

医療機関における第三者評価のしくみ  
—日本医療機能評価機構における評価事業—

Third party evaluation system for medical institutions  
— Evaluation program of Japan Council for Quality Health Care —

栗田 佳代子  
KURITA Kayoko

1. はじめに	45
2. 日本医療機能評価機構の概要	45
2.1 設立の趣旨・基盤	45
2.2 事業概要	46
2.3 第三者評価の実施の効果についての考え方	46
3. 評価の方針と方法	46
3.1 認定手順の概要	47
3.2 書面審査の構成	47
3.3 自己評価調査票の役割および評価方針	48
3.4 訪問審査	49
3.5 判定の基準	50
3.6 異議申し立てのしくみ	50
3.7 最終的な判断について	50
4. 評価項目の変更手続きについて	50
5. 事務職員の役割	50
6. 評価者について	51
6.1 サーベイヤーの人選	51
6.2 研修	51
6.3 サーベイヤーの評価	51
7. おわりに —大学評価・学位授与機構における現行認証評価システムへの示唆—	51
7.1 評価のサイクルおよび事務職員の評価プロセスにおける責務	51
7.2 評価者の研修システム	52
7.3 認定後のシステムについて	52
7.4 広報	52
7.5 おわりに	52
ABSTRACT	54

# 医療機関における第三者評価のしくみ

## —日本医療機能評価機構における評価事業—

栗田 佳代子\*

### 要 旨

本論文は医療機能評価を行っている日本医療機能評価機構への訪問調査とその考察についてまとめたものである。日本医療機能評価機構の概観、医療機関の評価プロセスおよびシステム、サーベイヤーの研修プログラム、事務職員の役割などについてとりあげた。最後に高等教育における認証評価制度への示唆について議論を行った。

### キーワード

第三者評価, 日本医療機能評価機構, 医療機能評価

## 1. はじめに

近年, 提供されるサービスの質を問う社会の声が高まりその要求に応えるための評価制度が様々な分野ではじまっている。医療においても例外ではなく, 地域や患者の要望に応えるために病院が改革を進める方法として, 第三者評価が浸透しつつある(伊藤, 2003)。

医療分野の第三者評価としては, ISO<sup>1</sup>, 病院機能評価などがあるが, 本稿は病院機能評価を行っている機関である日本医療機能評価機構に訪問調査を実施し, 医療機能評価の運営方法, 評価手法, 得られた成果等に関する特徴や課題などについて整理を行い, 大学評価・学位授与機構が行っている大学評価の手続き等を改善するための参考とすべく考察を行ったものである。なお, 訪問調査は平成17年2月20日に実施された。

## 2. 日本医療機能評価機構の概要

### 2.1 設立の趣旨・基盤

財団法人日本医療機能評価機構は, 病院機能評

価を行う第三者機関として1995年に設立された。その設立の目的は, 「国民の医療に対する信頼を揺るぎないものとしその質の一層の向上を図るために, 病院を始めとする医療機関の機能を学術的観点から中立的な立場で評価し, 結果明らかとなった問題点の改善を支援する」(日本医療機能評価機構ホームページより) ことにある。

運営の維持については, 保健・医療・福祉に関する団体および企業, 被保険者を代表する団体, 一般企業, 個人等から広く出資を募り, 基本財産を設けている。運営費としては, 基金の果実, 評価を受ける施設が負担する審査評価料, 医療機能評価に関する委託研究の受け入れ, その他の収入によって賄われている。

職員数は約70名で, 主として事務的な業務に携わっている。実際に病院の評価を行うのはサーベイヤーと呼ばれる評価領域に応じた専門家であり, 公募によって人材が確保されている。サーベイヤーについては後に詳述する。

日本医療機能評価機構において病院機能評価を受審するかどうかは, 病院からの申請に基づくが,

\* 独立行政法人 大学評価・学位授与機構 評価研究部 助教

<sup>1</sup> 国際標準化機構(International Organization for Standardization)。1947年に設立された規格の統一を図る民間の国際機関。ISOによる医療評価は産業界での第三者評価活動を医療界に適用したという経緯をとり, 基本的に過程の評価が中心となっている。

