病院機能評価受審　認定更新を終えて

京都第二赤十字病院　病院機能評価実行委員会
間宮みちよ　田淵　宏政　川崎　智子
大西　健文　水嶋　則子　網本　博次
田中　聖人　谷口　弘毅

要旨：2016 年 1 月 18 日（月）・19 日（火）の 2 日間にわたって，公益財団法人日本医療機能評価機構による訪問審査を受審した．初めて認定を受けた 2006 年から数えて，3 度目の受審である．今回受審した病院機能評価は，『症例トレース型ケアプロセス調査』が特徴であり，今までの受審内容から変化していた．今回の受審内容について報告する．

Key words：病院機能評価，症例トレース型ケアプロセス調査，多職種

Ⅰ　はじめに

病院機能評価とは，公益財団法人日本医療機能評価機構によって 1997 年より開始されている事業である．国民が安全で安心な医療が受けられるよう，病院組織全体の運営管理および提供される医療について中立的，科学的・専門的な見地から評価を行っている第三者評価のことである．また，病院機能評価は，社会や医療環境の変化に対応して病院機能の質改善活動を支援できるよう適宜改訂が行われ，5 年ごとに認定更新を受けることでより病院の機能を高める内容になっている．評価については 4 つの評価対象領域があり，患者の視点に立った良質な医療を実践するうえで求められる病院組織の基本的な姿勢と患者の安全確保や医療関連感染制御に向けた病院組織の検討内容，意思決定について評価する第 1 領域「患者中心の医療の推進」，診療・ケアにおける確実で安全な実践を評価する第 2 領域「良質な医療の実践 1」，診療・ケアを実践するうえで求められる各部門の機能が発揮しているかを評価する第 3 領域「良質な医療の実践 2」，良質な医療を提供するうえで基盤となる病院組織の管理運営状況を評価する第 4 領域「理念達成に向けた組織運営」がある[1]．

当院は，2006 年に初めて受審し認定を受け，今回が 2 度目の更新受審であった．今回受審した 3rdG：Ver1.1（3rdG）は，2013 年 4 月から運用された『第三世代病院機能評価』と言われるもので，10 年前，5 年前に受審したものから変化している．当該受審の記録として，認定更新までの取り組みを報告する．

Ⅱ　3rdG の特徴

3rdG の特徴として 4 点[1] が挙げられる．1 点目は，今まで 1 種類の評価項目で全国一律の評価を実施していたが，受審する病院の役割・機能に応じた種別・評価項目を設定した「病院の特性に応じた評価」に変化したことである．当院は，二次医療圏等の比較的広い地域において急性期医療を中心に地域医療を支える基幹的病院として一般病院 2 での受審となった．2 点目は，設備，体制，基準・手順などの評価を集約し，組織的・機能的なプロセスに重点を置いた「評価内容の重点化」である．3 点目は，病院で決定されたルールが，診療・ケアで確実・安全に実施されているか評価する「プロセス重視の審査」であり，4 点目は，認定期間（5 年間）の中間にあたる認定 3 年目に「書面による確認（自己評価）」を実施し，質改善活動の取り組み状況を確認する「継続的な質改善活動の支援」の制度が盛り込まれた点である．

実際の審査では，訪問病棟において典型的な症例患者の来院・外来受診，入院から退院までの一連の経過に沿って提供される医療サービスについて，診療録等を参照しながら確認する「症例トレー

ス型ケアプロセス調査」という評価手法がとられている．近年の「チーム医療」「多職種連携」といった医療の変化に応じた審査内容になっており，症例患者に関わった全ての部門の職員が審査の中心となる．

Ⅲ　委員会においての取り組み

前回受審の認定期間が 2016 年 2 月 19 日までのため，2014 年 9 月に受審時期について事務局で打ち合わせを行い，病院四役に上申し，2016 年 1 月に受審することを決定した．2014 年 10 月に病院機能評価実行委員会を設置し，4 つの評価対象領域ごとに部会を立ち上げ，新たに作成した行程表（表 1）に基づいて活動を開始した．

更新受審にあたっては，前回指摘を受けた事項について病院がどのように取り組み・改善に努めたかを必ず確認される．4 つの領域部会ごとに，前回の指摘事項と現状の課題の洗い出しを行い，検討を重ね，毎月開催する委員会において報告・検討し問題の解決にあたった．「病院機能評価機能種別版評価項目解説集」[2] の評価項目・評価要素に沿った病院全体の評価に繋げ，書面審査で必要な自己評価調査票を完成させた．

「症例トレース型ケアプロセス調査」への取り組みとして，医師・看護師・パラメディカル・事務の多職種で，既に 3rdG の認定を受けている近隣の 3 つの医療施設を見学し情報収集を行った．病院全体の機能評価へのモチベーション・取り組み体制の維持に繋がるとして，2015 年 6 月から 11 月にかけて病院機能評価実行委員がサーベイヤー役となり，全病棟（14 病棟）のケアプロセスプレゼンテーション練習を実施した．この練習結果により，訪問審査での 4 病棟・4 診療科（A5 病棟：外科，B3 病棟：消化器内科，A7 病棟：婦人科，B5 病棟：血液内科）を決定した．決定した 4 病棟・4 診療科の症例選定にあたっては，1 症例で調査項目全てを網羅できないため，調査項目に応じて 2 症例目，3 症例目も準備した．

