

表7 VI. 職員配置など

項 目	精神科病院	当事者	家族
1. 医師数（精神科の指定医／非指定医、常勤／非常勤）	●	●	●
2. 精神科以外の医師数			
3. 看護師数（正・準）、看護補助数（看護基準）	●	●	●
4. 薬剤師数			
5. 作業療法士数			
6. 精神保健福祉士数	●	●	●
7. 臨床心理職数			
8. 各種職員の年齢・経験年数			
9. 職員研修の状況 （・内外・対象・頻度・外部研修の受け入れの有無）			

表8 VII. 治療

項 目	精神科病院	当事者	家族
1. 外来患者数			
2. 精神科デイケア（有無と実施件数）	●	●	●
3. 精神科訪問看護等（有無と実施件数）			
4. 入院診療計画の実施		●	●
5. 服薬管理指導業務（有無・頻度）			
6. 隠し飲ませ（有無・対象者・頻度・決定の仕方）			
7. 電気けいれん療法の施行 （有無・対象者・頻度・実施決定の方法）			
8. 精神科作業療法（有無と実施件数）	●	●	●
9. 作業療法（強制度・賃金支払いの有無）			
10. 症例検討会の実施			
11. 医療安全委員会の設置	●		
12. 身体合併症発生時の対応	●	●	●
13. 退院時計画実施			

表9 VIII. 地域精神医療

項目	精神科病院	当事者	家族
1. 患者相談窓口設置の有無	●	●	●
2. セカンドオピニオン実施の有無			●
3. 退院希望への対応 (退院制限の有無・家族の同意が条件か・受け皿が条件か)		●	
4. 退院後の住居への支援 (アパート/寮探しはやるか・自前の居住施設の有無)	●	●	
5. 地域連携に関する情報(保健所や地域社会資源への協力、当事者団体への支援、講演会など地域啓発活動など)	●		
6. 関連機関との連携 (地域機関との連絡会議への参加・有無・頻度・参加職種)			
7. 患者会(有無・職員のかかわり・会費)			
8. 家族会(有無・職員のかかわり・会費)			●
9. 集団への医療情報提供 (家族向け有無/頻度・患者向け有無/頻度)			

表10 IX. 外来診療・往診等

項目	精神科病院	当事者	家族
1. 予約外来診療有無		●	●
2. 往診の有無と件数			
3. 訪問看護の有無と件数	●		

表11 X. 救急医療

項目	精神科病院	当事者	家族
1. 救急・応急入院指定(有無と件数)	●	●	●
2. 夜間休日救急診療の実施(有無・時間・対象者・件数)	●	●	●
3. 救急入院患者数			
4. 応急入院の病名一年齢別患者数			
5. 来院のための警備会社の紹介(有無・件数)			

②初期対応のための基盤調査

1. 対象と方法

統合失調症と診断された人を中心対象（茨城県内の精神科医療機関、福祉機関等の利用者 71 名、家族 19 名）として、2006 年 12 月～2007 年 5 月において、記述式調査を施行した。調査内容は、「相談・利用機関の経過」「最初の自覚症状」「必要とする情報」「情報取得後の変化と行動内容」「病名告知・時期」「初診までに要した期間」である。

2. 結果

状況を概略的に把握するために、調査票にある設問順ではなく、「病名告知」「初診までに要した時間」「初期の状態や必要とした情報」の順序で結果を提示する。最後に現在に至るまでのサービス利用履歴について、初診機関別に分類した結果を報告する。

1) 「病名告知」

正式に告知を受けた人と受けていない人との割合は、「受けた」が約 6 割、「無い」が 4 割であった。

正式に主治医から告知は受けていないが、「障害年金受給手続きをした時に、診断書を見て知った」「支援センター入所手続きをした時に、意見書をみて知った」等、社会資源の利用手続きをきっかけに診断名を知ったという例もあった。一方、告知を受けたが、「たいして話もしていないのに、『精神分裂病』と言われ、納得しなかった」「死にたくなった」「『車に一生乗るな』『酒も一

滴も飲むな』『薬は一生飲め』と言われた」「拒薬した」という回答もあった。これらは、告知の仕方や内容に不信感を示すものと思われる。

2) 「初診までに要した時間」

初診までに要した時間は、図 1 のとおりである。1 ヶ月未満 3 割弱、6 ヶ月未満 2 割、3 年以上も 2 割あった。

1 ヶ月未満の記述内容を見ると、「何が起きているのかよくわからなかったので、とりあえず近所の医院に行き、紹介された総合病院の精神科を受診した」「親が近所の人に聞いて、精神科病院に行った」「家族に相談して精神科のある病院に連れて行ってもらった」といった回答が多い。いずれも、自主的に受診を希望している。

