

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。

アクセスについても、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。

(4) 成果領域

医療機関の評価は、つきつめると、どこどの病院に行くと、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である。つまり成果領域の評価に際して、患者層の差をどのように加味し、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。

構造領域、過程領域については、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。

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

成果領域を適切に評価する臨床指標を見出すことは、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。

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た⁹⁾。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、維持しようとした。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。

(5) 臨床指標の分類

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、この多くは限られた急性の身体疾患を対象としており、精神障害をどのように評価するのかを検討する必要もある。

このように具体的な評価軸を設定していくには、様々な視点をまとめ合意を図る必要がある。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。

2 臨床指標の集約

(1) 集約の方法について

臨床指標の集約に際して、まず、検討したのは、誰を評価者とするか、ということである。病院の評価について、熟慮した経験を有しない者を調査対象とした場合、偶然に項目が選別されてしまうことが懸念される。このため、病院の評価という点について、熟慮した経験を有する集団が望ましい。国公立精神科病院院長は、こうした条件を満たすと考えられる。

次に、こうした多岐にわたる項目を絞り込む過程を、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。

具体的には、この研究班で収集した、医療機関の評価に関する434項目の評価基準や臨床指標について、昨年度その有用度を検討し、内容が重複107項目を除外し、327項目に集約した。さらに指標が有する質的な側面を重視した表現に改め、研究班の構成員により各項目の有用性を、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229項目とした。さらに、国公立精神科病院院長を対象に同様に調査を行い、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³⁴⁾。

今回、評点の平均と標準偏差の和が評点の上限以上となった、正規分布を仮定する限り、国公立精神科病院院長が、有用性において229項目の上位3割に属するとした指標ともいえる。

(2) 調査結果について

a 構造領域について

まず人的側面について、医師、看護師、PSW、コメディカルなど医療従事者1人当たりの担当患者数の多寡は重要な指標であるとの評価が多かった。

また、施設設備などの構造面でも、病室の快適性や分煙など、良質の療養環境が提供できる構造にあるかどうかも重要であるとの評価が多かった。

人員面については医療監視などで、各医療機関は常に評価を受けており、今後は評価基準を定めていく必要がある。

施設設備の構造や療養環境については、たとえば「病棟全体の雰囲気を利用者の快適性に配慮」「食事をおいしく楽しく食べるための雰囲気」といった項目については、利用者の主観による評価によるしかないところもある。しかし、「個室」「冷暖房」「個人ロッカー」「分煙」などは、客観的な評価が可能な項目でもあり、こうした項目については、今後、評価基準を設定していく必要がある。

b 過程領域について

まず、アクセス関連項目として、精神科救急寄与度、また地域ネットワーク寄与度など、地域における医療機関の役割を果たしていることが重視されていた。

医療機関の選択に際して必要な情報の開示については、病床数や管理者などは重要とされたが、医師の略歴や専門医資格、看護師の配置状況、診療科、施設概要、保有設備、診療録開示や医療費明細、医療事故の分析結果は、重要度はやや低かった。

治療内容については、治療計画に患者・家族の意向を反映させるための説明と同意

を通じて治療自体にも満足できること、また身体合併症にも適切に対応できるべきであることが指摘されていた。またその手段として、医師や職員が必要な素養・知識を共有して安全な医療を実施し、一定以上の水準に保たれたサービスを通じて患者の不安や不満を軽減していくなどの手順が重視されていた。またリハビリテーションや地域ケアの場面でも、デイケアが実施され定期的な検討が行われていることはもちろん、実際の地域生活を直視し、退院へ向けての支援体制を確立し、地域生活への援助もを行い、ケア状況を良好に保つ方策として位置づけることも必要と考えられていた。

さらに、入院治療については、アメニティに十分な配慮を行い、病室内の環境、特にトイレや浴室について良好な環境に保つことが必要と考えられていた。患者・家族からは要望が強いプライバシーを保つことについて、重要度が低くなったのは、昨今、入院中の管理責任を重視する風潮の中で、管理者が自傷・他害行為へ目が行き届かないことに懸念を有しているのかもしれない。

また、入院治療は個人の行動の自由を相当程度制限するものである。管理者は、患者の権利制限を最小限とするため、参政権行使への援助や面会・閉鎖病棟の施設管理、また精神保健福祉法の諸手続を、入院形態や行動制限ごとに適切性をそれぞれ検討し、内容を担保する手段として手続も重視していることがうかがわれた。

さらに、管理者は接遇や診療前後の配慮、さらに事務・会計手続、さらに昨今の情勢から個人情報保護も重要視していた。

c 成果領域について

今回の報告において、最も特徴的な結果

は、現在用いられている成果領域の臨床指標において、特に有用であると意見が一致するものは見いだせない、ともいえる。

しかし、今年度の研究において、成果領域の指標は、全体として有用性に劣るという結果も明らかとなった。

この点に関連して、長谷川は、一研究者の意見と強調したと上で、成果領域の測定には数年の時間を要するため、測定それ自体が容易でないこと、さらに数年前の成果について測定結果が得られた時点で、医療チームの構成が人事異動などで変化していることを指摘し、その一方で、成果領域の指標は、過程領域の指標と強い相関を示すことから、過程領域の測定で当面、問題がないとしている²⁹⁾。

医療機関のよしあしは、究極的には、病気が早く治り、費用もかからず、安全に経過する、ということに集約される。そしてそのためには、早く治った、安全であった、費用が合理的であった、という成果が必要である。しかし、成果を明らかにしようにも、成果を集計する作業それ自体も、進んでいない。さらに「早く治った」という一事をとっても、医療期間毎にその地域で果たしている役割が異なれば、患者の構成や重症度も異なり、その成果を明らかにすることは容易ではない。リスク調整がなされないままに評価を行っても、得られた評価は活用に値しないものとなる。

成果の集計作業については、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、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²⁸⁾が、本邦におい

ては、そういった下地もなく、直ちに実施する体制にはない。

今後、まず簡易なデータベースを構築し、単純集計の結果を得た上で、徐々にリスク調整を行った集計結果を評価する体制を整備していく必要がある。

3 臨床指標の性質の評価

(1) ケアの近接性と継続性

生活保護患者の受診、入院施設・病床数や管理者名の情報開示は、いずれもアクセスに関する項目であるが、90%以上の施設で実行されており、通常の医療機関であれば、最低限実施されている基礎的指標といえると思われた。

