

第103回日本精神神経学会総会

シンポジウム

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——

吉住 昭 (独立行政法人国立病院機構花巻病院)

瀬戸 秀文 (長崎県立精神医療センター)

はじめに

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。本班は、1. 医療実態調査班、2. 評価軸設定班、3. 情報の公開・透明化に関する班の3班で構成される。さらに、評価軸設定班では、1) 「あるべき姿」とその評価のための構造、2) 機能評価項目の設定、3) 精神科ソーシャルワーカー機能の評価、4) 看護機能の評価、5) 作業療法機能の評価、6) 諸外国の機能評価に関する文献抄訳の各々を担当する6つの作業部会を立ち上げた。また、機能評価項目の設定に関連し、入手できた国内外の22の資料について分析した。

今回のテーマである「精神科医療におけるこれからの情報公開」に即して考えるなら、情報公開以前の問題として、まず、1. 精神科病院の「あるべき姿」はどのようなものかを提示し、2. それを評価するために必要な項目を整理した上で、3. 誰あるいはどのような組織が、その情報を収集するかな

どの問題がある。そしてそれらを考慮した上で、何の目的で、誰が、どのような方法で、どのような内容を情報公開するかという次の手順を進めてゆくことが必要となろう。以下、本班の研究の一部を報告するとともに、入手できた諸外国の文献からいくつかの機能評価のための項目や情報公開の内容などを紹介する。

I. 情報公開のための病院の機能評価

1. 「よい精神科病院」とは²⁾

評価基準の設定においては一定の規範性が求められる、つねに並行する作業として「あるべき姿」の検証が続けられる必要がある。「あるべき姿」とは、「よい精神科病院」とは何かということである。しかし、「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。例えば、アメニティはよくスタッフも充実しているが、入院期間が長い病院が「よい」病院か、逆にアメニティ・スタッフとも必ずしも充分とは言えないが、短期間の入院を目指す病院が、果たして「悪い」病院であろうか。ここで、「良質で効果的な医療を効率的に提供する」病院と表現すれば異論は少ないであろうが、「良質」にしても「効果的」にしても、多面的な価値判断を含む概念であり、実証的な論拠を用意することは不可能なため、操作的な定義を必要とする。そのために、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」(1991)、WHO「ヨーロッパにおける患者

表1 評価項目マトリックス

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					
	社会的支援					
	安全管理	患者安全				
施設管理・感染管理						
患者の権利	患者の意思決定					
	処遇における権利擁護					
	苦情解決					
患者満足と快適性	患者満足					
	アメニティ					
医療の効率性	医療の効率性					
国公立精神科固有の機能	教育・研修・研究					
	政策医療					
	地域精神保健					

の権利の促進に関する宣言」(1994), 世界医師会「患者の権利に関するリスボン宣言」(1995年改訂)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た。さらに 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に, 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。それらは, 1. 最良で有用なケアを受ける権利の保障 (ケアの近接性と継続性, ケアの質, 安全管理), 2. 人道的かつ人間の尊厳を尊重した処遇, 3. 患者満足と快適性, 4. 医療の効率性, 5. 国公立精神科「固有」の機能である。次にこれらの中から, 7つの大分類項目と20中分類項目を設定し, さらにそれらに対する評価領域を

構造 (Structure), 過程 (Process), 結果 (Outcome, 臨床指標, 患者の主観的評価, スタッフの主観的評価) からなる表1のマトリックスを作成した。

2. 機能評価項目の設定と集約⁸⁾

上記のマトリックスを構成する小分類項目については, 収集した国内外22の資料から機能評価項目434を抽出し, 構造・過程・結果に分類した。そして, まず研究班構成員による各項目の5段階評価を行った。具体的には, 1 (精神科病院の機能評価に全く有用ではない), 3 (どちらともいえない), 5 (きわめて有用), 2, 4はその中間で評価をし, 評点と標準偏差の和が粗点の上限 (5点) 以上となった229項目に集約した。その上で,

229項目について、国公立精神科病院院長53名を対象に同様の調査をし、38名(71.7%)から回答を得て、表2に示すような69項目を抽出した。さらに、その69項目を暫定的に構造25、過程32、アウトカム12に分類した。今後それら項目を上記マトリックスへ当てはめる作業と、さらには客観的な指標を各項目において設定するなどの作業が必要となる。

