

医療機能評価の現状と課題

中野夕香里

I 医療機能評価が必要とされる背景

医療を評価するという活動に対するニーズは、これまで医療提供者自体の内在的要因ニーズと社会的状況や制度的環境も含めた外在的ニーズとの両面から論じられてきた。内在的ニーズは、例えば、疾病構造の変化への対応や治療プロセスの複雑化・多様化への対応という医療提供の本質に迫るものである。各医療提供者の現状を把握し、将来にわたる改善活動を行う参考となる。これに対して外在的ニーズは、適切な医療が提供されることを主としてその受け手である消費者に示すものである。これは場合によっては、国としての社会保障制度の枠組みの中で、行政や保険者のニーズと捉えることもできる。

さらに、医療施設の機能分化が推進されたことと医療現場において情報整備が遅れている現状が評価への動機づけになったと思われる。機能分化については、地域において病院は何を成すべきかという包括的役割論にとどまらず、地域に存在する様々な病院がどのように役割を果たすべきかという役割の細分化の議論に発展し、制度的にも機能分化が進められている。一方、わが国には多数の医療施設が存在するが、その役割や機能は一樣ではなく、また、同じような役割をもつとされる複数の医療施設間においても実際の医療提供には差がある可能性があることは既に認識されることである。このような状態を表す情報は、医療提供者—消費者間のみならず、医療施設間、医療従事者間においても十分に共有されてこなかった。あるいは、情報の共有以前の問題として、どのような情報があれば、的確に医療の提供状況を表現

できるかといった合意も形成されてこなかったとも言える。病院の活動状況や医療提供状況を適切な形で表し、見えやすくするためのツールとしての評価活動が実現化した所以である。

医療機能評価においては、医療提供者がどのような役割を持っているかを評価するだけでなく、その役割を満たす適切な活動が行われているかを評価することが重要である。

II 第三者評価組織のあり方

日本医療機能評価機構は、医療機関の活動を評価し、その問題点と改善の方向性を明らかにすることで、個々の医療機関の改善の取組みを支援するとともに、これらの活動を通じて、医療の受け手である地域住民に対して良質の医療提供を保証することを目的として設立された。その活動内容と対象とする医療サービスの特性を考えると、このような評価組織は表1に示すような性格を付帯することが期待される。これらのうち、中立性、学術性、公正性、透明性は、当該組織が社会に対して提供する医療機能情報の質の保証を図るために必須と考えられるが、公益性、普遍性については、設立主体や設立の趣意により各組織が選択することができるものである。ただし、例えば、組織が営利法人という形を選択した場合には、その運用において上述の性格を堅持するための内部システムのあることが必要である。

実際には、これらの性格を維持するために、例えば、役員構成に配慮したり、内部に不十分な機能を外部に求めたり、情報公開の手段やその内容に配慮したりということが通常は行われる。これらの点に関して、評価機構の特徴をまとめたもの

表1 第三者評価組織に期待される性格

中立性	特定の組織、団体から影響を受けないこと	○
学術性	学術的な視点からみて妥当性があり、その意味において権威性を維持できること	○
公正性 (組織的倫理性)	公正性、倫理性を維持するための内部牽制機構を有すること	○
透明性	公益に供すべき情報の開示を行えること	○
公益性	公共の利益を活動の目的としていること	△
普遍性	活動の対象がある一部分に特化していないこと	△

表2 第三者評価組織としての日本医療機能評価機構の特徴

設立趣意	病院機能評価を通じて医療機関の質の改善を支援するとともに、総体としての日本の医療水準の向上に寄与し、結果的に国民に対する良質の医療提供を保証する
組織形態・体制	設立趣意を適切に実現するための組織形態として、財団法人という形態によって設立する 役員を各方面から擁し偏向を防ぐ 意思決定機構として外部委員会組織を設置し、それらから成る管理機構と実務組織の間に相互牽制機能をおく 外部専門家機能として評価者、専門検討委員等を広範、多数確保するとともに、内部に研究部門を設け、外部専門家機能のマネージメントおよび当該領域における専門的人材の育成を行う 活動を支える財源については、基本財産、事業を支援する賛助会費、事業委託元である医療機関からの契約料により確保し、その運営において独立性を担保する
評価内容設定	医療関係学会、医療関連団体、研究会による経験、知見および医療現場の実態等を十分に検討し、学術面における妥当性を担保する わが国の医療状況を広く反映するものとなるよう配慮する 病院の多様性を適切に考慮する
評価判定	広く、現場における実務経験者、医療専門職、他分野の学識経験者、受療者による審議の機会を設け、それぞれの立場の意見の反映に配慮する 予め設定した客観的基準に従って行うことを原則とし、結果の標準化を図る

