

表5 全家連 施設ケアサービスの指標

Domain	Indicator	内容
Data source		病院自身による自己評価
structure	II 居室・施設整備	患者のニーズに応じるため個室・2人部屋に配慮
	II 居室・施設整備	私物収納スペースが十分に確保されている
	II 居室・施設整備	各ベッドにナースコールが用意されている
	II 居室・施設整備	病棟全体の雰囲気を利用者の快適性に配慮
	II 居室・施設整備	冷暖房に対する配慮
	II 食事	食事をおいしく、楽しく食べるための雰囲気作り
	II 家族への援助	家族が利用したり宿泊したりできる部屋がある
	II 入浴	入浴前後に、裸体を他人に見せない工夫をする
	II 自由・権利	テレビ、新聞、雑誌、図書、ビデオが自由に利用できる
	II 自由・権利	利用者のプライバシーを確保できるよう配慮する
	II 自由・権利	外部と自由に通信することができる
	III 運営管理	病院の諸統計が整備され、各種記録は管理・活用
	III 運営管理	新入職員のための系統的なプログラムがある
	III 運営管理	社会復帰、地域ケア、精神保健法等に対する職員研修実施
access	III 運営管理	施設外の研修会、大会、学会等への参加や研究発表が積極的
	I 処遇と処遇計画	実際の地域生活に役立つリハビリテーションプログラムが実施
	I 入退院関係	退院に当たって退院先へ患者の状態等に関する情報提供が十分に実施
	I 入退院関係	施設概要のパンフレットが用意され入院前の施設見学可能
	II 食事	食事の選択が可能である
	III 地域連帯	ボランティアの受け入れや育成を積極的に行っている
	III 地域連帯	実習生の受け入れや育成を積極的に行っている
	III 地域連帯	地域住民との交流を積極的に持つ
	III 地域連帯	広報誌を定期的に発行し、地域住民、ボランティア等に積極的に配布する
	III 地域連帯	地域の関係機関との連携や協力を配慮する
process	I 処遇と処遇計画	病状や今後の見通しについて患者本人や家族にわかりやすく説明し理解を得ている
	I 処遇と処遇計画	患者ごとにリハビリテーション計画を立案し、定期的にケース会議を行い計画の見直しを行う
	I 処遇と処遇計画	個別のケア目標・計画が患者の意見を取り入れて策定される
	I 入退院関係	入院に当たって、生活上必要な事項については患者家族に必ず説明している
	II 食事	夕食開始時間が早すぎない
	II 食事	患者の希望を把握
	II 外出への援助	外出が困難な患者に希望を危機計画的に外出の機会を確保
	II 外出への援助	外出・外泊の機会を多く持つよう家族等に働きかける
	II 外出への援助	買い物の希望にはできるだけ答えるように配慮
	II 職員との関係	日常会話が不足している患者に対して、言葉かけと相手の話に耳を傾けるよう配慮する
	II 職員との関係	患者への言葉遣いに注意しそのための検討が行われている
	II 在宅支援活動	退院患者に対して、退院後の地域生活援助活動を実施する
	II 在宅支援活動	地域ケア活動への支援を行う
	II 家族への援助	患者の状況や変化について家族に必要に応じ情報提供を行う
	II 家族への援助	家族関係についての相談に応じ適切な調整を行う
	II 入浴	希望により随時入浴等ができる
	II 入浴	ふつうの入浴時間帯
	II レクリエーション	レク等のプログラムは患者が積極的に参加しやすいように計画・実施する
	II レクリエーション	クラブ活動等のレク活動は、小グループで行い自由に選択できる多彩なメニューを用意
	II レクリエーション	各種行事に家族やボランティアも参加できるように配慮する
	II 対人・社会関係	生活上困っていることに意見を言える病棟の話し合いがある
	II 対人・社会関係	人間関係のトラブルや職員・サービスに対する不満等の訴えを受け止める体制がある
	II 対人・社会関係	患者同士の交流が自由にできる
II 自由・権利	髪型や病棟内の着衣は患者本人の好みで自由に選べる	
II 自由・権利	タバコやコーヒー・紅茶等の嗜好品は他人に迷惑にならない限り自由である	
II 自由・権利	個人的に利用できる生活設備が用意されている	
II 自由・権利	金銭等自己管理できる人は自己管理できるように配慮している	
II 自由・権利	国政選挙等の投票に当たって投票が適切に行えるよう配慮	

outcome

I: 専門サービス、II: 施設内の日常生活、III: 運営管理・地域との関係

自由・権利: 利用者の自由選択・基本的な権利の保障、レクリエーション: 余暇レクリエーション

対人・社会関係: 対人関係・社会関係、入退院関係: 入退院に関する事項

表6 精神保健福祉資料(いわゆる630調査)

Domain	Indicator	内容
Data source		
structure		病棟・病床数・保護室数 医師・看護師・CP・OT・PSW数
access		
process		応急入院患者の状況 デイケア・デイナイトケア等の利用者数・診断・年齢・性別
outcome		診断別全入院患者数(年齢・性別・入院形態別) 入院形態別年齢・入院期間 1年以内退院患者の転帰 診断別新入院患者数(年齢・性別・入院形態別) 診断別残留入院患者数(年齢・性別・入院形態別) 診断別退院患者数(年齢・性別・入院形態別)

表7 大阪精神医療人権センターによる評点の基準

Domain	Indicator	内容
Data source		
structure		開放病床の比率 常勤医師1人あたりの病床数 常勤看護師1人あたりの病床数 常勤コメディカル1人あたりの病床数
access		外来月間受診者数(1病床当たり)
process		任意入院患者の開放処遇率
outcome		3ヶ月未満在院者の比率 5年以上在院者の比率 20年以上在院者の比率