2002年より第三者評価（この日本医療機能評価機構が唯一ではない）の認定施設であることが、診療報酬に関連する施設基準の要件のひとつとして取り入れられている<sup>2</sup>（伊藤，2003）。全国にある約9000強の病院（20床以上）のうち、2500の病院が2006年3月20日の時点で日本医療機能評価機構に受審を希望し、うち1997の病院が認定を受けている。こうした状況から病院機能評価の制度は着実に浸透しているといえる。

## 2.2 事業概要

日本医療機能評価機構では下記に挙げたような事業を行っている。

1. 病院機能評価
2. 病院機能の改善支援
3. 評価調査者の養成
4. 医療機能評価に関する調査・研究開発
5. 医療情報サービスの提供
6. 認定病院の患者安全推進活動の支援
7. 医療事故防止のための情報提供
8. 医療安全支援センターの総合支援
9. 医療機能評価に関する普及・啓発

これらの事業をみると、病院機能評価を軸としてそのアフターケア、情報提供および啓蒙活動を含めた統合的な事業展開を行っていることがわかる。

特に、「2. 病院機能の改善支援」および「6. 認定病院の患者安全推進活動の支援」などは、認定した後のサポート体制であり、認定後に責任を持った体制が整えられているといえる。また、日本医療機能評価機構では、9.として「医療機能評価に関する普及・啓発」を事業として位置づけている。実際、パンフレットの他、ホームページ

にも「病院機能評価について」というリンクがトップにあり、病院機能評価について誰でも容易に理解を深めることができる。

## 2.3 第三者評価の実施の効果についての考え方

日本医療機能評価機構では第三者による評価の実施の効果を表1のように考えており、これらをホームページおよびパンフレットにおいて明確に示している。

病院機能評価と高等教育機関の認証評価で大きく異なるのは、前者は自発的な申請に基づく認定制で、後者は法律で定められた義務である点である。したがって、病院機能評価の方が病院に受審をしてもらえるように、特に病院にとっての効果を明確にうたう必要があるため、表1のように病院にとっての利点が並んでいるのが特徴といえる。

## 3. 評価の方針と方法

日本医療機能評価機構の病院機能評価は現在の医療評価の国際標準ともいえる A.Donabedian (1966) の提唱にしたがい、構造 (structure)、過程 (process)、結果 (outcome) の3つの視点からの評価をめざしている。しかしながら、現在の段階では、構造や過程を中心とした評価体系となっている。病院の最大の目的が「治すこと」である以上、「治ったか治らないか」すなわち治療成績、再発するかどうかなどのアウトカムに関する指標を主体とした評価に移行すべきではないかという意見も存在するが、慢性疾患の評価など多くの問題があるために移行には至っていない。

以下では、認定手順の概要等、実際の評価手続きの詳細について述べる。

表1 日本医療機能評価機構の考える第三者評価の実施の効果

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医療機関が自らの位置づけを客観的に把握でき、改善すべき目標もより具体的・現実的なものとなります。</li> <li>2. 医療機能について、幅広い視点から、また蓄積された情報を踏まえて、具体的な改善方策の相談・助言を受けることができます。</li> <li>3. 地域住民、患者、就職を希望する人材、連携しようとする他の医療機関への提供情報の内容が保証されます。</li> <li>4. 職員の自覚と意欲の一層の向上が図られるとともに、経営の効率化が推進されます。</li> <li>5. 患者が安心して受診できる医療機関を増やすことになり、地域における医療の信頼性を高めることができます。</li> </ol> |
|--|

\*日本医療機能評価機構パンフレットより抜粋

<sup>2</sup> 平成14(2002)年4月の診療報酬改定で「緩和ケア診療加算」、「緩和ケア病棟入院料」および「外来化学療法加算(新設)」の施設基準の一つに「財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること」という医療評価が導入された。

### 3.1 認定手順の概要

病院機能評価は「訪問審査」とそれに先立ち実施される「書面審査」によって構成されている。

まず、受審を希望する病院は「受審申込書」を評価機構に送付する。そして、受審申込受付後、「受審病院説明会」へ参加する。この説明会はおよそ二ヶ月ごとに開催され、実際の審査の流れや仕組みについての説明がなされ、説明会において「受審病院登録票」と「書面審査調査票」が配布される。

