

我が国の精神保健

(精神保健ハンドブック)

昭和63年度版

監修 厚生省保健医療局精神保健課

我が国の精神保健

(精神保健ハンドブック)

昭和63年度版



監修 厚生省保健医療局精神保健課

ま え が き

22年ぶりに改正された精神衛生法は「精神保健法」として、昭和63年7月1日に施行され、我が国の精神保健は新たな展開を迎えています。昭和40年の前回改正以来、精神保健医療は「入院中心の治療体制から地域におけるケア体制へ」という大きな流れに乗っており、地域に根差したきめこまかな社会復帰対策への取り組みに対する支援の拡大など精神障害者の方々に対する福祉的要素をも加味した施策の一層の充実が求められてきています。

また、職場のストレス問題、キッチン・ドリンカー等アルコール関連問題や登校拒否等の児童思春期精神保健など国民全体の「心の健康」の保持向上が強く求められるようになってくるとともに、人口構成の高齢化の急速な進展に伴う痴呆性老人の問題も社会全体が取り組まなければならない大きな課題になってくるなど、精神保健対策はこれまで以上に幅広く、ライフサイクルを通じた適切な施策の展開が求められています。

精神障害者の方々の保健・医療・福祉の増進に、国・地方自治体や関係医療機関、家族会等の民間の関係者が密接な連携を保って積極的に取り組んでいくことが求められる一方、広く国民一人ひとりが「精神保健」について考え、取り組んでいくことを強く求められているといっても過言ではありません。

本書は、精神保健について、関係行政施策の現状を中心にその歴史や医学的解説、今後の展望について概観したものであり、精神保健の分野でご活躍の方はもとよりこの分野に関心をお持ちの方々の座右の資料としてもお使いいただけるよう配慮いたしました。

この小冊子が皆様方の今後の御活躍を通じて、精神保健の向上につながることを願って止みません。

平成元年2月

厚生省保健医療局精神保健課長

篠崎英夫

目 次

第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) 黎明期	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	7
(5) 精神衛生法40年改正	8
(6) 62年改正一新“精神保健法”の成立—	10
3. ライフサイクルからみた精神保健	22
(1) 胎生期の精神保健	22
(2) 乳幼児期の精神保健	23
(3) 学童期の精神保健	24
(4) 思春期（青・少年期）の精神保健	25
(5) 成人期及び向老期の精神保健	26
(6) 老年期の精神保健	27
4. 生活の場からみた精神保健	30
(1) 家庭、家族と精神保健	30
(2) 学校と精神保健	31
(3) 職場と精神保健	32
5. 精神障害に関する知識	34
(1) 精神分裂病	34
(2) 躁うつ病	34

(3) 脳器質性精神障害	35
ア アルツハイマー病	35
イ ピック病	35
ウ アルツハイマー型痴呆	36
エ 脳血管性痴呆	36
(4) 中毒性精神障害	36
ア アルコール依存症とアルコール精神病	36
イ 覚せい剤依存	37
ウ 有機溶剤依存	37
(5) 症状精神病	37
(6) 心因性精神障害	38
(7) 児童思春期の精神障害	39

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	40
2. 精神障害者対策	44
(1) 精神保健法の内容	45
ア 総 則	45
イ 「精神障害者」の定義	45
ウ 都道府県等における施設	46
エ 保護義務者	46
オ 精神保健指定医	47
カ 診察及び保護の申請等	48
キ 通院医療	51
ク 入院医療	51
ケ 精神病院等に対する監督	54
コ 精神障害者の社会復帰	55

(2) 医療体制	56
ア 精神保健指定医制度	56
イ 入院制度	56
(ア) 入院形態	56
(イ) 入院時の告知	70
(ウ) 入院患者の処遇	70
(エ) 措置入院者及び医療保護入院者の定期病状報告	76
(オ) 精神医療審査会	76
ウ 通院	83
(ア) 通院医療費公費負担制度	84
(イ) 精神科デイ・ケア等	96
(ウ) 精神医療に係る社会保険診療報酬の取扱い	101
(3) 医療施設体制	103
ア 精神病院	103
(ア) 精神病院の現状	103
(イ) 都道府県の設置義務	103
(ウ) 指定病院制度	104
イ 精神科診療所	106
(4) 社会復帰対策	107
ア 社会復帰対策の概要	107
イ 保健所における社会復帰促進事業	116
ウ 社会復帰施設	122
(ア) 精神障害者援護寮	122
(イ) 精神障害者福祉ホーム	122
(ウ) 精神障害者通所授産施設	123
エ 通院患者リハビリテーション事業等	130
(ア) 通院患者リハビリテーション事業	130

(イ) 精神障害者小規模作業所運営助成事業	135
(5) 研究の推進	135
3. 地域精神保健対策	137
(1) 地域精神保健活動の目標と計画	138
(2) 地域精神保健活動の主体	140
ア 保 健 所	140
イ 精神保健センター	144
ウ 精神病院等医療機関	146
エ 社会復帰施設等	146
4. 精神保健の財政	156
(1) 国民医療費における精神医療費	156
(2) 精神保健関係予算	156
(3) 費用の助成	160
ア 医療費公費負担	160
(ア) 措置入院費	160
(イ) 通院医療費	161
(ウ) 沖縄県における特例	161
イ 措置入院に係る費用徴収	161
ウ 精神医療適正化対策費	164
エ 精神保健センター等の運営費補助	164
(ア) 精神保健センター運営費	164
(イ) 精神障害者社会復帰施設等運営費	164
(ウ) 通院患者リハビリテーション事業費	166
(エ) 精神障害者小規模作業所運営助成費	166
オ 精神病院等の施設整備費補助	167
(ア) 精 神 病 院	167
(イ) 精神保健センター等	167

