

我が国の精神保健

(精神保健ハンドブック)

昭和60年度版



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、精神保健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ます。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もその重要性を増しつつあります。

さる、10月9日には公衆衛生審議会から大臣宛に「アルコール関連問題対策に関する意見」をいただき、これに沿った施策も展開する必要があります。

このように、広く深い内容をもつ精神保健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「我が国の精神保健」を発刊してまいりましたが、今年版も一層の内容の充実改訂を行い、精神保健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60年

厚生省保健医療局精神保健課長

小林秀資

目 次

1 章 精神保健について

1. 精神保健とは	1
2. 精神保健の歩み	3
(1) 明 治 初 期	3
(2) 精神病患者監護法の制定	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保健	11
(1) 胎生期の精神保健	11
(2) 乳幼児期の精神保健	12
(3) 学童期の精神保健	13
(4) 思春期（青・少年期）の精神保健	14
(5) 成人期及び向老期の精神保健	15
(6) 老年期の精神保健	16
4. 生活の場からみた精神保健	19
(1) 家庭、家族と精神保健	19
(2) 学校と精神保健	20
(3) 職場と精神保健	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脳器質性精神病	26
イ その他の脳器質性精神病	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 精神保健行政の現状と展望

1. 精神保健行政のしくみ	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) 精神衛生鑑定医等	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
(ニ)	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	47
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續	48
(イ)	精神科デイ・ケアおよび老人デイ・ケア医療	59
1)	精神科デイ・ケア	59
a	精神科デイ・ケアの概要	59
b	精神科デイ・ケアの施設基準	60
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	62
(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	63
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	64
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	77
ア 社会復帰対策の概要	78
(ア) 精神病院内における対策	78
(イ) 精神病院外における対策	80
イ 社会復帰のための制度	81
(ア) 通院患者リハビリテーション事業	81
(イ) 社会復帰促進事業	86
ウ 社会復帰施設	89
(ア) 精神障害回復者社会復帰施設	89
(イ) デイ・ケア施設	93
(ウ) 精神衛生社会生活適応施設	96
3. 地域精神保健対策	102
(1) 地域精神保健活動の目標と計画	103
(2) 地域精神保健活動の主体	105
ア 保 健 所	105
(ア) 保健所の性格及び機能	105
(イ) 職員の業務	105
(ウ) 精神保健業務	106
イ 精神衛生センター	108
(ア) 精神衛生センターの性格及び機能	108

(イ) センターの組織	109
(ウ) センターの職員	109
(エ) センターの規模	109
(オ) センターの事業用設備	109
(カ) センターの業務	109
ウ 精神病院等医療機関	110
エ 社会復帰施設等	111
4. 精神保健の財政	112
(1) 国民医療費における精神医療費	112
(2) 精神保健関係予算	112
(3) 費用の助成	114
ア 医療費公費負担	114
(ア) 措置入院費	114
(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 公費負担医療費適正化対策費	115
エ 精神衛生センター等の運営費等補助	115
(ア) 精神衛生センター運営費	115
(イ) 精神障害回復者社会復帰施設運営費	119
(ウ) デイ・ケア施設運営費	119
(エ) 精神衛生社会生活適応施設運営費	119
(オ) 通院患者リハビリテーション事業費	120
オ 精神病院等の施設整備費補助	120
(ア) 精神病院	120
(イ) 精神衛生センター等	121
カ 精神病院等の設備整備費補助	121

キ	地方交付税	121
ク	資金融資	122
	(ア) 地方公共団体	122
	(イ) 個人および法人	122
5.	アルコール関連問題対策	123
(1)	アルコールの疫学	124
(2)	アルコール関連問題	129
	ア アルコール関連身体的障害	130
	イ アルコール関連社会的障害	131
	ウ アルコール精神疾患	131
	a アルコール依存症	132
	b アルコール精神病	134
	c 急性アルコール中毒	135
(3)	酒害予防対策と適正飲酒についての基本的な考え方	136
	ア 酒害予防対策の対象	136
	イ 適正飲酒の普及	137
	ウ 相談指導	138
	エ 医療	138
	(ア) 入院医療	138
	(イ) 通院医療	139
	オ 地域対策	139
	(ア) 精神衛生センター	139
	(イ) 保健所	140
	(ウ) 精神病院等医療機関	141
	(エ) 社会復帰施設	141
	(オ) 社会福祉関係機関	141
	(カ) 断酒会等民間団体	141

(4) アルコール研修	142
6. 覚せい剤中毒対策	150
(1) 覚せい剤乱用の現状と対策	150
(2) 覚せい剤の慢性中毒者等に対する医療保護	151
(3) 今後の覚せい剤中毒者対策	153
7. 老人精神保健対策	159
(1) 老人保健事業	160
(2) 老人精神保健対策	160
ア 老人精神病棟の整備	160
イ 「老人精神保健対策に関する意見」について	161
ウ 老人精神衛生相談事業	166

3章 国立精神衛生研究所

1. 沿 革	169
2. 研 究 内 容	172
3. 研 修	175
4. 技 術 交 流	177
(1) 国 内 交 流	177
(2) 国 際 交 流	177

4章 諸外国における精神保健

1. WHOの精神保健活動	179
2. アメリカにおける精神保健の展開	180
3. ヨーロッパの精神医療	183
4. ソ連の精神医療	191
5. 発展途上国の精神保健	191
6. む す び	192

5 章 関連法規及び施設

1. 厚生省関係	194
(1) 社会福祉事業法	194
(2) 生活保護法	194
(3) 児童福祉法	196
(4) 老人福祉法	196
(5) 精神薄弱者福祉法	198
(6) 国民年金法及び厚生年金法	198
ア 国民年金法	198
イ 厚生年金法	199
2. 文部省関係	199
3. 法務省関係	199

(資料編)

I 法 令

1. 精神衛生法	201
----------------	-----

II 参考資料

表1 傷病(大分類)・年次別受療率(人口10万対)	220
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)	220
表3 傷病(小分類)・受療の種別にみた全国推計患者数	222
表4 在院期間別退院患者の年次推移(累積百分率)	223
表5 主要傷病・年次別受療率	223
表6 病名別・性別・年令別在院患者数	224

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	225
表8	都道府県別疾病別在院患者数	226
表9	都道府県別年間入退院患者数等	228
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	229
表11	新規措置入院・措置解除・年末措置患者数の年次推移	229
表12	在院患者数・措置患者数・医療扶助人員の年次推移	229
表13	都道府県別精神衛生相談状況	230
表14	都道府県別精神衛生訪問指導状況	231
15	精神衛生実態調査結果概要	232
16	精神障害者小規模保護作業所調査結果の概要	238
17	思春期精神保健対策に関する意見	239

Ⅲ 精神保健年表 244

Ⅳ その他

1.	各都道府県精神保健窓口一覧	252
2.	精神衛生センター一覧	253
3.	主な関係団体一覧	254

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59年)	66
5. 保健所における社会復帰等相談指導事業実績	87
6. 精神科デイ・ケア承認状況	101
7. 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	108
8. 国民医療費に占める精神病医療費の割合	113
9. 精神保健関係予算	116
10. 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	118
11. 精神障害疾病の1ヵ月平均通院患者数及び 通院医療費(予算額)	118
12. 費用徴収基準額	119
13. 大量飲酒者数(推計)	126
14. アルコール依存症者数(推計額田方式)	127
15. 入院アルコール中毒患者数(推計)	128
16. アルコール依存徴候を有する精神病の分類	134
17. 国立精神衛生研究所の組織	171
18. 課程別研修修了者数(昭和60年3月まで)	176
[図] 1. 精神保健行政組織のしくみ	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. 精神科アイ・ケアのプログラム (例)	61
7. 精神障害者社会復帰体系図	80
8. アルコール関連問題対策の概要	123
9. 酒類消費数量の推移	125
10. アルコール精神疾患の分類	131
11. アルコール依存症の概念	133
12. 酒害予防対策と適正飲酒	137
13. 覚せい剤取締法違反検挙人員の推移 (警察白書)	151
14. 痴呆老人対策施策のフローチャート	159
15. 老人保健対策体系図	161

通知・審議会意見等目次

[通知]

1. 精神障害者の取扱について	46
2. 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	50
3. 精神衛生法第5条による指定病院の 指定基準	68
4. 精神病院に対する指導監督等の強化 徹底について (通知)	71
5. 精神病院入院患者の通信・面会に関 するガイドラインについて	76

6. 通院患者リハビリテーション事業実施要綱	83
7. 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	88
8. 精神障害回復者社会復帰施設運営要綱	91
9. デイ・ケア施設運営要綱	95
10. 精神衛生社会生活適応施設運営要綱	98
11. 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	139
12. アルコール中毒臨床医等研修実施要綱	142
13. 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	152
14. 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	167

[審議会意見等]

1. 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	82
2. アルコール関連問題対策に関する意見	144
3. 覚せい剤中毒患者対策に関する意見につ いて	154
4. 老人精神保健対策に関する意見について	162
5. 思春期精神保健対策に関する意見	239

1 章 精神保健について

1. 精神保健とは

「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)

精神保健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。

この意味で精神保健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保健であり、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保健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、これは狭義の精神保健ともいわれる。ところで公衆衛生の第一の目標は予防といわれるが、精神保健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保健では現実かつ重要なことである。

精神保健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保健が問題になる。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保健が問題になる。これらの縦横にわたって必要な精神保健上の配慮が払われ、総合的な精神保健サービスが展開されることにより、はじめて精神保健の向上が実現できるわけである。

2. 精神保健の歩み

(1) 明治初期

明治初期においては、精神保健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保健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癲癲病院が開設され、12年にはベルツ博士が東京大学においてはじめて近代精神病学を、またローレッツ博士が愛知医学校において精神病学を講義した。13年には医学校初の精神病舎が愛知医学校に設置され、17年には岩倉癲狂院が開設され、19年には帝大医科大学に精神病学教室が置かれ、同年12月には日本人最初の講義として榊俣教授が東大において精神病学の講義を行った。更に28年には、代表的な精神病学の成書として呉秀三纂訳「精神病学集要」が発行されるなど医学の面においても徐々にその基礎が固められていった。

(2) 精神病患者監護法の制定

明治30年代になると、これまで相当長い間、専ら地方の規制にゆだねられていた精神障害者に関する全国的法規制がようやく出現するに至った。すなわち、

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「精神病患者監護法」が33年3月に公布、同年7月1日から施行された。

精神病患者監護法の内容は、

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

しかしながら、監置の方法において私宅監置をも許していたので、医療保護の面では、きわめて不十分であり、社会の変化に伴う精神病患者の漸増と精神医学の進歩により、精神障害者対策をこのような消極的な範囲に止まらせて置くことができなくなった。すなわち、明治34年には本邦精神医学の先駆者といわれる呉秀三が東大教授となり、35年には精神病患者救済会が設立されて日本で初めて精神保健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患者の実態が明らかになり、その収容施設の整備拡充の必要なことがわかり、44年に、「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、精神病患者総数は約6万5千人、精神病院等の入院中のもの約5千人、私宅監置を含めて約6万人の患者が医療の枠外にあるという実状、病院を含む精神病患者収容施設をもたない県が28県もあり、在院患者のほぼ4分の3が東京、京都、大阪におり、東京にはその3分の1が収容されていることが明らかとなった。この結果から、保健衛生調査会は、治療上及び公安上の理由から、精神病患者監護法の改正を決めた。

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

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

精神病院法の内容は、

- ① 内務大臣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患者は、監護法によって市区町村長の監護すべき者、罪を犯したもので司法官庁がとくに危険があると認める者、療養の道なきもの、地方長官が入院の必要を認めるもの、である。
- ③ 地方長官は入院した者(あるいはその扶養義務者)から入院費の全部または一部を徴収できる。また本法による精神病院に対し建築・設備費の2

分の1，運営費の6分の1を国庫が補助するなど骨子としている。

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年末の精神病患者数

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

〔表2〕 昭和6年末の施設数と収容人員

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

昭和元年には日本精神衛生会が設置され、また、13年には厚生省が設置され、衛生行政の機構が確立されたにもかかわらず、精神保健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患者の保護は全く顧みられず、精神病床も戦火による消失や経営難により閉鎖され、15年には約2万5千床もあった病床は、終戦時には約4千床にまで減少した。

戦後は、欧米の最新の精神衛生に関する知識の導入があり、かつ、公衆衛生の向上増進を国の責務とした新憲法の成立により、精神障害者の医療保護の徹底化と精神保健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患者だけを対象にしていたが、こんどは精神薄弱者、精神病質者もふくめた。

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保健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、精神保健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、精神保健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かげられた。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 地域における精神保健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保健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保健に関する技術的中核機関として、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性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」と共に地域精神保健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59年43.5万件と7倍近くになっている。

一方、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、59年には3.5万人となり、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保健

(1) 胎生期の精神保健

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、血液型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、麻痺や癱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、今後精神保健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、精神保健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) 乳幼児期の精神保健

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、この時期に精神保健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、心の健康が保たれている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することは多くの児童精神保健専門家の指摘するところである。

殊に近年の都市化、核家族化の進行に伴い、若い母親が育児についての個人的な指導を受ける機会が乏しくなり、マスメディアによる過剰な情報の中でひとり孤立し過度の不安や子どもへの過度の期待を抱き、これが子どもに反映してい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保健的な問題は、子ども自身が言語で訴えることが出来ず、症状も身体症状の形をとることが多く、環境的条件の影響に左右されやすいなどの特徴があり、成人とは異なる児童精神医学の専門的な診断・治療・指導の技術が必要になる。わが国において受診率の高い乳児健診、1歳6ヶ月児健診、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保健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) 学童期の精神保健

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。精神保健的にみると、この時期は、前の乳幼児期や次の思春期にくらべると比較的安定した時期であり、その特徴は学校生活を通じての社会化と旺盛な知的発達にあるといえる。それまでは主として家庭内での両親や同胞との関係が中心であり、保護されていた状況にあったのが、次第に家族から離れ、人間関係は教師や友人に広がり、子どもは其中で一定の役割や責任も果たすようになる。特にこの時期の子どもにとっては、仲間どうしの遊びや交際は、後の社会における対人関係の基礎ともなり、子どもにとって非常に大切な意味をもつ。

学童期の精神保健の問題は、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、さまざまな形の心身症、チックなどの習癖、学業不振、緘黙児、いじめられっ子などの形であらわれることが多い。これらの問題の発生には教師・友人との関係や、学校の雰囲気も関与するが、基本的には家庭における親子関係の問題がその基底にあることが多い。学童期後半になると、精神病、神経症、非行傾向なども始まり、学校保健を中心とした早期の対応が必要である。いずれにせよ学童期の精神保健対策としては、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保健についての啓蒙活動が必要となる。

精神発達遅滞、言語障害、情緒障害、さまざまな身体的障害や慢性疾患などをもつ児童のための治療・教育も今後一層推進されなければならない。

(4) 思春期（青・少年期）の精神保健

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齢でもある。とりわけ精神分裂病の初期症状は、思春期の心性の特徴と似ている点が多

いのでその対応には専門的な判断が重要になる。

現在のわが国では高校進学率は90%以上、大学短大進学率は35~37%に達しているが、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。思春期においては「成人」のよきモデルとしての父親や教師などとの関係が大切であるが、この点に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保健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保健

成人期および向老期の精神保健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への自覚、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保健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、精神保健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、神経症、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、精神保健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機となる。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俟って出現する。さらにまた最近、女性のアルコール症や覚醒剤中毒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保健上の問題が多いため、身体的な面への配慮とともに精神健康に関する教育や啓発は特に重要である。

(6) 老年期の精神保健

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

がいや老人の家庭および社会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保健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り、新しい知識を身につけてゆくことができにくく、理解力や計算力も悪くなる。思考力も柔軟性に欠け、新しい事態への適応性も低下する。性格も若い頃の性格の偏りがとれ円満となる場合もあるが、時に表面化しなかった性格上の欠点が一層顕著になることもある。

老人をとり巻く環境にも変化が起り、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、抑うつに傾きやすく、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保健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、精神保健面からの対策がとくに必要とされる。

老年期は精神障害が高率に発生する時期であり、痴呆疾患、うつ病、妄想病、神経症などが好発する。なかでも脳血管性痴呆や老年痴呆などの痴呆性老人が増加してきており、これら老人に対する保健、医療、福祉面からの総合的な施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保健対策を論じてゆく必要がある。

4. 生活の場からみた精神保健

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

ただし、精神保健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、家族と精神保健

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、精神保健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保健面からのアプローチがあるといっていよう。

さて精神保健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保健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るうとするもので、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保健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。家族と精神保健の問題は、すでに述べたようにその国の文化によって異なる面も多く、今後の研究に委ねられなければならない点ももちろん少なくないが、これらを含めた研究の成果が広く社会政策に反映されるべき時代を迎えはじめたといつてよいであろう。

(2) 学校と精神保健

いわゆる学校衛生といわれるものの中で精神保健の問題がさまざまな形であられることは、学童期、思春期（青少年期）の精神保健の項で述べられているとおりでである。そして、それら近來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、大学教育等が普及し、教育年限が延び進学率が向上するにしたがって、精神保健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、軽重の度合もさまざまなこの種の問題についてどのような領域が共同してその原因を探り、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) 職場と精神保健

合理化と技術革新が急速に進み、労働の質、量、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、職場と精神保健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、しばしば共に精神保健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保健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保健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、精神保健の範囲を主観的な満足感、士気などまで広げてしまえば、精神保健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「おかしくないので笑われる」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じる。

破瓜型、緊張病型、妄想型、単一型、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、それを従来的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、治療の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

強い焦燥気分に見られることもある。

ふつう数ヶ月の経過でおさまるが、回復期によく自殺企図がみられる。

躁病と同様に再発がみられ、なかにはうつ病相ばかりでなく、躁病相の病期を合わせもつものもあり、循環型と呼ばれている。

不眠、とくに早朝覚醒がみられ、覚醒時に強い抑うつと苦悶に見られる。また夕方になると少し気分が楽になる、というように気分が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) 脳器質性精神障害

ア 老年期および初老期の脳器質性精神病

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、身近かの人がかたがたか分からなくなったり、家を出るとすぐ迷子になったり、日時が分からなくなったりするなど見当識の障害がみられ、痴呆がすすむ。極端に怒りっぽくなるなど感情面にも異常があらわれ、人がらに変化が起る。妄想や幻覚がみられることもある。

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

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

初老期痴呆は、すでに40代からはじまる、進行性の痴呆を主とする疾患で、アルツハイマー病、ピック病、クロイツフェルトヤコブ病などの種類がある。それぞれに特有な脳組織病変がみられる。もっとも多いのはアルツハイマー病で、脳の病理所見は老年痴呆のそれによく似ている。しかし老年痴呆より、痴呆のすすみ方が速い。ピック病では、自制力や分別を欠いた異常な行動が目立ち、人からの変化が著しい。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 その他の脳器質性精神病

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脳器質性精神病が知られている。かつては、梅毒性脳膜炎による進行麻痺が、脳器質性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障害され、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（アンフェタミン）、有機溶剤（シンナー、ボンド）、睡眠剤、精神安定剤などによる物質常用病がみられる。なお、依存には精神的依存と、禁断症状を起す身体的依存があり、モルヒネ、ヘロインなどのアヘンアルカロイドやアルコールは精神依存と同時に身体依存が形成され、コカイン、大麻、有機溶剤、覚醒剤などでは精神依存が形成される。覚醒剤の常用によって、精神分裂病の慢性状態に似た状態が起る。有機溶剤の常用では、しばらく中止しているあいだに突然、使用時にみられた幻覚妄想状態がよみがえってくるフラッシュバック現象のみられることがある。

(6) 症状精神病

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

フェニルケトン尿症、ガーゴイルズム、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。

フェニルケトン尿症は1万～1万五千人に1人の割合でみられる。先天性アミノ酸代謝異常で起り、生後1年以内に低フェニルアラニン食を与えると知能の正常化が期待できるとされている。

早期幼児自閉症は、人口1万に2～3人の割合でみられる発達障害で、奇妙なことばづかい(反響言語、人称代名詞反転、など)回転する物への異常な関心、逆に人に対する関心がうすく対人的接触に異常がみられる、同一性保持、などの変わった症状がみられる。潜在的には知能力を保っているようにみえる。2、3歳の時期に異常に気づかれることが多い。

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

第2章 精神保健行政の現状と展望

1. 精神保健行政のしくみ

精神保健行政は、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・精神保健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、精神保健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、精神保健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保健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保健に関する科学技術の中核的役割を担っている。

現在の組織は、精神衛生部、児童精神衛生部、老人精神衛生部、社会精神衛生部・精神身体病理部・優生部・精神薄弱部・社会復帰相談部の研究8部と総務課から成っており、研究職28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、精神保健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保健行政は、衛生主管部局の精神保健主管課（保健予防課・公衆衛生課等）で担当されている。精神衛生法関係法令による市区町村長に対する機関委任事務はごく少なく、一方、都道府県知事の権限はその管轄下にある保健所長以外には委任（保健所法第3条）できないので、行政事務のほとんどが都道府県と保健所で処理されるものとなっている。

また、都道府県には、

- ① 都道府県における精神保健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、精神保健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保健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、

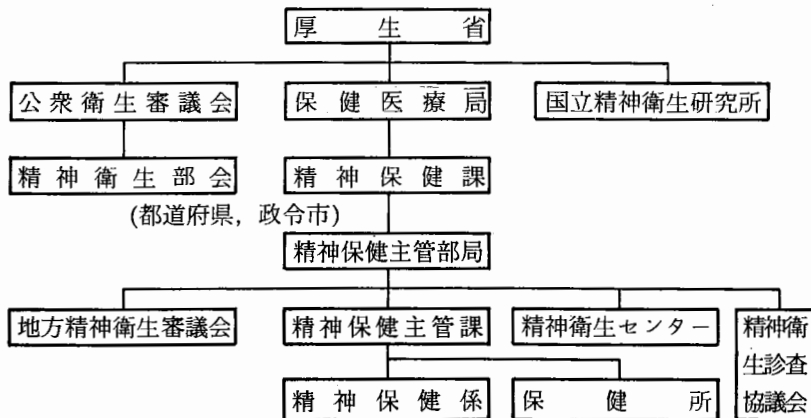
知事の諮問に答え、又は自ら意見の具申を行いうる権能をもつものとなっている。

- 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、精神保健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保健行政の第一線の実施機関は保健所（昭和60年6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保健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。

市区町村の精神保健行政組織は、おおむね都道府県の組織に準じて行われている。

図1 精神保健行政組織のしくみ

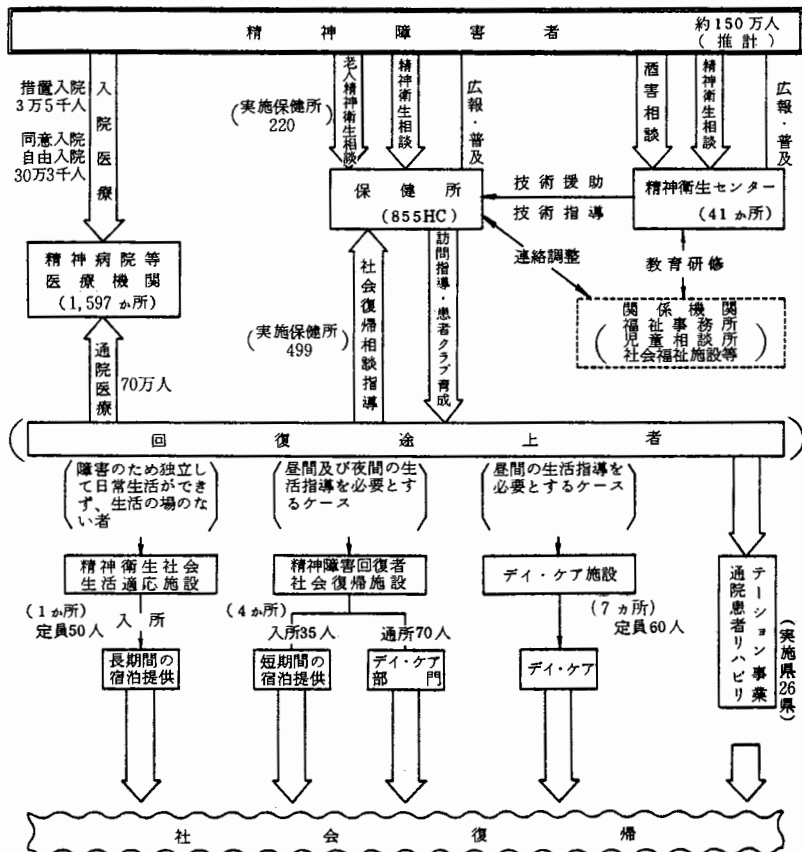


2. 精神障害者対策

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

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み立てられており、それらを規定したものが精神衛生法である。精神衛生法では①知事の権限によって入院させることのできる措置入院、緊急措置入院、②保護義務者の同意によって入院させることのできる同意入院、仮入院の制度がある。もちろん自由契約によって本人の意志で入院できることはいうまでもない(自由入院)。

