

平成18年度厚生労働科学研究費補助金  
障害保健福祉総合研究推進事業

報 告 書

厚生労働省

実施機関：日本障害者リハビリテーション協会

# 目 次

## \* 外国人研究者招へい事業

「アハマド・アリフィン博士招へい報告」

渡邊 高志（東北大学情報シナジーセンター）……………5

「ニコラス・タリア博士招へい事業報告」

吉川 和男（国立精神・神経センター精神保健研究所）……………8

## \* 日本人研究者派遣事業

「オーストラリアおよび近隣諸国における精神保健システム」

瀬戸屋 雄太郎（国立精神・神経センター精神保健研究所）……………13

## \* 外国への研究委託事業

「コスタリカ地域住民の生活機能調査」

バルバラ・ホルスト

（コスタリカ国家リハビリテーション・特殊教育審議会、常務理事）……………45

## \* 若手研究者育成活用事業

「加齢および脳卒中の影響に伴う立位時のヒラメ筋活動の変化：

左右ヒラメ筋振戦活動の同期に着目して」

阿部 匡樹（国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所）……………51

「『精神科回復期リハビリテーション病棟』のあり方に関する研究」

木谷 雅彦（国立精神・神経センター精神保健研究所）……………56

# 外国人研究者招へい事業

## 【アハマド・アリフィン博士招へい報告】

渡邊 高志

東北大学情報シナジーセンター

---

### 1. 招へい理由

我々は、機能的電気刺激（FES）を利用して、中枢性下肢麻痺者の歩行を再建するシステムの開発を進めており、その中で、下肢麻痺者の FES 歩行制御アルゴリズムの開発が重要な研究課題の1つになっている。アハマド・アリフィン（Achmad Arifin）博士は、以前に、国内にて我々と共同研究を実施し、cycle-to-cycle 制御法に着目して、それを応用した歩行遊脚期の制御のためのファジィ制御器を開発し、股関節、膝関節、足関節の多関節運動への適用可能性を計算機シミュレーションにより明らかにしてきた。アリフィン博士は、帰国後も我々との共同研究を継続し、cycle-to-cycle 制御法を用いて、より実用性を考慮した FES 歩行制御法の開発を進め、ポータブル刺激装置の開発も実施している。これらの共同研究に関する成果に基づき、我々は、cycle-to-cycle 制御法に基づく遊脚期の FES 制御の検討を推進し、臨床に適用する際の課題を計算機シミュレーションで検討して、臨床適用の実現可能性を確認してきた。

上記のような研究の進展状況にともない、我々は、cycle-to-cycle 制御に基づく FES 歩行制御法の実験的検討を実施する準備を進めてきた。その中で、本制御方式に精通しているアリフィン博士とともに実験的検討を実施することが特に有効であると考えられることから、今回、アハマド・アリフィン博士を招へいすることとした。今回の招へいでは、計算機シミュレーションによりこれまでに検討してきた方法を、実際的な使用を想定した方法へ展開すること、及び、制御方式の基本的要素となる部分を、被験者での実験的検討により評価することを中心に、共同で実験的検討を実施した。

### 2. cycle-to-cycle 制御方式の臨床適用のための実験的検討の概要

(1) 今回の招へいでは、最初に、これまでに準備を進めてきた cycle-to-cycle 制御に基づくファジィ制御器について、実際の使用を想定した場合に生じることが予想されるいくつかの問題について、予備的な試験を実施して制御方式及びプログラムの改良を行った。

まず、検討する制御法においては、制御された関節角度の極大値や極小値、制御の開始タイミングを自動的に検出する必要があるが、筋疲労や外乱、計測ノイズ等により、安定に、かつ、適切に検出できない場合がある。そこで、最初に、制御対象とした関節角度に対応する角度を安定に検出する方法を検討した。極大点や極小点の制御角度の検出については、健常被験者の膝関節伸展運動時に計測した角度から最大伸展角度を検出することを行い、サンプリングした3点の比較で概ね妥当な検出ができていたので、今回の実験では、3点での比較による最大角度の検出を採用することとした。次に、cycle-to-cycle 制御では、動作を繰り返しながら制御を行っていくので、制御開始のタイミングを自動的に検出しなければならない。今回の実験では、制御器の基本的な能力を評価することを目的とし、座位での膝関節最大伸展角度を制御対象とした。そのため、制御終了後に、重力による受動

的屈曲が生じ、初期位置付近で膝関節角度が振動する。そこで、関節角度がほぼ安定することを条件として、制御開始タイミングを検出した。その際、関節角度の変動幅と観測時間を健常被験者の膝関節の受動的な運動、ならびに、実際に電気刺激を印加して膝の最大伸展角度を制御する実験を実施して実験的に決定した。

我々は、以前にも本制御手法の実験的検討を実施したが、その際には、制御角度の誤差だけを用いて刺激量を決定することとして制御器を構成していた。しかしながら、上記の刺激印加タイミングの検出のための予備実験

における結果から、検出のための観測時間が不適切な場合には、制御開始時の角度が一定にならず、検出された角度の値が変動する結果となった。さらにそのような場合には、目標角度への到達後の cycle でも制御角度が振動する結果となることが確認された。この問題は、歩行を制御する際の制御開始タイミングの検出においても生じ得る共通の問題であり、歩行時の制御開始の関節角度も各 cycle で変動することが予想されることから、制御アルゴリズムを変更することとした。すなわち、制御角度の誤差に加えて、制御開始時の関節角度から目標角度までの角度範囲も入力に用いることで、電気刺激により動かす角度が cycle ごとに変動する問題を解決した。そのため、膝の最大伸展角度を制御する広筋群の制御器を 2 入力 1 出力のファジィ制御器に修正した。

また、ファジィ制御器のパラメータは、計算機シミュレーションでの筋・骨格モデルと被験者との間では異なり、さらに、被験者間でも違いがある。そのため、ファジィ制御器のメンバシップ関数のパラメータを実験的に決定し、被験者間での差異を最終出力の刺激バースト時間のゲイン係数を調整することで吸収できるようにし、そのゲイン係数を実験的に決定した。

以上の予備的な検討結果をもとに、これまでに開発してきた制御アルゴリズムとともに実験システムとして実装した。

(2) 膝関節の最大伸展角度を対象に、前述の予備的な試験に基づいて改良したファジィ制御器を用いて、健常被験者 1 名で実験的検討を行った。電気刺激は内側広筋と外側広筋に対し、同一量を与えた。1 回の試行で、30 歩以上に相当する制御を実施し、筋疲労の影響を考慮して 15~20 分の間隔で計 3 試行を 1 日分として実施した。

先の検討結果に基づいて実装した、最大伸展角度の検出、ならびに、刺激開始タイミングの検出は適切に動作することが確認された。また、制御角度も 10 回 (10 歩に相当) 程度で目標値に到達することができ、ファジィ制御器が適切に動作することが確認された。しかしながら、ゲイン係数を固定にした場合、歩数が増加して筋疲労が原因と思われる筋力低下が生じると、制御角度がやや振動する場合もみられた。これに対しては、ゲイン係数を誤差の大きさに応じて調整することで対応できるものと考え、簡単な調整機能を設けて再度試験を実施した。その結果、比較的良好に動作することが確認されたが、ゲイン係

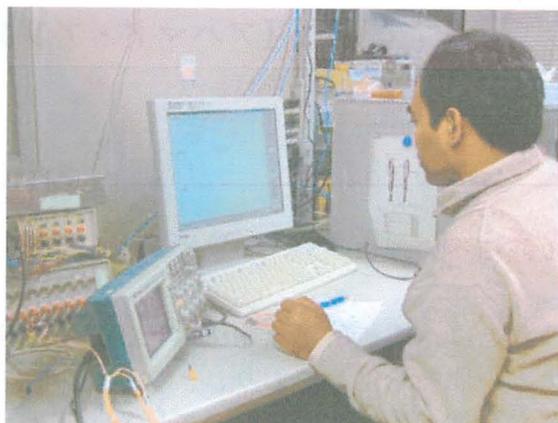


写真 制御実験用プログラムの試験を行っている様子 (アリフィン博士)

数の範囲が試行ごと、被験者ごとに変動する傾向があり、少し広い範囲でゲイン係数を調整できるようにし、さまざまな状況に対応できるように改良する必要があることが、今回の結果から示唆された。

今回の実験的検討では、膝関節の屈曲角度と伸展角度の制御についても実験的検討を実施する計画であったが、ファジィ制御器の改良とパラメータ調整に時間を要したため、膝関節の最大伸展角度のみの制御実験までで終了した。しかしながら、今回の制御結果に基づいて、ファジィモデルを用いたゲイン係数の調整機能を設計し、制御実験プログラムに組み込むこと、さらに、制御実験用プログラムとして、膝関節の最大屈曲角度と最大伸展角度の同時制御を対象とした制御実験を行うための準備までは終了した。これにより、当面は、電子メール等の手段で情報交換を行いつつ、実験的検討を実施できる環境が整った。

### 3. 第 13 回日本 FES 研究会学術講演会

12月2日に、久留米市で開催された第13回日本FES研究会学術講演会に出席し、これまでに得られてきた本研究に関連する成果をアリフィン博士が発表するとともに、今回の招へいにおいて実施した実験的検討の結果についても、国内のFES関連の研究者と討論を行った。この学術講演会では、毎年、臨床的に下肢を対象としたFESや、歩行のFES制御の経験を有する医学系研究者も多く参加している。今回の発表を含めた議論では、特に、大腿直筋と広筋群の刺激のタイミングについて有意義な意見が得られた。我々の制御方法では、制御を簡単化するため、最初は2関節筋である大腿直筋を膝関節制御に限定して用いてきたが、我々の最近の計算機シミュレーションでの検討結果から、股関節制御を大腿直筋で行い、膝関節制御を広筋群で行うことが臨床適用上有効になることを示唆する結果を得てきた。歩行に限らず、FESによる下肢の制御の場合、大腿直筋で股関節を制御することに肯定的な研究者もおり、本研究での制御方針が妥当であることを確認できた。

### 4. まとめ

今回の招へいでは、cycle-to-cycle 制御に基づく歩行遊脚期の FES 制御法について、これまでに開発してきたファジィ制御器の実験的評価を健常被験者の膝関節最大伸展角度の制御において実施した。電気刺激を印加しながらの試験では筋疲労の影響を避けるために休憩時間を十分に確保する必要があったため、多くの制御試験を実施することはできなかったが、提案してきた制御方式の実用的利用への展開のための課題のいくつかを解決することができ、本制御方式が膝関節の最大伸展角度の制御を十分に行えることを実験的に確認できた。また、制御器の改良を実施し、次の実験的検討のための制御プログラムの作成まで終了した。麻痺者を含むさらに多くの被験者での検討が必要ではあるが、本研究での制御手法の有効性を実験的に示すことができたといえる。

## 【ニコラス・タリア博士 招へい事業報告】

吉川和男

国立精神・神経センター 精神保健研究所

### 招へい理由：

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「重度精神障害者の治療及び治療効果等のモニタリングに関する研究（16130901）」（主任研究者：吉川和男）の「1）重度精神障害者に対する指定入院医療機関における治療効果判定に関する研究」においては、障害別（統合失調症、気分障害、薬物関連障害）に他害行為防止治療プログラムを開発し、RCT（無作為割付対象試験）を用いた効果検討を行うとしている。このうち、対象者の6割以上を占める統合失調症患者に対する心理社会的介入としては、認知行動療法の有効性を示すエビデンスが英国を中心とした欧米諸国で蓄積されているが、本邦ではその実践・報告共に不足しているのが現状である。今回招へいしたマンチェスター大学 Nicholas TARRIER 教授のグループは、統合失調症に対する認知行動療法の実践においても、マンチェスタートライアルと呼ばれる認知行動療法の効果研究・追跡研究など一連の実証研究においても、数多くの業績を持つ。医療観察法対象者に、エビデンスに基づく専門的医療を開発し、効果検討をするためには、TARRIER 教授のような同領域において臨床実践、および、薬剤治験とは方法論を異にする心理的介入の RCT を含めた臨床研究において経験豊富な臨床研究者の協力を得ることが最も望ましいと考えられた。そこで、外国人研究者招へい事業として、Nicholas TARRIER 教授（Academic Division of Clinical Psychology, School of Psychological Sciences, Faculty of Medical & Human Sciences, University of Manchester）を、平成 19 年 1 月 12 日から 1 月 25 日まで招へいし、上記研究事業に資するべく討議ならびに、研修事業を行ったのでここに報告する。

### 招へいスケジュール

1 月 14 日 「統合失調症患者家族への認知行動的介入」ワークショップの開催

（場所：国立精神・神経センター 精神保健研究所 3 号館）

英国の National Institute for Clinical Excellence は、統合失調症に対する心理社会的介入として、認知行動療法、ならびに、家族介入を最も推奨される介入法として挙げている。日本においては、家族介入は主に、集団の心理教育の形式をとることが多く、タリア教授らが実践し研究してきた個別の認知行動的な家族介入については、いまだ紹介が不十分な状況であると考えられた。医療観察法対象者に対しての心理社会的介入の効果を見る際、家族介入は必要な一要素であるため、実際に治療提供を行う指定入院医療機関の多職種臨床家に対して、実践的なトレーニングを提供するためにワークショップを開催した。なお、このワークショップ参加については、医療観察法関係者には限らず、広く精神科臨床に関わる専門職へと開いた。

ワークショップでは、統合失調症患者家族への介入について「歴史と背景」「家族の感情表出とコーピング、その影響」「家族介入の有効性（efficacy）と効果（effective）」の講義を行った。その中で、文化的差異に関係する研究についても紹介された。その後、実際に

家族介入の方法論について、講義プラス演習の形式で、「実務的側面」「アセスメント」「(心理)教育」「家族のストレス・マネジメント」「ゴール設定と計画策定」について扱った。

#### 1月15日 精神科病床の見学

医療観察法指定入院医療機関における統合失調症の認知行動療法の効果検討のための研究計画作成にかかわる意見交換に先立って、日本における精神科臨床の現場の実情の一端を理解してもらうために、国立精神・神経センター 武蔵病院において、医療観察法病棟ならびに一般精神科病床の見学を行った。

#### 1月16日 「統合失調症の認知行動療法～医療観察法関係者ワークショップ～」の実施 (場所：国立精神・神経センター 精神保健研究所3号館)

「統合失調症患者の認知行動療法 (CBT for Psychosis 以下、CBTp)」についてのワークショップを開催した。このワークショップでは、医療観察法対象者の事例を扱って実践的な内容にするために、個人情報保護の観点から、参加者を医療観察法関係者に限定して実施した。

午前中はCBTpのエビデンスについて数々のRCT研究を挙げて紹介した。午後にはタリア教授自身に対応した他害行為傾向のある患者の事例を挙げて、治療の流れを示した。そして、午後には医療観察法病棟における事例についてのコンサルテーションが行われた。

#### 1月18日 「統合失調症の認知行動療法～医療観察法関係者ワークショップ～」の実施 (場所：国立病院機構 東尾張病院)

より多くの医療観察法関係者の参加を促すために、16日と同内容のワークショップを東海地区の東尾張病院でも実施した。午後の事例検討のみ、参加者からの事例を用いてケース・コンサルテーションとした。

#### 1月22-23日 研究協議

CBTpプロトコル作成についての意見交換を行った。統合失調症の陽性症状への対応に限定せず、自尊心、自殺企図など、より広範囲の問題についての対応について話し合った。最大の課題は、治療者のトレーニングであり、数種類のスーパービジョンの方策を考え、実施する必要があることが再確認された。また、現在、医療観察法病棟対象者向けに作成中の、暴力の認知行動モデルについての意見交換も行った。

#### まとめ

今回の招へいにより、研究プロトコルの実際についての意見交換が出来たばかりでなく、実際にCBTpを提供することになっている数多くの医療観察法関係の臨床家に対して、CBTp第一人者のニコラス・タリア教授よりトレーニングを提供することができた。タリア教授に日本の実情も知ってもらえたことで、実際的な研究協議を今後も引き続き重ねていくことで、医療観察法病棟におけるより有効な心理社会的介入の開発につながると考えられる。

以上

# 日本人研究者派遣事業

# オーストラリアおよび近隣諸国における精神保健システム

瀬戸屋 雄太郎

国立精神・神経センター精神保健研究所

---

本文

本報告書は、日本障害者リハビリテーション協会の研究補助金により、2006年8月～2007年2月までの6カ月間、メルボルン大学を拠点として、オーストラリアにおける精神保健システムについて調査したものである。

また、ニュージーランドおよびスリランカの精神保健サービスの状況についての訪問調査、および国際的な精神保健の状況および課題について、メルボルン大学の主催する International Mental Health Leadership Program(iMHLP)に参加した結果より報告する。

## I オーストラリアにおける精神保健システム

### 1. 研究目的

日本、オーストラリア両国において精神保健システムの改革は喫緊の課題である。

オーストラリアにおいては1992年より National Mental Health Strategy として改革が始まり、現在第3次 National Mental Health Plan (2003-2008)を実施しているところである。

一方、我が国においても、2004年に精神保健改革ビジョンが出され、2005年に障害者自立支援法が成立するなど、過去に例のない精神保健システムの改革期が始まったところである。両国の状況、問題点など異なる点も多いが、一致する課題も多い。

本研究ではオーストラリアの研究者や専門家と情報交換を行い、精神保健施設を訪問することにより、オーストラリアの精神保健福祉の現状と、精神保健改革、および今後の課題について検討した。

### 2. 研究方法

オーストラリアの精神保健関係者（オーストラリア政府、州政府、病院関係者、研究者等）と精神保健システムについて情報交換するとともに、精神保健サービス（司法、急性期、児童等精神科病棟、地域精神保健サービス、NGO等）を視察した。

本報告書は、これらの訪問から得た情報、訪問時に提供を受けた冊子、関連文献および Website で公開されている情報をもとに、精神保健システムの歴史や、精神保健を取り巻くシステムの現況について概要を示す。またその中より日本の今後の精神保健改革への示唆を得る。

### 3. 研究結果

#### 1) オーストラリアにおける精神保健福祉施策の状況

##### (1) オーストラリア国およびオーストラリアの保健福祉制度の概要

人口は約2000万人であり、最も人口密度の低い国の一つである。5人に1人はオーストラリア以外の国の出身という多民族国家である。国土は8つの州及びテリトリー（以下、州）に分かれ連邦制を採用している。連邦政府の他、各州にそれぞれ政府があり、独自の

法律を持つ。連邦政府は所得税および GST (Goods and Service Tax; 物品サービス税) を集める。

連邦政府は直接のサービス提供は行わず、各種の予算を提供するとともに Australia's National Mental Health Strategy の調整を行っている。また各種指標のモニタリングを実施している。

1984 年から Medicare という公的医療保険制度が施行されており、公的医療の医療費および民間医療の医療費の一部はこの制度によりカバーしている。Medicare は税金を財源とするもので、公的医療は無料で提供されている。そのうち、ヘルスケアにかかる費用の約 7% が精神障害者によって使用されている。

各州政府は公的ヘルスケア（公的病院、地域サービス、健康増進および疾病予防）に関する責任を負い提供する。

各州がどのように精神保健サービスを提供しているか、についての例として、視察を行った Victoria 州について説明する。Victoria 州では州を 21 のキャッチメントエリアに分割している。St. Vincent 病院はそのエリアの 1 つを担当する病院である。州は病床数の確保やコミュニティケアの提供を条件に St. Vincent 病院に補助金を交付する。St. Vincent 病院はその補助金をもとに精神保健サービスを提供するが、人員配置など、どこに予算を多くかけるかについては一定の裁量権を有している。

また州は Psychiatric Disability Rehabilitation and Support Services (PDRSS) として主にリハビリテーションの分野について NPO (非営利組織) へ委託して行っている。NPO には多くのサービスを持つものもあれば、一つしかサービスを持たないものまで、規模は幅広い。

以上の公的セクター以外にも、サービスの提供主体として private セクターが存在する。医師の診察では公定医療費の 85% を Medicare が負担するが、それ以外の費用は自由に設定できる。Private hospital への入院費用は、医師の診察の 85% を除き自己負担であるが、民間の保険に加入している場合はその大部分を保険会社が負担する。患者が Private セクターに診てもらおう場合、どこで誰に診てもらおうかは患者の選択である。民間病院は株式会社による再編が進んでおり、3 社ほどの大きなグループが存在している。例として、視察を実施した Melbourne clinic および Sydney clinic はともに Healthscope という株式会社に属している。Healthscope は 46 の病院を持ち、420 床の精神科病床を持つ。

## (2) オーストラリアの精神保健戦略の概要

“Australia's Mental Health Strategy” は、1992 年に開始された国家規模の精神保健戦略である。様々な調査により権利の濫用・侵害が明るみに出てケアシステムの内での不適切な状況が判明したことがその契機であった。当初の計画では 5 年計画であったが、その後も第二次 (1998-2003 年)、第三次 (2003-2008 年) と継続して実施されている。第一次から第二次の 10 年間で国家としての精神保健政策を明確にし、入院医療システムからよりバランスのとれたサービス分配システムへと移行が進められた。

