

我が国の精神衛生

(精神衛生ハンドブック)

昭和56年版

監修 厚生省公衆衛生局精神衛生課

ま え が き

近年における精神医療は、従来の閉鎖的な入院中心の医療から社会生活の中での医療へとその内容が大きく変わりつつあります。これは、早期治療、再発防止を可能とした通院医療の普及など精神科医療技術の進歩によるところが大きいものと思われまます。

精神医療のこのような転換の時期に当って、精神衛生対策は従来に比べて一層幅広いものが要求されてきております。すなわち、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、社会復帰対策の充実を図る必要があります、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も色々な精神衛生の実践を行う必要があるわけです。

また、近年増加の傾向を示しているアルコール中毒に対する酒害防止対策、更に高齢化社会を迎えての老人精神衛生対策、戦後第二のピークを迎えている覚せい剤の流行に対する覚せい剤対策もその重要性を増つつあります。

このように、広く深い内容をもつ精神衛生は人間生活のあらゆる場面において考えていかねばならない問題といえ、それだけにその内容を包括的に理解することは容易ではありません。

従来より、毎年「我が国の精神衛生」を発刊してまいりましたが、今年版は、内容を全面的に改訂し、精神衛生分野でご活躍の方々はもとより、この分野に関心をお寄せ下さっている方々の資料として、より一層充実したものと「精神衛生ハンドブック」として座右のものとして頂けるよう配意したものであります。

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

昭和56年初秋

厚生省公衆衛生局精神衛生課長

野 崎 貞 彦

目 次

1 章 精神衛生について

1. 精神衛生とは…………… 1
2. 精神衛生の歩み…………… 3
 - (1) 明治初期…………… 3
 - (2) 精神病者監護法の制定…………… 4
 - (3) 精神病院法の制定…………… 5
 - (4) 精神衛生法の制定…………… 6
 - (5) 精神衛生法以後…………… 8
3. 精神衛生のライフサイクル…………… 11
 - (1) 胎生期の精神衛生…………… 11
 - (2) 乳幼児期の精神衛生…………… 11
 - (3) 学童期の精神衛生…………… 12
 - (4) 思春期（青・少年期）の精神衛生…………… 13
 - (5) 壮年期の精神衛生…………… 15
 - (6) 老年期の精神衛生…………… 17

2 章 精神衛生行政の現状と展望

1. 精神衛生行政のしくみ…………… 19
2. 精神障害者対策…………… 22
 - (1) 医 療…………… 22
 - ア 通 院…………… 22
 - (ア) 通院医療制度の意義…………… 22
 - (イ) 通院医療制度の内容…………… 22
 - (ウ) 通院医療に係る社会保険診療報酬…………… 24
 - (エ) 通院医療費公費負担の手続…………… 29
 - イ 精神科デイ・ケア医療…………… 40
 - (ア) 精神科デイ・ケアの概要…………… 40
 - (イ) 精神科デイ・ケアの社会保険診療報酬上の取扱…………… 41
 - (ウ) 精神科デイ・ケアの社会保険診療報酬上の施設基準及び承認申請手続…………… 43

ウ 入 院	47
(ア) 措置入院	47
a 入院措置	47
b 申請・通報・届出	49
(a) 一般人からの申請 (法第23条)	49
(b) 警察官からの通報 (法第24条)	49
(c) 検察官からの通報 (法第25条)	50
(d) 保護観察所の長の通報 (法第25条の2)	50
(e) 矯正施設の長からの通報 (法第26条)	50
(f) 精神病院の管理者の届出 (法第26条の2)	52
c 緊急措置入院	52
(イ) 同意入院	52
(ウ) 仮入院	54
(エ) 自由入院	55
エ 精神病院	55
(ア) 精神病院の現状	55
(イ) 都道府県の設置義務	57
(ウ) 指定病院制度	57
オ 精神衛生鑑定医	58
(2) 社会復帰対策	59
ア 精神病院内における対策	61
イ 精神病院外における対策	61
(ア) 社会復帰施設	61
a 精神障害回復者社会復帰施設	62
(a) 目的等	62
(b) 設置及び運営主体	62
(c) 規 模	62
(d) 施設の職員	62
(e) 施設の組織	63
(f) 既設の施設	63
b デイ・ケア施設	63
(a) 目的等	63
(b) 設置及び運営主体	64
(c) 規 模	64
(d) 施設の職員	64

(e) 施設の組織	64
(f) 既設の施設	64
c 精神衛生社会生活適応施設	65
(a) 目的等	65
(b) 設置主体	65
(c) 運営主体	65
(d) 規模	65
(e) 施設の設置場所	65
(f) 施設の職員	66
(g) 既設の施設	66
(i) 地域対策	66
a 保健所	66
b 精神衛生センター	67
c 精神障害者職業参加促進制度(職親制度)	68
3. 精神衛生の財政	71
(1) 予算	71
(2) 費用の助成	71
ア 医療費公費負担	71
(ア) 措置入院費	73
(イ) 通院医療費	74
(ウ) 同意入院費	74
イ 法施行事務費	75
ウ 精神衛生センター等の運営費補助	75
(ア) 精神衛生センター運営費	75
(イ) 精神障害回復者社会復帰施設運営費	76
(ウ) デイ・ケア施設運営費	78
(エ) 精神衛生社会生活適応施設運営費	79
(オ) 精神衛生国際セミナー開催費	83
エ 精神病院等の施設整備費補助	83
(ア) 精神病院	83
a 医療法(昭和23年法律第205号)第31条に規定する公的医療機関	83
b 営利を目的としない法人であって、精神衛生法第5条の指定を受けた精神病院等	84
(イ) 精神衛生センター等	84

a	精神衛生センター	84
b	精神障害回復者社会復帰施設及びデイ・ケア施設	84
c	精神衛生社会生活適応施設	84
オ	精神病院等の設備整備費補助	86
(3)	国民医療費における精神医療費	87
(4)	地方交付税	87
(5)	資金融資	89
ア	地方公共団体	89
イ	個人および法人	89
4.	地域精神衛生対策	90
(1)	地域精神衛生活動の目標と計画	91
(2)	地域精神衛生活動の主体	93
ア	保健所	93
(ア)	保健所の性格及び機能	93
(イ)	職員の業務	93
a	医師	93
b	精神衛生相談員	94
c	保健婦	94
d	医療社会事業員	94
e	衛生教育指導員	94
(ウ)	精神衛生業務の実施方法	94
a	精神衛生相談	94
b	訪問指導	95
c	患者クラブ活動等の援助	95
d	衛生教育及び協力組織の育成	95
e	関係機関との連絡協調	96
イ	精神衛生センター	96
(ア)	精神衛生センターの性格及び機能	96
(イ)	センターの組織	96
(ウ)	センターの職員	96
(エ)	センターの規模	97
(オ)	センターの事業用設備	97
(カ)	センターの業務	97
a	相談指導・技術援助	97
b	知識の普及	97

c	調 査 研 究	97
d	酒害相談指導事業	98
ウ	精神病院等医療機関	98
エ	社会復帰施設等	98
5.	酒害予防対策	99
(1)	アルコールの疫学的問題	100
(2)	アルコール関連問題	101
ア	アルコール関連身体的障害	105
イ	" 社会的障害	106
ウ	アルコール精神疾患	106
(ア)	アルコール依存症	107
(イ)	アルコール精神病	109
a	アルコール依存徴候を有する精神病	109
b	アルコール依存徴候を基盤として生じる精神病	109
(a)	アルコール性痴呆	109
(b)	アルコール性コルサコフ精神病	110
(c)	アルコール性嫉妬妄想	110
(ウ)	急性アルコール中毒	110
a	アルコール精神疾患とされる普通酩酊	110
b	異常酩酊	111
(a)	病的酩酊	111
(b)	複雑酩酊	111
(3)	酒害予防対策と適正飲酒	111
ア	酒害予防対策の対象	111
イ	適正飲酒の普及	112
ウ	相談指導	113
エ	医 療	113
(ア)	入院医療	113
a	第Ⅰ期入院医療	113
b	第Ⅱ期入院医療	113
c	アルコール中毒専門病棟	113
(イ)	通院医療	114
オ	地域対策	114
(ア)	精神衛生センター	114
(イ)	保 健 所	115

(ウ) 精神病院等医療機関	116
(エ) 社会復帰施設	116
(オ) 社会福祉関係機関	116
(カ) 断酒会等民間団体	116
6. 覚せい剤中毒対策	117
(1) 覚せい剤乱用の現状と対策	117
(2) 覚せい剤の慢性中毒者等に対する医療保護	122
7. 老人精神障害者対策	126
(1) 老人精神障害とは	126
ア 老人精神障害	126
イ 老人の痴呆疾患	126
ウ 痴 呆 老 人	126
(2) 老人精神障害者対策の基本的な考え方	127
(3) 当面の具体的対策	127

3 章 精神衛生関連の行政・施設等

1. 厚生省関係	129
(1) 社会福祉事業法	129
(2) 生活保護法	129
(3) 児童福祉法	130
(4) 老人福祉法	131
(5) 精神薄弱者福祉法	132
(6) 国民年金及び厚生年金法	133
ア 国民年金法	133
イ 厚生年金法	134
2. 文部省関係	134
3. 法務省関係	134

(資 料 編)

I 法 令

1. 精神衛生法	135
2. 精神衛生法施行令	151
3. 精神衛生法施行規則	155

Ⅱ 統計資料

1. 傷病(大分類)・年次別受療率(人口10万対)……………162
2. 傷病(大分類)・地域ブロック別にみた受療率(人口10万対)……162
3. 傷病(小分類)・受療の種類別にみた全国推計患者数……………164
4. 在院期間別退院患者の年次推移(累積百分率)……………166
5. 主要傷病・年次別受療率……………166
6. 病名別・性別・年齢別在院患者数……………167
7. 都道府県別精神病院数・病床数及び在院患者数等の状況……………168
8. 精神病床数・入院患者数・措置患者数・措置率・利用率の推移170
9. 新規措置入院・措置解除・年末措置患者数の年次推移……………170
10. 在院患者数・措置患者数・医療扶助人員の年次推移……………170
11. 都道府県別精神衛生相談状況……………171
12. 都道府県別精神衛生訪問指導状況……………172
13. 精神衛生実態調査結果概要……………173

Ⅲ 精神衛生年表……………176

Ⅳ その他

1. 各都道府県精神衛生窓口一覧……………184
2. 精神衛生センター一覧……………185
3. 主な関係団体一覧……………186

図表目次

[表] 1. 昭和6年末精神病者数	6
2. 昭和6年末の施設数と収容人員	6
3. 年次別・都道府県別精神障害者鑑定申請・通報・届出の 処理件数	51
4. 都道府県別開設者別精神病院数及び精神病床数(昭和55年)	56
5. 保健所における社会復帰等相談指導事業実績	67
6. 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	67
7. 精神衛生関係予算	72
8. 精神障害疾病の一月平均在院措置患者数及び措置入院 費の推移	73
9. 費用徴収基準額	74
10. 精神障害疾病の一月平均通院患者数及び通院医療費 (予算額)	75
11. 国民医療費に占める精神病医療費の割合	88
12. 大量飲酒者数(推計)	102
13. アルコール中毒者数	103
14. アルコール関連疾病死亡者数(人口動態統計調査)	104
15. アルコール依存徴候を有する精神病の分類	109
[図] 1. 精神衛生法の主な仕組み	10
2. 通院医療制度の概要	23
3. 精神科デイ・ケアのプログラム例	42
4. 措置入院制度の概要	48
5. 精神障害者社会復帰体系図	61
6. 酒害予防対策	99
7. 酒類消費数量の推移	101
8. アルコール精神疾患の分類	107
9. アルコール依存症の概念	108
10. 酒害予防対策と適正飲酒	112
11. 覚せい剤取締違反及び検挙人員の推移(警察庁統計)	118
12. 老人精神障害の分類	126

1章 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つて、ただ単に病気や虚弱でないというだけではない」(WHO憲章)

精神衛生とは人々の健康のうち主として精神面の健康を対象とし、精神障害を予防・治療し、また精神的健康を保持・向上させるための諸活動をいう。

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ないことはもちろん、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、母子や老人保健等とともに、今日の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に不健康や欠陥をできるだけ防止し回復する

こと、また適応障害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し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なことである。

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. 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、社寺の樓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、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、デ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「精神病約説」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医学校に設置され、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「精神病学集要」が発行されるなど医学の面においても除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、専ら地方の規制にゆだ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、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の内容は、

- ① 後見人、配偶者、親権を行う父又母、戸主、親族会で選任した4親等以内の親族を精神病患者の監護義務者として、その順位を定めた。また監護義務者がいないか、いてもその義務を履行できないときは住所地、所在地の市区町村長に監護の義務を負わせた。
- ② 精神病患者を監置できるのは監護義務者だけで、病者を私宅、病院などに監置するには、監護義務者は医師の診断書をそえ、警察署を経て地方長官に願い出て許可を得なくてはならない。
- ③ 行政官庁には監置を監督する権限が与えられている。
- ④ 監護に要する費用は被監護者の負担で、被監護者にその能力がないときは扶養義務者の負担とするなどを骨子としている。

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により、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、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、「官立医学校ニ精神科設置」の決議を行ったし、40年には、北海道に道府県外の公立精神病院の初めとして公立函館区立精神病院が開設された。42年に、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2万5千人、病床2千5百床、私宅監置約3千人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なことがわかり、44年、「官公立精神病院設置」の決議がなされた。

(3) 精神病院法の制定

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、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6万5千人、精神病院等の入院中のもの約5千人、私宅監置を含めて約6万人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たない県が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が収容されていることが明らかとなった。この結果から、保健調査会は、治療上及び公安上の理由から、精神病患者監護法の改正を決めた。

また日本神経学会も全国的に精神病患者保護治療の設備を整えるよう、内務大臣に対して建議した。

そして精神病院法・結核予防法・トラホーム予防法は大正8年に同じ委員会で審議され可決された。

精神病院法の内容は、

- ① 内務大臣は道府県に精神病院の設置を命じることができることになり、道府県が設置した精神病院は地方長官の具申によって前項の命令により設置したものとみなすことができる。また内務大臣は第1項の精神病院に代用するため公私立病院をできる（代用精神病院）。
- ② 本法により精神病院に入院させるべき精神病患者は、監護法によって市区町村長の監護すべき者、罪を犯したもので司法官庁がとくに危険があると認める者、療養の道なきもの、地方長官が入院の必要を認めるもの、である。
- ③ 地方長官は入院した者（あるいはその扶養義務者）から入院費の全部ま

たは一部を徴収できる、また本法による精神病院に対し建築・設備費の2分の1、運営費の6分の1を国庫が補助するなどを骨子としている。

この精神病院法によって、精神病に対する公共の責任として公的精神病院を設置する考え方がはじめて明らかにされた。

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、わずかに大正14年の鹿児島保養院、昭和元年の大阪中宮病院、4年の神奈川芹香院、6年の福岡筑紫保養院、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、公立精神病院の建築は遅々としてはかどらなかった。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7万余人にたいし、収容数は約1万5千人であり、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。

〔表1〕 昭和6年末の精神病患者数

精神病院法適用	{	公立病院	1,535人
		代用病院	2,055
精神病患者監護法適用	{	病院監護	3,997
		病院外施設	6,472
		一時監置	136
その他			59,536

〔表2〕 昭和6年末の施設数と収容人員

施設の種類	施設数	収容人員
公立精神病院	6	1,712
医育機関附属精神科病室	14	904
私立精神病院	78	10,525
公私立精神病患者収容所	81	517
公私立病院精神科病室	10	188
計	189	13,844
神経、瀑布の保養所	50	714
総計	239	14,561

昭和元年には日本精神衛生会が設置され、また、13年には厚生省が設置され、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った。殊に戦時においては、精神病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、15年には約2万5千床もあった病床は、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。

この法律と旧2法と異なる点はつぎのようである。

- ① 精神病院法では主務大臣が命令したときだけ都道府県が精神病院を設置すればよかったのであるが、こんどは精神病院設置を都道府県に義務づけ精神障害にたいする公共の責任をあきらかにした。
- ② 長期拘束を要する精神障害者は、精神病院、精神科病室その他法律によって収容することをもとめられている施設に収容することにし、私宅監置は1年間で廃止することにした。
- ③ 従来は狭義の精神病患者だけを対象にしていたが、こんどは精神薄弱者・精神病質者をもふくめた。
あたらしく規定されたこととして、
- ④ 精神障害発生の予防、国民の精神的健康の保持・向上の考え方がとりいれられ、精神衛生相談所や訪問指導の規定がおかれた。
- ⑤ 精神衛生審議会を新設して、関係官庁と専門家との協力による精神衛生行政の推進をはかった。
- ⑥ 精神障害者を拘束することが必要かどうか決定するため精神衛生鑑定医の制度がもうけられた。従来は単に医師の診断だけにもとづいて、精神障害者を拘束したり、または都道府県の指定医の診断だけにもとづいて精神

障害者を入院させたりしていたが、新法では厚生大臣の指定する鑑定医の制度をもうけ、強制入院その他の要否を2人以上の鑑定医に診断させることになった。これは不当な拘束による人権侵害を防止するためである。

- ⑦ 医療保護の必要がある精神障害者については、国民のだれもが知事あてに診断および必要な保護を申請できるようになった。
- ⑧ 精神障害の特殊性をみとめ、仮入院・仮退院という制度がもうけられた。以上のようなものである。

(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、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、そ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、更には精神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。

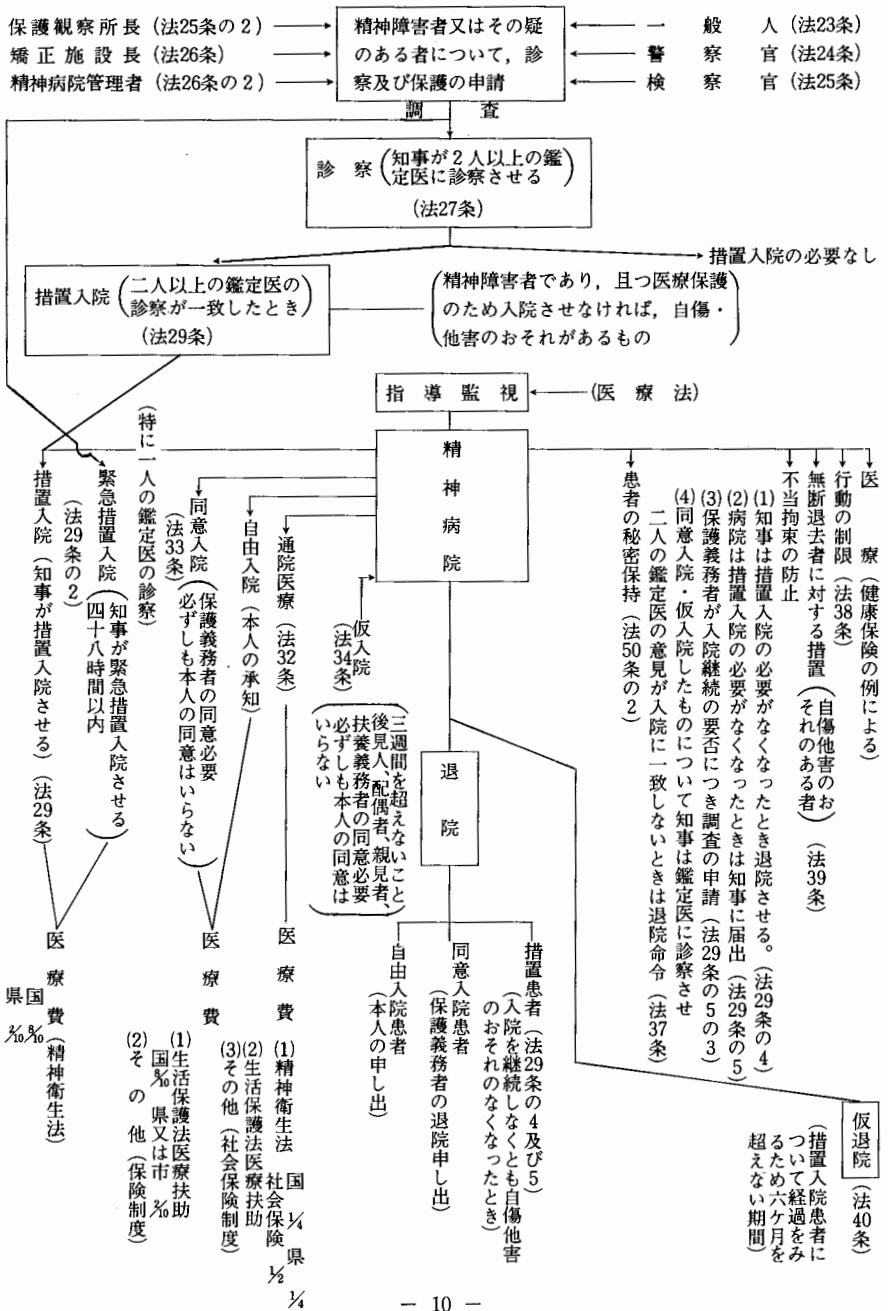
更に、昭和38年には画期的な精神障害の実態調査が行われた。この調査によって全国的な精神障害者の数、医療の普及度等が明らかになり、25年制定の精神

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。ところがたまたま39年3月、有名なライシャワー事件が発生し、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、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、翌年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、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、保健所は地域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・相談事業が強化され、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。

現行の精神衛生法の主な仕組は、図1のとおりである。

図1 精神衛生法の主な仕組み



3. 精神衛生のライフサイクル

(1) 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ヵ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、あるいは母胎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、梅毒やトキソプラズマ症等の感染症、種々の薬剤、さらには栄養障害、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ヵ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等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、麻痺や痙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其中でも力を入れて推進されなければならない。

(2) 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、その発育が阻害され、後に知能障害や種々の脳器質障害を引き起こすものになる。

しかし、この時期に精神衛生上さらに重要なことは、乳幼児と親、殊に母親との心理的な結びつきを通じて、知能・感情・性格等人としての基本的な精神機能が発達していくことである。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いだされる。

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、言葉の遅れ等よく見られる問題行動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、また発達途上にあつて変化が著しく、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り、保健所における乳児検診、3才児検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。

(3) 学童期の精神衛生

人格形成の基礎が固められる乳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要な構造をもつに至る。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が広がり、その中で子供なりの一定の役割や責任も果たすようになる。特にこの時期の子供にとって仲間同士での遊びは社会生活そのものであり、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、学校場面における行動異常や不適応の形で見いだされることが多い。学業成績の不振や知能障害をはじめ、登校拒否、緘黙、チ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、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ため、学校保健を中心とした早期の対応が特に望まれる。

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、知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。

(4) 思春期（青・少年期）の精神衛生

思春期は人の一生の中でも身体・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、第二次性徴が現われる。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ことがある。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が知的活動を刺激し、抽象的・観念的な思考力を飛躍的に発達させる。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ことがあり、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う場合が少なくない。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し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出場を迎え、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かっとう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、また精神分裂病をはじめとする精神病や神経症の好発年令でもある。しかも精神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の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精神分裂病や躁うつ病、種々の神経症等に対しては、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。

(5) 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等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主であり、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、異なった性格や役割を認識し、助け合い協力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、また共稼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ひんすることが多く、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、この中で家族が果すべき役割は逆にますます大きくなってきている。

これが、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止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。

(6) 老年期の精神衛生

平均寿命の延長とともに高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り、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、病氣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、精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化的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。

2章 精神衛生行政の現状と展望

1. 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、環境衛生行政（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造等を目標とする環境衛生行政と、④医療の普及や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衛生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）、医務局および薬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が主管課となっており、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）が置かれている。

国立精神衛生研究所は、昭和27年に、千葉県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29名を擁している。

なお、従来の中央精神衛生審議会は、「審議会等の整理等に関する法律」（昭和53年5月23日法律第55号）の公布、施行により、公衆衛生局の他の審議会等とともに整理・統合され、公衆衛生審議会となった。

公衆衛生審議会は、公衆衛生に関する重要事項について厚生大臣の諮問に応じて調査審議し、及び関係行政機関に対して意見を述べる権能を有する機関である。委員は100人以内で任期は2年であるが、必要に応じて専門委員が置かれる。これらの委員は学識経験のある者のうちから任命される。

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するのは、公衆衛生審議会の精神衛生部会が中心となる。

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 都道府県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38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の家族会、断酒会等の協力組織の育成等を行うものとなっている。

- 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13条）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15条）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（昭和55年度末852カ所）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、公衆衛生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。

2. 精神障害者対策

「精神障害者」とは、精神病者（中毒性精神病者を含む。）、精神薄弱者及び精神病質者をいい（精神衛生法第3条）、その数は約150万人と推計されている。

精神障害者対策は、医学・薬学等の進歩、社会情勢の変化等による昭和40年の法改正を経て入院・通院医療、訪問指導等の充実とともに精神障害者に対する各種社会復帰施策が重要なものとなってきている。

(1) 医 療

ア 通 院

(ア) 通院医療制度の意義

通院医療制度は、自傷他害のおそれがなく、かつ、入院医療を要しない精神障害者について、早期治療・早期退院再発防止の効果を期するため精神病院に通院することによって医療を受けるもので、その場合にこの通院医療を促進し、かつ適正医療を普及させるために都道府県は、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である。

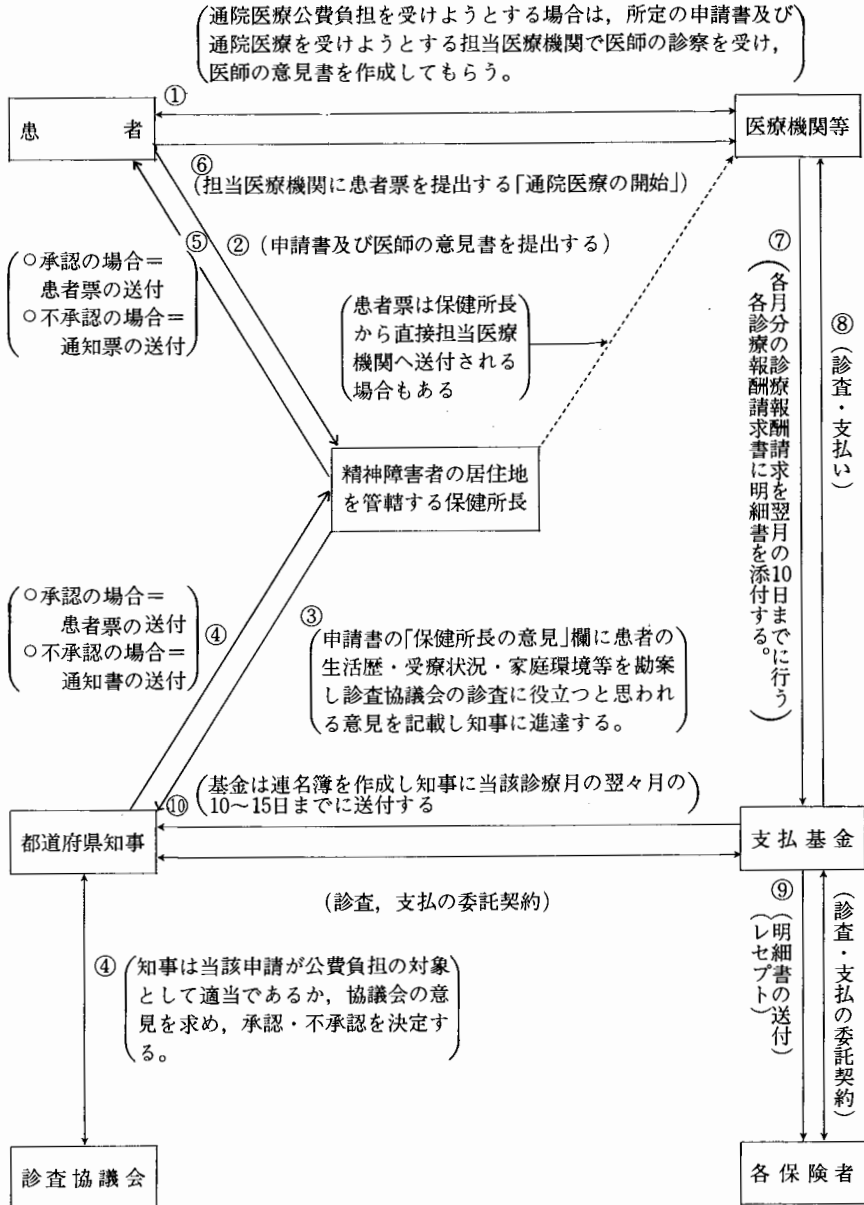
(イ) 通院医療制度の内容

通院医療制度の概要は図2のとおりである。

これについては、「精神衛生法の一部を改正する法律の施行について」(昭40. 8. 25衛発第184号 厚生事務次官通知)に基づき運用されておりその骨子は次のとおりである。

- ① この制度は精神障害に関する適正な医療を普及するため、精神障害者の通院医療費の2分の1の公費負担を行うものであること。
- ② 公費負担医療を担当する医療機関は法第32条に定める医療機関であるが、その開設者が診療報酬の請求及び支払に関し、法第32条の2の規定によらない旨の申し出をした医療機関は、通院医療の公費負担医療を担当する医療機関ではないこと。
- ③ 公費負担の対象となる医療費は、精神障害の治療上必要と認めら

図2 通院医療制度の概要



れる医療全部に係る費用をいうものであること。

④ 公費負担される費用の額の算定並びに審査及び支払の事務の委託については、健康保険の例によること。

⑤ 公費負担の申請に関する診査機関である精神衛生診査協議会の委員は、関係行政機関の職員及び精神医学の専門家をもってあてること。

(ウ) 通院医療に係る社会保険診療報酬

通院医療に係る社会保険診療報酬は、精神科の特殊療法として精神療法、精神分析療法、通院カウンセリング等が認められている。

「点数表の解釈（甲表編）」より

152 精神療法（簡便型精神分析療法を含む。）（1回につき） 60点

（精神療法について）

(1) 精神療法とは、精神神経症や精神障害の患者に対して、一定の治療計画に基づいて精神面から効果ある心理的影響を与えることにより、これらの精神疾患に起因する不安や葛藤を除去し、情緒の改善を図り洞察へと導く治療方法を総称するものである。

ただし、標準型の精神分析療法を行った場合には153により算定する。

(2) 152精神療法（簡便型精神分析療法を含む。）の適応症は、精神神経症、精神分裂病、躁うつ病等の精神障害であり、精神薄弱及び痴呆は除かれる。

(3) 152精神療法（簡便型精神分析療法を含む。）として算定できる回数は、妥当と認められる限度に止めるべきである。

ただし、入院患者については、おおむね、週1回を標準とする。

(4) 医師が個別的に患者に対し直接言語誘導により、催眠的療法を行う自律訓練は、152により算定する。

(5) 集団的に行われる精神療法については、算定で

<p>(交流分析, ゲシュタルト療法及び生体エネルギー療法) (精神科以外の科における精神療法)</p>	<p>きない。 (昭51. 3. 31 保険発 19)</p> <p>◇ 交流分析, ゲシュタルト療法及び生体エネルギー療法を行った場合は, 152により算定する。 (昭56. 4. 1 保険発 21)</p> <p>◇ 精神科以外の科において自律訓練法, カウンセリング, 行動療法, 催眠療法などの精神療法を行った場合は, 精神療法の所定点数を算定して差し支えない。 (昭55. 12. 1 保険発 84)</p>
<p>153 標準型精神分析療法 (1回につき) 250点</p>	<p>(標準型精神分析療法について)</p> <p>(1) 標準型精神分析療法とは, 口述による自由連想法を用いて, 抵抗, 転移, 幼児体験等の分析を行い解釈を与えることによって洞察へと導く治療法をいうものであり, おおむね, 月6回を標準として算定する。</p> <p>(2) 口述でなく筆記による自由連想法的手法で行う精神分析療法は, 1時間以上にわたるような場合であっても, 152精神療法(簡便型精神分析療法を含む。)として算定する。 (昭51. 3. 31 保険発 19)</p>
<p>154 精神科通院カウンセリング (1回につき) 200点</p>	<p>(精神科通院カウンセリングについて)</p> <p>(1) 精神神経症又は精神障害のため社会生活を営むことが著しく困難な通院患者に対して, 又は患者の著しい病状改善に資すると考えられる場合にあっては患者の家族に対して, 医師が一定の治療計画のもとに危機介入, 対人関係の改善, 社会適応能力の向上を図るための指示, 助言等の働きかけを継続的に行う治療方法である。</p> <p>(2) 家族に対するカウンセリングは, 家族関係が当該疾患の原因若しくは増悪の原因と推定される場合に限り算定するものであること。また, 患者の病状説明, 服薬指導等一般的療養指導である場合は, 算定できない。</p> <p>(3) 患者に対して通院カウンセリングを行った日と</p>

	<p>同一の日に家族に対してカウンセリングを行った場合における費用は、患者に対する通院カウンセリングの費用に含まれる。</p> <p>(4) 家族に対するカウンセリングを実施した場合は、その要点を診療録に記載する。</p> <p>(5) 家族に対するカウンセリングを算定する場合には、診療報酬明細書に「家族カウンセリング」と明記する。</p> <p>(6) 精神科通院カウンセリング（家族カウンセリングを含む。）の算定は、週1回とする。 (昭56. 5. 29 保険発 43)</p> <p>(7) 精神科通院カウンセリングは、医療法（昭和23年法律第205号）第70条に規定する精神科を診療科名として標榜している保険医療機関において、精神科を担当する医師が、精神神経症又は精神障害の通院患者に対して本療法を行った場合に算定できるものである。ただしてんかん、脳器質性精神障害（脳動脈硬化性精神障害等）、痴呆、精神薄弱、心身症については算定できない。</p> <p>(8) 本項は、初診時には算定できない。</p> <p>(9) 本項は、慢性疾患指導管理料を算定している患者については、算定できない。</p> <p>(10) 本項は、おおむね週1回を標準として算定する。 (昭51. 3. 31 保険発 19)</p>
--	--

更に、診療報酬で認められている検査には、脳波検査、臨床心理検査等がある。

<p style="text-align: center;">(脳波検査等)</p> <p>052 脳波検査（過呼吸、光及び音刺激による負荷検査を含む。） 500点</p>	<p style="text-align: center;">(脳波検査について)</p> <p>(1) 052 脳波検査を算定するものは、30分程度の記録を行い、かつ、同時に8誘導以上の記録を行った場合である。</p>
--	--

<p>注1. 検査に当たって睡眠賦活検査又は薬物賦活検査を行った場合は、賦活の種類にかかわらず200点を加算する。</p> <p>2. 当該保険医療機関以外の医療機関で描写した脳波について診断を行った場合は、1回につき38点とする。</p> <p>052-2 脳誘発電位検査（脳波検査を含む。）</p> <p>1. 体性感覚誘発電位 600点 2. 視覚誘発電位 600点 3. 聴性誘発反応検査 700点</p> <p>（脳波聴力検査） （脳幹反応聴力検査） （中間潜時反応聴力検査）</p>	<p>(2) 8誘導未満の誘導数により脳波を測定した場合は、誘導数に応じて049-4の所定点数により算定するものとし、種々の賦活検査（睡眠、薬物を含む。）を行った場合も、049-4の所定点数のみにより算定する。</p> <p>(3) 心臓及び脳手術中における脳波検査は、測定時間を問わず8誘導以上の場合は052により、それ以外の場合は誘導数に応じて049-4により算定する。 （昭56. 5. 29 保険発 43）</p> <p>◇ 052-2 脳誘発電位検査は、刺激又は負荷を加えながら脳活動電位を記録し、コンピューター等により解析を行うものであり、同時に記録した脳波検査については別に算定できない。 （昭56. 5. 29 保険発 43）</p> <p>◇ 脳波聴力検査、脳幹反応聴力検査及び中間潜時反応聴力検査は、いずれの検査も052-2の「3.」により算定するものであり、2種類以上行った場合であっても所定点数により算定する。 （昭56. 5. 29 保険発 43）</p>
--	---

(臨床心理・神経心理検査)

◇ 068から068-3までの各検査は、従前の臨床心理検査について整理を行ったものであり、これらの検査については次による。

- (1) 検査を行うに当たっては、個人検査用として標準化されかつ確立された検査方法により行う。
- (2) 各区分のうち「1.」操作が容易なものとは、検査及び結果処理におおむね40分以上を要するものを、「2.」操作が複雑なものとは、検査及び結果処理におおむね1時間以上を要するものを、「3.」操作と処理が極めて複雑なものとは、検査及び結果処理に1時間30分以上を要するものをいう。なお、臨床心理・神経心理検査は、医師が自ら検査及び結果処理を行った場合にのみ算定する。
- (3) 診療録に分析結果を記載する。

(昭56. 5. 29 保険発 43)

068 発達及び知能検査

1. 操作が容易なもの70点
2. 操作が複雑なもの
150点

注 複数の検査を行った場合であっても1種類のみ
の所定点数により算定する。

◇ 068 発達及び知能検査の「2.」は、MCCベビータテスト、WISC、WAIS、鈴木ビネータテスト、田中ビネータテスト等である。

(昭56. 5. 29 保険発 43)