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

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

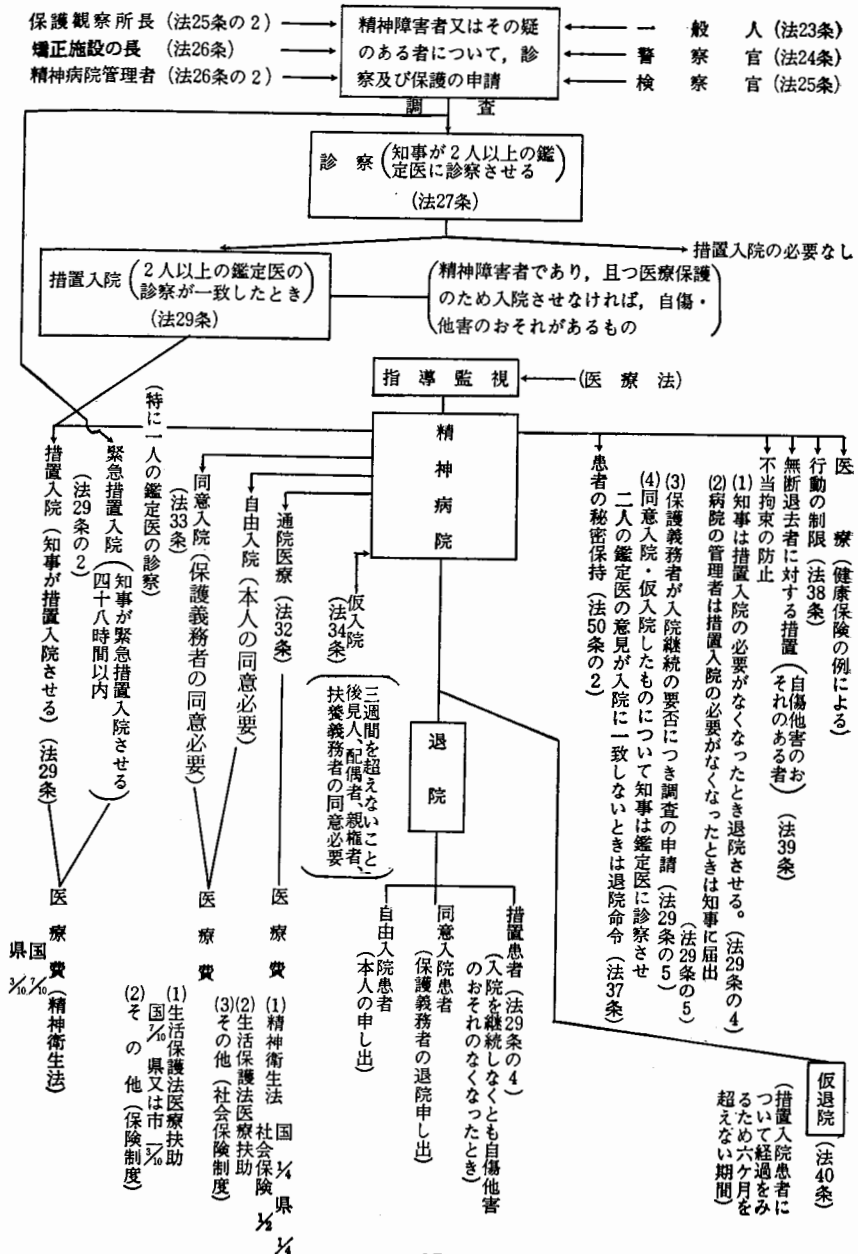
さらに新しい通院医療の形態としてデイ・ケアやナイト・ケアの発展が期待されている。

ア 精神衛生鑑定医制度等

(ア)精神衛生鑑定医等

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ない、強制的な手段もとりうることとせざるを得ない。しかしながら、それは同時に人身の自由の拘束となり、一歩誤れば人権の侵害にもなるので、その執行には慎重な配慮を必要とする。すなわち、医療保護のための強制は、その者が精神障害者であって必要やむを得ない限りにおいて行われるべきであり、その判断は公正にして正確であることを要するのである。

図3 精神衛生法



このような見地から、かかる判断を下すための専門家として精神衛生鑑定医の制度が設けられている（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59年6月現在で3,776名であり勤務場所では国立病院335名、都道府県立病院264名、市町村立病院115名、公的医療機関114名、個人立及びその他法人立病院2,759名、県本庁12名、保健所22名、精神衛生センター38名、その他117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、精神障害者又はその疑いのある被疑者又は被告人について

- ① 不起訴処分にしたとき
- ② 裁判（懲役、禁固又は拘留の刑。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59年中の精神病院の管理者からの届出は231件であり、そのうち法29条該当者は225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

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らず強制的に国・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、かつ虚偽の申請に対する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。

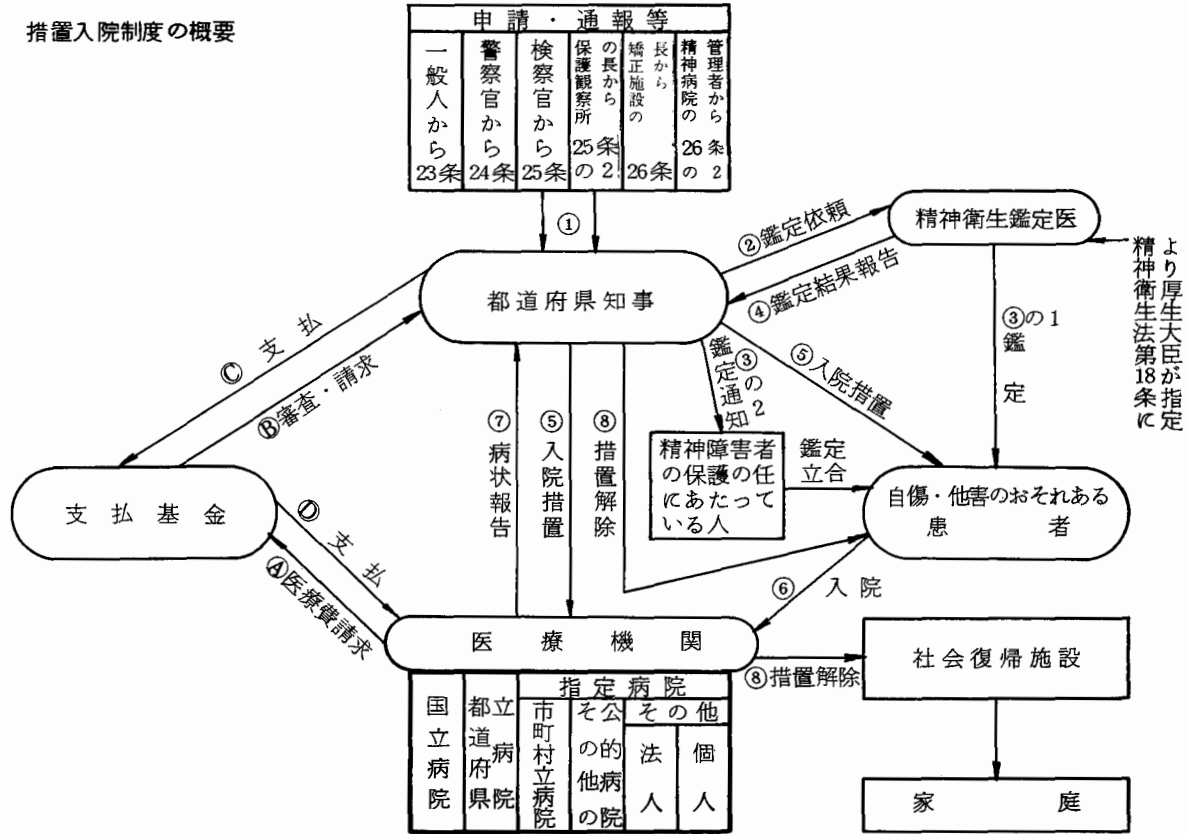
この措置入院の制度は従来から存在していたが、昭和36年10月に精神衛生法が改正され、措置入院患者の医療費支払方法が統一され、措

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		
	申請届出件数	法第29条該当の者	%	申請件数	法第29条該当の者	%	通報件数	法第29条該当の者	%	通報件数	法第29条該当の者	%	通報件数	法第29条該当の者	%	通報件数	法第29条該当の者	%	届出件数	法第29条該当の者	%
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	354	95.4
56	8,964	4,110	45.9	3,036	2,006	66.1	4,150	1,362	32.8	1,126	411	36.5	32	7	21.9	328	43	13.1	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
59	6,952	3,060	44.0	1,744	1,186	68.0	3,611	1,209	33.5	1,090	388	35.6	26	3	11.5	250	49	19.6	231	225	97.4

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。

ただし、昭和60年度の国の補助率は10分の7となっている。

b 病状報告及び実地審査（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ヵ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地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だり取めておく必要から規定されたものであり、たとえ管理者からの届出がなくとも必要に応じて病状を診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の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ヵ月を

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らず行われ、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出来ない場合は法第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。

59年中の同意入院及び仮入院の届出数は171,961件となっている。

なお、同意入院については、「精神障害者の取扱について」（昭和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 3 月 19 日衛発第 208号
各都道府県知事宛 厚生省公衆衛生局長通知

1 入院にあ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せ、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。

(イ) 仮入院

仮入院とは、精神病院の管理者が診察した結果、精神障害の疑いがあるがその診断に相当の日時を要すると認める者を、その後見人、配偶者、親権を行う者その他の扶養義務者の同意がある場合に、本人の同意がなくても、3週間を超えない期間、仮に精神病院へ入院させることができるという制度である。本人の同意を要件とせず、また特定の同意を

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、実地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5のとおりである。

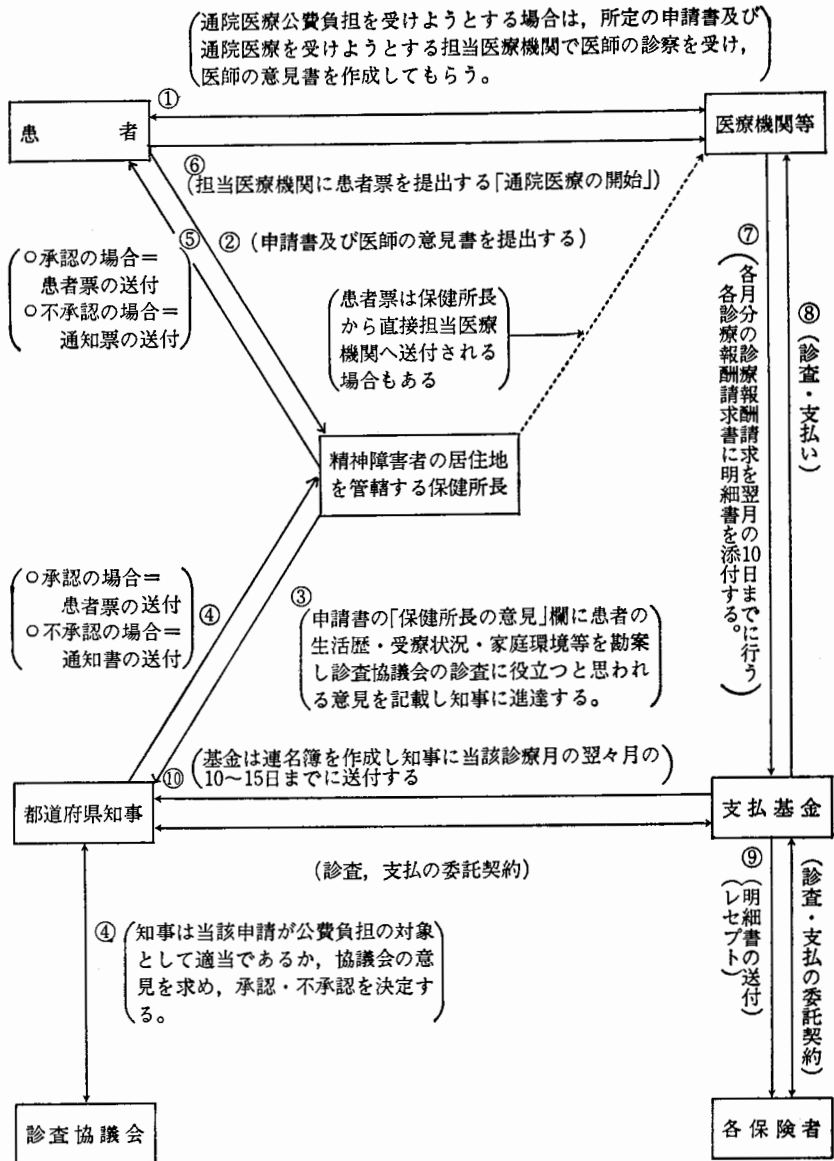
これについては、「精神衛生法の一部を改正する法律の施行について」(昭和40.8.25発衛第184号 厚生事務次官通知)に基づき運用されており、その骨子は次のとおりである。

- 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衛発第648号 公衆衛生局長通知)によっている。

図5 通院医療制度の概要



○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にされたい。

別紙

精神障害者通院医療費公費負担事務取扱要領

第1 医療費公費負担の申請

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

ア 申請書（別紙様式第1号）

イ 意見書（精神衛生法施行規則別記様式第3号）

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

（記載上の注意事項）

- (1) 「治療計画」の欄には、ア. 通院間隔、イ. 治療の順序、ウ. 治療の予定期間を明示すること。
- (2) 「治療の種類」の欄には、精神衛生法による通院医療費公費負担にかかるものについて記載すること。
- (3) 「薬物療法」の欄の薬物名の記載にあたっては使用度の高い次のものについては、次の略号を用いてもよいこと。

クロルプロマジン……C P プロクロルペラジン……P C P

パーフェナジン……P P レボメプロマジン……L P

レセルピン……R S テトラペナジン……T B

イミプラミン……I P

3 申請書等の提出

公費負担の申請書の提出は、精神障害者の居住地を管轄する保健所長を経由して行うものとする。

第2 医療費公費負担の決定

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

と。

2 診査協議会の委員は5名とし、その構成は次によること。

ア 精神衛生に関し、学識経験のある者

イ 医療機関の代表者

ウ 関係行政機関の代表者

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

4 都道府県知事は、3の意見に基づき、すみやかに公費負担の承認又は不承認を決定するものとし、承認の決定をしたときは患者票（別紙様式第2号）を、不承認の決定をしたときは、通知書（別紙様式第3号）を精神障害者の居住地を管轄する保健所長を経由して申請者に交付すること。

5 患者票の記入要領及び公費負担の承認期間については次によること。

ア 患者票の記入要領

(ア) 「有効期間」欄には、公費負担の承認期間を記入すること。

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

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ヵ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、すみやかに患者票のその交付を受けた際の居住地を管轄する保健所長を経由して都道府県知事に返納させること。

別紙様式第1号

精神障害者通院医療費公費負担申請書

※保健所名	
※受理年月日	

昭和 年 月 日

知事殿

申請者の氏名

㊦

申請者の住所

患者との続柄

精神衛生法第32条の規定により通院医療費の公費負担を申請します。

患者の氏名		性別 生年月日	男 ・ 女	明 大 昭	年 月 日	住所	
被保険者等の別	健保（本人，家族），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
- 「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。）。
 - 「保護義務者」の欄には、申請者が患者本人の場合のみ記入すること。
 - ※印の欄は記入しないこと。

別紙様式第2号

(精神衛生法第32条)

患 者 票

保健所名

都道府県名

印

昭和 年 月 日交付

公費負担者番号										
公費負担医療の受給者番号										
受給者	氏名						病名	5 検 査		
	生年月日				性別	男・女		治療の種類	1 薬物療法	
	住所								2 痿れん療法	
被保険者の別	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	4 精神療法				
担当医療機関	名称									
	所在地									
保護義務者	氏名						患者との続柄	備考		
	住所									

別紙様式第3号

番 号
昭和 年 月 日

通 知 書

申 請 者

殿

都道府県知事名

印

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

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

別紙様式第4号

精神障害者通院医療費公費負担変更申請書

※保健所名

都道府県知事 殿

昭和 年 月 日

申請者名

申請者の住所

患者との続柄

精神衛生法第32条の規定による通院医療費の公費負担の承認内容

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

公費負担医療の受給者番号								患者票の有効期間	自 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るものは、通院医療の対象となる。精神科領域の治療は一般に、内因性精神病をはじめとして、疾病別にでなく、状態像によって治療法がきめられる場合が多いので以下各状態像について述べることにする。なお、症状が殆んど消失している患者であっても、軽快状態を維持し、再発を予防するためにはなお通院治療を続ける必要がある場合もあるので、このような場合には治療を中止したときに予想しうる状態像を十分考慮すべきである。

1 緊張病症状群

興奮や昏迷で代表される精神運動障害をいう。主として緊張型分裂病にみられるが、いろいろな脳器質性疾患にもみられることがあるし、心因精神病や症状精神病にも類似の状態が起きることがある。激しい緊張病性興奮や深い緊張病性昏迷状態の場合には、入院医療の対象となるが、その程度が軽ければ通院医療も可能である。よくみられる症状は、硬い表情、ぎこちない動作、不自然な姿勢、しかめ顔、尖り口、ひねくれ、衝奇、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と、入院を要する。

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

3 情意鈍麻

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

患者は無気力で姿勢はだらしく弛緩し、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のである。

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になることはまずない。しかし、あらゆる精神身体面の发育障害のため、人格に異常をきたしており、けんか、暴行をしたり、窃盗などの反社会的行為をするものも少なくない、これらのなかには通院医療の対象となるものもある。

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

7 人格の病的状態

すべての病的人格をいう。すなわち、精神病質の他脳炎後遺症、頭部外傷後遺症な

どの脳器質疾患およびてんかんなどで、人格変化の顕著なものもこれにふくまれる。

例えば、意志欠如者、抑うつ者、自身欠乏者、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になる。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27日保発第73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十分に注意すべきである。また、副作用の防止のため、6ヵ月に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

尿

次の検査のうちから2種以上の検査

モイレングラハト、トランスアミナーゼ（SGOT、SGPT）、BSP、

OCH、TTT、ZST、アルカリフォスファターゼ

抗てんかん剤使用の際には、血球数算定を必要とする。

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

(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年に健康保健の診療報酬に「精神科デイ・ケア」料が新設された。

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

精神科デイ・ケアは精神科通院医療の一形態であり、精神障害者等に対し昼間の一定時間（6時間程度）、医師の指示及び十分な指導・監督のもとに一定の医療チーム（作業療法士、看護婦（士）、精神科ソーシャルワーカー、臨床心理技術者等）によって行われる。その内容は、集団精神療法、作業指導、レクリエーション活動、創作活動、生活指導、療養指導等であり、通常の外来診療に併用して計画的かつ定例的に行う。

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

b 精神科デイ・ケアの施設基準

施設基準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（作業療法士又は神経科

図6 精神科デイ・ケアのプログラム(例)

月			火			水			木			金			土		
8:30~9:30 準備			準備			8:30~12:00 スタッフ ミーティング (ケース検討)			準備			準備			8:30~12:00 スタッフ ミーティング		
9:30~12:00 作業 生産的集団作業 創造的個人作業◎ 個人面接(同時併行)			9:30~12:00 グループワーク 話し合いA 話し合いB 個人指導			★			9:30~12:00 作業 生産的集団作業◎ 創造的個人作業(同時併行)			9:30~12:00 グループワーク 就労学級 自給料 理由			☆ (プログラム検討) 行事予定		
12:00~13:00 昼休み (食事指導)			()						()			()					
13:00~15:00 クラブ 手芸 華道家事指導◎ 書道 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 絵文 画集 制作◎			レクリエーション◎ 全員					
ミーティング メンバー			全メンバー ミーティング★						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)

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4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人あたりの面積は6平方メートルを基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240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43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平方メートルを基準とすること。

c 老人デイ・ケアの診療報酬

1日につき140点であり、治療の一環として食事を給与したとき

は、43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、精神分裂症、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220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、昭和59年6月30日現在で

1,597施設, 329,806床, 人口万対27.6床である。また在院患者数は337,930人であり, 病床利用率はほぼ102.5%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59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, また解放的にすることが望ましい。この点に関し精神病院建築基準が示されている。

(イ) 都道府県の設置義務

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

この趣旨は, 精神障害者という多くの場合自己の病状に関する確実な判断を下すことが困難と思われる状態にある患者(特に措置患者)はできるだけ公的機関, 特に地方公共団体としての都道府県の管理運営する医療機関で医療保護を受けることが妥当であるとする思想に基づくものである。なお, 59年度現在未だ県立で設置されていないところは6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, 設置患者を収

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59年6月30日現在の指定病院は1,027施設である。

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

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59年）

都道府県	国				都道府県		市町村	
	厚生省		その他の		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	547	18	2,280
北海	—	—	1	41	1	240	6	573
青森	1	300	—	—	3	763	2	180
岩手	1	48	1	74	1	354	—	—
宮城	—	—	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	440
東京都	3	867	7	350	7	1,781	2	71
神奈川	3	405	—	—	3	644	3	126
新潟	1	250	1	64	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	17	1	380	1	100
山梨	—	—	—	—	1	300	—	—
長野	1	280	1	40	2	360	—	—
岐阜	—	—	2	38	1	120	2	142
静岡県	—	—	2	77	1	410	2	170
愛知	2	258	2	62	3	772	3	242
三重	1	260	1	40	3	745	1	50
滋賀	—	—	1	45	—	—	—	—
京都	1	155	2	234	2	463	—	—
大阪	2	96	2	80	2	892	3	97
兵庫	—	—	2	60	3	723	1	100
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	340	3	351
愛媛	—	—	1	40	1	50	1	104
高松	—	—	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	70
熊本	2	200	1	40	1	250	—	—
大分	1	40	1	30	—	—	—	—
宮崎	—	—	1	40	2	402	—	—
鹿児島	—	—	1	45	1	363	—	—
沖縄	1	350	—	—	4	496	—	—
合計	38	6,967	51	2,289	73	16,961	83	8,044

資料：病院報告

(59.6.30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	1,242	44	9,690	43	5,751	126	19,916
1	111	14	3,135	3	524	26	4,624
—	—	11	2,543	5	774	22	4,560
—	—	15	2,875	8	915	26	4,266
3	490	12	2,779	5	715	26	4,410
—	—	6	1,606	3	393	15	2,670
4	422	24	5,617	8	1,132	40	7,681
—	—	29	6,311	6	564	38	7,544
4	480	22	4,892	3	459	30	6,031
—	—	16	4,749	1	98	20	5,419
2	447	25	6,626	18	2,520	46	9,619
—	—	28	8,131	12	1,226	47	10,947
1	50	66	17,582	29	5,054	115	25,755
—	—	37	9,118	10	1,734	56	12,027
4	483	18	4,581	3	424	30	6,446
1	68	—	—	21	2,920	29	3,675
—	—	8	1,960	5	1,230	18	3,784
—	—	6	1,311	2	244	11	2,052
—	—	9	2,356	—	—	10	2,656
5	671	16	3,349	7	1,222	32	5,922
1	54	12	3,540	2	170	20	4,064
—	—	17	4,311	11	2,078	33	7,046
1	100	30	8,451	14	3,000	55	12,885
2	350	9	2,745	4	780	21	4,970
2	250	6	1,346	2	371	11	2,012
—	—	16	6,371	2	364	23	7,587
2	134	44	16,573	12	2,504	67	20,376
—	—	24	6,592	12	2,913	42	10,388
—	—	7	1,806	2	235	11	2,321
—	—	5	1,477	2	462	13	3,026
—	—	6	1,233	2	220	11	1,903
1	70	8	1,750	2	190	17	2,519
—	—	19	4,746	3	251	24	5,313
2	225	17	4,406	16	2,451	42	7,987
—	—	19	3,969	11	1,549	33	5,824
1	59	12	3,026	5	759	21	4,189
—	—	8	2,389	4	988	18	4,218
—	—	18	4,336	2	339	23	4,869
—	—	20	3,557	4	275	27	4,089
—	—	58	11,825	41	6,998	102	19,468
—	—	11	2,561	6	814	19	3,974
—	—	16	4,332	16	3,301	37	8,143
—	—	34	7,432	7	956	45	8,878
1	200	16	3,534	6	815	25	4,619
—	—	19	4,910	4	396	26	5,748
—	—	36	7,327	12	1,550	50	9,285
—	—	4	952	9	2,303	18	4,101
50	5,906	897	224,708	405	64,931	1,597	329,806

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^(注)の承認を受けていること。
 - (5) 指定病院の病床数は、百床以上であること。ただし、当該病院の所在する地域の精神病院の実情、当該病院の管理運営の状況等をかん案し特にこれを指定病院として指定する必要があると認められる病院であって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わる設備を有すること。
- (注) 総病床をいう。

イ 精神科診療所

精神病院の開放化、早期退院等を通じて地域社会との接触をふやすと同時に通院治療やデイ・ケア等により、できるだけ患者が社会生活を送りながら治療を進める方法が取り入れられ、また、それが治療上も社会復帰のためにも有効であることが認められてきた。このため比較的軽症な患者のために精神科を標榜する一般診療所を拡充し、地域における精神障害者の医療を充実する必要がある。

一般診療所延数

	47年	50年	53年	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	53年	54年	55年	56年	57年	58年
精神障害	24,152 [△]	21,059 [△]	17,549 [△]	18,930 [△]	22,869 [△]	32,593 [△]	23,989 [△]
内 精 神 分 裂 病	314 [△]	1,924 [△]	745 [△]	547 [△]	3,049 [△]	2,565 [△]	1,643 [△]

(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の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的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、59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（通知）」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) 実地審査について

鑑定医による実地審査は、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地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。

(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) 実地審査について

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いき、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の確かな実体の把握に務め、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

許可病床数を超過し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、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務め、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事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、実地指導に当たっては、精神科医師を同行させるものとする。

(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39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、少な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地審査、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。

この「精神病院に対する指導監督等の強化徹底について（通知）」を受け入院患者の処遇の指針として精神病院入院患者の通信、面会に関するガイドラインについて」（昭和60.10.19厚生省保健医療局長通知）を作成し通知した。

その内容は以下の通りである。

各 都 道 府 県 知 事 殿

厚生省保健医療局長

精神病院入院患者の通信・面会に関するガイドラインについて

今般、標記ガイドラインを別紙のとおり作成したので、了知されるとともに、これを指針として管下の精神病院の指導に当たられたい。併せて関係行政機関にその趣旨を十分に説明し、理解と協力が得られるよう努められたい。

