

我が国の精神衛生

昭和 51 年版

監修 厚生省公衆衛生局精神衛生課

我が国の精神衛生

昭和 51 年版

監修 厚生省公衆衛生局精神衛生課

まえがき

精神衛生は、精神疾患ならびに精神的不健康の予防、精神的健康の保持向上を目的とするものです。

精神の健康とは、単に精神疾患にかかっ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のですから、健康な心の持主は欲求不満などの状態におかれても、適応障害等を示すことはなく、むしろこれらの問題や障害に積極的に取り組み社会的環境を調整し、その結果十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といえましょう。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ました。精神衛生においても、精神障害の早期治療・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う必要があるわけです。

このように、広く深い内容を含みもった精神衛生は人間生活のあらゆる場面において、考えてゆかねばならない問題といえましょう。

このたび、精神衛生分野でご活躍の方々、ないしはこの分野に関心をお寄せくださっている方々の資料として役立てばという趣旨から「我が国の精神衛生—昭和51年版—」を取りまとめてみました。

ご活用をお願いするとともに、さらに、皆様方の一段のご活躍を願ってやみません。

目 次

まえがき

精神衛生について

1. 精神衛生とは	1
2. 胎生期の精神衛生	2
3. 乳幼児期の精神衛生	3
4. 学童期の精神衛生	4
5. 思春期（青年期）の精神衛生	5
6. 壮年期の精神衛生	7
7. 老年期の精神衛生	8
8. 地域精神衛生活動	9

精神衛生の現状

1. 精神衛生の歩み	13
2. 精神衛生行政のしくみ	17
3. 精神衛生に関する費用の助成措置	20
(1) 国庫補助	20
(2) 地方交付税	24
(3) 資金融資	24
4. 精神衛生センター	25
5. 精神障害回復者社会復帰施設	27
6. デイ・ケア施設	28
7. 保健所における精神衛生活動	32

精神障害者の医療

1. 通院医療	36
2. デイ・ケア医療	36
3. 入院医療	39
(1) 精神病院	40
(2) 精神衛生鑑定医	41
(3) 精神病院等への入院	42

精神衛生関連の施設

1. 医療機関	46
2. 予防相談指導機関	46
3. 社会福祉施設	48
4. 学 校	49
5. 法務省関係	49
6. 精神衛生関係の団体	49

精神衛生関係資料

傷病（大分類）・年次別受療率（人口10万対）	50
傷病（大分類）・地域ブロック別にみた受療率（人口10万対）	50
傷病（小分類）・受療の種類別にみた全国推計患者数	52
性・年齢階級別にみた受療率	53
主要傷病・年次別受療率	53
都道府県別精神病床数・入院患者数等	54
年次別精神病床数・入院患者数・措置率・利用率年次推移	55
精神障害者鑑定申請通報届出状況	55
単価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	56
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	56
精神衛生実態調査結果概要	57
保健所における精神衛生相談状況及び精神衛生訪問指導状況	60
精神衛生センター設置状況	62
精神衛生相談員設置状況・有資格者	63
精神衛生関係予算	66
国民医療費の推計額調	67
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	68
精神障害疾病の1日平均通院患者数および通院医療費	68
開設者別精神病院数・精神病床数の年次推移	69
精神病院にかかる資金種別貸付状況	70
各都道府県精神衛生窓口一覧	71
主な関係団体一覧	72

精神衛生について

1. 精神衛生とは

「健康とは身体的にも精神的にも社会的にも完全に良い状態を意味するものであって、ただ単に病気や虚弱でないというだけではない」(WHO憲章)

精神衛生とはこの人の健康のうち主として精神面の健康を対象とする衛生であり、精神的な不健康を予防し、また精神的健康を保持・向上させるための活動を指している。

ここで精神的に健康な状態とはどういう状態をいうのであろうか。これは精神的な疾病にかかっていることはもちろん、個人が社会の中で良い適応の状態において生活できていることと考えられる。この場合の適応というのは単に環境に順応するという意味ではなく、健康な社会生活を営むために環境を選択し、時にはこれに働きかけて積極的により良い環境に作りかえていくことをも意味している。

この意味で精神衛生が取り扱う対象は精神疾患だけではなく、いわゆる不適応事例も含まれる。それはまた「ある集団と時代の平均からの逸脱」として浮かび上がってくる「事例」であり、このような事例を取り扱う際には、その背後にある社会的環境との関連を合わせて考える必要がある。

変化の激しい現代社会において、増大しつつあるストレスの中、さまざまな欲求不満や不安を体験しつつ著しい不適応状態に陥ることなく、精神の健康を維持し向上させていくことは容易なことではない。それには個人の力だけでは不十分であり、社会全体の組織的な努力による活動が必要である。これが公衆衛生としての精神衛生であり、母子や老人保健などとともに、今日大きな課題の一つとなってきている。

以上はいわば広義の精神衛生といわれるものであるが、不幸にして精神健康を損ない、精神障害の状態にある人達に対しては、早期治療への導入、リハビ

リテーション活動等によって精神的不健康や欠陥をできるだけ防止し回復すること、また適応不全の原因を明らかにし、調整を進めることによって社会復帰を促進するための活動が必要であり、これは狭義の精神衛生ともいわれる。我が国の現状からすれば、この狭義の精神衛生の充実はより差迫った問題であるといえよう。

ところで公衆衛生の第一の目標は予防といわれるが、精神衛生の分野で予防という場合は、疾病そのものの予防（第一次予防）のほかに、早期に治療を加えて増悪や再発を防止する活動（第二次予防）およびリハビリテーション活動によって社会復帰を促進すること（第三次予防）まで含めて考えられている。殊に多くの精神疾患がまだその原因のすべてが明らかではない現状では、この第二次予防や第三次予防のための具体的な活動を推し進めていくことが狭義の精神衛生では現実的かつ重要ことである。

精神衛生の領域はこのように幅広いものであるが、これを人の精神生活の歴史的縦断的な面から見ると、胎生期・乳幼児期・学童期・青年期・壮年期・老年期等のそれぞれの発達（退行）の時期における精神衛生が問題になる。また横断的に社会生活の各場面から見ると、家庭・学校・職場・地域社会等における精神衛生が問題になる。これらの縦横にわたって必要な精神衛生上の配慮が払われ、総合的な精神衛生サービスが展開されることにより、はじめて精神衛生の向上が実現できるわけである。

2. 胎生期の精神衛生

胎児そのものにはまだ精神機能といえるものはないが、人の精神機能の座である脳の発達にとって母胎内にある約10ヶ月間は極めて重要な時期である。脳の実質である神経細胞の数自体はこの時期に既にそろっていて生後にふえることはないといわれている。ただ、この時期の神経細胞はまだ未熟で神経線維や間質の発達も少なく、これらは出生後に発達する。

この時期に重要なことは、直接胎児に、あるいは母体を通して外部から加わるさまざまな有害因子から胎児の健全な発育を守ることである。強い外力や放

射線，母体の梅毒・トキソプラズマ症等の感染症，種々の薬物や中毒，さらには妊娠の経過や栄養・衰弱等が直接間接に胎児の脳の発育に影響を与えることが知られている。これらは妊娠の初期3ヶ月くらいまでの影響が大きい点も注意すべきである。

出生は脳に与える障害の危険率が高い点で大きな危機の一つである。未熟児で生れた場合や難産，仮死産，ABOやRhの血液型不適合による重症黄疸などが脳障害の原因となることがある。

このような胎児期におけるさまざまな外因による脳障害の結果現われてくる症状は脳の全体的な発育不全であり，麻痺や癱れん等の神経症状や知能障害が多い。これらはその外因を予防できる場合が少なくないことを考えれば，子の一生にとって胎児の時期における親や関係者の精神衛生上の配慮は大変重要である。保健所では，母子保健活動の一環として新婚学級や母親学級等の衛生教育，妊産婦検診等を行っているが，精神衛生に関する保健指導は中でも力を入れて推進されなければならない。

3. 乳幼児期の精神衛生

生後において心身の発達が最も急速に進むのがこの時期であり，脳の発育は特に著しい。6才までのうちに身長は約2倍，体重は4～5倍に達するとともに，脳は重量で約3倍となり，構造もかなり分化する。したがって胎生期と同様に，交通事故等による頭部外傷や脳炎・脳膜炎等の感染症，栄養・代謝・内分泌障害等が脳や神経等に障害を与える場合は，その発育を阻害し，後に知能障害や種々の脳器質障害を引き起こすものとなる。

しかし，この時期に精神衛生上さらに重要なことは，乳幼児が親，殊に母親との心理的な結びつきを通じて，知能・感情・性格等の人としての基本的な精神機能を発達させていくことである。親の愛情・しつけ等の養育態度が子供の後の人格形成に与える影響はこの時期が最大であり，“三つ子の魂は百まで”とはまさに至言といえよう。

乳児は，まず母親の豊かな愛情のもとに十分に乳を与えられ，眠り，排泄

し、やがて母子の信頼関係の中で適当な時期に離乳し、排尿・排便のしつけが行われ、活発で自由な遊びや運動が保証されてはじめて健全な精神発達が可能になる。このためにはその前提として両親自身の精神衛生が良いことが最大の条件であるともいえる。親の不在や拒否、過保護、厳格、放任、強迫的な育児態度等が幼児にさまざまな発育障害や異常癖をもたらす原因となっていることがしばしば見出される。

殊に近年の核家族化の進行に伴って若い母親が育児について先輩からの指導を受ける機会が乏しくなり、はん乱する情報の中で過度の不安や期待を抱き、これが子供に反映して種々の問題を引き起こしていることが多い。指しゃぶり、夜尿、言葉の遅れなどよく見られる状態が母親への適切な指導とそれによる母子関係の安定化によって軽快することも珍しくない。

一般に乳幼児の精神障害は、子供が自ら訴えることができず、症状も身体症状の形をとることが多く、また発達途上にあって変化が著しく親の態度が大きく影響するなどの特徴があり、成人とは異なる専門的な診断治療の技術が必要である。

また胎生期とともに、乳幼児期は精神障害の第一次予防の面から重要な時期であるが、保健所における乳児健診、3才児健診等もこの意味で精神衛生面の指導の重要性が指摘されている。

4. 学童期の精神衛生

人格形成の基礎が固められる幼児期を過ぎて学童期に入ると、心身の発達はますます進み、特に脳はこの時期の終りまでには既に成人に近い重量と構造をもつに至る。精神衛生の面では学童期は前の乳幼児期や次の思春期と比べれば比較的安定した時期であり、子供は学校生活を通じて旺盛な知的発達と社会化を始める。それまでは主として家庭内での両親や同胞との結びつきが中心であり、また強く保護されていた状況から次第に分離し、学校での教師や友達との人間関係に広がり、その中で子供なりに一定の役割や責任も果さなければならぬ。特にこの時期の子供にとって仲間同志での遊びは社会生活そのものである。

り、その中で展開するドラマは後の社会における対人関係の基礎をつくる上で重要である。いたずらに勉強や塾学習に偏ってこれを制限することのないよう精神発達の面から配慮しなければならない。

学童期の子供の精神衛生の問題は、主として学校生活での問題であり、学校場面における異常行動や不適応の形で見出されることが多い。学業成績の不振や知能障害をはじめ、登校拒否、減黙、チェック症等がよく見られるものである。これらの原因には学校や友達環境に問題がある場合もあるが、家庭における問題が関与している場合が多い。子供の心は何といてもまだ未熟であり、保護者の影響が強く、また教師の態度も低学年ほど各学童に与える影響は大きい。家庭における過保護や母子分離の困難、過度の運動抑制、学校における課題の押しつけや劣等感等が精神疾患の原因となっていることがある。問題解決には教師と保護者との協力が不可欠である。

また狭義の精神病や神経症のほか、さらには非行傾向等がこの時期からそろそろ始まる。学校保健を中心とした早期の手当が特に望まれる。

学校には校医や養護教諭等による保健活動があるが、その中に精神衛生面からの配慮が必要であり、またPTA等を通じて家庭と学校との連携・協力による対策の推進が必要である。

なおお恵遅れや情緒障害その他の障害児のための治療や教育も今後一層推進されなければならない。

5. 思春期（青年期）の精神衛生

思春期は人の一生の中でも生物・心理・社会的に最も変動の激しい時期である。生物学的には生殖器・内分泌系の成熟に伴って本能衝動が高まり、第二次性徴が現れる。これらは少年の心理を強く動揺させる。

少年は本能衝動を抑えようとして過度に禁欲的な態度をとったり、逆に衝動に身をまかせて快楽主義的な傾向に走ったりする。後者の場合は時として性的・暴力的非行に結びつく場合もある。

一方、このような内的不安定な知的活動を刺激し、抽象的・観念的な思考力

も飛躍的に発達する。少年は、自らのうちに自我を発見し、親をはじめとする大人の世界の現実を改ためて見直しつつ、そこに矛盾を発見し、これに抗して理想を実現したいと願う。しかしこのような願望は、しばしばあまりに理想主義的であり、また主観的・自己中心的な色彩が強い。そのため少年の理想や願望は複雑な現実社会の中でたびたび挫折や失敗に出会わなければならない。こうして少年は、しだいに成長するのであるが、時には適応に失敗し、現実逃避や反社会的な行動に走る場合も出てくる。

対人関係は両親を越えて親友や先輩へと広がり、また異性を意識するようになる。これは思春期の成長の過程で、それまでの自己愛的な愛情生活から真の対象愛へと脱皮し、依存的な精神生活から独立と真の自己を確立しようとするための心の模索でもある。

社会化の過程はこの時期の終りに山場を迎え、これまでのさまざまな対人関係や経験を統合して社会の中における自己の役割や価値を見出し、大人としての自分を確立していく。思春期に見られる社会適応上の困難や問題は、このような統合と主体性確立の過程で起こる葛藤や失敗の現われと理解することもできる。

このような激動の思春期はさまざまな危機をはらんでおり、思春期危機と呼ばれるが、また分裂病をはじめとする精神病や神経症の好発年齢でもある。しかも分裂病等の初期症状は思春期の精神状態の特徴と似ている点が多く、したがって単なる思春期心性として見守っていてやればよいか、あるいは精神障害の初期症状として積極的な治療や指導をしなければならないかの判断は重要である。

この時期の少年は、現実には中学・高校・大学進学等の途上にあることが多く、この意味で教師の役割はますます大きいといえよう。また家庭における父親のあり方もようやく重みをもってくる。父や教師その他思春期の青少年の周囲に関与する重要な人物は、思春期心性を理解し、生活の中で体験を通じて問題解決に助力し、「おとな」の良きモデルとしての役割を担うことが期待される。このことはともすれば勉学と競争のみを強いがちな現代社会全体の課題で

もあろう。

思春期に初発してくる分裂病や躁うつ病，種々の神経症などに対しては，早期に専門的な治療を施すことが何よりも大切である。この場合は，大人に対する以上に親や教師をまじえた精神療法的な接近が必要であり，また学業を続けながらの治療を進めるためにも，周囲の理解と協力が要請される。

6. 壮年期の精神衛生

思春期の嵐を過ぎて壮年期に入ると心身の機能は安定し，完成され，職業人としてあるいは主婦として人生における最大の活躍期を迎える。この時期は就職・結婚・育児といった主として家庭や職場での精神衛生が問題になる。

職場は精神衛生の面からいえば，自らの創意工夫を生かし，社会生活における自己の目標を実現する場でもある。しかし一方職場への適応には厳しさも要求される。多くの上司や同僚，職制やノルマの中で勤労を要請され，その失敗は失職や生活の破たんにも結びつく。昔から欠勤，仕事上のミスや事故の頻発，アルコールへのたんできなどが職場不適応の現われとして指摘されている。これに対して，今のところ職場の保健衛生は労働環境の整備や職業病対策等がおもであり，精神衛生対策はいまだかなり不十分な状況である。

職場における精神衛生的配慮は必ずしも性急な能率・生産性向上の要請とは相いれない場合もあり，人間尊重の立場に立った職場や企業活動のあり方が問われている。精神障害者に対する職場での処遇やリハビリテーション，回復者の受入れなども重要な課題である。これを進めるためには産業医や職場保健婦，いわゆるカウンセラー等の専門職員の配置，人事管理者等に対する精神衛生思想の普及が必要である。これは地域精神衛生活動の一環としての職域における精神衛生活動の課題でもある。

家庭においては，特に女性にとっては，結婚・出産・育児，また家庭内での人間関係が精神衛生上の大きな課題である。夫婦は互いの愛情はもとより，異った性格や役割を認識しあって相補性と相互性を発揮することが必要である。家族間の衝突の絶えない「抗争家庭」や表面的には平穏に見えて互いの気持が

