

例などがある (f)。

さらに、公共性の観点から、評価は単にサービスの質を問うだけでなく、サービス提供の効果や効率性をも問うことになる。その際問題となるのは、適正なコスト水準の設定であり、単にコストが低ければよいということにならないのは論を俟たない。

なお本研究の主たる対象である国公立病院は、国民の付託を受けた公的機関であるがゆえに、固有の説明責任が生じると解することができる。

## B-2 患者の権利

医療機関の評価と評価結果の公開は、医療・保健サービス利用者（以下、患者という）の諸権利のうち、良質な医療を受ける権利および選択の自由の権利を保障する手段のひとつと考えられる（表1）。

評価は、まず第一に各医療機関における Plan-Do-See サイクルの一環に組み込まれ、自発的な質の改善に結びつくことが期待されるものである。また、評価の過程の中で、あるいは評価結果の公表に伴い第三者からの改善勧告が示されることも想定される。このような営為が、受審した医療機関におけるサービスの質の向上すなわち良質な医療の提供に直結することが期待される。一方、評価基準が公になることで、医療機関一般および患者、国民に対して、あるべきサービスの基準が提示されるという側面も持つ。

わが国で、患者の権利保障において早急な解決が求められているものは、実質的な意味における患者の選択権である。患者が医療機関を自由に選べるためには、選択の基準となる適正な情報が不可欠であるが、

現実には、口コミや周囲の評判のような客観性、正確性に欠ける情報以外は入手が難しく、患者の立場で活用できる情報が極めて少ない。

一定の基準に基づく評価結果は、患者が医療機関を選択する際の重要な手がかりとなる情報となる。したがって、患者の権利の視点に立つならば、評価結果は公開されなくてはならない。評価情報の公開なくして患者の選択権は保障されえないというべきであろう。

表1 世界医師会 患者の権利に関するリスボン宣言(1995年改訂) 抜粋

-----

### 1. 良質の医療を受ける権利

a. すべて人は差別なく適切な医療を受ける権利を有する。

b. すべて人は、何ら外部からの干渉を受けずに自由に臨床的および倫理的判断を下すと認める医師の診療を受ける権利を有する。

c. 患者は、常に自分にとって最善の治療を受けることができる。適用される治療法は、広く承認されている医療原則に即したものでなければならない。

d. 質の保証は、常にヘルスケアの重要部分となるべきである。特に医師は、医療サービスの質の守護者たる責任を負うべきである。

f. 患者は、ヘルスケアを継続して受ける権利を有する。医師は、医学的に必要なケアの調整に当たって、当該患者の診療に当たる他のヘルスケア供給者と協力する義務を負う。医師は、治療の継続が医学的に必要とされる限り、応分の援助と代替ケアの手

配のための十分な機会を患者に提供できるのでなければ、当該患者に対する治療を打ち切ってはならない。

## 2. 選択の自由の権利

a.患者は、私的であると公的であるにかかわらず、医師及び病院もしくは保健サービス機関を、自由に選択し変更できる権利を有する。

### B-3 サービスの質の保証

すでに社会福祉の領域では社会福祉法（2000年）78条に、「社会福祉事業の経営者は、自らその提供する福祉サービスの質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより、常に福祉サービスを受ける者の立場に立って良質かつ適切な福祉サービスを提供するよう努めなければならない。

2 国は、社会福祉事業の経営者が行う福祉サービスの質の向上のための措置を援助するために、福祉サービスの質の公正かつ適切な評価の実施に資するための措置を講ずるよう努めなければならない。」との規定があり、自己評価のみならず、第三者による評価が求められており、その目的は質の向上にあることが謳われている。医療機関の機能等評価においても、説明責任や患者の選択権の保障と並んで、前項でも触れたとおり、各医療機関で提供されるサービスの質を向上させることが期待されている。

サービスの質を評価する際に、医療機関におけるサービスの特性として、2つの個別性があることに留意する必要がある。第一に患者の個別性、第二にチームを組んでサービスに当たるスタッフの個別性である。

ある医療機関の評価とは、個々のサービスの総体を評価することに他ならない。したがって、個々のサービスの「質」に対する評価をいかに病院組織の評価に集約するか、が大きな課題となる。

通常評価の際に適用される「構造」「過程」「結果」の3要素を用いて評価するならば、「構造」はほぼ一元的に評価しうるものであり、「結果」も統計的に処理された指標を用いる等総体としての評価が可能である（その意味で、客観的数値指標の意義は大きい）。しかしながら、「過程」は容易に一元化することができないため、本研究班の研究においても、とくに精神科看護の質とPSWのサービスの質に焦点を当て、評価方法を検討する予定である。次年度以降の研究を踏まえて医療機関総体の「過程」評価の方法を確立していきたいと考える。

## C. 評価軸とは

### C-1 評価の次元

医療機能評価などで一般的に用いられる手法は、Donabedianに倣い、構造 structure・過程 process・結果 outcomeの3要素に分類して整理するものである(g,h)。先行する評価法の検証は共同研究者の研究報告に詳しいが、日本ではしばしば結果に関する評価が欠ける傾向にある(fなど)。諸外国の評価法を見ると、必ずしもこの3分類に従ってはならず、例えばカリフォルニア州精神保健局による臨床指標では、3分類にアクセスを加えた4分類が採用されている(i)。一方、伊藤は、医療の質を、構造、過程、アウトカム（患者関連アウトカムおよび専門家関連アウトカム）の3側面とアクセス性、技術的マネジメン

ト、人間関係の過程のマネジメント、治療の継続性の4要因からなるマトリックスで表現している (h)。

本研究班において、どのような評価構造を採用するか、現段階では議論の決着を見ていないが、一つには今後行なう評価の妥当性を検証するために行なわれるべき先行研究との比較検討の見地から、構造、過程、結果の3要素による分類を使用するべきものと考えられる。さらに「評価軸」として、精神科医療において医療機関の「備えるべき要件」を表現する事項が整理・分類され (例えばアクセス性、技術的マネジメント、患者理解と人間関係形成、安全管理、患者の権利保障など)、構造・過程・結果の3要素とのマトリックスを形成するべきであると考えられる。2次元配置を支持する根拠として、以下のように理論付けることができよう。すなわち、構造・過程・結果の3要素は、それ自体「価値」を内包しないのに対して、「備えるべき要件」は、一定の「価値」を内包する。構造・過程・結果という要素はいずれも現象を分析的に表現する際の枠組みに過ぎず、それ自体固有の意味を持たない。それに対し、たとえばアクセス性や安全管理は、しかるべき要件を備えるべきであるという価値観に基づき設定される事項である。したがって、これら2者は概念的性格が異なるものであり、別の次元に属するものとして扱われるべきものと考えられる。