記

精神病院入院患者の通信・面会に関するガイドライン

1 基本的な考え方

- (1) 精神病院入院患者の院外にある者との通信及び来院者との面会（以下「通信・面会」という。）は、患者と家族、地域社会等との接触を保ち、医療上も重要な意義を有するとともに、患者の人権の観点からも重要な意義を有するものであり、原則として自由に行われることが必要である。
- (2) 特に患者の人権面に対する配慮という観点から、人権擁護機関等との通信・面会は制限を加えないこととすべきである。
- (3) 通信・面会は基本的に自由であることを、文書または口頭により、患者及び保護義務者に伝えることが必要である。
- (4) 電話及び面会に関しては患者の医療又は保護に欠くことのできない限度での制限が行われる場合があるが、これは、病状の悪化を招き、あるいは治療効果を妨げる等、医療又は保護の上で合理的な理由がある場合であって、かつ、合理的な方法及び範囲における制限に限られるものであり、個々の患者の医療又は保護の上での必要性を慎重に判断して決定すべきものである。

2 信書について

- (1) 信書の発受信は制限しないものとする。
- (2) 患者の病状から判断して、家族等からの信書が患者の治療効果を妨げることが考えられる場合には、あらかじめ家族等と十分連絡を保って信書を差し控えさせ、あるいは主治医あてに発信させ患者の病状をみて当該主治医から患者に連絡させる等の方法に努めるものとする。
- (3) 刃物、薬物等の異物が同封されていると判断される受信信書については、患者によりこれを開封させ、異物を取り出した上、患者に当該受信信書を渡すものとする。この場合においては、当該措置をとった旨を診療録に記載するものとする。

3 電話について

- (1) 都道府県及び地方務局その他の人権擁護に関する行政機関の職員並びに患者の代

理人である弁護士との電話は制限しないものとする。

- (2) (1)に掲げる者以外との電話は、患者の医療又は保護のために欠くことのできない場合を除き、制限しないものとする。

制限が行われた場合は、その理由を診療録に記載し、かつ適切な時点において制限をした旨及びその理由を患者及び保護義務者に知らせるものとする。

- (3) 電話機は、患者が自由に利用できるような場所に設置される必要があり、閉鎖病棟内にも公衆電話機を設置するものとする。また、都道府県精神保健主管部局、地方方法務局人権擁護主管部局等の電話番号を、見やすいところに掲げる等の措置を講ずるものとする。

4 面会について

- (1) 都道府県及び地方方法務局その他の人権擁護に関する行政機関の職員並びに患者の代理人である弁護士及び患者又は保護義務者の依頼により患者の代理人になろうとする弁護士との面会は制限しないものとする。

- (2) (1)に掲げる者以外の者との面会は、患者の医療又は保護に欠くことのできない場合を除き、制限しないものとする。

制限が行われた場合は、その理由を診療録に記載し、かつ適切な時点において制限をした旨及びその理由を患者及び保護義務者に知らせるものとする。

- (3) 入院後は患者の病状に応じできる限り早期に患者に面会の機会を与えるべきであり、入院直後一定期間一律に面会を禁止する措置は執らないものとする。

面会する場合、患者が立ち会いなく面会できるようにするものとする。

ただし、患者若しくは面会者の希望のある場合又は医療若しくは保護のため特に必要がある場合には病院の職員が立ち会うことができるものとする。

(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に配慮されるべきであり、また、院内の社会復帰活動を充実することが何よりも必要である。長期在院者の多くは、疾病による社会適応性の低下が認められるばかりでなく、家族の受入れ態勢がなく経済的問題もあるので、その社会復帰を推進するためには福祉面の配慮が必要である。すなわち、病院と社会の中間にあって回復途上にある精神障害者の社会復帰援助を専門的に行うための各種の施設が必要なのである。

通院患者の場合は入院せずに社会生活を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、様々なニーズにこたえる医療施設外の社会復帰施設の整備等を図る必要があるとともに、次の条件を満たす必要があるとされている。

① 医学的管理

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

② 生活の場の確保

生活の場については、夜間の宿泊の場所と昼間過ごす場所とがある。夜間の生活の度は、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。

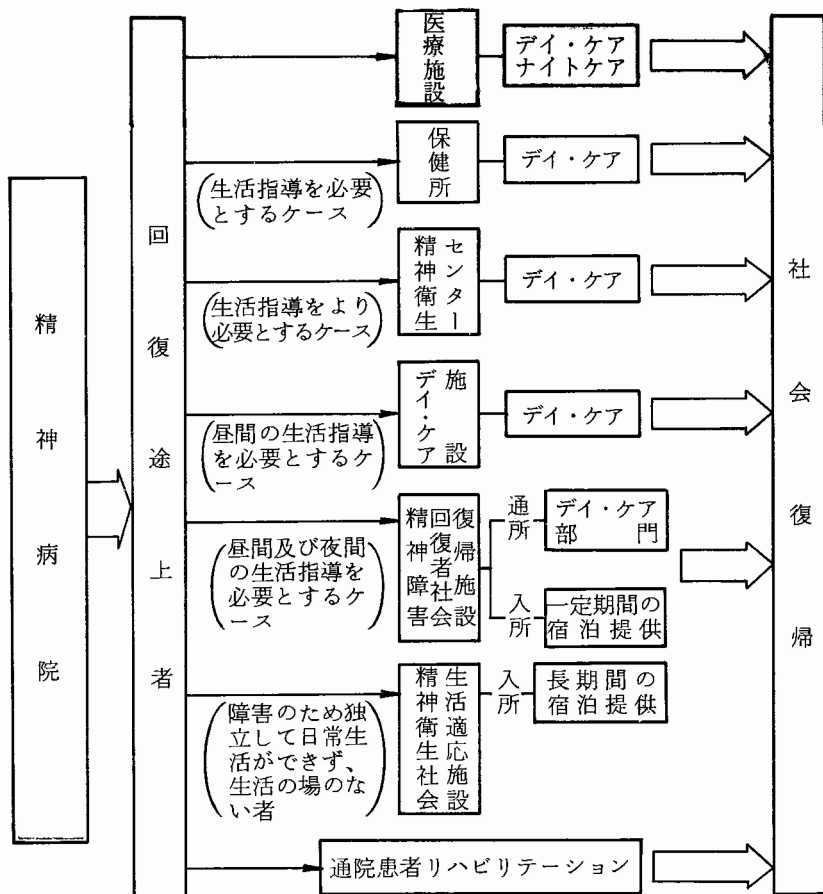
ア 社会復帰対策の概要

(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，レクリエーション活動，集団精神療法，日常及び社会生活指導，職能訓練等を行うものである。

図7 精神障害者社会復帰体系図



(イ) 精神病院外における対策

＜社会復帰施設＞

精神障害回復途上者の様々なニーズに対応するための社会復帰施設として、昭和45年度「精神障害回復者社会復帰施設」、昭和49年度「デイ・ケア施設」、昭和54年度「精神衛生社会生活適応施設」がそれぞれ予算化され、精神障害者に対して、医師、保健婦、精神衛生相談

員等を中心となり、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60年度では499保健所となっている。

＜精神衛生センター＞

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

イ 社会復帰のための制度

(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「親職制度検討委員会」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、昭和60年度には26県で予算化されている。

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

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

5 委 託 する 事 業 所 等 の 開 拓 及 び 必 要 な 知 識 の 普 及

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

6 委 託 する 事 業 所 等 対 する 優 遇 措 置

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

7 委 託 期 間

6か月間。ただし3年を超えない範囲の更新は妨げない。

8 委 託 する 事 業 所 等 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たっては、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てを行う必要がある。

通院患者リハビリテーション事業実施要綱

衛発第 360 号

昭和57年 4月16日

1. 目 的

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

2. 定 義

(1) 協力事業所

「協力事業所」は、精神障害者に対する理解が深く、精神障害者に仕事の間を提供し、社会適応訓練を行うことを通じて、その社会的自立を促進することに熱意を有す

る事業所であって、都道府県知事（以下「知事」という。）が適当と認めたものをいう。

(2) 対象者

「対象者」は明らかに回復途上にあり、社会的規範を受け入れる状態にあるが、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、協力事業所登録簿に登録する。

(3) 協力事業所選定の基準

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

ア. 事業所の環境等の適否

(ア) 作業場の人的、物的環境の良否

(イ) 対象者を酷使するおそれの有無

(ウ) 経営の安定性

イ. 精神障害者に対する理解とその社会適応促進に対する熱意の程度

ウ. 作業の適否

(ア) 作業の難易性及び適応性

(イ) 危険性の有無

エ. その他必要な事項

6. 対象者登録の手続等

(1) 通院患者リハビリテーションの申込

通院患者リハビリテーションを希望する者は、通院患者リハビリテーション申込書に主治医の意見書等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の申込書を受理した時は、その記載事項その他必要な事項について調査し、その適否を保健所長を通じ申込者に通知する。

また、知事は適当と認めた者については、対象者登録簿に登録する。

7. 委託の手續

(1) 協力事業所に対する委託

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

(2) 期間の決定

委託期間は、原則として6か月とし、3年を限度として更新することができる。

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

(3) 協力事業所と対象者の相互理解

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

(4) 登録簿の記載等

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

8. 訓練期間中の指導等

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

9. 委託期間終了後の取扱

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

10. 費用の支弁及び国の補助

(1) 費用の支弁

都道府県は7により協力事業所に委託したときは、協力奨励金を支弁するものとする。

(2) 国の補助

国は、前項の規定により都道府県が支弁した費用について、別に定めるところにより補助するものとする。

(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60年度では499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・家事 (手伝いを含む)	そ の 他 (習いもの)	小 計 B	
55年度	11,452 ^人	29.1 ^人	1,318 ^人	967 ^人	143 ^人	2,428 ^人	
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	
58年度	13,641	28.8	1,497	1,270	457	3,224	
59年度	14,255	25.8	1,512	1,356	412	3,280	
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			
55年度	1,296 ^人	91 ^人	1,559 ^人	2,946 ^人	5,833 ^人	245 ^人	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
58年度	1,318	105	1,351	2,774	7,129	514	23.6
59年度	1,198	115	1,297	2,610	7,857	508	23.0

資料：精神保健課調

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、この目的にそっ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、相談指導を実施するものとする。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同

この社会復帰相談指導の実施にあたっては、医療機関及び社会復帰に関係する機関

等と緊密な連絡、協調に努め、回復途上にある精神障害者の円滑な社会復帰を図るものとする。

5. 経費

別途通知するところによるものとする。

ウ 社会復帰施設

様々なニーズに対応するための社会復帰施設として、昭和45年度「精神障害回復者社会復帰施設」、昭和49年度「デイ・ケア施設」、昭和54年度「精神衛生社会生活適応施設」がそれぞれ予算化され、精神障害者に対して、医師、保健婦、精神衛生相談員等が中心となり日常生活指導、作業療法等の社会復帰指導を行っている。しかしながら、これらの施設はまだまだ十分に普及されているとはいえ今後関係各方面の努力がまたれるところである。

(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、レクリエーション活動、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・レクリエーション・音楽・社会見学等）を通じて、社会適応指導を行う。

③ 昼間作業指導部門

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

④ 夜間生活指導部門

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

＜既設の施設＞

① 川崎市社会復帰医療センター

（昭46・9）

所在地 神奈川県川崎市中原区井田1471

電話 044 (788)1551

② 岡山県立内尾センター

(昭51・11)

所在地 岡山県岡山市内尾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

(昭59・7)

所在地 北海道河東郡音更町緑が丘1

電話 0155 (42) 4166

④ 東京都立中部総合精神衛生センター

(昭47・10)

所在地 東京都世田谷区上北沢2-1-7

電話 03 (302) 7575

精神障害回復者社会復帰施設運営要綱

厚生省発衛第460号

昭和50年8月14日

第1 目的

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

第2 設置及び運営主体

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

第3 通所及び入所対象者

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

第4 設備

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

第5 職員

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

第6 施設の組織

社会復帰施設には、次の部門を置き、それぞれ次の業務を行うものとする。

- 1 事務部門
施設における事務を行う。
- 2 昼間生活指導部門
昼間の生活指導等を通して社会適応指導を行う。
- 3 昼間作業指導部門
昼間の作業指導等を通して社会適応指導を行う。
- 4 夜間生活指導部門
昼間、施設外の事業所等で就業する者に対して、夜間施設内の生活指導等を通じて社会適応指導を行う。

第7 通所及び入所の決定

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

第8 費用の支弁及び徴収

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

第9 国の財政措置

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

なお補助職員は次のとおりである。

施設長	1人
事務員	2人
指導員	16人
看護婦	1人

雇 用 人 2人
計 22人

(イ) デイ・ケア施設

＜目的等＞

デイ・ケア施設は、精神障害回復者社会復帰施設のデイ・ケア部門と同じく通院医療が可能な精神障害者であって社会生活機能の回復を図るため各種のケアを必要とするものに対して、昼間の一定時間集団精神療法、レクリエーション活動、作業指導、日常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・レクリエーション・音楽・社会見学等）を通じて、社会適応指導を行う。

③ 昼間作業指導部門

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

＜既設の施設＞

- ① 鳥根県立湖陵デイ・ケアセンター（51.6）
所在地 鳥根県簸川郡湖陵町大字大池240
電話 0853（43）2102
- ② 茨城県立友部病院デイ・ケア施設（51.2）
所在地 茨城県西茨城郡友部町旭町654
電話 02967（7）1151
- ③ 石川県立高松デイ・ケアセンター（54.6）
所在地 石川県河北郡高松町字内高松ヤ36
電話 0762（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 宮城県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、その他の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〉

この施設は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 熊本県熊本市戸島町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られ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ぬ。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五年以上従事した者であつて、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つて、2年以上精神衛生に関する業務に従事した者

ウ 前2号に掲げる者と同等以上の能力を有すると認められる者

第8 給食

1 給食は食品の種類及び調理方法について栄養並びに入所者の身体的状況及び嗜好を考慮したものでなければならない。

2 調理は、あらかじめ作成された献立に従って行わなければならない。

3 調理及び配膳は、衛生的に行わなければならない。

4 食品の保存に当たっては、腐敗又は変質しないよう適当な措置を講じなければならない。

第9 生活指導

1 当該施設は、入所者に対し、独立して日常生活を営むために必要な指導を行うほか、社会適応に必要な指導を行わなければならない。

2 当該施設は、生活指導に当たっては、入所者に対し行動制限を行わないことはもとより、いたずらに入所者を強制し、自由を拘束することとならないように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、その入所及び毎年定期に2回以上健康診断を行わなければならない。

2 職員については、その採用時及び毎年1回以上健康診断を行わなければならない。

- 3 調理員については、定期に検便を行わなければならない。

第11 衛生管理

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

第12 精神障害の医学的管理

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

第13 非常災害対策

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

第14 管理規程等の整備

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

第15 費用の支弁及び徴収

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

第16 国の助成措置

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

なお、補助職員は次のとおりである。

施設長	1人
事務員	1人
指導員	12人
栄養士	1人
調理員等	3人
計	18人

(参考)

表6 精神科デイ・ケア承認状況

(昭和60年11月1日現在)

都道府県	施設名	施設名	施設名	計	備考
北海道	(医)北仁会 旭山病院	道立緑ヶ丘病院附属青更カビリセンター		2	
北海	藤代健生病院	八甲精神病院		2	
青森	(医)財団 仁医会 都南病院	(財)岩手済生会岩手保養院		2	
宮城	県立名取病院	仙台市デイ・ケアセンター		2	
茨城	県立友部病院			1	
千葉	(医)社団 静和会 浅井病院	鎌崎市立病院	旭中央病院組合立東総デイ・ケアセンター	6	
東京	国立国府台病院	(医)同和会 千葉病院	(財)復光会 総武病院	6	
東	国立武蔵野病院	(医)社団 翠会 成増厚生病院	昭和大学附属烏山病院	6	
神奈川	(医)財団 青溪会 胸木野病院	都立松沢病院	(財)井之頭病院	4	
愛	(財)積善会 曾我病院	川崎市社会復帰医療センター	(医)社団 清心会 藤沢病院	2	
新潟	国立療養所久里浜病院			2	
富山	国立厚満療養所	県立療養所		2	
山	富山市立富山市民病院	国立療養所 北陸病院		1	
石川	県立高松病院			1	
福井	県立精神病院			1	
愛知	南豊田病院	(医)守山荘病院	(医)生々会 松隆病院	3	
三	(医)社団 居仁会 四日市日永病院			1	
滋	長浜赤十字病院			1	
京	国立舞鶴病院	(財)長岡病院	(医)栄仁会 宇治黄葉病院	3	
大	府立中宮病院	(医)社団 恒昭会 藍野病院	(医)杏和会 阪南病院	4	
阪	国立大阪南病院			1	
兵	公立豊岡病院			2	
奈	国立療養所松原荘	(医)北林厚生会 五桑山病院		1	
島	県立湖陵病院			1	
岡	県立内尾センター	(財)慈圭会 慈圭病院	(医)万成病院	4	
鳥	(財)江原積善会 積善病院			1	
取	国立療養所鳥取病院			2	
川	(医)社団 三愛会 三船病院	国立善通寺病院		1	
愛	(財)真光会 精神病院真光園			1	
媛	恵愛会 福岡病院	福岡大学病院	(医)飯塚保養院	5	
福	北九州デイ・ケアセンター	(医)社団 天臣会 松尾病院		1	
佐	(医)財団 友朋会 穂野病院			1	
長	長崎大学医学部附属病院			2	
崎	(医)芳和会 くわみず病院	(医)再生会 内藤病院		2	
宮	若草病院	(医)一誠会 都城新生病院		1	
鹿	(社)鹿児島精神衛生協会 社会復帰施設			1	
児	診療所			1	
島	天久台病院			1	
沖				68	
計					

3. 地域精神保健対策

地域精神保健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保健上の問題を、その地域社会全体の人々の活動によって解決していこうとすることである。

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

このことは単に精神保健の問題だけでなく、総合的な対策が必要なことはいうまでもないが、これに一步でも近づく活動を精神保健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保健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) 地域精神保健活動の目標と計画

地域精神保健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。

地域精神保健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保健上のニーズを的確につかみ、それに対応した計画を立てることが必要である。精神保健活動に対するニーズは必ずしも顕在化しているとは限らず、サービスの充実に伴って増加してくる面もある。実際に保健所では、本人はもとより、本人をかかえて困惑している家族の相談にのって、必要に応じて適切な診断と治療ルートを確保するといった指導や援助、また入院や外来等の医療を受けながらさまざまな社会的・経済的問題をか

かえている事例，就職や就学等の社会復帰についての不安や困難等，精神障害者の医療や福祉を巡るいわゆる狭義の精神保健に関する要望に応じる場合も多い。

地域を設定し，重点となる精神保健活動の目標を定め，計画を立てたら，次にはサービスのための厚いネットワークを整備する必要がある。数少ない専門家に任せるだけでは，たとえその数をふやしたとしても到底地域住民のニーズに応えることはできないし，地域精神保健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保健上の配慮を働かせ，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。

狭義の精神保健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た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，地域精神保健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，何よりも地域精神保健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。

地域精神保健活動は、実際には精神障害者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) 地域精神保健活動の主体

地域精神保健活動は、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、精神保健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

精神保健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保健業務の企画及び総合調整を行うとともに、管内における精神保健に関する衛生教育・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、精神保健に関する相談指導業務にチームの一員として参加する。保健婦業務遂行に当たっては、精神保健的配慮を行う。

＜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保健的配慮を行うとともに、精神保健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、精神保健的配慮を行う。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) 精神保健業務

＜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。

諸種の精神保健に関する相談事項をもって来所した者に対し、その相談に応じ、医師等を中心にして個別指導を行い、また、その実施の過程で発見したケースの問題について適切な指導その他の処理を行う。これらのうち、複雑困難なもの又は精密検査等を要するものは精神衛生センター等に紹介するが、一般に保健所における精神衛生相談は次のような手順、方法によって行われる。

① 面接相談

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

② 診 断

面接相談の結果に基づき、そのケースについて診断を行い方針を決定する。

③ 処 置

診断区分に応じて病院等への紹介医学的指導・ケースワーク等を行う。

<訪問指導>

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

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

<患者クラブ活動等の援助>

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

<衛生教育及び協力組織の育成>

精神衛生相談クリニックを通じ、また、資料、図書、その他の教育資料を整備、展示、提供し、または広報関係機関を利用するなど、地域・住民等に対してできるだけ公衆の日常生活・必要性・体験等に結びついた方法により、精神保健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保健に関係ある諸活動に対して積極的に援助するとともに、精神保健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保健に関係のある職員、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、専門家等の精神保健事業への協力、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7 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53年	54年	55年	56年	57年	58年	59年
精神衛生相談		181,189 ^件	207,084 ^件	249,258 ^件	267,911 ^件	300,404 ^件	319,072 ^件	363,984 ^件
精神衛生訪問指導		193,359	198,546	209,457	211,061	220,735	221,177	228,671

資料：保健所運営報告

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保健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保健の向上を図るために設けられる精神保健に関する総合的な技術中枢機関であり、地方における精神保健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、保健所その他の精神保健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、相談部は精神保健に関する相談・指導・諸検査等を、指導部は衛生教育・技術指導を、研究部は調査研究を、事務部は庶務・経理を担当している。

(ウ) センターの職員

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

(エ) センターの規模

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

(オ) センター事業用設備

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、精神保健に関する相談指導、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＞

精神保健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・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、精神保健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、精神保健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保健問題についての調査、精神保健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58年度には33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2.8日/週、参加者実数1,440人、参加者延数63,512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っている。

＜心の健康づくり推進事業＞

ノイローゼ、うつ病等の精神疾患の増加に対処するため、昭和60年度から精神衛生センターにおいて心の健康づくり推進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、地域精神保健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. 精神保健の財政

(1) 国民医療費における精神医療費

昭和58年度における国民医療費の推計額は14兆5,438億円で、前年度よりも6,779億円、4.9%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5.22%であり、国民一人当たりの医療費は12万1,709円である。(表8)

精神医療費の推計額は8,989億円で、国民医療費に占める割合は6.2%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、「精神障害」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」、「新生物」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3,551億円で精神病医療費総額の39.5%を占めている。

(2) 精神保健関係予算

精神保健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・整備等のための資金融資制度

がある。

精神保健対策費は、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60年度では約64,150百万円が計上されている。

この経費の内訳及び年次推移は表9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8 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56年度			昭和57年度			昭和58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	128,709	8,005	6.2	138,659	8,710	6.3	145,438	8,989	6.2
公費負担分	15,712	—	—	15,854	—	—	11,480	—	—
精神衛生法	1,059	—	—	1,015	—	—	986	—	—
生活保護法	7,275	—	—	7,672	—	—	7,928	—	—
結核予防法	564	—	—	539	—	—	502	—	—
その他の	6,814	—	—	6,628	—	—	2,064	—	—
保険者負担分	99,069	—	—	103,348	—	—	85,283	—	—
政管健保	28,032	—	—	29,317	—	—	26,266	—	—
組合健保	19,037	—	—	19,879	—	—	18,320	—	—
国保	38,120	—	—	39,774	—	—	27,624	—	—
その他の	13,880	—	—	14,378	—	—	13,073	—	—
老人保険負担分	—	—	—	4,897	—	—	32,899	—	—
患者負担分	13,928	—	—	14,560	—	—	15,776	—	—
公費又は健保の一部負担	11,400	—	—	11,882	—	—	12,858	—	—
全額自費	2,528	—	—	2,678	—	—	2,917	—	—

資料：国民医療費

注：1. 「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。

2. 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。

3. 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7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。

(7) 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收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10のように、昭和45年の76,532人をピークとして、通院医療、相談指導事業の充実強化、各種の社会復帰対策の推進によって、年々減少傾向をたどってきており、昭和60年には、約29,000人が予想される。

(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11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60年には月平均約195,000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12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こととされている。

ウ 公費負担医療費適正化対策費

この経費は、精神医療費の円滑な運用及び適正な執行を図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。

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事業費（一般事業費、酒害相談事業費、心の健康づくり推進事業及び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)

表9 精神保健関係予算

事 項	昭和55年度	56
1. 精神衛生費等補助金	83,497,312	77,954,467
(1) 措置入院費	76,679,553	70,172,641
(2) 通院医療費	5,218,481	6,118,051
(3) 同意入院費(沖縄分)	1,115,318	1,117,707
(4) 公費負担医療費適正化対策費	162,453	165,646
(5) 精神衛生センター等運営費	321,507	380,422
ア. 精神衛生センター運営費	202,042	222,615
イ. 精神障害回復者社会復帰施設運営費	58,424	62,288
ウ. デイ・ケア施設運営費	33,873	49,801
エ. 精神衛生社会生活適応施設運営費	27,168	36,218
オ. ナイト・ケア部門運営費	—	—
カ. 通院患者リハビリテーション費	—	—
キ. セミナ —	—	9,500
2. 保健所業務費補助金 (精神衛生対策事業費)	138,709	147,774
3. 保健所運営費交付金 (老人保健推進事業費)	—	—
4. 精神病院等施設・設備費補助金	1,122,253	1,085,404
(1) 精神病院	1,069,925	982,808
(2) 精神衛生センター	6,314	44,441
(3) デイ・ケア施設	46,014	58,155
(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	—	—
合 計 (1.~4.)	84,758,274	79,187,645

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昭和60年度予算額内訳なし。なお、参考までに、55年度から59年度までは実績
 3. 医療費公費負担事務費が昭和60年度より公費負担医療費適正化対策費に、保健所運営費補助金が昭和59年度より保健所業務費補助金(精神衛生対策事業費)及び保健所運営費交付金(老人保健推進事業費)に名称変更した。

(単位：千円)

