

表4 評価マトリックスに採用された既存項目の出典

a	国公立精神科医療機関調査
b	独立行政法人国立病院機構 臨床評価指標
c	独立行政法人国立病院機構医療部 患者満足度調査
d	厚労省保健福祉資料(630調査)
e	日本医療機能評価機構 自己評価調査票(固有項目)
f	全家連 施設ケアサービスの指標
g	日経新聞 医療機関に情報開示を求める項目案
h	東京精神病院事情2005
i	伊藤哲寛 精神科医療機関のためのガイドライン
j	オーストラリア標準ケア委員会
k	オーストラリア保健省

表5 Delphi 法で排除された項目のマトリックス配置

大項目 ケアの近接性と継続性

中項目 アクセス

過程： 予約外来診療を実施している。

中項目 ケアの継続性

過程： 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されている。

大項目 ケアの質

中項目 社会的支援

過程： 家族関係についての相談に応じ適切な調整を行っている。

大項目 安全管理

中項目 患者安全

過程： 職員に対する医療安全に関する研修が行われている。

医療事故の分析結果が情報開示されている。

結果： 重大インシデントが少ない。

重大インシデント発生率は低い。

転倒による外傷が少ない。

中項目 施設管理・感染管理

結果： 離院、治療拒否、失踪など事故退院が少ない。

大項目 患者の権利

中項目 患者の意思決定

構造： セカンドオピニオンの窓口が設置されている。

中項目 苦情解決

構造： 患者相談窓口を設置している。

人間関係のトラブルや職員・サービスに対する不満等を訴える体制がある。

大項目 国公立精神科固有の機能

中項目 教育・研修・研究

過程： 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である。

実習生の受け入れや育成を積極的に行っている。

結果： 研修医数が多い。

卒前医学生を受入数が多い。

中項目 政策医療

構造： 厚生労働省の精神科救急システムに参加している。

過程： 災害救助活動として医療班を派遣した実績がある。

結果： 救急患者数が多い。

小児救急患者数が多い。

夜間休日時間外の外来受診者延べ件数が多い。

中項目 地域精神保健

構造： 保健所への嘱託・精神保健指導業務等を行っている。

市町村への嘱託・精神保健指導業務等を行っている。

学校への嘱託・精神保健指導業務等を行っている。

結果： 年間往診件数が多い。

厚生労働科学研究補助金（こころの健康科学研究事業）

「精神科医療機関の機能等の評価軸設定」班

総合研究報告書

精神科病院機能の評価軸に関する研究

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	平 直子	(西南学院大学社会福祉学科)
	小山 宏子	(筑紫女学園大学文学部人間福祉学科)
	廣田 悦子	(第一福祉大学心理学科)
	平野 互	(大分県立看護科学大学保健管理学)
	大賀 淳子	(大分県立看護科学大学精神看護学)
	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	(長崎県立精神医療センター, 肥前精神医療センター臨床研究部社会精神医学)
		執筆担当者
	鶴丸 藍子	(肥前精神医療センター)
	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	(慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室)
	佐渡 充洋	(慶應義塾大学大学院医学研究科精神神経科学分野)
	香山 明美	(宮城県立精神医療センター)

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。厚生労働省も、2004年10月12日、いわゆる改革のグランドデザイン案を公表し、精神医療の病床機能分化、適切な処遇確保ならびに透明性の向上が必要であることを指摘した。精神医療の透明性を向上するため、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を進め、医療団体によるガイドライン作成や第三者評価の推進すること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。このため、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上で、有用な臨床指標を集約し、さらにその有用度を明らかにすることとして、3年間の研究を進めた。具体的には次の手

順によった。

1 臨床指標に関する資料の収集

日本から14種、外国から8種の、計22種の資料から得られた434項目の臨床指標や評価基準の一覧を作成し、方法、領域、内容で区分した。具体的には、項目の領域はDonabedianの分類により構造、過程、成果に、また方法で主観的か客観的か、内容で、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。

日本国内で用いられている評価基準や臨床指標は、成果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、いずれの評価基準や臨床指標でも、診断ごとに成果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。

2 臨床指標の有用性に基づく集約

収集された434項目は、そのカバーする範囲は、狭いものから広いものまで様々であった。そこで、手順を透明化して研究者の恣意によらずに集約した。

まず、内容が重複する107項目を除外し、327項目に集約した。その上で、各項目を一旦、すべて定性的な評価項目に置き換えた上で、研究班の構成員により有用性を5段階で評価し、その評点と標準偏差の和が評点の上限以上となった229項目に集約した。

これらの項目について、全国53の国公立精神科病院の院長を対象に、同様の調査を行い、38ヶ所(71.7%)から回答を得た。評点と標準偏差の和が評点の上限以上となった構造23項目、過程46項目、成果0項目の、計69項目に集約した。なお、今回の集約で、有用性が低いとされた項目についても、病院の機能、また個別分野の評価においては有用性が認められる項目はあると思われるため、その点については留意する必要がある。

