

研究報告

精神科病院における電子カルテ導入過程での
看護部長の意思決定場面と問題認識の特徴松下 直美¹ 小林 洋子² 村瀬 智子²

要旨

本研究の目的は、精神科病院で電子カルテを導入する過程で看護部長が行った意思決定場面における問題認識の特徴を明らかにすることである。協力が得られた3県内で、電子カルテ導入時に看護部長職にある4名を研究参加者として質的記述的研究を行った。

その結果、電子カルテ導入過程での看護部長の意思決定場面として7場面が抽出された。これらは、組織の一員として機種決定に参画、機会を活かした調整、電子カルテに向けたシステム作り、看護記録の様式選定、専門に対応する人員整備、職員の不安への配慮、医師の足並みを揃えるための対応の場面であった。

これらの意思決定場面における看護部長の問題認識の特徴は、看護部長の経験年数や電子カルテの導入の経験の有無により相違を認めた。この相違はメタ判断の関与が推察された。いずれの看護部長にも共通していたのは、病院の組織全体を見据えた問題認識をしていたことである。また、予算、経験、時間、人材が不足しているという多くの問題を認識している状況の中でも「電子カルテ導入というチャンスを戦略的に生かしたいという認識」をし、問題と認識している状況を逆にチャンスと捉え、看護記録の質向上や、業務改善、人間関係の調整を行おうとする看護部長の問題認識の特徴が明らかになった。

キーワード 看護部長、精神科病院、意思決定過程、問題認識、看護管理

I. はじめに

看護管理者は一日の80%は意思決定に費やしており(青山, 2011)、看護管理者の意思決定には、その意思決定を要求する者の地位、職場の組織文化、過去の成功体験が影響していると言われている(Shirey, Ebright, McDaniel, 2013)。山崎によれば、意思決定をすべき問題の種類には、構造的、半構造的、非構造的問題があり(図1参照)、看護部長が意思決定すべき問題は、複雑で不確実性の高い状態で意思決定を下す非構造的問題が多いことが指摘されている(山崎, 2011, p 21)。実際に、看護部長の意思決定は、看護部全体の運営に大きく影響を及ぼすが、看護部長の意思決定過程について焦点を当

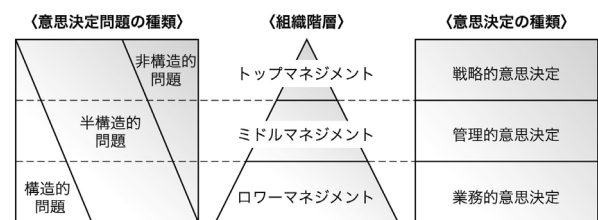


図1. 意思決定問題の種類、組織階層および意思決定の種類の関係
山崎(2011, p28)の図1-8を著者の許可を得て引用

てた研究は現段階ではない。

結果を定量的に測定することが困難な非構造的問題で、困難が伴うと予測される意思決定の一つとして、精神科では電子カルテ導入に伴う意思決定が挙げられる。90%以上が民間病院である我が国の精神科病院では、その導入は、この数年前から始まったばかりで全病院の9.8%に留まっている(日本精神科病院協会 経営管理委員会報告, 2012)。精神科病院では電子カルテ導入事例

¹ 特定医療法人共和会共和病院

² 日本赤十字豊田看護大学

数が少ないこともあり、精神科看護が重要視する治療的コミュニケーション過程におけるナラティブの記録や個別性を尊重した看護計画の保証に関する課題も多い。加えて、精神科病院では、看護師配置の最低基準は患者 5 人に対して看護師 1 人であり（愛知県保険医協会, 2012）、看護師割合も准看護師が一般科病院に比べて多く（白石, 佐野, 谷田部, 2009）、教育背景も多様である。このような状況の中で、精神科病院の看護部長として看護実践の質保証を追求しながら、機種決定から本稼働するに至るまでの意思決定をしなければならない。このことは自らの経験から考えても、精神科病院の看護部長として極めて困難が伴うと推測される。

Ⅱ. 文献検討

精神科病院への電子カルテ導入が開始されて 10 年経過していないことから、文献検討は、過去 5 年間を中心に行った。意思決定過程の理論枠組みを検討するため、医学中央雑誌 Web 版 Ver.5 を中心に「意思決定」をキーワードに抄録のある原著論文を検索したところ、293 件該当した。タイトルから看護師に関係するものは 123 件であり、抄録から看護管理の立場での 5 文献を抽出し検討した。さらに、PubMed にて「nursing manager」、「making decision」をキーワードに検索をしたところ、33 件が該当した。そのうちアブストラクトから看護管理者の意思決定に関する 2 文献を選び検討した。その他ハンドサーチにて意思決定について述べている著書で理解を深めた。

また、医学中央雑誌 Web 版 Ver.5 にて、「看護部長」「看護管理」をキーワードに過去 5 年間の抄録のある原著論文を検索したところ 422 件該当した。しかし抄録から大半が師長等を対象にしたものであることが判ったため、看護部長に関する 8 文献を検討した。

次に、電子カルテ導入時の問題を把握するために、同様の手続きで医学中央雑誌 Web 版 Ver.5 を中心に文献を抽出し、特に精神科の電子カルテ導入に関する 10 文献を検討した。

さらに、PubMed で、「electronic medical record」「psychiatry」「nursing process」のフレーズ検索にて抽出された 1 文献を検討した。

以上の文献検討から、意思決定には様々なモデルが提唱されているが（Simon, 1979；印南, 1997；本田,

2009；山崎, 2011）、それぞれ段階を踏んだ過程があることが共通していた。これらの文献の中で、山崎（2011）のモデルは、意思決定に影響する要因として個人的要因、環境要因、状況要因を挙げており、日本の組織を対象に導き出されているので、日本の社会における組織の中の意思決定を示す文献として適切と考えた。また、意思決定過程を大きく支配しているのはメタ判断（印南, 1997, pp.46-50）であると考えられた。先行文献から、看護管理者は、ストレスや仕事の煩雑性という背景の中で多く意思決定を行っている（Shirey & Mc Daniel, 2013）。しかし、看護部長の意思決定過程について具体的に述べた文献は現段階ではなく、日本の精神科病院の看護部長の意思決定過程についても明らかになっていない。

電子カルテの導入は、情報共有というメリットをもたらす反面、精神科病院では個別性の欠如、ナラティブな記録の減少などのデメリットも多く指摘され（芦田・塩谷, 2005；村田, 2005；豊田他, 2012；大島他, 2008；古庄他, 2007；森田, 2002；井上, 2002；川島, 2009；井上, 2007）、電子カルテを導入する際の意思決定における根拠には不確実な要素も多くあると考えられた。したがって、看護部のトップマネージャーである看護部長には、電子カルテ導入から本稼働に至る過程で様々な意思決定が必要になると考えられた。しかし、精神科病院では導入事例数が少ないことに加え、精神科看護が重要視する個別的なナラティブの記録や個別性の保証に関しては課題も多く、看護の質の保証を追求しながらの意思決定には困難が伴うことが推察された。

