

選択された指標に加え、精神保健省および質の改善委員会は、特別研究を必要とする精神保健システムの重大な要素を特定した。目標は、カリフォルニア州プログラムを反映した新たな実施状況測定指標を作ることである。

精神保健省および質の改善委員会が実施している質の改善活動の性質、及び量により、質の改善委員会は、小さな作業グループに分かれて、既存の精神保健省諮問委員の専門知識を得ながら活動することとなった。現在までこの戦略は成功している。幅広い専門知識を得ることが可能であり、一組織として質の改善委員会が活動するよりも、より迅速かつ詳細に問題に対処することが可能となり、さらに柔軟な構造を持つことができた。

質の改善委員会での活動は、以下のグループから大きな支えを得ている。

- ・ 質の改善委員会、入院治療再調査作業グループ
- ・ 質の改善委員会、実施状況指標作業グループ
- ・ 質の改善委員会、外来サービス作業グループ（提案済み）
- ・ 精神保健省、コンプライアンス諮問委員会
- ・ 精神保健省、クライアント／家族特別作業班
- ・ 精神保健省、文化的適性に関する諮問委員会

4. 目的

当報告書において、2000年制定法、第93章に則り、精神保健省および質の改善委員会により作成された実施状況測定指標および特別研究に関する詳細な情報を議会に提供することが目的である。

5. 研究方法

州における精神保健実施状況測定の発展のために国内で様々な活動がなされているが、容易に採用できる基準にはまだ至っていない。また、実施状況測定において用いられる用語の統一にも至っていない。加えて、他の州同様、カリフォルニア州では指標選択に影響する独自のデータシステムを持っている。この節では、定義、指標のためのデータソース、指標選択の基準、作成された実施状況指標および特別研究に関して述べる。

用語の定義

質の改善委員会は、93章に先立ち実施状況指標の開発に取り組み始めた。指標および測定のコモン用語を作成することが、最初の重要なステップであった。2000年5月の会議において委員会は、米国精神保健管理学会（ACMHA）において用いられている用語の採用を決定した。これは、第93章で用いられている用語とはやや異なるが、同じ内容である。添付資料3において、議会の用語と学会の用語との比較をしている。

当報告書の目的、精神保健省および質の改善委員会による実施状況指標理解のために、これらの重要な用語は以下のように定義づけられる。

領域

どの指標を差しているかを包括的に分類している。質測定の世界においては、構造、アクセス、過程、結果の四つの領域が認知されている。

構造

良質のケアに必要な社会資源や手段（人的、物質的、組織的）に対応する領域。

アクセス

消費者や家族が、いかにしてケアを受けるに至るかに対応した領域。

過程

サービス供給の間に起こることに対応した領域。「適切性 appropriateness」と「過程 process」はしばしば互換的に使用される。

成果

サービスの結果を調査する領域。

指標

プログラムの質もしくは実施状況を表すために用いられる変数。

測定

指標を定量化するか目盛りをつけるために用いられる特殊な方法、或いはデータの要素。

例えば、実施状況測定システムにおいて、国内で用いられているほぼ統一された指標の一つに、普及率がある。これは、サービス提供を受けた人の数を数字で表したものである。浸透率の測定は、サービスを受けた人の数をサービス利用が可能な人の数で割った、サービス提供人口の割合である。この指標はアクセス領域に収められている。

データソース

現行のデータベースには固有の制限が存在していること、そしてそのことが質の指標の選択を限定するかもしれないが、質の改善委員会は、現存するデータを用い作業を開始した。データは測定に対して中枢の役割を果たし、実施状況指標は、信頼性が高く、質の高いデータソースに関連づけられなければならない。データソースは、測定される指標、および指標が用いられる対象者に影響する。例えば、メディ・カル精神保健支払請求・資格データベースはメディ・カル有資格者の普及率測定には優れたデータソースとなるが、メディ・カルに資格を有さない対象者の普及率は測定できない。

質の改善委員会実施状況測定システムにおいて、全ての指標は原則的に、以下のデータソースのうち一つかそれ以上のデータソースによるものである。

クライアント・サービス情報システム (CSI)

クライアント・サービス情報システムは、精神保健省の最新かつ最も包括的なデータベースである。これはクライアントデータシステムおよび精神疾患報告研究所に替わるものである。国内での精神保健治療プログラムのサービス利用したほとんど全ての者が、クライアント・サービス情報システムに報告されなければならない。そこにはメディ・カル有資格者と、メディ・カル有資格でなくかつてサービス料金システムであった個人開業医のサービスを利用した者も含む。クライアント・サービス情報システムには、精神保健プログラムを利用した者についてのクライアント情報について、州および連邦政府報告必要条件を満たした必須の情報が含まれる。クライアント・サービス情報システムデータと市郡コスト報告とを組み合わせることにより、クライアントおよびサービスのコスト計算が可能になる。

メディ・カル支払請求

メディ・カルのクライアントおよびサービスに関するデータは、データ取得がなされた時期に応じて、次の三つの請求先から取得される。ショート・ドイル/メディ・カル認証請求ファイル、サービス料金支払請求ファイル、入院合同支払請求ファイルである。サン・マテオ、サンタ・バーバラ、ソラノ郡での精神保健マネジドケアプログラムが特徴的であるため、これらの市郡における全てのメディ・カルデータは除外される。また、メディ・カルデータでは、メディケアサービス利用者、もしくはメディ・カルおよびメディケアサービス両方を利用しメディケアから全額支払いを受けている多数のクライアントも除外する。

データソースとして、メディ・カル支払請求を用いた指標に対する人種/民族データは、ヘルスサービス部門メディ・カル有資格データシステムファイルのコード表に基づいていることを言うておかねばならない。このファイルは障害者支援コードグループにおいて、白人、黒人、その他の分類に限定している。よって、「その他」の分類は明確に定義されない上に、おそらく代表性が低いであろう。

