

原著：秋田大学医短紀要 9 (2)：171-178, 2001

英国における理学療法サービスの質管理 (第2報) 理学療法サービスの業務評価

進 藤 伸 一

はじめに

理学療法サービスの質管理において、理学療法指針・標準¹⁾を臨床の場に導入する手段が理学療法サービスの業務評価 (clinical audit)²⁾である。理学療法を含む保健関連職種の業務評価の原型として、クリミア戦争での負傷兵士の死因が、戦傷そのものより院内感染によることが大きいことをフローレンス・ナイチンゲールが突き止め、衛生と食事の改善によって死亡率を40%から2%に下げた例がよく挙げられる³⁾。こうした保健医療の質管理の試みを、方法論として体系化したのが保健関連職種の業務評価なのである。

英国においては、1990年から医師の業務評価 (medical audit) が、1991年からは理学療法など保健関連職種の業務評価が導入された⁴⁾。日本でも任意ながら、1997年から医療機関の機能評価が始まっている⁵⁾。今のところ、理学療法サービスはリハビリテーションの枠内で評価されているが、今後は個別職種のサービス評価が求められるようになると思われる^{6, 7)}。

第1報では、英国における理学療法サービスの基準となる、理学療法指針・標準の開発と現状について述べたが、第2報では、英国におけ

る理学療法サービスの業務評価の概要と、理学療法サービスの質管理の特徴について述べたい。

1 保健関連職種の業務評価とは何か

国民保健サービス (以下 NHS と略) の定義では、「保健関連職種の業務評価とは、関連資源がどう使われたか、また患者の成績と QOL に対する介入効果の調査を通して、診断、ケア、治療のために行われた処置を体系的に分析することである」⁸⁾としている。

この定義は抽象的すぎるため、理学療法の文脈で説明したものを紹介すると、「業務評価とは、サービス提供の体系的評価である。サービスには直接的、間接的な介入プロセスとその最終成果が含まれる。収集されたデータは、適切な改善を行うための貴重な情報となる。また、使用可能な資源 (費用、知識・技術、時間) の範囲内で、患者や介護者に質の高いサービスを効果的・効率的に提供するための業務標準・評価基準を通して、根拠に基づいたケアを保証する」⁹⁾ものとしている。

要するに保健関連職種の業務評価とは、①使用可能な資源の範囲内で、②質の高いサービスを、③効果的・効率的に提供するため、④社会

秋田大学医療技術短期大学部
理学療法学科

Key Words：英国
理学療法
質管理
業務評価

的に確認された業務指針・標準、あるいは優れた研究成果に基づいた理学療法を、⑤臨床現場に導入するための手段である、ということができるであろう。

II 理学療法サービスの業務評価の対象と方法

1. 理学療法サービスの業務評価の対象

理学療法サービスの評価も、他の医療サービスと同じく、構造(structure)、過程(process)、結果(outcome)の3つの側面から行われる。理学療法サービスの評価項目の例を表1に示す⁴⁾。

構造の評価とは、サービス提供の前提となる、施設・設備、人員、研修、管理体制などの環境が、どのように準備されているか評価するものである。

過程の評価とは、初回評価から退院もしくはフォローアップがあればその終了まで、実際に提供されるケアやサービスを、患者がどう経験

するか評価するものである。最新の根拠に基づいた評価や治療・指導が提供されているか、患者への対応は適切か、などが評価される。これに伴う記録や報告書の作成なども含まれる。

結果の評価とは、構造、過程を含む理学療法サービス全体が、患者にもたらした結果を評価するものである。ここでいう結果とは、理学療法サービスの基準として事前に定めた理学療法指針・標準、あるいはすでに公表されている研究報告と比較して、サービス内容がどこまで到達しているかの結果であって、いわゆる理学療法の治療効果を明らかにするための臨床結果とは異なる。

