

平成17年度  
厚生労働省医政局委託

## 医療施設経営安定化推進事業

第三者機関による評価が与える

病院経営の影響調査研究

報告書

平成18年3月

## ◆◆ 目 次 ◆◆

調査研究の概要.....	1
1. 調査研究の背景と目的.....	1
2. 調査研究の体制.....	2
3. 調査研究の進め方と内容.....	3
4. アンケート調査の概要.....	5
第1章 第三者機関による評価の概要.....	8
1. 病院機能評価.....	8
2. ISO9001 認証.....	13
3. 病院機能評価と ISO9001 認証.....	18
第2章 第三者機関による評価の効果.....	19
1. 第三者評価の認定取得状況.....	19
2. 病院機能評価を導入した目的と効果.....	26
3. ISO9001 認証を導入した目的と効果.....	34
4. 第三者機関による評価の効果（まとめ）.....	41
第3章 第三者機関による評価の課題.....	43
1. 第三者機関による評価に係るコスト.....	43
2. 病院機能評価に関する評価と改善要望.....	48
3. ISO9001 認証に関する評価と改善要望.....	59
4. 第三者機関による評価の課題（まとめ）.....	63
第4章 他の第三者機関による評価.....	66
1. 信用格付機関による格付け.....	66
2. 米国における第三者評価の例.....	73
第5章 第三者機関による評価を導入した病院の事例.....	76
【事例】医療法人財団慈生会野村病院.....	76
1. 病院の概要.....	76
2. 第三者評価に関する同院の取組み.....	78
3. 第三者評価に関する今後の意向・要望等.....	83
【事例】医療法人社団協栄会大久保病院.....	85
1. 病院の概要.....	85
2. 第三者評価に関する同院の取組み.....	86
3. 第三者評価に関する今後の意向・要望等.....	93

【事例】医療法人清翠会牧病院.....	95
1. 病院の概要.....	95
2. 第三者評価に関する同院の取組み.....	97
3. 第三者評価に関する今後の意向等.....	102
4. 他医療機関へのアドバイス等.....	103
【事例】財団法人脳神経疾患研究所.....	104
1. 病院の概要.....	104
2. 医療機関格付けに関する同法人の取組み.....	106
3. 病院機能評価、ISO9001に関する総合南東北病院の取組み.....	108
4. 他医療機関へのアドバイス等.....	110

## 調査研究の概要

### 1. 調査研究の背景と目的

近年、医療事故やそれに伴う医療訴訟の増加を背景として、「医療の質」に対する国民の関心が高まる一方、医療施設の経営を行っていく上では、患者・地域住民のほか、金融機関、職員といったステークホルダーに対して、財務諸表や人事の仕組み等、マネジメント能力・質を説明する必要性が高まっている。最近では、このマネジメントの能力・質を表す言葉として、「経営品質」という言葉が頻繁に用いられるようになってきている。医療施設の場合、一般の企業と異なり、財務的視点を強調し過ぎた経営管理ではなく、患者の視点を重視し、サービス向上に向けて組織や個人の学習が実行され、地域の健康状態を意識した社会的責任を果たしていくことを経営目標として考えていくことが必要とされている。

そのため、各医療施設では経営者や職員による日々の活動が行われているが、自らの位置づけを客観的に把握し改善に努めるとともに、それをステークホルダーに説明するためには「第三者機関による評価（第三者評価）」を受けることは一つの手段と考えられる。その他、第三者評価には、職員意識の改革や仕事方法の改善、サービスの向上等の効果があるといわれている。特に、財団法人日本医療機能評価機構の「病院機能評価」や国際標準化機構の「ISO9001」については、それらの効果が期待されている。

また、資金調達面に注目すると、医療施設による多様な資金調達への関心の高まり、それに伴う厚生労働省医政局長通知による『医療機関債』発行のガイドライン（公表（2004年10月25日））を背景として、最近では、信用格付機関による格付けを取得する医療機関も現れている。

しかしながら、現在のところ第三者評価は、完全に定着しているとは言えない状況となっている。例えば、病院機能評価の認定を受けている病院数は1,916施設（2006年1月23日現在）で、毎年増加しているものの、まだ全病院数の約20%にとどまっている。第三者評価を受けない理由としては、受審準備にかかる経済的・時間的コストの負担感のほか、評価の有効性が明確でないこと等が指摘されているが、その詳細は明らかにされていない。

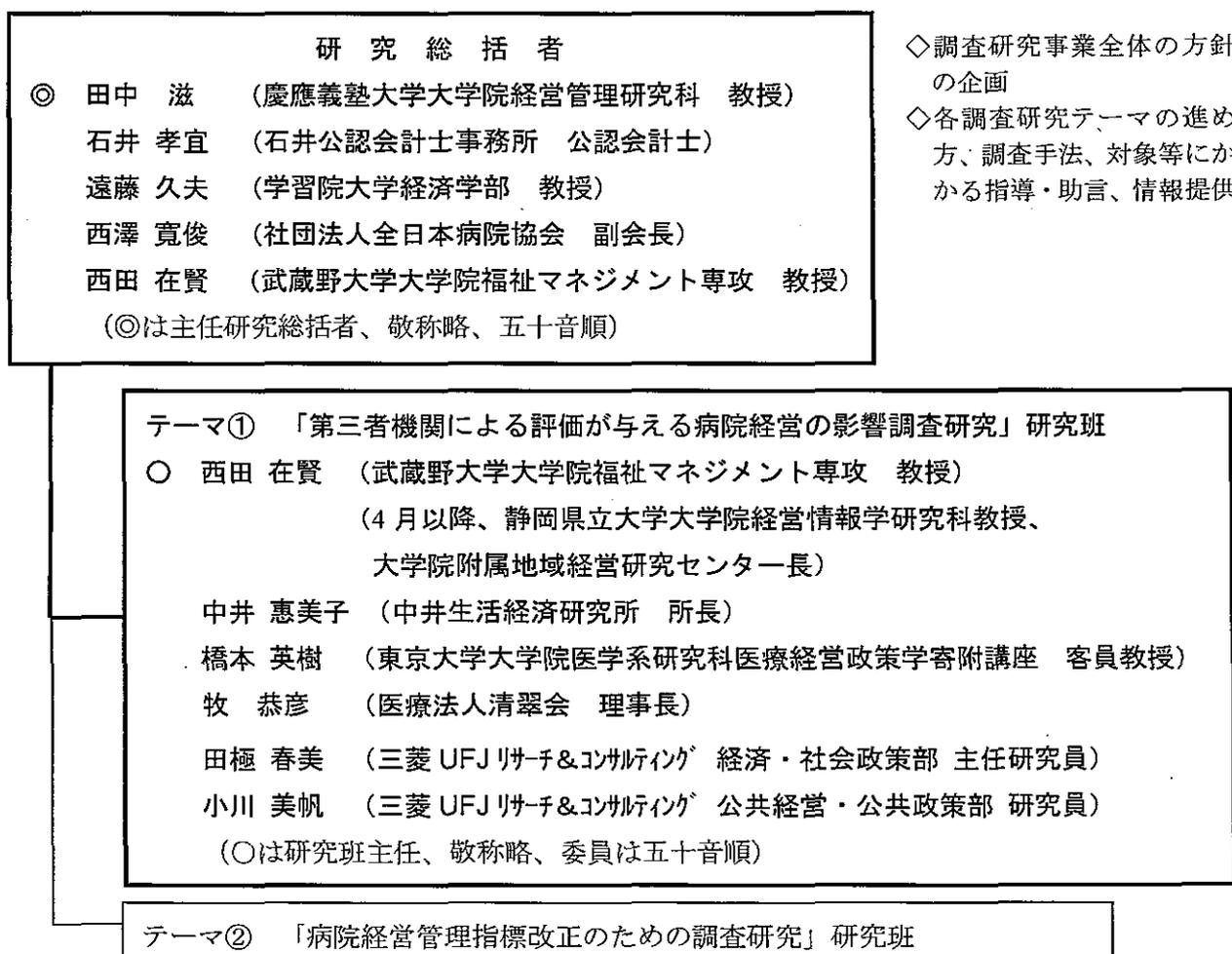
そこで、本調査研究では、第三者機関による評価が病院経営に与える影響を明らかにすることによって、医療施設が第三者評価を受けることを促し、もって医療施設の経営安定化の推進に資することを目的とする。

## 2. 調査研究の体制

本調査研究においては、5名の研究総括者から構成される研究総括者会議を設置し、事業全般及び各研究課題の調査・研究の実施について企画検討を進めた。研究課題は、「第三者機関による評価が与える病院経営の影響調査研究」と「病院経営管理指標改正のための調査研究」の2つの調査研究事業によって構成されており、本調査研究報告書は「第三者機関による評価が与える病院経営の影響調査研究」について、その調査結果をとりまとめたものである。

「第三者機関による評価が与える病院経営の影響調査研究」研究班は下図の4名の委員及び三菱UFJリサーチ&コンサルティング（旧UFJ総合研究所）によって構成されており、調査の方法や内容の詳細を検討した上で、調査研究を実行し、報告書としてとりまとめた。

図表 1 医療施設経営安定化推進事業（平成17年度）研究組織図

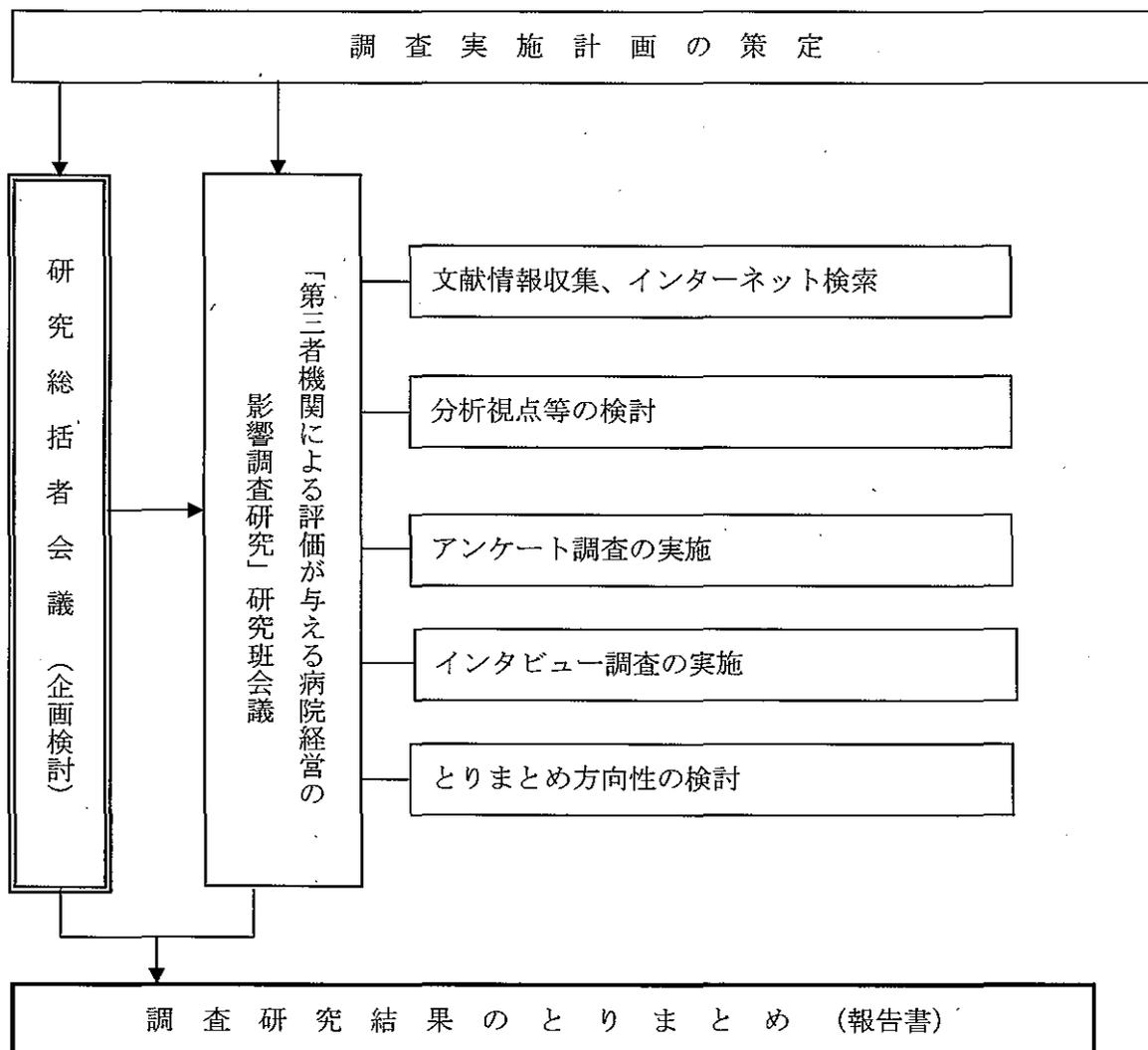


### 3. 調査研究の進め方と内容

#### (1) 調査研究の進め方

研究総括者会議における議論を踏まえ、主に病院の経営改善の視点を検討し、研究班会議において具体的なインタビュー調査対象となる事例の選定を行った。

図表 2 調査研究の進め方



## (2) 本調査研究で対象とした第三者評価

本調査研究では、医療施設の経営安定化推進という観点から、その普及によって、より多くの医療施設が医療の質や経営の質の向上、改善を図ることが期待できるものとして、財団法人日本医療機能評価機構による「病院機能評価」と国際標準化機構による「ISO9001」を中心にその効果と課題を整理し、それらの制度を導入している病院の事例を紹介した。

また、最近の医療施設の関心等を踏まえ、信用格付機関による格付けについても、その概要と導入している病院の事例を紹介した。

## (3) 調査研究の内容

本調査研究では、第三者評価が病院経営に与える影響等を明らかにするために、第三者評価制度を既に導入している医療施設を対象に、導入による効果や導入の際の経済的負担、今後改善してほしい点等について調査を行った。

また、第三者評価の普及を阻害している要因等を明らかにするために、第三者評価制度を導入していない医療施設を対象に、第三者評価に対する関心や導入しない理由等について調査を行った。

### 【調査研究の内容】

#### <第三者評価を導入している医療施設に対して>

- ・ 第三者評価導入の目的、目的の達成状況
- ・ 第三者評価の効果・メリット
- ・ 導入に係る負担・コスト
- ・ 課題、改善が望まれる点 / 等

#### <第三者評価を導入していない医療施設に対して>

- ・ 第三者評価制度に対する関心
- ・ 第三者評価を導入しない理由 / 等

#### 4. アンケート調査の概要

本調査研究では、第三者評価の効果と課題を明らかにすることを主な目的に、病院に対するアンケート調査を実施した。このため、既に第三者評価を導入している施設に対しては、第三者評価を導入する目的や受審にかかる負担、第三者評価導入による病院経営への影響等について調査を行った。

また、第三者評価を普及する上での阻害要因を明らかにするために、第三者評価を導入していない施設に対しては、なぜ導入しないのかその理由について調査を行った。

##### (1) 調査対象

アンケート調査の対象は、第三者評価（「病院機能評価」または「ISO9001」）を既に導入している病院 1,995 施設、導入していない病院 1,005 施設、合計 3,000 施設とした。

- ①第三者評価導入済みの病院 1,995 施設（全数）
- ②第三者評価を導入していない病院 1,005 施設（病床規模別 層化無作為抽出）

<サンプルの考え方>

カテゴリー	対象範囲	施設数
病院機能評価のみ認定施設	全数	1,857 施設
ISO9001 認証取得のみ施設	全数	79 施設
病院機能評価+ISO9001 認証取得施設	全数	59 施設
未取得施設	1/7 抽出	1,005 施設

} 1,995 施設  
←7,059 施設×1/7

##### (2) 調査の方法

対象施設に対し、アンケート調査票を郵送により配布・回収とした。

回答者は理事長または院長とし、必要に応じて、第三者評価実務担当者等に回付していただくよう依頼をした。

##### (3) 調査期間

平成 18 年 3 月 13 日（月）～平成 18 年 3 月 27 日（月）

##### (4) 有効回答

アンケートの有効回答数は 646 施設（有効回答率 21.5%）であった。

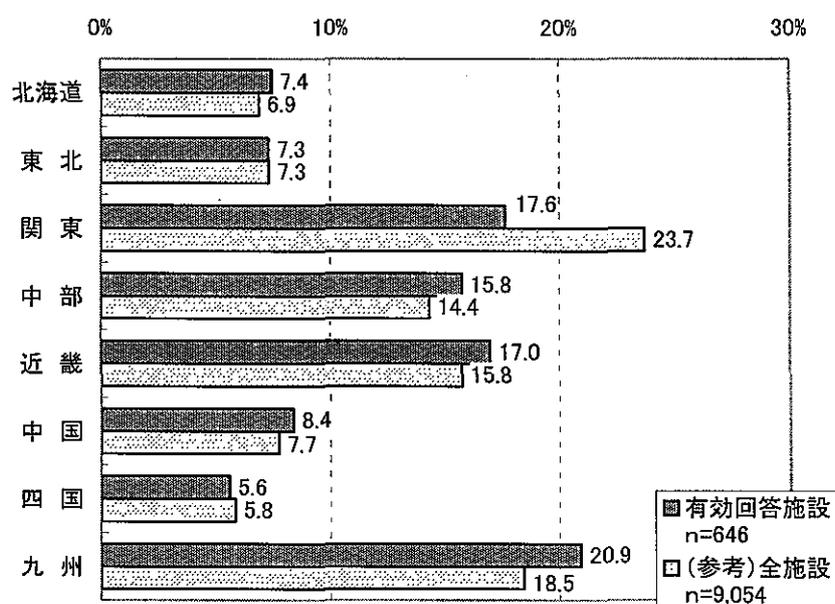
## (5) 有効回答施設の概要

### ①施設所在地

有効回答施設 646 施設の施設所在地による地域別構成割合をみると、「九州」が 20.9%で最も多かった。次いで「関東」が 17.6%、「近畿」が 17.0%と続いた。

全病院の地域別構成割合では「関東」が 23.7%を占めているが、本調査の有効回答施設では 17.6%にとどまっていることから、本調査の有効回答施設の特徴として「関東」の割合が相対的に低いということがいえる。

図表 3 施設所在地

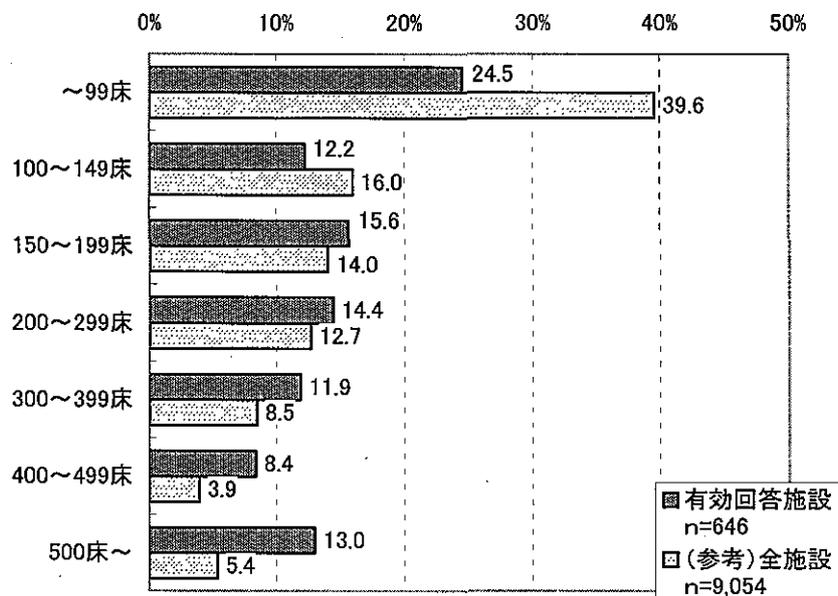


### ②病床規模

有効回答施設 646 施設の病床規模別構成割合をみると、「99床以下」が 24.5%で最も多い。

全病院の病床規模別構成割合では「99床以下」が 39.6%を占めているが、本調査の有効回答施設では 24.5%にとどまっている。一方、「500床以上」の施設の割合は全病院では 5.4%であるのに対し、本調査では 13.0%と相対的に高くなっている。本調査の有効回答施設の特徴として、病床規模の大きい施設の割合が相対的に高いということがいえる。

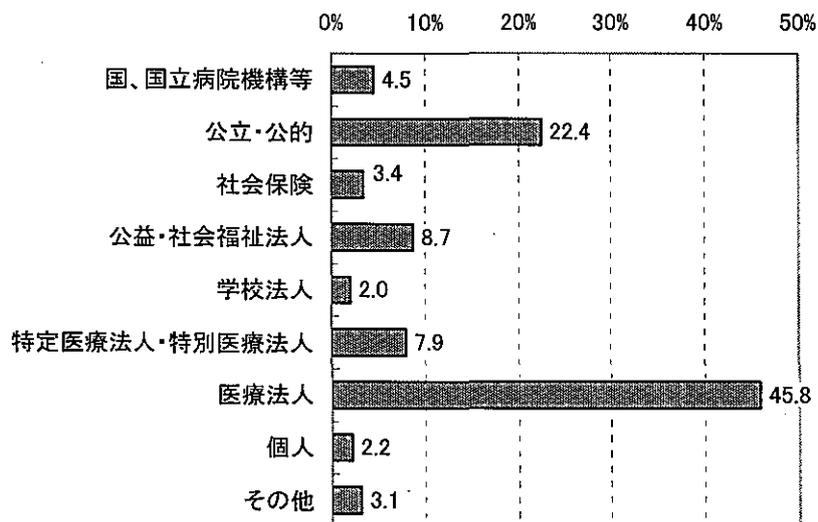
図表 4 病床規模



③開設者

有効回答施設 646 施設の開設者別構成割合をみると、「医療法人」が 45.8%で最も多く、次いで「公立・公的」が 22.4%であった。

図表 5 開設者 (n=646)



(注) 「国・国立病院機構等」には、国立大学法人、労働者健康福祉機構が含まれる。また、「公立・公的」には、都道府県・市町村の他、日赤、済生会、厚生連等が含まれる。

## 第1章 第三者機関による評価の概要

本調査では、第三者機関による医療機関の評価（以下、「第三者評価」として、財団法人日本医療機能評価機構による「病院機能評価」（以下、「病院機能評価」）、国際標準化機構による「ISO9001 認証」（以下、「ISO9001 認証」）について、その概要の整理と現状把握を行った。

### 1. 病院機能評価

#### (1) 病院機能評価とは

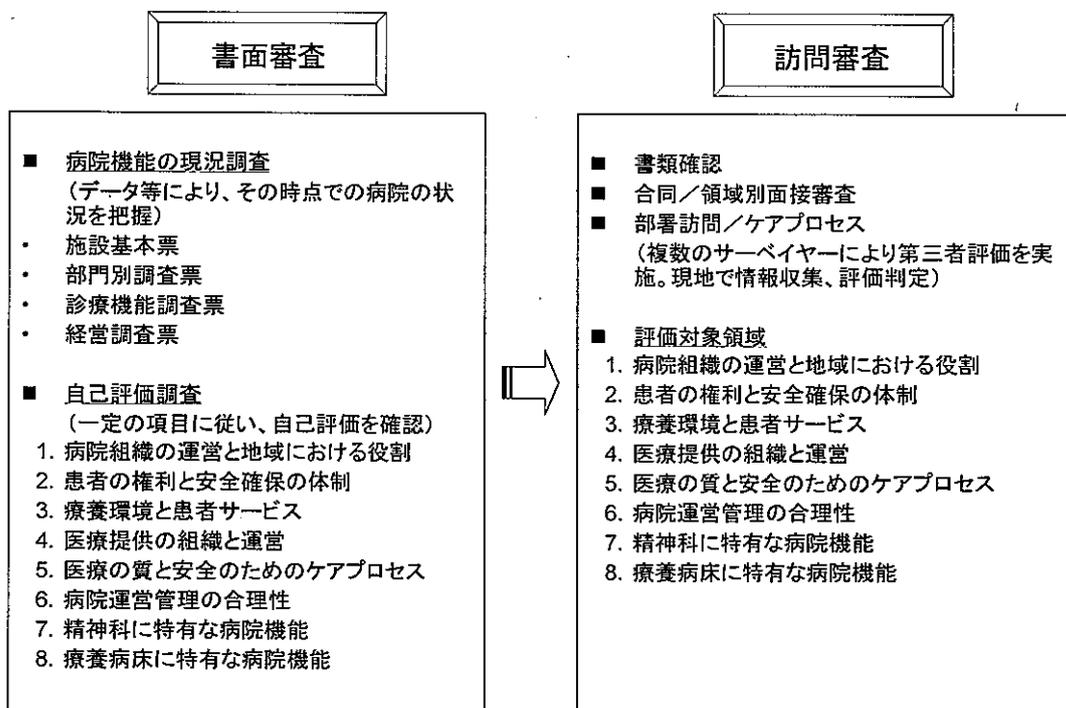
病院機能評価は、財団法人日本医療機能評価機構が行っている第三者評価である。財団法人日本医療機能評価機構は、「病院等の医療施設の機能について、学術的な観点から中立的な立場で評価し、その改善を支援するとともに、この医療機能評価に関する調査研究、普及啓発等を行うことにより、国民の医療に対する信頼の確保及び医療の質の向上を図ること」を目的に設立された組織である。

病院機能評価は、評価項目の改正を経て、2005年7月訪問審査分より「Ver.5.0」となっている。病院機能評価 Ver.5.0 の評価対象領域は、すべての病院に適用される共通項目として「(第1領域) 病院組織の運営と地域における役割」「(第2領域) 患者の権利と安全確保の体制」「(第3領域) 療養環境と患者サービス」「(第4領域) 医療提供の組織と運営」「(第5領域) 医療の質と安全のためのケアプロセス」「(第6領域) 病院運営管理の合理性」の6領域と、該当病院のみに適用される固有項目として「(第7領域) 精神科に特有な病院機能」と「(第8領域) 療養病床に特有な病院機能」の2領域、計8領域で構成されている。

病院機能評価には、「書面審査」と「訪問審査」の2種類の審査がある。

書面審査は、「病院機能の現況調査」と「自己評価調査」の調査票に病院自身が回答する「自己評価形式」のものである。自己評価の項目は、訪問審査による第三者評価の項目と基本的には同一のものとなっている。事前審査が終了すると、財団法人日本医療機能評価機構の複数のサーベイヤーが病院を訪問し、それぞれの専門的な見地から中立的・客観的な判断による評価を行うための「訪問審査」が行われる。サーベイヤーはこの訪問審査の結果を「審査結果報告書案」としてとりまとめ、財団法人日本医療機能評価機構の評価委員会に提出する。評価部会で検討が行われた後、評価委員会は評価部会の検討結果をもとに審議し認定とその更新、または認定留保を決定する。認定留保となった病院は、指摘された改善要望事項に対応することにより、審査結果報告書受領後1年以内に再審査の申請を行うことができる。病院機能評価の認定の有効期間は5年間であり、後述するISO9001認証とは異なり、認定期間中に定期的審査が行われることはない。

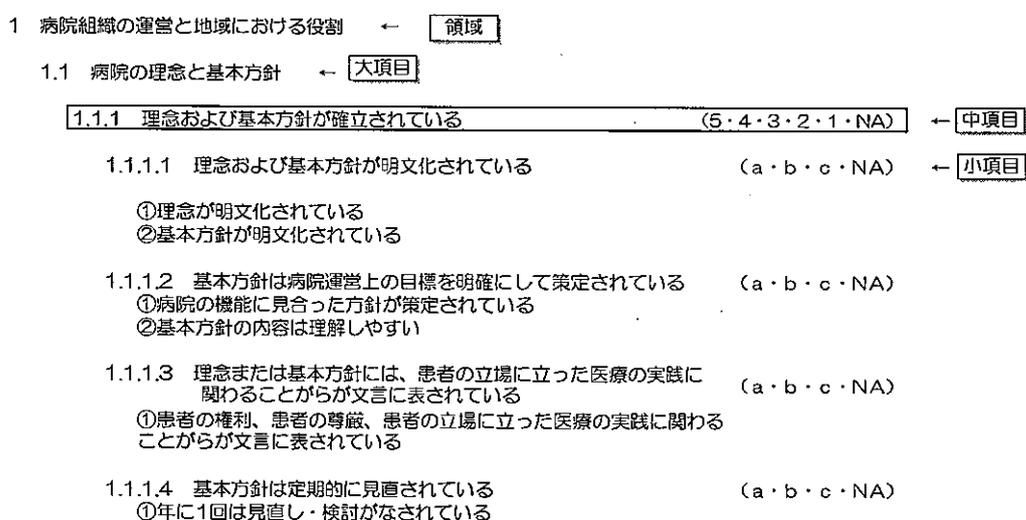
図表 1- 1 病院機能評価の審査内容



(資料) (財) 日本医療機能評価機構資料.

評価項目は、各領域ごとに「大項目」「中項目」「小項目」と3階層構造になっており、自己評価では小項目の内容について3段階評価(a・b・c)を行い、この小項目判定を勘案し、中項目の5段階評価(5・4・3・2・1)を行う。

図表 1- 2 病院機能評価の評価体系



(資料) (財) 日本医療機能評価機構「書面審査 自己評価調査票 (統合版評価項目 V5.0)」平成 17 年 1 月をもとに作成.

