

特集：日本の精神保健と福祉の課題と展望

精神科医療の質とその向上

伊藤弘人

国立保健医療科学院経営科学部

Quality of Mental Health Care

Hiroto ITO

Department of Management Sciences

1. なぜ今「医療の質」なのか

保健医療の関心は、アクセスの改善、コスト適正化のあと、医療の質に移行している¹⁾。まず、保健医療は「国民が必要なときに医療を受けることができる」仕組みを構築してきた。「アクセスの改善」である。わが国では1961年に国民皆保険が達成され、必要なときに医療を誰でも受けることができるようになり、「医者にかかるとお金がかかる」ために必要な時に医療を受けることができないというケースは激減した。わが国は世界でもまれにみるきわめて良好なアクセスが保障されている。

先進諸国では、アクセスが良くなったために、結果的にコストの高騰が起こった。そのため、1970年代から2000年頃まで、コスト適正化策が先進諸国の中心的な制度改革の論点であった。医療経済学的分析によると、コスト高騰の原因は、サービスの単価が上がったというよりは、サービスの総量が増加したことによるといわれている。そこで先進国では、アクセスの改善に関する制度開発の次に、サービスの総量を抑えるように、コスト適正化政策を進めてきた。

このような対策は導入後10年程度は効果があったが、その後増加し始めており、根本的な解決には至っていない。逆に、コスト抑制によって、収入を確保するために「必要のない医療」が行われたり、確保できない「必要な医療」が行われなくなるという事態が起きている。特に、関心が医療費に集中したために、「医療の質」を軽視する傾向が強まった。そこで近年注目されている考え方は、医療の質（quality of care）を評価するというものである。

2004年4月より

厚生労働省大臣官房厚生科学課

Health Sciences Division, Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labour and Welfare

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2

1-2-2 Kasumigaseki Chiyoda-ku Tokyo, 100-8916, Japan

2. 医療の質を担保する方法

サービス提供者の観点からは、質の高い医療を提供することが求められる。それではどのように、医療の質を担保すればよいのか？ 質を担保する仕組みは、従来からの構造的施設基準（設備・人員配置・面積）に加え、専門家のスタンダード（例：ガイドライン、認定医制度）の整備、第三者による評価、および患者・利用者の選択があると国際的にいわれている。

1) 施設基準による精神科医療の質の担保

精神科病棟における人員配置基準については、図1のような仕組みが診療報酬上設定されている。図中は特定入院料といわれる包括病棟であり、図右は出来高病棟における入院基本料病棟である。精神科入院患者は、グループ化できると近年考えられており、大きく急性期短期退院群、長期在院化予備群、歴史的長期在院者群、痴呆患者群と分類してみると²⁾、各グループにとって、どのような入院・入所施設での治療・ケアが適切かを評価することができる。



図1 精神科病床の現状

2) 専門家のスタンダードによる質の担保

専門家は独自のスタンダードを作成し、質の担保と向上に努めている。最も知られているのは、診療ガイドライン・アルゴリズムである。例としてマンチェスター（英国）で開発され現在英国全土で参考にされている統合失調症のためのアルゴリズムを図2に示す。米国精神医学会では、疾患ごとの診療ガイドラインを開発している。またわが国においても、精神科薬物療法研究会等において、アルゴリズムが開発されている³⁾。

また、学会における専門医制度や政府による精神保健指定医制度も、精神科医療の質を担保する仕組みと考えることができる。

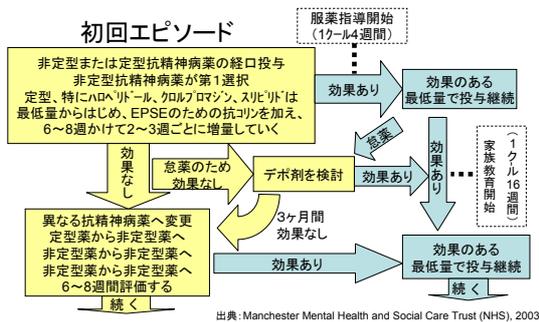


図2 統合失調症の抗精神病薬治療のためのアルゴリズム (英国)