業務評価の初期段階では、簡便なこともあって構造の評価が中心であったが、最近では過程や結果の評価が重視されてきている^{4, 7)}。

2. 理学療法サービスの業務評価の方法

理学療法を含む保健関連職種の業務評価は、図1に示すような一連のサイクルにそって行われる⁴⁾。以下、このサイクルの各課題を簡単に説明する^{3, 4, 10)}。

1) 課題の決定

サイクルは評価課題の決定から始まる。最も簡便で一般的な方法は、スタッフによるブレインストーミングで決める方法である。一般に、理学療法の実施頻度が高く、リスクが高く、しかも費用が高価である課題が良いとされている。課題決定においては、とくに患者や利用者からの視点が重要であり、患者満足度調査や患者・利用者からの苦情内容を考慮することが期待されている。

2) 指針・標準の設定

課題が決まったら、現在の業務内容が適正かどうかの判断基準となる理学療法指針・標準を設定する。指針・標準の設定は、恣意的であってはならず、①全国指針、②地域指針、③専門職能団体の方針、④研究・開発の成果、そして⑤各施設の対外契約事項を踏まえたものでなければならない。

3) 業務の観察・調査

業務指針・標準に基づいて、実際の業務を観

表1 理学療法サービスの評価項目の例

1. 構造の評価
1) 設備・備品
2) スタッフ
3) 研修
4) 労働環境
5) 予約システム・待機患者名簿
2. 過程の評価
1) 記録
2) 評価手順・説明
3) 実際の介入
4) 退院(終了)手順・指導
5) 患者への対応
3. 結果の評価
1) 患者満足度
2) 健康レベルの結果
3) 機能レベルの結果
4) 能力レベルの結果
5) 社会的不利レベルの結果

