

### (3) 病院機能評価受審対策と意義

—診療部の立場から—

羽 金 和 彦

(3) PREPARATIONS AND SIGNIFICANCE OF THE ASSESSMENT  
BY THE JAPAN COUNCIL FOR QUALITY HEALTH :  
FROM STANDPOINT OF CLINICAL DEPARTMENT

Kazuhiko HAGANE

当院の病院機能評価受審経験を、診療部の立場から報告する。受審によって当院におこった変化を総括し、受審の意義を改めて考えた。

#### 受 審 経 過

平成12年11月、院長から病院機能評価受審の準備を始めるように指示があった。私自身が病院機能評価について知ったのは、院長指示の数週間前に、たまたま目にした新聞の記事であった。他の病院職員、医師においても病院機能評価に関する認識は低く、詳細を知る医師はほとんどいなかった。したがって、機能評価の実務担当を命ぜられた時はまさにゼロからの出発であった。

対策委員会は、まず、評価機構のホームページから、情報を収集し、自己評価表を購入した。当時の自己評価表はVer. 3.1であった。自己評価表のコピーを各部署に配布し、自己評価をお願いした。病院機能評価という手法は目新しいものであったので、自己評価に関してもさまざまな疑問や意見が寄せられた。対策委員会内部でも的確な回答や解釈ができないまま、とにかく評価表を埋めてもらう作業を行い、大まかな結果を院長に報告した。

結果は、診療部に関する項目の約8割は合格基準に達しており、診療部は特別な準備は必要ないとの結論であっ

た。当時項目評価の2あるいは1が1項目でもついた場合は、評価が保留になるということも知らず、さらに多くの項目で、当院の実状が不合格評価を受けるであろうとの認識もなかった。

対策委員会は受審日をほぼ2年後と想定し準備を進めることとなったが、13年10月、本省からの指示で、急速年度内受審が決定した。しかし、それまでの1年間、対策委員会はほぼ休眠状態で、院内の受審準備は動いていなかった。

受審決定後、対策委員会を組織し、本格的に情報収集を開始した。他施設で受審を経験した副看護部長が着任し、生々しい受審経験を学ぶことができた。それ以後、受審は大変なことなのだという認識が対策委員会の委員を中心に広がった。

平成13年11月に対策委員会のメンバーが国立相模原病院、国立仙台病院、国立災害医療センター、宇都宮社会保険病院、4病院の病院見学を行った。いずれも、病院機能評価に合格された病院で、規模、設置母体などから、見学先とさせていただいた。これらの病院見学では、多くの資料、知識、経験、方策、知恵、そして声援をいただいた。ここに改めて感謝の意を記したい。

11月21日病院機能評価機構の受審病院説明会に参加した。多数の病院が熱心にメモをとり、受審の意気込みを

国立栃木病院 Tochigi National Hospital 臨床研究部

Address for reprints : Kazuhiko Hagane, Department of Clinical Sciences, National Hospital Organization Tochigi National Hospital, Nakatomatsuri 1-10-37, Utsunomiya-shi, Tochigi-ken JAPAN  
E-mail : hagane@tochigi.hosp.go.jp

Received January 26, 2004

Accepted July 16, 2004

感じた。受けた説明に従って、書面審査調査票を作成した。作成には約1ヵ月を要したが、庶務課(当時)のご苦勞が大きかった。平成14年1月4日書面審査調査票提出。以後本格的な準備に入り、3月20日の訪問審査日を迎えた。当院が受審対策を行ったのは実施受審前の2ヵ月間である。わずか2ヵ月、しかし、長い2ヵ月であった。

### 評価項目と対応

以下、項目ごとに実施した対応を述べる。なお、項目と数字はVer.3.1のものであり、現行とは異なる。

#### 1) 診療の責任体制(3.1)

「診療を行った医師の氏名が外来患者にわかるようになっている。(3.1.1.1)」に対して、①外来診察室入口に大きな名札をつける、②外来診療録への医師署名の徹底を図る、③初診時に医師が自己紹介するよう指導するの対策を行った。

