

について再検討の必要があるように思われる。

3つめに明らかなことは、わが国では抗パーキンソン薬の大量投与率が低かったことである。常識的に考えると、抗精神病薬の投与量が多いほど抗パーキンソン薬の投与量は高くなるはずなので、この結果は一見矛盾しているように見える。わが国では諸外国と比較して、そもそも抗パーキンソン薬の処方率が全体に高いことが知られており⁵⁾、しかも少量しか抗精神病薬を使用していない者に漫然と抗パーキンソン薬を継続するという処方慣習のあることが問題視されている。大量投与率を下げるには、被除数である大量投与を受けている患者数を減らすのみではなく、法である抗パーキンソン薬の投与を受けている患者数を減らすことでも可能なので、ことによるとわが国において抗パーキンソン薬大量投与率が低いのは大量投与患者自体が少ないのではなく、そもそも抗パーキンソン薬投与患者自体が多いだけなのかもしれない。これらの状況を考慮すると、抗パーキンソン薬に関連した質的評価指標としては、抗パーキンソン薬の大量投与を受けている患者数を抗精神病薬の投与を受けている患者数で割った商を採用した方がわが国における使用を考えた方が適切のように思われる。

4つめに明らかとなったことは、再入院率は極めて低いことであった。豪州では平均入院日数が5～6日とわが国と比べて極端に低いので¹²⁾、豪州ではいわゆる **premature discharge** の患者の占める率が高かった可能性がある。**Premature discharge** とは入院日数が短かった場合に、結果として治療効果が不十分なまま退院となり、再入院率や自殺率が高くなる可能性があるという考えであるが、**JESS2000** 追跡調査では入院日数180日以下の患者が対象となっているし、日本全体が対象となっている**630** 調査では短期で退院させる方向で働く圧力が弱く、**mature**、あるいは **supermature** な退院患者が多数を占めていたために、再入院率が低かった可能性があり、今回の結果のみによってわが国における再入院率が豪州より低いと見なすことには問題がある。

同様のことは死亡退院率についても言える。豪州では平均入院期間が5～6日程度のためか、死亡退院率は0.13～0.26%に過ぎなかったが、それに対して本研究では入院患者全体を母集団とした場合には1ヶ月間の死亡率が0.37%、同じく5年間の死亡率が5.7%、入院から1年以内の死亡率が約2.5%といったように、わが国の死亡率が高いという結果が得られた。これはひとつにはわが国における入院日数が長いため、当然入院中の死亡率も高くなるはずであることが関与しているものと思われるので、やはり、わが国における死亡退院率が豪州より高いと短絡的に考えることには問題がある。正当な比較をするためには、豪州における**HCO**における入院日数や入院患者の年齢などに関するデータを入手して、詳細な検討を行う必要があるであろう。

F. 結論

- 1) **Australian Council on Healthcare Standards** の作成した精神科医療の質的評価指標にわが国における実情を勘案して部分的修正を施し、①抗精神病薬多剤併用率、②抗精神病薬大量投与率、③抗パーキンソン薬大量投与率、④再入院率、⑤死亡退院率の5つの指標を作成した。
- 2) 平成12年から17年にかけてわが国で実施された**JESS** 関連研究と**630** 調査の結果を参照して、①～⑤の指標に関する基礎データを作成した。
- 3) 抗精神病薬の多剤併用率と大量投与率はいずれも豪州の **Health Care Organisation (HCO)** におけるデータと比較して、80パーセント値を大きく上回るはずれ値に相当する値であった。
- 4) 抗パーキンソン薬大量投与率に関しては、**HCO** におけるデータよりやや低かったが、これはわが国で抗パーキンソン薬の大量投与の行われるのが少ないためではなく、むしろわが国で抗パーキンソン薬の予防投与が広く行われ、長期にわたって漫然と投与されることが多いた

めと推測された。

- 5) 再入院率は HCO における値よりもわが国における値の方がやや低く、逆に死亡退院率はわが国の方が高いようであったが、これらの差異はわが国と豪州の間に人口あたりの病床数や入院日数などといった医療システムそのものに基づく差によってもたらされた可能性が高いと考えられた。

G. 参考文献

- 1) The Australian Councils on Healthcare Standards: Determining the potential to improve the quality of care in Australian health care organizations: Results from the ACHS clinical indicator data 1998-2000. <http://www.achs.org.au>
- 2) 厚生労働省社会・援護局傷害保健福祉部精神・障害保健課, 国立精神・神経センター精神保健研究所: 精神保健福祉資料: 平成 16 年度 6 月 30 日調査の概要. 国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部, 東京, 2006. http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/pdf/data_h16/h16_630_all.pdf
- 3) 不破野誠一, 吉住 昭, 大嶋 巖ら: Japan Extensive Study of Schizophrenia (JESS) - 現在までの JESS のまとめと JESS2000 の第一次集計について -. 厚生労働省精神・神経研究委託費 精神分裂病の病態, 治療・リハビリテーションに関する研究 総括研究報告書(主任研究者 浦田重治郎), 25-31, 2001.
- 4) 稲垣 中, 不破野誠一, 吉住 昭ら: 国立精神病院・療養所の統合失調症入院患者における向精神薬の処方実態. 厚生労働省精神・神経研究委託費 統合失調症の治療及びリハビリテーションのガイドライン作成とその実証的研究 総括研究報告書(主任研究者 浦田重治郎), 27-36, 2004.
- 5) 稲垣 中, 中川敦夫, 不破野誠一ら: 統合失調症入院患者における身体疾患治療薬の処方実態. 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 16 指-1 精神科医療ネットワークによる統合失調症の治療及び社会復帰支援に関する研究. 総括研究報告書(主任研究者: 塚田和美): 61-68, 2007.
- 6) 稲垣 中, 中川敦夫, 不破野誠一ら: JESS2000 追跡調査(その1): 短期入院後の再入院率に関する検討. 平成 19 年度厚生省精神・神経疾患研究委託費による研究報告集(2年度班・初年度班), (印刷予定), 2008.
- 7) 稲垣 中, 中川敦夫, 不破野誠一ほか: JESS Mortality Study(その2): 死亡率と再入院率. 平成 19 年度厚生労働省精神・神経疾患研究委託費精神疾患関連研究班合同研究報告会, 東京, 2007 年 12 月 10 日.
- 8) 稲垣 中, 中川敦夫, 塚田和美ら: JESS2005 (その1): その概要. 平成 19 年度厚生省精神・神経疾患研究委託費による研究報告集(2年度班・初年度班), (印刷予定), 2008.
- 9) 稲垣 中, 中川敦夫, 塚田和美ら: JESS2005 (その2): 旧・国立精神療養所の統合失調症入院患者の抗精神病薬処方実態. 平成 19 年度厚生省精神・神経疾患研究委託費による研究報告集(2年度班・初年度班), (印刷予定), 2008.
- 10) 稲垣 中, 中川敦夫, 塚田和美ほか: JESS2005(その1): 概要と向精神薬の処方実態. 平成 19 年度厚生労働省精神・神経疾患研究委託費精神疾患関連研究班合同研究報告会, 東京, 2007 年 12 月 10 日.
- 11) 稲垣 中, 稲田俊也: 2006 年版向精神薬等価換算. 臨床精神薬理 9: 1443-1447, 2006.
- 12) Australian Bureau of Statistics: Health Services: Private hospitals. <http://www.abs.gov.au>
- 13) Cornwall PL, Hassanyeh F, Horn C: High-dose antipsychotic medication: improving clinical practice in a psychiatric