カ	精神病院等の設備整備費補助	168
キ	地方交付税	168
ク	資金融資	168
5.	心の健康づくり対策	171
(1)	心の健康づくり対策の経緯	171
(2)	心の健康づくり対策に関連する事業	174
(3)	今後の課題	174
6.	思春期精神保健対策	176
(1)	精神保健センターにおける相談指導等	176
(2)	専門職に対する研修	177
7.	アルコール関連問題対策	183
(1)	アルコールの疫学	184
(2)	アルコール関連問題	191
ア	アルコール関連身体的障害	191
イ	アルコール関連社会的障害	192
ウ	アルコール精神疾患	192
(3)	アルコール関連問題の予防対策	198
ア	対象	198
イ	適正飲酒の普及	199
ウ	相談指導	199
エ	医療	199
(ア)	入院医療	199
(イ)	通院医療	200
オ	地域対策	201
(ア)	精神保健センター	201
(イ)	保健所	201
(ウ)	教育機関	201

(エ) 精神病院等医療機関	201
(オ) 社会復帰施設	201
(カ) 社会福祉機関	202
(キ) 断酒会等ボランティア団体	202
(4) アルコール研修	202
8. 覚せい剤中毒対策	209
(1) 覚せい剤乱用の現状と対策	209
(2) 覚せい剤の慢性中毒者等に対する医療保護	210
(3) 今後の覚せい剤中毒者対策	212
9. 老人精神保健対策	218
(1) これまでの経緯	218
(2) 調査研究について	259
(3) 発生予防対策	259
(4) 在宅保健対策	260
(5) 施設対策	262
ア 入 院	262
イ デイ・ケア	262
(6) 基盤整備	264

第3章 国立精神・神経センター精神保健研究所

1. 沿 革	269
2. 研 究 内 容	273
3. 研 修	274
4. 技 術 交 流	276

第4章 諸外国における精神保健

1. WHOの精神保健活動	277
---------------------	-----

2. アメリカにおける精神保健の展開	278
3. ヨーロッパの精神医療	281
4. ソ連の精神医療	289
5. 発展途上国の精神保健	289
6. む す び	290

第5章 関連法規及び施設

1. 厚生省関係	292
(1) 社会福祉事業法	292
(2) 生活保護法	292
(3) 児童福祉法	294
(4) 老人福祉法	294
(5) 精神薄弱者福祉法	296
(6) 国民年金法及び厚生年金保険法	296
2. 文部省関係	297
3. 法務省関係	297

(資料編)

I 精神保健関係法令

1. 精神保健法	299
----------------	-----

II 参考資料

表1 傷病(大分類)・年次別受療率(人口10万対)	346
表2 傷病(小分類)・受療の種別にみた全国推計患者数	347
表3 入院・外来別受療者の疾病別割合(%) (昭和59年)	348
表4 年齢階級別精神障害受療率の年次推移	348
表5 主要傷病別受療率(人口10万対)の年次推移	348

表 6	都道府県別精神病院数・病床数及び在院患者数等の状況	349
表 7	病名別・性別・年齢別在院患者数	350
表 8	都道府県別・性別・年齢別在院患者数	351
表 9	都道府県別疾病別在院患者数	352
表10	都道府県別年間入退院患者数等	354
表11	精神病床数・入院患者数・措置患者数・措置率・利用率の推移	355
表12	単科精神病院の年間外来患者延数等の年次推移	355
表13	在院患者数・措置患者数・医療扶助人員の年次推移	355
表14	都道府県別精神保健相談状況	356
表15	都道府県別精神保健訪問指導状況	357
16	精神衛生実態調査結果概要	358
17	精神障害者小規模保護作業所調査結果の概要	364
18	精神障害者共同住居調査結果の概要	365
19	精神病院入院患者の通信・面会に関するガイドラインの実施状況について（概要）	366

Ⅲ 精神保健年表 370

Ⅳ そ の 他

1.	各都道府県精神保健担当課一覧	378
2.	精神保健センター一覧	379
3.	主な関係団体一覧	380

図 表 目 次

〔表〕 1.	昭和6年末の精神病患者数	6
2.	昭和6年末の施設数と収容人員	6
3.	年次別精神障害者鑑定申請・通報・届出の処理件数	50
4.	精神科デイ・ケア承認状況	100
5.	都道府県別開設者別精神病院数及び精神病床数 (昭和62年)	105
6.	保健所における社会復帰相談指導事業実績	117
7.	保健所における精神保健相談状況及び精神保健訪問 指導状況	143
8.	国民医療費に占める精神病医療費の割合	157
9.	精神保健関係予算	158
10.	措置入院患者数及び措置入院費の推移	165
11.	通院患者数及び通院医療費(予算額)	165
12.	費用徴収基準額	166
13.	アルコール消費量と飲酒者数等の推移	187
14.	都道府県別成人1人当たり純アルコール換算酒類消費量	189
15.	入院アルコール依存症等患者数(推計)	190
16.	アルコール依存徴候を有する精神病の分類	195
17.	国立精神・神経センター組織図	272
18.	課程別研修修了者数(昭和63年3月まで)	276
〔図〕 1.	精神保健行政組織のしくみ	43
2.	精神障害者対策の概要	44
3.	通院医療制度の概要	85
4.	精神科デイ・ケアのプログラム(例)	98

5. 精神障害者社会復帰体系図	113
6. 酒類消費数量の推移	186
7. 性・年齢階級別の飲酒者の割合	188
8. アルコール精神疾患の分類	193
9. アルコール依存症の概念	194
10. アルコール関連問題の予防対策	198
11. 覚せい剤事犯検挙人員の推移	210
12. 老人性精神障害に対する施策一覧	258

通知・審議会意見等目次

〔通知〕

1. 市町村長同意事務処理要領（63.6.22 健医発743）	60
2. 精神保健法第17条の2に規定する精神医療審査会について （63.5.11 健医発574）	77
3. 精神保健法第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（40.9.15 衛発648）	86
4. 精神保健法第5条による指定病院の指定基準 （40.9.15 衛発646）	106
5. 精神障害者に係る資格制限・利用制限等について （62.7.21 健医発881）	114
6. 保健所における精神保健業務中の社会復帰相談指導実施要領 （50.7.8 衛発374）	118
7. 保健所における精神保健業務中のデイ・ケア事業実施要領 （62.9.24 衛発1084）	119
8. 精神障害者社会復帰施設設置運営要領 （63.2.17 健医発143）	124

