐（2 病棟当たり 3 名体制）
	社会福祉士配属による患者・家族参加型の急性期病棟チーム
	チーム医療を支える病棟、外来、手術室や内視鏡室等の中央部門へのクラークの配置
	チーム医療の一員としての医師事務作業補助者（医療クラーク）の活用
その他	院内監査システム（院内巡視）
	エキスパートナースによる早期離床チーム
	1.医療機器管理チーム、2.医療機器選定チーム
	抗菌薬適正使用推進チーム
	救急患者お断り解消チーム
	心臓カテーテルチーム
	摂食・嚥下医療チーム
	生殖補助医療支援チーム
	コンサルテーション・リエゾンチーム（総合病院精神科）
	緩和ケアチーム

出所：チーム医療推進方策検討ワーキンググループ（2011）を参考に筆者作成

1.2.3 チーム医療研究の蓄積と課題

チーム医療に関する研究は、多くの蓄積がなされてきた。しかし、医療チームの成熟過程を測定し、可視化することを目的とした研究は、きわめて少ない。今回、チー

ム医療の成熟過程に関する先行研究に絞り込んでレビューする。

(1) チーム医療の評価視点に関する提言

厚生労働省チーム医療推進方策検討ワーキンググループ⁷は、2011年にチーム医療の推進には、チーム医療を導入した場合の効果を評価・検証する必要があることを指摘している。また、チーム医療の効果については、2010年度に取りまとめられた検討会報告書「チーム医療の推進について」をもとに、①医療・生活の質向上、②医療従事者の負担軽減、③医療の安全の向上を挙げるとともに、④患者の満足度を重要な指標として指摘している。そして、チーム医療の評価に当たっては、客観的、定量的なアウトカム評価が望ましいものの、アウトカムについては評価困難な内容も多いことから、評価のための視点として、医療の質、患者の視点、医療スタッフの視点、および経済的視点の4つの視点を挙げ、それぞれの視点において、ストラクチャー評価、プロセス評価、アウトカム評価を併用して行う必要があることを提示している。その一例として、栄養管理チーム（Nutrition Support Team, NST）の場合の具体的な評価項目の例を提示している（表 1-3）。

表 1-3 栄養管理チームの具体的な評価項目の例

医療の質	アウトカム評価	早期治癒率（在院日数又は術後在院日数）
		感染症の発生率
		褥瘡発生率
		血液学的検査値
	プロセス評価	経腸栄養実施率
		口腔衛生処置実施率
		食事提供回数
	ストラクチャー評価	専門職種の配置
		電子カルテ等の導入の有無
		カンファレンスの実施
患者の視点	アウトカム評価	早期治癒率（在院日数の減少）
		使用薬剤数及び用量
		合併症の発生率
	プロセス評価	専門スタッフによる回診回数
		食事摂取回数
		治療内容の理解
	ストラクチャー評価	1床当たりの医療従事者数
従事者の視点	アウトカム評価	1人当たりの担当患者数
		各専門職種の専門性向上
	プロセス評価	各職種からの相談回数
		カンファレンス、勉強会への参加回数
	ストラクチャー評価	専門職の 365 日 24 時間対応体制の有無
		カンファレンス、勉強会の実施
		治療方針の共有
経済的視点	アウトカム評価	病院収益
		人員配置の変化
	プロセス評価	輸液使用金額
		抗生剤使用金額
		食事提供金額
	ストラクチャー評価	DPC 導入
		後発品使用
		医師・看護師以外のスタッフの導入

出所：チーム医療推進方策検討ワーキンググループ（2011）

医療チームの成熟度を考える場合も、ストラクチャー、プロセス、アウトカムの視点により、指標を分類して考えることができよう。

(2)医療チームの変化に関する先行研究

山本⁶は、チーム医療による病院の組織変革の様相、すなわち、チーム医療の導入・実施によるメンバーの意識・行動の変化の様相を明らかにすることを目的として、実証研究を行った。研究方法は、岡山県下の 175 病院を対象としたアンケート調査およびインタビュー調査を 2009 年に実施した。その結果から、①病院組織において、部門間を越えた多職種のメンバーによるチームは、組織変化を生じさせており、そのチ

ームは、2000～2004 年に設置された医療安全対策チームや褥瘡対策チームが多く、そのチームが成長して、組織変革の原動力になっていると考えられること、②成長したチームのメンバーは、診療のプロセス改善のために、スムーズな情報交換、効果的なディスカッション、研修会やセミナーへの参加といった行動の変化を起こし、これらの変化が、医療の質や安全性などのアウトカムの向上につながっていたこと、③成長したチームは、直接的にチーム内でのアウトカムの向上に影響する場合と、チームメンバー以外の職員に影響を与えたことにより、間接的にアウトカムの向上につながる場合があり、直接的、間接的に、組織変革に重要な役割を演じていると考えられることを提示した。しかし、医療チームが成長しながら変化する過程や、変化のメカニズムについては十分に明らかにされてこなかった。

本研究では、褥瘡対策検討チームに着目し、医療チームの成長過程を測定し、その過程を明らかにすることを試みる。

(3)医療チーム研究の課題

チーム医療の評価および医療チームの変化に関する研究は、散見されるものの、本研究のごとく、チーム医療の領域において、医療チームが成長していく過程と、組織（チーム）の成熟度を測定しながら追跡した観察研究は、文献的に探し得た範囲では見当たらなかった。

1.3 チーム育成過程の先行研究

1.3.1 タックマン・モデルの概要

タックマン（Tuckman,B.W）は、チーム行動の研究から、メンバー間の関係性に着目して、チームの成長過程を、4段階でモデル化している⁸。タックマンの4段階モデルを表1-4に示す。

表 1-4 タックマンの4段階モデル

段階	様相
Forming（形成期）	お互いに知り合っていく時期
Storming（騒乱期）	メンバー間の違いが明らかになり、不安になる時期
Norming（規範期）	チームのルールや規範が確立する時期
Performing（実行期）	チームが成果に向けて機能している時期

出所：Tuckman,B.W.(1965)、榎田・松尾谷（2005）を参考に筆者作成

その後、1977年にAdjourning（散会期）が追加され、現在では5段階で示されている⁹。各段階の特徴を、表1-5に示す¹³。

表 1-5 タックマンの5段階モデル

状態	形成期	騒乱期	規範期	実行期	散会期
概要	ばらばらだった個人が互いに知り合っていく段階	各人の間に、目的の優先順位、各自の役割と責任、リーダーシップなどについて強烈な対立がある段階	行動規範が構成員の間に確立する段階	集団が目的となる成果に向かって行動する段階	一時的に形成される集団は、目的達成によって解散する。
特徴	集団への帰属意識も希薄であり、目的や役割分化も不明なので、感情をあまり表に出さないので、互いに探りを入れながら情報収集している。	対立は個人としての自由がその集団によって脅かされることに対抗することの表れである。対立が強すぎる場合には、集団から抜け出す人間が出てしまい、極端な場合には、集団が崩壊してしまうこともある。	各人に求められる行動とその受容に対する期待が集団内で一致することになる。この段階では、構成員同士の関係が緊密になり、仲間意識も強まる。	それまでの構成員間リーダーシップに対する疑問や問題が解消されて、相互理解に向けられた各人のエネルギーは、集団の目的達成行動に向けられる。	時には、外部の圧力、リーダーシップの欠如や集団の有効性を損なう行動抑圧的な規範が発達することで、解散する場合もある。

出所：榎田・松尾谷（2005），p.18を参考に筆者作成

チームは、通常、タックマン・モデルの段階を順次経ていくが、特定の段階で停滞してしまったり、以前の段階に逆戻りしてしまったりすることも珍しくはないことが指摘されている¹⁴。

タックマン・モデルはチームの形成から散会までを、経時的にとらえたモデルでわかりやすいが、各段階にどれだけの時間を費やすのかは不定である点、および必ずしもこの順序で発展していくとは限らない点、例えば騒乱期が極めて短い場合、あるいは無い場合や、規範期や実行期にも騒乱が起こり得るといった点がある¹⁵。

1.3.2 チーム形成過程に関する先行研究

(1) チームビルディングスキルの開発に関する研究

榎田・松尾谷¹⁶は、2004年にアメリカを中心に発展したプロジェクトマネジメントを日本に導入する場合には、人間的側面のマネジメントを加える必要があるとし、特にチームリーダーが人間関係を構築するスキルを身につける必要があることを指摘している。そして、チームビルディングの要素として、リーダーシップ、チームが持つ規範、コミュニケーションを取り上げ、チームビルディングの実現方法を提示している。具体的には、チームビルディングスキルのための育成プログラムを開発して実施し、リーダーおよびメンバーがそれぞれの行動を演じるスキルを身につけ、リーダーは集団維持に関するリーダーシップ行動を取り、メンバーは集団規範に対する同調行動を取り、これにより、良い行動規範が確立して、深いコミュニケーションが行われる集団になるという過程を提示している。なお、規範とは、チーム内でどのような行動をとるべきなのかという、共有された行動の枠組みのことをいう。

また、榎田・松尾谷¹³は、2005年にプロジェクトマネジメントを成功させるためには、人間的側面のマネジメントを、より重視する必要があることから、メンバーのHappiness（仕事満足）とActive（仕事意欲）が向上するチームの構築に関する研究を行っている。研究方法は、質問紙による意識調査で、プロジェクトにおけるメンバーのパートナー満足度を、Happiness（仕事満足）、Active（仕事意欲）およびストレスを指標として測定している。その結果から、①チームにおけるコミュニケーションやチームの雰囲気が、メンバーのHappiness（仕事満足）とActive（仕事意欲）の向上、およびストレスの低減に作用していること、②プロジェクトパフォーマンスは、タックマン・モデルのチーム形成期段階の順に高くなるのではなく、騒乱期で最も低くなり、実行期で最も高くなること、③タックマン・モデルをもとに、チームのパートナー成長モデルを提示し、チームの形成状況は、仕事満足、仕事意欲、ストレスの3つの指標によって計測できると考えられること、④チームビルディングの方式として、オフジョブ方式のプログラムを提案している。

さらに、森本¹⁷は、2012年にプロジェクトのリスク情報の収集には、リーダーとメンバーが相互の意見を尊重する関係が必要であることに着目し、メンバーがプロジェクトの問題状況を報告しやすいチーム状態について研究を行っている。研究方法は、システム開発研修受講者を対象とした質問紙調査で、榎田・松尾谷¹³の提示内容を実証した研究である。その結果から、①メンバーが騒乱期と考えている状況で、リーダーが騒乱期と認識していない状況では、メンバーのマネジメントへの満足度は低下するため、騒乱期の早期検知が重要であること、②リーダーとメンバーが相互の意見を尊重しあえる関係になるためには、早い段階での関係づくりが重要で、このことが騒乱期に対して手を打ちやすいこと、③メンバーとの関係性構築の支援ツールの一つとして、コミュニケーションファシリテーターを活用することで、より効率的にプロジェクト問題を収集することができる可能性があることを提示している。

(2)プロジェクト・チーム・ライフ・サイクルに基づくリーダーシップ・スタイルに関する研究

治田・高木・奥川¹⁸は、2006年にプロジェクトの成功・失敗を左右する重要な要素の一つとして、チームの状況（プロジェクト・チーム・ライフサイクル）に適応したリーダーシップ・スタイルに着目して研究した。研究方法は、SI(System Integration)プロジェクトを対象とした事例研究である。具体的にはプロジェクト・チーム・ライフ・サイクルを、初期段階、混乱段階、飛躍段階、安定段階、終了段階と5段階（基本的にタックマン・モデルの5段階）に分け、一方、リーダーシップ・スタイルを、ゴールマン(Goleman,D.)の分類¹⁹を参照して、トップ・ダウン（Top-down）、人間重視(Friendly)、個々の意見尊重(Consensus)、新ビジョンとイニシアティブ(Vision)、支援(Supporter)の5分類に分け、5段階それぞれに適したリーダーシップ・スタ

イルを研究した。その結果から、初期段階はトップ・ダウン（Top-down）、混乱段階は新ビジョンとイニシアティブ（Vision）、飛躍段階は個々の意見尊重（Consensus）、安定段階は支援（Supporter）、終了段階はトップ・ダウン（Top-down）のリーダーシップが、主として求められることを提示している。

さらに、治田²⁰は、2008年にリーダーシップを、状況認識能力、人間関係能力、ビジョン描写能力、創意工夫能力の4つの能力の総体とみなし、プロジェクト・チーム・ライフ・サイクルの段階で、どの能力が最も必要・有効であるかを研究した。その結果から、①初期段階では状況認識能力、②混乱段階ではビジョン描写能力、③飛躍段階では人間関係能力、④安定段階では創意工夫能力、⑤終了段階では状況認識能力が、必要かつ有効であることを提示している。

1.3.3 コンフリクト・マネジメントに関する先行研究

プロジェクトの過程において、様々なコンフリクトが発生するが、そのマネジメントとして、プロジェクトマネジメント知識体系ガイド（A guide to the project management body of knowledge, PMBOK guide）では、5つの方法が示されている²¹。PMBOKによるコンフリクト・マネジメントの方法を、表1-6に示す。

表 1-6 コンフリクト・マネジメントの方法

方法	概要
撤退や回避	現在の、または潜在的なコンフリクト状態から身を引き、対応する準備が整うまで、または他の誰かが解消するまで課題を先送りにすること
鎮静や適応	意見の異なる部分ではなく、同意できる部分を強調し、相手のニーズに対して立場を認め、調和と関係を維持すること
妥協や和解	関係者全員がある程度は納得できる解決策を模索し、コンフリクトを一時的または部分的に解消すること
強制や指示	相手を犠牲にして自分の観点を押し付けること。単に自分が勝ち相手が負ける(win-lose)という解決策であり、通常は、権力のある地位を利用して緊急事態を解決する。
協力や問題解決	異なる観点から複数の視点や洞察を取り込むこと。一般にコンセンサスとコミットメントにつながる協調性のある姿勢とオープンな対話が求められる。

出所：Project Management Institute（2013），p.283を参考に筆者作成

1.4 組織成熟度に関する先行研究

1.4.1 組織成熟度の定義

組織成熟度は、ITソフトウェア開発プロセスから発生した考え方である。安定したソフトウェアを開発する組織には、成熟した開発プロセスがあることに着目し、組織成熟度を数値化したものである。

CMMIによると、「成熟度レベルは、組織のプロセス改善における進化の段階を定義したものである」²²とされている。本研究では、このCMMIの定義を組織成熟度の定義として採用する。

1.4.2 組織成熟過程に関する先行研究

経営学の分野では、環境の変化に応じて組織が段階的に発展していくという組織成長モデル²³、企業の生誕から成熟までのプロセスを示した企業発展モデル²⁴、組織変化に着目した進化プロセスモデルがある²⁵。これらでは、組織構造、自己組織化、組織能力などに着目してプロセスモデルが提示されている。

一方、IT ソフトウェア開発領域では、組織の成熟過程を測定する指標が開発された。この代表的なものとして、組織成熟度モデル（Capability Maturity Model Integration, CMMI）や COBIT（Control Objectives for Information and related Technology）があげられる。これらのモデルの概要について、以下に提示する。

(1) 組織成熟度モデル（CMMI）

CMMI は、IT システムおよび IT サービスの開発・運用・調達に関わるそれぞれの組織に適用できるモデルである。この背景には、アメリカ合衆国国防総省の行う IT システム調達において失敗が続発し、その要因としてベンダー側の能力水準の低さがあることがわかり、ベンダーの能力を測定する測定ツールとして開発された。ソフトウェア工学研究所が、1987 年に初版となる CMM for Software を策定し、1997 年に組織成熟度モデル（CMMI）を開発した。2000 年代後半には、IT システムベンダー、IT サービスプロバイダ、IT 発注者という三者の立場に併せてモデルが開発されている²⁶。

CMMI による組織成熟度を、表 1-7 に示す²⁷。

表 1-7 CMMI の組織成熟度

Level	成熟度レベルの名称
1	初期
2	管理された
3	定義された
4	定量的に管理された
5	最適化している

出所：Software Engineering Institute（2010），p.27 を参考に筆者作成

CMMI による組織成熟度レベル（5 段階）の各レベルの主な特徴を、表 1-8 に示す²⁸。

表 1-8 CMMI による組織の成熟度

Level の名称	Level-1	Level-2	Level-3	Level-4	Level-5
状態	初期	管理された (反復できる)	定義された (制度化された)	定量的に管理された(計測できる)	最適化している(プロセスを改善する)
特性	プロセスは場当たりの、時には混沌としたもの。ほとんどのプロセスは定義されておらず、成功は個人の努力に依存する。	以前の成功経験を反復するためのプロセス規律がある	プロセスが文書化、標準化、統合化されている。	プロセスおよび成果物品質に関する詳細な計測結果が収集されている。プロセスも成果物も定量的に理解され制御される。	革新的なアイデアや技術の試行、および定量的フィードバックによって、継続的なプロセス改善が可能になっている。

出所：Software Engineering Institute (2010) , pp.26-29 より筆者作成。

CMMI は、組織の管理体制の度合いを可視化したモデルで、組織内にどのようなマネジメントスタイルがあるかを可視化できるといえる。

CMMI は、プロジェクト遂行能力の測定²⁹、情報システムの投資効果を経営組織の成熟度によって測定³⁰、プロジェクト成功度向上に役立てる取り組み³¹で援用されている。さらに、山本・三木³²は、2006 年に CMMI を援用して、薬局成熟度モデルの作成を試みている。

(2)COBIT

COBIT は、IT ガバナンスと IT マネジメントのためのフレームワークで、アメリカの情報システムコントロール協会 (ISACA) が中心となって策定し、1996 年に初版が提示された。IT システムのセキュリティや内部統制に重点をおいたモデルが構成されている³³。

COBIT の成熟度モデルを、表 1-9 に示す。

表 1-9 COBIT による組織の成熟度

レベルの 名称	Level-0	Level-1	Level-2	Level-3	Level-4	Level-5
能力レベル	不完全な プロセス	実施され たプロセ ス	管理され たプロセ ス	確立され たプロセ ス	予測可能 なプロセ ス	最適化し ているプ ロセス
プロセス 能力属性	・生産物な し	・形式的に プロセス 成果を達 成	・プロセス 実施を目 標値で管 理 ・文書化の もとに管 理・制御	・ソフトエ ンジニア リングに 基づく標 準プロセ ス ・プロセス に配置す る資源と 役割、責 任、能力 が識別	・製品とプ ロセス能 力を KPI を用い定 量的に把 握 ・製品とプ ロセス能 力を分析、 是正	・ビジネス ゴールに 向けてプ ロセスの 動的变化 ・継続的な 改善に向 けたプロ セス変更 の識別

出所：井上（2013），p.46 より作成。

以上より、CMMI も COBIT も、ほぼ同様の成熟度の概念モデルであるといえる。

1.5 褥瘡対策に関する先行研究

本研究では、観察対象として褥瘡対策チームに着目して研究を進める。そこで、本節では、わが国の褥瘡対策の概要と褥瘡対策チームに関する先行研究をレビューする。

1.5.1 わが国の褥瘡対策の概要

(1) 褥瘡対策の変遷

褥瘡とは、日本褥瘡学会の 2005 年の定義によると「身体に加わった外力は骨と皮膚表層の間の軟部組織の血流を低下、あるいは停止させる。この状況が一定時間持続されると組織は不可逆的な阻血性障害に陥り褥瘡となる」³⁴とされている。

褥瘡対策の変遷について、日本褥瘡学会³⁴は次のように述べている。

まず、消毒、乾燥の治療法から、湿潤閉鎖循環への変更がなされたことにより、創傷被覆材や薬剤の開発・普及、体圧分散用具等が進化し、褥瘡治療・ケアの方法が変化した。そして、褥瘡に関わる医療者の意識を変化させ、「褥瘡は治せる疾患」へと変わった。

1999 年の第 1 回日本褥瘡学会学術集会で、褥瘡発生メカニズムにおいて、圧迫と応力が原因という考え方が主流となり、それによって、褥瘡に関するアセスメントが深まった。

一方、診療報酬の面では、2002 年 4 月に「褥瘡対策未実施減算」（1 日 5 点減点）が導入され、同年 10 月から実施された。これは、褥瘡治療・ケアが、医療の質保証としての指標として評価されるようになったことを示している。

2002 年に、日本褥瘡学会が、日本版褥瘡治療経過スケールを開発し、それを

「DESIGN」として発表した。これにより、褥瘡状態を正確に測定し評価し、個々の褥瘡に対して行ったケアを客観的に評価することができるようになった。

2005 年に、日本褥瘡学会が、「科学的根拠に基づく褥瘡局所治療ガイドライン(初版)」を策定した。

2008 年に、日本褥瘡学会が、「DESIGN」を、「DESIGN-R」へと改訂した。

2009 年に、「褥瘡予防・管理ガイドライン(第 2 版)」を、2012 年に「褥瘡予防・管理ガイドライン(第 3 版)」と「褥瘡ガイドブック」を策定した。

日本褥瘡学会は、1999 年頃から褥瘡治療のエビデンス解明に積極的にかかわり、褥瘡治療の成果を上げてきた。

(2)褥瘡対策チームの概要

病院内に褥瘡対策チームの設置が義務付けられたのは、2002 年の診療報酬改定であり、その時導入された制度が「褥瘡対策未実施減算」である。この未実施減算というのは、褥瘡対策を行わない病院はすべての入院患者の入院基本料を、毎日 5 点減点されるというペナルティである。この褥瘡対策の条件として、①褥瘡対策に係る専任の医師、看護師から構成される褥瘡対策チームが設置されていること、②日常生活の自立度が低い入院患者について、褥瘡対策に関する診療計画を作成し、褥瘡対策を実施すること、③褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていることとなっていた。このペナルティを避けるために褥瘡対策チームを設置した医療機関も少なくないと言われている³⁵。