11 月には，審査当日のイメージを掴むことと現状の問題点について助言を得るため，受審支援を行っている外部会社による模擬審査を実施し，12 月に模擬審査結果報告会と併せて院内研修会を開催した．この時点では，課題項目の改善状況，質問に対する対応方法等速やかに改善しなければならない事項が残っている段階であるとの指摘があった．また，確認した項目は概ね評価項目の水準を満たすものであったが，中には水準を満たしていないと思われる項目もあるとのことだった．受審までの 1 ヶ月間で指摘された項目の改善に努め，受審 2 週間前には全職員対象に意思統一講習会を開催し，直前の 1 週間でケアプロセスプレゼンテーションの集中練習を行った．

なお，ケアプロセス調査の対象となった 4 診療科から活動を振り返り，今後の参考にするため寄稿いただいた原稿を文末に掲載させていただいている．

Ⅳ　受審結果・課題

受審結果は，概ね高い評価であった．特に地域連携・感染制御・薬剤管理・救急医療・臨床研修の分野で，6 個の「Ｓ」評価（4 段階評価 S・A・B・C のうち最も良い評価）を得た．しかしながら総括では，全職員への教育・研修の計画・運営は適切だが医師の研修会参加率が低いこと，診療録の監査が診療情報管理士の量的監査に留まっているため医師を含めた多職種による質的監査実施の検討が必要なこと，一般病棟での医療機器作動チェックに臨床工学技士による一層の関与が求められること，医師の健康診断受診率が低いことが指摘された．これらの指摘は当院においてまだ改善すべき余地があり，病院全体の課題として共有し，改善に向けて活動していく必要性があることを示している．

病院機能評価を受審する意義として，第三者の立場で組織全体の運営管理および提供される医療について評価を行い，病院の位置付けや問題点を明らかにし，病院の更なる改善活動を推進し，病院体制の一層の充実や医療の質の向上に寄与することが言われている[3]．今回の受審で当院は高評価を受けたが，先に述べたように病院の取り組みとして不足している点も指摘されている．また，受審に向けて課題の洗い出しを行ってみると，前回の受審から継続されていない項目も判明した．今後，当院が提供する医療について，病院全体で質的向上を目指した継続的な取り組みや，職員全体の向上心を育んでいくことが重要であると実感した．

表1　受審までの行程表

	○実施内容		実施時期																							
			平成26年度				平成27年												平成28年							
			9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
1	キックオフ	受審に向けて各部署から協力が得られるよう，全職員に対して病院管理者から受審宣言を行う．																									
2	各領域ごとの会議	第1領域から第4領域の各領域ごとに他職種で構成されるプロジェクトチームを立ち上げる．評価項目ごとの担当・責任者を決め，進捗状況を確認しながら受審への活動を行う．																									
3	情報収集	評価機構HPから受審に関する資料を入手したり，各種セミナーに参加して情報を収集．更新受審の場合は，前回の「審査結果報告書」を確認．更新認定を受けておられる病院へ訪問．									A病院			B病院		C病院											
4	改善活動	①現状の把握「自己評価調査票」を使用して，院内の各部署で自己評価を実施し，現状把握を行う．更新受審の場合は，前回の指摘事項も確認．																									
		②改善方針の検討 自己評価の結果明らかになった問題点について，自院の実情に合わせた対策を検討																									
		③改善の実施 期限と責任者を明確にして，できるところから直ちに取組みを開始する．																									
		④改善内容の定着 改善した内容が十分に機能しているか確認しながら，実績を蓄積していく．																									
5	ケアプロセス調査プレゼンテーション練習および診療科・病棟決定	実行委員会のメンバーがサーベイヤ役となり，全病棟のケアプロセス調査プレゼンテーションを行う．その結果により本審査での診療科・病棟を決定する．														診療科・病棟決定（12/17）											
6	模擬訪問審査	受審支援を行っている業者による模擬審査（1日目書類確認，2日目面接および部署訪問，ケアプロセス調査）を実施し，当日の雰囲気や職員の動き，所要時間等を把握する．														11/17・18											
7	報告会・研修会・講習会	模擬審査結果報告会併せてサーベイヤによる院内研修会（12/16）院内意思統一直前講習会（1/6・7）																									
8	模擬面接練習およびケアプロセス調査プレゼンテーション練習	面接問答集を作成し直前面接練習および本審査での診療科・病棟の直前ケアプロセス調査プレゼンテーション練習を実施する．																									
	現況調査票提出（11月1日）・自己評価調査票提出（12月1日） **病院機能評価受審日（1月18日・19日）**																★	★	★								

＊公益財団法人日本医療機能評価機構ホームページ：受審のスケジュール≪サンプル≫[3] を参考に作成

Ⅴ　おわりに

病院機能評価については受審するのか，継続更新が必要なのかといった意見が散見される．当院では，地域中核病院の役割を果たす施設・組織構築を目指し，改善に取り組む活動と病院職員の視点ではなく患者の視点に立った第三者の目で評価を受けることで，当院の理念である「歩み入る人にやすらぎを　帰りゆく人に幸せを」が実現できるものと考えている．

