

C. 研究結果

①病院長調査では「広く一般に公開すべき」、「開示申請により個別に判断」、「公開が不適当」、「どちらとも言えない」の4個の選択肢を用意したが、「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であり、次いで集計表形式で比較的小数の患者の分布を明らかにする幾つかの個票だった。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。

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、総合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。

D. 考 察

1 個別情報毎に見た公開の是非と方法

病院長の意識は「情報公開研究」の傾向と大きく変わ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。概ね一致した傾向だった。6年を経て個別情報毎の傾向は変わらなかったと言える。

外部監査の結果については病院機能評価や国際標準化機構（ISO）の認証結果がむ

しろ積極的に公開されている。これらが一定水準にあることを肯定的に証明するものであるのに対し、行政機関による監査は法令、通知の遵守が否定された場合に指導が加えられるものであり、両方が必要なのであろう⁵⁾。行動制限は文字通り入院患者の行動を何らかの形で制約するものであり、医療事故は深刻な事案の場合には訴訟に発展しかねないのが実態である。電気けいれん療法は従来、患者や家族の同意を得ることが必ずしも満たされていなかった。しかし、これらの事項も一定の範囲では現に存在すること、急性期や重症の患者を受け入れる病院では多くなりがちなこと、他方で何らかの取り組みが求められることなどを、丁寧に説明しつつ公開・開示を広く一般的に促す方策が重要である。

2 初診患者と入手を希望する情報

早期に診療所を受診してその後に単科病院を紹介される、という流れが一定程度存在する可能性がある。初診した当初の患者が対象だったこともあって事前に入手したかった情報は割れたが、患者・家族の評判が最多だったことは考えさせられる。その他では快適性や安全管理、病院の規模・建物や設備、治療成績、社会復帰活動の有無、が多かったが、「情報公開研究」に比較して多様であるとも言える。

同研究が患者会等を介して調査したことから入院経験のある患者が多かった可能性があるのに対し、本研究では初診後間もない患者が対象だったためにニーズが多様だった可能性がある。

3 退院患者と入手を希望する情報

初診に至る経路では患者・家族の団体で知った者の比率が初診患者の2倍だったの

が注目されるが、インターネットで知った者は逆に少なかった。初診患者の総体に比較して、情報の入手や外部との交流に若干の差異が存在する可能性がある。

事前に入手したかった情報では、比率としては行動制限や社会復帰活動の有無が初診患者よりも高く、治療成績や患者・家族の評判が低かった。治療を受ける際の切実さ、入院を経験した上での実感、などが反映されているのだろうか。ここでも、初診患者に比較して疾患の分布や行動特性等の違いが想定される。

4 退院患者と通院中・入院中の処遇状況

概して評価は高い。調査依頼先の病院の活動性の高さ、入院・通院を続けることによって実情を理解できたことなどの影響が考えられる。逆に、実情に必ずしも慣れていない利用者の評価の方が重要と考えることもできる。

利用した者はよく覚えていて利用しなかった者は存在自体を知らないというのは、ありがちなことである。職員側の意図が十分に通じるような工夫の余地はないか、検証は必要だろう。

結論的に入院の満足できた者はほぼ半数で、どちらとも言えないとする者も多かった。入院時の病院の雰囲気についても、似たような結果と言えよう。これが及第点と言えるかどうか、意見は分れるのではない

か。施設についても職員についても改善点があるとする者は少ないが、これは多数調査ではありがちな結果であり、少数であっても具体的な指摘が挙げれば、検討した上で必要な改善に取り組む姿勢が望まれる。

5 利用実態と情報公開

「情報公開研究」と同様、精神科病院についても構造 4)に関する情報については公開が既に可能であり、過程並びに成果（アウトカム）に関する情報についても一定の範囲では既に公開が可能で、他の部分についても合意を得つつ公開する範囲を広げることが可能と思われる。

当然とは言え、医療機関と他の利用者ないしは周辺からの情報が最も重視されている。利用者団体には個々の利用者の受診先についてだけでなく、やや広域に分布する多数の医療機関や関係機関に対する評価が求められる可能性がある。

今回協力を得たのが積極的な病院だったことは明らかで、利用者は一定の評価を与えているが、それだけに注文もあるのだろう。これを単なる批判として防衛的に対処するのではなく、大きなトラブルに未然に対処する機会として積極的に捉えることが望まれる。

E. 結 論

本研究班では6月30日調査の存在を前提として調査することとして、追加して回答を要請すべき項目、利用者自身へのアンケ

ート調査を要請する場合の調査項目並びに実施のあり方について検討した。

他の利用者の個人情報 that 特定されることに十分注意しつつ、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も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広く共有された尺度で評価すると共に利用者である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、医療機関の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。

部，2003.