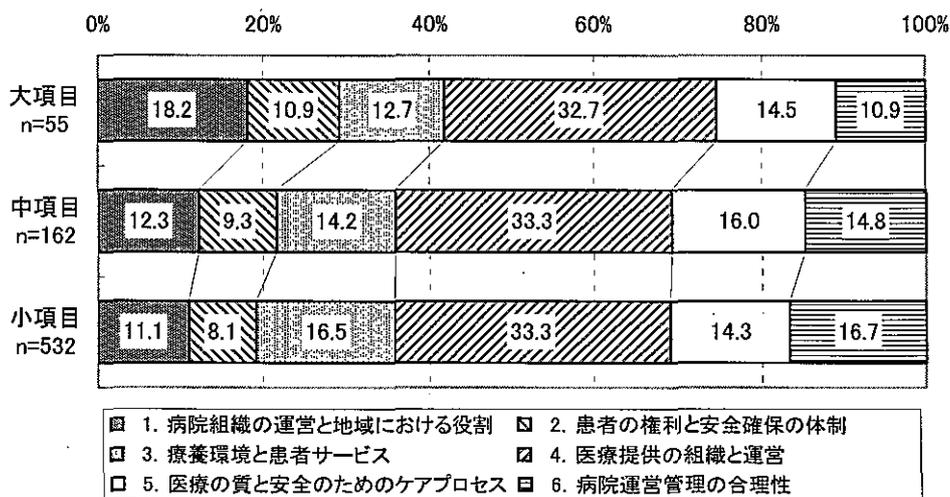
すべての病院に共通の評価項目は、大項目 55 項目、中項目 162 項目、小項目 532 項目となっている。ただし、小項目の評価項目の中には、病院の規模や地域での役割によっては任意となっている項目も含まれている。特に項目数が多いのは、「4. 医療提供の組織と運営」であり、全評価項目の3分の1を占める。

図表 1- 3 病院機能評価の評価項目数

領 域	大項目	中項目	小項目
1. 病院組織の運営と地域における役割	10	20	59
2. 患者の権利と安全確保の体制	6	15	43
3. 療養環境と患者サービス	7	23	88
4. 医療提供の組織と運営	18	54	177
5. 医療の質と安全のためのケアプロセス	8	26	76
6. 病院運営管理の合理性	6	24	89
計	55	162	532
7. 精神科に特有な病院機能	5	16	47
8. 療養病床に特有な病院機能	3	10	29

(資料) (財) 日本医療機能評価機構「書面審査 自己評価調査票 (統合版評価項目 V5.0)」平成 17 年 1 月をもとに作成。

図表 1- 4 病院機能評価の評価領域分布



(資料) (財) 日本医療機能評価機構「書面審査 自己評価調査票 (統合版評価項目 V5.0)」平成 17 年 1 月をもとに作成。

## (2) 病院機能評価の認定取得状況

財団法人日本医療機能評価機構による「病院機能評価」の認定を受けている病院数は、平成18年1月23日現在1,916施設である。同機構のホームページに公開されている認定病院一覧リストをもとに、医療機関名簿との突合を行い、病床規模別及び地域別の認定状況について整理した結果が次の図表である。

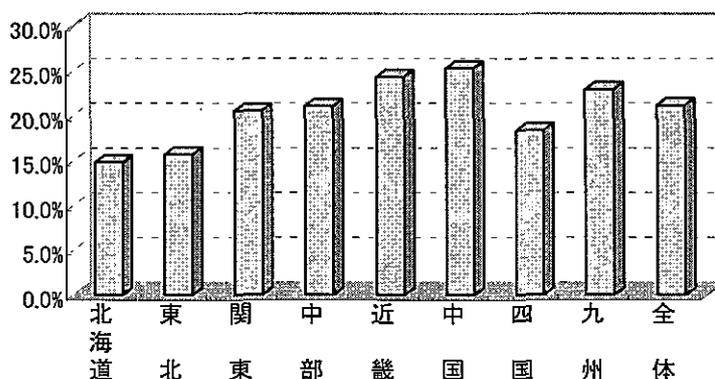
病院機能評価の認定取得率は全国平均21.2%であった。

地域別にみると、「中国」の認定取得率が25.3%で最も高く、次いで「近畿」が24.4%、九州が22.9%、中部が21.1%と続いた。一方、北海道が14.8%で最も低く、東北が15.7%、四国が18.4%と2割に達していない状況であった。

図表1-5 病院機能評価 認定施設数（地域別）

	全施設数 (A)	認定施設数 (B)	認定取得率 (B) / (A)
北海道	621	92	14.8%
東北	662	104	15.7%
関東	2,144	441	20.6%
中部	1,300	274	21.1%
近畿	1,429	348	24.4%
中国	700	177	25.3%
四国	527	97	18.4%
九州	1,671	383	22.9%
全体	9,054	1,916	21.2%

認定取得率(B)/(A)



(資料) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング

・「認定施設数(B)」は、(財)日本医療機能評価機構 認定病院一覧リスト(平成18年1月23日)をもとに作成。

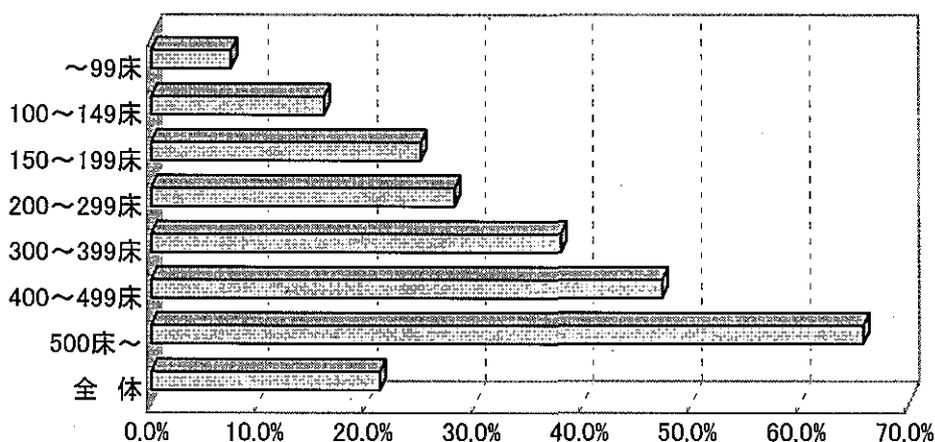
次に、病床規模別に病院機能評価の認定取得状況をみたものが次の図表である。500床以上の病院では、認定取得率が65.8%となっており、およそ3分の2の施設が既に病院機能評価の認定を受けている。しかしながら、病床規模が小さくなるのに伴い、認定取得率も低くなり、99床以下の施設の認定取得率は7.5%という状況であった。

これにより、病院機能評価は小規模施設ほど普及していないことが明らかとなった。

図表 1- 6 病院機能評価 認定施設数（病床規模別）

	全施設数 (A)	認定施設数 (B)	認定取得率 (B) / (A)
～99床	3,588	269	7.5%
100～149床	1,446	232	16.0%
150～199床	1,266	316	25.0%
200～299床	1,149	322	28.0%
300～399床	767	291	37.9%
400～499床	353	167	47.3%
500床～	485	319	65.8%
全 体	9,054	1,916	21.2%

認定取得率(B) / (A)



(資料) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング

- ・「認定施設数 (B)」は、(財)日本医療機能評価機構 認定病院一覧リスト(平成18年1月23日)をもとに作成。
- ・病床数は許可病床数。

## 2. ISO9001 認証

### (1) ISO9001 認証とは

ISO9001 規格は国際標準化機構によって定められた「品質マネジメントシステム」に関する国際規格である。第三者機関である審査登録機関が、ISO9001 規格により対象組織の品質マネジメントシステムを審査し、適合組織として登録する「審査登録制度」となっている。ISO9001 規格は国際規格であること、多様な業種・製品をカバーする規格であることから、他業種にも通じる第三者評価であるという長所がある一方で、要件(要求事項)が医療機関にはなじみにくい一般用語で記載されているという欠点がある。

ISO9001 規格には、「品質マネジメントシステムの 8 原則」として、次の 8 つの原則がある。

図表 1-7 品質マネジメントシステムの 8 原則

- **原則 1 顧客重視**  
組織はその顧客に依存しており、そのために、現在及び将来の顧客ニーズを理解し、顧客要求事項を満たし、顧客の期待を超えるように努力すべきである。
- **原則 2 リーダーシップ**  
リーダーは、組織の目的及び方向を一致させる。リーダーは、人々が目的を達成することに十分に参画できる内部環境を創りだし、維持すべきである。
- **原則 3 人々の参画**  
すべての階層の人々は組織にとって根本的要素であり、その全面的な参画によって、組織の便益のためにその能力を活用することが可能となる。
- **原則 4 プロセスアプローチ**  
活動及び関連する資源が 1 つのプロセスとして運営管理されるとき、望まれる結果がより効率よく達成される。
- **原則 5 マネジメントへのシステムアプローチ**  
相互に関連するプロセスを 1 つのシステムとして明確にし、理解し、運営管理することが、組織の目標を効果的かつ効率よく達成することに寄与する。
- **原則 6 継続的改善**  
組織の総合的パフォーマンスの継続的改善を組織の永遠の目標とすべきである。
- **原則 7 意思決定への事実に基づくアプローチ**  
効果的な意思決定は、データ及び情報の分析に基づいている。
- **原則 8 供給者との互惠関係**  
組織及びその供給者は相互に依存しており、両者の互惠関係は両者の価値創造能力を高める。

ISO9001 規格では、「顧客重視」の原則の下、組織は顧客の要求事項を満たし、顧客の期待を超えるサービス提供の実現に向けて、継続的に改善を行うことが求められる。ISO9001 規格は、サービスの品質保証に加えて、顧客満足の向上を目指す品質マネジメントシステムの要求事項が規定されており、審査登録機関が行う審査の唯一の審査基準となっている。また、ISO9001 規格は業種・製品・サービスの異なる多様な組織をカバーするために、「要求事項の一部を適用不可能なら除外してもよい」と適用に柔軟性を持たせている点に特徴がある。さらに、施設全体ではなく、一部門だけを適合組織として審査登録を受けることも可能である。

ISO9001 規格は第0章から第8章までの9つの章で構成されている。このうち、第0章から第3章までは適用や定義など「説明」を記載している。第4章から第8章までは「要求事項」といわれ、組織が満たすべき事項を記載している。

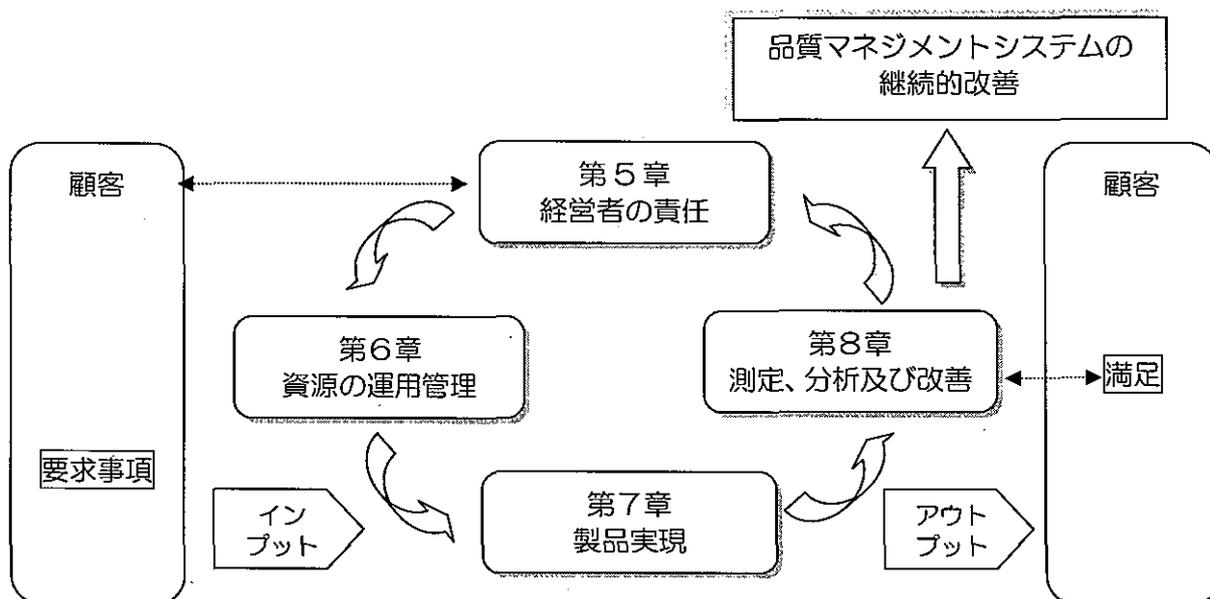
図表 1- 8 ISO9001 規格の構成

第0章	序文	0.1 一般 0.2 プロセスアプローチ 0.3 JIS Q 9004との関係 0.4 他のマネジメントシステムとの両立性
第1章	適用範囲	1.1 一般 1.2 適用
第2章	引用規格	
第3章	定義	
第4章	品質マネジメントシステム	4.1 一般要求事項 4.2 文書化に関する要求事項
第5章	経営者の責任	5.1 経営者のコミットメント 5.2 顧客重視 5.3 品質方針 5.4 計画 5.5 責任、権限及びコミュニケーション 5.6 マネジメントレビュー
第6章	資源の運用管理	6.1 資源の運用管理 6.2 人的資源 6.3 インフラストラクチャー 6.4 作業環境
第7章	製品実現	7.1 製品実現の計画 7.2 顧客関連のプロセス 7.3 設計・開発 7.4 購買 7.5 製造及びサービス提供 7.6 監視機器及び測定機器の管理
第8章	測定、分析及び改善	8.1 一般 8.2 監視及び測定 8.3 不適合成品の管理 8.4 データの分析 8.5 改善

(資料) 大浜庄司「図解でわかる ISO9001 のすべて」(日本実業出版社, 2004.2) をもとに作成。

ISO9001 規格では、「計画 (Plan : P)」、「実施 (Do : D)」、「チェック (Check : C)」、「改善 (Act : A)」といった「PDCA サイクル」を適用し、継続的改善を図っていくこと、品質マニュアルの作成といったように文書化された手順を重視していることも大きな特徴といえる。

図表 1-9 品質マネジメントシステムの継続的改善



(資料) 大浜庄司「図解でわかる ISO9001 のすべて」(日本実業出版社, 2004.2)、渡邊喜二「病医院『ISO9001』認証取得・成功マニュアル」等をもとに作成。

医療施設の審査を行うのは審査登録機関である。この審査登録機関を認定する組織は各国 1 機関となっており、わが国の場合は「財団法人日本適合性認定協会」が審査登録機関を評価基準により審査し、認定、登録、公表している。審査登録制度では、組織の業種・製品を 39 の認定範囲に分類しており、医療は「医療及び社会事業」に分類される。したがって、医療施設が ISO9001 認証を取得する場合には、財団法人日本適合性認定協会から「医療及び社会事業」の区分で認定登録を受けている審査登録機関の中から 1 社を選択する必要がある。

審査登録機関は事前訪問調査(事前審査)の計画を作成し、事前訪問調査を実施する。その後、正式に発行された管理文書としての「品質マニュアル」について文書審査を行う。それが終了すると、本審査である現地登録審査を実施し、組織の品質マネジメントシステムが ISO9001 規格の要求事項に適合しているか否かを審査する。その結果は審査報告書にとりまとめられ、これをもとに判定会議で登録の適否が決定される。

## (2) ISO9001 認証の取得状況

財団法人日本適合性認定協会では ISO9001 認証の適合組織を公表している。平成 18 年 1 月 13 日現在、産業分類「医療及び社会事業」で整理されている組織数は 518 であった。ISO9001 認証はその適用範囲を法人全体や施設全体、あるいは健診センター部門のみ、薬剤部門のみといったように、自ら決めることができる。そのため、ISO9001 認証取得施設の中には、特定の部門のみで認証取得をしている施設もあった。そこで、ここでは、病院全体で ISO9001 認証を取得していると思われる施設数を調べたところ、138 施設であった。この 138 施設について整理したものが次の図表である。

これを地域別にみると、ISO9001 認証の認定取得率は全国平均 1.5%という状況であった。病院機能評価と比較すると、ISO9001 認証は依然として普及していない状況であることがわかる。

ISO9001 認証を取得した施設数でみると、「関東」が 38 施設で最も多く、次いで、「近畿」が 32 施設、「九州」が 23 施設、「中部」が 16 施設、「中国」が 10 施設であった。

図表 1- 10 ISO9001 認証 認定施設数 (地域別)

	全施設数 (A)	認定施設数 (B)	認定取得率 (B) / (A)
北海道	621	5	0.8%
東北	662	8	1.2%
関東	2,144	38	1.8%
中部	1,300	16	1.2%
近畿	1,429	32	2.2%
中国	700	10	1.4%
四国	527	6	1.1%
九州	1,671	23	1.4%
全体	9,054	138	1.5%

(資料) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング

- ・「認定施設数 (B)」は、(財)日本適合性認定協会 適合組織リスト (平成 18 年 1 月 13 日) をもとに作成。
- ・法人名で登録されている、あるいは適用範囲に病院名等の記述がある場合について、その施設を認定施設数に計上した。「薬剤部門」「健診センター」等、特定の部門に限定している場合については、認定施設数に含めていない。

次に病床規模別に ISO9001 認証の認定取得率をみると、400 床以上では 2.5%で最も高いものの、病院機能評価とは異なり、病床規模との相関関係はみられない。むしろ、施設数でみると、100～149 床の施設が 32 施設で最も多く、次いで 99 床以下の施設が 28 施設、150～199 床の施設が 24 施設となっており、200 床未満の中小病院が ISO9001 認証取得施設の 6 割を占めている。

図表 1- 11 ISO9001 認証 認定施設数（病床規模別）

	全施設数 (A)	認定施設数 (B)	認定取得率 (B) / (A)
～99 床	3,588	28	0.8%
100～149 床	1,446	32	2.2%
150～199 床	1,266	24	1.9%
200～299 床	1,149	22	1.9%
300～399 床	767	11	1.4%
400～499 床	353	9	2.5%
500 床～	485	12	2.5%
全 体	9,054	138	1.5%

(資料) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング

- ・「認定施設数 (B)」は、(財)日本適合性認定協会 適合組織リスト (平成 18 年 1 月 13 日) をもとに作成。
- ・法人名で登録されている、あるいは適用範囲に病院名等の記述がある場合について、その施設を認定施設数に計上した。「薬剤部門」「健診センター」等、特定の部門に限定している場合については、認定施設数に含めていない。
- ・病床数は許可病床数。

### 3. 病院機能評価とISO9001 認証

病院機能評価とISO9001 認証の双方を取得している病院は59施設であった。「関東」が18施設で最も多く、次いで「近畿」が12施設、「九州」が10施設であった。

図表 1- 12 病院機能評価及びISO9001 認証 認定施設数（地域別）

	全施設数 (A)	認定施設数 (B)	認定取得率 (B) / (A)
北海道	621	2	0.3%
東北	662	5	0.8%
関東	2,144	18	0.8%
中部	1,300	6	0.5%
近畿	1,429	12	0.8%
中国	700	5	0.7%
四国	527	1	0.2%
九州	1,671	10	0.6%
全体	9,054	59	0.7%

(資料) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング

・「認定施設数 (B)」は、(財) 日本医療機能評価機構認定病一覧 (平成18年1月23日現在) 及び (財) 日本適合性認定協会 適合組織リスト (平成18年1月13日) をもとに作成。

病院機能評価とISO9001 認証の双方を取得している病院は、「150～199床」が15施設で最も多く、次いで「200～299床」が14施設、「100～149床」が11施設であった。

図表 1- 13 病院機能評価及びISO9001 認証 認定施設数（病床規模別）

	全施設数 (A)	認定施設数 (B)	認定取得率 (B) / (A)
～99床	3,588	4	0.1%
100～149床	1,446	11	0.8%
150～199床	1,266	15	1.2%
200～299床	1,149	14	1.2%
300～399床	767	4	0.5%
400～499床	353	6	1.7%
500床～	485	5	1.0%
全体	9,054	59	0.7%

(資料) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング

・「認定施設数 (B)」は、(財) 日本医療機能評価機構認定病一覧 (平成18年1月23日現在) 及び (財) 日本適合性認定協会 適合組織リスト (平成18年1月13日) をもとに作成。

・病床数は許可病床数。

## 第2章 第三者機関による評価の効果

本調査研究では、第三者機関による評価が病院経営にどのような影響を与えるのかを把握するために、アンケート調査及びインタビュー調査を実施した。

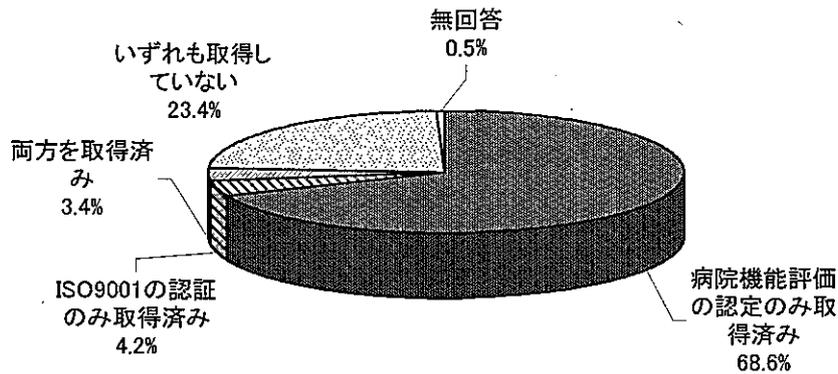
### 1. 第三者評価の認定取得状況

#### (1) 第三者評価認定の取得状況

##### ①第三者評価認定の取得状況

有効回答施設 646 施設の第三者評価認定取得状況を見ると、病院機能評価の認定のみ取得済みである施設が回答施設の 68.6%を占めた。また、ISO9001 認証のみ取得済みである施設は 4.2%、両方取得済みである施設は 3.4%、いずれも取得していない施設が 23.4%であった。本調査の回答施設のおよそ4分の3施設が少なくとも第三者評価を1つは取得しているという結果になった。これは、調査客体として3分の2を認定取得済みの施設を選定した結果によるものであり、分析上留意すべき点である。

図表 2- 1 第三者評価認定取得状況 (n=646)

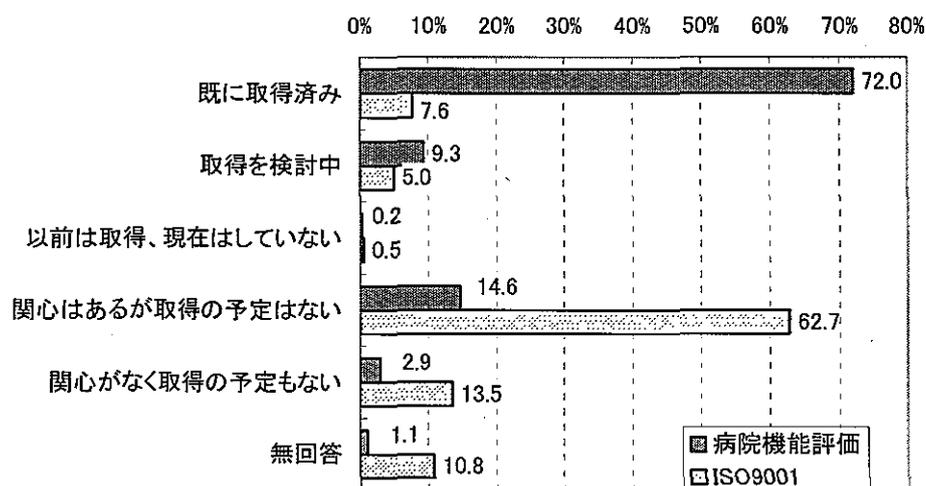


##### ②病院機能評価と ISO9001 認証の認定の取得状況

病院機能評価の認定取得状況を見ると、「既に取得済み」という施設が全体の 72.0%であった。また、「取得を検討中」という施設が 9.3%、「関心はあるが取得の予定がない」という施設が 14.6%であった。このほか、「以前は取得していたが、現在は取得していない」という施設が 0.2%、「関心がなく取得の予定もない」という施設が 2.9%であった。

次に、ISO9001 認証の認定取得状況をみると、「既に取得済み」という施設が 7.6%、「取得を検討中」という施設が 5.0%であった。「関心はあるが取得の予定がない」という施設が 62.7%と多かった。このほか、「以前は取得していたが、現在は取得していない」という施設が 0.5%、「関心がなく取得の予定もない」という施設が 13.5%であった。

図表 2- 2 有効回答施設における病院機能評価と ISO9001 認証に関する認定取得状況  
(n = 646)



### ③賞の受賞等の状況

賞を受賞している施設が 6 施設あった。この賞の内容をみると、「自治体立優良病院表彰（自治大臣表彰）」、「救急医療厚労大臣表彰」、「赤ちゃんにやさしい病院（国連児童基金と世界保健機関認定）」、「消費者志向優良企業表彰（旧通商産業省）」、「日経優秀先端事業所賞」、「市民満足学会による病院満足度『市民満足大賞』」となっている。「取得を検討中」あるいは「関心がある」賞としては、「医療の質奨励賞」と「日本経営品質賞」が挙げられた。

図表 2- 3 賞の受賞状況

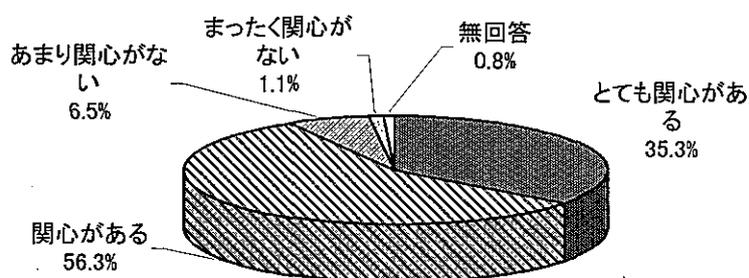
賞の受賞	施設数 (件)	構成割合 (%)
既に取得済み	6	0.9
取得を検討中	5	0.8
以前は取得、現在はしていない	0	0.0
関心はあるが取得の予定はない	232	35.9
関心がなく取得の予定もない	191	29.6
無回答	212	32.8
全体	646	100.0

## (2) 第三者評価等に対する関心

### ① 第三者評価に対する関心

第三者評価に対する関心をたずねたところ、「とても関心がある」という施設が35.3%であり、「関心がある」という施設が56.3%であった。両者をあわせると、9割近い施設が第三者評価に関心があるという回答であった。前述のとおり、既に第三者評価の認定を取得済みである施設がおよそ4分の3を占めていることに留意する必要がある。

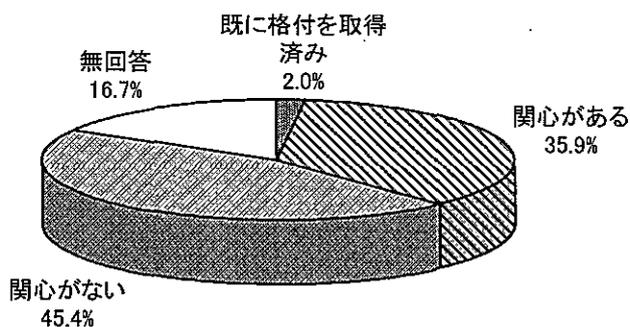
図表 2- 4 第三者評価に対する関心 (n=646)



### ② 信用格付機関による格付けに対する関心

信用格付機関による格付けに対する関心をたずねたところ、「関心がある」という施設は35.9%、「関心がない」という施設が45.4%であった。既に格付けを取得している施設が2.0%であった。

図表 2- 5 信用格付機関による格付けに対する関心 (n=646)

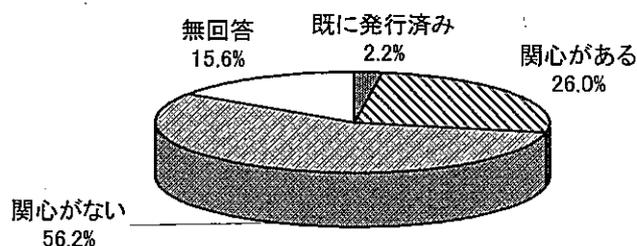


### ③医療機関債に対する関心

医療機関債の発行について関心をたずねたところ、「関心がある」という施設は26.0%であり、およそ4分の1の施設が医療機関債の発行に関心を持っている。

また、医療機関債を「既に発行済み」という施設が2.2%あった。

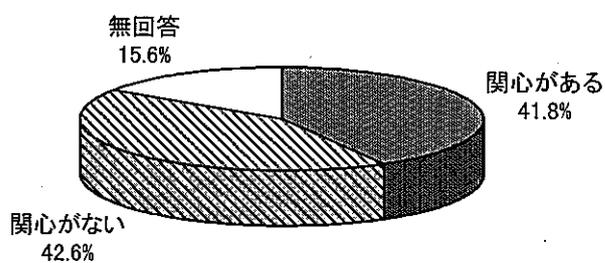
図表 2- 6 医療機関債の発行に対する関心 (n=646)



### ④社会医療法人に対する関心

社会医療法人に対する関心をたずねたところ、「関心がある」という施設は41.8%であった。

図表 2- 7 社会医療法人に対する関心 (n=646)

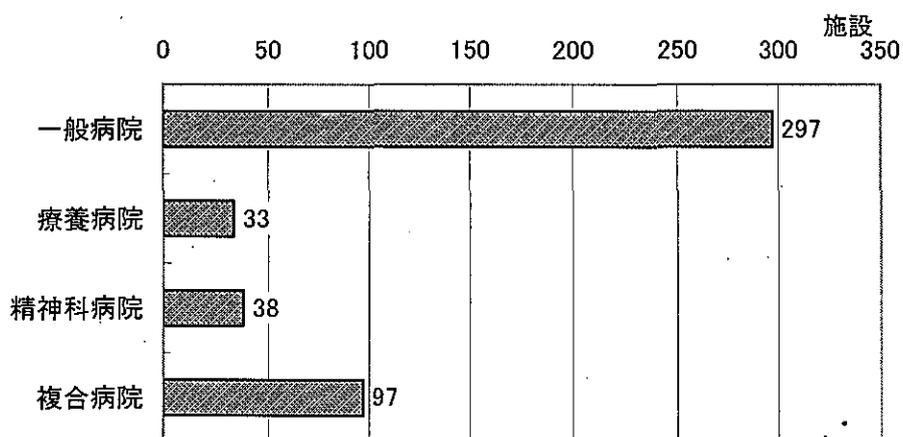


### (3) 病院機能評価の認定内容

#### ①認定種別

病院機能評価の認定を既に取得している施設は465施設（全回答施設の72.0%）であった。この465施設の病院機能評価の認定種別をみると、「一般病院」が297施設、「療養病院」が33施設、「精神科病院」が38施設、「複合病院」が97施設であった。

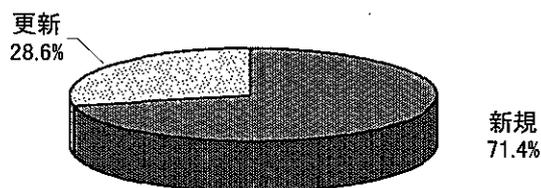
図表 2- 8 病院機能評価の認定種別（n=465）



#### ②新規・更新の状況

病院機能評価の認定の内容として「新規」が71.4%、「更新」が28.6%であった。

図表 2- 9 病院機能評価認定の新規・更新別（n=465）



### ③病院機能評価の認定バージョン

病院機能評価の認定を受けたバージョンについては、「Ver.3.1」という施設が 118 施設 (25.4%)、「Ver.4.0」が 301 施設 (64.7%)、「Ver.5.0」が 28 施設 (6.0%) であった。

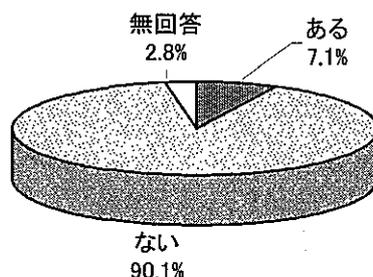
図表 2- 10 病院機能評価の認定バージョン

	施設数	構成割合(%)
Ver.3.1	118	25.4
Ver.4.0	301	64.7
Ver.5.0	28	6.0
不明	18	3.9
合計	465	100.0

### ④付加機能の認定の有無

病院機能評価の認定について付加機能の評価が「ある」という施設が 7.1% (33 施設)、「ない」という施設が 90.1%であった。

図表 2- 11 病院機能評価の認定バージョン (n=465)



### ⑤付加機能の内容

付加機能の評価が「ある」という 33 施設について、その施設が認定を受けた付加機能の内容をみると、「救急医療」が 15 施設 (付加機能評価がある施設の 45.5%)、「リハビリ」が 18 施設 (同 54.5%)、「緩和ケア」が 8 施設 (同 24.2%) であった。