6 ヶ月未満では、「半年間考えて行動に移した」「救急車の人から精神科に行くように勧められた」「高校の担任に相談して心の問題と言われ、心のクリニックへ」といった回答が目立つ。つまり、ある期間悩んでから家族や知人等に相談したことが受診のきっかけになっている。

3 年以上では、「自分が心の病人ではなかなか思えなかった」「高校時代から幻聴があったが、幻聴だと思わなかった期間が 12 年」といった回答が典型的と思われる。つまり、病気をだと自覚できないことが原因で、初診が遅れたと考えられる。この中には、10 年以上経過して受診に辿り着いた人もあった。

3) 「最初の自覚症状」

様々な記述の中から、印象的な内容を紹介する。

「近所の犬の鳴き声を気にして父親との関係が悪化」「前頭葉に穴が開いたような感じ、そこから思いが流れ出している感じ」「人と会うのが嫌になった。部屋から出るのが嫌なので、牛乳パックの中におしっこをした」等である。また、「突然誰のものともわからない声がするようになった。高校の時から」「グローブのような物をはめられたような気がした。食事ができなくなって学校に行けなくなった」「泣きながら、情緒不安定で学校へ通っていた。考え方がパニックになった」といった内容である。つまり、幻聴、思考伝播、関係妄想等、統合失調症の基本的な症状の出現が見て取れる。他にも、発症時期が中学生、高校生時代かと想定できる記述もあった。

4) 「必要とする情報」

心の変調に気づいた際に、必要とした情報についてまとめたものが図 2-1 である。

「専門的相談」36%、「その他」26%、「特になし」16%であった。

「専門的相談」については、当事者と家族とではその内容が異なっていた。当事者の場合は、「自殺するしかないと思ったが実行できず、誰にも相談できず、自分に何が起きているのかを知りたかった」「自分の気持ちを言える人がいればよかった」「不登校だったので相談できる人がいて欲しかった」という記述が典型的である。つまり、

自らの内的体験を伝えたり、受容したりするための援助・支援を求めている。

これに対して家族は、「誰に相談すべきか悩んだ」「様子がおかしくなった5年前から、精神科に受診した方がいいと本人に伝えてきたが、拒否していたので」等、病的であることの確認やそれに対する活路について専門的な助言を求めている。「その他」26%の内訳については、図 2-2 に示した。

5) 「その他」

4割強が「症状の自覚なし」、約3割が「余裕なし」と回答していた。

「症状の自覚なし」では、「薬で治るようなものだと思っていなかった」「学校での態度が悪かったので、先生には何回も叱られて、自分が悪いと思った」「自分自身は普通だと思っていました」等が多い。つまり、本人が心の病に関する知識・情報を持っていないという問題が浮かび上がってくる。

「余裕なし」の回答としては、「体が動かなかったので、そのことばかり頭に浮かび余裕が無かった」「何もしたくなかった。母親が全部やった」「何も人の話を聞けなかった」等が典型である。本人が援助・支援を求めるといような行動ができるような状態では全くなかったことが示唆される。

なお、「仕事をすればよくなる。仕事の面接を繰り返した」という回答もあった。ここから、世上よく言われる「気の持ち方」の問題という次元で対応しようとしたこと

が伺える。

6) 「情報取得後の変化」

図3に示すように、「医療機関」に受診したが約6割、「何もしない」2割、「その他」1割であった。

「医療機関」を受診する際に、3割の人が「精神科に連れて行ってくれと（夫に）頼んだ」「姉の勧めで、精神科病院に付き添ってもらった」「親戚の人が総合病院に連れて行ってくれた」等と、家族に相談した後を受診していた。「なし」については、「情報を得ようという気がなかった」「何もしない」など無為自閉の状態にあったことを想像させる内容である。「その他」は、「インターネットで病気を調べた」「心の病の本を読んだ」等がある。

7) 相談・利用機関の経過

最初の相談・利用機関から現在に至るまでのサービス利用履歴について、最初を受診した機関に注目して分類し、表1から表6に分類例を示した。

表1は、最初に「精神科病院」を受診先として選択した人のその後の受診履歴である。次の段階で「精神科デイ・ケア」や「授産施設」「援護寮」「作業所」等につながり、地域にある社会資源へと広がっている。その一方で、精神科の医療機関を受診したものの、他の機関を利用しないままの当事者もいた。

この結果から、次のことが推察できる。

多くの精神科病院では、PSWを配置して、当事者や家族に地域生活支援に関する情報を早期に提供する体制を整えているため、「社会資源」の利用につながりやすい。もつとも、地域における社会資源の活用ではなく、母体である精神科病院が設置・運営する「デイ・ケア」「援護寮」等の利用であるような例も多いと思われる。

「精神科診療所」の場合は、受診先が転々とする傾向が、表2より見て取れる。9ヶ所の医療機関を経過している例もあった。近年精神科診療所が増えたことで精神科を受診し易くなったが、当事者や家族が医療機関に関する適切な情報を得られずに、納得できる医療機関を見出すには時間を要するのかもしれない。また、精神科診療所は、PSWの配置や社会資源につなぐ機能が必ずしも十分でなく、社会資源の情報を提供し難い状況を反映しているのかもしれない。