special (intensive) care unit. *Psychiatric Bull* 20: 676-680, 1996.

- 14) Bollini P, Pampallona S, Orza MJ, et al: Antipsychotic drugs: is more worse? A meta-analysis of the published randomized control trials. *Psychol Med* 24: 307-316, 1994.
- 15) 角田健一, 稲垣 中: 統合失調症治療における haloperidol の至適用量. *臨床精神薬理* 8: 1185-1190, 2005.

平成 19 年度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

(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

分担研究者	吉住 昭	(独立行政法人国立病院機構花巻病院)
研究協力者	稲垣 中*	(慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科)
	羽藤 邦利	(代々木の森診療所)
	中川 敦夫	(慶應義塾大学大学院医学研究科精神神経科学分野)
	佐渡 充洋	(慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室)
	吉村 公雄	(慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室)

* 執筆担当者

研究要旨

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年間に東京都の代々木の森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かったのに対して、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。

A. 研究目的

本分担研究グループにおいて、われわれはわが国の精神科医療システムの質的評価を行うための指標 (quality indicator) を確立するとともに、国内の精神科医療機関同士、あるいはわが国と海外の間で精神科医療システムの質的評価を行うことを目指している。現在、われわれは 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¹⁾をわが国における実情にあわせて一部修正を施し、その上でそれらの指標に基づいてわが国の医療システムの質的評価を行うことを目指しているが、本稿ではその第一段階として、東京 23 区内の一精神科クリニックの外来うつ病患者を対象とした予備的検討を行った。

B. 研究方法

1) 対象患者

2006 年 1 月 1 日から 2006 年 12 月 31 日までの 1 年間に代々木の森診療所を初診となった気分障害、すなわち ICD-10 で F3 と診断された患者 81 名を研究対象とした。

2) 方法

対象患者に関する診療記録を参照して、①性別、②診断、③生年月日、④初診年月日と初診時に使用された抗うつ薬、⑤代々木の森診療所初診日より前の治療歴の有無、⑥初診年月日より 3 ヶ月経過時点での治療継続の有無と使用されていた抗うつ薬、⑦初診年月日より 6 ヶ月経過時点での使用されていた抗うつ薬、⑧初診年月日より 1 年間の精神科入院歴、⑨最終受診年月日の 9 項目に関する情報を収集した。

そして、これらの情報に基づいて、

- 3 ヶ月治療継続率: 新たにうつ病エピソード、あるいは反復性うつ病性障害と診断された者のうち、初診から 3 ヶ月にわたる外来治療が行われた者の割合
- 3 ヶ月抗うつ薬継続率: 新たなうつ病エピソードのために抗うつ剤投与の開始された 18 歳以上の患者のうち、3 ヶ月以上抗うつ薬の投与が継

続された者の割合

- 6 ヶ月抗うつ薬継続率: 新たなうつ病エピソードのために抗うつ剤投与の開始された 18 歳以上の患者のうち、6 ヶ月以上抗うつ薬の投与が継続された者の割合

の 3 指標を算出した。これら 3 指標は、OECD のリサーチペーパーに掲載されていた 12 指標のうち、3 指標に対してわが国の実情にあわせて修正を施したものである。なお、臨床実地では最初に使用した抗うつ薬が無効であったり、効果が不十分であったり、あるいは有害事象の問題などによって、別の抗うつ薬に切り替えたり、あるいは別の抗うつ薬をそれまでの治療に上乘せするなどといったことがしばしば行われるが、本研究においては切り替えや上乘せが行われていたとしても、何らかの抗うつ薬投与が行われていれば、抗うつ薬治療は継続されているものと見なすこととした。また、本研究ではわが国における処方慣習に従い、『抗うつ薬』とは三環系抗うつ薬、四環系抗うつ薬、トラゾドン、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (以下、SSRI と略)、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (以下、SNRI と略) のみならず、スルピリドも含めることとした。

本研究の施行にあたっては、事前に慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科における研究倫理審査委員会の承認を得た。

C. 研究結果

1) 対象患者の背景因子

対象患者 81 名の ICD-10 による診断は F31 (双極性感情障害) が 2 名、F32 (うつ病エピソード) が 49 名、F33 (反復性うつ病性障害) が 29 名、F34 (持続性気分障害) が 1 名であった。これらのうち、大うつ病エピソードを呈していた者は F31 の 2 名と F34 の 1 名を除く 78 名であった。

これら大うつ病エピソード患者 78 名のうち、a) 過去に治療歴がなかったいわゆる“first-contact”で、初めて治療を受ける気分障害患者 (以下、初回治療患者と略) は 31 名、b) “first-contact”ではな

かったが、今回のうつ病エピソードにおける治療歴がなかった患者(以下、再治療患者と略)は20名であり、c) 残る27名は今回のうつ病エピソードで他の医療機関で治療を既に受けていた患者(以下、転院治療患者と略)であった。よって、3ヶ月治療継続率、3ヶ月抗うつ薬継続率、6ヶ月抗うつ薬継続率の算出の対象となる患者はa)の初回治療患者とb)の再治療患者をあわせた51名である。

この51名の年齢は20歳未満が2名、20歳代が16名、30歳代が12名、40歳代が8名、50歳代が8名、60歳代が4名、70歳以上が1名で、平均年齢(標準偏差)は38.0(15.9)歳であった。対象患者の性別は男性が27名、女性が24名であった。