そこで本研究では、まだ普及率が少なく、先行研究も少ない電子カルテの導入を経験した精神科病院の看護部長を研究参加者として、電子カルテの導入過程での意思決定場面と、その場面における問題認識の特徴を明らかにすることを目的とした。看護部長の意思決定場面や問題認識の特徴を明らかにすることは、今後、看護部長が遭遇する非構造的な問題に対しても、問題認識の特徴を活かした対処に敷衍していくことが期待できる。

Ⅲ. 研究目的

1. 研究目的

精神科病院での電子カルテ導入検討時から本稼働に至る過程での看護部長の意思決定場面とその場面における

問題認識の特徴を明らかにする。

2. 理論的枠組み

看護部長は組織の中のトップあるいはミドルマネジメントとして意思決定が必要であることから山崎（2011）の意思決定モデルを基に、印南（1997）の述べる「基準間の重みづけ」と「メタ判断」を追加し（図2の網掛け部分）、理論的枠組みを作成した（図2）。

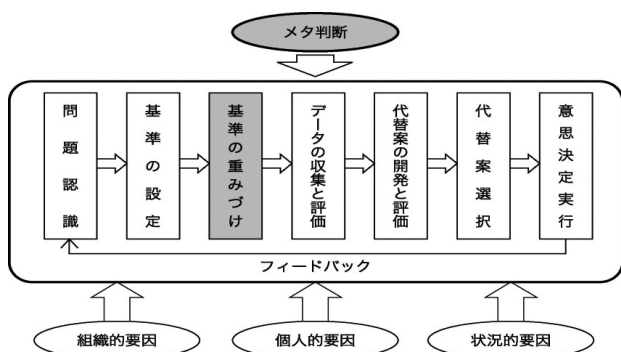


図2. 本研究における理論的枠組み

（山崎（2011, p10）の図1-3を基に著者の許可を得て松下が作成, 2013）

「問題認識」では、意思決定が必要となる問題の内容が吟味され、次の「基準の設定」では、意思決定を進めて行くにあたり最終的に選択する案に不可欠な事柄や条件などを明確化する。「基準の重みづけ」では、複数の基準の間の相対的な重みづけを行なう。この基準の重みづけは、前プロセスの「基準の設定」の後に、優先度の設定が必要であると考え、山崎のモデルに追加した。「データの収集と評価」では、関連するデータの収集や集めた情報の信憑性などの評価が行なわれる。集めた情報を基に、複数の「代替案の開発と評価」を行い、最終的に「代替案を選択」する。実行と補足段階では、選択した代替案を実際に実行し、選択した案について追跡検討し、必要ならば訂正を加える。これら一連の意思決定過程を、次回の意思決定過程に引き続き反映させることが重要であるため、フィードバックが行なわれる。

印南（1997）は意思決定過程に対して、より高度な指令的な役割を果たすのが「メタ判断」と述べている。これは、意思決定モデル全体を貫くものであり、人間は生まれてから今日まで意思決定を連続して行なっているので、ある意思決定をしようとする際には必ず過去類似事例が頭の中で想起され、その際の判断から類推した判断が「メタ判断」として意思決定に影響するのである。また、問題の重要性や予測されるプロセス、結

果、コストの判断はメタ判断に起因すると述べている。

意思決定過程に影響する要因には、組織的要因、個人的要因、状況的要因がある（山崎, 2011）。組織的要因は、組織構造、文化、社風であり、個人的要因は、性格、物の見方や好き嫌い、状況的要因としては、タイミング、関連する情報の特性である。特に、組織的要因については、良い組織の文化がそのメンバーの意思決定を活性化させ、組織成長や存続にプラスされ、逆の見方をすれば、望ましくない組織文化が企業の衰退、意思決定の停滞を発生させる。つまり、これらの要因は意思決定過程にさまざまな影響を与えるのである。

3. 用語の定義

1) 意思決定過程

問題を認識してから意思決定を実行し、さらに問題認識へのフィードバックに至るまでの過程。本研究では、電子カルテ導入に際し、導入検討時から本稼働に至るまでの意思決定過程

2) 問題認識

本研究では、組織アセスメント、スタッフの状況、経済状態等、看護部が抱えている事象に対し意識して問題を認識すること

3) 看護部長

病院の中の看護部組織の最高責任者

4) 精神科病院

本研究では精神科単科の病院

5) 電子カルテ

電子情報として一括してカルテを編集・管理し、データベースに記録する仕組み

6) メタ判断

意思決定過程に対して、より高度な指令的な役割を果たす判断の判断

IV. 方法

1. 研究方法

1) 研究デザイン

質的記述的研究

2) 研究参加者

3 県の精神科病院で看護記録の電子化を実際に経験した 5 名の看護部長の内、協力が得られた 4 名に対し、施設長に研究目的と方法を書面で伝えて承諾を得た。その後、研究参加候補者である看護部長に書面と口頭で研究

内容を説明し、研究参加および研究成果の公表について同意を得た。

3) データ収集方法

インタビューガイドを用いた半構成的面接法にてデータを収集した。インタビュー時間は 60 分間を予定した。また、フィールドノートには言語的情報以外にも研究参加者の表情や動作などの面接時の非言語的情報を記録した。

4) データ分析方法

面接法によって語られた語りを逐語録に起こし、さらにフィールドノートの情報を加えてデータ化し、意思決定が行われた場面を明らかにした。個別分析は、場面毎に分析視点から看護部長の問題認識について、意味のまとまり毎にコード化した（表 2 の分析過程の例参照）。その後、統合分析を行って意思決定場面ごとの問題認識に関するコアカテゴリーを抽出した（表 3）。すべての分析過程で、質的研究の経験がある複数の教員からスーパーバイズを受け、分析内容の真実性の確保に努めた。

5) 倫理的配慮

日本赤十字豊田看護大学研究倫理委員会の承認（承認

番号 2508 号）を得た後、研究を実施した。研究依頼時と調査実施において、施設長および他の看護部長等の問い合わせには一切回答しないこと、研究参加の同意を得るときは対象の看護部長には研究の参加は自由意思であることを伝え、研究参加者の自由意思の尊重と個人情報保護を遵守した。

V. 結果

1. 研究参加者の属性および研究参加者が属する病院の概要

研究参加者の属性および参加者の所属する病院の概要を表 1 に示す。

研究参加者の年齢は、全員 50 歳代であり、男性 2 名、女性 2 名であった。面接に要した時間は平均 45 分であった。電子カルテ導入時の看護部長経験年数は A 氏と C 氏は 1 年未満であり、D 氏は 3 年目、B 氏が 9 年であった。D 氏のみ、以前の病院で師長として電子カルテ導入を経験していた。また、本研究の参加者が所属する病院の看護師の平均年齢は、いずれも 40 歳以上で、全看

