



チューリッヒ大学認知症専門病棟中庭



Hegibach 病院 (チューリッヒ)

## チューリッヒ大学における 老年精神医学

新垣 元, 杉原克比古

チューリッヒ大学は、チューリッヒ市街地にほど近い丘の上にある。オイゲン・ブロイラー (Eugen Bleuler) やユングで有名である。大学病院は、大学敷地内にある附属病院と市中にある老年医学精神科専門病院、老年医学研究所の3つに分かれており、このうちの2つ病院の入院施設を見学した。

### 1. 大学附属病院

まず始めに、大学敷地内にある附属病院を見学した。大学病院には高齢者のための3つの精神科病棟があり、全入院病床は60床である。視察した認知症専門病棟は30床であるが、病棟はさらに14床前後に分けられており、認知症で行動障害 (BPSD) が激しく、鍵をかける必要がある人に特化していると説明された。

治療は抗認知症薬や少量の抗精神病薬を用いた薬物療法と非薬物療法としての回想法、芸術療法、動物療法、絵画療法、庭園での歩行訓練などが行われている。入院期間は4～5週間であり、家庭

への復帰を原則とし、デイクリニックに通所を指導しているが、重症例の場合には介護老人ホームに転入することもある。療養室では介護を必要とする患者に1対1の関わりを持ち、排泄、食事、移動などの援助に努め、日中の活動が多くなるように工夫している。近い将来には光療法を取り入れる考えがあるとの説明を受けた。現在でも照明を明るくし、少しでも長く太陽光線を浴びるように配慮している。充実した看護・介護力と快適・安全な環境を作ることで、薬物療法は最小限に抑えることができると強調された。

問題行動を持った重症例の場合には、短時間であるが隔離室を利用することもある。床には10cm以上もある厚いマットを敷き、壁にも同様のマットを貼り巡らし、庭に面した大きな窓から太陽光を取り入れるようになった隔離室を見学した。外部からの刺激を遮断し、床をグリーン、壁をアイボリーとした基調の色合いや、芳香療法などを組み合わせることで早期に改善が得られると強調された。他方、新薬治験 (抗認知症薬、ワクチン療法) のために常時モニターができる特別な病室も備えている。

また、インターネットを使った認知症講義のホームページを運用中であり、学生はこれを使い、細かく何度でも学習できると力説された。

### 2. 老年精神医学専門 Hegibach 病院

Hegibach 病院はデイクリニック、うつ病専門病棟、アルコール等の依存症専門病棟に分かれていた。今回の視察旅行の趣旨から、外来部門での

業績が注目に値するものであった。年間1,700名の診断に携わり、その40%が認知症患者である。診断には血液学的検査、神経心理学検査、その他の診断機器を用いている。とくに重きを置く検査が神経心理学検査であり、90～120分の時間を費やし、図形などを用いた検査で脳の障害部位を推測するのである。

Hock教授との面談では、「老年期の症例に精神療法などのさまざまな働きかけをすることで脳は活性化され、身体能力の向上をもたらすものである。とくに音楽療法、芸術療法などは有効な手技と考えられる。薬物療法ではSSRI、抗認知症薬の投与が有効であり、今後ワクチン療法などの開発が望まれている」などの説明を拝聴した。

### 3. 印象

チューリッヒ大学付属病院精神科の病棟および外来部門の見学を終え、わが国とスイスの保険制度におけるへだたりや医師、医療従事者などメンバーの豊富さには感銘するところが多かった。しかし、現場の治療内容における格差はあまり感じなかった。日ごろ、わが国でも見聞さし、実践している手技・手法をあの名門チューリッヒ大学でも実践していると知り、われわれの歩んでいる方向に間違いはないと確信できた。そして、認知症に対する薬物療法の限界を解決すべく、新薬の開発を期待したい。

## ドイツ・デュッセルドルフ・ラインニッシュ病院における認知症精神医療

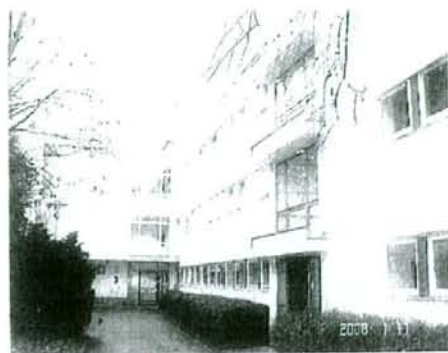
松原 三郎

### 1. はじめに

ドイツにおける認知症医療と介護保険制度とはどのような連携をしているのかを明らかにするために、認知症入院治療施設であるデュッセルドルフ大学 Rheinische Klinik 認知症病棟と認知症サービスセンターを視察したので報告する。