が表2である。

III 評価事業の概要

1 評価事業の位置づけ

評価機構により現在事業化されているのは、病院という組織の機能を医療専門職である第三者が評価するという活動である。この活動を簡略に示したものが図1である。

医療機能とは、医療施設がその役割を果たす能力のことである。医療施設は、自院の役割を最適に発揮して患者に対応すべきであることはもちろんであるが、同時に、同一地域に存在する医療施設の総体として地域住民のニーズに最適に対応すべきである。そのような考え方で、地域のニーズ

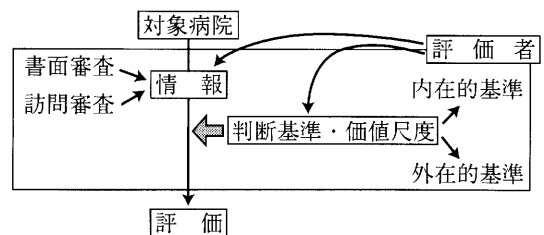


図1 第三者評価事業

の状況と地域の施設の状況に応じて、適切に割り当てられた役割が、その施設の医療機能を規定するものと考えられる。医療機能評価では、施設が役割を果たす能力を評価する。言い換えれば、①病院が標榜している役割を実現するのに必要な人的・物的資源の確保、体制の整備が行われている

かについて、②担っている役割とそこで行われている医療の実績との整合性について検討することである。この時、地域の周辺状況を勘案した場合に妥当と考えられる役割と、実際に病院に認識されているそれとの一致・不一致が大きな論点となるが、現時点で、この点について適切に評価することは容易ではないと考えられる。そこで、評価機構の病院機能評価事業では、病院が自ら認識する役割・機能に見合う構造条件と適切な医療提供システムを有しているか否か、また機能と実績との関係を確認しようとするものである。

医療機能を表す情報には、技術的側面、人間関係の側面、アメニティと、さらに、組織体の提供する医療を評価しようとするならば、そこで運用される種々のシステムに関するものがある。また、評価の要素の相対的重要度は評価の視点により異なる。例えば、個々の診療行為、看護行為の善し悪しを評価しようとする時と、個々の患者に提供された医療を評価しようとする時と、病院を組織体として評価しようとする時では評価の視点や重視すべき内容が異なる。評価事業では、病院組織において個々の医療行為がより適切に提供されるための、組織体制・システムや連絡・協力機能を評価の対象としており、必ずしも、ひとつひとつの行為の技術的側面や個々の患者に対する医療提供の適切性を直接評価することを行ってはいない。評価者の立場により、評価の内容や価値基準が異なることも指摘され、患者が評価する場合には、医療従事者の態度や患者への接し方、親切さ等の人間関係的な要素が重視され、医療従事者の場合には技術の高さや新しさといった技術的側面が重視されるという報告もされている。評価事業においては、病院における勤務経験を有する医療従事者による第三者評価方式が導入されている。現在の方法において、評価者が患者の立場をどの程度まで代弁できるのかといった点については、検討中である。

それでは、海外ではどのような医療評価活動が行われているのであろうか。各国の主な評価事業としては、表3のようなものがあげられる。国により位置づけや性格が異なるが、活動の全体の枠

組みは米国を参考としている例が多く、非営利の非政府組織により、ボランティアに審査を希望する病院の評価を行うものであり、専門家の視点から評価基準を設け、それへの適合度を判定するものである。一定水準以上であれば認定を行う。