表 1. 研究参加者の属性および所属する病院の概要とインタビュー時間

	研究参加者	A 氏	B 氏	C 氏	D 氏
属性	性別	男性	男性	女性	女性
	年齢	50 歳代	50 歳代	50 歳代	50 歳代
	部長経験年数	2 年	12 年	5 年	5 年
	臨床経験年（うち一般科）	25 年 (0)	27 年 (0)	31 年 (14)	35 年 (30)
	電子カルテ導入時の部長経験年数	1 年未満	9 年目	1 年未満	3 年目
	教育背景	専門学校	専門学校	専門学校	専門学校
研究参加者が所属する病院の概要	病床数	200 床台	200 床台	300 床台	500 床台
	精神科病院機能	療養病棟 一般病棟	療養病棟 一般病棟	救急病棟 療養病棟 一般病棟	救急病棟 療養病棟 一般病棟
	電子カルテ導入年	2012 年	2009 年	2008 年	2010 年
	看護師平均年齢	45 歳	50 歳	43 歳	41 歳
	クリニカルラダー	なし	なし	あり	なし
	新人教育時間数	70 時間	NA	NA	NA
	看護職員中の准看護師が占める割合	34%	44%	21%	5%
	昨年度の新入職員数（うち新卒）	3 人 (0)	6 人 (1)	17 人 (1)	23 人 (3)
	インタビュー時間	52 分	38 分	48 分	45 分

看護職員の中での准看護師の割合は、D氏の所属する病院以外は全国平均（厚生労働省の平成24年度衛生行政報告）を上回っており、D氏の病院も含め平均26%であった。各病院の前年度の新入職者は平均12.2人で、新卒者の就職は平均1.2人であった。クリニカルラダーの導入はC氏の所属する病院のみであった。

以上のことから、一般科に比べて看護師の平均年齢が高いこと、准看護師の占める割合が多いこと、中途採用者が多いことが本研究の参加者が所属する精神科病院の看護の特徴であると考えられる。また、クリニカルラダーの導入状況からも教育システムの導入の遅れが推察された。

2. 電子カルテ導入過程での看護部長が意思決定した場面

電子カルテ導入過程での看護部長の意思決定場面を図3に示す。A氏が意思決定した場面は、「機会を活かした業務改善」、「電子カルテのシステム作り」、「専門に対応するクラークの採用」、「職員の不安に配慮した操作研修」、「事前入力ができない医師への対応」の5場面であった。B氏の場合は、「管理者の1人として機種決定に参画」、「機会を活かした人間関係の調整」、「コアメンバーに委譲した電子カルテのシステム作り」、「看護計画の様式選定」、「電子カルテを楽観視する医師への対応」の5場面であった。C氏の場合は、「管理者の1人として機種決定に参画」、「コアメンバーに委譲した電子カルテのシステム変更」、「看護計画の様式選定」、「職員に対し専門に対応する人員配置」、「年配の職員に配慮した操作研修」、「情報が伝わりにくい医師への対応」の6場面であった。D氏の場合は、「管理者の1人として機種決定に参画」、「コアメンバーに委譲した電子カルテへのシステム変更」、「看護計画の様式選定」、「年配の職員が退職することへの不安を払拭」、「足並みが揃わない医師への対応」の5場面であった。4名全員に共通する意思決定場面は、「電子カルテに向けたシステム作り」と、「医師の足並みを揃えるための対応」の2場面であった。

場面であった。C氏の場合は「管理者の1人として機種決定に参画」、「電子カルテへのシステム変更」、「看護計画の様式選定」、「職員に対し専門に対応する人員配置」、「年配の職員に配慮した操作研修」、「情報が伝わりにくい医師への対応」の場面であった。D氏の場合は「管理者の1人として機種決定に参画」、「コアメンバーに委譲した電子カルテへのシステム変更」、「看護計画の様式選定」、「年配の職員が退職することへの不安を払拭」、「足並みが揃わない医師への対応」の場面であった。

4名の参加者に共通する場面は、「組織の一員として機種決定に参画」、「機会を活かした調整」、「電子カルテに向けたシステム作り」、「看護記録の様式選定」、「専門に対応する人員整理」、「職員の不安への配慮」、「医師の足並みを揃えるための対応」の7場面であった。また、7場面は、機種決定への参画、システム準備、職員が技術習得できるように準備の3局面に分けることができた。これらの内、機種決定への参画の局面は組織の一員としての意思決定場面であるが、それ以外は看護部長としての意思決定場面であった。

4名全員に共通する意思決定場面は、「電子カルテに向けたシステム作り」と、「医師の足並みを揃えるための対応」の2場面であった。

A氏		機会を活かした業務改善	電子カルテのシステム作り		専門に対応するクラークの採用	職員の不安に配慮した操作研修	事前入力ができない医師への対応
B氏	管理者の1人として機種決定に参画	機会を活かした人間関係の調整	コアメンバーに委譲した電子カルテのシステム作り	看護計画の様式選定			電子カルテを楽観視する医師への対応
C氏	管理者の1人として機種決定に参画		電子カルテへのシステム変更	看護計画の様式選定	職員に対し専門に対応する人員配置	年配の職員に配慮した操作研修	情報が伝わりにくい医師への対応
D氏	管理者の1人として機種決定に参画		コアメンバーに委譲した電子カルテへのシステム変更	看護計画の様式選定		年配の職員が退職することへの不安を払拭	足並みが揃わない医師への対応
共通する場面	組織の一員として機種決定に参画	機会を活かした調整	電子カルテに向けたシステム作り	看護記録の様式選定	専門に対応する人員整備	職員の不安への配慮	医師の足並みを揃えるための対応
意思決定の際の立場	←(組織の一員としての意思決定)→	←(看護部長としての意思決定)→					

図3. 電子カルテ導入過程における看護部長の意思決定場面

3. 電子カルテ導入時の看護部長の意思決定過程における問題認識

1) 個別分析過程

A氏の電子カルテのシステム作りの場面での個別分析過程例を示す（表2）。

研究参加者A・B・C・D氏の個別の語りを逐語録におこし、それぞれ熟読した上で、意思決定が行われた場面を抽出した。次に、分析視点をもとに、看護部長の意思決定場面における問題認識に関する語りの部分に下線を引き、意味のまとまりごとにコード化した。内容の類似性と相違性に着目してまずサブカテゴリーを抽出し、さらにカテゴリーを抽出して個別分析を行った。

2) 統合分析過程

研究参加者4名の個別分析で得られたカテゴリーを統合し、意思決定場面ごとに統合分析を行い、場面ごとにコアカテゴリーの抽出をした。統合分析結果を表3-1から表3-3に示す。（以下の表記で《 》はコアカテゴリー、〈 〉はカテゴリー、「 」は語りの内容を示す。）

（1）組織の一員として機種決定に参加の場面での問題認識

この場面では4つのコアカテゴリーを抽出した。

①《会社の選定基準は規模と距離と説明のわかりやすさ》

このコアカテゴリーは初めての電子カルテの機種選定の基準が、会社の規模と距離と説明のわかりやすさ

であったというカテゴリーである。B氏は「A社はK病院が使っているので大きい病院なのでその方がよいということになった。もう一つは九州の方の会社なので遠いし大きくないのでもしかの時に困るのでやめた」と〈電子カルテの選定は見易さよりも会社が近くにあり規模も大きいところが良い〉と認識していた。

