

ける人類の負担となる疾患の首位は下部呼吸器感染症、そしてHIV/AIDSが続くが、うつ病はこれに次いで第3番目の疾患となっており、人類の苦痛の4.5%を占めるまでに至っている。さらに、これから20年間でうつ病による負担は増大することが予想されている(World Health Organization, 2002)。これは、うつによって個人、社会、経済の様々な面が不健康となり、それが機能や生産性を低下させ、さらに医療サービスの利用をも増大させるからであると云われている(National Institute for Clinical Excellence, 2004)。アメリカでは、うつによる経済的負担は2000年では830億ドルを越えたと見積もられ、そのうち260億ドルは直接の治療コスト、50億ドルは自殺に関連したコスト、520億ドルは職域でのコストと見積もられ、このコストには、疾患自身の負担、家族や介護者の負担、労働力を失ったことによる損失を含んでおらず、実際のうつによる経済的損失はさらに大きいと考えられている(Greenberg et al., 2003)。これらの知見から、公衆衛生の面からもうつ病を含む精神疾患の治療向上が重要であるように、精神科医療の質の向上はたいへん重要である。

精神科医療の質の向上には、ある程度のevidenceにもとづいた医療システムの構築が必要で、そのためには医療システムの有用な実効性を計る指標（医療の質の評価）が必要である。一般的に医療の質の評価は、構造・過程・アウトカムの面から検討されるが、医療のアウトカムに関していえばその評価項目が、簡素でかつ臨床的妥当性があり、さらに公衆衛生学的にも重要で、通常臨床場面でも煩雑なことなく入手可能であることが重要になる。

本研究は、海外で行われている精神科医療のアウトカム評価を調査し、わが国の精神科医療のアウトカム評価に応用できるかを検討することを目的とした。

B. 研究方法

本研究では、Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) Mental Health Care Quality Indicator (Hermann et al., 2004, 2006)の調査及び関連する文献のレビューを行いわが国への適応を検討した。

C. 研究結果

OECD Mental Health Care Quality Indicator

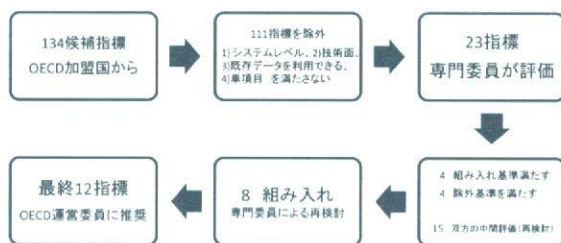
OECD Mental Health Care Quality Indicatorは精神科医療全般に渡って重要な精神医療のアウトカム評価項目に関してOECD加盟の6カ国と1機関からの専門家委員(UK, Sweden, Canada, Australia, Denmark, US, the European Society for Quality Healthcare ESQHからの精神保健行政官・臨床医・医療サービス/疫学/公衆衛生/公共政策を専門とする研究者)によって検討され、Delphi法を用いてコンセンサスを得た策定された指標である。

1. 選定方法

指標は、はじめOECD加盟国の保健担当機関や先行研究をもとに134の候補指標が検討された。それを、5つの組み入れ基準：1)質に注目している指標である（コストやサービス利用ではない）、2)システムレベルでの質の評価をみるにも妥当、3)技術的な質に着目している、4)診断コードなど病院診療データといった既存データを利用できる、5)単項目指標を満たしたものを抽出した。結果として134から23の指標が選ばれ、専門委員で検討された。この指標選定プロセスは2段階で行われ、第1段階として各委員が無記名で項目の臨床的重要性、科学的妥当性、既存データから算出できうる実現性を9段階のLikert Scaleで評価し、コンセンサスが得られれば組み入れ、そうでなければ除外された。組み入れ・除外

の判断は、RAND 妥当性法（9-7 点：一致、6-4 点：結論至らず、3-1 点：不一致）を用いて、重要性・妥当性は中央値 ≥ 7 、実効性は 50%以上が「実現あり」「可能」を組み入れ、一方重要性・妥当性は中央値 ≤ 3 、実効性は 50%以上が「非現実」は除外した。これに振り分けされなかった指標が第 2 段階で、各々再度検討された（図 1）。最終的に、12 の指標が OECD Mental Health Care Quality Indicator として選定された。

図1 指標の選定過程



2. アウトカム指標

12 の指標は、精神保健ケアの質を反映する主要 4 項目（治療、治療継続、治療連携、患者転帰）が含まれた。具体的には、「治療」では 1. うつ病急性期における適正受診率 2. 精神疾患患者の早期再入院率 3. 物質関連障害患者の治療期間 4. 高齢者における抗コリン作用が強い抗うつ薬(TCA)の使用 5. 急性期における抗うつ薬治療の継続使用 6. 持続期における抗うつ薬治療の継続使用；「治療継続」では 7. 退院後の適正時期における外来フォローアップ 8. 精神・物質依存の併用疾患患者の退院後の受診度合 9. 通院における人種・ethnic 格差 10. 精神疾患患者の退院後の 6 ヶ月後治療継続率；「治療連携」では 11. 重度精神疾患へのケースマネジメント

率；「治療転帰」としては 12. 重度精神疾患の死亡率が挙げられた（表 1-4）。

3. OECD Mental Health Care Quality Indicator に関する疫学的データ

12 の OECD Mental Health Care Quality Indicator に関する、実証的データを、米国国立生物工学情報センター(National Center for Biotechnology Information)の医学関係文献データベース Pubmed および関連報告書を検索し、各項目に該当する文献の検討を行った。結果として、12 項目のうち Item-9[通院における人種・ethnic 格差]と Item-11[重度精神疾患へのケースマネジメント率]は該当文献なかったが、残りの 10 項目に関しては総計 23 の文献を検索できた。なお、諸外国の概観をつかむために、わが国の研究は除外したが、ほとんどの文献は、北米のものであった。

データに関する結果は表 5-7 に示す。概観すれば、Item 1. うつ病急性期における適正受診率:60% (30 日), Item 2. 精神疾患患者の早期再入院率:10%, Item 3. 物質関連障害患者の治療期間:50%, Item 4. 高齢者における抗コリン作用が強い抗うつ薬(TCA)の使用: 45%, Item 5. 急性期における抗うつ薬治療の継続使用:80%, Item 6. 持続期における抗うつ薬治療の継続の使用: 50%, Item 7. 退院後の適正時期における外来フォローアップ:70%, Item 8. 精神・物質依存の併用疾患患者の退院後の受診率:30%, Item 10. 精神疾患患者の退院後の 6 ヶ月治療継続率:15%, Item 12. 重度精神疾患の死亡率: SMR2.58 であった。

D. 考察

OECD Mental Health Care Quality Indicator の利用

OECD の 12 項目の中でも、わが国の精神科

医療の特性を考慮すると、物質関連障害患者と人種差に関する indicator は当面のところ除き、統合失調症にもう少し重点が置かれると良いと考える。また、本評価項目の実効性を考慮すれば、12項目の中も①精神疾患患者の早期再入院率、②退院後の適正時期における外来フォローアップ（退院後1ヶ月以内の受診）、③精神疾患患者の退院後の6ヶ月間治療継続率の3つをアウトカムの indicator として利用可能ではないかと考える。