3. アウトカム評価

精神科医療の質の向上、医療経済の観点から精神科医療の中でも重要な事項である。しかし、先の69項目の暫定的分類にあるアウトカム評価の項目は、患者満足に関連する事項が多いが、過程についての評価と解釈できる側面もある。患者満足度は、アウトカム評価の一部を形成するが、それのみでは不十分なことは言うまでもない。アウトカム評価について、必要事項を中川⁶⁾は表3のようにまとめた。ここで何よりも重要なことは、これらを考慮した臨床的なデータベースの構築が必要とされる。そして、その項目も簡素、臨床的妥当性があり、煩雑さ等通常臨床場面での実施可能のものが必要とされよう。さらに、その場合データの蓄積を誰が行うかという点も重要となる。そうでなくとも日々診療や書類作成に追われる医師に、それらを期待することは不可能であり、診療の情報を収集しそれらをまとめていくシステム、さらにはそれに対する経済的な保障が必要なことは言うまでもない。ここで一つの試みとしてある「国立施設精神科薬物療法観測ネット(National-Institutional Psychiatric Pharmacotherapy Observation Network, NIPPON)」についてふれる⁵⁾。NIPPONは、図にあるように複数施設の処方オーダリングシステムもしくは医事会計システムを国立病院機構総合情報ネットワークシステム(HOSPnet)により接続、統合したデータベースである。このシステムにより参加施設における入院患者の全処方歴をデータベース化することが可能となる。これにより例えば、病院毎の統合失調症での多剤併用の状況なども比較できるし、

将来的に簡便な評価項目などを加えることができれば、一定程度各病院の治療アウトカム評価も可能となろう。

II. 海外における精神科医療機能評価概要とサービス利用者調査

海外における機能評価の方法、指標の内容を比較した。またこれらを用いた測定結果についても、ネット上で公開されている。海外の実践には、それぞれ特徴があるが、複数の調査データを用いて総合的な評価を行っていること、個々の症例に関するデータ収集システムがあること、評価指標の中でも医療の効率・費用の把握が重視されていることなどが、特に日本と異なっていた。いくつかの概要については、平⁹⁾は表4のようにまとめた。ここでは、評価の概要についてふれるとともに、サービス利用調査についても述べる。

1. 評価の概要

1) 総合的な評価

イ. 複数のデータの使用(イギリス¹⁾・カリフォルニア州³⁾・ワシントン州⁴⁾)

各項目に合わせた様々な調査の結果を用いて、総合的な評価を行っていた。また、機能評価のために特別に調査研究などが実施されていた。

ロ. 多岐にわたる項目(イギリス)

イギリスでは、「職員との関係の構築(building closer relationships)」、「ケアコーディネーション」(利用者調査結果を利用)、「職員の労働時間」、「病欠率」などの項目が盛り込まれていた。

ハ. 様々な立場の人への調査の実施(イギリス・カリフォルニア州・ワシントン州)

患者のデータベースだけでなく、利用者、家族、病院職員等を対象とした調査を行い、その結果を用いて包括的に医療機能を評価していた。

ニ. 様々な立場の人による調査の実施(イギリス)

イギリスでは、施設・土地管理職員(facilities and estates staff)、ホテルサービスマネージャー、配食担当者(caterers)、感染症対策看護師

