

498.3

K083

わが国の精神衛生

昭和47年

厚生省公衆衛生局精神衛

498.3
K0830

「わが国の精神衛生」目次

第二十回精神衛生普及運動広報資料

まえがき	2
本年の運動の目標	3
昭和四十八年度予算要求の概要	4
精神衛生とは	6
乳幼児期の精神衛生	7
学童期、青少年期の精神衛生	8
壮年期の精神衛生	8
老年期の精神衛生	9
わが国の精神衛生	
一 精神衛生の歩み	10
二 精神衛生行政の組織	13
三 精神衛生の財政	15
(一) 精神衛生関係予算	15
(二) 国庫補助	15
(三) 資金の助成	16
四 精神障害者の実態	16
(一) 精神障害者とは	16
(二) 精神障害者数	18

五 精神障害者の医療保護	21
(一) 精神病院	22
(二) 精神病院への入院	22
1 措置入院	22
(1) 入院措置	22
(2) 申請・通報	24
(8) 精神衛生鑑定医	25
2 緊急入院	25
3 同意入院	25
4 仮入院	26
5 自由入院	26
(三) 通院医療について	26
(四) 医療費について	27
(五) 訪問指導	27
(六) 保健所	28
(七) 精神衛生センター	29
(八) 精神衛生従事者	30
(九) 精神衛生関係の法律	30
(十) 精神衛生関係の施設	32
(十一) 精神衛生関係の団体	33
精神衛生センター設置状況	34
精神病床数・入院患者数・利用率等現状	35
諸外国の医療施設・病床・実数・率	36
各都道府県別精神衛生相談員数	37
第二十回精神衛生全国大会ならびに関連行事日程	38

精神衛生

第20回 精神衛生思想普及運動広報資料

精神衛生全国大会 昭和47年11月8日～10日

精神衛生思想普及運動 昭和47年11月11日～17日

精神衛生普及運動は、毎年秋、恒例的に実施され、本年も精神衛生全国大会（厚生省及び社団法人日本精神衛生連盟主催、於熊本市）の開催に引き続いて十一月十一日から十七日までの一週間、厚生省、都道府県、指定都市の共同主催、多数の関係団体の後援によって全国的に展開されることとなった。

特に本年は沖繩の本土復帰に伴ない沖繩と本土が一体となり、名実ともに全国的な事業活動の推進が図られることとなった。

本運動の目的は、いうまでもなく精神衛生法の趣旨を普及することによって、精神障害者の早期発見、早期治療を図るとともに軽快者の社会復帰のための各種施策の実施、さらに地域社会における精神障害者に対する理解を深めることと偏見の除去に努めることなどによって広く国民の精神的健康の保持向上をはかることにある。

向精神薬の開発に始まった精神科医療の著しい進歩は精神障害者の姿を一変させ、精神病院も従来の隔離收容所的なものから次第に開放的で治療病的な形態を整え、とともに、精神療法や生活療法が積極的に行なわれるようになり、患者の社会復帰が促進され、通院医療の需要が著しく増大してきたこと

はまことに喜ばしいことである。

このような精神科医療の進歩を背景として昭和四十年六月に精神衛生法と保健所法の一部改正が行なわれ、わが国の精神障害者対策の重点は、患者の收容対策から地域精神衛生対策に切り換えられた。すなわち、保健所は新たに地域における精神衛生活動の第一線機関に定められ、地域精神衛生活動の中核として、精神障害者の早期発見、早期治療、さらに在宅患者の指導と管理に当ることになった。都道府県には精神衛生センターを設置して、保健所の精神衛生業務を技術的に援助するとともに、精神病院における各種社会復帰活動を盛んにし、社会復帰の促進を図るほか、退院患者に対しては、通院医療費の半額公費負担制度の創設によって、安定した社会復帰の維持に努めている。

それからすでに七年を経過したが、わが国の精神衛生の現状に鑑みるに、まだ種々検討を要する点も多くあり、このため緊急に実践されねばならないものとして、大別して次の課題をあげ、現在中央精神衛生審議会で審議されている。

- (1) 地域精神衛生対策の推進
- (2) 精神病院における医療の改善向上と機能

の分化

- (3) 社会復帰の促進
- (4) 障害者の福祉の向上
- (5) 精神衛生関係職員の養成訓練
- (6) 精神衛生に関する研究開発の推進
- (7) 精神衛生思想の普及
- (8) アルコール中毒対策

本年の運動の目標

精神障害の発生の予防から早期発見、早期治療、社会復帰まで一貫した施策を地域社会のなかですすめていくとともに積極的な精神的健康の保持増進をはかるといふ精神衛生法の趣旨を普及徹底させるため、次のような実施事項について、具体的な事例等をあげ、地域の実情に応じた独創的な運動を展開するよう配慮する必要がある。

(1) 地域精神衛生活動の展開

精神衛生法により、精神障害者の通院医療費の $\frac{1}{2}$ が公費負担となり、働きながら治療が受けられる制度があること、保健所には訪問指導や相談指導の体制がしかれており、気軽に精神衛生の問題の解決に援助を行なっていること等を広報し、保健所を中心とした地域

精神衛生活動の推進によって精神障害者も入院することなく、社会生活を続けながら治療ができ、また入院しても早期に社会復帰ができることを普及し、広く地域精神衛生に対する関心を高める。

(2) 精神衛生協力組織の育成

保健所の地域精神衛生活動には精神衛生センターの技術援助と地域の社会資源の協力がなければ、大きな効果は期待できない。また精神障害の発生予防、さらに進んで精神的健康の保持向上を図るためには、家庭、学校、職場などに精神衛生の知識を普及させ、同時に地域における民間団体の自主的な活動の助成を行なうなど地域ぐるみの有機的な組織活動を展開する必要がある。

(3) 正しい精神衛生思想の普及

精神障害や精神病院に対する誤った観念を是正し、地域における偏見を除くために、次のような精神衛生思想の普及活動を積極的に行なう。

(4) 精神病院、保健所、精神衛生センター

などの精神衛生関係施設における精神衛生活動の実際を紹介し、すべての人が気軽に相談し指導がうけられるよう理解させる。

(5) 平素、精神衛生サービスに恵まれてい

ない地区の住民に対しては、特にこの運動期間中に、巡回相談、巡回診療などの機会をつくり、精神衛生の水準向上に努める。

(6) 機関紙の特集号の発行や新聞、ラジオ、テレビ等マスコミの協力を得て広報活動を行なうとともに、公開座談会、講演会、公開討論会、展示会、映画会等を開催し、わが国の精神衛生の現状と将来の展望を正しく提示する。

(7) 精神病院における不正事故は過去において

世論の批判をあげ爾来関係者の努力により漸次減少の方向にあるとはいえ、いままおその発生をみている状況にかんがみ、従前に引続き精神病院職員の研修を全国八ブロックにおいて実施し、精神病院のあり方等について意識の高揚をはかるほか、医療監視指導の強化をはかる等精神病院の適正な運営管理を推進する。

(8) 精神病院の火災防止対策の充実

精神病院の火災については数次にわたり、その特殊性にかんがみ指導を強化してきたが、四十四年末より四十六年にかけて多くの死者をだす火災が発生している点より、一昨年度特に消防担当機関と協力し全精神病院に對し総点検を実施したが、昨年度に引き続き

本年度もこれらを参考として耐火施設化への努力をすることとしている。

精神病院の施設の改築改造については資金面の確保についても十分な対策を講ずることとしている。

昭和四十八年度予算要求の概要

精神衛生行政を進めていくための組織としては、保健所（全国八三九カ所）を第一線機関として、都道府県における精神衛生センター（昭和四十七年度末三十三カ所）、都道府県衛生主管部局、国（厚生省、国立精神衛生研究所）を結ぶ線を中軸にして、医師、精神衛生相談員、保健婦、看護婦（七）、作業療法士、心理技術者、研究者などによって、精神障害の発生予防、早期発見、早期治療の対策を推進するとともに、入院治療を要する精神障害者に対しては、全国二十五万床の精神病床で治療を行ない、また精神病院の外來機能の充実、社会復帰促進のための諸施設の整備、小児、老人、アルコール中毒あるいは合併症をもった精神障害者のための専門病床の整備などの施策を精神衛生法の趣旨にそって推進しているところである。

そこで、昭和四十八年度における予算要求にあたっては、これらの施策をより強力に推進し、内容の充実を図るため、医療費の増額、精神病床の整備、精神衛生センターの運営・整備の拡充、精神衛生関係職員の研究、精神障害者の全国実態調査の実施などいくつもの新規要求を含んで、総額五百三十九億七千万円（前年比約二十八億円増）の予算要求をしたところである。これら新規事項を含めた要求のすべてが認められるかどうかについては今後の折衝にまたねばならないところであるが、その主なものを掲げて参考に供することとした。

1 医療費の公費負担

(1) 措置入院医療費の国庫補助
精神障害者であつて、その精神障害のために自身を傷つけまたは他人に害をおよぼすおそれのある者に対して、都道府県知事が入院措置をした場合の医療費は、全額を公費で負担し、国がその八割を、都道府県が二割をそれぞれ負担することとされている。（ただし一定程度以上の所得があり医療費の負担能力のある場合は、医療費の一部または全部を入院した精神障害者またはその扶養義務者に負

担してもらうことにしているが、その額は医療費の一割余にすぎない額である。）昭和四十八年度においては、措置人員約八万人、五百七億余円を要求している。

(2) 通院医療費の国庫補助

精神障害者に対する早期治療と退院者の再発防止を図るため、外來診療費の $\frac{1}{2}$ を公費負担する制度が昭和四十年十月から実施されている。この制度は、地域精神衛生対策とも関連して、将来精神科医療の中核ともなるべき制度であると考えられるので、この制度の活用が大いに期待されている。昭和四十八年度においては、対象人員八万九千人（前年比一万五千人増）、十八億余円（前年比五億余円増）を要求している。この経費の負担区分は、医療費の $\frac{1}{2}$ を公費で負担し、さらにその $\frac{1}{2}$ づつを国と都道府県でそれぞれ負担することになっている。

通院医療は保健所、精神衛生センター等による地域精神衛生対策の強化とともに近年著しく増加の傾向を示している。

2 保健所における精神衛生対策

保健所に設置される精神科嘱託医、精神衛生相談員、保健婦による精神衛生相談、在宅

精神障害者に対する訪問指導などを拡充することなどを中心に、昭和四十八年度においては嘱託医五七七人の人員および単価増、訪問指導件数の大幅増および単価増、申請通報等の調査費の件数および単価増等により大幅の要求増をもち込んで約七千万円（前年比約三千万円増）を要求している。

3 精神衛生センターの整備と運営

精神衛生関係施設の技術的指導体制を早急に充実強化するため、都道府県における精神衛生に関する総合的技術センターとして、精神衛生センターをすみやかに整備する必要がある。このため昭和四十八年度にはA級センター（人口三〇〇万人以上の都道府県に設置し、八二五平方メートル以上の規模）一カ所、B級センター（人口三〇〇万人以下の県に設置し、四九五平方メートル以上の規模）三カ所の新設の施設・設備の整備費と既設のセンターを含めて三三カ所の運営費を要求している。

特に精神衛生センターは地区の精神衛生の技術的中枢機関として重要な役割をもっており、前年度事業に継続してダイケアー事業（六カ所）を考えており、精神衛生センター経費として約一億四千万円（前年比約六千万円

増）を要求している。

4 精神病床の整備

都道府県、市町村及び日赤、済生会等の公的機関の設置するものに対する補助金については、特に四十八年度はアルコール病棟、児童病棟、老人病棟のいわゆる特殊病棟の増設並びに作業療法棟の新設のほか、前年度に引続き木造病床の改築に要する経費に重点をおく考えであるが、精神病院の火災防止のための根本的対策として木造病棟の耐火構造化計画は昭和五十年までに昭和三十年以前の建物四千百床を改築することとしており、来年度は新增設と合せて約一千五百床分約五億三千万円（前年比三億三千万円増）を要求している。

5 精神障害回復者社会復帰センターの整備・運営

このセンターはすでに精神病院での入院治療の必要がなくなった精神障害回復者および在宅精神障害者の社会復帰を促進する施設で、夜間生活指導部（ナイトホステル）、昼間生活指導および作業指導部（ダイケアーセンター）において医学的管理のもとで、必要な生活訓練と職業訓練を行ない社会適応を図る

ことを目的としたものである。このセンターは夜間生活指導部三五人、昼間生活指導部四五人、作業指導部二五人の計一〇五人を収容および通所させ、医師（所長）、精神科ソーシャルワーカー、心理技術者、作業療法士、看護婦および事務職員等によって管理運営されている。なおこのセンターはさしあたって昭和四十五年度にモデルとして一カ所設置されたが、今後全国的に整備することとしており、四十八年度においてはその運営費補助約一千八百万円を要求している。

6 地域精神衛生対策

(1) 精神衛生相談員資格認定講習会

この講習会は精神衛生相談員有資格者の確保によって、保健所における精神衛生業務の推進を図るため、保健婦を対象として行なうもので、国及び都道府県で各々実施している。この認定講習会は国及び都道府県とも昭和四十年より各地区において行なわれ、現在まで約一千六百名の有資格者を養成しているが、今後ともさらに継続していく予定である。

(2) 精神病院技術職員等のための研修

精神病院が新しい医学の進歩に応じて医療内容を常に改善向上させ、また近代的な経営

を行なうよう、精神病院に勤務する医師、事務長、看護婦(士)長、精神科ソーシャルワーカー、作業療法士および衛生検査技師等に対して研修を行なう。

これは昭和四十五年度新たに五百万円予算化され日本精神病院協会に委託して行っているが、昭和四十八年度も引き継ぎ行なうこととして約七百万円を要求している。

(3) 児童精神科医の研修

児童精神障害に関する専門的な知識と医療技術の向上を図り、精神障害児童に対する医療保護の充実を図るため、昭和四十七年度より新たに児童精神医学臨床講習会が開催され、新年度においても引続き実施するため約三百万円の予算を要求している。