2) 初期治療の内容

51名の対象患者が初診の時点で投与された抗うつ薬は、SSRIが27名、SNRIが5名、三環系抗うつ薬が9名、四環系抗うつ薬が3名、トラゾドンが1名、スルピリドが20名、処方なし1名であった(重複あり)。抗うつ薬が使用されていない1名を除く50名における、抗うつ薬の併用剤数に関しては、単剤使用が36名、2剤併用が14名であり、3剤以上併用している患者は存在しなかった。

3) 3ヶ月治療継続率

51名の対象患者のうち、初診から3ヶ月が経過した時点で通院を継続していたものは38名、治療が中断されていた患者は13名であった。従って、3ヶ月治療継続率は74.5%であったことになる。

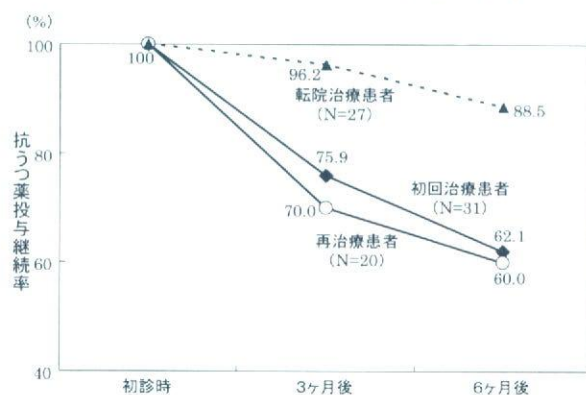


図1 抗うつ薬投与継続率

4) 抗うつ薬投与継続率

対象患者の51名のうち、初診時点で18歳以上であり、かつ抗うつ薬の使用が開始された患者は49名であった。この49名の内訳は、a)の初回治療患者が29名、b)の再治療患者が20名であった。

3ヶ月経過時点で、なおも抗うつ薬投与が継続されていた者は36名(73.5%)であり、このうち22名が初回治療患者、14名が再治療患者であった。また、6ヶ月経過時点では30名(61.2%)においてなお抗うつ薬投与が継続されており、このうち18名が初回治療患者、12名が再治療患者であった。

従って、初回治療患者における3ヶ月抗うつ薬投与継続率は75.9%、6ヶ月抗うつ薬投与継続率は62.1%であり、また再治療患者における継続率はそれぞれ70%、60%ということになり、両者の間に本質的な差異はなかった(図1)。

また、29名の初回治療患者の抗うつ薬継続率を初回治療の段階で使用されていた薬剤別に見てゆくと、新規抗うつ薬、すなわちSSRIとSNRIのいずれかが処方されていた患者21名のうち、3ヶ月後と6ヶ月後にも抗うつ薬が継続されていた者はそれぞれ14名(66.7%)、10名(47.6%)に過ぎなかった。新規抗うつ薬投与患者21名のうち、7名ではスルピリドとの併用が行われており、新規薬単剤投与は残りの14名で行われていたが、3ヶ月経過時点では単剤投与患者14名のうち8名(57.1%)、6ヶ月経過時点では7名(50.0%)において抗うつ薬治療が継続されていた。新規抗うつ薬とスルピリドの併用患者における3ヶ月抗うつ薬継続率は85.7%、6ヶ月抗うつ薬継続率は42.9%であった。一方、初診時点で新規抗うつ薬以外の抗うつ薬しか投与されていない8名は全員6ヶ月経過まで抗うつ薬治療が継続されていた(図2)。

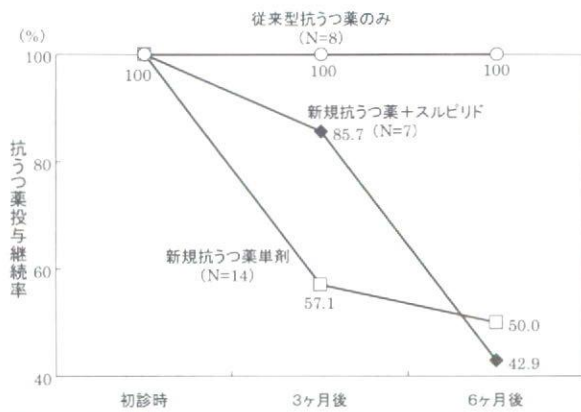


図2 初回治療患者における抗うつ薬投与継続率

5) 転院治療患者における治療継続率

参考値として、今回のうつ病エピソードで他の医療機関で治療を既に受けていた『転院治療患者』における3ヶ月治療継続率、3ヶ月抗うつ薬継続率、6ヶ月抗うつ薬継続率についても検討を行った(図1)。

転院患者 27 名のうち、26 名が 3 ヶ月経過時点で治療が継続されていた。よって、3 ヶ月治療継続率が 96.3%である。また、転院患者のうち、抗うつ薬が投与され、かつ 18 歳以上であった 26 名のうち、3 ヶ月、および 6 ヶ月経過時点で抗うつ薬が継続されていた者はそれぞれ 25 名 (96.2%)、23 名 (88.5%) であった。

D. 考察

うつ病は抗うつ薬、あるいは心理療法を十分な期間適切に行うことによって、十分な改善を得ることが可能な疾患と考えられているが、多くの患者が早期に治療を中断するために、長い期間にわたって寛解状態に至ることなく時間を過ごしたり、あるいは再燃・再発を招き、さまざまな社会的損失を招いているとされている。従って、うつ病患者において薬物療法、あるいは心理療法の一定以上の継続をその国の精神科医療システムの質的評価を行う際の指標とすることには十分な妥当性があると考えられる。本研究では OECD によって提唱されたうつ病治療に関連した4つの質的評価指標のうち、3ヶ月治療継続率、3ヶ月抗うつ薬継続率、6ヶ月抗うつ薬継続

率の3つについて検討を行ったが、このうち 3 ヶ月治療継続率は OECD の原典における記載と若干定義が異なっている。

OECD の原典では、新たにうつ病エピソード、あるいは反復性うつ病性障害と診断された者のうち、初診から 12 週以内に3回以上向精神薬の処方を受けているか、あるいは8回以上の心理療法を受けた者の割合を『3ヶ月治療継続率』と定義したが、本研究では新たにうつ病エピソード、あるいは反復性うつ病性障害と診断された者のうち、初診から 3 ヶ月にわたる外来治療が行われた者の割合を『3ヶ月治療継続率』とした。これは、1つにはわが国では大うつ病の初期治療に心理療法が用いられることは一般的とは言えないため、もう1つには医療行為の慣習からも、また医療保険の問題からも、1回に 30 日分以上の向精神薬を処方する可能性が極めて低く、3ヶ月間治療が継続されていれば、概ね OECD の原典に記載された条件を満たすと推測できるためである。