実施状況結果システム

カリフォルニア州実施状況結果システムは、児童/青年、成人、高齢者といった特定のクライアント年齢グループにおける結果情報を収集するためにデザインされたテスト手法の包括的セットである。手法は年齢グループによって異なり、地域レベルで実施される。半期ベースで精神保健省にデータが提出される。実施状況結果データでは、全ての精神保健クライアントのデータは含まれないが、一般的により重いサービス、長期間、よりコストがかかるクライアントと考えられている対象者のグループのデータは含まれる。次の表は、実施状況結果システムにおいてデータが存在する、あるいは将来含まれる対象者の要約である。

実施状況結果システム		
年齢グループ	対象者の定義	導入状況
児童/青年	60日以上、サービス利用をしている（あるいは利用予定がある）18歳以下の青年。投薬のみ、および個人開業のサービス利用は除く。	1998年4月導入
成人	公共の精神保健サービスを60日以上利用している（あるいは利用予定がある）、重篤な精神障害をもつ18-59歳の成人。	1999年7月導入
高齢者	公共の精神保健サービスを60日以上利用している（あるいは利用予定がある）、重篤な精神障害を持つ60歳以上の成人。	現在予備テスト中

すなわち、少なくとも60日間公共の精神保健システムにおけるサービス利用をしなかった、いかなる年齢のクライアントのデータは、実施状況結果システムに入らないということになる。自身の精神障害に関し大きな困難を経験し、それゆえスタッフ、プログラムされた資源、経済的資源を多大に必要とするクライアントは、精神保健システムに、より長くどまると考えられる。こうして、実施状況結果システムは、より深刻で持続性の精神

障害をもつ者に対する結果を測定するようにデザインされている。添付資料 4、質の指標のためのデータソースとして用いられた実施状況結果システムテスト手法を参照のこと。

指標選択の基準

実施状況測定は、スタッフおよびデータに強制的であるため、連続した質の改善のための情報を最大に生み出すような指標が選択されなければならない。加えて、選択された指標がカリフォルニア州の精神保健プログラムとして適正であり、他の州含め国内での実施状況において比較、分析できる指標を用いることが望まれる。最後に、カリフォルニア州精神保健計画委員会により作成され、実施状況結果システムの基礎として用いられている指標の包括的セットに注意を払ってほしい。精神保健省および質の改善委員会は、指標セットに含める前に、提案された指標と比較した上で、基準リストを作成した。以下がそれらの基準である。

指標選択の基準

意思決定者にとって重要であること

利用者にとって意味があること

カリフォルニア州精神保健システムにおけるデータ利用可能であること

収集されたデータの信頼性

カリフォルニア州実施状況と国内基準との比較が可能であること

カリフォルニア州プログラムおよび優先事項の適合性

他の州およびマネージド・ケア会社で用いられている同様の指標があること

他の実施状況測定システムで用いられている同様の指標があること

初期において指標の数が限定されたものであること

特別研究

理想的な実施状況指標には、完全で信頼性のあるデータが収集、分析され、さらに分析結果が他の特定されている実施状況ゴールもしくは基準に照らして評価されるものである。質の改善委員会は、そのようなデータは精神保健ケア提供システムにおいて多くの重要な変数に欠けるとしている。その例は再入院である。1999年、I.D.E.A コンサルティングによるカリフォルニア州精神保健マネージドケア権利放棄プログラムの独自の評価によると、一般の入院手続きは減少傾向にあると同時に、精神保健クライアントにおいては再入院率が上昇していることを確認した。このことからいくつかのことが考えられる。

- ・クライアントは完全に安定する前に退院しているということなのだろうか？
- ・比較的軽いレベルでのケアを利用する場所がなく、クライアントは結果として入院しているのだろうか？
- ・ケースマネージャーがクライアントを注意深く見ており、状況が悪化する前に入院手続きをとっているのだろうか？
- ・これらのこと全てを意味するのだろうか？
- ・同じことが他の市郡でも言えるのだろうか？

再入院率データは利用可能で分析できるが、重要な問題は、そのデータは何を意味するのか、再入院率はどの精神保健クライアントにとって臨床上に最も適切なのかを決定することである。

こういった疑問は、実施状況測定の実則そのものに対して役に立つものではないが、やはり重要である。精神保健省および質の改善委員会は、特別研究と呼ぶ質の改善活動のための追加項目を確認した。特別研究は、実施状況指標の明確化には追加調査および分析が必要との事実により分類される。これらの特別研究は、実施状況指標分析とともに実施されるであろう。実際に、精神保健省および質の改善委員会は、指標が開発されているほとんど同じ領域において特別研究を特定している。想像されるように、実施状況指標のために収集され特別研究の過程において集められたデータは、相互に補完し合うであろう。

6. 所見

指標

指標は、構造、アクセス、過程、結果の四つの領域により説明される。指標それぞれは、規定された測定、計算のための分母と分子、用いられるデータソース、簡潔な考察を含め、このセクションで議論される。データソースではほとんどの場合、市郡、地域、州における年齢、性別、診断、支援コード、人種／民族による分析が可能である。

いくつかの指標は、公共の精神保健ケアおよびメディ・カル対象の有資格クライアントにおけるあらゆる分野において、別々に計算される。これによって、データだけでなく州および連邦政府監督機関における文書状況のより一層の理解が可能となる。しかしながら、測定が公共の精神保健サービスへの有資格者全体の価値を必要とするなら、方法論上の挑戦が生じる。何がカリフォルニア州における公共の精神保健部門のサービス有資格者の全ての人々を構成するかを決定することは困難である。この課題の難しさにより、指標のこの側面は、実施までにはさらに時間がかかりそうである。

これら全ての指標のためのデータソースは、公共の精神保健サービスシステムに首尾よく導入した対象者の心に訴えかけると強調しておきたい。サービスにアクセスできない潜在的なクライアントの特性についての有用なデータはほとんどない。