### C-2 評価のロジック

「質」を評価するためには、規範性のある基準の設定が不可欠であり、そのための思考の流れは本来なら、医療機関の「ある

べき姿(norm)」→「備えるべき要件」→「評価軸」→個々の「評価尺度」・「指標」となるはずであるが、実際には、実用可能な評価尺度の検証から始めて、「〇〇の要件を備えた病院がよい病院である」という帰納的かつ操作的な議論をすすめる必要があると考えられる。本研究班における本年度の議論の大部分も、後者のロジックに則って行なわれ、共同研究者の作業は専ら、諸外国を含めて実用可能性のある「評価尺度」あるいは「指標」の検索・検証に注力された。これらの「評価尺度」、「指標」の中から実現可能性の高いものを選定し、後述する「あるべき姿」像を構築するための検討が、次年度以降の課題である。

### C-3. 評価の視点

評価は、評価者が誰であるかによって様々な態様があるが、医療機関など評価に一定の専門性が求められる場合には、純粋な第三者すなわち全くの門外漢による評価は意味をなし難いため、通常表2のように分類されると考えられる。本研究班においては、最終的に外部評価を想定しているが、評価指標によって、自己評価、患者評価を組み入れる必要があると考えられる。

表2 評価者による分類

- 1) 自己評価とピア・レビュー
- 2) ユーザー評価
- 3) 外部評価

D. 精神科病院の「あるべき姿」～今後の課題

D-1 精神科病院のあるべき姿

評価軸の設定においては、上述（C-2）のとおり、具体的な評価尺度の検討から操作的に「あるべき姿」へ接近する方法をとらざるを得ない。しかしながら、評価基準の設定においては一定の規範性が求められ、つねに並行する作業として「あるべき姿」の検証が続けられる必要がある。ここでいう「あるべき姿」とは要するに「よい精神科病院」ということであるが、「よい病院」とは何かを規定することは容易でない。JCAHOの国際スタンダードなどを援用するにせよ、日本の精神保健の実情と理想を勘案しつつ、患者の権利と診療の効果・効率を両立させるために備えるべき要件を逐一検討し積み上げる作業によって「あるべき姿」を描き出す必要がある。

#### D-2 国公立病院として独自に担うべき役割・必要性

一般的な精神科病院に求められる「あるべき姿」に加え、本研究班の検討においては、国公立の精神科病院固有の機能として求められる役割についてもさらなる議論を重ねる必要がある。その際には、病院単体ではなく、地域精神保健福祉の枠組みでの考察が不可欠となる。精神障害者を地域で処遇する、そのケア・システムの一部を精神科医療機関がどのように担っていくか、が検討されねばならないのである。

#### E. まとめ

機能等評価を国公立精神科病院で実施するに当たって、とくに患者の権利に重きを置いた視点から帰納的理論研究を行なった。医療機関の倫理的な責務としての説明責任、患者の選択権の保障およびサービスの質の

向上の3つの視点から、評価の意義が導き出され、構造、過程、結果の3要素の次元と、精神科医療において医療機関の「備えるべき要件」を表現する事項の次元からなる2次元配置による評価が妥当であることを示した。なお実際の評価においては、自己評価および患者評価を一部取り入れた上での外部評価を行なうことが想定されている。今後、具体的な評価尺度の設定と実態調査を通して、「よい病院」とは何か、精神科医療機関の「あるべき姿」はどのようなものか、検討を進める予定である。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

#### I 文献

a) (財) 日本医療機能評価機構 H P  
<http://jcqhc.or.jp/html/index.htm>

b) 厚生労働省障害保健福祉部, 障害保健福祉施策について (改革のグランドデザイン案), 2004年10月12日

c) 「臨床研修病院 第三者が評価」, 朝日新聞朝刊 2005年12月9日 (13版)

d) 植木 哲、斉藤ともよ、平井 満、東 幸生、平栗 勲「医療判例ガイド」有斐閣、東京、1996

e) 光石忠敬「医療記録の閲覧・謄写請求の現状および問題点」, ジュリスト No.1142, 42-48, 1998

f) 老人保健事業推進・評価委員会「老人保健事業評価マニュアル 第4次計画」, 厚生労働省老健局老人保健課、東京、1998

- g) 岩崎榮編「医を測る—医療サービスの品質管理とは何か—」, 厚生科学研究所, 東京, 1998
- h) 伊藤弘人「医療評価」, 真興交易 (株) 医書出版部, 東京, 2003
- i) Stephen W. Mayberg, Establishment of quality indicators for California's public mental health system. A Report to the Legislature in Response to Chapter 93, Statutes of 2000, Department of Mental Health, March 1, 2001  
( [http://www.dmh.ca.gov/QIC/docs/QIC\\_Leg\\_Rpt - PDF.pdf](http://www.dmh.ca.gov/QIC/docs/QIC_Leg_Rpt - PDF.pdf)), last accessed on 21 February 2006

厚生労働科学研究補助金（こころの健康科学研究事業）  
精神医療に係る患者の利用実態や機能等の評価及び結果の公開に関する研究  
分担研究報告書

精神科病院機能の評価軸に関する研究  
－精神科医療機関の機能等の評価基準および臨床指標の現状について－

分担研究者 吉住 昭（肥前精神医療センター）  
研究協力者 平 直子（西南学院大学）  
小山 宏子（九州保健福祉大学）  
平野 亙（大分県立看護科学大学）  
大賀 淳子（大分県立看護科学大学）  
櫻井 斉司（聖ルチア病院）  
高橋 克朗（長崎県立精神医療センター）  
瀬戸 秀文（進藤病院，肥前精神医療センター臨床研究部）\*執筆担当者

研究要旨

精神医療の透明性は、これまで以上の向上を求められている。このため、精神科医療機関の利用実態や機能等に関する評価軸を設け、その結果を公表する等の新たな取り組みを進めることが必要という主張がなされるようになった。そして、透明性確保のための医療団体によるガイドライン作成や第三者評価の推進などが求められている。