離れてしまっている「見せかけの家庭」は、さまざまな病理現象をはらんでおり、妻の心身症や夫のアルコール中毒、子供の行動異常や非行の原因になっていることも多い。夫婦間の完全な破たんには離婚があるが、近年、離婚率の上昇や子のある夫婦の離婚の増加が指摘されている。昔からある「嫁・姑」の対立かっとうは核家族化の進行に伴って減少しつつあるが、一方で若い母親の育児に対する不安やノイローゼはふえる傾向にあり、また共かせぎの普及が鍵っ子や子供の非行化をもたらす場合もある。これらは現代の社会的な変化が家庭の精神衛生にいろいろな影響を及ぼしている結果とも考えられる。

また現代の家族はその中に精神障害者が生じたり、体の不自由な老人をかかえたりするとたちまち危機に瀕することが多く、これに対する耐性が低下してきている。精神科医療の進歩は、精神障害者の医療をできるだけ入院期間を短縮して外来での通院治療や在宅指導を強化することによって進める方向にあるが、この中で家族が果たすべき役割は逆にますます大きくなってきている。

地域精神衛生活動の中で、障害者とその家族を孤立に追いやることなく、地域社会の中で受けとめ支えていく体制をつくることが第一に要請されるゆえんでもある。

壮年期も40～50才くらいになると、女性では閉経が近づき再び内分泌系を中心とした心身の不安定期に入る。男性でもほぼ同様の変化の時期を迎える。

この時期の精神衛生上のテーマは「向老」の自覚である。女性では容色の衰えとともに閉経によって女性としての能力喪失の不安があり、男性では職場や社会での責任の重さに比べて自己の体力・精神力の衰えが強く意識される。また若い世代とのさまざまな溝も深まって越え難いように思われ、子の独立もまた心理的課題となる。

このような状態はしばしば不安、抑うつ、焦燥感、心気念慮等を生じ、更年期障害や脳の動脈硬化の症状と重なる。向老期に多く見られる精神障害には退行期うつ病やパラノイア、「アルコール中毒」、脳動脈硬化性精神障害等があり、回復が遅れることも多い。壮年期の丈夫で安定した時代から、家庭や職場での日ごろの健康管理と予防や早期治療のための対策をたてておくことが、向

老期の精神衛生上特に必要である。

7. 老年期の精神衛生

平均寿命の延長とともに老齢人口が急速に増加しつつある中で、老人の精神衛生の問題も家庭や地域社会の変ぼうに伴ってますます顕在化してきているが、この問題に対しては、広く医療・福祉も含めた総合的な対策が必要であることはいうまでもない。

老年期は、一般に衰退の時期であり、心身の機能低下は否定しようのない事実である。精神面では脳の血管障害や神経細胞の萎縮・脱落に伴う記憶力や知能の低下が起これ、特に新しい事態への適応性や柔軟性が低下してくる。性格も角がとれて円満になる場合もあるが、逆に若い時の偏りが一層顕著になることもある。

これらの変化は、老人の社会や職場からの引退、家庭内での中心的地位の喪失・病気や老後の不安等の心理・社会的な環境の変化の影響を強く受け、また個人差も大きい。特に配偶者に先立たれた老人や独居老人、精神障害の既往のある老人や身体的ハンディキャップを背負った老人等では問題は一層深刻である。

そもそも心身の老化のプロセスは、いまだ解明されていない部分が多く、神機能のうちでも長い人生経験を必要とするような能力や、老成・円熟を必要とする芸術や文的化能力等はむしろ一生かかって完成の域に近づく面をもっているともいわれている。このことを考えれば、家庭や社会において常に老人に役割が与えられ、期待されるような方策を講じることが必要であり、早過ぎる引退や引き込みりは老化を一層促進することにもなる。

老人の「生きがい」の発見と福祉対策の推進は、精神衛生対策から見ても重要課題の一つとなっている。

8. 地域精神衛生活動

以上人の一生を通じた各時期について、主として一般的な精神衛生問題につ

いて述べてきたが、その中で家庭・学校・職場等の社会生活の各場面における精神衛生についても一部ふれてきた。以下では主として地域社会における狭義の精神衛生問題について考えていくことにしよう。

地域社会で発生したいろいろな精神衛生上の問題を、その地域社会全体の人々の英知を集めた活動によって解決していこうとするのが地域精神衛生活動の基本的な考え方である。

このような考え方があらためて強調されるようになってきた背景には、大家族から核家族への家族集団の変化、都市化・工業化等による伝統社会の崩壊と大衆化社会への移行といった地域社会のさまざまな急激な変化があげられる。それに伴って起こってきたいろいろな問題に対する地域社会の耐性が逆に低下してきていること、その結果、問題解決のための地域社会における新しい取り組みが必要になってきたためである。

このことは単に精神衛生の問題だけでなく、総合的な対策が必要なことはいうまでもないが、これに一步でも近づく活動を精神衛生の分野で展開していくことが我々の当面の課題となる。

近年、精神科医療の分野では、精神病院の開放化、短期入院と早期退院、「ナイトホスピタル」等を通じて地域社会との接触を増やすと同時に、通院治療やデイ・ケア等により、できるだけ患者が社会生活を送りながらの治療を進める方法が取り入れられ、またそれが治療上も社会復帰のためにも有効であることが認められてきた。このため、地域社会においても医療サイドと協力して治療やアフター・ケアを進め、積極的に受入れる体制を整備する必要が生じてきた。

「アルコール中毒」や少年の薬物依存や非行・病気や身寄りのない老人の問題等も、単に専門施設を作ってそれに依存するのではなく、地域社会全体で「ささえていく」体制の確立が必要であることが認識されてきている。

このような地域ぐるみの活動は本来地域住民自らの組織的な活動によって盛り上げるのが理想である。

昭和40年の精神衛生法改正により、保健所が地域における精神衛生の第一線

機関とされ、これを技術面から指導・援助する専門機関として精神衛生センターが置かれることとなった。保健所には専門職員として精神科（嘱託）医師や精神衛生相談員が配置された。また近年は精神障害回復者の社会復帰のためのいわゆる社会復帰施設やデイ・ケア施設も設置されるようになってきている。以下、このような体制のもとに地域精神衛生活動をどうやって進めてゆくべきか、一般的な進め方と幾つかの問題点について述べてみよう。

地域精神衛生活動を始める際には、まずどのような地域を設定するかが前提になるが、それには一定の地域内の住民であることと、そこに生活上の何らかの共同意識があることが必要である。農漁村等の伝統的な村や町はまさにこれにあてはまるが、人口流動の激しい大都市では通勤圏・診療圏等を考慮した別の工夫も必要になってくる。

次には、その地域内の住民の精神衛生上のニーズを的確につかみ、それに対応した計画を立てることが必要である。精神衛生活動に対するニーズは必ずしも顕在化しているとは限らず、サービスの充実に伴って増加してくる面もある。実際に保健所では本人はもとより、彼をかかえて困難している家族の相談によって、必要に応じて適切な診断と治療ルートを確保するといった指導や援助、また入院や外来等の医療を受けながらさまざまな社会的・経済的問題をかかえている事例、就職や就学等の社会復帰についての不安や困難等、精神障害者の医療や福祉を巡るいわゆる狭義の精神衛生に関する要望に応じる場合も多い。

地域を設定し、重点となる精神衛生活動の目標を定め、計画を立てたら、次にはサービスのための厚いネットワークを整備する必要がある。数少ない専門家に任せるだけでは、たとえその数をふやしたとしても到底地域住民のニーズに答えることはできないし、地域精神衛生の理念からいっても、地域内のあらゆる立場の人々がその持場持場で精神衛生上の配慮を働かせ、役割の一端を担い合う体制を作ることが要請されるからである。

病院・診療所等の医療機関、福祉事務所・児童相談所等の社会福祉機関、学校等の教育機関・団体はサービス・ネットワークの中でも中心的な役割を担

う。また家族会や断酒会等の民間の関係団体や自治会、婦人会等の地域の一般団体の参加・協力も貴重な力となる。地域の理解者・援助者の層を厚くすることは専門家による対象者への適時・適切な援助・助力を一層効果的にするものである。

狭義の精神衛生つまり精神障害者の第二次・第三次予防を推進するにあたっては、保健所や精神衛生センター等の公衆衛生機関による活動と、医療機関による臨床活動とがうまく結びつくことが最大のポイントである。

保健所や精神衛生センター等の公衆衛生側では、与えられた使命を果すのに十分な実施体制を確立することがまず第一の課題である。精神衛生センターはなお未設置の県があり、社会復帰施設に至ってはその設置が緒についたばかりで、早急な整備拡充が望まれる。これらの機関・施設の整備とともに期待されることは、地域精神衛生活動が行いやすいような諸制度の整備・充実であろう。「職親制度」や精神障害者に対する福祉向上のための諸制度が検討されなければならない。

医療側については、何よりも地域精神衛生活動の考え方を生かした臨床活動が期待される。具体的には精神病院等における外来治療や院外活動の充実・発展がまず第一であろう。地域の必要性に応じた総合病院精神科や精神科診療所の普及も必要である。また一般開業医が精神障害者の治療や指導の一翼を担うことも期待される。

地域精神衛生活動は、実際には精神障害をもつ地域住民の一例一例を丁寧に援助していく作業があくまでも中心となる。これは本人にとっても援助する人にとっても、真に辛抱強い根気のいる仕事である。基本的な人間愛と豊富な知識・技術が要請されると同時に、チームワークと社会資源を駆使したアプローチが必要である。またその地域地域の特性によって柔軟な創意工夫がされなければならない。全国のあちこちで行われ始めたこのような実践活動を育てていきたいものである。

精神衛生の現状

1. 精神衛生の歩み

(1) 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。この時期においては、我が国の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とうに頼っており、社寺の楼塔は精神病者の収容施設のごとき観があった。

明治の衛生行政が、本格的軌道に乗り出したのは、明治6年、文部省の医務課が医務局となり、明治7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者の大多数は、私宅に監置されて、人間的な取り扱いを受けていなかった。

しかしながら、漸次、近代西洋医学が輸入され、これに基づいた衛生行政が行われるようになるにつれて精神衛生対策の面も新たな方向へと展開してゆくことになった。すなわち、明治8年には、ドーニッツが警視庁において精神病の講義を行ったし、日本最初の公立病院である京都府癲狂院が設立され、9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、11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、12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。13年には医学校初の精神病舎が愛知県病院に設置され、17年には岩倉癲狂院が開設され、19年には帝大医科大学に精神病学教室が置かれ、同年12月には日本人最初の講義として榊俣教授が東大において精神病学の講義を行った。更に28年には、代表的な精神病学の成書として呉秀三纂訳「精神病学」が発行されるなど医学の面においても徐々にその基礎が固められていった。

(2) 精神病患者監護法の制定

明治30年代になると、これまで相当長い間、専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至った。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32年「行旅病人および行旅死亡人取扱法」が公布され、次いで明治20年のいわゆる相馬事件などが重要なきっかけとなって、精神病患者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33年3月公布、同年7月1日施行となり、また同年6月28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、監督の適正を図った。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な消極的な範囲に止まらせて置くことができなくなった。すなわち、明治34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35年には精神病患者救済会が設立されて日本で初めて精神衛生運動が行われるようになり、更に、日本神経学会も発足し、また39年、「官立医学校＝精神科設置」の決議を行ったし、明治40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42年に、明治41年1月以降公立精神病院およびその退院者につき詳細な調査を行った結果、患者数2万5千、病床2千5百、私宅監置約3千というような精神病患者の実態が明らかになり、その收容施設の整備拡充の必要なことがわかり、明治44年、「官公立精神病院設置」の決議がなされた。

(3) 精神病院法の判定

明治末年に至ってようやく近代国家としての体制を整えた我が国は、衛生行政の面においても新たな段階に入り、更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えなかった。

更に、大正5年保健衛生調査会が設置され、大正6年6月30日精神障害者の

全国一斉調査が行われ、精神病患者総数は約6万5千、精神病院等に入院中のもの約5千、私宅監置を含めて約6万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収容施設をもっていない県が28県もあり、在院患者のほぼ4分の3が東京・京都・大阪におり、東京にはその2分の1が収容されているなどの実態が明らかになった。このような現状により、大正8年、「精神病院法」が公布された。この法の制定により、国は都道府県に対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対し、国庫補助を行うことになり、精神病院の普及が図られることになった。こうして大正9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14年の鹿児島保養院、昭和元年の大阪中宮病院、昭和4年の神奈川芹香院、昭和6年の福岡筑紫保養院、昭和7年の愛知城山病院を数えるのみであった。

(4) 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6年の調査によれば患者総数7万余にたいし、収容数は約1万5千であり、諸外国に比して人口当たり病床は10分の1の低さを示し、病院数約90で、病院法による施設をもつ府県は僅か3府17県であった。昭和元年には日本精神衛生会が設置され、また、昭和13年には厚生省が設置されて衛生行政の機構が確立されたにもかかわらず、精神衛生対策は十分な効果を挙げるに至らなかつた。殊に戦時においては、精神病患者の保護は全く顧みられず、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15年には約2万5千床もあつた病床は、終戦時には約4千床にまで減少した。

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及ぶべきであるという理念が台頭するようになり、昭和25年、医療保護のみならず予防対策を含めた幅の広い「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、精神病者は医療機関で医療保護を受けることになり、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な発展が期されることになったのである。

(5) 精神衛生法以後

昭和27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われることになった。

昭和28年には日本精神衛生連盟が結成され、同年11月には第1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3万床で、昭和15年の約2万5千床に比べようやく戦前程度に回復したが、昭和29年7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130万人、うち要入院は35万人で、病床はその10分の1にも満たないことが判明した。このため同年法改正を行って非営利法人の設置する精神病院の設置および運営に要する経費に対し、国庫補助の規定が設けられ、これが重要な契機となって、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、5年後の昭和35年には約9万5千床に達し、精神障害者に対する医療保護は飛躍的に発展するに至った。

昭和31年4月1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薬物療法、更には心理療法や作業療法等の治療方法の進歩によって寛解率は著しく向上し、在院期間が短縮され、かつ、これに伴い予防対策や在宅障害者対策がしだいに注目されるようになった。

更に昭和38年には画期的な精神障害の実態調査が行われた。この調査によっ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25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らしい事態に即応し得なくなってきたので、精神障害に

関する発生予防から、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。ところがたまたま39年3月、有名なライシャロー事件が発生し、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、そのために準備中の法改正の必要性に一層の拍車が掛けられた。よって同年5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2月、精神衛生法の一部を改正する法律案が第48回国会に提出され、昭和40年6月30日をもっ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ったほか、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、更に通院医療に対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った。

2. 精神衛生行政のしくみ

精神衛生行政は、公衆衛生行政の一分野として推進されている。一般的に衛生に関する行政は、①家庭や地域社会等の国民一般を対象として行う一般衛生行政（厚生省所管系統）、②学校における生徒を対象として行う学校衛生行政（文部省所管系統）、③事業場等の職場における従業者を対象として行う労働衛生行政（労働省所管系統）の3つに大別されている。しかし、近年、公害に起因する健康被害の深刻化等を背景として、公害行政（環境庁所管系統）が新たな分野の衛生行政として展開されてきている。

一般衛生行政は、更に、①予防接種・集団検診等の予防医学を主体とした疾病の直接的予防を目標とする予防衛生行政と、②栄養改善・精神衛生等の健康の積極的な向上増進を図ることを目標とする保健衛生行政と、③食生活の安全性の確保や快適な生活環境の創出等を目標とする環境衛生行政と、④医療の普及向上や供給体制の整備等を目標とする医事衛生行政と、⑤医薬品等の安全性の確保や麻薬等の取締りなどを目標とする薬事行政とに分類されている。

一般衛生行政を担当する国レベルの内部部局は、厚生省の公衆衛生局、環境

衛生局（水道環境部が付置されている。）、医務局および業務局のいわゆる衛生四局と称される局である。

一般衛生行政の推進組織としては、厚生省を最高機関とし、行政が市区町村末端まで一貫して推進できるように、順次、都道府県（衛生主管部局。通常の場合は、保健所を設置する市も含まれる。）→保健所→市区町村（衛生主管部局、課または係）という基本的な体系が確立されている。

次に、精神衛生行政の推進組織を見ると、厚生省では公衆衛生局の精神衛生課を主管課とし、附属機関として国立精神衛生研究所（厚生省設置法第15条）と、中央精神衛生審議会（精神衛生法（以下「法」という。）第13条）が置かれている。

- ① 国立精神衛生研究所は、昭和27年に、千葉縣市川市の国立国府台病院敷地内に設置され、精神衛生に関する基礎的および応用的問題についての総合的な調査研究の実施や地方公共団体等の精神衛生業務従事職員の研修を行う機関として、国レベルにおける精神衛生に関する科学技術の中核的役割を担っている。現在の組織は、精神衛生部・児童精神衛生部・老人精神衛生部・社会精神衛生部・精神身体病理部・優生部・精神薄弱部・社会復帰相談部の研究8部と総務課から成っており、研究職32名を擁している。
- ② 中央精神衛生審議会は、精神衛生行政の適切な推進を図るために必要な事項を調査審議し、厚生大臣の諮問に答えるほか、精神障害原因の除去・診察や治療方法の改善・発生子防措置等の事項について関係大臣に対して意見を具申しうる権能をもつ機関である。委員は15人で任期は3年であるが、必要に応じて臨時委員が置かれる。また、これらの委員は、精神衛生に関する学識経験者と関係行政機関の職員のうちから任命されている。

