

病院における機能分類と評価体系のあり方に関する実証的 研究

主任研究者

福田 敬 (東京大学大学院)

分担研究者

中野 夕香里 (日本医療機能評価機構)

伊藤 弘人 (国立医療・病院管理研究所)

病院における機能分類と評価体系のあり方に関する実証的研究

主任研究者 福田 敬 東京大学大学院医学系研究科 助手

研究要旨：病院機能評価において、どのような評価体系が望ましいかを検討するため、日本医療機能評価機構における受審病院のデータを用いて、病院の機能分類および機能の組み合わせの状況を把握した。また、わが国の医療機能の多様性に関して、特に精神疾患患者における一般医療との組み合わせの状況を把握した。その結果、同じ種別の病院でも病棟別の機能および診療補助機能は様々な組み合わせがあることが示され、1つの種別の評価基準を適用して評価することが困難であることが示唆された。また、精神疾患患者でも身体合併症がある患者は多く、これらに対応する機能を病院が有している必要があることが示された。このように多様な病院の機能を評価する体系を検討するには米国において実施されている機能の組み合わせによる評価体系も参考になると思われた。わが国でも各機能を評価する基準を設け、それらの組み合わせを対象となる病院が有する機能に応じて評価内容を決めるようなしくみが必要と考えられた。

分担研究者 中野 夕香里
(財)日本医療機能評価機構
研究主幹

伊藤 弘人
国立医療・病院管理研究所
主任研究官

評価のための基準が示されてきた。

これらの評価基準は、特に病院を限定せず、病院全体を対象に記述されている場合が多い。しかしながら、我が国では現在約1万弱の数の病院があり、これは世界的にみても非常に多い数である。これらの病院は様々な機能を有し、特に急性期医療のみならず、一部にはその後の継続的なケアの役割を担っている病院もある。従って、評価基準をすべての病院に当てはめることは困難であると思われ、特に長期療養を主な機能とする病院のための評価基準等も提示されている。

第三者による評価にいち早く取り組んだ東京都私立病院会青年部会（当時）では、評価基準を作成するにあたり、厚生省および日本医師会による「病院機能評価マニユ

A. 研究目的

我が国では、1995年に、財団法人日本医療機能評価機構が設立され、病院の評価および認定活動が推進されている。評価する方法としては、評価基準（スタンダード）を定め、それに基づいて医療・看護・事務管理等の各専門家が病院を訪問して評価する形式がとられている。評価基準は一般に病院医療に携わってきた専門家や研究者によって作成され、日本医師会をはじめとする各医療専門職団体によって主に自己

アル」の基準を第三者が客観的に評価できるものに変更することと併せて、対象が私立の比較的小規模で地域に密着している病院であることを考慮して、主にこのような病院に求められる基準が検討された。その後、この活動を受けて全国的に病院の評価活動を行っている「医療の質に関する研究会」では、主に高機能を有する病院のための基準の開発を行い、それと平行して、小規模病院版の基準の作成も行われた。

日本医療機能評価機構においては、当初2年間の運用調査期間においても、一般病院の種別Aと種別Bが設けられ、種別Aは「地域に密着し、住民に身近な医療機関として、概ね二次機能までの医療に対応している比較的に規模の小さい病院」、種別Bは「地域が必要とする各領域の医療において基幹的・中心的な役割を担い、高次の医療にも対応しうる一定の規模を有する病院」と区分されている。種別A・Bそれぞれについて評価基準が作成され、評価に用いられているが、全体の領域の構成や大項目については共通しているものが多い。また、種別A・Bの選択は評価を受ける病院の選択に任されており、一定の基準で振り分けられるものではない。

精神病院については、運用調査時点では、「精神医療を担うことを主たる役割としている病院」として精神病院版の基準が作成されたが、現在では、一般病院と同様の考えで、精神病院種別Aと精神病院種別Bの2種類が作成されている。ここでいう精神病院とは、医療法上の定義とは異なり、一

部に一般病床を持ち、医療法上は一般病院と分類される病院でも、精神医療が主たる役割であると病院が判断する場合には精神病院種別の評価を受けることになる。一般病院版との主な違いは、特に精神病院においては患者の隔離等が行われるため、患者の人権や処遇に配慮する評価項目が充実している点である。

さらに、医療法における療養型病床群の規定や介護保険導入の流れを受けて、「長期療養を担うことを主たる役割としている病院」として長期療養病院版の基準が作成され、評価に用いられている。これは、一般病院の基準に加えて、患者のQOLやリハビリテーションの活動が大きく取り上げられている。

しかしながら、前述の通り、我が国では1つの病院が様々な機能を有する場合があります。例えば、精神疾患患者に対する長期的な治療・ケアを行うと同時に急性期医療にも積極的に取り組んでいる病院や、急性期および長期療養の双方に対応するいわゆるケアミックス型病院等がありうる。そのため、病院機能評価においても、定められた基準の2つ以上を併用する形での種別複合Aと種別複合Bという形が存在し、個々の病院の状況に応じて、適切な基準で評価を行うことが試みられている。

今後、医療機能評価活動を行っていく場合には、このような様々な機能に対応する方策を検討する必要がある。なぜなら、今後さらに評価対象とする病院が増加すると様々な機能の組み合わせの病院が現れ、そ

のたびに種別複合型を制定していかなければならない。しかしながら、そのような病院がどの程度存在するか、あるいは病院はどのような機能の組み合わせを有しているかは必ずしも明らかでない。これを検討するには、病院全体としての情報だけでなく、病棟単位などの詳細なデータの検討が必要である。急性期、長期療養、精神科等の各種機能は、病院全体の平均在院日数や患者数等で把握できるものではなく、通常は病棟単位でその機能が割り振られているためである。

そこで、本年度は、病院における機能の分類およびその組み合わせを医療機能評価を受審した病院のデータをもとに分析し、また、わが国の医療機能の多様性に関して、特に精神疾患患者における一般医療との組み合わせの状況を把握する。これらの結果をもとに病院の機能評価体系を検討することを目的とする。

B. 研究方法

1) 医療機能評価受審病院のデータを用いた機能分類と組み合わせの検討

日本医療機能評価機構における評価を受審した259病院（運用調査を除く）の書面審査データを用いた。項目としては開設者、病院の種別、病床数、特殊病床数、併設施設、臨床研修指定、病棟ごとの機能として、病床数、病床の種類、平均在院日数、老人比率、看護婦数等、また各部門の機能として、救急医療体制、内視鏡、画像診断、検体検査、病理診断、手術、中央滅菌、リ

ハビリ、栄養、診療録管理、訪問看護等の機能の有無に関するデータを用いた。

病棟の機能は以下の通りに分類した。一般病床については急性期と長期療養機能、緩和ケア、精神病棟、集中治療、救急専用、伝染性疾患に分類した。病棟以外の部門については、院内でどの程度その機能を有するかという観点から、機能の有無を変数とした。