受審希望病院は説明会后二週間以内に「受審病院登録票」を評価機構に提出する。続いて、「書面審査調査票」および病院資料を評価機構に提出する。書面審査調査票の提出期日は、訪問調査希望月の二ヶ月前となっている。書面調査は、書面審査調査票にある「病院機能の現況調査」と「自己評価調査」から構成されている。書面審査の分析結果は次につづく訪問審査の事前の参考資料として用いられる。

訪問審査日は約1ヶ月前に通知され、訪問審査当日の進行表が審査当日より3週間前までに病院より機構に提出される。審査当日2週間前には「書面審査サマリー（中間報告書）」が病院に送付される。

訪問審査は、病院機能を客観的に評価・判定する手法の研修を受け機構から委嘱されたサーベイヤーが所定の人数のチームを作り、病院を訪問して「訪問審査調査票」に基づき所定の項目について審査を行う。訪問審査は病院の規模によるが2日から3日かけて管理者との面接および専門領域についての面接、病院の各部署の訪問調査などが行われる。

訪問後、サーベイヤーは会議を行い、各自の評価結果を持ち寄って検討を加え、サーベイヤーのうち、とりまとめ責任者がその結果を踏まえて、「審査結果報告書案」を評価機構に提出する。「評価結果報告書案」は「評価部会」および「特別審査員会議」で検証され、報告書の検討、修正、認定の可否、判断に検討を要する事項についての合議・判定が行われる。そして、「評価委員会」に提案され、審査結果および認定証の発行／留保についての審議が行われる。

訪問審査から3～4ヶ月後に病院に対して認定証の発行・留保を文書にて通知し、5～6ヶ月後に審査結果の報告書が送付、公開される。

認定証の有効期限は5年間で、認定更新申請は認定有効期限の1年前から6ヶ月前までに行うことになっている。また、認定証発行が留保された場合、認定を受けるためには再審査が必要で、その申し込みは審査結果報告書受領後1年以内となっている。

### 3.2 書面審査の構成

病院機能評価における書面審査は説明会において配布される「書面審査調査票」に基づく。この「書面審査調査票」はページ総数250を超える大部の冊子であり、「病院機能の現況調査」と「自己評価調査票」によって構成されている。

「病院機能の現況調査」は、施設の基本的なデータを記入する「施設基本票」、外来や病棟など部門別の現況を記入する「部門別調査票」、循環器系や呼吸器系などの診療領域別の診療内容を記入する「診療機能調査票」、病院全体の収支の状況や入院・外来単価について記入する「経営調査票」から構成されている。これらは、開設者や標榜科目、医師数、診療科別患者数、病床数、診療機能と実施状況等、数字の記入や、該当する答えの選択などによって回答する形式をとっている。

一方の「自己評価調査票」は領域—大項目—中項目—小項目のような構成をとっており、自己評価の直接の対象項目は中項目と小項目となる。領域は8、大項目は各領域でばらつきがあるが63、中項目総数188項目、小項目総数608項目となっている。

表2は領域および大項目の一覧である<sup>3</sup>。大項目にはそれぞれに含まれる中項目および小項目の総数を示した。小項目は3段階（a：適切に行われている／適切な形で存在する／積極的に行われている、b：中間、c：適切さに欠ける／存在しない／行われていない）、中項目は、小項目の回答を勘案して総合的に5段階（5：極めて適切に行われている／極めて適切な形で存在する／極めて積極的に行われている／他の施設の模範になると自負できる、4：適切に行われている／適切な形

<sup>3</sup> 中項目、小項目の例については、表3を参照のこと。

で存在する／積極的に行われている，3：中間，2：適切さにやや欠ける／存在するが適切さに欠ける／消極的にしか行われていない，1：適切でない／存在しない／行われていない）の選択を行うことによって評価することが求められている。基本的に病院を単位とした評価を行うが，一部病棟ごとの自己評価を求めている部分も存在する。また，各領域の最後尾には，自由記述欄があり，