3) 第三者評価による質の担保

近年は、医療の質に関する第三者的な立場からの評価が注目されつつある。精神科医療における第三者評価には、「医療監視」（医療法）や「実地指導」・「精神医療審査会」（精神保健福祉法）、「精神科病院のピアレビュー」（日本精神科病院協会）、およびオンブズマン制度などがある。特に注目すべきは、医療のプロセスを医療組織「総体」として評価する第三者評価団体が評価活動を開始していることである。主な団体には、日本医療機能評価機構と国際標準化機構（International Organization for Standardization: ISO）がある。参考までに、前者の現行の評価体系（精神科版）を図3に示す。

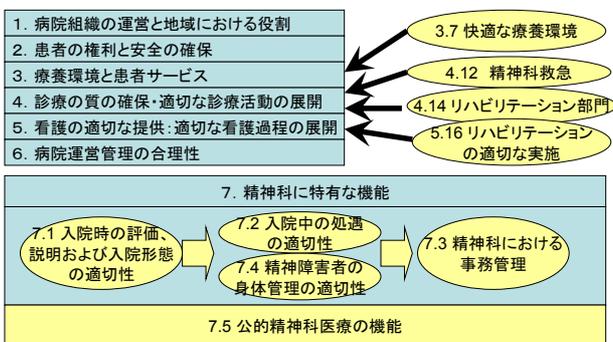


図3 日本医療機能評価機構の評価体系（第4版）

3. 構造、過程、アウトカム

1) 構造

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考えると整理しやすい。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」のことをいう。安定した配置とは、医療を行う場所の面積や建物の構造、また医師や看護職員などの専門職の種類と人数（人員配置）のことである。資源とは医療の提供のために用いられた人的資源、物的資源および情報を意味する。なお、構造には、地域ニーズなどの地域特性を含む場合がある。

構造はどのように評価することになるのか。一般に、構造評価は、医療サービス部門や設備・人員配置の存在の有無を問う形式で評価することが多く、「～はあるか」「～はいるか」という表現になる。たとえば、医療に必要な職員が確保されているか、必要な設備や器材が整備されているか、などである。

構造評価は、医療の量的整備が重要課題である時期に特に注目される。適切な精神科医療を患者が受けられるためには、医療の最低基準を定め、整備目標を定め、サービス量を増やさなければならない。この時期の構造評価の意義は大きい。

しかし、サービスが量的に整備されてくると、医療の質の評価は、構造評価だけでは十分ではないことが明らかになってくる。構造上すぐれた精神科医療施設でも、旧態依然とした医療であれば、質が高いとはいえない。換言すれば、精神科医療が量的に整備されてくると、「どのような構造か」より、「どのような精神科医療が提供されその結果はどうか」に関心の比重が移るといってもできる。すなわち、精神科医療は成熟してくると、過程およびアウトカムの評価の重要性が増すのである。

2) 過程

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を意味する。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することになる。

まず、過程の評価で基本的な方法は、提供した精神科医療の頻度を数えることである。一般に、業務報告は、「今年度の入院・外来患者（相談者）はXX名であった」と、件数で行うことが多い。

過程評価の次の段階は、医療の内容を評価することである。個々の患者・利用者への診断および治療・ケアが適切に行われているかを評価する。すなわち診断は適切に行われているか、治療計画は適切に策定されているか、そしてその計画通りに精神科医療が提供されているかを確認することになる。本人・家族のニーズを把握し計画に適切に反映されているかは、後に述べるとおり大切な評価の視点である。

診断治療やケアの具体的な内容は、記録から判断することが多い。本来、過程の評価は、評価者が精神保健医療を提供している施設に常勤で勤務しながら、常に評価することが最も

正確で望ましい。しかし現実的ではないので、過程の評価方法として最も重要なのが、記録による評価である。記録をみれば、どのような介入がなされたかを、評価できるからである。