2) 精神科医療機能の多様性に関する調査、および米国における診療機能区分とその評価体系の検討

精神病院の入院患者の分析として、福岡県精神病院協会会員のうちの22の精神病院に入院した計1,100名のうち有効な回答が返送された984名についての分析を行った。調査内容は、人口統計学特性、精神医学的診断(ICD-10)、患者の社会生活機能等を測定する機能の全般的評定、入院形態、および身体合併症の有無である。

また、米国における診療機能評価の区分については、評価組織や評価区分、評価体系を検討する際の課題等について専門家への聞き取り調査を中心に実施した。

C. 研究結果

1) 医療機能評価受審病院のデータを用いた機能分類と組み合わせの検討

対象とした病院は258で、受審した種別では一般病院が225、精神病院が22、長期療養型病院が11であった。

病院の種類と実際の受審種別との関係を見ると、特定機能病院と総合病院は全て一

般病院種別で受審しているが、単科専門病院では一般病院種別が 23、長期療養型が 1、その他一般病院では、一般病院種別で受審している病院が 108、長期療養型種別で受審している病院が 21 であった。また、病院の性格と受審種別の関係をみると、一般病院種別で受審している病院では、急性期型が 189、慢性期型が 8、ケアミックス型が 28 となっており、一般病院種別であっても、慢性期型やケアミックス型が多く存在することが示された。長期療養型種別で受審している病院では、急性期型は 0、慢性期型が 10、ケアミックス型が 12 であった。ケアミックス型では、全ての病床が慢性期医療のために用いられているのではなく、一部で急性期型の医療も担っているため、長期療養型種別の評価基準のみでよいかどうかは検討が必要である。精神病院種別で受審している病院では、急性期型が 1、慢性期型が 3、ケアミックス型が 7 であった。医療法上の定義とは異なり、精神病院種別で受審する病院の一部には一般病床を有し、精神疾患以外の患者にも対応している場合があり、その部分の評価も必要である。

病棟別の機能をみると、急性期病棟を有する病院は 214(83.3%)あり、これは病院の性格として、急性期型とケアミックス型を選択した病院の合計よりも少なかった。長期療養機能を有する病院は 180(70.0%)であり、病院の性格として急性期型としている病院の多くで長期療養機能を有する病棟を持っていることになる。緩和ケア病棟を有

する病院は 8、結核・伝染病棟を有する病院は 33 であった。精神病棟に関しては 43 の病院で有しており、病院種別が精神病院であるものは 22 であるため、一般病院においても精神病棟を有する病院が多いことがわかる。

2) 精神科医療機能の多様性に関する調査、および米国における診療機能区分とその評価体系の検討

精神病院の入院患者の分析では、984 名の対象者のうち、身体合併症を有する患者は 442 人 (44.9%) であった。

機能の全般的評定 (DSM-IV) の平均値では、身体合併症のある患者は 31.4 で身体合併症のない患者の 36.4 より、有意に低い値となっていた。

米国における診療機能評価区分とその体系に関しては、米国では、医療専門家、政府および消費者団体の大きく 3 つに分類できる立場から、診療機能の評価が行われていた。それぞれの団体は、おもに「構造」および「過程」の評価が中心であるが、近年医療の「成果 (アウトカム)」に関連するパフォーマンスの指標を用いた診療機能評価方法を開発している。

医療専門家による医療機能評価としては、JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) NCQA (National Committee for Quality Assurance) 、AMAP (American Medical Association Program) があり、病院だけでなく各種医療サービスの評価・認定が行われている。ま

た、アウトカムを用いた評価も検討されている。病院が長期療養施設を有している場合に JCAHO が実施しているテイラード・サーベイはわが国の状況にも類似しているものであり、今後の参考になると思われた。

政府機関による医療評価活動としては、HCFA(Health Care Financing Administration) や AHCPRA(Agency for Health Care Policy and Research)があり、医療施設の評価だけでなく、パフォーマンス指標の開発にも取り組んでいる。

消費者団体による医療評価活動としては、FACCT(Foundation for Accountability)があり、医療の質に関する情報を消費者が理解するのを助けるような活動を行っている。

D. 考察

わが国においては、病院は急性期、長期療養、精神等様々な機能を有しており、各病院がそれらの機能の独自の組み合わせをもって運営している。医療機能評価を受審した病院のデータからは、これらの組み合わせの状況が把握され、従来の病院種別で対応することが困難であることが示唆された。また、精神疾患患者についての調査からは、身体合併症を有する患者の状況が把握され、これらの患者について対応することは精神疾患を主に扱う病院においても必要なことであると認識された。

わが国における医療機能評価の評価体系を検討する際には、先行して実施している諸外国の状況を参考にすることは有効であり、米国の状況からは、医療専門家、政府、

消費者団体のそれぞれからの医療評価の考え方が示された。特に医療専門家が行う評価においては、病院の機能に応じた評価基準の組み合わせを行うなどの工夫もなされており、わが国でも参考になると思われる。また、アウトカムあるいはパフォーマンス指標を用いた評価方法の検討もなされており、今後、わが国でも検討する必要があると思われた。

E. 結論

わが国では、それぞれの病院が様々な機能の組み合わせを有しており、医療機能評価においては、このような様々な機能に合った評価体系の検討が必要である。これらの機能を評価する体系としては、機能別の評価項目とそれを病院に応じて組み合わせるしくみが必要と考えられ、今後、評価体系の見直しと基準の作成を行い、実施していくことが望まれる。

病院における機能分類と評価体系のあり方に関する実証的研究

分担研究者 中野 夕香里 日本医療機能評価機構 研究主幹

研究要旨：病院機能評価において、病院がどのような機能を有し、どのように評価すればよいかを検討するために、日本医療機能評価機構における受審病院のデータを用いて、機能分類および評価のあり方を検討した。本年度は、データを整理し、機能別の集計を行った。その結果、同じ種別の病院でも病棟別の機能および診療補助機能は様々な組み合わせがあることが示された。特に一般病院の種別においては、その中に長期療養型の機能や精神病棟等を有する場合も多く、これらを含めた評価体系の検討が必要であると思われた。評価に当たっては、各機能を評価する基準を設け、それらの組み合わせを対象となる病院が有する機能に応じて評価内容を決めるようなしくみが必要と考えられる。

A. 研究目的

我が国でも、第三者によって病院における医療機能を評価する活動が1980年代から検討され、研究会等で実際に評価が行われてきた。そして、1995年には、財団法人日本医療機能評価機構が設立され、全国的な病院の評価および認定活動が推進されている。病院における医療の機能を評価する方法としては、評価基準（スタンダード）を定め、それに基づいて医療・看護・事務管理等の各専門家が病院を訪問して評価する形式がとられている。