3 臨床指標の性質の評価

集約された69の臨床指標を、研究班内でその性質について、統合を含めて再検討し、構造15、過程23、成果20の計58の臨床指標に再分類した。その上で、このうち定性的あるいは半定量的に示すことができる48項目および職員数や病棟の構成、精神科救急件数、紹介率、身体診察率、入院中の確定診断割合、退院後7日以内の地域ケア割合および有用な指標を算出するために間接的に必要となる指標など、定量的に示すことが適切な20項目について、国公立病院院長を対象に、調査を行った。

臨床指標の分布については、回答のうち、おおむね90%が、特定の回答に集中したものを、最低限達成すべきという点で基礎的指標、それ以外を発展的指標とした。

結果、回答のうち、おおむね達成され差がつかない11項目は、達成すべき項目を達成しているかどうかの評価に有用と思われ基礎的指標、達成度がばらつき、差がついた37項目は平均的な病院の優劣に関する評価に有用と思われ、発展的指標と考えられた。ただ

し、この分布度調査では、各評価基準の信頼性・妥当性は検証されておらず、今後、その必要があると思われた。また、成果関連項目はデータ自体が収集されていないことも問題と思われた。

以上から、今後、臨床指標の評価の分布からは、構造、過程領域では、臨床指標の分布により得られた項目について、具体的な評価基準を設定していく必要がある。成果領域については、有用な臨床指標についての合意は十分ではなく、引き続き、検討を進める必要がある。また選好度の大きい領域内で、より重視される項目を明らかにしていく必要がある。さらに、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。

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、ということ明らかに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べきである。むろん、実現には多くの困難を伴うことが予想されるが、成果の評価を視野に入れたデータベース作成が、今後、必要になる。

4 国公立病院院長の精神科医療機関への選好度について

国公立病院院長を対象に、医療機関の有する構造領域（医師数、コメディカル数、施設設備）、過程領域（アクセス、治療過程）、成果領域（成果、費用）について、どういった側面が重視されるかという点について、選好度調査を行った。

結果、構造 32.3%（うち医師数 13.7%、コメディカル数 10.4%、施設 8.6%）、過程 24.6%（アクセス 8.1%、過程 16.5%）、成果 42.7%（成果 31.7%、費用 11.0%）などであり、領域ごとの意義としては成果領域が最も重視されていた。このことから、たとえば、治療成績が良好で、治療過程が充実しており、医師数も充足している病院がよい病院とされることが予想されるが、このうちどれかの側面が欠ける場合でも、治療過程が保たれることによって、評価の程度が保たれるといった結果が予想される。

A. 研究目的

厚生労働省は、2004年10月12日、いわゆる改革のグランドデザイン案¹⁷⁾として、精神医療を病床の機能分化、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点とした。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が必要とした。

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⁸⁾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⁸⁻¹⁰⁾。

これまでも、医療機関に対しては、その機能を評価しようとする数多くの取り組

みがあった。そしてそれぞれの取り組みから、様々な臨床指標や評価基準が用いられてきた。これら多くの指標は、あまねくすべての医療機関を対象とするものもあれば、特定の医療機関に限定したものまで、様々である。このため、まずすべての指標をまんべんなく収集し、その中で有用なものを、方法を明らかにした上で集約し、その性質を明らかにすることが必要と思われた。

さらに、限られた資源の中では、より評価の高い指標を拡充するにも、様々な制約が存在するため、どの領域がより高く評価されるかを明らかにする必要がある。

この目的のため、一定の条件の下で想定された医療機関に対して、同様に評価を試み、医療機関の選好度を明らかにすることとした。

B. 研究方法

1 臨床指標の収集

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、過程、成果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 臨床指標の集約

臨床指標の収集により、医療機関の評価に関して、434項目が収集された。

まず、内容が重複する107項目を除外、327項目に集約した。

次に、収集した臨床指標は、質的な性質を有するものと量的な性質を有するもの、明確な評価基準を有するものと有しないものが混在していた。

そこで、評価者が一定の基準で判断しやすくするため、様々な性質を有する臨床指標を、一旦、その指標が有する質的な側面を重視した表現に改めた。

以上の手順を行った上で、研究班の構成員により各項目の有用性を評価した。

この評価により、項目数を絞り込んだ上で、全国53の国公立精神科病院の院長を対象に同様に調査を行い、その回答により、有用性を評価した。

この評価は、いずれも、評価者に、各項目について粗点1点から5点を割り振る形式の、5段階で評価を求め、その評点の平均と標準偏差の和が評点の上限以上となった項目を、有用な項目とした。

3 臨床指標の性質の評価

臨床指標の集約で集約された69の臨床指標を、研究班内でその性質について、統合を含めて再検討し、構造15、過程23、成果20の計58の臨床指標に再分類した。

その上で、全国54の国公立精神科病院院長を対象に、臨床指標の集約により集約された定量的な10項目を算出するために必要な20項目（病床数、入院患者数、外来患者数、医師数および精神科医師数ならびにその非常勤医師の常勤換算数、看護師、看護師のうち精神科訪問看護指導専従職員、

精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理士、薬剤師、その他のコメディカルの従事者数、看護基準の届け出状況、精神科救急寄与度として精神科救急件数、地域ネットワーク寄与度として紹介率、身体診察実施率、確定診断率として入院中に確定診断される割合、地域ケアの状況として退院患者のうち7日以内に地域ケアを受けた者の割合)について、回答を依頼した。また同時に、定性的あるいは判定的に自己評価が可能な48項目の臨床指標について、各所属の医療機関の自己評価の回答を求め、その分布について検討し、その評価を行った。