表2 構造・過程・結果領域の選択項目

1) 構造領域項目の評価結果

大項目	項目	国公立病院長			研究班内集約		
		平均	標準偏差	上限	平均	標準偏差	上限
医師数・患者1人当たりの医師の配置など	医師が多い。 精神科医師が多い。 常勤医師1人当たりの病床数が少ない。 常勤医師1人当たり患者数が少ない。	4.46	0.55	5.01	4.33	0.82	5.15
		4.89	0.31	5.20	4.78	0.42	5.19
		4.57	0.75	5.32	4.78	0.63	5.41
		4.53	0.76	5.29	4.67	0.67	5.33
コメディカル数・患者1人当たりのコメディカルの配置など	看護師が多い。 PSW (精神保健福祉士) が多い。 常勤看護師1人当たりの病床数が少ない。 常勤コメディカル1人当たりの病床数が少ない。 基準看護の水準が高い。 精神科訪問看護指導専従職員が多い。	4.62	0.48	5.11	4.89	0.31	5.20
		4.59	0.49	5.09	4.89	0.31	5.20
		4.53	0.60	5.13	4.89	0.31	5.20
		4.49	0.55	5.04	4.67	0.67	5.33
		4.62	0.54	5.16	4.89	0.31	5.20
		4.43	0.59	5.03	4.67	0.67	5.33
デイケア	精神科デイケアが実施されている。	4.46	0.68	5.14	4.67	0.67	5.33
入院施設の環境	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。 病棟全体の雰囲気を利用者の快適性に配慮されている。 冷暖房に対する配慮がある。 食事をおいしく、楽しく食べるための雰囲気作りがある。 利用者のプライバシーを確保できるよう配慮する。 個人ロッカーがある。 分煙・禁煙が徹底されている。 アメニティに配慮されている。 病院のトイレや浴室がよい。 病室内の環境が快適である。	4.68	0.57	5.25	4.78	0.42	5.19
		4.62	0.48	5.11	5.00	0.00	5.00
		4.59	0.54	5.14	4.89	0.31	5.20
		4.62	0.48	5.11	4.67	0.47	5.14
		4.49	0.55	5.04	4.89	0.31	5.20
		4.49	0.55	5.04	4.67	0.67	5.33
		4.54	0.50	5.04	4.78	0.63	5.41
		4.57	0.50	5.06	4.67	0.47	5.14
病院の管理	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。	4.43	0.59	5.03	4.89	0.31	5.20
		4.38	0.71	5.09	4.33	0.82	5.15
生活保護患者への対応	生活保護患者の受診も保障されている。	4.32	0.74	5.06	4.78	0.42	5.19
情報開示	入院施設の有無と病床数が情報開示されている。 管理者名が情報開示されている。	4.22	0.81	5.03	4.44	0.96	5.40

2) 過程領域項目の評価結果

治療計画	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。 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。	4.43	0.59	5.03	4.67	0.67	5.33
		4.46	0.55	5.01	4.67	0.67	5.33
診断	入院中に診断確定されている。 身体診察も併せて実施される比率が高い。	4.35	0.67	5.02	4.33	0.82	5.15
		4.49	0.55	5.04	4.67	0.47	5.14
退院促進	退院に向けての支援体制が適切になされている。 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。 退院患者に対して、退院後の地域生活援助活動を実施する。	4.64	0.48	5.12	4.67	0.67	5.33
		4.58	0.49	5.08	4.78	0.42	5.19
		4.51	0.55	5.06	4.78	0.63	5.41
地域ケアの対応	退院後の地域ケアの状況が良好である。	4.59	0.49	5.09	4.56	0.50	5.05
身体合併症治療	精神障害者の身体合併症治療が適正になされている。	4.49	0.55	5.04	5.00	0.00	5.00
精神科救急医療へのアクセス リハビリテーション	精神科救急寄与度が高い。 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。 精神科リハビリテーションが適正に管理されている。 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。	4.51	0.55	5.06	4.67	0.47	5.14
		4.47	0.55	5.02	4.67	0.67	5.33
		4.47	0.55	5.02	4.22	1.23	5.45
広域医療への対応 行動制限を行う際の適正な運用	地域ネットワーク寄与度が高い。 任意入院が適正に管理されている。 医療保護入院が適正に管理されている。 措置入院が適正に管理されている。 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。 精神障害者の権利擁護がなされている。 隔離が適正に管理されている。 身体拘束が適正に管理されている。 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。 面会制限は適正に行われている。	4.38	0.63	5.01	4.67	0.47	5.14
		4.54	0.60	5.14	4.67	0.67	5.33
		4.57	0.55	5.11	4.67	0.67	5.33
		4.59	0.54	5.14	4.67	0.67	5.33
		4.46	0.55	5.01	4.67	0.67	5.33
		4.72	0.45	5.17	4.67	0.67	5.33
		4.70	0.51	5.22	4.78	0.42	5.19
		4.70	0.51	5.22	4.89	0.31	5.20
参政権行使への援助	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。	4.65	0.53	5.18	4.78	0.63	5.41
		4.49	0.60	5.08	4.67	0.67	5.33
職員の卒後教育	研修が行われている。 症例検討会が実施されている。	4.54	0.55	5.09	4.89	0.31	5.20
		4.51	0.50	5.01	4.89	0.31	5.20
接遇・診療前後の配慮	職員が患者ニーズを理解するように努力し注意を払っている。 患者への言葉遣いに注意しするための検討が行われている。	4.44	0.60	5.04	4.78	0.42	5.19
		4.43	0.59	5.03	4.78	0.42	5.19
事務・診療費・日常生活費等の収受に関する管理・接遇	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。 預り金が適正に管理されている。 入退院に関する事務手続きが適正に管理されている。	4.46	0.60	5.06	4.89	0.31	5.20
		4.51	0.60	5.11	4.89	0.31	5.20
個人情報保護	個人情報保護の取り組みがなされている。	4.46	0.60	5.06	4.78	0.42	5.19
		4.54	0.50	5.04	4.67	0.67	5.33