57	58	59	60
76,592,386	75,908,926	71,957,951	63,795,484
67,793,539	66,210,048	61,034,686	51,622,186
7,093,596	8,007,030	9,136,595	10,478,172
1,159,824	1,108,490	1,127,727	1,131,537
170,038	168,265	180,407	167,225
375,389	415,093	478,536	396,364
242,705	237,363	244,513	80,367
49,799	51,382	81,351	113,599
29,889	42,424	47,453	51,897
37,871	38,595	39,540	40,873
—	—	—	2,905
15,125	45,329	65,679	106,723
—	—	—	—
154,192	145,666	189,370	197,147
20,058	78,682	86,405	129,756
1,423,132	1,133,291	950,556	/
1,351,152	1,019,541	938,418	
7,162	28,026	12,138	
64,818	30,989	—	
—	54,735	—	
—	—	—	
78,189,768	77,266,565	73,184,282	

表10 精神傷害疾病の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
		億 円	億 円	億 円
昭和41年度	67,934人	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
59	32,563	763	610	153

- 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11 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
	人	百万円
昭和44年度	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
60	194,386	10,478

表12 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

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

(イ) 精神障害回復者社会復帰施設運営費

「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

「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、全国厚生農業共同組合連合会の会員である厚生(医療)農業共同組合連合会、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，アルコール中毒等）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つては12.4㎡，通所部門は16.3㎡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23.3㎡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つ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つており，補助率は施設整備費と同様となっている。

キ 地方交付税

都道府県の精神保健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等) 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

精神病院等の施設整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。

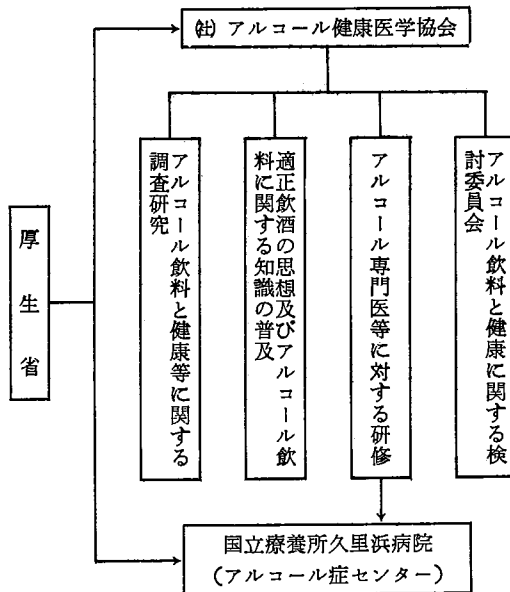
(イ) 個人および法人

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、社会福祉医療・事業団による融資制度が講じられている。

5. アルコール関連問題対策

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に伴う飲酒規範の崩壊などによって元来社会的に飲酒に寛容な我が国の飲酒文化が変遷を余儀なくされ，また一方では，消費の増大により飲酒人口が増加しており，実数にしておよそ6,200万人，飲酒人口1人当り年間約12リットルの純アルコール換算を消費している（昭和58年度推計）。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，さらには，アルコール関連問題としての交通事故，犯罪・非行，家庭崩壊，労働上の障害等が広範かつ深刻な社会問題として顕性化していることにより，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。特に，最近では，未成年者

図8 アルコール関連問題対策の概要



○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

飲酒、若者間でのイッキ飲み現象、胎児への悪影響、キッチンドリンカー、高齢者のアルコール依存問題等が新たな問題となっており、適切な総合的対策が講じられなければならない。

また、諸外国においても、アルコール関連問題は、極めて重大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最重点項目として真剣に取り組んでいる。

我が国におけるアルコール関連問題対策は、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。それ以降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。

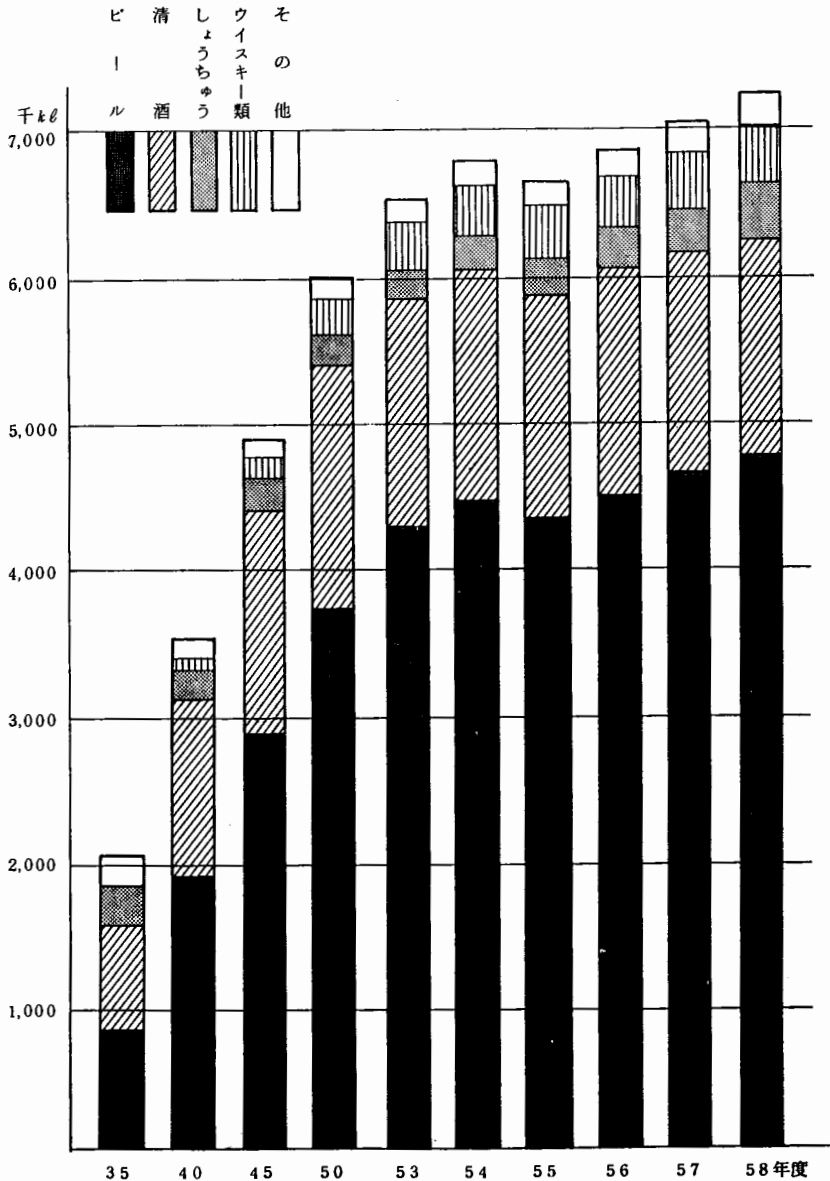
また、厚生省において52年、53年の2年間にわたり「アルコール中毒診断会議」が開かれ、54年度には「アルコール飲料と健康に関する検討委員会」が設置され、主として「適正飲酒」について検討を重ねてきた。さらに同年、精神衛生センターにおける酒害相談事業費が予算化され、翌55年には、社団法人アルコール健康医学協会が設立された。

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。また、昭和60年10月9日には、公衆衛生審議会より「アルコール関連問題対策に関する意見」が具申され、今後の方針を示した。

(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。年間酒類消費数量の推移は図9のとおりであり、年々増加の傾向にあり昭和58年度で720万klである。

図9 酒類消費数量の推移



(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13 大量飲酒者数（推計）

	40年	46	51	52	53	54	55	56	57	58
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 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)	万人 約 199 (223.6)
年間酒類 販売（消費）量	kl 3,533,207 (100.0)	kl 5,038,699 (142.6)	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)	kl 7,201,408 (203.8)
年間酒類 純アルコール 換算量	kl 364,396 (100.0)	kl 491,188 (134.8)	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)	kl 720,193 (197.6)
飲酒人口 成人男子の90% 女子の45%	千人 41,494	千人 47,210	千人 51,620	千人 52,143	千人 53,031	千人 53,668	千人 54,110	千人 54,812	千人 55,412	千人 56,035

資料：国税庁統計年報書 人口動態統計

注 1. ()内は、それぞれ40年対比の指数を示す。

2. 算出方法(WHO計算方式) 大量飲酒者とは、1日平均150ml以上のアルコールを飲む者で、アルコール中毒者及びアルコール中毒予備軍に相当し、飲酒人口1人当たり年間消費量から算出するもので次の式による。

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

表14 アルコール依存症者数（推計額田方式）

区 分	昭和30年	40	46	50	55	56	57	58
アルコール 依存症者数 (指 数)	万人 約 34 (100)	約 97 (285)	約 130 (382)	約 158 (465)	約 178 (524)	約 183 (538)	約 188 (553)	約 192 (565)
飲 酒 人 口	万人 約 4,440	約 4,850	約 5,300	約 5,660	約 5,990	約 6,040	約 6,110	約 6,190

1. 資料「総理府統計局」「国税庁統計年報書」より算出。
2. ()内は、それぞれ30年対比の指数を示す。
3. 飲酒人口は15才以上 男子の90%，女子の45%として算出。
4. 有症率は額田の計算式を使用した。(1日平均150ml以上の純アルコールを飲む者)

$$0.23 + 0.136 + 0.0085x^2 \quad x: \text{飲酒人口1人当たりの純アルコール換算年間消費量}$$

注意 この方式はWHO計算方式（前出）の欠点である毎日純アルコール換算1000ml以上の飲酒者数の存在について、これを補正（除外）して算出したものである。なお、昭和54年に開発され、その実証的データとしては7295人（実数）について調査、検討をし、結果は昭和57年、58年の両日本アルコール医学会で公表されている。

表15 入院アルコール中毒患者数（推計）

区 分	43年	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58
アルコール 精 神 病	人 1,720 (100.0)	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)	人 2,400 (139.5)
アルコール 依 存 症	13,000 (100.0)	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)	人 24,500 (188.5)
合 計	14,720 (100.0)	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)	人 26,900 (182.7)

資料：患者調査

注：()内は、それぞれ43年対比の指数を示す。

国民1人当り年間飲酒量（純アルコール換算）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、その後も増加し続け、54年には5.8ℓに達し世界第31位の消費量であったが、昭和58年度は、約6.2ℓとなり、世界第30位に達している。

飲酒人口については、昭和12年の3千万人に比し58年では2倍を越える約6,200万人に及んでおり、大量飲酒者数は、58年で約200万人と推計されている。

（表13・14）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合半、ビール大びん約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58年の患者調査によると、精神病院入院中のアルコール精神病患者数は、2,400人、アルコール依存症者数は、24,500人となっている（表15）。

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、アルコール関連問題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上げ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，強盜，暴行，暴力

ア アルコール関連身体的障害

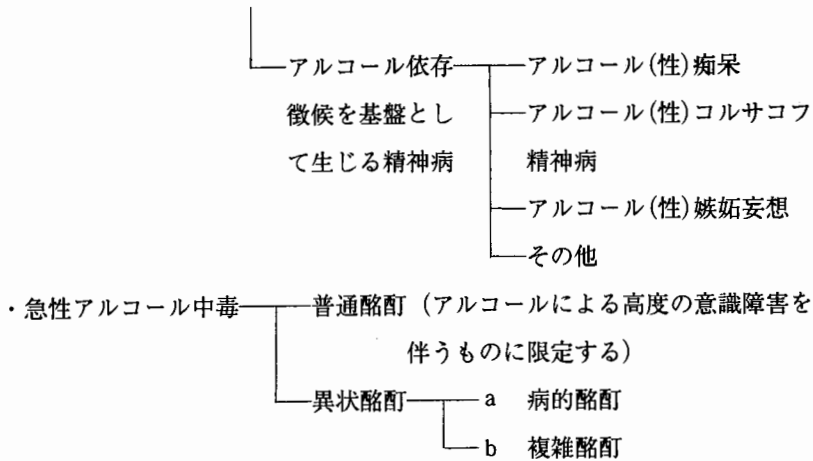
アルコールを摂取すると，速かに吸収されて血中に入り，体内をめぐる。このためアルコールは最初に吸収をうけた消化管や，分解をうける肝臓のみならず，体内のあらゆる臓器に種々の影響を及ぼす。

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，脾臓，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年に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。



a アルコール依存症

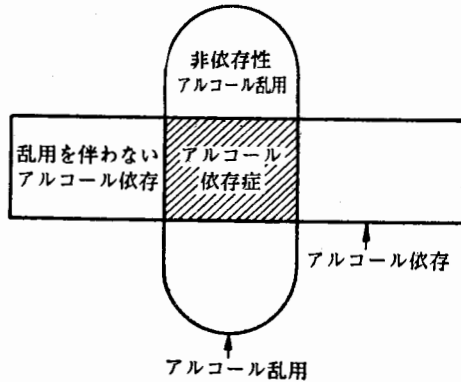
WHOによると、アルコール依存とは、「薬物エチルアルコールの過剰摂取抑制障害を主症状とし、薬物依存概念を構成する精神依存、身体依存、耐性の変化に基づく諸症状によって規定される。

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、時にはアルコール離脱・禁断時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（ホスト）」と「アルコール飲料（エイジェント）」との関係を現わす言葉ではあっても、それ自体は、“病気”を意味する用語ではない。アルコールに精神依存を持ちながら、身体的にも社会的にも大した障害を顕わさずにいる例は、「晩酌飲酒者」という形で沢山居る。一方、アルコールに依存していなく

とも、飲酒によって困った問題を起こしてくる場合もある。例えば酩酊運転がそれであるし、年に数回しか飲まないのに、その度に大暴れして周囲を困らせる人もいる。つまりアルコール依存であるか、ないかという基準の他に、飲酒行動の異常であるか、ないかというもうひとつの基準を用意する必要がある、下図11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希求自製の障害: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、すぐにもとの程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、社会心理的障害、例えば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数日にわたる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16 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 (A群)	飲酒行動の異常 (B群)
アルコール離脱けいれん発作	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、せん妄状態が徐々に消失すると、この器質的症狀が現われてくる。

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

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。例えば不適當な泣き笑い、声高い話し方、多弁、好戦的行動、性欲亢進、ところ構わず寝る等常人にとってふさわしくない行動上の徴候である。

- ・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。さまざまな程度の酩酊時についての追想障害が見られる場合がある。

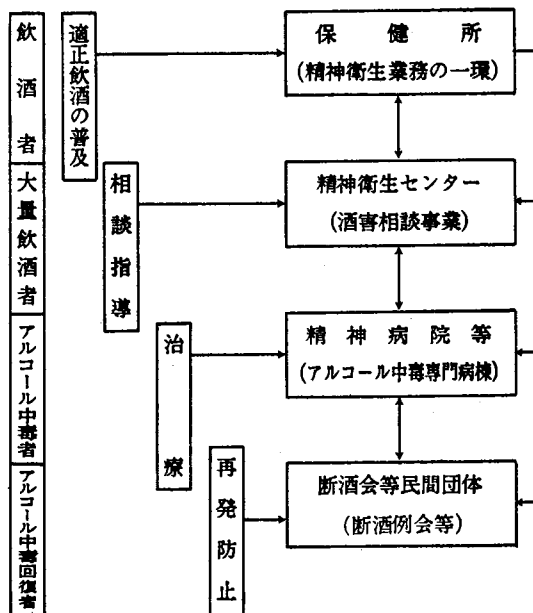
(3) 酒害予防対策と適正飲酒についての基本的な考え方

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ねばならな

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

ウ 相談指導

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

エ 医療

(ア) 入院医療

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

〈第Ⅰ期入院医療〉

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

〈第Ⅱ期入院医療〉

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

〈アルコール中毒専門病棟〉

アルコール中毒専門病棟は、構造的には一般の精神病棟とほぼ同じであるが、アルコール中毒者に対して積極的な医療を行うために

専門的な医療、看護を行う機能を有する病棟を言う。病床規模は30床から50床程度とし、アルコール精神疾患の医療、看護に関し専門の知識技術を持つ医師、看護婦、精神科ソーシャルワーカー、臨床心理技術者等を配置する必要がある。

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

(イ) 通院医療

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

また入院を要しないアルコール中毒者についても、通院による医療が必要である。

オ 地域対策

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

(ア) 精神衛生センター

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

精神衛生センターにおける酒害相談指導事業実施要領について

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

精神衛生センターにおけ精神衛生業務は、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) 関係機関との連絡強調

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P S W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P S W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P S W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

研修をうけることができる者は、次の各号に該当する者とする。

(1) 医師コース

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

(2) 保健婦コース

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

(3) 看護婦（士）コース

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

ただし、准看護婦（士）は3ヶ年以上の経験を有するもの。

(4) P S W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 酒害子防対策	開講式 酒害子防対策	開講式 酒害子防対策	開講式 酒害子防対策 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
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。

厚生大臣 増岡博之 殿

昭和60年10月9日

公衆衛生審議会

会長 山口正義

意見書

アルコール関連問題対策に関する意見を別紙のとおり具申する。

アルコール関連問題対策に関する意見

公衆衛生審議会

序文

アルコール飲料は有史以前より存在しており、飲料の質や種類の豊富さがそれを産み出した民族、国家の生活文化を反映するものといわれ、今日、日常生活に密着した地位を得ている。またアルコール飲料にまつわる伝説は多く、われわれはその効用を古人同様、讃え、嗜むとともに、日常のストレス緩和や人間関係を円滑にする一法として享受している。しかしながら近年のアルコール消費量の増加により、国民一人当たり（20才以上）年間消費量は、昭和40年当時に比べ約1.6倍に達しており、これに伴ってアルコール依存症者数も、昭和40年の約90万人に比べその2倍以上の約190万人に上ると推計されている（WHOおよび額田計算方式による）。

アルコール依存に基づく大量飲酒は、アルコール依存症・アルコール精神病等の精神的健康障害や、肝障害、胃腸障害等の身体的健康障害を引き起こすことにとどまらず、アルコール関連問題としての交通事故、犯罪、家庭崩壊、自殺、非行、暴力、労働者の生産性能力の低下等広範かつ深刻な社会問題をもたらしている。特に最近では、未成年者飲酒、若者間にみられるイッキ飲み現象、胎児への悪影響、キッチンドリンカー、高齢者のアル

コール依存問題等が、新たな問題となってきた。したがって、今後、我が国としては、このような状況を十分に踏まえて、アルコール関連問題に対する適切な総合対策を講じなければならない。

基本的考え方

従来のアルコール関連問題についての対策は、主としてアルコール精神病の医療に焦点を合わせて施策を進めてきたが、今後アルコール関連問題に効果的に対処するためには、医療のみならず、予防、社会復帰を含めた包括的対策を確立すべきである。これらについての基本的な考え方は次のとおりである。

まず、第一に、予防対策は他の対策に優先して行われるべき施策であり、特に未成年者に重点をおいて行われるべきである。内容的には、酒害についての具体的情報伝達が極めて乏しい現状を考慮して、その知識の適切なる普及、啓もうに力を入れるとともに、現状を改善して、未成年者が安易な飲酒をしないような社会環境の整備を積極的に推進すべきである。

第二に、医療対策は、従来までほとんど省みられなかったアルコール専門外来を拡大、充実させ、生活の中で患者が治療を受けることができる体制の整備を行うべきである。また、著しく不足しているアルコール専門病棟などの施設の整備をはじめ、医療施設、精神衛生センター、保健所等の有機的連携を図って行く必要がある。

第三に、社会復帰対策については、回復途上にあるアルコール依存症者等が地域社会の中で断酒を継続することが可能となる体制の整備を行う必要がある。

本 文

1] 予防対策の充実、強化

(1) 普及、啓もう活動及び健康教育の実施

アルコールが依存性薬物でありその過度の摂取が、種々の健康障害をもたらすことについての認識が、一般国民の間で極めて低い現状からすると、未成年者をはじめ成人、老人、妊婦等に対して酒害等の知識に関する適切な普及、啓もうを行う必要がある。これらは精神衛生センター、保健所等におけるアルコール健康教室・講演会等の開催を通じて行うとともに、政府が広報活動を通して、あまねく国民に啓もうを行う必要がある。また学校教育の正課におけるこれら知識の充実について検討することや、勤労者に対して酒害に関する知識の適切なる普及を図ることが望ましく、さらに生涯教育の普及に伴い地域における社会教育活動においても、積極的にこれら知識の教育、啓もうを行うことが望ましい。なお、今後アルコール問題が顕性化すると予想される高齢者に関しては、その生活環境等の充実を図ることやライフスタイルにあわせた余暇の過ごし方等も含めて、一層の教育、啓もうを行うなどの積極的な取組みが必要である。

(2) 未成年者に対するアルコール飲料の宣伝、広告、販売等の規制

近年各界から指摘されているとおり、中学生・高校生を中心とした未成年者の飲酒は看過できないほど大きな社会問題となっている。これは、未成年者が、飲酒を美化した宣伝、広告により飲酒希求を奮起させられることと、我が国に特異に普及した設置物である酒類自動販売機により容易にアルコール飲料を購入しうるといふ、年齢制限が実効上不可能な社会環境に問題がある。

酒類自動販売機によるアルコール飲料の販売に関しては、現在まで、国税庁をはじめとする関係当局および関係業界より、対策が講じられた経緯はあるが、未成年者の飲酒に伴う身体・発育面、精神面等での弊害予防し、将来のアルコール依存症者を減少させるために、この現状を今後更に改善すべきである。従って、厚生省は、宣伝、広告等の自主規制、特に、コマーシャルフィルムをはじめとしたテレビジョンに放映される画像に関する問題、さらに酒類自動販売機に対する効果的な規制を関係者に働きかけるべきである。

(3) 健康診査体制の確立

アルコール飲料に起因する健康障害の中には、例えば脂肪肝・アルコール性肝炎等のように健康診査段階で早期発見、早期治療が可能であり、肝硬変等の重篤な疾患への移行を予防できるものが少なくない。したがって保健所は、精神衛生センター等の技術上の協力をえて、酒害相談者等に対し、アルコール依存症スクリーニングテスト、r-GTP検査等を行いうる体制を整備して、その早期発見を可能にする体制の確立に努めるべきである。

(4) 相談窓口および保健指導の拡大、充実

アルコール依存症者等及びその家族等からの相談を処理するため、従来より精神衛生センターにおいて、酒害相談及び指導事業を実施しているところであるが、今後の相談の需要増大に応じ、さらに保健所にも相談窓口を設置して、アルコール依存症者等およびその家族等への相談や保健指導の一層の充実を図る必要がある。そして、さらには市町村部・区部等にまで実情に併せて順次これを拡大することが適切である。

2] 地域包括医療体制の整備、確立

(1) 通院治療の充実（アルコール専門外来の充実）

アルコール依存症者等の治療には数年を要することが多く、その治療の多くの部分は通院治療により行うことができる。またアルコール依存症者等の通院治療には、アルコール依存症の専門的治療プログラム等が必要であるが、この通院治療は、入院治療と密接に結びついたものでなければならない。このため、アルコール専門病棟の整備と併行して、アルコール専門外来の充実および関連施設の整備等を行うべきである。

(2) 救急解毒体制の整備

大都市圏を中心に、救急医療を必要とする急性アルコール中毒の多発が見られ、これらについては、できるだけ早期に適切な解毒治療を行うと共に、以後適切な継

統治療に導入する必要がある。

従って、これらの地域においては、公的、私的医療機関の協力のもとに、一般救急医療機関がアルコール関連の救急処置が行える専門的知識、技術を有する医療単位としても機能しうるようにすべきである。

(3) アルコール専門病棟の整備

入院治療を必要とするアルコール依存症者数は増大しており、またアルコール依存の治療は専門的内科治療・精神科治療が同時に必要であり、他の精神障害者と区別して、アルコール専門病棟において治療することが望ましく、そのための専門病棟の整備を行わなければならない。このアルコール専門病棟としては、全国的なアルコール依存症者数の増加にかんがみ、当面は、人口万対1.5床の病床確保を行うことが望ましい。

アルコール専門病棟は、他の精神病棟と異なる特別な機能を有することが求められるので、これに関連する諸基準について整備検討を行うことが必要である。

3] 社会復帰対策の確立

(1) アルコール依存回復者施設の検討

アルコール依存症者等の場合、その回復過程において断酒を継続的に行うことが再発や再入院を防止し、かつ社会生活を円滑に営めることにつながる。特に社会復帰の困難な者等を対象として、生活援助と社会復帰を促進するための独自のプログラムをもったアルコール依存回復者施設の整備に向けて早急に検討すべきである。

(2) 保健所と福祉事務所との連携の強化

生活保護法による医療扶助受給者に占めるアルコール依存症者等の割合は年々増加しており、被保護アルコール依存症者等に対しては、保護申請の段階から保健所と福祉事務所との連携を図るなどして、保健面、福祉面双方からの援助が行える体制の確立を図る必要がある。

(3) ボランティア団体の育成、指導

アルコール依存症者等の社会復帰については、病院等における専門職によるその指導が基本的に必要であり、ボランティア団体の援助活動は、これら専門職の活動を補完するものとして極めて重要である。この民間団体の育成に当たって都道府県は、ボランティア活動の本質的理念の堅持のための適切な指導を行う必要がある。

4] アルコール関連問題対策連絡協議会の設置

(1) アルコール関連問題対策中央協議会（仮称）の設置

アルコール関連問題の保健、医療面からの検討を常時行うために、公衆衛生審議会精神衛生部会に「アルコール委員会」（仮称）を新設する。

また、アルコール関連問題対策は、厚生省をはじめとして、警察庁、法務省、国税庁、文部省、労働省等各省庁の協力のもとに総合的に進められることが望ましく、政府内に連絡協議会を設置し、アルコール関連問題に関する事項等について協議を行い、実行可能な総合的対策を推進すべきである。

(2) 都道府県アルコール関連問題対策協議会（仮称）の設置

都道府県において、アルコール関連問題対策は、衛生部をはじめ民生部、警察等関係部局および関連諸団体等の協力のもとに進められるものであり、この対策は、中央協議会との連絡協調を計りつつ総合的に進められるべきである。このための連絡協議会の設置を必要とする。

また、アルコール関連問題対策を実際に推進する上で、精神衛生センター、保健所、精神病院等医療機関、社会福祉関係機関、ボランティア団体等の緊密な連携を図ることのできる体制の整備が必要である。