表8 東京精神医療人権センターによる評点の基準

Domain	Indicator	内容
Data source		
structure		常勤医師1人あたりの病床数 常勤看護師1人あたりの病床数 常勤コメディカル1人あたりの病床数
access		外来月間受診者数(1病床当たり)
process		
outcome		ベッド回転率 1年未満在院者率 3年以上在院者の比率 家庭・社会復帰施設への退院率

表9 臨床評価指標(国立病院機構)

Domain	Indicator	内容
Data source 病院自身による自己評価		
structure		
access	患者の目線 指標3	患者・家族からの相談への対応(相談対応件数)
	政策医療 指標16	救急患者数・小児救急患者数
	政策医療 指標19	高度専門検査の受託件数
process	政策医療 指標20	紹介率・逆紹介率
	患者の目線 指標1	患者満足度調査(入院)
	患者の目線 指標2	患者満足度調査結果(外来)
	医療安全 指標5	医療安全管理者及び医療安全推進担当者の配置
	医療安全 指標6	医療安全管理委員会の開催件数
	医療安全 指標7	医療安全管理委員会において原因分析を行った事例数(ヒヤリ・ハット、事故)
	医療安全 指標8	院内感染対策のための院内サーベイランスの実施回数
	医療安全 指標9	医薬品の副作用等の報告件数
	医療安全	医療事故報告件数
	医療安全 参考指標1	院内感染対策委員会の開催件数
	医療安全 参考指標2	院内感染発生件数
	医療安全 参考指標3	職員に対する医療安全に関する研修
	効率的医療 指標12	クリティカルパスの項目数
	効率的医療 指標13	クリティカルパスの実施実患者数
	効率的医療 指標14	日医制度管理の参加項目修正点
	効率的医療 指標15	術中迅速病理診断の割合
	効率的医療 参考指標6	手術に関連した合併症の発生率
	効率的医療 参考指標7	日医精度管理の参加項目におけるD評価の割合
	効率的医療 参考指標8	至急検査の実施割合
outcome	政策医療 指標18	高額医療機器の共同利用件数(CT、MRI、SPECT、シンチ)
	効率的医療 指標10	平均在院日数(重心、筋ジス、神経難病を除く。)
	効率的医療 指標11	白内障・ヘルニア・虫垂炎・胃癌・くも膜下出血・虚血性心疾患
	効率的医療 参考指標5	死亡退院率
	政策医療 指標17	特定疾患治療研究事業対象疾患入院患者数(一日平均)
	政策医療 参考指標9	特定疾患治療研究事業対象疾患重症入院患者数(一日平均)
政策医療 参考指標10	小児慢性特定疾患治療研究事業対象疾患入院患者数(一日平均)	

効率的医療:効率的で質の高い医療の提供、医療安全:安全な医療の提供、政策医療:政策医療の提供

表10 臨床評価指標(分野別)のデータ収集方法(国立病院機構)

Domain	Indicator	内容
Data source 病院保有のデータベース		
structure		
access	病院精神1	合併症数(他科、他病院からの転入)
	病院精神4	リエゾン件数
	病院精神5	精神科救急対応件数
	病院精神6	難治例の受け入れ件数
process	療養所1	措置入院数及び応急入院数
	療養所2	新規医療保護入院件数
	療養所3	精神科救急寄与度
	療養所4	地域ネットワーク寄与度
outcome	病院精神3	転倒・転落件数
	療養所6	転倒・転落件数
	療養所7	作業療法機能評価
	療養所8	ソーシャルワーク機能(相談対応)
outcome	病院精神2	平均在院日数
	療養所5	平均在院日数

表11 国立病院機構 医療に関する評価

Domain	Indicator	内容	
Data source			
structure	特記事項	医療観察法指定入院医療施設	
	特記事項	医療観察法指定外来医療施設	
access	特記事項	重心・筋ジス 超重症児の(受入数/)病床数	
	特記事項	重心・筋ジス 患者家族宿泊施設	
	診療業務	セカンドオピニオンの窓口の設置	
	診療業務	セカンドオピニオンの窓口利用者数	
	診療業務	救急患者受入数	
	診療業務	小児救急患者の受け入れ	
	診療業務	地域医療との連携(共同利用及び研究)	
	診療業務	紹介率	
	診療業務	逆紹介率	
	診療業務	一日平均特定疾患患者数	
	診療業務	一日平均小児慢性特定疾患患者数	
	診療業務	特定疾患患者のうち重症者の割合	
	教育研修業務	研修医数	
	教育研修業務	レジデント数	
	教育研修業務	卒前医学生の受入数	
	process	特記事項	災害救助活動(医療班の派遣)
特記事項		重心・筋ジス 超重症児の受入数(/ 病床数)	
特記事項		重心・筋ジス 通園事業の実施	
特記事項		精神科救急患者の受入数	
特記事項		精神科デイケアの実施	
診療業務		クリティカルパスの実施症例数	
診療業務		医療安全に関する研修会実施	
診療業務		院内感染サーベイランス実施	
outcome		診療業務	患者満足度調査合計点(入院・外来)
		診療業務	平均在院日数
	特記事項	結核病床の在院日数	
	特記事項	結核病床の在院日数の短縮	
その他			
臨床研究業務	治験実施症例数		
臨床研究業務	EBM推進研究実施症例数		
教育研修業務	看護学校の機構内就職率		
教育研修業務	看護師国家試験合格率		
教育研修業務	機構外からの看護実習学生受入数		
特記事項	機構内他施設への医師派遣		