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) 全家連保健福祉研究所：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－，改訂版．全国精神障害者家族会連合会，1998.
- 2) 小池清廉（分担研究者）：公的病院の機能に関する研究．平成 8 年国公立精神科医療機関調査報告書，1996.
- 3) 伊藤哲寛（分担研究者）：精神科医療における情報公開と人権擁護に関する研究．平成 13～15 年度厚生労働科学研究費補助金（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』分担研究報告書，pp27-50. 2004.
- 4) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・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．
- 5) 伊藤弘人：医療評価．真興交易医書出版

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表に関する研究
総合研究報告書

精神科病院機能の評価軸に関する研究
精神科病院の「あるべき姿」像に基づく評価マトリックスの設計と実用性に関する検討

分担研究者	吉住 昭	（国立病院機構花巻病院）
研究協力者	平 直子	（西南学院大学社会福祉学科）
	小山 宏子	（筑紫女学園大学文学部人間福祉学科）
	廣田 悦子	（第一福祉大学）
	平野 互	（大分県立看護科学大学保健管理学）＊執筆担当者
	大賀 淳子	（大分県立看護科学大学精神看護学）
	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	（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	（慶応義塾大学大学院健康マネジメント研究科）
	佐渡 充洋	（慶応義塾大学医学部医療政策・管理学）
	中川 敦夫	（慶応義塾大学大学院医学研究科精神神経科学分野）

研究要旨

国公立精神科病院の機能評価に当たり、平成 17 年度は帰納的理論研究を行なって、「説明責任」、「患者の選択権の保障」および「サービスの質の向上」の 3 つの視点から、評価の意義が導出された。平成 18 年度には、精神科病院の「あるべき姿」を操作的に定義するため、国連総会原則および WHO 宣言に基づき、医療機関として備えるべき要件を求めた。さらに精神科医療を実施するに必要な機能要件、国公立病院に独自に求められる役割を加え、「ケアの近接性と継続性」「ケアの質」「安全管理」「患者の権利擁護体制」「患者満足と快適性」「医療の効率性」「国公立精神科病院固有の機能」の大項目と 20 の中項目（評価軸）に構成した。各評価軸について、「構造」・「過程」・「結果」の 3 つの観点から評価することとし、さらに「結果」は、「臨床指標」、「患者の主観的評価指標」、「スタッフの主観的評価指標」からの評価を取り入れて評価のマトリックス構造を設計した。

平成 19 年度は、既存評価項目の有用性に関する Delphi 法調査の結果に基づき、評価マトリックスへ当てはめて、評価構造を設定した。その結果、計 58 項目の分布構造が示され、評価項目の分布と出典から、これらの評価項目を用いた機能評価に一定の実用性があることが示唆された。

A. 研究目的

わが国における医療機関の評価とその評価情報の公開は法制度化されてはいないが、2006年2月現在で1956病院が医療機能評価機構による認定を受けるなど医療機関の評価は進行している(a)。医療機能評価機構による評価の拡大からは、医療法改正により緩和された広告規制による受審メリットの拡大という影響が明らかであり、評価受審がメリットとなるよう法改正が行われた意義は小さくない。さらに、平成16年10月の厚生労働省障害保健福祉部「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」のための具体的内容として、「精神医療の透明性の向上」が掲げられ、評価の実施と評価結果の公表が新たな課題とされている(b)。このように医療機関の機能等に関する評価は、いわば時代の要請というべきであろう。

本研究は、国公立精神科病院を対象とする機能評価を検討するに当たって、まず、なぜ評価が必要なのか、何を評価すべきなのか、といった評価軸設定のための理論枠組みを形成することを目的として、患者の権利に重きを置いた視点から帰納的理論研究を行なった。

次に、平成18年度の研究では、精神科病院の「あるべき姿」はどのようなものであるか、操作的定義を行うための検討を行った。すなわち、病院機能のような質的事項を評価するためには、規範性のある基準の設定が不可欠であり、そのための思考の流れは本来なら、医療機関の「あるべき姿(norm)」→「備えるべき要件」→「評価軸」→個々の「評価尺度」・「指標」となるはず

である。精神科病院の「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が、「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(c)。仮に「良質で効果的な医療を効率的に提供する」病院と表現しても、それぞれ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。したがって実際には、実用可能な評価尺度の検証から始めて、「〇〇の要件を備えた病院がよい病院である」という帰納的かつ操作的な議論をすすめる他ないということになる。そこで現在すでに存在する「評価尺度」、「指標」の中から実現可能性の高いものを選定し、「あるべき姿」像を操作的に構築するために必要な、評価のフレームを構築するための帰納的検討を行なった。その結果、7つの大項目と20の中項目からなる評価軸と「構造」・「過程」・「結果」の3つの観点に基づき2次元構造をもつ評価マトリックスが設計された。

