

我が国の精神衛生

(精神衛生ハンドブック)

昭和57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しつつあります。

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」を発売してまいりましたが、本年版は、内容の一層の充実改訂を行い、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57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	3
(3) 精神病院法の制定	5
(4) 精神衛生法の制定	6
(5) 精神衛生法の改正	8
(6) 精神衛生法改正以後	9
3. ライフサイクルからみた精神衛生	11
(1) 胎生期の精神衛生	11
(2) 乳幼児期の精神衛生	12
(3) 学童期の精神衛生	13
(4) 思春期（青・少年期）の精神衛生	14
(5) 成人期及び向老期の精神衛生	15
(6) 老年期の精神衛生	16
4. 生活の場からみた精神衛生	19
(1) 家庭、家族と精神衛生	19
(2) 学校と精神衛生	20
(3) 職場と精神衛生	21
5. 精神障害に関する知識	23
(1) 精神障害とその原因	23
(2) 精神分裂病	24
(3) 躁病とうつ病	25
(4) 脳器質精神障害	26
ア 老年期および初老期の器質精神病	26
イ その他の器質精神病	27
(5) 中毒性精神障害	27
ア アルコール精神病とアルコール依存症	27
イ 麻薬中毒と薬物依存（物質常用病）	28

(6) 症状精神病	29
(7) 心因性精神障害	29
(8) 小児期の精神障害	30

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	32
2. 精神障害者対策	35
(1) 医療体制	36
ア 精神衛生鑑定医制度	36
(ア) 精神衛生鑑定医	36
(イ) 申請・通報・届出	38
a 一般人からの申請 (法第23条)	38
b 警察官からの通報 (法第24条)	38
c 検察官からの通報 (法第25条)	39
d 保護観察所の長の通報 (法第25条の2)	39
e 矯正施設の長からの通報 (法第26条)	39
f 精神病院の管理者の届出 (法第26条の2)	39
(ウ) 実地審査	41
イ 入院	41
(ア) 措置入院	41
a 入院措置	41
b 措置解除	43
c 仮退院	43
(イ) 緊急措置入院	44
(ウ) 同意入院	44
(ニ) 仮入院	46
(ハ) 自由入院	46
ウ 通院	47
(ア) 通院医療費公費負担制度	47
a 通院医療費公費負担制度の概要	47
b 通院医療費公費負担の手続	49
(イ) 通院医療に係る社会保険診療報酬の取扱い	60
(ウ) 精神科デイ・ケア医療	61
a 精神科デイ・ケアの概要	61
b 精神科デイ・ケアの施設基準及び承認手続	63

c	精神科デイケアの社会保険診療報酬上の取扱い	66
(2)	医療施設体制	67
ア	精神病院	67
(ア)	精神病院の現状	67
(イ)	都道府県の設置義務	70
(ウ)	指定病院制度	70
イ	精神科診療所	72
(3)	社会復帰対策	72
ア	社会復帰対策の概要	73
(ア)	精神病院内における対策	73
(イ)	精神病院外における対策	74
イ	社会復帰のための制度	75
(ア)	通院患者リハビリテーション事業	75
(イ)	社会復帰促進事業	80
ウ	社会復帰施設	83
(ア)	精神障害回復者社会復帰施設	83
(イ)	デイ・ケア施設	86
(ウ)	精神衛生社会生活適応施設	89
3.	地域精神衛生対策	95
(1)	地域精神衛生活動の目標と計画	96
(2)	地域精神衛生活動の主体	98
ア	保健所	98
(ア)	保健所の性格及び機能	98
(イ)	職員の業務	98
(ウ)	精神衛生業務	99
イ	精神衛生センター	101
(ア)	精神衛生センターの性格及び機能	101
(イ)	センターの組織	102
(ウ)	センターの職員	102
(ニ)	センターの規模	102
(ホ)	センターの事業用設備	102
(カ)	センターの業務	102
ウ	精神病院等医療機関	103
エ	社会復帰施設等	104
4.	精神衛生の財政	105

(1) 国民医療費における精神医療費	105
(2) 精神衛生関係予算	105
(3) 費用の助成	107
ア 医療費公費負担	107
(ア) 措置入院費	107
(イ) 通院医療費	111
(ウ) 同意入院費	111
イ 措置入院に係る費用徴収	111
ウ 医療費公費負担事務費	112
エ 精神衛生センター等の運営費等補助	112
(ア) 精神衛生センター運営費	112
(イ) 精神障害回復者社会復帰施設運営費	112
(ウ) デイ・ケア施設運営費	113
(エ) 精神衛生社会生活適応施設運営費	113
(オ) 通院患者リハビリテーション事業費(職親制度)	113
オ 精神病院等の施設整備費補助	113
(ア) 精神病院	113
(イ) 精神衛生センター等	114
カ 精神病院等の設備整備費補助	114
キ 地方交付税	115
ク 資金融資	115
(ア) 地方公共団体	115
(イ) 個人および法人	115
5. アルコール中毒対策	117
(1) アルコールの疫学	118
(2) アルコール関連問題	123
ア アルコール関連身体的障害	123
イ アルコール関連社会的障害	124
ウ アルコール精神疾患	125
a アルコール依存症	125
b アルコール精神病	127
c 急性アルコール中毒	128
(3) 酒害予防対策と適正飲酒	129
ア 酒害予防対策の対象	129
イ 適正飲酒の普及	130

ウ 相 談 指 導	131
エ 医 療	131
(ア) 入 院 医 療	131
(イ) 通 院 医 療	132
オ 地 域 対 策	132
(ア) 精神衛生センター	132
(イ) 保 健 所	133
(ウ) 精神病院等医療機関	134
(エ) 社会復帰施設	134
(カ) 社会福祉関係機関	134
(ク) 断酒会等民間団体	134
(4) アルコール研修	134
6. 覚せい剤中毒対策	138
(1) 覚せい剤乱用の現状と対策	138
(2) 覚せい剤の慢性中毒者等に対する医療保護	146
7. 老人精神保健対策	149
(1) 保 健 事 業	150
(2) 老人精神保健対策	150
ア 老人精神病棟の整備	150
イ 老人精神衛生相談事業	155
(3) 老人精神保健の今後の課題	156

3章 国立精神衛生研究所

1. 沿 革	158
2. 研 究 内 容	161
3. 研 修	164
4. 技 術 交 流	166
(1) 国 内 交 流	166
(2) 国 際 交 流	166

4章 諸外国における精神衛生

1. WHOの精神衛生活動	168
2. アメリカにおける精神衛生の展開	169
3. イギリスの精神医療	173

4. フランスにおける近況	178
5. ソ連の精神医療	179
6. 発展途上国の精神衛生	180
7. む す び	182

5章 関連法規及び施設

1. 厚生省関係	183
(1) 社会福祉事業法	183
(2) 生活保護法	183
(3) 児童福祉法	184
(4) 老人福祉法	185
(5) 精神薄弱者福祉法	186
(6) 国民年金法及び厚生年金法	187
ア 国民年金法	187
イ 厚生年金法	188
2. 文部省関係	188
3. 法務省関係	188

(資料編)

I 法 令

1. 精神衛生法関係	189
(1) 精神衛生法	189
(2) 精神衛生法施行令	204
(3) 精神衛生法施行規則	207
2. 麻薬取締法関係	213
(1) 麻薬取締法(抄)	213
(2) 麻薬取締法施行規則(抄)	219
3. 覚せい剤取締法(抄)	221
4. 大麻取締法(抄)	222

II 統計資料

表 1 傷病(大分類)・年次別受療率(人口10万対)	224
表 2 傷病(大分類)・地域ブロック別にみた受療率 (人口10万対)	224

表 3	傷病（小分類）・受療の種類別にみた全国推計患者数	226
表 4	在院期間別退院患者の年次推移（累積百分率）	227
表 5	主要傷病・年次別受療率	227
表 6	病名別・性別・年齢別在院患者数	228
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	229
表 8	都道府県別疾病別在院患者数	230
表 9	都道府県別年間入退院患者数等	232
表10	精神病床数・入院患者数・措置患者数の措置率・ 利用率の推移	233
表11	新規措置入院・措置解除・年末措置患者数の年次推移	233
表12	在院患者数・措置患者数・医療扶助人員の年次推移	233
表13	都道府県別精神衛生相談状況	234
表14	都道府県別精神衛生訪問指導状況	235
表15	精神衛生実態調査結果概要	236
III	精神衛生年表	239
IV	そ の 他	247
1.	各都道府県精神衛生窓口一覧	248
2.	精神衛生センター一覧	249
3.	主な関係団体一覧	250

図表目次

〔表〕 1.	昭和6年末の精神病患者数	6
2.	昭和6年末の施設数と収容人員	6
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	40
4.	都道府県別開設者別精神病院数及び精神病床数(昭和56年)	68
5.	保健所における社会復帰等相談指導事業実績	81
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	101
7.	国民医療費に占める精神病医療費の割合	106
8.	精神衛生関係予算	108
9.	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	110
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)	110
11.	費用徴収基準額	111
12.	大量飲酒者数(推計)	120
13.	アルコール中毒患者数	121
14.	アルコール関連疾病死亡者数(人口動態統計調査)	122
15.	アルコール依存徴候を有する精神病の分類	127
16.	国立精神衛生研究所の定員	159
17.	国立精神衛生研究所の組織	160
18.	課程別研修修了者数(昭和57年3月まで)	165
〔図〕 1.	精神衛生行政組織のしくみ	34
2.	精神障害者対策の概要	35
3.	精神衛生法	37
4.	措置入院制度の概要	42
5.	通院医療制度の概要	48
6.	精神科デイ・ケアのプログラム(例)	62
7.	精神障害者社会復帰体系図	74
8.	酒害予防対策	117
9.	酒類課税移出数量の推移	119

10.	アルコール精神疾患の分類	125
11.	アルコール依存症の概念	126
12.	酒害予防対策と適正飲酒	130
13.	覚せい剤取締法違反検挙人員の推移（警察統計）	139
14.	痴呆老人対策施策のフローチャート	149
15.	老人保健対策体系図	151

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って、ただ単に病気や虚弱でないというだけではない」(WHO憲章)

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

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

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

~~なり始末であつた~~

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、社寺の楼塔は精神病患者の収容施設のごとき観があった。

明治の衛生行政が、本格的軌道に乗り出したのは、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、精神病患者の大多数は、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。~~
家徳の世話に任せていた。

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叔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徐々にその基礎が固められていった。

(2) 精神病患者監護法の制定

明治30年代になると、これまで相当長い間、専ら地方の規制に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19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日施行された。

精神病患者監護法の内容は、

- ① 後見人、配偶者、親権を行う父又は母、戸主、親族会で選任した4親等以内の親族を精神病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、所在地の市区村町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＝精神科設置」の決議を行ったし、40年には、北海道に道府県立以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、「官立精神病院設置」の決議がなされた。

在籍の枠外にある

(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~~設置されている~~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3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置を整えるよう、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条の精神病院に代用するため公私立精神病院を指定することができる（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患者の保護は全く顧みられず、精神病床も戦火による消失や経営難により閉鎖され、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 精神障害発生の子防、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) 精神衛生法の改正

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、これが重要な契機となって、病床は急速に増加し、いわゆる精神病院ブームの現象を呈し、5年後の35年には約8万5千床に達し、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対応し得なくなってきたので、精神障害に關す

る発生予防から、治療・社会復帰までの一貫した施策を内容とする法の全面改正の準備がなされていた。ところがたまたま39年3月、有名なライシャワー事件が発生し、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^{ハカマ}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中央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日をもって公布されることになった。

この法改正の特徴は次のようなものである。

- ① 地域における精神衛生行政の第一線機関として保健所を位置づけ、保健所に精神衛生相談員を配置できるようになり在宅精神障害者の訪問指導、相談事業が強化された。
- ② このような保健所における精神衛生活動の技術者指導援助をはじめとして、各都道府県における精神衛生に関する技術中枢機関として、精神衛生センターが設けられることになった。
- ③ 入院中心の医療から通院医療への転換を推進するため、また、在宅精神障害者の医療の確保を容易にするために通院医療費公費負担制度を新設した。
- ④ 措置入院制度に関連した手続上の改善として病院管理者による届出の制度、緊急措置入院制度、入院措置の解除規定、守秘義務規定などが新たに加えられ適正な医療保護の充実がはかられた。

(6) 精神衛生法改正以後

昭和40年の法改正に伴って41年「保健所における精神衛生業務運営要領」が示され、44年には「精神衛生センター運営要領」と共に地域精神衛生活動の整備が図られることとなった。

一方、昭和40年の精神病床は17万床、人口万対17.6床であったものが、昭和50年には28万床、万対24.9床となり、51年には医療法に規定された万対25床を上回るまでに整備されてきた。

また通院患者の増加も著しく、昭和40年に1日9千人の通院患者であったも

とくと

のが、昭和50年には2.2万人昭和55年には2.6万人にもなっており、通院医療費公費負担申請者数も、昭和41年、6.6万件から昭和55年32.4万件と5倍近くになっている。

しかし措置入院患者は徐々に減少しており、昭和45年の7.7万人をピークに昭和50年には6.4万人、55年には4.6万人となり、これらの変化は医療技術の進歩もとより地域医療の推進に負うところが大きいものと考えられる。

昭和40年の法改正以後は社会復帰制度・施設の進展が著しく、昭和44年、精神障害回復者社会復帰施設要綱案を中央精神衛生審議会が答申して以降、昭和50年には「精神障害回復者社会復帰施設」及び「デイ・ケア施設」の運営要領が示され、55年には「精神衛生社会生活適応施設運営要領」が示され、施設対策を充実させてゆくとともに、49年には作業療法、デイ・ケアの点数化が実現し、57年からは職親制度の一形態として「通院患者リハビリテーション事業」がはじめられようとしている。保健所においても昭和50年「精神障害者社会復帰相談指導事業」を開始し集団指導等をとおして社会復帰活動に取り組んできている。

このほか、酒害対策等の一環として各精神衛生センターにおいて「酒害相談事業」が実施され、また昭和57年8月老人保健法の制定に伴って新たに保健所において「老人精神衛生相談指導事業」がはじめられようとしている。

このように法改正後は入院医療対策から地域医療対策へと重点が移っており、今後もこのような方向性が維持強化されるものと思われる。一方で精神障害者福祉法の制定などの声もあるが、精神障害者の福祉と医療は切り離せないものであり、精神衛生法のより一層の福祉的拡充強化が期待される。

3. ライフサイクルからみた精神衛生

(1) 胎生期の精神衛生

母胎内にある約40週は、人間の精神機能を司る脳の發育にとってきわ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すでにそろっていて、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。

胎生期に重要なことは直接胎児に、あるいは母体に加わるさまざま有害因子から胎児の健全な發育を守ることである。強い外力、放射線、梅毒・風疹・トキソプラズマなどの感染症、薬物、アルコール、栄養障害などが脳の發育に影響を与えることはよく知られており、とりわけ妊娠の初期に影響が大きいので注意が肝要である。

出産をめぐる周産期の問題も脳障害に密接なかかわりを持つ。難産や未熟児産、仮死、低酸素症、血液不適合による重症黄疸などがその原因となることが多い。胎児期におけるさまざまな外因による脳障害の症状は、脳の全体的な發育不全であり、麻痺や痙れんなどの神経症状や知能障害を起す。これらの外因の多くは予防可能であり、その意味で胎生期の配慮は重要である。

また、最近の医学の進歩により内分泌異常、代謝異常、染色体異常などによる脳障害の実態も次第に明らかになってきており、その中には早期発見による特殊治療が効果がある疾患もあることがわかってきた。

この意味で出生前後、乳児期早期の健康診査は重要といえる。保健所では母子保健活動の一環として、新婚学級、母親学級等の衛生教育、妊産婦の定期的指導などを行っているが、今後精神衛生面での指導は特に力を入れて推進される必要がある。

また、最近注目をひく問題として、出産後1ヶ月以内に1000人に1～2人位の割合で母親に起るといわれる産褥性精神障害がある。未経験な母親の一過性不安として見のがされやすいが、母子心中の50%以上は「育児への自信喪失」を理由とし、対象となる子どもは0歳児がもっとも多いといわれている。抑う

授乳を通じて確立され

つ的なタイプが多いので専門医の診断と周囲の迅速な処置が必要である。

いづれにしても、精神衛生的にみて妊産婦や若い母親への地域的な集団指導や電話相談などの活動は、今後ますます必要になると思われる。

(2) 乳幼児期の精神衛生

この時期は子どもの心身の発達が急速に進む時期で脳の発育はことにめざましい。6歳までに身長は出生時の約2倍、体重は4～5倍に達すると共に脳は重量で約3倍となり、構造もかなり複雑化する。したがって胎生期と同様に交通事故などによる頭部外傷や、脳炎などの感染症、栄養・代謝、内分泌障害などが、脳や神経などに障害を与える場合は、後に知能障害や種々の脳器質障害をひき起すので、注意が必要である。

しかし、この時期に精神衛生上さらに重要なことは、乳幼児と親との心理的な結びつきを通じて、知能、言語、情緒、性格など、人間としての基本的な精神機能が育ってゆくことである。『三つ子の魂は百まで。』という如く親の愛情、しつけなどの養育態度が後年の人格形成に与える影響はこの時期が最大である。

乳児は母親に受けいれられ、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、適切な時期に離乳や排泄のしつけが行われ、自由な遊びや運動の機会を与えられて初めて健全な精神発達が可能になる。そのためには基礎的条件として両親自身が仲よくその精神衛生がよいことが不可欠の条件である。親の不在や不和、子どもへの拒否、虐待、放任、無視、あるいは強迫的、厳格な育児態度が子どもの精神発達障害や神経質的習癖の発生に関係することは多くの児童精神衛生専門家の指摘するとおりである。

殊に近年の都市化、核家族化の進行に伴い、若い母親が育児についての個人的な指導を受ける機会が乏しくなり、マスメディアによる過剰な情報の中でひとり孤立し過度の不安や子どもへの過度の期待を抱き、これが子どもに反映しているいろいろの問題をひき起していることが多い。

一般に乳幼児の精神衛生的な問題は、子ども自身が言語で訴えることが出来ず、症状も身体症状の形をとることが多く、環境的条件の影響に左右されやす

いなどの特徴があり、成人とは異なる児童精神医学の専門的な診断・治療・指導の技術が必要になる。わが国において受診率の高い乳児健診、1歳児健診、3歳児健診などの機会を活用し、保健所、児童相談所、医療・教育・福祉機関などの協力による地域精神衛生ネットワークをつくり、精神発達遅滞、言語発達遅滞、自閉症、情緒障害などの早期発見と早期指導を行うことがとりわけ重要である。

(3) 学童期の精神衛生

学童期に入ると心身の発達はますます進み、ことに脳はこの時期の終わりまでにすでに成人に近い構造を持つようになる。精神衛生的にみると、この時期は、前の乳幼児期や次の思春期にくらべると比較的安定した時期であり、その特徴は学校生活を通じての社会化と旺盛な知的発達にあるといえる。それまでは主として家庭内での両親や同胞との関係が中心であり、保護されていた状況にあったのが、次第に家族から離れ、人間関係は教師や友人に広がり、子どもは其中で一定の役割や責任も果たすようになる。特にこの時期の子どもにとっては、仲間どうしの遊びや交際は、後の社会における対人関係の基礎ともなり、子どもにとって非常に重い意味をもつ。

学童期の精神衛生の問題は、学校という集団場面への不適応や行動異常としてあらわれることが多い。近来、教育相談児童精神科外来相談の主訴としてもっと多い登校拒否を初めとして、さまざまな形の心身症、チックなどの習癖、学業不振、緘黙児、いじめられっ子などの形であらわれることが多い。これらの問題の発生には教師・友人との関係や、学校の雰囲気も関与するが、基本的には家庭における親子関係の問題がその基底にあることが多い。学童期後半になると、精神病、神経症、非行傾向なども始まり、学校保健を中心とした早期の対応が必要である。いずれにせよ学童期の精神衛生対策としては、校医や養護教諭による保健活動との協力や、PTAなどを通じての家庭と学校との連携・協力が不可欠であり、そのためには学校や地域に対する日常の精神衛生についての啓蒙活動が必要となる。

精神発達遅滞、言語障害、情緒障害、さまざまな身体的障害や慢性疾患など

をもつ児童のための治療・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

思春期は人間の一生の中でも、身体的、心理的、社会的にもつとも変動の著しい時期である。生物学的には、生殖器官、内分泌系の成熟に伴って本能衝動がたかまり、第二次性徴があらわれ、この変化は少年少女の心理を強く動揺させ不安定にさせる。

このような内的不安定は、一方において彼らの知的活動を刺戟し、抽象的、観念的な思考力を飛躍的に発達させる。少年は親を初めとする成人の世界の現実を改めて見直しながら、自己の同一性というものを確認しようとする。社会の矛盾を批判し、それに抗して理想を実現しようとするが、そのような願望はしばしばあまりに理想主義的であり、主観的、自己中心的な色彩が強いこともあり、彼らの理想や願望は複雑な現実社会の中で挫折や失敗に出会うことが少なくない。こうして少年は次第に成長してゆくのだが、時には適応に失敗して現実逃避の非社会的行動や、社会に敵対的な反社会的行動に走る場合も出てくる。

この時期には同性の親しい友人、先輩だけでなく異性の友人も求めて対人関係が広がり、親への依存的な精神生活からの独立と、真実の対象愛の発達が始まるのがふつうである。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、男性あるいは女性としての役割や価値を見出し、成人としての自己を確立してゆくことは、複雑な近代社会にあってはなかなか困難な過程であり、統合と主体性確立の過程でおこる葛藤や失敗のあらわれが、あるいは登校拒否、家庭内暴力、長期留年、自殺企画、神経性食欲不振、あるいは性的非行や社会的逸脱行為などのさまざまな適応障害としてあらわれる。

この時期は精神分裂病、うつ病、さまざまなタイプの神経症の好発年齢でもある。とりわけ精神分裂病の初期症状は、思春期の心性の特徴と似ている点が多いので、その対応には専門的な判断が重要になる。

現在のわが国では高校進学率は90%以上、大学短大進学率は40%にも達しているが、このような過熱した進学状況は必然的に学業について行けず脱落する

グループを生み、校内暴力、非行、暴走族、犯罪にと導くことも多い「成人」のよきモデルとして思春期においては父親や教師などの関係が大切であるが、この点問題が多いようである。

思春期に初発する精神病や神経症に対しては早期に専門的な治療を行い、学業を続けながら治療を行いリハビリテーションを目ざすためにも、親や教師や学校当局の理解と協力がことに必要である。このためには学校内の精神衛生やカウンセリングの充実が必要である。

(5) 成人期および向老期の精神衛生

成人期および向老期の精神衛生上の問題は各年代に共通するものと、この時期に特有なものを含んでいる。このことは一般健康上の事柄と同じである。前者は生病老死にまつわる種々の苦痛や不安であり、欲求と願望充足の成功・不成功にかかわっている。ここにおいて願望が充足しているか否かは、人生の明暗の分れめとなる。後者はこの時期に特有な問題であり、逆にこの時期は、こうした問題群の好発年齢として特徴づけられる。

この時期は、成人という名称からも連想される如く、人生における初期の修練期をおえ、一定の地位や基盤を確立し、さらに発展・拡充が期待されている時期である。人生各期で達成されるべき課題があるとすれば、この時期は、就職・結婚・出産・育児・家庭や社会に対する義務の遂行といったものがあげられる。

熟年と一般に云われる内容の充実した響きの半面、身体的にも精神的にも、また経済的にも職場や家庭においては、かなり無理が強いられ、ストレスも大きい。これに加えて、40歳代から徐々に顕在化してくる老化現象、例えば体力や感覚機能の衰えの自覚、さらには更年期障害と一般にいわれている内分泌系の失調は様々な精神衛生上の問題の状況要因となっている。この時期にこうした問題に遭遇するということは、家族や周囲が何らかの型で影響をうけるという意味で、社会的な意味も大きく、精神衛生上きわめて重要である。

中年の管理者層をおそういわゆる「職場不適応状態」は、高度に専門技術化され、年功序列の秩序が崩壊してきている企業ではよくみられる現象であり、

うつ病と関係するもの

うつ病

職場環境に由来する心身機能の失調も多い。また、疲労や不眠といった半健康状態を訴える企業人はことのほか多い。こうした問題と背中を接して、ノイローゼ、うつ病、心身症、精神分裂病と~~いった疾病が存在し~~、精神神経科の外来や病室は多くの部分でそういう人達によって占められている。^{この中で、}成
 大期および向老期は、^{うつ病と更年期後のうつ病の区別がつかない}こうした疾患の好発年齢といえる。またこの時期には自殺・アルコール依存症や覚醒剤中毒も^{よく}発生し、精神衛生の普及のバロメーター^{とも}になっている。男性、企業人とは~~また別の~~問題となりやすいグループは中年女性および主婦である。多くの疾病について性差があるということは今さらいうまでもないが精神衛生上の問題でも同様のことがいえる。女性とくに主婦は、種々の問題点を抱えている。^{現在でも}多くの主婦の場合、家庭内にあり育児や家庭教育におわれ、^{精神的な危機感}社会的な視野を広げる機会が乏しいため欲求不満を解消する場が少ないことも大きな要因としてあげられている。それゆ^{えに}また、^{また}嫁、姑の問題や近隣との問題などの問題解決が^{できず}精神的に不健康に陥る場合が^{稀ならず}ある。また更年期障害といわれる自律神経の失調状態は殆んどの上記の心理的^な原因と^{相違なく}出現する。^{人が経験し、}その際は大部分の人が情^緒不安定になる。その他主婦の呈しやすい精神障害として、ノイローゼ(特に不安神経症)、うつ病、心身症等、疾病者としては男性と同じものがあげられるが、頻度や現われ方には差がみられる。さらにまた最近、女性のアルコール症や覚醒剤の問題がクローズアップされてきているが、こうした傾向は欧米での傾向と軌を一にしている。

このように成人期および向老期には特有な精神衛生上の問題が多いため、身体的な配慮とともに精神健康の教育や啓発は特に重要となる。

(6) 老年期の精神衛生

わが国においては平均寿命の延長とともに諸外国に類をみない程の速度で高齢人口が増加しつつある一方、老人をとり巻く社会環境の変化や老人に対する家族や社会の意識の変ぼうと相まって、老人における心身の問題に強い関心もたれてきている。なかでも身体的に虚弱な、いわゆるねたきり老人の増加、痴呆性老人を中心とする老人の精神障害の増加、老人の扶養介護、老人の生きがいや老人の家庭および社会でのあり方などさまざまな問題が注目されている

る。

このような状況の中で、老人がより健やかな老後を送るためには身体健康の保持の重要性は言うまでもないことであるが、精神健康の保持・向上や老年精神障害の予防、早期発見早期治療など老年期の精神衛生の重要性がとくに強調される。この問題に対しては広く保健、医療、福祉を含めた総合的な対策が必要である。

老年期は向老期に続いて老化が一層明らかとなってくる時期で、身体面ばかりでなく精神面でも老化現象が生じてくる。それは脳の老化現象によるもので、記銘、記憶力や知能の低下が起り、新しい知識を身につけてゆくことができにくく、理解力や計算力も悪くなる。思考力も柔軟性に欠け、新しい事態への適応性も低下する。性格も若い頃の性格の偏りがとれ円満となる場合もあるが、時に表面化しなかった性格上の欠点が一層顕著になることもある。

老人をとり巻く環境にも変化が起り、老人の社会や職場からの引退、それに伴って社会的地位の喪失、収入の減少、対人関係の狭小や家庭内でも中心的地位の喪失、嫁や婿との葛藤、配偶者との死別、疾病などが生じやすい。このように心身の老化と環境の変化の影響を受け、老人の心理は不安、孤独感、抑うつ感に傾きやすく、心理的危機を生みやすい時期でもある。

老人が精神健康を保ち、健やかな老年期を送れるためには身体および環境の両面からの配慮がとくに必要とされるが、老人が家庭や社会の中で常に役割を与えられ活動できるような方策、老人の自立意識の育成や老人の生きがい対策は精神衛生対策からみても重要な課題である。また、わが国では諸外国に比べて老人の自殺率が高い。この点について今後、精神衛生面からの対策がとくに必要とされる。

老年期は精神障害が高率に発生する時期であり、痴呆疾患、うつ病、妄想病、神経症などが好発する。なかでも脳血管性痴呆や老年痴呆などの痴呆性老人が増加してきており、これら老人に対する保健、医療、福祉面からの総合的な施設および地域対策は緊急な課題となっている。

早期発見、早期治療の必要性は言うまでもないが、脳の老化防止や痴呆発生

の防止のためには成人期からの健康管理，高血圧，心臓病，糖尿病などの成人病対策や栄養の管理も重要である。

老年期の精神健康の基礎づくりは成人期からであることを銘記し，将来に向けて予防を中心とした生涯を通しての一貫した精神衛生対策を論じてゆく必要がある。

4. 生活の場からみた精神衛生

生活の場からみた精神衛生は基本的には家庭、学校、職場およびそれらを含む地域社会全般の精神衛生といえることができるが、社会の急激な変化に伴い生活の場も多様化し、それにしたがって精神衛生の課題もさらに広がりを見せるようになった。その広がりには、移民生活、海外駐在生活、留学生活など国と国との交流に基づくもの、収容施設生活、単身生活など都市化と密接に関連するものなどである。わが国の場合、第二次世界大戦終了後の人口移動、年齢構成の変化などで示される社会の変貌が精神衛生の問題にも強く反映しており、今後さまざまな形で拡大することが予想される。以下、それらのうち、問題をしぼり、家庭、学校、職場の精神衛生の現状と課題について略述する。

ただし、精神衛生の問題は一般身体衛生のように対象の範囲が明確とはいえないので、対象の責任の所在との関係を整理できないところも多い。

(1) 家庭、家族と精神衛生

胎生期から老年期までの各年代それぞれでふれているように、精神衛生にとって家庭の占める役割はきわめて大きいものである。そしてそれらは都市化、工業社会化に伴う核家族化あるいは核家族の崩壊など、家族構成の変化が著しい国々で、一層明らかになっている。家族とか家庭は社会を構成する基本単位であるだけに、その検討はもとより多角的でなければならないが、最も重要な課題として精神衛生面からのアプローチがあるといつてよいだろう。

さて精神衛生にとって家族や家庭は、一つには病気とか不健康に対する予防的な意味合いから、そしていま一つは今かかえている病人などの世話の担い手という意味合いからみることができる。

予防的な観点とは、ともすれば各ライフサイクルそれぞれに応じた精神衛生問題の発生をうながしがちな~~家庭~~の弱体化に対して、心理的な力の強化をはかろうとするもので、それには一般的な施策に委ねなければならない分野と、いわゆる地域社会の組織化および家族や家庭が陥った困難な状況に対する効果的な援助法の確立などがあり、これらが総合して行われることが重要な前提とな

る。

一方、病人などの世話の担い手としての家族については、病人と家族双方のかかえている問題を可能な限り統合して考えることが望ましいこととなる。一般に病人は家族や家庭の情緒的な支持、日常的な相互交流を望んでおり、家族はそれを望みながらも病人が慢性化するにしたがって、~~さまざまな欲求を持続的に制限されることからの解放を必要とするようになる。~~この問題を解決するためには、従来のように家族や家庭から切り離れた施設収容、専門家の~~日常の~~手が容易に届かない家庭での介護という現状をなるべく打破しなければならぬが、これは今やわが国に限らず広く世界全体の課題となりつつある。この場合のポイントは、家族の情緒的な支えと世話の経験を施設でも活かせること、慢性の病人を世話している家庭にも専門家などの技術が及ぶこととされ、いわゆる地域社会精神衛生プログラムにとって、家庭の機能との関連は理念のレベルを越えて大きな鍵となっている。

現在、わが国はもちろん多くの国で家庭の規模が小さくなり、単身生活者が増加しているが、これに平行して精神的ストレスを解消する力が低下することはもはや定説化しており、具体的な数値としても示されている。家族と精神衛生の問題は、すでに述べたようにその国の文化によって異なる面も多く、今後の研究に委ねられなければならない点ももちろん少なくないが、これらを含めた研究の成果が広く社会政策に反映されるべき時代を迎えはじめたといつてよいであろう。