特に努力していることや苦勞している点などを記述することができる。

### 3.3 自己評価調査票の役割および評価方針

自己評価調査票は，文字通り病院に自らについて自己評価をしてもらうものであり，どのように病院を審査するかという基準（criteria）でもある。受審を希望しなくとも購入することが可能である

表2 自己評価調査票の評価項目の領域および大項目（括弧内は中項目と小項目の各総数）

1. 病院組織の運営と地域における役割	4.10 中央滅菌材料部門 (2,5)
1.1 病院の理念と基本方針 (2,6)	4.11 集中治療室 (2,8)
1.2 病院の役割と将来計画 (2,5)	4.12 救急部門 (3,10)
1.3 病院管理者・幹部のリーダーシップ (1,5)	4.13 栄養部門 (2,8)
1.4 病院組織の運営 (3,9)	4.14 リハビリテーション部門 (2,9)
1.5 情報管理機能の整備と活用 (2,6)	4.15 図書室機能 (2,5)
1.6 関係法令の遵守 (1,3)	4.16 診療録管理部門 (4,10)
1.7 職員の教育・研修 (2,6)	4.17 訪問サービス機能 (3,11)
1.8 医療サービスの改善活動 (1,3)	4.18 外来部門 (3,15)
1.9 地域の保健・医療・福祉施設などとの連携と協力 (4,10)	5. 医療の質と安全のためのケアプロセス
1.10 地域に開かれた病院 (2,5)	5.1 病棟における医療の方針と責任体制 (3,4)
2. 患者の権利と安全確保の体制	5.2 入院診療の計画的対応 (1,3)
2.1 患者の権利と医療者の倫理 (5,15)	5.3 患者に関する情報の収集と伝達 (2,4)
2.2 患者－医療者のパートナーシップ (1,2)	5.4 評価（アセスメント）と計画 [全体の流れ] (3,7)
2.3 説明と同意 (2,4)	5.5 ケアの実施（各論の流れ）(13, 42)
2.4 患者の安全確保 (2,7)	5.6 ケアプロセスにおける感染対策 (1,5)
2.5 医療事故への対応 (1,3)	5.7 診療・看護の記録 (1,5)
2.6 病院感染管理 (4,12)	5.8 病棟での環境と薬剤・機器の管理 (2,6)
3. 療養環境と患者サービス	6. 病院運営管理の合理性
3.1 接遇と案内 (4,14)	6.1 人事管理 (5,16)
3.2 相談機能 (2,6)	6.2 財務・経営管理 (6,23)
3.3 患者・家族の意見の尊重 (2,9)	6.3 施設・設備管理 (4,20)
3.4 利便性とバリアフリー (3,13)	6.4 物品管理 (3,7)
3.5 プライバシー確保への配慮 (2,9)	6.5 業務委託 (2,8)
3.6 療養環境の整備 (4,12)	6.6 病院の危機管理への適切な対応 (4, 15)
3.7 快適な療養環境 (6,25)	7. 精神科に特有な病院機能
4. 医療提供の組織と運営	7.1 入院時の評価，説明および入院形態の適切性の適切性 (4,13)
4.1 診療部門 (7,19)	7.2 入院中の処遇の適切性 (4,12)
4.2 看護部門 (6,22)	7.3 精神科リハビリテーションと退院支援 (2,7)
4.3 薬剤部門 (6,19)	7.4 精神科における事務管理 (4,9)
4.4 臨床検査部門 (2,8)	7.5 精神障害者の身体管理の適切性 (2,6)
4.5 病理部門 (2,5)	8. 療養病棟に特有な病院機能
4.6 画像診断部門 (2,5)	8.1 療養病棟への適切な受け入れと人権への配慮 (2,6)
4.7 放射線治療部門 (2,6)	8.2 チームアプローチの適切性 (2,8)
4.8 輸血・血液管理部門 (2,4)	8.3 機能障害の診断とケアの適切性 (6,15)
4.9 手術・麻酔部門 (2,8)	