### 2. 認知症専門病棟の機能

Gerontopsychiatrieの主任医師であるDr. Tillmann Supprianの説明では、Rheinische KlinikはLVR(Landschaftsverband Rheinland)という行政法人に属する病院で、1876年に開設された精神科専門病院である。そこで働く医師は同時にデュッセルドルフ大学の教員を兼任しているという。部局は外来、入院病棟、デイクリニック(Tagesklinik)に分けられるが、入院病棟は18



ラインニッシュ病院認知症専門病棟  
(デュッセルドルフ)

～21床で、5病棟(認知症専門閉鎖18、うつ病を主とする高齢者閉鎖20など)から構成されている。認知症高齢者の入院は、認知症だけでなく、認知症に伴う精神・行動障害(BPSD)のために、自宅や施設で介護が困難となった場合に行われる。入院のうち、約50%が非自発入院(裁判所命令)である。

病棟の構造は、日本の一般精神科病棟と変わらないために、認知症病棟としては不適切な部分が多い。このために、現在逐次改築が行われている。BPSDに対する治療では、患者数が18人と少ないために、非薬物療法が重視される。入院では、最低2日間は薬物療法なしで状態が観察される。

その後、薬物療法が行われるとしても、常に各種の非薬物的な治療が重視され行われている。BPSDは独立した障害ではなく、環境要因の影響がかなり大きい。記憶療法（回想法）、バリデーション法、運動療法、園芸、音楽・芸術、芳香療法などが行われている。患者さんの負担を少なくして、できるだけ自然な生活に戻すことが目標であるという。

このような治療のなかでも、徘徊と叫声については治療が困難であり、徘徊の場合には、誰かが付き添って好きなだけ歩かせるようにしている。また、気分障害にはSSRI、不安が高度な場合には少量のベンゾジアゼピン系薬剤も使用する。抗精神病薬の使用については、注意して少量使用すれば安全で効果があるという。

### 3. 退院とデイクリニック

治療期間は、保険会社の規定で31日が標準だが、これでは困難な場合が少なくなく、種々の理

由をつけて延長している。それでも2カ月程度で退院するケースが多い。Supprian医師の印象では、3カ月程度の入院が標準となることが理想的で、6カ月間の入院は現状では非常にまれであるが、本来は6カ月間の入院が保障されるべきだと考えているという。

退院では、約20%が施設に移行するが、多数は自宅に戻る。そのうち約40%は単身である。入院中には各種の療法だけでなく、家族への教育を行うことが重要である。

デイクリニックでは、25人が通所しているが、週に1～2回のことが多い。9時30分～16時までで、食事は提供されているが、シャワーや風呂は原則的に自宅の介護によって行われている。デイクリニックの通所は、各種精神・行動障害の軽減が目的であり、とくに期限は明示されていないが、精神症状などが落ち着くと介護保険施設で行われている通所サービスに移行する。

## デュッセルドルフ介護保険施設 ドロシーゾーレハウス Dorothee-Sölle-Haus

中本 理和

平成20年1月11日、ドイツ・デュッセルドルフ、オーバーカッセル地区にある介護ステーション「Dorothee-Sölle-Haus」を見学した。

ここは、社会福祉事業団体であるプロテスタント系グループ「オーバーカッセル奉仕団」が運営する施設で、同グループはほかにもいろいろな形で介護サービスを行っている。たとえば認知症相談所や緊急ヘルプサービス、家事代行サービス、訪問介護サービスなどである。隣地には同グループの運営する家事代行付き高齢者アパートが建っている。



介護保険施設ドロシーゾーレハウス

この建物は4階建てで、プロテスタント神学者Dorothee Sölle (1929-2003)にちなんで名づけられ、相談所とデイケアと介護施設が入居していた。建物に入るとまず、施設長と介護長とソーシャルワーカー長が出迎えてくれ、その後デュッセルドルフ大学老年精神学研究所の医師による、デュッセルドルフの介護の現状についての説明を受けた。彼女は同施設において定期的に診察を行っている。彼女の話によれば、デュッセルドルフ人口58万