情報公開は基本的には認定状態を示すにとどまる。事業の顧客が病院であり、病院が費用負担しているという観点から、その結果は病院に帰属すると考えるためである。しかし、社会的要請から情報の開示を進める動きはある。JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) では領域別の結果の概要を示すことを始めている。このことにより、評価事業者が住民のために活動していることを示すことができ、医療者にも質改善のインセンティブを与えられ、同時に公表する結果の内容を吟味し、誤解を与えないような方法を用いることが必要となる。結果の信頼性の保証も必須であり、JCAHO、CCHSA (Canadian Council on Health Services Accreditation) では具体的な取り組みがみられる。

国際的に共通の基準で評価しようとする試みはISO (International Organization for Standardization) に見られている。ISOは、輸出入取引に際して、国際的に規格の統一を図る目的で設立された。発端は、製品に必須となる部品等の規格化であったが、その後、製品そのものの品質システムの規格として制定されたのがISO 9000sである。ISO 9000sは、ISO 9000~9004から成る。実際の要求事項は9001~9003の3種類となる。ISOによる評価において、実際に求められるのは、要求項目にしたがって品質システムをつくり、それを文書化した「品質マニュアル」を作成することであり、さらに、品質を保証するために、顧客の要求を把握し、製品の設計、生産、検査の標準的手順を文書化することである。書類審査と実地審査とから成る外部審査により要求事項を満たすことが確認されると認定され、審査登録機関を通じて国際的に公表される。また、認定マークをパンフレットや名刺等に印刷することができる。ISOは組織の品質システムの評価であり個々の

表3 各国の評価組織

	U.S.A.	Canada	Australia	U.K.	Netherlands	Spain	Japan
主体	JCAHO	CCHSA	ACHSA	KFOA	CBO	政府	JCQHC
特徴	病院標準化運動から結果の一部を公表 保険制度との結び付き	JCAH から分離	USA に類似		改善活動支援を重視	州政府主導	
性格	民間	民間	民間	KFOA	民間	政府	民間
設立時期	1951 (JCAH)	1958	1973	1988	1979	1981	1995
理事会構成	医師会 病院協会 各種学会 歯科医師会 消費者	医師会 病院協会 各種学会 看護協会 長期ケア施設協会	医師会 病院協会 各種学会 看護協会 政府 (オプザバーバー) 消費者	各種学会 看護協会 政府 (顧問) 消費者	医師会 病院協会 保険者 病院管理者協会	医師会	医師会 病院団体 医療専門職能団体 保険者 学識経験者 消費者代表, 等
認定対象	病院 (入院機能) 外来機能 長期ケア施設 在宅ケア 精神科施設, 等	病院 長期ケア施設 精神科施設 リハビリ施設	病院	病院	病院	病院	病院
評価者	常勤/非常勤	非常勤	ボランティア independent contract	ボランティア	independent contract		非常勤
評価方法	standard を用いた評価	standard を用いた評価	standard を用いた評価	standard を用いた評価 自己評価重視	改善支援		standard を用いた評価
認定状態 (認定期間)	完全 (3年) 条件付 (1年) 非認定	完全 (3年) 一部 (2年) 暫定 (1年) 非認定	完全認定 (3年) 条件付認定 (1年) consultative (非認定)	認定制度なし	認定制度なし	完全認定 (3年) 暫定認定 (1年) 非認定	認定 (5年) 留保
資金調達	評価料 教育・出版収入 その他	評価料 出版収入 資金運用利息 寄付 その他	評価料 教育・出版収入 その他				評価料 賛助会員会費 教育, 出版収入 基金運用収入
制度的メリット 普及状況	保険施設認定 病院で約 85%	新規認可が容易 病院で 70~80% 長期施設で約 30%	一部の基金で優遇 病院で約 25%		保険施設認定	保険施設認定, 他 病院で約 80%	約 3%
認定割合	完全および条件付 95%以上	完全および一部 約 90%			約 60%		初回認定 70~80%

製品の評価ではないため、製品につけることはできない。認定期間は3年間で、その後、再認定審査が必要である。ISO 9000 s による評価・認定活動は、ヨーロッパを中心とする国際的な標準化活動の一環としてとらえられる。医療への適用については関連の国際学会にて議題として取り上げられた経緯もある。ヨーロッパでは相互交流が盛んであり、他国でも同じ基準で認定を受けた医療機関で医療が受けられることが重要である。しかし、ISO 9000 s の評価は、医療機関の活動そのものの水準を定めるものではなく、品質を保証するための活動を評価するものである点で医療評価の面では感受性の弱さが指摘されている。そもそも、医療を国際的に標準化すべきかについては、医療自体は国際的に取引がなされるものではなく、それぞれの国の制度や習慣に応じた提供がなされているため、同一の水準でその活動を評価することは難しいという考えもある。