(2) 学校と精神衛生

いわゆる学校衛生といわれるものの中で精神衛生の問題がさまざまな形であられることは、学童期、思春期（青少年期）の精神衛生の項で述べられているとおりである。そしてそれら近来発生した問題の多くがいわゆる医学的な疾病（生物学的疾病）とはみられないこともあって、教育相談、児童相談の分野から保健医療まで多種の機関が個々にかかわっているのが特徴である。そのために一般の学校衛生身体衛生に比べ、どうしても体制を整えにくく、積極的に取り上げにくいことは否定できない点である。

組み

校内暴力

原因を押し、採筆を
読まはり

とはいえ、小学校、中学校そしていわゆる義務教育ではないが進学率90%に達する高等学校は、実際問題として多くの学童、青少年にとって同世代の人たちと集団で過ごす場であり、知識を与えられ、交流し、友人関係を作り、社会的な規制を受ける場であるから、学校が普及し、義務教育の年限が延び就学率が向上するにしたがって、精神衛生の問題も増加し多様化するの**は必至のこと**となる。そしてそれらに対しては教育の場で第一義的に解決がはかられるのが当然とはいえ、問題の多様化とともにさまざまな領域への波及も起きる。典型的にはいわゆる登校拒否、~~いわゆる~~家庭内暴力などの現象がそれであるが、**軽重の度合も**さまざまなこの種の問題についてどのような領域が共同してその形成要因の研究を行い、~~長期欠席に至ったときに病欠という以外にどのような手続が妥当なのかを検討し、必要時のケアをどこが担い、その費用負担をどこで~~きるかなど、多くの課題が残されている。

現状は、各地で必要性からの対策が実施され、それなりの成果もみられているという段階とい**ってよいであろう。**

(3) 職場と精神衛生

職場において

合理化と技術革新が急速に進み、労働の質、内容、密度の変化など労働環境に大きな変貌が起きつつある昨今、職場と精神衛生の関係もまた次第に重要な課題になりはじめている。その状況は、労働が集約化され他律的となり、いわゆる人間疎外が進行しているということ**で表現できるが、それは一方では効率をほぼ唯一の尺度とするためにいわゆる精神的弱者が除かれることで問題視され、他方ではいわゆる「人間の心がすさむ」ということで問題視され、しばしば共に精神衛生の問題としてとらえられる。**しかしながら、問題に対する受け手が明確でない限り、**不用意に幅を広げるのは慎重でなければならない。**

そこでここでは、疾病ないしそれに準ずるものに対する予防的立場からの検討、個々の問題発生に際しての職場としての世話、受け入れの二面に主として問題の所在がある**と**考えておきたい。

もともと職場と精神衛生の問題には基本的なところできわめて困難な問題がある。たとえば、早期発見といってもその精神衛生活動が誰のためにあるかと

いうこと、より積極的な活動目標として情緒的な成熟とか社会的能力の開発などを取り上げるとしても、それは結果的に弱い個人を救うとは限らないということなどがこれにあたる。また前述のように、精神衛生の範囲を主観的な満足感、志気などまで広げてしまえば、精神衛生という概念の乱用という批判も起^{きこえらう}き~~か~~ねない。かあまのたしなむ(きこ)

とはいえ、企業にとっての生産性の問題、その一方で個々の病者、障害者の社会復帰にとっての企業の存在の重要性そのものは無視することができず、その間の矛盾を埋めるために、一つには社会的行動に及ぼす疾病の影響、機能不全の防止などの研究が要請され、二つには一般の形態の雇用が困難な人々に対する幅広い雇用保障制度の確立などが不可欠の課題となってくる。わが国の場合、社会の成り立ち、雇用のあり方からみて必ずしも諸先進国に対して職場の壁が厚いとのみはいえないが、リハビリテーションに関する技術面制度面の早急な検討を迫られているとみるべきであろう。

5. 精神障害に関する知識

(1) 精神障害とその原因

精神障害は、異常な精神状態のさまざまなものの総称であり、医学の視点からは精神疾患としてとらえられている。しかし、古くから狂気の現象として医学のみならず宗教、哲学、文学などさまざまな分野においても注目されそれぞれの視点から重要な考察がなされてきた。また、精神障害に対する人びとの一般的な見方には社会文化的背景の相違や時代の移り変りにしたがい違いのみられることもよく知られている。精神障害に対する見方や観点には、このようにそれぞれ異なるさまざまなものがあり、医学の視点からみた精神障害は、その一側面にしか過ぎない。しかし精神障害に対する医学からの接近は、現代の社会において重要な意義をもっており、精神衛生活動をすすめる上で有用と思われる基礎知識を与えてくれている。

医学の視点からは、精神障害の原因やそのなりたちを心身の異常や病変に求める試みがなされてきた。こうして、精神障害の一部については、身体的病変が基礎となって生じていることがはっきりつきとめられている。それらは外因性精神障害と名づけられており、精神機能に直接かかわりをもつ脳の組織に変性、炎症、腫瘍、損傷などの病変が認められる器質精神病や、薬物や毒物の作用が原因としてからんでいる中毒性精神障害や、脳以外の身体疾患のさいに二次的に脳の働きが侵されて、主として一時的に生ずる症状精神病（一過性器質精神病状態）などがそれに属している。

また、心因性精神障害と名づけている一群があり、精神的ショックや複雑な対人関係から生じた心理的ストレスなどによって起り、そのなりたちが心理的に解釈される精神障害で、急性ストレス反応や神経症（ノイローゼ）などが例にあげられる。

しかし、原因と思われる身体的病理所見がまだとらえられず、しかもそのなりたちを心理的に解釈しつくすこともできていない精神障害も少なくない。それらは内因性精神障害あるいは機能性精神病と名づけられており、精神分裂

病、躁病、うつ病などの重要な精神病がこれに属している。

そのほか、性格の偏りの著しい異常性格や知能発達の異常な遅れ、すなわち精神遅滞もまた医学の視点からとりあげられている。精神遅滞の一部には、先天代謝異常、その他の身体的な原因の知られているものもある。精神疾患をその主要原因にしたがって整理すると以上のようになるが、しかし、どのような精神疾患においても、そのなりたちや経過には、心身両面のさまざまな要因のかかわりが認められており、予防や治療にあたって、重要な要因としてとりあげられねばならない。

主な精神疾患

精神疾患の種類は極めて多い。ここではそのうちのごく一部の主なもののみをとりあげてみる。

(2) 精神分裂病

精神分裂病は青年期に発病し、自我障害、幻覚、妄想、などの特徴的で奇異な精神症状や、緊張病興奮と昏迷などの精神運動症状をあらわし、寛解と再発をくり返しつづ進行性の経過をたどり、情意の鈍化した特有な人格欠陥に陥る病気で、神経症や青年期にみられる反抗や登校拒否などによく似た状態ではじまることもある。

自我障害としては、「変な考えを頭にうかべさせられる」とか「おかしくないのに笑わされる」とか「行動があやつられている」などのさせられ体験がみられる。幻聴がみられ、考えていることが声になってきこえたり、自分の行動をいちいち批判する声をきいたりする。また、電波をかけられてしびれる、などの体感幻覚のみられることもよくみる。日常の場面が、なにか意味あり気な不気味な色彩をおびて感じられる（妄想気分）とか、突然その場面にかくされていた意味が分る（異常意味顕現）などの症状も、急性期によくみられる。また、たえず見られ探られている（注察念慮）とか、考えていることが知れ渡り、テレビでそれが放映されている（思考伝播）などの症状もみられる。精神分裂病の特徴は、対人接触面にもよくあらわれており、面接者は、感情交流の不自然な途切れを感ずる。

破瓜型、緊張病型、妄想型、寡症状型などのタイプがある。

現在症状があらわれているケースについての年間有病率は0.23%と想定されている。精神分裂病に罹ると人からの変化が生ずるが、それを従来の人格が発展したものとしてはとらえつくせない。恋愛や受験などが発病の誘因になる場合も少なくないが、そうしてあらわれてくる精神症状を、そのような心理的ストレスのみから了解することはできない。

身体的病理所見としてはっきりしたものはまだとらえられていないが、神経化学的研究や神経心理学的研究によって、いくつかの身体的病因仮説が出されている。遺伝研究では、遺伝的特徴から、さらにいくつかのタイプの分けられる疾患である可能性も示唆されている。家族研究では、分裂病家族に特徴的なコミュニケーション・パターンが注目されている。

精神分裂病は、しばしば社会適応に重大な障害を起させるが、近年の研究では、人格欠陥は必ずしも不可逆的な過程をたどるものでなく、治療的働きかけによって回復する可能性のあることも確められている。また、近年、この病気の軽症化が目立ち、治療法の進歩とあいまって、暗いイメージは払拭されつつある。

(3) 躁病とうつ病

躁病は著しい気分高揚、欲動亢進、観念奔逸、多動多弁、興奮などの症状をともなって急性にはじまり、数週で完全に回復するが周期的にくり返し再発することもある。

病気の時期には、対人関係面でトラブルを起したり、不眠や興奮が続くため身体的消耗も著しいので、入院治療が必要な場合が少なくない。

うつ病は躁病とは対照的に、強い抑うつ気分、思考力や意欲の減退がみられ、考えはまとまらず、なにも決断できない状態になる。貧困、罪業、心気などの内容の微少妄想がみられる。強い精神運動制止のために昏迷に陥ったり、また強い焦躁気分に襲われることもある。

ふつう数カ月の経過でおさまるが、回復期によく自殺企図がみられる。

躁病と同様に再発がみられ、なかにはうつ病相ばかりでなく、躁病相の病期

を合わせもつものもあり、循環型と呼ばれている。

不眠、とくに早朝覚醒がみられ、覚醒時に強い抑うつと苦悶に襲われる。また夕方になると少し気分が楽になる、というように気分日内変動がみられる。

うつ病のなかには、几帳面で責任感が強く仕事熱心でズボラなことができない性格の人を好んで襲うものがある。(下田型うつ病) また、昇進や家族成員の身の上の変化や引越しなどの、それまでの生活秩序が急に失われる状況で発症してくることもある。

循環型には遺伝負因が認められる。神経化学研究では、神経伝達物質(セロトニン、ノルアドレナリン)の動態が、躁あるいはうつ状態と密接な関連のあることが確かめられている。

うつ病には、そのほか退行期うつ病、神経症性うつ病、いわゆる仮面うつ病などの型がある。

(4) 脳器質精神障害

ア 老年期および初老期の器質精神病

主なものとして、老年痴呆、脳血管性痴呆、初老期痴呆などがある。

老年痴呆は、老化にもとづく単純な知的機能減退とは違う特殊な疾患で、老年期にはじまり、老年人口の数%以下にみられる。

さきほど食事したことも忘れてしまうなどの記銘障害や、身近かの人だれだか分からなくなったり、家を出るとすぐ迷子になったり、日時が分からなくなったりするなど見当識の障害がみられ、痴呆がすすむ。極端に怒りっぽくなるなど感情面にも異常があらわれ、人がらに変化が起る。妄想や幻覚がみられることもある。

脳組織に病変がみられ、脳は全般に著しく萎縮している。このような変化がなぜ生じてくるかについては未知のことが多い。遺伝素因は否定できない。

脳血管性痴呆は、脳動脈硬化などの血管病変を基礎に生じてくる。老年痴呆に比べると、痴呆にむらがあり(まだら痴呆)、痴呆の自覚が保たれていることもある。しばしば歩行障害や言語障害などの神経症状をともなう。脳血管病

変の防止が、予防の重要な鍵になる。

初老期痴呆は、すでに40代からはじまる、進行性の痴呆を主とする疾患で、アルツハイマー病、ピック病、クロイツフェルトヤコブ病などの種類がある。それぞれに特有な脳組織病変がみられる。もっとも多いのはアルツハイマー病で、脳の病理所見は老年痴呆のそれによく似ている。しかし老年痴呆より、痴呆のすすみ方が速い。ピック病では、自制力や分別を欠いた異常な行動が目立ち、人がらの変化が著しい。クロイツフェルトヤコブ病では、中枢神経系に細胞変性による海綿状の組織病変（亜急性海綿脳症）がみられ、ある種のウイルス感染が原因とされている。末期には高度の痴呆、無言無動状態がみられる。

イ その他の器質精神病

頭部外傷後遺症、脳腫瘍、てんかん、各種脳炎、多発硬化症、パーキンソン病、ハンチントン舞踏病など種々の疾患を基礎に生じてくる器質精神病が知られている。かつては、梅毒性脳膜炎による進行麻痺が、器質精神病の代表的なものとしていたが、梅毒疾患に対する予防や治療法の進歩により、今では殆んどみられなくなっている。ハンチントン舞踏病は優性遺伝によって起るまれな疾患で、30代以降に発症し、四肢や顔面に不随意運動が起り、また進行性の痴呆をともなう。

(5) 中毒性精神障害

アルコール、麻薬などの薬物やあるいは毒物による中毒が原因としてからんでいる精神障害で、毒物中毒としては、一酸化炭素中毒、工業用化学物質の汚染などによる中毒、などさまざまなものが精神障害を起す危険がある。

アルコールや麻薬類などの中毒は、それらに対する依存をともなっている。

ア アルコール精神病とアルコール依存症

長期にわたり大量のアルコールを常用しているうちにアルコールなしではいられなくなるアルコール依存が形成され、こうしたアルコール中毒を背景に、栄養欠乏などの条件が加わって種々のアルコール精神病が生じてくる。とくに、なにかの理由で飲酒を断っているときに禁断症状のかたちではじまるこ

とがある。急性、亜急性に起るものとして、振戦せん妄、アルコール幻覚症、アルコール性コルサコフ精神病などがある。

振戦せん妄は、不眠などの前駆症状にひき続いて急に発病し、発汗、発熱、全身のふるえとともに不穏状態になり、意識がくもり、せん妄状態になる。錯視や幻視があらわれ、とくに小動物が床や壁にうごめいて見える幻視などがみられる。また運動失調も生ずる。

アルコール性幻覚症では、強い不安状態と被害的な幻聴があらわれ、幻聴に左右されて行動を起すこともある。しかしせん妄のような意識障害はみられない。

アルコール性コルサコフ精神病は、振戦せん妄にひき続いて起ることもあり、最近の出来事の記憶が阻害され、時間的観念の異常が起り、作話がみられる。しばしば多発神経炎をともなう。

慢性のものとしては、アルコール性慢性妄想病、アルコール痴呆、などがある。

アルコール精神病に準ずるものとして、病的酩酊がある。血中アルコール濃度が150mg/dl以上になると酩酊状態が生じてくるが、とくに興奮の著しいものは複雑酩酊と名づけられている。これに対し、病的酩酊は、突発的に起り、周囲の状況やふだんの人からからは思いもよらない異常な行動や暴行を起し、さめてからその間の記憶がない。

イ 麻薬中毒と薬物依存

麻薬中毒は、麻薬（モルヒネ、ヘロインなどのアヘンアルカロイド、コカインなどのコカアルカロイド、合成麻薬性鎮痛剤、大麻、LSD）による慢性中毒で、常用するうちに耐性が生じ、一層多量の麻薬を用いるようになる傾向がある。また、麻薬による陶醉感や幻覚などの非日常的な体験を味わいたいという両面から、ますます麻薬が断ちがたくなる。麻薬依存がこうして形成され、神経系の障害や肝機能の障害が起ったり、注意集中困難や記憶力減退などがあらわれ、また禁断時に、不眠、全身倦怠、発汗、流涎、ふるえ、悪寒戦慄、下痢、興奮、失神、虚脱などの禁断症状を起したりする。また、麻薬欲求のため

こはもろあんちか神病に
PRのEのみはあいの

に反社会的行為を起すなど、生活に著しい破綻をきたす。

こうした依存は麻薬のみならずアルコールなどの嗜好品やさまざまな薬物によっても形成され、乱用や中毒を起す危険がある。薬物依存あるいは物質常用病と総称されている。覚醒剤（アンフェタミン）、有機溶剤（シンナー、ボンド、睡眠剤、精神安定剤）などによる物質常用病がみられる。なお、依存には精神的依存と、禁断症状を起す身体的依存があり、モルヒネ、ヘロインなどのアヘンアルカロイドやアルコールは精神依存と同時に身体依存が形成され、コカイン、大麻、有機溶剤、覚醒剤などでは精神依存が形成される。覚醒剤の常用によって、精神分裂病の慢性状態に似た状態が起る。有機溶剤の常用では、しばらく中止しているあいだに突然、使用時にみられた幻覚妄想状態がよみがえってくるフラッシュバック現象のみられることがある。

(6) 症状精神病

いろいろな身体疾患のさいに、発熱、低酸素、体液成分の異常、毒素などが脳機能に障害を生じさせることがある。ふつう一過性で基礎になっている疾患の治療により回復する。一過性器質精神病とも名づけられている。

あらわれる症状はさまざまであるが、しばしばせん妄、もうろう状態などの意識障害がみられたり、幻覚妄想状態や躁状態が起ることもある。

急性熱性疾患、内分泌疾患、代謝性疾患、血液疾患、肝障害、腎障害など、症状精神病の基礎になりうる疾患には多数のものがある。SLEや神経ベーチエット病も精神症状を起すことがある。また、妊娠中や産褥期にもみられることがあり、とくに産褥期にあらわれる精神障害は産褥精神病と呼ばれている。

また、腎透析や集中治療のさいにもまれに一過性に精神症状のみられることがある。このように、治療上精神科との連携が必要となる場合があり、そのような連携を^{手取り}リエゾン精神医学と^{いう}。なお、医薬品のなかには精神症状をその副作用として生じさせるものがある。

(7) 心因性精神障害

心理的ストレスが適切に処理されないと不適応状態が起り、しばしば精神障害をとまることがある。なにが処理困難なストレスになるかは、その個人の

いろいろな条件によっても左右される。災害や事故に遭遇して強い精神的ショックを受けた場合には、急性ストレス反応を起すことがあり、情動や行動の混乱や無感動状態がみられることがある。

海外出張、拘禁、日常社会から孤立した状況での集団生活なども、しばしば強い心理的ストレスを生み、一過性反応性の精神障害をひき起すことがある。

また、性格的な要因がからんで、一見些細な心理的ストレスによって妄想反応が起ることもある。性格反応性妄想で、好感な性格者にみられる敏感関係妄想や、熱中的で頑固な性格者にみられる好訴妄想などがその例にあげられる。

神経症もまた、心理的ストレスが内的抗争を心に生じさせ、そこから生ずる不安がいろいろな症状になってあらわれてくる慢性の精神障害で、不安神経症、ヒステリー、恐怖症、強迫神経症、抑うつ神経症、神経衰弱、離人神経症、心気症など、さまざまなタイプがある。

(8) 小児期の精神障害

小児期には成人期とは違ったさまざまな精神障害がみられる。精神遅滞、異常習癖、さまざま行動障害、自閉的発達障害などである。

精神遅滞は発育期の知能が平均よりも有意に低く、しばしば適応行動の欠如がともなるもので、人口の2-3%にみられる。知能の程度によって、軽度、中等度、重度に分けられている。心理的社会的要因ばかりでなく身体的な要因

その成因としてかかわっている。後者の要因としては、母体内での感染（風疹、トキソプラズマ症）や周産期障害や出生後の障害による脳の発達障害があげられる。また、特殊な原因として、染色体異常（ダウン症候群など）、先天代謝異常（フェニルケトン尿症、ガーゴイルリズム、ニューマンピック病など）、母斑症ともなるもの（スタージウェーバー病など）などがある。

フェニルケトン尿症は、1万-1万5千人に1人の割合でみられる。先天性アミノ酸代謝異常で起り、生後1年以内に低フェニルアラニン食を与えると知能の正常化が期待できるとされている。

早期幼児自閉症は、人口1万に2-3人の割合でみられる発達障害で、奇妙なことばづかい（反響言語、人称代名詞反転、など）回転する物への異常な関

心、逆に人に対する関心がうすく对人的接触到異常がみられる、同一性保持、などの変わった症状がみられる。潜在的には知能力を保っているようにみえる。2, 3歳の時期に異常に気づかれることが多い。

変わった発達障害としては、このほか、母親との分離ができず異常にまつわりつき、母親との共生関係を異常に保とうとする共生的幼児精神病や、学童期になって目立ってくる対人接触の異常を示す、自閉的精神病質などがある。

第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、千葉縣市川市の国立国府台病院敷地内に設置され、精神衛生に関する基礎的および応用的問題についての総合的な調査研究の実施や地方公共団体等の精神衛生業務従事職員の研修を行う機関として、国レベルにおける精神衛生に関する科学技術の中核的役割を担っている。現在の組織は、精神衛生部・児童精神衛生部・老人精神衛生部・社会精神衛生部・精神身体病理部・優生部・精神薄弱部・社会復帰相談部の研究8部と総務課から成っており、研究職28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。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40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、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。

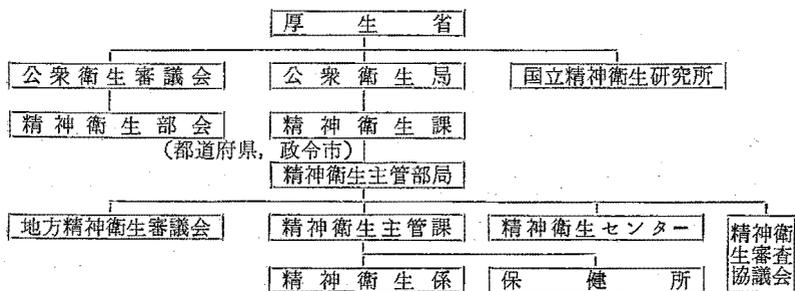
② 都道府県段階での精神衛生に関する事項の調査審議機関として、委員10人以内（任期3年）から成る地方精神衛生審議会（法第13条）が置かれ、知事の諮問に答え、または自ら意見の具申を行いうる権能をもつものとなっている。

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56年度末 855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。

図1 精神衛生行政組織のしくみ

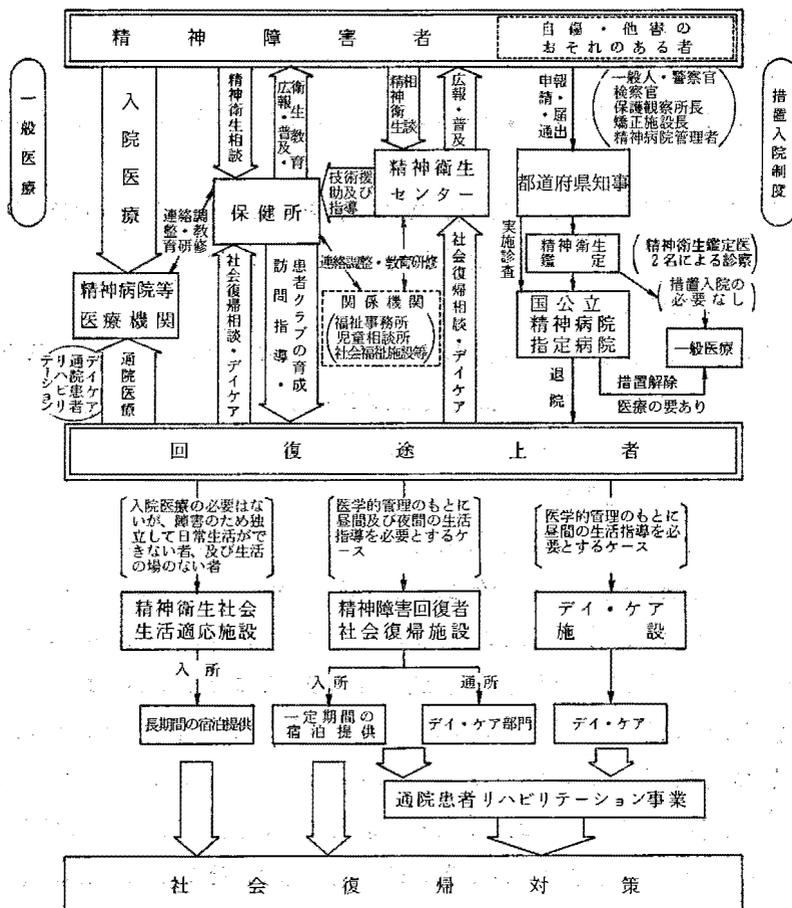


2. 精神障害者対策

「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。

精神障害者対策においては、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。

図2 精神障害者対策の概要



精神障害者対策のほか、精神衛生対策として一般住民に対し、保健所、精神衛生センターを中心に精神衛生に関する啓発、普及活動を実施しているところである。

(1) 医療体制

精神医療体制は、一般の身体的疾患における自由な医療契約に従った医療体制に加え本人の同意を得ないで、かつ行動の制限を行って医療を行うことができる措置入院制度や同意入院制度等の独特な性格を有した制度に従った医療体制が組み立てられており、それらを規定したものが精神衛生法である。精神衛生法では①知事の権限によって入院させることのできる措置入院、緊急措置入院、②保護義務者の同意によって入院させることのできる同意入院、仮入院の制度がある。もちろん自由契約によって本人の意志で入院できることはいうまでもない（自由入院）。

また、措置入院や緊急措置入院をさせるために必要な手続きとして精神衛生鑑定医制度が定められており、不当な入院医療が行われないように配慮されている。

通院医療は自由契約によりなされているが、とくに精神医療においては長期間の継続的な医療を確保する必要があり、そのために通院医療費公費負担制度が設けられている。

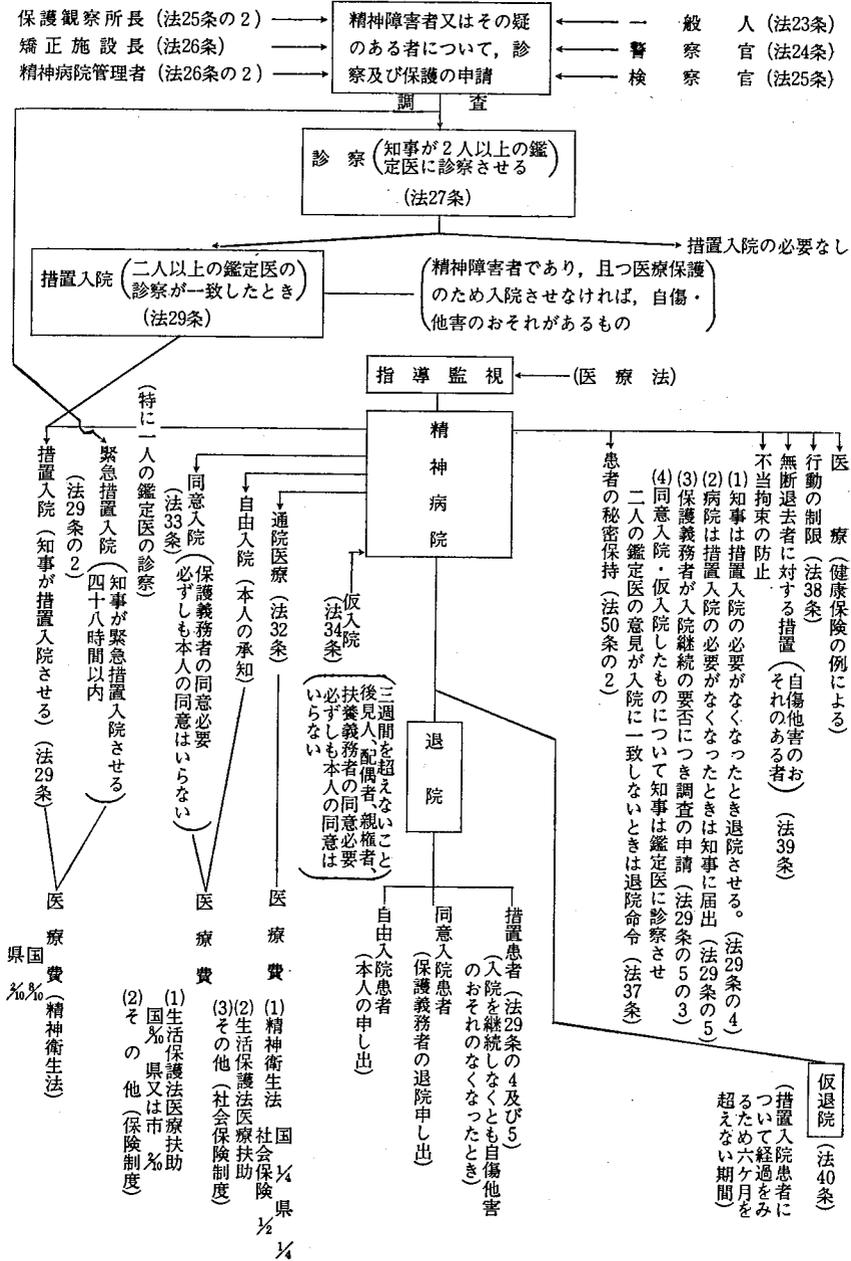
さらに新しい通院医療の形態としてデイケアやナイトケアも考えられているが、我が国ではデイケアの発展が期待されている。

ア 精神衛生鑑定医制度

(ア) 精神衛生鑑定医

精神障害者には、正常な意思能力を欠き、しかも、自分が精神障害者であるという意識、すなわち病覚を有しない者がある。この場合、その医療および保護は、本人の意思のいかんにかかわらず、必要に応じて行われなければならない、強制的な手段もとりうるものとせざるを得ない。しかしながら、それは同時に人身の自由の拘束となり、一步誤れば人権の侵害にもなるので、その執行には慎重な配慮を必要とする。すなわち、医療および保護のための強制は、その者が精神障害者であって必要やむを得ない限りにおいて行われるべきであり、その判断は公正にして正確であることを要するのである。

図3 精神衛生法



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57年6月末現在で3,811名であり勤務場所では国立病院334名、県立病院289名、市町村立病院109名、公的医療機関105名、個人立及びその他法人立2,724名、県本庁13名、保健所13名、精神衛生センター39名、その他185名となっている。

(イ) 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56年中の申請件数は3,035件でこのうち2,006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56年中の通報件数は4,149件で、このうち1,362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、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い渡し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るとき

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56年中の検察官からの通報件数は1,125件で、法29条該当は412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37件で、そのうち法29条該当者は7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（拘留所、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居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。

56年中の矯正施設の長からの通報件数は319件で、このうち法29条該当者は43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）

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		
	申請届出件数	法第29条該当者の数	%	申請件数	法第29条該当者の数	%	通報件数	法第29条該当者の数	%	通報件数	法第29条該当者の数	%	通報件数	法第29条該当者の数	%	通報件数	法第29条該当者の数	%	届出件数	法第29条該当者の数	%
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	64.8	6,007	3,863	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	11,584	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	51.5	6,558	5,417	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	537	96.2
56	8,957	4,111	45.9	3,035	2,006	66.1	4,149	1,362	32.8	1,125	412	36.6	37	7	18.9	319	43	13.5	292	281	96.2

資料：衛生行政業務報告

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経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56年中の精神病院の管理者からの届出は272件であり、そのうち法29条該当者は281件となっている。

(ウ) 実地審査（法第29条の5）

措置入院患者の措置症状の消失にもかかわらず、入院措置の処分が継続して行われないうちチェックする規定であり、措置入院を決定される際の要措置入院期間及び6カ月毎に提出される病状報告書に記載されている入院予定期間を超過して措置入院を継続している事例については、精神衛生鑑定医をもって積極的に実地審査を行うべきである。

イ 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、また病識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。