人のうち60歳以上が15万人おり、うち1万人が認知症を持ち、70%が家族と同居している。また、60歳以上の高齢者のうち3%が介護施設に入所しており、施設入所者の60~70%が精神障害を持ち、そのうち70%が認知症とのことである。2008年からドイツの介護保険改革が行われ、居住地ごとに介護支援拠点を作り、介護およびケアに関するすべての情報を集積させるようにする、また要介護の被保険者全員にそれぞれ1名の個人介護士を決め、ケアプランを作成し、サービスのコーディネートを行い、トータルな支援の取り組みに当たるようにするとのことである。これは日本における事業所とケアマネージャーに当たるもののようである。

内部の見学では、最初にデイケアを見たが、こは9時から17時までで、送迎の運転手はボランティアとのこと。すみずみまできれいに清掃されており、非常に清潔であったのが印象的である。また食堂では平日の昼食だというのに、一流レストランのようにナイフ・フォークやナプキンがきちんとテーブルにセッティングされていたのが印象に残った。

入所施設は、定員78人で、ここも非常に清潔



ドロシーゾーレハウスの居室

に清掃されており、においもまったくなかった。

入所者は死ぬまで住むことができ、費用は1ヶ月3,000ユーロとかなり高額である。入所者の70%が自立あるいは器具を使って歩行しており、寝たきりは少ない。また、拘束はまったく行っていないと言っていた。廊下の隅に入居者とみられる女性の写真と花が飾ってあり、尋ねると3日前に亡くなった人であった。この人は認知症で前日まで普段どおり元気で歩いており、1日臥せて自室で静かに亡くなられた、とのこと。日本における認知症患者の最期との違いを実感した。

## デュッセルドルフにおける 認知症センター

松原 三郎

デュッセルドルフ市では、州とアルツハイマー協会が中心となって11カ所の認知症サービスセンター(Demenz-Servicezentrum)が運営されている。そこでは、各種相談・啓発活動とともに、入院治療や介護保険施設入所の斡旋、さらには、在宅における介護保険サービスの提供も行われている。認知症サービスセンターの機能を列挙する

と、以下のようになる。

- (1) 認知症に関する相談
- (2) 認知症の診断と治療の援助
- (3) 認知症に関する啓発活動(パンフレット作成配布)
- (4) 認知症関連施設の稼働状況の把握(認知症ネット)
- (5) 認知症サービスセンター(全11カ所)の運営援助(州からの運営補助)
- (6) 認知症サービスセンターを拠点とするホームヘルプ活動
- (7) ホームヘルパーの教育

認知症サービスセンターは、州からの委託を受けて運営されており、市が直轄で運営しているものから、介護保険施設に付設したものも少なくない。介護保険施設の多くは認知症デイケアもしくは

は、一般のデイサービスを運営している。そこでは、情報は一元化され（認知症ネット）、利用者や介護者の便宜を図っている。

在宅で認知症介護を行う場合には、家族のほとんどは、家庭医に相談を行うが、その後のケアはセンターや介護保険ケアマネージャーと相談して決められる。認知症サービスセンターは、デュッセルドルフ市・近郊も含めて、認知症に関するサービス機関の場所や機能を調べ、とくに入所や派遣サービスに関する50カ所については、2週間に1度、センターから電話をかけて、空床情報や稼働状況を調査し、常に把握して相互に連携を図るようにしている。

さらに特徴的なのは、各センターには、約10名の教育を受けたボランティアの派遣ヘルパーが登録されており、これによって認知症高齢者の在宅でのケアが可能となるようにしている。10名のヘルパーによって、在宅の支援が行われるが、このとき、2時間以上にわたって在宅で援助や見守りを行っている。このように、認知症に特化して在宅ヘルパー派遣事業を行うことは、認知症の在宅ケア促進に大きな効果を上げている。州と市が援助して認知症サービスセンターと認知症ネットを構築することは、ドイツのなかでもとくに高い評価を得ているという。

## わが国における認知症医療と 介護サービスとの連携のあり方

松原 三郎

### 1. 認知症高齢者の入院治療の目的

認知症高齢者の入院には、明確な治療目標がなければならない。現状の入院の理由をみると、①認知症随伴症状として精神行動障害（BPSD）があり、家庭や施設での介護が困難である、②認知症の診断と治療・介護方針の策定、③身体合併症のために常時医療が必要、④介護家族の休息等のために一時的な預かり入院、⑤介護施設の空床待ちのための利用が挙げられる。認知症高齢者の治療・介護については、できるだけ自宅等の日常生活に近い状態で行われるのが基本であり、いたずらに長期の療養となることがないようにするのが原則である。したがって、精神科病院への入院では、一定以上のBPSDや合併症が存在する場合に限定されるべきである。