注目すべき点として、オーストラリアにおける改革は病床を減らすために行われたわけではない点である (図 1 参照)。病床の減少はすでに 1960 年代から行われており、ピーク時の 1/3 程度まで減少していた。精神保健改革は、無秩序に行われた病床削減をより計画的に行うことに意義があった。

この戦略の大きな目的は、(1) 精神保健の推進と精神障害の予防、(2) 障害による影響(インパクト)の軽減、および(3) 精神障害者の権利の保障、である。当初は急性期を念頭においていたが、現在ではより広い対象を念頭においている。この点を除いて、以上の目的は現在も一貫して同じである。これらの計画の成果は継続的にモニタリングされている。オーストラリア連邦政府は、州・準州へ、「改革とインセンティブ」の助成金を交付する。国家目標の実現に向けて進むことは州と準州の合意するところであり、オーストラリア連邦政府の発行する白書 (The National Mental Health Report) に、「合意されたことを実行したか」、「何を、どのように、いつ実行したか」など毎年の進展具合を報告している。

第一次 (1992-1997) では重症の精神障害に重点を置き、公的な精神保健サービスを、以下のような方向へと導くことに力点が置かれていた。

- ・ 地域中心サービスへのよりいっそうの転換
- ・ 精神保健サービスの向上および総合医療・保健サービスへの統合 (mainstreaming)
- ・ 単科精神病院への依存度の改善
- ・ サービスへの責任および利用者の権利 (consumer rights) の尊重の向上

第二次では、第一次の目的を継承しつつも、精神保健の推進、精神障害の予防、公的な精神保健セクターと他のセクター (民間の精神科医、GP、一般科、救急サービス、NPO など) との協力によるサービス改革、およびサービス提供の質と効率の改善を新たな目的として実施された。

第三次でも、これまでの目的を継承するとともに、下記の 4 つの点を主な目標としている。

- (1) こころの健康づくりと精神保健上の問題 (自殺を含む) と精神障害の予防
- (2) (特にサービスへのアクセス、ケアの継続性、家族や介護者への支援についての) サービス提供への責任を強化
- (3) サービスの質の強化
- (4) 調査研究の振興・イノベーションの推進・持続力の育成

オーストラリア精神保健改革の開始より 10 年以上が過ぎ、改革の成果や課題について様々な議論がなされている。それらについては (5) で述べる。また、それらの課題を受け、2006 年 7 月に The Council of Australian Governments (COAG : オーストラリア首相および各州の首相等からなる) の会合において精神保健について話し合いが行われ、National Action Plan on Mental Health 2006 - 2011 への合意がなされた。これについては (6) で述べる。

### (3) オーストラリアの精神保健戦略の成果

2005 年にオーストラリア連邦政府が報告した、National Mental Health Report 2005 (NMHR2005) は、過去 10 年 (1992/93-2002/03) の取り組みを振り返る内容となっている。NMHR2005 の主要な図を示し、概要を記述する。

精神保健への支出は 1993 年の約 20 億オーストラリアドル (A\$) から、2003 年には 69% 増加し約 33 億 A\$ となった (図 2)。ただし保健全体における精神保健の支出割合は約 7% でほぼ横ばいである。国民 1 人あたりの予算は州政府が約 100\$、連邦政府が約 60\$ という計算になる。1993 年は入院への支出が 71% を占めていたが、2003 年には地域と入院で半々と地域への割合が大幅に増えていた (図 3,4)。ここに示されている “ambulatory service”

とは、病院及びクリニックの外来部門、訪問型サービス、デイプログラムなど、地域で暮らす患者に提供されるサービス全般を指す。

精神保健戦略では病床数を削減したが、病床数の減少という現象自体は 1965 年ごろからすでに始まっていた（図 1）。精神保健戦略のねらいは、計画的とはいえない病床の減少をより計画的なものとするににあった。したがって 1993 年以後は、急性期でない病床が主に減少しており、急性期病床はわずかであるが増加している（図 5）。また病床の減少は主として単科精神科病院の閉鎖によるものであり、急性期入院治療の役割は総合病院の精神科に移されていった（図 6）。

これらの転換の結果、図 7 に示すように、単科精神病院への支出が減り、総合病院や地域ケアへの支出が増えている。地域ケアの人員配置も 93 年と比較して約 2 倍になっており、常勤換算で人口 10 万人あたり 37 人である。しかし州によって値はばらつきがあり、州間の格差は広がる傾向にある（図 8）。

精神保健戦略の大きな柱として利用者の権利の尊重や、サービスの質の向上が挙げられているが、その結果、利用者を施設の運営に参画させている施設が増え（図 9）、利用者の満足度評価を収集している施設も大幅に増えている（図 10）。

精神保健戦略は当初は公的病院を対象にしたものであったが、第 2 次計画からは民間病院の重要性を理解し、協力することを目的と挙げている。private hospital の 10 年間の変化を図 11 に示す。病床数は 1727 とまだ少ない水準を保ってはいるものの、93 年と比較し、病床数、人員配置等の指標は大幅に増えている。特に日帰り入院で治療プログラムを受ける患者が増加している。民間病院の中には在宅で医療をうけるサービスを始めているところもあるが、それらに関するデータはまだ得られていない。

また下記に記述する様々な普及啓発プログラムが開発されたことも改革の大きな成果の一つである。

#### （4）オーストラリアの精神保健福祉の現状

結果 3 にも述べたように、2003 年の精神保健の予算は約 33 億 A\$ であり、約半分を地域ケアに用いている（図 2）。

精神科病床は 2003 時点で公的ベッドが 6073 床、民間ベッドが 1727 床である。公的精神科病床のうち、成人（18-64 歳）が 70%、高齢者（65 歳以上）が 18%、児童思春期（18 歳未満）が 4%、司法病床が 8% である（図 12）。年齢群別の人口 10 万対の病床数、24 時間型ケア住居数を表 1 に示す。すべての病床をあわせると、病床数が人口 10 万対 30.7、24 時間型ケア住居ベッド数が 7.1 となる。成人に限ってみると、急性期が 23.4、急性期以外の病床が 10.4、24 時間型ケア住居が 5.0、その他に司法病棟が 3.2 となっている。居住型ケアは 24 時間でないものも入れると 10 万対 11 となるが、州の間のばらつきが大きく、州によっては約 25 倍もの開きがある（図 13）。入院一日あたりのコストは 500A\$ 強である（図 14）。

居住型以外の地域ケアも増え、人口 10 万対の常勤換算のスタッフ数は 37 人となっている（図 8）。NGO の活用も進んでおり、規模は大小様々であるが、全国で 440 カ所の NGO が国の支援を受けサービスを提供している。精神保健への予算のうち約 6% が NGO に対して使われている。

2003 年の統計では民間病院は精神科病床の 22%、1727 床を担っている。46 の病院のう

ち 23 は単科精神科病院で病床数の 75%を占める。民間精神科病院ではデイプログラムに参加する日帰り入院患者が増えてきている。

実際に提供されているサービスモデルの例として、今回視察した Victoria 州の精神保健システムの概要について説明する。Victoria 州はオーストラリアの精神保健戦略で比較的成功的な州と考えられ、地域への移行が良好に実施できた Victoria 州のシステムを参考にすることは日本における改革推進に有用であると考えられる。

ビクトリア州では州を 21 のキャッチメントエリアに分け、それぞれのエリアに、人口を基本として、貧困率、高齢化率、民間サービスの有無などを考慮して予算の配分を決定している。一つのキャッチメントエリアの人口は約 22 万人である。サービスは年齢により区分されており、0-17 歳の児童思春期、18-64 歳の成人、65 歳以上の高齢者に分けられている。また州全体へのサービスとして専門サービスもある。まずは成人を対象にしたサービスについて述べる。

急性期入院ユニットは 1 エリアにつき 20-25 床ある。視察した St.Vincent 病院の精神科がその中の一つである。スタッフは約 30 人、平均在院日数は 15 日程度である。入院費用 (hospital fee; 医師による診察は別料金) は 1 日約 400A\$ が medicare から支払われる。公的病院では個人負担はない。

急性期病棟の後方病棟として Secure Extended Care があるが、Victoria 州には 2 つしかなく、1 エリアで利用できる数は 5 床程度と限られている。今後さらに増やす予定である。Secure Extended Care は重度な患者が入る施設で、自立した生活を送るための集中的リハビリテーションを行う。在院日数にはばらつきがあるが、典型的な患者は 3-4 カ月入院する。

民間病院には任意入院の患者のみが入院できる (Queensland 州では強制入院も受け入れられている)。入院費用については、最初の 2 週間は 1 日 500A\$ が保険会社あるいは自費で支払われる。15-18 日目は 450A\$、19-21 日目は 400A\$ と逡減されていく仕組みである。集中治療ユニットは 700A\$ である。視察した Melbourne Clinic では入院患者の約 70% がうつ病であった。他には双極性障害、不安性障害、統合失調症が約 10% ずつ在院していた。平均入院日数は約 20 日である。摂食障害のための入院プログラムも行っている。これらは病院ではあるが、医師が 24 時間いる必要はなく、夜間は呼び出されたときだけ対応する。民間精神科サービスは大都市に偏っていて、地方住民にとってはアクセスが悪いという課題がある。

地域ケアユニット (Community care unit: CCU) は長期滞在型の居住施設で約 25 床の 24 時間ケア型集合住宅である。地域で自立した生活を送ることのできない患者にリハビリテーションのサービスを提供する。平均滞在期間は 1-2 年である。視察した Footbridge では 2-3 人がキッチン付きの家に住んでいた。中央に管理棟があり、20 人のスタッフが交代で 24 時間常駐する。夜間は 2 人体制である。

精神科トリアージは救急部門にあり、24 時間 365 日サービスを提供している。スタッフは後術する CATS チームが兼ねている。紹介はどこからでも受け付け、ニーズに基づいてトリアージュする。

Crisis Assessment and Treatment Service (CATS) は、危機的状況における短期間の内科・外科を含むアセスメントと介入を行うサービスである。多職種からなるチームで日勤帯は 4-6 人が勤務している。精神科トリアージュとしても機能しており、アセスメント

に基づいて適切なサービスへ紹介する。短期間の在宅における治療も行う。

**Community Care Team (CCT)** はケアマネジメントに基づくサービスで、20人の多職種チームからなる。主にクリニックでサービスを提供するが、訪問も行う。スタッフ一人あたりのケースロードは25-35人で全体として300-400のアクティブなケースを対象としている。勤務時間は週5日 8:30-17:00である。アセスメント、治療、リハビリ、心理療法などの介入を行う。精神科病棟との連携も密に行っており、ケースワーカーが病棟を訪問することでケアの継続性を保っている。

**Mobile Support and Treatment Service (MSTS)** は重度の障害をもつ患者への訪問型サービスであり、週7日、8:30-20:30にわたりサービスを提供する。精神科医を含む10人程度の多職種チームからなる。ケースロードは8-10人である。対象者は、ニーズが高く、頻回入院で、治療への抵抗性が高い患者である。居宅に訪問して治療、心理教育などを実施する。初発精神病患者への早期介入も行う。ケアマネジメントは個人及びチームで行う。

**Homeless Outreach Psychiatric Service (HOPS)** は精神障害をもつホームレスへのサービスである。彼らの生活場所に訪問し、心理社会的治療を含む介入を行う。キャッチメントエリアを越えてサービスを提供することができる。

以上は成人へのサービスであるが、児童思春期および高齢者についても同様のサービスがある。児童思春期および高齢者については成人のキャッチメントエリアを2,3統合したより広めのキャッチメントエリアが用いられている。基本的には成人同様、アセスメントチームがあり、訪問・ケアマネジメントチームがあり、急性期病棟がある、という構成である。高齢者に関しては地域にある小規模(30人程度以下)の居住型施設やナーシングホームがある。

また成人と思春期の間のサービスとして、統合失調症等の精神病の早期介入を行うサービスもある。これは、サービスにエントリーしてきた若年の患者にスクリーニングを行い、統合失調症などの前駆症状がある者や、統合失調症の初発患者に対しモニタリングおよび早期治療を行うものである。これはまだすべてのキャッチメントエリアで行われているわけではないが、今後順次拡大予定である。

Victoria州全体のサービスとして、司法病棟、**Dual Diagnosis** (精神障害と薬物アルコール)、**Dual Disability** (精神障害と知的障害)、摂食障害、人格障害、神経障害、脳障害、母子などを対象とした専門サービスがある。

またリハビリテーションサービスは **Psychiatric disability rehabilitation and support services (PDRSS)** と呼ばれ、NPOによって行われている。NPOは州と直接契約しており、何施設もある大きなNPOから一カ所だけのNPOまで規模は様々である。種類については主に4種類ある。

- ・ 心理社会的リハビリテーションデイプログラムおよび訪問サービス
- ・ 居住型リハビリテーション
- ・ レスパイトケア
- ・ ピアサポート・自助グループ

#### (5) オーストラリアの精神保健福祉の課題

1993年の改革開始より10年以上がたち、いくつかの文献がその課題を指摘し始めてい

る。以下に、それらの文献や、聞き取り調査から得た課題についての情報をまとめる。

Whiteford ら (2005) は、州の間で精神保健に費やす予算が異なるため、提供されるサービスの水準に格差があることを指摘している。そのため治療のアウトカムの評価の妥当性を高めアウトカムの価値の重要性を見直す必要があること、改革による変化は迅速かつ充分であるかが重要であり、実際にはサービスへの期待も高まっているのに現状はそのニーズを満たしていないことを述べている。そして費やされた予算に見合ったアウトカムを得ることが重要な点である、と結んでいる。

Hickie ら (2005) は、アクセスの悪さや早期介入がうまくできていないことなどを課題に挙げ、精神保健戦略が標的とすべき以下の5つの目標を提案している。

- ・ 精神障害者の60%がいかなる12カ月間においてもケアを提供されるようになる(現在38%)。
- ・ 精神障害に起因する国の障害コストを27%から20%に削減する。
- ・ 精神障害に起因する国の15-34歳における障害コストを60%から40%に削減する。
- ・ 精神的な理由による障害支援年金受給者の仕事参加率を29%から60%に増大させる。
- ・ 全国的な自殺率を人口10万人に対し11.8から8に減少させる。

Victoria 州政府が示した、これからの精神保健施策の次の5年間の課題としては、サービスの容量を高めること、新しいタイプのサービスを提供すること、予防と早期介入を促進すること、熟練したスタッフを養成すること、利用者の参加を促進すること、保護者の参加を促進すること、が挙げられている。これらの課題に対応するものとして、急性期病床を増やすこと、亜急性期のベッドを増やすこと、GP の教育をすること、などを約束している。

#### (6) Council of Australian Governments (COAG)による National Action Plan on Mental Health 2006-2011

2006年7月、オーストラリア首相、各州・準州の首相、地方自治体協会長からなる Council of Australian Governments (COAG)において、精神保健についての話し合いが行われた。その結果、National Action Plan on Mental Health 2006-2011 への合意が行われた。

この Action Plan は、オーストラリア政府、州政府、民間および NGO が協調し、より関連したシームレスなケアサービスの提供を目指しており、以下の4つのアウトカムを達成することが目的である。

- ・ オーストラリアの精神障害の有病率と重症度を減少させること。
- ・ 精神障害の発症と長期リカバリーを阻害するリスクファクターを減少させること。
- ・ 精神障害を発症あるいはすでに持っている人が、適切な時に、適切なケアや地域のサービスを提供される割合を高めること。特に早期介入に焦点を当てる。
- ・ 精神障害を持つ人が地域生活、雇用、教育・トレーニングに参加する能力を高めること。安定した住居の確保を通しての援助も含む。

これらの目標を達成するため、5つのアクションエリアがある。

- ・ 啓発、予防、早期介入
- ・ ケアシステムの統合および改善
- ・ 地域生活や雇用への参加、および住居
- ・ ケアの協調

- ・ 労働力のキャパシティの増加

これらの対策のために、オーストラリア政府および各州政府は、5年間で40億Aドル（約3800億円）の支出に合意している。

#### 4. 考察

各種資料や視察を元にオーストラリアの精神保健戦略の概要とその課題について記述した。日本の精神保健福祉改革は始まったばかりであり、先行して改革を行ったオーストラリアから学ぶべきものは多い。これらの情報より日本への示唆について考察した。

- ・ 病院から地域への予算配分のシフト

比較する土台が同じでないため、一概には言えないが、日本とオーストラリアでは精神保健の費用のうち地域に費やす割合が大きく異なる。オーストラリアでは、地域への予算を増加することにより、改革前に29.4%であった地域への支出を、10年間で51.2%にまで高めており、日本においても地域への予算配分の増加が望まれる。また日本における人口あたり専門職数はオーストラリアと遜色なく、その多くが病院で働いていることに違いがある。今後地域においてこれら専門職の活躍できる予算を増やし、地域精神保健に関するトレーニング等を行っていく必要がある。

- ・ 地域精神保健サービスの充実

日本においては今後地域精神保健サービスの増加が見込まれる。オーストラリアにおいては様々な形態の地域精神保健サービスがすでに実施されており、訪問型のサービス、ケアマネジメント等参考になるものが多い。

- ・ 機能分化および専門サービスの拡充

日本においては精神科病床の機能分化が立ち後れている。オーストラリアにおいては、精神患者への早期介入、薬物依存との併存障害、精神障害と知的障害の併存障害、児童思春期、人格障害、などを持つ患者などへのサービスが発達している。

精神科病床については、急性期のケアを手厚くし、児童思春期・高齢者・併存障害・母子などの専門病棟を増やすとともに、療養病棟の機能の一部を地域に少しずつ移していくことが求められる。

- ・ 精神保健の普及および啓発

オーストラリアの改革において精神保健の推進と障害の予防は主要な目的の一つであり、代表的な成果として、中学・高校向けに開発された精神保健普及プログラムであるMindmatters、うつ病関連知識の啓発向上に取り組んでいるBeyond Blueがある。我が国における一般国民における精神保健の理解は依然低く、理解を促進するようなプロジェクトが必要である。また、オーストラリア連邦政府や、各州のホームページを閲覧しても、精神保健戦略など政策の説明や、National Mental Health Reportのような改革の結果などを分かりやすくまとめたものが簡単にダウンロードできるようになっており、このようなことも普及啓発には欠かせないのではないかと感じられた。また地域医療をになうGPへの精神保健についての研修を積極的に推進しており、このことも国民全体の精神保健のリテラシーの向上に役立っていると感じた。

- ・ サービスの質の確保

オーストラリアにおける改革はすべて定期的にモニタリングされており、各サービスはアウトカムの測定を義務づけられている。また毎年その結果を公表している。わが国で改

革を進める際にも、一貫した目的の設定のもとで計画を進め、定期的にモニタリングし、結果を分かりやすい形で公表することが必要とされると思われた。

またサービスへのコンシューマの参加は活発であり、68%のサービスで正式にコンシューマが参加している。サービスの質を高めるために、利用者の意見を聞いたり、運営に参加させることは意義があると考えられる。日本ではこの部分はまだ十分に浸透しているとは言いがたく、今後さらに進めていく必要がある。

オーストラリアの精神保健改革は、完全に終了したわけではなく、未だ改革の途上であり、多くの課題が挙げられている。主なものとしては州によって達成度が異なっており、特に地域ケアについて格差が生じていること、入院病床が削減されすぎたため退院への圧力が強く、必要な治療が十分に提供されないままに退院になるケースがあること、などがある。実際に、救急病棟の後方病床を増加させる試みも始まっている。注意をしていたにも関わらず病床を減らしすぎた、と言う点は重要な点であり、改革が進み始めると一気に進んでしまう危険をはらんでいることが示唆されている。我が国においても、ただ病床を削減するのではなく、現在の資源を有効活用し、地域ケアに転換させていく仕組みが必要であると考えられた。

オーストラリアの精神保健戦略は、以上のように、多くの成果を達成するとともに、いくつかの解決すべき課題を抱えている。しかし、オーストラリアの精神保健戦略は5年ごとの見直しのたびにその課題を乗り越えようと努力することにその特徴があると考えられた。昨年度新たにCOAGによって承認されたNational Action Plan on Mental Health 2006 - 2011も常に改革を続けていくという意志の表れと言える。

今後も両国が精神保健に分野において密接に情報を交換していくことにより、オーストラリアの精神保健改革の長期的な成果を踏まえた上で、わが国の精神保健改革の参考とすることが必要であろう。この関係を維持することにより、これからのわが国が精神保健改革の経験を、オーストラリアにフィードバックすることも可能となり、両国間の利益となると思われる。このことを他の国にも広げていくことで、わが国の改革に有用な情報を蓄積することが期待される。

## II ニュージーランドにおける精神保健システム

### 1. 研究目的

オーストラリアの隣国であるニュージーランドの精神保健システムについて現状と課題を把握する。

### 2. 研究方法

2007年1月にニュージーランドを訪問し、保健省、大学、サービス提供者等と情報交換を行い、精神科病棟、児童思春期精神科病棟、地域精神保健サービス等を視察した。これらの訪問から得た情報などを元にニュージーランドの精神保健システムについての概要を示す。

