

病院機能評価でのチーム医療の推進

寺崎 仁

キーワード：病院機能評価，チーム医療，ケア・プロセス，大学病院

はじめに

病院機能評価が事業化されて20年を経過したが、この間に評価項目の体系的な見直しが2回行われていて、現在は第3世代と呼ばれる評価ツールを適用して審査している。この第3世代の特徴は、ケア・プロセス調査をきめ細かく行うために、「患者トレース法」と呼ばれる手法を使って、実際の患者の治療経過などを追跡しながら、チーム医療が有効に機能しているのかどうかを評価している。最近では、病院機能評価を受審することで自院のチーム医療の問題点が明確になり、機能改善に繋がったと感じる病院も多いので、チーム医療推進の観点から病院機能評価を解説し、併せてI&Aの活用法についても触れてみたい。

病院機能評価の変遷

まず、病院機能評価の現在までの流れをまとめてみたが(図1)、開始当初は施設・設備や機器、あるいはマニュアルなどの整備状況、つまり「構造(Structure)」に焦点を当てた第1世代と呼ばれる評価体系を用いていた。その後2003年からは、「ケア・プロセス」に着目した第2世代の評価ツールを開発し運用してきたが、評価項目を一つひとつ順番になぞるように「ケア・プロセス」を評価しても、個々の患者にどのようなケアが提供されたのかが具体的にイメージするのが難しかった。そこで、2013年に導入した第3世代からは「患者トレース法」と呼ばれる手法を採用して、実際に患者に提供された医療の内容を、入院の経過に沿って確認しながら評価する方法に変更している。また、この第3世代の評価ツールへ移行するに際して、評価項目を4割近く大幅に整理削減して評価対象の重点化も図っている。

そして、第2世代では規模や機能に関わらず病院に求められる基本的な要素は共通であるとして、「統合版」という形で一旦は集約化された評価種別を、第3世代

では改めて病院の規模や機能を踏まえた「機能種別版」に編成し直している。例えば、急性期の一般病院であれば、中小病院は「一般病院・種別1」、大規模病院は「一般病院・種別2」、と分類するようにした。また、精神科医療などの固有の機能を有する病院は「精神科病院」、リハビリテーションに特化した病院向けの「リハビリテーション病院」、あるいは慢性期の医療機能や緩和ケア機能を評価する「慢性期病院」「緩和ケア病院」など、多様な病院をよりの確に評価できるような枠組みに変更している。

第3世代・第2版(3rdG:Ver.2.0)の特徴

ところで、2013年から使われてきた「第3世代」であるが、認定証の有効期限が5年間なので、2018年には認定更新の時期を迎える病院も出てきた。評価項目の見直しは概ね5年ごとに行われていて、今回の改訂は小規模な変更であったが「第3世代・第2版(3rdG:Ver.2.0)」として、2018年4月の審査から適用されている。評価項目の変更は小幅であったが、訪問審査のケア・プロセス調査を行う病棟と症例の選択ルールが変更され、従来は病院側が調査する病棟と症例を予め決めておくことができたが、このVer.2.0からは調査する病棟の半分は評価機構側が指定することになり、その病棟で調査確認する症例についても、病棟ごとに複数用意した中から当日サーベイヤーが指定する方法になった(図2)。

具体的には、例えば400床程度の病院を想定した場合、サーベイヤーがケア・プロセス調査を行う病棟は4つの病棟になるが、そのうち2病棟は訪問審査の1週間前に評価機構側から通知されることになった。また、この訪問直前に通知された病棟のケア・プロセス調査に使う症例も、病院側が事前に3症例準備しておくことになるが、その3症例のどれを使ってケア・プロセス調査を行うのかは、訪問審査の当日にサーベイ