表3は、「総合病院の精神科」を最初を受診先として選択した人の履歴の特徴を示している。多くが、「精神科病院」や「精神科診療所」等、精神科専門の機関につながっている。精神科病院受診を経て地域の社会資源へと広がる傾向は、表1の「精神科病院」と同様であった。このことから、直接「精神科病院」を受診しなくても、「総合病院」においてトリアージされて、「専門病院」につながる、という流れがあるものと推察できる。また、精神科のPSWと総合病院のMSWとのケースワークの違いが影響している可能性も考えられる。

表4のように、「総合病院の精神科以外の科」に受診した場合も、次の段階でほぼ全員が精神科の専門医療機関を受診していた。その後の利用機関の広がりや、単科精神科医療機関の利用後と同じ傾向がある。また「精神科以外の診療所」についても、表5のように次の段階で、精神科専門の医療機関を受診している。精神科医領機関と他科の医療機関との連携が進みつつあることが伺える。

表6には、最初の相談・利用機関が医療機関ではない事例を示した。いずれも精神科受診にはつながっており、適切な対応が推察される。つまり、「学校」「職場」内における「心の病」に対する理解と情報提供の重要性が浮かび上がってくる。しかし最初の相談が、かえって当事者や家族を混乱させていると思われる例もあった。その結果、医療機関や社会資源につながらないまま長い月日を費やしていた。

◎まとめ

本調査では、統合失調症と診断された人のサービス利用履歴の把握を試みた。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る。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、教育場における精神保健福祉教育の重要性を改めて痛感させられた。

調査内容が、対象者にどのような影響を与えたかについても触れておく必要がある。例えば回答することは、当事者が発症時を振り返り、当時の自分を見つめ直す作業でもあった。「最初の変化」の設問については、「思い出したくない」「どこまで病気なのか正気なのかわからない」と、発症時の症状を言語化することの辛さが述べられた。「利用履歴」を時系列でたどる方法では、同時に複数の機関を利用している場合や、受診に至るまでの間、長く一人で悩んでいた状況を示し難いという指摘も受けた。「仕事をすれば良くなる」「こんな世界（心の病）があるとは知らなかった」あるいは「初めての受診は、心の変調が始まったずっと後だと思う。初めは、自分に何が起きているのかわからないから」という回答は印象深い。病識のなさや片付けられるかもしれないが、当事者が精神科医療や福祉の情報を得るまでには相当の時間がかかることを、改めて認識させられた。

3. 今後の課題

利用履歴に関して、「精神科医療につながるまでに時間がかかり過ぎる」ことは、以前より当事者側の問題とされてきた。本調査結果から、精神科医療情報の公開に関する課題として三点を指摘することができる。

まず、一般的に精神科医療機関に関する情報が不足しているために、適切な治療を受けるまでに当事者や家族は、思いつくまま病院にあたらなければならない。さらに、「心の病があるとは知らなかった」という回答は特に注目される。つまり、本人や家族、周囲の人たちにとって、精神病に関する知識や医療機関、相談機関といった情報不足が明らかであった。本人の病識の有無ばかりではなく、こうした情報をどのように提供できるかは、私たちの情報公開のあり方に深くかかわっている。

本調査から、専門的な精神科治療につながる上では、総合病院や精神科以外の診療所が重要な役割を担っていることが明らかになった。特に精神病に対する偏見が根強

い地域において、「とりあえず近所の病院に行き、精神科を紹介された」というように、他科と精神科との医療機関の連携は不可欠である。

最後に、教育の場に言及する。中学・高校在学中に、既に本人が心の変調に気づいていながら「相談者が居ない・どこに居るのが分からない」、「学校での態度が悪かったので、先生には何回も叱られて、自分が悪いと思った」「高校時代から幻聴があったが、幻聴だと思わなかった期間が12年」等の記述があった。これらは、教師など学校関係者の「心の病」への認識が十分でないことによると思われた。スクールカウンセラーのような個人への対処はもちろん、予防的な観点から「心の病」に関する教育や、学校におけるメンタルヘルスへの対応体制の整備を、早急に図る必要がある。