精神科救急件数は、31 施設のうち 27 施設で集計がなされており、現時点でも臨床指標とすることは可能とは思われた。ただ、実際の報告 238±171 件（最小 12 件、最大 660 件）からは、平均的な病院では年間 200 件前後の精神科救急の診療を行っていることにはなる。まず、救急にも様々な状態があるため、時間外、休日、深夜の予定外の診療を救急とするなど、何らかの定義が必要である。そしてこの成果から、病院の優劣を判断するには、医療圏の人口や他の医療機関の動向など、その病院が地域の中でどのような役割を負った上で、どういった体制で、この実績をあげたのか、という視点が必要になるため、一面的な判断は難しいところである。同様の視点は、紹介数や紹介率にもあげられる。

(2) ケアの質

a 効果的な治療

効果的な治療について、病床数や入院患者数、外来患者数、医師数は、いずれも単独でも重要な臨床指標である。そのなかで

より有用な指標として、医師1人あたりの病床、患者数が導かれた。

なお、研究班では、当初、医師1人あたりの病床数と患者数は、同一の指標であるとして、1つにまとめたが、実際には病床数と入院患者数の間にはズレがあり、特に医師数が減少している病院などでは、病棟を運用停止して対応する場合もあることから、現実には医師1人あたりの病床数と患者数で、より実態に即した指標として、医師1人あたりの患者数をみていく必要があると思われた。

身体合併症治療が適正か、医師や看護師のチームワークが良好か、サービスに一貫性があるか、といった指標は、回答が偏らず、発展的指標としてみることができると思われた。一方、身体診察実施率は、ほとんどの病院で不明であり、回答があった4箇所のうち、64,8%とした1箇所以外は、10%、20%、30%と、きりのいい回答であり、おおむねすべての病院で判明しておらず、臨床指標として用いることには、現時点では問題があると思われた。

b 社会復帰・社会参加促進

デイケア実施は実施27、何らかの条件付き1で、回答の90%を超えており、現時点では基礎的指標といえると思われた。ただ、執筆担当者の施設では、病院と地域の機能分担の視点からデイケアを行っておらず、あえて行わないという立場もあり得ることには、留意する必要がある。

これ以外、実際の生活に役立つリハビリプログラム、定期的なケース会議によるリハビリ計画の見直し、リハビリの適正な管理、退院への支援体制、退院後の地域生活援助活動といった項目は、回答が分散して

おり、発展的指標と思われた。

また、訪問看護専従職員数は 1.8 ± 1.7 名（最小0名、最大5名）であったが、実際には外来の看護師全員が訪問看護を兼務して業務の少なからぬ部分をあてている施設もあり、組織の問題も留意する必要がある。

退院後7日以内の地域ケア状況についても、身体診察実施率と同様の問題があり、おおむねすべての病院で判明しておらず、臨床指標として用いることには、現時点では問題があると思われた。

c 専門性の高いケア

職員数は、病床数に相当程度、影響を受けるため、比較のためには、職員1人あたりの担当患者数とするしかない。このようにして比較したところ、コメディカル1人あたりの入院患者数は、格段の差があり、発展的指標といえるとも思われた。

入院中の診断確定率については、オーストラリア標準健康ケア委員会の臨床指標¹⁾であるが、平均数日の入院期間で、退院時に診断確定に至るかどうかが、といった内容であり、本邦では当然、これより高くなるものと思われる。しかしその一方で、100%の診断確定については、可能かどうか、若干の疑問を持たざるを得ないとも思われた。

症例検討会の実施については、開催の有無自体は、基礎的指標と思われた。

d 職員の資質

職員の知識・技術や患者への接遇状況については、回答が分散しており、発展的指標と考えられた。なお、今回は管理者からみた職員の資質であり、調査対象を患者にするなどの検討も必要と思われた。

e 記録の活用と管理

病院統計の整備・活用については、回答

が分散しており、発展的指標と考えられた。また、どのように整備、活用しているかについての検討も必要と思われた。

f 看護の質

看護師数は、看護基準による規制がなされている領域であるため、あまりばらつきがないことが予想された。しかし、実際の入院患者数と対比することで、定床いっぱいの入院を受けている病院と、運用上の最適な病床数を設定している病院の間で、差が認められた。このため、患者1人あたりの看護師数も、病院間での差が大きい発展的指標とも考えられた。

g 社会的支援

精神保健福祉士数は、医療機関内の福祉職という新しい職種であるため、 4.4 ± 2.4 名（最小1名、最大11名）と、かなり幅広く分布しており、発展的指標と考えられた。

(3) 安全管理

管理者の安全管理への現状についての回答は、分散しており、発展的指標と考えられた。

(4) 患者の権利

患者の権利については、入退院の手続きが取り上げられることが多いが、それ以外にも治療の選択や同意、さらに参政権や財産権なども十分に尊重されるべきである。

a 患者の意思決定

ケア計画が患者の意見を取り入れること、生活上の必要事項が必ず説明されること、病状や今後の見通しが必ず説明されることなどは、回答が分散し、発展的指標とも考えられた。ただ、意見を取り入れることや、説明することは、患者側が説明を理解する能力が保たれており、その上で同意したり拒否したりすることができることが前提と

なる。この点、設問は明確にしていなかったため、この前提が保たれている場合に限定して、あるいは前提が保たれていない場合への望ましい対応を例示した場合には、回答が変わる場合もあり得ると思われた。

b 処遇における権利擁護

プライバシー確保や投票への配慮は、回答が分散し、発展的指標と思われた。

精神保健福祉法に関する指標については、入院形態、行動制限や処遇、さらに入退院手続きへの回答は、きわめて適切とするか適切とするかは半々程度に分かれたものの、ほとんどの回答は、きわめて適切か適切であった。このことから、適切以上であることについては基礎的指標でもあり、その中で、きわめて適切となるかどうかで、発展的指標としての性格を有すると思われた。

