我が国の精神衛生

（精神衛生ハンドブック）

昭和59年版

監修　厚生省保健医療局精神保健課

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ケア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たって，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，精神障害の早期治療・予防といった面を強化することを始めとして，社会復帰対策の充実を図る必要があり，更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心の健康づくりを行っていく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健康被害に対する対策，更に高齢化社会を迎えての老人精神保健対策，戦後第二のピークを迎えている覚せい剤中毒に対する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であり，それだけにその内容を包括的に理解することは容易ではありません。

従来より，毎年「我が国の精神衛生」を発刊してまいりましたが，本年版から内容の充実改訂を行い，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座右の資料としてお使い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59年秋

厚生省保健医療局精神保健課長
野　村　　瞭

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)　脳器質性精神障害 …… 26
ア　老年期および初老期の器質性精神病 …… 26
イ　その他の器質性精神病 …… 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 …… 30
(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等 …… 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）…… 38
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
イ　入　　院 …… 39
(ア) 措　置　入　院 …… 40
a　入　院　措　置 …… 40
b　病状報告及び実地審査（法第29条の５第２項）…… 43
c　措　置　解　除 …… 43
d　仮　　退　　院 …… 43
(イ) 緊急措置入院 …… 44
(ウ) 同　意　入　院 …… 44
(エ) 仮　　入　　院 …… 46
(オ) 自　由　入　院 …… 47
ウ　通　　院 …… 47
(ア) 通院医療費公費負担制度 …… 48
a　通院医療費公費負担制度の概要 …… 48
b　通院医療費公費負担の手続 …… 48
(イ) 精神科デイ・ケアおよび老人デイ・ケア医療 …… 60
１）精神科デイ・ケア …… 60
a　精神科デイ・ケアの概要 …… 60
b　精神科デイ・ケアの施設基準 …… 62

c　精神科デイ・ケアの診療報酬 …… 62
2）老人デイ・ケア …… 62
a　老人デイ・ケアの概要 …… 62
b　老人デイ・ケアの施設基準 …… 62
c　老人デイ・ケアの診療報酬 …… 63
(ウ)　精神医療に係る社会保険診療報酬の取扱い …… 63
a　精神科作業療法 …… 63
b　精神療法 …… 63
c　精神科通院カウンセリング …… 63
(2)　医療施設体制 …… 64
ア　精　神　病　院 …… 64
(ア)　精神病院の現状 …… 64
(イ)　都道府県の設置義務 …… 64
(ウ)　指定病院制度 …… 65
イ　精神科診療所 …… 69
(3)　患者の人権の確保 …… 69
ア　精神障害者の人権 …… 69
イ　人権擁護のための法制度 …… 70
ウ　精神病院における不祥事の防止 …… 70
(4)　社会復帰対策 …… 75
ア　社会復帰対策の概要 …… 76
(ア)　精神病院内における対策 …… 76
(イ)　精神病院外における対策 …… 77
イ　社会復帰のための制度 …… 78
(ア)　通院患者リハビリテーション事業 …… 78
(イ)　社会復帰促進事業 …… 83
ウ　社会復帰施設 …… 86
(ア)　精神障害回復者社会復帰施設 …… 86
(イ)　デイ・ケア施設 …… 89
(ウ)　精神衛生社会生活適応施設 …… 93
3.　地域精神衛生対策 …… 99
(1)　地域精神衛生活動の目標と計画 …… 100
(2)　地域精神衛生活動の主体 …… 102
ア　保　　健　　所 …… 102
(ア)　保健所の性格及び機能 …… 102

(イ) 職員の業務 …… 102
(ウ) 精神衛生業務 …… 102
イ 精神衛生センター …… 105
(ア) 精神衛生センターの性格及び機能 …… 105
(イ) センターの組織 …… 106
(ウ) センターの職員 …… 106
(エ) センターの規模 …… 106
(オ) センターの事業用設備 …… 106
(カ) センターの業務 …… 106
ウ 精神病院等医療機関 …… 107
エ 社会復帰施設等 …… 108
4. 精神衛生の財政 …… 109
(1) 国民医療費における精神医療費 …… 109
(2) 精神衛生関係予算 …… 109
(3) 費用の助成 …… 111
ア 医療費公費負担 …… 111
(ア) 措置入院費 …… 111
(イ) 通院医療費 …… 115
(ウ) 同意入院費 …… 115
イ 措置入院に係る費用徴収 …… 115
ウ 医療費公費負担事務費 …… 116
エ 精神衛生センター等の運営費等補助 …… 116
(ア) 精神衛生センター運営費 …… 116
(イ) 精神障害回復者社会復帰施設運営費 …… 116
(ウ) デイ・ケア施設運営費 …… 116
(エ) 精神衛生社会生活適応施設運営費 …… 117
(オ) 通院患者リハビリテーション事業費（職親制度） …… 117
オ 精神病院等の施設整備費補助 …… 117
(ア) 精神病院 …… 117
(イ) 精神衛生センター等 …… 118
カ 精神病院等の設備整備費補助 …… 118
キ 地方交付税 …… 118
ク 資金融資 …… 119
(ア) 地方公共団体 …… 119
(イ) 個人および法人 …… 119

5. アルコール中毒対策 …… 121
(1) アルコールの疫学 …… 122
(2) アルコール関連問題 …… 127
ア アルコール関連身体的障害 …… 127
イ アルコール関連社会的障害 …… 128
ウ アルコール精神疾患 …… 129
a アルコール依存症 …… 129
b アルコール精神病 …… 131
c 急性アルコール中毒 …… 132
(3) 酒害予防対策と適正飲酒 …… 133
ア 酒害予防対策の対象 …… 133
イ 適正飲酒の普及 …… 134
ウ 相談指導 …… 135
エ 医療 …… 135
(ア) 入院医療 …… 135
(イ) 通院医療 …… 136
オ 地域対策 …… 136
(ア) 精神衛生センター …… 136
(イ) 保健所 …… 137
(ウ) 精神病院等医療機関 …… 138
(エ) 社会復帰施設 …… 138
(オ) 社会福祉関係機関 …… 138
(カ) 断酒会等民間団体 …… 138
(4) アルコール研修 …… 138
6. 覚せい剤中毒対策 …… 142
(1) 覚せい剤乱用の現状と対策 …… 142
(2) 覚せい剤の慢性中毒者等に対する医療保護 …… 150
(3) 今後の覚せい剤中毒者対策 …… 152
7. 老人精神保健対策 …… 158
(1) 保健事業 …… 159
(2) 老人精神保健対策 …… 159
ア 老人精神病棟の整備 …… 159
イ 「老人精神保健対策に関する意見」について …… 160
ウ 老人精神衛生相談事業 …… 165

3章　国立精神衛生研究所

1. 沿　　革 …… 168
2. 研究内容 …… 171
3. 研　　修 …… 174
4. 技術交流 …… 176
(1) 国内交流 …… 176
(2) 国際交流 …… 176

4章　諸外国における精神衛生

1. ＷＨＯの精神衛生活動 …… 178
2. アメリカにおける精神衛生の展開 …… 179
3. ヨーロッパの精神医療 …… 182
4. ソ連の精神医療 …… 190
5. 発展途上国の精神衛生 …… 190
6. む　す　び …… 191

5章　関連法規及び施設

1. 厚生省関係 …… 193
(1) 社会福祉事業法 …… 193
(2) 生活保護法 …… 193
(3) 児童福祉法 …… 194
(4) 老人福祉法 …… 195
(5) 精神薄弱者福祉法 …… 196
(6) 国民年金法及び厚生年金法 …… 197
ア 国民年金法 …… 197
イ 厚生年金法 …… 198
2. 文部省関係 …… 198
3 法務省関係 …… 198

(資　料　編)

Ⅰ　法　　令

1. 精神衛生法関係 …… 199
(1) 精神衛生法 …… 199

(2) 精神衛生法施行令 …… 214
(3) 精神衛生法施行規則 …… 217
2. 麻薬取締法関係 …… 223
(1) 麻薬取締法（抄）…… 223
(2) 麻薬取締法施行規則（抄）…… 229
(3) 覚せい剤取締法（抄）…… 230
(4) 大麻取締法（抄）…… 231

II 統計資料

表1 傷病（大分類）・年次別受療率（人口10万対）…… 234
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）…… 234
表3 傷病（小分類）・受療の種類別にみた全国推計患者数 …… 236
表4 在院期間別退院患者の年次推移（累積百分率）…… 237
表5 主要傷病・年次別受療率 …… 237
表6 病名別・性別・年令別在院患者数 …… 238
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 … 239
表8 都道府県別疾病別在院患者数 …… 240
表9 都道府県別年間入退院患者数等 …… 242
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 …… 243
表11 新規措置入院・措置解除・年末措置患者数の年次推移 …… 243
表12 在院患者数・措置患者数・医療扶助人員の年次推移 …… 243
表13 都道府県別精神衛生相談状況 …… 244
表14 都道府県別精神衛生訪問指導状況 …… 245
表15 精神衛生実態調査結果概要 …… 246

III 精神衛生年表 …… 249

IV その他

1. 各都道府県精神衛生窓口一覧 …… 258
2. 精神衛生センター一覧 …… 259
3. 主な関係団体一覧 …… 260

図 表 目 次

〔表〕 1. 昭和６年末の精神病者数 …… 6
2. 昭和６年末の施設数と収容人員 …… 6
3. 年次別精神障害者鑑定申請・通報・届出の処理件数 …… 41
4. 都道府県別開設者別精神病院数及び精神病床数（昭和58年） …… 66
5. 保健所における社会復帰等相談事業実績 …… 84
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 …… 105
7. 国民医療費に占める精神病医療費の割合 …… 110
8. 精神衛生関係予算 …… 112
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 …… 114
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） …… 114
11. 費用徴収基準額 …… 115
12. 大量飲酒者数（推計） …… 124
13. アルコール中毒患者数 …… 125
14. アルコール関連疾病死亡者数（人口動態統計調査） …… 126
15. アルコール依存徴候を有する精神病の分類 …… 131
16. 国立精神衛生研究所の組織 …… 170
17. 課程別研修修了者数（昭和58年３月まで） …… 175

〔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 …… 49
6. 精神科デイ・ケアのプログラム（例） …… 61
7. 精神障害者社会復帰体系図 …… 77
8. 酒害予防対策 …… 121
9. 酒類課税移出数量の推移 …… 123

10. アルコール精神疾患の分類 …… 129
11. アルコール依存症の概念 …… 130
12. 酒害予防対策と適正飲酒 …… 134
13. 覚せい剤取締法違反検挙人員の推移（警察統計）…… 143
14. 痴呆老人対策施策のフローチャート …… 158
15. 老人保健対策体系図 …… 160

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ういう状態をいうのであろうか。これは精神的な疾病にかかっていないことはもちろん，個人が社会の中で良い適応の状態において生活できていることと考えられる。この場合の適応というのは単に環境に順応するという意味ではなく，健康な社会生活を営むために環境を選択し，時にはこれを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狭義の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，母子保健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，不幸にして精神の健康を損ない，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。

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かつ重要なことである。

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

2. 精神衛生の歩み

(1) 明 治 初 期

明治初期においては，精神衛生対策としては全く法的規制のないままに推移していた。この時期においては，我が国の精神医学は進歩しておらず，精神病の治療は，そのほとんどが加持祈とうに頼っており，社寺の楼塔は精神病者の収容施設のごとき観があった。

明治の衛生行政が，本格的軌道に乗り出したのは，明治6年，文部省の医務課が医務局となり，7年に医制が発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，精神病者の大多数は，私宅に監置されて，家族の世話に任されていた。

しかしながら，漸次，近代西洋医学が導入され，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い，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俶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，

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年に「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「精神病者監護法」が33年３月に公布，同年７月１日から施行された。

精神病者監護法の内容は，

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年には精神病者救治会が設立されて日本で初めて精神衛生運動が行われるようになり，更に，日本神経学会も発足し，また39年，「官立医学校ニ精神科設置」の決議を行い，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年に，「官立精神病院設置」の決議がなされた。

(3) 精神病院法の制定

明治末年に至ってようやく近代国家としての体制を整えた我が国は，衛生行政の面においても新たな段階に入り，更に社会生活の複雑化に伴う精神障害者の増加と医学の一般の進歩は，監護の段階から医療対策へと前進せざるをえなかった。

更に，大正5年保健衛生調査会が設置され，6年6月30日精神障害者の全国一斉調査が行われ，精神病者総数は約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6万人の患者が医療の枠外にあるという実状，病院を含む精神病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，保健衛生調査会は，治療上及び公安上の理由から，精神病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 内務大臣に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。また内務大臣に第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骨子としている。

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

しかしながら，公立精神病院の建設は予算不足等のため遅々として進まず，わずかに大正14年に鹿児島保養院，昭和元年に大阪中宮病院，4年に神奈川芹香院，6年に福岡筑紫保養院，7年に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，病院数で約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。殊に戦時において精神病者の保護は全く顧みられず，精神病床も戦火による消失や経営難により閉鎖され，15年には約2万5千床もあった病床は，終戦時には約4千床にまで減少した。

戦後は，欧米の最新の精神衛生に関する知識の導入があり，かつ，公衆衛生の向上増進を国の責務とした新憲法の成立により，精神障害者の医療保護の徹底化と精神衛生が単に精神病の治療のみならず，その予防から広く一般国民の精神的健康の保持向上に及ぶべきであるという理念が台頭するようになり，昭和25年に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とおりである。

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対する公共の責任を明らかにした。

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，精神病質者もふくめた。

新しく規定されたこととして，

④ 精神障害発生の予防，国民の精神的健康の保持，向上の考え方がとりいれられ，精神衛生相談所や訪問指導の規定がおかれた。

⑤ 精神衛生審議会を新設して，関係官庁と専門家との協力による精神衛生行政の推進を図った。

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設けられた。従来は単に医師の診断だけに基づいて，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基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設け，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及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設けられた。

(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及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次第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，精神障害に関する発生予防から，治療，社会復帰までの一貫した施策を内容とする法の全面改正の準備がなされていた。ところがたまたま39年３月，有名なライシャワー事件が発生し，精神障害者の不十分な医療の現状が大きな社会問題となり，そのために準備中の法改正の必要性に一層の拍車が掛けられた。よって同年５月，厚生大臣は法改正について，その諮問機関である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中心への転換を推進するために，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図られた。

(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，単科精神病院において昭和40年に１日９千人の通院患者であったものが，昭和50年には2.2万人昭和57年には2.8万人にもなっており，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57年37.6万件と６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，58年には3.7万人となり，これらの変化は医療技術の進歩とともに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」を実施している。保健所においても昭和50年度「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通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」が始められている。

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週間は，人間の精神機能を司る脳の発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な有害因子から胎児の健全な発育を守ることである。強い外力，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発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は，脳の全体的な発育不全であり，麻痺や痙れんなどの神経症状や知能障害を起こす。これらの外因の多くは予防可能であり，その意味で胎生期へ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を示す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。

いずれにしても，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，授乳を通して確立される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，マスメデイ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，成人へ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，子どもはその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大切な意味をもつ。

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，教育相談や児童精神科外来相談への主訴としてもっとも多い登校拒否を初めとして，さまざまの形の心身症，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，さまざまの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，社会的にもっ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，自己の同一性を確立しようとする。社会の矛盾を批判し，それに抗して理想を実現しようと願うが，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であろう。

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起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，校内暴力，長期留年，自殺企図，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不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令でもある。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，犯罪へと導くことも多い「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に治療を行い，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を惹起する要因となっている。この時期にこ

うした問題に遭遇することは，家族や周囲の人々にとってかなり重荷になるという意味で，社会的な影響も大きく，精神衛生をきわめて不安定にさせる。

中高年の管理者層を襲ういわゆる「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，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。こうした問題と並んで，ノイローゼ，うつ病，心身症，精神分裂病といった疾病と診断されるものも存在する。このうち，昇進うつ病や，同僚に遅れを取ったためのうつ病，定年退職後のうつ病には特に注意する必要がある。また自殺・アルコール依存症や覚醒剤中毒も，この時期には多く発生する。なお男性，企業人とは別に考えねばならな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。特に現在では多くの主婦が育児や児童の家庭教育を一通り終えた時が精神的な危険となる。また嫁，姑の問題や年老いた親の世話，近隣との問題なども精神的不健康のきっかけとなり得るし，更年期障害といわれる自律神経の失調状態は殆んどの場合，上記の心理的要因と相埃って出現する。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。

このような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である。

(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老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がもたれてきている。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のあり方などさまざまな問題が注目されている。

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，記銘力，記憶力や知能の低下が起こり，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こり，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人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策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て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うことができるが，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示すようになった。その広がりは，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，今後も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，問題と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ってよいだろう。

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それが不可能となる。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された施設収容，専門家の手が及ばない家庭内での介護という現状をなるべく打破して医療と家庭が直結できるようにしなければならないが，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ってよいであろう。

(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われることは，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，体制が整えにくく，積極的に取り組みに

くいことは否定できない点である。

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，家庭内暴力，校内暴力などの現象がそれであるが，軽度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原因を探り，対策を講ずるか，また必要とされるケアをどこが担い，その費用負担はどうなるかなど，多くの課題が残されている。

(3) 職場と精神衛生

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，他方では職場関係で「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を明確にできない限り，不用意に幅を広げることもできない。

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をしぼりたい。

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があまり広くなり過ぎるという批判も起きるであろう。

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先進諸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，先天性代謝異常，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好発し，自我障害，幻覚，妄想，などの特徴的で奇異な精神症状や，緊張病性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つ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が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に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

強い焦燥気分に襲われることもある。

ふつう数ヵ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闘に襲われる。また夕方になると少し気分が楽になる，というように気分に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，老後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，身近かの人がだれだか分らなくなったり，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，多発性硬化症，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。かっては，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されていたが，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。しばしば多発性神経炎を伴う。

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が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（物質常用病）

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，麻薬による陶酔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称されている。覚醒剤（アンフエタミン），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恢復する。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 や神経ベーチェ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けいが必要となる場合があり，その

ような連けいを特にリエゾン精神医学ということがあるが，これはもちろん症状精神病の場合に限るものではない。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もなうことがある。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，さまざまなタイプに分けられる。

(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，さまざまな行動障害，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うもので，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。心理的社会的要因よりも主として身体的な要因がその成因としてかかわっている。例えば，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などがある。また，特殊な原因として，染色体異常（ダウン症候群など），先天性代謝異常（フ

エニールケトン尿症，ガーゴイリズム，ニーマンピック病など），母斑症に伴うもの（スタージウェーバー病など）などがある。

フエニールケトン尿症は，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年以内に低フエニー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対人的接触に異常がみられる，同一性保持，などの変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。このほか，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的とする予防衛生行政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的とする保健衛生行政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的とする環境衛生行政④医療の普及向上や供給体制の整備等を目的とする医事衛生行政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，厚生省の保健医療局（老人保健部を付置），生活衛生局（水道環境部を付置），健康政策局及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，課又は係）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，厚生省では保健医療局の精神保健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及び公衆衛生審議会が置かれている。

国立精神衛生研究所は，昭和27年に千葉県市川市の国立国府台病院敷地内に設置され，精神衛生に関する基礎的及び応用的問題についての総合的な調査研究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枢的役割を担っている。

現在の組織は，精神衛生部・児童精神衛生部・老人精神衛生部・社会精神衛生部・精神身体病理部・優生部・精神薄弱部・社会復帰相談部の研究８部と総務課から成っており，研究職29人を擁している。

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などから任命される。

同審議会には精神衛生部会が設置され，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。

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41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，精神衛生に関する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

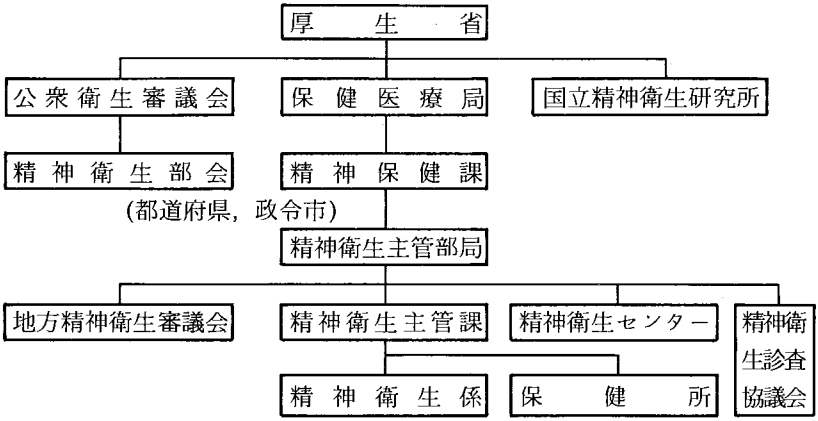
事の諮問に答え，又は自ら意見の具申を行いうる権能をもつものとなっている。

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58年7月現在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又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

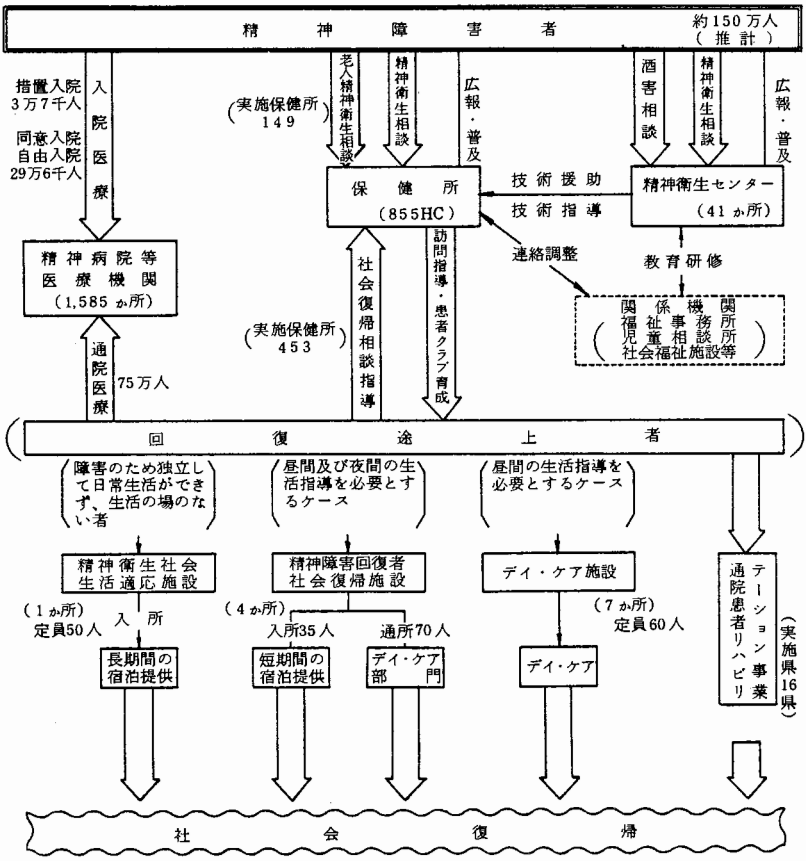


2. 精神障害者対策

「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 (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，医療技術の進歩，社会情勢の変化等を背景とした昭和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



(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の独特な性格を有した制度に伴った医療体制が組まれており，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。

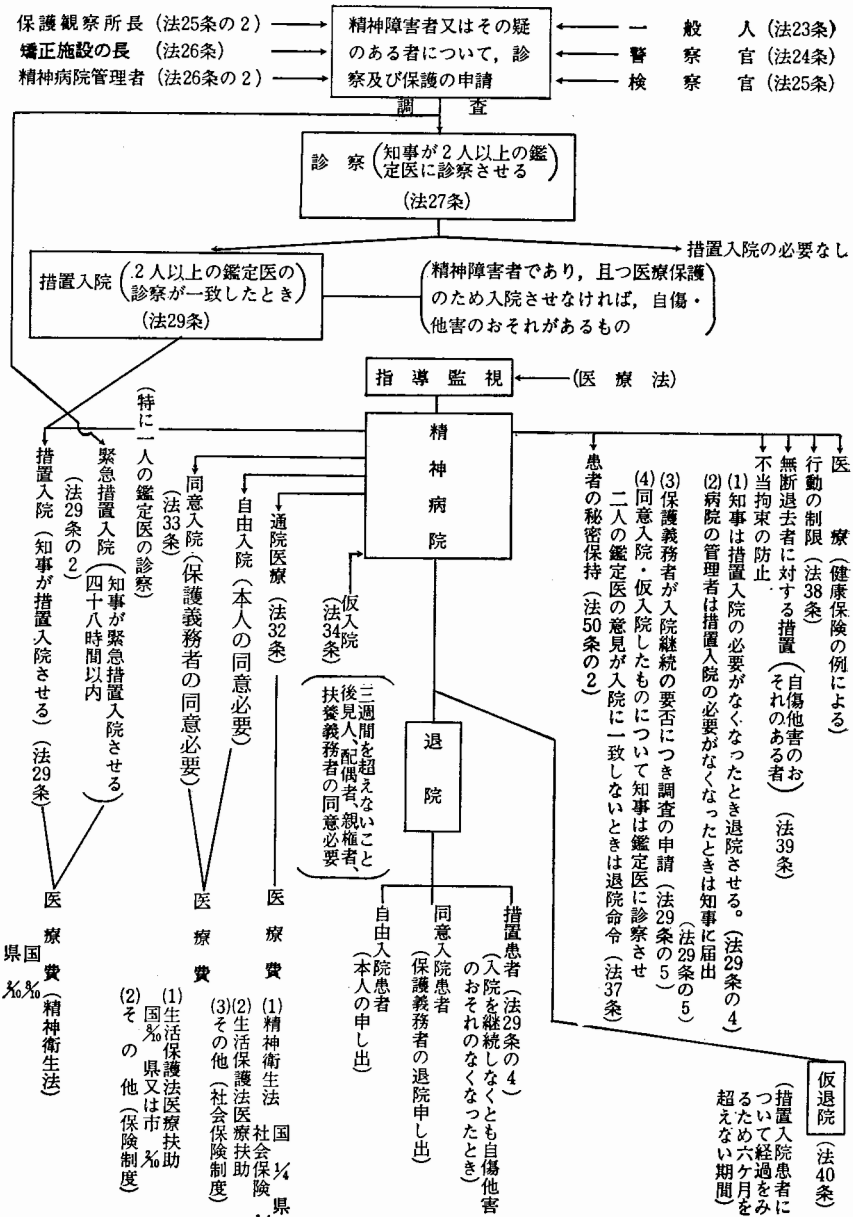
さらに新しい通院医療の形態としてデイ・ケアやナイト・ケアも考えられているが，我が国ではデイ・ケアの発展が期待されている。

ア 精神衛生鑑定医制度等

(ア) 精神衛生鑑定等医

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，その医療保護は，本人の意思のいかんにかかわりなく必要に応じて行われなければならず，強制的な手段もとりうることとせざるを得ない。しかしながら，それは同時に人身の自由の拘束となり，一歩誤れば人権の侵害にもなるので，その執行には慎重な配慮を必要とする。すなわち，医療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


保護観察所長（法25条の2）
矯正施設の長（法26条）
精神病院管理者（法26条の2）
精神障害者又はその疑のある者について，診察及び保護の申請
一般人（法23条）
警察官（法24条）
検察官（法25条）
調査
診察（知事が2人以上の鑑定医に診察させる）（法27条）
措置入院の必要なし
措置入院（2人以上の鑑定医の診察が一致したとき）（法29条）
（精神障害者であり，且つ医療保護のため入院させなければ，自傷・他害のおそれがあるもの）
指導監視
（医療法）
精神病院
（特に一人の鑑定医の診察）
緊急措置入院（知事が緊急措置入院させる）（四十八時間以内）（法29条の2）
措置入院（知事が措置入院させる）（法29条）
医療費　県国 1/10 9/10（精神衛生法）
同意入院（保護義務者の同意必要）（法33条）
医療費
(1)生活保護法医療扶助　国 9/10　県又は市 1/10
(2)その他（保険制度）
自由入院（本人の同意必要）
通院医療（法32条）
医療費
(1)精神衛生法　国 1/4　県 1/2
(2)生活保護法医療扶助　社会保険 1/4
(3)その他（社会保険制度）
仮入院（法34条）
（三週間を超えないこと　後見人、配偶者、親権者、扶養義務者の同意必要）
退院
自由入院患者（本人の申し出）
同意入院患者（保護義務者の退院申し出）
措置患者（法29条の4）（入院を継続しなくとも自傷他害のおそれのなくなったとき）
医療（健康保険の例による）
行動の制限（法38条）
無断退去者に対する措置（自傷他害のおそれのある者）（法39条）
不当拘束の防止
(1)知事は措置入院の必要がなくなったとき退院させる。（法29条の4）
(2)病院の管理者は措置入院の必要がなくなったときは知事に届出（法29条の5）
(3)保護義務者が入院継続の要否につき調査の申請（法29条の5）
(4)同意入院・仮入院したものについて知事は鑑定医に診察させ二人の鑑定医の意見が入院に一致しないときは退院命令（法37条）
患者の秘密保持（法50条の2）
仮退院（法40条）
（措置入院患者について経過をみるため六ケ月を超えない期間）