指標の要約は次ページの通りである。

領域ごとの実施状況測定指標の要約

領域	指標
1. 構造	1.A. 各患者のサービスの総費用 1.B. サービスの種類
2. アクセス	2.A. 普及率 2.B. EPSDT 普及率 2.C. 一般の外来サービスでの新患の残留率 2.D. 退院後フォローアップケア 2.E. 退院後、再通院までの平均期間 2.F. 一般外来の新患の初回受診から二回目の通院までの平均期間 2.G., H. サービス利用の可能性についての認識（ケア提供者/未成年者、成人/高齢者）
3. 過程	3.A. 治療方針の決定への参加に関する利用者の認識(成人/高齢者) 3.B. 利用者の満足度（成人/高齢者） 3.C. ケア提供者の満足度（ケア提供者/未成年者）
4. 結果	4.A. 利用者の機能改善における認識（成人/高齢者） 4.B. 機能改善および症状減少に関する認識（未成年者） 4.C. 症状の減少に関する利用者の認識（成人/高齢者）

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
分担研究報告書

精神科病院機能の評価軸に関する研究
—国公立精神科病院における精神保健福祉士の機能評価に関する研究—

分担研究者 吉住 昭 (肥前精神医療センター)
研究協力者 平 直子 (西南学院大学)
小山 宏子 (九州保健福祉大学) *執筆担当者
平野 互 (大分県立看護科学大学)
大賀 淳子 (大分県立看護科学大学)
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 (進藤病院, 肥前精神医療センター臨床研究部)

研究要旨

厚生労働省は2004(平成14)年9月「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の中で、約7万2千人の社会的入院者を今後10年間で解消するとしている。また2005(平成17)年10月「障害者自立支援法」が成立した。この法律は障害者が地域で安心して暮らせる社会の実現を目指すものである。PSWは長年にわたり、精神障害者の地域生活を支えてきた人材であり、今後さらに「医療」と「福祉」をつなぐ病院PSWの役割は重要になると思われる。また医療の質の向上にはPSWが機能する病院のシステムが必要である。

そこでこの研究班では(1)PSWが本来なすべき業務を明らかにすること (2)PSWが機能する病院のシステムを提示することの2点をふまえて、国公立精神科病院におけるPSWの機能評価軸を設定することを目的とする。

今年度は国内外の文献レビュー及びPSWによる自由討議を基に評価軸設定の基本項目を抽出した。次年度は抽出した基本項目を基に、PSWへの調査及び障害当事者・家族への調査を実施し、PSW機能評価軸案を設定する。

今年度PSWによる討議内容を分析した結果、抽出した基本項目は「人権の確保」「地域との連携」「社会への働きかけ」「PSWの教育」「病院内のシステム」「他職種との連携」の6項目である。

A. 研究目的

厚生労働省は2004(平成14)年9月に発表した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の中で、約7万2千人の社会的入院者を今後10年間で解消するとしたが、それを達成するには都道府県・市町村、精神科病院、地域関係機関の連携を軸に、実効性ある地域システムとして充実する必要がある。

精神保健福祉士(以下PSW)は、精神医療における人権の確保や精神障害者の社会復帰促進を行う専門職として1997(平成9)年に国家資格化された。資格取得者数約26000名のうち、職能団体である日本精神保健福祉士協会に加入している約4600名の半数以上が医療機関に所属している。

(2005.5 現在)。近年「心神喪失者等医療観察法」における社会復帰調整官としての配置^注や、一部の精神科救急医療情報センターでの配置もすすんでいる。

精神科病院における長期入院の解消には地域の支援、地域住民の理解などが必要であることは言うまでもなく、特に医療・福祉の横断的職種であるPSWの活躍が期待されている(「精神保健福祉士の仕事」住友雄資2003)。また医療の質の向上には、PSWが機能する病院のシステムが必要である。

そこでこの研究班では以下の(1)(2)をふまえて病院のPSW機能評価軸を設定することを目的とする。

- (1) PSWのあるべき姿からPSWの本来業務(業務の独自性・固有性)を明らかにする。
- (2) PSWが機能する(力を発揮できる)病院のシステムを提示する。

今年度は国内外の文献レビュー及び

PSWによる自由討議を基に評価軸設定の基本項目を抽出することとした。次年度は抽出した基本項目を基に、PSWへの調査及び障害当事者・家族への調査を実施し、PSW機能評価軸案を設定する。

注 2004年全国50庁で採用された第1期社会復帰調整官56名中52名がPSWである。

B. 研究方法

1.方法

(1)PSW機能評価に関する海外及び日本の文献レビュー

インターネットを用い、海外の文献については「psychiatric social worker」「mental health」「social work」「performance indicator」などをキーワードとして検索を行った。また米国、英国、豪州の職能団体のホームページ内で検索を行った。

日本の文献については、「PSWの役割」「PSWの業務評価」「PSWの質」などをキーワードとして検索した。また日本精神保健福祉士協会、日本社会福祉士学会のホームページで検索し、研究主題に関連する各種調査、研究論文、資料について検討した。

(2)PSWによる自由討議の実施

PSWの機能評価に関する基礎資料を得る目的で、2006(平成18)年2月3日、PSW6名による自由討議を実施した。出席者の所属施設種類区分は、現医療機関1名、元医療機関4名(内1名は現社会復帰施設)、元行政機関1名である(「日本精神保健福祉士協会員に関する業務統計調査報告2004」による分類参照)。

自由討議に当たり、研究班ではあらかじめ基本になる以下の5つの質問項目を用意し

た。質問項目は「医療機関で行っているいた PSW 業務(本来業務・疑問が残る業務)」、「病院 PSW としてのあるべき姿」、「PSW 業務を規定する要因」、「PSW が力を発揮できる病院のシステム」及び「PSW に関する現在の問題点(PSW の質・意識・視点・技術等)」である。

データの分析は自由討議中に行ったパソコン入力とテープ録音を用いて作成した逐語記録を基に行った。

2.倫理面への配慮

PSW の自由討議については、個別事例に関する内容は含まれないため、倫理的問題は生じない。

C. 研究結果

1.文献レビュー

1) 海外文献

インターネットを用い検索を行ったが、PSW に限った指標は見当たらなかった。唯一、関係すると思われる資料は、全米ソーシャルワーカー協会発行の「救急病院におけるソーシャルワークと心理社会的サービスのための医療機能指標」(1990)であった。その中では、核となる指標として「アクセス」「退院の遅れ」「患者と家族の退院計画への参加」「ソーシャルワークサービスへのタイミング」「チームワーク」「社会的な問題による再入院」の6項目、追加指標として、「退院後のフォローアップ」「心理社会的な問題の解決」の2項目が挙げられている。米国の救急病院における機能評価軸ではあるが、日本の一般の精神科病院における機能にも共通する点が多い。