平成19年度には、この評価マトリックスに、有用性が高いと判断された既存の評価項目を当てはめ、機能評価の構造を明らかにすることで、実用的な評価軸を確立するための検討を行った。

B. 研究方法

B-1. 評価軸設定のための理論枠組み

なぜ医療機関は評価を受けるべきなのか、その根拠を探究し、倫理的責任としての説明責任、患者の権利とくに選択権の保証およびサービスの質の保証という3つの目的を想定して考察した。

B-2. 精神科病院の「あるべき姿」(norm)に相当する要件とその構造の検討

精神科医療が精神障害者の権利として確保されるべきことは論を俟たない。その一方で「患者の権利」概念においては、自己決定権が中核ともいうべき重要な位置にあるが、精神障害者は意思決定能力に障害を生じているため、一般患者の場合以上に、「権利」に対する配慮は重要となる。したがってまず、1991年国連総会「精神病患者の保護及び精神保健ケア改善のための原則」(d)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」(e)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ることにした。さらに班会議での討議をもとに、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(f)、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。

B-3. 既存評価項目の構造解析

平成 18 年度に共同研究者の実施した Delphi 法による調査において、全国 53 のうち 38 の国公立精神科病院院長によって有用と判断された評価項目（以下、基本項目とよぶ）は、69 項目であった(g)。

この 69 項目を、評価基準の文言により内容を判読しつつ、研究者の合議によって評価マトリックスへの当てはめを行なった。さらに、これらの評価項目の出典を検索して、機能評価の実用性について検討した。

評価の構造を示す評価マトリックスは、20×5、計 100 領域をもち、基本項目が該当しない領域や、論理的に該当する評価尺

度が想定できない領域が存在することが想定される。したがって基本項目の配置の検討と平行して、これら空白領域に該当する項目の検討が必要と考えられたため、共同研究者が平成 17 年度に集約・整理した評価項目(h)のうち、Delphi 法による調査で脱落した項目を用いて再配置の検討を行った。

C. 結果

C-1. 「評価」の意義と目的

1) 説明責任 accountability

診療契約は結果に対する請負（結果債務）ではなく、責務は診療過程における善管義務（手段債務）であると考えられることから、医療機関は過程に対して責任を負うことの証左として、患者の検証を受け入れる必要がある。法律関係上、診療契約は民法の準委任契約とされ、民法 645 条は、受任者にことの顛末についての報告義務を負うとされる (i, j)。しかしながら、この場合の説明責任は、個々の患者への情報開示であり、医療機関の社会一般に対する説明責任については、別の観点からが必要である。

医療機関に社会に対する説明責任があると仮定するなら、その根拠は、医療の公共性に求められる。すなわち、日本の医療は公的医療保険制度を骨格とし、身分法や医療諸法により国家が規制を行なう公的社会保障システムの一環として運営されている。医療機関は、公的社会保障システムの一部として機能し、その公共性のゆえに、社会に対しても一定の説明責任を負うべきであると考えられる。このとき、当然のこととして、説明の内容は客観的かつ公正なものであることが求められるため、評価と評価結果の公表が必要となる。同様の公共サ

サービスの評価としては、老人保健法に基づき市町村の実施する保健事業に対する評価が全国で評価事業として実施された例などがある (k)。

さらに、公共性の観点から、評価は単にサービスの質を問うだけでなく、サービス提供の効果や効率性をも問うことになり、また本研究の主たる対象である国公立病院は、国民の付託を受けた公的機関であるために、固有の説明責任が生じると解することができる。

2) 患者の権利

医療機関の評価と評価結果の公開は、医療・保健サービス利用者（以下、患者という）の諸権利のうち、良質な医療を受ける権利および選択の自由の権利を保障する手段のひとつと考えられる。

わが国で、患者の権利保障において早急な解決が求められているものは、実質的な意味における患者の選択権である。患者が医療機関を自由に選べるためには、選択の基準となる適正な情報が不可欠であるが、現実には、口コミや周囲の評判のような客観性、正確性に欠ける情報以外は入手が難しく、患者の立場で活用できる情報が極めて少ない。

一定の基準に基づく評価結果は、患者が医療機関を選択する際の重要な手がかりとなる情報となる。したがって、患者の権利の視点に立つならば、結果の公表を前提として評価結果が実施されるべきである。

3) サービスの質の保証

評価の結果は、各医療機関におけるPDCAサイクルの一環に組み込まれ、自発的

な質の改善に結びつくことが期待されるものである。また、評価の過程の中で、あるいは評価結果の公表に伴い第三者からの改善勧告が示されることも想定される。このような営為が、評価を受けた医療機関におけるサービスの質の向上すなわち良質な医療の提供に直結することが期待される。一方、評価基準が公になることで、医療機関一般および患者、国民に対して、あるべきサービスの基準が提示されるという側面も持つ。