注) 文献⁴⁾から作表

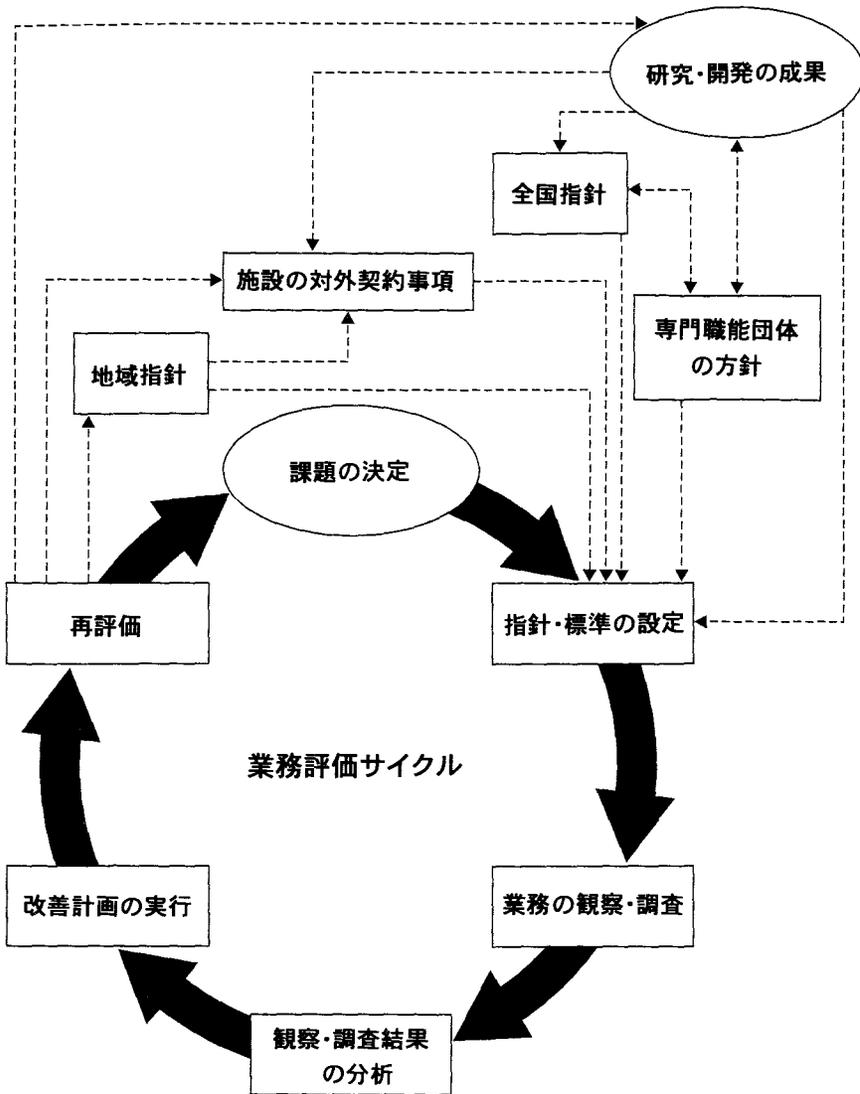


図1 保健関連職種の業務評価サイクル

察・調査する。業務全体を調査することは、実際は不可能なことが多いので、多くは標本を抽出して行われる。研究と異なり厳密な規定はないが、一般に標本数は20～100が目安となる。

4) 観察・調査結果の分析

ここでは、観察・調査結果を設定した指針・標準と比較する。改善の必要性が明らかになった場合は、改善計画について検討する。この場合、指針・標準に到達しなかった例を分析する

ことはもちろんだが、到達している例の分析からも有益なヒントが得られる。

5) 改善計画の実行

この段階で重要なことは、十分に練り上げた改善計画を作ることにある。改善計画には、①明確な課題、②各課題ごとの責任者、③各課題実行の日程、④各課題実行の判定基準、⑤再評価の日程、が含まれている必要がある。

6) 再評価

課題についての再評価を行い、改善計画や指針・標準の妥当性について検討する評価サイクルの最終段階である。改善計画の実行から再評価までは、一定期間必要であるが、最長で1年、多くは6ヶ月、簡単な計画では3ヶ月を目安にする。再評価の結果が満足であれば、新しい課題の決定へと進むが、不満足であればこのサイクルが繰り返される。また、再評価の結果、指針・標準そのものの見直しが必要と思われる場合は、必要な部署に反映させる。

このサイクルを繰り返しながら、新しい課題を決定したり、指針・標準をより高く設定して、螺旋階段を少しずつ登っていくように、理学療法サービスの質全体を継続的の向上させていくのである。

III 理学療法サービスの業務評価の実際

1. 業務評価ツール

英国理学療法協会は、2000年に理学療法基本標準(第3版)¹¹⁾、理学療法サービス標準¹²⁾と、これらの標準に基づいて理学療法サービスを評価するための業務評価ツール¹³⁾を完成させた。このツールは、①患者記録、②継続的職能開発、③同僚評価、④患者フィードバック、⑤サービス業務、の5つの分野のツールから成り、評価方法とデータ収集用紙が載っている。

この業務評価ツールの内容を知るために、具体例として、「患者記録」のデータ収集用紙のはじめの数項目を表2に示す。この「患者記録」のチェック項目は、全部で60あり、最後に地域や施設独自の項目も必要に応じて追加できるスペースが設けてある。「同僚評価」以外はこの方式であるが、「同僚評価」は、評価者と被評価者の話し合いに基づいた要約のみ記載するものになっている。これは、同僚評価の結果が勤務評定に使われることを避けるためである。

理学療法標準が、こうして業務評価されることを通して、実際の業務に取り込まれ定着していくのである。

2. 業務評価の実際例

表2 患者記録の業務評価データ収集用紙の一部

評価基準	有	無
1. インフォームド・コンセント		
患者の同意が記録される。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 評価		
以下のデータ収集の記録がある。		
1) 自分のニーズに対する認識	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) 患者の期待	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) 個人的プロフィール	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) 現在の健康状態・問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) 既往歴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) 受けている治療と服薬中の薬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) 禁忌・予防措置・アレルギー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) 社会・家族歴・生活様式	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) 関連事項の調査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 検査		
以下の理学的検査の記録がある。		
1) 観察	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) 特殊な検査用具・技術の使用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) 触診・ハンドリング	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
以下、省略		