現行では、審査種別として、一般病院A・B、精神病院A・B、長期療養型病院があり、原則としてはいずれかの種別の評価基準を用いて評価を実施している。しかしながら、実際には、これらの機能が組合わさって1つの病院となっている場合もあり、評価体系の見直しが求められる。

そこで、本研究においては、平成9・10年度に日本医療機能評価機構の評価を受審した病院の書面審査データを活用し、実際に病院はどのような機能を有しているのか、その組み合わせを検討し、今後の病院機能評価体系はどうあるべきかを考察する。

B. 研究方法

1) データ

日本医療機能評価機構における評価を受審した259病院（運用調査を除く）の書面審査データを用いた。種別は、一般病院、精神病院、長期療養病院、種別複合のすべてを含むが、書面審査データは種別により異なる点がある。書面審査は、「施設基本票」「部門別調査票」「診療機能調査票」「経営調査票」「自己評価票」の5種類からなるが、このうち、施設基本票と部門別調査票のデータを用いた。施設基本票から

は、開設者、病院の種別、病床数、特殊病床数、併設施設、臨床研修指定等のデータを用いた。部門別調査票からは、病棟ごとの機能として、病床数、病床の種類、平均在院日数、老人比率、看護婦数等を用いた、また各部門の機能として、救急医療体制、内視鏡、画像診断、検体検査、病理診断、手術、中央滅菌、リハビリ、栄養、診療録管理、訪問看護等の機能の有無に関するデータを用いた。なお、精神病院版の書面審査では、特殊病床の有無、手術・輸血の有無については調査されていない。

2) 分析

病棟の機能は以下の通りに分類した。一般病床については我が国では急性期・慢性期の明確な区別はないが、診療報酬上、2対1等の看護体制での報酬が30日で変わることから、便宜的に病棟における平均在院日数が30日未満の場合に急性期、30日以上の場合には長期療養機能を有する病棟とした。長期療養機能には、これ以外に療養型病床群、特例強化老人病棟、介護力強化病棟を含めた。緩和ケア病棟は、今後この機能を評価するための基準の検討が必要と考え、長期療養機能とは別の区分とした。精神病棟については一般と療養の2つの区分とし、この他、集中治療、救急専用、伝染性疾患の各区分を設けた。病棟以外の部門については、院内でどの程度その機能を有するかという観点から、機能の有無を変数とした。検体検査や栄養については業務委託を行っている場合もあり、その状況を

把握した。

また、外来診療や薬剤部門については、すべての病院で機能を有していると考えられることから、当然、評価の対象となるべきであり、その有無を変数としては特に取り上げていない。

分析は、これらの機能を有する病院がどの程度の割合で存在するか、および個々の病院がどのような組み合わせで機能を有しているかを分析する。さらに、それらの機能と受審した種別の関連を検討する。

C. 研究結果

1) 受審病院データ

対象とした病院は258で、受審した種別では一般病院が225、精神病院が22、長期療養型病院が11であった。

開設者別にみると、医療法人が153(59.3%)と最も多く、地方自治体44、公益法人・社会福祉法人16などとなっていた。個人病院は8と少なかった。

2) 病院が有する機能

病院の種別に関しては、特定機能病院が5、特定機能病院を除く総合病院が89、単科専門病院が24、その他一般病院が130、精神病院が10となっていた。また、病院の性格としては、急性期型が190、慢性期型が21、ケアミックス型が47であり、種別でその他一般病院とした病院の多くが、自院を急性期型と認識していることが明らかとなった。病院の種類と実際の受審種別との関係をみると、特定機能病院と総合病

院は全て一般病院種別で受審しているが、単科専門病院では一般病院種別が 23、長期療養型が 1、その他一般病院では、一般病院種別で受審している病院が 108、長期療養型種別で受審している病院が 21 であった。また、病院の性格と受審種別の関係を見ると、一般病院種別で受審している病院では、急性期型が 189、慢性期型が 8、ケアミックス型が 28 となっており、一般病院種別であっても、慢性期型やケアミックス型が多く存在することが示された。長期療養型種別で受審している病院では、急性期型は 0、慢性期型が 10、ケアミックス型が 12 であった。ケアミックス型では、全ての病床が慢性期医療のために用いられているのではなく、一部で急性期型の医療も担っているため、長期療養型種別の評価基準のみでよいかどうかは検討が必要である。精神病院種別で受審している病院では、急性期型が 1、慢性期型が 3、ケアミックス型が 7 であった。医療法上の定義とは異なり、精神病院種別で受審する病院の一部には一般病床を有し、精神疾患以外の患者にも対応している場合があり、その部分の評価も必要である。

病棟別の機能をみると、急性期病棟を有する病院は 214(83.3%)あり、これは病院の性格として、急性期型とケアミックス型を選択した病院の合計よりも少なかった。集中治療ユニットを有する病院は 118(45.9%)であり、救急専用ユニットを有する病院は 48(18.7%)であった。これらの機能は急性期病棟を有する病院でも全てに存在するも

のではない。長期療養機能を有する病院は 180(70.0%)であり、病院の性格として急性期型としている病院の多くで長期療養機能を有する病棟を持っていることになる。緩和ケア病棟を有する病院は 8、結核・伝染病棟を有する病院は 33 であった。精神病棟に関しては 43 の病院で有しており、病院種別が精神病院であるものは 22 であるため、一般病院においても精神病棟を有する病院が多いことがわかる。

病院が有する各種機能をみると、救急告示病院が 192(74.4%)、臨床研修指定病院が 73(28.3%)であった。救急に関しては、二次救急医療施設で毎日救急に対応している病院が 144 と最も多かった。手術を行っている病院は 224(91.1%)、輸血に関しては 242(98.8%)の病院で行っていた。

診療補助機能としては、内視鏡検査室を有する病院は 221(92.5%)、病理検査機能を有する病院は 131(50.8%)であった。また、医療社会福祉部門を組織的に位置づけている病院は 183(72.6%)であったが、診療録管理部門を独立している病院は 91(35.4%)と少なかった。

機器の保有状況では、CT を保有する病院は 246(95.3%)、MRI を保有する病院は 189(73.3%)であった。

D. 考察

1) 病院における機能評価

現在、日本医療機能評価機構において実施している病院機能評価では、病院の種別として、一般病院A・B、精神病院A・B、

長期療養病院が用いられている。原則としてはこれらのいずれかを適用することになる。しかしながら、実際に審査を受けた病院の機能をみると、いずれかに分けることが困難であることが示唆された。一般病院種別であっても、急性期病棟と慢性期病棟を有する場合が多く、また精神病棟を有する場合も少なくない。これらの機能を十分に評価するには、各種機能の組み合わせにより評価体系を構築する必要があると考えられる。診療補助機能としても、病院によって有する機能は様々である。これら进行评估するには、機能別の評価基準を作成することとこれらの適用を病院の機能にあわせて選択する形式が必要と思われる。