068-2 人格検査

1. 操作が容易なもの70点
2. 操作が複雑なもの
150点
3. 操作と処理が極めて複雑なもの（ロールシャッハテスト、TATテスト、

◇ 068-2 人格検査の「2.」はSCT、P-Fスタディー、MMPI、ゾンディーテスト等である。

(昭56. 5. 29 保険発 43)

<p>CATテスト等) 250点 注 複数の検査を行った場合であっても1種類のみ の所定点数により算定する。</p> <p>068-3 その他の心理検査</p> <p>1. 操作が容易なもの70点 2. 操作が複雑なもの 150点 3. 操作と処理が極めて複雑なもの(標準失語症検査等) 250点 注 複数の検査を行った場合であっても1種類のみ の所定点数により算定する。</p>	<p>◇ 068-3 その他の心理検査の「2.」はITPA、ベンダーゲシュタルトテスト等である。 (昭56. 5. 29 保険発 43)</p>
--	--

(エ) 通院医療費公費負担の手続

医療費の公費負担は精神障害者又は、その保護義務者の申請によって行われるが、その手続については、「精神衛生法第32条に規定する精神障害者通院医療費公費負担の事務取扱いについて」(昭40. 9. 15 衛発第648号 公衆衛生局長通知) によっている。

○精神衛生法第32条に規定する精神障害者通院医療費公費負担の事務取扱いについて

[昭和40年9月15日 衛発第648号]
[各都道府県知事宛 厚生省公衆衛生局長通達]

最終改正 昭和51年8月7日衛発第627号

精神衛生法の一部を改正する法律(昭和40年6月30日法律第139号)の施行については、昭和40年8月25日厚生省発衛第184号をもって厚生事務次官より通知されたところであるが、精神衛生法第32条の規定による精神障害者の通院医療費の公費負担制度が本年10月1日から施行されることに伴い、その事務取扱要領を別紙のとおり定め

たので、本制度の適正かつ、円滑な運用が図られるようこれが取扱いに遺憾のないようされたい。

別紙

精神障害者通院医療費公費負担事務取扱要領

第1 医療費公費負担の申請

1 精神衛生法（以下「法」という。）第32条第1項の規定に基づく医療費公費負担の申請については、申請者に次に掲げるものの提出を求めること。

ア 申請書（別紙様式第1号）

イ 意見書（精神衛生法施行規則別記様式第3号）

2 意見書の記入要領については、精神衛生法施行規則別記様式第3号の記入上の注意事項によるほか次によること。

（記載上の注意事項）

(1) 「治療計画」の欄には、ア. 通院間隔、イ. 治療の順序、ウ. 治療の予定期間を明示すること。

(2) 「治療の種類」の欄には、精神衛生法による通院医療費公費負担にかかるものについて記載すること。

(3) 「薬物療法」の欄の薬物名の記載にあたっては使用度の高い次のものについては、次の略号を用いてもよいこと。

クロルプロマジン……C P プロクロルペラジン……P C P

パーフェナジン……P P レボメクロマジン……L P

レセルピン……P S テトラペナジン……T B

イミプラミン……I P

3 申請書等の提出

公費負担の申請書等の提出は、精神障害者の居住地を管轄する保健所長を經由して行なうものとする。

第2 医療費公費負担の決定

1 都道府県知事は、申請書を受理したときは、申請にかかる医療に対する公費負担の適否について精神衛生診査協議会（以下「診査協議会」という。）の意見を求めること。

2 診査協議会の委員は5名とし、その構成は次によること。

ア 精神衛生に関し、学識経験のある者

イ 医療機関の代表者

ウ 関係行政機関の代表者

3 診査協議会は、別記第1の診査指針により、公費負担の適否について検討し、その結果に基づく意見を都道府県知事に具申すること。

4 都道府県知事は、3の意見に基づき、すみやかに公費負担の承認又は不承認を

決定するものとし、承認の決定をしたときは患者票（別紙様式第2号）を、不承認の決定をしたときは、通知書（別紙様式第3号）を精神障害者の居住地を管轄する保健所長を経由して申請者に交付すること。

5 患者票の記入要領及び公費負担の承認期間については次によること。

ア 患者票の記入要領

(ア) 「有効期間」欄には、公費負担の承認期間を記入すること。

(イ) 「治療の種類」欄には、公費負担の承認にかかる治療の種類を○印をもつて囲むこと。

なお、検査又はその他の治療について承認するときはその旨特記すること。

イ 公費負担の承認期間は、保健所長が申請書等を受理した日を始期とし、その日から6カ月以内の日を終期とすること。

第3 治療の種類の変更

1 変更申請

患者票の「治療の種類」の欄に記入された治療について変更の必要を生じたときは、次に掲げる書面を提出して公費負担の変更申請を行なわせること。

(ア) 精神障害者通院医療費公費負担変更申請書（別紙様式第4号）

(イ) 患者票

2 変更内容の承認決定

都道府県知事は、変更申請のあった場合は、その変更内容について診査協議会に意見を求めたうえ、その承認又は不承認をすること。変更を承認したときは患者票を訂正のうえ申請者に返付することとし、不承認のときはその旨通知するとともに患者票を添付すること。

第4 医療の範囲及び治療方針

公費負担の行なわれる医療の対象は、精神障害及び精神障害に付随する軽易な傷病に対して病院又は診療所に收容しないで行なわれる医療とすること。また精神障害に対する治療の方針は「精神科の治療指針」（36. 10. 27保発第73号）によること。

第5 医療に要する費用の額及び診療報酬の請求等

1 医療費の算定方法は、健康保険の診療方針及び療養に要する費用の額の算定方法の例によること。

2 法第32条第1項に規定する医療を受けた者が、国民健康保険法の規定による被保険者以外のものである場合において、同項に規定する病院若しくは診療所又は薬局が同項の規定により都道府県が負担する費用を請求しようとするときは、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）」の定めるところによらるべきこと。ただし、法第32条第1項に規定する医療を受けた者が国民健康保険法（昭和33年法律第192号）に規定する被保険者

である場合において、療養取扱機関の療養の給付に関する費用の請求及び療養取扱機関の公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和49年厚生省令第13号）により、国民健康保険法による療養の給付に関する費用の請求と同項の規定により都道府県が負担する請求を併せて行おうとするときは、病院又は診療所にあつては診療報酬請求書（同省令様式第1）に診療報酬明細書（同省令様式第5(2)又は様式第7(2)）を、薬局にあつては調剤報酬請求書（同省令様式第8）に調剤報酬明細書（同省令様式第10）を添付してこれを当該被保険者が加入している国民健康保険の保険者が診療報酬の審査支払を委託している都道府県国民健康保険団体連合会（以下「連合会」という。）に提出するものとする。この場合において、診療報酬請求書及び診療報酬明細書並びに調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書の記載方法は、昭和49年9月14日付け保険発第101号各都道府県民生主管部（局）長あて厚生省保険局国民健康保険課長、医療課長、歯科医療管理官連名通知の別紙に定めるところによるものであること。

3 2の各請求書は、各月分について翌月10日までに基金又は連合会に送付しなければならないこと。

第6 診療報酬請求書の審査及び支払

都道府県知事は、法第32条の2第3項の規定による診療報酬の審査及び支払に関する事務の委託について、基金の幹事長との間にあつては別記第2契約書例及び覚書例に準じて、連合会の理事長との間にあつては別途局長通知による契約書例及び覚書例に準じて契約を締結すること。

第7 担当医療機関等の指導

都道府県知事は、都道府県医師会、都道府県薬剤師会、基金、連合会等の関係機関の協力を求めて担当医療機関等の指導を行なうこと。

第8 届出事項

患者から居住地の変更又は担当医療機関等を変更する旨の届出があつた場合、都道府県知事は患者票の該当欄を訂正して患者に返送すること。

第9 患者票の返納

公費負担の承認期間が満了したとき、患者が他の都道府県に居住地を移したとき、その他当該都道府県において法第32条第1項に規定する医療についての公費負担を行なう理由がなくなつたときは、すみやかに患者票をその交付を受けた際の居住地を管轄する保健所長を経由して都道府県知事に返納させること。

別紙様式第1号

精神障害者通院医療費公費負担申請書

※保健所名	
※受理年月日	

昭和 年 月 日

知事殿

申請者の氏名

㊦

申請者の住所

患者との続柄

精神衛生法第32条の規定により通院医療費の公費負担を申請します。

患者の氏名		性別 生年月日	男 ・ 女	明 大 昭	年 月 日	住所	
被保険者等の別	健保（本人，家族），日雇（本人，家族），国保（世帯主，その他），船保（本人，家族） 生保（保護受給中，保護申請中），労災，各種共済（本人，家族），その他（ ）						
保護義務者	氏名					患者との続柄	
	住所						
保健所長 ※の意見							

- 備考
- 「被保険者等の別」の欄には，該当欄に○印をつけること。
 - 「保護義務者」の欄には，申請者が患者本人の場合のみ記入すること。
 - ※印の欄は記入しないこと。

別紙様式第2号

(精神衛生法第32条)

患 者 票

保健所名

都道府県名

印

昭和 年 月 日交付

公費負担者番号

公費負担医療の受給者番号

受給者	氏名				病名	5 検 査	
	生年月日		性別	男・女		1 薬物療法	
	住所					2 癒れん療法	
被保険者の別	健保(本人, 家族), 日雇(本人, 家族), 国保(世帯主, その他), 船保(本人, 家族), 生保(保護受給中, 保護申請中), 労災, 各種共済(本人, 家族), その他()				治療の種類	3 駆梅療法	6 その他の治療
	有効期間	自 昭和 年 月 日	至 昭和 年 月 日			4 精神療法	
担当医療機関	名称						
	所在地						
保護義務者	氏名				患者との続柄	備考	
	住所						

別紙様式第3号

番 号
昭和 年 月 日

通 知 書

申 請 者

殿

都道府県知事名

印

精神衛生法第32条の規定による通院医療費の公費負担の申請は次により承認されませんでしたので通知します。

- 1 精神衛生法第32条の規定に該当しないこと。
- 2 予算その他の理由

別紙様式第4号

精神障害者通院医療費公費負担変更申請書

※保健所名

都道府県知事 殿

昭和 年 月 日

申請者名

申請者の住所

患者との続柄

精神衛生法第32条の規定による通院医療費の公費負担の承認内容

精神衛生法第32条の規定による通院医療費の公費負担の承認の内容を次により変更したいので申請します。

公費負担医療の受給者番号								患者票の有効期間	自 至	昭和 年 月 日	昭和 年 月 日	病名	
患者氏名							性別	男 ・ 女				住所	
生 年 月 日													
変更しようとする内容													
変更しようとする理由													
※医師の意見													

備考 ※印の箇所は記入しないこと。

別記第1

精神障害者通院医療診査指針

第1 対象となる精神障害およびその状態像

法第32条に基づく通院医療の対象となる精神障害は、精神病、精神薄弱、精神病質であつて、神経症のうちでも、心因精神病もしくは精神病質のうちに属せしめらるるものは、通院医療の対象となる。精神科領域の治療は一般に、内因性精神病をはじめとして、疾病別にはなく、状態像によつて治療法がきめられる場合が多いので以下各状態像について述べることにする。なお、症状が殆んど消失している患者であつても、軽快状態を維持し、再発を予防するためにはなお通院治療を続ける必要がある場合もあるので、このような場合には治療を中止したときに予想しうる状態像を十分考慮すべきである。

1 緊張病症状群

興奮や昏迷で代表される精神運動障害をいう。主として緊張型分裂病にみられるが、いろいろな脳器質性疾患にもみられることがあるし、心因精神病や症状精神病にも類似の状態が起ることがある。激しい緊張病性興奮や深い緊張病性昏迷状態の場合には、入院医療の対象となるが、その程度が軽ければ通院医療も可能である。よくみられる症状は、硬い表情、ぎこちない動作、不自然な姿態、しかめ顔、尖り口、ひねくれ、奇行、途絶、常同症、拒絶症などである。また、軽症とみえるものでもときに刺激性亢進、衝動的暴行のみられる場合もあるので、通院医療が必要である。

2 幻覚妄想状態

幻覚、妄想を主症状とする状態像をいう。

妄想型分裂病を中心とする多くの精神分裂病、脳炎後遺症、進行麻痺、脳動脈硬化性精神病などの脳器質性疾患、覚醒剤、アルコールなどの薬物の慢性中毒、症状精神病、心因精神病などにみられる。

幻覚、妄想が激しく、これに支配されたり、あるいは不安が強いために異常行動のみられる場合には入院医療の対象となることが多い。とくに、その内容が、被害、関係、嫉妬、誇大、血統、好訴などの内容をもつときは、社会的脱線行為に結びつので、入院を要する。

しかし、幻覚、妄想はあつても、ある程度の病識あるいは病感をもつていたり、自分から医師を頼ってくる場合とか、妄想内容が直接自他に対して危害を与えないようなもの場合には、通院医療が可能である。

3 情意鈍麻

感情面における疎通性の減退、意欲面における自発性減退を中心とする状態像をいう。破瓜型分裂病はもちろん、あらゆる精神分裂病の欠陥状態にみられるものである。

患者は無気力で姿勢はだらしなく弛緩し、多くは無為となる。接触は悪く、自閉的、孤独あるいは浅薄、表面的となる。陳旧例では精神内界の空虚なるものが多くなるが、幻覚、妄想を抱いているもの、思路障害の目立つものなどが少なくない。患者は独語、空笑を洩らしたり、談話がまとまらなくなつたりする。この種のケースの治療の目標は自発性、疎通性を高めることにおかれるが、放つておくと一見穏やかにみえる患者でも自己中心的で協調性がなく他人の干渉を嫌うものが多く、普通の生活を強制されただけで怒り易くなつたりする。こういった面に対する治療も必要なわけである。

4 躁うつ状態

感情の昂揚および抑うつを主とする状態像をいう。

躁うつ病、初老期うつ病のほか、分裂病、老年精神病、脳動脈硬化性精神病、進行麻痺、てんかん不気嫌状態、心因精神病、症状精神病などにもよくみられる。

躁状態が激しければ、ごう慢、不そんな態度、無遠慮無思慮な干渉、観念奔逸、誇大妄想などのため、暴行、濫費、脅迫、性的脱線など他人に対して危害を及ぼすことがある。うつ状態が激しければ、不安苦悶、厭世観、罪業、貧困、心気妄想などのために自殺、自傷のおそれがあり、入院医療が必要となる。しかし、その程度が軽くて、自分から治療を望むような場合は、通院医療の対象となろう。また、軽快し一見正常に戻つても、症状が不安定なので、治療を続ける必要がある。

5 痙れんおよび意識障害

痙れん発作、意識障害発作、あるいは多少持続する意識障害などもふくむ。ただし、持続的な意識障害が通院医療の対象となることはあまりない。痙れん、意識障害発作を起す疾患は、てんかんの他、頭部外傷後遺症、脳炎、髄膜炎後遺症、諸種薬物中毒、進行麻痺、ナルコレプシー、心因精神病、症状精神病など非常に多い。

これらの疾患の発作症状は、服薬により軽快しても、中止すれば殆んど再発するので長期間の通院医療が必要である。また、発作症状の他に次の6および7で述べるような症状を伴うものが多いので、発作症状に対する抗てんかん剤の他にも、特殊な薬物療法を必要とすることが多い。

6 知能障害及び器質的欠陥状態

精神薄弱および成人後の諸種脳障害による痴呆の状態をさす。痴呆をきたすものとしては、殆んどすべての脳器質性疾患が考えられる。

精神薄弱は、ただその知能障害だけで通院医療の対象となることはまずない。しかし、あらゆる精神身体面の発育障害のため、人格に異常をきたしており、けんか、暴行をしたり、窃盗などの反社会的行為をするものも少なくない、これら

のなかには通院医療の対象となるものもある。

痴呆の場合にも、知能障害とともに、情意の減退、情動失禁、感情の不安定など、いろいろな精神症状がみられるので、通院医療が必要である。これらの疾患のなかには進行麻痺、老年痴呆、脳動脈硬化性精神病、頭部外傷後遺症、慢性アルコール中毒などのように、同時に身体的治療を必要とするものも多い。また、てんかん、脳炎後遺症などでは、7で述べる人格変化が強いので、それに対する治療も欠くことができない。

7 人格の病的状態

すべての病的人格をいう。すなわち、精神病質の他脳炎後遺症、頭部外傷後遺症などの脳器質性疾患およびてんかんなどで、人格変化の顕著なものもこれにふくまれる。

例えば、意志欠如者、抑うつ者、自信欠乏者、無力者などで、単なる環境調整などでは社会適応の困難な者は、通院医療の対象となることがあろう。これらの精神病質者は、また、8の嗜癖、中毒と結びつくことが多いので、その治療も必要となる。

脳器質性疾患では、2、5および6の状態像の合併することも少なくないので、入院治療を要するものが多いが、軽快退院後も増悪を防ぐために長期にわたる通院医療が必要である。

8 嗜癖および中毒

麻薬、アルコール、眠剤、覚醒剤など、持続的濫用から嗜癖におちいり、その結果、慢性の中毒症状を呈するようになったものをさす。

麻薬、覚醒剤のように法律で取締られている薬物の嗜癖、中毒では入院医療が絶対に必要となる。アルコールでも振戦せん妄、アルコール幻覚症、コルサコフ病などのアルコール精神病では入院を避けられないし、眠剤中毒でも禁断時にせん妄や痙れんの起ることがあるので、入院を要することが多い。

いずれの薬物の嗜癖、中毒の場合でも、軽快退院した後に再び嗜癖におちいる危険が非常に大きいのでかなり長期間の通院医療が必要である。

第2 治療方針

- 1 法第32条による通院医療（精神障害に附随する傷病を除く）の治療方針は、社会保険による精神科治療指針（昭和36年10月29日保発第73号）によることとする。
- 2 薬物療法にあたっては、嗜癖におちいらせたりすることのないよう十分に注意すべきである。また、副作用の防止のため、6カ月に1回以上必要な検査を行なうことが望ましい。必要な検査とは、抗てんかん剤以外の薬物療法の際には

検 尿
次検査のうちから2種以上の検査

モイレングラハト，トランスアミナーゼ (SGOT, SGPT), BSP,
OCH, TTT, ZST, アルカリフォスファターゼ
抗てんかん剤使用の際には，血球数算定を必要とする。

なお，検査は進行麻痺における梅毒反応検査（血液および髄液），てんかん性疾患における脳波検査などのほか治療上直接必要な検査を行なうことができる。

イ 精神科デイ・ケア医療

(ア) 精神科デイ・ケアの概要

- a 精神科デイ・ケアは，第二次大戦後，英国，カナダ等で研究的に始まり，その後薬物療法の開発等により1950年代から1960年代にかけて実用化されている。

我が国では昭和37年に，国立精神衛生研究所で研究が始められ，その後各地の精神衛生センターで，パイロット事業として普及していった。

現在では，国立精神衛生研究所や国立武蔵療養所等及び昭和45年度から予算化（施設整備費，運営費の補助）された「精神障害回復者社会復帰施設」の通所部門，昭和49年度から予算化された「デイ・ケア施設」などで精神科デイ・ケアが行われている。

また，昭和49年に健康保険の診療報酬に「精神科デイ・ケア」料が新設された。

なお，これに併せてこのデイ・ケア診療に欠くことのできない看護婦士の研修を昭和53年度より国立精神衛生研究所において年4回（160人）実施している。

精神科デイ・ケアは精神科通院医療の一形態であり，精神障害者等に対し昼間の一定時間（6時間程度），医師の指示及び十分な指導・監督のもとに一定の医療チーム（作業療法士，看護婦（士），精神科ソーシャルワーカー，臨床心理技術者等）によって行われる。

その内容は，集団精神療法，作業指導，レクリエーション活動，創作活動，生活指導，療養指導等であり，通常の外来診療に併用し

て計画的かつ定例的に行う。

このデイ・ケアの治療対象は、精神分裂病等の重いものからノイローゼ程度の軽いものまで幅広く適応され、入院医療ほどではないが、今までの通院医療よりも積極的で濃厚な治療を行うことができる。

(イ) 精神科デイ・ケアの社会保険診療報酬上の取扱

従来精神科デイ・ケアの診療報酬を得るための条件として、精神科医師、作業療法士、看護婦（士）、精神科ソーシャルワーカー、臨床心理技術者等が必要であった。

しかし今回、作業療法士については、作業療法士又は精神科デイ・ケアの経験を有する看護婦（士）と改められ、国立精神衛生研究所における所定の研修課程を修了した看護婦（士）は、精神科デイ・ケアの経験を有する看護婦（士）として認められることとなった。

この結果専門家の検討により、精神科デイ・ケアの内容が明確化され、また、国立精神衛生研究所で看護婦（士）に対する精神科デイ・ケアの研修が行われることによって、精神科デイ・ケアの拡充と職員の技術向上が期待されることとなる。

図3 精神科デイ・ケアのプログラム(例)

月		火		水		木		金		土	
8:30~9:30 準備		準備		8:30~12:00 スタッフ ミーティング (ケース検討)		準備		準備		8:30~12:00 スタッフ ミーティング (プログラム検討)	
9:30~12:00 作業 生産的 集团的 作業		9:30~12:00 グループワーク 話し合い 個人面接(同時併行)		★		9:30~12:00 作業 生産的 集团的 作業		9:30~12:00 グループワーク 就労学 自由		☆	
12:00~13:00 昼休み (食事指導)		〃 (〃)		〃		〃 (〃)		〃 (〃)		〃	
13:00~15:00 クラブ 手芸 華茶道 茶書道 家庭指導		クラブ 音響 スポーツ 楽		(自由グループ)		13:00~15:00 絵文 画集 制作		全員 レクリエーション スポーツ		◎	
ミーティング メンバー		〃		〃		ミーティング メンバー		〃		全メンバー 茶話会 ☆	
スタッフ ミーティング 記録		〃 〃		〃 〃		〃 〃		〃 〃		〃 〃	

医師1. スタッフ4. メンバー35人(出席80%)

☆はDrで

★印は必ず出席

☆印はなるべく出席

◎印は専門家を招くことが望ましい。

(昭和55年度厚生科学研究より転載)

精神科デイ・ケアの診療報酬は次のとおりである。

「点数表の解釈(甲表編)」より

156 精神科デイ・ケア(1日につき) 200点

注1. 別に厚生大臣が定める施設基準に適合していると都道府県知事が認める保険医療機関において行われる場合に算定する。

2. 当該保険医療機関において、精神科デイ・ケアの場合に食事を給与したときは、所定点数に40点を加算する。

(精神科デイ・ケアについて)

- (1) デイ・ケアの一環として食事を給与した場合にあっては40点を加算する。
- (2) 加算の対象となる給食は、あくまでも医療上の目的を達成するための手段であり、治療の一環として行われるものである。
- (3) 給食の実施に当たっては、おおむね基準給食の基準に準ずるものとし、関係帳簿を整備する。
(昭56. 5. 29 保険発 43)
- (4) 精神科デイ・ケアは、別に厚生大臣が定める施設基準に適合していると都道府県知事が認める保険医療機関に限って算定できる。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日につき6時間を標準とする。
- (5) 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こと。

なお、施設基準適合の承認にあたっては、厚生大臣に内議をするものである。

(昭49. 1. 22 保険発 5)

(ウ) 精神科デイ・ケアの診療報酬上の施設基準及び承認申請手続

精神科デイ・ケアの施設基準については昭和49年の厚生省保険局長通知があり現在もこれによって実施されている。

その関連部分は次のとおりである。

○身体障害運動療法等の施設基準に係る承認に関する取 扱いについて

[昭和49年1月25日 厚生省告示第16号]
[各都道府県知事宛 厚生省保険局長通知]

最終改正 昭和53年1月28日保発第8号

標記については、本日「整形外科機能訓練等の施設基準」が厚生省告示第16号をもつて定められたところであるが、保険医療機関等につきその承認決定を行うにあつては、左記の事項に留意のうえ、その取扱いに遺憾のないよう特段の御配慮を願いたい。

記

第1 承認の申請

- 1 身体障害運動療法、身体障害者作業療法、精神科作業療法、精神科デイ・ケア又は特定集中治療室管理（以下「身体障害運動療法等」という。）の施設基準に係る承認を受けようとする保険医療機関の開設者は、当該保険医療機関所在地の都道府県知事に対して、別添1の当該施設基準に係る承認申請書（別添2の記載事項に係る書類を含む。）（以下「申請書」という。）を正副2通提出すること。
- 2 承認を受けようとする場合には、その都度申請を行うものであること。

第2 承認の決定

- 1 申請書を受理した場合は、関係部課及び都道府県医師会との連絡を密にし、十分その意見を聞いたうえで承認の可否を決定すること。
この場合必要があれば、速やかに実地調査を行い、その結果に基づき承認の可否を決定すること。
- 2 承認の可否の決定は、別紙「身体障害運動療法等の施設基準に係る承認要領」に基づいて行うものであること。
- 3 実地調査を行う場合は、関係部課と連絡して行うように努めること。
- 4 承認の決定をした場合は、次の承認番号を決定し、申請者に対して副本に承認番号を附して通知するとともに、都道府県社会保険診療報酬支払基金事務所等に対して、承認番号を附して通知すること。

身体障害運動療法	(運)第	号
身体障害者作業療法	(身)第	号
精神科作業療法	(精)第	号
精神科デイ・ケア	(デ)第	号
特定集中治療室管理	(集)第	号

- 5 不承認の決定を行った場合は、速やかにその旨を申請者に対して、通知すること。

第3 承認後の措置等

- 1 承認後において、承認の内容と異なった事情が生じた場合には、保険医療機関の開設者をして遅滞なく変更の届出を行わせること。
- 2 承認を行つた保険医療機関については、適時調査を行い（少なくとも年1回）、承認の内容と異なる事情がある場合には、承認の取消し又は変更を行う等運用の適正を期すること。
- 3 承認を行つた保険医療機関については、毎年7月1日現在で申請書記載の事項について報告を行わせるものとする。この場合、基準看護等の報告と併せて行わせても差し支えないこと。
- 4 承認を行つた場合、被保険者等の便に供するため、その公示を行うことは差し支えないこと。

別添 1

身体障害運動療法等の施設基準に係る承認申請書

甲	乙	承認番号	
申請事項 (<div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin: 5px auto; width: 80%;"></div>) の施設基準に係る承認			
上記のとおり、別添書類を添えて申請します。 年 月 日 保険医療機関の所在地及び名称 開設者名 印			
都道府県知事		殿	
備考 1. 申請事項は、希望する治療及び訓練の名称を書き入れること。 2. 申請書（別添2の記載事項に係る書類を含む。）は、正副2通を提出のこと。			

別添 2

記 載 事 項

- ① 当該従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤・専従・非専従の別）及び勤務時間
- ② 1日平均取扱患者数（当該治療、訓練及び管理に係るものに限る。）
- ③ 当該治療、訓練及び管理の行われる専用の施設の配置図及び平面図
- ④ 当該治療、訓練及び管理用機械・器具の目録（精神科デイ・ケアについては、専用の施設に付属する設備に係るものとする。）
- ⑤ 基準看護承認の状況（精神科作業療法及び特定集中治療室管理に限る。）
- ⑥ 当該病院の関連する設備の状況並びに検査技師及びレントゲン技師の勤務形態（特定集中治療室管理に限る。）
- ⑦ その他必要な事項

別 紙

身体障害運動療法等の施設基準に係る承認要領

第 1 一般的事項

身体障害運動療法等の施設基準に係る承認は、当該保険医療機関を単位として行うものとする。ただし、精神科作業療法については、看護、給食及び寝具設備の基準（昭和33年6月厚生省告示第178号）による基準看護料承認単位によるものとする。

—略—

第 3 精神科作業療法又は精神科デイ・ケアの施設基準

1 精神科作業療法

- (1) 作業療法士は専従者として最低1人が必要であること。
- (2) 患者数は、作業療法士1人に対しては、1日75人が標準となるものであること。
- (3) 作業療法を行うにふさわしい専用の施設を有しているものであり、当該専用の施設の広さは、作業療法士1人に対しては75平方メートルが基準となるものであること。
- (4) 当該療法を行うために必要な専用の器械・器具を次のとおり具備しているものであること。

作 業 名	器 具 等 の 基 準 (例示)
手 工 芸	織機, 編機, ミシン, ろくろ等
木 工	作業台, 塗装具, 工具等
印 刷	印刷機具, タイプライター等

日常生活動作 農耕又は園芸	各種日常生活動作用設備 農具又は園芸用具等
------------------	--------------------------

(5) 精神病院又は精神病室を有する一般病院であつて、基準看護の承認を受けていること。

2 精神科デイ・ケア

(1) 精神科医師及び専従する4人の従事者（作業療法士又は精神科デイ・ケアの経験を有する看護婦（士）のいずれか1人、看護婦（士）1人、精神科ソーシャルワーカー、臨床心理技術者等の2人）の5人で構成される従事者が必要であること。なお、精神科デイ・ケアの経験を有する看護婦（士）とは当面精神科デイ・ケアの経験を有し、かつ、国立精神衛生研究所における所定の研修課程を終了した者をいう。

(2) 患者数は、当該従事者5人に対しては、一日70人が標準となるものであること。

(3) デイ・ケアを行うにふさわしい専用の施設を有しているものであること。

—略—

ウ 入院

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ならない場合もある。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。

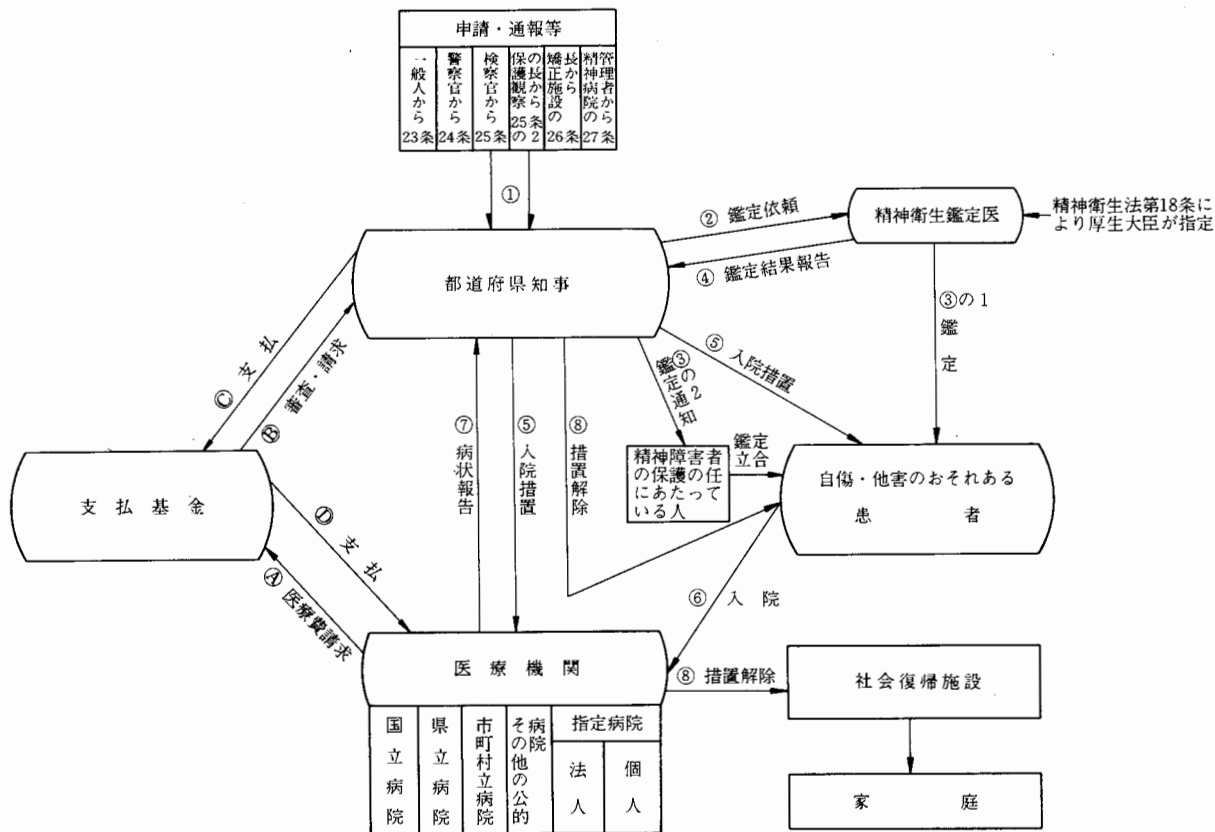
このため精神衛生法では、保護義務者を定めたり、申請、通報、届出あるいは精神鑑定、措置入院、緊急措置入院、同意入院、仮入院等の規定を設け精神障害の医療保護を行っている。

(ア) 措置入院

a. 入院措置

措置入院制度は、入院させなければ自身を傷つけ、または他人に危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り、その概要は図4のとおりである。

図4 措置入院制度の概要



精神衛生法第27条は、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、同法第29条は、2人以上の精神衛生鑑定医の診察を経て、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、昭和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分の1から10分の8に引き上げられるなどの予算措置が講ぜられた。

b. 申請・通報・届出

(a) 一般人からの申請（法第23条）

精神障害者又はその疑いのある者を知った者は、誰でも、その者について精神衛生鑑定医の診察及び必要な保護を都道府県知事に申請することができ、一定の事項について保健所長を経由して都道府県知事に申請することとされている。

この申請は、必ず文書によることとされ、かつ罰則を設けることによってその慎重性を要求し、障害者の人権の擁護を図っている。

この一般人からの55年中の申請件数は3,525件でこのうち2,447件が法29条該当となっている。

(b) 警察官からの通報（法第24条）

警察官は、職務を執行するにあたり、異常な挙動その他周囲の事情から判断して、精神障害のため自身を傷つけ又は他人に害を

及ぼすおそれがあると認められる者を発見したときは、直ちに、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に通報しなければならないとされている。

警察官からの55年中の通報件数は4,152件で、このうち1,514件が法29条該当となっている。

(c) 検察官からの通報（法第25条）

検察官が、その職務を執行するに当たり精神障害者又はその疑いのある被疑者又は被告人について

- ① 不起訴処分にしたとき
- ② 裁判（懲役、禁固又は拘留の刑を言い渡し執行猶予の言渡をしない裁判を除く。）が確定したとき
- ③ その他特に必要があると認めたとき

は、すみやかにその旨を都道府県知事に通報しなければならないこととされている。

昭和55年中の検察官からの通報件数は1,137件で、法29条該当は413件である。

(d) 保護観察所の長の通報（法第25条の2）

保護観察所の長は、保護観察に付されている者が精神障害者又はその疑いのある者であることを知ったときは、すみやかに、その旨を都道府県知事に通報しなければならないとされている。

55年中の保護観察所の長からの通報は30件で、そのうち法29条該当者は6件となっている。

(e) 矯正施設の長からの通報（法第26条）

矯正施設（拘置所、刑務所、少年刑務所、少年院、少年鑑別所及び婦人補導院）の長は、精神障害者又はその疑いのある収容者を釈放、退院又は退所させようとするときは、あらかじめ症状の概要等を本人の帰住地の都道府県知事に通報しなければならないこととされている。

表3 年次別及び都道府県精神障害者鑑定申請・通報・届出の処理件数

	総 数			一般からの申請			警察からの通報			検察官からの通報			保護観察所長からの通報			矯正施設の長からの通報			精神病院管理者からの届出		
	申請通報届出件数	法第29条該当症状の者	%	申請件数	法第29条該当症状の者	%	通報件数	法第29条該当症状の者	%	通報件数	法第29条該当症状の者	%	通報件数	法第29条該当症状の者	%	通報件数	法第29条該当症状の者	%	届出件数	法第29条該当症状の者	%
40	33,965	17,590	51.8	26,698	13,417	50.3	5,407	3,362	62.2	1,167	648	55.5	—	—	—	693	163	23.5	—	—	—
41	32,052	18,258	57.0	23,433	13,294	56.7	6,046	3,668	60.7	1,165	600	51.5	116	25	21.6	749	189	25.2	543	482	88.8
42	31,109	19,098	61.4	22,524	13,936	61.9	5,819	3,587	61.6	1,018	567	54.1	131	32	24.4	689	159	23.1	898	817	91.0
43	28,885	18,319	63.4	19,967	12,848	64.3	6,007	3,683	61.3	1,026	543	52.9	82	30	36.6	677	165	24.4	1,126	1,050	93.3
44	27,398	17,434	63.6	19,128	12,532	65.5	5,827	3,494	60.0	994	524	52.7	67	31	46.3	605	166	27.4	777	687	88.4
45	25,661	16,820	65.5	17,163	11,801	68.8	5,981	3,491	58.4	997	491	47.2	125	30	24.0	487	159	32.6	908	848	93.4
46	24,332	15,902	65.4	15,795	10,959	69.4	6,061	3,461	57.1	1,069	510	47.7	74	24	32.4	479	125	26.1	854	823	96.4
47	22,912	14,593	63.7	14,357	9,868	68.7	6,065	3,238	53.4	1,024	451	44.0	53	13	24.5	467	112	24.0	946	911	96.3
48	19,484	11,548	59.3	11,406	7,555	66.2	5,796	2,743	47.3	1,041	411	39.5	46	10	21.7	420	85	20.2	780	744	95.4
49	17,321	10,154	58.6	9,833	6,673	67.9	5,197	2,287	44.0	1,159	394	34.0	43	7	16.3	343	81	23.6	746	712	95.4
50	16,469	9,383	57.0	9,084	6,005	66.1	5,107	2,124	41.6	1,156	417	36.1	38	8	21.1	364	77	21.2	720	692	96.1
51	14,751	8,247	55.9	7,551	5,147	68.2	5,022	2,017	40.8	1,131	353	31.2	49	13	26.5	336	56	16.7	662	631	95.3
52	13,615	7,361	54.1	6,558	4,417	67.4	4,836	1,911	39.5	1,137	326	28.7	39	7	17.9	400	71	17.8	645	629	97.5
53	11,694	6,368	55.5	5,293	3,725	70.4	4,340	1,643	37.9	1,097	353	32.2	44	19	43.2	334	52	15.6	586	576	98.3
54	10,633	5,564	52.3	4,357	3,010	69.1	4,330	1,639	37.9	1,084	362	33.4	25	3	12.0	323	53	16.4	514	497	96.7
55	9,556	4,791	50.1	3,525	2,447	69.4	4,152	1,514	36.5	1,137	413	36.3	30	6	20.0	341	57	16.7	371	357	96.2