注) 文献¹³⁾から作表

ここで、理学療法サービスの業務評価の実際例⁴⁾を1つ紹介する。表3は、呼吸障害患者の理学療法記録の業務評価の要約である。

この業務評価は、英国理学療法協会の呼吸理学療法グループが、記録に関する標準を設定したのを受けて、地域総合病院の呼吸障害患者の理学療法記録の実態を明らかにするために行われたものである。標準は、表3に示した8項目の記録を要求している。調査の結果、標準を満たしていた記録は40%で、特に呼吸パターン、触診、エックス線所見の不足が明らかとなった。

チーム会議では、改善計画を決定したが、再評価の結果、標準の達成率は47%に止まっており、改善の余地がまだあるとして改善計画を再検討することになった。再評価で大きな改善が

表3 呼吸障害患者の理学療法記録の業務評価例

1. 目的

英国理学療法協会の呼吸理学療法グループが、記録に関する標準を定めた。この業務評価は、地域総合病院の呼吸理学療法チームにより、現在の記録がこの標準に到達しているかどうか明らかにするために行われた。

2. 標準

標準は、以下の8項目の記録を要求している。

- ①現在の症状の経過 ②喫煙 ③呼吸パターン ④触診 ⑤聴診
⑥エックス線所見 ⑦理学療法士の完全な署名 ⑧測定可能な治療目標

3. 調査方法と結果

各理学療法士は、最近担当して終了した10名の患者記録を提出し、標準にどこまで到達しているか調査した。その結果、8項目すべて書かれていた患者記録は、全体の40%であった。特に不足していた項目は、呼吸パターン、触診、エックス線所見、であった。

4. 改善計画

チーム会議の結果、①業務を標準に合わせるよう一層努力すること、②呼吸障害患者用にデザインされた評価用紙を作成すること、③数ヶ月後に再評価すること、が確認された。

5. 再評価の結果

標準の達成率は47%となった。しかし、触診とエックス線所見の記録は、不足のままだった。作成した評価用紙は、よく用いられていたが、標準の達成率はまだ不十分であり、改善計画についてさらに検討する必要がある。

注) 文献⁴⁾から作表

見られなかったのは、改善を各理学療法士の努力に任せてしまい、先に述べた改善計画の原則にしたがった、具体的な計画を作成しなかったためと思われる。

この例のように、現実には標準の達成率は必ずしも高くない課題も多い。だからこそ、業務評価に取り組み、サービスの質向上に努力している、というのが英国の理学療法業務の実際なのである。

3. 職場におよぼす業務評価の効果

業務評価は、理学療法サービスの質向上を通して患者・利用者に利益をもたらすだけでなく、取り組んだ職場にもいろいろな効果をもたらす³⁾。その代表的なものを表4に示す。

表4 職場におよぼす業務評価の効果

1. 参加したスタッフの学習を促進する。
2. 「患者中心の理学療法」を促進する。
3. チームのモラルを促進する。
4. 職場の日常業務に計画性を持ち込む。
5. 職場にある資源の有効活用を促進する。
6. マンネリ化しやすい職場を活性化する。

注) 文献³⁾から作表

業務評価では、標準や指針を設定するのに学習する必要があるため、参加したスタッフの学習が促進される。また、業務評価に取り組むことは、理学療法基本標準の核である「患者中心の理学療法」サービスをチームでめざすことに

なり、チームのモラルを向上させる。さらに、業務評価は業務評価サイクルを通して職場の日常業務に計画性を持ち込み、各職場にある限られた資源の有効活用を促進する。そして、マンネリ化しやすい職場の体質を、業務の見直しを通して活性化させるのである。

IV 英国における理学療法サービスの質管理の特徴

最後に、第1報、第2報を通して、わが国に参考になると思われる英国の理学療法サービスの質管理の特徴について述べたい。

1. 全体的質管理

質管理の手法には、最低レベルの質を保証しようとする質保証 (quality assurance, QA) や、最適基準や最高基準などの段階的目標を設定してそれを目指す質改善 (quality improvement, QI) と、このような目標とする質のレベルを想定せず、現状の質を少しずつ向上させていく全体的質管理 (total quality management, TQM、継続的質改善と同意) があるが⁷⁾、英国の質管理の特徴は、この全体的質管理を採用していることである。

