

(第27回精神病院協会精神医学会1999年)

久木元司『医療福祉施設サービスにおける権利擁護－権利侵害の事前防止の観点から－』
(鹿児島大学大学院法学修士論文2000年)

『医療・看護の質の向上』(医療研修推進財団1999年)

ウェンディー・リーボフ, ゲイル・スコット著 (神尾友和他訳)『医療の質とサービス革命』(日本医療企画1997年)

川渕孝一『医療保険改革と日本の選択』(薬事日報社1997年)

広井良典『アメリカの医療政策と日本』(けい草書房1996年)

佐藤進『福祉と保健・医療の連携の法政策』(信山社1994年)

Paul S. Appelbaum/Charles W. Lidz/Alan Meisel (杉山弘行訳)『インフォームドコンセント』(文光堂1997年)

富田功一『コメディカルの医療行為と法律』(南山堂1998年)

池永満『患者の権利』(九州大学出版会1997年)

加藤一郎・森島昭夫編『医療と人権』(有斐閣1984年)

菅野耕毅『医療契約法の理論』(信山社1997年)

医療倫理 Q&A 刊行委員会『医療倫理 Q&A』(太陽出版1998年)

Albert R. Jonsen/Mark Siegler/William J. Winslade (赤林朗・大井玄監訳)『臨床倫理学』(新興医学出版社1997年)

川渕孝一『これからの病院マネジメント』(医学書院1998年)

Alan L. Sorkin(大谷藤郎・濃沼信夫監訳)『アメリカ社会の医療戦略－経済環境を超えて－』(医学書院1987年)

西田和弘「医療サービスの質保障の観点から見た医療提供体制の課題」・日本社会保障法学会編『社会保障法第17号』(法律文化社2002年)

藤田伍一・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障⑦アメリカ』(東京大学出版会2000年)

内川清雄企画責任編集『診療情報の開示と管理』(ぎょうせい1999年)

米国医療の質委員会/医学研究所著 医学ジャーナリスト協会訳『医療の質』(日本評論社2002年)

- 山内豊明訳『JCAHO 医療における質改善入門』1999年3月15日・医学書院
- 内川清雄企画・責任編集『診療情報の開示と管理』1999年9月10日・ぎょうせい
- 日本診療録管理学会診療録管理の現況調査委員会『我が国の病院における診療録管理の現況（第2回）』2000年2月15日・中和印刷（株）
- 山内隆久・山内桂子『医療事故』2000年9月5日・朝日新聞社
- ポール・C・ワイラー，大木俊夫・多木誠一郎訳『医療過誤対策全米調査プロジェクト』2001年7月10日・青木書店
- Charles Vincent 他，安全学研究会訳『医療事故』2000年11月20日・ナカニシヤ出版
- 国立大学医学部付属病院長会議編『医療事故防止のための安全確立に向けて [提言]』2001年9月12日・日総研
- 荒木誠之『社会保障の法的構造』（有斐閣1983年）
- 荒木誠之『社会保障法読本』（有斐閣選書1998年）
- 清水寛・良永弥太郎編著『論点社会保障法』（中央経済社1987年）
- 中静未知『医療保険の行政と政治』（吉川弘文堂1988年）
- 植木哲他『医療判例ガイド』（有斐閣1996年）
- 郡司篤晃『医療システム研究ノート』（丸善プラネット1998年）
- 大谷實『医療行為と法』（弘文堂1998年）
- 堀勝洋『社会保障法』（東京大学出版会1994年）
- 『社会保障・社会福祉判例体系』（労働旬報社）
- 加藤智章『「医療制度における法主体論」に関する研究報告書』（財団法人医療経済研究機構1998年3月）
- 前田和彦『医事法講義』（信山社1999年全訂第4版）
- 宇都木伸・平林勝政編『フォーラム医事法学』（尚学社1997年）
- 川原格『医師の説明と患者の同意』（成分堂1998年）
- 西田和弘『医療保障における医療情報へのアクセス権保障』（社会保障法13号1998年）
- 『平成9年度評価判定指針』（財団法人医療機能評価機構1998年）
- 『平成10年度評価判定指針・長期療養病院版』（財団法人医療機能評価機構1998年）
- 『第1回医療機能評価研究フォーラム』（財団法人医療機能評価機構1998年）
- 『第2回医療機能評価研究フォーラム』（財団法人医療機能評価機構1999年）
- 『第3回医療機能評価研究フォーラム』（財団法人医療機能評価機構2000年）
- 『第4回医療機能評価研究フォーラム』（財団法人医療機能評価機構2001年）
- 『第5回医療機能評価研究フォーラム』（財団法人医療機能評価機構2002年）
- 『病院機能評価統合版新評価項目解説集』（財団法人医療機能評価機構2002年）
- 『日本医療機能評価機構事業報告書』（財団法人医療機能評価機構1998年）
- 西元晃『医療の質と患者の権利』『人間尊重の保健・医療・福祉サービスに向けて（第5回研究発表会）』（財・日本医業経営コンサルタント協会2001年）
- 西元晃『医療の質の法的枠組—医療機関・患者関係に着目した法政策の在り方』（鹿児島大学大学院法学修士論文2000年）
- 西元晃『自己決定能力に欠ける場合のインフォームドコンセントの在り方について』

テムの矛盾点や今後の課題も明らかにしてきた。今後、これらの課題にさらなる検討を加え、よりよい第三者評価システムを構築することで、サービスの質が向上され、良質なサービスの選択に資することができるものとする。サービス利用者の権利擁護をすすめる上で、第三者評価の果たす役割は大きなものがある。

とりわけ、共通して指摘できる問題点として、評価団体が評価事業を通じて得た情報を国民にどのような視点で、どのような媒体で、どの程度伝えていくのか、あるいは伝えることの妥当性の問題、知り得た情報の帰属の問題、受審病院・施設の有する患者・利用者情報を個別同意なしで、何を根拠にどの程度サーベイヤーに開示することができるのかといったことについては、法的解釈や根拠を明確にし法政策としての議論が必要であろう。

追記

本稿脱稿後、医療機能評価機構は新評価体系 Ver.4 を正式に発表・運用した。患者の権利と医療の安全については領域として独立するなど、一定の評価は出来る。しかし、運用の在り方等を含め、特に中小規模医療機関への評価項目の在り方には疑問を呈せざるをえない部分がある。新体系による評価を注視し、またあらためて別稿にて論ずるつもりである。また、校正の段階において、認定病院の評価内容について、評価機構のホームページ上で公開することが決まった。評点や報告書のサマリーを掲載するようである。情報開示に取り組んだことの意義は大きいものと思われる。

福祉サービスの第三者評価については、保育サービスの評価を全国保育士養成協議会が実施すべく準備をすすめている。更に全国の各自治体においても、公的機関や各種団体において取り組みが始まっているところもみられる。今後共、福祉サービスの評価の動きを注視し、全国的な取り組みになった時、あらためて論じることとする。

【参考文献】

岩崎栄編『医を測る－医療サービスの品質管理とは何か－』1998年3月14日・厚生科学研究所

ある。

（２）福祉サービス評価における課題と方向性

これまで福祉サービスについては、外部からサービスの評価を受けることはほとんどなかったといえる。唯一行政による監査があるにはあったが、これは会計上の経理監査の域を脱せず、サービスの中身まで触れた監査には程遠いものであった。とりわけ、権利擁護の視点でのサービス評価という点では、評価項目はわずかしかなかく⁴²、実際に侵害事例があったとしても有効なチェック機能を果たしていたとはいえなかった。その点、今回示されている福祉の評価システムは、サービスの質の向上を目的に大きな効果が期待されている。

しかし、この評価システムについては、これまでも述べてきた通り、いくつか検討を要する課題がある。①評価機関が複数あることの検討、②評価基準の検討、③評価者の要件と評価場所の検討、④情報開示のあり方の検討等である。

①については、医療評価システムとの比較で、評価機関が複数あることのメリット・デメリットを検討し、今後の福祉評価のあり方を考える必要があると思われる。②については、サービス利用者の権利擁護を十分に盛り込んだ上で、統一した基準を示す必要があるものと思われる。③については、質の評価を行いうる専門性の高いサーベヤーの確保が重要であることから、その要件や研修のあり方の検討と、利益相反関係が生じないシステムの検討が必要であると思われる。④については、①とリンクするが評価機関が複数あることで、評価結果にブレが生じる問題点の指摘と、それをすべて公表すること、つまり、医療評価については認定がだされたところのみ公表するが、福祉評価は善し悪しに関係なく、すべて公表することが想定されていることから、このことの問題点も検討する必要があるかと思われる。

具体的な方向性やあり方については、各章において筆者なりの考えを述べてきたが、先行する医療評価システムとの比較から、福祉サービス評価シス

⁴² 前掲石田論文285頁

害は違法行為になるのは自明である。そして、患者の権利保障は、患者の利益のみならず、医師・医療機関の利益でもある。医療は、医療提供側と患者の共同作業であり、この観点からも、病院機能評価受審の価値を見いだすことができる。病院機能評価受審の有用性としては、医療の質について、一定の基準に達していることは、患者の権利擁護についても一定のレベルに達していることがいえることとなり大きな意義をもとう。

なお、早い時期にストラクチャー中心の評価体系からプロセス重視の体系への見直しも期待されるところである。ただ、病院機能評価のサーベイヤーは医療関係者であり、いわゆる患者代表や地域住民代表といったものが含まれていない。このことは、第三者評価としての基本的な立場を勘案すると今後の大きな課題であるものと思われる。また、本来業務すなわち、現実の病院長、事務長、総婦長といった仕事をもちながら委嘱されるサーベイヤーの限界が指摘される。全員が非常勤の委嘱であり、今後は常勤のサーベイヤーの必要性なども指摘される。

医療機能評価機構が行う病院機能評価は、社会保障法の視点から見たときに、いくつかの課題が残っているが、全体としては、我が国の良質な医療の提供体制を確立するための唯一の現実的な方法であろうことに大きな異論はなかろう。この病院機能評価を有効に活用することについて、官民の基本的な合意は出来ているとあって良い。また、本格的な運用はこれからである。医学は自然科学であるが、医療は社会科学であるといつて良い。従来、医療提供体制は医療法を基本として、施設・人員基準を規定してきた。健康保険法等も保険医療の提供にあたり必要な事項を規定しているものである。医師・医療機関、患者さらには保険者はこれらの法令を遵守することが責務であり、履行すべき事項は法令の範囲内である。そのような意味では、医療保障制度は法令でつくることができるが、良質な医療の提供については法令で規定することは困難が予想される。この観点からは、病院機能評価は良質な医療の提供体制の確立のために、医療人のみならず、患者をはじめ、社会保障法学者等の専門家の参画も期待される。「Norm」を目ざし、医療機関・医師、患者等の共同作業による適切な医療提供体制の確立が必要となっているので

たらし、患者の不利益が起こりにくい構造が構築されることがわかる。要するに、患者の権利の擁護への効果がいえる。

病院機能評価に関する情報開示には、①評価機構が評価事業を通じて得た情報を国民にどのような視点で、どのような媒体で、どの程度伝えていくのか、あるいは伝えることの妥当性の問題、②知り得た情報の帰属の問題、③受審病院の有する患者情報を、患者の個別同意なしで、何を根拠にどの程度サーベイヤーに開示することができるのか、④第三者性を高めるためには、サーベイヤーの氏名や所属等を非開示とすることの必要性の問題が指摘できる。福祉の第三者評価においては、すべての公表が論じられているが、医療においては、むしろ、患者の選択に資するための評価機構の役割が期待されている。医療情報の開示について評価機構をどのように活用するかは今後の課題である。

なお、診療報酬の個別項目と認定証のリンクは今後増加することが予想されるので、情報開示との関連も重要になろう。第6章で触れたように、平成14年4月から新評価体系による病院機能評価が始まる。新評価体系への期待と課題としては、以下のことがいえよう。まず、領域として「患者の権利」が独立したことにより、医療の質の重要な柱の一つとしての「患者の権利」が明確に認識されることがあげられよう。このことは、医療機関において、患者の権利についての啓発・行動の活発化が期待されると同時に多くの影響が予想されるところでもある。例えば、患者の権利を法律上の権利として狭義にみた場合に、患者の権利がより確立したものとして認知度が高くなることは、医療機関側の義務がより明瞭になることであり、医療の萎縮が危惧される。同時に患者が自らの義務を果たすことも要求され、自己決定にあたっての研鑽の努力が求められよう。病院機能評価においては、患者の権利は「尊重すべきもの」との用語の使い方であるが、法的には「保障」すべきものであり、この点においては未だ十分なものとはいえないものと思われる。患者の権利を保障することは、努力目標ではないことの明示も必要であろう。

患者の権利が保障された状態は、一定の医療の質が保障されている状態であるといえよう。患者の権利（例えばインフォームドコンセント）は法律上の権利として学説・制例ともに確立しているものも多く、このような権利侵

10. むすびにかえて ―第三者評価の課題と改善の方向―

(1) 病院機能評価における課題と方向性

病院機能評価の意義・目的は、医療機関が事業運営における具体的な問題点を把握し、サービスの質の向上に結びつけることと、利用者の適切なサービス選択に資するための情報となることがある。そして、病院機能評価の基本的なスタンスから導かれるものは、患者に対する権利侵害が起こりにくいストラクチャーの構築であり、プロセスの管理であることを言いうる。言うならば、事前救済の役割を担いうることが指摘できる。そして、病院機能評価における評価システムについては、一定の客観性が担保されて、評価事業が公平・中立たりうるための研究事業等を行っていることも評価される。組織としての第三者性については妥当であろう。

病院機能評価実施の体系は、大きくは書面審査、訪問審査、認定証発行の三つに区分できる。いずれも多大な時間と資料で審査が行われている。さらに、認定証発行の可否については、数次の段階を経て審査がなされ、その間当該医療機関の名称等はわからない仕組みをとるなど、第三者性を高める工夫がみられ、適正なシステムが構築されているものといえる。医療における第三者評価を行うための基準・体系については大筋においては妥当なものであるといえよう。評価項目は、小項目で最大449項目にのぼり、具体的に確認する手順が確立されている。また、これらの項目の中には相当数の患者の権利に関わる項目が含まれており、医療の安全や患者の満足と安心に繋がるものであることが確認できる。他方、評価のしかたにおいて、一部でもできていれば評価が「b」とされ、これにかかる評点は「3」がつく仕組みがある。これは、インフォームドコンセントなどにかかる評価のしかたとしては不適切と言わざるを得ない。インフォームドコンセント等にかかる内容は、一部でも不十分であると違法性のそしりを免れないことから、検討が必要であろう。しかし、全体としては評価項目の内容・網羅性などは十分なレベルにあり、学術的な検討もなされている。