9. 通院患者リハビリテーション事業実施要綱	
(57.4.16 衛発360)	132
10. 保健所における精神保健業務運営要領	
(41.2.11 衛発76)	147
11. 精神保健センター運営要領 (44.3.24 衛発194)	151
12. 精神保健センターにおける特定相談指導事業実施要領	
(64.1.5 健医発3)	153
13. 心の健康づくり推進事業実施要領 (60.6.18 健医発727)	154
14. 精神保健法による措置入院者の費用徴収額の認定の取扱い について (63.11.18 健医発1326)	161
15. 精神保健法による措置入院者の費用徴収額の認定の取扱い について (63.11.18 健医精発43)	162
16. 覚せい剤の慢性中毒者等に対する精神保健法に基づく医療 保護措置等の徹底について (56.8.11 衛精58)	211
17. 保健所における精神保健業務中の老人精神保健相談指導要領	
(58.1.13 衛発22)	261
18. 痴呆性老人専門治療病棟施設整備基準	
(63.7.5 健医発785)	265
19. 痴呆性老人デイ・ケア施設施設整備基準	
(63.7.5 健医発785)	267

〔審議会意見等〕

1. 精神衛生法改正の基本的な方向について (中間メモ)	
(61.12.23 公衛審精神部会)	12
2. 精神障害者の社会復帰に関する意見 (61.7.25 公衛審)	108
3. 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	
(56.4.22 精神障害者職親制度検討委員会)	131
4. ストレスと健康に関する懇談会報告書 (要旨)	172

5. 思春期精神保健対策に関する意見	
(60.8.30 思春期精神保健懇談会)	178
6. アルコール関連問題対策に関する意見	
(60.10.9 公衛審)	204
7. 覚せい剤中毒者対策に関する意見 (57.11.12 公衛審)	213
8. 老人精神病棟に関する意見 (55.3.6 公衛審)	220
9. 老人精神保健対策に関する意見 (59.11.24 公衛審)	226
10. 厚生省痴呆性老人対策推進本部報告 (62.8.26)	230
11. 痴呆性老人対策専門家会議提言 (63.8)	238

第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のような状態をいうのであろうか。これは精神的な疾病にかかってい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に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」として浮かび上がってくる事例であり、このような事例を取り扱う際には、その背後にある社会的環境との関連を合わせて考える必要がある。

変化の激しい現代社会において、国民の一人ひとりが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。これが公衆衛生の一分野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った状態にある人達に対しては、早期治療への導入等によって精神障害の発生・増悪をできるだけ防止するとともに、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子防といわれるが、疾病そのものの子防（第一次子防）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（第二次子防）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（第三次子防）まで含めて考えねばならない。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、この第二次子防や第三次子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的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、これを人の生活史の面から見ると、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時期における精神保健が問題になる。また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) 黎明期

明治初期までは、精神保健の分野に全く法的規制のないままに推移していた。この時期においては、我が国の精神医学は進歩しておらず、精神病の治療は、そのほとんどが加持祈とうに頼っており、社寺の樓塔は精神病者の収容施設のごとき観があった。

明治の衛生行政が、本格的軌道に乗り出したのは、明治6年、文部省の医務課が医務局となり、7年に医制が發布されてからであり、この医制の一つに癲狂院の設立に関する規定があった。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。

公立の精神病院としては、明治8年に南禅寺境内に建設された京都癲狂院が最初である。私立精神病院では、加藤癲癲病院が11年に東京府から開設許可された。

明治12年になると医育機関で精神病学が教えられるようになった。この年、東京大学ではベルツが、愛知医学校ではロレッツが初めて近代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た。19年には帝国大学医科大学に精神病学教室が置かれ、初代の榊俣教授が日本人として初の講義を行った。更に30年に榊の後を継いだ呉秀三教授によって日本における近代精神医学の基礎が固められた。

一方、明治17年に始まった相馬事件によって、精神病者に対する社会の関心が高まり、このころから癲狂院に代わって精神病院という名称が一般に用いられるようになった。

(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、次いで相馬事件などが重要なきっかけとなって、33年3月に精神病者の保護に関する最初の一般的法律「精神病者監護法」が公布、同年7月1日から施行された。

精神病者監護法の内容は、

- ① 後見人、配偶者、親権を行う父又は母、戸主、親族会で選任した4親等以内の親族を精神病者の監護義務者として、その順位を定める。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る。
- ② 精神病者を監置できるのは監護義務者だけで、病者を私宅、病院などに監置するには、監護義務者は医師の診断書を添え、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 行政官庁に監置を監督する権限を与える。
- ④ 監護に要する費用は被監護者の負担で、被監護者にその能力がないときは扶養義務者の負担とする、などを骨子としていた。

しかしながら、監置の方法において私宅監置をも許していたので、医療保護の面では、きわめて不十分であり、社会の変化に伴う精神病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して帰国した。35年には精神病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、39年、「官立医学校ニ精神科設置」の決議を行った。40年には北海道に道府県立以外の公立精神病院の初めとして公立函館区立精神病院が開設された。42年に、41年1月以降公立精神病院およびその退院者につき詳細な調査を行った結果、患者数2万5千人、病床2千5百床、私宅監置約3千人というような精神病者の実態が明らかになり、その収容施設の整備拡充の必要なことがわかったため、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、精神障害者対策は監護から医療へと前進することとなった。

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た。その結果、精神病患者総数は約6万5千人、そのうち精神病院等に入院中のものが約5千人に過ぎず、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2分の1が収容されていることが明らかとなった。この結果から、保健衛生調査会は、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備を整えるよう、内務大臣に対して建議した。