②《機種の選定基準は導入後予測される問題点、現在の問題点の解消、多職種間での迅速な情報共有の可能性》

このコアカテゴリーは、初めての電子カルテ導入での選定基準が、導入後起こりうる問題点、また現在の問題点の解消、多職種での情報共有であったというカテゴリーである。C氏は「まず最初は、いろんな説明にきてもらったりとか、いろんな見学して動かしてみてもうどうだったとか、自分の病院で導入されたらどんな問題がおこってくるんだろうということを予測してということから始まった」と〈説明や見学を通じて自分の病院で導入後に予測される問題は何かを考える〉と認識していた。

③《共に培った経験知を基に院長と電子カルテの必要性について認識を共有》

このコアカテゴリーは、以前共に働いてきた院長と前向きに電子カルテの必要性の認識をしていたというカテゴリーである。D氏は「精神科にも電子カルテの導入が必要だと院長と自分の二人で話をし」と〈自分

表2. 個別分析例（A氏）

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	語り（逐語録）
導入までのイメージが湧かない中での手探り状態	プロジェクトの開始の際、メーカーのプランどおりにしていけばいいのかと思ったが事細かに書いて無くやりながらしながらの手探り状態	①プロジェクトの開始の際、メーカーに教えていただいた一応6か月のスケジュールで、その通りにはしていけばいいのかなとは思っていたけれど、やることが多いのと、事細やかに書いてあるわけではないのでやりながらしながらの手探り状態であった。	①メーカーさんがこういうスケジュールで進めていくっていうことを、まあ一応6か月間スケジュールを教えていただいたんでそのとおりにしていけばいいのかなとは思ったんですけどまあそれにしてもやることの量が多いんで事細かに書いてあるわけではないんでやりながらしながらという手さぐり状態は手さぐり状態でした。ですから②最初の1か月くらいは自分が何しとったかよくわからないというのが現状
		②特にプロジェクトの最初の1か月は自分が何をしとったのかよくわからないというのが現状	
	プロジェクトの波に乗るに従い次にやることのイメージがついた	③プロジェクトの波に乗ってきたら、あ、ここまでこれをしなあかんのや、とだんだん次にやることのイメージがついてきた	

表 3 - 1. 看護部長の意思決定場面における問題認識 1

定 意 場 思 面 決	コアカテゴリー	カテゴリー
組織の一員として機種決定に参画	会社の選定基準は規模と距離と説明のわかりやすさ	電子カルテの選定は見易さよりも会社が近くにあり規模も大きいところが良い (B氏)
		スタッフにわかりやすい説明をしてくれる人が居る会社が良い (B氏)
	機種の選定基準は導入後予測される問題点、現在の問題点の解消、多職種間での迅速な情報共有の可能性	説明や見学を通じて自分の病院で導入後に予測される問題は何かを考える (C氏)
		電子カルテの導入により紙カルテで行っている際の問題点の解消がしたい (C氏)
		電子カルテを使用すればひとつの入力で全職種の画面に情報を飛ばしたい (C氏)
	共に培った経験知を基に院長と電子カルテの必要性について認識を共有	自分と一緒に他院での電子カルテ導入の経験のある院長と共に電子カルテの必要性を認識 (D氏)
	予算が増えても確実に効率的な医療を提供できるシステムの全面導入が必要	予算が増えても医療の無駄を防ぐためにシステム導入が必要 (D氏)
		予算がかかっても看護管理上の間違いを減らすためにシステム導入が必要 (D氏)
		予算が増えても全面的な電子カルテ導入が絶対に必要 (D氏)
機会を活かした調整	電子カルテ導入というチャンスを経営的に生かしたいという認識	電子カルテの性質を利用し、正しい記録を書くことを強硬に押したい (A氏、D氏)
		電子カルテ導入を機会に行う業務改善に強引にでも責任者を巻き込みたい (A氏)
		病棟で上手く機能しない師長に対し電子カルテ導入を勤務異動の機会にしたい (B氏)
電子カルテに向けたシステム作り	導入までのイメージが湧かない中での手探り状態	導入までどのようにするのか皆目わからない (A氏)
		プロジェクトの開始の際、メーカーのプランどおりにしていけばいいのかと思ったが事細かに書いて無くやりながらしながらの手探り状態 (A氏)
		プロジェクトの波に乗るに従い次にやることのイメージがついた (A氏)
	まず自分が頑張らなければならないという認識	看護の比重が大きいの自分が頑張らなければいけない (A氏)
		SE は医療には深くないので自分が頑張らなければ (A氏)
		SE の頑張りで自分も頑張ろうと思った (A氏)
		SE と自分の頑張りを見せて周りを動かしたい (A氏)
	業者主導の内容や進行に困惑	自分も打ち合わせに入るが業者主導での計画に困惑 (C氏)
		予測に反して全てを電子化する機能が無い (A氏)
		業者のできないの言葉に対する諦め (C氏)
	他の業務をしながらの導入準備で時間が無いことに対する困難感	他の業務もしながらの導入準備で時間が無かったことが 1 番困った (A氏)
	具体的作業を任せる事で困難感を払拭したいという認識	コアメンバーに任せため困難感はない (B氏)
		電子カルテ導入は連携が大前提であることを伝え任せればよい (D氏)
	融通のきく人材の確保の必要性を認識	電子カルテは常に携わっていないと忘れてしまうので時間の融通が出来る人がふさわしい (C氏)
	電子カルテのイメージが湧かない職員に理解させることの困難感	電子カルテの経験のない職員はイメージが湧かず理解させることが難しい (D氏)
	予算に関わらず全体的に必要なことはタイミングを見計らって調整が必要という認識	業者のバージョンアップを待って改善したい (C氏)
		医師は他大学で経験があり機能の要望をしてくるが、予算上無理である (D氏)
		時間の制約の中でやりきれなかったことは後で修正する (D氏)
		お金がかからないようにバージョンアップを待たねばならない (D氏)
		全体的に必要なことはお金がかかっても変えていかなければならない (D氏)