資料：衛生行政業務報告

55年中の矯正施設の長からの通報件数は341件でこのうち法29条該当者は57件となっている。

(f) 精神病院の管理者の届出（法第26条の2）

精神病院の管理者は、入院中の精神障害者であって、第29条第1項の要件に該当すると認められる者から退院の申出があったときは、直ちに、その旨を最寄りの保健所長を經由して都道府県知事に届け出なければならないこととされている。

昭和55年中の精神病院の管理者からの届出は371件であり、そのうち法29条該当者は354件となっている。

c. 緊急措置入院

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もしくは指定病院である。

緊急措置入院の期間は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措置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になっている。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。

(i) 同意入院

措置入院および緊急措置入院は、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。

なお、同意入院については、「精神障害者の取扱いについて」〔昭32.3.19. 厚生省公衆衛生局長通知〕によって運用されており、その関連部分は次のとおりである。

○精神障害者の取扱いについて

〔昭和 32 年 3 月 19 日 衛発第 208 号〕
〔各都道府県知事宛 厚生省公衆衛生局長通知〕

1 入院にあつての精神障害者の取扱い

(1) 保護義務者の同意による入院について

(イ) 保護義務者とは、精神衛生法（昭和25年5月1日法律第123号）（以下単に「法」という。）第20条に規定する精神障害者の後見人配偶者、親権を行う者及び扶養義務者であつて、これらの者の認定はすべて民法の規定に従うものであること。

(ロ) 精神病院の長は、保護義務者であることが入院の事情等から疑わしいと思われるとき又は保護義務者たり得る者が数人あるときは法第20条第2項の規定による順位に従っているか、また同項第4号の規定による数人の扶養義務者の中から選任された保護義務者である場合にそれが家庭裁判所の選任に係るものであるかについて特に留意して確認しておくこと。後見人が同意者となつている場合は、民法（明治29年4月27日法律第89号）第858条第2項の規定によつて家庭裁判所の許可を得たものであるかについても同様確認しておくこと。

- (イ) 入院させるにあつては、医師が本人に面接もせず診断を下すことのないよう厳に注意すること。
- (ニ) 法第33条又は第34条の規定によつて入院又は仮入院のあつた場合、当該精神病院の長は、法第36条の規定による届出を必ず法定の10日以内になすものであること。都道府県知事は、届出された事項について不審の点があつて調査をする必要があると思われるときは、放置しておくことなく速やかに当該吏員をして調査せしめるものであること。当該吏員が調査した結果、入院の要否について疑問があると考えられるときは鑑定医を派遣して診察を行わしめ、また同意した保護義務者が法第20条に規定する保護義務者であるかどうか疑わしいときは当該病院長に対しその確認を命ずること。
- (ホ) 精神病院の長は、入院に当り本人が入院を希望する場合であつても精神障害者という特殊性に鑑み本人の同意書のほかに念のため保護義務者の同意をとつておくことが望ましいこと。

更に、都道府県知事は、精神衛生法第37条により、同意入院の継続の要否を審査し、不要と認めるときは、退院命令を出すことができるとされている。これは、不必要な同意入院の継続によつて、精神障害者の人権が侵されることのないよう、知事の事後的な是正措置を規定したものである。

55年中の同意入院及び仮入院の届出数は167,554件となっている。

(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) 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。

精神障害者であっても、その障害の程度によっては病覚があり、是非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、一般疾病の場合と同様に考えられるので、精神衛生法では特別の規定は設けられていない。この場合、自由入院の対象となる者は是非を弁別しうると医師が判断したものだけであり、保護室、閉鎖病棟等医療保護上行動制限が必要な患者は当然この対象とはならない。

エ 精神病院

(ア) 精神病院の現状

精神障害者は、精神衛生法第48条により精神病院または他の法律によって認められた施設（生活保護法による救護施設等）以外の施設には収容してはならないこととなっている。

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精神病院以外の病院に精神病室が併設されているものとの2種類があり、昭和55年6月末現在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、個人立及びその他の法人立のものがありその内訳は表4のとおりとなっている。

精神病院は患者の在院期間が比較的長期にわたることが多いので、出来るだけ家庭的雰囲気を持たせ、また開放的にすることが望ましい。この点に関し精神病院建築基準が示されている。

表4 都道府県別開設者別精神病院数及び精神病床数 (昭和55年)

(55. 6. 30現在)

都道府 県名	国				都道府県		市町村		公 的 医療機関		そ の 他				計	
	厚生省		その他		施設 数	病床数	施設 数	病床数	施設 数	病床数	法 人		個 人		施設 数	病床数
	施設 数	病床数	施設 数	病床数							施設 数	病床数	施設 数	病床数		
北海道	2	280	2	106	4	726	18	2,234	12	1,208	33	7,391	48	6,387	119	18,332
青森	—	—	1	41	1	240	6	608	1	111	12	2,708	5	640	26	4,348
岩手	1	300	—	—	3	763	2	180	—	—	11	2,259	5	737	22	4,239
宮城	1	48	1	78	1	410	—	—	—	—	14	2,737	8	790	25	4,063
秋田	—	—	1	36	—	—	5	400	3	460	10	2,242	4	525	23	3,663
山形	—	—	1	40	1	350	4	330	—	—	7	1,637	1	137	14	2,494
福島	—	—	—	—	3	418	1	80	4	426	22	5,229	8	1,000	38	7,153
茨城	1	17	—	—	1	611	—	—	—	—	29	6,117	7	694	38	7,439
栃木	—	—	—	—	1	200	—	—	4	480	22	4,572	3	411	30	5,663
群馬	—	—	1	40	1	372	1	160	—	—	14	3,922	1	212	18	4,706
埼玉	—	—	1	26	—	—	—	—	2	461	25	6,130	17	2,155	45	8,772
千葉	3	1,096	1	60	—	—	3	476	—	—	28	7,295	8	812	43	9,739
東京	3	867	6	321	5	1,751	2	70	1	50	65	16,295	30	5,060	112	24,414
神奈川	3	405	—	—	3	644	3	126	—	—	35	8,217	13	2,052	57	11,444
新潟	1	300	1	80	3	656	—	—	4	483	16	4,006	4	597	29	6,122
富山	1	190	—	—	1	120	4	357	1	68	—	—	20	2,759	27	3,494
石川	1	48	1	46	1	350	2	150	—	—	8	1,910	5	1,080	18	3,584
福井	—	—	—	—	1	380	1	50	—	—	6	1,255	2	244	10	1,929
山梨	—	—	—	—	1	300	—	—	—	—	9	2,332	—	—	10	2,632
長野	1	280	1	40	2	360	—	—	5	668	15	3,079	7	1,035	31	5,462
岐阜	—	—	2	41	1	120	2	142	1	54	10	2,890	2	207	18	3,454
静岡	—	—	1	37	1	410	2	170	—	—	15	3,721	12	2,248	31	6,586
愛知	2	258	2	62	3	792	3	242	1	100	26	7,317	16	2,956	53	11,727
三重	1	260	1	40	3	801	1	50	2	350	9	2,445	3	618	20	4,564
滋賀	1	—	1	45	—	—	—	—	2	250	5	1,226	1	315	9	1,836
京都	1	155	2	234	2	463	—	—	—	—	15	5,777	3	564	23	7,193
大阪	2	96	2	80	2	892	3	97	2	134	42	15,341	10	1,862	63	18,502
兵庫	—	—	2	60	3	723	1	140	—	—	22	5,882	12	2,964	40	9,769
奈良	1	200	—	—	1	150	—	—	—	—	7	1,911	1	120	10	2,381
和歌山	—	—	—	—	2	490	4	597	—	—	5	1,487	2	450	13	3,024
鳥取	1	300	1	42	—	—	1	108	—	—	6	1,207	2	220	11	1,877
島根	—	—	1	25	2	349	3	120	1	70	7	1,435	1	286	15	2,285
岡山	—	—	1	76	1	240	—	—	—	—	18	4,274	3	148	23	4,738
広島	2	350	—	—	1	50	4	455	2	225	16	3,960	16	2,441	41	7,481
山口	1	55	1	50	1	200	—	—	—	—	17	3,575	8	1,139	28	5,019
徳島	—	—	1	45	1	146	1	200	1	59	12	2,933	4	439	20	3,822
香川	1	122	—	—	1	353	4	294	—	—	5	1,275	6	1,162	17	3,206
愛媛	—	—	1	21	—	—	1	104	—	—	18	4,254	3	390	23	4,769
高松	—	—	—	—	1	193	1	50	—	—	20	3,355	44	232	26	3,830
福岡	1	120	1	92	1	452	—	—	—	—	52	10,153	45	7,390	100	18,207
佐賀	1	573	—	—	—	—	—	—	—	—	11	2,188	5	575	17	3,336
長崎	1	55	1	50	2	335	1	55	—	—	16	4,209	16	2,598	37	7,302
熊本	2	200	1	40	1	250	—	—	—	—	35	7,244	5	640	44	8,374
大分	1	40	—	—	—	—	—	—	1	200	11	2,631	9	1,351	22	4,222
宮崎	—	—	1	40	1	391	—	—	—	—	18	4,572	1	200	21	5,203
鹿児島	—	—	1	45	1	363	—	—	—	—	32	6,576	11	1,445	45	8,429
沖縄	1	350	—	—	3	406	—	—	—	—	3	703	9	2,159	16	3,618
合 計	37	6,965	42	2,039	68	17,220	84	8,045	50	5,857	834	201,874	406	62,446	1,521	304,446

資料：病院報告

(イ) 都道府県の設置義務

都道府県は、精神衛生法第4条により、精神病院を設置する義務が課せられており、精神障害者の医療及び保護のための施設として重要な位置を占めている。

この趣旨は、精神障害者という多くの場合自己の病状に関する確実な判断を下すことが困難と思われる状態にある患者(特に措置患者)はできるだけ公的機関、特に地方公共団体としての都道府県の管理運営する医療機関で、医療保護を受けることが妥当であるとする思想に基づくものである。

なお、56年度現在末だ県立で設置されていないところは8県となっている。

(ウ) 指定病院制度

都道府県には、精神病院の設置義務が課せられているが措置患者を収容するために必要な病床が確保できない場合があるため、都道府県立精神病院に代わる施設として、国および都道府県以外の者が設置した精神病院(精神病院以外の病院に設けられている精神病室を含む。)の全部又は一部をその設置者の同意を得て都道府県知事が指定する病院を指定病院という。

指定病院の指定は、次に掲げる指定基準により行なわれており、昭和55年6月30日現在の指定病院は1,013施設である。

なお、都道府県知事は、指定病院の運営方法等が不当であると認めるときは指定を取り消すことができるとされている。

精神衛生法第5条による指定病院の指定基準

〔昭和40年9月15日 衛発第646号
各都道府県知事宛 厚生省公衆衛生局長通知〕

1 目的

精神衛生法(昭和25年法律第123号。以下「法」という。)第5条の規定により都道府県知事が指定病院を指定するときは、この基準によるものとする。

2 指定基準

- (1) 医療法等各種法令を遵守していること。
- (2) 医師の定数は特殊病院に置くべき医師その他の従業員の定数について（昭和33年10月2日厚生省発医第132号各都道府県知事宛。厚生事務次官通知）の記の1に示すとおり入院患者の数を3、外来患者の数を2.5をもって除した数との和が52までは3とし、それ以上16又はその端数を増すごとに1を加えた数を有すること。
- (3) 指定病院の医師のうち少なくとも1名は精神衛生鑑定医であるか又は法第18条に定める精神障害の診断又は治療に関し少なくとも3年以上の経験がある医師であること。
- (4) 健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法（昭和33年6月厚生省告示第177号）に規定する基準給食の承認を受けていること。
- (5) 指定病院の病床数^(注)は、百床以上であること。ただし、当該病院の所在する地域の精神病院の実情、当該病院の管理運営の状況等をかん案し特にこれを指定病院と指定する必要があると認められる病院であって50床以上の精神病床を有するものについては、この限りでないこと。
- (6) 指定病院の施設は、医療法に定めるものの外、次の基準によらなければならないこと。
 - ア デイルーム（患者が通常使用する寝室以外の室であって、もっぱら患者の談話、娯楽、生活指導等の用に供する室をいう。）及び食堂を有すること。ただし、相互に兼ねることをさまたげない。
 - イ 保護室（自傷他害のおそれのある患者についてその行動について必要な制限を行なう等医療及び保護を十分に行なうことができる病室をいう。）を適宜の数有すること。
 - ウ 作業療法室、作業農場、運動場、作業用農業舎等の作業療法定施設を有すること。
 - エ 患者の緊急避難に支障のない構造であるか又はこれに代る設備を有すること。

(注) 総病床数をいう。

オ 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こととせざるを得ない。しかしながら、それは同時に、人身の自由の拘束となり、一歩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、一定の指定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、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。

精神衛生鑑定医の数は、昭和56年4月1日現在で3,363名であり勤務場所別では国立病院301名、県立病院276名、市町村立病院101名、公的医療機関98名、個人立及びその他法人立2,481名、県本庁10名、保健所11名、精神衛生センター37名、その他48名となっている。

(2) 社会復帰対策

精神科医療の最終目標は、いうまでもなく患者が社会に適応して生活していけるように治療を加え、必要な援助を行うことである。入院患者の場合は長期入院によって社会性が失われることがないように配慮されるべきであり、また、院内の社会復帰活動を充実することが何よりも必要である。長期在院者の多くは、疾病による社会適応性の低下が認められるばかりでなく、家族の受入れ態勢がなく、経済的問題もあるので、その社会復帰を推進するためには、福祉面の配慮が必要である。すなわち、病院と社会の中間にあって回復途上にある精神障害者の社会復帰援助を専門的に行うための各種の施設が必要なのである。

通院患者の場合は入院せずに社会生活を維持するために外来における積極的な支持とともに、デイ・ケア、さらに保健所による訪問指導等の充実が必要である。

このような観点から、昭和53年4月、中央精神衛生審議会から「精神障害者の社会復帰施設に関する中間報告」が提出された。

この報告では、精神障害者の社会復帰のためには医療施設における社会復帰活動の充実、様々なニーズにこたえる医療施設外の社会復帰施設の整備等を図る必要があるとともに、次の条件を満たす必要があるとされている。

① 医学的管理

精神病院の閉鎖病棟での行動制限を伴う濃厚な医療から、外来における軽度の医療まで各種の段階があるが、常に医学的管理は必要である。

② 生活の場の確保

生活の場については、夜間の宿泊の場所と昼間過ごす場所とがある。夜間の生活の場は、入院患者では、病室であり、その他の場合は、自分の住居又はそれに代る場所が必要である。昼間は、デイケア、社会復帰訓練等病院内外における社会復帰活動を行う場所が必要である。

③ 保護者の協力

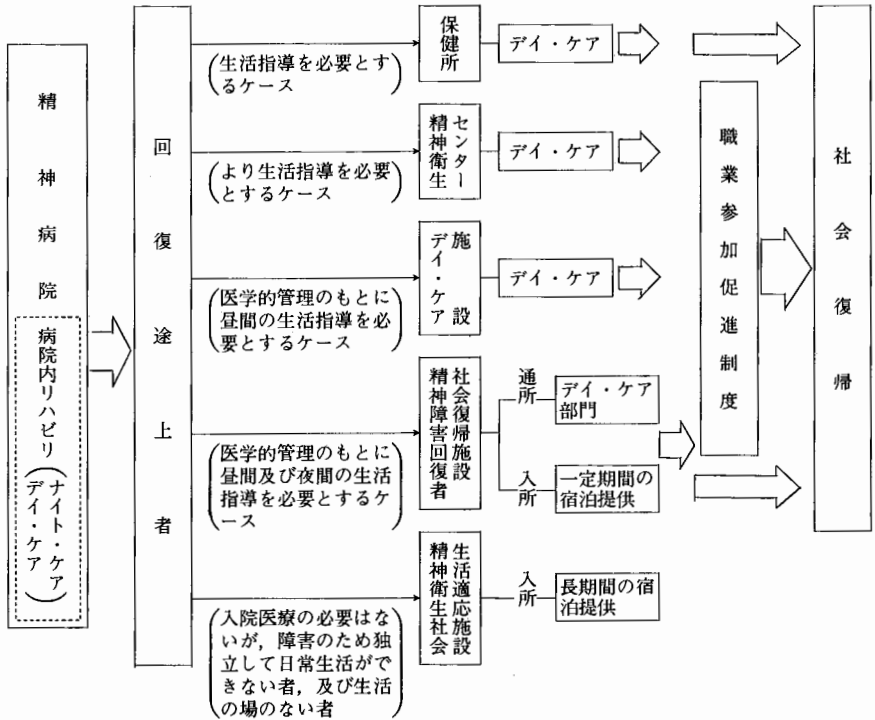
患者の状態を観察し、生活の指導及び援助、服薬の確認等適切な医療上の管理を行う者で、家族又はそれに代る者が保護者として必要である。

④ 経済的援助

家族による援助や生活（医療）扶助等各種の経済的援助が必要である。

この報告を受けて、昭和54年度から「精神衛生社会生活適応施設」が予算化され、現在までに制度化されている社会復帰体系は次の図5のとおりである。

図5 精神障害者社会復帰体系図



ア 精神病院内における対策

精神病院における社会復帰活動を充実させるため社会復帰のために必要な治療を積極的に行う社会復帰訓練部門に対して施設整備費の補助を行っている。

社会復帰訓練部門は、社会復帰活動を行うために必要な専用の施設を有し入院患者に対して昼間作業療法、レクリエーション活動、集団精神療法、日常及び社会生活指導、職能訓練等を行うものである。

イ 精神病院外における対策

(ア) 社会復帰施設

様々なニーズに対応するための社会復帰施設として、昭和45年度「精

「精神障害回復者社会復帰施設」, 昭和49年度「デイケア施設」昭和54年度「精神衛生社会生活適応施設」がそれぞれ予算化され, 精神障害者に対して, 医師, 保健婦, 精神衛生相談員等が中心となり日常生活指導, 作業療法等の社会復帰指導を行っている。しかしながら, これらの施設はいまだ十分に普及されているとはいえ今後関係各方面の努力がまたれるところである。

a 精神障害回復者社会復帰施設

(a) 目的等

この施設は, 夜間生活指導部門(入所部門という。以下同じ。)と昼間生活作業指導部門(デイケア部門という。以下同じ。)とからなる。入所部門は, 主として就労・就学等社会復帰の可能性のある者で家庭環境等により生活の基盤がそこなわれている精神障害者に対して自立までの一定期間, 宿泊提供を行うとともに夜間生活指導等を行う。必要な医学的管理は昼間デイケア部門等で行なわれる。デイケア部門は, 通院医療が可能な精神障害者であって, 社会生活機能の回復のための各種のケアを必要とするものに対して, 十分な医学的管理のもとに社会生活機能の回復を図るために, 昼間の一定時間集団精神療法, レクリエーション活動, 作業指導, 日常生活指導等の必要な医療を行い円滑な社会復帰を図るものであり, 医療施設として位置づけられている。

(b) 設置及び運営主体

この施設の設置及び運営主体は地方公共団体である。

(c) 規模

この施設の定員は入所部門35人, デイケア部門70人である。

(d) 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, 精神科ソーシャルワーカー, 臨床心理技術者, 事務職員等22名が配置されている。

(e) 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。

① 管理部門

施設の運営管理等に関する業務を行う。

② 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。

③ 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。

④ 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。

(f) 既設の施設

① 川崎市社会復帰医療センター（46.9）

所在地 川崎市中原区井田1471

電話 044 (788) 1551

② 岡山県立内尾センター（51.11）

所在地 岡山市内尾739-1

電話 0862 (98) 2111

③ 東京都立世田谷リハビリテーションセンター（東京都単独事業）（47.10）

所在地 世田谷区上北沢2-1-7

電話 03 (302) 7575

b デイケア施設

(a) 目的等

デイケア施設は、精神障害回復者社会復帰施設のデイケア部門

と同じく通院医療が可能な精神障害者であって社会生活機能の回復を図るため各種のケアを必要とするものに対して、昼間の一定時間集団精神療法、レクリエーション活動、作業指導、日常生活指導等の医療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。

(b) 設置及び運営主体

この施設の設置及び運営主体は地方公共団体である。

(c) 規模

この施設の定員は60名である。

(d) 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、精神科ソーシャルワーカー、臨床心理技術者、事務職員等13名が配置されている。

(e) 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。

① 管理部門

施設の運営管理等に関する業務を行う。

② 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。

③ 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。

(f) 既設の施設

① 島根県立湖陵アイ・ケアセンター（51.6）

所在地 島根県簸川郡湖陵町大字大池240

電話 0853（43）2102

② 茨城県立友部病院デイ・ケア施設 (51.2)

所在地 茨城県西茨城郡友部町旭町654

電 話 02967 (7)1151

③ 石川県立高松デイ・ケアセンター (54.6)

所在地 石川県河北郡高松町字内高松ヤ36

電 話 0762 (82)5355

④ 北九州市社会復帰センター(仮称)

所在地 北九州市小倉北区浅野2-2-716

c 精神衛生社会生活適応施設

(a) 目的等

この施設は、精神に障害があるため独立して日常生活を営むことができない者に対して、生活の場を提供するとともに、あわせて社会適応に必要な社会生活指導、日常生活指導等を行い社会復帰の促進を図るものであり、必要な医学的管理は併設又は隣接の精神病院等への通院によって行われる。

(b) 設置主体

この施設の設置主体は、次の各号に掲げる法人で、入所者の精神障害の医学的管理に支障のないものでなければならない。

① 地方公共団体

② 民法法人

③ その他厚生大臣が適当と認める法人

(c) 運営主体

この施設の運営主体は都道府県とする。ただし、市町村又は厚生大臣が適当と認めた民法法人等に運営を委託することができる。

(d) 規模

この施設の定員は30人～50人である。

(e) 施設の設置場所

この施設は、精神病院（精神病院以外の病院で精神病室が設け

られているものを含む。以下同じ。)の敷地内、精神病院に隣接する場所その他医学的管理に支障のない場所に設置するものとする。

(f) 施設の職員

この施設の職員は、施設長のほか、指導員、栄養士、調理員、事務員等18名が配置されている。

(g) 既設の施設

熊本県あかね荘

所在地 熊本市戸島町3374 電話 0963(65)1691

(イ) 地域対策

a 保健所

保健所は地域における精神衛生に関する第一線の行政機関として精神衛生諸活動を実施しているところである。とくに昭和50年度からは、回復途上にある精神障害者の社会復帰に関する相談指導を積極的に推進するための「精神障害者社会復帰等促進費」が予算化され年々実施保健所の充実が図られ、昭和56年度では349保健所となっている。この相談指導の内容は次のとおりである。

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・家庭環境およ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協調

この社会復帰相談指導の実施に当たっては、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協調に努め、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。

また、この事業の実績は表5、6のとおりである。

表5 保健所における社会復帰等相談指導事業実績

年度	対象事例 A	1保健所当たり平均	社会復帰した者					中止した者				継続している者	その他(中止継続の分類不明)	社会復帰した者の割合 B/A
			就労	家業手伝いを含む	家事手伝いを含む	その他(習いもの)	小計 B	再入院	死亡	その他	小計			
53年度	7,537	29.8	917	160	638	121	1,836	790	68	973	1,831	3,518	352	24.4%
54年度	9,490	28.6	1,044	170	681	106	2,001	930	97	1,163	2,190	4,904	395	21.1
55年度	11,452	29.1	1,318	967		143	2,428	1,296	91	1,559	2,946	5,833	245	21.2

表6 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

区分	年	昭和49年	50年	51年	52年	53年	54年	55年
		件	件	件	件	件	件	件
精神衛生相談		130,745	137,390	148,487	162,207	181,189	207,084	249,258
精神衛生訪問指導		158,952	170,436	184,378	188,511	193,359	198,546	209,457

b 精神衛生センター

精神衛生センターは、都道府県における精神衛生の向上を図るための総合的な技術中枢機関として、精神衛生に関する知識の普及、調査研究、保健所等精神衛生に関係ある機関等に対しての技術指導、技術援助、保健所等で取り扱ったもののうち、複雑困難な事例についての相談指導及びデイ・ケア事業等を実施している。

c 精神障害者職業参加促進制度（職親制度）

通常の雇用契約による就職の困難な精神障害者を対象として社会的自立を動機づけるために、一般の事業所に於て社会適応訓練等を行ういわゆる職親制度は、昭和56年現在32県で制度化されている。

厚生省としても職親制度について専門家の意見を求めるため昭和55年7月に「職親制度検討委員会」を設置し討議を重ねてきた。その結果、同委員会では、本制度を医学的リハビリテーションとして位置づけ、本制度が精神障害者の職業参加の促進を図り、今後の精神障害者の社会復帰と地域社会の開発に有効であるとの中間報告を昭和56年4月に公衆衛生局長に提出したところである。

昭和56年4月22日

厚生省公衆衛生局長

大谷 藤 郎 殿

精神障害者職親制度検討委員会
委員長 菅 又 淳

精神障害者職業参加促進制度に関する中間報告について

精神障害者の社会復帰を促進するためには、医療施設等の機能の充実を図るとともに、地域社会の協力体制を整備する必要がある。

本委員会では、貴職から要請のあった精神障害者職親制度について慎重に検討を重ねてきたが、別添のとおり精神障害者職業参加促進制度を設け推進することが、今後の精神障害者の社会復帰と地域社会の開発に有効であるとの合意を得、その内容を取りまとめたので報告する。

精神障害者職業参加促進制度

1 目的

本制度は精神障害者に対する医学的リハビリテーションとして、一定期間現実の仕事の場に通わせ、社会生活を経験させながら対象者の諸能力を向上せしめ、その社会復帰を促進することを目的とする。

2 実施主体

実施主体は、地方公共団体とする。

3 対象者

明らかに回復途上にあり、社会的規範を受け入れられる状態にあるが、作業遂行の機能が不十分であるか恒常的に維持されない精神障害者であって、本人が本制度の利用を希望し、かつ、効果が期待されるもの。

4 委託する事業所等

精神障害者に仕事の場を提供し、社会的自立を援助することに、熱意と理解を有する私人、法人及び任意団体であって、地方公共団体の長が適当と認めたもの。

5 委託する事業所等の開拓及び必要な知識の普及

地方公共団体の長は、本制度を委託する事業所等の開拓及び必要な知識の普及を関係団体の協力を得ながら実施することが必要である。

6 委託する事業所等に対する優遇措置

本制度を委託する事業所等に対しては、表彰制度並びに税法上の優遇措置等を考慮することが必要である。

7 委託期間

6か月間。ただし3年を超えない範囲の更新は妨げない。

8 委託する事業所等に対する協力奨励金

対象者は、機能不全を有し、かつ作業能力等が不十分であるため、本制度を委託する事業所等に対しては、協力奨励金を支給する必要がある。

9 対象者に対する交通費等

対象者の勤労意欲を促進し、かつ、社会生活への復帰に伴うべき経済的観念の獲得等を図る意味で、少なくとも交通費、昼食代に見合う程度の費用を支給する必要がある。

10 技術料の診療報酬への導入

本制度の目的を達するためには対象者及び事業所等に対する医療機関による各種の相談・指導が不可欠であり、これに見合う技術料を診療報酬に導入する必要がある。

11 各機関の連携

地方公共団体の長は、本制度を実施するに当っては、保健所、精神衛生センター、精神科医療施設、福祉事務所、労働基準監督署、公共職業安定所、心身障害者職業センター等からなる委員会を設置する等関係部局と緊密な連携を図る必要がある。

連携に関連する業務には以下のようなものがある。

事業所等の開拓

職場との関係調整

職業情報の収集と提供

知識の普及

コンサルテーション

生活指導
生活保護
判 定
分析・評価

12 その他

国及び地方公共団体は、本事業の実施に伴う事故に対する対策として傷害保険等の手当を行う必要がある。

厚生省としても中間報告の趣旨に沿った制度の確立について関係部局に要望を行っているところである。

3. 精神衛生の財政

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
- 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交付金制度
- ③ 精神病院等の施設・設備・整備等のための資金融資制度

がある。

(1) 予算

精神衛生対策費は、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保健衛生対策費に組みこまれており、昭和56年度では約79,410百万円が計上されている。

この経費の内訳及び年次推移は表7のとおりであるが、特にこのうち、通院医療費、社会復帰対策関係の予算の充実が著しいのが特徴となっている。

(2) 費用の助成

ア 医療費公費負担 77,408,399千円

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。）の全額を都道府県が支弁し、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）
- 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2）する経費（通院医療費）

表7 精神衛生関係予算

(単位：千円)

事 項	昭和51年度	52	53	54	55	56
1. 精神衛生費等補助金	85,741,360	79,049,441	84,427,739	89,259,660	83,497,312	77,954,467
(1) 措置入院費	81,690,504	74,622,400	79,118,096	83,359,199	76,679,553	70,172,641
(2) 通院医療費	2,792,876	3,152,859	3,854,266	4,333,914	5,218,481	6,118,051
(3) 同意入院費 (沖縄分)	977,749	987,217	1,060,241	1,137,886	1,115,318	1,117,707
(4) 法施行事務費	90,408	126,393	150,752	159,324	162,453	165,646
(5) 精神衛生センター等 運営費	189,823	160,572	244,384	269,337	321,507	380,422
ア 精神衛生センター 運営費	83,227	85,562	164,347	182,541	202,042	222,615
イ 精神障害回復者社会 復帰施設運営費	74,729	52,998	56,735	54,774	58,424	62,288
ウ デイ・ケア施設運 営費	31,867	22,012	23,302	32,022	33,873	49,801
エ 精神衛生社会生活 適応施設運営費	-	-	-	-	27,168	36,218
オ セミナー	-	-	-	-	-	9,500
2. 保健所運営費補助金 (精神衛生対策費)	93,990	108,325	123,170	131,118	138,709	147,774
3. 精神病院等施設・設備 費補助金	581,067	515,008	793,631	1,046,087	1,122,253	(1,307,596)
(1) 精神病院	375,332	381,289	724,704	970,027	1,069,925	-
(2) 精神衛生センター	17,767	19,713	22,410	11,198	6,314	-
(3) デイ・ケア施設	122,264	43,648	46,517	0	46,014	-
(4) 精神障害回復者社会 復帰施設	65,704	70,358	0	0	0	-
(5) 精神衛生社会生活適 応施設	-	-	-	64,862	0	-
合 計 (1～3)	86,416,417	79,672,774	85,344,540	90,436,865	84,758,274	(79,409,837) 78,402,241

(注) 1. 当初予算

2. 施設整備費及び設備整備費については、昭和53年度より保健衛生施設等施設(設備)整備費補助金に統合メニュー化され予算額内訳なし。なお、参考までに、53年度、54年度、55年度については実績、56年度については予算枠を()書きした。

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で構成されている。

(ア) 措置入院費 70,172,641千円

措置入院は、都道府県知事による強制処分であり、又、自傷他害のおそれのある患者を収容して医療保護を加えるという公益性の高いものであるため、その医療費を公費で負担する建前をとっている。

この措置入院患者は、表8のように、昭和45年の76,532人をピークとして、通院医療、相談指導事業の充実強化、各種の社会復帰対策の推進等によって、年々減少傾向をたどってきており、昭和56年には、約42,000人が予想される。

表8 精神障害疾病の1日平均在院措置患者数及び措置入院費の推移

年 度	措置患者数 人	措 置 入 院 費 億円		
		総 額	国 庫 負 担	都道府県負担
昭和40年度	65,370	196	157	39
41	67,934	250	200	50
42	72,242	268	214	54
43	74,865	302	242	60
44	76,363	338	270	68
45	76,532	438	351	87
46	76,492	480	384	96
47	75,203	616	493	123
48	71,761	635	508	127
49	66,967	804	643	161
50	63,888	1,017	814	203
51	59,793	1,021	817	204
52	56,284	933	746	187
53	52,491	989	791	198
54	49,162	1,043	834	209
55	45,319	960	768	192

(注) 1. 措置患者数は各年12月末現在
2. 措置入院費は当初予算額（医療費のみ）

また、措置入院医療費の公費負担については、当該精神障害者又は保護義務者から、その所得に応じて表9の基準によって、費用の徴収をすることができる（法第31条）。

表9 費用徴収基準額

患者等の所得税額の合算額		自己負担額又は費用徴収額
	6,600円以下	0円
6,601円以上	11,040円以下	2,900円
11,041円以上	17,880円以下	4,200円
17,881円以上	25,680円以下	4,900円
25,681円以上	33,720円以下	6,300円
33,721円以上	42,000円以下	7,800円
42,001円以上	51,000円以下	9,200円
51,001円以上	62,520円以下	10,600円
62,521円以上	74,520円以下	12,000円
74,521円以上	87,120円以下	13,400円
87,121円以上	156,000円以下	17,000円
156,001円以上	198,000円以下	21,100円
198,001円以上	287,500円以下	27,400円
287,501円以上	397,000円以下	33,600円
397,001円以上	929,400円以下	39,800円
929,401円以上	1,500,000円以下	65,000円
1,500,001円以上		全 額

(イ) 通院医療費 6,118,051千円

通院医療制度については、先にみたとおりであるが、表10のようにこの制度の発足以来、患者数、医療費とも年々増加しており、昭和56年には月平均約147,000人に達するものと予想される。

(ウ) 同意入院費 1,117,707千円

同意入院費については、原則として公費負担は行われていないが、沖縄県についてのみ、復帰前の沖縄精神衛生法による既得権を保障する意味から、特別に同意入院費に対する公費負担が行われている。

表10 精神障害疾病の1ヵ月平均通院患者数及び通院医療費(予算額)

年 度	通院患者数	通院医療費
	人	百万円
昭和43年度	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
52	109,510	3,153
53	116,280	3,854
54	127,649	4,334
55	137,768	5,218
56	147,186	6,118

イ 法施行事務費 165,646千円

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の補助をしている。

ウ 精神衛生センター等の運営費補助 380,422千円

この経費は、精神衛生センター、精神障害回復者社会復帰施設、デイケア施設及び精神衛生社会生活適応施設の運営に要する経費に対する補助金であるが、本年が国際障害者年であることにかんがみ、各国から講師を招いて実施する国際セミナーの経費に対する補助金も、本経費に計上されている。

(ア) 精神衛生センター運営費 222,615千円

精神衛生センターの運営に要する経費について、医師、臨床心理技術者、精神科ソーシャルワーカー等の職員の給与費及び事業費（一般

事業費、酒害相談事業費及びA級センターにおけるデイケア事業費)について3分の1の国庫補助を行っている。(精神衛生法第8条)

なお、補助金の交付に当たっては、基準面積等によりA級センターとB級センターに区分して実施している。

(イ) 精神障害回復者社会復帰施設運営費 62,288千円

「精神障害回復者社会復帰施設運営要綱」(昭50.8.14衛発第460号厚生省公衆衛生局長通知)に基づき地方公共団体が行う施設の運営に要する経費について、職員の人件費及び事業費の2分の1を国庫補助している。

精神障害者回復者社会復帰施設運営要綱

(厚生省発衛第460号)
(昭和50年8月14日)

第1 目的

回復途上にある精神障害者に昼間の生活指導及び作業指導及び夜間の生活指導等を行い、円滑な社会復帰を図ることを目的とする。

第2 設置及び運営主体

精神障害回復者社会復帰施設(以下「社会復帰施設」という。)の設置主体及び運営主体は、地方公共団体とする。

第3 通所及び入所対象者

通所又は入所について申請のあった回復途上にある精神障害者であって、社会復帰施設における通所指導又は入所指導を必要とする者とする。

第4 設備

社会復帰施設は、適正な医学的管理のもとに、昼間生活指導及び作業指導及び夜間の生活指導等を行うに必要な設備を有するものとする。

第5 職員

社会復帰施設には、施設長(医師)のほか、看護婦(士)、作業療法士、精神科ソーシャル・ワーカー、臨床心理技術者、事務職員、その他施設長が必要と認める職員を配置するものとする。

