

200700010A  
1

厚生労働科学研究研究費補助金  
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

平成19年度 総括・分担研究報告書

---

---

主任研究者 吉 住 昭

平成20（2008）年 3月

## 目 次

I. 総括研究報告	
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	・・・1
吉住 昭	
II. 分担研究報告	
1. 精神科病院の利用実態に関する研究	・・・13
川副 泰成, 石山 勲, 香山 明美, 佐久間 啓, 佐々木 青磁, 廣江 仁, 渡 千恵	
2. 精神科病院機能の評価軸に関する研究	
平野 互, 瀬戸 秀文, 中川 敦夫, 平 直子, 小山 宏子, 大賀 淳子 香山 明美, 廣田 悦子, 鶴丸 藍子, 櫻井 斉司, 高橋 克朗, 稲垣 中 佐渡 充洋, 吉住 昭	
2-1. 評価マトリックスに基づく評価項目の設定と実用性の検討	・・・31
平野 互 (執筆担当)	
2-2. 精神科医療機関の機能評価における有用な臨床指標の分布度ならびに選好度について	
瀬戸 秀文 (執筆担当)	・・・47
2-3. OECD の精神科医療システムの機能評価項目	・・・77
中川 敦夫 (執筆担当)	
2-4. OECD Mental Health Care Indicator の病院評価への適応の検討	・・・87
佐渡 充洋 (執筆担当)	
2-5. 既存資料に基づくわが国の精神科医療の質的評価	・・・93
稲垣 中 (執筆担当)	
2-6. 精神科クリニックにおける気分障害の治療継続に関する予備的研究	・・・103
稲垣 中 (執筆担当)	
2-7. 国公立精神科病院における精神科ソーシャルワーカーの機能評価に関する研究	・・・109
小山 宏子, 廣田 悦子, 鶴丸 藍子, 平 直子	
2-8. 精神科看護機能評価票の作成	・・・139
大賀 淳子 (執筆担当)	
2-9. 精神科作業療法の機能評価軸設定に向けた研究	・・・153
香山 明美 (執筆担当)	
3. 精神科病院の情報公開と透明性に関する研究	・・・171
朝田 隆, 井上 新平, 中谷 真樹, 黒田 研二	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	・・・205

# 総括研究報告書

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  
主任研究者 吉住 昭 国立病院機構花巻病院

分担研究者

川副 泰成 (国保旭中央病院)  
朝田 隆 (筑波大学臨床医学系精神医学)

研究協力者 (順不同)

石山 勲 (みつば会)  
香山 明美 (宮城県立精神医療センター)  
佐久間 啓 (あさかホスピタル)  
佐々木青磁 (北海道立緑ヶ丘病院)  
渡 千恵 (藤代健生病院)  
平 直子 (西南学院大学)  
小山 宏子 (九州保健福祉大学)  
廣田 悦子 (第一福祉大学)  
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)  
櫻井 斉司 (医療法人聖ルチア会聖ルチア病院)  
高橋 克朗 (長崎県立精神医療センター)  
瀬戸 秀文 (長崎県立精神医療センター)  
鶴丸 藍子 (肥前精神医療センター)  
稲垣 中 (慶應義塾大学)  
中川 敦夫 (慶應義塾大学)  
井上 新平 (高知大学)  
黒田 研二 (大阪府立大学)  
中谷 真樹 (桜ヶ丘記念病院)  
高沢 彰 (汐ヶ崎病院)  
高島 真澄 (社会福祉法人光風会生活支援センター「風 (F00)」)

研究要旨

本研究は、患者への情報提供と精神医療の透明性に関する課題について、その基礎資料を作成するとともに、適切な機能評価とあるべき情報公開について指針を作成することを目的とすした。そのために、「精神科病院の利用実態に関する研究 (利用実態班)」、「精神科病院機能の評価軸に関する研究 (評価軸班)」、「精神科病院の情報公開と透明性に関する研究 (情報公開班)」の3つの班を組織した。

本研究班では、「あるべき精神科病院の姿とは」から問い直した。まず「あるべき姿」を評価するためのマトリックスを作成し、69の評価項目をマトリックスへ当てはめ、評価項目の構造化を行った。また、配置された評価項目の出典から、日本医療機能評価機構の自己評価項目や厚労省「630 調査」の項目が活用できることが示された。さらに、国公立病院院長を対象に臨

床指標を用いた評価を依頼した。その結果、臨床指標の分布から、ほぼ全ての病院で実施されている基礎的指標とそれ以外の発展的指標に区別できることが示された。また、病院の評価でどのような側面が重視されるかという点について、選好度調査も行った結果、アウトカム領域が最も重視されていた。しかし、医療の質の評価におけるアウトカム評価、特に精神科医療のアウトカム評価は、未だ確立されたものとはいえず、諸外国で使用されているものをわが国の実情にあった形で一定の改変をせざるを得ないと思われた。そのうちの一つである OECD Mental Health Care Quality Indicator のわが国への適用や、Australian Council on Healthcare Standards のアウトカム評価指標とわが国の既存の資料に基づくデータとの比較を行った。それによれば、わが国の抗精神病薬多剤併用率、抗精神病薬大量投与率はともに極めて大きな値であることなどが明らかとなった。