院に応じて組み合わせるしくみが必要と考えられた。

2) データおよび分析方法

医療機能評価を受審する病院は年々増加しているため、今後さらに各病院のデータが蓄積されることにより、分析をすすめることが可能と考えられる。しかしながら、医療機能の分類方法が確立しているわけではなく、今回は病棟機能を中心に分類を行ったが、さらに、診療内容等の検討が必要である。

E. 結論

医療機能評価機構による審査を受けた病院のデータを用いて、病棟別および診療補助機能の分類を行ったところ、同じ種別に属する病院でも機能の組み合わせは各病院ごとに異なり、これらの機能を評価する体系としては、機能別の評価項目とそれを病

－病院における機能分類と評価体系のあり方に関する実証的研究－

米国における診療機能区分とその評価体系および

わが国の医療機能の多様性に関する予備的検討

分担研究者 伊藤 弘人 国立医療・病院管理研究所 主任研究官

研究要旨：病院における機能分類と評価体系を構築する資料として、①わが国の診療機能の多様性に関する予備的調査と、②米国における診療機能区分とその評価体系の検討を行った。研究方法；①福岡県精神病院協会の会員病院のうち、調査に参加した22病院で、平成10年2月からの入院患者各50名合計1,100名の身体合併症の有無と他の特性との関連を分析した。②米国における診療機能区分とその評価体系について調査した。結果；①入院患者の44.9%が身体合併症を有していた。特に身体合併症を有する患者の74.9%は65歳以上であり、身体合併症のない患者の65歳以上の患者が31.1%であることと比較し有意に高かった。②米国における医療機能評価組織の評価体系はその設立経緯などに強く影響を受けており、その傾向は医療施設の構造・過程の評価で顕著であった。評価組織の主導性が評価体系の構築には重要であった。一方、成果（アウトカム）の評価では、各指標の対象の疾患（群）が限定されているために、コア指標と各領域の指標との区分がなされていた。構造・過程の評価体系と成果の評価体系は統合される傾向にあった。まとめ；①わが国の精神病院が高齢者ケアも機能のひとつとして担っており、わが国の医療機能の多様性の一端を示している。②米国での評価体系は設立経緯に依存しているため評価組織の主導性が鍵となっていた。

研究協力者氏名	所属施設名及び職名
石橋 明	福岡県精神病院協会会長
富松 愈	福岡県精神病院協会理事
西島 英利	日本医師会常任理事
西園 昌久	福岡大学医学部教授
前田 久雄	久留米大学医学部教授
松井 敬介	福岡県精神病院協会理事

A. 研究目的

わが国の医療機関は、多様な医療を機能分類が曖昧なまま提供しているという現状がある。この状況は、急性・慢性期医療など医療に要する時間的区分において、また一般・精神科医療など医療内容においてもあてはまり、療養を目的とした長期入院の患者と術後回復期の患者とが同じ医療施設に同居していることは、わが国

では珍しくない。本研究では、まずわが国における医療機能の多様性を把握するために精神病院入院患者の特性を試行的に調査する。精神病院に入院している患者はどの程度身体合併症を有しているのだろうか。

次の課題は、評価体系の米国の現状の把握である。今後わが国で医療の機能分化が促進されるに従い、それぞれの医療施設がどのような医療を提供しているのかを明確にすることが、各医療施設においても、また医療施設の医療機能の評価をする団体においても重要となる。特に医療機能の評価組織は、各医療施設の医療機能を適切に評価することが期待されるために、医療機能に対する明確な評価体系が必要となる。

医療機能評価についての長い歴史を有する米国では、医療機能の評価体系についてどのような議論がなされ、どのような現状なのであるのか。また医療機能の評価する団体はどのような立場からなされているのであろうか。

すなわち本研究では、病院における機能分類と評価体系を構築する資料として、わが国の診療機能の多様性に関する予備的調査と、米国における診療機能区分とその評価体系の検討を行う。

B. 研究方法

本研究は、①精神科医療機能の多様性に関する調査、および②米国における診療機能区分とその評価体系の検討から構成される。

1. 診療機能調査：精神病院の入院患者の分析

対象は、福岡県精神病院協会会員のうちの22の精神病院で、平成10年2月の1日から入院したすべての患者各施設それぞれ50名である。分析対象は22病院の各50名の合計1,100名のうち有効な回答が返送された984名(89.5%)である。調査内容は、性・年齢などの人口統計学特性、精神医学的診断(ICD-10)、患者の社会生活機能等を測定する機能の全般的評定(アメリカ精神医学会のDSM-IV)、入院形態、および身体合併症の有無である。身体合併症の有無に関連のある要因から、精神病院での診療機能について分析する。

2. 米国における診療機能評価区分とその体系

米国における診療機能評価の区分については、専門家への聞き取り調査を中心に実施した。調査は、①どのような診療機能評価組織が存在するのか、②各団体ではどのような評価区分が用いられているのか、③評価体系を構築するためにどのような議論があったのかについてを明か

にするよう進めた。

C. 研究結果

1. 診療機能調査：精神病院の入院患者の分析

984名の対象者の性別は、男性が460人(46.7%)で、女性が524人(53.3%)であった。平均年齢(標準偏差)は52.5(19.9)歳であり、65歳以上の患者は、303人(30.8%)であった。身体合併症を有する患者は442人(44.9%)であった。

身体合併症を有する患者は高齢である割合が有意に高く、65歳以上のしめる割合は、身体合併症を有する患者の74.9%(227名)であるのに対し、身体合併症のない患者の31.1%(210名)であった($\chi^2=161.0$, $df=1$, $p<.0001$)。

身体合併症の有無による精神医学的診断によると、身体合併症のある患者数(%)は、症状性を含む器質性精神障害は148(33.5%)で、精神作用物質による精神障害は49(11.1%)で、精神分裂病は111(25.1)で、気分障害は74(16.7)で、神経症性ストレス関連性および身体表現性障害は20(4.5)で、その他は40(9.1)であった。身体合併症のない患者数(%)は、器質性精神障害は31(5.7%)で、精神作用物質による精神障害は35(6.5%)で、精神分裂病は256(47.2)で、気分障害は127(23.4)で、神経症性ストレス関連性および身体表現性障害は40(7.4)で、その他は53(9.8)であり、有意に割合が異なっていた($\chi^2=149.9$, $df=5$, $p<.0001$)。

機能の全般的評定(DSM-IV)の平均値(標準偏差, n)では、身体合併症のある患者は31.4(15.1, 380)で身体合併症のない患者の36.4(14.5, 504)より、有意に低い値となっていた($t=5.0$, $df=882$, $p<.0001$)。