2 病院機能評価事業の枠組み

一連の評価は、審査の申込/契約→書面審査→訪問審査→報告書内容の検討→報告書および認定証の收受という流れでなされる。このうち実質的な評価にあたる部分は「書面審査」と「訪問審査」、「報告書内容の検討」である。

書面審査は、院長をはじめとする病院職員が自院の現況について回答したり、記入したりするものであり、契約後約1カ月をかけて行われる。書面審査の結果は訪問審査の基礎資料として活用される。

「書面審査調査票」は、「病院機能の現況調査票」と「自己評価調査票」から構成され、さらに

「病院機能の現況調査票」は、「施設基本票」「部門別調査票」「診療機能調査票」「経営調査票」から構成されている(表4)。

現況調査の4つの調査票では、病院の受審時の状況を把握することを目的としており、それぞれの質問に対して病院の現状に合うものを選んだり、該当する数値を記入することを求めている。これに対し「自己評価調査票」は、現況調査に現われるような病院の現状に対してよくできているか否かの価値判断を求めるものであり、病院の管理責任者が回答することになっている。その内容は、訪問審査で用いられる訪問審査調査票の内容と基本的に同じである。「自己評価調査票」により、病院管理者が自院についてどのように認識しているか、どのような点を問題と感じているかが把握できる。

書面審査の結果の一部は「書面審査サマリー」としてまとめられ、審査を担当する評価調査者と審査を受けた病院に提出される。評価調査者チームは、「書面審査サマリー」と記入された調査票原票に基づいて事前に検討を行い、病院の特徴と現状、審査の重点ポイントを明確にする。「書面審査サマリー」では、審査を受けた他の病院および全国の平均値との比較結果が報告されるので、病院側では自院の位置づけを知ることができる。書面審査はもともと訪問審査の基礎資料を得るために実施されるものであるが、調査票を完成させることに取り組むことにより、自院の状況がより具体的に整理されたかたちで把握でき、その時点で認識された問題点についてはすぐに検討・改善に取り組むことが可能である。また、調査票の内容は病院に横断的に関わるものであるため、調査

表4 「書面審査」の構成

現況調査票	①施設基本票	患者数・職員数・病床数・平均在院日数など
	②部門別調査票	薬剤部門・臨床検査部門など各部門対象 設備・機器整備状況、運営状況など
	③診療機能調査票	循環器・消化器など各診療領域対象 対応可能な診療機能とその実施状況
	④経営調査票	収益および費用の状況、診療科別収益状況など
自己評価調査票	自院の現状に対する管理者の認識・価値判断	

票への記入は自ずから病院の多くの部門による取り組みとなり、組織の活性化や志気の向上、意志疎通の改善につながったという報告もある。

続いて実施される訪問審査は、病院機能を客観的に評価・判定する手法の研修をうけ評価機構から委嘱された評価調査者（サーベイヤー）が、病院を訪問して「訪問審査調査票」として用意された所定の項目について審査するものである。複数のサーベイヤーがチームとなって審査を行う。

サーベイヤーは、職員との質疑応答、各種資料・記録の確認、院内の視察により、評価するために必要な情報を収集する。訪問審査終了後にサーベイヤー・チーム各自の評価結果を持ち寄って検討を加える。サーベイヤーの中の取りまとめ責任者が、検討結果を踏まえて作成した「審査結果報告書案」を評価機構に提出する。評価機構は審査結果報告書案を点検・確認し、機構内に設置された評価部会の審議にかける。評価部会での詳細な検討を経て、最終的には評価委員会において審査結果が承認されることになる。審査結果は「審