2) 国内の文献

日本においてPSWに関する研究が本格的に開始されたのは、PSW協会が設立された1960年代半ばからである。研究の中心は倫理性・価値観・権利擁護などPSWの専門性に関する内容や精神障害者や家族援助のあり方を中心とした知識・技術面に関する内容が中心となっており、PSWの質の評価やPSWの機能評価に関する先行研究は今のところ見当たらない。

MSW分野では、1999年から2003年の調査研究により、南・武田がソーシャルワークの専門性を構成する要素を7つのカテゴリー(1使命感 2倫理性 3自律性 4知識・理論 5専門的技能 6専門職団体との関係 7教育・自己研鑽)に分類し、各6項目ずつ、計42項目の「ソーシャルワーク専門職性自己評価尺度」を作成している。

これはMSWの専門職性に焦点を絞った研究であるが、医療機関に所属すること、社会福祉学を基盤にすることなど共通点があることから参考にする。

2.PSWによる自由討議

討議の内容をまとめたものが「資料1」である。

筆者らは討議内容を1. PSWの専門性を生かした実践 2. PSWが力を発揮できる病院のシステム 3. PSWの質・知識・技術の問題 4. 病院PSWの業務を規定する要因の4つに大きく分類した。さらに1. PSWの専門性を生かした実践の内容を「病院内での動き」、「人権問題」、「地域との連携」、「社会への働きかけ」に再分類した。

討議内容を整理すると、PSWの専門性を生かした日常業務を実践する上での要因として、卒後教育や現場教育に基づくPSWの

質・知識・技術等「PSW 側の要因」と、所属機関の方針や同僚、指導者の存在等病院のシステムという「環境要因」が考えられる。さらにその背景には、他の医療職による PSW 業務の理解度、PSW の人数、法律など病院 PSW の業務を規定する要因があると考えられる。

内容を分析した結果、病院 PSW における役割の第 1 の特徴としてコーディネーション機能があげられた。討議の中で「日常業務を通して他職種に PSW の役割を知ってもらい、患者を中心とした連携体制を作る」と述べられていたが、PSW のコーディネーション機能とは、患者をとりまく他職種、他部門における必要な情報や援助方針の共有化をはかり、患者にとって効果的で効率の良いシステムづくり等病院内の連携の役割である。第 2 の特徴はネットワーキング機能である。討議の中では「PSW は病院、地域等どこに所属していても橋渡しをしていく役割が重要である」、「PSW は地域の社会資源を作っていく人材である」と述べられていた。医療と福祉の橋渡しを行う PSW のネットワーキング機能とは病院内外の他職種、他部門との協力体制を形づくっていく地域との連携における役割である。

D. 考察

PSW による自由討議の内容から、以下の点を考察する。

1. 人権問題へのかかわりについて

PSW の専門性を生かした実践の中で強調された項目の一つは「人権問題」である。

討議の中では「PSW は病院内での人権侵害のみでなく、日常生活でおこる人権侵害にも敏感になることが必要である」、「病院内で

PSW の動きを通して他の職員の人権感覚を培うことが重要である」、「病院内外で患者自身が権利を脅かされる状況について考え、権利主張できるように情報提供をしていくことが必要である」等の意見が述べられた。このような意見から PSW の人権問題へのかかわりは、障害当事者の人権確保は当然のことながら、他職員への啓発や、障害当事者自身の意識を高める援助も視野に入れた幅広い実践でなければならないと言える。

PSW は結婚・就職・住居確保等さまざまな状況の中で患者の権利侵害の場面に最も直面する職種である。討議の中で「PSW は人権に最も敏感にならねばならない職種である」と強調されたが、病院内外を問わず、常に患者の立場に立った権利擁護が PSW には求められる。

2. 病院と地域をつなぐ視点について

社会的入院者約 7 万 2 千人の退院促進は地域の支援や、地域の理解を充実させる活動がないとその意味は稀薄になる。討議の中で病院 PSW のあるべき姿は「患者を地域にいかにつなぐかという視点」にあると述べられていた。

「PSW は社会資源の開拓という役割を担う数少ない職種である」、「PSW は病院と地域をつなぐ人材である」という PSW の発言に、病院と地域をつなぐ PSW の視点が明確にされている。PSW は幅広くかつ最新の社会資源の情報を有するのみでなく、さらに社会資源をいかにニーズに適合させるかが求められる。病院においては関係機関との連携は重要であり、病院と地域をつなぐ橋渡しの役割を担う PSW の果たすべき役割は大きい。

3. 社会への働きかけについて

病院 PSW のあるべき姿は「いかにして地域を精神障害者が暮らしやすいように形づくっていくかという視点にある」との意見に見るように、社会への働きかけは PSW の重要な役割である。そのためには「必要に応じ、社会に向かって行動や発言をすることが必要である」と述べられていた。

医療機関に配置されている PSW には、医療機関職員としての役割期待があるが、医療機関内での業務にとどまらず、それを基盤に地域活動へ展開させる視点をもつことが重要である。

4. 病院内のシステムについて

討議の中で「PSW が目指す本来業務が医療機関職員としての役割期待と相容れない場合があり、ジレンマに悩むことがある」と述べられていた。そのために必要な病院のシステムは「様々なことを共有できる同僚や指導者による支援体制」である。また PSW が望む「特に医師との対等な専門性のシェア」には「PSW の現場教育の体制」の充実が望まれる。病院内でのスーパービジョンのあり方や現任 PSW の教育が PSW の質を決定づけ、専門性を生かした活動ができるかどうかを左右する（「精神保健福祉」vol.36.no2 .2005）。