このような状況の中で大正8年、精神病院法、結核予防法、トラホーム予防法は同じ委員会で審議可決された。

精神病院法の内容は、

- ① 内務大臣は道府県に精神病院の設置を命じることができ、道府県が設置した精神病院は地方長官の具申によって前項の命令により設置したものとみなすことができる。また内務大臣は第1条の精神病院に代用するため公私立精神病院を指定することができる（代用精神病院）。
- ② 本法により精神病院に入院させるべき精神病患者は、監護法によって市区町村長が監護すべき者、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、療養の道なき者、地方長官が入院の必要を認める者である。
- ③ 地方長官は入院した者（あるいはその扶養義務者）から入院費の全部または一部を徴収できる。また本法による精神病院に対し建築・設備費の2分の1、運営費の6分の1を国庫が補助する、などを骨子としていた。

この精神病院法によって、精神病に対する公共の責任として公的精神病院を

設置する考え方がはじめて明らかにされた。

しかしながら、公立精神病院の建設は予算不足等のため遅々として進まず、わずかに大正14年の鹿児島保養院、昭和元年の大阪中宮病院、4年の神奈川芹香院、6年の福岡筑紫保養院、7年の愛知城山病院を数えるのみであった。

公立精神病院の建築が遅々としてはかどらない一方、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7万余人に対し、収容数は約1万5千人であった。人口当たり病床数は諸外国に比して10分の1の低さを示し、病院数は約90、病院法による施設をもつ府県は僅か3府17県であった。

昭和元年には日本精神衛生会が設置され、また、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者の保護は全く顧みられず、

〔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

15年には約2万5千床もあった病床は、戦火による消失や経営難により閉鎖され、終戦時には約4千床にまで減少した。

(4) 精神衛生法の制定

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。

この法律と旧法との相違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ことを改め、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求められている施設に収容することにし、私宅監置は1年間で廃止することにした。
- ③ 従来は狭義の精神病者だけを対象にしていたが、新たに精神薄弱者、精神病質者も含めた。

新しく規定されたこととして、

- ④ 精神障害の発生予防、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認め、仮入院、仮退院という制度が設けられた。

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、ようやく戦前程度までに回復したが、29年7月の全国精神障害者実態調査によって、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、法改正により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、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8万5千床に達するなど、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。

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。

他方、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。

(5) 精神衛生法40年改正

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、精神障害の発生予防か

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。その折しも、39年3月、有名なライシャワー事件が発生し、精神障害者の不十分な医療の現状が大きな社会問題となり、そのために準備中の法改正の必要性に一層の拍車が掛けられた結果、精神衛生法の一部改正が40年6月に行われた。

この法改正の特徴は次のようなものである。

- ① 保健所を地域における精神保健行政の第一線機関としてを位置づけ、精神衛生相談員を配置できることとし、在宅精神障害者の訪問指導、相談事業を強化した。
- ② 保健所に対する技術指導援助などを行う各都道府県の精神保健に関する技術的中核機関として、精神衛生センターを設けた。
- ③ 入院中心の医療から通院中心への転換を推進し、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、守秘義務規定などを新たに加え、適正な医療保護の充実を図った。

昭和40年の法改正に伴って41年に「保健所における精神衛生業務運営要領」が示され、44年の「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59年には2.9万人にもなり、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60年48.1万件と7倍になっている。

一方、措置入院患者は徐々に減少し、昭和45年の7.7万人をピークに昭和50

年には6.4万人、60年には3.1万人となった。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、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、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」、55年には「精神衛生社会生活適応施設」の運営要領が示され、施設対策を充実していった。

施設対策以外の面では49年に作業療法、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。また、61年には集団精神療法、ナイト・ケア、訪問看護・指導料等の点数化が実現し、公衆衛生審議会精神衛生部会より「精神障害者の社会復帰に関する意見」が出された。保健所においても昭和50年度に「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」が開施され、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」が始まった

(6) 62年改正一新“精神保健法”の成立—

このように40年改正以後における精神保健行政は、精神医学の進歩等に伴い「入院医療中心の治療体制から地域におけるケアを中心とする体制へ」という大きな流れを踏まえて展開されてきたところであるが、その流れの中で、精神障害者の医療及び保護の確保を主な目的とする精神衛生法について、諸状況の変化に十分対応すべく、特に入院患者をはじめとする精神障害者の人権擁護と適正な精神科医療の確保という観点から見直しを行うべきであるとの機運が生ずるに至った。

また、昭和58年度に行った精神衛生実態調査の結果から精神病院入院患者の約3割が「条件を整えば退院できる」ということが明らかになるなど精神障害者の社会復帰の促進を図るための施策の一層の充実が強く求められ、従

来からの精神障害者福祉法制の整備を求める声も強まった。

このような中で、いわゆる宇都宮病院事件などの精神病院の不祥事件を契機に精神衛生法改正を求める声が国内外から強く示されるに至り、厚生省としては、いわゆる三局長通知や通信・面会に関するガイドラインによる指導を強化し、同時に精神障害者の人権に十分に配慮して適正な医療及び保護が行われるよう図るとともに、社会復帰の促進を図る観点から精神衛生法改正に着手することを明らかにし（昭和60年8月）、検討が進められることとなった。

その結果、厚生省は、61年12月23日に公衆衛生審議会から審議会における法律改正についての検討結果として発表された「精神衛生法改正の基本的な方向について（中間メモ）」に沿った形で改正法案の作成を行い、「精神衛生法等の一部を改正する法律案」として、62年3月第108回国会に提出した。

改正法案は、第108回国会においては審議されず継続審査とされたが、第109回国会において、衆議院社会労働委員会における一部修正の後、衆議院・参議院を通過成立、昭和62年9月26日に法律第98号として公布された。改正法は、昭和63年7月1日に施行され、従来の「精神衛生法」は「精神保健法」として新たな一歩を踏み出した。

今後は、社会復帰施設の設置の促進等により、新法の効果が最大限に発揮されるよう努めるとともに、比較的新しい問題である老人性痴呆対策や思春期精神保健対策等の充実に努めなければならない。