E. 結論

本研究は、海外で行われている精神科医療のアウトカム評価を調査し、わが国の精神科医療のアウトカムを評価する際の課題を明らかにすることを目的とした。わが国における精神科アウトカム研究を実施する際、その項目が臨床的に重要でありながら、簡素でかつ通常臨床場面で入手可能を考慮すべきである。その例として、OECD Mental Health Care Quality Indicator の評価項目を検討した結果、①精神疾患患者の早期再入院率、②退院後の適正時期における外来フォローアップ（退院後1ヶ月以内の受診）、③精神疾患患者の退院後の6ヶ月間治療継続率の3つをアウトカムの indicator として挙げられた。

F. 健康危険情報 該当事項なし

G. 研究発表 準備中

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

I. 文献

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1994

2. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. National Comorbidity Survey Replication. JAMA 18;289, 3095-105, 2003
3. Coyne JC, Fechner-Bates S, Schwenk TL. Prevalence, nature, and comorbidity of depressive disorders in primary care. Gen Hosp Psychiatry 16:267-76, 1994
4. The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA 291:2581-90, 2004
5. World Health Organization. Revised Global Burden of Disease 2002 estimates, available at: <http://www.who.int/healthinfo/bodgbd2002/en/index.html>
6. National Institute for Clinical Excellence. Depression; Management of depression in primary and secondary care. National Institute for Clinical Excellence, London, 2004
7. Greenberg PE, Kessler RC, Birnbaum HG, et al: The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? J Clin Psychiatry 64:1465-75, 2003
8. Hermann R, Mattike S and the members of the OECD mental health panel. Selecting indicators for the quality of mental health care at the system level in OECD countries. OECD health technical papers 17, 2004 [available at <http://www.oecd.org/els/health/technicalpapers/>]
9. Hermann RC, Mattke S, Somekh D, Silfverhielm H, Goldner E, Glover G, Pirkis J, Mainz J, Chan JA. Quality indicators for international benchmarking of mental health care. Int J Qual Health Care Sep;18 Suppl 1:31-8, 2006
10. Stettin GD, Yao J, Verbrugge RR, Aubert RE. Frequency of follow-up care for adult and

- pediatric patients during initiation of antidepressant therapy. *Am J Manag Care*. 2006 Aug;12(8):453-61.
11. Olfson M, Marcus SC, Tedeschi M, Wan GJ. Continuity of antidepressant treatment for adults with depression in the United States. *Am J Psychiatry*. 2006 Jan;163(1):101-8.
 12. NASMHPD RESEARCH INSTITUTE (2002), "National Public Rates. NRI Performance Measurement System" Project Office - Mental Health Research and Data Management Center. Available at: www.rdmc.org/nripms.
 13. NEW YORK STATE OFFICE OF ALCOHOLISM AND SUBSTANCE ABUSE SERVICES (2000), "IPMES/Workscope Objective Attainment System: FY2000 and 2000-2001", Albany, NY: New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, July.
 14. Leslie DL, Rosenheck RA. Comparing quality of mental health care for public-sector and privately insured populations. *Psychiatr Serv*. 2000 May;51(5):650-5.
 15. Herz MI, Lamberti JS, Mintz J, Scott R, O'Dell SP, McCartan L, Nix G A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry*. 2000 Mar;57(3):277-83.
 16. Wells K, Noroquist G, Benjamin B, et al. (1994), "Quality of anti-depressant medications prescribed at discharge to depressed elderly patients in general medical hospitals before and after prospective payment system" *General Hospital Psychiatry*, Vol.16, pp.4-15.
 17. Mamdani MM, Parikh SV, Austin PC, Upshur RE. Use of antidepressants among elderly subjects: trends and contributing factors. *Am J Psychiatry*. 2000 Mar;157(3):360-7.
 18. Sim K, Lee NB, Chua HC, Mahendran R, Fujii S, Yang SY, Chong MY, Si T, He YL, Lee MS, Sung KM, Chung EK, Chan YH, Shinfuku N, Tan CH, Sartorius N, Baldessarini RJ. Newer antidepressant drug use in East Asian psychiatric treatment settings: REAP (Research on East Asia Psychotropic Prescriptions) Study. *Br J Clin Pharmacol*. 2007 ;63:431-437.
 19. Uchida N, Chong MY, Tan CH, Nagai H, Tanaka M, Lee MS, Fujii S, Yang SY, Si T, Sim K, Wei H, Ling HY, Nishimura R, Kawaguchi Y, Edwards G, Sartorius N, Shinfuku N. International study on antidepressant prescription pattern at 20 teaching hospitals and major psychiatric institutions in East Asia: Analysis of 1898 cases from China, Japan, Korea, Singapore and Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2007 Oct;61(5):522-8.
 20. Melfi CA, Chawla AJ, Croghan TW, Hanna MP, Kennedy S, Sredl K. The effects of adherence to antidepressant treatment guidelines on relapse and recurrence of depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(12):1128-32.
 21. National Committee for Quality Assurance (1999), "NCQA Quality Compass" Washington, DC: NCQA.
 22. Kerr E, McGlynn E, Van Vorst K, Wickstrom S. (2000), "Measuring anti-depressant prescribing practice in a health care system using administrative data: implications for quality measurement and improvement" *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, Vol.26(4), pp.203-216.
 23. Busch SH, Leslie DL, Rosenheck RA. Comparing the quality of antidepressant pharmacotherapy in the Department of Veterans Affairs and the

- private sector. Psychiatr Serv. 2004 Dec;55(12):1386-91.
24. CALPERS HEALTH PLAN (2001), "Health Plan Quality Results" Blue Shield, Kaiser, Pacificare (90210 zipcode). Available at: <http://www.calpers.ca.gov/open-enrollment/planc ompare/>.
25. MASSACHUSETTS DIVISION OF MEDICAL AID (1999), "Quarterly Readmission Rate Reporting" Boston, MA, 1999.
26. National Committee for Quality Assurance (2002), "Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS) 2003" Washington, DC: NCQA.
27. ROSENHECK, R. and CICHETTI, D. (1995), "A mental health program performance monitoring system for the Department of Veterans Affairs" West Haven, CT: Northeast Program Evaluation Center, September 24
28. ROSENHECK, R. and DILELLA, D. (2000), "Department of Veterans Affairs National Mental Health Program Performance Monitoring System: Fiscal Year 1999 Report" West Haven, CT, Northeast Program Evaluation Center.
29. Ramana R, Paykel ES, Melzer D, Mehta MA, Surtees PG. Aftercare of depressed inpatients--service delivery and unmet needs. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2003 Mar;38(3):109-15.
30. Gorey KM, Leslie DR, Morris T, Carruthers WV, John L, Chacko J. Effectiveness of case management with severely and persistently mentally ill people. Community Ment Health J. 1998 Jun;34(3):241-50.
31. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? Arch Gen Psychiatry. 2007 Oct;64(10):1123-31.
32. Laursen TM, Munk-Olsen T, Nordentoft M, Mortensen PB. Increased mortality among patients admitted with major psychiatric disorders: a register-based study comparing mortality in unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia. J Clin Psychiatry. 2007 Jun;68(6):899-907.