第6 施設の組織

社会復帰施設には、次の部門を置き、それぞれ次の業務を行うものとする。

1 事務部門

施設における事務を行う。

- 2 昼間生活指導部門
昼間の生活指導等を通して社会適応指導を行う。
- 3 昼間作業指導部門
昼間の作業指導等を通して社会適応指導を行う。
- 4 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、夜間施設内の生活指導等を通じて社会適応指導を行う。

第7 通所及び入所の決定

- 1 通所及び入所の申請
社会復帰施設の通所又は入所を希望する場合には、本人又は保護義務者が施設長に申請するものとする。
- 2 通所及び入所の審査及び決定
通所又は入所の申請を受けた施設長は、通所又は入所の適否を審査のうえ、通所者又は入所者を決定するものとする。

第8 費用の支弁及び徴収

- 1 費用の支弁
地方公共団体は、社会復帰施設の通所者及び入所者の通所中及び入所中に要する事務費及び事業費を支弁するものとする。ただし、通所者及び入所者個人にかかる費用については、一部対象としないこともあるものとする。
- 2 費用の徴収
社会復帰施設の通所者及び入所者の通所中及び入所中に要する費用を支弁すべき地方公共団体は、当該通所者及び入所者の収入額に応じ、別に定める基準により、事業費の支弁額を徴収金として、当該通所者及び入所者又は保護義務者から徴収するものとする。

第9 国の財政措置

国は、地方公共団体が第8の1により支弁した費用に対して、別に定めるところにより補助するものとする。

なお補助職員は次のとおりである。

施設長	1人
事務員	2人
指導員	16人
看護婦	1人
雇用人	2人
計	22人

(ウ) デイケア施設運営費 49,801千円

「デイケア施設運営要綱」(昭50.8.14衛発第461号厚生省公衆衛生局長通知)により地方公共団体が行う施設の運営に要する経費について、施設長、指導員等の職員の人件費及び事業費の2分の1を国庫補助している。

デイケア施設運営要綱

(厚生省発衛第461号)
昭和50年8月14日
一部改正衛発第1056号
昭和56年1月26日

第1 目的

回復途上にある精神障害者に適正な医学的管理のもとに、昼間の生活指導及び作業指導等を行い、円滑な社会復帰を図ることを目的とする。

第2 設置及び運営主体

デイケア施設の設置主体及び運営主体は、地方公共団体とする。

第3 通所対象者

通所について申請のあった回復途上にある精神障害者であって、デイケア施設における通所指導を必要とする者とする。

第4 設備

デイケア施設は、適正な医学的管理のもとに、昼間の生活指導及び作業指導等を行うに必要な設備を有するものとする。

第5 職員

デイケア施設は、施設長(医師)のほか、看護婦(士)、作業療法士、精神科ソーシャル・ワーカー、臨床心理技術者、事務職員、その他施設長が必要と認める職員を配置するものとする。

第6 施設の組織

デイケア施設には、次の各部門を置き、それぞれ次の業務を行うものとする。

1 事務部門

施設における事務を行う。

2 昼間生活指導部門

昼間の生活指導等を通じて社会適応指導を行う。

3 昼間作業指導部門

昼間の作業指導等を通じて社会適応指導を行う。

第7 通所決定等

1 通所の申請

デイケア施設への通所を希望する場合には、本人又は保護義務者が施設長に申請するものとする。

2 通所の審査及び決定

通所の申請を受けた施設長は、通所の適否を審査のうえ、通所者を決定するものとする。

第8 費用の支弁及び徴収

1 費用の支弁

地方公共団体は、デイケア施設の通所者の通所中に要する事務費及び事業費を支弁するものとする。

ただし、通所者個人にかかる費用について一部対象としないこともあるものとする。

2 費用の徴収

デイケア施設の通所者の通所中に要する費用を支弁すべき地方公共団体は、当該通所者の収入額に応じ、別に定める基準により、事業費の支弁額を徴収金として、当該通所者又は保護義務者から徴収するものとする。

第9 国の財政措置

国は、地方公共団体が第8の1により支弁した費用に対して、別に定めるところにより補助するものとする。

なお補助職員は次のとおりである。

施設長	1人
事務員	1人
指導員	9人
看護婦	1人
雇用人	1人
計	13人

(エ) 精神衛生社会生活適応施設運営費 36,218千円

「精神衛生社会生活適応施設運営要綱」(昭55.6.12衛発第518号厚生省公衆衛生局長通知)により都道府県が行う施設の運営に要する経費について、施設長、指導員等の職員の人件費及び利用者の入所中に必要な飲食物費等の事業費の2分の1を国庫補助している。

精神衛生社会生活適応施設運営要綱

(衛発第518号)
昭和55年6月12日
一部改正衛発第542号
昭和56年7月8日

第1 精神衛生社会生活適応施設の目的

精神衛生社会生活適応施設（以下「当該施設」という。）は、入院医療の必要はないが、精神に障害があるため独立して日常生活を営むことができない者に対して、生活の場を提供し、あわせて社会適応に必要な生活指導等を行うことを目的とする。

第2 運営の基本方針

当該施設の運営についてはその目的にかんがみ、入所者の社会適応能力を向上させ、精神障害者の円滑な社会復帰を図るために適切な処遇が行われるよう特に留意するものとする。

第3 運営主体

当該施設の運営主体は都道府県とする。ただし、市町村又は厚生大臣が相当と認めた民法法人若しくはその他の法人に運営を委託することができるものとする。

第4 入所対象者

入所対象者は、入院医療の必要はないが精神に障害があるため独立して日常生活を営むことができない者であって、共同生活を営める程度のものとする。

第5 入所定員

入所定員は、30人以上50人以下とする。

第6 入所者の決定等

1 入所の申請

当該施設への入所を希望する精神障害者は、保護義務者の同意を得て、申請書に医師の意見書を添え、居住地を管轄する保健所長を経由し、都道府県知事に行うものとする。

2 入所の審査

入所の申請を受けた都道府県知事は、専門家の意見を聞き、入所の適否を審査するものとする。

3 入所の決定

都道府県知事は、審査の結果当該施設へ入所させることが相当であると認める精神障害者を、当該施設へ入所させるものとする。

4 退所命令

都道府県知事は、当該施設に入所（委託入所を含む。）させていることが適当でないと認めたときは、入所者に対し退所を命ずることができるものとする。

第7 職員

1 職員の配置基準

(1) 当該施設には、次の各号に掲げる職員を置かなければならない。

- ア 当該施設の長（以下「施設長」という。）
- イ 指導員
- ウ 事務員
- エ 栄養士
- オ 調理員
- カ 用務員

(2) 指導員は、入所者おおむね4.2人につき1人以上を置かなければならない。

2 職員の専従

当該施設の職員は、専ら当該施設の職務に従事することができる者をもって充てなければならない。ただし、指導員以外の職員については入所者の処遇に支障がない場合には、この限りではない。

3 職員の資格要件

(1) 施設長は、精神衛生に関する業務に5年以上従事した者であって、当該施設を運営するのに適切であると認められる者、又はこれと同等以上の能力を有すると認められる者でなければならない。

(2) 指導員は、次の各号のいずれかに該当する者でなければならない。

- ア 学校教育法（昭和22年法律第26号）に基づく大学において、心理学、教育学又は社会福祉学を修めて卒業した者
- イ 学校教育法第56条第1項に規定する者であって、2年以上精神衛生に関する業務に従事した者
- ウ 前2号に掲げる者と同等以上の能力を有すると認められる者

第8 給食

- 1 給食は食品の種類及び調理方法について栄養並びに入所者の身体的状況及び嗜好を考慮したものでなければならない。
- 2 調理は、あらかじめ作成された献立に従って行わなければならない。
- 3 調理及び配膳は、衛生的に行わなければならない。
- 4 食品の保存に当たっては、腐敗又は変質しないよう適当な措置を講じなければならない。

第9 生活指導

- 1 当該施設は、入所者に対し、独立して日常生活を営むために必要な指導を行うほか、社会適応に必要な指導を行わなければならない。
- 2 当該施設は、生活指導に当たっては、入所者に対し行動制限を行わないことはもとより、いたずらに入所者を強制し、自由を拘束することとならないよう留意しなければならない。

第10 健康管理

- 1 入所者については、その入所時及び毎年定期に2回以上健康診断を行わなければならない。
- 2 職員については、その採用時及び毎年1回以上健康診断を行わなければならない。
- 3 調理員については、定期に検便を行わなければならない。

第11 衛生管理

- 1 入所者の被服及び寝具は、常に清潔に保たなければならない。
- 2 一週間に2回以上入所者を入浴させ、又は清拭しなければならない。
- 3 居室、被服、寝具、食器等で伝染の危険のあるウイルスに汚染し、又は汚染の疑いのあるものは、消毒した後でなければ入所者の利用に供してはならない。

第12 精神障害の医学的管理

- 1 入所者については、病状に応じ精神障害の医療を受けさせるようにしなければならない。
- 2 施設長は、精神病院等の医療機関と連絡を密にし、入所者に対する精神障害の医療が円滑かつ効果的に実施させるよう努めるものとする。

第13 非常災害対策

当該施設は、非常災害に対する具体的計画を立てるとともに、定期的に避難、救出、その他必要な訓練を行わなければならない。

第14 管理規程等の整備

- 1 当該施設は、入所者に対する処遇方法、入所者が守るべき規律、その他施設の管理についての重要事項に関する規程を定めておかななければならない。
- 2 当該施設は、設備、職員、会計及び入所者の処遇の状況に関する記録及び帳簿を整備しておかななければならない。

第15 費用の支弁及び徴収

- 1 費用の支弁
都道府県は、当該施設の運営に要する費用を支弁するものとする。
- 2 費用の徴収
都道府県知事は、前項の運営に要する費用の全部又は一部を別に定めるところにより、入所者又はその扶養義務者から徴収するものとする。

第16 国の助成措置

国は都道府県が第15の1により支弁した費用について、別に定めるところにより補助するものとする。

なお、補助職員は次のとおりである。

施設長 1人

事務員	1人
指導員	12人
栄養士	1人
調理員等	3人
計	18人

(オ) 精神衛生国際セミナー開催費 9,500千円

国際障害者年を記念し、各国から専門家を招へいし、社会復帰対策等の実態について意見交換を行い、我が国の社会復帰対策の推進に資するとともに、精神衛生思想の普及啓発を図るため、昭和56年11月13日、14日に大阪市において国際セミナーを開催することに要する経費である。

エ 精神病院等の施設整備費補助 1,300,000千円

この経費は、精神病院、精神衛生センター、精神障害回復者社会復帰施設、デイケア施設及び精神衛生社会生活適応施設の施設整備に要する経費に対する補助金である。

(ア) 精神病院

精神衛生法第6条及び第6条の2の規定に基づき、精神病院及び精神病院以外の病院に設ける精神病室（以下「精神病院等」という。）の施設整備費に補助を行うこととされているが、その対象は現在次のようになっている。

- a 医療法（昭和23年法律第205号）第31条に規定する公的医療機関病棟及び社会復帰訓練部門等の新設、増設及び改築に必要な工事費について2分の1の国庫補助（ただし「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」に定める日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、全国厚生農業協同組合連合会の会員である厚生（医療）農業協同組合連合会、社会福祉法人北海道社会事業協会にあっては3分の1）を行っている。

- b 営利を目的としない法人であって、精神衛生法第5条の指定を受けた精神病院等

木造老朽病棟の改築，特殊病棟（老人，アルコール合併症等）の増改築，社会復帰訓練部門の整備のうち厚生大臣が認めたものの施設整備費について3分の1の国庫補助を行っている。

(イ) 精神衛生センター等

a 精神衛生センター

精神衛生法第7条の規定により都道府県が設置する精神衛生センターの施設整備費について2分の1の国庫補助を行っている。

b 精神障害回復者社会復帰施設及びデイケア施設

地方公共団体が設置する精神障害回復者社会復帰施設及びデイケア施設の施設整備費について2分の1の国庫補助を行っている。

なお，入所及び通所者の1人当たりの基準面積は入所部門にあつては12.4㎡，通所部門は16.3㎡となっている。

c 精神衛生社会生活適応施設

「精神衛生社会生活適応施設の整備について」昭54.8.17衛発第661号厚生省公衆衛生局長通知により地方公共団体又は民法法人等が設置する精神衛生社会生活適応施設の施設整備費について，2分の1の国庫補助を行っている。

なお，入所者1人当たりの基準面積は23.3㎡となっている。

精神衛生社会生活適応施設整備要綱

(衛発第661号)
昭和54年8月17日

1 目的

精神衛生社会生活適応施設（以下「当該施設」という。）は，入院医療の必要はないが，精神に障害があるため独立して日常生活を営むことができない者に対して，生活の場を提供し，あわせて社会適応に必要な生活指導等を行うことを目的とする。

2 設置主体

当該施設の設置主体は，次の各号に掲げる法人で，入所者の精神障害の医学的管理に支障のないものでなければならない。

- (1) 地方公共団体
- (2) 民法法人
- (3) その他厚生大臣が適当と認める法人

3 設置場所

当該施設は、精神病院（精神病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。以下同じ）の敷地内、精神病院に隣接する場所その他医学的管理に支障のない場所に設置するものとする。

4 構造設備の一般原則

- (1) 当該施設は、入所者に対し適切な処遇を行うことができるようにするため、良好な環境が確保されたものでなければならない。
- (2) 当該施設の配置、構造及び設備は、本要綱及び建築基準法等の関係法令に従うとともに日照、採光、換気等入所者の保健衛生に関する事項及び防災について、十分考慮されたものであって、居住性に富むものでなければならない。

5 規模

当該施設は、30人以上50人以下の人員が入所することができる規模を有しなければならない。

6 設備の基準

- (1) 当該施設の建物（入所者の日常生活のために使用しない附属の建物を除く。）は、建築基準法（昭和25年法律第201号）第2条第9号の2に規定する耐火建築物でなければならない。
- (2) 当該施設は、消火設備その他非常災害に際して必要な設備を設けなければならない。
- (3) 当該施設には、次の各号に掲げる設備を設けなければならない。ただし、都道府県知事が施設の効果的な運営ができると認めた場合は、隣接する精神病院等の設備を利用することができる。

ア居室、イ静養室、ウ食堂、エ集会室、オ浴室、カ洗面所、キ便所、ク生活指導室、ケ調理室、コ事務室、サ宿直室、シ指導員室、ス相談室、セ洗濯室、ソ物干場、タ給水設備、チ排水設備、ツ汚物処理設備、テ倉庫

- (4) 前項各号に掲げる設備の基準は、次のとおりとする。

ア 居室

- (ア) 地下に設けてはならないこと。
- (イ) 一室の定員は、原則として4人以下とすること。
- (ウ) 入所者1人当たりの床面積は収納設備を除き3.3平方メートル以上であること。
- (エ) 避難上有効な空地、廊下又は広間に直接面して1以上の出入口を設けること。
- (オ) 入所者の寝具及び身の回り品を各人別に収納することができる収納設備を

設けること。

イ 静養室

(ア) 指導員室に近接して設けること。

(イ) (ア)に定めるもののほか、前号(ア)及び(エ)に定めるところによること。

ウ 浴室

上り湯の設備及び清浄な水を使用することができる設備を設けること。

エ 便所

(ア) 職員用と入所者用を別に設けること。

(イ) 入所者用の便所は、居室のある階ごとに男子用と女子用を別に設けること。

(ウ) 水洗便所以外の便所にあつては、便槽は耐水材料で造り、有効な防水の措置を講じて漏水しないものとする。

(エ) 水洗便所以外の便所にあつては、防虫及び防臭の設備を設けること。

(オ) 清浄な水を十分に供給することができる流水式手洗設備を設けること。

オ 生活指導室

生活指導の内容及び人員に応じた広さとすること。

カ 調理室

(ア) 食器、調理用具等を消毒する設備を備えること。

(イ) 食器、調理用具及び食品等を清潔に保管する設備を備えること。

(ウ) 火気を使用する部分は、不燃材料を用いること。

(エ) 防虫及び防鼠の設備を設けること。

キ 指導員室

居室に近接して設けること。

ク 洗濯室

洗濯機等洗濯に必要な機械器具を備えること。

ケ 汚物処理設備

汚物を適当に処理することができる焼却炉、浄化槽、その他の設備とすること。

(5) 前4項に規定するもののほか、当該施設の設備の基準は、次に定めるところによる。

ア 廊下の幅は、1.35メートル以上とすること。ただし、中廊下の幅は、1.8メートル以上とすること。

イ 廊下、便所その他必要な場所に常夜灯を設けること。

ウ 汚物処理設備及び便槽は、居室、静養室、食堂及び調理室から相当の距離を隔てて設けること。

オ 精神病院等の設備整備費補助 7,596千円

この経費は、精神病院、精神衛生センター等の施設整備の新設及び増

設に伴って必要となる初度設備整備に必要な経費について補助を行っており、補助率は施設整備費と同様となっている。

(3) 国民医療費における精神医療費

昭和54年度における国民医療費の推計額は10兆9,510億円で、前年度よりも9,468億円、9.5%の増加となっている。国民医療費の国民総生産に対する割合は4.92%であり、国民一人当たりの医療費は、94,300円である。

精神病医療費の推計額は7.172億円で、国民医療費に占める割合は6.5%となっている。この精神病医療費に占める公費負担割合は51.6%であり、昭和45年度以降はおおむね漸減傾向にあるが、生活保護法による医療扶助費は2,526億円で年々増加している。

保険者負担分は3,053億円で、このうち国民保険が約50%を占めている。患者負担分は418億円で精神病医療費に占める割合は5.8%となっている。

次に傷病大分類別にみると、「循環系の疾患」の医療費が最大で、精神病医療費は第6位に位置しているが、入院医療費では「循環系の疾患」の次に多い。

また、精神病医療費を15歳以上44歳以下の年齢階級についてみると、入院医療費が群を抜いて多く3,418億円で精神病医療費総額の47.7%を占めている。

(4) 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。

表11 国民医療費に占める精神病医療費の割合

(単位：億円)

区 分	昭 和 52 年 度			昭 和 53 年 度			昭 和 54 年 度		
	医療費	精神病 医療費	比 率	医療費	精神病 医療費	比 率	医療費	精神病 医療費	比 率
国 民 医 療 費	85,686	5,830	6.8	100,042	6,682	6.7	109,510	7,172	6.5
公 費 負 担 分	11,357	3,211	28.3	13,094	3,600	27.5	13,818	3,701	26.8
精 神 衛 生 法	1,021	1,020	99.9	1,118	1,115	99.7	1,080	1,077	99.7
生 活 保 護 法	5,315	2,088	39.3	6,190	2,415	39.0	6,515	2,526	38.8
結 核 予 防 法	793	-	-	801	-	-	711	-	-
そ の 他	4,227	103	2.4	4,985	70	1.4	5,512	98	1.8
保 険 者 負 担 分	64,311	2,246	3.5	75,256	2,680	3.6	83,049	3,053	3.7
政 管 健 保	18,477	614	3.3	21,323	716	3.4	23,581	829	3.5
組 合 健 保	13,471	350	2.6	15,313	405	2.6	16,508	440	2.7
国 保	22,420	1,061	4.7	27,095	1,302	4.8	30,658	1,504	4.9
そ の 他	9,943	221	2.2	11,525	257	2.2	12,302	280	2.3
患 者 負 担 分	10,018	373	3.7	11,692	402	3.4	12,643	418	3.3
公費又は健保の一部負担	8,156	363	4.5	9,436	390	4.1	10,238	409	4.0
全 額 自 費	1,862	10	0.5	2,256	12	0.5	2,405	9	0.4

(注) 1. 国民医療費推計より作成したものである。(統計情報部資料)

2. 「保険者負担分」のうち「その他」とあるのは、船保、日雇、共済組合、労災及び自衛官等の医療保険等をいう。

3. 推計額は四捨五入して億円を単位としているために、合計額が各項の和と一致しない箇所がある。

(5) 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（職員宿舎・看護婦宿舎を含む。）の新設・増設・改築事業および医療看護用機械器具に用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等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・土地取得費・設計監督委託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45億円（単年度23億円）の範囲内（看護婦宿舎・機械器具購入費は別枠）の額となっている。

なお、昭和56年度の病院事業の融資資金枠は1,622億円である。

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・千葉県・埼玉県・神奈川県・大阪府・京都府・兵庫県・奈良県内の病院の建築資金の申込額が1.5億円を超えるもの、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56年度の資金枠は1,105億円である（公庫の融資条件等の詳細については、公庫本支店または代理店に照会されることが望ましい）。

4. 地域精神衛生対策

地域精神衛生活動の基本的な考え方は、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活動によって解決していこうとすることである。

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く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、これに一歩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ふやすと同時に、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。

アルコール依存症、少年の薬物依存、非行、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。この入院治療から地域精神衛生活動へという考えは、わが国だけでなく、世界的な傾向である。既に1960年代のアメリカでは、ケネディ教書において次のように述べている。

「ここ数年、次第に増えていた施設へのつめこみ傾向が、逆を向いてきたこ

とである。それは、新薬の使用、精神病の本質に対する公衆の理解の増大、総合病院における精神病床、昼間通院施設（デイ・ケアセンター）、外来精神科施設などを含む。地域社会施設が設置されるようになったことによる。

私は確信する。もし医学的知識と社会の理解が十分に活用されるなら、精神障害者はごく少数を除いてほとんどすべてが、健全で建設的な社会適応をもちとることができる」

(1) 地域精神衛生活動の目標と計画

地域精神衛生活動の具体的内容は

- ① 社会諸資源の活用によって、精神障害者を地域社会へできるだけ早くもどすための運動をおこす。
- ② 精神科通院治療、精神医学的ケースワークの普及を図る。
- ③ デイ・ケア施設等の社会復帰施設を含む社会資源の充実と形成を図る。
- ④ 精神障害者が社会復帰可能であることを、地域住民に理解してもらう。
- ⑤ 地域社会に、精神障害のほか人間心理についての知識を普及し、明るい家庭、明るい社会を築く運動をおこすことである。

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、本人をかかえて困惑している家族の相談にのって、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応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ている。

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当たっては、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。

更に、「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な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。

(2) 地域精神衛生活動の主体

地域精神衛生活動は、保健所、精神衛生センター等を中心として行われているが、あくまでも地域社会の人々が主体となるべきものであり、地域住民の参加をできるだけ求めて行われなければならない。

ア 保健所

(ア) 保健所の性格及び機能

昭和40年6月一部改正された精神衛生法及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・精神病院・社会福祉関係諸機関・施設等との緊密な連絡協調のもとに、精神障害者の早期発見、早期治療の促進及び精神障害者の社会適応を援助するため、相談及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ている。

(イ) 職員の業務

精神衛生関係業務に従事する保健所職員の職務内容については上記運営要領の「精神衛生業務の実施体制」の項目の中でおおむね次のように定められている。

a 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

企画及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及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。

b 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もとに、保健婦その他の協力を得て、面接相談及び家庭訪問を行い、患者及び患者家庭の個別指導を行う。

c 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。

d 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、医師及び精神衛生相談員に連絡し、適正な処理を行う。

e 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当たっては、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・指導等に当たっては、医師・精神衛生相談員等と密接に協力する。

(ウ) 精神衛生業務の実施方法

a 精神衛生相談

精神障害者、家族及び一般人を対象として、所内又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を行い、また、その実施の過程で発見したケースの問題について適切な指導その他の処理

を行う。これらのうち、複雑困難なもの、又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。

① 面接相談

本人、家族又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、従来の経過(生活歴等)、既往歴、家庭環境等を聴取する。

② 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。

③ 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。

b 訪問指導

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、医療の継続又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及び衛生教育を行う。

c 患者クラブ活動等の援助

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・援助又は指導を行う。

d 衛生教育及び協力組織の育成

精神衛生相談クリニックを通じ、また、資料、図書、その他の教育資料等を整備、展示、提供し、又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及び広報活動を行う。

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、協力及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、若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、又はこれらの地区組織に対する援助を積極的に行う。

e 関係機関との連絡協調

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、又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。

イ 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。

(ア) 精神衛生センターの性格及び機能

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事業を行うとともに、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。

(イ) 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・研究部及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。

(ウ) センターの職員

精神衛生センターには、精神科医、精神医学ソーシャルワーカー・臨床心理技術者・保健婦・看護婦・作業療法士・臨床（衛生）検査技

師・その他必要な職員が配置されている。

(エ) センターの規模

精神衛生センターの規模としては、A級、B級の区別があるが、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。

(オ) 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。

(カ) 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。

a 相談指導・技術援助

精神衛生に関する相談及び訪問指導は、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。

b 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。

c 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

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。

なお、昭和54年度には30か所の精神衛生センターにおいてデイ・ケアが行われており、1か所当たり平均2.6日/週、参加者実数45.8人、参加者延数13,556人に達している。

d 酒害相談指導事業

酒害予防対策は、アルコール精神疾患の発生予防、医療、社会復帰を一貫して行う必要がある。このため昭和54年度から、精神衛生センターにおいて、酒害相談指導事業を行うこととした。

ウ 精神病院等医療機関

従来から精神病院は医療面で地域の中心的役割を果たしてきた。精神病院は一般の病院と異なり患者治療の場であると同時に、入院が長期にわたる場合も多く、従って患者が快適に生活を行い易いよう建築面で工夫がこらされるべきであり、今後、施設、設備等、質的改善が必要となる。

また、比較的軽症な患者のために外来部門、あるいは、神経科・内科・小児科等を標榜する一般の病院及び診療所等を拡充し、地域精神衛生活動の役割分担が必要である。

一方、緊急の際、速かに入院治療が行い得るよう、地域住民と医療従事者の緊密な連携も必要となる。

エ 社会復帰施設等

精神障害者が病院治療を受けたあと、社会に戻るためのサービス体系が必要である。

狭義の医療を行なう精神科病床を、増やすだけでなく精神病院におけるリハビリテーション活動を活発化する必要がある。

また、精神障害者をできるだけ地域社会に接触させ、積極的に社会適応能力を獲得させるための新たな施設をつくって行く必要がある。

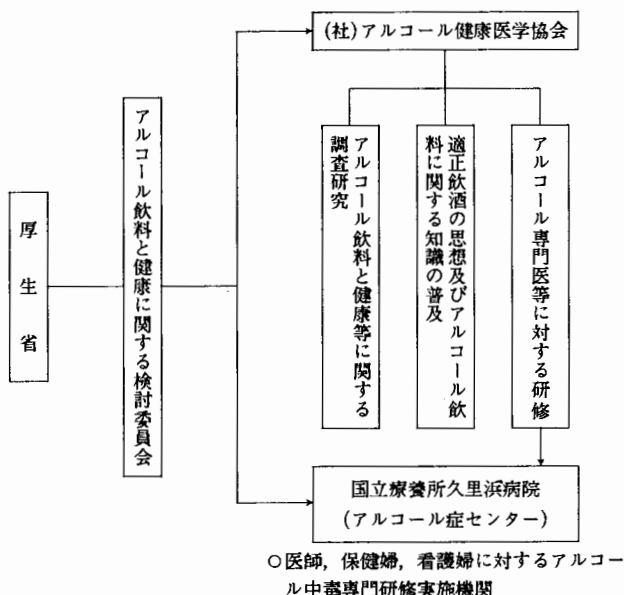
現在、そうした回復途上者のための施設として、デイ・ケア施設、精神障害回復者社会復帰施設、精神衛生社会生活適応施設がある。

5. 酒害予防対策

我が国における近年の経済成長に伴う国民所得の増加，都市化による人口集中，核家族化等の生活様式の変化などによって，飲酒人口が増加しており，実数にしておよそ5,400万人，一人当り年間5リットル以上の純アルコールを消費している。このような酒類消費量の増加に伴い，アルコール関連疾患，アルコール依存症等，アルコール飲料に起因する健康障害も増加してきており，一方，飲酒による家庭破壊，社会的問題などのため，飲酒習慣と健康に対する国民の関心が高まってきている。

また諸外国においても，アルコール飲料による健康障害は，大きな社会問題として取り上げられており，WHOにおいても，ここ数年専門委員会を開催するなど真剣に取り組んでいる。

図6 酒害予防対策



我が国における酒害予防対策は、昭和38年、国立療養所久里浜病院にアルコール中毒特別病棟が設置されたときにはじまる。それ以後同病院を中心としてアルコール中毒の治療及び研究が進められ、50年から、同病院でアルコール中毒臨床医等研修が行われている。

また、厚生省において52・53年の2年間にわたり「アルコール中毒診断会議」が開かれ、54年度には「アルコール飲料と健康に関する検討委員会」が設置され、主として「適正飲酒」について検討を重ねてきた。さらに同年、精神衛生センターにおける酒害相談事業費が予算化され、翌55年には、アルコール健康医学協会が設立された。

従来、アルコール依存症者に対する断酒、禁酒の面を強調して、酒害に関する知識の普及に力点が置かれていたが、昭和53年度からはじめられている国民健康づくり計画の一環として、アルコール依存症対策についても予防面を強化するために、「適正飲酒」の普及を行うこととなった。

(1) アルコールの疫学的問題

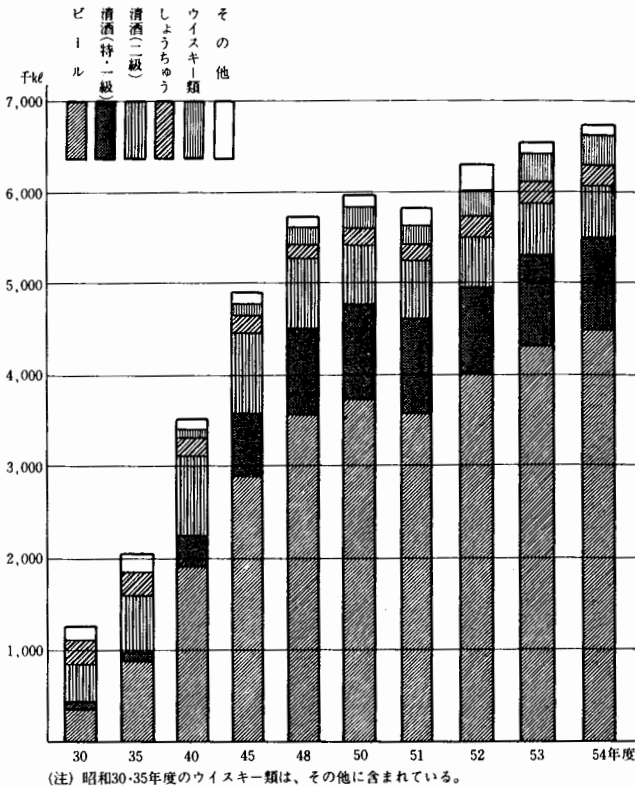
我が国においては、アルコール飲料とは酒税法でアルコール分1度（容量パーセント）以上の飲料と規定されている。酒類とは、清酒、合成清酒、焼酎、ビール、果実酒、ウィスキー類、スピリッツ類、リキュール類、みりんをさしている。年間酒類消費量の推移は図7のとおりであり、昭和54年度で680万klである。

1人当たり年間純アルコール消費量（20才以上）は戦前には3.6ℓが最高であったが、昭和22年には1ℓ以下になり、28年まで急上昇し、その後はほぼ1年に0.2ℓの割合で増し続け、54年には5.0ℓに達している。これは世界第31位の消費量となっている。

飲酒人口については、昭和12年の3千万人に比し54年では2倍に近い約5,400万人に及んでおり、大量飲酒者数は、54年で174万人と推計されている。(表12)大量飲酒者とは統計的におおむね毎日純アルコール量にして150ml（日本酒換算約5合、ビール約6本、ウィスキーダブル約6杯）以上常用する者をいう。

また、昭和54年の患者調査によると、アルコール精神病患者数は2,200人、アルコール依存症者数は19,200人となっており、(表13)アルコール依存症等によ

図7 酒類消費数量の推移



る死亡は、720人である(表14)。

このようにアルコール消費量の増大は、アルコール依存症等の増加をもたらしており、酒害予防対策の必要性はますます高まってきている。

(2) アルコール関連問題

WHOは1976年の専門委員会で「アルコール関連障害」という名称を用いることとし、これを広く飲酒に関連して生ずる障害、すなわちアルコール依存症やアルコール精神病ばかりでなく、交通事故、臓器障害、家庭問題、職業上の問題、犯罪及び非行をも含む概念とした。次いで更に、これをアルコール関連問題という名称に拡張し1979年の第32回WHO総会において、当面する精神衛生上の重要課題として取り上げ、特に青少年の飲酒や、妊娠中の飲酒を制限す

表12 大量飲酒者数 (推計)

区 分	40 年	43 年	46 年	49 年	50 年	51 年	52 年	53 年	54 年
大量飲酒者数 (推計)	万人 約 89 (100.0)	万人 約 109 (122.5)	万人 約 126 (141.6)	万人 約 148 (166.3)	万人 約 154 (173.0)	万人 約 154 (173.0)	万人 約 165 (185.4)	万人 約 167 (187.6)	万人 約 174 (195.5)
年間酒類 販売(消費)量	kl 3,533,207 (100.0)	kl 4,246,250 (120.2)	kl 5,038,699 (142.6)	kl 5,853,296 (165.7)	kl 5,978,171 (169.2)	kl 5,858,944 (165.8)	kl 6,326,040 (179.0)	kl 6,544,399 (185.2)	kl 6,791,998 (192.2)
年間酒類 純アルコール換算量	kl 364,396 (100.0)	kl 432,298 (118.6)	kl 491,188 (134.8)	kl 562,358 (154.3)	kl 581,942 (159.7)	kl 584,583 (160.4)	kl 615,237 (168.8)	kl 624,235 (171.3)	kl 645,176 (177.1)
飲酒人口 (成人男子の90 %女子の45%)	千人 41,494	千人 44,106	千人 47,210	千人 49,801	千人 51,000	千人 51,620	千人 52,143	千人 53,031	千人 53,668

- 資料：「国税庁統計年報書」「人口動態統計」
- () 内は、それぞれ40年対比の指数を示す。
- 算出方法 (WHO 計算方式) 大量飲酒者とは、1日平均 150 ml 以上のアルコールを飲む者で、アルコール中毒者及びアルコール中毒予備軍に相当し、飲酒人口 1 人当たり年間消費量から算出するもので次の式による。

$$\text{大量飲酒者数} = \text{飲酒人口} \times \frac{0.174x + 0.00793x^2}{100} \quad x: \frac{\text{年間酒類純アルコール換算量}}{\text{飲酒人口}} \ell$$

表13 アルコール中毒患者数

区 分	43年	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54
アルコー ル精神病	人 1,720 (100.0)	人 1,990 (115.7)	人 1,600 (93.0)	人 1,750 (101.7)	人 1,700 (98.8)	人 2,000 (116.3)	人 1,900 (110.5)	人 3,300 (191.9)	人 2,200 (127.9)	人 2,000 (116.3)	人 2,200 (127.9)	人 2,200 (127.9)
アルコー ル依存症	13,000 (100.0)	13,690 (105.3)	11,700 (90.0)	14,950 (115.0)	14,700 (113.1)	12,800 (98.5)	14,400 (110.8)	15,200 (116.9)	14,500 (115.5)	15,700 (120.8)	14,000 (107.7)	19,200 (147.7)
合 計	14,720 (100.0)	15,680 (106.5)	13,300 (90.4)	16,700 (113.5)	16,400 (111.4)	14,800 (100.5)	16,300 (110.7)	18,500 (125.7)	16,700 (113.5)	17,700 (120.2)	16,200 (110.1)	21,400 (145.4)

資料：厚生省大臣官房統計情報部「患者調査」による。

注 () 内は、それぞれ43年対比の指数を示す。

表14 アルコール関連疾病死亡者数（人口動態統計調査）

区 分	ア ル コ ー ル 精 神 病				ア ル コ ー ル 症				肝 硬 変						
	総 数	男 子		女 子		総 数	男 子		女 子		総 数	男 子		女 子	
		総 数	20歳以上	総 数	20歳以上		総 数	20歳以上	総 数	20歳以上		総 数	20歳以上	総 数	20歳以上
43 年	人 (100.0) 94	人 66	人 86	人 8	人 8	人 (100.0) 709	人 653	人 642	人 56	人 54	人 (100.0) 11,314	人 7,644	人 (100.0) 7,592	人 3,670	人 (100.0) 3,626
47 年	(112.8) 106	103	103	3	3	(91.8) 651	594	592	57	57	(114.8) 12,994	9,095	(119.3) 9,054	3,899	(106.8) 3,871
52 年	(72.3) 68	67	67	1	1	(111.3) 789	722	718	67	66	(136.6) 15,453	11,191	(147.3) 11,182	4,262	(117.1) 4,247
53 年	(73.4) 69	67	67	2	2	(108.0) 766	698	695	68	67	(142.1) 16,077	11,678	(153.6) 11,664	4,399	(120.7) 4,378
54 年	(75.5) 71	68	68	3	3	アル コ ー ル 依 存 419	391	391	28	28	(144.8) 16,382	11,987	(157.7) 11,973	4,395	(120.9) 4,385
						依 存 の な い 薬 物 乱 用 230	210	207	20	20					
						計 (91.5) 649	601	598	48	48					