OECD のテクニカルペーパー¹⁾には今回われわれが検討した3つの指標について参照値が掲載されていた。表1を見てもわかるように、OECD のテクニカルペーパーには 3 ヶ月治療継続率の値のみは掲載されていなかったが、代々木の森診療所における 3 ヶ月抗うつ薬継続率、および 6 ヶ月抗うつ薬継続率の方が海外よりも明らかに高かった。

	今回の結果	OECD参照値 ¹⁾
3ヶ月治療継続率	74.5%	
3ヶ月抗うつ薬継続率	73.5%	18.8%(Melfi et al., 1998) 22.7~43.6%(Kerr et al., 2000) 58.8%(NCQA, 1999)
6ヶ月抗うつ薬継続率	61.2%	43%(CalPERS Health Plan, 2001) 42.2%(NCQA, 1999)

表1 急性期うつ病治療の質的評価指標 ～わが国と海外の比較～

薬理学的作用より考慮すると、新規抗うつ薬は従来型抗うつ薬と比較して、抗コリン性有害事象のリスクが小さいので、新規抗うつ薬を初期治療に使

用した方が従来型抗うつ薬を使用するよりも継続率が高いものと予測される。しかしながら、図2を参照してもわかるように、初期治療として新規抗うつ薬を使用した患者の方が従来型抗うつ薬を使用した患者より継続率が低かった。今回の調査では対象患者が少なく、また初期治療薬が選択された時点で対象患者の重症度などにバイアスがかかっていた可能性が考えられるので、結果の解釈には慎重を要するが、2000年の豪州における診療報酬支払データに基づく、3ヶ月以上抗うつ薬の投与を受けていない抗うつ薬新規投与患者を対象とした大規模薬剤疫学的研究²⁾でも、新規抗うつ薬の1つであるサートラリンを新規に投与された患者における6ヶ月投与継続率(40.9%)と従来型抗うつ薬の1つであるドチエピン(本邦未発売)における6ヶ月継続率(37.8%)に有意な差がなかったという報告があることからわかるように、少なくとも治療継続率の上では新規抗うつ薬の優位性は薬理的機序から推測されるほどではない可能性も十分に考えられる。いずれにしても、この問題を解決するには今回の調査は規模の点で不十分であり、今後はより大きな規模で再調査を行う必要があると考えられる。

E. 結論

- 1) 精神科医療システムの質的評価を行うためにOECDが作成した指標に、わが国における事情も勘案した修正を施し、急性期うつ病治療における3つの質的評価指標、すなわち、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を提唱した。
- 2) 代々木の森診療所に2006年1月～12月に初診となった気分障害患者を対象に、これら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%であった。これらはいずれもOECDのテクニカルペーパーに記載されている海外におけるデータよりも高い値であった。
- 3) 初めて精神科治療を受けるうつ病患者と、かつ

て精神科治療を受けたことはあるが、今回のうつ病エピソードでは初めて治療を受けるうつ病患者における3ヶ月抗うつ薬継続率と6ヶ月抗うつ薬継続率に差はなかった。

- 4) 初めて精神科治療を受けるうつ病患者における抗うつ薬継続率を、最初に投与される抗うつ薬別に検討したところ、従来型抗うつ薬を投与されていた患者では1名も投与が中止されていたのに対し、新規抗うつ薬を投与されていた患者では途中で投与中止となった者が多く見られた。

F. 参考文献

- 1) Hermann R, Mattke S, the members of the OECD mental health care panel: OECD Health Technical Papers No.17: Selecting indicators for the quality of mental care at the health systems level in OECD countries.
<http://www.oecd.org/els/health/technicalpapers>.
- 2) McManus P, Mant A, Mitchell P, et al.: Length of therapy with selective serotonin reuptake inhibitor and tricyclic antidepressants in Australia. *A N Z J Psychiatry* 38: 450-454, 2004.

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科ソーシャルワーカーの機能評価に関する研究—

分担研究者	吉住 昭	(国立病院機構花巻病院)
研究協力者	瀬戸 秀文	(長崎県立精神医療センター、 肥前精神医療センター臨床研究部社会精神医学)
	高橋 克朗	(長崎県立精神医療センター)
	櫻井 斉司	(聖ルチア病院)
	平野 亙	(大分県立看護科学大学保健管理学)
	大賀 淳子	(大分県立看護科学大学精神看護学)
	小山 宏子	(筑紫女学園大学人間福祉学科) *執筆担当者(研究要旨、C、D、E担当)
	廣田 悦子	(第一福祉大学臨床福祉心理学科) *執筆担当者(A、B担当)
	平 直子	(西南学院大学社会福祉学科)
	鶴丸 藍子	(肥前精神医療センター) *執筆担当者
	稲垣 中	(慶應義塾大学医学部健康マネジメント研究科)
	中川 敦夫	(慶應義塾大学大学院医学研究科精神神経科学分野)
	佐渡 充洋	(慶應義塾大学医学部医療政策管理学教室)
	香山 明美	(宮城県立精神医療センター)

研究要旨

精神保健医療福祉の改革ビジョンで示された約7万2千人の社会的入院者の退院促進、救急医療体制の整備、心神喪失者等医療観察法の施行後2年、障害者自立支援法による混乱等、精神科医療の課題が山積する中、改めて精神保健福祉士の役割や機能が問われている。

最終年度にあたる平成19年度は、国公立病院のPSWの実践、及び病院のシステムの実情を把握すると共に、PSW機能評価軸の適切性を検討し、PSWの機能を適切に評価できる調査票を完成させることを目的とした。前年度作成したPSW機能評価軸を再度見直し、修正を加えた9分野15指標45項目からなる調査票を用いて、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 病院から回答があった。(回収率 70.9%)

調査結果を(1)45 項目別集計結果、(2)15 指標別集計結果、(3)9 分野別集計結果、(4)病院別の評価点傾向として整理し、分析を行った。また調査結果から 1. 国公立病院の PSW の実践及び病院のシステムの把握について、2.病院比較の分析結果について考察を述べた。項目別、指標別、分野別の集計結果から国公立病院の PSW の実践、病院のシステムの実情が把握できた。病院別の評価点傾向では、評価の最も高かった病院と最も評価の低かった病院を、例として 15 指標別に比較検討を行った結果、病院間の格差の度合い、充足されるべき点が明確にされた。以上から今回作成した「精神科ソーシャルワーカー機能評価票」は有用性が高いと言える。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、他者評価として活用し、PSW 自身の日常業務の姿勢を客観的に評価することで、PSW の質の向上が期待できる。