表3 評価項目の例

1.1.1 理念および基本方針が確立されている (5・4・3・2・1・NA)	
1.1.1.1	理念および基本方針が明文化されている (a・b・c・NA)
1.1.1.2	基本方針は病院運営上の目標を明確にして策定されている (a・b・c・NA)
1.1.1.3	理念または基本方針には、患者の立場に立った医療の実践に関わることがらが文言に表されている (a・b・c・NA)
1.1.1.4	基本方針は定期的に見直されている (a・b・c・NA)
5.2.1 入院の決定と説明が適切に行われている (5・4・3・2・1・NA)	
5.2.1.1	入院の目的が明確にされている (a・b・c・NA)
5.2.1.2	入院診療計画が適切に作成されている (a・b・c・NA)
5.2.1.3	入院について説明がなされ、患者が理解し同意したかを確認している (a・b・c・NA)

ため、病院機能評価を受ける前のチェックシートとしても機能している。

表3には自己評価項目の一例を示した。枠で囲ってあるのは中項目、その下部の項目群が小項目である。各項目の分類の目的で冠されているさらに大きな区分(領域)および大項目は、上部が1.病院組織の運営と地域における役割、1.1病院の理念と基本方針、下部が5.医療の質と安全のためのケアプロセス、5.2入院診療の計画的対応、である。1.に区分される第1領域(日本医療機能評価機構ではこう呼んでいる)は病院単位、5.の第5領域は病棟ごとに評価することになっている。

また、表中には省略したが、各小項目には実例や注釈がついている。例えば、1.1.1.4であれば「年に一回は見直し・検討がなされている」、「基本方針の内容が陳腐化していなければよい」というような記述があり、評価する際の判定の参考とすることができる。

中項目が188項目、小項目が608項目という数を見ると全体として評価項目が多いという印象を受けるが、全てが選択式かつ具体的な項目内容となっているため、回答に要する負担は記述式の場合よりも軽いと思われる。しかし、逆に評価項目が具体的であるが故に、病院の機能について評価項目に沿った形で詳細に自己評価と改善を行うことが要求されている。

日本医療機能評価機構では自己評価調査票の評価方針としては、平均点がよいというよりも、各項目において低い点がないというのが医療の質の

高さと考える立場をとっている。また、ランキングという考え方も持っておらず、医療の質をあげてゆくことを目的として評価が行われている。

また、評価項目の特徴の一つとして、病院を組織総体としてとらえ、その組織の審査という立場をとっていることが挙げられる。そのため、廃棄物の管理や患者の待ち時間といった、病院の管理体制に関する項目が項目総数に占める率が高い。このことに対しては、医療の質とは本来「治ったか、治らないか」というアウトカムをみるべきで、アウトカムを中心とした評価を重視すべきではないかという意見もあり、現段階での大きな論点とされている。

### 3.4 訪問審査

訪問審査は、病院の規模により2日もしくは3日かけて行われる。病院内の訪問先等、スケジュールはあらかじめ病院側によって確定されている。病院の規模に応じてサーベイヤーチームの規模も決まっており、大きい病院の場合診療専門のサーベイヤー2名、看護専門のサーベイヤー2名、事務管理専門のサーベイヤー2名にリーダー1名を加えた7名、小さい病院の場合診療専門のサーベイヤー1名、看護専門のサーベイヤー1名、事務管理専門のサーベイヤー1名にリーダー1名を加えた4名が訪問する(これらサーベイヤーについては6.1を参照のこと)。

各サーベイヤーが専門領域に応じて、訪問箇所を分担し評価項目に関する確認を行うが、病院の総体としての評価項目の判断には全ての診療科を

まわるのではなく、主たる診療科（あらかじめ病院側が指定）を確認することによって総合的な評価を行う。診療科で質の差異がみられた場合には、基本的には質の保証という観点から悪い面についての指摘を行い、平均をとることはしない。

### 3.5 判定の基準

サーベイヤーチームは訪問後に判定についての打ち合わせを行うが、明文化された基準が示されている判定指針にのっとって、合議により判定が行われる。想定外の状況や地域の特殊性などガイドラインにない判断を求められる場合にはサーベイヤー間の判断の相違がありうるが、基本的には合議をつくり、それでも結論がまとまらない場合にはリーダーに一任ということもありうる。