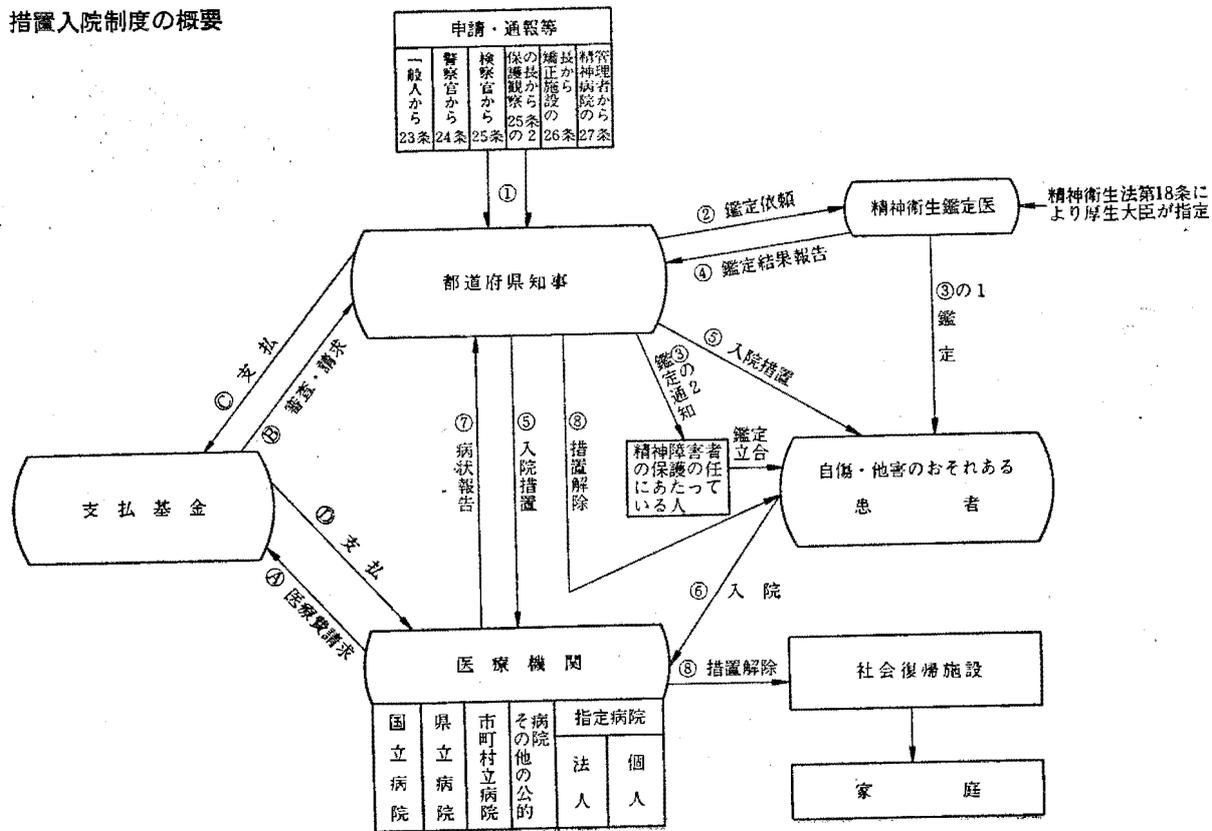
(ウ) 措置入院

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。

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

図4 措置入院制度の概要



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に診察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. 措置解除

措置入院となった要件がなくなれば当然これを解除しなければならない。すなわち精神病院または指定病院の管理者は、自傷他害のおそれがなくなった場合直ちにその旨を都道府県知事に届出なければならない（法第29条の五1項）。そこで知事はその患者を収容している病院の管理者の意見をきき直ちにその者を退院させなければならないのである。これは措置入院制度が一つの行政処分として患者を拘束するものであるから、その適用を必要最小限にきり取めておく必要から規定されたものであり、たとえ管理者からの届出がなくとも必要に応じて病状を審査しなければならない。

なお本人または保護義務者からの調査請求に対しても措置症状の有無について積極的に調査しなければならない。

c. 仮退院

一般に措置症状が消退すれば直ちに措置入院を解除するのが困難な場合、患者を一時的に退院させて経過をみる必要がある時、6カ月を

越えない範囲で仮退院させることができる。従って外泊とは基本的に異なる性質のものであり、措置患者に対する外泊は認められない。

(イ) 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。

(ウ) 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達

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4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っている場合は、民法(明治29年3月27日法律第89号)第858条第2項の規定によっ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。

(ハ) 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条の規定によっ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はしめ、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っても精神障害

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っ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って、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。

(四) 仮入院

仮入院とは、精神病院の管理者が診察した結果、精神障害の疑いがあるがその診断に相当の日時を要すると認める者を、その後見人、配偶者、親権を行う者その他の扶養義務者の同意がある場合に、本人の同意がなくても、3週間を超えない期間、仮に精神病院へ入院させることができるという制度である。本人の同意を要件とせず、また特定の者の同意を必要とする点で同意入院と同じ性質のものであるが、同意入院が精神障害者の医療および保護のために行われるものであるのに対し、いまだ精神障害者であるか否かの確定しない者を対象とし、その診断のために行うという限られた目的のために行われる。したがってその期間についても制限が付されている。

入院の期間は3週間を超えることができないので、3週間以内に、なお診断がつかない場合には退院させなければならない。一方、精神障害者であると診断された場合も、もはや仮入院としての入院は認められない。

(五) 自由入院

自由入院とは、精神障害者自らの意思に基づいて入院することを意味する。

精神障害者であっても、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理非を弁別しうると医師が判断したものであり、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。

ウ 通 院

精神障害者のうち、自傷他害のおそれがなく、かつ、入院医療を要しない者は、通院することによって医療を受けることができる。

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が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を通院医療制度という。また精神障害者に対して昼間の一定時間通院して通常の外来診療に併用して行う社会復帰集団治療を精神科デイ・ケアという。

㌦ 通院医療費公費負担制度

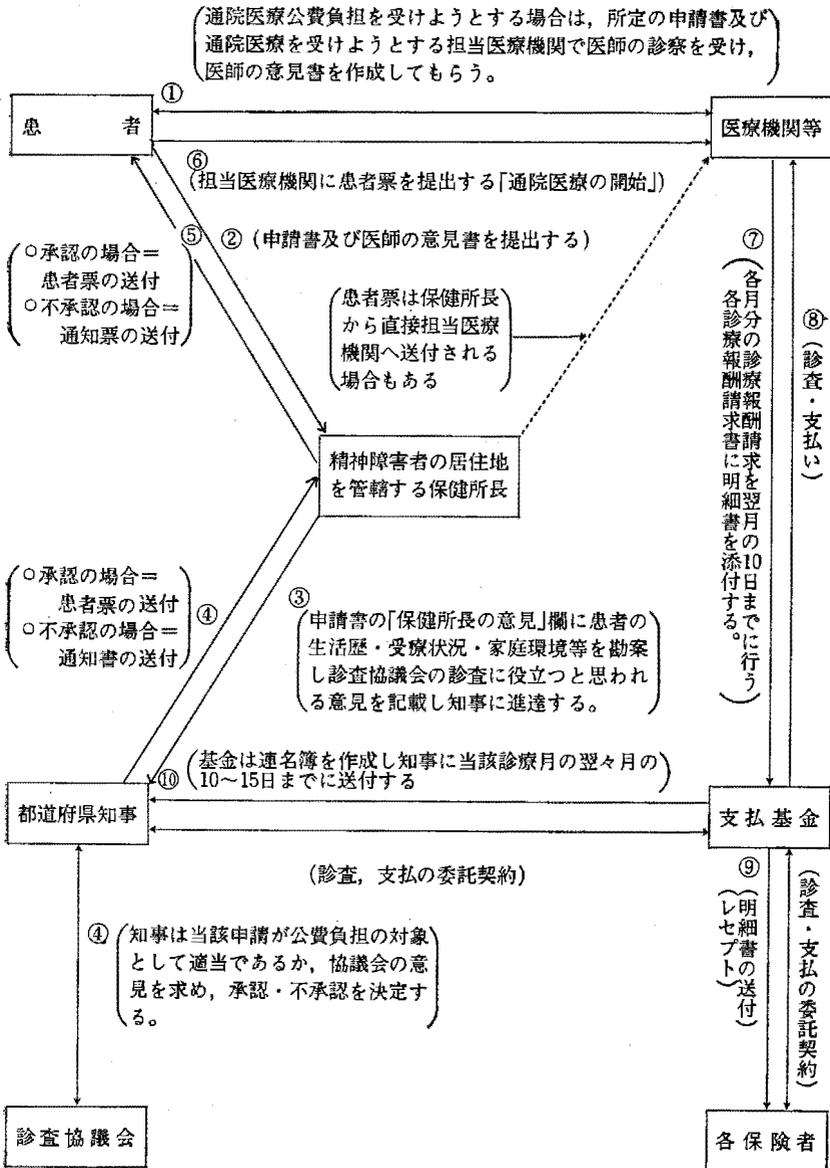
a. 通院医療費公費負担制度の概要

通院医療制度の概要は図のとおりである。

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発衛第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

図5 通院制度の概要



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。

b 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知
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46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185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。

クロロプロマジン……CP プロクロルペラジン……PCP

パーフェナジン……PP レボメクロマジン……LP

レセルピン……PS テトラペナジン……TB

イミプラミン……IP

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経由して行うものとする。

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わせること。

(7) 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）

(1) 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収容しないで行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ねばならないこと。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4(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日付け保発第101号各部道府県民生主管部（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っては別記第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っ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った場合、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う理由がなくなったときは、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 1 「被保険者等の別」の欄には、該当欄に○印をつけること。
 2 「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。
 3 ※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

国

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 瘰癧療法		
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()				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	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	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、精神病質であって、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れるものは、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、疾病別にでなく、状態像によっ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っても、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きることがある。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、不自然な姿勢、しかめ顔、尖り口、ひねくれ、衍奇、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くので、入院を要する。

しかし、幻覚、妄想はあっても、ある程度の病識あるいは病感をもっていたり、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。

患者は無気力で姿態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ったりする。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、放っ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ったりする。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っても、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および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发育障害のため、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、中毒では入院治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座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37号）によることとする。

2 薬物療法にあっては、嗜癖におちいらせたりすることのないよう充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

次の検査のうちから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うことができる。

(4) 通院医療に係る社会保険診療報酬の取扱い

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。

154 精神科通院カウンセリング
(1回につき) 200点

(精神科通院カウンセリングについて)

- (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。
- (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。
- (3) 患者に対して通院カウンセリングを行った日と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。
- (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。
- (5) 家族に対するカウンセリングを算定する場合にあっては、診療報酬明細書に「家族カウンセリング」と明記する。
- (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)

- (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。
- (8) 本項は、初診時には算定できない。
- (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。

(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)

「点数表の解釈(甲表編)」より

(ウ) 精神科デイ・ケア医療

a. 精神科デイ・ケアの概要

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

図6 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		
9:30~12:00 作業 生産的集団作業 創造的個人作業◎ 個人面接(同時併行)			9:30~12:00 グループワーク 話し合いA 話し合いB 個人指導			★			9:30~12:00 作業 生産的集団作業◎ 創造的個人作業◎ 個人面接(同時併行)			9:30~12:00 グループワーク 就労学級 自由			料 理 ☆ (プログラム検討) 行事予定		
12:00~13:00 昼休み (食事指導)			()			〃			()			()					
13:00~15:00 クラブ 手芸 華道 茶道 書道 表現代 事指導◎			クラブ 音 スポ ーツ 薬◎			(自由グループ)			13:00~15:00 絵 文 集 作 り◎			全員 レクリエーション◎ スポーツ					
ミーティング メンバー			全メンバー ミーティング★			スタッフは、 訪問活動 記録整理			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)

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。

b 精神科デイ・ケアの施設基準及び承認手続

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号をもっ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たっては、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 承認を行っ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 承認を行っ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 承認を行った場合、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 () 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	各種日常生活動作用設備
農耕又は園芸	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って、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4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—

c 精神科デイ・ケアの社会保険診療報酬上の取扱い

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。

精神科デイ・ケアの診療報酬は次のとおりである。

(2) 医療施設体制

我が国の精神病院数、病床数は逐次増加しており、56年6月30日現在で1,545施設、311,766床、人口万対26.7床である。また在院患者数は319,268人であり、病床利用率はほぼ102%となっている。

「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

(精神科デイ・ケアについて)

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。

(1) デイ・ケアの一環として食事を給与した場合にはあつては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、厚生大臣に合議をするものである。

(昭49. 1. 22 保険発 5)

ア 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56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・

表4 都道府県別開設者別精神病院数及び

都道府県名	国				都道府県		市町村		
	厚生省		その他		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 北青森 岩手 宮城 秋田	道	2	280	3	126	4	726	18	2,234
	森	—	—	1	41	1	240	6	608
	手	1	300	—	—	3	763	2	180
	城	1	48	1	74	1	350	—	—
山形 福島 茨城 栃木 群馬	田	—	—	1	40	1	350	4	308
	形	—	—	—	—	3	438	1	80
	島	1	17	1	41	1	611	—	—
	城	—	—	—	—	1	200	—	—
埼玉県 千葉県 東京都 神奈川県	木	—	—	1	40	1	372	1	160
	玉	—	—	1	26	—	—	—	—
	葉	3	1,090	1	60	—	—	3	476
	京	3	867	6	321	7	1,815	2	70
新潟 富山 石川 福井 山梨 長野	潟	3	405	—	—	3	644	3	126
	新	1	300	1	80	3	656	—	—
	山	1	190	1	20	1	120	4	357
	川	1	48	1	46	1	350	2	150
岐阜 静岡県 愛知 三重 滋賀	福	—	—	—	—	1	380	1	100
	井	—	—	—	—	1	300	—	—
	梨	1	280	1	40	2	360	—	—
	野	—	—	—	—	1	120	2	142
東京都 大阪府 兵庫県 奈良 和歌山	阜	—	—	2	41	1	410	2	170
	岡	—	—	1	37	1	792	3	242
	知	2	258	2	62	3	801	1	50
	重	1	260	1	40	3	—	—	—
京都府 大阪府 奈良 和歌山	賀	—	—	1	45	—	—	—	—
	都	1	155	2	234	2	463	—	—
	阪	2	96	2	80	2	892	3	97
	庫	—	—	2	60	3	723	1	140
鳥取 島根 岡山 広島 山口	良	1	200	—	—	1	150	—	—
	山	—	—	—	—	2	490	4	597
	取	1	300	1	42	—	—	1	108
	根	—	—	1	40	2	349	3	120
徳島 香川県 愛媛 高松 福岡	山	2	400	—	—	1	240	—	—
	口	1	55	1	50	1	50	4	455
	島	—	—	1	45	1	146	1	200
	川	1	122	—	—	1	353	4	374
佐賀 長門 熊本 大分 宮崎	媛	—	—	1	40	—	—	1	104
	知	—	—	—	—	1	193	1	50
	岡	1	100	1	93	1	452	—	—
	高	—	—	—	—	—	—	—	—
鹿児島 鹿儿 冲绳	福	1	573	—	—	—	—	—	—
	賀	1	55	1	50	2	335	1	55
	崎	2	200	1	40	1	250	—	—
	本	1	40	—	—	—	—	—	—
鹿児島 鹿儿 冲绳	分	—	—	1	40	1	391	—	—
	崎	—	—	1	40	1	391	—	—
鹿児島 鹿儿 冲绳	島	—	—	1	45	1	363	—	—
	繩	1	350	—	—	3	406	—	—
合計		37	6,989	45	2,151	70	17,244	84	8,177

資料：病院報告（速報版）

精神病床数 (昭和56年)

(56. 6. 30現在)

公的医療機関		そ の 他				計	
		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
12	1,208	38	8,648	46	5,691	123	18,913
1	111	12	2,708	5	710	26	4,418
—	—	11	2,401	5	774	22	4,418
—	—	14	2,765	8	855	25	4,092
3	460	10	2,247	5	796	24	3,963
—	—	7	1,678	1	137	14	2,513
4	426	23	5,333	8	922	39	7,199
—	—	30	6,238	6	588	39	7,495
4	480	22	4,637	3	452	30	5,769
—	—	15	4,004	1	231	19	4,807
2	447	25	6,365	18	2,316	46	9,154
—	—	29	7,653	9	793	45	10,072
1	50	66	16,863	29	4,855	114	24,841
—	—	35	8,310	13	2,096	57	11,581
4	483	17	4,161	3	545	29	6,225
1	68	—	—	20	2,829	28	3,584
—	—	8	1,910	5	1,110	18	3,614
—	—	6	1,280	2	244	10	2,004
—	—	9	2,332	—	—	10	2,632
5	668	16	3,245	6	869	31	5,462
1	54	10	2,976	3	359	19	3,692
—	—	16	3,954	11	2,029	31	6,600
1	100	29	8,041	13	2,657	53	12,152
2	350	9	2,467	3	618	20	4,586
2	250	5	1,226	2	365	10	1,886
—	—	15	5,965	2	312	22	7,129
2	134	42	15,694	11	2,154	64	19,147
—	—	22	6,111	12	2,963	40	9,997
—	—	7	1,923	1	120	10	2,393
—	—	5	1,487	2	450	13	3,024
—	—	6	1,219	2	220	11	1,889
1	70	7	1,430	1	286	15	2,295
—	—	18	4,373	5	320	25	5,009
2	225	17	4,199	15	2,346	41	7,675
—	—	17	3,622	9	1,267	29	5,194
1	59	13	3,072	4	500	21	4,022
—	—	6	1,636	5	1,213	17	3,698
—	—	18	4,335	3	390	23	4,869
—	—	20	3,403	4	232	26	3,878
—	—	54	10,704	43	6,949	100	18,298
—	—	11	2,312	5	660	17	3,545
—	—	15	4,313	18	2,876	38	7,684
—	—	35	7,319	6	742	45	8,551
1	200	11	2,631	10	1,421	23	4,292
—	—	18	4,568	1	200	21	5,199
—	—	32	6,735	12	1,545	46	8,688
—	—	3	703	9	2,159	16	3,618
50	5,843	854	209,196	405	62,166	1,545	311,766

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。

(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われており、昭和56年6月30日現在の指定病院は1,015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をもつ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して指定する必要があると認められる病院であつて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つて、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う等医療及び保護を十分に行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の療法用施設を有すること。

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） 総病床をいう。

イ 精神科診療所

精神病院の開放化早期退院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。このため比較的軽症な患者のために精神科を標榜する一般診療所を拡充し、地域における精神障害者の医療を充実する必要がある。

一般診療所延数

	47 年	50 年	53 年
一般診療所数	70,734	73,114	75,479
内 精 神 科	688	779	991

(病院報告)

一般診療所の患者数推計 (外来)

(各年7月9日)

	50年	51年	52年	53年	54年	55年
精 神 障 害	24,152	29,459	17,362	21,059	17,549	18,930
内精神分裂病	314	1,468	106	1,924	745	547

(患者調査)

(3) 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推進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、病院であり、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。

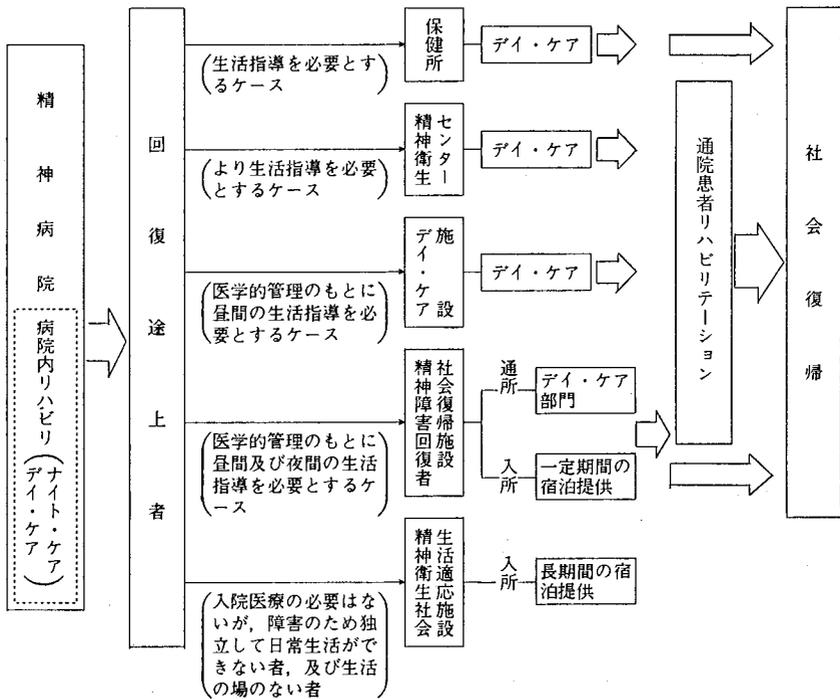
この報告を受けて、昭和54年度から「精神衛生社会生活適応施設」が予算化され、現在までに制度化されている社会復帰体系は次の図7のとおりである。

ア 社会復帰対策の概要

（ア）精神病院内における対策

精神病院におけ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。

図7 精神障害者社会復帰体系図



(イ) 精神病院外における対策

《社会復帰施設》

精神障害回復途上者の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ず今後関係各方面の努力がまたれるところである。

《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57年度では349保健所となっている。

《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。

イ 社会復帰のための制度

㊦ 通院患者リハビリテーション事業

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うけ昭和57年通院患者リハビリテーション事業として国の施策に取り入れられることになった。

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、別派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、その内容をと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、社会生活を体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 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。

通院患者リハビリテーション事業実施要綱

衛発第 360 号
昭和57年 4月16日

1. 目 的

精神障害者を一定期間事業所に通わせ、集中力、対人能力、仕事に対する持久力、環境適応能力等の涵養を図るための社会適応訓練を行い再発防止と社会的自立を促進し、もって精神障害者の社会復帰を図ることを目的とする。

2. 定義

(1) 協力事業所

「協力事業所」は、精神障害者に対する理解が深く、精神障害者に仕事の間を提供し、社会適応訓練を行うことを通じて、その社会的自立を促進することに熱意を有する事業所であって、都道府県知事（以下「知事」という。）が適当と認めたものをいう。

(2) 対象者

「対象者」は明らかに回復途上にあり、社会的規範を受けいれる状態にあるが、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通院中の精神障害者（精神薄弱者を除く。）であって知事が、本事業の効果が期待されると認めた者をいう。

3. 実施主体

この事業の実施主体は、都道府県とする。

4. 通院患者リハビリテーション運営協議会の設置

知事は、協力事業所の選定、対象者の決定、委託期間終了後の指導、本事業の運用等について意見を聞くため、精神衛生センター長、保健所長、福祉事務所長、精神科医師等からなる協議会を設置する。

5. 協力事業所登録の手続等

(1) 協力事業所の申込

協力事業所にならうとする事業所の代表者は、協力事業所申込書を事業所所在地を管轄する保健所長を経て、知事に提出するものとする。

(2) 調査及び登録

知事は、協力事業所申込書を受理した時は、その記載事項、その他必要な事項について調査し、その適否を保健所長を通じ事業所の代表者に通知する。

また、知事は適当と認めた事業所については、協力事業所登録簿に登録する。

(3) 協力事業所選定の基準

知事は協力事業所の選定に当たって、次の事項について調査し、その適否を決定するものとする。

ア. 事業所の環境等の適否

- (ア) 作業場の人的、物的環境の良否、
- (イ) 対象者を酷使するおそれの有無。
- (ウ) 経営の安定性。

イ. 精神障害者に対する理解とその社会適応促進に対する熱意の程度。

ウ. 作業の適否

- (ア) 作業の難易性及び適応性
- (イ) 危険性の有無

エ. その他必要な事項

6. 対象者登録の手続等

(1) 通院患者リハビリテーションの申込

通院患者リハビリテーションを希望する者は、通院患者リハビリテーション申込書に主治医の意見書を添えて居住地を管轄する保健所長を經て知事に提出するものとする。

(2) 調査及び登録

知事は、通院患者リハビリテーション申込書を受理した時は、その記載事項その他必要な事項について調査し、その適否を保健所長を通じ申込者に通知する。

また、知事は適当と認めた者については、対象者登録簿に登録する。

7. 委託の手續

(1) 協力事業所に対する委託

知事は、対象者についてその能力等を勘案し、通院患者リハビリテーション運営協議会の意見を聞いたうえで適切な協力事業所を選定し、対象者の同意を得たうえで、協力事業所との間で委託契約を結ぶものとする。

(2) 期間の決定

委託期間は、原則として6か月とし、3年を限度として更新することができる。

ただし、対象者の症状等により本事業の継続が不能又は不要になったときは委託契約を解除するものとし、合わせてその結果を通院患者リハビリテーション運営協議会に報告するとともに、必要に応じその意見を聞くものとする。

(3) 協力事業所と対象者の相互理解

委託に際して知事は、対象者の特性、事業の内容等を協力事業所に十分説明し、また、対象者及びその保護義務者についても必要な注意を与え、協力事業所及び対象者が相互に理解を深めるよう努める。

(4) 登録簿の記載等

知事が委託契約を結んだときは、必要事項を協力事業所登録簿及び対象者登録簿に記載するとともに、当該協力事業所及び対象者を管轄するそれぞれの保健所長にその旨を通知する。

8. 訓練期間中の指導等

知事は、訓練期間中においても常に対象者の現況をは握するため、主治医の意見を聞き保護義務者等との連携を密にしながら担当職員を協力事業所に訪問させ必要な連絡指導を行う。

9. 委託期間終了後の取扱

知事は、委託期間が終了したときは協力事業所から訓練の結果、報告書を提出させるとともに、主治医の意見を合わせて聞き、これらを通院患者リハビリテーション運営協議会に提出し、対象者の指導方法等につき同運営協議会の意見を聞いた上で適切に対処するものとする。

10. 費用の支弁及び国の補助

(1) 費用の支弁

都道府県は7により協力事業所に委託したときは、協力奨励金を支弁するもの

とする。

(2) 国の補助

国は、前項の規定により都道府県が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。

(4) 社会復帰促進事業

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57年度では349保健所となっている。この相談事業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					小 計 B
			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)		
53年度	7,537	29.8	917	160	638	121	1,836	
54年度	9,490	28.6	1,044	170	681	106	2,001	
55年度	11,452	29.1	1,318	967		143	2,428	
56年度	12,655	27.5	1,392	1,079		177	2,648	
年 度	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	
	再入院	死 亡	その他	小 計				
53年度	790	68	973	1,831	3,518	352	24.4%	
54年度	930	97	1,163	2,190	4,904	395	21.1	
55年度	1,296	91	1,559	2,946	5,833	245	21.2	
56年度	1,424	102	1,557	3,083	6,591	333	20.9	

保健所における精神衛生業務中の社会復帰相談指導実施要領

〔衛発第374号
昭和50年7月8日〕

1. 目的

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

2. 実施保健所

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の実施について積極的な事業計画を有する保健所を選定して実施するものとする。

3. 実施体制の整備

実施保健所は、この社会復帰に関する相談指導の適正かつ円滑な運営を図るため、昭和41年2月21日衛発第76号厚生省公衆衛生局長通知「保健所における精神衛生業務について」別紙の「保健所における精神衛生業務運営要領」（以下「運営要領」という。）第一の二による企画会議等の開催によって、この目的にそつた活動ができるように所内の実施体制の整備に努めるとともに、必要に応じて精神衛生センター等の参加協力を得て、社会復帰に関する相談指導の円滑な実施を図るものとする。

4. 事業の内容

(1) 相談指導対象者

本人、家族又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回復途上にある精神障害者について、運営要領第一の二による相談指導業務担当者会議又は関係者連絡会議において、当該回復途上にある精神障害者の状況、家庭環境及び社会復帰のための相談指導の方法、内容等の諸条件を検討のうえ、当該保健所においてこの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、相談指導を家施するものとする。当該保健所において実施することが困難な事例については、依頼者の希望に応じて、精神衛生センター、社会復帰のための機関、施設に紹介するものとする。

(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、保健相談指導及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あたっては、医療機関及び社会復帰に関係する機関等と緊密な連絡、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。

5. 経 費

別途通知するところによるものとする。

ウ 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。

㊦ 精神障害回復者社会復帰施設

《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。

《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。

《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。

《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。

《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。

《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

精神障害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

(イ) デイ・ケア施設

《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。

《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。

《規模》

この施設の定員は60名である。

《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。

《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。

《既設の施設》

① 島根県立湖陵デイ・ケアセンター（51.6）

所在地 島根県簸川湖陵町大字大池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 北九州市立デイ・ケアセンター (56.11)

所在地 福岡県北九州市小倉北区浅野2-2-716

電話 093 (551) 1985

⑤ 国保旭中央病院組合立デイ・ケアセンター (57.6)

所在地 千葉県旭市イの1326

電話 04796 (3) 8111

デイ・ケア施設運営要綱

(厚生省発函第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

(ウ) 精神衛生社会生活適応施設

《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。

《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

《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。

《規模》

この施設の定員は30人～50人である。

《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。

《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。

《既設の施設》

熊本県あかね荘（56.1）

所在地 熊本市戸島町3374

電話 0963（65）1691

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適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病毒に汚染し、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
榮 養 士	1人
調 理 員 等	3人
計	18人

3. 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と家族集団の変化、都市化・工業化等による伝統社会の崩壊と大衆化社会への移行といった地域社会のさまざまな急激な変化があげられる。それに伴って起こってきたいろいろな問題に対する地域社会の耐性が逆に低下してきていること、その結果、問題解決のための地域社会における新しい取り組みが必要になってきたためである。

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

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「ささえしていく」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、健全な社会適応をか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一次・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。

《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。

《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。

《保健婦》

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

《医療社会事業員》

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

《衛生教育指導員》

衛生教育指導員は、衛生教育を実施するに当たっては、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。

(7) 精神衛生業務

《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。

《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把握し、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。

《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。

《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。

《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。

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50年	51年	52年	53年	54年	55年	56年
精神衛生相談	137,390 件	148,487 件	162,207 件	181,189 件	207,084 件	249,258 件	267,911 件
精神衛生訪問指導	170,436	184,378	188,511	193,359	198,546	209,457	211,061

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。

ロ 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。

(ロ) 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。

(ハ) 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。

(ニ) センター事業用設備

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。

(ホ) 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。

《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。

《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。

《調査研究》

精神障害者の実情、医療保護・地域社会における精神衛生問題についての調査、精神衛生に関する各種の統計資料の収集整理、相談・指導、その他技術的方法等に関する研究を実施している。

なお、昭和55年度には29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2.7日/週、参加者実数1,047人、参加者延数41,655人に達している。

《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。

4. 精神衛生の財政

(1) 国民医療費における精神医療費

昭和55年度における国民医療費の推計額は11兆9,805億円で、前年度よりも1兆295億円、9.4%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5.01%であり、国民一人当たりの医療費は10万2,500円である。(表7)

精神病医療費の推計額は7,531億円で、国民医療費に占める割合は6.3%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49.6%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2,581億円で年々増加している。

保険者負担分は3,360億円で、このうち国民健康保険が約51%を占めている。患者負担分は437億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3,564億円で精神病医療費総額の47.3%を占めている。

(2) 精神衛生関係予算

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。

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57年度では約77,852百万円が計上されている。

表7 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 53 年 度			昭 和 54 年 度			昭 和 55 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	100,042	6,682	6.7	109,510	7,156	6.5	119,805	7,531	6.3
公 費 負 担 分	13,094	3,600	27.5	13,931	3,706	26.6	14,752	3,733	25.3
精 神 衛 生 法	1,118	1,115	99.7	1,080	1,077	99.7	1,048	1,043	99.5
生 活 保 護 法	6,190	2,415	39.0	6,515	2,526	38.8	6,848	2,581	37.7
結 核 予 防 法	801	—	—	711	—	—	629	—	—
そ の 他	4,985	70	1.4	5,625	103	1.8	6,227	109	1.8
保 険 者 負 担 分	75,256	2,680	3.6	83,049	3,043	3.7	91,839	3,360	3.7
政 管 健 保	21,323	716	3.4	23,581	829	3.5	26,097	930	3.6
組 合 健 保	15,313	405	2.6	16,508	444	2.7	17,886	430	2.4
国 保	27,095	1,302	4.8	30,658	1,497	4.9	34,598	1,705	4.9
そ の 他	11,525	257	2.2	12,302	273	2.2	13,258	295	2.2
患 者 負 担 分	11,692	402	3.4	12,530	406	3.2	13,215	437	3.3
公費又は健保の一部負担	9,436	390	4.1	10,125	397	3.9	10,723	425	4.0
全 額 自 費	2,256	12	0.5	2,404	9	0.4	2,492	12	0.5

- (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。
 4. 精神病医療費は一般診療医療費に限ったため、薬局調剤医療費および歯科診療医療費を含まない。

この経費の内訳及び年次推移は表8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。

(3) 費用の助成

ア 医療費公費負担

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）
- 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。

イ 措置入院費

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9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によって、年々減少傾向をたどってきており、昭和57年には、約40,000人が予想される。

表8 精神衛生関係予算

事 項	昭和52年度	53
1. 精神衛生費等補助金	79,049,441	84,427,739
(1) 措置入院費	74,622,400	79,118,096
(2) 通院医療費	3,152,859	3,854,266
(3) 同意入院費 (沖 縄 分)	987,217	1,060,241
(4) 医療費公費負担事務費	126,393	150,752
(5) 精神衛生センター等運営費	160,572	244,384
ア 精神衛生センター運営費	85,562	164,347
イ 精神障害回復者社会復帰施設 運営費	52,998	56,735
ウ デイ・ケア施設運営費	22,012	23,302
エ 精神衛生社会生活適応施設運 営費	—	—
オ 通院患者リハビリテーション 費	—	—
カ セ ミ ナ —	—	—
2. 保健所運営費補助金 (精神衛生対策費) (老人保健推進事業費)	108,325	123,170
3. 精神病院等施設・設備費補助金	515,008	793,631
(1) 精神病院	381,289	724,704
(2) 精神衛生センター	19,713	22,410
(3) デイ・ケア施設	43,648	46,517
(4) 精神障害回復者社会復帰施設	70,358	—
(5) 精神衛生社会生活適応施設	—	—
合 計 (1~3)	79,672,774	85,344,540