全体的質管理は、ボトムアップ方式の質管理ともいわれるが、英国では、先に述べた業務評価サイクルの各段階を、各職場スタッフの自発的「参加」を前提として取り組んでいる。そのために、スタッフ間のコミュニケーションの重要性を特に強調しており、意思統一のための話し合いそのものが、スタッフの意識改革を促進し、業務評価を成功に導く要因とされている^{3,4)}。

全体的質管理の手法は、もともと日本の産業界で開発され、世界的に普及した quality control (QC) 運動などの「改善」運動を医療に導入したものであり、日本において理学療法サービスの質管理に取り組む場合も、受け入れやすい方法と考えられる。

2. 患者・利用者参加の強調

NHS は、保健サービスの計画、モニター、開発における利用者参加を強調しており、理学療法サービスの業務評価においてもこの方針が貫かれるよう要請している¹⁴⁾。サービス受益者である患者・利用者が、理学療法指針・標準の開発や業務評価に関わることは、指針・標準や業務評価の質を向上させ、最終的には患者・利用者に大きな利益がもたらされるというのである^{15, 16)}。

具体的な方法としては、業務評価の、①課題の決定、②指針・標準の設定、③治療やケアのモニター、④改善計画への提言、⑤質改善の成果の普及などの分野で、患者・利用者、個人または団体として①アンケート調査やケース研究の対象者、②フォーラムやワークショップの参加者、③業務評価チームや支持団体のメンバー、などとして参加してもらうのである¹⁷⁾。

英国で、医療サービスの質管理に患者・利用者参加が特に強調されはじめたのは 1999 年以降であり、現在いろいろな取り組みが試みられている段階といえる。

3. 英国理学療法協会主導の総合的方針

英国では、NHS が理学療法士を含む保健関連職種全体に対する基本方針を策定し、職種を越えた総合的なサービスの質改善が進められている^{18, 19)}。そして、この NHS の方針を理学療法の分野で責任を持って展開しているのが、英国理学療法協会である。

理学療法指針・標準の開発や理学療法サービスの業務評価は、理学療法サービスの質向上の核となる取り組みであるが、密接に関連する理学療法士の継続的職能開発や理学療法研究にも同時に取り組んでいる。研究が進まなければ、質の高い理学療法指針・標準を作ることができず、優れた理学療法指針・標準を開発しても、理学療法士が力量不足では、患者や家族に質の高いサービスを提供できないからである。英国理学療法協会のサービスの質改善方針は、こうした視点から総合的に検討されているのが特徴である。

背景の異なる日本の行政と日本理学療法士協会に、同じ機能を期待することはできないが、

これまでの日本理学療法士協会は、理学療法の質向上の課題を、教育(学士課程の実現)と研究(理学療法学確立)に絞って追求してきたように思われる。今後は、臨床の質そのものの向上に関わる、理学療法サービスの質管理にも力を入れるべきであろう。

おわりに

以上、英国における理学療法サービスの業務評価の概要と理学療法サービスの質管理の特徴について述べてきた。要約すれば以下の通りである。

1) 理学療法サービスの業務評価とは、使用可能な資源の範囲内で、質の高いサービスを効果的・効率的に提供するため、社会的に確認された業務指針・標準あるいは優れた研究成果に基づいた理学療法を、臨床現場に導入するための手段である。

2) 業務評価は、①課題の決定、②業務指針・標準の設定、③業務の観察・調査、④観察・調査の分析、⑤改善計画の実行、⑥再評価、という業務評価サイクルにそって行われる。

3) 英国の理学療法サービスの質管理の特徴としては、①全体的質管理(ボトムアップ方式の質管理)の採用、②患者・利用者参加の強調、③英国理学療法協会主導の総合的方針、が挙げられる。

日本においても、保健医療の質が話題になってきており、これから問われるであろう理学療法サービスの質管理について、英国の経験に学ぶことは多いと思われる。

(本稿をまとめるにあたり、貴重なご助言を頂いたハートフォードシャー大学理学療法学科科長 T. Watson 教授、ならびに英国理学療法協会 J. Mead 女史に深謝いたします。)

文 献

1) 進藤伸一(2001) 英国における理学療法サービスの質管理(第1報) 理学療法指針・

標準の開発と現状. 秋田大学医療技術短期学部 9:162-171.