都道府県における精神衛生行政は、衛生主管部局の精神衛生主管課（保健予防課・公衆衛生課等）で担当されている。特に、この精神衛生行政は、精神障害者等に対する医療保護等の特殊性を有していることから、精神衛生法関係法令による市区町村長に対する機関委任事務はごく少なく、一方、都道府県知事の権限はその管轄下にある保健所長以外には委任（保健所法第3条）できな

いので、行政事務のほとんどが都道府県と保健所で処理されるものとなっている。

また、都道府県には、

- ① 管下における精神衛生に関する総合技術センターとしての機能をもった精神衛生センター（法第7条。全国で36施設）が置かれている。業務は、関係諸機関に対する技術指導・援助、関係職員の教育研修、知識や思想の広報普及、科学技術問題の調査研究や関係情報の収集、複雑困難な事例についての相談・指導の実施その他地域ボランティア団体等の協力組織の育成等を行うものとなっている。今後の課題としては、センターの機能の一層の充実を図る観点から、デイ・ケア部門の併設等が望まれている。
- ② 都道府県段階での精神衛生に関する事項の調査審議機関として、委員10人以内（任期3年）から成る地方精神衛生審議会（法第16条の2）が置かれ、知事の諮問に答え、または自ら意見の具申を行いうる権能をもつものとなっている。
- ③ 「通院医療費公費負担」について、その申請の内容を診査し、意見を述べるための精神衛生診査協議会（法第16条の4）が置かれている。委員は5人（任期2年）で、精神衛生医療事業の従事者と関係行政機関の職員のうちから任命されている。

一方、各地域における精神衛生行政の第一線の実施機関は保健所（50年度末845ヶ所）である。保健所は、精神衛生法関係法令に基づく機関委任事務を処理するだけでなく、地域住民の保健需要に応じ、営造物機関として行う広範にわたる精神衛生サービス事業を実施している。また保健所には、精神障害者等に対する保健医療サービスの徹底を期するなどのため、必要に応じて相談・指導のための訪問を行う法定資格をもった精神衛生相談員が配置されており、その任命は都道府県知事または保健所設置市長によって行われている。今後は、この制度の一層の充実が望まれている。

市区町村の精神衛生行政組織は、おおむね都道府県の組織に準じて行われている。

3. 精神衛生に関する費用の助成措置

精神衛生対策の推進に必要な経費については、従来から各般にわたる国の助成措置が講じられている。これを大別すると、①精神衛生法の理念を達成するための各種施策推進費に対する補助金等助成制度と、②都道府県の施策推進に必要な財源確保のための地方交付税単位費用算入措置と、③精神病院等の施設・設備整備等のための資金融資制度とがある。

(1) 国庫補助

精神衛生対策費補助金等は、国家予算編成においても、国の重要施策の柱となっている「社会保障の充実」に要する経費として、社会保障関係費の中の一項目に掲げられる保健衛生対策費に組み込まれ、その中で重要な地位を占めている。

また、精神衛生対策は、毎年度における厚生省の重点施策の一つとして推進が図られ、これに伴う施策の充実強化とあいまって、補助金等予算額も、年々増額の一途をたどってきている。

昭和51年度の補助金等予算額は、総額約86,416百万円であり、10年前の41年度に比べ、約65,304百万円増の伸び率409.3%を示しており、この予算額を除いた同一期間内における保健衛生対策費の伸び率(248.0%)をはるかに上回る実績をみている。

この補助金等予算額は、①精神衛生医療費に対する公費負担等、②精神衛生法関係法令の施行事務に対する補助、③精神衛生センター等施設の運営費に対する補助、④精神病院等施設・設備の整備費に対する補助、⑤保健所の精神衛生活動費に対する補助から成り立っている。

ア 医療費公費負担等 85,461,129 (千円)

この経費は、①都道府県知事が講じた入院措置(法第29条)と緊急入院措置(法第29条の2)の対象となった患者の医療費(患者の護送費を含む。)の全額を都道府県で支弁し、その財源の10分の8を国が負担(法第30条)する経費(措置入院費)と、②通院医療の適正な普及を図り、

社会復帰を促進する観点から、昭和40年の法改正により講じられた通院医療費にかかる都道府県の2分の1の公費負担（法第32条）に対し、その2分の1を国が補助（法第32条の3）する経費（通院医療費）と、③「沖縄の復帰に伴う特別措置に関する法律」の施行に伴い、沖縄県については、「沖縄の復帰に伴う厚生省関係法令の適用の特別措置等に関する政令（昭和47年政令第108号）」第3条の規定により、同意入院（法第33条）および通院に要する医療費の本人負担分についても、措置入院の場合と同様な仕組みで全額を公費負担する特別措置が講じられており、そのために必要な経費とで構成されている。

措置入院医療費の負担にあたっては、その費用の全部または一部を患者または扶養義務者から徴収しうる仕組みとなっている（法第31条）。また、措置入院患者は、通院医療の普及・相談指導事業の充実化等によって、昭和45年の76,532人をピークとし、年々、減少傾向をたどっているが、51年度は62,400人が見込まれている。

通院医療費の公費負担は、患者本人または保護義務者からの申請主義を採用し、知事が申請内容の適否についての精神衛生診査協議会の診査意見を聞いて決定し、6月間を限度として負担される仕組み（期間経過後は再申請が必要である。）となっている。なお、通院医療は、日常の社会生活を続ける中で行われることから、近時、それによる医療効果が殊のほか高いことが注目され、このため通院患者数も45年の47,000人から51年度には101,400人の見込数までに増加してきている。

沖縄県の同意入院費等に対する特別公費負担措置は、復帰前の沖縄精神衛生法による既得権を保障する建前から行われており、その51年度の同意患者数は1,450人と見込まれている。

イ 法施行事務費補助 90,408（千円）

都道府県が精神衛生関係法令に基づき行う機関委任事務や団体委任事務の執行等、その円滑かつ適正な運営を期するために必要な経費について2分の1を補助している。

ウ 精神衛生センター等施設の運営費補助 189,823 (千円)

この経費は、前述した都道府県精神衛生センターならびに後述する精神障害者社会復帰施設およびデイ・ケア施設の効率的な運営を図るため必要な経費について、前者の精神衛生センターにあつては3分の1の法律補助(法第8条)を、後者の各施設にあつては、それぞれ2分の1の補助(予算措置)を行っているものである。

精神衛生センターは、現在36施設があるが、補助金の交付にあつては、施設の規模と管轄人口に応じ、補助金の交付要綱上の基準として、A級(現在6施設)と、B級(現在30施設)に区分して行われている。

[25頁を参照]

精神障害回復者社会復帰施設の運営費補助は、昭和46年度に創設され、現在の対象施設としては川崎市と岡山県とに設けられている。また、この施設では、夜間生活指導(ナイト・ケア)および昼間生活・作業指導(デイ・ケア)等の社会復帰事業が行なわれている。[27頁を参照]

デイ・ケア施設の運営費補助は、50年度の新規事業として創設され、現在の対象施設としては茨城県と島根県とに設けられている。また、この施設では、適切な医学的管理のもとに昼間生活・作業指導(デイ・ケア)等の社会復帰事業が行なわれている。[28頁を参照]

エ 精神病院等施設・設備整備費補助 581,067 (千円)

施設整備費補助 575,736 (千円)

この経費は、①精神病院の病床等の新設・増設および改築に必要な工事費について、都道府県立にあつては2分の1の法律補助(法第6条)を、市町村立にあつては同じく2分の1の予算補助を、非営利法人立にあつては3分の1の法律補助(法第6条の2)を、それぞれ行うための経費と、②精神衛生センターの設置費の2分の1の法律補助(法第8条)を行うための経費と、③精神障害回復者社会復帰施設とデイ・ケア施設の整備費の2分の1の予算補助を行うための経費とで構成している。

精神病院の病床数は、その整備費に対する国庫補助金の交付や、後述する資金融資により、年々、拡充されてきており、昭和50年6月末現在では、病院数1,454か所で275,468床に達し、10年前の40年6月末現在の病院数1,068か所の164,027床に比べ、病床数の著しい増加をみている。しかし、既存病院数の81.5%および病床数の約85.7%が私立病院に依存しており、今後は、更に国公立病院（非営利法人立の公的医療機関を含む。）の整備拡充のほか、特に、老朽施設の近代化改築、「アルコール中毒」、老人、児童のための病床の整備が望まれている。この場合の非営利法人立に対する補助対象病院は、「医療法第31条に規定する公的医療機関の開設者を定める告示（昭和26年厚生省告示第167号）」に掲げる地方公共団体の組合・普通国民健康保険組合・日本赤十字社・済生会・厚生農業協同組合連合会・北海道社会事業協会が開設しているものとして取り扱われている。

設備整備費補助

5,331（千円）

この経費は、前述した施設の新設および増設に伴って必要となる設備品等の整備に必要な経費について補助しているものであり、その補助率は、施設整備費の補助率と同様となっている。

オ 保健所の精神衛生活動費補助

93,990（千円）

この経費は、保健所における精神衛生活動の推進および関係事務の執行に必要な経費について補助するものである。この補助金の交付にあたっては、「保健所において執行される事業等に伴う経理事務の合理化に関する特別措置法（昭和39年法第155号）」が適用され、同法第1条第5号該当補助金として、保健所運営費補助金の形で一括交付（本局地域保健課執行）されるもので、補助率は100分の34となっている。補助対象事業は、精神衛生業務の総合的な企画調整・精神衛生に関する教育・精神衛生相談員等の業務の相談指導等のほか、自ら相談指導業務を担当するための非常勤の精神科嘱託医師の設置事業・在宅指導等のための打合せ事業・訪問指導事業・精神衛生相談員資格認定講習会事業・精神障

害者社会復帰促進のための事業等となっている。このうち社会復帰促進事業については、51年度に新規に実施するものを含め、現在154保健所について計上されているが、今後とも計画的な拡充が予定されている。

〔32頁を参照〕

(2) 地方交付税

都道府県の精神衛生行政の推進に必要な経費については、その財源確保の一環として、毎年度の地方交付税交付金の算定基礎となる衛生費の単位費用中に、精神衛生費の所要額が組み込まれている。この単位費用の積算は、地方精神衛生審議会費・精神衛生医療費（精神衛生鑑定・措置入院等、指定病院の指導監査等に要する行政事務費）および精神衛生センター運営事務費の所要経費から事業収入を控除した自己負担財源について行われている。

(3) 資金融資

精神病院等の施設設備の整備等に必要な資金については、現在、以下の融資措置が講じられている。

ア 地方公共団体

精神病院等の医療施設（職員宿舍・看護婦宿舍を含む。）の新設・増改築事業および医療看護用機械器具に要する資金については、厚生年金保険と国民年金の積立金還元融資を原資とする特別地方債の制度が講じられている。この制度による精神病院の設置費に対する融資は、単独事業として行う場合の過重な財政負担が考慮され、原則として国庫補助事業の施設を対象として行われる。また、融資額は、主体工事費に特殊附帯工事費・機械器具購入費・土地取得費と建設事務費との加算額について行われ、1病院当たり15億円（単年度8億円）の範囲内の額となっている。

なお、昭和51年度の病院事業の融資資金枠は920億円である。

イ 個人および法人

個人および法人立の病院事業等に必要な資金については、医療金融公

庫による融資制度が講じられている。公庫の融資は、代理貸付が原則となっているが、東京都・神奈川県・大阪府・兵庫県内の病院の建築資金の申込額が8,000万円超のもの、および通常の貸付限度額を超えて融資する病院（厚生省医務局長と大蔵省銀行局長の承認を得た特定病院）に係るものその他特に定めるものについては、公庫本店または公庫大阪支店による直接貸付が行われることになっている。公庫の昭和51年度の資金枠は740億円である（公庫の融資条件等の詳細については、公庫本店または代理店に照会されることが望ましい）。

4. 精神衛生センター

昭和40年6月の法改正により、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となった。

(1) 精神衛生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・技術援助を行う施設である。

(2) 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。

(3) 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ている。

(4) センターの規模

精神衛生センターの規模としては、A級（人口300万人以上の県に設けるもの）、B級（人口300万人以下の県に設けるもの）、A・B級とも、それぞれ相談室・診療室・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。

(5) 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。

(6) 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・技術指導ならびに関係職員等に対する研修に大別される。

なお、A級センター（6か所）では、デイ・ケア事業も行われているが、今後は精神衛生センターの機能の拡充の一環としてデイ・ケア事業の一層の推進が望まれている。

ア 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、精神衛生センターにおいて相談指導を行い、来所者に対しては、脳波検査・心理検査等の必要な検査をやり診断を行うほか、病院への紹介・委託、助言、ケース・ワーク等を行っている。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は、直接的な技術援助・技術指導を行うとともに、それらの職員等の研修を行っている。

イ 知識の普及

一般社会に対してはもちろん、関連のある都道府県の民生主管部局・警察・検察・学校衛生・産業衛生等の関係者に対し、精神衛生に関する知識の普及を図っている。

ウ 調査研究

精神障害者の実情，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資料の収集整理，相談・指導その他技術的方法等に関する研究を実施している。

(7) 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は，その設置に要する経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2分の1，運営費については3分の1を補助している。

(8) 精神衛生センターの設置状況

昭和40年6月の精神衛生法の改正により，従来の精神衛生相談所は，法律上の施設としては廃止され，これに代るものとして，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50年度末にはA級センター6か所，B級センター30か所，合計36か所が設置されている(資料62頁)。

5. 精神障害回復者社会復帰施設

この施設は，精神障害回復者等に，適正な医学的管理のもとに，昼間の生活・作業指導（デイ・ケア）および夜間生活指導（ナイト・ケア）等を行い，円滑な社会復帰を図ることを目的とした施設である。

(1) 施設の設置・運営主体

施設の設置・運営は，地方公共団体が行う。

(2) 施設の組織

施設の組織としては，次の部門により，それぞれの業務が行われている。

ア 管理部門

施設の運営管理等に関する業務を行う。

イ 昼間生活指導部門

昼間の生活指導等（料理・手芸・スポーツ・レクリエーション・音楽・社会見学等）を通じて，社会適応指導を行う。

ウ 昼間作業指導部門

昼間の作業指導（木工・金工・ミシン加工・印刷・陶芸・園芸等）を通じて、社会適応指導を行う。

エ 夜間生活指導部門

昼間、施設外の事業所等で就業する者に対して、夜間の生活指導等を通じて、社会適応指導を行う。

(3) 施設の職員

施設の職員は、施設長(医師)のほか、看護婦(士)、作業療法士、精神医学ソーシャルワーカー、臨床心理技術者その他事務職員等が配置される。

(4) 施設の設置・運営に要する経費に対する補助

国は、地方公共団体が施設を設置したときは、その設置および運営に要する経費（人件費及び事業費）について、算定基準に定めるところにより、それぞれの経費の2分の1の補助を行っている。

(5) 既設の施設

川崎市社会復帰医療センター

所在地 川崎市中原区井田1471

電話 044 (788) 1551（社会復帰棟平面図・図1を参照）

東京都世田谷リハビリテーションセンター（東京都単独事業）

所在地 世田谷区上北沢2-1-7

電話 03 (302) 7575

岡山県（昭和51年10月開設予定で現在建設中である）

6. デイ・ケア施設

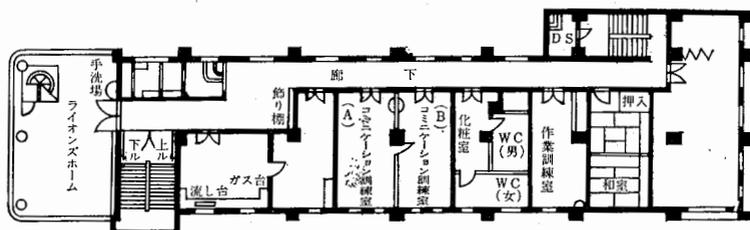
この施設は、精神障害回復者等に適正な医学的管理のもとに昼間生活・作業指導（デイ・ケア）等を行い、円滑な社会復帰を図ることを目的とする施設である。