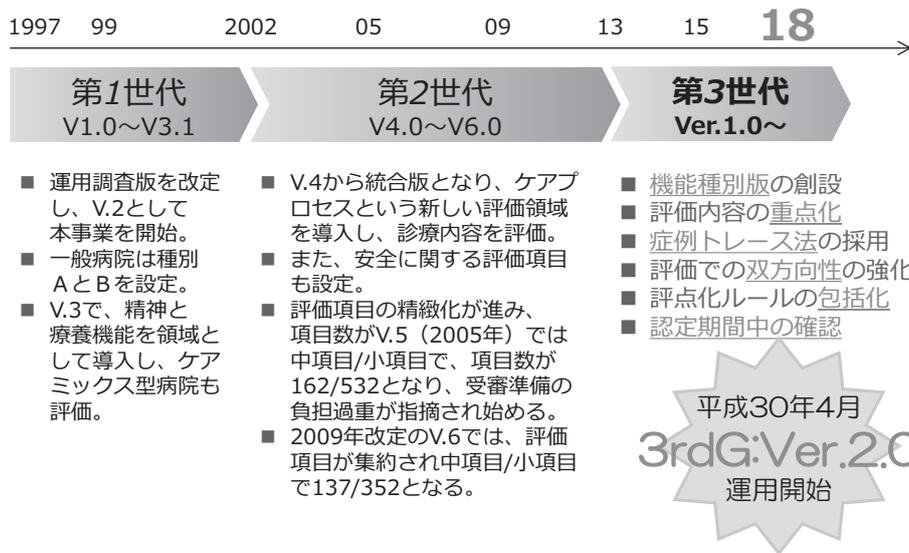


図1 病院機能評価の変遷

	訪問病棟 数合計	病院側指定		評価機構側指定	
		病棟	確認症例	病棟	確認症例
一般病院 1	2病棟	1病棟	1症例	1病棟	3症例から 1症例を 指定
リハビリテーション病院					
慢性期病院					
精神科病院					
緩和ケア病院	2病棟 または 4病棟	1病棟 または 2病棟	1症例 または 2症例	1病棟 または 2病棟	3症例/病棟 から1症例 を指定
一般病院 2 <small>許可病床数(200床以上)の病院は、 4病棟を訪問。それ以外は2病棟。</small>					
一般病院 3	5病棟	2病棟	2症例	3病棟	3症例

図2 機能種別ごとの「訪問病棟」「確認症例」

ヤーが指定することになった。なお、残りの2病棟については病院側が事前に選択することができ、また確認する症例も予め1症例を準備すればよく、従来と同じ方法で行われることになる。

訪問審査の概要

さて、病院機能評価の審査方法は、「書面審査」と「訪問審査」の2つで構成されている。「書面審査」は文字通り書類に基づく審査であり、受審病院の現況や自己評価結果などの一連の書類を事前に提出してもらい、審査担当のサーベイヤーはその内容を確認してから「訪問審査」に臨む。したがって、サーベイヤーは事前に病院の機能や特徴、あるいは課題と思われる事項などを事前に把握してから受審病院に出向くことに

なる。

訪問審査の具体的な進め方であるが(図3)、訪問審査は2日間で行われ、病院の規模により2日目の終了時間が異なる。1日目の午前、サーベイヤーが書類を確認したり、病院長や幹部職員に合同で面接したりして、その日の午後に病棟でケア・プロセス調査を中心に行い、事務担当サーベイヤーは事務部門の調査を行う。2日目は院内の各部門をサーベイヤーチームが部署訪問して評価し、書面審査と2日間の訪問審査の結果をチーム内で協議した後に、最後に病院側を交えた「講評と意見交換」となる。小さな病院では、2日目の昼過ぎには全て終了するが、中規模以上の病院では午後も部署訪問などが続き夕方までに終了するスケジュールになっている。なお、訪問審査に赴くサーベイヤーの

		1日目	2日目
午前		<ul style="list-style-type: none"> ■ 書類確認 ■ 面接調査 	<ul style="list-style-type: none"> ■ チーム別部署訪問
午後		<ul style="list-style-type: none"> ■ チーム別訪問・調査 (診療・看護) ➢ 病棟概要確認 ➢ ケアプロセス調査 ➢ 外来訪問 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 講評および意見交換 <p><終了時刻></p> <p>区分1：13：00 区分2：15：30 区分3：16：30 区分4：16：30</p>
		<ul style="list-style-type: none"> ■ 面接調査(事務)・部署訪問 <p>※事務の評価調査者は診療・看護の評価調査者と病棟概要確認、ケアプロセス調査(一部)を行った後、面接調査・部署訪問を実施する。</p>	

図3 訪問審査の進め方

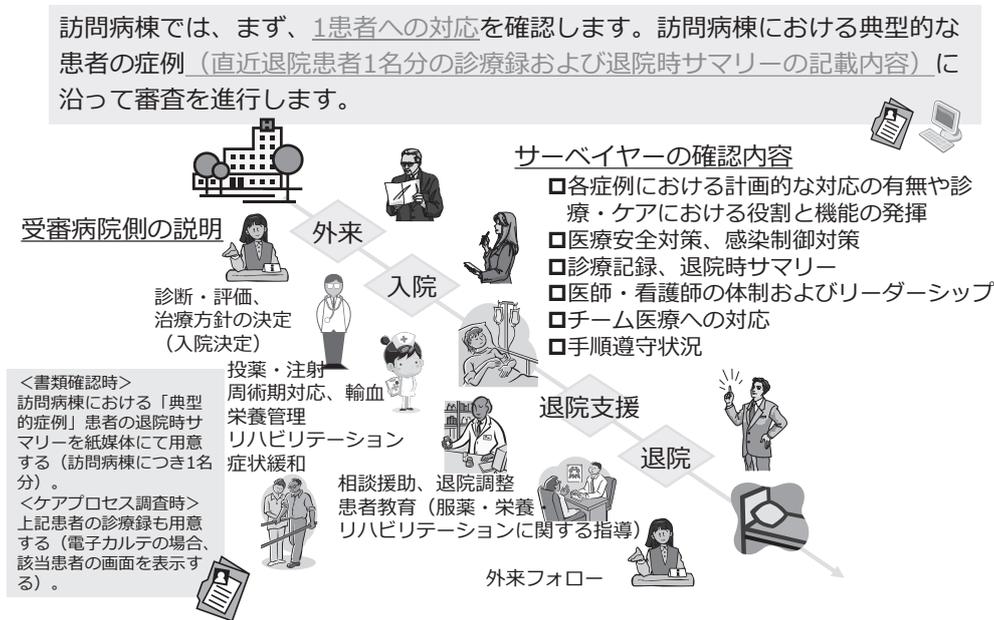


図4 ケアプロセス調査(訪問病棟における1症例目の確認方法)