(4) 精神衛生思想普及活動

地域精神衛生対策が円滑に実施されるためには住民の精神衛生に対する正しい理解がなくてはならない。これまで精神衛生思想普及活動は保健所や精神衛生センターが中心となつて、講演会、座談会、展示会、広報紙(パンフレット)の発行などを通じて行ってきたが、今後はもっと広く、深く、関係諸機関、ラジオ、テレビ、新聞などマスコミの協力を得て積極的な活動を推進する必要がある。こ

のため昭和四十五年度より日本精神衛生連盟に委託費として二百万円予算化しているが精神衛生思想普及活動の飛躍的進展を図るために四十八年度においては約七百万円の増額を要求している。

8 アルコール中毒対策

近年アルコール中毒者の収容、医療等について社会問題化する傾向にあり、今後の大きな課題となつてきている。

これらに対処するため昭和四十七年度において在院中毒者についての実態調査を実施しその実態を把握するほか、新年度においては民間団体の自主的活動を助長する等地域社会におけるアルコール中毒患者の発生防止と酒害防止を図るため、約七百余万円の予算を要求している。

9 その他

社会の急激な変動に対応した精神衛生に関する諸制度の改善について必要な調査、検討に要する経費のほか、優生保護の適正化等に要する経費を要求している。

精神衛生とは

精神衛生とは、一口にいえば人間の精神的側面を主な対象とする衛生であつて、精神的疾病ならびにもろもろの精神的不健康の予防から、精神的健康の保持向上を目的とするものである。

人の健康とは身体的に健全な状態であるばかりでなく、精神的、社会的にも完全に健全な状態であればならない。

精神の健康とは単に精神的疾患にかかつていないというだけでなく、変化の激しい生活環境のなかでこれに調和し、積極的に生活し得る能力をもっているものをいう。健康な心の持主は、欲求不満などの状態におかれても、反社会的行動に走る等のいろいろの適応障害を示すことはなく、むしろこれらの問題や障害に積極的に立ちむかい、社会的環境を調整し、その結果充分な適応状態をつくりあげる能力をもっているものである。

従来は、疾病の治療の面でも予防の面でも身体的側面に比重がおかれすぎて、精神的側面が軽視されてきた傾向があつたが今後は身体の衛生だけでなく、精神面での衛生が強調

されなければならない。殊に近来、身体衛生においても防疫とか予防接種とかの予防的な面のみでなく健康増進の面が重視されるようになってきている。精神衛生においても、精神障害の早期発見、予防といった面から、さらに精神健康増進のために個人はもとより職場、学校あるいは家庭においていろいろな精神衛生の実践を行なう必要がある。

今後における精神衛生は、幅広い視野で総合的に進め、同時にすでに精神障害のあるものは、すみやかに治療がうけられ、軽快または寛解した場合には偏見をなくし温かく迎え入れるよう配慮がなされるべきである。

乳幼児期の精神衛生

乳幼児期は、基本的な人格形成のみられる時である。日本でも昔から三つ子の魂百までといわれているが、脳神経系の発達も、知能、感情、性格といった基本的な精神的働きの基礎づくりがみられる時である。

脳重量は、出生時三五〇〜三六〇グラム、一年の終りには二倍以上(約八〇〇グラム)、四〜五年には約三倍(約一、一〇〇グラム)となる。身体の発育の中で、脳の発育はきわ

めて目ざましい。それだけに脳神経系の発育にとつて、きわめて重要な時期といえる。

栄養障害、代謝障害、内分泌障害、交通事故などによる頭部外傷、脳炎や脳膜炎、ひきつけといった病気や傷害で、脳神経系の健全な発育が阻害されないように十分な健康管理が必要である。育児の最も基本的な面は、こういう病気や傷害の予防、早期の発見と治療に始まる。

知的な働きは、始めは運動感覚機能と密着して、未分化な状態で現われる。這い、立つ、歩くといった運動機能には、知的な働きが含まれており、ことにガラガスを振る、投げる、つまむ、はさむといった手指の運動は、脳神経系の発達、知的機能と深い関係にある。

さらにことばが現われる。ことばにはお母さんなどの周囲のいうことが理解できるようになり、さらに赤ちゃんことばから一語文へと、話す方も発達して行く。歩行や手指の運動の発達が遅れたり、ことばの発達が遅れている時には、知能の発達の遅れも疑がって調べてみる必要がある。

さらに大きくなると、自分のこと、自分の身のまわりのことを処理したり、親やきょう

だい、友達とのやりとり、遊びなどに、個人差が現われてくる。こういう問題には、知能の問題、性格の問題が関係していると同時に、育児しつけのあり方といった、周囲のあつかい、環境条件によつて左右される面も大きい。

赤ちゃんにも、食物としての栄養だけでなく、両親や家族との接触、交流による、暖かい正しい愛情がなければ、正常な発達はむずかしくなる。授乳、排尿排便のしつけ、だっこをしたりという親との交流、周囲からの暖かい適正な刺激が必要である。

泣いたり笑ったり、くやしがつたり、こわがつたり、やきもちをやいたり、生まれて始めてする、いろいろな情緒的な経験がある。こういう感情的経験と表現の中に、その子ども

の基礎的な性格形成が行なわれている。指しゃぶり、おねしょ、どもりなどの悪いくせが始まることもある。こういう問題には、その子どもの感情生活における問題、欲求不満などが関係しており、正しいしつけ、欲求不満の解消、遊びを通じての明るく楽しい感情的表現活動など、子どものとり扱いに對して十分な考慮が必要である。

学童期・青少年期の精神衛生

人格の基礎の形成される幼児期を過ぎると子供は小学校に入り社会人としての一步をふみ出す。この頃には脳の重さも内部の構造も大人にほぼ近くなり、神経系や内分泌の働きも安定してくる。学童期には運動能力や知能、ことに抽象的思考能力が著しくすすむのでこれらの能力の適当な開発が必要である。現在わが国では学齢児の五割以上が幼稚園や保育園に通っていたといわれるが、やはり義務教育としての小学校入学は、子供にとって母親から離れて現実社会の集団に入る新しい体験であり、この時期には家族以外の教師や友人との関係が重要な意味をもつようになる。母親からの分離が順調に行かないと、登校拒否児や緘黙児などの問題がおこりやすい。わが国の義務教育の就学率は98%以上といわれているが、視力や聴力に障害のある子供、知能のおくれている子供、肢体不自由児、虚弱児、言語や情緒に障害のある子供の教育や指導にはなおおくれている面が多い。ろう児の七割、盲児の四割は義務教育をうけているが、その他の障害児のための治療教育

は今後更にすすめられなくてはならない。非行の最初の症状も学童期に認められることが多いので、精神衛生と教育関係者の協力による「学校精神衛生」対策が必要になる。

年齢が進み思春期になると心身の急激な変動により精神衛生的に多くの問題を生じ易い。もつとも深刻な精神病である精神分裂病や、その他の神経症、自殺、薬物中毒などの問題もこの時期にはじまる。したがって周囲の人びとの配慮による早期発見、早期治療が緊急となる。思春期から青年期にかけて、身体的成熟に伴う本能的欲求の増加は少年を混乱させる。彼らは本能を怖れおさえようとする禁欲的傾向と、衝動に身を任せる快楽的傾向の間を動揺する。近年初潮などの第二次性徴のあらわれが早くなっているが、身体・性的成熟と精神・社会的成熟のアンバランスを少年非行や性的暴力的非行の増加と関係づける考え方もある。

青年期における内的不安定は一面においては知的活動を刺激し、既成の道徳や權威に疑いをもち、自ら人生の意義を考えることに導く。彼らは自己の人格を統合しようとし、社会における自己の役割、進路を見出そうとする。しかし、このような模索は困難なので

失敗する者も多く、あるいは逃避し自己の殻に閉じこもり、あるいは集団をつくり社会を攻撃し破壊的行動をとる。青少年の非社会的行動、反社会的行動の原因としては、社会全体が責任を負うべき部分も多い。戦後のわが国においては人間は封建的な制度や道徳から自由になった面もあるが、同時に家族や伝統に依存することなく、受験や職業上のはげしい生存競争に耐え、人間関係の稀薄な都市化された社会に生きなければならぬ。人の命や生活より経済的利益を優先させるような風潮さえある。青少年に拡大されてみられる孤独感、無力感、焦燥感是他の世代も分けあうものかもしれない。青少年の精神衛生はわれわれ全体が現在真剣に考慮しなくてはならない問題であろう。

壮年期の精神衛生

青年期を過ぎ壮年期にはいると、とくに職場の精神衛生と家庭の精神衛生の二つが大きな問題点となる。

職場では次第に責任ある地位につき、人間関係の問題にたえずストレス状況におかれ、家庭では経済的、心理的負担が増大する。と

くに、青年期危機と並んで向老期（初老期または更年期）の危機が重要である。身体的にも諸器官の退行現象がおこり、動脈硬化や悪性腫瘍にかかりやすく、女子では閉経がある。アルコール嗜癖、初老期うつ病などの精神障害のみならず、離職、定年、能力低下、過労などのさまざまな適応障害も起りやすい。

とくにいわゆるエージングの問題があり、向老を自覚することである。それは身体的違和感が根底にあつて、歯牙脱落、頭髮の變化、性的減退、視聴力障害などの身体症状、疲労増大、氣力減退、記憶減退、過去に対する過度の反省などの精神的徴候がしばしば問題になる。

前者すなわち身体徴候では、心身の退行と疾病が問題になるが、この種の現象はその多くが間葉系組織の變化であつて、緒方知三郎博士のいわゆるニセの老化である。これに対して真の老化である神経組織や上皮組織の胚葉系の老化は向老期にはまだ始つていない。したがつてそのさいの多くの精神的徴候は社会的な人間関係や心理的葛藤から起るものが多い。

女性の閉経期はその典型であり、閉経に伴

う身体的違和のみならず、閉経が女性としての能力や魅力の喪失としてうけとられる。ペニングトンは閉経期女性の精神徴候として、不快、興味喪失、抑うつ、優柔不断、過敏、自己憐びん、猜疑、劣等感、自己破壊性、責任性の誇張などを挙げている。このような情緒不安は生理的のみならず、社会、心理的根拠をもつており、たとえば育児や家事に没頭して、自己の欲望を抑え自己犠牲的生活を送つてきた母親が、子どもが独立し離れていくに伴つて、更年期症状によく反応する例がよくみられる。

男性も初老の中たるみといい、それまで緊張していたものが心身機能の低下や、興味や関心の減退といった形であられる。このさいも、家庭の負担の増大、職場における能力や成功の限界といった条件が働いていることが多い。

これらの向老期危機がさまざまな適応障害として現われるのだが、これを早期に発見し処理するとともに、このうちには初老期うつ病や、アルコール精神障害のような神経精神疾患が含まれており、ことに初老期うつ病による自殺や一家心中などという悲劇や、初老

期妄想症による反社会行動などは、早期治療

によつて防止し得るものである。このさいにも向老期精神障害の早期発見、早期治療と社会復帰とともに、正常の向老期現象に対する精神健康の促進が併行して進められる必要がある。

老年期の精神衛生

日本人の平均寿命の延長とともに老年人口は毎年増加の傾向にある。これに伴つて老年期の精神障害および一般老人の適応障害が増加しており、欧米における老年者の精神衛生と同様の重要性が日本でも次第に明かになっている。

老年期の精神変化の一つは知的能力や学習能力を含む能力低下にあり、それはいわゆるボケとして示され、さらには脳萎縮や脳細胞變化に伴う痴呆としての病的状態を示すに至る。他の一つは感情変調であり、柔軟性の欠如、自己統制の減退、さらに心気傾向を主体とする自己身体へのつよい関心、妄想傾向、不安などとして示される。前者の著しいものは老年痴呆であり、後者は脳動脈硬化である。

アメリカのキャバンによる十五項目からな

る精神老化度測定によれば、記憶障害、仕事に対する消極性、自己中心性、昔語り、愚痴、無感心、孤独、学習困難、わずらわしいことを避ける、交際の消極性、社会変化への猜疑、切りかえの困難、高度の吝嗇などが挙げられる。一般に心気傾向のつよい老人ほど、自覚的精神老化度が過大に評価される。このさい身体的老化度と精神的老化度のアンバランスが問題となり、その不調和が一方では老人ノイローゼ、他方では反社会行動として示されることになる。

欧米の精神病院では老人の精神障害者の入院比率がたかく、たとえばアメリカの州立精神病院在院患者の約三〇パーセントが六五歳以上の老人である。日本では六〇歳以上の入院率が三パーセントでまだ低いが、これには老年人口比率の差もあり、都会では八一九パーセントにのぼるところもある。従来は不適応老人が家庭に保護されていたのが、家族制度や形態の変化とともに、核家族へと移行しつつあり、とくに都会では老年者の適応が次第に困難になりつつあり、精神病院入院老人も次第に増加しつつある。

このことを裏書きすることは、厚生省が昭和二十九年と同三十八年度に行なった全国

精神障害者実態調査であり、後者ではとくに脳血管性や老年性精神障害がより多く発見されており、対人口比も欧米並みに若年人口よりも老年人口に高くなっている。この現象は将来次第に著しくなってくるにちがいないと思われる。

老年期の精神衛生にとつても重要なことは、これらの老年期精神障害を含む適応障害の早期治療とともに、一般老人の精神健康の保持にとつてめなければならない。それには老年期においても家庭や社会のために役立つという役割意識をもたせ、役割期待が生ずるよ