5] 教育、研修の充実

(1) 医師のアルコール医学に関する知識の修得

アルコール依存症者等の診療はその内科診療とともに精神科診療が必要である。特に消化器、循環器、神経等各内科領域の知識をはじめ、集団精神療法、家族療法等精神科領域の知識が必要であり、一般医師が、これらの知識を十分修得できるよう卒後教育にもさらに重点をおくことが必要であり、当該領域の教育、研修の充実を図ることが必要である。

(2) 研修体制の充実、強化

アルコール依存症者等の診療に携わる医師、看護婦（士）及び地域ケアに当たる保健婦、精神衛生相談員、ケースワーカー等に対する研修は、国が、現在年2回実施しているところであるが、今後、本研修を更に充実させるため、専門研修体制の確立、強化を図るべきである。

また、保健担当教諭、養護教諭、産業保健に関わる医師等も本研修に参加できるように、研修対象範囲の拡大を図り、便宜に供することが望ましい。

6] 研究体制等の確立

(1) 総合的医学研究の推進

アルコール依存症等は、アルコールがその明確な依存形成原因物質であるが、未だに依存形成機構（成因）は解明されておらず、それに対応した有効な治療方法の開発が、困難な現状にある。さらに、医療上必要である効果的な治療方法および治療システム等も十分に確立されているとはいえず、研究全般が、端緒についたばかりである。

また、必要な研究投資はもとより、研究者の確保、研究施設の整備・拡充等は必要不可欠であり、今後、これら医学研究・医療研究の両方面の充実を図ることにより、早急にアルコール関連問題の発生予防および治療技術の確立を図るとともに、その普及に努めることが必要である。

(2) 国立アルコール保健センター（仮称）の設置

総合的研究事業の遂行のために、国においては、臨床的および基礎的医学研究、医療専門職をはじめボランティア団体や社会教育関係者等へのアルコール関連問題対策能力附与のための教育、研修並びに国際的な技術援助協力機能を備えた中核的

な医療施設として、国立アルコール保健センター（仮称）を設立すべきである。その際、アルコール関連問題およびその施策に関する内外のあらゆる情報を常時集積し、その解析および評価を行うことのできる体制をこの施設に備えておく必要がある。

6. 覚せい剤中毒対策

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

覚せい剤は、アンフェタミン、メタンフェタミンを中心とする薬物で、これを摂取すると中枢神経が刺激され疲労感を感じなくなり、気分そう快となる。そして、その快感を再度味わうため、或いは薬効消失後のけん怠感を除くため、繰り返して摂取するようになる。これに伴い摂取量は次第に増大し、中毒に陥ってしまう。また、時として幻覚、妄想等の精神症状が現れることもあり、精神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等の薬物乱用対策においては、取締りを強化するとともに、これら薬物の乱用を許さない社会環境作りと、中毒者に対する徹底した措置が必要とされる場所である。

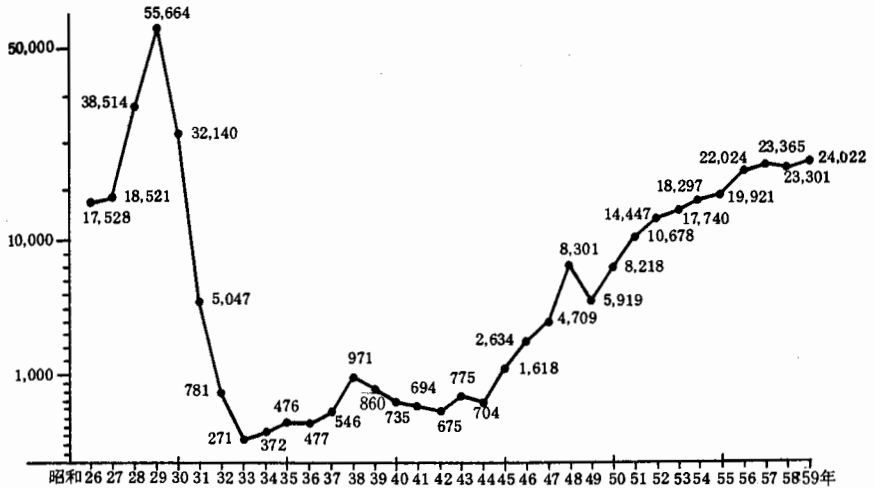
(1) 覚せい剤乱用の現状と対策

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

昭和20年代の覚せい剤流行期から現在に至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定制及び改正、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59年には約24,000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中学生・高校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（警察白書）



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、60年4月、これを改正した。

(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60年6月末現在、覚せい剤の慢性中毒者のために精神病院に入院している者は704名であり、うち措置入院患者は95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、関係期間との緊密な連携の上、その円滑な運用を図ること。
- (2) 特に、薬物乱用対策推進本部の決定に基づき、覚せい剤の慢性中毒者及びその疑いのある者について、警察官、検察官の通報がより一層強化されることとなるため、対象者の処遇に遺漏が無いよう留意するとともに、通報に基づく調査、精神衛生鑑定医への診察の委嘱等の事務を迅速かつ的確に行うこと。
- (3) 夜間及び日曜・休日における通報等の受理体制の確保について、警察・検察等関係機関及び一般市民に対して周知徹底を図ること。

3 覚せい剤の慢性中毒者等に対する措置入院制度の適正な運用

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

4 覚せい剤の慢性中毒者等の実体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、その実体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。
別添一略

(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。

なお、燃えあがり効果、再現現象、逆耐性現象等定義の定まらな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、中毒は科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滅し、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もっとも包括的な概念は、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は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進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める必要がある。

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剤効果により何でも関心を持ち、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責任・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。場面的な幻覚も見られる。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の状態が続く。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業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

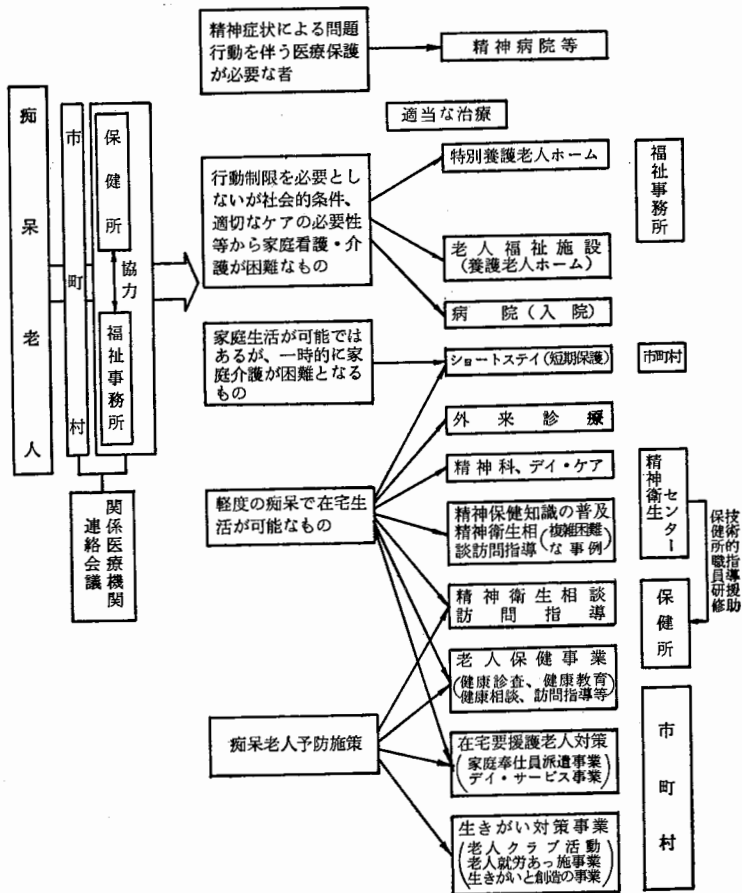
覚せい剤慢性中毒の精神症状が、分裂病のそれと区別つけ難いことがあることは既に述べたが、覚せい剤中毒の場合は疎通性が比較的よく保たれている場合が多い。また使用中止後の経過をみれば、通常一週間以内に症状の軽快がみられる。

また、覚せい剤使用に起因する身体症状の観察及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年人口の増加に伴う高齢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、医療面に

図14 痴呆老人対策施策のフローチャート



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

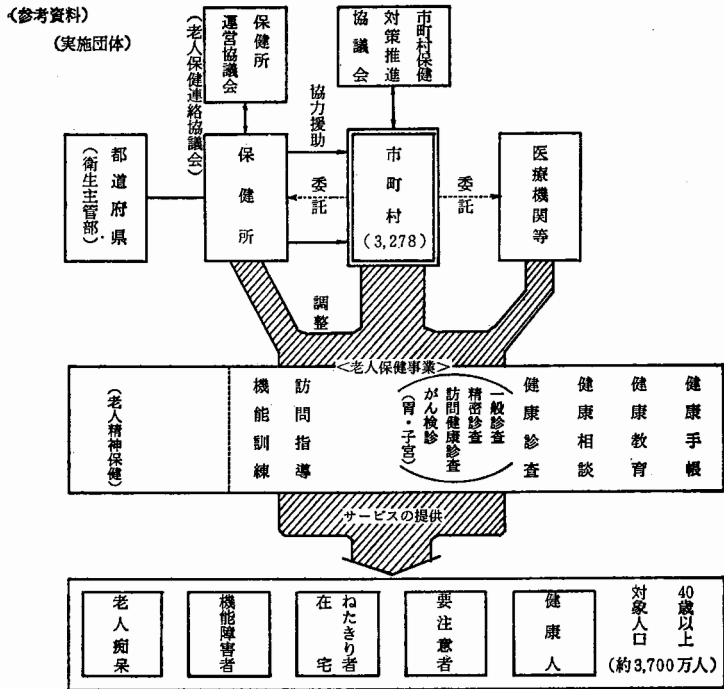
老人精神保健対策としては昭和55年公衆衛生審議会において「老人精神病棟に関する意見」を提出しており、さらに地域における包括的ケア体制の確立を目ざして、公衆衛生審議会において鋭意検討を行ってきたところであり、昭和57年11月厚生大臣に意見具申を行った。

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、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村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和その建築準備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つ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。

- | | | |
|-----------|--|--|
| (老人期に初発し) | | 1) 器質性精神障害 |
| | | 初老期痴呆、老年痴呆、脳血管性痴呆（多発硬塞性痴呆）など脳の器質的病変が原因で起こる精神障害をいう。 |

老人 精神障害	}	た精神障害	2) 機能的な精神障害 精神分裂病様状態、躁うつ状態、神経症など脳の器質 病変以外の諸原因（心理的原因など）でおこる精神障害 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持続的に低下することをいう。

○ 老人の痴呆疾患

老人の痴呆疾患とは老人であって脳の器質的障害により痴呆を示す疾患をいう。すなわち、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ので、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、あるいは施設に収容する場合にも必要最小限の機関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体制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偶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偶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、老人に適した施設創造をもち、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 경우가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ものを対象とする。

- (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的な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れ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過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綿密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60年度は220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，高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慮願いたい。

＜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定の一部が改正され、昭和27年1月、千葉縣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、自動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、千葉縣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。

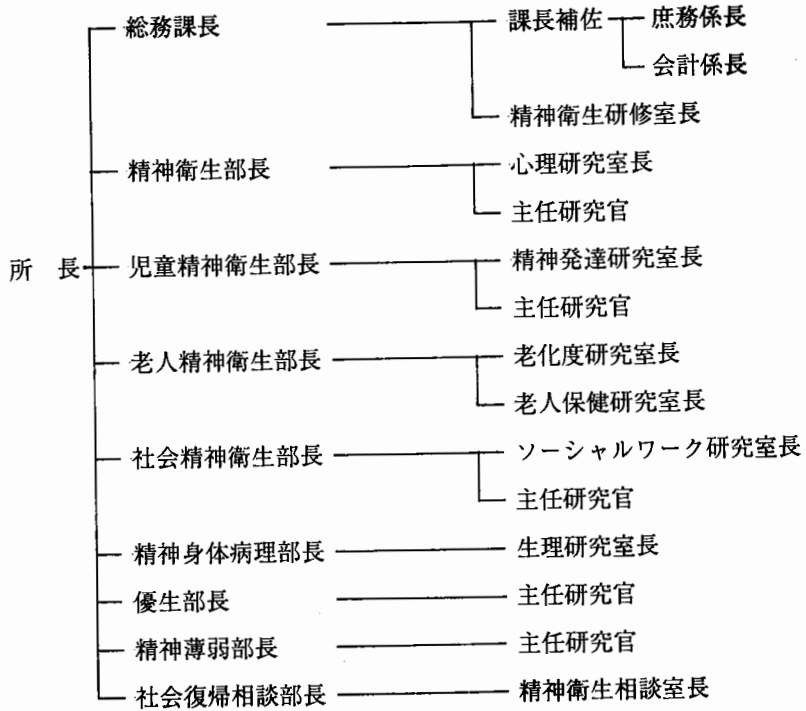
昭和36年には、国立精神衛生研究所組織細則が制定され、部課長のもとに、心理研究室、生理研究室、精神衛生相談室、精神衛生研修室の四室が置かれるとともに、昭和35年1月から事実上行われていた精神衛生技術者に対する研修業務が、厚生省設置法上の業務として加えられ、医学科、心理学科、社会福祉学科及び精神衛生指導科の研修が開始されることにより、正式に、当研究所の調査研究と並ぶ重要な業務として位置づけられた。

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、組織規定が改正され、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、痴呆老人等いわゆる「恍惚の人」が社会問題化したのを背景に、老人精神衛生部を新設し、翌昭和49年には同部に老化度研究室を置いた。

昭和50年には、精神保健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、研修過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4回行われている。

表17 国立精神衛生研究所の組織



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、精神保健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、精神障害の発生子防から、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保健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、精神保健に関する広義及び狭義の分野の精神保健問題について、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保健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究するとともに、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、精神保健上の問題を持つ児童については、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

保健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期間, 医療期間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する神経生理学的検討 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の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・墮胎法の研究。

＜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、神経科ソーシャルワーカーたちに対して、精神保健技術者としての資質の向上を図ることを目的として、精神保健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保健の業務に従事している医師に対して精神医学及び精神保健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保健担当職員に対して、精神保健対策及び指導技術に関する研修を行う。

⑤ 精神科デイ・ケア課程

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

表18 課程別研修終了者数

(昭和60年3月まで)

課程 \ 区分	(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	16	298	33	50		29	426
心理学課程		13	71	106	216	97	503
社会福祉学課程	1	223	121	169	15	67	596
精神衛生指導課程	43	206	172	2		10	433
精神科デイ・ケア課程	2	2	7	652		6	669
計	62	742	404	979	231	209	2,627

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、また精神科デイ・ケア課程は昭和53年から、それぞれ昭和59年度末までの延実人員である。

4. 技術交流

(1) 国内交流

当研究所は、国内においては、厚生省、特に保健医療局精神保健課と密接な協力関係に立ち、我が国の精神保健行政の推進に協力するとともに、常に精神保健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共同研究を行っている。

また、当研究所においては、精神保健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、指導部長の指導をう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保健活動と精神保健研究のためにWHO顧問を招聘し、その勧告に基づき、保健所の精神保健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、日本で初めてデイ・ケアセンターを開設した。

当研究所からも、WHOの精神保健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精神保健部門は、精神保健における生物学的研究の重要性に関する助言を受け、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の精神保健プログラムに関する地域委員会において、精神保健研究の重要性と精神保健従事者の研修内容の改善が強調され、WHO本部の精神保健部門は、生物学的精神医学、精神病理学、精神保健、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ける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から精神保健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、精神保健に関する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保健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) 地域精神保健サービスの貢献

第4章 諸外国における精神保健

1. WHOの精神保健活動

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。これに平行して同じ1978年にWHO精神保健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な精神保健活動（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、精神保健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精神保健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、人的動物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、精神保健関係法規の再検討や、講習衛生関係職員への精神保健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、精神保健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年に精神保健計画に関する会議が開かれ、アルコール及び薬物依存・乱用に関する比較検査と精神保健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保健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保健教育・訓練に重点をおき、発達国では生物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保健の展開

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保健の展開が開始され、この18年間にアメリカの精神医療は脱施設化の方向に向かった。「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ヵ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、いわゆる中間的なりハビリテーション施設の増設に努めた。カリフォルニア州では、精神病院に入院した患者の多くが17日間（3日間の緊急入院と14日の拘束入院）で退院してくるようになった。これに備えて作られたものは、既存のナーシング・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）、ハーフウェイ・ハウス、保護作業所、デイケアという流れであった。あまり急激に短期入院に切り換えた地域では一時混乱状態が生じた。現在も専門スタッフの不足、経済援助の不十分さ、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テング・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ウェイ・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保健関係職員が多く、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200万の重いつ病患者、100万以上の器質精神病その他の精神欠陥を持つ人の地域ケアと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。また精神保健に不可欠な精神科医、臨床心理士、ソーシャルワーカー、精神科看護婦の4つの専門職の教育計画に十分な経費を支出し、プライマリケア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ことである。

ある研究によれば、米国で精神保健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%は精神保健専門期間で、3.4%は総合病院及びナーシング・ホームで、54.1%は第1次一般診療期間で、6%は第1次一般診療期間と精神保健専門期間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	入院患者数	退院患者数	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、年齢別）
米国1950~1971

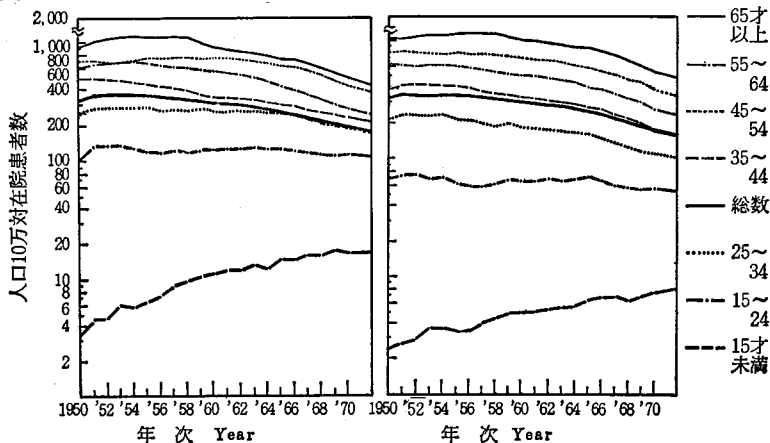
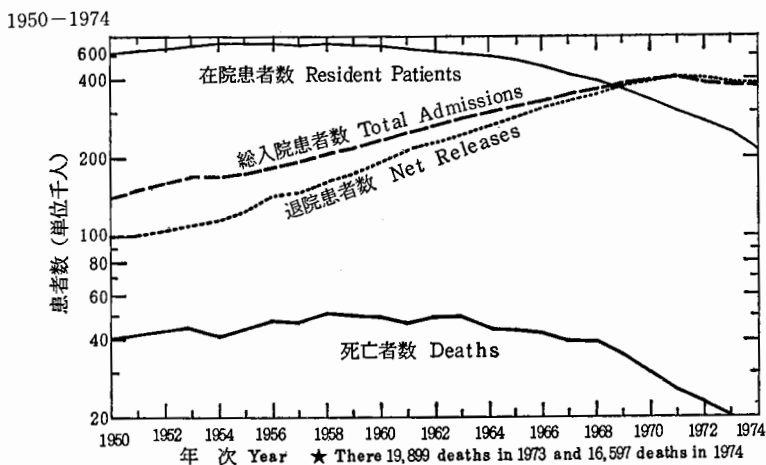


図 イ

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

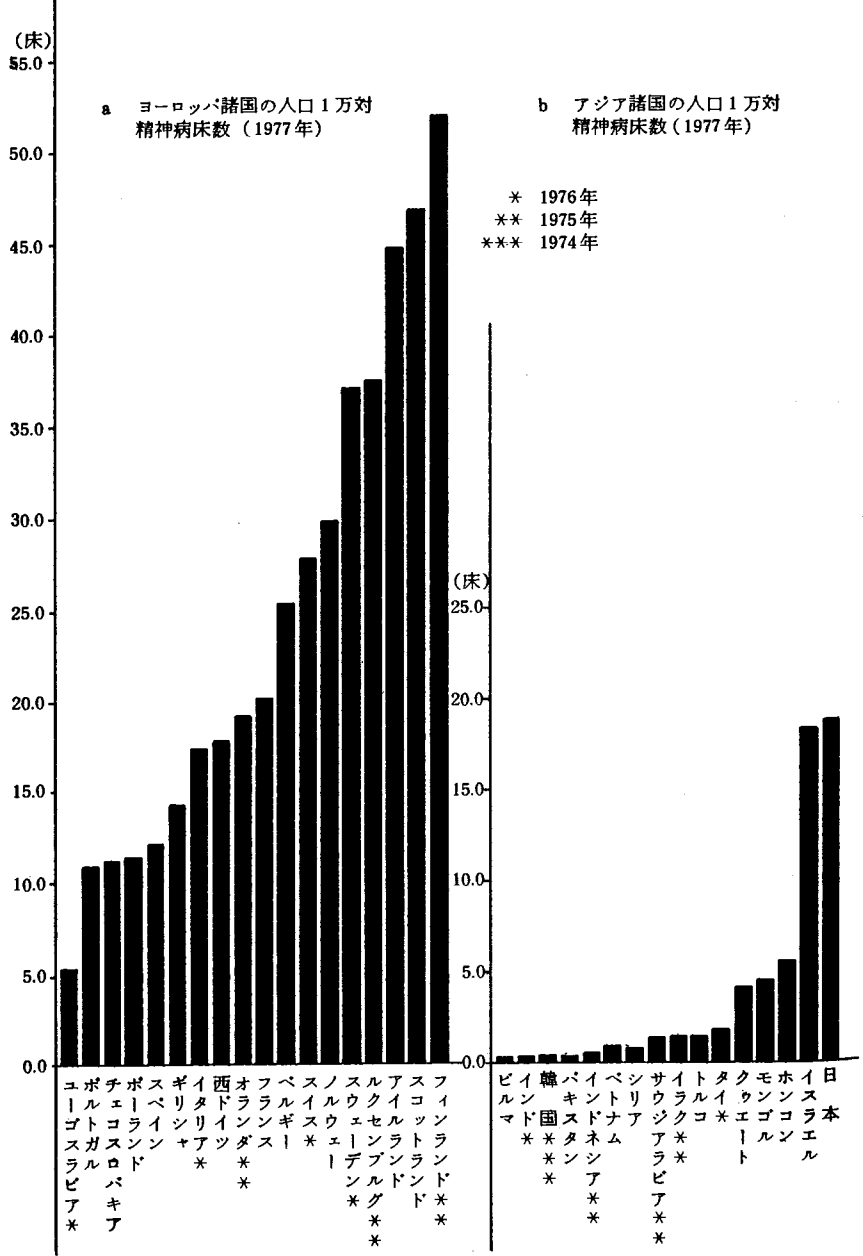


3. ヨーロッパの精神医療

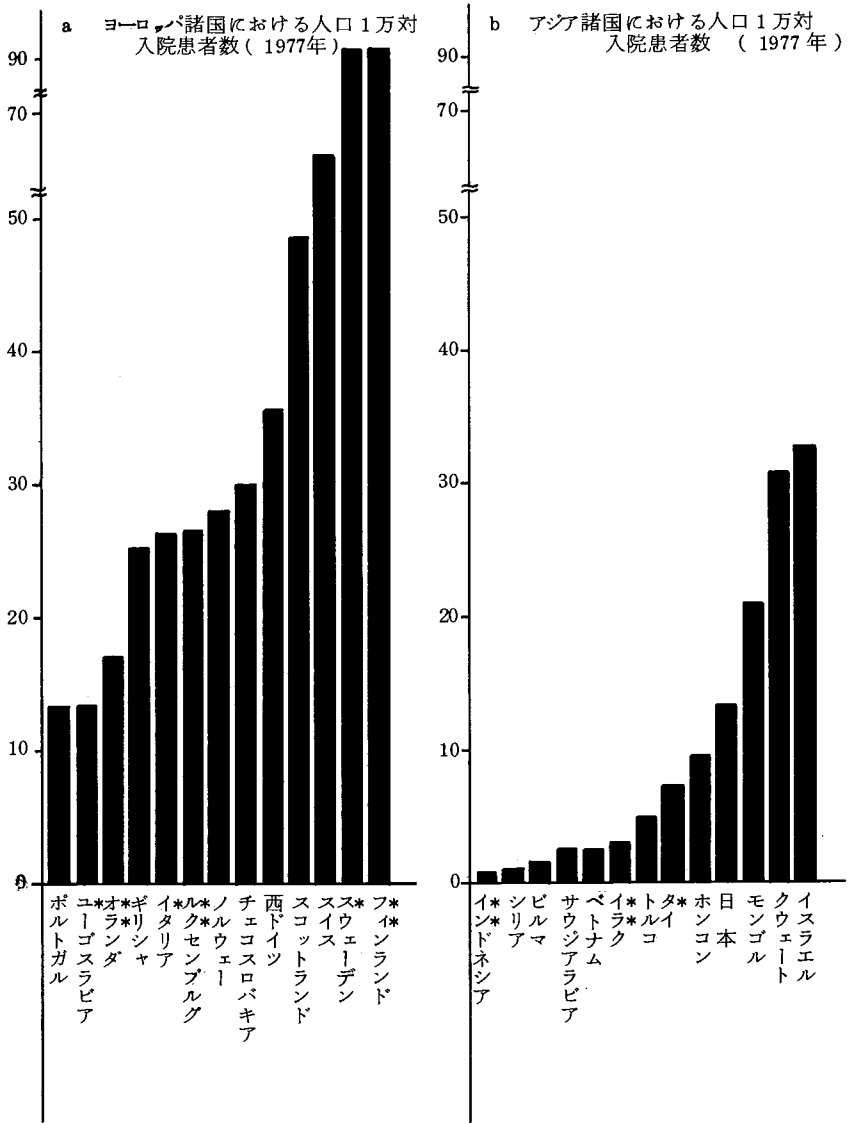
1) 特徴

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床とカナダの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高齢化社会に伴う老年期精神障害の増加、慢性精神障害者の高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