さらに、病院機能評価を受審することが、患者・医療機関双方に利益をも

同意なしで、何を根拠にどの程度サーベイヤーに開示することができるのか、④第三者性を高めるためには、サーベイヤーの氏名や所属等を非開示とするものの必要性の問題が指摘できる。福祉の第三者評価においては、すべての公表が論じられているが、医療においては、むしろ、患者の選択に資するための評価機構の役割が期待されている。医療情報の開示について評価機構が、どのような役割を担うかは今後の課題である。とりわけ、診療報酬の個別項目と認定証のリンクは今後増加することが予想されるので、情報開示との関連も重要になろう。

福祉においては報告書で述べられている通り、仮に評価結果の善し悪しにかかわらず、すべて公表するとした場合、この結果は評価基準が統一のもとで行われ、同じ評価者の視点でなされたものでなければ、公正・中立な評価とはいえない。同じサービス内容であっても、受審する評価機関によって結果が異なれば大きな問題である。そうすると、当然にサービス提供者側からの不服も出てくるものと思われる。故に、情報開示の前提としての条件整備が大事であろう。この点、やはり医療の評価システムを参考に、ひとつの評価機関によるところの評価結果を情報開示することが望ましいと考える。

医療と福祉の評価結果の情報開示のあり方とサーベイヤーの所属機関の開示について、医療は一部に限定して開示するのに比べ、福祉はすべて公表することとなることについては明らかに違いがあることが分かった。福祉についていえば、すべて公表することで評価を良くしようとする強いインセンティブが働くと思われるが、逆に第三者評価を積極的に受審しようとする意欲が薄れてくることも予想される。ただ、評価結果を良くするだけものになってしまう恐れがある。この点、医療評価の情報公開のあり方のほうがシステム的にはいいのではないかと思われる。

ここで、共通して指摘できる問題点は、評価団体が評価事業を通じて得た情報を国民にどのような視点で、どのような媒体で、どの程度伝えていくのか、あるいは伝えることの妥当性の問題、知り得た情報の帰属の問題、受審病院・施設の有する患者・利用者情報を個別同意なしで、何を根拠にどの程度サーベイヤーに開示することができるのかといったことについては、法的根拠を明確にする必要があるだろう。今後の慎重な論議と研究が期待される。

さらに、診療録等の閲覧権についても、その法的根拠をどこに求めることができるのか、同様な研究・対応が望まれる。

（２）福祉サービス評価における情報開示

報告書では、評価結果の公表について「第三者評価を受けようという事業者の姿勢や評価を受けるまでの改善に向けた取組みを積極的に評価すべきであり、評価事業の普及・啓発を図る意味でも、基本的には受審した全ての事業所を公表すべき」としている。さらに、「評価内容については、基本的には全ての評価結果とすべきと考えるが、実際の運用に際しては、受審事業者の意向等も踏まえ、各第三者評価機関において具体的に検討」とされている。つまり、現在のところ、福祉サービスの評価結果については、結果の善し悪しにかかわらず、すべて公表することが想定されている。この点、医療の評価結果の公表については、認定された病院のみ公表されるという点で大きな違いがある。福祉サービス分野も利用契約の時代になり、当然にサービス提供者側も選ばれる立場になる。評価結果が悪いところは、利用者が来なくなる。そうなれば、評価を積極的に受けようとする意識が薄れ、萎縮効果が生じることも多分に予想される。自らサービスの質点検を行い、質の向上につなげるという本来の主旨から外れることになる。ここのところは、今後十分な検討が必要であると思われる。

なお、具体的にどのような方法で利用者へわかりやすく情報を伝達するか、事業者側が負担する公表に要する費用の問題等の課題についても今後検討が必要であろう⁴¹。

【小括】

病院機能評価に関わる情報の取り扱いには、いくつかの問題が指摘できる。
①評価機構が評価事業を通じて得た情報を国民にどのような視点で、どのような媒体で、どの程度伝えていくのか、あるいは伝えることの妥当性の問題、
②知り得た情報の帰属の問題、③受審病院の有する患者情報を、患者の個別

⁴¹ 前掲石田論文291頁～292頁

なろう。医療情報の非対称性解消のための具体的形として今後必要とされる領域である。なお、任意の契約によるものであるもので、福祉で提案されているような、非受審病院の名称の公開などは、制度上困難であろうことと、その是非についても十分な検討が必要であろう。なお、サーベイヤーの氏名や身分については、訪問審査時についてもその本来の所属を明かすことはしてはならない仕組みを取っている。第三者性を高めるためには、現在の制度は妥当であると考えられる。

訪問審査で知り得た情報についての問題は、大きく二つ提起できる。一つには、訪問審査において権利侵害行為、あるいは違法行為を発見したときの情報の通告の問題がある。刑法等に触れるような重大な権利侵害行為、あるいは医療法や健康保険法等の医療提供にかかる法令に違背する行為がある場合、医療機能評価機構は当該関係諸機関に対して告発する社会通念上の義務を負うものと考えられるが、サーベイヤーが直接に告発等を行うことは好ましくないと考えられる。サーベイヤーは、見過ごすことのできない事案に遭遇した場合には、機構に対しその事実を報告する義務を負うものと考えられる。そして、機構が判断して、機構として告発するかどうかの問題になろう。このように、重大な権利侵害を知った場合には良質な医療提供体制の構築を目指す立場から告発義務を負うものと思われるが、この場合に第三者評価を行なう立場として、その意義・役割との齟齬の有無については慎重な検討が必要であろう。契約に基づき評価機構のサーベイヤーが訪問審査を行うのであるから、契約外行為の問題をはじめ困難な対応が予想される。二つ目に、審査を通じて知り得た情報・資料について、受審病院が医療事故等で係争状態になったときの、評価機構が保管する当該病院の情報・資料の扱いがある。刑事・民事問わず裁判所からの当該資料の提出命令があった場合には、評価機構はその提出を拒むことはできないものと思われる。任意の契約に基づき評価機構に集積された、医療の質の向上のための情報・資料が、他の目的に利用されることの是非についても検討が必要であろう⁴⁰。

⁴⁰ 医療の安全確保を目指して行なわれる、医療事故、ヒヤリハット報告書等のデータの集積についても同様なことがいえる。JCAHO（米）における、全米から報告された医療事故のデータについては、裁判の証拠として採用されないよう連邦法で定められている。

して、病院機能評価の受審があることから、良質な保険医療提供のための国における第三者評価の利用とみるのが妥当と思われる。医療における第三者評価が、我が国における医療提供体制のなかで必要不可欠な存在になっていくであろうことは、患者の権利擁護・医療事故対応等をはじめ多くの立場から期待されるものであろう。

福祉の第三者評価における効果は、まだ実施されていないので、現時点では不透明だが、前述の通り、利用者の権利擁護という点では、大きな効果があるものと思われる。個々の事業者が事業運営における具体的な問題点を把握し、サービスの質の向上に結びつけるとともに、利用者の適切なサービス選択に資するための情報となることが期待されている。

9. 第三者評価と情報開示

(1) 病院機能評価における情報開示

情報開示にはいくつかの視点が考えられる。まず、評価機構が評価事業を通じて得た受審病院の情報を国民にどのような視点で、どのような媒体で、どの程度伝えていくのか、あるいは伝えることの妥当性の問題である。さらには、知り得た情報の帰属の問題もある。次に、受審病院の有する患者情報を、患者の個別同意なしで、何を根拠にどの程度サーベイヤーに開示することができるのかという問題がある。さらには、第三者性を高めるためには、サーベイヤーの氏名や所属等を非開示とすることの必要性の検討もある。

受審の結果については、評価機構が認定病院の名称・認定の種別のみを記者発表とホームページでの掲載をおこなっている。認定の状況や具体的内容、受審したが認定されなかったケースなどについては現在のところ公表は行われていない。しかし、医療情報の公開については、患者の医療機関選択に資する観点から、その役割が期待されており、検討の必要が求められる。

現在検討されている医療構造改革の柱の一つに医療情報の開示があるが、このことについての機構の役割も期待される。機構と受審病院との関係は民法上の契約であり、あくまで受審病院の任意の申し出によるものであるので、今後いかなる形で情報公開を行うにしても、すべて受審病院の了解が必要と

第三者評価による質の向上については、これまでも述べてきたとおり、「個々の事業者が事業運営における具体的な問題点を把握し、サービスの質の向上に結びつけるとともに、利用者の適切なサービス選択に資するための情報となること」であるとされる。この点、古川が示した選択と競争による質の向上とも第三者評価による質の向上は結びついている。つまり、利用者がサービス選択に資するためには、適正な情報が必要となり、サービスの評価結果が選択に資するための一つの材料になりうるものと思われる。

医療の第三者評価をみてもわかるとおり、認定を受けた病院は公表の対象となり、患者にとってもよりよい医療を受診する上で、わかりやすいものとなっている。また、事業者側にとっても認定病院という一つのブランドを得ることで、より多くの人に利用してもらえするというメリットがあるものと思われる。

ただ、医療と福祉の第三者評価を比較検討してみると、医療の評価結果は、良質なサービスを行っているところのみをいわゆる認定病院として公表しているのに比べ、福祉の評価結果は、認定の可否に関係なく公表するという点で、大きな違いがある。つまり、事業者側にとっては、悪い評価結果がでた場合、利用者が減少するということになる。この点、福祉の第三者評価は、医療の第三者評価に比べある意味大きな効果が生じるものとする。

最後に、医療の第三者評価においては、評価結果と診療報酬のリンクが始まっている。つまり、認定を受けた病院については、診療報酬を上げるか、認定を受けていない病院は診療報酬を下げるかといった議論であるが、仮にこれが実現すれば、制度の中にサービス評価が組み入れられることになり、受審に伴う効果はまた、違う意味で大きな効果をでてくるものと思われる。

【小括】

病院機能評価を受審し、良質な医療サービスを行なうことが、患者・医療機関双方に利益をもたらし、患者の不利益が起こりにくい構造が構築されることがいえよう。さらに、患者の権利の擁護への効果も同様である。なお、診療報酬と受審が部分的にリンクすることになったが、このことは、「効果」と考えて良いものとするべきであろう。保険医療を提供するための条件と

あり、一種の事前救済に近いものが医療機関内にシステムとして存在していて、医療事故を原因とするような医療紛争への発展可能性が低いこと、④情報の開示が多いので病院の機能・特性などを知ることができること等があげられる。

最後に国の制度としての視点から考えてみる。平成14年4月の健康保険法に基づく診療報酬改訂では、緩和ケア病棟の施設認定基準等に（財）医療機能評価機構の受審が要件として告示された。このことは、緩和ケア病棟を保険医療で行う場合には、評価機構の認定証が前提となることを意味しているといつてよい。この意味においては、認定証が緩和ケア病棟における保険医療実施のための効果ということも可能である。また、医療法、健康保険法ともに保険医療提供にあたっての最低限の要件を規定することが法の目的である。法令が医療機能評価の認定証を利用することは、良質な医療の提供体制を確立していく上での有効な方法として、今後もアプローチされていくであろう。

このように、病院機能評価受審は患者、医療機関双方に一定の効果をもたらし、あるいは期待できるものといえる。これは、良質な医療の提供を行うことが、安全な医療の提供に繋がり、患者、医療機関の双方に利益をもたらすことを意味している。さらに、これらの過程を通じて患者の権利擁護がなされることとなり、患者への不利益が起りにくいシステムが医療機関内に構築されることを意味する。医療における第三者評価が、我が国における医療提供体制のなかで必要不可欠な存在になるべきであろうことは容易に想像できる。

（２）福祉サービス評価受審に伴う効果

福祉サービスの質の管理という点で、いくつかの方法があると思われるが、古川³⁹は、外形的基準による質の確保、ケア基準による質の向上、選択と競争による質の向上、利用者の苦情による質の向上、第三者評価による質の向上、専門職の充実による質の向上をあげている。

³⁹ 古川孝順「社会福祉の運営」有斐閣、2001、221頁～228頁

待させる部分がある。このことは、第三者評価としての基本的な立場を勘案すると今後の大きな課題であるものと思われる。また、本来業務すなわち、現実の病院長、園長・事務長、総婦長・といった仕事をもちながら委嘱されるサーベイヤーの限界が指摘される。

福祉の第三者評価は、これから評価者養成も始まることになるが、先行して実施されている医療の評価に学ぶべき点も多いと思われる。一つは、評価の客観性を担保する上で重要である評価マニュアルの作成やトレーニングのシステムは大いに参考にすべきである。二つ目は、評価者が事業を実施するエリアの問題についても、医療の評価のように利益相反関係が生じないように、エリア外の評価者が行うようなシステムも検討する必要があるだろう。しかし、そうなれば、そもそも組織論に戻ることになるが、評価機関は統一したものがいいのか複数でいいのかという議論になるのではないだろうか。

8. 第三者評価の効果

(1) 病院機能評価受審に伴う効果

サービス提供者すなわち、医療機関側の視点から見ると、①改善しなければならない問題点が明確になる、②評価を受けるための準備が改善のきっかけになる、③効果的で具体的な業務目標が設定できる、④職員の自覚により病院内の改善意欲が向上する、⑤改善に向けた明確な取り組みが可能になる、⑥改善の成果を内外に示して医療への信頼を高めることができる等があげられる。((財)日本医療機能評価機構パンフレットより) これらの効果に特徴的なことは、認定証の効果ではなく受審へ向けた取り組みの効果にある。すなわち、認定証が医療の質の向上をもたらすのではなく、受審へ向けた取り組みが医療の質の向上につながることである。

次に患者の視点からは、①医療機関の選択にあたり、良質な医療を提供していることについての一定の目安となりうること、②医療の安全や患者の権利擁護について、病院組織として取り組んでいることから、一定の効果が期待できること、③したがって、トラブルが発生しにくい状態が医療機関内に

の今後の課題として、医療・福祉のサービス内容のわかる法律家の養成も急務であると思われる。

専門職委員の要件としては、前述の通り、様々な有資格者があげられているが、サービスの中身を評価するのであるから、このような要件がかけられるのは当然であろう。これまでの行政監査の問題点として指摘されていた³⁷ように、専門性に乏しい職員が事業監査にあたっていたことから考えると、専門的なサービスの中身の評価が担保されることになるだろう。

ただ、この評価者の確保という問題と、利益相反という問題があると思われる。一つ目の評価者の確保という点では、例えば、この評価者の中心的役割を担うであろう社会福祉士を考えた場合、まだ全国で12,163名³⁸の数で十分な数とはいえない現状にある。しかも、そのほとんどが、社会福祉関係の事業所に席をおき、その職員としての仕事を本業としている。つまり、自由に動ける立場の社会福祉士はごく僅かであろう。