患者の財産的権利についても、預かり金の管理や治療活動による収入管理という点で、個人の権利擁護の適正さが求められる領域でもあり、精神保健福祉法への指標と同様の傾向が認められた。

これに対し、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は、ほとんどの施設で達成されており、基礎的指標といえると思われた。

(5) 患者満足と快適性

患者満足と快適性では、患者の要求に対応することやニーズ把握に努力すること、またアメニティに関しても分煙・禁煙などの点では、ほぼすべての回答が達成に集中しており、基礎的指標といえる。しかし、それ以外の項目は、回答は分散しており、発展的指標としての性格が強いと思われた。

(6) 医療の効率性

この領域については、過年度までの調査において、適切な調査項目が見いだされておらず、今回、調査は行っていない。

(7) 国公立病院固有の機能

国公立病院固有の機能として、教育、研修機能があげられるが、回答は分散しており、研修機能をどの程度果たしているかは、発展的指標の性格が強いものと思われた。

2 国公立精神科病院院長の選好度

現実に医療機関を評価する場合、すべての項目にすぐれた医療機関が、よりよい、とされることはある意味、当然ではある。そして、このモデルを元に、これまでの医療機関の評価は、あらゆる側面で良好であることを、前提としてきていた。

しかし、現実には、このような医療機関は存在しない。医療に投入できる人的、財政的資源は限られているため、複数の要因は、時として、あちらを立てればこちらが立たずといった関係にあった。

このため、患者や関係者は、その時々々の事情に応じて、たとえば、濃厚な治療が受けられる総合病院、病後療養や社会復帰のために地域の病院、近所の通院しやすい診療所と、医療資源を使い分けてきていた。

このような判断は、呈示された複数の条件を同時に評価して、意思決定がなされるものである。すべてのニーズを均等に重視して施設整備することができない以上、どのような因子がより重視されるかを明らかにすることで、より有用な評価が可能になると思われた。

このような趣旨で、今回、マーケティング領域で活用されているコンジョイント分析を用いて、医療機関の有する構造、過程、成果の領域の優劣をみて、どのような医療

機関がより好まれるかを明らかにした。

今回は、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と治療過程、成果領域から成果と費用の7要因で、それぞれよいものと悪いものの2水準として、国公立病院院長が、どの領域をより重視しているかを明らかにした。

領域ごとの意義としては、順位法でも点数法でも、おおむね成果4：構造3：過程2の比率で、成果領域が最も重視されていたといえる。

しかし、成果領域については、有用な臨床指標についての合意は得られていない。今後、評価に有用な臨床指標を具体的に求めていく方策を検討する必要がある。

E. まとめ

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るため、内外22資料から得られた434項目について、研究班の構成員により229項目に集約したのち、全国53の国公立精神科病院の院長に対して調査を行い集約し、内容の統合を含め再検討し、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、自己評価など定性的な48項目および職員数や救急件数など半定量的な20項目を調査し、おおむね達成され差がつかない基礎的指標11項目と、達成度がばらつく発展的指標37項目に分かれた。基礎的指標については、達成すべき項目の達成評価に、また発展的指標については基礎的なことができていない病院の優劣に関する評価に有用と思われた。ただ、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、仮想の医療機関の医師数、コメディカル数、施設設備、アクセス、治療過程、成果、費用の7要因について2水準でコンジョイント分析により選好度調査を行った。選好度（部分効用値）は構造32.3%（うち医師13.7%、コメディ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、国公立病院院長は成果領域を最も重視していた。

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) , last accessed on 21 February 2006

2) Department of Human Services (Victoria Stage Government), New Mental Health Performance Indicators for 2004/2005

(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) , 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 日より，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，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），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), 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), 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), 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）

28) 吉住昭，平直子，小山宏子，平野互，大賀淳子，櫻井斉司，高橋克朗，瀬戸秀文：

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—，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 平成 17 年度 総括・分担研究報告書，pp 25-50，2006

29) 「医療機能情報公開制度 4 月の制度施行は時代の必然」，じほう，2007

(<http://www.m3.com/news/news.jsp?sourceType=GENERAL&articleLang=ja&articleId=41863&q=%C4%B9%C3%AB%C0%EE>), last accessed on 13 March 2007

30) 岡本眞一．コンジョイント分析，ナカニ

シヤ出版, 京都, 1999

31)代喜一. コンジョイント分析, データ分析研究所, 東京, 1999

32)真城知己. S P S Sによるコンジョイント分析 教育・心理・福祉分野での活用法, 東京図書, 東京, 2001

33)奥村泰之, 下津咲絵, 岡隆, 他: うつ病治療の選好構造. 精神医学 50(2):133-139, 2007

34) 吉住昭, 平直子, 小山宏子, 廣田悦子, 平野互, 大賀淳子, 櫻井斉司, 高橋克朗, 瀬戸秀文, 鶴丸藍子, 稲垣中, 中川敦夫, 香山明美: 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評価に関する、より有用な臨床指標の集約について. 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 平成 18 年度 総括・分担研究報告書, pp 23-48, 2007

35) 吉住昭, 瀬戸秀文: 精神科医療機関の情報公開-「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」から-. 精神神経学雑誌 109(10): 949-956, 2007