以上、①初期の情報入手、②連携、③教育関係者への啓発の重要性を述べた。

②初期対応のための基盤調査 図表

図1. 初診まで要した時間

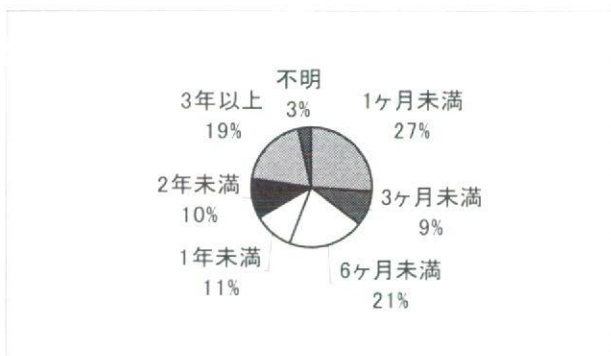


図 2-1. 必要とする情報

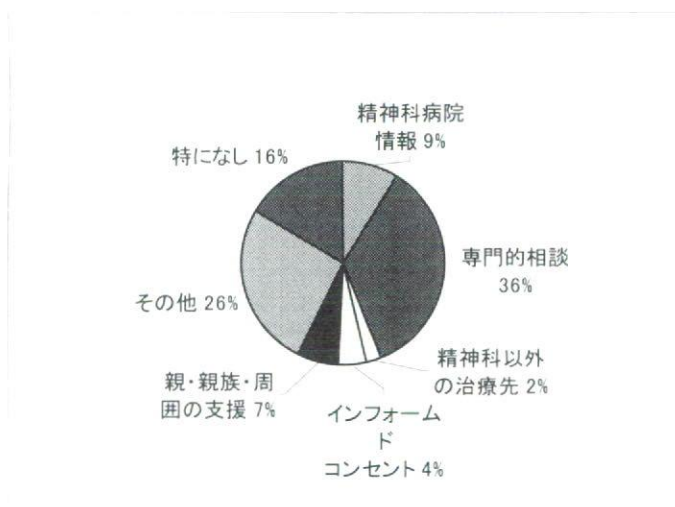


図 2-2. 「必要とする情報」その他の内容の内訳

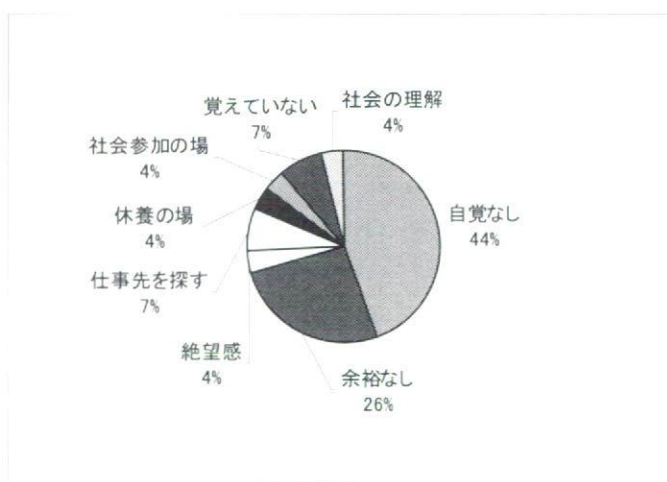


図 3. 情報取得後の変化

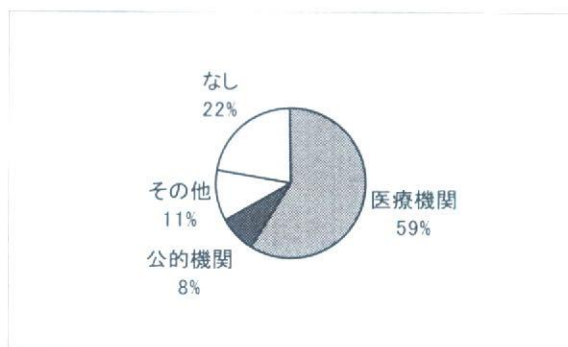


表 1. 精神科病院 (DC:デイ・ケア、支援 C:地域生活支援センター)

履歴 1	履歴 2	履歴 3	履歴 4	履歴 5	履歴 6	履歴 7
精神科病院	以降:利用 機関なし (4例)					
	精神科 DC	・共同作業所 ・支援 C				
	保健所	共同作業所	精神科 DC	作業所	授産施設	支援 C

表 2. 精神科診療所

履歴 1	履歴 2	履歴 3	履歴 4	履歴 5	履歴 6	履歴 7	履歴 8	履歴 9	履歴 10
精神科診療所	総合 HP 精神科	精神科 HP	精神科 CL	精神保健福祉 C	作業所	保健所 DC	精神科 CL	・作業所 ・支援 C	
	精神科 CL 3カ所	精神科 CL	精神科 CL	精神科 CL	精神科 CL	総合 HP 精神科	精神科 CL	支援 C	精神科 HP
	精神科 CL	・総合 HP 精神科 ・精神科 DC	精神科 CL	支援 C					

表 3. 総合病院の精神科

履歴 1	履歴 2	履歴 3	履歴 4	履歴 5	履歴 6
総合病院の精神科	精神科 HP	総合 HP 精神科	・支援 C ・精神科 CL		
	精神科 HP	保健所	作業所	支援 C	
	精神科 CL	総合 HP 精神科	農園	総合 HP 精神科	・支援 C ・市町村 DC ・農園