これまでも医療機関の利用実態や機能について様々な研究がなされてきており、いくつかの試みが始まっているが、医療機関の評価をどうするかについては、十分な合意は得られていない。このため、まず、医療機関の評価のために、どのような評価軸を設定するのが合理的か、検討していく必要がある。

この研究班では、まず医療機関の評価に関する内外の資料を収集し、それぞれの内容を調査した。そのうえで、評価基準や臨床指標の一覧を作成し、得られた項目の方法、領域、内容で区分した。具体的には、項目の領域は構造（structure）、アクセス（access）、過程（process）、成果（outcome）のいずれにあたるか、方法が主観的か客観的か、内容に、特に安全性、人権、快適性、教育・研修などは関係しているか、について区分を行った。

今回、この報告では、日本から13種、外国から8種の、計21種の資料から得られた評価基準や臨床指標について、検討を行った。

日本国内で用いられている評価基準や臨床指標は、成果（outcome）については病棟回転率や在院率など、病院全体としてその病院に入院している患者全体の動向を示すものにとりすぎず、診断や状態像などリスクごとに細分された評価は、なされていなかった。

外国では、いずれの評価基準や臨床指標でも、診断ごとに成果 (outcome) を評価する努力が払われていた。たとえば Quality indicator project では、個別の患者を入院時、退院時にデータベース登録し、その転帰ごとに集計が試みられるなど、資料が客観的になるような方策が講じられていた。

医療機関の評価は、つきつめると、どこの病院に行くと、どのくらいで治るか、ということをはっきりさせることが目的ともいえる。このため評価はできるだけ客観的な基準に基づいて行われるべきである。むろん、このことの実現には多くの困難を伴うことが予想されるが、成果 (outcome) の評価を視野に入れたデータベース作成が、将来、必要になるものと思われた。

また、評価の方法が主観的なものについては、主観の総合評価に影響する項目を、適切に選択していく必要があるとも思われた。

今後、区分を行った基準について、実際の評価に際して利用可能なものを選抜し、またどのような基盤などの整備が必要とされるかを明らかにしていく必要がある。

#### A. 研究目的

厚生労働省は、2004年10月、いわゆる改革のグランドデザイン案<sup>1)</sup>を公表した。それによると、精神医療の具体的な見直し内容を病床の機能分化、適切な処遇確保とならび、精神医療の透明性を向上すべきと指摘されている。

そして、精神医療の透明性の向上の具体的内容として、地域において中核的な役割を担うべき国公立病院について、患者の利用実態や機能等に関する一定の評価軸を設け、その結果を公表する等の新たな取り組みを進めること、透明性確保のための医療団体によるガイドライン作成や第三者評価の推進などがあげられている。

このため、医療機関を評価することが必要になるが、そのためには評価の主体、方法、基準について検討していく必要がある。

医療の評価については、Donabedian の分類<sup>2)</sup>により、構造 (structure)、過程

(process)、成果 (outcome) の3領域で行うことが一般的である<sup>8,10)</sup>。また、保健医療システム全体として評価する際には、いくつか議論があるものの、これにアクセス (access) 領域が加わるとする立場がある。

これらの4つの領域それぞれについて、患者満足度など主観的な項目と、治療成績など客観的な項目は、区別して考える方が、より実態に迫りやすいという面もあり、評価方法がもっぱら主観によるものと、客観によるものに区分可能である。

また、評価項目の内容についても、情報公開に関する意識調査などで、専門家の公開して欲しい項目と、利用者の公表して欲しい項目がずれている場合がある。

さらに、医療の評価で最も大切な情報は治療成績であり、その差異が最も大きな問題である。ただ、そこに迫るには、より適切な clinical indicator を設定し、また成果

(outcome) の客観的な評価を行うなど、現在の日本の体制では相当な困難も伴うと思われる。

ことに成果 (outcome) 領域の評価については、これまでも医療機関の利用実態や機能について様々な研究がなされてきており、中には治療の成果への評価も散見される。しかし、治療成果を評価する試みの多くは限られた急性の身体疾患を対象としていることから、精神障害についてはどのように評価するのかを検討する必要もある。

具体的な評価軸を設定していくのには、このような視点をまとめて合意を図っていく必要がある。これは時間のかかる作業で、困難があると思われるため、まず既存の資料において、このような点について援用可能な項目がないか、検討することとした。

## B. 研究方法

### 1 方法

一般の検索エンジン goo、Yahoo! ならびに Pubmed の提供する Medline にて、quality, indicator, care, psychiatry あるいは病院、医療、評価、精神科などのキーワードにより資料を検索し、その内容を概観した上で、今回の研究主題に関連すると認められたものについて、詳細を検討した。

また、筆者らの所属する施設に収蔵する資料、各種調査、また関係する最近の新聞記事等も参照した。

収集された資料の評価項目について、構造 (structure)、アクセス (access)、過程 (process)、成果 (outcome) の領域別に区分した。また、特に人権、快適性、教育・研修・研究機能についての項目は、下位項目として細区分した。

そのうえで、各領域ならびに下位項目について、検討した。

### 2 倫理面への配慮

既に公表された資料に基づく文献的な研究が主であり、また個別の事例を扱ったものは対象とならないので、倫理的な問題は生じない。

## C. 結果

### 1 日本における主観的評価基準について

#### (1) 行政機関による評価

日本では、毎年、精神科病院には、保健所による医療監視の立ち入り検査、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉担当課による精神科病院に対する実地調査などが行われている。これらの監査により、病院は施設の面積、職員数、構造 (structure) 領域について、法に定める最低限の基準を満たしているかといった点を主に、かなり厳密な調査を受けている。

ただ残念なことに、具体的な結果については現時点では非公開とされるところが多く、この結果を医療機関の評価に利用することはできない。

#### (2) 同僚・第三者による評価

同僚・同業者などが評価者として評価を行う仕組みには、日本病院評価機構、日本精神科病院協会ピアレビューがある。

##### a 日本病院評価機構<sup>19)</sup>

表1に評価基準の概要を示した。

財団法人日本病院評価機構により、希望する医療機関の自己評価を検証する形式で行われている。

内容的には精神科領域の評価基準で、ほぼ過程 (process) 領域のみを評価している、という特徴がある。しかも、同機構の評価

基準は、入院形態や行動制限、権利擁護の手順が遵守されていることなど、いわば当然のことを改めて調査している、という傾向があり、その基準が果たして適切かという問題がある可能性がある。