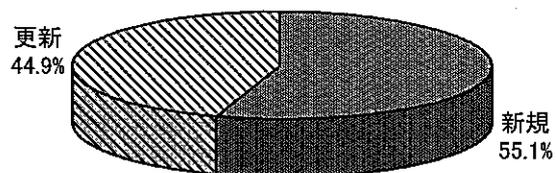
図表 2- 12 病院機能評価の付加機能の内容 (複数回答、n=33)

	施設数	構成割合(%)
救急医療	15	45.5
リハビリ	18	54.5
緩和ケア	8	24.2
合計	33	100.0

#### (4) ISO9001 認証の認定内容

ISO9001 認証を既を取得している施設は 49 施設（全回答施設の 7.6%）であった。この 49 施設では「新規」が 55.1%、「更新」が 44.9%であった。

図表 2- 13 ISO9001 認証認定の新規・更新別（n=49）

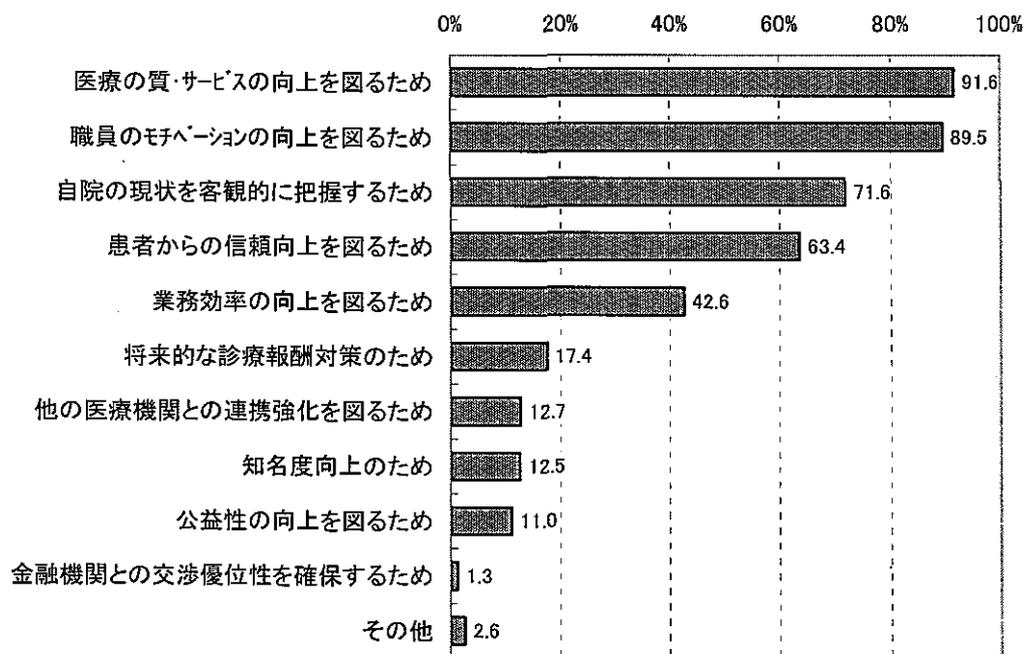


## 2. 病院機能評価を導入した目的と効果

### (1) 病院機能評価を導入した目的

病院機能評価を導入した目的をたずねたところ、最も多かったのは「医療の質・サービスの向上を図るため」で91.6%の病院が回答している。次いで「職員のモチベーションの向上を図るため」(89.5%)、「自院の現状を客観的に把握するため」(71.6%)、「患者からの信頼向上を図るため」(63.4%)、「業務効率の向上を図るため」(42.6%)という順であった。また、「将来的な診療報酬対策のため」と回答した病院が2割近くあった。「他の医療機関との連携強化を図るため」(12.7%)、「知名度向上のため」(12.5%)、「公益性の向上を図るため」(11.0%)、「金融機関との交渉優位性を確保するため」(1.3%)という目的を挙げた病院は多くなかった。

図表 2- 14 病院機能評価を導入した目的（複数回答、n=465）

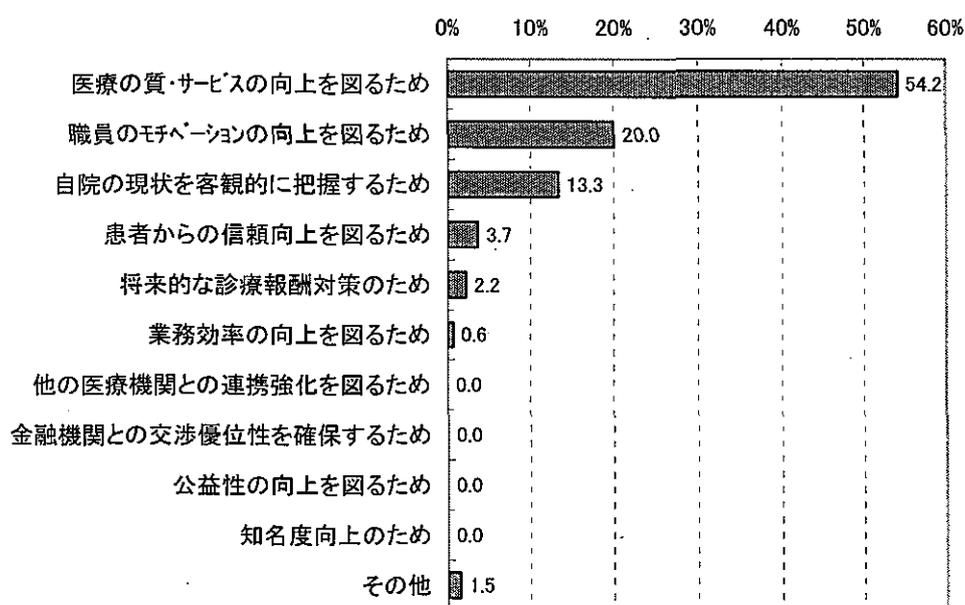


(注) 「その他」の具体的な内容として「緩和ケア病棟開設のため」「医療安全管理の徹底」「臨床研修病院指定に向けて」「社会の流れ」「経営改革」等が挙げられた。

次に、病院機能評価を導入した最大の目的をたずねたところ、最も多かったのは、「医療の質・サービスの向上を図るため」(54.2%)であった。つまり、過半数の病院が医療の質やサービスの向上を図るために病院機能評価を導入したということが明らかとなった。

次いで、「職員のモチベーションの向上を図るため」に病院機能評価を導入した病院がおおよそ2割であった。

図表 2- 15 病院機能評価を導入した最大の目的 (1 つだけ、n=465)

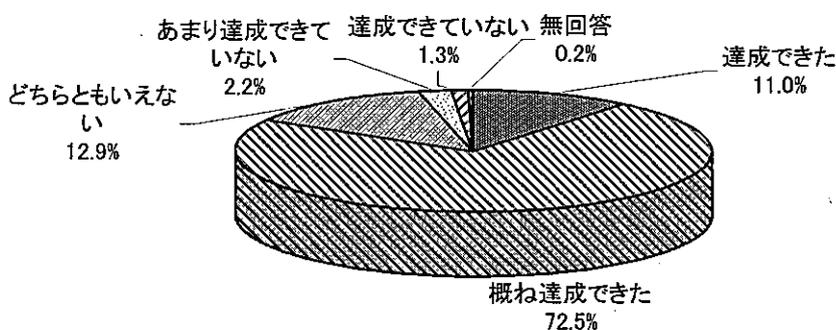


## (2) 病院機能評価を導入した目的の達成状況

前述の(1)では病院機能評価を導入した最大の目的として「医療の質・サービスの向上を図るため」(導入施設の54.2%)、「職員のモチベーションの向上を図るため」(同20.0%)、「自院の現状を客観的に把握するため」(同13.3%)という回答が多かったが、この目的が達成できたかどうかを「達成できた」「概ね達成できた」「どちらともいえない」「あまり達成できていない」「達成できていない」の5段階でたずねた。

この結果、病院機能評価の導入当初の目的を「達成できた」と回答した施設は11.0%、「概ね達成できた」と回答した施設は72.5%であった。8割を超える施設が、病院機能評価の導入によって導入当初の目的を概ね達成できたと評価していることが明らかとなった。

図表 2-16 病院機能評価を導入した目的の達成状況 (n=465)



### (3) 病院機能評価を導入したことによる効果

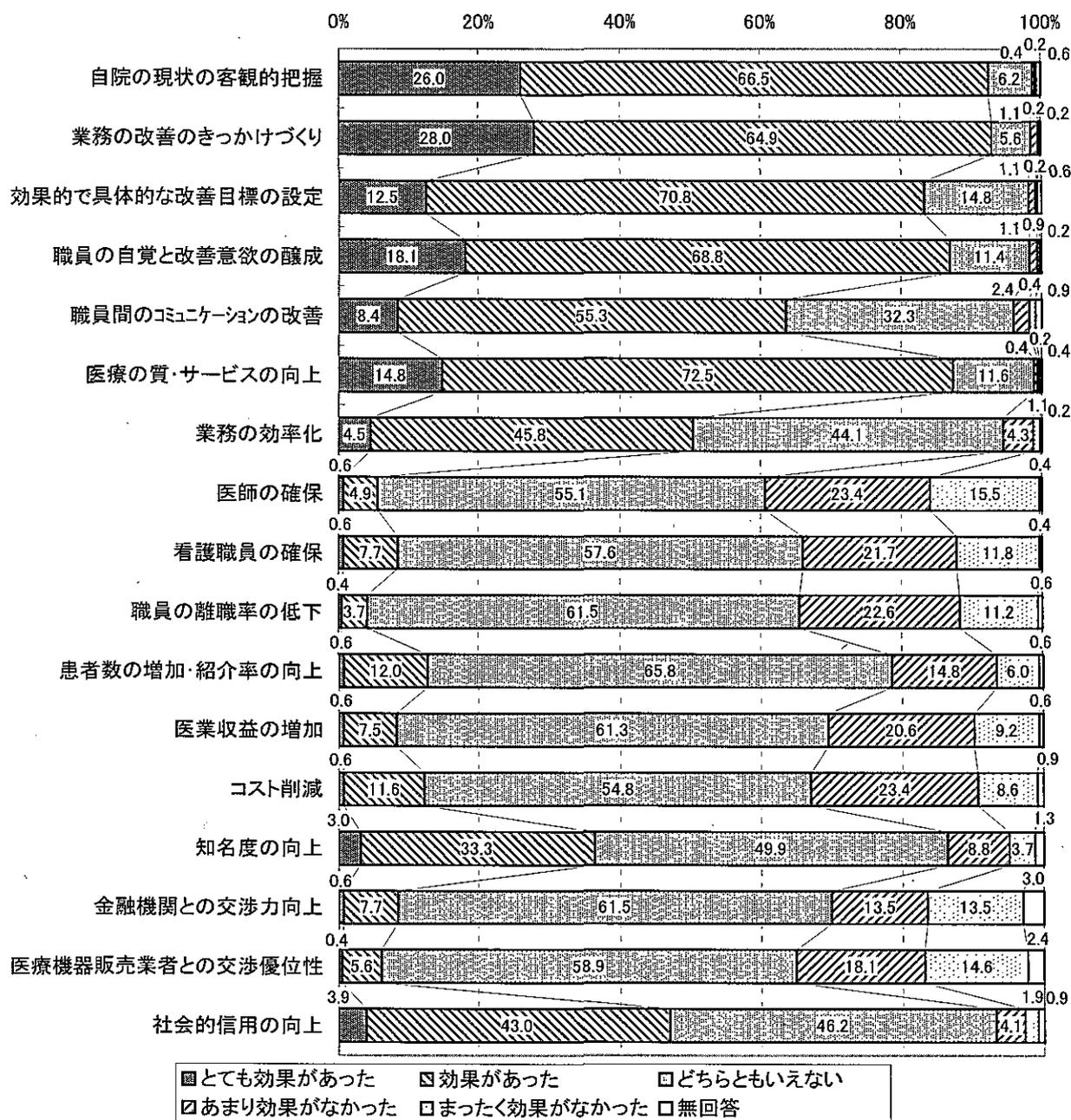
病院機能評価がどのような点で効果があったのかを把握するために、項目ごとに「とても効果があった」「効果があった」「どちらともいえない」「あまり効果がなかった」「まったく効果がなかった」の5段階でたずねた。

この結果、「とても効果があった」「効果があった」という回答が特に多かったのは、「業務の改善のきっかけづくり」（「とても効果があった」「効果があった」の計92.9%）、「自院の現状の客観的把握」（同92.5%）、「医療の質・サービスの向上」（同87.3%）であった。すなわち、およそ9割の施設が、病院機能評価を導入することにより、「業務の改善のきっかけづくり」や「自院の現状の客観的把握」、「医療の質・サービスの向上」に効果があったとみている。

また、「職員の自覚と改善意欲の醸成」（同86.9%）、「効果的で具体的な改善目標の設定」（同83.3%）、「職員間のコミュニケーションの改善」（同63.7%）、「業務の効率化」（同50.3%）について効果があったと回答した施設が多かった。さらに、「社会的信用の向上」（同46.9%）や「知名度の向上」（同36.3%）については「どちらともいえない」と回答した施設が5割近くあったものの、「とても効果があった」「効果があった」という施設も3割強から4割強あった。

一方で、「医師の確保」や「看護職員の確保」、「職員の離職率の低下」といった人材確保面、「患者数の増加・紹介率の向上」や「医業収益の増加」、「コスト削減」といった患者数や財務面については「どちらともいえない」という施設が過半数を超えた。効果があったという施設よりも効果がなかったという施設のほうが多かった。「金融機関との交渉力向上」「医療機器販売業者との交渉優位性」等、取引先との交渉面についての効果も同様であった。

図表 2- 17 病院機能評価の導入による効果 (n=465)



次に、病院機能評価の認定を受けた病院から、「病院機能評価の認定を取得したことによる効果・メリット」について挙げられた意見をまとめた。

### 【認定病院からの意見】

(病院所在地、病床規模)

#### <職員の改善に対する意識の向上>

- ・ 教育による職員の意識を変えることにより、一般標準以上のことが出来る病院であるという意識の芽生えを感じた。(近畿, 200~299 床) (同様 4 件)
- ・ 5年に1回の再評価の受審があるため、常に努力し続けるという意識が出たように思う。(近畿, 200~299 床)
- ・ 病院の理念を理解し、日々の業務で実践につなげていくのは至難の業であるが、少なくとも取得の過程の中で、職員一人一人が真剣に一丸となり、基本理念をはじめ基本方針を体現していこうと努めた結果、医療従事者としての誇り・士気をさらに高めることとなった。精神的充足は何ものにも代え難いものであった。(中国, 400~499 床)
- ・ 病院機能評価という大きな事業に、全職員がかつてないほど全力投球し、結果が出せたことに満足。「患者さま中心の医療」を実現し、病院の理念を実行して全職員の結束をはかることができた。(近畿, 400~499 床)
- ・ 認定を取得したことよりも、取得に向けて病院一丸となって取り組む過程で、合理的・効果的な発想や「なぜそうしなければならないのか」など、今までの業務の見直しや、マニュアル作り等が一気に成し遂げられ、各部門とも業務改善の意欲が高まったと感じている。(九州, 100~149 床)
- ・ 患者様、ご家族様、地域の方々の目線で自分たちの業務を見直す習慣がついた。(中部, 100~149 床)

#### <管理者の意識の向上>

- ・ 当院の病院機能評価受審は、経営者・管理者を除外した職員の評価から始まった。経営者・管理者自身が「伝達したはずなのに…」「実際、明示し掲示しているのに」等の不満を経験しながら、様々なことが十分に浸透していなかった現実を突きつけられた。職員の自覚とともに、それ以上に経営者・管理者の自覚向上ができ、自院の客観的な役割も整理され、経営面での改善につながった。受審までのプロセスが重要であり、役に立つと思う。(九州, 99 床以下)
- ・ 管理職の責任・自覚が生まれた。今まで見えなかったスタッフの良い面・悪い面がよく見えてきた。(四国, 99 床以下)

### <職員間の連携の向上>

- ・ 職員相互の連携意識が高まった。他部門への理解が深まった。集団としての団結力が強まった。(近畿, 99床以下) (同様4件)
- ・ 病院機能評価の認定を取得するために職員全体が協力したことにより、多少の連帯感が生まれたのではないかと思われる。そして、病院の現状を認識し、現在の現状を認識し、現在の問題点を明らかにすることによって、一部のスタッフだけではあるが、その改善に向けての意欲を示す様子が見られる。さらに、病院に対する帰属意識が多少なりとも芽生えたような気がする。(中部, 300~399床)
- ・ セクショナリズム思考の排除。チーム医療の促進。医療安全体制の構築。(近畿, 150~199床)
- ・ 他職種との連携を見直すことで業務効率が向上した。(中国, 300~399床)

### <経営管理体制の改善>

- ・ 病院の管理運営が改善した。(近畿, 300~399床) (同様1件)
- ・ 委員会の設立により、経営者の権限委譲の一助となった。(四国, 99床以下)
- ・ 委員会活動が活発となり、医療安全、患者サービスが向上している。(中国, 100~149床)
- ・ 病院機能評価認定更新に際し、医師、コメディカル、事務部で構成される、病院全体で病院機能の改善等に取り組める組織(ワーキング)を立ち上げ、認定後もこの組織を「病院機能検証・改善ワーキング」として継続させることにより、医療の質の向上や病院機能のあり方を病院全体で長期的に検討、改善していく取組みを行っている。(中国, 500床以上)
- ・ 薬剤部の管理体制が強化されるきっかけとなった。(中部, 500床以上)
- ・ 診療情報管理体制の確立。(中部, 500床以上)

### <サービスの質の確保>

- ・ 医療の質を考えたとき3つのポイントがある。1. 人 2. ハードウェア 3. サービスの質。3について、病院は産業構造で区分すると第三次産業のサービス業にあたる。しかしながら、当たり前のサービスが実現できていない。第三者による評価をテコに、マストビークオリティを追求していかなければならない。その過程で機能評価の受審は病院経営上、戦略的に有効となる。(九州, 300~399床)

#### <外部からの評価向上>

- ・ 他医療機関からの信用性が向上した。(四国, 100~149 床) (同様 2 件)
- ・ 地域内での評価が上がった。医療監視などではスムーズに調査が行われ、認定されているので、当然できていると思われた。(四国, 99 床以下)
- ・ 医療の質、サービス内容が社会的に認知された。(中部, 300~399 床)
- ・ 見学者が増加した。電話・FAX・メール等での問い合わせが増えた。(中部, 400~499 床)

#### <外部との情報交換・ネットワーク等>

- ・ 他の病院から、病院機能評価の認定取得までの経過の説明の要望を受け、病院どうしの連携ができた。(東北, 99 床以下)
- ・ 外部(企業、団体)等とのネットワークが生まれた(医療機関の閉鎖性からの脱却)。(関東, 99 床以下)

#### <院内の環境整備>

- ・ 「掲示物」の整理、トイレの改修、机・イス・棚の整理、ゴミの処理など、施設の環境整備が進んだ。(北海道, 400~499 床) (同様 3 件)
- ・ 病院がキレイになった。(関東, 100~149 床)
- ・ 院内の禁煙ができた。(九州, 500 床以上) (同様 2 件)

#### <その他の効果・メリット>

- ・ 日本医療機能評価機構が実施している医療安全などの企画に参加できること(研修会だけでなく、医療事故報告のしくみの導入なども含めて)。(近畿, 500 床以上)
- ・ 病院機能評価を取得したことの広告が可能になった。(中国, 200~299 床) (同様 1 件)
- ・ 認定されたことにより、緩和ケアについて報酬の裏打ちもあり、円滑な運営が可能になった。(近畿, 500 床以上)
- ・ 緩和ケア病棟開設準備をはじめられた。(東北, 100~149 床)

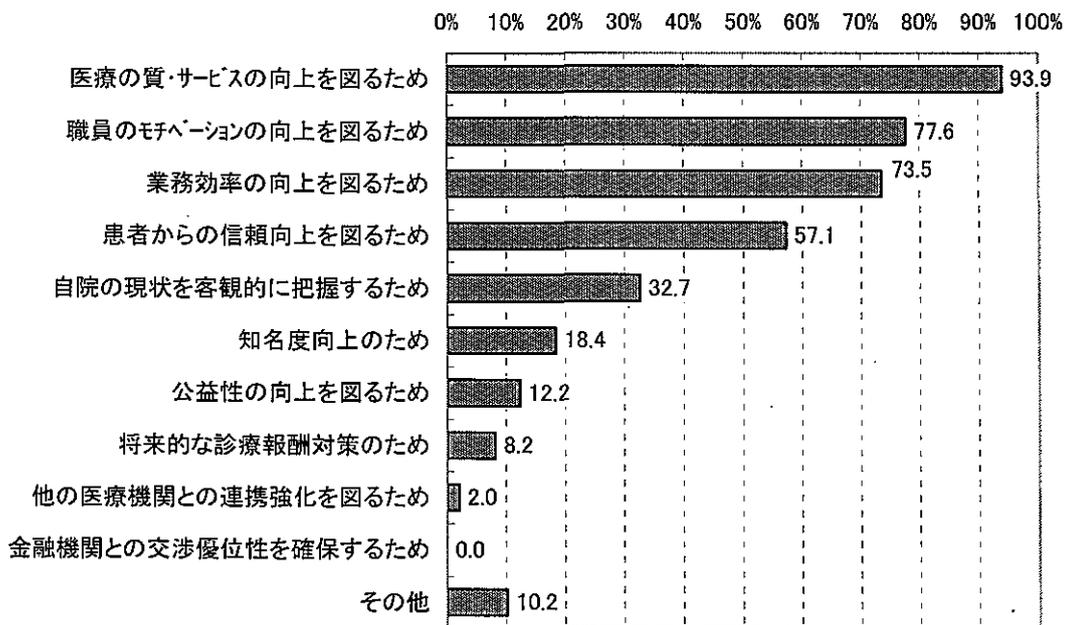
### 3. ISO9001 認証を導入した目的と効果

ここでは、ISO9001 認証について、導入の目的とその効果をまとめた。

#### (1) ISO9001 認証を導入した目的

ISO9001 認証を導入した目的をたずねたところ、9 割を超える病院が「医療の質・サービスの向上を図るため」(93.9%)と回答した。次いで、「職員のモチベーションの向上を図るため」(77.6%)、「業務効率の向上を図るため」(73.5%)、「患者からの信頼向上を図るため」(57.1%)と続いた。病院機能評価では比較的回答の多かった「自院の現状を客観的に把握するため」(32.7%)という目的を挙げた病院は比較的少なかった。

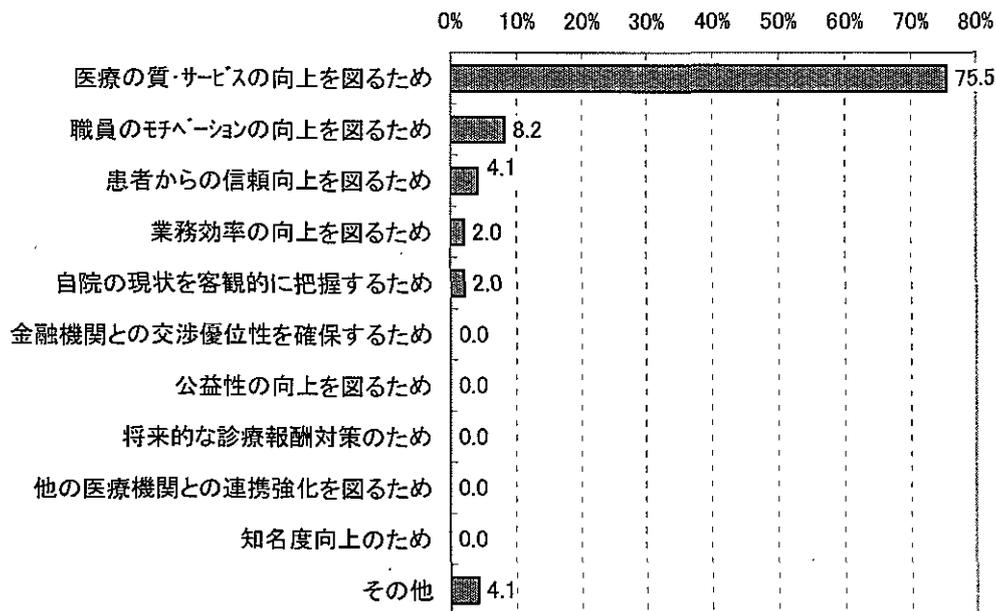
図表 2- 18 ISO9001 認証を導入した目的 (複数回答、n=49)



(注) 「その他」の具体的な内容として「経営者が交代しても、その意志を引き継げるため」「県内では精神医療分野で他に取得している病院がなかったので、他の病院と比較してもそう劣っていない病院があることを多くの人に知ってもらいたいと考えたので」「人間ドッグ受診者満足度の向上を図るため」等が挙げられた。

次に、ISO9001 認証を導入した最大の目的をたずねたところ、最も多かった回答は「医療の質・サービスの向上を図るため」(75.5%)であり、ISO9001 認証を導入した施設の4分の3の施設がこの目的を挙げた。

図表 2- 19 ISO9001 認証を導入した最大の目的 (1 つだけ、n=49)

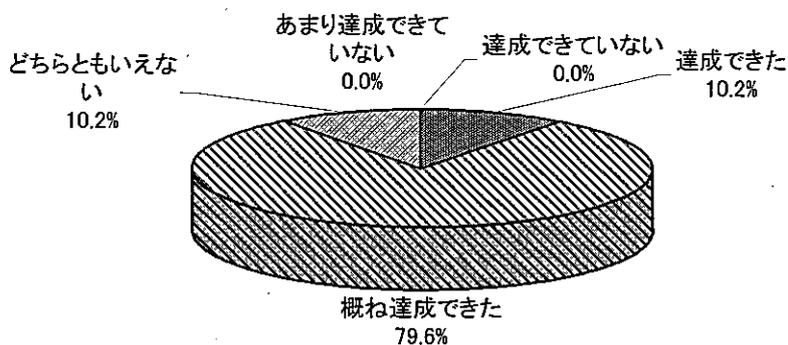


## (2) ISO9001 認証を導入した目的の達成状況

前述の(1)ではISO9001 認証を導入した最大の目的として「医療の質・サービスの向上を図るため」(導入施設の75.5%)という回答が多かったが、この目的が達成できたかどうかを「達成できた」「概ね達成できた」「どちらともいえない」「あまり達成できていない」「達成できていない」の5段階でたずねた。

この結果、「達成できた」と回答した施設は1割、「概ね達成できた」と回答した施設は8割であった。9割の施設が、ISO9001 認証の導入によって目的を概ね達成できたと評価していることが明らかとなった。

図表 2- 20 ISO9001 認証を導入した目的の達成状況 (n=49)



### (3) ISO9001 認証を導入したことによる効果

ISO9001 認証がどのような点で効果があったのかを把握するために、項目ごとに「とても効果があった」「効果があった」「どちらともいえない」「あまり効果がなかった」「まったく効果がなかった」の5段階でたずねた。

この結果、「とても効果があった」「効果があった」という回答が特に多かったのは、「業務の改善のきっかけづくり」（「とても効果があった」「効果があった」の計100.0%）、「効果的で具体的な改善目標の設定」（同 91.9%）、「自院の現状の客観的把握」（同 85.7%）、「医療の質・サービスの向上」（同 85.7%）であった。

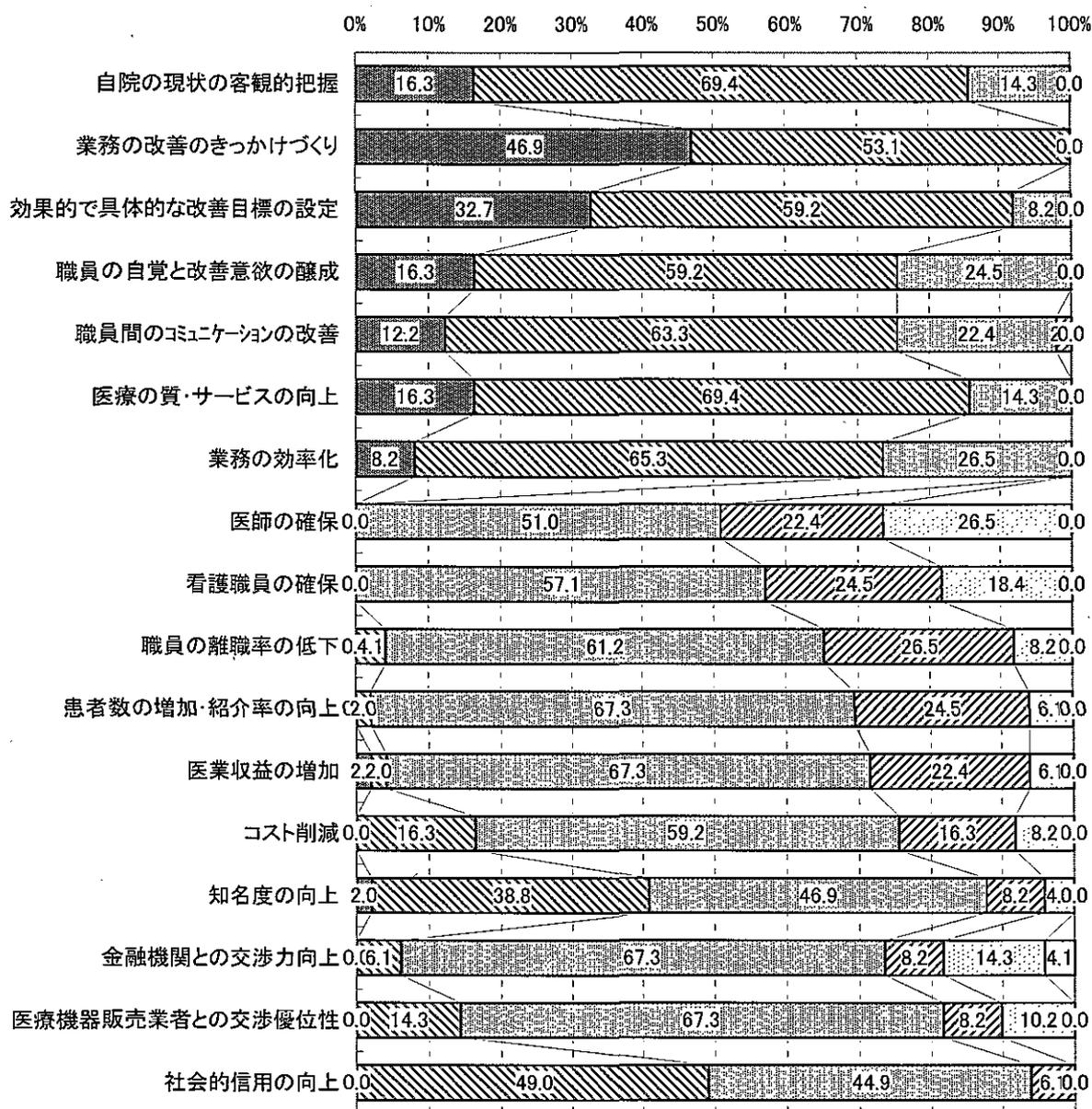
すなわち、およそ9割の施設が、ISO9001 認証を導入することにより、「業務の改善のきっかけづくり」や「効果的で具体的な改善目標の設定」、「自院の現状の客観的把握」、「医療の質・サービスの向上」に効果があったとみている。特に、「業務の改善のきっかけづくり」については、およそ半数の施設が「とても効果があった」と回答した。