さらに、2004 年の診療報酬改定では、褥瘡対策が未実施減算から実施加算に変更され、①5 年以上の褥瘡看護の経験のある看護師を専任看護師として配置すること、②深い褥瘡を発生させた場合には、事故報告書を提出することとなった³⁵。

2006 年の診療報酬改定で新設された「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」では、①褥瘡管理者(皮膚・排泄ケア認定看護師)が褥瘡対策チームの他職種、主治医と共同して、個別の患者ごとに褥瘡予防計画を作成し、計画に基づき重点的な褥瘡ケアを継続して実施することが条件となった³⁵。

2012 年の診療報酬改定では、①専任の医師および褥瘡看護に関して臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームを設置し、褥瘡ケアが必要な患者に対応できるよう体制をとっていなければ、入院基本料が算定できないことになった。つまり、どの医療機関も褥瘡対策チームを設置して、褥瘡発生のリスクがある患者には、褥瘡予防・管理することが、当然のこととして位置付けられたといえる³⁵。

わが国の褥瘡対策の変遷と、診療報酬上の規定による褥瘡対策チームに求められる条件の変遷をまとめたものを、表 1-10 に示す³⁵。

表 1-10 褥瘡対策の変遷と褥瘡対策チームの変遷

年	褥瘡対策	褥瘡対策チーム
1999 年	褥瘡発生メカニズムのパラダイムシフトがある。褥瘡に関するアセスメントが深まる。	
2002 年 4 月		褥瘡対策未実施減算（施行は、同年 10 月から）が新設された。 これにより、褥瘡対策チームが設置されていることが必須となった。
2002 年	日本版褥瘡治療経過スケール「DESIGN」の発表	
2004 年 4 月		褥瘡対策未実施減算が廃止され、実施している場合には、加算されることになり、褥瘡患者管理加算（1 回の入院につき 20 点）が新設された。 深い褥瘡を発生させた場合には、事故報告書を提出することとなった。 褥瘡対策が病院の医療の質を問う指標と位置付けられ、チーム医療が推進された。
2005 年	「科学的根拠の基づく褥瘡局所治療ガイドライン(初版)」の発表	
2006 年 4 月		褥瘡ハイリスク患者ケア加算（急性期入院医療においてのみ、1 回の入院につき 500 点）が新設された。 褥瘡管理者（皮膚・排泄ケア認定看護師）が褥瘡対策チームの他職種、主治医と共同して、個別の患者ごとに褥瘡予防計画を作成し、計画に基づき重点的な褥瘡ケアを継続して実施することになった。 褥瘡予防においてもチーム医療が重要視されてきた。
2008 年	日本版褥瘡治療経過スケール「DESIGN-R」へ改訂	
2009 年	「褥瘡予防・管理ガイドライン（第 2 版）」の発表	
2012 年 4 月		褥瘡患者管理加算の算定要件が、入院基本料の算定要件に包括された。 褥瘡対策チームを設置して、褥瘡リスクがある患者に褥瘡予防・管理することが、当然のこととなった。
2012 年 6 月	「褥瘡予防・管理ガイドライン（第 3 版）」の発表 「褥瘡ガイドブック」の発表	

出所：三富（2012），pp.378-390 を参照して作成。

また、褥瘡の創傷管理について高い看護実践のできる看護師を認定するために、日本看護協会が、「皮膚・排泄ケア看護認定看護師」として 1997 年から認定制度を開始した。

チームとして求められる活動内容は、2012 年の診療報酬改定によると、褥瘡対策に係る委員会が定期的開催されていることが望ましいとなっている。これは最低要件で、実際は回診、病棟ラウンド、褥瘡カンファレンス、勉強会開催などが行われてい

る。こうした活動のアウトカム指標として、褥瘡発生率、褥瘡保有率などが用いられている。

1.5.2 褥瘡対策チームに関する先行研究

褥瘡対策のチーム医療に関する研究は、非常に多くの蓄積がなされている。これらは、医師、看護師、薬剤師、理学療法士、管理栄養士など、それぞれの職能団体の学会で発表されており、いずれもそれぞれの職種ของทีมでのかかわりの成果が報告されている^{36,37,38}。

また、褥瘡対策チームを事例とした研究には、専門職のチーム医療に対する認識に関する研究⁴、あるいはチーム医療の経済的側面に関する研究³⁹があげられる。

一方、褥瘡対策チームの成熟過程に関する報告は、ほとんど管見されない。

2. 研究目的

前章の先行研究が示す通り、何らかのチーム医療はほとんどの病院で行われており、それぞれの病院では、多様な医療チームが活動している。

しかし、それらの医療チームの活動における成熟の程度を測定した研究は少なく、チームの成熟過程が十分に明らかにされているとはいえない。

一方、IT ソフトウェア開発の分野では、チーム育成過程のモデルとして、タックマン・モデルが援用されており、また、組織の成熟の測定尺度として、組織成熟度モデル（CMMI）がすでに開発されている。

こうした背景を踏まえ、本研究では、医療チームの成熟の程度を、タックマン・モデルおよび組織成熟度モデル（CMMI）を援用して測定し、可視化することを目的とする。

測定し、可視化が可能になれば、医療チームを客観的・定量的に測定し評価することが可能になる。その結果、医療チームの成長をコントロール・改善することが可能になる。組織成熟度モデル（CMMI）の医療分野での適用可能性を実際の医療チームにおいて組織成熟度を追跡し検証することは、チーム医療におけるチーム育成の改善において、実践的にも、理論的にも意義があると考えられる。

3. 研究の対象と方法

3.1 研究の対象

本研究の対象は、A 病院の褥瘡対策検討チームである。なお、チームの名称は、2002 年 4 月から 2006 年 3 月までは「褥瘡対策チーム」で、2006 年 4 月から「褥瘡対策検討チーム」へ変更されたが、本研究ではすべて「褥瘡対策検討チーム」とする。

A 病院の褥瘡対策検討チームを分析対象とする理由は、以下のとおりである。

第 1 に、A 病院の褥瘡対策検討チームは、2002 年 4 月の診療報酬改定で、診療報酬請求を行うために設置されて以来 12 年を経過していること、およびチームの記録（議事録等）が継続して保管されており、成熟の経時的変化の分析が可能と考えたためである。

第 2 に、褥瘡対策検討チームは、2009 年の院内アンケート調査で、病院組織の変化に影響を与えたチームとして挙げられており⁶、成熟過程の変化についての観察、測定に適したチームであると考えたためである。

第 3 に、A 病院は 2010 年 11 月に、日本慢性期医療協会認定「慢性期医療認定病院」として認定されており、褥瘡対策の水準が確保できていると考えたためである。

3.2 研究の方法

本研究の方法は、事例研究である。具体的には、A 病院の褥瘡対策検討チームを、立ち上げの 2002 年から 2013 年までの 12 年間を追跡し、その間の成熟過程を、タックマン・モデルのチーム育成過程と、組織成熟度モデル（CMMI）の成熟度測定尺度を援用して測定する。

3.3 事例の概要

3.3.1 A 病院の概要

A 病院は、岡山市の市街地に位置し、1956 年 4 月に結核病院として開設された。同一法人内に、A 病院のほか 2 施設がある。

A 病院は、2004 年 9 月までは、結核病棟、医療療養病棟、介護療養病棟の 3 病棟（60 床）で運営されていたが、2004 年 10 月に結核病棟を廃止した。その後、2005 年 4 月から介護療養病棟を医療療養病棟に転換して、医療療養病棟 2 病棟（60 床）で運営されている。

診療科目は、内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、糖尿病内科、内視鏡内科、リハビリテーション科である。

1 日当たり平均入院患者数は 59.7 人（2014 年 11 月 4 日現在）、外来患者数は 40.5 人（2014 年 11 月 4 日現在）である。

入院患者の医療区分の割合は、医療区分 1 が 5%、医療区分 2 が 57%、医療区分 3 が 38%（いずれも 2013 年 4 月～2014 年 3 月の平均値）で、医療必要度の高い患者

がほとんどである。

A 病院の概要を、表 3-1 に示す。

表 3-1 A 病院の概要

項目	内容
運営母体	一般財団法人
開設年月	1956 年 4 月
診療科目	内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、糖尿病内科、内視鏡内科、リハビリテーション科
病床数	医療療養型 60 床
施設基準届出状況	療養病棟入院基本料(I) 脳血管疾患リハビリテーション(II) 運動器リハビリテーション(I) 呼吸器リハビリテーション(I) ニコチン依存症管理料 薬剤管理指導 地域連携診療計画管理料及び地域連携診療計画退院時指導料(I) 救急搬送患者地域連携受入加算 療養病棟療養環境加算 1 退院調整加算 医療安全対策加算 2 感染防止対策加算 2
1 日当たり平均入院患者数	59.7 人 (医療区分 1:5%, 医療区分 2:57%, 医療区分 3:38%)
1 日当たり外来患者数	40.5 人
医師数	2 人
薬剤師	2 人
看護職員数	看護師 21 人、准看護師 4 人、看護補助者 8 人
薬剤師	2 人
管理栄養士	1 人
理学療法士	3 人
作業療法士	2 人
診療放射線技師	1 人
ソーシャルワーカー	1 人

注) 職員数は、いずれも常勤のみ。

出所：岡山県医療機能情報提供システム（2014 年 11 月 4 日更新）、病院ホームページ、内部資料（平成 25 年度事業年報）より作成

3.3.2 褥瘡対策検討チームの概要

2002 年に褥瘡対策未実施減算のペナルティが新設されたことを受け、A 病院では褥瘡対策検討チームが 2002 年 4 月に設置された。

褥瘡対策検討チームの概要を、表 3-2 に示す。

表 3-2 褥瘡対策検討チームの概要

項目	内容
メンバーの職種と人数（12 人）	医師（副院長）（1 人）
	薬剤師（1 人）
	管理栄養士（1 人）
	理学療法士（1 人）
	看護師（看護部長）（1 人）、
	看護師（看護係長）（1 人）
	看護師（4 人）
主な活動状況	看護補助者（ケアワーカー）（2 人）
	委員会活動（月 1 回）
主な活動内容	カルテ回診（月 4 回）
	(1) 1 ヶ月ごとの病棟別褥瘡実態調査報告 (2) 処置内容（方法、評価）、経過記録の充実（処置期間の記録、記録方法・写真撮影方法の統一、定期的な写真撮影・計画書作成） (3) 褥瘡発生率・治癒率の算出 (4) カルテ回診における事例検討・改善策の立案・施行・記録 (5) 院内症例発表 (6) 院外研修会の参加・報告 (7) 院内における褥瘡の現状や褥瘡対策の教育と周知 (8) 体圧分散寝具（エアマット）などの適切な使用と管理の徹底 (9) 各患者様に対するポジショニング、体位変換の検討と実施 (10) NST との連携

注 1) 2013 年 4 月現在

注 2) チームの名称について、2002 年 4 月～2006 年 3 月「褥瘡対策チーム」で、2006 年 4 月～「褥瘡対策検討チーム」に変更された。

出所：病院内部資料より作成

3.4 データ収集方法

本研究のデータ収集方法は、①文書類の調査、②インタビュー調査、③観察調査である。本研究で採用した調査の概要は、以下のとおりである。

3.4.1 文書類の調査

本研究で採用した文書類は、公表された文書、資料および病院の内部記録等に基づく文書類である。具体的な文書類の概要を、表 3-3 に示す。

表 3-3 文書類の概要

資料の名称	年度
1.事業年報	2009～2013 年度
2.患者医療区分統計資料	2009～2013 年度
3.褥瘡対策検討委員会議事録	2002 年 4 月～2014 年 3 月
4.その他	病院ホームページ 病院研修会資料

出所：筆者作成

3.4.2 インタビュー調査

褥瘡対策検討チームのメンバーおよびメンバー以外の病院職員を対象としたインタビューを行った。具体的なインタビューの調査日と対象者の概要を、表 3-4 に示す。

表 3-4 インタビュー調査の概要

回	調査年月日	調査対象者	2013 年4月現在の所属 チーム	経験チーム
1	2009 年 7 月 2 日	B 看護部長 C 看護課長 D 医療相談室主任	—	
2	2009 年 10 月 27 日	E 副院長（医師）	—	
3	2013 年 9 月 5 日（木）	C 看護部長	褥瘡、医療安全、 感染防止、NST、行動 制限	褥瘡
		F 看護係長	褥瘡	
4	2013 年 9 月 13 日（金）	G 看護師	NST、医療安全	
		H 看護師	褥瘡	
		I 理学療法士	NST	褥瘡
5	2013 年 9 月 20 日（金）	J 理学療法士	褥瘡、行動制限	
		K 看護係長	感染防止、NST	褥瘡
		L 管理栄養士	褥瘡、医療安全、感染 防止、NST	
6	2013 年 10 月 8 日（火）	E 副院長（医師）	褥瘡、医療安全、感染 防止、NST、行動制限	
7	2013 年 10 月 30 日（水）	M 薬剤師	褥瘡、感染防止、	
		N ケアワーカー	NST	
		O ケアワーカー	褥瘡	
		P 看護師	褥瘡、感染	
		Q 看護師	NST、行動制限	
8	2013 年 11 月 1 日（金）	R 薬局長	なし	
9	2013 年 11 月 7 日（木）	F 看護係長	褥瘡	
		S 看護師	褥瘡	
		T ケアワーカー	褥瘡	
10	2013 年 11 月 9 日（土）	U 看護師	NST	
11	2013 年 11 月 27 日（水）	V 看護師	褥瘡	NST

注）肩書は、インタビュー当時のものをさす。

出所：筆者作成

3.4.3 観察調査

褥瘡対策検討チームのカンファレンスおよび委員会の観察調査（非参与観察法）を行った。具体的な観察調査の概要を、表 3-5 に示す。

表 3-5 観察調査の概要

回	調査年月日	調査対象者
1	2013 年 9 月 13 日（金）	カンファレンス（リハビリ、ケース、褥瘡、NST）
2	2013 年 9 月 20 日（金）	カンファレンス（リハビリ、ケース、褥瘡、NST）
3	2013 年 11 月 1 日（金）	カンファレンス（リハビリ、ケース、褥瘡、NST）
4	2014 年 1 月 10 日（金）	カンファレンス（リハビリ、ケース、褥瘡、NST）
5	2014 年 5 月 28 日（水）	委員会（褥瘡、NST）

出所：筆者作成

3.5 測定方法

3.5.1 測定項目

(1)チームのストラクチャー

まず、褥瘡対策検討チームのストラクチャーの指標として測定するのは、チームの成熟過程における組織、人、物である。具体的な項目としては、管理体制、人員、物品等である。これを、表 3-3 に示した文書類のうち褥瘡対策検討委員会の議事録からデータとして抽出する。

さらに、表 3-4 に示したインタビュー調査のデータにより、補完する。

(2)チームのプロセス

次に測定するのは、褥瘡対策検討チームの成熟過程におけるプロセス指標である。具体的な項目は、回診方法、治療方法、褥瘡管理、患者の体位変換、記録方法、全身管理、患者・家族教育等である。これらについては、表 3-3 に示した文書類のうち褥瘡対策検討委員会の議事録からデータとして抽出する。

さらに、表 3-4 に示したインタビュー調査のデータにより、補完する。

(3)チームのアウトカム

最後に測定するのは、褥瘡対策検討チームの成熟過程におけるアウトカムである。具体的な項目は、褥瘡患者の発生状況、褥瘡の治癒状況等である。これらについては、表 3-3 に示した文書類のうち褥瘡対策検討委員会の議事録からデータとして抽出する。

さらに、表 3-4 に示したインタビュー調査のデータにより、補完する。

3.5.2 測定尺度

抽出したデータを、タックマン・モデル(表 1-5)および組織成熟度モデル(CMMI)の組織成熟度(表 1-7)の尺度に当てはめることにより組織成熟度を測定する。

4. 結果

A 病院の議事録を詳細に検討した結果、褥瘡対策検討チームに次のような経過が見られた。

4.1 チームが誕生した時期

A 病院は、1956 年 4 月に結核病院として開設された。A 病院の 2002 年 4 月時点での病棟編成は、結核病棟（3 階病棟）、医療療養病棟（4 階病棟）、介護療養病棟（5 階病棟）の 3 病棟であった。

2002 年 4 月の診療報酬改定で褥瘡対策の基準が示され、褥瘡対策を行っていない病院に対しては診療報酬のうち入院基本料を減額するというペナルティを課することになった。すなわち、病院としては、褥瘡対策検討チームを設置、日常生活自立度が低い入院患者に褥瘡対策に関する診療計画書を作成して褥瘡対策を実施すること、および褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を使用する体制を整えることが求められたため、A 病院はこの診療報酬改定に従い、2002 年 4 月に褥瘡対策委員会を設置し、その委員を褥瘡対策検討チームのメンバーとした。また、A 病院は体圧分散用具として、エアマット 40 台、ナーセンパットを購入した。A 病院は褥瘡対策検討チームを立ち上げ、体圧分散式マットレスの使用体制を整えた。タックマン・モデルの形成期である。

A 病院が、褥瘡対策委員会を設立以来、2003 年 5 月（第 10 回委員会）までの期間の議事録は作成されていなかった。この間の委員会記録は、わずか 2002 年 11 月委員会の L 栄養士のメモ書き程度のものしかなかった。

また、2002 年 7 月には、外科医が電気メスで切開した事例があった。C 看護師は、その当時の様子を次のように述べている。

「外科医が電気メス他を持参され、当院でデブリードマンを行っていました。（中略）気管切開をした患者さんで、意思疎通が全然とれない方で、すぐ感染を起こしたり、ポケットをつくったり、排膿をしないとイケなかったりでした。」（C 看護師（インタビュー当時看護部長）2013 年 9 月 5 日）

この時点での褥瘡対策委員会、褥瘡対策検討チームは組織として未熟であり、所定の形式の議事録はなく、実際の褥瘡の治療も属人的であったことより、組織（チーム）の成熟度レベルは低かったことがうかがえた。

4.2 C 看護師が褥瘡の知識を基に、リーダーシップを発揮し始めた時期

この頃 A 病院では、褥瘡の処置方法として、洗浄後イソジン消毒してガーゼ貼付け、尿取りパットで便汚染ガードという、消毒、乾燥の治療法を行っていた。

褥瘡対策検討チームのメンバーの C 看護師は、褥瘡に関する知識を習得するために、2002 年に日本褥瘡学会に加入し、その学会で褥瘡に対する新しい洗浄法を学んだ。この時点では、褥瘡ケアの手法が人によって異なる、いわゆる CMMI の「属人的」とさ

れる Level-1 であった。C 看護師は学習した新洗浄法を褥瘡対策検討チームの皆で徹底して行おうと、知識を基にした Top-down 型リーダーシップを発揮し始めた。2002 年 11 月 9 日には院内の看護師たちのために外部講師を招き、新しい洗浄法と被覆材の実技研修会を開催した。C 看護師は、その当時の様子を次のように述べている。

「その時の講師の先生は褥瘡の権威の方で、最初に褥瘡の周囲を泡で洗うということを私に教えて下さった先生です。ぜひ新しい洗浄法を見たいということで呼びしたら、そうしたらみんなも見たいということで、当院に指導に来ていただきました。手技的に上手な先生がきてくださって、洗浄というのは、こういうふうにするんだよと病棟で実際に見せてくださって、それから洗浄はこのようにするのよと、みんなに教えて下さったのが、事のはじまりです。」（C 看護師（インタビュー当時看護部長）2013 年 9 月 5 日）

これらより、院内の看護師たちは、新洗浄法と被覆材について学習して、チーム内で統一された新洗浄法を開始したことが観察された。

2003 年 5 月の褥瘡対策検討チームの議事録には、H 院長（内科医）、事務員、看護師、検査技師、訪問看護ステーションの看護師、栄養士、薬剤師、理学療法士をメンバーとして、褥瘡の処置方法を統一し、使用する薬剤を 1 種類に定めたことが記録されていた。この記録から、褥瘡対策検討チームは当初より多職種のメンバーから成っていたことがうかがえた。

2003 年 6 月の委員会では、車いすの座面のクッション、栄養補助食品の摂取について検討が行われていた。また、生活自立度が低い入院患者に対しては、入院時に「褥瘡対策に関する診療計画書」を作成すべき該当患者であるかどうかを判定するための生活自立度をチェックすることが検討されており、チームの中でルールを作成しようという動きが始まったことがうかがえた。この頃には、議事録の記述がなされ、褥瘡に対する治療方法を統一していく方向が明確になり、CMMI の Level-2 の動きが観察され始めた。

自ら希望して院外研修に参加した C 看護師は、そこで学習したことを 2003 年 11 月の委員会で伝達した。これより、新しい知識をチームとして獲得し始めたことがうかがえた。

4.3 チームの構造が明確になった時期

A 病院は、2004 年 1 月に、「褥瘡対策委員会規定」（Ver.1, 2004 年 1 月施行）、「褥瘡対策委員会運営規定」（Ver.1, 2002 年 8 月施行）、および「褥瘡対策委員会活動計画」（Ver.1, 2004 年 1 月施行）を制定した。

当時のメンバー構成を図 4-1 に示す。チームは、放射線技師を除くほとんどの職種から選出されたメンバーで構成された。当時 A 病院には介護療養病棟があり、ケアワーカーが多数勤務していた。そのため、チームの誕生した時期から、ケアワーカーがメンバーに加わっていた。