評価の視点は、一般に(1)基準および方針が確立されているか、(2)それらが活用・実施され、適切に運営がなされているか、(3)実施して医療に関する検討が適切に行われているかなどを評価することになる。近年は、過程の評価を、患者の観点から評価することが一般的になりつつある。診断→治療→治療後ケア→終結という患者が受ける医療の流れから評価するものである。「ガイドライン」や提供する内容と時間軸の2次元で表されるクリニカル・パスが活用されていることは、過程の評価に有用な指標となる。入院医療の場合、退院時に入院経緯、診療の経過、退院後の方針等を要領よくまとめた「退院時要約」は、過程評価においては重要な根拠となる。

表1 精神科医療におけるアウトカム等の例

●	症状・状態像や機能レベル
➢	症状そのもの (例: BPRS, BASIS-32)
➢	機能レベル (例: GAF)
●	QOL (生活の質), ADL (日常生活動作)
●	利用者満足度
●	30 (28) 日以内の再入院率
●	その他のパフォーマンス測定
➢	隔離・拘束数や時間, 転倒・誤薬など
➢	予期せぬ死亡数 (自殺等) の割合
●	在院日数, 医療費

3) アウトカム

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。アウトカムの例を表1に示す。一般的には、患者の状態の経時的な変化を示すことが多い。改善率などが最もよい指標となる。ただし、アウトカムを出すのに時間がかかる場合は適切な指標とはいえない。また、それぞれのアウトカムは、重症度や障害の度合いを調整して検討する必要がある。軽症と重症の患者のアウトカムは異なるからである。患者・利用者の満足度も、アウトカムの重要な要素である。なお、アウトカムには、たとえば自殺率など、好ましくないとされるものを測る場合もある。

図4は、SF-36という36項目からなる簡便な自己記入式の主観的QOL尺度を示したものである。社会生活機能、心の健康など8つの下位尺度があり、さまざまな側面から患者のQOLを評価する。日本とアメリカの一般人口と統合失調症患者のプロフィールを比較すると、日本とアメリカという国を超えて類似していることが理解できる。近年は、このように、国を超えてアウトカムを測定できる標準化された尺度が開発されつつある。

Smith (1996) は精神科医療におけるアウトカム測定の原

則として、(1)答えるべき質問に対して適切で簡便であるが臨床上的重要な変化に敏感で「有用な」(信頼でき妥当な)測定方法を用いて、(2)常に患者の視点を盛り込みながら、(3)患者が受けた過程とその頻度を数量化して重症度等の調整をしながら活用すること、そして(4)治療中断となった患者のアウトカムの測定も重要であることを指摘している⁴⁾。

また、アウトカムは、患者特性に大きく依存するという課題もある。重症の患者や合併症を持つ患者は、そうではない患者に比べてアウトカムの改善は少ないかもしれない。これは医療の質の問題ではなく、患者特性の問題である。アウトカムに影響する多くの要因から、医療の質に関連する要因を抽出することが、アウトカム評価には不可欠である。

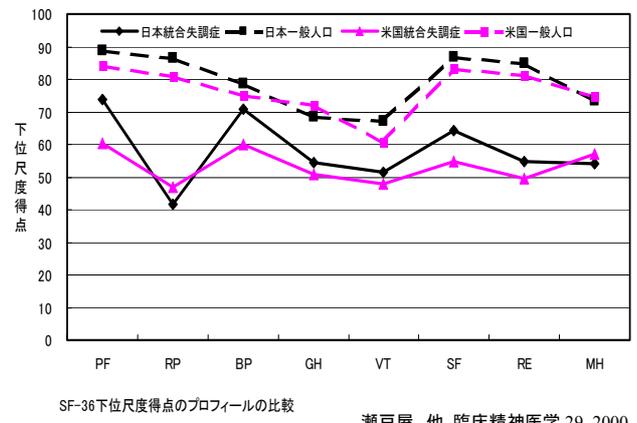


図4 SF-36による一般人口と統合失調症患者のQOLの国米比較

4. 利用者の視点の重要性

ところで、医療における専門的ケアの提供は、「技術的要素」と「人間関係の要素」から構成されている。技術的ケアとは、医療技術を利用者の危機へ適用することである。技術的ケアの質は、リスクを増やさないようにしながら健康への便益(benefits)を最大にする方法で提供される必要がある。過剰なケアや意味のないケアはリスクを増加させるために医療の質は低くなる。

