

201122115A

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業

精神障害者の重症度に応じた評価手法の開発に関する研究

平成23年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 山内 慶太

平成 24(2012)年 3 月

## 目 次

I.	総括研究報告書		
	精神障害者の重症度に応じた評価手法の開発に関する研究	-----	3
	山内 慶太		
II.	分担研究報告書		
	1. 臨床像とケアのコストに対応した評価方法の確立	-----	9
	山内 慶太		
	2. 入院医療のQI(Quality Indicator)の開発	-----	17
	山内慶太		
	3. 既存の統計資料を用いた機能分化の現状分析と将来予測	---	31
	竹島 正		

平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

総括研究報告書

「精神障害者の重症度に応じた評価手法の開発に関する研究」

研究代表者 山内 慶太

（慶應義塾大学看護医療学部・大学院健康マネジメント研究科教授）

研究要旨：精神科医療の機能分化を促進する為には、精神科病院の大半が様々な規模の民間病院である現実を踏まえて、各病院が主体的に柔軟に機能分化を進めるようなインセンティブを用意する必要がある。平成 21 年 9 月の「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」が「医学的観点による入院の必要性、ケアにかかる医療従事者の時間等のコストを勘案しつつ、重症度に応じて評価を行う体系の導入について検討すべきである」指摘している通りである。

その指摘に応える為には、分担研究「臨床像とケアのコストに対応した評価手法の確立」は、患者個々の臨床像とコストを反映する患者分類の確立を目指しており、平成 20～22 年度厚生労働科学研究「精神科病院の機能分化に関する実態の分析と方法論の開発に関する研究」において調査し構築した入院患者の臨床特性とケア時間に関するデータセットを用いて、分類案の作成、改良を進めた。

患者の重症度やケアのニーズに対応した評価、支払いを実現する際には、患者のニーズに対応した適切なケアが提供されていることを担保出来る質の評価が合わせて課題となる。そこで、分担研究「入院医療の QI(Quality Indicator)の開発」では、ケアのニーズの把握に用いる調査表に基づく、質の指標((Quality Indicator: QI)の開発を目指す。本年度は、欧米諸国における精神医療に関する質の指標に関する先行的な取り組みを調査すると共に、質の指標の開発の課題を整理した。

また、分担研究「既存の統計資料を用いた、精神科病院の機能分化の現状分析と将来予測」では、本年度は、統計資料分析の視点を得ることを目的に、医療機関、行政機関等の精神保健医療福祉関係者を対象に聞き取り調査を行い、改革ビジョン以降の変化と残されている課題、精神科医療機能の分化の状況と課題を把握した。

研究分担者

山内慶太 慶應義塾大学看護医療学部・大学院健康マネジメント研究科教授

竹島正 国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部長

らその必要が指摘されて来たが、余り進んでいない。その理由として、精神科病院の大半が様々な規模の民間病院である為、各病院が主体的に柔軟に機能分化を進めるようなインセンティブを用意する必要があるが、そのような視点での研究が十分なされて来なかったことが指摘できる。入院医療と地域ケアとの機能の分担についても同様のことが指摘でき

A. 研究目的

精神科病院の機能分化については、以前か

る。申請者はこのような立場から、患者のケアのコストと臨床像を反映した分類とそれに基づく支払い方式の開発の必要性を主張し、研究してきた。平成21年9月の「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」における「医学的観点による入院の必要性、ケアにかかる医療従事者の時間等のコストを勘案しつつ、重症度に応じて評価を行う体系の導入について検討すべきである」との指摘は申請者の研究と同趣旨である。

研究代表者は既に、精神科入院患者の臨床像とケアのコストを共に反映するケースミックス分類に関する研究を行うと共に（「精神医療における新しい支払い方式に関する研究」病院管理34巻2号, 1997年、厚生科学研究『精神医療における看護ケア必要度に関する研究』報告書, 2001年ほか）、薬物依存に関しても、その臨床像とコストの関係について分析して来た（厚生労働科学研究分担研究「薬物関連精神障害が医療経済に及ぼす影響について」ほか）。更に、これらの研究を発展させて、平成20～22年度厚生労働科学研究「精神科病院の機能分化に関する実態の分析と方法論の開発に関する研究」を実施した。これにより、112病院で入院患者について臨床特性（主治医と看護師が評価）とケア時間（タイムスタディを実施）を調査し、14,788人分に及ぶデータセットを構築した。更に、これを用いて、臨床像とケアのコストを反映する患者分類の開発を行ってきた。

本研究では、第一に、ケアのコストと臨床像を共に反映する分類方法の確立を目的としており、第1年度である平成23年度は、この分類方法についての改良を進めた。第二に、同じアセスメント項目を用いて我が国の精神医療に適したケアの質を評価

指標(Quality Indicator: QI)の開発を目指しており、本年度は、他国の先行的な事例の検討を行った。

## B. 研究方法

各分担研究では以下の方法で研究を実施した。

### 1. 臨床像とケアのコストに対応した評価手法の確立

ケアのコストと臨床像を反映する患者分類の改良を進める為に、平成20～22年度厚生労働科学研究「精神科病院の機能分化に関する実態の分析と方法論の開発に関する研究」によって構築した、112病院14,788人分に及ぶデータセットを用いた。各種類の病棟において患者当たりのケア時間が標準的な48の病院のデータに、主にSPSS Answer Tree3.0Jを用いて樹形モデル解析を探索的に適用して分析した。

目的変数には、ケアのコストに対応する重付けケア時間を用い、説明変数には、患者特性に関する全項目を候補とした。また、分岐に選択された変数については、他の臨床特性との関係を分析することで、その分岐が導く分類の臨床像を検討した。

### 2. 入院医療のQI(Quality Indicator)の開発

データベース検索システムPubMedを用い、quality indicators及びmental health service等をキーワードにして英語で出版された文献について系統的に検索した。検索された文献の中から、我が国の精神医療の入院医療に関連付けられる文献を選択すると共に、更に引用されている文献についても渉猟した。