回答のうち、おおむね90%が、特定の回答に集中した指標を、最低限達成すべきという点で基礎的指標、それ以外の分布態様を示した指標を発展的指標とした。

なお、病院の構造領域の統計値については、調査対象医療機関の負担軽減ならびに他の統計調査との比較を考慮して、いわゆる630調査¹⁶⁾と可能な限り同一になるよう、配慮した。

4 国公立精神科病院院長の選好度

全国54の国公立精神科病院院長を対象に、臨床指標の分布度調査と同時に、構造領域から医師数、コメディカル数、施設設備、過程領域からアクセス、治療過程、成果領域から成果および費用の7要因について、それぞれ「充実・普通」、「困難・容易」、「良好・普通」、「低額・高額」の2水準で、コンジョイント分析を行った。

コンジョイント分析は、回帰分析から発展した方法で、従来からマーケティング領域で頻繁に利用されていたが、医学領域でもサービスの選好を調べるために応用されてきているものである³⁰⁻³³⁾。

実際の統計処理は、SPSS Conjoint version15により、順位法ならびに評価法を用いて、コンジョイント分析（フルプロファイル法・最小二乗法）を行い、直行計画として、それぞれ他の項目に対して均等に分布するように作成し、一定の条件の下で仮想された医療機関について、同一の評価をしないように条件をつけて、各院長の任意の基準により、順位と点数での評価を求めた。またあわせて、評価者が想定した重みづけを、全体が100%となるように記載を求めた。

このようにして、国公立精神科病院院長の精神科医療機関の各要因に対する選好度（部分効用値）を求めた。

5 倫理面への配慮

いずれの調査も、既に公表された資料に基づく文献的な研究、また国公立精神科病院院長を対象に行うアンケート調査が主であり、個別の事例を扱ったものはないので、倫理的な問題は生じない。

C. 結果

1 臨床指標の収集

具体的な項目は、434項目と、膨大になるため、2006年度の分担研究報告書の図表に示した²⁸⁾。

(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、施設の面積、職員数、構造領域について、法の基準を満たす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、公表されていない結果は、最終的に患者の医療機関の選択の資料となる医療機関の評価に利用することは、難しい。

(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、日本病院評価機構による評価あるいは日本精神科病院協会ピアレビューがある。

(1) 主観的評価・日本

a 日本病院評価機構¹⁹⁾

財団法人日本病院評価機構による、希望する医療機関による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、ほぼ過程領域のみを評価している、という特徴がある。身体合併症の治療が適切に行われるなど、成果に影響する過程の評価も含まれるが、ほとんどは、入院形態や行動制限、権利擁護手順が遵守されているなど、都道府県等の監査と同様に、精神保健福祉法の手続きを改めて調査しており、果たして適切かという問題がある。

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、主として過程領域について評価を行うものである⁸⁾。

c 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²⁷⁾

構造領域では、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、過程領域では入院前の施設見学の可否、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、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。成果領域は、あまり検討されていなかった。

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、医療機関の自己評価の一類型と思われた。

(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で行われているが、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¹⁵⁾を参照した。

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

(2) 客観的評価・日本

a 精神保健福祉資料（いわゆる630・ロクサンマル調査）¹⁶⁾

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領域、患者の処遇など過程領域、入退院状況や在院患者の状況など成果領域を調査するもので、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、構造領域については、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。

b 精神保健福祉資料から派生した指標

(i) 精神科病院の選び方、読売新聞²⁶⁾

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、NPO 法人・大阪精神医療人権センターが独自にとりまとめたものである。

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領域、任意入院患者の開放処遇率など過程領域、1 病床あたりの月間外来患者数、3 ヶ月未満在院者の比率など成果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。

(ii) 東京精神病院事情 2005 年版²⁵⁾

職員あたりの病床数など構造領域、ECT や隔離・身体拘束件数など過程領域、病床回転率、自宅退院率、入院期間など成果領域にわたっていた。

c 国立病院機構による臨床評価指標¹⁴⁾

全病院共通項目と精神科に必要な項目について、各病院の集計により具体的な数値を求めたもので、臨床指標は全体的に具体的な実績件数によって求めるており、基準に主観が入り込む余地を狭められていた。

構造領域については、医療観察法の指定状況、過程領域では救急対応件数、合併症件数、新規措置入院数、紹介率や救急受け入れ件数、転倒・転落件数、クリティカルパス実施件数、成果領域では平均在院日数などがあげられていた。