表12 千葉県精神医療白書

Domain	Indicator	内容
Data source		
structure		定床数
		指定病床
		常勤医師数
access		基準看護
		病棟開放率
		県外患者率
		措置患者率
		生保患者率
process outcome		一日平均患者数
		年間病床利用率
		年間入院者数
		年間退院者数
		平均在院日数
		常勤医1人あたり患者数
		疾病別:精神分裂病
		疾病別:中毒・老人・精薄等
1979年当時の診断名を用いた		

表13 厚生科学研究1996

Domain	Indicator	内容
Data source		
医療機関による自己評価		
structure		病床開放率
		医師数
access		看護者数
		新規措置率
		時間外診療
process		緊急入院
		アメニティ
		リハビリ
outcome		研修
		病床回転率
		外来数

表14 厚生科学研究2000 国公立精神科医療機関調査票

Domain	Indicator	内容	
Data source		医療機関による自己評価	
structure	施設病床状況	総病床数	
	施設病床状況	精神科病床数(許可病床数・運用病床数)	
	施設病床状況	精神科総病棟数(稼働中・休棟中)	
	施設病床状況	稼働病棟のうちの開放病棟数	
	施設病床状況	診療報酬上の専門病棟の状況	
	施設病床状況	急性期治療病棟 病棟数・合計病床数	
	施設病床状況	老人痴呆疾患病棟(治療・療養) 病棟数・合計病床数	
	施設病床状況	精神療養病棟 病棟数・合計病床数	
	施設病床状況	診療報酬で定められていない専門病棟の状況	
	施設病床状況	老人病棟	
	施設病床状況	アルコール病棟	
	施設病床状況	アルコール, 依存患者混合病棟	
	施設病床状況	児童思春期病棟	
	施設病床状況	結核感染症病棟	
	施設病床状況	重症身体合併症専門病棟	
	施設病床状況	その他の専門病棟	
	施設病床状況	保護室, 施設できる個室の整備状況	
	従業員数	精神科医師(常勤・非常勤・指定医)	
	従業員数	他科医師(常勤・非常勤)	
	従業員数	歯科医師(常勤・非常勤)	
	従業員数	作業療法士	
	従業員数	精神保健福祉士	
	従業員数	臨床心理士	
	従業員数	看護師・保健師	
	従業員数	保母	
	access	患者受け入れ状況	医療圏を超えた受け入れの有無、頻度とその内容
		患者受け入れ状況	医療圏を超えた紹介の有無、頻度とその内容、紹介先
救急・急性期		応急入院指定	
救急・急性期		厚生省の精神科救急システム参加の有無・頻度	
救急・急性期		夜間休日時間外の外来受診者延べ件数	
救急・急性期		夜間休日時間外の入院患者延べ件数	
専門医療		新規措置入院数(通報種別ごと)	
専門医療		中毒性疾患年間入院件数(覚醒剤・その他)	
専門医療		摂食障害年間入院件数	
専門医療		16歳未満の年間入院数	
身体合併症		身体合併症で精神科病棟への入院件数	
身体合併症		紹介元別の区分	
身体合併症		リエゾン年間新規件数	
地域保健活動		年間往診件数(病院・診療所へ、またそれ以外へ)	
地域保健活動		精神科訪問看護指導料の月平均請求回数	
地域保健活動		精神科訪問看護指導専従職員の有無、人数	
地域保健活動		初診患者紹介率	
地域保健活動		関連機関への嘱託・精神保健指導業務等	
地域保健活動		保健所・市町村・学校・老人福祉施設・社会復帰施設・自助集団	
地域保健活動		関連する協議会との関わり	
地域保健活動		精神医療審議会・審査会・実地審査・精神保健福祉協会	
地域保健活動		老人ホーム入所判定・就学指導・通院患者リハビリ協議会	
地域保健活動		精神保健講演回数	
地域保健活動		地域関連機関との連携	
地域保健活動		巡回精神保健相談活動	
process		基本的診療機能	年間デイケア・デイナイトケア(件数、一日平均、登録数)
		基本的診療機能	年間訪問看護件数
	基本的診療機能	年間作業療法(入院・外来)(件数、一日平均)	
	救急・急性期	年間隔離室加算請求件数	
	救急・急性期	2ヶ月間のECT件数・修正ECT件数	
	地域保健活動	診療情報提供書の年間発行件数	
	outcome	入院形態別患者構成	措置入院患者数(年齢、入院期間別)
入院形態別患者構成		医療保護入院患者数(年齢、入院期間別)	
入院形態別患者構成		任意入院患者数(年齢、入院期間別)	
入院形態別患者構成		その他入院患者数(年齢、入院期間別)	
基本的診療機能		年間外来延べ患者数(件数、一日平均)	
基本的診療機能		年間新入院患者数(人)	
基本的診療機能		平均在院日数	

2000年当時の名称

表15 広告可能な医療機関情報

Domain	Indicator	内容
Data source		
structure		精神病床数 精神科医・精神保健指定医・看護師など職員配置数
access		患者相談窓口設置 セカンドオピニオン実施 予約外来診療の実施の有無 往診の実施の有無 訪問看護の実施の有無 休日時間外診療の実施の有無 救急・応急入院指定の有無
process		治療方法およびその実施件数 精神科デイケア、精神科作業療法、精神科訪問看護等 症例検討会の実施 医療安全委員会の設置 入院診療計画の実施
outcome		平均在院日数 疾患別患者数