二つ目の利益相反の問題については、仮に社会福祉協議会等が評価を行う場合、評価者を組織内だけで調達するには限界がある。とすれば、どこかの事業所に所属する有資格者に依頼し、評価者として関わってもらうことになるだろう。しかし、一定のエリア内の事業所を評価範囲とすれば、かならず顔見知りがいる。ましてや社会福祉士等、現場で働く専門職は、地域のネットワーク化をはかることが重要な業務であることから、経験豊かで専門性の高い人は、なおさらいろいろな施設関係者とは日頃から交流をもっていることであろう。これらの点は、今後、福祉の第三者評価を行う際の課題になると考える。

【小括】

病院機能評価・福祉の第三者評価のサーベイヤーはともに医療・福祉関係者であり、いわゆる患者・利用者代表や地域住民代表といったものが含まれていない。ただ、福祉においては一般委員をおくことができる規定があり期

³⁷ 鵜沼憲晴「社会福祉事業法の改正」『社会保障法第16号』法律文化社、2001年、20頁

³⁸ 2002年1月31日現在（日本社会福祉士会ニュース66号）

医療・福祉サービスにおける第三者評価システムの比較検討

リングが行える者としている。

さらに評価調査者は、これらの要件を満たした上で、認定機関及び第三者評価機関が行う評価調査者養成研修を受講していること、当該評価調査者が関係する施設・事業所の評価は行わないこと、氏名・所属・役職・資格等は公表することになっている。なお、評価者の資質や研修体系は、各評価機関における評価基準や評価手順に基づき評価を行うものであることから、当該評価機関ごとに定めることとしている。

評価決定委員会は、委員の数を10名程度とし、「社会福祉事業経営者、従事者」、「福祉、医療、法律、経営等の学識経験者」、「福祉サービス利用者、一般市民」の3分野から概ね3分の1ずつ選任することとし、ただし、委員長、副委員長は学識経験者とするとしている。

(3) 福祉サービス評価者の今後の課題

サービスの質の評価について、大事な点は、評価者の見方により大きな差異が生じないことである。その要素として、やはり評価項目の統一された解釈、つまりマニュアル作成が必要である。医療評価システムを参考に、評価者により評価が変わらないようにマニュアルを作成し、評価者の継続的なトレーニングが必須であろう。

報告書によれば、評価者はそれぞれ「運営管理委員」、「専門職委員」、そして、「一般委員」を置くことができるとしている。特に「一般委員」の設置は、できる規定ではあるが、医療評価にはない評価者として大いに評価できるものである³⁶。ただ、選任にあたりこの要件が広いこともあり人選が難しい面があり、この要件については今後の検討課題であると思われる。なお、一般委員として、利用者のご家族の参加というものが可能かどうかの検討も必要ではなかろうか。

評価決定委員会の委員の要件について、法律の専門家が入れられていることも評価できるものである。サービス利用者の権利擁護という観点でみた場合、法律家の視点は今後重要な役割を果たすものと思われる。ただ、この点

³⁶ 前掲石田論文291頁

ある。ベテランサーベイヤーとともに、実際にサーベイを行い、実務的な研修を行うことになる。経験の少ないサーバイヤーも参加できるようになっている。

評価項目についてはスタンダードがあり、サーベイヤー用には受審病院向けとは別途に、「評価判定指針」が作成されている。実務的には、この具体的に記載されたスコアリングガイドラインに沿って評価を行い、認定証発行の可否を検討する際にも、大きな指針となっている。

サーベイヤーの能力向上のため、毎年一回、サーベイヤー集談会が開催され、より質の高いサーベイに向け、判断基準の共有化を図る工夫も行われている。東京で開催される大会に、全国から毎年200名以上のサーベイヤーが、自費で参加するなど、その取り組みは熱心である。しかし、良質なサーベイヤーの育成には時間がかかることもあり、それぞれのサーベイヤーが共通した判断基準を有していることについては未だ十分とは言い難い。今後の研鑽が求められよう。

（２）福祉サービス評価における評価者の要件等

評価者の概念として、福祉サービスの評価を行う評価者は、評価の申込みのあった施設等にチームを組織して赴き、評価基準に基づいて評価を行う「評価調査者」と、評価調査者の評価を基に最終的に評価機関としての評価をくだす合議体である「評価決定委員会」からなるとしている。

評価調査者は１チームを「運営管理委員」、「専門職委員」各１名以上からなる２名以上とするが、利用者からのヒアリングを実施する場合は、「一般委員」を置くことができ、その場合は委員各１名からなる３名以上としている。

運営管理委員の要件は、施設長、副施設長、社会福祉協議会事務局長等（いずれも退職者含む）の組織運営管理業務を５年以上経験している者としている。専門職委員の要件は、福祉・医療・保健分野の有資格者又は学識経験者で、当該業務を５年以上経験している者（例：社会福祉士、介護福祉士、医師、看護婦、大学教授等）としている。また、一般委員の要件は、社会福祉に関する基礎的な知識と理解を有する者で公正かつ中立に利用者からヒア

ビス受給者の権利を擁護する事前救済的な意義・役割が大きいといえる。

7. 評価調査者（サーベイヤー）

（1）病院機能評価における評価者の要件等

サーベイヤーの任用資格は以下のとおりである。診療管理担当については病院長の経験が5年以上、事務管理担当については事務長経験が7年以上、看護管理担当は看護部長経験が7年以上の者である。その他の医療専門職や研究者の場合も一定の基準に基づき選考されるものである。応募後、評価機構の定める手順に従い選考された者が、機構の主催するサーベイヤー初任者研修（病院機能を客観的に評価・判定する手法の研修、実際に病院における模擬評価、倫理等）を終了したうえで、委嘱されることとなっている。尚、営利企業に属する者は原則として認められないとされる³⁴。しかし、診療管理担当、看護管理担当、事務管理担当のいずれにおいても、医療関係者で占められており、いわゆる患者代表や地域住民代表といったものが含まれていない。このことは、第三者評価としての基本的な立場を勘案すると今後の大きな課題であるものと思われる。

評価機構においては、サーベイヤーの資質の向上と、サーベイヤーの円滑なチーム編成と派遣が重要課題であるとしている³⁵。さらに、サーベイヤーの養成事業については、最も重要な事業のひとつとして位置付けている。平成13年度時点で、サーベイヤーの総数は478名であり、その内訳は診療管理担当169名、事務管理担当163名、看護管理担当146名となっている。しかし、このうち実働は約50%位とされ、本来業務すなわち、現実の病院長、事務長、総婦長といった仕事をもちながら委嘱されるサーベイヤーの限界が示されている。さらに、評価事業の責任の大きさや業務の困難性も稼働率の低さの一因であるとされている。また、初任時研修を受けたからといって、すぐにサーベイを実施することには困難が予想されるため、現在ではOJTの仕組みが

³⁴ 平成8年度評価調査者研修会参加者募集要項より。

³⁵ 『第2回医療機能評価研究フォーラム』（財団法人日本医療機能評価機構 平成11年2月20日）2頁。

なものであるといえよう。評価項目は、小項目で最大449項目にのぼり、具体的に確認する手順が確立されている。また、これらの項目の中には相当数の患者の権利に関わる項目が含まれており、医療の安全や患者の満足と安心に繋がるものであることが確認できる。他方、評価のしかたにおいて、一部でもできていれば評価が「b」とされ、これにかかる評点は「3」がつく仕組みがある。これは、インフォームドコンセントなどにかかる評価のしかたとしては不適切と言わざるを得ない。インフォームドコンセント等にかかる内容は、一部でも不十分であると違法性のそしりを免れないことから、検討が必要であろう。しかし、全体としては評価項目の内容・網羅性などは十分なレベルにあり、学術的な検討もなされている。ただ、早い時期にストラクチャー中心の評価体系からプロセス重視の体系への変貌も期待されるところである。

福祉においては、これまで、この処遇過程の権利をチェックする手立てとしては、いわゆる行政監査によるところが大きかったが、これにはおのずと限界があるといえる³³。処遇過程をみる行政も専門性を持った人が配置されていたとはいえず、福祉サービスの中身を点検するだけの技量を持っていなかった。その点、この第三者評価は、評価者の専門性、基準等からみても十分に「処遇過程の権利」保障するシステムが想定されているといえる。故に基準設定のあり方が重要であるといえよう。

ただ、この第三者評価の目的は、サービスの質の向上にあることからして、権利侵害の未然防止的役割、つまり、広い意味での事前救済の趣が強い。しかしながら、サービス利用者の権利侵害の未然防止という観点から、この第三者評価システムの果たす役割は大きなものがあるといえる。

医療と福祉の第三者評価基準を概観し、比較してみると共通して言えることは、権利擁護の項目を意識し作成されていることはいえる。医療の評価基準の中では「患者の権利の尊重」という項目があり、福祉の基準では「利用者本位のサービスの提供」、「福祉サービスの適切な提供」という項目に権利擁護の内容が見られる。これらはサービスの質の大きな柱の一つである、サー

³³ 鶴沼憲晴「社会福祉事業法の改正」『社会保障法第16号』, 2001, 19頁～20頁

新しい視点からの権利擁護システムの構築の必要性を指摘し、「そこで重要なことは、痴呆性高齢者・知的障害者を擁護の対象ないし客体とするのではなく、自己決定の主体とすることが求められていることである。自己決定を支援する際に重要な概念がセルフアドボカシーとエンパワメントである。」と述べている。

つまり、高齢者や障害者の権利擁護にあたっては、セルフアドボカシーとエンパワメントを基本理念の一つとして立案・運用されていなければならない、この点、評価項目に盛り込まれている必要があるといえる。

そのような意味からすれば、今回示されている障害者・児施設のサービス評価共通基準は、主体性の尊重やエンパワメントの視点という評価項目があり、また、利用者の声や意見が施設運営に反映されているか、体罰等の人権侵害の防止策が定められているか等のチェック項目があり、人権への配慮に重きが置かれているところは注目に値するといえる。

障害者福祉の基本法である障害者基本法3条では、「すべて障害者は、個人の尊厳が重んぜられ、その尊厳にふさわしい処遇を保障される権利を有するものとする。」と定められており、同様の規定は老人福祉法（2条，3条），児童福祉法（1条1項，2項）にもみられる。河野はこれらの規定は処遇過程の権利の基本的理念を一般的包括的に定めたものと解することができる」と述べ、また、個別具体的に処遇過程の権利側面にふれる規定として、児童福祉法上にいくつか規定されているが、これまで判例としてでてきたケースは皆無に等しいと述べている。

つまり、これまでの措置制度下の施設サービスにおいては、これら処遇過程の権利の議論が活発になされていたとはいえず、どちらかというと軽視されていた感もある。しかし、ここにきて、社会福祉基礎構造改革の流れの中、契約に基づくサービスへの転換やそれに伴い、苦情解決制度、情報公開等も社会福祉法上に新たに盛り込まれ、にわかに自己決定、苦情の受付等「処遇過程の権利」の重要性をサービス提供者側も認識してきたところである。

【小括】

医療における第三者評価実施の基準・体系については大筋においては妥当

る状況がうかがえる。今後、権利擁護における評価項目の重要度の整理が必要であると思われる。この点、医療の第三者評価では、評価項目の重要度を確認している点は参考にできるであろう。

評価基準が策定されるにあたり、もう一つ重要なことは、現場において記録の手法が統一されているほうが望ましい。これまで、記録のとり方については、事業所ごとにまちまちで、記録のとり方への認識が薄かった。この点、サービス現場レベルで記録の作成手法を確立しておく必要がある²⁹。

3) 福祉サービス利用者の権利と第三者評価

福祉サービス現場においては、これまでも権利侵害事例³⁰がいくつかみられるが、これらは氷山の一角で、潜在的にまだまだあるのではないかとみられている。これらの発生要因としては、入所施設の閉鎖性、利用者の発言能力が不十分であるが故に実際に侵害行為を受けていても伝えられない等あるかと思われるが、一番大きな問題としては、やはり外部の目が入りにくいシステムにあったといえる。実際、福祉系の学生が、実習先で侵害行為を見て厳しく追及するといったこともみられている³¹。これらは障害サービスでの事例だが、高齢者サービスにおいても同様の事例が、いくつかみられる。

河野³²は、高齢者の権利侵害は大きく分けて財産面の権利侵害と身体・精神面の権利侵害の二つに分けられるとし、また、それぞれ在宅と施設の高齢者に一応分けてとらえることができるとした上で、施設入所者の身体・精神面の権利侵害事例の報告として、「他人の面前でのオムツ交換や高齢者を一列に並べての流れ作業的に体を洗う入浴、抑制帯によるベッドへの緊縛、入所前には一人で日常動作ができていた高齢者が入所後に適切なケアがなされずに寝たきりになってしまう」等の事例をいくつかあげている。その中で、

²⁹ 石田道彦「社会福祉事業における第三者評価の意義と課題」『季刊社会保障研究第35巻第3号』291頁

³⁰ 代表的なものとして、1997年に福島の知的障害者更正施設で、医師の処方を見逃した薬の投与で、行動をコントロールしたり、いうことを聞かないと柱に縛り、殴る・蹴るの暴行を加えたり、その他数多くの権利侵害行為が行われていた事例。いわゆる白河育成園事件といわれるものである。

³¹ 阿部美樹雄編「知的障害者の人権と施設職員のあり方」大揚社、1999、38頁

³² 河野正輝編「高齢者の法」有斐閣、1997、136頁

成目標を満たすために、事業者が実施している又は、実施することが望ましいと考えられる一般的・代表的な状況を細目化したものとしている。

第三者評価の対象について、①福祉サービス提供の基本方針と組織、②地域との関係、③福祉サービス提供手法の確立、④福祉サービスの適切な提供、⑤利用者本位のサービスの提供、⑥組織の運営管理、があげられている。この点について、古川²⁷は、「おおむね妥当なもの」としながら、追加の必要性を説いている。「①の福祉サービス提供の基本方針と組織が福祉サービスの創出（生産）のインプットに関わる事項であるとすれば、残りの②から⑥まではプロセス（福祉サービスの産出過程）に関する事項である。インプット、プロセスがともに評価の対象として重要であることはいうまでもない。しかし、（この）構想にはアウトプットないしアウトカムに関する評価が欠落している。福祉サービスの提供が利用者に対してどのような影響（成果）をあげているかということについての評価が考慮されていない。」と述べている。さらに「福祉サービスの評価としては、サービスの客体領域（例えば、利用者の生命・身体システム、人格・行為システム、生活関係、生活環境システム）にどのような影響、成果（アウトプット）が生まれているのか、より具体的にいえば、利用者のもつ福祉ニーズがどのように解決あるいは緩和されたのか、そのことについての評価がなければ、全体として不十分といわざるをえないであろう。」と述べている。