身体合併症の治療が適切に行われるなど、成果 (outcome) に影響する過程 (process) 領域の評価も含まれるが、成果 (outcome) そのものはほとんど評価されていない。

#### b 日本精神科病院協会ピアレビュー活動

日本精神科病院協会の加盟病院が、相互に施設訪問を行い、主として過程 (process) 領域について評価を行うものであるとされる。<sup>8)</sup>

### (3) 当事者による評価

患者など当事者による評価は、医療を受けてみての満足度を主とした評価となる。患者満足度調査は各医療機関などでも行われているが、今回は公的な精神科病院の評価軸を設定するという目的から国立病院機構の満足度調査を、また精神科病院利用者の満足度という点から、全国精神障害者家族会連合会の施設ケアサービスの指標を参照した。

#### a 国立病院機構患者満足度調査<sup>15)</sup>

表2、表3、表4に評価基準の概要を示した。

アクセスの容易性などアクセス (access) 領域、コミュニケーション、ていねいさ、反応の早さなど過程 (process) 領域、満足度や信頼度など成果 (outcome) 領域に渡っていたが、構造 (structure) 領域については言及されていなかった。

#### b 全国精神障害者家族会連合会の施設ケアサービスの指標<sup>27)</sup>

表5に評価基準の概要を示した。

この評価基準においては、構造 (structure) 領域では、患者のニーズに配慮した個室の有無など、病棟の構造の充実や備品等の細やかな配慮、アクセス (access) 領域では入院前の施設見学の可否、過程 (process) 領域では病状をわかりやすく説明など、治療計画や病状説明、療養生活の快適性など、全体として、治療方針の明確化や病状説明の受けやすさ、治療を受ける際の快適性など、利用者の視点を重視した項目となっていた。成果 (outcome) 領域については、あまり検討されていないようであった。

これらは利用者の視点に立った指標ではあるが、調査票を各病院に送付し、その回答を受けるという自己申告形式であることから、客観性について若干の問題があると思われた。

なお、この指標は、全家連が作成したものであるが、実際の記載については各医療機関の自己評価を求めたものであり、その意味では、この調査は次段の自己評価にあたりともいえる。

### 2 日本における臨床指標による評価

#### (1) 精神保健福祉資料 (いわゆる630・ロクサンマル調査)<sup>16)</sup>

表6に指標の概要を示した。

厚生労働省精神保健福祉課が、毎年6月30日時点での、各精神科医療機関の施設、病床、従事者の状況など構造 (structure) 領域、患者の処遇など過程 (process) 領域、入院状況や在院患者の状況など成果 (outcome) 領域を調査するもので、アクセス (access) 領域については検討されていないものの、日本の精神科医療機関の最も体系的、網羅的な悉皆調査である。

ただし、この調査は、上述のように、構造 (structure) 領域については、かなり細部にわたって調査を行っているが、成果 (outcome) 領域では、いわゆるリスク調整を行っておらず、このため現れた数値については、その判断の仕方を慎重に検討しないと、誤った認識を招くおそれがある。

(2) 精神保健福祉資料から派生した指標

a 精神科病院の選び方、読売新聞<sup>26)</sup>

表7に指標の概要を示した。

これは前述の、いわゆる630調査によって公表されている数値を元に、大阪精神医療人権センター(NPO法人)が独自にとりまとめ、検討を行ったものである。

開放病床の比率、常勤医師、看護師、コメディカル1人あたりの病床数など構造 (structure) 領域、1病床あたりの月間外来患者数などアクセス (access) 領域、任意入院患者の開放処遇率など過程 (process) 領域、3ヶ月未満在院者の比率など成果 (outcome) 領域を主要な指標として、当該地域内の精神科医療機関の評価を試みたものである。

b 東京精神病院事情 2005年版<sup>25)</sup>

表8に指標の概要を示した。

職員あたりの病床数など構造 (structure) 領域、ECTや隔離・身体拘束件数など過程 (process) 領域、病床回転率、自宅退院率、入院期間など成果 (outcome) 領域にわたっているが、アクセス (access) 領域については言及されていなかった。

(3) 国立病院機構による臨床評価指標<sup>14)</sup>

表9に指標の概要を示した。

全病院共通項目と精神科に必要な項目について、具体的な数値を求めた。

指標は全体的に具体的な実績件数によっ

て求める形式であり、基準に主観が入り込む余地を狭めている。

項目の内容は、過程 (process) 領域について幅広く求めているが、アクセス (access)、成果 (outcome) 領域についても検討がなされている。

この指標の情報源については、表10に情報源の概要を示した。

構造 (structure) 領域については、各病院とも医療監視等にて情報源が整備されていることから、特に規定はされていなかった。アクセス (access) 領域については、救急対応件数、合併症件数、新規措置入院数など、過程 (process) 領域では転倒・転落件数、成果 (outcome) 領域では平均在院日数などがあげられている。

情報源として、集計は各病院が行うこととなっている。

なお、臨床研究、教育研修、情報発信など、他の基準にはみられない項目についても、評価がなされていた。

また、国立病院機構は、医療に関する評価を別に行っている。

表11に指標の概要を示した。

この指標では、構造 (structure) 領域では、医療観察法の指定状況、アクセス (access) 領域については、紹介率や救急受け入れ件数、過程 (process) 領域ではクリティカルパス実施件数、成果 (outcome) 領域では平均在院日数などがあげられている。

(4) 千葉県精神医療白書<sup>5)</sup>

表12に指標の概要を示した。

構造 (structure) 領域では定床、医師数、医師あたり患者数、アクセス (access) 領域では県外患者率、措置患者率など、成果

(outcome) 領域では平均患者数、年間入退院者数、平均在院日数などの指標が用いられていた。過程 (process) 領域については検討されていなかった。

(5) 公的病院の機能に関する研究<sup>12)</sup>

表 1 3 に指標の概要を示した。

構造 (structure) 領域では医師数、看護師数など、アクセス (access) 領域では新規措置率、時間外診療、緊急入院など、過程 (process) 領域ではアメニティ、開放病床率、リハビリや研修など、成果 (outcome) 領域では病床回転率、外来数などが検討されていた。医療評価の 4 領域について、一通り検討はされていたが、この時点でも、患者の人権確保、医療安全、臨床研究などの面については、言及されていなかった。