表1 治療（1）

	indicator	分子	分母
1	うつ病急性期における適正受診率	12週間における3回以上の薬物療法外来の受診数または8回以上の精神療法外来の受診数	新規うつ病患者数
2	精神疾患患者の早期再入院率	12か月における退院患者のうち、1)7日間、2)30日間における再入院患者数	12か月における退院患者数
3	物質関連障害患者の治療期間	治療が90日以上持続している患者数	新規の物質関連障害患者数

表2 治療(2)

	indicator	分子	分母
4	高齢者における抗コリン作用が強い抗うつ薬(TCA)の使用	抗コリン作用が強い抗うつ薬(TCA)の使用患者数	65歳以上における抗うつ薬の使用患者数
5	急性期における抗うつ薬治療の継続使用	新しいうつ病エピソードに対して12週の急性期治療にて抗うつ薬が使用された患者数(≥18歳)	新しいうつ病エピソードに対して抗うつ薬が使用された患者数(≥18歳)
6	持続期における抗うつ薬治療の継続的使用	新しいうつ病エピソードに対して持続期治療(180days)にて抗うつ薬が使用された患者数(≥18歳)	新しいうつ病エピソードに対して抗うつ薬が使用された患者数(≥18歳)

表3 治療継続

	indicator	分子	分母
7	退院後の適正時期における外来フォローアップ	精神疾患にて入院加療を行っていた者が、退院後1)7日、2)30日において外来受診した人数	精神疾患にて入院加療を行っていた患者数
8	精神・物質依存の併用疾患患者の退院後の受診継続	退院後、12ヶ月における精神疾患で4回以上・物質関連問題で4回以上の受診をした患者数	精神・物質依存の併用疾患患者の退院数
9	通院における人種・ethnic格差	初診から12ヶ月以内において1回以上受診をした患者数(人種にて階層化)	精神疾患の初診人数
10	精神疾患患者の退院後の6ヶ月治療継続	退院後、6ヶ月において1回以上の受診をした患者数	精神疾患にて入院した患者数

表 4 治療連携・治療転帰

	indicator	分子	分母
11	重度精神疾患へのケースマネジメント率	ケースマネジメントを受けている患者数	医療機関にかかっている重症精神疾患患者数
	indicator	分子	分母
12	重度精神疾患の死亡率	重症精神疾患の年齢調整死亡率(SMR)	一般人口における年齢調整死亡率(SMR)

表 5 治療 indicator に関するデータ

	indicator	Study	Data
1	うつ病急性期における受診	Stettin et al., 2006	55.0% (contact healthcare provider for any purpose at 1 st 4wks) 17.7% (contact provider for mental healthcare)
		Olson et al., 2006	58.6% of patients continued antidepressant during the first 30 days
2	精神疾患患者の早期再入院率	NASMHPRR, 2002	30 days- 8.1-10.2%
		Leslie and Rosenheck, 2000	30 days- 13.1-15.3% (VA, n=172) 11.9-25.1% (private, n=200)
		Herz et al., 2007	18months- TAU: 39% vs. Program: 22%
3	物質関連障害患者の治療期間	NYOASAS, 2000	25-75%
4	高齢者における抗コリン作用が強い抗うつ薬(TCA)の使用	Wells et al., 1994	43.4% (general medical hospital, n=2746)
		Mamdani et al., 2000	45.1%
5	急性期における抗うつ薬治療の持続的使用	Melfi et al., 1998	18.8%, (4,052 patients, 47.6% were TCAs)
		NCQA, 1999	58.8%, (members of commercial health plans)
		Kerret et al., 2000	22.7-43.6% (adults from 2 health plans)
		Busch et al., 2004	84.7% (VA hospital), 81.0 % (private hospital) TCAs usage: VA vs. private, 6.7% vs. 4.3%
6	持続期における抗うつ薬治療の持続的使用	NCQA, 1999	42.2%, members of commercial health plans
		CalPERS Health Plan, 2001	43%, members of California health plans
		Busch et al., 2004	53.9% (VA hospital), 50.9 % (private hospital)

表 6 治療継続 indicator に関するデータ

	indicator	Study	Data
7	退院後の適正時期における外来フォローアップ	MBHP, 1998 NCOA, 2001	63% (7days) 44.4%(1998) 47.4%(1999) 48.2%(2000)
8	精神・物質依存の併用疾患患者の退院後の受診度合	Rosenheck and Gichetti, 1995	3.8-50.2%, VA hospitals
9	通院における人種・ethnic格差	NA	NA
10	精神疾患患者の退院後の受診度合	Leslie and Rosenheck, 2000 Rosenheck and DiLella, 2000	8.7-12.4% (VA hospital) 11.6-13.0% (US nationwide) 17.6-17.9% (VA hospital ,general psychiatry) 25.8-26.4% (VA hospital, substance use)

表 7 治療連携及び患者転帰 indicator に関するデータ

	indicator	Study	Data
11	重症精神疾患へのケースマネジメント	NA	NA
12	重症精神疾患の死亡率	Saha et al., 2007 Laursen et al., 2007	Schizophrenia median SMR 2.58 (37 studies) (一般人口に比して統合失調患者は2.5倍死にやすい) Mortality rate ratio 9.44(95%CI 9.12-9.78) (psychiatric vs. non-psychiatric diagnosis)

平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金（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その結果の公表に関する研究
分担研究報告書

OECD Mental Health Care Quality Indicator の病院評価への適用の検討
—イギリス、オーストラリアの病院評価項目との比較—

分担研究者 吉住 昭（独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター）
研究協力者 佐渡充洋（慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室）*執筆担当
中川敦夫（慶應義塾大学医学部精神神経科学教室）
稲垣 中（慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科）

研究要旨

医療システムレベルでの評価を想定して作成された OECD Mental Health Care Quality Indicator が病院レベルでの評価にも利用可能かどうかを検証するため、イングランド、オーストラリアの病院評価項目を検証した。

その結果、OECD Mental Health Care Quality Indicator は、医療システムレベルでの評価を想定して作成された項目であるが、病院レベルでの利用も可能であることが明らかになった。

どのアウトカム項目を用いるのが適切かの判断は、各国のおかれている社会、医療資源などの状況によって異なる。日本にアウトカム評価を導入する際には、その項目を OECD Mental Health Care Quality Indicator から闇雲に抽出してくるのではなく、わが国の社会状況、医療資源などに応じて適切な評価項目を選定する必要がある。

最後に、アウトカム評価の導入には、それらのデータ測定のための病院、および医療システムレベルでの早急なデータベース整備が不可欠である。

A. 研究目的

精神医療の透明性を確保し、より患者・家族のニーズにあった医療機関を選択しやすくするため、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が必要である。