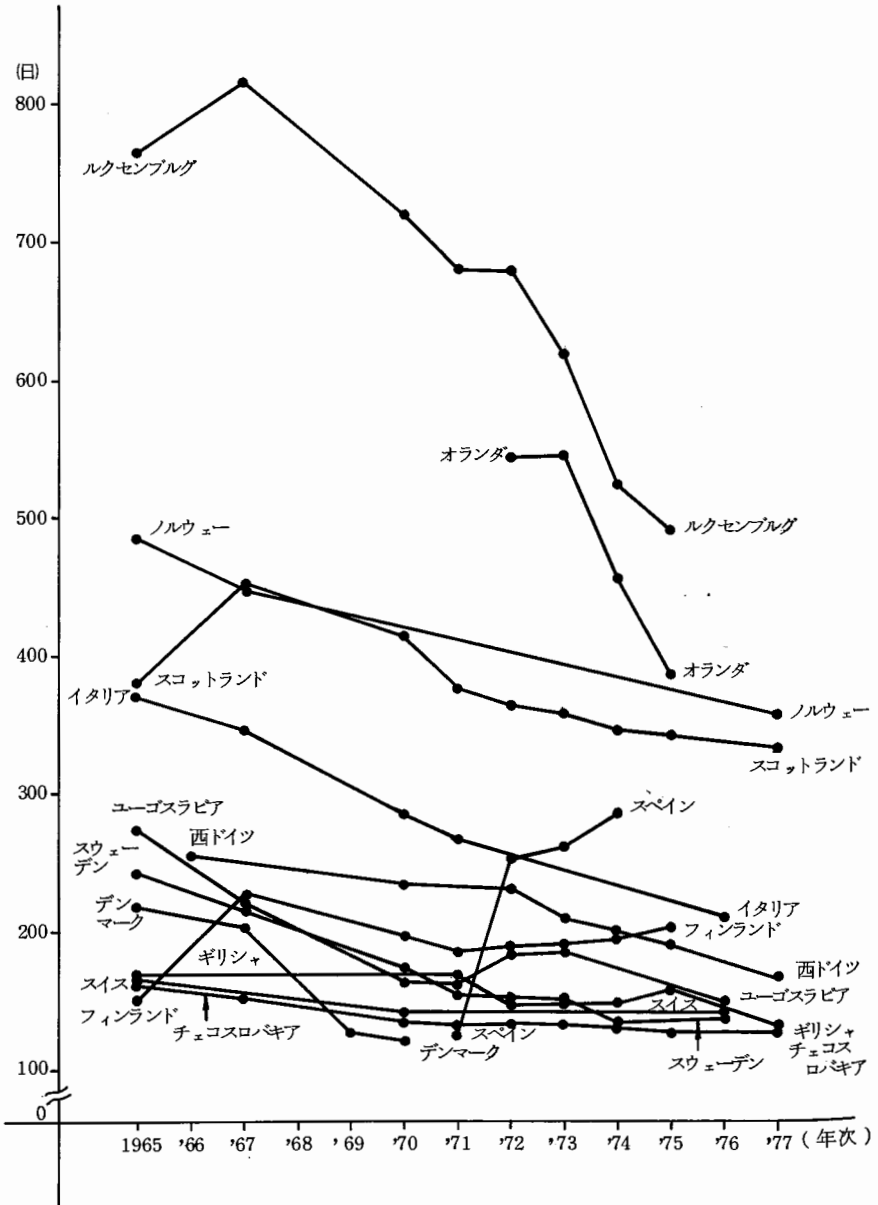


図エ 人口1万対の入院患者数

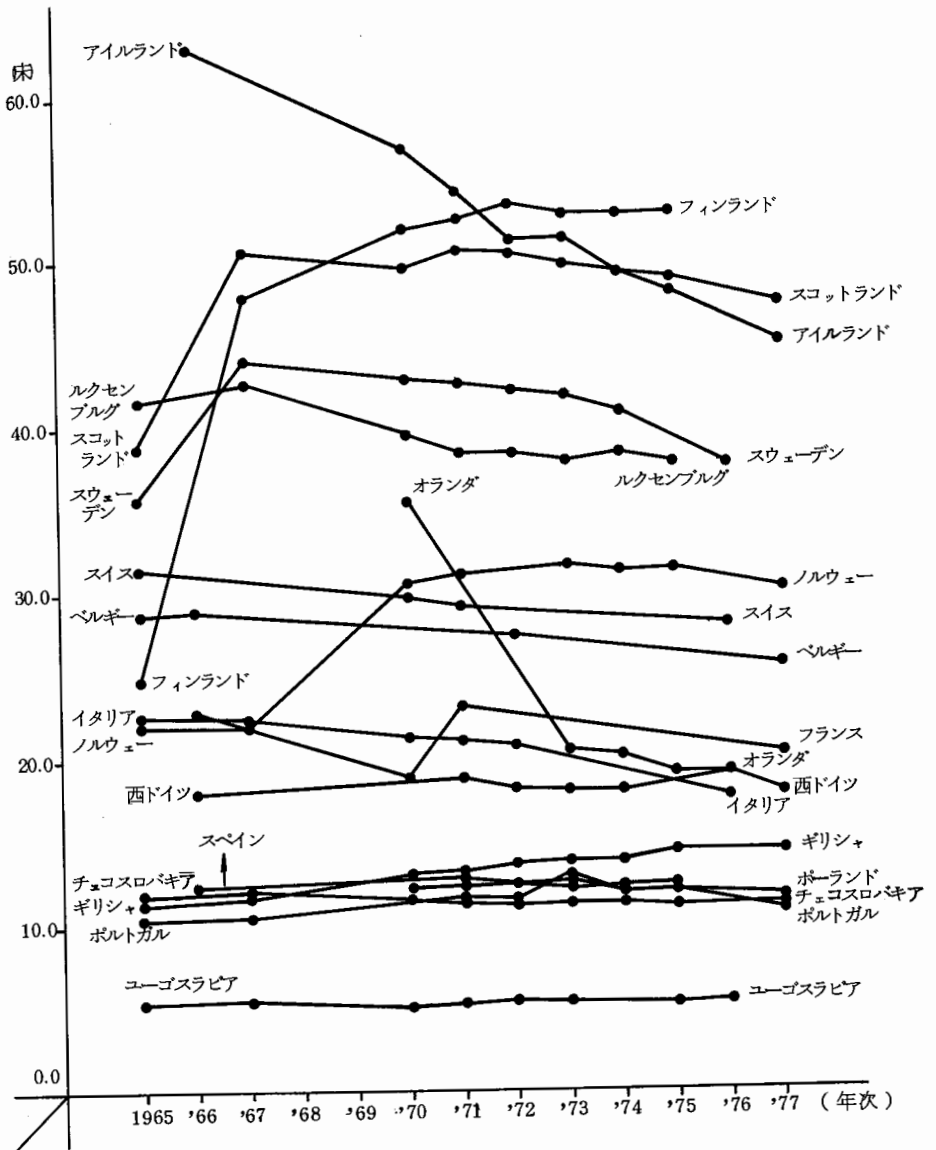


* 1976年 ** 1975年

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、ハーフウェイ・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、それは老齡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法がとられつつある。

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齡化がすすみ、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ヵ所の基幹精神病院および数ヵ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ェイハウスの増設、総合病院での精神病床の増床、精神病院の250~300床規模への縮小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及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) 長期的なり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年には外来精神保健サービスの開発のために人口5万人につき1ヵ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

ソ連には開業がないのでディスパンセルが最も重要な役割を演じている。人口20～30万に1つの精神科ディスパンセルがあり、通院医療との訪問指導、退院後の治療、多くの関連基幹との連絡、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ル、精神障害ホーム、集団農場のコロニーなどが共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ル間を友に移動するという徹底したもので、ソ連ならではの感が強い。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. 発展途上国の精神保健

前述のWHOの西太平洋地域における「精神保健計画(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保健問題が重視され、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人の精神保健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けられている。これにもいろいろな段階があるといわれる。

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

6. む す び

以上WHOの精神保健計画、発達国と途上国の精神保健を概観してきた。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保健の方向づけが、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的項を定め、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、育成又は更正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。

59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收容して、生活扶助を行うことを目的とする施設である。

59年10月1日現在 公営51, 私営113, 計164か所が設置されている。

(更正施設) ……身体上又は、精神上の理由により養護及び歩道を必要とする要保護者を收容して生活扶助を行うことを目的とする施設である。

59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。

59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、60年11月1日現在165か所が設置されている。

(情緒障害児短期治療施設) ……軽度の情緒障害を有するおおむね12歳未満の児童を短期間収容し、又は保護者のものから通わせて、その情緒障害をなおすことを目的とする施設である。60年1月1日現在 公営10、私営1、計11か所が設置されている。

(4) 老人福祉法

老人の福祉に関する原理を明らかにす

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

(養護老人ホーム) ……65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收容し、養護することを目的とする施設である。

59年10月1日現在 公営574,私営372,計946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收容し、養護することを目的とする施設である。

59年10月1日現在 公営219,私営1,286,計1,505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。

59年10月1日現在 公営1,203,私営486,計1,689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。

58年10月1日現在、公営58、私営544、計602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又は通所させて、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。

58年10月1日現在 公営44、私営269、計313か所が設置されている。

(6) 国民年金法及び更正年金法

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

国民年金に加入している期間中に、障害等級表に該当する程度の障害者となった場合であって、一定の保険料納付要件を満たしているときに障害基礎年金が支給される。また、20歳前の傷病による障害者についても、そ

の者が20歳に達したときから障害基礎年金が支給される。年金額は昭和61年4月から1級障害で75万円、2級障害で60万円（年金額は昭和59年度価格）となっている。

イ. 厚生年金保険法

厚生年金保険法では、厚生年金の加入期間中に初診日のある傷病により国民年金の障害基礎年金の対象となる障害（1級・2級）が発生した場合には、障害基礎年金に加えて、障害厚生年金が支給される。また、障害基礎年金に該当しない軽い障害であっても厚生年金の障害等級（3級）に該当するときは、独自の障害厚生年金が支給され、最低保障額は昭和61年4月から45万円（昭和59年度価格）となっている。

なお、年金について詳しいことは、社会保険事務所に問い合わせること。

2. 文部省関係

養 護 学 校……精神薄弱者、肢体不自由者若しくは病弱者（身体虚弱児を含む。）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、59年5月1日現在 国立43、公立664、私立13、計720か所が設置されている。

3. 法務省関係

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、60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

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
昭和60法37

第1章 総 則

(この法律の目的)

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

(国及び地方公共団体の義務)

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

(定 義)

第3条 この法律で「精神障害者」とは、精神病者(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るときは、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審査協議会

(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、関係行政期間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づく。
- 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期間の職員のうちから、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 行方の知れない者
- 二 当該精神障害者に対して訴訟をしている者、又はした者並びにその配偶者及び直系血族
- 三 家庭裁判所で免ぜられた法定代理人又は保佐人
- 四 破産者
- 五 禁治産者及び準禁治産者
- 六 未成年者

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

- 一 後見人
- 二 配偶者
- 三 親権を行う者
- 四 前2号の者以外の扶養義務者のうちから家庭裁判所が選任した者

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

第21条 前条第2項各号の保護義務者がいないとき又はこれらの保護義務者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観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 前甲の申請をするには、左の事項を記載した申請書をもよりの保健所長を経て都道府県知事に提出しなければならない。

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

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

(警察官の通報)

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

(検察官の通報)

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

(保護観察所の長の通報)

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

(矯正施設の長の通報)

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

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

(精神病院の管理者の届出)

第26条の2 精神病院（精神病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。以下同じ。）の管理者は、入院中の精神障害者であって、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条の規定により申請、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的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たっている者がある場合には、あらかじめ、診察の日時及び場所をその者に通知しなければならない。

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

(知事による入院措置)

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

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

の結果が一致した場合でなければならない。

- 3 国又は都道府県の設置した精神病院及び指定病院の管理者は、病床（病院の一部について第5条の指定を受けている指定病院にあってはその指定にかかる病床）にすでに第1項又は次条第1項の規定により入院をさせた者がいるため余裕がない場合の外は、前項の精神障害者を収容しなければならない。
- 4 この法律施行の際、現に精神病院法（大正8年法律第25号）第2条の規定によって入院中の者は、第1項の規定によってに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、第3条の規定による手続をとることができない場合において、精神衛生鑑定医をして診察をさせた結果、その者が精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人を害するおそれが著しいと認めるときは、その者を前条第1項に規定する精神病院又は指定病院に入院させることができる。

- 2 都道府県知事は、前項の措置をとったときは、すみやかに、その者につき、前条第1項の規定により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項の規定により入院の期間は、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うことを求めることができる。

(入院措置の場合の診療方針及び医療に要する費用の額)

第29条の6 第29条第1項及び第29条の2第1項の規定により入院する者について国若しくは都道府県の設置した精神病院又は指定病院が行う医療に関する診療方針及びその医療に要する費用の額の算定方法は、健康保健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診療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、厚生大臣が講習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ものと認めるときは、その費用の全部又は一部を徴収することができる。

(一般患者に対する医療)

第32条 都道府県は、精神障害の適正な医療を普及するため、精神障害者が健康保険法（大正11年法律第70号）第43条第3項各号に掲げる病院若しくは診療所又は薬局その他政令で定める病院若しくは診療所又は薬局（その開設者が、診療報酬の請求及び支払に関し次条に規定する方式によらない旨を都道府県知事に申し出たものを除く。）で病院又は診療所へ収容しないで行なわれる精神障害の医療を受ける場合において、その医療に必要な経費の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、精神衛生審査協議会の意見を聞かなければならない。

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

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

（費用の請求、審査及び支払）

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

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

3 都道府県は、第1項の請求についての審議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つて、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つ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、この法律の指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。）又はその疑い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、交付の日から施行する。
- 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。
- 3 第30条第2項の規定の昭和60年度における適用については、同項中「10分の8」とあるのは、「10分の7」とする。

II 参 考 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	45
	総 数	3,301	4,805	5,910	6,987
290~319	V 精神障害	67	113	207	247
295	精神分裂症(再掲)	…	…	130	151
300	神経症(再掲)	16	20	40	26
320~389	VI 神経系及び感覚器の疾患	319	560	733	762
360~379	視器の疾患(再掲)	133	250	309	342
380~389	聴器の疾患(再掲)	102	161	193	160

資料：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：患者調査

50	51	52	53	54	55	56	57	58
7,049	7,186	7,214	7,072	7,126	6,847	7,266	6,805	7,427
269	277	280	272	281	290	300	312	323
165	170	177	169	172	172	183	181	182
30	33	26	29	28	32	30	41	38
825	751	842	741	728	619	677	578	719
417	349	436	319	394	293	320	298	387
202	205	213	226	217	205	233	168	201

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	-
アルコール依存	15.2	14.2	0.1	14.1	1.0	0.1	0.9	-
その他の非精神病	16.8	2.2	0.0	2.2	14.5	3.6	11.0	0.4
性精神障害	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 神経系及び感覚器の疾患	923.0	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
アルコール依存	19.0	17.9	0.1	17.8	1.1	0.2	0.9	-
その他の非精神病	14.5	5.2	0.0	5.2	9.2	2.0	7.3	-
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 神経系及び感覚器の疾患	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	-

(昭和58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	8,873.7	1,378.2	41.1	1,337.1	7,495.5	1,187.6	6,307.9	91.9
V 精神障害	385.9	316.1	1.7	314.4	69.7	5.0	64.7	1.2
老年期及び初老期の器質性精神病	26.5	23.8	0.2	23.6	2.7	0.1	2.6	0.7
アルコール精神病	2.4	2.3	0.0	2.3	0.1	-	0.1	-
精神分裂病	217.5	201.9	0.5	201.4	15.6	0.3	15.3	0.1
躁うつ病	23.9	14.5	0.2	14.4	9.3	0.2	9.1	0.1
その他の精神病	13.5	10.9	0.1	10.8	2.6	0.1	2.5	0.1
神経症	45.4	21.0	0.2	20.8	24.4	1.9	22.5	0.1
アルコール依存	24.5	23.1	0.3	22.7	1.4	0.2	1.3	-
その他の非精神病	16.3	4.4	0.2	4.2	11.9	2.1	9.8	0.1
性精神障害	16.0	14.3	0.0	14.2	1.7	0.2	1.5	-
精神薄弱	16.0	14.3	0.0	14.2	1.7	0.2	1.5	-
VI 神経系及び感覚器の疾患	859.0	65.2	1.9	63.3	793.8	116.3	677.5	2.5
てんかん	28.3	10.5	0.1	10.4	17.8	0.5	17.3	-

資料:患者調査

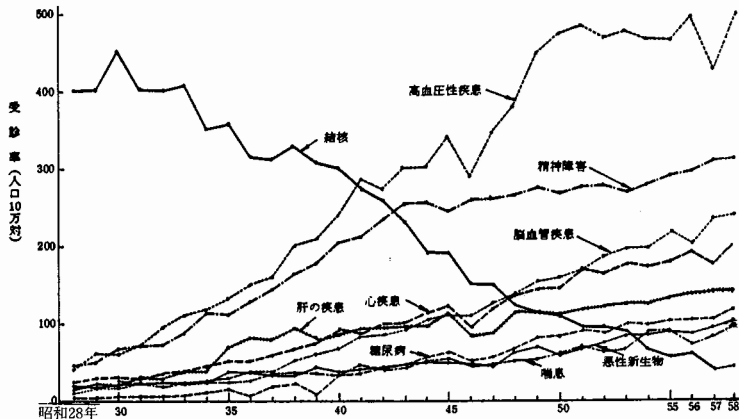
表4 在院期間別退院患者の年次推移（累積百分率）

	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
58	1.8	6.7	8.2	9.6	10.9	11.9	13.3	14.3	14.9	15.9	16.5	17.1	18.0	18.5	19.6	23.0

	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	5年以上
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
58	25.7	29.2	36.0	41.1	46.1	58.5	67.3	72.6	76.5	85.8	90.3	92.1	94.0	95.4	96.4	100.0

資料：患者調査

表5 主要傷病・年次別受療率



資料：患者調査

(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

表6 病名別・性別・年齢別在院患者数

(昭和60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
精 神 分 裂 病	210,236	1,477	193,233	15,526	25,659	120,620	836	113,993	5,791	16,338	89,616	641	79,240	9,735	9,321
躁 う つ 病	15,624	169	12,193	3,262	479	7,629	90	6,454	1,085	262	7,995	79	5,739	2,177	217
て ん か ん	10,912	244	10,105	563	1,286	6,407	154	5,982	271	808	4,505	90	4,123	292	478
脳精 器神 質障 性害	総 数	46	8,272	30,294	370	16,419	31	5,495	10,893	269	22,193	15	2,777	19,401	101
老年精神障害	29,580	1	3,500	26,079	89	10,911	1	1,963	8,947	50	18,669	0	1,537	17,132	39
そ の 他	9,032	45	4,772	4,215	281	5,508	30	3,532	1,946	219	3,524	15	1,240	2,269	62
そ の 他 の 精 神 病	9,710	228	8,047	1,435	451	4,694	116	4,060	518	244	5,016	112	3,987	917	207
中 精 神 毒	総 数	200	20,474	2,671	571	21,735	159	19,119	2,457	538	1,610	41	1,355	214	33
アルコール中毒	21,587	12	18,961	2,614	427	20,324	11	17,890	2,423	407	1,263	1	1,071	191	20
障 覚せい剤中毒	704	45	655	4	95	575	32	539	4	89	129	13	116	0	6
性害 其他の中毒	1,054	143	858	53	49	836	116	690	30	42	218	27	168	23	7
精 神 薄 弱	14,847	442	13,405	1,000	1,344	8,843	273	8,068	502	895	6,004	169	5,337	498	449
精 神 病 質	1,899	39	1,586	274	157	1,463	24	1,257	182	136	436	15	329	92	21
精 神 神 経 症	9,900	606	8,234	1,060	98	4,667	279	4,141	247	54	5,233	327	4,093	813	44
そ の 他	5,027	480	3,139	1,408	71	2,641	290	1,812	539	48	2,386	190	1,327	869	23
合 計	340,112	3,931	278,688	57,493	30,486	195,118	2,252	170,381	22,485	19,592	144,994	1,679	108,307	35,008	10,894

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

(59.6.30現在)

	人口	精神	精神	人口	在院	病床	人口万	措置	人口万	措置率	通院医
	(千人)	病院数	病床数	万対	患者数	利用率	対在院	患者数	対措置	(%)	療費承
	(58.10.1)			病床数	A	(%)	患者数	B	患者数	B/A	認件数
北海道	5,660	126	19,916	35.2	20,979	105.3	37.1	1,661	2.9	7.9	44,193
青森	1,531	26	4,624	30.2	4,628	100.1	30.2	446	2.9	9.6	7,393
岩手	1,430	22	4,560	31.9	4,781	104.8	33.4	378	2.6	7.9	5,304
宮城	2,144	26	4,266	19.9	4,236	99.3	19.8	496	2.3	11.7	9,088
秋田	1,255	26	4,410	35.1	4,741	107.5	37.8	751	6.0	15.8	4,786
山形	1,256	15	2,670	21.3	2,910	109.0	23.2	316	2.5	10.9	5,456
福島	2,059	40	7,681	37.3	8,088	105.3	39.3	1,157	5.6	14.3	7,501
茨城	2,664	38	7,544	28.3	8,244	109.3	30.9	1,667	6.3	20.2	5,739
栃木	1,831	30	6,031	32.9	5,770	95.7	31.5	819	4.5	14.2	4,092
群馬	1,889	20	5,419	28.7	5,575	102.9	29.5	814	4.3	14.6	5,489
埼玉	5,695	46	9,619	16.9	10,330	107.4	18.1	1,171	2.1	11.3	10,943
千葉	4,999	47	10,947	21.9	10,788	98.5	21.6	459	0.9	4.3	11,130
東京	11,728	115	25,755	22.0	25,742	99.9	21.9	269	0.2	1.0	44,472
神奈川	7,210	56	12,027	16.7	11,720	97.4	16.3	1,024	1.4	8.7	26,941
新潟	2,467	30	6,446	26.1	7,153	111.0	29.0	1,105	4.5	15.4	7,947
富山	1,112	29	3,675	33.0	3,873	105.4	34.8	538	4.8	13.9	5,397
石川	1,138	18	3,784	33.3	3,849	101.7	33.8	317	2.8	8.2	2,205
福井	806	11	2,052	25.5	1,964	95.7	24.4	332	4.1	16.9	1,051
山梨	816	10	2,656	32.5	2,705	101.8	33.1	467	5.7	17.3	1,565
長野	2,109	32	5,922	28.1	5,800	97.9	27.5	900	4.3	15.5	7,860
岐阜	2,001	20	4,064	20.3	4,063	100.0	20.3	793	4.0	19.5	4,889
静岡	3,515	33	7,046	20.0	7,047	100.0	20.0	1,228	3.5	17.4	8,198
愛知	6,356	55	12,885	20.3	12,695	98.5	20.0	1,394	2.2	11.0	15,298
三重	1,725	21	4,970	28.8	5,179	104.2	30.0	904	5.2	17.5	7,317
滋賀	1,126	11	2,012	17.9	1,928	95.8	17.1	149	1.3	7.7	3,700
京都	2,573	23	7,587	29.5	7,453	98.2	29.0	203	0.8	2.7	11,034
大阪	8,594	67	20,376	23.7	20,177	99.0	23.5	561	0.7	2.8	41,696
兵庫	5,230	42	10,388	19.9	10,694	102.9	20.4	1,194	2.3	11.2	14,374
奈良	1,274	11	2,321	18.2	2,482	106.9	19.5	312	2.4	12.6	2,192
和歌山	1,091	13	3,026	27.7	2,975	98.3	27.3	929	8.5	31.2	2,579
鳥取	612	11	1,903	31.1	1,826	96.0	29.8	275	4.5	15.1	3,285
島根	787	17	2,519	32.0	2,466	97.9	31.3	199	2.5	8.1	6,681
岡山	1,895	24	5,313	28.0	5,232	98.5	27.6	498	2.6	9.5	7,372
広島	2,792	42	7,987	28.6	8,902	111.5	31.9	842	3.0	9.5	8,069
山口	1,600	33	5,824	36.4	6,523	112.0	40.8	962	6.0	14.7	4,572
徳島	830	21	4,189	50.5	4,229	101.0	51.0	466	5.6	11.0	2,375
香取	1,014	18	4,218	41.6	4,243	100.6	41.8	555	5.5	13.1	3,154
愛媛	1,518	23	4,869	32.1	5,244	107.7	34.5	595	3.9	11.3	6,363
高知	835	27	4,089	49.0	4,174	102.1	50.0	609	7.3	14.6	5,484
福岡	4,670	102	19,468	41.7	20,286	104.2	43.4	1,626	3.5	8.0	13,376
佐賀	874	19	3,974	45.5	3,897	98.1	44.6	423	4.8	10.9	3,588
長崎	1,596	37	8,143	51.0	8,768	107.4	54.9	374	2.3	4.3	4,286
熊本	1,818	45	8,878	48.8	8,936	100.7	49.2	1,168	6.4	13.1	5,076
大分	1,241	25	4,619	37.2	5,101	110.4	41.1	845	6.8	16.6	4,021
宮崎	1,170	26	5,748	49.1	5,598	97.4	47.8	923	7.9	16.5	5,540
鹿児島	1,804	50	9,285	51.5	9,909	106.7	54.9	1,612	8.9	16.3	8,556
沖縄	1,146	18	4,101	35.8	4,027	98.2	35.1	79	0.7	2.0	13,594
合計	119,483	1,597	329,806	27.6	337,930	102.5	28.3	34,805	2.9	10.3	435,221