基本的には病院の機能や規模などによって判定基準のダブルスタンダードがあってはならないという立場をとっているが、病院組織として認定するかどうかの判断においては勘案がなされることがある。

### 3.6 異議申し立てのしくみ

受審病院が審査結果に不服の場合には異議申し立てをすることができる。誤字脱字のレベルであれば即座に訂正を反映させるが、評価に関わる場合には評価委員会が開かれ、それでも解決に至らない場合には、異議審査委員会という組織による審議という手続きになっている。

評価に関わる異議申し立てについて、評価の根拠となった事実認識が異なる場合には、サーベイヤーにもその事項について確認がなされる。結果として、事実誤認に基づいた評価がなされていた場合には、評価委員会において評価結果の訂正が行われる。一方、事実は正しく認識されているもののその解釈が異なる、すなわち解釈の相違に基づいた異議である場合には、機構の評価方針を説明し納得をしてもらうという方法をとっている。これで病院側が納得できなければ異議審査委員会に諮られることになるが、現在のところ異議審査委員会に持ち込まれた例はない。

### 3.7 最終的な判断について

日本医療機能評価機構では、審査の結果認定を受けられなかった病院について「非認定」という

判断はない。新規受審の場合は認定／認定留保、更新の場合には認定／条件付き認定、の二通りの判断がなされる。また、認定留保および条件付き認定という状態は公表されない。これらの場合には、改善要望事項が送付され、その後改善がみられた段階で認定という手続きが行われる。基本的には「認定」が得られるまで改善のサポートを行う。

改善要望事項が出された病院に対しては「窓口相談」においてサーベイヤーが対応して再認定に向けての準備を援助するというシステムを備えている。

## 4. 評価項目の変更手続きについて

現在自己評価調査票は ver.5となっているが、医療の進歩と認定期間5年ということを鑑み、一定間隔で見直しが図られている。だいたい5年に一度枠組みを変えるような大きな変更がある他、2～3年に一度運用上の課題の解決のための見直し等が行われる。改訂を行う組織としては、項目の解釈など運用面を検討する常設の検討部会と改訂のときにのみ構成される検討部会の二種類があり、これらはベテランサーベイヤーを中心としたメンバーによって構成される。この他、特に大きな変更については受審病院などを含めた改訂部会が存在する。一定の改定案がまとまったところで、ドラフト案が公表され、事実上パブリックコメントの機会も設けられている。

改訂を重ねている現段階の課題としては、評価項目が多くなる傾向にあるという点である。このことに対しては、病院側の負担を考慮して集約をすべきという問題意識が常にあるが、こうした現象は病院の評価をする上で医療の高い質を保証するための漏れのない審査を目指す結果として生じていることから、この課題を解決するのは容易ではないという認識が持たれている。

## 5. 事務職員の役割

日本医療機能評価機構では約70名という事務職員の規模で、月に20～30件という審査を扱っている。この人数でこれだけの件数を処理できるのは、事務職員の職責の範囲が比較的小さい一方、サーベイヤーの果たす役割が大きいためであると推察される。



事務職員の主たる役割は審査のプロセスを円滑に進めるための補助的な働きをするということである。受審の申し込みの受付や書類の授受、訪問調査および各種委員会の日程調整、会議に関わる資料の準備などが主たる業務となる。また、これら審査行程の部分ごとの担当制がしかれており、サーベイヤのチームごとのプロセスを特定の事務職員が一貫して担当するという方式はとっていない。受審の受付を通年で行っているという実施形態も月や季節による特異的な繁忙期を発生させないという点で効率的であるといえる。

また、評価報告書の作成は全てサーベイヤの責任であり、このプロセスに事務職員が関わることはない。また、訪問審査についても日程調整は事務の職責であるが、同行はせず、サーベイヤのみで訪問審査が行われる。

## 6. 評価者について

病院機能評価を行う評価者のことを日本医療機能評価機構ではサーベイヤと呼んでおり、現在1,000人の登録者が確保されている。ここではサーベイヤの人選、研修制度などについてまとめる。