表 3 - 2. 看護部長の意思決定場面における問題認識 2

看護記録の様式選定	時間不足による看護記録の検討不足	機種選定の判断基準には意識化されなかった看護記録 (B氏)
		看護記録を検討する時間が無いのでとりあえず標準看護計画を活用しよう (B氏)
	個別性のない看護計画に対する困惑の中で記録の質向上への希求	標準看護計画を導入して計画立案まではできても個性が反映できない (B氏)
		看護計画の個性の必要性を感じずに日々業務をこなす看護師 (B氏)
		問題指向型の看護計画を変化させていくのは難しい (B氏)
		「紙カルテで使っていた標準看護計画を電子カルテに入れたが個性がない (C氏)
		個性を出すために自分の言葉で書ける看護計画に変更し、なおかつ計画変更がしにくい人のために標準看護計画機能も残したい (C氏)
		看護計画が画一化していて個性が無い (D氏)
		フォーカスはアセスメントする場所があるがないので残念である (D氏)
		個性を持たせるために看護計画の手入力もやむを得ない (D氏)
		サマリーやカンファレンス記録を残すことで個性を出さなければならない (D氏)
	知識不足による NANDA 導入への困難感	電子カルテのイメージである NANDA の勉強を試みるが難しい (C氏)
	職員が慣れている様式を選定しつつ記録様式改善の下準備の必要性を認識	アセスメントのある POS を主張したが、皆が慣れているフォーカスを選択 (D氏)
		看護記録は皆が慣れている様式を優先するがいつかは POS でやれるようにシステムは整えたい (D氏)
専門に対応する人員整備	一部の人に負担が集中しない体制作りの必要性の認識	責任者だけで導入を乗り切ることは難しい (A氏)
		他病院の事例から、一人の人に負担が集中しないような入力方法についての質問への対応の体制作りを意図する (C氏)
		各病棟に複数の入力の仕方がわかる職員を配置しいつでも聞けるような体制作りが必要 (C氏)
職員の不安への配慮	職員の不満がじわじわ解消できる環境づくりへの負担感	2 か月間の研修に出席できるように勤務表を組むことが大変 (A氏)
		高齢の職員にはじわじわと研修を行い大丈夫だと思ってもらいたい (C氏)
		不満を言っていないはだめと言っても不満は結構あった (A氏)
	環境作りと若い力で職員の感情の前向きな変化を認識	職員は体験学習を通してその過程で判らないことはクラークに聞くことができると伝える中で皆の気持ちの変化を認識 (A氏)
		本格運用前に職員の焦った様子はなかった (A氏)
		若い子は電子カルテをすぐ覚え嫌がらない (C氏)
		電子カルテが習慣化すればもう、電子カルテ導入前の状況には楽で戻れない (D氏)
		電子カルテ導入で時間短縮でき皆は良かったと思っているはず (D氏)
		研修の受講回数は 1 回の者から 3 回の者もいた (C氏)
		高齢の職員は自ら学習したり質問したりし、やんなきゃという感じで辞めなかった (C氏)
		導入前に 75 歳過ぎの職員が退職したものの実害は無い (C氏)
	電子カルテを導入する困難感から高齢の職員の大量の退職の可能性を憂慮	高齢の職員が電子カルテに触る前から無理かと思ひ辞めてしまわないかの不安 (C氏)
		高齢の職員に大丈夫と思わせたい (C氏)
	電子カルテ導入による未経験者の退職問題は無いと予測	電子カルテ導入を機に辞める人が居ても誰にも実害なく大丈夫 (D氏)

表 3 - 3. 看護部長の意思決定場面における問題認識 3

医師の足並みを揃えるための対応	医師に依頼できない事前打ち込みを作業を背負った職員の作業の大変さを認識	医師の数が少なく事前打ち込みに関しては医師は何もしていない（A氏）
		医師が少なく事前打ち込みをしてとは言えない（A氏）
		病棟が入力した頓服薬を医師がどこまでチェックされたのかはわからない（A氏）
		事前の処方の打ち込みを間違えると次回の処方時に大変である（A氏）
		薬はデータの出力元の医事のコンピューターには飲み方は書いてなく作業が大変であった（A氏）
		事前打ち込みは多くの範囲を看護が負った（A氏）
		事前の打ち込み作業は、大変だった（A氏）
	電子カルテ導入に対し楽観視する医師は本来の業務を遂行すべきという認識	以前からの業務の姿勢から考えて電子カルテ導入により楽になると思ってもらっては困る（B氏）
		医師からの代行入力の依頼には応じられない（D氏）
		医師は誤字脱字が多い（D氏）
		医師からは、オーダーを自分達では入れずに看護に入力を迫られた（D氏）
	医師へ約束事を周知徹底することができない困難感	医師は約束事を決めても聞いていないと返事が返ってきた（C氏）
		電子カルテを作ることに関わっていない医師は約束事を意識化することができず、洩れが多く周知徹底が難しかった（C氏）
	代行入力以外の電子カルテ導入の受け入れについて反対は無いという認識	代行入力以外のことは医師も看護も反対は無いという認識（D氏）

と一緒に他院での電子カルテ導入の経験のある院長と共に電子カルテの必要性を認識》していた。

④《予算が増えても確実に効率的な医療を提供できるシステムの全面導入が必要》

このコアカテゴリーは、予算が増えたとしても確実に効率的な医療が提供できるようにシステムを全面的に導入する必要があるというカテゴリーである。D氏は「レントゲン取りに行ったら紙カルテと変わらんよって、だから医療画像システム入れるっていうのも結構言われたんですけどもここで、そんな無駄なことしちゃいかんと主張した。まあ予定よりも予算は上がったと思います」と〈予算が増えても医療の無駄を防ぐためにシステム導入が絶対に必要〉と認識していた。

(2) 機会を活かした調整の場面での問題認識

①《電子カルテ導入というチャンスを戦略的に生かしたいという認識》

このコアカテゴリーは、電子カルテ導入を機に今まで実践できなかった業務改善や人間関係の調整を戦略的に行いたいというカテゴリーである。A氏は「自分が思ったのは電子カルテの動きはこういうふうにしかならないから業務はこのように動くというふうに、電子カルテの力を借りて業務の整理をしたい」と〈電子カルテの性質を利用し、正しい記録を書くことを強硬

に押したい〉という認識をしていた。また、B氏は「チャンスであったので、病棟から外したのは、うまく業務遂行できていなかった師長をいい機会だったので外して、電子カルテ専門担当にした」と〈病棟で上手く機能しない師長に対し電子カルテ導入を勤務異動の機会にしたい〉と認識していた。

(3) 電子カルテに向けたシステム作りの場面での問題認識

①《導入までのイメージが湧かない中での手探り状態》

このコアカテゴリーは、初めての電子カルテ導入で導入までのスケジュール等のイメージが湧かない中、手探りで困惑しているという状態を示すカテゴリーである。A氏は「プロジェクトの開始の際、メーカーに教えていただいた一応6か月のスケジュールで、その通りにはしていけばいいのかなとは思っていたけれど、やることが多いのと、事細やかに書いてあるわけではないので、やりながら、しながらの手探り状態であった」と〈プロジェクトの開始の際、メーカーのプランどりにしていけばいいのかと思ったが事細かに書いて無くやりながらしながらの手探り状態〉と認識していた。

②《まず自分が頑張らなければならないという認識》

このコアカテゴリーは、電子カルテ導入に際して誰よりもまず自分が頑張らなければならないというカテ

ゴリーである。A氏は「SEは医療には深くないので自分が頑張らないといけないと思って導入に入っていました」と述べ〈SEは医療には深くないので自分が頑張らなければ〉と問題を認識していた。

③《業者主導の内容や進行に困惑》

このコアカテゴリーは、業者主導の内容や進行に、思いもよらず困惑しているというカテゴリーである。C氏は「業者が決まってからの流れは打ち合わせに自分も入って、打ち合わせに入ると向こうが主導的に計画を作ってくるので、いつまでにこういうことをやって下さい、話し合ってください、作ってくださいって言う感じだった」と〈自分も打ち合わせに入るが業者主導での計画に困惑〉と認識していた。