査結果報告書」としてまとめられ、審査を受けた病院に提出される。審査結果報告書には、各評価項目についての評価結果と評価コメントがまとめられている。

3 評価の内容～そのねらいと評価方法～

(1) 評価の対象領域

現在、一般病院と精神病院、長期療養病院を対象とした評価事業が実施されている。それぞれの機能に応じた評価内容が用意されている（表5）。評価内容の枠組みを示す評価の対象領域については、概ね各種別に共通のものとしたが、病院の特性に適切に対応するために、一般病院の評価においては6領域、精神病院および長期療養病院の評価においては、これに独自の1領域を加えた7領域としている（表6）。

「1. 病院の理念と組織的基盤」、「2. 地域ニーズの反映」、「5. 患者の満足と安心」は、職種、部門にかかわらず病院全体、各職種に関連する内容であり、サーベイヤー・チーム全員が参加して

表5 受審病院の種別

一般病院 A	地域に密着し、住民に身近な医療機関として、概ね二次機能までの医療に対応している比較的規模の小さい病院
一般病院 B	地域が必要とする各領域の医療において基幹的・中心的な役割を担い、高次の医療にも対応しうる一定の規模を有する病院
精神病院 A	精神医療を担うことを主たる役割としている病院のうち、施設・組織の規模が中規模、または小規模の病院
精神病院 B	精神医療を担うことを主たる役割としている病院のうち、施設・組織が一定規模以上で、多様な機能を有する病院
長期療養病院	療養型病床群等の長期にわたる療養機能を有する病院
複合病院	以上の機能をあわせもつ病院

表6 評価の対象領域

	一般病院種別 A・B	精神病院種別 A・B	長期療養病院
1	病院の理念と組織的基盤	病院の理念と組織的基盤	病院の理念と組織的基盤
2	地域ニーズの反映	地域ニーズの反映	地域ケアへの参加とサービスの継続性
3	診療の質の確保	診療の質の確保	診療の質の確保
4	看護の適切な提供	看護の適切な提供	ケアの適切な提供
5	患者の満足と安心	患者の満足と安心	患者の満足と安心
6	病院運営管理の合理性	病院運営管理の合理性	病院運営管理の合理性
7		精神科に特有の機能	リハビリテーションと QOL への配慮

評価がなされる。「1. 病院の理念と組織的基盤」においては、病院の基本方針、患者の権利の尊重、病院全体の管理体制、職員への教育・研修など、病院全体にかかわる事項について評価する。「2. 地域ニーズの反映」では、病院の地域における役割についての認識、他施設との連携体制、救急医療活動などについて評価する。「5. 患者の満足と安心」では、患者を尊重すること、プライバシーおよび利便性への配慮、サービスの改善の努力、患者の安全への配慮等などについての具体的な活動状況を評価する。特に第5領域の評価では、療養環境や職員の取り組み状況など、院内の視察の中で確認される内容も多い。

「3. 診療の質の確保」は、主に、医師の評価調査者により評価判定される領域であり、診療の質を確保するための基本的な活動、診療を支える各部門の機能、診療にかかわる安全管理などについて評価する。なお、平成11年度に向けての改定では、本領域で新たに、医師の人事管理、診療内容の評価、医師と病院の関係等に関する評価項目が新たに導入、あるいは強化されている。

「4. 看護の適切な提供」は、看護職の評価調査者が主に担当する。看護部門の組織の確立および運営、看護ケア提供の状況、看護ケアの質向上への努力、職員の能力開発などについて評価する。

「6. 病院運営管理の合理性」は、人事管理、財務管理、業務管理などの合理性および適切性などについて評価するものであり、主に、事務長相当の経験のある評価調査者が担当する。平成11年度からは、一部の種別で、経営管理活動の視点が強化され、経営改善活動に関する評価項目が追加された。

精神病院、長期療養病院では、上述の各領域において、それぞれの病院の機能上重要と思われる評価内容を適宜追加したり、内容変更を行ったりしている。また、さらに、精神病院の場合には、「7. 精神科に特有の機能」として、長期療養病院では、「7. リハビリテーションとQOLへの配慮」として、それぞれに特有で重要と考えられる機能について評価する内容を追加している。