PSW が機能するには、他職種と協働し、力を発揮できる病院内のシステムが必要である。

5. PSW の教育について

精神科医療機関の中で PSW が機能するには、PSW の知識・技術のみでなく資質の向上が必要である。討議に参加した PSW はいずれも国家資格化以前から業務に従事していたためか、特に近年の PSW の専門教育への

関心が高かった。

現実的な問題点として「国家資格取得を中心とした教育内容が知識・技術面に重点を置きすぎているのではないか」、「専門職団体としての卒業後の教育システムが確立されていない」等が出された。これはいずれも PSW の質・知識・技術の問題である。「ソーシャルワーカーは医療の中で決して para-medical ではなく co-medical であると理念的に言っても実状は対等に渡りあえるだけの技量を備えていない。これはソーシャルワーカーの専門教育が弱いのである」（ソーシャルワーク研究 vol13.no4.1988:白石）という状況は 20 年たった現在どの程度変化しているか疑問である。利用者がもたらす問題やニーズは複雑・多様化し、PSW は常に新たな知識を必要とされる。しかしそれ以上に創造性や柔軟性が求められる。今後の PSW 教育は PSW の資質の向上を目指したものでなければならない。

6. 他職種との連携について

病院 PSW の業務を規定する要因の一つとして上げられたのが「他職種による PSW 業務の理解度」であった。確かに病院内で PSW が力を発揮するには PSW 業務に対する他職種の理解が重要である。それには討議の中で「PSW のあるべき姿」として「医師や看護師をはじめ他職種に PSW の独自の視点等を伝え、連携体制を作る」と述べられているように、PSW 側からの意識的、積極的な役割についての啓発が必要である。

E. まとめ

病院 PSW の機能評価軸設定にむけ、今年度は文献レビュー及び PSW による自由討議

を実施した。次年度は抽出した基本項目を基に PSW への調査及びユーザーである障害当事者・家族への調査を実施し、PSW の機能評価軸案を設定する。

今年度実施した PSW による討議内容を分析した結果「人権の確保」「地域との連携」「社会への働きかけ」「病院内のシステム」「PSW の教育」「他職種との連携」の 6 項目を基本項目として抽出した。

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) 松本すみ子 PSW 実践が深化・進化していく過程と「悩み続ける力」. 精神保健福祉 vol36.no2 p135-138 2005
- 2) 藤井達也他 実践から問う精神保健福祉士の価値—価値を实践につなげる視点 p212
- 3) 栄セツコ他 実践から問う精神保健福祉士の価値—インタビュー調査をふまえて p211
- 4) 川口みどり他 長期入院者の退院促進をめざして一人と人をつなぐコーディネーターの役割を通して p213
- 5) 佐々木美希他 エンパワメントを引き出す精神保健福祉士のかかわり p252
- 6) 加藤瑞枝 精神科病院の運営方針とともに変化する PSW 業務—PSW の視点から p250
- 7) 永長記史他 新人精神保健福祉士のローテーション研修から学ぶこと p251

* 2) ~7): 第 4 回日本精神保健福祉士

学会報告集 2005

- 8) 南彩子・武田加代子 ソーシャルワーク専門職性自己評価 相川書房 2004
- 9) 武田・南 MSW と他機関ソーシャルワークの専門職性認知傾向の比較 医療と福祉 vol37.no1 2004
- 10) 岡本民夫 ソーシャルワークの技能—その概念と実践 ミネルバ書房 2004
- 11) 社会福祉・社会保障研究連絡委員会報告 ソーシャルワークが展開できる社会システムづくりへの提案 2003
- 12) 荒田寛 PSW の役割と課題. 「社会福祉研究」第 84 号 p50-57 2002
- 13) 伊藤弘人 精神科医療の方向性と精神保健福祉士 精神保健福祉.vol.33.no2. p109-113 2002
- 14) 秋山智久他 社会福祉の専門性、専門職をめぐる課題 社会福祉研究第 69 号 1997
- 15) 小山隆 ソーシャルワークの専門性について 評論社会科学 57 号 1997
- 16) 畠山龍郎 ソーシャルワークの専門性 ソーシャルワーク研究 vol18.no2.1992
- 17) 伊藤よし子 病院におけるソーシャルワーク業務 ソーシャルワーカー第 2 号 1991
- 18) 半田芳吉 精神病院における PSW の役割 ソーシャルワーク研究;vol13.no2 p9-12 1987
- 19) 岡田藤太郎 ソーシャルワークにおける価値の問題 ソーシャルワーク研究 vol.14 no2. 1988
- 20) 野村豊子他 ソーシャルワーク実践過程における知識と価値観の区別についての一試論 vol14. n o 2
- 21) 畠山達郎他 わが国における転換期のソーシャルワーク vol14.no1 p4-19.1988
- 22) 白石大介 ソーシャルワーク専門職化の動

向と課題 vol13.no4 p 19-25 1988

23)橋高通泰 保健・医療領域でのソーシャル
ワーカー資格 ソーシャルワーク研究
vol13. p 13-17 1988

24)内田節子 ソーシャルワーク教育—ソー

シャルワーカーの養成と現任訓練を考える

ソーシャルワーク研究 vol13.no4 p 27-33.
1988

25)深沢里子 医療チームにみるSWの役割
ソーシャルワーク研究 vol4.no4 1978

資料1

討議内容

1. 病院 PSW のあるべき姿—PSW の専門性を生かした実践

[病院内での動き]

- ・ 他職種（医師・看護師）に PSW の業務、独自の視点等を伝え、連携体制を作る
 - PSW 側からの意識的、積極的な役割についての啓発

[人権問題]

- ・ 患者の立場に立った権利擁護
 - 院内、外来を問わず患者の権利侵害の状況に敏感になる
- ・ 患者自身が権利を主張できるような情報の提供
- ・ PSW の動きを通して病院職員の人権感覚を培う

[地域との連携]

- ・ 常に病院と地域をつなぐ視点を持つ
- ・ 地域生活を支える社会資源の開拓
- ・ 行政や地域の関係機関との積極的連携
- ・ 地域の人材の活用
 - 病院 PSW がやるべきことと地域の人材に渡すべきことのすみわけ