3rdG では認定 3 年目に期中確認があり，今回の受審に向けて改善されたことを継続的に取り組むことが重要となってくる．今回の受審を「ゴール」ではなく，新たな「スタート」として捉え，指摘された課題を解決するのはもちろんのこと，医療の質の向上，安全・安心な医療の提供に，今後も職員全員が一丸となって取り組んでいけるものと認識する．

謝辞

お忙しい中，「症例トレース型ケアプロセス調査」について原稿依頼を快く引き受けていただいた先生方に深謝申し上げます．

開示すべき利益相反なし．

Ⅵ「症例トレース型ケアプロセス調査」4 病棟・4 診療科　報告

1.　A5 病棟：外科

病院機能評価　ケアプロセス調査を受審して

病院機能評価受審にあたり，ケアプロセス調査対策は，病棟単位での準備であり，その対策は，プレゼンターチームには残念ながら実際の調査形式のイメージングに乏しく，また調査に対する共通認識ができず調査項目表に従った調査内容の確認から開始することとなりました．

プレゼンテーション症例の選択は，プレゼンターの担当症例で高度技能手術の症例とし，且つほぼパス化された術後経過であった症例と決定し，調査項目とのすり合わせを進めていきました．

調査内容を整理していく中で，われわれの診療業務は，病棟看護師と医師の共同作業で業務が行われているが，実質運営での認識の違いを発見するなど，調査対策とは別に運営の具体的な議論と業務内容に対する認識を確認する作業も行うことができ，こうしたことは，病院機能評価受審の効果を感じることができた一面でありました．

さて，プレゼンテーションの実際となると，院内での練習会は，具体的な調査の内容と方法を学び，傾向と対策を学ぶものと考えていたところがあった我々にとっては，プレゼンターが作成したシナリオによるプレゼンテーションという要素が強く感じ取られ，各病棟単位でのプレゼンターチームがどのように対策しているかという評価の場でありました．プレゼンテーションはサーベイヤーとプレゼンターとの双方向になるような調査ではなく，シナリオでのプレゼンテーションとしての対策が要求されており，シナリオ等を作成し，配付される問答集から検討を重ねていくこととなりました．

シナリオを作成することで，プレゼンターチーム内でのプレゼンテーションの役割を考えることができ，どのようにスムースにプレゼンテーションできるかを検討する中で，少しずつ調査のイメージングがチーム内にできはじめました．

模擬審査を受けるにあたり，シナリオを作成したものの，実際の模擬審査ではシナリオプレゼンテーションではなく，双方向な調査でありました．その違いに戸惑いながらも，実際の審査の内容と方法，傾向と対策を具体化することができ有意義な模擬審査であった．ここでも，われわれのチームが考え出す対策シナリオでは，まだまだ病棟単位での看護師と医師の平面的なプレゼンターチームの要素が強かったものが，模擬審査を受けることでパラメディカルの先生方や緩和チーム，褥瘡対策チーム，ICT，そして NST の先生方，事務の方々と立体的かつ有機的なチームを形成することができるようになり，プレゼンテーションの質が向上したように思います．こうした有機的なつながりは，まさに病院機能評価受審の具体的な成果につながると感じさせられました．

病院機能評価本受審では，こうした立体的なチーム作りにともない，われわれのプレゼンテー

ションイメージングが具体的かつ共通認識として充実したことから，おおよそ双方向な調査に十分呼応できるプレゼンテーションができたかとチーム内では実感し終了することができました．本受審での業務に対するアドバイスは，深部静脈血栓症に対する評価と対策の院内標準規定でした．外科では，術後の薬物投与による対策を先進的に行ってはおりましたが，すべての入院患者に対する評価規定が不十分であることに気付かせていただきました．しかしながら，こうしたアドバイスをいただく以外，われわれの業務構築に間違いがないことを実感できる結果であったことは確かな自信につながるものでした．

今回，われわれのプレゼンターチームは，プレゼンテーションの具体的イメージが構築できるまで難渋しましたが，模擬審査の経験からプレゼンテーションイメージが構築することができるようになり，本審査を受け，病院機能評価の結果とは別に業務の立体的かつ有機的なつながりが構築できたことが我々にとっての大きな成果であったと考えました．

最後に，われわれのプレゼンテーションにご協力いただき，またアドバイスを頂きました方々に感謝申し上げます．

（文責：京都第二赤十字病院外科　山口　明浩）

2.　B3 病棟：消化器内科

ケアプロセス調査に関する当科での取り組みについて

当院は，日本医療機能評価機構による病院機能評価の認定を 2016 年 1 月に更新したが，今回の更新においては，ケアプロセス調査という新たな審査項目が含まれていた．本稿では，ケアプロセス調査の準備に際しての当科での取り組みにつき報告する．