2. 米国における診療機能評価区分とその体系

米国では、医療専門家、政府および消費者団体の大きく3つに分類できる立場から、診療機能の評価が行われていた。それぞれの団体は、おもに「構造」および「過程」の評価が中心であるが、近年医療の「成果（アウトカム）」に関連するパフォーマンスの指標を用いた診療機能評価方法を開発している。

各団体がそれぞれの評価方法を開発して使用しているが、これは評価を受ける医療施設にとっては大きな負担であった。そこで、現在では、各団体が共有できる評価方法を共同で開発する試みがなされている。後述する CHAPS や HEDIS などがその例である。

以下に各団体ごとに結果を示す。

1) 医療専門家による医療機能評価： JCAHO、
Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)は、医療施設の認定を第三者で行うために、1951年に医学学術団体、病院団体や政府により設立された合同組織である。JCAHOは、1953年から病院の認定を開始した。その後 JCAHO は認定対象施設の種類を拡大し、1970年に精神科医療施設、1971年に長期療養施設、1975年に急性期医療施設、1983年にホスピスケア施設（1990年に在宅ケアプログラム認定に吸収される）、1989年にマネージドケア（1990年に急性期医療施設認定に吸収される）認定が開始された。現在存在する認定マニュアルは以下の通りである。

- (1) 病院 (Hospitals)
- (2) 救急医療 (Ambulatory Health Care)
- (3) 精神科医療 (Behavioral Health Care)
- (4) 在宅ケア (Home Care)
- (5) ネットワークおよび医療プラン (Health Care Networks and Health Plans)

(6) 長期療養施設・ナーシングホーム (Long Term Care/Nursing Home)

(7) 病理および臨床検査 (Pathology and Clinical Laboratory Services)

また、病院が長期療養施設を有している場合もあるために、1983年には「テイラード・サーベイ (Tailored Survey)」の方法を開発した。この方法は、不都合がない場合には重複している評価領域をひとつの評価基準に合体させて、評価を効率的おこなう方法である。

テイラード・サーベイで重複領域をどのように調整しているのかについては、各専門家に聞き取り調査をした結果、「柔軟に対応している」との回答であった。すなわち、歴史からも理解できるように、各評価体系は別個に開発されているために、その調整は各評価体系の歴史的な経緯と関連団体の力動を JCAHO 事務局が収集・調整を行いながら開発・改定を行っていた。

JCAHO は「構造」と「過程」の評価に重点を置いた認定活動を推進してきたが、1987年の内部改革で、構造と過程に「成果」の評価を加味する必要性が提案され、指標 (Indicator) を用いた質改善活動の開発を推進してきた (Indicator Measurement System; IMSystem)。当初、この活動は①測定する指標の多様性に加えて信頼性と妥当性の検討が十分でなかったこと、②病院側に過剰な作業を要求することになったこと、さらに③この活動が独占的な評価活動となる危険性が生じたことなどにより、開発が遅れていた。

しかし、JCAHO はこれまでの経験に基づいて、1997年に ORYX を開発することになった。これは指標を用いて継続的に医療の質測定を実施するものである。ORYX に従い、JCAHO では 1999 年後半から各病院にパフォーマンスのデータ提出を義務づける。このデータ自体は

医療施設の認定と直接は関係ないが、近未来には重要な認定の評価領域として組みこむ予定である。データ収集の容易さから、指標を継続的に測定可能な長期療養施設から開始する。精神科医療も現在、運用調査をいくつかの病院で実施しており、近くどの指標を採用するかを決定する。在宅ケアも準備中だが、救急医療はまだ先送りになっている。パフォーマンス測定では「コア指標」と「各領域に特有の指標」とを分けていく予定である。どの指標を選択するかは各施設に任されているが、コア指標についてはいくつかは選択が義務付けられるなど優先順位が高い。現在はコア指標をインターネット等を通して広く募集している。コア指標は多くの医療施設で使用される特典があるが、使用が無料であるとの JCAHO の条件のために、版權を有する著者は、コア指標に申請するかどうかの決断をせまられている。

2) 医療専門家による医療評価活動: NCQA

National Committee for Quality Assurance (NCQA) では、標準化された客観的情報の必要性が求められていたために、1991 年から Managed Care Organizations (MGOs) の認定を開始した、民間の非営利団体である。認定プログラムは任意の活動であるが、HMOs の半数以上がこのプログラムに参加している。

(1) MGOs の構造とシステムの認定

NCQA では、MGOs の審査に 60 以上のスタンダードを用いており、それらは大きく、質管理および改善 (40%)、資格認定と再認定 (10%)、会員の権利と会員への責任 (17.5%)、予防活動 (10%)、利用管理 (17.5%)、診療録 (5%) の 6 領域にまとめることができる。

(2) パフォーマンス測定における診療領域区分

NCQA では、MGOs のパフォーマンス測定を Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS) を用いて実施している。HEDIS 第 3 版では、MGOs を比較するために、患者満足度調査票を含む 50 以上のパフォーマンスを測定している。NCQA の National Report Card Pilot Project をはじめ NCQA の活動は、企業等が MGOs を選択するときの重要な資料となっている。

NCQA の評価体系は次の通りである。

- a. 加入者に関するデータ
- b. 高額医療に関するデータ
- c. 入院医療
- d. 救急医療
- e. 非急性期医療
- f. 出産
- g. 新生児
- h. 精神保健
- i. 薬物依存
- j. 外来での処方

NCQA では、診療機能を、a~e および j である比較的総体的な機能と、f (出産)、g (新生児)、h (精神保健)、i (薬物依存) の各領域の機能とに分けて検討している。

NCQA の活動は、ヘルスプランの評価である点で、医療施設の評価とは異なる側面を有している。しかし、診療機能の区分を考えるとときには参考になると考えられる。

1999 年現在、NCQA は MGOs の審査にいくつかのパフォーマンスの測定を統合する段階に入っている。

3) 医療専門家による医療評価活動: AMAP

American Medical Association Program (AMAP) はアメリカ全国のスタンダードと指針、および

同僚のパフォーマンスに基づいて、医師個人を測定し評価する包括的な任意の認定プログラムである。その領域は、資格認定、個人の資格、ケアの環境、臨床プロセス、患者のアウトカムから構成されている。

小児科学会など各学術団体でも診療に基づいたネットワークを構築しはじめている。たとえば American Psychiatric Association (APA)では、APA Practical Research Network (PRN)が、会員精神科医から参加者と募り、診療についてのデータベースの作成を開始しており、その結果に基づいて、ガイドライン等を作成している。

4) 政府機関による医療評価活動: HCFA

Health Care Financing Administration (HCFA)は、メディケア、メディケイド、小児保健を通じて7,500万人のアメリカ人の医療保険を提供している連邦組織である。加えて、医療の質に焦点をあてた活動を実施している。