わが国の精神衛生

一 精神衛生の歩み

明治初期

明治初期においては、精神衛生対策としては全く法的規制のないままに推移していた。

うな方策が講じられなければならない。病院・施設内でのリハビリテーション活動を活発にするのみならず、家庭老人に対する老人クラブや老年者通園センターなどにおける精神衛生的考慮が十分に払われるよう、精神科医をはじめとする精神衛生の専門家が、これらの領域で活動し得る基礎がつくられる必要がある。

執筆者

乳幼児期―菅野 重道

学童期・青年期―池田 由子
壮年期・老年期―加藤 正明

この時期においては、精神医学は進歩しておらず、精神病の治療は、そのほとんどが加持祈禱に頼っており、社寺の楼塔は精神病患者の収容施設のごとき観があった。

明治の衛生行政が、本格的軌道にのり出したのは、明治六年、文部省の医務課が医務局となり、明治七年、医制が發布されてからで

あり、この医制の一つに癲狂院の設立に関する規定がある。しかし、癲狂院の設置は遅々として進まず、ほとんどすべての精神病患者の大多数は、私宅に監置されて、人間的な取扱いをうけていなかった。

精神病患者監護法の制定

と呉秀三纂記「精神病学」が発行される等医学の面においても徐々にその基礎が固められて行つた。

な消極的な範圍に止まらせて置くことができなくなつた。すなわち、明治三十四年には本邦精神医学の先駆者といわれる呉秀三が東大教授となり、明治三十五年には精神病患者救済会が設立され、日本ではじめて精神衛生運動が行なわれるようになり、さらに、日本神経学会も発足し、また三十九年、「官立医学校三精神科設置」の決議を行なつたし、明治四十年には、北海道に道府県外の公立精神病院の初として、公立函館区立精神病院が開設された。明治四十二年に、明治四十一年一月以降、公立精神病院およびその退院者につき

しかしながら、近代西洋医学が、漸次輸入され、これに基づいた衛生行政が行なわれるようになるにつれ、精神衛生対策の面も新たな方向へと展開して行くことになつた。すなわち、明治八年には、ドーニッツが警視庁において精神病の講義を行なつたし、日本最初の公立病院である京都府癲狂院が設立され、九年には、近代精神病学初の専門書である「精神病的説」が出版され、十一年には、日本最初の近代的私立病院として加藤風癲病院が開設され、十二年には、ベルツ博士が東京大学においてはじめて近代精神病学をまたローレッツ博士が愛知医学校において精神病学を講義した。十三年には医学校初精神病学が愛知果病院に設置され、十七年には、岩倉が愛知果病院に設置され、十九年には、帝大医科倉癲狂院が開設され、十九年には、同年十二月に大学に精神病学教室が置かれ、同年十二月には、日本人最初の講義として榎俣教授が東大において精神病学の講義を行なつた。さらに二十八年には、代表的な精神病学の成書とし

明治三十年代になると、これまで相当長い間もっぱら地方の規制に委ねられていた精神障害者に関する全国的法規制がようやく出現するにいたつた。すなわち、まず路頭にさまよう救護者のない精神病患者の保護の規制として、明治三十二年「行旅病人および行旅死亡人取扱法」が公布され、ついで明治二十年のいわゆる相馬事件などが重要なきっかけとなつて精神病の保護に関する最初の一般的法律「精神病患者監護法」が明治三十三年三月公布され、同年七月一日施行となり、また同年六月二十八日「精神病患者監護法施行規則」が定められて、精神病患者の監督および保護の責任を明らかにし、不当な人権侵害を排除し、さらに監督の実施を行政庁の許可または届出とし、監督の適正を図つた。しかしながら、監置の方法において私宅監置をも許していたので、医療保護の面では、きわめて不十分であり、社会の変化に伴う精神病患者の漸増と精神医学の進歩とは、精神障害者対策をこのよう

詳細な調査を行なつた結果、患者数二万五千、病床二千五百、私宅監置約三千というような精神病患者の実態が明らかになり、その収容施設の整備拡充の必要がわかつた。明治四十四年、「官公立精神病院設置」の決議がなされた。

精神病院法の制定

明治末年にいたつてようやく近代国家としての体制を整えたわが国は衛生行政の面においても新たな段階に入り、さらに社会生活の複雑化に伴う精神障害者の増加と医学の一般の進歩は、監護の段階から医療対策へと前進

せざるを得なかつた。

さらに大正五年、保健衛生調査会が設置され、大正六年六月三十日、精神障害者の全国一斉調査が行なわれ、精神病患者総数は約六万五千、精神病院等に入院中のもの約五千、私宅監置を含めて約六万の患者が放置されているという実状、病院を含む精神病患者收容施設をもつてない県が二八県もあり、在院患者のほぼ四分の三が東京、京都、大阪におり、東京にはその二分の一が收容されている等の実態が明らかになった。このような現状により、大正八年、「精神病院法」が公布された。

この法の制定により、国は都道府県にたいして精神病院の設置を命ずることができるようになり、かつその設置された病院にたいし、国庫補助を行なうことになり、精神病院の普及が図られることになった。こうして大正九年には日本精神病院協会が設立されたのである。

しかしながら、公立精神病院の建設は予算不足等のため遅々として進まず、僅かに、大正十四年の鹿児島保養院、昭和元年の大阪中宮病院、昭和四年の神奈川芹香院、昭和六年の福岡筑紫保養院、昭和七年の愛知城山病院を数えるのみであつた。

精神衛生法の制定

前述のごとく、公立精神病院の建設は遅々としてはかどらなかつた。しかも在野精神障害者数は増加し、昭和六年の調査によれば患者総数七万余にたいし、收容数は約一万五千であり、諸外国に比して人口あたり病床は十分の一の低さを示し、病院数約九〇で、病院法による施設をもつ府県は僅か三府一七県であつた。昭和元年には日本精神衛生会が設置され、さらに昭和十三年に厚生省が設置され、衛生行政の機構が確立されたにかかわらず、精神衛生対策は十分な効果をあげるにいたらなかつた。ことに戦時においては、精神患者の保護は全くかえりみられず、精神病床も戦火による消失や経営難により閉鎖され、昭和十五年には、約二万五千床もあつた病床は終戦的には約四千床にまで減少した。

戦後は欧米の最新の精神衛生に関する知識の導入があり、かつ公衆衛生の向上増進を国の責務とした新憲法の成立により、精神障害者の医療保護の徹底化と精神衛生が単に精神病の治療のみならず、その予防から広く一般国民の精神的健康の保持向上におよぶべきであるという理念が台頭するようになり、昭和

二十五年、医療保護のみならず予防対策を含めたはばの広い「精神衛生法」が制定されたのである。この法律の制定により、従来の私宅監置制度は原則として廃止され、精神病患者は医療機関で医療保護をうけることになり、鑑定医制度が採用されて精神障害者の人権が尊重されることになり、また対象を精神病患者のみならず、精神薄弱者、精神病質者等にまで拡大し、精神衛生対策の飛躍的發展を期したのである。

精神衛生法以後

昭和二十七年には、国立精神衛生研究所が設置され、精神衛生に関する総合的な調査研究が行なわれることになった。

昭和二十八年には、日本精神衛生連盟が結成され、同年十一月には第一回全国精神衛生大会が開催された。

一方、この年の精神病床は約三万床で、昭和十五年の約二万五千床にくらべようやく戦前に回復したが、昭和二十九年七月の全国精神障害者実態調査によれば、精神障害者の全国推定数は一三〇万人、うち要入院は三五万人で、病床はその十分の一にもみたないことが判明し、よつて同年法改正を行なつて非営利

法人の設置する精神衛生の設置および運営に要する経費にたいし、国庫補助の規定が設けられ、これが重要な契機となつて、病床は急速に増加し、いわゆる精神病院ブームの現象を呈し、五年後の昭和三十五年には約九万五千床に達し、精神障害者にたいする医療保護は飛躍的に發展した。

昭和三十一年四月一日、厚生省公衆衛生局に精神衛生課が新設され、精神衛生行政は一段と強化されることになった。

また、治療についても従来の療法に加えてクロループロマジン等の薬物療法さらに心理療法や作業療法等の治療方法が進歩してその寛解率は著しく向上し、在院期間が短縮され、かつ、これに伴ない予防対策や在宅障害者対策が次第に注目されるようになった。

さらに昭和三十八年には画期的な精神障害の実態調査が行なわれ、この調査によつて全国的な精神障害者の数、医療の普及度等が明らかになり、昭和二十五年制定の精神衛生法は、このような状況の推移、社会情勢の著しい変化、精神医学の目ざましい進歩という新しい事態に即応し得なくなつてきたので、精神障害に關する発生子防から、治療、社会復帰までの一貫した施策を内容とする法の全

面改正の準備がなされていた。ところがたま三十九年三月、有名なライシヤワー事件が発生し、精神障害者の不十分な医療の現状が大きな社会問題となり、これがため準備中の法改正は一層拍車をかけられることになつた。よつて同年五月厚生大臣は法改正について、その諮問機関である精神衛生審議会に諮問し、その答申を得て、同年二月、精神衛生法の一部を改正する法律案が第四八回国会に提出され、昭和四十年六月三十日をもつて公布施行されることになった。

この法改正により、都道府県ごとに新たに技術的中枢機関として精神衛生センターが設けられることになつたほか、保健所は地区における精神衛生行政の第一線機関となり、在宅精神障害者の訪問指導、相談が強化され、さらに通院医療にたいする公費負担制度が新設され、精神衛生対策は一層その充実が期待されることになつた。

二 精神衛生行政の組織

精神衛生行政は公衆衛生行政の一部門である。衛生行政は、家庭や地域社会を対象とす

る一般衛生行政と、学校生活を対象とする学校保健行政および職場における生活を対象とする労働衛生行政に三大別される。一般衛生行政は、さらに(1)予防接種、集団検診等予防医学を主体とする予防衛生行政、(2)栄養改善、精神衛生、スポーツ等健康増進を目的とする保健衛生行政、(3)上下水道、汚物等衛生工学を主体とする環境衛生行政、(4)医療の普及向上をはかる医務衛生行政、(5)医薬品の生産配給と販売等に関する薬務行政の五つに大別され、これらのうち、(1)、(2)をあわせて公衆衛生行政とよばれている。

これらの衛生行政の活動分野に対応して、いわゆる衛生行政組織がある。

一般衛生行政の体系としては、国(厚生省)―都道府県(衛生主管部局)―保健所―市町村(衛生主管部局課)の一貫した体系が確立されている。

精神衛生行政の組織についてみると、国のレベルにおいて衛生行政を担当しているのは厚生省であり、その厚生省で直接衛生行政に關係ある内部部局は、公衆衛生局、環境衛生局、医務局、薬務局のいわゆる衛生四局で、精神衛生を担当する局は公衆衛生局である。このほか、厚生省の附屬機関として国のレベ

ルにおける科学技術の中核的役割を果たす機関として国立精神衛生研究所があり、また民衆行政の運営をはかるための機関として中央精神衛生審議会が設けられている。

つぎに都道府県では、精神衛生行政を担当する衛生主管部(局)があり、その一課である精神衛生主管課(保健予防課、公衆衛生課等)が直接精神衛生行政を担当している。また都道府県には、精神衛生の向上をはかるための施設として精神衛生センターが設けられているほか、知事の諮問機関として、精神衛生に関する事項を調査審議するための地方精神衛生審議会および通院医療の申請に関する事項を調査するための精神衛生調査協議会が設けられている。

都道府県内の地区には、地区における精神衛生行政を担当する保健所があり、その標準組織は、総務、衛生、保健予防、普及の四課十七係であり、直接精神衛生を担当するのは保健予防課の精神衛生係である。

市町村における組織は都道府県に準じていて、それぞれ精神衛生主管部(局)、課、係が設けられている。

これらの精神衛生行政の組織を图示すれば次のとおりである。

厚生省 公衆衛生局―精神衛生課
 国立精神衛生研究所
 中央精神衛生審議会
 都道府県 衛生主管部局―精神衛生主管課
 地方精神衛生審議会
 精神衛生調査協議会
 精神衛生センター
 保健所―保健予防課―精神衛生係

市町村 衛生主管部(局)・課・係
 イ 国立精神衛生研究所
 国立精神衛生研究所は、昭和二十七年に設置され、精神衛生に関する調査研究ならびに精神衛生関係職員の研修をその任務とし、精神衛生部、児童精神衛生部、社会精神衛生部、身体病理部、精神薄弱部、優生部、社会復帰部の研究七部と総務の一課がおかれている。

ロ 中央精神衛生審議会
 精神衛生行政の実施にあたり、精神衛生に関する事項を調査審議し、行政の公正妥当を期するため、厚生省の附属機関として中央精神衛生審議会が置かれている。この審議会は厚生大臣の諮問に答えるほか、精神衛生に関する事項について関係大臣に意見具申をする権限を有している。審議会の委員は一五人で

関係予算

(単位：千円)

2. 精神衛生関係施設整備補助			3. その他	合計 (1~3)	
精神病院整備費補助金 (1)	精神衛生センター整備費等補助金 (2)	小計 (1)~(2)			
349,258	41,051	390,309	19,629	16,369,291	
330,441	38,599	369,040	29,802	21,108,724	
338,021	48,080	386,101	28,554	22,504,940	
293,819	47,509	341,328	29,375	25,200,703	
257,822	50,144	307,966	42,273	28,002,176	
234,167	96,732	330,899	69,062	36,207,033	
204,945	40,266	245,211	67,673	39,709,681	
193,134	43,067	236,201	76,723	51,198,006	