一方、精神科医療の質の向上には、治療やケアを構成する各職種の質の高い活動などが必要とされる。そのために、精神科ソーシャルワーカー、精神科看護、作業療法の機能評価表を作成し使用した。その結果、評価表の有用性は示されたが、今後は使用マニュアルを作成するなどしてその浸透や標準化を図ること、さらには他者評価も視野に入れる必要などが明らかとなった。

精神医療の領域における情報公開については、肝心の当事者・家族の希望が反映されることは少なかったという視点を重視し研究を進めた。病院調査では、精神科病院は情報公開に対し前向きな姿勢が推定されたが、「プライバシー遵守のマニュアル」や、「患者の権利宣言の提示」については、重視されているにもかかわらず実施率が低いことも明らかとなった。また、特に発症した患者・家族にとって有効な情報が伝わっておらず、その点もふまえ、「公開される情報を正しく読んで利用するための手引き」を示した。

#### A. 研究目的

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、目的とする。

## B. 研究方法

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. 評価と評価軸の概念構成、ロ. 機能評価項目の設定と集約、ハ. アウトカム評価、ニ. 個別分野の評価軸設定(1. 精神科ソーシャルワーカー (PSW)、2. 看護、3. 作業療法)を担当するグループを組織した。

(倫理的配慮)

本研究は、「疫学研究に関する倫理指針」にそって行なう。患者の利用実態に対して調査を行なう予定であるが、個々の患者に対する調査は行なわない。また、個々の患者について研究を行なう場合があっても、患者はコード化され特定できないこととする。倫理的問題が生ずると判断されれば、主任研究者の所属する花巻病院における倫理委員会の審査を受ける。今年度の研究においては、個々の患者について調査を行なうことはなく、倫理委員会の開催はなかった。

## C. 結果

### 1. 医療実態調査班

患者調査を実施した。

### 2. 評価軸設定班

#### イ. 評価と評価軸の概念構成

国公立精神科病院の機能等評価に当たって、既存評価項目の有用性に関する Delphi 法調

査の結果選出された 69 の評価項目を、20 の評価軸(中項目)と「構造」・「過程」・「結果」の観点をもつ2次元構造の評価マトリックスへ当てはめ、評価項目の構造化を行った結果、計 58 項目について配置が示された。さらに先の調査で集約され Delphi 調査で脱落した項目の再検討を行い、いくつかの項目が該当することが示された。

これら 58 項目は、「効果的な治療」と「社会復帰・社会参加促進」の評価軸で最も広範囲に分布し、また「患者の権利」とくに「処遇における権利擁護」に最も多くの項目が集中して今日の臨床において重視されている項目の分布が示唆された。また、配置された評価項目の出典から、日本医療機能評価機構の自己評価項目や厚労省「630 調査」の項目が活用できることが示され、一定の実用性が認められた。

#### ロ. 機能評価項目の設定と集約

先にふれた 58 の臨床指標のうち定性的あるいは半定量的に示すことができる 48 項目、職員数や病棟の構成、精神科救急件数、紹介率、身体診察率、入院中の確定診断割合、退院後 7 日以内の地域ケア割合および有用な指標を算出するために間接的に必要となる指標など定量的に示すことが適切な 20 項目について、国公立病院院長を対象に調査を行った。その結果臨床指標の分布については、回答のうち、おおむね 90%が、特定の回答に集中したものを最低限達成すべきという点で基礎的

指標、それ以外を発展的指標とした。その結果おおむね達成され差がつかない 11 項目は、達成すべき項目を達成しているかどうかの評価に有用と思われ基礎的指標、達成度がばらつき、差がついた 37 項目は平均的な病院の優劣に関する評価に有用と思われ、発展的指標と考えられた。

また、国公立病院院長を対象に、どう言った側面が重視されるかという点について、選好度調査も行った。その結果アウトカム領域が最も重視されていた。

#### ハ、アウトカム評価

##### 1. OECD の精神科医療システムの機能評価項目

医療の質の評価におけるアウトカム評価は、評価項目が簡素でかつ臨床的妥当性があり、さらに公衆衛生的にも重要で、通常臨床場面でも煩雑なことなく入手可能であることが重要である。OECD Mental Health Care Quality Indicator の調査及び関連する文献のレビューを行いわが国への適応を検討した。この評価指標は 12 項目から構成され、精神保健ケアの質を反映する主要 4 項目（治療、治療継続、治療連携、患者転帰）が含まれた。この 12 項目の中でも、わが国の精神科医療の特性を考慮すると、統合失調症にもう少し重点が置かれると良いと考えられ、実効性を考慮すれば、12 項目の中でも①精神疾患患者の早期再入院率、②退院後の適正時期における外来フォローアップ（退院後 1 ヶ月以内の受診）、③

精神疾患患者の退院後の 6 ヶ月間治療継続率の 3 つをアウトカムの indicator として利用可能ではないかと考えられた。

##### 2. OECD Mental Health Care Quality Indicator の病院評価への適用の検討—イギリス、オーストラリアの病院評価項目との比較—

医療システムレベルでの評価を想定して作成された OECD Mental Health Care Quality Indicator が病院レベルでの評価にも利用可能かどうかを検証するため、イングランド、オーストラリアの病院評価項目と比較検討した。その結果、病院レベルでの利用も可能であることが明らかになった。また、どのアウトカム項目を用いるのが適切かの判断は、各国のおかれている社会、医療資源などの状況によって異なり、日本にアウトカム評価を導入する際には、わが国の社会状況、医療資源などに応じて適切な評価項目を選定する必要がある。