### 2. 入院による治療・介護、諸外国との違い

今回の視察でも明らかになったように、諸外国ではBPSDを示す患者への対応はできるだけ個別に対応することが重視されている。このために、病棟の病床数も12～14床と少数に限られている。とくに入院当初の不安定な時期には、看護者が1対1で付きっきりで対話や見守りを行う。抗精神病薬の投与については、攻撃性が高い場合にのみ、少量使用されるだけである。不穏状態になった場合の保護室への入室も、時間単位に限られており、その目的も、静かな部屋で刺激を避けて安定するのを待つことが大きな目的である。このように、諸外国では、マンパワーの高い看護・介護が行われ、抗精神病薬の使用は限定的である。その結果、認知症病棟では、ほとんどの患者のADLは保たれており、車椅子の患者は1割程度にすぎない。

これに対してわが国では、認知症患者同士の対話や集団行動が重視されており、いわば治療共同体による力動があるほうが、日本人には適しているとされている。認知症対応型共同生活介護もこの方式を取り入れて、良好な結果を得ている。

ところが、わが国の認知症専門病床（今回の診療報酬の改定では認知症病床に変更）では、ADLの低下した患者が明らかに多い。この原因は、①抗精神病薬の使用が過剰に長期間に及んだ結果、②もともとわが国の認知症専門病床では合併症が多い、③患者のADLを重視する風潮が少

ない、などが考えられる。いずれにせよ、抗精神病薬を少量に、かつ、短期化する必要がある。患者のADLを高める努力がなされるべきである。しかし、これを実現するためには、最低限でも「看護4:1+介護4:1」が必要であろう。

### 3. 医療による治療・介護と介護サービスへの連携

スイスでは、認知症急性期病棟の在院期間は、6カ月から1年にも及ぶ場合が少なくない。それでも、できるだけ短期にして、認知症デイケアを利用しながら在宅でケアされるように努力が行われている。また、在宅が困難な場合には、介護施設への入所が進められる。わが国の状況に比較して、在宅でのケアが重視されている。

ドイツでは、医療保険の関係で、原則1カ月間の入院治療に限られている。その後、デイケアを利用しながら在宅サービス（訪問介護が主力）が行われるが、デイケアの通所も、1～2年でBPSDが消退すれば終了する。介護保険制度と、地域でのケア体制が充実しているために（認知症センターが各地域に配置されている）、医療としての関わりには、期間的な設定が可能となっている。しかし、担当医師の意見では、3カ月以上、できれば6カ月程度入院治療できることが理想であるという。

わが国での、認知症専門病棟でのBPSD治療の実態をみると、診療報酬で示されたとおりに3カ月間で治療が完了している医療機関はまれであり、むしろ、地域にある他の機関との連携が可能な場合に限られている。日精協の平成15年調査からみると6カ月間の治療期間が担保されていることが必要である。

入院初期、とくに3カ月以内に高い人員配置で治療を行える体制を整えるためには、7カ月間以上の入院については、一定の症状評価が必要になるかもしれない。

### 4. 退院が促進できない

(1) 移行する施設が不足：BPSDが一定程度改善しても、退院に至らない原因は、病状の改善が不十分であることだけでなく、それぞれの地域で「認知症対応型グループホーム」や「介護老人保健施設」などが十分に整備されていないことが原因である場合が少なくない。とくに後者では、入所の順番では在宅サービスを利用している場合が優先されるので、認知症で入院している患者が入所できる可能性はほとんどないのが現実である。早急な改善が望まれる。

(2) 在宅サービスが不十分：介護保険による在宅サービスでは、認知症高齢者が在宅で過ごすメニューはいまだに限られている。小規模多機能あるいは、認知症対応型通所介護も少しずつ増加しているが、主力であるべき訪問介護の内容が認知症向きになっていない。デュッセルドルフでは、認知症の訪問介護は長時間（2時間以上）が原則である。長時間にわたる見守りを可能にするような、認知症に特化された訪問介護が必要である。

(3) 入院から地域への連携のあり方を探る：BPSDが一定以上に改善した場合には、在宅に移行するのが原則であるが、認知症高齢者の特性を考えれば、グループホームのような治療共同体でケアされることがより望ましい。ところが、現状のグループホームでは、中等度以下の人々には適しているが、認知症が重度であったり、頻繁にBPSDを呈する人を受け入れることはきわめて難しい。しかし、実際には、認知症専門病床に長期に入院している人たちの多くは、介護サービスだけでは対応しきれない人たちである。これを解決するには、医療部分が強化された医療型ケアホームが必要となる。具体的には、現在のグループホームの人員配置に2名程度の看護師を加配することである。これによって、より個別の対応、より治療的な対応が可能になるものと考えている。