そのような状況のもと、本研究班では、精神科病院の評価軸の設定を行い、評価項

目の絞込みを実施した。具体的には、内外 22 の資料から集められた 327 項目から Delphi 法により、70 項目まで集約された。その結果、アウトカムに関連する項目は、1 項目も含まれなかった。

伊藤²⁾によると、病院機能の評価項目は、主に構造、プロセス、アウトカムに分類される。データ収集に困難を伴うことが多いものの、一般的にアウトカムに関連した評

価項目が重要視される傾向が認められる。これらの傾向は、特に身体疾患の領域で強く認められるが、精神科領域でもその傾向は強まっている。

よって、今後日本における精神科病院機能評価においても、アウトカムに関する項目が取り入れられることが期待され、その際には、どのような項目が妥当であるのかを検討することが望まれた。

OECD は、精神科医療サービスの質の評価の指標として、定量的に評価可能な 12 の項目を **Mental Health Care Quality Indicator(OECD-MHCQI)**として公表している。しかし、これらの評価項目は、主に医療システムレベルでの評価を想定しており、病院レベルでの評価において、これらの評価項目の適用が妥当かどうかは明らかでない。

そこで、12 項目の **OECD-MHCQI** が諸外国の病院レベルでの評価にどの程度利用されているのかを明らかにし、これらの項目の病院レベルの評価項目としての利用可能性について検討するため、イングランド、オーストラリアの病院評価項目の分析を行った。

本研究の目的は、

- ① **OECD-MHCQI** のうち、どの項目が、イングランド、オーストラリアの病院評価に利用されているか明らかにすること、
- ② また、各国におけるそれらの数値を明らかにすること

である。

B. 研究方法

1. 対象

対象として、イングランド、オーストラリアの 2 カ国を選んだ。イングランドについては、**Healthcare Commission** が毎年イングランドの **NHS** 全病院を対象として行う **Annual Health check** の評価項目³⁾を調査対象とした。オーストラリアについては、**The Australian Council on Helathcare Standards** の **Clinical Indicator Report** の評価項目⁴⁾を対象とした。なお、オーストラリアの **Clinical Indicator** については、データが公表されているのは、地域平均、全国平均であり、各病院のデータは公表されていないが、病院レベルでもデータが収集されているため、本研究の対象として適切であると判断した。

2. 方法

それぞれの国の評価項目を **Douabedian** の分類に基づき、構造、プロセス、アウトカムの 3 つに分類した。次に、アウトカムに分類された項目のうち、**OECD-MHCQI** と一致する項目を特定し、その数値を同定した。

C. 結果

1. イングランド

イングランドの **Healthcare Commission** による **annual healthcheck** の評価項目は、全部で 56 項目であった。内訳は、構造 11、プロセス 43、アウトカム 2 であった。アウトカム 2 項目のうち、2 項目とも **OECD-MHCQI** と一致した。2 項目の内容は、①物質関連障害患者の治療継続期間、②人種間の格差、であった。物質関連障害患者の治療継続期間については、退院後 12 週間以上治療の継続している患者の割合が指標として用いられており、その値は全国

平均で 78.6%であった。また、人種間の格差については、まだデータ整備が追いついておらず、その前段階としてデータベース上に人種が記載されているケースの割合が指標とされていた。それらの値は、全国平均で HESdata については、91.36%、MHMDS については、94.05%であった（表 1）。

2. オーストラリア

オーストラリアの clinical indicator reports による評価項目は全部で 26 項目であった。これらの項目は、すべてアウトカムに分類される項目であった。この 26 項目のうち、OECD-MHCQI と一致したのは、①精神疾患患者の退院後 28 日以内の再入院率、②入院患者の入院中の死亡率、であった。精神疾患患者の退院後 28 日以内の再入院率は 8.38%であり、入院患者の入院死亡率は、0.09%であった。精神疾患患者の退院後 28 日以内の再入院率については、OECD-MHCQI とほぼ同じ指標を用いていたが、入院患者の入院中の死亡率は、OECD-MHCQI では、重症精神病患者の死亡率に該当するものであり、入院中の死亡率に限定されている点が OECD-MHCQI と異なる点であった（表 2）。

D. 考察

1. OECD-MHCQI の各国での病院評価における適用状況

今回の検証から、項目に若干の修正は必要であるものの、OECD-MHCQI は、病院評価の項目として、利用されていることが明らかとなった。このことから、OECD-MHCQI は、医療システムレベルでの評価を目的として作成されたものである

が、修正の仕方によっては、病院レベルでの評価にも利用可能であることが伺える。しかし、イングランド、オーストラリアいずれの国においても、病院評価に採用されている OECD-MHCQI は 2 項目のみであることから、これらの指標がそのまますべて病院評価に適用できるものでないことも示唆される。

また、両国で利用されている OECD-MHCQI が異なることから、各国に共通して重要な項目があるわけではなく、その国の状況に応じて、適切な評価項目が異なることも伺える。

2. 日本におけるアウトカム項目設定の際の課題

日本においてこれらの評価項目を導入する場合、最大の障害になるのは、データベースの整備である。成果の集計作業については、諸外国では、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て、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ることを指摘しているが²⁰、本邦では、そのような状況から程遠いといわざるを得ない。イギリスやオーストラリアは基本的に医療サービスが公営で営まれており、これらのデータベースの整備などについても、比較的統制が取りやすい。一方日本は、保険医療のスキームは、公的な枠組みであるものの、個々の医療機関に占める公設医療機関の割合はそれほど高くないため、このようなインフラ整備における統制がとりにくいという面がある。よって、まずは、国立病院機構などの比較的ネットワークの取りやすい医療機関群において、情報整備を進め

ていくことがもっとも現実的な手法と思われる。

E. 結論

医療システムレベルでの評価を想定して作成された OECD-MHCQI が病院レベルでの評価にも利用可能かどうかを検証するため、イングランド、オーストラリアの病院評価項目を検証した。

OECD-MHCQI は、医療システムレベルでの評価を想定して作成された項目であるが、病院レベルでの利用も可能である。

どのアウトカム項目を用いるのが適切かの判断は、各国のおかれている社会、医療資源などの状況によって異なる。日本にアウトカム評価を導入する際には、その項目を闇雲に OECD-MHCQI から抽出して行くのではなく、わが国の社会状況、医療資源などに応じて適切な評価項目を選定する必要がある。

最後に、アウトカム評価の導入には、それらのデータ測定のための病院、および医療システムレベルでの早急なデータベース整備が不可欠である。

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

1) 厚生労働省障害保健福祉部, 2004. 今後の障害保健福祉施策について (改革のグランドデザイン案) 東京, 厚生労働省, Web Site. [online]. Available from:<

<http://www-bm.mhlw.go.jp/shingi/2004/10/dl/s1025-5c1.pdf>> [Accessed on 18 Feb 2008].