(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年度から56年度までは実績、57年度については予算枠を()書きした。

(單位：千円)

昭和54年度	55	56	57
89,259,660	83,497,312	77,954,467	76,592,386
83,359,199	76,679,553	70,172,641	67,793,539
4,333,914	5,218,481	6,118,051	7,093,596
1,137,886	1,115,318	1,117,707	1,159,824
159,324	162,453	165,646	170,038
269,337	321,507	380,422	375,389
182,541	202,042	222,615	242,705
54,774	58,424	62,288	49,799
32,022	33,873	49,801	29,889
—	27,168	36,218	37,871
—	—	—	15,125
—	—	9,500	—
131,118	138,709	147,774	154,192
—	—	—	20,058
1,046,087	1,122,253	1,085,404	(1,085,404)
970,027	1,069,925	982,808	—
11,198	6,314	44,441	—
—	46,014	58,155	—
—	—	—	—
64,862	—	—	—
90,436,865	84,758,274	79,187,645	(77,852,040) 76,766,636

表9 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		
		総 額 億円	国庫負担 億円	都道府県負担 億円
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	45,764	960	768	192
56	42,730	878	702	176

- (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)

表10 精神障害疾病の1カ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 人	通 院 医 療 費 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
57	157,376	7,094

(イ) 通院医療費

通院医療制度については、先に述べたとおりであるが、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57年には月平均約 157,000 人に達するものと予想される。

(ウ) 同意入院費

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。

イ 措置入院に係る費用徴収

この費用徴収については、都道府県知事が法第29条第1項及び法第29条の2第1項の規定により入院させた当該精神障害者又はその扶養義務者から、その所得に応じて表11の基準によって、費用の徴収を行う事が出来るとされている。(法第31条)

なお、この費用徴収額については、一部について保険給付が行われる

表11 費用徴収基準額

患者等の所得税額の合算額	費用徴収額
6,601円以下	0円
6,601円以上 11,040円以下	3,200円
11,041円以上 17,880円以下	4,600円
17,881円以上 25,680円以下	5,400円
25,681円以上 33,720円以下	6,900円
33,721円以上 42,000円以下	8,600円
42,001円以上 51,000円以下	10,100円
51,001円以上 62,520円以下	11,700円
62,521円以上 74,520円以下	13,200円
74,521円以上 87,120円以下	14,800円
87,121円以上 156,000円以下	18,500円
156,001円以上 198,000円以下	22,300円
198,001円以上 287,500円以下	29,400円
287,501円以上 397,000円以下	36,600円
397,001円以上 929,400円以下	43,800円
929,401円以上 1,500,000円以下	70,000円
1,500,001円以上	全額

こととされている。

ウ 医療費公費負担事務費

この経費は、各都道府県において、精神衛生関係事業の執行に関し、精神衛生関係法令に基づいて行う機関委任事務や、団体委任事務の執行に伴う事務費に対し、その事務の円滑、かつ、適正な運営を期するために必要な経費として2分の1の予算補助を行うものである。特に主な執行の内容としては、全体予算の約5割が診療報酬支払事務費に充てられている。

エ 精神衛生センター等の運営費等補助

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と通院患者リハビリテーション事業に要する経費に対する補助金である。

㍑ 精神衛生センター運営費

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。

㍒ 精神障害回復者社会復帰施設運営費

「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。

㍓ デイ・ケア施設運営費

「デイ・ケア施設運営費要綱」（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。

(ニ) 精神衛生社会生活適応施設運営費

「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。

(ホ) 通院患者リハビリテーション事業費(職親制度)

「通院患者リハビリテーション事業実施要綱」(昭57.4.16衛発第360号厚生省公衆衛生局長通知)により、都道府県が行う、職親制度事業に要する経費について、都道府県が設置する運営協議会経費と本事業の目的を理解し、精神障害者の社会的自立の促進を高めるために、協力事業所に対する奨励金に要する経費等について都道府県が支弁した費用に対し、別に定めるところにより国庫補助するものとしている。

オ 精神病院等の施設整備費補助

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。

《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。

《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

《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。

《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っては12.4m²，通所部門は16.3m²となっている。

《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23.3m²となっている。

カ 精神病院等の設備整備費補助

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。

キ 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。

ク 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。

(ク) 地方公共団体

精神病院等の医療施設（職員宿舍・看護婦宿舍を含む。）の新設・増設・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（看護婦宿舍・機械器具購入費は別枠）の額となっている。

なお、昭和57年度の病院事業の融資資金枠は1,773億円である。

(キ) 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（原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

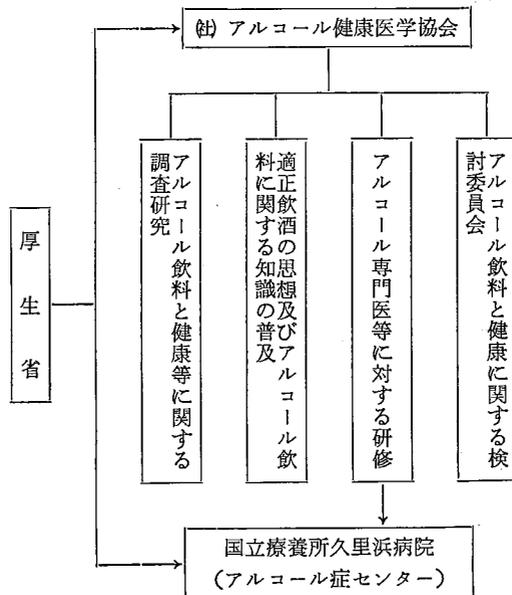
に定めるものについては、公庫本店または公庫大阪支店による直接貸付が行われることになっている。公庫の昭和57年度の資金枠は1,105億円である（公庫の融資条件等の詳細については、公庫本支店または代理店に照会されることが望ましい）。

5. アルコール中毒対策

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，一人当たり年間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8 酒害予防対策



○医師，保健婦，看護婦に対するアルコール中毒専門研修実施機関

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

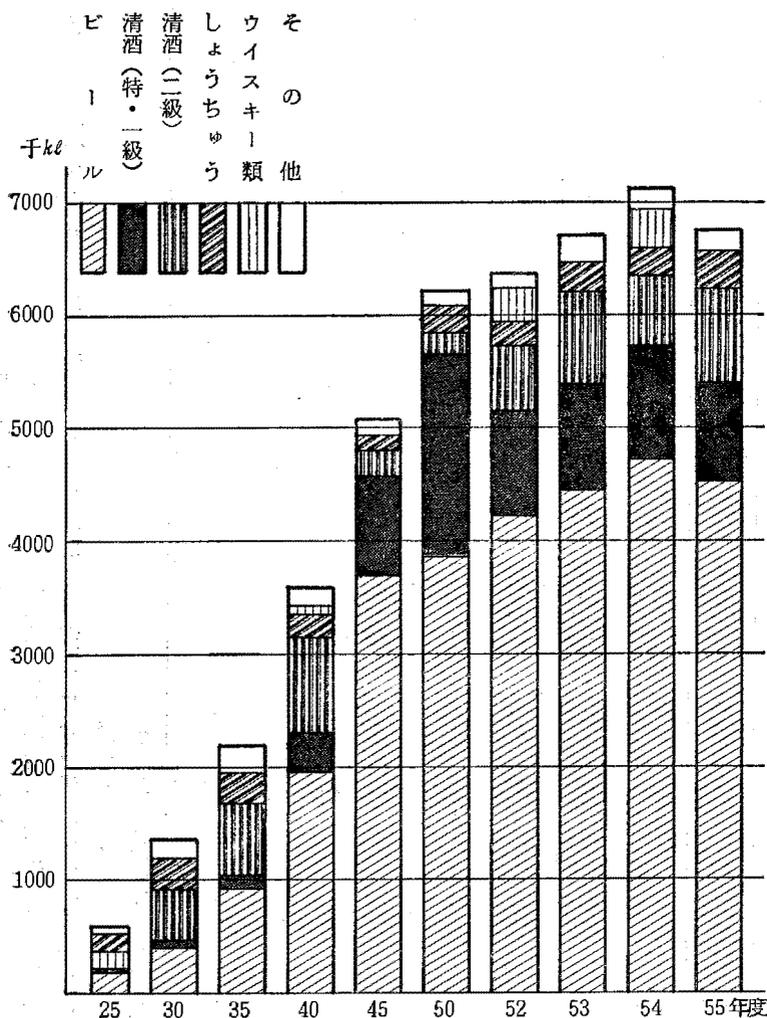
我が国においては、アルコール飲料とは酒税法でアルコール分1度（容量パーセント）以上の飲料と規定されている。酒類とは、清酒、合成清酒、焼酎、ビール、果実酒、ウイスキー類、スピリッツ類、リキュール類、みりんをさしている。年間酒類消費量の推移は図9のとおりであり、昭和56年度で666万klである。

1人当り年間純アルコール消費量（20歳以上）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55年には2倍に近い約5,400万人に及んでおり、大量飲酒者数は、55年で183万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、ウイスキーダブル約6杯）以上常用する者をいう。

また、昭和55年の患者調査によると、アルコール精神病患者数は1,900人、ア

図9 酒類課税移出数量の推移



(注) 昭和25・30・35年度のウイスキー類は、その他に含まれている。

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	55 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)	万人 約 183 (205.6)
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)	kℓ 6,660,308 (188.5)
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)	kℓ 671,330 (184.2)
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	千人 54,110

- 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 150ml 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。

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

表13 アルコール中毒患者数

(単位：人)

区 分	43 年	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55
アルコール 精 神 病	1,720 (100.0)	1,990 (115.7)	1,600 (93.0)	1,750 (101.7)	1,700 (98.8)	2,000 (116.3)	1,900 (110.5)	3,300 (191.9)	2,200 (127.9)	2,000 (116.3)	2,200 (127.9)	2,200 (127.9)	1,900 (110.5)
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)	18,205 (140.0)
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)	20,100 (136.5)

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）

（単位：人）

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	(100.0) 94	66	86	8	8	(100.0) 709	653	642	56	54	(100.0) 11,314	7,644	(100.0) 7,592	3,670	(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					
55年	(88.3) 83	76	76	7	7	413	384	384	29	29	(145.7) 16,490	11,941	(157.1) 11,928	4,549	(125.0) 4,534
						242	221	219	21	20					
						(92.4) 655	605	603	50	49					

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。

アルコール依存症者数は18,200人となっており(表13)、アルコール依存症等による死亡は、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げ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

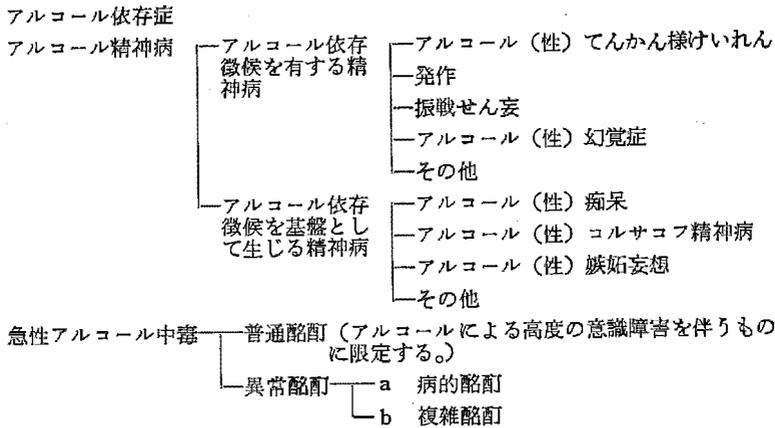
⑨ その他飲酒による社会的障害

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10のように分類される。

図10 アルコール精神疾患の分類



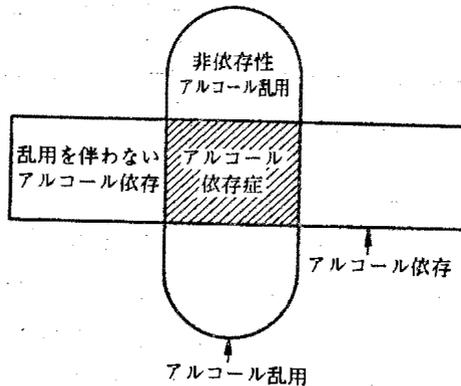
a アルコール依存症

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「病氣」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居る。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11 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して固く決心するが、耐え難い飲酒欲求によって、すぐにもとの適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ブソマニア (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。

b アルコール精神病

〈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、飲酒間歇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	飲酒間歇時のアルコール幻覚症	

〈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。

① 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。

② 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、せん妄状態が除々に消失すると、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。

③ 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。

c 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。

〈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。

・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。

・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。例えば不適当な泣き笑い、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本人にとってふさわしくない行動上の徴候である。

- ・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。

＜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。

① 病的酩酊

病的酩酊とは

- ・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。
- ・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。
- ・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100g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。

② 複雑酩酊

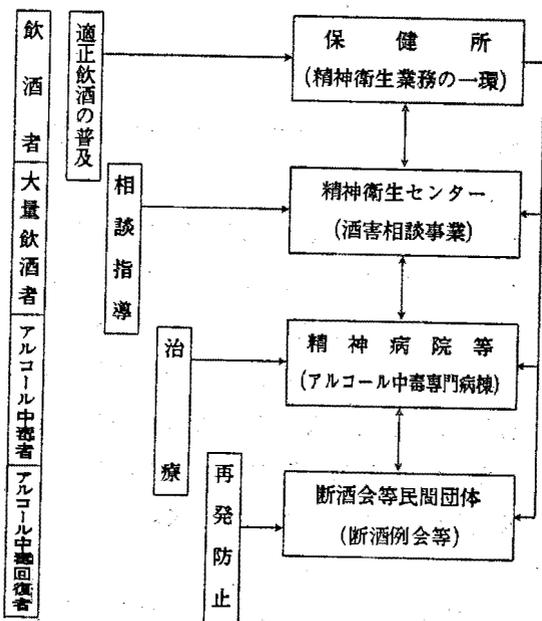
複雑酩酊とは，飲酒及び飲酒後の興奮が激しくかつ長期にわたるものをいい，しばしば粗暴な攻撃行為又は性的露出，性的加害行動が行われるが，その行為は状況からある程度理解でき，本人の非飲酒時の性格と全く無関係とはいえない。さまざまな程度の酩酊時についての追想障害が見られる場合がある。

(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12 酒害予防対策と適正飲酒



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當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置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

㊦ 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。

《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。

《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、作業療法等を行う。また、状態に応じてナイトケア、断酒会、A・Aの参加を行う必要がある。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。

《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おり、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に、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防止活動に加えて、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適正に行う必要がある。

(4) アルコール研修

アルコール中毒者等に係わる医師、看護婦（士）、保健婦の研修制度が

昭和50年度から国立療養所久里浜病院にて、実施されており、57年度からは新たにPSW等のコースが新設されている。

本研修制度は、アルコール中毒者等に対する理解を医療、保健従事者が持つとともに専門技術者養成を目的としており、現在では春と秋の年2回開催されている。

アルコール中毒臨床医等研修実施要綱

1. 研修の目的

アルコール中毒等の疾病の増加傾向にかんがみ、アルコール中毒者等の医療、看護及び保健指導に当る医師、保健婦、看護婦（士）及びPSW等に対して、アルコール中毒等に関する専門的な知識及び技術の研修を行い、酒害予防対策の充実に資することを目的とする。

2. 研修コース

研修のコースは、医師コース、保健婦コース、看護婦（士）コース及びPSW等コースとし、研修内容の細目は、別紙のとおりとする。

3. 研修期間

研修の期間は、各コース6日間とし、実施時期は、別紙のとおりとする。

4. 研修定員

研修定員は、各コース、1回ごとに20名以内とする。

5. 受講資格

研修を受けることができる者は、次の各号に該当する者とする。

(1) 医師コース

精神病院、精神衛生センター及び保健所等において、アルコール中毒者等の医療及び保健指導に従事する医師

(2) 保健婦コース

精神衛生センター及び保健所等においてアルコール中毒者等の保健指導に従事する保健婦

(3) 看護婦（士）コース

精神病院等において、アルコール中毒等に対する療養上の世話又は診療の補助に従事する看護婦（士）及び准看護婦（士）

ただし、准看護婦（士）は3ヶ月年以上の経験を有するもの。

(4) PSW等コース

精神病院、保健所、精神衛生センター及び福祉事務所等においてアルコール中毒者等の相談、指導に従事する精神科ソーシャルワーカー、社会福祉主事等

6. 研修場所

研修場所は、国立療養所久里浜病院（神奈川県横須賀市野比2769）とする。

7. 受講者の推せん

都道府県は、管下関係機関から受講希望者を募り選考のうえ、受講申込書（別紙様式1）に次の書類を添付して、厚生省公衆衛生局長あて提出するものとする。

- (1) 所属長推せん書（別紙様式2）
- (2) 履歴書

8. 受講者の決定

各都道府県から推せんされた者の中から厚生省公衆衛生局において決定し、各都道府県あて通知するものとする。

9. 修了証書の授与

研修を修了した者には、修了証書を授与する。

10. 経費

受講料は無料とするが、受講地への旅費及び滞在費等については、受講者負担とする。

11. その他

(1) 宿泊施設

研修期間中は原則として受講者全員が次の施設に宿泊するものとする。

国立療養所久里浜病院研修宿舎

住所 神奈川県横須賀市野比2769

電話 0468-48-1550

(2) 研修についての照会先

厚生省公衆衛生局精神衛生課

住所 千田区霞が関1-2-2

電話 03-503-1711

別紙

研修内容及び研修期間について

アルコール中毒臨床医等研修実施要綱中別に定める研修内容及び研修期間については、次のとおりとする。

1. 研修内容

日程	医師コース	保健婦コース	看護婦コース	PSW等コース
第1日	開講式 酒害予防対策	開講式 酒害予防対策	開講式 酒害予防対策	開講式 酒害予防対策
2日	アルコール中毒 の概念・定義 アルコール中毒 の診断	アルコール中毒の 概念・定義	アルコール中毒 の概念・定義	アルコール中毒・ 治療総論
3日	治療論（I）	治療論 保健指導の方法論	治療論	アルコール中毒・ 治療各論

日 程	医師コース	保健婦コース	看護婦コース	PSW等コース
第4日	治療論(Ⅱ) 地域精神衛生活動	地域精神衛生活動	看護論	アルコール中毒 ケースワーク総論
5日	外来・病棟実習 事例検討	外来・病棟実習 事例検討	外来・病棟実習 事例検討	アルコール中毒 ケースワーク各論
6日	討論とまとめ 閉講式	討論とまとめ 閉講式	討論とまとめ 閉講式	討論とまとめ 閉講式

(注) 研修内容については、変更する場合もある。

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、妄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場所である。

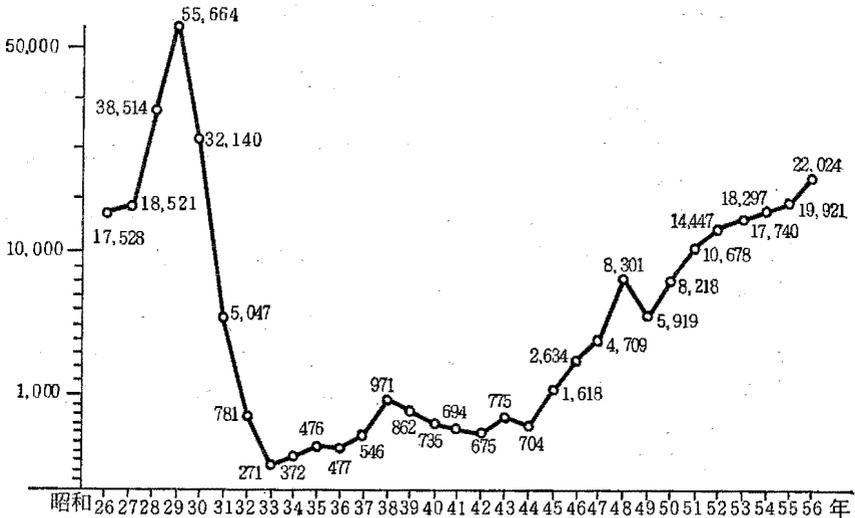
(1) 覚せい剤乱用の現状と対策

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13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56年には約22,000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13 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。

昭和57年度薬物乱用防止対策実施要綱

〔昭和57年4月16日〕
薬物乱用対策推進本部

第1 趣 旨

覚せい剤等薬物の乱用者の増加傾向に対処するため、当本部では、かねてからその乱用防止に取り組んできたところであるが、その後においても依然として乱用者の増加傾向が続き、かつ、一般市民層へのまん延、なかんずく青少年層への浸透等の傾向も現われ、また、乱用者等による事件事故も多発するという憂慮すべき状況が続いている。特に最近においては、覚せい剤乱用者等による凶悪事件が連続して発生するという異常な事態が現われている。

このような事態に対処するため、当本部は、昨年7月覚せい剤問題を中心として緊急に実施すべき対策を決定し推進中であるが、昭和57年度は、これらを踏まえて、下記のとおり薬物乱用防止対策に関し、年度を通じて実施すべき事項を策定し

関係機関・団体が連携してこれを強力に推進するとともに、薬物乱用防止強化月間を指定しこの期間中に集中して対策を実施し、実効を期することとする。

第2 主唱及び実施機関

1. この要綱は、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推進するものとする。

各関係行政機関においては、速やかに関係の会議を開催し、必要な指示、指導及び協議を行い、これらの趣旨の徹底を図る。

2. 薬物乱用対策推進地方本部においても、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。このため、薬物乱用対策推進地方本部全国会議を開催する。

なお、覚せい剤の乱用及びその弊害を根絶するためには、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。

第3 年度を通して実施すべき対策

昭和57年度を通して、次の対策を実施するものとする。

1. 覚せい剤・麻薬等乱用防止対策の強化

- (1) 覚せい剤等の乱用を根絶する社会環境を作るための国民に対する啓発活動の強化

ア 各種広報活動の推進

- (ア) 覚せい剤・麻薬等の恐ろしさと乱用による弊害について広く国民への周知を図るとともに、防止対策について国民一般の理解と協力を得るため、新聞、テレビ、ラジオ、雑誌等の広報媒体による政府広報を集中的に行う。また、関係省庁は、都道府県、市町村その他関係機関の広報紙（誌）の活用に配慮し、また、資料提供、取材その他の機会を通じて報道機関に積極的に協力するよう留意する。

- (イ) 関係各庁は、覚せい剤乱用の弊害を訴える映画、ポスター、パンフレット、リーフレット等を作成し、集中的に掲示、頒布を行う。特に、多人数が集いする施設等において、重点的にこれらの啓発活動を行う。

- 1 教育委員会、保護司等を通じての啓発活動等の推進

- (ア) 青少年による覚せい剤等の乱用防止について、都道府県教育委員会等関係機関にその意義を十分周知するとともに、中学校及び高等学校に係る生徒指導関連事業の充実、地域の実情に即した指導資料の作成の推進及び保健指導に係る指導資料の充実を図る。

- (イ) 保護司、更生保護婦人会員、民生（児童）委員、少年補導員、BBS会員、青少年健全育成関係指導者、その他各種関係団体の指導者の覚せい剤等薬物乱用問題についての認識を高めるため、スライド、パンフレット等啓発用資料を作成、活用し、また、関連情報の交換や研修、研究、協議等の機会

を設け、これらを通じて薬物乱用防止活動についてその理解と協力を得るよう努めるとともに、その指導力の強化を図る。

また、これらの者の活動を通じて乱用防止のキャンペーンを行う。

(ウ) 覚せい剤乱用防止推進員制度の充実強化を図るとともに、これら推進員等の日常活動を通じて、覚せい剤の乱用の弊害等に関する知識の国民一般への普及を図る。

ウ 各種団体の協力等による啓発活動の推進

(ア) 各種労働災害防止団体に対し、覚せい剤乱用問題について認識を深めるよう指導する。

(イ) 中小企業団体に選任されている勤労少年福祉員及び事業場に選任されている勤労青少年福祉推進者に対し、指導を行つて、覚せい剤乱用問題についての認識を深めさせるとともに、これらの者を通じて、事業主及び勤労青少年に対して知識の普及を図る。

(ロ) 土木建築関係業界に対し、覚せい剤乱用問題について認識を深めるよう指導する。併せて、建設事業場に選任されている雇用管理責任者に対する研修において、覚せい剤乱用問題についての認識を深めさせるとともに、これらの者を通じて、同事業内の勤労者に対して知識の普及を図る。

(ハ) 自動車運送業界に対し、覚せい剤乱用問題について認識を深めるよう指導する。併せて、自動車運送事業におかれた運行管理者に対する研修において、覚せい剤乱用問題についての認識を深めさせるとともに、これらの者を通じて、同事業内の乗務員に対して知識の普及を図る。

(ニ) 海事、漁業関係者に対する講習会において、覚せい剤乱用問題についての認識を深めさせ、防止対策についての協力を要請する。

(ホ) 旅客船、フェリー及び漁船の船主等に対して、覚せい剤乱用問題についての認識を深めさせ、船員雇入等に当たつての配慮について協力を要請する。

(ヘ) 風俗営業等関係団体に対し、協議会を開催するなどして覚せい剤乱用問題についての認識を深めさせ、防止対策について協力を要請する。

(ト) 防犯協会等防犯関係団体に対し、平素の防犯活動や防犯広報誌（紙）を活用して、覚せい剤乱用防止が図られるよう協力を要請する。

(チ) 運転免許証更新講習、安全運転管理者講習等に際し、覚せい剤使用運転防止の指導を通じて覚せい剤乱用の弊害について啓発に努める。

(リ) 各省庁において、各省庁部内に覚せい剤乱用対策について趣旨の徹底を図るとともに、それぞれ所管の関係団体に対しても、覚せい剤乱用問題の重要性について認識を深め、防止対策について協力してもらおうべく働きかけるよう要請する。

エ 各種運動を通じての啓発活動の推進

(ア) 啓発活動を集中的に実施するため、薬物乱用防止広報強化月間を実施する。

- (イ) 覚せい剤、麻薬、大麻等の恐ろしさ、乱用の弊害について、国民一般に対するキャンペーンを集中的に行うため、麻薬・覚せい剤等撲滅運動（10月及び11月）、不正大麻・けし撲滅運動（5月及び6月）を実施する。
 - (ロ) 社会を明るくする運動、防犯運動、青少年の非行を防止する運動等関連のある各種運動が行われる場合において、薬物乱用防止活動がその運動の一環として組み込まれるよう計画の段階から密接な連携をとるよう配意し、国民一般に対する広報、啓発を行う。
 - (ハ) 全国交通安全運動において、覚せい剤・シンナー等薬物を使用しての運転の防止を重点として取り上げ、覚せい剤乱用防止について広報、啓発を行う。
- (2) 取締りの強化、厳正な処分
- ア 密輸の取締り
 - (ア) 密輸人事犯の水際検挙を図るため、空港・海港区域における警戒体制を強化するとともに、情報収集を強化して容疑者等の視察内偵を強化する。また、覚せい剤密輸仕出要注意地域からの直入港船に対する立入検査、同地域からの人国者に対する携帯品検査、密輸ルート海域における巡視船艇等による洋上パトロール、夜間警戒及び立入検査の航空機による洋上警戒の強化等を行う。
 - (イ) 一般商業貨物及び外国郵便物利用による覚せい剤等の密輸入に対処するため、覚せい剤密輸仕出要注意地域を仕出地とする一般商業貨物及び郵便物については、一層現品検査を強化する。また、郵便物については、覚せい剤発見の効率化を図るためのエックス線装置の導入など資器材の整備強化を推進し、検査能力の向上に努める。
 - (ロ) 覚せい剤不法所持者等の上陸拒否、覚せい剤取締法違反者の強制退去を定めた出入国管理及び難民認定法の適切な運用を図る。
 - イ 密売等の取締り
 - (ア) 覚せい剤等薬物事犯の取締りを強化するため、薬物乱用事犯取締強化月間を実施し、集中的な取締り、検挙を行う。また秋の行楽期、年末年始等の時期に重点を置いて特別取締りを実施する。
 - (イ) 覚せい剤密売を資金源としている暴力団等の組織に対しては、計画的な捜査活動を行い、徹底した検挙を図る。
 - (ロ) 覚せい剤、麻薬等の不正流出を防止するため、取扱者等に対する立入検査等による指押監督の徹底を図る。
 - (ハ) 大麻やけしの栽培者に対する指導を強化するとともに、不正大麻・けしの発見・除去に努める。
 - ウ 乱用者に対する取締り
 - (ア) 覚せい剤の潜在的乱用者、中毒者等の早期発見とその実態は握に努め、末端乱用者の徹底検挙を図る。

(イ) 不良外人、青少年等による麻薬や大麻の密売・不正使用グループの実態は握に努め、事犯の検挙を推進する。

エ いわゆる通り魔的犯罪の取締り

(ア) 覚せい剤中毒者等による通り魔的犯罪が発生した場合は、初動捜査を一層徹底し、犯人の早期検挙に努めるとともに、被害が軽微な事件であっても、この種事件については検挙を徹底することによって連続犯行の防止、被害の抑止を図る。

(イ) この種事件については、犯罪事実のもとより犯行の動機、原因及び犯人の特性等についても捜査を徹底して真相を究明した上、厳正な処分の実現を図り、事件の再発防止に努める。

オ 国際協力

(ア) 覚せい剤乱用防止対策について、関係国と意見を交換し、協力要請を行う。

(イ) 覚せい剤、麻薬等の我が国への持込みを防圧するとともに、関係事犯の早期検挙を図るため、国際刑事警察機構及び国際捜査共助の積極的活用を図るなどして、関係国取締機関との連携を強化し、国際捜査協力を推進する。

(ウ) 東南アジア諸国等との国際協力の緊密化に資するため、各国から麻薬事犯捜査官を招き、「麻薬犯罪取締セミナー」を行う。

カ 取締捜査体制の充実強化

(ア) 覚せい剤密売・密売事犯の増加及び広域化に対処するため、薬物事犯捜査共助官相互の連携を密接にし、また、登録事件制度等の活用により、全国的な情報交換—捜査共助体制を強化して、広域的組織的捜査を推進する。

(イ) 取締りの強化に伴い、増大する薬物鑑定業務に対処するため、鑑定技術の開発及び鑑定体制の充実強化を図る。

捜査—検挙活動の推進に当たっては、薬物乱用防止に関する関係機関相互の情報交換を活発化し、連携と協力を強化するよう配慮する。

キ 厳正な処分

(ア) 覚せい剤、麻薬事犯については、事犯の危険性、重大性にかんがみ、この種事犯の悪性に関する捜査を徹底した上、厳正な処分の実現を図る。

(3) 覚せい剤乱用者等に対する徹底した措置等

ア 関係機関相互の連絡の緊密化、不審者の発見の励行等による乱用者等に関する実態のは握の徹底など

(ア) 警察官等は、職務を通じて不審者の発見に努める。警察官、検察官、矯正施設の長、保護観察所長は、精神衛生法等に定める場合の同法による通報を励行する。

(ウ) 精神衛生法等による通報に基づく措置について関係機関との緊密な連携を図る。

(エ) 道路交通法及び銃砲刀剣類所持等取締法に基づく行政処分を励行する。

イ 矯正施設収容中の覚せい剤中毒者等に対する処遇方策の充実強化

(ア) 矯正施設収容中の覚せい剤中毒者等に対する覚せい剤等乱用の弊害等についての教育及び指導を強化するとともに、覚せい剤中毒者等に対する医療の充実を図る。

(イ) 覚せい剤中毒者等に対する教育、指導等の技法の研究に努める。

ウ 保護観察中の覚せい剤中毒者等に対する保護観察の充実強化

(ア) 覚せい剤事犯対象者については、保護観察官の直接処遇を強化するとともに、保護観察官と保護司との処遇協議等両者の連携を一層緊密にして効果的な処遇に努める。

(イ) 覚せい剤事犯対象者に対する指導監督及び補導援護を強化するとともに、成績不良者については、刑の執行猶予取消申出等の措置の適正を実施を図る。

(ウ) 保護司の覚せい剤に関する知識の向上と事犯対象者の処遇技術の充実を図るため、必要な教材、資料等を作成、活用して、指導訓練の強化を図る。

(エ) 覚せい剤事犯対象者、特にそのうちの若年対象者に対する新しい処遇方法の開発を行い、その実施を図る。

エ 覚せい剤中毒者に対する医療保護の充実

(ア) 覚せい剤中毒者に関する精神衛生法に基づく通報制度の周知徹底、都道府県職員及び精神衛生鑑定医に対する措置要件の徹底、的確な鑑定事務の励行、適正な措置解除等により、措置入院制度の適正な運用を図るとともに、入院医療体制の充実を図る。