このほか、「職員の自覚と改善意欲の醸成」（同 75.5%）、「職員間のコミュニケーションの改善」（同 75.5%）、「業務の効率化」（同 73.5%）といった項目で効果があったという回答が多かった。

また、「社会的信用の向上」（同 49.0%）や「知名度の向上」（同 40.8%）については「どちらともいえない」と回答した施設が4割強あったものの、効果があったという施設も4割を超えた。

一方で、「医師の確保」や「看護職員の確保」、「職員の離職率の低下」といった人材確保面、「患者数の増加・紹介率の向上」や「医業収益の増加」、「コスト削減」といった患者数や財務面については「どちらともいえない」という施設が過半数を占めた。また、これらの項目については、効果があったという施設よりも効果がなかったという施設のほうが多かった。「金融機関との交渉力向上」「医療機器販売業者との交渉優位性」等、取引先との交渉面についての効果も同様であった。

図表 2- 21 ISO9001 認証の導入による効果 (n=49)



とても効果があった
  効果があった
  どちらともいえない
  あまり効果がなかった
  まったく効果がなかった
  無回答

ISO9001 認証の認定を受けた病院からは、「ISO9001 認証の認定を取得したことによる効果・メリット」として、次のような意見が挙げられた。

### 【認定病院からの意見】

(病院所在地、病床規模)

#### <業務プロセスの改善>

- ・ 規定、手順の整理・整備ができた。(関東, 150~199 床) (同様 2 件)
- ・ 病院業務の近代化のきっかけとなった。(関東, 300~399 床)
- ・ 購入手順が整備され、支出状況が明確になった。(関東, 150~199 床)

#### <組織の改善>

- ・ 院内の組織化が進んだ。(関東, 150~199 床)
- ・ 横断的に職場の実情を見る機会が増えた。職場間の垣根がなくなった。(中部, 400~499 床)
- ・ 内部監査で「要改善」の指摘が容易となり、組織として改善への取組みがなされるようになった。(中部, 400~499 床)
- ・ 聖域とも思われていた診療部(医局)に対しても ISO の名の下に、改善要求を出せるようになった。(中部, 400~499 床)
- ・ 各職種、業務間における責任が明確に可視化された。(九州, 400~499 床)
- ・ 改善する仕組みが病院全体部署と明確になり、職員もシステムについて理解しつつある。(中部, 400~499 床)

#### <職員の意識向上>

- ・ 品質目標を設定することにより、この達成に向けての職員の一体感の向上。ルールを守ろうとする意識の向上。(関東, 200~299 床)
- ・ 職員が認証取得における活動(文書作成等)を一致団結して行ったことでの意識統一向上。(九州, 400~499 床)

### <その他>

- ・ 何かを始める場合のツールとして、ISO 体系に組み込めば、自動的に組織が動くので便利。(関東, 150~199 床)
- ・ 問題や現状の姿を可視化して継続的改善の考え方や習慣を身につけることができた。(北海道, 500 床以上)
- ・ 一般企業で当たり前に行われていることが医療界では行われておらず、第三者の審査員による質問は「気づき」になり、納得感があった。(中部, 400~499 床)
- ・ ISO では、コンサルタントも自由に選べ、また審査登録機関や審査員も選択できる。良くないコンサルタントや審査登録機関が来ても、自己責任でお任せにならないのが良かった。病院の自己責任で受審できると思う。(近畿, 500 床以上)

#### 4. 第三者機関による評価の効果（まとめ）

本調査研究の中で第三者機関による評価を導入している病院に対する調査を行った結果、第三者評価を導入することによる効果として、①自院の業務の改善のきっかけづくり、②自院の現状の客観的把握、③効果的で具体的な改善目標の設定、④医療の質・サービスの向上、⑤職員の自覚と改善意欲の醸成、⑥職員間のコミュニケーションの改善といった効果があることがわかった。これらは、病院機能評価と ISO9001 認証に共通の効果といえる。

病院機能評価の場合、評価項目に基づいて自院の現状を自己評価し、その後、サーベイヤーによる他者評価を受ける仕組みとなっていることは前に述べた通りである。この過程の中で、受審する病院は評価基準を満たすよう、改善に努めていくことになる。一方、ISO9001 認証の場合はマネジメントシステムの適合を評価するものである。具体的な改善目標は自らが設定することになり、継続的な改善プロセスが業務の中に組み込まれていることが求められる。改善目標の設定、実行、チェック、評価という PDCA サイクルの中で継続的な改善が進められる。つまり、病院機能評価は評価基準を満たすことによって、ISO9001 認証は PDCA サイクルを運用することによって、病院に「改善」を促すツールとなっているといえよう。こうしたことから、第三者評価を導入している病院は、「①自院の業務の改善のきっかけづくり」や「②自院の現状の客観的把握」、「③効果的で具体的な改善目標の設定」といった「改善」志向の業務運営において第三者評価の効果を認めていると思われる。

また、第三者評価を受審するための準備段階で、「第三者評価を導入する」という共通の目標のもと職員が一丸となって準備活動に取り組むことで、「⑤職員の自覚と改善意欲の醸成」や「⑥職員間のコミュニケーションの改善」がみられる等、職員のモチベーション向上や組織活性化にも効果があることがわかった。特に中小病院の場合、「委員会設立により、経営者の権限委譲の一助となった」「管理職の責任・自覚が生まれた」「セクショナリズム思考を改善できた」等、マネジメントのあり方自体の見直しのきっかけにもなっているようである。インタビュー調査の中で、ISO9001 認証を取得した病院からは、「病院全体でサービスの改善を目指すため、他部門の業務にも関心を持ち、どのように問題点を解決していくかという視点で日常業務に取り組めるようになった」という意見も挙げられた。

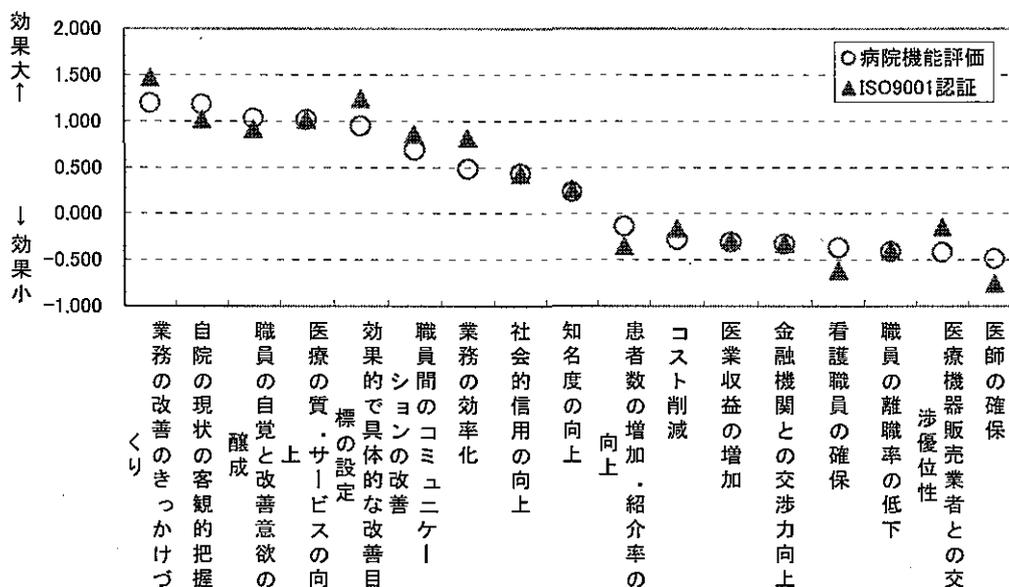
こうした職員の「改善」に向けた意識の醸成や院内コミュニケーションの改善による組織活性化は「④医療・サービスの質の向上」にもつながっている。病院機能評価や ISO9001 認証を導入する最大の目的として多くの病院が回答したのは「医療の質・サービスの向上を図るため」であった。実際、第三者評価を導入することによって、医療の質・サービスの向上に効果があったと回答した病院はおよそ 8 割強を占めた。

このほか、ISO9001 認証では「業務の効率化」について「効果があった」という施設が多かった。ISO9001 認証では、文書化やマニュアル化が要求されるため、準備や導入当初の負担が大きいが、PDCA サイクルを運用していくうちに業務の見直しや標準化が進み、効率化が発揮される。

さらに、第三者評価の効果として、およそ4割の病院からは「社会的信用の向上」や「知名度の向上」という効果があったと回答があった。しかしながら、第三者評価が患者や地域住民に広く認知されていないという不満の意見も病院から挙げられた。このため、第三者評価の内容・意義を広報することによって、第三者評価の認定を受けた病院が報われるようにすることも必要である。

一方、「患者数の増加」や「医業収益の増加」、「医師・看護師の確保」、「職員の離職率の低下」等においては、第三者評価導入の効果はほとんどの病院で認められていないことが明らかとなった。

図表 2- 22 第三者機関による評価の効果



(注) 「とても効果があった」を2点、「効果があった」を1点、「どちらともいえない」を0点、「あまり効果がなかった」を-1点、「まったく効果がなかった」を-2点として数値化した。

## 第3章 第三者機関による評価の課題

### 1. 第三者機関による評価に係るコスト

第三者評価の普及を阻害する要因の一つとして「費用対効果がわからない」という意見がある。このため、本調査研究では、その解明の一步として病院機能評価と ISO9001 認証の認定取得に際し、どのくらいのコストを要したのかを把握するために、アンケート調査を実施した。

また、本調査では、第三者評価に係るコストとして、受審料やコンサルティング費用、その準備のために人件費といった「直接的費用」の他、院内システム変更費用や改修費といった認定取得のために行った環境整備等の「設備投資的費用（間接費用）」も含めて調査を行った。

#### (1) 病院機能評価取得に関するコスト

新規に病院機能評価の認定を取得する際に係った費用について、165 施設から有効回答を得られた。これによると、「受審料」が平均 187 万円、「機構の改善支援事業の費用」が 17 万円、「外部コンサルティング費用」が 37 万円、「準備のための職員人件費」が 154 万円、「消耗品費」が 125 万円、「職員研修費」が 43 万円、「その他」の費用が 44 万円であり、直接的費用の合計は 607 万円であった。

また、「院内のシステム変更のための費用」が平均 269 万円、「改修費」が 1,036 万円、「設備・物品購入費」が 329 万円であり、設備投資的費用の合計は 1,633 万円であった。

図表 3- 1 病院機能評価の認定取得に係った平均コスト<新規の場合> (単位：万円)

回答施設	総数		99床以下		100～199床		200～499床		500床以上	
	165施設	(再掲)「0」を 除く施設	26施設	(再掲)「0」を 除く施設	45施設	(再掲)「0」を 除く施設	71施設	(再掲)「0」を 除く施設	23施設	(再掲)「0」を 除く施設
①受審料	187	—	136	—	158	—	207	—	244	—
②機構の改善支援事業の費用	17	—	18	—	5	—	6	—	68	—
③外部コンサルティング費用	37	144	113	249	37	154	4	19	42	169
④準備のための職員人件費	154	—	118	—	72	—	120	—	595	—
⑤消耗品費	125	—	80	—	89	—	133	—	264	—
⑥職員研修費	43	—	25	—	56	—	41	—	42	—
⑦その他	44	—	53	—	64	—	31	—	34	—
直接的費用(①～⑦の合計)	607	—	545	—	481	—	541	—	1,289	—
⑧院内のシステム変更のための費用	269	665	97	204	672	1,261	45	146	233	933
⑨改修費	1,036	1,219	1,289	1,691	757	894	992	1,151	1,404	1,544
⑩設備・物品購入費	329	358	174	192	410	410	351	399	261	299
設備投資的費用(⑧～⑩の合計)	1,633	—	1,560	—	1,839	—	1,388	—	1,898	—

(注)「③外部コンサルティング費用」「⑧院内のシステム変更のための費用」「⑨改修費」「⑩設備・物品購入費」については、費用が発生していない(「0」万円と回答)施設が多かったため、費用が発生した施設のみでの平均値を別に算出した。

設備投資的費用は、病院機能評価の認定取得に直接かかる費用ではなく、認定を受けるために必要な院内環境の整備に係る設備投資額である。先に示したコストは1施設あたり平均コストであり、設備投資的費用は施設の現状によってコストは大きく異なる点に留意することが必要である。

同様に、病院機能評価の認定更新に係る費用について74施設からの有効回答を集計した結果が次の図表である。

図表 3- 2 病院機能評価認定取得に係った平均コスト<更新の場合> (単位：万円)

回答施設数	総数		99床以下		100～199床		200～499床		500床以上	
	74施設	(再掲)「0」 を除く施設	8施設	(再掲)「0」 を除く施設	22施設	(再掲)「0」 を除く施設	29施設	(再掲)「0」 を除く施設	15施設	(再掲)「0」 を除く施設
①受審料	193	—	133	—	157	—	205	—	258	—
②機構の改善支援事業の費用	10	—	8	—	0	—	19	—	4	—
③外部コンサルティング費用	4	58	0	—	13	73	0	10	0	—
④準備のための職員人件費	157	—	120	—	33	—	314	—	189	—
⑤消耗品費	89	—	85	—	35	—	87	—	153	—
⑥職員研修費	23	—	29	—	17	—	27	—	21	—
⑦その他	38	—	22	—	31	—	31	—	57	—
直接的費用(①～⑦の合計)	514	—	396	—	286	—	682	—	682	—
⑧院内のシステム変更のための費用	66	296	375	1,500	45	180	48	153	0	—
⑨改修費	718	951	242	403	561	917	433	554	1,785	1,785
⑩設備・物品購入費	291	382	177	177	208	386	292	323	491	737
設備投資的費用(⑧～⑩の合計)	1,075	—	794	—	813	—	774	—	2,277	—

(注) 「③外部コンサルティング費用」「⑧院内のシステム変更のための費用」「⑨改修費」「⑩設備・物品購入費」については、費用が発生していない(「0」万円と回答)施設が多かったため、費用が発生した施設のみでの平均値を別に算出した。

## (2) ISO9001 認証取得に関するコスト

ISO9001 認証の認定を新規に取得する際に係った費用について、18 施設から有効回答を得た。これによると、「受審料」が平均 218 万円、「コンサルティング費用」が 354 万円、「準備のための職員人件費」が 265 万円、「消耗品費」が 7 万円、「職員研修費」が 21 万円、「その他」が 28 万円であり、直接的費用の合計は 893 万円であった。直接的費用合計額は、病院機能評価の新規認定の場合と比較するとやや高い結果となった。特に「コンサルティング費用」が 3 倍近い金額となっている。

設備投資的費用についてみると、「院内のシステム変更のための費用」が 38 万円、「改修費」が 10 万円、「設備・物品購入費」が 28 万円であり、設備投資的費用の合計額は 75 万円となっている。

同様に、更新の場合についてみると、直接的費用合計額は 528 万円であり、新規の場合と比較して金額が低い。

図表 3- 3 ISO9001 認証の認定取得に係った平均コスト（単位：万円）

回答施設数	新規		更新	
	18 施設	(再掲)「0」 を除く施設	9 施設	(再掲)「0」 を除く施設
①受審料	218	—	115	—
②コンサルティング費用	354	398	244	488
③準備のための職員人件費	265	—	53	—
④消耗品費	7	—	18	—
⑤職員研修費	21	—	65	—
⑥その他	28	—	33	—
直接的費用(①～⑥の合計)	893	—	528	—
⑦院内のシステム変更のための費用	38	150	38	150
⑧改修費	10	67	0	—
⑨設備・物品購入費	28	39	40	101
設備投資的費用(⑦～⑨の合計)	75	—	78	—

(注) 「②コンサルティング費用」「⑦院内のシステム変更のための費用」「⑧改修費」「⑨設備・物品購入費」については、費用が発生していない（「0」万円と回答）施設が多かったため、費用が発生した施設のみでの平均値を別に算出した。

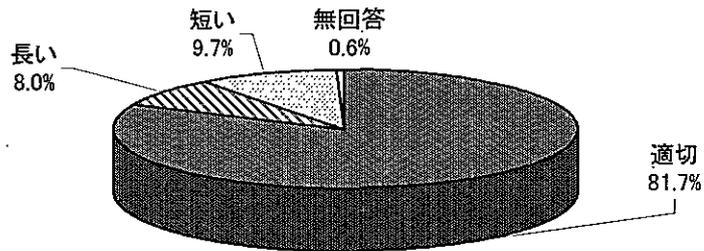
## 2. 病院機能評価に関する評価と改善要望

### (1) 病院機能評価に関する評価

#### ① 認定有効期間に関する評価

病院機能評価の有効認定期間は5年であるが、この点についての評価をたずねたところ、「適切」という施設が81.7%であった。「長い」と回答した施設は8.0%であり、「短い」と回答した施設が9.7%であった。

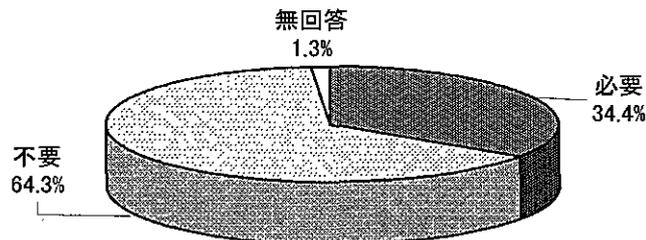
図表 3- 4 病院機能評価に対する評価（認定有効期間）（n=465）



#### ② 認定有効期間における定期的審査の必要性

病院機能評価の有効認定期間は5年であるが、この間に定期的審査が「必要」と考えている施設は34.4%、「不要」と考えている施設は64.3%であった。3分の1の施設では、定期的審査が必要と考えている。

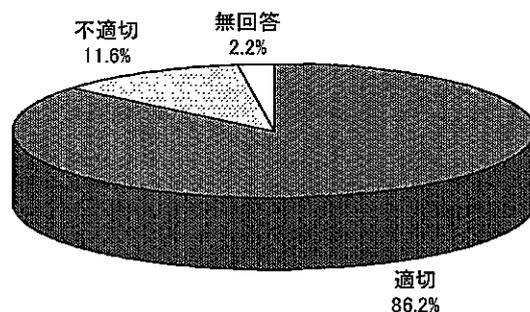
図表 3- 5 病院機能評価に対する評価（定期的審査の必要性）（n=465）



### ③評価項目・体系

病院機能評価の評価項目・体系は「適切」であると考えている施設は 86.2%であり、「不適切」と考えている施設が 11.6%であった。

図表 3- 6 病院機能評価に対する評価（評価項目・体系）（n=465）



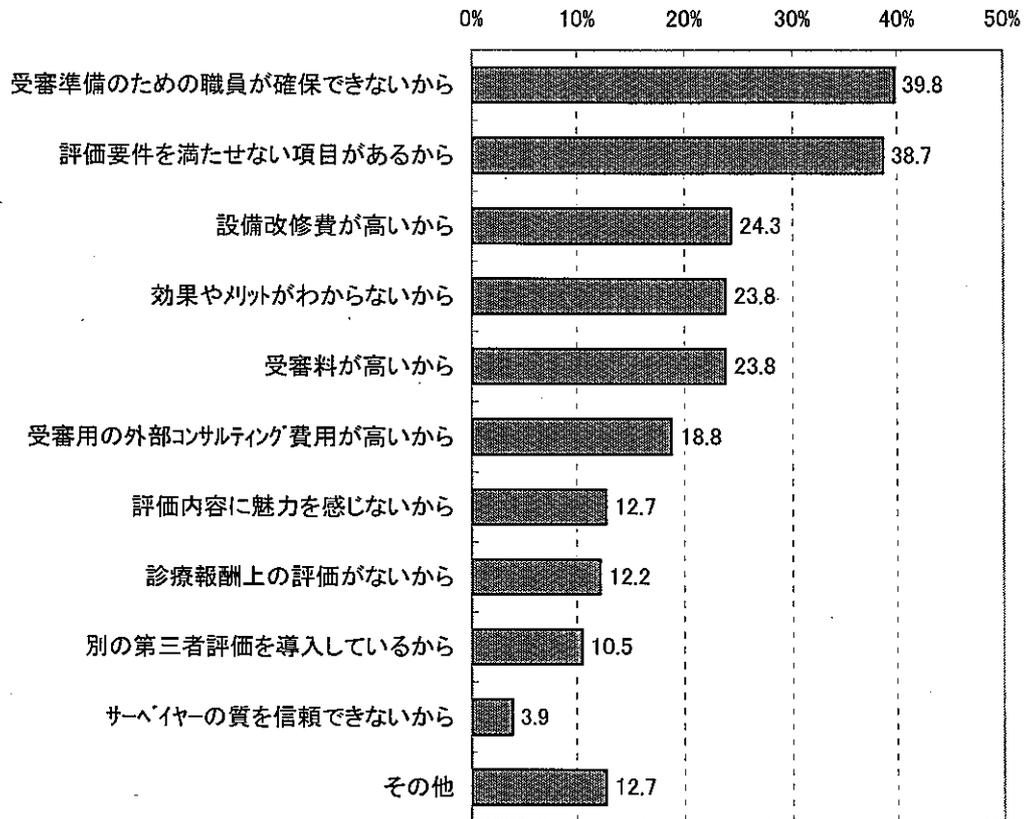
#### （2）病院機能評価を導入しない理由

病院機能評価を導入していない 181 施設に対し、その理由をたずねたところ、最も多かったのは、「受審準備のための職員が確保できないから」（39.8%）であった。次いで、「評価要件を満たせない項目があるから」（38.7%）であった。これらについては、病院機能評価を導入していない施設のおよそ 4 割が導入しない理由として挙げている。また、「効果やメリットがわからないから」（23.8%）という理由も 2 割強あった。

このほか、「設備改修費が高いから」（24.3%）、「受審料が高いから」（23.8%）、「受審用の外部コンサルティング費用が高いから」（18.8%）といったコストの点から病院機能評価を導入しないという回答が 2 割近くあった。「評価内容に魅力を感じないから」（12.7%）、「診療報酬上の評価がないから」（12.2%）という理由は 1 割程度であった。

また、「別の第三者評価を導入しているから」（10.5%）という施設も 1 割あった。

図表 3- 7 病院機能評価を導入しない理由（複数回答、n =181）



(注) 「その他」の具体的な内容として「導入に向けて、院内での意思統一ができていないから」「患者の目線に立っての評価でないから」「質の評価があいまいなので」「病院が古いので」「医療の質が受審のレベルに程遠いので」等の内容があった。

### (3) 病院機能評価の問題点・改善してほしい点

病院機能評価の問題点や改善してほしい点として、病院からは次のような意見があげられた。

#### 【病院からの意見】

(病院所在地、病床規模)

#### <評価体系の見直し、評価項目の改善>

- ・ 各評価項目の評価基準について、ハード面やシステムの構築に重きを置いており、十分に結果が評価されていない印象を受ける。(九州, 100~149床) (同様2件)
- ・ 細かく評価項目を指定しているのは、客観的評価を自分で行う上でよいが、あまり詳細に過ぎるのではないか。機能評価はあくまでも職員のモチベーションの向上を介して、医の質を改善・維持することであり、それがひいては患者からの信頼、地域からの信頼へ連続すべきである。勿論、安定した経営に連動させたい。(九州, 150~199床) (同様2件)
- ・ 評価項目へ対応するにあたり、望ましい院内体制や設備及びシステム整備等が付随して発生する傾向にあり、企業体力(財務)が評価の分岐点とならないよう望みたい。(東北, 400~499床)
- ・ 各領域の評価項目において、他の領域と重複した内容の項目があるため、分かりづらく、一つの領域に統一してほしい。(九州, 99床以下) (同様1件)
- ・ 建築構造上、どうしようもない項目(例えば図書室を新たに作るなど)については、緩和要件を具備するなど柔軟な対応を願いたい。(近畿, 200~299床)
- ・ 新たに人的要求が必要なところは加減して欲しい。(図書室が24時間利用できるなど。)(中国, 300~399床)
- ・ 評価項目について合理性が欠けていると思われるところがある。全ての項目を評価5(A)にするためには、更なる人件費等費用が膨らむ。経営が赤字続きの病院が認定されることに対して、疑問あり。経営あつての医療提供と思われる。ただし、研究等をとまなう大学病院等が別扱いすべき。(中国, 200~299床)
- ・ 評価項目が抽象的なものと細かすぎるものが混成されている。また、抽象的な項目は、病院にとっては改善へつなげにくさを感じる。評価審査にバラつきがあり、評価が一定にされない。したがって、評価点数はもっと大まかでもいいのではないかと思われた。(中部, 500床以上)
- ・ 評価項目の解釈に困る場合がある。その意図する点は何かがわかりやすくしてほしい。(記載の変更あるいは問い合わせに答えていただくなどで)。評価者の評価基準をより一定にしてほしい。(関東, 400~499床)

- ・ 評価項目、基準、手順等は、概ね妥当と思われるが、時にはそれぞれの病院の置かれた状況を配慮せず、画一的にマニュアル通りの評価をすとか、逆に全く個人的な見解に基づいた評価をすることがあるなどの点は、多少問題かと思う。日本医療機能評価機構の評価項目内容の表現が曖昧で、具体的に何を要求しているのか分かりにくい項目が多々あり、ぜひ改善して欲しい。特に、自己評価項目は受審前の説明会においても説明しきれないほど紛らわしい表現となっている。(中部, 300~399 床)
- ・ 到達目標が不明確であるため、どこまで改修すればよいのかわからず、余分な経費と時間を費やしてしまっている。システム等、もっと話し合う必要のある内容に時間が割けず、不合理である。施設基準については、もっと具体的に示していただきたい。(近畿, 150~199 床)

#### <医療機関の特性等に合った評価>

- ・ 病院の機能・役割に応じて評価項目を絞って、少なくしてもらいたい。(九州, 500 床~)
- ・ 大病院を網羅した評価項目の体系となっているため、理想としてはそうありがたいが、全国の7割を占め、スケールメリットを活かせない200床未満の病院にとっては、ハードルが高いという感が否めない。中小規模の施設を中心に受審を断念する病院が増え、認定病院数が頭打ちになるのではないかと。少子高齢化に伴い、人口減少が激しい地域では、医療計画の面からも大病院を開設することが困難。しかしながら、住民にとって医療は欠かせないため、地域社会への貢献を前提に、規模が小さくても、一人何役もこなして、やりくりしている病院が存在している。中小病院が受審を断念しなくてすむような評価体系を望む。(中国, 100~149 床) (同様 17 件)
- ・ 設備改修費用の予算がつかない。機能評価のこうあるべきという理論は理解できるが、その土地・地方の風土、習慣も考慮に入れた柔軟性のある設備評価をしてほしい。(中部, 99 床以下) (同様 3 件)
- ・ 病院の機能が多様化している。もう少し機能、特性に合った評価が望ましいと思われる。(四国, 100~149 床) (同様 1 件)
- ・ 学生の教育及び医師等の再教育(スキルアップ)を行う機能を担う大学病院として評価を受けるに当たっては、評価上マイナスとなるようなこれらの要素も配慮したものとしたい。(中部, 500 床以上) (同様 1 件)
- ・ 当院の場合、精神科の単科の病院であり、その点にしっかり視点を置いた評価体系を提示して欲しい。(中部, 300~399 床) (同様 1 件)
- ・ 長期療養型(老人病院)にはハードルが高い項目がある。はたして当院にとってこういう項目の評価が必要なかと思うものがあつた。サーベイヤーが当院の内容を理解できたか、できる能力があつたか不明。(中国, 400~499 床)
- ・ 評価認定には関心はあるが、結核病棟が大半であり、入院患者からの信頼は向上するも、対外的には病床の特殊性等を生かすには問題点がある。(中国, 99 床以下)

### <第三者評価のありかた>

- ・ 評価基準が不明確な点であること、評価者によってバラつきがみられること、他の第三者評価との整合性を考慮すべきこと、などが問題点として考えられます。(近畿, 300～399床) (同様3件)
- ・ 第三者評価とはいえ、厚生労働省や他医療団体との距離が近いこと、中立的な立場での評価が難しい部分があるのではないかと感じる。(関東, 500床以上)
- ・ サーベイヤーの方々が皆、医療従事者と関係者の方々であり、患者の視点での評価も入れた方がよいのではないかと感じる。また、認定を頂くための作業と思われ、一過性になっているように思われる。(九州, 200～299床)
- ・ 医療の質=outcome を具体的に評価する体系にして欲しい。マスコミの有名病院などのランク付けではなく、信頼に足る質評価をする機構として成長して欲しい。(近畿, 400～499床)
- ・ 病院機能評価は単に「機能の評価」であって、「質」の評価とは考えていないので、評価の設定を受けても病院は何ら満足していない。ただ設定に向けて院内職員の意思統一がはかれ、一つの目標に向かって努力した達成感は大きな自信につながる。病院の質とは、システムやマニュアルの整備などで評価できるものではない。評価項目を含め、評価のあり方を考え見直してもらいたい。(関東, 400～499床)
- ・ 病院の機能が向上するような適切な指摘がなされることに期待する。現段階では、行政機関の立ち入り検査と同様、構造的な部分での指摘(改善要望事項、留意事項とも)が多い印象がある。受審までの病院自らの改善努力が病院機能の改善に結びついていることは確かだが、審査後の指摘が大変有益であるとのインパクトは弱いように感じられる。(関東, 300～399床)
- ・ 第三者の目として、利用者からの評価が必要ではないかと思う。(中国, 150～199床)
- ・ 最近をよく他院の様子がわからないが、人員をごまかしている所や、患者満足度が低い所がよくイメージアップを図って受審し、しかも通過していた。これらの印象が強く残っているので、ペーパー主体であり、トップの意見を中心にきく機能評価を信じられていない。患者満足度や地域の評判も係数に加えるべき。(関東, 99床以下)

### <評価方法の改善>

- ・ 訪問審査は形式的にならず、じっくり時間をかけて病院の実体を検証してほしい。(中部, 150~199 床)
- ・ 病院の受審希望の有無とは関係なく、機構が独自に調査し、その結果を公表する方法が望ましいと思っている。今のシステムだと、受審を目的にシステムを変更し、それが終われば形だけになることもあり得る。(九州, 200~299 床)
- ・ 中間調査・指導によって改善の「中だるみ」状態の改善支援があってもよい。あるいは年一度の自己評価表の提出を義務付けてもよいと思います。(東北, 99 床以下)
- ・ 現場での書類だけでなく、連携先への調査も入った方が、地域での信頼度が確立されると思われる。(四国, 99 床以下)
- ・ 定期審査を行い、更新は大がかりな準備(内容と解釈の把握が大変である)を必要としない体制として頂きたい。(北海道, 99 床以下)
- ・ 認定から次回の更新までのメンテナンス、維持の方法を考えて欲しい。(四国, 300~399 床)
- ・ 現在、受審結果を待つ立場ですが、各領域別の総括と評点結果に加えて、総合的な評価、例えば A, B, C 等のランク付けがあると、将来改善に向けた職員のモチベーション維持にもつながっていくのではないのでしょうか。(関東, 500 床以上)
- ・ 書類がたくさん必要となり、意味のないマニュアル等が増えた。継続的に改善ができる仕組み作りが必要であり、5年に1回のイベントになってしまいがちである。働いている職員にとっても価値を感じることができる審査とシステムであってほしい。(中部, 400~499 床)
- ・ 体系が更新されていくなかで、次回受審時に認定要件を満足しうる状態かどうか、どの病院もが不安を抱えていると思われる。現在、予備審査がなくなっているが、こうした問題点の洗い出しのためにも希望に応じて受審前のサーベイヤーによる簡易審査が供給できる体制とすべきではと考える。(この方が認定保留件数も減り、機構側・病院側ともに合理的と思われる。)(中国, 300~399 床)