#### IV. 研究班名簿

平成 18 年度「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」  
研究班名簿

主任研究者	竹島 正	国立精神・神経センター精神保健研究所
分担研究者	浅野 弘毅	東北福祉大学／認知症介護研究・研修仙台センター
	白石 弘巳	東洋大学
	立森 久照	国立精神・神経センター精神保健研究所
	中澤 誠	財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院 小児・生涯心臓疾患研究所
	野中 猛	日本福祉大学
	山下 俊幸	京都市こころの健康増進センター
研究協力者	栗田 圭一	仙台市立病院
	池淵 恵美*	帝京大学医学部精神科学教室
	伊勢田 堯*	東京都立多摩総合精神保健福祉センター
	伊藤 弘人*	国立精神・神経センター精神保健研究所
	宇田 英典*	鹿児島県川薩保健所
	萱間 真美*	聖路加看護大学精神看護学研究室
	小山明日香	国立精神・神経センター精神保健研究所
	小山 智典	国立精神・神経センター精神保健研究所
	斎藤 治*	国立精神・神経センター武蔵病院
	佐々川洋子*	神奈川県保健福祉部障害福祉課
	中島 豊爾*	岡山県立岡山病院
	長沼 洋一	国立精神・神経センター精神保健研究所
	野田 哲朗*	大阪府健康福祉部地域保健福祉室
	羽藤 邦利*	代々木の森診療所
	松原 三郎*	松原病院

(\* : フォローアップ委員会委員)

(50 音順)



平成19年度「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」  
研究班名簿

主任研究者	竹島 正	国立精神・神経センター精神保健研究所	
分担研究者	白石 弘巳	東洋大学ライフデザイン学部	
	山下 俊幸	京都市こころの健康増進センター	
	中澤 誠	財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院 小児・生涯心臓疾患研究所	
	野中 猛	日本福祉大学社会福祉学部保健福祉学科	
	千葉 潜	青南病院	
	樹神 學	こだまホスピタル	
	立森 久照	国立精神・神経センター精神保健研究所	
	須藤浩一郎	土佐病院	
	研究協力者	池淵 恵美*	帝京大学医学部精神科学教室
		伊勢田 堯*	東京都立多摩総合精神保健福祉センター
伊藤 弘人*		国立精神・神経センター精神保健研究所	
宇田 英典*		鹿児島県大隅地域振興局	
萱間 真美*		聖路加看護大学精神看護学研究室	
小山明日香		国立精神・神経センター精神保健研究所	
斎藤 治*		国立精神・神経センター武蔵病院	
佐々川洋子*		神奈川県保健福祉部障害福祉課	
中島 豊爾*		岡山県精神科医療センター	
長沼 洋一		国立精神・神経センター精神保健研究所	
野田 哲朗*		大阪府健康福祉部地域保健福祉室	
箱田 琢磨		国立精神・神経センター精神保健研究所	
羽藤 邦利*		代々木の森診療所	
松原 三郎*		松原病院	
水野 雅文		東邦大学医学部精神神経医学講座	
溝口 明範		溝口病院	

(\*: フォローアップ委員会委員)

(50音順)

平成 20 年度「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」  
研究班名簿

研究代表者	竹島 正	国立精神・神経センター精神保健研究所
研究分担者	白石 弘巳	東洋大学ライフデザイン学部
	山下 俊幸	京都市こころの健康増進センター
	中澤 誠	財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院 小児・生涯心臓疾患研究所
	野中 猛	日本福祉大学社会福祉学部保健福祉学科
	千葉 潜	青南病院
	立森 久照	国立精神・神経センター精神保健研究所
	長尾 卓夫	高岡病院
	須藤浩一郎	土佐病院
研究協力者	渥美 浩子	NPO 法人地域精神保健福祉支援ネットワーク駒来の家
	有海 清彦	山形県精神保健福祉センター
	安西 信雄	国立精神・神経センター病院
	池淵 恵美*	帝京大学医学部精神科学教室
	伊勢田 堯*	東京都立多摩総合精神保健福祉センター
	伊藤 弘人*	国立精神・神経センター精神保健研究所
	伊藤 哲寛	北海道立緑が丘病院
	伊藤 真人	川崎市精神保健福祉センター
	岩井 和子	星城大学リハビリテーション学部作業療法学専攻
	岩下 覚	桜ヶ丘記念病院
	上ノ山一寛	日本精神神経科診療所協会
	上原 久	社会福祉法人聖隷福祉事業団
	上山 泰	筑波大学法科大学院
	宇田 英典*	鹿児島県大隅地域振興局
	浦島 崇	東京慈恵会医科大学小児科
	越後 茂之	国立循環器病センター小児科
	大嶋 正浩	メンタルクリニックダダ
	大谷 京子	日本福祉大学社会福祉学部保健福祉学科
	大山 勉	川崎市健康福祉局障害保健福祉部精神保健課
	岡崎 伸郎	仙台市精神保健福祉センター