資料：1 病院数、病床数、在院患者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59年の年計）

表8 都道府県別疾病別在院患者数

	精神分裂病	躁うつ病	てんかん	脳器質性精神障害			その他の精神病
				総数	老年精神障害	その他	
北海道	10,822	1,097	879	2,791	2,261	530	465
青森	2,801	215	114	466	382	84	177
岩手	2,987	250	167	451	291	160	95
宮城	2,796	308	153	458	307	151	72
秋田	2,733	227	180	680	522	158	123
山形	1,886	211	119	275	236	39	61
福島	4,627	471	378	959	692	267	305
茨城	5,994	346	261	520	321	199	130
栃木	3,566	416	231	394	237	157	221
群馬	3,827	208	137	683	431	252	133
埼玉	7,129	537	348	697	465	232	333
千葉	7,593	472	238	1,079	778	301	446
東京都	17,005	1,329	731	2,570	1,995	575	553
神奈川県	7,765	638	408	789	546	243	219
新潟	4,334	554	245	815	673	142	169
富山	2,331	241	86	367	253	114	132
石川	2,451	177	140	461	402	59	93
福井	1,416	83	74	112	68	44	26
山梨	1,824	99	102	188	108	80	33
長野	3,795	281	201	405	353	52	47
岐阜	2,706	152	161	295	218	77	79
静岡県	4,596	262	218	382	262	120	289
愛知県	8,052	628	505	1,100	706	394	406
三重	3,161	217	146	373	330	43	400
滋賀	1,286	95	93	192	102	90	70
京都	3,329	271	193	2,394	2,231	163	307
大阪	12,456	803	478	2,517	1,770	747	908
兵庫県	6,984	401	327	1,185	888	297	370
奈良	1,705	126	70	223	150	73	99
和歌山	2,189	82	58	137	96	41	169
鳥取	1,214	88	45	172	124	48	43
島根	1,436	158	72	305	242	63	99
岡山	3,139	243	162	709	577	132	90
広島	5,435	388	253	1,029	833	196	248
山口	3,782	245	173	1,222	1,151	71	88
徳島	2,956	113	124	294	221	73	119
香川県	2,588	151	110	669	595	74	153
愛媛	3,465	163	158	387	290	97	186
高知県	2,478	143	152	528	436	92	83
福岡	11,013	780	557	3,324	2,569	755	698
佐賀	2,415	174	110	388	294	94	113
長崎	4,693	317	296	1,404	1,051	353	124
熊本	5,531	243	348	1,272	881	391	123
大分	3,390	209	189	521	444	77	95
宮崎	3,107	261	245	811	644	167	167
鹿児島	6,389	691	404	1,081	984	97	271
沖縄	3,059	60	73	538	170	368	80
合計	210,236	15,624	10,912	38,612	29,580	9,032	9,710

資料：精神保健課調

(60. 6. 30現在)

中毒性精神障害				精神 薄弱	精神 病	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					
2,478	2,312	60	106	1,019	127	1,025	606	21,309
483	460	5	18	181	18	70	58	4,583
393	383	1	9	245	37	111	49	4,785
206	181	2	23	154	21	145	29	4,342
486	465	2	19	270	47	108	24	4,878
115	112	1	2	196	27	67	22	2,979
599	559	8	32	525	51	234	84	8,233
447	369	26	52	320	57	155	73	8,303
366	320	18	28	283	47	88	57	5,669
276	251	3	22	176	11	194	6	5,651
476	440	6	30	367	33	237	211	10,368
531	474	17	40	227	22	336	114	11,058
1,129	991	53	85	1,103	96	514	692	25,722
877	817	18	42	275	29	613	163	11,776
318	312	0	6	554	122	160	61	7,332
231	223	1	7	155	44	214	41	3,842
138	130	1	7	145	49	200	59	3,913
66	60	0	6	58	10	109	17	1,971
115	106	3	6	149	17	77	41	2,645
343	336	1	6	190	27	290	91	5,670
154	144	3	7	274	46	154	40	4,061
332	313	5	14	342	29	297	78	6,825
807	740	8	59	591	136	521	196	12,942
192	181	4	7	288	30	180	163	5,150
57	55	0	2	72	3	107	13	1,988
231	203	18	10	134	9	278	59	7,205
1,625	1,488	68	69	863	40	430	134	20,254
587	535	25	27	406	32	357	200	10,849
144	120	10	14	150	11	27	76	2,631
100	88	1	11	146	8	57	27	2,973
167	165	0	2	42	3	48	35	1,857
160	155	2	3	109	6	84	30	2,459
341	319	11	11	218	16	283	57	5,258
825	781	20	24	354	45	222	138	8,937
488	478	1	9	273	32	124	117	6,544
244	222	6	16	178	17	175	100	4,320
297	262	22	13	126	12	110	26	4,242
363	335	15	13	201	10	165	42	5,140
513	471	21	21	150	19	81	51	4,198
2,086	1,813	181	92	1,152	284	511	186	20,591
239	231	4	4	123	27	133	200	3,922
1,049	1,029	3	17	508	67	148	99	8,705
604	537	40	27	552	64	96	46	8,879
397	392	1	4	156	17	77	111	5,162
531	519	5	7	381	8	80	83	5,674
546	523	1	22	422	25	121	159	10,109
193	187	3	3	44	11	87	63	4,208
23,345	21,587	704	1,054	14,847	1,899	9,900	5,027	340,112

表9 都道府県別年間入退院患者数等

(昭和59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
北海道	7,712,661	16,398	15,776	479.4
青森	1,693,342	3,973	3,906	429.8
岩手	1,748,722	3,068	3,089	568.0
宮城	1,560,001	3,867	3,746	409.8
秋田	1,738,059	3,322	3,184	534.3
山形	1,069,019	3,048	2,929	357.7
福島	2,961,073	4,936	4,784	609.3
茨城	3,006,155	3,556	3,562	844.7
栃木	2,117,560	2,928	3,275	682.8
群馬	2,062,121	3,435	3,513	593.6
埼玉	3,765,765	6,508	6,377	584.5
千葉	3,960,300	8,210	7,709	497.6
東京都	9,416,710	18,102	17,943	522.5
神奈川県	4,287,177	9,857	10,261	426.2
新潟	2,638,941	4,893	4,779	545.7
富山	1,410,155	2,315	2,286	613.0
石川	1,403,389	2,325	2,305	606.2
福井	711,863	1,266	1,243	567.4
山梨	970,932	1,695	1,673	576.6
長野	2,119,700	4,416	4,355	483.3
岐阜	1,483,883	2,838	2,786	527.7
静岡県	2,589,247	5,475	5,470	473.1
愛知県	4,635,875	10,417	10,080	452.3
三重	1,876,091	2,912	2,852	651.0
滋賀	704,182	1,452	1,410	492.1
京都	2,713,781	4,984	4,232	588.9
大阪	7,368,017	16,394	16,283	451.0
兵庫県	3,911,453	6,972	7,062	557.4
奈良	897,324	1,396	1,298	666.2
和歌山	1,082,135	1,080	1,063	1009.9
鳥取	668,686	1,491	1,489	448.8
島根	910,060	2,322	2,377	387.3
岡山	1,903,361	5,916	5,727	327.0
広島	3,262,494	6,385	6,443	508.7
山口	2,367,422	3,869	3,752	621.3
徳島	1,550,151	1,999	1,920	791.1
香川	1,544,681	2,862	2,765	549.0
愛媛	1,915,694	3,554	3,547	539.6
高知	1,529,024	3,243	3,214	473.6
福岡	7,440,670	11,913	11,697	630.3
佐賀	1,427,854	2,368	2,403	598.6
長崎	3,208,035	4,211	4,127	769.5
熊本	3,274,512	4,465	4,412	737.8
大分	1,862,524	2,773	2,694	681.4
宮崎	2,038,375	3,704	3,659	553.7
鹿児島	3,615,209	4,753	4,596	773.4
沖縄	1,461,720	3,521	3,267	430.7
合計	123,596,105	231,387	227,320	538.9

資料：病院報告

表10 精神病床数・入院患者数・措置患者数・措置率・利用率の推移

(各年6月末)

年次	精神病床数	入院患者数	措置患者数	措置率	病床利用率
昭和45年	242,022 床	253,433 人	76,597 人	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	287,305	295,514	57,846	19.6	102.9
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	324,004	333,854	37,412	11.2	103.0
59	329,806	337,930	34,805	10.3	102.5

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

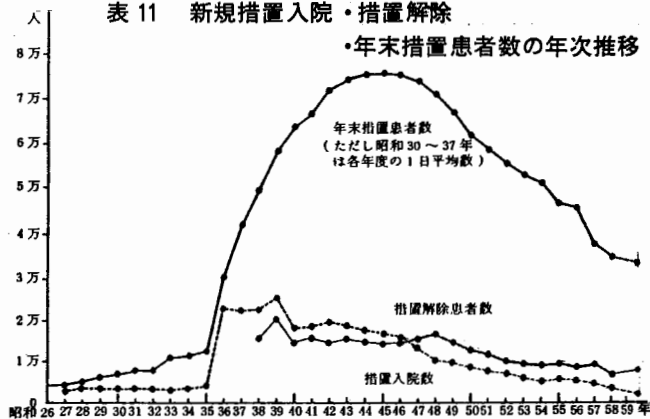


表12 在院患者数・措置患者数・医療扶助人員の年次推移

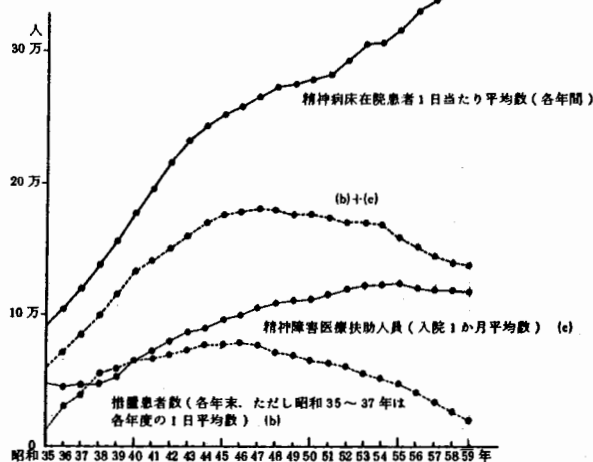


表13 都道府県別精神衛生相談状況

(単位：人)

都道府県	精神衛生被相談延人員												
	47年	48年	49年	50年	51年	52年	53年	54年	55年	56年	57年	58年	59年
北海道	5,210	5,101	6,205	5,916	5,718	6,810	6,445	6,420	6,525	6,650	6,760	7,357	7,604
青森	166	90	207	206	224	228	240	267	288	304	351	357	410
岩手	751	943	725	1,067	960	962	950	2,293	1,211	2,676	2,883	4,792	5,747
宮城	2,781	2,602	2,992	3,307	3,660	3,327	3,906	4,755	3,721	4,027	4,352	3,741	3,816
秋田	1,397	1,225	1,344	1,543	883	757	958	913	1,035	1,449	1,379	1,360	1,324
山形	1,522	1,716	1,671	1,233	980	1,256	1,233	1,718	-1,972	2,096	1,965	1,301	1,196
福島	1,021	1,112	926	795	771	1,045	1,316	1,179	1,267	1,393	1,371	1,595	1,594
茨城	1,425	1,358	1,248	1,534	1,630	1,487	1,444	1,922	1,995	2,454	2,411	2,700	1,927
栃木	565	307	278	420	475	633	706	473	677	998	1,094	1,204	1,993
群馬	1,229	1,040	1,285	1,571	2,609	2,549	2,309	1,896	2,428	2,165	2,095	2,164	2,302
埼玉	1,056	849	944	897	1,170	1,683	1,578	2,171	2,994	4,433	5,354	5,850	7,783
千葉	2,070	1,787	2,140	2,339	2,731	3,044	3,213	3,175	3,061	3,196	4,025	5,279	5,634
東京都	9,871	10,087	10,426	13,549	17,116	20,181	22,104	26,962	40,813	46,402	55,541	56,558	66,753
神奈川県	16,687	15,300	18,165	23,762	25,590	23,695	29,986	36,907	41,163	39,952	63,363	39,439	43,079
新潟	5,077	4,847	4,875	4,336	4,933	5,972	5,670	5,360	6,635	7,092	5,413	4,899	6,146
富山	489	401	482	373	438	419	403	441	608	670	1,121	1,465	2,066
石川	911	728	694	571	577	590	747	870	866	1,030	1,173	1,322	1,768
福井	217	181	186	220	224	336	741	583	509	301	942	1,057	1,360
山梨	447	681	434	625	628	469	452	468	366	724	613	369	1,488
長野	1,054	892	1,353	1,646	1,797	1,549	2,257	3,642	4,695	5,672	4,909	4,587	4,511
岐阜	730	831	836	823	779	949	907	873	1,246	1,535	1,929	1,358	1,580
静岡県	3,013	2,618	2,458	2,619	3,064	3,445	3,648	3,690	4,105	3,920	4,288	4,812	5,821
愛知	6,885	7,895	8,635	9,652	10,761	11,515	12,921	13,139	15,294	14,824	15,981	16,589	18,025
三重	378	250	294	305	291	481	618	195	324	548	224	191	196
滋賀	508	457	463	679	507	599	604	808	1,171	873	901	724	2,419
京都	3,378	3,217	3,757	3,995	3,488	4,073	4,604	5,629	6,934	7,501	7,484	8,406	10,297
大阪	15,081	17,539	20,261	20,298	23,036	27,431	32,404	36,298	46,736	46,405	56,774	71,133	81,408
兵庫	7,437	6,773	10,371	8,734	9,160	9,795	11,339	15,173	16,471	19,222	23,099	22,717	23,278
奈良	188	59	215	188	198	205	160	151	173	323	332	470	677
和歌山	703	622	1,085	691	808	632	471	704	478	596	796	663	738
鳥取	212	185	156	213	-31	393	601	364	795	741	649	1,216	2,301
島根	663	506	1,244	991	879	764	588	720	1,013	1,627	1,822	1,029	870
岡山	609	1,001	769	914	787	1,070	1,228	1,498	1,680	1,231	2,202	1,756	1,410
広島	2,085	2,509	2,302	2,205	2,588	2,787	3,054	3,076	4,432	5,477	5,510	6,294	9,238
山口	1,204	1,237	1,100	926	1,260	2,199	1,315	1,469	1,830	2,906	3,240	2,834	3,014
徳島	431	500	654	629	651	723	564	572	391	296	228	521	654
香川	381	251	341	500	402	486	511	587	594	827	882	830	648
愛媛	717	825	1,095	1,130	1,113	1,293	1,213	551	1,204	1,823	1,387	1,415	1,680
高知	1,007	2,282	1,844	2,100	2,347	2,939	2,886	2,793	2,775	2,657	3,641	4,151	2,831
福岡	4,151	3,708	4,059	5,089	5,139	5,219	4,867	6,538	6,538	6,507	6,232	8,970	8,334
佐賀	334	683	826	719	700	838	820	1,161	1,531	974	1,678	2,158	1,897
長崎	972	727	834	888	1,279	1,524	1,896	1,123	1,491	1,931	2,880	2,057	3,548
熊本	995	987	909	1,145	971	1,005	1,117	1,040	1,930	1,290	1,451	2,039	2,264
大分	254	349	498	515	528	783	1,154	1,079	1,712	1,963	2,330	1,804	2,266
宮崎	1,110	1,272	1,462	994	556	692	745	587	558	622	540	659	604
鹿児島	1,037	1,285	907	1,407	1,785	3,336	3,026	3,185	3,523	4,938	4,103	4,478	6,337
沖縄	-	4,162	6,840	3,111	1,965	1,039	1,270	1,666	1,500	2,670	1,706	2,402	3,148
合計	108,359	114,007	130,745	137,390	148,487	162,207	181,189	207,084	249,258	267,911	300,404	319,072	363,984

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	精神衛生被報問相談延人員													
	47年	48年	49年	50年	51年	52年	53年	54年	55年	56年	57年	58年	59年	
北海道	9,245	8,646	8,577	8,362	8,066	8,672	9,444	9,462	10,849	11,612	11,751	11,257	10,993	
青森	1,644	1,242	1,741	1,684	1,365	1,301	1,444	1,667	1,534	1,466	1,441	1,973	2,734	
岩手	2,343	2,077	2,723	3,190	3,137	3,464	3,767	3,875	4,332	4,187	4,506	4,631	4,863	
宮城	4,349	4,133	4,228	4,193	4,220	4,760	4,790	4,768	3,804	4,460	4,161	4,239	4,662	
秋田	2,133	1,744	1,670	2,159	2,117	2,321	2,851	2,763	2,738	2,859	3,021	2,917	2,289	
山形	2,416	2,453	2,475	2,401	2,374	2,445	2,654	2,538	2,352	2,828	2,755	3,103	2,766	
福島	1,696	723	843	671	856	856	1,043	966	1,339	1,661	1,914	1,888	2,062	
茨城	3,721	3,043	3,562	4,374	4,379	3,512	2,951	3,013	3,158	2,686	3,007	2,863	2,993	
栃木	4,803	3,474	2,495	3,289	3,810	4,000	3,959	3,804	4,232	4,261	4,023	3,961	4,624	
群馬	4,378	3,312	3,848	3,976	4,591	4,200	4,270	3,980	4,519	4,256	4,139	3,629	2,709	
埼玉	2,047	2,258	2,228	2,138	3,019	3,226	3,511	3,251	3,489	4,065	4,346	4,378	5,631	
千葉	2,106	1,867	1,832	2,070	2,272	2,383	2,349	2,264	2,563	2,230	1,957	1,865	2,028	
東京	7,038	7,536	7,358	8,233	10,128	11,331	12,175	13,931	16,394	17,350	19,713	19,984	20,976	
神奈川	9,736	8,952	9,324	11,683	10,738	9,508	11,132	11,606	12,957	12,773	12,811	11,413	12,102	
新潟	6,982	6,160	5,970	3,810	4,892	3,940	2,995	3,059	3,210	3,280	3,844	3,305	3,774	
富山	3,420	3,711	3,735	4,474	3,856	3,133	2,587	2,224	2,306	1,829	1,776	1,711	1,910	
石川	1,720	1,485	1,527	1,656	1,917	3,027	3,164	3,166	1,837	1,646	1,933	2,110	2,308	
福井	156	155	203	719	875	908	1,147	1,122	1,002	939	1,505	2,351	2,826	
山梨	665	843	759	731	1,120	1,411	801	878	742	839	742	751	1,071	
長野	2,309	2,236	1,988	2,325	3,037	2,208	2,311	2,169	1,994	1,970	1,850	2,094	1,764	
岐阜	3,502	2,586	2,526	1,759	2,012	2,385	3,249	2,876	3,065	3,573	2,682	3,239	3,182	
静岡	3,793	4,025	4,368	5,015	6,599	6,425	6,786	6,129	6,056	6,156	6,505	6,545	6,478	
愛知	9,948	11,110	10,208	12,286	13,780	14,484	14,957	16,256	15,412	14,569	14,154	13,738	15,013	
三重	684	795	673	639	611	343	369	416	459	663	729	851	893	
滋賀	344	359	809	941	964	1,005	956	1,257	1,103	917	996	1,094	994	
京都	1,425	1,978	3,439	3,690	2,880	3,231	4,086	4,285	4,773	3,999	4,435	4,483	5,680	
大阪	3,707	5,235	5,942	6,805	7,972	9,229	8,794	9,967	11,396	11,333	12,124	11,124	13,140	
兵庫	5,895	4,446	3,842	3,950	4,400	4,779	4,438	4,651	5,098	5,760	6,901	8,360	8,350	
奈良	464	444	599	775	939	768	696	685	497	764	977	718	688	
和歌山	714	914	1,221	856	1,119	861	752	550	583	755	985	1,173	1,175	
鳥取	1,214	1,403	1,282	1,371	1,641	1,405	1,546	1,595	1,974	1,595	1,480	1,903	2,000	
島根	654	970	835	1,133	1,180	1,323	936	1,287	1,273	1,463	1,136	1,174	957	
岡山	5,551	6,645	5,940	8,280	8,114	8,762	7,541	6,545	7,232	6,906	7,392	6,489	6,540	
広島	7,804	6,961	6,376	6,946	7,232	7,585	7,876	8,537	8,269	8,448	7,755	8,208	8,926	
山口	3,703	2,822	3,301	4,187	4,581	5,188	4,754	5,321	5,699	6,213	5,741	5,894	5,306	
徳島	2,508	2,459	2,367	1,791	2,783	3,291	3,080	3,871	3,457	3,453	3,166	2,877	3,213	
香川	1,239	1,427	1,516	1,699	1,924	1,449	1,583	1,567	1,581	1,713	1,803	1,233	1,344	
愛媛	2,787	2,726	4,035	2,947	4,323	3,469	2,919	3,227	3,335	3,132	3,055	3,434	3,412	
高知	5,466	5,090	7,297	6,352	7,091	6,633	7,379	6,738	6,928	6,334	8,396	8,260	5,495	
福岡	4,225	4,774	5,400	5,662	6,473	6,355	6,845	8,362	8,099	7,849	8,205	8,016	8,192	
佐賀	921	1,181	1,731	1,601	2,162	2,229	2,751	3,017	3,587	3,174	3,452	3,291	2,746	
長崎	3,376	2,697	3,250	4,441	4,834	4,749	5,095	5,285	6,301	6,573	6,548	5,950	5,952	
熊本	653	809	1,454	2,268	1,889	1,792	1,974	1,890	2,483	2,472	2,858	3,214	3,409	
大分	1,155	1,108	1,182	1,825	1,510	2,068	2,418	2,352	2,451	2,020	2,435	3,931	4,741	
宮崎	3,365	4,075	4,308	2,463	2,145	2,643	2,541	1,863	2,079	1,932	2,709	2,903	2,651	
鹿児島	3,857	4,136	4,494	4,304	4,671	5,759	5,557	5,590	6,001	7,228	8,676	8,494	8,283	
沖縄	-	2,591	3,476	4,312	3,780	3,695	4,136	3,961	5,063	4,861	4,245	4,158	4,826	
合計	151,558	149,816	158,952	170,436	184,378	188,511	193,359	198,546	209,457	211,061	220,735	221,177	228,671	

資料：保健所運営報告

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

	医療を 総数	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・有病者

	(人口 千対 有病 率 総数 の 万人	精神病 院に入 院を要 するも の 万人	精神病院 以外の施 設に収容 を要する もの 万人	在宅のま ま医療 または指導 を要する もの 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

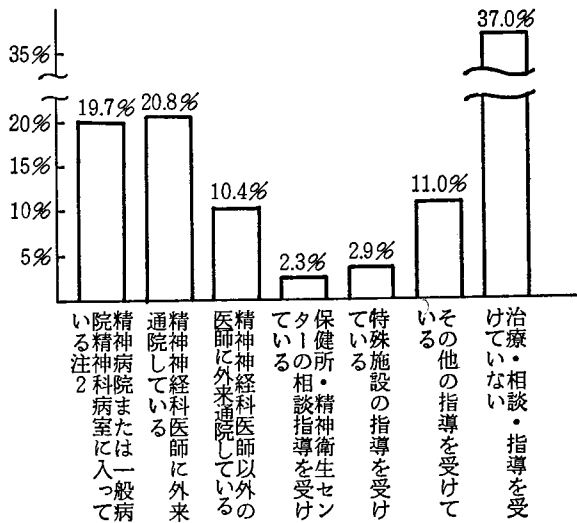
—昭和48年—

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）



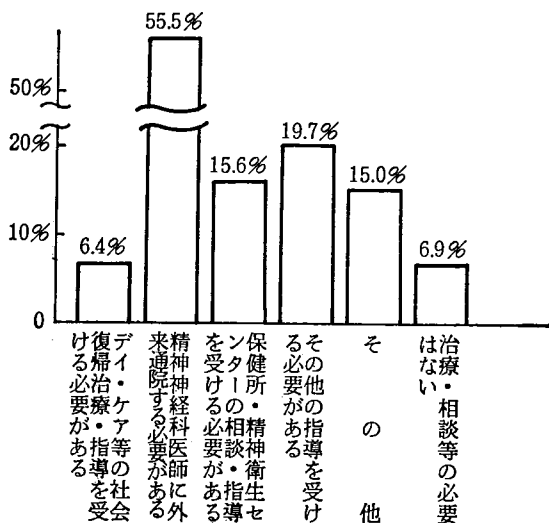
現在の治療及び指導の内容を延集計すると、

- (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。

1. 都道府県の実施状況

47都道府県中37道府県で実施

2. 医療施設の実施状況

全国の施設実施率 50.5%

調査が行われた37道府県での施設実施率 87.2%

3. 調査票の回収状況

回収率 69.6%

4. 調査結果の概要

(1) 基本的事項

ア. 年齢階層

入院、通院とも25～54歳の青年期が3分の2を占める。

イ. 診断分類

入院では、精神分裂病、老年期器質性精神病、アルコール精神疾患、躁うつ病が多い。通院では、精神分裂病、神経症、躁うつ病、てんかんが多い。

ウ. 診断分類別の年齢階層

入院、通院とも精神分裂病は総数の場合とほとんど同じであるが、躁うつ病、アルコール精神病は壮年期を山として高年層に傾いている。神経症は入院では各年齢層にわたって幅広く分布し、通院では高年層に傾いている。