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 (法第18条)。

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 (運用で5年以上としている。) 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 (法第27，37条)。

精神衛生鑑定医の数は，昭和58年6月末現在で3,789名であり勤務場所では国立病院334名，都道府県立病院274名，市町村立病院113名，公的医療機関92名，個人立及びその他法人立病院2,686名，県本庁13名，保健所13名,精神衛生センター38名，その他226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，障害者の人権の保護を図っている。

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。

c　検察官からの通報 (法第25条)

検察官が，請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。ただ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たとき

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

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。

e 矯正施設の長からの通報（法第26条）

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

f 精神病院の管理者の届出（法第26条の２）

精神病院の管理者は，入院中の精神障害者であって，第29条第１項の要件に該当すると認められる者から退院の申出があったときは，直ちに，その旨を最寄りの保健所長を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58年中の精神病院の管理者からの届出は260件であり,そのうち法29条該当者は250件となっている。

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しない場

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，同院入院，仮入院等の規定を設け精神障害者の医療保護を行っている。

(ア) 措置入院

a 入院措置

措置入院制度は，入院させなければ自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれのある精神障害者を法第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。

法第27条は，一般人からの申請と警察官，検察官，保護観察所の長あるいは矯正施設の長からの通報，精神病院の管理者からの届出があった場合（法第23～26条の２。表３）又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，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又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，その者を本人又は保護義務者の同意の有無にかかわりなく強制的に国・都道府県立精神病院又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。

なお，鑑定医の診察の前提となる一般人の申請については，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，障害者の人権の保護を図っている。

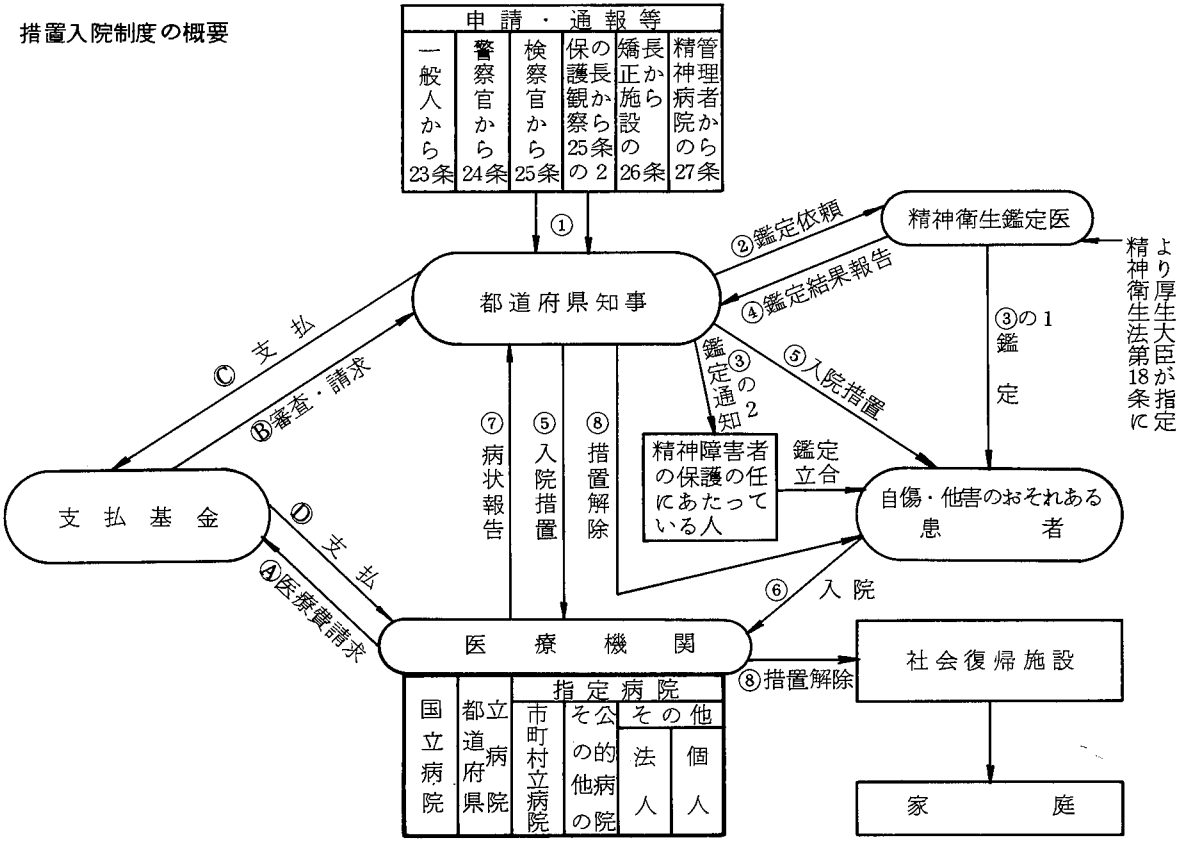
この措置入院の制度は従来から存在していたが，昭和36年10月に精神衛生法が改正され，措置入院患者の医療費支払方法が統一され，措

表3　年次別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			警察官からの通報			検察官からの通報			保護観察所長からの通報			矯正施設の長からの通報			精神病院管理者からの届出		
	申請通報届出件数	法第29条該当症状の者	%	申請件数	法第29条該当症状の者	%	通報件数	法第29条該当症状の者	%	通報件数	法第29条該当症状の者	%	通報件数	法第29条該当症状の者	%	通報件数	法第29条該当症状の者	%	届出件数	法第29条該当症状の者	%
40	33,965	17,590	51.8	26,698	13,417	50.3	5,407	3,362	62.2	1,167	648	55,5	−	−	−	693	163	23.5	−	−	−
41	32,052	18,258	57.0	23,433	13,294	56.7	6,046	3,668	60.7	1,165	600	51,5	116	25	21.6	749	189	25.2	543	482	88.8
42	31,109	19,098	61.4	22,524	13,936	61.9	5,819	3,587	61.6	1,018	567	54,1	131	32	24.4	689	159	23.1	898	817	91.0
43	28,885	18,319	63.4	19,967	12,848	64.3	6,007	3,863	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	5,117	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	55.1	6,558	5,417	67.4	4,836	2,911	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
57	8,390	3,438	41.0	2,213	1,391	62.9	4,394	1,311	39.8	1,169	409	35,0	30	5	16,7	327	73	22.3	257	249	96.9
58	7,480	3,293	44.0	2,056	1,333	64.8	3,761	1,249	33.2	1,100	402	36,5	24	5	20,8	279	54	19.4	260	250	96.2

資料：衛生行政業務報告

図4　措置入院制度の概要



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　病状報告及び実施審査 (法第29条の5第2項)

措置入院患者の措置症状が消失したにもかかわらず，入院措置の処分が継続して行われないようチェックするための制度であり　都道府県知事は，病院管理者に対し，6カ月の範囲内で定期的に，又は随時，病状報告を求め，これを鑑定医で構成する病状診査委員会で診査することとしている。

また鑑定医による実施審査は原則として各患者につき年1回実施し，これ以外にも必要に応じて行うこととしている。

c　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，知事は自傷他害のおそれがないと認められるに至ったときは，その患者を収容している病院の管理者の意見を聴いた上で直ちに退院させなければならない (法第29条の4)。また，病院の管理者は，自傷他害の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知事に届け出なければならない (法第29条の5第1項)。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くい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，本人又は保護義務者からの調査請求 (法第29条の5第3項) 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。

d　仮　退　院

措置入院患者を一時的に退院させて経過をみることが適当であると認められるとき，病院管理者は都道府県知事の許可を得て，6カ月を超えない範囲で仮退院させることができる (法第40条)。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又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，本人又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1名の診察は必要とされるし，収容施設は国・都道府県立精神病院若しくは指定病院である。

緊急措置入院の期間は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

措置入院及び緊急措置入院は，都道府県知事の権限に基づき，本人又は関係者の同意の有無にかかわりなく行われ，公的な医療及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，私的な医療及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，その者が医療及び保護のために入院の必要があると認められること，及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第20条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又はその者が保護義務を行うことができない場合は法第21条により市町村長が保護義務者となる。

精神病院の管理者は，同意入院の措置を執ったときは同意書を添えて都道府県知事に届け出ることになっている (法第36条)。知事は届出内容に疑問があるときその他必要があると認められるときは，実地審査を行って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 (法第37条)。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。

58年中の同意入院及び仮入院の届出数は172,489 件となっている。

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。

○精神障害者の取扱について

昭和 32 年 8 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　入院にあたっての精神障害者の取扱

(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って、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)　入院させるにあたっては、医師が本人に面接もせずに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った場合、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って調査をする必要があると思われるときは、放置しておくことなく速やかに当該吏員をして調査せしめるものであること。当該吏員が調査した結果、入院の要否について疑問があると考えられるときは鑑定医を派遣して診察を行わしめ、また同意した保護義務者が法第20条に規定する保護義務者であるかどうか疑わしいときは当該病院長に対しその確認を命ずること。

(ホ)　精神病院の長は、入院に当り本人が入院を希望する場合であ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。

(エ)　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ってその診断に相当の日時を要すると認める者を，その後見人，配偶者，親権を行う者その他の扶養義務者の同意がある場合に，本人の同意がな

くても，3週間を超えない期間，仮に精神病院へ入院させることができるという制度である。本人の同意を要件とせず，また特定の者の同意を必要とする点で同意入院と同じ性質のものであるが，同意入院が精神障害者の医療及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。

仮入院の場合も同意入院と同様，届出の義務，実施審査及び退院命令が規定されている。

(オ) 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，理非を弁別しうる者もあり，それらの者の入院及び退院については，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得ると医師が判断したものだけであり，保護室，閉鎖病棟等医療保護上行動制限が必要な患者は当然この対象とはならない。

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。

(ア) 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。

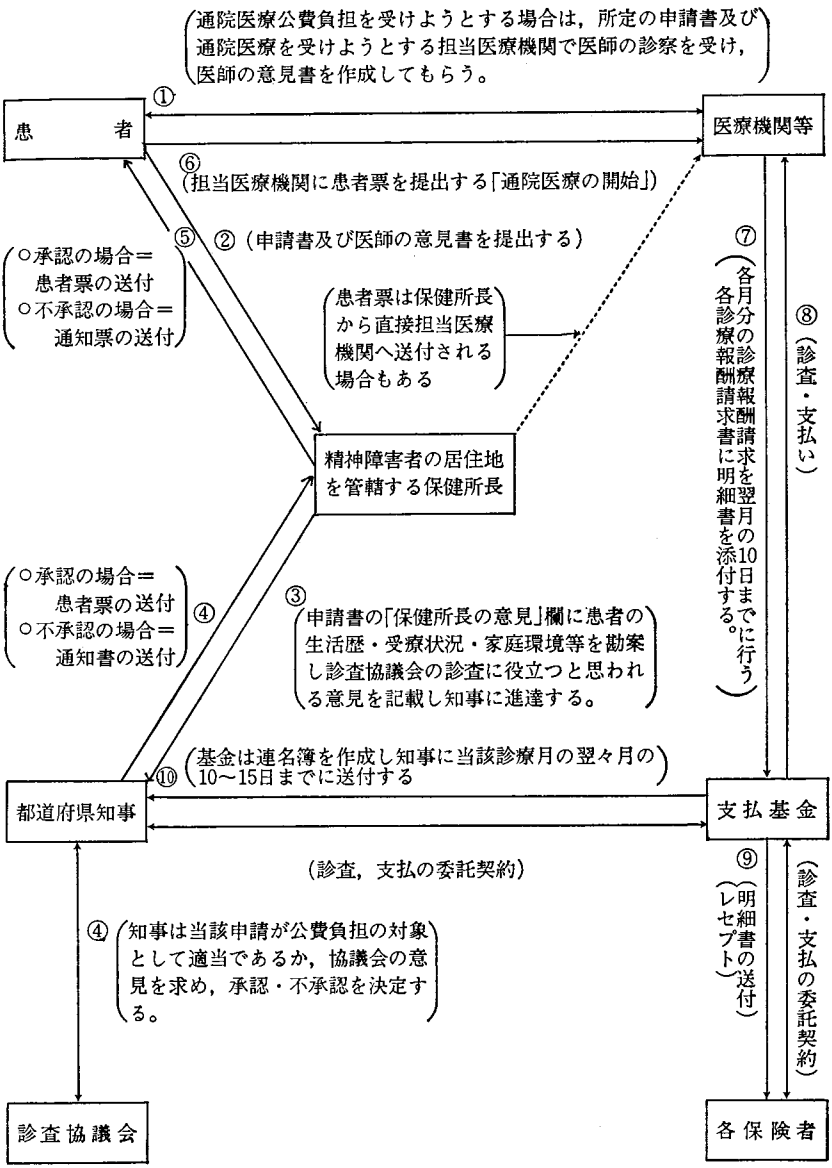
④ 公費負担される費用の額の算定並びに審査及び支払の事務の委託については，健康保険の例によること。

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 衛生発第648号　公衆衛生局長通知) によっている。

図5　通院制度の概要


(通院医療公費負担を受けようとする場合は，所定の申請書及び通院医療を受けようとする担当医療機関で医師の診察を受け，医師の意見書を作成してもらう。)
①
患　　者
医療機関等
⑥
(担当医療機関に患者票を提出する「通院医療の開始」)
⑤
②（申請書及び医師の意見書を提出する）
(○承認の場合＝患者票の送付
○不承認の場合＝通知票の送付)
(患者票は保健所長から直接担当医療機関へ送付される場合もある)
⑦
(各月分の診療報酬請求を翌月の10日までに行う
各診療報酬請求書に明細書を添付する。)
⑧
(診査・支払い)
精神障害者の居住地を管轄する保健所長
(○承認の場合＝患者票の送付
○不承認の場合＝通知書の送付)
④
③
(申請書の「保健所長の意見」欄に患者の生活歴・受療状況・家庭環境等を勘案し診査協議会の診査に役立つと思われる意見を記載し知事に進達する。)
(基金は連名簿を作成し知事に当該診療月の翌々月の10～15日までに送付する)
⑩
都道府県知事
支払基金
(診査，支払の委託契約)
⑨
(明細書の送付
レセプト)
(診査・支払の委託契約)
④
(知事は当該申請が公費負担の対象として適当であるか，協議会の意見を求め，承認・不承認を決定する。)
診査協議会
各保険者

○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59年10月１日健医発第 389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負担の申請については，申請者に次に掲げるものの提出を求めること。

ア　申請書（別紙様式第１号）

イ　意見書（精神衛生法施行規則別記様式第３号）

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

（記載上の注意事項）

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

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

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

クロルプロマジン……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　テトラベナジン……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こと。

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。

(ア)　精神障害者通院医療費公費負担変更申請書（別紙様式第4号）

(イ)　患者票

2　変更内容の承認決定

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

第4　医療の範囲及び治療方針

公費負担の行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。

なお，昭和58年衛精第４号厚生省公衆衛生局精神衛生課長通知「老人精神障害者の通院医療に係る診療方針等に関する疑義について」を参照のこと。

2　法第32条第１項に規定する医療を受けた者につ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するときは，療養の給付，老人医療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ること。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において，国民健康保険法による療養の給付（特定療養費の支給を含む。）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費用の請求を併せて行う場合には，療養取扱機関の療養の給付，老人医療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49年厚生省令第13号）によること。

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

※保健所名	
※受理年月日	

精神障害者通院医療費公費負担申請書

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　明 ・　大　　年　　月　　日 女　昭	住　所	
被保険者等の別	健保（本人，家族），国保（一般，退職本人，退職家族），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（なお，申請者が老人保健法第25条の規定による医療を受けることができる者である場合には，加入している保険等の該当欄に○印をつけるとともに、「その他（　）」の中に「老保」と記入すること。）。
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　　印

昭和　　年　　月　　日交付

公費負担者番号	
公費負担医療の受給者番号	

受給者	氏名			病名		5 検査	
	生年月日		性別	男・女	治療の種類	1 薬物療法	
	住所					2 痙れん療法	
被保険者等の別	健保（本人，家族），国保（一般，退職本人，退職家族），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（　　）					3 駆梅療法	6 その他の治療
有効期間	自 昭和　年　月　日 至 昭和　年　月　日					4 精神療法	
担当医療機関	名称						
	所在地						
保護義務者	氏名			患者との続柄		備考	
	住所						

別紙様式第３号

番　　号
昭和　　年　　月　　日

通　　知　　書

申 請 者

殿

都道府県知事名　　㊞

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

※保健所名	

精神障害者通院医療費公費負担変更申請書

昭和　　年　　月　　日

都道府県知事　殿

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 昭和 年 月 日 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とする。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，不自然な姿態，しかめ顔，尖り口，ひねくれ，衒奇，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発育障害のため，人格に異常をきたしており，けんか，暴行をしたり，窃盗などの反社会的行為をするものも少なくない，これらのなかには通院医療の対象となるものもある。

痴呆の場合にも，知能障害とともに，情意の減退，情動失禁，感情の不安定など，いろいろな精神症状がみられるので，通院医療が必要である。これらの疾患のなかには進行麻痺，老年痴呆，脳動脈硬化性精神病，頭部外傷後遺症，慢性ア

ルコール中毒などのように，同時に身体的治療を必要とするものも多い。また，てんかん，脳炎後遺症などでは，7で述べる人格変化が強いので，それに対する治療も欠くことができない。

7　人格の病的状態

すべての病的人格をいう。すなわち，精神病質の他脳炎後遺症，頭部外傷後遺症などの脳器質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痙れんの起ることがあるので，入院を要することが多い。

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

第2　治　療　方　針

1　法第32条による通院医療（精神障害に附随する傷病を除く）の治療方針は，社会保険による精神科治療指針（昭和36年10月29日保発第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，アルカリフオスターゼ

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。

(イ) 精神科デイ・ケアおよび老人デイ・ケア医療

1) 精神科デイ・ケア

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，レクリェーション活動，創作活動，生活指導，療養指導等であり，通常の外来診療に併用して計画的かつ定例的に行う。

このデイ・ケアの治療対象は，精神分裂病等の重いものからノイローゼ程度の軽いものまで幅広く適応され，入院医療ほどではない

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 (プログラム行事予定検討) ☆
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	
12：00～13：00 昼休み (食事指導)	〃 (〃)	〃	〃 (〃)	〃 (〃)	
クラブ 手芸 華道 茶道 書道 家事指導 表現体操◎ 13：00～15：00	クラブ 音楽◎ スポーツ	(自由グループ)	13：00～15：00 絵画◎ 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）

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

施設基準は昭和59年３月１日に改正されたが，その主な内容は次のとおりである。

(1)　精神科医師及び専従する３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１人）の４人で構成される従事者が必要であること。

(2)　患者数は当該従事者５人に対しては，１日50人を限度とするものであること。

(3)　当該専用の施設の広さは，100平方メートル以上とし，かつ，患者１人当たりの面積は６平方メートルを標準とするものであること。

c　精神科デイ・ケアの診療報酬

１日について200点であり，デイ・ケアの一環として食事を給与した場合にあっては40点を加算する。

2)　老人デイ・ケア

a　老人デイ・ケアの概要

老人デイ・ケアは初老期痴呆，老年痴呆，脳血管性痴呆のほか，脳の外傷，代謝障害等種々の要因による痴呆等の精神症状を有する患者の心身機能の回復又は維持を目的として行うものである。

b　老人デイ・ケアの施設基準

施設基準は昭和59年３月１日に改正されたが，その主たる内容は次のとおりである。

(1)　医師及び専従する作業療法士又は専従する精神科デイ・ケアの経験を有する看護婦（士）がそれぞれ１人以上勤務すること。

(2)　患者数は，従事者２人に対し，１単位25人以内とし１日２単位

を限度とするものであること。

(3) 当該専用の施設の広さは，45平方メートル以上が基準となるものであり，かつ，1単位の1人当りの面積は3平方メートルを標準とすること。

c 老人デイ・ケアの診療報酬

1日につき100点であり，治療の一環として食事を給与したときは，40点を加算する。

(ウ) 精神医療に係る社会保険診療報酬の取扱い

精神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科作業療法，精神療法，精神科通院カウンセリング等が認められているが，これらの概要は次のとおりである。

a 精神科作業療法

精神科作業療法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る。1人の作業療法士は，1人以上の助手とともに当該療法を実施し，1日当りの取扱い患者数は75人を標準とする。診療報酬は1日につき70点である。

b 精神療法

精神療法とは，精神神経症や精神障害の患者に対して，一定の治療計画に基づいて精神面から効果ある心理的影響を与えることにより，これらの精神疾患に起因する不安や葛藤を除去し，情緒の改善を図り洞察へと導く治療方法を総称するものである。その適応症は，精神神経症，精神分裂病，躁うつ病等の精神障害であり，精神薄弱及び痴呆は除かれる。診療報酬は1回につき60点である。

c 精神科通院カウンセリング

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法である。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。診療報酬は1回につき200点である。

(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，58年6月30日現在で1,585施設，323,004床，人口1対27.3床である。また在院患者数は333,854人であり，病床利用率はほぼ103％となっている。

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条により精神病院又は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58年6月末現在開設者別にみると国立，都道府県立，市町村立，日赤・済生会・厚生連等の公的医療機関，個人立及びその他の法人立のものがありその内訳は表4のとおりとなっている。

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

(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し的確妥当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，58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，国及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57年6月30日現在の指定病院は1,021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たときは指定を取り消すことができることとされている。

表 4　都道府県別開設者別精神病院数及び精神病床数（昭和58年）

	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	2	280	3	126	4	726	18	2,280
青森	−	−	1	41	1	240	6	573
岩手	1	300	−	−	3	763	2	180
宮城	1	48	1	74	1	354	−	−
秋田	−	−	1	36	−	−	5	390
山形	−	−	1	40	1	350	4	281
福島	−	−	−	−	3	430	1	80
茨城	1	17	1	41	1	611	−	−
栃木	−	−	−	−	1	200	−	−
群馬	−	−	1	40	1	372	1	160
埼玉	−	−	1	26	−	−	−	−
千葉	3	1,090	1	60	−	−	3	516
東京	3	867	7	52	7	1,781	2	71
神奈川	3	405	−	−	3	644	3	126
新潟	1	300	1	80	3	644	−	−
富山	1	190	1	20	1	120	4	357
石川	1	48	1	46	1	350	2	150
福井	−	−	−	−	1	380	1	100
山梨	−	−	−	−	1	300	−	−
長野	1	280	1	40	2	360	−	−
岐阜	−	−	2	38	1	120	2	142
静岡	−	−	1	37	1	410	2	170
愛知	2	258	2	62	3	772	3	242
三重	1	260	1	40	3	801	1	50
滋賀	−	−	1	45	−	−	−	−
京都	1	155	2	34	2	463	−	−
大阪	2	96	2	80	2	892	3	97
兵庫	−	−	2	60	3	723	1	113
奈良	1	200	−	−	1	80	−	−
和歌山	−	−	−	−	2	490	4	597
鳥取	1	300	1	42	−	−	1	108
島根	−	−	1	40	2	349	3	120
岡山	−	−	1	76	1	240	−	−
広島	2	400	−	−	1	50	4	455
山口	1	55	1	51	1	200	−	−
徳島	−	−	1	45	1	100	1	200
香川	2	150	−	−	1	353	4	364
愛媛	−	−	1	40	1	50	1	104
高知	−	−	1	14	1	193	1	50
福岡	1	100	1	93	1	452	−	−
佐賀	1	573	1	26	−	−	−	−
長崎	1	55	1	50	2	335	1	55
熊本	2	200	1	40	1	250	−	−
大分	1	40	1	30	−	−	−	−
宮崎	−	−	1	40	1	391	−	−
鹿児島	−	−	1	45	1	363	−	−
沖縄	1	350	−	−	3	406	−	−
合計	38	7,017	49	2,250	71	17,108	84	8;131

資料：病院報告（確定版）

(58. 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	1,228	43	9,441	43	5,625	125	19,686
1	111	11	2,957	4	549	26	4,471
−	−	11	2,467	5	774	22	4,484
−	−	15	2,897	7	742	25	4,115
3	490	11	2,579	6	784	26	4,279
−	−	6	1,532	3	333	15	2,536
4	426	24	5,548	8	1,062	40	7,546
−	−	30	6,416	6	564	39	7,649
4	480	22	4,826	3	459	30	5,965
−	−	15	4,413	2	329	20	5,314
2	447	25	6,582	18	2,380	46	9,435
−	−	28	8,003	10	872	45	10,541
1	50	67	7,409	29	5,103	116	25,633
−	−	36	8,847	11	1,912	56	11,934
4	483	17	4,188	4	709	30	6,404
1	68	−	−	21	2,881	29	3,636
−	−	8	1,960	5	1,110	18	3,664
−	−	6	1,280	2	244	10	2,004
−	−	9	2,356	−	−	10	2,656
5	671	16	3,348	7	994	32	5,693
1	54	11	3,154	2	219	19	3,727
−	−	17	4,261	11	1,982	32	6,860
1	100	30	8,253	4	2,963	55	12,650
2	350	9	2,582	4	698	21	4,781
2	250	6	1,295	2	367	11	1,957
−	−	15	6,173	2	312	22	7,337
2	134	42	6,377	12	2,328	65	20,004
−	−	24	6,589	12	2,822	42	10,307
−	−	7	1,806	1	181	10	2,267
−	−	5	1,477	2	450	13	3,014
−	−	6	1,219	2	218	11	1,887
1	70	7	1,464	3	466	17	2,509
−	−	18	4,634	3	210	24	5,160
2	225	17	4,394	16	2,401	42	7,925
−	−	17	3,843	11	1,527	32	5,676
1	59	12	2,979	5	759	21	4,142
−	−	6	2,264	4	929	19	4,060
−	−	18	4,302	2	339	23	4,835
−	−	20	3,510	4	232	27	3,999
−	−	58	1,600	42	7,034	102	19,279
−	−	11	2,548	6	814	19	3,961
−	−	15	4,313	18	3,278	38	8,086
−	−	34	7,375	7	880	45	8,745
1	200	13	3,042	8	1,061	24	4,373
−	−	19	4,846	4	389	25	5,666
−	−	34	6,983	12	1,609	48	9,000
−	−	4	952	9	2,340	18	4,048
50	5,876	880	219,284	413	64,234	1,585	323,900

精神衛生法第5条による指定病院の指定基準

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

1　目　　的

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

2　指　定　基　準

(1)　医療法等各種法令を遵守していること。

(2)　医師の定数は特殊病院に置くべき医師その他の従業員の定数について（昭和33年10月2日厚生省発医第132号各都道府県知事宛。厚生事務次官通知）の記の1に示すとおり入院患者の数を3，外来患者の数を2.5をもって除した数との和が52までは3とし，それ以上16又はその端数を増すごとに1を加えた数を有すること。

(3)　指定病院の医師のうち少なくとも1名は精神衛生鑑定医であるか又は法第18条に定める精神障害の診断又は治療に関し少なくとも3年以上の経験がある医師であること。

(4)　健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法（昭和33年6月厚生省告示第177号）に規定する基準給食の承認を受けていること。

(5)　指定病院の病床数(注)は，百床以上であること。ただし，当該病院の所在する地域の精神病院の実情，当該病院の管理運営の状況等をかん案し特にこれを指定病院として指定する必要があると認められる病院であって50床以上の精神病床を有するものについては，この限りでないこと。

(6)　指定病院の施設は，医療法に定めるものの外，次の基準によらなければならないこと。

ア　デイルーム（患者が通常使用する寝室以外の室であって，もっぱら患者の談話，娯楽，生活指導等の用に供する室をいう。）及び食堂を有すること。ただし，相互に兼ねることをさまたげない。

イ　保護室（自傷他害のおそれのある患者についてその行動について必要な制限を行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傍すぬ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

	4747年年	50　年	53　年	56　年
一般診療所数	70,734	73,114	75,479	77,909
内 精 神 科	688	779	991	1,159

(病院報告)

一般診療所の患者数推計 (外来)

	50年	52年	53年	54年	55年	56年	57年
精神障害	24,152	17,362	21,059	17,549	18,930	22,869	32,593
内 精 神 分 裂 病	314	106	1,924	745	547	3,049	2,565

(患者調査)