表4. 総合病院の精神科以外の科

履歴 1	履歴 2	履歴 3	履歴 4	履歴 5
総合病院精神科以外の科	総合 HP 精神科	精神科 HP	総合 HP 精神科	
	精神科 HP	精神科 HP	援護寮	
	精神科 CL	精神保健福祉 C	支援 C	精神科 HP

表5. 精神科以外の診療所

履歴 1	履歴 2	履歴 3	履歴 4	履歴 5	履歴 6
精神科以外の診療所	総合 HP 精神科	保健所 DC	・作業所 ・支援 C		
	総合 HP 精神科	精神科 HP	精神科 CL	市町村保健 C	支援 C
	精神科 HP				

表6. 医療機関以外

経路 1	履歴 2	履歴 3						
学校の先生	精神科 HP	・精神科 DC ・授産施設						
経路 1	履歴 2	履歴 3						
職場の上司	総合 HP 精神科	精神科 HP						
経路 1	履歴 2	履歴 3	履歴 4	履歴 5	履歴 6	履歴 7	履歴 8	履歴 9
宗教団体	・カウンセリング C ・精神科以外 CL	精神科 HP	精神科 CL	総合 HP 精神科以外の科	精神科 HP	精神科 CL	支援 C	精神科 CL

注1:調査票例

精神科受診経路に関する調査票

あなたの年齢をお書きください 歳、男、女 どちらかを○で囲んでください。
精神科にかかれたのはあなた自身ですか？他の人ですか？ ○をしてください。
自身、他（あなたかみた続柄 ）

問い1. 今振り返ってご覧になって、最初に気づかれた変化はどのようなものでしたか？

問い2. 初めての変化に気づかれた時から今日に至るまで、ご相談・利用されたすべての機関（下記参照）を、はじめから順番にご記入下さい。友人や親戚などへの相談も含めて結構です。

総合病院の精神科、総合病院の精神科以外の科、精神科病院、精神科診療所(メンタルクリニックなど)、精神科以外の診療所、訪問看護ステーション、都道府県の精神保健福祉センター、都道府県の保健所、市町村（保健センター、その他）、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、老人保健・福祉施設、在宅介護支援センター、共同作業所、支援センター、援護寮、授産施設、福祉ホーム、グループホーム、社会福祉協議会、民生委員、家族会、その他

記入例①

- 1)精神科以外の診療所
- ↓
- 2)1)の紹介で総合病院精神科
- ↓
- 3)共同作業所
- ↓
- 4)グループホーム

記入例②

- 1)総合病院の内科
- ↓
- 2)1)の紹介で総合病院精神科
- ↓
- 3)県の精神保健福祉センター

略

問い3. 最初の変化に気付かれたとき、さぞや驚かれたと思います。その頃の心身の状態や生活ぶりについて、思い出して書いてください

記入例①眠れなくなった、やる気がなくなった

記入例②突然誰のものともわからない声をした、周囲の人の目が不気味だった、不眠

記入例③心臓が激しく鼓動した、呼吸が苦しく胸が激しく痛んだ

記入例④息子が学校を早退、家では昼夜逆転の生活になった

略

問い4. 最初の変化に気付かれた頃、この原因は何だろうか?と考えられたことでしょうか。それを知るためにどのような情報が必要と思われたか、書いてください。

記入例①誰に相談すべきか、自分がどうなったのか知りたかった

記入例②激しい動悸だったので心臓の専門医を知りたかった

記入例③怠け癖がついたのかと思ったけれども、情報が欲しいとは思わなかった

記入例④続柄母:心の病気というより、不登校だったのでこれを相談ができる所を知りたかった

略

問い5. 問い4. でお答えになった、知りたい情報を得るために何をしましたか?何もしていなければ、「ない」とお答えください。結果としては、どうになりましたか?

記入例①設問4の①の場合:高校の担任に相談して心の問題といわれ、心のクリニックへ

記入例②設問4の②の場合:インターネットで調べた内科に行ったら、精神的なものかと言われ総合病院精神科を紹介された

記入例③設問4の③の場合:何もして「ない」、親と今のメンタルクリニックに行った

記入例④設問4の④の場合:元教員のいところに相談し、保健所の相談窓口を紹介された

略

問い6. 精神科での診断・病名の告知をされていますか?