委員長	院長	H	院長（内科医）
委員	医長	Y	医師(外科医)
同	医師	a	医師（内科医）
同	事務部長	b	事務部長
同	看護部長	c	看護部長
同	看護課長	d	看護課長
同	看護課長	e	看護課長
同	看護師	C	看護師（他 2 名）
同	介護福祉士	f	介護福祉士（ケアワーカー）
同	検査技師	g	検査技師
同	薬剤師	h	薬剤師
同	栄養士	L	栄養士
同	理学療法士	I	理学療法士
同	事務部	i	事務員

出所：「褥瘡対策委員会規定」（Ver.1， 2004 年 1 月施行）より一部改編

図 4-1 褥瘡対策委員会のメンバー(2004 年 1 月当時)

当時の運営規定から褥瘡対策委員会の業務および運営を図 4-2 に示す。

（業務）

第 4 条 委員会は月 1 回開催し、別に定める様式による報告を求め、次の各号における事項を調査、審議する。

イ 褥瘡および合併する感染防止予防対策の確立に関すること。

ロ 褥瘡の合併する感染予防の実施、監視および指導に関すること。

ハ 感染褥瘡源の調査に関すること。

ニ 褥瘡予防に係る情報の収集に関すること。

ホ その他、褥瘡および合併する感染対策についての重要事項に関すること。

（運営）

第 5 条 委員長は必要に応じ委員会を招集し、その議長となる。

2 委員長は特に必要と認めたときは、委員以外の者を出席させ意見を聞きまたは資料の提出を求めることができる。

出所：「褥瘡対策委員会運営規定」（Ver.1， 2002 年 8 月施行）より抜粋

図 4-2 褥瘡対策委員会の業務および運営(2004 年 1 月当時)

当時の褥瘡対策委員会の活動計画を図 4-3 に示す。

褥瘡対策委員会活動計画	
目標	1. 褥瘡発生が予防できる。 2. 褥瘡悪化を予防し、治癒過程を促進する。
活動内容	①年度始めに部会の年間計画、目標を立てる。 ②開催日は月 1 回、第 4 水曜日とする 13:30～14:00 ③A 病院病棟別褥瘡実態調査の 1 ケ月毎の報告を行う。 ④褥瘡処置マニュアルの作成 ⑤事例を検討し、改善策を立案、実施する。 ⑥高機能体圧分散寝具や、体圧計の管理を行う。 ⑦院内における褥瘡対策の教育 ⑧年度末には年間の計画に対する評価を行う。 ⑨次年度の活動計画をメンバーと共に立案する。

出所：「褥瘡対策委員会活動計画」（Ver.1, 2004 年 1 月施行）より一部改編

図 4-3 褥瘡対策委員会活動計画(2004 年 1 月当時)

2004 年 1 月頃には、委員会のメンバー、運営規定、活動計画が成文化されて、褥瘡対策検討チームの構造が明確になった。

2004 年 2 月に、褥瘡対策検討チームは病院独自の「褥瘡経過表（Ver.1）」、「病棟褥瘡実態調査表（Ver.1）」を作成した。これより、褥瘡の実態把握をするための調査体制が整い始めたことがうかがえた。また、褥瘡の創部の撮影を、病院備品のデジタルカメラを使って記録するようになった。

2004 年 3 月の委員会で、1 年間の反省として、「具体的な目的をたてること」、「統計のとり方を統一したほうがよいのではないか」という意見が出た。これより、チームの目的がまだ具体的でなく、チームの向かう方向がはっきりしていなかったことがうかがえた。手技の統一の意識、運営規定、活動計画は定められているものの、この時期は CMMI の Level-1 の要素が多いと考えられた。また、「褥瘡に対する医師の見方が変わってきた」という意見があり、メンバーが探りを入れながら行動していたことがうかがえ、タックマン・モデルの形成期の動きが観察できた。

2004 年 4 月に体圧測定器が新規に購入され、褥瘡対策の機材が充実した。また、2004 年 4 月にチームは褥瘡パトロールを編成し、院内全体の褥瘡患者の状態把握を開始した。褥瘡パトロールは、看護師、理学療法士、栄養士および事務員のメンバーで構成して、毎月実施することが決まった。

褥瘡対策検討チームは 2004 年 7 月に褥瘡患者に対する定期的な血液検査(TP, Alb)を医師に依頼することを決めた。院内の医師を巻き込んで褥瘡対策について介入を始めた。この時期はチーム内だけでなく、チームの外部へ向かってルール作りが行われていることが観察できた。CMMI の Level-3 の動きがチーム内だけでなくチームの

外にも向けられていることが観察され始めた。

2004 年 8 月には L 栄養士が院外で受けた研修内容について、褥瘡対策委員会において、伝達研修を行った。C 看護師以外のメンバーも、褥瘡対策について積極的に学習をするようになったことがうかがえた。

4.4 皮膚科医がメンバーに加入した時期

2004 年 9 月頃までは、褥瘡の治療において外科的な治療が必要な場合には、同一法人内の関連施設である K 病院の KA 院長・理事長（外科医）に処置を依頼していた。また、褥瘡患者の診察やチームの活動についても助言を得ていた。KA 院長からは、創部の洗浄には弱酸性水が適していると指導があったので、K 病院で製造した弱酸性水を A 病院まで運び、使用していた。その後、A 病院でも弱酸性水を作るようになった。

2004 年 10 月に、M 医師（皮膚科医・非常勤）が着任し、褥瘡対策検討チームに加わるようになった。ところが、弱酸性水の使用について外科医と皮膚科医との間で見解に相違があり、チームは、両者の間で揺れた。「チームに新メンバーが加わると、チームの育成過程は最初の段階にもどる」という現象がこの褥瘡対策検討チームにも見られ、チームはタックマン・モデルの騒乱期の様相を呈した。そこで、弱酸性水の使用は KA 院長（外科）に許可をとり、患者ごとの治療法は M 医師（皮膚科医・非常勤）に指示を受けるといったルールを定めた。両医師の診療方針を 2 つとも採り入れるような形をとったため、治療の統一性の面からは後退した。このように、チーム内でルール作りが行われていることが観察できた。CMMI の Level-3 の動きと考えられた。

2004 年 12 月には褥瘡対策検討チームは依然として、外科医と皮膚科医との指示の相違の間で困惑していた。そこで、褥瘡治療のプロセスを標準化し、文書化してマニュアルを作ることが議論された。こうした褥瘡対策検討チームの行動から CMMI の組織成熟度 Level-3 に入ってきたと解釈できた。

なお、当時の様相について、2005 年 3 月にメンバーへ行われたアンケート調査の結果、「委員の人数が多くてまとまらないように思う、委員の数を減らしてはどうか（各部署 1 名ずつ）、会議室が広すぎるので落ち着いて話せない」という意見があった。これより、メンバーは、医師間のコンフリクトの解消を、話し合いで解決するのではなく、どちらかメンバーから外れてもらう方法で解決したいと考えたことや、心理的ストレスを感じていたメンバーがいたことがうかがえた。

2004 年 12 月に、車椅子用体重計を購入した。

2005 年 1 月に、褥瘡対策委員会は、委員長が H 院長（医師）から、当時の実質的なチームリーダーであった C 看護師に交代し、褥瘡対策委員会運営規定も改訂された（Ver.2）。褥瘡対策委員会の委員の構成と活動（案）を図 4-4 に示す。活動内容が、

従来よりも具体的に記載されたことがうかがえた。

《委員の構成》
第2条 委員長 C 看護師
委員 診療部 看護部 事務部 薬剤課 栄養課、リハビリテーション課
1. 前2条に掲げる委員の任期は1年とする。ただし、再任を妨げない。
2. 欠員により補充された委員の任期は、前任者の残任期間とする。
3. 委員は任期が満了した場合においても、新たに委員が選出される迄は、第一項の規程にかかわらず引き続きその職務を行うものとする。
《委員会活動》
(業務)
第3条 委員会は月1回開催し、以下に掲げる事項を主な活動目的とする。
1. 年度始めに委員会の年間計画・目標を立てる。
2. 開催日は月1回、第4金曜日とする 13:30~14:00
3. A病院病棟別褥瘡実態調査の1ヶ月毎の報告を行う。
4. 褥瘡に関するマニュアル作成・改正を行う。
5. 事例を検討し、改善策を立案・施行・記録・報告を行う。
6. 高機能体圧分散寝具や体圧計の管理を行う。
7. 院内における褥瘡対策の教育を行う。
8. 年度末には年間の計画に対する評価を行う。
9. 次年度の活動計画をメンバーと共に行う。
《運営》
第4条 委員長は必要に応じ委員会を招集し、問題の解決にあたる。
委員長は特に必要と認めたときは、委員以外の者を出席させ意見を聞き、または資料の提出を求めることができる。

出所：「褥瘡対策委員会規定」（Ver.2,2005年1月施行予定）より一部改編

図 4-4 褥瘡対策委員会の委員の構成と活動(案)(2005年1月当時)

2005年2月に、M医師（皮膚科医・非常勤）から、新しくウレタンマットの使用が提案された。

2005年3月に開催された褥瘡学会へは、C看護師以外に、介護福祉士係長と看護師が参加した。これより、C看護師以外にも、最新の褥瘡に関する知識を持つ看護師等が増え始めたことがうかがえた。

2005年3月の委員会で、I理学療法士が、患者個別に適した体位変換について、スタッフへの伝達方法を検討することを提案した。I理学療法士は、当時の様子を次のように述べている。

「患者の体位変換をやはりリハのほうにふってこられることが多いのですが。最初はやはりリハさんをお願いねというような感じがありがちでした」（I理学療法士（インタビュー当時理学療法課長）2013年9月13日）

なお、患者の体位変換について、当初は看護師が指示・実践をしていた。C看護師は、当時の様子を次のように述べている。

「初めは私一人で体位変換をしているようでした。それでケアワーカーさんや介護福祉士の方々にお願いすると、この患者さんにこうするのよ、としていたのが最初の始まりで、それからだんだんとケアワーカーさんの間に広がっていきました。」（C看護師（インタビュー当時看護部長）2013

年 9 月 5 日)

そして、チームで活動するようになり、理学療法士と一緒に体位変換の方法を検討するようになった。職種を越えたメンバーで、一つのテーマについてチームでいっしょに検討し始めたことがうかがえた。C 看護師は、当時の様子を次のように述べている。

「以前は医師は医師で、リハビリのスタッフはリハビリのスタッフだけで、20 分間リハビリをするだけでしたが、いっしょになって、検討をしようということになりました。」(C 看護師(インタビュー当時看護課長) 2009 年 7 月 2 日)

4.5 副院長がメンバーに加入した時期

A 病院は、2005 年 4 月から介護療養病棟を廃止して、医療療養病棟のみの 2 病棟(4 階病棟、5 階病棟)で運営することになった。つまり、医療必要度の高い慢性期患者の入院医療を中心とする病院へと方針を変更した。そして、A 病院は新たに E 医師(内科医・常勤)を副院長として採用し、H 院長(内科医)と E 副院長の 2 名が、全入院患者の主治医となる体制とした。また、C 看護師は、4 階病棟の看護係長となった。これに伴い、褥瘡対策委員会の委員長を E 副院長、褥瘡専任看護師を C 看護係長とする体制をとった。

2005 年 4 月の委員会では、2004 年度のメンバーからの意見をもとに、2005 年度の活動目標が議論された。そのうちマニュアルに関連する項目を図 4-5 に示す。これには、処置方法、記録の仕方、体位変換、体圧分散寝具の選択基準、栄養管理、使用薬剤などのマニュアルが必要であるという意見があった。このことより、褥瘡対策検討チームのメンバーは、皮膚科医と外科医とのコンフリクト対応経験から、褥瘡管理から治療までの全般にわたるマニュアルが必要であると考えていたことがうかがえた。つまり、標準的な褥瘡処置方法を文書化して、統一しようとする CMMI の Level-2 の特徴が観察できた。

どのようなマニュアルが必要かについて

- ・ 基本的な褥瘡処置の手順
- ・ 褥瘡発生から経過、治癒までの記録の仕方や写真を撮る時期、保存の方法の統一のため、マニュアルが必要ではないか。
- ・ 褥瘡発生から治癒までのマニュアル
- ・ 褥瘡発生部位の除圧や体位保持のマニュアル
- ・ 記入書類のマニュアル(計画書、発生時に記入するもの、定時報告など)
- ・ 褥瘡予防の方法
- ・ エアマットやマット類の選択基準を、明らかにしてはどうか
- ・ 栄養管理のマニュアル
- ・ 各時期における処置方法、使用薬剤のマニュアル
- ・ 当院褥瘡薬の特徴
- ・ 治療に関するマニュアル(薬剤、医師への報告、指示受けの流れなど)

出所：「A 病院褥瘡対策委員会議事録」(2005 年 4 月 22 日)より一部改編

図 4-5 褥瘡対策委員会で検討された必要なマニュアル(2005 年 4 月)

この結果を踏まえ、チームは、2005 年度の目標として、薬剤課、看護部、理学療法課および栄養課において、それぞれマニュアルを作成することとし、①進捗状況を毎月の会議で確認すること、②活動内容の周知徹底、③コスト意識を持ち対処することにした。

そして、さっそく、採血の見直しについて、コストのことを事務部に確認して、対応を考えた。メンバーがコスト意識を持ち始めた背景には、当時の病院経営の厳しい状況があった。2004 年に着任した R 薬局長は、その当時の様子を次のように述べている。

「当院も、最初はがたがたでした。来た時などは、お金がないと言われていました。包括というのはわかっていて、経営も思わしくない、リニューアルしたばかりで借金があるとか、そういうことを聞きました。」（R 薬局長インタビュー2013 年 11 月 1 日）

そこで、R 薬局長は、薬事委員会で褥瘡対策について次のように述べている。

「療養病棟では、薬はできるだけ少なくした方が病院経営にはよいというのがあって、別に使うなという意味ではないのですが、毎月薬剤費をいくら使っていますよと、上位 50 位のランクづけをして出します。情報公開は、着任して即座にしました。褥瘡は、消毒薬は誰に何を使っているかは表に出ないので、〇階病棟は、4、5、6 月には、ゲーベンを何個で、何万円使っていますよと、薬事委員会を出します。そうすると、先生がそれを見られて、ほーっとか言われています。褥瘡患者さんは高いなと、先生の頭の中に入って、看護師さんたちからもフィブラストスプレーは高いですねと言われます。そうしたら安くても治る方法があるのではないかと、私は毎月金額を提示します。そうしたら、今月は高かったねとか、褥瘡は作らないほうが安くなるねとか、それなりにみんな感じると思って、使えとか使うとかは言いにくい立場なので、金額面からの情報を提供します。金額には一番看護師さんが驚かれます。」（R 薬局長インタビュー2013 年 11 月 1 日）

次に、A 病院では、栄養管理チーム（以下、「NST」とする）を発足させることにした。NST のメンバーは栄養課の委員を中心に褥瘡対策委員が兼任すること、E 副院長を中心に NST で栄養状態・褥瘡部の観察を週に 1 回行うことが 2005 年 4 月の委員会で決まった。翌 5 月から H 院長は委員会に参加せず、新たに発足させる NST の活動も含め、褥瘡対策委員会活動を E 副院長に任せた。当時の褥瘡対策委員会は、E 副院長と C 看護係長の 2 名でやっているような状況であった。E 副院長は、その当時の様子を次のように述べている。

「最初の褥瘡対策委員会の会議のときには C 看護係長がいて、他に看護師かヘルパーがいて、私も C 看護係長と、2 人で話をするような感じで、それで私が回診をやろうかと言うと、C 看護係長が、それではやりましょうということで、褥瘡対策の病棟回診が始まりました。最初は、一対一のような感じでした。」（E 副院長インタビュー2013 年 10 月 8 日）

2005 年 5 月に、コスト削減のために褥瘡専用の採血項目を検討して、Hb・Alb は 1 か月に 1 回、Cho 値は 3 か月に 1 回とすることを決めた。CMMI の Level-3 の動きが観察できた。

2005 年 5 月に、M 医師（皮膚科医・非常勤）が、2002 年に日本褥瘡学会が褥瘡治

療経過スケールとして発表した DESIGN を指標として褥瘡の経過を測定したいとの新しい提案をした。そして、9 月に、DESIGN を採用した治療経過の評価について、①初回はできれば医師が記入する、②その後 2 週間に 1 回記入、③変化時記入、④個々の主観で記入に差がないよう勉強期間を設ける、⑤評価表を処置カートにつるしておくことが決まった。これより、「指標を定めて測定する」という CMMI の Level-4 の動きが観察できた。

2005 年 6 月の褥瘡対策委員会におけるマニュアル作成進捗状況報告では、薬剤課は院内にある医薬品・用法、禁忌、保存、注意等についての薬剤使用マニュアルをほぼ完成させて、引き続き病巣別の薬剤使用マニュアルを作成していることを報告した。また、理学療法課は患者の体位変換や除圧についてのマニュアルを作成中であり、体位変換については病棟看護師に問い合わせ中であることを報告した。薬剤課と理学療法課ではマニュアル作成が進行していたことがうかがえ、CMMI の Level-3 の環境が順調に進められていることが観察できた。

2005 年 7 月に、薬剤課より「褥瘡に使用できる消毒薬一覧」、「褥瘡治療薬一覧」、「褥瘡の状態に応じて使用する薬剤一覧」が提出され、院内の各部署にマニュアルの一部として配付することにした。褥瘡対策がチーム内にとどまらず院内全体に拡大していくプロセスと見られた。

また、褥瘡治療困難症例の検討が行われるようになり、たとえば新薬（F スプレー）を使用しているが、高価であり本当に必要か、有効かといったことの検討を開始した。R 薬局長は、当時の様子を次のように述べている。

「非常勤で皮膚科の先生が来られていて、その先生が新しい薬例えば F スプレーをよく使用される先生だったら、そのようなものばかりを使っていたと思います。」（R 薬局長インタビュー 2013 年 11 月 1 日）

2005 年 8 月に、褥瘡が悪化した患者についての検討会を開始し、悪化した理由と対策を検討した。その結果、悪化した理由として、①本人が動こうとしないこと、②創部周囲の皮膚のかぶれ、③洗浄量が少なかったのではないかとということが挙げられた。そして、その対策として、①創部を浮かすようにすることを、本人が理解するように説明した、②創部周囲の皮膚のかぶれに対して外用薬を塗布した、③洗浄量を増やして薬剤を変更したことが挙げられた。これより、チームは、自分たちが行った褥瘡治療のプロセスを自己評価し始めたことがうかがえた。

また、チームからはウレタンマットの購入依頼の意見が出た。それには、エアマットでは座位が安定しないため危険であること、他院には普及して普及率が高いが A 病院にはないこと、エアマットが不足しているという理由によった。検討の結果、実態調査を行い、これらの必要基準を作成することにした。チームが、エビデンスに基づいたルールづくりの思考をし始めたことがうかがえた。

2005年8月にNSTが発足し、褥瘡対策検討チームも協力していくことを確認した。同時に栄養課から、NSTのカロリー計算式を褥瘡対策マニュアルに入れてはどうかとの提案があり、採用した。褥瘡対策検討チームが他の医療チームと協業するようになったエピソードである。

2005年9月に、写真撮影をして治療に役立てることを、家族に理解してもらうことを検討した。そして、翌10月には、患者と家族からの理解・同意を得るための写真撮影等同意書（Ver.1）を作成し、記入時期について検討した。また、12月には、褥瘡を撮影するためのデジタルカメラが病棟備品としてほしいという意見があった。それまで使用していたデジタルカメラは、使用后すぐに事務所へ返却することになっており、勤務の都合ですぐに撮影できない場合や、撮りたい時に撮ることができないためという理由からであった。その結果、看護部として購入することを提案することになった。なお、その時の意見として、褥瘡発生時に撮影できればよいが、神経質にならなくてもよいのではないかと、ある程度の基準は必要であるが、治療過程・治癒過程がわかる程度の頻度で撮影すればよいのではないかとという意見があった。写真による記録が増加しつつも、まだ重要視されていない認識のレベルであったことがうかがえた。E副院長は、当時の様子を次のように述べている。

「最初は写真が UFO でも撮ったような写真が多かったのです」（E副院長インタビュー2013年10月8日）

2005年9月に、処置方法については、M医師（皮膚科医・非常勤）、Y医師（外科医・非常勤）、E副院長の指示の下、処置を行っていくルールを作った。

2005年12月になって、褥瘡患者が増加したため、8症例の創部処置方法について検討し「体位変換が正しくできていないのではないかと」という意見が挙がった。

また、4階病棟のメンバーから、体位変換の方法について、4階病棟のスタッフたちにバスタオルの使用をやめさせるよう委員会から指示をだしてほしいとの提案があった。5階病棟ではすでに体位変換時のバスタオルの使用を廃止しているが、4階病棟では受け入れてもらえないという理由であった。この時点で、病院内での体位変換の方法が統一されていなかった。そのため褥瘡対策検討チームが、体位変換の方法に関する資料を集め、エビデンスに基づいて院内での体位変換手法の統一を図ろうとした。CMMIのLevel-2の動きが観察された。

2006年1月に、I理学療法士より患者の体位変換の際に、①ベッド柵をはずす、②術者の片足をベッドの上に乗せる、③ボディメカニクスを知る、といった内容を病棟スタッフへ指示した。I理学療法士は、その当時の様子を次のように述べている。

「私がベストだと思う方法を、どうしても私の立場としてこれがいいよという方法を押し付けたい気持ちが職種のありました。自分のプライドじゃないですが。」（I理学療法士（インタビュー当時理学療法課長）2013年9月13日）