(1) 施設の設置・運営主体

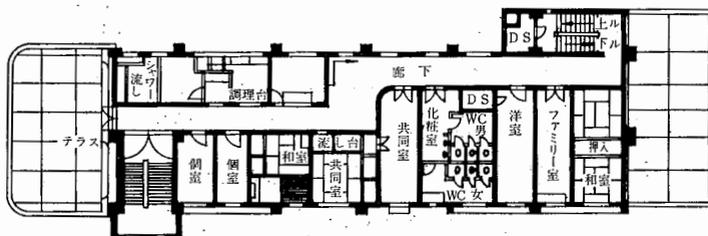
施設の設置・運営は、都道府県が県立の精神病院に併設して行う。

図1 川崎市社会復帰医療センター（社会復帰棟）の一部

2階 社会復帰訓練部（561.8㎡）



3階 宿泊指導部（408.5㎡）



(2) 施設の組織

次の部門により、それぞれの業務が行われている。

ア 管理部門

施設の運営管理等に関する業務を行う。

イ 昼間生活指導部門

昼間の生活指導等（料理・手芸・スポーツ・レクリエーション・音楽・社会見学等）を通じて、社会適応指導を行う。

ウ 昼間作業指導部門

昼間の作業指導等（木工・金工・ミシン加工・印刷・陶芸・園芸等）を通じて、社会適応指導を行う。

(3) 施設の職員

施設の職員としては、施設長（医師）のほか、看護婦（士）、作業療法

士，精神医学ソーシャルワーカー，臨床心理技術者その他事務職員等が配置される。

(4) 施設の設置・運営に要する経費に対する補助

国は，都道府県が当該施設を設置したときは，その設置および運営に要する経費（人件費及び事業費）について，算定基準に定めるところにより，それぞれの経費の2分の1の補助を行っている。

(5) 既設の施設

茨城県立友部病院デイ・ケア施設

所在地 茨城県西茨城郡友部町旭町654

電話 02967（7）1151

島根県立湖陵デイ・ケア施設

所在地 島根県簸川郡湖陵町大字大池240

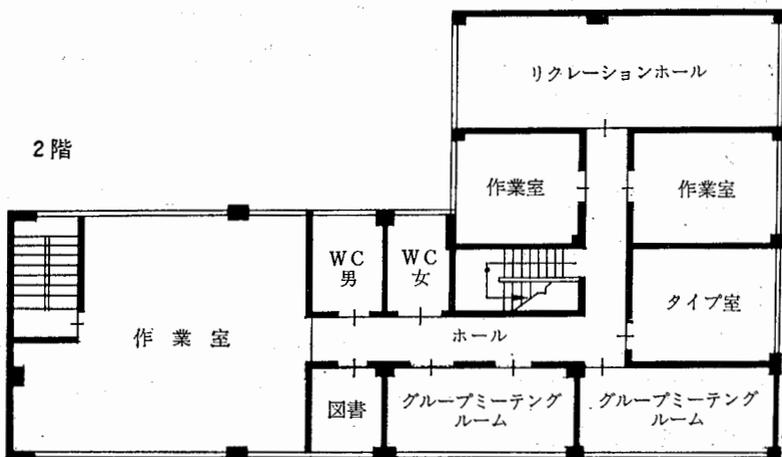
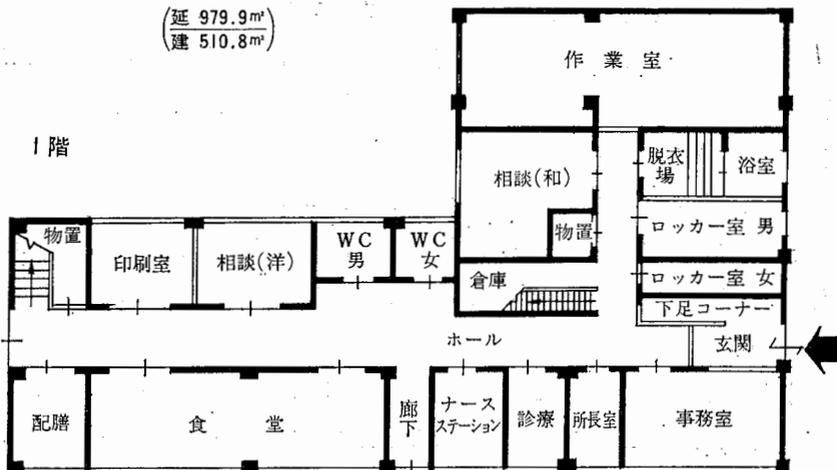
電話 0853（43）2102

（県立湖陵デイ・ケア施設の例・平面図・図2を参照）

図 2

島根県立湖陵デイケア施設の例（平面図）

(延 979.9㎡)
(建 510.8㎡)



7. 保健所における精神衛生活動

昭和40年6月、一部改正された精神衛生法および保健所法等をうけた「保健所における精神衛生業務運営要領」において

保健所は、地域における第一線の行政機関として、精神衛生諸活動の中心となり、精神衛生センター・病院・社会福祉関係諸機関等との緊密な連絡協調の下に、精神障害者の早期治療の促進および精神障害者の社会適応を援助するための相談および訪問指導を積極的に行うとともに、地域住民の精神的健康の保持向上を図るための諸活動を行うものとされ、「精神衛生業務の実施体制」の項目の中で、精神衛生関係業務に従事する職員の職務内容については、

(医 師)

医師（精神科嘱託医を含む。）は、保健所における精神衛生業務の企画および総合調整を行うとともに、管内における精神衛生に関する衛生教育・精神衛生相談員等による相談および訪問指導等を指導監督するほか、自ら、相談・指導等を担当する。

(精神衛生相談員)

精神衛生相談員は、医師を主体とするチームの一員として、医師の医学的指導の下に、保健婦その他の協力を得て、面接相談および家庭訪問を行い、患者および患者家庭の個別指導を行う。

(保健婦)

保健婦は、精神衛生に関する相談指導業務にチームの一員として参加する。保健婦業務遂行に当たっては、精神衛生的配慮を行う。

(医療社会事業員)

医療社会事業員は、その業務の遂行に当たっては、精神衛生的配慮を行うとともに、精神衛生に関する専門的な処理を要するケースについては、医師および精神衛生相談員に連絡し、適正な処理を行う。

(衛生教育指導員)

衛生教育指導員は、衛生教育を実施するにあたっては、精神衛生的配慮を行

う。また、患者クラブ活動・地区組織活動の育成・指導等に あたっては、医師・精神衛生相談員等と密接に協力するなどが示され、また「精神衛生業務の実施方法」の項目の中では、

(精神衛生相談)として

精神障害者・家族および一般人を対象として、所内または所外において日時を定めて実施する。

精神衛生相談および処置を行うため、医師・精神衛生相談員・医療社会事業員・保健婦その他必要な職員を配置する。

諸種の精神衛生に関する相談事項をもって来所した者に対し、その相談に応じ、医師等を中心にして個別指導助言その他を行う。これらのうち、複雑困難なものまたは精密検査等を要するものは、精神衛生センター等に紹介するが、一般に保健所における精神衛生相談は、次のような手順、方法によって行われる。

面接相談

本人・家族または一般健康人の来所時に面接相談を行い、本人等の訴え(問題)の概要・従来経過(生活歴等)・既往歴・家庭環境等を聴取する。

診断

面接相談の結果に基づき、そのケースについて診断を行い方針を決定する。

処置

診断区分に応じて、病院等への紹介、また医学的指導・ケースワーク等を行う。

(訪問指導)として

家庭訪問によって、本人の状況・家庭環境・社会環境等の実情をは握し、これらに適応した指導を行う。

精神障害者本人に関する相談・医療の継続または受診についての勧奨・職業に関する指導・生活指導・環境調査等の社会適応援助を行うとともに、家族自体の問題についての相談および衛生教育を行う。

(患者クラブ活動等の援助)として

患者クラブ・職親クラブ・患者家族会等の活動に対して必要な助言・援助または指導を行う。

(衛生教育および協力組織の育成)として

精神衛生相談クリニックを通じ、また、資料・図書・その他の教育資材等を整備・展示・提供し、または広報関係機関を利用するなど、地域・住民等に対してできるだけ公衆の日常生活・必要性・体験等に結びついた方法により、精神衛生に関する教育および広報活動を行う。

また、地域における衛生・医療・福祉・教育・産業・労働等の各種施設・機関・団体等において行われる精神衛生に関係ある諸活動に対して積極的に援助するとともに、精神衛生事業に対する一般住民の自主的な活動・協力および参加を可能ならしめるよう、これらの施設等において精神衛生に関係のある職員もしくは一般地域住民を構成員とする地区組織の組織化、育成強化またはこれらの地区組織に対する援助を積極的に行う。

(関係機関との連絡協調)として

管内の行政・教育・福祉・医療・産業・報道関係等の機関・施設・団体・専門家等の精神衛生事業への協力またはこれらの活用を円滑ならしめるため、平常より、これらの行う公衆衛生活動に対して技術的援助・協力・指導等を積極的に行うなどのことが示されている。

また、昭和50年度より、次に抜すい紹介する「社会復帰相談・指導事業」を別途、新たに進めており、その実施保健所は50年度に72保健所、51年度には138保健所となっている。

「保健所における精神衛生業務中の社会復帰相談指導実施要領」

(目的)

回復途上にある精神障害者の社会適応を図るため、保健所における精神衛生に関する業務の一環として、社会復帰に関する相談指導を積極的に推進し、回復途上にある精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする。

(事業の内容)

(1) 相談指導対象者

本人・家族または主治医から社会復帰に関する相談指導について依頼があった当該回復途上にある精神障害者の状況・家庭環境及び社会復帰のための相談指導の方法・内容等の諸条件を検討の上、当該保健所において社会復帰相談指導を実施することができる対象者（以下「対象事例」という。）を決めて、相談指導を実施するものとする。

(2) 相談指導計画の策定

対象事例については、医師（精神科嘱託医を含む。）、精神衛生相談員、保健婦、医療社会事業員等のほか、必要に応じて、主治医の参加を得て、対象事例検討会を計画的に開催し、対象事例の関連諸条件等について総合的な検討を行い、この結果に基づいて対象事例ごとに社会復帰に必要な具体的な相談指導計画を策定するものとする。

(3) 相談指導の実施

対象事例に対する相談指導は、保健相談指導 および 生活指導等について、対象事例に最も適した方法によって実施するものとする。

(4) 関係機関等との連絡調整

この社会復帰相談指導の実施にあたっては、医療機関および社会復帰に関係する機関等との緊密な連絡調整に努め、回復途上にある精神障害者の円滑な社会復帰を図るものとする。

精神障害者の医療

1. 通院医療

精神医学の発達により、精神障害の程度によっては、必ずしも入院治療を要せず、かえって通院による医療が極めて効果的になった実情がみられることにかんがみ、昭和40年の法改正により、精神障害の適正な医療を普及し、早期治療によってその効果を高めるため、精神障害者が通院によってその精神障害の医療を受ける場合には、都道府県はその医療に要する費用の2分の1を公費で負担する制度が設けられたのである。

この制度を活用した通院医療を担当する機関は、保険医療機関または保険薬局、その他の社会保険、労災保険、共済組合、生活保護等の医療を行う病院、診療所および薬局である。

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って行われ、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。1回の申請によって行われる公費負担の期間は6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従って算定され、都道府県から社会保険診療報酬支払基金を通じて医療機関に支払われる。国は都道府県に対し、公費負担した費用の2分の1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って行われるが、この制度による公費負担が優先して行われ、残りの半額について他の制度による費用の負担が行われる仕組みとなっている。

2. デイ・ケア医療

デイ・ケア (Day-Care) とは、昼間の相当時間にわたって、保健、医療等の目的で何らかの働きかけなどを計画的に行うことを総称するものである。したがって対象者、目的等によってケアプログラムの内容、時間参加スタッ

フの職種・数等が種々工夫される。ここでは精神疾患々者に対する医療としてのデイ・ケアを紹介する意味で幾つかのプログラムを例示しておきたい。ちなみに昭和49年1月の厚生省保険局長通知の一部を引用すれば、「精神科デイ・ケアは、精神障害者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、実施される内容の種類を問わず、その実施時間は患者1人当たり1日につ

デイ・ケアプログラム例1（福井県立精神病院）福井県福井市

曜日	時	週	プログラム 1	プログラム 2
月	9.00~11.00		モーニングテイ 新 聞	モーニングテイ 新 聞
	11.00~12.00		料 養 講 理 栄 養 講 理 座	料 養 講 理 栄 養 講 理 座
	12.00~13.00		昼 食	昼 食
	13.00~15.00		〔作業指導〕 1. 製木 箱 2. 木園 工芸 3. 園	〔作業指導〕 1. 製木 箱 2. 木園 工芸 3. 園
火	9.00~11.00		〔作業指導〕 1. 陶手 芸 2. 手 芸	〔作業指導〕 1. 陶手 芸 2. 手 芸
	11.00~12.00		〔作業指導〕 1. 陶手 芸 2. 手 芸	〔作業指導〕 1. 陶手 芸 2. 手 芸
	12.00~13.00		昼 食	昼 食
	13.00~15.00		〔作業指導〕 1. 製木 箱 2. 木園 工芸 3. 園	グループミーティング
水	9.00~11.00		モーニングテイ 新 聞	モーニングテイ 新 聞
	11.00~12.00		料 養 講 理 栄 養 講 理 座	料 養 講 理 栄 養 講 理 座
	12.00~13.00		昼 食	昼 食
	13.00~15.00		グループミーティング	〔レク指導〕 1. バトミントン 2. バレーボール
木	9.00~11.00		〔作業指導〕 1. 陶手 芸 2. 手 芸	〔作業指導〕 1. 陶手 芸 2. 手 芸
	11.00~12.00		〔作業指導〕 1. 陶手 芸 2. 手 芸	〔作業指導〕 1. 陶手 芸 2. 手 芸
	12.00~13.00		昼 食	昼 食
	13.00~15.00		〔作業指導〕 1. 製木 箱 2. 木園 工芸 3. 園	〔作業指導〕 1. 製木 箱 2. 木園 工芸 3. 園
金	9.00~11.00		モーニングテイ 新 聞	モーニングテイ 新 聞
	11.00~12.00		料 養 講 理 栄 養 講 理 座	野 外 活 動 (レクリエーション) わらび取り
	12.00~13.00		昼 食	
	13.00~15.00		〔レク指導〕 1. バトミントン 2. バレーボール	

き6時間を標準とする。」とされ、また「精神科デイ・ケアは、個々の患者に応じたプログラムにしたがってグループごとに治療するものであるが、これが実施にあたっては、患者の症状等に応じたプログラムの作成、効果の判定等に万全を期するとともに、精神科デイ・ケアの一環として行う昼食については当該保険医療機関の負担となる。」となっている。

なお、1に述べた「通院医療費公費負担」の制度も活用できるものである。

デイ・ケアプログラム例2 (医療法人恵愛会福岡病院) 福岡県宗像郡福岡町

時 曜日	9	10	11	12	1	2	3
月	A2 (園芸・緑化活動)			昼食	A2 (園芸・緑化活動)		終業の集い
	A3-1 (朝の集い)	A7-1 (料理教室)	自主活動		A1-3 (レコード鑑賞)	A6 (体育)	
		A1-1 (クラフト)				A6-1 (スマートクラブ)	
火	A2 (園芸・緑化活動)			昼食	A2 (園芸・緑化活動)		終業の集い
	A3-1 (朝の集い)	A1-1 (クラフト)	自主活動		A3 (社交ダンス)	A9 グループ トーキング	
		A7-1 (料理教室)			A10 (サイコドラマ)		
水	A2 (園芸・緑化活動)			昼食	A2 (園芸・緑化活動)		終業の集い
	A3-1 (朝の集い)	A1-1 (クラフト)	A3 (社交)		A6-1 (スマートクラブ)		
		A7-2 (そろばん教室)			A2-1 (園芸教室)		
木	A2 (園芸・緑化活動)			昼食	A2 (園芸・緑化活動)		終業の集い
	A3-1 (朝の集い)	A1-4-b (図書クラブ)			A1-1 (陶芸)		
		A1-1 (洋裁)			A1-3 (音楽)	自主活動	
		A10 (サイコドラマ)	自主活動		A7 (ADL)		
金	A2 (園芸・緑化活動)			昼食	A10 (カウンセリング)		終業の集い
	A3-1 (朝の集い)	A1-2 (書道教室)			A6 (スポーツ)		
		A1-3 (音楽)	A6 (体育)		A6-1 (スマートクラブ)		
		A1-1 (絵画)			A1-4-c (文芸クラブ)		

(附) リハビリ活動種目一覧表 (福岡病院リハビリテーション科)