図1 ケアの近接性と継続性

- ・ 大項目: ケアの近接性と継続性
- ・ 中項目: アクセス
- ・ 分類: 構造

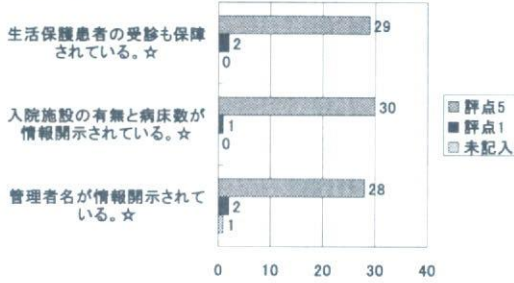


図2 精神科救急件数

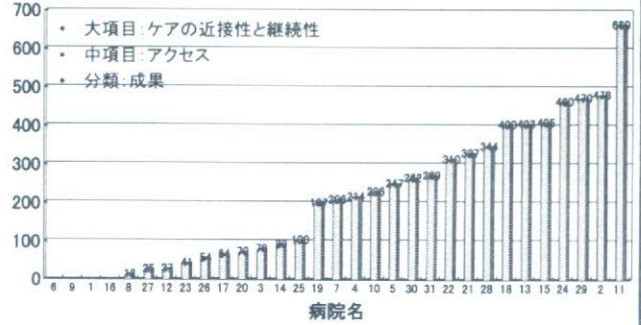


図3 紹介数

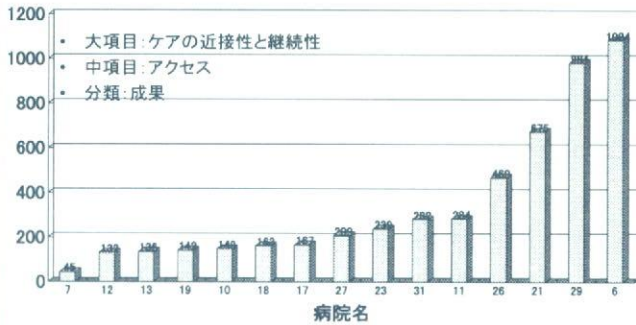


図4 紹介率

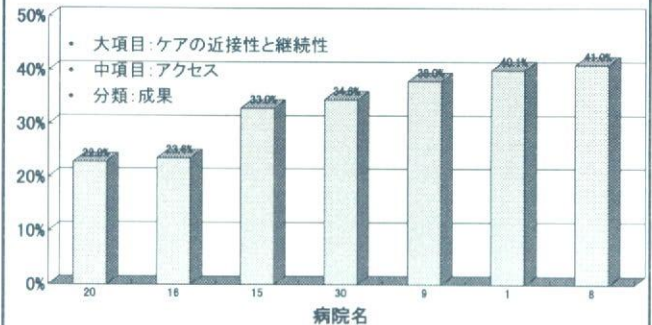


図5 常勤医師1人あたり病床数

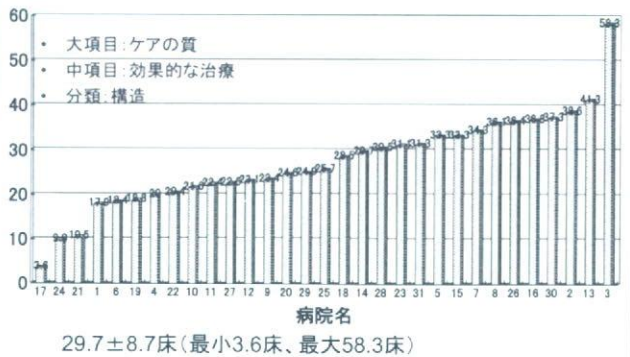


図6 医師1人あたり入院患者数

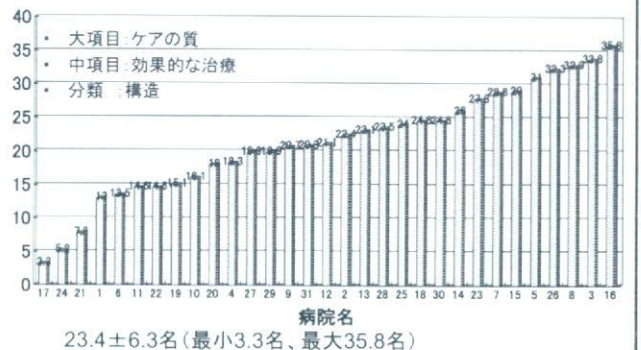


図7 ケアの質(1)

- 大項目: ケアの質
- 中項目: 効果的な治療
- 分類: 過程
- 分類: 成果(患者主観評価)

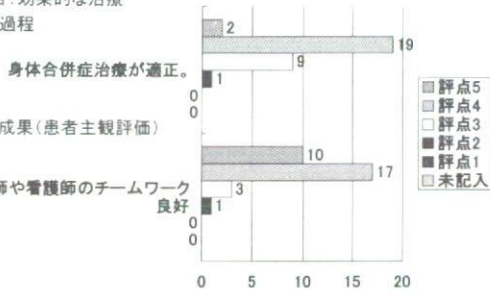


図8 ケアの質(2)

- 大項目: ケアの質
- 中項目: 効果的な治療
- 分類: 成果(患者主観評価)

サービスに一貫性がある。

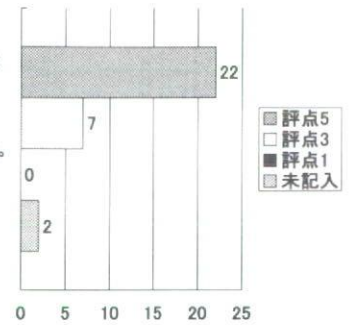


図9 身体診察実施率

- 大項目: ケアの質
- 中項目: 効果的な治療
- 分類: 成果(臨床指標)

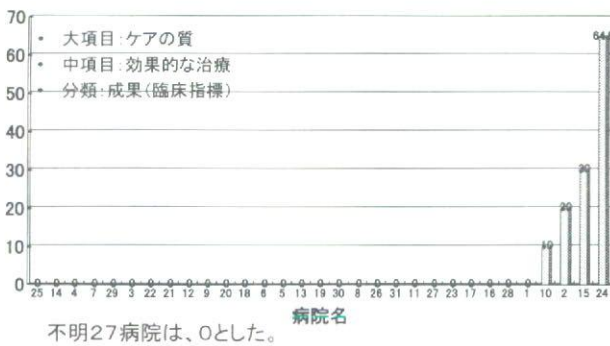


図10 ケアの質(3)

- 大項目: ケアの質
- 中項目: 社会復帰・社会参加促進
- 分類: 構造
- 分類: 過程

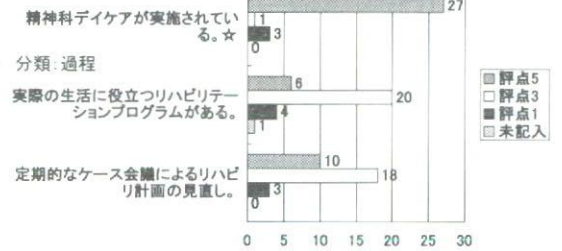


図11 ケアの質(4)