### 3. 研究結果

#### 1) ニュージーランド精神保健システムの概要

- 人口約 400 万と小国である。一人あたり GDP 21,600 ドル。人口の 15%が先住民族であるマオリ族。太平洋の島国出身の人、アジアからの移民も多い。
- 精神保健システムはオーストラリアと類似しており、GP 制度、キャッチメントエリア制度を採用している。医療はほぼ公的に行われている。民間の精神科医病院は一つだけ。
- しかし人口が 400 万と少ないため、国全体でも 21 しかキャッチメントエリアがなく、コンパクトにサービスを提供できる。それぞれのキャッチメントエリアには **District Health Board** が設置されサービスの提供を行っている。一つの DHB は約 20 万人の人口を担当する。
- オーストラリアと比較すると主に福祉部分を提供する NGO への支出が多く、費用の約 30%をしめている。NGO は就労支援、住居開拓など、精神障害者の社会参加に直接結びつくようなサービスを提供している。
- 専門職の少なさは大きな問題として指摘されており、専門家のトレーニングは喫緊の課題である。特に児童思春期精神科において顕著である。

## 2) ニュージーランド精神保健改革の概要

- 1994 年に保健省より始めて提出された **Mental Health Policy** により、ニュージーランドにおける精神保健改革は始まった。さらに、1998 年には **Mental Health Commission** から **Blueprint** 報告書が提出された。**Blueprint** では、当時の現状と、実際にはどの程度必要か、それを達成するにはどの程度費用がかかるかが報告された。目標として、人口の 3%に精神保健サービスを提供することにおいている。3%に特に科学的な根拠はないが、当面の目標とされている（実際にはもっと多い人が精神障害に罹患する）。
- **Blueprint** 達成のための精神保健の予算を毎年増額している。
- 2005 年には第二次 **Mental Health Policy** が保健省より出され、さらに翌年には実際に誰がいつまでにそれを実行するかを明示した **Action Plan** も作成された。第二次 **Mental Health Policy** では以下の 10 個を課題として挙げている
  - (1) 予防および普及啓発 **Promotion and prevention**
  - (2) 精神保健サービスの発展 **Building mental health services**
  - (3) サービス提供の責任 **Responsiveness**
  - (4) リカバリーの概念を持つ人材の育成 **Workforce and culture for recovery**
  - (5) マオリの人々への精神保健 **Maori mental health**
  - (6) プライマリーケアの能力の強化 **Primary healthcare**
  - (7) 依存症対策 **Addiction**
  - (8) リカバリーを支援するような予算メカニズムの構築 **Funding mechanisms for recovery**
  - (9) 透明性と信頼 **Transparency and trust**
  - (10) 共に働くーネットワークの強化 **Working together**

## 4. 考察

ニュージーランド保健省、大学関係者、サービス提供者と情報交換し、病院および地域

サービスを視察することにより、ニュージーランドの精神保健福祉システムの概要を把握することができた。オーストラリアと類似したシステムでありながらも、人口 400 万と小回りの効くため、より効率的なサービス提供がなされている印象であった。特に今後重要となって来るであろう、福祉的リハビリテーションを担う NGO への予算を 30%も割いているのは驚きであり、就労、住居開拓など精神障害者の社会参加に大きく貢献し、彼らの QOL の向上に役立っていることが推測された。今後日本においても病院から地域へとケアの中心が移行するにつれ、ニュージーランドの試みは大いに参考になると考えられた。

### Ⅲ スリランカにおける精神保健システム

#### 1. 研究目的

発展途上国における精神保健システムの課題と現状について把握し、日本との共通点、相違点を検討する。

#### 2. 研究方法

2006 年 10 月にスリランカを訪問し、保健省、大学、精神科病院、地域精神医療、UNICEF、WHO、JICA などの専門家および実践家と情報交換および視察を行った。これらの訪問から得た情報などを元にスリランカの精神保健システムについての概要を示す。

#### 3. 研究結果

##### 1) スリランカ精神保健システムの概要

- ・ 人口約 2000 万であり、人口密度は日本と同等。一人あたり GDP 1,087 ドル（日本は 37,566 ドル）と低い。医師の月給 200 ドル、看護師の月給 100 ドルとのことであった。スリランカは日本と同じアジア地域にあり、お互いに仏教国であるという共通点を持つ。しかし、国民一人あたりの GDP は日本の 20 分の 1 以下と少なく、世界銀行における経済カテゴリでもカテゴリ C とされている。
- ・ 地域保健システムは確立しており、人口約 5 万人あたり一つ MOH (Medical Officer of Health) クリニックがある。地域の予防接種、母子保健の管理など、日本の保健所のような役割を担っている。医療は税金によってまかなわれており無料で提供される。
- ・ しかし精神科サービスについてはまだ整備されていない。精神科医は国内で 30 人しかいない。収容型の大規模な精神病院が国内で 3 カ所、その他大学病院数カ所、リハビリ病院数カ所がある。外来についても少ない。Brain Drain (頭脳の流出) が問題である。給料が高く、人材が足りないオーストラリアなどに優秀な人材が流れていく。メルボルンだけで 30 人ぐらゐスリランカ人の精神科医がいるらしい。
- ・ 精神科医が少ないので、一定のトレーニングを受けた MOMH (Medical Officer of Mental Health) が最近派遣されるようになり、精神科のクリニックを開いている。一つの MOH エリアに一人が目標だが、現在のところ一人の MOMH が複数の MOH エリアをみている。その他 Local NGO、国際 NGO がサービスを提供している。民間のサービスはごく限定的。
- ・ 2006 年に Mental Health Policy が保健省より出され、現在新しい Mental Health Act 精神保健法の草稿を準備中。

## 2) 精神科サービス視察

- ・ 精神科病院 3カ所、MOMH クリニック 2カ所、NGO 2カ所を視察、現状を把握した。

### (1) 精神科病院 3カ所

#### Angoda Hospital 国立病院 コロンボ

- ・ 強制入院を受け入れることのできる唯一の病院（精神保健法で定められている。改正が望まれている）である。そのためスリランカ中から重症の患者が入院する。
- ・ 病棟は患者が来た地域によって分かれている。すべて閉鎖病棟・男女別。
- ・ 一つの病棟は大きな一つの部屋で、50のベッドがずらっと並んでいる。他に4つの隔離室がある。カーテンなどはない。利用率は低く、約50%であった。
- ・ 開放的な雰囲気ではある。緑豊かな中庭もある。
- ・ 急性期患者が一時的に（数時間）入るユニットもある。アセスメントを行った後、病棟に移る。
- ・ ホームレス病棟と司法病棟もあり。司法病棟には犯罪を犯した患者の他、犯罪のおそれがある患者も入っている。
- ・ リハビリはあまり活発ではないが、園芸療法、OTなどが行われている。
- ・ 外来は行われていない。
- ・ スリランカ中から来るため、移送や、家族の面談などに問題がある。
- ・ 退院後は元の地域に戻るが、連携はあまり良くない。そもそもあまり地域でサービスが提供されていない。

#### Kulpitya Hospital 大学病院 ゴール（スリランカ南部）

- ・ Ruhuna 大学の大学病院。総合病院。
- ・ 精神科は28床。うち14床は大学の病床で、14床は保健省の元にある。
- ・ 精神科医4名（1名は保健省から派遣された provincial psychiatrist）精神科研修医2名、医師5名
- ・ 外来：月 14-16時、木 14-16時 児童外来：土 8-10時
- ・ 一回の外来に約200人来院。うち新患4人。
- ・ 狭くて暗い病棟であった。病棟は4つの部分に分かれていてそれぞれ6-8名の部屋。
- ・ 過去のカルテなどは乱雑に積んであり、外来カルテとの連携はなし。

#### Ridiyagama Hospital 精神科リハビリ病棟 ハンバントータ（スリランカ南部）

- ・ 全国に数カ所あるリハビリ用の精神科単科病院。40床。男性のみ。
- ・ スタッフ医師2名（精神科のトレーニングほとんどなし）、看護師3名、Workers17名、その他キッチンスタッフ
- ・ 外来はなかったが、月に一回のMOMHクリニックを開始した。
- ・ 5年間の歴史の中で、5名しか退院した患者がいなかったこと。
- ・ リネンや洋服は政府からの提供が少なく、足りていない。
- ・ 非定型以外の薬物は利用可能。
- ・ 医師へのコンサルテーションやスーパーバイズはほとんど行われていない。
- ・ 何らかの活動が毎日行われている。
- ・ 周辺は緑多く、環境的には悪くないが、スタッフの経験や絶対数が少ない。

## (2) MOMH クリニック 2カ所

### MOMH clinic at Beluwara Hospital

- ここに勤務している MOMH は、5 月から派遣されているが、それ以前の精神科のトレーニングを受けておらず、付近の **Kultara hospital** の精神科医にコンサルテーションを受けている。担当範囲は 2MOH エリアだが、片方は精神科のある **Kultara** 地域なので実質 1 MOH エリア。恵まれている、と言っていた。他の地域では 5 つの地域の担当の MOMH もいるらしい。

- 週一度 **District Hospital** の一室を借りて精神科外来を行っている。しかし、まだ約 10 名しか患者は来ないらしい。2 週に一度は児童外来も開く。MOH クリニックと合同で学校を訪問したり、地域の精神保健の普及啓発活動も行っている。

### MOMH clinic at Ridiyagama Hospital

- 初めての MOMH クリニックを開催していた。今後月に一回開く予定。
- その日は患者が 20 名来た。クリニックが開催されることは MOH や NGO を使って通知を行った。
- International Medical Corps** のコンサルタントがスーパーバイザーとして来ていた。
- MOMH はハンバントータに 2 名いて、それぞれ日替わりで複数の地域でクリニックを開催している。ハンバントータ市内のクリニックでは一日に 50 名ほど来るとのこと。

## (3) NGO2カ所

### Basic Needs

- 国際 NGO。イギリス発祥。精神保健に特化した NGO。
- 現在 8 カ国にケアを提供。India, Laos, Tanzania, Uganda, Kenya Colombia など。
- Developmental approach** というものを採用。

#### 1. まず村を訪問し、Consultation workshop を行う。

ここでは精神障害者自身が講演をしたり、参加者が今困っていることを語り合ったりする。参加者は、当事者、家族、若者、村の関係者などに分かれて困っていることを話し合い、その後集まって報告する。同じような結果が出ることが多い。村の人々が問題の **priority** をつけることが重要。もし一番困っていることが精神保健関係ではない場合、他の機関と連携してそれを解決した上で精神保健の問題にあたる。例えば過去の例では一番の **Priority** が飲み水の確保だったことがある。

ワークショップの最後に村の人から 10 名ほどのボランティアを募集する。家族やユーザーになることもある。ボランティアの役割は、新たな精神障害者を発見したり、**Medical Camp** や、**Followup Clinic** の企画などを行う。

ボランティアには手当はないが、トレーニングなどを無料で提供する。ボランティアが経験を積んで、自分の出身地以外でケアを提供する場合には手当を支払う。

#### 2. Medical camp

地元の医療機関と連携し、精神科医を含めたチームを村に派遣。診療を行う。

#### 3. Follow up clinics

月に一回など定期的に、地元の医療機関によるフォローアップ外来を行う。

- 上記のように、その地元に着いて、それぞれの村のキャパシティを高めるようなア

アプローチを採用している。定期的に外来を開催する必要があるので、そのようなインフラが地元にはない場合は、介入しない。

- ・ 現在スリランカに 2500 人のボランティアがいる。
- ・ その土地土地でボランティアがクリニックの開催などを企画しているので、Basic Needs がやっていると言うよりは、ボランティアたちが自分たちでやっている、という意識を持つ。
- ・ 実際に、ボランティアから発展して地元の NGO を設立することもある。

### Sahanaya (Medical council of Mental Health)

- ・ スリランカの精神科医が 1982 年に発足した NGO。コロombo郊外で活動。
- ・ 3つのメインの活動がある。

#### 1) アセスメント

精神科医、精神科研修医、心理士によって行われる。

常勤の精神科医が 1 名、その他日替わりで非常勤の精神科医が行う。

#### 2) リハビリテーション

日本のデイケアのような場所を提供している。

患者はここに来所し、金銭管理、食事の準備などの ADL を学ぶ。

患者は月に 1000Rs 支払う。約 1100 円。

交通費と食費は生活保護より支払われる。

#### 3) 教育およびトレーニング

様々な教育活動を行っている。例を挙げると、

- ・ コロンボ大学の医学部と連携し、地域精神保健の実習を行っている。
- ・ Angoda 病院の看護師がリハビリテーションについて研修を受けに来る。
- ・ 学校の教師への研修：生徒への精神保健の教育法の研修を行っている。

#### 4. 考察

様々な施設を視察し、研究者、行政関係者、臨床家と情報交換することにより、スリランカの精神保健の現状を把握することができた。

スリランカにおいては精神科医療がまだ遅れており、精神科医や看護師などのスタッフも不足している。精神科医については人口 2000 万人に対し 30 人しかいない。

全国的には精神科病床はまだ少ないが、国に一つしかない強制入院施設では長期入院患者の問題も発生していた。また地域においては国内外の NGO によるケアが行われており、そのような草の根的な活動は日本においても参考になるものがあった。

入院病床の極端に多い日本と、病床の少ないスリランカが、ともに地域精神医療を目指し、地域における実践を広めようとしている共通点を持っていたことは特筆すべきことであると感じられた。

## IV 精神保健の国際的な課題 – International Mental Health Leadership Program (iMHLP) に参加して

### 1. 目的および方法

国際的な精神保健の現状および課題を知るために、メルボルン大学が主催する International Mental Health Leadership Program (iMHLP) に参加した。このプログラムの目的は、特にアジアの若手の精神科医、大学、行政機関に関わる専門家を対象として、精神保健システム作りに必要な公衆衛生、公共政策の基礎を固め、さらに人的なネットワークを構築することにある。今年で5回目を数え、本年度のプログラムには、インドネシア、スリランカ、ベトナム、サモア、日本から12名の参加があった。

## 2. 結果

プログラムの内容については多岐にわたったが、主要な点について以下に概要を示す。

### 1) 国際精神保健の発展 (Global Mental Health Development)

精神保健は、各国や地域の社会、文化、経済、政治的文脈などに大きく依存する。その国の精神保健の発展、推進を考える際には、その国の精神保健に関する文化、社会的要因、リーダーシップの比較文化論、スティグマ、各国の保健サービスを支える価値観などを考慮する必要がある。

国際精神保健における重要な課題としては、1) プライマリーケアでの精神保健サービスの統合、2) 病院・施設中心の精神保健の改革、3) 精神保健の資源不足、偏在の問題 (2001年、Atlas プロジェクト)、4) 地域精神保健の発展、5) サービス評価の必要性、6) 記録の不足、7) スティグマや偏見、8) 青少年を対象とした精神保健対策などが挙げられる。

1993年に世界銀行、ハーバード大学が発表した障害調整生命年 (Disability-adjusted life-years, DALYs) は、国際保健に精神保健の重要性を訴える強力な実証研究となった。公衆衛生の課題が感染症などの急性疾患から、生活習慣病などの慢性疾患に関心が移る折に、DALYsの試算により、精神障害の公衆衛生的な重要性がより明確となったのである。また、2004年のインドネシア沖における津波被害は、その周辺各国に大きな被害をもたらしたのと同時に、精神保健の重要性を喚起する出来事となった。また、近年の実証研究からは、精神保健が独立して身体的健康に影響を及ぼすことを示す研究も報告されており、ますます公衆衛生における精神保健への認識が高まっている。

津波被害の後、インドネシア、スリランカには多数の国際 NGO が流入したが、そのサービスの質、重複、現地での人的資源を管理する機関はなく、科学的根拠の乏しいサービスを行っていたり、あるいは同じ地域でサービスの重複がある現実、また現地の相場に合わない給与によって、結局として公共サービスからの人的資源の流出があり、一方で、これら NGO の活動の継続性の問題など、倫理的にも多くの問題をはらんでいた。災害の急性期を過ぎた復興期においては、各地の精神保健の問題は、持続可能な精神保健システムそのものを構築する営みの必要性が明らかである。それは地域の資源 (特に一般医や地域住民からなるボランティア) を動かして、教育、研修の機会を提供して、地域保健システムそのものを整えていく地道で息の長い活動が必要であり、現在インドネシアやスリランカではそのような取り組みが実際に始まりつつある。制度・システムの持続性 (Sustainability) が重要である。

BrainDrain(頭脳の流出)は途上国において深刻な問題である。例えばスリランカの場合、人口2000万のスリランカ本国で勤務する精神科医は30人しかいないが、オーストラリアで教育を受けたスリランカ人精神科医が、メルボルンだけで30人働いている。またフィ

リピンでは、何百人もの医師が看護師として再教育を受け、アメリカなどで看護師として働いている。各個人がより良い就職機会を求めるのを止めることはできないので、先進国の医師が定期的に訪問するなど、システムとして考える必要がある。

## 2) 精神保健に関する政策立案 (Mental Health Policy Development) および精神保健サービスのデザイン (Mental Health Services Design)

精神保健システムの改革は世界各国で課題となっている。システムを変更するには政策を立案する必要がある。そのためにはまず、種々の問題の同定し、関係者の立場を始良日にすると共に彼らの関心を集め、維持することが必要不可欠である。利害関係者の同意を得ていない改革はうまくいかないことが多いからである。また多くの場合、保健システムの問題は財政、支払い方法、組織、規制、関係者の行動に分類され、一つの問題はいくつもの領域にまたがる課題であるので、問題の本質を深く分析して、効果的な解決方法を提示することが必要となる。

オーストラリアの場合には、2002年に精神保健の国家施策(National Mental Health Policy)、スタンダード、実績指標が定められており、これに基づいて精神保健の第3次5年計画(2003年-2008年)が立案されている。この計画の進捗状況について詳細な年間報告が発表されている。更に、特定の領域(精神保健の促進・予防・早期介入、自殺対策など)については更に具体的な計画がある。

これらの問題解決のためには、利害関係者の分析(Stakeholder analysis)が効果的である。特に精神保健はさまざまな部門の関わりがあること、専門家らはそれぞれの専門職組織を通じて声を上げやすいが、当事者や家族らは従来それほど組織化が進んでおらず政治的な活動もおこしにくい構造がある。各利害関係者の立場を明確にし、戦略的に関係者を動かすためには分析が重要である。

精神保健システムの向上、特に performance を向上させるには、いくつかの重要な指標がある (effectiveness, appropriateness, efficiency, accessibility, continuity, responsiveness, capability, safety, sustainability)。問題の分析の過程では容易に目の前にある問題の解決に関心が移行しがちであるが、ここで問題分析の系統樹を使い、問題の本質を見抜く必要があり、これらの分析のもとに、具体的な行動の計画、プログラムの立案が進むことになる。

精神保健の中で一番今までネグレクトされてきた問題は児童思春期の精神保健であり、この分野の政策立案が望まれる。国際保健の場では、児童精神保健は正式に省庁のプログラムに組み込まれていることはまれで、そのニーズとのギャップは NGO の取り組みに負うことが多い。しかし、NGO が国の政策に影響を及ぼすことは難しく、また、短期間で成果が見えにくいので、事業を起こすのも難しい現状がある。

特に低所得国の子供たちは、もっとも脆弱な立場にあり、これらに対しては公衆衛生的なアプローチが重要である。また成人の精神障害の50%は青年期に発すると報告されており (Kessler, 2006)、行為障害などの社会的コストはまだ明らかにされていないが大きな問題であることは間違いない。学校における介入、例えば、学校からドロップアウトする子供のスクリーニング、介入、地域における暴力防止の介入、そして個人レベルでは、外傷体験を持つ子供に対する IPT や CBT は効果があると実証されている。

システムを変えようとするときに、問題点を整理し、それに対する解決法を同時に提示

することは建設的な議論をもたらす。

研究者としては、政策にインパクトを与えるため、疫学研究、特に精神保健における研究での文化的要因の関わり、スクリーニング、測定法、質的研究、介入研究などの手法により、プログラムの効果などを実証して提示していく役割は今後さらに高まるであろう。

### 3. 考察

本プログラムを通じ、世界における精神保健の現状と課題を概観することができた。日本だけではなく、世界の国々で現在精神保健に注目が集まっており、それぞれの国において課題や到達度は異なるものの、精神保健システムの改革に乗り出していることが明らかになった。また各国が目指している方向も地域の精神保健のキャパシティを高め、脱施設化を目指し病院ではなく地域で精神障害を持つ人を支えるという方向でおおむね一致していることもわかった。

今後これらの国々と情報交換をし、優れている点は参考にし、また日本における良い実践を提案していけるよう、研究を行ったり、それを政策につなげていくことが重要である。

## V 結論

オーストラリアにおける精神保健戦略および精神保健福祉サービスの現状及び課題の概要と、ニュージーランド・スリランカ両国の精神保健福祉サービスの概要を把握することができた。また iMHLP に参加することで、世界的な精神保健の方向性を確認することができた。精神保健を取り巻く制度、状況、歴史などは国ごとに異なるため、個々の具体的な取り組みの事例全てをそのままわが国に取り入れることは難しいが、大いに参考となる点も多いと思われる。例えば、地域中心の精神保健サービスに移行した際の経験、専門サービスの充実、改革の過程のモニタリングの手法、精神保健の普及啓発プログラムなどについては、今後さらに詳細な情報を交換する価値がある。このことを他の国にも広げていくことで、わが国の改革に有用な情報を蓄積することが期待される。

## VI 謝辞

今回の調査に際し、ご支援頂きました財団法人日本リハビリテーション協会の皆さまに深く感謝申し上げます。

また、このような機会を与えてくださいました国立精神・神経センター精神保健研究所長北井暁子先生に感謝申し上げます。

そして、半年間、調査・視察・研修に多大な協力を賜りました、メルボルン大学 Centre for International Mental Health 所長 Harry Minas 準教授、CIMH スタッフ、メルボルン大学精神科スタッフ、および視察および情報提供に快く応じてくださったオーストラリア、ニュージーランド、スリランカの皆さまに心より御礼と感謝を申し上げます。

なおこの報告書の一部は平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究分担研究報告書「日豪共同研究成果の精神保健福祉施策における活用」として報告した。

## VII 参考文献

Australian Health Ministers. National Mental Health Plan 2003-2006. Australian Health Ministers. 2003.