ケアプロセス調査の概要については表 2 の通りであるが，典型的症例として受審病院での代表的疾患を提示することが望ましいとされており，入院患者数の多い当科がケアプロセス調査の担当診療科の一つに指名された．ケアプロセス調査に関する当科での取り組みの経過は表 3 の通りで，ケアプロセス調査の最終的な担当決定は模擬審査受審の頃であったと記憶しているが，病院機能評価に関する情報収集目的で 2015 年 5 月に 3rdG 認定病院を訪問した際も，病院からの指示により筆者が同行している．

ケアプロセス調査の担当病棟としては，当科関連病棟のうち当科入院患者数が最も多い B3 病棟に決まったが，主な提示症例については，多数の部署が関与しケアプロセス調査における説明内容をより多く含む症例を，病棟師長の推薦を踏まえてケアプロセス調査プレゼンテーション練習の際に決定した．その後，より条件を充たす入院症例を経験しなかったため，模擬審査，本審査を通して同じ症例を主な症例として提示している．また，当該症例の主治医が後期研修医であったため，サーベイヤーの質問に対する医師側の回答については主に診療部長が担当した．病院機能評価のサーベイヤーも担当されている先生の講演や，模擬審査，

表 2　ケアプロセス調査について（日本医療機能評価機構資料より引用）

1. 典型的症例を扱う病棟を訪問病棟として設定	
2. 典型的症例は，受審病院にとって代表的疾患であることが望ましく，日常診療を把握することができるような内容を優先して抽出	
3. 典型的症例（直近退院患者様 1 名分の診療録および退院時サマリーの記載内容）に沿って審査を進行	
受審病院側の説明内容	外　　来：診断・評価，治療方針の決定（入院決定） 入　　院：投薬・注射，周術期対応，輸血，栄養管理，リハビリテーション，症状緩和 退院支援：相談援助，退院調整，患者教育（服薬・栄養・リハビリテーションに関する指導） 退　　院：外来フォロー
サーベイヤーの確認内容	典型的な症例の計画的対応の有無や診療・ケアの妥当性 医療安全対策，感染制御対策 診療記録，退院時サマリー 医師・看護師の体制およびリーダーシップ チーム医療への対応 手順遵守状況
4. 2 症例目以降の確認事項（1 症例目の抽出内容により異なり，入院中の患者でも可）	ハイケアユニットで治療中の患者（人工呼吸器使用患者等） 身体抑制中の患者 褥瘡が認められる患者 ターミナル期の患者

表 3　ケアプロセス調査に関する当科での取り組みの経過

2015 年 5 月 28 日	3rdG 認定病院訪問（ケアプロセス調査を含む機能評価に関する情報収集）
6 月 17 日	C4 北病棟ケアプロセス調査プレゼンテーション練習において症例提示
7 － 10 月	他病棟ケアプロセス調査プレゼンテーション練習の見学
10 月 22 日・11 月 4 日	下記打合せ
11 月 6 日	B3 病棟ケアプロセス調査プレゼンテーション練習において症例提示
11 月 16 日	下記打合せ
11 月 18 日	模擬審査での B3 病棟ケアプロセス調査において症例提示
12 月 16 日	模擬審査講評，講演会
12 月 25 日 2016 年 1 月 7 日	下記打合せ
1 月 13・14 日	下記リハーサル
1 月 18 日	機能評価当日の B3 病棟ケアプロセス調査において症例提示

病院機能評価を受審した他施設からの情報等を踏まえて，プレゼンテーションの内容を診療部長，主治医，病棟師長・係長で検討したが，受審病院側の説明内容のうち主症例で充足出来ていない項目については，直近の他の症例で提示した．なお，電子カルテに保存されている書類等に関しては，書面でも提示できるように準備し，提示内容や書類，マニュアル類については，関連部署も参加の上，リハーサル時に確認している．

以上が今回の経過であるが，ケアプロセス調査の準備に際しては，診療科と病棟，関連部署の協力が重要であり，関連各部署との調整や，資料等の準備においては病棟師長・係長の尽力が大きかったことを強調しておきたい．

（文責：京都第二赤十字病院消化器内科　宇野　耕治）

3.　A7 病棟：婦人科

「症例トレース型ケアプロセス調査」に向けての取り込み

症例を通したケアプロセスを行うにあたって，まず症例を選択し内容を経時的に整理し，そのつど必要な書類・記事内容につき電子カルテから抽出し，その内容から「機能評価用シナリオ」を作成し，その内容でシミュレーションを行い本番に備えた．

①　症例選択

外科系の症例から，手術症例が妥当と考え選択．一人の患者にてすべての評価対象の調査項目を網羅するには限界があり，2 人～ 4 人の患者データから抽出を行なった．

②　電子カルテからの抽出

「定型文書」「スキャナ」の内容を整理した（以下にメイン症例の内容を表示（図 1））．「記事内容」等は必要分を日付で抽出した．

③　資料・シナリオの作成

メイン症例は時系列に沿ってシナリオを作成（図 2），他の症例は問題内容（DNR，身体抑制，NST，リハビリ，褥瘡，輸血，緩和ケア，ターミナル，退院調整）ごとで説明資料のリストを作成した．

④　シミュレーション

作成した資料に従い，画面に表示する資料を可能な限りすみやかに表示できるように取り組み，それに沿ってそれぞれの項目に担当者が答えられるようにシミュレーションを行い，本番に臨んだ．