任期三年、精神衛生に関し学識経験ある者および関係行政機関の公務員のうちから、厚生大臣が任命する。

ハ 地方精神衛生審議会

都道府県における精神衛生行政に関し、必要な事項を調査審議するため、各都道府県ごとに地方精神衛生審議会が置かれている。この審議会は、都道府県知事の諮問に答えるほか、精神衛生に関する事項に関して都道府県知事に意見を具申することができる。審議会の委員は一〇人以内、精神衛生に関し学識経験のある者および関係行政機関のうちから都道府県知事が任命し任期は三年である。

ニ 精神衛生診査協議会

都道府県における通院医療費公費負担にたいする申請に関して必要な事項を診査し、公費負担の決定に関して都道府県知事に意見を具申する機関で、各都道府県ごとに設置されている。この協議会の委員は五人で、精神障害者の医療に関する事業に従事する者および関係行政機関の職員のうちから都道府県知事が任命し、任期は二年である。

三 精神衛生の財政

(一) 精神衛生関係予算

精神衛生対策は、厚生省における重点施策であるのでその伸びはまことにめざましいものがある。昭和四十七年度の国の精神衛生関係の予算総額は五一二億円で、これを精神病院法の制定当時の予算約三万円にくらべると驚異的な数字であり、さらに昭和四十年年度の一六四億、四十六年度三九七億円と著るしい増加を示している。

(二) 国庫補助

要入院患者に比し、精神病床が不足しているため、昭和二十七年以降、都道府県立の精神病院の新設および増床にたいして補助金を交付し、その整備促進がはかられている。昭和二十九年以降は、さらにこれら都道府県立以外の市町村立および日赤、厚生連等の公的医療機関立の精神病院にも補助が行なわれている。これら精神病院にたいする補助は、精神衛生法に基づき、その要する費用の二分の一以内の額とされており、その予算額は、

表1 精神衛生

事項 予年 算次 額別	1. 精神衛生費補助					小計 (1)~(4)
	精神障害者措置 入院費等補助 金(1)	診療院補助 金(2)	施設補助 金(3)	事務補助 金(4)	精神衛生センター 運営費等補助 金(5)	
40年度	15,694,323	215,307	33,869	15,854	15,959,353	
41	20,004,472	673,556	41,160	6,802	20,725,990	
42	21,437,160	597,723	44,013	11,389	22,090,285	
43	24,200,074	570,235	43,058	16,606	24,830,000	
44	26,982,221	602,652	47,247	19,817	27,651,937	
45	35,061,639	665,559	52,212	27,662	35,807,072	
46	38,429,040	875,364	56,955	35,438	39,396,797	
47	49,473,340	1,291,747	64,301	55,694	50,885,082	

(注) 予算額は当初予算である。

昭和二十七年年度の六千八百万円から、三十年代二億八千万円、三十五年一億五千万円、四十年三億五千万円と増加し、これらの国庫補助が重要な契機となり、病床は急激に増加し、昭和二十八年の三万床から、三十五年には九万五千床、四十年には一七万床、四十七年四月現在では二五万四千床に達した。また、措置入院には $\frac{1}{10}$ 、通院医療には $\frac{1}{2}$ の補助が行なわれるほか、法施行事務費あるいは精神衛生センター整備についても国庫よりの補助が行なわれ精神障害者の医療保護は飛躍的に発展した。

(三) 資金の助成

国は地方公共団体の行なう病院事業にたいして、政府資金等により資金の助成を行なっているし、公立病院以外の病院には医療金融公庫により、資金の助成を行なっている。

医療金融公庫による融資は、精神病院の新増改築機械購入、運転資金等にたいして、昭和三十五年度から、厚生年金の融資は昭和二十七年年度から、国民年金の融資は昭和三十六年度からそれぞれ開始された。

これらの資金の助成は、前項の国庫補助と相並んで精神病床の増設等に大いに寄与して

表2 医療金融公庫融資の状況

	総 融 資 額	総 病 床 数	精 神 病 床 数
昭和35年度	4,152,060千円	10,881床	2,434床
36	6,914,800	15,833	7,659
37	11,863,880	17,634	8,013
38	11,862,960	15,209	6,127
39	14,536,190	16,768	7,170
40	17,068,100	20,770	8,445
41	20,700,000	23,066	8,681
42	23,121,490	16,711	6,147
43	28,666,780	13,702	3,057
44	37,259,680	17,284	6,057
45	32,657,250	12,425	2,291
46	12,548,016	11,523	1,817

四 精神障害者の実態

(一) 精神障害者とは

表3 医療金融公庫による精神病院への貸付状況

区 分	新設により増加したもの			病床の増設により増加したもの			既存病床を建替え(改築を含む)したもの			合 計		
	施設数	病床数	金額	施設数	病床数	金額	施設数	病床数	金額	施設数	病床数	金額
昭和42年度	242	412	686,100	483	735	1,002,874	422	654	855,726	1148	801	2,544,700
43	9	785	391,800	442	272	961,430	391	912	947,370	924	969	2,300,600
44	222	297	992,400	683	748	1,505,996	522	587	1,216,704	1498	632	3,715,100
45	7	712	333,900	361	579	1,147,842	282	604	1,579,058	714	895	3,060,800
46	3	313	192,000	531	504	769,373	557	891	1,699,427	1119	708	5,660,800

注 表2、3表とも次により計上した。

- (1) 各年度に貸付決定した精神病院(精神病床が全病床のうち過半数を占めたもののみ)について計上した。
- (2) 金額は建築資金を計上した。

精神衛生法においては、その目的である精神障害者の医療および保護を全うするため、対象範囲を明確にする必要がある、第三条で「精神障害者とは、精神病者（中毒性精神病者を含む）、精神薄弱者および精神病質者を含む。」と定義している。

昔は精神病というのは原因が不明なので症状によって診断していくより仕方がないと考えられていた。たとえば放火狂とか色情狂とかの診断が行なわれたのである。しかしながら精神病もまた原因によって分類しなくてはならないという考え方が起り、現在では一般にはその原因に従って内因性精神病と外因性精神病に分けるのが普通である。

内因性精神病と外因性精神病

内因とは内部の原因で素質（素因）とも呼ばれ、外因とは外部的原因でそのなかに身体的原因と社会的・心理的原因とが、含まれる。通常、精神病は内因と外因とのからみ合いから起り、内因が大きければ外因は小さくとも発病するし、また反対に外因が大きければ内因は小さくとも発病する。内因が主因である精神病は内因性精神病と呼び、精神病になりやすい体質的な傾向があり、そのため軽い外因で発病しやすいもので、その代表的なものと

表5 昭和38年精神障害実態調査

精神障害者数

	全国推計数	有病率人口千対
総 数	124万人	12.9
精 神 病	57万人	5.9
精神薄弱	40万人	4.2
その 他	27万人	2.8

処遇現在精神障害者百分率

	医療を		精神衛生等 相談所の 施設を 受ける	在宅の 患 者
	総 数	うけて いる		
総 数	100	30.1	5.2	64.7
精 神 病	100	45.4	1.9	52.7
精神薄弱	100	6.0	13.0	81.0
その 他	100	33.3	0.8	65.9

必要な処置別精神障害者・有病率

総 数	人口 千対 有病 率	精神病院を 入院する 要するも の				精神病院 以外に 収容す るも の				在宅の まま 治療 する も の			
		万人	万人	万人	万人	万人	万人	万人	万人	万人	万人	万人	万人
総 数	124(12.9)	28(3.0)	7(0.7)	89(9.3)	124(12.9)	28(3.0)	7(0.7)	89(9.3)	124(12.9)	28(3.0)	7(0.7)	89(9.3)	
精 神 病	57(5.9)	21(2.2)	2(0.1)	35(3.6)	57(5.9)	21(2.2)	2(0.1)	35(3.6)	57(5.9)	21(2.2)	2(0.1)	35(3.6)	
精神薄弱	40(4.2)	3(0.4)	5(0.5)	32(3.3)	40(4.2)	3(0.4)	5(0.5)	32(3.3)	40(4.2)	3(0.4)	5(0.5)	32(3.3)	
その 他	27(2.8)	4(0.4)	—(0.05)	22(2.3)	27(2.8)	4(0.4)	—(0.05)	22(2.3)	27(2.8)	4(0.4)	—(0.05)	22(2.3)	

表4 昭和29年精神障害実態調査

精神障害者数

	全国推計数	有病率人口千対
総 数	130万人	14.8
精 神 病	45万人	5.2
精神薄弱	58万人	6.6
その 他	27万人	3.0

処遇の状況

在宅のまま精神科専門の指導をうけている	精神病院または精神病室に入っている	在宅のまま精神科専門医以外の医師保健所により指導をうけている	その 他
1%	3%	5%	91%
1.24万人	3.72万人	6.20万人	118万人

必要な処置別精神障害者数

	全国推計数	有病率人口千対
総 数	130万人	14
要収容治療	46万人	5
要家庭治療	38万人	4
要家庭指導	46万人	5

して、精神分裂病、躁うつ病、真性てんかんおよび一部の精神薄弱が考えられている。

外因性精神病は物理的・生理的な侵害が身体に加わっておきる精神病（たとえば、脳外傷、脳膜炎、脳炎、脳梅毒、脳動脈硬化、一般の急性伝染病、急性慢性中毒、内分泌疾患、代謝疾患、ビタミン欠乏などの際にみられるもの）と社会的・心理的原因、たとえば親子、夫婦、家族、職場、恋愛などにおける人間関係の葛藤などが原因となっておきる精神病で、この代表が神経症（ノイローゼ）である。

以上が現在一般につかわれている原因のわけ方であるがなかなかこの二つだけに割り切れないものがある。

通常精神病という場合には、精神分裂病（症状による病型に単一型、破瓜型、緊張型、妄想型等がある。）、躁うつ病、てんかん、中毒性精神病（アルコール中毒、麻薬中毒等によるもの）、脳器質性精神病（頭部外傷、脳の血管障害、脳腫瘍、脳梅毒等によるもの）を含み、精神薄弱にはその症状として白痴、痴愚、ろ鈍がある。その特殊型として、ダウン症候群、クレチン病、小頭症、フェニルケトン尿症等がある。精神病質は性

格異常で、ヒステリー性性格異常、分裂症性性格異常、てんかん性性格異常、執着性性格異常がある。神経症には不安神経症、神経衰弱、心気症、強迫神経症、ヒステリー等がある。

(二) 精神障害者数

わが国においては、昭和二十九年および三十八年に精神衛生実態調査を全国調査として実施し、入院中の精神障害者のみでなく、家庭にいる精神障害者の実態、その社会的経済的背景から、治療による将来の見通しなどを調査した。昭和三十八年の精神衛生実態調査を主とし、比較可能なものは二十九年と対比しつつ述べることにする。

一、精神障害者

昭和三十八年の調査では、精神障害を統計上、精神病、精神薄弱、その他に区分し、精神病には精神分裂病、躁うつ病、てんかん、脳器質性精神障害、その他の精神病を含めている。精神薄弱は精神医学的に白痴、痴愚程度を対象とし、その他には中毒性精神障害、精神病質、神経症その他を含めている。

（脳器質性精神障害とは梅毒性精神障害、初老期老年精神障害、脳動脈硬化症、脳卒中

表7 脳器質性精神障害

	38 年
脳器質性精神障害	100.0%
脳血管性によるもの	51.6
頭部外傷によるもの	16.8
脳炎脳膜炎によるもの	9.5
梅毒によるもの	6.3
老人性痴呆奇型その他	15.8

表6 精神病総数・有病率

	(人口千対)	
	29 年	38 年
精神病総数	5.2	5.9
精神分裂病	2.3	2.3
躁うつ病	0.2	0.2
てんかん	1.4	1.0
脳器質性精神障害	1.0	2.2
その他の精神病	0.3	0.2

後遺症、頭部外傷後遺症等をいい、中毒性精神障害とは、アルコール、麻薬、睡眠剤、覚醒剤その他による慢性中毒をいう。）

二、精神障害者数、有病率

全国精神障害者推計数は一二四万人、人口千人につき一二・九人である。二十九年調査では、全国で一三〇万人、人口千人につき一四・八人である。

〔精神病〕精神障害のうち、精神病五七万人、人口千対五・九で、二十九年は四五万人、人口千対五・二である。精神分裂病は二二万人、人口千対二・三、躁うつ病は二万人、てんかん一〇万人でそれぞれ人口千対〇・二、一〇で二十九年とあまり変化がない。脳器質性精神障害は二一万人で人口千対二・二で二十九年の人口千対一・〇に比し約二倍の増加である。この脳器質性精神障害の約半数が脳血管性で、その他は頭部外傷、老人痴呆等であり、いずれも最近いわれるようになった人口の老年化や交通事故の影響によるものである。

〔精神薄弱〕精神薄弱は、その程度によって白痴、痴愚、ろ鈍にわけられるが、調査ではろ鈍を除外して精神医学的に白痴、痴愚と診断されたもののみを対象とした。この概念にはいる精神薄弱は四〇万人、人口千対四・

表8 診断別精神障害者有病率百分率

(昭和38年)

	総数	精神病								その他			
		総数	精神分裂症	躁うつ病	てんかん	脳器質性	精神障害	その他	精神弱 白痴のみ	総数	中毒性	精神病質	神経症	その他
全国推計	万人 124	57	22	2	10	21	2	40	27	7	5	10	4
人口千対有病率	12.9	5.9	2.3	0.2	1.0	2.2	0.2	4.2	2.8	0.7	0.5	1.1	0.5
百分率	100.0	46.1	17.8	1.6	8.1	16.7	1.9	32.3	21.6	5.5	4.2	8.4	3.5

