

供するため、「我が国の精神保健福祉」と「630 調査」のデータをもとにした全国および各都道府県の精神医療保健福祉の状況を記載したエクセルファイルをダウンロードできるようにした。また、平成 16 年度精神保健福祉資料を PDF ファイルにて閲覧できるようにした。

(5) 都道府県からの情報

本項目は、改革ビジョンに関する各都道府県の取り組みを記載し、情報共有をはかる予定である。掲載内容については現在情報を収集中である。

(6) 関連研究の紹介 (図 4)

本項目では、改革ビジョンに関連するこれまでの厚生労働科学研究を選出し、改革ビジョンに示された「国民の理解の深化」、「精神医療の改革」および「地域生活支援の強化」の 3 つの軸に沿って分類し、紹介する。選出された研究は、主任研究者に PDF 等ファイルの掲載の許可を得た後、ページ上からダウンロードできるようにした。

(7) 海外からの情報

本項目では、海外における精神保健福祉に関する取り組みの情報を提供することを目的として、各取り組みの概要などを紹介している。現在、オーストラリア、イギリスにおける取り組みを紹介している。

(8) リンク集

精神医療福祉に関連する学会、組織等へのリンクである。

C. 期待される成果

本ホームページの開設によって、改革ビジョンに関する情報、データ、取り組み等を、精神医療福祉関係者に広く共有することができる。また、定期的な更新によって、改革ビジョンに関連する研究成果および情報をこれまでよりすばやく共有することも可能となる。これにより、精神医療福祉の改革ビジョンに示された目標に寄与できると考える。

図 1

入院医療中心から地域生活中心へ
—精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページ—

リンク・著作権について | 個人情報保護方針について | NIMH Top

はじめに

このページは、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」についての基本的な情報、関連する研究の成果、諸外国の改革に関する情報などを提供することにより、公平な視点から改革に寄与することを目的に、厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学事業）「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」をもとに開発したものです。わが国の精神保健医療福祉のあり方を「入院医療中心から地域生活中心へ」と改革するため、このページが役立つことを願っています。

また、当ホームページでは関連する情報を皆様から集めております。情報をお持ちの方は、下記連絡先まで情報をお寄せください。

What's New

2007.4. URLが変更となりました。
新しいURLは、「http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/index.html」となります。

2007.4. 更新しました（関連研究の紹介、リンク集）。

2007.2. サイトを公開しました。

ホーム
改革ビジョンとは
研究の状況
データからみる全国と都道府県のすがた
都道府県からの発信
関連研究の紹介
海外の情報
リンク集

国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部改革ビジョン研究ホームページ事務局 〒187-8583 東京都小平市小川東町4-1-1
このホームページに関するご意見等は電子メールでお願します。注:この電子メールは暗号化されていません。プライバシーの保護ができません。
当ホームページのデザインは、「こころに平和を築く実行委員会」の保管する精神障害者の絵画作品を使用しています。

図 2

入院医療中心から地域生活中心へ
—精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページ—

リンク・著作権について | 個人情報保護方針について | NIMH Top

改革ビジョンとは

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」とは
精神保健医療福祉行政の最近の経緯
精神保健医療福祉の年表

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」とは

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」とは厚生労働大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部による報告書です。わが国の精神保健医療福祉のあり方を「入院医療中心から地域生活中心へ」と改革するため、今後おおむね10年間に何を實現していくか、その目標をあらわしたものです。「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を含む最近の経緯は次の通りです。

精神保健医療福祉行政の最近の経緯

2002年12月 社会保障審議会障害者部会精神障害者分会報告書
「今後の精神保健医療福祉施策について」

2003年5月 精神保健福祉対策本部中間報告
「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」
・厚生労働省として取り組むべき重点施策を、普及啓発、精神医療改革、地域生活の支援、
「受け入れ条件が整えば（入院可能）な7万2千人の対策として、普及啓発、精神病床等、地域ケア等の3つの検討会開催を決める

2003年9月 厚生労働省障害保健福祉部
「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」

2004年3月 厚生労働省障害保健福祉部
「心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会1報告書

ホーム
改革ビジョンとは
研究の状況
データからみる全国と都道府県のすがた
都道府県からの発信
関連研究の紹介
海外の情報
リンク集

平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究
分担研究「精神保健医療福祉の地域実態の把握と
改革のフォローアップに関する研究」
研究協力報告書（2）
平均残存率と退院率の偶発性の変動要因について

研究協力者 箱田 琢磨（国立精神・神経センター精神保健研究所）
分担研究者 竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究要旨：

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に精神保健医療福祉体系の再編の指標として示された平均残存率、退院率の各都道府県の実測値が大きく変動する場合、そこに偶発性の要因が関与している可能性がないか検討し、指標としての安定性を確保する方策を検討することを目的として、平成 14 年度から平成 16 年度の 630 調査の結果、平均残存率または退院率の変動の大きかった 3 県に問い合わせを行った。また、平均残存率の分散と退院率の分散の差を検定した。問い合わせの結果、3 県のうち 1 県より、1 病院が分院を開設したことにより、これらの指標に影響が及んだ可能性があるとの回答があった。都道府県で指標を算出する場合、仮に病院で分院化が行われ、それが調査月にあたった場合は、退院率は増加し、平均残存率は転院する患者の退院可能性に応じて変動すると考えられる。平均残存率の分散と退院率の分散の差を検定した結果、退院率の分散が平均残存率の分散より有意に大きかった。都道府県単位で算出する退院率を安定した指標とするには、現在の 1 ヶ月の 1 年以上在院の退院患者数を 12 倍して年間の退院患者数とする方法を改め、1 年間の 1 年以上在院の退院患者数を集計する方法が考えられた。

A 目的

厚生労働省精神保健福祉対策本部は平成 16 年 9 月「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（以下、「改革ビジョン」）をとりまとめた。その基本方針は「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を推し進めていくため、国民各層の意識の変革や、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後 10 年間で進めることであり、精神保健医

療福祉体系の再編の達成目標として、①各都道府県の平均残存率（1 年未満群）を 24%以下とすること、②各都道府県の退院率（1 年以上群）を 29%以上とすることを挙げている。

これらの数値は都道府県単位で算出されることから、偶発性の変動は避けるよう工夫する必要がある。

本研究は、平均残存率と退院率が大きく変動する場合、そこに偶発性の要因が

関与していないか検討すること、さらにこれらの数値の安定性を確保する方策を検討することを目的とする。

B 対象と方法

1. 都道府県の把握する変動要因

改革ビジョン研究ホームページ¹⁾より平成 10～16 年度の平均残存率および平成 11～16 年度の退院率を参照し、表を作成した。そのうち、平成 14 年度以降に大きな変動のあった 3 県を対象に、調査の趣旨を電話で連絡したうえで、平均残存率または退院率の全国都道府県の表を送付し、変動のあった年度について背景となる要因の有無を問い合わせた。

2. 平均残存率と退院率の変動状況

対象は各都道府県の平成 10～16 年度の平均残存率および平成 11～16 年度の退院率である。各都道府県の年度ごとの平均残存率の値をそれぞれの都道府県の平成 10～16 年度における平均値で割った数値（以下、平均残存率／平均値）を算出し、変数とした。

$$\begin{aligned} & \text{(平均残存率／平均値)}_{\text{(年度, 都道府県)}} \\ &= \frac{\text{平均残存率}_{\text{(年度, 都道府県)}}}{\text{平均残存率の平均値}_{\text{(都道府県)}}} \\ &= \frac{\text{平均残存率}_{\text{(年度, 都道府県)}}}{\sum_{\text{平成10}}^{\text{平成16}} (\text{i年の平均残存率}_{\text{(年度, 都道府県)}}) / 7} \end{aligned}$$