されている場合、その時をお書き下さい。(おおよその時期で結構です)

記入例① されている平成15年夏 記入例②されていない

略

問い7. 変調に気づかれてから最初に精神科に相談・受診されるまでに要した大体の期間をお書き下さい

記入例① 2年半 記入例② 4年 但し、本人は2年ほど前に家族に内緒で心療内科に行っていた模様。

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

～情報の読み方～

1. はじめに

演者は昨年(2019年)の日本精神神経学会総会シンポジウムにおいて『精神病院に関する公開情報の読み方』として、行政により把握されている資料が各地で公開されている現状を踏まえ、それら公的に数値が提出されている項目の意味について、様々な要因を総合的に吟味する必要性を指摘した(6)。すなわち、精神病院に関する情報を有意義に利用するためには、

- 1) 「病院統計」により質の悪い病院を排除した上で、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いえる
- 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) 具体的な情報を公開し、問い合わせや見学に応じてくれる病院の中から病院を選ぶことになるであろうと論を立てた。

今回は、朝田ら(1)の研究班報告書でも課題として指摘されている「始めて精神変調をきたした場合に、市民はいかにして情報を入手し、どのように病院を選択するかと

いう観点」に関して、実際に精神医療を利用する人に有用な病院情報の読み方について述べる。

さて、医療サービスの質とはいかなるものか、について考えると受けるべき医療サービスの質と実際のそれには深刻な差異が存在する。

- 1) 医療サービスの質の構成要素は治療の直接の効果、患者の利便性、その他、からなる。
- 2) 各構成要素は絶対的レベルのみでなく相対的評価(バラツキ)についても評価されるべきであるということになるであろう。さらにいえば、
- 3) レベルとはレベルは絶対的な質(狭義の質)を、バラツキは公平性・標準化の程度を示す指標である。(図1)

医療機関を評価する方法としては、古典的には3つのEがあるといわれていた。それは、Effectiveness(効果) / Equity(公平) / Efficiency(効率)である。WHOはWorld Health Report 2000において、評価はHealth(健康) / Responsiveness(応需性) / Finance(財政面)の3つが要素であるとしたが、さらにアメリカにおいてはInstitute of Medicineの2001年のCrossing The Quality ChasmでEffectiveness / EfficiencyとともにSafety(安全) / Timeliness(迅速) / Patient Centeredness(患者中心)が重要な要素として指摘されるようになった。ユーザーの方の調査などからは、精神科医

療では特に Safety（安全）と Patient Centeredness（患者中心）が重要視されるところであろう。

2. 精神科病院における情報の公開

わが国においては伊藤らの 2004 年の厚生労働科学研究班が「情報公開を進めるためのガイドライン」3)の試案を提出した。そこでは情報公開のあり方として(1)行政が行う情報公開、(2)精神科医療機関が行う情報公開、(3)当事者・市民などが情報開示請求活動や病院訪問などに基づいて行う情報公開の3つを分類し、それぞれの領域についてのガイドラインを提示している。

伊藤 4)は、精神科医療機関のための情報公開の指針として(1)利用者が知りたい情報の積極的な公開(年報、ホームページの充実)、(2)日本医療機能評価機構等の受審と結果の公開、(3)当事者や市民団体等による情報公開活動への協力、(4)地域住民への病院の開放をあげている。そして精神科医療機関においては自主的情報公開を進めて、精神医療への信頼をゆるぎないものにすることが求められるとしている。実際の医療サービス利用に際しては、これらの情報に加えて、ユーザーが利用したいと考えた医療機関に具体的に問い合わせたときの回答を付加した上での総合的な判断が必要と考えられる。

公的な情報としては、厚生労働省が毎年6月全国の精神科病院の状況を調査し「精神病院統計」を作成していることを知る必

要がある。この調査票は18の「個表」から構成され、精神科病院に関する個表は12ある。調査は各都道府県・政令指定都市に調査委託されているため、各自治体が個別に情報を持っており、その自治体における情報公開条例により開示請求が可能である。既に東京・大阪・京都では公開請求によって「精神病院統計」は開示することが可能になっているのである。自治体の持つ情報とは、表1のようなものである。

この「精神病院統計」情報は厚生労働この調査に基づくため、同じフォーマットで各自治体にあるため、精神科病院評価の基礎として利用可能である。しかし、情報は数値化されているため、情報が抜け落ちたり、患者層の差によって評価が変化する可能性があることに注意しなければならない。また、数値化できない情報、たとえばインフォームド・コンセントの有無や職員の態度、患者の基本的権利など、治療やケアの質について、または部屋の快適さや食事内容など具体的な治療環境／アメニティについてはこの情報からはわからないのである。

そこで、外形的な数値による病院の評価と実際の評判との相違を少なくするには、以下の手順によって情報を総合的に利用しなければならない。まず開示情報において重要な項目をチェックする必要がある。さらに各項目についての評価基準を設定して比較を可能にする。一方で訪問などの実地調査情報も重要であることは失念してはならない。こういった項目ごとの評価をレー

ダーチャートのように総合して視覚的にあらわすことによって医療の質を判断することができるのではないかと演者は考える。このレーダーチャートでは、絶対的な評価点だけではなく、その病院がある地区の平均からのへだたりを示すことがより望ましいかもしれない。