注) 昭和54年からは「第9回修正国際、疾病、傷害及び死因統計分類」による。

るよう働きかけた。

この会議でアルコール関連問題として、アルコール精神病、アルコール依存症に次いで次の諸題が取り上げられた。

- ① 健康問題：潰瘍、胃腸障害、胎児障害、肝硬変、脳障害、がん、心臓疾患
- ② 事故：飲酒運転による事故、レクリエーションによる事故
- ③ 家族問題：児童虐待、配偶者虐待、離婚、夫婦間暴力
- ④ 職業問題：産業事故、短期及び長期の欠勤
- ⑤ 犯罪：他殺、強盗、暴行、暴力

ア アルコール関連身体的障害

アルコールを摂取すると、速かに吸収されて血中に入り、体内をめぐる。このためアルコールは最初に吸収をうけた消化管や、分解をうける肝臓のみならず、体内のあらゆる臓器に種々の影響を及ぼす。

アルコールによる影響は、そのすべてがアルコールのみがもちあわせる特有の生物学的作用によっている。そして、このアルコールの生物学的作用こそが、アルコールによる臓器障害のもととなり、特徴ある臓器障害の病像を形づくる基礎となっている。したがって、アルコールのもつ生物学的作用をよく知っておくことは、臓器障害をもつアルコール依存症患者の生活指導を行う上で役立つのみでなく、アルコールによる臓器障害発生の予防の指導に際しても、また断酒の指導に当たっても理論的根拠を与えるよりどころとなる。

アルコールの生物学的作用には、1回の飲酒後にほとんど必ずあらわれてくる急性作用と、長年月にわたり過剰の飲酒をつづけた結果生ずる慢性作用とがある。また、アルコールの代謝に関連してみられる生理・生化学的作用と、代謝とは関係なく、過量の飲酒後にみられるアルコール自体の薬理作用との2つの働きをアルコールはもっている。

常習性飲酒は、脳、神経系、筋肉、心臓、肝臓、膵臓、消化管、造血器などの諸臓器の障害の原因となる。

特に、アルコールの90%以上が肝臓で分解処理されるので、アルコール依存症の合併症としては、肝臓疾患が最も多く、肝硬変による死亡率は昭和25年当時に比べ現在約2倍になっている。また全肝硬変中に占めるアルコール性肝硬変の割合は43年11%であったものが52年には17%となっている。その他脂肪肝、アルコール性肝炎等はアルコール依存症あるいは大酒家に最も多くみられる肝疾患である。

イ アルコール関連社会的障害

アルコールを常用する者は、次のようなさまざまな社会的障害をおこすことが多い。

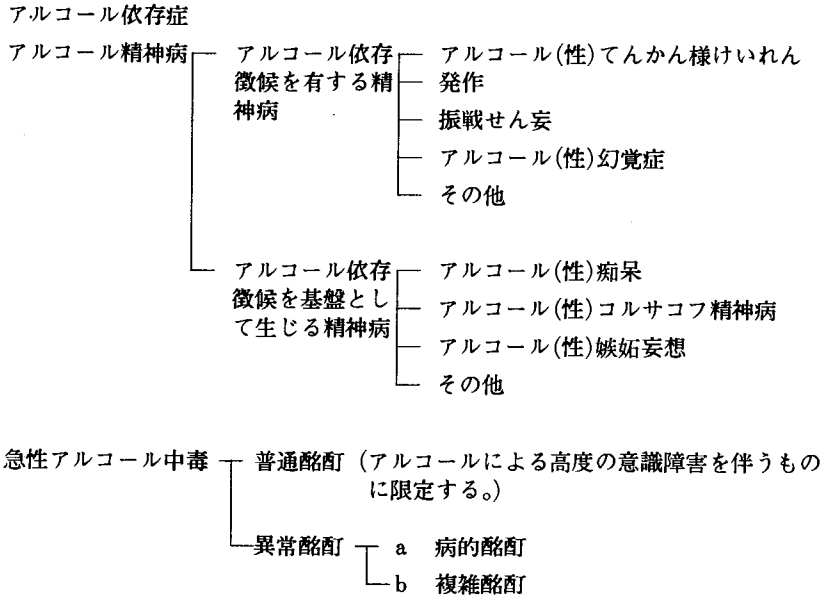
- ① 飲酒に関連した社会的地位の低下
- ② 飲酒に関連した離婚やそのおそれ
- ③ 飲酒に関連した失職やそのおそれ
- ④ 飲酒を上司、配偶者、家族に非難される
- ⑤ 飲酒・酩酊による警察保護
- ⑥ 飲酒・酩酊による保護以外の警察問題
- ⑦ 飲酒による欠勤
- ⑧ 飲酒が原因で勤め先を変える
- ⑨ その他飲酒による社会的障害

このような社会的障害を以て、直ちにアルコール依存症と診断されるものではないが、社会的障害の繰り返しとともに、精神・身体的障害が進行していくのである。

ウ アルコール精神疾患

アルコール精神疾患は図8のように分類される。

図8 アルコール精神疾患の分類



(ア) アルコール依存症

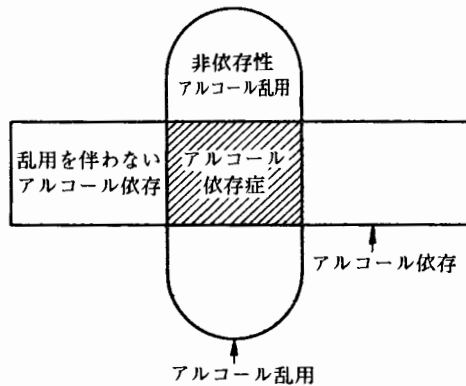
WHOによると、アルコール依存とは、「薬物エチルアルコールの過剰摂取抑制障害を主症状とし、薬物依存概念を構成する精神依存、身体依存、耐性の変化に基づく諸症状によって規定される。

本症状の発症の程度は一様ではないが、これらの症状は個人的、環境的諸要因によって影響される。」としている。また第9回修正ICDにおいては、アルコール依存（症候群）とは、「アルコール摂取により生じる精神状態と、普通これに伴う身体状態をいいアルコールの精神的効果を体験するためや、時にはアルコール欠如の不快感を避けるために、持続的または周期的に飲酒したい強迫的欲求を常に伴うような行動上その他の反応を特徴とする。耐性はあることも、ないこともある。」としている。

アルコール依存という用語は「個体」と「アルコール飲料」とのあ

る種の関係を現わす言葉ではあっても、決してそれ自体「病気」を意味する用語というわけではない。アルコール飲料に精神依存を持ちながら、身体的にも社会的にも大した障害を顕わさずにいる例は、「晩酌飲酒者」という形で沢山居る。一方、アルコールに依存していなくとも、飲酒によって困った問題を起こしてくる場合もある。例えば酩酊運転がそれであるし、年に数回しか飲まないのに、その度に大暴れして周囲を困らせる人もいる。つまりアルコール依存であるか、ないかという基準の他に、飲酒行動の異常であるか、ないかというもうひとつの基準を用意する必要がある、下図9のように両者が重なり合う部分を「アルコール依存症」という。

図9 アルコール依存症の概念



飲酒行動の異常とは、

- ① 強迫的飲酒欲求に基づく飲酒抑制の障害：飲酒量を制限したり、節酒したりしようと固く決心するが、耐え難い飲酒欲求によって、すぐにもとの過度の飲酒にもどってしまう。
- ② 「負の強化」への抵抗：アルコールに起因した身体疾患、家族からの拒絶や経済的困窮、飲酒に関連した刑事上の問題等があるにもかかわらず飲み続ける。
- ③ 連続飲酒発作の出現：何日かの断酒は可能であるが一度飲酒を始めると

24時間以上にもわたって飲酒以外には基本的日常行動すら出来ないほどの異常な飲酒行動を示し、自力ではそれを抑制することが不可能な状態で周期的に断酒と連続飲酒発作を繰り返す。ただし周期性不機嫌による真性ディプソマニア (true dipsomania) は含まれない。

- ④ 山型飲酒サイクル：飲酒→酩酊→入眠→覚醒→飲酒のサイクルを連日繰り返すことをいう。

(イ) アルコール精神病

a アルコール依存徴候を有する精神病

これは、依存徴候のうちアルコール離脱けいれん発作、離脱せん妄状態又は飲酒間歌時のアルコール幻覚症に該当し、且つ飲酒行動の異常を認めるものをいう。

表15 アルコール依存徴候を有する精神病の分類

	アルコール依存徴候	
	精神神経症状	飲酒行動の異常
アルコールてんかん様けいれん発作	アルコール離脱けいれん発作	○強迫的飲酒欲求に基づく飲酒抑制の障害 ○負の強化への抵抗 ○連続飲酒発作の出現 ○山型飲酒サイクル
振戦せん妄	離脱せん妄状態	
アルコール幻覚症	飲酒間歌時のアルコール幻覚症	

b アルコール依存徴候を基盤として生じる精神病

これは、アルコール性痴呆、アルコール性コルサコフ精神病、アルコール性嫉妬妄想の3つに区分される。

(a) アルコール性痴呆

アルコール依存が慢性長期にわたる場合には、脳に器質的、永続的な病変を起こす可能性がある。

記銘障害、判断力の低下、知能障害等、従来の精神医学でいわれている痴呆状態等の症状がみられ、過去の飲酒歴等から判断し

てアルコールとの関連が明らかなものをいう。

(b) アルコール性コルサコフ精神病

アルコール性コルサコフ精神病の大部分は、振戦せん妄とともに始まり、せん妄状態が徐々に消失すると、この器質的症狀が現われてくる。

記銘障害、失見当識、作話等、従来の精神医学でいわれている症状群がみられ、過去の飲酒歴等から判断して、アルコールとの関連が明らかなものをいう。

(c) アルコール性嫉妬妄想

アルコール依存に伴う妄想的嫉妬等、従来の精神医学でいわれている妄想症状がみられ、過去の飲酒歴等から判断してアルコールとの関連が明らかなものをいう。

(㉞) 急性アルコール中毒

急性アルコール中毒とは、アルコールの摂取により生体が精神的、身体的影響を受け主として一過性に意識障害を生ずるものであり、通常は酩酊と称される。即ち酩酊は普通酩酊と異常酩酊に分けられ、更に異常酩酊は病的酩酊と複雑酩酊とに区分される。

a アルコール精神疾患とされる普通酩酊

アルコール精神疾患とされる普通酩酊は、大量飲酒による昏睡等高度の意識障害を呈するものに限定される。

① 過去数時間以内に行われた飲酒が確認され呼気にアルコール臭がある。

② 次の2項目のうち1つが確認される。

i 飲酒に起因した非病巣性神経学的徴候を有する。例えば運動失調、不明瞭な言語、不確実な歩行、眼振、昏睡等を有する。

ii アルコール酩酊を示す行動上の諸徴候を有すること。例えば不適當な泣き笑い、声高い話し方、多弁、好戦的行動、性欲亢進、ところ構わず寝る等常人にとってふさわしくない行動上の徴候である。

③ 内科的疾患、神経学的疾患、精神科的疾患、他の薬物中毒等の存在が否

定される。などの徴候を示すものをいう。

b 異常酩酊

異常酩酊は、せん妄、失見当識、著しい興奮等がみられるため、アルコール精神疾患として扱う。

病的酩酊はアルコールに対する生物学的特異反応であり、複雑酩酊は性格等に基づく心理的な反応である。

(a) 病的酩酊

病的酩酊とは

- ① 飲酒中ないし飲酒直後に攻撃的になるなど行動上の変化が出現する。
- ② 反応の時間や常軌を逸した行動について追想障害を残す。
- ③ 飲酒量は必ずしも大量でなく、純アルコールに換算して約 100 g を超えないなどの徴候を示すものをいう。

なお、病的酩酊には妄想型とせん妄型が存在する。妄想型の場合気分は不安苦悶状で疎通性を欠き、せん妄型では離脱期せん妄に似た運動、不安、幻覚を生ずるもので、両者とも見当識が著しく侵され周囲の状況の認識を欠く。

(b) 複雑酩酊

複雑酩酊とは、飲酒及び飲酒後の興奮が激しくかつ長期にわたるものをいい、しばしば粗暴な攻撃行為又は性的露出、性的加害行動が行われるが、その行為は状況からある程度理解でき、本人の非飲酒時の性格と全く無関係とはいえない。さまざまの程度の酩酊時についての追想障害が見られる場合がある。

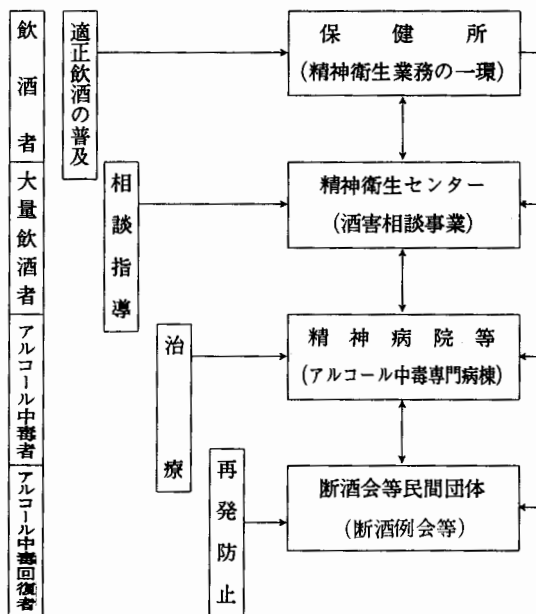
(3) 酒害予防対策と適正飲酒

ア 酒害予防対策の対象

酒害予防対策は「適正飲酒の普及」、「相談・指導」、「医療」、「再発防止」の4つの対策を、対象に応じて総合的に推進する必要がある。その対象は「一般国民」、「大量飲酒者等」、「アルコール中毒者」及び「アルコール中毒回復途上者等」に分けられる。ここで、アルコール中

毒回復途上者は、中毒者で現在病的飲酒習慣がないものをいい、アルコール中毒回復者は、少なくとも2年以上長期にわたって病的飲酒習慣がなく、再発のおそれのきわめて少ないものをいう。

図10 酒害予防対策と適正飲価



イ 適正飲酒の普及

一般に飲酒の習慣は社会、風俗、宗教等との関連があり、一律に禁酒等の規制を行うことは我が国の成人人口の3分の2に相当する5,400万人が飲酒者であるという事実からも非現実的である。

したがって、一般の国民に対しては、アルコール飲料に関する正しい知識を普及させるとともに、アルコール飲料を飲む場合の適正な飲み方等について啓もう普及を図り、また未成年者等の疾病を有する者等アルコール飲料を摂取することが社会的・医学的見地から不適当な者にはアルコール飲料を飲まないように啓もう普及を行っていかねばならな

い。このような「適正飲酒」の考え方を広く国民全般が理解することによって、先に述べた各種のアルコール関連問題を根本的に予防し、国民の健康づくりに寄与する必要がある。

ウ 相談指導

大量飲酒者等の酒害（アルコール関連問題）で悩んでいる人（本人及び家族等）を対象に相談に応じ早期に適切な処遇を行うため精神衛生センター、保健所等において相談指導、診断を行い、精神病院等医療機関の紹介等必要な処置を行っている。

エ 医療

（ア）入院医療

アルコール中毒者等に対する精神科の入院医療はその状態に応じて第Ⅰ期及び第Ⅱ期入院医療に分けて行う。

a 第Ⅰ期入院医療

第Ⅰ期入院医療は、離脱症状、急性アルコール中毒及びこれらに伴う不穏、興奮、異常行動等に対する心身両面の医療を中心とする。入院期間は原則として短期間（おおむね1～2週間）とする。また保護室、閉鎖病棟等、状態に応じて医療上必要な行動制限を行い得る精神科医療施設であることが望ましい。

b 第Ⅱ期入院医療

第Ⅱ期入院医療は、退院後も持続した断酒生活を行うことのできるよう「断酒への動機づけ」を目的としこのため、集団精神療法、作業療法等を行なう。また、状態に応じてナイトケア、断酒会、A.Aの参加を行なう必要がある。入院期間は2～3ヶ月程度とし、不必要な入院継続は避けるべきである。

c アルコール中毒専門病棟

アルコール中毒専門病棟は、構造的には一般の精神病棟とほぼ同じであるが、アルコール中毒者に対して積極的な医療を行うために専門的な医療、看護を行う機能を有する病棟を言う。病床規模は30

床から50床程度とし、アルコール精神疾患の医療、看護に関し専門の知識技術を持つ医師、看護婦、精神科ソーシャルワーカー、臨床心理技術者等を配置する必要がある。

なお、第Ⅰ期及び第Ⅱ期入院医療は、このアルコール中毒専門病棟で行うことが望ましい。

(イ) 通院医療

第Ⅱ期入院医療を終えた者については、引き続き通院医療を行うことにより、継続した断酒生活が営めるよう、指導する必要がある。

また入院を要しないアルコール中毒者についても、通院による医療が必要である。

オ 地域対策

酒害予防対策は地域の実情に応じて精神衛生センターが中核となってい、各地域ごとに保健所をはじめ、精神病院等医療機関、社会福祉関係機関、断酒会等民間団体等と相互の連携を図り、総合的に行う必要がある。

(ア) 精神衛生センター

精神衛生センターは適正飲酒の普及を図り、酒害に関する相談指導を行い、関係機関との連携を図る等、都道府県における酒害予防活動推進の拠点の機関であり、次の通知に基づいてその活動が行われている。

精神衛生センターにおける酒害相談指導事業実施要領について

昭和54年6月12日 衛 発 第463号
各都道府県宛厚生省公衆衛生局長通知

精神衛生センターにおける精神衛生業務は、昭和44年3月24日衛発第194号本職通知「精神衛生センター運営要領について」に基づいて実施されているところであるが、近年アルコール中毒者等の増加に対処するために、酒害予防に関する総合的な対策の推進が強く要請されている。

このため、従来よりアルコール中毒者等のための医療施設等の整備、充実が図られているところであるが、今般、精神衛生センターの地域精神衛生活動の一環として、別紙「精神衛生センターにおける酒害相談指導事業実施要領」により、酒害予防に関

する相談指導等の実施を図ることとしたので、その円滑な実施について遺憾のないよう御配慮願いたい。

精神衛生センターにおける酒害相談指導事業実施要領

1 目的

アルコール中毒者の発生予防，社会復帰等を図るために，精神衛生センターにおける精神衛生業務の一環として，酒害相談指導，酒害予防思想の普及等総合的な対策を行うことを目的とする。

2 実施体制の整備

酒害相談指導事業の適正かつ円滑な運営を図るため，アルコール中毒に関する非常勤の専門医師等必要な職員を配置するなど所内の実施体制の整備に努める。

3 事業の内容

(1) 適正な飲酒及び酒害予防思想の普及

飲酒者に対して適正な飲酒の指導を行い，一般住民に対して酒害予防思想の普及を行う。

(2) 相談指導，診断等

大量飲酒者，アルコール中毒者及びその家族等に対する相談指導，診断等を行い，保健所への連絡，医療機関への紹介等必要な処置を行う。

(3) 関係機関との連絡協調

精神病院等の医療機関，保健所，福祉事務所等関係機関との連絡協調に努める。
なお，相談指導，医療等が適正に行われるように，都道府県における医療機関等の酒害予防活動体系の組織化を図る必要がある。

(4) 断酒会等の民間団体の育成，指導

アルコール中毒の再発を防止するため，各地域において断酒会等の民間団体の活動が積極的に行われることが必要である。

この民間団体の活動は，自主的な活動であるが，この団体の活動が適正かつ効果的に行われるように指導，援助及び育成を図るものとする。

(5) 技術指導及び技術援助

保健所及び関係諸機関に対し，専門的立場から積極的な技術指導及び技術援助を行う。

(イ) 保健所

保健所は地域における第一線の行政機関として，精神衛生活動を行っており，その一環として精神衛生センターの指導，援助のもとに適正飲酒の普及，相談指導，断酒会等民間団体の育成等の酒害予防活動のうち各地域の実情にあったものを行う。

(ウ) 精神病院等医療機関

地域対策を推進する時には、必要な医療を行う精神病院等医療機関を組織化して、精神衛生センター、保健所等と密接な連携を図る必要がある。このために通院医療及び入院医療の充実を図る必要がある。なお、アルコール中毒者の通院医療のうち、デイケアについてはその技術上の問題等今後さらに検討してゆく必要がある。

(エ) 社会復帰施設

アルコール中毒者及びアルコール中毒回復途上者等の社会復帰のために、断酒の指導、生活指導等各種の社会復帰訓練又は生活の場の確保、家族等の協力、生活（医療）扶助等経済的援助等が必要である。

(オ) 社会福祉関係機関

医療機関及び公衆衛生機関等における酒害予防活動に加えて、生活の場の確保、生活指導、生活（医療）扶助等経済的援助等を必要とする者に対し、救護施設等の各種の社会福祉施設並びに生活保護法による生活援助が必要である。このため社会福祉施設及び福祉事務所等の社会福祉関係機関が、精神衛生センター、保健所等と密接な連携を図ることが必要である。

(カ) 断酒会等民間団体

アルコール精神疾患の再発を防止するために、各地域において断酒会や A. A 等民間団体の活動が積極的に行われることが必要である。

民間団体の活動は、自主的な活動であるが、原則として精神衛生センター等の指導を受け、人権上の問題が生じないように適正に行う必要がある。

6. 覚せい剤中毒対策

近年、覚せい剤の乱用は大きな社会問題となっており、昭和20年代のヒロポンの大流行に次ぐ、第2期流行期を迎えている。

覚せい剤は、アンフェタミン、メタンフェタミンを中心とする薬物で、これを摂取すると中枢神経が刺激され疲労感を感じなくなり、気分そう快となる。そして、その快感を再度味わうため、或いは薬効消失後のけん怠感を除くため、繰り返して摂取するようになる。これに伴い摂取量は次第に増大し、中毒に陥ってしまう。また時として幻覚、幻想等の精神症状が現われることもあり、神経機能が麻痺して攻撃的となり、反社会的行動に走ることも稀ではない。

このような覚せい剤の薬理作用のため、その乱用によるとみられる凶悪な犯罪が覚せい剤の流行とともに、増加しており、大きな社会問題となっている。

覚せい剤等の薬物乱用対策においては、取締りを強化するとともに、これら薬物の乱用を許さない社会環境作りと、中毒者に対する徹底した措置が必要とされるところである。

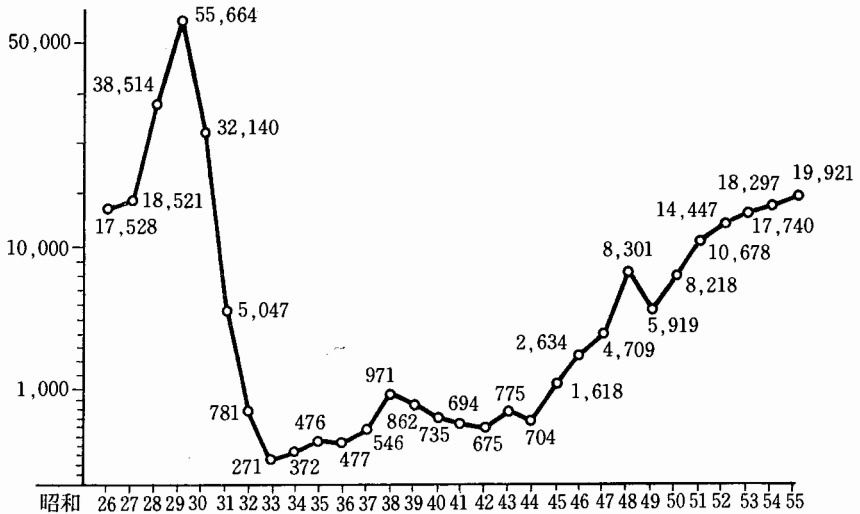
(1) 覚せい剤乱用の現状と対策

我が国の薬物乱用は、昭和20年代に覚せい剤（いわゆるヒロポン）の流行、30年代にヘロイン及び睡眠薬の乱用を経て、40年代以降はシンナー、大麻等とともに、再び覚せい剤の流行を迎えている。

昭和20年代の覚せい剤流行期から現在に至るまでの覚せい剤取締法違反検挙人員の推移は、図11のとおりで、第1期流行時は昭和29年をピークとして薬事法改正あるいは覚せい剤取締法制定及び改正、国民の広範な覚せい剤撲滅運動等によって、32年頃から一応の鎮静化をみた。

しかし、昭和40年代半ばから再び覚せい剤は流行の兆しを見せ始め、検挙人員も55年には約19,000人となっている。この第2期の覚せい剤の流行の大きな特徴は、暴力団を中心として家庭の主婦や高校生・中学生等の若年層にまで広がっていることである。

図11 覚せい剤取締法違反検挙人員の推移（警察統計）



こうした、覚せい剤の乱用による凶悪犯罪も年々増加しており、中にはいわゆる「通り魔犯罪」も多く、大きな社会問題となっている。このため、政府は総理府を中心とする薬物乱用対策推進本部において、昭和48年「覚せい剤乱用対策実施要綱」を制定し、56年4月、これを改正した。改正された要綱は次のとおりである。

覚せい剤乱用対策実施要綱

昭和56年4月24日 薬物乱用対策推進本部決定

第1 趣旨

覚せい剤は昭和20年代の後半を中心に終戦後の混乱した社会の中でいわゆる「ヒロポン」の名で人々に乱用されたが、昭和26年6月覚せい剤取締法が制定され、また、昭和30年1月閣議決定により覚せい剤問題対策推進中央本部を内閣に設置し防止諸対策を強力に推進するなど、乱用防止に努めた結果、昭和33年頃には乱用はほぼ終息した。

ところが、昭和45年頃から乱用者が再び増加する傾向を示したため、昭和48年10月覚せい剤取締法が改正され罰則の強化等が行われるとともに、昭和45年6月5日の閣議決定により設置された薬物乱用対策推進本部において、昭和48年6月21日、政府

の基本方針として「覚せい剤乱用対策実施要綱」を、全国的な組織の整備のため「薬物乱用対策推進地方本部設置要綱」をそれぞれ策定し、中央と地方の関係行政機関が相互に協力しながら乱用防止に鋭意努力してきた。

しかしながら、その後も乱用者の増加がやまなばかりか、一般市民層へのまん延、青少年層への浸透といった憂慮すべき傾向が表れ、また、これに伴い覚せい剤の乱用者による事件事故も多発している。更に、最近では、その大部分が韓国等近隣諸国から密輸入されており、覚せい剤の密輸・密売は格好の資金源となるため暴力団が積極的に関与するなど、覚せい剤を巡る弊害が増大の途にある。

この実施要綱は、このような現状に対処するための覚せい剤乱用防止対策の見直しの結果に基づき策定するものであり、覚せい剤乱用防止対策について、関係行政機関等が緊密な連携を保ちながら、その総合的かつ強力な実施を図り、もって覚せい剤の乱用及びその弊害の根絶を期することを目的とするものである。

第2 主唱及び実施機関

1 薬物乱用対策推進本部が主唱し、これを構成する関係行政機関がこの要綱の実施を推進するものとする。

2 各都道府県に対しても、薬物乱用対策推進地方本部を設け、関係行政機関等の協力によりこの要綱に沿った措置を推進するよう要請するものとする。

第3 実施方針

1 国民に対する啓発活動の推進

覚せい剤の乱用及びその弊害を防止するために、次の事項を推進する。

- (1) 乱用の実態及びその弊害についての周知徹底
- (2) 乱用を許さない生活環境及び社会環境作りに対する関心の高揚
- (3) 医療保護及び更生指導に関する制度等の周知徹底
- (4) 覚せい剤管理者に対する取扱い上の注意の喚起

2 取締りの強化と厳正な処分

覚せい剤の乱用及びその弊害を根絶するために、次の事項を推進する。

- (1) 密輸及び密造者に対する取締り
- (2) 密売組織に対する取締り
- (3) 乱用者に対する取締り
- (4) 覚せい剤事犯に対する厳正な処分

3 乱用者等に対する対策の推進

覚せい剤の乱用者等に対する対策を促進するために、次の事項を推進する。

- (1) 乱用を助長するような社会環境の浄化
- (2) 中毒者に対する医療保護の充実
- (3) 乱用者等に対する更生指導の充実
- (4) 乱用者の実態調査及び研究の実施

第4 実施事項

1 国民に対する啓発活動の推進

(1) 薬物乱用対策推進本部として実施する事項

- ア パンフレット、リーフレット、ポスター、標語等の作成
- イ スライドの作成及び映画等の活用
- ウ 本、ラジオ、テレビ等による広報
- エ 官報(資料版)その他関係機関等の広報紙(誌)等による広報
- オ 各種会議、講習会、座談会等に対する関係者の派遣

(2) 薬物乱用対策推進本部に対し実施を要請する事項

- ア 一般的に推進する事項
 - (ア) パンフレット、リーフレット等の作成及び頒布
 - (イ) ポスター、標語、懸垂幕等の作成及び提示
 - (ウ) 新聞、ラジオ、テレビ等の報道機関の協力による広報
 - (エ) 都道府県その他関係機関の広報紙(誌)等による広報
 - (オ) 広報車の巡回及び移動展、移動相談室等の実施
 - (カ) 講演会、座談会等の開催及びスライド映画等の上映
- イ 重点的に推進する事項
 - (ア) 指導者層に対して推進する事項
 - a 教職員、民生(児童)委員、児童福祉司、保護司、青少年関係指導者、防犯関係指導者、労働関係指導者その他各種団体の指導者に対する啓発と指導
 - b 各種団体の自発的な組織活動の促進
 - (イ) 土木建築、交通運輸業等の関係の事業主等に対して推進する事項
 - a 事業主、労働組合等に対する啓発と指導
 - b 事業所の自発的な活動の促進
 - c 従業者に対する保健衛生教育の徹底及び中毒者等の発見
 - (ウ) 風俗営業等関係者に対して推進する事項
 - a 各種飲食店、風俗営業等の関係団体に対する自発的な活動の協力要請
 - b 特に深夜に営業する飲食店、興行場、トルコ風呂等の営業者に対する啓発と指導
 - c 従業員に対する保健衛生教育の徹底及び身体検査の実施による中毒者等の発見
 - (エ) 特定の地域に対して推進する事項
 - a 覚せい剤乱用のおそれのある地域の覚せい剤追放モデル地区としての指定
 - b モデル地区に対する啓発と指導及び地区関係団体に対する協力要請
 - c モデル地区の自発的な活動の促進
 - d モデル地区内の中毒者等の発見

(3) 市区町村に対し実施を要請する事項

覚せい剤の乱用及びその弊害を根絶するためには、各都道府県に設置された薬物乱用対策推進地方本部と市区町村とが積極的に協力してその対策を実施する必要があるため、市区町村においても、関係行政機関等の協力を得てこの要綱に沿った措置を推進するよう要請するものとする。

(4) 他の運動との関係

この要綱の実施に当たっては、不正大麻・けし撲滅運動、麻薬禍撲滅運動、社会を明るくする運動等関連のある各種運動と密接に連携して推進するものとする。

2 取締りの強化と厳正な処分

(1) 密輸及び密造者に対する取締り

ア 覚せい剤の情報に関する関係取締機関の情報収集体制の強化

イ 韓国、東南アジア諸国等関係国との国際協力の緊密化

ウ 容疑船舶及び航空機の監視並びにその乗客及び乗組員に対する取締り活動の強化

エ 覚せい剤原料の取扱者に対する指導監督及び取締りの強化

オ 密輸及び密造者に対する追及捜査の徹底

(2) 密売組織に対する取締り

ア 暴力団等の密売組織の実態の解明及び継続的かつ徹底的な取締りの実施

イ 末端密売人の入手ルートの徹底的追及

ウ 関係取締機関の連絡協議会の開催

(3) 乱用者に対する取締り

ア 潜在的乱用者の積極的発見と前歴者に対する実態は握の徹底

イ 乱用者に対する検挙の徹底

(4) 覚せい剤事犯の早期かつ徹底した捜査と厳正な処分の実現

3 乱用者等に対する対策の推進

(1) 乱用を助長するような社会環境の浄化の促進

(2) 中毒者に対する医療保護の充実

(3) 乱用者等に対する更生指導の充実

(4) 乱用者の実態調査及び研究の実施

第5 強化月間運動の実施

第4の事項を集中的に実施するため、毎年度、全国一斉の覚せい剤乱用の防止広報及び取締りの強化月間運動を実施するものとする。

第6 連絡

1 この要綱の推進に当たっては、薬物乱用対策推進本部、薬物乱用対策推進地方本部及び市区町村は、関係行政機関及び関係団体と相互に緊密な連絡を保持するものとする。

2 薬物乱用対策推進地方本部は、この要綱に基づく毎年度の計画及びその実施結果を薬物乱用対策推進本部に報告するものとする。

第7 その他

従前の覚せい剤乱用対策実施要綱(昭和48年6月21日薬物乱用対策推進本部決定)は、これを廃止する。

更に、覚せい剤の乱用等によるとみられる「通り魔犯罪」が各地で頻発していることから、薬物乱用対策推進本部では、これに対処するため、56年7月、緊急対策を策定した。その骨子は次のとおりである。

① 国民各層に対する啓発活動の推進

- i 今夏から今秋にかけての広報啓発活動の集中的実施
- ii 各種団体を通じての広報、啓発活動の推進
- iii 薬物乱用対策推進地方本部の全国会議の開催

② 取締りの強化

- i 取締強化月間の実施(覚せい剤事犯、暴力団及び密輸)
- ii 密輸防止対策の強化(密輸防圧水際作戦の実施、国際捜査協力の推進)
- iii 取締協議部会の新設
- iv 薬物事犯捜査共助官制度の新設等広域捜査体制の整備
- v シンナー等乱用防止に関しての罰則の見直し及び乱用規制対象物拡大の検討

③ 乱用者、中毒者等に対する措置

- i 不審者の発見、精神衛生法に基づく通報励行等の強化
- ii 保護観察の充実強化
- iii 措置入院制度の適正な運用等と中毒者医療問題の検討
- iv 保安処分(刑事治療処分)制度の実現を図る。

(2) 覚せい剤の慢性中毒者等に対する医療保護

覚せい剤の輸出入、所持、製造等に関する規制は、覚せい剤取締法によって行われている。しかし、覚せい剤の慢性中毒者及びその疑いのある者についての医療保護は、精神衛生法に基づいて行われることとなっている(同法第51条)。

昭和20年代の覚せい剤の第1次流行期に、覚せい剤取締法が制定されるとともに、昭和29年には、精神衛生法が改正され、覚せい剤、麻薬、あへんの慢性中毒者に対する医療保護について同法が適用されることとなった。その後38年にヘロイン等の流行によって麻薬、あへんの慢性中毒者については、麻薬取締法に新たに措置入院制度が設けられることとなり、現行の形となっている。

精神衛生法の対象となる覚せい剤の慢性中毒者とは、「精神衛生法の一部改正について」(昭29.9.7衛発第639号厚生省公衆衛生局長通知)によって

“自発的には覚せい剤の使用を止めることができないようなもの”
とされている。

この覚せい剤の慢性中毒者については、自傷他害のおそれがある場合には都道府県知事により入院措置がとれるほか、通院医療制度、訪問指導制度等精神衛生法上の各制度が準用されることとなっており、昭和56年6月末現在、覚せい剤の慢性中毒のために精神病院に入院している者は614名であり、うち措置入院患者は126名となっている。

なお、(1)で述べた薬物乱用対策推進本部の緊急対策の決定に基づき、覚せい剤の慢性中毒者に対する医療保護の徹底を図るため、次のような通知が発せられている。

衛 精 第 58 号
昭和56年8月11日

都道府県衛生主管部(局)長 殿

厚生省公衆衛生局精神衛生課長

覚せい剤の慢性中毒者等に対する精神衛生
法に基づく医療保護措置等の徹底について

覚せい剤等の薬物の乱用等によるとみられる、いわゆる「通り魔犯罪」が各地で頻発し、大きな社会問題となっている。このため政府は、総理府を中心とする薬物乱用対策推進本部において覚せい剤問題を中心に、その対策を検討してきたところであるが、去る7月24日「覚せい剤問題を中心として緊急に実施すべき対策」を別添のとおり決定し、8月7日薬物乱用対策推進地方本部全国会議においてその伝達を行ったところ

である。

覚せい剤の慢性中毒者及びその疑いのある者に対する医療保護については、従来より精神衛生法に基づいて行われているところであるが、此度の薬物乱用対策推進本部の決定に従い、特に次の諸点に留意の上、その取扱いについて今後とも遺漏のないよう適正な運用を計られるよう特段のご配慮をお願いしたい。

記

1 覚せい剤の慢性中毒者の定義

覚せい剤の慢性中毒者とは、自発的には覚せい剤の使用を止めることができないようなものをいうこと。

但し、これらの者でも精神衛生法第3条の規定による精神障害者である場合は、精神障害者として取り扱うものであること。

なお、「精神衛生法の一部改正について」(昭29.9.7衛発第639号 各都道府県知事宛 厚生省公衆衛生局長通知)の二を参照のこと。

2 申請・通報・届出制度の運用の強化

- (1) 精神衛生法第23条から第26条の2に定める申請・通報・届出制度につき、関係機関との緊密な連携の上、その円滑な運用を図ること。
- (2) 特に、薬物乱用対策推進本部の決定に基づき、覚せい剤の慢性中毒者及びその疑いのある者について、警察官、検察官の通報がより一層強化されることとなるため、対象者の処遇に遺漏が無いよう留意するとともに、通報に基づく調査、精神衛生鑑定医への診察の委嘱等の事務を迅速かつ的確に行うこと。
- (3) 夜間及び日曜・休日における通報等の受理体制の確保について、警察・検察等関係機関及び一般市民に対して周知徹底を図ること。