これに対して、翌 2 月の褥瘡対策委員会において、4 階病棟のメンバーの C 看護係長から、「4 階病棟スタッフから、柵をはずしてまで体位変換、体位を整えるには手間がかかる、夜勤帯など 2 人でおしめ交換などを行うには時間がかかる、身体の大きい患者を動かすには、介助者の負担が大きいなどの反対意見が出た。そのため、4 階病棟スタッフで話し合い、体位変換や患者移送について、I 理学療法士の意見も聞き、試行錯誤している段階である」との報告があった。すなわち、褥瘡対策検討チームのメンバー以外の病棟スタッフたちは、「理想的な方法を示されても、手間や時間の関係でできない」と訴えていた。つまり、褥瘡対策検討チームのメンバー・理学療法士と、病棟スタッフとの間にコンフリクトが生じていたことが観察された。そして、その解決方法として、C 看護係長を含む 4 階病棟スタッフと I 理学療法士が、お互いの意見を出しながら、最適案を見つけ出そうと努力していたことがうかがえた。I 理学療法士は、その当時の様子を次のように述べている。

「以前だとこちらが一生懸命頑張って考えたのに、(看護師さんは)してくれなくて、看護師さんの方でも『これは難しいので無理、出来ないわ』と言うのを聞いて、『そんなこと言われても』という悪循環がありました。

自分一人で考えても、『どうせ(看護師さんは)してくれないでしょう』と考えるのではなくって、一緒になって考えて、もちろんベストな案を通せばいいのですが、ベストではなくてもベターな実際に現場が実行できる、『この方法だったら私たちも頑張れる』というところを引っ張り出せるようになりました。

一緒に考えることで、ここ推したいけど無理かもしれないけど、でも看護師さんがもともと持っていたレベルがここ、でもこれを少しずつ引き上げて、でも私も許せる範囲までは下げてこの丁度いいベターなラインというのを見つけて、一緒に話をして納得して『決まったことだから、じゃあ頑張ってみようか』とやってようになります。それで、一緒にやってみて一緒に決めて頑張っていて、頑張ったうえで、1 か月あるいは 2 か月経過をみて、『やはりこの部分が不都合だった』とか、『ここの褥瘡は良くなったがこちらが悪くなったからどうしようか』と、話がまたこちらへフィードバックされて、そこでまたお互いに『じゃあ今度はどうしようか』という、良い螺旋ができました。今は改善する方のループに乗ってきている、というのは、モチベーションが上がってくるのか、『じゃあ一緒に』となります。」(I 理学療法士(インタビュー当時理学療法課長) 2013 年 9 月 13 日)

このコンフリクトに対する対処の仕方は、最初は「強制や指示的態度」であったが、C 看護係長が、治田・高木・奥川¹⁸が提示している個々の意見を尊重する Consensus 型のリーダーシップを発揮しながら、次第に妥協や和解の方法で解消したと理解できる。

なお、当時の様子について、2006 年 2 月の記録に反省として、「褥瘡対策委員以外のスタッフへ、各委員なりに活動内容等を伝える努力を行っていたように思うが、やはり褥瘡委員に頼られている部分が多く、内容ごとに伝えることができるように話し合っていく必要があると思う。委員以外のスタッフも褥瘡に関する現状を知っておく必要があるため、来年度も更なる努力が必要になると思う。」という記載があった。これより、メンバーとメンバー以外のスタッフとの間に、意識や行動に差異があるため、統一し、マニュアル化しようとする CMMI の Level-2 が観察できた。

また、2006 年 1 月に、褥瘡悪化にて 1 名の患者が K 病院へ転院した。この悪化事

例を検討した結果、家族が持参した低反発マットを使用したことが要因の一つではないかという意見があった。過去の情報や基礎疾患の把握、褥瘡発生時の適切な対応が必要であることが確認された。

2006年3月に、看護部のマニュアルが完成した。これより、薬剤課、理学療法課、看護部が、CMMIのLevel-3になっていたことがわかった。

しかし、栄養課のマニュアルは、目標とした2006年3月末までには完成しなかった。2006年2月の反省に、「マニュアル作成については、各担当で頑張って作成したと思う。栄養課のマニュアルが作成されていないため、NSTと連携をとりながら、作成していく必要があると思う。作成したマニュアルの見直しを行い、徹底されたものにするための活動が来年度の課題になると思う」という意見があった。チームは、自分たちで作成したマニュアルにそって処置方法を徹底していこうとしており、タックマン・モデルの規範期の動きが観察できた。

2006年3月に、C看護係長が所属する病棟（4階）が、M医師（皮膚科医・非常勤）から、ラップ療法という新しい処置方法の本をすすめられ、それを開始したことを報告した。なお、「医学中央雑誌」で日本褥瘡学会誌に掲載されたラップ療法の論文数を検索してみると、2003年に4件、2004年に13件、2005年に22件、2006年に8件、2007年に20件であった。ラップ療法は、当時注目された新しい処置方法であったことがうかがえる。チームは、専門医からのアドバイスにより、当時の新しい褥瘡の処置方法の流れに乗り始めたことが観察された。R薬局長は、当時の様子を次のように述べている。

「新しい褥瘡の流れについていこうというか、ラップ療法が良いと言ったらラップ療法を実施するし、（中略）すぐ試してみようというのがあります。」（R薬局長インタビュー2013年11月1日）

2006年3月に、C看護係長が学会へ参加して、褥瘡部の写真撮影用のスケールなどのサンプルを入手して、A病院に持ち帰った。これより、チームは、C看護係長を通して、学会から当時の褥瘡対策の最先端の情報を持ち帰って学習していたことがうかがえた。この点について、当時看護部長であったB前看護部長は、次のように述べている。

「外部の研修会にも行っていましたし、そこのつながりで、（褥瘡に関する）連絡をいただいたり、日本褥瘡学会のメンバーになっている看護師もいたので、情報は多くありました。」（B前看護部長インタビュー2009年7月2日）

そして、2006年3月に、M医師（皮膚科医・非常勤）が退職した。

4.6 皮膚科医の退職と形成外科医の着任

A病院では、2006年4月に院内の委員会組織を改組し、「褥瘡対策委員会」から「褥

褥瘡対策検討委員会」に名称を変更した。

2006 年 4 月から、M 医師（皮膚科医・非常勤）の後任として、H 医師（形成外科医・非常勤）がメンバーになった。

2006 年度の目標は、①マニュアルの見直し、②院内研修会で症例発表する、③活動内容をメンバー以外の全職員に周知徹底して、全職員の意識改革をする、④他の委員会との連携を図るとされた。

2006 年 4 月に、褥瘡悪化の症例を検討した結果、栄養状態の悪化が原因と考えられたため NST に検討を依頼することを決めた。これより、褥瘡対策検討チームが、院内の他の医療チームを巻き込んだ活動を展開し始めたことがうかがえた。

また、ラップ療法は感染が起きていなければ行ってよいこと、および褥瘡の状態とその時に行った処置方法を必ずカルテに記録しておくというルールを策定した。すなわち、CMMI の Level-3 の動きが観察できた。

また、2006 年 4 月に厚生労働省の褥瘡対策施設基準届出書類に、「褥瘡に関する危険因子の評価を実施した患者数」の記載が必要であることがわかった。そこで、危険因子をブレイデンスケールで算出すること、その患者数を毎月の委員会で報告して議事録に記載することを決めた。また、このルールは委員会運営規定に入れることにした。これより、チームが、褥瘡の病変の程度をスケールでもって測定して記録し始めたこと、および、チームで決めた事を、議事録以外にも文書化して、ルールを公式化し始めたことがうかがえた。また、体圧分散マットレスの管理者を決めて、使用状況を毎月の委員会で報告するルールを策定した。CMMI の Level-3～4 の動きが観察できた。

2006 年 5 月から、「病棟実態調査」の報告に、危険因子（ブレイデンスケール 14 点以下）である褥瘡者数を加えて報告し始めたが、褥瘡患者の状態が日々変化するので、月 1 回の活動では把握できない部分が多いということが議論された。

E 副院長は、当時について、褥瘡対策検討チームの活動で不足している情報は褥瘡の状態のリアルタイムな情報で、具体的な褥瘡の写真と、客観的な数字による情報が不足していたことを指摘している。E 副院長は、次のように述べている。

「(不足していたのは) 直近の、一番最新のデータです。一番最新の。どうしても一週遅れ、二週遅れになるので。一番足りないと思ったのは、今一番どういう状態かという情報が足りないなというふうに思ったのと、それからもう一つは具体的にいうと、褥瘡のきれいな写真です。最初は写真が UFO でも撮ったような写真が多かったのですが、鮮明な画像データがやはり足りないなというふうに思いました。あとは客観的な数字での情報と、誰が聞いても 30 点は 30 点っていうイメージが湧くような、そういう具体的なデータがありませんでした。」(E 副院長インタビュー2013 年 10 月 8 日)

そこで、E 副院長は、2 週間に 1 回カルテ回診で、褥瘡の状態を把握することを提案し、2006 年 6 月から実施した。なお、カルテ回診とは、ベッドサイドへの回診ではなく、メンバーが病棟のスタッフステーションで、褥瘡患者のカルテと褥瘡部の記

録写真を見ながら、患者の状態を2週間ごとに検討することである。E 副院長は、当時の様子を次のように述べている。

「とにかく2週間に1回、回診をしよう、それから、とにかくきれいな写真を撮ろう。それから印刷する紙は、以前は立派な光沢紙にしていたのですが、これでいいからとにかくきれいに撮って安い紙に打ち出してくれと。」（E 副院長インタビュー2013年10月8日）

このカルテ回診を開始したことにより、褥瘡の病変の客観的な計測データが、以前より密にとれるようになるとともに、メンバー間での情報共有が進み、褥瘡への対応が早くなった。メンバーのJ 理学療法士は、当時の様子を次のように述べている。

「それまでは1か月の結果をまとめてしていたのですが、当院の委員会が月末に開催されるので、先月のものを、次の月に話し合うということで、1か月ぐらいのずれが生じて、『この時はこうだったのですが、今はずいぶん変わりました』という報告が結構多かったのです。それでやはり、現状がわかりにくいということで、隔週での回診が始まって、確かにそれからは現状がよりわかりやすくなって、対応も早くなったように思います。病棟内では、情報共有があったと思うのですが、栄養課やリハビリや医師へ、情報が来たりこなかったりで、そのあたりの差があったと思います。この点は、とても全員で共有できるようになったと思います。」（J 理学療法士インタビュー2013年9月20日）

また、処置方法について、ラップ療法と通常の処置方法を褥瘡部にあわせて行っていくこと、浸出液、感染巣には、ラップ療法は行わないというルールを策定した。また、褥瘡に用いる薬剤として、A 剤を追加することが決まった。CMMI の Level-3 の動きが観察できた。

2006 年 7 月に、栄養課マニュアルが完成し、これで予定していたマニュアルがすべて完成した。これら一連の規則、ルールの策定が行われており、CMMI の Level-3 の動きが観察できた。

2006 年 8 月に、カルテ回診時に褥瘡部の写真を持参することの徹底が申し合わされ、チームは、褥瘡部の写真を評価の材料として重視し始めたことがうかがえた。

2006 年 9 月に、PEG（percutaneous endoscopic gastrostomy, 胃瘻）も含めた創傷ケアに関する院内勉強会を、外部講師を呼んで行った。この勉強会へは、チームメンバー以外の院内職員も参加した。参加者からは、「知らないことを知った」という感想が3件あった。チームのメンバー以外の職員も、徐々に褥瘡対策について学習をするようになったことがうかがえた。

2006 年 10 月の委員会で、DESIGN による評価方法を学習した。当時、DESIGN による評価は形成外科医のみが行っており、メンバーの DESIGN を用いた褥瘡評価の能力は、十分ではなかった。

2006 年 11 月に、栄養状態の悪化が原因で褥瘡が発生した患者がいた。そこで、NST と連携をとることを決めた。また、食思不振の患者に対して、栄養士が病室へ訪問することにした。これより、褥瘡対策検討チームは、NST を巻き込み、さらに栄養士を病棟現場へ出向かせるという、新しい行動を引き起こした。

また、エアマットが不足して、エアマットの必要な患者へ使用できていない現状があることから、早急にウレタンマットのレンタル依頼をすることになり、ウレタンマット 4 台をレンタル開始した。この頃から、ウレタンマットとエアマットを併用し始めた。

2007 年 1 月に、院外研修会に C 看護係長、介護福祉士係長、2 名の看護師が参加した。このうち、2 名の看護師は初めての院外研修参加で、褥瘡に関する知識を持つ看護師がさらに増えたことがうかがえた。

4.7 院内研修会の立ち上げ

2007 年 2 月に、褥瘡対策検討チームは院内研修を開催して、2002 年 5 月から 5 年間にわたって治療を行い、治癒させた症例を発表した。そこで、H 院長はじめ院内の多くの職員からチームの活動が高く評価された。メンバーも活動の達成感を得た。この頃には、チームに難治の褥瘡を治せる能力が備わってきており、H 院長をはじめ、院内の職員に、チームの活動が認められたことがうかがえた。

発表された症例報告の 5 年間の治療の変遷と治癒経過を表 4-1 に示す。

表 4-1 症例報告の治療経過(その①)

	2002 年 6 月 30 日	2002 年 9 月 1 日	2002 年 10 月 30 日	2003 年 1 月 23 日
1.診療医師	外科	外科	外科	外科
2.瘡部の状態 (単位:mm)	50×63 ポケットあり	50×63 ポケットあり	50×63 ポケットあり	40×10
3.治療方法	洗浄＋ネグミン シュガー塗布	洗浄＋ネグミン シュガー塗布	洗浄＋ネグミン シュガー塗布	洗浄＋イソジン シュガー塗布
4.食事形態	経口：5 分粥ミ キサー菜	経口：5 分粥ミ キサー菜	経口：5 分粥ミ キサー菜	経口：5 分粥ミ キサー菜
5.その他	7 月 5 日切開	ポケット切開 サイズ変わらず	ポケット深まり 切開	ポケット切開 緑線褐色 3 月 3 か所の創 が一つのポッケ ットになる

(表 4-1 続きその②)

	2004 年 4 月	2005 年 9 月 20 日	2005 年 12 月 5 日	2006 年 5 月
1.診療医師	皮膚科	皮膚科	皮膚科	形成外科
2.瘡部の状態 (単位:mm)		90×60 ポケットあり	80×50	不良肉芽
3.治療方法	アスタット プロスタンディ ン マクロゴールな どの処置	フィブラストス プレー散布 10 月初旬終了	洗浄＋ラップ療 法	洗浄＋ゲーベン 塗布に変更
4.食事形態		アイソカルプラ ス 1050Kcal	アイソカルプラ ス 1050Kcal	
5.その他		8 月 25 日胃瘻造 設	11 月 1 日よりラ ップ療法開始 滲出液の減少 (＊資料を参 照)	4 月より形成外 科に移行

(表 4-1 続きその③)

	2006 年 7 月 9 日	2006 年 8 月 29 日	2006 年 9 月 24 日	2006 年 11 月 1 日
1.診療医師	形成外科	形成外科	形成外科	形成外科
2.瘡部の状態 (単位:mm)	60×35	50×30	50×30	50×30
3.治療方法	洗浄＋ゲーベン 塗布	洗浄＋アクトシ ン・フィルム	洗浄＋アクトシ ン・フィルム	洗浄＋ゲーベン 塗布(10 月 4 日 より)
4.食事形態	アイソカルプラ ス 1050Kcal	アイソカルプラ ス 1050Kcal	アイソカルプラ ス 1050Kcal	アイソカルプラ ス 1050Kcal
5.その他	アクトシン軟膏 ＋フィルム貼布 併用	8 月 30 日よりウ ェットドレッシ ング	少し出血あるも OK 新しい上 皮化あり	肉芽良好

(表 4-1 続きその④)

	2006 年 12 月	2007 年 1 月 29 日	2007 年 2 月 15 日 現在
1.診療医師		形成外科	
2.瘡部の状態 (単位:mm)		20×30	瘡の中央部に肉芽の隆起がみられる
3.治療方法		フィルム＋アクトシン	
4.食事形態	メイバランス HP に変更＊褥瘡改善目的（アイソカルプラスとの比較）	アイソカルプラス 1050Kcal	
5.その他		肉芽良好	

出所：2007 年 2 月 15 日院内研修資料より作成

次に、この研修会の報告書（褥瘡対策検討チームのメンバーの L 栄養士が作成）を、
図 4-6 に示す。

院内研修報告書(報告者 栄養課 L 栄養士(褥瘡対策検討チームメンバー))

平成 19(2007)年2月 15 日(木)12:30~13:10、

研修会名 褥瘡対策検討委員会研修会、テーマ 褥瘡治療(K さんの褥瘡治療を目指して)

内容：平成 14 年 5 月より当院に入院されている K 様の褥瘡処置やスキンケア・栄養状態や体重変化など、さまざまな観点から褥瘡の治療経過を追った。5 年にわたるスタッフの努力、彼女に対する家族の思いなどにも触れた。

Q&A：何が一番この方の褥瘡に効いたのか、以下の順で改善効果があったと考える①PEG 造設、②ラップ療法、③保清、④体位変換

ご意見：院長「ここまで経過をたどることは急性期病院ではできません。創の過程をしっかりと見ることができるのは療養病棟ならではのことだと思います。

看護部長「こんなに褥瘡が治るなら、自分の親戚も入院させたいと思いました。深夜明け、準夜明けで準備も大変だったと思います。発表の練習などもう少し必要だったかと思いますが、良い研修会ができたと思います。」

アンケート結果：出席者 25 名中 23 名回答

興味を持って聞けたか？はい (21)、まあまあ (1)、いいえ(0)、無回答 (1)

内容は理解できたか？はい (18)、まあまあ (2)、いいえ(0)、無回答 (3)

すぐに実践できそうか？はい (14)、まあまあ (3)、いいえ(1)、無回答 (5)

感想など

- ・手作りでもよくまとまっていた。
- ・みなさんの発表はとてもすばらしかった。
- ・表などを用いてわかりやすく、発表もゆっくりできていて理解できた。
- ・当院での褥瘡発生状況が一目でわかり、反省するとともに、今後の看護の心構えができた。
- ・写真一つひとつに、大きさ、処置内容が細かく記入されていて、すごくわかりやすかった。
- ・PEG 造設し栄養状態の改善が大きく変わったとのことで、栄養状態の大切さも改めて実感しました。
- ・勤務をしながらの事前準備は、本当に大変だったと思います。とても分かりやすく見やすい資料をありがとうございました。今後も力を合わせ、褥瘡予防に努めていきたいと思っています。お疲れ様でした。
- ・委員の方々の協力により、すばらしい発表ができたと思います。
- ・改善面もあったと思いますが、上手くまとめていたと思います。今後につなげたいですね。
- ・他社からの講師の研修も良いですが、院内のスタッフの資料をもとに勉強できたことに、とても感動しました。ありがとうございました。
- ・大変良かった。褥瘡のことがよくわかりました。
- ・今回の研修方式は、非常に良かったように思います。
- ・褥瘡委員のいろいろな報告内容は、大変すばらしく感じました。これからも共にがんばっていきたいと思います。また、褥瘡は栄養も関係してくることもわかりました。
- ・反省点は数々ありますが、次回このような機会があれば、もう少し時間をかけて行いたいと思いました(発表者)。
- ・委員メンバー一人ひとり一生懸命に取り組んでいただき、メンバーの一員として皆様に感謝するとともに、皆で一つのことに向かってやりとげる喜びを改めて感じました。皆で協力して助け合って、このような機会に出会えたことを、とても嬉しく思います。ありがとうございました(発表者)。

今後取り上げてほしいテーマ:当院でのインシデント集計報告など知りたい(褥瘡に関すること、それ以外のもの)、患者の食事、症例報告。

まとめ：

褥瘡委員だけでなく、病棟スタッフ全員で取り組んでいる褥瘡対策。今回初めてその経過を追った。特にこの K 様の褥瘡は重く、完治は難しいのではないかと悩んでいた。試行錯誤を重ねながら完治に至ったことは、当院の褥瘡治療の誇りといえる。このたび手作りの院内症例報告を行ったことは、かなりの反響を得た。身近にいらっしゃる患者様へのスタッフの思いと症例報告を重ね、感慨もひとしおであったと思う。このタイプの院内研修は、聞く側も、発表者も勉強できるため、今後また行っていきたいと思う。よい研修会ができたこと、厚くお礼申し上げます。また委員の方本当にお疲れ様でした (L 栄養士、褥瘡対策検討委員)

出所：「A 病院褥瘡対策検討委員会議事録」(2007 年 2 月 23 日)より一部改編

図 4-6 院内研修報告書(2007 年 2 月)

ここまでチームが成長するまでに、約 5 年かかったと C 看護部長(看護係長から昇進)は述べている。C 看護部長は、次のように述べている。

「とてもひどかった褥瘡が完璧に治ったんですね。それを発表したことが、症例発表の始まりでした。みんなもすごいなと言ってくれました。気管切開をした患者さんで、意思疎通が全然とれない方で、すぐ感染を起こしたり、皮下にポケットをつくったり、排膿をしないといけなかったりで、外科の医師が電気メスで切開を加えたり、長くかかりましたら、治るところまでいったので、これは絶対症例発表しようと言って発表しました。褥瘡委員が症例発表したのは、それが始まりです。そのあたりから、楽しくなってきて、褥瘡大好きとなり(中略)活動が活発になってくるまでに、5 年くらいかかりました。」(C 看護係長(インタビュー当時看護部長) 2013 年 9 月 5 日)

そして、この成功体験をメンバーが共有したことにより、活動にはずみがつき、活発になっていった。

2007 年 4 月から、委員会の活動計画書に年度目標と活動内容が明記されるようになった。そして、年度目標に、「全職種で取り組む」ことが明記された。職種間の一体感が醸成されてきたことがうかがえた。2007 年度の活動計画を、図 4-7 に示す。