小野 隆志	南東北病院小児心臓血管外科
小野 安生	静岡県立こども病院循環器科
賀藤 均	東京大学医学部小児科
萱間 真美*	聖路加看護大学精神看護学研究室
木全 和巳	日本福祉大学社会福祉学部社会福祉学科
工藤 恵道	南東北病院小児科
黒田 安計	さいたま市こころの健康センター
桑原 寛	神奈川県精神保健福祉センター
河野 稔明	国立精神・神経センター精神保健研究所
小山明日香	国立精神・神経センター精神保健研究所
小山耕太郎	岩手医科大学病院循環器医療センター小児科
斎藤 治*	国立精神・神経センター武蔵病院
佐々川洋子*	神奈川県保健福祉部障害福祉課
佐地 勉	東邦大学医療センター大森病院小児科
里見 元義	長野県立こども病院循環器科
白川 教人	横浜市こころの健康相談センター
城尾 邦隆	九州厚生年金病院小児科
助川 征雄	聖学院大学人間福祉学部
高山 京子	障がい者総合支援センター元浜事業所
瀧 誠	愛知淑徳大学医療福祉学部福祉貢献学科
田引 俊和	北陸学院大学人間総合学部社会福祉学科
築島 健	札幌こころのセンター
弟子丸元紀	益城病院
中島 豊爾*	岡山県精神科医療センター
中島 弘道	千葉県こども病院循環器小児科
長瀬 幸弘	たかつきクリニック
中谷 武嗣	国立循環器病センター臓器移植部
中西 敏雄	東京女子医科大学循環器小児科
長縄 献	日本福祉大学大学院
長沼 洋一	国立精神・神経センター精神保健研究所
二本柳 覚	日本福祉大学社会福祉実習教育研究センター
野田 哲朗*	大阪府健康福祉部地域保健福祉室
箱田 琢磨	国立精神・神経センター精神保健研究所
長谷川 忍	千種・名東障害者地域生活支援センターひまわり
八田耕太郎	順天堂大学
羽藤 邦利*	代々木の森診療所

馬場 清	倉敷中央病院小児科
浜岡 健城	京都府立医大小児疾患研究施設
原 敬造	原クリニック
平田 豊明	静岡県立こころの医療センター
福重淳一郎	福岡市立こども病院・感染症センター
福嶋 教偉	大阪大学医学部附属病院移植医療部
藤井 潤	栗田病院
藤田 大輔	岡山県精神保健福祉センター
布田 伸一	東京女子医科大学東医療センター内科
益子 茂	東京都立精神保健福祉センター
松島 正気	社会保険中京病院循環器小児科
松田ひろし	医療法人立川メディカルセンター柏崎厚生病院
松原 三郎*	松原病院
三木恵美子	横浜法律事務所
水野 雅文	東邦大学医学部精神神経医学講座
溝口 明範	溝口病院
村上 智明	北海道大学病院小児科
村上 保夫	榊原記念病院院長
森 隆夫	あいせい紀年病院
森嶋 重弘	南東北病院小児心臓血管外科
康井 制洋	神奈川県立こども医療センター院長
八尋 光秀	西新共同法律事務所
山口 みほ	日本福祉大学社会福祉学部保健福祉学科
山田 恭子	佛教大学保健医療技術学部作業療法学科
吉住 昭	国立花巻病院
吉田みゆき	同朋大学社会福祉学部社会福祉学科

(\*: フォローアップ調査委員会委員)

(50音順)

---

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」  
平成 18 年度～20 年度 総合研究報告書

発行日 平成 21（2009）年 3 月  
発行者 「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」  
研究代表者 竹島 正  
発行所 国立精神・神経センター精神保健研究所  
〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1  
TEL：042-341-2712(6209) FAX：042-346-1950

---