表9 性年令別推計人口

	総数	年令						
		0~9	10~19	20~29	30~39	40~49	50~59	60以上
昭和29年	千人 87,679	20,044	18,178	15,713	10,775	9,089	6,862	7,037
昭和38年	96,156	15,937	20,322	17,279	14,978	10,259	8,287	9,094

表10 年令別精神障害者推計数

	昭和29年			昭和38年		
	推計人口 千人	精神障害者 千人	有病率 (人口千対)	推計人口 千人	精神障害者 千人	有病率 (人口千対)
総数	87,697	1,300	14.8	96,156	1,240	12.9
0～9才	20,044	114	5.7	15,937	123	7.7
10～19	18,178	282	15.5	20,322	232	11.4
20～29	15,713	256	16.3	17,279	135	7.8
30～39	10,775	227	21.1	14,978	235	15.7
40～49	9,085	176	19.4	10,259	198	19.3
50～59	6,862	124	18.1	8,287	136	16.4
60～	7,038	121	17.2	9,094	181	19.9

二である。

〔その他〕中毒性精神障害は七万人、精神病質は五万人、神経症は一〇万人、その他が四万人で人口千対それぞれ〇・七、〇・五、一・一、〇・五である。

三、性、年齢別

性別の精神障害者数は男六六・四万人、女五七・四万人で人口千対男一四・一、女一一・八で男に高い。二十九年の調査でも同様である。

年齢別にみると一般的に年齢の高くなるほど有病率が高くなる傾向がある。

年齢別に診断別構成をみると若年齢では精神薄弱の割合が高いが青壮年層では精神分裂病その他の割合が多くなる。そしてさらに年齢が高くなるにつれて、脳器質性精神障害の占める割合が多くなる。

四、精神障害者の社会経済的背景

〔地域別〕地域を農業漁業地区、商業工業地区その他の三地区に区分して精神障害者の有病率をみると農漁地区が最も高く、ついで商工地区、最も低いのが住宅地区である。また地区を六大都市、その他の都市、郡部に三区分してみると郡部に最も高く、ついでその他の都市、最も低いのは六大都市である。

〔世帯業態別〕世帯を事業経営者、常用勤労者世帯、農家世帯、日雇労働者その他の世帯にわけると、日雇労働者その他の世帯の有病率が最も高い率を示し、ついで農家世帯に高く、事業経営者、常用勤労者世帯の有病率が最も低い。

〔医療保険加入階層別〕健康保険、船員保険等の各種保険に加入していたり、生活保護法の適用を受けていたりという加入階層別に有病率をみると、最も高いのが生活保護階層で千対一二・五・三、ついで日雇健康保険の千対四〇・二、国民健康保険は千対一五・八で最も低いのは健保、船保、共済保険の本人で千対四・七である。

〔所得別〕低所得階層あるいは低消費階層世帯ほど有病率が高い。

〔精神障害者の医療と指導〕三十八年の調査で精神障害者のどれだけが医療と指導をうけているかというところ一二四万人のうち、医療をうけているもの三〇・一％、指導をうけているもの五・二％、医療も特別の指導もうけないで家庭にいるもの六四・七％である。

このような状況にたいしてどのような措置が必要であるかというところ、精神病院に入院治療を要する者二八万人、精神病院以外の施設

に收容を要する者七万人、在宅のままで精神神経科医の外來治療または指導を必要とする者四八万人、在宅のままその他の指導を要する者四一万人あわせて一二四万人ということになる。

五 精神障害者の医療保護

精神障害者は、精神障害のために生活の維持あるいは財産の保全能力を欠き、また病識を有しないため、精神障害の医療を受けようとしていない場合が多い。この精神障害者にたいして必要な医療および保護を加えて、精神障害の治療をはかるとともにあわせて他人に危害をおよぼすことを防止することが必要である。

このため精神衛生法では、保護義務者を定めたり、申請、通報、届出あるいは精神鑑定、措置入院、緊急入院、同意入院、仮入院、通院医療等や精神障害に関する相談、訪問指導について規定を設け精神障害者の医療保護を行なっている。

(一) 精神病院

精神衛生法第四十八条の規定により、精神障害者は、精神病院または他の法律によつて認められた施設以外の施設に收容してはならないことになっている。

この精神障害者を收容治療する病院にはすべての病床が精神病床のみのいわゆる単科の精神病院とその他の病院に精神病室が併設されているものと二種類がある。

また開設者別にみると国立、都道府県立、市町村立、日赤、済生会、厚生連等の公的医療機関立（公立）、個人、法人立（私立）のものがある。

昭和四十六年十二月末で、単科精神病院は九〇〇、併設精神病床を有する病院は四八八で計一、三八八施設であり、総精神病床数は二五三、四六二、入院患者総数は二五七、一六四人である。

精神病床は従来年々約一万床の増加をみているが、この増加は、国公立にくらべ、医療法人および個人立のいわゆる私立病院の病床増によるもので、これらの全精神病床にたいする割合は、国公立二割、私立八割となつていて諸外国では、国公立の割合が大きくわが

国のそれとは逆の関係になっている。

精神病院は従来のごとき隔離拘禁主義から開放治療主義へと進み、作業療法等いろいろな治療方法がとり入れられ、建築的にも近代的となり昔日の精神病院の暗い影は次第になくなって近代化への脱皮が急速に進んでいる。

精神病院における今後の問題点は、増床もさることながら、施設、設備の質的改善であり、さらに、リハビリテーション、小児、老人あるいはアルコール中毒等のための特殊棟の新設等にある。

一、都道府県立精神病院

都道府県は、精神衛生法によつて、精神病院を設置する義務を課せられている。都道府県の設置する精神病院は、精神衛生法による精神障害者の医療および保護のための施設として、きわめて重要な位置を占めるものである。国は都道府県が設置する精神病院および精神病院以外の病院に設ける精神病室の設置に要する経費にたいしてその二分の一を補助している。

二、指定病院

都道府県には精神病院の設置義務が課せられているが、現実には、これのみによつて

表11 単科精神病院数，精神病床数および病床利用率の年次推移

年次	全精神病床数	単科精神病院病床数	一般病院精神病床数	全精神病床利用率(年間)	単科精神病院数
昭和30年末	44,250	35,841	8,409	111.1	260
32	64,725	51,196	13,529	103.4	371
34	84,971	67,319	17,652	104.7	476
36	106,265	81,960	24,305	107.0	543
38	136,387	105,046	31,341	109.7	629
39	153,639	117,758	35,881	110.3	676
40	172,950	130,119	42,831	108.0	725
41	191,597	142,938	48,659	108.8	769
42	210,627	157,654	52,973	106.6	818
43	226,063	169,516	56,547	106.2	853
44	238,190	177,567	60,623	105.9	874
45	247,265	185,162	62,103	104.9	896
46	253,454	188,395	65,059	103.4	900

資料 「厚生省病院報告」

表12 開設者別にみた精神病床数の年次推移 (各年6月末現在)

	総数	公立					その他(個人・法人)
		総数	国	都道府県	市町村	公的医療機関	
昭和35年	89,314	18,374	4,565	10,844	2,124	841	70,940
37	112,748	22,157	4,664	12,131	3,710	1,652	90,591
39	144,892	25,386	4,921	13,241	4,965	2,259	119,506
40	164,027	27,760	5,193	13,836	5,749	2,982	136,267
41	181,759	30,819	5,615	14,617	6,648	3,939	150,940
42	201,808	33,475	6,307	15,150	7,142	4,876	168,333
43	217,144	34,396	6,420	15,267	7,215	5,494	182,748
44	232,156	35,895	7,188	15,618	7,437	5,652	196,261
45	242,014	37,038	7,428	16,020	7,827	5,762	204,977
46	250,450	37,568	7,596	16,139	7,841	5,992	212,882

資料 「厚生省病院報告」

は、必要な病床数が確保できない場合があるため、都道府県立の精神病院に代わる施設として指定病院の制度がある。すなわち都道府県知事は、国および都道府県以外の者が設置した精神病院または精神病院以外の病院に設けられている精神病室の全部または一部をその設置者の同意を得て、都道府県が設置する精神病院に代わる施設として指定することができる。これが指定病院とよばれ、精神障害者の措置入院または緊急措置入院の施設となるということである。

指定病院の指定については、厚生省が一定の基準を設けているし、また都道府県知事は、指定病院の運営方法等が不適當であると認めたときは指定を取り消すことができることになっている。

(二) 精神病院への入院

精神衛生法上精神病院への入院には、一般病院などと異なる点がある。すなわち、(1)法第二十九条の規定による措置入院、(2)法第二十九条の二の規定による緊急入院、(3)法第三十三条の規定による同意入院、(4)法第三十四条の規定による仮入院、(5)特に法の規定に基づかない本人の自由意志による自由入院(一)

表13 人口万対病床年次推移

年次	総数	精神病床	結核病床	一般病床
昭和31年末	61.9	6.0	28.0	24.0
33	68.6	8.0	28.6	27.9
35	73.5	10.1	27.0	32.3
37	79.0	12.6	25.0	37.1
38	82.6	14.2	24.0	40.0
39	85.8	15.8	23.4	42.8
40	88.9	17.6	22.5	45.0
41	92.7	19.3	21.4	48.3
42	96.1	21.0	20.4	50.9
43	99.0	22.3	19.3	53.7
44	100.7	23.2	18.1	55.8
45	102.4	23.8	17.1	58.0
46	103.1	24.1	15.8	59.8

総数には、らい、伝染病を含む。

資料 「厚生省病院報告」

表14 精神病床数、在院患者数、措置患者数、措置率、利用率年次推移

	全精神病床数	入院患者数	措置患者数	措置率	利用率
昭和36年末	106,265	111,919	34,808	31.1%	105.6%
37	120,300	129,836	47,036	36.2	107.9
38	136,387	147,996	53,925	36.4	108.6
39	153,639	165,697	62,190	37.5	107.9
40	172,950	183,260	65,370	35.7	106.0
41	191,597	199,710	67,934	34.0	104.2
42	210,627	218,196	72,242	33.1	103.6
43	226,063	234,737	74,865	31.9	103.8
44	238,190	246,610	76,363	31.0	103.5
45	247,243	250,328	76,532	30.6	101.2
46	253,462	257,164	76,492	29.7	101.5

資料 「厚生省病院報告」

般病院の入院と同じの五つの形式がある。
以下、この分類に従ってそれぞれの場合の入院について述べよう。

一、措置入院

(1) 入院措置 措置入院は精神病院に特有のものであって、入院させなければ自身を傷つけ、または他人に害をおよぼすおそれのある精神障害者を精神衛生法第二十九条により強制的に入院させる制度である。

措置入院は、一般からの申請と警察官、検察官、保護観察所の長あるいは矯正施設の長からの通報、精神病院の管理者からの届出または自傷他害のおそれが明らかである場合、都道府県知事は精神衛生鑑定医をして診察をさせなければならないと精神衛生法第二十七条第一項に規定されており精神衛生鑑定医二名が別々に診察してその者が精神障害者であり、かつ医療および保護のため入院させなければ、その精神障害のために自身を傷つけ、または他人に害を及ぼすおそれがあることが一致した場合には、都道府県知事は、その者を本人または保護義務者の同意の有無にかかわらず強制的に国・都道府県立精神病院または指定病院に入院させることができる。

この措置入院の制度は従来から存在してい

表15 精神鑑定申請通報処理件数

(昭和46年)

	申請通報 件数	鑑 定 不必要者	鑑定をうけたもの		
			精神障害者		精神障害 者でなかつたもの
			法29条該当	法29条 非該当	
総数	24,332	1,682	15,902	6,237	84
一般からの申請	15,795	646	10,959	3,879	28
警察官からの通報	6,061	575	3,461	1,895	48
検察官からの通報	1,069	183	510	327	6
保護観察所長からの通報	74	26	24	24	1
矯正施設の長からの通報	479	243	125	84	1
精神病院の管理者からの届出	854	9	823	28	0

表16 精神障害疾病の1日平均在院措置患者数および措置入院費の推移

年 度	措置患者数 人	措 置 入 院 費		
		総 額 億円	国庫負担 億円	都道府県負担 億円
昭和32年度	8,455	12	6	6
35	11,688	18	9	9
38	52,146	133	106	27
39	62,719	163	130	33
40	65,829	196	157	39
41	68,755	250	200	50
42	72,479	268	214	54
43	74,978	302	242	60
44	76,519	338	270	68
45	76,470	438	351	87
46	76,333	480	384	96

- 注 1. 措置患者数は各年2月末現在
2. 措置入院費は当初予算額（医療費のみ）

たが、三十六年十月に精神衛生法が改正され、予算上の措置入院患者数が大幅に増加され、措置入院患者の医療費支払方法が統一され、措置入院費についての国の補助率が二分の一から十分の八に引上げられる等のことであつて、都道府県の予算措置が十分に講ぜられるにおよんで急激に増加した。

すなわち、昭和三十七年上期まではようやく一万人台であつたのが同年下期には三万人に増加し、昭和四十六年度予算では八〇、〇〇〇人までに増加したのである。これに伴い措置入院費の国庫負担額もうなぎのぼりに増加し、昭和三十五年度は九億円であつたのが四十六年度は約三八四億円と約四〇倍余りにもなつてゐる。

(2) 申請・通報 昭和四十四年中における申請通報件数は、一般からのもの一五、七九五件、警察官からのもの六、〇六一件、検察官からのもの一、〇六九件、矯正施設の長からのもの四七九件、その他合計で二四、三三二件で、そのうち調査の結果、鑑定の必要ありとして、精神衛生鑑定医の鑑定をうけたもの二二、二二三件でうち二二、一三九件が精神障害者と診断され、その結果措置入院したのは一五、九〇二件である。