### <具体的な評価項目についての意見>

- ・ 医師の人員について 100 に達成しないと認定にならないのは大変だ。(関東, 100~149 床)
- ・ 労働組合の有無は設問として意味がない(無い方が効率的運営に貢献する)。職員の運営参加は労組ではない。個々人の直接参加である。(近畿, 99 床以下)
- ・ 技師や薬剤師の当直制度など病院の経営にまで影響する項目を認定許可の基準とすべきでない。(近畿, 300~399 床)

- ・ 病院はエネルギー消費、廃棄物（感染性も含めて）などの地球環境への負荷を与えており、評価の中にとり入れるべきと思います。（中国, 150～199 床）
- ・ ペーパーにあらわれない職員のモチベーションを評価する方法があったら取り入れてほしい。（北海道, 99 床以下）
- ・ 回復期リハビリ病棟の扱いが、一般と療養の二つあることの矛盾が審査項目に現れる。努力している点は評価されず（療養では必要ない）高次脳機能障害として扱っていることを痴呆への対応ができていない（療養では必要）とされる。病院機能評価 Ver.4 では少し改善されていたので、ほっとした。（中国, 100～149 床）
- ・ 透析専門病院としての透析領域の評価も必要ではないかと考える。（四国, 99 床以下）

#### <サーベイヤーの平準化・質の向上>

- ・ 書類で表されるものがどうしても重点となるが、診療の実際の内容・成績などがきちんと反映される評価方法の工夫が望まれる。また、サーベイヤーによっては、木を見て森を見ていない人がいて、本質を見る目の養成が望まれる。（北海道, 99 床以下）
- ・ サーベイヤーにより評価基準が異なることもあり得るのではなかろうか。これをできるだけ標準化させるためにサーベイヤーの教育・研修がもっと必要ではなかろうか。（近畿, 500 床以上）（同様 18 件）
- ・ サーベイヤーの質の向上。当院の資料を自院で使用する目的で要求した看護系の方や、机に座って腕組みをしながら威圧的な態度で質問された事務系の方がいた。（九州, 300～399 床）（同様 1 件）
- ・ サーベイヤーの養成に関して。学問的知識に片寄らず、臨床経験のある方、また管理者（組織、経理）としての実践力のある方を養成して下さいようお願い申し上げます。（関東, 150～199 床）
- ・ サーベイヤーの評価基準の均一化が必要である。サーベイヤーの人選にあたっては、パブリック系をできるだけ外し、民間から多く選出すべきである。（中部, 100～149 床）
- ・ 職員の意識の向上やモチベーションを向上させる方向で審査してほしい。審査員の質、人柄がバラバラで、審査員により発言内容が違います。思いつきの発言は注意してほしい。また ISO のように、病院にとって不相当と思われる審査員は排除する権利を当事者である病院に与えるべきです。（近畿, 500 床以上）

#### <資料等の電子化>

- ・ 多くの病院職員との情報伝達のためには、調査票などの関係資料は、データ化したもので配布して欲しい。(中国, 500床以上)
- ・ 調査票を電子化してほしい。(九州, 500床以上)

#### <審査の迅速化>

- ・ 審査結果を明確、かつ敏速に報告していただきたい。(関東, 300~399床) (同様1件)
- ・ 取得までの期間短縮。新設病院は約1年かかる。ISO9001は(真剣にやれば)約半年で取得できる。(近畿, 99床以下)
- ・ 評価結果を早く出してもらいたい。(中部, 500床以上)

#### <診療報酬での評価のありかた>

- ・ 病院機能評価で認定されれば、良い医療を提供している証明であり、診療報酬上で優遇すべきである。(中部, 500床以上) (同様4件)
- ・ 診療報酬上の点数があれば経営上は良かったが、今後のバージョンアップには、ついていけそうにない。地域に合った医療を提供して、地元住民の方から指示されている点の評価が少ない。全国一律の基準や評価は、地域医療を行っている病院では負担が大きすぎる。改正により、経営がさらに厳しくなってくる感があり、これ以上の水準の維持は困難である。(中部, 150~199床)
- ・ 診療報酬との関係は、2年前の改定で緩和医療について認められているが、今後の動向が不明である。また、民間の評価を公的評価に置き換えることの是非は、どのように考えていくのか不確実である。例えば、学会認定医に対する同様な評価についても、今後注目すべきと考えている。(中部, 200~299床)

### <広報活動>

- ・ 特に当院のように地方にある病院の場合、医療関係者でさえ「病院機能評価」の存在が分からない人もいます。ましてや地域住民、学校、企業などでもその存在が十分に根付いていないように思います。病院機能評価はISOなどと違い、医療機関だけに与えられる特別な認定規格だと思いますので、広く全ての人々にその存在価値が伝わるような広報活動をお願いしたいと思います。(東北, 300~399床)
- ・ 誰のための、何のための評価について誰でも理解できるようにアナウンスをしてほしい。今の認識ではサーベイヤーの生活の糧の確保のためと言われても仕方がない。(北海道, 100~149床)
- ・ 一般的には、知名度は低く、あまり認知されてはいないのでは？(九州, 300~399床)

### <費用面での課題>

- ・ 受審料及びコンサルタント料がもっと安くなって欲しい。(関東, 99床以下)(同様 14件)
- ・ 予想以上にコストがかかった。サーベイヤーのなかには、まったくコストを無視した発言をする方もおり、機械的に改善点を指摘しているのは、いかがなものかと思う。(関東, 150~199床)
- ・ 公費等を投入して、すべての医療機関に受審を義務付けるならわかるが、受けた所、受けない所があるのでは、患者の視点から公平な評価はできないと思う。その費用と労力を患者サービスや医療機器の購入に当て、医療の質を上げていった方が良いという考え方もある。(特に中小の病院において)
- ・ 評価料金について、本審査の場合は120万~250万、訪問受審支援は65万~75万と非常に高く、病院に大きな負担となるため、もう少し安価な設定にしていただきたい。医療関係者以外の方の認知度がまだまだ低いと思われるので、これまで以上に積極的な広報等をお願いしたい。(近畿, 500床以上)
- ・ 窓口相談、訪問受審支援、専門相談員派遣等が高すぎる。(関東, 200~299床)
- ・ 全般的な評価は必要であると考えますが、基準や費用等の負担が大きく、部分的な評価(外来のみ、病棟のみ、特定の病棟のみなど)も考えて欲しい。(近畿, 500床以上)
- ・ 「病院機能評価受審及び合格に至る為の援助事業」を立ち上げて欲しい。そして安価な設定としてほしい。小規模な自治体病院には、受審、合格のため、何から手をつけてよいか分かっていないし、必要な人件費捻出を含めて問題が多い。(九州, 150~199床)

### <その他の意見>

- ・ 禁煙など病院が組織として整備すべきことはいづらか可能だが、ひとりひとりの患者さんが禁煙に、また病院の姿勢に賛同していただけるかは別問題であり、現実的な対応法をもっと示していただきたい。(近畿, 500床以上) (同様6件)
- ・ 小規模な病院が病院機能評価を受審することは必要な人的配置をするなどの経営的負担もあり、かなり厳しい。職員の医療に対する意識レベルの向上などのプラス面は確かに認めるが、認定されても、診療報酬上の評価もなく、社会的評価も高くない。医療経営に全く余裕のないなかで、病院に対する社会的要求だけが高くなっていくことに矛盾を感じる。(中部, 100~149床)
- ・ 病院機能評価がきちっとした形で社会的に認知され、役割を果たし、他の医療機関との位置づけ共存を目指し、職員が安定した病院及び職場としての位置づけが可能ならば積極的に取り組みたいと思う。しかし現在の厚労省が自らすすめてきた(ゴールドプラン、新ゴールドプラン)でようやく達成したかと思いきや、廃止または他の施設への変更は医療を中止せよとなると、機能評価取得に足踏みせざるをえないところです。(九州, 150~199床)
- ・ 病院機能評価で、医療の質、サービスの向上、患者・職員のアメニティの改善につながることは否定できない。しかし平成18年度からの診療報酬改定減は、病院の運営そのものに大きな影響を与えることが予想される。現在の診療報酬制度の中で備えておくべき事項として、基準を定める必要もあるのではないか。(九州, 500床以上)

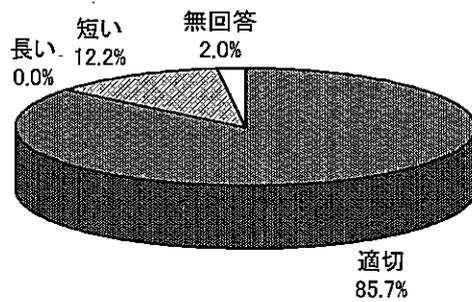
### 3. ISO9001 認証に関する評価と改善要望

#### (1) ISO9001 認証に関する評価

##### ① 認定有効期間に関する評価

ISO9001 認証の有効認定期間は3年であるが、この点についての評価をたずねたところ、「適切」という施設が85.7%であった。「長い」と回答した施設はなく、「短い」と回答した施設が12.2%であった。

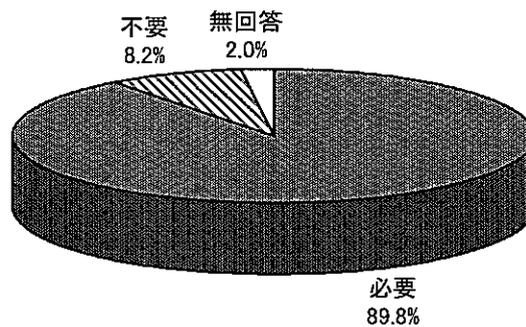
図表 3- 8 ISO9001 認証に対する評価（認定有効期間）（n=49）



##### ② 認定有効期間における定期的審査の必要性

ISO9001 認証の有効認定期間は3年であり、少なくとも年1回の定期的審査がある。定期的審査が「必要」と考えている施設は89.8%、「不要」と考えている施設は8.2%であった。およそ9割の施設では、定期的審査が必要と考えている。

図表 3- 9 ISO9001 認証に対する評価（定期的審査の必要性）（n=49）

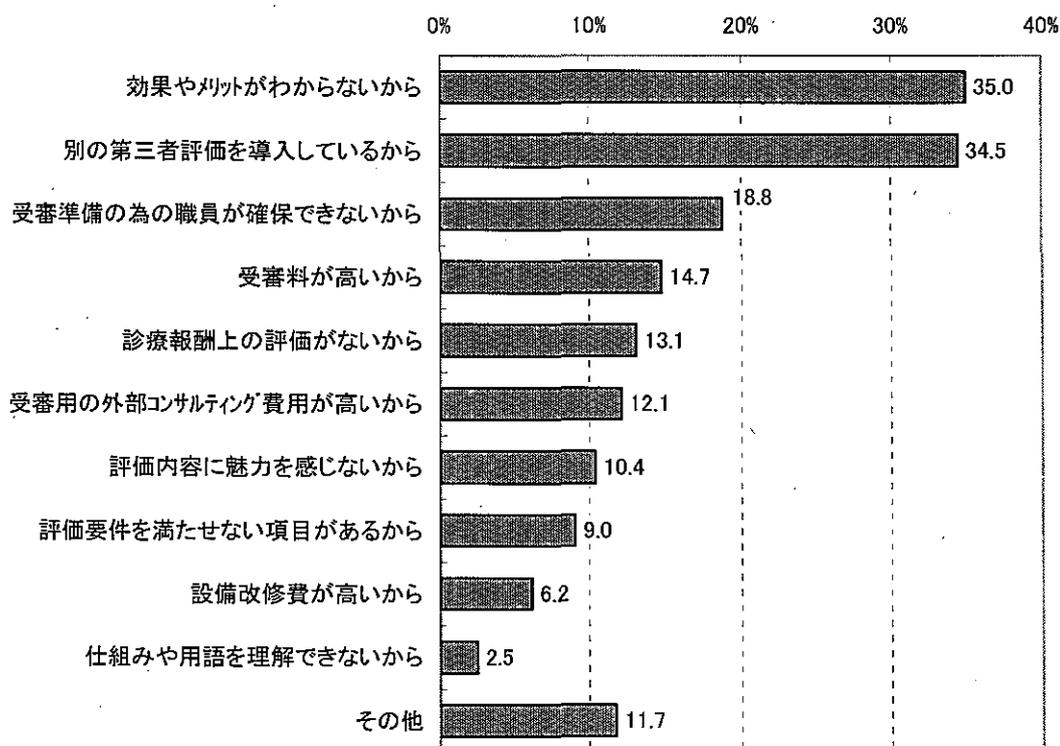


## (2) ISO9001 認証を導入しない理由

ISO9001 認証を導入していない 597 施設に対し、その理由をたずねたところ、回答が多かったのは、「効果やメリットがわからないから」(35.0%)、「別の第三者評価を導入しているから」(34.5%)であった。今回のアンケートでは、病院機能評価を導入している施設が多いということを踏まえると、別の第三者評価とは病院機能評価を指している場合がほとんどと思われる。

次いで、「受審準備のための職員が確保できないから」(18.8%)、「受審料が高いから」(14.7%)、「診療報酬上の評価がないから」(13.1%)、「受審用の外部コンサルティング費用が高いから」(12.1%)と続いている。

図表 3- 10 ISO9001 認証を導入しない理由 (複数回答、n = 597)



### (3) ISO9001 認証の問題点・改善してほしい点

ISO9001 認証の問題点や改善してほしい点として、病院からは次のような意見があげられた。

#### 【病院からの意見】

(病院所在地、病床規模)

#### <内容のわかりやすさに向けた取組み>

- ・ 医療サービスに対して、要求されている内容が工業規格に近く、解釈するのに労力を要する。自主規格・基準を構築するので、同業他社と客観的な比較が難しい。審査に費用がかかりすぎる。(近畿, 300~399 床) (同様 2 件)
- ・ 内容が今一つ理解できていない。一般的、認知度が低い。(関東, 150~199 床)
- ・ 医療用の解説書がほしい。医療関係者が少なく必要な知識が入手しにくい。(関東, 150~199 床)
- ・ 規格要求事項をもっと具体的に解りやすい表現で表示したほうがよい(当院健診センターはコンサルタント会社を吟味して、熱意ある先生にやる気を引き出して頂きながら勉強を重ねて熟知したが、普通にしていただけでは内容把握が容易ではなく、時間と手間がかかりすぎて本当に為になるものが出来ないこともあると考えます)。(九州, 400~499 床)
- ・ 受審側が ISO をよく理解していないと、どう対応していいか不明な点が多い。それは要求事項が抽象的すぎるのが主因。またこれが原因でよくわからないままに形式的になってしまい、役に立たないものになってしまう恐れがある。審査が適合性だけを見るのであれば、せっかく取得した ISO の返上が出てくる可能性が高い。(関東, 200~299 床)

#### <費用・労力面での課題>

- ・ 受審料を安価に設定してもらいたい。(九州, 150~199 床) (同様 4 件)
- ・ 費用が高すぎる。他の業種だと数社が共用で取り組めるが、医療・福祉では無理。(中国, 200~299 床)
- ・ コンサルティング費用がかかり過ぎる。これ以上の費用負担は厳しい。(中部, 150~199 床)
- ・ 審査時の書類等が膨大であり、日々の業務を行いながらの申請は非常に困難であると感じる。(中部, 100~149 床)

### <評価項目・体系の見直し>

- ・ 業職、業種に沿った評価内容への項目見直しが必要と思われる。(四国, 100~149 床)
- ・ 医療サービスレベル自体も判定すべきである。(関東, 150~199 床)
- ・ より医療現場に即した内容として欲しい。(中部, 500 床以上)
- ・ 「形」にとらわれ過ぎ、という印象あり。(北海道, 99 床以下)

### <審査登録機関の問題>

- ・ 審査登録機関数が多く、飽和状態である。食品 (ISO22000) 同様、医療に特化した規格を作り、対応できる審査機関を選抜すべき (厚労省も関与して)。又、レベルの低い (専門性の低い) 審査機関は排除していくべき (JAB へ)。(北海道, 500 床以上)
- ・ 医療サービス業の専門の審査員を増やして欲しい。(近畿, 100~149 床)
- ・ 評価組織が複数あること自体が問題と考える。(中部, 500 床以上)
- ・ コンサル業者の利益にしかない。(関東, 200~299 床)

### <その他の意見>

- ・ 第三者評価といいながら、仕組みや用語が汎用性をもっていない。また、そのことがコンサル会社の商売として成り立っているためか、執拗な DM の送り付け等が見受けられることもある。病院機能評価の方がなじみ易いと思っている。(東北, 99 床以下)
- ・ 認証対象企業のみを評価するのではなく、一次的な取引先を含めてグループとして評価しないと意味がないと思う。(中国, 400~499 床)
- ・ ISO のあり方に病院機能評価が近づいてきていると思う。病院機能評価 Ver6.では、あまり差が無いものになっていくのではないのか。そうであれば ISO は必要なくなるかもしれない。(中国, 100~149 床)
- ・ 認定有効期間が短い。(四国, 99 床以下)
- ・ 病院勤務医が、日本の医療の激動に日々あえいでおり、病院機能評価のように、一旦自分を客観化する余裕がないことが一番の問題と考える。(近畿, 500 床以上)

#### 4. 第三者機関による評価の課題（まとめ）

ここでは、病院に対するアンケート調査やインタビュー調査の結果をもとに第三者評価の課題を整理した。ただし、病院機能評価と ISO9001 認証では、その普及状況や課題が異なるため、両者を分けてまとめている。

##### （1）病院機能評価に関する課題

###### ①評価項目・体系

本調査研究の中で実施したアンケート調査結果によると、病院機能評価の「評価項目・体系」については、認定取得済みの病院の 8 割強から「適切」であるという回答が得られたが、「不適切」と回答した病院が 1 割あった。実際に、「病院機能評価の問題点や改善してほしい点」についての質問では、「評価項目・体系」に関する意見が多く挙げられた。

これによると、主な意見としては、評価項目の中に抽象的な表現の項目があること（その結果としてサーベイヤーによって解釈が異なること）、細かく規定されている評価項目が多いこと、ハード面やシステムの構築に重点が置かれていること、医療機関の特性に沿った評価項目とすること等の意見・要望が出された。

評価項目の記述について「抽象的な評価項目がある」「評価基準が細かすぎる」と相反する意見が出されたが、抽象的な表現の評価項目の場合、どのように解釈して良いのかわからない、改善へつなげにくいという問題がある一方で、細かい評価項目では病院経営が画一的になってしまう、評価基準を満たせない項目が増えてしまうという問題がある。病院に対するインタビュー調査では、「経営方針」等については病院の裁量の範囲を広く認めても良いのではないかといった意見が聞かれた。多様性を容認するため抽象的な表現の評価項目にすべき評価内容と評価基準を細かく設けるべき評価内容をどのように整理するかが課題といえる。

また、ハード面やシステム構築についての評価項目は、後述する「コスト」とも関係するが、特に中小病院での病院機能評価認定受審のハードルとなっている。

このほか、病院機能評価を導入しない理由や改善してほしい点に、患者の視点を取り入れた評価を望む意見があった。

###### ②サーベイヤーの平準化・質の向上

病院機能評価の認定を受けている病院の中から、「サーベイヤーによって評価にはばらつきがある」といった意見が出された。上記①の点とも関係があるが、抽象的な評価項目についてサーベイヤーの解釈が異なることのないよう、サーベイヤーの解釈・判断基準の平準化が求められる。

その一方で、病院の特性に合った評価の実施も望まれている。個別の病院の事情を踏まえつつ、その手法や設備等で評価基準に問題がないか適切に判断する能力が求められている。このため、サーベイヤーの質の向上に向けた教育・研修の重要性がますます高まるものと思われる。

さらに、サーベイヤーの態度やマナーについても問題とする意見が出された。サーベイヤーに対する不満や苦情を受け付け、それを教育・研修プログラムやマニュアルに反映させることが求められる。

### ③認定有効期間と定期的審査

病院機能評価の認定有効期間は5年である。ISO9001 認証とは異なり、この間に定期的審査や内部監査が行われるような仕組みはない。この有効期間が「適切」と考えている病院は、認定取得済みの施設のおよそ8割であり、「長い」「短い」がそれぞれ1割であった。また、定期的審査が「必要」と回答した施設は3分の1であった。これは、定期的審査や有効期間の短縮が病院にとって経済的にも人的にも負担が大きくなることから、こういった回答があったものと思われる。病院にインタビュー調査を行ったところ、認定取得から更新までの5年間に、特に何も見直しが行われず、職員の入替えもあり、更新時になって初めて職員が勉強するといった意見もあった。

医療の質・サービスの改善・維持という観点からすれば、定期的に点検し、不十分な項目について改善に努めるといった何らかの仕組みが望まれる。この点、ISO9001 認証では、3年間の有効期間の間に少なくとも年1回の定期的審査と内部監査の仕組みが組み込まれている。医療機関が継続的な「改善」に取り組めるよう、この有効期間のフォローが必要である。

### ④コスト

病院機能評価の認定取得率は、調査時点（平成18年1月23日現在）で全病院の21.2%であった。病院機能評価の認定については、病床規模と相関関係がみられ、中小病院ほど認定取得率が低くなるということが本調査で明らかとなった。

病院機能評価を導入していない病院にその理由をたずねたところ、「受審準備のための職員が確保できない」こと、「評価要件を満たせない項目がある」ことが最も多かったが、次いで「設備改修費が高い」こと、「受審料が高い」こと等のコスト面が挙げられた。実際に認定取得に要したコストを調査したところ、受審料等の直接的費用よりは評価要件を満たすための設備改修や物品購入等の設備投資的費用のほうがはるかに高い結果となった。特に築年数が古い病院では改修をせずに評価基準を満たすことは難しいため、なかなか病院機能評価の受審に踏み切れないといった事情がある。また、受審準備ための人材が確保できないためにコンサルタントを活用すると、

そのコンサルティング費用が高むという問題もあり、特に中小病院にとって病院機能評価の導入はハードルが高いものとなっている。

## ⑤広報活動

病院機能評価が患者や地域住民に認知されていないという意見が病院から出された。病院機能評価は診療報酬上で評価されていないため、せめて患者や地域住民へアピールできるものとしてほしいというのが病院の本音である。しかしながら、アンケート調査結果でも明らかとなったように、「知名度の向上」や「社会的信用の向上」に効果があったと回答した病院は4割程度であった。

病院機能評価の効果として、院内の改善に向けた取組み姿勢に効果があることは明らかとなったが、第三者評価の意義・価値、すなわち病院機能評価の認定を受けた病院がどのような病院であると認められているのかを国民にもわかるように積極的に広報活動を行うことが求められる。

### (2) ISO9001 認証に関する課題

ISO9001 認証はマネジメントシステムの適合性を認定するものである。適合性を認められたマネジメントシステムに則り、現状に応じて自らが目標を設定し、運用していくという柔軟性がある。また、「品質」のためのマネジメントシステムであるため、「顧客重視の視点」や「継続的な改善プロセス」等、良質な医療の提供という点で経営上欠かせない視点といえる。

しかしながら、現状では、ISO9001 認証は、病院機能評価と異なり、医療界ではまだあまり認知されていない。また、関心を持つ病院があっても、その要求事項が抽象的な表現であったり、病院にはなじみにくい用語を用いているため、ISO9001 認証取得に踏み切れない病院も多い。また、ISO9001 認証を導入した病院の中には、多額のコンサルティング費用を支払ってコンサルティング会社に依頼したケースもある。

ISO9001 認証の重要なポイントは仕組みを理解し、自分たちのツールとして使いこなすことである。ISO9001 認証の認定を受ければ目標が達成されるわけではなく、日々、業務の改善努力を行おうとする組織文化への定着が重要な鍵となっている。

こうしたことから、医療界にとってわかりやすいISO9001 認証の解説本や安価な認証取得支援が望まれている。

## 第4章 他の第三者機関による評価

### 1. 信用格付機関による格付け

#### (1) 「格付け」とは何か

「格付け」とは、「債務の元利金が約束通り返済される確実性に関する格付機関の見解<sup>1</sup>」あるいは「格付けの対象となる債券（社債・コマーシャルペーパー等）が約定通りに元本および利息の支払われる確実性の程度を、利害関係のない第三者が判断（評価）し、その結果を簡潔な記号で表示し、投資家あてに提供される情報<sup>2</sup>」と定義されている。格付けは、債券の期限によって「長期格付け（期限1年超）」と「短期格付け（期限1年以内）」の2種類に分かれているが、医療機関に対する格付け（以下、「医療機関格付け」）には、主に長期格付けが利用されている。

例えば、JCRの「長期格付記号」は以下のように定義されており、医療法人にも一般事業会社と同じ格付け記号が用いられている。医療法人は、一般事業会社とは異なる非営利法人であり、事業特性が一般事業会社とは大きく異なることから、当初は医療機関格付け専用の記号を設けることも検討された。しかし、同じ格付けの中で複数の記号が用いられることによって債券購入者が混乱しないようにするため、一般事業会社と同じ記号を用いることになったということだった。

図表 4-1 図表 JCR「長期格付記号」の定義

AAA	債務履行の確実性が最も高い。
AA	債務履行の確実性は非常に高い。
A	債務履行の確実性は高い。
BBB	債務履行の確実性は認められるが、上位等級に比べて、将来、債務履行の確実性が低下する可能性がある。
BB	債務履行に当面問題はないが、将来まで確実であるとは言えない。
B	債務履行の確実性に乏しく、懸念される要素がある。
CCC	現在においても不安な要素があり、債務不履行に陥る危険性がある。
CC	債務不履行に陥る危険性が高い。
C	債務不履行に陥る危険性が極めて高い。
D	債務不履行に陥っている。

(注) AAからBまでの格付記号には、同一等級内での相対的位置を示すものとして、プラス(+)もしくはマイナス(-)の符号による区分がある。

(資料) JCR 資料

1 フィッチ・レーティングス・ジャパン資料より

2 JCR 資料より

## (2) 信用格付機関の状況

本調査研究では、最近の信用格付機関における医療機関格付けの状況として、株式会社日本格付研究所（以下、「JCR」）とフィッチ・レーティングス・ジャパン（以下、「フィッチ」）の例を挙げる。

株式会社日本格付研究所（以下、「JCR」）は、1985年4月1日設立、資本金5億8,400万円の独立系格付機関であり、金融庁長官により「指定格付機関<sup>3</sup>」のひとつに指定されている。JCRでは、2002年9月に「医療法人に対する格付けの視点」と題するレポートを公表し、2006年3月現在では、公表ベースで4医療法人（財団法人脳神経疾患研究所（福島県）、医療法人社団ジャパンメディカルアライアンス（神奈川県）、医療法人社団慶友会（北海道）、医療法人徳真会グループ（新潟県））の格付けを行っている。

一方、フィッチは1913年に設立された外資系格付機関であり、1989年に東京事務所を開設している。米国では1980年代以降、300件近くの医療機関格付けを実施しているが、日本では2002年頃から取組みを始め、2004年3月の社会福祉法人三井記念病院（東京都）の予備格付け、同年12月の本格付けが第1号案件となっている。

### 【JCR プロフィール】

- 所在地 東京都中央区銀座
- 設立 1985年4月1日
- 役員 代表取締役社長 内海 孚
- 資本金 5億8,400万円

### 【フィッチプロフィール】

- 所在地 東京都千代田区麹町
- 設立 1989年（東京事務所開設）
- 代表 橋本圭一郎

<sup>3</sup> JCR、フィッチのほか、スタンダード&プアーズ（S&P）、ムーディーズ（Moody's）、格付投資情報センター（R&I）が指定を受けている。

### (3) 医療機関格付けの読み方

これまで行われている医療機関格付けは、三井記念病院のように A レンジが付与された例もあるが、多くは BBB から BB レンジの格付けとなっている（例：医療法人ジャパンメディカルアライアンス、財団法人脳神経疾患研究所：BBB、医療法人社団慶友会、医療法人徳真会グループ：BB）。

一般事業会社の中には A レンジを取得している会社も多くみられ、BBB から BB レンジの格付けではあまり評価が高くないと誤解されることもあるが、JCR では一般事業会社に比べて制約の多い医療法人が「BB」以上を取得することは「積極的な評価が可能である」と考えている。そのため、医療法人の理事長には、「BBB」は無担保で社債を発行できるレベルの格付けであること、「BBB」あるいは「BB」の企業の中には、日本を代表する企業がたくさんみられることを説明して、納得を得るようにしているという事だった。

図表 4-2 JCR による格付事例（金融除く）

格付	代表的企業	国・地方自治体・財投機関等
AAA	NTTドコモ、セブンイレブン・ジャパン# 東京海上日動火災、東京電力	日本国 東京地下鉄、政策投資銀行、日本放送協会
AA+	セコム、オリエンタルランド、NTTデータ	東京都、愛知県、仙台市、札幌市、福岡県、新潟県 日本学生支援機構、学校法人青山学院、神奈川県 兵庫県、広島県、横浜市、福岡市、名古屋市
AA	旭化成、中外製薬、住友電工、野村ホールディングス 京王電鉄、キャンボン販売、日本郵船	都市再生機構
AA-	サントリー、住友化学、YKK、小田急電鉄、三菱重工業、東宝 オリックス	北海道、大阪府、大阪市、神戸市、関西国際空港
A+	大林組、明治製菓、東京エレクトロン、ヤマハ発動機、 アドバンテスト、しまむら、ヤマダ電機、伊藤忠商事	学校法人 共立女子学園
A	参天製薬、友金属鉱山、島津製作所、マツモトキヨシ、三菱化学 イズミ、電気化学工業、キッセイ薬品	
A-	日揮、ニコン、川崎重工、ニプロ、高島屋、阪急百貨店、丸紅、 アデランス、岡村製作所、浜松ホトニクス	
BBB+	全日本空輸、阪急ホールディングス、住友不動産、マツダ、 三井造船、名古屋鉄道、エルピーダメモリ、住友重機械工業	医療法人社団ジャパンメディカルアライアンス(JMA) 財団法人 脳神経疾患研究所(総合南東北病院)
BBB	昭和電工、三菱マテリアル、ソフトバンク、ドンキホーテ、三越 コスモ石油、グッドウィルグループ、東京建物、大王製紙	
BBB-	宇部興産、双日、東京ドーム、いすゞ自動車、総合メディカル、 富山化学、東リ、ナカバヤシ、東武鉄道	
BB+	古河機械金属、パイテック、太平工業、徳倉建設、 GSユアサグループ	
BB	サンウエーブ工業、カーメイト	医療法人社団慶友会、医療法人徳真会グループ
BB-	東北ミサワホーム	