2) 伊藤弘人, 2003. *医療評価*, 東京, 真興交易 (株) 医書出版部

3) Healthcare Commission, 2006. *The annual health check in 2006/2007*, London, Commission for healthcare audit and inspection, Web Site. [online]. Available from: <[http://www.healthcarecommission.org.uk/db/documents/The annual health check in 2006 2007 assessing and rating the NHS 200609225143.pdf](http://www.healthcarecommission.org.uk/db/documents/The%20annual%20health%20check%20in%202006%202007%20assessing%20and%20rating%20the%20NHS%20200609225143.pdf)> [Accessed on 18 Feb 2008].

4) The Australian Council on Healthcare Standards, 2007. *Australian Clinical Indicator Report 1998-2006 Determining the Potential to Improve Quality of Care: 8th Edition*, Web Site. [online]. Ultimo, The Australian Council on Healthcare Standards. Available from: <[http://www.achs.org.au/pdf/Australasia n_CIR_8th_Edition.pdf](http://www.achs.org.au/pdf/Australasia_n_CIR_8th_Edition.pdf)> [Accessed on 18 Feb 2008].

5) 吉住昭, 2006. 厚生労働科学研究研究費補助金 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その結果の公表に関わる研究」, 平成 17 年度総括・分担研究報告書, 25-50, 厚生労働省.

表1 イングランド Healthcare Commission による Annual Healthcheck に含まれる OECD-MHCQI とその値

OECD	indicator 名	指数	数値(全国平均)
3	物質使用障害患者の治療継続期間	物質使用障害患者のうち 12 週間以上治療の継続している患者の割合	78.64%
9	人種間の格差	①HESdata に人種が記録されている割合 ②MHMDSに人種が記録されている割合	①91.36% ②94.05%

表2 オーストラリア The Australian Council on Helathcare Standards の Clinical Indicator Report に含まれる OECD-MHCQI とその値

OECD	indicator 名	指数	数値(全国平均)
2	精神疾患患者の再入院	全退院患者に占める28日以内に再入院する患者の割合	8.38%
12	入院患者の死亡	全入院患者に占める死亡患者の割合	0.09%

平成 19 年度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その結果の公表に関する研究
分担研究報告書

精神科病院機能の評価軸に関する研究

(1) 既存資料に基づくわが国の精神科医療の質的評価

分担研究者	吉住 昭	(独立行政法人国立病院機構花巻病院)
研究協力者	稲垣 中*	(慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科)
	中川 敦夫	(慶應義塾大学大学院医学研究科精神神経科学分野)
	佐渡 充洋	(慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室)
	吉村 公雄	(慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室)

* 執筆担当者

研究要旨

本研究では、まず、豪州において精神科医療の質的評価を行う際に使用されている 26 の指標 (quality indicator) のうち、わが国の現状に即した形で部分的に修正を施して、『抗精神病薬多剤併用率』、『抗精神病薬大量投与率』、『抗パーキンソン薬大量投与率』、『再入院率』、『死亡退院率』の 5 つの質的評価指標を作成した。

次に、平成 16 年 6 月 30 日に実施されたいわゆる 630 調査と、平成 12～17 年に全国の国立精神科病院の入院患者を対象とした患者調査である JESS 関連研究の概要報告書に記載されたデータを利用して、これら 5 つの質的評価指標に関するわが国の基礎資料を作成した。

その上で、今回作成した基礎資料を豪州の Australian Council on Healthcare Standards の作成したリサーチペーパーに掲載されている Health Care Organisation における質的評価指標の値と比較した。

その結果、わが国の抗精神病薬多剤併用率、抗精神病薬大量投与率はともに極めて大きな値であり、豪州における 80 パーセンタイル値を越えた外れ値に相当することがわかった。抗パーキンソン薬大量投与率に関してはわが国における値は豪州における値よりやや低かったが、わが国では抗精神病薬を初めて使用する際に抗パーキンソン薬を予防的に併用し、その後も漫然と継続するという慣習が見かけの上で抗パーキンソン薬大量投与率を引き下げた可能性があり、抗パーキンソン薬大量投与率をわが国で質的評価指標として広く使用する際にはその定義を再修正する必要があると考えられた。

わが国における再入院率は豪州よりやや低く、一方、わが国の死亡退院率は豪州より明らかに高かった。ただし、わが国と比較して、豪州は人口あたりの病床数が明らかに少なく、1回の入院あたりの在院日数も明らかに少ないので、再入院率と死亡退院率の差が日豪間の真の差を意味するのか、それとも医療システムの違いに基づく見かけ上の差にすぎないのかを慎重に検討する必要がある。

A. 研究目的

本分担研究グループにおいて、われわれはわが国の精神科医療システムの質的評価を行うための指標(quality indicator)を確立するとともに、国内の精神科医療機関同士、あるいはわが国と海外の間で精神科医療システムの質的評価を行うことを目指している。

本報告書では、OECD、英国および豪州で採用されている精神科医療システムの質的評価指標の概要とその理念について中川ら、および佐渡らがレビューしているが、本稿では、まず豪州で Australian Council on Healthcare Standards (ACHS)によって作成された質的評価指標¹⁾をわが国の実情にあわせて修正した上で、わが国で既に公表されたさまざまな既存情報を利用して、これらの質的評価指標に関するわが国の基礎資料を提示した。

B. 研究方法

ACHS はそのリサーチペーパーの中で全部の26の質的評価指標を提示し、豪州における各指標の平均値と20パーセンタイル値と80パーセンタイル値を示していた¹⁾。今回、わが国の精神科医療システムの質的評価の基礎資料を作成するに際して、われわれはACHSによる26の質的評価指標のうちの一部の指標をわが国の精神科医療の実情に合わせて部分的な修正を施した。

本研究ではこれらの指標のうち、

- ① 抗精神病薬多剤併用率
- ② 抗精神病薬大量投与率
- ③ 抗パーキンソン薬大量投与率
- ④ 1ヶ月以内再入院率
- ⑤ 死亡退院率

の5つの指標について検討した。各指標の定義とACHSによる原版との相違点については、「C. 質的評価指標の定義」に記した。

そして、今回の研究で①～⑤の質的評価指標の参照値となる基礎データを作成するために使用された資料は、

- 1) 平成16年6月30日に厚生労働省社会・援護局障害福祉保健部精神・障害保健課と国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部によって実施された、いわゆる『630調査』の概要報告書²⁾
 - 2) 平成12年9月1日に国立精神科病院(当時の全入院患者を対象に実施された横断調査である『2000年度多数例臨床研究(JESS2000)』)の報告書^{3,4,5)}
 - 3) 『JESS2000』の対象患者の平成17年9月1日までの転帰を検討した『2000年度多数例臨床研究追跡調査(JESS2000追跡調査)』の報告書^{6,7)}
 - 4) 平成17年9月1日に旧・国立精神科病院の全入院患者を対象に実施された横断調査である『2005年度多数例臨床研究(JESS2005)』の報告書^{8,9,10)}
- の4つである。