### 3. 既存の統計資料を用いた機能分化の現状分析と将来予測

4つの県（A～Dとする）を訪問し、行政機関、医療機関のほか、家族会連合会、大学精神医学講座を対象に聞き取り調査を行った。調査に当たっては、主に、改革ビジョン以降の変化と残されている課題、精神科医療機能の分化の状況と課題を把握し、統計資料分析の視点を得ることをすることを目的とした。

#### （倫理面への配慮）

「臨床像とケアのコストに対応した評価手法の確立」で用いたデータセットは、慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科研究倫理審査委員以下の承認を得て行った調査研究で構築されたものである。

「既存の統計資料を用いた、精神科病院の機能分化の現状分析と将来予測」では、面接では各地域・各機関の全般的な状況や対象者の考えのみを聞き取り、個別の患者や当事者に関することには触れないように配慮した。また、面接を録音する際には、予め対象者の承諾を得た。

### C. 研究結果

各分担研究は平成 23 年度に以下の成果を得た。

#### 1. 臨床像とケアのコストに対応した評価手法の確立

疾患別に分類した上で、在院期間、ADL、自傷他害の危険性、精神症状、問題行動、隔離等に関する項目で分類した。臨床的な有用性に留意して探索的に改良した分類の説明率は

30.5%であった。自動的に抽出した統計的に最適な回帰樹の説明率は 37.5%であるので、今後更に、これに近付けると共に、臨床的な有用性、実際の臨床像と分類の臨床像の一致度が高まるよう、改良を加える必要がある。

#### 2. 入院医療の QI(Quality Indicator)の開発

質の指標の概念、評価すべき項目、指標が備えるべき特性について整理すると共に、オーストラリア、英国、カナダ(アルバータ州)、米国(カリフォルニア州)の質の指標の取り組みについて概要をまとめた。また、リスク調整の要件について検討した。

各国とも質の評価指標を開発し実際に運用しているものの、指標をどのようなカテゴリーに分類するかを含めその指標は多様であること、メンタルヘルス全体を対象にしている場合が多いこと等が明らかになった。また、我が国では精神科病院での入院治療、取り分け、長期入院のケアの質の向上が課題であるが、これに適した指標は、検索した文献においては含まれていないことから、独自に開発する必要がある。次年度以降は適切な質的指標とリスク調整の方法について、開発を進める予定である。

#### 3. 既存の統計資料を用いた、精神科病院の機能分化の現状分析と将来予測

改革ビジョンが精神保健医療福祉に及ぼした影響については、変化のきっかけとなったという回答があった一方で、現場に特段の変化はなかったとの回答もあり、変化の生じ方に格差が生じている可能性がある。残されている課題としては、退院した患者が地域で生活するための社会資源の整備が

不十分である点が挙げられ、退院促進と地域生活支援が均衡を保って進められるよう、実態把握を適切に行っていくことが必要と考えられた。

精神科医療の機能分化は、人口密度の高い病院数の多い都市部を中心に進行しており、人口密度の低い病院数の少ない地域ではあまり進行していないことが示唆された。処遇困難患者の集中は、機能分化が進んだ都市部で強い傾向が示唆された。機能分化が不十分な点については、慢性重症患者と高齢のうつ病が挙げられた。また認知症患者のケアは、医療全体、また介護も含めての大局的な方針を定める必要性が示された。

また、入院期間が5年以上で65歳以上の患者については、退院の困難な統合失調症の患者が多くを占めるとの見方が多く、これらの患者群の地域移行を不用意に進めた場合、社会的転帰が不良の事例が多く発生する可能性もあり、退院後の居住と生活支援のあり方を十分に検討していく必要があると思われた。

#### D. 考察 および E. 結論

##### 1. 臨床像とケアのコストに対応した評価手法の確立

ケースミックス分類の確立に向けて、探索的に改良した分類案の説明率は30.5%であり、次年度に更に改良を重ねる必要である。

また、分岐に選択される変数について、他の臨床的特性との関係を分析することで、その分岐が規定する患者分類の臨床像をより具体的に把握することができた。このような追加的な分析もケースミックス分類の臨床的妥当性を検討し、更にそれを向上される為の改良に寄与すると思われる。

##### 2. 入院医療の QI(Quality Indicator)の開発

我が国では精神科病院での入院治療、取り分け、長期入院のケアの質の向上が課題であるが、これに適した指標は、検索した文献においては含まれていないことから、独自に開発する必要がある。次年度以降は我が国の実状に適した指標とリスク調整の方法について、開発を進める必要がある。

##### 3. 既存の統計資料を用いた、精神科病院の機能分化の現状分析と将来予測

本研究では、精神科医療の機能分化の状況と課題を中心に、関連するテーマについての情報を得た。これらの精神科医療の機能分化に伴って生じた可能性のある問題や、退院した精神障害者の地域生活におけるニーズについては、定量的に捉えることが必要と考えられる。本研究によって既存資料の分析を進める上で着目すべき視点が明確になった。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

1. 論文発表

2. 学会発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

「精神障害者の重症度に応じた評価手法の開発に関する研究」

分担研究報告書

臨床像とケアのコストに対応した評価手法の確立

分担研究者 山内 慶太（慶應義塾大学看護医療学部・大学院健康マネジメント研究科）

研究協力者 湯尾 高根（慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室）

杉林 由季子（慶應義塾大学大学院医学研究科）

研究要旨：

【目的】平成 20～22 年度厚生労働科学研究「精神科病院の機能分化に関する実態の分析と方法論の開発に関する研究」において調査し構築した、112 病院、14,788 人分の入院患者の臨床特性（主治医と看護師が評価）とケア時間（タイムスタディを実施）に関するデータセットを用いて、臨床像とケアのコストを反映する分類案の作成、改良を進めた。

【方法】各種類の病棟において患者当たりのケア時間が標準的な 48 の病院のデータに、主に SPSS Answer Tree3.0J を用いて樹形モデル解析を探索的に適用して分析した。目的変数には、ケアのコストに対応する重付けケア時間を用い、説明変数には、患者特性に関する全項目を候補とした。また、分岐に選択された変数については、他の臨床特性との関係を分析することで、その分岐が導く分類の臨床像を検討した。