(6) 国公立精神科医療機関調査票<sup>13)</sup>

表 1 4 に指標の概要を示した。

病床数、医師数など構造 (structure) 領域、救急や措置患者の受け入れなどアクセス (access) 領域、ECT やデイケア件数など過程 (process) 領域、患者数や平均在院日数など成果 (outcome) 領域にわたっていた。

(7) 情報公開のための評価基準や指標

a 精神科医療機関のためのガイドライン (広告可能な医療機関情報)<sup>6)</sup>

表 1 5 に指標の概要を示した。

病床数、医師数など構造 (structure) 領域、セカンドオピニオンや予約外来診療の実施の有無などアクセス (access) 領域、治療方法およびその実施件数など過程 (process) 領域、平均在院日数、疾患別患者数など成果 (outcome) 領域にわたっていた。

b 医療機関に情報開示を求める項目案、

日本経済新聞<sup>20)</sup>

表 1 6 に広告可能な医療機関情報の概要を、表 1 7 に自主的に追加公開することが望ましい情報を示した。

入院施設の有無や病床数など構造 (structure) 領域、予約診療や診療情報提供などアクセス (access) 領域、安全管理体制や実施する検査・手術など過程 (process) 領域、平均入院日数や患者数など成果 (outcome) 領域にわたっていた。

### 3 外国の状況

(1) Health Care Commission, UK<sup>3-4)</sup>

Health Care Commission (保健医療委員会) は、NHS や他の独立した保健医療主体に対する独立検査機関とされている。

評価基準や臨床指標として、建物の環境など構造 (structure) 領域、アクセスと待ち時間などアクセス (access) 領域、精神病治療のための再入院など成果 (outcome) 領域についても検討はされているが、ケアプログラム取組システムの運用、聞き解決チームの履行、よりよい病院食、クリニカルリスクマネジメントなど、臨床指標の大部分は過程 (process) 領域を対象としていた。

(2) Measuring quality in Australian mental health services<sup>22)</sup>

オーストラリア保健省による、精神保健システム全体の評価である。その一環として、システムの一部となっている精神科病院の機能を評価するものである。

表 1 8 に指標の概要を示した。

臨床指標として、英語を母国語としない患者への支援、入院前、退院後の地域ケアの状況などアクセス (access) 領域、28 日

以内の再入院や重大インシデントなど過程 (process) 領域、有効性や効率性、死亡率など成果 (outcome) 領域について検討されていた。構造 (structure) 領域については、評価されていなかった。

評価に際して、患者の改善度合いを点数化し、単位点数あたりの費用も算出するなど、効果や効率性を客観化する試みも認められた。

### (3) Mental health inpatient indicator ver. 3 Australia<sup>1)</sup>

オーストラリア標準健康ケア委員会 Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) は、独立した非営利法人で、継続的に健康ケア改善の評価、認定機関である。

表 19 に指標の概要を示した。

入院 24 時間以内の診断確定、身体診療の比率、ECT 実施率、重大インシデント発生率など過程 (process) 領域、再入院率や死亡率など成果 (outcome) 領域の臨床指標を、州単位にとりまとめて、入院患者の医療内容を評価していた。

### (4) New mental health performance indicator for 2004/2005 Victoria<sup>2)</sup>

オーストラリア・ビクトリア州政社会事業省 (State Government of Victoria, Department of Human Services) による精神保健システム全体の臨床指標である。

表 20 に指標の概要を示した。

新患率や入院前、退院後の地域ケア状況などアクセス (access) 領域、患者、家族の満足度、隔離、身体拘束率など過程 (process) 領域、急性期患者の入院費や地域での増悪時の費用など成果 (outcome) 領域についての臨床指標により評価がなさ

れている。

### (5) APA (American Psychiatric Association) Task Force on Quality Indicator<sup>21)</sup>

アメリカ精神医学会が独自に設置した臨床指標に関する専門委員会による指標である。

効率的な薬物療法、心理社会的治療、適切な個別化されたサービスなど access 領域、包括的評価、適切な薬物療法や心理社会的治療、スクリーニングや予防サービス、患者、家族、臨床家の満足度など過程 (process) 領域、機能回復や生活の質の向上の程度や社会経済的なコスト、症状の減少や安定化など成果 (outcome) 領域についての臨床指標により評価がなされていた。

### (6) State-wide publicly funded mental health performance indicators<sup>18)</sup>

アメリカ・ワシントン州社会健康サービス局精神保健部 (Washington State Department of Social & Health Service Mental Health Division) による、2002 会計年度における精神保健サービス全体を対象とした臨床指標である。

年齢、人種ごとの受診状況や外来患者の比率などアクセス (access) 領域、児童、成人の治療の満足度、治療状況、退院後 30 日以内のサービス利用状況など過程 (process) 領域、成人や若年者の居住、就労状況など成果 (outcome) 領域についての臨床指標により評価がなされていた。

### (7) Establishment of quality indicators for California's public mental health system. A Report to the Legislature in Response to Chapter 93, Statutes of 2000<sup>24)</sup>

アメリカ・カリフォルニア州精神保健局 (Department of Mental Health) による、精神保健サービス全体を対象とした臨床指標である。

表 2 1 に指標の概要を示した。

サービスの型や利用者 1 人当たりのサービスにかかる費用など構造 (structure) 領域、受診率、退院後の経過観察状況、サービス利用のしやすさに関する満足度などアクセス (access) 領域、利用者やケア供給者が治療に、また利用者本人が治療方針の決定にどの程度関与したかについての満足度など過程 (process) 領域、利用者本人がどの程度、機能や症候が回復したと自覚するか、など成果 (outcome) 領域についての臨床指標により評価がなされていた。

#### ( 8 ) Psychiatric Care Indicators , Quality Indicator Project <sup>23)</sup>

メリーランド病院協会が独自に行っており、アメリカ最大の医療評価機構による、臨床指標による評価である。

表 2 2 に指標の概要を示した。

隔離拘束日数、自傷他害行為や転倒など有害事象を評価した過程 (process) 領域、再入院率など成果 (outcome) 領域についての臨床指標により評価がなされていた。