精神衛生法改正の基本的な方向について（中間メモ）

昭和61年12月23日

公衆衛生審議会精神衛生部会

第1 はじめに

近年、我が国の精神医療・精神保健をめぐる状況には大きな変化がみられる。医学の進歩等に伴い入院中心の治療体制から地域中心の体制への転換と精神障害者の社会復帰の促進が強く求められている。他方、精神障害者の人権をめぐる議論が高まっており、現行の精神衛生法について精神病院入院患者の人権という観点からその見直しを行うべきであるとの意見が強く出されている。

このような中で、厚生省においては次期通常国会に精神衛生法改正案を提出すべく、現在幅広く検討を行っている。

当部会においては、去る10月以降、精神衛生法改正に関して精力的に審議を行ってきたが、今後の当部会での審議あるいは現在行われている精神衛生法改正のための検討にも資するものとするため、当部会として、これまでの審議を踏まえた精神衛生法改正に当たっての基本的な考え方並びに当面改正すべき事項についての中間的な意見を取りまとめた。なお、多くの検討すべき問題を残しているが、それについては今後引き続き検討を行っていくこととした。

第2 基本的な考え方

精神衛生法の改正に当たっては、国民の精神的健康の保持及び向上を図るとともに、患者の個人としての尊厳を尊重し、その人権を擁護しつつ、適切な精神医療の確保及び社会復帰の推進を図ることを基本的な方向とすべきである。このため保健、医療、社会復帰及び社会福祉を包括する総合的施策の実施が必要である。

今日、精神保健の問題は、多様化し、複雑化する現代社会において極めて重要な課題になっている。このため、国民が自らの精神的健康の保持増進に努めるとともに、地域においても、精神保健対策の充実が図られる必要がある。

精神医療については、できる限り一般医療と同様、生活の場に密着したところで適切な医療が受けられる体制を整備する必要がある。医療形態については通院医療を推進し、入院を必要とする場合には、できるだけ本人の意思に基づく入院医療を進め、本人の意思によらない入院医療については、必要限度を超えることのないよう患者の人権が尊重される制度とすることが必要である。

また、精神障害者の社会復帰・社会参加については、本年7月の本審議会の意見具申において述べられた考え方に沿って、その推進のための対策を更に強力に進めていくことが必要である。

なお、精神保健、医療に関しては、研究とスタッフの養成・充実が重要であり、今後とも積極的に取り組んでいく必要がある。

第3 当面改正すべき事項

以上のような基本的な考え方に基づいて、当面、以下に掲げる方向で精神衛生法改正

が行われるべきである。

I 地域精神保健対策の推進

国及び地方公共団体が広く国民一般の精神的健康の保持及び向上を図るための施策の実施に積極的に取り組むべきことにつき、法律に規定を設けることが必要であると考えられる。

II 入院制度等

1 入院形態の見直し

1) 自由入院の法定化

ア 現行法において規定されている入院形態はいずれも本人の意思とは関係のないものであるが、患者の人権という観点からも本人の意思による入院を推進すべきであって、法律上も明確に位置付けることが必要であると考えられる。なお、他の入院形態で入院した者もできるだけ自由入院へ移行しやすいようにすべきである。

イ 自由入院患者については本人の意思により退院できることが原則である。ただし、自由入院患者といえども病状によっては他の入院形態へ移したり、家族との連絡・調整等が必要な場合があるので、例えば72時間程度の短時間の退院制限をできるようにする必要があると考えられる。

ウ 自由入院患者については、原則として開放的処遇によるべきである。ただし、病状によっては、一時的にその医療又は保護のため必要最少限の行動制限を行うことができるものとするのが適当であると考えられる。

エ なお、「自由入院」という呼称については、他の適切なものとする必要がある。

2) 同意入院の見直し

ア 同意入院は本人の意思によらない入院であり人権上も特段の配慮を要するものである。この入院形態は、入院医療が必要であるにもかかわらず本人が同意しない場合に限定し、精神衛生法に規定する指定医の診断を要件とするとともに、定期的にチェックする仕組みを制度化する等の措置を講じた上で、患者の医療を確保する観点から存続させることが適当であると考えられる。

イ 患者の早期治療という観点から、家庭裁判所による保護義務者選任手続きの実態等を踏まえ、医療上必要な場合に入院させることができるよう、例えば扶養義務者が同意した場合に一定期間に限り入院を認める措置が可能となるようにすることが適当である。

ウ なお、「同意入院」という呼称については、他の適切なものとする必要がある。

3) 措置入院の適正化

措置入院制度の適正な運用という観点から、他の入院形態に移す場合を含め措置の解除に当たっても精神衛生法に規定する指定医の診察を要件とする必要があ

ると考えられる。

4) 精神科救急への対応

精神科医療においても意識障害の場合など救急的な対応が必要とされる場合があるので、実施する病院等について一定の要件を課した上で、精神衛生法に規定する指定医の判断によって例えば72時間程度の短期間に限り入院が可能となるよう制度を設けることが適当であると考えられる。

2 入院手続の整備

入院に際しては、患者又はその保護義務者からの調査請求が保障されていること等患者の権利保護に必要な一定の事項について告知を行うよう制度化する必要がある。

3 入院患者の人権の確保

1) 定期的な病状報告の実施

措置入院患者及び同意入院患者について、入院後の期間に応じて一定期間ごとに病状報告を徴し、入院継続の要否について定期的にチェックを行う必要がある。

2) 入院患者にかかる調査請求規定の整備

入院継続の要否その他患者の処遇に関して都道府県知事に対して患者又はその保護義務者から調査を請求することができるよう規定を整備する必要がある。

3) 入院患者にかかる審査機関の設置

1)の病状報告による入院患者の入院継続の要否及び2)の調査請求に関して、公正かつ専門的な観点から判断を行うための審査機関を都道府県に新たに設けることが適当であると考えられる。

4) 行動制限規定の明確化

入院患者の行動制限に関しては、患者の人権擁護の観点に立って、必要最少限にとどめる。特に、入院患者にかかる信書の発受信については制限を行うことができない旨を明確化すること、また、保護室の使用等少なくとも一定の行動制限については精神衛生法に規定する指定医の判断に基づくものとする事等の措置を検討することが必要であると考えられる。