【結果・結論】疾患別に分類した上で、在院期間、ADL、自傷他害の危険性、精神症状、問題行動、隔離等に関する項目で分類した。分類によって得られた説明率は、30.5%であった。自動的に抽出した統計的に最適な回帰樹の説明率は 37.5%であるので、今後更に、これに近付けると共に、臨床的な有用性、実際の臨床像と分類の臨床像の一致度が高まるよう、改良を加える必要がある。

#### A. 研究目的

精神科病院の機能分化については、以前からその必要が指摘されて来たが、余り進んでいない。その理由として、精神科病院の大半が様々な規模の民間病院である為、各病院が主体的に柔軟に機能分化を進めるようなインセンティブを用意する必要があるが、そのような視点での研究が十分なされて来なかったことが指摘できる。入院医療と地域ケアとの機能の分担についても同様のことが指摘できる。

即ち、現在の支払い方式は、第1に、出来高払いの病棟では患者間でのケアのコストの相違に十分に対応していない、第2に、特定入院料の病棟では、一段階の定額払いである為、実際の患者の状態像の構成が多様であったり、その構成が変動したりする場合に対応することが出来ない、等の限界がある。

このような状況に対して、平成21年9月の「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」も「医学的観点による入院の必要性、ケアにかかる医療従事者の時間等



のコストを勘案しつつ、重症度に応じて評価を行う体系の導入について検討すべきである」と指摘している。

そこで、以前からの研究を発展させて、平成20～22年度厚生労働科学研究「精神科病院の機能分化に関する実態の分析と方法論の開発に関する研究」を実施した。これにより、112病院で入院患者について臨床特性(主治医と看護師が評価)とケア時間(タイムスタディを実施)を調査し、14,788人分に及ぶデータセットを構築した。更に、これを用いて、臨床像とケアのコストを反映する患者分類を開発して来た。

本分担研究では、第1年度、第2年度には、開発した分類案について、更に臨床現場での受け入れやすさ・利用しやすさを高める為の改善を図った上で、多様な種類の病棟において妥当性と頑健性を検証することを目的としている。

## B. 研究方法

### 1. ケースミックス分類の改善

そこで、調査対象病棟における重み付けケア時間が、同種類の病棟の平均重み付けケア時間に比していかなる位置にあるかを確認し、各種類の病棟において、上下端それぞれ1/6に入らない48病院を抽出して分析した。

分析に当たっては、樹形モデル解析を適用したが、その統計ソフトとしては、主にSPSS Answer Tree3.0Jを用いた。なお、樹形モデル解析に当たっては、目的変数には患者個々が、看護師、医師をはじめ各職種から受けた1日当たりのケアの時間を職種別の給与比で重み付けして合算した、「重み付けケア時間」を用い、説明変数には患者特性に関する全項目を候補とした。

そして、前年度に、自動的な方法(一定の規則に従って統計的に最適な樹形モデルを自動的に抽出する方法)で回帰樹木を抽出したものを更に発展させる為、探索的方法(分析者が逐次説明変数を選択しながら対話的に回帰樹を作る方法)で、より臨床的に意味

のある回帰樹を探索した。

### 2. その他の分析

また、その他、重み付けケア時間の差異の影響する患者特性について、その背景を理解する為の分析も実施した。

## 2. 倫理面への配慮

本研究で使用したデータセットを構築する為の調査は、慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科研究倫理審査委員以下の承認を得て行ったものである。

## C. 研究結果及びD. 考察

### 1. ケースミックス分類の改善

疾患別に分類した上で、その他の特性で分岐される方法を検討した。

まず、①統合失調症(F20)・その他の精神障害(F21-29)・器質性精神障害(F04-09)・てんかん(G40)・精神遅滞(F7)等、②神経症性・ストレス関連・身体表現性障害(F4)・気分(感情)障害(F3)・成人の人格・行動の障害(F6)、③アルコールによる障害(F10)、④その他の精神作用物質による障害(F10)、⑤心理的発達の障害(F8)・少年期・青年期に発生する行動・情緒の障害(F90-98)、⑥認知症疾患(F00-03)等に分岐させた上で、それぞれの疾患群で更に以下の特性で分岐する回帰樹を作った。なおその際、管理上の有用性を考え、身体的な管理の必要性の高い患者、自傷他害の危険性の高い患者を上位で分類し、その上で、精神症状等で分類することを原則とした。また、隔離のように病院側が判断して実施する処置や診療内容の項目については最下位に置くこととした。

即ち、①では在院期間、ADL(ベッド上の可動性、食事、区分)、医療区分、自傷他害の危険、問題行動(威嚇・暴力・嬌声怒声、頻回の要求・多訴、甘え・依存)、精神症状(幻覚、言動の解体、思考解体、感情鈍磨、高揚気分、不安)、個人衛生、隔離等で分岐された。

②では、在院日数、ADL(ベッド上の可動性)、自傷他害の危険、徘徊、精神運動興奮等で、③では、在院日数、ADL(トイレ)、自傷他害の危険、伝達能力等で分岐された。また、④ではADL(項目数)、自傷他害の危険で、⑤では問題行動(威嚇・暴力・怒声嬌声)、⑥では在院日数、認知機能(CPS 点数)、医療区分、ADL 区分等で分岐された。

なお、探索的に作ったこの回帰樹による説明率は 30.46%であった。

## 2. その他の分析

樹形モデル解析において、互いに相関が高く、目的変数に対して同じような変動をする変数の中では、その一つが分岐変数に選択されると、他は選択されないことになる。そこで、選択されなかった他の変数について検討したり、他の臨床特性との関係を見たりすることで、その分岐変数による分類の意味をより具体的に理解することができる。そこで、本研究でも、様々な変数間で検討をしているが、その中でも重要な知見として 2 点を示したい。

第一に、「隔離・拘束」について検討した。統合失調症等では、在院期間が 1 カ月未満では隔離・拘束の如何によって重付けケア時間に大きな相違がある。そこで、どのような患者特性が隔離・拘束の如何を規定しているか検討した。