報告書で示された「福祉サービスの第三者評価基準」をみると、権利侵害に法的救済を必要とする項目と、それには馴染まない対象外の項目とがあるように思われる。例えば、「福祉サービスの適切な実施」の項目に関しては、利用者のプライバシーの保護等、河野²⁸のいう「処遇過程の権利」保障する上で、法的にも担保されなければならない項目がいくつもみられる。逆に、「地域等の関係」の項目におけるボランティア、実習生の受入れ等は、法的担保の必要性はないものと思われる。つまり、利用者の権利擁護には法的担保が直接的に必要な全体的なサービスの質向上をうながす項目と、利用者の権利を法的に担保しなければならない重要な項目とが混然一体となってい

²⁷ 古川孝順「社会福祉の運営」有斐閣、2001年、226頁～227頁

²⁸ 河野正輝「社会福祉の権利構造」有斐閣、1991年、124頁～125頁

る。したがって、一挙に普遍的な基準を作成したり、行政機関が画一的な基準や方法を決めたりするのではなく、介護保険制度における介護サービスに関して社会福祉事業関係者等の事業団体が中心になって、実態に適合したものをつくり、その内容を公表して、実際に動かしていき、関係者や利用者等の意見を聞きながら、適宜改善していくことにより、利用者の信頼を得ていくことが望ましいと考えている。」と述べている。

国が示している各サービス分野の評価基準は、具体的に以下の通りである。

①障害者・児施設サービス評価基準

この評価基準は知的障害者，身体障害者，障害児施設を対象とし，厚生労働大臣官房障害保健福祉部よりだされている。基本的な考え方としては，利用者の主体性の尊重，自己選択や自己決定の尊重，ノーマライゼーション，エンパワメント，生活の質（QOL）の保障及び向上の5つが示され，「人権の尊重」を重視して作成されている。

②児童福祉施設における福祉サービスの第三者評価基準

この評価基準は保育所，児童養護施設，母子生活支援施設，乳児院を対象とし，厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課よりだされている。上記の通り，サービス分野ごとに基準が示されている。

③高齢者在宅福祉サービス評価事業

厚生労働省が平成8年に策定したもので，高齢者福祉サービスの訪問介護，通所介護，短期入所介護を対象に自主評価と県の評価委員会による評価が行われることになっている。

2) 評価項目の概要

報告書では，基準は現在のところ7つの「評価対象」，25の「評価分類」，46の「評価項目」，93の「評価細目」で構成されている。また，「評価細目」を評価するための基準として，それぞれ「評価細目」ごとにa)，b)，c)の3段階，あるいはa)，c)の2段階の判定基準も併せて策定されている。具体的には，「評価対象」は事業者が提供する福祉サービスを対象別・機能別に分類したもので，「評価分類」は評価対象をさらに基本的な機能別に分類したもので，「評価項目」は評価分類についての具体的な達成目標であり，実際の評価を行う項目となるもの，「評価細目」は評価項目が求めている達

馴染みにくい領域である、良質な医療の提供、患者の満足等については、第三者評価のなす役割が高いものと考えられる。

（２）福祉サービス評価における体系と評価基準

１）福祉サービス評価の体系

福祉サービス評価基準については、これまでの経緯にでも触れたように、まず、福祉サービス全般を対象とした基本的な第三者評価基準が厚生労働省社会援護局により策定され、そして、厚生労働省の各部局においてサービス分野固有の特性を踏まえ、サービス分野固有の基準が作成されている。具体的には、「障害者・児施設のサービス共通評価基準」が厚生労働省大臣官房障害保健福祉部よりだされ、また、「児童福祉施設における福祉サービスの第三者評価基準」が厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課よりだされ、さらにその基準を基に、サービス種別ごとにモデル事業を実施し、それぞれに「保育所の第三者評価基準」、「児童養護施設の第三者評価基準」、「母子生活支援施設評価基準」、「乳児院第三者評価基準」が策定されている。老人福祉サービス分野については、「高齢者在宅福祉サービス基準」が平成８年に厚生労働省により策定されている。なお、これらの各種別の評価基準は、すでに実施されていたり、モデル的に自主評価が実施され年度毎に改訂作業が行われていたりしている。

また、これら国が策定した福祉サービス評価以外にも各地方自治体が独自に作成した評価基準（介護保険サービス評価に関する北海道基準等）や各種福祉関係団体（社「シルバーマーク」シルバーサービス振興会等）により作成され実施されているものも見受けられる。

つまり、福祉サービス評価基準の基本となっているのは、報告書で示された第三者評価基準であり、各種別毎の評価基準もこれがベースとなり作成されている。また、報告書でも述べられていたように第三者評価機関がよりよいものに改訂できるとし、評価内容も各第三者評価機関ごとに作成できる裁量を与えている。

この点について増田は、「一口に福祉サービスといっても、在宅サービスと施設サービス、高齢者福祉と児童福祉、障害者福祉等、区々に分かれてい

姿勢が必要であろう。病院機能評価は、患者の権利保障に有益であると思われるものである。緩やかな形で、現行医療関連法規の中での評価、位置づけ等は検討に値すると考えられる²⁵。医療の質の保障、医療情報の提供等の課題については、「行政機関の役割を念頭においた議論が行われる傾向が強いが、行政機構の中でうまく作動する可能性は低い」との指摘もある²⁶。評価機構が我が国の医療システムの下で有効に機能する条件を探ることは、医療の質の向上と患者の権利の保障について有益であると思われる。医療に関わる法規制については、リーガルモデルとメディカルモデルの対立があり、我が国においてはメディカルモデルとして運用されている。医療行為、疾病の治療は患者と医療提供者側との共同作業によるものとの認識に立つと、メディカルモデルが理想的であることは論を待たない。したがって、法規制に

²⁵ 従来法令・通知通達の中に、第三者評価の結果が反映されるものはなかった。平成10年4月9日の医療審議会（浅田敏夫会長）において、同審議会の「医業経営と患者サービス向上に関する小委員会」が提出した、理事長要件を緩和する報告書（この中に、「都道府県医療審査会が認めた第三者による医療機能評価機関により優良と認められた医療法人」では、医師でなくても理事長になることが出来る旨の規定があった。）を了承し、厚生省において閣議決定を経て健康政策局長通知として実施される予定であったが、最終的には、通知のなかにはもりこまれていない。尚、平成12年の第四次医療法改正において、認定の有無については広告可能となった。また、平成14年の診療報酬改訂で、緩和ケア病棟、化学療法については、受審が保険医療の要件となった。

²⁶ 石田道彦は、JCAHOの認定評価制度はアメリカ独自の医療システムの下で機能しているが、こうした制度の相違を越えても認定評価の仕組みからはいくつかの示唆が得られるとしている。「第1は、医療サービスの質の維持、管理の手法である。（JCAHOの）認定基準にみられたように、医療機関自身の問題発見と改善機能を重視した評価のあり方や、問題点のある病院についても一定期間内に問題点を修正する方式などがこれにあたる。・・・これらは、公的規制、民間の自主的規制といった形態は問わず、我が国においても参照の価値があると考える。」「第2に、アメリカの認定評価制度を検討したことによって得られる一つの視角として、行政機関の役割の相対化を指摘することが出来る。しばしば医療の質の保障、医療情報の提供といった課題については、行政機関の役割を念頭においた議論が行われる傾向が強い。しかし、機能的にみるならば、必ずしもこうしたシステムがうまく作動するとはいえないと考える。すでに我が国でも医療機能評価機構が活動を開始しているが、こうした中間団体が我が国の医療システムの下で有効に機能する条件を探ることが今後の課題である。」と指摘している。前掲25）105頁。

極めかつ具体的な役割をもっているものといえよう。また、多くの評価項目で、患者側にたった視点を基準としていることも評価できよう。大道のいう「患者の立場や権利を尊重した患者指向の医療は、病院機能評価の背景として見逃してはならない」との文言²³が、相応に具現化しているものということが出来る。

しかし、問題点としていくつかのことが指摘できる。第1に、サーベイヤーは、医療関係者のみで構成されており、患者代表あるいは市民代表といったものの存在がないこと。このことは、「第三者評価」を標榜することについて今後の課題であるものと思われる。福祉における第三者評価はこの点において異なる部分があり、検討の価値があろう。2番目は評価判定の手法が、一部でも出来ておればいわゆる「可」と評価することである。評価項目の性格によっては、そのやり方も差し支えないものであろうが、医療の質の根幹に関わるものや患者の権利に直接に関係するものについては厳密な評価を行うべき必要があろう。特に、カルテの開示やインフォームドコンセント等に関するものについては、早い時期に評価判定指針の見直しがなされることが期待される。3番目には、診療所の問題である。我が国の医療の提供における診療所の役割と総病床数に占める診療所の有する病床数は無視できないものがある。診療所が病院へと発展・拡大してきた我が国特有の歴史的経緯もあるが、医療提供施設に占める診療所の割合は、病院総数に比較して圧倒的多数を占めている。特に郡部や離島においては、事実上地域における基幹医療機関としての役割を果たしている場合もある。在宅医療領域を含め、病院以外の医療提供施設の評価についても、検討することが必要であると思われる。

病院機能評価の認定と現行法令との関連については一部ではあるが、診療報酬の算定要件として設定された。しかし、アメリカにおけるJCAHOの運用の在り方においても種々の問題点やトラブルが指摘されており²⁴、慎重な

²³ 前掲6)。

²⁴ 石田道彦によると、アメリカのJCAH認定が、公的規制の一部として機能することについては批判があったとされる。また、福祉権運動団体や消費者団体から医療機関の評価は甘いとの批判もあった。結局、連邦社会保障法はJCAHに対する監督を強める方向での改正がなされている、と紹介している。石田道彦「第三者評価による医療の質の確保—アメリカの医療機関合同認定委員会の活動を素材に—」・『佐賀大学経済論集第30巻第6号』（平成10年3月）86頁。

ることは差し支えないようになっているので（小項目の内容の性格によっては異なることもある）、この場合には中項目では評点3とするのが通常である。このときには、他に評点の悪いものがない限り認定証は出る方向での検討となるものといえよう。もっとも、このような場合には報告書の中で改善に関するコメントを入れる形を採用するのが通常である。このような、評価対象となる各小項目について、一部でもできておれば、認定証がでる方向での評価であることを勧案すると、例えば、認定病院においては、患者の権利侵害が基本的には起こらない、あるいは起こりにくい体制が確実にできているとは、言えないこととなる。むしろ、このような評価の仕方は、患者の権利擁護について積極的に実施し始めている、あるいは一部の部門で行っていることで可としているものといえる。したがって患者の諸権利の中でも、インフォームドコンセントや情報開示、患者の自己決定等に関する項目については、一部でもできていれば可とする評価方式は問題があることが指摘できる。このような項目については、逆に一部でも対応されていなければ不可としなければならない項目であろう。患者の権利に直接に関わるところについての、このような審査・評価の手法（もっとも他の領域についても類似の手法は多いものである）に対しては、現状では厳しい評価を下さざるを得ないと考えられる。しかし、病院機能評価は始まって5年であり、今後の課題と考えたい。

以上、我が国の病院機能評価について概観してきた。全体の流れとしては、受審病院の理念・基本方針が地域ニーズと合致しているのか、その上で当該病院の機能と役割を明確にさせ、この役割を果たすのに相応な診療機能と看護機能を満たしているのか、といったことを評価しながら、患者の満足と安心の確保や病院運営管理の合理性を評価していくという手法の中で医療の質に関する評価を行っているものといえよう。そして、これらの領域の中には、患者の権利擁護に資する項目が多数設定されていることも確認できる。患者の満足と安心の確保は、医療の質の向上というプロセスを経ることで、患者の権利擁護を担っているものと解されるところである。さらに、病院管理に関する各種法令の基準を越えたところで、病院の機能を評価すること等を考えあわすと、医療の質の向上を通じて患者の権利を擁護することについて積

いるのか」などを確認するようになっている。もちろん、「投書箱の設置」や「設置場所の適切性（病院職員からみられる場所に設置していないか）」、「各部門の責任者名を明示しているか」、「患者の希望や意見に対して、責任をもって対処する部署が決まっているか」、「その手順はどのようなになっているのか」、「具体的な改善事例はあるのか」等基本的な事項を含めて、深く掘り下げている。また、診療についての説明と同意についてもこの領域で評価するようになっている。「患者への説明の内容、説明の手段、患者の質問や選択の機会、患者の希望などが診療録に記載しており、第三者が確認できることが前提」であり、サーベイヤーは診療録等で確認することとなっている。そして、患者の同意は文書で得られていることが前提となっている²²。手術や大きな検査においても同様である。退院時期や予後についての説明も同様で、退院カルテで確認することとなっている。その他、患者のプライバシーの保護、食事の快適性、外来の待ち時間、患者・家族・面会者の利便性、清潔管理、明るさや配色、空調、静粛さ、案内表示、分煙、トイレ、入浴、医療事故防止体制、医療廃棄物の処理の他多岐にわたっている。

一部分に限定して少し詳しく述べてみたが、これらの評価項目が、医療における患者の満足や安心につながるということはできよう。ということは、これらが保障されることにより、インフォームドコンセント、自己決定、情報開示等の広範にわたる患者の権利が、保障されるということが可能と思われる。とすると、病院機能評価は少なくとも、患者の権利の侵害を少なくすることにつながることとなり、さらに言えば、患者の権利の保障に貢献するものであるということはいえよう。ここで重要なことは、患者の権利侵害について、未然防止の効果については高い可能性をもちうることであろう。

しかしながら、機構における現状の評価の基準は、先述した各小項目について、「実施されておればa.」が評点されるが、「一部でも出来ておればb.」が評点されるようになっている（実施されていない場合はc.が評点される）。小項目において、c.が評点されると中項目での評価で2または1の評価を検討することとなるので、この場合には、認定証の出ることは原則的にはなくなることとなる。しかし、各小項目で一部でも出来ておればb.を評点す

²² 前掲15. 52/80頁。

は、民法、公法、刑法、社会法が複雑に絡み合っており、未だ、未成熟であることがいえるとしている²⁰。最後に、医療法等で規定しなくとも民法、刑法、公法、社会法の適用、解釈でも十分であり、敢えて日本医師会等の反対を押してまで早急な立法化は必要ないであろうとの考えがでてくるものである。確かに争訟の場においては、民法等の適用で患者の権利侵害等の被害の救済はできるものであるが、権利侵害の未然の防止といった観点からは不十分であるものと思われる。権利侵害を未然に防止することも、良質な医療の提供であるとの視点からは、医療機関や医療従事者に対して、インフォームドコンセントやカルテの開示等を法制化し、明瞭な形にすることも必要であろう。

病院機能評価の評価項目の中には、「患者の権利の尊重」という中項目と「患者の満足と安心」という領域がある。このことについて評価項目では、「患者の権利の尊重」という中項目において、「病院の理念・基本方針の中で患者の権利尊重について言及されているのか」、「患者への案内書、広報、院内報等で患者の権利の尊重を明示されているか」、「それは、具体的な内容になっているのか」、「患者の権利を尊重する方針を職員に周知する努力を行っているのか」、「それは、教育、研修、朝礼などでの説明など具体的な場は何か」等について評価することとなっている²¹。患者の権利の具体的な内容についての指針は示していないが、中項目で評価判定していることと評価の内容の具体性については、当面評価できるものといえるが、より充実する方向への改訂は必要であろう。