(8) 精神衛生鑑定医 精神障害者には、正常な意思能力を欠き、しかも、自分が精神障害者であるという意識すなわち病識を有しない者が少なくない。したがって、その医療および保護は、本人の意思のいかんにかかわらず、必要に応じて行なわれなければならない、強制的な手段によって執行されることとならざるを得ない。しかしながら、それは同時に、人身の自由の拘束となり、一步誤れば人権の侵害にもなりかねないのでその執行には、慎重な配慮を必要とする。すなわち、医療および保護のための強制は、その者が精神障害者であつて、必要やむを得ない限りにおいて行なわれるべきであり、その判断は、公正にして正確であることを要するのである。

このような見地から、かかる判断を下すための専門家として精神衛生鑑定医の制度が設けられている。

精神衛生鑑定医の職務はきわめて重要なものであるため、その指定には、一定の資格要件が定められている。すなわち、精神衛生鑑定医は精神障害の診断または治療に関し、少なくとも三年以上の経験を有する医師で、厚生大臣の指定をうけたものである。その職務は、都道府県知事の監督の下に、精神衛生法

の施行に関して、精神障害の有無並びに精神障害者につきその医療および保護を行なううえにおいて入院を必要とするかどうかの判定を行なうものである。

精神鑑定医の数は、昭和三十二年九月末には八六九人であつたものが四十年三月末には二、二四二人、四十六年三月末では三、三〇〇人となり、現在、精神科診療に従事している医師の過半数が、精神衛生鑑定医の指定をうけている。

二、緊急入院

緊急措置入院は措置入院と同様、精神病院に特有のもので強制措置として入院させるものであり、その手続が措置入院の場合よりも簡略化されているという点において、より強力な措置である。この対象者は、措置入院の場合と同じく精神障害者であつて、ただちに入院させなければその精神障害のため自身を傷つけまたは他人を害するおそれが著しいと認められるもので、このような者について、急速を要し、法に定める手続をとつて正規の措置入院をさせることができないような場合には、緊急措置入院させることができる。この場合にも、本人または関係者の同意は不要である。しかしながら精神障害について一名

の精神衛生鑑定医の診察は必要とされるし、収容施設は国・都道府県立精神病院若しくは指定病院である。

緊急入院の期間は四十八時間をこえることはできないことになっており、また都道府県知事は緊急入院の措置をとつた場合には、すみやかに、その者につき、正規の措置入院に移行させるかどうかを決定することになっている。したがって緊急措置入院者はこの入院開始後四十八時間以内に措置入院に移行しない限りは退院することになる。

三、同意入院

措置入院および緊急入院は、都道府県知事の権限に基づき、本人または関係者の同意の有無にかかわらず行なわれ、公的な医療および保護の実施を目的とするものである。これに対し同意入院は、私的な医療および保護の実施を目的とするものであるが、本人の同意は要件とされず、また自由を拘束するという点において強制的な性格を有するものである。

同意入院の対象となる者は精神病院の管理者が診察した結果精神障害者であると診断した者であり、入院の要件は、この精神障害者と診断された者が医療および保護のため入院

の必要があると認められることおよび入院について、保護義務者の同意があることである。しかしながら措置入院の如く、自傷他害のおそれがあることを要しない。

同意入院について同意をなし得る者は法に規定された保護義務者であり、保護義務者がいない場合またはその者が保護義務を行なうことができない場合は市町村長が同意を与えることになる。

四、仮入院

仮入院とは、精神病院の管理者が、診察の結果、精神障害の疑があつてその診断に相当の日時を要すると認める者を、その後見人、配偶者、親権を行なう者その他の扶養義務者の同意がある場合には、本人の同意がなくても、三週間を超えない期間、仮に精神病院へ入院させることができるという制度である。本人の同意を要件とせずまた特定の者の同意を必要とする点で同意入院と同じ性質のものであるが同意入院が精神障害者の医療および保護のために行なわれるものであるのに対して未だ精神障害であるか否かの確定しない者を対象とし、その診断のために行なうという、いわば医療および保護の前段階において限られた目的のために行なわれる。したがつ

てその期間についても制限が付されている。

入院の期間は三週間をこえることができないので三週間をすぎても、なお診断がつかない場合には退院させなければならぬ。一方、精神障害者であると診断された場合も、もはや仮入院としての入院は許されず正規の入院に切り替えることが必要になる。

五、自由入院

自由入院とは、精神障害者自らの意思に基づいて入院することを意味する。

精神障害者の中には、その障害の種類と程度によつては病識があり、是非を弁別し、社会公安上何らの害のない者もおり、それらの者の入院および退院については、一般疾病の場合の入院および退院と同様に考えられるので、精神衛生法では何等の特別の規制がなされてない。したがつて、自由入院は、精神衛生法によらない入院といつてよからう。

三 通院医療について

向精神薬の開発等精神医学の発達により、精神障害の程度の如何によつては、必ずしも入院治療を要せずかえつて通院による医療がきわめて効果的になつた事情にかんがみ、新たに法改正により、精神障害の適正な医療を

普及し、早期発見、早期治療によつてその効果を高めるため、精神障害者が通院によつてその精神障害の医療をうける場合には、都道府県はその医療に要する費用の二分の一を公費で負担する制度が設けられたのである。

通院医療を担当する機関は、保険医療機関その他の社会保険、労災保険、共済組合、生活保護の医療を行なう病院、診療所、薬局である。

公費負担は、精神障害者またはその保護義務者の申請によつて行なわれ、精神衛生診査協議会の意見を聞いて都道府県知事が決定する。一回の申請によつて行なわれる公費負担は、六カ月が限度である。都道府県が負担すべき費用は、健康保険の診療報酬の算定方法にしたがつて算定され、都道府県から社会保険支払基金を通じて医療機関に支払われる。国は都道府県にたいして、公費負担として負担した費用の二分の一すなわち医療費の四分の一を補助する。精神障害の医療は、医療保険、労災保険、共済組合または生活保護によつても行なわれるが、公費負担は医療費の半額について優先して行なわれ残りの半額について他の制度によつて費用の負担が行なわれる。

表18 単科精神病院における年間外来患者延数および1日平均の年次推移

年次	外来患者延数	1日平均数
昭和30年度	521	1,427.8
34	1,082	2,966.0
38	2,226	6,099.5
39	2,512	6,862.5
40	2,761	7,564.5
41	3,138	8,597.1
42	3,570	9,779.8
43	4,205	11,489.1
44	4,558	12,486.6
45	4,978	13,639.0
46	5,164	14,147.8

表17 精神障害疾病の1日平均通院患者数および通院医療費(予算額)

年度	通院患者数	通院医療費
昭和40年度	48,368	215
41	64,491	673
42	64,491	597
43	45,000	570
44	47,000	602
45	47,000	665
46	52,000	875

資料 「厚生省病院報告」

(四) 医療費について

わが国の国民総医療費(国民一年間の治療費推計)は、昭和四十一年一兆三、五二二億、四十二年一兆五、六四三億、四十三年一兆八、四一九億、四十四年は二兆円台を突破したが、そのうち精神医療費は、四十一年八六二億、四十二年九四四億、四十三年一、一一億、四十四年一、三五七億、四十五年は一、六七四億円と増加し総医療費の約七割を占めている。

精神病医療費の大半は入院費で、四十一年七七二億、四十二年八五二億、四十三年一、〇六五億、四十四年一、一八七億、四十五年は一、四七一億円である。またこの医療費の負担区分をみると、公費負担額が最も多く約五七割を占め、ついで保険者負担が約三四割で患者負担は九割となっている。

精神病の医療は大部分がこのように入院医療であり、かつその医療費も公費負担が大きく、したがって相対的に保険者負担分、患者負担分の割合が小さい。

予算的に精神病医療費をみてみると、国は措置入院費については、十分の八の補助を行なっており、その予算額は当初において、昭

和四十四年度は、七万五千人にたいし約二六九億円(一人当単価年約四万五千円)、四十五年度は、七万九千人にたいし約三五〇億円(一人当単価年約五六万六千円)、四十六年度は八万人にたいし約三八〇億円と増加しており、通院医療費については、その二分の一の公費負担を行なっており、当初予算額で、昭和四十四年度は四万七千人にたいし約六億四千万円(一人当単価約四、二七四円)、四十五年度は四万七千人にたいし約六億六千万円(一人当単価約四、七二〇円)、四十六年度は五二、〇〇〇人にたいし約九億円と通院医療費は大幅の伸びを示している。

(五) 訪問指導

精神障害者の症状悪化を防止し、さらに社会復帰を促進するため、在宅精神障害者にたいしては、一定の資格を持った専門職員が訪問指導を行なっている。

訪問指導の責任者は、保健所長であり、その業務を直接担当する者は、都道府県および保健所を設置する市が保健所に配置した精神衛生相談員および都道府県知事または政令市の長が委嘱した医師(精神科嘱託医)である。精神衛生相談員の資格は、学校教育法にもと

表19 国民総医療費の推計額調 (昭和43年~45年) (単位: 億円)

区 分	昭和43年				昭和44年				昭和45年			
	入院 入外	入院 入外	歯科	計	入院 入外	入院 入外	歯科	計	入院 入外	入院 入外	歯科	計
総 医 療 費	—	—	—	18,419	—	—	—	21,519	—	—	—	25,534
(売薬あんま等)	—	—	—	403	—	—	—	739	—	—	—	572
純 医 療 費	6,202	9,930	1,883	18,016	7,103	11,606	2,971	20,780	8,779	13,714	2,448	24,962
(疾病別)												
精神病医療費	1,065	146	—	1,211	1,187	170	—	1,357	1,471	204	—	1,674
結核医療費	840	346	—	1,187	877	369	—	1,246	977	372	—	1,348
その他(歯科を含む)	4,297	9,438	1,883	15,619	5,040	11,067	2,071	18,178	6,352	13,139	2,448	21,939
公費負担区分別	1,684	485	20	2,089	1,864	435	22	2,321	2,285	512	25	2,822
(負担区分別)												
精神病医療費	658	15	—	673	732	18	—	750	930	23	—	953
結核医療費	481	76	—	558	500	78	—	578	556	78	—	634
その他(歯科を含む)	545	294	20	858	632	339	22	993	799	411	25	1,235
保険者負担分	3,520	7,379	1,383	12,281	4,048	8,710	1,549	14,307	4,945	10,456	1,919	17,320
精神病	313	100	—	413	348	121	—	469	413	156	—	569
結核	310	217	—	527	320	243	—	563	363	248	—	611
その他	2,896	7,063	1,383	11,342	3,380	8,346	1,549	13,275	4,169	10,052	1,919	16,140
患者負担分	999	2,166	481	3,645	1,191	2,461	500	4,152	1,569	2,746	504	4,819
精神病	93	31	—	125	107	31	—	138	127	25	—	152
結核	49	53	—	102	56	48	—	105	58	46	—	104
その他	856	2,082	481	3,419	1,028	2,381	500	3,910	1,384	2,675	504	4,563

づく大学において、社会福祉に関する科目または心理学の課程を修めて卒業した者で精神衛生に関する知識および経験を有する者、医師、厚大臣が指定した講習会の課程を修了した保健婦で精神衛生に関する経験を有する者またはこれに準ずる者であつて、精神衛生相談員として必要な知識および経験を有するものである。ここでいう必要な経験とは、おおむね精神衛生センター、保健所、精神病院等において精神障害者にかかわる指導、相談、看護等に行なつた三月以上の実務経験をいう。

訪問指導の対象者は、精神衛生鑑定医の診察の結果精神障害があると診断された者で措置入院に至らなかつた者、措置入院後退院した者でなお精神障害が続いているもの、その他精神障害者が必要があると認められる者すなわち公費負担による通院医療を受けている者、公費負担によらないで通院医療を受けている者で主治医等から訪問指導の依頼があつた者またはこれ以外の者で家族等から訪問指導の依頼があつた者等が対象となる。

(六) 保 健 所

昭和四十年六月三十日、精神衛生法の一部

改正により、新たに保健所の業務として、地域における精神障害者の相談および訪問指導が加わり、またこの改正に伴なって保健所法の一部改正が行なわれ、保健所の業務として精神衛生に関する事項が明確に規定された。さらに保健所にもつぱら精神衛生に関する相談、指導等にあたる職員（精神衛生相談員）が配置されることになった。

保健所は今後名実共に精神衛生行政の第一線機関としての役割を果たすことになった。

保健所における精神衛生業務は、医療保護関係の事務（申請、通報、届出、精神鑑定、公費負担関係等）、精神衛生に関する相談、訪問指導、衛生教育その他、精神障害の発生子防から医療保護、社会復帰、一般国民の精神的健康の保持向上といった非常に広い範囲におよぶものである。従って物的、人的な保健所体制の充実強化が今後の重要な課題である。

(七) 精神衛生センター

従来、保健所、病院等に併設されていた精神衛生相談所は、昭和四十年六月の法改正により廃止され、新たに都道府県における精神衛生に関する総合的技術センターとして精神

衛生センターが設けられることになった。

一、センターの性格および機能

精神衛生センターは、精神衛生法に基づいて都道府県における精神衛生の向上を図るために設けられる精神衛生に関する総合的な技術中枢機関であり、地方における精神衛生に関する知識の普及、調査研究ならびに相談指導を行なうとともに、保健所その他精神衛生に関係ある機関等に対する技術指導、技術援助を行なう施設である。

二、センターの組織

精神衛生センターの組織としては、通常、医師であるセンター長の下に、相談部、指導部、研究部および事務部が設けられ、相談部は精神衛生に関する相談、指導、諸検査等を、指導部は衛生教育、技術指導等を、研究部は調査、研究を、事務部は庶務、経理を担当している。