2007(平成 19)年度褥瘡対策検討委員会活動計画	
目標：褥瘡の発生や悪化の防止、また治癒促進を目指し全職種で取り組む	
委員長：E 副院長、司会：C 看護係長、書記：F ケアワーカー	
メンバー：E 副院長、C 看護係長、TC 看護師、AO 看護師、F ケアワーカー、TA 看護師、TA 薬剤師、J 理学療法士、L 栄養士	
開催日・時間：委員会月 1 回第 4 金曜日 13:30～14:00、カルテ回診毎週月曜日(奇数週・・・5 階病棟、偶数週・・・4 階病棟) 16:00～16:30	
活動内容：	(1)1 か月ごとの病棟別褥瘡実態調査報告、 (2)カルテ回診における事例検討・改善策の立案・施行・記録 (3)褥瘡発生危険度の高い患者様のリスク軽減策立案 (4)院内症例発表 (5)院外研修会の参加・報告 (6)院内における褥瘡対策の教育 (7)高機能体圧分散寝具・体圧計の管理 (8)コスト管理、薬剤・被覆剤の整理

出所：「A 病院褥瘡対策委員会議事録」(2007 年 4 月 7 日)より一部改編

図 4-7 平成 19 年度褥瘡対策検討委員会活動計画書(2007 年 4 月)

2007 年 6 月に、褥瘡対策検討チームのメンバー全員が、院外研修会へ参加した。タックマン・モデルの実行期の兆しが観察できた。なお、この背景には、C 看護係長が、メンバーを誘っていた。C 看護部長(看護係長から昇進)は、次のように述べている。

「スタッフのモチベーションを上げるために、まずみんなに声をよくかけています。勉強会に行く時にも、行きましょうと、楽しんで声をかけます。特に褥瘡に関しては楽しんで行ってくれます。1 回は全員出席で、10 数名行ったことがありますが、そういうことができることが、とてもうれしいです。みんなが自由に自分の休みを使って参加するようになることは、興味を持つということです。そうしてくれたら、一番うれしいです。」(C 看護係長(インタビュー当時看護課長)2009 年 7 月 2 日)

2007 年 7 月の医療監査で、褥瘡診療計画を行っていても評価がきちんとされてい

ない、危険因子のとらえ方に誤りがあることを指摘された。検討した結果、評価は行っているが、表記方法に改善すべき点があることがわかり、褥瘡診療計画書の様式を見直した。そして、9月には、改訂した褥瘡診療計画書（Ver.3）を作成し、危険因子判定を、ブレイデンスケールから危険因子の評価に変更した。

また、カルテの処置欄への記入の方法について、記録委員会から病棟によって差があるため、統一した記入のしかたをするよう指摘があり、2008年1月の委員会で、褥瘡処置の記入方法を明確にするとともに、治癒した場合にはそれをカルテに記入するルールを策定した。CMMIのLevel-3の動きが観察できた。

なお、E副院長は、カルテの記入方法について、チーム医療では情報共有することが重要なので、医師録に医師以外の職種が記入してもよいことにしていた。そうすることで、E副院長とメンバーとの情報共有が進んだと述べている。E副院長は、次のように述べている。

「チーム医療では、情報を共有することが大変重要です。とにかくカルテを皆で充実させて、皆カルテを見ればわかるように、どの職種にも内容がわかるようなカルテにすることを心掛けています。そうしなければ、私自身わかりませんので。看護記録を見なければわからない、リハビリ用の記録欄がある、栄養士用の記録欄がある、褥瘡は別のファイルになっているというのでは、全くわかりませんので、それらを1冊のカルテにしようということにしました。その結果、少しずつNSTもそのようなカルテになってきましたし、褥瘡もそうなりつつあります。カルテの記入も、昔は偉い人が言ったことは赤で書きなさいという具合で、診療録に他の職種が書くなどということは、無かったことです。しかし、書いてはだめということもありませんので、分冊されたカルテを一元化して、とにかく医師録に皆が書いて1冊にしようということです。このようにするのは、私自身のためです。私自身の頭の中の情報をすっきりさせるために、皆にそうするようにお願いしています。」（E副院長インタビュー2009年10月27日）

また、この方法について、D医療相談室主任は、チームの一体感が進んだと述べている。D医療相談室主任は、次のように述べている。

「褥瘡回診やNST回診では、カルテに全部記録してきます。医師から、ソーシャルワーカーも、何でもいいから診療録に書くように言われます。リハビリのスタッフも、気になることがあれば、何でも積極的に記入をして、それに対してコメントを医師が書きます。それもおそらくチーム医療が進んだからだと思います。以前は書いていませんでした。しかし、そのほうが経過もわかると医師にも言われます。必要な情報や流れが診療録を見ただけでわかるということです。」（D医療相談室主任インタビュー2009年7月2日）

R薬局長は、医師との関係が良好で、情報共有がしやすいと述べている。R薬局長は、次のように述べている。

「副院長が、なんでもあったら診療録に書いておいてくれとされているので、書きやすいです。大事なことを書いておかないと、前後関係が分からないので、電話で外来の患者さんが薬局に言われたことは、〇日にこう言って言われていましたと一応書いて、先生に伝えられなくても、書いておけば先生が見てくださるので、一応書いて時系列でわかるようにしています。先生もいつも書いてよいとおっしゃるので、それは良いことだなと思います。だから、割と医師だからという先生があまりおられないので、だんだんチームで動きやすくなっていると思います。」（R薬局長インタビュー2013年11月1日）

2008 年 3 月の委員会で、今年度の活動は、昨年の症例発表のような大きな活動はなかったものの、全職種で取り組めたのではないかと、体圧分散寝具は整ってきたという意見が出た。2008 年度への課題として、医療必要度の高い患者が増え、褥瘡患者やハイリスク褥瘡患者の入院が増加していること、マットなどの購入が進み備品は整ってきたので、毎回の委員会で積極的な意見を出して、取り組んでいく必要があるという意見がでた。

当時の H 院長のチームへの理解について、B 前看護部長は、次のように述べている。

「院長は議事録すべてに目を通して、褥瘡については成果を上げていることもご存知なので、評価もされています。任されています。(中略) すごい褥瘡のあった人が、よくなって、家族にも喜ばれました。患者は脳梗塞後の方が 7, 8 割で、寝たきりです。昔は当然褥瘡も発生する状況だったと思いますが、病院全体が褥瘡を治す方向に向いているので、エアマットや、ウレタンマットを購入したいとこちらが情報を発信したところ OK になります。現在ではほとんどの患者にエアマットかウレタンマットを使っています。このように購入してもらえるのは、目に見える成果があったからです。」(B 前看護部長インタビュー2009 年 7 月 2 日)

また、4 階病棟と 5 階病棟で褥瘡対策方法が異なるのであれば、褥瘡対策教育をしてはどうかという意見があった。これより、マニュアルはできたものの、まだ処置方法に病棟差があった。これについて、D 医療相談室主任は、次のように述べている。

「C 看護係長が褥瘡治療について詳しく一生懸命やって、飛びぬけて取組んでいたという感じでした。例えば C 看護係長のいる病棟の褥瘡ケアと、いない病棟の褥瘡ケアが違って、患者とか家族の方から、苦情ではないですが、病棟によって言われたことが違うというようなことがありました。チームができて、みんなに考えが広まってきて、そういう病棟の差が今はほとんどなくなり、患者にとっても、不満や苦情は減ったと思います。」(D 医療相談室主任インタビュー2009 年 7 月 2 日)

B 前看護部長も、病棟差があったことを指摘している。B 前看護部長は、次のように述べている。

「C 看護係長一人が飛び抜けていましたが、今は広がってきた、みんなが同じような気持ちというか、認識でされているということを感じます。」(B 前看護部長インタビュー2009 年 7 月 2 日)

2008 年 4 月に、C 看護係長が看護課長に昇進した。

2008 年 4 月に、褥瘡経過表 (Ver.2) を作成した。これは、褥瘡発生日、治癒日、処置期間などの不十分さの課題によるもので、2004 年 2 月に作成 (Ver.1) 以来のことであった。

2008 年 5 月の委員会で、4 階病棟のラップ療法が経過良好であるという報告があった。また、褥瘡評価表、褥瘡対策診療計画書を、他院の方法も参考にしながら、3 か月に 1 回作成していくルールを策定した。CMMI の Level-3 の動きが観察できた。

2008 年 6 月のエアマットをテーマとした院内研修会へ、看護師 8 名、ケアワーカー 5 名、薬剤師 1 名、事務部 3 名、理学療法士 3 名、作業療法士 1 名、栄養士 1 名、

計 22 名が参加した。これより、院内研修会へ多くの職種が参加して、褥瘡に関連する学習を、院内全体で取り組む姿勢が観察された。

2008 年 8 月に、褥瘡管理表、マット使用状況表が、病棟によって記入方法が異なっていたので、記入方法を統一することにした。CMMI の Level-3 の動きが観察できた。

2008 年 9 月の委員会で、カルテ回診の方法が病棟によって異なっていたことがわかり、回診の資料をリハビリテーション課へ配付するルールを策定した。CMMI の Level-3 の動きが観察できた。

また、5 階入院患者の一人に、4 階病棟で実施しているラップ療法はどうかと H 医師（形成外科・非常勤）に相談したところ不適との回答だったとの報告があった。

2008 年 9 月から、F 看護主任がメンバーに加入した。F 看護主任は、A 病院へ勤務していたが、途中退職して 2008 年から再就職した。F 看護主任は、メンバーになった当時の様子について、自分が以前勤務していた頃と比較すると、委員会活動が活発になっていたと述べている。F 看護係長（看護主任から昇進）は、次のように述べている。

「私が初めて褥瘡対策検討チームに参加したのは、2008（平成 20）年に復帰してからです。以前勤務していた時には、このような委員会は全く無かったので、大変画期的になっていると驚きました。一番驚いたのは、カンファレンスがあるとか、委員会自体がとても活発に活動されていたことです。エアマットに関しても、業者さんが積極的にいろいろ情報もくださるし、勉強会も開いてくださって、次から次へ新しいいいものが、マットもできていますので、そういう機器をどんどん活用していくようになって、褥瘡もだんだんと治癒・改善していくのがわかりました。」（F 看護主任（インタビュー当時看護係長）2013 年 11 月 7 日）

また、再就職した 2008 年当時は、形成外科医を頼りにしていたと述べている。F 看護係長（看護主任から昇進）は、次のように述べている。

「2008（平成 20）年当時は、形成外科の医師も週 1 回勤務されていて、その医師を頼りにしていました。」（F 看護主任（インタビュー当時看護係長）2013 年 11 月 7 日）

2008 年 10 月の委員会で、体位変換の時間帯が病棟で異なるので、統一したほうがよいかどうか検討したが、統一しないことにした。CMMI の Level-3 の動きが観察できた。

2008 年 11 月の委員会で、4 階病棟のメンバーが、今月より理学療法士と相談しながら、体位変換を徹底していることを報告した。

また、4 階病棟が褥瘡患者全員にラップ療法を施行していることを報告し、①ラップ療法の結果、ゲーベンクリームなどの治療薬はほとんど使用していない、②仙骨褥瘡ありの患者については、ポケットもふさがり完治した、③穴あきラップの中身には、以前は紙おしめを使用していたが、最近は紙ガーゼ（落とし紙）を使用しており、さらに安価になったという報告があった。そして、5 階病棟でも適応者がいれば、今後

使用を検討してみるようになった。これより、4 階病棟では、ラップ療法が成果を上げて完治例があったこと、ラップ療法を、他の症例にも反復して行うようになってきたこと、自分たちでラップ療法にさらに改良を加えた方法で治療を行っていたことがうかがえた。当時の様子について、C 看護部長（看護課長から昇進）は次のように述べている。

「処置にかかる時間が少なくなったことと、コスト削減ができて、しかも患者さんが早く治るための工夫をするようになりました。他の病院でされていることや、以前こういうことをしたところもあったとか、スタッフ間で話ができて、それではこのようにしてみましようかというようなものも出てきて、時間短縮できるようになりました。講演会でそういうテーマででたとか報告してくれます。コストも削減できます。今までいろいろな薬剤や高価な材料を使用していたのが、職員の手作りパットで済んだりします。」（C 看護課長インタビュー2009 年 7 月 2 日）

また、5 階病棟から、今月より、体位変換の時間帯を新しく設定し、実施していることの報告があった。今後も各階で対策を検討し、よい方法や問題点などについて、情報交換をしていくことを確認した。これより、体位変換や処置方法に病棟差があり、統一しようとしていたことがうかがえた。

2008 年 12 月の委員会で、治癒者ありの報告および 5 階病棟がラップ療法を導入することを H 医師（形成外科医・非常勤）に相談した結果、不適との回答であったことを報告した。これより、5 階病棟のメンバーもラップ療法を試みたいと考えていたが、適した患者がいなかったことがうかがえた。

2009 年 1 月には、2 名の治癒事例が報告された。また、カルテ回診で 1 週目と 5 週目の連結時は、1 週で著明な変化は認められないので、5 週目は実施しないというルールを策定した。CMMI の Level-3 の動きが観察できた。

2009 年 2 月の委員会で、3 名の治癒事例が報告された。しかし、最近、褥瘡患者数が増加傾向のため、治療に努めていくことを確認した。これより、褥瘡が治癒する症例もあるものの、十分な予防まではできていないことがうかがえた。

2009 年 3 月の委員会で、2 名の治癒事例が報告された。

また、2008 年度の反省として、①院外研修の参加報告が不徹底であったこと、②カンファレンスで経過はよくわかるが、褥瘡の処置方法の記載に不備な点があり、治癒なのか、段階が何度なのか、どのような処置をしているのかがやや不明で、記載方法を充実させる必要があること、③褥瘡初期の患者が 3 日後には悪化した症例があり、改めて体位変換、ケアなど注意していきたいという意見があった。

また、2009 年度への課題として、①院外の研修会などに参加した時は、他委員にも報告すること、②体位変換の工夫をスタッフ全員に徹底させること、③カルテ回診を充実させて改善策や提案をすること、④新規に当院で発生した患者の発生原因の分析と対策を発表すること、⑤エアマット、ウレタンマットの管理を徹底することが挙げられた。

なお、A 病院は、当時、他院から褥瘡を治せる病院という評価を得るようになって

いた。これについて、F 看護係長(看護主任から昇進)は、次のように述べている。

「2008（平成 20）年に復帰した頃に、「ここの病院は褥瘡が治る病院でいい評判があるのよ」と聞いたことがあります。急性期病院で、褥瘡の大きい患者さんがこちらの病院へ転院されてきてから、徐々に褥瘡が治っていく噂が結構流れているということを聞いたことがあります。そのような噂を聞くと、うれしいです。実際に治った症例を見ると、確かに治ると思います。それで、がんばろうと思います。」（F 看護係長インタビュー2013 年 11 月 7 日）

次に、D 医療相談室主任は、他院のソーシャルワーカーから褥瘡を治せる病院として評価されていたことを指摘している。D 医療相談室主任は、次のように述べている。

「私は入院を受ける立場にいますが、以前勤めていた病院では、あまり褥瘡のひどい人は受けなくて、スタッフから言われることがありました。ここの病院は、ひどい人でもいいですよ、受けられますと言われます。そうしているうちに、実際にひどい人が治って、それを急性期医療を行っている病院のソーシャルワーカーがわかってくれるようになって、あちらの病院だとこの褥瘡をみれないと思いますが、ここの病院なら、治せると思うので、お願いしたいという紹介してもらえるようになってきたので、私自身褥瘡に対しては、迷わずに受け入れができるようになりました。他院からの評価の影響は大きいです。大病院のソーシャルワーカーが、療養病床への転院を進められた患者に対して、褥瘡も治るからあの病院にしてはどうかといった話が、ちらほら出ているようなので、それはとてもありがたいことです。」（D 医療相談室主任インタビュー2009 年 7 月 2 日）

さらに、E 副院長は、他院の形成外科医からも褥瘡を治せる病院として評価されていたことを指摘している。E 副院長は、次のように述べている。

「療養病床の場合には、影響が大きいです。当院は褥瘡が割合良く治るので、評価されています。これが年間の入院患者さんの、20%くらい B 病院から紹介されてきます。それから C 医療センターです。B 病院は、当院に紹介したら褥瘡はよくなるからということで、当院に紹介して下さることが増えていて、B 病院の形成外科の医師もこんな褥瘡が治るのかというような症例の患者さんが、当院に転院して治ったりすることがあります。絶対治らないと言われて、来たら治ります。そういうことがあるので、看護師も自信がついて、B 病院のソーシャルワーカーも分かっている、褥瘡があるなら、あそこへ行ったら、のようなことを言ってくれています。病院の一つのアピールポイントになっています。」（E 副院長インタビュー2013 年 10 月 8 日）

F 看護係長、D 医療相談室主任、および E 副院長の発言から、A 病院は褥瘡を治すアウトカム成果を出していたことがうかがえた。

また、当時の褥瘡対策検討チームの様相について、B 前看護部長は、チームの活動が活発に行われていたことを指摘している。B 前看護部長は、次のように述べている。

「勢いが違います。他の委員会は受身になっていますが、こちらは受身ではなくて、お互いが発信しているということが感じとれました。もちろん成果も見えます。」（B 前看護部長インタビュー2009 年 7 月 2 日）

また、C 看護部長（看護課長から昇進）も同様に、チームの活動が活発になっていったことを指摘している。C 看護部長（看護課長から昇進）は、次のように述べている。

「2 年前、1 年前にはあまり興味を示さなかったスタッフも、今では中心になってきたという感じです。スタッフがスタッフを呼び込む形、今までした人と違うメンバーをそこにに入れて、関わらせて

いくと、だんだん増えてきたのではいかなと。興味が興味を呼んで。それが、目に見えてできている、スタッフの成果じゃないかと思います。褥瘡が見る見る減ったというところにつながると思います。」（C看護課長インタビュー2009年7月2日）

チームは活発に活動して、成果を上げており、タックマン・モデルの実行期の動きが観察できた。

4.8 C看護課長がチームを離脱

2009年4月から、C看護課長が人事異動により褥瘡対策検討チームのメンバーから離脱した。そこで、褥瘡対策検討チームの新たなリーダーとして、2008年9月からメンバーになっていたF看護主任が着任した。

2009年度のチームの活動内容として、①処置、経過記録方法の統一、定期的な写真撮影、②院内における褥瘡対策の教育周知、③各患者に対する体位変換の検討が追加された。

2009年6月に、理学療法課が日本慢性期医療学会で、「ポジショニングを通じての病棟との連携」というタイトルで発表した。内容は、患者ごとの体位変換の写真資料を作成して体位変換を徹底した結果、成果が得られたこと、およびこれにより病棟スタッフとの連携ができたことを発表した。これより体位変換をマニュアル化する方法によって徹底し始めたことがわかった。CMMIのLevel-3の動きが観察できた。J理学療法士は、次のように述べている。

「手作りのパットは、ほとんど病棟でしてくださいました。ポジショニングの写真は、なかなかクッションの一人ひとりの方に合わせた入れ方を、こちらも提案させていただいたり、病棟でも考えてくださっているのですが、やはり全員の意識統一がしにくく、口だけよりは見てわかるほうがよいのではないかと始まって、4、5年前の学会に発表の機会があって、それをきっかけにより積極的にさせていただくようになりました。前から、クッションの当て方については、病棟とリハビリとで相談させていただいていたのですが、今回慢性期の病院でのテーマとして、どのようなことがよいかなということで、そのころちょうどクッションの使い方をどうやって病棟と共有するかという話が挙がっていたので、それをテーマにしたらいいのではないかとということで、写真を使っの周知徹底に取り組みました。」（J理学療法士インタビュー2013年9月20日）

2009年8月の委員会では、4階病棟はメンバー全員が欠席したため、患者経過について、後日書類にて報告することになった。

2009年10月に、5階病棟から2名の治癒症例が報告された。

また、各病棟で褥瘡管理表の記載方法が完全に統一できていないことがわかり、褥瘡の発生日、および治癒日は必ず記載することを確認した。ルールを守っていこうとするLevel-3の動きが観察できた。

さらに、チーム活動にマンネリ化があり、E副院長はそれを防止するために、褥瘡病変の写真撮影の技術レベルの向上を図った。E副院長は次のように述べている。

「マンネリ化はあります。最近そういうことも感じます。それで言い出したことが、写真を皆で上

手に撮ろうということです。」(E 副院長インタビュー2009 年 10 月 27 日)

そして、2010 年 1 月の会議で、褥瘡部写真撮影のポイントと、撮影時に使用するメジャースケールについて検討した。2010 年 3 月には、写真撮影に関する院内研修会を実施して、29 名の参加があった(医師 2 名、看護師 9 名、ケアワーカー 4 名、薬剤師 2 名、栄養士 1 名、事務部 4 名、検査技師 1 名、放射線技師 1 名、理学療法士 4 名、作業療法士 1 名)。

2009 年 11 月に、全室ウレタンマット完備となり、体圧分散寝具が院内全体に整備された。このウレタンマットの整備状況について、他院での勤務経験がある看護師は、高く評価していた。G 看護師は、次のように述べている。

「ウレタンマットも入っていない病院も見えたので、当院は基本的にはウレタンマットで、なおかつ気を付けてエアマットに変えたりします。」(G 看護師インタビュー2013 年 9 月 13 日)

2009 年 11 月の会議では、流動食注入時のギャジアップ姿勢について、理学療法課スタッフと病棟スタッフとで相談するというルールを策定した。ギャジアップ姿勢は病棟スタッフの間でも完全に統一できていないため、看護部研修の場などを利用して、再度認識を統一することになった。Level-3 の動きが観察された。