以下に資料を提示する．

（文責：京都第二赤十字病院産婦人科　福岡　正晃）

（定型文書）
7/27　造影 MRI 同意書
7/30　造影 CT 同意書
8/06　麻酔をうける方のために，麻酔術前質問表
8/06　手術チェックカード（麻酔科）婦人科 2014，術前中止薬報告書
8/13　持参薬確認書
8/14　麻酔同意書，手術合併症について，悪性腫瘍での合併症について
　　血液に由来する感染症の血液検査に関する「説明と同意」についてのお願い
　　輸血および血漿分画製剤使用に関する説明と同意書
8/27　手術室麻薬準備表
8/30　患者参画説明書
9/11　退院療養計画書 Ver2

（スキャナ）
7/27　他院紹介状，外来問診表，造影 MRI 同意書
7/31　造影 CT 同意書
8/14　所見レポート（手術内容説明書）
8/19　手術関連（術前訪問用紙，麻酔同意書，手術同意書，輸血同意書）
8/30　入院診療計画書，栄養管理計画書
8/31　超音波所見，手術チェックカード
　　手術関連（看護記録，麻酔記録）
9/07　超音波所見
9/11　手術後説明（病理を含む）

図 1　「定型文書」「スキャナ」一覧

＃ 1，自己紹介

外来初診

＃ 2，症例の概要から．2015 年 6 月の人間ドックにて CA125 の高値を指摘され，7 月 27 日に精査目的に当院地域連携室を通じて紹介初診．（婦人科）
T「スキャナ」7/27 ①紹介状を提示，T「スキャナ」7/27 ③問診カード
＃ 3，初診時所見，超音波検査にて左卵巣腫大，卵巣癌疑いの診断．（婦人科）
T「外来サマリ」7/27 超音波所見，
＃ 4，検査をすすめるとともに手術予定を検討．
術前検査，画像検査追加，T「スキャナ」7/27 ②造影 MRI 同意書
T「外来サマリ」7/23 読影レポート（婦人科）
グループウエア 8/31 手術枠の確保にグループウエアの利用．
共有フォルダ「15_ 産婦人科」その使用に当たってスタッフで共有するためのマニュアル
＃ 4 − 2，手術申し込み
＃ 5，手術日の前日に入院してもらっているが，月曜日の手術の場合，手術前の入院期間を短縮するため，日曜入院体制をとっている（現在は人数限定）．
日曜入院のとりきめは，婦人科外来手順のなかにあり．（婦外来看護部）
予定の組み方（ステップ 1・2）は婦人科外来手順「49」紙マニュアルです．

＃ 6，入院後の説明等を外来で事前に済ませるための体制
8/06 ステップ 1，T「定型文書」8/6 ①麻酔をうける方のために，
T「スキャナ」8/19 麻酔科術前質問書，（事務）
T「定型文書」8/6 血液に由来する感染症の血液検査に関する「説明と同意」についてお願い
T「スキャナ」8/31 ①手術チェックカード作成（婦人科）
中止薬報告書（印刷）T「くすりの継続・中止・再開について」8/6（薬剤部）
（8/13 持参薬確認書）
8/14 ステップ 2，婦人科説明 T「診察記事」8/14（婦人科）
T「スキャナ」8/14（所見レポート），
T「定型文書」8/14（手術合併症）（悪性腫瘍手術の合併症について）
（輸血及び血漿分画製剤使用に関する説明と同意書）
T「スキャナ」8/19（手術同意書）（輸血同意書）は同意書で入院時に確認
麻酔科説明（T「入院支援」「診察記事」8/14）（麻酔科）
T「スキャナ」8/19（麻酔同意書）は同意書で入院時に確認
薬剤部説明 T「くすりの継続・中止・再開について」8/14（薬剤部）

入院前

＃ 8，術前カンファレンス
共有フォルダ「15_ 産婦人科」カンファレンス記録（婦人科）

入院後

（入院時）
＃ 9，入院時所見・術前説明（再確認）（医師・看護師）
必要時指示確認（婦人科）
＃ 10，病棟案内，アナムネ聴取（病棟看護部）
T「スキャナ」8/30 ①入院診療計画書，
T「スキャナ」8/30 ②栄養管理計画書，
紙総合評価表，経過表「プロフィール」成人用看護プロフィール，
T「看護計画各種」看護計画，
同意書確認（T「スキャナ」8/19（手術同意書）（輸血同意書）（麻酔同意書））
＃ 11，薬剤部面談 T「くすりの継続・中止・再開について」8/30（薬剤部）
（手術日）
＃ 12．病棟・手術室・術中（手術室看護部）
T「スキャナ」8/31 ①周術期チェックカード作成
参照 2「手術室業務」手術看護計画，手術看護記録，
T「スキャナ」8/31 ②手術室褥瘡チェックシート
T「抗菌薬投与」 術中抗生剤，
T「スキャナ」8/31 ③（手術関連記録）麻酔記録
（術直後）
＃ 13，術後の説明，T「診察記事」8/31
T「手術記事」8/31 手術記録
（術後経過）
＃ 14，術後の合併症での対応（今回は発熱・薬剤性肝障害の疑い）
消化器内科へ対診 T「院内紹介」（9/9）（9/9 ②）（9/10）
T「部門システム」（9/4）（9/14）（9/18）薬剤管理指導
参照 2「服薬指導参照」
＃ 15，リンパ浮腫予防指導依頼 T「部門システム」9/3，T「リンパ浮腫予防指導」9/7
＃ 16，術後結果の患者説明，退院時含め
T「診察記事」9/11 退院時説明，T「スキャナ」9/11（婦人科）
参照 1「病理検査結果」，再掲 T「部門システム」9/18 薬剤管理指導（薬剤部）
T「定型文書」退院療養計画書（病棟看護部）
＃ 17，術後結果に関して病理部とのカンファレンス
共有フォルダ「15 産婦人科」病理合同カンファレンス内容
＃ 18，前医への診療情報提供
Yahgee（退）産婦 8 月 30 日　診療情報提供