「患者の満足と安心」の領域は「患者の立場と意見の尊重」、「患者の食事への配慮」、「患者サービスへの配慮」、「院内環境の整備」及び「安全体制の確立」の五つの大項目に分かれ、さらに26の中項目、91の小項目に分かれて評価している。審査の内容の一部を具体的にみてみる。例えば、「患者の立場と意見の尊重」では、「患者家族に対して、自己の希望や意見を述べる機会があることを知らせている」とあり、さらに、「入院案内の記載だけでなく、患者個々に口頭で知らせているのか」、「その際誰がどのように実施して

²⁰ 前掲19) 第1章「統合的医事法の方法」参照。

²¹ 訪問審査調査票・一般病院B・Ver3.1 7/80頁（平成11年度版評価判定指針・財団法人医療機能評価機構）

第三章で述べたように、病院機能評価は患者の権利擁護に資する意義・役割を指摘できる。そこで、具体的な評価項目から、患者の権利に関わる項目を拾い出し検討を行ってみる。

患者の権利が保障された状態とは、その指標として、患者の満足が得られた状態と言い換えることが出来る。さらには、医療の質が保障された状態が、患者の権利が保障されたものということもいえよう。このように、患者の権利と医療の質との間には相関関係を認めることができよう。患者の権利の尊重は、我が国の法令中には具体的な文言としてはでてこない¹⁷。敢えて言えば医療の質を法の中で規定することの問題あるいは困難があるものと思われる。例えば、インフォームドコンセントについても、医療法第1条の4で努力規定としてあるにすぎない。療養担当規則においては、第2条で「保険医療機関は、懇切丁寧に療養の給付を担当しなければならない。」あるいは、同条2項「……療養の給付は……療養上妥当適切なものでなければならない。」等、極めて抽象的である。このように、明瞭な形で規定されない理由としては、以下のようなものが考えられる。第一には、我が国の医師・患者関係は明治以前から極めて強い封建的色彩をおびており、大正時代からの開業医の制度が普及するにつれて、この封建的な医師・患者関係が全国的に普遍化し、医療におけるパターンリズムが定着してしまったこと。これは、法的には契約を前提とする医師・患者関係においてなお、戦後においても戦前と変わらない状態が残ってしまったことがある¹⁸。第二には、このような歴史的経緯から、日本医師会をはじめとする医師側団体がインフォームドコンセントやカルテ開示等をはじめとする医療法改正等について強い抵抗を示していることがあり、政治上の理由からも立法化が遅れていること¹⁹。第三には、医事法の視点からであるが、法律学として医療に関することについて統合的手法が確立されているとは言い難いことが挙げられる。すなわち、医療について

¹⁷ 例えば、アメリカにおいては、患者の権利が法令中に明示してあるものがある。「DOH/HMFB/Medicare; TITLE 11 DEPARTMENT OF HEALTH CHAPTER 93 Subchapter 1 Broad Service Hospitals」(ハワイ州メディケア管理局より)、「Patient's rights (§ 11-93-26)」において、17項目の具体的な権利が明示されている。

¹⁸ 植木哲『医療の法律学』(有斐閣・1998年) 11頁。

¹⁹ 池永満『患者の権利』(九州大学出版会・1997年) 3頁～。

る。

我が国の病院機能評価においては、原則的に、医療法や健康保険法等についての違法行為があることは、前提としていないが、具体的例示としては以下のようになっている。一般病院Aの評価判定指針には各種法令（医療法、消防法）の遵守についてチェックするようになっている。しかし、一般病院Bの評価判定指針からは外されている。すなわち、規模の大きい病院においては、医療法に基づく行政の医療監視の結果や消防法に基づく立入検査の結果を確認し、これを評価に反映するような仕組みがとってあるが、規模の大きな病院においては、当然に、各種法令の基準を満たしているものとの前提をとっているものと推察される。さらに、評価機構が行う病院機能評価は、評価機構と当該病院が任意の契約に従って行うものであり、行政が法令に基づき行う強権的なものとはその性格を全く異にしていることも挙げられよう。しかも、米国における JCAHO の認定のように、評価結果について行政とのリンクは全くないものであるから、各種法令の遵守事項について、評価項目として積極的に関与することの必要性が求められないものとの認識によるものであろう。従って、当然にこれらの各種法令は遵守されていることを前提としている（ただ、精神病院A・Bにおける7の領域では、精神保健福祉法の厳密な適用を求めており、法令に基づく規制と重複しているところが多い）ものと解される。なお、医療法や健康保険法に規定する事項は、当該病院の機能や性格を表している側面があることと、当該病院の評価にあたりどのような許認可を得て病院を運営しているのかについては、重要なことからであるので施設基本票、部門別調査票などで明瞭になる仕組みをとっているものである。また、医療機関における医療の質について評価を行うにあたり、各評価項目が法令で規制していることを重ねて評価することがなじみにくいところがあることを否定できないとのいいかたも可能であろう。

なお、ここに示した評価体系は平成14年度から大きな変更を受けることが決まっている。領域構成もかわり、新たに「患者の権利と医療の安全」という領域が設定される。さらに、診療と看護については、ケアプロセスを評価することとなっている。

4) 患者の権利と現行評価項目の比較検討

○精神病院の評価項目数については、下記の表のようになっている。

分 領域	区	精 神 病 院 A			精 神 病 院 B		
		大	中	小	大	中	小
1. 病院の理念と組織的基盤		6	10	29	6	10	35
2. 地域ニーズの反映		4	5	14	5	8	21
3. 診療の質の確保		8	13	38	11	23	69
4. 看護の適切な提供		4	11	36	4	12	41
5. 患者の満足と安心		5	9	28	5	17	59
6. 病院運営管理の合理性		7	10	34	7	23	69
7. 精神科に特有な病院機能		6	32	14	6	32	14
合計		40	90	4	44	12	4
				32		5	43
				3			8

○長期療養病院の評価項目数については、下記の表のようになっている。

分 領域	区	長 期 療 養 病 院		
		大	中	小
1. 病院の理念と組織的基盤		5	9	29
2. 地域ケアへの参加とサービスの継続性		6	12	32
3. 診療の質の確保		11	17	55
4. ケアの適切な提供		4	12	38
5. 患者の満足と安心		7	18	56
6. 病院運営管理の合理性		7	9	27
7. リハビリテーションとQOLへの配慮		2	11	33
合計		42	88	26
				7

1999年版 (Ver3.1)

このように、病院の種別に応じて、小項目では最小でも233、最大では449のチェック項目があることとなり、多岐にわたって審査を行っていることがわかる。また、精神病院Aにおいては、一般病院Aの233の小項目に対して、323となっておりチェックが細かくなっている。この増加分は、精神科に固有の項目で、患者の人権に直接関係する隔離・拘束等をはじめとする項目であり、精神保健福祉法に沿った内容になっている。

なお、認定証の有効期間は5年間であり、有効期間を経過したら再度審査を受けるようになっている。JCAHOの3年間に比較すると長期になってい

体制，6名体制となっている。一般病院B，精神病院Bともに6名体制である。尚，大規模或いは高度医療を提供する病院はBに該当するわけだが，Aを受審することを妨げておらず，病院の個々の実態・段階に応じて受審することができるようになっている。

なお，現行評価体系はストラクチャーにかかる評価項目が多く，プロセスの評価にかかる項目は少ない。アウトカムの評価にいたってはほとんどないと言って良い。その概要は以下に述べるが，学術的にはアウトカム評価のためのスケールの開発が遅れており，米国のJCAHOにおいてもまだ充分ではない。他方，プロセス評価については学術的にも相当数のスケールが開発されているので，早い時期の評価項目への反映が必要であろう。

3) 現行評価項目の概要

評価項目は，訪問審査調査票において大項目，中項目，小項目の3階層構造とした体系をとっている。このうち中項目が評点の対象となっている。小項目は中項目の評点のために参照される。小項目を集約して中項目を判定する論理としては，明示的なアルゴリズムを設定する手法と，サーベイヤーの価値観も加味した総合的な判断をする場合とを使い分けるようになっている。中項目は5段階評価をするようになっており，5は「極めて適切であり，他の模範となる」，4は「適切である，積極的である」とし，2は「適切さにやや欠ける，消極的である」，1は「適切でない，存在しない」となっており，3は「中間」としている。これは，サーベイヤーにより評価され，2または1が一つでもあると，認定留保の検討対象となる。尚，小項目は客観的な判断が出来るような具体的な項目となっている。

○一般病院の評価項目数については，下記の表のようになっている。

分 領域	一 般 病 院 A			一 般 病 院 B		
	大	中	小	大	中	小
1. 病院の理念と組織的基盤	6	10	29	6	10	35
2. 地域ニーズの反映	4	9	24	5	16	44
3. 診療の質の確保	12	19	57	18	43	12
4. 看護の適切な提供	4	12	38	4	13	0
5. 患者の満足と安心	6	19	51	5	26	44
6. 病院運営管理の合理性	7	10	34	8	24	91
合計	39	80	23	46	13	75
			3		2	44
						9

が評価されるべきであろう。あえて言えば、前者がストラクチャーに属し、後者がプロセスに属するものと考えられる。さらに、アウトカムをどのように評価するのかという問題が残ろう。医療事故や過誤の発生率がアウトカムの指標とはなりうるが、単純な適用はできない。困難な手術の実施や三次救急医療への積極的対応は、これらの指標を低下させることは容易に想像がつく。また、情報開示の課題と関連するが、事故等が起こったときの適正な対応をどのように行うシステムになっているのか、といった視点も重要である。患者・家族・社会に対して開示し、隠蔽せず、類似の事故発生防止への対応がシステム上行われる体制であることが重要である。

このようなことから、組織体制の在り方、療養環境、医療や看護の提供プロセス、適正な事務管理等の視点から、患者の権利がどのように擁護されるシステムになっているのかをみていくことが妥当であろう。

2) 病院機能評価の現行体系

病院評価機構における病院機能評価の現行体系は、①一般病院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に規模の小さい病院。200床未満を目途としている）、②一般病院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）、③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又は小規模の病院）、④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・組織の規模が一定規模以上で、多様な機能を有する病院）、⑤長期療養（療養型病床群等の長期にわたる療養機能を有する病院）、⑥病院複合A（一般病院A（長期療養病床をもつ場合を含む）及び精神病院Aの機能を併せ持つ病院で、病院総体を評価の対象とする場合の種別をいう）、⑦病院複合B（一般病院B（長期療養病床をもつ場合を含む）及び精神病院Bのいずれか、または双方の機能を併せ持つ病院で、病院総体を評価の対象とする場合の種別をいう）、以上の7つの種別に区分されている。一般病院Aにおいては、医療法に規定する病床数が200床未満の場合にはサーベイヤーは3名体制、200床以上の場合には6名体制となっている。同様に精神病院A、長期療養においては病床数を400名で区分し、それぞれ、4名

たとしても、県単位を対象として予定していることから受審施設の固有名称が把握されやすいことが指摘できよう。

医療と福祉の比較検討から、医療の第三者評価の受審エリアが、全国エリアで展開されているのに対し、福祉の第三者評価は、広くとも県単位が想定されている。つまり、第三者性の担保という点で大きな違いがあることが明らかになった。

6. 第三者評価のための基準・体系

(1) 病院機能評価における体系と評価基準

1) 患者の権利保障のための評価体系について

患者の権利については第三章でその概要を述べた。医療サービスの提供は、科学がベースであるが故に不確実性を伴う。医療の提供に際して、ある意味では事故や過誤は避け得ないものであろう。現実には多くの権利侵害事例が起こっており、提訴は増加の一途にある。その内容は、人命にかかわる権利侵害をはじめとして、多岐にわたる。患者の権利保障への要請は、高まる一方である。病院機能の評価を行うにあたり、患者の権利を項目分類して実施することは適当とはいえない。医療の提供は、医師をはじめ多くのコメディカルによって行われており、専門化、細分化されている。また、入院と入院外でもその対応は全く異なる。診療科、病棟でも異なる。さらに、現代医療は、組織として医療が提供されるものであり、そのためのプロセスが確立している必要もある。医療の機能の評価するためのもっとも大きな視点は、ストラクチャー・プロセス・アウトカムに求められ、これらの観点から実施されるべきである。そのためのスケールの一つとして、患者の権利にかかるものも検討される必要が指摘できる。

患者の権利擁護については二つの状況が考えられる。一つは医療機関としてどのような姿勢で臨み、具体的にどのような権利を重視し、保障されるシステムを構築し、それらの周知と徹底を患者・職員にどのように行っているのかが問われよう。二番目には、実際の医療提供の現場で個々の患者に対しどのように適用しているかである。医師や看護師が、いかに対応しているか

で評点2になることもあるし、その逆の場合もある。担当した特別審査員は、修正した項目・内容の妥当性について、特別審査員会議での合議のうえで、評点2以下のある受審病院について認定留保か認定証発行かを決定して、評価委員会に上申することになる。評価委員会は大局的な立場から、認定証発行の可否を決定することとなる。

（４）福祉サービス評価の手続き

報告書では、手続きの詳細な部分については、触れられていないが、医療評価システムを参考にするとところは多いと思われる。例えば、特別審査員のシステムは、一部の人間の恣意性を排除するという点で公平性・中立性を担保する上で重要であると思われる。医療評価の手続きとしては、契約→書面審査→訪問審査→報告書内容の検討→報告書及び認定証の収受という流れがあるが、それぞれ担当者が役割も果たし、手続き的な流れもシステムのうまく機能しているといえよう。この点、現在想定されている福祉評価には、認定証の発行というものが無い。やはり、福祉サービス提供者への動機付けの意味からも、また、利用者がより分かり易く選択に資する意味からも認定証の発行は必要であろう。

なお、福祉サービス評価の手続きについては、システムを立ち上げる段階であり、この領域の詳細な検討が今後求められると考える。

【小括】

病院機能評価実施の体系は、大きくは書面審査、訪問審査、認定証発行の三つに区分できる。書面審査は100頁以上にのぼり、訪問審査は最低でも延べ24時間、最高では延べ48時間をかけて行われている。さらに、認定証発行の可否については、数次の段階を経て審査がなされ、その間当該受審医療機関の名称等はわからない仕組みをとるなど、第三者性を高める工夫がみられ、適正なシステムが構築されているものといえる。このような第三者性を高める仕組みについて、福祉にも重要な論点と思われるが、具体的な検討はこれからである。この場合に想起される問題は、医療においては全国を対象にしているため受審施設の固有性はわかりにくい、医療と同様な仕組みを取っ