また、同様に退院率についても算出した（以下、退院率／平均値）。

$$\begin{aligned} & \text{(退院率／平均値)}_{\text{(年度, 都道府県)}} \\ &= \frac{\text{退院率}_{\text{(年度, 都道府県)}}}{\text{退院率の平均値}_{\text{(都道府県)}}} \\ &= \frac{\text{退院率}_{\text{(年度, 都道府県)}}}{\sum_{\text{平成11}}^{\text{平成16}} (\text{i年の退院率}_{\text{(年度, 都道府県)}}) / 6} \end{aligned}$$

そのうえで、平成 11～16 年度における退院率／平均値と平均残存率／平均値の分散の差を、年度ごとに F 検定により検定した。ここで、年度ごとに F 検定を行った理由は平均残存率および退院率の全国的な推移を考慮し、平成 11～16 年度にかけての経年変化による分散の増加の影響を除外するためであった。

C 結果

1. 都道府県の把握する変動要因

問い合わせを行った 3 県のうち 1 県（以下、A 県）のみから関連していると思われる要因の回答があった。他の 2 県は特定の要因は把握していないとの回答であった。

A 県の回答は下記のとおりであった。

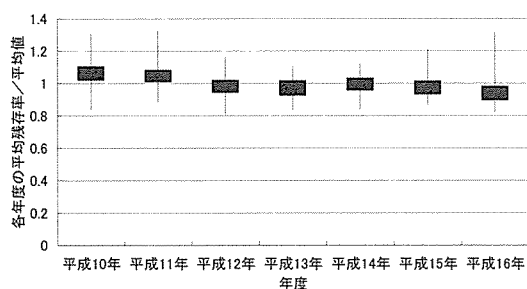
- (a) 調査期間に Y 病院が開設されていた。
- (b) Y 病院は X 病院の分院であり、全て精神療養病床からなっていた。
- (c) X 病院から調査期間に相当数の退院が発生しており、他の年度における X 病院の退院患者数を大きく超えていた。

2. 平均残存率と退院率の変動状況

(1) 平均残存率／平均値

平均残存率／平均値の推移を図 1 に示した。全国的に平均残存率が低下する傾向が見られた。各都道府県の平均残存率／平均値は 0.8～1.3 であった。

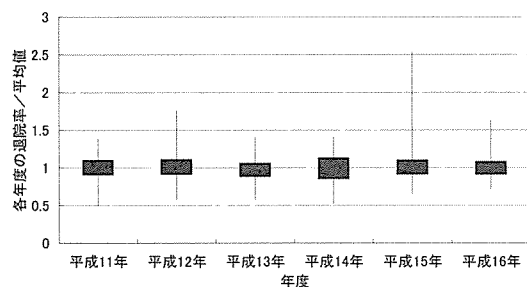
図1. 平均残存率／平均値の推移



(2) 退院率／平均値

退院率／平均値の推移を図2に示した。各都道府県の退院率／平均値は 0.5－2.5であった。

図2. 退院率／平均値の推移



(3) F 検定

F 検定の結果を表 2 に示す。平均残存率／平均値と退院率／平均値の分散を比較すると、平成 11 年度から平成 16 年度にかけて分散に有意差が見られ、退院率の分散のほうが大きかった。

表1. 退院率／平均値と平均残存率／平均値の分散の差^{a)}

	平成11年	平成12年	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年
退院率／平均値						
平均	1.00	1.03	0.97	0.97	1.02	1.00
分散	0.03	0.04	0.03	0.04	0.07	0.03
観測数	47	47	47	47	47	47
自由度	46	46	46	46	46	46
平均残存率／平均値						
平均	1.05	0.98	0.97	0.99	0.98	0.96
分散	0.01	0.00	0.00	0.00	0.01	0.01
観測数	47	47	47	47	47	47
自由度	46	46	46	46	46	46
F検定						
観測された分散比	3.82	8.39	6.98	11.99	14.01	3.42
P(F<=f) 片側	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
F 境界値 片側	1.63	1.63	1.63	1.63	1.63	1.63

a) F検定による

D 考察

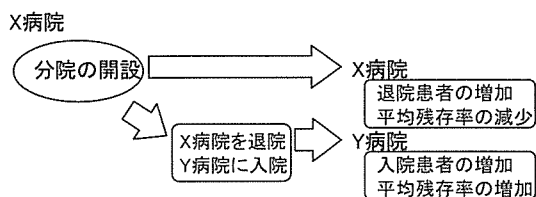
1. 偶発性の変動の要因

A 県における退院率および平均残存率の変動の要因は、6 月に実施された分院

の開設である。

これについて、分院を開設した場合の流れ図を図 3 に示す。

図3. 分院の開設における退院患者数・新規入院患者数



X病院が新しく Y病院を開設する場合、数値上の変遷を追うと、以下ようになる。X 病院から Y 病院へ転院となる患者は X 病院からまず退院し、次に Y 病院へ入院する。この場合、Y 病院へ転院した患者数の分だけ X 病院は例年に比べ退院患者が増加する。そのため、X 病院の退院患者数が集計されることにより、県全体の退院率は増加する。

転院によって Y 病院へ新規入院となった患者にはすでに長期在院となっている患者が多く含まれており、速やかに退院する患者は少ないと考えられる。このため、県全体として平均残存率が高くなると考えられる。

2. 平均残存率と退院率の変動状況

本研究において行った解析では、平均残存率の変動に比べ、退院率の変動が大きいことが明らかとなった。以下に平均残存率と退院率の算定式を確認し、その理由を記述する。

退院率は次式で算出されている。

$$\text{退院率} = \frac{\text{1年以上在院患者の6月退院患者数} \times 12}{\text{1年以上在院患者数}}$$

改革ビジョンによる退院率の定義は「1年以上の在院患者から退院する者の

数を1年以上の在院患者数で除したものの」とされており、退院率とは在院患者（1年以上在院）に対する1年間での退院患者（1年以上在院）の比と言える。

しかし、現在の算出方法では、退院率は1年以上在院患者の6月1ヵ月間の退院患者数を用いて1年間の退院患者数を推計している。また、6月退院患者の観察対象は6月1日から6月30日の間の在院患者であるが、6月29日までに退院した患者は6月30日の在院患者に含まれない。

そのため、調査期間である6月に退院患者数に大きく関与する出来事が起きた場合、その数が12倍されてしまうため、実際の1年間の退院患者数と計算値の間に大きな差が生じることとなる。

平均残存率は次式で算出される。

$$\text{平均残存率} = \frac{\sum_{i=1}^{翌年6} (\text{6月に入院し}i\text{月1日まで継続して入院している患者数})}{(\text{前年6月に入院した患者数}) \times 12}$$

つまり、平均残存率とは6月に入院した患者のうち、ある月まで継続して入院している患者の割合を1ヵ月ごとに残存率として算出した場合の、12ヵ月の平均値である。現行では6月の新規入院患者についての平均残存率を全体の平均残存率としているため、1年間の新規入院とをもとにした平均残存率とは差を生じる可能性がある。しかし、平均残存率には退院率ほどの変動は見られず、現在の算出方法においても比較的安定した指標となっている。平均残存率の観察対象は6月新規入院患者であり、平均残存率の算出式における分母にこれが反映されているため、退院率のように算出式と実測値における観察対象の相違は生じないこと

も関係していると考えられる。しかし、閉院等による病床の減少があると、入院してから1年以内の患者が退院となることがある。その場合、偶発性的変動によって平均残存率が減少する。早い段階、すなわち6月に近い段階でそれらが発生した場合に大きくなり、次年度の6月に退院が促進されても影響は小さい。