(3)　患者の人権の確保

ア　精神障害者の人権

病者である患者の人権は，精神障害者の場合にとどまらず一般的に尊重しなければならないのは当然である。近年，患者の権利意識が高まってきたこともあり，医療従事者との関係において，また診療の過程において患者に対する人権的配慮が具体的になされるようになった。しかし，精神障害者の場合には，責任能力や適切な判断能力を欠くことがあり，そのため措置入院や同意入院の制度にみられるように患者本人の同意がなくとも入院せしめたり，病状によっては止むを得ず閉鎖病棟や保護室への収容等，患者の行動を制限することがある。これらの措置は精神衛生法で認められ

てはいるが，定められた手続きを経ていない入院や医学的に必要がないにも拘わらず入院させられている状態，また許容される範囲をこえて行動の制限を患者に課している場合などは違法であり，人権侵害となる。

このように精神医療はその特殊性から常に人権上の問題と対峙する宿命を負っている。したがって行政的にも患者の人権侵害が起こらないよう精神病院に対する指導を行っていく必要がある。

イ　人権擁護のための法制度

本人の同意なしに入院させられる精神障害者の人権は，精神衛生法及びその他の法律により擁護される仕組みとなっている。

措置入院は都道府県知事の行政権限による強制収容であるが，２名以上の精神衛生鑑定医の診察結果が一致した場合に限られ，入院中は６か月の範囲内で定期に病状報告が病院管理者から知事に提出されている。さらに必要に応じて精神衛生鑑定医による症状チェックが行われることになっている。これらの結果，措置症状がないと認められれば直ちに措置入院を解かなければならない。なお，患者本人または保護義務者は知事に対して措置入院の必要性についての調査を請求できる権利を有している。

一方，同意入院は精神衛生法に規定された保護義務者の同意にもとづくものであるが，都道府県知事に病院管理者から届出がなされるので知事が必要と認めた場合には措置入院の場合と同様に精神衛生鑑定医に入院の継続についてのチェックのため診察を行わせることができる。その結果，入院の必要がないと認められれば管理者に対して患者の退院を命ずることができることになっている。

そのほか，人身保護法，行政事件訴訟法によって違法な入院を救済する手段が保証されている。

ウ　精神病院における不祥事の防止

上記のように違法な入院を防止する法制度は存在するが，実際には時折医療従事者による患者に対する暴力行為や行きすぎた拘束行為が精神病院

においてみられる。一般的な現象とはいえないものの，これまでいくつかの精神病院で不法行為が発覚して不祥事件として社会問題化した。厚生省ではこのような不祥事をくり返さないよう都道府県に対して度々指導通知を出したが，57年6月にも患者の人権擁護を柱とする指導通知「精神病院に対する指導監督等の強化徹底について」を発した。内容は以下の通りである。

衛　発　第 425 号
医　発　第 583 号
社　保　第　62 号
昭和59年6月22日

各　都　道　府　県　知　事　殿

厚生省公衆衛生局長
厚生省医務局長
厚生省社会局長

精神病院に対する指導監督等の強化徹底について（通知）

最近，精神病院をめぐって数件の不祥事案が発生しているが，かかる事案は，精神障害者の医療，保護を行う精神病院においてあってはならないことであり，誠に遺憾である。

今後は，このような事案が二度と繰り返されることのないよう，下記事項を重点に管下の精神病院に対する指導監督等の強化徹底を図られたい。

記

1　入院患者の処遇

入院患者の処遇については，その人格が尊重され，いやしくも人権が侵害されることのないよう，万全の配慮が必要である。特に，患者の医療，保護に欠くことのできない限度において保護室への収容，面会の制限等といった行動に必要な制限を行うことができることとされているが，このような行動の制限は，医療，保護以外の目的で又はその限度を超えて行われるようなことがあってはならない。

また，患者の医療，保護に当たっては，医療従事者と患者との信頼関係に基づき適切な治療が行われるとともに，治療環境の整備が積極的に図られる必要がある。

以上の趣旨は，精神医療を進めていくうえでの基本原則であるので，機会あるごとに病院管理者のみならず病院職員に対しても指導の徹底を図られたい。

なお，入院患者の処遇の指針については，別途専門家等の意見を徴して作成し，追って通知する予定である。

2　措置入院制度の適正な運用

(1)　入院手続について

精神衛生鑑定医（以下，「鑑定医」という。）の選定に当たっては，原則として同一の医療機関に所属する者を選定しないこととするとともに，措置決定後の入院先については当該鑑定医の所属病院をできるだけ避けるよう配慮すること。

また，都道府県立精神病院については，精神衛生法（以下，「法」という。）の趣旨に照らし，進んで措置入院患者を受け入れること。

(2)　病状報告について

病院管理者は，常時措置入院患者の病状把握に努めるとともに，当該措置入院患者が自傷他害のおそれがないと認められるに至ったときは，直ちにその旨を貴職に届け出るよう指導すること。

また，病状報告は，6か月の範囲内で定期的に求めるとともに，それ以外にも必要に応じ随時これを求め，病状診査は，貴職が指定する鑑定医若干名をもって構成する病状診査委員会を設け，これに行わせること。

(3)　実施審査について

鑑定医による実施審査は，原則として各患者につき年1回（新規入院患者については入院後概ね3か月を経過した時）実施し，これ以外の場合にも必要に応じ積極的にこれを行うよう努めること。

(4)　調査請求について

法第29条の5第3項の規定に基づく調査請求については，制度の周知徹底を図るため，病棟での掲示，措置入院決定通知書への記載等の措置を講ずるとともに，調査請求があった場合には，病院管理者から病状報告を徴し，更に必要に応じて鑑定医による実施審査を積極的に実施すること。なお，調査結果については，理由を付して請求者に（請求者が患者本人であるときはその保護義務者に対しても）通知するものとすること。

(5)　退院手続について

措置入院患者を退院させるに当たっては，保護義務者との連絡や医療機関，保健所，福祉事務所等との連携を密にし，その後の医療，保護及び社会復帰に支障のないよう十分配慮すること。

3　同意入院制度の適正な運用

(1)　入院手続について

病院管理者は，入院の要否について自ら慎重に判断するとともに，入院に際しての同意者が配偶者又は親権者以外の扶養義務者である場合には，家庭裁判所の選任を受けた者であることを確認するよう指導すること。なお，法第20条第2項第4号に基づき家庭裁判所が選任するまでの間の保護義務者は市町村長であるので，家庭裁判所による選任前に入院させる必要がある場合には市町村長の同意を得るよう病院管理者を指導するとともに，かかる場合において迅速な対応がなされるよう日頃から市町村長との連携を密にしておくこと。

(2)　入院届について

法第36条の規定に基づく届出については，必ず法定の10日以内に行われるよう指

導するとともに，入院に際しての同意者が家庭裁判所により選任された者であるときは届出書に選任書の写しを添付させること。

また，届出内容から判断して入院手続，入院の要否等に疑問があると認められるときは，法第37条の鑑定医による実地審査を行うなど必要な措置を講ずること。

(3) 実施審査について

実地審査は，医療監視や実地指導の結果等も踏まえ必要度が高いと考えられる病院から順次行うとともに，入院患者についてもその入院期間，病名等に十分配慮して計画的，重点的に実施するよう努めること。

(4) 調査請求について

同意入院の場合における患者等からの入院継続の要否に関する調査の請求については，前記2の(4)に準じた取扱いを行うこと。

(5) 退院手続について

同意入院患者の退院に当たっては，病院管理者が保護義務者や医療機関，保健所，福祉事務所等との連絡を十分に行い，退院後の患者の医療，保護及び社会復帰に支障が生じないよう指導すること。

4 医療監視の強化徹底等

病院に対する医療監視は原則として毎年1回行っているところであるが，精神病院については，従来一部で医療監視が十分に行き届かなかった点に鑑み，今後は関係者からの連絡等各種情報に十分配慮し，重点的な医療監視に努めること。

特に，再三改善指導を行っても改善されない場合又は重大な違法行為が疑われる場合などには，遅滞なく，医療監視員の数，期間，方法等に十分配慮した特別な医療監視体制でこれを行うこと。その際，後記の実地指導とも緊密な連携を取り，当該精神病院における患者の処遇について総合的な点検，指導を行うこと。

なお，次の事項については特に留意して行うこと。

(1) 医療従事者の充足について

医師，看護婦等の医療従事者数が医療法に定める標準人員に適合しているか否かについて的確な実態の把握に努め，標準に適合していない病院については改善計画書を提出させる等適正な指導を行うとともに，その改善状況を逐次把握すること。

なお，医療従事者が著しく不足している病院であって早期に充足の見込みのないものについては，医療従事者数に対応した患者数に移行するよう指導すること。

(2) 超過収容の解消について

許可病床数を超えて患者を収容している病院については，入院の制限，転院の促進等により，超過収容状態を速やかに解消するよう指導すること。

なお，超過収容状態の解消を増床によって行いたい旨の病床数の変更許可申請があった場合で，増床に見合う医療従事者数が確保されていないときは，当該変更許可を行うべきではないこと。

(3) 無資格者の医療行為の防止について

無資格者による医療行為は，患者の生命健康を守る上で病院においてあってはならないことであり，そのような行為の行われることのないよう，医療監視，関係団体に対する指導等各般の機会をとらえてその周知徹底を図ること。

また，関係者からの連絡等により，無資格者による医療行為が疑われる場合には，速やかに医療監視等により事実の把握に努め，厳正に対処すること。

5　実地指導の強化徹底

(1)　実施方法について

精神病院に対する実地指導は，昭和31年6月8日付衛発第357号厚生省公衆衛生局長医務局長連名通知に基づき行われているところであるが，その実施については，医療監視を実施する際に併せてこれを行うなど医療監視との連携に配慮すること。

また，実施回数は原則として1施設につき年1回とするが，これ以外にも必要に応じて積極的に実施すること。なお，実施指導に当たっては，精神科医師を同行させるものとすること。

(2)　指導項目について

上記通知別記三に掲げる事項のほか，次の事項も指導項目とすること。

イ　保護室への収容は適正に行われているか。

ロ　通信，面会の自由が尊重されているか。

(3)　実施後の措置について

実地指導後は指摘事項に係る改善状況を必ず報告させるとともに，必要があればその確認のため再度実地指導を行うこと。

6　生活保護指定医療機関に対する指導の強化徹底等

(1)　一般指導等の活用について

生活保護の指定医療機関に対する指導は，昭和36年9月30日付社発第727号社会局長通知に基づき行われているところであるが，一般指導，個別指導の機会を活用し，特に精神病院に対しては，被保護者の処遇の向上と自立助長，適正な医療の給付が行われるよう，生活保護制度の趣旨や医療扶助の事務取扱方法等の周知徹底を図ること。

(2)　患者委託に当たっての留意事項について

民生主管部局は衛生主管部局と連携を密にして，医療監視や実地指導の結果を参考にしながら，管下指定医療機関の状況について実態の把握に努め，医療従事者が著しく不足している場合又は使用許可病床を著しく超過して患者を収容している場合には，原則としてその状態が解消されるまでの間，当該指定医療機関に対する患者委託を差し控えるよう，管下実施機関を指導すること。

7　入院患者預り金の適正管理

精神病院入院者で，その病状等から金銭の管理等の行為ができない者については，適切な患者処遇を図る上で，病院管理者等が金銭の受領，管理等を行うことが必要となる場合があるが，その取扱いについては，次のことに留意するよう十分指導すること。

(1)　預り金の適正な支出について

病院管理者等が入院患者の金銭を受領，管理するに当たって預り金は入院患者の身のまわり品等患者個人の経費についてのみ支出できるものであり，本来病院において用意し，負担すべき内容の経費については，支出することは認められないもの

であること。

また，領収書等支出を明らかにする書類は，整理，保管しておくこと。

(2) 預金口座の設定について

本来，預り金は個人毎に口座を設けて管理すべきであるが，事務処理面等からそれが困難である場合には，少くとも生活保護法による入院患者とその他の入院患者の預金口座を病院の一般口座と区分して，それぞれ設けること。

(3) 個人毎の収支状況の把握について

預り金の収支状況は個人毎に整理，把握すること。

また，生活保護法による入院患者とその他の入院患者とは区分して整理することとし，収支状況について，患者本人，保護義務者又は福祉事務所から要請があった場合には，速やかに提示できるようにしておくこと。

8 精神医療に関する苦情等の適正な処理

精神医療に関する苦情等については，精神衛生センター，保健所等において積極的に相談に応じるとともに，相談者と連絡を取りながらそれぞれの事案の性質に応じた迅速，的確な処理を行い，その結果を相談者に通知すること。

9 その他

精神病院に対する効果的な実施審査，実地指導等の在り方を検討するに当たっては，地方精神衛生審議会を積極的に活用すること。

(4) 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，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，様々なニード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。

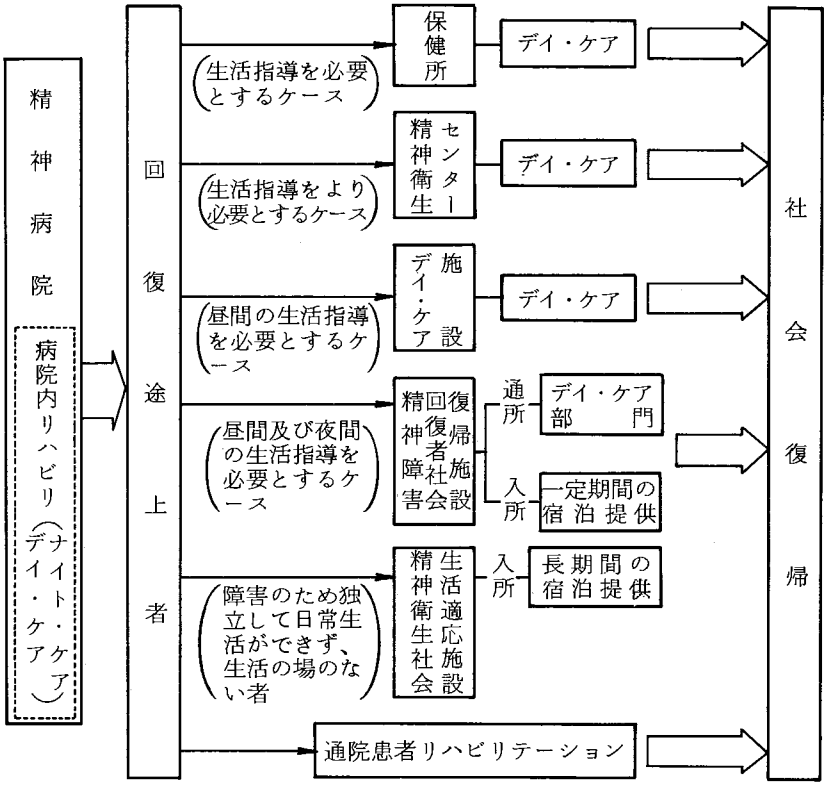
この報告を受けて，昭和54年度から「精神衛生社会生活適応施設」が予算化されているが，現在までに制度化されている社会復帰体系は次の図７のとおりである。

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，レクリェーション活動，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59年では453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・ケサ事業等を実施している。

イ　社会復帰のための制度

(ア)　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が行われている。

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年度から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り，昭和59年度には16県で実施されている。

昭和56年4月22日

厚生省公衆衛生局長
大谷藤郎殿

精神障害者職親制度検討委員会
委員長　菅又　淳

精神障害者職業参加促進制度に関する中間報告について

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

本委員会では貴職から要請のあった精神障害者職親制度について慎重に検討を重ねてきたが，別添のとおり精神障害者職業参加促進制度を設け推進することが，今後の精神障害者の社会復帰と地域社会の開発に有効であるとの合意を得，その内容を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，社会生活を経験させながら対象者の諸能力を向上せしめ，その社会復帰を促進することを目的とする。

2　実施主体

実施主体は，地方公共団体とする。

3　対象者

明らかに回復途上にあり，社会的規範を受けい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　委託する事業所等に対する優遇措置

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

7　委託期間

6か月間。ただし3年を超えない範囲の更新は妨げない。

8　委託する事業所等に対する協力奨励金

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

9　対象者に対する交通費等

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

10　技術料の診療報酬への導入

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

11　各機関の連携

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

連携に関連する業務には以下のようなものがある。

事業所等の開拓
職場との関係調整
職業情報の収集と提供
知識の普及
コンサルテーション
生活指導
生活保護
判　　定
分析・評価

12　そ　の　他

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

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場を提供し，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

協力事業所になろ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，協力事業所登録薄に登録する。

(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経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. 委託の手続

(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) 登録薄の記載等

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薄及び対象者登録薄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により協力事所業に委託したときは，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。

(イ) 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59年度では453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当たっては，医療機関及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				
			就労	家業（手伝いを含む）	家事（手伝いを含む）	その他（習いもの）	小計 B
	人	人					
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
57年度	13,339	29.2	1,227	1,139		234	2,600

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
57年度	1,476	110	1,752	3,338	7,133	268	19.5

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

様々なニード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。

(ア) 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，レクリェーション活動，作業指導，日常社会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・レクレーション・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 北海道立音更リハビリテーションセンター（59. 7）
所在地　河東郡音更町緑が丘1
電　話　0155 (42) 4166

④ 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，レクリェーション活動，作業指導，日常社会生活

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・レクリェーション・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（81）1125

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2－16－38

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

⑥ 仙台市デイ・ケアセンター（58.4）

所在地　仙台市荒巻字三居沢1の6

電　話　0222（65）2191

⑦ 兵庫県公立豊岡病院デイ・ケアセンター（58.11）

所在地　兵庫県豊岡市立野町6の35

電　話　07962（2）6111

デイ・ケア施設運営要綱

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

第1　目　的

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

第2　設置及び運営主体

デイ・ケア施設の設置主体及び運営主体は，地方公共団体とする。

第3　通所対象者

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

第4　設　備

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

第5　職　員

デイ・ケア施設は，施設長（医師）のほか，看護婦(士)，作業療法士，精神科

ソーシャル・ワーカー，臨床心理技術者，事務職員，その他施設長が必要と認める職員を配置するものとする。

第6　施設の組織

デイ・ケア施設には，次の各部門を置き，それぞれ次の業務を行うものとする。

1　事務部門

施設における事務を行う。

2　昼間生活指導部門

昼間の生活指導等を通じて社会適応指導を行う。

3　昼間作業指導部門

昼間の作業指導等を通じて社会適応指導を行う。

第7　通所決定等

1　通所の申請

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

2　通所の審査及び決定

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

第8　費用の支弁及び徴収

1　費用の支弁

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

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

2　費用の徴収

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

第9　国の財政措置

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

なお補助職員は次のとおりである。

施設長	1人
事務員	1人
指導員	9人
看護婦	1人

雇　用　人　　1人

計　　13人

(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適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ければならない。

第15　費用の支弁及び徴収

1　費用の支弁

都道府県は，当該施設の運営に要する費用を支弁するものとする。

2　費用の徴収

都道府県知事は，前項の運営に要する費用の全部又は一部を別に定めるところにより，入所者又はその扶養義務者から徴収するものとする。

第16　国の助成措置

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

なお，補助職員は次のとおりである。

施　設　長　　1人

事　務　員　　1人

指導員	12人
栄養士	1人
調理員等	3人
計	18人

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くみが必要になってきたためである。

このことは単に精神衛生の問題だけでなく，総合的な対策が必要なことはいうまでもないが，これに一歩でも近づく活動を精神衛生の分野で展開していくことが当面の課題となる。

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

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

このような地域ぐるみの活動は本来地域住民自らの組織的な活動によって盛り上げるのが理想である。この入院治療から地域精神衛生活動へという考えは，わが国だけでなく，世界的な傾向である。既に1960年代のアメリカでは，ケネディ教書において次のように述べている。

「ここ数年，次第に増えていた施設へのつめこみ傾向が，逆を向いてきたこ

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

私は確信する。もし医学的知識と社会の理解が十分に活用されるなら，精神障害者はごく少数を除いてほとんどすべてが，健全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ドを的確につかみ，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ド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ド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。

(ウ) 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絡介するが，一般に保健所における精神衛生相談は次のような手順，方法によって行われる。

① 面接相談

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

② 診　断

面接相談の結果に基づき，そのケースについて診断を行い方針を決定する。

③ 処　置

診断区分に応じて病院等への紹介医学的指導・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は握し，これらに適応した指導を行う。

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

《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，その他の教育資材を整備，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52年	53年	54年	55年	56年	57年	58年
精神衛生相談	件 162,207	件 181,189	件 207,084	件 249,258	件 267,911	件 300,404	件 319,072
精神衛生訪問指導	188,511	193,359	198,546	209,457	211,061	220,735	221,177

イ　精神衛生センター

昭和40年6月の法改正により，新たに都道府県における精神衛生に関する総合技術センターとして精神衛生センターが設けられることとなった。

(ア)　精神衛生センターの性格及び機能

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

(イ) センターの組織

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

(ウ) センターの職員

精神衛生センターには，精神科医，精神医学ソーシャルワーカー・臨床心理技術者・保健婦・看護婦・作業療法士・臨床（衛生）検査技師・その他必要な職員が配置されている。

(エ) センターの規模

精神衛生センターの規模としては，A級，B級の区別があるが，それぞれ，相談室・診療室・検査室・研究室・資料保存室・会議室・事務室等必要な部屋が設けられれている。

(オ) 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。

(カ) センターの業務

精神衛生センターの業務は，精神衛生に関する相談指導，知識の普及，調査研究，関係機関等への技術援助・技術指導並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57年度には30か所の精神衛生センターにおいてデイ・ケアが行われており，1か所当たり平均2.9日／週，参加者実数1,244人，参加者延数56,683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57年度における国民医療費の推計額は13兆8,659億円で，前年度よりも9,950億円，7.7％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5.19％であり，国民一人当たりの医療費は11万6,800円である。（表7）

精神病医療費の推計額は8,710億円で，国民医療費に占める割合は6.3％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7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3,613億円で精神病医療費総額の41.5％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59年度では約72,254百万円が計上されている。

この経費の内訳及び年次推移は表8のとおりであるが，特にこのうち，通院医療費，社会復帰対策の予算の充実が著しいのが特徴となっている。

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55年度			昭和56年度			昭和57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	119,805	7,531	6.3	128,709	8,005	6.2	138,659	8,710	6.3
公費負担分	14,752	3,733	25.3	15,712	−	−	15,854	−	−
精神衛生法	1,048	1,043	99.5	1,059	−	−	1,015	−	−
生活保護法	6,848	2,581	37.7	7,275	−	−	7,672	−	−
結核予防法	629	−	−	564	−	−	539	−	−
その他	6,227	109	1.8	6,814	−	−	6,628	−	−
保険者負担分	91,839	3,360	3.7	99,069	−	−	103,348	−	−
政管健保	26,097	930	3.6	28,032	−	−	29,317	−	−
組合健保	17,886	430	2.4	19,037	−	−	19,879	−	−
国保	34,598	1,705	4.9	38,120	−	−	39,774	−	−
その他	13,258	295	2.2	13,880	−	−	14,378	−	−
老人保険負担分	−	−	−	−	−	−	4,897	−	−
患者負担分	13,215	437	3.3	13,928	−	−	14,560	−	−
公費又は健保の一部負担	10,723	425	4.0	11,400	−	−	11,882	−	−
全額自費	2,492	12	0.5	2,528	−	−	2,678	−	−

（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，薬局調剤医療費及び歯科診療医療費を含まない。

(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。

(ア) 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，年々減小傾向をたどってきており，昭和59年には，約 35,000人が予想される。

表 8　精神衛生関係予算

事　　項	昭和54年度	55
1. 精神衛生費等補助金	89,259,660	83,497,312
(1) 措置入院費	83,359,199	76,679,553
(2) 通院医療費	4,333,914	5,218,481
(3) 同意入院費（沖縄分）	1,137,886	1,115,318
(4) 医療費公費負担事務費	159,324	162,453
(5) 精神衛生センター等運営費	269,337	321,507
ア 精神衛生センター運営費	182,541	202,042
イ 精神障害回復者社会復帰施設運営費	54,774	58,424
ウ デイ・ケア施設運営費	32,022	33,873
エ 精神衛生社会生活適応施設運営費	−	27,168
オ 通院患者リハビリテーション費	−	−
カ セミナー	−	−
2. 保健所運営費補助金	131,118	138,709
（精神衛生対策費）	131,118	138,709
（老人保健推進事業費）	−	−
3. 精神病院等施設・設備費補助金	1,046,087	1,122,253
(1) 精神病院	970,027	1,069,925
(2) 精神衛生センター	11,198	6,314
(3) デイ・ケア施設	−	46,014
(4) 精神障害回復者社会復帰施設	−	−
(5) 精神衛生社会生活適応施設	64,862	−
合　計（1～3）	90,436,865	84,758,274

（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，54年度から58年度までは実績，59年度については予算枠を（　　）書きした。

（単位：千円）

昭和56年度	57	58	59
77,954,467	76,592,386	75,908,926	71,957,951
70,172,641	67,793,539	66,210,048	61,034,686
6,118,051	7,093,596	8,007,030	9,136,595
1,117,707	1,159,824	1,108,490	1,127,727
165,646	170,038	168,265	180,407
380,422	375,389	415,093	478,536
222,615	242,705	237,363	244,513
62,288	49,799	51,382	81,351
49,801	29,889	42,424	47,453
36,218	37,871	38,595	39,540
—	15,125	45,329	65,679
9,500	—	—	—
147,774	174,250	224,348	275,775
147,774	154,192	145,666	189,370
—	20,058	78,682	86,405
1,085,404	1,423,132	1,133,291	(1,133,291)
982,808	1,351,152	1,019,541	—
44,441	7,162	28,026	—
58,155	64,818	30,989	—
—	—	54,735	—
—	—	—	—
			(73,367,017)
79,187,645	78,189,768	77,266,565	72,233,726

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	措置入院費		
		総　額	国庫負担	都道府県負担
昭和40年度	65,370人	196億円	157億円	39億円
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
57	38,700	847	678	169
58	36,091	828	662	166

（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	通院医療費
昭和43年度	45,000人	570百万円
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
58	164,518	8,007
59	179,933	9,137

(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59年には月平均約 180,000 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
	6,600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。

(ア)　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，補助金の交付に当ったっては基準面積等によりA級センターとB級センターに区分して実施している。

(イ)　精神障害回復者社会復帰施設運営費

「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。

(ウ)　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。

(エ) 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。

(オ) 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。

(ア) 地方公共団体

精神病院等の医療施設（職員宿舎・看護婦宿舎を含む。）の新設・増設・改築事業および医療看護用機械器具に用する資金については，厚生年金保険と国民年金の積立金還元融資を原資とする特別地方債の制度が講じられている。この制度による精神病院等の設置費に対する融資は，単独事業として行う場合の過重な財政負担が考慮され，原則として国庫補助事業の施設を対象として行われる。また，融資額は，主体工事費に特殊附帯工事費・土地取得費・設計監督委託費と建設事務費との加算額について行われ，1病院当たり65億円（単年度33億円）の範囲内（看護婦宿舎・機械器具購入費は別枠）の額となっている。

なお，昭和59年度の病院事業の融資資金枠は1,800億円である。

(イ) 個人および法人

個人および法人立の病院事業等に必要な資金については，医療金融公庫による融資制度が講じられている。公庫の融資は，代理貸付が原則となっているが，東京都・千葉県・埼玉県・神奈川県・大阪府・京都府・兵庫県・奈良県内の病院の建築資金の申込額が2億円を超えるもの，および通常の貸付限度額を超えて融資する病院（厚生省健康政策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58年度の資金枠は1,000億円である（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）。

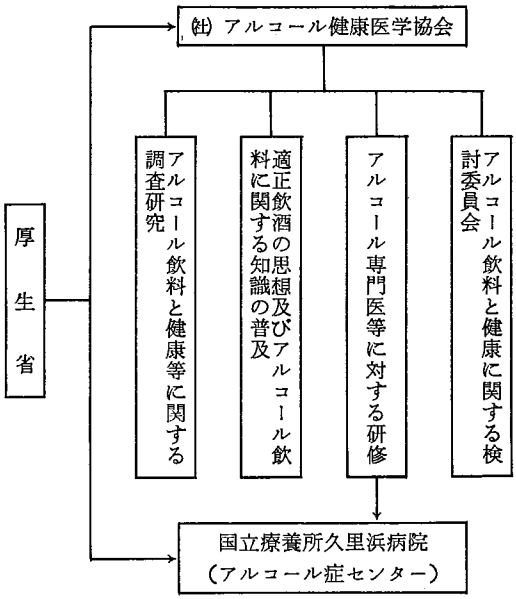
なお、昭和60年1月1日より当公庫は社会福祉医療事業団に改組される予定である。

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5,500万人，一人当り年間5リットル以上の純アルコールを消費している。このような酒類消費量の増加に伴い，アルコール関連疾患，アルコール依存症等，アルコール飲料に起因する健康障害も増加してきており，一方，飲酒による家庭破壊，社会的問題などのため，飲酒習慣と健康に対する国民の関心が高まってきている。