エ. 罹病期間

10年以上が入院では65%、通院では47%。

オ. 受療期間

10年以上が入院では53%、通院では30%。

(2) 受療方法に関する事項

ア. 紹介の有無と紹介機関

紹介により受療した者は、入院、通院ともに30%程度。紹介機関は、医療施設、福祉事務所・保健所等、友人・知人等が多い。

イ. 通院医療費公費負担

公費負担を受けている者は30%（昭和45年13%）。

ウ. 入院形式

同意入院80%、措置入院14%、自由入院5%。

エ. 保護義務者

父母44%、兄弟姉妹25%、配偶者12%。なお市町村長は5%。

オ. 通院片道時間

30分未満39%、1時間未満78%。

カ. 通院間隔

2週に1回が60%、月に1回が23%。

(3) 治療、社会復帰に関する事項

ア. 他機関等の利用

受療している医療機関のほかに他機関等を利用している者は13%。

そのうち、保健婦等の訪問42%（全体の5%）、福祉事務所員の訪問18%、保健所で行う社会復帰事業9%。

イ. 日常生活介助の必要性

介助を必要とする者は、入院で64%、通院で23%。

ウ. 開放、閉鎖病棟の利用

閉鎖病棟が64%、開放・半開放病棟35%。

エ. 身体合併症

合併症を有する者は37%。

オ. 入院回避条件

どのような条件が満たされれば入院を回避できたかについては、家族の協力、治療指導の継続、早期相談・早期治療が優先的に考えられている。

カ. 近い将来の退院の見込み

退院の可能性のある者57%、退院の困難な者41%。

キ. 退院促進条件

どのような条件が満たされれば退院を促進できるかについては、家族の受入れ、保健婦等の訪問指導、社会復帰施設、職親制度、共同作業所が優先的に考えられている。

ク. 利用させたい社会復帰機能

通院で、今すぐにも利用させたい社会復帰機能については、保健婦等の訪問指導、精神科デイ・ケア、保健所で行う社会復帰事業、共同作業所、社会復帰施設が優先的に考えられている。

16. 精神障害者小規模保護作業所調査結果の概要

1. 厚生省は、精神障害者小規模保護作業所による社会復帰活動の実態調査のため、都道府県に依頼して全国の精神障害者小規模保護作業所について、昭和59年11月1日現在時点で調査した。
2. 精神障害者小規模保護作業所は、昭和59年11月1日現在全国で147箇所あり、通所実人員は2,196人（昭和58年度実績）であった。
3. 1施設当たりの平均は、通所人員12人、作業日数週5～6日、作業時間1日6時間であり、通所期間については、無制限としている施設が約90%になっている。
4. 施設の作業内容は、手内職が最も多く約86%の施設で行われている。
また、作業に伴う収入は、通所者に1日当たり平均465円の手当を支払っている。
5. 約80%の施設において、常勤職員が従事しており、1人当たりの報酬は、月額平均10万7千円である。
6. 昭和59年11月1日現在の社会復帰等の状況は、昭和58年度通所実人員のうち約22%が社会復帰し、また、約56%が通所を継続している。
7. 施設に体する財政措置については、約65%の施設が地方公共団体等から補助を受けている。

17. 思春期精神保健対策に関する意見

昭和60年 8 月30日

厚生省 思春期精神保健懇談会

座長	榑 孝悌	公害健康被害補償不服審査会委員
	池田由子	国立精神衛生研究所児童精神衛生部長
	伊藤克彦	愛知県精神衛生センター所長
	大国真彦	日本大学医学部教授（小児科）
	小倉 清	関東中央病院精神神経科医長
	白須英三	安田生命社会事業団常務理事
	山崎晃資	東海大学医学部助教授（精神神経科）
	白橋宏一郎	国立仙台病院院長
	小野正男	愛知県教育委員会保健体育課長
	高橋哲夫	文部省初等中等教育局中学校課教育調査官

序

近年、精神発達の途上にある青少年をとりまく社会環境の変化は著しく、登校拒否、家庭内暴力、薬物依存など様々な青少年の問題が顕在化してきている。ところが、青少年の適応障害等に関する対策は保健、医療、福祉、教育、警察等の各方面で行なわれているが、それぞれ必ずしも十分であるとはいえず、また関係分野間の連携も有機的に行なわれているとはいえない。

当懇談会では、先にこうした思春期精神保健の現状と問題点を指摘し、さらに今後の思春期精神保健対策のあり方について基本的提言を行った。その後、当懇談会では先の提言を十分に踏まえたうえで、施策を推進するため、引き続き思春期精神保健対策の具体的なあり方について鋭意検討を重ね、以下に述べるように意見を取りまとめた。

なお、本意見書においては、地域社会における青少年の精神保健を幅広くとらえるとの視点から、一般によく知られている「思春期」を青少年の呼称として用いた。

1. 現状の把握

思春期精神保健対策を進めるにあたっては、まず地域のなかで思春期に係わる問題が、どの範囲で、どの程度存在するかを、その背景を含めて把握する必要がある。このため当面は精神衛生センター等を中心に、思春期精神保健問題に関する各種の統計、資料を収集、整理、分析し、また健康な青少年を含めた意識調査、問題を抱える青少年およびその環境に関するケーススタディ等を行う必要がある。

2. 普及、啓発の充実

思春期精神保健に関する普及、啓発はライフサイクルにそった心身両面に

わたり青少年とその家族および学校、地域に対して行なわれるべきである。

方法としては

- 1) 知識の普及、情報提供：マスメディア（新聞、ラジオ、テレビ、有線放送等）の利用および機関誌、手引書、パンフレット等の発行、
- 2) 行事開催：行政、民間の各機関、団体による関連・協賛諸行事（講演、シンポジウム、展示会、ポスター、論文等の募集）年間スケジュール（記念日、週間、月間等）の設定、
などがある。

当面は手引書およびパンフレット等による普及啓発に努めるべきである。

3. 予防と早期発見に関する施策の充実

青少年の適応障害等を予防するには、胎生期から乳児期、幼児期を経て思春期に至る全期間を通じて、養育者の愛情のもとにはぐくまれ、子どもに人間への信頼感が育成されることが基本である。また早期発見を行うには、青少年と係りをもつものが思春期精神保健に関する知識を十分に習得する必要がある。以上を踏まえたうえで、次の施策を推進することが望ましい。

- 1) 母子保健分野においては、妊産婦検診から乳幼児検診にいたる諸健康診査、ならびに事後指導の充実を図る。
- 2) 児童福祉においては、相談事業や入所保護治療でのコンサルテーション業務の充実を図る。
- 3) 学校保健分野においては、保健指導を一層充実し、また専門機関等によるコンサルテーションシステムづくりに積極的に参加し、その活用を図る。
- 4) 司法、警察においては、青少年の心理特性や置かれている状況の理解に努めるとともに、コンサルテーションシステムとの連携を図る。

4. 精神衛生センターの機能の充実、強化

精神衛生センターは思春期精神保健対策の拠点として位置づけられ、思春

期精神保健に関する情報や技術指導、連携、援助についての機能を充実、強化する必要がある。保健所は精神衛生センターの指導のもとに思春期精神保健相談事業等の活動を一層強化することが望ましい。

5. 治療技術の開発と確立

- 1) 医学における診断治療技術の進歩は近年めざましいものがあるが、思春期精神保健に関する診断治療技術は大きく遅れており、これら技術の開発を推進し、青少年の精神科診療の改善を図る必要がある。
- 2) 適応障害等の治療にあたっては、思春期における精神的、身体的な発達の特異性を理解した治療を行うための専門的な体制を整備する必要がある。これら治療は種々の思春期精神医療が行える施設、すなわち体育館、運動場、プール、音楽室、学習室、作業療法室等を持ち、専門スタッフが配置された施設で治療されるべきである。
- 3) 特殊な思春期精神治療については、現行では保険報酬が認められていないため、今後、集団精神療法、家族療法、行動療法等の保険点数化を図る必要がある。その際、それぞれの治療法に関する指針の確立およびその評価（効果）を行う必要がある。

6. 専門医師および技術者の養成と資質の向上

思春期精神保健を専門とする医師および技術者の養成と資質の向上は、最重要の課題であり、その検討課題は以下の通りである。

- 1) 卒前教育において児童、青年精神医学に関する講義および臨床指導を充実すること。
- 2) 国家試験等資格試験のなかに児童、青年精神医学に関する出題を入れること。
- 3) 卒後教育として思春期精神保健に関する研修の充実を図るとともに、現在行われている医師の卒後臨床研修においても医療機関の協力を得て児童、

青年精神医学の研修を行うこと。

- 4) 相談、指導技術の向上を図るため、思春期精神保健相談の担当者が利用できる手引書等の作成を行う。

7. コンサルテーションシステムの確立

精神衛生センター、保健所、児童相談所、福祉事務所、教育センター、教育研究所等によるコンサルテーションシステムを確立し、それぞれの相談、指導技術の向上を図るとともに相談指導レベルの均一化に努める必要がある。

8. 関係諸機関の協力体制の確立

保健、医療、福祉、教育、警察等の思春期精神保健対策の推進にかかわる関係諸機関による密接な協力体制を確立し、本対策の推進を図る必要がある。

Ⅲ 精神保健年表

年 代	精 神 保 健 事 項
1874 (明治7年)	<ul style="list-style-type: none"> ・文部省、東京、京都、大阪の3府に医制(76条)を達す。 (第25条に病院建設の規定がある。第26条に梅毒院、癲狂院等各種病院設立の方法は皆前条に則る) ・東京衛戍病院に精神科病室設置 極貧の独身者にて廢疾に罹り産業を営む能はざるものには1ヵ年米一石八斗の積を以て給与すべし、但独身にあらずと雖も余の家人70年以上15年以下にてその身廢失に罹り窮迫のものは本文に準じ給与すべし。貧窮な精神病者にもこれを準用するとある。
1875 (明治8年)	<ul style="list-style-type: none"> ・京都府洛東南禅寺に京都癲狂院を設け京都府療病院の所轄とする。 (日本最初の公立精神病院) ・京都府、岩倉村の宿屋に精神病者の宿泊禁止 ・デーニッツ裁判医学(精神病学を含む)を講義す。
1876 (明治9年)	<ul style="list-style-type: none"> ・「精神病約説三卷」神戸文哉著(モーズレー書の訳) ・マックス・ベール「監獄衛生」著
1878 (明治11年)	<ul style="list-style-type: none"> ・宮内省東京府に脚気病院、癲狂病院設立費として2万3千円下賜 ・名古屋監獄に日本最初の監獄精神病室設置
1879 (明治12年)	<ul style="list-style-type: none"> ・内務省達、府県衛生課事務条項第5「窮民救療の事」に「公私立病院及び貧院、盲院、聾啞院、癲狂院、棄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)	<ul style="list-style-type: none"> ・上野癲癲人は直ちに東京府巢鴨病院へ護送の上、その理由を該患者の見認地の区役所又は戸長役場へ通知すべき旨の東京府令出る。 ・ベルツEdwin Baelz東京大学医学部で精神病学講義を開始
1884 (明治17年)	<ul style="list-style-type: none"> ・警視府布達乙第12号 許可のない患者を私立癲狂院に入院させることを禁止 ・相場誠胤、加藤癲癲病院に入院(3月)相馬事件がはじまる
1886 (明治19年)	<ul style="list-style-type: none"> ・東京府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。 ・楠淑、教授となり東京大学医学部精神病学数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)	・警視庁は精神病患者取扱心得を發布す。																					
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)	・政府精神病患者監護法案衆議院通過、貴族院にて否決																					
1900 (明治33年)	・精神病患者監護法公布																					
1901 (明治34年)	・ウォルフ、トリオナル持続睡眠法創始																					
1902 (明治35年)	・日本神経学会 (日本精神神経学会の前身) 創立 ・精神病患者慈善救済会成立 ・幼年者飲酒禁止法案議院提出 ・日本神経学会機関紙として『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年度入院退院数 <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>入院</th> <th>退院</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>東京</td> <td>959</td> <td>902</td> </tr> <tr> <td>京都</td> <td>475</td> <td>470</td> </tr> <tr> <td>大阪</td> <td>493</td> <td>488</td> </tr> <tr> <td>兵庫</td> <td>175</td> <td>130</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>計</td> <td>2,377</td> <td>2,249</td> </tr> </tbody> </table>		入院	退院	東京	959	902	京都	475	470	大阪	493	488	兵庫	175	130	その他			計	2,377	2,249
	入院	退院																				
東京	959	902																				
京都	475	470																				
大阪	493	488																				
兵庫	175	130																				
その他																						
計	2,377	2,249																				
1907 (明治40年)	・「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)	・精神病患者の公費収容、委託監置始まる。 ・内務省衛生局長は地方長官会議において、府県立病院に精神病患者収容施設の設置を勧奨																					

1911 (明治44年)	<ul style="list-style-type: none"> ・官立精神病院設置建議案を提出 ・内務省衛生局長、地方長官に通牒して警察巡閲規則の巡閲事項に精神病に関することを加う。 ・東大精神病学教室私宅監置の状況の現地調査
1917 (大正6年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病患者全国一斉調査結果 総 数 64,941人 入 院 4,000人 私宅監置 4,500人 人口千対 1.18人 ・日本精神医学会創立 ・感化院法公布
1919 (大正8年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病院法公布 ・大阪市立児童相談所設立 (公立児童相談所の最初) ・内務省衛生局代用精神病院基準を示し各地方長官に私立精神病院の代用精神病院としての適否を調査
1920 (大正9年)	<ul style="list-style-type: none"> ・文部省令「学校医職務規定」精神薄弱者の鑑別養護 ・日本精神病医協会設立
1921 (大正10年)	<ul style="list-style-type: none"> ・文部省、低能児教育調査会設置
1923 (大正12年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病院法施行規則公布
1926 (昭和元年)	<ul style="list-style-type: none"> ・日本精神衛生協会発足 ・日本心理学会発足
1930 (昭和5年)	<ul style="list-style-type: none"> ・第1回国際精神衛生会議
1932 (昭和7年)	<ul style="list-style-type: none"> ・第1回全国公立及び代用精神病院院主院長会議、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)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神薄弱児保護協会設立
1935 (昭和12年)	<ul style="list-style-type: none"> ・カルジアゾール痙攣療法始む。
1938 (昭和13年)	<ul style="list-style-type: none"> ・厚生省に優生課新設
1940 (昭和15年)	<ul style="list-style-type: none"> ・国民優生法公布
1943 (昭和18年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神医学研究所設立
1948 (昭和23年)	<ul style="list-style-type: none"> ・国立国府台病院、精神衛生センターとして発足、同病院にはじめて、精神医学ソーシャル・ワーカー置かる。
1950 (昭和25年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生法公布

1951 (昭和26年)	<ul style="list-style-type: none"> ・日本精神衛生会発足
1952 (昭和27年)	<ul style="list-style-type: none"> ・国立精神衛生研究所設置 ・精神衛生普及会発足 ・全国精神薄弱児育成会結成
1953 (昭和28年)	<ul style="list-style-type: none"> ・WHO顧問としてレムカウ Paul V. Lemkau 及びブレイン Daniel Blain 来日, わが国精神衛生及び国立精神衛生研究所に対する勧告を行う。 ・日本精神衛生連盟結成, 世界精神衛生連盟に加盟 ・第1回全国精神衛生大会
1954 (昭和29年)	<ul style="list-style-type: none"> ・第1回全国精神衛生相談所長会議 ・精神衛生実態調査
1955 (昭和30年)	<ul style="list-style-type: none"> ・覚醒剤対策推進中央本部が内閣におかれる。
1956 (昭和31年)	<ul style="list-style-type: none"> ・厚生省公衆衛生局に精神衛生課設置 ・在宅精神障害者実態調査
1957 (昭和32年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病の治療指針 (保険局長・公衆衛生局長通知) ・新潟精神病院におけるツツガ虫接種問題となる。 ・病院精神医学懇話会発足
1958 (昭和33年)	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急救護施設の運営について (社会局施設課長通知)
1959 (昭和34年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生相談所運営要領について (公衆衛生局長通知)
1960 (昭和35年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神薄弱者福祉法 ・第1回指定病院長会議
1961 (昭和36年)	<ul style="list-style-type: none"> ・酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止に関する法律 ・精神科の治療指針 (保険局長通知)
1963 (昭和38年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生法改正の動きが起きる。(日本精神病院協会, 日本精神神経学会, 厚生省が検討を始める) ・全国精神衛生連絡協議会発足 ・精神障害者措置入院制度の強化について (公衆衛生局長通知) ・精神衛生実態調査 ・国立久里浜療養所にアルコール中毒特別病棟開設
1964 (昭和39年)	<ul style="list-style-type: none"> ・ライシャワー, アメリカ大使刺傷事件, 警察庁から厚生省に対し, 法改正の意見を具申 ・精神衛生法改正に関する精神衛生審議会の中間答申
1965 (昭和40年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生法改正案, 国会で可決 ・精神衛生センターの設置, 保健所の業務に精神衛生が加わる。

	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者家族会発足 ・緊急救護施設の整備運営について（社会局施設課長通知）
1966（昭和41年）	<ul style="list-style-type: none"> ・保健所における精神衛生業務について（公衆衛生局長通知）
1967（昭和42年）	<ul style="list-style-type: none"> ・地域精神医学会設立 ・日本精神病院協会精神衛生法改正委員会社会復帰施設についての委員会答申まとめる。
1968（昭和43年）	<ul style="list-style-type: none"> ・WHO技術援助計画に基づく勧告 ・医療審議会地域ごとの必要病床数の算定方法改正答申 —— 精神病床1万対25床 ・中央精神衛生審議会「精神医療体系の現状に対する意見」をまとめる。 ・精神障害関係医療費，結核のそれをはじめて凌駕
1969（昭和44年）	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生センター運営要領について（公衆衛生局長通知） ・精神障害者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ずさ ・精神病院実態調査 ・日本精神神経学理事会「精神病院に多発する不祥事件に関連し全会員に訴える」声明発表
1970（昭和45年）	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病院の運営管理に対する指導監督の徹底について（公衆衛生局長，医務局長通知） ・心身障害者対策基本法公布 ・精神障害回復者社会復帰施設整備費予算化
1971（昭和46年）	<ul style="list-style-type: none"> ・日本精神神経学会総会にて保安処分制度に反対する決議 ・法制審議会刑事法特別部会処分案を決定
1972（昭和47年）	<ul style="list-style-type: none"> ・厚生省精神衛生思想普及費，精神病院技術職員等研修費，児童精神科専門医研修費，A級精神衛生センターにおけるデイ・ケア事業運営費予算化 ・精神科カウンセリング科新設
1973（昭和48年）	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生実態調査 ・行政管理庁「精神衛生に関する行政監察結果に基づく勧告」 ・第21回全国精神衛生大会（金沢）の開催中止
1974（昭和49年）	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科作業療法，精神科デイ・ケアが社会保険診療報酬で点数化 ・日本精神神経科診療所医会結成 ・デイ・ケア施設整備費予算化

1975 (昭和50年)	<ul style="list-style-type: none"> ・保健所における社会復帰相談指導事業の設置 ・アルコール中毒臨床医等研修費予算化
1976 (昭和51年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者措置入院制度の適正な運営について (公衆衛生局長通知)
1978 (昭和53年)	<ul style="list-style-type: none"> ・中央精神衛生審議会が精神障害者の社会復帰施設に関する中間報告 ・精神科アイ・ケア研修を実施
1979 (昭和54年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生社会生活適応施設整備費, 精神衛生センターにおける酒害相談事業費予算化 ・アルコール飲料と健康に関する検討委員会設置 ・第27回全国精神衛生大会 (大阪) の再開
1980 (昭和55年)	<ul style="list-style-type: none"> ・公衆衛生審議会精神衛生部会の意見「老人の精神障害者対策について」 ・アルコール健康医学協会設立 ・職親制度検討委員会設置
1981 (昭和56年)	<ul style="list-style-type: none"> ・国立精神衛生研究所WHO研究・研修センターに指定 ・職親制度検討委員会が精神障害者職業参加促進制度に関する中間報告 ・国際障害年精神衛生国際セミナー開催 ・覚せい剤緊急対策策定
1982 (昭和57年)	<ul style="list-style-type: none"> ・通院患者リハビリテーション事業実施 ・老人保健法成立 ・老人精神衛生相談事業予算化
1983 (昭和58年)	<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・医療施設における防火防災対策の強化について (公衆衛生局長, 医務局長通知) ・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, 社会局長通知) ・公衆衛生局精神衛生課を保健医療局精神保健課と改称 ・精神障害者の国立病院及び国立療養所への入院措置について (保健医療局長通知) ・精神障害者小規模保護作業所調査
1985 (昭和60年)	<ul style="list-style-type: none"> ・心の健康づくり推進事業予算化

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">・国連経済社会理事会，国連人権委員会，差別防止及び少数者保護小委員会において精神衛生法の改正について精神保健課長発言・公衆衛生審議会精神衛生部会の意見「アルコール関連問題対策に関する意見」・精神病院入院患者の通信・面会に関するガイドラインについて（保健医療局長通知） |
|--|---|

IV そ の 他

1 各都道府県精神保健窓口一覽

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	福祉保健部保健衛生課	0188(60)1382	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)2317	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	宇都宮市壺田町1の1の20
群馬	衛生環境部保健予防課	0272(23)1111	371	前橋市大手町1丁目1番1号
埼玉	衛生部保健予防課	0488(24)2111	336	浦和市高砂3の15の1
千葉	衛生部保健予防課	0472(23)2664	260-91	千葉市市場町1の1
東京	衛生局医務部精神衛生課	03(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(85)5511	950	新潟市新光町4番地1
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	厚生部保健予防課	0776(21)1111	910	福井市大手3丁目17番1号
山梨	厚生部健康増進課	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	長野市南長野692の2
岐阜	衛生環境部保健予防課	0582(72)1111	500	岐阜市藪田1-1
静岡	衛生部保健予防課	0542(21)2441	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	06(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)7194	680	鳥取市東町1の220
島根	環境保健部公衆衛生課	0862(24)5111	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	徳島市万代町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	812	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	096(383)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	宮崎市橋通東2丁目10番1号
鹿児島	衛生部保健予防課	0992(26)8111	892	鹿児島市山下町14-50
沖縄	環境保健部保健予防課	0988(66)2209	900	那覇市泉崎1の2の32

2 精神衛生センター一覽

(昭和60年6月1日現在)

都道府県	開 年	設 月	単 独 合 同 の 別	級 別	郵 番 便 号	所 在 地	電 話 番 号
北海道 北 岩	43. 3		単 合	A	061-01	札幌市白石区本通16丁目北6番34号 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)	011(864)7121
	48. 7			B	020		
宮城 秋 山	43. 6		合 単	B	980	仙台市本町1丁目4番39号 秋田市中通2-1-52	0222(24)1491~5
	54. 7			B	010		
山形 福 茨	47. 4		合 単	B	990	山形市十日町1丁目6番6号 福島市森合町10-9	0236(22)2543
	47. 4			B	960		
栃 木	42. 8		合 単	B	310	水戸市三の丸1丁目3番17号 宇都宮市西原町3542	0292(31)0202
	43. 4			B	320		
千 葉	40. 7		単 単	B	330	大宮市土呂町1丁目50-4 千葉市仁戸名町666番の2	0486(63)7025
	46. 2			A	280		
東 京	41. 7		合 合	A	156	世田谷区上北沢2-1-7 横浜市中区富士見町3-1	03(302)7575
	42. 4			A	232-1		
新 京 奈	43. 4		合 合	B	951	新潟市川岸町1丁目57番地の1 富山市大手町1-2	0252(31)6111
	40. 10			B	930		
富 石	41. 10		合 合	B	920	金沢市南新保町ル3番の1 福井市四ツ井13-26	0762(38)763
	47. 4			B	910		
山 梨	46. 4		合 合	B	400	甲府市中央1-11-42 長野市大字若里字桑の木島1570-1	0552(37)1657
	47. 10			B	380		
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	424	清水市辻4丁目4-17 (清水合同庁舎内)	0543(66)5506
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 単	B	612	京都市伏見区竹田流池町120 大阪市天王寺区六万休町5-26	075(641)1810
	40. 6			B	543		
大 阪	43. 4		合 合	A	652	神戸市兵庫区荒田町2丁目1番1号 和歌山県有田郡吉備町広31	078(511)6581
	57. 4			B	643-01		
和 歌 山	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 合	B	703	岡山市古京町1丁目10号-101 広島市字品神田1丁目5番54号	0862(72)8835
	47. 4			B	734		
山 口	47. 4		単 単	B	755-02	宇部市大字東岐波東小沢 徳島市新蔵町3丁目31-2	0836(58)3480
	40. 11			B	770		
山 德	42. 4		合 合	B	760	高松市松島町1丁目17番6号 (香川県高松台合同庁舎内)	0878(31)3151
香 川	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
愛 媛	47. 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
高 知	41. 4		単 合	A	812	福岡市東区箱崎貝塚4126-1 佐賀市八丁驛町1番20号	092(641)3501
	59. 1			B	840-01		
福 佐	44. 10		合 合	B	854	諫早市柴田町69-3 熊本市水道町9番16号	09572(6)5977
	47. 4			B	860		
長 門	47. 4		単 単	B	870	大分市往隅町717番地の5 宮崎市霧島町600	0973(44)9921
	50. 9			B	880		
大 宮	49. 10		合	B	880	(宮崎県総合保健センター内) 鹿児島市郡元3丁目3番5号	0992(55)0617
鹿 兒	42. 4		単 単	B	890	島尻郡豊見城村字真玉橋131-4	0992(55)0617
	49. 4			B	901-02		

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 家族会連合会	〒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	日本精神薄弱者 愛 護 協 会	〒105 港区西新橋2-16-1 431-0466 (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	許可 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45. 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) 高臣 武史	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) 安原 美穂	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) 岩崎 乾一	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) 山口 良泰	精神科看護の充実向上・精神衛生思想の普及等	昭51. 5. 15



我が国の精神保健

(昭和60年度版)

(精神保健ハンドブック)

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/株太陽美術/TEL (642) 6045(代)落丁・乱丁本はおとりかえます。