3. 「精神病院情報」のチェックポイント

東京精神医療人権センター／東京都地域精神医療業務研究会は、精神病院統計の資料を基礎とし、さらに各病院に補足項目をアンケートし、病院訪問も行って「東京精神病院事情」7)を発刊しているが、次にあげるのは、統計資料から抜粋したチェックポイントである。

「東京精神病院事情」は、表2～表9に示した8項目について5段階に分け、40点満点としている。つまり数字が多いほうが相対的に活動性が高い、あるいは望ましいものとして表しているということである。視覚的なレーダーチャートであれば、面積が多い方がよいということになる。

最近の精神医療の状況変化にともない、2005年版6)では8項目中以下の3項目を、これまでの4版と指標を変更している。「3ヶ月未満在院者率」→「1年未満在院者率」「4年以上在院者率」→「3年以上在院者率」「死亡退院率」→「家庭・社会復帰施設への退院率」である。この間、全体的に点数が上がってきて、過去4版で用いてきた基準では4～5点に集中し、病院間の

差が見えにくくなってきた。東京都全体でも1989年に24点であったものが、2003年統計では29点に上昇した。そこで、2005年版では東京都全体の平均が各指標3点、合計24点になるように基準を調整し、平均値からのへだたりをわかりやすくしてある。このような平均との差異は、実際に利用しようとするユーザーにとって判断をよりたやすくする効果があると考えられる。

これらの統計に基づく数値を評価した情報に基づいて精神科病院をレーダーチャートで表してみると次の図2～図4ようになる。

総合病院の精神科では、回転率と長期在院に関する評価は高くなるが、コメディカルの密度やうすく、後方病院への転院が多くなれば、家・施設への退院についての評価も低くなることが示されている。

次に、デイケアは併設しているが、グループホームは併設していないような平均的な民間単科精神病院では、評価は地区の平均値からは大きくはずれておらず、バランスもとれていることがわかる(図3)。しかし、慢性長期入院患者を中心としている病院では、さまざまな項目が平均を下回って視覚化され、レーダーチャートを見ただけで評価が低いことがわかるのである(図4)。

4. 数値情報を超えるもの

前述のように、統計的な数値にはあらわなくても病院選びに重要な要素があることが指摘されている。たとえば、入院生活

の快適性(食事・入浴・カーテン設置など)、プライバシーの確保(電話や面会の頻度や立会いの有無)、人権擁護(オンブズマンや権利擁護委員会の有無)、安全性確保(隔離拘束の件数や期間・事故件数)などは、「藤枝友の会」が長年行っている静岡の精神科病院訪問調査においてユーザーからの需要の高い情報とされているものである。

これらについては、彼らは、調査結果の出版物「ひとりぐらしのうた」²⁾において、問い合わせた場合に答えたかどうかも含めて評価対象にしている。こういったユーザーからの視点はきわめて重要であることを指摘しておきたい。それと同時に、前述の東京地域精神医療業務研究会の病院訪問や、大阪精神医療人権センターにより実施されている「精神医療オンブズマン制度」のような市民による精神科病院訪問活動による情報公開⁵⁾は、今後医療の質を高めていく重要な契機となるであろう。

5. 情報を利用するための手順

精神科病院を利用する必要性を感じた場合の、病院選択の手順について試案的に提示すると、以下ようになる。

- 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科病院を選ぶ
- 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いえる
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・見学に応じてくれる病院の中から病院を選ぶ

しかし、医療としてはユーザーの満足と安全だけでは評価は十分とはいえない。すなわち「治療効果(腕前)」の観点もまた見逃すことのできない点である。このため診療レベルの客観的指標が必要となるが、これは新規入院者の入院期間・予後(疾患別)がひとつの目安ではあるものの、受け入れている患者の病状評価も客観的である必要がある。たとえば、救急だけを行って後方移送を十分活用しているところは退院について有利であるが、一方で、クリニックによって薬剤の多剤併用大量療法を受けたり、遅発性の副作用の生じた患者を受け入れて治療するような病院では、入院治療期間は見かけ上悪化することになるものの、その病院の医師の薬物療法のスキルは平均を上回っていると評価されている可能性がある。

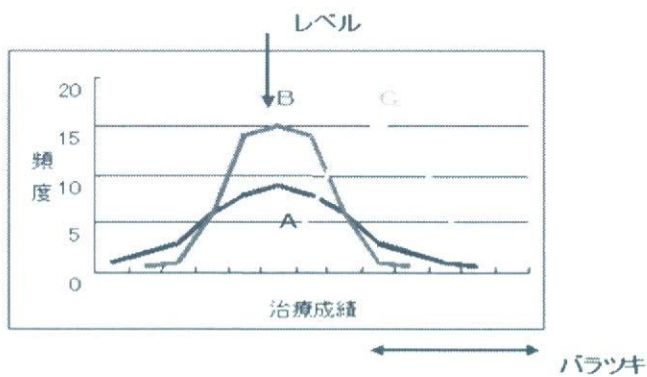
また、各医師の専門医資格の有無や得意分野を知りたいという需要についても、医療法上の宣伝の禁止などから困難な点である。この点に関しては、精神科医の職能団体である、日本精神神経学会が学会認定医制度を開始しており、今後この制度の充実が急務であるといえよう。