(2) 評価項目の構造と評価のしくみ

上述の各対象領域にその機能を表現する評価項目を大・中・小の3階層の樹状構造で設定した。この際、大項目は対象領域で評価する機能の基本的な枠組みを示すものである。各大項目の内容はより具体的な達成目標をあらわす中項目に分解され、この中項目について評価調査者が評点を行う。そのため、中項目は、病院において理解されやすく、具体的な改善活動に結びつく内容となるように配慮されている。また、病院において広く一般化した内容ばかりでなく、啓発を目的とした中項目設定も一部行われている。

各中項目を評価判定するために現場で確認すべき内容として、複数のチェック項目が小項目として設定されている。これらの小項目群は中項目で求められている内容を満たすために、病院で実施されている一般的・代表的な状況を項目化したものであり、後述する評価判定指針にしたがって評点される。

以上より、大項目は、中・小項目に比して、より抽象的・概念的であり、小項目はより客観的・具体的な内容となっている。評価項目数は、対象病院の機能を適切に評価するための設定を行った結果、評点の対象となる中項目の数においては、一般病院種別Aが約80項目であるのに対し、一般病院種別Bでは約130項目、精神病院種別では約90～130項目、長期療養種別では約90項目である。

評価にあたっては、当該病院の状況に対して、客観的に、また、統一的な価値基準によって評価判定が行われることが重要であり、評価判定の結果に評価調査者の個人特性などに因るバラツキが生ずることを可能な限り排除する必要がある。このために、各小項目への評価判定および小項目の判定結果から中項目の評価判定を行う考え方を整理し、これまでの経験なども踏まえて、各項目について「評価判定指針(スコアリング・ガイドライン)」を作成し、これに則って評価することとした。具体的には、設定された各々の中項目は、1～5の5段階で評点される。中項目を評価するために設定された小項目は、既に述べたように病院で実施されている一般的・平均的な状況をその

内容としており、多くの場合、所与の小項目群から中項目を評価することで問題ない。しかし、厳密にはすべての状況を網羅できる訳ではないので小項目群は中項目を評価するためのProxy(代替)となっていると言える。したがって、個々の病院の評価において評価判定を行う場合、中項目で求めている水準を満たすために当該病院が実施している事柄が小項目の内容と合致していない場合でも中項目の主旨を踏まえ適切に判定するという柔軟な能力が評価調査者に求められていることとなる。小項目はa・b・cの3段階で評価され、それらの結果を総体的に評価調査者が咀嚼し中項目の評点を与えることになる。

IV 現状分析

1 評価結果にみる現状分析

これまでの評価結果から、相対的に問題として指摘されやすい内容を表7に示す。インフォームドコンセント・意見や要望の尊重やそれらに基づく改善活動等の患者の権利や立場を尊重する活動、診療情報の管理や図書機能の整備等の医師の再教育や適切な診療の基盤に関する事、病院の基本

表7 より積極的な取組みが期待される事項
～病院機能評価事業の実績から～

組織運営	基本方針の明示
	計画的運営(事業計画/中・長期計画)
	合理的管理
診療の基盤の確保・再生産	診療情報の管理・活用
	図書室機能の整備
患者の管理・立場の尊重	基本方針における明示
	インフォームド・コンセント
	意見の尊重
患者の安全	手術室の管理
	医療事故への対応
	輸血用血液製剤の管理
患者サービス	療養環境整備
	サービス改善活動
	禁煙・分煙
その他	大規模災害時の対応体制の整備

方針の明確化・計画的事業運営・合理的な管理体制等の組織としての適切性、医療事故の防止と発生時の対応や手術室の清潔管理等に関わる患者の安全管理、患者サービス等が挙げられる。これらの項目は、大きく、病院の組織化への課題、構造的状況を補完するソフト面での工夫や努力に関する課題、診療機能の維持や再生産、向上に向けての積極的な取り組みへの課題、医療現場に導入された比較的新しい視点や考え方に対する積極的取り組みへの課題に整理される。

2 有用性の議論

平成9年度受審病院に対するアンケート調査結果によれば、受審病院の約85%は受審の機会は有用であるとしており、また、定期的な受審の機会をもつことについても前向きな回答をしている。

受審の最終的な成果物は、「審査結果報告書」と「認定証」であると考えられるが、これ以外にも、準備から始まる受審の過程で、いくつかの前向きな効果が確認されている(表8)。そのひとつは、病院組織に対する効果である。具体的には、「受審」という目的を共有することによる一体感の増強、各部門・各職種の業務内容や苦勞の相互