注) 2006年1月末現在。地方自治体はp格付け。医療法人徳信会グループは2月3日時点。  
(資料) JCR 資料

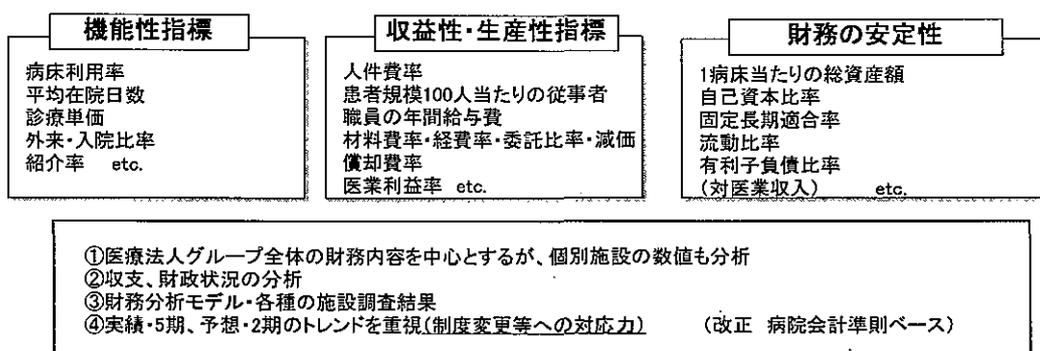
#### (4) 評価のポイント

一般に医療機関格付けというと、一般の企業と同様に財務面に偏った評価がなされることがあるが、実際はそうではなく、JCRでは、医療政策の動向に伴う環境の変化や、経営理念や「医療の質」の向上といった定性的要因、医療法人の特性を十分考慮して格付けを行っているとのことだった。

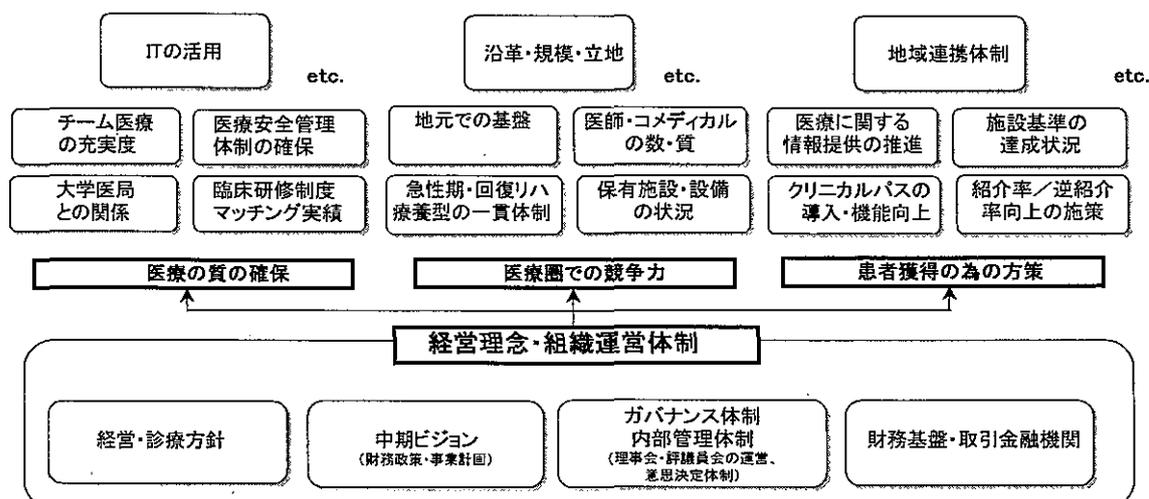
一方、フィッチでは、当該医療機関の「経営の質」を重視するという立場から、診療圏における地位や競争力、それを高めるための医療マーケットにおける経営戦略等を分析の対象としているとのことだった。「医療の質」は強固な患者基盤に反映され、ひいては経営の長期的安定と不可分の関係であると考えているが、「医療の質」そのものは格付けの評価対象ではないということだった。

図表 4-3 JCRにおける医療機関格付けの評価のポイント

(定量面)



(定性面)



\*その他、「2006年度診療報酬主要改定項目に対する対応策」についても評価の対象としている。  
 (資料) JCR 資料

## <フィッチ>

- ①損益計算書・貸借対照表だけでなく、キャッシュフローを重視
- ②基本財務諸表のほかに、以下の要因を総合的に考慮
  - 資産の残存耐用年数・累積償却状況
  - 現在および将来予想される財務の柔軟性
  - 経営手腕の良し悪し・経営戦略の方向性
  - 病院の診療圏の経済・人口動向と病院の競争力
  - 医療制度改革のスピードと方向性

(信用力格差に影響する経営手腕)

- ・事業環境の変化に対応すること  
(政府の規制、人口構成の変化に伴うニーズ、利用者のニーズ、最新技術)
- ・事業戦略を効果的なものとするために必要な事項  
(診療科の戦略的選択、質の高い医療スタッフの維持、協調性の高い職場環境の推進、優れた事業効率の実現)
- ・事業管理能力  
(業務目標の設定・達成度のチェック能力、事業環境の変化と設備・資産の変化を予測する能力、内部留保・投資・資産負債の管理能力)

(資料) フィッチ資料

### (5) 医療機関格付け受審のきっかけ

医療機関格付けの案件が持ち込まれるきっかけには、医療法人の経営者からの依頼と、当該医療法人の資金調達に関わる金融機関からの依頼の2つがあり、現在のところ、公開・非公開を含めると金融機関からの依頼の方が多い。ただし、金融機関からの依頼の場合でも、情報保護の観点から、審査対象の医療機関とは守秘義務契約を結び、書類の提出を依頼するといった手続きが行われる。

医療法人の経営者からの依頼の場合には、病院の内部管理ツールとして用いるために格付けを取得するというケースがある。例えば、理事長が職員に業務改善の指示をする時に、第三者の指摘を引き合いに出した方が効果があるため、医療機関格付けが利用されるということがある(JCRではこの場合、格付けは非公表となるケースが多い)。

### (6) 医療機関格付けに必要な手続き

まず、医療機関格付けの審査の手順の主なものは、「医療法人から格付機関への審査資料の提出」、「現地調査、インタビュー」となっている。しかし、これら一連の手順にかかる標準的な期間は、JCRが約3か月、フィッチが2か月から4か月程度(事前資料作成期間(1~3か月)、格付け作業期間1か月)となっている。この期間は医療法人が

事前にどれだけの資料を準備しているかによって異なり、財団法人脳神経疾患研究所のように、既に外部監査を導入している場合等は短縮することができる。

また、外部監査については、フィットチでは本格付けには必ず外部監査の導入を必要としているのに対して、JCRは医療法人で外部監査を導入しているところは少ないことに配慮して、外部監査を原則としつつも、非監査の場合は監査法人による略式監査であるデューディリジェンスを受けることで足りることになっている。

そして、費用については、両社ともに新規より更新の方が安い金額設定になっている。

図表 4-4 医療機関格付けに必要な手続き

	JCR	フィットチ
審査の手順	①初回打ち合わせ ②医療法人による審査資料の作成 ③医療法人から審査資料提出 ④デューディリジェンス (監査法人による略式監査) ⑤JCR から質問リスト提出 ⑥インタビュー、施設実査 ⑦格付け決定 ⑧アフターミーティング ⑨公表・非公表、レポート作成	①格付け申込書の提出 ②現地取材(通常1~2日)の日程設定 ③取材日の2週間前までに医療法人から事前資料の提出 (作成期間通常1~3か月) ④施設におけるインタビュー、システムのデモンストレーション ⑤格付け分析作業(通常1か月) ⑥格付け決定 ⑦公表・非公表、レポート作成
標準的な期間	約3か月	事前資料を入手後約1か月程度(医療法人側での資料準備期間はケースバイケースであるが通常は3か月程度)
外部監査	(非監査の場合) デューディリジェンス (監査法人による略式監査)	本格付けは外部監査が必要だが、予備格付けは外部監査が不要
費用	(新規) 病床数などにより個別に決定 (更新) 病床数などにより個別に決定	(新規) 規模や難易度によりケースバイケースで決定 (予備格付けは本格付けより低い) (更新) 基本的には新規に比べ安くなる
費用負担者	格付け依頼人	格付け依頼人

図表 4- 5 医療機関格付けに必要な資料 (JCR)

<p>【病院概要】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①病院案内など</li> <li>②病院施設概要等</li> </ul>	<p>【収入面】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①外来・入院別及び診療科別患者数・単価</li> <li>②病床利用率、平均在院日数</li> <li>③紹介率、保健査定減件数 など</li> </ul>
<p>【地域事情】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①当該医療圏の概況</li> <li>②直近の地域保健医療計画</li> <li>③競合の状況 など</li> </ul>	<p>【経費面】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①職種別人員構成、平均給与等</li> <li>②医薬品購入先、医療用器械・材料購入内訳など</li> </ul>
<p>【財務状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①貸借対照表、損益計算書、キャッシュフロー計算書</li> <li>②月次資金繰り実績・見込み</li> <li>③金融機関との取引状況 など</li> </ul>	<p>【事業計画等】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①今年度・次年度の事業計画</li> <li>②中長期経営計画</li> <li>③コスト削減策</li> <li>④広報誌 など</li> </ul>
<p>(注)①財務数値等は原則、実績5期でお願いしております。 ②PL等は施設別、また医療法人グループ全体の数値もご提示頂いております。</p>	

(資料) JCR 資料

### (7) 医療機関格付けの効果

医療機関格付けの効果としては、金融機関等の外部からは分かりにくい医療法人の経営の実態を明らかにすることによって、資金調達力を向上させるということが挙げられる。医療法人が情報開示の姿勢、財務の健全性、経営の透明性について格付機関の評価を受け、一般事業会社と同じ記号で簡潔に格付けが表示されることによって、金融機関からの評価が高まり、資金調達力を向上させることができる。具体的な例として、以前の医療機関の資金調達はメインバンク 1 行に頼ることが多かつが、最近では、シンジケートローン等によって複数金融機関からの借入れが必要となり、格付けを取得することによって医療法人に有利な交渉ができる。

また、格付けを経営改善や内部管理のツールとして用いる場合、格付機関から医療法人としての課題を指摘されることによって、経営の面からどのようなことに気をつければよいのかが分かった、指摘を受けたところをその後の経営改善に活かすことができたという声が、医療法人の経営者自身から寄せられたということだった。

### (8) 医療機関格付けの課題

医療機関格付けの課題としては、両社から、「医療法人の経営者には、医療機関格付けと他の第三者評価 (病院機能評価、ISO9001) あるいは病院ランキングのようなものと混同している方が多い。」ということが挙げられた。そのような誤解をなくすため、医療法人の経営者に医療機関格付けは投資家が投資の判断に使うものであることを非常に丁寧に説明したり、積極的にセミナーを開催する等の努力を行っている。

## 2. 米国における第三者評価の例

### (1) JCAHO による認定

米国では、MB 賞といったベストプラクティスに対する賞のほか、JCAHO と呼ばれる第三者機関による認定がある。この JCAHO のルーツは Dr.アーネスト A.コッドマン氏の 20 世紀初頭の功績まで遡る。コッドマン氏は、医療においてアウトカムの概念を取り入れた先駆者といわれる。この時期、米国外科医師学会では米国内の病院に対する最小限の基準を設けることを提案していた。そして、1926 年に最初の病院基準のマニュアルが制定された。1950 年代初頭、米国外科医師学会は米国病院協会から病院基準プログラムを引き受ける交渉を開始した。交渉が進むにつれ、多くの集団が参加に意欲を示すようになった。1951 年、JCAHO は非営利組織として、米国病院協会、米国内科医師学会、米国外科医師学会、カナダ医療協会、そして米国医師会を統制役に結成された。

現在、JCAHO は米国病院協会と米国医師会によって任命された 7 人の構成員、6 人の公務の人員、米国内科医師学会－米国社会国内薬と米国外科医師学会からの代表者 3 人、米国歯科医師会からの代表者 1 人、看護師の全州代表者等を含む 29 人の理事によって管理・運営されている。

JCAHO は、大小様々な国内 17,000 の医療組織を認定しており、最大の医療ネットワークとなっている。JCAHO は継続的品質改善と成果評価の牽引役としての評判が定着しており、医療従事者だけではなく、患者や保険業者、立法者、規制当局者や一般消費者も JCAHO が医療における基準を制定していることを認知している。

医療現場の認定調査（と、病気の特別な医療サービスへの認定調査）は、内科医、看護師、医療管理者、医療技術者、薬剤師、医療器具の専門家、技術者、社会福祉指導員、そして JCAHO によって雇われた医療の他の専門職を含む、総勢 500 名以上の経験豊富な専門家たちによって行われる。JCAHO の調査員は、医療ケアがなされている場実際に行って評価を行う。また患者、研修医、スタッフに対する実際の観察と 1 対 1 での面談を行い、その組織の能力と弱点を特定する。JCAHO では、医療施設等のタイプによって異なる基準を制定しているが、安全と品質を重視するという基本は常に同じである。JCAHO では、どのくらい上手にその組織が運営し情報を伝達しているかを評価し、その組織がどのくらい患者の権利と責任に対して尽力しているか、その組織がどのくらい優秀であるか、また適切な教育・指導を行っているかといったことをみている。認定プロセスは医療現場調査が完了しても終わらない。JCAHO は組織のモニタリングを続ける。JCAHO は認定を受けた組織から無作為に 5%を選び、抜き打ちの調査を 3 年サイクルで行う。特に、専門調査員がこれらの組織を訪れ、その組織が改善のための提案を受入れていると思われる領域、もしくは多くの組織で問題となっているような領域を調査する。

JCAHO はまた、患者やスタッフの健康・安全に関わるもので、何度も繰り返される不

満や深刻な事態に対しても抜き打ちの調査を行っている。

医療水準の持続的向上は、JCAHO の認定を受けるために必要とされる基本的な要素の一つである。医療機関等は、自分たちの成果に対する評価と長期にわたる持続的な改善に対する責任を示すことが求められている。この認定プロセスは、持続的測定は持続的改善を促すという信念に基づいている。

患者の安全管理と医療ミスを防ぐためのシステムとプロセスの制定が、JCAHO の認定を受ける上で必要とされる主要な点である。新技術と新薬が導入され、より複雑な手順が必要になってくると、医療組織が患者への安全なケアを提供するために、どのように自分たちのシステムとプロセスを維持・向上させるのかに注目することが重要になる。不都合な結果、もしくは監視的事件は、どの医療機関でも起こりうる。JCAHO の認定する組織には、一つの出来事に対して基礎となる複数の原因を分析するプロセスを制定することが求められる。それらの検出事項を踏まえて、包括的に訂正する活動計画では、将来における不都合な出来事の発生を防止することが必要である。JCAHO は監視的事件についての本質的データベースの評価・発展を担っている。さらに、他の組織がミスや不都合な出来事を起こさないように彼らの分析結果を公表する「Sentinel Event Alert」を定期的に発行している。このように、JCAHO は、医療組織が医療の質の持続的向上を図るシステムを持っているかどうかといった観点から、医療組織の認定を行っている。

JCAHO と公的保険の関係であるが、1966年のメディケアプログラムの開始以来、連邦政府及び州政府は JCAHO の認定を医療水準の指標として信頼を置いている。病院、救急病院、在宅医療機関、ホスピス、臨床研究機関、ネットワーク、救急外科病棟などにおいては、JCAHO の認定は、メディケアや医療サービスにおける複数のセンターから、独自審査と同等のものであると認識されている。したがって、JCAHO の認定を受けている場合、多くの州では免許や他の調査の代替となると扱われている。このように、JCAHO の認定を受けていると、公的医療保険のメディケアプログラムに参加する際に有利となる。

## (2) マルコム・ボルドリッジ賞

米国では、1980年代経済の大幅な落ち込みを背景として、短期的な財務至上の考え方を反省し、顧客志向重視の考え方や組織の学習・成長といったプロセスに焦点を当てた経営のあり方を模索する中で、「経営品質」という考え方が生み出された。そして、「経営品質」の高い企業の具体的な姿を提起していくためには、客観的に高い基準に基づいて評価することが必要であると考えられ、1987年に、他の模範となる企業に対してアメリカ大統領が表彰する、国家経営品質賞（マルコム・ボルドリッジ賞：MB賞）が設けられた。

MB賞にはヘルスケア部門があり、2002年度から2005年度までの間に、5つの医療施設がMB賞を受賞している。

図表 4- 6 MB賞を受賞した医療施設

年度	医療施設名	連絡先、ホームページ
2002	SSM Health Care	Suzy Farren (Director of Corporate Communications) 477 N. Lindbergh Blvd. St.Louis,MO 63141-7382 TEL:314-994-7916 FAX:314-994-7900 E-mail:Suzy_Faren@ssmhc.com <a href="http://www.ssmhc.com/internet/home/ssmcorp.nsf">http://www.ssmhc.com/internet/home/ssmcorp.nsf</a>
2003	Baptist Hospital, Inc.	Pam Bilbrey (Senior Vice President, Corporate Development) 1000 West Moreno Street Pensacola, FL32501 TEL:850-469-2378 E-mail:pbilbrey@bhcpns.org <a href="http://www.ssmhc.com/internet/home/ssmcorp.nsf">http://www.ssmhc.com/internet/home/ssmcorp.nsf</a>
	Saint Luke's Hospital of Kansas City	Kerry O'Connor (Manager, Marketing and Public Relations) 10920 Elm Avenue Kansas City ,MO 64134 TEL:816-932-5138 FAX:816-932-5138 E-mail:koconnor@saint-lukes.org <a href="https://www.saintlukeshealthsystem.org/app/hp.asp">https://www.saintlukeshealthsystem.org/app/hp.asp</a>
2004	Robert Wood Johnson University Hospital Hamilton	Diane Grillo (Assistant Vice President, Health Promotion) One Hamilton Health Place · Hamilton, NJ 08690 TEL:609-631-6875 <a href="http://www.rwjhamilton.org/">http://www.rwjhamilton.org/</a>
2005	Bronson Methodist Hospital	601 John Street Box C Kalamazoo, MI 49007 TEL:269-341-6065 FAX:269-341-8314 E-mail:serbensm@bronsonhg.org <a href="http://www.bronsonhealth.com">http://www.bronsonhealth.com</a>

## 第5章 第三者機関による評価を導入した病院の事例

### 【事例】医療法人財団慈生会野村病院

#### ～病院機能評価認定とISO9001 認証取得～

##### 1. 病院の概要

医療法人社団財団慈生会野村病院（以下、「同院」）は、1952年11月に先代の理事長である野村秋守氏によって開設された病院であり、開設以来、東京都三鷹市の地域医療の中核を担う病院として、地域のニーズに対応し、安定した経営を行っている。

同院では、内科・外科・整形外科・形成外科・放射線科・リハビリテーション科の6つの診療科を有し、泌尿器科・循環器科・漢方医学について専門外来を行っている。病床は、一般病床73床、療養病床（回復期リハビリテーション）36床、予防医学センター8床の計117床を有する。窓口機能（診断機能及びソーシャルワークなど）、急性期一般医療、終末期医療、リハビリテーション、救急医療といった機能を担うことによって、診療連携を前提に家庭医や福祉施設と特定機能病院等の間を受け持ち、医療の地域完結を推進している。このほか、関連施設として、健診事業を行う予防医学センターや訪問看護ステーション、在宅介護支援センター（平成18年4月より地域包括支援センター）を有する。

同院では、上記の医療機能の他、公共的機能として「教育」と「地域防災等」における自院の役割を明記している。教育における自院の役割として「医療知識・技術の公共性を生涯学習の使命を負った職業であることに鑑み内外の医療従事者に対しての学習の場を提供する」ことを、地域防災等における役割として「災害時医療等、病院の24時間機能を活用し地域における公共性を確立する」こととしている。このように、同院は、開設以来、地域の中における自院の役割、公共的機能を重視してきた病院といえる。

同院は、2000年10月に財団法人日本医療機能評価機構による病院機能評価（複合病院 種別A：一般・長期療養）の認定を受け、2006年1月に更新のための本審査を受審した。また、2005年5月にISO9001の本審査を受審し、7月に認証を取得している。

## 【プロフィール】

- 所在地 東京都三鷹市
- 開設 1952年11月
- 理事長 野村 幸史 氏
- 病床数 117床 : 一般 81床 療養(回復期リハビリテーション) 36床
- 診療科 内科、外科、整形外科、形成外科、放射線科、リハビリテーション科  
専門外来(泌尿器科・循環器科・漢方医学)
- 職員数 常勤146人、非常勤79人
- 関連施設等 予防医学センター、訪問看護ステーション  
在宅介護支援センター(平成18年4月より地域包括支援センター)
- 沿革 1952年 結核病院(39床)として開設  
1953年 医療法人財団慈生会設立  
1953年 外科、手術室を新設、58床に  
1956年 114床に増床  
1960年 人間ドック開始。救急病院に指定  
1962年 130床とし、結核病棟を一般病棟に転換  
1965年 特定医療法人認可  
1967年 整形外科を新設、135床に増床  
1984年 2代目理事長として野村幸史氏が就任  
1986年 病院本館の改築を行い117床に減床  
1994年 リハビリテーション科新設  
1995年 病院本館全面増改築工事を行い、日本で最初の耐震化対策の  
認定を受ける  
1997年 野村訪問看護ステーション開設  
2000年 野村病院在宅介護支援センター開設  
2000年 病院機能評価認定取得  
2004年 人間ドック・健診施設機能評価認定  
2005年 ISO9001 認証取得  
2006年 病院機能評価(Ver.5.0)本審査を受審
- 第三者評価の導入状況  
病院機能評価認定(2000年10月)、更新審査受審(2006年1月)  
ISO9001 認証取得(2005年7月)

## 2. 第三者評価に関する同院の取組み

### (1) 第三者評価導入の背景・目的

同院では、2000年10月に、財団法人日本医療機能評価機構による病院機能評価（複合病院 種別A：一般・長期療養）の認定を取得した。その後、2005年7月には、ISO9001 認証を取得し、翌2006年1月に病院機能評価の更新審査を受審している。このほか、健診事業を実施している予防医学センターについては、2004年9月に人間ドック・健診施設機能評価の認定を受けている。

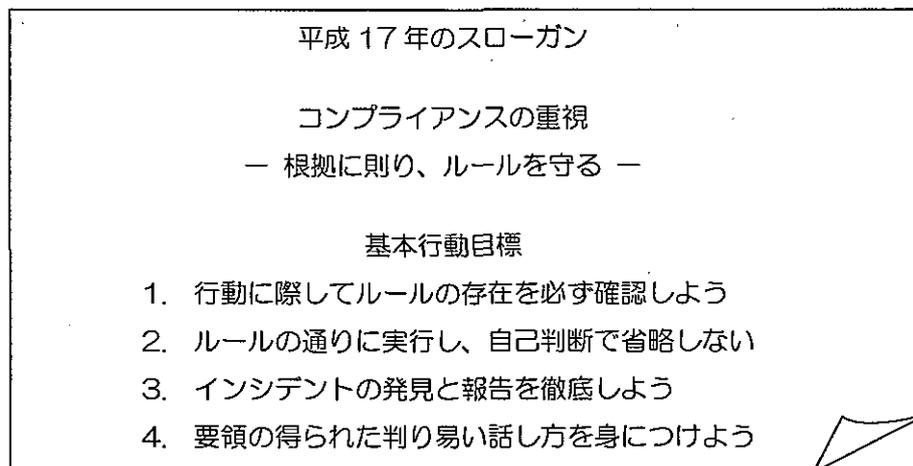
同院が第三者評価を積極的に導入している背景としては、「結果（Outcome）は構造（Structure）と過程（Process）の積で示すことができ、『構造』を評価するものとして病院機能評価が、『過程』を評価するものとしてISO9001 認証があり、どちらも必要なものだ」という理事長の考えがある。つまり、日々の業務活動の「過程」についてPDCA サイクルを展開することによって、院内の「構造」を継続的に見直しつつ円滑に運用し、そして安定したよい「結果」を生みだし続けることが可能になるという考えであった。

また、コンプライアンスの重視、とりわけ業務におけるプロセスの共有とその手順の遵守を重要視した病院づくりが同院の当時の課題であった。同院では、毎年、その年のスローガンと基本行動目標を定めているが、2005年のスローガンは、まさに「コンプライアンスの重視—根拠に則り、ルールを守る—」といったことであった。長年にわたって医療の現場では、医療従事者の裁量が大きく認められ、文化としても殊更に明文化したルールを強調することがなかったため、コンプライアンスを定着させることは相当なエネルギーを要すると理事長は考えていた。ISO9001 規格では、手順を文書化しプロセスを共有化することを要求していることから、同院の課題解決の有効なツールになりうると判断し、ISO9001 認証を取得することが決まった。ISO9001 認証取得はコンプライアンスを重視した病院づくりへの第一歩と位置づけられた。

このように、同院では、第三者評価の取得が目的ではなく、あくまでも、コンプライアンスを重視し、アウトカムを継続的に高めていく組織づくりのツールとして活用していこうという考えであった。したがって、結果として第三者評価の認定が取得できなくても、自らの問題点が明らかになるというだけでも、第三者評価の受審は価値があると理事長は職員を説得した。このことは、ISO9001 認証取得後の理事長の「ISO 取得はゴールではありません。病院機能評価についても同様です。慣習からの脱却に向けた出発点であります」という職員に向けた言葉の中にも見受けられる。

その後、同院では病院機能評価（Ver.5.0）の更新審査を受審し、両者を融合させ、日常業務の中に継続的改善に向けたPDCA サイクルを組み込むことによって、その効果が現れ始めたということだった。

図表 5- 1 野村病院のスローガン



(資料) 医療法人財団慈生会野村病院「野村病院年報 (平成 17 年度)」

## (2) 第三者評価導入に至るまでの経緯

### 1) 第三者評価導入の準備

#### ①ISO9001 認証取得に向けた準備

同院では、ISO9001 認証取得に向けて、院内に「ISO 取得対策委員会」を設置した。この ISO9001 取得対策委員会のキックオフミーティングは 2004 年 2 月 19 日に開催された。理事長が委員長に、そのほか、各部署の管理職 (主任以上) から推薦された約 20 名が委員となった。その際、非常勤を含めると 70 名を超える職員を要する看護部からは、病棟、外来、人間ドック、オペ室、中央材料滅菌室について各 1 名ずつ委員を選出した。また、診療部には約 14~15 名の常勤医師が勤務しているが、診療部長に主力メンバーとして関わってもらうことによって、医師の協力を得やすいようにした。さらに、ISO9001 規格の用語の解釈や手順がわかりにくいことから外部コンサルタントの活用が必要と考え、準備当初から外部コンサルタントを活用した。ISO9001 で要求されている内部監査員を育成するための研修等もこの外部コンサルタントに任せて行った。

本審査が 2005 年 5 月に実施されていることから、本審査受審までおよそ 1 年 3 か月の準備期間を設けたといえる。この間、外部コンサルタントの主導のもと、担当者による会議が定期的に行われ、品質マニュアルの作成や手順の文書化や記録の作成、職員への研修等の作業・検討が進められた。委員会は当初は月に 2 回程度であったが、受審直前は 1 週間に 1 回程度の頻度で開催された。

計画に沿って、2004 年 4 月にはマニュアル作成担当者が決められ、各部門での作業が進められることとなり、委員会ではその調整が行われた。この間、すべての部門の業務内容や文書の洗い出しが行われ、それまで他部署のスタッフが見たことのない文書や手順等も

明らかにされ、委員間での情報の共有化が進んだ。その後、2005年1月に内部監査員のための教育研修が行われ、同年2月4日、5日、8日の3日間で内部監査員による監査が実施された。この監査では、内部監査員は20件近くの不適合及び観察事項を指摘している。これらの監査結果と改善計画を含めたシステムレビューを審査登録機関に提出し、5月に審査登録機関の審査員による本審査を受審した。この結果、適合組織として認定され、2005年7月25日にその登録が行われた。

## ②病院機能評価の認定更新（Ver.5.0）に向けた準備

同院では、2000年10月に、財団法人日本医療機能評価による病院機能評価の認定を取得した。この時の病院機能評価の認定は Ver.3.1 で、複合病院（A）であった。病院機能評価の認定有効期間は5年間であることから、当初は2005年10月に更新審査を受ける予定であった。しかし、同年5月にISO9001 認証取得の本審査があり、それまではその準備に追われていたため、病院機能評価の認定更新のための準備が十分ではなかった。病院機能評価の更新については有効期限から半年の猶予をもって受審できるということを知り、受審時期を3か月程遅く設定することにした。病院機能評価の更新受審準備を開始したのは、ISO9001 認証の本審査の1か月前の2005年4月であった。そのため、ISO9001 認証取得準備と1か月程度重なった時期がある。具体的な受審準備は、ISO 取得対策委員会のメンバーがそのまま続けて行った。また、病院機能評価では外部コンサルタントを活用しなかったが、その代わりにサーベイヤーの経験のある人に依頼して、4～5回のアドバイスをもらった。

なお、ISO9001 認証と病院機能評価の受審に際しては、理事長の特命を受ける形で、2004年12月からは事務局を担当する専任職員が置かれた。当初は、事務長の下、2名の担当者が配置されていたが、事務長や担当者の退職により人数が少なくなったため、2005年10月頃からは副院長、看護部長、1名の専任職員が中心となり、準備を進めた。非常勤職員を含めて230名程度の職場で、専任職員を配属するという点をみても、同院の第三者評価に対する意欲の高さが感じられる。

2006年1月23日、24日、25日に病院機能評価 Ver.5.0 のサーベイヤーによる訪問審査を受審した。審査当日は救急の受入れを抑えたり、外来を休診にすることはなく、極力通常どおりの業務の中で対応した。3か月後には結果が書面で知らされることになっており、現在は連絡を待っている状況ということだった。

## 2) 第三者評価導入に際して苦勞した点

### ①ISO9001 認証取得に際して苦勞した点

ISO9001 認証取得に際して苦勞した点としては、ISO9001 で用いられている用語を解釈し、

日々の業務で行っていることに結びつけるのが難しいという点が指摘された。このため、同院では外部コンサルタントを活用した。また、ISO9001 は文書や記録が求められるので、各部署でも担当者の業務の負荷がかなり高かったことも指摘された。

ISO9001 認証取得後、システムを運用し徐々に ISO9001 に対する理解を深めていくうちに、新たな文書様式に変えなくても、従来から使用している文書をそのまま活用してもよいことがわかったということもあったようだ。同院の経験上、病院の業務内容を熟知している専門のコンサルタントをいかにみつけられるかということが重要であるとのことだった。

経済的負担としては、受審料（申請 15 万円、本審査 170 万円）のほか、コンサルティング費用が 830 万円かかったため、総額 1,000 万円程度のコストがかかった。外部コンサルタントを活用したことによる費用負担が大きかったということだった。

## ②病院機能評価認定更新に際して苦労した点

同院では、病院機能評価の新規認定に際しては Ver.3.1 であったが、今回の更新に際しては Ver.5.0 で受審した。このため、評価項目が非常に増えていること、ケアプロセスに関する評価の基準も高くなっていること等から、ハードルが高く設定されていると感じたようだった。このため、例えば、医師の処方指示から薬局での調剤、看護師の投薬準備、患者への投薬後のゴミ処理等までを一連のプロセスとして自己点検を行うなど、準備を念入りに進めていった。