Department of Health and Ageing. National Mental Health Report 2005: Summary of Ten Years of Reform in Australia's Mental Health Services under the National Mental Health Strategy 1993-2003. Commonwealth of Australia, Canberra. 2005.

Department of human services. New directions for Victoria's mental health services. Victorian government, Melbourne. 2002.

Hickie, IB, Groom, GL, McGorry, PD, Davenport, TA, Luscombe, GM. Australian mental health reform: time for real outcomes. The Medical Journal of Australia. 182, 401-406. 2005.

Minister of Health. Te Tahuhu- Improving Mental Health 2005-2015: The Second New Zealand Mental Health and Addiction Plan. Ministry of Health, Wellington, 2005.

Minister of Health. Te Tekokiri: The Mental Health and Addiction Action Plan 2006-2015. Ministry of Health, Wellington, 2006.

Whiteford, HA, and Buckingham, WJ. Ten years of mental health service reform in Australia: are we getting right ? The Medical Journal of Australia. 182, 396-400. 2005

WHO. Project Atlas 2005, WHO, 2005.

### Number of psychiatric inpatient beds: Pre- and post- National Mental Health Strategy

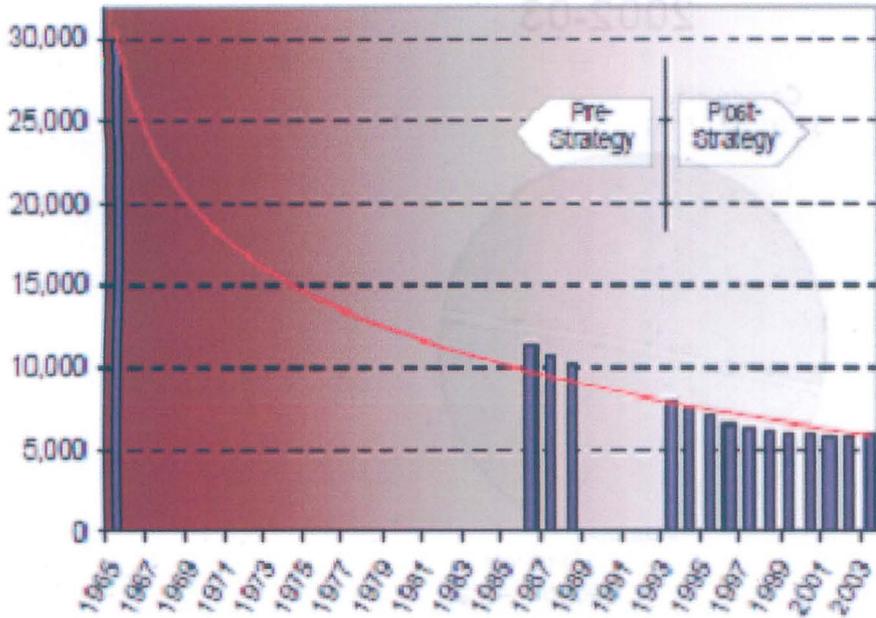


図 1 精神保健戦略前後の精神科入院病床の変遷

### National expenditure on mental health by the three main funders

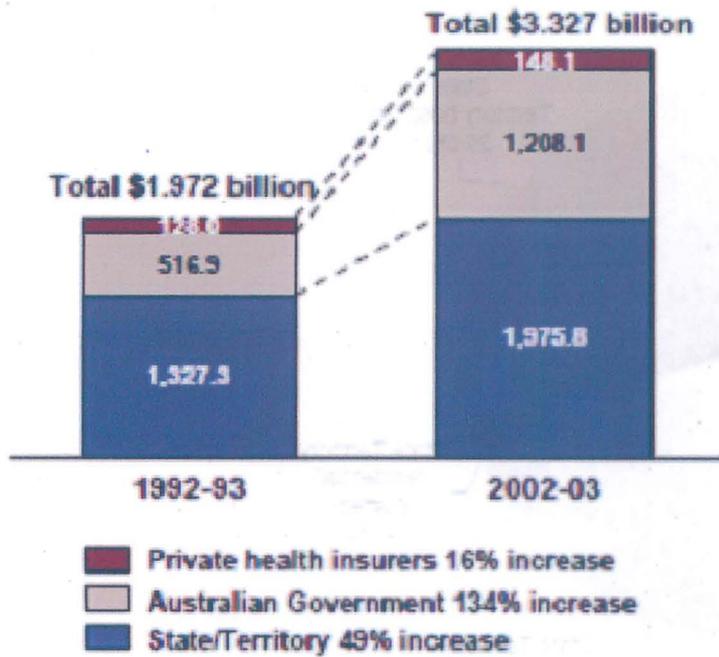


図 2 精神保健への支出額

## Allocation of funds across community and inpatient services

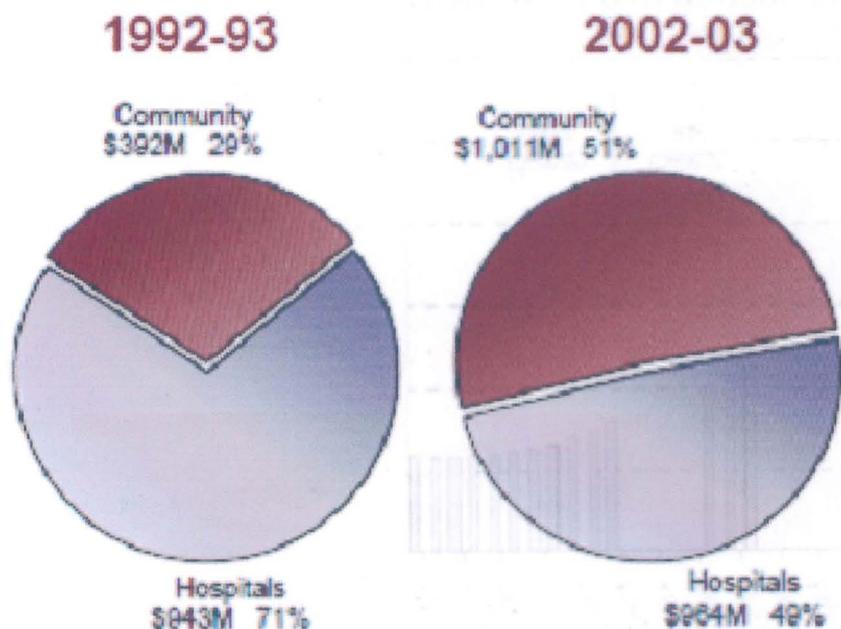


図3 入院と地域ケアの支出額の割合

## How 2002-03 spending was distributed

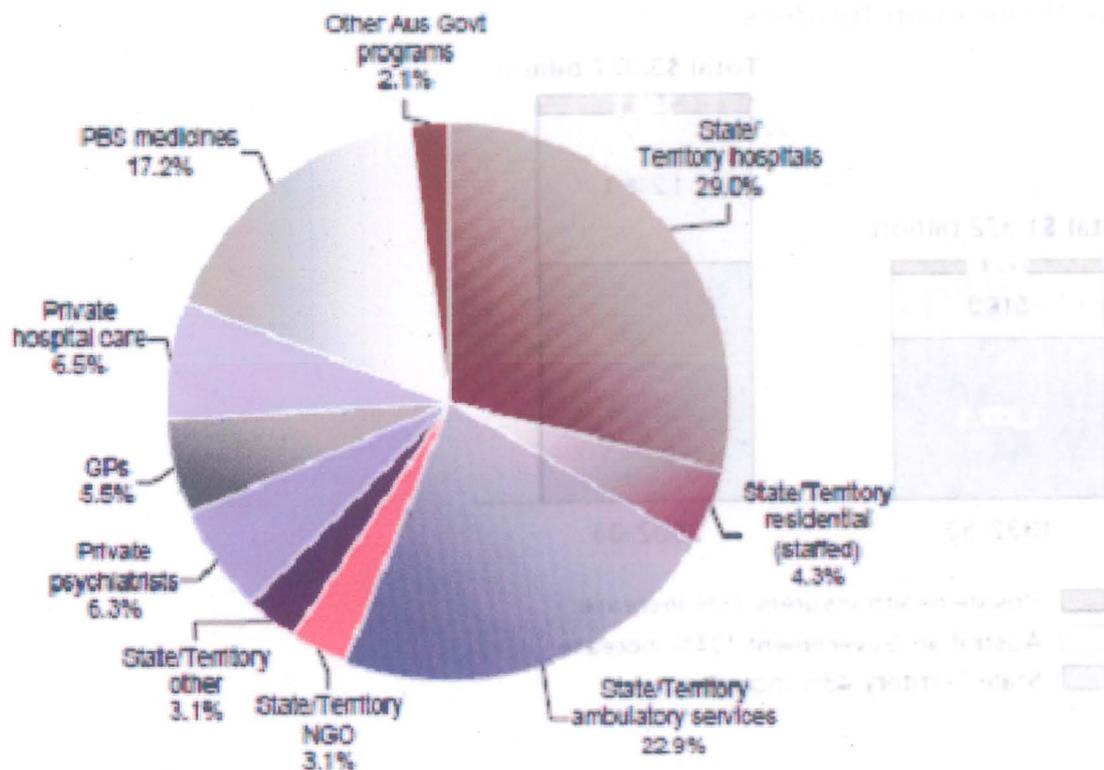


図4 どのように支出されたか

Number of acute and non acute inpatient beds

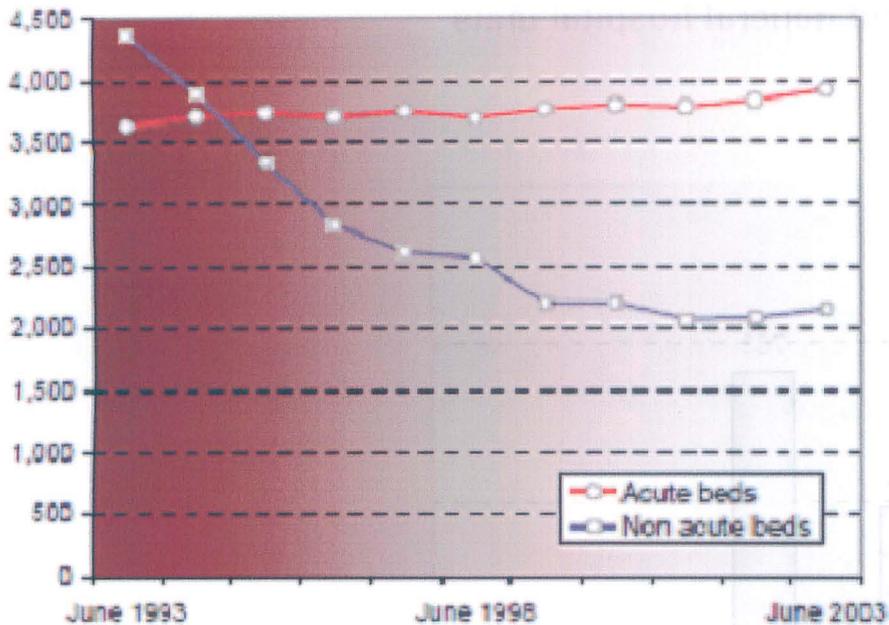


図 5 急性期病床と非急性期病床数の変遷

Percentage of acute psychiatric beds located in general hospitals

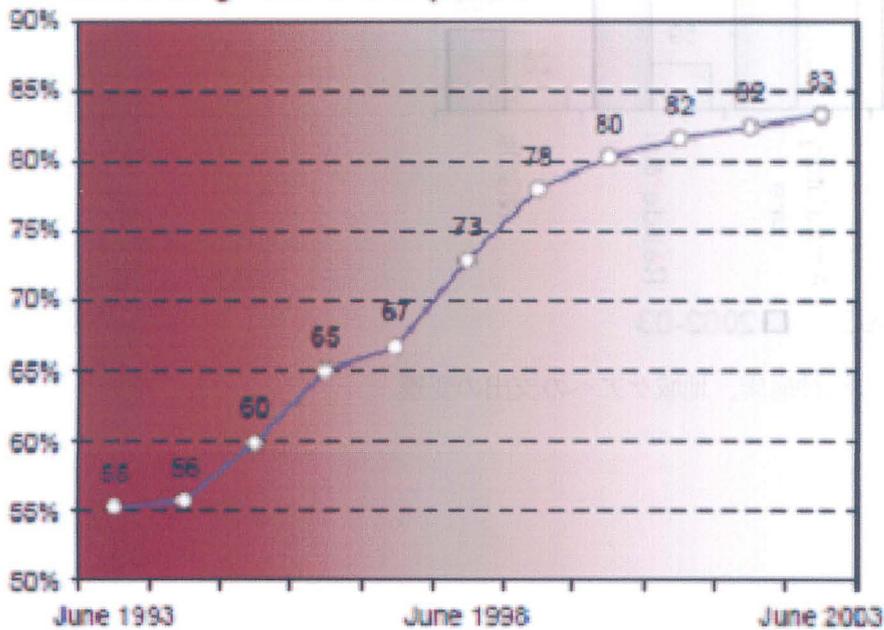


図 6 総合病院にある急性期病床の割合

## Expenditure on stand alone psychiatric hospitals, community services and general hospital units 1993 and 2003

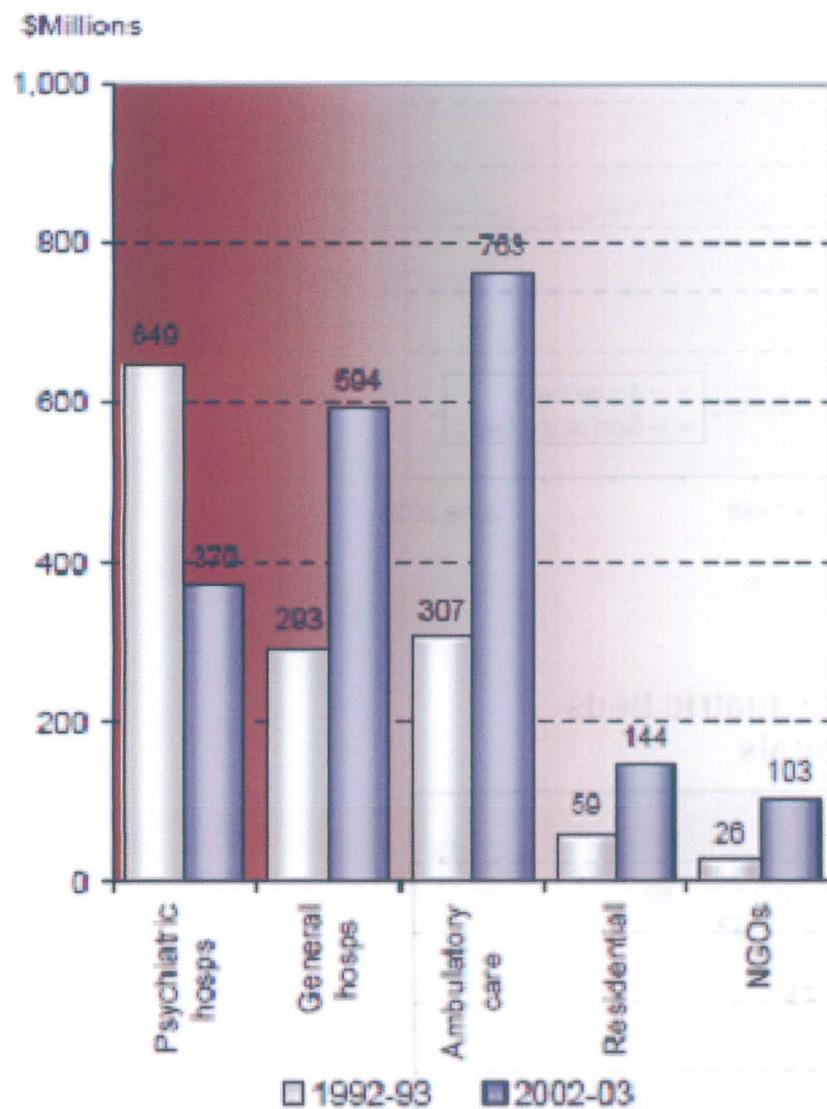


図 7 単科精神科病院、総合病院の精神病床、地域ケアへの支出の変遷

**Clinical staff employed in ambulatory care mental health services per 100,000 population**

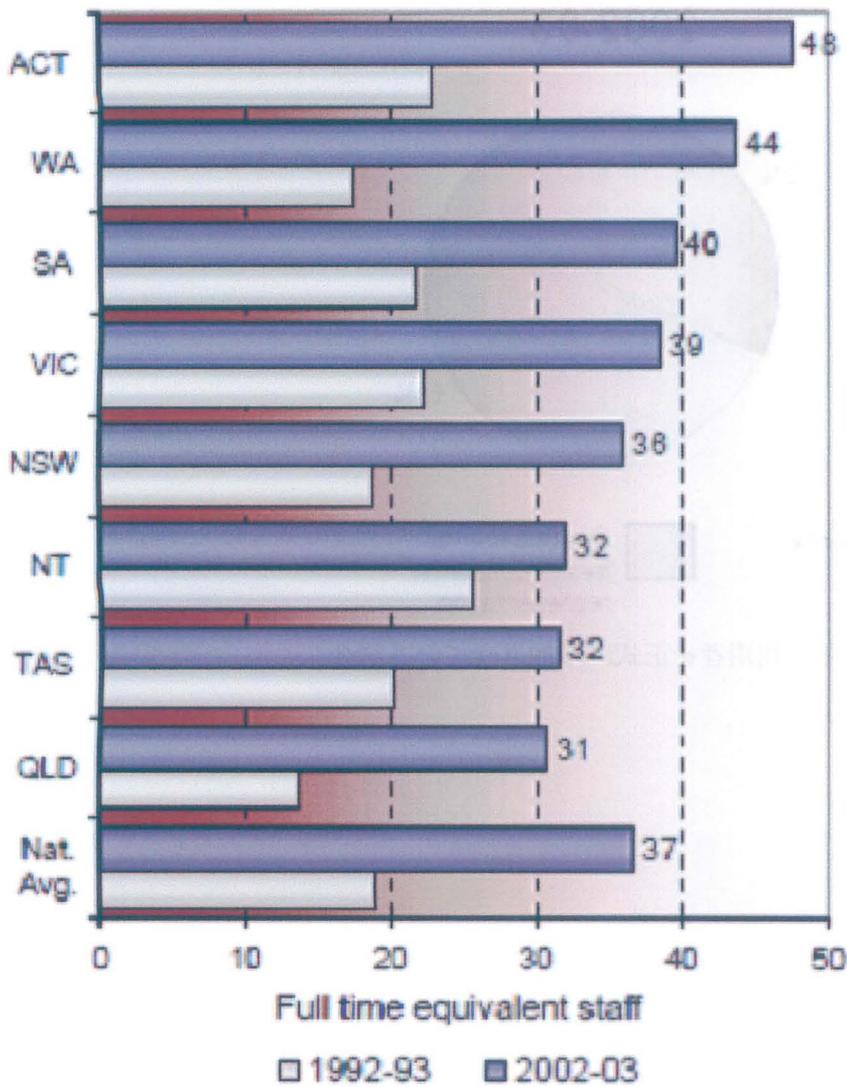


図8 地域ケアへの人員配置

# Percentage of mental health service organisations with formal consumer participation mechanisms

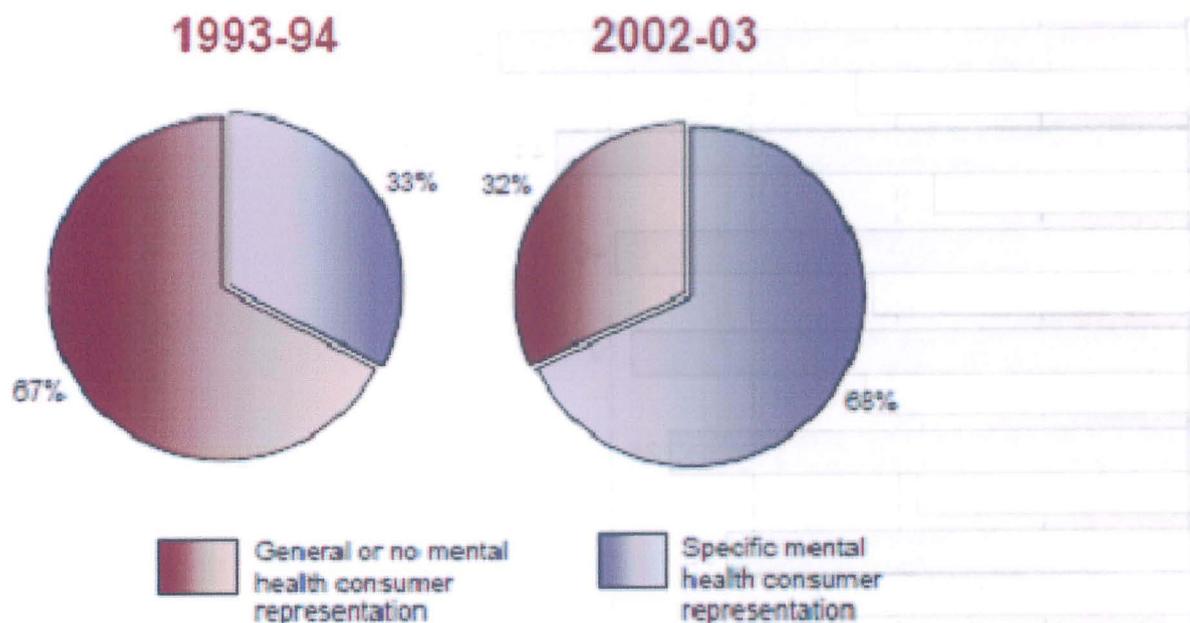


図9 精神保健サービス提供者のうち、利用者を正式に参加させている割合

### Percentage of public mental health system collecting and reporting consumer outcome measures

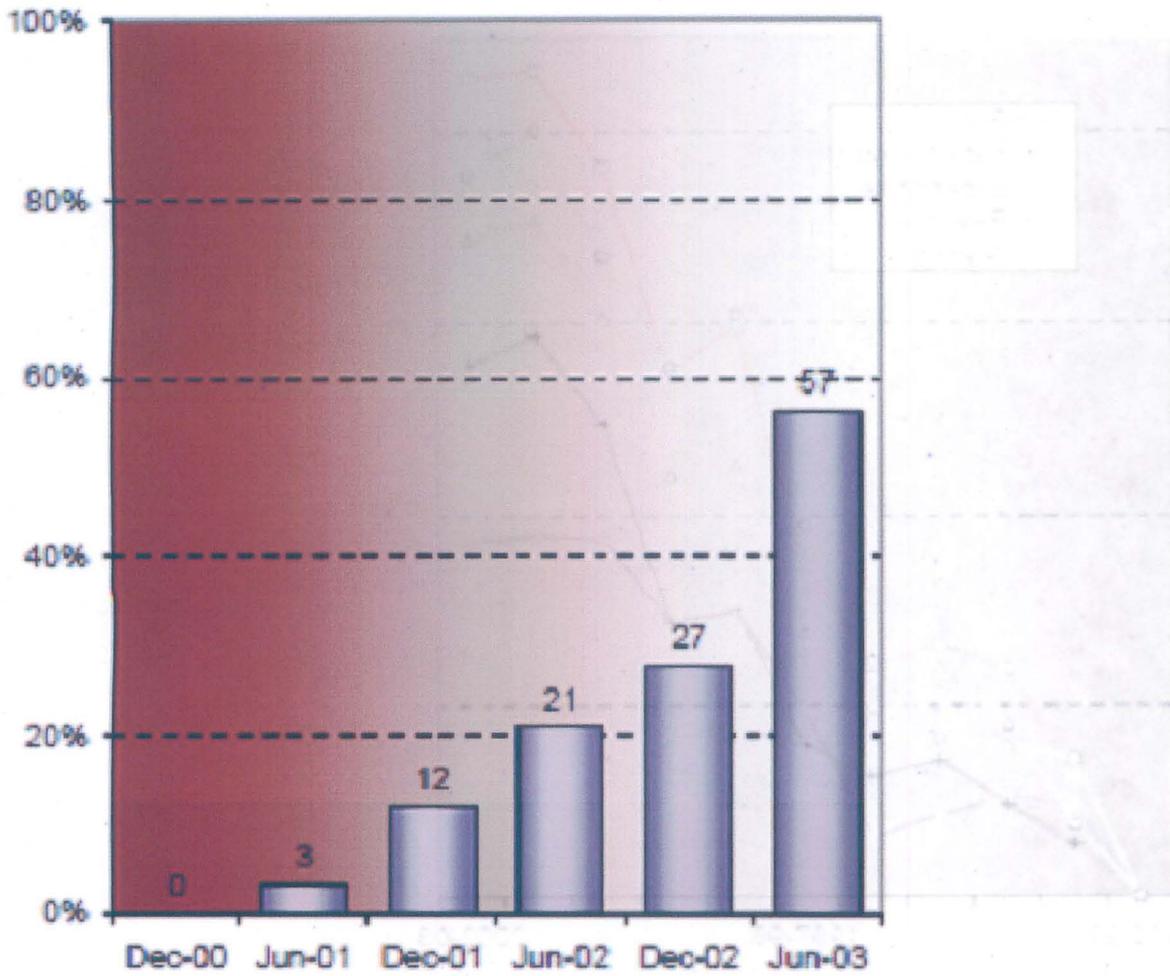


図 10 利用者のアウトカム尺度を回収し報告している公的精神科システムの割合

**Figure 51: Selected indicators of change in the private psychiatric hospital sector, 1992-93 to 2002-03**

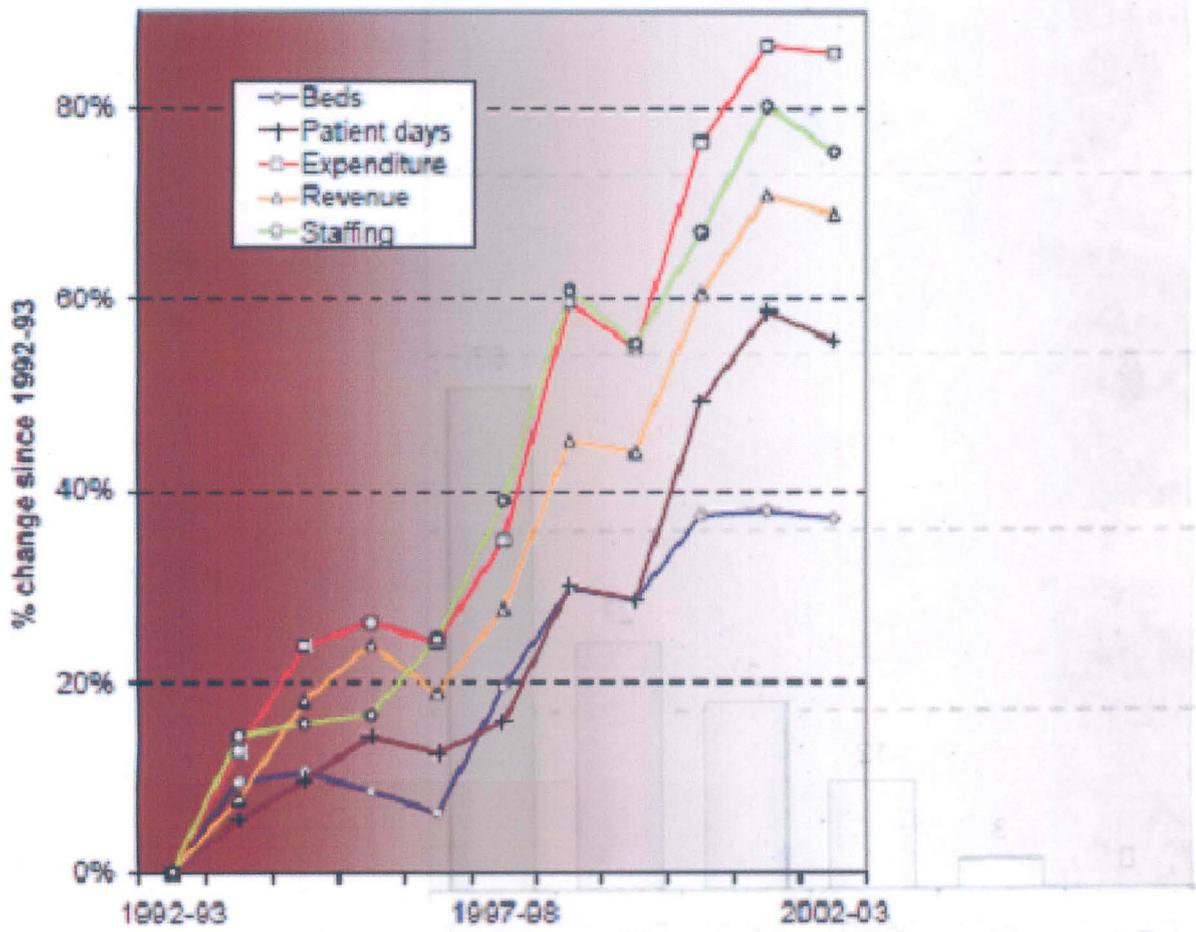


図 11 民間精神科病院の指標の変遷

**Figure 31: Distribution of psychiatric beds across the major mental health programs, June 2003**

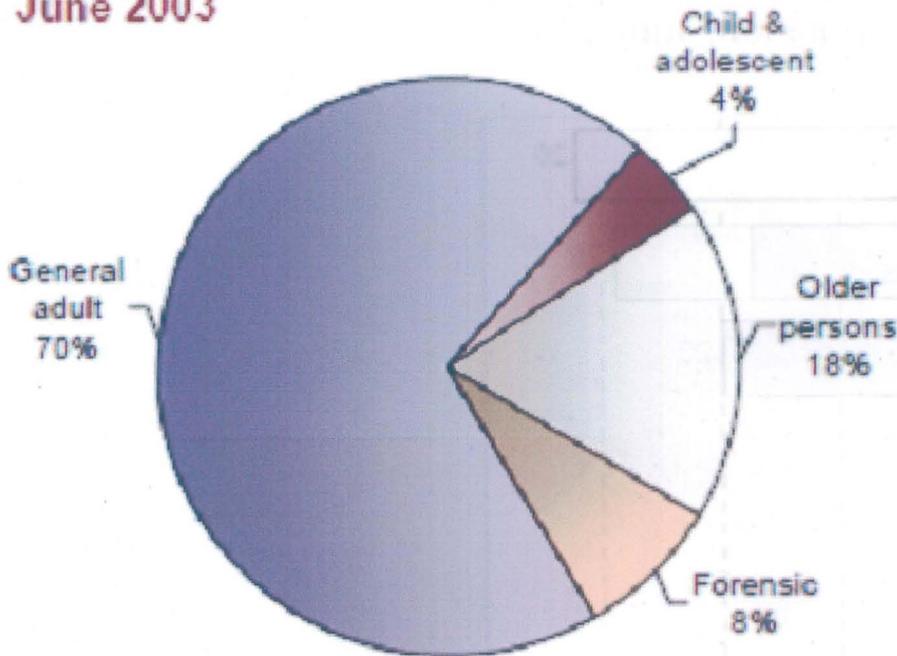