記入するための調査だけでも受審病院には得るところがあったとする報告がある。この「書面審査」は全ての受審病院が記入するようになっている。

（２）病院機能評価受審から認定証発行までの手続き

認定証発行にかかる審査体制は以下のとおりである。訪問審査を終了したサーベイヤーは、各担当領域について、サーベイヤーリーダーへ所定の報告を上げ、リーダーは複数のサーベイヤーから送られた報告書案をとりまとめ、規定に従った様式に沿って修文し事務局へ報告する。事務局は、これを所定のフォーマットにまとめて、評価部会員に送達する。評価部会員（１チーム６～８名）は報告書案の内容や妥当性、文体、評価項目間の整合性等の確認をして、特別審査員へ報告する。特別審査員は、評価部会員の報告を受け、認定証発行の可否についての検討を行い、毎月開催される特別審査員会議で、他の特別審査員の意見等を確認した上で、認定の可否を決定する。その後、評価委員会が最終的な認定証の発行または留保について検討し最終決定がされる。従って、認定証発行の可否については数段階の検討の場があることとなる。また、特別審査委員は、担当した受審病院の名称や訪問したサーベイヤーを知ることとなるが、担当外の受審病院については原則として知ることはない。担当した特別審査員以外で、受審病院の名称や担当サーベイヤー名を知ることとはできない仕組みとなっていて、全て、固有のIDで処理されている。認定証発行のシステムのなかで、一部の人間の恣意が働く余地は極めて低い仕組みといえよう。

（３）病院機能評価における認定証の発行基準

第６章で述べる中項目に評点２以下がある場合には、認定留保の可否についての検討がなされるが、すべての受審病院について、サーベイヤーが作成した報告書案と評点は、評価部会員を通じて特別審査員が審査する。特別審査員には書面審査サマリー、報告書案の内容、評点について修正を行う権限が与えられている。サーベイヤーによる適切・妥当な評価が行われてきたかを含め、内容に疑義がある場合には、サーベイヤーあるいは受審病院への照会を行うことができる。なお、報告書案で評点３であっても特別審査員会議

専門職の配置の状況、救急対応のシステム、病棟の性格と要員配置状況・療養環境、面会時間、消灯時間、プライバシー保護を含め38頁にわたる詳細なものである。

「診療機能調査票」には、対応可能な診療機能と実施状況について記載するようになっている（年間症例数の記載を求めるものが多い）。診療科と似てはいるが、必ずしも対応しておらず、診療領域という用語を用いている。皮膚・形成外科、神経及び脳血管、精神科・神経科、眼科、耳鼻咽喉科、呼吸器系、消化器系（乳腺を含む）、肝・胆道系、循環器系、腎・泌尿器系（男性生殖器を含む）、産科・婦人科、内分泌・代謝・栄養、血液・免疫系、筋・骨格系及び外傷、小児科（新生児・未熟児を含む）、歯科口腔外科、放射線治療、救急の各領域となっている。全部で18頁ある。例えば、呼吸器系領域について検査及び治療等の細項目をみると、呼吸機能検査、胸部断層X線検査、血液ガス分析等の基本的なことに始まり、肺血管造影検査、持続陽圧人工呼吸器による呼吸管理、気管支動脈造影検査等高度なものまで網羅している。手術についても同様である。これらにより、具体的な診療内容の状況がわかるようになっている。

「経営調査票」では、資産・負債・資本の状況、収益及び費用の状況、診療科別外来・入院収益の状況となっている。

以上の「書面審査」は、客観的な事実を記入するだけではあるが、網羅することで、受審病院の現況や問題点がある程度把握できるものである。この他に「自己評価調査票」があり、6の領域（精神科病院・長期療養病床においては7領域）に分かれている。病院の理念と組織的基盤、地域ニーズの反映、診療の質の確保、看護の適切な提供、患者の満足と安心、病院運営管理の合理性、（精神科または長期療養に特有な機能）となっている。これは、受審病院が自己の評価・判断に基づくもので主観的な要素がある。実際の評価に当たっての、評価判定指針はこの自己評価票と基本的に同一であるので、自己評価の結果を踏まえた訪問調査を行うこととなる。

このように「書面審査」は、約110頁前後にわたるものである。全ての項目に該当することは希であろうから、実際には、全てにわたって記入する事例はないものであろう。また、評価機構による、受審後のアンケートでは、

訪問審査は、評価機構から委嘱された「評価調査者（サーベイヤー）」が、前述の病院の種別に応じた人数のチームで受審病院を訪問する。「訪問審査調査票」の項目に従い審査を行う。手法は、職員との質疑応答、各種資料・記録の確認、病院内の視察により、評価に必要な情報を収集する。そして、訪問審査終了後に、サーベイヤー各自の評価結果を持ち寄り検討を加える。サーベイヤーの中のとりのまとめ責任者（リーダー）は、検討結果を踏まえて「審査結果報告書案」を評価機構に提出する。評価機構においては、評価部会・特別審査員の審議、評価委員会における検討を経て、審査結果が承認されることとなる。審査結果は、「審査結果報告書」としてまとめられ、受審病院に提出される。「審査結果報告書」には、評価項目についての5段階評価と評価領域ごとのコメント、全体の総括評価コメントがまとめられることになっている。

2) 書面審査の概要

書面審査における「施設基本票」には、病院名等に始まり、開設者の区分、病院種別等、医療法に規定される許可事項に関するものをはじめとして16頁からなる。施設基準や特定療養費等の状況、看護の類型、在宅療養の実施状況等は健康保険法に基づく届出・許可事項に関する領域である。その他に患者数の推移・年齢階級別構成、紹介患者数、病床数の状況（病床利用率や平均在院日数等）、特殊な病床や診療設備の有無、標榜科目と医師数・診療科別患者数等、職種別・部門別職員数、認定医数、労働時間の状況、コンピュータ利用状況、外部委託の実施状況、付属施設や施設の面積等について細部にわたり記入するようになっている。これらによって、受審病院の構造的な側面の把握を行うこととなる。

「部門別調査票」には、病院内における各部門の機能をみるようになっている。外来、救急、病棟、薬剤、内視鏡、画像診断、臨床検査、輸血・血液管理、手術、中央滅菌材料・中央器材、リハビリテーション、精神リハビリテーション、栄養、診療録管理、医療社会福祉、訪問看護、精神科特殊保護・管理の16部門になっている。各部門ごとの特性や専門性に応じた項目を準備してある。この調査票で、どのような機能・特性を担っているのかがわかることとなる。例えば、重複処方・検査の防止システムの有無、機能に応じた

行政OBという現状からして、前述の通り、第二の監査になるとの批判と同じことになる。さらに社協の役割として、そもそもサービス提供者団体の支援活動、地域福祉サービスの拡充など、サービス提供者側に近い、ある意味利益相反の関係ある。そのような立場で、果たして公正性、中立性が担保できるとは考えにくいと思われる。

5. 第三者評価受審の手続き

(1) 病院機能評価受審に関する手続き

1) 評価実施の体系

評価は、審査の申し込み、契約→書面審査→訪問審査→報告書内容の検討→報告書及び認定証の収受という流れでなされる。このうち、実質的に評価に当たる部分は、「書面審査」と「訪問審査」、「報告書内容の検討」になる。 「書面審査」は受審する病院側が記入、回答するものである。「書面審査」の構成は、現況調査票として「施設基本票」、「部門別調査票」、「診療機能調査票」及び「経営調査票」があり、さらに「自己評価調査票」を加えた五つの調査票からなる。現況調査の4つの調査票は病院の受審時の現況の把握が目的である。記入のしかたとしては、数値の記入や病院の現状に合致するものを選択する形になっており、客観的なデータを得られるようになっている。これに対し、「自己評価調査票」は、現況調査票で把握される病院の現状に対し、よくできているかどうかの「判断」を求める形になっている。その内容は、「訪問審査」で使用される「訪問審査調査票」と基本的に同じである。受審する病院管理者が、自らの管理する病院をどのように認識しているのかについての把握が出来るようになっている。「書面審査」の結果は、分析されて、表やグラフの形で「書面審査サマリー」としてまとめられる。これは、受審病院と訪問審査を担当するサーベイヤーに提出される。審査を担当するサーベイヤーは、病院側から提出された「書面審査」、「自己評価調査票」の全ての原本のコピーと「書面審査サマリー」により、訪問前日に担当サーベイヤーチームにおける検討を行い、受審病院の特徴と現状、審査の重点等を明確にすることとなっている。

あることからすれば、その目的を達するのであれば、評価機関のあり方は問題ないとする見方である。

ただ、質の向上を促すためには、第三者評価の担うべき役割は何かという点に着目しなければならない。つまり、評価の及ぼす効果についての検討を行う必要がある。ここで関連する点、認定証の交付や評価結果の公表によるところの効果は大きなものがあると思われる。この点、医療における第三者評価は、認定証の交付とともに、認定医療機関の情報開示をしている取組みは注目に値する。

福祉の第三者評価は、今のところ評価結果をすべて公表することが想定されている。つまり、医療の第三者評価が認定を出したところのみを公表するのに比べ、福祉の第三者評価は結果の善し悪しに関わらずすべて公表するというものである。評価結果の公表をすべて行うのであれば、なおさら、評価結果の振幅を無くす必要があろう。この点は、「情報開示」の章において詳細を検討していきたい。

評価機関について、行政が行うべきではないかとの議論もあるが、専門性や財源確保等を考えると現状では難しいと思われる¹⁶。さらに第二の監査になるのではないかというサービス提供者側からの声も少なからずあることからして、極めて制裁的な要素の強い行政監査という点で本来のサービスの質の向上という主旨からしてなじまず、むしろ行政は最低基準の点検や基準の作成等一定の関与にとどめておくべきではなかろうか。

また、都道府県社会福祉協議会（以下、社協）が、福祉の第三者評価を行うことについての議論も活発に行われている。実際、社協が福祉の第三者評価に果たす役割に期待を寄せる者も多いが、公正性・中立性という観点からやや疑問が残る。なぜなら、社協予算の多くが地方自治体からの補助で賄われ、独立の財源で運営されているとは言い難い。さらに社協の多くの職員が

¹⁶ 鶴沼憲晴『社会福祉事業法の改正－福祉サービスの質の確保施策を中心に－』「社会保障法第16号」, 2001 事業監査の問題点の中で、「現行の事業監査はその福祉サービスを断片的に見廻る程度となっている」という点、「利用者を対象として利用過程における満足度・快適性を調査するような項目が含まれていない」点、「専門性に乏しい行政職員によって事業監査が行われている」点等を問題点として指摘している。

なお、増田¹⁵は、福祉の第三者評価について「実現に向けては、評価基準の策定、評価の実施方法、評価機関の選定、評価者の資格・養成、評価結果の活用・公表方法、評価費用の負担、評価事業への参画方法など、様々な問題が山積している。」と述べるが、具体的検討は進んでいない。

（３）比較検討と今後の方向性

これまで医療と福祉それぞれの第三者評価機関のシステムについて現状を述べてきたが、ここで決定的に違うことは第三者評価機関の数と内容である。医療の第三者評価は、前述の経緯で述べた通り、厚生省からの資金援助を受け、平成７年に財団法人日本医療機能評価機構という一つの評価機構を設立した上で、平成９年から本稼動し現在に至っている。

つまり、医療評価は、このように第三者評価機関を設立するにあたり、財政的な国家支援を受け、その基盤となる機関を設けてスタートしたのと比較して、福祉の第三者評価機関については、報告書に基づく検討の域を脱しないが、一定の要件さえ満たせば、どこが評価してもよいと解釈できる点、多くの需要に対応するべく第三者評価機関の数を増やそうと解釈できる点、これらは医療のシステムとは明らかに違いがあるといえる。

そこで評価機関は、一ヶ所か、それとも複数存在した方が妥当なのかという点を検討してみる。評価の客観性という意味では、統一された評価機関が行うほうが評価結果においての振幅が少ないと思われる。しかも、福祉の評価は、報告書によれば、一応評価基準がガイドラインというかたちで示されているが、各評価機関がこの評価基準を参考に独自に基準を策定する旨述べられている。そうなれば、当然に評価の内容が少なからず変わることも予想され、評価結果も変わってくるものと思われる。しかし、一方では、評価機関が複数あることにより、競争原理がはたらき、よりよい評価手法の開発や職員養成研修などの向上に結びつくという見方もある。また、福祉のもつ地域性などを考えるとその地域に見合った評価のあり方や基準があっているのではという見方もある。つまり、究極の目的は、福祉サービスの質の向上で

¹⁵ 前掲，179頁

評価決定委員会への報告を行うことになる。事務局は、第三者評価事業に係る情報開示を行うこと。第三者評価機関独自の評価調査者養成研修，継続研修の事務を行うこととなる。

福祉サービスの第三者評価機関の数だが，医療評価と違い1ヶ所が中心に行うことは想定されておらず，複数の評価機関を育成する旨示されている。具体的には，「事業者が評価を受けようとするインセンティブが働く工夫が必要で，多くの事業者が評価を受けるようになれば，それに対応できるだけの数が必要になり，数に不足がないよう要件を満たす第三者評価機関を育成する必要がある」としている。なお，当面各都道府県に一機関の設置を目標にしている。

第三者評価機関については，基本的にはどのような団体がどのような基準及び手法で福祉サービスの第三者評価事業を行おうとも，法令等に違反しない限り自由であると述べられている。また，このような多種多様な第三者評価機関のうち，事業者の提供するサービスをよりよい水準に導き，かつサービス選択に資するという第三者評価の目的に合致した評価を行っている団体を国は育成しようとするものであると述べている。

そして，事業の継続性，信頼性を確保するための第三者評価機関の要件については，①原則として評価機関は法人格を有していること，②事業内容等に関する透明性の確保や守秘義務規定の整備が行われていること，③第三者評価を行いうる組織として，倫理性，公平性が確保されていること，④評価手順が明確に定められていること，評価事業を適切に行いうる数の評価調査者を有していること，⑤独自の評価調査者養成研修及び継続研修に関するプログラムが定められていること，⑥評価に関する異議申立てや苦情への対応方法が確立されていること，⑦評価結果等について国のガイドラインを満たす情報提供を行うこと，⑧適切な料金が設定されていること，⑨5年ごとに認定機関の認定更新を受けること，が述べられている。

また，第三者評価機関においては，前述の通り，評価決定委員会，評価調査者を置くことになる。これらの要件については，7章において，具体的に検討することとするが，いずれも関係する施設・事業所の評価に関しては関与しない，さらに，氏名，所属，役職，資格等を公表する旨述べられている。