3. 対策

平均残存率に比べ退院率の変動が大きいこと、退院率には偶発性的要因が大きく影響している可能性があることを考慮すれば、退院率には対策が必要と考えられる。

調査の精度を上げる方策としては、1年間退院患者数を測定する方法がある。退院率については6月1ヵ月間の退院患者数を用いて算出しているが、1年間の退院患者数を用いることができれば、偶発性的要因による誤差の発生を回避できると考えられる。算定式は以下である。

$$\text{退院率} = \frac{(\text{1年以上在院患者の1年間退院患者数})}{\text{1年以上在院患者数}}$$

このとき、退院率は各月の退院患者を元に算出された退院率の平均値となる。

$$\begin{aligned} \text{退院率} &= \frac{(\text{1年以上在院患者の1年間退院患者数})}{\text{1年以上在院患者数}} \\ &= \frac{\sum_{\text{前年}7}^6 (\text{1年以上在院患者の}i\text{月退院患者数})}{\text{1年以上在院患者数}} \\ &= \frac{1}{12} \times \frac{\sum_{\text{前年}7}^6 (\text{1年以上在院患者の}i\text{月退院患者数}) \times 12}{\text{1年以上在院患者数}} \end{aligned}$$

退院率は各月の退院率12個の退院率の平均値となるため、その分散は現在の算出方法の約12分の1となり、平均残存率以下の変動となることが予測される。

E 結論

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に精神保健医療福祉体系の再編の指標として各都道府県に示された平均残存率、退院率が大きく変動する場合、そこに偶発性の要因が関与している可能性がないか検討し、指標としての安定性を確保する方策を検討した。都道府県単位で算出する退院率を安定した指標とするには、現在の1ヶ月の1年以上在院の退院患者数を12倍して年間の退院患者数とする方法を改め、1年間の1年以上在院の退院患者数を集計する方法が考えられた。

参考

1) 入院医療中心から地域生活中心へ—精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページ—.

<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/index.html>

平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」

分担研究報告書

入院形態ごとの適切な処遇確保と精神医療の透明性の向上に関する研究

分担研究者	白石 弘巳	(東洋大学ライフデザイン学部)
研究協力者	伊藤 哲寛	(前北海道立精神保健福祉センター)
	岩下 覚	(桜ヶ丘記念病院)
	長瀬 幸弘	(たかつきクリニック)
	八田 耕太郎	(順天堂大学)
	平田 豊明	(静岡県立こころの医療センター)
	藤井 潤	(栗田病院)
	益子 茂	(東京都多摩総合精神保健福祉センター)
	松原 三郎	(松原病院)
	溝口 明範	(溝口病院)
	吉住 昭	(肥前精神医療センター)
	重松 淳哉	(肥前精神医療センター)

研究の目的：精神保健福祉の改革ビジョンのうち、「エ 入院形態ごとの入院期間短縮と適切な処遇の確保」「オ 患者への情報提供と精神医療の透明性の向上」を中心とする部分について、改革の進捗状況を把握し、必要に応じて改革推進に向けた提言を行うことを目的として実施する。

研究の方法：1)措置入院の指定病院等を対象として、入院した患者を入院形態ごとに5名ずつ選び、入院時の治療、行動制限の実施状況、退院後の治療状況などを尋ねるアンケート調査の調査票案を作成した。2)本分担研究と関連する厚生労働科学研究のこれまでの成果と今後に残されている課題について検討した。3)精神科医療機関の改革に取り組んでいる病院の実情を知るために、3つの医療機関に対して聞き取り調査を実施し、併せて精神保健福祉法の改正への対応や今後の国の精神保健福祉の施策への希望について意見を聴取した。

結果と考察：これまでの厚生労働科学研究班の成果を調査し、精神医療の透明性の確保等について、すでに本分担研究と重複する内容の研究が行われていることを確認し、身体拘束や情報公開などに関して、それらの研究班が作成したガイドラインなどを利用していくことが必要であると確認した。また、630調査に新たに組み込むべき項目についていくつ候補が挙げられた。日本の精神科医療の現状を正しく反映するような明確な指標を選び出すよう検討する。また、聞き取り調査の結果、現在精神保健福祉の改革ビジョンの課題に率先して取り組み、大きな成果を上げている精神科医療機関があることが分かった。今後、このような改革が広く行われていくために必要な条件を来年度以降に検討していくこととした。精神科医両機関へのアンケート調査の結果については、追って明らかにする予定である。

A. 研究の目的

厚生労働省は、平成16年9月に精神保健福祉対策本部報告書「精神保健福祉の改革ビジョン」を公表し、「入院治療から地域生活中心へ」という基本的な方策を押し進め、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年で進めることとした。また、

平成17年10月に障害者自立支援法が成立し、併せて精神保健福祉法や障害者雇用促進法も改正された。

「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」班では、こうした精神保健福祉サービスの改革の推進のためのフォローアップ研究を行い、研究成果を周知することに

より、根拠に基づいた改革の実現に向けた動機付けの強化を図ることを目的として本研究を計画した。

その分担研究である「入院形態ごとの適切な処遇確保と精神医療の透明性の向上に関する研究」では、改革ビジョンのうち、「エ 入院形態ごとの入院期間短縮と適切な処遇の確保」「オ 患者への情報提供と精神医療の透明性の向上」を中心とする部分について、改革の進捗状況を把握し、必要に応じて改革推進へ向けた提言を行うことを目的として実施する。

本分担研究班の担当する改革ビジョン該当箇所は、以下の通りである。

エ 入院形態ごとの入院期間短縮と適切な処遇の確保

- 措置入院を受け入れる病院について、別紙14のように病棟の看護職員配置を3：1以上にするなどの医療体制の改善を、地域ごとの事情に応じて段階的に進める。
- 措置入院患者の在院期間の短縮化を踏まえ、事務量や費用も勘案しつつ、現状の定期病状報告の頻度の見直しや都道府県による実地審査の強化の必要性について結論を得る。
- 医療保護入院について、定期病状報告の様式の見直しなど病識の獲得等の取り組みを促す仕組みを設ける。
- 保護室の利用や身体的拘束等の患者の行動制限が、病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを常に確認できるようにするため、現行の診療録記載に加えて一覧性のある台帳の整備を進める。
- 入院患者の処遇上必ず行われなければならない閉鎖病棟への電話設置について、硬貨収納式電話機（旧ピンク電話）等の設置や、携帯電話の活用を図る。
- 任意入院患者について、開放処遇が徹底され、また開放処遇の制限が適正に運用されていることを確認するため、必要に応じて、監査の見直しを行う。
- 重度の痴呆で判断能力が欠けていたり、閉鎖病棟等で長期間処遇されている任意入院患者について、都道府県等の判断で病状報告を求めることができる仕組みに

ついて検討する。

オ 患者への情報提供と精神医療の透明性の向上

- 一部地域で行われている、一定の国域単位（二次医療圏域、障害保健福祉圏域等）で医療や福祉に係る社会資源の情報を整理して利用者にわかりやすく提供する仕組み（パンフレット、ホームページ等）を全国的に進める。
- 精神科の特性を勘案しつつ、医療に関する広告規制の緩和や、医療団体によるガイドライン作成などの自主的な取り組みをさらに促す。また、既存の第三者による評価を積極的に推進する。
- 当面、地域において中核的な役割を担うべき国公立病院について、患者の利用実態や機能等に関する一定の評価軸を設け、その結果を公表する等の新たな取り組みについて研究に着手する。
- 別紙15のように、都道府県の実地指導において処遇の改善命令を行ったにも関わらず適切な改善がなされない場合に、その内容等を公開する仕組みの具体化を図る。
- 精神医療審査会については、現行の委員構成の元での書類審査や実地審査において公正性が保たれているかを確認しつつ、今後の在り方を検討する。

本研究班は、竹島班の中では、もっとも精神科医療の改革を質的にモニターすべき役割を担っている。従って、しっかりとした結果を出したい。

また、本研究を実施するに際して、以下の点についても配慮することとする。

- 1) 精神科医療が短期入院や、長期入院者の地域移行を課題としていることは言うまでもない。しかし、また改革を急ぐあまり不十分な改善しか得られていない人をあまりに短期で退院させたり、長期入院者を十分な準備なく病院から締め出したりすることが起きてはならない。
- 2) 本研究では、精神科医療機関において、現実に行われている医療の状況を踏まえ、平均残存率や退院率といった具体的な数値に照らして改革の進捗状況を検討することになる。この検討の際には、国内の