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。

d 千葉県精神医療白書⁵⁾

構造領域では定床、医師数、医師あたり患者数、過程領域では県外患者率、措置患者率など、成果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。

e 公的病院の機能に関する研究¹²⁾

構造領域では医師数、看護師数など、過程領域では新規措置率、時間外診療、緊急入院、アメニティ、開放病床率、リハビリや研修など、成果領域では病床回転率、外来数などが検討されていた。

f 国公立精神科医療機関調査票¹³⁾

病床数、医師数など構造領域、救急や措置患者の受け入れ、ECT やデイケア件数など過程領域、患者数や平均在院日数など成果領域にわたっていた。

g 情報公開のための評価基準や指標

(i) 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)⁶⁾

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

(ii) 医療機関に情報開示を求める項目案、日本経済新聞²⁰⁾

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

(3) 外国の状況

a Health Care Commission, UK³⁻⁴⁾

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である。

建物の環境など構造領域、精神病治療のための再入院など成果領域についても検討はされているが、アクセスと待ち時間、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領域を対象としていた。

b Measuring quality in Australian mental health services ²²⁾

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、その一環として、システムの一部の精神科病院の機能を評価する臨床指標である。

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、28日以内の再入院や重大インシデントなど過程領域、有効性や効率性、死亡率など成果領域について検討されていた。構造領域については、評価されていなかった。

特筆すべきこととして、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 ¹⁾

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。

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領域、再入院率や死亡率など成果領域の臨床指標を、州単位にとりまとめて、入院患者の医療内容を比較されていた。

d New mental health performance indicator for 2004/2005 Victoria ²⁾

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。

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

(5) APA (American Psychiatric Association) Task Force on Quality Indicator ²¹⁾

アメリカ精神医学会の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、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領域についての臨床指標により評価がなされていた。

f State-wide publicly funded mental health performance indicators ¹⁸⁾

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、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領域、成人や若年者の居住、就労状況など成果領域についての臨床指標により評価がなされていた。

g Establishment of quality indicators for California's public mental health system. A Report to the Legislature in Response to Chapter 93, Statutes of 2000

24)

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。

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、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、など成果領域についての臨床指標により評価がなされていた。

h Psychiatric Care Indicators, Quality Indicator Project ²³⁾

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。

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領域、再入院率など成果領域についての臨床指標により評価がなされていた。

2 臨床指標の集約

(1) 研究班構成員による評価

評価項目数が 327 と膨大なため、筆者らのうち 9 名により、有用性を評価した。

評点と標準偏差の和が粗点の上限 (5 点) 以上となった 229 項目に集約した。

(2) 国公立精神科病院院長による評価

集約された臨床指標について、デルフォイ法により集約することとした。具体的には国公立精神科病院院長 53 名を対象に調査を行い、38 名 (71.7%) から回答を得た。

評点を同様に検討した結果、構造 23 項目、過程 46 項目、成果 0 項目の、計 69 項目に集約した。

a 構造領域

医師数・患者 1 人当たりの医師の配置など

- ・医師が多い。
- ・精神科医師が多い。
- ・歯科医師がいる。
- ・常勤医師 1 人あたりの病床数が少ない。
- ・常勤医 1 人あたり患者数が少ない。

コメディカル数・患者 1 人当たりのコメディカルの配置など

- ・看護師が多い。
- ・PSW (精神保健福祉士) が多い。
- ・常勤看護師 1 人あたりの病床数が少ない。
- ・常勤コメディカル 1 人あたりの病床数が少ない。

- ・基準看護の水準が高い。

病院の管理

- ・病院の諸統計が整備され、各種記録は管理・活用されている。

病室の環境

- ・患者のニーズに応じるため個室・2 人部屋に配慮されている。

- ・病棟全体の雰囲気を利用者の快適性に配慮されている。

- ・冷暖房に対する配慮がある。
- ・食事をおいしく、楽しく食べるための雰囲気作りがある。

- ・利用者のプライバシーを確保できるよう配慮する。

- ・個人ロッカーがある。
- ・分煙・禁煙が徹底されている。

診断

- ・入院中に診断確定されている。
- ・身体診察も併せて実施される比率が高い。

- ・精神科訪問看護指導専従職員が多い。

生活保護患者への対応

- ・生活保護患者の受診も保障されている。

 b 過程領域

精神科救急医療へのアクセス

- ・精神科救急寄与度が高い。

広域医療への対応

- ・地域ネットワーク寄与度が高い。

情報開示

- ・入院施設の有無と病床数が情報開示されている。
- ・管理者名が情報開示されている。

治療計画

- ・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ている。
- ・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されている。

治療方針決定の過程

- ・医師の技術や知識に不安を感じさせない。

入院治療の内容・期間

- ・入院・通院期間は、納得できる長さである。
- ・入院中に受けた治療は満足できる。
- ・安全な治療を受けている実感がある。

身体合併症治療

- ・精神障害者の身体合併症治療が適正になされている。

サービス基準の遵守

- ・職員は必要な技術と知識を身につけている。
- ・サービスに一貫性があり、正確に行われている。
- ・施設と職員を信用できる。
- ・サービスが安全である。
- ・医師や看護師など医療スタッフのチームワークがよい。

職員の卒後教育

- ・研修が行われている。
- ・症例検討会が実施されている。

リハビリテーション

- ・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されている。
- ・精神科リハビリテーションが適正に管理されている。
- ・定期的にケース会議を行いリハビリ計画の見直しが行われている。

リハビリテーションへのアクセス

- ・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されている。
- ・精神科デイケアが実施されている。