人数は、小規模病院では、診療、看護、事務のサーベイヤーが各1名の計3名であるが、中規模以上の病院では各2名ずつの計6名で編成される。

ケア・プロセス調査

第三世代の病院機能評価では、「診療部門」や「看護部門」など職種ごとに設定されていた評価の枠組みを廃止して、「ケア・プロセス」として一体的に評価するようにした(図4)。それが、多職種によるチーム医療を評価するアプローチとして良く機能することが理解され、病棟でのケア・プロセス調査の場面では、医師や看護師だけでなくその他の職種にも、患者ケアへの具体的な関わり方を質問することが定着するように

なった。そして、この「ケア・プロセス」の評価の過程で、その病院や病棟におけるチーム医療の課題が浮き彫りになることもあり、それが病院側の参加者の気付きに繋がることで、より良いチーム医療の実践に向けた自主的な改善活動が動き始めることも少なくない。

ところで、訪問審査でのサーベイヤーによる面接は、相手側と「双方向性」で行うように指導しており、病院側の説明に耳を傾ける姿勢で臨むことの大切さを強調している。そうすることで、病院の実情を把握しやすくなったり、また時として問題点や悩みを共有したりすることができるようになった。そして、病院側も自分たちの意見や考えなどを主張する機会が増えて、ある意味では医療現場における日頃の思いを伝え、そ

れをサーベイヤーが受け止める構図にもなっている。例えば、チーム医療を機能させるためには、専門職として相互に尊重し合い支援する「協働」の視点が必要で、チーム医療のあるべき姿を病院側のスタッフに具体的にイメージさせて、業務改善のヒントに繋げて貰うようにしている。また、多職種によるカンファレンスが、単なる情報の伝達や共有に留まらず、患者の病状などに応じて相互の役割や業務の調整など、対等な関係の中で議論することの重要性も伝えたりしている。

病院機能評価へのI&Aの活用

症例ベースで行われるケア・プロセス調査においては、調査対象の症例で輸血が行われていなくても、サーベイヤーは必ずどこかの病棟で「輸血のプロセス」に関する質問をすることになっている。また、院内各部門の部署訪問においては、輸血部門があれば必ずサーベイヤーが現場に出向いて調査し評価することになる。サーベイヤーは、基本的には「評価項目解説集」を参考にして、「評価の視点」と「評価の要素」とされる事項を確認することになるが、この「解説集」は評価機構のホームページから購入することができるので、受審病院の多くはこれを入手して訪問審査に備えるところも多い。

さて、サーベイヤーはこの「解説集」を参考にしながら評価しているが、診療担当のサーベイヤーが輸血に詳しいとは限らず、また輸血・細胞治療学会のI&Aを知っているサーベイヤーも少ないのが現実である。

そこで、部署訪問で輸血部門に来たサーベイヤーに対して、むしろI&Aの取り組みについて積極的に説明し、その認証を得ていることをアピールした方が、受審病院の輸血部門の機能を正しく評価してもらうことに繋がる可能性がある。そして、病棟でのケア・プロセス調査でも、I&Aの認証で培った輸血のプロセスに関する病棟スタッフの説明力が発揮されれば、特に問題点を指摘されることもなく適切に評価されると思われる。輸血部門に限らないが、今後は部門別の第三者認証の状況を病院機能評価に活用することも、今後は志向されるべきではないかと考えている。

おわりに

病院機能評価は事業開始から20年を経過したが、「第3世代(3rdG)」と呼ばれる評価ツールを開発することで、「ケア・プロセス調査」をかなりの確に行えるようになってきた。そして、超高齢社会を迎え個々の職種だけでは対処困難な問題が医療現場には持ち込まれるようになり、これを多職種協働のチーム医療で乗り越えていかなければならない。病院機能評価は、このチーム医療を推進するための支援ツールとして活用されることを期待したい。また、訪問審査時においては、I&Aについて積極的にサーベイヤーに説明することが、良い評価に繋がる可能性のあることを指摘した。

著者のCOI開示：著者は、公益財団法人日本医療機能評価機構の各種委員会・部会の構成員となっており、報酬、謝金、講演料などの支払いを受けている。

THE PROMOTION OF TEAM APPROACH CARE ON HOSPITAL ACCREDITATION BY JQ (JAPAN COUNCIL FOR QUALITY HEALTH CARE)

Hitoshi Terasaki

Dept. of Patient Safety Management, Tokyo Women's Medical University

Keywords:

Hospital accreditation, Team medicine, Care process, University hospital