[社会への働きかけ]

- ・ 精神障害者の人権を守るための社会的活動

2. PSW が力を発揮できる病院のシステム

- ・ 対等な専門性のシェア
 - 特に医師との関係。他の職種から学ぶ姿勢の必要性
- ・ PSW の支援体制がある
 - 様々なことを共有できる PSW の同僚、指導者の存在
- ・ PSW の卒後教育、現場教育の体制

3. PSW の質・技術の問題

- ・ 国家資格化後の学生教育のあり方
- ・ 卒業後の PSW の教育システム

4. 病院 PSW の業務を規定する要因

- ・ 他職種との関係
 - PSW 業務の理解度
- ・ PSW の人数と効率性
- ・ 法律による制約

厚生労働科学研究補助金（こころの健康科学研究事業）
精神医療に係る患者の利用実態や機能等の評価及び結果の公開に関する研究
分担研究報告書

精神科病院機能の評価軸に関する研究
－わが国における精神科看護に関する評価の現状について－

分担研究者 吉住 昭（肥前精神医療センター）
研究協力者 平 直子（西南学院大学）
 小山 宏子（九州保健福祉大学）
 平野 互（大分県立看護科学大学）
 大賀 淳子（大分県立看護科学大学）*執筆担当者
 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（進藤病院，肥前精神医療センター臨床研究部）

研究要旨

患者の入院生活を支える看護の質は、その病院の質に大きく関わっている。精神科看護師たちはそのことを自覚し、自負心を持って日々の看護を実践していると思われる。しかしわが国において、看護の質がどのように病院全体の質に反映しているかを看護師が確認できる標準的かつ具体的な指標は現時点では存在しない。本研究において看護の視点にたった病院機能評価軸および評価項目を設定することは、精神科医療機関における看護の専門性や役割を明らかにすることでもあり、精神科看護師がこれを自覚して看護実践に取り組むことで、看護の質のさらなる向上が期待できると思われる。初年度は文献的検討および研究者間でのディスカッションを通して、評価軸設定の方向性を模索した。

A. 目的

わが国における精神科看護に関する評価の動向を探り、精神科医療機関における看護機能評価軸設定の方向性について検討する。

B. 方法

精神科看護、質、能力、評価、患者満足度などのキーワードにより、医中誌にて検索した資料および関連する文献について、内容を検討した。

C. 結果および考察

1) 日本における精神科看護に関する評価の動向

(1) ケア対象者（患者および家族）による主観的評価

ケア対象者による評価の代表的なものは、患者満足度調査である。精神科看護における患者満足度調査はここ数年各施設で行われるようになってきており、年々増加傾向にある¹⁻²²⁾。これらは、看護部門独自で取り組んだものや、入院中に受けたサービス

全体に対する評価の一部として看護に関する質問を組み込んだものなど、調査目的に応じた方法が用いられている。また、これらの調査で用いられている評価項目も様々であり、CDQ-8Jのような既成の尺度をそのまま利用したものや、既成の尺度をもとに各施設の状況にあわせて独自に作成したものなどがあつた。使用した評価項目が明らかにされているもののうち、看護に関する質問項目を表1~3に紹介した。このように、これまでに行われてきた調査の多くは各施設のサービス改善を目指したものであるため、施設の状況にあわせた形態や質問紙を用いており、調査結果の比較は不可能である。また、これらの論文にも述べられているように、調査実施者がケア提供者自身であることから、患者の正直な回答が得られていない可能性がある。このように患者満足度調査に関しては、信頼性や妥当性などについて今後検討すべきいくつかの課題が存在していると思われる。

(2) ケア提供者(看護師)による評価

1993年に日本看護協会・日本精神科看護技術協会から、自己評価を目的とした「精神科看護機能評価マニュアル」²³⁾が出版されている。その評価項目は表4のとおりである。ただし、本評価項目を用いた調査報告を公表したものは見当たらず、本マニュアルの利用の実態は不明である。

(3) 第三者による評価

1995年に設立された財団法人日本医療評価機構による評価項目のなかに、精神科看護に関する評価も組み込まれている(表5)。現時点では、本評価項目は設備や人員配置、システムなどの評価にとどまっておらず、ケアの内容が具体的に評価されるものにはなっておらず、今後の改訂が必要であるとの指摘もある²⁴⁾。いっぽう、病院機能

評価を受ける病院の増加にともない、看護の質向上のために機能評価をどのように活用すべきかを論じたものや、実践報告も見られるようになってきた²⁵⁻²⁹⁾。精神科看護に関する第三者評価は、スタート地点についた段階であるといえるだろう。

2) ケア内容に関する研究

近年、精神科のケア能力の整理を目的とした研究がみられるようになってきた。精神科看護の臨床能力測定のための評価項目の開発に関する研究³⁰⁻³³⁾(表6)、精神看護専門看護師の直接ケア技術の開発と評価に関する研究³⁴⁻³⁸⁾(表7)などである。このうち、表7に示した「精神看護専門看護師の介入の成果」は、本来、精神看護専門看護師の介入が及ぼした効果について、精神看護師および関連する病棟看護師への面接あるいは質問紙調査により明かにしたものであるが、看護ケアの質を評価するための指標を作成するうえでの参考になりうると思われる。

D. 今後の方向性

1) 精神科看護機能評価票の試作

これまでに行われてきた精神科看護に関する評価に用いられたツールを参考に、以下の項目を含む評価票を試作する。

	評価項目	評価者
構造	看護部の組織	看護師
過程	看護師の能力	看護師
結果	患者・家族、看護師、医療チームなどに見られた変化	患者・家族、看護師、医療スタッフ
	仕事への満足度	看護師
	看護に対する満足度	患者・家族

2) フォーカスグループインタビューによる評価票の検討、修正

試作した評価票を複数のフォーカスグループインタビューで提案し、ディスカッションを行う。得られた意見をもとに評価票の修正を行う。フォーカスグループの構成メンバーは、看護職、医療チームスタッフおよび入院経験のある患者とその家族を想