3 覚せい剤の慢性中毒者等に対する措置入院制度の適正な運用

- (1) 貴職管下職員及び精神衛生鑑定医に対して、精神衛生法第29条に定める措置入院の要件について、その徹底を図ること。なお、「精神障害者措置入院及び同意入院取扱要領について」(昭36.8.16衛発第659号 各都道府県知事宛 厚生省公衆衛生局長通知)を参照のこと。
- (2) 措置入院中の覚せい剤の慢性中毒者等につき、適正な措置解除を行うこと。なお、「精神障害者措置入院制度の適正な運用について」(昭51.8.19衛発第671号 各都道府県知事宛 厚生省公衆衛生局長通知)及び「精神障害者措置入院制度の適正な運用について」(昭51.10.26衛精第25号 各都道府県衛生主管部(局)長宛、厚生省公衆衛生局精神衛生課長通知)を参照のこと。

4 覚せい剤の慢性中毒者等の実態把握と訪問指導及び精神衛生相談体制の強化

- (1) 貴職管下医療を要する覚せい剤の慢性中毒者及びその疑いのある者について医療機関とも連携を図り、その実態の把握に努めること。
- (2) 上記(1)の者について、適正な医療保護を行うとともに、精神衛生法第43条に基

づく訪問指導を励行し、又、衛生主管部局又は保健所の相談体制を早急に整備すること。

別添～略

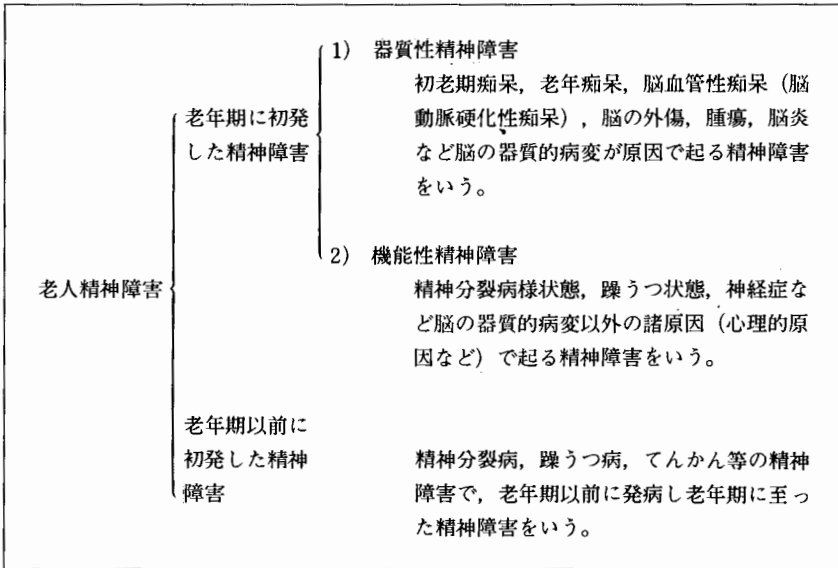
7. 老人精神障害者対策

(1) 老人精神障害とは

ア 老人精神障害

老人精神障害とは、老年期にみられる精神障害を総称していう。これは図12のように、老年期に初発した精神障害と老年期以前に発病し老年期に至った精神障害に大別される。

図12 老人精神障害の分類



イ 老人の痴呆疾患

痴呆とは精神医学的には、いったん獲得された知能が、脳の器質的障害により永続的（不可逆的）に低下又は喪失することをいう。

老人の痴呆疾患とは脳の器質的障害により痴呆を示す疾患をいう。すなわち、前述の器質性精神障害に相当するもので、初老期痴呆, 老年痴呆, 脳血管性痴呆の他, 脳の外傷, 腫瘍, 感染, 中毒, 代謝障害など種々の原因によって起こる精神障害をいう。

ウ 痴呆老人

痴呆老人とは老人の精神障害のうち、脳の器質的障害により痴呆を示している老人をいう。

(2) 老人精神障害者対策の基本的な考え方

老人精神障害者対策を推進するに当たっての基本的な考え方は、次の3点である。

- ① 老人の精神障害対策は、総合的な老人対策の一環として行うべきものであり、とくに医療面においては、精神科と他科との緊密な連けいが必要である。
- ② 老人の精神障害対策は、主として地域対策を中心として推進し、精神病院への入院は慎重に行うべきものである。
- ③ 老人の精神障害対策に関しては、これをより有効に行うための研究体制の充実・強化が必要であるが、それは、試験的事業の実施（パイロット・スタディ）を含めて行われるべきである。

(3) 当面の具体的対策

当面行うべき、老人精神障害者対策としては次のようなものが挙げられる。

- ① 公衆衛生審議会における専門的検討
現在、専門委員による検討を行っているが、引き続き総合的な検討を行うものとする。
- ② 試験的事業の実施（パイロット・スタディ）及び老人の精神病棟の整備
医療施設における老人の精神病棟のあり方、通院・在宅医療等について試験的事業の実施（パイロット・スタディ）を図りつつ、老人の精神病棟の整備を行う。
- ③ 予 防 対 策
 - I 精神老化防止のための健康教育
 - II サービスシステムの周知徹底
- ④ 地 域 対 策
 - I 通院・在宅医療の充実

- (i) 通常の外来診療の充実・強化
- (ii) 老人の精神科デイ・ケアの整備
- (iii) 在宅医療サービス（往診治療，他科入院中の者に対するものを含む。）

ii 保健所及び精神衛生センターにおける相談指導（本人及び家族に対して行う。）

iii 保健所の精神科嘱託医，精神衛生相談員，保健婦による訪問指導（本人，家族，ホームヘルパーに対して病状観察及び療養の指導等を行う。老人ホーム，特別養護老人ホーム等に入所中の者を含むものである。）

⑤ 研究体制の充実・強化

老人の精神障害の予防，診断，治療，リハビリテーション及び老年期精神健康増進等に関する研究の充実，強化を行う。

3章 精神衛生関連の行政・施設等

精神障害者に関連する法令の中心をなすものは精神衛生法であるが、その他にも精神障害者に対する、福祉措置、教育指導等を目的とした法令が数多く制定されており、これらの法令に基づいて多くの機関が設置されている。

1. 厚生省関係

- (1) 社会福祉事業法-----社会福祉事業の全分野における共通的基本事項を定め、生活保護法、児童福祉法、母子福祉法、老人福祉法、身体障害者福祉法、精神薄弱者福祉法、その他の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且つ適正に行われることを確保し、もって社会福祉の増進に資することを目的とした法律である。

(福祉事務所)-----総合的な社会福祉行政の第一線機関であり、生活保護法、児童福祉法、母子福祉法、老人福祉法、身体障害者福祉法、及び精神薄弱者福祉法に定める援護、育成又は更生の措置に関する事務を司どり、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。

55年6月1日現在県343,市815,町村4計1162が設置されている。

- (2) 生活保護法-----生活に困窮するすべての国民に対し、

その困窮の程度に応じ、必要な保護を行い、その最低限度の生活を保障するとともに、その自立を助長することを目的とした法律であり、生活保護法第38条に定める保護施設には次の施設がある。

(救護施設)-----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して、生活扶助を行うことを目的とする施設である。

54年10月1日現在 公営53, 私营102, 計155, か所が設置されている。

(更生施設)-----身体上又は、精神上の理由により養護及び補導を必要とする要保護者を収容して生活扶助を行うことを目的とする施設である。

54年10月1日現在 公営8, 私营8, 計16 か所が設置されている。

(授産施設)-----身体上若しくは、精神上の理由又は、世帯の事情により就業能力の限られている要保護者に対して、就労又は技能の修得のために必要な機会及び便宜を与えて、その自立を助長することを目的とする施設である。

54年10月1日現在 公営56, 私营21, 計77か所が設置されている。

(3) 児童福祉法-----児童が心身ともに健やかに生まれ、

且つ、育成されるよう努めることを目的とした法律であり、法第7条に定める児童福祉施設には次の施設がある。

(児童相談所)-----児童福祉行政の第一線現業機関として各県に設置されており、その業務は18才未満の児童の福祉に関して次の様な業務を行っている。

- (1) 児童に関する各搬の問題につき、家庭その他からの相談に応ずること。
- (2) 児童及びその家庭につき、必要な調査並びに医学的、心理学的、教育学的、社会学的及び精神衛生上の判定を行うこと。
- (3) 児童及びその保護者につき、(2)の調査又は判定に基づいて必要な指導を行うこと。
- (4) 児童の一時保護を行うこと。

なお、55年4月1日現在 162か所が設置されている。

(情緒障害児短期治療施設)-----軽度の情緒障害を有するおおむね12才未満の児童を短期間収容し、又は保護者のもとから通わせて、その情緒障害をなおすことを目的とする施設である。

54年10月1日現在 公営7,私営4,計11か所が設置されている。

(4) 老人福祉法-----老人の福祉に関する原理を明らかにするとともに、老人に対し、その心身の

健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じ、もって老人の福祉を図ることを目的とする法律であり、法第14条に定める老人福祉施設には次の施設がある。

(養護老人ホーム)-----65才以上の者であって、身体上若しくは、精神上又は環境上の理由及び経済的理由により居宅において養護を受けることが困難なものを収容し、養護することを目的とする施設である。
54年10月1日現在 公営592,私営317,
計909か所が設置されている。

(特別養護老人ホーム)-----65才以上の者であって身体上又は精神上著しく欠陥があるために常時の介護を必要とし、かつ居宅においてこれを受けることが困難なものを収容し、養護することを目的とする施設である。
54年10月1日現在 公営154,私営749,
計903か所が設置されている。

(老人福祉センター)-----無料又は低額な料金で老人に対して各種の相談に応ずるとともに健康の増進教養の向上及びレクリエーションのための便宜を総合的に供与することを目的とする施設である。
54年10月1日現在 公営683,私営341,
計1,024か所が設置されている。

(5) 精神薄弱者福祉法-----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、もつ

て精神薄弱者の福祉を図ることを目的とする法律であり、法第18条に定める精神薄弱者援後施設には、次の施設がある。

(精神薄弱者更生施設)-----18才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及び訓練を行うことを目的とする施設である。

54年10月1日現在 公営59, 私营401, 計460か所が設置されている。

(精神薄弱者授産施設)-----18才以上の精神薄弱者であって雇用されることが困難なものを入所させて、自活に必要な訓練を行うとともに職業を与えて自活させることを目的とする施設である。

54年10月1日現在 公営31, 私营144, 計175か所が設置されている。

(6) 国民年金法及び厚生年金法

国民皆年金制度により、すべての国民はいずれかの年金制度に加入しており高齢や障害者等になったときには、生活の安定を図るため年金の保障が行われるようになってきている。

ア 国民年金法

障害者になった場合に支給される年金は障害年金(拠出年金)と障害福祉年金(無拠出年金)があり障害年金は、国民年金に加入している期間中に障害者となった場合(国民年金障害等級表に該当する程度の障害の状態)に支給され、最低保障金は1級障害で年額56年7月から675,900円2級障害で56年7月から540,700円となっている。

障害福祉年金は、拠出年金を受けることができない者(拠出年金発足

当時すでに高齢であった人等) に対して国民年金障害等級表に該当する程度の障害の状態にあり、かつ20才以上等である場合に支給され、年金額は1級障害で56年8月から431,000円、2級障害で56年8月から288,000円となっている。

イ 厚生年金法

厚生年金法では、被保険者が在職中に厚生年金保険法別表第1に定める程度の障害になった場合、その所得を保障するために障害年金が支給される。この年金は障害の程度に応じて1級から3級までに分かれており、最低保障額は56年6月から540,700円となっている。

なお、年金については、詳しいことは社会保険事務所に問い合わせること。

2. 文 部 省 関 係

養 護 学 校……精神薄弱者、肢体不自由者若しくは病弱者に対して、幼稚園、小学校、中学校又は高等学校に準ずる教育を施し、あわせてその欠陥を補うために必要な知識、技能を授けることを目的する施設であり、56年5月1日現在 国立43、公立638、私立14、計695か所が設置されている。

3. 法 務 省 関 係

少年院(医療少年院)……心身に著しい故障のある14才以上26才未満の者を収容し、社会生活に適応させるため、職業の補導、適当な訓練及び医療を授ける施設であり、56年4月1日現在3か所が設置されている。

資 料 編

I 法令

精神衛生法

1. 精神衛生法

(昭和25年5月1日 法律第123号)

改正 昭26法55, 昭27法268, 昭28法213,
昭29法136・法163・法179, 昭33法
17, 昭34法75, 昭36法66, 昭37法
161, 昭38法108, 昭40法139, 昭53
法55

第1章 総 則

(この法律の目的)

第1条 この法律は、精神障害者等の医療及び保護を行い、且つ、その発生の予防に努めることによって、国民の精神的健康の保持及び向上を図ることを目的とする。

(国及び地方公共団体の義務)

第2条 国及び地方公共団体は、医療施設、教育施設その他福祉施設を充実することによって精神障害者等が社会生活に適應することができるように努力するとともに、精神衛生に関する知識の普及を図る等その発生を予防する施策を講じなければならない。

(定 義)

第3条 この法律で「精神障害者」とは、精神病患者(中毒性精神病患者を含む。)、精神薄弱者及び精神病質者をいう。

第2章 施 策

(都道府県立精神病院)

第4条 都道府県は、精神病院を設置しなければならない。但し、第5条の規定による指定病院がある場合においては、その設置を延期することができる。

(指定病院)

第5条 都道府県知事は、国及び都道府県以外の者が設置した病院又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又は一部を、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る施設（以下「指定病院」という。）として指定することができる。

(国の補助)

第6条 国は、都道府県が設置する精神病院及び精神病院以外の病院に設ける精神病室の設置及び運営（第30条の規定による場合を除く。）に要する経費に対して、政令の定めるところにより、その2分の1を補助する。

第6条の2 国は、営利を目的としない法人が設置する精神病院及び精神病院以外の病院に設ける精神病室の設置及び運営に要する経費に対して、政令の定めるところにより、その2分の1以内を補助することができる。

(精神衛生センター)

第7条 都道府県は、精神衛生の向上を図るため、精神衛生センターを設置することができる。

2 精神衛生センターは、精神衛生に関する知識の普及を図り、精神衛生に関する調査研究を行ない、並びに精神衛生に関する相談及び指導のうち複雑又は困難なものを行なう施設とする。

(国の補助)

第8条 国は、都道府県が前条の施設を設置したときは、政令の定めるところにより、その設置に要する経費については2分の1、その運営に要する経費については3分の1を補助する。

第9条及び第10条 削除

(指定の取消し)

第11条 都道府県知事は、指定病院の運営方法がその目的遂行のために不適当であると認めたときは、その指定を取り消すことができる。この場合においては、都道府県知事は、指定病院の設置者に釈明の機会を与えるため、職員をして当該設置者について聴聞を行わせなければならない。

(政令への委任)

第12条 この法律に定めるものの外、都道府県の設置する精神病院及び精神衛生センターに関して必要な事項は、政令で定める。

第3章 地方精神衛生審議会及び精神衛生診査協議会

(地方精神衛生審議会)

第13条 精神衛生に関する事項を調査審議させるため、都道府県に地方精神衛生審議会を置く。

- 2 地方精神衛生審議会は、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。
- 3 地方精神衛生審議会は、関係行政機関に対し所属職員の出席、説明及び資料の提出を求めることができる。

(委員及び臨時委員)

第14条 地方精神衛生審議会の委員は、10人以内とする。

- 2 特別の事項を調査審議するため必要があるときは、地方精神衛生審議会に臨時委員を置くことができる。
- 3 委員及び臨時委員は、精神衛生に関し学識経験のある者のうちから、都道府県知事が任命する。
- 4 委員の任期は、3年とする。

(精神衛生診査協議会)

第15条 都道府県知事の諮問に応じ、第32条第3項の申請に関する必要な事項を審議させるため、都道府県に精神衛生診査協議会を置く。

(委員)

第16条 精神衛生診査協議会の委員は5人とする。

- 2 委員は、精神障害者の医療に関する事業に従事する者及び関係行政機関の職員のうちから、都道府県知事が任命する。
- 3 委員(関係行政機関の職員のうちから任命された委員を除く。)の任期は、2年とする。

(条例への委任)

第17条 地方精神衛生審議会及び精神衛生診査協議会の運営に関し必要な事項は、条例で定める。

第4章 精神衛生鑑定医

(精神衛生鑑定医)

第18条 厚生大臣は、精神障害の診断又は治療に関し少くとも3年以上の経験がある医師のうちから、その同意を得て精神衛生鑑定医を指定する。

2 精神衛生鑑定医は、都道府県知事の監督のもとに、この法律の施行に関し精神障害の有無並びに精神障害者につきその治療及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。

3 精神衛生鑑定医は、前項の職務の執行に関しては法令により公務に従事する職員とみなす。

(実費弁償及び報酬)

第19条 都道府県知事は、精神衛生鑑定医に対し精神障害に関する診察をさせたときは、条例の定めるところにより、その診察に要した実費を弁償し、且つ、相当額の報酬を支給する。

第5章 医療及び保護

(保護義務者)

第20条 精神障害者については、その後見人、配偶者、親権を行う者及び扶養義務者が保護義務者となる。但し、左の各号の一に該当する者は保護義務者とならない。

一 行方の知らない者

二 当該精神障害者に対して訴訟をしている者、又はした者並びにその配偶者及び直系血族

三 家庭裁判所で免ぜられた法定代理人又は保佐人

四 破産者

五 禁治産者及び準禁治産者

六 未成年者

2 保護義務者が数人ある場合において、その義務を行うべき順位は、左の通りとする。但し、本人の保護のため特に必要があると認める場合には、後見人以外の者について家庭裁判所は利害関係人の申立によりその順位を変更することができる。

一 後見人

二 配偶者

三 親権を行う者

四 前2号の者以外の扶養義務者のうちから家庭裁判所が選任した者

3 前項但書の規定による順位の変更及び同項第4号の規定による選任は家事審判法（昭和22年法律第152号）の適用については、同法第9条第1項甲類に掲げる事項とみなす。

第21条 前条第2項各号の保護義務者がいないとき又はこれらの保護義務者をその義務を行うことができないときはその精神障害者の居住地を管轄する市町村長（特別区の長を含む。以下同じ）、居住地がないか又は明らかでないときはその精神障害者の現在地を管轄する市町村長が保護義務者となる。

第22条 保護義務者は、精神障害者に治療を受けさせるとともに、精神障害者が自身を傷つけ又は他人に害を及ぼさないように監督し、且つ、精神障害者の財産上の利益を保護しなければならない。

2 保護義務者は、精神障害者の診断が正しく行われるよう医師に協力しなければならない。

3 保護義務者は、精神障害者に医療を受けさせるに当っては、医師の指示に従わなければならない。

（診察及び保護の申請）

第23条 精神障害者又はその疑のある者を知った者は、誰でも、その者について精神衛生鑑定医の診察及び必要な保護を都道府県知事に申請することができる。

2 前項の申請をするには、左の事項を記載した申請書をもよりの保健所長を経て都道府県知事に提出しなければならない。

- 一 申請者の住所、氏名及び生年月日
- 二 本人の現在場所、居住地、氏名、性別及び生年月日
- 三 症状の概要
- 四 現に本人の保護の任に当たっている者があるときはその者の住所及び氏名

3 虚偽の事実を具して第1項の申請をした者は、6月以下の懲役又は2万円以下の罰金に処する。

(警察官の通報)

第24条 警察官は、職務を執行するに当たり、異常な挙動その他周囲の事情から判断して、精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認められる者を発見したときは、直ちに、その旨を、もよりの保健所長を経て都道府県知事に通報しなければならない。

(検察官の通報)

第25条 検察官は、精神障害者又はその疑いのある被疑者又は被告人について、不起訴処分をしたとき、裁判（懲役、禁こ又は拘留の刑を言い渡し執行猶予の言渡をしない裁判を除く。）が確定したとき、その他特に必要があると認められたときは、すみやかに、その旨を都道府県知事に通報しなければならない。

(保護観察所の長の通報)

第25条の2 保護観察所の長は、保護観察に付されている者が精神障害者又はその疑いのある者であることを知ったときは、すみやかに、その旨を都道府県知事に通報しなければならない。

(矯正施設の長の通報)

第26条 矯正施設（拘置所、刑務所、少年刑務所、少年院、少年鑑別所及び婦人補導院をいう。以下同じ。）の長は、精神障害者又はその疑いのある収容者を釈放、退院又は退所させようとするときは、あらかじめ、左の事項を本人の帰住地（帰住地がない場合は当該矯正施設の所在地）の都道府県知事に通報しなければならない。

- 一 本人の帰住地、氏名、性別及び生年月日
- 二 症状の概要
- 三 釈放、退院又は退所の年月日
- 四 引取人の住所及び氏名

(精神病院の管理者の届出)

第26条の2 精神病院（精神病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。以下同じ。）の管理者は、入院中の精神障害者であつて、第29条第1項の要件に該当すると認められるものから退院の申出があつたときは、直ちに、その旨を、もよりの保健所長を経て都道府県知事に届け出なければならぬ。

(精神衛生鑑定医の診察)

第27条 都道府県知事は、前6条の規定による申請、通報又は届出のあつた者について調査の上必要があると認めるときは、精神衛生鑑定医をして診察をさせなければならない。

- 2 都道府県知事は、入院させなければ精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあることが明らかである者については、前6条の規定による申請、通報又は届出がない場合においても、精神衛生鑑定医をして診察をさせることができる。
- 3 都道府県知事は、前2項の規定により診察をさせる場合には、当該吏員を立ち合わせなければならない。
- 4 精神衛生鑑定医及び前項の当該吏員は、前3項の職務を行うに当つて必要な限度においてその者の居住する場所へ立ち入ることができる。
- 5 前項の規定によつてその者の居住する場所へ立ち入る場合には精神衛生鑑定医及び当該吏員は、その身分を示す証票を携帯し、関係人の請求があるときはこれを呈示しなければならない。
- 6 第1項又は第2項の規定による診察を拒み、妨げ、若しくは忌避した者は第4項の規定による立入を拒み若しくは妨げた者は、1万円以下の罰金に処する。

(診察の通知)

第28条 都道府県知事は、前条第1項の規定により診察をさせるに当って現に本人の保護の任に当たっている者がある場合には、あらかじめ、診察の日時及び場所をその者に通知しなければならない。

2 後見人、親観を行う者、配偶者その他現に本人の保護の任に当たっている者は、前条第1項の診察に立ち会うことができる。

(知事による入院措置)

第29条 都道府県知事は、第27条の規定による診察の結果、その診察の受けた者が精神障害者であり、且つ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めるときは、その者を国若しくは都道府県の設置した精神病院又は指定病院に入院させることができる。

2 前項の場合において都道府県知事がその者を入院させるには、2人以上の精神衛生鑑定医の診察を経て、その者が精神障害者であり、且つ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めることについて、各精神衛生鑑定医の診察の結果が一致した場合でなければならない。

3 国又は都道府県の設置した精神病院及び指定病院の管理者は、病床（病院の一部について第5条の指定を受けている指定病院にあつてはその指定にかかる病床）にすでに第1項又は次条第1項の規定により入院をさせた者がいるため余裕がない場合の外は、前項の精神障害者を収容しなければならない。

4 この法律施行の際、現に精神病院法（大正8年法律第25号）第2条の規定によって入院中の者は、第1項の規定によって入院したものとみなす。

第29条の2 都道府県知事は、前条第1項の要件に該当すると認められる精神障害者又はその疑いのある者について、急速を要し、前3条の規定による手続をとることができない場合において、精神衛生鑑定医をして診察をさせた結果、その者が精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその精神

障害のために自身を傷つけ又は他を害するおそれが著しいと認めるときは、その者を前条第1項に規定する精神病院又は指定病院に入院させることができる。

2 都道府県知事は、前項の措置をとったときは、すみやかに、その者につき、前条第1項の規定による入院措置をとるかどうかを決定しなければならない。

3 第1項の規定による入院の期間は、48時間をこえることができない。

4 第27条第4項から第6項までの規定は第1項の規定による診察について、前条第3項の規定は第1項の規定により入院する者の収容について準用する。

第29条の3 第29条第1項に規定する精神病院又は指定病院の管理者は、前条第1項の規定により入院した者について、都道府県知事から、第29条第1項の規定による入院措置をとらない旨の通知を受けたとき、又は前条第3項の期間内に第29条第1項の規定による入院措置をとる旨の通知がないときは、直ちに、その者を退院させなければならない。

(入院措置の解除)

第29条の4 都道府県知事は、第29条第1項の規定により入院した者（以下「措置入院者」という。）が、入院を継続しなくてもその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがないと認められるに至ったときは、直ちに、その者を退院させなければならない。この場合においては、都道府県知事は、あらかじめ、その者を収容している精神病院又は指定病院の管理者の意見を聞くものとする。

第29条の5 措置入院者を収容している精神病院又は指定病院の管理者は、措置入院者が、入院を継続しなくてもその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがないと認められるに至ったときは、直ちに、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。

2 都道府県知事は、必要があると認めるときは、措置入院者を収容している精神病院若しくは指定病院の管理者に対し、措置入院者の症状に関する報告

を求め、又は精神衛生鑑定医をして措置入院者を診察させることができる。

- 3 措置入院者又はその保護義務者は、都道府県知事に対し、入院を継続しなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあるかどうかの調査を行なうことを求めることができる。

(入院措置の場合の診療方針及び医療に要する費用の額)

第29条の6 第29条第1項及び第29条の2第1項の規定により入院する者について国若しくは都道府県の設置した精神病院又は指定病院が行う医療に関する診療方針及びその医療に要する費用の額の算定方法は、健康保険の診療方針及び療養に要する費用の額の算定方法の例による。

- 2 前項の規定する診療方針及び療養に要する費用の額の算定方法の例によることができないとき、及びこれによることを相当としないときの診療方針及び医療に要する費用の額の算定方法は、厚生大臣が公衆衛生審議会の意見を聴いて定めるところによる。

(社会保険診療報酬支払基金への事務委託)

第29条の7 都道府県は、第29条第1項及び第29条の2第1項の規定により入院する者について国若しくは都道府県の設置した精神病院又は指定病院が行った医療が前条に規定する診療方針に適合するかどうかについての審査及びその医療に要する費用の額の算定並びに国又は指定病院の設置者に対する診療報酬の支払に関する事務を社会保険診療報酬支払基金に委託することができる。

(費用の支弁及び負担)

第30条 第29条第1項及び第29条の2第1項の規定により都道府県知事が入院させた精神障害者の入院に要する費用は、都道府県の支弁とする。

- 2 国は、前項の規定により都道府県が支弁した経費に対し、政令の定めるところにより、その10分の8を負担する。

(費用の徴収)

第31条 都道府県知事は、第29条第1項及び第29条の2第1項の規定により入院させた精神障害者又はその扶養義務者が入院に要する費用を負担すること

ができると認めるときは、その費用の全部又は一部を徴収することができる。

(一般患者に対する医療)

第32条 都道府県は、精神障害の適正な医療を普及するため、精神障害者が健康保険法(大正11年法律第70号)第43条第3項各号に掲げる病院若しくは診療所又は薬局その他政令で定める病院若しくは診療所又は薬局(その開設者が、診療報酬の請求及び支払に関し次条に規定する方式によらない旨を都道府県知事に申し出たものを除く。)で病院又は診療所へ収容しないで行なれる精神障害の医療を受ける場合において、その医療に必要な費用の2分の1を負担することができる。

2 前項の医療に必要な費用の額は、健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例によって算定する。

3 第1項の規定による費用の負担は、当該精神障害者又はその保護義務者の申請によって行なうものとし、その申請は、精神障害者の居住地を管轄する保健所長を経て、都道府県知事に対してしなければならない。

4 都道府県知事は、前項の申請に対して決定をするには、精神衛生診査協議会の意見を聞かなければならない。

5 第3項の申請があつてから6月を経過したときは、当該申請に基づく費用の負担は、打ち切られるものとする。

6 戦傷病者特別援護法(昭和38年法律第168号)の規定によって医療を受けることができる者については、第1項の規定は、適用しない。

(費用の請求、審査及び支払)

第32条の2 前条第1項の病院若しくは診療所又は薬局は、同項の規定により都道府県が負担する費用を、都道府県に請求するものとする。

2 都道府県は、前項の費用を当該病院若しくは診療所又は薬局に支払わなければならない。

3 都道府県は、第1項の請求についての審査及び前項の費用の支払に関する事務を、社会保険診療報酬支払基金その他政令で定める者に委託することが

できる。

(費用の支弁及び負担)

第32条の3 国は、都道府県が第32条第1項の規定により負担する費用を支弁したときは、当該都道府県に対し、政令で定めるところにより、その2分の1を補助する。

(他の法律による医療に関する給付との調整)

第32条の4 第32条第1項の規定により費用の負担を受ける精神障害者が、健康保険法、日雇労働者健康保険法(昭和28年法律第207号)、国民健康保険法(昭和33年法律第192号)、船員保険法(昭和14年法律第73号)、労働者災害補償保険法(昭和22年法律第50号)、国家公務員共済組合法(昭和33年法律第128号)、公共企業体職員等共済組合法(昭和31年法律第134号)、地方公務員等共済組合法(昭和37年法律第152号又は私立学校教職員共済組合法(昭和28年法律第245号))の規定による被保険者、労働者、組合員又は被扶養者である場合においては、保険者又は共済組合は、これらの法律の規定によってすべき給付のうち、その医療に要する費用の2分の1をこえる部分については、給付をすることを要しない。

2 第32条第1項の規定により費用の負担を受ける精神障害者が、生活保護法(昭和25年法律第144号)の規定による医療扶助を受けることができる者であるときは、その医療に要する費用は、都道府県が同項の規定によりその2分の1を負担し、その残部につき同法の適用があるものとする。

(保護義務者の同意による入院)

第33条 精神病院の管理者は、診察の結果精神障害者であると診断した者につき、医療及び保護のため入院の必要があると認める場合において保護義務者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を入院させることができる。

(仮入院)

第34条 精神病院の管理者は、診察の結果精神障害者の疑があつてその診断に相当の時日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は、本人の同意がなくても、3週を超えない期間、仮に精神病院へ入院させることができる。

(家庭裁判所の許可)

第35条 前2条の同意者が後見人である場合において前2条の同意をするには、民法(明治29年法律第89号)第858条第2項の規定の適用を除外するものではない。

(届出)

第36条 精神病院の管理者は、第33条又は第34条の規定による措置をとったときは、10日以内に左の事項を入院について同意を得た者の同意書を添え、もよりの保険所長を経て都道府県知事に届け出なければならない。

一 本人の住所、氏名、性別及び生年月日

二 診察の年月日

三 病名及び症状の概要

四 同意者の住所、氏名及び続柄

五 入院の年月日

2 前項の規定に違反した者は、5千円以下の過料に処する。

(知事の審査)

第37条 都道府県知事は、必要があると認めるときは、第33条又は第34条の規定により入院した者について2人以上の精神衛生鑑定医に診察をさせ各精神衛生鑑定医の診察の結果が入院を継続する必要があることに一致しない場合には、当該精神病院の管理者に対し、その者を退院させることを命ずることができる。

2 前項の命令に違反した者は、3年以下の懲役又は5万円以下の罰金に処する。

(行動の制限)

第38条 精神病院の管理者は、入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる。

(無断退去者に対する措置)

第39条 精神病院の管理者は、入院中の者で自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれのあるものが無断で退去しその行方が不明になったときは、所轄の警察署長に左の事項を通知してその探索を求めなければならない。

- 一 退去者の住所、氏名、性別及び生年月日
- 二 退去の年月日及び時刻
- 三 症状の概要
- 四 退去者を発見するために参考となるべき人相、服装その他の事項
- 五 入院年月日
- 六 保護義務者又はこれに準ずる者の住所及び氏名

2 警察官は、前項の探索を求められた者を発見したときは、直ちに、その旨を当該精神病院の管理者に通知しなければならない。この場合において、警察官は、当該精神病院の管理者がその者を引き取るまでの間、24時間を限り、その者を、警察署、病院、救護施設等の精神障害者を保護するのに適当な場所に、保護することができる。

(仮退院)

第40条 第29条第1項に規定する精神病院又は指定病院の管理者は、措置入院者の症状に照しその者を一時退院させて経過を見るのが適当であると認めるときは、都道府県知事の許可を得て、6箇月を超えない期間を限り仮に退院させることができる。

(保護義務者の引取義務等)

第41条 保護義務者は、第29条の3若しくは第29条の4の規定により仮退院する者又は前条の規定により仮退院する者を引き取り、且つ、仮退院した者の保護に当っては当該精神病院又は指定病院の管理者の指示に従わなければならない。

(精神衛生に関する業務に従事する職員)

第42条 都道府県及び保健所を設置する市は、保健所に、精神衛生に関する相談に応じ、及び精神障害者を訪問して必要な指導を行なうための職員を置く

ことができる。

- 2 前項の職員は、学校教育法（昭和22年法律第26号）に基づく大学において社会福祉に関する科目を修めて卒業した者であって、精神衛生に関する知識及び経験を有するものその他政令で定める資格を有する者のうちから、都道府県知事又は保健所を設置する市の長が任命する。

（訪問指導）

第43条 保健所長は、第27条又は第29条の2第1項の規定による診察の結果精神障害者であると診断された者で第29条第1項及び第29条の2第1項の規定による入院をさせられなかったもの第29条の3又は第29条の4の規定により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であって必要があると認めるものについては、必要に応じ、前条第1項の職員又は都道府県知事若しくは保健所を設置する市の長が指定した医師をして、精神衛生に関する相談に応じさせ、及びその者を訪問し精神衛生に関する適当な指導をさせなければならない。

第44条から第47条まで 削除

（施設以外の収容禁止）

第48条 精神障害者は、精神病院又は他の法律により精神障害者を収容することのできる施設以外の場所に収容してはならない。

（医療及び保護の費用）

第49条 保護義務者が精神障害者の医療及び保護のために支出する費用は、当該精神障害者又はその扶養義務者が負担する。

（刑事事件に関する手続等との関係）

第50条 この章の規定は、精神障害者又はその疑いのある者について、刑事事件若しくは少年の保護事件の処理に関する法令の規定による手続を行ない、又は刑若しくは補導処分若しくは保護処分の執行のためこれらの者を矯正施設に収容することを妨げるものではない。

- 2 第25条、第26条及び第27条の規定を除く外、この章の規定は矯正施設に収容中の者には適用しない。

(秘密の保持)

第50条の2 精神衛生鑑定医、精神病院の管理者、精神衛生診査協議会の委員、第43条の規定により都道府県知事若しくは保健所を設置する市の長が指定した医師又はこれらの職にあった者が、この法律の規定に基づく職務の執行に関して知り得た人の秘密を漏らしたときは、1年以下の懲役又は3万円以下の罰金に処する。

2 精神病院の職員又はその職にあった者が、この法律の規定に基づく精神病院の管理者の職務の執行を補助するに際して知り得た人の秘密を漏らしたときも、前項と同じである。

(覚せい剤の慢性中毒者に対する措置)

第51条 第18条第2項及び第3項並びに第19条から前条までの規定は、覚せい剤の慢性中毒者（精神障害者を除く。）又はその疑のある者につき準用する。この場合において、これらの規定中「精神障害」とあるのは「覚せい剤の慢性中毒」と、「精神障害者」とあるのは「覚せい剤の慢性中毒者」と読み替えるものとする。

附 則 (抄)

- 1 この法律は、公布の日〔昭和25年5月1日〕から施行する。
- 2 精神病院監護法（明治33年法律第38号）及び精神病院法（大正8年法律第25号）は廃止する。但し、この法律施行前にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。

2. 精神衛生法施行令

(昭和25年5月23日 政令第155号)

改正 昭和35年6月30日政令第185号〔自治庁設置法の一部を改正する法律の施行に伴う関係政令の整理に関する政令第15条第5号による改正〕

昭和36年8月7日政令第288号〔精神衛生法施行令の一部を改正する政令による改正〕

昭和40年6月30日政令第230号〔精神衛生法施行令の一部を改正する政令による改正〕

昭和40年9月25日政令第310号〔精神衛生法施行令の一部を改正する政令による改正〕

昭和41年1月27日政令第8号〔労働者災害補償保険法施行令の一部を改正する政令附則第4項による改正〕

昭和49年9月30日政令第342号〔精神衛生法施行令の一部を改正する政令による改正〕

昭和51年8月2日政令第215号〔児童福祉法施行令等の一部を改正する政令第4条による改正〕

精神衛生法施行令をここに公布する。

精神衛生法施行令

内閣は、精神衛生法（昭和25年法律第123号）第6条、第8条及び第30条の規定に基づき、この政令を制定する。

(国庫の補助)