4 精神衛生鑑定医制度の見直し

1) 指定要件の見直し

患者の人権に十分配慮する必要があることに鑑み、精神衛生鑑定医の指定の要件としての精神科実務経験について見直すとともに所定の研修を要件として加えるなどの見直しを行い、精神衛生法に規定する指定医として位置付けることが必要であると考えられる。

2) 指定医の業務

1)の精神衛生法に規定する指定医は、従来の精神衛生鑑定医の業務を行うほか、一定の行動制限、退院制限や同意入院患者の入院等についての判断を行うものとする必要があると考えられる。

5 精神病院に対する指導・監督規定の整備

精神病院における患者処遇の適正を一層確保する観点から、国及び都道府県は精神病院に対して患者処遇に関する報告徴収・調査等を行い、改善勧告等必要な措置を講ずることができるようにすることが適当であると考えられる。

Ⅲ 精神障害者の社会復帰・社会参加の促進

- 1 精神障害者の社会復帰・社会参加の促進については、本年7月の本審議会の「社会復帰に関する意見」を踏まえ、社会復帰のための施設の設置等に関する規定や、社会復帰・社会参加の促進について、それぞれの役割分担を十分に検討した上で、国・地方公共団体並びに民間レベルの積極的な取組みに関し規定を設ける必要があると考えられる。
- 2 精神障害者の社会復帰の促進という観点から、精神病院において患者に対する相談・援助や家族等との調整・連絡等を行う職員を置く旨をうたうことが適当であると考えられる。

Ⅳ その他

1 法律の名称について

法律の名称については、例えば「精神保健法」というものに改めることが適当であると考えられる。

2 いわゆる大都市特例について

精神保健行政においていわゆる大都市特例を設けることが望ましいと考えるが、他の行政分野における道府県と大都市との役割分担との整合性等に配慮しつつ、検討すべきであるとする。

3 精神障害者の定義規定について

現行法第3条の精神障害者の定義規定については、その全面的な改正を求める意見もあるほかその範囲及び規定の仕方など種々議論を要する点が多いことから、引き続き慎重に検討を行っていくことが必要である。

4 保護義務者について

保護義務者に係る問題については、市町村長が保護義務者として入院の同意を行うことを含め、更に検討を行う必要がある。

改正の概要

第1 法律の題名及び目的等

- 1 法律の題名を「精神保健法」に改めたこと。
- 2 この法律の目的を、精神障害者等の医療及び保護を行い、その社会復帰の促進並びに発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによって、精神障害者等の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図ることとしたこと。
- 3 国及び地方公共団体の義務に、社会復帰施設を充実すること、精神保健に関する調査研究を推進すること及び国民の精神保健の向上のための施策を講じることを加えたこと。
- 4 国民は、精神的健康の保持及び増進に努めるとともに、精神障害者等に対する理解を深め、及び精神障害者等がその障害を克服し、社会復帰しようとする努力に対し、協力するように努めなければならないこととしたこと。

第2 入院制度等

1 入院形態

- (1) 精神病院の管理者は、精神障害者を入院させる場合においては、本人の同意に基づいて入院が行われるように努めなければならないことを規定したこと。
- (2) 自らの入院については同意する精神障害者の入院形態として、「任意入院」を法律上位置付け、次の事項を規定したこと。
 - ア 精神病院の管理者は、その入院に際し、任意入院者に対して3(4)の退院等の請求に関すること及びその他の事項を書面で知らせ、自ら入院する旨を記載した書面を受けなければならないこと。
 - イ 任意入院者から退院の申出があった場合には、その者を退院させなければならないこと。この場合において、精神病院の管理者は、その者の医療及び保護のため入院を継続する必要があると精神保健指定医（以下「指定医」という。）が認めたときは、当該者に対し、当該措置を採る旨、退院等の請求に関すること及びその他の事項を書面で知らせ、72時間を限り退院制限を行うことができること。
- (3) 措置入院等について、次の事項を規定したこと。
 - ア 指定医は、措置入院及び緊急措置入院の必要があるかどうかを判定するに当たっては、厚生大臣が定める基準によらなければならないこと。
 - イ 措置の解除及び仮退院に当たっては、指定医の診察を要件とすること。
 - ウ 緊急措置入院の入院期間の限度を72時間に改めること。
- (4) 同意入院について次の事項を規定するとともに、その呼称を「医療保護入院」に改めたこと。
 - ア 入院に当たって、指定医による診察を要件とすること。
 - イ 家庭裁判所による保護義務者の選任がなされるまでの間、扶養義務者の同意により4週間を限り、入院させることができるものとする。
 - ウ 精神病院の管理者は、医療保護入院により入院している者を退院させたときは、10日以内に、その旨を都道府県知事に届け出なければならないものとする。

(5) 「応急入院」を設け、次の事項を規定したこと。

ア 対象者は、指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障があると認められた者であること。なお、その者について医療及び保護の依頼があった場合において、急速を要し、保護義務者等の同意を得ることができないときに限られるものとする。

イ 入院は、厚生大臣の定める基準に適合するものとして都道府県知事が指定する精神病院に限り、72時間を限度として、認められること。

ウ 精神病院の管理者は、応急入院の措置を採った場合には、直ちに、当該措置を採った理由等を、都道府県知事に届け出なければならないこと。

2 入院時の告知

入院を行う場合においては、精神病院の管理者等は、当該措置に係る者に対し、入院措置を採る旨、3(4)の退院等の請求に関する事項及びその他の事項について、書面で知らせなければならないこととしたこと（ただし、症状に照らし、その者の医療及び保護を図る上で支障があると認められる間はこの限りでないこと。）。

3 入院患者の処遇等

(1) 信書の発受の制限、都道府県その他の行政機関の職員との面会の制限その他の行動の制限であって厚生大臣の定めるものについてはこれを行うことができないものとするとともに、患者の隔離その他の著しい行動制限であって厚生大臣が定めるものについては、指定医が必要と認める場合でなければ行うことができないこととしたこと。