④《他の業務をしながらの導入準備で時間が無いことに対する困難感》

このコアカテゴリーは、看護部長が他の業務をしながらの電子カルテの導入の準備を行わなければならない、時間が無い事に対して困難感を認識しているというカテゴリーである。A氏は「他の業務もしながらそちらを行なったので時間がなかったことがいちばん困った」と〈他の業務もしながらの導入準備で時間が無かったことがいちばん困った〉と問題を認識していた。

④《具体的作業を任せる事で困難感を払拭したいという認識》

このコアカテゴリーは、電子カルテの導入に伴う具体的作業は他の職員に任せ、困難感を払拭したいというというカテゴリーである。D氏は「命令はドクターが発信源だから、そこのオーダーが第一なんだという、そこだけはっきりしておれば間違いないはずだよと、オーダーが出なきゃ何にも動けないんだからと伝えた。現場の具体的作業は応用なので、応用はその子達の方がやっていただければいいかなと思いましたので」と〈電子カルテ導入は連携が大前提であることを伝え任せればよい〉と認識していた。

⑤《融通のきく人材の確保の必要性を認識》

このコアカテゴリーは、時間的にも業務の動きの中でも融通がきく人材の確保が必要であると認識したというカテゴリーである。C氏は「一応みんな作り方聞くんだけど常に携わってないとすぐに忘れちゃう、スタッフだと業務もあってそれだと難しいから、やっぱり看護長くらいで時間が調整できる人じゃないと難

しい」と〈電子カルテは常に携わっていないと忘れてしまうので時間の融通が出来る人がふさわしい〉と認識していた。

⑥《電子カルテのイメージが湧かない職員に理解させることの困難感》

このコアカテゴリーは、初めての電子カルテに対して職員イメージが湧かない職員に理解させることの難しさを認識しているというカテゴリーである。D氏は「電子カルテそのものが理解できていないと、電子カルテのイメージが湧かないから、チンプンカンプンで、職員に理解させようとするのが難しかった」と〈電子カルテの経験のない職員はイメージが湧かず理解させるのが難しい〉と問題を認識していた。

⑦《予算に関わらず全体的に必要なことはタイミングを見計らって調整が必要という認識》

このコアカテゴリーは、予算がかかってもシステム上で必要と認識したことはタイミングを見計らって調整する必要があるというカテゴリーである。D氏は「先生方はM大学系とかN大系とかで電子カルテやってみるのでその機能は入っているのとか入っていないとかというようなことを言われるとそれはその値段では入りませんよとかそういうことになるじゃないですか」と、〈医師は他大学で経験があり機能の要望をしてくるが、予算上無理である〉と認識する一方で、「まるっとマスターを触らなきゃならないとなるとお金かかるので、相談して、全体的に必要なと思えばやっぱり変えていかなければならない」と〈全体的に必要なことはお金がかかっても変えていかなければならない〉と問題を認識していた。

(4) 看護記録の様式選定の場面での問題認識

①《時間不足による看護記録の検討不足》

このコアカテゴリーは、導入検討から導入までの時間が無くて看護記録の様式の検討が不十分であったというカテゴリーである。B氏は「考えてまで看護計画を考える期間はない。標準看護計画を主に活用しよう」と〈看護記録を検討する時間が無いのでとりあえず標準看護計画を活用しよう〉と認識していた。

②《個性のない看護計画に対する困惑の中で記録の質向上への希求》

このコアカテゴリーは、現状の看護計画は個別性が無く困惑する中で、可能な限り記録の質の向上を希求したいと認識しているカテゴリーである。C氏は「標

準看護計画にしてやって、それだけはちょっと紙でやったりしてた時期もあって、で、電子カルテに入れちゃったほうが簡単だねって入れたんですけども、それでやってやっぱり個性がなくなってまた変えました。去年、一昨年くらいかな。フリーの箱があって自分の言葉で書けるみたいな、私たちが見慣れた計画に変えた。尚かつそれでもどういうふうに変えたらいいのかわからない人のためにコピーして貼り付けるような機能ふうも残して、どういうふうに使ってもそれをコピーしてもいいし自分で使ってもいいしみたいな」と〈個性を出すために自分の言葉で書ける看護計画に変更し、なおかつ計画変更がしにくい人のために標準看護計画機能も残したい〉と認識していた。

③《知識不足による NANDA 導入への困難感》

このコアカテゴリーは、NANDA の導入の検討をしたが、職員の知識が及ばず導入に困難感を感じていることを示すカテゴリーである。C氏は「最初電子カルテっていえば NANDA っていう印象があって NANDA の勉強も始めたんだけど、みんなはそれまあ難しいねっていう話になった」と〈電子カルテのイメージである NANDA の勉強を試みるが難しい〉と問題を認識していた。

④《職員が慣れている様式を選定しつつ記録様式改善の下準備の必要性を認識》

このコアカテゴリーは、自分の意に反して、職員は現行の慣れている看護記録様式を選択したため、さらに改善できるよう下準備だけはしておきたいと認識したことを示すカテゴリーである。D氏は「みんながどうしても POS じゃなくてフォーカスでみんながやってきたので、フォーカスでやっていこうということになった。POS でもやっていけるようにシステムとしては整えた上で今はフォーカスでやっている」と〈看護記録は皆が慣れている様式を優先するがいつかは POS でやれるようにシステムは整えたい〉と認識していた。

(5) 専門に対応する人員整備の場面での問題認識

①《一部の人の負担が集中しない体制作りの必要性の認識》

このコアカテゴリーは、電子カルテ導入までの作業に関し一人だけに負担が集中しないように認識しているというカテゴリーである。C氏は「ほかの病院に行った時に入力の方が判らなくて一人の人に集中して混乱して大変だった、寝る暇もないくらい 24 時間体

制で電話がかかってきたという話を聞いていたのうちはそれ絶対やめようということにした」と〈他病院の事例から、一人の人に負担が集中しないような入力方法についての質問への対応の体制作りを意図する〉と認識していた。

(6) 職員の不満への配慮の場面での問題認識

①《職員の不満がじわじわ解消できる環境づくりへの負担感》

このコアカテゴリーは、職員からの不満を無理なくじわじわと解消できるような環境作りに対し負担感を感じていることを示すカテゴリーである。C氏は「もうワンクリックでできるようにするから大丈夫だよというふうに言っという、じわじわとやっていくみたいな感じです」と〈高齢の職員にはじわじわと研修を行い大丈夫だと思ってもらいたい〉と問題を認識していた。

②《環境作りと若い力で職員の感情の前向きな変化を認識》

このコアカテゴリーは、電子カルテ導入に向けての環境作りとパソコンを不得意に感じていない若い職員の力で、電子カルテ導入に対して職員全体の感情が前向きに変化したというカテゴリーである。A氏は「システムの中に自由に書き込めるテスト患者さんが入っていて、夜勤で時間があるときや、時間が開いたときに触ったり判らないことはクラークさんに聞きながら触ってほしいと伝える中でみんなが何とかなるかと言う気持ちになってきた」と〈職員は体験学習を通してその過程で判らないことはクラークに聞くことができると伝える中で皆の気持ちの変化を認識〉していた。