C. 質的評価指標の定義

① 抗精神病薬多剤併用率

ACHSの原版では、退院時点で何らかの向精神薬が投与されていた患者数を法(分母となる数)に、また退院時点において向精神薬が2種類以上投与されていた患者数を被除数(分子となる数)にした場合の商、すなわち『向精神薬多剤併用率』を質的評価指標の1つとみなしていた。

しかしながら、わが国では伝統的に、例えば抗精神病薬と睡眠薬といったような異なるカテゴリー同士の向精神薬の併用投与の行われることが多く、また同じカテゴリーの向精神薬同士の併用投与の行われることもやはり多いので⁴⁾、『向精神薬の多剤併用率』を指標として用いると、あらゆる医療施設において100%に近い値をとる可能性が高く、質的評価指標として用をなさない可能性が高い。また、わが国ではこれまで様々な処方調査が行われているが、ほぼすべてがある特定の日時における処方調査であって、退院時処方に関する調査は行われていない。

したがって、本稿では『向精神薬多剤併用率』に代えて、ある特定の日時において、何らかの抗精神病薬が投与されていた統合失調症患者の数を法に、また抗精神病薬が2種類以上投与されていた統合失調症患者の数を被除数とした場合の商を『抗精神病薬多剤併用率』と定義して、質的評価指標とすることとした。

② 抗精神病薬大量投与率

ACHS の原版では、経口抗精神病薬の投与されている入院患者の数を法に、またクロルプロマジン換算で 1000mg/日を超える量の経口抗精神病薬を投与されている患者の数を被除数として、その商、すなわち『抗精神病薬大量投与率』を質的評価指標の1つとみなしていた。

これまでのわが国で実施されてきた処方調査では、経口抗精神病薬のクロルプロマジン換算投与量と持効性抗精神病薬の投与量を合算して投与量の検討をするのが一般的であり、また抗精神病薬の大量投与とは、『クロルプロマジン換算で 1000mg/日を超える量』ではなくて、『クロルプロマジン換算で 1000mg/日以上』投与することを指すものと見なすのが普通であった。しかしながら、わが国では諸外国と比較して持効性抗精神病薬の使用頻度が極めて低いとされていたこと、またそもそも大量投与を問題視する上では解析から持効性抗精神病薬を除外する必然性は乏しいこと、さらに『 \cdots 1000mg/日を超える』を『 \cdots 1000mg/日以上』に修正しても大量投与について考慮する上で、本質的な差がもたらされるわけではないことを考慮して、本研究では経口抗精神病薬の投与されている統合失調症の入院患者数を法に、クロルプロマジン換算で 1000mg/日を超える量の持効性抗精神病薬を含む抗精神病薬を投与されている統合失調症の入院患者数を被除数とした場合の商を本研究における『抗精神病薬大量投与率』と定義した。

③ 抗パーキンソン薬大量投与率

ACHS の原版では退院時にベンズトロピンが投

与されていた患者数を法に、また 4mg/日を超えるベンズトロピンが投与されていた患者数を被除数とした場合の商、すなわち『ベンズトロピン大量投与率』を質的評価指標の1つとみなしていた。ベンズトロピンはわが国では現在上市されていない抗コリン性抗パーキンソン薬であるが、米国や豪州では代表的抗パーキンソン薬として、薬剤性錐体外路症状の治療目的で広く用いられていることから、ACHS 原版で質的評価指標として用いられているものと考えられる。

わが国ではベンズトロピンが上市されておらずに、ピペリデンやトリヘキシフェニジルなどといった多様な抗パーキンソン薬が薬剤性錐体外路症状の治療に用いられていること、また稲垣と稲田による等価換算表¹⁰⁾によると、ベンズトロピン 1mg とピペリデン 2mg が互いに等価であるとされていることから、本研究では抗パーキンソン薬の投与を受けている統合失調症患者の数を法に、ピペリデン換算で 8mg/日を超える抗パーキンソン薬を投与されている統合失調症患者の数を被除数とした場合の商を『抗パーキンソン薬大量投与率』として質的評価指標の1つとみなすこととした。

④ 再入院率

ACHS の原版では退院した患者の数を法に、そのうち退院後 28 日以内に予定外の再入院となった患者数を被除数とした商、すなわち『1 ヶ月以内退院率』を質的評価指標の1つとみなしていた。

一方、わが国における既存資料を参照した限りでは、『予定外の再入院』と『予定した再入院』を区別した統計は見当たらなかった。これは、わが国ではほとんどの精神科病院において長期入院が許容されており、予定された再入院を行う必然性に乏しいためと考えられるので、この問題は本質的な問題とはならないものと考えられる。また、わが国の既存資料を参照した限りでは、再入院となるまでの追跡期間も一貫していないようであった。これらの状況を考慮して、本研究では再入院予定の有無にかかわらず、退院した患者数を法に、退院してから一定期

間に再入院となった患者数を被除数にした場合の商を『再入院率』とみなすこととして、例えば再入院までの追跡期間が1ヶ月であった場合には『1ヶ月以内再入院率』、3ヶ月であった場合には『3ヶ月以内再入院率』と呼ぶことにした。

⑤ 死亡退院率

ACHSの原版では調査期間中の『死亡退院』の件数を調査期間中の入院患者数で割った値を『死亡退院率』と定義して、精神科医療の質的評価指標としていた。ACHSでは調査期間や死亡退院に至る追跡期間が明記されていないが、これはわが国と比較して豪州では人口当たりの精神科病床が少なく、入院期間も明らかに短いために調査期間や追跡期間を特に定義しなくとも本質的には問題とならないためと考えられる¹²⁾。

本稿では、ACHSの原版と同様に、調査期間中の『死亡退院』の件数を調査期間中の入院患者数で割った値を『死亡退院率』と定義した。ただし、様々なわが国の統計を参照した限りでは、それらの統計における対象患者の編入基準や調査期間、追跡期間がまちまちであることに注意を要する。

D. 研究結果

① 抗精神病薬多剤併用率

ここでは平成12年9月1日に全国16ヶ所の国立精神科病院(当時)に入院していた統合失調症患者2405名を対象とした処方調査(JESS2000)と、同じく平成17年9月1日に全国15ヶ所の旧・国立精神科病院に入院していた統合失調症圏患者2057名を対象とした処方調査(JESS2005)を参考資料とした。そして、図1と図2はJESS2000とJESS2005における抗精神病薬処方剤数の概要を示したものである。