地域差についても議論する必要がある。改革の実現に向けて取り組むべき課題は地域ごとに異なることが想定され、目標とその達成時期は地域の課題を勘案して設定される必要がある。

- 3) 精神保健福祉法における入院治療の際の人権尊重手続きのあり方について議論する。手続きが人権を尊重した精神科医療の実現にとって効果的であることを当然として、精神科医療に従事する者の負担が過重にならないような配慮も必要である。本研究では、現在用いられている各種届け等の帳票等について整理し、改革ビジョンの目標である効果的な人権擁護の仕組みのありようについても将来を見据えて検討することとしたい。
- 4) 以上の研究を行うに当たって、これまでに行われてきた種々の厚生労働科学研究の成果を十分に生かすことが大切である。すでに、行われた研究については重複を避け、また、これまでの研究が課題として指摘したことを踏まえて、研究を計画し、実施することとする。併せて、類似のテーマで関連研究が並行して行われている場合には、その分担研究者らと情報交換を密にする必要がある。こうした作業を行うことにより、本研究の効率化を図るようにする。
- 5) 本研究の成果が十分利用されるだけでなく、また本研究で検討された精神保健福祉改革の指標の動向が毎年更新されるように、630 調査などの活用方法について提言を行う。

以上を踏まえ、平成18年度は、1) 指定病院等精神科医療機関に入院した患者の治療状況についてのアンケート調査の調査票案の作成、2) これまでに行われてきた本分担研究と関連する厚生労働科学研究についての達成度と今後に残された課題整理、3) 精神医療改革に取り組んでいる医療機関に対する聞き取り調査、などを行い、得られた結果について研究協力者間で意見交換を行うこととした。

B. 方法

平成18年度は、調査1. 精神科医療機関に対するアンケート調査の調査票案の作成と、

調査2. これまでの厚生労働科学研究の成果についての検討、調査3. 精神医療改革に取り組んでいる医療機関に対する聞き取り調査、を行い、得られた結果について研究班会議で検討する。

【調査1. 精神科医療機関に対するアンケート調査】

1) 小票調査

措置入院の指定病院(N=985)その他の精神科医療機関を対象として、平成18年1月1日以前に入院した措置入院患者、医療保護入院患者、任意入院患者を入院順にさかのぼって各5名選び、各小票に入院後退院までの行動制限の実施状況や、退院先等の状況等について記入を求める。また、それぞれ院内での処遇、退院に関して課題となったことの記載を求める。

2) 概況調査 上記で対象とした医療機関ごとに、そのプロフィール、行動制限の最小化や早期退院に向けてどのような取り組みが行われているか等について回答を求める。また、今回の精神保健福祉法改正で発生した医療保護入院や措置入院患者に対する定期病状報告の様式の見直し、長期入院患者に同意の再確認を求める仕組みの導入、隔離及び身体拘束等の行動制限について一覧性のある台帳の整備、などに関する実施後の意見を聞く。

アンケート調査票は、研究協力者の合議により決定し、印刷の上、郵送にて無記名で回答を求める。調査票は郵便で回収後、結果を分析する。結果の分析は、統計解析会社に委託する。得られた結果を基に、研究協力者が詳細に内容を分析する。本年度は、調査票案を作成した。

【調査2. これまでの厚生労働科学研究成果に関する調査】

上記アンケート調査を実施するに際し、主として、これまでに行われてきた厚生労働科学研究のうち、本研究班の課題に関連する研究について洗い出し、その内容、ガイドライン等の成果、提言の内容等について整理する。アンケート実施に先駆けて実施し、その内容をアンケートに反映させるようにする。

【調査3. 精神科医療機関への聞き取り調査】

上記アンケート実施に伴い、精神科医療機関を訪問し、関係者から、研究対象項目に関して、その実施状況等について聞き取り調査を行う。また、アンケート調査の結果、必要があれば、精神科医療機関を訪問して、さらに詳細に実態を把握することとする。

【倫理面への配慮】

本年度は、個人を特定可能な情報を扱っていない。

C.結果

【調査1. 精神科医療機関に対するアンケート調査】

精神科病床を有する医療機関を対象として、アンケート調査を行うこととし、依頼状、記入の手引き、施設票、入院形態ごとの患者票を作成し（巻末資料参照）、研究協力者間で内容を検討したあと実施することとした。また、本アンケートの実施に際して、国立精神・神経センターにおいて倫理審査を受ける。結果については、まとめ次第、別途報告することとしたい。

【調査2. これまでの厚生労働科学研究成果に関する調査】

本報告書の末尾に、担当する改革ビジョンと関連するこれまでの厚生労働科学研究を表示した。

本報告書では、これまで行われた厚生労働科学研究のうち、本分担研究との関連が強い6つの研究を選び、直接研究を担当した研究者から、その成果と残された課題、630調査に反映すべき事項等について提示を受けた。

以下、1)「措置入院にあたっての精神保健指定医の判断の標準化に関する研究」16～18年度の概要（肥前精神医療センター 吉住昭、長崎県立精神医療センター 瀬戸秀文）、2)

「措置入院制度の適正な運用における精神医療審査会のあり方に関する研究」（静岡こころの医療センター 平田豊明）、3)「精神科医療における行動制限の最小化に関する研究」（順天堂大学医学部精神医学講座 八田耕太郎）、4)「精神障害者の医療アクセスに関する研究」（東京都多摩総合精神保健福祉センター 益子 茂）5)「精神科領域における“医療の

質の向上”と、インフォームド・コンセント、診療情報開示」（桜ヶ丘記念病院 岩下 寛）、6)「精神科医療における情報公開と人権擁護に関する研究」（北海道立精神保健福祉センター前所長 伊藤哲寛）、7)「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開に関する研究」（国立病院機構肥前精神医療センター 吉住昭）、について、その成果概要と残された課題、630調査に反映させるべき指標、などについてまとめておく。

1. 「措置入院にあたっての精神保健指定医の判断の標準化に関する研究」16～18年度の概要

吉住 昭（肥前精神医療センター）
瀬戸秀文（長崎県立精神医療センター）

平成16年度

措置入院の要否を判断する際の判断因子を検討し、F2 ほぼ全通報種別で要措置と判断されること、逆に F6、F7 の警察官、検察官通報で措置不要となること、症状では、F1、F2、F6、F7 の幻覚妄想状態、精神運動興奮状態で要措置と判断されることなどが明らかになった。

平成17年度

1) 措置診断書の分析による指定医の措置要否決定の要因

診断書の各項目を独立変数、措置要否を従属変数として、ロジスティック回帰分析を用いてオッズ比を求めた。診断書全例における項目別の Odds 比は、殺人 4.11、自殺企図 4.00、幻覚妄想 3.32、精神運動興奮 3.15、傷害 2.90、放火または弄火 2.43 で、逆に、うつ 0.69、精神遅滞 0.58 であった。さらに通報種別、診断別による分析も行った。

2) 都道府県・政令指定都市における指定会開催状況調査

全体の約 4 分の 1 の自治体で指定医会が行われており、措置入院の診断基準や、事例検討、精神医療審査会からの指摘事項に対する討論などが行われていた。

3) ガイドライン研究

措置入院判定ガイドラインと措置診断書案

について、6 県市の 41 名の指定医から回答を得た。ガイドラインに定めた 7 項目について 8 割以上の指定医は、特に問題はないとしていた。措置診断書案については、症状欄について多数の意見があった。

平成 18 年度

1) ガイドライン研究

17 年度の意見をもとに一部変更した措置入院判定ガイドラインを 170 の精神科関連機関（精神科医療施設 70、精神保健福祉センター 55、保健所 45）に送り 141 カ所からの回答があり集約中である。