表16 日本経済新聞2006年1月4日 医療機関に情報開示を求める項目案

Domain	Indicator	内容	
Data source			
病院自身による自己評価			
structure	施設・運営	管理者	
	サービスの内容	診療科名	
	サービスの内容	保有する設備・機器	
	サービスの内容	入院施設の有無と病床数	
	医師など人員	医師の略歴、専門医資格の有無	
access	医師など人員	看護師などの配置状況	
	施設・運営	診療日・時間	
	施設・運営	予約診療の実施	
	サービスの内容	在宅療養の実施	
	サービスの内容	セカンドオピニオンの実施	
	サービスの内容	診療情報の提供	
	サービスの内容	予防接種の実施	
	サービスの内容	医療以外のサービスと費用	
	process	施設・運営	安全管理体制
		施設・運営	個人情報保護の取り組み
施設・運営		明細付き領収書発行の有無	
サービスの内容		実施する検査・手術	
outcome	利用状況	平均入院日数	
	利用状況	患者数	

表17 自主的に追加公開することが望ましい情報

Domain	Indicator	内容
Data source		
structure	安全/人権尊重	開放・閉鎖病床数
	安全/人権尊重	個室・隔離室数
	安全/人権尊重	精神保健指定医数
	入院生活の快適性	ベッド回りのカーテン
	入院生活の快適性	個人ロッカー
	入院生活の快適性	分煙・禁煙
	入院生活の快適性	病棟内の自動販売機
	access	治療内容と診療実績
地域連携		保健所や地域社会資源への協力
地域連携		当事者団体への支援
process	地域連携	後援会など地域啓発活動
	安全/人権尊重	医療事故の分析結果
	安全/人権尊重	面会制限
	安全/人権尊重	外出・外泊件数
	安全/人権尊重	現金所持
	安全/人権尊重	隔離・拘束件数
	安全/人権尊重	診療録開示
	安全/人権尊重	患者の権利宣言の掲示
	安全/人権尊重	院内権利擁護委員会の設置
	入院生活の快適性	入浴回数
	入院生活の快適性	買い物の頻度
outcome	安全/人権尊重	入院形態別患者数
	治療内容と診療実績	入院期間別患者数
	治療内容と診療実績	退院患者の転帰

その他

日本病院評価機構等の評価結果

表18 Measuring quality in Australian mental health services

Domain	Indicator	内容
Data source		
structure	10	エピソードに関与した職員総数
access	6	英語を母国語としない患者への支援
	7	生活保護人口のアクセス状況
	8	入院前の地域ケアの状況
	9	退院後の地域ケアの状況
process	3	28日以内の再入院
	5	重大インシデント
outcome	1	有効性
	2	効率性
	4	死亡率

表19 Mental Health Inpatient Indicators Version 3 AUSTRALIA

Domain	Indicator	内容
Data source		
structure	area1-1	入院24時間以内の診断確定
	area1-2	入院中の診断確定
	area2	身体診察の比率
access	area9	地域ケア
process	area3	処方パターン(1剤の比率)
	area4	ECT実施率
	area7	再入院率
	area5	隔離率
		身体拘束率
	area6	重大インシデント発生率
outcome	area8	死亡率

表20 New Mental Health Performance Indicators for 2004/2005
VICTORIA AUSTRALIA

Domain	Indicator	内容
Data source		
structure		急性期患者に対する入院費
		地域での増悪時の費用
access		comparative area resources
		地域からの入院治療への移行比率
		ケアを受けている人口
		入院治療に移行する人数
		新患率
process		入院前の地域ケアの状況
		退院後の地域ケアの状況
		提供されるサービス基準の遵守状況
		28日以内の再入院率
outcome		患者満足度
		家族満足度
		隔離率
		身体拘束率

表21 ESTABLISHMENT OF QUALITY INDICATORS FOR CALIFORNIA'S PUBLIC MENTAL HEALTH SYSTEM

Domain	Indicator	内容
Data source		
structure		患者ごとの総支援費用 サービスの種別
access		広告浸透率 早期スクリーニング・診断・治療の広告浸透率 新規患者の外来残留率 退院後支援 退院後再来までの平均期間 新規患者の再来までの平均期間
process		患者の支援利用についての認識 治療方針決定への患者自身の関与についての認識 患者満足度 援助者の満足度
outcome		患者の機能の改善への認識 機能と症状の改善への認識

表22 Quality Indicator Project

Domain	Indicator	内容
Data source		
評価希望医療機関による全患者の個別情報の登録		
structure		
access		
process	PSY-5	身体拘束の有無、総日数、持続時間、頻度
	PSY-6	隔離の有無、総日数、持続時間、頻度
	PSY-8	すべての転倒、薬剤性、環境因、その他
outcome	PSY-1	自傷行為の有無、頻度
	PSY-1	他害行為の有無、頻度
	PSY-2	離院、治療拒否、失踪など事故退院
	PSY-3	急性期病棟への転院(24時間以内、72時間超)
	PSY-4	退院直後の再入院(1, 3, 7, 15, 31, 60日以内)
	PSY-7	DC(1回, 5回, 14回)退所後の薬物依存病棟入院
	PSY-7	同・治療不適切, 治療不服従, 治療状況に無関係の再燃
	PSY-7	同・治療合併症で入院, 薬物依存治療で入院, 他で入院
	PSY-7	DC退所後の外来患者プログラム導入, 他診療所通院
	PSY-7	同・受診なし, 医療上の勧告の受容拒絶, 失踪
	PSY-7	同・精神科治療なし, その他
	PSY-7	DC1回, 5回, 14回来訪後の退所
	PSY-8	転倒による外傷

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—海外の文献のレビュー—

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） *執筆担当者
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）

研究要旨

欧米先進諸国では、医療サービスの質を客観的に測ることを目的とした指標が開発されると共に、その指標を用いて精神科病院の機能評価が実施されている。そこで、海外で既に用いられている機能評価指標、その評価方法などを調べ、日本において精神科医療機関の機能の評価指標を定め、機能評価を行う際に参考となる点を検討した。