地域ケアの対応

- ・退院後の地域ケアの状況が良好である。

退院促進

- ・退院に向けての支援体制が適切になされている。
- ・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ている。
- ・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

入院施設的环境

- ・アメニティに配慮されている。
- ・病院のトイレや浴室がよい。
- ・病室内の環境が快適である。

行動制限を行う際の適正な運用

- ・任意入院が適正に管理されている。
- ・医療保護入院が適正に管理されている。
- ・措置入院が適正に管理されている。
- ・閉鎖・開放病棟の施設環境が適切で、開放的な処遇がされている。
- ・精神障害者の権利擁護がなされている。
- ・隔離が適正に管理されている。
- ・身体拘束が適正に管理されている。

・精神医療審査会および実地指導への手続きが適正になされている。

・面会制限は適正に行われている。

参政権行使への援助

・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されている。

接遇・診療前後の配慮

・職員が親切で思いやりがありていねいである。

・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。

・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。

・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。

事務・診療費・日常生活費等の収受に関する管理・接遇

・会計手続きが納得できる。

・患者の治療や活動によって生じる収入が適正に管理されている。

・預り金が適正に管理されている。

・入退院に関する事務手続きが適正に管理されている。

個人情報保護

・個人情報保護の取り組みがなされている。

c 成果領域

なし

3 臨床指標の性質の評価

国公立病院院長 54 名に対して調査票を送付し、31 名から調査票が返送された。回収率は 57.4%であった。

(1) ケアの近接性と継続性

図 1 で、設問「生活保護患者の受診も保障されていますか。」では、保障されている 29、保障されていない 2 であった。

設問「入院施設の有無と病床数が情報開

示されていますか。」では、開示されている 30、開示されていない 1 であった。

設問「管理者名が情報開示されていますか。」では、開示されている 28、開示されていない 2、未記入 1 であった。

図 2 に、精神科救急寄与度として、精神科救急件数を示した。31 病院のうち、27 病院から、 238 ± 171 件（最小 12 件、最大 660 件）との報告があった。

図 3 に、地域ネットワーク寄与度として、紹介率の基礎となる紹介数を、また図 4 に紹介率のみの回答を示した。紹介数は 344 ± 310 件（最小 45 件、最大 1084 件）であった。設問を紹介率としていたため、紹介率を報告された施設があり、これは 22.9% から 41.0%（平均 33.31%）となった。

(2) ケアの質

a 効果的な治療

図 5 に常勤医師 1 人あたり病床数を、図 6 に医師 1 人あたり入院患者数を示した。医師 1 人あたり病床数は 29.7 ± 8.7 床（最小 3.6 床、最大 58.3 床）、医師 1 人あたり入院患者数 23.4 ± 6.3 名（最小 3.3 名、最大 35.8 名）であった。

図 7、図 8 にケアの質のうち、効果的な治療に関する項目への回答を示した。

設問「精神障害者の身体合併症治療が適正になされていますか。」では、きわめて適切 2、適切 19、中間 9、適切さに欠ける 1、適切でない 0 であった。

設問「医師や看護師など医療スタッフのチームワークはよいでしょうか。」では、大変よい 10、ややよい 17、どちらでもない 3、やや悪い 1、大変悪い 0 であった。

設問「サービスに一貫性があり、正確に行われていますか。」では、あてはまる 22、

どちらともいえない7、あてはまらない0、未回答2であった。

図9に、身体診察実施率を示した。大半の病院で、判明していなかった。

b 社会復帰・社会参加促進

図10で、設問「精神科デイケアが実施されていますか。」では、実施されている27、何らかの条件付き1、実施されていない3となった。

設問「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されていますか。」では「入院患者に対して地域生活に必要な社会資源についての講習会を実施」、「実際の場面（就労・単身生活）を体験しながら実施するプログラムが用意（外勤作業の実施、単身アパートの体験入居等）」、「地域生活の実現を課題としたリハビリテーション・プログラムを行う」との補助指標について、そのすべてを行う6、いずれかを行う20、特にしていない4、未回答1となった。

設問「定期的にケース会議を行い、リハビリ計画の見直しが行われていますか。」では、「必要な患者ごとにリハビリテーションの計画を策定している」、「計画立案に当たって関連する担当者（複数）との間でケース検討を行う」、「計画に従ってリハビリテーションを実施」、「実施計画に応じて計画・課題の見直しを行う」との補助項目について、そのすべてを行う10、いずれかを行う18、特にしていない3となった。

図11で、設問「精神科リハビリテーションが適正に管理されていますか。」では、きわめて適切2、適切20、中間9、適切さに欠ける0、適切でない0であった。

設問「退院に向けての支援体制が適切に

なされていますか。」では、きわめて適切3、適切17、中間7、適切さに欠ける2、適切でない0であった。

図12で、設問「退院患者に対して、退院後の地域生活援助活動を実施していますか。」では、「デイケア」、「訪問看護」、「休息入院（ショートステイ）」、「迎え以外の往診」との補助指標について、その3つ以上を行う16、いずれか1、2を行う14、特にしていない0、未回答1となった。