- 大項目: ケアの質
- 中項目: 社会復帰・社会参加促進
- 分類: 過程
- 分類: 成果(患者主観評価)



図12 ケアの質(5)

- 大項目: ケアの質
- 中項目: 社会復帰・社会参加促進
- 分類: 過程

退院後の地域生活援助活動

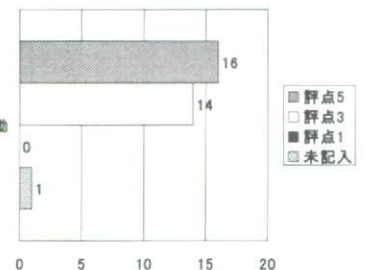
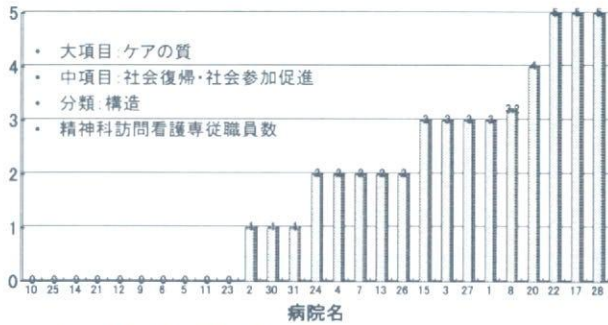
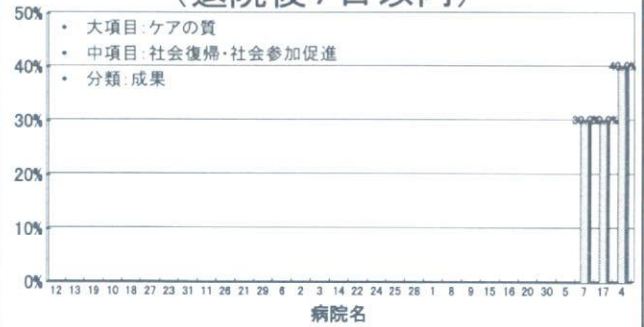


図13 訪問看護専従職員数



1.8±1.7名(最小0名、最大5名)

図14 地域ケア状況
(退院後7日以内)



不明は28病院

図15 常勤コメディカル1人あたり
入院患者数

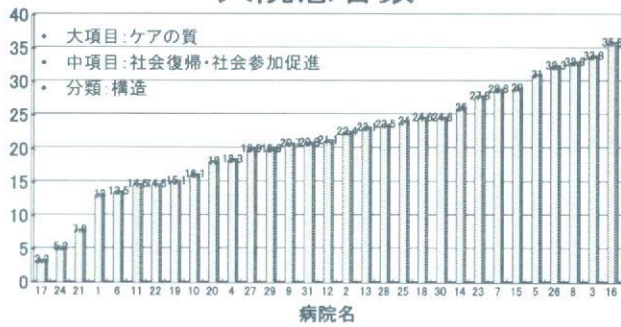
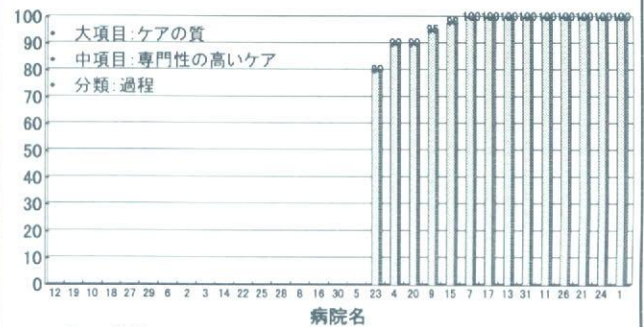


図16 入院中の診断確定率



不明17病院

図17 ケアの質(6)

- 大項目 ケアの質
- 中項目 専門性の高いケア
- 分類 過程

症例検討会の実施。☆

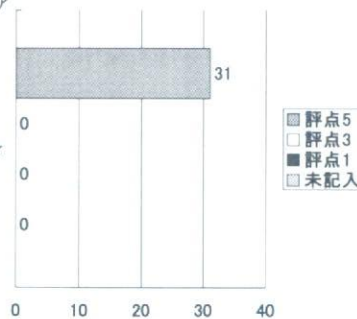


図18 ケアの質(7)

- 大項目 ケアの質
- 中項目 職員の資質
- 分類 過程
- 患者への言葉遣い等の接遇状況。
- 分類 患者主観評価

職員が必要な知識・技術を習得。

中項目 記録の管理と活用

分類 過程

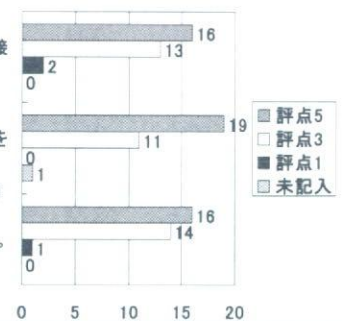
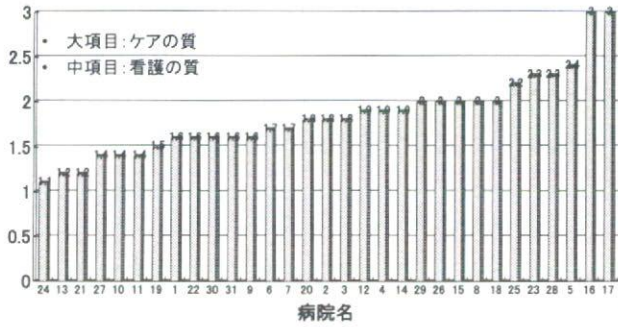
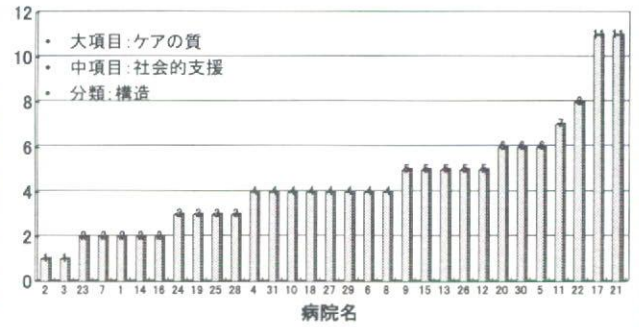