インターネットの検索により得られた海外の精神科医療機関の評価軸に関する文献、4点について詳細を調べた。各々特徴があり、一概には言えないものの、複数の調査データを用いて総合的に医療機関の機能評価を行っていること、また、国によっては、個々の症例に関するデータ収集システムがあるなど、日本と異なる点を把握した。

有効な精神科医療機能評価軸の開発に関しては、海外の実践から学ぶ点が多いと考えられる。例えば、既存のデータを複数活用することや、複数の調査の実施などにより、包括的に評価を行うことは、日本でも活かせると考えられる。今後、海外で開発された評価軸や評価方法を参考にしつつ、日本のシステム、状況に合わせて精神科病院の機能評価軸、そして評価方法の開発を進めることが重要である。

A. 研究目的

欧米先進諸国では、財源配分の仕組みを整備すると共に、医療コストと成果のバランスを見据えながら、効率化や医療の質の向上に取り組んでいる。そして、そのために医療サービスの質を客観的に測ることを目的とした指標が

開発され、その指標を用いて精神科病院の機能評価が実施されている。そこで、海外で既に用いられている機能評価指標、その評価方法などを調べ、日本において精神科医療機関の機能の評価指標を定め、機能評価を行う際に参考となる点を検討する。

B. 研究方法

インターネットの検索により得られた資料の中から、特に参考になると思われる3ヶ国の4つの文献を取り上げ(下記の参照)、詳細を調べた。なお、下記の1)から3)に関しては、抜粋部分の翻訳を資料として巻末に掲載する。

1) オーストラリア

「Measuring quality in Australian mental health services」¹⁾

保健・加齢省 (Department of Health and Aging)

2) イギリス(イングランド&ウェールズ)

「Performance indicators for the performance ratings 2004/2005: Key targets and performance indicators for mental health trusts and providers of mental health services」²⁾

保健医療委員会 (Healthcare Commission)

3) アメリカ(カリフォルニア州)

「Establishment of Quality Indicator for California's Public Mental Health System」³⁾

精神保健局 (Department of Mental Health)

4) アメリカ(ワシントン州)

「State-Wide Publicly Funded Mental Health Performance Indicators」⁴⁾

社会保健サービス局精神保健課
(Department of Social & Health Services, Department of Social & Health Services)

C. 研究結果

日本と海外の精神科医療機能評価の方法、項目の内容を比較した。海外の実践は、それぞれ特徴があり、一概には言えないものの、複

数の調査データを用いて総合的な評価を行っていること、国によっては、個々の症例に関するデータ収集システムがあること、評価項目の中で、医療の効率が重視されていることなど、日本と異なっている点を把握した。以下、概要をまとめる。なお、各資料の概要は別紙の通りである。

1. 総合的な評価

海外の医療機能評価では、「データ収集方法」「項目」「調査対象」「医療利用者の重視」などの点で、日本と異なっていることが分かった。

1) 複数のデータの使用

イギリス・カリフォルニア州・ワシントン州では、各項目に合わせた様々な調査の結果を用いて、総合的な評価を行っていた。また、機能評価のために特別に調査研究などが実施されていた。

2) 多岐に渡る項目

イギリスでは、「職員との関係の構築 (building closer relationships)」「ケアコーディネーション」(利用者調査結果を利用)、「職員の労働時間」「病欠率」などの項目が盛り込まれていた。

3) 様々な立場の人への調査の実施

イギリス・カリフォルニア州・ワシントン州では、患者のデータベースだけでなく、利用者、病院職員等を対象とした調査を行い、その結果を用いて総合的に評価していた。

4) 様々な立場の人による調査の実施

イギリスでは、施設・土地管理職員 (facilities and estates staff)、ホテルのサービスマネージャー、配食担当者 (caterers)、感染症対策看護師 (infection control nurses)、患者代表者

などから成る「患者環境対策チーム」(Patient Environment Action Teams: PEAT)を結成し、病院の清潔度、食事、プライバシーなどについて、監査、評価を行っていた。

5) 利用者の意見・参画の重視

イギリス・カリフォルニア州・ワシントン州では、利用者調査が行われていた。例えば、イギリスでは、評価機関が、精神科医療ユーザーを対象に調査を実施し、待ち時間・情報・医療スタッフの態度/コミュニケーションの質・職員間のコミュニケーションなどについて、調査結果を基に評価を行っていた。また、患者代表が、「患者環境対策チーム」の一員となっていた。

2. データ収集システムの存在

オーストラリア、イギリスでは、個々の患者の動向に関するデータ収集のシステムが作られていた。

オーストラリアでは、13441 症例の3ヶ月の動向に関する精密なデータが収集されていた。これには、連邦政府が、各州政府に医療財源の配分と引き換えに、医療サービスのアウトプット、最終的にはアウトカムに関する各種のデータ提供を求め、配分された財源が有効に使われているかと言う点に関する検証を試みてきたことが関係している⁵⁾。また、イギリスでは、機能評価における重要項目 5 つのうちの一項目として、「精神保健基本データセットの実施」が挙げられている。精神保健基本データセットは、精神保健学上の情報収集という意味もあり、国レベルで一人ひとりの患者に関して、照会から退院までのケア内容・提供期間などのデータ収集を行うシステム作りが進んでいる。

3. 「効率」「費用」の視点

オーストラリアでは、治療費と治療の効果を用い、効率性を測定して指標として位置づけていた。また、カリフォルニア州・ワシントン州においても、患者一人当たりの費用、一時間のサービス提供にかかる費用などが、指標となっていた。なお、イギリスにおいても、5つの重要項目の中に財務管理状況が入っていた。