図 12 精神科病床の年齢群別割合

表 1 年齢群別の人口 10 万対病床数

**Table 9: Inpatient and 24 hour residential beds per 100,000 by age group, June 2003**

	NSW	VIC	QLD	WA	SA	TAS	ACT	NT	Nat. Avg.
<b>General adult</b>									
Acute inpatient	23.8	19.9	24.1	26.8	25.3	31.5	23.1	18.3	23.4
Non acute inpatient	12.6	3.9	16.2	7.3	13.6	15.4	-	-	10.4
24 hour staffed residential	2.7	10.5	3.3	1.7	2.1	13.0	12.9	-	5.0
<b>Total</b>	<b>39.1</b>	<b>34.3</b>	<b>43.6</b>	<b>35.8</b>	<b>40.9</b>	<b>59.9</b>	<b>36.0</b>	<b>18.3</b>	<b>38.8</b>
<b>Child and adolescent</b>									
Acute inpatient	4.5	6.2	5.9	5.8	3.4	-	-	-	5.0
Non acute inpatient	0.9	-	1.6	-	-	-	-	-	0.6
<b>Total</b>	<b>5.4</b>	<b>6.2</b>	<b>7.5</b>	<b>5.8</b>	<b>3.4</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>5.6</b>
<b>Older persons</b>									
Acute inpatient	15.9	31.9	10.4	56.6	39.6	-	-	-	24.0
Non acute inpatient	18.5	-	30.6	10.8	63.4	-	-	-	18.5
24 hour staffed residential	14.6	90.0	-	-	-	84.6	34.2	-	30.7
<b>Total</b>	<b>49.1</b>	<b>121.9</b>	<b>41.0</b>	<b>67.3</b>	<b>103.0</b>	<b>84.6</b>	<b>34.2</b>	<b>-</b>	<b>73.2</b>
<b>Forensic</b>									
Acute inpatient	0.6	1.5	-	1.3	0.7	4.7	-	5.7	0.9
Non acute inpatient	2.7	1.6	3.6	1.3	2.7	-	-	-	2.3
<b>Total</b>	<b>3.3</b>	<b>3.1</b>	<b>3.6</b>	<b>2.6</b>	<b>3.4</b>	<b>4.7</b>	<b>-</b>	<b>5.7</b>	<b>3.2</b>
<b>All beds</b>									
All inpatient	31.3	23.2	35.2	33.1	43.0	32.4	15.5	16.1	30.7
All 24 hour staffed residential	3.6	18.7	2.1	1.1	1.3	20.0	11.8	-	7.1
<b>Total</b>	<b>35.0</b>	<b>41.9</b>	<b>37.3</b>	<b>34.2</b>	<b>44.3</b>	<b>52.5</b>	<b>27.3</b>	<b>16.1</b>	<b>37.9</b>

**Note:**

Estimation of per capita rates is based on age-specific populations for each program type:

- General adult: Based on population aged 18-64 years.
- Child and adolescent: Based on population aged 0-17 years.
- Older persons: Based on population aged 65 years and over.
- Forensic: Based on total population aged 18 years and over.
- 'All beds' based on total beds and population.

## Number of beds in staffed community residential facilities per 100,000 population, June 2003

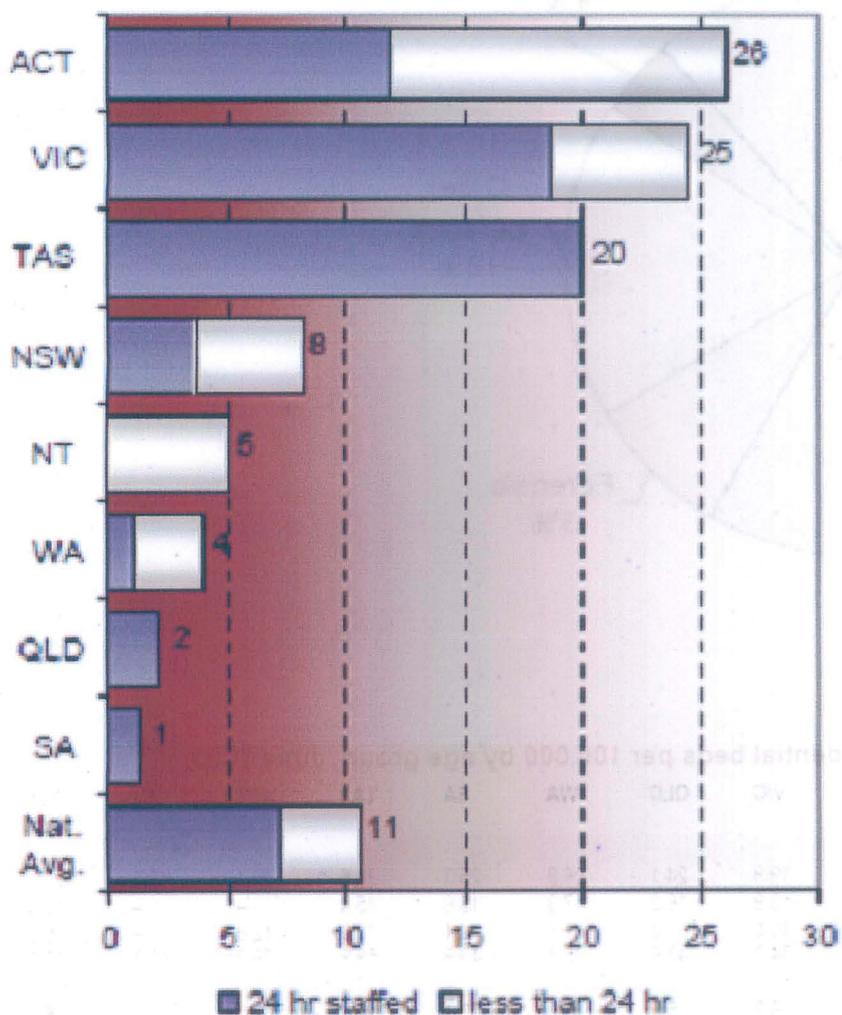


図 13 人口 10 万対の 24 時間居宅ケアおよび 24 時間未満居宅ケア

Figure 32: Average cost per day in psychiatric inpatient units, 1993-2003

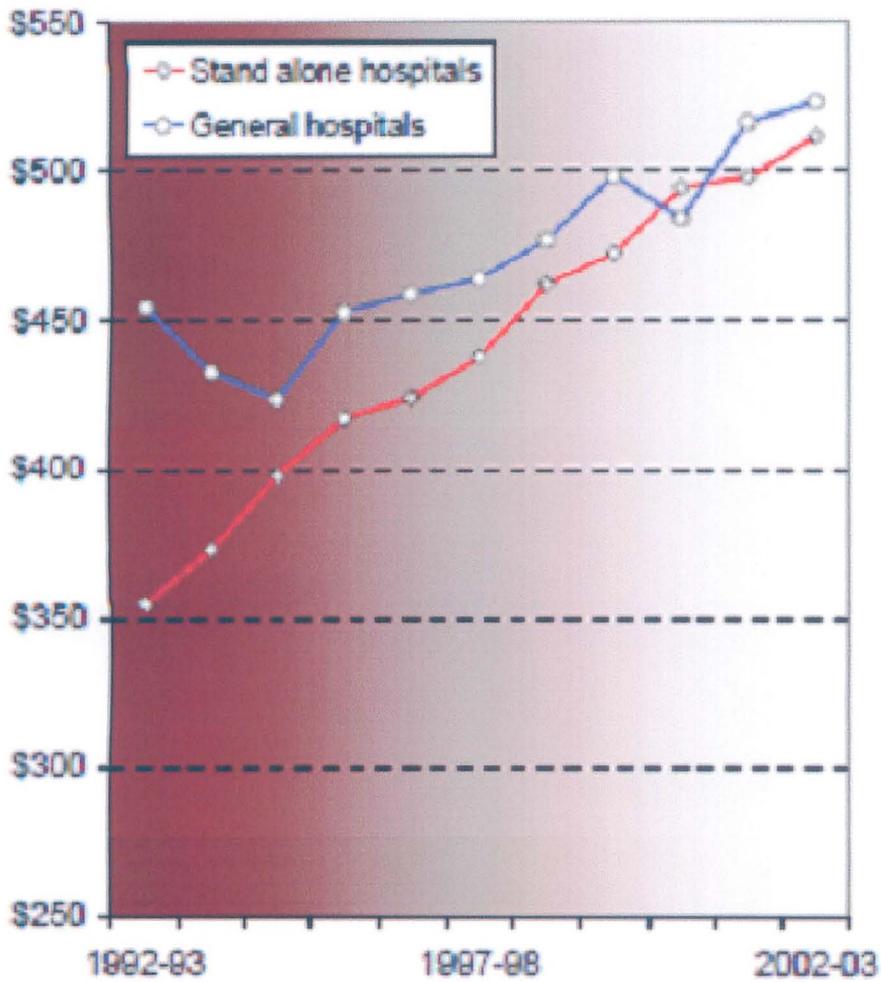


図 14 精神科入院患者の1日あたりのコスト

# 外国への研究委託事業

## コスタリカ地域住民の生活機能調査

バルバラ・ホルスト (Barbara Holst)

コスタリカ国家リハビリテーション・特殊教育審議会、常務理事

(Directora Ejecutiva、

Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, CNREE, Costa Rica)

---

### 1. 報告書 (主文)

本研究の目的は「コスタリカ地域住民の生活機能調査データ収集」であり、その目的は、日本と同じ ICF (国際生活機能分類) に基づく調査票を用いて、コスタリカと日本の住民の生活機能の比較研究をおこなうことである (委託研究申込書<Letter of application>および契約書<Authorization and Protocol>参照)。