すでに社会福祉の領域では社会福祉法（2000年）78条に、

「社会福祉事業の経営者は、自らその提供する福祉サービスの質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより、常に福祉サービスを受ける者の立場に立って良質かつ適切な福祉サービスを提供するよう努めなければならない。」

2 国は、社会福祉事業の経営者が行う福祉サービスの質の向上のための措置を援助するために、福祉サービスの質の公正かつ適切な評価の実施に資するための措置を講ずるよう努めなければならない。」との規定があり、自己評価のみならず、第三者による評価が求められており、その目的は質の向上にあることが謳われている。医療機関の機能等評価においても、説明責任や患者の選択権の保障と並んで、各医療機関で提供されるサービスの質を向上させることが期待されている。

C-2. 評価軸の設定

1) 評価の次元

医療機能評価などで一般的に用いられる手法は、Donabedian に倣い、構造

structure・過程 process・結果 outcome の3要素に分類して整理するものである (f, l)。先行する評価法の検証は共同研究者の研究報告に詳しいが、日本ではしばしば結果に関する評価が欠ける傾向にある (k など)。諸外国の評価法を見ると、必ずしもこの3分類に従ってはならず、例えばカリフォルニア州精神保健局による臨床指標では、3分類にアクセスを加えた4分類が採用されている (m)。一方、伊藤は、医療の質を、構造、過程、アウトカム（患者関連アウトカムおよび専門家関連アウトカム）の3側面とアクセス性、技術的マネジメント、人間関係の過程のマネジメント、治療の継続性の4要因からなるマトリックスで表現している (f)。

本研究班においてどのような評価構造を採用するか議論の結果、今後行なう評価の妥当性を検証するために行なわれるべき先行研究との比較検討の見地から、構造、過程、結果の3要素による分類を使用することとした。さらに「評価軸」として、精神科医療において医療機関の「備えるべき要件」を表現する事項が整理・分類され（例えばアクセス性、技術的マネジメント、患者理解と人間関係形成、安全管理、患者の権利保障など）、構造・過程・結果の3要素とのマトリックスを形成するべきであると考えられる。2次元配置を支持する根拠として、以下のように理論付けることができよう。すなわち、構造・過程・結果の3要素は、それ自体「価値」を内包しないのに対して、「備えるべき要件」は、一定の「価値」を内包する。構造・過程・結果という要素はいずれも現象を分析的に表現する際の枠組みに過ぎず、それ自体固有の意味を

持たない。それに対し、たとえばアクセス性や安全管理は、しかるべき要件を備えるべきであるという価値観に基づき設定される事項である。したがって、これら2者は概念的 성격が異なるため、別の次元に属するものとして扱われるべきである。

2) 評価の視点

評価は、評価者が誰であるかによって様々な態様があるが、医療機関など評価に一定の専門性が求められる場合には、純粋な第三者すなわち全くの門外漢による評価は意味をなし難い。本研究班においては、最終的に外部評価を想定しているが、評価指標によって、自己評価、患者評価を組み入れる必要があると考えられる。

C-3. 精神科病院の「あるべき姿」に相当する要件

1) 患者の権利に基づく要件

1991年12月12日国連総会決議「精神病患者の保護及び精神保健ケア改善のための原則」から病院における医療で留意すべき事項を抽出した。とくに直接的に関係する原則（に述べられる患者の権利）を要約すると以下のとおりである。

「原則1」

- 1 最良で有用な精神保健ケアを利用する権利
- 2 人道的かつ人間固有の尊厳を尊重した処遇
- 3 経済的、性的及び他の形態の搾取、肉体的あるいは他の虐待及び品位を損なう取り扱いから保護される権利

原則7

- 1 できるだけ自己の居住する地域で

治療されケアされる権利

- 3 自己の文化的背景に適した治療を受ける権利

原則 8

- 1 自己の健康に関するニーズに適合した医療的及び社会的ケアを受ける権利。他の病気の者と同一の基準に従ったケア及び治療を受ける権利
- 2 不適切な投薬を含む危害、他の患者、スタッフもしくは他人による虐待又は精神的苦悩もしくは身体的不快をもたらす他の行為からの保護

原則 9

- 1 最も制限の少ない環境で、最も制限の少ないもしくは最も侵襲的でない治療によって、自己の健康的ニーズ及び他人の身体的安全を護るニーズに適うように処遇される権利
- 2 すべての患者の治療及びケアは、個別的に定められた治療計画に基づくものとし、この治療計画は患者と検討され、定期的に再審査され、必要な変更を受け、かつ資格ある専門スタッフにより作成される。
- 3 国連総会において承認された「医療倫理原則」といった国際的に受け入れられている基準の遵守。精神保健の知識及び技術の濫用禁止
- 4 (治療目的) 個人の自律性を保持し、増進すること