2009 年 12 月の会議で、5 階病棟から 2 名の治癒症例が報告された。

また、12 月に実施したマットに関する院内研修会へは、24 名の参加者があった(医師 1 名、薬剤師 2 名、医療ソーシャルワーカー 1 名、事務部 3 名、検査技師 2 名、理学療法士 3 名、栄養士 1 名、看護師 9 名、ケアワーカー 2 名)。

2010 年 1 月の会議で、両病棟から、1 名ずつ治癒症例が報告された。しかし、褥瘡患者数が増加してきたため、患者総数、褥瘡の当院発生と他院発生の比率、褥瘡部位などの統計をとってみてはどうかという意見が出された。

2010 年 2 月の会議で、両病棟から、1 名ずつ治癒症例が報告された。さらに、経過報告として、4 階病棟から、エアマットを外した後、褥瘡の疑いが生じたため、直ちにエアマットに戻し、すぐに治癒したという報告があった。E 副院長は、褥瘡対策検討チームの対応の迅速さについて、次のように述べている。

「褥瘡は、判断が遅れたらひどくなります。(中略)早くしないとあっという間に悪くなります。あっという間に良くなるはなりません、悪くなるのは、あっという間に色が変わったり、臭いがしてきたり、そういうことがあるから早くしないといけません。マット交換のことも、受身で、何か言ってくれるのを待っていたら、言わなかったらそれっきりですから。だから自分でマットを変えた、変えましょう、変えたいけどない、などすべて委員会ですべてで言ってくれます。C 看護部長がきちんとフォローしてくれますから、とにかく早いです。即断即決で、様子を見ようというのはないです。これで行こう、これはだめだから変えようという決断は、早いです。」(E 副院長インタビュー2013 年 10 月 8 日)

この頃の(2010 年 2 月頃)褥瘡対策検討チームの課題として、褥瘡発生率や治癒率の統計の取り方が、各階病棟で統一できていないこと、褥瘡管理表のまとめ方が難

しいことが挙がっていた。

2010 年 3 月の会議では、1 名の治癒症例が報告された。

また、寝台体重計が購入され、寝たきり患者の体重管理が可能になった。

2010 年度のチーム活動内容に、写真撮影方法の統一が挙げられた。

2010 年 4 月の委員会で、1 名の治癒症例が報告された。

2010 年 5 月の委員会では、4 階病棟から 1 名の治癒症例が報告された。5 階病棟からは全員経過は良好という報告があった。翌 6 月に、4 階病棟から 1 名の治癒症例が報告された。

また、褥瘡発生率、治癒率を、慢性期医療機能評価の中にある算出計算式を利用して、毎月各階で統計・評価を行っていくことを決め、9 月から開始した。測定を行うプロセスが多くなり、CMMI の Level-4 の動きが観察できた。

2010 年 7 月の委員会で、4 階病棟から 1 名の治癒症例が報告された。

また、褥瘡経過表 (Ver.2) の様式について、各階全体の状態は把握できるが、各患者の経過がわかりにくいため、長期褥瘡保有者用に、患者別褥瘡経過表 (Ver.1) を新規に作成した。チームは、今後この患者別褥瘡経過表を用いて記録し、褥瘡悪化者に対する対応を検討していくことを決めた。チームは、患者個別に褥瘡経過を観察して記録し始めるとともに、患者個別の褥瘡悪化対応を開始した。

2010 年 8 月の委員会で、4 階から 1 名の治癒症例が報告された。

また、日本慢性期医療学会へ参加した看護師 2 名のうちの 1 名が、8 月の委員会で、発表内容に現在 A 病院で実施していることも多くあり、行っている処置に対する自信につながったという報告をした。A 病院の褥瘡処置の方法は全国レベルであったことがうかがえた。

2010 年 10 月の医療監視では、褥瘡処置に関するものについては、特に指摘はなく、処置や書類管理などの徹底さに対して高評価を得た。

2010 年 11 月の慢性期医療認定病院審査において、褥瘡治癒率が低いという、思わぬ指摘を受けた。治癒者は確かに少ないが改善傾向の褥瘡患者は多い。毎週の褥瘡カンファレンスにおいて、経過の表記が「改善」、「不変」、「悪化」の 3 種類のみであり、小さな変化がわかりづらい。大きさ以外にも色や状態などの変化を記載してはどうか、「ほぼ治癒」から「治癒」へなかなか移行しないことが原因ではないかということが挙がった。その結果、「治癒」の判断は基本的には形成外科医師に委ねるが、ガーゼ保護のみとなった時点で「治癒」ととらえてもよいということになった。12 月以降は、「ほぼ治癒」の患者は、「治癒」と考えるというルールを策定した。これより CMMI の Level-3 の動きが観察できた。また、褥瘡経過の表記の理解が不十分であったことがうかがえた。

また、褥瘡が難治性の場合、栄養補助食品（ビタミン C、亜鉛、銅などを含む）などを用いるかどうかを検討した結果、処置を徹底した上でも創部の経過に変化が少な

いようであれば、試してみてもよいのではないかということになった。チームは、NSTより栄養面の専門アドバイスを受け入れた。

2010年12月、体圧分散、エアマットに関する院内研修を実施し、参加者17名（看護師5名、ケアワーカー2名、薬剤師1名、栄養士1名、事務部4名、検査技師1名、理学療法士1名、作業療法士2名）であった。

12月の研修後の褥瘡処置において、改善があったかどうか検討したところ、体位変換が重要であること、褥瘡発生は全身状態の悪化の指標になるということが挙げられた。チームは自らの学習効果を検証し始めた。

2011年1月および2月とも、4階病棟1名、5階病棟2名の治癒症例があった。

E副院長から、ラップ療法に関する文献の紹介があった。手段、効果については賛否両論あるが、A病院でも使用しており、効果は出ていることを確認した。

2011年3月は、4階病棟1名、5階病棟2名の治癒症例があった。

2011年3月に、褥瘡症例報告の院内研修を実施し、4年ぶりに症例発表をした。

今年度の反省として、写真が上手に撮影できないことが挙げられた。来年度にむけて、①褥瘡の治癒をめざす、②院外研修会への参加に努める、③病棟の褥瘡写真の撮影方法の統一、④すでに褥瘡が発生している患者だけでなく、発生のリスクが高い患者への対応も強化していくという意見があった。

4.9 形成外科医の退職

2011年度のチームの年度目標と活動内容には、「褥瘡発生率・治癒率の算出」という項目が追加された。

2011年4月から、H医師（形成外科医・非常勤）の退職にともない、デブリードマンなどの外科的処置が必要な場合には、KA院長・理事長（外科医）に依頼することになった。CMMIのLevel-3の動きが観察できた。

そして、H医師（形成外科医・非常勤）の回診がなくなったことに伴い、KA院長・理事長（外科医）に必要に応じて回診を担当してもらうが、医師によって処置方法の指示に違いがあるため、どのように対応していくべきか検討した。その結果、基本的には、これまで行ってきた処置の指示に従うこと、デブリードマンが必要な場合は、KA院長・理事長（外科医）に依頼することになった。なお、これまでの処置は、以下のとおりで、どの段階においても、毎日の洗浄が大切であることを確認した。

①感染創あり：洗浄→ゲーベン＋ガーゼ

②感染創なし・浸出液あり：洗浄→穴あきラップ＋紙ガーゼ

③感染創なし・浸出液なし：洗浄→ワセリン＋ガーゼ

また、現在、数名の患者にゲーベンからワセリンへ処置変更指示が出ており変更しているが、問題なく経過しているので、感染創が見られる状態では、ゲーベンが適応となるが、状態が落ち着けば、次の段階へ処置方法を変更していくこと、ガーゼ保護

の際には、必ずワセリンなどを併用することを確認した。

さらに、ラップ療法について、感染創がなければ、浸出液が薬剤代わりとなるため、表皮剥離など、創が浅いレベルであれば効果があると思われる（表皮剥離の場合は、表皮がラップの役割を担う）。しかし、感染創がある場合には、かえって悪化させてしまう危険もあるため、ポケット保有者など感染創の有無がわかりにくい褥瘡には不適であることを確認した。CMMI の Level-3 の動きが観察できた。

褥瘡対策検討チームは、KA 院長・理事長（外科医）が再びメンバーになることにより、医師間の処置方法の違いが発生する可能性を検討していたが、すでにチーム内で処置方法の標準化ができており、メンバーが予想されるコンフリクトをさほど重視していなかったことが観察された。

2011 年 5 月は、4 階 2 名の治癒症例があった。

2011 年 5 月の会議で、DESIGN を用いた褥瘡病変の評価の話が挙がり、以前は H 医師（形成外科医・非常勤）が行っていたが、退職後は、4 階病棟、5 階病棟とも実施していなかった。そこで、2011 年 7 月からは各階のメンバー（看護師）が DESIGN による評価を行い、褥瘡のカルテ回診時に、褥瘡部写真とともに報告することとなった。さらに、DESIGN の合計点数だけでなく、各項目の点数も重要であるため、それらを記録していくことにした。それまで医師が行っていた褥瘡経過の評価を、看護師が新たに担当することにした。

そのために、チームを離脱していた C 看護課長が、自ら DESIGN ツールの本を購入してメンバーといっしょに測定方法を勉強した。チームは、DESIGN の評価方法を学習し直して、知識を得たことがうかがえた。

そして、2011 年 7 月から、看護師が DESIGN ツールを用いて褥瘡病変の測定を開始した。そして、1 か月に 1 回、E 副院長が評価することにした。さらに、評価表が 5 階病棟のものは旧型であったため、今後は改訂版（2008 年改訂の DESIGN-R）を使用するよう、両病棟で統一することにした。これより、褥瘡評価の経過を数値化して、看護師と E 副院長で共有し始めたことが観察された。測定することに取り組む CMMI の Level-4 が観察された。

その結果、活動の内容がレベルアップして、医師と対等に議論できるようになった。E 副院長は、当時の様子について次のように述べている。

「対等になったなと思ったのは、写真がきちんときれいに、DESIGN で点数化されたこの 1、2 年です。褥瘡に限定してしまいますが、写真と点数化した DESIGN という評価の点数化を見ると、だんだん分かってきます。この点数でこれはないなとか、これは良くなっていることも。両方よくなっている、片方が良くなっているが、片方は悪くなっているというのは、おかしい。それから本当にこの薬は効いているのかということも、こちらから言いますし、その薬を使っているのは看護師ですから。『3 週間に 1 回皮膚科の先生が来られますが、皮膚科の先生の時にも効いてると言われています』と答えるので、『ああそうか』と情報をすり合わせています。間違った情報はほとんどないと思います。褥瘡に関しては、目に見えてはっきり良い悪いかがわかりますから。潰瘍の色とかポケットの深さとか報告しなくてはならないので、褥瘡のチームのメンバーは、やはりよく見ます。点数化しなければならないし、写真も撮らなくてはいけないので、よく見えています。（中略）前は観

察、収集はなかったですね。なんとなく良くなっている、悪くなっている、変わらないくらいの言葉だったのですが、観察収集ができてそれが一番ですね。特にそれが力がつかないと、あとの情報交換がいかないです。観察して収集するという力が、確実についています。」（E 副院長インタビュー 2013 年 10 月 8 日）

また、2011 年 4 月からメンバーになった P 看護師は、当時の自分の意識や行動が変わったと述べている。P 看護師は次のように述べている。

「感染対策委員でしたが、その時は褥瘡を表面的には傷をみますが、対処方法というか、エアマットにしたりとか、ポジショニングを考えたりとか、体位変換のやり方とかそこまで詳しく考えませんでした。が、褥瘡委員になってから、そういう判断が必要になってきて他のスタッフにも言わないといけないので、そのあたりは詳しく考えたり、スタッフに伝えるコミュニケーション能力というか、そういうのも考えていったし、褥瘡の勉強もしていきました。当院で褥瘡計画書を作成しますが、計画書とか DESIGN とかしますが、私は施設勤務だったので、初めて勉強する形でした。先生や上司に報告しなければならないし、早く対処しないと悪化するので、そのあたりも考えますし、栄養状態も考えます。NST ととも連動しているので、全体を見て判断をするようになってきました。小さい傷だけではなくて、全部をみる。家族の関連もありますし、説明もしなければなりません。エアマットの種類もあるので、それも考えて、褥瘡の状態とか、体の全身状態とか考えてエアマットの交換というかグレードアップとか、エアマットを抜いたりとかも考えていきます。メンバーになって、責任感が出ます。自分がメンバーでなかった時は、本当に傷しかみていませんでしたが、やはり逆の立場になると、メンバー以外の人に、もう少し勉強してほしいと思ったりします。（中略）メンバーになって、最も変化した行動というのは、患者さんのベッドサイドへよく行くようになったことで、一番に全身状態をみて、傷の状態をみて、栄養状態をみてという感じです。カルテもよく見ます。他の職種とよく話をするようになったということもあります。結局ポジショニングをみてほしいとリハビリ療法士に言ったり、栄養状態も悪いのかなという時は、NST とか医師に聞いたりします。以前は、そこまで考えませんでした。」（P 看護師インタビュー 2013 年 10 月 30 日）

2011 年 7 月に、褥瘡悪化傾向の患者の死亡事例があった。褥瘡の経過が思わしくない場合、全身状態も不良であることが多い。褥瘡の状態から、全身状態を推測することができ、また逆に、全身状態から褥瘡の経過を予測することもできる。今後も観察、早期対処に努めていくことが重要であることが挙げた。チームは、褥瘡の程度や経過を、全身状態の指標として捉えようとしていたことがうかがえた。

2011 年 8 月に、4 階病棟 1 名の治癒症例があった。

また、8 月の日本褥瘡学会へ、メンバーから離脱していた C 看護課長が参加した。

さらに、8 月には、褥瘡の外部研修に参加した看護師 3 名が中心になって、看護師・ケアワーカー研修会を行った。シーツ交換において、シーツをしっかりと張りすぎると、かえってエアマットの効果が半減してしまう（ウレタンマットでも同様）こと、ベッドをギャッジアップした際、寝衣とシーツの間ですれ力が生じるため、必ず背抜きを行うなど、すぐに行える『人の手で行える褥瘡予防』について、報告、学習した。簡単にできることではあるが、スタッフ全員の知識の共有や意識が得られないと実践できないため、メンバーが中心となって、周知徹底することになった。院外研修に参加したメンバーが講師となって、院内研修を担当できるように成長したことがうかがえた。

2011 年 9 月に実施したポジショニングに関する院内研修のアンケート結果では、

「ポジショニングについて再確認できた」、「副院長が言われたように現場での応用、実用をうまく実践していきたい」など、多くの回答があった。

エアマットの在庫がなくなったため、エアマット 2 台リース中で、今後にも必要に応じてリースを追加する報告があった。寝具のリースに積極的に取り組み、褥瘡予防に注力していたことがうかがえた。

また、褥瘡患者経過報告書に、前回と今回の DESIGN の点数も記入するように改訂した (Ver.4)。これより、自分たちで自分たちの使いやすい報告書の様式に変更していったことがうかがえた。

2011 年 12 月に、4 階病棟 1 名の治癒症例があった。一方、5 階病棟から、2 名の難治症例の現状報告があった。

また、A 病院で褥瘡処置を行う中で、ほとんどの患者は改善～不変の結果が得られていること、処置を行っても褥瘡が悪化する場合は、全身状態が不良もしくは悪化していることが多い。処置自体は適切に行えているため、今後も自信を持って処置に努めることになった。

メンバーの L 管理栄養士 (栄養士から昇進) は、形成外科医の回診がなくなったあとも、適切な処置方法ができていないのではないか、また問題がある患者として取り上げる患者が、メンバーで一致してくるようになったことを指摘している。L 管理栄養士 (栄養士から昇進) は、次のように述べている。

「今まで形成外科の先生が来られていましたが、来られなくなっても処置方法は適切ではないかと私は思って見えています。悪くなられる方は、体の状態が悪い方が多くて、普通の方は結構治っていくので、処置方法は適切なのではないかとと思っています。治ると思わなかった人が治ったりすると、すごいなあと思います。(中略) 問題があると思っている患者さんは、チームのメンバーほぼ一緒に、(中略) この人のことを聞こうと思う人が重なってきます。(中略) これはレベルが上がっているからだと思います。」(L 管理栄養士インタビュー 2013 年 9 月 20 日)

2012 年 2 月に、各階病棟とも 1 名の治癒症例があった。

また、2012 年 1 月の厚生労働省からの視察調査で、「褥瘡対策に関する診療計画書」には、専任医師 (E 副院長) と、専任看護師 (C 看護課長) が記入しなければならないとの指摘を受けたため、各患者の基本情報などは担当看護師が記入し、評価項目を専任医師 (E 副院長) と専任看護師 (C 看護課長) が確認したあと、カルテに綴じるというルールを策定した。CMMI の Level-3 の動きが観察できた。

2012 年 2 月には、エアマットについて、新事業者と新たに契約を結ぶことになった。現在両病棟に 1 台ずつ、高機能エアマット『アドバン』をリース中であること、3 月より、さらに高機能のエアマット『グランド』を 5 台リース予定であることが報告され、各階で利用対象となる患者を検討することになった。さらに、使用状況を一覧表に記入し、FAX で送信することで、エアマットの使用状況を把握できるようになった。当時の様相について、E 副院長は次のように述べている。

「最低月 1 回の褥瘡対策検討委員会の時には、マットの使用状況一覧表を見せてもらって、在庫はどう、個数はどうということを含めて、それから新しいマットが出たからどうしようこうしようということを含めて、話し合っています。マットもレンタルとか含めて、いろいろなマットが出ていますから、勉強会を実施したりしながら、使用した時の効果があったかなかったかも、こちらから尋ねます。そういうことは行っています。」（E 副院長インタビュー 2013 年 10 月 8 日）

2012 年 3 月には、5 階病棟 1 名の治癒症例があった。

また、高機能エアマット『アドバン』、『グランデ』のリースを開始した。エアマットの保管場所は、3 階の『予備室 7』に一括してエアマットを管理することとし、管理表を作成した。エアマットの管理は、ケアワーカーが担当した。F 看護係長（看護主任より昇進）は、次のように述べている。

「マットに関しては、ケアワーカーさんのほうがよくご存じだし、準備もケアワーカーさんが主でしてくださっています。経験もあるし、この人なら何でも知ってるというか、やはり経験なんでしょう。言ったことはきちんと確実にしてくださっているし、在庫管理も責任をもってくださっているの、任せてしまいます。不良になったら、業者に直接電話をして交渉していただきます。この患者さんは、今あの種類のマットを使用しているということは、ケアワーカーさんのほうがよく知っていると思います。これにより、看護師はずいぶん楽にはなってきました。」（F 看護係長インタビュー 2013 年 11 月 7 日）

また、C 看護部長（看護課長より昇進）は、ケアワーカーの能力向上により、分業ができたことを指摘している。C 看護部長は次のように述べている。

「エアマットの管理もケアワーカーができます。看護師は手一杯で、不足しています。ケアワーカーもきちんとしてくれますので、任せたほうがかえってよかったです。本当はエアマットの管理は看護師がしなければなりません、ケアワーカーのほうが責任を持って、長く勤務もされているので、本当によく知っています。育ってレベルも上がっています。任されたほうもやりがいがあるのではないかと思います。業者が来た時も、ケアワーカーさんに業者さんがきていますからと直接対応をお願いすると、はいわかりましたという感じで、きちんと対応してくれます。こちらが尋ねた時に、私たちのほうがわからなくて、ケアワーカーさんのほうがきちんと答えてくれます。患者さんの名前を言うと、この患者さんはグランデですとか、逆に教えてくれます。」（C 看護部長（インタビュー当時看護課長）2009 年 7 月 2 日）

2012 年度のチームの年度目標に、「褥瘡の早期発見」が追加された。活動内容に、「具体的な処置内容（方法、評価）」が追加された。また、「体圧分散寝具の管理の徹底」が追記された。さらに、「体位変換の検討と実施」、「NST との連携」が追加された。

褥瘡症例は、全体的に改善傾向で、処置方法がゲーベン＋ガーゼ（創傷治癒）から、プロベト＋パット（保湿）に変更となるケースが増えていることが報告された。

高機能エアマット（グランデ、アドバン）は定期的に補充できていること、リース料金が月額約 5 万円かかっているが、患者の褥瘡の状態が改善している効果は認められており、状態の改善に応じて、ウレタンマットやエアマットに変更し、経費削減にも努めることが確認された。

褥瘡処置方法について、ガーゼで創部を覆うことにより、さらに傷が発生・悪化する

るという報告があった。創部にゲーベンなどを塗布しても、直接ガーゼで覆うことは好ましくない、ガーゼのみでは浸出液をすべて吸収してしまうため、創部が湿潤環境ではなくなってしまう。ゲーベンとガーゼの間に創部よりやや大きいサイズのラップをあて、その上からガーゼで覆う、または穴あきラップを使用し、過剰な浸出液のみを吸収するようにすることで効果が確認された。、チームが独自に工夫し、標準化した処置方法を蓄積してきていたことがうかがえた。

ガット保有者には、入浴時の水圧によって、菌が体内深部に侵入するとの説があるため、シャワー浴を行うことにした。

また、NST との連携により、褥瘡保有者のうち、Alb 値 3.0 以下の患者は、週 1 回 NST 加算が算定可能となるため、対象者を抽出した。

さらに、NST、院内感染防止対策委員会、褥瘡対策検討委員会の 3 委員会の連携が必要となり、合同検討会について、各委員会委員長で相談してもらうことになった。

2012 年 6 月に、両病棟とも 1 名の治癒症例があった。

また、必要に応じて、理学療法課スタッフが各患者に体位変換シートを作成しているので、褥瘡対策検討チームで実施してみて、修正・改善を加えていくことになった。

また、日本慢性期医療学会に委員会の取り組みを発表することになった。そして、マット類が統一できていなかった時期（平成 21 年 11 月頃）と、マット類の管理が安定してきた現在を比較し、褥瘡保有者（持ち込み限定）の人数、経過などを集計した。しかし、集計結果からは、両者間に差は認められなかった。この理由として、患者の状態が以前に比べて重症化したため、差がでなかったことが挙げた。チームが学会発表活動をしようとしていたことがうかがえた。