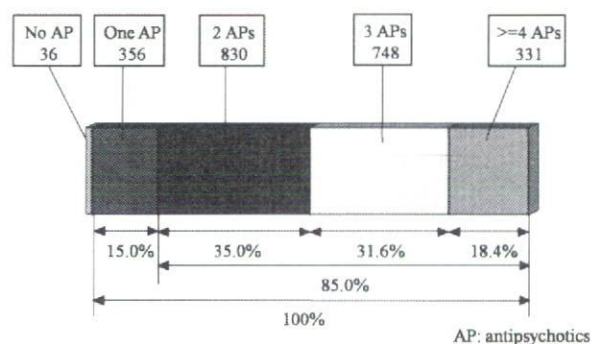


図1 2000年9月1日時点の国立精神科病院入院患者における抗精神病薬多剤併用状況⁴⁾

JESS2000における抗精神病薬多剤併用率は85.0%⁴⁾、JESS2005では74.1%であり、JESS2005の方が抗精神病薬多剤併用率は11%ほど低くなっていることがわかる。JESS2005では施設ごとに抗精神病薬の処方剤数が検討されているが(図3)、抗精神病薬多剤併用率が最低の施設では57.7%、最高の施設では83.7%であった^{8,9)}。

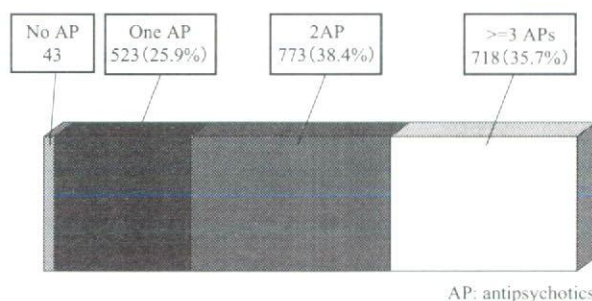


図2 2005年9月1日時点の国立精神科病院入院患者における抗精神病薬多剤併用状況⁸⁾

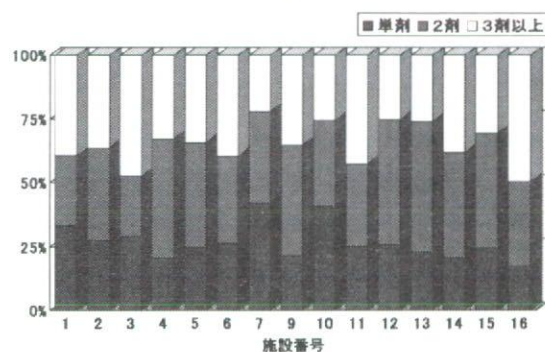


図3 2005年9月1日時点の国立精神科病院入院患者における抗精神病薬多剤併用に関する施設間格差⁸⁾

② 抗精神病薬大量投与率

JESS2000 と JESS2005 の2つの処方調査結果に基づいて、抗精神病薬大量投与率に関する検討を行った。JESS2000 では抗精神病薬の投与を受けていた統合失調症患者 2369 名のうち、1057 名(44.6%)で抗精神病薬がクロルプロマジン換算 1000mg/日以上以上の投与、すなわち抗精神病薬の大量投与が行われていた⁴⁾。一方、JESS2005 では抗精神病薬の投与を受けていた統合失調症患者 2014 名のうち、777 名(35.6%)において大量投与が行われていた^{8, 9)}。すなわち、JESS2005 は JESS2000 と比べて大量投与率が 9%ほど低かった。

また、JESS2005 の対象となった 15 施設における大量投与率を施設ごとに見ると、大量投与率が最小の施設では 20.7%、最大の施設では 60.6%となっていた。

③ 抗パーキンソン薬大量投与率

ここでは 2405 名の統合失調症患者を対象に実施された JESS2000 の結果に基づいて検討を行った。JESS2000 では抗パーキンソン薬が処方されていた者は 2164 名であり、うち 129 名(6.0%)においてピペリデン換算で 8mg/日を超える抗パーキンソン薬が投与されていた⁵⁾。

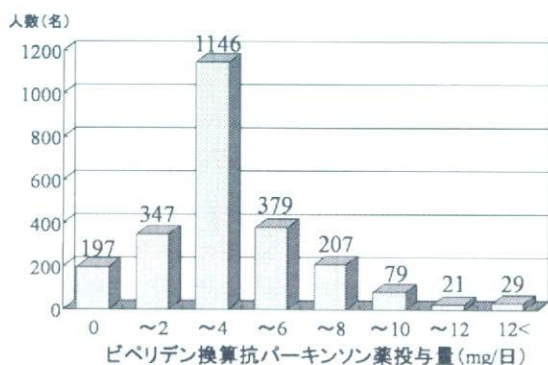


図4 2000年9月1日時点の国立精神科病院入院患者における抗パーキンソン薬使用状況⁵⁾

④ 再入院率

ここでは平成 12 年 9 月 1 日に全国 16 ヶ所の国立精神科病院(当時)に入院していた統合失調症圏患者 2647 名の退院、再入院、生命転帰などを平成 17 年 9 月 1 日まで追跡した『JESS2000 追跡調査』^{6, 7)}と厚生労働省社会・援護局障害福祉保健部精神・障害保健課と国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部によって実施された『630 調査』²⁾の概要報告書を検討対象とした。

1) JESS2000 追跡調査に基づく再入院率

平成 12 年 9 月 1 日に全国 16 ヶ所の国立精神科病院(当時)に入院していた統合失調症圏患者は 2647 名であった。これらの 2647 名のうち、平成 17 年 9 月 1 日までの追跡データが得られなかったか、あるいは JESS2000 の元データと追跡データの生年月日が食い違っていた者はそれぞれ 265 名、73 名であった。残る 2309 名のうち、974 名は平成 17 年 9 月 1 日までに一度も退院しなかった。残りの 1335 名のうち、少なくとも 625 名は死亡退院(132 名)となるか、他の精神科病院(181 名)や精神科以外の一般病院(258 名)、老人ホームや老人保健施設など地域社会への復帰を伴わない施設に退院しており(54 名)、家族との同居や、単身生活、グループホーム、社会福祉施設、ホステルなどへの入居社会復帰を伴う退院を達成し、しかも入院日数が 180 日以内であった患者は 160 名に過ぎなかった。

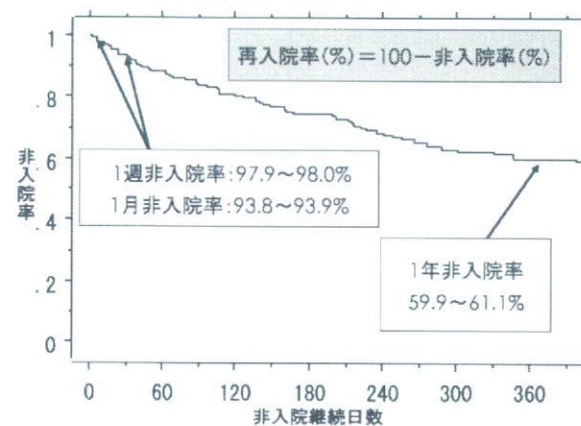


図5 国立精神科病院に入院していた統合失調症圏患者の退院後の再入院状況⁷⁾

社会的入院と中間施設の場所への退院が除外されたこれらの 160 名の退院後の再入院状況を Kaplan-Meier 法によって検討したものが図5である。図5によると、退院後1週間以内に再入院となった率は 2.0～2.1%、1ヶ月以内に再入院となった率は 6.1～6.2%、1年以内に再入院となった率は 38.9～40.1%であった。