##### 3-1. 既存資料に基づくわが国の精神科医療の質的評価

日本にアウトカム評価を導入する際には、わが国の社会状況、医療資源などに応じて適切な評価項目を選定する必要があるため、豪州において精神科医療の質的評価を行う際に使用されている 26 の指標 (quality indicator) のうち、わが国の現状に即した形で部分的に修正を施して、「抗精神病薬多剤併用率」「抗精神病薬大量投与率」、「抗パーキンソン薬大量投与

率」、「再入院率」、「死亡退院率」の5つの質的評価指標を作成した。

次に、平成16年6月30日に実施されたいわゆる630調査と、平成12～17年に全国の国立精神科病院の入院患者を対象とした患者調査であるJESS関連研究の概要報告書に記載されたデータを利用して、これら5つの質的評価指標に関するわが国の基礎資料を作成した。その上で、今回作成した基礎資料を豪州のAustralian Council on Healthcare Standardsの作成したリサーチペーパーに掲載されているHealth Care Organizationにおける質的評価指標の値と比較した。

その結果、わが国の抗精神病薬多剤併用率、抗精神病薬大量投与率はともに極めて大きな値であり、豪州における80パーセンタイル値を越えた外れ値に相当することがわかった。抗パーキンソン薬大量投与率に関しては、わが国における値は豪州における値よりやや低かったが、わが国では抗精神病薬を初めて使用する際に抗パーキンソン薬を予防的に併用し、その後も漫然と継続するという慣習が見かけの上で抗パーキンソン薬大量投与率を引き下げた可能性があり、抗パーキンソン薬大量投与率をわが国で質的評価指標として広く使用する際にはその定義を再修正する必要があると考えられた。また、わが国における再入院率は、豪州よりやや低く、一方、わが国の死亡退院率は豪州より明らかに高かった。ただし、わが国と比較して、豪州は人口あたりの病床数が明らかに少なく、1回の入院

あたりの在院日数も明らかに少ないので、再入院率と死亡退院率の差が日豪間の真の差を意味するのか、それとも医療システムの違いに基づく見かけ上の差にすぎないのかを慎重に検討する必要がある。

### 3-2.精神科クリニックにおける気分障害の治療継続率に関する予備的検討

本研究では、まずOECDが各国の精神科医療システムの質的評価を評価するために示した12の指標(quality indicator)に対してわが国の現状に即した形で部分的に修正を施し、そのうち急性期うつ病治療に関連した質的評価指標として、①3ヶ月治療継続率、②3ヶ月抗うつ薬継続率、③6ヶ月抗うつ薬継続率の3つを提唱した。

次に、わが国におけるうつ病治療に関連した質的評価指標の基礎資料を作成することを目的として、2006年1月1日から同年12月31日までの1年間に東京都の某診療所に初診となった気分障害患者81名を対象とした患者データベースを構築し、そのデータベースに基づいて①～③の3つの指標の値を算出した。その結果、3ヶ月治療継続率は74.5%、3ヶ月抗うつ薬継続率は73.5%、6ヶ月抗うつ薬継続率は61.2%であり、いずれもOECDのテクニカルペーパーに記載されていた海外におけるデータより高い値であった。

今回のデータベースより得られた値を、生涯で初めて精神科治療を受けるうつ病患者と、以前に精神科治療を受けた経験はあるが、今回のう



つ病エピソードにおける治療は初めてであった患者に分けて、抗うつ薬継続率を検討したが、3ヶ月後と6ヶ月後の双方とも両群間に継続率の差はなかった。また、生涯で初めて精神科治療を受けるうつ病患者に限定して、初回治療で従来型抗うつ薬を投与された患者と新規抗うつ薬を投与された患者に分けて、抗うつ薬継続率を算出したところ、従来型抗うつ薬を投与されていた患者では6ヶ月間にわたって1名も投与が中止されていないのに対して、新規抗うつ薬を投与されていた患者では途中で中止される患者が半数以上見られた。

## 二. 個別分野の評価軸設定

### 1. PSW

国公立病院のPSWの実践、病院のシステムの実情を把握し、PSWの機能を適切に評価できる調査票を完成させた。さらに9分野15指標45項目からなる本調査票を用い、全国55箇所の国公立病院のPSWを対象に調査を実施した。39病院から回答があり、回収率は70.9%であった。その結果、国公立病院のPSWの実践や病院のシステムの実情把握が可能となった。また、病院別の評価では、評価の最も高かった病院と最も評価の低かった病院を比較検討し、病院間の格差の度合い、充足されるべき点も明確にした。以上から、精神科ソーシャルワーカー機能評価票は有用性が高いことが明らかとなった。また今回の調査はPSWによる自己評価であるが、45項目中26項目は他者評価としても活用でき、