(イ) 特に覚せい剤中毒者に対しては、退院後の通院医療、カウンセリング体制、訪問指導等の充実強化を図る。

(ウ) 覚せい剤の薬理作用、中毒者に対する医療等の問題について、早急に研究を推進する。

オ 相談体制の強化

(ア) 覚せい剤相談電話の増設、警察本部、麻薬取締官事務所、精神衛生センター、保健所等における相談窓口の設置など覚せい剤相談体制の充実とその一般への周知徹底に努める。

カ 治療処分の新設

(ア) 覚せい剤中毒などによる精神の障害のため殺人等の重大な犯罪を行った者と同様の再犯のおそれがあるものに対しては、刑事裁判により、必要な治療を施してその者の更生と社会の安全を確保する治療処分制度が有効な方策であることにかんがみ、法務省において関係機関と協議を進め、刑法全面改正の一環として同制度の実現を図る。

2. シンナー・トルエン等有機溶剤の乱用防止対策の推進

(1) 関係機関、業者、学校等に対する指導とそれらの者相互間の連携の強化を図るとともに、シンナー・トルエン等有機溶剤の乱用追放の気運を高めるため、その

有害性、危険性等について積極的に啓発活動を行うよう努める。

- (2) シンナー・トルエン等有機溶剤の乱用の実態は握に努めるとともに、乱用グループの早期発見とその解明を徹底し、乱用進度に応じた有効適切な補導を行い、また、乱用事犯の取締りを強化する。
- (3) シンナー・トルエン等有機溶剤の保管・販売の適正化を図るため、製造・販売業者に対する指導監督を引き続き行う。
- (4) シンナー・トルエン等有機溶剤を含有する塗料、接着剤等を販売する金物店、塗料店等の業者及び関係組合に対して知情販売防止について努力を要請するとともに、暴力団、悪質業者等によるシンナー・トルエン等有機溶剤の知情販売事犯の取締りを強化する。
- (5) シンナー・トルエン等有機溶剤の乱用に対する規制を強化するため、毒物及び劇物取締施行令の改正により乱用規制対象物の合理的な拡大を図る。

第4 薬物乱用防止強化月間の実施

昭和57年度においては、次のとおり薬物乱用防止強化のための月間を指定し、この期間中に集中して薬物乱用防止対策を推進するものとする。

1. 期間

(1) 薬物乱用事犯取締強化月間

昭和57年10月1日から同月31日まで及び昭和58年2月1日から同月28日まで

(2) 薬物乱用防止広報化月間

昭和57年7月1日から同月31日まで

2. 実施機関

薬物乱用対策推進本部及び薬物乱用対策推進地方本部

3. 月間の重点及び実施事項

(1) 薬物乱用事犯取締強化月間

ア 月間の重点

- (ア) 覚せい剤等薬物事犯取締りの強化
- (イ) 覚せい剤等薬物乱用を拒絶する社会環境作りの促進

イ 実施事項

- (ア) 覚せい剤等薬物事犯取締りの強化
 - a 覚せい剤、麻薬等の密輸入の防圧
 - b 覚せい剤、麻薬等の中毒者等の使用事犯の取締り検挙
 - c 覚せい剤を資金源とする暴力団等の取締り検挙
 - d 青少年を中心とした大麻乱用事犯の取締り検挙
 - e 暴力団や悪質業者等によるシンナー・トルエン等有機溶剤の知情販売事犯の取締り検挙
- (イ) 覚せい剤等薬物乱用を拒絶する社会環境作りの促進
取締強化月間の実施に当たっては、関係の機関・団体等が協力して、覚せい剤等薬物乱用の有害性、危険性等に関する広報活動の強化に努めるとともに

に、特に各種の風俗営業等関係団体に対する自発的な活動の要請及び深夜に営業する飲食店、興業場、トルコ風呂等の営業者に対する啓発指導を強化する。

(2) 薬物乱用防止広報強化月間

ア 月間の重点

覚せい剤等薬物乱用の有害性、危険性等とその防止についての広報活動の積極的推進

イ 実施事項

(ア) 各種広報媒体及び視聴覚器材の活用、展示会の開催、街頭啓発活動、専門家による講演実施等による薬物乱用防止についての国民一般への呼びかけの実施

(イ) 学校における講習会の実施、職場における勤労青少年指導者による講習会の実施、国民運動地域住民大会の開催、相談員による移動相談室の開設、矯正施設における被収容者に対する特別講話の実施等による薬物乱用防止についての啓発の実施

(ウ) 覚せい剤乱用防止推進員制度等関係の制度の普及宣伝

4. 月間実施上の留意事項

(1) 連絡調整の強化

月間実施に当たっては、必要に応じ関係機関・団体等による連絡会議を開催する等により、月間の実施計画を策定し、更にできるだけ役割分担を明確にするとともに、諸施策及び活動が有機的に連携付けられるように調整を行い、運動が効果的に実施されるように配慮するものとする。

なお、関係機関・団体は、組織の末端にまで月間の趣旨等について浸透を図るとともに、それぞれの特性に応じた活動を展開し、国民総ぐるみ運動として効果を高め、国民の間に効果が定着するよう配慮するものとする。

(2) 関係の運動や思想普及と関連付け、又はその一環として薬物乱用問題を採り上げ、併せて実効を上げるよう配慮するものとする。

(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られるほか、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750名であり、うち措置入院患者は131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」を別派のとおり決定し、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、此の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いたします。

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」(昭和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

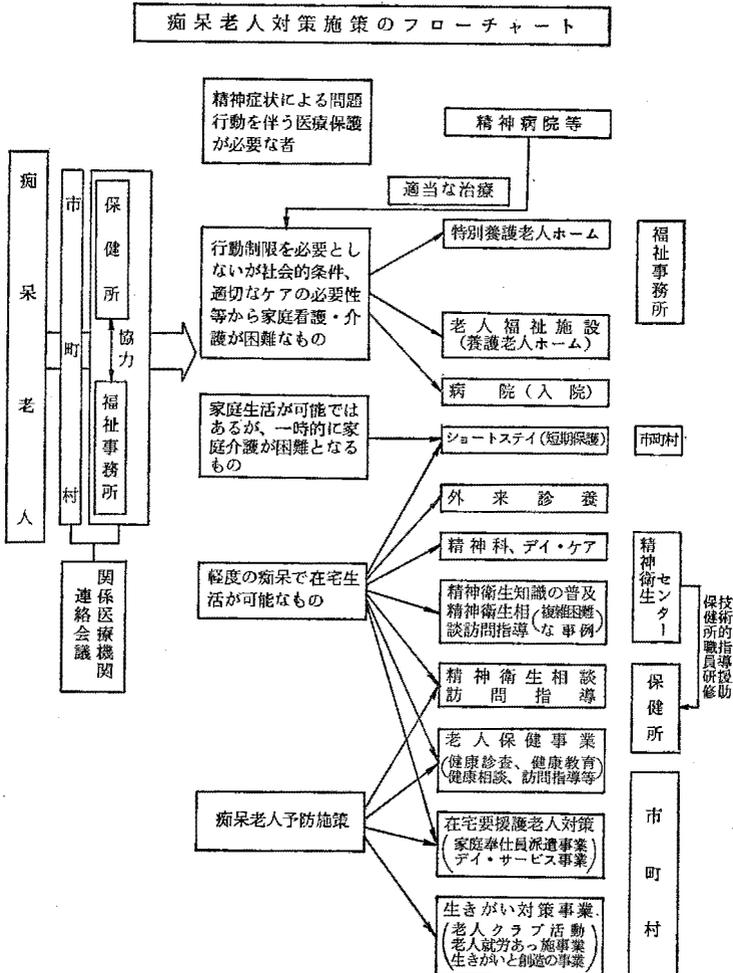
- (1) 貴職管下医療を要する覚せい剤の慢性中毒者及びその疑いのある者について医療機関とも連携を図り、その実態の把握に努めること。
- (2) 上記(1)の者について、適正な医療保護を行うとともに、精神衛生法第43条に基づく訪問指導を励行し、又、衛生主管部局又は保健所の相談体制を早急に整備すること。

別添～略

7. 老人精神保健対策

近年、我が国においても老令人口の増加に伴う高令化社会を迎えようとしている。厚生省人口問題研究所では昭和80年には65歳以上の老人が総人口の17.1%、即ち約2,200万人と推計している。即ち7人に1人が老人となることに伴

図14



い当然老人の痴呆疾患の増加が予想されることから、予防、保健、医療面での整備を早急に講ずる必要がある。

(1) 老人保健事業

昭和57年8月老人保健法が成立し、次のような老人保健事業を行うこととなった。

- ・医療の給付対象者（約700万人）、40歳～69歳の健康診査の受診者（約120万人）等に対する健康手帳の配布
- ・医師、保健婦、栄養士等の専門家による保健学級、講演等を通じた健康教育健康相談の実施
- ・40歳以上の者に対する健康診査（一般健康診査、胃がん検診、子宮がん検診等）の実施
- ・在宅老人機能回復訓練の実施
- ・在宅ねたきり老人、痴呆老人等に対する訪問指導の実施

(2) 老人精神保健対策

老人精神保健対策としては昭和55年公衆衛生審議会において「老人精神病棟の建築基準に関する意見」を提出しており、さらに現在包括的ケア体制の確立を目ざして、公衆衛生審議会老人精神保健専門委員会において検討を行っているところである。

また老人保健事業の一環として、保健所において老人精神衛生相談事業を行うこととしており、老人保健法成立の際、付帯決議として「痴呆を主とした老人の精神障害に対応するため、精神病棟その他の施設の整備を行うとともに、老人精神障害対策に関する専門的な調査研究を進める等総合的な対策を講ずること」とある。

ア 老人精神病棟の整備

老人性精神疾患は、痴呆、意識障害等に基づく徘徊、夜間不穏、自殺企図等を中心としさらに重度の合併症を有することから、昭和55年公衆衛生審議会より、次のような意見が出された。

意見具中を行つた。この意見において老人の精神障害対策についても検討が行われたが、今後なお専門的検討を行うべきであると指摘している。

公衆衛生審議会は、この指摘を受け、老人精神障害対策の基本的な考え方及び当面の具体的対策について別添のとおり定めこれに従って具体的な検討を進めることとしている。

今般、当面の具体的対策の中で最近特に社会問題となっておりその必要性が増加している専門病棟について以下のような結論を得た。

なお、老人の精神障害対策に関するその他の問題についても今後引き続き検討することとしている。

I 老人精神病棟の必要性

老人精神病棟とは、老人の精神障害のための専門的病棟であつて、その専門的な医療及び保護を積極的に行うことを目的とする。

老人精神病棟は、痴呆、意識障害等に基づく徘徊、夜間不穏、精神運動興奮、自殺企図等の問題行動を起こすため行動制限を必要とする者のための病棟及び精神症状に加えて重度の身体合併症を伴い、常時医療、看護を必要とする者のための病棟の2種類を整備することが望ましい。ただし、老人精神病棟の充足が早急に求められている当面は、様々の状態像を有する老人の精神障害を一括して処遇する老人精神病棟であってもさしつかえない。この場合には、病棟内での対象の区別を行う等の配慮をする必要がある。

また、老人の精神障害者のうち、特に多岐にわたり高度の医療を必要とする身体合併症を有するものに対しては、その必要を十分に満たすために、総合病院の精神科病棟の形態が望ましいと考えられる。

II 老人精神病棟の建築基準

1 基本事項

(1) 建物は、当該建築基準によるもののほか、医療法、建築基準法及び消防法等の法令に準拠し、また、当該建築基準に掲げられていないものについては、「精神病院建築基準（昭和44年衛発第431号）」によることとする。

(2) 老人精神病棟は、3階以上の階に設けないこととする。

ただし、防災関係設備及び避難施設が老人の精神障害者のために完備されている場合は、この限りではない。

(3) 老人精神病棟は、老人の精神障害者の身体的脆弱性及び長期在院の可能性を考慮して、特に冷暖房、換気、採光、照明等の設備に配慮を注ぎ、居住性に富んだ構造とする。

(4) 老人精神病棟は、開放的な運営が望ましいが、痴呆、意識障害等に基づく徘徊、夜間不穏、精神運動興奮及び自殺企図等の問題行動に対する行動制限の必要性を考慮し、閉鎖又は準開放の可能な構造とする。

2 病棟

(1) 規模

病棟は、30床ないし50床の看護単位を基本とする。

病棟の面積は、病室以外に生活面のスペースを必要とするので、病棟共通部分を含めて、1床当たり約23m²程度とする。

(2) 病室

ア 一般病室

個室から6床までとする。

適宜必要な場所に手すりを設ける。

イ 重度の身体合併症用病室

個室から6床までとする。

酸素吸入装置、吸引装置を設けることが望ましい。

ナースステーションに近接して設ける。

ウ 安静室

これは、「精神病院建築基準」でいう保護室に該当する。

採光、換気、通風、冷暖房等の環境条件及び特に汚物等による不潔に対して清掃容易な構造に配慮する。

防音装置を設けることが望ましい。

ナースステーションに近接して設ける。

エ その他

・床

滑りにくいもの、防水性とする。

・ベッド（洋室の場合）

ベッドの高さ及び冊については、患者が自力で寝起きできる高さ及び看護者が介助しやすい高さの両方を配慮して備える。

車付きベッドの場合は、固定器を設ける。

・ロッカー、戸棚

管理については、病院側で配慮する。

・携帯用の便器を配置する。

(3) 患者の生活上の施設

ア デイ・ルーム

病室以外に専ら患者の談話、娯楽、作業療法等の用に供するための室を設ける。

畳コーナーを一部に設けることが望ましい。

デイルームの近くに便所を配置する。

採光に配慮し、また中庭に出入りできることが望ましい。

イ 食堂

テーブル、椅子、食器等については、老人の精神障害者が使用するに当たって、危険等がないように配慮する。

ウ 配膳室

糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食等特別食が多いので、その点について配慮する。

エ 浴室

浴室は、看護者が入浴の介助をする必要がある場合を考慮してできるだけ広くする。

寝たきり患者のために、ストレッチャーから直接入れることができる洋式浴槽（例えばエルベートバス）を設ける。

なるべく上がり湯及びシャワーを取付ける。

浴室の出口については、一般の出入口の他、ストレッチャーが進入できる出入口を設ける必要がある。

オ 便所

便所は男女別に設ける。

適当な手すりを設ける。

転倒等を考慮して床面を病室の廊下面と同じ高さにし、下駄のはきかえを行わないようにする。

ドアについては車イスで利用できるように配慮し、手すり等を設ける。

汚物処理室を設けることが望ましい。

カ 洗面所

洗面介助の必要ある場合を配慮し、洗髪もできる構造とする。

キ 洗濯室

患者自身が持物を簡単に洗える場所を設ける。

簡単な干し場を付設する。

ク 足洗場

室外の出入口に近接したものを設けることが望ましい。

ケ 面会室

家族が仮眠、休憩できるように考慮する。

コ 私物庫

一室を設けて出し入れに便利な棚を設け、かつ換気を十分に行えるようにする。

(4) 診療及び看護関係施設

ア 診療室

イ 処置室

身体合併症の治療が行えるよう設備、広さ等について配慮する。

ウ ナースステーション

病棟中央にあって、デイ・ルーム、食堂に面し、患者の観察に便利な位置に設ける。

エ 看護者仮眠室

オ 職員便所

カ 汚物処理室

汚物が簡単に廃棄、消毒、洗浄され、失禁患者の汚物衣類等汚物が洗濯できるような設備とする。

キ リネン室

(5) その他の施設

ア 廊下

ベッド及びストレッチャーが通れる幅とする。

なるべく直線にし、角の部分を少なくする。

適当な手すりを設ける。

床は、滑りにくいもの、防水性とする。

転倒等を考慮して床面を病室、便所、洗面所等の廊下面と同じ高さにし、段差をつけない。

イ 階段

適当な手すりを設ける。

スロープを設ける場合は、らせん状とし、階段の傾斜はゆるやかに、かつけあげを少なくする。

エレベーターの設置が望ましい。

ウ 中庭、バルコニー等日光浴ができるスペースを設けることが望ましい。

エ 身体的リハビリテーションの設備

病棟内又は病棟外に脳卒中後遺症等による身体的機能障害のための機能回復訓練を行うための器械、器具を具備した施設又は部室を設ける。

オ 消防用設備

消火器、簡易消火用具、消火柱その他の消火設備、火災警報設備、すべり台、避難はしご等の避難設備を、わかりやすい場所に配置する。

カ 霊安室

老人精神病棟に設ける必要はないが、病院全体として確保する。

イ 老人精神衛生相談事業

入院医療を必要としない痴呆老人については、在宅でケアすることが望ましく、そのため、保健所において、精神衛生相談事業を行うこととされている。本事業は保健所において当面実施することとしており、精神衛生相談員が未設置の保健所に本年度は19人の新規増員を予定している。

また、老人保健事業、老人福祉施設等と老人精神医療の連携体制の確立を図るため、老人精神保健連絡協議会(仮称)の設置を予定している。

(3) 老人精神保健対策の今後の課題

今後痴呆老人の増加が予想されることから包括的ケアを目指し、現在公衆衛生審議会老人精神保健専門委員会において次のような事項について検討している。

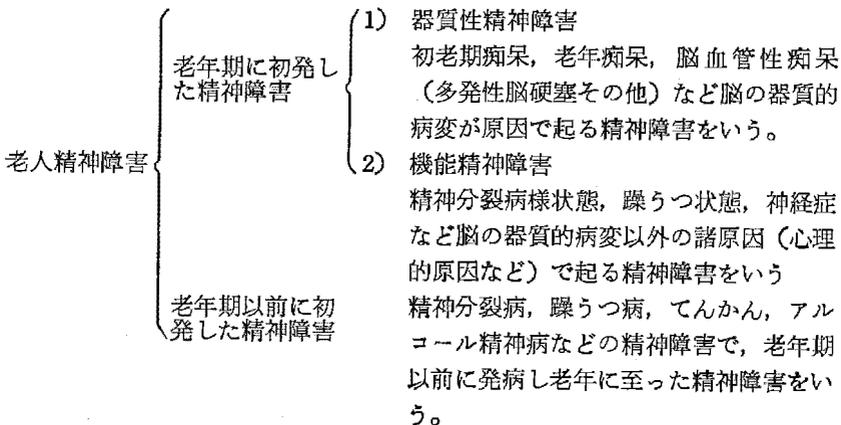
- ・痴呆疾患の予防及び普及啓発に関すること
- ・精神衛生相談員等による在宅ケアの充実等地域老人精神保健対策に関すること
- ・適切な相談体制の確立、処遇判定のための行政組織の充実、強化に関すること
- ・精神病院における老人精神障害者対策に関すること
- ・老人精神保健従事者の確保及び資質の向上に関すること
- ・老人の痴呆疾患のための保健医療と福祉対策の連携体制に関すること
- ・研究体制の強化、充実に関すること

《老人精神障害の定義》

別紙

○ 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る。すなわち、老年期に初発した精神障害と老年期以前に発病、経過し老年期に至った精神障害に大別される。



○ 痴 呆

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持続的に低下することをいう。

○ 老人の痴呆疾患

老人の痴呆疾患とは老人であって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る精神障害をいう。

○ 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。

第3章 国立精神衛生研究所

1. 沿革

昭和25年、精神衛生法制定の際、国会において国立精神衛生研究所を設置すべき旨の附帯決議が採択され、これに基づき、厚生省設置法及び組織規程の一部が改正され、昭和27年1月、千葉県市川市に国立精神衛生研究所が設置された。

設立当時の組織は、総務課、心理学部、生理学形態学部、優生学部、児童精神衛生部及び社会学部の一課五部であった。当初、厚生省では国立精神衛生研究所の組織について、1課8部60名程度の規模とする構想をもっていたが、財政事情等により、1課5部30人の人員で発足することになった。

附属病院をもつことは精神衛生研究所にとって重要な条件であったが、新たに病院を設立することは当時の財政事情から、望み得なかったため、隣接した国立国府台病院の事実上の協力を得られるという観点から、千葉県市川市に置かれることとなった。

精神薄弱に対する対策の確立の必要性が社会的に高まったことに伴い、昭和35年10月1日、新たに精神薄弱部が設置されると同時に、既存の部の名称変更を伴う組織の再編成が行われた。この結果、組織は、総務課、精神衛生部、児童精神衛生部、社会精神衛生部、精神身体病理部、優生部の1課6部となった。

昭和36年には、国立精神衛生研究所組織細則が制定され、部課長のもとに、心理研究室、生理研究室、精神衛生相談室、精神衛生研修室の四室が置かれるとともに、昭和35年1月から事実上行われていた精神衛生技術者に対する研修業務が、厚生省設置法上の業務として加えられ、医学科、心理学科、社会福祉学科及び精神衛生指導科の研修が開始されることにより、正式に、当研究所の調査研究と並ぶ重要な業務として位置づけられた。

昭和40年には、精神医療の発展に伴い、地域精神医療、社会復帰等を内容とする精神衛生法の大改正が行われたが、これに伴い、組織規程が改正され、社会復帰部が新設されるとともに、新たに精神発達研究室及び主任研究官（3名）が置かれることになり、組織細則の一部が改正された。また、昭和46年6月には、ソーシャルワーク研究室を社会精神衛生部に設置、昭和48年には、人

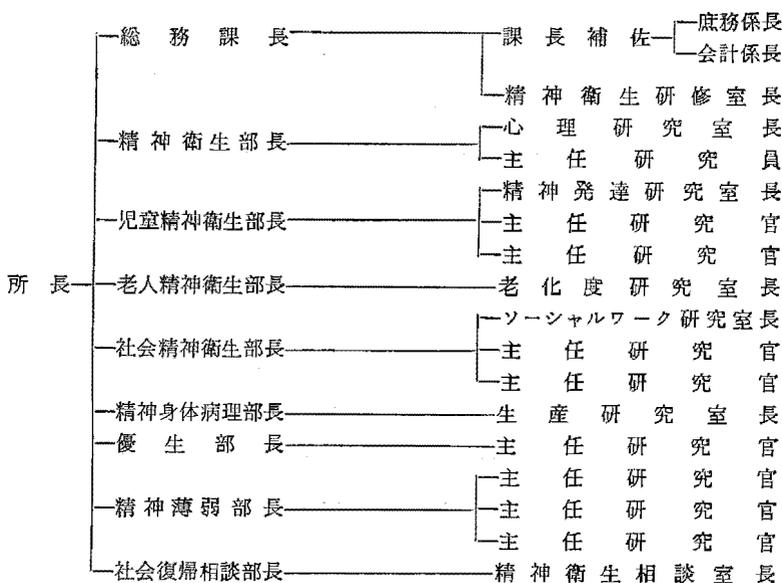
表16 国立精神衛生研究所の定員（昭和53年度～昭和57年度）

俸給表	職名	昭和53年度	54	55	56	57
指定職	所長	1	1	1	1	1
行政職 (1)	課長	1	1	1	1	1
	長補佐	1	1	1	1	1
	係主任	2	2	2	2	2
	一般職員	1	1	1	1	1
		4	4	4	4	4
	計	9	9	9	9	9
行政職 (2)	技能職員(甲)	1	1	1	1	1
	技能職員(乙)	2	2	2	2	2
	計	3	3	3	3	3
研究職	部長等研究員	13	14	14	14	14
	室長等研究員	10	10	10	10	10
	研究員	6	6	6	5	4
	計	29	30	30	29	28
医療職 (2)	医療技術職員 (作業療法上)	1	1	1	1	1
合計		43	44	44	43	42

口の高齢化に伴い、痴呆老人等のいわゆる「恍惚の人」が社会問題化したのを背景に、老人精神衛生部を新設し、翌昭和49年には同部に老化度研究室を置いた。

昭和50年には、精神衛生に関する相談について、精神障害者の社会復帰と関連することが多いことから、社会復帰部を社会復帰相談部とし、精神衛生相談室を社会復帰相談部の所属に移した。昭和53年12月には、社会復帰相談庁舎が完成し、精神衛生相談をはじめとする、精神障害者の社会復帰に関する研究体制が強化された。また、昭和54年には、研修課程の名称を医学課程、心理学課

表17 国立精神研究所の組織



程，社会福祉学課程及び精神衛生指導課程に名称を変更するとともに，新たに精神科デイ・ケア課程を新設した。昭和55年には，研修庁舎が完成し，研修業務の充実が図られた。デイ・ケア課程は現在年に4回行われ

2. 研究内容

国民の健康増進を図るうえで、肉体の健康増進と同様に、精神の健康増進のための技術を開発する、精神衛生の基礎的研究の果たす役割は、ますます重要なものとなっている。それは、単に精神病、神経症の治療技術の開発にとどまらず、精神障害の発生予防から、早期発見、早期治療、再発防止、リハビリテーションに至る、一貫した、総合的な精神衛生に関する技術開発の研究が行われなければならない。これを、人間のライフサイクルの観点から見ると、胎生期、乳幼児期、学童期、青年期、壮年期、老年期のそれぞれの段階に応じた研究が必要であり、社会生活の観点から見ると、家庭、学校、職場、地域社会等における精神衛生技術開発が必要である。また、その方法論においては、精神医学のみならず、脳外科学、内科学、小児科学、産科学等の他の医学の分野をはじめとして、心理学、社会学、教育学等、幅広い分野の学問と協力しながら、学際的立場に立った総合的研究が必要である。当研究所は、こうした考え方にに基づき、精神衛生に関する広義及び狭義の分野の精神衛生問題について、各部において、次のような調査研究を行っている。

〈精神衛生部〉

精神衛生部では、大人の精神病、神経症その他の適応障害（たとえば性格の問題、自殺、様々な領域における不適応の問題など）の発生の原因の調査研究及びその診断と治療について、研究と実践を行っている。具体的な活動の内容としては、精神医学的診断と治療、心理学的な人格診断と心理治療などであり、現在行っている研究の一例としては、精神病、特に精神分裂病者の家族治療及び精神療法、自殺未遂者の問題、人格テストの臨床的適用の問題がある。

〈児童精神衛生部〉

児童精神衛生部は、乳幼児期、学童期、思春期を通じた児童の人格発達の様相を探求するとともに、児童の発達に影響を及ぼす様々な要因（遺伝的、身体的、心理的、家庭的、社会的要因等）の分析と評価を行う。また、精神衛生上の問題をもつ児童については、その精神病理と診断・治療・指導に関する臨

床的並びに地域精神衛生的研究を行っている。現在行っている主な研究としては、双生児の発達史的研究、乳児の精神生理学的研究、ホスピタリズム、登校拒否、児童虐待、大学浪人思春期精神障害者などを対象とした研究がある。

〈老人精神衛生部〉

老人精神衛生部は、一般老人の精神健康の向上をはじめ、老人の適応障害者及び精神障害者の早期発見、早期治療、リハビリテーション等の方法を開発するとともに、精神老化の評価の開発、老化に影響を及ぼす心理・社会的要因の分析及び脳老化過程の生理・生化学的研究等を総合的に行っている。また、リハビリテーションの方法を開発するため、老人の生活活動に現れる、老化の社会・心理学的研究及び脳老化過程の生理・生化学的研究等を総合的に行っている。

〈社会精神衛生部〉

社会精神衛生部は、健康な人間関係や建設的な社会生活のあり方を求めて、人と人、人と社会の間に生ずる様々な精神衛生上の問題の調査研究を行っている。具体的には、実験的・臨床的な方法をも活用しつつ、家庭や職場、病院、地域社会などにおける問題を発見し、原因を掘り下げ、その解決への援助方策を探り、また、予防対策などについても検討を行っている。

〈精神身体病理部〉

精神身体病理部は、精神病・神経症・心身症その他の適応障害の発症機序を解明、症状の推移と個人的環境の諸因子との関連を分析することによって、これら障害の診断と治療方法の検討と開発、更に精神健康の維持増進に寄与するため、精神医学的・精神生理学的、精神生化学的・心身医学的方法による研究を行っている。現在の主な研究課題は、日常変動と精神機能の変動、特殊条件下（アルコール・薬物・疲労・ストレスの影響、精神疾患、身体症状の合併等）における精神生理学変動、生体情報特に脳波・心理図等の記録と処理解析法（コンピューター使用）の研究である。

〈優 生 部〉

優生部は、精神障害及び適応障害の素因とその環境諸条件との相互関係につ

いて調査研究を行っている。現在行っている中心課題は、騒音公害の精神身体に与える阻害的影響に関する研究、向精神薬の効果に関する国際比較研究、正常人、精神障害者の日中リズムに関する研究などである。

〈精神薄弱部〉

精神薄弱部は、精神薄弱の発生原因及び予防対策並びに精神薄弱児・者の臨床診断法の開発とその応用、医療・保健・福祉の体系化と臨床技術の開発、高齢精神薄弱者の実態把握と処遇技術の体系化、各種治療法の効果測定などに関する研究を行っている。

〈社会復帰相談部〉

社会復帰相談部は、デイ・ケアセンターをはじめ、精神障害者の社会復帰促進に有効である諸施設及び諸制度のあり方並びに精神衛生相談に関し、その方法・技術・運営などの基礎的研究を行っている。また、昭和54年4月に開所の運びとなった、社会復帰相談庁舎の完成で、当面の大きな問題である。精神障害者の社会復帰についても、更に積極的な臨床研究が行われることとなり、児童、成人、老人の精神障害その他の適応障害者の社会復帰促進に有効な調査、研究が進められている。

3. 研 修

当研究所においては、昭和36年度から、国、地方公共団体、精神衛生法第5条の規定による指定病院において精神衛生の業務に従事する保健婦、臨床心理、精神科ソーシャルワーカーたちに対して、精神衛生技術者としての資質の向上を図ることを目的として、精神衛生各般にわたり必要な知識及び技術の研修を行ってきており、現在までの修業者数は表18のとおりである。

現在、医学課程、心理学課程、社会福祉学課程、精神衛生指導課程及び精神科デイ・ケア課程の五課程に分けて研修を実施しており、各課程の研修目的は次のとおりである。

① 医 学 課 程

公衆衛生及び精神医学の領域において精神衛生の業務に従事している医師に対して精神医学及び精神衛生指導技術に関する研修を行う。

② 心理学課程精神衛生センター、保健所、国立・都道府県立精神病院等において臨床心理関係の業務に従事している者に対して、臨床心理に関する研修を行う。

③ 社会福祉学課程

精神衛生センター、保健所、国立・都道府県立精神病院等においてソーシャルワークの業務に従事している者に対して、社会福祉に関する研修を行う。

④ 精神衛生指導課程

保健所長、精神衛生センターの所長、都道府県衛生部局の精神衛生担当職員に対して、精神衛生対策及び指導技術に関する研修を行う。

⑤ 精神科デイ・ケア課程

精神科病院等において精神科看護に従事している看護婦（士）であって、集団療法、作業指導、レクリエーション活動、生活指導等に関する業務について、看護婦（士）免許取得後2年以上の実務経験を有する者に対して、精神科デイ・ケアの研修を行う。

表18 課程別研修終了者数（昭和57年3月まで）

課 程	区 分		保健所	精神衛生 センター	精 神 病院等	児 童 相談所	その他	計
	(県・市) 本	庁						
医 学 課 程	14	259		32	42	—	24	371
心 理 学 課 程	—	13		63	88	184	83	431
社 会 福 祉 学 課 程	1	187		113	154	8	59	522
精 神 衛 生 指 導 課 程	43	180		129	1	—	4	366
精 神 科 デイ・ケア 課 程	1	2		4	350	—	1	358
計	59	650		341	635	192	171	2,048

（備考）医学、心理学、社会福祉学精神衛生指導の各課程は、昭和46年から昭和56年度末までの延べ人員であり、精神科デイ・ケア課程は昭和54年度から昭和56年度末までの延べ実人員である。