### D 考察

#### 1 調査の領域について

私たちは、Donabedian の分類に倣い、構造 (structure)、過程 (process)、成果 (outcome) の 3 領域を検討し、さらに公的病院の役割をも考慮し、アクセス (access) 領域の、計 4 領域について検討を行うこととした。

さらに、医療の質に着目し、医療内容、

人権、安全性、快適性、教育・研修・研究の 5 つの視点から医療機関の評価ができれば検討した。なお、外国のものではさらに効率性や効果なども評価していた。

そして、5 つの視点は、大きな枠組みとして医療内容に含まれることから、まずはすべての項目を Donabedian の分類に従って分類し、その上で、5 つの視点による分類を合わせて試みた。

#### 2 調査の資料について

日本国内で用いられている評価基準や臨床指標は、成果 (outcome) については病棟回転率や在院率など、病院全体としてその病院に入院している患者全体の動向を示すものにすぎず、診断や状態像などリスクごとに細分された評価は、なされていなかった。

外国では、いずれの評価基準でも具体的な臨床指標を取り入れ、可能な限り診断別など、より具体的な成果 (outcome) 領域を、また成果の評価に困難を伴う場合は、成果に影響しそうな過程 (process) 領域を評価する努力が払われていた。たとえば Quality indicator project では、個別の患者を入院時、退院時にデータベース登録し、その転帰ごとに集計が試みられるなど、資料が客観的になるような方策が講じられていた。

さらに、外国の資料からは、病院を単に一組織としてだけでは評価せず、地域の医療システム全体として見渡した上での病院の機能を評価するという視点がみられたことは、指摘しておく必要があると思われた。

この議論に関連して、アクセスを構造、過程、成果と同列に一つの領域として考えるか、アクセスを一つの視点として、アク

セスに対して構造、過程、成果を考えることができるかについては、研究班内で議論があった。

確かに、Donabedian の分類に従う方が、他の研究と比較などの場合に有用である。

しかし、今回の研究は公的病院の役割を考えるものでもある。このことから単に病院の機能それだけで考えるよりは地域全体の中で病院の機能をと考える必要がある。そうしたことから、California<sup>24)</sup>の精神保健医療システム全体を区分した視点に倣い、アクセスを一つの領域として検討することとした。

精神科医療機関は、地域の中でそれぞれ、機能が異なっている。地域の中でのその病院の性格、役割を、まとめて評価することが必要である。小児から老人まで、軽症から重症までのアクセス性、社会復帰施設の充足度との関連、クリティカルパス実施の有無との関連など、EBM 未発展分野に対する過程面での評価、なども考慮する必要がある。

### 3 調査項目数について

伊藤は、評価活動が成熟化してくると、どのような立場であれ、その評価方法は同じようになってくると指摘している<sup>8)</sup>。とすると、評価基準や臨床指標の項目は同じようなものになる可能性があるが、現時点では表にあげたように、実に多岐にわたっている。

こうした項目のうち、総合的な評価に影響する項目を求め、絞り込んでいく必要があるのではないかと考えられる。

### 4 各領域について

#### (1) 構造 (structure) 領域

日本では、公的機関からの監査は、精神

科医療機関への日常の医療評価としての機能も有する。このような監査は、一般的な病院であれば都道府県による精神病院に実地審査、保健所による医療機関への立ち入り検査が行われている。これらは、医療機関における構造 (structure) 領域をかなり厳密に調べており、構造領域については特に追加すべきところもないほどである。

ただし、このような公的機関による監査は、現時点では、原則として公的機関の外部には公表されない、という前提で行われている。このため、医療評価を行う場合には、こうした項目についても、改めて調査を行わざるを得ず、二度手間といった面さえある。

こうした二度手間を避けることができれば、構造領域の評価についてはかなり簡便化することも可能である。もちろん、公表を望まない病院もあると思われるため、たとえば病院ごとに、意思確認は必要である。その上で、公表に同意した場合には評価に際しての構造領域は簡略化する、といった方式も、今後検討を要すると思われる。

#### (2) アクセス (access) 領域

アクセス領域は、現在、需要が高いものの、供給が追いついていない分野において、特に重要である。たとえば救急や児童、身体合併症の患者への受け入れ態勢があるかどうかは、単にその病院の評価にとどまらず、地域の精神医療全体に影響するため、臨床指標として具体的な受け入れ実績などで評価を行う必要がある。

#### (3) 過程 (process) 領域

過程領域では、より適正と思われる治療が行われているか、患者の安全、さらに人権が確保されているか、といった点を評価

している。

より適正と思われる治療が行われているか、という評価項目については、治療の成果（outcome）を直接評価することが難しい項目であっても、過程が適正に履行されていることで、成果がよいと推測するという手順をとっている。

患者の安全が確保されているか、という点については、事故や有害事象の発生頻度により評価がなされていた。

有害事象は、一定の確率で発生する性質があるため、発生そのものをもって、ただちにその医療機関の質が劣るといえるかどうかには、判断に慎重さが必要になる。

ただし、発生の頻度が、同種、同規模の医療機関に比較して著しく多い、あるいはまったく報告がない、など、外れ値を示す場合には、何らかの問題が発生している可能性を疑う端緒にはなる。こうしたことから、有害事象は、安全確保を示す臨床指標として発展させていく必要がある。

外国と日本の基準で大きく異なることが、人権への配慮であった。

外国でも隔離や身体拘束はもちろん行われ、その最小化を図ることが評価されていた。

しかし、その前提となる強制的な入院が適法かどうかについて、を外国では論点となっていなかった。これは、外国では、裁判所などにより強制入院が決定されることから、強制入院の適否自体が問題となることはないものと思われた。

#### （4）成果（outcome）領域

医療機関の評価は、つきつめると、どの病院に行くと、どのくらいで治るか、ということをはっきりとすることが目的ともい

える。このため評価はできるだけ客観的な基準に基づいて行われる必要がある。

ただ、病院ごとの成果を評価するには、病院ごとに患者層が異なるため、病院間での評価は困難、といったことが、しばしば論じられる。成果（outcome）領域の評価に際して、患者層の差をどのように加味するか、すなわち、どのようにリスク調整を行うかが問題となる。