会、評価委員会、各検討会などがあり、サーベイヤーの養成（選考、研修会、サーベイヤー通信の発行）、報告書作成業務など、事業部では、PR（セミナー、ホームページ）、受審病院やサーベイヤーの調整などを行っている。総務部では、受審の契約、認定証発行の実務の他、庶務・会計業務を担っている。なおサーベイヤーは常勤の職員ではないので、機構の指示に従い各人の居住地から直接受審病院を訪問することとなる。なお、サーベイヤーについての詳細は第7章に譲る。

（2）福祉サービス評価機関の組織・性格・事業

現状として不透明な部分が多い¹⁴が、これから組織化されようとする福祉サービスの第三者評価機関について「中間まとめ」、「報告書」から考察していきたい。

まず、福祉サービスの第三者評価事業の仕組みについてだが、国（厚生労働省）が認定機関・第三者評価機関の要件を示し、当面の措置として評価調査者の養成研修に対する支援を行うこととなる。また、国は認定機関を設け（全国で1機関）、第三者評価機関の認定と評価調査者の養成研修の業務を行うほか、その情報提供を社会福祉・医療事業団のワムネットを通じて行うことになっている。

第三者評価機関については、国が示した要件を満たした上で、前述の認定機関に認定申請し、認定機関から認定を受けて評価事業を実施する。具体的な第三者評価機関の組織としては、代表者、評価決定委員会、評価調査者、事務局を置き、それぞれの役割として、代表者は、評価決定委員会の委員及び評価調査者の選任を行うこととなる。評価決定委員会は、評価事業全体の企画立案を行うこと、第三者機関として最終的な評価決定を行うこと、評価結果について受審事業者への回答を行うこととなっている。評価調査者は、書類等による事前審査を行うこと、施設・事業所での審査（訪問審査）を行うこと、評価結果のとりまとめを行うこと、とりまとめた評価結果について

¹⁴ 具体的な組織・あり方について「現在、全国社会福祉協議会を事務局にして第三者評価に関する検討がすすめられている。」という。増田雅暢，社会保障法15号，法律文化社，2002，179頁

なお、アメリカにおける医療の第三者評価システムをみると、1975年から診療報酬とリンクしており、日本においても今後、第三者評価結果と診療報酬のリンクする項目は増えることが想定される。より一層の病院機能評価の客観性、公平性が担保されなければならないと考える。

評価機構の事業は、①病院機能評価事業、②サーベイヤ－養成事業、③医療評価に関する研究・開発事業、④医療機能評価に関する普及啓発・改善事業の4分野となっている。本稿では、病院機能評価事業とサーベイヤ－養成事業に焦点をあてて展開していくこととなる。

評価体系の改定と医療評価に関する研究・開発事業については以下の状況である。「訪問審査調査票」については、平成11年度に Ver3.0 が作成され、同年7月には小改定され Ver.3.1 となっている。これは、2年に1回は改定されるようになっている。現在では、この「訪問審査調査票」は「病院機能評価マニュアル」として刊行されている。当然に、研究・開発の結果を受けていることや、臓器提供や医療に関する社会的事件等の影響を受け、変更・追加された評価項目もある¹²。平成14年度からは、従来の評価体系とは異なる新しい体系を採用したものの施行が準備されていて、その詳細も概ね公表されたところである。また、医療機能評価研究フォーラムの開催や国立病院管理研究所、病院管理学会等いろいろな場で病院機能評価のありかたについて研究され、報告がなされている。また、病院機能改善支援事業の具体的な形として、改善支援窓口相談事業(無料)、病院機能評価予備審査事業(有料)、改善支援専門員派遣事業(有料)が行われているが、利用は少ない状況である¹³。

組織としては、東京都内に本部事務所があり、事務職員・研究員が常勤している。審査部、事業部、総務部に分かれている。審査部には研修委員

¹² 評価項目に関して、医療事故の頻発報道に対応し、Ver3.0からVer3.1への変更が行われた。また、サーベイヤ－向けに評価時における注意の喚起がなされている。サーベイヤ－通信(1999年5月6日・財団法人日本医療機能評価機構)

¹³ 改善支援窓口相談事業(無料)については24件の実績、病院機能評価予備審査事業(有料)については4件の申し込み、改善支援専門員派遣事業(有料)については1件の実績となっている。いずれも、平成11年2月時点。『第2回医療機能評価研究フォーラム資料集』(財団法人医療機能評価機構・平成11年2月20日)。

報酬改訂においては、「医療の質の向上」をキーワードにした改正が増えてきている。このような、流れのなかで、ごく一部ではあるが、医療機能評価機構が行う病院機能評価については、告示レベルとはいえ、法的な位置づけを得たといえる。なお、後述する福祉の第三者評価と異なり、医療にかかる第三者評価機関を設立し運営することについては法令上何らの規制もない。民間団体の行う認定行為を医療保険制度に組み入れることについては、検討の余地が残るところではある。

とはいえ、第三者評価機関に求められる高い中立性・独立性（国・保険者・受審病院等からの）他からの影響を排除し、良質な医療の提供について「NORM（あるべき姿）」が担保されていれば、単なる民間団体ではないといえなくはない。そこで、意思決定に関わる評議員や理事等についてみると、研究者と各医療関係団体の代表が多く、研究色が濃いことと医療に関わる殆どの医療にかかる職域団体が参画しているところに特徴がある。この点においては中立性が高く、特定の個人・団体等の影響下にあることは困難であるような組織体制を採用している。我が国の医療提供体制と法令等が直接関係していないときには、このような仕組みは適正に機能することが推察できる。

ところが、研究性も高く、中立性の高い性格を有しているとはいえ、評議員・理事に各種医療関連団体代表が在籍していることは同時に「NORM」を求めていく、病院機能評価にあってマイナス要因となることも想定できる。我が国の医療提供体制は構造改革の真っ只中にあり、病院病床数や病院数の減少が起ころうとしている。これらは、医療法、健康保険法等の改正をはじめ、診療報酬の改訂で誘導的に行われつつある。先述したように、診療報酬の要件として病院機能評価受審が含まれたことは、当面ごく一部であるが、将来的にもこのままであるという保証はない。したがって、各種医療団体の代表として評議員・理事となっている場合には、所属する団体の利益を代表して議決権等を行行使することは容易に推察できる。認定基準や評価項目の決定に際しての影響力の行使は否定できないところがあるだろう。今後は、今までどおりの第三者性を確保することについては格段の配慮が求められるであろう。

供者の質の情報提供は不可欠である。また、情報提供が適正に行われるためには、公平かつ中立な形での評価が必要になろう。先述の事例は介護保険制度導入に際し、高齢者サービスに限って行われている事例であるが、今後、障害者分野においても選択・利用契約の制度になれば、当然に必要性がでてくるであろう。また、質の向上という目的からして、これは措置施設であっても当然必要であり、福祉サービス事業者全般の積極的な受審が求められているといえよう。さらに権利擁護の視点でとらえると、これまでの行政監査の役割が、「処遇過程の権利¹⁰」保障という点で、必ずしも有効に機能していたとはいえない状況からして¹¹、今後、福祉サービス利用者の権利擁護を進める上でも第三者評価のシステムは大いに期待できるとものといえる。

第三者評価の意義・目的は、医療も福祉も「サービスの質の向上」という点で共通するところである。特に権利侵害の未然防止、つまり事前救済の役割としての意義は大きなものがあるだろう。ただ、今後の医療・福祉の共通する課題として、権利侵害があった場合、このシステムが法的救済を伴う通告義務を科すかどうかということがあげられるであろう。なお、これについては、第9章で検討することとする。

4. 第三者評価の組織・性格・事業

(1) 財団法人医療機能評価機構の事業とその性格

医療における第三者評価は、法令等による義務づけではなく、その受審は任意である。ところが、平成14年の診療報酬改訂により、病院機能評価の認定が診療報酬上の評価の対象となるに至った。緩和ケア病棟（いわゆるホスピス）、化学療法については受審が承認要件とされた。診療報酬の改訂は、医療技術の進展や新薬の開発等への整合と、医療資源の適正配分等を主眼として行われるものである。また、同時に「経済誘導」することで、医療費の伸びを抑える役目も負っている。近年、良質な医療の提供体制の確立を視野に入れた、医療法改正が数次に渡り行われてきた。これに呼応して、診療報

¹⁰ 前掲、124頁～125頁

¹¹ 鶴沼憲晴『社会事業法の改正』「社会保障16号」法律文化社、2001年、19頁～20頁

る。このような取組みは、これから福祉評価をすすめる上で注目に値する。

【小括】

病院機能評価においては多様な機能と意義を持ちうることがわかる。とりわけ、患者の権利の尊重と情報提供については法的観点からの意義を見いだすことができるものである。患者の、医療を受ける者としての権利が法的に保護され、また権利として行使されることが必要であるとする考え方は、病院機能評価の背景として見逃すことができない。そして、患者の立場や権利を尊重した患者指向の医療は、病院機能評価においても主要な価値観の一つとなっていて、「患者の満足と安心」は、病院機能評価が開始された当初からの評価の対象領域であり、現在の事業においても同じ名称で継続されているのである。そこでは、病院が患者の権利を尊重する趣旨の理念や基本方針があるかが問われ、インフォームドコンセントの実施、プライバシーの保護への対応、アメニティや安全性への配慮等が求められている。患者からの相談や要望を受け入れる窓口の設置と、それに対する迅速・的確な対応も求めている。すなわち、近年の社会保障法の立場からは、その具体的な擁護の手段として病院機能評価を活用しているものということが出来る。第三者評価の意義・目的については、前述の通り事業者が事業運営における具体的な問題点を把握し、サービスの質の向上に結びつけることと、利用者の適切なサービス選択に資するための情報となることがあげられている。そして、病院機能評価の基本的なスタンスから導かれるものは、患者に対する権利侵害が起りにくいストラクチャーの構築であり、プロセスの管理であることを言う。言うならば、事前救済の役割を担いうることが指摘できる。

福祉サービス評価の意義についても、先述の事例のように一部自治体で、市民の声を受け、第三者評価の必要性を認識し実施されていることからわかる通り、これは、河野⁹のいう社会福祉サービス請求権の「自己の選択する施設（または従事者）によるサービスを請求する権利」を担保する上でのプロセスで重要といえる。つまり、利用者が選択するためには、サービス提

⁹ 河野正輝『社会福祉の権利構造』有斐閣、1991年、122頁

イドラインとなるということを述べている。

さらに、報告書によれば、「第三者評価事業とは、事業者の提供するサービスの質を当事者（事業者及び利用者）以外の公正・中立な第三者機関が、専門的かつ客観的な立場から評価する事業のこと。その目的は、個々の事業者が事業運営における具体的な問題点を把握し、サービスの質の向上に結びつけるとともに、利用者の適切なサービス選択に資するための情報となること」と述べられている。

福祉の第三者評価は、その結果を公表することで、サービス選択に資するための情報提供がなされるという一つの効果がある。つまり、「自己の選択する施設によるサービスを請求する権利」が保障される意味から期待されている。この点について、すでに独自に実施している自治体もある。神戸市⁷の事例をみると、神戸市は、震災後、高齢者サービスの基盤整備を前倒しして進めたことで、政令指定都市では高い整備水準となっている。また、介護保険の導入を見据え、民間事業者の参入を積極的に呼びかけたことで、訪問介護（ホームヘルプサービス）においては、全国でも屈指の激戦地域と呼ばれ量的拡充が図られているという。それで、多様なサービス供給主体により、サービスの選択の幅が広がったことで、神戸市では「介護保健サービス事業者ガイドブック」を作成し、各事業所の一定の客観情報（所在地、電話番号、事業実施地域、職員数、開業時間など）を情報誌として認定申請のあった高齢者に配布した。しかし、市民から「ガイドブックによって、サービス事業者の存在は知ることができたが、どこを選べばよいのかよくわからない。」などの意見が多く寄せられたため、選択の材料となり、事業者自身も質の向上が図られるために神戸市独自の第三者評価の仕組みが作られた⁸。このようにして神戸市では既に第三者評価事業が実施され、利用者はその評価結果をインターネット等を通じて得ることで、選択の材料にしてい

⁷ 月刊「自治研」2000年・10、52頁（第三者機関による介護サービスの評価について）中森貴司

⁸ 神戸市では、1999年12月に「介護保険サービス研究会」を設置（会長：本沢巳代子、大阪府立大学教授）し、評価のあり方を議論し、これを踏まえ、第三者機関として、「神戸市消費者協会」に「介護保険評価委員会」（代表 妹尾美智子専務理事以下約80名）を設置、そこへ委託し第三者評価が実施されている。

的を、「患者には、医療を受ける者としての権利があり、時にはそれは法的に保護され、また権利として行使されることが必要であるとする考え方…は、病院機能評価の背景として見逃してはならない。」「患者の立場や権利を尊重した患者指向の医療は、病院機能評価においても主要な価値観の一つとなっている。『患者の満足と安心』は、この活動（病院機能評価）が開始された当初からの評価の対象領域であり、現在の事業においても同じ名称で継続されている。そこでは、病院が患者の権利を尊重する趣旨の理念や基本方針があるかが問われ、インフォームドコンセントの実施、プライバシーの保護への対応、アメニティや安全性への配慮等が求められる。患者からの相談や要望を受け入れる窓口の設置と、それに対する迅速・的確な対応も確認される。」と述べる。これは、近年の社会保障法、医事法の議論を踏まえ、その具体的な擁護の手段として病院機能評価の在りようを示唆しているものということも可能であろう。

病院機能評価の基本的なスタンスから導かれるものは、患者に対する権利侵害が起こりにくいストラクチャーの構築であり、プロセスの管理であるといえる。つまりは、権利侵害の発生を予防するという意味で、患者の権利を擁護する役割を担いうることを示している。

（２）福祉サービス評価の基本的な考え方

中間まとめで示された大きな柱は、「第三者評価基準についての考え方」と、この考え方に基づいて具体的に示された「福祉サービスの第三者評価基準（試案）」である。この第三者評価基準の基本的な考え方の大きな特徴は、一つは行政監査とは一線を画すこと、もう一つは財団法人医療機能評価機能の基準や、国際標準化機構における品質管理システムの基準（ISO9000シリーズ）、そして、アメリカのJCAHO（Joint Commission on Accreditation Healthcare Organization）、特別養護老人ホーム・老人保健施設のサービス評価基準等の基準を参考とし、サービス提供体制とその提供プロセスの評価を重視していることである。なお、この考え方では、この評価基準は福祉サービス全般を対象とした第三者評価基準で、厚生省の各部局においてサービス分野固有の基準を策定する際の基本となり、また、第三者評価機関が策定する標準のガ

や基本方針があるかが問われ、インフォームドコンセントの実施、プライバシーの保護への対応、アメニティや安全性への配慮等が求められる。患者からの相談や要望を受け入れる窓口の設置と、それに対する迅速・的確な対応も確認される。」としている。さらに、「医療における知る権利と情報の提供」についても触れており、これらの評価項目について述べている⁶。すなわち、病院機能評価はその評価の過程において、医療の質向上の重要な要素として、患者の権利に配慮していることを挙げているのである。