退院促進等 PSW の役割はますます重要になっていくと思われるが、現状では本来業務以外の役割を取らざるを得ない状況も明らかになった。(平成 17 年度、平成 18 年度研究)。今後は日本精神保健福祉士協会と研究の連携をすることにより、PSW の質の向上、業務改善に寄与できればと考える。

A. 研究目的

精神保健医療福祉の改革ビジョンで示された約 7 万 2 千人の社会的入院者の退院促進、救急医療体制の整備、心神喪失者等医療観察法の施行後 2 年、障害者自立支援法による混乱等、精神科医療の課題が山積する中、改めて精神保健福祉士の役割や機能が問われている。

精神科ソーシャルワーカー（以下、PSW）が、精神保健福祉士という国家資格になり、10 年目になった。PSW の国家資格化により、デイケア等では PSW の業務も医療費の対象として認められるようになった。有資格者が 3 万 5 千人弱（平成 20 年 1 月末現在：日本精神保健福祉士協会）になり、PSW は医療機関の中で市民権を得つつある。

しかし国家資格化により、PSW の質の向上がもたらされるとは思われたが、10 年を経過

する現在、今なお PSW の質や業務状況などが問題となっている。(本研究班が平成 17 年度実施した【PSW の FGI】の分析結果による)本研究班の目的は、一つには、PSW の機能や PSW が機能を発揮できる病院のシステムを適切に評価できる機能評価軸を作成すること、二つに、その機能評価軸を精神科病院の機能評価軸の中に位置づけることにより、精神科病院の PSW の質の向上、業務の適正化、PSW が本来の力を発揮できる病院のシステムについて検討することである。

最終年度にあたる平成 19 年度は、国公立病院の PSW の実践、及び病院のシステムの実情を把握すると共に、PSW 機能評価軸の適切性を検討し、PSW の機能を適切に評価できる調査票を完成させることを目的とした。前年度作成した PSW 機能評価軸を再度

見直し、修正を加えた9分野15指標45項目からなる調査票を用いて、全国55箇所の国公立病院のPSWを対象に調査を実施することにした。

B. 研究方法

1. 調査票の修正、評価基準の設定、及び精神科ソーシャルワーカー機能評価調査票の作成

平成18年度に作成した精神科ソーシャルワーカー機能評価軸(案)「8分野、14指標、44項目」を見直し、分析・検討を重ね、新たに「成果に関する分野」を設け、指標として、支援に関する成果を追加した。PSW業務を自己満足に終わらせず、医療機関の中で「福祉専門職」として、質を向上させるためには「成果」を適切に評価する指標の設定は重要課題であると考えたからである。その結果、「9分野、15指標、45項目」の評価軸を設定した。

また、45項目ごとに、合計100の評価の基準を設定した。評価基準の設定にあたっては、「施設ケアサービスの指標」(全国精神障害者家族会連合会)を参考とした。最終的に作成した評価票を資料1-1に示した。また、評価のポイントとして解説をつけた(資料1-2)。研究担当者が当然と判断した項目についても、回答の誤差を最小限度にするために、あえて解説を加えた。

2. 調査の実施

調査票は、平成20年1月初め、全国の国公立精神科病院PSW部門(55箇所)宛に郵送した。調査票の記入者については、PSW

部門の責任者であり、職種はPSWとした。調査期間は約2週間であった。39病院からの回答を得た。(回収率70.9%)

39病院のうち、7病院から「自由意見」として、各地の病院の現状や調査に対する前向きな意見等が記載されていた。これらは調査票の適切性の検討資料とした。39病院のうち2病院には、電話で不明瞭な回答の確認を行った。

3. 評価について

調査票は9分野15指標45項目からなっている。45の各項目に1)2)3)の段階評価分類を設けた。段階評価分類は、各項目に対して、それぞれの病院のPSW部門がどのような状況なのかを判断する目安とした。(段階評価分類の1)はPSWのありかた、病院のシステム等について標準的に必要とされるものを示す。2)努力はされているが、標準のすべては満たされていない場合を示す。3)標準的内容の、いずれも満たしていない場合を示す、とした。

C. 結果

1) 45項目別集計結果

回答を得た39病院の45項目別集計結果は資料3-1~16の通りである。45項目中、「すべて」と「全く」について1割以上(4病院以上)差がついた項目と特徴的な項目を中心に以下に整理した。この点については後述考察する。「すべて」-調査票の段階評価1)の□の一部が実行されている、または一部その状況にある。「全く」-全く実行されていない、全くその状況にない、ことをあらわして

いる。又一部結果説明の表記を変えた)

A：適切なケアの提供に関する分野

[アクセス] (資料 3-2)

設問 1 PSW の部屋

事務部門と別 33/39 病院

同室 6/39 病院 (15%)

設問 2 相談室の場所

利用者にわかりやすい 28/39

わかりにくい 11/39 (28%)

設問 3 相談室は気兼ねなく出入りできる

場所にある 気兼ねしない 30/39

気兼ねがある 9/39 病院 (23%)

設問 4 相談室案内は病院玄関の目に入り

やすい位置に掲示してある

掲示してある 8/39

一部あてはまる 23/3

全くそうでない 8/39 (20.5%)

設問 5 PSW の自己紹介、業務説明、パン

フレット、院内広報誌等での周知

周知している 8/39

一部 31/39 (79%)

B：利用者との関係

[利用者との関係] (資料 3-3)

設問 7 PSW は事務的対応をせず、じっくり

り話を聴いている

すべて 12/39 一部 27/39

[プライバシーの尊重] (資料 3-4)

設問 9 プライバシーが守られる相談室

ある 32/39 ない 7/39 (18%)

[自己実現の尊重] (資料 3-5)

設問 10.11 39 病院が「すべて」か「一部」

[誠実な対応] (資料 3-6)

設問 12~16 39 病院「すべて」か「一部」

C：ケアの質に関する分野

[情報の提供](資料 3-7)

設問 17 39 病院がすべて又は一部

[利用者のケア計画への参加(資料 3-8)

設問 19 ケア計画作りへの支援者参加に

ついでの利用者承諾等

すべて 8/39 一部 27/39

全く 4/39 (10%)