2) 決定木分析による措置要否の判断

措置入院要否の判断過程を、決定樹法によって分析し精神運動興奮の有無で 2268 例と 1616 例に分かれた。

以下同様に、最少 3 段階、最多 7 段階に 46 ノードに分類された。最終ノードは 24（最大 623 例、最小 54 例）。

各ノードの特徴

最も少ない分枝で最終ノードに達したノード

精神運動興奮あり・傷害あり・幻覚妄想なし：要措置 92.2%（118/128 例）

精神運動興奮なし・幻覚妄想なし・自殺企図あり：要措置 80.4%（148/184 例）

全例が要措置とされていたノード

精神運動興奮あり・傷害あり・幻覚妄想ありの分岐で薬物アルコールありのノード（133 例） 同なしの分岐で 64 歳以下・残遺症状ありのノード（117 例）

精神運動興奮あり・傷害なし・幻覚妄想あり・自殺企図あり・微罪あり（102）

要措置の割合が低いノード

精神運動興奮なし・幻覚妄想なし・自殺企図なし・躁なし・傷害なし・男性・人格障害なし 30.3%（47/155 例）

以上から、決定木分析による樹形図は、措置要否の判断に用いることはできないが、精神保健指定医が、措置要否の判断に際して、どのような点を考慮したか、その判断の過程を明らかにする端緒となると思われた。

2. 「措置入院制度の適正な運用における精神医療審査会のあり方に関する研究」

平田豊明（静岡県立こころの医療センター）

1) 研究の成果

平成 17 年度に、長期措置入院者のプロフィールを把握することを目的として、精神医療審査会事務局宛に、機械的に集計可能な項目の調査、集計を依頼した。対象は、平成 17 年 4 月 1 日から 9 月 30 日までの間に精神医療審査会で書類審査された措置入院患者の定期病状報告書のうち、5 年以上措置入院を継続している事例とした。その結果、60 の事務局のうち、59 の事務局から回答があり、588 例の個別データが寄せられた。この個別データを分析したところ、以下のような結果が得られた。(1) 対象者のうち、84.5%が民間精神科病院に入院していた。平均在院期間は 19.7 年。80.6%が男性で、主診断の 92%が統合失調症であった。問題行動の種別のうち、医療観察法の対象事例を含むと推測される「殺人」「傷害」「放火・弄火」「性的逸脱行動」「強盗」の履歴のいずれかがある事例は、386 例(65.6%)であった。殺人の履歴のある事例とそれ以外でいくつかの項目を比較してみたところ、殺人履歴群は、国公立病院への在院比率が高く、男性の比率が高かったが、在院期間はやや短かった。隔離室の使用頻度が高い反面、介護士は低かった。また、在院期間は、民間病院に在院中の中老年事例のうち、重大な他害行為を伴わない事例や女性患者で長かった。すなわち、長期の措置入院患者は、いわゆる「処遇困難事例」とは必ずしも重ならないことが推測された。措置入院継続の判定基準が標準化されていないため、長期措置入院者数には大きな地域差がある。退院請求審査や書類審査を通じて、措置入院継続の妥当性を評価する役割を担う精神医療審査会は、長期措置入院患者の権利擁護にもっと積極的に関与し、医療観察法の指定入院医療機関が受ける外部監査に倣って、措置入院の漫然とした長期化をチェックする制度を検討すべきである。

2) 精神保健医療の改革ビジョンとの関係

本研究は、精神保健医療の改革ビジョンで挙げられている、入院形態ごとの適切な処遇の確保という施策の基本的方向性と関連する。改革ビジョンでは、病棟の機能強化、措置入

院等を受け入れる病院の人員配置の向上、などの施策により、行動制限が必要最小限にとどまり、早期に退院や任意入院の形態への移行を促すような仕組みを検討することがめざされている。本研究では、医療機関の機能に加え、精神医療審査会が標準化された基準をもって措置入院患者の評価を行うことで、他の入院形態への移行を促し、また、退院へと促すような機能を担うべきであるという結論を得たものである。審査会の機能という視点では、改革ビジョンの「精神医療審査会については、現行の委員構成の下での書類審査や実地審査において公平性が保たれているかを確認しつつ、今後のあり方を検討する」という項目と密接に関連する。

3) 本分担研究との関連

本分担研究では、平成 19 年度以降に指定病院等精神科医療機関に 1 年以上入院している患者の退院率の検討を入院形態別に行うとしている。本研究は、今後行われるアンケート調査の基礎資料ともなるものである。

4) 630 調査の関連

吉住班が、措置入院にあたっての精神保健指定医の判断の標準化にかんする研究を行っており、本分担研究でも、その成果をもとに、平成 19 年度の 630 調査に加えるべき項目を検討することとしているので、本研究の成果を再検討することで、項目選定に寄与できる可能性がある。

3. 「入院形態ごとの適切な処遇確保と精神医療の透明性の向上」について

八田耕太郎（順天堂大学医学部精神医学講座）

精神保健医療福祉の改革ビジョンの 1 項目である「入院形態ごとの適切な処遇確保と精神医療の透明性の向上」に関して、これまでの厚生労働科学研究を振り返ると、平成 11～12 年度に実施された「精神科医療における行動制限の最小化に関する研究」および平成 13～15 年度に実施された「入院中の精神障害者の人権確保に関する研究」の総括を議論の端緒とする道筋が一つあるように思われる。

「精神科医療における行動制限の最小化に関する研究」においては、わが国に存立する

全ての精神病床をもつ医療機関 1,548 施設のうち 1,090 施設から回答（回収率 70.4%）を得、隔離・身体拘束が 4.1%の入院患者に実施されていることが明らかとなった。同時に、隔離の開放観察や身体拘束の中断が大半の患者に実施されていたこと、隔離・身体拘束の実施期間は 1 週間以内の短期な群と 1 ヶ月以上続く群との 2 峰性を示すことも明らかになった。このような状況に対して行動制限の最小化を図るべく、隔離・身体拘束に関する病院内審査機関の試行がなされた。その結果は意外に、拘束部分中断時間の割合および拘束一部解除時間の割合といった細目の有意な増加が認められたに留まり、職員の審査システムの効果への認識は有意に否定的に変化した。したがって、このような審査システムは短期で終了する行動制限には効果は乏しいが、長期化する行動制限に対する点検機構として意義をもつ可能性があると考えられた。この試行を基に作成した病院内審査機関に関する指針案が、平成 16 年 4 月の診療報酬点数表の改訂に際して新設された「医療保護入院等における適切な診療を評価した医療保護入院等診療料」の中心となる「行動制限最小化に係る委員会」の背景になっている。

この研究を引き継ぐ形で実施された「入院中の精神障害者の人権確保に関する研究」のうちの分担研究「臨床薬理学的検討に基づく行動制限の適正化と人権確保」では、症例対照研究から、抗精神病薬への治療反応性の予測は治療開始後 2 週間以内に行いうる可能性があること、治療反応良好群において判断力と病識の欠如の改善経過から必要なら 5 週間程度の入院期間が保証されるべきであることが示唆された。また、治療反応良好群は、隔離の開放観察や身体拘束の時間的中断といった制限の弱い状況を含めても、最長で入院第 11 病日までであったが、治療反応非良好群では長期化する例が少なからず存在した。この結果から、治療反応性という臨床薬理学的な尺度を用いた隔離・身体拘束の必要期間の予測可能性が示唆された。逆に言えば、一律の行動制限の期間の上限設定といった考え方の不合理性を示している。