図-1 は、それぞれ隔離の有無・拘束の有無と重付けケア時間を指数化した CMI (Case Mix Index) の分布である。図-2 は、CHAID によって、隔離の有無を最も説明する分類樹を自動的方法で抽出したものである。脅し・威嚇が認められる場合には 63.2%で隔離されていること、一方で、脅し・威嚇が認められず精神運動興奮も認められない患者については 91.1%が隔離されていないことが確認された。

第二に、ADL について検討した。ADL は重付けケア時間の相違を良く説明する変数の一つであるが、ADL の低下がどのような状態を反映しているか検討して

おく必要がある。そこで、統合失調症等の群にしぼって在院期間別に検討した。

図-3、4 は、在院期間が 3 カ月以上の場合で、身体合併症の程度との関係を見たものである。ADL(食事、ベッド上の可動性)の評点が大きくなると、身体合併症を有する患者の割合が大きくなり、しかも特別な管理を要する割合が大きくなっていることが確認された。

次に、ADL と精神症状の関係も見たが、図-5、6 が示すように、在院期間が 3 カ月以上では ADL の自立度が低い患者では BPRS の下位尺度の陰性症状の評点も大きくなる傾向があるのに対して、1 カ月以下の患者においては、ADL の自立度が低い患者では、陽性症状、陰性症状のいずれの評点も大きい傾向のあることが確認された。

## E. 結論

ケースミックス分類の開発に向けて、標準的なケア時間の 48 病院において、探索的に臨床的にもわかりやすい分類に改良した結果、説明率は 30.46%であった。自動的に統計的に最適な回帰樹を抽出すると、重み付け全ケア時間の説明率は 37.5%であることから、更にこれに近付けるよう改良が必要である。また、臨床的な有用性、実際の臨床像と分類の臨床像の一致度が高まるよう、改良を加える必要がある。

また、隔離の規定要因や ADL と BPRS の関係の分析が示すように、分岐に選択される変数について、他の臨床的特性との関係を分析することで、その分岐が規定する患者分類の臨床像をより具体的に把握することができる。このような追加的な分析もケースミックス分類の臨床的妥当性を検討し、更にそれを向上される為の改良に寄与すると思われる。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

なし

H. 知的財産の出願・登録状況

予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

図-1 隔離・拘束の有無とCMI (主診断が統合失調症・その他の精神障害で在院期間が1カ月未満の患者)

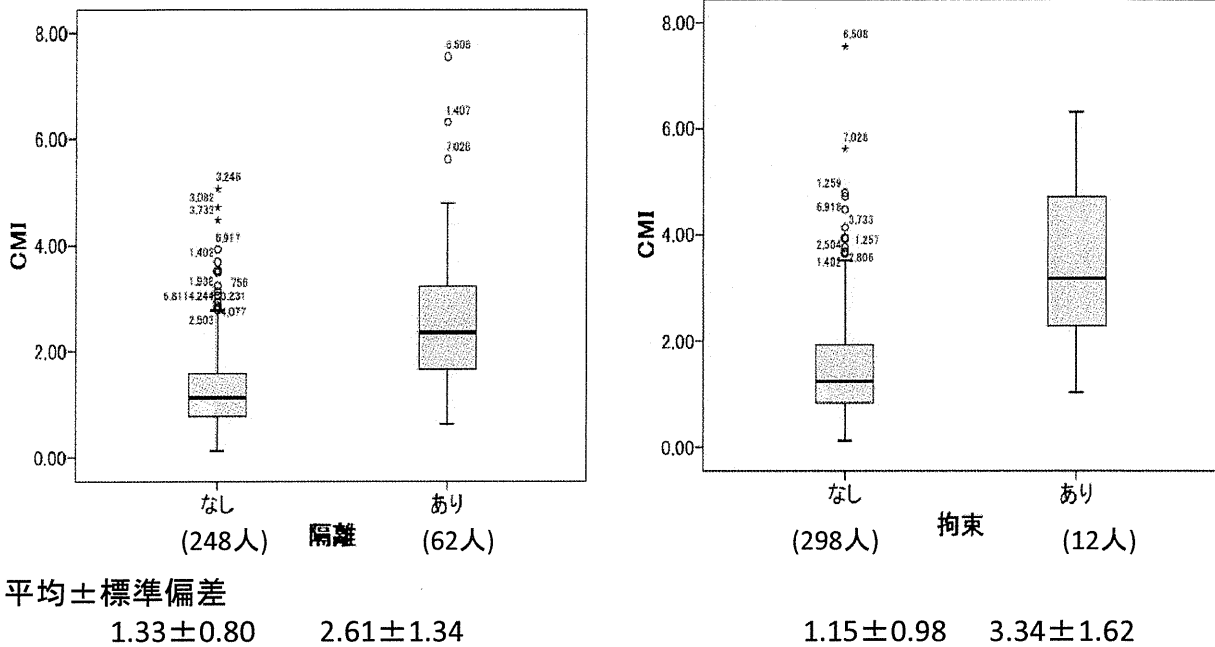


図-2 隔離を規定する臨床特性の分析(主診断が統合失調症・その他の精神障害で在院期間が1カ月未満の患者)

註) 目的変数を隔離(有り、無し)、説明変数を全患者特性として、CHAIDによる自動的方法で適用。

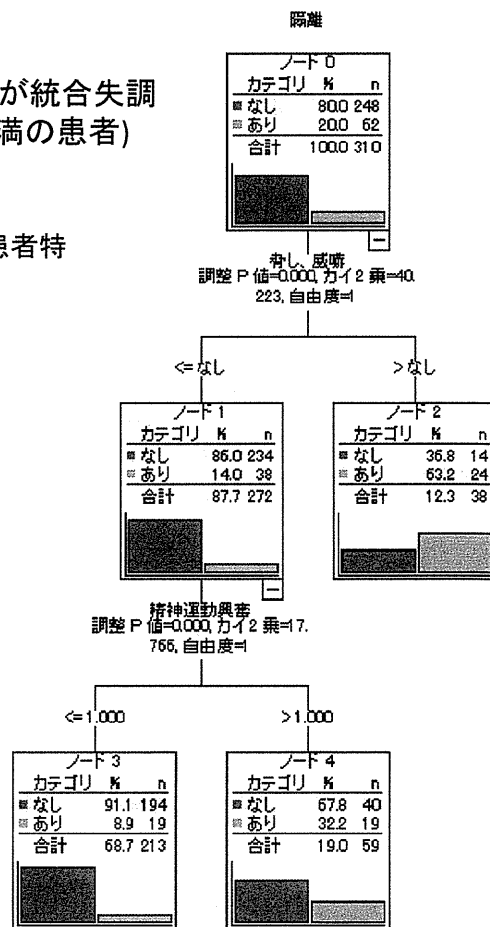


図-3 ADL(食事)と身体合併症の有無と管理の程度 (主診断が統合失調症・その他の精神病性障害で在院期間が3カ月以上の患者)