③《電子カルテを導入する困難感から高齢の職員の大量の退職の可能性を憂慮》

このコアカテゴリーは、電子カルテ導入に対し困難感を持つ高齢の職員が、大量に退職しないか憂慮していることを示すカテゴリーである。C氏は「高齢な職員が結構いたから、その辺でついていけないということと大量にどっと辞められたらどうしようということがありました」と〈高齢の職員が電子カルテに触る前から無理かと思い辞めてしまわないかの不安〉を認識していた。

④《電子カルテ導入による未経験者の退職問題は無いと予測》

このコアカテゴリーは、電子カルテ導入に際し、電子カルテ未経験者の退職問題は無いと予測したという

カテゴリーである。D氏は「全く電子カルテを構ったことが無い人が辞めてしまわないかという心配の声もありましたけど、絶対にありえないと言ってきた。前のところでも、それで辞めてったつうーのはホントに若干名一人か二人いたかもしれないけどもいないですよって、辞めたら辞めたで、あの人たちはどっかで就職するから大丈夫ですよって言っていました」と〈電子カルテ導入を機に辞める人がいても誰にも実害なく大丈夫〉と問題を認識していた。

(7) 医師の足並みを揃えるための対応の場面での問題認識

①《医師に依頼できない事前打ち込み作業を背負った職員の作業の大変さを認識》

このコアカテゴリーは、本来は、医師がすべき事前の打ち込み作業を背負った職員の作業の負担感を認識したというカテゴリーである。A氏は「特に薬関係は、医事のコンピューターから引っ張ってきた。医事のコンピューターは日にちだけでいいわけですから、飲み方は書いてないのでこれは朝とか夕方とか組み替えなきゃいけない作業が本当に大変だった」と〈薬はデータの出力元の医事のコンピューターには飲み方は書いてなく作業が大変であった〉と問題を認識していた。

②《電子カルテ導入に対し楽観視する医師は本来の業務を遂行すべきという認識》

このコアカテゴリーは、電子カルテ導入に対し楽観視する医師に対し、本来の業務を遂行すべきであると認識したというカテゴリーである。B氏は「医師は今まで記録もきっちり行ってなかった。他の病院はきっちりやっていた。うちはやってないので大変になるよと言っていた」と〈以前からの業務の姿勢から考えて電子カルテ導入により楽になると思ってもらっては困る〉と問題を認識していた。

③《医師へ約束事を周知徹底することができない困難感》

このコアカテゴリーは、医師へ電子カルテ導入に対する約束事を周知徹底しようとしても出来ないという困難感を示すカテゴリーである。C氏は「いろんな決まりを作ったので、それが浸透するまで、人によってなかなか指示通りにやらないと指示漏れになったりして、処方変更とかタイトルつけてくれたら拾いやすいのに、処方変更とタイトルをつけずにダラダラダラと書いて診察のあとに処方変更する、の一行だけ書いて

変更してたりとかという判らないじゃないですか、最初ちょっと混乱があった。ドクターの約束事が難しかった。私たちは作る側だったから、こういう約束をして一つずつ作っていったから意識もしているし覚えているんだけど、あぁなっているんだして上から降りてくるっていう人たちにとっては、そういうことがたくさんありすぎて、あっそうだったんかということになるのかなあという感じがありましたねえ」と〈電子カルテを作ることに関わっていない医師は約束事を意識化することができず、洩れが多く周知徹底が難しかった〉と問題認識をしていた。

④《代行入力以外の電子カルテ導入の受け入れについて反対は無いという認識》

このコアカテゴリーは、代行入力に関しては反対意見があったが、それ以外は反対意見は無いと認識するというカテゴリーである。D氏は「医師は代行入力の事は少しごたごたしましたが、他の事に関しては絶対反対ということは先生も看護もなかったですね」と〈代行入力以外のことは医師も看護も反対は無いという認識〉をしていた。

VI. 考察

看護部長が意思決定をする立場は、組織の一員としての意思決定場面と、看護部長としての意思決定場面の2つに分かれ。他の責任者や代表者と共に組織の中の一人として意思決定したのは機種決定への参画の場面であった。しかし、機種決定以降は看護部長としての意思決定が行われていた。栗屋他は「看護部長は単に職種やグループのトップではない」と述べている（栗屋，安藤，飯田，1997，p.158）。このことは、機種決定場面では、看護部長は他の責任者と同等な立場で参画し、機種決定以降は、システム準備と職員が技術習得できるように看護部のみでなく、職員誰もが困らないように他の部門にまで目配りしていることから推察できる。研究参加者に共通する意思決定場面は7場面であった。

また、看護部長の問題認識の特徴には2つのタイプが見出せた。看護部長は、「肯定的、否定的を問わず、多くの職員からの情報に耳を傾け問題点をみつけ、その解決に努力することが日常的に求められている」（栗屋，安藤，飯田，1997，p.158）ことから、看護部長は非構造的問題（山崎，2011，図1参照）を日常的に多く扱っ

ていると考えられる。4名の研究参加者のうち、他院で導入経験があるD氏の場合は、電子カルテ導入時に関して発生する問題に関して過去の類似事例を頭の中で想起し、構造的問題として捉えていたと考えられる。また、前病院から共に現病院に移った副看護部長に任せ、〈電子カルテ導入は連携が大前提であることを伝え任せればよい〉と考えていた。B氏は電子カルテ導入の経験は無いが、9年の看護部長経験を基に判断し、電子カルテ導入に伴う問題を構造的問題と認識して対処したと考えられ、〈コアメンバーに任せため困難感はない〉と認識していた。Shirey 他（2013）は、看護部長は、経験を通して重要で優先度が高いと認めた事柄にのみ挑戦するためにエネルギーを貯めておくことを学んでいると述べている（Shirey, & Mc Daniel, 2013）。看護部長歴が長いB氏は、電子カルテ導入の経験はないが、メタ判断を働かせ、全体把握のために自己のエネルギーを貯めておくことを学んでおり、任せて見守ることが人材育成であると認識していたと考えられる。

このように、電子カルテ導入を構造的問題と認識した背景には、メタ判断（印南，1997）の関与が推察され、B氏とD氏は、《具体的作業を任せる事で困難感を払拭したいという認識》を持ったのだと考えられる。

一方、電子カルテ導入を初めて経験し看護部長としての経験が少ないA氏、C氏は、電子カルテ導入に関する諸問題を非構造的・半構造的問題として捉えたと推察され、その結果、A氏は《導入までのイメージが湧かない中での手探り状態》として問題を認識し、《まず、自分が頑張らなければならないという認識》を持った。また、C氏も《業者主導の内容や進行に困惑》していた。これらの背景には、看護管理者が看護師として共感の訓練を受け優れた共感能力を持っていることが影響していると考えられる（Pugh & Woodward-Smith, 1997/2000）。つまり、看護部長として経験の少ないA氏、C氏は、臨床の看護師として育成された共感能力があるために、困難が予測される事に関しては他の職員を困らせてはならないという気負いがあったのではないだろうか。

4名の研究参加者に共通していた意思決定場面は、電子カルテに向けたシステム作りに関する意思決定場面と、医師の足並みを揃えるための対応に関する意思決定場面であり、多くの問題認識の特徴が抽出された。電子カルテに向けたシステム作りの場面では、職員にとって初めての経験である電子カルテ導入に向けたシステム作