4. 技 術 交 流

(1) 国 内 交 流

当研究所は、国内においては、厚生省、特に公衆衛生局精神衛生課と密接な協力関係に立ち、我が国の精神衛生行政の推進に協力するとともに、常に精神衛生に関する研究及び研修において、主導的立場に立っており、日本の数多くの医科大学、あるいは医科大学のスタッフたちと協同研究を行っている。

また、当研究所においては、精神衛生に関して研究又は実習を希望する者を選考のうえ、研究生又は実習生として認める制度を設けている。

研究生は、大学において医学、心理学、社会学、社会福祉学等の課程を修めて卒業した者で、当研究所において指導部長の指導を受けて研究を行うものであり、期間は1年である。

実習生は、大学において医学、心理学、社会学、社会福祉学等の課程を履習中の者で、指導部長の指導を受けて実習に従事するものであり、期間は3か月以内である。

(2) 国 際 交 流

① WHOとの研究交流

当研究所は、設立されてまもなく我が国の精神衛生活動と精神衛生研究のためにWHO顧問を招聘し、その勧告に基づき、保健所の精神衛生従事者の研修を開始した。また、精神病院にデイ・ケア治療施設を設けるのが望ましいとする勧告に基づき、当研究所は、日本で初めてのデイ・ケアセンターを開設した。

当研究所からも、WHOの精神衛生の専門家会議メンバーとして、専門家会議、ワークショップ等に、顧問・助言者などとして参加してきた。また、1970年代のWHO精神衛生部門は、精神衛生における生物学的研究の重要性に関する提言を受け、現在、広く世界で使用されている向精神薬、抗不安薬の再検討を考慮し、異なった人種に対する向精神薬の効果に関する比較研究プロジェクトを推進したが、当研究所は、この研究プロジェクトに1978年以降参加してい

る。

② WHO協力センター

1978年4月、マニラで開かれたWHOの精神衛生プログラムに関する地域委員会において、精神衛生研究の重要性と精神衛生従事者の研修内容の改善が強調され、WHO本部の精神衛生部門は、生物学的精神医学、精神病理学、精神衛生、社会的心理学的要因と健康、薬物依存、神経科学の分野においての研究と研修を開始した。そして、全世界で以上の研究と研修のためのWHO協力センターを開設したが、我が国においては、当研究所が、昭和56年6月、WHOから精神衛生に関する国際保健機関研究研修センターとして指定され、随時、研究及び研修を実施することとなっている。

③ 活 動 内 容

当センターが研究と研修に貢献する、精神衛生に関するWHOの中期計画に基づく分野は次のとおりである。

- (a) アルコール中毒及びそれに関する諸問題
- (b) 向精神薬剤の効果に関する研究
- (c) 増大するストレスに対する健康管理
- (d) 薬物乱用とアルコール嗜癖に関する疫学研究
- (e) 異なった社会的文化的背景における精神衛生に関する決定要因の疫学研究
- (f) 精神薄弱の早期発見と治療に関する研究
- (g) 地域精神衛生サービスの貢献

第4章 諸外国における精神衛生

1. WHOの精神衛生活動

精神衛生の広い領域を考えると、その世界的動向を展望することは、きわめて困難な仕事である。

したがってまず、筆者がここ20年余にわたって関係してきたWHOの精神衛生活動を中心に、世界の動向を見渡してみたい。

WHOの最近の動向からみると、その焦点は発展途上国に向けられており、1978年9月6～12日にソ連のアルマ・アタで開かれたプライマリ・ヘルスケア会議でも、この点が大きな問題となった。これに並行して同じ1978年にWHO精神衛生中期計画が樹てられ、次の4課題が留意事項として上げられている。それは、1) アルコールおよび薬物依存を含めた精神疾患の疫学調査、2) 公衆衛生活動における包括的な精神衛生活動(プライマリ・ヘルスケア)、3) アルコール・薬物依存の予防対策、4) 精神衛生における代謝研究や生物学的研究と社会精神医学の研究である。このWHO精神衛生中期計画に盛られた活動とプロジェクトはきわめて広汎なものであり、発展途上国においては、人的物的資源の欠乏のなかでの地域活動のあり方、伝統的ヒーラーの扱う精神障害者の分析、精神衛生関係法規の再検討や、公衆衛生関係職員への精神衛生教育などが推進されており、発達国ではとくに生物学的研究(薬理学、免疫学、遺伝学的な研究)が期待されている。また発達国と途上国が共同で行っているものには、精神分裂病患者の追跡調査、向精神薬に対する耐性の比較、精神衛生記録システムの確立、精神障害の診断基準についての比較、急性精神病の比較、移民労働者の子どもに関する研究、避妊に対する女性の反応などが行われている。

とくに西太平洋地域では、1979年に精神衛生計画に関する会議が開かれ、アルコールおよび薬物依存・乱用に関する比較検査と精神衛生関連職員の

教育訓練が強調された。この会議の方向づけに基づいて、東京でアルコール関連障害に関する会議が開かれ、今年に入って中国において児童精神衛生セミナーが開催された。また精神医学の卒前教育に関してコンサルタントが派遣され、来年度はアルコール関連問題に関する研修セミナーが予定されている。

以上のようにWHOの動向は、もっぱら発展途上国では精神衛生教育・訓練に重点をおき、発達国では生物学的研究に重点をおいているように思われる。

次に筆者の入手し得た範囲で、発達国と途上国の精神衛生の最近の現状について概観してみたい。ただしその重点は精神障害の予防、治療、リハビリテーションに置かれる。

2. アメリカにおける精神衛生の展開

周知のように1963年のケネディ教書によって地域社会精神衛生の展開が開始され、この18年間にアメリカの精神医療は脱施設化の方向にむかった。「蛇の穴」といわれた巨大な州立精神病院は小型の精神病院に切りかえられ、800カ所といわれる地域精神衛生センターを中心に地域ケアを展開することになった。洲によってその程度を異にするが、カリフォルニア州とニューヨーク州はきわめてラディカルに在院患者を減らし、いわゆる中間的なリハビリテーション施設の増設につとめた。カリフォルニア州では、精神病院に入院した患者の多くが17日間（3日間の緊急入院と14日の拘束入院）で退院してくるようになった。これに備えて作られたものは、既存のナースィング・ホームからスキルド・ナースィングホームボード・アンド・ケアホーム（食事とケアつきのホーム）、ハーフウェイ・ハウス、保護作業所、デイケアという流れであった。あまり急激に短期入院に切り換えた地域では一時混乱状態が生じた。現在も専門スタッフの不足、経済援助の不充分さ、地域社会内での反発などに当面している。これらの諸施設は医師をコンサルタントに持つ非医療施設であり、患者はこれらを転々とするため、「回転ドア・システムだ」という比喩もある。人口移動の少ない地域で開業精神科医とソーシャルワーカーが個々の患者の流れに従って根気よくコンタクトを持ち続け、治療の一貫性と持続性に努力している所もあ

るがこれは例外である。最近ではケース・アドミニストレーターといわれる職業的、半職業的な人々を養成している所もある。

精神病院の30~40%を占めていた高齢精神障害者の多くがナーシング・ホームに送られ、これによって精神病院の病床は減ったが、ナーシング・ホームの現状には批判が多い。州によってはカリフォルニア州のような急進的方法をとらず、ゆっくりとホームやハーフェイ・ハウスを増やしている所もある。これら諸施設がかなり増えていることは、カリフォルニア州のメディケードで扱っている患者1万人のうち約5,000人が在宅治療を受け約500人が精神病院に入院し、残りの約4,500人がなんらかのホームかハウスにいてケアを受けているという統計に示される。この変化に対して年輩の精神科医はきわめて批判的であったが、現在ではこの脱施設化の考え方が受け入れられているように思われる。ところが最近レーガン政権になってから、大幅に精神衛生センターへの国の援助が打ち切れ、州の負担が増加するなどの困難に遭遇している。しかしアメリカの強みは、長年月の経験をもつ精神衛生関係職員が多く、かつ層が厚いことであろう。

1981年7月18日付で、アメリカ精神医学会、精神科主任教授連盟および思春期精神医学会を代表して、精神医学会の Dr. M. Sabshin 理事長によって国会その他の委員会に提出された声明書は、この間の事情を物語っている。この声明書では治療を必要とする200万の精神分裂病患者、さらに200万の重いうつ病患者、100万以上の器質精神病その他の精神欠陥をもつ人の地域ケアと100万の重度精神障害児などに対する早期治療が、長期入院治療にくらべてはるかに経済的に折り合うものであるとしている。また精神衛生に不可欠な精神科医、臨床心理士、ソーシャルワーカー、精神科看護婦の4つの専門職の教育計画に十分な経費を支出し、プライマリケアの条件を整備していくことが、結局将来の節約につながるとしている。今後アメリカが地域精神医療をいかに進めていくかが注目されるところである。

Regier 他 (1979) によれば、米国で精神衛生サービスを必要とするポピュレーションは、そのニードから推定すると1975年で全米人口の15%と推定され

ている。そのうち、15%は精神衛生専門機関で、3.4%は総合病院及びナーシング・ホームで、54.1%は第1次一般診療機関で、6%は第1次一般診療機関と精神衛生専門機関で、あと21.5%は社会福祉サービスの援助をうけるか、あるいは援助を受けていないポピュレーションである。ここで、機関別にコードとして Regier によって推定された対象数をあげておくと、次のようである。

1. 第1次一般診療所	10,710,000
2. 総合病院外来救急室	6,391,000
3. 第1次一般診療所以外の診療所	2,337,000
4. 独立の精神科外来及び多目的クリニック	1,763,000
5. コミュニティ精神衛生センター	1,627,000
6. 保健機関クリニック	941,000
7. 連邦政府以外の総合病院精神科病棟	927,000
8. 精神科医開業診療所	854,000
9. 連邦政府以外の総合病院一般病棟	812,000
10. 州立、郡立精神病院	789,000
11. サイコロジスト開業クリニック	425,000
12. 退役軍人総合及び精神神経病院の精神科病棟	351,000
13. コミュニティ保健センター	314,000
14. 産業保健部門	314,000
15. 私的精神病院及び居住治療センター	233,000
16. ナーシング・ホーム	207,000
17. 大学キャンパス精神衛生クリニック	131,000
18. 連邦政府総合病院	59,000
19. 精神科以外の専門病院	22,000
20. ハーフウェイハウス	7,000

表ア 州立および郡立精神病院における在院患者数・入院患者数・退院患者数・死亡者数 米国 1950~1974

年次	病院数	年末在院患者数	入院者数	退院者数	死亡者数
1950	322	512,501	152,286	99,659	41,280
1951	322	520,326	152,079	101,802	42,107
1952	329	531,981	162,908	107,647	44,303
1953	332	545,045	170,621	113,959	45,087
1954	352	553,979	171,682	118,775	42,652
1955	275	558,922	178,003	126,498	44,384
1956	278	551,390	185,597	145,313	48,236
1957	277	548,626	194,497	150,413	46,848
1958	278	545,182	209,823	161,884	51,383
1959	279	541,883	222,791	176,411	49,647
1960	280	535,540	234,791	192,818	49,748
1961	285	527,456	252,742	215,595	46,880
1962	285	515,640	269,854	230,158	49,563
1963	284	504,604	283,591	245,745	49,502
1964	289	490,449	299,561	268,616	44,824
1965	290	475,202	316,664	288,397	43,964
1966	298	452,089	316,564	310,370	42,753
1967	307	426,309	345,673	332,549	39,608
1968	312	399,152	337,461	354,996	39,677
1969	314	369,969	374,771	367,992	35,962
1970	315	337,619	384,511	386,937	30,804
1971	321	308,983	402,472	405,681	26,835
1972	327	274,837	390,455	405,348	23,282
1973	334	248,518	377,020	387,107	91,899
1974	323	215,573	374,554	389,179	16,597

図ア

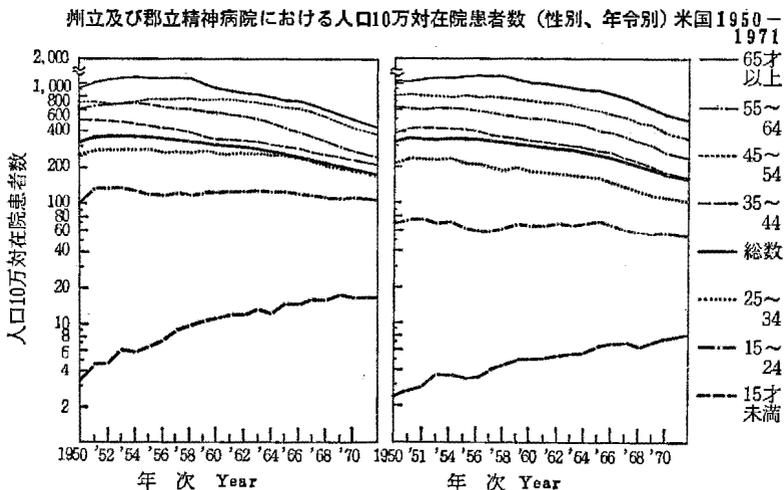
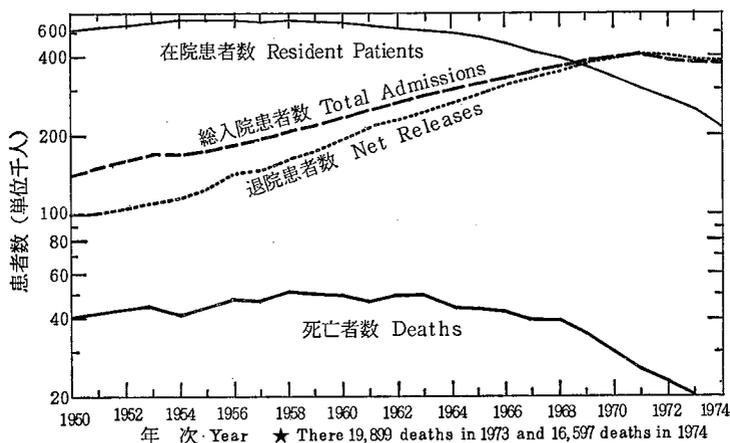


図 1

州立及び郡立精神病院における在院患者数・総入院患者数・退院患者数、死亡数 米国 1950—1974



3. イギリスの精神医療

これについても多くの紹介がなされているが、国民衛生サービス法による地域精神病院、地域総合病院、開業医の3者の連けいによって、イギリスの精神医療が行われてきた。

1960年に当時人口1万対33床あった精神科病床を1975年までに18床にするという Tooth と Brooke の「病院計画」が樹てられた、それは精神科デイ・ケアとホステルを増やすことによるものであった。しかしこの計画は、ホステルが慢生患者で「泥でつまった」ようになることによって挫折した。

Bennett は、「地域医療を進めるには、病院から地域に戻す患者を注意深く選択しなければならない」とし、地域医療の成功は、単に精神病院の病床を減らすことではなく、患者が地域社会のなかでいかに適応していけるかにあるといている。

その後の動きは、単科精神病院を分割して総合病院の精神科病棟とする方向にむいており、これと並んで開業医が精神医療の前線になるよう再教育を行い、精神福祉士 Mental Welfare Officer が患者の入退院、アフタケアにつ

いて開業医とともにチームワークを行っている。この Mental Welfare Officer の退院患者に対するアフタケアは執拗に行われているといわれる。このような経過をたどって、1975年には人口10万対18.8床となったが、経済不況のため総合病院精神科計画は3分の1も進んでいないという。最も積極的な精神病院では保護工場、グループホーム、デイセンターの活動が支えになっている。

イギリスで Magnus が1967年に注目したように、「新しい長期在院患者」が発生したことは欧米での新しい課題であり、ドイツの Häfner などもとり上げているが、イギリスでも1976年に Mann らが15病院におけるこの現象について報告している。

また、1977年の精神衛生統計による入院患者統計によれば、在院患者の人口1万人比は1970年の23.3人から1977年の17.6人に減少し、5年以上の在院患者も1972年の人口1万人比10.8人から1977年の7.9人に減少している。男女では1977年に同じく人口1万人比15.3人対19.7人で女性が多く、在院患者実数は107,977人（男性46,238人、女性61,739人）から81,487人（男性34,644人、女性46,843人）への減少である（表イ）。

表イ イギリスにおける在院精神障害者性別、在院期間別年次推移（人口10万人対）

在院期間	在 職 精 神 障 害 者 数							人 口 10 万 人 対							
	1970	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1970	1972	1973	1974	1975	1976	1977	
	総 数														
総 数	107,977	99,531	95,201	90,151	87,321	83,939	81,487	233	215	205	194	188	181	176	
1年以内	30,492	28,891	28,648	27,135	27,272	26,952	26,569	66	62	62	58	59	58	57	
1年～	8,734	7,329	7,260	7,335	7,001	7,071	7,233	19	16	16	16	15	15	16	
2年～	5,979	5,398	4,750	4,847	5,001	4,667	4,884	13	12	10	10	11	10	11	
3年～	} 62,772	7,556	7,254	6,366	6,183	6,420	6,125	} 136	16	16	14	13	14	13	
5年以上		50,357	44,289	44,468	41,864	38,828	36,676		109	102	96	90	84	79	
	男 性														
総 数	46,238	42,937	41,164	38,988	37,510	35,946	34,644	206	190	182	172	166	159	153	
1年以内	12,587	11,652	11,637	10,896	10,874	10,611	10,356	56	52	52	48	48	47	46	
1年～	3,378	2,990	2,839	2,779	2,553	2,625	2,658	15	13	13	12	11	12	12	
2年～	2,199	1,963	1,934	1,842	1,828	1,648	1,755	10	9	9	8	8	7	8	
3年～	} 28,074	2,846	2,699	2,516	2,500	2,441	2,221	} 125	13	12	11	11	11	10	
5年以上		23,386	22,055	20,955	19,755	18,621	17,654		104	98	93	87	82	78	
	女 性														
総 数	61,739	56,694	54,037	51,163	49,811	47,393	46,843	260	238	227	215	209	202	197	
1年以内	17,905	17,239	17,011	16,239	16,398	16,341	16,213	75	72	71	68	69	69	68	
1年～	5,356	4,339	4,421	4,556	4,448	4,447	4,575	23	18	19	19	19	19	19	
2年～	3,780	3,435	2,816	3,005	3,173	3,019	3,129	16	14	12	13	13	13	13	
3年～	} 34,698	4,710	4,555	3,850	3,683	3,979	3,904	} 146	20	19	16	15	17	16	
5年以上		26,971	25,234	23,513	22,109	20,207	19,022		113	106	99	93	85	80	

表ウ イギリスにおける全精神病院入院患者年次推移（実数及び人口10万人比）

Diagnostic group	Admissions							Rates per 100,000 population						
	1970	1971	1973	1974	1975	1976	1977	1970	1972	1973	1974	1975	1976	1977
	Persons													
All diagnosis	172,931	175,152	174,171	170,827	175,111	178,841	175,422	374	378	375	368	377	385	378
Schizophrenia, schizoaffective disorders, paranoia	34,583	32,021	31,720	30,196	30,366	30,947	29,059	75	69	68	65	65	67	63
Depressive psychosis, involutinal melancholia	24,635	23,406	23,260	22,728	22,269	23,261	22,443	53	51	50	49	48	50	48
Senile and pre-senile dementia	10,336	9,156	9,030	9,083	9,661	10,338	10,245	22	20	20	20	21	22	22
Alcoholic psychosis	857	1,448	1,620	1,669	11,561	1,690	1,679	2	3	4	4	3	4	4
Other psychosis	12,527	12,424	13,081	12,712	3,274	13,608	14,170	27	27	28	27	29	29	31
Psychoneurosis	23,654	24,087	22,296	21,879	22,431	22,865	21,773	51	52	48	47	48	49	47
Alcoholism	5,969	7,343	8,373	9,173	9,611	10,301	10,622	13	16	18	20	21	22	23
Drug dependence	1,523	1,696	1,579	1,475	1,657	1,419	1,444	3	4	4	3	4	3	3
Personality and behaviour disorders	16,141	17,084	16,899	17,244	17,733	18,567	18,280	35	37	36	37	38	40	39
Mental handicap	1,096	1,048	1,018	902	912	861	854	2	2	2	2	2	2	2
Other psychiatric conditions	3,345	5,998	5,825	5,710	5,779	5,825	5,177	7	13	13	12	12	13	11
All other conditions ¹⁾	38,264	39,441	39,290	38,056	39,857	39,259	39,676	83	85	85	82	86	85	86
	Males													
All diagnosis	70,368	71,599	71,238	69,427	71,008	72,369	71,086	313	318	315	307	314	320	315
Schizophrenia, schizoaffective disorders, paranoia	16,383	15,266	15,287	14,540	14,650	15,167	14,376	73	68	68	64	65	67	64
Depressive psychosis, involutinal melancholia	7,401	7,200	7,005	6,900	6,808	7,095	7,065	33	32	31	31	30	31	31
Senile and pre-senile dementia	3,284	2,727	2,686	2,701	2,917	3,115	3,134	15	12	12	12	13	14	14
Alcoholic psychosis	646	1,022	1,150	1,117	1,042	1,146	1,049	3	5	5	5	5	5	5
Other psychosis	5,093	4,902	5,128	4,806	5,018	1,150	5,298	23	22	23	21	22	23	23

Psychoneurosis	7,897	7,998	7,349	7,209	7,385	7,138	6,887	35	30	33	32	33	32	30
Alcoholism	4,586	5,736	6,476	6,932	7,102	7,558	7,667	20	25	29	31	31	33	34
Drug dependence	993	1,141	1,184	999	1,087	938	960	4	5	5	4	5	4	4
Personality and behaviour disorders	7,979	8,492	8,135	8,259	8,305	8,530	8,393	36	38	36	37	37	38	37
Mental handicap	527	516	486	410	459	412	402	2	2	2	2	2	2	2
Other psychiatric conditions	1,481	2,565	2,476	2,335	2,419	2,450	2,112	7	11	11	10	11	11	9
All other conditions ¹⁾	14,098	14,034	13,876	13,219	13,816	13,670	13,743	63	62	61	58	61	60	61
Females														
All diagnosis	102,563	103,553	102,933	101,400	104,103	106,472	104,336	432	435	432	425	437	447	439
Schizophrenia, schizoaffective disorders, paranoia	18,201	16,755	16,433	15,656	15,716	15,780	14,683	77	70	69	66	66	66	62
Depressive psychosis, involuntional melancholia	17,234	16,206	16,255	15,828	15,461	16,166	15,378	73	68	68	66	65	68	65
Senile and pre-senile dementia	7,052	6,429	6,334	6,382	6,744	7,123	7,111	30	27	27	27	28	30	30
Alcoholic psychosis	211	426	470	552	519	544	630	1	2	2	2	2	2	3
Other psychosis	7,434	7,522	7,953	7,906	8,256	8,458	8,872	31	32	33	33	35	36	37
Psychoneurosis	15,757	16,089	14,947	14,670	15,046	15,727	14,886	66	68	63	62	63	66	63
Alcoholism	1,383	1,607	1,897	2,241	2,509	2,743	2,955	6	7	8	9	11	12	12
Drug dependence	530	555	575	746	570	481	484	2	2	2	2	2	2	2
Personality and behaviour disorders	8,162	8,592	8,764	8,985	9,428	10,037	9,887	34	36	37	38	40	42	42
Mental handicap	569	532	532	492	453	449	452	2	2	2	2	2	2	2
Other psychiatric conditions	1,864	3,433	3,349	3,375	3,360	3,375	3,065	8	14	14	14	14	14	13
All other conditions ¹⁾	24,166	25,407	25,414	24,837	25,041	25,589	25,933	102	107	107	104	109	107	109

1) Including depression not specified as neurotic or epilepsy, undiagnosed cases and admissions for other than psychiatric disorders.

4. フランスにおける近況

フランスは早くから地域医療を行い、1960年には地域精神医療計画が樹てられた。県を人口約 67,000 人平均の小地域（セクチュール）に分け、ディスパンセル、治療用宿泊ベッド、デイホスピタル、保護作業所、在宅治療の諸設備を設ける。24時間ひらいている救急サービスや宿泊治療施設が早くからつくられ、地域精神医療をすすめてきた。1976年末に精神病院に在院中のものは 97,518人（男性51,782人、女性45,736人）で、日本と同様に男性が多い。この差は主にアルコール依存が男性に多いためとみなされる。すなわち、アルコール精神病およびアルコール依存症が占める比率は、全入院精神障害者のうち、イギリスの 6.7% に対してフランスの 24% という差を示しているこれを反映してディスパンセルでは青少年問題と並んで、アルコール関連問題の相談と精神障害者のアフタケアが大きな問題となっている。

ディスパンセルは人口 2 万人以上の町にひとつあり、24チームが同時に活動でき、週 4 回以上開くことになっている。はじめはもっぱらプレホスピタル活動が主体であったが、退院患者が増えるにつれてポストホスピタル活動が重きを占めるようになった。これに伴って諸外国と同様に、ホステル、治療クラブ、保護作業所などが必要となってきたのであった。フランスの特徴として、地域担当病院が必ずしもその地域内になく、たとえば Sivadon のラベリエールの病院はパリ郊外の 1 時間くらいの所にあつて、パリの町なかの 13 地区の患者を担当している。いずれにせよ、地区内の社会サービス・センターがあらゆる社会資源を活用して地区内の精神衛生ニーズに応えている。地域精神病院と小型の地域精神科ディスパンセルがしっかりと組んでいることは、フランスの特徴であるといつてよい。

表エ フランスにおける性別・診断別入院患者の分布 (1976年12月末現在)

Catégories diagnostiques		a) Effectifs			b) pourcentages		
		Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
01	Psychoses maniaques et dépressives	2, 270	3, 780	6, 050	4	8	6
02	Schizophrénies chroniques	12, 544	10, 169	22, 713	25	22	22
03	Déliés chroniquers	4, 135	5, 553	9, 688	8	12	10
04	Psychoses délirantes aiguës, États confusionnels	1, 365	1, 202	2, 567	3	3	3
05—12	Psychoses alcooliques. Alcoolisme	8, 441	2, 073	10, 514	16	5	11
06	Troubles mentaux de l'épilepsie	1, 658	1, 038	2, 696	3	2	3
07	États d'affaiblissement de la sénilité et démences préséniles	3, 310	9, 031	12, 341	6	19	12
08—09	Troubles mentaux symptomatiques d'une affection cérébrale ou générale	1, 246	727	1, 973	2	2	2
10	Névroses et états névrotiques	1, 050	1, 438	2, 488	2	3	3
11	Personnalités et caractères pathologiques. Perversions. Toxicomanies.	2, 956	1, 494	4, 450	6	3	5
13	États dépressifs non psychotiques	990	1, 492	2, 482	2	3	3
14—15	Troubles psychosomatiques. Troubles isolés non classable ailleurs	137	122	259	—	—	—
16—17	Niveau limite. Débilité mentale	3, 827	2, 550	6, 377	7	6	7
18—19	Arriération mentale moyenne ou profonde	7, 540	4, 815	12, 355	15	11	12
20	États non classables dans les catégories précédentes	313	252	565	1	1	1
TOTAL		51, 782	45, 736	97, 518	100	100	100

5. ソ連の精神医療

この国には開業医がいないのでディスパンスールが最も重要な役割りを演じている。人口20～30万に1つの精神科ディスパンスールがあり、通院医療との訪問指導、退院後の治療、多くの関連機関との連絡、患者の登録、労働能力の判定、などを行っており、精神病院は500～600床の州の病院のほか、人口50～60万人に対して100床から200床の地区精神病院、さらに小地区に対しては総合病院があり、ここに20～30床の精神科病棟が附置されている。これらの精神病院と精神科ディスパンスール、精神障害ホーム、集団農場のコロニーなどが協同して活動しているのである。

ここでもアルコール依存に対する対策が重要課題であり、ディスパンスールと精神病院のほかアルコール依存者の矯正施設がある。最も注目をひくのは患者の登録制度であり、精神障害のみならずあらゆる疾病が登録され、精神分裂病のように長期にわたるものから神経症のように短期間のものである。患者の住民移動とともにカルテがディスパンスール間を共に移動するという徹底したもので、ソ連ならではの感じが強い。精神障害者の登録は人口の8%に達し、そのうち5%がアルコール依存症だという。

6. 発展途上国の精神衛生

前述のWHO西太平洋地域における「精神衛生計画（1979）」からその概要を述べると、中華人民共和国では、南京の報告であるが、精神医療に国レベル、人民公社レベルおよび裸足の医者レベルの3段階があるという。都市や産業では健康管理者が登録され、とくに精神分裂病とてんかんに集中して治療を行っている。人口200万人に精神科病床1,300床、人口1万対6.5床で、精神科医は104人、サービスされるべき精神障害者は人口の0.54%、1万2,000人とみている。

香港では急激な人口増加に伴って精神衛生問題が重視され、人口400万人に2,268床、人口1万対5.3床であるが、精神科医3名がこの計画に参加してい

るに過ぎない。看護婦 508 人とソーシャルワーカー 16 人を含めた 1,254 人の精神衛生関係職員によって医師の不足を補っている。

マレーシアには 2 精神病院と 8 総合病院精神科があり、人口 1 万対 7.2 床、精神科医は 12 名に過ぎない。ここでも、地域精神医療へとむかっている。

フィリピンは多島国の困難がさらに加わり、マニラの 3,500 床の大病院に超過入院という事態が解決されない。人口 1 万対 1.5 床の 5,500 床で、主な島に総合病院の精神科をつくる計画を進めている。

韓国は人口 1 万対 0.6 床 (2,400 床) という精神科病床の不足と、経済的制約による短期入院という困難性を持っている。ここにはマニラのような巨大な精神病院はない。これを補う非医療施設が多数存在し、その数は精神病院よりも多く、全部で 400 床を超えるといわれている。私宅監置はないが、韓国に特徴的なクランを中心に施設がつけられている。これにもいろいろな段階があるといわれる。

ベトナムは精神衛生に力を入れ、人口 1 万対 14.5 床あり、100 カ所の精神科ディスパンスールが主な市や県にあって地域医療を行っているという。

西太平洋地域以外の国で、日本から 200 床を有する精神衛生センターを設立寄贈することになり、筆者が直接参与することになったペルーについてみると次の如くである。人口 1,680 万の 4 分の 1 がリマ市に住み、人口増加率はペルー全体で 3%，リマ市が 4.5% という高率を示している。精神科病床は、2,380 床で、人口 1 万対 1.5 床である。60 年余の歴史をもつ 1,260 床の精神病院があり、その 8 割は長期在院者で在院期間は平均 13 年である。患者の多くは都市に職を求めてきた山岳地域のインディオで、病院は経営費に困窮している。しかし患者を小農場に移住させる試みを行っている。

1975 年に厚生省の精神衛生国家計画案をつくり、地域精神病院をつくり、保健所を第一線とし、住民福祉や学校組織と協力している。地域病院は医療管区を担当し、院長は保健所をも管理している。青少年非行、コカイン乱用、アルコール関連障害、学習困難児などの問題が集積している。上記計画案にもとづいて 415 床の精神病院がつけられ、地域を担当している。ここは短期収容で平

均3カ月である。ペルーが経済的困難にも拘らず人員4名（医師，歯科医師，看護婦，看護助手）をもつ保健所を山岳からジャングルにまでつくり，基幹病院長が同時に保健所全体の管区長であるという地域医療体制をつくり，精神衛生もこの地域医療のなかでやろうとしていることは，きわめて高く評価される。

7. む す び

以上WHOの精神衛生計画，発達国と途上国の精神衛生を概観してきた。一言でいえば，病院医療を含む地域医療をすすめていくことが，各国に共通する流れとなっている。発達国が多量の精神病床を持った上で，そこから地域精神医療を充実する努力を重ねているのに対し，途上国は多額の費用を要する精神病院の増加が困難なため，地域精神科医療からすすめている。両者が全く異なる条件にありながら，同じ方向をとるようになったことは，急激な精神科病床の増加を行ってきたわが国の今後の精神衛生の方向づけが，地域精神医療の充実にあることを示すものである。ここに述べた地域精神医療の概観は，きわめて概括的なものであるが，以上の動向を察知して頂ければ幸いである。

第5章 関連法規及び施設

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。

56年6月1日現在県343、市817、町村4計1,164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。

55年10月1日現在 公営54, 私营106,
計160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。

55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。

55年10月1日現在 公営56, 私营20,
計76か所が設置されている。

児童が心身ともに健やかに生まれ、且

(3) 児童福祉法

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歳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) 児童に関する各般の問題につき、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、56年5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歳未満の児童を短期間收容し、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。