また、病院機能評価の認定有効期間は 5 年であり、その間のチェックがないため、活動が停滞していたという反省がある。それが、ISO9001 認証取得の動機にもつながっている。この間に、前回の受審を経験したスタッフが少なくなり、同院での受審は初めてというスタッフがほとんどであったため、分からないことが多かったという同院独自の事情もあった。

このほか、例えば、病院の理念と基本方針の表現方法など、評価項目の中に同院にそのまま取り入れるのが難しい内容のものがあった場合に、なぜそれを取り入れなかったのか、他の代替手段としてどのようなものを取り入れているのか、きちんと説得力のある表現で説明ができるよう、真剣に考え抜いたということがあった。

経済的負担としては、受審料 150 万円のほか、手すりや掲示板の設置、ナースコールの設置等の設備・改修費等がかかった。同院では、手すりはほとんどの場所に既に設置済みであったが、手すりのない場所が一部分だけあったので追加した。また、プライバシーへの配慮としてナースコールが廊下から見えないようにするため、机上の位置に設置し直したり、採血コーナーが廊下から見えないようカーテンを取り付けたりするために改修費がかかった。これらの設備改修費等は総額で 300 万円未満であった。同院では、このコストについてはそれほど大きいと考えておらず、また、無駄になっていないのでよいということだった。

### (3) 第三者評価の活用状況と導入の効果

同院では、病院機能評価と ISO9001 認証の 2 つの第三者評価を導入したが、この結果、第三者評価の効果として、認定取得に向けた活動の中で得られた効果と、認定後のシステム運用の中で得られた効果があったようだ。

まず、前者であるが、病院機能評価では、施設設備の改善が進む、禁煙が実行できるなど、第三者評価の受審がなければなかなか手をつけられなかったことが、協議の俎上にあげることができたり、明確なゴールとして評価項目に具体的に記載してあるため、職員全員がその必要性を納得し、環境改善を進めるきっかけ、もしくは推進力になるという効果があった。

また、ISO9001 認証では、業務の手順化や文書化、記録作成を進めることによって、今まで見えにくかったことが見えるようになり、情報の共有化が進められると同時に、課題も明らかとなってくるといった効果があった。例えば、ISO9001 では購買プロセスも重視しているが、受審準備を進めていく中で購買プロセスの手順を明らかにし伝票等記録を確認することができた。また、業務の手順化・マニュアル化を進めていくうちに、部署固有の業務や部署を超えた共通業務との区別がつけられるなど、職務区分を明確にすることができた。

さらに、病院機能評価と ISO9001 認証のどちらにもあてはまることだが、管理職が職員になかなか伝えにくかったこと、あるいは職員が経営者に伝えにくかったことを第三者が代弁してくれるというメリットも見逃せなかった。また、委員会メンバーを中心に全職員が共通の目標を持って受審準備に取り組んだため、職員のモチベーションが向上した、意識の高い職員が増加した、組織が活性化したといった効果も得られた。受審準備として委員会等を開催していく中で、他部門や他部署の業務内容や課題に対する担当者の理解も深まり、部門間コミュニケーションが活発になる、病院全体の改善という大局的な見方が育つといった効果も大きかった。さらに、第三者評価を取得できたことにより、職員が自らの業務や病院に誇りを持てるようになったとのことであった。

次に、後者についての効果であるが、これは同院が、病院機能評価の認定と ISO9001 認証の両方を取得・運用することによって得られた効果であるという側面が強い。病院機能評価 Ver.5.0 では、プロセス管理についての評価項目が取り入れられ、ISO9001 規格のプロセス管理の思想に近づいたこと、ISO9001 規格では自ら目標設定を自由に決められること等から、両者の整合性を図りながらマネジメントシステムとして活用することがしやすくなったという。例えば、目標管理は病院機能評価と ISO9001 のどちらでも求められている事項であるが、同院では、ISO9001 のマネジメントシステムに則って PDCA サイクルを回すことによって目標管理を行っている。ISO9001 では目標を自ら決定することができるため、病院機能評価に対応した目標設定やサイクルとしている。また、病院機能評価は病院を対象にしているが、同院では、ISO9001 を運用することによって、予防医学センターや訪問看

護ステーションなど法人全体を病院と同じマネジメントシステムで管理することができている。同院では、一連のプロセスでみる視点が重視されるようになったので、例えば、ゴミの処理など病院の範囲を超えて末端までの管理を求められるようになってきた。今まで部門単位でみていたものがチーム全体として見ていくことができるようになったとのことだった。

同院では、病院改革の推進力として第三者評価を上手に活用しただけではなく、病院機能評価と ISO9001 認証を両方取得し、そのマネジメントシステムを運用することによって、継続的に改善に取り組む組織づくりに成功している。ともすると慣習で行われがちであった業務を文書化し手順化することによって、意思決定者が明確になる、権限委譲が進むなど、組織の近代化が進むとともに、コンプライアンス重視の文化も醸成されてきている。同院は決して大病院というわけではないが、病院機能評価と ISO9001 認証の両方の認定を受けているため、他の医療機関の医師等からの評価も高いということだった。これが、職員の満足度にも寄与している。

### 3. 第三者評価に関する今後の意向・要望等

#### (1) 第三者評価に関する今後の意向・要望等

病院機能評価認定や ISO9001 認証を取得することによって、患者数が増加したり、医業収益が増加するといった効果は現段階ではあまり考えられないとのことだった。第三者評価を取得するために費やしたエネルギーやコストに見合った診療報酬上の評価がなされることは理想だが、これらの第三者評価を取得した病院は一定レベル以上の良い病院であるということ、一般の人にもわかる形で PR してほしいといった要望があった。この PR については、同院自らの今後の課題にもなっている。

同院では、今後は、ISO9001 規格で要求される内部監査員を管理職から中堅・若手職員へと裾野を広げていくことによって、ISO9001 の考えをすべての職員に浸透させていき、質の向上を図りたいと考えている。

なお、信用格付機関による医療機関格付け取得については、当面の課題とは考えていないということだった。

#### (2) 他医療機関へのアドバイス等

同院では、結果的に第三者評価を取得できなくても、自院の問題点が明らかとなり、それを解決していこうとすることに価値があると考え、第三者評価導入を決意した。第三者評価を取得するためには、その準備に費やす職員の時間的・身体的・精神的負担がある上に、経済的負担も大きい。しかしながら、それらの負担に見合う経済効果は期待できない。したがって、ISO9001 認証や病院機能評価といった第三者評価については、認定・認証の取得自体を目的とするのではなく、何のために認定・認証を受けるのか、その後どのように

活用していくのかを明らかにした上で取り組むことが大切であると同院では考えている。

ISO9001 認証取得については、ISO9001 規格の用語や理念を理解するのが難しいことから、外部のコンサルタントを活用することを考える病院が多い。しかし、ISO9001 のコンサルタントの中には病院業務を知らないコンサルタントが多く、このため、病院の既存の業務手順や記録を無視して新たにシステムを作り直すコンサルタントもいる。無理・無駄のない現実的なマネジメントシステムを構築するためには、病院の業務を熟知し、かつ、業務の改善に熱意を持っているコンサルタントに依頼することが望まれるということだった。

## 【事例】医療法人社団協栄会大久保病院

### ～ISO9001 認証取得 病院第1号～

#### 1. 病院の概要

医療法人社団協栄会大久保病院（以下、「同院」）は、現在の理事長・院長である大久保照義氏によって、1982年に創設された病院である。同院は、水戸市西部地域を中心に地域医療を担う病院である。1982年には病床83床でスタートしたが、標榜診療科と病棟の拡大を続け、現在は、外科・整形外科・泌尿器科・脳神経外科・皮膚科・内科・眼科・歯科口腔外科といった診療科と、一般病床99床、療養病床95床の194床を有する規模となっている。このほか、老人保健施設、訪問看護ステーション、ケアハウス、グループホームといった関連施設を有する。

同院は、1999年3月に、ISO9001認証を取得した。我が国の病院では第1号の取得である。

#### 【プロフィール】

○所在地	茨城県水戸市
○開設	1982年7月
○理事長	大久保 照義 氏
○病床数	一般 99床（うち個室51床） 療養 95床（うち個室47床）
○診療科	外科、整形外科、泌尿器科、脳神経外科、皮膚科、内科、眼科、歯科口腔外科、麻酔科、人工透析
○職員数	医師11人、看護師170人、技術部門20人、事務職員20人 （以上、非常勤含む）
○関連施設等	介護老人保健施設「こすもびあ」、「はあもにか」、訪問看護ステーション「ふたりしずか」、ケアハウス「おあしす」、グループホーム「しゃらく」
○沿革	1982年7月 協栄会大久保病院（83床）開設 1985年2月 医療法人設立 1987年7月 一部増築、CT導入 1993年9月 介護老人保健施設「こすもびあ」開設 1995年4月 病棟クレーン配置 1996年5月 人工透析増床（セントラル方式導入）

1997年5月	訪問看護ステーション「ふたりしずか」開設
1999年3月	ISO9001 認証取得
8月	新病棟 (A 棟) 完成 (一般3病棟 99床)
10月	関連施設 社会福祉法人大茨会ケアハウス「おあしす」開設
12月	既存棟 (B 棟) の改修工事完成
2000年1月	療養型病床群 (医療型) 57床開始
3月	新病棟 (C 棟) 完成
4月	療養型病床群 (介護型) 35床開始、医療型3床増床 (60床に)
12月	在宅介護支援センター「ふたりしずか」開設
2001年2月	ISO14001 認証取得
2004年3月	ISO14001 認証取り下げ

○第三者評価の導入状況

ISO9001 認証取得 (1999年3月)

## 2. 第三者評価に関する同院の取組み

### (1) 第三者評価導入の背景・目的

同院が第三者評価を導入した背景には、民間病院で働く職員の「やりがい」を作りたいという考えがあった。特に看護部門は病院の中でも大きな部門であり、人材の採用、育成、活用において課題が山積みであった。また、職員が院外の研修会に参加すると、グループディスカッション等の際に病床規模でグループが分けられ、規模で看護の質が問われる印象を受けたこともあり、「中小病院でもやるべきことはきちんとやっている」ことを示す方法が欲しかった。

こうした状況下、職員のやりがいを作ることが必要と考えていた看護部長が院長に第三者評価の取得を相談したところ、院長から ISO9001 認証の取得の話があった。院長は、目の前の業務や部門間の利害から視点を変えて、病院職員が一丸となって共通の目的に取り組める活動を探していた。その活動が ISO9001 認証の取得であった。ISO は我が国の医療界にとって全く新しい試みであったことから、職員の誰にも知識がなく、全職種の全職員がゼロからのスタートであったため、職種や部門を越えた組織的活動ができるのではないかと考えた。こうして、1998年に ISO9001 認証取得はトップダウン式に決まった。院長は、ISO9001 認証取得を決めたからには病院第1号を目指すという目標を掲げた。

## (2) 第三者評価導入の負担・コスト

### ①第三者評価導入の準備

同院では、ISO9001 認証取得を1年で実現するという目標を設定した。1998年3月に、院長を含め13名の職員によるプロジェクトチームが結成された。メンバーには、医師や看護師、放射線技師、臨床検査技師、事務員等多様な職種が含まれており、リーダーには看護部長が任命された。院長とのつきあいがある建設業界の品質管理責任者を迎えて、ISOの仕組みを理解するための勉強会を行った。同院では認証取得までの1年間、週に2回、2時間の会議を行った。同院では、外部のコンサルティング会社を活用することはしなかった。プロジェクトチームでは、年間計画や役割分担を決め、ISO規格の理解と規格用語を医療サービスの用語に置き換える作業を行い、用語集を作成した。次に、用語集と以前からあった手順書をもとに、各部署の日常業務がISO規格のどの部分にあてはまるかを検討していった。既に文書化されているものをできるだけ活用するという方針の下、規格の要求事項を満たすための修正は必要最小限にとどめた。

同年5月には品質マニュアル初版を作成し、試行を重ねながら改訂を行うといった活動が行われた。また、11月には、プロジェクトチームは「品質保証委員会」と名称が変更され、より積極的な活動を行うことになった。

ISOでは、本審査に先立って審査登録機関による予備審査を受けることができるが、同院では、本審査と同じ内容で行われる予備審査のメリットは非常に大きいと考え、この予備審査を2回受けた。本審査では、事前に、品質マニュアルに対する書類審査が行われ、その後、実地調査が行われる。同院では、1999年3月3日から6日までの4日間に実地審査を受け、3月12日に登録を受けた。こうして、同院は、「1年でISO9001認証を取得する」、「ISO9001認証取得、病院第1号となる」という目標を同時に達成した。



## ②第三者評価導入の負担、苦勞した点

ISO9001 認証取得に際して同院が苦勞した点は、ISO の規格用語を理解し、それを病院システムに合わせた用語に置き換えることであった。ISO では、細部にわたる規定があるわけではないので、その分、自らの裁量でマネジメントシステムを作成することができる。このことが、当初は、どう判断してよいのかわからず、プロジェクトチーム（現在、品質保証委員会）のメンバーは規格用語の置き換えに苦勞したようである。ISO9001 認証取得までの1年間、プロジェクトチームのメンバーは週に2回会議を開催し、ISO の仕組みの理解や規格用語の置き換えを進めてきたが、メンバーの間では精神的な負担もあったようである。しかし、せつかく途中まで頑張ってきたことを無にしたいくないという気持ちもあり、最後まであきらめずに乗り切ることができた。プロジェクトチームでは、チーム活動を活性化させるために、7つの「基本姿勢」をルールとした。このことも、認証取得を成功させる要因となったと思われる。

現在は、ISO9001 認証を取得し、継続して品質改善のマネジメントシステムを運営しているうちに、むしろ、日常業務が楽になってきたと感じているとのことであった。

図表 5- 3 プロジェクトチームとしての基本姿勢

- ① プロジェクトチームメンバーの一員としての責任を持つ。  
（会議時間厳守・宿題の提出）
- ② 議論は、他の人の批評ではなく代替提案型とする。
- ③ ISO に関する情報は積極的に流す。
- ④ チーム間での愚痴はよいが、チーム外では禁物。
- ⑤ 不明な点は遠慮せず、声に出す。
- ⑥ スケジュール管理は徹底して行う。
- ⑦ 活動はみんなが素人なので、「文書作りはたたき台を作ってくる」程度の気持ちで気楽に行う。

（資料）「医療法人社団協栄会大久保病院における ISO9001 認証取得実践事例集」大久保病院品質保証委員会 編、2004 年7月、経営書院。

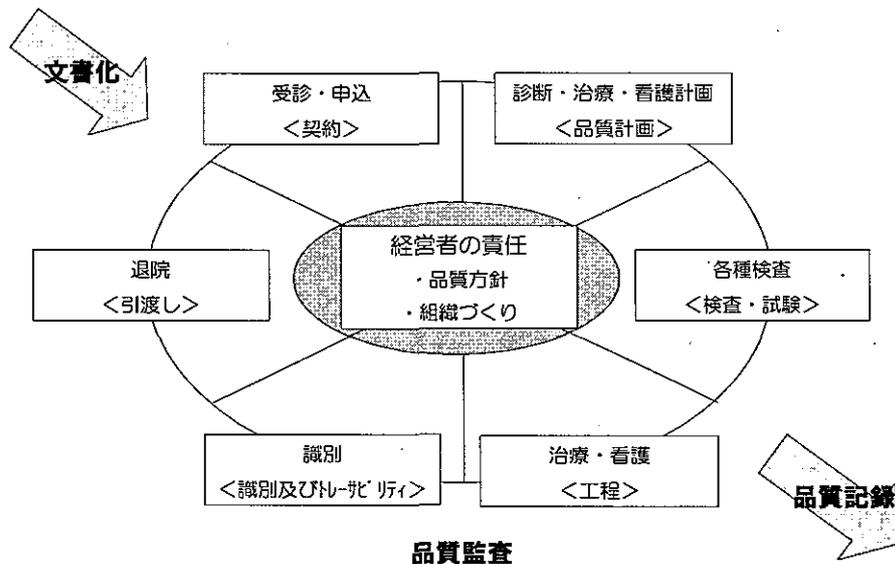
ISO9001 認証取得に際して、院長は、1年以内の取得で約500万円程度の予算を見込んでいた。この中には、建設業界の品質保証責任者を1年間の非常勤アドバイザーとして招いた報酬や審査費、コピー代などの物件費が含まれるが、プロジェクトチームの人件費は含まれていない。ISO 認証取得後は定期審査があるが、同院の規模では1回当たり30万円であり、当初は2回受審したので、年間60万円の審査料がかかった。これ以外に物品購入や施設改修、外部コンサルティング等のコストは発生しておらず、経済的負担は大きくはないとのことであった。

### (3) 第三者評価の活用状況と導入の効果

#### ①同院の品質保証体系の概要

ISO9000Sの品質計画書には20項目の要求事項が記載されているが、同院では、これを医療サービスの仕事の流れに当てはめて、用語の置き換え(定義)を行った。例えば、ISOの「契約」は医療サービスにおける「受診・申し込み」に、「品質計画」は「診断・治療・看護計画」、「工程」は「治療・看護」、「検査・試験」は「各種検査」、「識別及びトレーサビリティ」は「識別」、「引渡し」は「退院」とした。

図表 5-4 大久保病院における ISO 規格用語の定義づけ



大久保病院の主な定義づけの概要	
(1) 製品	患者様の健康状態の水準を適した状態で維持する、または回復すること
(2) 契約内容の確認	外来での問診票、入院での入院計画書 → 見積仕様書 見積仕様書に対する双方合意確認 → 契約及び注文 再来患者の他科受診や入院中の合併症 → 再契約
(3) 設計管理の対象	プロセス → 基本看護に上乗せする患者個々の特別看護計画の策定 業務システム → 看護部ないし病院全体の大きな変化に伴う業務システムの設計
(4) 購買	医療用材料、医薬品、医療用機器、医療用以外の物品等のハード、厨房・リネン清掃、一部の検査等の業務委託等
(5) 顧客支給品	対象 → 入院に際し預かり退院に返却するもの、患者が持ち込んだ退院で処方された薬剤等 対象外 → 患者のベッドサイドで自己管理可能な薬剤は対象外。健康保険証や他院から持参する検査結果も対象外
(6) 工程管理	対象 → 診察計画・看護計画・治療工程・看護工程、投薬等 カルテ(診察計画、看護計画、指示書等含む) → 品質記録 製品特性 → 健康状態の特性 手術 → 特殊工程
(7) 検査・試験	中間検査 → 術前・術後のバイタルチェックなど 最終検査 → 転帰の判断のための各種検査・診断など

大久保病院の主な定義づけの概要（つづき）	
(8) 不適合品の管理	医療の不適合 → 特別採用+修理(サービスの継続) 看護事故 → 看護事故報告書の作成 院内感染等 → 不適合報告書の作成
(9) 是正	検査の内部品質監査による不適合や顧客苦情等に伴う品質システムの見直し 不適合の発見 → 是正処置の検討 → マニュアルの変更
(10) 教育	対象 → 全病院職員 資格管理 → 特定業務資格認定基準による国家資格と内部資格の二つ
(11) 統計的手段	内部品質監査 → 指摘件数 院内感染防止対策委員会 → MRSA 等の感染箇所の統計 顧客苦情ノート → 苦情件数

(注) 上記の表現は ISO9001 : 1998 のもの

(資料) 医療法人社団協栄会大久保病院 HP (<http://www.okubo-hsp.or.jp/iso/main1.html>) より

図表 5- 5 大久保病院における基本方針及び医療サービスの基本理念

<p>&lt;基本方針&gt;</p> <p>地域に根ざした病院として、また、緊急指定医療機関として、高度な医療技術・医療設備を駆使し、24 時間体制で救命・治療を行い、地域住民が安心して生活できるように努力する。</p>
<p>&lt;医療サービスの基本理念&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 患者様を全人的に把握し、継続的ケアに心がけ看護の質を高める。</li> <li>2. 専門職業人として科学的・構造的・主体性のある看護を目指し、医師及び他部門との連携を図り、円滑・効果的に協働する。</li> <li>3. 社会の変動・医療の進歩に対応し、高水準の看護を展開する。</li> <li>4. 地域住民のニーズに対応し、病気の治療はもとより、患者様の健康に対する願望をかなえる医療サービスを提供する。</li> </ol>
<p>&lt;品質方針&gt;</p> <p>私たちは、「優しさ、親しみやすさ、奉仕の精神」で、患者様に安心を与え、信頼される医療サービスを提供する。</p>

(資料) 医療法人社団協栄会大久保病院 HP (<http://www.okubo-hsp.or.jp/iso/main1.html>) より

## ②第三者評価導入の効果

同院では ISO9001 認証取得に向けた準備期間も含めると、まもなく 8 年が経過しようとしている。

同院では、ISO9001 認証を取得してすぐに目に見える効果が表れたということではなかった。むしろ、継続的にマネジメントシステムを運営していくうちに、ISO9001 の効果やメリットが表れた。その一つは「職員の意識の変化」である。「患者のため」「より良い病院づくり」という方向性が明確になったことで、日常の業務を改善しようという意識が職員に芽生えた。例えば、ミスや患者からのクレームがあると、その責任は誰、あるいは、どの部署にあるかということが問題になりがちであったが、マネジメントシステムを運用していく中で、「このようなミスを再発しないようにするために、どのような点を改善すればよいか」「患者様からのこのようなクレームをなくすためには、どう対応すればよいか」といったように、皆で改善策を考えるカルチャーが醸成された。この一環として、同院では、クレームをできるだけ収集するようになった。このことは、今までの部門や職種といった壁を越えて、院内のコミュニケーションを円滑化させることにもなった。「患者のため」といった原点がしっかり定着したことで、他部署へ改善要望を提出したり、逆に他部署から改善要望を受け入れたりといった姿勢が定着し、職員間のコミュニケーションが円滑になり、職員の仕事がやりやすくなった。さらに、ISO のマネジメントシステムを導入した当初は、文書を作成し、それに伴う記録を作成することが大変だったが、何年か運用していく中で文書体系がスリム化され、今まで作成してきた記録と ISO で要求される記録が一致するようになり、仕事が楽になるというメリットを感じられるようになった。

ISO9001 認証取得、システム運用の効果として、「個室の利用率の高さ」が挙げられる。同院の場合、194 床のうちほぼ半数に当たる 98 床が個室である。室料差額のある個室をこのように多く設けた点について、当初は利用率を心配する声もあったが、結果としては、個室の空きがない時もあるほど高い利用率を確保でき、室料差額は病院の安定収入となっている。これは、室料差額を支払ってもよいと患者が思える医療サービスを職員一人一人が自覚して提供できているからであると同院では分析している。

第三者評価導入のきっかけとなった職員の定着率については、看護部門などでは中堅職員の定着率が高まるという効果を得られており、導入当初の目標である「職員のやりがいづくり」は達成できたといえる。このほか、採用募集について、同院が ISO9001 認証を取得している点に関心を持ち、応募してくる場合もあるようだ。しかしながら、医師の確保は、県全体が医師不足に悩んでいる状態であり、ISO9001 認証取得の効果はないとの状況であった。

図表 5- 6 大久保病院における ISO9001 導入・運用の効果

- 職員の意識の変化、医療の質を考える組織文化の醸成  
医療の質を考え、患者のためのサービス改善につなげる意識が醸成された。
- 院内コミュニケーションの円滑化  
職種・部門を越えて病院全体のコミュニケーションが円滑になった。
- 医療サービスの向上  
「患者のため」といった視点で、サービス改善が行われるようになった。
- 病院収入の安定  
質の高い医療サービス提供が個室の利用率を高め、病院収入の安定化に寄与した。

### 3. 第三者評価に関する今後の意向・要望等

#### (1) 第三者評価に関する今後の意向・要望等

##### ①ISO9001に関する今後の意向・要望等

ISO は認証取得よりも継続的に運用していくことが大切であると考えている。同院では、将来的には、今の仕組みが機能的に動き、職員だけで機能をチェックできるのであれば、第三者評価の看板を掲げずに独自にやっていきたいとも考えている。10 年間、このシステムを継続運用した上で、内部監査員の養成がどの程度進むのか、外部審査を受けることのメリットはまだあるのかを考慮したい考えである。

##### ②病院機能評価、信用機関格付けに関する今後の意向・要望等

同院では、病院機能評価の認定や信用機関による格付けを取得する予定はない。

様々な病院、様々な生活背景をもつ患者、地域性などがあり、それを同じ形に当てはめないようにすることが大切なのではないかと同院は考えている。例えば、病院機能評価については、診療報酬上の評価が認められない場合、要件を満たすための病院側の負担が大きい。評価する項目の中に選択の幅を持たせる表現にすれば、病院側の判断で利用しやすい評価になると思われる。

#### (2) 他医療機関へのアドバイス等

「ISO を取ると病院が良くなる」「自分自身が働きやすくなる」等の効果はあくまでも将来的な目標である。ISO9001 は 1 年や 3 年では結果が出ない。現在、自院が設定している目標を達成するためには、病院機能評価なのか ISO なのかをしっかりと行ってほしい。ISO9001 認証取得には、職員の時間的・精神的負担が大きく、病院にとっては経済的負

担もかかるので、なぜ取得するのか、その目的を明確にすることが大切である。目的を明確にすることで、職員の納得が得られ、積極的な活動につながる。

また、ISO は継続的に運用していくことが大切であるが、第三者評価を取ることで自身が目的であると、文書作り等に追われ、ISO に振り回されてしまう。また、ISO 自体が形骸化してしまう。自分たちで ISO を使いこなしていけば、苦になるシステムではない。むしろ自分たちの仕事の効率化、リスク管理上の安全対策といった方面にも広がっていけるものなので、非常によい手段である。職員が ISO を使いこなせるようになるためには、品質管理責任者を中心に強いリーダーシップで、職場への定着を図ることも成功の鍵である。

## 【事例】医療法人清翠会牧病院

### ～病院移転後の病院機能評価受審～

#### 1. 病院の概要

医療法人清翠会牧病院（以下、「同院」）は、初代理事長・院長である牧安孝氏によって1969年に開設された病院で、1995年からは現在の理事長・院長である牧恭彦氏が運営を行っている。同院は、大阪市北東部において、療養型病床群を含めたケアミックス病院を目指してきたが、平成15年の病床区分の届出と平成16年の新病院建築・移転をきっかけに、急性期の病院となっている。同院の病院経営のコンセプトは、「地域完結型保健医療福祉システム」に根ざした「地域医療病院」としての役割を担うことであり、その機能を果たすための整形外科、内科、外科、麻酔科、神経内科、リハビリテーション科、放射線科、リウマチ科の診療科と、一般病床80床を有している。その他関連施設としては、回復期リハビリテーション病院、老人保健施設、訪問看護ステーション、グループホーム等を有している。

同院は、1998年6月に、病院機能評価 Ver.2.0（一般病院A）の認定を取得した。一般病院Aの種別では、大阪市内で初めての取得であった。そして、2003年10月に更新の時期を迎えたものの、ちょうど新病院建築の時期にあたっていたため、移転後の2005年10月、更新ではなく新規で、病院機能評価 Ver.5.0を受審した。今回、同院は残念ながら数か所の指摘を受け、認定を取得することは出来なかったが、指摘事項への対応を行い、再度の審査に備えている。

#### 【プロフィール】

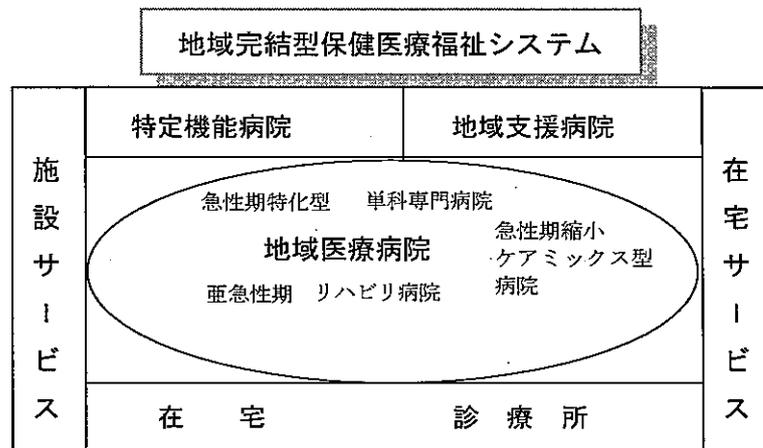
- 所在地 大阪府大阪市旭区
- 開設 1969年2月
- 理事長 牧 恭彦 氏
- 病床数 一般 80床、(亜)亜急性6床
- 診療科 整形外科、内科、外科、麻酔科、神経内科、リハビリテーション科、放射線科、リウマチ科
- 職員数 医師20人、看護師64人、その他の医療職28人、事務系職員・その他43人（以上、非常勤含む）
- 関連施設等 牧リハビリ病院、牧病院デイケアセンター、健康増進施設ウイング、牧老人保健施設、まきグループホーム、牧訪問看護ステーション、牧ヘルパーステーション、牧ふくし用具、牧けあぶらん
- 沿革 1969年7月 初代院長が牧病院（26床、個人）開設

- 1985年2月 医療法人設立
- 1985年3月 増改築工事 (80床)
- 1986年8月 救急告示病院承認
- 1992年12月 初代理事長・院長 死去
- 1994年6月 療養型病床群 30床承認
- 1995年9月 現院長就任
- 1996年5月 牧訪問看護ステーション開設
- 1998年5月 現理事長就任、牧老人保健施設開設
- 1998年6月 財団法人日本医療機能評価機構 一般病院 A 認定
- 1999年7月 牧けあぷらん (居宅介護支援事業) 指定
- 1999年11月 牧ヘルパーステーション認可
- 2000年8月 開放型病院届出・受理 (5床)
- 2000年9月 お家へ帰ろう会開始
- 2000年10月 糖尿病教室開始
- 2000年12月 紹介患者加算 (IV)・急性期病院加算届出・受理、  
検体検査管理加算 I 届出・受理
- 2002年3月 牧訪問看護ステーション生江開設、牧ふくしろうぐ認可、  
診療録管理加算届出・受理
- 2003年6月 牧グループホーム開設予定
- 2004年4月 牧病院移転
- 2005年10月 財団法人日本医療機能評価機構 病院機能評価 Ver.5.0 受審

○第三者評価の導入状況

病院機能評価認定 (1998年6月)

図表 5- 7 地域医療病院の位置づけ



(資料) 医療法人清翠会 牧病院

図表 5- 8 牧病院の病院理念

- 私たちは患者様の立場にたち、患者様に信頼され納得していただける良質な医療サービスを提供します。
- 私たちは保健、医療、福祉を通じて、地域の皆様の健康で豊かな生活を支援します。
- 私たちは責任と誇りをもち、日々研鑽をかさね、活気があり働きがいのある職場をつくります。

(資料) 医療法人清翠会 牧病院

図表 5- 9 牧病院の経営方針

- 整形外科、内科、外科を中心とした質とサービスの高い医療を提供する。
- 開放型病院として地域の医療機関と連携をとりながら地域完結型の医療福祉システムの一部を担う。
- 救急病院として、24 時間 365 日対応する。