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

図8　酒害予防対策



○医師，保健婦，看護婦，PSW等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年，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**

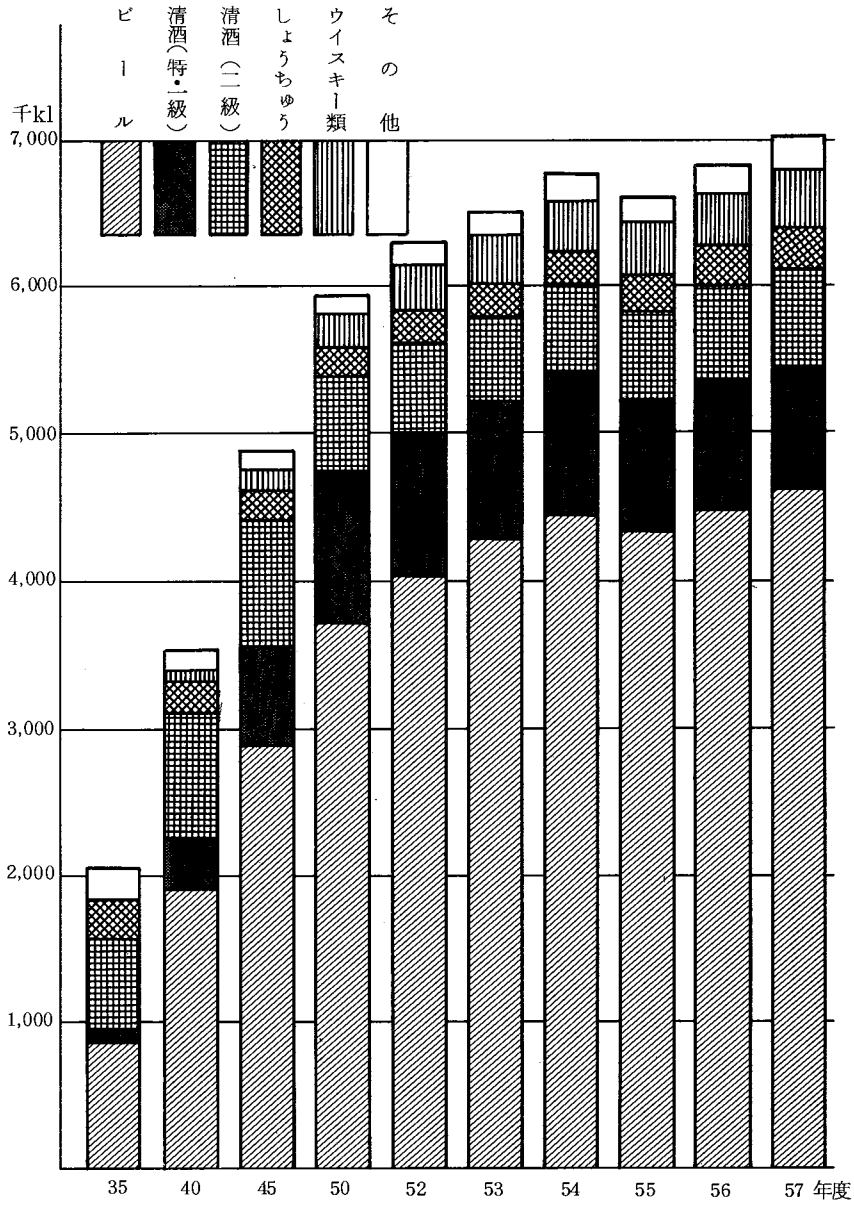
我が国においては，アルコール飲料とは酒税法でアルコール分１度（容量パーセント）以上の飲料と規定されている。酒類とは，清酒，合成清酒，焼酎，ビール，果実酒，ウイスキー類，スピリッツ類，リキュール類，みりんをさしている。年間酒類消費量の推移は図９のとおりであり，昭和57年度で703万kℓである。

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57年では２倍に近い約5,500万人に及んでおり，大量飲酒者数は，57年で191万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57年の患者調査によると，アルコール精神病者数は2,300人，ア

酒類課税移出数量の推移



（注） 昭和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	46	50	51	52	53	54	55	56	57
大量飲酒者数（推　　計）	万人 約 89 （100.0）	万人 約126 （141.6）	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）	万人 約189 （212.4）	万人 約191 （214.6）
年間酒類販売（消費）量	kl 3,533,207 （100.0）	kl 5,038,699 （142.6）	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）	kl 6,863,372 （194.3）	kl 7,029,153 （198.9）
年間酒類純アルコール換算量	kl 364,396 （100.0）	kl 491,188 （134.8）	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）	kl 691,149 （189.7）	kl 695,897 （190.1）
飲酒人口（成人男子の90%　女子の45%）	千人 41,494	千人 47,210	千人 51,000	千人 51,620	千人 52,143	千人 53,031	千人 53,668	千人 54,110	千人 54,812	千人 55,112

1. 資料：「国税庁統計年報書」「人口動態統計」
2. （　）内は，それぞれ40年対比の指数を示す。
3. 算出方法（WHO計算方式）大量飲酒者とは，1日平均150㎖以上のアルールを飲む者で，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。

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

表13　アルコール中毒患者数（推計）

区　分	43年	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57
アルコール精神病	人 1,720 (100.0)	人 1,750 (101.7)	人 1,700 (98.8)	人 2,000 (116.3)	人 1,900 (110.5)	人 3,300 (191.9)	人 2,200 (127.9)	人 2,000 (116.3)	人 2,200 (127.9)	人 2,200 (127.9)	人 1,900 (110.5)	人 3,100 (180.2)	人 2,300 (133.7)
アルコール依存症	13,000 (100.0)	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)	17,100 (131.5)	19,000 (146.2)
合　計	14,720 (100.0)	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)	20,200 (137.2)	21,300 (144.7)

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
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	アルコール依存 413	384	384	29	29	(145.7) 16,490	11,941	(157.1) 11,928	4,549	(125.0) 4,534
						依存のない薬物乱用 242	221	219	21	20					
						計 (92.4) 655	605	603	50	49					
56年	(68.0) 64	63	63	1	1	アルコール依存 359	344	344	15	15	(147.1) 16,641	11,913	(156.8) 11,904	4,728	(130.2) 4,720
						依存のない薬物乱用 275	244	241	31	30					
						計 (89.4) 634	588	585	46	45					
57年	(41.5) 39	36	36	3	1	アルコール依存 345	313	313	32	32	(146.4) 16,562	11,838	(155.8) 11,831	4,724	(129.9) 4,711
						依存のない薬物乱用 276	240	237	36	36					
						計 (87.6) 621	553	550	68	68					

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。

ルコール依存症者数は 19,000人となっており（表13），アルコール依存症等による死亡は，660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

- アルコール依存症
- アルコール精神病
  - アルコール依存徴候を有する精神病
    - アルコール（性）てんかん様けいれん
    - 発作
    - 振戦せん妄
    - アルコール（性）幻覚症
    - その他
  - アルコール依存徴候を基盤として生じる精神病
    - 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
    - その他
- 急性アルコール中毒
  - 普通酩酊（アルコールによる高度の意識障害を伴うものに限定する。）
  - 異常酩酊
    - a　病的酩酊
    - b　複雑酩酊

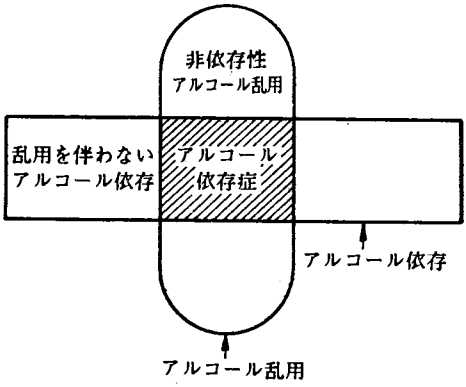
a　アルコール依存症

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〝病気〟を意味する用語というわけではない。アルコール飲料に精神依存を持ちながら，身体的にも社会的にも大した障害を顕わさずにいる例は，「晩酌飲酒者」という形で沢山居る。一方，アルコールに依存していなくとも，飲酒によって困った問題を起こしてくる場合もある。例えば酩酊運転がそれであるし，年に数回しか飲まないのに，その度に大暴れして周囲を困らせる人もいる。つまりアルコール依存であるか，ないかという基準の他に，飲酒行動の異常であるか，ないかというもうひとつの基準を用意する必要があり，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返す。ただし周期性不機嫌による真性ディプソマニア（true dipsomania）は含まれない。

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

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，この器質的症状が現われてくる。

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当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

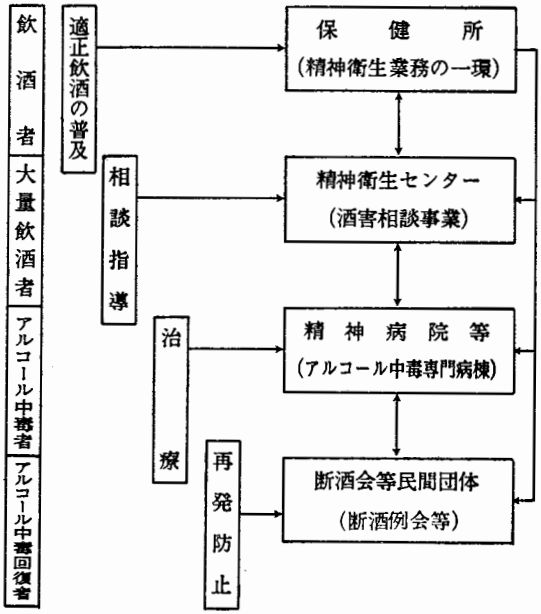
複雑酩酊とは，飲酒及び飲酒後の興奮が激しくかつ長期にわたるものをいい，しばしば粗暴な攻撃行為又は性的露出，性的加害行動が行われるが，その行為は状況からある程度理解でき，当人の非飲酒時の性格と全く無関係とはいえない。さまざまの程度の酩酊時についての追想障害が見られる場合がある。

(3) 酒害予防対策と適正飲酒

ア 酒害予防対策の対象

酒害予防対策は「適正飲酒の普及」,「相談・指導」,「医療」,「再発防止」の4つの対策を，対象に応じて総合的に推進する必要がある。その対象は「一般国民」,「大量飲酒者等」,「アルコール中毒者」及び「アルコール中毒回復途上者等」に分けられる。ここで，アルコール中毒回復途上者は，中毒者で現在病的飲酒習慣がないものをいい，アルコール中毒回復者は，少なくとも2年以上長期にわたって病的飲酒習慣がなく，再発のおそれのきわめて少ないものをいう。

図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5,500万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，また未成年者や疾病を有する者等アルコール飲料を摂取することが社会的・医学的見地から不適当な者にはアルコール飲料を飲まないように啓もう普及を行っていかなければならない。このような「適正飲酒」の考え方を広く国民全般が理解することによって，先に述べた各種のアルコール関連問題を根本的に予防し，国民の健康づくりに寄与する必要がある。

ウ　相　談　指　導

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

エ　医　　療

(ア)　入院医療

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

《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ケ月程度とし，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行い，各地域ごとに保健所をはじめ，精神病院等医療機関，社会福祉関係機関，断酒会等民間団体等と相互の連携を図り，総合的に行う必要がある。

(ア) 精神衛生センター

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

精神衛生センターにおける酒害相談指導事業実施要領について

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

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

が強く要請されている。

このため，従来よりアルコール中毒者等のための医療施設の整備，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意願いたい。

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ケ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，厚生省保健医療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保健医療局において決定し，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

厚生省保健医療局精神保健課

住所　千代田区霞が関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 アルコール中毒の概念，定義
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戟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，中毒に陥入ってしまう。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ところである。

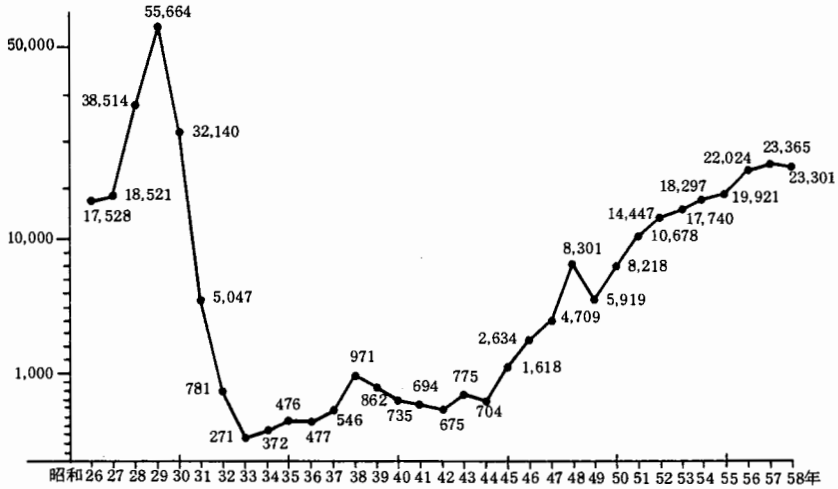
(1) 覚せい剤乱用の現状と対策

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

昭和20年代の覚せい剤流行期から現在に至るまでの覚せい剤取締法違反検挙人員の推移は，図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，59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59年度薬物乱用防止対策実施要綱

（昭和59年4月19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。しかしながら，覚せい剤乱用については，昭和45年以来，かって我が国では経験したことのない長期にわたって増加傾向が続き，かつ，地域的拡散と乱用者層の底辺拡大等の傾向も現れ，また，乱用者等による事件，事故も続発するという状況が続いている。特に最近においては，次代を担うべき青少年層への浸透が著しく，乱用が低年齢層にも広がる傾向が見られ，誠に憂慮すべき事態が現れている。

このような事態に対処するため，当本部は，昭和56年4月覚せい剤乱用対策実施要綱を決定し，また，同年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，これらを踏まえて，昭和59年度においては，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ので，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59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

(1) 各種広報活動の推進

ア　覚せい剤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，雑誌等各種媒体による広報啓発活動を集中的に行う。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）の活用に配意し，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　関係省庁は，覚せい剤等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，多人数がい集する施設等において，重点的にこれらの啓発活動を行う。

(2) 保護司等を通じての啓発活動等の推進

ア　保護司，更生保護婦人会，民生委員その他各種関係団体の指導者の覚せい剤等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。

イ　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。

(3) 青少年に対する覚せい剤・麻薬・シンナー等乱用防止のための啓発活動と指導の強化

ア　覚せい剤・麻薬・シンナー等乱用少年の増加傾向が最近の少年非行の一つの特徴であることにかんがみ，その乱用防止のため教育委員会等関係機関，関係団体との連携を密にして，覚せい剤・麻薬・シンナー等の乱用による危険性，有害性について，広報啓発活動を積極的に推進し，乱用防止機運の醸成を図る。

特に，中学校・高等学校教育における生徒指導及び保健指導に係る指導資料の活用，充実を図るとともに，地域の実情に即した指導資料の作成を推進し，保健体育，道徳，特別活動をはじめとして学校教育全体を通じて覚せい剤・麻薬・シンナー等の害悪等心身の健康に関する指導の一層の充実を図る。

イ　中小企業団体に選任されている勤労青少年福祉委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，指導を行って，覚せい剤・麻薬・シンナー等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。

ウ　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青少年関係団体の指導者の覚せい剤・麻薬・シンナー等乱用問題についての認識を高めるため，スライド等を作成，活用し，また協議会等の機会を設け，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。

(4)　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　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。

ウ　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。

エ　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。

オ　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，船員雇入等に当たっての配慮について協力を要請する。

カ　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。

キ　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。

ク　運転免許証更新時講習，安全運転管理者講習等に際し，覚せい剤施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。

ケ　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うべく働きかけるよう要請する。

(5) 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・覚せい剤禍撲滅運動（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。

ウ　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。

エ　全国交通安全運動において，覚せい剤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の広報，啓発を行う。

2. 取締りの強化，厳正な処分等

(1) 密輸の取締り

ア　覚せい剤・麻薬等の密輸入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，覚せい剤密輸出仕出要注意地域からの直入港船に対する立入検査，同地域からの入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，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・麻薬等の密輸入に対処するため，覚せい剤密輸出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。

ウ　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。

(2) 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。

(3) 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。

(4) 青少年に対する補導等

ア　覚せい剤・麻薬・シンナー等乱用実態の把握に努めるとともに，乱用少年等の早期発見，補導活動を徹底し，乱用進度に応じた有効適切な保護措置を行い，また，乱用事犯の取締りを強化する。

イ　シンナー等の保管・販売の適正化を図るため，製造・販売業者等に対する指導監督を引き続き行う。

ウ　シンナー，塗料，接着剤，充てん料等を販売する金物店，塗料店等の業者等に対して知情販売等防止について指導を行うとともに，暴力団，悪質業者等によるシンナー等の知情販売事犯等の取締りを強化する。

(5)　立入検査等の指導監督の徹底

ア　覚せい剤・覚せい剤原料（塩酸エフェドリン等）・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導監督の徹底を図る。

イ　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。

(6)　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いわゆる通り魔的犯罪が発生した場合は，初動捜査等を一層徹底し，犯人の早期検挙に努めるとともに，連続犯行の防止，被害の抑止を図る。

イ　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。

(7)　国際協力

ア　現在我が国で乱用されている覚せい剤の大半が海外から密輸入されている状況にかんがみ，覚せい剤乱用防止対策について，関係国との情報交換を強化する。

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制度を積極的に活用するなどして，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。

エ　今後我が国への規制対象外薬物の流入のおそれもあることから，諸外国の協力を得つつその乱用実態のは握に努めるとともに，必要に応じ我が国における規制のあり方について検討する。

(8)　取締捜査体制の充実強化

ア　覚せい剤密輸・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　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意する。

(9)　薬物鑑定体制の充実強化

ア　乱用の拡大に伴い，複雑化かつ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技術職員の充実強化を図る。

イ　乱用の巧妙化，潜在化に対処するため微量薬物分析機器等鑑定資機材の整備を図る。

(10) 厳正な処分

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

(1) 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しての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。

イ　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。

ウ　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。

(2) 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しての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。

(3) 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な実施を図る。

ウ　保護司の覚せい剤に関する知識の向上とこの種事犯対象者に対する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。

(4) 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，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。

イ　覚せい剤の薬理作用，中毒者の医療保護の充実について，早急に調査，研究を進める。

(5) 注射器販売業者等に対する指導の強化

覚せい剤乱用者等に注射器を入手させないようにするため注射器販売業者等に対する販売自主規制等の指導の強化を図る。

(6) 相談体制の強化

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。

(7) 治療処分の新設

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で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。

第4　薬物乱用防止強化月間の実施

昭和59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

別に関係省庁が協議して定める期間

(2) 薬物乱用防止広報強化月間

昭和59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等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，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配意するものとする。

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意するものとする。

(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意するものとする。

(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」を別添のとおり決定し，8月7日薬物乱用対策推進地方本部全国会議においてその伝達を行ったところである。

覚せい剤の慢性中毒者及びその疑いのある者に対する医療保護については，従来より精神衛生法に基づいて行われているところであるが，此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たい。

記

1　覚せい剤の慢性中毒者の定義

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

但し，これらの者でも精神衛生法第3条の規定による精神障害者である場合は，精神障害者として取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　原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

(3)　今後の覚せい剤中毒者対策

昭和57年11月12日公衆衛生審議会は「覚せい剤中毒者対策に関する意見」を厚生大臣に具申している。その内容は，次の通りである。

昭和57年11月12日

厚生大臣　林　　義　郎　殿

公衆衛生審議会
会長　山　口　正　義

覚せい剤中毒者対策に関する意見について

覚せい剤中毒者対策について，本審議会は公衆衛生審議会令第1条の規定に基づき次のように意見を見申する。

覚せい剤中毒者対策に関する意見

公衆衛生審議会

序

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年代の大流行に次ぐ第2次流行期を迎えている。覚せい剤に関する諸施策は，密輸・密造・密売者に対する取締り等による覚せい剤自体の根絶，乱用者に対する取締り，覚せい剤事犯者に対する厳正な処分，覚せい剤中毒者に対する医療，保護の充実等広く関係行政機関の協力があってはじめて実効のあがるものであり，さらに，覚せい剤の乱用を許さない生活環境をつくるため，国民各層に対し覚せい剤乱用防止について広報，啓発を行わなければならない。

本審議会は，このような実情にかんがみ，覚せい剤中毒者の診断基準，入院治療，アフターケア体制等医療対策について検討を行い，以下の結論を得た。

1.　覚せい剤中毒に関連した用語の定義

覚せい剤中毒等薬物依存に関連した用語については，様々な用いられ方をされているのが現状である。本文中，中毒，依存等の用語については，次のとおりに定義し用いるものとする。

なお，燃えあがり効果，再現現象，逆耐性現象等定義の定まならいものについては今後の検討を必要とする。

乱用：社会的常識，特に医学的常識から逸脱した目的又は方法で薬物を使用することをいう。すなわち，乱用は薬物の性質に関係なく，ある社会が承認しないという基準で決められる。WHOはこの用語は医学的用語ではないとする。ちなみに，覚せい剤は，その使用が覚せい剤取締法で厳しく規制されているので，合法的な医療目的の使用でなければ，たとえ1回の使用であっても乱用に該当する。

中毒：最も広い概念であって，薬物の摂取によって人体にもたらされる何らかの危険な状態をいう。つまり，中毒は化学物質の生体に及ぼす侵害の表現であり，したがって，中毒学は化学物質の安全性の限界を明確にする科学であるとされている。

依存：生体と薬物の相互作用によって生じた薬物摂取をやめようと思ってもやめられない状態をいう。精神依存と身体依存がある。精神依存は，快感を求めたり，不快感を避けるために，ある薬物を周期的又は継続的に求める状態である。身体依存は，例えば離脱（退薬）症状を伴うような場合である。

嗜癖：薬物の反復使用によって生じた慢性の中毒状態で快楽的な目的等から，薬物の使用をやめようとしてもやめられないこと（強迫的使用），薬物の使用量の増加（耐性形成），離脱（退薬）症状の出現等の特徴を有するものをいう。依存の概念と重複する部分がある。

中毒性精神病：薬物の急性又は慢性の使用によって生じた意識障害（もうろう，せん妄等）幻覚妄想状態等の精神病状態をいう。

フラッシュバック：薬物の使用によって生じた急性の精神異常状態が消失し，ほぼ正常な状態に復した後に，当該薬物の再使用がないにもかかわらず薬物の使用によって生じた異常体験に類似した体験が一過性に再現することをいう。

なお，覚せい剤中毒という最も包括的な概念は，その中に乱用，依存，嗜癖，中毒性精神病を包含し，覚せい剤中毒では耐性形成や離脱（退薬）症状が出現することがあるが，それらが一般に軽度であるので，嗜癖の概念にあまりそぐわないところがあり，依存の概念で十分であるとも考えられる。覚せい剤中毒の中毒性精神病の状態としては，せん妄もまれに見られるが，幻覚妄想状態がかなり特異的である。

2. 覚せい剤中毒者に対する入院医療の充実

(1) 医療及び保護の対象者の明確化

覚せい剤中毒者対策を行う上で最も重要かつ必要なことは，医療及び保護の対象者の範囲を明確にすることである。覚せい剤中毒においては，中毒性精神病の状態が医療の対象であることは言うまでもなく，依存状態も医療の対象とすべきであるとの考え方もある。しかし，我が国の精神医療の現状と覚せい剤中毒者の特性にかんがみれば，覚せい剤中毒の依存状態をすべて医療の対象にすることは極めて困難である。したがって，当面は入院治療の対象として中毒性精神病を中心に考えざるを得ないが，依存性除去については専門的検討を行う必要がある。

(2) 診断基準について

診断基準については別添に示すとおりである。このように覚せい剤中毒者の診断基準を明確にすることは関係機関相互の理解に資するものと考えられる。

なお，覚せい剤使用の疑いのある者については，医療及び保健関係機関においても時期を失せず検査等を行い得るよう，その機能面での整備を図る必要がある。

(3) 入院治療の充実

医療の対象となる覚せい剤中毒者の多くは，幻覚，妄想等の異常体験を持つ中毒性精神病の状態で医療機関を訪れるため，これらの者に対しては，適切な治療が行えるよう入院対象者の明確化及び看護面，施設面での配慮について検討する必要がある。

また，精神療法や作業療法等を積極的に行うことにより，覚せい剤中毒者をより実社会に近い形で入院治療を行うことが望ましく，退院前には家族等と十分に連絡をとり，従前の汚染された環境から遠ざけるなど可能な限りの配慮を行うことが必要である。

3. 適切なアフターケアの実施

入院治療を終えた覚せい剤中毒者については，医療本来の理念に照らして，継続した治療の必要な者については，それを行うことが望ましい。

しかしながら，現段階では入院治療で精神症状の除去はできても依存性の除去を完全に行うことは困難であり，このため，覚せい剤の再使用，覚せい剤中毒の再発を招き，治療が中断してしまう場合が多い。また，覚せい剤使用が犯罪であると同時に，覚せい剤中毒者の多くは何らかの形で暴力団等と関係していることから，精神衛生センター，保健所において現在行われている精神障害者のアフターケア体制の中で覚せい剤中毒者の社会復帰及び地域ケアを行うことは極めて困難であり，観察指導の方法及びその確保について検討する必要がある。

4. 総合施策の充実

(1) 総合対策等

覚せい剤中毒対策は，医療機関にのみゆだねられて足るべきものではなく，取締りの強化，覚せい剤事犯者に対する厳正な処分等総合施策の充実が必要であることは言うまでもない。また，覚せい剤が近隣諸国より日本本土に侵入することを水際で防止して我が国から覚せい剤を一掃することが根本的で最上の予防法である。また，覚せい剤中毒については中毒性精神病につき措置入院を命ずることのできないケースもあり，依存性除去を治療の対象とすることにも困難な側面がある。こうした面を踏まえて，例えば麻薬取締法に倣って覚せい剤取締法に独自の通報届出制度，医療保護制度，アフターケア制度を設け，取締りと医療保護，アフターケアを一体的に行うなど，受け入れ体制の整備状況を勘案しつつ法制度上の整備についても検討する必要がある。

(2) 調査研究の充実強化

覚せい剤中毒者等に関する実態について調査，研究を早急に実施するとともに病院内処遇，治療技術の開発等を行う必要があり，覚せい剤中毒等薬物依存に関し研究体制を整備する必要がある。

(3) 啓発，普及の実施

覚せい剤の薬理作用，中毒症状，フラッシュバック等についての正しい知識を啓発，普及し，広く国民に覚せい剤に関する理解を求める必要がある。

別　添

覚せい剤中毒者の診断基準

覚せい剤中毒者の診断は以下に述べる諸点に留意して問診，言動の観察，視診等を行うほか，生活歴，性格，環境，職業等を参考として総合的に判断することになる。

1）覚せい剤中毒者の精神症状

覚せい剤を使用すると，急性症状として多くは覚せい効果により何にでも関心を持ち，運動促進，注意力散漫，不安気分になる。更に乱用する錯覚，幻覚，妄想が生じる。大量に使用すると激しい時は錯乱状態となる。

覚せい剤の薬効が消失すると疲労感，倦怠感を覚え，これから逃避するため，また使用時の快感を求め，再び使用したいという強い欲求が起きて反復使用することになり（精神依存）その結果覚せい剤中毒となる。

覚せい剤中毒症状は多彩であるが，中核は刺激性不安気分と能動性の減退である。抑制力は低下して爆発性となり，一方では情性が鈍麻して無気力，無精で社会的行動は無資任・無反省・自己中心的なものとなる。こういった傾向は，元来の性格的傾向が中毒のため一層顕著になったといえる場合が少なくない。

覚せい剤中毒者の多くは中毒性精神病像を呈する。主要なものは幻覚・妄想型で，被害・追跡・注察・嫉妬・妄想などを生じ，錯覚や幻覚，多くは幻聴を生じる。場面的な幻覚もみられる。次は，遅鈍型で，茫乎としており能動性の低下を示す。他に譫妄型もあるが稀である。覚せい剤中毒者が更に大量の覚せい剤を使用すると，不安性の興奮状態や幻覚錯乱状態を示す。

覚せい剤の常用をやめると，通常一週間以内に異常な興奮状態は消える。ただし，1ヶ月ぐらいは焦燥感，易怒性，反抗性などの易刺激的状態が続く。更に幻覚，妄想といった分裂病様状態が1～3ヶ月から数年にわたって続くこともある。こうなると分裂病と症状の上では区別つけ難いが，覚せい剤中毒症では接触性が良好な場合が多い。常用を止めても再使用した場合，多くは比較的少量でも急速に激しい精神症状を呈する。