55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

健康な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歳以上の者であって、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。

55年10月1日現在 公営591, 私营319, 計910か所が設置されている。

(特別養護老人ホーム)……65歳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。

55年10月1日現在 公営172, 私营859, 計1,031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に供与することを目的とする施設である。

55年10月1日現在 公営825, 私营348, 計1,173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い、もって

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

(精神薄弱者更生施設)……18歳以上の精神薄弱者を入所させてこれを保護するとともに、その更生に必要な指導及び訓練を行うことを目的とする施設である。

55年10月1日現在、公営64、私営451、計515か所が設置されている。

(精神薄弱者授産施設)……18歳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。

55年10月1日現在 公営36、私営172、計208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、最低保障額は1級障害で年額57年8月から703,500円2級障害で57年8月から562,800円となっている。

障害福祉年金は、拠出年金を受けない者(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歳以上である場合に支給され、年金額は1級障害で57年9月から452,400円、2級障害で57年9月から301,200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57年7月から562,800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とする施設であり、57年5月1日現在国立43、公立643、私立14、計700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歳以上26歳未満の者を収容し、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、57年4月1日現在4か所が設置されている。

資 料 編

I 法 令

1. 精神衛生法関係

(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

(1) 精神衛生法

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応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う。

第2章 施 策

(都道府県精神病院)

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院の設置及び運営（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院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、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が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指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るときは、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(拘留所、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、左の事項を本人の居住地(居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院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、若しくは回避した者は第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、親権を行う者、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っ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人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適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わ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ふものとし、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つ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は、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。

(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、もよりの保健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年以上の懲役又は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、入院中のもの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 保護者義務者は、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35政令185, 昭36政令288, 昭40政令230,
昭40政令310, 昭41政令8, 昭49政令342, 昭
51政令215

(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。

（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。

（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。

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

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。

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。

（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

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。

精神病患者監護法第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28省令51, 昭29省令42, 昭40省令36, 昭40
省令44, 昭51省令28, 昭51省令36, 昭53省
令29

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。

（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書に交付し、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。

（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。

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。

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>精神衛生鑑定医の証</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> <p>厚生省印</p> </div> </div> <div style="text-align: right;"> <p>第 号</p> <p>氏名</p> <p>年 月 日生</p> </div> </div>	<p style="text-align: center;">写真ちよう附面</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、前三項の職務を行い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月厚生省36号)

(表 面)

<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center;">第 号</p> <p style="text-align: center;">(職)氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">精神 衛生 吏 員 の 証</p> <p style="text-align: center;">都道府県印</p> <p style="text-align: center;">昭 和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">都 道 府 県</p> </div>	<p>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		明大昭			年	月	日生
住所							
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 (でかこむこと) (該当の数字を○)	1 薬物療法	1 初回	薬物名 使用期間				
		2 継続					
		3 再					
	2 痙れん療法	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○でかこむこととともに()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 痙れん及び意識障害 () 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					印
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)

2. 麻薬取締法関係

(1) 麻薬取締法（抄）

（昭28. 3.17 法14）

施行 昭28. 4. 1

改正 昭29法71・法163, 昭30法65, 昭35法145,
昭38法108, 昭39法57, 昭45法111, 昭53法
27・法55, 昭56法45

第1章 総 則

（目的）

第1条 この法律は、麻薬の輸入、輸出、製造、製剤、譲渡、譲受、所持等について必要な取締りを行うとともに、麻薬中毒者について必要な医療を行う等の措置を講ずることにより、麻薬の濫用による保健衛生の危害を防止し、もつて公共の福祉の増進を図ることを目的とする。

（用語の定義）

第2条 この法律において左の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- 一 麻薬 別表に掲げる物をいう。
- 二 けし あへん法（昭和29年法律第71号）に規定するけしをいう。
- 三 あへん あへん法に規定するあへんをいう。
- 四 けしがら あへん法に規定するけしがらをいう。
- 五 家庭麻薬 別表あへんアルカロイド系麻薬の項第21号但書に規定する物をいう。
- 六～二十三（略）

第6章の2 麻薬中毒者に対する措置

(医師の届出等)

第58条の2 医師は、診察の結果受診者が麻薬中毒者であると診断したときは、すみやかに、その者の氏名、住所、年齢、性別その他厚生省令で定める事項をその者の居住地（居在地がないか、又は居住地が明らかでない者については、現在地とする。以下この章において同じ。）の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、前項の届出を受けたときは、すみやかに厚生大臣に報告しなければならない。

(麻薬取締官等の通報)

第58条の3 麻薬取締官、麻薬取締員、警察官及び海上保安官は、麻薬中毒者又はその疑いのある者を発見したときは、すみやかに、その者の氏名、住所、年齢及び性別並びにその者を麻薬中毒者又はその疑いのある者と認めた理由をその者の居住地の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58条の4 検察官は、麻薬中毒者若しくはその疑いのある被疑者について不起訴処分をしたとき、又は麻薬中毒者若しくはその疑いのある被告人について裁判（懲役、禁錮又は拘留の刑を言い渡し、執行猶予の言渡しをしない裁判を除く。）が確定したときは、すみやかに、その者の氏名、住所、年齢及び性別並びにその者を麻薬中毒者又はその疑いのある者と認めた理由をその者の居住地の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58条の5 矯正施設（監獄、少年院少年鑑別所及び婦人補導院をいう。）の長は麻薬中毒者又はその疑いのある収容者を釈放するときは、あらかじめ、その者の氏名、居住地年齢及び性別、釈放の年月日、引取人の氏名及び住所並びにその者を麻薬中毒者又はその者を麻薬中毒者又はその疑いのある者と認めた理由をその者の居住地（居住地がないか、又は居住地が明らかでない

者については、当該矯正施設の所在地とする。)の都道府県知事に通報しなければならない。

(麻薬中毒者等の診察)

第58条の6 都道府県知事は、麻薬中毒者又はその疑いのある者について必要があると認めるときは、精神衛生鑑定医をして、その者を診察させることができる。

- 2 前項の場合において、精神衛生鑑定医は、政令で定める方法及び基準により、当該受診者につき、麻薬中毒の有無及び第58条の8の規定による入院措置を必要とするかどうかを診断し、かつ、同条の規定による入院措置を必要と認める場合には、当該麻薬中毒者につき、同条第6項の規定による入院期間の決定が行われるまでの入院期間として、30日をこえない範囲内で期間を定めなければならない。
- 3 精神衛生鑑定医は、第1項の規定により診察を行うため必要があるときは、当該受診者に対して、診察を行おうとする場所に出頭を求め、又は必要な限度において、診察を行う場所にとどまることを求めることができる。
- 4 都道府県知事は、第1項の規定により診察をさせる場合には、当該職員を立ち合わせなければならない。
- 5 精神衛生鑑定医及び当該職員は、第1項及び前項の職務を行うため必要な限度において、当該受診者の居住する場所へ立ち入ることができる。
- 6 第53条第2項及び第3項の規定は、前項の立入りについて準用する。
- 7 精神衛生鑑定医は、第1項の規定による診察を行う場合には、受診者の名誉を害しないように注意し、かつ、受診者に対して、第2項に規定する事項に関し意見を述べる機会を与えなければならない。
- 8 都道府県知事は、第1項の規定による診察の結果、当該受診者が麻薬中毒者であると診断されたときは、すみやかに厚生大臣に報告しなければならない。
- 9 厚生大臣は、第2項の政令について、その制定又は改廃に関する閣議を求

めるには、あらかじめ、公衆衛生審議会の意見を聴かなければならない。

(精神衛生鑑定医の職務等)

第58条の7 精神衛生鑑定医は、精神衛生法（昭和25年法律第123号）第18条第2項に規定する職務を行うほか、都道府県知事の監督のもとに、前条に規定する職務を行うものとする。

2 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。

(入院措置)

第58条の8 都道府県知事は、第58条の6第1項の規定による精神衛生鑑定医の診察の結果、当該受診者が麻薬中毒者であり、かつ、その者の症状、性行及び環境に照らしてその者を入院させなければその麻薬中毒のために麻薬、大麻又はあへんの使用を繰り返すおそれが著しいと認めるときは、その者を厚生省令で定める病院（以下「麻薬中毒者医療施設」という。）に入院させて必要な医療を行うことができる。

2 麻薬中毒者医療施設の管理者は、前項の規定により当該麻薬中毒者医療施設に入院した者（以下「措置入院者」という。）につき、第58条の6第2項の規定により精神衛生鑑定医が定めた期間をこえて入院を継続する必要があると認めるときは、その理由及び必要と認める入院期間を都道府県知事に通知しなければならない。

3 都道府県知事は、前項の通知を受けた場合において、当該措置入院者につき入院を継続する必要があると認めるときは、その理由及び必要と認める入院期間を麻薬中毒審査会に通知し、その適否に関する審査を求めなければならない。

4 麻薬中毒審査会は、前項の規定により審査を求められたときは、すみやかに、当該事項の適否を審査し、その結果を都道府県知事に通知しなければならない。この場合において、麻薬中毒審査会は、第58条の6第2項の規定により精神衛生鑑定医が定めた期間の経過前に当該措置入院者を退院させることが適当であると認めるときは、その退院させるべき期日を都道府県知事に

通知しなければならない。

- 5 麻薬中毒審査会は、前項の審査をするにあたっては、当該措置入院者及び当該麻薬中毒者医療施設において当該措置入院者の医療を担当した医師の意見を聞かなければならない。
- 6 都道府県知事は、第4項の規定により通知された麻薬中毒審査会の決定に従い、当該措置入院者を退院させ、又は当該措置入院者に係る入院期間を決定して当該麻薬中毒者医療施設の管理及び当該措置入院者に通知しなければならない。
- 7 麻薬中毒者医療施設の管理者は、措置入院につき、第58条の6第2項の規定により精神衛生鑑定医が定めた期間内に前項の通知がないときは、当該措置入院者を退院させなければならない。
- 8 第6項の規定による入院期間は、当該措置入院者の入院の日から3月をこえることができない。

(入院期間の延長)

第58条の9 前条第6項の規定による入院期間は、当該措置入院者の入院の日から6月をこえない範囲内で、毎回2月を限度として延長することができる。

- 2 前条第2項から第7項までの規定は、前項の入院期間の延長について準用する。

(行動の制限)

第58条の10 麻薬中毒者医療施設の管理者は、措置入院につき、その医療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。

(所持品の保管)

第58条の11 都道府県知事は、措置入院者の所持品中にその者に対する医療の妨げとなる物があるときは、その者の入院中、当該職員をして、これを保管させることができる。

(退院)

第58条の12 都道府県知事は、措置入院者につき入院を継続する必要がないと認めるときは、すみやかに、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、当該麻薬中毒者医療施設の管理者の意見を聞くものとする。

2 麻薬中毒者医療施設の管理者は、措置入院者の症状等に照らして入院を継続する必要がなくなつたと認めるときは、すみやかに都道府県知事に通知しなければならない。

(麻薬中毒審査会)

第58条の13 第58条の8第4項(第58条の9第2項において準用する場合を含む。)の規定による審査を行うため、都道府県に、麻薬中毒審査会を置く。

2 麻薬中毒審査会は、委員5人をもつて組織する。

3 委員は、法律又は麻薬中毒者の医療に関し学識経験を有する者のうちから、都道府県知事が任命する。

4 前3項に定めるもののほか、麻薬中毒審査会に関して必要な事項は、政令で定める。

(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58条の14 措置入院者について麻薬中毒者医療施設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 前項に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適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の委託)

第58条の15 都道府県は、措置入院者について麻薬中毒者医療施設が行つ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麻薬中毒者医療施設の開設者に対する診療

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。

(報告等)

第58条の16 厚生大臣又は都道府県知事は、麻薬中毒者医療施設の診療報酬の請求が適正であるかどうかを調査するため必要があると認めるときは、麻薬中毒者医療施設の管理者に対して必要な報告を求め、又は当該職員をして、麻薬中毒者医療施設の管理者の同意を得て、実際に診療録その他の帳簿書類を検査させることができる。

2 麻薬中毒医療施設の管理者が、正当な理由がなく、前項の報告の求めに応ぜず、若しくは虚偽の報告をし、又は同項の同意を拒んだときは、厚生大臣又は都道府県知事は当該麻薬中毒者医療施設に対する都道府県の診療報酬の支払を一時差し止めさせ、又は差し止めることができる。

(麻薬中毒者の相談に応ずるための職員)

第58条の17 都道府県は、麻薬中毒者の相談に応ずるための職員を置くことができる。

2 前項の職員は、麻薬中毒者及び麻薬中毒者であつた者につき、相談に応じ、必要な指導を行い、及びこれらに附随する業務を行うものとする。

3 第1項の職員は、非常勤とし、社会的信望があり、かつ、前項に規定する職務を行うに必要な熱意と識見をもっている者のうちから、都道府県知事が任命する。

(秘密の保持)

第58条の18 精神衛生鑑定医、麻薬中毒者医療施設の職員、麻薬中毒審査会の委員又は前条第1項の職員は、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てはならない。その職を退いた後においても、同様とする。

(2) 麻薬取締法施行規則 (抄)

(昭28. 4. 18 厚令14)

改正 昭38厚令27, 昭44厚令17, 昭50厚令45,
昭51厚令36

(医師の届出事項)

第16条 法第58条の第2項に規定する厚生省令で定める事項は次のとおりとする。

- 一 麻薬中毒の症状の概要
- 二 診断の年月日
- 三 医師の住所(病院又は診療所で診療に従事している医師については、当該病院又は診療所の名称及び所在地)及び氏名

(厚生省令で定める病院)

第17条 法第58条の8第1項に規定する厚生省令で定める病院は、次のとおりとする。

- 一 国又は都道府県が設置した精神病院(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。)
- 二 精神衛生法(昭和25年法律第123号)第5条第1項の規定により指定された精神病室を有する病院

(診療報酬の請求)

第17条の2 麻薬中毒者医療施設は、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、当該麻薬中毒者医療施設が行つた医療に係る診療報酬を請求するものとする。

3. 覚せい剤取締法

(1) 覚せい剤取締法（抄）

（昭26. 6. 30 法 252）

施行 昭26. 7. 20（附則参照）

改正 昭29法136・法177, 昭30法171, 昭33法5,
昭35法145, 昭45法111, 昭47法114

第1章 総 則

（この法律の目的）

第1条 この法律は、覚せい剤の濫用による保健衛生上の危害を防止するため、覚せい剤及び覚せい剤原料の輸入、輸出、所持、製造、譲渡、譲受及び使用に関して必要な取締を行うことを目的とする。

（用語の意義）

第2条 この法律で「覚せい剤」とは、左に掲げる物をいう。

- 一 フェニルアミノプロパン、フェニルメチルアミノプロパン及び各その塩類
- 二 前号に掲げる物と同種の覚せい作用を有する物であつて政令で指定するもの
- 三 前号に掲げる物のいずれかを含有する物

4. 大麻取締法

(1) 大麻取締法(抄)

(昭23. 7.10 法124)

施行 昭23. 7.10 (附則参照)

改正 昭25法18, 昭27法152, 昭28法15, 昭29法

71, 昭38法108, 昭45法111, 昭53法38, 昭
56法58

第1章 総 則

第1条 この法律で「大麻」とは、大麻草(カンナビスサティバ、エル)及びその製品をいう。但し、大麻草の成熟した茎及びその製品(樹脂を除く。)を除く。

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)・地域ブロック別にみた受療率(人口10万対)

昭和48年7月11日

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

資料：厚生省統計情報部「患者調査」

45	48	49	50	51	52	53	54	55
6,977	7,184	6,845	7,049	7,186	7,214	7,072	7,126	6,855
247	267	277	269	277	280	272	281	290
151	171	176	165	170	177	169	172	172
25	26	32	33	32	34	30	38	32
761	780	776	825	751	842	741	728	620
341	349	406	417	349	436	319	394	293
160	210	158	202	205	213	226	217	206

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45年

	総数	入院			外来			往診 (再掲)
		総数	新入院	繰り越 入院	総数	新来	再来	
総数	7,247.3	971.6	25.5	946.1	6,275.7	1,128.2	5,147.5	122.1
V 精神障害	256.5	208.1	0.7	207.4	48.4	6.4	42.0	1.2
アルコール精神病	1.6	1.6	0.0	1.6	0.0	—	0.0	—
精神分裂病	156.8	149.6	0.3	149.3	7.2	0.4	6.8	0.0
躁うつ病	12.1	9.1	0.1	9.0	3.0	0.1	2.9	—
その他の精神病	12.1	11.1	0.0	11.0	1.0	0.0	1.0	0.1
神経症	26.7	10.8	0.1	10.6	15.8	2.2	13.7	0.6
人格異常	2.7	2.5	0.0	2.5	0.2	—	0.2	—
アルコール症	11.8	10.8	0.1	10.8	0.9	0.2	0.7	0.1
その他の非精神病	17.0	1.6	0.1	1.5	15.4	3.5	11.9	0.3
性精神病	15.8	11.0	0.0	11.0	4.8	0.0	4.7	—
VI 精神薄弱	15.8	11.0	0.0	11.0	4.8	0.0	4.7	—
神経系および感覚器の疾患	790.3	47.2	0.8	46.4	743.1	94.4	648.8	7.7
てんかん	26.7	11.3	0.1	11.2	15.4	0.4	15.0	0.3

(単位 1,000)

昭和50年

	総数	入院			外来			往診 (再掲)
		総数	新入院	繰り越 入院	総数	新来	再来	
総数	7,890.7	1,038.5	30.7	1,007.8	6,852.1	1,208.8	5,643.4	101.3
V 精神障害	301.3	248.5	0.9	247.6	52.8	6.2	46.6	0.9
アルコール精神病	3.3	3.2	0.0	3.1	0.1	—	0.1	—
精神分裂病	184.6	175.0	0.5	174.6	9.5	0.3	9.3	0.0
躁うつ病	16.0	10.9	0.1	10.7	5.2	0.4	4.8	0.1
その他の精神病	17.4	15.7	0.1	15.7	1.6	0.1	1.6	0.2
神経症	33.4	13.6	0.1	13.5	19.7	1.7	18.0	0.1
人格異常	1.7	1.6	—	1.6	0.1	0.0	0.1	—
アルコール症	15.2	14.2	0.1	14.1	1.0	0.1	0.9	—
その他の非精神病	16.8	2.2	0.0	2.2	14.5	3.6	11.0	0.4
性精神病	13.1	12.1	0.0	12.1	1.0	0.2	0.8	—
VI 精神薄弱	13.1	12.1	0.0	12.1	1.0	0.2	0.8	—
神経系および感覚器の疾患	923.1	57.6	1.0	56.6	865.5	115.0	750.5	6.0
てんかん	24.7	11.7	0.1	11.6	13.0	0.3	12.8	0.2

(単位 1,000)

昭和55年

	総数	入院			外来			往診 (再掲)
		総数	新入院	繰り越 入院	総数	新来	再来	
総数	8,015.2	1,247.2	34.6	1,212.6	6,768.0	1,127.6	5,640.4	76.3
V 精神障害	339.1	286.6	1.0	285.6	52.5	4.7	47.9	0.2
老年期及び初老期の器質性精神病	22.7	20.7	0.1	20.6	2.0	0.1	1.9	0.1
アルコール精神病	1.9	1.7	0.0	1.7	0.2	0.0	0.2	—
精神分裂病	201.2	190.4	0.3	190.0	10.8	0.3	10.5	0.0
躁うつ病	17.3	11.4	0.1	11.3	5.9	0.1	5.8	0.0
その他の精神病	10.7	8.9	0.0	8.9	1.8	0.2	1.6	—
神経症	37.3	17.7	0.1	17.6	19.6	1.6	18.0	0.1
アルコール症	18.2	16.4	0.1	16.2	1.8	0.1	1.7	—
その他の非精神病	14.5	4.9	0.1	4.8	9.7	2.1	0.7	—
性精神病	15.3	14.6	0.0	14.6	0.7	0.1	0.7	0.0
VI 精神薄弱	15.3	14.6	0.0	14.6	0.7	0.1	0.7	0.0
神経系および感覚器の疾患	724.4	62.7	1.1	61.7	661.7	87.6	574.0	3.0
てんかん	32.3	13.5	0.1	13.4	18.8	0.9	17.9	0.1

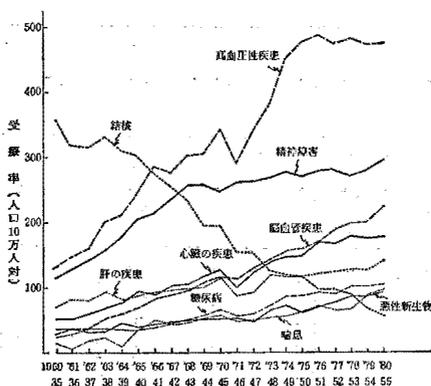
表4 在院期間別退院患者の年次推移（累積百分率）

	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
55	1.8	5.6	7.1	8.5	9.5	10.4	11.3	12.2	12.8	13.9	14.7	15.4	16.6	17.4	18.1	21.0

	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	94.9	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
55	24.5	28.0	34.8	39.1	43.5	54.5	62.2	67.0	70.7	82.1	87.0	90.1	92.8	94.1	95.8	100.0

(資料：患者調査)

表5 主要傷病・年次別受療率



昭和…年

(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57年6月末現在)

診断名区分	総 数				男			女			
	総 数	65歳未満	65歳以上	措置入院患者数	総 数	65歳未満	65歳以上	総 数	65歳未満	65歳以上	
精神分裂病	203,678	191,025	12,653	33,185	116,785	111,919	4,866	86,893	79,106	7,787	
躁うつ病	14,604	11,850	2,754	677	7,193	6,181	1,012	7,411	5,669	1,742	
てんかん	11,171	10,686	485	1,797	6,577	6,314	263	4,594	4,372	222	
精神器質性	総 数	34,847	8,872	25,975	656	15,287	5,568	9,719	19,560	3,304	16,256
	老年精神障害	25,939	3,998	21,941	225	10,047	2,157	7,890	15,892	1,841	14,051
	その他	8,908	4,874	4,034	431	5,240	3,411	1,829	3,668	1,463	2,205
その他の精神病	8,471	7,269	1,202	555	4,119	3,661	458	4,352	3,608	744	
精神中毒性	総 数	22,685	20,117	2,568	861	21,264	18,890	2,374	1,421	1,227	194
	アルコール中毒	20,886	18,369	2,517	667	19,782	17,440	2,342	1,104	929	175
	覚せい剤中毒	750	747	3	131	630	627	3	120	120	0
	その他の中毒	1,049	1,001	48	63	852	823	29	197	178	19
精神薄弱	15,249	14,397	852	2,002	9,008	8,565	443	6,241	5,832	409	
精神病質	2,042	1,776	266	213	1,522	1,355	167	520	421	99	
精神神経症	9,997	9,106	891	132	4,820	4,592	228	5,177	4,514	663	
その他	4,405	3,282	1,123	124	2,296	1,858	438	2,109	1,424	685	
合 計	327,149	278,380	48,769	40,202	188,871	168,903	19,968	138,278	109,477	28,801	

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

(56.6.30現在)

区分	人口千人 (55.10.1)	精神 病院数	精神 病床数	人口 万対 病床数	在院 患者 数④	病 床 利 用 率 (%)	医療 費 助 人 員	人口万 対在院 患者数	措置 患者 数①	人口万 対措置 患者数	措置率 (%) ①/④	通院医療 費承認 件数
北海道	5,556	123	18,937	34.1	19,653	103.8	8,297	35.4	1,942	3.5	9.9	35,580
青森	1,519	26	4,418	29.1	4,438	100.5	1,992	29.2	531	3.5	12.0	6,349
岩手	1,407	22	4,418	31.4	4,538	102.7	1,051	32.3	608	4.3	13.4	4,747
宮城	2,072	25	4,096	19.8	3,905	95.3	1,238	18.8	595	2.9	15.2	7,758
秋田	1,269	24	3,963	31.2	4,130	104.2	1,827	32.5	879	6.9	21.3	4,243
山形	1,251	14	2,513	20.1	2,836	112.9	472	22.7	533	4.3	18.8	5,091
福島	2,026	39	7,199	35.5	7,677	106.6	2,028	37.9	1,457	7.2	19.6	7,060
茨城	2,559	39	7,495	29.3	7,888	105.2	2,087	30.8	1,938	7.6	24.6	4,683
栃木	1,799	30	5,798	32.2	5,697	98.3	1,707	31.7	1,293	7.2	22.7	3,443
群馬	1,841	19	4,807	26.1	5,076	105.6	1,026	27.6	917	5.0	18.1	4,866
埼玉	5,400	46	9,004	16.7	9,454	105.0	2,780	17.5	1,330	2.5	14.1	8,630
千葉	4,723	45	10,072	21.3	9,966	98.9	2,740	21.1	651	1.4	6.5	7,382
東京	11,569	114	24,841	21.4	24,904	100.3	12,806	21.5	325	0.3	1.3	33,553
神奈川	6,923	57	11,583	16.7	11,285	97.4	4,060	16.3	1,310	1.9	11.6	21,306
新潟	2,437	29	6,225	25.5	6,739	108.3	1,772	27.7	1,571	6.4	23.3	7,255
富山	1,091	28	3,684	32.9	3,635	101.4	990	33.3	630	5.8	17.3	4,043
石川	1,109	18	3,614	32.6	3,642	100.8	1,183	32.8	487	4.4	13.4	1,829
福井	790	10	2,004	25.4	1,870	93.3	496	23.7	403	5.1	21.6	958
山梨	801	10	2,632	32.9	2,635	100.1	821	32.9	586	7.3	22.1	1,448
長野	2,079	31	5,462	26.3	5,459	99.9	1,566	26.3	1,104	5.3	20.2	6,813
岐阜	1,947	19	3,692	19.0	3,686	99.8	924	18.9	982	5.0	26.6	3,835
静岡	3,453	31	6,729	19.5	6,689	99.4	1,502	19.4	1,605	4.6	24.0	6,880
愛知	6,249	53	12,152	19.4	11,923	98.1	3,231	19.1	1,698	2.7	14.2	11,924
三重	1,691	20	4,586	27.1	4,793	104.5	2,008	28.3	1,032	6.1	21.5	6,354
滋賀	1,063	10	1,886	17.4	1,843	97.7	587	17.0	151	1.4	8.2	3,123
京都	2,516	23	7,129	28.3	7,088	99.4	2,658	28.2	279	1.1	3.9	6,991
大阪	8,503	64	19,147	22.5	19,379	101.2	5,738	22.8	719	0.8	3.7	30,783
兵庫	5,158	40	9,997	19.4	10,220	102.2	4,233	19.8	1,283	2.5	12.6	10,202
奈良	1,209	10	2,393	19.8	2,372	99.1	999	19.6	340	2.8	14.3	1,575
和歌山	1,088	13	3,024	27.8	2,969	98.2	701	27.3	1,122	10.3	37.8	2,308
鳥取	608	11	1,889	31.1	1,805	95.6	562	29.7	430	7.1	23.8	3,034
島根	789	15	2,295	29.1	2,278	99.3	803	28.9	333	4.2	14.6	5,606
岡山	1,872	25	5,009	26.8	4,818	96.2	1,908	25.7	621	3.3	12.9	6,511
広島	2,742	41	7,675	28.0	8,557	111.5	2,509	31.2	1,050	3.8	12.3	6,406
山口	1,574	29	5,194	33.0	5,999	115.5	1,310	38.1	1,392	8.8	23.2	3,126
徳島	832	21	4,022	48.3	3,953	98.3	1,600	47.5	732	8.8	18.5	1,937
香川	988	17	3,698	37.4	3,570	96.5	852	36.1	692	7.0	19.4	2,398
愛媛	1,506	23	4,869	32.3	5,331	109.5	1,922	35.4	736	4.9	13.8	5,206
高知	835	26	3,878	46.4	4,097	105.6	1,671	49.1	976	11.7	23.8	4,702
福岡	4,567	100	18,298	40.1	19,150	104.7	9,288	41.9	2,083	4.6	10.9	10,527
佐賀	861	17	3,545	41.2	3,542	99.9	1,189	41.1	510	5.9	14.4	2,786
長崎	1,596	38	7,684	48.1	8,125	105.7	3,494	50.9	559	3.5	6.9	3,355
熊本	1,804	45	8,551	47.4	8,701	101.8	3,504	46.2	1,685	9.3	19.4	3,813
大分	1,211	23	4,292	35.4	4,790	111.6	2,088	39.6	989	8.2	20.6	3,479
宮崎	1,155	22	5,296	45.9	5,438	102.7	2,026	47.1	1,153	10.0	21.2	4,394
鹿児島	1,751	46	6,688	49.6	9,242	106.4	3,789	52.8	2,009	11.5	21.7	7,476
沖縄	1,093	16	3,618	33.1	3,560	98.4	990	32.6	91	0.8	2.6	11,198
全国計	116,916	1,546	311,901	26.7	319,345	102.4	116,025	27.3	44,342	3.8	13.9	346,966

- 資料：1. 病院数、病床数及び病床利用率は病院報告
 2. 措置患者数は厚生省報告例
 3. 人口は総人口（総理府統計局）
 4. 通院医療費承認件数は厚生省報告例（昭和56年の年計）

表 8 都道府県別疾病別在院患者数

	精 神 分 裂 病	躁うつ病	てんかん	脳器質性精神障害			その他の 精神病
				総 数	老 精 神 障 害	年 精 神 障 害 そ の 他	
北海道 青森 岩手 宮城 秋田	10,343	964	911	2,581	2,073	508	323
	2,789	202	136	382	280	102	123
	2,870	205	191	418	307	111	121
	2,743	257	134	362	236	126	43
	2,636	195	184	434	334	100	49
山形 福島 茨城 栃木 群馬	1,815	213	128	271	203	68	43
	4,480	456	386	743	511	232	339
	5,772	319	269	523	258	265	53
	3,447	463	231	438	311	127	217
	3,708	162	146	536	370	166	91
埼玉県 千葉県 東京都 神奈川県	6,708	527	346	713	493	220	344
	7,159	465	241	898	703	195	304
	16,680	1,253	776	2,772	2,121	651	429
	7,539	502	385	723	532	191	187
	4,166	492	270	546	422	124	141
富山 石川県 福井 山梨 長野	2,290	214	101	387	275	112	111
	2,295	214	136	398	317	81	75
	1,301	91	79	132	75	57	32
	1,809	82	102	182	118	64	52
	3,858	288	204	339	232	107	37
岐阜 静岡県 愛知県 三重 滋賀	2,568	146	140	248	151	97	111
	4,444	291	238	599	384	215	265
	7,589	545	497	1,014	731	283	400
	3,030	218	171	299	219	80	410
	1,244	94	105	114	72	42	82
京都市 大阪府 兵庫県 奈良 和歌山	3,472	254	182	2,293	2,055	238	196
	12,147	781	462	2,189	1,523	666	1,084
	6,877	429	365	960	778	182	395
	1,597	90	69	181	110	71	67
	2,178	79	53	152	110	42	146
鳥取 島根 岡山 広島 山口	1,199	74	51	179	112	67	62
	1,403	145	77	237	160	77	84
	3,100	220	128	564	443	121	110
	5,485	341	266	1,023	735	288	168
	3,750	216	175	830	762	68	46
徳島 香川県 愛媛 高松 福岡	2,867	116	138	248	196	52	115
	2,443	140	116	536	273	263	106
	3,376	215	144	457	316	141	150
	2,471	143	166	519	414	105	73
	10,603	635	574	3,108	2,168	940	421
佐賀 長門 熊本 大分 宮崎 鹿児島 沖縄	2,342	149	116	344	299	45	114
	4,468	333	283	1,328	1,055	273	162
	5,371	237	338	1,279	943	336	175
	3,373	161	185	548	446	102	46
	3,078	219	275	683	491	192	130
	6,149	683	414	680	600	80	157
	2,646	86	87	457	222	235	82
合 計	203,678	14,604	11,171	34,847	25,939	8,908	8,471

(昭和57年6月末現在)