表8 評価事業の有用性～受審病院の認識～

「報告書」「認定証」の活用	患者への情報提供
	職員確保
	学生実習の受入れ 地域・関係業種へのアピール
病院組織に対する効果	目的の共有⇒一体感の増強
	各部門・職種の相互理解
	全体的な組織力強化
個々の職員に対する効果	意識の向上
	目的意識や自信・自覚の醸成
	改善意欲の喚起
	組織への積極的参加
改善への動機づけ	活動の客観的把握
	業務の定型化・明文化
	停滞状態の一掃
	問題解決活動の促進

理解、受審したこと、あるいは、認定証を受受したことによる緊張感等により全体的に組織力強化の効果があつたとする病院が多い。

ふたつめには、個々の職員への効果である。受審の取り組みが、医療の質や患者サービスについて考える好機となり、それらに対する意識が向上する、目的意識や自信、自覚が芽生える、改善に対して意欲的になる、組織への積極的参加が促進される等の効果が確認されている。

最後は、実際の改善に向けての動機づけが挙げられる。病院からは、自院の活動を客観的に把握することができる、活動の再確認により業務の定型化・明文化が進む、停滞状態が一扫される、それまで実施されづらかった問題解決活動が促進される等の経験が寄せられている。

これらの効果は、審査受け入れの準備、第三者による訪問審査の受け入れ、審査結果報告書の收受といった受審の各段階を通じて確認されている。

その一方で、審査を経験した病院からは、受審効果を増すという観点から、評価事業へさらに期待する点、問題点の指摘もなされている。具体的には、例えば、問題点として指摘された内容に対する具体的な改善の方法論の提供、受審後の定期的なフォローアップ、受審病院全体のデータ分析等の有用と思われる情報の提供等である。改善の方法論の提供については、従来よりその必要性が強く認識されており、本年7月より「改善支援事業」として順次開始されている。受審後の定期的なフォローアップ、分析・集計情報の提供は、重要検討課題として位置づけられている。

評価事業のあり方について、特に評価方法については、評価内容が構造的なものに傾倒しており、実際の診療内容、治療成績に踏み込んでいないといった全体に関わる問題とあわせて、現行の内容に付加すべきものとして、医療資源を効率的に運用しているか、補助金等を適切に利用しているかが挙げられた。また、患者あるいは住民の視点の強化についても指摘された。結果の活用に関連しては、受審後の改善活動への金銭的補助制度、認定証発行病院への制度的メリット等、他制度へのはたらきかけを求めるものがみられた。改善支

援については、受審プロセス自体をより改善支援活動的性格の濃いものにすべきである、改善支援のための講習会、研修会を開催するのがよい等の指摘がなされている。

V 評価事業の展望

評価事業の今後の発展を考える際の課題としては、組織そのもののあり方に関するもの、病院や地域等の社会との関係に関するもの、評価の対象や方法論に関するものがあるが、ここでは、方法論についての課題と現状での取り組み状況についてを取り上げる。

まず、現行の方法論を運用していく傍らで、そこに密接に関係するであろういくつかの検討課題がある。平成9年度より、評価機構では、以下にあげるようなテーマで検討を進めている。第一には、評価結果に表れる病院の活動状況と病院の経済状況・財政基盤との関連がある。具体的には、両者の間の関連、病院の特性による差異の有無、類似他事業における考え方を検討し、経営状態を評価の対象とすべきか、また、評価判定に際して経営状態を考慮するかの2点が検討課題となる。本検討結果については、評価機構主催のフォーラムや公表媒体を通じてその中間的検討経過が既に公表されているが、明確な関係が提示される段階にはなく、両者の関係やその要因をめぐる本課題の結論を導くためには、さらに詳細な検討が待たれるところである。

現在の評価項目にない視点を盛り込むという方向では、病院における医師組織のあり方、病院と個々の医師および医師組織との関係のあり方についてをとりまとめ、評価すべき内容を明確にすることも検討してきた。また、評価における患者の意見や視点の位置づけについては、患者による評価の方法論についての評価、事業化の是非等についても検討を重ねている。これらの検討の成果については、その一部が平成11年度に向けての評価項目の改定に反映されている。