これらの研究成果は、精神保健福祉の改革ビジョンに対して行動制限の管理の質の向上の必要性を投げかけるといった意味でつながってくる。具体的には、中間法人日本総合病

院精神医学会から平成19年3月に出版された「身体拘束・隔離の指針」にある代替手段の検討（離床センサー、畳、点滴ライン等の走行の工夫、ミトン）、安全対策としての阻血の防止（マグネット式の専用製品の使用）、誤嚥の防止（両側上肢拘束と摂食とを並行する際はベッドのヘッドアップおよびテレメトリーによる心肺モニター）、深部静脈血栓・肺塞栓の防止（下肢に静脈血栓がないことの確認、下肢拘束の場合は間歇的空気圧迫法の器械装着または弾性ストッキングを着用）、点滴ラインや尿道カテーテルの抜去の防止（点滴ライン類に両手・口・足が届かないように走行を工夫）、ストレス潰瘍の防止（予め抗潰瘍薬を静脈内投与あるいは内服）といった項目が実施されているかを検討することが、行動制限の実質的な管理の質の向上につながると考えられる。改革ビジョンでも標準的な治療計画の検討が重点施策となっているが、精神科医療機関に対する630調査において、あるいは改革ビジョンの反映状況に関するアンケート調査においてこれらの項目を盛り込むことは、身体拘束・隔離の質の標準化という意味でも、現場の意識改革としても有効であろうと推測できる。同時に、患者・家族にとって、身体拘束をする際に医療側はどのようなことに留意して管理しているのかがわかるといった透明性にもつながり、相互理解の一助となりうる。

4. 精神障害者の医療アクセスに関する研究 益子 茂（東京都多摩総合精神保健福祉センター）

1) 研究内容と成果（到達点）

平成13年度から15年度の3年間、「精神障害者の医療アクセスに関する研究」において精神科救急医療システム及び医療保護入院等のための移送制度の全国各自治体における整備・運用状況について、自治体所管部局へのアンケートと関係者等への聞き取りによる調査・研究を行った。

精神科救急医療システムについては、国の予算化が図られたことで全国的に整備は進んでいたが、その内容は地域の医療資源の配置特性等を反映して自治体毎にまちまちであった。われわれは特にシステムへのアクセスの

入り口である情報センターに着目して、その機能や整備・運用状況、市民への周知・普及状況等について調べた。その結果、その必要性の認識不足、電話での振り分けのみで相談機能を併せ持っていない、周知がされていない、稼働時間が限られているなどの問題点が多くの自治体で認められた。

医療保護入院等のための移送制度については、法施行後3年経過しても整備に至っていない自治体があり、整備した自治体でも実績の伸びないところが多かった。実績のあるところでは概ね制度の趣旨に沿った対象への適用がされており、いわゆる「措置流れ」事例への適用については各自治体とも慎重な態度が目立った。実績の伸びない要因としてあげられた単身者への適用の困難さや迅速性と代替手段採用困難という二律背反した要請の整理など、今後さらなる検討が必要と思われた。

2) 精神保健医療の改革ビジョンとの関係

当研究テーマは改革ビジョンにおいては地域医療体制の整備の項目に最も関係づけられるであろう。

3) 改革ビジョン実現に向けての方策

障害者が地域生活を維持していくためには、24時間の相談支援や夜間休日等の悪化時に医療へスムーズにアクセスできる体制がバックアップとして保障されていることは不可欠である。特に救急情報センターについては、相談機能も併せ持つ救急システムの入り口として、だれでもが常時アクセスできるようさらに整備を進める必要がある。

医療保護入院等のための移送制度は、地域において不幸にして症状悪化したうえ、自身が医療の必要性を判断できる状態にない精神障害者を公的責任において医療につなぐ制度である。改革ビジョンでは、病状が必ずしも安定していない精神障害者に対しても地域生活支援を促進していくことがうたわれており、移送制度がその中でセーフティーネットの一つとして有効に機能することが期待される。今後、特にそうした支援を民間事業者が包括的に行う仕組みを構築する際には、症状悪化時に公的責任による強制力行使を法的に規定したこの制度の意味は大きいと思われる。そうした観点から当制度を見直し、迅速性や単身者への適用などにも配慮した検討がされる

べきである。

4) 今後630調査に盛り込むべき項目

上記研究において、特に精神科救急システムの稼働実績について調査した際、各都道府県のデータのばらつきが大きく、緊急措置と救急医療との関連や時間外診療と救急システムにおける診療の区分などの解釈の違いも影響していると思われた。また、救急情報センターやそれ以外の機関も含め夜間休日等の相談体制と救急システムでの診療・入院実績の間に何らかの相関があることが期待されるが、確実なデータを得ることが困難であった。

こうしたことから、今後、精神障害者の地域生活を支えるセーフティーネットとしての救急医療システムの充実の重要性を関係者に認識してもらうためにも、630調査に救急システム関連の項目を盛り込むことが必要と考える。

5. 精神科領域における“医療の質の向上”

と、インフォームド・コンセント、診療情報開示

岩下 覚(桜ヶ丘記念病院)

近年、日本の医療社会では診療情報提供と開示、即ち「インフォームド・コンセント」と「カルテ開示」が中心的な課題となり、その理由として、「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会報告書」(平成10年)によれば「第一に、医療従事者、患者の信頼関係の強化、情報の共有化による医療の質の向上」と同時に「第二に、個人情報のコントロール」が挙げられている。我が国において、診療情報開示は「医薬品による健康被害の再発防止対策について」(平成8年)で取り上げられたのを嚆矢として、平成10年には上記検討会報告書が発表され、その後相次いで日本医師会や医療関係団体の指針が発表された。平成15年には、厚生労働省が「診療情報の提供に関する指針」を定め、日本医師会等は「指針」の改訂を行い、更に平成17年、「個人情報保護法」が全面施行され、同法においては第25条で「開示」が、第26条では「訂正」が規定されているため、「カルテ開示」は「原則開示、例外非開示」に大きく転換し、新たな局面を迎えた。

但し精神医学・医療の領域では、上記検討会報告書以来「人間の人格、意思に最も深く関わる疾病であり、また患者に対する心理的影響が直ちに病状の悪化につながるという特性」を持ち、非自発的治療や判断能力の有無、程度をはじめとしたさまざまな特質があることから、他の診療各科と比べより慎重な臨床判断が必要であり、かつ実効性のある実践にはより困難を伴うものと考えられた。

これらの状況を踏まえ、筆者らは、平成15年度から同17年度にかけて「精神科医療施設におけるインフォームド・コンセントと情報開示の推進に関する研究」(分担研究者 佐藤忠彦)を行った。この研究においては先の「精神科医療施設における診療情報開示のあり方に関する研究」(平成12~14年度)の成果を踏まえ、精神医学・医療の領域において診療情報の開示を行う際に、臨床判断を下すための具体的な要件や基準を明らかにし、この領域の一層の進捗と発展を可能にすることを目的とした。その研究内容の要旨は以下の通りである。

平成15年度は、インフォームド・コンセントと判断能力も含めて知見や用語を整理し、「精神科診療情報の提供と開示に関する指針(第1次試案)」を作成した。

平成16年度は、精神科医療機関に対して「第1次試案」についてのアンケート調査を行い、同時に医療機関の対応の実情を把握し、個人情報保護法関連の諸法規、米国の病院例、マドリッド宣言(世界精神医学会)およびインフォームド・コンセントに関する和文文献を参照して、「第2次試案」を作成した。

平成17年度は、個人情報保護法全面施行による動向、文献資料、英米の現状を検討した。その結果、研究協力者から、学会の事例発表、福祉サービスについてのインフォームド・コンセント、医療機関と地域施設との間の個人情報保護、医療の質評価と患者満足度の視点から見た情報開示とインフォームド・コンセント、個人情報保護法全面施行後のカルテ開示請求や国立ないし民間の精神病院の実態、多職種による情報共有、集団療法における個人情報の漏洩、退職後の開示請求、学会発表、英米の実情、地域精神保健ケアと拡大守秘義務にともなう患者同意の相対化、医療機関の防衛的姿勢、精神療法の開示、個人情報保護法の見直しの機運、外部委員会か第三者評価の必要性、警察からの照会、緊急時の対応等の論点が示された。