A 1		Art therapy
	A1-1	クラフト(革細工, 木金工, モザイク, 紙細工, 手芸, 織物, 陶芸等) 書道, 華道, 絵画
	A1-2	書道教室
	A1-3	音楽 (コーラス, 器楽演奏, 音楽鑑賞等)
	A1-4	文芸 a「福岡タイムス」 b図書クラブ c文芸クラブ
A 2		園芸, 緑化活動
	A2-1	園芸教室
A 3		レクリエーション (フォークダンス, ソング, 踊り, ゲーム等)
	A3-1	朝のつどい
A 4		行事, 催しもの (お祭り, ファイヤーストーム, 演芸会, クリスマス会, 球技大会, 映写会等)
A 5		院外活動 (ハイキング, 見学, スポーツの対外試合, 海水浴, 小旅行, キャンプ等)
A 6		体育, Physical therapy (体操, Relaxation Technique, やまびこ, 呼吸, 姿勢, 歩行, 調整, 柔道, 各種スポーツ)
	A6-1	スマートクラブ (美容と健康を目的に体重調整を行なう自主的活動)
A 7		ADL (料理, 交通機関の利用, コミュニケーション, 記述, 電話のかけ方, 家事等)
	A7-1	料理教室
	A7-2	ソロバン教室
A 8		Work therapy
A 9		グループトークング
A10		精神療法 (サイコドラマを含む。), カウンセリング

3. 入院医療

精神障害者の中には、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、また病覚を有しないために精神障害の医療を受けようとしなない場合もある。このような精神障害者に対しても必要な医療および保護を加えて、精神障害の治療を図るとともに、併せて精神障害のために他人に危害を及ぼすことを防止することも必要である。

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、仮入院等の規定を設け精神障害者の医療保護を行っている。

(1) 精神病院

精神衛生法第48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って認められた施設以外の施設に収容してはならないことになっている。

この精神障害者を収容治療する病院には、いわゆる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の2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）、個人およびその他の法人立（私立）のものがある。

昭和50年12月末で、単科精神病院は929、併設精神病床を有する病院は531で、計1,460施設であり、総精神病床数は278,079床、入院患者数は278,798人である。

精神病床は、年々約1万床の増加をみている。その増加は、国公立に比べ、医療法人および個人立のいわゆる私立病院の病床の増によるもので、これらの全精神病床に対する割合は、国公立2割、私立8割となっているが、諸外国では国公立の割合が大きく、我が国のそれとは逆の関係になっている。

精神病院では、近年、作業療法等いろいろな新しい治療方法も取り入れられ、建築的にも近代的となるなど、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課題は、施設、設備の質的改善であり、更にはリハビリテーション、小児、老人あるいは「アルコール中毒」等のための特殊病棟の整備等である。

ア 都道府県立精神病院

都道府県は、精神衛生法によって、精神病院を設置する義務を課せられている。都道府県を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、極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対し、その2分の1を補助している。

イ 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、これのみによっては、実際問題としても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。これが指定病院と呼ばれ、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るときは指定を取り消すことができることとなっている。

(2) 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、すなわち病覚を有しない者がある。この場合、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、必要に応じて行われなければならない、強制的な手段もとりうるものとせざるを得ない。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るので、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って、必要やむを得ない限りにおいて行われるべきであり、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極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

害の診断，治療に関し，少なくとも3年以上の経験を有する医師で，厚生大臣の指定を受けたものである。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，精神障害の有無ならびに精神障害者につきその医療および保護を行う上において入院を必要とするかどうかの判定を行うものである。

精神鑑定医の数は，昭和32年9月末には869人であったものが40年3月末には2,242人，51年3月末では3,859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受けている。

(3) 精神病院等への入院

精神衛生法上精神病院等への入院には，次のものがある。すなわち，(1)特に精神衛生法の規定に基づかない本人の自由意志による自由入院（一般病院の入院に同じ。），(2)法第33条の規定による同意入院，(3)法第34条の規定による仮入院，(4)法第29条の規定による措置入院，(5)法第29条の2の規定による緊急入院の5つの形式である。

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る。

ア 自由入院

自由入院とは，精神障害者自らの意志に基づいて入院することを意図する。

精神障害者であっても，その障害の程度によっては病覚があり，理知を弁別しうる者もあり，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，精神衛生法で特別な規定は設けられていない。

イ 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、その者が医療および保護のために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。

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だけであり、保護義務者がいない場合またはその者が保護義務を行うことができない場合は市町村長が保護義務者となる。

ウ 仮入院

仮入院とは、精神病院の管理者が診察した結果、精神障害の疑いがあるっ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、親権を行う者その他の扶養義務者の同意がある場合に、本人の同意がなくても、3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われるものであるのに対し、いまだ精神障害者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うという限られた目的のために行われる。したがっ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3週間を超えることができないので、3週間以内に、なお診断がつかない場合には退院させなければならない。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認められない。

エ 措置入院

入院措置

措置入院制度は精神衛生法特有のものであって、入院させなければ自身を傷つけ、または他人に害を及ぼすおそれのある精神障害者を精神衛生法第29条により強制的に入院させる制度である。

精神衛生法第27条第1項は、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があった場合、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旨を規定しており、精神衛生法第29条は精神衛生鑑定医2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旨を規定している。

この措置入院の制度は従来から存在していたが、36年10月に精神衛生法が改正され、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2分1のから10分の8に上げられるなどの予算措置が講ぜられた。

申請・通報

昭和49年中における申請通報件数は、一般からのもの9,833件、警察官からのもの5,197件、検察官からのもの1,159件、矯正施設の長からのもの343件、その他合計で17,321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受けたもの15,140件で、うち15,000件が精神障害者と診断され、その結果、措置入院したのは10,154件である。

オ 緊急入院

精神衛生法第29条の2で規定する緊急措置入院制度は、措置入院制度と同様、強制措置として入院させるものである。

この対象者は、措置入院の場合と同じく精神障害者であって、直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について、急速を要し、措置入院

をさせるための手続をとることができない場合には、緊急に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必要ではないが、精神障害について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48時間を超えることはできないこととなっており、また都道府県知事は緊急入院の措置をとった場合には、速やかに、その者につき、精神衛生法第29条に規定する措置入院に移行させるかどうかを決定することとなっている。また緊急措置入院者は、入院開始後48時間以内に措置入院に移行しない限り、退院させなければならない。

精神衛生関連の施設

精神障害者のための医療、予防、相談指導、福祉、教育その他を行うために各種の施設がある。これらを主として目的により分類し、例示すると、次のとおりである。

1. 医療機関

専門の精神病院のほか、精神科、神経科、小児科を標榜する一般の病院および診療所がある。

2. 予防相談指導機関

保健所および精神衛生センターについては、既に触れられたところでもあり、ここでは省略する。

(1) 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って、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所掌している。

昭和50年6月1日現在、全国各都道府県に343、市に793、町村に4、計1,140カ所の福祉事務所が設けられ、その業務を行うために必要な福祉主事、精神薄弱者福祉司等の職員が配置されている。

(2) 児童相談所

児童相談所は、児童福祉行政の第一線現業機関として児童福祉法に基づき各都道府県ごとに設置され、昭和50年度末現在で全国に151カ所を有している。業務は、18歳未満の児童の福祉に関する各種の相談、指導ならびに医学的、心理学的、教育学的、社会学的観点から見た精神衛生上の判定を行ったり、必要な調査あるいは児童の一時保護を行っている。このため、所長には精神衛生に関して学識経験を有する医師を置くほか、心理判定員および児童福祉司を置いて業務が行われている。

(3) 精神薄弱者更生相談所

精神薄弱者更生相談は、各都道府県ごとに設けられ、昭和50年度現在52カ所を有している。業務は、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、18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い、ならびにこれらに付随した必要な指導を行うほか、必要に応じて巡回相談指導を行っている。このため、精神科医師、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。

(4) 教育相談所（室）

教育相談所（室）は、児童の行動や性格に関連して教育面の相談、治療および指導等の業務を行っている。

(5) 母子福祉センター

母子福祉センターは、母子家庭に対し、各種の相談に応じ、生活や生業の指導、児童の就学、就職等の家庭生活全般にわたる相談、生活指導、家庭授産、児童の生活指導および託児等の業務を行っている。このため、福祉事務所の中に母子相談員が配置されている。

(6) 婦人相談所

婦人相談所は、性行または環境に照らして売春を行うおそれのある女子の保護更生および各種相談指導等の業務に当たっており、昭和50年度末現在で全国に47カ所ある。

(7) 少年相談所

少年相談所は、不良行為や非行の問題についての相談、助言、指導を行うとともに、必要に応じて少年に対する面接調査等の業務を行っている。

(8) 少年補導センター

少年補導センターは、非行少年の早期発見、早期指導、相談等の業務に当たっており、昭和50年度末現在で全国に480カ所ある。

(9) 家庭裁判所少年部

家庭裁判所少年部は、一般の人からの通告により、または警察官、検

察官，児童相談所等から送致されてくる刑法犯少年，触法少年，ぐ犯少年等を受理し，保護観察，施設収容等の保護処分や措置を行っている。

3. 社会福祉施設

(1) 児童福祉施設

ア 精神薄弱児施設・精神薄弱児通園施設

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通わせて保護するとともに，独立自活に必要な知識と技能を与える施設であり，昭和50年10月末現在で全国に，それぞれ347カ所，174カ所がある。

イ 情緒障害児短期収容施設

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12歳未満の児童を短期間収容し，または保護者のもとから通わせて治療や生活指導を行って情緒障害を治す施設であり，全国に8カ所ある。

ウ 教護院

教護院は，不良行為をなし，またはなすおそれのある児童を入所させて，教護することを目的とする施設であり，全国に58カ所ある。

護... (2) 保護施設

ア 救護施設

救護施設は，身体上また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あり，昭和50年度末現在全国に146カ所ある。

イ 更生施設

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あり，昭和50年度末現在で全国に19カ所ある。

(3) 精神薄弱者援護施設

精神薄弱者援護施設は，18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う施設であり，昭和

50年10月末現在で全国に 426 カ所ある。

(4) 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、65歳以上の老人で身体上もしくは精神上の理由で居宅において養護を受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う施設であり、全国にそれぞれ 934 カ所、536 カ所ある。

4. 学 校

(1) 養護学校

養護学校は、心身の故障のある者に対し、一般の教育と併せて、その欠陥を補うために必要な知識技能を与える学校である。

(2) 特殊学級

特殊学級は、精神薄弱者や肢体不自由者等のための学級である。

5. 法務省関係

(1) 少年院（医療少年院）

少年院（医療少年院）は、家庭裁判所から保護処分として送致せられた者を収容し、これに矯正教育を授ける施設である。

(2) 少年鑑別所

少年鑑別所は、少年非行の早期発見および犯罪の予防と罪を犯すおそれのある少年の保護・更生のための判定、指導、処置等を行っている。

6. 精神衛生関係の団体

我が国の精神衛生関係諸団体相互の連絡協調を図ることにより精神衛生事業の飛躍的な発展を期することを目的とした社団法人日本精神衛生連盟がある。この連盟には、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13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っている。

精神衛生関係資料

傷病（大分類）・年次別受療率（人口10万対）

国際基本分類番号	傷病大分類	昭和30年	35	40
	総数	3,301	4,805	5,910
290～315	V 精神障害	67	113	207
295	精神分裂病(再掲)	…	…	130
200～294・296～299	その他の精神病(再掲)	…	…	19
320～389	VI 神経系および感覚器の疾患	319	560	733
360～369・370～379	視器の疾患(再掲)	133	250	309
380～389	聴器の疾患(再掲)	102	161	193
351～355	神経痛および神経炎(再掲)	67	116	168

資料：厚生省統計情報部「患者調査」

傷病（大分類）地域ブロック別にみた受療率（人口10万対）

昭和48年7月11日

国際基本分類番号	傷病大分類	総数
	総数	7,184
290～315	V 精神障害	267
295	精神分裂病(再掲)	171
200～294・296～299	その他の精神病(再掲)	29
320～389	VI 神経系および感覚器の疾患	780
360～369・370～379	視器の疾患(再掲)	349
380～389	聴器の疾患(再掲)	210
351～355	神経痛および神経炎(再掲)	128

資料：厚生省統計情報部「患者調査」

41	42	43	44	45	46	47	48	49
6,410	6,369	6,646	6,837	6,977	6,082	6,215	7,184	6,845
213	233	256	257	247	262	262	267	277
137	148	159	160	151	165	169	171	176
20	25	25	25	25	27	27	29	32
856	823	823	772	761	653	703	780	776
448	386	346	375	341	297	334	349	406
168	180	205	151	160	179	167	210	158
175	184	189	159	166	103	117	128	125

北海道・東北	関 東	東海・北陸	近 畿	中国・四国	九州・沖縄
7,143	6,327	7,101	6,986	8,979	8,335
284	252	202	243	328	358
186	170	123	149	196	229
30	24	26	28	41	38
698	592	936	677	1,183	955
330	238	504	276	531	403
144	205	244	192	288	205
105	81	105	114	251	229

傷病（小分類）・受療の種類別にみた全国推計患者数

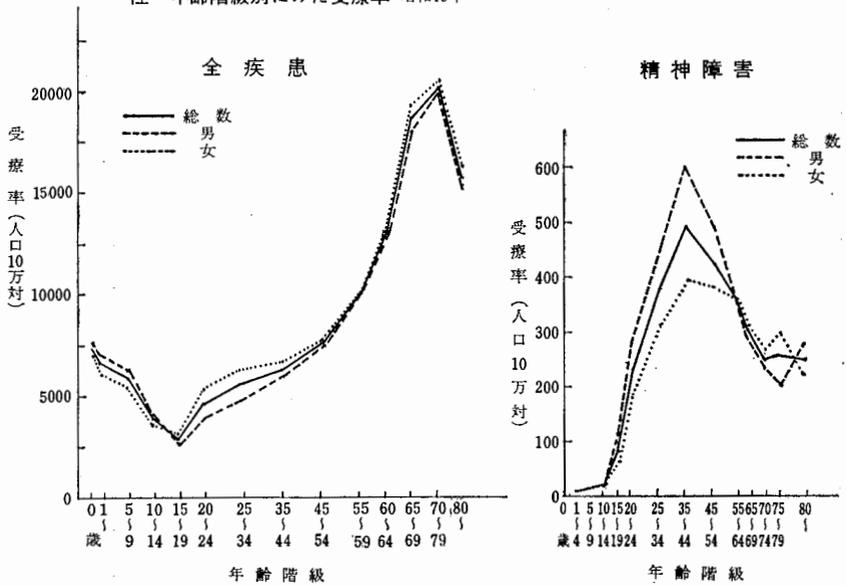
(単位：1,000)

昭和49年7月10日

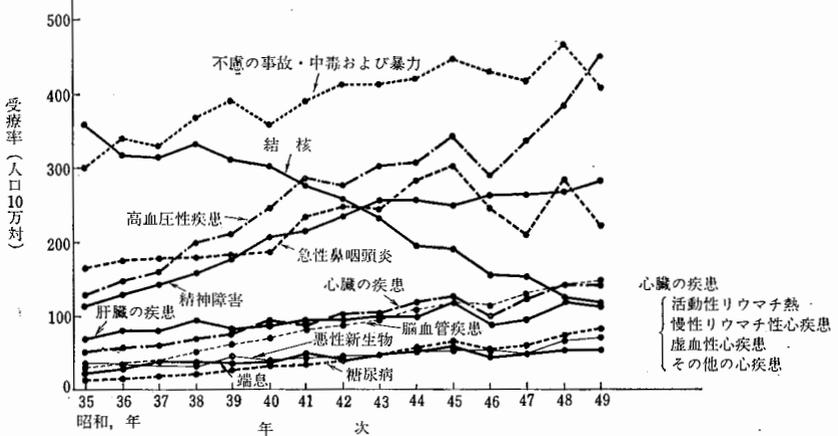
	総数	入 院			外 来			
		総数	新入院	繰越入院	総数	新来	再来	往診 (再掲)
V 精神障害	304.6	253.5	0.6	252.8	51.1	5.0	46.1	0.6
アルコール精神病	1.9	1.8	0.0	1.7	0.2	—	0.2	—
精神分裂病	193.6	183.2	0.2	183.0	10.4	0.4	10.0	0.0
躁うつ病	17.7	12.4	0.1	12.4	5.2	0.2	5.0	—
その他の精神病	15.4	13.8	0.0	13.7	1.6	0.2	1.5	0.1
神経症	29.0	12.3	0.1	12.2	16.6	1.6	15.0	0.2
人格異常	2.2	2.0	—	2.0	0.1	0.0	0.1	—
アルコール症	14.4	13.0	0.1	12.9	1.4	0.4	1.1	0.1
その他の非精神病性精神障害	15.7	1.6	0.1	1.5	14.1	2.1	12.0	0.1
精神薄弱	14.7	13.4	0.0	13.4	1.3	0.1	1.2	—
VI 神経系および感覚器の疾患	854.0	45.7	0.5	45.1	808.4	101.6	706.8	10.6
髄膜炎	0.9	0.6	0.0	0.6	0.2	0.1	0.2	0.0
多発硬化症	0.2	0.2	—	0.2	0.0	—	0.0	—
てんかん	28.3	12.0	0.0	12.0	16.2	0.9	15.3	0.2
結膜炎および眼炎	176.0	0.0	—	0.0	176.0	21.9	154.1	0.2
その他の眼の炎症性疾患	73.9	1.3	0.0	1.2	72.6	9.0	63.7	0.1
白内障	79.3	3.9	0.1	3.8	75.4	2.5	72.9	1.9
緑内障	12.0	1.0	0.0	1.0	11.0	0.2	10.8	0.1
中耳炎および乳様突起炎	108.4	1.2	0.1	1.1	107.2	11.9	95.3	—
その他の眼の疾患	56.0	2.9	0.1	2.8	53.1	7.2	45.9	0.2
その他の耳の疾患	65.9	1.2	0.1	1.1	64.7	13.2	51.5	1.0
神経痛および神経炎	137.8	2.3	0.0	2.2	135.5	15.7	119.8	5.5
眼の屈折異常	49.5	0.0	—	0.0	49.5	12.8	36.7	—
神経性筋萎縮症	0.1	0.0	—	0.0	0.0	—	0.0	—
進行性筋ジストロフィー症	1.0	1.0	—	1.0	0.1	0.0	0.1	—
その他の遺伝性神経筋障害	0.2	0.1	—	0.1	0.1	—	0.1	—
その他の進行性筋萎縮症	0.5	0.3	—	0.3	0.2	—	0.2	0.1
その他の運動ニューロンの疾患	0.5	0.2	0.0	0.2	0.3	0.0	0.3	—
その他の神経系の疾患	63.6	17.4	0.0	17.3	46.3	6.3	40.0	1.3