図19 看護師1人あたり入院患者



1.92±0.41名(最小1.1名、最大3.0名)

図20 精神保健福祉士数



4.4±2.4名(最小1名、最大11名)

図21 安全管理

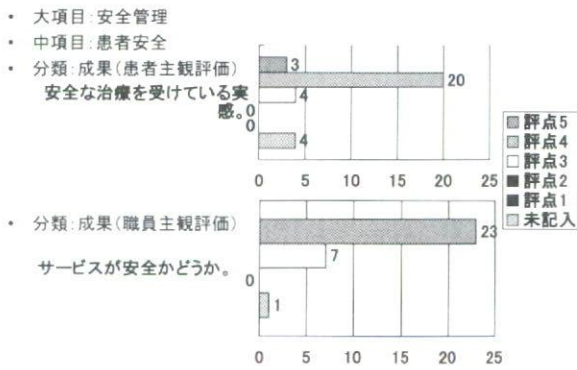


図22 患者の権利(1)

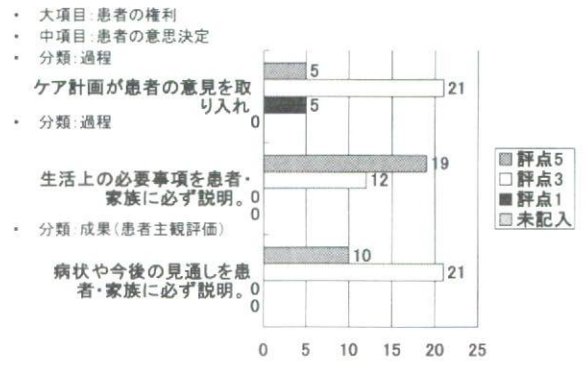


図23 患者の権利(2)

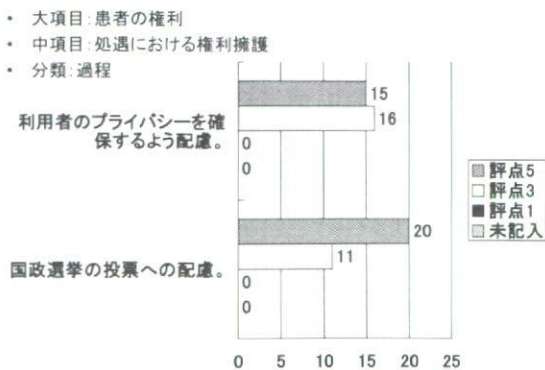


図24 患者の権利(3)

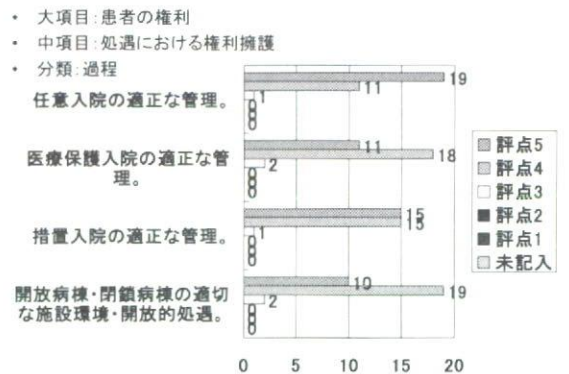


図25 患者の権利(4)

- ・ 大項目: 患者の権利
- ・ 中項目: 処遇における権利擁護
- ・ 分類: 過程

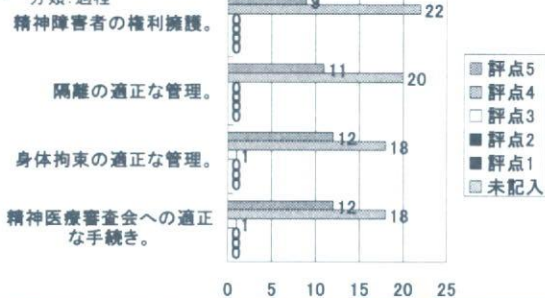


図26 患者の権利(5)

- ・ 大項目: 患者の権利
- ・ 中項目: 処遇における権利擁護
- ・ 分類: 過程

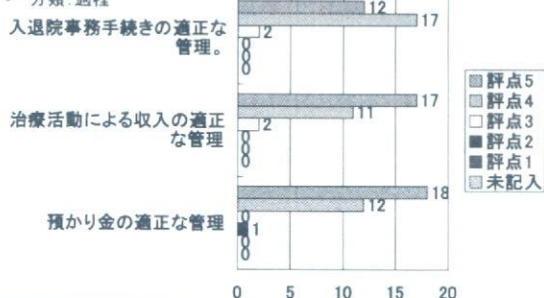


図27 患者の権利(6)

- ・ 大項目: 患者の権利
- ・ 中項目: 処遇における権利擁護
- ・ 分類: 過程

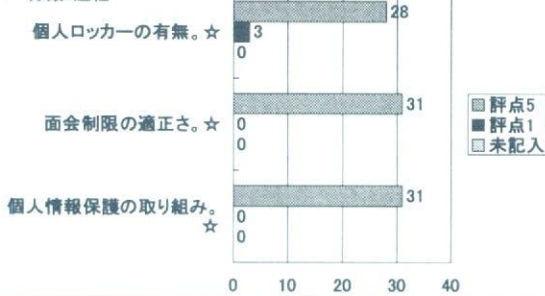


図28 患者満足と快適性(1)

- ・ 大項目: 患者満足と快適性
- ・ 中項目: 患者満足
- ・ 分類: 構造

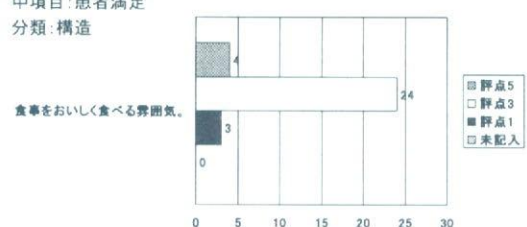


図29 患者満足と快適性(2)