D. 考察

日本で、精神科医療機関の機能を総合的に評価することが、必要であり、そのためには、既存のデータを複数活用すると共に、総合的な評価を可能にする調査(対象・調査項目・実施方法・組み合わせなど)の開発、新たな調査の実施、全体的な質を示すと考えられる項目の把握などが必要である。

また、精神科医療費は、全体の 7.6%(平成15年度)⁶⁾注であるが、今後、限られた医療費を有効に使うために、日本においても医療費と治療効果の効率性が、非常に重要である。なお、その際に必要となるデータ収集システムの整備に関して、検討が必要になってくると考えられる。

ただし、日本で海外の実践を取り入れる際には、経費、時間、また、データ収集システムの構築の方法など、問題になると思われる点も多くある。今後、検討が必要である。

注:「精神及び行動の障害」の割合

E. 結論

有効な医療機能評価軸の開発に関しては、海外の実践から学ぶ点が多いと考えられる。特に、既存のデータを複数活用することや、利用者はじめ、様々な立場の人に対しての調査

の実施などにより、包括的な評価を試みることは重要である。また、取り入れることが可能であると考える。今後、総合的な評価を可能にする調査の開発(対象・調査項目・実施方法・調査の組み合わせなど)、質を示すと考えられる項目の把握などにおいて、海外の実践を参考にしつつ、日本のシステム、状況に合う精神科医療機能評価軸、及び評価方法の開発を進めることが重要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

未定

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

I. 文献

- 1) Pirkis, J., Burgess, P., Dunt, D. and Henry, L. (1999) Measuring quality in Australian mental health services
([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))
- 2) Healthcare Commission (2005) Performance indicators for the performance ratings 2004/2005: Key targets and performance indicators for mental health trusts and providers of mental health services
(<http://ratings2005.healthcarecommission.org.uk/Downloads/mhlist.pdf>)
- 3) Department of Mental Health (2001) Establishment of Quality Indicator for California's Public Mental Health System

(http://www.dmh.cahwnet.gov/QIC/docs/QIC_Leg_Rpt%20-%20PDF.doc)

- 4) Department of Social & Health Services (2003) State-Wide Publicly Funded Mental Health Performance Indicators
(<http://www1.dshs.wa.gov/pdf/hrsa/mh/mhdpireport2002.pdf>)

- 5) 藤澤由和「オーストラリアにおける臨床指標の現状」、医療マネジメント学会監修、『臨床指標の実際－医療の質をはかるために－』、じほう、東京、2005

- 6) 厚生労働省「平成 15 年度国民医療費の概況」(平成 17 年 8 月 23 日)
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kiryohi/03/kekka6.html>) 2006 年 3 月 24 日

資料 4-1 海外の文献の概要

	発行者・発行年	方法	指標の領域
オーストラリア	保健&加齢省 (Department of Health and Ageing) [1999年]	データ:「精神保健分類とサービスコスト」プロジェクト(1996)で得られたデータ (医療・社会人口統計・サービス利用・コスト) 期間:3ヶ月以上 収集先:救急治療病棟 21、救急でない病棟 12、通院機関 60 データ数:13441事例 (入院治療終了者・入院治療継続者・通院者の3分類) 枠組み:Boyce <i>et al.</i> (1997)	有効性 (effectiveness) コスト効率 (efficiency) 技術と安全性 (Technical proficiency and safety) アクセス (Access) 継続性 (Continuity)
イギリス イングランド & ウェールズ	保健医療委員会 (Health Care Commission) [2005年]	仕組み: NHS 会社の全サービスを精神保健福祉サービスなど4タイプに分類する。各タイプにおいて重要目標 (key targets) とバランズドスコアカード (Balanced Scorecard Indicators: BSC) を設定する。重要目標には3段階の等級を、BSC には5段階の等級をつける。そして、BSC の22項目の結果を3つの焦点領域別に集計し3段階の等級をつける。なお、各等級の内容は項目別に定める。重要目標と BSC の得点・減点を集計し、最終的に4段階の評価 (0~3star) を出す データ:各種調査データを適宜利用 (精神保健政策調査・ユルザー調査など)	[重要目標] (key targets) CPA の実施・危機介入チーム・財務管理・病院の清潔さ・精神保健基本データセットの実施 (MHMDS implementation)、計5項目 [バランズドスコアカード] (BSC) 医療・患者・能力 & 容量 (capacity & capability) 3つの焦点領域、計22項目
アメリカ カリフォルニア州	精神保健局 (Department of Mental Health) [2001年]	データ:「クライアント・サービス情報システム」「メデイカル支払い請求」「業務成果システム (performance outcome system)」のうち、原則的に、1つ、あるいはそれ以上のデータ、及び「特別研究 (special studies)」のデータ	構造 (Structure) アクセス (Access) 過程 (Process) 成果 (Outcomes)
アメリカ ワシントン州	社会保健サービス局 精神保健課 (Department of Social & Health Services, Mental Health Division) [2003年]	データ:「精神保健局コミュニティ情報システム」「州立精神科病院データベース保健統合情報システム」「メデイケイド管理情報システム支払い金 (payment) データベース」「精神保健統計改善プロジェクト・青年期サービス調査・家族のための青年期サービス調査・コミュニティ調査」「社会保健局サービス研究 & データ分析・クライエントサービスデータベース」以上5種のデータベースの組み合わせ。ただし、サービスの数とタイプに関しては、州全体で行われた主な3つの調査のうち、1つ、あるいはそれ以上のデータ	アクセス (Access) サービスの質と適性 (Quality & Appropriateness of services) 成果 (Outcome of services) 支出 (expenditures)