HCFAでは、NCQAのHEDISを用いて医療施設の評価を実施している。

5) 政府機関による医療評価活動: AHCPR

Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)は、保健医療の質の向上、医療費の削減、医療のアクセスの向上をめざす研究を支援するために、1989年に設立された国立研究機関である。その使命は、保健医療体系を改善する情報をまとめることであり、臨床では何が最もうまくいくかを検討し、医療の質の測定と改善を促し、医療資源の利用をより費用効果の高いものにし、保健医療政策のよりよい決定に導くために、政策担当者や消費者を支援する。その活動は、アウトカム研究、質測定と改善、臨床診療ガイドライン、消費者の選択、コストとア

クセス、医療提供体制、技術評価、データベースの開発から構成されている。

AHCPRでは、HCFA、JCAHOやNCQAとともに、53のパフォーマンス指標の開発に取り組んでいる (CONQUEST; Computerized Needs-Oriented Quality Measurement Evaluation System)。また、AHCPRはMGOsの評価のために、CHAPS (Consumer Assessment of Health Plans)を開発している。この質問紙は、1999年のNCQAの認定およびHEDISに採用されている。CHAPSはコア質問紙とオプション質問紙に分類されており、コア質問紙の大項目は、①加入者に関する情報、②アクセス、③医師との関係、④全般的評価、⑤利用度、⑥コミュニケーション、⑦管理状況、⑧健康状態、⑨人口統計学的特性、および⑩確認事項から構成されている。

6) 消費者団体による医療評価活動: FACCT

Foundation for Accountability (FACCT)は米国民がよりよい保健医療を選択できるために1995年に設立された、消費者団体や購買者で構成されている非営利団体である。医療の質の向上のためには、その一翼を担う消費者の地位の向上が重要であるとの認識のもと、FACCTは医療の質に関する情報を消費者が理解するのを助け、消費者に焦点をあてた医療の質の測定方法を開発し、啓蒙活動を行っている。

D. 考察

1. 診療機能調査：精神病院の入院患者の分析

精神病院への入院患者には、45%の患者が合併症を有していることが明らかになった。特に高齢者にその割合が多いことは、精神病院が精神科医療のみならず、高齢者への医療を提供していることを示している。

精神病院は、精神分裂病など精神病有する患者への医療を提供する医療施設としてこれまで考えられてきたが、今回の調査から、高齢者ケア施設として理解することも必要であることが明確になった。すなわち、診療機能としては、精神科医療に加えて身体合併症を有している高齢者ケアの機能がある。

医療機能評価を検討する場合には、療養施設の評価と整合性を有する評価体系が必要である。さらに、身体合併症を半数の患者が有している点を考えると、一般医療との整合性も必要となると考えられる。

2. 米国における診療機能評価区分とその体系

米国における医療機能評価組織の評価体系は、その設立経緯や各関連団体の力動に強く影響を受けており、その傾向は医療施設の構造・過程の評価で顕著であった。このことは評価体系を構築する場合の理論的基盤がそれほど強固ではないことの一端を示している。

評価体系の構築におけるこのような米国の現状から、評価体系の構築には、評価組織がまとめ役として主導性を発揮することが重要であると考えられる。それぞれの評価体系の経緯や各関連団体の力動を勘案して、統合した評価体系案を提案し、各関連団体を調整する役割が、評価組織には極めて重要であるといえることができる。

一方、成果（アウトカム）の評価では、各指標の対象の疾患（群）が限定されているために、指標を各単位として認識しやすい。したがって

それらの各単位を整理・統合することは、構造・過程の評価体系に比較する容易である。

統合した評価体系を構築することは、構造・過程の評価体系では完結している複数の体系を融合させる作業である一方で、成果の評価体系は各指標を積み上げていく作業といえることができる。両者を比較すると、成果の評価体系の方が、体系を構築しやすいと考えられる。また各指標をコア指標と各領域の指標とに分類することも、比較的容易であろう。既に米国の医療機能評価組織では、コア指標が作成されつつある現状も、成果の評価体系の構築の容易さを示す根拠のひとつと考えることができる。

さて、ここで重要なのは、構造・過程の評価体系と成果の評価体系は統合される傾向にあるという米国の動向である。両者の評価体系を関連させようという動向は 1980 年代後半から存在したが、近年その傾向が強まっていることは JCAHO の状況からも明確である。いまだ統合方法は模索の段階であるが、今後ますます加速化し、数年後には、成果の指標をとりいれた構造・過程の評価が開始されることが予測できる。

E. 結論

本調査結果は、わが国の医療機能の多様性の一端を示しており、精神病院が高齢者ケアを機能のひとつとして有していることが明かになった。また米国での評価体系の調査の結果、評価体系の再構築は、設立経緯や関連団体の力動が影響するために、機能評価組織の主導性が鍵となっていた。

－病院における機能分類と評価体系のあり方に関する実証的研究－

米国における診療機能区分とその評価体系およびわが国の医療機能の多様性に関する予備的検討

報告書資料

国立医療・病院管理研究所 主任研究官 伊藤 弘人

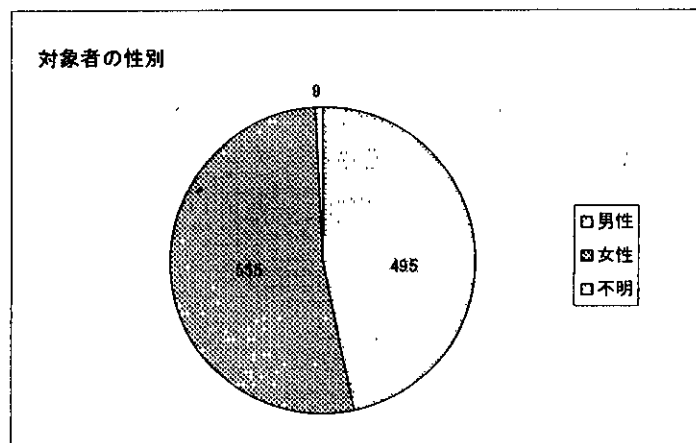
「平成 10 年 2 月退院患者調査」集計

2 月入院患者調査については、調査依頼をした 31 の病院中 22 の病院（68.8%）から回答が得られた。当初の計画では、各病院 50 名ずつの対象者合計 1,100 名について調査票を記入してもらおう予定であったが、不完全回答等を除いた結果、1,059 名（96.3%）が本調査の対象となった。以下に、入院患者の特性についての報告を記すが、各項目について欠損値があった関係上それぞれの項目における人数は異なっている。各項目名の後ろに括弧がきで示した数字がその項目における有効回答数である。