D：他の職種との連携に関する分野

[チームワーク] 設問 23~29(資料 3-10)

設問 24 他職種と専門的立場で意見交換

すべて 39/39(100%)

設問 25 PSW の意見は尊重されている

すべて 31/39 一部 8/39

設問 27 各職種が協力している

すべて 39/39(100%)

設問 28 PSW は業務や役割を理解しても

らえるように努力している

すべて 36/39(92%)

設問 29 PSW が行う家族会・当事者活動

への支援、社会資源開拓などの院

外業務を他職種が理解し、業務と

して認めている

理解あり 35/39 理解なし 4/39(10%)

E：病院内のシステムに関する分野

[担当業務] (資料 3-11)

設問 30 PSW は相談援助業務中心の病院

の体制

ある 37/39(92%) ない 2/39 (8%)

設問 33 当事者の意見を聞くシステムや
情報公開、PSW の参加

すべて 10/39 一部 22/39 全く 7/39 (18%)

[病院外での活動等] (資料 3-12)

設問 35 PSW が家族会・当事者会に関わ
れる病院の体制と業務の担当性

すべて 18/39 一部 9/39 全く 12/39 (33%)

設問 36 PSW が啓発活動を行う病院体制

すべて 6/39 一部 29/39 全く 4/39 (10%)

設問 37 全国レベルの学会、研修等に業務
として参加できる体制や、研究発
表をしやすい病院の体制

すべて 21/39 一部 13/39 全 7/39 (13%)

F : 病院と地域をつなぐ視点に関する分野

[地域との関わり] (資料 3-13)

設問 38 PSW の新社会資源開拓の努力

している 19/38 していない 20/39 (52%)

設問 39 PSW の地域家族会・当事者会と
の積極的関わり

すべて 10/39 一部 14/39 全く 15/39 (39%)

G : 社会への働きかけについての分野

[社会への働きかけ] (資料 3-14)

設問 40 精神障害についての啓発活動 (広
報、行事参加、講演等

すべて 2/39 一部 32/39 全く 5/39 (13%)

H : PSW の教育に関する分野

[専門性の向上] (資料 3-15)

設問 41 日本精神保健福祉士協会所属 (個

人、病院ごと)

すべて 1/39 一部 25/39 全く 12/39 (31%)

設問 42 PSW 部門の会議の定例化、意見
交換できる雰囲気

すべて 12/39 一部 19/39 全く 7/39 (18%)

設問 43 新人 PSW の研修体制と他職種の
協力等

すべて 6/39 一部 17/39 全く 15/39 (40%)

設問 44 PSW の実習生の積極的受け入れ、
説明と同意

すべて行っている 20/39 一部 9/39

全く行っていない 9/39 (23%)

I : 成果に関する分野

[支援の成果] (資料 3-16)

設問 45 利用者との支援に関する評価と、
成果を次の援助に活かすこと

すべて行っている 12/39 一部 22/39

全く行っていない 4/39 (10%)

2) 15 指標別回答の集計結果 (資料 3-17)

資料 17 は、15 の指標別回答の集計比率
を見たものである。「すべて」の回答集計比
率が高い指標は①プライバシーの尊重 ②
チームワーク ③誠実な対応 ④自己実現
の尊重 ⑤利用者との関係の順である。

「全く」の回答集計比率が高い指標は①
地域との関わり②専門性の向上 ③プライ
バシーの尊重 ④アクセス ⑤病院外での
活動 の指標である。

3) 9分野別回答の集計結果(資料3-18)

資料18は9つの分野別回答の集計比率をみたものである。「すべて」の回答の集計比率が高かった分野は、①他職種との連携に関する分野 ②利用者の権利を守ることに
関する分野 ③適切なケアの提供に関する分野の順である。「全く」の比率が高かった分野は①病院と地域をつなぐ視点に関する分野 ②PSWの教育に関する分野 ③適切なケアの提供に関する分野である。

4) 病院別の評価点傾向(資料3-19)

資料19は「すべて」の回答を2点、「一部」の回答を1点とした場合の病院別の評価点をグラフにあらわしたものである。評価点をみると、最も評価の高い病院と最も評価の低い病院の差は約4倍となっており、病院間に格差があることがわかる。

資料20は、評価の違いによる特徴を指標別にみたものである。評価点の最も高いA病院は45項目のうち41項目について「すべて」と回答しており、一方評価点の最も低いB病院は「すべて」の回答が10項目にとどまっている。差が大きい指標は①アクセス ②専門性の向上 ③利用者との関係(適切な介入、誠実な対応、チームワークは同率)である。

「全く」の回答を比較してみると、評価点の最も低いB病院が実行できていない・その状況にない指標は①アクセス ②病院外での活動 ③地域との関わりである。(資料13-21)

D. 考察

上記の調査結果から主な点をまとめる。

1. 国公立病院のPSWの実践及び病院のシステムの把握について

1) 項目別集計結果について

①アクセス

適切なケアの提供にアクセスは重要な要素である。28%の病院は「相談室の場所が利用者にわかりにくい」、23%の病院は「精神障害者や家族が気兼ねなく出入りできる場所に相談室がない」、20%の病院は「相談室案内が玄関等目に入りやすい位置に掲示がない」と回答している。

最も注目されるのは「プライバシーが守られる相談室がない」と回答した病院が18%あることである。いかなる相談においてもプライバシーの確保は必須である。特にいまだ偏見のつよい精神障害の問題はなおさらである。病院の構造上解決困難な問題もあると思われるが、PSWは利用者の立場に立って、現状に甘んじることなく状況の改善に努力する必要がある。

またアクセスに設定した5項目は他者評価としても活用できる項目である。

②利用者との関係

殆どの国公立病院のPSWは、利用者の自己実現の尊重、誠実に対応する姿勢、情報を適切に提供する等PSWの専門性に関わる援助姿勢を備えており、資質が高いといえる。

調査票の「B.利用者の権利を守る事に関する指標」に設定した11項目は自己評価と

共に、他者評価が必要な項目である。

③他職種との連携

他職種との連携に関する分野には指標として「チームワーク」を設定し、7つの設問を設け、さらに10の評価の基準を設けた。

「他職種と専門的立場で意見交換している」(設問24)「PSWの意見が尊重されている」(設問25)、「各職種が協力して支援に関わっている」(設問27)の「すべて」の回答はほぼ100%である。国公立病院では福祉職としてのPSWの役割を他の職種が理解しており、精神科医はじめ他職種と専門的立場で意見交換ができています。その基盤には97%の病院PSWが、「職場の関係者に業務を理解してもらえよう日常業務の中で努力している」(設問28)と回答しているように地道な日常行動が重要である。