資料：厚生省統計情報部「患者調査」

性・年齢階級別に応じた受療率 昭和49年



主要傷病・年次別受療率 昭和35~49年



都道府県別精神病床数・入院患者数等 (昭和50年12月末日現在)

	人口 (千人) (49.10.1)	病床数	在院 患者数	在院 措置 患者数	人口 対 病床 数	患者 に 占 め る 措 置 率	人口 対 措置 患者 数	病床 利 用 率	
北海道	道森	5,279	16,672	16,974	2,693	32.2	15.9	5.1	101.8
	青森	1,444	3,745	3,965	709	25.9	17.9	4.9	105.8
	岩手	1,364	3,661	3,560	889	26.8	25.0	6.5	97.2
	宮城	1,913	3,651	3,485	924	19.1	26.5	4.8	95.4
	秋田	1,222	3,298	3,550	999	27.0	28.1	8.2	107.6
山形	形島	1,213	2,201	2,274	807	18.1	35.5	6.7	103.3
	茨城	1,955	6,322	6,474	1,931	32.3	29.8	9.9	102.4
	栃群	2,290	6,361	6,704	2,000	27.8	29.8	8.7	105.3
	群馬	1,676	4,563	4,530	1,591	27.2	35.1	9.5	99.2
	木馬	1,742	3,815	4,003	1,026	21.9	25.6	5.9	104.9
埼玉	玉葉	4,655	7,098	7,405	1,486	15.2	20.1	3.2	104.3
	千葉	3,991	8,930	8,457	1,141	22.4	13.5	2.9	94.7
	東神	11,519	23,747	23,585	1,445	20.6	6.1	1.3	99.3
	奈川	6,225	10,838	10,353	2,253	17.4	21.8	3.6	95.5
	新潟	2,369	5,876	6,338	2,051	24.8	32.4	8.7	107.8
富山	山川	1,062	3,438	3,232	806	32.4	24.9	7.6	94.0
	石福	1,049	3,207	3,096	610	30.6	19.7	5.8	96.5
	福山	764	1,892	1,621	488	24.8	30.1	6.4	85.6
	山梨	775	2,486	2,436	840	32.1	34.5	10.8	97.9
	長野	2,005	5,168	4,891	1,593	25.8	32.6	7.9	94.6
岐阜	阜岡	1,842	3,047	3,082	1,116	16.5	36.2	6.1	101.1
	静岡	3,275	5,971	5,736	2,396	18.2	41.8	7.3	96.0
	愛知	5,847	10,632	10,124	2,363	18.2	23.3	4.0	95.2
	三重	1,609	4,268	4,267	1,128	26.5	26.4	7.0	99.9
	滋賀	965	1,896	1,589	268	19.6	16.9	2.8	83.8
京都	都阪	2,374	6,998	6,946	576	29.5	8.3	2.4	99.2
	大兵	8,160	17,061	17,019	1,530	20.9	9.0	1.9	99.7
	奈良	4,932	8,974	9,039	1,967	18.2	21.8	4.0	100.7
	和歌	1,055	2,182	2,164	377	20.7	17.4	3.6	99.1
	山	1,064	3,038	2,821	1,312	28.6	46.5	12.3	92.8
鳥取	取根	575	1,813	1,682	483	31.5	28.7	8.4	92.7
	島岡	765	2,162	1,996	637	28.3	31.9	8.3	92.3
	岡山	1,788	4,680	4,126	1,044	26.2	25.3	5.8	88.1
	広島	2,607	6,889	7,689	1,542	26.4	20.1	5.9	111.6
	山口	1,532	4,600	5,090	1,803	30.0	35.4	11.8	110.6
徳島	島川	792	3,516	3,387	1,131	44.4	33.4	14.3	96.3
	香愛	947	2,622	2,827	791	27.7	28.0	8.4	107.8
	高福	1,440	4,322	4,835	891	30.0	18.4	6.2	111.8
	福岡	793	3,652	3,543	1,178	46.1	33.2	14.9	97.0
	福岡	4,173	16,079	16,469	3,889	38.5	23.6	9.3	102.4
佐賀	賀崎	826	3,290	3,194	678	39.8	21.2	8.2	97.0
	熊本	1,550	6,442	6,998	1,193	41.6	17.0	7.7	108.6
	大分	1,685	7,425	7,695	2,563	44.1	33.3	15.2	103.6
	宮崎	1,169	4,052	4,325	1,142	34.7	26.4	9.8	106.7
	大宮	1,064	4,910	4,673	1,456	46.1	31.1	13.7	95.1
鹿児島	島	1,693	7,810	7,859	3,333	46.1	42.4	19.7	100.6
	縄	1,019	2,779	2,685	819	27.3	30.5	8.0	96.6
合計	110,049	278,079	278,793	63,888	25.3	22.9	5.8	100.2	

資料：病院報告による。

1. 措置患者数は厚生省報告例
2. 人口は総理府統計局の資料（昭和49年10月1日現在）

年次別精神病床数・入院患者数・措置率・利用率年次推移 (各年12月末)

年次	精神病床数	入院患者数	措置患者数	措置率	病利用率
昭和37年	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	247,265	250,328	76,532	30.6	101.2
46	253,462	257,164	76,492	29.7	101.5
47	259,422	263,120	75,203	28.6	101.4
48	268,669	268,546	71,761	26.1	100.0
49	273,710	272,345	66,967	24.6	99.5
50	278,079	278,793	63,888	22.9	100.2

資料：病床数・入院患者数：病院報告
措置患者数：厚生省報告例

精神障害者鑑定申請通報届出状況

	申請・通報・届出件数						総計	認めない者	鑑定を定めた者		
	一般からの申請	か警からの察通報官	か検からの察通報官	か保護観察所の通長	か矯正施設の通長	精神病院の届管			精神障害者		な精神障害者
									の該法当第29条	な該法当第29条	
昭和41年	23,433	6,046	1,165	116	749	543	32,052	2,300	18,258	10,481	76
42	22,524	5,819	1,048	131	689	898	31,109	2,265	19,098	8,903	52
43	19,967	6,007	1,026	82	677	1,126	28,885	2,123	18,319	7,888	107
44	19,128	5,827	994	67	605	777	27,398	2,010	17,434	7,323	45
45	17,163	5,981	997	125	487	908	25,661	1,766	16,820	6,625	76
46	15,795	6,061	1,069	74	479	854	24,332	1,682	15,902	6,237	84
47	14,357	6,065	1,024	53	467	946	22,912	1,755	14,593	5,852	146
48	11,401	5,795	1,041	46	420	780	19,484	1,638	11,548	5,507	155
49	9,833	5,197	1,159	43	343	746	17,321	1,874	10,154	4,846	140

資料：衛生行政業務報告

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 年間延数	1日平均数
昭和30年	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
47	5,488	15,035.3
48	5,962	16,289.8
49	6,361	17,427.4

資料：厚生省「病院報告」

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 院床数	一般病院 精神科 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	253,462	188,395	65,067	103.4	900
47	259,422	193,044	66,378	103.6	916
48	268,669	199,335	69,334	102.7	926
49	273,710	202,259	71,451	101.4	928

資料：厚生省「病院報告」

精神衛生実態調査結果概要

—昭和29年—

人口 88,293,000

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	1%	1.24万人
精神病院または精神病室に入っている	3%	3.72万人
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	5%	6.20万人
そ の 他	91%	118万人

必要な処遇別精神障害者数

	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

—昭和38年—

人口 96,156,000

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

処遇別精神障害者百分率

	総数	医療をうけている	精神衛生相談所等その他の施設の指導をうけている	在宅の患者
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

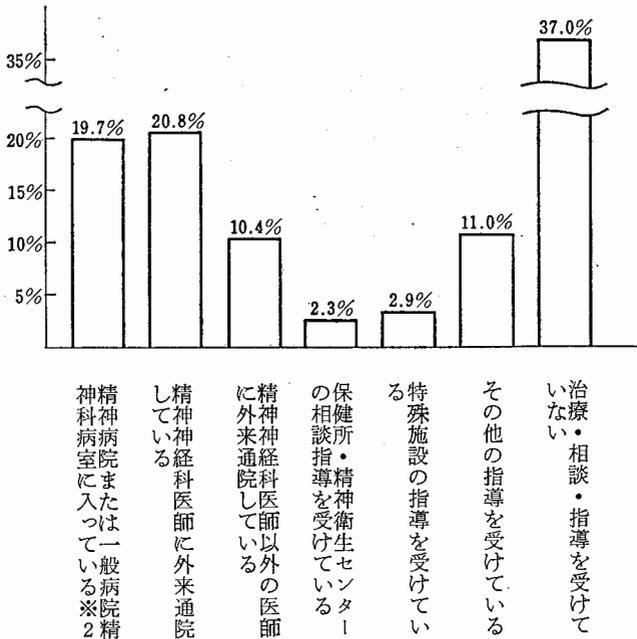
	(人口千対有病率) 総数	精神病院に入るもの	精神病院外施設に収容するもの	在宅の医ままたは指導するもの
総 数	124 (12.9)	28 (3.0)	7 (0.7)	89 (9.3)
精 神 病	57 (5.9)	21 (2.2)	2 (0.1)	35 (3.6)
精神薄弱	40 (4.2)	3 (0.4)	5 (0.5)	32 (3.3)
そ の 他	27 (2.8)	4 (0.4)	— (0.05)	22 (2.3)

—昭和48年—

人口108,079,000※1

- 精神障害者のうちわけ
精神病によるもの 57.8%
精神薄弱によるもの 20.8%
その他によるもの 21.4%
-

現在の治療及び指導の内容（延集計）



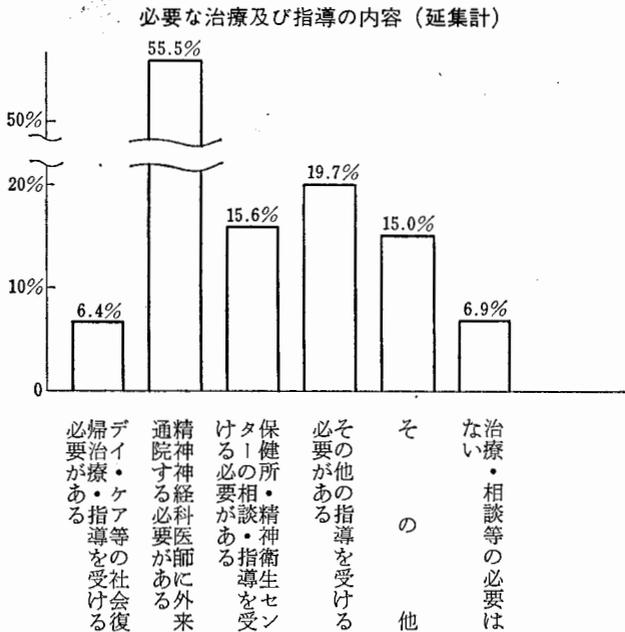
現在の治療及び指導の内容を延集計すると、

- (1) 現在、精神神経科医師に外来通院しているものは20.8%、また、精神神経科医師以外の医師に外来通院しているものは10.4%で、この両者を加えると、31.2%が現在、医療機関に外来通院している。
- (2) 保健所・精神衛生センターの相談・指導を受けているものは2.3%、特殊施設の指導を受けているものは2.9%、また、その他の指導を受けているものは11.0%で、これらを加えると16.2%が、現在、指導を受けている。
- (3) 治療・相談・指導を受けていないものは37.0%である。

※1 各年とも厚生省統計情報部人口動態統計による。

※2 48年12月末入院患者数 268,546人（厚生省統計情報部病院報告による）に対応するもの。

3.



必要な治療及び指導の内容を延集計すると、

- (1) デイ・ケア等の社会復帰治療・指導を受ける必要があるものは6.4%であり、その重要性を示した。
- (2) 精神神経科医師に外来通院する必要があるものは55.5%であり、前項2(1)の現在、医療機関に外来通院しているものにくらべて、必要性が高いことを示した。
- (3) 保健所・精神衛生センターの相談・指導を受ける必要があるものは15.6%、またその他の指導を受ける必要があるものは19.7%で、この両者を加えると35.3%が指導を必要としており、前項2(2)の現在、指導を受けているものにくらべて、必要性が高いことを示した。

保健所における精神衛生相談状況及び精神衛生訪問指導状況

(1) 精神衛生相談状況

都道府県	精神衛生被相談延人員								
	昭和41年	42年	43年	44年	45年	46年	47年	48年	49年
北海道	2,897	2,455	3,069	3,558	4,503	4,952	5,210	5,101	6,205
	221	281	271	218	111	139	166	90	207
	651	597	697	634	557	690	751	943	725
	2,545	3,093	2,768	3,074	3,472	3,202	2,781	2,602	2,992
山形	1,015	1,048	960	855	945	1,229	1,397	1,255	1,324
	487	634	558	579	983	1,043	1,522	1,716	1,671
	656	922	880	1,026	1,249	699	1,021	1,112	926
	585	760	766	650	875	1,329	1,425	1,353	1,248
山福茨	760	700	752	704	570	692	565	307	278
	1,063	621	435	487	551	1,063	1,229	1,040	1,285
	572	490	736	539	778	602	1,056	849	944
	1,776	1,514	1,486	1,560	1,450	1,747	2,070	1,787	2,140
埼千東	5,215	7,479	7,404	7,711	9,852	10,971	9,871	10,087	10,426
	4,866	5,926	6,880	10,178	12,615	16,797	16,687	15,300	18,165
	985	1,096	1,551	1,833	4,133	5,153	5,077	4,847	4,875
	485	423	374	450	450	433	489	401	482
富石福	207	315	552	543	776	851	911	728	694
	134	142	149	145	189	315	217	181	186
	150	208	292	387	335	378	447	681	434
	985	955	1,123	1,021	838	1,200	1,054	892	1,353
岐静愛	1,109	876	1,479	1,253	988	847	730	831	836
	1,433	1,638	1,448	2,437	2,936	3,116	3,013	2,618	2,458
	2,027	3,301	5,039	4,981	4,970	6,133	6,885	7,895	8,635
	427	402	366	301	350	336	378	250	294
京大兵	623	478	389	350	405	440	508	457	463
	1,344	1,738	2,361	2,386	2,485	2,760	3,378	3,217	3,757
	6,159	8,787	8,525	9,029	10,935	12,917	15,081	17,539	20,261
	2,297	2,113	1,950	2,500	4,043	7,123	7,437	6,773	10,371
京大兵	14	115	96	178	105	113	138	59	215
	516	495	477	507	480	517	703	622	1,085
	268	197	200	177	208	183	212	185	156
	370	1,105	386	609	746	788	663	506	1,244
鳥島岡	514	684	631	423	387	406	609	1,001	769
	1,132	1,080	1,653	2,038	2,465	2,336	2,085	2,509	2,302
	804	648	931	927	1,137	1,140	1,204	1,237	1,100
	436	365	360	465	422	404	431	500	654
徳香愛	634	321	259	388	328	358	381	251	341
	686	531	519	506	463	534	717	825	1,095
	683	847	943	1,121	1,025	1,128	1,007	2,282	1,844
	2,461	2,439	2,776	2,985	3,193	3,410	4,151	3,708	4,059
佐長熊	232	118	225	256	266	246	334	683	826
	315	368	433	453	768	773	972	727	834
	314	555	661	874	934	1,022	995	987	909
	267	291	288	576	358	232	254	349	498
大宮	1,603	1,551	2,064	1,833	1,659	1,450	1,110	1,272	1,462
	259	252	321	533	889	1,270	1,037	1,285	907
	—	—	—	—	—	—	—	4,162	6,810
	—	—	—	—	—	—	—	—	—
合 計	53,182 (100)	60,953 (115)	66,483 (125)	74,297 (140)	88,177 (166)	103,467 (195)	108,359 (204)	114,007 (214)	130,745 (246)