人間関係上のケアは技術的ケアにプラスに働くことがあり、また精神療法の領域では、人間関係的要素を技術として理論化され多くの蓄積がある。しかし、技術的要素と比較すると科学的基盤は不十分であるため、一般的に、ある特定の状況で個々の関係を規定している社会的な価値や規準に則している程度で判断することになる。

このような事情から、また精神障害者は病識が不十分なので、安全の確保のためには人間関係的要素の評価は不要もしくは意義は低いと考えることもあるかもしれない。しかし、この考えは間違っている。

確かに、精神科医療においては、安全確保等が高い優先順位となる場合がある。しかし、安全の確保とは別の次元で、

利用者の視点はどの時点においても並行して大切な価値である。なぜなら、精神科医療を受ける過程を通じて、本人や家族等の関係者は「精神科医療への受療の仕方」を学ぶ機会となることが理想と考えるからである。本人や関係者が危機的状況の経験から何も学ばなければ、将来再び同様の問題が訪れるだけになってしまう。初回入院が非任意入院の患者は2回目には任意入院となる傾向があるとの研究成果もある。もし、受療時に、ある程度の間関係の要素を配慮することによって信頼関係を築くことができれば、次の本人や関係者の対処はよりよくなることを期待できる。

精神科医療において、満足度調査は近年活発に行われている。利用者の視点は、精神科医療において、他の医療と同様に重要なのである。

5. 地域によるばらつき

統合失調症に対する処方パターンには、地域によってばらつきがある。諸川は、非定型抗精神病薬治療の世界的動向を示し、わが国における非定型抗精神病薬の導入が、米国等と比較してゆるやかであることを指摘している⁵⁾。これは、米国等の臨床家とわが国の臨床家との間で抗精神病薬の処方パターンが異なることを意味している。抗精神病薬の多剤・多量処方も、わが国の統合失調症治療における薬物療法の問題として存在する⁶⁾。

Lewis Sらの研究チームは、クロザピンの使用率が英国内の地域によって大きく異なることを示した(図5参照)⁷⁾。ただし使用率のばらつきの理由について、(1)地域住民のニーズ、(2)何らかの薬剤の使用制限、(3)根拠に基づく医療技術導入の遅れ、(4)一部地域のクロザピンの過剰投与、そして(4)認知行動療法等のその他の代替技術の側面から分析したが、どの理由も確認されなかった。唯一見出されたのは、クロザピンの使用が少ない地域で多剤多量投与が見られたという点であった。研究チームのHayhurst KPら、非定型抗精神病薬についても分析をして同様の結果を示している⁸⁾。

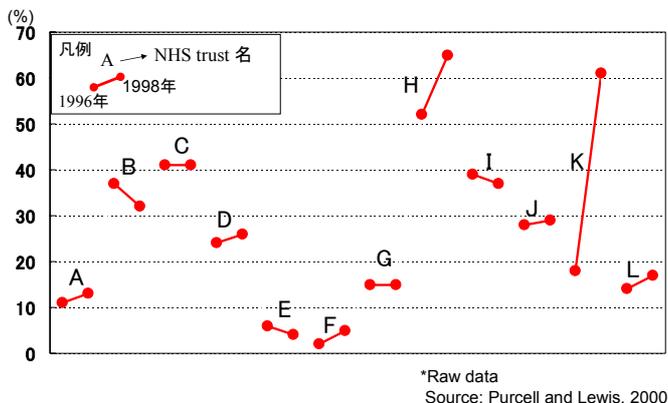


図5 地域ごとのクロザピン処方率(英国) *

同様の地域的なばらつきは、行動制限(隔離・身体拘束)の実施においてもみられる。先行研究では、精神科入院医療

施設でこれらの行動制限が行われるのは、勤務時間では日勤時間帯および準夜、深夜時間帯でまちまちであり、地域性の影響が強かったのである。たとえば Betemps らの研究⁹⁾によると、退役軍人病院においては医療費、職員の対患者割合および大学医学部付属であるかどうかは、行動制限の特徴と関連はなく、地域性が強く関連していた。Okin は、各病院が暴力行為をどのように予防し処遇するかは、各病院の姿勢が強く影響していると結論づけている¹⁰⁾。また職員の行動制限に対する態度が、その実施に大きく影響を受けるために、職員の訓練の必要性を強く求めている。なお、患者の認識と職員の認識については、大きな差があり、そのギャップを埋めるように職員は努力することが望まれる。