第1条 精神衛生法（以下「法」という。）第6条の規定による国庫の補助は、

各年度において都道府県が精神病院及び精神病院以外の病院に設ける精神病室の設置及び運営（法第30条の規定による場合を除く。）のために支出した費用の額から、その年度における事業に伴う収入その他の収入の額を控除した精算額につき、厚生大臣が自治大臣及び大蔵大臣と協議して定める算定基準に従って行うものとする。

- 2 前項の規定により控除しなければならない金額がその年度において都道府県が支出した費用の額を超過したときは、その超過額は、後年度における支出額から前項の規定による控除額とあわせて控除する。

1 項…一部改正〔昭和35年6月政令185号〕

（国庫の補助）

第2条 法第8条の規定による国庫の補助は、各年度において都道府県が精神衛生センターの設置及び運営のために支出した費用の額から、その年度における事業に伴う収入その他の収入の額を控除した精算額につき、厚生大臣が自治大臣及び大蔵大臣と協議して定める算定基準に従って行うものとする。

- 2 前条第2項の規定は、前項の場合に準用する。

1 項…一部改正〔昭和35年6月政令185号・40年6月230号〕

（国庫の負担）

第3条 法第30条第2項の規定による国庫の負担は、各年度において都道府県が同条第1項の規定により支弁した費用の額から、その年度における法第31条の規定により徴収する費用の額の予定額（徴収した費用の額が予定額をこえたときは、徴収した額）及びその費用のための寄附金その他の収入の額を控除した額について行うものとする。

- 2 前項に規定する予定額は、厚生大臣があらかじめ大蔵大臣及び自治大臣と協議して定める基準に従って算定する。

- 3 第1条第2項の規定は、第1項の場合に準用する。

1 項…一部改正・2 項…追加・旧2 項…一部改正し3 項に繰下・旧4 条…繰上〔昭和36年8月政令288号〕

第4条 法第32条第1項に規定する政令で定める病院若しくは診療所又は薬局

は、次の各号に掲げるものとする。

- (1) 日雇労働者健康保険法（昭和28年法律第207号）第10条第5項第2号に掲げる病院若しくは診療所又は薬局
- (2) 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第36条第4項に規定する病院若しくは診療所又は薬局
- (3) 船員保険法（昭和14年法律第73号）第28条第3項第2号に掲げる病院若しくは診療所又は薬局
- (4) 労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）第13条第1項の規定による療養の給付を行なう病院若しくは診療所又は薬局
- (5) 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）第55条第1項第1号及び第2号（私立学校教職員共済組合法（昭和28年法律第245号）第25条において準用する場合を含む。）に掲げる医療機関又は薬局
- (6) 公共企業体職員等共済組合法（昭和31年法律第134号）第33条第1項第1号から第3号までに規定する医療機関又は薬局
- (7) 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）第57条第1項第1号及び第2号に掲げる医療機関又は薬局
- (8) 生活保護法（昭和25年法律第144号）第49条の規定により指定された病院若しくは診療所又は薬局

本条…追加〔昭和40年9月政令310号〕、一部改正〔昭和41年1月政令8号〕

第4条の2 法第32条の2第3項に規定する政令で定める者は、国民健康保険団体連合会又は国鉄共済組合とする。

本条…追加〔昭和49年9月政令342号〕、一部改正〔昭和51年8月政令215号〕

第5条 法第32条の3の規定による国庫の補助は、各年度において都道府県が支弁した費用の額から、その年度におけるその費用のための寄附金その他の収入の額を控除した額につき、厚生大臣が大蔵大臣及び自治大臣と協議して定める算定基準に従って行なうものとする。

2 第1条第2項の規定は、前項の場合に準用する。

本条…追加〔昭和40年9月政令310号〕

(精神衛生に関する業務に従事する職員の資格)

第6条 法第42条第2項に規定する政令で定める資格を有する者は、次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) 学校教育法(昭和22年法律第26号)に基づく大学において心理学の課程を修めて卒業した者であって、精神衛生に関する知識及び経験を有するもの
- (2) 医師
- (3) 厚生大臣が指定した講習会の課程を修了した保健婦であって、精神衛生に関する経験を有するもの
- (4) 前各号に準ずる者であって、法第42条第1項の職員として必要な知識及び経験を有するもの

本条…追加〔昭和40年6月政令230号〕、旧4条…線下〔昭和40年9月政令310号〕

附 則

- 1 この政令は、公布の日から施行し、法施行の日(昭和25年5月1日)から適用する。
- 2 左の勅令は、廃止する。

精神病者監護法第6条及び第8条第3項に依る監護に関する件(明治33年勅令第282号)

精神病院法施行令(大正12年勅令第325号)

3. 精神衛生法施行規則

(昭和25年6月24日 厚生省令第31号)

改正 昭和28年10月2日厚生省令第51号〔精神衛生法
施行規則の一部を改正する省令による改正〕

昭和29年7月17日厚生省令第42号〔精神衛生法
施行規則等の一部を改正する省令第1条によ
る改正〕

昭和40年6月30日厚生省令第36号〔精神衛生法
施行規則の一部を改正する省令による改正〕

昭和40年9月30日厚生省令第44号〔精神衛生法
施行規則の一部を改正する省令による改正〕

昭和51年7月1日厚生省令第28号〔精神衛生法
施行規則の一部を改正する省令による改正〕

昭和51年8月2日厚生省令第36号〔療養の給付
及び公費負担医療に関する費用の請求に関す
る省令附則第16条による改正〕

昭和53年5月23日厚生省令第29号〔精神衛生法
施行規則の一部を改正する省令による改正〕

精神衛生法（昭和25年法律第123号）に基き、精神衛生法施行規則を次のよ
うに制定する。

精神衛生法施行規則

第1条から第3条まで 削除〔昭和53年5月厚令29号〕

(身分を示す証票)

第4条 精神衛生法（昭和25年法律第123号）第27条第4項に規定する精神衛
生鑑定医及び当該吏員の身分を示す証票は、それぞれ別記様式第1号及び第
2号によらなければならない。

旧11条…繰上〔昭和28年10月厚令51号〕,旧9条…一部改正し繰上〔昭和40年6月厚令36号〕

(申請書)

第5条 精神障害者又はその保護義務者が法第32条第3項の規定によって申請しようとするときは、次に掲げる事項を記載した申請書を提出しなければならない。

- (1) 申請者の住所、氏名及び精神障害者との関係
 - (2) 精神障害者の住所、氏名、生年月日及び性別
 - (3) 精神障害者が健康保険法（大正11年法律第70号）、日雇労働者健康保険法（昭和28年法律第207号）、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）、船員保険法（昭和14年法律第73号）、労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）、国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）、公共企業体職員等共済組合法（昭和31年法律第134号）、地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）、私立学校教職員共済組合法（昭和28年法律第245号）又は生活保護法（昭和25年法律第144号）の規定による被保険者、労働者、組合員、被扶養者又は医療扶助を受けることができる者であるときは、その旨
- 2 前項の申請書には、当該医療を受けようとする医師の別記様式第3号による意見書を添付しなければならない。
 - 3 都道府県知事は、第1項の申請書の提出を受けたときは、保健所長が申請書を受理した日から1月以内に法第32条第1項の規定によって費用を負担するかどうかを決定し、負担すべき旨を決定したときはすみやかに患者票を申請者に交付し、負担しない旨を決定したときはすみやかにその旨を申請者に通知しなければならない。
 - 4 前項の患者票の交付を受けた者は、医療を受け又は受けさせるに当たっては、患者票を法第32条第1項の病院若しくは診療所又は薬局に提示しなければならない。
 - 5 法第32条第1項の規定によって費用の負担を受けている者又はその保護義務者は、その医療を受ける病院又は診療所を変更しようとするときは、あら

かじめ精神障害者の居住地を管轄する保健所長を経て、都道府県知事に届け出なければならない。

- 6 第3項の患者票の交付を受けた者は、その精神障害者について医療を受ける必要がなくなったときは、すみやかに、患者票を精神障害者の居住地を管轄する保健所長を経て、都道府県知事に返納しなければならない。

本条…追加〔昭和40年9月厚令44号〕

(診療報酬の請求)

第6条 国若しくは都道府県の設置した精神病院（精神病院以外の病院であつて精神病室を有するものを含む）若しくは指定病院又は法第32条第1項の病院若しくは診療所若しくは薬局は、療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）の定めるところにより、当該病院若しくは診療所又は薬局が行った医療に係る診療報酬を請求するものとする。ただし、当該医療を受けた者が国民健康保険法（昭和33年法律第192号）に規定する被保険者である場合の当該診療報酬の請求（当該医療につき同法による療養の給付に関する費用の請求を併せて行う場合に限る。）に関する手続については、療養取扱機関の療養の給付に関する費用の請求及び療養取扱機関の公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和49年厚生省令第13号）の定めるところによる。

本条…追加〔昭和51年8月厚令36号〕

第7条 都道府県知事は、法第32条第1項の規定により、その開設者から診療報酬の請求及び支払に関し法第32条の2に規定する方式によらない旨の申出があった病院若しくは診療所又は薬局の名称及び所在地を告示するものとする。

本条…追加〔昭和40年9月厚令44号〕,旧6条…繰下〔昭和51年8月厚令36号〕

附 則

- 1 この省令は、公布の日から施行し、法施行の日（昭和25年5月1日）から適用する。

- 2 精神病患者監護法施行規則（明治33年内務省令第35号）及び精神病院法施行規則（大正12年内務省令第17号）は廃止する。

(表 面)

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>昭和</p> <p>年</p> <p>月</p> <p>日</p> <p>厚生省</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>精神衛生鑑定の証</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>第 号</p> <p>氏名</p> <p>年 月 日 生</p> </div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: fit-content; margin: 10px auto; padding: 2px;"> <p style="text-align: center;">厚生省印</p> </div>	<p style="text-align: center;">写 真 ち ょ う 附 面</p>
---	--

(日本工業規格B列7番)

(裏 面)

精神衛生法抜すい
(精神衛生鑑定の証)

第二十七条 都道府県知事は、前六条の規定による申請、通報又は届出のあつた者について調査のうえ必要があると認めるときは、精神衛生鑑定医をして診察をさせなければならぬ。

2 都道府県知事は、入院させなければ精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあることが明らかである者については、前六条の規定による申請、通報又は届出がない場合においても、精神衛生鑑定医をして診察をさせることができる。

3 都道府県知事は、前二項の規定により診察をさせる場合には当該吏員を立ち合わせなければならない。

4 精神衛生鑑定医及び前項の当該吏員は、前三項の職務を行ふに当つて必要な限度においてその者の居住する場所へ立ち入ることができる。

5 前項の規定によつてその者の居住する場所へ立ち入る場合には、精神衛生鑑定医及び当該吏員は、その身分を示す証票を携帯し、関係人の請求があるときは、これを呈示しなければならない。

6 第一項又は第二項の規定による診察を拒み、妨げ、若しくは忌避した者又は、第四項の規定による立入を拒み、若しくは妨げた者は、一万円以下の罰金に処する。

(注意)

一 この証票の取扱いに注意し、破り、よごし、又は失つたときは直ちに厚生大臣に届け出ること。

二 鑑定医でなくなつたときは、厚生大臣に返還すること。

本様式…全部改正(昭和40年6月厚令36号)

(表 面)

<div style="text-align: center;"> <p>第 号</p> <p>(職)氏名</p> <p>年 月 日 生</p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <p>精神衛生吏</p> <p>都道府県印</p> <p>員 の 証</p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <p>昭和 年 月 日</p> <p>都道府県</p> </div>	<div style="text-align: center; margin-top: 50px;"> <p>写真 ち ょ う 附 面</p> </div>
--	--

(日本工業規格B列7番)

(裏 面)

精神衛生法抜すい
(精神衛生鑑定医の診察)

第二十七条 都道府県知事は、前六条の規定による申請、通報又は届出のあった者について調査の上必要があると認めるときは、精神衛生鑑定医をして診察をさせなければならない。

- 2 都道府県知事は、入院させなければ精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあることが明らかである者については、前六条の規定による申請、通報又は届出がない場合においても、精神衛生鑑定医をして診察をさせることができる。
- 3 都道府県知事は、前二項の規定により診察をさせる場合には、当該吏員を立ち合わせなければならない。
- 4 精神衛生鑑定医及び前項の当該吏員は、前三項の職務を行うに当って必要な限度においてその者の居住する場所へ立ち入ることができる。
- 5 前項の規定によってその者の居住する場所へ立ち入る場合には、精神衛生鑑定医及び当該吏員は、その身分を示す証票を携帯し、関係人の請求があるときはこれを呈示しなければならない。
- 6 第一項又は第二項の規定による診察を拒み、妨げ、若しくは忌避した者又は第四項の規定による立入を拒み若しくは、妨げた者は、一万円以下の罰金に処する。

(注意)

- 一 この証票の取扱いに注意し、破り、よごし、又は失ったときは直ちに都道府県知事に届け出ること。
- 二 精神衛生吏員でなくなつたときは、都道府県知事に返還すること。

本様式…全部改正(昭和40年6月厚令36号)

意 見 書

別記様式第三号

氏名	明 年 月 日 生		
住所	昭 年 月 日 生		
診断病名	1 主な精神障害	2 合併精神障害	3 合併身体疾患
治療計画	通院間隔 治療の順序 治療の予定期間 自 昭和 年 月 日 至 昭和 年 月 日		
治療の種類 (<u>でかこむこと</u> の数字を○)	1 薬物療法	1 初回 2 継続 3 再	薬物名 使用期間
	2 痺れん療法	1 初 2 継 3 再	
	3 駆梅療法	1 初 2 継 3 再	
	4 精神療法	1 初 2 継 3 再	
	5 その他		
予定している検査の種類と回数		検査の種類及び結果(継又は再の場合記載すること) 年 月 日	
発病前の状況現病歴及び既往の医療	(推定発病 年 月) (精神障害と診断された 年 月)		
現在の状態像(該当の数字を○でかこむとともに()内に具体的症状を書き入れること。)	1 緊張病症状群 () 2 幻覚妄想状態 () 3 情意鈍麻 () 4 躁うつ状態 () 5 痺れん及び意識障害 () 6 知能障害及び器質的欠陥状態 () 7 人格の病的状態 () 8 嗜癖及び中毒 () 9 その他 ()		
身体状態(該当の数字を○でかこむこと。3麻痺及び7梅毒反応については、同時に()内の該当の記号を○でかこみ、8その他については同時に()内に具体的状態を書き入れること。)	1 瞳孔異常 2 言語障害 3 麻痺(ア全・イ片) 4 失調 5 錐体外路障害 6 失禁 7 梅毒反応(ア血液・イ脳脊髄液) 8 その他		
備考			
年 月 日		医師の氏名 ㊟	
医療機関の所在地		医療機関の名称	

注意 1 この用紙は、日本工業規格B列4番とすること。
 2 薬物を変更する可能性のある場合は、変更見込薬物名をかつこ書すること。

本様式…追加[昭和40年9月厚令44号]

Ⅱ 統計資料

表1 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

資料：厚生省統計情報部「統計調査」

表2 傷病(大分類)・地域ブロック別に見た受療率(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」

45	48	49	50	51	52	53	54
6,977	7,184	6,845	7,049	7,186	7,214	7,072	7,126
247	267	277	269	277	280	272	281
151	171	176	165	170	177	169	172
25	26	32	33	32	34	30	38
761	780	776	825	751	842	741	728
341	349	406	417	349	436	319	394
160	210	158	202	205	213	226	217

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	238	358
186	170	123	149	169	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
109	81	105	114	251	229

表3 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51年

	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)
総数	8,126.9	1,095.7	36.9	1,058.7	7,031.2	1,279.9	5,751.3	99.1
V 精神障害	313.0	255.8	2.0	253.8	57.2	8.0	49.2	0.7
アルコール精神病	2.2	2.2	0.0	2.2	0.0	-	0.0	0.0
精神分裂病	192.2	181.5	1.1	180.4	10.7	0.5	10.3	0.0
躁うつ病	16.3	10.8	0.2	10.7	5.4	0.4	5.1	0.1
その他の精神病	17.9	16.2	0.1	16.0	1.7	0.1	1.6	0.1
神経症	37.6	15.1	0.3	14.8	22.5	2.9	19.6	0.2
人格異常	1.6	1.4	-	1.4	0.2	0.1	0.1	-
アルコール症	14.5	13.5	0.2	13.3	0.9	0.0	0.9	-
その他の非精神病性精神障害	17.3	2.2	0.1	2.1	15.0	3.9	11.1	0.1
精神薄弱	13.5	12.9	0.1	12.8	0.6	0.1	0.5	0.1
VI 神経系および感覚器の疾患	849.7	60.2	1.5	58.7	789.5	116.4	673.1	5.3
てんかん	26.2	11.5	0.1	11.4	14.7	0.7	14.0	0.1

(単位 1,000)

昭和52年

	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)
総数	8,235.2	1,115.6	34.8	1,080.8	7,119.5	1,244.3	5,875.3	112.2
V 精神障害	319.8	270.3	1.1	269.2	49.5	5.7	43.9	1.0
アルコール精神病	2.0	1.9	0.0	1.9	0.1	-	0.1	-
精神分裂病	202.6	192.7	0.5	192.2	9.9	0.2	9.6	0.0
躁うつ病	17.2	12.1	0.1	12.0	5.1	0.2	4.8	-
その他の精神病	20.2	17.8	0.2	17.6	2.5	0.1	2.4	0.0
神経症	30.1	14.5	0.2	14.3	15.6	1.4	14.2	0.2
人格異常	2.1	2.0	-	2.0	0.1	-	0.1	-
アルコール症	15.7	14.6	0.1	14.5	0.1	0.2	0.9	0.0
その他の非精神病性精神障害	15.5	2.1	0.1	2.0	13.5	3.1	10.3	0.1
精神薄弱	14.5	12.6	0.0	12.6	1.9	0.4	1.5	0.6
VI 神経系および感覚器の疾患	961.2	59.1	1.4	57.8	902.1	128.9	773.2	11.5
てんかん	30.7	12.0	0.2	11.9	18.6	1.4	17.3	-

(単位 1,000)

昭和53年

	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)
総 数	8,145.0	1,156.4	35.8	1,120.5	6,988.6	1,154.1	5,834.5	92.4
V 精 神 障 害	313.3	264.0	1.2	262.8	49.3	6.3	43.0	0.6
アルコール精神病	2.2	2.1	0.0	2.1	0.1	0.0	0.1	—
精神分裂病	194.7	184.5	0.5	184.0	10.2	0.2	10.0	0.0
躁 う つ 病	14.6	11.6	0.1	11.5	3.1	0.1	3.0	0.1
その他の精神病	18.2	16.9	0.1	16.8	1.3	0.1	1.1	0.0
神 経 症	33.3	16.4	0.3	16.1	17.0	1.4	15.6	0.1
人 格 異 常	1.8	1.7	0.0	1.7	0.1	0.0	0.1	—
アルコール症	14.0	12.9	0.2	12.7	1.1	0.2	1.0	0.1
その他の非精神病性精神障害	14.8	2. 2.1	0.1	2.1	12.7	3.6	9.1	0.1
精 神 薄 弱	19.7	15.9	0.0	15.9	3.7	0.7	3.0	0.0
VI 神経系および感覚器の疾患	853.8	57.7	1.6	56.2	796.1	108.4	687.7	7.0
て ん か ん	28.3	12.2	0.1	12.1	16.1	0.5	15.6	0.2

(単位 1,000)

昭和54年

	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)
総 数	8,258.8	1,177.3	33.5	1,143.8	7,098.5	1,175.9	5,922.6	84.9
V 精 神 障 害	325.9	278.2	1.0	277.2	47.7	4.5	43.2	0.6
老年期及び初老期の器質性精神病	18.7	16.9	0.1	16.9	1.8	0.1	1.7	0.2
アルコール精神病	2.2	2.2	0.0	2.1	0.1	—	0.1	—
精神分裂病	199.9	189.1	0.4	188.7	10.7	0.2	10.6	0.0
躁 う つ 病	14.2	9.6	0.1	9.4	4.6	0.2	4.4	—
その他の精神病	9.2	7.9	0.1	7.8	1.3	0.0	1.3	—
神 経 症	32.4	16.8	0.2	15.7	16.6	1.7	14.9	0.2
アルコール症	19.2	17.8	0.4	17.7	1.4	0.1	1.2	—
その他の非精神病性精神障害	14.8	4.6	0.1	4.6	10.2	2.0	8.2	0.1
精 神 薄 弱	15.1	14.3	0.1	14.3	1.1	0.1	0.9	—
VI 神経系および感覚器の疾患	845.2	52.1	1.3	50.8	793.1	100.3	692.8	3.1
て ん か ん	30.0	11.1	0.0	11.1	18.9	1.0	17.9	0.1

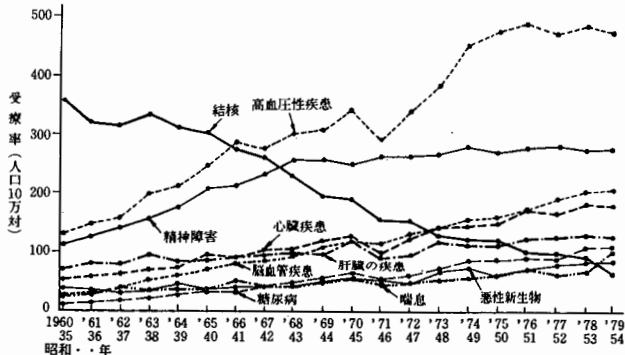
表4 在院期間別退院患者の年次推移(累積百分率)

	1日 未満	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日	15日	20日
昭和45年	1.2	3.1	4.4	6.4	7.1	7.9	8.6	9.9	10.8	11.4	12.4	13.1	13.7	14.1	14.7	18.1
49	1.3	3.8	4.8	5.6	6.7	7.4	8.5	9.8	10.5	10.9	11.7	12.5	13.3	13.6	14.5	17.1
50	1.5	5.0	6.6	8.3	9.2	10.1	11.0	12.2	13.1	14.3	15.0	15.7	16.5	17.2	18.1	21.5
51	1.3	4.4	6.0	7.0	7.9	9.0	10.0	12.1	13.0	14.0	14.9	15.3	15.9	16.9	17.6	21.1
52	1.9	4.6	6.4	7.5	8.8	9.9	10.9	12.2	13.3	14.3	15.1	15.7	16.6	17.3	18.7	21.5
53	1.2	5.0	7.2	8.5	9.5	10.6	11.6	12.8	13.8	14.7	15.5	16.3	16.9	17.7	18.7	21.0
54	1.9	5.7	7.0	7.8	9.0	10.0	11.0	12.0	13.0	13.7	14.9	15.8	16.8	17.5	18.3	21.2

	25日	30日	40日	50日	2ヵ月	3ヵ月	4ヵ月	5ヵ月	6ヵ月	1年	1年 6ヵ月	2年	3年	4年	5年 未満	計
昭和45年	21.4	25.3	30.6	35.6	40.1	50.9	58.1	62.6	66.7	79.3	86.6	89.0	93.1	95.4	96.4	100.0
49	20.3	23.0	28.7	34.5	38.9	50.2	58.5	64.9	68.0	81.7	85.9	88.8	92.3	93.7	95.1	100.0
50	24.8	28.7	33.9	38.9	44.5	55.1	62.6	67.9	70.8	83.1	87.3	90.2	92.6	94.6	95.3	100.0
51	25.5	28.6	32.8	37.6	42.5	53.5	61.3	67.1	70.6	81.7	86.0	89.1	92.3	94.1	95.3	100.0
52	24.7	27.9	33.4	37.9	42.4	54.4	63.7	70.5	73.9	84.3	87.1	89.5	92.9	94.7	95.7	100.0
53	24.4	27.9	33.4	37.4	43.2	54.8	61.7	67.1	70.5	82.3	86.5	90.5	93.1	94.4	95.3	100.0
54	24.4	27.7	33.1	38.5	42.9	54.4	63.9	69.1	72.5	83.2	88.2	91.6	94.4	96.0	96.8	100.0

(資料：患者調査)

表5 主要傷病・年次別受療率



注 心臓の疾患は活動性リウマチ熱、慢性リウマチ性心疾患、虚血性疾患、その他の心疾患
資料 厚生省「患者調査」

表6 病名別・性別年齢別在院患者数

(昭和56年6月末現在)

診断名区分	総 数				男			女		
	総 数	65才未満	65才以上	措置入院患者数	総 数	65才未満	65才以上	総 数	65才未満	65才以上
精神分裂病	199,537	188,201	11,336	36,216	114,358	109,973	4,385	85,179	78,228	6,951
躁うつ病	13,898	11,479	2,419	847	6,902	5,995	907	6,996	5,484	1,512
てんかん	11,412	10,992	420	1,994	6,727	6,498	229	4,685	4,494	191
脳器質性精神障害	34,199	8,689	25,510	829	15,335	5,571	9,764	18,864	3,118	15,746
総数	34,199	8,689	25,510	829	15,335	5,571	9,764	18,864	3,118	15,746
老年精神障害	25,561	3,818	21,743	288	10,123	2,120	8,003	15,438	1,698	13,740
その他	8,638	4,871	3,767	541	5,212	3,451	1,761	3,426	1,420	2,006
その他の精神病	8,146	7,024	1,122	572	3,933	3,493	440	4,213	3,531	682
中精神障害	21,122	18,872	2,250	1,031	19,727	17,646	2,081	1,395	1,226	169
総数	21,122	18,872	2,250	1,031	19,727	17,646	2,081	1,395	1,226	169
アルコール中毒	19,488	17,295	2,193	823	18,404	16,360	2,044	1,084	935	149
覚せい剤中毒	614	611	3	126	516	514	2	98	97	1
その他の中毒	1,020	966	54	82	807	772	35	213	194	19
精神薄弱	15,108	14,390	718	2,310	9,004	8,616	388	6,104	5,774	330
精神病質	2,154	1,897	257	233	1,592	1,426	166	562	471	91
精神神経症	10,076	9,254	822	170	4,786	4,586	200	5,290	4,668	622
その他	4,534	3,448	1,086	140	2,467	2,014	453	2,067	1,434	633
合 計	320,186	274,246	45,940	44,342	184,831	165,818	19,013	135,355	108,428	26,927

表7 都道府県別精神病院数、病床数及び在院患者数等の状況

(55.6.30現在)

区分	人口 千人 (54.10.1)	精神 病院数	精神 病床数	人口 万対 病床数	在院患者 数 (A)	病床 利用率 (%)	人口万 村在院 患者数	措置患 者数(B)	人口万 対措置 患者数	措置率 (%) (B)/ (A)	55年通院医 療公費負担 承認件数
北海道	5,524	119	18,332	33.2	19,055	103.9	34.5	2,096	3.8	11.0	33,921
青森	1,511	26	4,348	28.8	4,318	99.3	28.6	544	3.6	12.6	6,004
岩手	1,410	22	4,239	30.1	4,292	101.3	30.4	670	4.8	15.6	4,680
宮城	2,050	25	4,063	19.8	3,879	95.5	18.9	633	3.1	16.3	7,195
秋田	1,250	23	3,663	29.3	3,991	109.0	31.9	917	7.3	23.0	4,104
山形	1,240	14	2,494	20.1	2,751	110.3	22.2	581	4.7	21.1	4,842
福島	2,013	38	7,153	35.5	7,462	104.3	37.1	1,565	7.8	21.0	6,748
茨城	2,499	38	7,439	29.8	7,710	103.6	30.9	1,930	7.7	25.0	4,574
栃木	1,766	30	5,615	31.8	5,362	95.5	30.4	1,349	7.6	25.2	3,328
群馬	1,823	18	4,706	25.8	4,866	103.4	26.7	943	5.2	19.4	4,561
埼玉	5,300	45	8,772	16.6	8,985	102.4	17.0	1,344	2.5	15.0	8,042
千葉	4,607	43	9,739	21.1	9,713	99.7	21.1	738	1.6	7.6	6,749
東京都	11,489	112	24,414	16.9	24,489	100.3	21.3	380	0.3	1.6	31,777
神奈川	6,782	57	11,444	16.9	11,080	36.8	16.3	1,413	2.1	12.8	19,553
新潟	2,434	29	6,122	25.2	6,726	109.9	27.6	1,718	7.1	25.5	6,848
富山	1,096	27	3,494	31.9	3,574	102.3	32.6	656	6.0	18.4	3,755
石川	1,108	18	3,584	32.3	3,590	100.2	32.4	533	4.8	14.8	1,641
福井	788	10	1,929	24.5	1,845	95.6	23.4	419	5.3	22.7	857
山梨	794	10	2,632	33.1	2,583	98.1	32.5	616	7.8	23.8	1,473
長野	2,067	31	5,462	26.4	5,369	98.3	26.0	1,182	5.7	22.0	6,312
岐阜	1,935	18	3,454	17.9	3,553	102.9	18.4	1,056	5.5	29.7	3,587
静岡県	3,412	31	6,586	19.3	6,712	101.9	19.7	1,729	5.1	25.8	6,607
愛知	6,125	53	11,727	19.1	11,478	97.9	18.7	1,783	2.9	15.5	9,553
三重	1,667	20	4,564	27.4	4,742	103.9	28.4	1,047	6.3	22.1	6,199
滋賀	1,056	9	1,836	17.4	1,787	97.3	16.9	158	1.5	8.8	2,912
京都	2,473	23	7,193	29.1	7,114	98.9	28.8	317	1.3	4.5	6,369
大阪	8,318	63	18,569	22.3	18,850	101.5	22.7	805	1.0	4.3	28,190
兵庫県	5,068	40	9,769	19.3	10,180	104.2	20.1	1,335	2.6	13.1	9,481
奈良	1,184	10	2,381	20.1	2,331	97.9	19.7	346	2.9	14.8	1,414
和歌山	1,085	13	3,024	27.9	2,951	97.6	27.2	1,146	10.6	38.8	2,322
鳥取	597	11	1,877	31.4	1,792	95.5	30.0	448	7.5	25.0	2,891
島根	780	15	2,285	29.3	2,204	96.5	28.3	368	4.7	16.7	5,373
岡山	1,857	23	4,738	25.5	4,658	98.3	25.1	672	3.6	14.4	6,247
広島	2,705	41	7,481	27.7	8,336	111.4	30.8	1,185	4.4	14.2	5,973
山口	1,573	28	5,019	31.9	5,736	114.3	36.5	1,441	9.2	25.1	2,900
徳島	821	20	3,822	46.6	3,779	98.9	46.0	766	9.3	20.3	1,786
香川	994	17	3,206	32.3	3,365	105.0	33.9	689	6.9	20.5	2,066
愛媛	1,498	23	4,769	31.8	5,246	110.0	35.0	762	5.1	14.5	4,886
高知	827	26	3,830	46.3	4,058	106.0	49.1	1,051	12.7	25.9	4,465
福岡	4,502	100	18,187	40.4	19,062	104.8	42.3	2,364	5.3	12.4	9,902
佐賀	857	17	3,336	38.9	3,387	101.5	39.5	529	6.2	15.6	2,434
長崎	1,588	37	7,302	46.0	7,840	107.4	49.4	674	4.2	8.6	3,022
熊本	1,773	44	8,374	47.2	8,543	102.0	48.2	1,860	10.5	21.8	3,689
大分	1,221	22	4,222	34.6	4,729	112.0	38.7	1,030	8.4	21.8	3,370
宮崎	1,140	21	5,203	45.6	5,220	100.3	45.8	1,214	10.6	23.3	4,091
鹿児島	1,768	45	8,453	47.8	8,904	105.3	50.4	2,272	12.9	25.5	7,221
沖縄	1,089	16	3,618	33.2	3,387	93.6	31.1	126	1.2	3.7	9,870
計	115,465	1,521	304,469	26.4	311,584	102.3	27.0	47,400	4.1	15.2	323,784

- 資料：1. 病院数、病床数及び病床利用率は病院報告
2. 措置患者数及び通院医療公費負担承認件数は厚生省報告例
3. 人口は基礎人口（総理府統計局）

	年間在院 患者延数	年間新入院 患者数	年間退院 患者数	平均在院 日数	医療扶助 人員
北海道	7,040,051	14,432	14,364	489.0	8,291
青森	1,585,479	3,867	3,833	411.8	2,011
岩手	1,566,265	3,482	3,270	463.9	997
宮城	1,420,158	3,360	3,315	425.5	1,277
秋田	1,469,174	2,509	2,740	559.8	1,782
山形	1,002,085	3,288	3,236	307.2	467
福島	2,738,890	5,202	5,028	535.5	2,126
茨城	2,803,186	3,628	3,416	795.9	2,144
栃木	1,959,829	3,223	2,976	632.3	1,718
群馬	1,773,777	2,743	2,509	675.5	1,075
埼玉	3,293,486	6,257	5,803	546.2	2,817
千葉	3,547,324	7,759	7,410	467.7	2,805
東京都	8,972,680	17,061	16,816	529.7	12,715
奈良	4,063,367	8,931	8,952	454.4	4,073
新潟	2,458,665	4,696	4,625	527.6	1,860
富山	1,305,494	2,336	2,225	572.5	963
石川	1,313,534	2,370	2,303	562.2	1,182
福井	671,517	1,245	1,257	536.8	532
山梨	948,016	1,815	1,786	526.5	918
長野	1,960,497	3,893	3,755	512.7	1,662
岐阜	1,288,856	2,513	2,355	529.5	947
静岡県	2,433,866	4,970	4,885	493.9	1,530
愛知	4,213,855	9,517	9,182	450.7	3,096
三重	1,726,034	2,799	2,703	627.4	2,024
滋賀	647,991	1,323	1,277	498.5	609
京都	2,641,741	4,740	4,320	583.2	2,678
大阪	6,889,060	14,499	14,401	476.8	8,825
兵庫	3,693,156	7,596	7,387	493.0	4,247
奈良	852,400	1,300	1,250	668.5	963
和歌山	1,079,887	1,137	1,143	947.3	758
鳥取	649,708	1,607	1,545	412.3	567
島根	798,905	2,084	2,015	389.8	851
岡山	1,710,344	5,245	5,070	331.6	1,873
広島	3,053,876	5,792	5,623	535.1	2,519
山口	2,106,039	3,323	3,148	650.9	1,316
徳島	1,392,779	2,026	1,846	719.4	1,599
香川	1,234,529	2,421	2,286	524.6	819
愛媛	1,913,564	3,668	3,673	521.3	2,006
高知	1,477,892	3,324	3,262	448.8	1,670
福岡	6,988,052	11,085	11,082	630.5	9,303
佐賀	1,252,483	1,904	1,759	683.9	1,268
長崎	2,854,701	3,910	3,733	747.0	3,522
熊本	3,135,721	4,293	4,222	736.5	3,552
大分	1,720,632	2,626	2,545	665.5	2,107
宮崎	1,917,842	3,230	3,248	592.1	2,045
鹿児島	3,261,240	4,374	4,189	761.7	3,708
沖縄	1,236,180	2,716	2,660	459.9	944
合計	114,065,607	216,119	210,428	534.8	116,761

表8 (精神病床数)・入院患者数・措置患者数・措置率・利用率の推移

(各年6月末)

年次	精神病床数	入院患者数	措置患者数	措置率	病床利用率
昭和45年	242,022	253,433	76,597	30.2	104.7
48	265,904	273,814	73,090	26.7	103.0
49	271,720	276,582	68,775	24.9	101.7
50	275,468	281,127	65,571	23.3	102.0
51	281,166	287,470	62,073	21.6	102.2
52	287,166	295,331	57,846	19.6	102.8
53	292,720	301,245	54,693	18.2	102.9
54	297,650	306,340	50,725	16.6	102.9
55	304,469	311,584	47,400	15.2	102.3