原則 11 インフォームドコンセント原則

原則 12 権利の告知

原則 13

- 1 精神保健施設内のすべての患者は、特に自己に関する以下のことについて十分に尊重される権利を有する。

- ・ 法の下で個人としてどこにおいても認められること。

- ・ プライバシー

- ・ 施設内の他人とコミュニケーションする自由、検閲を受けない個人的通信を発信及び受信する自由、弁護士又はその法定代理人の秘密を保障された訪問を受け、合理的な時間にいつでも他の訪問者の訪問を受ける自由、郵便及び電話サービス並びに新聞、ラジオ、及びテレビに接する自由

- ・ 宗教又は信条の自由

原則 14

- 1 精神保健施設は、他の保健施設と同一水準の資源、特に以下のものについてのアクセスを有する。

- ・ 十分な人数の、資格を有する医学その他の適切な専門スタッフ、並びに患者にプライバシー及び適切な積極的治療のプログラムを提供するのに十分なスペース

- ・ 患者の診断及び治療機器

- ・ 適切な専門的ケア、並びに

- ・ 薬物の供給を含む適切、定期的かつ包括的な治療」

加えて、WHO患者の権利に関するヨーロッパ会議が1994年に採択した「ヨーロッパにおける患者の権利の促進に関する宣言」に、苦情申立に関する条項がある。

6.5 「患者は、この文書に明らかにされている権利の行使を可能にするような情報や助言にアクセスできなければならない。患者が、自己の権利が尊重されていないと感じる場合には、苦情申立ができなければならない。裁判所の救済手続に加えて、苦

情を申し立て、仲裁し、裁定する手続を可能にするような、その施設内での、あるいはそれ以外のレベルでの独立した機構が形成されるべきである。これらの機構は、患者がいつでも苦情申立手続に関する情報を利用でき、また独立した役職の者がいて患者がどのような方法を採用するのが最も適切か相談できるようなものであることが望ましい。これらの機構は更に、必要な場合には、患者を援助し代理することが可能となるようなものにすべきである。患者は、自分の苦情について、徹底的に、公正に、効果的に、そして迅速に調査され、処理され、その結果について情報を提供される権利を有する。」

以上を勘案して、大きくは以下の2つの権利に要約し、必要な要件を設定した。

①最良で有用なケアを受ける権利の保障

・構成要素1

ケアの近接性 (accessibility) および
継続性

・構成要素2

質の高い医療あるいは医療・ケアの
妥当性

②人道的かつ人間の尊厳を尊重した処遇
を受ける権利の保障

2) 医療機関の機能としての社会的要請に
基づく要件

上記国連決議にも該当し、かつまた今日の医療水準を規定するものとして、ほぼ全ての機能評価に用いられている要件は以下の2点に要約される。

1) 患者満足と快適性

2) 医療の効率性

さらに今回、国公立精神科病院の機能評

価を行なうに当たり、とくに国公立精神科病院に求められる機能について討議した結果、以下の3要件が必要とされた。

3) 教育・研修・研究機能

4) 政策医療の実施

5) 地域精神保健福祉の推進

3) 「あるべき姿」の構成要素

以上の構成要素を検討し、以下のとおり、大項目・中項目に構成した。

大項目1 ケアの近接性と継続性

中項目1 アクセス

中項目2 ケアの継続性

大項目2 ケアの質

中項目1 効果的な治療の実施

中項目2 社会参加・社会復帰の促進

中項目3 専門性の高いケア

中項目4 看護の質

中項目5 職員の資質

中項目6 記録の管理と活用

中項目7 社会的支援

(PSWの項目を含む)

大項目3 安全管理

中項目1 患者安全のためのシステム

中項目2 施設管理・感染症管理

大項目4 患者の権利擁護体制

中項目1 患者の意思決定の保障

中項目2 処遇における権利擁護

中項目3 苦情解決

大項目5 患者満足と快適性

中項目1 患者満足

中項目2 アメニティ

大項目6 医療の効率性

中項目1 医療の効率性

大項目7 国公立精神科病院固有の機能

中項目1 教育・研修・研究機能

中項目 2 政策医療の実施

中項目 3 地域精神保健福祉の推進

C-4. 評価マトリックス

本研究班において、どのような評価構造を採用するか、議論を重ねた結果、一つには今後行なう評価の妥当性を検証するために、先行研究との比較検討が可能という利点もあることから、「構造」、「過程」、「結果」の3要素による分類を採用することとした。ただし「結果」については、本来の意味の結果指標である客観的な「臨床指標」、主観的な「患者（・家族）の主観的評価指標」のほか、医療の質を高める上で医療従事者・関係者のモラルとモチベーションが大きな役割を果たすことから、「スタッフの主観的評価指標」を加えた3つの観点からの評価を取り入れるべきであるとの結論に達した。