また、文献資料 101 件を検討し、個人情報保護諸法規、インフォームド・コンセントの新展開、精神科面接・コミュニケーションと接遇、守秘義務と第三者への開示、診療記録、医療機関情報の公開、医療情報の公開、当事者の視点、医療倫理と患者の権利等の課題を抽出し、これらにより上記「第 2 次試案」を修正し、「第一部 診療一般に関わる総則」と「第二部 精神科医療に関わる細則」から成る「精神科診療情報の提供と開示に関する指針（試案）」を作成するとともに、日常臨床の利便性のため、「診療情報の提供と診療記録の開示に際してのチェックリスト（試案）」「診療情報の提供と診療記録の開示のための患者満足度チェックリスト（試案）」を作成、提示した。

一方この間、平成 15 年 5 月、精神保健福祉対策本部において取りまとめられた「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」（中間報告）に沿って設置された「精神病床等に関する検討会」最終まとめ（平成 16 年 8 月）においては、“今後の方向性（今後の施策体系の在り方）”の中で“インフォームド・コンセントに基づいた医療提供の推進”として「入院患者は、病気や治療方針等について十分に理解し、病識を持つことができるよう医師から十分に説明を受けた上で、同意の下、病状の回復のために積極的に治療に参加することが、病状の早期回復や処遇内容の改善という観点からも重要である」「診療情報の提供及びインフォームド・コンセントに基づいた医療提供の推進については、医療に関する広告規制の緩和や、医療団体によるガイドラインの作成などの自主的な取り組みを踏まえ、精神科の特性を勘案しつつ、さらなる取り組みを進める必要がある」「インフォームド・コンセントに基づく医療提供の推進については、例えば病院が、患者の病状に応じて患者の治療意欲を促すなど、患者や患者の親、元患者などによる市民組織等と協調して、インフォーマルに取り組むことも効果がある」等が指摘された。

さらに、これらを受けて、平成 16 年 9 月に公表された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」においても、“改革の基本的方向”の一つである“精神医療体系の再編”における“施策の基本的方向”の中で「病状の早期回復等の観点から、患者に対して適切に診療情報を提供するとともに、精神医療審査会、指導監

査等を通じて、精神医療の質の向上を図ることが謳われており、その“当面の重点施策”の一つとして“患者への情報提供と精神医療の透明性の向上”が挙げられている。

既述の如く、個人情報保護法の全面施行により「カルテ開示」は「原則開示、例外非開示」が明確となり、一時期盛んに行われた「カルテ開示、是か非か」の議論は事実上無効化した。現在は、種々の文献、実践報告を見ても情報開示、カルテ開示、インフォームド・コンセントを行うことは、既に自明のこととなっており、今後は、そのことの可否よりも、それが当事者や家族にどのように受け止められ、どのように評価されるか、また、そのことが多くの「指針」でカルテ開示の目的として謳われている「医療の質の向上」に、実際に結びついていくかどうか等のより厳密な検証を求められるようになるものと思われる。その意味では、例えば、医療の質評価のフレームのうち「アウトカム」評価としての患者満足度を向上させるためには、情報開示する際にどのような具体的工夫が必要か、等により関心と注目が集まってくるものと考えられ、まず各医療機関における工夫、実践の具体的状況を集積する作業が必要になるものと思われる。

6. 精神保健医療福祉改革ビジョンにおける「精神科医療の透明性の向上」について 伊藤哲寛（北海道立精神保健福祉センター前所長）

1) はじめに

国は 2002 年に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（以下、改革ビジョン）を示し、「医療の質等の向上による退院の早期化」、「長期入院患者の地域移行」、「精神医療の処遇の改善と透明性の向上」を改革の重点事項とした。

平成 13 年～平成 15 年度厚生労働科学研究「入院中の精神障害者の人権確保に関する研究（主任研究者浅井邦彦）」の分担研究として、筆者および共同研究者が行った「精神科医療における情報公開と人権擁護に関する研究」（以下、研究）は、上記の重点事項の「精神医療の処遇の改善と透明性の向上」に関連するものであった。

本稿では、上記研究の結果を踏まえて、特に

「精神科医療の透明性の向上」に関連して、今後の課題について述べる。

2) 改革ビジョンで示された具体策について

改革ビジョンは「精神医療の処遇の改善と透明性の向上」のために6点の具体策を挙げている。ここには上記研究の成果が相当反映されているが、実際に改革を進めるためにはなお課題が残されている。以下、具体策ごとに課題を整理する。

① 二次医療圏域、障害保健福祉圏域等ごとに、医療や福祉に係る社会資源の情報を整理して利用者にわかりやすく提供する仕組み（パンフレット、ホームページ等）を全国的に進める

- ・ 研究では自治体行政職員が関係者の中でもっとも情報公開に消極的であった。国の主導で精神科医療に関する情報提供の重要性を自治体に認識してもらう必要がある。
- ・ このような情報提供の仕組みを全国的に広めるためには、この仕組みの担い手を明確にする必要がある。たとえばこれを都道府県・指定都市の事業と位置付けて精神保健福祉センターの業務に組み込む方法もある。
- ・ その場合、精神科病院等の情報をどこまで盛り込むのか、共通の基準を作る必要がある。

② 精神科の特性を勘案しつつ、医療に関する広告規制の緩和や、医療団体によるガイドライン作成などの自主的な取り組みをさらに促す。

- ・ 精神科病院のホームページ開設は急速に増えているが、一部の先進的な医療機関を除き、その内容は利用者の病院選択に資するまでに至っていない。
- ・ ④の国公立精神科病院の機能評価研究結果をホームページ等で公開し、精神科病院の自主的情報公開のモデルとしてはどうか。
- ・ 日本精神科病院協会等に委託して「精神科病院の自主的情報公開に関するモデル事業」を試行し、たとえば、権利擁護・入院処遇等の精神科特有事項を盛り込んだ「精神科病院のためのホームページ開設ガイドライン」作り、自主的情報公開を進めてはどうか。

③ 第三者による医療機能評価を積極的に推進する

- ・ 日本医療機能評価機構による病院機能評価認定を受けた精神科病院は2006年8月時点で1086病院中178病院（14.6%）と徐々に増えてはいる。精神科病院の場合は、第三者評価の推進は医療の質の点検に加えて、病院を第三者の目に晒すことによって透明性を向上させるという意味で一般病院以上に重要である。後述するように、6.30 調査の調査項目に第三者機能評価受審の有無を加え、その結果を住民に情報提供することも考えられる。
- ・ 研究で示したように、市民団体等による精神病院情報の収集と公開は、精神科医療の透明性の向上と精神障害者の権利擁護に重要な役割を果たしている。このような市民団体の育成のために国および自治体による活動支援策が必要である。

④ 中核的な役割を担うべき国公立病院について、患者の利用実態や機能等に関する一定の評価軸を設け、その結果を公表する等の新たな取り組みについて研究に着手する

- ・ このことについては2)に記した。

⑤ 都道府県の実地指導において処遇の改善命令を行ったにも関わらず適切な改善がなされない場合に、その内容等を公開する仕組みの具体化を図る

- ・ 改善命令がなされるのは極めて例外的なことなので、このことが精神科医療全体の透明性を恒常的に押し上げることにならない。優れた医療を提供している精神科病院のポジティブ情報が積極的に公開され、精神科病院全般の透明性・信頼性を高めていくことがより重要である。

⑥ 精神医療審査会については、現行の委員構成の元での書類審査や実地審査において公正性が保たれているかを確認しつつ、今後のあり方を検討する

- ・ 630 調査によると新規措置件数、措置入院期間、退院請求件数等に大きな地域格差がある。その要因を綿密に分析する必要がある。たとえば、退院請求権数の多寡と平均在院日数、社会的入院患者数、権利擁護団体の存在との関係など。
- ・ 精神保健指定医会議を定期的に開催して、地域の入院精神障害者の権利擁護に関する課題を共有している地域がある。精神医