3) 結果領域項目の評価結果

入院治療の内容・期間	入院・通院期間は、納得できる長さである。	4.32	0.70	5.02	4.78	0.42	5.19
	入院中に受けた治療は満足できる。	4.42	0.64	5.06	4.89	0.31	5.20
	安全な治療を受けている実感がある。	4.53	0.55	5.08	4.56	0.68	5.24
接遇・診療前後の配慮	職員が親切で思いやりがありていねいである。	4.49	0.55	5.04	4.89	0.31	5.20
	職員が患者の要求や問題に迅速かつ創造的に対応している。	4.53	0.55	5.08	4.67	0.67	5.33
サービスへの満足	医師の技術や知識に不安を感じさせない。	4.51	0.50	5.01	4.89	0.31	5.20
	職員は必要な技術と知識を身につけている。	4.58	0.49	5.08	4.89	0.31	5.20
	医師や看護師など医療スタッフのチームワークがよい。	4.72	0.45	5.17	4.78	0.42	5.19
	サービスに一貫性があり、正確に行われている。	4.50	0.55	5.05	4.78	0.63	5.41
	施設と職員を信用できる。	4.47	0.55	5.02	4.89	0.31	5.20
	サービスが安全である。	4.58	0.55	5.13	4.78	0.42	5.19
	会計手続きが納得できる。	4.39	0.64	5.02	4.78	0.42	5.19

表3 アウトカム評価

- ・精神科医療の質の向上，医療経済の観点から精神科医療の中でも重要な事項
- ・大きくは個人とシステムレベル
時間的側面からはインプット期-プロセス期-アウトカム期の3段階，地理的側面からは国家-地域-患者の3レベル
各々，またはその組み合わせの検討が必要
- ・包括的な評価項目：精神症状の臨床評価，社会機能，ニーズ，QOLの他に，患者や家族の医療への主観的体験，満足度，負担など
- ・患者レベルのアウトカム評価：研究のための臨床研究ではなく，日常臨床のための臨床研究が重要
- ・医療のアウトカムの評価項目の決定：項目が簡素，臨床的妥当性さらに公衆衛生的にも重要性を検討し，煩雑さ等通常臨床場面での実施可能性を考慮
- ・practical clinical trial や naturalistic observational study というデザイン

(infection control nurses), 患者代表者からなる「患者環境対策チーム」(Patient Environment Action Teams: PEAT) を結成し，病院の清潔度，食事，プライバシーなどについて，監査，評価を行っていた。

ホ. 利用者の意見・参画の重視 (イギリス・カリフォルニア州・ワシントン州)

利用者調査の結果が大いに活用されていた。例えば，カリフォルニア州では，評価指標の4つの領域のうち，構造，過程，結果の三領域の中で，「治療方針の決定」，「満足度」，「機能の改善」，「症状の減少」等の項目で当事者に対する調査結果を用いていた。また，イギリスでは，評価機関が，精神科医療利用者を対象に調査を実施し，待

ち時間・情報・医療スタッフの態度・職員間のコミュニケーションなどについて調査結果を基に評価を行っていた。

2) データ収集システムの存在 (イギリス，カリフォルニア州，オーストラリア⁷⁾)