資料 4-2 オーストラリア精神保健サービスに関する質の評価

行政報告概要

1999年12月

ジェーン・パーキンス¹、フィリップ・バーゲス²、デヴィッド・ダント¹、
リサ・ヘンリー³

1. 健康プログラム評価センター、保健プログラム科
2. 精神保健研究所
3. メルボルン大学精神医学部

I. 背景 (Background)

近年、精神保健の質を重要視する傾向が増加している。この動きは、一般の保健部門から始まったが、現在、精神保健部門でも急性期の入院患者、慢性期の入院患者、また地域社会で生活する患者にも焦点が当てられて、この動きが広がっている。

現行のプロジェクトは、オーストラリアの精神保健サービスの質に関する全体を示しつつ、さらに質の向上を目指すことを目的としている。

II. 研究方法 (Method)

本研究では、1996年の精神保健分類及びサービスコストに関するプロジェクト (Mental Health Classification and Service Costs: 以下 MH-CASC) の一部として集められたデータを使用している。MH-CASC プロジェクトは、複合ケース(casemix)の予算のために精神保健分類システム(a mental health classification system)を開発することを目的としていた。21の急性期病棟、12の慢性期病棟、60の地域にある通院医療機関の全ての患者に関し3ヶ月以上に渡るデータが収集された。

MH-CASC プロジェクトの分類認定分析(class-finding analysis)のために集められた合計 13,441 のケア症例(episodes)の利用が可能であり、今回のプロジェクトの分析の基礎となっている。

症例は3タイプに分類できる：

- ・ 入院治療終了者の症例(completed inpatient episodes)
- ・ 入院治療継続者の症例(incomplete inpatient episodes)
- ・ 通院者の症例(community episodes)

今回の研究では、ボイスら (Boyce et al 1997) が提唱した研究の枠組み、MH-CASE プロジェクトで集められた臨床・社会統計学・サービス利用・経費に関するデータを用いた。この方法により、ボイスらが定めた質の枠組みを成す大部分の次元において軸を開発し、この指標を用いてオーストラリア精神保健サービスの実績を検討できた。

質の評価に使用された基本要素・指標を以下に示す。

1. 有効性 (Effectiveness)

有効性は以下のように定義される：

有効性とは通常の治療を行った際に、生存につながった、または生活の質が改善された（もしくは、結果が改善された）場合、測定可能な介入について向上度を測るものである。指標では、介入者による評価または患者自身の評価の結果が、測定基準となることもある。

有効性に関する単一指標が選ばれた：

指標1:各症例における介入期間中の HoNOS(the Health of the Nation Outcome Scale)の項目別、及び総合点数の変化

HoNOS の 12 項目はそれぞれ 0 点(問題なし)から 4 点(かなり問題がある)まで配点され、最初の 2 週間を評価の対象期間とする。最初の 10 項目を使うと、HoNOS の合計得点が 0 点から 40 点までの間に来るようになる。個々のケースにおいて HoNOS を少なくとも 2 回実施し、後に行った評価得点から最初の得点を引くことで個別の項目の HoNOS 得点と HoNOS の合計得点の変化を見ることができる。得点がマイナスであれば改善を示し、得点がプラスであれば悪化を示す。

2. 効率 (Efficiency)

効率は以下のように定義される：

与えられた費用の中で最大限の利益(成果)を生み出すこと。技術効率とは、特定のサービス提供を行う際に、最小限のコストで資源を組み合わせることと関係している。そして、指標には、複合ケース(casemix)を調整し分離した上で、個々のケースにかかる費用／活動の割合を含むこともある。配分の効率 (allocative efficiency) は、利用可能な資源から得られる最大利益の度合いに関連しており、指標は、限界分析による予算プログラム (program budgeting with marginal analysis – PBMA) のような優先順位の設定のための基本枠組みから導き出されることもある

単一の効率指標が選ばれた：

指標 2:HoNOS の合計得点の変化に対する費用

HoNOS の合計得点の変化を MH-CASC プロジェクトから得られた各々の症例の費用データを同時に使うことにより（上記参照）、HoNOS の合計得点の変化の平均値に対する症例別コストの平均値を計算することができる。

3. 技術と安全性 (Technical proficiency and safety)

技術は以下のように定義される：

サービス提供者による介入の状況が現在の基準に即して一定であり、専門知識が介入に対して適当なものであるかどうかの程度とする。指標はケアのガイドラインにどの位沿っているのかを含むこともある。

また、安全性は以下のように定義される：

ケアを行う際に発生する可能性のある危険を回避し、不注意から起こる損害・危害 (harm) を最小限にとどめる。指標は、害を引き起こす出来事 (adverse event) な

どが起こらないかを監視することを含むこともある。

専門性と安全性に関する 3 つの指標は MH-CASC データ群を活用できる。

指標3:退院後 28 日以内の再入院

指標4:死亡率

指標5:命に関わる重大な出来事(incidents)

指標 3:28 日以内の再入院

入院治療終了者の症例のみにこの指標を用いることで、退院後 28 日以内に再入院した割合を出すことができる。

指標 4:死亡率

MH-CASC プロジェクトで個々の症例について尋ねた項目の 1 つが、ケース終了の理由であり、回答の一つは患者の死亡である可能性がある。この変数を用いることにより、患者の死亡による終結ケースの割合を出すことができる。

指標5:命に関わる重大な事件

HoNOS 項目 2 に関する得点 4 は、過去 2 週間に患者の自殺企図があり、(かつ/または) 深刻な自虐行為があることを示している。つまり、この項目が 4 点の場合、調査期間内に患者に自殺企図があった証拠である。このように、自殺企図があった症例の割合を出すことができる。