その目的のために以下の研究を行った。

1. 日本側 (上田 敏博士) から調査用紙および調査マニュアル (英文) の提供を受け、スペイン語への翻訳をおこなった (2006 年 1 1 - 1 2 月)。
2. それにもとづき調査者 (理学療法士、作業療法士の学生) に対し、上記資料を用いて面接法およびコーディング法のトレーニングをおこなった (2007 年 1 月)。
3. コスタリカ首都 (サンホセ市) 近郊エレディア郡ベレン地区 (人口約 35,000 人) の全成人人口 (18 歳以上) から無作為に抽出した 1,502 名を対象として訪問面接調査をおこなった (2007 年 2 月)。ちなみにこの地区は首都のベッドタウンであり、比較的裕福な、専門職者の多く居住する地域である。
4. 調査票を精査し、データ脱落のないように調査者に確認した (2007 年 2 月)。
5. 調査データを 3 回に分けて日本側 (上田博士) に送付した (2007 年 2 月)。

以上をもって本研究の目的は達成され終了した。

### 2. 追記 (本研究データによって得られた知見)

上記データについて 2007 年 3 月に上田博士によってデータ分析がおこなわれ、その結果を受領した。さらにその解釈について、インターネットを介し、また 2007 年 3 月の訪日 (JICA 招待による) の機会に討論をおこなった。

以下、その結果の一部を紹介する。詳しい報告は上田博士らにより平成 18 年度障害保健福祉研究報告書においてなされる。

#### 1) 調査内容及び倫理面への配慮

調査内容は次のものを含む。

- (1) 活動 (全章 全中項目あるいはブロック)
- (2) 参加 (6~9 章、全中項目あるいはブロック)
- (3) 心身機能・身体構造 (全大項目)
- (4) 環境因子 (全大項目)
- (5) 主観的側面 (活動・参加・心身機能・身体構造・環境因子への満足度 5 項目と、自尊心その他の総合的主観的状态 5 項目)

なお調査は倫理的基準に立って、対象となる被調査者の文書による同意を得て実施した。

また、データはすべて統計的に処理し、個人データとしては用いない。

## 2) 生活機能の状況

### (1) 「活動」について

ICF 第5章「セルフケア」の7中項目のすべてに共通して、加齢とともに評価点0（普遍的自立）の者が減りはじめるが、それといわば逆比例して評価点1（限定的自立）が増え始め、結果として0+1（「自立」一般）はかなり高い水準に保たれるという結果が得られた。その他の章における歩行等の「活動」においても同様であった。

代表例として表1に a520 Caring for body parts(整容)のデータをあげる。

表1. Caring for body parts (a520)

Male

Age(yrs)	18~24	25~34	35~44	45~54	55~64	65~74	75~	Male total
0	79 95.2%	78 96.3%	79 100%	84 93.3%	45 95.7%	28 75.7%	22 71.0%	415 92.6%
1	2 2.4%	1 1.2%	0 0.0%	1 1.1%	1 2.1%	7 18.9%	5 16.1%	17 3.8%
2	2 2.4%	0 0.0%	0 0.0%	2 2.2%	0 0.0%	1 2.7%	1 3.2%	6 1.3%
3	0 0.0%	1 1.2%	0 0.0%	3 3.3%	1 2.1%	1 2.7%	3 9.7%	9 2.0%
4	0 0.0%	1 1.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%
総計	83 100%	81 100%	79 100%	90 100%	47 100%	37 100%	31 100%	448 100%

Female

Age(yrs)	18~24	25~34	35~44	45~54	55~64	65~74	75~	Female total
0	160 98.8%	198 98.0%	227 97.4%	212 97.7%	113 87.6%	51 77.3%	32 71.1%	993 94.2%
1	1 0.6%	3 1.5%	3 1.3%	2 0.9%	11 8.5%	13 19.7%	5 11.1%	38 3.6%
2	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	1 0.8%	0 0.0%	2 4.4%	4 0.4%
3	1 0.6%	1 0.5%	3 1.3%	2 0.9%	4 3.1%	2 3.0%	6 13.3%	19 1.8%
4	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
総計	162 100%	202 100%	233 100%	217 100%	129 100%	66 100%	45 100%	1054 100%

上田博士によれば、これは従来の日本における調査においてもコンスタントにみられる現象であり、「自立」一般ではなく「普遍的自立」（評価点0）と「限定的自立」（評価点1）とを分けてみるという、「活動」の評価点基準確立の根拠となったものである。また実践的な意義として、この2つの「自立」水準を区別することによって、仮に単に「自立」としてみた場合には検知できない、比較的軽度な活動の制限を早期に敏感に察知できること、そして早期に対策をたてることが重要な点である。

今回の結果はこれが日本と社会的文化的条件を異にするコスタリカにおいても普遍妥当性を持つことを示すものとして重要である。

### (2) 「参加」について

第6章「家庭生活」の代表的な項目である調理への「参加」についてみると、上記のセルフケアの「活動」の場合と全く同様の関係が評価点0（活発な参加）と同1（部分的な

参加)についてみられる。表2に女性の場合のみを示すが、55歳以降年齢が進むにつれて「0」は少なくなっていくが、その代わりに「1」が増加して、「0+1」はそう大きくは低下しない。興味あることには女性の18～24歳の年齢層でも高齢群と同様に「0」が低く「1」がそれを補うように高くなっている。

表2. Preparing meals (p630)

Female

Age(yrs)	18~24	25~34	35~44	45~54	55~64	65~74	75~	Female total
0	133 82.1%	185 91.6%	223 95.7%	203 93.5%	106 82.2%	51 77.3%	30 66.7%	931 88.3%
1	22 13.6%	10 5.0%	4 1.7%	5 2.3%	10 7.8%	9 13.6%	7 15.6%	67 6.4%
2	0 0.0%	1 0.5%	0 0.0%	1 0.5%	1 0.8%	1 1.5%	0 0.0%	4 0.4%
3	0 0.0%	0 0.0%	1 0.4%	0 0.0%	3 2.3%	1 1.5%	0 0.0%	5 0.5%
4	7 4.3%	6 3.0%	5 2.1%	8 3.7%	8 6.2%	4 6.1%	8 17.8%	46 4.4%
9	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.8%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.1%
総計	162 100%	202 100%	233 100%	217 100%	129 100%	66 100%	45 100%	1054 100%

\*評価点9は「非該当」

これら以外の「参加」においても、程度の差はあるが、このような評価点0と同1との間の「相補的」ともいえる関係がみられる。上田博士によれば、これもまた日本のこれまでの研究で広くみられたことである。また実践的な見地からは、活動の場合と同様に、参加についても単に参加の有無ではなく、評価点0:「活発な参加」(常にまたはしばしば全面的な参加を実現している<人的介護の有無は問わない>)。注:頻度および人的介護の有無等にかかわらず、高い水準での参加は評価点0とする。)および評価点1:「部分的な参加」(時々または部分的な参加を実現している<人的な介護は受けていない>)を区別することによって、比較的軽度な「参加」の制約を早期に敏感に検知し、早期に対策を講じるといふ点で重要な意味をもつ。これが日本と同様にコスタリカにおいても確認されたことは非常に重要と思われる。

### 3. 生活機能の主観的側面の状況

上田博士らが長年重要視してきた生活機能の主観的側面について調査した結果は次のようなものであった。

#### 1) 客観的側面に対する満足度

「活動」、「参加」、「心身機能」、「身体構造」、「環境因子」に関する満足度は、いずれの項目においても評価点1(満足している)がもっとも多く、同0(高度に満足している)がそれに次ぐ。評価点2(満足でも不満でもない)以降は激減する。

#### 2) 総合的主観的状態

総合的な主観的状態6項目のうち、自尊心、自信、幸福感、自分の存在意義に関する5問の答は多少のばらつきはあるもののほぼ同様に、評価点1(自尊心がある、自信がある、幸福である、意義がある)が半数から6割以上あり、評価点0(高い自尊心がある、高い自信がある、非常に幸福である、高い意義がある)または同2(高くも低くもない、幸福

でも不幸でもない、等) がそれに次ぐ。この、評価点 2 が少なくないという点が、先に 1) で述べた生活機能の客観的側面に関する満足度と異なる点である。評価点 3、4 は極めて少ない。

ただ最後の「人生全体についての満足度」は、上記とまた異なり、評価点 1 (満足している) が男女とも 6 割台であり、同 0 (非常に満足している) がそれに次ぎ、同 2 以降は激減する。これは先に述べた個別の客観的生活機能に関する満足度とよく似た結果であった。

これらの成績は興味あるものであるが、上田博士によれば、項目間の差については日本におけるものと傾向として一致するが、全体としてプラスの評価の率が高い傾向があるとのことである。これについては社会的文化的差そのものなのか、サンプリング、面接法、その他の技術的な問題なのかについて、今後の検討が必要である。

### おわりに

今回、日本で開発された、ICF にもとづく生活機能調査票を用いてコスタリカ住民の生活機能調査をおこない、コスタリカと日本との間の基本的な共通性と一部の差異を確認することができたのは我々にとって貴重な経験であり、今後のコスタリカにおける障害者保健・福祉・リハビリテーションの発展に寄与するところが大きいと考えられる。

このような機会が与えられたことに対し、日本障害者リハビリテーション協会、主任研究者仲村英一氏、上田 敏博士に感謝する。

# 若手研究者育成活用事業

## 加齢および脳卒中の影響に伴う立位時のヒラメ筋活動の変化： 左右ヒラメ筋振戦活動の同期に着目して

阿部匡樹

国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所

### 【はじめに】

加齢や運動機能障害に伴う直立姿勢維持機能の衰退はADLおよびQOLの低下をもたらし、転倒の危険性を増大させる。この危険性をより安全かつ負担の少ない方法で事前に把握する評価法の確立は、今後の高齢社会において重要な課題のひとつに挙げられる。このような評価法は、起立・歩行障害を有する患者のリハビリテーション過程においてその改善度を図るための有効な指標にもなりうるであろう。昨年度、著者は静止立位時と歩行時の重心動揺特性が統計的に有意な相関関係を有することを運動力学的な手法を用いて明らかにし、静止立位測定による歩行安定性評価の可能性を示した<sup>1</sup>。本研究ではこの静止立位時に重要な役割を果たすヒラメ筋活動の特徴を詳細に検討し、神経生理学的側面から直立姿勢維持機能の加齢・運動機能障害に伴う変化を明らかにすることを目的とした。

静止立位時、我々のヒラメ筋は持続的に活動しているが、この持続的活動は8-12Hzの振戦活動を含むことが報告されている<sup>4,6</sup>。この周波数帯の振戦活動は健常者の通常状態においてもみられるphysiological tremorと呼ばれる現象で、下腿筋に限らず上肢や指に関連する筋群においても報告されており、その生成メカニズムに関しても反射説、中枢説とさまざまな説が挙げられている<sup>5</sup>。立位時のヒラメ筋振戦活動の特徴を明らかにすることは、直立姿勢維持のための筋活動を生成するメカニズムに迫る上で重要であるが、この問題に関する詳細な検討はまだ十分展開されていない。

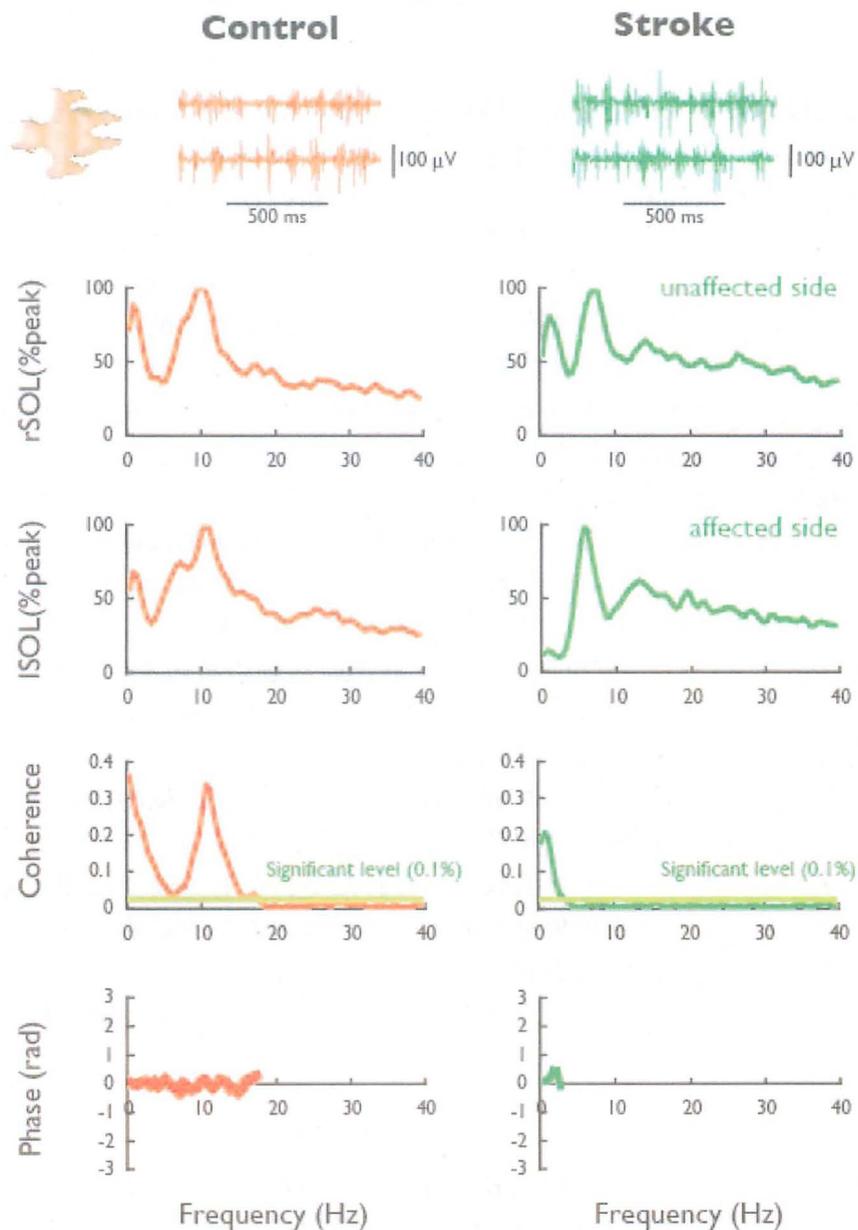
最近、我々は立位制御が両脚による制御である点に着目し、立位時における左右ヒラメ筋振戦活動間の同期について健常な若年者群と高齢者群の比較を行った。その結果、両群ともに左右のヒラメ筋活動に8-12Hzの振戦が見られたが、左右の同期に関しては高齢者群のみ顕著であった<sup>2</sup>。もしこの同期現象を生成するメカニズムが比較的上位の中枢に存在するならば、その部分に障害を有する患者群において同期現象は減少するであろう。本研究ではこの仮説に基づき、高齢の脳卒中片麻痺患者を対象とした立位実験を行なった。

### 【方法】

被検者：9名の男性慢性期片麻痺脳卒中患者(Stroke:年齢64.6±8.0歳、身長1.59±0.07m、体重56.4±7.4kg; ±以降の数字は標準偏差)、その対照群として24名(男7女17)の健常高齢者(Control:年齢69.4±5.1歳、身長1.54±0.07m、体重55.3±7.8kg)が実験に参加した。被検者には事前に実験に関する説明を行い、その内容に関して同意を得た後に実験を施行した。なお、本実験内容は所属施設の倫理委員会に諮り、実験実施の承諾を得た。

試技内容：被検者は床反力計(Kistler Type 9281B)上にて開眼での90秒静止立位試技を5回行った。試技中、左右のヒラメ筋表面筋電図(EMG)を筋電用アンプ(DelSys Bagnoli-8 EMG system)によって増幅し、AD変換器(PowerLab/16sp, ADInstruments)を介してコン

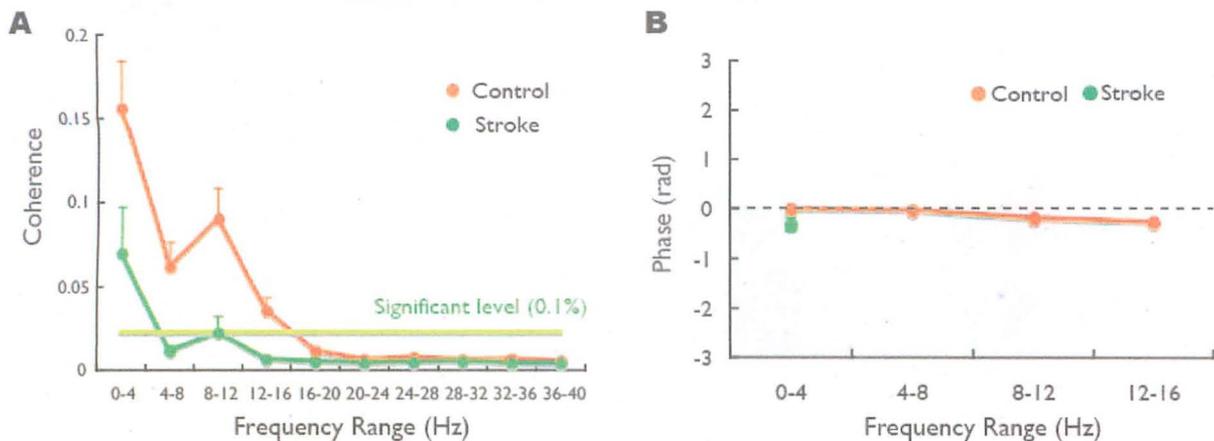
コンピュータに記録した。また、上記床反力計によって左右・上下・鉛直方向の床反力を計測し、同様の方法でコンピュータに記録した。いずれのデータもサンプリング周波数は1000Hzであった。



**Figure 1.** Typical examples of power spectrum in the right and left soleus EMG (rSOL and ISOL), the coherence spectrum, and the phase. The right (red) and left (green) sides show the results of control and stroke subject, respectively.

データ解析：左右ヒラメ筋振戦活動の同期の程度を定量化するため、左右 EMG データ間のコヒーレンスおよびフェイズを算出した。コヒーレンスは各周波数領域における相関の強

さを示したもの（0 から 1 の範囲）で、フェイズは各周波数領域の位相差を示す。ある周波数領域においてコヒーレンスが統計的に有意に大きく、フェイズがゼロに近い場合、左右の EMG データはこの周波数領域において同期していたことを意味している。EMG データを全波整流後、約 2 秒間（2048 ポイント）に分割されたサブセットを用いてコヒーレンスを計算し、40Hz までのデータを 4Hz 毎に平均化した。また、コヒーレンスの有意水準を 0.1% とし、その水準を満たした周波数帯のみフェイズを計算した。身体動揺の評価に関しては、床反力データから足圧中心位置（COP）を算出した。COP データには 4 次バターワース型ローパスフィルタ（遮断周波数 10Hz）を適用し、前後・左右方向における位置・速度の標準偏差、および左右方向の中心位置を算出した。周波数条件、被検者群間の比較には Two-way repeated measures ANOVA および unpaired Student's t-test を用いた（有意水準  $p < 0.05$ ）。



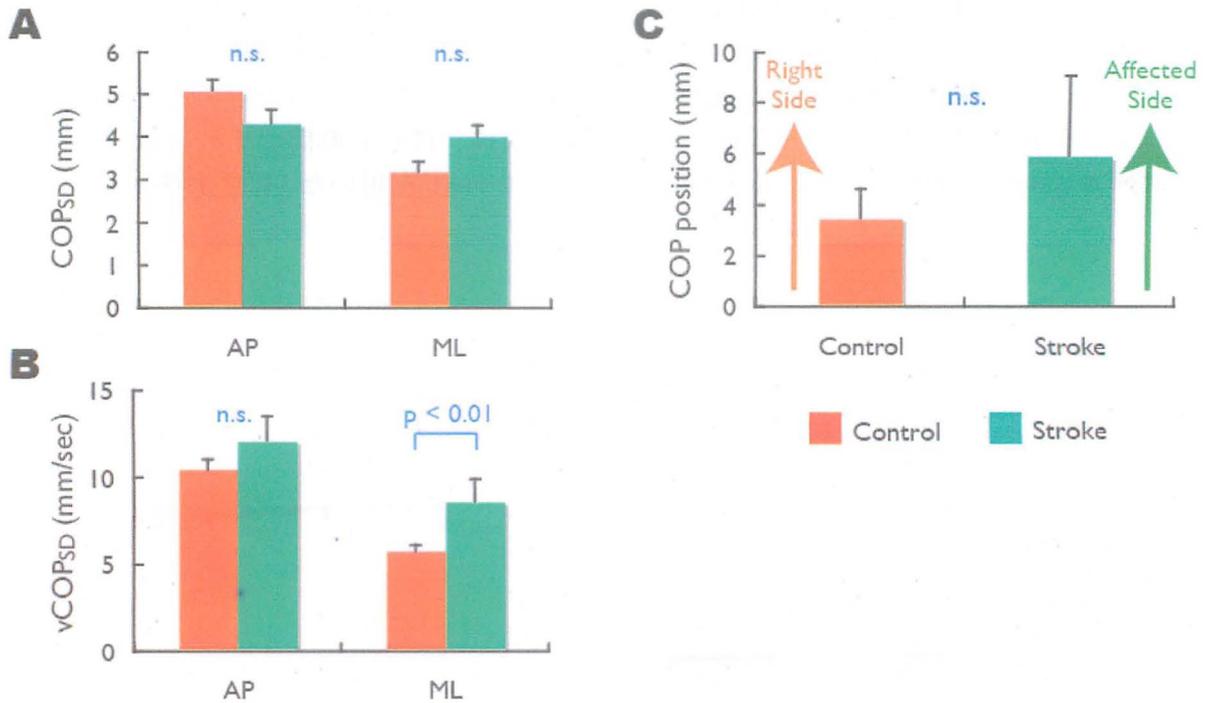
**Figure 2** **A.** Mean coherence at each frequency range for control (red) and stroke (green) groups. **B.** Mean phase for the frequency range showing significant mean coherence for control (red) and stroke (green) groups. Error bars show the standard deviation of each data group.