図13に、訪問看護専従職員数を示した。専従者数は 1.8 ± 1.7 名（最小0名、最大5名）であった。

図14に、退院後7日以内の地域ケア状況を示した。31施設のうち28施設は不明と回答し、2施設が30%、1施設が40%で7日以内に地域ケアを受けているとした。

c 専門性の高いケア

図15に常勤コメディカル1人あたりの入院患者数を示した。

図16に、入院中の診断確定率を示した。31施設のうち、この指標について不明としたものは17施設（54.8%）であった。判明している施設では、80%が1施設、90%が2施設、95%、98%が各1施設で、残り9施設は100%としていた。

図17に、設問「症例検討会が実施されていますか。」への回答を示した。実施されている31、実施されていない0であった。

d 職員の資質

図18上段に、職員の資質に関する項目として設問「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ますか。」との設問では、職員間での「自尊心を傷つける言葉遣いをしない」、「患者の名前の呼び方は、利用者の希望を尊重した呼び方をする」、

「呼び捨てや「チャン」付けで呼ばない」、「幼児語を用いない」との申し合わせの存否を補助項目として、そのすべてを行う 16、いずれかを行う 13、特にしていない 2 となった。

また、設問「職員は必要な技術と知識を身につけていますか。」については、あてはまる 19、どちらともいえない 11、あてはまらない 0、未記入 1 であった。

e 記録の活用と管理

図 18 下段に、記録の活用と管理に関する項目として「病院の諸統計が整備され、各種記録は管理・活用されていますか。」について、「病院の基礎的な諸統計が整備されている」、「業務報告日報など、院長にまで報告されるよう統一している」、「診療録および各種の記録の記入方法、管理方法に統一的な指示がされている」を補助項目として、そのすべてを行う 16、いずれかを行う 14、特にしていない 1 となった。

f 看護の質

図 19 に看護師 1 人あたり入院患者を示した。看護師 1 人あたり入院患者は 1.92 ± 0.41 名（最小 1.1 名、最大 3.0 名）であった。

g 社会的支援

図 20 に、精神保健福祉士数を示した。精神保健福祉士数は、 4.4 ± 2.4 名（最小 1 名、最大 11 名）であった。

(3) 安全管理

図 21 に、安全管理に関する項目として設問「安全な治療を受けている実感がありますか。」では、大変満足 3、やや満足 20、どちらでもない 4、やや不満 0、大変不満 0、未回答 4 であった。

設問「サービスが安全ですか。」では、あ

てはまる 23、どちらともいえない 7、あてはまらない 0、未回答 4 であった。

(4) 患者の権利

a 患者の意思決定

図 22 に、患者の意思決定についての項目への回答を示した。

設問「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ていますか。」については、「患者のケア目標・計画を立案する際に、患者本人や家族の意見を聞いた上で立案するシステムがある」、「患者から生活援助全般にわたる意見や評価について、調査・アンケート等を行う。」を補助項目として、そのすべてを行う 5、いずれかを行う 21、特にしていない 5 となった。

設問「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されていますか。」については、「治療やサービスの内容、患者・職員の状況等について必ず説明している」、「質問に対して的確に答えられる職員が入院時に対応している」を補助項目として、そのすべてを行う 19、いずれかを行う 12、特にしていない 0 となった。

設問「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ていますか。」については「定期的に（年 1 回以上）、医師や看護等が病状や今後の見通しを説明」、「処遇内容が変更になるときは事前に十分な説明を行い可能な限り同意を得ている」を補助項目として、そのすべてを行う 10、いずれかを行う 21、特にしていない 0 となった。

b 処遇における権利擁護

図 23 に、処遇における権利擁護に関する設問への回答を示した。

設問「利用者のプライバシーを確保でき

るよう配慮されていますか。」については、「個人のロッカー、またはカギのかかる床頭台がある」、「トイレのドアは内側から鍵がかけられる」、「トイレの扉は通常の高さである」、「個人の生活スペースをカーテンで仕切る家具などでコーナーを設ける等で配慮」を補助項目として、そのすべてを行う 15、いずれかを行う 16、特にしていない 0 となった。

設問「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されていますか。」については、「投票所に行くことができない患者に病院で投票できるように配慮」、「一般の投票所で投票できるよう積極的な配慮を行う」を補助項目として、そのすべてを行う 20、いずれかを行う 11、特にしていない 0 となった。

精神保健福祉法に基づく入院形態の項目は、図 24 に示した。

設問「任意入院が適正に管理されていますか。」について「同意能力の評価がなされ記載がある。指定医に意見を求める仕組みがある」、「適法な入院同意書作成と診療録に添付」、「閉鎖病棟に入院する場合の説明と運用上の権利確保されていることが確認。」を補助項目として、きわめて適切 19、適切 11、中間 1、適切さに欠ける 0、適切でない 0 となった。

設問「医療保護入院が適正に管理されていますか。」では、「指定医診察の評価が診療録に記載」、「入院継続必要性の定期・多職种的検討」、「入院告知説明内容の診療録での確認。」を補助項目として、きわめて適切 11、適切 18、中間 2、適切さに欠ける 0、適切でない 0 となった。

設問「措置入院が適正に管理されていま

すか。」では、「指定病床の適切な運用」、「治療と処遇の検討」、「仮退院の適切な運用。」を補助項目として、きわめて適切 15、適切 15、中間 1、適切さに欠ける 0、適切でない 0 となった。