- ・ 大項目: 患者満足と快適性
- ・ 中項目: 患者満足
- ・ 分類: 成果(患者主観評価)

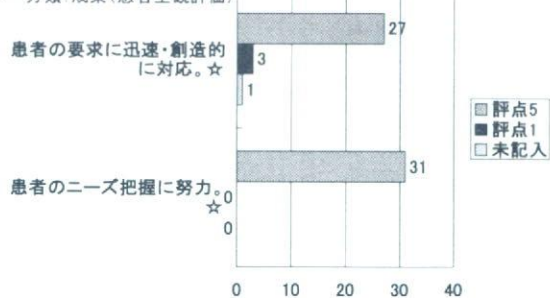


図30 患者満足と快適性(3)

- ・ 大項目: 患者満足と快適性
- ・ 中項目: アメニティ
- ・ 分類: 構造



図31 患者満足と快適性(4)

- 大項目: 患者満足と快適性
- 中項目: アメニティ
- 分類: 構造

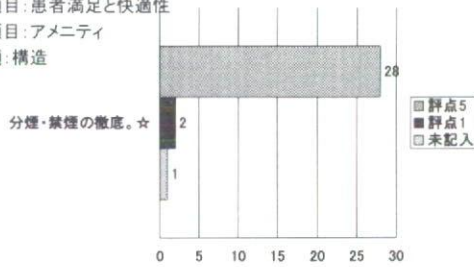


図32 患者満足と快適性(5)

- 大項目: 患者満足と快適性
- 中項目: アメニティ
- 分類: 構造
- 分類: 成果(患者主観評価)

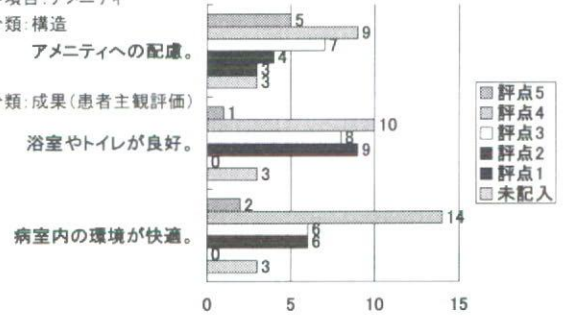


図33 国公立病院固有の機能

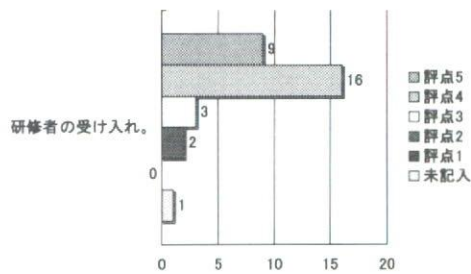


図34 全院長の選好度

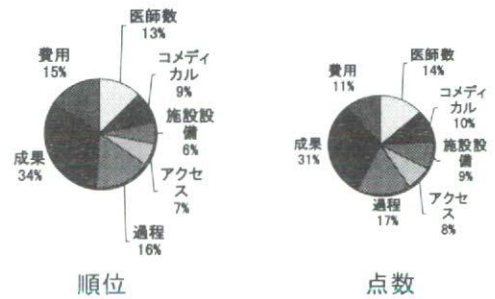


図35 Utility推定値(点数)

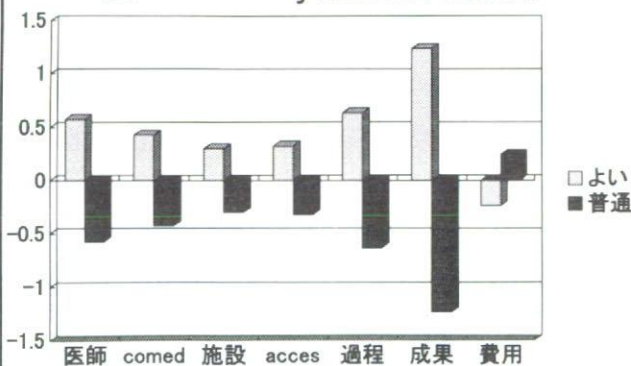
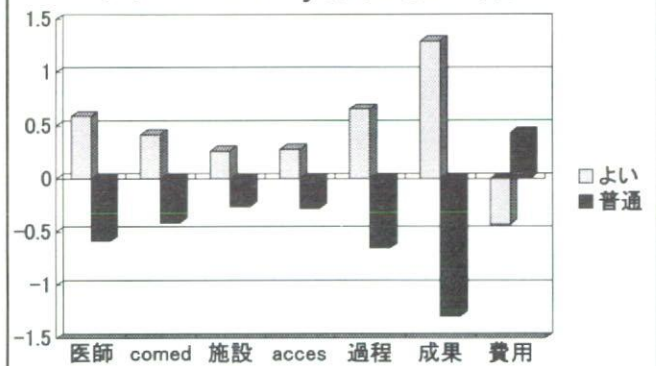


図36 Utility推定値(順位)



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
総合研究報告書

精神科病院機能の評価軸設定に関する研究

わが国および海外のアウトカムに関する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	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)*
	稲垣 中	(慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科)
	佐渡 充洋	(慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室)
	羽藤 邦利	(代々木の森診療所)
	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

医療の質の評価におけるアウトカム評価は、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である。そこで、精神科医療のアウトカム評価に関連する文献を米国国立生物工学情報センターの医学関係文献データベース Pubmed から psychiatry service, outcome, assessment の keyword にて検索し、本研究目的に該当する文献の検討を行った。次に、海外の具体的な取り組みとして Organization for Economic Co-operation and Development Mental Health Care Quality Indicator (OECD-MHCQI) 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。さらに、この 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と各国におけるそれらのデータを調査した。最後に Australian Council on Healthcare Standards によって作成された質的評価指標 (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) 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。また OECD-MHCQI が示した 12 の指標をわが国における実情にあわせて一部修正を施し、その上でそれらの指標に基づいてわが国の医療システムの質的評価を行うことを目指しているが、その第一段階として、東京 23 区内の精神科クリニックの外来うつ病患者を対象とした予備的検討を行った。