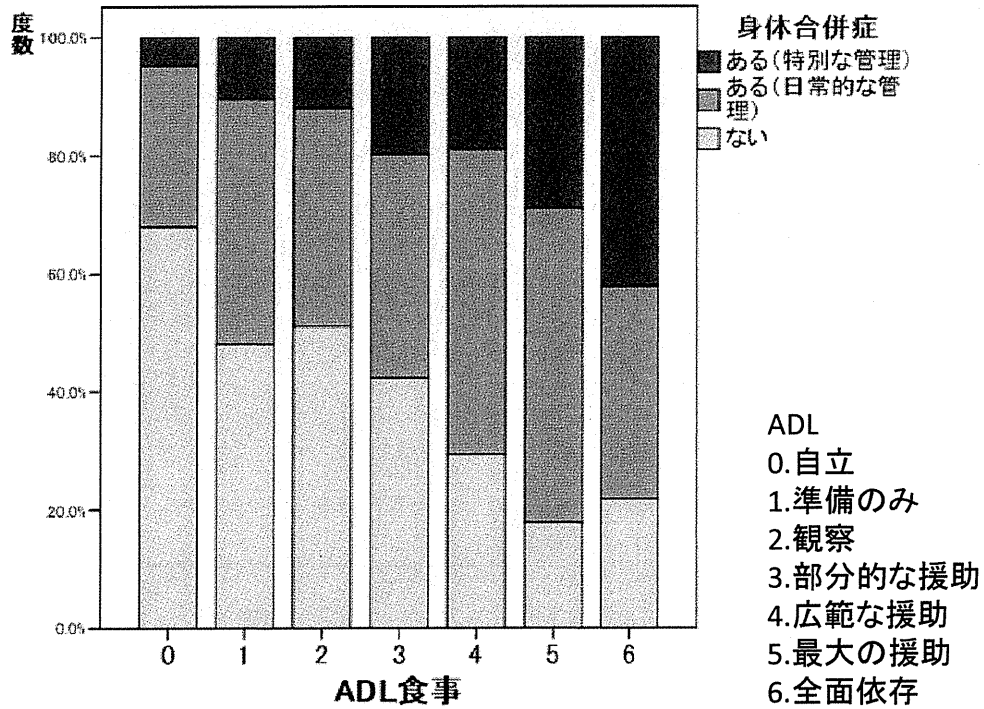


図-4 ADL(ベッド上の可動性)と身体合併症の有無と管理の程度 (主診断が統合失調症・その他の精神病性障害で在院期間が3カ月以上の患者)

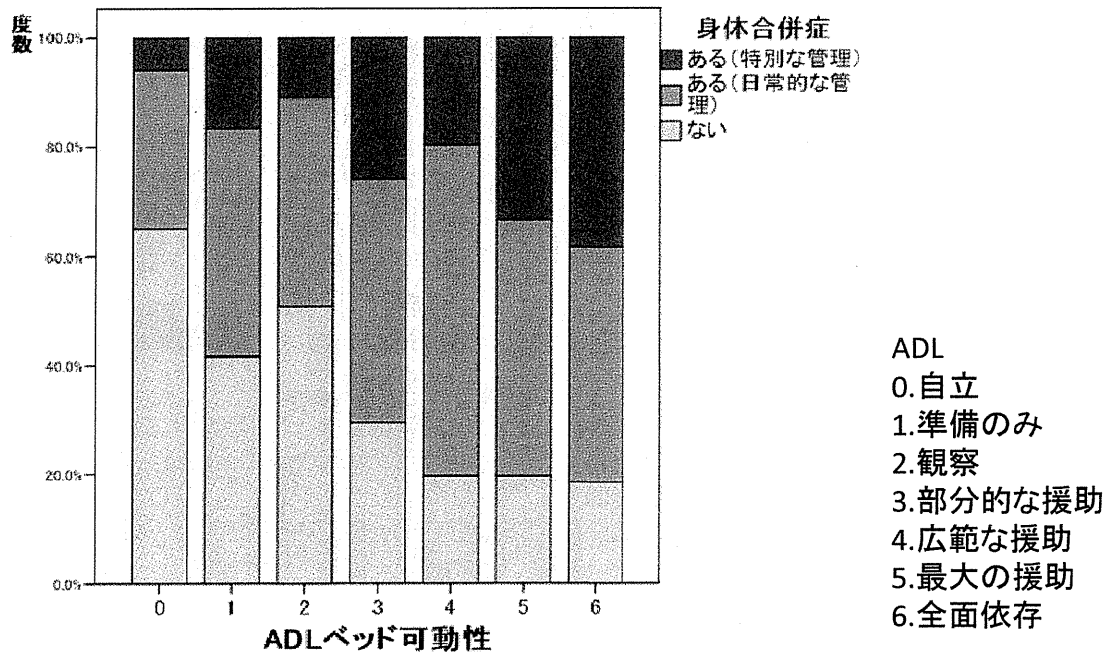


図-5 ADL(食事)の評点毎のとBPRS下位尺度評点(陽性症状-左、陰性症状-右)の分布 (主診断が統合失調症・その他の精神病性障害で、在院期間が3カ月超の患者)