<参考文献>

- 1) 朝田隆「精神科病院の情報公開と透明性に関する研究」平成 17 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結果の公開に関する研究」分担研究「精神科病院の情報公開と透明性に関する研究」研究班、佐賀、2006
- 2) 藤枝友の会「ひとりぐらしのうた」藤枝友の会、藤枝、2005
- 3) 伊藤哲寛「精神科における情報公開を進めるために 情報公開を進めるためのガイドライン（試案）。平成 13-15 年度厚生労働科学研究補助金（障害保健福祉総合研究事業）「入院中の精神障害者の人権確保に関する研究」分担研究「精神科医療における情報公開と人権擁護に関する研究」研究班、札幌、2004
- 4) 伊藤哲寛「精神科医療における情報公開の意義と今後の課題—厚生労働科学研究「精神科医療における情報公開と人権擁護に関する研究」の結果を踏まえて—」精神神経誌 108(4):372-377, 2006
- 5) 黒田研二「精神病院から地域への移行をめざして—大阪からの報告—」精神医療 33:62-75, 2004
- 6) 中谷真樹「精神病院情報の読み方—公開された情報から何がわかるか—」精神神経誌 108(4):388-392, 2006
- 7) 東京都地域精神医療業務研究会「東京精神病院事情 1998→2003」（2005 年版）、東京都地域精神医療業務研究会、東京、2005

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 図表

<図1>
レベルとバラツキ



レベルは絶対的な質(狭義の質)を、バラツキは公平性・標準化の程度を示す指標

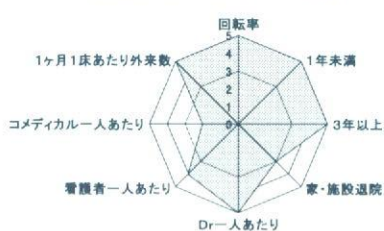
2006/05/12

日本精神神経学会シンポジウム

3

<図2>

A病院: 総合病院精神科
60床・救急なし・デイケアなし
併設グループホームなし



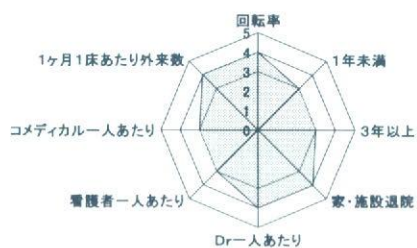
2006/05/12

日本精神神経学会シンポジウム

19

<図3>

B病院: 民間単科精神病院
650床・救急システム参加
デイケアあり・併設グループホームなし



2006/05/12

日本精神神経学会シンポジウム

20

<図4>

C病院：民間単科精神病院
300床・救急システム不参加
デイケアなし・併設グループホームあり



2006/05/12

日本精神神経学会シンポジウム

21

<表1>

自治体の持つ精神科病院情報

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| 1. 精神科病院の施設・病床状況 | 7. 在院患者の状況(疾患別の患者数等) |
| 2. 従事者数・入院料等の届出状況 | 8. 在院期間・年齢別の在院患者数 |
| 3. 認知症性疾患専門病棟の状況 | 9. 入・退院状況 |
| 4. 応急入院患者の状況 | 10. 毎年6月の入院患者状況 |
| 5. デイケア等の状況 | 11. 毎年6月1日の残留患者状況 |
| 6. 在院患者の処遇(入院形態別患者数等) | 12. 毎年6月の退院患者状況 |

2006/05/12

日本精神神経学会シンポジウム

7

<表2>

① ベッド回転率

$$\frac{(\text{入院者数} + \text{退院者数}) \div 2}{\text{期末患者数}} \times 100(\%)$$

回転率が高いほど活発な病院といえるが、転院によって回転率を上げている病院もあり、退院先の情報などかけあわせた吟味が必要である

- 評点1 50%未満
2 50%以上100%未満
3 100%以上150%未満
4 150%以上300%未満
5 300%以上

2006/05/12

日本精神神経学会シンポジウム

11

<表3>

② 1年未満入院者率

$$\frac{\text{在院1年未満患者数}}{\text{期末患者数}} \times 100(\%)$$

短期入院についての指標。これまで3ヶ月未満で見えてきたが、近年1年後残留率が広く分析の対象となってきたことから、1年をポイントとすることにした。回転率と同様に吟味が必要である

- 評点1 20%未満
2 20%以上30%未満
3 30%以上40%未満
4 40%以上50%未満
5 50%以上

2006/05/12

日本精神神経学会シンポジウム

12