設問「閉鎖・開放病棟の施設環境が適切で、開放的な処遇がされていますか。」では、「閉鎖病棟の安全配慮・空室の施錠等」、「病棟詰所への自由な出入りの禁止」、「入院形態ごとの開放的な処遇」、「入院形態や処遇変更の運用の適切性。」を補助項目として、きわめて適切 10、適切 19、中間 2、適切さに欠ける 0、適切でない 0 となった。

精神保健福祉法の行動制限や権利擁護に関する項目は、図 25 に示した。

設問「精神障害者の権利擁護がなされていますか。」では、「人権擁護についての取り組みの適切性」、「親書の取り扱いの適切さ」、「面会、電話利用・制限の適切さ。」を補助項目として、きわめて適切 9、適切 22、中間 0、適切さに欠ける 0、適切でない 0 となった。

設問「隔離が適正に管理されていますか。」では、「隔離の基本的対応手順の明文化・周知」、「適切な管理（1日1回以上の診察・30分に1回以上の観察・隔離最小化の取り組み）」、「隔離室の整備（看護師との連絡確保・衛生状態・プライバシー確保）」を補助項目として、きわめて適切 11、適切 20、中間 0、適切さに欠ける 0、適切でない 0 となった。

設問「身体拘束が適正に管理されていますか。」では、「拘束の基本的対応手順の明文化・周知」、「適切な管理（頻回の診察・15分に1回以上の観察・循環障害有無の確認）」、「方法の整備（使用マニュアル・

抑制具の整備)」を補助項目として、きわめて適切 12、適切 18、中間 1、適切さに欠ける 0、適切でない 0 となった。

設問「精神医療審査会および実地指導への手続きが適正になされていますか。」では、「退院・処遇改善請求を行える体制」、「定期病状報告の定期的な提出・審査会からの通知文書の保管」、「指摘事項の改善・主治医意見書の提出・審査結果に沿った患者対応」を補助項目として、きわめて適切 12、適切 18、中間 1、適切さに欠ける 0、適切でない 0 となった。

図 26 に、入退院手続きおよび患者の財産的権利についての設問への回答を示した。

設問「入退院に関する事務手続きが適正に管理されていますか。」については「保護者選任の手続きの適切性」、「医療保護入院および措置入院に関する届け出の適切性（医療保護入院届・措置症状消退届・仮退院許可後の仮退院・定期病状報告の遅滞なき提出）」を補助項目として、きわめて適切 12、適切 17、中間 2、適切さに欠ける 0、適切でない 0 となった。

設問「患者の治療や活動によって生じる収入が適正に管理されていますか。」については、「デイケアや作業療法に関する収入の患者への還元」、「患者の日常活動から生じる収益に関する方針が明確」を補助項目として、きわめて適切 17、適切 11、中間 2、適切さに欠ける 0、適切でない 0 となった。

設問「預り金が適正に管理されていますか。」については、「小遣い金の適切な管理（約定書の整備・専用の口座・個人別の使用状況明細・赤字患者への補填・内部牽制）」、「多額の患者個人財産管理の適切性（約定書の整備・専用の口座・内部牽制）」を補助

項目として、きわめて適切 18、適切 12、中間 0、適切さに欠ける 1、適切でない 0 となった。

図 27 に、ロッカーの有無、面会制限の適正さ、個人情報保護などからみた患者の権利擁護に関する項目への回答を示した。

設問「個人ロッカーがありますか。」では、あてはまる 28、あてはまらない 3 となった。

設問「面会制限は適正に行われていますか。」および「個人情報保護の取り組みがなされていますか。」では、いずれも、あてはまる 31、あてはまらない 0 となった。

(5) 患者満足と快適性

図 28 で、設問「食事をおいしく、楽しく食べるための雰囲気作りがありますか。」については、「食堂の採光に配慮する」、「椅子やテーブルに工夫」、「食器は瀬戸物や木製品を主とする」、「盛りつけに工夫」を補助項目として、そのすべてを行う 4、いずれかを行う 24、特にしていない 3 となった。

図 29 で、設問「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ますか。」では、あてはまる 27、あてはまらない 3、未回答 1 となった。

また、設問「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ますか。」については、あてはまる 31、あてはまらない 0 となった。

図 30 で、設問「患者のニーズに応じるため個室・2人部屋に配慮されていますか。」では、評点 5 は 13、評点 3 は 15、評点 1 は 2 であった。なお評点 5 の基準は「個室または 2 人の部屋（除、保護室）がかなり（病床の 1 割以上）用意されている」、評点 3 は「3～4 人部屋が中心」、評点 1 は、「5 人部屋以上が病床の半数以上等」である。

設問「病棟全体の雰囲気を利用者の快適性に配慮されていますか。」では、評点5は15、評点3は14、評点1は2であった。なお評点5の基準は「各所に、絵を飾り、本を置き、廊下の片隅にソファを置くなどする」、評点3は「この一部を満たす」、評点1は「特にない」である。

設問「冷暖房に対する配慮がありますか。」については、「冷房設備が各病室に整備されている」、「各病棟とも病室ごとに、室温の調整ができる設備がある」を補助項目として、そのすべてを行う9、いずれかを行う19、特にしていない3となった。