6. 精神科医療における安全管理

最後に、精神科医療における安全管理について整理する¹¹⁾。精神科医療に限らず、医療はいつもリスクと隣あわせである。精神科医療において、リスクをどのようにすれば少なくなるのか。この最も関心のある問いへの解答は、簡単ではない。その最大の理由は、臨床現場においては、リスクを少なくすると治療効果や安全確保が低下すると考えられることが少なくないからである。これをここではリスクと治療・安全とのトレードオフ関係があると呼ぶ。

たとえば、隔離・身体拘束などの行動制限は、自傷他害性のおそれを回避するために、また精神症状の改善のためには、精神科医療では必要な場合がある。しかし同時に、患者の自立性への介入であり、治療関係が悪化する危険性や患者の身体への悪影響のリスクがある。

また、薬剤においては、抗精神病薬における垂体外路障害、悪性症候群、糖尿病や心臓への影響などの副作用は指摘されている。たとえば Thapa らの研究によると、ナーシングホームにおける向精神薬服用者の転倒リスクは高い¹²⁾。この他にも、精神科医療における患者と家族の満足度、または患者・家族と社会の満足度は、トレードオフの関係になっている場合は少なくない。さらに在院日数を短縮することと、短期の再入院率が増加することも、関連している。

このように、治療・安全のための便益(benefits)とリスクとの関係は、トレードオフの関係になることが多い。したがって、「いかにリスクを少なくするのか」という問いは、「治療・安全を担保しながらいかにリスクを最小限にするのか」と問うべきなのである。

隔離・身体拘束数を最小限にする試みは国内外で取り組み始められている²⁾。また抗精神病薬の処方パターンの研究も厚生労働科学研究で進められている。臨床的判断は、それぞれの状況でダイナミックに変化する。安全で質の高い精神科医療を提供するための、絶え間ない努力が必要である。

参考文献

- 1) 伊藤弘人：医療評価，真興交易医書出版部，2003
- 2) 伊藤弘人：精神科医療のストラテジー，医学書院，2002
- 3) 精神科薬物療法研究会編．気分障害の薬物治療アルゴリズム．じほう，2003．

- 4) Smith GR, Manderscheid RW, Flynn LM, et al.: Principles for assessment of patient outcomes in mental health care. *Psychiatric Services* 48: 1033-1036, 1997.
- 5) 諸川由美代. 非定型抗精神病薬治療の世界的動向. *臨床精神薬理* 2001 ; 4 : 1615
- 6) Chong MY, Tan CH, Fujii S, et al. Anipsychotic drug prescription for schizophrenia in Eas Asia: rationale for change. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004; 58: 61-7.
- 7) Purcell H, Lewis S. Postcode prescribing in psychiatry: clozapine in an English county. *Psychiatric Bulletin* 2000; 24: 420-2
- 8) Hayhurst KP, Brown P, Lewis S. Post prescribing for schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 281-3
- 9) Betemps EJ, Somoza E, Buncher RC. Hospital characteristics, diagnoses and staff reasons associated with use of seclusion and restraint. *Hosp Community Psychiatry* 44: 367-371, 1993.
- 10) Okin RL. Variation among state hospitals in use of seclusion and restraint. *Hosp Community Psychiatry* 36: 638-652.
- 11) 伊藤弘人. 精神科医療における安全管理. *保健医療科学* 51 : 222-225, 2002
- 12) Thapa PB, Gideon P, Fought RL, Ray WA. Psychotropic drugs and risk of recurrent falls in ambulatory nursing home residents. *Am J Epiemiol* 142: 202-211, 1995