(2) 厚生大臣は、精神病院に入院中の者の処遇について必要な基準を定めることができることとし、精神病院の管理者は、この基準を遵守しなければならないものとしたこと。

(3) 精神病院の管理者は、措置入院者及び医療保護入院者の症状等を、厚生省令で定めるところにより、定期的に、都道府県知事に報告しなければならないものとしたこと。

(4) 精神病院に入院中の者又はその保護義務者は、都道府県知事に対し、退院又は処遇の改善のために必要な措置を採ることを命ずることを求めることができることとしたこと（「退院等の請求」）。

第3 精神医療審査会

1 都道府県に、精神医療審査会（以下「審査会」という。）を設置することとしたこと。

ア 審査会の委員は、5人以上15人以内とし、精神障害者の医療に関し学識経験を有する者（指定医である者に限る。）、法律に関し学識経験を有する者及びその他の学識経験を有する者のうちから、都道府県知事が任命すること。

イ 審査会は、精神障害者の医療に関し学識経験を有する者のうちから任命された委員3人、法律に関し学識経験を有する者のうちから任命された委員1人、その他の学識経験を有する者のうちから任命された委員1人をもって構成する合議体で審査の案件を取り扱うものとする。

2 都道府県知事は、次の場合には、審査会に審査を求めなければならないこととしたこと

と。

ア 定期の報告及び医療保護入院者に関する入院時の届出を受けた場合 その入院の必要があるかどうかについての審査

イ 退院又は処遇の改善のための請求を受けた場合 その入院の必要があるかどうか又はその処遇が適正であるかどうかについての審査

3 審査会は、必要があると認めるときは関係者の意見を聴くことができることとしたこと。また、2イの審査をするに当たっては、退院等の請求をした者及び当該審査に係る患者の入院している精神病院の管理者の意見を聴かなければならないものとしたこと（ただし、審査会がその必要がないと特に認めた場合にはこの限りでないこと。）。

4 都道府県知事は、審査会の審査の結果に基づき、その入院が必要でない認められた者を退院させ、又は精神病院の管理者にその者を退院させることを命じ若しくはその者の処遇の改善のために必要な措置を採ることを命じなければならないものとしたこと。また、退院等の請求を行った者に対しては、審査の結果及びこれに基づき採った措置を通知するものとしたこと。

第4 精神保健指定医

1 指定の要件

(1) 従来の精神衛生鑑定医制度を見直し、厚生大臣が、次に該当する医師のうち必要な知識及び技能を有すると認められる者を、その者の申請に基づき、公衆衛生審議会の意見を聴いて指定する「精神保健指定医」制度を創設したこと。

ア 5年以上診断又は治療に従事した経験（3年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を含む。）を有すること。

イ 厚生大臣が定める精神障害に関する診断又は治療に従事した経験を有すること。

ウ 厚生大臣又はその指定する者が行う研修（申請前1年以内に行われたものに限る。）の課程を修了していること。

(2) (1)にかかわらず、厚生大臣は、指定医の指定を取り消された後5年を経過していない者その他指定医として著しく不適当と認められる者については、公衆衛生審議会の意見を聴いて、指定をしないことができることとしたこと。

2 指定後の研修

指定医は、5年ごとに、厚生大臣又はその指定する者が行う研修を受けなければならないこととしたこと。

3 指定の取消し

指定医がこの法律若しくはこの法律に基づく命令に違反したとき又はその業務に関し著しく不当な行為を行ったときその他指定医として著しく不適当と認められるときは、厚生大臣は、公衆衛生審議会の意見を聴いて、その指定を取り消すことができることとしたこと。

4 経過措置

施行の日において精神衛生鑑定医である者については指定医とみなすこととしたこと。

第5 精神病院等に対する監督規定

- 1 厚生大臣又は都道府県知事は、必要があると認めるときは、精神病院の管理者に対し、当該精神病院に入院中の者の症状又は処遇に関し、報告を求め、立入検査等を行うことができることとするとともに、精神病院の管理者又は入院についての同意をした者等に対し、その入院のための必要な手続に関し、報告等を求めることができることとしたこと。
- 2 厚生大臣又は都道府県知事は、精神病院の管理者に対し、厚生大臣が定める処遇の基準に適合しないと認める等のときは、その処遇の改善のために必要な措置を採ることを命ずることができることとしたこと。

第6 精神障害者の社会復帰等

1 精神病院に入院中の者に対する相談・援助等

精神病院の管理者は、入院中の者の社会復帰の促進を図るため、その者の相談に応じ、必要な援助を行い、及びその保護義務者等との連絡調整を行うように努めなければならないこととしたこと。

2 精神障害者社会復帰施設

- (1) 精神障害者の社会復帰の促進を図るため、都道府県、市町村、社会福祉法人その他の者は、次に掲げる精神障害者社会復帰施設を設置することができることとしたこと。

ア 精神障害者生活訓練施設

精神障害のため家庭において日常生活を営むのに支障がある精神障害者（精神薄弱者を除く。）が日常生活に適應することができるように、低額な料金を、居室その他の設備を利用させ、必要な訓練及び指導を行うことにより、その者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設

イ 精神障害者授産施設

雇用されることが困難な精神障害者（精神薄弱者を除く。）が自活することができるように、低額な料金を、必要な訓練を行い、及び職業を与えることにより、その者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設

- (2) 国、都道府県は、精神障害者社会復帰施設の設置及び運営に要する費用に関して補助することができることとしたこと。

- 3 社会福祉事業法を改正し、精神障害者社会復帰施設を経営する事業を社会福祉事業法上第二種社会福祉事業と位置づけ、また、医療法を改正し、医療法人の業務の範囲に、精神障害者社会復帰施設の設置を加え、それぞれ社会福祉法人、医療法人等が精神障害者社会復帰施設を設置できるよう措置したこと。