以上の議論を踏まえて、精神科病院の機能評価においては、7つの大項目、20の注項目からなる評価軸と構造・過程・結果の3要素の2次元構造を持つマトリックスを用いることを提案することとした。この評価マトリックスは表1のように表わされる。

C-5. 基本項目の構造解析

平成18年度の既存の評価項目に対するDelphi法による調査の時点では、内容が重複する項目が別個の項目として存在していたため、それらの項目についてはより客観性のある項目に収束させ、計58項目に整理された。マトリックスへ当てはめた結果は表2、表3に示すとおりである。

「ケアの近接性と継続性」に該当する基本項目は、「アクセス」の構造領域と臨床指

標領域に複数存在したが、「ケアの継続性」に関しては、該当する項目が全くなかった。最も広い分布を示したのは「ケアの質」軸であり、とくに「効果的な治療」と「社会復帰・社会参加促進」はスタッフ主観評価を除く全領域に分布し、病院の機能評価にとって中心的な課題とされていることが示された。その一方で、「看護の質」、「職員の資質」、「記録の管理と運用」および「社会的支援」に関する各領域に該当する基本項目は少数であった。

「安全管理」の評価軸に関しても、患者の主観評価に該当する項目が1件あるのみであった。それに対して、「患者の権利」軸では、「苦情解決」を除いて多くの基本項目が配置されたが、その多くは「処遇における権利擁護」の過程領域に集中するという結果であった。「患者満足と快適性」も患者主観評価領域を中心に多くの基本項目が配置された。一方、「医療の効率性」軸に該当する項目は皆無であり、また「国公立精神科固有の機能」軸も、構造領域に1項目が該当したにとどまった。

なおマトリックスの中で、「患者の権利」軸・「患者満足・快適性」軸に対する臨床指標および「医療の効率性」軸・「教育・研究・研修」軸に対する患者の主観的評価は、論理的に評価尺度が想定できないと考えられた。

C-6. 評価項目の実用性の検討

マトリックスに配置された基本項目が、直ちに実用に供することが可能なものであるかどうか検証するために、Delphi調査のデータとなった平成17年度研究に基づき、各項目の出典を検索した結果、表4に示す

結果が得られた。

基本項目の中には、試案や海外の評価指標から取り入れられた項目もあるが、表に示す記号 a～e は、実際に官庁統計や公的な評価のために使用されている調査項目で、いわゆる「630 調査」および日本医療機能評価機構の自己評価項目を含んでおり、多くの項目については、今後の機能評価において一定の実用性が認められる。また f の全家連指標は、利用者の視点で構想された評価項目である。

C-7. 空白領域の検討

基本項目のマトリックス上の分布が、相当の偏りをみせたため、空白領域に該当する項目につき再検討を行った結果、表 5 に示されるように 16 領域について、該当すると考えられる評価項目が存在した。とくに「安全管理」軸および「国公立精神科固有の機能」については、複数の領域で該当する項目が発見された。

D. 考察

精神科病院の「あるべき」姿を探る議論の結果、最良で有用なケアを受ける権利の保障に必要な要件、人道的かつ人間の尊厳を尊重した処遇を受ける権利の保障に必要な要件、医療機関の機能としての社会的要請に基づく要件および国公立精神科病院に求められる機能を備えた病院であるという操作的定義を導き、この定義に従って、20 の評価軸と 5 つの評価領域をもつ評価マトリックスが設定された。

この評価マトリックスに、Delphi 法による調査によつて国公立精神科病院長が有用と判断した既存の評価項目を配置した結果、

現存する評価指標を組み合わせることで、一定の機能評価を行ないということが示唆された。さらに、今回取り上げられた評価尺度のうち、相当の部分を日本医療機能評価機構の自己評価項目や「630 調査」項目が占めており、これらの評価や調査の結果を活用することで、精神科病院の「あるべき姿」に対応する機能評価のある部分は達成できると期待される。

複数の項目が該当した領域については、共同研究者の今年度以降の研究により、より有用と考えられる項目への集約が可能と考えられる。また結果領域のうち、「スタッフの主観評価」については該当する項目が皆無であるが、これは本研究で、我々が新たに考案した次元であり、これも、今後共同研究者による看護師、PSW、OT の評価結果により、該当項目を抽出できるものと期待される。

評価項目の存在しない領域について、さらに別の角度からの検討も必要と考えられた。Delphi 調査で有用な項目が挙げられなかった領域については、そもそも既存の評価項目が存在しないのか、Delphi のご託宣から漏れたのかを明らかにする必要がある。そこで、再検討の結果、16 の領域において、活用できそうな評価項目をあげることが可能であった。このうち「安全管理」は、病院管理上の重要課題であり、昨年度の調査においても病院長の関心は高かったものと推測されるが、基本項目にはほとんどなかった。その理由は、例えばインシデントレポート件数など、どのように評価すべきか評価基準と解釈が定まっていなかったために有用性の観点からは高い評価をえられなかったことが、Delphi 法による調査で脱