定しており、これらのメンバーが同席するグループへのインタビューを行うことにより、ケア提供者およびケア対象者の間でのディスカッションをとおして多角的に評価票を検討することが可能になると思われる。

3) 修正した評価票を用いた評価の施行

修正後の評価票を用いて複数の病院で評価を施行し、結果を分析する。

表1. 松田らによる患者満足度調査項目の一部(参考文献 11)

5カテゴリー16 問のうち、看護者に関する 12 項目(5 段階評価)

- 看護者の言葉づかいはいいか
- 看護者は親切にしてくれるか
- 看護者は話を聞いて、一緒に考えてくれるか
- 安心して看護者と会話できるか
- 困ったとき看護者と相談できるか
- 入院・転棟時の看護者の説明はわかりやすいか
- 検査や処置の時、看護者の説明はわかりやすいか
- 看護者は排便の調整に気をかけてくれるか
- 眠れないときの看護者の対応はどうか
- 看護者は入院生活について家族と話し合っているか
- 外出・外泊について看護者と話し合っているか
- 退院に向けて看護者と話し合ったことがあるか

表2. 星野らによる医師および看護師に対する期待度と満足度の調査項目(参考文献 12)

10 項目(4 段階評価)と自由記載 1 項目からなる。

- 看護師はあなたの気持ちを尊重しましたか
- 看護師は責任を持ってあなたの看護をしましたか
- 看護師はあなたのご家族に対して心配り

をしましたか

看護師はその日のあなたの予定について説明しましたか

看護師は前もって看護内容について説明しましたか

看護師はあなたがつらい時にすぐ対応しましたか

看護師は退院後の生活について十分説明しましたか

看護師はあなたが安心できる対応をしましたか

看護師はあなたの質問に関して十分説明しましたか

Y 病院の看護についてどれくらい満足していますか

看護師についてご自由にお書き下さい

表3. 金井らによる調査項目の一部(参考文献 22)

10 項目について、いつもある～全くない、の 4 段階評価

- 親しみやすさ
- 意思表示しやすさ
- 関心
- 傾聴
- 身近な存在
- 日常生活の援助者
- 相談相手
- 身体と安全を管理するもの
- 説明者
- 支援者

表4. 「精神科看護機能評価マニュアル」の評価項目

1. 看護サービスの組織に関する機能
 - (1) 看護部の理念と目標
 - (2) 組織と運営
2. 看護職員の活用に関する機能
 - (1) 教育・機能
 - (2) 能力開発
3. 患者サービスに関する機能
 - (1) 設備と環境
 - (2) 就業規則
 - (3) 看護基準
 - (4) 地域サービスのシステム
4. 看護サービスの運営に関する機能
 - (1) 統計資料
 - (2) 労務管理
 - (3) 勤務配置
 - (4) 業務改善と効率化
5. 看護サービスの質に関する機能
 - (1) 看護方式・看護の継続性
 - (2) 患者の安全性
 - (3) 患者の満足度
6. 患者個人への看護に関する機能
 - (1) 患者の個別性の尊重
 - (2) 看護計画

各項目にはさらに下位項目があり、計 161 の評価項目で構成されている。(日本看護協会, 日本精神科看護技術協会, 編. 精神科看護機能評価マニュアル. 日本看護協会出版会; 1993. p.7-12 より改変)

表5. 「日本医療機能評価機構」による精神科版評価項目(Ver.4.0.)

第5領域 看護の適切な提供

看護体制の確立と組織管理

- 5.1 看護部門の組織の確立
- 5.2 看護部門の組織の運営
- 5.3 看護部門の職員の能力開発

適切な看護活動の展開

- 5.10 看護の実践と責任体制
- 5.11 看護活動の計画的対応
- 5.12 検査の実施への看護のかかわり
- 5.13 与薬の実施への看護のかかわり
- 5.15 栄養管理と食事指導

- 5.16 リハビリテーションの適切な実施
- 5.18 看護の継続性の確保
- 5.19 逝去時の対応
- 5.20 看護ケアの評価と質向上への努力

表6. 精神科看護の臨床能力に関する評価項目

- I 患者のアセスメント
- II ケア行動1:土台をつくるケア行動
- III ケア行動 2:心の安定、安楽、思いの表出を促す。エネルギー充電
- IV ケア行動 3:現実認識を深める。意思決定を促す。対処能力を高める
- V ケアの意図

各項目にはさらに下位項目があり、計 37 の評価項目で構成されている。(日本精神科看護協会プロジェクト. 「精神科看護の臨床能力の明確化に関する研究」結果より抜粋)

表7. 精神看護専門看護師の介入の成果

- (1) 患者に見られた変化
 - ①身体症状の改善
 - ②精神症状の改善
 - ③症状悪化や二次的障害の予防
 - ④日常生活行動の改善
 - ⑤ストレス認知とストレス対処能力の向上
 - ⑥患者自身による意思決定、およびその人なりの困難状況の克服
- (2) 家族に見られた変化
 - ①家族の精神状態の安定
 - ②患者に対する理解の高まり
 - ③家族のケア力の高まり
- (3) ナースに見られた変化
 - ①陰性感情の軽減、ケア意欲の向上
 - ②患者理解の深まり
 - ③共感的理解の高まり
 - ④安心してケアに取り組む
 - ⑤患者への関心の高まり
 - ⑥患者ケアへの知識・理解の高まり、ケアの幅の広がり
 - ⑦他の患者のケアへの応用
- (4) 看護チームに見られた変化
 - ①スタッフの連携

- ②スタッフ間の連携により、困難状況でも持ちこたえられる
- ③ケアの一貫性、継続性の高まり
- ④専門職としての満足感
- ⑤自信・自尊感情の高まり
- (5) 医師・他職種に見られた変化
 - ①精神科薬物療法の早期導入
 - ②治療の構造化
 - ③医師とナースの協働促進、チームの

活性化
 (宇佐美しおりほか、平成13年度厚生科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業「精神専門看護師の直接ケア技術の開発及び評価に関する研究」結果より抜粋)