4. アクセス (Access)

アクセスは以下のように定義できる：

同質のケアを得る個人の能力 (The capacity of individuals)。指標は、待ち時間、予防可能な入院/死亡の回避、特定サービスの利用率 (condition-specific utilization rates) などを含むこともある。

アクセスについて 2 つの指標が選択された：

指標 6: 英語を母国語としない人が、英語を母国語とする人と同様のケアを得ることができるか

指標 7: 公的援助(生活保護)受給者(people in receipt of government support)が、受給していない人と同様のケアを得ることができるか

各症例について、英語を母国語としない人と、特定の障害をもち公的援助を受けている人の割合を出した。サービス利用に関するデータは、「精神保健とウェルビーイングに関するオーストラリア国民調査(オーストラリア統計局: Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing, 1998)」による有病率のデータを考慮しながら検討した。

5. 継続性 (Continuity)

継続性は、以下のように定義される：

個々のケアの症例が、全体のケア提供とコーディネートされ、統合されているのかの度合いである。「適切な患者調査」や、個人のケアに携わったサービス提供者の数

の指標を含んでいることもある。

2つの全般的な指標が選ばれた

指標 8:入院前 7 日間の地域でのケアサービスの提供

指標 9:入院後 7 日間の地域でのケアサービスの提供

この分析は、調査期間に入って少なくとも 7 日経って入院した人 (指標 8) で、調査期間終了の 7 日前までに退院した人 (指標 9) 全ての入院治療終了者を対象にした。MH-CASC プロジェクトの各患者はそれぞれ識別されており、データをリンクできるので、入院前の 7 日間に地域のケアサービスが入院患者に提供された割合と退院後の 7 日間に地域ケアサービスが実施された割合を出すことができる。

継続性に関する細かな指標が 1 つ選ばれた :

指標 10:症例に関わった職員の人数、及び専門職種

各症例に関して、ケアを提供した職員数の平均を計算した。また、各症例に関わった職員の構成も評価した。

6. 各指標に関する有効性 (Performance across indicators)

各症例における指標の一組一組について、各指標間の関係の有無、もし関係がある場合、どのような関係があるのかを、スピアマン相関係数により分析・検討した。

Ⅲ. 結果 (Results)

本研究の結果は以下のようにまとめられる。

1. 有効性 (Effectiveness)

指標 1:症例における調査期間中の HoNOS の項目別、及び総合得点の変化

データが、今回の目的以外のために収集されたものであるため、この分析には幾つかの限界がある。特に、MH-CASC プロジェクトの中で使われた HoNOS 評価スケジュールは、プロジェクトには適切であるが、成果を測る方法としては限界があった。最初の HoNOS 評価が症例の調査開始 14 日目に行われたため、調査期間中に評価が 1 回もしくは、全く行われず、得点の変化の算出ができないこともあった。入院治療終了者の在院期間の平均が、12.4 日であるため、これは、特に入院治療終了者の症例について言えることである。入院治療終了者のうち、HoNOS 合計得点の変化を把握できたのは、19%のみである (なお、入院治療継続者の症例では 68%、通院患者の症例では 55%において変化を把握できた)。これらの限界を考慮して、以下の結果を解釈すべきである。

平均的に、個々の項目においても HoNOS 全項目においても、改善が見られた。HoNOS 得点変化の平均は、入院治療終了者の症例において最大(-1.01)で、次いで入院治療継続者の症例 (-0.87)、通院患者の症例 (-0.47) であった。変化の予測は、項目(もしくは合計得点)と症例のタイプによって異なった。

2. 効率性 (Efficiency)

指標 2: HoNOS の合計得点の変化に対する費用

費用に関する結果は、3つの症例群においてそれぞれ算出された。入院治療終了者の症例では、HoNOS 合計得点の病状を1ユニット改善するのに要した費用の平均は、\$4758.94であった。これに相当する入院治療継続者における費用は\$9478.23、通院患者における費用は、\$1540.61であった。しかし、これらの結果も限られた症例に関するものである一すなわち HoNOS の得点変化を把握できた症例に限った変化である点に考慮しなければならない。

3. 技術と安全性

指標 3: 退院後 28 日以内の再入院

入院治療終了者の症例の 5%は、28 日以内に、予定の、もしくは予定外の再入院となっていた。Australian Council on Healthcare Standards(ACHS)、及び Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists: (RANZCP) によって推奨されている予定外再入院の暫定措置(provisional threshold)の半分であった。

指標 4: 死亡率

症例のタイプによって死亡率は異なるが、全体の 0.34%が死亡していた。

指標 5: 命に関わる重大な出来事(incidents)

これも、症例のタイプによって異なるが、症例の 4.7%に自殺企図があった。

4. アクセス (Access)

指標 6: 英語を母国語としない人が、英語を母国語とする人と同様のサービスを得ることができるか

サービス利用者と精神保健面での問題をもつ人の相対割合を考慮したところ、英語が母国語でない人と、母国語である人の精神保健サービスへのアクセスの程度は同等であった。

指標 7: 公的援助(生活保護)受給者(people in receipt of government support)が、受給していない人と同様のケアを得ることができるか

同様に、公的援助を受給している人と、援助を受けていない人の精神保健サービスへのアクセスの程度は同等であった。

5. 継続性 (Continuity)

指標 8: 入院前 7 日間の地域ケアサービスの提供

指標 9: 退院後 7 日間の地域ケアサービスの提供

平均値は、入院治療終了者の症例に対する入院前 7 日間の地域サービスの実施率は 46%であり、入院後 7 日間の地域サービスの実施率は 56%であった。対応する中間値は、それ