療審査会の業務の中にこのような指定医
会議の開催を義務づけることも考えられ
る。

3) 6月30日調査について

6.30 調査はこれまでも重要な役割を果たし
てきたが、以下のように調査目的、調査方法、
調査項目、結果分析、活用方法などを見直す
ことによって、さらに有効な調査となる。実
施までには相当の検討が必要だが、「精神医療
の処遇の改善と透明性の向上」の観点から以
下の見直しが考えられる。

(1) 調査目的について

調査は主として国の精神保健医療福祉施策
のあり方を探るために行われてきた。しかし、
調査結果は都道府県・指定都市（以下、都道
府県等）ごとに集約されており、各自治体が
全国状況との比較しながら管轄地域の精神保
健医療福祉の現状を分析し施策に生かせる内
容となっている。また、地域によっては住民
の情報開示請求によって6.30調査の個別病院
情報の一部が公開され、精神科医療の透明性
の向上にも活用されている。調査のこのよう
な多様な活用は好ましいことである。この調
査がこれまで以上に有効に活用されるために
調査の目的を以下のように広げてはどうか。

① 国の精神保健医療福祉施策推進のための
資料収集

② 都道府県等における精神保健医療福祉
施策推進のための資料収集

③ 住民への精神保健医療福祉関連の情報提
供ための基礎資料収集

(2) 調査方法について

- ・ 調査目的の変更と併せて「国および自治体
の共同調査」へと調査主体を変更すること
も考えられる。
- ・ 調査実施にあたっては調査対象施設にあ
らかじめ次のことを示す必要がある。

① 調査目的

② 全国および都道府県等ごとのデータを集
計し、その解析結果がホームページ等で一般
に提供されること

③ 調査で得られた個別病院・施設等の情報
の一部（たとえば、以下に述べる構造的情報）
を、住民の資源選択とアクセスを容易にする
ために、都道府県等がホームページ等で情報
提供すること

④ さらに、調査対象病院・施設の同意を得

た調査項目については、一定の基準に沿って、
付加的情報として都道府県等が公開するホー
ムページ等で情報提供する場合があること

(3) 調査項目について

共通の必須回答項目として①、②、任意回答
項目として③のような項目の追加が考えられ
る。

① 広く情報提供することを前提にした必須
回答項目：構造的な情報（病院や施設の名称、
住所、電話番号、病床数、職員数、指定病床、
病棟種類と病棟数、デイケア・作業療法施設
など）

② すべての医療機関に回答を求める必須回
答項目であるが、そのうち医療機関が住民に
個別病院の情報として提供しても構わない事
項にチェックしてもらい、その事項に限って
情報提供される項目：

従来調査項目（指定医数、入院形態と処
遇、隔離患者数、拘束患者数、退院・処遇改
善請求件数など）

その他入院機能に関する情報（年間の時間
外入院件数・作業療法件数・退院前訪問指導
件数、病床利用率、平均在院日数、入院診療
計画の導入、行動制限最小化委員会・事故防
止委員会・感染症防止委員会の設置状況など）

外来機能に関する情報（年間外来患者数、
デイケア・訪問看護の実施など）

③ 回答は必須でないが、調査対象機関の判
断で一般に情報提供してもかまないとして任
意に回答する項目：

アメニティに関する情報（現金所持、個人
ロッカーの有無、ベッド周りのカーテンの有
無、入浴回数など）

権利擁護に関する情報（診療録開示件数、
意見箱の設置など）

日本医療機能評価機構の認定

ホームページ・アドレス

(4) 結果の分析と活用について

① 必須回答項目3)の①、②については、
従来通り国のレベルで集約し、国全体および
都道府県ごとの分析を行う。その結果を医療
施設調査・病院報告と関連させながら、分か
りやすい図表にして、ホームページなどで一
般に提供する。

② 必須回答項目の3)の①のすべて、およ
び3)の②と③のうち住民に情報提供するこ

とについて同意を得られた回答項目を、各自自治体が地域住民に分かりやすい形に整理して情報提供する。

③ データが誤って解釈されることがないように、精神科医療情報を正しく理解するためのガイドラインを併せて提供する。なお、「精神科医療における情報公開と人権擁護に関する研究」では、公表に至らなかったが、「精神科病院の情報を読み解くための手引き」の試案を作成した。本研究のための素材として提供することは可能である。）

7. 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開に関する研究

吉住 昭（国立病院機構肥前精神医療センター）

本班は、「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）」（平成16年10月12日厚生労働省障害保健福祉部）の「良質な精神医療の効率的な提供」の精神医療の透明性の向上の項にある「1.地域において中核的な役割を担うべき国公立病院について、患者の利用実態や機能等に関する一定の評価軸を設け、その結果を公表する等の新たな取り組みを進める。2.精神科の特性を勘案しつつ、医療に関する広告規制の緩和や、医療団体によるガイドライン作成などの自主的な取り組みをさらに促す。また、既存の第三者による評価を推進する」に資する資料を作成することを目的とした。

そのため、1.医療実態調査班（分担研究者 川副泰成）、2.評価軸設定班（分担研究者 吉住 昭）、3.情報の公開・透明化に関する班（分担研究者 朝田 隆）の3班を立ち上げた。さらに、評価軸設定班は、イ.「あるべき姿」とその評価のための構造、ロ.機能評価項目の設定、ハ.精神科ソーシャルワーカー（PSW）機能の評価、ニ.看護機能の評価、ホ.作業療法機能の評価、ヘ.諸外国の機能評価に関する文献抄訳を担当するグループを組織した。

1) 医療実態調査班
630調査に必要項目を加え、現在調査が進行中である。

2) 評価軸設定班

イ.評価と評価軸の概念構成

評価基準の設定においては一定の規範性が求められ、つねに並行する作業として「あるべき姿」の検証が続けられる必要がある。ここでいう「あるべき姿」とは要するに「よい精神科病院」とは何かということである。しかし、「よい」病院についての明確な社会的合意が存在しているわけではない。「良質で効果的な医療を効率的に提供する」病院と表現すれば異論は少ないと想像できるが、「良質」にしても「効果的」にしても、多面的な価値判断を含む概念であるため、実証的な論拠を用意することは不可能であり、いきおい操作的な定義を必要とする。

そのためまず、国連総会「精神病患者の保護及び精神保健ケア改善のための原則」（1991）およびWHO「ヨーロッパにおける患者の権利の促進に関する宣言」（1994）、あるいは世界医師会「患者の権利に関するリスボン宣言」（1995年改訂）に基づき、患者の諸権利の確立の観点から、医療機関として備えるべき要件を求めた。さらにJCI（Joint Commission International）の国際スタンダードなど、医療機関の機能として議論のないと思われる要件に、国公立病院として独自に求められる役割を加え、「あるべき姿」の構成要素を考案した。それらは、1.最良で有用なケアを受ける権利の保障（ケアの近接性と継続性、ケアの質、安全管理）、2.人道的かつ人間の尊厳を尊重した処遇、3.患者満足と快適性、4.医療の効率性、5.国公立精神科「固有」の機能である。次にこれらの中から、7つの大分類項目と20中分類項目を設定し、さらにそれらに対する評価領域を構造（Structure）、過程（Process）、結果（Outcome。臨床指標、患者の主観的評価、スタッフの主観的評価）からなるマトリックスで表示した。

ロ.機能評価項目の設定と集約

上記のマトリックスを構成する小分類項目については、昨年度収集した22の資料から機能評価項目434を抽出し、構造・過程・結果に分類し、最終的に国公立病院院長に評価を依頼し、70に集約した。70項目は、構造24、過程46、結果0であった。今後それら項目をマトリックスに当てはめる作業などが必要となる。