PSWの質の向上が期待できる。

### 2. 精神科看護

精神科看護機能評価票の適切性を判断するための質問紙調査の結果に基づき、評価票の修正を行い、7領域49項目からなる精神科看護機能評価票を作成した。本評価票を用いて全国国公立精神科病院において自己評価を行った結果、7領域のうち「地域サービス」の自己評価点が最も低く、他の全ての領域との差が有意であった。しかし、ベッド稼働率、平均在院日数インシデントレポート数および看護師離職率といったアウトカム指標と本評価票による自己評価結果との関連はなかったことから、本評価票は当該施設の看護の質を適切に反映しうるものとは言えず、本評価票にはさらなる改善が必要と思われた。また、本研究では自己評価結果のみを対象としており、今後第3者を含む他者評価の結果を検討の対象とする必要がある。

### 3. 精神科作業療法

精神病院における作業療法部門の現状を明らかにすることにより、作業療法および作業療法士の機能を明示することを目的とした。そのために、「臨床作業療法部門自己評価表(第2版)」を作成した。また、作業療法の役割・機能を明らかにする目的で、作業療法を利用した方からの意見を聞く「作業療法利用者評価表(第1版)」を作成した。そして両者を、社団法人日本作業療法士協会会員名簿からランダムに抽出した精神科病院100施

設と精神科病院以外（身体障害部門、小児部門等）100施設に郵送によるアンケート調査を行った。その結果から、「臨床作業療法部門自己評価表（第2版）」は、「概ね妥当」との評価を得たが、更に標準化にむけて、利用マニュアル作成等の課題も挙げられた。一方「作業療法利用者評価表（第1版）」は、作業療法を利用した方から評価を得るとしては重要なものであるが、作業療法における説明と同意（評価、プログラム内容、治療費、担当作業療法士等）と大きく関連していることが、今回の調査でも明らかとなった。また、海外の文献調査の結果、作業療法サービスを提供する施設・部門が個々に自己点検を行ったり、作業療法利用者の満足度を測定するために用いたりする評価表などのツールは見出すことができなかった。

### 3. 情報の公開・透明化班

精神医療の領域における情報公開は、これまで主に医療提供者からなされてきた。従って肝心の当事者・家族の希望が反映されることは少なかった。また初めて心の変調に気付いた当事者・家族への初期対応に有用な情報提供という観点からは、殆ど省みられなかった。こうした現状を鑑み、今後の望ましい情報公開のあり方を探索するのが本研究班の目的である。

本年度は以下の3点に注目して調査等を行った。①地域を特定した精神科病院における実態の情報開示、②初期対応のための基盤調

査、③公開される情報を正しく読んで利用するための手引き作成である。

①については大阪府の8病院から、茨城県の16病院から回答が寄せられた。大項目のうち、「入院生活の快適性」、「治療」と「救急医療」の重視項目についてはすでに実施・実現されているものが多かった。また「地域精神医療」に関しては、精神科病院、当事者・家族の重視する項目は異なるものの、精神科病院の前向きな姿勢が推定された。その反面、「プライバシー」と「人権擁護と安全管理」に関する重視項目については、課題が残されており、特に、「プライバシー遵守のマニュアル」、「患者の権利宣言の提示」については、重視されているにもかかわらず実施率が低いことから、今後の課題と考えられた。

②については、茨城県の患者71名、家族19名から回答が寄せられた。この解析から、統合失調症の特徴である本人が病識を持ち難いことは、発病時点の特定において大きなバイアスになると思われた。初診までに要した時間「1ヶ月未満」の場合は本人自らが受診を希望し、それ以上の時間を要する場合には、家族や親戚など周囲の精神病に対する捉え方や情報の有無、その後の受診行動に影響すると推察された。次に、発症を自覚した際に、本人や家族は「専門的情報」を必要としていた。統合失調症の好発期は、中学・高校生という思春期にある。ところが、精神病に対する情報源になり得る教育関係者における理解

不足を示すような記述が見られた。早期に適切な精神科医療につなげるために、教育に場における精神保健福祉教育が重要であると再認識した。

③については、初めて精神変調をきたした場合に、市民はいかに情報を入手して、どのように病院を選択するかという観点から指針を示した。1)「病院統計」により質の悪い病院を排除した上で、自分のニーズに合った精神病院を選ぶ、2)快適さ・プライバシー・人権擁護についての情報提供を行っている病院を選ぶ、3)病院機能評価機構の審査結果は公表されているため、審査を受けた病院は受けていない病院より情報公開には肯定的とみなす、4)NPO やオンブズマンの活動による情報公開に協力する病院は情報公開には肯定的といえる、5)治療成果の情報を公開したり、問い合わせ・見学に応じてくれたりする病院の中から病院を選ぶとまとめた。

#### D. まとめと考察

2004（平成16）年10月12日厚生労働省障害保健福祉部による「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）」では、良質な精神医療の効率的な提供の項で、精神医療の透明性の向上にふれ、その中で「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」とある。それ