ところで、患者の権利については論者によって多少の違いはあるが、そのような権利概念の重要性は、現在、一般的に承認されているといっていよい。歴史的には、ニュールンベルグ綱領（1947年）、患者の権利章典（1973年米国病院協会）、リスボン宣言（1981年世界医師会第34回総会）、ヨーロッパにおける患者の権利促進に関する宣言（1994年WHO）等は、我が国医療界にも多大な影響を与えてきた。例えば、リスボン宣言は、「1.良質の医療を受ける権利、2.選択の自由、3.自己決定権、4.意識喪失患者、5.法的無能力者、6.患者の意思に反する処置・治療、7.情報に関する権利、9.健康教育を受ける権利、10.尊厳性への権利、11.宗教的支援を受ける権利」を患者の権利として列挙する。ところで、特殊な場合を除き、医療行為は民事上の契約に基づいて提供される。契約であるので患者には「自己決定権」があり、患者と医師・医療機関との関係は対等関係が前提となる。例えばインフォームドコンセントについてみたときに、患者は医師から疾患の内容や治療方法について十分な説明を受けることにより、本人の意思に基づいて治療の同意を明示的に与えることとなる。この契約に基づいて、医療側は医療を提供する義務を負い、同時に患者側は医療費の支払い義務を負うことになる。自己決定権を憲法13条を根拠とする法的権利としてみることにについては異論もあるが、インフォームドコンセントを欠いた場合、自己決定の機会を与えなかったことが人格権の侵害にあたると構成し、結果的に自己決定の権利性を認める判決もある。

先に述べたように、大道は病院管理学の視点から病院機能評価の意義・目

⁶ 大道久『開かれた医療と病院機能評価』（財団法人医療機能評価機構・平成11年2月28日）7頁～。

参加の是非の検討も必要であると思われる。

3. 第三者評価の意義・目的

(1) 病院機能評価の基本的な考え方

我が国における、評価機構の設立の趣旨は以下のとおりである。まず、我が国の医療提供システムでは量的な整備に力が注がれてきたが、時代の変化とともに、近年では、医療システムへの要求は、量的に整備すること以上に質的に保障することが強調されるようになった。国民に対して医療提供状況に関する正しい情報を提供していくことと、良質な医療提供を推進、確保していくことが重要になってきた。設立趣旨の第1として、「病院をはじめとする医療機関が提供する医療サービスは、医師、看護婦等様々な専門職種の職員の技術的組織的連携によって担われているが、医療の受け手である患者のニーズを踏まえつつ、質の良い医療を効率的に提供していくためには、組織体としての医療機関の一層の充実・向上が図られる必要がある」としている。第2に「医療機能の第三者評価は、高度に専門的で多面的な要素を持つ医療を適切に評価・分析するという性格上、関連するそれぞれの専門領域における学術的な判断が基礎となるべきである」とし、第3に「医療機関の機能の改善・向上を図り、地域住民の信頼を高めるため、国民的な基盤に立って、特定の立場に偏することのない中立的な立場で評価が行われる必要がある」とされている⁵。

また、大道久は「患者には、医療を受ける者としての権利があり、時にはそれは法的に保護され、また権利として行使されることが必要であるとする考え方…は、病院機能評価の背景として見逃してはならない。」「患者の立場や権利を尊重した患者指向の医療は、病院機能評価においても主要な価値観の一つとなっている。『患者の満足と安心』は、この活動（病院機能評価）が開始された当初からの評価の対象領域であり、現在の事業においても同じ名称で継続されている。そこでは、病院が患者の権利を尊重する趣旨の理念

⁵ 財団法人医療機能評価機構の設立当時の「ご案内」より。

（２）福祉サービス評価における経緯

福祉サービス評価については、まず、平成10年6月17日の中央福祉審議会において「社会福祉基礎構造改革について」の中で、サービスの質と効率化の確保が提言された。そして、平成10年11月には、厚生省が「福祉サービスの質に関する検討会」（以下、検討会）を設置し、福祉サービスの利用支援の一環として、第三者による福祉サービスの評価が提言され、この評価を公正かつ適切に実施していくには、いかにすべきかについて検討がすすめられた。さらに平成11年3月には、検討会において「福祉サービスの質の向上に関する基本方針」がとりまとめられ、これを踏まえ、第三者評価事業の実現に向けて「第三者評価基準」、「評価の手順及び方法」、「第三者評価機関の要件」及び「評価者の資質及び研修のあり方」についての検討がすすめられた。

その後、平成12年6月に「福祉サービスの第三者評価基準に関する中間まとめ」（以下、中間まとめ）が発表され、同月には「社会福祉事業法」が「社会福祉法」に変わり、同法第78条に福祉サービスの質の向上のための措置等が、新たに盛り込まれ、事業者自らサービスの質の向上その他の措置を講ずることにより、良質かつ適切な福祉サービスを提供することの努力規定が明記され規施行された。そして、平成13年3月23日には、検討会において「福祉サービスにおける第三者評価事業に関する報告書について」（以下、報告書）がだされ、最終的に福祉評価サービスの方向性が示された。

【小括】

医療と福祉の第三者評価のこれまでの経緯をみると、医療の第三者評価システムは民間レベルでの取組みが契機となり、その後、厚生省（当時）の後押しを得て、民間主導型で設立された経緯がある。一方、福祉の第三者評価システムは国が社会福祉法に盛り込み、どちらかというシステムも国が考えを示すといった国主導型で設立されようとしていることがわかる。

この点、福祉については、福祉関係団体自らのサービスの質の向上に向けた取組みへの認識が低いものと思われる。ただ、医療・福祉ともに患者団体等の当事者団体から唱えられたものではない点では共通した特徴といえよう。この共通の課題として、基準作成や組織の編成においても当事者団体からの

る準備段階が存在していた。最初の動きと思われるものは、昭和55年の日本医師会による「病院機能評価への実践的アプローチ」であり、その後昭和56年に「病院の管理機能評価方法の検討」等で医療機関の機能評価に関する具体的な研究が始まっている。昭和60年代以降は活発な研究が始まり、日本医師会・厚生省による病院機能評価研究会（病院機能評価マニュアルの作成）、日本精神病院協会によるピアレビューの作成、昭和62年の東京都私立病院青年部会による「JCAHO 研究会」等、医療関係者の自発的な動きが高まっている。この中で、平成2年に東京都内の有志により設立された「病院医療の質に関する研究会」（通称「質研」）は、病院評価についてのマニュアルをVer.4まで作成し、平成7年に設立された評価機構による病院機能評価に影響を与えているものとされる。評価機構は設立後1年半の試験運用期間を経た後、平成9年から本稼動している。

病院機能評価の実績状況については、平成14年1月25日時点の受審・認定状況は以下のとおりである。受審の申請を行った病院が961件、評価の実施が行われた病院数が675件、認定された病院数が597件である。全国の病院数9,266病院に対して、申請率が10.4%、認定病院が6.4%である⁴。実績数からみると、申請数が全病院数の10%を超え、マーケティングの理論を借りると、国民から一定の認知を受けたものと言うことが可能となろう。今後、厚生労働省は2年以内に申請病院数を全体の20%にすることを明言しており、そのための機構に対する資金的援助は行うとしている。第4次医療法の改正で、認定の事実に対する広告が可能になったことが、受審病院数の増加に貢献したとされている。受審申請病院を開設者別に見てみると最も多いのは、医療法人で531件であり、次に多いのが国や都道府県等の公的医療機関で267件となっている。申請率で見ると、医療法人が9.9%、国公立病院等が15.0%であり、私的医療機関より多い。また、審査終了数に対する初回認定率（再審査を含まない）は、1998年度の82%をピークに低下傾向にあり、2001年度は62%である。半数近くの医療機関が認定留保となっている現状である。

⁴ ニュースレター23号（財団法人日本医療機能評価機構 2002・2）5～6頁。

質的内容という議論は、医療以上に進展しなかったといえる³。社会福祉基礎構造改革の進展が福祉サービス領域のサービスの質に対する意識を高め、ゴールドプラン以後の量的整備、措置方式の変更などにより、いまや医療同様喫緊の課題として認識される状況にある。

ところで、医療・福祉サービスの質は少なくとも次の3つの観点から、社会保障法学にとっても重要な検討課題であるといえる。一つは、サービス受給権に基づき受けうるサービスの権利保障の内容として、二つ目に社会保障制度に対する受給者の信頼確保、それに関連して、三つ目に社会保障制度自体のリスクマネジメントである。制度自体のリスクマネジメントとは、質の低い給付は、それ自体がまず給付費用の無駄であり、また、質の低いサービス提供に起因して、余計な追加的サービスが必要になり、これも制度に財政的負担をもたらすので質の低いサービス提供を事前に予防すべきであるという発想である。同様の観点から、よりよいサービスの質を論ずるのみならず、最低限保障されるべき質ともいえるサービスの安全・安心も社会保障法学が取り組むべき課題といえるが、こうした社会保障法学からのサービスの質・安全対策へのアプローチの意義については、別稿で詳述する予定である。

なお、共著の氏名順は、本稿掲載誌の性格上の都合によるものであって、主たる執筆者の順序を示すものではないことをお断りしておく。

2. 福祉・医療における第三者評価の経緯

(1) 病院機能評価における経緯

わが国における医療の質に関する第三者評価は、平成7年7月に設立された財団法人日本医療機能評価機構（以下単に「評価機構」という）に始まる。財団としての基金のうち三億円は厚生省（当時）の平成7年度予算として準備された。最初から国家レベルで動いていたものではなく、民間レベルによ

³ 措置請求権を否定する行政解釈を批判的に検証し、義務づけ規定の請求権性を肯定した場合、それに基づき、どのようなサービスを求めうるかを法の定める最低基準との関係で説明したものとして、河野正輝「社会福祉の権利」佐藤進・河野正輝編『新現代社会福祉法入門』（法律文化社、2000年）第1編第3章。

多様なものがあるが、近時重要視されるのが、「サービス受給者の満足度」である²。ただ、これもサービスを評価する際の一つの指標に過ぎず、サービス受給者の視点、制度運営責任者（保険者や市町村等）の視点、制度自体の適正性の視点など、どの立場に立つかによってその指標は異なってくる。

サービスの質については、そのような根源的かつ理念的な検討作業も重要ではあるが、「サービスの質とは何か」「サービスの質が高いとはどういうことなのか」などの抽象的・理念的作業は本稿の意図するところではない。また、サービスの質を確保・保障する法的・制度的手段を検討することも本稿の目的ではない。

本稿は、質保障システムとして注目される第三者評価のサービス受給権擁護機能に着目し、患者・福祉サービス受給者の良質なサービスを受ける権利を保障するために、第三者評価はどのように構築・改善されていくべきかを論ずるものである。

本稿は、医療実務者である西元晃氏、福祉実務家である久木元司氏の手に依るところが大きい。両氏の持ち味を十分に生かすべく、法理論的検討というよりは、実務実態からのアプローチをとった。故に、法学ないしは法政策学というより、実情をよく知る実務家から見た医療及び福祉の第三者評価の改善方向性提示というスタイルのものとなった。

そこで、社会保障法の立場からサービスの質を法理論的に研究する必要性について、ここで若干触れておきたい。社会保険医療については、その受給権性は自明のこととされてきたが、一方で、受給権に基づき受けうる医療サービスについては、保険診療としてどこまでをカバーすべきかという範囲の問題、言い換えれば、受給権に基づくサービス内容といっても、量的な範囲が中心課題とされ、質的な内容に関する議論に欠けていたように思われる。このことは医療技術評価に欠ける診療報酬システムの課題として顕著に現れる。福祉サービスについては、旧来の措置制度が、行政解釈上、請求権性を否定されてきたこともあり、その先にある権利に基づき受けうる福祉サービスの

² 「医療の質とは、患者が求める医療サービスを効率的・効果的に提供して、その過程、結果における患者及びその家族の安心と安全と満足が得られる度合いである。」とする考え方がある。岩崎榮編『医を測る』厚生科学研究所（1998年）。

- 4) 患者の権利と現行評価項目の比較検討
- (2) 福祉サービス評価における体系と評価基準
 - 1) 福祉サービス評価の体系
 - 2) 評価項目の概要
 - 3) 福祉サービス利用者の権利と第三者評価
- 7. 評価調査者（サーベイヤー）
 - (1) 病院機能評価における評価者の要件等
 - (2) 福祉サービス評価における評価者の要件等
 - (3) 福祉サービス評価者の今後の課題
- 8. 第三者評価の効果
 - (1) 病院機能評価受審に伴う効果
 - (2) 福祉サービス評価受審に伴う効果
- 9. 第三者評価と情報開示
 - (1) 病院機能評価における情報開示
 - (2) 福祉サービス評価における情報開示
- 10. むすびにかえて－第三者評価の課題と改善の方向－
 - (1) 病院機能評価における課題と方向性
 - (2) 福祉サービス評価における課題と方向性

1. はじめに

社会保障構造改革，社会福祉基礎構造改革を契機に，医療・福祉サービスの質向上に対する取り組みが本格化している。

ただ，サービスの質を一義的に定義することは困難であるため，何を持って「質が高い」とみなしうるのかについては，論者によって異なる。これまでの研究や国家レベルの取り組みも，具体的に捉えにくい総体としての質を追求・改善しようとするというよりは，質を構成する諸要素に分解した上で，一定の指標を用いて，その要素ごとの「求められるレベル」を積み上げて，サービスの質を検討してきたように思われる¹。その指標についても，実に

¹ 西田和弘「医療における良質保障の法的枠組」九大法学第71号1頁以下参照。

医療・福祉サービスにおける第三者評価 システムの比較検討

— サービス受給者の権利擁護の観点から —

西田 和弘，西元 晃，久木元 司

目 次

1. はじめに
2. 福祉・医療における第三者評価の経緯
 - (1) 病院機能評価における経緯
 - (2) 福祉サービス評価における経緯
3. 第三者評価の意義・目的
 - (1) 病院機能評価の基本的な考え方
 - (2) 福祉サービス評価の基本的な考え方
4. 第三者評価の組織・性格・事業
 - (1) 財団法人医療機能評価機構の事業とその性格
 - (2) 福祉サービス評価機関の組織・性格・事業
 - (3) 比較検討と今後の方向性
5. 第三者評価受審の手続き
 - (1) 病院機能評価受審に関する手続き
 - (2) 病院機能評価受審から認定証発行までの手続き
 - (3) 病院機能評価における認定証の発行基準
 - (4) 福祉サービス評価の手続き
6. 第三者評価のための基準・体系
 - (1) 病院機能評価における体系と評価基準
 - 1) 患者の権利保障のための評価体系について
 - 2) 病院機能評価の現行体系
 - 3) 現行評価項目の概要