- 2) Buttery Y (1998) Implementing Evidence through Clinical Audit. Bury T and Mead J: Evidence-based Healthcare. pp182-207, Butterworth-Heinemann, Oxford
- 3) The Center for Medical Education, Ninewells Hospital and The University of Dundee Medical School (1995) Moving to Audit. The Postgraduate Office, Ninewells Hospital and The University of Dundee Medical School, Dundee.
- 4) Barnard S and Hartigan G (1998) Clinical Audit in Physiotherapy. Butterworth-Heinemann, Oxford
- 5) 日本医療機能評価機構(1999) 開かれた医療と病院機能評価. 日本医療機能評価機構. 東京.
- 6) Australian Council on Healthcare Standards and Australian Physiotherapy Association (1992) Quality Assurance for Physiotherapists - A Resource Kit. Australian Council on Healthcare Standards. Letland
- 7) 岩崎 榮編(1998) 医を計る-医療サービスの品質管理とは何か-. 厚生科学研究所. 東京.
- 8) Department of Health (1993) The Evolution of Clinical Audit. HMSO, London.
- 9) Clinical Audit Development Group, CSP (1996) Definition of Clinical Audit. Physiotherapy Frontline 2(14):40.
- 10) Kogan M and Redfern S (1995) Making Use of Clinical Audit - A Guide to Practice in the Health Professions. Open University Press, Buckingham.
- 11) Chartered Society of Physiotherapy (2000) Core Standards - 3rd ed. CSP, London.
- 12) Chartered Society of Physiotherapy (2000) Service Standards. CSP, London.
- 13) Chartered Society of Physiotherapy (2000) Clinical Audit Tools. CSP, London.

- 14) NHS Executive (1999) Patient and Public Involvement in the New NHS. Department of Health, London.
- 15) Mead J (2000) Patient Partnership. *Physiotherapy* 86(6):282-284.
- 16) Needham G and Oliver S (1998) Involving Service Users. Bury T and Mead J: Evidence-based healthcare. pp85-103, Butterworth-Heinemann, Oxford
- 17) Kelson M (1999) A Guide to Involving Older People in Local Clinical Audit Activity. College of Health, London.
- 18) Department of Health (1994) Research and Development in Occupational Therapy, Physiotherapy and Speech and Language Therapy A Position Statement. Department of Health. Leeds.
- 19) NHS Executive (1996) Promoting Clinical Effectiveness: A Framework for Action In and Through the NHS. Department of Health, London.

Quality Management of Physiotherapy Services in the UK Part 2: Clinical Audit in Physiotherapy Services

Shinichi SHINDO

ABSTRACT:

Clinical audit is an important mechanism for facilitating continuous quality improvement in physiotherapy services. The objective of this report is to introduce the clinical audit in physiotherapy in the UK to Japanese physiotherapists. Clinical audit involves systematically looking at the procedures used for diagnosis, care and treatment, examining how associated resources are used and investigating the effect care has on the outcome and quality of life for the patient (Department of Health, 1993). Clinical audit is a cyclical process, involving the identification of a topic, setting standards, observing practice, comparing practice with standards, implementing changes and monitoring the effect of those changes. Topics for clinical audit usually fall into three categories - structure, process and outcome. The Chartered Society of Physiotherapy (CSP) published the clinical audit tools to improve the quality of clinical care in 2000. The tools compare practice with the core and service standards that were published by the CSP at the same time. The benefits of clinical audit are not only leading to better quality care for patients but also encouraging good practice, such as thoughtful planning for daily practice, maximizing department resources, making staff study and boosting team morale. There are three principle characteristics of quality management of physiotherapy services in the UK; adoption of total quality management, emphasis on involving patients and users in healthcare management, and synthetic strategies by the CSP.