図 2　機能評価シナリオ
T「　」は電子カルテ記事のタイトル

4.　B5 病棟：血液内科

病院機能評価における「症例トレース型ケアプロセス調査」の経験について

去る 2016 年 1 月に受審した病院機能評価の「症例トレース型ケアプロセス調査」で，当科症例を発表する機会を与えられた．その経験について，準備から本審査での発表までの取り組みと感想をここに報告する．

「症例トレース型ケアプロセス調査」では，入院前の外来から，入院，検査，治療，退院，退院後にいたる切れ目ないケアの提供について，さまざまな質問がなされる．多職種，部署によるチーム医療がおこなわれていることを表現する必要があるため，まずは適格な症例の選択を心掛けた．

表 4　（第 1 症例）

ケアプロセス調査項目			記録	提示記録
外来	○紹介患者か否か（2.2.1） ○緊急入院か予定入院か（2.2.2,2.2.3,2.2.4,2.2.5）	1	入院の決定に関わる医師の記載．紹介元への返事	
		2	入院に関わる患者・家族への説明・同意	
		3	入院に関わる患者・家族の受け止め内容の記載	
		4	外来処置室における処置のオーダーとケア	
		5	即入院または入院予約におけるベッドコントロール・食事など	
入院	○患者の迎え	6	患者の状態と搬送方法	
	○病室への案内とオリエンテーション（2.2.4,2.2.5,2.2.7）	7	転棟・転落アセスメントスコアシート	
		8	褥瘡に関する診療計画書	
		9	栄養管理計画書	
		10	患者プロファイル	
	○担当看護師の紹介 ○担当医師の紹介	11		
	（2.2.5）	12	入院診療計画書の作成	
		13	入院診療計画書の説明と同意	
		14	入院診療計画書に関わる患者・家族の受け止め内容の記載	
		15	看護計画・看護指示の記載と説明	
		16	看護計画・看護指示に関わる患者・家族の受け止め内容の記載	
検査	○追加検査（2.2.3）	17	追加検査の必要性の記載	
		18	追加検査のための各種検査に関わる説明と同意	
		19	追加検査に関わる患者・家族の受け止め内容の記載	
治療・手術	○治療決定（2.2.4,2.2.5）	20	診療科カンファレンス（治療決定の経緯）	
		21	治療に関わる説明と同意	
		22	治療に関わる患者・家族の受け止め内容の記載	
		23	治療に関わる看護計画・看護指示の記載と説明	
		24	治療に関わる看護計画・看護指示に関わる患者・家族の受け止め内容の記載	
	○手術の場合（2.2.12）	25	手術に関連した問題点の関連領域の専門科からの意見聴収	
		26	手術申し込み	
		27	麻酔申し込み	
		28	必要に応じて ICU 申し込み	
		29	術前オリエンテーション（ベッドコントロール画面で説明）	
		30	術前処置	
		31	麻酔科術前訪問	
		32	手術室看護師術前訪問（必要に応じて ICU 看護師訪問），適切な合併症予防計画策定	
		33	麻酔科カンファレンス（麻酔方法の決定）	
		34	手術室入室	
		35	抗生剤投与	
		36	手術　患者及び部位確認方法	
		37	手術　麻酔記録	
		38	手術　術中看護記録	
		39	手術　術中標準看護計画	
		40	速やかな病棟帰室（必要に応じて ICU 入室）	
		41	患者・家族への手術結果説明	
		42	患者・家族の受け止め	