資料：保健所運営報告

(2) 精神衛生訪問指導状況

都道府県	精神衛生被訪問指導延人員									
	昭和41年	42年	43年	44年	45年	46年	47年	48年	49年	
北海道 青森 岩手 宮城 秋田	1,567	2,763	4,192	4,949	6,143	7,168	9,245	8,646	8,577	
	639	787	923	1,118	1,565	1,532	1,641	1,242	1,741	
	769	958	1,335	1,369	1,408	1,779	2,343	2,077	2,723	
	2,059	2,190	2,652	3,721	4,232	4,400	4,349	4,133	4,228	
山形 福島 茨城 栃木 群馬	495	802	811	1,171	1,782	2,014	2,416	2,453	2,475	
	1,081	1,380	643	546	499	661	1,696	723	843	
	897	1,364	1,783	2,067	3,462	6,577	3,721	3,043	3,562	
	2,586	3,755	4,565	4,147	5,227	5,624	4,803	3,474	2,495	
埼玉県 千葉県 東京都 神奈川県	183	147	376	722	1,404	1,445	2,047	2,258	2,422	
	805	671	619	986	930	1,096	2,106	1,867	1,832	
	1,366	2,831	3,990	4,168	6,103	6,906	7,138	7,536	7,358	
	1,717	3,057	4,842	7,477	8,740	10,074	9,736	8,952	9,324	
富山 石川 福井 山梨 山長	688	935	1,485	2,011	3,004	2,864	3,420	3,711	3,735	
	54	81	117	167	576	1,415	1,720	1,485	1,527	
	100	95	439	136	156	239	156	155	203	
	52	81	252	526	565	809	665	843	759	
岐阜 静岡県 愛知 三重 滋賀	528	2,033	3,017	3,852	3,820	4,013	3,502	2,586	2,526	
	1,256	2,042	2,042	2,790	2,768	2,874	3,793	4,025	4,368	
	815	2,795	6,480	7,017	7,531	7,938	9,948	11,110	10,208	
	1,081	757	814	464	898	1,143	684	795	673	
京都 大阪 兵衛 奈良 和歌山	542	369	378	347	430	440	344	359	809	
	482	735	1,112	1,168	1,115	1,110	1,425	1,978	3,430	
	2,340	1,765	2,716	2,302	2,930	3,265	3,707	5,235	5,942	
	489	520	370	817	1,159	3,258	5,895	4,446	3,842	
鳥取 島根 岡山 広島 山口	6	176	327	482	380	380	464	444	599	
	402	399	469	449	524	638	714	914	1,221	
	624	554	747	692	974	1,141	1,214	1,403	1,282	
	2,135	2,024	945	1,134	836	657	654	970	835	
徳島 香川 愛媛 高松 高知	1,381	2,235	2,715	3,315	4,001	4,614	5,251	6,645	5,940	
	997	1,425	2,396	2,986	4,719	6,839	7,804	6,961	6,376	
	299	831	1,672	2,025	1,996	2,425	3,703	2,822	3,301	
	151	363	318	752	1,220	1,749	2,508	2,459	2,367	
徳島 香川 愛媛 高松 高知	409	530	325	617	559	832	1,239	1,427	1,516	
	1,361	1,522	1,372	1,834	1,824	2,310	2,787	2,726	4,035	
	1,465	2,441	3,054	4,494	5,108	5,820	5,466	5,090	7,297	
	252	396	631	922	1,494	2,970	4,225	4,774	5,400	
佐賀 長門 熊本 分岐 大宮	8	11	307	490	583	1,056	921	1,181	1,731	
	797	1,276	1,127	1,859	2,123	2,629	3,376	2,697	3,250	
	206	308	341	442	579	568	653	809	1,454	
	172	274	332	243	301	408	1,155	1,108	1,182	
鹿嶋 児島 瀬	1,642	2,348	2,847	2,615	4,323	2,767	3,365	4,075	4,308	
	586	934	1,386	1,912	2,493	2,349	3,857	4,136	4,494	
合 計	38,652 (100)	57,029 (148)	75,517 (195)	89,407 (230)	109,819 (284)	133,547 (346)	151,558 (392)	149,816 (388)	158,952 (411)	

資料：保健所運営報告

精神衛生センター設置状況

都道府県	竣工年月	単独 合同 の別	級別	所 在 地	電 話 番 号
北海道	43. 3	単	A	札幌市白石区本通818	011(871)7121
岩手	48. 5	合	B	盛岡市本町通り3-19-1	0196(51)3111(内2518)
宮城	43. 5	合	B	仙台市本町1-4-39	0222(24)1491
山形	46. 8	合	B	山形市十日町1-6-6	0236(22)2543(内421)
福島	47. 3	合	B	福島市森合町10-9	0245(35)3556・7210
茨城	42. 7	単	B	水戸市三の丸1-3-17	0292(31)0202・0512
栃木	43. 3	単	B	宇都宮市西原町3542	0286(34)8945・(35)2463
埼玉	40. 5	単	B	大宮市土呂町1-50-4	0486(63)7025・(65)7377
千葉	45. 12	単	A	千葉市仁戸名町666-2	0472(63)3891
東京	41. 3	単	B	東京都台東区下谷1-1-3	03(842)0946
神奈川	42. 3	単	A	横浜市中区富士見町3-1	045(261)3541~3
新潟	43. 3	合	B	新潟市川岸町1-57-1	0252(66)1880・(65)3836
富山	42. 11	合	B	富山市大手町1-2	0764(21)1511
石川	42. 3	合	B	金沢市本多町3-1-1	0762(63)4181
福井	46. 12	合	B	福井市四ツ井本町13-26	0776(54)5161(内650・651)
山梨	46. 3	合	B	甲府市中央1-11-42	0552(37)1657
長野	47. 3	合	B	長野市大字若里字前河原	0262(27)1870
岐阜	42. 3	合	B	岐阜市司町1 (岐阜総合庁舎内)	0582(64)1111
静岡	41. 3	単	B	静岡市曲金594-5	0542(82)0014
愛知	46. 3	合	A	名古屋市中区三の丸3-2-1	052(962)5371
大阪	40. 6	合	B	大阪市東成区森町1-76	06(981)4150
兵庫	43. 3	合	A	神戸市兵庫区荒田町2-1-1	078(511)6581
岡山	46. 3	合	B	岡山市古京町1-1-10-101	0862(72)8835
広島	47. 3	合	B	広島市宇品神田1-5-54	0822(54)3154
山口	47. 2	単	B	宇部市大字東岐波字東小沢 4004-2	0836(58)3480
徳島	40. 3	単	B	徳島市新蔵町3-31-2	0886(25)0610
香川	42. 3	合	B	高松市番町5-4-15	0878(31)3151
愛媛	47. 3	合	B	松山市三番町8234-2 (生活保健ビル)	0899(21)3880
高知	48. 4	合	B	高知市丸の内2-4-1	0888(23)8609
福岡	42. 2	単	A	福岡市東区箱崎7-8-2	092(641)3501・3502
長崎	44. 6	合	B	諫早市栄田町69-3	09572(2)5977
熊本	47. 3	単	B	熊本市水道町9-16	0963(56)3629
大分	50. 7	単	B	大分市大字荏隈字杉下717-5	0973(32)8233
宮崎	49. 10	合	B	宮崎市霧島町600	0985(27)5663
鹿児島	42. 3	単	B	鹿児島市郡元町2619	0992(55)0617
沖縄	50. 4	単	B	豊見城村字真玉橋131-4	0988(57)7726・6275

精神衛生相談員設置状況・有資格者

(1) 精神衛生相談員設置状況 (昭和51年4月1日現在)

	総 数		社会福祉		心 理		医 師		保 健 婦		そ の 他	
	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任	専任	兼任
北海道 北青森 岩手 宮城 秋田	6 2 3 —	— — — —	— — 3 —	— — — —	1 — — —	— — — —	— — — —	— — — —	5 2 — —	— — — —	— — — —	— — — —
山形 福島 茨城 栃野	2 — — —	17 — — —	— — — —	— — — —	— — — —	— — — —	— — — —	— — — —	2 — — —	17 — — —	— — — —	— — — —
埼玉県 埼千東 神奈川 新	7 9 22	— 15 3	4 7 17	— 11 —	2 — 3	— — —	— — —	— — 2	— 1 2	— — —	1 1 —	— 4 1
富山 石川 福山 山長	— 1 1	36 14 53	— 1 1	— — —	— — —	— — —	— — —	11 — —	— — —	25 14 53	— — —	— — —
岐阜 静愛 三滋	1 21 34	2 8 6	— 3 19	— — —	— 1 8	— — —	— — —	— — —	1 17 —	2 8 6	— — 7	— — —
京大 兵奈 和歌	7 40 1	6 111 —	2 35 1	— — —	4 5 —	— — —	— — —	3 — —	2 — —	1 105 —	1 — —	— 6 —
鳥島 岡山 山	1 8 3	52 99 74	— — 1	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	1 8 2	52 99 74	— — —	— — —
徳香 愛高 福	3 — 7	— — —	1 — —	— — —	2 — —	— — —	— — —	— — —	— — 7	— — —	— — —	— — —
佐長 熊大 宮	11 — —	6 34 —	10 — —	— — —	1 — —	— — —	— — —	— — —	— — —	6 34 —	— — —	— — —
鹿見 冲島 繩	2 8	39 121	— 3	— —	2 1	— —	— 1	— 1	— —	38 121	— 3	— —
合 計	280	696	106	13	30	—	1	17	50	655	13	11

(注) 本集計には、政令市および特別区のものを含む。社会福祉とは、精神衛生法第42条第2項に規定する者をいう。心理とは、精神衛生法施行令第6条第1号に規定する者をいう。医師とは、同施行令第6条第2号に規定する者をいう。保健婦とは、同施行令第6条第3号に規定する者をいう。その他とは、同施行令第6条第4号に規定する者をいう。

(2) 精神衛生相談員有資格者数 (昭和51年4月1日現在)

	総 数				社 会 福 祉				心 理		
	本庁	精神衛生センター	県立精神病院	保健所	本庁	精神衛生センター	県立精神病院	保健所	本庁	精神衛生センター	県立精神病院
北海道	2	9	40	143	1	2	2	1	—	2	5
青森	2	—	4	20	—	—	—	—	—	—	1
岩手	—	2	—	19	—	1	—	—	—	—	—
宮城	—	5	2	50	—	1	—	—	—	1	—
秋田	2	1	—	61	—	—	—	—	1	—	—
山形	—	3	—	21	—	—	—	—	—	1	—
福島	1	4	3	64	—	—	—	2	—	1	—
茨城	1	5	2	81	—	—	—	—	—	3	2
栃群	—	8	—	12	—	—	—	6	—	3	—
群馬	—	—	6	53	—	4	—	—	—	3	—
埼玉	1	7	—	57	—	2	—	—	—	3	—
千葉	—	9	—	19	—	5	—	—	—	3	—
東京都	9	11	—	340	—	3	—	12	—	4	—
神奈川県	3	18	—	36	3	10	32	16	—	3	1
新潟	1	4	3	6	—	3	3	—	—	—	—
富山	—	2	1	8	—	—	1	1	—	1	—
石川	—	—	10	61	—	—	2	—	—	—	1
福井	1	3	—	—	—	—	—	—	—	1	—
山梨	—	9	8	6	—	2	2	—	—	—	—
長野	—	4	10	54	—	2	2	—	—	2	—
岐阜	3	7	5	29	1	3	2	—	—	1	—
静岡県	—	14	32	2	—	7	16	—	—	6	3
愛知	5	14	17	211	2	3	4	—	—	6	1
三重	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
滋賀	—	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—
京都	2	—	2	100	1	—	—	—	1	—	2
大阪	8	—	—	246	2	—	—	1	—	—	—
兵庫県	2	14	8	34	2	8	4	8	—	3	4
奈良	1	—	—	10	1	—	—	1	—	—	—
和歌山	2	—	—	13	—	—	—	—	1	—	—
鳥取	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
島根	—	—	10	10	—	—	1	—	—	—	2
岡山	1	1	1	40	—	—	—	—	—	—	—
広島	1	9	—	25	—	2	—	—	—	3	—
山口	—	5	—	—	—	1	—	—	—	2	—
徳島	3	3	5	89	—	—	—	—	—	1	1
香川	—	2	—	57	—	—	—	—	—	—	—
愛媛	—	1	—	73	—	—	—	—	—	—	—
高知	3	3	—	130	—	—	—	—	—	1	1
福岡	3	6	10	169	—	—	—	4	—	4	—
佐賀	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—
長崎	—	3	6	18	—	—	—	—	—	1	—
熊本	3	4	7	79	—	1	—	2	—	—	—
大宮	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
鹿儿岛	—	5	10	43	—	—	—	—	—	2	—
鹿儿岛	1	3	7	20	—	—	—	1	—	1	—
沖縄	4	2	9	—	2	1	—	—	—	1	1
合 計	68	146	272	2,525	15	6	71	55	3	60	25

(注) 本集計には、政令市および特別区のものを含む。社会福祉とは、精神衛生法第42条第2項に規定する者をいう。心理とは、精神衛生法施行令第6条第1号に規定する者をいう。医師とは、同施行令第6条第2号に規定する者をいう。保健婦とは、同施行令第6条第3号に規定する者をいう。その他とは、同施行令第6条第4号に規定する者をいう。

保健所	医 師			保 健 婦			そ の 他					
	本庁	精神衛生センター	県立精神病院	保健所	本庁	精神衛生センター	県立精神病院	保健所	本庁	精神衛生センター	県立精神病院	保健所
1	1	2	33	83	—	(3) 3	—	(5) 58	—	—	—	—
—	1	—	3	12	(0) 1	—	—	(4) 8	—	—	—	—
—	—	—	—	6	—	(0) 1	—	(0) 19	—	—	—	—
—	—	—	—	—	(0) 1	(3) 3	—	(0) 44	—	—	2	—
—	—	—	—	—	(0) 1	(1) 1	—	(0) 61	—	—	—	—
—	—	1	—	—	—	(1) 1	—	(2) 21	—	—	—	—
1	1	2	3	—	—	(1) 1	—	(0) 61	—	—	—	—
2	—	2	—	—	(0) 1	—	—	(0) 79	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	(1) 1	—	(0) 6	—	—	—	—
—	—	6	—	15	—	—	—	(15) 38	—	—	—	—
—	1	2	—	26	—	—	—	(0) 31	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	(1) 1	—	(0) 19	—	—	—	—
1	—	—	—	26	(0) 9	(4) 4	—	(6) 291	—	—	—	36
4	—	4	15	—	—	—	—	(4) 12	—	1	—	4
2	1	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	(1) 1	—	(7) 7	—	—	—	—
—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	61
—	—	1	—	—	(0) 1	(0) 1	—	—	—	—	—	—
—	—	2	6	6	—	(3) 3	—	—	—	—	—	—
—	—	1	8	21	—	—	—	(30) 30	—	1	—	3
—	1	2	3	13	(0) 1	—	—	(0) 16	—	1	—	—
1	—	1	13	—	—	—	—	(0) 1	—	—	—	—
—	1	3	12	29	(0) 2	(2) 2	—	(0) 181	—	—	—	1
—	—	—	—	—	(0) 2	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	(7) 9	—	—	—	—
4	—	—	—	—	—	—	—	(2) 85	—	—	—	11
—	3	—	—	—	(0) 3	—	—	(0) 218	—	—	—	27
—	—	2	—	3	—	(1) 1	—	(9) 23	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	(0) 9	—	—	—	—
—	—	—	—	—	(0) 1	—	—	(0) 13	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	(21) 21	—	—	—	—
—	—	—	7	10	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	(0) 1	(1) 1	(1) 1	(0) 40	—	—	—	—
—	—	2	—	—	(0) 1	(2) 2	—	(8) 25	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	(2) 2	—	—	—	—	—	21
—	—	1	4	1	—	—	—	(9) 67	3	1	—	—
—	—	—	—	—	—	(2) 2	—	(57) 57	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	(1) 1	—	(1) 73	—	—	—	—
—	—	1	5	—	(0) 3	(1) 1	—	(0) 130	—	—	—	—
—	2	1	10	15	(1) 1	(1) 1	—	(8) 150	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	(0) 7	—	—	—	—
—	—	—	6	7	—	(1) 1	—	(0) 11	—	1	—	—
—	2	1	5	5	(0) 1	—	—	(0) 72	—	2	2	—
—	—	—	—	—	—	(1) 1	—	—	—	—	—	—
—	—	1	6	12	—	(1) 1	(0) 3	(1) 31	—	1	1	—
2	1	1	7	17	—	(0) 1	—	—	—	—	—	—
—	—	—	8	—	(0) 2	—	—	—	—	—	—	—
18	15	34	167	311	(2) 32	(35) 38	(1) 4	(200) 1,977	3	8	5	164