最初に全体の集計結果に記した後に、精神分裂病患者についての結果を示し、最後に身体合併症の有無による分析を行う。なお身体合併症についての分析対象は、有効な記載があった 984 名である。

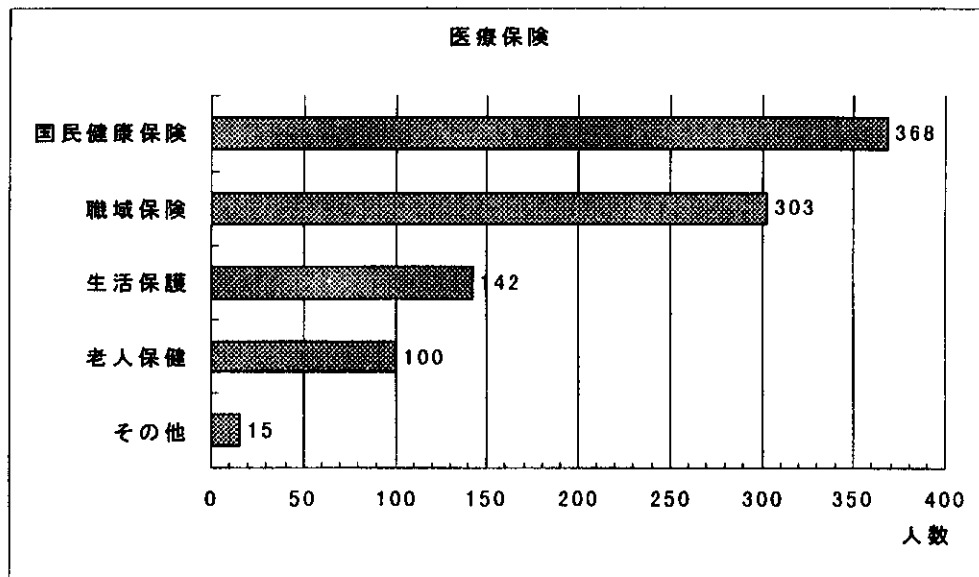
(1) 対象者の人口統計学的特性

対象者は、男性 495 名（46.7%）、女性 555 名（52.4%）および性別不明 9 名（0.8%）からなっていた。

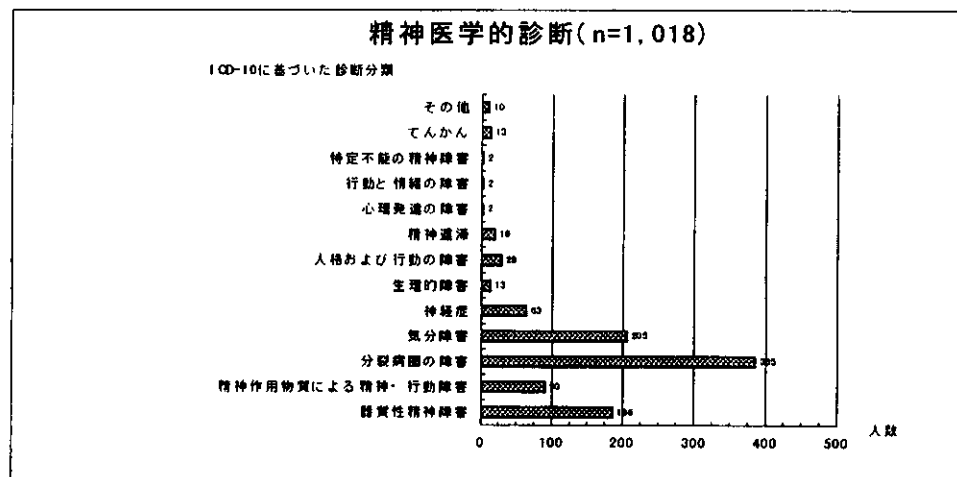


国籍 (n=1,051) は、1049名 (99.8%) が日本国籍であった。平均年齢 (n=1,040) は、52.4歳 (S.D.=19.9)、平均の教育を受けていた年数 (n=796) は、10.9年 (S.D.=3.1) であった。また婚姻状態 (n=1,019) は、405名 (39.7%) が未婚、486名 (47.7%) が既婚で、128名 (12.6%) がその他であった。生活形態 (n=1,034) は、164名 (15.9%) が独居しており、828名 (80.1%) が家族と同居していた。

医療保険 (n=928) は、下図に示すように国民健康保険の者が368名 (39.7%) と最も多く、ついで職域保険の者が303名 (32.7%)、生活保護が142名 (15.3%)、老人保健が100名 (10.8%)、その他が15名 (1.6%) であった。