中毒性精神障害				精神薄弱	精神病質	精神 神経症	その他	合計
総数	アルコール中毒	覚せい剤中毒	その他の中毒					
2,230	2,102	43	85	1,022	110	919	640	20,043
491	470	1	20	200	8	124	33	4,488
459	443	1	15	293	27	109	21	4,714
179	165	0	14	183	12	121	56	4,090
478	450	5	23	232	45	107	30	4,390
107	102	0	5	215	20	69	34	2,915
561	515	10	36	479	72	233	116	7,865
399	342	25	32	347	65	189	32	7,968
621	512	30	79	281	53	108	94	5,953
232	210	10	12	170	20	186	6	5,257
380	342	6	32	359	42	257	245	9,921
490	416	34	40	229	21	417	61	10,285
1,177	1,055	54	68	1,152	97	523	271	25,130
854	784	15	55	343	23	593	192	11,341
344	341	1	2	614	121	208	50	6,952
223	216	1	6	148	47	208	38	3,767
144	136	6	2	143	48	209	57	3,719
52	48	0	4	64	9	143	9	1,912
138	124	5	9	159	15	53	34	2,626
238	234	2	2	207	31	312	52	5,566
147	138	1	8	258	43	106	86	3,853
333	315	6	12	342	29	262	77	6,880
668	584	16	68	634	156	457	230	12,190
124	117	5	2	287	26	178	115	4,903
61	55	0	6	74	2	106	8	1,890
241	208	20	13	193	21	205	76	7,133
1,538	1,441	52	45	877	62	434	138	19,668
670	597	42	31	423	41	326	122	10,608
108	89	10	9	147	13	65	73	2,410
115	105	5	5	156	20	86	8	2,993
176	170	2	4	41	2	48	9	1,841
156	151	0	5	116	12	79	28	2,337
329	303	17	9	241	30	264	39	5,025
744	713	12	19	327	73	242	87	8,755
525	513	1	11	275	32	112	115	6,076
231	210	6	15	179	7	172	91	4,164
295	253	25	17	132	10	104	16	3,898
368	333	24	11	226	47	199	81	5,263
491	446	28	17	145	20	72	74	4,174
2,052	1,775	189	88	1,144	314	615	270	19,736
217	210	6	1	136	21	124	95	3,658
999	967	7	25	512	74	162	75	8,396
667	611	19	37	600	39	104	52	8,862
369	356	3	10	160	23	77	43	4,985
558	525	5	28	390	15	109	45	5,502
570	561	0	9	351	23	135	213	9,375
136	133	0	3	43	1	66	68	3,672
22,685	20,886	750	1,049	15,249	2,042	9,997	4,405	327,149

表9 都道府県別年間入退院患者数等

(昭和56年)

	年間在院患者延数	年間新入院患者数	年間退院患者数	平均在院数
北海道 青森 岩手 宮城 秋田	7,195,371	14,995	14,238	492.3
	1,617,526	3,806	3,710	430.4
	1,651,228	3,562	3,282	482.5
	1,425,722	3,475	3,420	413.6
	1,508,049	2,911	2,651	542.3
山形 福島 茨城 栃木 群馬	1,022,106	3,239	3,197	317.6
	2,806,309	5,157	4,938	600.0
	2,874,742	3,637	3,529	802.3
	2,061,550	3,446	3,121	627.9
	1,844,599	2,930	2,795	644.4
埼玉県 千葉県 東京都 神奈川県	3,440,291	6,699	6,190	533.8
	3,625,373	7,802	7,531	472.9
	9,064,345	17,638	17,258	519.5
	4,122,563	9,472	9,640	431.4
	2,479,794	4,972	4,820	506.5
富山 石川 神奈川 山梨 長野	1,325,672	2,333	2,270	576.0
	1,328,884	2,444	2,351	554.3
	681,455	1,200	1,141	582.2
	951,421	1,707	1,714	556.2
	2,003,538	4,187	4,074	485.1
岐阜 静岡県 愛知 三重 滋賀	1,356,962	2,845	2,608	497.7
	2,445,108	4,978	4,898	495.2
	4,339,286	9,778	9,416	452.2
	1,733,244	2,761	2,755	628.4
	667,537	1,328	1,262	515.5
東京都 大阪府 兵庫県 奈良 和歌山	2,580,431	4,007	3,364	700.2
	7,032,915	15,063	14,602	474.2
	3,739,954	7,623	7,372	498.8
	860,612	1,275	1,273	675.5
	1,087,777	1,109	1,077	995.2
鳥取 島根 岡山 広島 山口	655,051	1,516	1,509	433.1
	818,721	2,174	2,135	380.0
	1,763,278	5,390	5,198	333.1
	3,118,610	6,112	5,864	520.8
	2,173,022	3,377	3,249	655.9
徳島 香川県 愛媛 高松 福岡	1,456,878	2,129	1,951	714.2
	1,305,232	2,687	2,417	511.5
	1,924,577	3,597	3,511	541.5
	1,485,705	3,281	3,236	455.9
	7,016,080	11,109	10,791	640.7
佐賀 長門 熊本地 宮崎 鹿児島 沖縄	1,291,812	1,963	1,920	665.4
	2,969,732	4,216	3,789	742.0
	3,165,994	4,529	4,244	721.8
	1,745,426	2,755	2,567	655.9
	1,959,192	3,641	3,394	557.0
	3,357,547	4,480	4,172	776.1
	1,284,374	2,740	2,670	474.8
合計	116,365,595	222,075	213,114	534.8

資料：病院報告

表10 (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
56	311,901	319,345	44,342	13.9	102.4

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11 新規措置入院・措置解除・年末措置患者数の年次推移

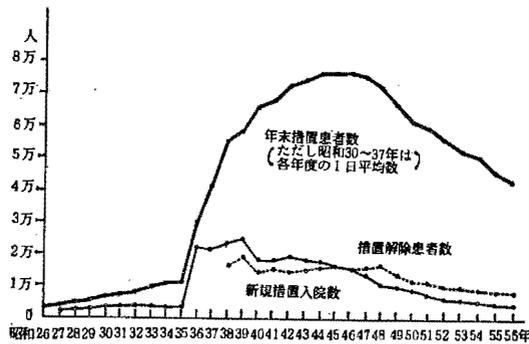


表12 在院患者数・措置患者数・医療扶助人員の年次推移

精神病床在院患者1日当たり平均数(各年間)

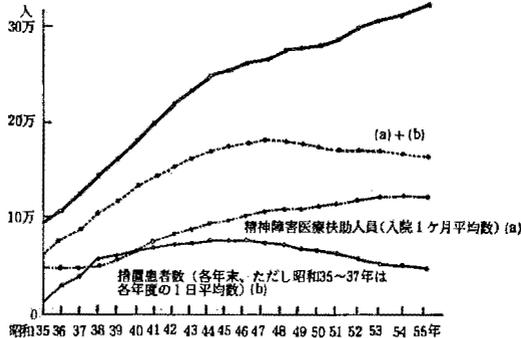


表13 都道府県別精神衛生相談状況

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	56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	6,523	6,650		
青森	218	111	139	166	90	207	206	224	228	240	267	288	304		
岩手	634	537	690	751	943	725	1,067	960	962	950	2,293	1,211	2,676		
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	4,027		
秋田	853	945	1,229	1,397	1,255	1,324	1,543	883	757	958	913	1,035	1,449		
山形	579	983	1,043	1,522	1,716	1,671	1,233	980	1,256	1,233	1,718	1,972	2,096		
福島	1,026	1,249	699	1,021	1,112	926	795	771	1,045	1,316	1,179	1,267	1,393		
茨城	650	875	1,329	1,425	1,358	1,248	1,534	1,630	1,487	1,444	1,922	1,995	2,454		
栃木	704	570	692	565	307	278	420	475	633	706	473	677	998		
群馬	487	551	1,063	1,229	1,040	1,285	1,571	2,609	2,549	2,309	1,896	2,428	2,165		
埼玉	593	778	602	1,056	849	944	897	1,170	1,683	1,578	2,171	2,994	4,433		
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	3,196		
東京	7,711	9,852	10,971	9,871	10,087	10,426	13,549	17,116	20,181	22,104	25,962	40,813	45,402		
神奈川	10,178	12,615	16,797	16,687	15,300	13,165	23,762	25,590	23,695	29,986	36,907	41,163	39,952		
新潟	1,838	4,133	5,133	5,077	4,847	4,875	4,336	4,933	5,972	5,670	5,360	6,635	7,092		
富山	450	450	433	489	401	482	373	438	419	403	441	608	670		
石川	543	776	851	911	728	694	571	577	590	747	870	866	1,030		
福井	145	189	315	217	181	186	220	224	336	741	583	509	301		
山梨	387	335	378	447	681	434	645	628	469	452	468	366	724		
長野	1,021	838	1,200	1,054	892	1,353	1,646	1,797	1,549	2,257	3,642	4,695	5,672		
岐阜	1,253	989	947	730	831	836	823	779	949	907	873	1,246	1,535		
愛知	2,437	2,936	3,116	3,013	2,618	2,458	2,619	3,064	3,445	3,648	3,690	4,105	3,920		
静岡	4,981	4,970	6,133	6,385	7,895	8,635	9,652	10,761	11,515	12,921	13,139	15,294	14,824		
三重	301	350	336	378	250	294	305	291	481	618	195	324	543		
滋賀	350	405	440	508	457	463	679	507	599	604	808	1,171	873		
京都	2,386	2,485	2,760	3,378	3,217	3,757	3,995	3,488	4,073	4,604	5,629	6,934	7,501		
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	46,405		
兵庫	2,500	4,043	7,123	7,437	6,773	10,371	8,734	9,160	9,795	11,339	15,173	16,471	19,222		
奈良	178	105	113	138	59	215	188	198	205	160	151	173	323		
和歌山	507	480	517	703	622	1,085	691	808	632	471	704	478	596		
鳥取	177	208	183	212	185	156	213	331	393	601	364	795	741		
島根	609	746	788	663	506	1,244	991	879	764	588	720	1,013	1,627		
岡山	423	387	406	609	1,001	769	914	787	1,070	1,228	1,498	1,680	1,231		
広島	2,038	2,465	2,336	2,085	2,509	2,302	2,205	2,588	2,787	3,054	3,076	4,432	5,477		
山口	927	1,137	1,140	1,204	1,237	1,100	926	1,260	1,199	1,315	1,469	1,830	2,976		
徳島	465	422	404	431	500	654	629	651	723	564	572	391	296		
香川	388	328	358	381	251	341	500	402	486	511	587	594	827		
愛媛	506	463	534	717	825	1,095	1,130	1,113	1,293	1,213	531	1,204	1,823		
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	2,657		
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	6,507		
佐賀	256	266	246	334	683	826	719	700	838	820	1,161	1,531	974		
長崎	453	768	773	972	727	834	888	1,279	1,524	1,896	1,123	1,491	1,931		
熊本	874	934	1,022	995	987	909	1,145	971	1,005	1,117	1,040	1,930	1,290		
大分	576	358	232	254	349	498	515	528	783	1,154	1,079	1,712	1,963		
宮崎	1,833	1,659	1,450	1,110	1,272	1,462	994	556	692	743	587	558	622		
鹿児島	533	889	1,270	1,037	1,285	907	1,407	1,785	3,336	3,026	3,185	3,523	4,938		
沖縄	—	—	—	—	4,182	6,810	3,111	1,965	1,039	1,270	1,666	1,500	2,670		
合計	74,297	88,177	103,467	106,359	114,007	130,745	137,390	148,487	162,207	181,189	207,084	249,258	267,911		

資料：保健所運営報告

表14 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	56年		
北海道	4,949	5,143	7,168	9,245	8,646	8,577	8,362	8,066	8,672	9,444	9,462	10,849	11,612		
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	1,466		
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	4,187		
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	4,460		
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	2,859		
山形	1,171	1,782	2,014	2,416	2,453	2,475	2,401	2,374	2,445	2,654	2,538	2,352	2,828		
福島	546	499	661	1,696	723	843	671	856	856	1,043	966	1,339	1,661		
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	2,686		
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	4,261		
群馬	3,429	3,701	3,934	4,378	3,312	3,848	3,976	4,591	4,200	4,270	3,980	4,519	4,256		
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	4,065		
千葉	986	930	1,096	2,106	1,867	1,832	2,070	2,272	2,383	2,349	2,264	2,365	2,230		
東京	4,168	6,103	6,906	7,038	7,536	7,358	8,233	10,128	11,331	12,175	13,931	16,394	17,350		
神奈川	7,477	8,740	10,074	9,736	8,952	9,324	11,683	10,738	9,508	11,132	11,606	12,957	12,773		
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	3,280		
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	1,829		
石川	167	576	1,415	1,720	1,485	1,527	1,656	1,917	3,027	3,164	3,116	1,837	1,646		
福井	136	156	239	156	155	203	719	875	908	1,147	1,122	1,002	939		
山梨	526	565	809	665	843	759	731	1,120	1,411	801	878	742	839		
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	1,970		
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	3,373		
静岡	2,790	2,768	2,874	3,793	4,025	4,368	5,015	6,599	6,425	6,786	6,129	6,056	6,156		
愛知	7,017	7,531	7,938	9,948	11,110	10,208	12,286	13,780	14,484	14,957	16,256	15,412	14,569		
三重	464	898	1,143	684	795	673	639	611	343	369	416	459	663		
滋賀	347	430	440	344	359	809	941	964	1,005	956	1,257	1,103	917		
京都	1,168	1,115	1,110	1,425	1,978	3,430	3,690	2,880	3,231	4,086	4,285	4,773	3,999		
大阪	2,302	2,930	3,265	3,707	5,235	5,942	5,805	7,972	9,229	8,794	9,967	11,396	11,333		
兵庫	817	1,159	3,258	5,895	4,446	3,842	3,950	4,400	4,779	4,438	4,651	5,098	5,769		
奈良	482	380	380	464	444	599	775	939	768	696	685	497	764		
和歌山	449	524	638	714	914	1,221	856	1,119	861	752	550	583	755		
鳥取	692	974	1,141	1,214	1,403	1,282	1,371	1,641	1,405	1,546	1,595	1,974	1,595		
島根	1,134	836	657	654	970	835	1,133	1,180	1,323	936	1,287	1,273	1,463		
岡山	3,315	4,001	4,614	5,201	6,645	5,940	8,280	8,114	8,762	7,541	6,545	7,232	6,906		
広島	2,985	4,719	6,839	7,804	6,961	6,376	6,946	7,232	7,585	7,876	8,537	8,269	8,448		
山口	2,025	1,996	2,425	3,703	2,822	3,301	4,187	4,581	5,188	4,754	5,321	5,699	6,213		
徳島	752	1,220	1,749	2,508	2,459	2,367	1,791	2,783	3,291	3,080	3,871	3,457	3,453		
香川	617	559	832	1,239	1,427	1,516	1,699	1,924	1,449	1,583	1,567	1,581	1,713		
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	3,132		
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	6,334		
福岡	922	1,494	2,970	4,225	4,774	5,400	5,682	6,473	6,355	6,845	8,362	8,099	7,849		
佐賀	490	583	1,056	921	1,181	1,731	1,601	2,162	2,229	2,751	3,017	3,587	3,174		
長崎	1,859	2,123	2,829	3,376	2,697	3,250	4,441	4,834	4,749	5,095	5,285	6,301	6,573		
熊本	442	579	568	653	809	1,454	2,268	1,889	1,792	1,974	1,890	2,483	2,472		
大分	243	301	408	1,155	1,108	1,182	1,825	1,510	2,068	2,418	2,352	2,451	2,020		
宮崎	2,615	4,328	2,767	3,365	4,075	4,308	2,463	2,145	2,643	2,541	1,853	2,079	1,932		
鹿児島	1,912	2,493	2,349	3,857	4,136	4,494	4,304	4,671	5,759	5,557	5,590	6,001	7,228		
沖縄	—	—	—	—	2,591	3,476	4,312	3,780	3,695	4,136	3,961	5,063	4,861		
合計	89,407	109,819	133,547	151,558	149,816	153,952	170,436	184,378	168,511	193,359	193,546	209,457	211,061		

表15 精神衛生実態調査結果概要

—昭和29年—
人口 88,293,000

精神障害者数

	全国推計数	有病率人口千対
総数	130万人	14.8
精神病	45万人	5.2
精神薄弱	58万人	6.6
その他	27万人	3.0

処遇の状況

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

必要な処遇別精神障害者数

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

—昭和38年—
人口 96,156,000

精神障害者数

	全国推計数	有病率人口千対
総数	124万人	12.9
精神病	57万人	5.9
精神薄弱	40万人	4.2
その他	27万人	2.8

処遇別精神障害者百分率

	総数	医療をうけている	精神衛生相談所等の施設の指導をうけている	在宅の患者
総数	100	30.1	5.2	64.7
精神病	100	45.4	1.9	52.7
精神薄弱	100	6.0	13.0	81.0
その他	100	33.3	0.8	65.9

必要な処置別精神障害者・有病率

	(人口千対有病率) 総数	精神病院に入るもの	精神病院以外に収容を要するもの	在宅のまままたは指導を要するもの
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	—	(2.3) 22

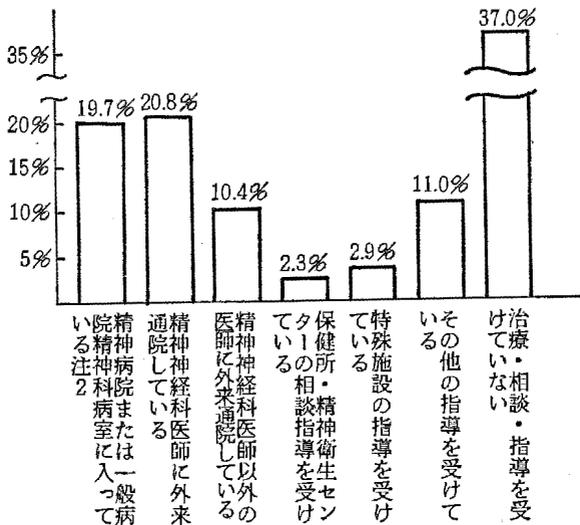
—昭和48年—

人口108,079,000 注1

1. 精神障害者のうちわけ

精神病によるもの	75.8%
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）



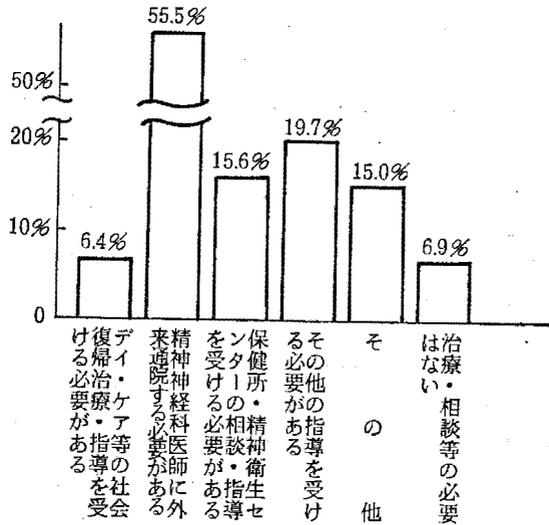
現在の治療及び指導の内容を延集計すると、

- (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。

注1 各年とも厚生省統計情報部人口動態統計による。

注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ものは15.6%、またその他の指導を受ける必要があるものは19.7%で、この両者を加えると35.3%が指導を必要としており、前項2(2)の現在、指導を受けているものにくらべて、必要性が高いことを示した。

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条に微毒院、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カ年米一石八斗の積を以て給与すべし、但独身にあらざると雖も余の家人70年以上15年以下にてその身廢失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"> • 宮内省東京府に脚氣病院、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。 • 愛知中学校の教師アルベルト・フォン・ローレツツ、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"> • 上野癲癩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訟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 • 相馬誠胤、加藤癲癩病院に入院(3月)相馬事件がはじまる

1886 (明治19年)	<ul style="list-style-type: none"> 東京府癲狂院に入院の子爵的馬誠胤 (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"> 警視庁は精神病患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"> 政府精神病患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"> 精神病患者監護法公布 																					
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 精神病患者慈善救済会成立 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。 東京府楽鴨病院, 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 border="1" style="margin-left: 40px;"> <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> <tr> <td>京都</td> <td>475</td> <td>470</td> </tr> <tr> <td>大阪</td> <td>493</td> <td>488</td> </tr> <tr> <td>兵庫</td> <td>175</td> <td>130</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>計</td> <td>2,377</td> <td>2,249</td> </tr> </tbody> </table>		入院	退院	東京	959	902	京都	475	470	大阪	493	488	兵庫	175	130	その他			計	2,377	2,249
	入院	退院																				
東京	959	902																				
京都	475	470																				
大阪	493	488																				
兵庫	175	130																				
その他																						
計	2,377	2,249																				

1907 (明治40年)	<ul style="list-style-type: none"> ・「医学校に精神科設置に関する建議案」可決
1908 (明治41年)	<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病者の公費收容、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收容施設の設置を勧奨
1911 (明治44年)	<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・文部省、低能児教育調査会設置
1923 (大正12年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病院法施行規則公布
1926 (昭和元年)	<ul style="list-style-type: none"> ・日本精神衛生協会発足 ・日本心理学会発足

1930 (昭和5年)	<ul style="list-style-type: none"> • 第1回国際精神衛生会議
1932 (昭和7年)	<ul style="list-style-type: none"> • 第1回全国公立及び代用精神病院院長会議，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)	<ul style="list-style-type: none"> • 精神薄弱児保護協会設立
1935 (昭和12年)	<ul style="list-style-type: none"> • カルジアゾール痙攣療法始む。
1938 (昭和13年)	<ul style="list-style-type: none"> • 厚生省に優生課新設
1940 (昭和15年)	<ul style="list-style-type: none"> • 国民優生法公布
1943 (昭和18年)	<ul style="list-style-type: none"> • 精神医学研究所設立
1948 (昭和23年)	<ul style="list-style-type: none"> • 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)	<ul style="list-style-type: none"> • 精神衛生法公布
1951 (昭和26年)	<ul style="list-style-type: none"> • 日本精神衛生会発足
1952 (昭和27年)	<ul style="list-style-type: none"> • 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)	<ul style="list-style-type: none"> • WHO顧問としてレムカウ Paul V. Lemkau 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)	<ul style="list-style-type: none"> • 第1回全国精神衛生相談所長会議 • 精神衛生実態調査
1955 (昭和30年)	<ul style="list-style-type: none"> • 覚醒剤対策推進中央本部が内閣におかれる。
1956 (昭和31年)	<ul style="list-style-type: none"> • 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)	<ul style="list-style-type: none"> • 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。 • 病院精神医学懇話会発足
1958 (昭和33年)	<ul style="list-style-type: none"> • 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)	<ul style="list-style-type: none"> • 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)	<ul style="list-style-type: none"> • 精神薄弱者福祉法 • 第1回指定病院長会議
1961 (昭和36年)	<ul style="list-style-type: none"> • 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)	<ul style="list-style-type: none"> • 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) • 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)	<ul style="list-style-type: none"> • 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)	<ul style="list-style-type: none"> • 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)	<ul style="list-style-type: none"> • 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)	<ul style="list-style-type: none"> • 地域精神医学会設立 • 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。
1968 (昭和43年)	<ul style="list-style-type: none"> • 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。

	<ul style="list-style-type: none"> 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） 精神障害者被害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科新設
1973（昭和48年）	<ul style="list-style-type: none"> 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営について（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

1979 (昭和54年)	<ul style="list-style-type: none"> •精神科ディ・ケア研修を実施 •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"> •国立精神衛生研究所WHO研究・研修センターに指定 •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 •国際障害年精神衛生国際セミナー開催 •覚せい剤緊急対策策定
1982 (昭和57年)	<ul style="list-style-type: none"> •通院患者リハビリテーション事業実施 •老人保健法成立 •老人精神衛生相談事業予算化

IV そ の 他

1 各都道府県精神衛生窓口一覽

都道府県	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丁目1番1号
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	福祉保健部保健予防課	0188 (60) 1379	010	秋田市山王4丁目1番1号
山形	環境保健部公衆衛生課	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	宇都宮市塙田町1の1の20
群馬	衛生環境部保健予防課	0272 (23) 1111	371	前橋市大手町1丁目1番1号
埼玉	衛生部保健予防課	0488 (24) 2111	336	浦和市高砂3の15の1
千葉	衛生部保健予防課	0472 (23) 2669	260-91	千葉市市場町1の1
東京	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
神奈川	衛生部保健予防課	045 (201) 1111	231	横浜市中区日本大通り1
新潟	衛生部公衆衛生課	0252 (23) 5511	951	新潟市学校町1番町602
富山	厚生部公衆衛生課	0764 (31) 4111	930	富山市新給曲輪1番7号
山梨	厚生部公衆衛生課	0762 (61) 1111	920	金沢市広坂2の1の1
福山	厚生部公衆衛生課	0776 (21) 1111	910	福井市大手3丁目17番1号
山梨	厚生部保健予防課	0552 (37) 1111	400	甲府市丸の内1丁目6番1号
長野	衛生部保健予防課	0262 (32) 0111	380	長野市大字南長野野巾下692の2
岐阜	衛生部保健予防課	0582 (72) 1111	500	岐阜市藪田
静岡	衛生部保健予防課	0542 (21) 2432	420	静岡市追手町9番6号
愛知	衛生部保健医務課	052 (961) 2111	460	名古屋市中区三の丸3の1の2
三重	保健衛生部保健予防課	0592 (24) 2338	514	津市広明町13
滋賀	厚生部医務予防課	0775 (24) 1121	520	大津市京町4丁目1番1号
京都	衛生部保健予防課	075 (451) 8111	602	京都市上京区下立売通新町西入敷ノ内町
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	保健環境部保健予防課	078 (341) 7711	650	神戸市中央区下山手通5の10
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	082 (228) 2111	730	広島市中区基町10-52
山口	衛生部保健予防課	0839 (22) 3111	753	山口市滝町1番1号
徳島	保健環境部保健予防課	0886 (21) 2225	770	徳島市万代1丁目
香川	環境保健部健康増進課	0878 (31) 1111	760	高松市番町4丁目1番10号
愛媛	保健環境部保健指導課	0899 (41) 2111	790	松山市一番町4丁目4の2
高知	保健環境部医務課	0888 (23) 1111	780	高知市丸の内1の2の20
福岡	衛生部保健予防課	092 (651) 1111	810	福岡市博多区東公園7の7
佐賀	保健環境部保健予防課	0952 (24) 2111	840	佐賀市城内1丁目1番59号
長崎	保健部保健予防課	0958 (24) 1111	850	長崎市江戸町2番13号
熊本	衛生部保健予防課	0963 (83) 1111	862	熊本市水前寺6の18の1
大分	環境保健部保健予防課	0975 (36) 1111	870	大分市大手町3丁目1番1号
宮崎	環境保健部保健予防課	0985 (24) 1111	880	宮崎市篠通東2丁目10番1号
鹿児島	衛生部保健予防課	0992 (26) 8111	892	鹿児島市山下町14-50
沖縄	環境保健部保健予防課	0988 (66) 2209	900	那覇市泉崎1の2の32

2 精神衛生センター一覽

(昭和57年8月1日現在)

都道府県	開年	設月	単合同の別	級別	センター名	郵便番号	所在地	電話番号
北海道	43.	3	単合	A	黒田 如篤	061-01	札幌市白石町本町16丁目北818	011 (864)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	合単	B	江島 達憲	980	仙台市本町1丁目4番39号	0222(24)1491~5
	54.	7		B	根本 清治	010	秋田市中通2-1-52	0188(34)2906
山形	47.	4	合合	B	山田 俊治	990	山形市十日町1丁目6番6号	0236(22)2543
	47.	4		B	上野 文彌	960	福島市森合町10-9	0245(35)3556
福島	42.	8	単単	B	瀬川 浩	310	水戸市三の丸1丁目3番17号	0292(31)0202
	43.	4		B	増野 肇	320	宇都宮市西原町3542	0286(35)2463
栃木	40.	7	単単	B	渡嘉敷 眺	330	大宮市土呂町1丁目50の4	0486(63)7025
	46.	2		A	若菜 担	280	千葉市仁戸名町666番の2	0472(63)3891
千代	41.	7	単単	B	佐々木雄司	110	台東区下谷1-1-3	03(842)0946~7
	42.	4		A	石原 幸夫	232-1	横浜市中区富士見町3-1	045(261)3541~3
神奈川	43.	4	合単	B	保科 泰弘	951	新潟市川岸町1丁目57番地の1	0252(31)6111
	40.	10		B	小野 啓安	930	富山市大手町1-1-2	0764(21)1511
新潟	41.	10	単合	B	地引 逸亀	920	金沢市本多町3丁目1番10号 (石川県社会福祉会館内)	0762(63)4181
	47.	4		B	鈴木 大輔	910	福井市四ツ井13-26 (福井県立精神病院内)	0776(54)5151
山梨	46.	4	合合	B	田中 孝雄	400	甲府市中央1-11-42	0552(37)1657
	47.	10		B	宮尾美代子	380	長野市大字若里字葉の木島1570-1 (社会福祉総合センター内)	0262(27)1810
長野	41.	10	合	B	赤座 毅	500	岐阜市司町1 (総合庁舎内)	0582(73)1111 (内307)
	41.	4		B	平原 鎮夫	422	静岡市曲金5丁目3-30	0542(82)0014
静岡	64.	4	合	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
	57.	8		B	谷 直介	612	京都市伏見区竹田流池町120	075(641)1810
京都	40.	6	合合	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	北岡 修	652	神戸市兵庫区荒田町2丁目1番1号	078(511)6581
大阪	57.	4	合	B	朝井 忠	643-01	和歌山県有田郡吉備町広31 (県立五稜病院内)	0737(52)3221
	53.	10		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
岡山	46.	4	合合	B	山本 昌知	703	岡山市古京町1丁目10号-101	0862(72)8835
	47.	4		B	平岡 英三	734	広島市字品神田1丁目5番54号	0822(54)3154
広島	47.	4	単単	B	小林 茂	755-02	宇部市大字東波渡東小沢	0836(58)3480
	40.	11		B	幸田 文一	770	徳島市新蔵町3丁目31-2	0886(25)0610
徳島	42.	4	合	B	西村 忠一	760	高松市松島町1丁目17番6号 (香川県高松合同庁舎内)	0878(31)3151 (内228)
	47.	4		B	佐藤 勝	790	松山市三番町8丁目234-2 (生活保健ビル内)	0899(21)3880
愛媛	48.	4	合	B	吉田 健男	780	高知市丸の内2丁目4-1 (保健衛生総合庁舎内)	0888(23)8609
	41.	4		A	永永 義明	812	福岡市東区箱崎貝塚4126-1	092(641)3501
福岡	44.	10	単単	B	広田 典祥	854	諫早市柴田町69-3	09572(6)5977
	47.	4		B	南 竜一	860	熊本市水道町9番16号	0963(56)3629
熊本	50.	9	単	B	雨宮 克彦	870	大分市荏隈町717番地の5	0973(44)9921
	49.	10		B	清水 純一	880	宮崎市霧島町600 (宮崎県総合保健センター内)	0985(27)5663
大宮	42.	4	単	B	中村 精吉	890	鹿児島市郡元3丁目3番5号	0992(55)0617
	49.	4		B	屋良 澄夫	901-02	島尻郡豊見城村字真玉橋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虎の門ビル内 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虎の門ビル内 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（分室）444-6502
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 ミツヤ四谷ビル内 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2-16-1 431-0668（全国たばこセンタービル内）
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	日本精神神薄弱者 愛 護 協 会	〒105 港区西新橋2-16-1 438-0466（全国たばこセンタービル内）
	全国教護院協議会	〒582 大阪府柏原市大字高井田813（修徳学園内） 0729-78-6083
	教育と医学の会	〒812 福岡市箱崎町（九大教育学部内） 092-771-4161
財団	神 経 研 究 所	〒162 新宿区弁天町91 260-9171
財団	安田生命社会事業団	〒170 豊島区東池袋1-34-5（安田生命池袋ビル内） 986-7021
社団	日本精神科看護技術協会	〒183 府中市紅葉丘3-54-15 0423-63-6664

代 表 者	主 たる 事 業 の 内 容	認 可 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	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) 山 木 正 淑	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
(理 事 長) 笠 松 章	精神医学の基礎的研究及び附属病院の経営	昭38. 11. 19
(理 事 長) 安 田 一	子供の精神衛生に関する啓蒙奉仕活動	昭40. 3. 26
(会 長) 伊 東 フ ザ エ	精神科看護の充実向上・精神衛生思想の普及等	昭51. 5. 15

我が国の精神衛生

(昭和57年版)

(精神衛生ハンドブック)

定 価 1,150円

送料実費

監 修 厚生省公衆衛生局精神衛生課

発行所 厚生環境問題研究会

東京都江東区牡丹3-8-4

太陽ビル2F

電話 (03) 643-6306

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