3つの国において，個々の患者の動向を把握するデータ収集のシステムを作っていた。オーストラリアでは，13441症例の3ヶ月の動向に関する精密なデータが収集されていた。これには，連邦政府が，各州政府に医療財源の配分と引き換えに，医療サービスのアウトプット，最終的にはアウトカムに関する各種のデータ提供を求め，配分された財源が有効に使われているかという点に関する検証を試みてきたことが関係している。また，イギリスでは，一人ひとりの患者に関して，紹介から退院までのケア内容・提供期間などのデータ収集を行う精神保健基本データセットと呼ばれるシステム作りが進められている。このシステム作りには，精神保健学上の情報収集という目的もあり，「精神保健基本データセットの実施」は，医療機能評価における5つの重要項目うちの一項目として位置づけられている。なお，カリフォルニア州にも精神保健サービスを利用したほとんどの人に関する包括的なデータベースがある。

3) 「効率」「費用」の視点 (オーストラリア・イギリス・カリフォルニア州・ワシントン州)

オーストラリアでは，治療費と治療の効果を用い，効率性を測定して指標として位置づけていた。また，カリフォルニア州・ワシントン州において

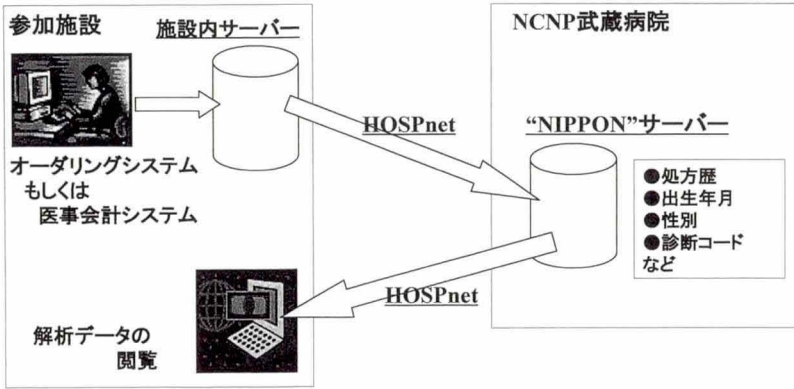


図 “NIPPON” について
 “NIPPON” は処方箋内容をデータベース化するシステム (中林による)

表 4 海外資料の概要

	方法	指標の領域
オーストラリア 保健&加齢省 ⁷⁾ 1999年	データ：精神保健分類とサービスコストプロジェクト (1996) で得られたデータ データ数：13441 事例	有効性コスト効率 技術と安全性 アクセス 継続性
イングランド& ウェールズ 保健医療委員会 ¹⁾ 2005年	NHS の全サービスを 4 タイプに分類 各タイプにおいて重要目標 バランスドスコアカードを設定 最終的に 4 段階の評価 (0~3 star) データ：各種調査データを適宜利用	重要目標 CPA の実施・危機介入チーム・ 財務管理・病院の清潔さ・精神保健基本データセットの実施 計 5 項目 バランスドスコアカード 医療・患者・能力&容量 三領域 22 項目
カリフォルニア州 精神保健局 ³⁾ 2001年	データ：「クライアント・サービス情報システム」 「メディカル支払い請求」「業務成果システム」のうち原則的に 1 つ、及び「特別研究」のデータ	構造 アクセス 過程 成果
ワシントン州 社会保健サービス 局精神保健課 ⁴⁾ 2003年	データ：「精神保健局コンシューマー情報システム」 「州立精神科病院データベース保健統合情報システム」など 5 種のデータシステムの組み合わせ サービスの数とタイプは州全体で行われた主な 3 つの調査のうち、1 つあるいはそれ以上のデータ	アクセス サービスの質と適性 成果 支出

も、患者 1 人当たりの費用、1 時間のサービス提供にかかる費用などが、指標となっていた。なお、イギリスにおいても、5 つの重要項目の中に財務管理状況が入っている。

2. 精神保健 NHS トラストに対して行ったサービス利用者調査¹⁾

先に、諸外国においては、様々な立場の人への調査が行われていることにふれたが、ここでは

2005 年春に保健医療委員会が精神保健 NHS トラストに対して行ったサービス利用者調査についてふれ、参考としたい。NHS トラストでは、患者の体験の 5 領域 (1. アクセスと待ち時間, 2. 安全で高い質のコーディネートされたケア, 3. より良い情報提供, より多い選択肢, 4. 関係の構築, 5. 清潔で心地よく、親しみやすい場所) の計 57 項目のうち、質問項目が評価の基準に合致する 14 の項目 (表 5) が、各トラストのスコア計算に

