

第102回日本精神神経学会総会

シンポジウム

精神病院情報の読み方Ⅱ——はじめて精神科医療を利用する人に役立つ情報公開とは——

中谷 真樹 (桜ヶ丘記念病院)

I. はじめに

演者は昨年(2009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⁷⁾の研究班報告書でも課題として指摘されている「初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、実際に精神科医療を利用する人にとり役立つ病院情報の読み方について話すことになった。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、

- ①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
- ②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
- ③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。③に関してさらにいえば、レベルとは絶対的な質(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といえる(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があるとされていた。それは、

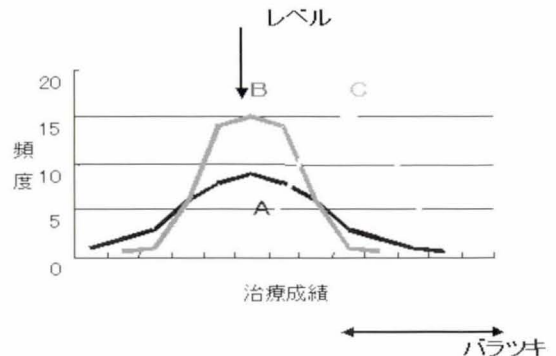


図1 レベルとバラツキ

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

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) が重要視されるであろう。

II. 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」の試案³⁾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、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のが求められる、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な問い合わせを行っ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

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

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・京都では開示請求によって「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、以下のようなものである(表1)。

この「精神病院統計」情報は厚生労働省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先述してはならない。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表すことによって医

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。

Ⅲ. 「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⁾を発売しているが、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」は以下の表2～9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、面積が多いほう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

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

表3 ②1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

表4 ③3年以上在院者率

$$\frac{\text{在院3年以上患者数}}{\text{期末患者数}} \times 100 (\%)$$

「東京精神病院事情」では2000年版までは4年以上を長期在院としていたが、2005年版から3年に短縮。歴史の長い病院は高くなるが回転率と併せると「入れっぱなし」かどうか判定できる

評点1	65%以上
2	55%以上 65%未満
3	45%以上 55%未満
4	30%以上 45%未満
5	30%未満

表5 ④家庭・社会復帰施設への退院率

$$\frac{\text{家庭・社会復帰施設への退院者数}}{\text{年間退院者数}} \times 100 (\%)$$

以前は死亡退院率の高い病院が悪い病院という傾向があったが、転院が多くなり死亡退院率のみでは良い指標といえなくなったため、退院のうち死亡退院と転院を除く、自分の家庭や社会復帰施設への退院率を新しい指標とした。回転率・短期入院者率とかけあわせて評価することが重要である。

評点1	49%未満
2	49%以上 69%未満
3	69%以上 84%未満
4	84%以上 94%未満
5	94%以上

表6 ⑤常勤精神科医1人あたりベッド数

病床数	
常勤精神科医師数	
非常勤医師に依存している病院では、1人あたりのベッド数が多くなる。精神療養棟の多い病院では、指定医の数は必ずしも病院の活性度とは関係しない	
評点1	81床以上
2	61床以上81床未満
3	41床以上61床未満
4	21床以上41床未満
5	21床未満

表8 ⑦コメディカル職員1人あたりベッド数

病床数	
常勤 (PSW+OT+CP) 数	
コメディカルによるチーム医療がどのくらい実践できているかを知るのに必要な指標	
評点1	51床以上 (コメディカル0の場合を含む)
2	36床以上51床未満
3	26床以上36床未満
4	16床以上26床未満
5	1床以上16床未満

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2~4のようになる。

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はうすく、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科病院では、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

表7 ⑥看護者1人あたりベッド数

病床数	
常勤看護者数	
看護者は病院のマンパワーの大部分を占める。人手が少なくても良い病院というのは希である	
評点1	4床以上
2	3床以上4床未満
3	2床以上3床未満
4	1床以上2床未満
5	1床未満

表9 ⑧1ヶ月1床あたり外来数

年間外来延来数÷12	
病床数	
外来活動が活発かどうかを示す。大規模デイケアを複数行っている病院では増加しているが、サテライトを持つ病院では低下してしまう	
評点1	1人未満
2	1人以上3人未満
3	3人以上6人未満
4	人以上12人未満
5	12人以上

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)。

IV. 数値情報を超えるもの

前述したが、統計的な数値には表れ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

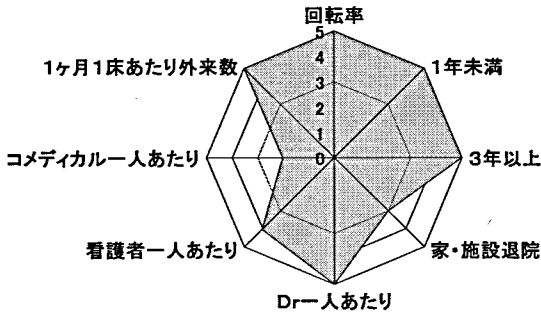


図2 A病院：総合病院精神科
60床・救急なし・デイケアなし，併設グループホームなし

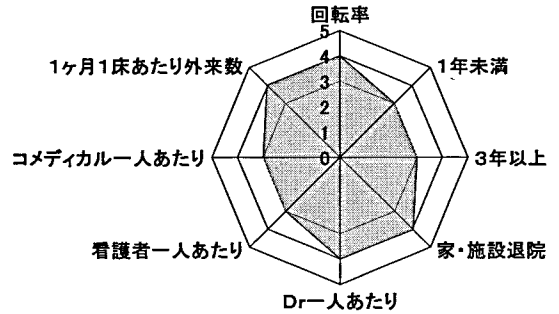


図3 B病院：民間単科精神病院
650床・救急システム参加，デイケアあり，併設グループホームなし

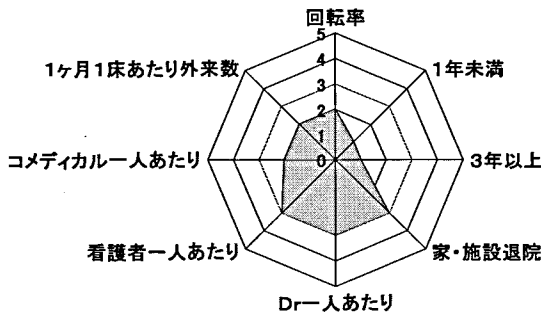


図4 C病院：民間単科精神病院
300床・救急システム不参加，デイケアなし，併設グループホームあり

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⁹⁾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。

V. 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と考えられる。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。

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—。精神経誌, 108(4); 372-377, 2006

5) 黒田研二:精神科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:精神科病院情報の読み方—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