### 【結果】

**EMG :** 図1に両被検者群のEMG解析の典型例を示す。脳卒中患者群（Stroke: 図1右）は麻痺側（affected side）にも健側（unaffected side）と同様に8-12Hz周辺の振戦を示したが、コヒーレンスに関しては対照群である同年代の健常者群（Control: 図1左）に比べて大きく減少する傾向にあった。図2に全被検者のコヒーレンス（図2A）およびフェイズ（図2B: 4Hz毎に値を平均化）の結果を示す。対照群である健常高齢者が8-12Hz区間において顕著に大きい有意なコヒーレンス（ $p < 0.001$ ）およびゼロに近いフェイズを示したのに対し、脳卒中患者群で有意なコヒーレンスがみられたのは0-4Hz区間のみであり、8-12Hz区間のコヒーレンスは健常者群に比べて有意に小さかった（ $p < 0.05$ ）。

**COP :** 図3に両被検群のCOPデータ解析の結果（A: 前後（AP）・左右（ML）方向のCOP変位標準偏差、B: 前後（AP）・左右（ML）方向のCOP速度標準偏差、C: COPの左右平均位置）を示す。群間の比較において有意差が認められたのは左右方向のCOP速度の標準偏差（図

3B) のみで、脳卒中患者群の方が有意に大きかった ( $p < 0.05$ )。左右の非対称性 (図 3C) に関しては、脳卒中患者群は中心位置がやや患側 (affected side) に偏っていたものの、その程度は健常群と有意差が認められなかった。



**Figure 3** Mean results about COP parameters. **A.** Standard deviations of COP displacement for antero-posterior (AP) and medio-lateral (ML) directions. **B.** Standard deviations of COP velocity for AP and ML directions. **C.** Mean COP position for ML direction. In all figures, red and green bars show the results of control and stroke group, respectively. Error bars show the standard deviation of each data group.

### 【考察】

本研究の結果は、8-12Hz周波数帯での左右ヒラメ筋振戦活動間の平均コヒーレンスが脳卒中患者群においては有意水準に達せず、この周波数帯における同期現象が健常な対照群に比べて顕著に小さいことを示した (図2A)。この結果は、患側においてヒラメ筋活動そのものや8-12Hzの振戦活動がみられなかったために生じたものではない。本研究の脳卒中患者群は健常者群と比較して左右方向の重心の偏りに統計的な差はなく (図3C)、健側・患側双方のヒラメ筋が活動していた上に、健常者と同様に8Hz前後の振戦活動も示されていた (図1右)。したがって、今回示された健常高齢者群と脳卒中患者群における左右同期現象の差異は、左右各々の振戦活動が脊髄等の下位中枢においても生成されうるのに対し、左右の同期現象にはより上位の運動中枢が関与していることを示唆している。

立位時の上位中枢関与の可能性の一つとして、加齢に伴う姿勢維持のためのattention (課題を処理するための情報処理量)<sup>9</sup>の増大が挙げられる。加齢に伴い姿勢維持に必要な各感覚器官の機能や筋力は衰える傾向にあり、高齢者は若年者に比べてより高いattention

を姿勢維持のために必要とする<sup>3</sup>。実際、高齢者では不安定な状況下での立位時に計算問題など他の認知的タスクを加えると、それぞれのattentionの干渉によって著しく認知タスクのパフォーマンスが低下したり姿勢が不安定になったりすることが報告されている<sup>9</sup>。この報告は、転倒事故がただ歩く場合よりも他の作業を同時に行っているときに頻発するという実際の状況とも一致する<sup>8</sup>。この文脈において、本研究のような通常状態での立位時にそれを維持するためのattentionが大きい被検者は、他の作業が加わったときに転倒の危険性がより高くなると考えられる。

健常高齢者にみられる左右ヒラメ筋の同期的振戦活動には、上記のような加齢に伴い増大する姿勢維持のためのattentionが関与している可能性がある。経頭蓋的磁気刺激 (TMS) を用いた先行研究は、attentionが必要となるような不安定な立位時、ヒラメ筋活動における上位中枢の関与が大きくなることを報告している<sup>7</sup>。0-4Hz周辺の高いコヒーレンス (図 2A) に示されているように、前後方向の姿勢動揺の補償は左右脚のヒラメ筋の共同制御によって行われているため、姿勢維持中両脚の筋にattentionの増大に伴う上位中枢からの共通入力作用することは十分考えられる。一方、脳卒中患者の場合、姿勢維持のためには同世代の健常者に比べてより大きいattentionを必要とすると考えられるが、脳卒中障害のため患側への上位中枢からの指令は制限されている。そのため、上位中枢からの共通入力に伴う健側との同期は健常者に比べて減退したものと考えられる。

#### 【まとめ】

本研究は立位時の左右ヒラメ筋振戦活動の同期に関して健常高齢者群と同世代の脳卒中患者群の差異を明らかにし、健常高齢者にみられる8-12Hz振戦の同期的活動に上位中枢が関与していることを示唆した。この関与については今後より詳細な検討が必要となるが、本研究の成果は単純な動揺量からだけでは抽出できない潜在的な転倒危険性の評価法の確立に貢献する可能性を有する。将来的には、脳卒中患者や脊髄不全損傷患者の立位機能回復の度合を測る神経生理学的な指標としても応用可能であろう。

#### 【参考文献】

1. 阿部匡樹. 平成17年度厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究推進事業報告書(若手研究者育成活用事業), 2006.
2. Abe MO et al. XVI<sup>th</sup> Congress of International Society of Electrophysiology and Kinesiology, 2006.
3. Bronstein A et al. (Ed.) Clinical Disorders of Balance, Posture and Gait, Second edition. Arnold Publisher, London, 2004.
4. Masani K et al. The 31st Annual Meeting Society for Neuroscience, 2001.
5. McAuley JH and Marsden CD. Brain 123:1545-1567, 2000.
6. Mori S. J Neurophysiol 36:458-471, 1973.
7. Solopova IA et al. Neuro Lett 337:25-28, 2003.
8. Tideiksaar R. Geriatrics 5:43-53, 1996.
9. Woollacott M and Shumway-Cook A. Gait Posture 16:1-14, 2002.

# 「精神科回復期リハビリテーション病棟」のあり方に関する研究

木谷 雅彦

国立精神・神経センター精神保健研究所

## I. はじめに

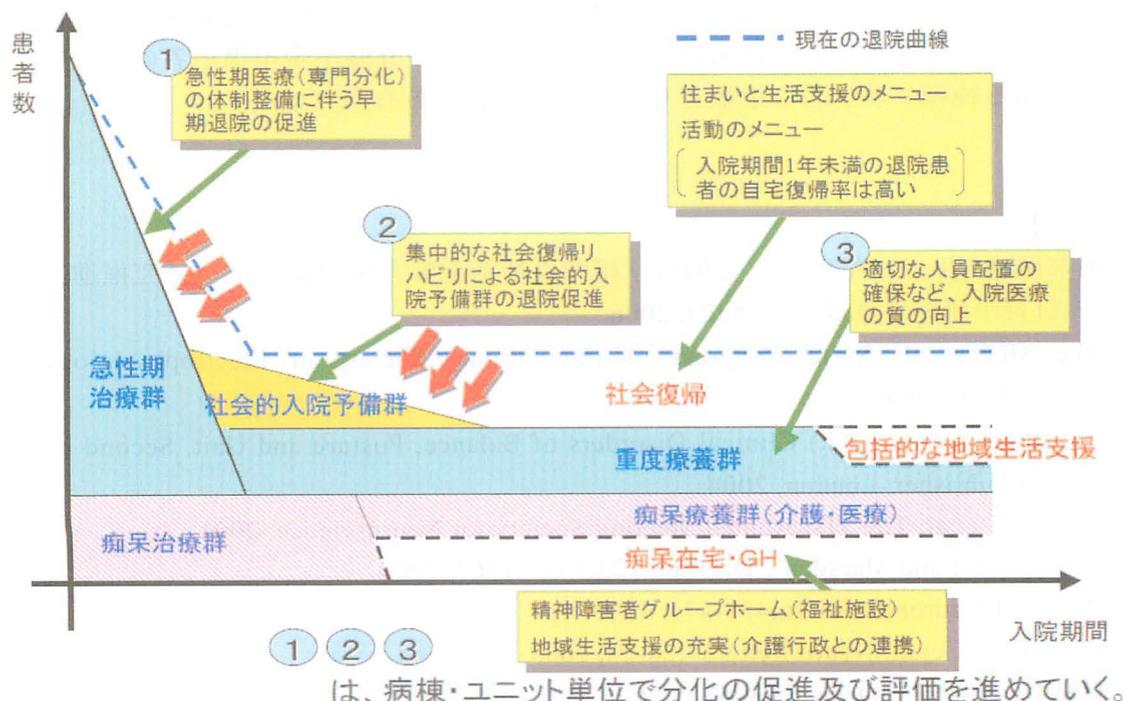
厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」に平成 18 年度に参加し研究を行った。その研究成果について報告する。

平成 15 年 9 月より「精神病床等に関する検討会」が開催され、その中では「精神病床の役割と機能分化等のあり方」が大きなテーマのひとつとして議論された。その結果、平成 16 年 9 月に発表された精神保健福祉改革ビジョンにおいては「急性期、社会復帰リハ、重症療養等の機能別の人員配置、標準的な治療計画等について、厚生労働科学研究等により検討した上で、その成果を踏まえ、中央社会保険医療協議会で結論を得る」とされている。本研究はここで指摘されている厚生労働科学研究である。

精神科病床機能分化を進めるうえで、できる限り多くの患者の短期間での退院を促し、長期入院患者数を抑制する機能を有する、「精神科回復期リハビリテーション病棟」が今後重要になっていくと考えられる（図 A 参照）。本稿では、調査結果をふまえ、同病棟のあり方や実現可能性を考察する。

図 A

## 病床の機能分化のイメージ (別紙10)



## II. 研究目的

平成 18 年度の研究に先立って行われた研究の結果についてまず述べる。平成 16 年度は、公立精神科病院 2 施設を対象にして、聞き取り調査と 439 名の患者の入退院データの解析をした。その結果をふまえ「精神科回復期リハビリテーション病棟」の基準を設定し、平成 17 年度は、前年度の調査データおよび民間精神科病院院長への聞き取り調査から、「精神科回復期リハビリテーション病棟」の基準を検討し精緻化した<sup>1 2 3</sup>。

平成 18 年度は、精神科救急病棟を設置する 25 病院（2006 年 10 月現在）を対象に、「1 年以内に退院した件数」が最も多い同病棟からの転棟先病棟を「精神科回復期リハビリテーション病棟」のモデルと捉え、その運用実態を調査した（研究①）。また対象病院に、「精神科回復期リハビリテーション病棟」の必要性、および昨年度設定した「精神科回復期リハビリテーション病棟」の基準の適否を尋ねた（研究②）。これらにより、今後の「精神科回復期リハビリテーション病棟」の実現を提案する素材として活用することを目的とした。

## III. 研究方法

### 調査票の作成

まず「1 年以内に退院した件数が最も多い精神科救急病棟からの転棟先病棟」（以下、「モデル病棟」とする）について、職種ごとのスタッフ数および定期的に行っている退院促進のためのプログラムとその頻度を問う設問を配した（研究①）。

さらに、昨年度まで検討した定義による「精神科回復期リハビリテーション病棟」の要否、および 10 の基準の適否についてそれぞれ、意見を尋ねた（研究②）。

## IV. 研究結果

調査を依頼した 25 病院のうち、23 病院から調査票を回収した。このうち、研究①については 13 病院、研究②については 16 病院から有効な回答を得た。

### 【研究①】

#### 1. モデル病棟の診療報酬上の病棟種別

以下の通りであった（表 1）。

- ・精神科病棟入院基本料（2 または 3）（6 件）
- ・精神科療養病棟入院料（3 件）
- ・精神科急性期治療病棟入院料（1 件）
- ・その他・不明（3 件）

#### 2. モデル病棟の機能（各病院の回答による）（表 1）

- ・精神科病棟入院基本料の 6 病院のうち、3 病院が「リハビリテーション」「社会復帰」と位置づけていた。
- ・精神科病棟入院基本料の 6 病院のうち、1 病院が「救急治療支援」と位置づけていた。

### 3. モデル病棟での平均入院期間

以下の通りであった。

- ・0-3ヶ月：8件
- ・3-6ヶ月：3件
- ・無回答：2件

### 4. モデル病棟のスタッフ数（図1）

有効な回答のあった9病院で、看護師は1病床当たり0.25~0.3人とほぼ一定していたが、医師は0~0.15とややばらつきが見られた。専属の精神保健福祉士、作業療法士をともに置いていない病院が3あった。

### 5. モデル病棟における退院促進プログラムの実施（図2）

SST（Social Skills Training）は、回答のあった8病院中5病院で月4回（週1回）実施されているが、その他の退院促進プログラムの実施の頻度には月0~11回とばらつきが見られた。

### 6. 救急病棟からモデル病棟へ転棟した患者の1年以内の退院先（図3, 図4）

- ・各病院ごとの状況を見ると、「1年以内で8割以上退院している」のは11病院中5病院（自宅退院に限れば、2病院）であった。（図3）
- ・回答のあった11病院の平均で、救急からの転棟患者の66.9%が1年以内に自宅へ退院しており、社会復帰施設等への退院も含めると、72.7%が1年以内に退院していた。（図4）

## 【研究②】

### 1. 「精神科回復期リハビリテーション病棟」の必要性（図5）

必要：15

不要：1

（必要な理由として挙げられたコメント）

- ・ 救急・急性期の入院治療を受けても退院できるレベルに達しない患者がある一定の割合で存在する。
- ・ 入院1年を超えないうちに退院に向けての専門的アプローチが必要だから。
- ・ 地域に戻すため患者個々の生活スキルを高めるための支援が必要
- ・ 救急病棟で受ける患者の中に処遇困難者も少なくなく、長期化するケースもみられる。そうした方にとって、こうした病棟があればと思われる。
- ・ 入院3ヶ月を超えてしまう患者が一定数存在する。

（不要な理由として挙げられたコメント）

- ・ 3ヶ月を過ぎれば、特に9ヶ月と限定した病棟での効果は疑問

## 2. 「精神科回復期リハビリテーション病棟」の実現可能性 (図 5)

実現可能：7

実現不可能：8

無回答：1

(実現可能な理由)

- ・ 既存の病棟の充実活用
- ・ 構造上は可能。プログラム等は努力により可能

(実現不可能な理由)

(1) 人員の不足

- ・ 他の整備すべき専門病棟への人員配置で一杯の状態
- ・ 充実したプログラムを提供するためにはスタッフ教育と人員が必要である。  
(このほか「マンパワーの不足」という理由が2件あった。)

(2) 対象患者の限定

- ・ 救急の患者に対象を限定しているため
- ・ 急性期、救急のうけ入れ病院のためベッドがもたない。
- ・ 総合病院の為、救急急性期と合併症治療に専念せざるを得ない。

(3) その他

- ・ 救急病棟を出て9ヶ月以内に退院するものは少ないはず

## 3. 「精神科回復期リハビリテーション病棟」の基準の適否 (図 6)

### ①3対1看護

適当：9 不適：3 無回答：1

(不適当な理由)

- ・ マンパワーの不足
- ・ 2対1相当で(より手厚い配置にするべき)

### ②PSW1名、OT又はCP1名以上を病棟専属とする。

適当：9 不適：4

(不適当な理由)

- ・ PSWは2人以上必要
- ・ 心理士も必要
- ・ OTとCP(どちらかではなく)両方必要

### ③精神科療養病棟と同様の病棟環境を持つこと。

適当：7 不適：5 無回答：1

(不適当な理由)

- ・ 社会性が必要(「療養病棟と同様」では不十分)

④患者の8割以上が9ヵ月で自宅退院（自宅・単身アパート・グループホーム・社会復帰施設を含む）。ただし3ヵ月以内に再入院した者は退院とみなさない。

適当：7 不適：6

（不適當な理由）

- ・ 1つの病棟で8割が退院することは難しい。（同意見が他に2件）
- ・ むしろ、1度は3ヶ月以内に入院しても、その後の経過がよい場合もある。

⑤当病棟入院時に医師，看護師，在宅復帰支援を担当する者，その他必要に応じた関係職種が共同して精神科リハビリテーション総合実施計画を作成し，患者に対して説明を行う。

適当：13 不適：0

⑥心理教育，SST，OT，フィールドトリップ等退院促進プログラムの実施

適当：13 不適：0

⑦個別ケースの退院の実現を目標として主治医，担当看護師，及び地域生活支援関係者を含む多職種によるカンファレンスが実施されること。

適当：13 不適：0

⑧入院中より退院促進・地域連携室（仮称）との連携。（室の要件：病院内に地域支援専任の看護師またはPSWが3名以上いること）

適当：12 不適：0 無回答：1

⑨診療報酬は転入棟後9ヵ月までを限度として算定（3ヵ月ごとに通減）。精神科急性期治療病棟と精神科療養病棟の間の点数とする。

適当：10 不適：3

（不適當な理由）

- ・ 急性期治療と同等（の点数にするべき）
- ・ 安すぎるし厳しい。

⑩病棟単位または病室（ユニット）単位を考慮

適当：11 不適：2

## V. 考察

### 【研究①】

救急からの転棟患者が1年以内に8割以上自宅退院しているモデル病棟は、現状では限られている。

モデル病棟のスタッフ数，退院促進プログラムの実施状況を見ると，いずれも，「救急治療支援」機能を明確にしているE病院が他の病院に比べ手厚いことがわかる。しかしながら，E病院の退院率が他の病院に比べて高いとはいえない。スタッフ数，退院促進プログラムの実施状況と退院率との相関については，今後精査する必要がある。

## 【研究②】

### 1. 「精神科回復期リハビリテーション病棟」の必要性・実現可能性

16病院中15病院が「必要」と回答したものの、「実現可能」との回答は7病院にとどまった。不可能な理由として、4病院が人員の不足を挙げた。また3病院が対象患者を限定していることを挙げた。

### 2. 「精神科回復期リハビリテーション病棟」の基準の適否

昨年度までの研究で提示した施設基準については、10項目すべてについて7病院以上が「適切」と回答した。提示した基準は概ね支持されたとみなすことができる。

一方、①②③④⑨⑩について、「不適」という回答と、その理由についてのコメントがあった。

人員配置について具体的な数を示した①②は、「不適」とする回答がそれぞれ3件、4件あったものの、その理由として、「マンパワーの不足」で実現できないというコメントよりも、より手厚い人員配置基準を作るべきだというコメントのほうが多かった。

③を「不適」としたコメント1件は、療養病棟より厚遇の環境を求めている。

⑨を「不適」としたコメント2件は、より高い診療報酬点数を付けることを求めている。

以上のコメントから、「精神科回復期リハビリテーション病棟」を実現するのであれば、十分な診療報酬点数を付け、より手厚い環境を確保することを各病院が望んでいることが示唆された。

ただし④を「不適」とするコメントからは、「患者の8割以上が9ヵ月で自宅退院」という基準が実情と離れている可能性が示唆された。「精神科回復期リハビリテーション病棟」の実現に向けては、更なる検討の余地が示唆されたといえる。

## VI. 結論

昨年度までの研究で提示した施設基準について、望ましいあるべき姿であると、調査対象病院は考えていた。ただし人員配置や在院日数については、各病院のモデル病棟の実情より高い基準であることを示唆していた。「精神科回復期リハビリテーション病棟」の実現のためには、これらの基準についてさらに検討する必要がある。

表 1 各回答病院のモデル病棟の概要

病院名	診療報酬上の病棟種別	(回答された)病棟機能		病床数
A	精神病棟入院基本料 2	男子病棟	閉鎖	51
B	精神病棟入院基本料 2	リハビリテーション	開放	46
C	精神病棟入院基本料 2	男女, 開放, 慢性病棟	開放	51
D	精神病棟入院基本料 2	社会復帰(女)	開放	50
E	精神病棟入院基本料 3	救急治療支援	開放	44
F	精神病棟入院基本料 3	リハビリ(亜急性)	閉鎖	65
G	精神科急性期治療病棟入院料 1		閉鎖	53
H	精神科療養病棟入院料		開放	60
I	精神科療養病棟入院料		開放	58
J	精神科療養病棟入院料		閉鎖	55
K	不明	神経症, リハビリ	開放	50
L	不明		開放	70
M	不明		閉鎖	60
計				713
平均				54.8
データ数				13