### 6.1 サーベイヤの人選

サーベイヤには病院を評価する観点により、診療、看護、事務管理という3つの区分がある。それぞれサーベイヤになるための職務経験に関する基準が設けられており、診療の場合は院長経験5年以上、看護の場合は看護部長5年以上、事務管理の場合はマネジメント5年以上の経験が必要となる。公募制をとっており、履歴書と小論文の提出を求め、それらによって採否の判断が行われる。

日本医療機能評価機構の病院機能評価の趣旨に賛同した人々が応募をしてくるわけであるが、日本の医療および病院をよくしようという精神をもってサーベイヤを志す人が多数を占めるため、サーベイヤを評価作業の主体とした病院機能評価のシステムがうまく機能しているとされる。

### 6.2 研修

サーベイヤに採用が決まると、まず4泊5日の研修への参加が求められる。研修の主たる目的は評価項目の趣旨の理解であるが、心構えなどの

倫理綱領などもプログラムに含まれる。また、実際に病院に出向き抜粋項目で審査を行うというシミュレーションが組まれているのも特徴である。

第一回目の審査への参加はOJT（On the Job Training：実地訓練）の扱いとなり、正規のサーベイヤのグループに随行の形式をとる。グループの人数は病院の規模により4名または7名であるが、OJTが参加するのは7名で構成される方のグループである。二回目から正式なメンバーとなり審査に加わる。

病院ごとに組まれるサーベイヤグループには必ず一人リーダーが含まれている。リーダーはグループの意見をまとめ、報告書作成の義務を負うという責任がある。リーダーになるためには半日のリーダー研修が用意されている。

その他の研修としては、評価部会に入るための研修会や改訂ごとに開催される研修などがある。

### 6.3 サーベイヤの評価

サーベイヤの評価システムとしては、受審をした病院側にサーベイヤについての評価を依頼し、その結果を利用するという形式が用いられている。病院機能評価の審査においてサーベイヤは、判定指針にそった判定という原則にのっとり、判定のための情報収集という立場が求められる。したがって、この方針に適さないと判断されるようなケース、例えば、病院側からの評価としてあまりに指導的な発言が多いというような評価が得られた場合には、結果としてサーベイヤの登録から外れることもある。

## 7. おわりに

### —大学評価・学位授与機構における 現行認証評価システムへの示唆—

ここでは、日本医療機能評価機構の病院機能評価の仕組みと大学評価・学位授与機構が行っている評価事業を比較し、考察を行う。

### 7.1 評価のサイクルおよび事務職員の評価プロセスにおける責務

現在大学評価・学位授与機構における認証評価の受付時期は年に一回であるため、年間の作業量に大きな変動がある。これは人的資源が年間にわたり不足もしくは余剰となることを意味する。ま

た、評価を希望する機関数の変動に対する対応策も必要である。

既にみたように日本医療機能評価機構は大学評価・学位授与機構に比して少ない事務職員ではあるが、この要因の一つとして、年間を通じた受付をしているということが挙げられるだろう。高等教育機関は病院と異なり、学生の入学、卒業など明確な年間サイクルが存在するため、申請時期が均等にばらつく可能性は低い、それでも通年の評価の受付は作業量を平滑化する一定の効果は挙げられるのではないだろうか。

また、日本医療機能評価機構では、職員の職責が大学評価・学位授与機構のそれと比して軽く、効率化されている。例えば、評価プロセスの関わり方が受審機関を担当するのではなく、プロセスの流れの一部を担当するという方式を採用している。また、訪問に際して職員は同行することはせず、リーダーとなるサーベイヤーがその責任を持つ。

同じ人的資源で今後何倍もの機関を評価するためには、こうした事務職員の作業形態の工夫や職責範囲の軽減を考慮する必要があるのではないだろうか。

## 7.2 評価者の研修システム

日本医療機能評価機構の評価のシステムがうまく機能している要因として指摘しておくべきは、評価者であるサーベイヤーの質の高さであろう。サーベイヤーになるには一定の基準があるが、さらに応募者に対しても審査がありこれを通過してはじめて採用となる。また、サーベイヤーとしての活動前に、4泊5日の研修が実施される。研修の日程自体の長さからもわかるように、実際に病院に出向き訪問調査のシミュレーションを行うプログラムが組まれるなど、内容も充実したものとなっている。さらに、研修終了後の第一回の参加はOJT扱いとなっており、本格的な参加の前にシミュレーションも含めて2回の“評価の予行演習”が組まれていることになる。こうした、手厚い研修のシステムが評価の信頼性を保証しているといえるだろう。