三、センターの職員

精神衛生センターには、精神科医、精神科ソーシャルワーカー、臨床心理技術者、社会心理専攻者、検査技術者、保健婦、看護婦、その他必要な職員が配置される。

国はセンターの運営費補助として、これらの人件費の三分の一の補助を行なっている。

四、センターの施設

精神衛生センターの規模は、A級（人口三百万以上の府県に設けるもの）二五〇坪、B級一五〇坪で、A B級共それぞれ、相談室、診察室、検査室、研究室、資料保存室、会議室、事務室等必要な部屋が設けられている。

センターの新設にあたっては、国庫よりその設置に要する経費の二分の一の補助が行なわれる。

五、センターの事業用設備

精神衛生センターにはその業務を行なうために診察用、検査用、衛生教育用、治療用その他の必要な機械器具が整備されている。これらの器具に対しては、センターの創設に際し、その整備に要する経費の二分の一の国庫補助が行なわれている。

六、センターの業務

精神衛生センターの業務は精神衛生に関する相談指導、知識の普及、調査研究、関係機関等への技術援助、技術指導並びに関係職員等に対する研修に大別される。

なお今年度よりA級センター（三カ所）でデイケア事業を開始している。

(1) 相談指導

精神衛生に関する相談および訪問指導は保

健所の業務であるが、保健所で取り扱うケースのうち、複雑困難なものに対しては、センター内外において相談指導を行ない、来所者に対しては、脳波検査、心理検査等必要な諸検査を行ったり、診断を行ったりするほか、病院への紹介委託、助言、ケース・ワーク等を行なっている。また、保健所、病院関係、学校保健関係、福祉関係、事業所関係等精神衛生に関係ある機関その他に対して、直接的な技術援助、技術指導を行ったり、それらの職員等の研修訓練を行なっている。

(2) 知識の普及

一般社会に対しては勿論、精神障害者対策に関連のある都道府県の民生主管部局、警察、検察、学校衛生、産業衛生関係者等に対し精神衛生に関する知識の普及を図っている。

(3) 調査研究

都道府県における精神衛生施策の実施に關して必要な精神障害者の実態、医療保護、地域社会における精神衛生問題についての調査、精神衛生に関する各種の統計報告の収集、整理、相談、指導その他についての技術的方法等に関する研究を実施している。

七、センターに対する国の補助

国は都道府県が精神衛生センターを設置したとき、その設置に要する経費（工事費および初度設備費）およびその運営に要する経費（人件費および事業費）について、厚生大臣の定める算定基準にしたがって、それぞれ設置費については二分の一、運営費については三分の一を補助している。

八、精神衛生センターの設置状況

昭和四十年六月、精神衛生法改正時には全国に五十四の精神衛生相談所が設けられていたが、法改正により、これらは精神衛生法上は廃止され、これに代わるものとして新たに精神衛生センターが都道府県ごとに設けられることになり、昭和四十七年度末にはA級六カ所、B級二十七カ所、合計三十三カ所が設置をおわることとなっている。

(ハ) 精神衛生従事者

保健所、精神衛生センター、精神病院などに勤務する専門技術職員としては、医師（精神科医）、保健婦、看護婦などのほかに精神科ソーシャルワーカー（PSW）、臨床心理技術者（CP）、作業療法士（OT）等がある。精神衛生事業におけるこれらの専門職種は、精神衛生の各分野で今後ますます必要と

されるので、これら専門職種の身分資格の確立と養成が今後の重要な課題である。

精神病院における医療技術者の現状

精神病院における医療技術職員には精神科医、看護婦（士）、准看護婦（士）、精神科ソーシャルワーカー、臨床心理技術者、作業療法士、作業療法指導員等がある。

昭和四十七年四月における指定病院数は六九施設で、これらに勤務する医師の総数は六、〇二八人で、うち常勤医師は二、九〇六人、非常勤医師は三、一二二人である。看護員についてみると、総数は四〇、二一九人で従事者構成百分率をみると看護員の割合は他の従事者の占める割合にくらべると最も高く、そのうちでも看護婦の割合が高く、かつ看護士は他の種の病院にくらべて精神病院に多く、また看護業務補助者（看護助手）も他の病院にくらべてその占める割合が高いのも精神病院の特色である。

これら看護員のうち、看護婦（士）総数は一五、五七二人、准看護婦（士）一一、四九八人、看護助手は一三、一四九人である。

(ウ) 精神衛生関係の法律

精神衛生特に精神障害者に関連する法令の

表20 指定病院概要

(47. 4. 1現在)

指定 病院数	甲表乙表の別		病 床 数		患 者 数						
	甲	乙	精 神 病床数	指 定 病床数	入院患者数	う ち 措 置 入院患者数					
全 国	969	385	584	197,720	83,457	211,953	67,011				
		医 師 数		看 護 員 数							
		鑑 定 医 経 験 3 年 以 上	臨 床 上 の 他	計	看 護 婦 (士)	准 看 護 婦 (士)	看 護 手	計	薬 剤 師	栄 養 士	
		常 勤	非 常 勤								常 勤
全 国	2,251	1,567	655	1,555	6,028	15,572	11,498	13,149	40,219	1,443	1,948

中心をなすものは「精神衛生法」であるがその他精神衛生あるいは精神障害者に関する法令は数多く制定されている。

精神衛生に関連する法令を規制の目的に従って分類してみると、(イ)精神障害者に対する医療保護、福祉措置、教育指導を目的とした法令、(ロ)精神障害者による危害防止の観点からの規制、(ハ)精神障害者の財産法上の規制、(ニ)身分上の行為に関する規制、(ホ)精神障害者の人権保障に関する規制、(ヘ)優生上の規制、(ト)就職、就業上の規制とに大別できる。

これら精神障害者に関係した法令の主なもの列挙すると、

衛生関係では、

精神障害者等の医療および保護を行ない、その発生の予防につとめることによつて国民の精神的健康の保持および向上を図ることを目的とする精神衛生法、地方における公衆衛生の向上を図るため保健所を設置することおよび精神衛生事業を行なうことを規定した保健所法ならびに優生上の見地から不良な子孫の出生を防止するため優生手術についてその

範囲、実施方法を規定した優生保護法、母性ならびに乳幼児の健康の保持および増進を図るためその保健指導、健康診査その他の措

置を規定した母子保健法、その他がある。

福祉関係では、

一八歳未満の精神薄弱児など児童の福祉を保障するための福祉の措置施設等について規定した児童福祉法、一八歳以上の精神薄弱者に対しその更生を援助するとともに必要な保護を行ない精神薄弱者の福祉を図ることを目的とする精神薄弱者福祉法、身体上、精神上の理由により保護を要する生活困窮者に対し扶助を行なうことを目的とし、その保護の種類および範囲およびその基準、保護を行なう機関、施設等について規定した生活保護法、児童福祉法、精神薄弱者福祉法その他社会福祉を目的とする法律と相まって社会福祉事業が公明かつ適正に行なわれることを確保し、もつて社会福祉の増進に資することを目的とする社会福祉事業法、老人の福祉のため心身の健康の保持および生活安定に必要な措置等について規定した老人福祉法その他母子福祉法、身体傷害者福祉法等がある。

教育関係では、

精神薄弱または性格異常をもっている小学校、中学校、高等学校の児童および生徒のための養護学校、特殊学校の施設等について規定している学校教育法があり、

その他には、

精神障害者の応急救護について規定した警察官職務執行法、少年法、民法その他保険年金関係の法律、労働関係の法律等がある。

⑥ 精神衛生関係の施設

精神障害者のための医療、予防、相談指導、福祉、教育その他を行なうために各種の施設がある。これらを主としてその目的によつて分類例示すると次のとおりである。

一、医療機関

精神病院、精神科、神経科、小児科を標榜する病院、診療所

二、予防相談指導機関

保健所、精神衛生センター、福祉事務所児童相談所、精神薄弱者更生相談所、教育相談所(室)、母子福祉センター、婦人相談所、少年相談所、青少年センター、家庭裁判所少年部

三、社会福祉施設

(1) 児童福祉施設

精神薄弱児施設、精神薄弱児通園施設、情緒障害短期収容施設、救護院

(2) 保護施設

救護施設、更生施設

(イ) 精神薄弱者援護施設

(二) 老人福祉施設

養護老人ホーム、特別養護老人ホーム

四、学 校

養護学校、特殊学級

五、法務省関係

少年院(医療少年院)、少年鑑別所

福祉事務所

福祉事務所は総合的な社会福祉行政の第一線機関であつて、生活保護法、児童福祉法、身体障害者福祉法、精神薄弱者福祉法、老人福祉法および母子福祉法に定める援護、育成および更生の措置等に関する事務をつかさどっている。

昭和四十六年六月一日現在、全国各都道府県に三四三、市に七二六、町村に二、計一、〇七一カ所の福祉事務所が設けられ、その業務を行なうために必要な社会福祉主事、精神薄弱者福祉司等必要な職員が配置されている。

児童相談所

児童相談所は児童福祉法によつて各都道府県ごとに設置され、一八歳未満の児童の福祉に関する各種の相談、指導並びに医学的、心理学的、教育的、社会学的観点から見た精神衛生上の判定を行なつたり、必要な調査あ

るいは児童の一時保護を行なつている。このため所長には精神衛生に關し学識経験を有する医師をおくほか、心理判定員および児童福祉司において前記の業務にあたつてゐる。児童相談所は児童福祉行政の第一線現業機関であり、昭和四十七年度末現在全国に一四五カ所ある。

精神薄弱者更生相談所

精神薄弱者更生相談所は、精神薄弱者に関する問題につき家庭その他からの相談に応じたり、一八歳以上の精神薄弱者の医学的心理学的および職能訓練的判定を行ない、ならびにこれに付随した必要な指導を行なうほか必要に応じ巡回相談指導を行なつてゐる。このため、精神科医、心理判定員、精神薄弱者福祉司等の職員が配置されている。

精神薄弱者更生相談所は、各都道府県ごとに設けられて、昭和四十六年末現在その数は四九である。

児童福祉施設

精神薄弱児施設および精神薄弱児通園施設は、精神薄弱の児童を入所またはかよわせて保護すると共に独立自活に必要な知識と技能を与える施設であり、四十六年末現在全国にそれぞれ三三三カ所、一一三カ所ある。

情緒障害児短期収容施設は、軽度の情緒障害を有するおおむね一二歳未満の児童を短期間収容し、または保護者のもとからかよわせて治療や生活指導を行なつて情緒障害をなおす施設で全国に六カ所ある。

救護院は、不良行為をなし、またはなすおそれのある児童を入院させて、救護することを目的とする施設で全国に五八カ所ある。

救護施設

救護施設は身体上又は精神上著しい欠陥があるために独立して日常生活の用を弁ずることのできない要保護者を収容する施設で、更生施設は身体上または精神上の理由により養護および補導を必要とする要保護者を収容する施設で、昭和四十六年末現在全国にそれぞれ一三六カ所、二二カ所ある。

精神薄弱者援護施設

精神薄弱者援護施設は一八歳以上の精神薄弱者を入所させて、これを保護するとともにその更生に必要な指導訓練を行なう施設であり、昭和四十六年末現在全国に二五九カ所ある。

老人福祉施設

養護老人ホームおよび特別養護老人ホームは、六五歳以上の老人で身体上若しくは精神

上の理由で居宅において養護をうけることが困難なものまたは常時の介護を必要とするものを収容して養護を行なう施設で、全国にそれぞれ八三九カ所、一九七カ所ある。

(二) 精神衛生関係の団体

日本における精神衛生関係諸団体の連絡を密にし、その協力により精神衛生事業の飛躍的發展をはかることを目的とした社団法人日本精神衛生連盟があり、同連盟には、日本精神衛生会、日本精神病院協会、復光会、全日本精神薄弱者育成会、矯正協会、精神衛生普及会、日本精神薄弱者愛護協会、全日本特殊教育研究連盟、全国教護協会、教育と医学の会、全国精神衛生連絡協議会、全国精神障害者家族連合会、全日本断酒連盟の一三団体が加盟し、それぞれ精神衛生の発展のために各種活動を行なっている。

精神衛生センター設置状況

(昭47. 9. 1現在)

都道府県	単独 合同 の別	級別	所長名	所在地	電話番号
北海道	単	A	黒田 知篤	札幌市白石区本通818	011(871)7121
宮城県	合	B	江島 達憲	仙台市本町1-4-39	0222(24)1491~5
山形県	合	B	柳沢健一郎	山形市十日町1-6-6	0236(22)2543 内421~2
福島県	合	B	熊代 永	福島市森合町10-9	0245(35)3556
茨城県	単	B	瀬川 浩	水戸市三の丸1-3-17	0292 (31)0202・0512
栃木県	単	B	塩沢 満	宇都宮市西原町3542	0286(34)8945
埼玉県	単	B	佐々木雄司	大宮市土呂町1-50-4	0486(63)7025 (65)7377
千葉県	単	A	鈴木 秀男	千葉県仁戸名町666-2	0472(63)3891
東京都	単	B	菅又 淳	東京都台東区下谷1-1-3	03(842)0946~7
神奈川県	単	A	石原 幸夫	横浜市中区富士見町3-1	045(261)3541
新潟県	合	B	伊藤 芳雄	新潟市川岸町1-5 7-1	0252(66)1880
富山県	合	B	小野 啓安	富山市大手町1-2	0764(21)1511
石川県	合	B	鳥居 方策	金沢市本多町3-1-10 社会福祉会館内	0762(63)4181
福井県	合	B	中村 正夫	福井市四ツ井本町13-26	0776(54)5151 内625~6
山梨県	合	B	鈴木 直哉	甲府市丸の内1-6-1 山梨県庁内	0552(37)1111 内608
長野県	合	B		長野市大字若里字前河原	
岐阜県	合	B	村木 哲	岐阜市司町1 総合庁舎内	0582(64)1111 内237~9
静岡県	単	B	戸原 鎮夫	静岡市曲金594-5	0542(82)0014
愛知県	合	A	伊藤 克彦	名古屋市中区三の丸3-2-1 総合保健センター内	052(962)5371
大阪府	合	B	浅尾 博一	大阪市東成区森町1-76	06(981)4150
兵庫県	合	A	今井 英世	神戸市兵庫区荒田町2-1-1 保健衛生センター内	078(51)6581~5
岡山県	合	B	山本 昌知	岡山市古京町1-10-101 岡山衛生会館内	0862(72)8835
広島県	合	B	宇野 文子	広島市宇品神田1-5-54	0822(54)3154
山口県	単	B	小林 茂	宇部市大字東岐波字東小沢 4004-2	0836(58)3480
徳島県	単	B	間島 弘	徳島市新蔵町3-31-2	0886(54)0610
香川県	合	B	西村 忠一	高松市番町5-4-15 保健衛生センター内	0878(31)1531
愛媛県	合	B	岩田 高	松山市三番町8234-2生保ビル	0899(21)3880
福岡県	単	A	寺嶋 正吾	福岡市箱崎貝塚4126-1	092(64)3501
長崎県	合	B	伊東高麗夫	諫早市栄田町69-3	09572(2)5977
熊本県	単	B	藤田 英介	熊本市水道町9-16	0963(56)3629
鹿児島県	単	B	佐保 威彦	鹿児島市郡元町2619	0992(55)0617
岩手県 高知県	合同 合同	B B	} 現在建設中		