らを推進する目的もあり、「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班」が組織された。

本研究班では、「あるべき精神科病院の姿とは」から問い直し、まず「あるべき姿」を評価するためのマトリックスを昨年度作成した。それを受けて、日本と諸外国の文献や資料による434項目のうち具体的に評価に必要とされると考えられる項目（小項目）について、Delphi法に基づき、69の評価項目に絞りこみを行い、20の評価軸（中項目）と「構造」・「過程」・「結果」の観点をもつ2次元構造の評価マトリックスへ当てはめ、評価項目の構造化を行い、計58項目について配置が示された。これら58項目は、「効果的な治療」と「社会復帰・社会参加促進」の評価軸で最も広範囲に分布し、また「患者の権利」とくに「処遇における権利擁護」に最も多くの項目が集中して、今日の臨床において重視されている項目の分布が示唆された。また、配置された評価項目の出典から、日本医療機能評価機構の自己評価項目や厚労省「630調査」の項目が活用できることが示され、それらに関し一定の実用性が認められた。その上で、58の臨床指標のうち定性的あるいは半定量的に示すことができる48項目、職員数や病棟の構成、精神科救急件数、紹介率、身体診察率、入院中の確定診断割合、退院後7日以内の地域ケア割合および有用な指標を算出するために間接的に必要となる指標など、定量的に示

すことが適切な 20 項目について、国公立病院院長を対象に調査を行った。その結果臨床指標の分布から、ほぼ全ての病院で実施されている基礎的指標とそれ以外の発展的指標に区別できることが示された。また、国公立病院院長を対象に、どう言った側面が重視されるかという点について、選好度調査も行った。その結果、アウトカム領域が最も重視されていた。しかし、医療の質の評価におけるアウトカム評価、特に精神科医療のアウトカム評価は、未だ確立されたものとはいい難く、従って諸外国で使用されているものをわが国の実情にあった形で一定の改変をせざるを得ないと思われた。そのうちの 하나가 OECD Mental Health Care Quality Indicator である。また、OECD Mental Health Care Quality Indicator は、本来は医療システムレベルでの評価を想定して作成されたものであるがイングランド、オーストラリアの病院評価項目と比較検討し、病院レベルでの利用も可能であることが明らかになった。しかし一方、この Indicator を実際に病院評価として使用する場合を想定すれば、気分障害と薬物関連障害の項目が多いため、わが国の精神科医療の特性を考慮すると、統合失調症にもう少し重点が置かれて良いとも考えられた。

さらに、既存の資料を利用し、豪州の Australian Council on Healthcare Standards の作成したリサーチペーパーに掲載されている Health Care Organization にお

ける質的評価指標の値との比較を行った。それによれば、わが国の抗精神病薬多剤併用率、抗精神病薬大量投与率はともに極めて大きな値であり、豪州における 80 パーセンタイル値を越えた外れ値に相当することがわかった。また、抗パーキンソン薬大量投与率に関してはわが国における値は豪州における値よりやや低かったが、わが国では抗精神病薬を初めて使用する際に抗パーキンソン薬を予防的に併用し、その後も漫然と継続するという慣習が見かけの上で抗パーキンソン薬大量投与率を引き下げた可能性があり、抗パーキンソン薬大量投与率をわが国で質的評価指標として広く使用する際にはその定義を再修正する必要がある。また、わが国における再入院率は、豪州よりやや低く、一方、わが国の死亡退院率は豪州より明らかに高い等が明らかとなったが、この点については、日豪間の真の差を意味するのか、それとも医療システムの違いに基づく見かけ上の差にすぎないのかを慎重に検討する必要がある。また、OECD が各国の精神科医療システムの質的評価を評価するために示した 12 の指標 (quality indicator) に対してわが国の現状に即した形で部分的に修正を施し、そのうち急性期うつ病治療に関連した質的評価指標として、①3 ヶ月治療継続率、②3 ヶ月抗うつ薬継続率、③6 ヶ月抗うつ薬継続率の3つを提唱し、1年間に某診療所に初診となった気分障害患者を対象とした患者データベースに基づいて①～③の3つの指標の値を算出した。その結果、3 ヶ月治療継続率は、3 ヶ月抗うつ薬継

続率は、6 ヶ月抗うつ薬継続率は、いずれも OECD のテクニカルペーパーに記載されていた海外におけるデータより高い値であった。今回の予備的研究は一つの診療所のデータであり慎重に解釈する必要がある。

当班において、諸外国の Quality Indicator について多くの分析を行ったが、日本においてこれらの評価項目を導入する場合、最大の障害になるのは、データベースの整備である。成果の集計作業については、諸外国では、たとえば個別の患者を入院時、退院時にデータベース登録して、その転帰ごとに集計が試みられるなど、資料が客観的になるような方策が講じられ、そのための病院内の組織や国家レベルでのデータベースシステムが存在する。わが国においては従来の診療報酬制度に適合したシステムから医療情報を取得できるようなシステムへの変換、得られた情報を分析する体制が必要である。

一方、全般的な評価のみではなく、精神科医療の質の向上には、治療やケアを構成する各職種の質の高い活動などが必要とされる。そのために、精神科ソーシャルワーカー（PSW）、精神科看護、作業療法の機能評価表を作成し使用した。PSWについては、独自に作成した9分野15指標45項目からなる調査票を用いることにより、PSWの実践や病院のシステムの実情把握が可能となり、病院間の比較検討が可能であることが明らかとなった。さらにいくつかの項目については、他者

