

基準病床算定式の指標例について

南島 和久（龍谷大学）

「持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究」（研究代表者 竹島正）の課題の1つに指標の整理が含まれていた。この点について以下の3点を提起し、参考に供したい。第1に、指標の議論の前提となるロジックモデル（logic model）についてである。ロジックモデルとは、とくに米国の評価実務において利用されている「インプット」「アクティビティ」「アウトプット」「アウトカム」という四要素によって行政活動にかかるプログラムにかかる指標を管理しようとする技法・枠組みのことであり、その主たる特徴は上記の四要素のうち、とくに「アウトプット」と「アウトカム」の指標管理上の因果関係を記述・整理しようとする点にある。また、ロジックモデルは指標の整理を通じてプログラムの可視化をはかり、プログラムを共有するステイクホルダーとの間で共通の目標を共有することを狙いの1つとしている。なお、本研究会は、上述のロジックモデルをアレンジし、「ストラクチャー」「プロセス」「アウトカム」の3段階に整理していた。定義上、「ストラクチャー」はロジックモデルにおける「インプット」に、「プロセス」は同じく「アクティビティ」と「アウトプット」に相当するものと捉えることができる。第2に、ロジックモデルの活用による指標の整理についてである。精神疾患は医療計画における5疾患の1つとして整理されており、そのなかには統合失調症、うつ病、認知症をはじめとした多様な疾患が含まれている。現在の指標は、約言すればこれらの多様な疾患を前提に疾患ごとのスキームの管理を志向している。これを「マイクロレベル」の観点と呼ぶならば、本研究班の議論は、精神疾患にかかる基準病床算定式を検討するものであるから、「マクロレベル」の病床管理のあり方を射程におくものとなる。マイクロレベルとマクロレベルの観点を統合していくためには、例えば上記のマクロレベルとマイクロレベルのいずれを選択するのかというような、大きな筋道をどのように描き出すのが重要となる。第3に、本研究班では上記の「マクロレベル」が重視されていたことから、とくにこの点について補足する。本研究班では、今後の精神疾患にかかる病床数の減少を織り込んだ医療計画のあり方が重視されていた。このとき、病床数の将来予測に関しては、今後の年齢構成の変化、基礎自治体の「にも包括」の体制整備のあり方、新薬等の効果の見込みなどがその減少に資するものとして想定されていた。かりに、都道府県の精神医療体制における病床の総数管理が指標管理上の重要課題であるならば、医療機関・病床不足に関する状況に対してモニタリングが可能となるよう指標を配置しなければならない。その際には、医療提供体制の不足状況を捕捉できるような指標をアウトカム指標として設定していくことが望ましい。重要な点は、地域ごとの精神疾患にかかる医療提供体制が不足に陥ることのないよう、フィードバックループが作動するようなモニタリング体制のあり方（「PDCAサイクル」と呼ばれる）を構築する点にあるだろう。

参考文献：石橋章市朗・佐野亘・土山希美枝・南島和久『公共政策学』（ミネルヴァ書房、2018年）、南島和久『政策評価の行政学』（晃洋書房、2020年）、本橋豊『よくわかる自殺対策』（ぎょうせい、2015年）、山谷清志編著、『プログラム評価ハンドブック』（晃洋書房、2020年）