2012 年 7 月に、4 階病棟 2 名の治癒症例があった。4、5 階ともに、改善傾向の患者が報告された。

2012 年 8 月に、4 階病棟 1 名の治癒症例があった。現状として、4 階病棟から治癒症例、および 5 階病棟から発生症例が報告された。

日本慢性期医療学会の抄録が完成した。入院中の患者・家族対象のアンケート結果から、褥瘡対策検討委員会の存在や活動内容はほとんど知られていないものの、患者の褥瘡の有無・経過はほとんどの患者および家族が認識していることがわかった。そして、2012 年 11 月の日本慢性期医療学会で発表した。

2012 年 9 月、5 階から骨突出がみられる症例について報告された。

2012 年 11 月、治癒症例はなかった。

2012 年 11 月に、エアマットについて、褥瘡保有者や危険因子保有者が多いため、エアマットを外せそうな患者がいらないが、適宜患者の状態とエアマットの必要性を検討し、効率よく使用すること、リース品が 3 種類（アドバン、グランデ、プライムレ）になったことが報告された。

2012 年 12 月、4 階 1 名、5 階治癒症例はなかった。

4.10 C 看護課長が看護部長に昇進してチームに復帰

B 看護部長の退職に伴い、2013 年 1 月から、C 看護課長が看護部長に昇進するとともに、褥瘡対策検討チームのメンバーとして復帰した。

2013 年 3 月、これまで褥瘡保有者に対して、T-cho、Alb、Hb の 3 項目について、月 1 回検査を実施してきたが、今後も継続していくことになった。褥瘡の経過に対し、こうした測定による評価改善が続けられていた。

2012 年度の反省として、皮下ポケットの深い褥瘡に対しては早期対応を心がける、褥瘡診療計画書の作成の徹底、エアマットの選択・使用方法の工夫、体位変換の徹底、褥瘡処置の記録方法の統一を図ることが挙げられた。

これまで褥瘡患者管理の専任看護職員は C 看護部長であったが、2012 年 4 月から変更して、4 階病棟と 5 階病棟の褥瘡対策検討チームのメンバーから 1 名ずつ選出して届け出た。そして、この 2 名の専任看護職員を各病棟責任者とする新しい体制ができた。

2013 年 4 月に、褥瘡診療計画書について、褥瘡保有者は 1 か月に 1 回、非保有者は 3 か月に 1 回作成する規程があるので、それを徹底するために、各病棟責任者が記入管理表を作成するルールを決めた。

2013 年 6 月から、5 階病棟では、記入管理表を貼り出し、月末の時点で未作成の場合は担当者にメモで知らせる体制を試みることにし、成果が上がれば、両病棟で統一して行うことを決めた。褥瘡診療計画書の作成プロセスを測定するという CMMI の Level-4 の動きが観察された。その結果、時々作成が遅れる場合があることがわかり、さらに作成を徹底していくことにした。

2013 年 11 月に、未だ褥瘡診療計画書の作成が遅れることがあるため、今後も早期作成に努めることにした。また、処置方法の変更時にも作成する必要があることを知らないスタッフがいたことが判明した。褥瘡診療計画書の作成マニュアルが徹底できていないという CMMI の Level-3 が観察された。そこで、褥瘡診療計画書の作成手順の周知徹底に努めることにした。このように、褥瘡患者管理の専任看護職員が増員されたことにより、褥瘡診療計画書の作成の測定ができるようになって、作成が徹底できるようになるとともに、新たな問題が明らかになったことがうかがえた。

また、2013 年 4 月から、カルテ回診を、ケースカンファレンス、NST カンファレンスに引き続いて実施することにした。これは、カルテ回診および各カンファレンスに参加するメンバーがほぼ同じであること、および検討する患者も共通することが多いという理由からであった。これについて、C 看護部長は次のように述べている。

「各チームのカンファレンスを、続きの時間帯に集めたほうが、あっちへ行ったり、こっちへ行ったり、勤務の面からも大変で、人が集まりにくいということもあって、NST と褥瘡対策検討チームが特にリンクしているので、やりやすいということになりました。副院長も移動しなくても、カルテもそこにあるからよいということになりました。」(C 看護部長インタビュー当時 2013 年 9 月 5 日)

また、L 管理栄養士（栄養士から昇進）は、これにより効率が良くなったと言って

いる。L 管理栄養士（栄養士から昇進）は次のように述べている。

「金曜日の 13:30～のカンファレンスが 3 つに集まったので、メンバーが多く集って、いろんな意見が聞かれるようになって、今はそれが大変良いと思います。ケースカンファレンスで出た話を、NST で話し合うという感じになってきたので、私はそのあたりかなと思っています。大変効率がよくなりました。仕事の負担も、これまで全部時間帯が違って、その都度行っていたのですが、それが凝縮されたので、効率がよくなりました。看護部は代替も多いですが、栄養課は一人なので。」（L 管理栄養士インタビュー 2013 年 9 月 20 日）

さらに、I 理学療法課長も効果があると言っている。これについて、I 理学療法課長（理学療法士から昇進）は次のように述べている。

「特に今年度から、メンバーが比較的重複しているので、カンファレンスを一緒にするようになりました。褥瘡カンファレンスをした後に、続けて NST のカンファレンスをしていますので、比較的ミックスされてきている部分があります。委員会は月 1 回別々にしています。今は距離が近づいてきている感じです。褥瘡だけではなく、褥瘡だけこの人栄養状態がどうだからという話が出てきて、一緒にクロスさせることで話が一度で済みます。」（I 理学療法課長インタビュー 2013 年 9 月 13 日）

2013 年 5 月に 4 階病棟は 1 名の治癒症例があった。

2013 年 5 月に、先月から、KA 院長（非常勤）と皮膚科医（非常勤）に回診を依頼しているが、薬の処方などは皮膚科医（非常勤）から主に指示を受け、デブリードマンの必要性がある重度な患者については、KA 院長（外科医・非常勤）へも診察を依頼していることが報告された。

2013 年 6 月に 4 階病棟は 1 名の治癒症例があった。

また、体位変換については、これまで担当看護師や病棟のリーダーと理学療法課スタッフで検討していたが、より情報を共有するために、担当看護師と管理職（課長、係長、主任）の 2 人以上の病棟スタッフと理学療法課スタッフとで検討することにした。体位変換の方法について、病棟スタッフが理学療法課スタッフに頼りすぎることがあるため、病棟スタッフからも積極的に提案をして、共同で検討してほしいという意見が出た。これについて、J 理学療法士は次のように述べている。

「今度は逆に、リハビリからの一方的な提案になる傾向が出て、こちらが少ししすぎて、こっちがこうしてくださいと言いすぎると、病棟のほうでは、それが何のためにするかというのがわからなかったりするんで、相談してというふうにやっているつもりなのですが、どちらかばかりがとなってしまうたり、そのバランスがむずかしいなと今は思っています。最近はポジショニングとか、クッションの使い方はリハビリで検討をという流れがあるのですが、実際長くかかわられているのは、病棟のスタッフの皆さんだと思うので、できれば双方の意見を兼ね備えたものにしていきたいのですが、どちらかが考えてしてくださいということになりやすいところがあります。やはり両方で話し合えてきたらよいと思うのですが、一度できた流れというのは、なかなか変わらないので、いかにそこを変えていくのかということがあります。」（J 理学療法士インタビュー 2013 年 9 月 20 日）

2013 年 7 月に 4 階病棟 1 名治癒症例があった。

2013 年 7 月に、褥瘡写真撮影等同意書について、記載内容が多く長期間改訂しないで使用しているため、簡潔なものに改訂することになった。

2013 年 8 月には、褥瘡治療のマニュアルも改訂することになり、F 看護係長が他院を参考に現在検討中であることを報告した。チームは他院のものを参考にしながら、マニュアルや褥瘡写真撮影等同意書の改訂を行おうとしていることがうかがえた。

2013 年 9 月に、C 看護部長および褥瘡対策検討チームの看護師メンバー 2 名（F 看護係長、V 看護師）が院外研修に参加して、褥瘡の潰瘍の深さを看護師が超音波エコーで測定するということを学習した。さらに、その院外研修で紹介された書籍を C 看護部長が個人購入した。そして、学習した内容を、翌 10 月の看護師・ケアワーカー研修会で報告するとともに、購入した書籍を褥瘡対策検討チームのメンバーに貸出しを始めた。C 看護部長は、学習した新しい知識を基にした Top down 型リーダーシップを、再び発揮し始めた。

E 副院長は、C 看護部長の話から、医師からの指示を受けて看護を行う従来の看護師業務から、看護師自らが患者の情報を集めて、それによって評価して判断していくという新しい看護師業務に変化する時代が到来しているのではないかと述べている。これについて、E 副院長は次のように述べている。

「褥瘡治療は看護師とワーカーの仕事です。評価も看護師とワーカーの役割で、エコーも看護師がするような方向になっているようで、褥瘡の潰瘍の深さなどもエコーでみることも研修で聞きました。確かにそうなら、今度は写真どころかエコーも看護師がとって、ポケットが深いというふうなことを情報として提供する時代がもう来ているのだと思います。看護師が自主的にやって、情報を集める作業というのは、比較的新しい看護師の仕事です。看護師というのは、なんとなく処置したり、看護したり、言われたことや決まったことをやっていくのが、今度は自分がここを評価しなくてはいけない、これを評価して点数化して、いいか悪いかを判断しなくてはいけない。」（E 副院長インタビュー 2013 年 10 月 8 日）

2013 年 11 月は、5 階病棟から 3 名の治癒報告があった。

また、2013 年 11 月から、理学療法課メンバーが、クッションの保管場所を決るとともに、使用管理表を作成してクッションの一括管理を開始した。C 看護部長は、新たな分業体制ができて看護師の負担が減ったと言っている。これについて、C 看護部長は次のように述べている。

「つい先日、クッションの管理をリハビリ課がすることに決まりました。保管場所をどこにするか、購入もこういうものがほしい、でも見本がないと、ずっと褥瘡委員会で話合っていました。それをリハビリ課が管理して、洗濯は看護師が病棟ですることになりました。リハビリ課が分担してくれることで楽になる部分もあるし、ここはリハビリ課に任せてもよいと思ったわけです。」（C 看護部長インタビュー 2013 年 9 月 5 日）

同様に、E 副院長は、褥瘡対策検討チームのメンバーが力をつけたことにより、医師の業務負担が減った、任せられるようになったと言っている。これについて、E 副院長は次のように述べている。

「メンバーが力をつけたことによって、私の負担が減っています。ご家族が褥瘡が治ったと言われて感謝されているということを知りただけで助かっています。『悪くなった。主治医の先生に話を聞きたい。』ではなくて、『良くなった。治った。ありがとうございます。』と言われていましたよと聞くと、良かったなとなり、その分負担が減ります。褥瘡に関しては、頭を悩まさなくても褥瘡チームがやってくれていると、それを見ていると、いい人悪い人はいるにしても、全体的に把握できていて、この人は良くなりそうだな、この人は難しいなということが、みんなで大体分かるので、やりやすいです。評価をみんな知っていて、同じような能力でいっていますから、それは病院の評判が上がるのはもちろんでしょうけども、やはり任せられるということが、大きいです。組織の成果としても大きいです。」（E 副院長インタビュー2013年10月8日）

褥瘡対策検討チームは、チーム医療の効果の一つである医療従事者の負担軽減の効果が表れる程度になっていたことがうかがえた。

2013年11月には、日本慢性期医療学会に参加したJ理学療法士が、そこで学習したことを伝達した。

2013年12月、F看護係長が、他院の褥瘡フローシートの様式を紹介した。個人ごとにまとめた様式になっており、経過がわかりやすいという意見があった。、チームが自分たちの使用している表と他院のものとを比較し始めた。

2014年1月、および2月に、5階病棟から1名の治癒報告があった。

2014年2月の院内研修で、5階病棟の褥瘡経過について症例発表を行った。院内研修会は、参加者18名（看護師6名、薬剤師2名、管理栄養士1名、事務員4名、検査技師1名、理学療法士3名、作業療法士1名）であった。終了後のアンケートから、①創部の写真撮影の技術の向上がうかがえた、①以前はエアマットの誤操作などがインシデントで挙がっていたが、最近ほとんどなく機器類の管理が徹底できている、③薬剤や処置の手順が明確になっていて適切に行えている、④それに伴って薬剤費も減少したことが報告された。

また、2013年度の反省として、①褥瘡診療計画書の未記入者に声かけをすることで、褥瘡診療計画書の作成ができるようになった、②写真撮影の方法を統一してきれいな写真撮影を心掛けた、③チームとしての活動が定着し、予防・治療ともに水準を向上させることができた、④カンファレンスを統一した日にしたことにより、NSTと連携して検討できた、④定例の褥瘡対策検討委員会をもう少し有効活用するとよい、という意見があった。

2014年度は褥瘡治療のマニュアルを改訂すること、および診療報酬改定に伴い、褥瘡処置関連の書類が増えるため、それへの対応を検討していくことが挙げられた。

最後に、E副院長は、褥瘡対策検討チームのリーダーとしての自分自身の行動を振り返り、委員会や回診を欠席しないように自分自身に課して継続させていると言っている。E副院長は、次のように述べている。

「このような良いチームになっている秘訣は、回診にしても、月1回の委員会にしても、欠席しないことです。出席率が良い委員会は継続しますが、忙しいからとか、ちょっと用事があるからとなると、その委員会は無くなるというか、あまり活動性が無くなります。医師が絶対休んではならないと思います。医師から、忙しいので活動しておいてと言われても、例えば、看護師やリハビリ技士や薬剤師が、回診するわけにはいきません。そういうことから、責任ある医師と、看護師といっ

たキーパーソンは休んではいけません。医師が休まないということが、当院はある程度余裕のある療養病床だからこそ続くとも言えます。逆にいうと、多忙な救急病院などでは、そこがなかなか難しいかもしれません。(中略)大変ですけど大事です。ずっとやっていますよ、遅くなったりしたことないです。」(E 副院長インタビュー2013年10月8日)

4.11 結果の要約

A病院の議事録を詳細に検討した結果、褥瘡対策検討チームには次のような成熟過程が見られた。

第一に、A病院の褥瘡対策検討チームの立ち上げから12年間を、測定して分析した結果、経時的にLevel-1からLevel-4までの成熟度が確認できた。

第二に、A病院の褥瘡対策検討チームの成長過程において、タックマン・モデルにおける形成期、騒乱期、規範期、実行期が確認できた。また、騒乱期は、チーム活動に比較的大きな影響力を持つメンバーが関与した時、および新しくメンバーが加わった時に騒乱期が起こっていた。さらに、実行期においても騒乱期の発生が認められた。

第三に、組織成熟度レベルが異なれば、その中で発生した騒乱期におけるコンフリクトの解決方法は異なっていた。本研究で観察された第1回目の騒乱期では、組織成熟度はLevel-1であり、メンバーがコンフリクトに困惑してその解決方法として、一時的に回避する方法をとった。第2回目のコンフリクトは、組織成熟度はLevel-2であり、最初は強制や指示的態度であったが、次第に妥協や和解の方法で、対応した。第3回目のコンフリクトの発生時は、組織成熟度Level-3であり、メンバーは既にチームの決まりを持っており、コンフリクトをさほど深刻さを持たずコンフリクトを解決した。

第四に、チームの形成期には、知識を基にしたTop down型リーダーシップ・スタイルが確認できた。次に、チームの規範期、実行期には、個々人の意見尊重を基にしたConsensus型リーダーシップ・スタイルが確認できた。ただし、実行期でも飛躍的に成長する時期では、知識を基にしたTop down型リーダーシップ・スタイルが確認できた。

チームの節目ごとの変化を、アウトカム、プロセス、ストラクチャーごとにまとめたものに、組織成熟度をあてはめたものを、表4-2に示す。

表 4-2 褥瘡対策検討チームの主な成熟過程(その①)

	2002 年 4 月～2002 年 10 月頃	2002 年 11 月～2004 年 1 月頃	2004 年 1 月～2004 年 9 月頃
時期	チームが誕生	C 看護師がリーダーシップを発揮	チーム構造が明確化
アウトカム	・電気メスで切開する事例あり	－	－
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・委員会を開催 ・委員会の議事録は作成せず 	<ul style="list-style-type: none"> ・委員会の議事録の作成開始 ・院内の看護師たちが、新洗浄法と被覆材について学習し、統一された新洗浄法を開始。 ・褥瘡対策診療計画書を作成すべき該当患者であるかどうかを判定するために、入院時に生活自立度をチェックすることを検討→治療方法を統一していく方向が明確になった:Level-2 ・院外研修に参加した C 看護師が学習したことを委員会で伝達して、新しい知識をチームとして獲得し始めた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・チームの具体的な目的がたてられていなかった、褥瘡患者の統計の取り方が統一できていなかった→チームの目的が明確でない:Level-1 ・褥瘡に対する医師の見方が変わってきた→探りを入れながら行動→形成期 ・褥瘡パトロールを開始して、院内の褥瘡患者の状態把握を開始 ・褥瘡患者に対する定期的な血液検査を医師に依頼することを決めた→ルールができる:Level-3 ・院外研修に参加した L 栄養士が学習したことを委員会で伝達した。
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・結核病棟(3 階) ・医療療養病棟(4 階) ・介護療養病棟(5 階) ・委員会(褥瘡対策検討チーム)設置→形成期 ・褥瘡対策診療計画書 (Ver.1) ・体圧分用具を購入 	<ul style="list-style-type: none"> ・学会で知識を獲得した C 看護師出現 	<ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡対策委員会規定 (Ver.1)、 ・褥瘡対策委員会運営規定 Ver.1)、 ・褥瘡対策委員会活動計画 (Ver.1) ・体圧測定器を購入 ・褥瘡経過表(Ver.1)、 ・病棟褥瘡実調査表 (Ver.1) ・院外研修に参加した栄養士出現

(表 4-2 続きその②)

	2004 年 10 月～2005 年 3 月頃	2005 年 4 月～2006 年 3 月頃
時期	皮膚科医がメンバーに加入	副院長がメンバーに加入
アウトカム	－	<ul style="list-style-type: none"> ・改善傾向だった患者が悪化した事例あり ・12 月に褥瘡患者増加 ・褥瘡悪化にて、転院事例あり
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・皮膚科医と以前から外科処置を依頼していた外科医との間にコンフリクト発生、診療する患者を分けあう方法でコンフリクトを回避→騒乱期→ルールができる:Level-3 ・皮膚科医からウレタンマット使用の提案あり ・C 看護師、介護福祉士係長、看護師が学会へ参加。C 看護師以外にも最新の褥瘡知識を持つ看護師等が増加。 ・患者個別の体位変換方法について、看護師と理学療法士で検討開始 	<ul style="list-style-type: none"> ・皮膚科医と外科医とのコンフリクト対応経験から、薬剤課、看護部、理学療法課、栄養課でマニュアルを作成することにした→標準的な処置方法を文書化して、統一しようとする:Level-2 ・褥瘡専用の採血項目を決める→ルールができる:Level-3 ・皮膚科医が DESIGN による褥瘡経過の評価方法を導入実施→指標を定めて測定する:Level-4 ・悪化症例の検討会を開始した ・皮膚科医、外科医、主治医（E 副院長）の指示の下で処置を行っていくことにする ・体位変換の方法が病棟によって異なっていたため統一を図ろうとした→マニュアル化しようとする:Level-2 ・体位変換の方法について、看護部と理学療法課でコンフリクト発生→騒乱期→C 看護係長が Consensus 型のリーダーシップを発揮しながら解消 ・メンバーとメンバー以外のスタッフとの間に、意識や行動に差異があるため、統一しようとする→マニュアル化しようとする:Level-2 ・皮膚科医から新褥瘡処置方法（ラップ療法）をすすめられ、4 階病棟が開始 ・C 看護係長が学会へ参加
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・結核病棟(3 階)廃止 ・皮膚科医(非常勤)着任 ・委員会の委員長を、H 院長から C 看護師に交代 ・褥瘡対策委員会運営規定(Ver.2) ・車いす用体重計の購入 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護療養病棟(5 階)を医療療養病棟へ転換 ・E 副院長(内科・常勤)着任 ・C 看護師が係長（4 階病棟）へ昇任 ・委員会の委員長を、C 看護師から E 副院長に交代 ・NST が発足 ・写真撮影等同意書（Ver.1） ・褥瘡対策診療計画書（Ver.2） ・薬剤部、理学療法課、看護部のマニュアルが完成→規範期 ・看護師が学会で写真撮影用スケール入手

(表 4-2 続きその③)