評価としても活用でき、PSWの質の向上が期待できる。精神科看護については、7領域49項目からなる精神科看護機能評価票を作成し、全国国公立精神科病院において自己評価を行った結果、7領域のうち「地域サービス」の自己評価点が最も低く、他の全ての領域との差が有意であった。しかし、ベッド稼働率、平均在院日数インシデントレポート数および看護師離職率といったアウトカム指標と本評価票による自己評価結果との関連はなかったことから、本評価票にはさらなる改善が必要と思われた。また、本研究では自己評価結果のみを対象としており、今後、第三者を含む他者評価の結果を検討の対象とする必要がある。また、精神病院における作業療法部門の現状を明らかにする目的で作成された「臨床作業療法部門自己評価表（第2版）」と作業療法を利用者からの意見を聞く「作業療法利用者評価表（第1版）」は、諸外国にもこのような評価表はなく、今後は使用マニュアルを作成するなどし、その浸透を図るとともに、さらなる標準化にむけた試みが必要なことも明らかとなった。

精神医療の領域における情報公開については、肝心の当事者・家族の希望が反映されることは少なかったという視点を重視し研究を進めた。病院調査では、精神科病院は情報公開に対し前向きの姿勢が推定されたが、「プライバシー遵守のマニュアル」や、「患者の権利宣言の提示」については、重視されているに

もかかわらず実施率が低いことも明らかとなった。また、特に発症した患者・家族にとって有効な情報が伝わっておらず、その点もふまえ、「公開される情報を正しく読んで利用するための手引き」を示し、情報の提供さらにはその取得には段階的な手順が必要なことを示した。

## E. 結論

「精神科病院の利用実態に関する研究（利用実態班）」、「精神科病院機能の評価軸に関する研究（評価軸班）」、「精神科病院の情報公開と透明性に関する研究（情報公開班）」の3つの班を組織した。

本研究班では、「あるべき精神科病院の姿とは」から問い直した。そのために「あるべき姿」を評価するためのマトリックスを作成し、69の評価項目をマトリックスへ当てはめ、評価項目の構造化を行った。また、配置された評価項目の出典から、日本医療機能評価機構の自己評価項目や厚労省「630 調査」の項目が活用できることが示された。さらに、国公立病院院長を対象に臨床指標を用いた評価を依頼した。その結果、臨床指標の分布から、ほぼ全ての病院で実施されている基礎的指標とそれ以外の発展的指標に区別できることが示された。また、病院の評価でどういう側面が重視されるかという点について、選好度調査も行った結果、アウトカム領域が最も重視されていた。しかし、医療の質の評価におけ

るアウトカム評価、特に精神科医療のアウトカム評価は、未だ確立されたものとはいえず、諸外国で使用されているものをわが国の実情にあった形で一定の改変をせざるを得ないと思われた。そのうちの一つである OECD Mental Health Care Quality Indicator のわが国への適用や、Australian Council on Healthcare Standards のアウトカム評価指標とわが国の既存の資料に基づくデータとの比較を行った。それによれば、わが国の抗精神病薬多剤併用率、抗精神病薬大量投与率はともに極めて大きな値であることなどが明らかとなった。

一方、精神科医療の質の向上には、治療やケアを構成する各職種の質の高い活動などが必要とされる。そのために、精神科ソーシャルワーカー、精神科看護、作業療法の機能評価表を作成し使用した。その結果、評価表の有用性は示されたが、今後は使用マニュアルを作成するなどしてその浸透や標準化を図ること、さらには他者評価も視野に入れる必要などが、明らかとなった。

精神医療の領域における情報公開については、肝心の当事者・家族の希望が反映されることは少なかったという視点を重視し研究を進めた。病院調査では、精神科病院は情報公開に対し前向きな姿勢が推定されたが、「プライバシー遵守のマニュアル」や、「患者の権利宣言の提示」については、重視されているにもかかわらず実施率が低いことも明らかとな

った。また、特に発症した患者・家族にとって有効な情報が伝わっておらず、その点もふまえ、「公開される情報を正しく読んで利用するための手引き」を示した。

#### F. 健康危険情報 なし

#### G. 研究発表

黒田研二、朝田隆，中谷真樹ほか：精神科病院と当事者はそれぞれ公開すべき情報をどう捉えているか—アンケート調査の結果の分析—。精神経誌，108：381-387，2006

井上新平、朝田隆，中谷真樹ほか：精神科病院と当事者はそれぞれ公開すべき情報をどう捉えているか—アンケート調査の結果の分析（第2報）—。精神経誌，109：471-475，2007

高島真澄：精神科病院における情報開示のありかたについて—ユーザーへの聞き取り調査から。精神経誌，109：463-470，2007

吉住 昭：精神科医療機関の情報公開—「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」から—。精神経誌，109：949-956，2007

## 分担研究報告書



平成 19 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

精神科病院の利用実態に関する研究

分担研究者 川副 泰成（国保旭中央病院）  
研究協力者 石山 勲（みつば会）  
香山 明美（宮城県立精神医療センター）  
佐久間 啓（あさかホスピタル）  
佐々木青磁（北海道立緑ヶ丘病院）  
廣江 仁（就労支援センターMEW）  
渡 千恵（藤代健生病院）

研究要旨

「改革のグランドデザイン案」に沿って患者の利用実態を調査することを目的に、先行研究が 6 月 30 日調査を相当程度取り入れていること、情報公開について少なくとも構造的要因については概ね合意が得られていること、仮に実際に公開する場合の手順などを踏まえて 1 年度目、2 年度目から検討を進め、最終年度である本年度は調査を実施した。