また，後遺症の一つとして一過性の再現現象がでて，幻覚，妄想状態を呈したりする。これは心痛，疲労，飲酒等により誘発され易い。

2）覚せい剤中毒の身体症状

身体症状としては，麻薬中毒のような廃薬による禁断症状はおこらず，注射痕・硬結のほか全身倦怠・食欲不振・るいそう・肝機能障害などが取り上げられる。

注射痕・硬結については，多くの者に認められており，これが不潔にしかも頻回に注射したためであるものの診断の助けにはなるであろう。また長期にわたり大量に乱用すれば衰弱消耗状態のくることが多い。

なお，自律神経機能，肝機能，中枢神経機能，内分泌系機能などの異常がみられることがあるが，これらはいずれも覚せい剤中毒に特異的とはいえない。

また，診断にあたっては，覚せい剤の使用状況も重要な手掛りとなる。しかしながら，不正に流通している覚せい剤を使用して中毒になる例が殆どであることから，使用の事実を否定する者も少くなく，受診者の覚せい剤使用に確証が持てない場合が多い。

わが国の医療機関ではあまり行われていないが，諸外国では急性中毒の場合に尿検査を活発に行っており，診断にあたって臨床検査を導入することも検討の必要があろう。

いずれにしろ，覚せい剤中毒の臨床像のほとんどは精神症状からなり，身体症状としては注射痕・硬結のほか特記すべきものはないように思われる。

3) 分裂病との区別について

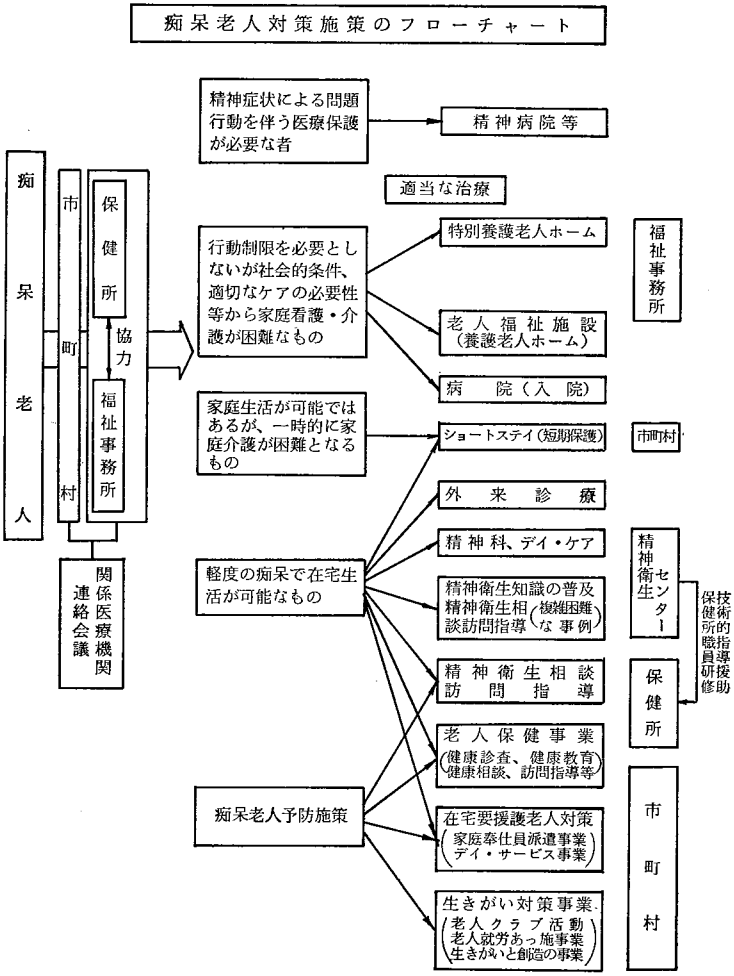
覚せい剤慢性中毒の精神症状が，分裂病のそれと区別つけ難いことがあることは既に述べたが，覚せい剤中毒の場合は疎通性が比較的よく保たれている場合が多い。また使用中止後の経過をみれば，通常一週間以内に症状の軽快がみられる。

また，覚せい剤使用に起因する身体症状の観察および覚せい剤使用状況の調査，尿中覚せい剤の有無，生活歴，職業等が参考となる。

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，昭和58年2月から次のような老人保健事業が実施されている。

- 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**

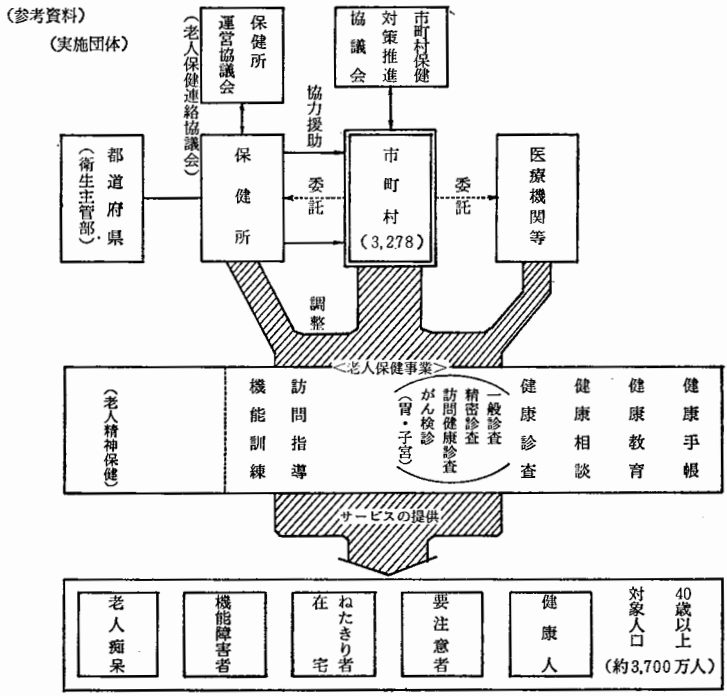
老人精神保健対策としては昭和55年公衆衛生審議会において「老人精神病棟の建築基準に関する意見」を提出しており，さらに地域における包括的ケア体制の確立を目ざして，公衆衛生審議会において鋭意検討を行ってきたところであり，昭和57年11月厚生大臣に意見具申を行った。

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。

図15　老人保健対策体系図



イ　「老人精神保健対策に関する意見」について

昭和57年11月24日，公衆衛生審議会は「老人精神保健対策に関する意見」を厚生大臣に具申している。その内容は，次の通りである。

昭和57年11月24日

厚生大臣　林　義郎　殿

公衆衛生審議会
会長　山口正義

老人精神保健対策に関する意見について

老人精神保健対策について，公衆衛生審議会令第1条の規定に基づき次のように意見を具申する。

老人精神保健対策に関する意見

公衆衛生審議会

序

昭和55年の我が国の65歳以上の老人は，総人口の9.0%，1,058万人であるが，昭和93年には，総人口の21.8%，2,802万人（人口問題研究所―日本の将来人口新推計による）に達するものと想定されている。このような高齢化社会の提示する課題は深刻であり，国家的な対応を迫られている。

経済機構の変化に伴う人口の都市集中と農山漁村の過疎化は従来の我が国の世帯構成を急激に変化させ，核家族に代表されるような扶養機能の弱体化，都市化現象に代表される相互連帯意識の希薄化を生じさせる結果となっており，これらの現象は，老人の生活基盤，とりわけ精神生活基盤の脆弱化を招来している。

このような状況の中で老年期に初発する痴呆老人の発生率は4.6%（65歳以上人口，昭和55年東京都調査）ともいわれており，今後痴呆等老人精神障害の増加が予想されることに伴い，保健医療面あるいは福祉面での対応のあり方が最近特に社会問題として提起されているところである。

本審議会は，昭和55年3月精神病院における老人精神病棟の必要性とその建築基準について意見を提出したところであるが，今回，これら老人が可能な限り社会の中で健やかに安定した生活が営めるよう施設対策にあわせ地域のケア体制を確立するなど包括的なケアシステムの確立を目指すべきであると考え，これらを老人精神保健対策としてとらえ，その施策の充実強化について審議を重ね以下の結論を得た。

なお，老人精神保健対策は，他の老人保健，老人福祉対策と不可分の関係にあり，来たるべき本格的な高齢化社会の到来に備えて相互の連携を充分に保ちながら長期的視野にたってその総合的施策を推進する必要がある。

本審議会で使用する用語の定義

○　老人精神障害

老人精神障害とは，老年期にみられる精神障害を総称していう。すなわち，老年期に初発した精神障害と老年期以前発病，経過し老年期に至った精神障害に大別される。

老人精神障害
- 老人期に初発した精神障害
  - 1) 器質性精神障害
    初老期痴呆，老年痴呆，脳血管性痴呆（多発梗塞性痴呆）など脳の器質的病変が原因で起る精神障害をいう。
  - 2) 機能性精神障害
    精神分裂病様状態，躁うつ状態，神経症など脳の器質的病変以外の諸原因（心理的原因など）で起る精神障害をいう。
- 老年期以前に初発した精神障害
  - 精神分裂病，躁うつ病，てんかん，アルコール精神病などの精神障害で，老年期以前に発病し老年に至った精神障害をいう。

○ 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特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，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要因によって痴呆を呈する精神障害をいう。

○ 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。

I　老人の痴呆疾患の予防及び普及啓発

痴呆疾患は脳血管障害の予防等により，その発生を少なくすることが可能であり，また，徘徊，不潔，自傷行為等の行動障害は，適正な医療，介護によりその程度を軽減することが可能である。

しかし，一般的には老人の痴呆疾患に対する悲観的な見方が根づよいので適正な予防，治療を行うことにより社会復帰が可能であることを家族及び一般住民に対し普及啓発する必要がある。

1.　思想普及及び啓発

都道府県（精神衛生センター，保健所），市町村及び関係諸団体等においては，老人，老人と同居する家族はもとより地域住民に対しても脳血管障害の予防，適正な医療，介護により社会生活が可能である等の老人精神保健思想の普及，啓発を図る必要がある。

2.　予防及び早期発見

老人精神保健の観点から，老人の痴呆疾患の予防，早期発見を図るためには，現在実施されている壮年期以降の健康診査に際して，老人精神保健に関する診査の基準を検討するとともに，老人の生きがいを高めるような環境調整，食生活指導等老人の健康づくり対策を積極的に推進する必要がある。

II　地域老人精神保健対策

一般に老人は生活環境の変化に適応することが困難であり，ことに発病初期の老人の痴呆疾患では日常生活の場の変化は病状の急速な悪化をもたらすおそれが大きいため，これらの老人に対して今まで生活の場として生きてきた地域社会ことに家庭においてケアすることが最も望ましい。このような観点から老人精神保健対策は在宅のままで，あるいは施設に収容する場合にも必要最小限の期間に限るなど地域の中でケアする体制をつくることに配慮することが特に必要である。

1.　在宅老人精神保健対策の充実

(1)　家庭訪問サービス事業の充実

痴呆老人及びその介護者に対して，生活のしかたや病状観察，療養指導等の知識を与えるため，精神衛生相談員等による訪問指導を行う必要がある。

(2)　通院医療の充実

デイケア等精神科外来医療の充実を図る必要がある。

(3)　介護者に対する講習等

保健所等は痴呆老人の介護者に対して介護のための講習会，指導書の作成等を行う必要がある。

(4)　家族の組織化の奨励等

市町村等は痴呆老人を抱えた家族の組織化を奨励するとともに，ボランティア活動の組織化を含む地域住民の支援協力態勢のあり方について検討することが望ましい。

(5)　在宅老人福祉対策との連携

在宅老人精神保健対策は，デイサービス，短期保護事業等の在宅老人福祉対策と密接な連携のもとに実施する必要がある。

2.　地域における行政組織の充実強化

(1)　老人精神保健相談窓口の設置

住民の相談に応じ，また，福祉事務所，市町村相談室，老人福祉施設，民生委員等が受理した相談の中で，専門的知識の不足等により対処しえない処遇困難な場合の照会に応じるため保健所に老人精神保健相談窓口を設置する必要がある。

(2)　老人精神保健協議会（仮称）の設置

受入機関の選定等処理困難な者の処遇を判定するとともに地域における老人精神保健の総合的な対策を検討するため保健所レベルの地域内に，精神衛生センター，保健所，福祉事務所，市町村，医療機関，老人福祉施設の代表，民生委員及び関係諸団体等で構成する老人精神保健協議会を設置する必要がある。

III　精神病院における老人精神障害者対策

入院治療を要する老人精神障害者の中には，一般の精神病床では対応が困難な者も多く，老人に適した施設構造をもち，特別な配置基準による医療従事者を配した老人専用病棟を整備する必要がある。

又，老人精神障害者には多種の合併症を有する場合が多く高度な医療が要求される

ことから，老人精神病棟の設置は総合病院に併設させることが望ましい。

さらに，退院後の社会復帰を円滑に推進するためには，老人福祉等関係諸施策との連携が必要不可欠である。

なお，老人精神病棟を運営するにあたっては，医療従事者は入院患者に対し，痴呆老人といえども適切な治療，看護及び介護を行うことにより改善をみるものであるから，人生の終着駅とか不治であるとあきらめさせることのないよう人格の尊厳を認めて治療，看護及び介護に努める必要がある。

1. 老人精神病棟への入院対象者の明確化

老人精神病棟で治療する老人精神障害者は主に次の者を対象とする。

(1) 器質性精神障害で，痴呆，性格障害，精神病様状態などによる行動異常が著しく，行動制限や専門的治療，看護及び介護が必要なもの。

(2) 老年期以前に初発した精神障害で，著明な心身の老化や身体的合併症のため，治療，看護及び介護を必要とするもの。

(3) 老年期に初発した機能性精神障害で重度のうつ状態や幻覚妄想状態等のため入院治療を必要とするもの。

2. 老人精神病棟の医療従事者の確保等

(1) 看護体制等の強化

老人精神病棟の患者の大部分は，身体的合併症をもち，また徘徊，不潔，亢奮，失禁などのため，特別な医療看護及び介護が必要であるため，それに対応できる看護体制を整備する必要がある。

なお，老人精神病棟においては，他の一般精神病棟と切り離した特別の看護基準について検討すべきである。

(2) 他診療科医師の配備

精神病院における老人精神病棟には，内科医を常勤で配備することが望ましく，また整形外科，皮膚科，婦人科，眼科等の合併症に対応できる診療体制を整備することが望まれる。

(3) その他の医療従事者の確保

入院患者の社会復帰を促進させるため，作業療法士，理学療法士，言語療法士，精神科ソーシャルワーカーを配備することが望ましい。

Ⅳ 老人精神保健従事者の確保及び資質の向上

老人精神保健の充実を図るためには，マンパワーの確保が最優先であり，また現在配置されている医師，精神衛生相談員，保健婦，社会福祉主事，老人福祉施設の看護婦等に対する現任訓練の強化を図るとともに，精神衛生相談員，社会福祉主事等の資格認定講習会等において老人精神保健にかかる教科の充実を図る必要がある。また医師，看護婦，社会福祉主事等を養成する大学等における養成課程に老人精神保健にかかる教科を組み入れる必要がある。

Ⅴ 研究体制の強化

老人の痴呆等老人精神障害の原因究明，発生予防，診断治療，さらにリハビリテー

ション及び老人の精神的健康増進等に関する研究の充実，強化を図る必要がある。

Ⅵ　老人の痴呆疾患のための保健医療及び福祉対策の連携

痴呆老人の中には，医療よりも特別なケアを必要とする者も多いので，老人の精神保健対策を進める上で，地域対策及び精神病院における老人精神障害者対策のみでは対処しえない問題が残されており，必然的にこれらの対策と老人福祉施設等の福祉対策が並行して充実されなければならない。このためには精神病院における看護，介護体制等の整備はもとより社会福祉施設における精神科医療のニーズに応えられる体制等の整備を図るなど，保健医療及び福祉の両者の密接な協調体制のもとに医療及び福祉の両面から具体的に対応する必要がある。

ウ　老人精神衛生相談事業

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実施している。

事業の内容は，老人痴呆疾患等の予防等について普及啓発，老人痴呆疾患等に関する相談窓口の設置，地域の痴呆老人対策を検討し，かつ具体的なケースの処置を検討するため保健所，医療関係機関，福祉事務所，老人福祉施設等で構成する連絡会議の設置等であり，昭和59年度は149保健所で実施している。

◇保健所における精神衛生業務中の老人精神衛生相談指導について

（衛発第22号，昭和58年1月13日付，
都道府県知事・政令市長・特別区長
宛公衆衛生局長通知）

保健所における精神衛生業務は，昭和41年2月11日衛発第76号「保健所における精神衛生業務について」及び昭和50年7月8日衛発第374号「保健所における精神衛生業務中の社会復帰相談指導について」に基づき実施されているところであるが，近年，老齢人口の著しい増加に伴い老人精神衛生についての総合的対策の推進が強く要請されている。

このような状況にかんがみ，昭和58年2月より保健所における精神衛生に関する業務の一環として，別紙「保健所における精神衛生業務中の老人精神衛生相談指導実施要領」により，老人痴呆疾患等に関する相談，指導等の実施を図ることとしたので，通知する。

なお，本事業においては，いわゆる痴呆老人の処遇について従来保健医療機関と社会福祉関係機関との連携が必ずしも十分ではなかった点にかんがみ，地域のこれら関係機関の連絡会議を設けることとしたので，その円滑な実施について遺憾のないようご配意願いたい。

＜保健所における精神衛生業務中の老人精神衛生相談指導要領＞

1. 目　　的

保健所における精神衛生に関する業務の一環として，老人及び家族に対し老人痴呆疾患等に関する相談指導等を積極的に推進し，もって老人の精神衛生の向上を図るとともに老人の健康状態に対する家族の知識と理解を深めることを目的とする。

2. 実施保健所

老人痴呆疾患等に関する相談指導等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

実施保健所は本事業の目的を達するため地域の保健医療機関及び社会福祉関係機関による連絡会議（以下「連絡会議」という。）を開催し事業の実施方針，実施方法とを検討し，それに基づき昭和41年2月21日衛発第76号「保健所における精神衛生業務について」の別紙「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を開催して所内の実施体制の整備を図るものとする。

4. 事業の内容

(1) 普 及 啓 発

実施保健所は，都道府県，精神衛生センター，市町村，医師会，関係団体等の協力を得て老人痴呆疾患等の予防等について地域住民に普及啓発を行うものとする。

(2) 相談窓口の設置

実施保健所は相談窓口を設置し，老人やその家族，一般住民等に対する老人痴呆

疾患等に関する相談指導を実施するものとする。

(3) 相談ケースの処理

ア 実施保健所は来所者について必要に応じ運営要領第1の2による相談指導業務担当者会議を開催し，本人の状況，家族環境等を総合的に検討したうえで具体的な処遇方法を決定するなど適切に対処するものとする。

イ 他の保健医療関係機関又は社会福祉関係機関の協力を必要とするケースについては，連絡会議において本人の状況，家庭環境，訪問指導や入院，施設への入所等の具体的な処遇方法について総合的に検討し関係機関の協力を得るものとする。

(4) 記録の整備・保管

実施保健所は，来所者ごとに老人精神衛生相談訪問記録カード（別添……省略）を作成し保管するものとする。

5. 経　　費

別途通知するところによるものとする。

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，人口の高齢化に伴い，痴呆老人等のいわゆる「忱惚の人」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・ケア課程は現在年間に4回行われている。

表16　国立精神研究所の組織

- 所　長
  - 総務課長
    - 課長補佐
      - 庶務係長
      - 会計係長
    - 精神衛生研修室長
  - 精神衛生部長
    - 心理研究室長
    - 主任研究員
  - 児童精神衛生部長
    - 精神発達研究室長
    - 主任研究官
  - 老人精神衛生部長
    - 老化度研究室長
    - 老人保健研究室長
  - 社会精神衛生部長
    - ソーシャルワーク研究室長
    - 主任研究官
  - 精神身体病理部長
    - 生理研究室長
  - 優生部長
    - 主任研究官
  - 精神薄弱部長
    - 主任研究官
  - 社会復帰相談部長
    - 精神衛生相談室長

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≫

大人の精神病や神経症，その他の適応障害（たとえば性格，自殺，種々の領域における不適応の問題など）の発生原因の調査研究およびその診断と治療について，研究を行っている。具体的な活動内容としては，1)精神衛生相談事例の研究　2)神経症の症例の調査研究　3)青年期事例についての精神衛生的援助活動の研究の三つである。

≪児童精神衛生部≫

乳幼児期や学童期，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，社会的要因など）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なら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は次のとおりである。1)人

格発達の基礎的研究－心身障害（精神薄弱，自閉症，神経性疾患など）をもつ双生児の乳児期から思春期までの総括的検討　2)臨床的研究　3)思春期研究－地域の児童相談所や教育機関，医療機関などと連絡を密にし，急増する思春期事例に適切な対応を試みる。

≪老人精神衛生部≫

一般老人の精神健康の向上をはじめ，適応障害や精神障害の早期発見，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・社会的要因の分析および脳老化過程の生理・生化学的研究などを総合的に行っている。主な研究活動は次のとおりである。
1)臨床的研究－脳血管性障害による寝たきり老人の感情病の出現危険因子，アルコール痴呆，脳血管性痴呆および老年痴呆に対するスクリーニング法の開発と痴呆スケールの作製　2)心理・社会的研究－老人ホームの精神医学的問題をもつ老人の実態調査　3)生物学的研究－神経機能の老化に関しての神経生理学的検討　4）行政的研究－痴呆老人の在宅ケアのあり方。

≪社会精神衛生部≫

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　1)ストレスの多い生活経験の健康問題への影響に関する研究　2)精神障害に対するプライマリー・ヘルス・ケア　3)諸外国の精神保健サービス供給体系についての比較検討　4)精神障害の慢性化防止　5)精神障害者を抱える家族の問題などの研究を推進している。

≪精神身体病理部≫

精神障害の発生機序を解明し，症状の推移と個人的環境的諸因子との関連を分析することによって，これらの診断と治療方法の検討と開発，さらに精神健康の維持増進に寄与するよう研究を行っている。現在の主な研究課題は　1)ストレスによる神経症の発生機序および診断治療技術の開発　2)環境科学研究　3)各種刺激・精神作業負荷に対する心拍数その他の生理学的指標の反応性変

動と作業成績・性格特性との相関　4) コンピュータによる臨床脳波の周波数分析。

≪優　生　部≫

精神障害およ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　1) 騒音の精神機能に与える影響に関する研究　2) 内因性うつ病の覚醒睡眠機構の精神生理学的・内分泌学的研究　3) 世界各国の優生保護法・堕胎法の研究。

≪精神薄弱部≫

精神薄弱の発生原因および予防対策，ならびに精神薄弱児・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。現在行っている主な研究は　1) 臨床診断法の開発とその応用および各種治療法の効果測定　2) 精神遅滞乳幼児の早期療育技術の開発　3) 地域ケアの体系化と臨床技術の開発。

≪社会復帰相談部≫

デイ・ケアをはじめ，精神障害者の社会復帰促進に有効である諸施設および諸制度のあり方，なら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。現在は　1) 分裂病等動態関連研究　2) 慢性分裂病のリハビリテーション関連調査研究を主として推進している。

≪デイ・ケア≫

従来のデイ・ケアは昭和59年2月1日より国立国府台病院精神科デイ・ケアとして正式に許可された。デイ・ケアに関する臨床研究は社会精神衛生部，精神衛生部，社会復帰相談部の研究員からなるプロジェクトチームにより行われている。本年度の研究テーマは　1) 病院デイ・ケアのあり方について　2) デイ・ケア・スタッフに関する研究　3) 作業療法とデイ・ケア・プログラムに関する研究　4) ソーシャルクラブの研究研究が挙げられている。

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17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17　課程別研修修了者数　　（昭和59年3月まで）

区分／課程	（県・市）本庁	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
医学課程	15	289	32	42		28	406人
心理学課程		13	70	103	204	93	483
社会福祉学課程	1	213	121	168	11	63	577
精神衛生指導課程	43	193	163	2		7	408
精神科ディ・ケア課程	1	2	6	548		1	558
計	60	710	392	863	215	192	2,432

備考　社会福祉学課程は昭和34年から，医学課程及び心理学課程は昭和36年から，精神衛生指導課程は昭和39年から，また，精神科ディ・ケア課程は昭和53年からのそれぞれの延人員である。

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，特に保健医療局精神保健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

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，また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，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。

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。州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急速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）で退院してくることになった。これに備えて作られたものは，既存のナーシング・ホームからスキルド・ナーシングホームボード・アンド・ケアホーム（食事とケアつきのホーム），ハーフウエイ・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」という批判もある。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，半職業的な人たち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られ，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充分な経費を支出し，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。

ある研究によれば，米国で精神衛生サービスを必要とする者は，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サービスを受けている。

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

州立及び郡立精神病院における人口10万対在院患者数（性別、年令別）米国 1950－1971

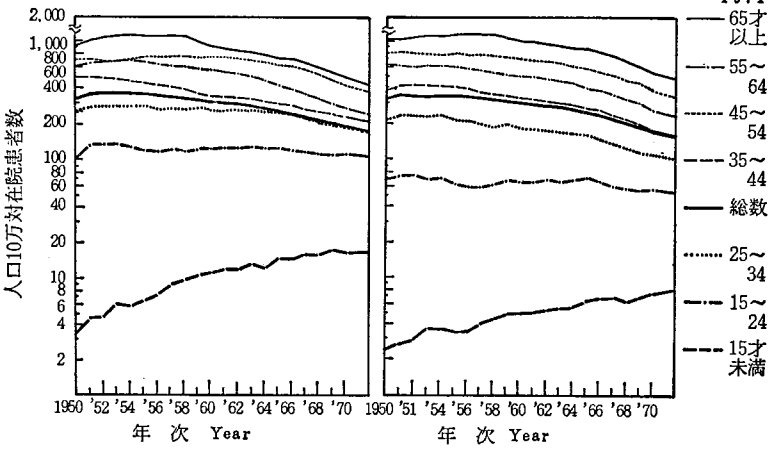
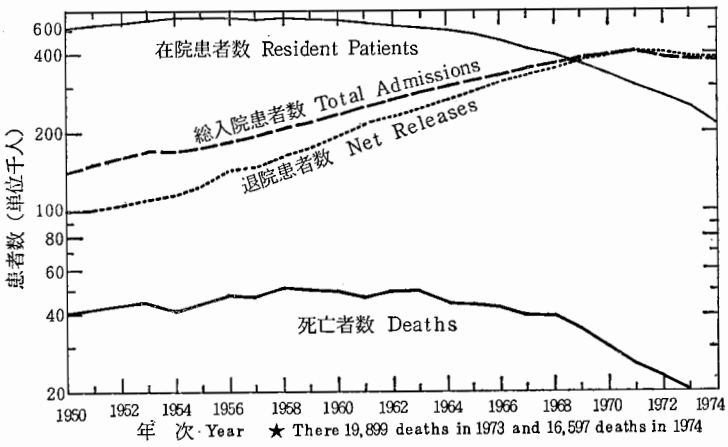