## 7.3 認定後のシステムについて

日本医療機能評価機構の事業に挙げられている、「2. 病院機能の改善支援」および「6. 認定病院の患者安全推進活動の支援」などは、認定した後のサポート体制であり、認定後に責任を持った体制が整えられている。

具体的には、改善支援については、(1)窓口相談、(2)訪問受審支援（これは受審前のサポート）、(3)専門相談員派遣の3つが用意されている。患者安全推進活動に関しては、ジャーナルの発行やセミナーおよびフォーラムの開催等がある。

これらは認定した機関の質の保証を維持するためのシステムであり、こうした体制は高等教育機関の認証評価制度においても今後参考になるシステムといえるだろう。

## 7.4 広報

事業の「普及・啓発」は認証評価制度にとっても同様に重要で、制度が始まった現在その認知度を高めることは重要な課題の一つとなっている。新聞や雑誌、報道機関などマスメディアへの露出、ホームページなどによる情報の発信など様々な手段が考えられる。特にホームページは今や情報発信／取得のもっとも身近な環境となりつつある。しかしながら、大学評価・学位授与機構のホームページでは、例えば、「大学の認証評価制度とは」をわかりやすく紹介する項目はトップページには見当たらない。

大学評価・学位授与機構のホームページが発信する情報のありかたを見直すなど、大学などの受験生やその親、現役の学生および企業等、多くのステークホルダーに認証評価制度を説明する責任についてあらためて考える必要があるだろう。そのためには広報部門の強化・整備が不可欠であると考えられる。

## 7.5 おわりに

高等教育機関の認証評価制度ははじまったばかりの制度である。したがって、まだシステム自体が成熟しているとはいえ、今後大学評価・学位授与機構においても数々の評価手法などの改善をしてゆくことになるだろう。そのためには自らのシステムを常に顧みる態度が不可欠であり、他国の高等教育の評価制度のみならず、今回のインタ

ビューのような他の領域の第三者評価のしくみの調査・検討が有効であると考えられる。他評価機関および他領域との類似性や相違点に関して議論し、適用可能性や独自性について、検討を重ねることで、大学評価・学位授与機構の評価システムが日本の高等教育の質の向上により貢献するものとなってゆくであろう。

## 謝辞

本調査研究を遂行するにあたりご協力いただいた日本医療機能評価機構の方々に深く感謝申し上げます。大学評価・学位授与機構の齊藤貴浩准教授および日本医療機能評価機構の滝沢良明氏には本論文作成にあたり多くの助言をいただきました。ありがとうございました。また、本調査のご企画をいただいた大学評価・学位授与機構の齊藤貴浩准教授をはじめとする経営研のメンバーの方々に感謝いたします。

## 参考文献

- Donabedian, A. (1966) Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society* 44(3; pt. 2):166-203.
- 伊藤弘人 (2003) 医療評価 真興交易 (株) 医書出版部
- 日本医療機能評価機構ホームページ  
(<http://jcqhc.or.jp/html/index.htm>)  
Access date : 2006/8/20

(受稿日 平成19年 1月18日)

## [ ABSTRACT ]

Third party evaluation system for medical institutions  
— Evaluation program of Japan Council for Quality Health Care —

KURITA Kayoko \*

This report summarizes the interviews and investigations concerning the evaluation system for medical institutions by Japan Council for Quality Health Care. Among other things, the report also includes (1) Overview of Japan Council for Quality Health Care, (2) Process and system for the evaluation for medical institutions, (3) Training programs for surveyors, and (4) Role of clerical worker. The section on discussions includes some suggestions for the evaluation system of NIAD-UE.

---

\* Assistant Professor, Department of Research for University Evaluation, National Institution for Academic Degrees and University Evaluation.