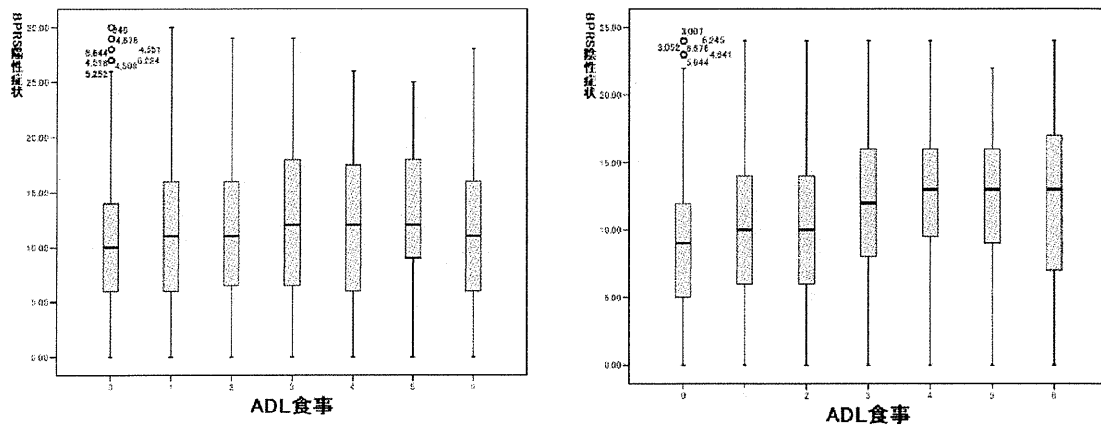
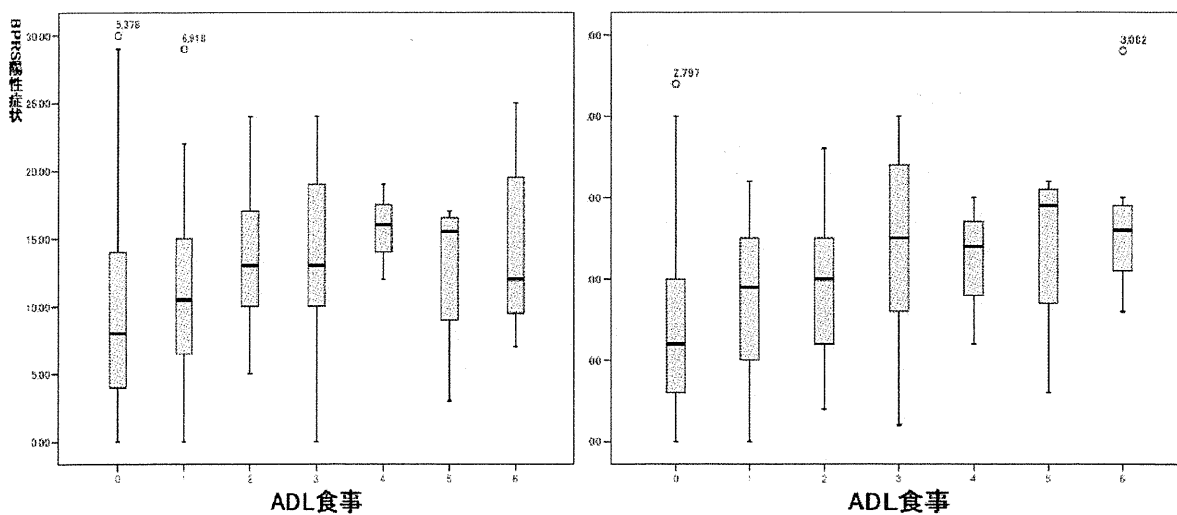


図-6 ADL(食事)の評点毎のとBPRS下位尺度評点(陽性症状-左、陰性症状-右)の分布 (主診断が統合失調症・その他の精神病性障害で、在院期間が1カ月未満の患者)



平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

「精神障害者の重症度に応じた評価手法の開発に関する研究」

分担研究報告書

入院医療の QI(Quality Indicator)の開発

分担研究者 山内 慶太（慶應義塾大学看護医療学部・大学院健康マネジメント研究科）  
研究協力者 野崎 昭子（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）

研究要旨： 【目 的】本分担研究では、精神科病院の入院医療における質の指標((Quality Indicator: QI)の開発を目指す。第1年目である本年度は、欧米諸国における精神医療に関する質の指標に関する先行的な取り組みを調査すると共に、質の指標の開発の課題を整理した。

【方 法】データベース検索システム PubMed を用い、quality indicators 及び mental health service 等をキーワードにして英語で出版された文献について系統的に検索した。検索された文献の中から、我が国の精神医療の入院医療に関連付けられる文献を選択すると共に、更に引用されている文献についても渉猟した。

【結 果】質の指標の概念、評価すべき項目、指標が備えるべき特性について整理すると共に、オーストラリア、英国、カナダ(アルバータ州)、米国(カリフォルニア州)の質の指標の取り組みについて概要をまとめた。また、リスク調整の要件について検討した。

【結 論】各国とも質の評価指標を開発し実際に運用しているものの、指標をどのようなカテゴリーに分類するかを含めその指標は多様であること、メンタルヘルス全体を対象にしている場合が多いこと等が明らかになった。また、我が国では精神科病院での入院治療、取り分け、長期入院のケアの質の向上が課題であるが、これに適した指標は、検索した文献においては含まれていないことから、独自に開発する必要がある。次年度以降は適切な質的指標とリスク調整の方法について、開発を進める予定である。

#### A.研究目的

患者の重症度やケアのニーズを把握し、それに対応した支払い方式(多段階の包括払い)が可能になれば、ケアのニーズに基づく最適なケアの提供と主体的な機能分化を進めることが容易になる。その際には、ニーズに対応した適切なケアが提供されていることを担保出来る質の評価が合わせて求められる。多段階の包括払いの導入に際しては、過小診療に

陥らない為の質の担保が課題となるからである。

そこで、本分担研究では、3年間に亘って、ケアのニーズの把握に用いる調査表に基づく、質の指標((Quality Indicator: QI)の開発を目指す。第1年目である本年度は、欧米諸国における精神医療に関する質の指標に関する先行的な取り組みを調査すると共に、質の指標の開発の課題を整理することとした。