また「PSWの当事者活動や家族会活動への支援、社会資源の開拓等病院外での活動が業務として他職種に理解されている」(設問29)病院が90%である。

④病院のシステム

「PSWは相談援助業務中心の病院の体制がある」と92%が回答し、8%はその体制がないと回答している。8%の病院のPSWが中心とせざるを得ない業務については今回の調査では明らかにできなかった。

「当事者の意見を聞くシステムや情報公開、必要時にPSWが関われる病院の体制」について「全くない」と回答した病院が18%ある。「PSWが家族会、当事者会に関われる病院の体制」が「全くない」33%、「PSW

が啓発活動等を行うことができる病院の体制」が「全くない」10%、「全国レベルの学会、研修会等に業務として参加できる体制、研究発表をしやすい病院の体制」が「全くない」と13%の病院のPSWが回答している。

⑤PSWの病院と地域をつなぐ視点、社会への働きかけ

病院に所属するPSWの重要な役割は「病院と地域の橋渡しである」(平成17年度研究結果)。調査結果によると「PSWが新しい社会資源開拓に全く努力していない」病院が52%、「PSWが地域家族会、当事者会との積極的関わりが全くない」病院が39%ある。また「精神障害についての啓発活動」を全くしていない病院が13%ある。「医療機関で働くPSWは、諸事務手続きに多くの時間を割いている」(平成17年度研究)現状から推測すると、この結果は「しない」のではなく「できない」のではないかと思われるが、今回の調査では推測の域をでない。精神科病院に勤務するPSWの業務量調査等を実施することで、この点は明らかにできるかと思われる。「必要などきに必要な援助をしてほしい」という当事者や家族のニーズ(平成18年度研究)に答えるには、PSWの業務の適正化は重要課題である。

⑥PSWの教育

「新人PSWの研修体制が整っていない」病院が40%、「PSWの実習生の積極的受け入れがない」病院が23%ある。また「PSWの半数以上が日本精神保健福祉士協会に所

属している」「病院が団体として協会に所属している」のいずれも満たしていない病院が31%ある。「医療機関によってPSWの質に差がある」（平成18年度研究、当事者・家族によるFGI）ことが明らかになったが、専門職の養成教育の体系化と共に現任PSWを育てる病院の体制が望まれる。

⑦PSW業務の成果

「成果」を評価する指標については、昨年度全国のPSW22名に対して実施した機能評価軸（案）の有用性調査結果では有用性が高くなかった。PSWは成果より、「いかに支援を行ったか」の過程に「価値」をおく職種であるといえる。しかし、再度協議を重ねた結果、「PSWが医療機関の中で福祉専門職として認知されるためには成果は重要である」との考えにたち、新たに「成果」に関する指標を追加した。

設問45「利用者と共に援助経過の振り返りを行っている」「成果を、援助に活かしている」について、いずれも「すべて」と回答した病院が31%である。「全く」と回答した病院が10%ある。約半数の病院では「成果を次の援助にいかす」ことは実行されているが、「利用者と共に成果を評価する」作業がなされていない。今回はPSW、当事者、家族によるFGIの分析結果から「成果」に関する指標を設定したが、今後は「何をもちってPSW業務の成果を評価するか」の検討が必要と思われる。また特にPSWの支援の成果は、自己評価と共に利用者の評価が重要である。なお以上の45項目を評価項

目マトリックス(平成18年度総括・分担研究報告書)に当てはめた。

2) 指標別集計結果について

15の指標別回答の集計結果については前述した。

「すべて」行っている比率が高い指標は①プライバシーの尊重 ②チームワーク ③誠実な対応 ④自己実現の尊重 ⑤利用者との関係 であるが、②チームワークを除き、評価票の「B 利用者の権利を守る事に関する分野」に属する指標である。このことから39病院のPSWは、日常業務において常に、利用者の権利を守ることを重要視しているといえる。

一方「全く」実行されていない比率が高い指標のうち「地域との関わり」「病院外での活動」は、PSWの本来業務であるにも関わらず実行されていないという結果がでた。

45項目中の「社会資源の開拓に努力をしていない」52%（設問38）「地域の家族会、当事者との関わりがない」39%（設問38）という状況は、「PSWが地域活動にかかわれる病院の体制にない」32%（設問35）が背景にあるのではないかと推測される。国公立病院のPSWの約3割は、何らかの要因でPSWが本来業務の一つとしている地域活動に充分に関われる病院の体制にない状況であるが、要因については今回の調査では明らかにできない。

3) 分野別集計結果について

「全て」の回答比率が高かったのは①他職種との連携に関する分野 ②利用者の権利を守ることにに関する分野 ③適切なケアの提供に関する分野の順である。②、③は PSW の専門性に関する分野であり、当然の結果といえる。ここでは①他職種との連携についてふれる。

D「他職種との連携に関する分野」には指標として「チームワーク」を設定し、7つの設問を設け、さらに10の評価の基準を設けた。評価基準の内容から次のことが言える。「ほとんどの病院では福祉職としての PSW の役割を他の職種が理解しており、精神科医はじめ他職種と専門的立場で意見交換ができています。一方 PSW 自身も職場の関係者に PSW 業務を理解してもらえるように日常業務の中で努力している。PSW の当事者活動や家族会活動への支援、社会資源の開拓等院外での活動が業務として各職種に認められている」

次に「全く」の比率をみると①病院と地域をつなぐ視点に関する分野 ②PSW の教育に関する分野 ③適切なケアの提供に関する分野の順となっている。新しい社会資源の開拓、地域の当事者会、家族会との積極的連携等は PSW にとって重要な業務であり、役割である。

また前記の結果からも、これらの院外業務は、病院内で他職種からも認知されている業務であるにもかかわらず、今回の調査では最も実行できていない分野として挙げられた。約半数の病院では社会資源の開拓

が努力されておらず、地域の家族会等への参加、協力ができていなかった。

また②PSW の教育に関する分野には、指標として「専門性の向上」を設定し、4つの項目を設けた。この点については項目別集計結果でふれたが、「回答を得た病院の18%は PSW 部門の会議等が定期的実施されておらず、意見交換できる雰囲気乏しい。新人教育の研修体制が40%の病院で整えられていない。23%の病院では PSW の実習の受け入れが積極的でない」等の背景には、初年度の PSW 討議で出された「PSW 業務の多忙さ」「病院の役割期待と PSW が考える本来業務のずれ」等が考えられる。