参考文献

- 1) 小野勝美, 内橋ふさ子, 篠崎百合子, 他. 精神科における患者満足度調査を実施して. 神奈川県立精神医療センター研究紀要, 13号, 53-58, 2005.
- 2) 谷澤和子, 有田美智子. 初回入院患者の期待と満足度; ストレスケア個室病棟における患者の期待に応えるために. 日本看護学会論文集 (精神看護), 35号, 177-179, 2004.
- 3) 天野由起子, 古舘節子, 鈴木タマ, 他. 患者満足度調査と看護師マナーチェックリスト結果の分析: 患者さんの声からの学び. 神奈川県立精神医療センター研究紀要, 13号, 81, 2005.
- 4) 米澤由美子, 玉乃井雅浩, 山本由紀, 他. 精神科男子解放病棟における接遇への患者評価; 看護師の勉強会による患者満足度の変化. 松山記念病院紀要, 10号, 39-43, 2004.
- 5) 亀山里美, 高橋英明, 角藤豊子, 他. 入院形態が患者満足度に及ぼす影響: 急性期の患者への退院時アンケート調査より. 松山記念病院紀要, 10号, 30-34, 2004.
- 6) 細貝有美子, 中村博文, 太田幸雄, 他. 精神科急性期病棟入院患者の満足度に関する研究: 看護サービスを中心として. 医療, 57巻増刊, 143, 2003.
- 7) 鈴木利枝, 佐藤雅美, 長谷川恵, 他. 精神科病棟入院患者を対象とした患者満足度調査 (第1回) を実施して. 精神医学研究所業績集, 39号, 150-155, 2003.
- 8) 小椋由美, 戸村美名子, 木村尚人, 他. 精神科における患者満足度: 急性期患者を対象とした病棟での調査. 松山記念病院紀要, 9号, 62-68, 2003.
- 9) 齋藤香織, 伊東弘人. 精神科退院患者の満足度に影響を与える要因. 病院管理, 40巻 Suppl, 234, 2003.
- 10) 多喜田恵子. 長期入院統合失調症患者の生活満足度に関する研究: 看護師が語る患者の生活満足度の意味. ナースデータ, 24 (7), 71-77, 2003.
- 11) 松田静子, 神保加三次, 桶谷玲子, 他. 精神科における患者満足度調査による看護の評価. 日本看護学会論文集 (看護管理), 32号, 258-260, 2002.
- 12) 星野洋子, 石沢信人, 片桐俊介. 精神科入院患者の期待度と満足度に関する調査: 疾病及び薬物の知識の程度と主治医看護師に対する期待度と満足度. 日本看護学会論文集 (成人看護II), 32号, 200-202, 2001.
- 13) 長谷川精一, 勝部千恵, 鶴原八重子, 他. 患者満足度調査の分析による看護者の対応・看護の質の検討. 日本精神科看護学会誌, 45 (2), 127-131, 2002.
- 14) 高本美紀, 曾我部和彦, 河野博之, 他.

- 患者サービスについての意識調査；アンケート調査とカンファレンスを通して．日本精神科看護学会誌，44（2），512-516，2001．
- 15) 内田由起子，小林律子．患者用パス導入の効果について：インフォームドコンセントび充実と患者満足度の向上．日本精神科看護学会誌，44（2），21-24，2001．
- 16) 角香織，渡辺法美，浦野重音，他．患者参加のケアプランによるインフォームドコンセントの実践：満足度を調査しサービスの質を探る．日本精神科看護学会誌，44（1），380-383，2001．
- 17) 仲山秀幸，大島道子，廣川江梨子．患者満足度調査を試みて：慢性期社会復帰病棟におけるアンケートから．日本精神科看護学会誌，44（1），372-375，2001．
- 18) 権田幸子，菊池洋子，本地久美子，他．単科精神病院における患者満足度調査を実施して．神奈川県立精神医療センター研究紀要，11号，37-42，2001．
- 19) 川野雅資，鈴木早苗，富田真弓，他．精神科看護診断学（第1回）：鴻巣病院の実態調査と患者の満足度．精神科診断学，12（2），266-275，2001．
- 20) 多喜田恵子．精神病院における長期入院患者の生活の満足度とその理由．名古屋市立大学看護学部紀要，1巻，15-26，2001．
- 21) 田村好江，堀岡道子，山崎由起子，他．患者の入院生活における満足度調査．東京都工衛生局学会誌，103号，90-91，1999．
- 22) 金井奈穂子．患者による精神科看護の主観的評価調査．日本精神科看護学会誌，41（1），293-295，1998．
- 23) 日本看護協会，日本精神科看護技術協会編．精神科看護ナーシング・マネージメント・ブックス 2：精神科看護機能評価マニュアル．東京．日本看護協会出版会．1993．
- 24) 坂田三允総編集．精神看護エキスパート 9：ケアの評価とナースサポート．東京．中山書店．2005．pp5．
- 25) 鈴木真弓．精神科における病院機能評価と組織活性化の取り組み．月刊ナースマネージャー，4（7），19-25，2002．
- 26) 五十里瑞枝．質の高い看護サービスの提供をめざして：第3者評価準備にかかわることでの意識変化．精神科看護，26（9），24-27，1999．
- 27) 増田なみ子．ピア・レビュー（相互評価）を行って．精神科看護，26（9），18-23，1999．
- 28) 工藤光草．医療機能評価で看護がどう変わったか．精神科看護，27（9），40-42，2000．
- 29) 田上晶子．自らの手で獲得した満足感・達成感：ピア・レビューから医療機能評価まで．精神科看護，28（4），16-21，2001．
- 30) 永井優子，金城祥教，粕田孝行，他．精神科看護の臨床能力の明確化に関する研究（第1報）精神科看護の臨床能力に関する文献検討から調査用紙の作成まで．精神科看護，27（7），45-52，2000．
- 31) 萱間真美，田中隆志，金城祥，他．精神科看護の臨床能力の明確化に関する研究（第2報）（その1）参加観察法を用いた新人看護師と熟練看護師の臨床能力の比較．精神科看護，27（7），53-56，2000．
- 32) 萱間真美，田中隆志，金城祥，他．精