保健婦欄の () は主として精神衛生業務担当者である。
政令市にあっては、県立精神病院を政令市立精神病院と、精神衛生センターを相談所と読み替える。

精神衛生関係予算

(単位：千円)

事項 年次別 予算額	精神衛生費補助				精神衛生関係施設補助					保健 所 費 金 (5号 経費)	合計
	精神障害者 措置入院費 等補助金	通院医療費 補助金	法 施 務 補 助 金	行 費 金 計	精神病院 関係費	精神衛生 センター 関係費	デイ・ ケア施設 関係費	精神障害 者 回 復 社 会 復 帰 費	計		
昭和40年	15,694,323	215,307	33,869	15,943,499	349,258	56,905	—	—	406,163	9,459	16,359,121
41	20,004,472	673,556	41,160	20,719,188	330,441	45,401	—	—	375,842	17,522	21,112,552
42	21,437,160	597,723	44,013	22,078,896	338,021	59,469	—	—	397,490	17,725	22,494,161
43	24,200,074	570,235	43,058	24,813,367	293,819	64,115	—	—	357,934	17,988	25,189,289
44	26,982,221	602,652	47,247	27,632,120	257,822	69,961	—	—	327,783	20,354	27,980,257
45	35,061,639	665,559	52,212	35,779,410	234,167	81,382	—	43,012	358,561	34,383	36,172,354
46	38,429,040	875,364	56,955	39,361,359	204,945	71,092	—	4,612	280,649	37,442	39,679,450
47	43,473,340	1,291,747	64,301	50,829,388	193,134	81,849	—	16,492	291,475	41,063	51,161,926
48	51,077,851	1,699,245	74,147	52,851,243	265,387	78,352	—	18,626	362,365	46,257	53,259,865
49	64,598,775	1,960,556	77,557	66,636,888	264,786	96,305	30,136	119,026	510,253	47,206	67,194,347
50	82,404,411	2,298,160	94,982	84,797,553	335,057	109,648	41,063	95,840	581,608	72,995	85,452,156
51	82,668,253	2,792,876	90,408	85,551,537	375,332	100,994	154,131	140,433	770,890	93,990	86,416,417

(注) 当初予算額

国民医療費の推計額調（昭和47年～49年）

（単位：億円）

区 分	昭 和 47 年				昭 和 48 年				昭 和 49 年			
	入 院	入院外	歯 科	計	入 院	入院外	歯 科	計	入 院	入院外	歯 科	計
国民医療費	12,642	18,211	3,141	33,994	14,359	21,654	3,483	39,496	20,927	27,996	4,863	53,786
公費負担分	3,527	1,025	55	4,607	3,864	1,561	63	5,488	5,206	1,986	84	7,276
精神病医療費	1,343	36	—	1,378	1,433	47	—	1,480	2,174	59	—	2,233
結核医療費	707	97	—	803	668	100	—	768	851	110	—	961
その他	1,478	892	55	2,425	1,763	1,414	63	3,240	2,181	1,817	84	4,083
保険者負担分	7,171	13,775	2,455	23,401	8,450	16,556	2,761	27,767	13,444	21,949	3,907	39,301
精神病医療費	639	193	—	833	711	205	—	916	1,199	287	—	1,486
結核医療費	439	276	—	716	492	365	—	857	688	362	—	1,050
その他	6,093	13,305	2,455	21,852	7,247	15,986	2,761	25,995	11,557	21,300	3,907	36,765
患者負担分	1,944	3,411	631	5,986	2,044	3,537	660	6,241	2,276	4,061	871	7,209
精神病医療費	206	49	—	254	194	44	—	237	280	59	—	339
結核医療費	65	61	—	126	65	55	—	121	49	61	—	111
その他	1,674	3,301	631	5,606	1,785	3,438	660	5,883	1,947	3,941	871	6,760

「国民医療費」（厚生省大臣官房統計情報部）による。

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	措 置 入 院 費		
		総 額	国 庫 負 担	都道府県負担
昭和32年度	8,455人	億円 12	億円 6	億円 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
47	74,763	616	493	123
48	71,031	635	508	127
49	66,542	804	643	161
50	63,237	1,017	814	203

- (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)

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	百万円 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
47	73,700	1,292
48	88,000	1,699
49	98,000	1,961
50	97,500	2,298
51	101,400	2,793

開設者別精神病院数・精神病床数の年次推移 (各年6月末現在)

年次	総数		国 公 立										その他 (法人・個人)	
			国		都道府県		市町村		公的医療機関		計			
	病院数	病床数	病院数	病床数	病院数	病床数	病院数	病床数	病院数	病床数	病院数	病床数	病院数	病床数
昭和40年	1,068	164,027	50	5,193	60	13,836	60	5,749	29	2,841	199	27,619	869	136,408
41	1,144	181,759	54	5,615	63	14,617	69	6,648	33	3,658	219	30,538	925	151,221
42	1,226	201,808	59	6,307	59	15,150	74	7,142	42	4,424	234	33,023	992	168,785
43	1,277	217,144	59	6,420	61	15,267	75	7,215	45	5,042	240	33,944	1,037	183,200
44	1,331	232,324	62	7,188	61	15,618	78	7,437	46	5,158	247	35,401	1,084	196,923
45	1,364	242,022	63	7,428	64	16,029	81	7,827	47	5,268	255	36,552	1,109	205,470
46	1,389	250,478	64	7,596	63	16,139	80	7,841	48	5,478	255	37,054	1,134	213,424
47	1,403	256,449	66	7,809	64	16,156	80	7,791	51	5,764	261	37,520	1,142	218,929
48	1,434	265,904	69	8,225	67	16,331	80	7,791	50	5,809	266	38,156	1,168	227,748
49	1,450	271,720	70	8,589	66	16,486	82	8,016	51	5,949	269	39,040	1,181	232,680
50	1,454	275,468	70	8,606	66	16,727	83	8,141	50	5,975	269	39,449	1,185	236,019

資料：病院報告

精神病院にかかる資金種別貸付状況 (昭和35年度～49年度)

(単位：千円)

区分	新築資金			増改築資金			機械購入資金		長期運転資金		合計		
	件数	新設による 病床数	金額	件数	増床・建 替えによ る病床数	金額	件数	金額	件数	金額	件数	病床数	金額
35年度	14	672	129,800	24	2,536	193,790	6	13,250	3	4,350	47	3,208	341,190
36	34	1,925	363,900	111	6,453	1,044,700	55	128,740	39	35,250	239	8,378	1,572,590
37	31	2,405	586,100	134	7,260	1,795,210	80	194,900	40	38,180	285	9,665	2,614,390
38	28	2,180	607,500	140	5,679	2,212,000	67	166,040	40	48,840	275	7,859	3,034,380
39	38	3,313	978,000	95	6,965	1,776,200	73	195,410	46	63,900	252	10,278	3,013,510
40	35	3,591	974,300	98	7,607	1,738,070	54	141,740	36	60,010	223	11,198	2,914,120
41	28	2,344	516,400	117	8,856	2,326,900	53	161,900	28	46,100	226	11,200	3,051,300
42	24	2,412	686,100	90	6,389	1,858,600	41	146,100	25	49,370	180	8,801	2,740,170
43	9	785	391,800	83	4,184	1,908,800	31	122,740	16	32,500	139	4,969	2,455,840
44	29	2,297	992,400	120	6,335	2,722,700	52	236,400	34	74,300	235	8,632	4,025,800
45	7	712	333,900	66	4,387	2,895,200	20	103,330	9	21,100	102	5,099	3,353,530
46	3	373	192,000	108	9,395	5,468,800	26	106,000	6	10,100	143	9,768	5,776,900
47	4	493	267,000	88	8,107	5,195,400	14	123,300	5	9,200	111	8,600	5,594,900
48	3	251	269,000	52	5,475	3,827,000	11	66,700	6	11,400	72	5,726	4,174,100
49	—	—	—	49	4,037	3,905,500	8	60,200	—	—	57	4,037	3,965,700

(注) 精神病床が完成後病床数の過半数を占めるものを精神病院とした。

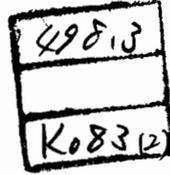
各都道府県精神衛生窓口一覽

	主管部(局) 主管課	電話番号	住 所
北海道	衛生部保健予防課	011 (231) 4111	札幌市中央区北三条西6丁目
青森	環境保健部公衆衛生課	0177 (22) 1111	青森市長島1の1の1
岩手	環境保健部予防課	0196 (51) 3111	盛岡市内丸10の1
宮城	衛生部公衆衛生課	0222 (63) 2111	仙台市本町3の8の1
秋田	環境保健部公衆衛生課	0188 (60) 1384	秋田市山王4の1の1
山形	衛生部保健予防課	0236 (30) 2313	山形市旅籠町2の4の15
福島	厚生部公衆衛生課	0245 (21) 1111	福島市杉妻町2の16
茨城	衛生部保健予防課	0292 (21) 8111	水戸市三ノ丸1の5の38
栃木	衛生環境部保健予防課	0286 (23) 3098	宇都宮市埴田町504
群馬	衛生部予防課	0272 (23) 1111	前橋市大手町1の1の1
埼玉	衛生部保健予防課	0488 (24) 2111	浦和市高砂3の15の1
千代田	衛生部予防課	0472 (23) 2660	千葉市市場町1の1
東京	衛生局医療部精神衛生課	0 3 (212) 5111	千代田区丸の内3丁目
神奈川	衛生部保健予防課	045 (201) 1111	横浜市中区日本大通り1
新潟	衛生部公衆衛生課	0252 (23) 5511	新潟市学校町1番町通602
富山	厚生部公衆衛生課	0764 (31) 4111	富山市新総曲輪1の7
石川	衛生部医務業務課	0762 (61) 1111	金沢市広坂2の1の1
福井	厚生部公衆衛生課	0776 (21) 1111	福井市大手3の17の1
山梨	厚生部公衆衛生課	0552 (37) 1111	甲府市丸の内1の6の1
長野	衛生部保健予防課	0262 (32) 0111	長野市大字南長野字巾下692の2
岐阜	衛生部保健予防課	0582 (72) 1111	岐阜市藪田
静岡	衛生部保健予防課	0542 (21) 2435	静岡市追手町9の6
愛知	衛生部医務課	052 (961) 2111	名古屋市中区三の丸3の1の2
三重	保健衛生部予防課	0592 (26) 1111	津市広明町13
滋賀	厚生部医務予防課	0775 (24) 1121	大津市京町4の1の1
京都	衛生部保健予防課	075 (451) 8111	京都市上京区下立売通新町 西入藪ノ内町
大阪	衛生部公衆衛生課	0 6 (941) 0351	大阪市東区大手前之町2の4
兵庫	衛生部予防課	078 (341) 7711	神戸市生田区下山手通5の1
奈良	衛生部保健予防課	0742 (22) 1101	奈良市登大路町
和歌山	衛生部健康対策課	0734 (32) 4111	和歌山市小松原通1の1
鳥取	衛生環境部健康対策課	0857 (26) 7111	鳥取市東町1の220
島根	環境保健部公衆衛生課	0852 (22) 5255	松江市殿町1
岡山	衛生部公衆衛生課	0862 (24) 2111	岡山市内山下2の4の6
広島	衛生部公衆衛生課	0822 (28) 2111	広島市基町10の52
山口	衛生部医務課	08392 (2) 3111	山口市滝町1の1
徳島	厚生部公衆衛生課	0886 (21) 2225	徳島市万代町1の1
香川	環境保健部健康増進課	0878 (31) 1111	高松市番町4の1の10
愛媛	保健部保健予防課	0899 (41) 2111	松山市一番町4の4の2
高知	厚生労働部医務課	0888 (23) 1111	高知市丸の内1の2の20
福岡	衛生部予防課	092 (781) 1111	福岡市中央区天神1の1の1
佐賀	厚生部予防課	09522 (4) 2111	佐賀市内1の1の59
長崎	保健部予防課	0958 (24) 1111	長崎市江戸町2の13
熊本	衛生部保健予防課	0963 (66) 1111	熊本市水前寺6の18の1
大分	環境保健部予防課	0975 (36) 1111	大分市大手町3の1の1
宮崎	環境保健部保健予防課	0985 (24) 1111	宮崎市橋通東2の10の1
鹿児島	衛生部予防課	0992 (26) 8111	鹿児島市山下町14の50
沖縄	環境保健部予防課	0988 (66) 2209	那覇市泉崎1の2の32

主な関係団体一覧

種類	名 称	主たる事務所の所在地(電話)
社 団	日 本 精 神 衛 生 連 盟	〒162 新宿区弁天町91 ((財)神経研究所内) 269—6272
社 団	日 本 精 神 病 院 協 会	〒105 港区新橋2—20 (駅前ビル1号館5階) 573—2136
財 団	日 本 精 神 衛 生 会	〒162 新宿区弁天町91 ((財)神経研究所内) 260—9171~3
財 団	復 光 会	〒273 千葉県船橋市市場3—3—1 0474—22—3509・2171
財 団	全国精神障害者家族連合会	〒162 新宿区弁天町91 ((財)神経研究所内) 260—4074
社 団	全 日 本 断 酒 連 盟	〒171 豊島区目白4—19—28 953—0921
	全国精神衛生連絡協議会	〒100 千代田区霞ヶ関1—2—2 501—4864 (厚生省精神衛生課内)
社 福	全日本精神薄弱者育成会	〒105 港区芝西久保巴町2 (第7森ビル) 431—0668・1488
財 団	矯 正 協 会	〒165 中野区新井町3—37—2 387—4451
社 団	精 神 衛 生 普 及 会	〒101 千代田区神田小川町3—3 291—6770 (都民銀行神田支店内)
財 団	日本精神薄弱者愛護協会	〒105 港区六本木7—5—2 403—6865
	全日本特殊教育研究連盟	〒100 千代田区霞ヶ関3—2—3 580—0582 (国立教育会館内)
	全国教護院協議会	〒311—01 茨城県那珂郡那珂町後台1484—1 02929—8—1255 (茨城学園内)
	教育と医学の会	〒812 福岡市箱崎町 (九大教育学部内) 092—641—1101

代 表 者	主 たる 事 業 の 内 容	設立年月日
(会 長) 内村 祐之 (理事長) 大野 徹	1. 精神衛生諸団体との相互連絡と事業調整 2. 精神衛生に関する広報他	昭45. 9.17 (28. 8)
(会 長) 高 橋清彦	精神病院その他精神障害者に対する施設の 管理運営の改善・職員の教育指導	昭29. 7 (24. 6)
(理事長) 菅又 淳	1. 精神衛生思想の普及活動 2. 精神衛生相談	昭35. 10 (26. 10)
(理事長) 岡田 文秀	1. 麻薬中毒者の収容治療施設の設置・運営 2. 薬物及びアルコール中毒者の医療の研究	昭32. 3 (27. 8)
(理事長) 川村 伊久	1. 精神障害者及びその家族の指導と援護 2. 精神衛生思想の普及・啓蒙	昭42. 2
(理事長) 大野 徹	1. 酒害の啓蒙 2. 地域断酒組織の結成促進	昭45. 2 (38. 11)
(会 長) 笠松 章	1. 各都道府県精神衛生協(議)会間の連絡 2. 会報の発行	昭38. 11
(会 長) 徳川 義親	1. 精神薄弱者の世話 2. 親と子のための相談活動	昭34. 3 (27. 7)
(会 長) 中尾 文策	矯正事業及び刑罰制度に関する調査研究等	昭21. 3
(会 長) 工藤昭四郎	1. 精神衛生の普及啓蒙 2. 産業精神衛生の研究	昭32. 3 (27. 10)
(会 長) 登丸 福寿	1. 精神薄弱に関する調査研究 2. 機関誌の発行	昭42. 8 (9. 10)
(理事長) 三木 安正	1. 精神薄弱児教育に関連する諸制度の調整・ 改善 2. 各地の特殊教育に関する研究の普及・促進	昭28. 2
(会 長) 安原 正一	1. 教護事業の企画・研究 2. 教護院の相互協力・機関誌発行	昭24. 8
(会 長) 中島 義友	学校衛生学・精神衛生学等教育と医学に関 する研究及び雑誌の発行	昭28. 4



我が国の精神衛生

(昭和51年版)

定 価 300円

送料別

監 修 厚生省公衆衛生局精神衛生課

発行所 財団法人 厚生問題研究会

東京都千代田区霞が関1-2-2 厚生省内

電 話 03-501-4853

振替口座 東京 2-3462

取引銀行・東京銀行内幸町支店 (当座)

No. 011207

印刷・製本/榎太陽美術/TEL(642)6045(内) 落丁・乱丁本はおとりかえします。