図 イ

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

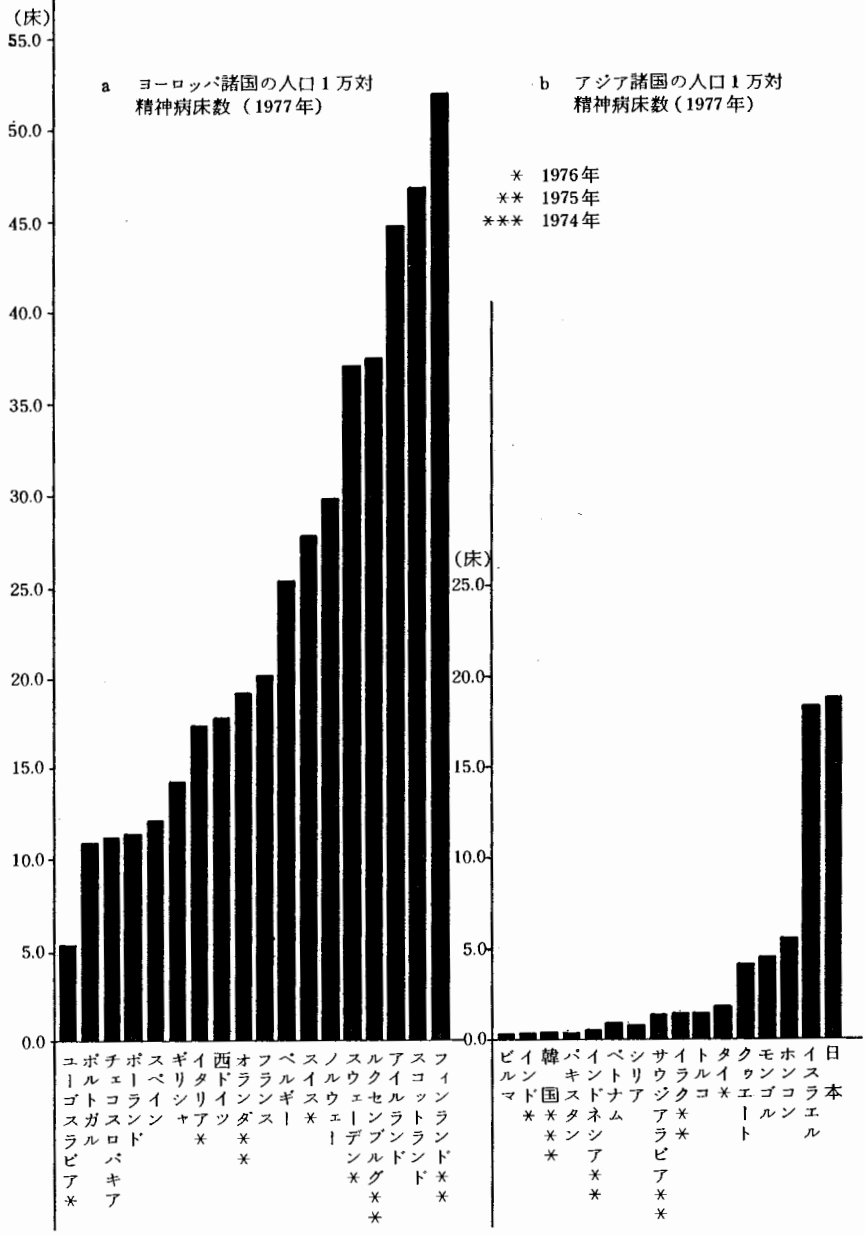


3. ヨーロッパの精神医療

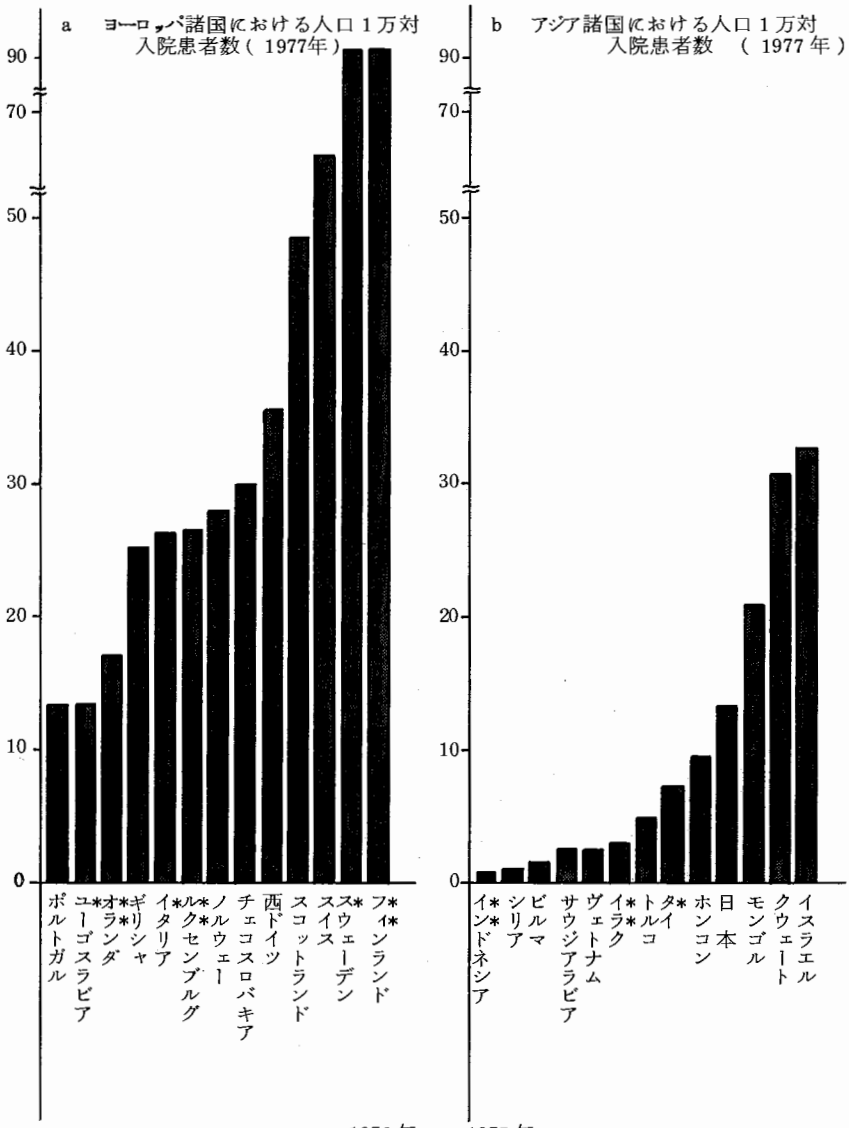
1）特　徴

人口１万に対する精神病床数はヨーロッパ諸国のほとんどで20床以上と，アメリカ合衆国の10.5床やカナダの15.5床と比較しても多い。ことにフィンランドやアイルランド，ルクセンブルグ，スウェーデンなどの北欧では35床以上と顕著である（図ウ）。人口１万対入院患者数も同様に多い（図エ）。こうした精神病床数や入院患者数の多いことは，充実した医療福祉制度や老齢化社会に伴う老年期精神障害の増加，慢性精神障害者の老齢化と密接な関連があると考えられている。また，精神病院の平均在院日数はルクセンブルグの 493.5 日を最高に，オランダやノルウェー，スコットランド，スペイン，イタリアなどが200日を大きく超え，日本を例外とするアジア諸国より長期に亘る傾向にある。しかし，老年期や慢性の精神障害者をナーシングホームやホステル，家庭へ移動させるよう施策がとられているため，平均在院日数や精神病床数は減少しつつある（図オ，カ）。

図ウ　人口1万対の精神病床数

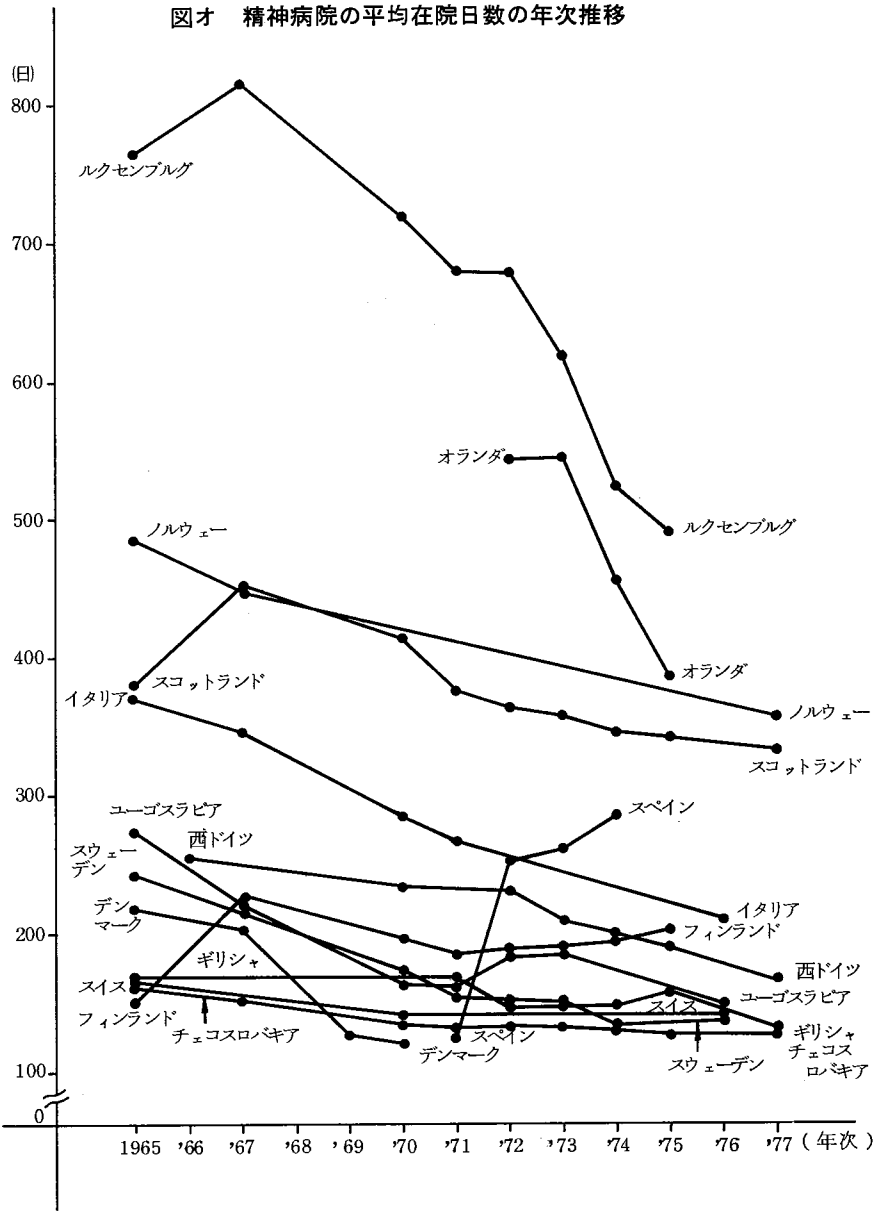


図エ　人口１万対の入院患者数

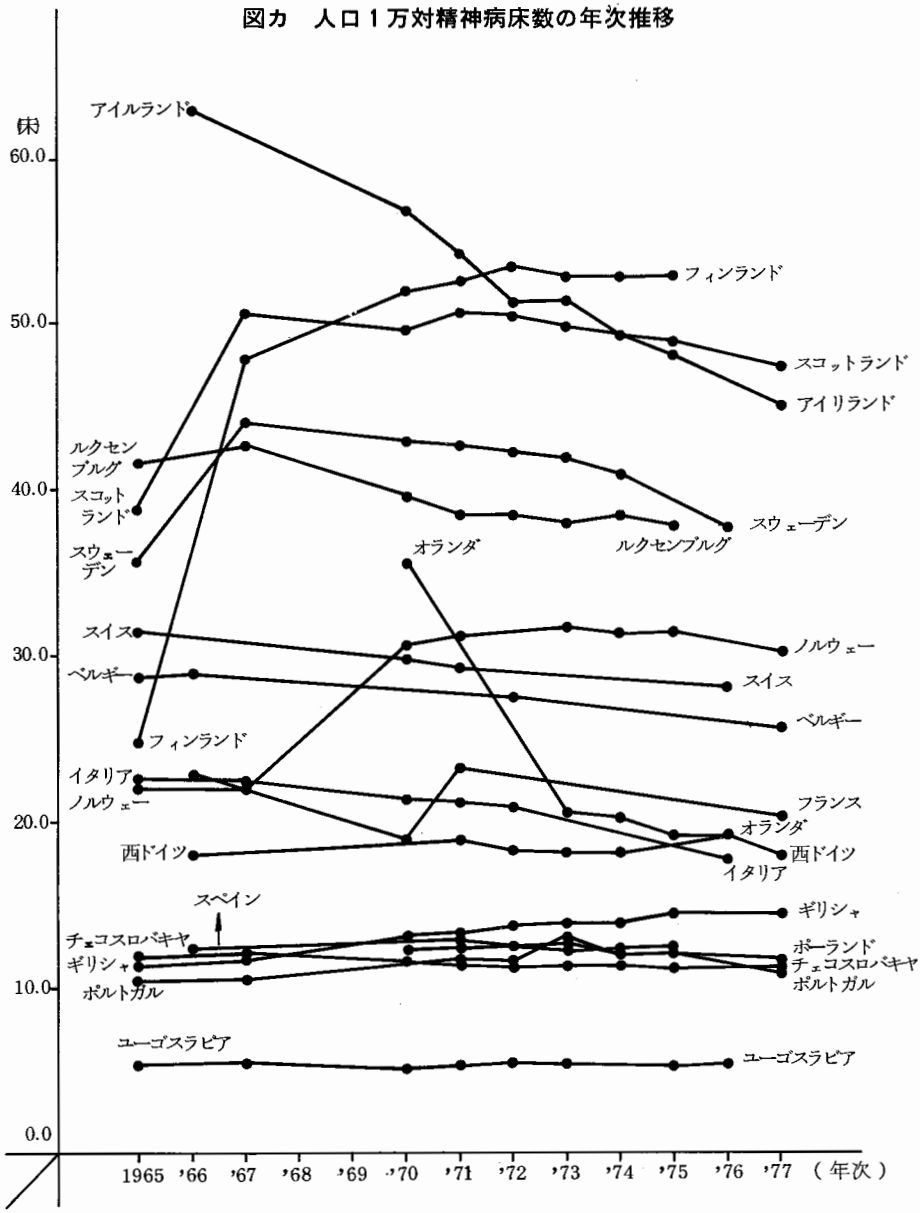


＊ 1976年　＊＊ 1975年

図オ　精神病院の平均在院日数の年次推移



図カ　人口１万対精神病床数の年次推移



2) ヨーロッパ各国の精神医療

a イギリス

1960年に精神病床の減少を精神科デイ・ケアとホステルの増設によって行おうとしたが，ホステルに慢性患者があふれるという事態を招き挫折した。その後，単科精神病院を分割し，総合病院の精神科病棟とするよう押し進め，また開業医の再教育によってプライマリー・メンタルヘルスを強化した。

これと並行して，グループホームや認可された宿泊所などの居住ケア，ボランティアワーク，危機介入システムや雇用ケア，回復者の相互扶助や自助集団など地域精神保健資源の積極的な活用によって，精神障害回復者の地域生活を支え，イングランドとウェールズでは在院患者の人口1万対を1970年の23.3人から1977年の17.6人に減少させることができた。

b フランス

1938年の精神病者法によって，全国が89区域に分けられ，それぞれにひとつの精神病院が設置されたが，これを基盤として1960年の政府通達により地域精神医療体制がうちたてられた。すなわち，人口7万人の管轄地域を設定し，あらゆる精神保健問題に対応する地域精神保健チームがつくられ，さらにそのチームの管轄地域には精神保健診療所やデイ・ホスピタル，ナイト・ホスピタル，ハーフウエイ・ハウス，ホームケア，特別雇用サービスなどの外来施設がつくられた。

ところが，ふるい精神病院を分割した形で各チームを編成したため，管轄地域に必ずしも担当病院がないという不便さもある。また，彼らの地域活動により退院患者は増加したが，在院のより重症な患者をケアする看護職員のモラールが低下するという問題もかかえている。

ともあれ，最近増加しつつあるアルコールや青少年を中心としたあらゆる問題を種々の社会資源を利用しながら対処するこの医療体制は極めてユニークである。

c　西ドイツ

病床規模1,000床を超える大規模精神病院が多く，かつこれらは人里はなれたところにある。そして職員の不足は著しく，平均で60床に医師1名，506床に心理士1名，504床にケースワーカー1名となっている。こうした医療体制のため，501床以上の大病院での平均在院日数は230日と長い。

慢性患者や危機介入，緊急ケースのために外来ケアは必要であるが，精神病院の1/3はそうした外来サービスをもたず，また，デイ・ホスピタルも少ないうえに不便なところにある。

d　イタリア

従来，大規模な精神病院は老人や低階層の患者を中心に入院させ，隔離，監護した。しかし，外来サービスの充実や精神病院の減少という動きとともに，1963年より精神病床数は次第に減少してきた。そして，1978年には西欧で最も徹底した地域精神保健のための法が成立した。成立1年後の経過報告によれば，入院患者は18%，強制入院は60%減少したが，元患者の自殺や犯罪の増加はみられなかったという。アメリカ合衆国の一部にみられたような患者の大量放出はなく，大部分の退院患者はナーシングホームか家族のもとに帰った。病院に残った人もいるが，彼らはゲストと呼ばれ，処遇されている。

e　スウェーデン

精神病床数が人口1万に対して37.2と多いが，それは老齢化社会に伴う老年期精神障害者の増加による。しかし，老人患者を精神病院よりもナーシングホームでケアする方向がとられつつある。

今後は，リハビリテーション機能をもたない旧型精神病院を廃止し，総合病院が拘禁法に基づく患者や緊急に入院を要する患者を入所させる施設をそなえ，また，精神病院を回復期ホーム，慢性期ホームにかえ，さらにそれらを家庭的な環境をもつ住居へと移行させることが計画されている。

f　ノルウェー

スウェーデンと同様の速度で人口老齢化がすすみ，老年期精神障害者の増加

にともない入院患者数や病床数は増えてきた。他方，脱入院化政策をとり，患者はナーシングホームや家庭などへ移すよう試みられている。

精神医療供給は地域ごとに精神病院が中心となり，病院外の地域サービスをも責任を負っている。すなわち，外来クリニックをへき地で開いたり，危機介入プログラムを実行したり，24時間予約なく通院できるクリニックを置いている。

g　フィンランド

他の北欧諸国と同様に精神病床数は多く，人口1万に対して52.3床であり，減少する傾向はみられない。全国を21区域に分け，それぞれに1カ所の基幹精神病院および数カ所の精神病院や精神衛生センターがある。精神衛生センターでは，デイ・ホスピタルやナイト・ホスピタル，ホステル，ホーム・ケアなどの地域ケアによって患者の社会復帰を押し進めている。

h　オランダ

北欧のように精神病床数は多くなく，また1,000床以上の大規模病院も少ない。これまでナーシングホームの増床によって平均在院日数769.5日（1965年）を387.8日（1975年）に減少させてきたが，さらに今後，ホステルやハーフウエイハウスの増設，総合病院での精神病床の増床，精神病院の250～300床規模への縮少等が計画されている。

i　デンマーク

精神病床数は人口1万に対して22.9床と北欧に比較し少なく，また500床以下の中規模病院が大半である。老齢化した慢性精神障害者は精神科ナーシングホームへ移されるため，平均在院日数は減少傾向にある。総合病院に200～400床規模の精神病院を併設してきたが，1973年以降の財政悪化のため経済的負担の少ない方法が求められ，デイ・ホスピタルや外来サービスの強化や精神病床の減少，総合病院と精神病院の連携が進められている。

j　ベルギー

1974年に精神病院の再編成および地域での外来サービス確立のために新し

い法律がつくられた。その内容は，1) 総合病院で短期急性期治療を行う病床は人口1万対 1.5を最大とする，2) 精神病院で社会的リハビリテーションを行う病床は人口1万対 9.0を最大とする，3) 長期的なリハビリテーション病床は人口1万対10.0を最大とする，である。さらに，1975年には外来精神衛生サービスの開発のために人口5万人につき1カ所の外来サービス部門が企てられ，それは患者治療でなく地域精神健康の増進も志向される。

4. ソ連の精神医療

ソ連には開業医がいないのでディスパンセ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セールがあり，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に，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セール，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，ディスパンセールと精神病院のほかに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までがある。患者の住民移動とともにカルテがディスパンセンル間を共に移動するという徹底したもので，ソ連ならではという感が強い。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。

5. 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5,000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くられている。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セ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。

6. 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。

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。

58年6月1日現在県343，市827，町村4計1,174か所が設置されている。

(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。

58年10月1日現在　公営52，私営112，計164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。

58年10月1日現在　公営8，私営11，計19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。

58年10月1日現在　公営55，私営20，計75か所が設置されている。

(3) 児童福祉法

児童が心身ともに健やかに生まれ，且

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

（児童相談所）……児童福祉行政の第一線現業機関として各県に設置されており，その業務は18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，59年9月1日現在　164か所が設置されている。

（情諸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収容し，又は保護者のもとから通わせて，その情緒障害をなおすことを目的とする施設である。

59年1月1日現在　公営7，私営4，計11か所が設置されている。

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

健康の保持及び生活の安定のために必置な措置を講じ，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。

58年10月1日現在　公営580,私営365,計945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。

58年10月1日現在　公営211，私営1,199,計1,410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。

58年10月1日現在　公営1,146，私営445，計1,591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。

57年10月1日現在，公営70，私営547，計617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。

57年10月1日現在 公営44，私営231，計275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，拠出年金を受けることができない者（拠出年金発足

当時すでに高齢であった人等）に対して国民年金障害等級表に該当する程度の障害の状態にあり，かつ20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，58年5月1日現在国立43，公立656，私立14，計713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，59年8月末現在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

(1) 精神衛生法

昭和25年5月1日　法律第123号
施行　昭和25年5月1日
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，昭57法80，昭和59法77

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　　設

（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精神病院又は精神病院以外の病院に設けられている精神病室の全部又は一部を，その設置者の同意を得て，都道府県が設置する精神病院に代る施設(以下「指定病院」という。）として指定することができる。

（国の補助）

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

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

（精神衛生センター）

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

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

（国の補助）

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

第９条及び第10条　削除

（指定の取消し）

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

（政令への委任）

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

第３章　地方精神衛生審議会及び精神衛生診査協議会

（地方精神衛生審議会）

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

２　地方精神衛生審議会は，都道府県知事の諮問に答えるほか，精神衛生に関する事項に関して都道府県に意見を具申することができる。

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

（委員及び臨時委員）

第14条　地方精神衛生審議会の委員は，10人以内とする。

２　特別の事項を調査審議するため必要があるときは，地方精神衛生審議会に臨時委員を置くことができる。

３　委員及び臨時委員は，精神衛生に関し学識経験のある者のうちから，都道府県知事が任命する。

４　委員の任期は，３年とする。

（精神衛生診査協議会）

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

（委　員）

第16条　精神衛生診査協議会の委員は，５人とする。

２　委員は，精神障害者の医療に関する事業に従事する者及び関係行政機関の職員のうちから，都道府県知事が任命する。

３　委員（関係行政機関の職員のうちから任命された委員を除く。）の任期は，２年とする。

（条例への委任）

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

第４章　精神衛生鑑定医

（精神衛生鑑定医）

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

２　精神衛生鑑定医は，都道府県知事の監督のもとに，この法律の施行に関し精神障害の有無並びに精神障害者につきその治療及び保護を行う上において入院を必要とするかどうかの判定を行う。

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

（実費弁償及び報酬）

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

第５章　医療及び保護

（保護義務者）

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

一　行方の知らない者

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

三　家庭裁判所で免ぜられた法定代理人又は保佐人

四　破産者

五　禁治産者及び準禁治産者

六　未成年者

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

一　後見人

二　配偶者

三　親権を行う者

四　前2号の者以外の扶養義務者のうちから家庭裁判所が選任した者

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

第21条　前条第2項各号の保護義務者が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提出しなければならない。

一　申請者の住所，氏名及び生年月日

二　本人の現在場所，居住地，氏名，性別及び生年月日

三　症状の概要

四　現に本人の保護の任に当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たときは，すみやかに，その旨を都道府県知事に通報しなければならない。

（保護観察所の長の通報）

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

（矯正施設の長の通報）

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

一　本人の帰住地，氏名，性別及び生年月日

二　症状の概要

三　釈放，退院又は退所の年月日

四　引取人の住所及び氏名

（精神病院の管理者の届出）

第26条の2　精神病院（精神病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。以下同じ。）の管理者は，入院中の精神障害者であって，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ったときは，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ない。

（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，通報又は届出のあった者について調査の上必要があると認めるときは，精神衛生鑑定医をして診察をさせなければならない。

2　都道府県知事は，入院させなければ精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあることが明らかである者については，前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って必要な限度においてその者の居住する場所へ立ち入ることができる。

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

6　第1項又は第2項の規定による診察を拒み,妨げ,若しくは忌避した者又は第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たときは，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たときは，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な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な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

ができると認めたときは，その費用の全部又は一部を徴収することができる。

（一般患者に対する医療）

第32条　都道府県は，精神障害の適正な医療を普及するため，精神障害者が健康保険法（大正11年法律第70号）第43条第３項各号に掲げる病院若しくは診療所又は薬局その他政令で定める病院若しくは診療所又は薬局（その開設者が，診療報酬の請求及び支払に関し次条に規定する方式によらない旨を都道府県知事に申し出たものを除く。）で病院又は診療所へ収容しないで行な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なうものとし，その申請は，精神障害者の居住地を管轄する保健所長を経て，都道府県知事に対してしなければならない。

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

5　第３項の申請があってから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，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，保険者若しくは共済組合又は市町村（特別区を含む。）は，これらの法律又は老人保健法（昭和57年法律第80号）の規定によってすべき給付のうち，その医療に要する費用の2分の1を超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ってその診断に相当の時日を要すると認める者を，その後見人，配偶者，親権を行う者その

他の扶養義務者の同意がある場合には，本人の同意がなくても，3週間を超えない期間，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，入院中の者で自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれのあるものが無断で退去しその行方が不明になったときは，所轄の警察署長に左の事項を通知してその探索を求めなければならない。

一　退去者の住所，氏名，性別及び生年月日

二　退去の年月日及び時刻

三　症状の概要

四　退去者を発見するために参考となるべき人相，服装その他の事項

五　入院年月日

六　保護義務者又はこれに準ずる者の住所及び氏名

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

（仮退院）

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

（保護義務者の引取義務等）

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

（精神衛生に関する業務に従事する職員）

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

ことができる。

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

（訪問指導）

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

第44条から第47条まで　削除

（施設以外の収容禁止）

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

（医療及び保護の費用）

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

（刑事事件に関する手続等との関係）

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

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

（秘密の保持）

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

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

（覚せい剤の慢性中毒者に対する措置）

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

附　　則（抄）

1　この法律は，公布の日から施行する。

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，昭59政令268

（精神病院等に対する国庫補助）

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。

（精神衛生センターに対する国庫補助）

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。

（入院費に対する国庫補助）

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。

（一般患者に対する医療施設）

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)　健康保険法（大正11年法律第70号）第44条第1項に規定する特定承認保険医療機関

(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若しくは薬局又は同法第53条第1項に規定する特定承認療養取扱機関

(3)　船員保険法（昭和14年法律第73号）第28条第3項第2号に掲げる病院若しくは診療所又は薬局

(4)　労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）第13条第1項の規定による療養の給付を行なう病院若しくは診療所又は薬局

(5)　国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）第55条第1項第1号及び第2号（私立学校教職員共済組合法（昭和28年法律第245号）第25条において準用する場合を含む。）に掲げる医療機関又は薬局

(6)　公共企業体職員等共済組合法（昭和31年法律第134号）第33条第1項第1号から第3号までに規定する医療機関又は薬局

(7)　地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）第57条第1項第1号及び第2号に掲げる医療機関又は薬局

(8)　生活保護法（昭和25年法律第144号）第49条の規定により指定された病院若しくは診療所又は薬局

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，国民健康保険法第45条第6項に規定する厚生大臣が指定する法人又は国鉄共済組合とする。

（一般医療に対する国庫補助）

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51省令28・36，昭53省令29，昭58省令3・省令5，昭59省令49

第1条から第3条まで　削除

（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。

（費用の負担の申請）

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），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），労働者災害保償保険法（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（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），老人保健法（昭和57年法律第80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，70歳以上の加入者等又は医療扶助を受けることができる者であるときは，その旨

2 前項の申請書には，当該医療を受けようとする医師の別記様式第3号による意見書を添付しなければならない。

3 都道府県知事は，第1項の申請書の提出を受けたときは，保健所長が申請書を受理した日から1月以内に法第32条第1項の規定によって費用を負担するかどうかを決定し，負担すべき旨を決定したときはすみやかに患者票を申請者に交付し，負担しない旨を決定したときはすみやかにその旨を申請者に通知しなければならない。

4 前項の患者票の交付を受けた者は，医療を受け又は受けさせるに当たっては，患者票を法第32条第1項の病院若しくは診療所又は薬局に提示しなければならない。

5 法第32条第1項の規定によって費用の負担を受けている者又はその保護義務者は，その医療を受ける病院又は診療所を変更しようとするときは，あらかじめ精神障害者の居住地を管轄する保健所長を経て，都道府県知事に届け出なければならない。

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

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っ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，老人医療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（特定療養費の受給を含む。）又は老人保健法による医療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，老人医療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。