表5 サービス利用者調査の領域と評価指標
アクセスと待ち時間

問24	過去12ヶ月に、話すことを用いる治療（例えば、カウンセリングや精神療法）をNHS精神保健サービスで受けましたか
問29	問題がある時には、担当のケアコーディネーターに連絡を取ることができますか
安全で高い質のコーディネートされたケア	
問5	診察を受けた精神科医に対して信頼（trust and confidence）がもてましたか
問9	最近の2回の精神科医との予約は、2回とも同じ精神科医でしたか。それとも違う精神科医でしたか
問12	地域精神科看護師（Community Psychiatric Nurse：CPN）に対して信頼（trust and confidence）がもてましたか
問44	地区のNHS精神保健サービスの職員で、時間外に電話をかけられる誰かの電話番号は知っていますか
より良い情報提供、より多い選択肢	
問22	投薬の目的について説明を受けましたか
問23	薬の副作用のおそれについて説明を受けましたか
問43	過去12ヶ月に、精神保健サービス利用者に対する地域のサポートグループに関する情報を得ましたか
問52	自分のケアと治療の決定について自分の意見が充分言えますか
問53	診断は、あなたを含めて話し合われましたか
関係の構築	
問4	精神科医はあなたの話を注意深く聞きましたか
問6	精神科医は敬意と尊敬をもってあなたに接しましたか
問11	地域精神科看護師（CPN）は、あなたの話を注意深く聞きましたか

使用されている。さらに点数化の際、若い人と女性は、高齢の人や男性よりも回答がより批判的な傾向があるため、「男女別の年齢」の重みが、トラスト間の男女別の年齢の分布の差を修正するために計算され、最終の結果として示されていた。わが国においても様々なサービス利用者調査が行われているが、このように、サービス利用者調査にしても今後は方法的な厳密さも要求されることとなる。

おわりに

医療機能情報公表制度の2007（平成19）年4月の制度施行にふれて長谷川¹⁰⁾は、「時代の必然」とはしつつも、1.何を指標とするかの合意形成、2.従来の診療報酬制度に適合したシステムから医療情報システムから自動的に情報が評価できるようなシステムへの変換、3.得られた情報を分析する主体の3点を重要点として指摘している。諸外国で進んでいる情報公開などを参考に、長谷川の指摘した問題を解決して行かなければ、現状では現場の医師に更なる負担を強い、さらに得られた情報は機能評価の指標に値しないと言うことにもなりかねないことは肝に銘じておくべきであろう。

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 精神科病院機能の評価軸に関する研究班（順不同）

吉住 昭（独立行政法人国立病院機構 花巻病院 分担研究者）

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（第一福祉大学心理学科）

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（慶應義塾大学医学部精神神経科）

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）

香山 明美（宮城県立精神医療センター）

文 献

1) Healthcare Commission, Performance indicator for performance ratings 2004/2005

(<http://ratings2005.healthcarecommission.org.uk/Downloads/mhlist.pdf>)

2) 平野 互ほか：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。p.15-21, 2007

3) Mayberg, S.W.: 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)

4) Mental Health Division, Washington State Department of Social & Health Services: State-Wide Publicly Funded Mental Health Performance Indicators, 2003 (<http://www1.dshs.wa.gov/pdf/hrsa/mh/mhdpireport2002.pdf>)

5) 中林哲夫ほか：国立精神科施設での薬物療法データベースの開発——国立施設精神科薬物療法観測ネット (National-Institutional Psychiatric Pharmacotherapy Observation Network, “NIPPON”)。第 103 回日本精神神経学会総会抄録。p. 215, 2007

6) 中川敦夫ほか：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。p. 25-50, 2007

7) Pirkis, J., Burgess, P., Dunt, D., et al.: Measuring quality in Australian mental health services, 1999 ([http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/mental-pubs/\\$FILE/amhsqual.pdf](http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/mental-pubs/$FILE/amhsqual.pdf))

8) 瀬戸秀文ほか：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。p. 23-48, 2007

9) 平 直子ほか：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。p. 51-55, 2006

10) 「医療機能情報公開制度 4 月の制度施行は時代の必然」。じほう, 東京, 2007 (<http://www.m3.com/news/news.jsp?sourceType=GENERAL&articleLang=ja&articleId=41863&q=%C4%B9%C3%AB%C0%EE>)