2) 630 調査に基づく再入院率

630 調査の概要報告書を参照すると、平成 15 年 6 月 1 日から 6 月 30 日の間にわが国のすべての精神科医療機関に入院となった全患者数 (29644 名)と、この 29644 名のうち平成 15 年 3 月 1 日から 5 月 31 日の間に入院歴があった患者数 (4252 名)がともに示されている。わが国全体としては、毎月の入院患者数と退院患者数は全て互いにおおむね等しいものとみなせるので、4252 名を 29644 名で割った商 (14.4%) が退院から 3 ヶ月以内に再入院となる率の近似値とみなして問題はないものと考えられる。

⑤ 死亡退院率

わが国の精神科病院における死亡退院率に関する基礎データを得る際には『JESS2000 追跡調査』⁶⁾と平成 16 年度の『630 調査』²⁾を参考資料とした。

1) JESS2000 追跡調査に基づく死亡退院率

JESS2000 追跡調査の結果によると、JESS2000 の調査対象である統合失調症圏患者 2309 名のうち、2005 年 9 月 1 日までの5年間で死亡退院となった患者は 132 名 (5.7%) であった。

2) 630 調査に基づく死亡退院率①

630 調査の概要報告書にはわが国において平成 15 年 6 月 1 日から 6 月 30 日の間に入院となった全患者数と、それから平成 16 年 5 月末日までに死亡退院となった患者数が月単位で示してあり、それらの値に基づいて、平成 15 年 6 月の入院患者コ

ホートの死亡退院率を算出できる。

『630 調査』概要報告書の記載によると、平成 15 年 6 月の全国の入院患者数は 29644 名であり、このうち平成 16 年 5 月までの死亡患者数は 733 名であった。従って、入院 1 年以内の死亡退院率は死亡数を入院患者数で割った商である 2.47%と考えることができる。

3) 630 調査に基づく死亡退院率②

『630 調査』概要報告書の記載によると、平成 16 年 6 月 30 日時点におけるわが国の全入院患者数は 326125 名、平成 16 年 6 月 1 日から 30 日に至る全退院患者数は 29972 名、そして平成 16 年 6 月の死亡退院患者数は 1333 名であった。よって、平成 16 年 6 月に 1 日以上入院していた患者における、平成 16 年 6 月の 1 ヶ月間における死亡退院率は死亡退院患者数 (1333 名) を 326125 名と 29972 名の和で割った商である 0.37%とみなすことが可能である。

E. 考察

今回の検討において、国立精神科病院において平成 12～17 年に実施された JESS2000、JESS2005、JESS2000 追跡調査という3つの一連の患者調査のデータと、平成 16 年に実施された 630 調査の結果より得られたわが国の精神科病院における質的評価指標の基礎資料を表1と表2に示した。

指標	調査年	平均	最小値	最大値
抗精神病薬多剤併用率	2000	81.7%	—	—
	2005	74.1%	57.7%	83.7%
抗精神病薬大量投与率	2000	44.6%	—	—
	2005	35.6%	20.7%	60.6%
抗パーキンソン薬大量投与率	2000	6.0%	—	—

表1 既存資料に基づくわが国の精神科医療の質的評価指標基準値①

指標	資料	対象患者	追跡期間	平均値
再入院率	JESS2000 追跡調査	入院期間 180日以内	1週	2.0～2.1%
			1ヶ月	6.1～6.2%
			1年	38.9～40.1%
	平成16年度 630調査		3ヶ月	14.4%
死亡退院率	JESS2000 追跡調査	調査時点の 全入院患者	5年	5.7%
	平成16年度 630調査	平成15年6月 の入院患者	1年	2.47%
		平成16年6月 の全入院患者	1ヶ月	0.37%

表2 既存資料に基づくわが国の精神科医療の質的評価指標基準値②

また、豪州のリサーチペーパー¹¹⁾に掲載されていたこれに対応するデータを示したものが表3と表4である。表3と表4には平均値のみならず、20パーセント値と80パーセント値も示されているが、これらは豪州における各 Health Care Organisation (HCO) の値に基づいて分布を示したものであり、この値によって豪州の各 HCO は自身が豪州のどのあたりに位置しているかを認識できるようになっている。そのみならず、これらの値を使用すると、わが国が全体として豪州のどのあたりに相当するのかもわかるようになっている。

指標	調査年	平均	20パーセント タイル	80パーセント タイル
向精神薬多剤併用率	1998	25.5%	6.9%	36.9%
	1999	25.7%	7.0%	44.8%
	2000	26.8%	9.8%	45.4%
抗精神病薬大量投与率	1998	8.6%	0.87%	11.9%
	1999	7.2%	1.1%	7.5%
	2000	6.4%	0.54%	6.9%
ベンズトロピン大量投与率	1998	3.3%	0.88%	7.8%
	1999	7.0%	2.1%	6.7%
	2000	9.9%	3.7%	8.2%

表3 豪州における精神科医療の質的評価指標①¹¹⁾

	調査年	分子	分母	平均	20パーセント タイル	80パーセント タイル
1ヶ月以内 再入院率	1998	2711	29679	9.1%	5.2%	12.4%
	1999	2968	32004	9.3%	4.1%	12.9%
	2000	2936	37982	7.7%	4.3%	10.8%
死亡退院率	1998	102	38777	0.26%	0.11%	0.43%
	1999	65	40150	0.16%	0.05%	0.19%
	2000	65	51085	0.13%	0.05%	0.23%

表4 豪州における精神科医療の質的評価指標
②¹¹⁾

これらを比較して明らかになることの第1は、わが国では向精神薬同士、特に抗精神病薬同士の多剤併用が明らかに多いと考えられることである。豪州では抗精神病薬に限定されない、向精神薬の多剤併用率でさえ4分の1前後にとどまっているのに対して、わが国では抗精神病薬同士の併用が8割前後に行われている。

2つめに明らかなのは、わが国では抗精神病薬の投与量が全体に多く、大量投与率が4割前後にのぼることである。豪州では大量投与率は10%未満に過ぎない。1990年代後半までは、わが国を含む多くの国々では統合失調症患者の急性期治療や治療抵抗性症例の治療の際に、30mg/日とか60mg/日とか100mg/日といった量のハロペリドールを使用することは普通に行われており、英国などに至っては少なくとも1990年代半ばまでは200mg/日のハロペリドールを投与することも許容されていた¹³⁾。しかしながら、最近の状況を見ると、抗精神病薬の大量投与は既にあまり許容されなくなりつつある。というのは、1つには主として1990年以降に実施された一連の臨床試験によって大量投与の有効性が否定されたため、2つめには1990年代に発表されたメタ解析でもクロルプロマジン換算375mg/日以上投与することによって、治療効果が増すことは認められず、一方、逆に副作用が増大することが明らかになったためである^{14, 15)}。豪州の質的評価指標の1つとして抗精神病薬大量投与率が採用されていることについては、これらの背景を考慮すると理にかなっているものと思われるが、反面、わが国では相変わらず大量投与率が高いこと