別記様式第一号

（表　　面）

写真ちょう附面

第　　号

氏名

年　月　日生

精神衛生鑑定医の証

厚生省印

昭和　年　月　日

厚生省

（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ない。

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

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

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

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

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

（注意）

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

二　鑑定医でなくなったときは、厚生大臣に返還すること。

別記様式第二号

（表　　面）

写真ちょう附面

第　　号

（職）氏名

年　月　日生

精神衛生都道府県印衛生吏員の証

昭和　年　月　日

都道府県

（日本工業規格B列7番）

（裏　　面）

精神衛生法抜すい

（精神衛生鑑定医の診察）

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

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

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

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

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

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

（注意）

一　この証票の取扱いに注意し、破り、よごし、又は失ったときは直ちに都道府県知事に届け出ること。

二　精神衛生吏員でなくなったときは、都道府県知事に返還すること。

別記様式第三号

意　見　書

氏名 住所		明 大 昭　年　月　日生	
診断病名	1　主な精神障害	2　合併精神障害	3　合併身体疾患
治療計画	通院間隔 治療の順序 治療の予定期間　自　昭和　年　月　日　至　昭和　年　月　日		
治療の種類（該当の数字を○でかこむこと）	1　薬物療法	1　初回 2　継続 3　再	薬物名　使用期間
	2　痙れん療法 3　駆梅療法 4　精神療法 5　その他	1初　2継　3再 1初　2継　3再 1初　2継　3再	
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	
発病前の状況現病症及び既往の医療	（推定発病　年　月） （精神障害と診断された　年　月）		
現在の状態像（該当の数字を○でかこむとともに（　）内に具体的症状を書き入れること。）	1　緊張病症状群（　） 2　幻覚妄想状態（　） 3　情意鈍麻（　） 4　躁うつ状態（　） 5　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　㊞

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っこ書すること。

2. 麻薬取締法関係

(1) 麻薬取締法（抄）

昭和28年3月17日　法律第14号
施行　昭和28年4月1日
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47法28・法103，昭53法27・法55，昭56法45，昭58法83，昭59法23

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なうとともに，麻薬中毒者について必要な医療を行な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上の危害を防止し，もっ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（居住地がないか，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，帰住地，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疑いのある者と認めた理由をその者の帰住地（帰住地がないか，又は帰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な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なうため必要があるときは，当該受診者に対して，診察を行なおうとする場所に出頭を求め，又は必要な限度において，診察を行な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，当該職員を立ち会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な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なう場合には，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なうほか，都道府県知事の監督のもとに，前条に規

定する職務を行なうものとする。

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，大麻又はあへんの施用を繰り返すおそれが著しいと認めたときは，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なうことができる。

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つては，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者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，措置入院者につき，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，措置入院者につき，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なうことができる。

（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なうため，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な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な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，実地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　麻薬中毒者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，必要な指導を行ない，及びこれらに附随する業務を行なうものとする。

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な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）

昭和28年4月18日　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，昭58厚令3・厚令45，
昭59厚令14

（医師の届出事項）

第16条　法第58条の2第1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，老人医療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っ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（抄）

昭和26年6月30日　法律第252号
施行　昭和26年7月30日
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103，昭48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　フエニルアミノプロパン，フエ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2号に掲げる物のいずれかを含有する物

(4)　大麻取締法（抄）

昭和23年7月10日　法律第124号

施行　昭和23年7月10日

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，昭59法47

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，サテイバ，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「患者調査」

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, 814
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
315～355	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	49	50	51	52	53	54	55	56	57
6, 977	6, 845	7, 049	7, 186	7, 214	7, 072	7, 126	6, 855	7, 266	6, 805
247	277	269	277	280	272	281	290	300	312
151	176	165	170	177	169	172	172	183	181
25	32	33	32	34	30	38	32	30	41
761	776	825	751	842	741	728	620	677	578
341	406	417	349	436	319	394	293	320	298
160	158	202	205	213	226	217	206	233	168

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）・受療の種別にみた全国推計患者数

（昭和50年）　（単位：千人）

	総数	入院			外来			
		総数	新入院	繰越入院	総数	新来	再来	往診（再掲）
総数	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	−
その他の非精神病性精神障害	16.8	2.2	0.0	2.2	14.5	3.6	11.0	0.4
精神薄弱	13.1	12.1	0.0	12.1	1.0	0.2	0.8	−
VI 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

（昭和56年）　（単位：千人）

	総数	入院			外来			
		総数	新入院	繰越入院	総数	新来	再来	往診（再掲）
総数	8,565.8	1,277.7	42.9	1,234.8	7,288.1	1,275.3	6,012.8	73.3
V 精神障害	353.1	296.7	1.6	295.1	56.4	5.0	51.4	0.5
老年期及び初老期の器質性精神病	22.4	21.1	0.1	21.0	1.3	0.1	1.2	0.1
アルコール精神病	3.1	2.9	0.0	2.9	0.1	−	0.1	−
精神分裂病	216.2	202.9	0.6	202.3	13.2	0.4	12.8	0.0
躁うつ病	17.0	12.0	0.2	11.8	5.0	0.2	4.8	−
その他の精神病	10.6	8.8	0.1	8.7	1.8	0.1	1.7	−
神経症	35.5	14.7	0.3	14.4	20.8	1.3	19.5	0.2
アルコール症	17.1	15.7	0.1	15.6	1.3	0.2	1.2	−
その他の非精神病性精神障害	16.2	4.1	0.1	4.0	12.1	2.6	9.5	0.1
精神薄弱	15.1	14.4	0.0	14.4	0.7	0.1	0.6	−
VI 神経系および感覚器の疾患	798.0	66.7	1.3	65.4	731.3	114.7	616.7	3.5
てんかん	30.0	12.3	0.1	12.2	17.7	0.7	17.0	0.0

（昭和57年）　（単位：千人）

	総数	入院			外来			
		総数	新入院	繰越入院	総数	新来	再来	往診（再掲）
総数	8,076.8	1,344.9	34.9	1,309.9	6,731.9	1,105.1	5,626.7	88.6
V 精神障害	370.2	303.6	0.9	302.7	66.6	5.1	61.5	0.4
老年期及び初老期の器質性精神病	22.7	20.1	0.1	20.1	2.6	0.1	2.5	0.3
アルコール精神病	2.3	2.3	0.0	2.3	0.1	−	0.1	−
精神分裂病	214.5	202.4	0.3	202.0	12.1	0.3	11.8	−
躁うつ病	20.9	12.6	0.1	12.5	8.3	0.5	7.8	−
その他の精神病	11.5	9.9	0.1	9.9	1.6	0.1	1.5	−
神経症	48.1	18.5	0.2	18.3	29.6	1.8	27.7	0.1
アルコール症	19.0	17.9	0.1	17.8	1.1	0.2	0.9	−
その他の非精神病性精神障害	14.5	5.2	0.0	5.2	9.2	2.0	7.3	−
精神薄弱	16.6	14.6	0.0	14.6	2.0	0.1	1.9	−
VI 神経系および感覚器の疾患	686.0	58.2	1.3	57.0	627.7	92.3	535.4	2.9
てんかん	33.1	11.6	0.1	11.5	21.5	0.3	21.2	−

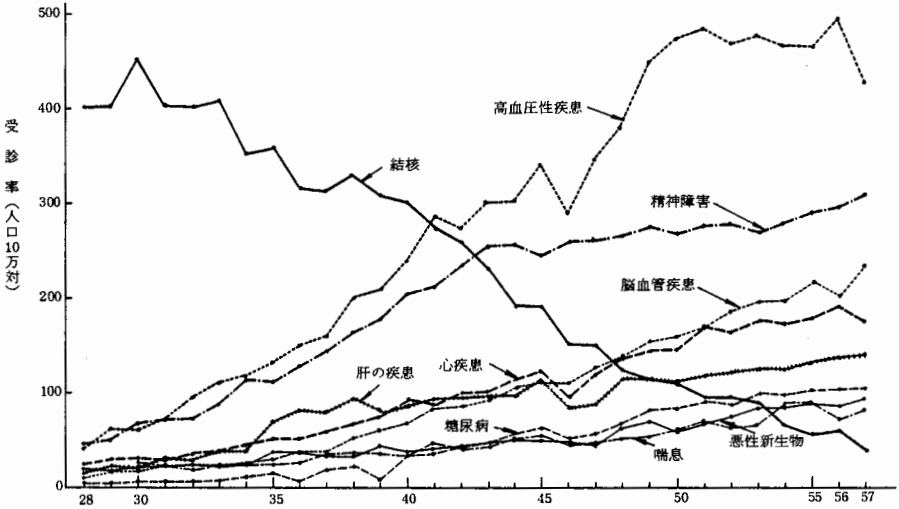
表 4　在院期間別退院患者の年次推移（累積百分率）

	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
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
56	2.0	6.7	8.7	10.1	11.4	12.4	13.1	14.4	15.5	16.1	16.8	17.7	18.7	19.2	20.5	23.1
57	2.3	6.7	8.1	9.6	10.4	11.4	12.3	13.3	14.3	15.2	16.2	17.1	17.8	18.6	19.6	22.5

	25日	30日	40日	50日	2カ月	3カ月	4カ月	5カ月	6カ月	1年	1年6カ月	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
50	24.8	28.7	33.9	38.9	44.5	55.1	62.6	67.9	70.8	83.1	87.3	90.2	92.6	94.6	95.3	100.0
51	25.5	28.6	32.8	37.6	42.5	53.5	61.3	67.1	70.6	81.7	86.0	89.1	92.3	94.1	95.3	100.0
52	24.7	27.9	33.4	37.9	42.4	54.4	63.7	70.5	73.9	84.3	87.1	89.5	92.9	94.7	95.7	100.0
53	24.4	27.9	33.4	37.4	43.2	54.8	61.7	67.1	70.5	82.3	86.5	90.5	93.1	94.4	95.3	100.0
54	24.4	27.7	33.1	38.5	42.9	54.4	63.9	69.1	72.5	83.2	88.2	91.6	94.4	96.0	96.8	100.0
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
56	26.6	29.6	35.7	40.4	45.5	57.2	67.5	72.3	75.7	85.4	89.0	91.1	93.5	94.8	95.7	100.0
57	25.6	28.6	34.2	39.2	44.2	55.6	63.7	68.7	72.6	84.2	88.6	90.6	93.5	95.1	96.2	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59年6月末現在）

診断名区分	総数					男					女				
	総数	20歳未満	20歳以上～65歳未満	65歳以上	措置入院患者数	総数	20歳未満	20歳以上～65歳未満	65歳以上	措置入院患者数	総数	20歳未満	20歳以上～65歳未満	65歳以上	措置入院患者数
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
精神分裂病	208,620	1,524	192,996	14,100	28,984	119,748	873	113,602	5,273	18,398	88,872	651	79,394	8,827	10,586
躁うつ病	15,627	201	12,344	3,082	538	7,607	95	6,473	1,039	297	8,020	106	5,871	2,043	241
てんかん	11,020	305	10,198	517	1,499	6,517	200	6,059	258	950	4,503	105	4,139	259	549
脳器質性精神障害 総数	38,182	40	8,339	29,803	487	16,206	29	5,518	10,659	345	21,976	11	2,821	19,144	142
脳器質性精神障害 老年精神障害	28,985	5	3,535	25,445	124	10,658	2	2,009	8,647	71	18,327	3	1,526	16,798	53
脳器質性精神障害 その他	9,197	35	4,804	4,358	363	5,548	27	3,509	2,012	274	3,649	8	1,295	2,346	89
その他の精神病	9,698	339	7,878	1,481	506	4,732	203	4,018	511	280	4,966	136	3,860	970	226
中毒性精神障害 総数	23,320	221	20,620	2,479	687	21,776	160	19,345	2,271	660	1,544	61	1,275	208	27
中毒性精神障害 アルコール中毒	21,472	7	19,051	2,414	522	20,258	4	18,027	2,227	503	1,214	3	1,024	187	19
中毒性精神障害 覚せい剤中毒	728	39	684	5	111	605	24	577	4	107	123	15	107	1	4
中毒性精神障害 その他の中毒	1,120	175	885	60	54	913	132	741	40	50	207	43	144	20	4
精神薄弱	15,117	455	13,725	937	1,629	8,965	300	8,195	470	1,065	6,152	155	5,530	467	564
精神病質	2,132	58	1,827	247	190	1,634	37	1,429	168	157	498	21	398	79	33
精神神経症	9,800	516	8,342	942	103	4,696	265	4,214	217	51	5,104	251	4,128	725	52
その他	4,709	429	3,043	1,237	80	2,509	251	1,755	503	52	2,200	178	1,288	734	28
合計	338,225	4,088	279,312	54,825	34,703	194,390	2,413	170,608	21,369	22,255	143,835	1,657	108,704	33,456	12,448

資料：精神保健課調

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　（58. 6. 30 現在）

区分	人口 千人 (57.10.1)	精神病院数	精神病床数	人口万対病床数	在院患者数 Ⓐ	病床利用率 (%)	人口万対在院患者数	措置患者数 Ⓑ	人口万対措置患者数	措置率 (%) Ⓑ／Ⓐ	通院医療費承認件数
北海道	5,633	125	19,686	34.9	20,500	104.1	36.4	1,717	3.0	8.4	39,668
青森	1,529	26	4,471	29.2	4,559	102.0	29.8	476	3.1	10.4	7,145
岩手	1,428	22	4,560	31.9	4,751	104.2	33.3	430	3.0	9.1	5,159
宮城	2,125	25	4,115	19.4	4,156	101.0	19.6	520	2.4	12.5	8,658
秋田	1,257	26	4,279	34.0	4,571	106.8	36.4	783	6.2	17.1	4,863
山形	1,255	15	2.536	20.2	2,920	115.1	23.3	400	3.2	13.7	5,207
福島	2,051	40	7.546	36.8	7,986	105.8	38.9	1,264	6.2	15.8	7,339
茨城	2,632	39	7.649	29.1	8,209	107.3	31.2	1,726	6.6	21.0	5,403
栃木	1,819	30	5.965	32.8	6,061	101.6	33.3	1,030	5.7	17.0	3,838
群馬	1,877	20	5.314	28.3	5,623	105.8	30.0	891	4.7	15.8	5,399
埼玉	5,611	46	9.435	16.8	10,172	107.8	18.1	1,215	2.2	11.9	10,202
千葉	4,919	45	10,541	21.4	10,483	99.4	21.3	513	1.0	4.9	9,326
東京	11,669	116	25,630	22.0	25,567	99.8	21.9	318	0.3	1.2	39.929
神奈川	7,116	56	11,934	16.8	11,706	98.1	16.5	1,128	1.6	9.6	25,715
新潟	2,464	30	6,405	26.0	7,099	110.8	28.8	1,245	5.1	17.5	7,858
富山	1,109	29	3,636	32.8	3,821	105.1	34.5	553	5.0	14.5	4,887
石川	1,132	18	3,664	32.4	3,848	105.0	34.0	360	3.2	9.4	2,111
福井	801	10	2,004	25.0	1,928	96.2	24.1	350	4.4	18.2	1,015
山梨	811	10	2,656	32.7	2,672	100.6	32.9	481	5.9	18.0	1,432
長野	2,100	32	5,693	27.1	5,676	99.7	27.0	932	4.4	16.4	7,515
岐阜	1,989	19	3,727	18.7	3,966	106.4	19.9	819	4.1	20.7	4,671
静岡	3,494	32	6,890	19.7	7,072	102.6	20.2	1,332	3.8	18.8	7,746
愛知	6,311	55	12,650	20.0	12,475	98.6	19.8	1,443	2.3	11.6	13,502
三重	1,714	21	4,781	27.9	5,012	104.8	29.2	935	5.5	18.7	7,215
滋賀	1,111	11	1,957	17.6	1,901	97.1	17.1	156	1.4	8.2	3,521
京都	2,556	22	7,337	28.7	7,223	98.4	28.3	224	0.9	3.1	9,254
大阪	8,546	65	20,004	23.4	19,946	99.7	23.3	587	0.7	2.9	35,904
兵庫	5,200	42	10,307	19.8	10,641	103.2	20.5	1,218	2.3	11.4	12,709
奈良	1,254	10	2,267	18.1	2,428	107.1	17.4	331	2.6	13.6	1,831
和歌山	1,091	13	3,014	27.6	2,993	99.3	27.4	987	9.0	33.0	2,558
鳥取	610	11	1,887	30.9	1,818	96.3	29.8	328	5.4	18.0	3,101
島根	788	17	2,509	31.8	2,471	78.5	31.4	223	2.8	9.0	6,064
岡山	1,887	24	5,160	27.3	5,115	99.1	27.1	541	2.9	10.6	6,970
広島	2,777	42	7,925	28.5	8,880	112.1	32.0	915	3.3	10.3	7,255
山口	1,597	32	5,676	35.5	6,459	113.8	40.4	1,129	7.1	17.5	4,140
徳島	828	21	4,142	50.0	4,204	101.5	50.8	488	5.9	11.6	2,130
香川	1,009	19	4,060	40.2	4,177	102.9	41.4	596	5.9	14.3	2,530
愛媛	1,515	23	4,835	31.9	5,281	109.2	34.9	630	4.2	11.9	5,863
高知	834	27	3,999	47.9	4,150	103.8	49.8	717	8.6	17.3	5,260
福岡	4,634	102	19,279	41.6	19,978	103.6	43.1	1,750	3.8	8.8	12,690
佐賀	872	19	3,961	45.4	3,868	97.7	44.4	461	5.3	11.9	3,356
長崎	1,595	38	8,086	50.7	8,560	105.9	53.7	426	2.7	5.0	3,900
熊本	1,810	45	8,745	48.3	8,891	101.7	49.1	1,283	7.1	14.4	4,557
大分	1,238	24	4,373	35.3	4,964	113.5	40.1	880	7.1	17.7	3,876
宮崎	1,166	25	5,666	48.6	5,570	98.3	47.8	971	8.3	17.4	5,132
鹿児島	1,800	48	9,000	50.0	9,640	107.1	53.6	1,631	9.1	16.9	8,201
沖縄	1,132	18	4,048	35.8	3,863	95.4	34.1	79	0.7	2.0	12,713
合計	118,693	1,585	323,004	27.3	333,854	103,0	28.1	37,412	3.2	11.2	399,318

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58年の年計）

表8　都道府県別疾病別在院患者数

	精神	躁うつ病	てんかん	脳器質性精神障害			その他の
	分裂病			総数	老年精神障害	その他	精神病
	人	人	人	人	人	人	人
北海道	10,631	1,140	894	2,699	2,195	504	445
青森	2,832	199	127	506	335	171	120
岩手	2,968	233	175	408	244	164	132
宮城	2,809	321	144	378	270	108	65
秋田	2,710	241	173	613	490	123	74
山形	1,839	205	120	281	223	58	43
福島	4,595	468	348	936	661	275	269
茨城	5,944	322	284	419	263	156	162
栃木	3,535	397	233	431	273	158	193
群馬	3,847	176	132	627	443	184	120
埼玉	6,975	595	350	679	428	251	363
千葉	7,463	501	246	1,039	713	326	307
東京	16,972	1,321	735	2,831	1,919	912	533
神奈川	7,771	621	415	744	502	242	205
新潟	4,291	520	264	706	572	134	166
富山	2,360	222	93	381	256	125	118
石川	2,420	184	121	425	349	76	112
福井	1,296	90	85	125	85	40	39
山梨	1,844	96	105	198	124	74	76
長野	3,916	288	202	424	356	68	47
岐阜	2,700	134	145	278	183	95	102
静岡	4,558	269	237	606	514	92	273
愛知	7,890	629	495	1,032	689	343	442
三重	3,104	270	178	346	279	67	505
滋賀	1,254	92	95	184	101	83	74
京都	3,375	268	182	2,547	2,298	249	346
大阪	12,298	813	481	2,536	1,852	684	968
兵庫	6,917	406	340	1,109	876	233	419
奈良	1,650	109	69	178	117	61	90
和歌山	2,142	85	47	136	102	34	200
鳥取	1,196	85	42	161	111	50	61
島根	1,435	171	68	279	212	67	111
岡山	3,113	228	141	710	552	158	126
広島	5,495	385	259	1,107	817	290	215
山口	3,831	229	171	1,138	1,077	61	45
徳島	2,883	118	133	263	199	64	140
香川	2,626	160	119	665	585	80	125
愛媛	3,381	225	162	430	334	96	181
高知	2,472	130	156	531	353	178	71
福岡	10,909	740	571	3,346	2,536	810	612
佐賀	2,389	177	103	418	369	49	89
長崎	4,699	323	274	1,381	1,039	342	177
熊本	5,521	250	338	1,319	923	396	122
大分	3,382	188	191	510	381	129	38
宮崎	3,165	227	259	728	528	200	168
鹿児島	6,389	705	410	909	830	79	248
沖縄	2,828	71	72	485	427	58	161
合計	208,620	15,627	11,020	38,182	28,985	9,197	9,698

資料：精神保健課調

(59. 6. 30 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, 486	2, 308	57	121	999	119	937	582	20, 932
500	482	6	12	176	18	81	70	4, 629
441	429		12	275	26	90	37	4, 785
190	171	1	18	160	15	112	45	4, 239
484	466	4	14	240	46	127	36	4, 744
117	114	1	2	205	25	57	18	2, 910
579	550	6	23	498	72	233	61	8, 095
386	327	26	33	354	81	186	111	8, 249
466	405	21	40	302	47	132	54	5, 790
284	259	4	21	172	13	197	7	5, 575
469	429	15	25	388	46	255	231	10, 351
476	420	17	39	248	27	338	150	10, 795
1, 194	1, 040	55	99	1, 177	98	478	408	25, 747
889	818	23	48	288	25	624	148	11, 730
311	307		4	558	119	178	45	7, 158
242	235	1	6	162	53	214	38	3, 883
127	116	1	10	150	61	218	50	3, 868
67	61		6	57	5	134	10	1, 908
124	116	2	6	149	16	78	15	2, 701
312	302	4	6	209	23	292	82	5, 795
152	142	2	8	270	46	164	74	4, 065
337	312	4	21	359	30	291	94	7, 054
692	583	10	99	623	183	508	226	12, 720
205	190	3	12	297	35	179	64	5, 183
56	53		3	73	3	86	14	1, 931
255	224	17	14	149	15	248	69	7, 454
1, 552	1, 424	69	59	865	63	444	128	20, 148
618	534	52	32	396	72	362	99	10, 738
88	77	6	5	145	14	27	78	2, 448
90	86	1	3	175	10	54	37	2, 976
154	149	3	2	55	5	40	26	1, 825
157	154		3	121	10	93	30	2, 475
351	326	14	11	228	25	244	71	5, 237
752	712	18	22	333	53	173	136	8, 908
518	503	2	13	276	35	122	159	6, 524
247	228	7	12	178	15	155	100	4, 232
276	244	23	9	128	9	111	28	4, 247
369	341	16	12	205	38	187	65	5, 243
502	459	18	25	157	17	55	88	4, 179
2, 135	1, 869	182	84	1, 138	284	528	234	20, 497
259	236	6	17	139	26	127	170	3, 897
1, 125	1, 094	11	20	493	65	114	94	8, 745
614	559	15	40	563	72	102	39	8, 940
411	404		7	161	20	85	119	5, 105
516	506	3	7	390	9	99	57	5, 618
544	531	2	11	393	18	140	152	9, 908
201	177		24	40	25	101	60	4, 044
23, 320	21, 472	728	1, 120	15, 117	2, 132	9, 800	4, 709	338, 225

表 9　都道府県別年間入退院患者数等

（昭和58年）

	年間在院患者延数	年間新入院患者数	年間退院患者数	平均在院日数
	人	人	人	日
北海道	7,470,200	15,247	14,729	498.4
青森	1,670,577	3,811	3,785	439.9
岩手	1,738,326	3,231	3,154	544.5
宮城	1,523,880	3,727	3,634	414.0
秋田	1,675,075	3,086	2,883	561.3
山形	1,063,713	3,160	3,186	335.2
福島	2,911,629	4,903	4,788	600.9
茨城	2,975,976	3,733	3,637	807.6
栃木	2,197,381	3,162	3,115	700.1
群馬	2,044,425	3,570	3,353	590.6
埼玉	3,688,698	6,773	6,460	557.5
千葉	3,812,681	7,899	7,732	487.8
東京	9,299,463	18,072	17,725	519.6
神奈川	4,260,270	9,763	9,794	435.7
新潟	2,587,690	4,913	4,827	531.4
富山	1,394,811	2,288	2,312	606.4
石川	1,391,973	2,768	2,729	506.4
福井	701,952	1,110	1,107	633.2
山梨	971,983	1,795	1,791	542.1
長野	2,070,942	4,250	4,120	494.8
岐阜	1,444,353	2,952	2,810	501.3
静岡	2,563,980	5,469	5,306	475.9
愛知	4,524,069	10,089	10,039	449.5
三重	1,820,330	2,876	2,693	653.7
滋賀	694,374	1,500	1,441	472.2
京都	2,647,967	4,627	3,864	623.7
大阪	7,254,033	16,279	16,025	449.1
兵庫	3,884,905	7,316	7,094	539.2
奈良	880,678	1,130	1,119	783.2
和歌山	1,072,416	1,031	1,071	1,020.4
鳥取	667,136	1,523	1,521	438.3
島根	895,510	2,414	2,309	379.2
岡山	1,856,591	5,640	5,576	331.1
広島	3,258,744	6,431	6,379	508.8
山口	2,331,326	3,850	3,592	626.5
徳島	1,523,760	2,028	2,028	751.4
香川	1,510,465	2,914	2,768	531.7
愛媛	1,910,859	3,562	3,516	539.9
高知	1,512,678	3,336	3,356	452.1
福岡	7,294,062	11,755	11,302	632.7
佐賀	1,410,798	2,521	2,375	576.3
長崎	3,133,894	4,398	4,203	728.7
熊本	3,249,636	4,394	4,367	741.8
大分	1,821,868	2,751	2,733	664.4
宮崎	2,031,963	3,948	3,894	518.2
鹿児島	3,507,725	4,581	4,273	792.3
沖縄	1,400,310	3,295	3,155	434.2
合計	121,556,075	229,871	223,670	536.0

資料：病院報告

表10　精神病床数・入院患者数・措置患者数・措置数・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
	床	人	人	%	%
昭和45年	242,022	253,433	76,597	30.2	104.7
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
57	318,186	326,393	40,202	12.3	102.6
58	323,004	333,854	37,412	11.2	103.0

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

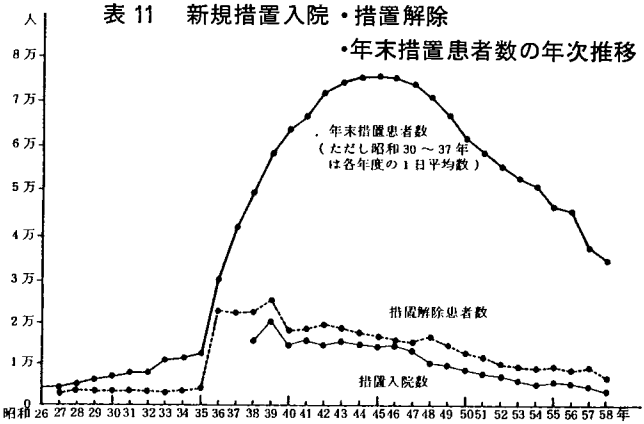


表 12　在院患者数・措置患者数・医療扶助人員の年次推移

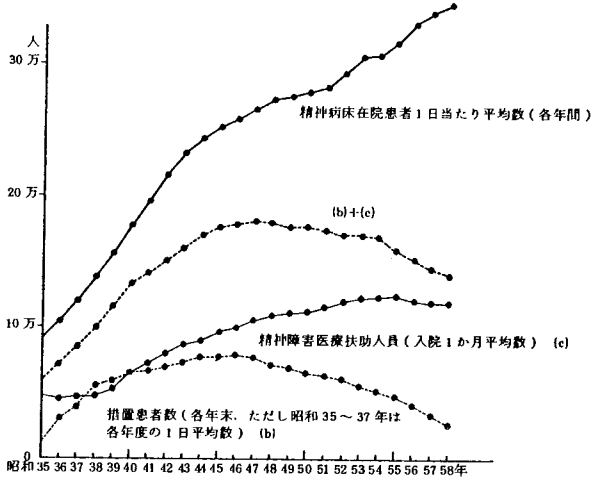


表13　都道府県別精神衛生相談状況

(単位：人)