ケアプロセス調査項目			記録	提示記録
投薬・注射	○薬物療法（2.2.10）	43	手術室看護師の術後訪問	
		44	持参薬の確認・持参薬処方のオーダー・薬歴管理	
		45	薬物療法の関わる病棟カンファレンス	
		46	薬物療法の必要性・リスクなどについて説明・同意（化学療法を含む）	
		47	薬物療法に関わる患者・家族の受け止め内容の記載	
		48	服薬指導内容の活用記録	
		49	服薬指導に関わる患者・家族の受け止め内容の記載	
		50	注射薬の調整・混合	
		51	投薬の 5 原則	
		52	抗癌剤のレジメン管理及び，ハイリスク薬剤の取り扱いに関する病棟内周知と明示	
		53	リスクが予想される薬剤の投与開始後 15 分程度の観察・記録	
		54	服薬・注射実施確認の記録	
	○輸血（2.2.11）	55	輸血療法の実施に関する指針・血液製剤の使用指針に従い実施	
		56	輸血療法の必要性とリスクにつき説明と同意	
		57	輸血療法に関わる患者・家族の受け止め内容	
		58	輸血開始 5 分間の継続的観察と 15 分後の観察	
		59	輸血終了後の患者の状態・副作用の観察	
		60	輸血後の効果の検証と感染症検査	
栄養管理	（2.2.15）	61	入院時からの栄養状態のスクリーニング及び食餌アレルギーの把握	
		62	食事摂取状態の観察，栄養評価	
		63	NST 介入の必要性の評価と依頼票の作成	
		64	NST 回診・カンファレンス	
		65	治療食についての説明・同意	
		66	治療食についての説明・同意に関わる患者・家族の受け止め内容	
		67	経過観察と NST 再評価・定期的な回診	
リハビリテーション	（2.2.17）	68	検査結果や臨床的な観察，ADL 評価からリハビリテーションの必要性を検討	
		69	リハビリテーションの依頼によるリハビリテーション科医師の診察	
		70	リハビリテーション指示書の作成	
		71	療法士による計画書の作成	
		72	実施にあたって患者・家族に説明・同意	
		73	休日中のリハビリテーションの実施	
		74	リハビリテーションカンファレンス	
		75	リハビリテーション科医師による計画書の定期的な評価	
症状緩和（疼痛緩和）	（2.2.16）	76	症状緩和の必要性の評価（VAS などの数量化した評価を行う）	
		77	麻薬使用による疼痛緩和の場合は患者・家族に説明・同意	
		78	患者・家族の受け止め内容	
		79	必要時緩和ケアチームに依頼（緩和ケアチームにコンサルト）	
		80	緩和ケアチーム回診・がん看護カンファレンス・病棟カンファレンス	
		81	患者の症状などを観察・対策の評価	
相談援助	（2.2.6）	82	相談内容は社会事業部に窓口を一本化し相談内容に応じて適切な職種が対応する仕組みが機能している	
		83	相談内容や経過は診療録に記載する	
退院調整	（2.2.19）	84	診療・ケアの継続と療養環境の確保のため早期から評価	
		85	患者・家族から退院後の療養支援の状況について情報を収集	
		86	退院調整看護師による多職種での合同カンファレンス	
		87	在宅・転院どちらでも必要な家族への指導・服薬指導・栄養指導	
		88	退院療養計画書，看護サマリ	
退院	（2.2.19）	89	入院中から在宅療養に向けての支援が行われ，診療所や訪問看護事業所などと連携する機能が整備されている	
		90	早期から在宅復帰へのアプローチや療養生活についての指導	

2016 年 1 月に審査がおこなわれたため，呈示する主症例は直近に経験したものとし，かつ，治療内容が難解とされがちな当科疾患のなかでも，治療法が確立し，治療過程が明解な，当科の代表的疾患である初発急性骨髄性白血病の症例を選択した．症例呈示は，ケアプロセス調査で必要とされる入院前，入院後から退院までの説明事項の一覧（表 4）にしたがい，順を追って説明ができるよ