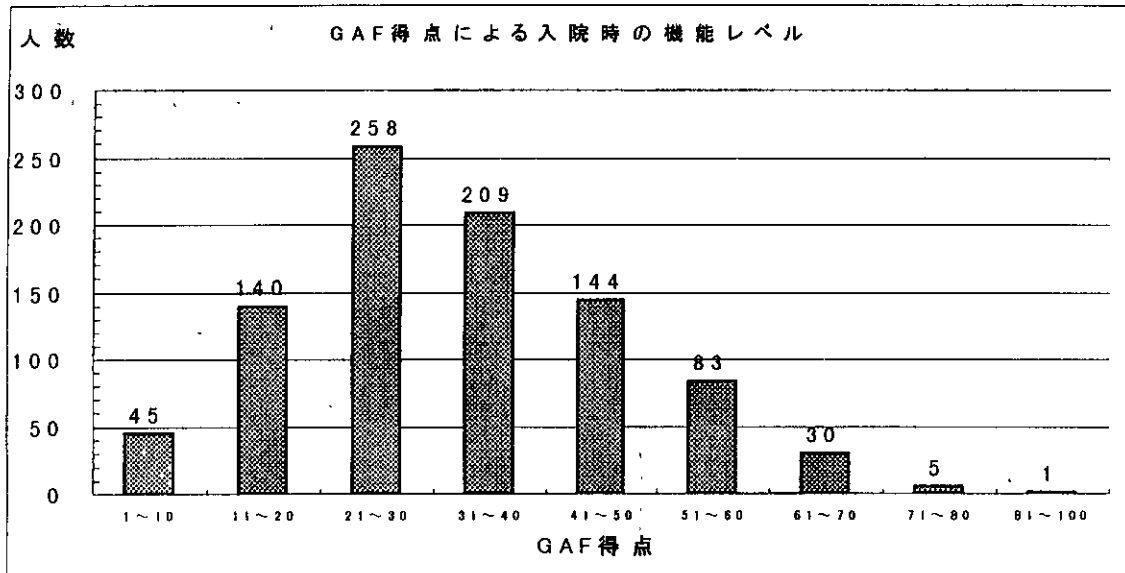
(2) 対象者の精神医学的状態について



まず、対象者の ICD-10 に基づいた精神医学的診断の内訳を上図に示す。

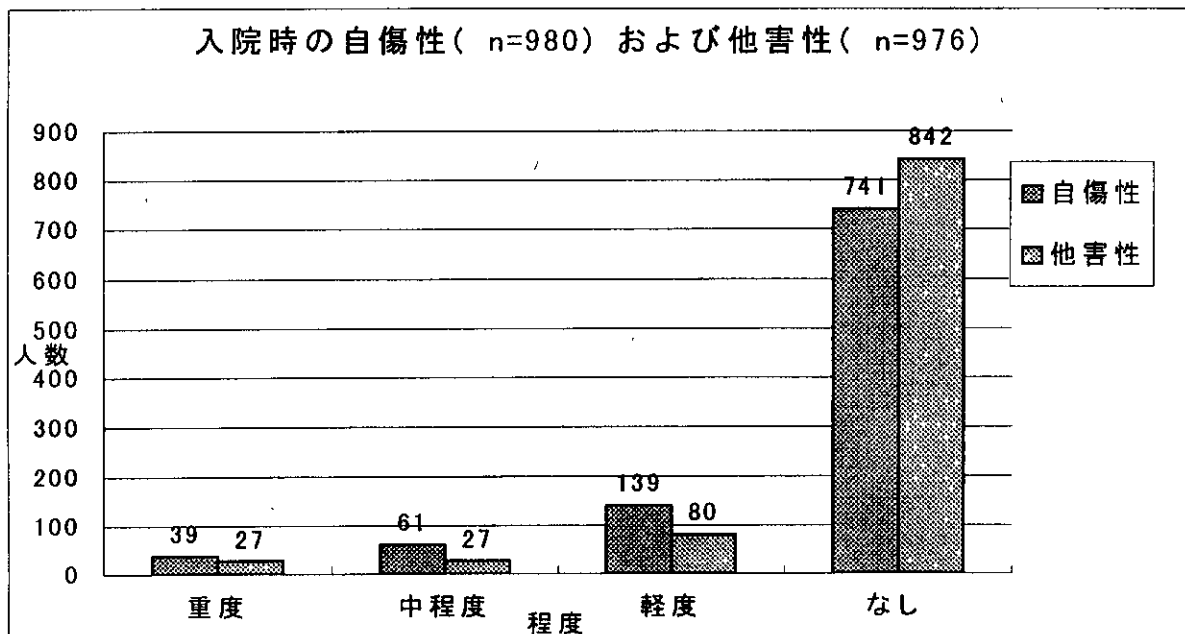
上図に示したように、精神分裂病圏の障害が 385 名 (36.4%) と最も多く、以下気分障害 205 名 (19.4%)、器質性精神障害 186 名 (17.6%)、精神作用物質による精神・行動障害 90 名 (8.5%)、神経症 63 名 (5.9%) の順であった。

次に入院時の対象者の GAF を用いて測定した機能レベルを下図に示す。



(3) 対象者の入院時の状態および入院治療について

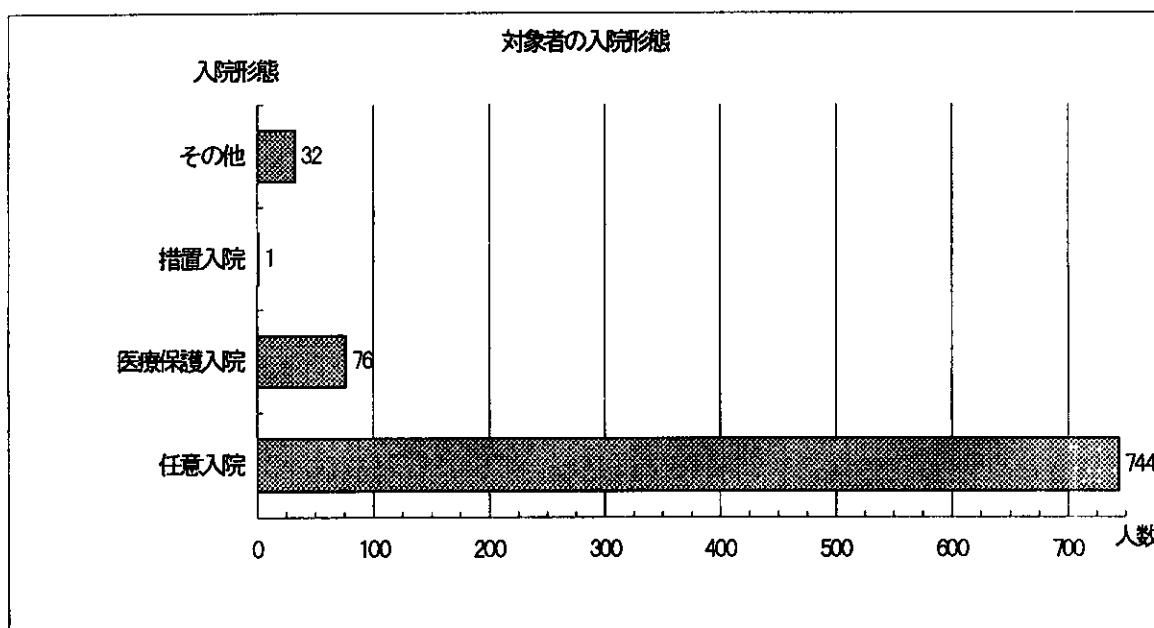
まず入院時の自傷・他害性について下図に示す。



自傷・自殺の傾向が見られた対象者は、239名（24.4%）であったが、そのうちの半数以上139名は「自殺念慮はあるが自制できる」程度であった。対人暴力は134名（13.7%, n=976）に認められた（図の重度から軽度までの合計）。また、その他の他害性の面では、攻撃性の言動的発散が289名（29.6%, n=976）に、また対物暴力が172名（17.7%, n=974）に認められた。

また、触法性のある患者は、49名（5.1%, n=958）であった。

入院形態（n=853）は、109名（12.8%）が非任意入院であった。さらに入院形態を細かく見てみると、医療保護入院が76名、措置入院が1名であった。



今回入院までの入院回数（n=1,018）の中央値は2.0回で、前回入院から今回の入院までの期間（n=471）の中央値は32.0週であった。

(4) 精神分裂病を有する患者の特性

精神分裂病患者は、男性183名、女性197名および性別不明4名の計385名であった。国籍（n=382）は、381名（99.9%）が日本国籍であった。平均年齢（n=384）は、44.3歳（S.D.=15.8）、平均の教育を受けていた年数（n=301）は、11.5年（S.D.=2.7）であった。また婚姻状態（n=369）は、224名（60.7%）が未婚、102名（27.6%）が既婚で、43名（11.7%）がその他であった。生活形態（n=372）は、59名（15.9%）が独居しており、303名（78.7%）が家族と同居して