具体的には、自治体立として府県立精神科病院 4 カ所、民間精神科病院 6 カ所の合計 10 カ所の病院を対象として、①病院長に対して 6 月 30 日調査の 13 項目を含めた合計 29 項目に関して情報公開の妥当性に関するアンケート調査を、②最近数週～数ヵ月以内に初診して通院を続けている患者に対して基礎属性と情報公開に関する希望についての合計 7 項目のアンケート調査を、③最近数ヵ月～数年以内に退院して通院を続けている患者に対して②と同様の項目に入院中の処遇に関する項目を加えた合計 25 項目のアンケート調査を、それぞれ実施した。

結果として、①病院長の意識は「情報公開研究」の傾向と大きく変るものではなかった。本研究では 6 月 30 日調査についての意識も加えたが、行動制限と少数の患者の分布状況についてはやや消極的な結果だった。②初診患者については、受診の経緯として医療機関からの紹介が 39%、知人の勧めが 21%だった。実数で 62%に診療所の受診歴があり、受診者・家族による評判を事前に知りたかったとする者が実数で 43%に及んだ。③退院患者については、具体的な医療、ケアについては比較的好意的に評価し、総体的な評価としては満足できた者が半数であり、少数でも施設、職員に改善点があるとする者は存在した。

患者が精神科医療機関を適切に利用するために、病院の構造的な情報を始め、過程

並びに成果に関する情報の一部を公開することは可能である。また、医療機関が自らの機能を評価すると共に患者による評価を取り入れ、その結果を適切な手段で公表することが望まれる。さらに、医療機関間の連携に際しては、他の医療機関に関する情報を利用者に適切に伝達することが必要である。

## A. 研究目的

2004年10月、厚生労働省障害保健福祉部は「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)」を公表した。ここからさらに社会保障審議会等で検討が重ねられ、最終的には障害者自立支援法の施行に結びついたのは周知の通りである。

本分担研究は、精神障害領域に関して「改革のグランドデザイン案」に沿って、主として患者の利用実態を調査することを目的にしている。前年度までは「長期入院患者の施設ケアのあり方に関する調査研究」1)、「公的病院の機能に関する研究」2)、「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、「情報公開研究」)3)等の先行研究について文献的な検討を行なった。

3ヵ年度の最終年度である本年度は、①病院長に対する情報公開の妥当性に関するアンケート調査、②最近通院を開始した患者に対する情報公開に関する希望についてのアンケート調査、③最近数年以内に退院した患者に対する入院中の処遇、情報公開に関する希望についてのアンケート調査、をそれぞれ実施した。

## B. 研究方法

### 1 方法

府県立4ヵ所、民間6ヵ所の合計10ヵ所の精神科単科病院を対象にして、①6月30日調査の13項目を含めた合計29項目に関して情報公開の妥当性に関するアンケート

調査を病院長に対して(以下「病院長調査」、資料1)、②基礎属性と情報公開に関する希望についての合計7項目のアンケート調査を最近数週～数ヵ月以内に初診して通院を続けている患者に対して(「初診患者調査」、資料2)、③同様の項目に入院中の処遇に関する項目を加えた合計25項目のアンケート調査を最近数ヵ月～数年以内に退院して通院を続けている患者に対して(「退院患者調査」、資料3)、それぞれ実施した。さらに、前年度までに検討した3件の先行研究を踏まえて考察を加えた。

なお、2008年1月12日に分担研究班会議を行ない、併せて1年度目に開設したメーリングリストを利用して連絡、討論を行なった。そのまとめを次項に示す。

### 2 倫理面への配慮

患者に対してアンケート調査を実施したが、調査項目には氏名、生年月日、住所あるいはそれらを特定し得る項目はない。また、以下では集計された結果のみを検討の対象として、個別の回答については一切検討していない。以上より、倫理的な問題は生じないものと考えられる。

## C. 研究結果

### 1 病院長調査(表1・2)

10施設の病院長全員から回答が得られ、全項目に欠損値はなかった。

2006(平成18)年6月30日調査の個票1～13について、「精神科医療における情報

公開と人権擁護に関する研究」3)に沿って「広く一般に公開すべき」、「開示申請により個別に判断」、「公開が不適當」、「どちらとも言えない」の4個の選択肢を用意し、特に前3者の分布によって公開・開示に積極的か慎重かを検討した(表1)。「公開不適當」の回答はどの個票でも皆無だったが、「一般公開」に比較して相対的に「個別判断」が最も多かったのは個票6(精神科病院在院患者の処遇。入院形態、任意入院の処遇、隔離・身体的拘束の集計)で、次いで個票8(精神科病院在院患者の状況)、個票9(在院期間・年齢別の在院患者数)、個票12(平成18年6月1日残留患者の状況)だった。

さらに、「情報公開研究」で挙げられた個別情報について、同一の4個の選択肢で回答を得た(表2)。「公開不適當」または「個別判断」が多かったのは、Y(医療監視の結果のすべて)、Z(精神科病院実地指導の結果のすべて)の外部監査結果で、次いでa(信書・電話の制限件数)、b(面会の制限件数)、c(病棟内現金所持の禁止の有無)の行動制限、さらにR(医療事故の件数と内容)、L(隔離・身体的拘束の実施件数)、M(電気けいれん療法の実施件数)だった。