(資料) 医療法人清翠会 牧病院

## 2. 第三者評価に関する同院の取組み

### (1) 第三者評価導入の経緯

#### ①病院移転前の新規受審

同院が病院機能評価を導入した理由は、理事長が「病院機能評価の項目は、病院が医療の質の向上のために取り組まなければならないことがある程度整理されており、病院として一定の質が担保されているというためには、病院機能評価の基準をクリアする必要がある」と判断したところにある。当初は、理事長の中にも、同院のような中小規模の病院では、ハード面の基準が厳しいように思われる病院機能評価の認定取得は難しいのではないかと躊躇する気持ちがあった。しかし、今後の病院間の競争に勝ち残っていくためには病院機能評価というハードルを乗り越えるべきであるというチャレンジ精神と、理事長自身が病院機能評価の推進委員を務めていたという事情から導入を決定した。結果的には、1998年6月に初めて病院機能評価の認定を受けた (Ver.2.0、一般病院 A)。一般病院 A の種別では、大阪市内で初めての認定取得であった。

## ②病院移転による再度の新規受審

同院では、その後5年の認定有効期間を経て、2003年10月が更新の時期となっていた。しかし、その頃、同院では病院の建替え・移転計画が進行中であった。2004年4月の新病院オープンに向けた準備に忙しく、病院機能評価の受審を並行して行える状況ではなかったため、2003年10月の更新受審はとりやめ、病院移転後に改めて受審することとなった。

図表 5- 10 牧病院の建替え工事について

1. 設計の基本方針	
・患者本位の病院	・地域に根ざした病院
・安全で価値の永続する病院	・健全な運営を支える病院
2. 建物の概要	
・敷地の位置	: 大阪市旭区新森 7-10-28
・地域、地区	: 第二種中高層住居専用地域 準防火地域
・敷地面積	: 1,979.49 m <sup>2</sup>
・建築面積	: 1,184.05 m <sup>2</sup>
・延床面積	: 4,500.66 m <sup>2</sup>
・構造、規模	: 鉄筋コンクリート造 地下4階/地下1階
・病床数	: 80床
3. 新病院の機能	
・外来機能	: 5診療室 1日300人対応
・救急機能	: 専属スタッフ配置、専用ベッドで24時間365日断らない二次救急
・入院機能	: 一般病棟40床×2 分散トイレ、8 m <sup>2</sup> 4人室中心、 重症管理サブICU、認知症・感染症対応
・手術室	: クリーンルーム（主に人工関節置換術用）含む2室、 回復室・更衣室を設け日帰り手術に対応
・リハビリセンター	: PTⅡ、OTⅡ、STⅡの基準をとり、主に急性期のリハ、 ADLリハに対応
・デイケアセンター	: PT、OTを配置し、回復期のリハに対応
・健康増進施設	: 医療法第42条施設、生活習慣病に対する有酸素運動等を行う
・地域連携室	: 外来受付の対面に、地域医療連絡室兼医療相談室を設け、 利用者が何でも相談できるよろず相談窓口をつくる。
4. 移転の時期	
・2004年4月	

(資料) 医療法人清翠会 牧病院

病院移転後の受審については、新病院での受審となるため、「更新」ではなく「新規」として取り扱われることとなった。また、その時点では、病院機能評価は Ver.4.0 と Ver.5.0 のどちらを受審してもよい状況であったが、同院では「せつかくの機会なので、最新の基準に挑戦したい」ということから、Ver.5.0 の受審を選択した。

以下、病院機能評価導入の負担・コスト及び効果について、2 回目の受審を中心に述べられた意見についてまとめている。

## (2) 第三者評価導入の負担・コスト

### 1) 第三者評価導入の準備

初回の受審については、病院機能評価の導入を決めてから認定を取得するまで、ちょうど 1 年の期間を要した。最初は情報が不足していたので、理事長が病院機能評価推進委員の会合に出席したり、事務長が外部の研修に参加したりすることによって、情報収集を行ったとのことだった。

一方、2 回目の受審については、病院移転の 2 か月後、2004 年 6 月の全体朝礼において、理事長が「2005 年に病院機能評価を受審する」と発表したことから取組みが始まった。2005 年 10 月の受審までの期間は 1 年 4 か月であるが、当時、同院ではオーダリングシステムの導入も同時に進めていたため、病院機能評価の準備としてより積極的に動き始めたのは、オーダリングシステム稼働後の 2005 年 4 月からであった。

具体的には、まず、副院長、薬局長、病棟師長、放射線科技師長、事務主任の計 5 名をメンバーとする、プロジェクトチームを立ち上げた。このうち、中心となったのは副院長であり、また、放射線科技師長は「総括実務担当」として、財団法人日本医療機能評価機構との書類のやり取りや記録を担当した。当初は、このプロジェクトチームが 1 か月に 1 回の頻度で会議を開催し、足りない部分は病院全体の運営委員会のメンバー（課長職以上）が補うといった体制であったが、後にそれだけでは不十分となったため、各部署の代表がプロジェクトチームのメンバーに加わり、会議は週 1 回のペースで開催されるようになった。通常業務を行う中で、週 1 回の会議開催はやや頻繁にも思われるが、作業の進捗状況のチェックを行う意味もあって必ず開催することにした。ただし、1 回あたりの開催時間は 30 分から 1 時間程度と、あまり長時間は行っていなかったとのことだった。

なお、プロジェクトチームは、途中で、同院内でより重要な意味をもつ「機能評価受審委員会」に名称が変更された。

## 2) 第三者評価導入の負担、苦勞した点

### ①時間的な負担

病院機能評価受審の取組みで苦勞した点として、まず、初回の Ver.2.0 と比較して、Ver.5.0 では、用意する資料の量が 2 倍以上となり、準備に時間がかかったことが挙げられた。中でも、「周知徹底」あるいは「整備」といった評価項目の文言が具体的に何を指すのか調べることや、担当者が不明確であった業務を誰がカバーするかについての振り分けに特に時間を要したとのことだった。そのような業務の担当者については、機能評価受審委員会で決定されたのであるが、機能評価受審委員会には様々な職種のメンバーが集まっていたため、最終的には非常に物事が円滑に進んだという面がみられたようである。

次に、業務のマニュアル作成にかかる手間や時間に関する意見が挙げられた。具体的には、Ver.5.0 では「チーム医療の実施」が非常に重視されているため、マニュアルの作成について、部署を越えた調整や話し合いが必要となる。同院では、以前は各部署で作成したマニュアルについて、他部署とのつき合わせを行うことはなかったが、今回は業務の相手方となる他部署でも使えるマニュアルの作成という観点から、何回かやり直しをすることもあったとのことだった。

また、看護部からは、院内においてほとんどみられない症例についてもマニュアルを作成しなければならないこと、例えば、同院では整形外科を中心としているため、患者の死亡例は少なくなっているが、それでも終末期を含めたカンファレンスの実施方法に関するマニュアルが求められるようなことが大変だったとの意見がみられた。

### ②経済的な負担

同院では、2 回目の受審のために、「受審料」120 万円に加えて、「設備・物品購入費」100 万円、「消耗品費」50 万円、「職員研修費」10 万円、合計 280 万円程度の費用がかかっている。このほか、時間外手当など「準備のための職員人件費」がかかっているが、具体的な金額は不明である。理事長によれば、同院は建替え・移転の直後であったため、「設備・物品購入費」はかからないだろうと考えていたが、実際には、窓を刷りガラスにする、扉を設置するといった、プライバシー関係、感染関係の観点からの改修や物品の購入が必要であったとのことだった。

図表 5- 11 病院機能評価受審のための費用

費目	金額	備考
受審料	約 120 万円	
設備・物品購入費	約 100 万円	窓の刷りガラス設置、扉の設置等。
消耗品費	約 50 万円	コピー代等
職員研修費	約 10 万円	
合計	約 280 万円	

(資料) インタビュー調査結果をもとに作成

こうした費用に対する負担感について、同院では、約 280 万円という費用そのものは同院全体の売上額と比較すればそれほど大きなものではないが、受審の準備のために通常業務の生産性が落ちたことの方が問題であると捉えている。具体的には、受審の準備のため、副院長の病棟回診ができない、検査部門で患者の受け入れ調整をしなければならない等の状況がみられた。実際のところ、同院が病院機能評価を受審した 2005 年 10 月の受け入れ患者数は 129 人で、通常より 30 人程度少なくなっているとのことだった。

### (3) 第三者評価受審の効果

一方、病院機能評価導入の効果については、1 回目の認定取得後、そのことによって患者が増えたというような直接的な効果はみられなかった。また、理事長自身も、病院機能評価は自分達を正すための手段であると考えており、経済的に利益を得ること自体、そもそも目的として考えていなかった。それよりはむしろ、受審のための取組みを行っていく過程で、①院内のコミュニケーションの円滑化、②自院の強み・弱みの把握、③評価項目を通じた患者サービスの向上、④ケアのプロセスに対する意識の向上といったような効果があったということだった。

まず、受審のための取組みを通して、院内のコミュニケーションが円滑になり、異なる職種、異なる部署同士で、お互いに何をしているかがよく分かるようになったという意見がきかれた。その結果、慣習的に行っていた業務の内容や方法を明文化し、部署を越えたマニュアルを作成することができたことは、同院の業務の標準化・効率化に非常に役立ったようである。

次に、改めて自院のデータを見直し、分析したところ、普段は気づかなかった自院の強みや弱みがよく分かったという意見があった。日常業務の中では、地域のニーズに応えるため、既に様々なことに取り組んでいるという印象を持っていたが、改めてデータをみると、まだ十分でない分野もあることが分かったとのことだった。

また、病院機能評価の項目が「患者の視点」で書かれていることがもたらす効果もあった。具体的には、「評価項目を読み込むことによって、改めて自院の存在意義を考えるよい機会となった」、「受審のための取組みを続けるうちに、日々の業務が全て患者サービスにつながっていることに改めて気づいた」という意見があった。後者については、病院機能評価の認定を受けるために、最初は何をすればよいのか分からなかったが、患者への説明を丁寧に行う、口頭で説明するだけでなくパンフレットを渡すようにする、患者に知らせるべきことは掲示物にするなど、ちょっとした工夫が患者サービスの向上につながることがよく分かったということだった。

更に、Ver.5.0 の評価項目では、ケアプロセスの評価が重視されていることから、カルテの記載に対する医師の意識が高まったという効果もあった。これまで、検査結果等に対する判断の内容が、カルテの記載からは必ずしも読み取れないこともあったが、受審をきっかけに、これまで以上に注意してカルテを記載するようになったということだった。

図表 5- 12 牧病院における病院機能評価導入の効果

- 院内のコミュニケーションの円滑化  
異なる職種・部署間で、お互いの業務を理解しあえるようになった。  
部署を越えたマニュアルを作成することができた。
- 自院の強み・弱みの把握  
データを見直すことで、普段は気付かない自院の強み・弱みが分かった。
- 評価項目を通じた患者サービスの向上  
「患者の視点」から自院の存在意義を考えるきっかけとなった。  
何が患者サービスの向上につながるかを具体的に理解した。
- ケアのプロセスに対する意識の向上  
医師が、ケアプロセスが分かるような形で、カルテを記載するようになった。

### 3. 第三者評価に関する今後の意向等

#### (1) 病院機能評価に関する今後の意向等

同院では、このような熱心な取組みにもかかわらず、2005年10月の受審では若干の指摘事項を受け、認定を受けることができなかった。

同院としては、2つの指摘事項に即刻対応し、再度書類審査を受ける予定となっている。

#### (2) 病院機能評価以外の第三者評価に関する今後の意向等

同院では、現在のところ、ISO9001の認証を取得することは考えていない。実のところ同院では、1998年に病院機能評価の認定を取得した後、ISOの認証取得も検討したが、取得にかかる外部コンサルティング費用が高かったため、病院としては断念したという経緯がある。また、ISOは医療独自の基準がなく、認証を取得することによって他病院との比較ができる種類のものではないため、病院機能評価と二重の費用をかける必要性は感じていないとのことだった。

同院の理事長は、ISO9001よりもむしろ、優れた「経営品質」をもつ企業に贈られる「マルコム・ボルドリッジ賞 (MB 賞)」や「日本経営品質賞」の方に関心があるということだった。

#### 4. 他医療機関へのアドバイス等

病院機能評価に取り組む際のポイントとしては、中心的に活動するコアメンバーをしっかり決めること、リーダーシップをとる医師を置くことが挙げられた。同院の場合も、各部署の管理職が「機能評価受審委員会」のメンバーとして中心的に活動したこと、また、副院長自ら積極的に病棟をまわり、取組みの進捗状況をチェックしたことの効果は大きかったということである。

また、受審のためには、どうしても時間外勤務が増えたり、多くの患者を引き受けられなかったりすることがあるが、理事長・院長がそれでも認定を取得しようという決断が出来るかどうか成功の鍵となるという意見もみられた。

## 【事例】財団法人脳神経疾患研究所

### ～医療機関格付け、病院機能評価、ISO9001の全てを取得した病院～

#### 1. 病院の概要

財団法人脳神経疾患研究所（以下「同法人」）は1984年に設立された財団法人で、理事長の渡邊一夫氏によって、現在、総合南東北病院（福島県郡山市、430床）、南東北福島病院（福島県福島市、68床）、診療所5か所、老人保健施設3か所等を福島県内において運営している。

同法人では「脳疾患（脳血管障害、脳腫瘍、頭部外傷、先天奇形、不随意引導等）の基礎的・臨床的研究を行う共に、その予防、診断および治療の進歩を促し、地域の皆さまの健康と公共の福祉に寄与すること」を目的としており、脳神経外科に強みをもって基盤を拡大してきた。最近では、PET検査にも注力しており、総合南東北病院にはPET5台を要した高度診断治療部門を設置している。

同法人は、2001年度から外部監査を正式導入し、2005年3月には、株式会社日本格付研究所（JCR）より長期優先債務格付けで「BBB」の格付けを取得した。また、同法人の中心となる総合南東北病院では、1999年12月に病院機能評価の認定（2004年12月更新）、2001年7月にISO9001認証（2004年5月更新）を受けている。

#### 【プロフィール】

- 所在地 福島県郡山市
- 開設 1984年1月
- 理事長 渡邊 一夫 氏
- 病床数 430床（附属総合南東北病院）
- 診療科 脳神経外科、外科、整形外科、心臓血管外科、形成外科、呼吸器外科、麻酔科、内科、神経内科、消化器科、循環器科、呼吸器科、食管食道科、小児科、婦人科、泌尿器科、皮膚科、肛門科、性病科、精神科、歯科、放射線科、リハビリテーション科、眼科、歯科口腔外科、耳鼻咽喉科、アレルギー科、小児外科（28科、附属南東北病院）
- 職員数 1,145人（財団職員数、平成17年4月現在）
- 関連施設等 総合南東北病院、南東北福島病院、南東北医療クリニック、南東北眼科クリニック、その他診療所5か所（運営受託診療施設2か所含む）、福祉施設8か所、介護保険事業所4か所、関連病院3か所、社会福祉法人1法人（設置施設5か所）

○沿革	1981年12月	南東北脳神経外科病院を開院
	1984年1月	財団法人脳神経疾患研究所を設立 病院名称は「財団法人脳神経疾患研究所 附属南東北脳神経外科病院」となる
	1990年9月	病院名称を「財団法人脳神経疾患研究所 附属南東北病院」に変更
	1996年2月	使用許可病床数を430床に増床
	1998年9月	病院名称を「財団法人脳神経疾患研究所 附属総合南東北病院」に変更
	1999年12月	日本医療機能評価機構「一般病院種別B」の認定を受ける (認定第141、Ver.3.0)
	2001年7月	ISO9001 認証取得
	2002年2月	財団法人脳神経疾患研究所 南東北福島病院を開設
	2003年4月	厚生労働省より臨床研修病院の指定を受ける
	2005年3月	株式会社日本格付研究所(JCR)より長期優先債務格付けで「BBB」取得

○第三者評価の導入状況

- 病院機能評価認定(1999年12月)
- ISO9001 認証取得(2001年7月)
- JCR 長期優先債務格付け「BBB」取得(2005年3月)

図表 5- 13 財団法人脳神経疾患研究所の事業内容

- 1) 脳疾患、特に脳卒中の正しい知識の普及のため、講演会の開催及び講演会の助成
- 2) 脳疾患研究会(S.T.R.medical Conference)の定例的開催
- 3) 脳疾患および脳神経外科に関する図書と関連刊行物、スライド、パネル等の収集整理とこれらの関係利用者への提供
- 4) 脳疾患または脳卒中対策に必要な情報の調査収集を行い、関係者への提供
- 5) 脳疾患、特に脳卒中専門医療施設の拡充および病院の運営
- 6) 脳神経外科、神経内科、神経放射線専門医の育成強化
- 7) 検診事業並びに健康増進施設の設置運営
- 8) 老人保健施設の設置運営
- 9) 指定老人訪問看護事業・指定専門看護事業
- 10) 在宅介護支援センター運営事業
- 11) その他、本研究所の目的を達成するために必要な事業

(資料) 財団法人脳神経疾患研究所

## 2. 医療機関格付けに関する同法人の取組み

### (1) 「医療機関格付け」導入の経緯

同法人が「医療機関格付け」に関心を持ったきっかけは、その後の取組みの中心となった常務理事が、ある資金調達セミナーに出席したことであった。常務理事がそのセミナーで説明を受けた、病院格付の評価ポイントを同法人に当てはめてみると、ほぼ問題なくクリアできるだろうと考えられた。また、常務理事は自らの法人に対する客観的な評価を受けたいと考えていたため、医療機関格付けの取得を考えるようになった。

また同法人は、以前から財団法人立の病院としては初めてシンジケートローンを利用するなど、新たな取組みに積極的であったことから、理事長も医療機関格付けの取得に理解を示し、導入を決定した。そして、2005年3月、JCR 長期優先債務格付け「BBB」の認定を取得した。

### (2) 「医療の質」を重視した評価

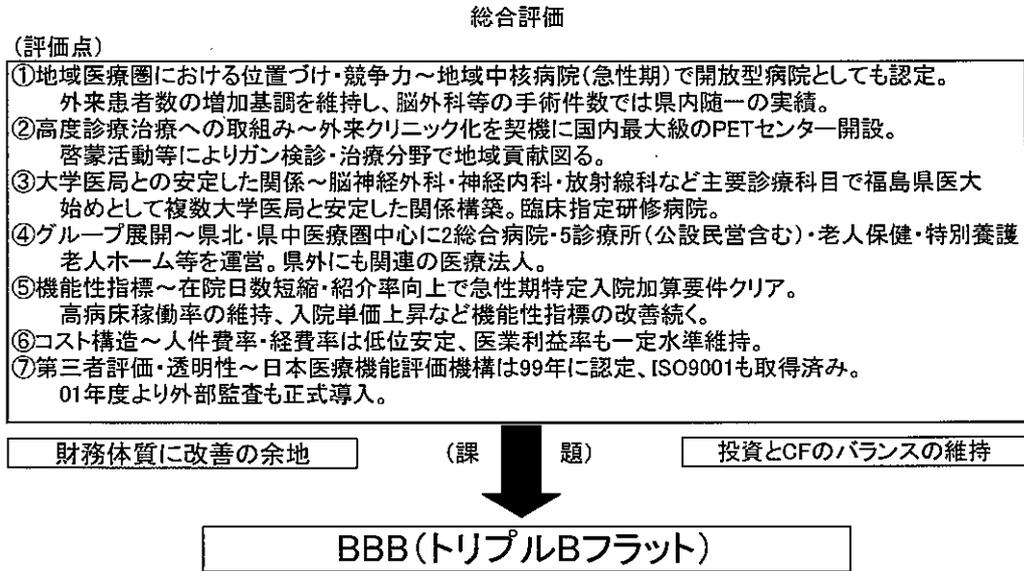
JCR の医療機関格付けの評価ポイントは定量面と定性面に分かれている。医療機関格付けというと、定量的な財務の面ばかりが評価されてしまうと考えられがちであるが、実際にはそうではなく、当該法人の「医療の質」向上の取組み状況、医療環境の変化への対応、地域において果たしている役割等、定性面がかなり重視されている。そのようなことから、常務理事は、「医療の質」向上のため、日頃同法人が取り組んでいることの延長線上に医療機関格付け取得があると理解し、医療機関格付けの基準に納得することが出来た。

### (3) 評価結果についての対応

今回の長期優先債務格付け「BBB」という結果については、常務理事が受審前に予想していたとおりの結果であり、概ね満足できるものであった。

JCRによれば、同法人が高く評価されたポイントは、「地域医療圏における位置づけ・競争力」「高度診断治療への取組み」「大学医局との安定した関係」「宮城県北・県中医療圏へのグループ展開」「機能性指標の改善」「コスト構造」「第三者評価・透明性確保への取組み」という点であった。また、病院開業後20数年で急ピッチで事業を拡大してきた経緯から、今後の課題として「内部留保が比較的薄く財務体質改善の余地がある」「財務改善のためには一定時期、投資とキャッシュフローのバランスを図る必要がある」という点が指摘された。同法人としては、課題として指摘を受けた点は、第三者の客観的な意見として真摯に受け止め、今後の事業運営の参考にしていくということだった。

図表 5- 14 財団法人脳神経疾患研究所の評価のポイント



(資料) JCR 資料

#### (4) 医療機関格付け導入の負担・コスト

同法人が、医療機関格付けの導入を決断してから実際に取得するまでの期間は約半年で、準備の際の負担感はなかったということだった。

しかし、同法人が比較的短期間で対応することができたのは、以前から詳細な年報の作成や外部監査の導入等、情報公開に積極的であったため、既存のデータを活用して審査資料を作成することが出来たことが大きい。また、審査資料の作成した常務理事が金融機関の出身者で、豊富な財務の知識や経験を有していたことも、負担軽減の大きな要素となっている。

なお、格付け取得のためにかかった費用は、新規が約 300 万円、継続が約 100 万円であった。

#### (5) 医療機関格付け受審の効果

このように医療機関格付けを受けたことで得られた最大の効果は、資金調達力の向上であった。例えば、同法人ではシンジケートローン を 2 回組んでいるが、格付け取得前の 1 回目よりも、取得後の 2 回目の方が、金融機関の担当者が金融庁に対して説明がしやすいということがあった。

実際のところ、同様なことは外部監査の導入についてもあてはまり、行政機関に書類を提出する際、監査法人のチェックを受けていることを述べると、それから更に財務内容の質問や指摘を受けることはほとんどなく、申請が通りやすくてよいということだった。

また、別の効果として、監査法人の指摘を受けることで、法人内の財務担当者のスキル向上にもつながるといったことだった。

### 3. 病院機能評価、ISO9001 に関する総合南東北病院の取り組み

#### (1) 導入の経緯

同法人が運営する総合南東北病院（以下、「同院」）は、病院機能評価認定と ISO9001 認証の両方を取得している。

そのうち最初に取り組んだのは病院機能評価で、「医療の質」向上のために 1998 年 9 月から受審の検討を始め、1 年 3 か月後の 1999 年 12 月に認証を受けた。しかし、一度認証を受けると次の審査は 5 年後ということもあって、職員の活動が停止してしまうおそれがある。そこで、継続的な取り組みに結びつけるため、理事長が 2000 年の年頭初心表明で「第三者からの評価は重要である。しかし病院機能評価を受けても更新まで何もしないことになるおそれがある。5 年に 1 度の認証取得の時だけ一生懸命行い、後は何もしていないのでは無意味だ。継続的な改善の実施を行う ISO9001 を利用すべきである。」と述べたことから、ISO9001 に取り組むことが決定し、2001 年 7 月に認証を取得した。

その後、同院では、毎年 ISO9001 のサーベイランスを受け、2004 年 5 月には更新認証を受けている。また、2004 年 12 月には病院機能評価の更新認定も受けており、病院機能評価を補うものとして ISO9001 が活用されている。

#### (2) 導入の負担・コスト

##### 1) 導入の準備

###### ① 病院機能評価

既に述べたように、病院機能評価受審の準備は、認定取得の 1 年 3 か月前の 1998 年 9 月から行われた。具体的な検討のために「準備委員会」が設立され、当時の副院長が委員長を務め、その他の管理職がメンバーとなった。準備委員会では 1 か月に 1 回程度の会議が開催され、更に事務局メンバーは 1 週間に 1 回程度のミーティングを行った。

###### ② ISO9001

一方、ISO9001 認証の準備については 2000 年 1 月から検討を始め、認証を受けるまでに 1 年半程度の準備期間を要している。プロジェクトチームの主なメンバーは病院機能評価とほぼ同様で、1 週間に 1 回程度のミーティングを行った。それから、品質マニュアル構築のために用語の解釈が必要であったため、半年間程度の外部コンサルティングを依頼した。

また同院は、初回認証取得後に「ISO 課」という部署を新設し、1~2 名（兼任）の職員を配置した。同課は「職員への ISO 普及」を主な目的とし、院内の ISO 運営のとりまとめや内部監査等を行っている。

## 2) 経済的コスト負担

認定や認証取得のための費用についてみると、病院機能評価については、初回審査で 564 万円、更新審査で 344 万円の費用を要した。初回審査に際しては、院内サインの見直し、職員の ID カードの作成、職員の遵守事項や就業規則を記載した職員手帳の作成を行った。また、特別に改修工事をしたり、機材を購入したりすることはなかったが、図書室の整備、診察室におけるプライバシーの配慮も行った。

一方、ISO9001 については、初回審査で 549 万円（受審料＋コンサルティング料）、更新審査で 148 万円であった。

図表 5- 15 病院機能評価認定、ISO9001 認証取得のための費用

	病院機能評価	ISO9001
初回審査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受審料 189 万円</li> <li>・院内サインの見直し 250 万円</li> <li>・ID カード作成 80 万円</li> <li>・職員手帳作成 45 万円</li> </ul> <p style="text-align: right;">合計 564 万円</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受審料 325 万円 (予備審査 137 万円+本審査 188 万円)</li> <li>・コンサルティング料 224 万円</li> </ul> <p style="text-align: right;">合計 549 万円</p>
サーベイランス		<ul style="list-style-type: none"> <li>・受審料 (第 1 回) 81 万円</li> <li>・ (第 2 回) 60 万円</li> </ul>
更新審査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受審料 210 万円 (その他研修費等 134 万円)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受審料 148 万円</li> </ul>
サーベイランス		<ul style="list-style-type: none"> <li>・受審料 (第 1 回) 148 万円</li> </ul>

注) 病院機能評価、ISO9001 とともに、その他の費用として「研修費・交通費」がある。

(資料) 財団法人脳神経疾患研究所 附属総合南東北病院

## 3) 第三者評価導入について苦労した点

### ① ISO9001 の用語の難しさ

ISO9001 導入について苦労した点として、もともと ISO9001 で用いられる用語は医療分野のものではないため、その意味を解釈して医療分野の言葉に置き換えることが非常に難しかったという意見が挙げられた。そのため、外部コンサルティングを導入したが、結局のところ、ISO の専門家であるコンサルタントは医療の言葉を理解できず、互いのコミュニケーションに苦労したということだった。

### ② ISO 運営の仕組みづくり定着の難しさ

また、病院機能評価は予め定められた基準をクリアする努力をすればよいのに対して、ISO9001 は運営のための仕組みを自ら構築しなければならないことが難しいということが挙げられた。同院では、内部監査や教育の仕組みをつくり、実際に運用を始めた後も、「PDCA サイクルは何のためにやっているのか。」「なぜこんなにたくさんの文書を作成し

なければならないのか。」といった現場の抵抗感があり、きちんと機能してきたのは最近になってからということだった。

そのような意味で、病院の職員にとっては ISO9001 より病院機能評価の方が受け入れやすい面があるが、同院では職員研修等の機会を利用し、ISO9001 は患者の満足度を高めるシステムであり、病院で行っている全ての活動が ISO 活動に直結することを説明している。その結果、現在では ISO 自体が目的ではなく、患者の満足度を高めることが目的であるという考えが定着し、各職員は日々の活動を ISO のためという認識をせずに行っているということだった。

### (3) 第三者評価受審の効果

#### 1) 部署間のコミュニケーション、横のつながりの強化

病院という職場は専門職の集まりであるため、どうしても自分の専門分野以外のことには関与しない傾向がある。しかし、同院では ISO 活動によって、部署間のコミュニケーションが非常に円滑になった。

具体的には、同院では ISO 活動の一環としての内部監査員を務めることを通して、他部署の業務に対する理解度を高めるようにしている。特に、若い職員を積極的に就任させることにしており、現在の内部監査員の人数は 100 名を越しているということだった。

#### 2) 患者満足度の向上

同院では、医療・介護分野における ISO9001 は「患者さまに安心と満足を提供するシステム」であると捉えており、その導入によって「病院がより効率的に運営でき、患者様はより高い満足と信頼できる医療サービスを受けることができるようになる」と考えている。

例えば、患者の意見や苦情を収集する「ご意見箱」について、ISO9001 導入以降、患者に返事を書くだけでなく、意見の内容の分析を行い、現場に反映させるようになった結果、患者の満足度、評価が高まったことを実感している。

同院では ISO 活動の評価をするため、外来患者数、入院患者数、手術件数の推移を記録しているが、何れも順調な伸びを示し、それに伴う収益も右肩上がりに増加している。このような状況が必ずしも ISO 活動を行ったことによるとは言いきれないが、同院では ISO9001 が患者の満足度を高めるものであり、それが高まったことによって患者数及び収益が増加したことから、ISO9001 の活用は有効であったと考えている。

## 4. 他医療機関へのアドバイス等

同法人によれば、医療制度改革や公益法人改革の動きを考えると、外部監査の導入が義務付けられたり、第三者機関から一定の評価を受けていなければ世間に認められなくなることを想定した上で、今後の医療施設の経営を考えていくことが必要であるということだった。特に、医療機関格付けについては、結果の良し悪し、公表するか否かにかかわらず、

第三者の客観的な評価を受けることは重要であるという。

そして、格付けに限らず、医療施設が第三者から高い評価を得るためには、今後の医療行政の方向性を見極め、数年後の状況を予測しながら施設運営を行わなければならない。例えば、2006年診療報酬のマイナス改定は、一般の医療施設に大変厳しい影響を与えているが、同法人ではそのような事態を予め予測し、早くから「地域医療支援病院」の認定取得に取り組んだ。その結果、2006年3月1日付で福島県より承認を受け<sup>4</sup>、マイナス改定の影響を少なくすることができた。

このように、第三者評価に取り組み、その結果を先見性のある医療施設経営に活かしていくためには、理事長のリーダーシップに基づく確かな戦略と財務の知識がある人材が必要であるということだった。

---

<sup>4</sup> 福島県内で3番目、中通り地域（東の阿武隈高地と西の奥羽山脈に挟まれた福島県の中央地域）では初めての認定である。

平成17年度 医療施設経営安定化推進事業  
第三者機関による評価が与える病院経営の影響調査研究  
報告書

平成18年3月

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

〒105-8631 東京都港区新橋1-11-7

TEL:03-3572-9033 FAX:03-5568-4658