都道府県	精神衛生被相談延人員												
	46年	47年	48年	49年	50年	51年	52年	53年	54年	55年	56年	57年	58年
北海道	4,952	5,210	5,101	6,205	5,916	5,718	6,810	6,445	6,420	6,525	6,650	6,760	7,357
青森	139	166	90	207	206	224	228	240	267	288	304	351	357
岩手	690	751	943	725	1,067	960	962	950	2,293	1,211	2,676	2,883	4,792
宮城	3,202	2,781	2,602	2,992	3,307	3,660	3,327	3,906	4,755	3,721	4,027	4,352	3,741
秋田	1,229	1,397	1,225	1,344	1,543	883	757	958	913	1,035	1,449	1,379	1,360
山形	1,043	1,522	1,716	1,671	1,233	980	1,256	1,233	1,718	1,972	2,096	1,965	1,301
福島	699	1,021	1,112	926	795	771	1,045	1,316	1,179	1,267	1,393	1,371	1,595
茨城	1,329	1,425	1,358	1,248	1,534	1,630	1,487	1,444	1,922	1,995	2,454	2,411	2,700
栃木	692	565	307	278	420	475	633	706	473	677	998	1,094	1,204
群馬	1,063	1,229	1,040	1,285	1,571	2,609	2,549	2,309	1,896	2,428	2,165	2,095	2,164
埼玉	602	1,056	849	944	897	1,170	1,683	1,578	2,171	2,994	4,433	5,354	5,850
千葉	1,747	2,070	1,787	2,140	2,339	2,731	3,044	3,213	3,175	3,061	3,196	4,025	5,279
東京	10,971	9,871	10,087	10,426	13,549	17,116	20,181	22,104	26,962	40,813	46,402	55,541	56,558
神奈川	16,797	16,687	15,300	18,165	23,762	25,590	23,695	29,986	36,907	41,163	39,952	63,363	39,439
新潟	1,153	5,077	4,847	4,875	4,336	4,933	5,972	5,670	5,360	6,635	7,092	5,413	4,899
富山	433	489	401	482	373	438	419	403	441	608	670	1,121	1,465
石川	851	911	728	694	571	577	590	747	870	866	1,030	1,173	1,322
福井	315	217	181	186	220	224	336	741	583	509	301	942	1,057
山梨	378	447	681	434	625	628	469	452	468	366	724	613	369
長野	1,200	1,054	892	1,353	1,646	1,797	1,549	2,257	3,642	4,695	5,672	4,909	4,587
岐阜	847	730	831	836	823	779	949	907	873	1,246	1,535	1,929	1,358
静岡	3,116	3,013	2,618	2,458	2,619	3,064	3,445	3,648	3,690	4,105	3,920	4,288	4,812
愛知	6,133	6,885	7,895	8,635	9,652	10,761	11,515	12,921	13,139	15,294	14,824	15,981	16,589
三重	336	378	250	294	305	291	481	618	195	324	548	224	191
滋賀	440	508	457	463	679	507	599	604	808	1,171	873	901	724
京都	2,760	3,378	3,217	3,757	3,995	3,488	4,073	4,604	5,629	6,934	7,501	7,484	8,406
大阪	12,917	15,081	17,539	20,261	20,298	23,036	27,431	32,404	36,298	46,736	46,405	56,774	71,133
兵庫	7,123	7,437	6,773	10,371	8,734	9,160	9,795	11,339	15,173	16,471	19,222	23,099	22,717
奈良	113	188	59	215	188	198	205	160	151	173	323	332	470
和歌山	517	703	622	1,085	691	808	632	471	704	478	596	796	663
鳥取	183	212	185	156	213	331	393	601	364	795	741	649	1,216
島根	788	663	506	1,244	991	879	764	588	720	1,013	1,627	1,822	1,029
岡山	406	609	1,001	769	914	787	1,070	1,228	1,498	1,680	1,231	2,202	1,756
広島	2,336	2,085	2,509	2,302	2,205	2,588	2,787	3,054	3,076	4,432	5,477	5,510	6,294
山口	1,140	1,204	1,237	1,100	926	1,260	2,199	1,315	1,469	1,830	2,906	3,240	2,834
徳島	404	431	500	654	629	651	723	564	572	391	296	228	521
香川	358	381	251	341	500	402	486	511	587	594	827	882	830
愛媛	534	717	825	1,095	1,130	1,113	1,293	1,213	551	1,204	1,823	1,387	1,415
高知	1,128	1,007	2,282	1,844	2,100	2,347	2,939	2,886	2,793	2,775	2,657	3,641	4,151
福岡	3,410	4,151	3,708	4,059	5,089	5,139	5,219	4,867	6,538	6,538	6,507	6,232	8,970
佐賀	246	334	683	826	719	700	838	820	1,161	1,531	974	1,678	2,158
長崎	773	972	727	834	888	1,279	1,524	1,896	1,123	1,491	1,931	2,880	2,057
熊本	1,022	995	987	909	1,145	971	1,005	1,117	1,040	1,930	1,290	1,451	2,039
大分	232	254	349	498	515	528	783	1,154	1,079	1,712	1,963	2,330	1,804
宮崎	1,450	1,110	1,272	1,462	994	556	692	745	587	558	622	540	659
鹿児島	1,270	1,037	1,285	907	1,407	1,785	3,336	3,026	3,185	3,523	4,938	4,103	4,478
沖縄	—	—	4,162	6,810	3,111	1,965	1,039	1,270	1,666	1,500	2,670	1,706	2,402
合計	103,467	108,359	114,007	130,745	137,390	148,487	162,207	181,189	207,084	249,258	267,911	300,404	319,072

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

（単位：人）

都道府県	精神衛生被訪問指導延人員												
	46年	47年	48年	49年	50年	51年	52年	53年	54年	55年	56年	57年	58年
北海道	7,168	9,245	8,646	8,577	8,362	8,066	8,672	9,444	9,462	10,849	11,612	11,751	11,257
青森	1,532	1,644	1,242	1,741	1,684	1,365	1,301	1,444	1,667	1,534	1,466	1,441	1,973
岩手	1,779	2,343	2,077	2,723	3,190	3,137	3,464	3,767	3,875	4,332	4,187	4,506	4,631
宮城	4,400	4,349	4,133	4,228	4,193	4,220	4,760	4,790	4,768	3,804	4,460	4,161	4,239
秋田	1,848	2,133	1,744	1,670	2,159	2,117	2,321	2,851	2,763	2,738	2,859	3,021	2,917
山形	2,014	2,416	2,453	2,475	2,401	2,374	2,445	2,654	2,538	2,352	2,828	2,755	3,103
福島	661	1,696	723	843	671	856	856	1,043	966	1,339	1,661	1,914	1,888
茨城	6,577	3,721	3,043	3,562	4,374	4,379	3,512	2,951	3,013	3,158	2,686	3,007	2,863
栃木	5,624	4,803	3,474	2,495	3,289	3,810	4,000	3,959	3,804	4,232	4,261	4,023	3,961
群馬	3,934	4,378	3,312	3,848	3,976	4,591	4,200	4,270	3,980	4,519	4,256	4,139	3,629
埼玉	1,445	2,047	2,258	2,422	2,138	3,019	3,226	3,511	3,251	3,489	4,065	4,346	4,378
千葉	1,096	2,106	1,867	1,832	2,070	2,272	2,383	2,349	2,264	2,563	2,230	1,957	1,865
東京	6,906	7,038	7,536	7,358	8,233	10,128	11,331	12,175	13,931	16,394	17,350	19,713	19,984
神奈川	10,074	9,736	8,952	9,324	11,683	10,738	9,508	11,132	11,606	12,957	12,773	12,811	11,413
新潟	6,940	6,982	6,160	5,790	3,810	4,892	3,940	2,995	3,059	3,210	3,280	3,844	3,305
富山	2,864	3,420	3,711	3,735	4,474	3,856	3,133	2,587	2,224	2,306	1,829	1,776	1,711
石川	1,415	1,720	1,485	1,527	1,656	1,917	3,027	3,164	3,166	1,837	1,646	1,933	2,110
福井	239	156	155	203	719	875	908	1,147	1,122	1,002	939	1,505	2,351
山梨	809	665	843	759	731	1,120	1,411	801	878	742	839	742	751
長野	2,029	2,309	2,236	1,988	2,325	3,037	2,208	2,311	2,169	1,994	1,970	1,850	2,094
岐阜	4,013	3,502	2,586	2,526	1,759	2,012	2,385	3,249	2,876	3,065	3,573	2,682	3,239
静岡	2,874	3,793	4,025	4,368	5,015	6,599	6,425	6,786	6,129	6,056	6,166	6,505	6,545
愛知	7,938	9,948	11,110	10,208	12,286	13,780	14,484	14,957	16,266	15,412	14,569	14,154	13,738
三重	1,143	684	795	673	639	611	343	369	416	459	663	729	851
滋賀	440	344	359	809	941	964	1,005	956	1,257	1,103	917	996	1,094
京都	1,110	1,425	1,978	3,439	3,690	2,880	3,231	4,086	4,285	4,773	3,999	4,435	4,483
大阪	3,265	3,707	5,235	5,942	6,805	7,972	9,229	8,794	9,967	11,396	11,333	12,124	11,124
兵庫	3,258	5,895	4,446	3,842	3,950	4,400	4,779	4,438	4,651	5,098	5,760	6,901	8,360
奈良	380	464	444	599	775	939	768	696	685	497	764	977	718
和歌山	638	714	914	1,221	856	1,119	861	752	550	583	755	985	1,173
鳥取	1,141	1,214	1,403	1,282	1,371	1,641	1,405	1,546	1,595	1,974	1,595	1,480	1,903
島根	657	654	970	835	1,133	1,180	1,323	936	1,287	1,273	1,463	1,136	1,174
岡山	4,614	5,551	6,645	5,940	8,280	8,114	8,762	7,541	6,545	7,232	6,906	7,392	6,489
広島	6,839	7,804	6,961	6,376	6,946	7,232	7,585	7,876	8,537	8,269	8,448	7,755	8,208
山口	2,425	3,703	2,822	3,301	4,187	4,581	5,188	4,754	5,321	5,699	6,213	5,741	5,894
徳島	1,749	2,508	2,459	2,367	1,791	2,783	3,291	3,080	3,871	3,457	3,453	3,166	2,877
香川	832	1,239	1,427	1,516	1,699	1,924	1,449	1,583	1,567	1,581	1,713	1,803	1,233
愛媛	2,310	2,787	2,726	4,035	2,947	4,323	3,469	2,919	3,227	3,335	3,132	3,055	3,434
高知	5,820	5,466	5,090	7,297	6,352	7,091	6,633	7,379	6,738	6,928	6,334	8,396	8,260
福岡	2,970	4,225	4,774	5,400	5,662	6,473	6,355	6,845	8,362	8,099	7,849	8,205	8,016
佐賀	1,056	921	1,181	1,731	1,601	2,162	2,229	2,751	3,017	3,587	3,174	3,452	3,291
長崎	2,629	3,376	2,697	3,250	4,441	4,834	4,749	5,095	5,285	6,301	6,573	6,548	5,950
熊本	568	653	809	1,454	2,268	1,889	1,792	1,974	1,890	2,483	2,472	2,858	3,214
大分	408	1,155	1,108	1,182	1,825	1,510	2,068	2,418	2,352	2,451	2,020	2,435	3,931
宮崎	2,767	3,365	4,075	4,308	2,463	2,145	2,643	2,541	1,863	2,079	1,932	2,709	2,903
鹿児島	2,349	3,857	4,136	4,494	4,304	4,671	5,759	5,557	5,590	6,001	7,228	8,676	8,494
沖縄	—	—	2,591	3,476	4,312	3,780	3,695	4,136	3,961	5,063	4,861	4,245	4,158
合計	133,547	151,558	149,816	158,952	170,436	184,378	188,511	193,359	198,546	209,457	211,061	220,735	221,177

表15　精神衛生実態調査結果概要

—昭和29年—

人口　88,293,000人

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人

精神障害者数

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

処遇別精神障害者百分率

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

必要な処置別精神障害者・有病率

	総数（人口千対有病率）	精神病院に入院をするもの	精神病院以外の施設に収容するもの	在宅のまま医療または指導をするもの
	万人	万人	万人	万人
総　数	(12.9) 124	(3.0) 28	(0.7) 7	(9.3) 89
精神病	(5.9) 57	(2.2) 21	(0.1) 2	(3.6) 35
精神薄弱	(4.2) 40	(0.4) 3	(0.5) 5	(3.3) 32
その他	(2.8) 27	(0.4) 4	(0.05) —	(2.3) 22

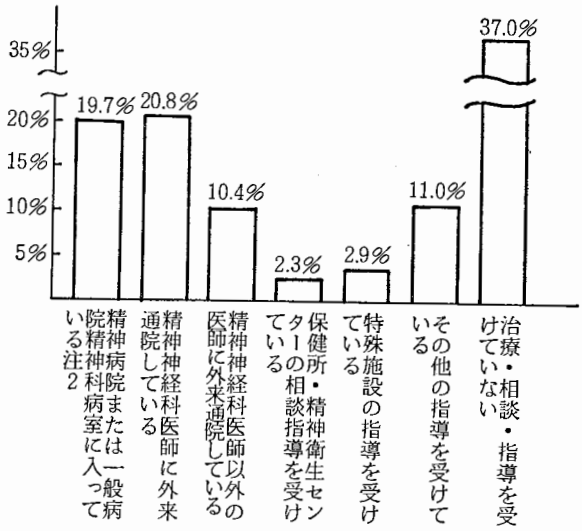
—昭和48年—

人口108,079,000人注1

1. 精神障害者の内訳

精神病によるもの	57.8%
精神薄弱によるもの	20.8%
その他によるもの	21.4%

2. 現在の治療及び指導の内容（延集計）



現在の治療及び指導の内容を延集計すると，

(1) 現在，精神神経科医師に外来通院しているものは20.8%，また，精神神経科医師以外の医師に外来通院しているものは10.4%で，この両者を加えると，31.2%が現在，医療機関に外来通院している。

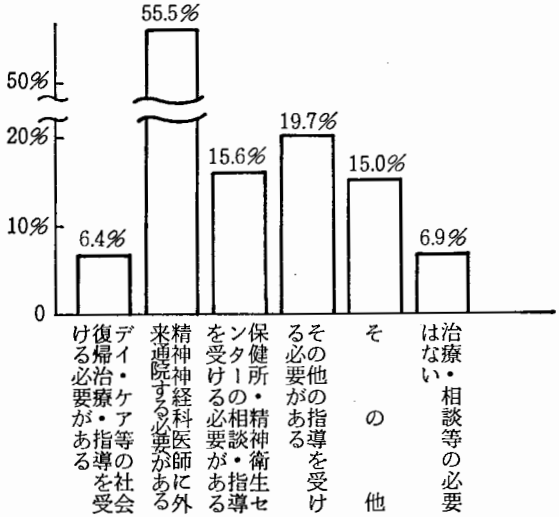
(2) 保健所・精神衛生センターの相談・指導を受けているものは2.3%，特殊施設の指導を受けているものは2.9%，または，その他の指導を受けているものは11.0%で，これを加えると16.2%が，現在，指導を受けている。

(3) 治療・相談・指導を受けていないものは37.0%である。

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）	• 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 極貧の独身者にて廃疾に罹り産業を営む能はざるものには1ヵ年米一石八斗の積を以て給与すべし，但独身にあらずと雖も余の家人70年以上15年以下にてその身廃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）	• 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）	• 「精神病約説三巻」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）	• 宮内省東京府に脚気病院，癲狂病院設立費として2万3千円下賜 • 名古屋監獄に日本最初の監獄精神病室設置
1879（明治12年）	• 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，聾唖院，癲狂院，棄児院等の設立を掌ること」がある。 • 愛知医学校の教師アルベルト・フォン・ローレッツ，生徒開業医，警察官に訴訟医学講義，精神病院の必要を県に建議
1882（明治15年）	• 上野瘋癲人は直ちに東京府巣鴨病院へ護送の上，その理由を該患者の見認地の区役所又は戸長役場へ通知すべき旨の東京府令出る。 • ベルツ Edwin Baelz 東京大学医学部で精神病学講義を開始
1884（明治17年）	• 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，加藤瘋癲病院に入院（3月）相馬事件がはじまる

1886（明治19年）	• 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）	• 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）	• 警視庁は精神病者取扱心得を発布す。
1895（明治28年）	• フロイト精神分析を提唱す。
1896（明治29年）	• 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）	• 政府精神病者監護法案衆議院通過，貴族院にて否決
1900（明治33年）	• 精神病者監護法公布
1901（明治34年）	• ウォルフ，トリオナール持続睡眠法創始
1902（明治35年）	• 日本神経学会（日本精神神経学会の前身）創立 • 精神病者慈善救治会成立 • 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）	• 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。 • 東京府巣鴨病院，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 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）	• 「医学校に精神病科設置に関する建議案」可決
1908（明治41年）	• 中央慈善協会設立 • 文部省発布の医学専門学校令の教授科目に精神病学が入る。
1909（明治42年）	• 片山，呉ら，中央衛生会に「各府県に精神病院を設置すべき旨」の建議
1910（明治43年）	• 精神病者の公費収容，委託監置始まる。 • 内務省衛生局長は地方長官会議において，府県立病院に精神病者収容施設の設置を勧奨
1911（明治44年）	• 官立精神病院設置建議案を提出 • 内務省衛生局長，地方長官に通牒して警察巡閲規則の巡閲事項に精神病に関することを加う。 • 東大精神病学教室私宅監置の状況の実地調査
1917（大正6年）	• 精神病者全国一斉調査結果 総　　数　64,941人 入　　院　4,000人 私宅監置　4,500人 人口千対　1.18人 • 日本精神医学会創立 • 感化院法公布
1919（大正8年）	• 精神病院法公布 • 大阪市立児童相談所設立（公立児童相談所の最初） • 内務省衛生局代用精神病院基準を示し各地方長官に私立精神病院の代用精神病院としての適否を調査
1920（大正9年）	• 文部省令「学校医職務規定」精神薄弱者の鑑別養護 • 日本精神病医協会設立
1921（大正10年）	• 文部省，低能児教育調査会設置
1923（大正12年）	• 精神病院法施行規則公布
1926（昭和元年）	• 日本精神衛生協会発足 • 日本心理学会発足

1930（昭和5年）	• 第1回国際精神衛生会議
1932（昭和7年）	• 第1回全国公立及び代用精神病院院主院長会議，内務大臣により招集 • 精神薄弱児童研究会設置
1934（昭和9年）	• 精神薄弱児保護協会設立
1935（昭和12年）	• カルジアゾール痙攣療法始む。
1938（昭和13年）	• 厚生省に優生課新設
1940（昭和15年）	• 国民優生法公布
1943（昭和18年）	• 精神医学研究所設立
1948（昭和23年）	• 国立国府台病院，精神衛生センターとして発足，同病院にはじめて，精神医学ソーシャル・ワーカー置かる。
1950（昭和25年）	• 精神衛生法公布
1951（昭和26年）	• 日本精神衛生会発足
1952（昭和27年）	• 国立精神衛生研究所設置 • 精神衛生普及会発足 • 全国精神薄弱児育成会結成
1953（昭和28年）	• WHO顧問としてレムカウ Paul V. Lemkan 及びプレイン Daniel Blain 来日，わが国精神衛生及び国立精神衛生研究所に対する勧告を行う。 • 日本精神衛生連盟結成，世界精神衛生連盟に加盟 • 第1回全国精神衛生大会
1954（昭和29年）	• 第1回全国精神衛生相談所長会議 • 精神衛生実態調査
1955（昭和30年）	• 覚醒剤対策推進中央本部が内閣におかれる。
1956（昭和31年）	• 厚生省公衆衛生局に精神衛生課設置 • 在宅精神障害者実態調査

1957（昭和32年）	• 精神病の治療指針（保険局長・公衆衛生局長通知） • 新潟精神病院におけるツツガ虫接種問題となる。 • 病院精神医学懇話発足
1958（昭和33年）	• 緊急救護施設の運営について（社会局施設課長通知）
1959（昭和34年）	• 精神衛生相談所運営要領について（公衆衛生局長通知）
1960（昭和35年）	• 精神薄弱者福祉法 • 第１回指定病院長会議
1961（昭和36年）	• 酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止に関する法律 • 精神科の治療指針（保険局長通知）
1963（昭和38年）	• 精神衛生法改正の動きが起きる。（日本精神病院協会，日本精神神経学会，厚生省が検討を始める） • 全国精神衛生連絡協議会発足 • 精神障害者措置入院制度の強化について（公衆衛生局長通知） • 精神衛生実態調査 • 国立久里浜療養所にアルコール中毒特別病棟開設
1964（昭和39年）	• ライシャワー，アメリカ大使刺傷事件，警察庁から厚生省に対し，法改正の意見を具申 • 精神衛生法改正に関する中央精神衛生審議会の中間答申
1965（昭和40年）	• 精神衛生法改正案，国会で可決 • 精神衛生センターの設置，保健所の業務に精神衛生が加わる。 • 精神障害者家族会発足 • 緊急救護施設の整備運営について（社会局施設課長通知）
1966（昭和41年）	• 保健所における精神衛生業務について（公衆衛生局長通知）
1967（昭和42年）	• 地域精神医学会設立 • 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）	• ＷＨＯ技術援助計画に基づく勧告 • 医療審議会地域ごとの必要病床数の算定方法改正答申――精神病床１万対25床 • 中央精神衛生審議会「精神医療体系の現状に対する意見」をまとめる。

	• 精神障害関係医療費，結核のそれをはじめて凌駕
1969（昭和44年）	• 精神衛生センター運営要領について（公衆衛生局長通知） • 精神障者回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）	• 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）	• 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）	• 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ィ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）	• 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）	• 精神科作業療法，精神科ディ・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 • ディ・ケア施設整備費予算化
1975（昭和50年）	• 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）	• 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）	• 中央精神衛生審議会が精神障害者の社会復帰施設に関する中間報告

	• 精神科ディ・ケア研修を実施
1979（昭和54年）	• 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）	• 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）	• 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）	• 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
1983（昭和58年）	• 精神衛生実態調査 • 公衆衛生審議会　精神衛生部会の意見「覚せい剤中毒対策について，老人精神保健対策について」 • 公衆衛生審議会　精神衛生部会に「緊急精神医療対策専門委員会，アルコール関連問題対策専門委員会」の設置
1984（昭和59年）	• 医療施設における防火防災対策の強化について （医務局長，公衆衛生局長通知） • 精神病院に対する指導監督等の強化徹底について （公衆衛生局長，医務局長，社会局長） • 公衆衛生局精神衛生課を保健医療局精神保健課と改称

Ⅳ　そ　の　他

1　各都道府県精神衛生窓口一覧

都道府県名	主管部（局）主管課	電話番号	郵便番号	住所
北海道	衛生部保健予防課	011(231)4111	060	札幌市中央区北三条西6丁目
青森	環境保健部公衆衛生課	0177(22)1111	030	青森市長島1丁目1番1号
岩手	環境保健部保健予防課	0196(51)3111	020	盛岡市内丸10の1
宮城	保健環境部公衆衛生課	0222(63)2111	980	仙台市本町3の8の1
秋田	福祉保健部公衆衛生課	0188(60)1379	010	秋田市山王4丁目1番1号
山形	環境保健部保健予防課	0236(30)2313	990	山形市松波2の8の1
福島	保健環境部公衆衛生課	0245(21)1111	960	福島市杉妻町2の16
茨城	衛生部保健予防課	0292(21)8111	310	水戸市三の丸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	衛生部予防課	0472(23)2662	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の5の1
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	富山市新総曲輪1番7号
石川	厚生部公衆衛生課	0762(61)1111	920	金沢市広坂2の1の1
福井	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	厚生部公衆衛生課	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	長野市大字南長野字巾下692の2
岐阜	衛生部保健予防課	0582(72)1111	500	岐阜市薮田1－1
静岡	衛生部保健予防課	0542(21)2433	420	静岡市追手町9番6号
愛知	衛生部医務課	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藪ノ内町
大阪	衛生部地域保健課	0 6(941)0351	540	大阪市東区大手前之町2の4
兵庫	保健環境部地域保健課	078(341)7711	650	神戸市中央区下山手通5の10の1
奈良	衛生部保健予防課	0742(22)1101	630	奈良市登大路町
和歌山	衛生部健康対策課	0734(32)4111	640	和歌山市小松原通1の1
鳥取	衛生環境部健康対策課	0857(26)7153	680	鳥取市東町1の220
島根	環境保健部公衆衛生課	0852(22)5327	690	松江市殿町1
岡山	環境保健部公衆衛生課	0862(24)2111	700	岡山市内山下2の4の6
広島	環境保健部公衆衛生課	082(228)2111	730	広島市中区基町10－52
山口	衛生部予防課	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の1
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	宮崎市橘通東2丁目10番1号
鹿児島	衛生部予防課	0992(26)8111	892	鹿児島市山下町14－50
沖縄	環境保健部予防課	0988(66)2209	900	那覇市泉崎1の2の32

2　精神衛生センター一覧

（昭和59年6月1日現在）

都道府県	開設年月	単独合同の別	級別	郵便番号	所在地	電話番号
北海道	43. 3	単	A	061−01	札幌市白石区本通16丁目北6番34号	011(864)7121
岩手	48. 7	合	B	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	B	980	仙台市本町1丁目4番39号	0222(24)1491〜5
秋田	54. 7	単	B	010	秋田市中通2−1−52	0188(34)2906
山形	47. 4	合	B	990	山形市十日町1丁目6番6号	0236(22)2543
福島	47. 4	合	B	960	福島市森合町10−9	0245(35)3556
茨城	42. 8	単	B	310	水戸市三の丸1丁目3番17号	0292(31)0202
栃木	43. 4	単	B	320	宇都宮市西原町3542	0286(35)2463
埼玉	40. 7	単	B	330	大宮市土呂町1丁目50−4	0486(63)7025
千葉	46. 2	単	A	280	千葉市仁戸名町666番の2	0472(63)3891
東京	41. 7	単	B	110	台東区下谷1−1−3	03(842)0946〜7
神奈川	42. 4	単	A	232−1	横浜市中区富士見町3−1	045(261)3541〜3
新潟	43. 4	合	B	951	新潟市川岸町1丁目57番地の1	0252(31)6111
富山	40.10	単	B	930	富山市大手町1−2	0764(21)1511
石川	41.10	合	B	920	金沢市南新保町ル3番の1	0762(38)5761
福井	47. 4	合	B	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	B	400	甲府市中央1−11−42	0552(37)1657
長野	47.10	合	B	380	長野市大字若里字桑の木島1570−1 （社会福祉総合センター内）	0262(27)1810
岐阜	41.10	合	B	500	岐阜市下奈良 （福祉農業会館）	0582(73)1111 （内251〜253）
静岡	41. 4	単	B	422	静岡市曲金5丁目3−30	0542(82)0014
愛知	46. 4	合	A	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
京都	57. 8	単	B	612	京都市伏見区竹田流池町120	075(641)1810
大阪	40. 6	合	B	537	大阪市東成区中道1丁目3番69号	06(981)4150
兵庫	43. 4	合	A	652	神戸市兵庫区荒田町2丁目1番1号	078(511)6581
和歌山	57. 4	合	B	643−01	和歌山県有田郡吉備町広31 （県立五稜病院内）	0737(52)3221
島根	53.10	合	B	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	B	703	岡山市古京町1丁目10号−101	0862(72)8835
広島	47. 4	合	B	734	広島市字品神田1丁目5番54号	0822(54)3154
山口	47. 4	単	B	755−02	宇部市大字東岐波東小沢	0836(58)3480
徳島	40.11	単	B	770	徳島市新蔵町3丁目31−2	0886(25)0610
香川	42. 4	合	B	760	高松市松島町1丁目17番6号 （香川県高松台同庁舎内）	0878(31)3151
愛媛	47. 4	合	B	790	松山市三番町8丁目234−2 （生活保健ビル内）	0899(21)3880
高知	48. 4	合	B	780	高知市丸の内2丁目4−1 （保健衛生総合庁舎内）	0888(23)8609
福岡	41. 4	単	A	812	福岡市東区箱崎貝塚4126−1	092(641)3501
佐賀	59. 1	合	B	840−01	佐賀市八丁畷町1番20号	0952(31)1716
長崎	44.10	合	B	854	諫早市栄田町69−3	09572(6)5977
熊本	47. 4	単	B	860	熊本市水道町9番16号	0963(56)3629
大分	50. 9	単	B	870	大分市荏隅町717番地の5	0973(44)9921
宮崎	49.10	合	B	880	宮崎市霧島町600 （宮崎県総合保健センター内）	0985(27)5663
鹿児島	42. 4	単	B	890	鹿児島市郡元3丁目3番5号	0992(55)0617
沖縄	49. 4	単	B	901−02	島尻郡豊見城村字真玉橋131−4	0988(50)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	〒110 台東区上野7-11-7（川村ビル2F） 845-5084
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	〒106 港区麻布10番2-21-2 454-0965
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
(理事長) 懸田　克躬	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) 山本　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) 本間　長吾	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) 土居　健郎	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) 仲野　好雄	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) 後藤　彰夫	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) 伊東フヂエ	精神科看護の充実向上・精神衛生思想の普及等	昭51. 5.15

精神保健研究所
受付
63.3.-5
第 5500 号
図書室

4913
K83

我が国の精神衛生

（昭和59年度版）　（精神衛生ハンドブック）

定　価　1,150円
送料実費

監　修　厚生省保健医療局精神保健課

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/㈱太陽美術/TEL(642)6045㈹落丁・乱丁本はおとりかえします。