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

表9 新規措置入院・措置解除・年末措置患者数の年次推移

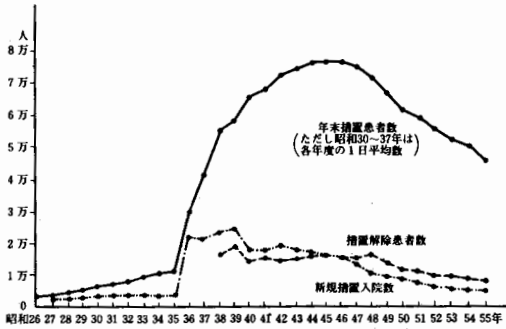


表10 在院患者数・措置患者数・医療扶助人員の年次推移

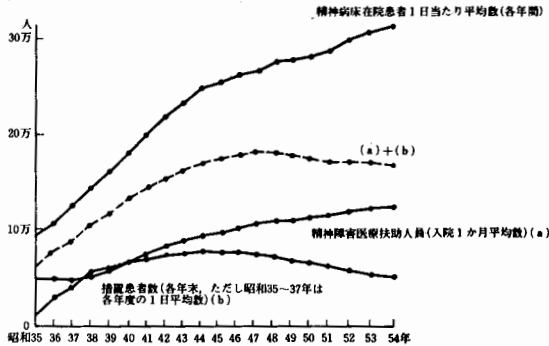


表11 都道府県別精神衛生相談状況

都道府県	精神衛生被相談延人員											
	昭和44年	45年	46年	47年	48年	49年	50年	51年	52年	53年	54年	55年
北海道	3,558	4,503	4,952	5,210	5,101	6,205	5,916	5,718	6,810	6,445	6,420	6,525
青森	218	111	139	166	90	207	216	224	228	240	267	288
岩手	634	557	690	751	943	725	1,067	960	962	950	2,293	1,211
宮城	3,074	3,472	3,202	2,781	2,602	2,992	3,307	3,660	3,327	3,906	4,755	3,721
秋田	855	945	1,229	1,397	1,255	1,324	1,543	883	757	958	913	1,035
山形	579	983	1,043	1,522	1,716	1,671	1,233	980	1,256	1,233	1,718	1,972
福島	1,026	1,249	699	1,021	1,112	926	795	771	1,045	1,316	1,179	1,267
茨城	650	875	1,329	1,425	1,358	1,248	1,534	1,630	1,487	1,444	1,922	1,995
栃木	704	570	692	565	307	278	420	475	633	706	473	677
群馬	487	551	1,063	1,229	1,040	1,225	1,571	2,609	2,549	2,309	1,896	2,428
埼玉	539	778	602	1,056	849	944	897	1,170	1,683	1,578	2,171	2,994
千葉	1,560	1,450	1,747	2,070	1,787	2,140	2,339	2,731	3,044	3,213	3,175	3,061
東京都	2,711	9,852	10,971	9,871	10,087	10,426	13,549	17,116	20,181	22,104	26,962	40,813
奈良	10,178	12,615	16,797	16,687	15,300	18,165	23,762	25,590	23,695	29,986	36,907	41,163
新潟	1,833	4,133	5,153	5,077	4,847	4,875	4,336	4,933	5,972	5,670	5,360	6,635
富山	450	450	433	489	401	482	373	438	419	403	441	608
石川	543	776	851	911	728	694	571	577	590	747	870	866
福井	145	189	315	217	181	186	220	224	336	741	583	509
山梨	387	335	378	447	681	434	645	628	469	452	468	366
長野	1,021	838	1,200	1,054	892	1,353	1,646	1,797	1,549	2,257	3,642	4,695
岐阜	1,253	988	847	730	831	836	823	779	949	907	875	1,246
静岡県	2,437	2,936	3,116	3,013	2,618	2,458	2,619	3,064	3,445	3,648	3,690	4,105
愛知	4,981	4,970	6,133	6,885	7,895	8,635	9,652	10,761	11,515	12,921	13,139	15,294
三重	301	350	336	378	250	294	305	291	481	618	195	324
滋賀	350	405	440	508	457	463	507	507	599	604	808	1,171
京都	2,386	2,485	2,760	3,778	3,217	3,757	3,995	3,488	4,073	4,604	5,629	6,934
大阪	9,029	10,935	12,917	15,081	17,539	20,261	20,298	23,036	27,431	32,404	36,298	46,736
兵庫県	2,500	4,043	7,123	7,437	6,773	10,371	8,734	9,160	9,795	11,339	15,173	16,471
奈良	178	105	113	138	59	215	188	198	205	160	151	173
和歌山	507	480	517	703	622	1,085	691	808	632	471	704	478
鳥取	177	208	183	212	185	156	213	331	393	601	364	795
島根	609	746	788	663	506	1,244	991	879	764	588	720	1,013
岡山	423	387	406	607	1,001	769	914	787	1,070	1,228	1,498	1,680
広島	2,038	2,465	2,336	2,085	2,509	2,302	2,205	2,588	2,789	3,054	3,076	4,432
山口	927	1,137	1,140	1,204	1,237	1,100	926	1,260	1,199	1,315	1,469	1,830
徳島	465	422	404	431	500	654	629	651	723	564	572	391
香川	388	328	358	381	251	341	500	402	486	511	587	594
愛媛	506	463	534	707	825	1,095	1,130	1,113	1,293	1,213	551	1,204
高知	1,121	1,025	1,128	1,007	2,282	1,844	2,100	2,347	2,939	2,886	2,793	2,775
福岡	2,985	3,193	3,410	4,151	3,708	4,059	5,089	5,139	5,219	4,867	6,538	6,538
佐賀	256	266	246	334	683	226	719	700	839	820	1,161	1,531
長崎	453	768	773	972	727	834	888	1,279	1,524	1,896	1,123	1,491
熊本	874	934	1,022	995	987	909	1,145	971	1,005	1,117	1,040	1,930
大分	576	358	232	254	349	498	515	528	783	1,154	1,079	1,712
宮崎	1,833	1,659	1,450	1,110	1,272	1,462	994	556	692	145	587	558
鹿児島	533	829	1,270	1,037	1,285	907	1,407	1,785	3,336	3,026	3,185	3,523
鹿儿岛	—	—	—	—	4,162	6,810	3,111	1,965	1,039	1,270	1,666	1,500
合計	74,297	88,177	103,467	108,359	114,007	130,745	137,390	148,487	162,207	181,189	207,084	249,258

表12 都道府県別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44年	45年	46年	47年	48年	49年	50年	51年	52年	53年	54年	55年	
北海道	4,949	6,143	7,168	9,245	8,646	8,577	8,362	8,066	8,672	9,444	9,462	10,849	
青森	1,118	1,565	1,532	1,641	1,242	1,741	1,684	1,365	1,301	1,444	1,667	1,584	
岩手	1,369	1,408	1,779	2,343	2,077	2,723	3,190	3,137	3,464	3,767	3,875	4,332	
宮城	3,721	4,232	4,400	4,349	4,133	4,228	4,193	4,220	4,760	4,790	4,768	3,804	
秋田	942	1,178	1,848	2,133	1,744	1,670	2,159	2,117	2,321	2,851	2,763	2,738	
山形	1,175	1,782	2,014	2,416	2,453	2,475	2,401	2,374	2,445	2,654	2,538	2,352	
福島	546	499	661	696	723	843	671	856	856	1,043	966	1,339	
茨城	2,067	3,462	6,577	3,721	3,043	3,562	4,374	4,379	3,512	2,951	3,013	3,158	
栃木	4,147	5,227	5,624	4,803	3,474	2,495	3,289	3,810	4,000	3,959	3,804	4,232	
群馬	3,429	3,101	3,934	4,378	3,312	3,848	3,976	4,391	4,200	4,270	3,980	4,519	
埼玉	722	1,404	1,445	2,047	2,258	2,422	2,138	3,019	3,226	3,511	3,251	3,489	
千葉	986	930	1,096	2,106	1,867	1,832	2,070	2,272	2,383	2,349	2,264	2,365	
東京都	4,168	6,103	6,906	7,138	7,536	7,358	8,233	10,128	11,331	12,175	13,931	16,394	
茨城	7,477	8,740	10,074	9,736	8,952	9,324	11,623	10,738	9,508	11,132	11,606	12,957	
新潟	2,405	3,083	6,940	6,982	6,160	5,790	3,810	4,892	3,940	2,995	3,059	3,210	
富山	2,011	3,004	2,864	3,420	3,711	3,735	4,474	3,856	3,133	2,587	2,224	2,306	
石川	167	576	1,415	1,720	1,485	1,527	1,656	1,917	3,027	3,164	3,116	1,837	
福井	136	156	239	156	155	203	719	875	908	1,147	1,122	1,002	
山梨	526	565	809	665	843	759	731	1,120	1,411	801	878	742	
長野	1,330	1,368	2,029	2,309	2,236	1,988	2,325	3,037	2,208	2,311	2,169	1,994	
岐阜	3,852	3,820	4,013	3,502	2,586	2,526	1,759	2,012	2,385	3,249	2,876	3,065	
静岡県	2,790	2,768	2,874	3,793	4,025	4,368	5,015	6,599	6,425	6,786	6,129	6,056	
愛知	7,017	7,531	7,938	9,948	11,110	10,208	12,226	13,780	14,484	14,957	16,266	15,412	
三重	464	898	1,143	684	795	673	639	611	343	369	416	459	
滋賀	347	430	440	344	359	809	741	964	1,005	956	1,257	1,103	
京都	1,168	1,115	1,110	1,425	1,978	3,430	3,690	2,880	3,831	4,086	4,285	4,773	
大阪	2,302	2,930	3,265	3,707	5,235	5,942	6,805	7,972	9,229	8,794	9,967	11,396	
兵庫	417	1,159	3,258	5,895	4,446	3,842	3,950	4,400	4,779	4,438	4,651	5,098	
奈良	482	380	380	464	444	599	775	939	768	696	685	497	
和歌山	449	524	638	114	914	1,221	856	1,119	261	752	550	583	
鳥取	692	974	1,141	1,214	1,403	1,282	1,371	1,641	1,405	1,546	1,595	1,974	
島根	1,134	836	657	654	970	835	1,131	1,180	1,323	936	1,287	1,273	
岡山	3,315	4,001	4,614	5,251	6,645	5,940	8,280	8,114	8,762	7,541	6,545	7,232	
広島	2,986	4,719	6,439	7,804	6,961	6,376	6,946	7,232	7,585	7,876	8,537	8,269	
山口	2,025	6,996	2,425	3,703	2,822	3,301	4,187	4,581	5,188	4,954	5,321	5,699	
徳島	752	1,220	1,749	2,508	2,459	2,367	1,791	2,183	3,291	3,080	3,871	3,457	
香川県	617	559	832	1,239	1,427	1,516	1,699	1,928	1,449	1,583	1,567	1,581	
愛媛	1,834	1,824	2,310	2,787	2,726	4,035	2,947	4,323	3,469	2,919	3,227	3,335	
高知	4,494	5,108	5,820	5,466	5,090	7,297	6,352	7,091	6,633	7,379	6,738	6,928	
福岡	922	1,494	2,970	4,225	4,774	5,400	5,662	6,473	6,355	6,845	8,362	8,099	
佐賀	490	583	1,056	921	1,181	1,731	1,601	2,162	2,229	2,751	3,017	3,587	
長崎	1,859	2,123	2,629	3,376	2,697	3,250	4,441	4,834	4,749	5,095	5,285	6,301	
熊本	442	579	568	653	809	1,454	2,208	1,889	1,792	1,974	1,890	2,483	
大分	243	301	408	1,155	1,108	1,182	1,825	1,510	2,068	2,418	2,352	2,451	
宮崎	2,615	4,323	2,767	3,305	4,075	4,308	2,463	2,145	2,643	2,541	1,863	2,079	
鹿児島	1,912	2,493	2,349	3,867	4,136	4,494	4,304	4,671	5,759	5,557	5,590	6,001	
沖縄	—	—	—	—	2,591	3,476	4,312	3,780	3,695	4,136	3,961	5,063	
合計	89,407	109,819	133,547	151,558	149,816	158,952	170,436	184,378	188,511	193,359	198,546	209,457	

資料：保健所運営報告

表13 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	精神病院に要するもの	精神病院以外の施設に収容を要するもの	在宅のまま医療または指導を要するもの
	万人	万人	万人	万人
総 数	(12.9) 124	(3.0) 28	(0.7) 7	(9.3) 89
精 神 病	(5.9) 57	(2.2) 21	(0.1) 2	(3.6) 35
精神薄弱	(4.2) 40	(0.4) 3	(0.5) 5	(3.3) 32
その他	(2.8) 27	(0.4) 4	(0.05) —	(2.3) 22

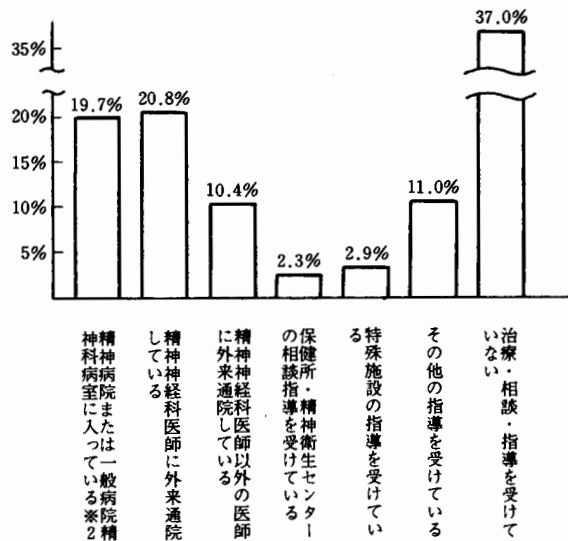
—昭和48年—

人口108,079,000※1

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%

2. 現在の治療及び指導の内容 (延集計)



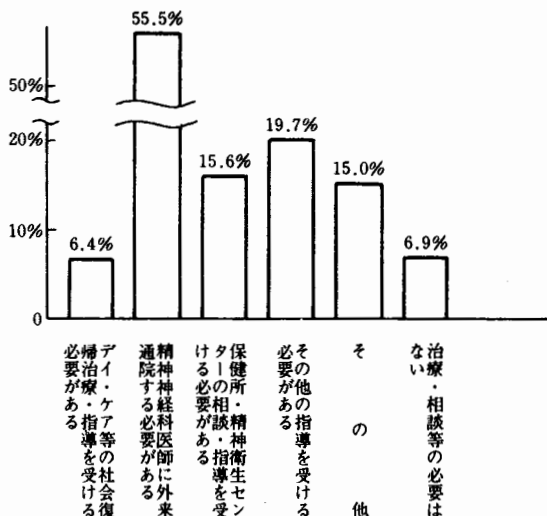
現在の治療及び指導の内容を延集計すると、

- (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%、または、その他の指導を受けているものは11.0%で、これを加えると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（延集計）



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2項の(1)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のもは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。

Ⅲ 精神衛生年表

年 代	精 神 衛 生 事 項
1874 (明治7年)	<ul style="list-style-type: none"> ● 文部省、東京、京都、大阪の3府に医制(76条)を達す。 (第25条に病院建設の規定がある。第26条に梅毒院、癲狂院等各種病院設立の方法は皆前条に則る) ● 東京衛戍病院に精神科病室設置 極貧の独身者にて廢疾に罹り産業を営む能はざるものには1ヵ年米一石八斗の積を以て給与すべし、但独身にあらずと雖も余の家人70年以上15年以下にてその身廢疾に罹り窮迫のものは本文に準じ給与すべし。貧窮な精神病患者にもこれを準用するとある。
1875 (明治8年)	<ul style="list-style-type: none"> ● 京都府洛東南禅寺に京都癲狂院を設け京都府療病院の所轄とす。(日本最初の公立精神病院) ● 京都府、岩倉村の宿屋に精神病患者の宿泊禁止 ● デーニッツ裁判医学(精神病学を含む)を講義す。
1876 (明治9年)	<ul style="list-style-type: none"> ● 「精神病約説三卷」神戸文哉著(モーズレー書の訳) ● マックス・ベール「監獄衛生」著
1878 (明治11年)	<ul style="list-style-type: none"> ● 宮内省東京府に脚気病院、癲狂病院設立費として2万3千円下賜 ● 名古屋監獄に日本最初の監獄精神病室設置
1879 (明治12年)	<ul style="list-style-type: none"> ● 内務省達、府県衛生課事務条項第5「窮民救療の事」に「公私立病院及び貧院、盲院、聾啞院、癲狂院、棄兒院等の設立を掌ること」がある。 ● 愛知医学校の教師アルベルト・フォン・ローレッツ、生徒開業医、警察官に訴訟医学講義、精神病院の必要を県に建議
1882 (明治15年)	<ul style="list-style-type: none"> ● 上野癲癲人は直ちに東京府巢鴨病院へ護送の上、その理由を該患者の見認地の区役所又は戸長役場へ通知すべき旨の東京府令出る。 ● ベルツEdwin Baelz東京大学医学部で精神病学講義を開始
1884 (明治17年)	<ul style="list-style-type: none"> ● 警視府布達乙第12号 認可のない患者を私立癲狂院に入院させることを禁止

	<ul style="list-style-type: none"> ●相馬誠胤，加藤癡癲病院に入院（3月）相馬事件がはじまる。 						
1886（明治19年）	<ul style="list-style-type: none"> ●東京府癡狂院に入院の子爵相馬誠胤（元相馬藩主）を錦織剛清が夜中に病院に侵入し連れ出した。 相馬事件は明治27年まで訴訟が続いた日本で最も有名な精神病関係の訴訟事件である。 ●榊淑，教授となり東京大学医学部精神病学教室開設日本人による初めての精神医学講義 						
1891（明治24年）	<ul style="list-style-type: none"> ●石井亮一，白痴教育施設々立（わが国初の精神薄弱児収容施設） 						
1894（明治27年）	<ul style="list-style-type: none"> ●警視庁は精神病者取扱心得を發布す。 						
1895（明治28年）	<ul style="list-style-type: none"> ●フロイト精神分析を提唱す。 						
1896（明治29年）	<ul style="list-style-type: none"> ●クレペリン，近代精神病学を確立 ●陸軍省，精神病を一等症に編入 						
1899（明治32年）	<ul style="list-style-type: none"> ●政府精神病者監護法案衆議院通過，貴族院にて否決 						
1900（明治33年）	<ul style="list-style-type: none"> ●精神病者監獄法公布 						
1901（明治34年）	<ul style="list-style-type: none"> ●ウォルフ，トリオナル持続睡眠法創始 						
1902（明治35年）	<ul style="list-style-type: none"> ●日本神経学会（日本精神神経学会の前身）創立 ●精神病者慈善救済会成立 ●幼年者飲酒禁止法案議会提出 ●日本神経学会機関誌として『神経学雑誌』発刊 						
1906（明治39年）	<ul style="list-style-type: none"> ●警視庁，警察医員制度改正，「精神病診断所」を職務事項に加う。 ●東京府巢鴨病院，患者の作業室を新築，農業，園芸，牧畜に乗り出す。 ●精神障害者調査（1906年末） 総数 24,166人，監置患者 4,658人，仮監置 116人 明治41年度入退院数 <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>入院</th> <th>退院</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>東京</td> <td>959</td> <td>902</td> </tr> </tbody> </table> 		入院	退院	東京	959	902
	入院	退院					
東京	959	902					

	<p>京都 475 470 大阪 493 488 兵庫 175 130 その他 計 2,377 2,249</p>
1907 (明治40年)	●「医学校に精神病科設置に関する建議案」可決
1908 (明治41年)	●中央慈善協会設立 ●文部省発布の医学専門学校令の教授科目に精神病学が入る。
1909 (明治42年)	●片山、呉ら、中央衛生会に「各府県に精神病院を設置すべき旨」の建議
1910 (明治43年)	●精神病者の公費収容、委託監置始まる。 ●内務省衛生局長は地方長官会議において、府県立病院に精神病患者収容施設の設置を勧奨
1911 (明治44年)	●官立精神病院設置建議案を提出 ●内務省衛生局長、地方長官に通牒して警察巡閲規則の巡閲事項に精神病に関することを加う。 ●東大精神病学教室私宅監置の状況の实地調査
1917 (大正6年)	●精神病患者全国一斉調査結果 総数 64,941人 入院 4,000人 私宅監置 4,500人 人口千対 1.18人 ●日本精神医学会創立 ●感化院法公布
1919 (大正8年)	●精神病院法公布 ●大阪市立児童相談所設立 (公立児童相談所の最初) ●内務省衛生局代用精神病院基準を示し各地方長官に私立精神病院の代用精神病院としての適否を調査
1920 (大正9年)	●文部省令「学校医職務規定」精神薄弱者の鑑別養護 ●日本精神病医協会設立
1921 (大正10年)	●文部省、低能児教育調査会設置

1923 (大正12年)	● 精神病院法施行規則公布
1926 (昭和元年)	● 日本精神衛生協会発足 ● 日本心理学会発足
1930 (昭和5年)	● 第1回国際精神衛生会議
1932 (昭和7年)	● 第1回全国公立及び代用精神病院院主院長会議, 内務大臣により招集 ● 精神薄弱児童研究会設置
1934 (昭和9年)	● 精神薄弱児保護協会設立
1935 (昭和12年)	● カルジアゾール痙攣療法始む。
1938 (昭和13年)	● 厚生省に優生課新設
1940 (昭和15年)	● 国民優生法公布
1943 (昭和18年)	● 精神医学研究所設立
1948 (昭和23年)	● 国立国府台病院, 精神衛生センターとして発足, 同病院にはじめて, 精神医学ソーシャル・ワーカー置かる。
1950 (昭和25年)	● 精神衛生法公布
1951 (昭和26年)	● 日本精神衛生会発足
1952 (昭和27年)	● 国立精神衛生研究所設置 ● 精神衛生普及会発足 ● 全国精神薄弱児育成会結成
1953 (昭和28年)	● WHO顧問としてレムカウPaul V. Lemkan 及びブレイン Daniel Blain 来日, わが国精神衛生及び国立精神衛生研究所に対する勧告を行う。 ● 日本精神衛生連盟結成, 世界精神衛生連盟に加盟 ● 第1回全国精神衛生大会
1954 (昭和29年)	● 第1回全国精神衛生相談所長会議 ● 全国精神障害者実態調査

1955 (昭和30年)	● 覚醒剤問題対策推進中央本部が内閣におかれる。
1956 (昭和31年)	● 厚生省公衆衛生局に精神衛生課設置 ● 在宅精神障害者実態調査
1957 (昭和32年)	● 精神病の治療指針 (保険局長・公衆衛生局長通知) ● 新潟精神病院におけるツツガ虫接種問題となる。 ● 病院精神医学懇話発足
1958 (昭和33年)	● 緊急救護施設の運営について (社会局施設課長通知)
1959 (昭和34年)	● 精神衛生相談所運営要領について (公衆衛生局長通知)
1960 (昭和35年)	● 精神薄弱者福祉法 ● 第1回指定病院長会議
1961 (昭和36年)	● 酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止に関する法律 ● 精神科の治療指針 (保険局長通知)
1963 (昭和38年)	● 精神衛生法改正の動きが起きる。(日本精神病院協会, 日本精神神経学会, 厚生省が検討を始める) ● 全国精神衛生連絡協議会発足 ● 精神障害者措置入院制度の強化について (公衆衛生局長通知) ● 第2回精神衛生実態調査 ● 国立久里浜療養所にアルコール中毒特別病棟開設
1964 (昭和39年)	● ライシャワー, アメリカ大使刺傷事件, 警察庁から厚生省に対し, 法改正の意見を具申 ● 精神衛生法改正に関する中央精神衛生審議会の中間答申
1965 (昭和40年)	● 精神衛生法改正案, 国会で可決 ● 精神衛生センターの設置, 保健所の業務に精神衛生が加わる。 ● 精神障害者家族会発足 ● 緊急救護施設の整備運営について (社会局施設課長通知)
1966 (昭和41年)	● 保健所における精神衛生業務について (公衆衛生局長通知)
1967 (昭和42年)	● 地域精神医学会設立

1968 (昭和43年)	<ul style="list-style-type: none"> ● 日本精神病院協会精神衛生法改正委員会社会復帰施設についての委員会答申まとめる。 ● WHO技術援助計画に基づく勧告 ● 医療審議会地域ごとの必要病床数の算定方法改正答申——精神病床 1万対25床 ● 中央精神衛生審議会「精神医療体系の現状に対する意見」をまとめる。 ● 精神障害関係医療費，結核のそれをはじめて凌駕
1969 (昭和44年)	<ul style="list-style-type: none"> ● 精神衛生センター運営要領について (公衆衛生局長通知) ● 精神障害回復者社会復帰センター設置要綱案中央精神衛生審議会に諮問 ● 中央精神衛生審議会保安処分に関する意見をただす ● 精神病院実態調査 ● 日本精神神経学会理事会「精神病院に多発する不祥事件に関連し全会員に訴える」声明発表
1970 (昭和45年)	<ul style="list-style-type: none"> ● 精神病院の運営管理に対する指導監督の徹底について (公衆衛生局長，医務局長通知) ● 心身障害者対策基本法公布 ● 精神障害回復者社会復帰施設整備費予算化
1971 (昭和46年)	<ul style="list-style-type: none"> ● 日本精神神経学会総会にて保安処分制度に反対する決議 ● 法制審議会刑事法特別部会処分案を決定
1972 (昭和47年)	<ul style="list-style-type: none"> ● 厚生省精神衛生思想普及費，精神病院技術職員等研修費，児童精神科専門医研修費，A級精神衛生センターにおける ● デイケア事業運営費予算化 ● 精神科カウンセリング料新設
1973 (昭和48年)	<ul style="list-style-type: none"> ● 全国精神衛生実態調査 ● 行政管理庁「精神衛生に関する行政監察結果に基づく勧告」 ● 第21回全国精神衛生大会 (金沢) の開催中止
1974 (昭和49年)	<ul style="list-style-type: none"> ● 精神科作業療法，精神科デイ・ケアが社会保険診療報酬で点数化 ● 日本精神神経科診療所医会結成 ● デイ・ケア施設整備費予算化

1975 (昭和50年)	<ul style="list-style-type: none"> ●保健所における社会復帰相談指導事業の設置 ●アルコール中毒臨床医等研修費の予算化
1976 (昭和51年)	<ul style="list-style-type: none"> ●精神障害者措置入院制度の適正な運用について (公衆衛生局長通知)
1978 (昭和53年)	<ul style="list-style-type: none"> ●中央精神衛生審議会が精神障害者の社会復帰施設に関する中間報告 ●精神科デイ・ケア研修を実施
1979 (昭和54年)	<ul style="list-style-type: none"> ●精神衛生社会生活適応施設整備費, 精神衛生センターにおける酒害相談事業費予算化 ●アルコール飲料と健康に関する検討委員会設置 ●第27回全国精神衛生大会 (大阪) の再開
1980 (昭和55年)	<ul style="list-style-type: none"> ●公衆衛生審議会精神衛生部会「老人の精神障害者対策について」の意見をだす。 ●アルコール健康医学協会設立 ●職親制度検討委員会設置
1981 (昭和56年)	<ul style="list-style-type: none"> ●職親制度検討委員会が精神障害者職業参加促進制度に関する中間報告 ●国際障害者年精神衛生国際セミナー開催

Ⅳ その他

1 各都道府県精神衛生窓口一覧

都道府県名	主管部(局) 主管課	電話番号	郵便番号	住所
北海道	衛生部保健予防課	011 (231) 4111	060	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	030	青森市長島1の1の1
岩手	環境保健部予防課	0196 (51) 3111	020	盛岡市内丸10の1
宮城	衛生部公衆衛生課	0222 (63) 2111	980	仙台市本町3の8の1
秋田	福祉保健部公衆衛生課	0188 (60) 1383	010	秋田市山王4の1の1
山形	環境保健部保健予防課	0236 (30) 2313	990	山形市松波2の8の1
福島	保健環境部公衆衛生課	0245 (21) 1111	960	福島市杉妻町2の16
茨城	衛生部保健予防課	0292 (21) 8111	310	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) 3095	320	宇都宮市壺田町1の1の20
群馬	衛生環境部予防課	0272 (23) 1111	371	前橋市大手町1の1の1
馬場	衛生部保健予防課	0488 (24) 2111	336	浦和市高砂3の15の1
埼	衛生部予防課	0472 (23) 2669	280	千葉市市場町1の1
玉	衛生局医務部精神衛生課	0 3 (212) 5111	100	千代田区丸の内3丁目
東	衛生部保健予防課	045 (201) 1111	231	横浜市中区日本大通り1
神奈川	衛生部公衆衛生課	0252 (23) 5511	951	新潟市学校町1番町通602
新潟	厚生部公衆衛生課	0764 (31) 4111	930	富山市新総曲輪1の7
富山	厚生部公衆衛生課	0762 (61) 1111	920	金沢市広坂2の1の1
石川	厚生部公衆衛生課	0776 (34) 1111	910	福井市大手3の17の1
福井	厚生部保健予防課	0552 (37) 1111	400	甲府市丸の内1の6の1
山梨	衛生部保健予防課	0262 (32) 0111	380	長野市大字南長野市巾下692の2
長野	衛生部保健予防課	0582 (72) 1111	500	岐阜市藪田
岐阜	衛生部保健予防課	0542 (21) 2432	420	静岡市追手町9の6
静岡	衛生部医務課	052 (961) 2111	460	名古屋市中区三の丸3の1の2
愛知	保健衛生部予防課	0592 (24) 2338	514	津市広明町13
三重	厚生部医務予防課	0775 (24) 1121	520	大津市京町4の1の1
滋	衛生部保健予防課	075 (451) 8111	602	京都市上京区下立売通新町
京				西入藪ノ内町
大阪	衛生部公衆衛生課	0 6 (941) 0351	540	大阪市東区大手前之町2の4
兵庫	保健環境部予防課	078 (341) 7711	650	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	630	奈良市登大路町
和歌山	衛生部健康対策課	0734 (32) 4111	640	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) 7153	680	鳥取市東町1の220
島根	環境保健部公衆衛生課	0852 (22) 5327	690	松江市殿町1
岡山	環境保健部公衆衛生課	0862 (24) 2111	700	岡山市内山下2の4の6
広島	環境保健部公衆衛生課	0822 (28) 2111	730	広島市基町10の52
山口	衛生部予防課	0839 (22) 3111	753	山口市滝町1の1
山	厚生部公衆衛生課	0886 (21) 2223	770	徳島市万代町1の1
川	環境保健部健康増進課	0878 (31) 1111	760	高松市番町4の1の10
香	保健指導課	0899 (41) 2111	790	松山市一番町4の4の2
愛	保健環境部医務課	0888 (23) 1111	780	高知市丸の内1の2の20
媛	衛生部予防課	092 (781) 1111	810	福岡市博多区中洲中島町2の3
高知	保健環境部保健予防課	0952 (24) 2111	840	佐賀市内1の1の59
福岡	保健部予防課	0958 (24) 1111	850	長崎市江戸町2の13
佐	衛生部保健予防課	0963 (83) 1111	862	熊本市水前寺6の18の1
賀	環境保健部保健予防課	0975 (36) 1111	870	大分市大手町3の1の1
岐	環境保健部保健予防課	0985 (24) 1111	880	宮崎市橋通東2の10の1
大	衛生部予防課	0992 (26) 8111	892	鹿児島市山下町14の50
宮	環境保健部保健予防課	0988 (66) 2209	900	那覇市泉崎1の2の32
崎				
鹿				
児				
沖				
縄				

2 精神衛生センター一覽

(昭和55年8月1日現在)

都道府県	開設年月	級別	単位の別	センター名	郵便番号	所在地	電話番号	
北海道	43. 3	3	単合	A	黒田知篤	061-01	札幌市白石区本町16丁目6番34号	011 (871)7121
	48. 7			B	小泉 明	020	盛岡市本町通3丁目19番1号 (岩手県福祉相談センター内)	0196(51)3111 (内2518)
宮城	43. 6	6	合	B	江島達憲	980	仙台市本町1丁目4番39号 (宮城県総合福祉センター内)	0222(24)1491-5
秋田	54. 7	7	単合	B	根本清治	010	秋田市中通2-1-52	0188(34)2906
	47. 4			B	山田俊治	990	山形市十日町1丁目6番6号 (山形県保健福祉センター内)	0236(22)2543
福島	47. 4	4	合	B	上野文彌	960	福島市森合町10-9	0245(35)3556・7210
	42. 8			B	瀬川 浩	310	水戸市三の丸1丁目3番17号	0292(31)0512・0202
栃木	43. 4	4	単	B	増野 肇	320	宇都宮市西原町3542	0286(35)2463
	40. 7			B	渡瀬敦晩	330	大宮市土呂町1丁目50の4	0486(63)7025
千葉	46. 2	2	単	A	若菜 担	280	千葉市仁戸名町666番の2	0472(63)3891
	41. 7			B	青山好作	110	台東区下谷1-1-3	03(842)0946-7
神奈川	42. 4	4	単	A	石原幸夫	232	横浜市中区富士見町3-1	045(261)3541-3
	43. 4			B	保科泰弘	951	新潟市川岸町1丁目57番地の1 (新潟県厚生相談センター内)	0252(31)6111
富山	40. 10	10	単	B	小野啓安	930	富山市大手町1-2	0764(21)1511
	41. 10			B	山田善子	920	金沢市本町3丁目1番の10号 (石川県社会福祉会館内)	0762(63)4181
福井	47. 4	4	合	B	鈴木大輔	910	福井市四ツ井2丁目12-1 (福井県立精神病院内)	0776(54)5151 (内650-651)
	46. 4			B	田中孝雄	400	甲府市中央1-11-42	0552(37)1657
長野	47. 10	10	合	B	宮尾美代子	380	長野市大字若里字館河原1022-1	0262(27)1810
	41. 10			B	赤座 敦	500	岐阜市下奈2-8-1 (岐阜県福祉農業会館内)	0582(73)1111
静岡	41. 4	4	単	B	平原鎮夫	420	静岡市曲金5丁目3-30	0542-82-0014-5
	46. 4			A	伊藤克彦	460	名古屋市中区三の丸3丁目2番1号 (愛知県総合保健センター内)	052(962)5371
大阪	40. 6	6	合	B	浅尾博一	537	大阪市東成区中道1丁目3番69号	06(981)4150
	43. 4			A	増原俊夫	652	神戸市兵庫区荒田町2丁目1番地	078(511)6581
兵庫	53. 10	10	合	B	松島嘉彦	690	松江市大輪町420 (松江衛生合同庁舎内)	0852(21)2885
	46. 4			B	山本昌知	703	岡山市古京町1丁目10号-101 (岡山衛生会館内)	0862(72)8835
広島	47. 4	4	合	B	山田克彦	734	広島市字品神田1丁目5番54号 (広島県立病院内)	0822(54)3154
	47. 4			B	小林 茂	755-02	宇部市東岐波東小沢4004-2	0836(58)3480
山口	47. 4	4	単	B	小田文一	770	徳島市新蔵町3丁目31-2	0886(25)0610
	40. 11			B	石村忠一	760	高松市松島町1丁目17番28号 (香川県高松合同庁舎内)	0878(31)3151 (内228・229)
徳島	42. 4	4	合	B	平岡英三	790	松山市三番町8丁目234 (生活保健ビル内)	0899(21)3880 0886-(25)0610
	47. 4			B	秋田美智子	780	高知市丸の内2丁目4-1	0888(23)8609
香川	41. 4	4	単	A	糸永義明	812	福岡市東区箱崎7丁目8番2号	092(641)3501-2
	44. 10			B	広田典祥	854	鎌早市柴田町宮の前69-3	09572(6)5977
熊本	47. 4	4	単	B	南 竜一	860	熊本市水道町9番16号	0963(56)3629
	50. 9			B	広瀬武法	870	大分市大字窪字杉下717番地の5	0973(44)9921
大宮	49. 10	10	合	B	清水純一	880	宮崎市霧島1丁目2番地 (宮崎県総合保健センター内)	0985(27)5663
	42. 4			B	中村精吉	890	鹿児島市都元3丁目3番5号	0992(55)0617
鹿兒島	49. 4	4	単	B	原良澄夫	901-02	鹿児島県豊見城村字真玉橋131-4	0988(57)7726

3 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	〒105 港区虎の門1-21-19 秀和第2虎の門ビル 508-0729（(社)日本精神病院協会内）
社団	日本精神病院協会	〒105 港区虎の門1-21-19 秀和第2虎の門ビル 508-0735
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
社団	アルコール健康医学協会	〒160 新宿区四谷2-14 355-2861
社団	日本てんかん協会	〒162 新宿区西早稲田2-2-8 202-5661(全国心身障害児福祉財団ビル内)
	全国精神衛生連絡協議会	〒272 千葉県市川市国府台1-7-3 0473-72-0141(国立精神衛生研究所内)
社福	全日本精神薄弱者育成会	〒105 港区西新橋2-16-1(全国たばこ 431-0668 センタービル内)
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 港区西新橋2-16-1(全国たばこ 438-0466 センタービル内)
	全国教護院協議会	〒582 大阪府柏原市大字高井田813 0729-78-6083（修徳学園内）
	教育と医学の会	〒812 福岡市箱崎町（九大教育学部内） 092-771-4161

代 表 者	主 たる 事 業 の 内 容	設立年月日
(会長) (理事長)高橋清彦	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)斎藤 茂太	1 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. 6 (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. 8 (26. 10)
(会 長)岡田 文秀 (理事長)松本 淳治	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. 18 (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. 8
(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. 7. 15 (38. 11)
(理事長)斎藤 茂太	アルコール飲料に関する知識等の啓蒙普及及び研究	昭55. 7. 1
(会 長)永井 勝実	てんかんに関する知識等の啓蒙普及及び研究	昭56. 2. 4
(会 長)加藤 正明	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. 21
(理事長)松林 弥助	1. 精神薄弱者の世話 2. 親と子のための相談活動	昭34. 3. 23 (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. 7
(会長代理)郷司浩平	1. 精神衛生の普及啓蒙 2. 産業精神衛生の研究	昭32. 3. 18 (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. 8 (9. 10)
(会 長)大台 雅生	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. 1
(会 長)牛島 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. 1

我が国の精神衛生

(昭和56年版) (精神衛生ハンドブック)

定 価 950円

送料実費

監 修 厚生省公衆衛生局精神衛生課

発行所 財団 厚生問題研究会
法人

東京都豊島区東池袋4-24-2

協栄生命池袋ビル6F

電 話 03-989-9815

印刷・製本/㈱太陽美術/TEL(642)6054代 落丁・乱丁本はおとりかえします。