A. 研究目的

一般人口における精神疾患の有病率は身体疾患と比較しても高く、また精神疾患の罹患に伴う社会機能への影響は大きい。例えば、common mental disorderの1つであるうつ病は、アメリカでは大うつ病の地域における生涯有病率は、15-17%といわれ (American Psychiatric Association, 1994)、12ヶ月間有病率は6-7% (Kessler et al., 2003)、外来患者の有病率は、5-13% (Coyne et al., 1994)と報告されている。一方、わが国のうつ病の有病率は生涯有病率6.5%、12ヶ月間有病率2.2% (WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004)とアメリカの半分程度であるものの、決して少なくはない。WHOによれば全ての疾患の中で、2002年時点にお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り、また精神科医療の質の評価も重要となる。

医療の質を評価する場合、構造、過程、アウト

カム の側面から検討するのが重要である。構造とは、「医療が提供される上での安定した配置と医療を提供する時に用いられた資源 (例：病院数・医師数)」のことをいい、過程とは、「保健医療福祉サービスを構成する活動のことで、サービス内容やその流れ (誰が、いつ、どのような医療が提供されたのか、またどの程度の頻度で行われているのかを評価)」を意味し、アウトカムとは、「構造および過程によって患者にもたらされた結果」のことであり、サービスを提供した後の状態を意味する (Ito, 2004)。医療のアウトカムは、患者・医療者・保険者のステークホルダーにきちんと共有されることで、たとえばどのような治療が3者それぞれの立場から、最も利益benefitがあるのかといった様な検討でき、これが医療の質の向上に重要な指標となりうる。

このようにアウトカムの評価は、精神科医療の質の向上や医療経済の観点からの精神科医療の中でも重要な事項である。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。そこで、われわれは (1) 精神科医療システムの質的評価に関する文献検討、(2) 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、(3) わが国の精神科医療のアウトカム評価への応用に関して検討した。

B. 研究方法

1. 精神科アウトカム研究の文献レビュー (平成18年度)

本研究は、精神科医療のアウトカム評価に関連する文献を米国国立生物学情報センター (National Center for Biotechnology Information) の医学関係文献データベース Pubmed から psychiatry

service, outcome, assessment の keyword にて検索し、本研究目的に該当する文献の検討を行った。

2. 海外の精神科アウトカムの評価 (平成 19 年度)

2.1 OECD Mental Health Care Quality Indicator

本研究では、Organization for Economic Co-operation and Development Mental Health Care Quality Indicator (OECD-MHQI) (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。

2.2 OECD-MHQI の病院評価への適用状況：イギリス、オーストラリアの病院評価項目との比較

本研究では、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、イギリス、オーストラリアの病院評価項目の分析と各国におけるそれらのデータを調査した。イギリスについては、Healthcare Commission (2006) が毎年イギリスの NHS 全病院を対象として行う Annual Health check の評価項目を調査対象とした。オーストラリアについては、The Australian Council on Helathcare Standards (2000) の Clinical Indicator Report の評価項目を対象とした。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。また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。

3. わが国の精神科医療の質的評価指標に関する基礎資料 (平成 19 年度)

3.1 Australian Council on Healthcare Standards 評価項目に関するわが国データの検討

本研究では、Australian Council on Healthcare Standards (ACHS, 2000) によって作成された質的評価指標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。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。そして、そ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、以下の4つである：

- 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) 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) 『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
- 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

3.2 OECD-MHCQI 評価項目に関するわが国データの検討：予備調査

本研究では、OECD-MHCQI が示した 12 の指標をわが国における実情にあわせて一部修正を施し、その上でそれらの指標に基づいてわが国の医療システムの質的評価を行うことを目指しているが、その第一段階として、東京 23 区内の一精神科クリニックの外来うつ病患者を対象とした予備的検討を行った。

C. 研究結果

1. 精神科アウトカム研究の文献レビュー

Pubmed から Hannsson (2001), Tunis et al. (2003), March et al. (2005) の 3 つの文献が該当し、検討した。精神科医療の評価に関して Hanson(2001)のレビューでは、7つの点を強調している。

1. 複数のレベルでの評価

医療評価の包括的な評価は、システム及び患者レベルで行われるべきであるが、現在両者の関連性に関する研究は限られており、それらの知見は限定的であると指摘している。こういった背景があるものの、地理的側面と時間的側面の組み合わせを考慮した matrix

model:時間的側面ではインプット期-プロセス期-アウトカム期の3段階、地理的側面では国家レベル-地域レベル-患者レベルの3層があり、各々やその組み合わせの検討が必要

2. 複数の次元でのアウトカム評価

4つの主要な次元は、精神病理の臨床評価、社会機能、ニーズ、QOLである。この他に、患者や家族の医療への主観的体験、満足度、負担が重要

3. 複数の視点でのアウトカム評価

アウトカム評価に様々な利害関係者を入れるべきである。包括的な評価は、患者、家族、医療者、第三者など多面的な視点が重要

4. アウトカムの評価がインプットやプロセス

と関連するか

医療サービスの利用と患者・社会特性の関連性の理解が重要

5. 医療評価の際のインプットやプロセスを標準化する

患者レベルのアウトカム評価は様々な評価尺度などがあるが、システムレベルでは標準化された評価方法がないので、標準化された記述方法の検討が必要

6. サービスやプログラムモデルの black box を明らかにする

医療のある特別な部分や内容がどのように有効性や有用性に関与しているかの理解が重要

7. 費用対効果を評価する

8. 費用対効果は、異なった医療サービスを比較する際に役立つ、また臨床判断の際に重要

March et al. (2005)は、practical clinical trial に関して、精神医学領域において検討している。そこでは、下記の8つを特徴として述べている。

1. 臨床疑問は、簡素で、臨床的妥当性があり、公衆衛生学的に重要
2. practical clinical trial は、臨床現場において実践できるか。
3. 小から中等度の効果量を判別するのに十分な症例数があるか。
4. バイアスの問題に対して無作為化を行っているか。
5. 無作為化の必要性は、臨床的に明らかな実証の有無による。
6. アウトカムは簡素で臨床的に妥当か。
7. その評価や治療が良い通常診療を実践することになるか。
8. 研究目的に伴う、対象や研究者の負担が最小限度であるか(少ない時間、低予算の研究費)。