	2006 年 4 月～2007 年 1 月頃	2007 年 2 月～2009 年 3 月頃
時期	皮膚科医の退職と形成外科医の着任	院内研修会の立ち上げ
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養状態の悪化が原因で治癒困難事例あり ・栄養状態の悪化が原因で褥瘡が発生した事例あり 	<ul style="list-style-type: none"> ・院内研修で、完治困難と思われていた褥瘡を完治させた症例を報告し、院長および院内の職員に活動成果を認められた。メンバーも活動の達成感を得た。 ・C 看護係長が所属する 4 階病棟と、所属しない 5 階病棟とで、処置方法に差あり ・仙骨褥瘡患者ヘラップ療法を実施して完治した症例あり ・処置にかかる時間短縮ができるようになった ・コスト削減ができてきた ・反復可能な症例ができてきた ・治癒症例が報告されるようになった ・褥瘡患者数が増加傾向 ・褥瘡初期患者が 3 日後に悪化した症例あり ・他院から褥瘡を治せる病院と評価されるようになった
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・ラップ療法の実施基準、褥瘡の状態とその時に実施した処置方法をカルテへ記録することを決める→ルールができる:Level-3 ・毎月、危険因子をブレイデンスケールで算出し、その患者数を報告して議事録に記載すること、体圧分散マットレスの管理者を決めて、使用状況を委員会で報告することを決める→ルールができて測定する:Level-3～4 ・カルテ回診を開始。直近の計測データがとれるようになるとともに、メンバー間での情報共有が進んで、褥瘡への対応が早くなった ・ラップ療法と従来の処置方法とを併用すること、A 剤を使用薬剤に追加することを決める→ルールができる:Level-3 ・栄養課がマニュアルを完成させる→マニュアルができる:Level-3 ・外部講師による院内研修会を開催し、メンバーおよびメンバー以外の院内職員が参加して、褥瘡対策について学習を始めた。 ・メンバーが委員会で DESIGN による評価方法を学習した。 ・栄養士が褥瘡患者のベッドサイドを訪問 ・C 看護係長、介護福祉士係長および 2 名の看護師が学会へ参加 	<ul style="list-style-type: none"> ・院内研修会で、症例発表（第 1 回）を実施 ・院外研修へ、メンバー全員で参加→実行期 ・活動計画書に、年度目標と活動内容を明記 ・危険因子判定を、ブレイデンスケールから危険因子の評価に変更 ・カルテの処置記入方法に病棟差があったため、統一することに決めた→ルールができる:Level-3 ・褥瘡評価表、褥瘡対策診療計画書を 3 か月に 1 回作成していくことに決めた→ルールができる:Level-3 ・褥瘡管理表、マット使用状況表の記入の仕方に病棟差があったため、統一することを決めた→ルールができる:Level-3 ・カルテ回診の議事録提出の仕方に病棟差があったため、統一することを決めた→ルールができる:Level-3 ・体位変換の時間帯は、統一しないことにした→ルールができる:Level-3 ・4 階病棟の褥瘡患者全員ヘラップ療法を施行する ・ラップ療法の患者へは、治療薬をほとんど使用せず、自分たちで改良を加えた方法を実施 ・理学療法士と相談しながら、体位変換の徹底を行う ・カルテ回診で、5 週目は実施しないことにした→ルールができる:Level-3
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・委員会の名称変更（褥瘡対策委員会→褥瘡対策検討委員会） ・皮膚科医（非常勤）退職 ・形成外科医（非常勤）着任 ・栄養課マニュアルが完成して、予定していたマニュアルがすべて完成 ・ウレタンマットのレンタル開始 ・院外研修に参加した看護師増加 	<ul style="list-style-type: none"> ・症例報告を行う院内研修を開催 ・褥瘡対策診療計画書（Ver.3） ・C 看護係長が看護課長に昇進（4 階病棟） ・褥瘡経過表(Ver.2) ・院内研修に参加した職種が増加 ・F 看護主任がメンバーに加入

(表 4-2 続きその④)

	2009 年 4 月～2011 年 3 月頃	2011 年 4 月～2012 年 12 月頃
時期	C看護課長がチームを離脱	形成外科医が退職
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> ・理学療法課が、学会発表をした。 ・褥瘡患者数の増加 ・エアマットを外した後褥瘡の疑いが生じて、素早く交換して治癒した症例あり ・参加した学会の発表に、自分たちが現在行っている方法が多くあった。 ・医療監視で、処置や書類管理などの徹底さに対して高評価を得る。 ・慢性期医療認定病院審査で、褥瘡治癒率の低さの指摘あり 	<ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡悪化傾向の患者の死亡事例あり ・ほとんどの患者は、改善～不変の結果が得られていた。褥瘡が悪化する場合は全身状態が不良もしくは悪化していることが多い。 ・全体的に改善傾向で、処置方法がゲーベン＋ガーゼ（創傷治癒）から、プロベト＋パット（保湿）に変更となるケースが増えていた。 ・形成外科医の退職後も適切に行っているとメンバーが自己評価 ・検討が必要と思う患者がメンバー間で一致するようになった
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・理学療法課が患者の体位変換を写真資料によりマニュアル化して徹底し始めた→マニュアルができる:Level-3 ・褥瘡管理表の記載方法が、まだ完全に統一できていないため、統一をめざすことにした→ルールを守ろうとする:Level-3 ・チーム活動のマンネリ化防止のため、写真撮影の技術レベルの向上を図った。 ・ギャッジアップの姿勢に、スタッフ間のばらつきがあるため、認識を統一することにする→認識を統一する:Level-3 ・写真撮影のポイントを具体的に示す。 ・マットの交換を、チームが権限を持つて行う。 ・慢性期医療機能評価の算出計算式により、褥瘡発生率・治癒率を算出し、毎月統計・評価を行うことにした。→測定のプロセスが増える:Level-4 ・患者別褥瘡経過表(Ver.1)により、患者個別に褥瘡経過を観察して記録し始める ・治癒の判断基準を変更することを決めた→ルールができる:Level-3 ・研修後の処置方法について検討した ・院内研修会で、症例発表（第2回）を行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・形成外科医の回診がなくなった。 ・外科医と主治医で処置方法の指示が異なった場合の対処法を決めた→ルールができる:Level-3 ・チーム内で標準化されている処置方法を確認して、守ることを決めた→ルールを守ろうとする:Level-3 ・形成外科医が行っていた DESIGN ツールによる評価を、看護師たちがすることになり、チームを離脱していた C 看護課長が自ら書籍を購入してメンバーと一緒に測定方法を勉強した。 ・看護師たちが、DESIGN ツールによる評価を開始した→測定を開始した:Level-4 ・DESIGN-R を両病棟とも使用開始した。 ・院外研修に参加した 3 名の看護師が、講師となって、褥瘡予防方法について院内研修を行った。 ・褥瘡患者経過報告書を作成し、その様式を自分たちで改良して改訂した。 ・厚生労働省からの視察調査で、褥瘡対策診療計画書の記載方法に指摘を受けたため、新たな記載方法を決めた→ルールができる:Level-3 ・高機能エアマットについて、ケアワーカーが管理表を作成して、管理するようになった。 ・ガット保有者に、シャワー浴を行うことにした。 ・褥創処置方法について、チームが独自に工夫し、標準化した処置方法を蓄積してきていた ・NST、院内感染防止対策委員会との連携が必要のために、合同検討会について検討内容や時期を相談してもらうことになった ・理学療法課が作成した体位変換シートを実施してみて、修正・改善を加えていくことにした ・院内の職員や患者・家族を対象に、チームの活動や褥瘡に対する認識に関するアンケート調査を実施して、その結果を学会で発表した
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・C 看護係長がチームを離脱 ・F 看護主任がチームのリーダーとなる ・患者別褥瘡経過報告書(Ver.1)作成 ・全室ウレタンマット完備 	<ul style="list-style-type: none"> ・H 医師（形成外科医・非常勤）退職 ・外科処置は、KA 院長・理事長(外科医)に依頼 ・患者別褥瘡患者経過報告書(Ver.2)作成 ・患者別褥瘡患者経過報告書(Ver.3)作成

	<ul style="list-style-type: none"> ・寝台体重計を購入 ・理学療法課が体位変換の写真資料を作成 ・症例報告を行う院内研修を開催。 ・患者別褥瘡経過表(Ver.1)作成 	<ul style="list-style-type: none"> ・エアマットのリース開始 ・DESIGN-Rを導入 ・患者別褥瘡患者経過報告書(Ver.4)作成 ・高機能エアマットのリース開始
--	--	---

(表 4-2 続きその⑤)

	2013 年 1 月頃～
時期	C 看護課長が看護部長でチームに復帰
アウトカム	<ul style="list-style-type: none"> ・理学療法課との分業ができ、看護師の業務負担が減った ・メンバーが力をつけたことにより、新たな分業体制ができて、医師の業務負担が減った ・エアマットの誤操作のインシデントがほとんどなく、機器類の管理が徹底できてきた ・薬剤や処置の手順が明確で適切に行え、薬剤費も減少した
プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・理学療法課が患者の体位変換の方法を写真資料で示しても、タッフ間に差があった ・褥瘡保有者の採血ルールについて、今後も継続することにした ・褥瘡診療計画書作成を徹底するために、作成状況を管理表で確認することにする。未作成者には、メモで知らせて作成徹底を目指した→作成プロセスの測定開始:Level-4 ・褥瘡診療計画書作成が遅れていることがわり、作成を徹底していくことになった ・褥瘡診療計画書の作成マニュアルが徹底できていないことが判明した→マニュアルが徹底できていない:Level-3 ・カルテ回診を、ケースカンファレンス・NST カンファレンスと合同実施する ・褥瘡写真撮影同意書、褥瘡治療のマニュアルを改訂することにした ・C 看護部長が学会に参加して新書籍を購入し、メンバーへ貸出を開始した→学習した新しい知識を基にした Top down 型のリーダーシップを再び発揮 ・クッション類の管理を、理学療法課が行うことになった→ルールができる:Level-3 ・他院の褥瘡フローシートと自院の褥創フローシートを比較し、検討を開始した
ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・C 看護課長が部長へ昇進して、チームへ復帰 ・褥瘡専任看護師として褥瘡対策検討チームのメンバーから 2 名選出するとともに、病棟責任者とする ・他院の褥創フローシートを入手

出所：筆者作成

5. 考察

以上の結果からは、次のことを考察することができる。

第一に、CMMI が、医療チームの成熟過程の測定へ援用できる点である。本研究では、A 病院の褥瘡対策検討チームの立ち上げから 12 年間を、測定して分析した。その結果、Level-1 から Level-4 までの成熟度が確認できた。芝尾・越智²⁹は、成熟度を調査するためのツールは、プロジェクト遂行力を効果的に改善する上で重要なものとして、5 段階成熟度モデルを基礎としたプロジェクトマネジメント成熟度モデルを提示し、研究開発型組織には有用であることを示唆している。また、藤原³⁰は、情報システムの投資効果を経営組織の成熟度の高さで測定することを試みて、成熟度と投資評価の関連に検討を要するものの、成熟度をベースとした投資評価フレームの有効性を示唆している。本研究の結果からも、アウトカムとの関係について、十分に明確になっていない点があるものの、医療チームの成長過程を可視化して測定するには、CMMI の組織成熟度モデルは有用であると考えられる。

第二に、タックマンの 5 段階モデルが、医療チームのチーム成長過程の分析へ援用できる点である。本研究では、A 病院の褥瘡対策検討チームのチーム成長過程の分析において、形成期、騒乱期、規範期、実行期が確認できた。また、騒乱期は、チーム活動に比較的大きい影響力を持つメンバーが関与した時、および新しくメンバーと協業を行わなければならなくなった時に騒乱期が起こっていた。さらに、実行期においても騒乱期が起こっていた。榎田・松尾谷¹³は、チームの形成過程とパフォーマンスを関連づけた榎田・松尾谷モデルを提示しているが、実行期においても騒乱期が起こることは想定していない。本研究で明らかとなった実行期においても騒乱期が起こることが、他の事例でも認められれば、榎田・松尾谷のモデルに新たな示唆を与えるものと考えられる。

第三に、騒乱期でも組織成熟度レベルが異なれば、コンフリクトの解決方法が異なる点である。1 回目の騒乱期では、まだ組織成熟度が CMMI の Level-1 であり、メンバーがコンフリクトに困惑して、その解決方法として、患者を振り分けあって、一時的に回避する方法をとった。第 2 回目のコンフリクトでは、組織成熟度が CMMI の Level-2 であり、最初は強制や指示的態度であったが、妥協や和解の方法で、回避する方法をとった。第 3 回目のコンフリクトでは、組織成熟度が CMMI の Level-3 であり、メンバーが想定されるコンフリクトの深刻度をさほど重視していなかった。これは、自分たちの処置方法がある程度確立していたためと思われる。これより、組織成熟度によって、コンフリクトの解決方法が異なると考えられる。

なお、本研究結果からは、3 回の騒乱期のうち 2 回が専門性の異なる医師間での方針の違いによるものであった。これより、医療チームの活動は、医師の影響をうけやすいと考えられる。

第四に、医療チームのチーム成長過程に基づくリーダーシップ・スタイルが確認で

きる点である。本研究では、チームの形成期には、知識を基にした **Top down** 型リーダーシップ・スタイルが確認できた。次に、チームの規範期、実行期には、個々人の意見尊重を基にした **Consensus** 型リーダーシップ・スタイルが確認できた。さらに、実行期でも飛躍する段階では、知識を基にした **Top down** 型リーダーシップ・スタイルが確認できた。この結果は、飛躍する段階を除いて、治田・高木・奥川¹⁸の指摘と同様であった。これより、チームの成長過程に基づくリーダーシップ・スタイルがあると考えられる。

6. 結論

本研究では、医療チームの成熟の程度によって、活動成果の変化を捉えるために、チームの成熟度を測定し、可視化することを目的とした。

褥瘡対策検討チームを研究対象として、詳細な事例研究を行い追跡した結果、以下の結論を得た。

1. 医療チームは、段階的に成熟していく過程を示した。
2. 医療チームの成熟過程は、CMMI の組織成熟度で測定することができた。
3. 観察した医療チームでは、CMMI Level-4 までの成熟過程を観察できた。
4. 医療チームのメンバー構成が変化すると、タックマン・モデルでいう、チーム形成段階に変化が現れた。
5. チーム構成に変化があった際のチーム形成段階の変化の様子は、その時点での CMMI の組織の成熟度により、異なった。
6. チーム形成段階により、それぞれ異なったリーダーシップ・スタイルが確認できた。

引用文献

- 1 厚生労働省 (2010)「チーム医療の推進について」,『チーム医療の推進に関する検討会報告書』, 2010 年 3 月 19 日発表。
- 2 細田満和子 (2001)「チーム医療とは何か-それぞれの医療従事者の視点から」,『保健医療社会学論集』, 第 12 巻, 第 1 号, 88-101 頁。
- 3 細田満和子 (2013)「『チーム医療』再考-チームアプローチでデザインするこれからの医療ケア-」,『保健医療社会学論集』, 第 23 巻, 第 2 号, 7-15 頁。
- 4 田村由美・中田康夫・倉谷由佳・清水有希・渡祐子 (2004)「『褥瘡対策検討チーム』に所属する専門職のチーム医療に対する認識」,『神戸大学医学部保健学科紀要』, 第 20 巻, 21-32 頁。
- 5 三沢良・佐相邦英・山口裕幸 (2009)「看護師チームのチームワーク測定尺度の作成」,『社会心理学研究』, 第 24 巻, 第 3 号, 219-232 頁。
- 6 山本智子 (2014)「チーム医療による病院の組織変革に関する実証的研究-岡山県下の病院を対象とした調査から-」,『川崎医療福祉学会誌』, 第 23 巻, 第 2 号, 255-267 頁。
- 7 厚生労働省チーム医療推進方策検討ワーキンググループ (2011)『チーム医療の推進のための基本的な考え方と実践的事例集』, チーム医療推進方策検討ワーキンググループ (チーム医療推進会議), 2011 年 6 月発表。
- 8 Tuckman,B.W.(1965)“Developmental Sequence in Small Groups” ,*Psychological Bulletin*, Vol.63, No.6, pp.384-399.
- 9 Tuckman,B.W.,and Jensen,M.C.(1977)“Stages of Small-Group Development Revisited”, *Group and Organization Studies*, Vol.2, No.4, pp.419-427.
- 10 Software Engineering Institute Carnegie Mellon University (2010)『開発のための CMMI®1.3 版』, Software Engineering Institute Carnegie Mellon University.
- 11 細田満和子 (2012)『「チーム医療」とは何か 医療とケアに生かす社会学からのアプローチ』, 日本看護協会出版会, 117 頁。
- 12 陳霞芬 (2006)「チーム医療」, 日本病院管理学会学術情報委員会編『医療・病院管理用語事典』(改訂第 3 版) 所収, エルゼビア・ジャパン, 158 頁。
- 13 榎田由紀子・松尾谷徹 (2005)「Happiness & Active チームを構築する実践的アプローチ-チームビルディングスキルの開発-」, プロジェクトマネジメント学会誌, 第 7 巻, 第 1 号, 15-20 頁。
- 14 Software Engineering Institute Carnegie Mellon University (2010)『開発のための CMMI®1.3 版』, Software Engineering Institute Carnegie Mellon University, p.276.
- 15 上田泰 (2003)「第 8 章集団行動の基礎理論-集団力学の知見から-2.集団の展開」,『組織行動研究の展開』, 白桃書房, 176-181 頁。
- 16 榎田由紀子・松尾谷徹 (2004)「チームビルディングスキルの開発事例」, プロジェクトマネジメント学会誌, 第 6 巻, 第 2 号, 9-11 頁。
- 17 森本千佳子 (2012)「プロジェクト成功のためのコミュニケーション・ファシリテータ活用」, プロジェクトマネジメント学会誌, 第 14 巻, 第 4 号, 23-28 頁。
- 18 治田倫男・高木謙治・奥川清 (2006)「プロジェクト・チーム・ライフサイクルに基づくコミュニケーション・マネジメントおよびリーダーシップ・スタイルについて-IT サービスの SI 事例研究-」, プロジェクトマネジメント学会 2006 年度春季研究発表大会予稿集, 357-362 頁。
- 19 Goleman,D.(2000)“Leadership That Gets Results” , *Harvard Business Review* (March-April), pp.78-90.
- 20 治田倫男 (2008)「プロジェクト・チーム・ライフ・サイクルにおけるハイ・パフォーマンスを得るためのリーダーシップ能力の事例研究」, プロジェクトマネジメント学会 2008 年度春季研究発表大会予稿集, 227-232 頁。

- 21 Project Management Institute (2013)『プロジェクトマネジメント知識体系ガイド (PMBOK ガイド)』, 第 5 版, Project Management Institute, 282-283 頁。
- 22 Software Engineering Institute Carnegie Mellon University (2010)『開発のための CMMI®1.3 版』, Software Engineering Institute Carnegie Mellon University, p.26.
- 23 角田隆太郎 (1999)「組織成長モデル」, 神戸大学大学院経営学研究室編『経営学大辞典』(第 2 版) 所収, 中央経済社, 596 頁。
- 24 加護野忠男 (1999)「企業発展モデル」, 神戸大学大学院経営学研究室編『経営学大辞典』(第 2 版) 所収, 中央経済社, 160 頁。
- 25 野中郁次郎 (1999)「進化論モデル」, 神戸大学大学院経営学研究室編『経営学大辞典』(第 2 版) 所収, 中央経済社, 502-503 頁。
- 26 行政情報システム研究所 (2014)「平成 24 年度『情報システム部門における組織成熟度モデルに関する調査研究・行政への活用』概要」, 『行政&情報システム』, 第 50 巻, 第 1 号, 33-37 頁。
- 27 Software Engineering Institute Carnegie Mellon University (2010)『開発のための CMMI®1.3 版』, Software Engineering Institute Carnegie Mellon University, p.27.
- 28 Software Engineering Institute Carnegie Mellon University (2010)『開発のための CMMI®1.3 版』, Software Engineering Institute Carnegie Mellon University, pp.26-29.
- 29 柴尾芳昭・越智匡 (2005)「プロジェクトマネジメント成熟度評価法の研究について」, 『プロジェクトマネジメント学会誌』, 第 7 巻, 第 6 号, 34-46 頁。
- 30 藤原正樹 (2006)「成熟度による情報システム投資の経済性評価」, 日本経営品質学会誌オンライン, 第 1 巻, 第 2 号, 28-38 頁。
- 31 辻川直輝 (2010)「CMMI をプロジェクトの成功度向上に役立てるための取り組みー推進成功の着眼点ー」, 『プロジェクトマネジメント学会誌』, 第 12 巻, 第 6 号, 3-7 頁。
- 32 山本幸代・三木知博 (2006)「戦略テーマに基づく継続的改善支援のための薬局成熟度モデル (MMPF : Maturity Model of Pharmacy Function) の構築」, 日本医療薬学会年会講演要旨集, 第 16 号, 473 頁。
- 33 井上正和 (2013)『図解 COBIT5 の IT ガバナンス解説』, 情報戦略モデル研究所。
- 34 日本褥瘡学会編 (2012), 『褥瘡ガイドブック』, 照林社, 8 頁。
- 35 三富陽子 (2012)「褥瘡のチーム医療 (急性期病院を例に)」, 真田博美・宮地良樹編『NEW 褥瘡のすべてがわかる』所収, 永井書店, 378-390 頁。
- 36 岩下直美 (2004)「褥瘡対策チーム 1 年間の活動報告」, 『山梨大学看護学会誌』, 第 2 巻, 第 2 号, 51-56 頁。
- 37 天田裕子 (2006)「ICU (重症患者) における褥瘡対策ー褥瘡対策チームの活動と理学療法士の関わりー」, 『理学療法学』, 第 33 巻, 第 4 号, 215-216 頁。
- 38 長谷川由紀子・岡田ミヨ子・高橋紀子・佐藤紀子・小玉光子・神谷千鶴・浅沼義博 (2003)「院内褥瘡患者に対し栄養補給を行った症例の検討」, 『秋田大学医学部保健学科紀要』, 第 11 巻, 第 2 号, 151-157 頁。
- 39 古田勝経・溝神文博・宮川哲也・森川択・永田治・永田稔・福澤悦子・油座マミ・櫻井淳二・庄司理恵・藤井聡 (2013)「医師・薬剤師・看護師による褥瘡チーム医療の経済的側面に関する考察」, 日本医療・病院管理学会誌, 第 50 巻, 第 3 号, 199-207 頁。