確かに、急性期を主体とする病院と長期入院の重症患者を主体とする病院では、その治療自体が異なり、当然成果も異なる。従って、この2つを同じ臨床指標で評価する場合には、急性期の場合かどうか、慢性期の場合かどうか、という点で、リスク調整を行わなければ、意味のない評価が得られることとなる。

身体科においては、日本でもようやく成果（outcome）領域について検討がなされるようになった。しかし、こうした試みの多くは急性疾患あるいは頻度の多い手術などに対して行われてであり、長期間、慢性に経過する疾患において、成果（outcome）をどう評価するか難しく、いまだ手つかずの状態である。

構造（structure）領域、アクセス（access）領域、過程（process）領域については、臨床指標には、日本のもの、外国のものとも、客観的に数値で示されるものと、評価者の主観によって評価されるものが含まれていた。しかし成果（outcome）領域では、外国では主観、客観それぞれの面から臨床指標が用意されていた。しかし、日本では、成果領域の客観的な臨床指標は、見出すことはできなかった。

こうしたことから、将来の臨床指標作

成を視野に入れたデータベース作成が、将来、必要になるものと思われた。

#### 5 今後の展開

外国の評価機構についてみると、たとえば Quality indicator project では、希望する医療機関により、患者情報をデータベースに登録し、評価を受けている。Australia でも評価を目的としたデータベースが作られている。

日本においては、東京都病院協会において、診療アウトカム評価事業がなされている<sup>9)</sup>。データベースは、維持管理に多大な労力を要するものではあるが、精神科領域でもこのような評価を目的としたデータベースを編成していく必要があると思われた。

データベースの管理について、補足すると、筆者らは、かつて、様々な研究の過程で、その研究に付随して、その発展を目的としていくつかの協力病院間だけでも、データベースを作成、維持しようと試みた。研究そのものは遅滞なく進行したが、その後、作成されたデータベースを長期的に運用することには、様々な支障があり、困難の多くは、日常の診療や管理業務に並行して維持していくことにあった。

各医療機関の診療内容を正確に評価するためには、データベースの長期的な維持管理、診療録の電子化や専従の診療録管理者など、評価のための基盤を整備していく必要があると思われた。

また、今回の研究で、非常に多くの評価基準や臨床指標の存在が明らかになった。実際に用いる評価軸において、これらの基準や指標すべてを用いることはできない。このため、より適切に評価が可能となる項目を策定していく必要がある。

また、評価の方法が主観的なものについては、主観の総合評価に影響する項目を、適切に選択していく必要があると思われた。

今後、区分を行った基準について、実際の評価に際して利用可能なものを選抜し、またどのような基盤などの整備が必要とされるかを明らかにしていく必要がある。

#### E. まとめ

日本の基準でも、構造 (structure)、アクセス (access)、過程 (process)、については、行政や民間団体において、客観的に調査されており、新たに指標を作るといよりは、現在集められている各種資料を、どのように公表し、透明性を高めるかという問題が大きいと思われた。

基準として提唱されている項目は非常に多岐にわたるため、総合評価に影響する項目に絞って調査していく必要もあると思われた。

日本と外国の基準で、もっとも異なるのは成果 (outcome) 領域に対する客観的指標の有無であった。

成果 (outcome) 領域を適切に評価する臨床指標を見いだすことは、容易ではないが、適切な指標を発見するためには、少なくともその素地となるデータベースを作成していく必要があると思われた。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

## I 文献

- 1) The Australian Council on Health Care Standards, Determining the Potential to Improve Quality of Care , pp90-105 (Mental health inpatient indicator ver. 3 Australia),  
( [http://www.achs.org.au/content/screens/file\\_download/DPI\\_2003.pdf](http://www.achs.org.au/content/screens/file_download/DPI_2003.pdf) ) , last accessed on 21 February 2006
- 2) Department of Human Services (Victoria State Government) , New Mental Health Performance Indicators for 2004/2005  
( [http://www.health.vic.gov.au/mentalhealth/archive/funding/new\\_indicators.doc](http://www.health.vic.gov.au/mentalhealth/archive/funding/new_indicators.doc) ), last accessed on 21 February 2006
- 3) Health Care Commission , Performance ratings methodology for 2004/05 – Mental Health  
( [http://ratings2005.healthcarecommission.org.uk/Downloads/methodology\\_MH.doc](http://ratings2005.healthcarecommission.org.uk/Downloads/methodology_MH.doc) ), last accessed on 21 February 2006
- 4) Healthcare Commission, Performance indicator for performance ratings 2004/2005  
( <http://ratings2005.healthcarecommission.org.uk/Downloads/mhlist.pdf> ) , last accessed on 21 February 2006
- 5) 平田豊明, 鈴木洋文編, 千葉県精神医療白書, 千葉大学精神神経科医師連合, 1979
- 6) 伊藤哲寛, 平成 13-15 年度厚生労働科学分担研究 精神科医療における情報公開と人権擁護に関する研究班, 精神科における情報公開を勧めるために 精神科医療機関のためのガイドライン (試案), 2004
- 7) 伊藤弘人, 精神医療のストラテジー, 医学書院, 東京, 2002
- 8) 伊藤弘人, 医療評価, 真興交易 (株) 医書出版部, 東京, 2003
- 9) 医療マネジメント学会編, 臨床指標の実際—医療の質をはかるために—, じほう, 東京, 2005
- 10) 岩崎榮編, 医を測る—医療サービスの品質管理とは何か—, 厚生科学研究所, 東京, 1998
- 11) 吉川武彦, 竹島正, 精神保健福祉のモニタリング—変革期をとらえる, 中央法規, 東京, 2001
- 12) 小池清廉, 普天間健, 森俊夫, 他, 国公立精神科医療機関調査報告書, 平成 8 年国公立精神科医療機関調査報告書, 「公的病院の機能」に関する研究, 1996
- 13) 国公立精神科医療機関調査票
- 14) 独立行政法人国立病院機構, 臨床評価指標 (共通項目・精神科)
- 15) 独立行政法人国立病院機構医療部, 患者満足度調査の結果について, 独立行政法人国立病院機構機関誌 NHO だより, 2005 年 11 月
- 16) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課, 国立精神・神経センター精神保健研究所, 精神保健福祉資料, 平成 15 年度 6 月 30 日調査の概要, 国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部
- 17) 厚生労働省障害保健福祉部, 障害保健福祉施策について (改革のグランドデザイン案), 2004 年 10 月 12 日
- 18) Mental Health Division, Washington State Department of Social & Health Services, State-Wide Publicly Funded Mental Health Performance Indicators