落した大きな要因であると考えられる。

今回の研究では、個々の評価項目の内容、とくに判断基準や判定方法については検討が及ばなかったが、評価すべき事項が確立された段階で、個々の評価方法について妥当性の検討が行われなければならない。今後の大きな課題である。

E. 結論

国公立精神科病院の「あるべき姿」を操作的に定義して設定した機能評価のためのマトリックスに、国公立精神科病院長が有用と評価した基本項目を当てはめた結果、58 の項目が配置された。これらの項目は、「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評価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生省「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。今後は、評価項目の集約作業と平行して、マトリックス構造の妥当性の検証および、各領域における評価項目の評価基準や判定方法に関する検討が必要と考えられる。

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

- a) (財) 日本医療機能評価機構 H P <http://jcqhc.or.jp/html/index.htm>
- b) 厚生労働省障害保健福祉部，障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案），2004 年 10 月 12 日
- c) 池永 満「患者の権利 改訂増補版」九州大学出版会，福岡，1997
- d) 国連総会「精神病患者の保護及び精神保健ケアの改善に関する決議」，精神障害者の権利救済に関する調査研究部会訳，萌文社「季刊 ゆうゆう」，No.16, 1992 から引用。<http://www.max.hi-ho.ne.jp/nvcc/KETSUGI.HTM>
- e) 世界保健機関ヨーロッパ地域事務所「ヨーロッパにおける患者の権利の促進に関する宣言」患者の権利法をつくる会編訳，患者の権利法をつくる会全体事務局，福岡，1995
- f) 伊藤弘人「医療評価」，真興交易（株）医書出版部，東京，2003
- g) 瀬戸秀文，他，精神科医療機関の機能評価に関する、より有用な臨床指標の集約について．厚生労働省科学研究補助金（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 平成 18 年度総括・分担報告書（主任研究者 吉住 昭），p 23－48，2007
- h) 瀬戸秀文，他，精神科医療機関の機能等の評価基準および臨床指標の現状について．厚生労働省科学研究補助金（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 平成 17 年度総括・分担報告書（主任研究者 吉住 昭），p 25－50，2006

- i) 植木 哲、斉藤ともよ、平井 満、東 幸生、平栗 勲「医療判例ガイド」有斐閣、東京、1996
- j) 光石忠敬「医療記録の閲覧・謄写請求の現状および問題点」、ジュリスト No.1142, 42-48, 1998
- k) 老人保健事業推進・評価委員会「老人保健事業評価マニュアル 第4次計画」, 厚生労働省老健局老人保健課, 東京, 1998
- l) 岩崎榮編「医を測る—医療サービスの品質管理とは何か—」, 厚生科学研究所, 東京, 1998
- m) Stephen W. Mayberg, Establishment of quality indicators for California's public mental health system. A Report to the Legislature in Response to Chapter 93, Statutes of 2000, Department of Mental Health, March 1, 2001
(http://www.dmh.ca.gov/QIC/docs/QIC_Leg_Rpt - PDF.pdf), last accessed on 21 February 2006

表1 評価マトリックス

大項目	中項目	構造	過程	結果		
				臨床指標	患者主観評価	スタッフ主観評価
ケアの近接性と継続性	アクセス					
	ケアの継続性					
ケアの質	効果的な治療					
	社会復帰・社会参加促進					
	専門性の高いケア					
	看護の質					
	職員の資質					
	記録の管理と活用					
安全管理	社会的支援					
	患者安全					
	施設管理・感染管理					
	患者の意思決定					
患者の権利	処遇における権利擁護					
	苦情解決					
	患者満足					
患者満足と快適性	アメニティ					
医療の効率性	医療の効率性					
	教育・研修・研究					
国公立精神科固有の機能	政策医療					
	地域精神保健					

表 2 Delphi 法で選択された既存評価項目（基本項目）の構造

大項目 ケアの近接性と継続性

中項目 アクセス

構造

- 21 生活保護患者の受診も保障されている。
- 24 入院施設の有無と病床数が情報開示されている。

結果：臨床指標

- 22 精神科救急寄与度が高い。
- 23 地域ネットワーク寄与度が高い。

中項目 ケアの継続性

なし

大項目 ケアの質

中項目 効果的な治療

構造

- 03 常勤医師 1 人あたりの病床数が少ない。

過程

- 32 精神障害者の身体合併症治療が適正になされている。

結果：臨床指標

- 19 身体診察も併せて実施される比率が高い。

結果：患者主観評価

- 34 サービスに一貫性があり、正確に行われている。
- 37 医師や看護師など医療スタッフのチームワークがよい。

中項目 社会復帰・社会参加促進

構造

- 20 精神科訪問看護指導専従職員が多い。
- 43 精神科デイケアが実施されている。

過程

- 40 実際の地域生活に役立つリハビリテーションプログラムが実施されている。
- 41 精神科リハビリテーションが適正に管理されている。
- 42 定期的にケース会議を行いリハビリ計画の見直しが行われている。