「主治医(担当医)が不在の時の代理の医師が定められている。(3.1.1.3)」に対して、各病棟に代理医師掲示板を設置した。

#### 2) 診療内容の質と保証(3.2)

「症例検討会が定期的に開催され、日常の診断治療の適切性についてレビューされている(3.2.1.1)」に対して、検討内容、検討に参加したスタッフ名(医師、看護師、薬剤師他)を診療録に記録するよう指導した。

「診療指針などにより診療のプロセスにおける質の保証を図っている(3.2.2)」に対してはクリニカル・パス大会の開催記録、院内クリパスの資料などを揃えた。

#### 3) 診療情報の管理(3.5)

「診療録の管理体制が整備されている(3.5.1)」,「診療録管理室(3.5.1.1)」,「診療録管理士・診療情報管理士またはそれに準ずる者(3.5.1.2)」,診療録管理士は当院に配置されておらず、致命的な項目かと危ぶまれた。しかし、とにかくカルテ庫を綺麗に整備し、医事課長(当時)を責任者とする管理体制を作り上げた。合格は医事課職員による努力が大きい。

#### 4) 診療録の管理(3.5)

「診療録の記載内容が適切(3.5.2.1)」,「諸検査の所見についての記載(3.5.2.2)」への対策として、カルテ記載時の署名、所見、所見記載、説明内容記載を中心に強く指導した。院長巡視の個別カルテ閲覧指導、カルテ監査委員会、医局分科会による指導を実施した。

「退院時サマリーが迅速に作成(3.5.1.2)」サマリー未記載のカルテが多数存在していたので、入院診療録(過去1年分)を別室に移し、その中で退院サマリーを整備(作成および加筆)した。整備は医師の義務とし、

作業は連日深夜におよんだ。

#### 5) 診療録

受審を機に、長年懸案であった、診療録の全職種共同記載を実現した。医師記録、看護記録の2号用紙部分を共同記載とし、職種間の連携を図った。診療録監査委員会は医師(3名)、看護師(3名)、医事課(1名)よりなる委員会が毎月、退院カルテの抜き打ち監査を行い、全体会議で報告し、改善を命じた。

#### 6) 医局分科会

1. 診療録, 2. 院内感染・医療廃棄物, 3. インフォームドコンセント, 4. 医局および図書室の環境整備の4分科会を医局内に作り、医師は4分科会のいずれかに参加することとした。各分科会は各テーマに関する教育、マニュアル整備、周知、院内環境整備に努めた。

#### 7) 医師の教育・研修(3.6)

「医師の教育・研修を推進する体制がある(3.6.1)」,「研修会・学会への参加・発表が支援されている(3.6.1.1)」に対して、各種学会、研究会の日程と参加者調査を行った。

「学会・研修の内容が報告されている(3.6.1.3)」,「院内の研修会(3.6.1.4)開催記録」にたいして、院内研修会の出席記録をとるようにした。またその結果を院内掲示板で公開することとした。

## 考 案

何のために評価を受けるのかという問いは受審準備の過程でも何度か職員、対策委員の間からも発せられた。答えは、機能評価認定から得られる実質的な利益もさることながら、病院の使命である病院機能向上のためである。

評価には、総括的評価と形成的評価がある。合格レベルへの到達判定である総括的評価に対して、現在の到達度を受審者にフィードバックし、不足部分を明示して次なる努力を促すのが形成的評価である。病院機能評価を総括的評価と捉えれば、評価における負の因子が強調されるが、形成的評価と捉えれば、行動目標を明らかにするための格好の手段と考えられる。

病院機能評価の項目は評価対象として、一般的に構造(Structure)、過程(Process)、結果(Outcome)の3つの因子を含むとされる。日本医療機能評価機構の病院機能評価項目は、構造と過程の評価を中心とし、結果を評価する項目がほとんどない。一方、厚生労働省版臨床評価指標は、結果の評価を中心とし、構造と過程の評価は少ない。したがって、両者を受審する国立病院機構の病院はきわめて多角的な評価を受けることとなる。

結 語

病院機能評価受審によって、①良い病院となるための具体的な行動目標、達成目標が明示された。②当院が他院と比較され、短所が指摘されることで改善の必要を教

えられた。③旧弊を打破するエネルギーを得ることができた。

(平成16年1月27日受付)

(平成16年7月16日受理)