( <http://www1.dshs.wa.gov/pdf/hrsa/mh/mhdpireport2002.pdf>), last accessed on 21 February 2006

19) 日本病院評価機構, 自己評価調査票(固有項目:精神科病床版) V5.0, 東京, 2004

20) 日本経済新聞, 医療機関に情報開示を求める項目案, 2006年1月4日, 第1面

21) Oldham JM, et al, Final Report APA Task Force on Quality Indicator, 1999

( [http://www.psych.org/psych\\_pract/tf\\_to\\_c.cfm](http://www.psych.org/psych_pract/tf_to_c.cfm)), last accessed on 21 February 2006

22) Pirkis J, Burgess P, Dunt D, et al, Measuring quality in Australian mental health services, 1999

( [http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/mental-pubs/\\$FILE/amhsqual.pdf](http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/mental-pubs/$FILE/amhsqual.pdf)), last accessed on 21 February 2006

23) Quality Indicator Project, Psychiatric Care Indicators,

( [http://www.qiproject.org/pdf/Psych\\_Indicators.pdf](http://www.qiproject.org/pdf/Psych_Indicators.pdf)), last accessed on 21 February 2006

24) Stephen W. Mayberg, Establishment of quality indicators for California's public mental health system. A Report to the Legislature in Response to Chapter 93, Statutes of 2000, Department of Mental Health, March 1, 2001

( [http://www.dmh.ca.gov/QIC/docs/QIC\\_Leg\\_Rpt - PDF.pdf](http://www.dmh.ca.gov/QIC/docs/QIC_Leg_Rpt - PDF.pdf)), last accessed on 21 February 2006

25) 東京精神医療人権センター・東京都地域精神医療業務研究会編, 東京精神病院事情 2005年版(1998→2003), 東京, 2005

26) 読売新聞(大阪), 精神科病院の選び方,

2005年11月13日, 第23面

27) 全国精神障害者家族会連合会, 施設ケアサービスの指標(E票・病院用)

## 資料

表1 病院評価機構

Domain	Indicator	内容
Data source		病院自身による自己評価
structure		
access		
process	7.1.2	任意入院の管理
	7.1.3	医療保護入院の管理
	7.1.4	(指定病床がある場合のみ)措置入院の管理
	7.2.1	閉鎖・開放病棟の施設環境が適切で、開放的な処遇
	7.2.2	精神障害者の権利擁護
	7.2.3	隔離
	7.2.4	身体拘束
	7.3.1	精神科リハビリテーション
	7.3.2	退院に向けての支援体制が適切
	7.4.1	入退院に関する事務手続き
	7.4.2	患者の治療や活動によって生じる収入の管理
	7.4.3	預り金管理
	7.4.4	精神医療審査会および実地指導への手続き
	7.5.1	精神障害者の身体合併(併存)症治療
	7.5.2	(一般病院精神科場合)単科精神科病院や他科との連携
outcome		

表2 患者満足度調査の結果について

Domain	Indicator	内容
Data source		患者満足度調査
structure		
access	アクセスの容易性	待ち時間が少なく、立地的にも時間的にも便宜性が大きいこと
process	コミュニケーション ていねいさ 反応の早さ 患者理解 アメニティ 職員能力 信頼性 プライバシー保護 安全性	患者さんの言葉で正確にわかりやすく説明されていること 職員が親切で思いやりがありていねいであること 職員が患者さんの要求は問題に迅速かつ創造的に対応していること 職員が患者さんニーズを理解するように努力し注意を払っていること サービスクオリティが正確に形として表現されていること 職員は必要な技術と知識を身につけていること サービスに一貫性があり、正確に行われていること 施設と職員を信用できること サービスが安全であること
outcome		

NHOだより(国立病院機構機関誌)2005年11月号  
(表1 10の医療サービスクオリティ)

表3 患者満足度調査の結果について

Domain	Indicator	内容
Data source		患者満足度調査
structure		
access		
process	3	入院・通院期間は、納得できる長さで満足
	4	入院中に受けた治療について満足
	5	治療に自分の考えが反映されたので満足
	6	安全な治療をしているので安心
	7	医師や職員の説明はわかりやすい
outcome	1	全体として満足
	2	治療の結果は考えていたとおりで満足
	8	家族や知人に勧めたい
	9	入院中に受けた・受けている治療に納得している
	10	全体としてこの病院を信頼している
		総合的評価

NHOだより(国立病院機構機関誌)2005年11月号  
(表2 患者アンケート集計結果)

表4 患者満足度調査の結果について

Domain	Indicator	内容
Data source		患者満足度調査
structure		
access	外来1	初めての受診の際、とても不安を感じた
	外来1	この病院は不便
	入院1	入院の手続きについて不満
process	外来1	この病院は印象が悪い
	外来1	診療までの待ち時間について不満
	外来1	待合室の居心地が悪く不満に思う
	外来3	治療・処置について納得できない
	外来4	診察室の環境が悪く、不満
	外来5	会計手続きに納得できない
	入院1	医師の説明について不満
	入院1	入院中の生活についての説明について不満
	入院2・外来2	医師の態度や言葉遣いが悪い
	入院2・外来2	医師の技術や知識に不安を感じた
	入院2・外来2	看護師の態度、言葉遣い、処置の仕方に不満
	入院2	入院中に受けた日常生活の介助について不満
	入院2	医師や看護師など医療スタッフのチームワークが悪い
	入院3・外来3	受けた検査について納得できない
	入院3	受けた手術について納得できない
	入院3・外来3	検査・手術以外の治療・処置について納得できない
	入院3・外来3	点滴、注射、薬について納得できない
	入院3・外来3	リハビリテーションに納得できない
	入院4	病院のトイレや浴室について不満
	入院4	病院の廊下や階段、エレベータが不便
	入院4	病室内の環境に不快や不満を感じた
	入院4	入院中の食事が不満
	入院4・外来4	病院のその他の設備や環境が不満
	入院5	退院の説明について不満
outcome	入院	総合的評価

NHOだより(国立病院機構機関誌)2005年11月号  
 (表2 患者アンケート集計結果)