WHO では精神疾患を健康な余命が短縮

する主要な疾患と捉えており、障害調整生存年(DALY)を指標とした場合、気分障害、アルコール乱用、認知症、統合失調症の4つの精神疾患が主要な疾患と位置づけられている(WHO 2002)。このように精神疾患の治療は国際的に重要な課題であるが、近年個別の治療法の有効率などの定量的な研究に加え、精神医療システム、メンタルヘルスサービス全体としての費用効果や質の担保に関心が向けられるようになってきている。しかし、我が国では質の評価に関する研究は未だ少なく、日常の臨床には未だ活用されていないのが現状にある。そこで、精神科病院での医療の質の評価につき参考になると考えられる海外文献をレビューし、本邦に参考になる点を検討した。

## B.研究方法

データベース検索システムPubMedを用い、2001年1月から2012年2月までに国際誌に英語で出版された文献で、キーワードとしてMesh termの「quality indicators, health care」および「mental health service/standards」を含むものを検索した。キーワードとしてMesh termの「forensic psychiatry」「adolescent psychiatry」「geriatric psychiatry」を含むものは除外した。また、出版の形式が「letter」「comment」「case reports」であるものもいずれも除外した。検索結果として得られた96の文献の表題とアブストラクトから、quality indicatorに関わる研究で本邦での精神科病院の入院医療に関連付けられるものを参考文献を選定した。また、それらの論文の参考文献の中で取り上げられている文献についても合わせて検討し、海外の研

究について本邦に参考になる点を検討した。

## C.研究結果

### 1. 概念について

医療の質は、構造(structure)、過程(process)、転帰(outcome)の3つの側面から検討されるのが一般的であるが、かねてから本邦では精神医療に限らず構造と過程の評価を偏重しており、アウトカムについての検討が十分になされていないとの批判がある。また、この3つ側面の分類にとらわれず、海外では質的指標が評価すべき項目や指標が備えているべき特性について、様々な議論、研究がなされている。

#### ● 質的指標が評価すべき項目について

質的指標によって何を評価するかは重要な問題であるが、医療サービスをどのような側面に分類して評価するかについては、研究者や各国の保険制度によって若干異なっている。2004年のOECDのQuality Indicator ProjectのMental health care panel<sup>1)</sup>では、専門家が5つの組み入れ基準をもとに134の候補指標から12の指標を専門家のコンセンサスをもとに選び出した。組み入れ基準とは、1)技術的な質に注目している指標である(人間関係や患者の意見に左右されないもの)、2)コストやサービス利用ではなく、質に焦点を当てた指標である、3)単項目での指標であり、いくつかの指標を組み合わせたものでないもの、4)個々の医療提供ではなくシステム全体としての評価に有用なもの、5)既存データの利用によって評価可能で別途データの収集を要しないものの5つであり、専門家による評価、投票を経て12の指標と4つのカテゴ



リーを選定した(表1)。それぞれのカテゴリーは以下のように説明されている。

- ・ 治療(treatment)
  - 十分な医療が行われているか十分な医療が行われているか(十分な量の薬剤が投与されているか、治療期間等)
- ・ 治療継続(continuity of care)
  - 適切にフォローアップされているか(退院後の受診率等)
- ・ 治療連携(coordination of care)
  - サービス間の連携が十分か(重症精神疾患においてケースマネジメントを受けている者の割合等)
- ・ 患者転帰(patient outcome)
  - 患者の転帰(重症精神疾患での死亡率等)

表1の指標はOECDの委員会によって選定されたものであるが、それぞれの制度にあわせて独自の質的指標を用いている国もある。各国で質的指標にとりあげられているものを比較し、表2に示す(文献2)より改変)。それぞれの概念については以下のように説明されている。

- ・ 適合性(Acceptability)
  - 患者や家族の期待を満たす医療サービスであるか
- ・ アクセス(Accessibility)
  - 医療サービスは容易に利用可能か
- ・ 適切性(Appropriateness)
  - 科学的に適切な医療であるか
- ・ 収容力(Capacity)
  - 医療機関が治療可能な数量
- ・ 能力(Competence or capability)
  - 医療スタッフは十分に教育されて

いるか

- ・ 継続性(Continuity)
  - 医療機関の間で連携がされ、継続可能な医療であるか
- ・ 有効性(Effectiveness)
  - どの程度有効な医療が行われているか
- ・ 効率性(Efficiency)
  - 経済的な効率も加味した上での効率的な医療であるか
- ・ 公平性(Equity)
  - 医療サービスは公平なものであるか
- ・ 患者中心性(Patient-centeredness)
  - 患者を中心とした医療であるか(良好な医師-患者関係等)
- ・ 安全性(Safety)
  - 安全に配慮した医療であるか
- ・ 持続可能性(Sustainability)
  - 継続して提供可能な医療サービスであるか
- ・ 時間的適切性(Timeliness)
  - 必要な時にすぐに利用可能な医療サービスであるか

● 質的指標が備えているべき特性について

質的指標を用いるのは医療の質の管理と向上のためであり、その目的からかけ離れた指標を用いても意味がない。そのため、質的指標が備えるべき特性について、以下の考え方が提唱されている<sup>3)</sup>。

- ・ 意味があること(meaningfulness)
  - 科学的根拠があること、実際に測定可能なこと
- ・ 妥当であること(feasibility)

重症度による補正ができること、  
様々な施設で測定し比較できること

- ・ 努力により変化するものであること  
(actionability)

努力による質の向上が鋭敏に  
反映するものであること

## 2. 各国における質的指標の評価項目について

上述のように、国あるいは地域で開発されて用いられている指標の概要を以下に示す。

### ● 各国で用いられている指標

- ・ オーストラリア(表 3)<sup>4)</sup>

指標のカテゴリーとして、有効性(effective)、適切性(appropriate)、効率性(efficient)、アクセス(accessible)、継続性(Continuous)、患者の期待に応える医療(Resoinsive)、能力(capable)、安全性(safe)、持続可能性(sustainable)を挙げている。