## 2 初診患者調査(表3~9)

10施設の合計181名から回答が得られた。施設毎の回答数は5~30(平均18.1)だった。設問によって1~17の欠損値があった。

性別(表3)は男性80(44%)、女性100(56%)でやや女性が多かった。年齢(表4)は10歳毎の年代で回答を求めたが、19歳以下から70歳以上まで広く分布し、中央値は40~49歳だった。通院にかかる時間(表5)は最多が30分未満(45%)、次い

で30分~1時間(39%)で、その手段(表6)は自動車(63%)が最多だった。

通院先を知った経緯(表7)は他の医療機関からの紹介(39%)、次いで知人の勧め(21%)だった。以前に受診した精神科等の医療機関(重複回答可、表8)としては診療所が113(重複回答延べ数の49%)と最多だった。受診前に入手しておきたい情報(3個まで回答可、表9)は割れたが、重複回答全体の10%以上(回答者実数の20%以上)に及んだものは多い順に受診者・家族による評判(重複回答延べ数の17%)、快適性や安全管理(同17%)、病院の規模、建物や設備(同15%)、治療成績(同14%)、社会復帰活動の有無(同11%)、などだった。

## 3 退院患者調査(表10~34)

10施設の合計244名から回答が得られた。施設毎の回答数は6~30(平均24.4)だった。設問によって6~19の欠損値があった。

性別(表10)は男性150(64%)、女性84(36%)と男性が多かった。年齢(表11)では30歳から69歳までがほとんどだった。通院開始後の期間(表12)は6ヵ月以上から10年以上まで分布した。通院にかかる時間(表13)は最多が30分未満(45%)、次いで30分~1時間(36%)だった。通院先を知った経緯(表14)は他の医療機関からの紹介(33%)、次いで知人の勧め(21%)だった。

待合室の雰囲気(表15)はよいとする者が60%で、受け付けしてからの待ち時間(表16)は10~30分、30分~1時間がそれぞれ32%だった。担当医師については相談ごとを聞いてくれるとする者が多く(表17、84%)、医師や薬剤師は病気や薬につい

て十分説明してくれるとする者が多かった（表 18、77%）。診察以外で相談できる職員、部署（表 19）はあるとする者が 70%だった。社会復帰施設等の情報（表 20）は入手できるとする者が 60%、どちらか分らないが 25%でそれに次いだ。時間外の診察・相談（表 21）は可能とする者が 41%、どちらか分らないが 39%でほぼ等しかった。自助グループ（表 22）については、あるとする者が 45%、次いでどちらか分らないが 38%だった。病気についての勉強会等（表 23）はあるとする者が 48%、どちらか分らないが 38%だった。

最後に退院した時期（表 24）は 1 年未満（39%）が最多であり、次いで 1~3 年だった（30%）。入院形態等に関する文書での告知（表 25）は受けたとする者が 68%、覚えていない者が 19%だった。治療方針等についての説明（表 26）は受けたとする者が 60%、覚えていない者が 17%だった。面会したい人との面会（表 27）はできないことはなかったとする者が 73%、次いで覚えていない者が 13%、一部の人と面会できなかった者が 12%、だった。病棟への持ち込み品（表 28）は持ち込めない物はなかったとする者が 48%、あった者が 38%だった。入院中に相談に乗ってくれる職員（表 29）はいたとする者が 82%で、内訳は看護師（重複回答延べ数の 34%）、医師（同 28%）、ソーシャルワーカー（同 19%）などだった。

入院中の医療やケアへの満足度（表 30）は満足できた（51%）、どちらとも言えない（38%）、満足できなかった（11%）の順だった。病院の雰囲気（表 31）はどちらとも言えない（41%）、よかった（40%）がほぼ等しかった。建物や設備に関して改善して

ほしい点（表 32）はない（61%）、次いである（23%）だった。職員や組織に関して改善してほしい点（表 33）はない（65%）、次いで覚えていない（18%）、ある（17%）だった。入院前に入手しておきたい情報（3 個まで回答可、表 34）は割れて、重複回答全体の 10%以上（回答者実数の 20%以上）に及んだものは多い順に病院の規模、建物や設備（重複回答延べ数の 17%）、社会復帰活動の有無（同 16%）、快適性や安全管理（同 15%）、入院した場合の行動制限（同 15%）、受診者・家族による評判（同 10%）、などだった。

#### D. 考 察

##### 1 個別情報毎に見た公開の是非と方法

93 の精神科有床施設から回答が得られた 2001 年度の「情報公開研究」3) に比較すると本研究で得られた病院長からの回答数は少ないが、2005 年度、2006 年度に検討した通り、6 月 30 日調査の個票を公開することに関する病院長の態度を調査した。「一般公開」に比較して「個別判断」が最も多かったのは行動制限の件数を含む個票 7 だったが、これは「情報公開研究」の結果とも、以下で述べる「情報公開研究」と同一の個別情報毎の調査の傾向とも一致している。その他の幾つかの個票でも「個別判断」が多かったが、集計表形式で比較的少数の患者の分布を明らかにするものがあり、やや特定されやすいという理由が背景にある可能性がある。

次に「情報公開研究」と同一の個別情報毎の調査では、外部監査の結果、行動制限、医療事故、電気けいれん療法で「公開不適」または「個別判断」が多かった。これも「情