表 2 救急病棟からの転棟患者の, モデル病棟での平均在院日数

病院名	モデル病棟での平均在院日数
A	0-3
B	0-3
C	無回答
D	無回答
E	0-3
F	3-6
G	0-3
H	3-6
I	0-3
J	3-6
K	0-3
L	0-3
M	0-3

図1 モデル病棟の1病床当たりのスタッフ数

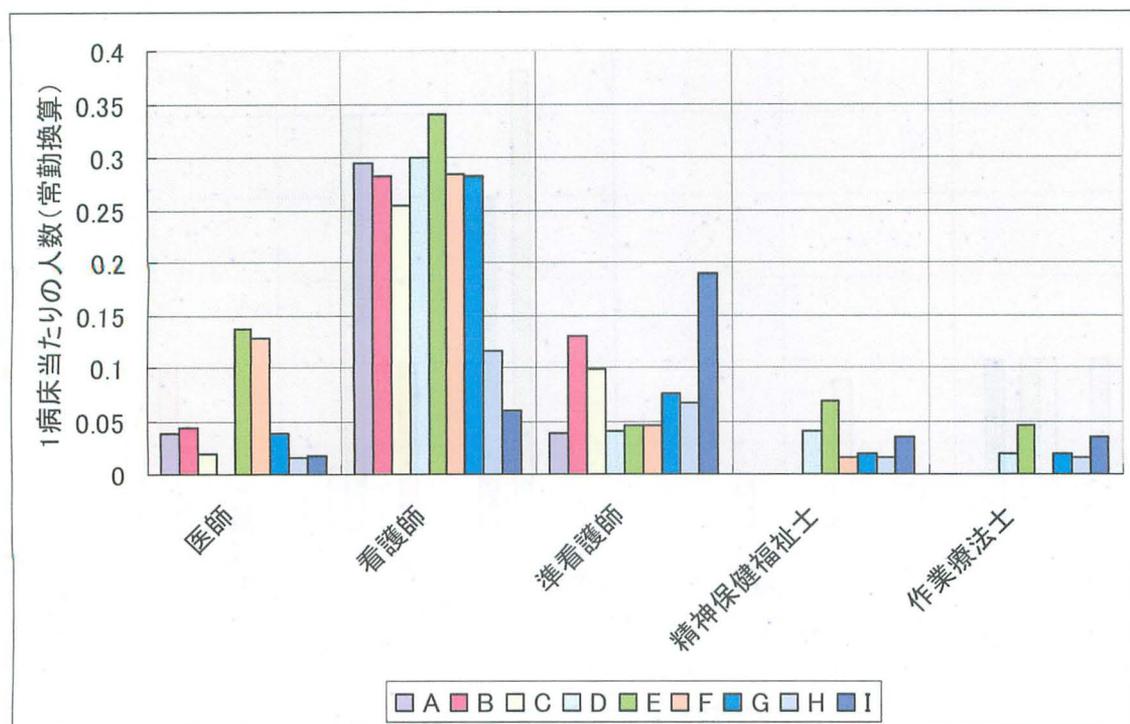


表3 モデル病棟のスタッフ数 (実数)

	医師	看護師	准看護師	看護補助者	精神保健福祉士	作業療法士	心理士	その他
A	2	15	2	0	0	0	0	0
B	2	13	6	3	0	0	0	0
C	1	13	5	0	0	0	0	0
D	0	15	2	1	2	1	1	0
E	6	15	2	1	3	2	0	0
F	8	18	3	5	1	0	0	0
G	2	15	4	4	1	1	1	0
H	1	7	4	12	1	1	0	0
I	1	3	11	7	2	2	0	0
平均	2.6	12.7	4.3	3.7	1.1	0.81	0.2	0

図2 モデル病棟における退院促進プログラムの実施回数（1ヶ月当たり）

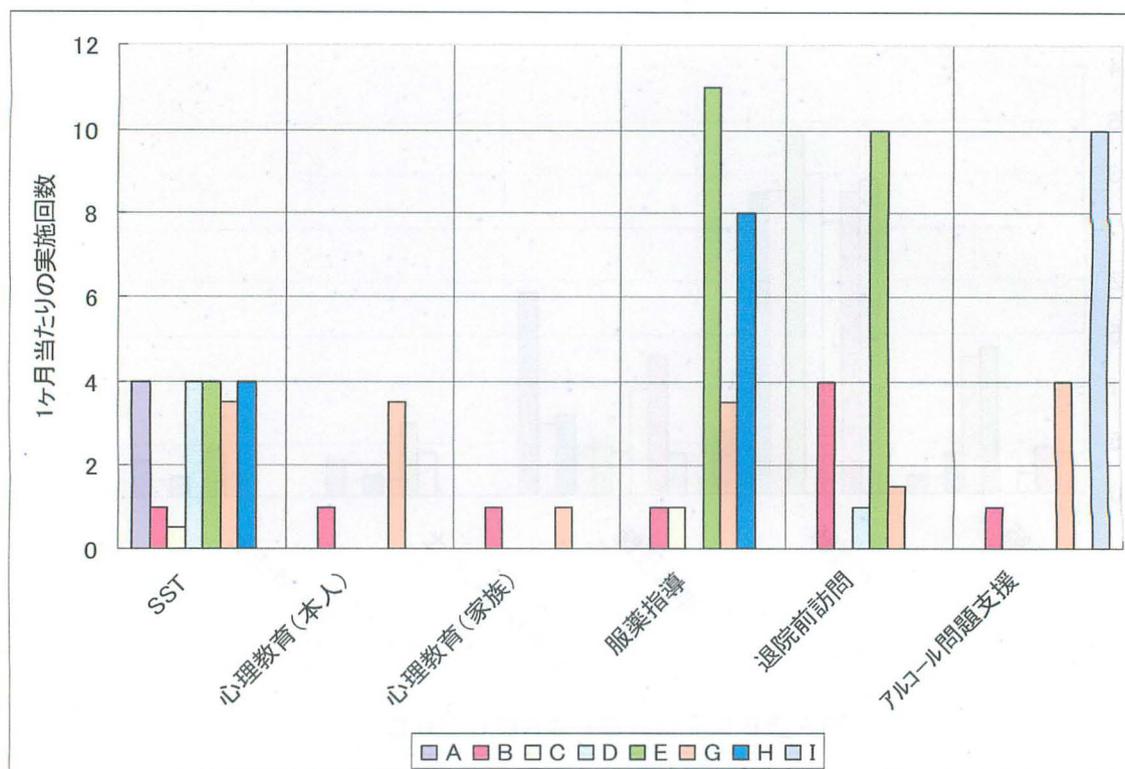


表4 モデル病棟における退院促進プログラムの実施回数（1ヶ月当たり）

	S S T	心理教育(本人)	心理教育(家族)	服薬指導	退院前の訪問	アルコール問題への支援	その他
A	4	0	0	0	0	0	0
B	1	1	1	1	4	1	0
C	0.5	0	0	1	0	0	0
D	4	0	0	0	1	0	0
E	4	0	0	11	10	0	0
G	3.5	3.5	1	3.5	1.5	4	0
H	4	0	0	8	0	0	0
I	0	0	0	0	0	10	0
平均	2.6	0.6	0.3	3.1	3.3	1.9	0

図3 救急病棟からの転棟患者の、モデル病棟からの1年以内の転出先

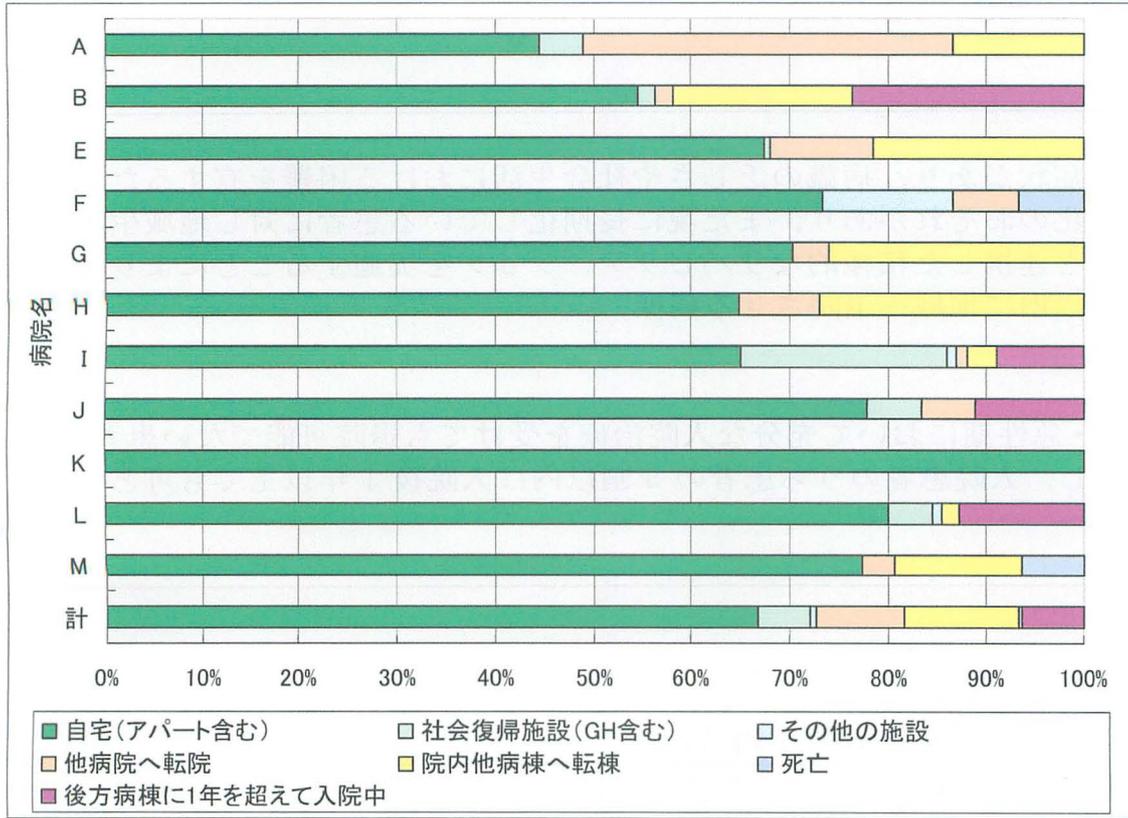
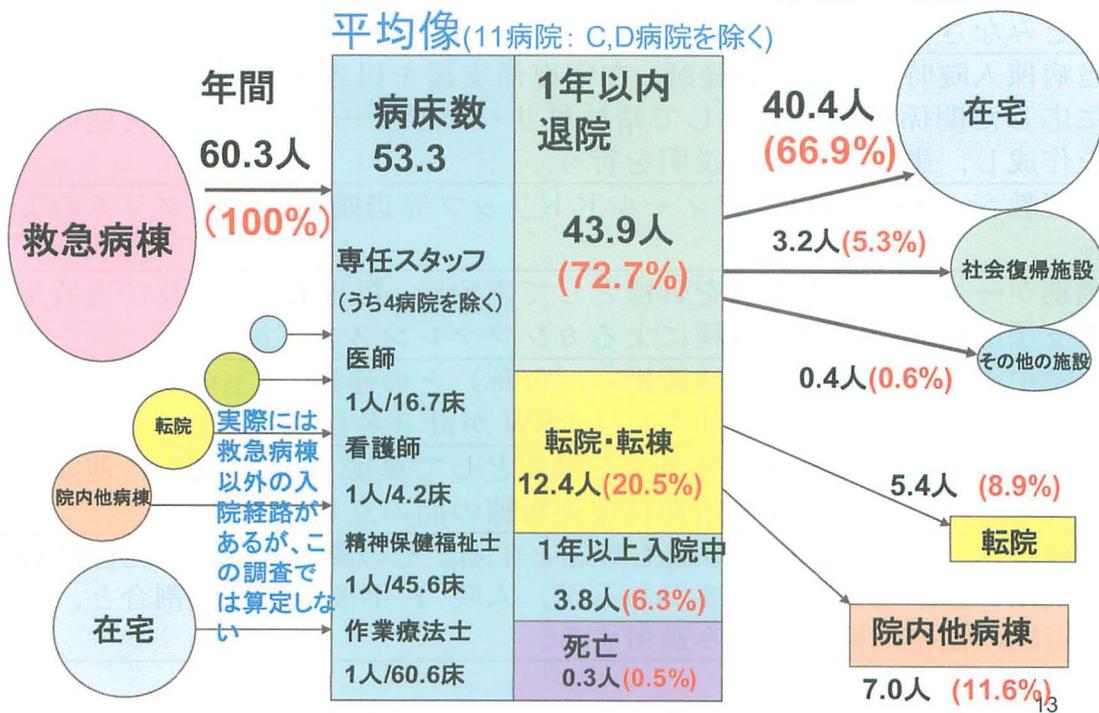


図4 救急病棟から後方病棟への患者の流れの平均像(11病院: C,D病院を除く)



## 精神科回復期リハビリテーション病棟（案）

### 定義

精神症状があり，病識の乏しさや社会生活における困難を有するため長期化のおそれがあり，また現に長期化している患者に対し地域生活支援と連携した積極的なリハビリテーションを実施することにより 9 ヶ月以内に地域へ退院させる病棟。

### 対象

救急・急性期において十分な入院治療を受けても退院可能でない患者。ただし，入院患者のうち患者の 5 割以内は入院後 1 年以上でも可とする。

### 基準

1. 15 対 1 看護（従来 3 対 1 相当）
2. 精神保健福祉士 1 名，作業療法士又は心理士 1 名以上を病棟専属
3. 精神科療養病棟と同様の病棟環境を持つ
4. 患者の 8 割以上が 9 ヶ月で自宅退院（自宅・単身アパート・グループホーム・社会復帰施設を含む）。ただし 3 ヶ月以内に再入院した者は退院とみなさない
5. 当病棟入院時に医師，看護師，在宅復帰支援を担当する者，その他必要に応じた関係職種が共同して精神科リハビリテーション総合実施計画を作成し，患者に対して説明を行う
6. 心理教育，SST，OT，フィールドトリップ等退院促進プログラムの実施
7. 個別ケースの退院の実現を目標として主治医，担当看護師，及び地域生活支援関係者を含む多職種によるカンファレンスを実施
8. 入院中より退院促進・地域連携室（仮称）との連携。（室の要件：病院内に地域支援専任の看護師または PSW が計 3 名以上いること）
9. 診療報酬は転入棟後 9 ヶ月までを限度として算定（3 ヶ月ごとに逡減）。精神科急性期治療病棟と精神科療養病棟の間の点数とする。
10. 病棟全体ではなく，病室単位も可能とする。その際，スタッフ配置は病棟全体で基準を満たす必要があるが，入院 1 年後の患者の割合と，自宅退院の割合は病床にのみ適用する。

図5 精神科回復期リハビリテーション病棟の必要性・実現可能性

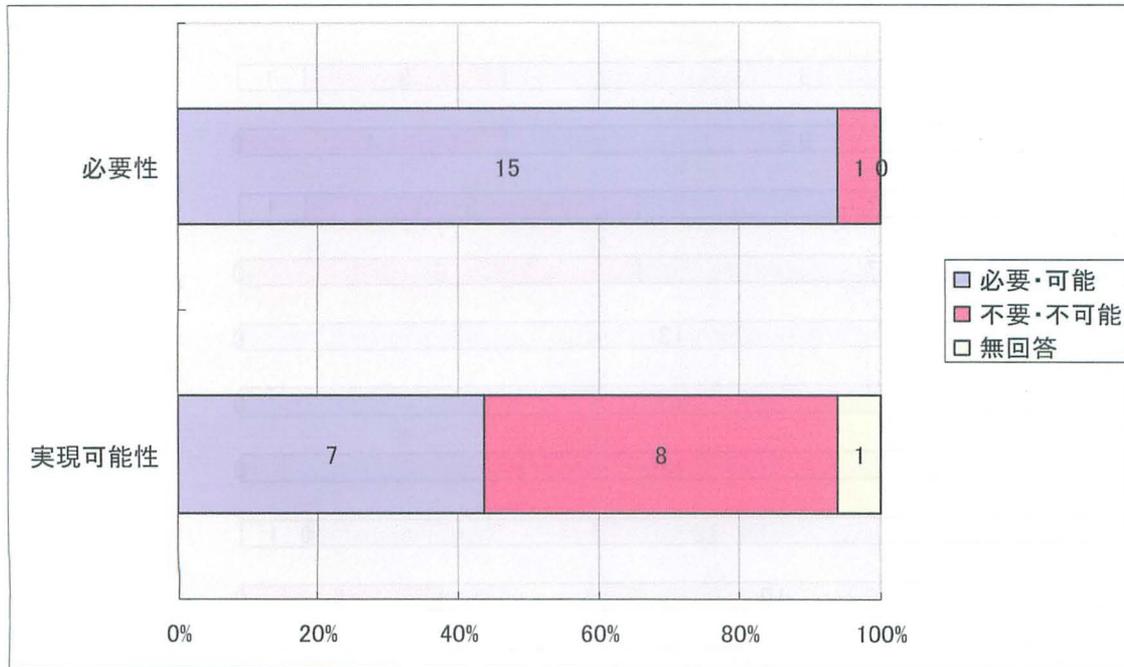
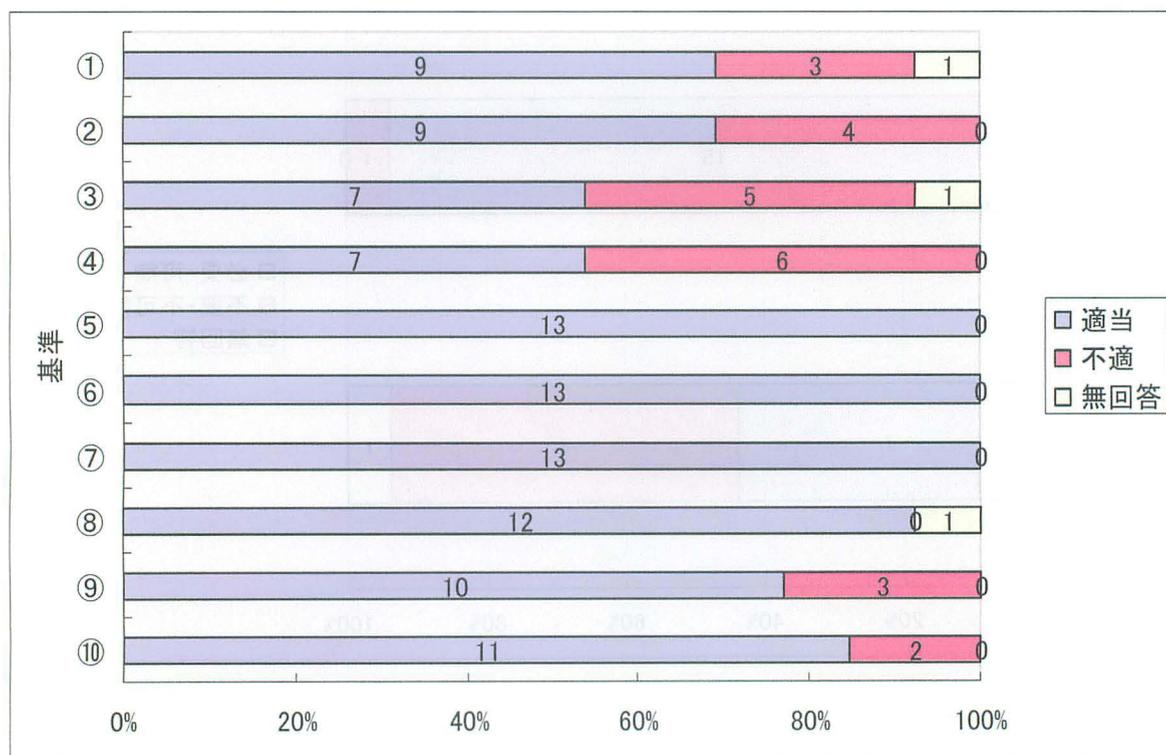


図6 精神科回復期リハビリテーション病棟（案）の各基準の適否



## 文献

<sup>1</sup>保坂隆：厚生労働科学研究障害保健福祉総合研究事業「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」主任研究者保坂隆. 平成16年度総括・分担研究報告書

<sup>2</sup>保坂隆：厚生労働科学研究障害保健福祉総合研究事業「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」主任研究者保坂隆. 平成17年度総括・分担研究報告書

<sup>3</sup>瀬戸屋雄太郎・安西信雄：退院促進のために必要な診療報酬改定：精神科回復期リハビリテーション病棟の提案. 精神障害とリハビリテーション, 10:2, 2006.

**平成18年度 障害保健福祉総合研究推進事業報告書**

平成19年3月 発行

発行 財団法人 日本障害者リハビリテーション協会  
〒162-0052 東京都新宿区戸山1丁目22番1号  
(戸山サンライズ内)  
電話 (03) 5273-0601  
FAX (03) 5273-1523

印刷 コロニー印刷