表 5　（2 症例目以降の対象）

ケアプロセス調査項目			記録
集中治療室で治療中の患者（2.2.13）	人工呼吸器使用患者など	1	重症患者の診療・ケアに当たっては，患者の重症度の評価が行われ，院内の基準に基づいて各種の集中治療室や一般病棟が選択され，さらに，病状に応じた病床が決定されている
		2	易感染者としての配慮がなされている
		3	診療・ケアの責任者が明確で，常に連絡のつく状態にある
		4	ICU 等の場合，主たる責任者が病棟の主治医であるのか，ICU の担当医であるのか明確である
		5	医師は誰かが呼び出しで直ちに駆けつけられる状態である
		6	ケアについては患者の看護必要度に応じて他部署からの応援が受けられる，認定看護師，専門看護師が担当している
		7	必要に応じて臨床工学士，感染対策チーム，褥瘡対策チーム，薬剤師，療法士，管理栄養士などが関与している
身体抑制中の患者（2.2.18）	安全確保のため，必要時に身体抑制が適切に行われている	8	直近の患者状態から身体抑制の可能性・必要性が議論され，事前に患者・家族に説明し同意を得ている
		9	医師が判断の考え方や基準を示して包括的な事前指示を出している場合→ 看護師の判断で緊急避難的に身体抑制が実施されることがあっても差し支えない →事後，速やかに医師に的確な報告を行うと共に患者・家族に説明，指導を得ている 医師の指示に基づき一定の条件を満たした場合は看護師の判断で解除して良い →事後，担当医に報告し了解を得ている
		10	身体抑制の説明と同意書に関しては，切迫性，日代替性，一次性の 3 原則に則り，当面の実施予定期間が明記され，状況に応じて適宜解除される旨が記載されている
		11	身体抑制の適応基準と共に，抑制中の観察記録や解除に向けた定期的な議論の場を設けている
		12	身体抑制の実施中は患者の状態・反応の観察が頻回に行われ記録されている
		13	常に解除の可能性を議論できる観察記録を作成している
褥瘡が認められる患者（2.2.14）	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	14	褥瘡リスクの評価や発生予防・治療に向けた取り組みが全入院患者に対して行われている
		15	専任医師や認定看護師などの専属配置があり，褥瘡対策チームとして回診を含む積極的な活動をしている
		16	褥瘡の発生要因について，局所的要因，全身的要因，社会的要因などの客観的データを収集し，入院時及び入院後も定期的に評価が行われている
		17	ハイリスクと判断された患者，褥瘡患者については必要な予防・治療が速やかに実施されている
		18	栄養状態の評価，栄養状態改善計画の立案，ADL 改善のためのリハビリテーションの実施まで，多職種が協議して治療に当たっている
		19	体位変換は適切な頻度で複数者で行っている
		20	褥瘡の新規発生数（率），や持ち込み症例数等は治癒率と共にデータベース化しており，病棟ごとのケアの改善に活用している
		21	褥瘡のリスクが低い場合でも，新たな褥瘡の形成は防止すべく常に対策を考えている
ターミナルの患者（2.2.21）	患者・家族の意向を尊重した対応が行われている	22	ターミナルステージ：医学的に近い将来予測される死に対して，本人・家族・関係者がこれを認識し，死の準備をする時期
		23	ターミナルステージにおける患者・家族のケアの要点が理解され援助されている
		24	ターミナルステージの判定を行う際は，判断基準を基に個々の患者についてその適応を多職種で評価している
		25	患者・家族に対する援助，診察・ケア計画が患者・家族の意向を十分に尊重して，多職種で立案されている
		26	院内でターミナルステージに応じたケアの基準・手順が整備されている
		27	DNR は（患者）・家族の意思確認と説明がされている，揺れ動く（患者）・家族の心理過程を読み取り，ケア計画や DNR の確認と共に丁寧な説明をしている
		28	患者・家族の心理過程や QOL，療養環境に配慮して医師，看護師，薬剤師，精神科医，専門看護師，社会福祉士，臨床心理士など多職種によるサポートプログラムが実施されている．
		29	最後まで尊厳を保ったケアが展開できるような基準・手順の整備と，実施をしている
		30	死後の処置は，患者・家族の要望に配慮されている
		31	ドナーカード保有者に対する対応や剖検の承諾と実施については手順が明確で遵守されている

うに準備をし，担当医が主導することとした．また，同症例のみでは説明が困難な事項（表 5）については，他症例を複数呈示し，補足することとした．なかでも，同種造血幹細胞移植症例では，医師，看護師，薬剤師のみならず，リハビリテーション科の理学療法士，栄養課の管理栄養士，事務職員など，多種職・部署のメンバーが集まり，移植前カンファレンスをおこなうため，当科のチーム医療の典型例として呈示した．また，本審査で円滑にプレゼンテーションができるように，事前にある程度のシナリオを作成して，各部署とその情報を共有し，おのおのが説明する事項の確認をおこなった．審査の際に提示が求められる病状，検査，治療についての説明文書や同意書，院内マニュアルなどの各種書類は，電子カルテ上のみでなく, 書面でも提示できるように準備をした．さらに，他科・他病棟のプレゼンテーションの予行練習や，サーベイヤーをされている先生の講演会に出席し，本審査前に模擬訪問審査を経験してその講評を聞いたうえで，本審査でのサーベイヤーからの質問を想定して，回答できるように準備をおこなった．さらに，血液内科や B5 病棟の特性，特徴，目標，セールスポイントなどについて，おのおのが発言できるように心構えをし，実際に本審査ではそのむねを発言した．

筆者は，今回初めてケアプロセス調査での発表を経験した．個人的な感想としては，その準備をおこなう過程で, 院内マニュアルや各種取り決め, 手順などを再確認し, その理解を深めると同時に, 一部の不足，不備などにも気づくこととなった．また，他職種・部署の業務内容のよりよい理解にもつながった．さらに，審査では電子カルテの記事にそって症例呈示をおこなうため，カルテ記載をこれまで以上にもれなく，正確に，詳細にするよう心掛けるようになった．そしてそのことは，日常診療において，病状，検査，治療などの説明や同意取得，医療行為自体を，いっそう丁寧に，かつ多職種，部署と協力してチームとしておこなうことで，より安全で良質な医療を提供できるとの再認識におおいに役立ったものと考えている．

（文責：京都第二赤十字病院血液内科　河田　英里，魚嶋　伸彦）

参 考 文 献

1）神保勝也．病院機能評価最近の動向：http://medical.radionikkei.jp/byoyaku/byoyaku_pdf/150406.pdf[accessed 2016-8-31]

2）公益財団法人日本医療機能評価機構：病院機能評価機能種別版評価項目解説集　一般病院 2（3rdG：Ver.1.1）

3）公益財団法人日本医療機能評価機構ホームページ：http://jcqhc.or.jp/pdf/works/sample.pdf[accessed 2016-8-31]