さらに、評価事業の方法論的立脚点を、現在の医療の構造的側面(structure)から、プロセス

(process), 結果的側面 (outcome) へと拡充することへの要請も強く, その方法論についての実証的検討も急務である。これに関連して, “clinical path”, “clinical indicator” 等の手法が既に議論に上っているが, その実効性や活用方法等に関しては, 更なる具体的な検討を要する。これまで, 多くの研究者が議論, 検討してきた内容を踏まえ, 現場への適用を踏まえた方法論の開発を行っていききたい。また, これらの方法論の事業化を検討するに際しては, 従来を踏襲する“評価”というアプローチ以上に, 医療現場における“管理手法”, “改善促進ツール”としての適用や, これらを用いた個々の現場の活動を支援するシステムづくり等のアプローチを重視すべきであろうと考える。

評価を受けることにより, 各医療提供者の現状を把握し, 改善活動へ結び付けていくことが評価の大きな目的である。それと同時に, 第三者機関である評価機構の評価は, 医療を受ける人々による医療機関の選択に寄与するものになる可能性がある。病院において一定以上の質を有していることを示すことにより, 消費者選択の重要な要素となりうる。医療においては, その専門性から提供者と消費者の間で情報の非対称性があり, 消費者からは直接医療提供の質を評価することは困難である。そのため, 医療管理に関する専門家が評価を行った結果を医療機関の選択に用いることは有意義であると思われる。またわが国においては公的医療保険制度のもとで医療提供がなされているため, 保険者が医療機関の評価情報を利用して個別の医療機関との契約を行ったりすることも考えられる。特に国民健康保険制度においては保険者は自治体であるため, 自治体による評価結果の利用もひとつの手段となり得る。

評価機構は, 医療機能の評価事業, 改善支援事業を行う主体としての役割だけでなく, 関連する情報やデータの収集・発信センターとしての役割, 評価・改善の方法論を開発したり, ノウハウを蓄積する役割, 医療機能の評価や改善に関わる人材の育成等の役割も負うべきである。組織的な準備は未だ不十分ではあるが, まずは, 現在検討中の

いくつかの課題について一定の方向性が見出され, 事業に反映されることにより, 評価事業がより実質的で効果的なものとなることを期待したい。

参考文献

- Lluís Bohigas, et al. (1988) A comparative analysis of surveyors from six hospital accreditation programmes and a consideration of the related management issues, *Intel. J. Quality in Health Care*, 10 (1), 7-13.
- Avedis Donabedian (1980) *Explorations in Quality Assessment and Monitoring Vol. I The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Health Administration Press.
- N. O. Graham (1990) *Quality assurance in hospitals*, AN ASPEN.
- The Joint Commission (1997) *National Library of Healthcare Indicators™*, the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.
- E. Scrivens (1995) *Accreditation—protecting the professional or the consumer?*—, Open University Press.
- S. D. Shaw (1997) Accreditation and ISO: International convergence on health care standards. ISQua position paper—October 1996, *Intel. J. Quality in Health Care*, 9 (1), 11-13.
- Ingrid Sketris (1988) *Health Service Accreditation—An International Overview*, King's Fund Centre.
- 菅野由貴子 (1997) 「腹部外科領域における臨床評価指標 (Clinical Indicator) の研究開発」, 東京大学修士論文。
- 中野夕香里 (1993) 「病院医療の質の評価のための“Clinical Indicator”の探索」, 東京大学博士論文。
- (1996) 「医療を評価する試み (その1～その2)」, 『看護学雑誌』, 60 (4/5), 330-334 428-432。
- (1998) 『医を測る (医療サービスの品質管理とは何か)』, 第3章 I 「医療評価の方法論について」, 厚生科学研究所。
- 日本医療機能評価機構; 第1回医療機能評価研究フォーラム資料集, 平成10年1月。
- (1999) 第2回医療機能評価研究フォーラム資料集, 平成11年2月。
- (1999) 『これからの医療と病院機能評価』。
- (なかの・ゆかり
(財)日本医療機能評価機構研究主幹)