図31に、設問「禁煙・禁煙が徹底されていますか。」の回答を示した。あてはまる28、あてはまらない2、未回答1であった。

図32に、アメニティに関する設問の回答を示した。

設問「アメニティに配慮されていますか。」については、「適温適時給食の実施」、「選択メニューの実施」、「行事等の時の特別行事食の提供」、「週3回以上の入浴機会」、「入院費以外の病棟雑費を徴収」、「小遣い管理料を徴収」、「個人別通帳管理」、「金銭の自主管理」、「鍵付きロッカーまたは床頭台」、「ベッド周りのカーテン設置」、「希望時につかえるシャワー」、「運動場」、「体育館」、「院内売店」、「農園芸用地」、「調理実習室」、「陶芸室」、「宿泊訓練室」、「図書室」、「面会室」、「新聞や雑誌」、「看護室に夜間施錠をしていない」、「家族等の面会場所の制限」の23項目を補助項目として、評点5：19項目以上5、評点4：17項目以上9、評点3：15項目以上7、評点2：13項目以上4、評点1：12項目以下3、未回答3であった。

設問「病院のトイレや浴室がよいですか。」では、評点5：大変満足1、評点4：やや満足10、評点3：どちらでもない8、評点2：やや不満9、評点1：大変不満0、未回答3であった。

設問「病室内の環境が快適ですか。」では、評点5：大変満足2、評点4：やや満足14、評点3：どちらでもない6、評点2：やや不満6、評点1：大変不満0、未回答3であった。

(6) 医療の効率性

この領域については、該当指標がなく、調査は行っていない。

(7) 国公立病院固有の機能

図33に、国公立病院固有の機能を示した。

設問「研修が行われていますか。」については、「臨床研修指定病院としての指定」、「年報や病院概要の発行」、「研究紀要の発行」、「院内職員研修会の実施」、「医学部学生の実習の引き受け」、「看護学校学生の実習の引き受け」、「看護学校学生の講義」、「保健師実習の引き受け」、「作業療法士実習生の引き受け」、「作業療法士養成学校の講義」、「栄養学科学生実習の引き受け」、「社会福祉学科・心理学科等学生実習」、「司法修習生・法学部学生の見学実習」を補助項目として、評点5：10項目以上9、評点4：8項目以上16、評点3：7項目以上3、評点2：5項目以上2、評点1：4項目以下0、未回答1であった。

4 国公立精神科病院院長の選好度

図34に、国公立精神科病院院長の選好度（部分効用値）を示した。

点数による評価では国公立病院院長の選好度（部分効用値）は、構造32.3%（うち

医師数 13.7%、コメディカル数 10.4%、施設 8.6%）、過程 24.6%（アクセス 8.1%、治療過程 16.5%）、成果 42.7%（成果 31.7%、費用 11.0%）となった。

順位による評価では、同じく、構造 27.9%（うち医師数 12.5%、コメディカル数 9.3%、施設 6.1%）、過程 23.2%（アクセス 6.8%、治療過程 16.4%）、成果 48.8%（成果 33.3%、費用 15.5%）となった。

図 3 5 に、点数による評価による Utility 効用値を示した。医師数では充実 0.575、普通-0.575、コメディカル数では充実 0.426、普通-0.426、施設設備では充実 0.300、普通-0.300、アクセスでは良好 0.320、困難-0.320、治療過程では充実 0.634、普通-0.634、成果では良好 1.236、普通-1.236、費用では高額-0.241、低額 0.241 であった。

図 3 6 に、順位評価による Utility 効用値を示した。医師数では充実 0.586、普通-0.586、コメディカル数では充実 0.414、普通-0.414、施設設備では充実 0.259、普通-0.259、アクセスでは良好 0.276、困難-0.276、治療過程では充実 0.655、普通-0.655、成果では良好 1.293、普通-1.293、費用では高額-0.431、低額 0.431 であった。

なお、Pearson の相関係数は 1.000 であった。

D 考察

1 臨床指標の収集

（1）調査の領域について

私たちは、Donabedian の分類に倣い、構造、過程、成果の 3 領域を検討し、さらに公的病院の役割をも考慮した。

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な
いか検討した。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。

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

収集した臨床指標は、その性質により、達成度や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に区分された。また、専門家の公開を望む項目と、利用者のそれとは異なることも考えられた。各項目は、いずれも一定の有用性はあると思われたが、各臨床指標がカバーする範囲は、狭いものから広いものまで様々で、医療機関の評価への有用性も様々であった。そこで、この膨大な臨床指標から、より有用なものに集約する必要があると思われた。

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⁸⁾。とすると、臨床指標や評価基準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、実に多岐にわたっていた。

こうした多岐にわたる項目のうち、より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もあるのではないかと考えられた。

また、その集約の過程を、研究者の恣意によるものではなく、手順を透明化することで、これまで用いられていた臨床指標の有用性も検証することになると思われた。

(4) 各領域について

a 構造領域

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、改めて調査を行わざるを得ず、二度手間を改善する手だてが必要である。

(3) 過程領域

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、