2. 病院比較の分析結果について

PSW 機能評価集計結果から、病院別の評価点傾向を見たものが、資料 3-19 である。最も評価の高かった A 病院と最も評価の低かった B 病院を比較検討してみると以下の点が言える。

第1点は病院間の格差を明確にできることである。評価点の最も高い A 病院は45項目のうち41項目について「すべて」と回答しており、一方評価点の最も低い B 病院は「すべて」の回答が10項目にとどまっている。2つの病院間の評点差は約4倍となっており、病院間にかなりの格差があることがわかる。

第2点目に、差が大きい指標と項目が明確にできる。換言すれば評価の低い病院で、今後充足されるべき点が明確にできる。

例えば評価の違いを指標別に見たものが資料 20、21 である。「すべて」を選択した場合の比較をみると、両病院間で差が大きかったのは、①アクセス ②専門性の向上 ③利用者との関係（適切な介入、誠実な対応、チームワークが同率）である。

次に「全く」の回答を比較してみると(資料 21)、評価点の最も低い B 病院が満たしていない指標は①アクセス ②病院外での活動 ③地域との関わりであることがわかる。

次に最も差が大きい「アクセス」について見てみる。アクセスには 5 つの設問があるが、B 病院は、そのうち 4 つが「全く」満たされていないとの回答であった。設問の内容にそって B 病院の状況をみると、①PSW の部屋は事務部門と同室になっている。②相談室は利用者が行きやすい位置にない。③相談室は利用者が気兼ねなく出入りできる場所がない ④相談室案内は目に入りやすい位置にない という状況がわかる。

前述したように、相談室は利用者がわかりやすい位置にあり、気兼ねなく出入りできるということは、重要な「良い病院」の条件である。「アクセス」は病院全体の機能評価の重要な部分である。

2 番目に差がでた「専門性の向上」についてである。この指標には 4 つの設問と、10 の評価の基準を設けた。B 病院ではそのうち 7 つが満たされていなかった。この指標は病院の PSW 部門の専門職としての姿

勢、病院側の専門職の教育に関する姿勢の両面をはかる指標として有用性が高いと思われる。

以上例をあげて述べたが、今回作成した 9 分野 15 指標 45 項目の「精神科ソーシャルワーカー機能評価票」は国公立病院の PSW 部門の機能評価に有用性が高いと言える。

3. PSW 機能評価票の適切性について

調査の集計結果と 39 病院のうち、7 病院から自由回答として得た意見をもとに、適切性について検討を行った。

1) 調査票の適切性

設問 45 項目に合計 100 の評価の基準(調査票の段階評価 1)の□)を設けた。□のすべてが満たされた場合が段階評価 1)となるように作成した。しかし、回収した調査票の一部に□のチェックが見逃されているものがあつたため、今回の集計からは、評価の基準を除外し、1)、2) 3) の段階評価のみを集計した。再度調査票の見直しと検討を行った結果、調査票の「記入の仕方」をよりわかりやすく修正した。

E. 結論

我々は 3 年に渡り、「精神科ソーシャルワーカー機能評価票」の作成に取り組んできたが、最終年度は、国公立病院の PSW の実践、及び病院のシステムの実情を把握すると共に、PSW 機能評価軸の適切性を検討し、PSW の機能を適切に評価できる調査票

を完成させることを目的とした。前年度作成した PSW 機能評価軸を再度見直し、修正を加えた機能評価軸に基づいて作成した 9 分野、15 指標、45 項目の評価軸からなる調査票を用いて、全国 55 箇所の国公立精神科病院の PSW を対象に機能評価に関する調査を実施した。39 病院から回答を得、回収率は 70.9%であった。

調査結果を (1) 45 項目別集計結果、(2) 15 指標別集計結果、(3) 9 分野別集計結果、(4) 病院別の評価点傾向に整理し、分析した。また調査結果から 1. 国公立病院の PSW の実践及び病院のシステムの把握について 2. 病院比較の分析結果について考察を述べた。病院別の評価点傾向から、最も評価の高かった病院と最も評価の低かった病院を比較検討した結果、作成した「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実証された。評価票の適切性についても検討を行い「記入の仕方」の修正を行った。また PSW 機能評価の 45 項目を「評価項目マトリックス」に当てはめた。

今回の調査は PSW の自己評価であるが、評価票の A. 適切なケアの提供に関する分野 B. 利用者の権利を守ることにに関する分野 C. ケアの質に関する分野 F. 病院と地域をつなぐ視点に関する分野 G. 社会への働きかけについての分野 I. 成果に関する分野 に設定した合計 26 項目は、他者評価としても活用できる。

退院促進等 PSW の役割はますます重要

になっていくと思われるが、現状では本来業務以外の役割を取らざるを得ない状況が明らかになった。(平成 17 年度、平成 18 年度研究)、今後は日本精神保健福祉士協会との研究の連携により、PSW の質の向上、業務改善に寄与できればと考える。また今回の調査は国公立病院の PSW を対象としたが、PSW の 7 割が勤務する民間病院を対象とした調査を行い、比較検討することで PSW の質の向上、業務の適正化を期待したい。

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

参考文献

- 1)大谷京子. 精神科ソーシャルワーカーの実践を支える要素—ベテラン PSW のインタビュー調査より—精神保健福祉士 38(4) 397-405
- 2)窪田暁子. 新しい地平をめざして—PSW の 50 年とこれから—精神保健福祉士 37(3).206-213
- 3)潮谷有二. 今後の社会福祉専門職制度のあり方について—精神保健福祉士 37(3).216-222
- 4)武田 丈. ソーシャルワーカーのためのリサーチ・ワークブック—ミネルヴァ書房
- 5)平山尚・武田丈・藤井美和. (2002) ソー

ソーシャルワーク実践の評価方法 中央法規

6)南彩子・武田加代子(2004) ソーシャルワーク専門職性自己評価 相川書房

7)全国精神障害者家族会連合会. 長期入院患者の施設ケアのあり方に関する調査研究—全国精神病院の実情把握と「施設ケアサービス指標」の試み—. ぜんかれん保健福祉研究所モノグラフ no15 1998

8)吉住昭、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 17 年度 総括・分担研究報告書 2006

9) 吉住昭、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 18 年度 総括・分担研究報告書 2007

10)日本精神保健福祉士協会構成員ハンドブック(社)日本精神保健福祉士協会 2007