精神病床数・入院患者数等現状

(47. 4. 30現在)

	人口(千人) (46. 10. 1)	月 末 床 数	月 末 在 院 患 者 数	月 末 在 院 患 者 数 月 措 患 者 数	人 口 万 対 病 床 数	月 末 在 院 患 者 数 月 措 患 者 数	人 口 万 対 患 者 数	病 利 用 率	床 率
北海道	5,188	14,369	15,350	3,200	27.7	20.8	6.2	106.8	
青森	1,428	3,594	3,748	827	25.2	22.1	5.8	104.3	
岩手	1,364	3,084	3,203	1,017	22.6	31.8	7.5	103.9	
宮城	1,838	3,387	3,487	1,147	18.4	32.9	6.2	103.0	
秋田	1,233	3,131	3,228	1,051	25.4	32.6	8.5	103.1	
山形	1,218	2,010	2,344	1,096	16.5	46.8	9.0	116.6	
福島	1,941	5,664	5,850	2,082	29.2	35.6	10.7	103.3	
茨城	2,179	5,775	6,153	1,918	26.5	31.2	8.8	106.5	
栃木	1,604	4,037	4,061	1,627	25.2	40.1	10.1	100.6	
群馬	1,676	3,493	3,606	1,071	20.8	29.7	6.4	103.2	
埼玉	4,062	6,663	7,203	1,618	16.4	22.5	4.0	108.1	
千葉	3,519	8,200	7,938	1,587	23.3	20.0	4.5	96.8	
東京	11,477	23,078	24,093	3,802	20.1	15.8	3.3	104.4	
神奈川	5,695	10,269	10,537	3,095	18.0	29.4	5.4	102.6	
新潟	2,356	5,506	6,009	2,425	23.4	40.4	10.3	109.1	
富山	1,036	3,122	2,827	864	30.1	30.6	8.3	90.6	
石川	1,011	2,584	2,796	717	25.6	25.6	7.1	108.2	
福井	747	1,738	1,592	539	23.3	33.9	7.2	91.6	
山梨	764	2,476	2,460	874	32.4	36.3	11.7	99.4	
長野	1,966	4,821	4,946	2,083	24.5	42.1	10.6	102.6	
岐阜	1,777	2,711	2,891	1,227	15.3	42.4	6.9	106.6	
静岡	3,138	5,531	5,940	2,684	17.6	45.2	8.6	107.4	
愛知	5,517	10,414	10,100	2,819	18.9	27.9	5.1	97.0	
三重	1,556	4,027	4,048	1,269	25.9	31.3	8.2	100.5	
滋賀	908	1,888	1,693	442	20.8	26.1	4.9	89.7	
京都	2,274	5,656	5,751	1,151	24.9	20.0	5.1	101.7	
大阪	7,785	15,297	16,057	2,403	19.6	15.0	3.1	105.0	
兵庫	4,734	8,350	9,313	2,475	17.6	26.6	5.2	111.5	
奈良	958	2,074	2,073	428	21.6	20.6	4.5	100.0	
和歌山	1,047	3,023	2,771	1,300	28.9	46.9	12.4	91.7	
鳥取	568	1,681	1,586	519	29.6	32.7	9.1	94.3	
島根	767	2,043	2,016	784	26.6	38.9	10.2	98.7	
岡山	1,731	4,646	4,627	1,375	26.8	29.7	7.9	99.6	
広島	2,478	6,302	7,303	1,976	25.4	27.1	8.0	115.9	
山口	1,513	4,254	4,920	1,864	28.1	37.9	12.3	115.7	
徳島	789	3,230	3,096	1,259	40.9	40.7	16.0	95.9	
香川	915	2,469	2,645	903	27.0	34.1	9.9	107.1	
愛媛	1,420	3,849	4,339	1,047	27.1	24.1	7.4	112.7	
高知	786	3,352	3,371	1,352	42.6	40.1	17.2	100.6	
福岡	4,052	15,123	15,458	5,903	37.3	38.2	14.6	102.2	
佐賀	831	3,220	3,104	788	38.7	25.4	9.5	96.4	
長崎	1,560	6,132	6,523	1,354	39.3	20.8	8.7	106.4	
熊本	1,685	6,844	7,128	2,211	40.6	31.0	13.1	104.1	
大分	1,161	3,834	4,178	1,239	33.0	29.7	10.7	109.0	
宮崎	1,046	4,356	4,282	1,611	41.6	37.6	15.4	98.3	
鹿児島	1,708	7,396	7,308	3,255	43.3	44.5	19.1	98.8	
沖縄	(945)	(1,542)	(1,836)	(329)	(16.3)	(17.9)	(3.5)	(119.1)	
合 計	105,006	254,703	263,952	76,298	24.3	28.9	7.3	103.6	

() の沖縄分は46年12月末現在であり、合計には含まれていない。

諸外国の医療施設・病床、実数・率（人口1万対）

	医療施設数	病床数				率（人口1万対）				
		総数	（再掲）			総数	（再掲）			
			結核病院	精神病院	一般病院		結核病院	精神病院	一般病院	
アラブ連合	1968	1,120	65,342	8,028	4,692	25,352	20.6	2.5	1.5	8.0
アカメナ	1966	1,436	212,416	4,258	62,775	120,186	102.3	2.0	30.2	57.9
カシコ	1966	3,055	86,151	...	...	...	19.5	...	...	...
アメリカ	1968	7,137	1,663,203	22,431	515,732	926,756	82.7	1.1	32.0	46.1
アルゼンチン	1968	2,864	133,847	...	...	...	56.7	...	...	...
チコ	1967	300	36,941	2,339	3,880	26,017	39.5	2.5	4.1	27.8
ロズ	1968	671	46,099	2,408	6,982	34,399	24.0	1.3	3.6	17.9
ニラ	1968	316	31,207	2,988	4,123	16,027	32.2	3.1	4.3	16.5
ベス	1968	302	36,069	...	...	...	30.1	...	...	...
台湾	1968	25	4,716	209	1,200	2,180	3.5	0.2	0.9	1.6
イスラエル	1966	15,257	296,838	...	...	...	6.0	...	...	...
日本	1968	93	16,662	...	5,562	9,561	60.7	...	20.3	34.8
フィリピン	1967	37,272	1,239,395	35,676	169,516	782,346	122.3	3.5	16.7	77.1
インドネシア	1968	761	47,856	1,507	7,000	16,400	13.8	0.4	2.0	4.7
オーストラリア	1968	434	32,581	440	6,136	20,983	9.7	0.1	1.8	6.2
デンマーク	1967	323	79,293	...	...	...	107.9	...	...	...
フィンランド	1968	170	43,264	257	10,743	28,424	89.4	0.5	22.2	58.7
フランス	1968	761	67,659	4,823	20,019	20,604	144.3	10.3	49.4	43.9
ドイツ連邦	1968	990	244,553	...	...	219,900	49.0	...	...	44.1
東ドイツ	1968	3,618	665,546	30,065	109,390	391,706	110.6	5.0	18.2	65.1
ハンガリー	1968	657	194,970	...	...	...	114.1	...	...	...
アイスランド	1966	41	2,564	37	261	1,417	127.6	1.8	13.0	70.5
イタリア	1968	273	38,468	2,834	17,969	10,941	133.4	9.8	62.3	37.9
オランダ	1968	2,414	542,834	53,007	115,171	...	102.9	10.0	21.8	...
ポーランド	1968	...	66,123	...	...	60,544	51.9	...	...	47.5
スペイン	1968	342	35,039	720	8,209	19,175	91.7	1.9	21.5	50.2
スウェーデン	1968	1,597	245,368	26,619	38,373	133,217	76.0	8.2	11.9	41.2
スイス	1968	656	55,927	9,378	9,715	32,303	59.1	9.9	10.3	34.1
イングランド・ウェールズ	1968	1,459	151,044	...	40,306	40,746	46.3	...	12.4	12.5
北アイルランド	1968	729	115,390	2,124	34,174	52,408	145.8	2.7	43.2	66.2
スコットランド	1968	435	70,640	1,891	18,110	38,780	114.9	3.1	29.6	63.1
ユーゴスラビア	1968	2,521	464,902	8,343	127,405	199,398	95.7	1.7	26.2	41.0
オーストラリア	1968	...	17,484	...	...	...	116.4	...	...	...
ニュージーランド	1968	363	63,329	499	26,239	25,071	122.1	1.0	50.6	48.3
ニューズランド	1968	509	111,454	10,577	9,631	69,646	55.3	5.2	4.8	34.6
ソ連	1968	2,273	141,280	...	29,285	...	117.4	...	24.3	61.6
	1968	...	27,700	...	7,921	16,160	100.7	...	28.8	58.7
	1968	26,429	2,486,700	...	...	...	104.6	...	...	...

注 (1) 国により病院の定義が異なるが、これは WHO の Hospitals and other Medical Establishments with Beds に掲載してある数値である。

(2) 日本の医療施設数は病院数と有床の一般診療所数の計である。

資料 World Health Statistics Annual (Volume III Health Personnel and Hospital Establishments) 1968

各都道府県別精神衛生相談員数 (昭 45. 12 末現在)

		合 計 (①+②+③+④)				
		本 庁	センター	HC	HP	計
北 海	道森手城田		5	18 2 6	4	23 2 10
			1	19 7		20 7
山 福 茨 栃 群	形 島 城 木 馬		3	12 7 18 1 11	1 1	12 7 22 1 12
埼 千 東 神 新	玉 葉 京 川 潟		3 2 10 6 4	9 25 106 10 17	3	12 27 116 19 21
富 石 福 山 長	山 川 井 梨 野		2	4 8 6 9 19		6 8 6 9 19
岐 静 愛 三 滋	阜 島 知 重 賀	1	3 4 5	15 31 102 2 3	1 2 6	19 37 108 8 3
京 大 兵 奈 和	都 阪 庫 良 山	1 3 1 1 1	12 13	6 23 27 6 4	15 4	7 53 45 7 5
鳥 島 岡 広 山	取 根 山 島 口	3	1	5 5 4 77 62	2 1	5 5 6 82 62
徳 香 愛 高 福	鳥 川 媛 知 岡 賀 嶮 本 分 崎 島		1 1	14 9 8 55 5	1 1	15 11 8 57 11
		1	6			
佐 長 熊 大 官 鹿	賀 嶮 本 分 崎 島	1	3	4 3 5 8 8		5 3 3 5 9 11
		1		2		1
合 計		14	87	806	43	950

(注) 本集計には、一部政令市も含まれている。

第20回 精神衛生全国大会ならびに関連行事日程

日	時	行	事	場	所	主	催
昭和47年 11月8日 (水)	12:00 } 16:30	全国精神障害者家族会		市民会館 大ホール	全国精神障害者 家族連合会		
	13:30 } 16:30	全国精神 衛生連絡 協議会	理 事 会 13:30~14:30	市民会館 第6会議室	全国精神衛生 連絡協議会		
			総 会 14:30~16:30	市民会館 大会議室			
11月9日 (木)	9:30 } 12:30	全国精神衛生センター所長 及び精神衛生相談所長会議 全国精神衛生センター及び 精神衛生相談所研究協議会		郵便貯金会館 大会議室	全国精神衛生センタ ー所長及び精神衛生 相談所長会		
	10:30 } 12:30	全国指定病院長会議		市民会館 大会議室	日本精神病院協会		
	13:30 } 16:30	公開座談会 「日本人のこころ」 司会者 東大教授 土居 健 郎		市民会館 大ホール	日本精神衛生連盟 九州精神衛生協議会 熊本県精神衛生協会 熊本県医師会 熊本県・熊本市		
11月10日 (金)	10:00 } 11:45	精神衛生鑑定医会議 テーマ 「老人の精神障害の鑑定に ついて」		郵便貯金会館 ホ ー ル	厚 生 省		
	12:25 } 12:55	郷 土 芸 能 (山鹿市、燈籠踊り)		市民会館 大ホール	厚 生 省 日本精神衛生連盟 九州精神衛生協議会 熊本県精神衛生協会 熊本県医師会 熊 本 県 熊 本 市		
	13:00 } 14:30	第 20 回	大 会 式 典				
	14:30 } 16:00	精神衛生 全国大会	特別講演 「人類と文明」 講師岐阜大学長 今 西 錦 司				