りに関しては、進行に対しての困難感、人材の確保の必要性、職員に理解させることへの困難感、予算との調整等、看護部長は多くの問題を認識していた。また、医師の足並みを揃えるための対応では、医師に関する問題についても認識し、次の問題への対応に備える病院の組織全体を視野に入れた管理者としての意思決定が行われていることが明らかになった。

他の場面においても、看護部長は、一部のみに負担が集中しないような配慮や、高齢の職員や未経験者への配慮、若い力の活用を考える意思決定を行っており、組織全体の強みや弱みを見据えた意思決定を行っていた。また、予算、経験、人材、時間が不足している等、多くの問題を認識している状況の中で、機会やタイミングを見極めることで、《電子カルテ導入というチャンスを戦略的に生かしたいという認識》をしていた。このように、問題と認識している状況を逆にチャンスと捉え、看護記録の質向上や、業務改善、人間関係の調整を行おうとする看護部長の問題認識の特徴が明らかになった。

VII. 研究の限界と今後の課題

本研究は、研究参加者が4名と少なく、地域も限られていることから、研究結果を一般化することはできない。しかし、本研究においては、精神科病院における電子カルテ導入の機会をチャンスと捉え、さまざまな状況を見極めて管理を行っている精神科病院の看護部長の問題認識の特徴が明らかになった。また、研究参加者から「話を聞いてもらって良かった」という発言もあり、インタビューによる語りが自己を振り返る機会にもなったことが推察された。今後は、本研究を継続し、研究参加者数を増やして病院における様々な問題に対する看護部長の意思決定過程を明らかにしていきたいと考える。

VIII. 結論

本研究の結果、以下のことが明らかになった。

1. 電子カルテ導入時の看護部長の意思決定の場面は7場面が抽出された。これらは、組織の一員として機種決定に参画、機会を活かした調整、電子カルテに向けたシステム作り、看護記録の様式選定、専門に対応する人員整理、職員の不安への配慮、医師の足並みを揃えるための対応の場面であった。4名に共通する意思

決定場面は、電子カルテに向けたシステム作りの場面と医師の足並みを揃える対応の場面であった。

2. 看護部長の問題認識をする立場は大きく2つに分かれた。機種決定への参画では、他の責任者と共に組織の一員としての意思決定を行った。しかし、機種決定以降は看護部長として意思決定を行っていた。
3. 看護部長の問題認識は、看護部長の経験年数や電子カルテの導入の経験の有無や看護部長としての経験によって相違があった。この相違はメタ判断の関与が推察された。すなわち、電子カルテ導入経験があるか看護部長経験が長い看護部長は、《具体的作業を任せる事で困難感を払拭したいという認識》を持っていた。一方、電子カルテ導入を初めて経験し看護部長としての経験が少ない看護部長は、《導入までのイメージが湧かない中での手探り状態》、《業者主導の内容や進行に困惑》するという問題認識であった。
4. 4名の看護部長は、病院の組織全体を見据えて意思決定を行っていた。また、予算、経験、人材、時間のすべてが不足していると多くの問題を認識している状況の中でも、《電子カルテ導入というチャンスを戦略的に生かしたいという認識》をし、問題と認識している状況を逆にチャンスと捉え、看護記録の質向上や、業務改善、人間関係の調整を行っているという問題認識の特徴が明らかになった。

(本研究は、平成25年日本赤十字豊田看護大学大学院における修士論文を加筆修正したものであり、一部を第15回日本赤十字看護学会学術集会にて発表した。)

文献

- 青山ヒフミ (2010). あなたならどうする? 看護管理者の意思決定. 看護, 62 (3), 163.
- 愛知県保険医協会 (2012). 保険診療の手引き. 愛知県保険医協会, 1019.
- 栗屋典子, 安藤民子, 飯田光子 (1997). 看護管理ハンドブック, 158, メヂカルフレンド社, 東京.
- 印南一路 (1997). すぐれた意思決定. 29-32, 46-50, 279-290, 中央公論新社, 東京.
- 厚生労働省 (2015). 平成24年衛生行政報告例. 保健師・助産師・看護師・准看護師 第10表 就業看護師数, 実人員-常勤換算・就業場所・性・年齢階級別
- 日本精神科病院協会 病院経営管理委員会 IT 部会 (2012). 電子カルテに関するアンケート調査報告書. 精神科病院理事長等研修会, 17, 109-124.
- Pugh, J. B. & Woodward-Smith, M. (1997) / 井部俊子 訳 (2000). ナースマネージャー 部下とよりよい関係をつくる実践ガイド. 第2版. 77-82, 日本看護協会出版会, 東京.
- Shirey, M. Ebright, P. & McDaniel, A. (2013). Nurse manager cognitive decision-making amidst stress and work complexity. *Journal of Nursing Management*, 21(1), 17-30. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01380.x ; .1111/j.1365-2834.2012.01380.x
- 白石壽美子, 佐野陽子, 谷田部佳代弥 (2009). 精神看護領域における看護診断導入についての現状と課題. 看護診断, 14 (1), 27-29.
- 山崎由香里 (2011). 組織における意思決定の心理. 10, 14, 29, 158, 205-239, 同文館出版, 東京.

The Characteristics of Problem Recognition in the Process of Decision-making Performed by Directors of Nursing During the Introduction of an Electronic Health Record System at a Psychiatric Hospital

MATSUSHITA Naomi¹, KOBAYASHI Yoko², MURASE Tomoko²

¹Medical Corporation Kyowa-kai Kyowa Hospital

²Japanese Red Cross Toyota College of Nursing

Abstract

The purpose of this study is to clarify characteristics of problem recognition in the process of decision-making, performed by Directors of Nursing during the introduction of an Electronic Health Record System at a Psychiatric Hospital. In the three participating prefectures, qualitative and descriptive research was conducted on four people who were in the position of Director of Nursing as research participants. As a result of this, 7 scenes were extracted as specific scenes in the decision-making process during the introduction of the Electronic Health Record System. These scenes are; participating in the decision about the model as a member of the organization, making adjustment by taking advantage of the opportunity, establishing a system for the Electronic Health Record System, selecting a model type for the nursing record, allocation of the staff who can act professionally, paying attention to the concerns of the staff, and alignment with doctors.

We recognized that the characteristics of problem recognition in these scenes differ depending on the years of experience as the Director of Nursing as well as whether they had experience with the Electronic Health Record System introduction or not. The involvement of meta-decision was assumed in this difference.

Also, all the Directors of Nursing had problem recognition which was based on the entire organization. In addition to this, even if they were in the situation where they recognized many issues such as the budget, length of experience, time span and lack of human resource, they had the intention of ≪ making use of this opportunity strategically ≫ by taking the situation of problem recognition as a chance in reverse, and improving both the nursing record quality and the tasks, and adjusting human relationships. These characteristics of problem recognition of Directors of Nursing were clarified.

Key words: Director of nursing. Psychiatric hospital. , Decision-making process, Problem recognition, Nursing management.