結果：臨床指標

- 44 退院後の地域ケアの状況が良好である。

結果：患者主観評価

- 45 退院に向けての支援体制が適切になされている。

中項目 専門性の高いケア

構造

08 常勤コメディカル 1 人あたりの病床数が少ない。

過程

18 入院中に診断確定されている。

39 症例検討会が実施されている。

中項目 看護の質

構造

07 常勤看護師 1 人あたりの病床数が少ない。

中項目 職員の資質

過程

64 患者への言葉遣いに注意しそのための検討が行われている。

結果：患者主観評価

33 職員は必要な技術と知識を身につけている。

中項目 記録の管理と活用

過程

10 病院の諸統計が整備され、各種記録は管理・活用されている。

中項目 社会的支援

構造

06 PSW（精神保健福祉士）が多い。

大項目 安全管理

中項目 患者安全

結果：患者主観評価

31 安全な治療を受けている実感がある。

中項目 施設管理・感染管理

なし

大項目 患者の権利

中項目 患者の意思決定

過程

26 個別のケア目標・計画が患者の意見を取り入れて策定されている。

27 入院に当たって、生活上必要な事項については患者家族に必ず説明されている。

結果：患者主観評価

46 病状や今後の見通しについて患者本人や家族にわかりやすく説明している。

中項目 処遇における権利擁護

構造

15 利用者のプライバシーを確保できるよう配慮する。

過程

51 任意入院が適正に管理されている。

52 医療保護入院が適正に管理されている。

53 措置入院が適正に管理されている。

54 閉鎖・開放病棟の施設環境が適切で、開放的な処遇がされている。

56 隔離が適正に管理されている。

57 身体拘束が適正に管理されている。

58 精神医療審査会および実地指導への手続きが適正になされている。

59 面会制限は適正に行われている。

60 国政選挙等の投票に当たって投票が適切に行えるよう配慮されている。

66 患者の治療や活動によって生じる収入が適正に管理されている。

67 預り金が適正に管理されている。

68 入退院に関する事務手続きが適正に管理されている。

69 個人情報保護の取り組みがなされている。

中項目 苦情解決

なし

大項目 患者満足と快適性

中項目 患者満足

構造

14 食事をおいしく、楽しく食べるための雰囲気作りがある。

結果：患者主観評価

28 医師の技術や知識に不安を感じさせない。

29 入院・通院期間は、納得できる長さである。

30 入院中に受けた治療は満足できる。

35 施設と職員を信用できる。

61 職員が親切で思いやりがありていねいである。

62 職員が患者さんの要求は問題に迅速かつ創造的に対応している。

63 職員が患者さんニーズを理解するように努力し注意を払っている。

65 会計手続きが納得できる。

中項目 アメニティ

構造

- 11 患者のニーズに応じるため個室・2人部屋に配慮されている。
- 12 病棟全体の雰囲気を利用者の快適性に配慮されている。
- 13 冷暖房に対する配慮がある。
- 17 分煙・禁煙が徹底されている。

結果：患者主観評価

- 49 病院のトイレや浴室がよい。
- 50 病室内の環境が快適である。

大項目 医療の効率性

なし

大項目 国公立精神科固有の機能

中項目 教育・研修・研究

構造

- 38 研修が行われている。

中項目 政策医療

なし

中項目 地域精神保健

なし

注) 表中の数字は、Delphi 調査に基づき順序付けられたもので、表 1 に表示される数字と対応する。

表3 基本項目のマトリックス配置

大項目	中項目	構造	過程	結果		
				臨床指標	患者主観評価	スタッフ主観評価
ケアの近接性と継続性	アクセス	2		2		
	ケアの継続性					
ケアの質	効果的な治療	1	1	1	2	
	社会復帰・社会参加促進	2	3	1	1	
	専門性の高いケア	1	2			
	看護の質	1				
	職員の資質		1		1	
	記録の管理と活用		1			
	社会的支援	1				
安全管理	患者安全				1	
	施設管理・感染管理					
患者の権利	患者の意思決定		2		1	
	処遇における権利擁護	1	13			
	苦情解決					
患者満足と快適性	患者満足	1			8	
	アメニティ	4			2	
医療の効率性 国公立精神科 固有の機能	医療の効率性					
	教育・研修・研究	1				
	政策医療					
	地域精神保健					

注1 表中の数字は各領域に該当する評価項目の数を示す

注2 表中の黒塗り部分は、該当すべき評価項目が存在しないと考えられる項目を示す