- ・ 英国(表 4)<sup>5)</sup>

英国ではまずプライマリケア医であるGP(General Practitioner)が診療し必要に応じて専門医に紹介する医療制度を採用しており、プライマリケア医が精神疾患をフォローしているケースも多い。専門的な医療のためには National Institute for Health and Clinical Excellence(NICE)が各疾患ごとの診療ガイドラインを出版し、プライマリケア医には QOF(Quality outcome and framework)に基づいた診療が求められている。主に外来患者を想定しているものであるが、入院医療と地域医療

の連携、精神科医とプライマリケア医との連携における質の担保を考える上で示唆があるので表に示す。指標のカテゴリーとして、記録(records) 管理(management)を挙げている。

- ・ カナダ(アルバータ州)(表 5)<sup>6)</sup>

指標のカテゴリーとして、受容性(acceptability)、アクセス(Accessibility)、適切性(Appropriateness)、有効性(Effectiveness)、効率性(Efficiency)、安全(Safety)を挙げている。

- ・ 米国(カリフォルニア州)(表 6)<sup>7)</sup>

指標のカテゴリーとして、構造(structure)、アクセス(access)、プロセス(process)、アウトカム(outcome)を挙げている。

## 3. リスク調整

2 で述べたような指標が開発されているものの、特にアウトカムについては患者による差が大きく、また、治療の過程(process)も患者の診断や重症度によって大きく異なると考えられる。そのため、質的指標の実際に運用に当たっては個々の患者の状態によるリスク調整が重要と考えられている。リスク調整に用いる指標には、以下の要件が重要と考えられている<sup>8)</sup>。

- ・ 患者、あるいは患者の環境を反映する指標であること(診断や社会的背景等)
- ・ アウトカムに理論的、臨床的に関連があること
- ・ 病院や保険者がコントロールできない指標であること
- ・ 治療計画や病院、その他の群間を識別できる指標であること

- ・ 信頼性と妥当性があること
- ・ 質的指標の解釈に影響を与える指標であること

実際にこれらの要件を満たすリスク調整の指標としては、診断、重症度、年齢、社会的支援の有無等が挙げられている。

#### D.考察

これらの研究結果から、各国とも質的指標を開発し実際に運用しているものの、指標をどのようなカテゴリーに分類するかを含めその指標はまちまちであること、質的指標はメンタルヘルス全体を対象にしている場合が多いことが明らかとなった。また、メンタルヘルス全体を対象にした指標は外来患者を念頭に作成されている場合が多く、入院患者の質的指標に関する取り組みは海外でもあまりなされていないことが明らかとなった。さらに、評価項目は過程(process)に関するものが多く、患者のアウトカムを直接的に評価する指標の開発は各国とも難しいものと思われた。過程の評価については、英国のように医学上必要な管理を行っているかに重点を置いたものと、カナダアルバータ州のように精神医療システム全体としての評価に重点を置いたもの、米国のように患者の満足度に重点を置いたものがあり、まちまちであった。

各国の指標の中で、オーストラリアの指標は急性期における平均入院に期間や退院後 28 日以内の再入院率、隔離の施行率などアウトカムにも重点を置いた指標を取り上げており、本邦での評価にも参考にできると考えられた。また、OECD の評価項目で取り上げられている早期再入院率や適正時期における外来フォローアップ率、退院後

の受診継続率についても、本邦に参考にできると考えられた。

我が国では、精神科病院での入院治療は精神保健サービスの大きな部分を占めており、長期にわたって入院している患者も多いことから、長期の入院におけるケアの質の評価も課題である。これに適した指標は、本報告書で言及した評価指標には含まれていないことから、独自に開発する必要がある。その際には、高齢者の入院入所ケアにおける質の指標(Quality Indicator)の研究が参考になるであろう。

病棟・病院単位でのケアの質の評価は、横断的な状態での評価と経時的な変化からの評価がある。更に、評価の多病院間での比較を可能とする為には、入院患者の重症度・リスク等の構成で調整する必要がある。また、評価に用いる項目は、臨床像とコストを把握するための分類に用いる項目と共通であることが望ましい。次年度は、その検討を行う予定である。

#### E.結論

各国とも精神保健サービスの質的指標の開発に取り組んで来たが、長期入院・入所者へのケアの質の評価に関する取り組みは少ない。しかし、我が国では精神科病院での入院治療が精神保健サービスの大きな部分を占めていること、高齢の長期入院患者が多いこと、地域ケアへの移行についても移行後の長期的なケアの質の向上が課題となることを考えれば、入院治療、取り分け、長期入院や長期入所におけるケアの質の評価とその指標の開発は重要である。次年度以降は適切な質的指標とリスク調整の方法について、さらに研究を行っていく予定で

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) Hermann R, Mattke S, Members of the OECD Mental Health Care Panel: Selecting indicators for the quality of mental health care at the health systems level in OECD Countries. OECD Health Technical Papers 2004.

2) Kelley E, Hurst J: Health care quality indicators project conceptual framework paper. OECD Health Working Papers 2006

3) Hermann RC, Palmer RH: Common ground: a framework for selecting core quality measures for mental health and substance abuse care. Psychiatr Serv 2002

4) Key Performance Indicators for Australian Public Mental Health Service 2<sup>nd</sup> Edition 2011:

<http://www.health.gov.au/internet/mhsc/publishing.nsf>

5) Quality and Outcomes Framework guidance for GMS contract 2011/2012: <http://www.bma.org.uk/>

6) Performance monitoring framework for

Alberta's mental health system 2007

<http://www.albertahealthservices.ca/MentalHealthWellness/hi-mhw-performance-monitoring-framework-01-08.pdf>

7) Establishment of Quality indicators for California's public mental health system: [http://www.dmh.ca.gov/News/docs/QIC\\_Lege\\_Rpt.pdf](http://www.dmh.ca.gov/News/docs/QIC_Lege_Rpt.pdf)

8)Hendryx MS, Beigel A, Doucette A: Introduction: risk-adjustment issues in mental health services. J Behav Health serv Res 28:225-234, 2001