第7 施行期日等

1 施行期日

この法律は、公布の日から起算して1年を超えない範囲内において政令で定める日から施行すること。

2 検 討

政府は、改正法の施行後5年を目途として、新法の規定の施行の状況を勘案し、必要があると認めるときは、新法の規定について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする事としたこと。

入院制度等の比較

項 目	改 正 前	改 正 後
1) 入院形態	<p>----- (いわゆる自由入院) -----</p> <p>措置入院 (自傷他害のおそれのある精神障害者(都道府県知事による入院) ○ 2名以上の精神衛生鑑定医の診察結果の一致により入院させる。</p> <p>同意入院 (医療及び保護のために入院の必要であると認められる精神障害者)者であって、保護義務者の同意のある者</p>	<p>任意入院 (自らの入院について同意する精神障害者)</p> <p>○ 退院は本人の意志による。ただし、患者の症状により72時間を限度とする退院制限を行うことができる。</p> <p>措置入院 (同 左)</p> <p>○ 2名以上の精神保健指定医の診察結果の一致により入院させる。 ○ 診察に当たっては、指定医は厚生大臣の定める基準に従う。 ○ 退院に当たって、精神保健指定医の診察を要件とする。</p> <p>医療保護入院 (同 左)</p> <p>○ 入院に当たって、精神保健指定医の診察を要件とする。 ○ 扶養義務者の同意がある場合には、4週間を超えない期間入院させることがで</p> <p>応意入院 (直ちに入院させなければ、その者の医療及び保護を図る上で著しく支障があると認められる精神障害者</p>
2) 入院時の告知		<p>病院の管理者等は、入院する者に、書面で、入院措置を採る旨及び都道府県知事に対し退院等の請求ができる旨等を告知しなければならない。</p>
3) 病状報告	<p>○ 同意入院については、入院措置を採ったときの届出のみ。 ○ 措置入院については、定期報告の規定なし。 (運用上6か月毎に病状報告)</p>	<p>○ 医療保護入院 } 定期に症状を報告 ○ 措置入院 } 定期に症状を報告</p>
4) 調査請求		<p>入院患者又は保護義務者は、都道府県知事に対し次の事項を請求できる。 ① 退院の請求 ② 処遇の改善の請求</p>
5) 行動制限	<p>病院の管理者は、医療又は保護に欠くことのできない限度において、必要な制限を行うことができる。 (通信・面会については、局長通知によりガイドラインを設定)</p>	<p>基本的な考え方は、現行通り。 ただし、信書の発受、行政機関の職員との面会等厚生大臣の定めるものについては、行動の制限はできない。又、患者の隔離等の行動制限は指定医の認定が必要。</p>
6) 審査機関		<p>○ 都道府県に精神医療審査会を設置 ○ 委員数…5～15人 ○ 合議体(精神科医3、法律関係者1、その他学識経験者1)の審査。 ○ 3)の症状報告、4)の調査請求内容の審査を行う。</p>
7) 精神保健 指 定 医	<p>精神衛生鑑定医制度 ○ 精神医療に3年以上従事した経験のある者から厚生大臣が指定。 ○ 都道府県知事の監督の下に、措置入院等に関し入院の要否の判定を行う。</p>	<p>精神保健指定医制度 ○ 5年以上の医療経験(3年以上の精神科医療経験を含む。)を有し、厚生大臣の定める精神医療に従事し、かつ、厚生大臣等の行う研修を修了した者から厚生大臣が指定。 ○ 従来の鑑定医の業務のほか、医療保護入院の要否、行動制限の認定等を行う。</p>

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、麻痺や痙れんなどの神経症状や知能障害を起こす。これらの外因の多くは予防可能であり、その意味で胎生期への配慮は重要である。

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

この意味で出生前後、乳児期早期の健康診査は重要といえる。保健所では母子保健活動の一環として、新婚学級、母親学級等の衛生教育、妊産婦の定期的指導などを行っているが、今後精神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こ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旨とするためにも、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えの自覚、さらには更年期障害と一般にいわれている内分泌系の失調は様々な精神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、記憶力、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の中心的地位の喪失、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いえることができるが、社会の急激な変化に伴い生活の場も多様化し、それにしたがって精神保健の課題もさらに広がりを示すようになった。その広がりは、移民生活、海外駐在生活、留学生活など国と国との交流に基づくもの、収容施設生活、単身生活など都市化と密接に関連するものなどである。わが国の場合、第二次世界大戦後の人口移動、年齢構成の変化などで示される社会の変貌が精神保健の問題にも強く反映しており、今後もさまざまな形で拡大することが予想される。以下、それらのうち、問題をしぼり、家庭、学校、職場の精神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つてよいだろう。

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ろうとするもので、それには一般的な施策に委ねなければならない分野と、いわゆる地域社会の組織化および家族や家庭が陥った困難な状況に対する効果的

な援助法の確立などがあり、これらが総合して行われることが重要な前提となる。

一方、病人などの世話の担い手としての家族については、病人と家族双方のかかえている問題を可能な限り統合して考えることが望ましいこととなる。一般に病人は家族や家庭の情緒的な支持、日常的な相互交流を望んでおり、家族はそれを望みながらも病人が慢性化するにしたがってそれが不可能となる。この問題を解決するためには、従来のように家族や家庭から切り離された施設収容、専門家の手が及ばない家庭内での介護という現状をなるべく打破して医療と家庭が直結できるようにしなければならないが、これは今やわが国に限らず広く世界全体の課題となりつつある。この場合のポイントは、家族の情緒的な支えと世話の経験を施設でも活かせること、慢性の病人を世話している家庭にも専門家などの技術が及ぶこととされ、いわゆる地域社会精神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、教育年限が延び就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と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ふ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) 精神分裂病

精神分裂病は躁うつ病とともに内因性精神病と呼ばれ、発現頻度が0.7～0.8%と高く、病像が特異で、治療の困難さから、精神科医療において極めて重要な疾患である。

成因は現在までのところ解明されていないが、各分野での研究より、遺伝素因の関与が極めて大きく、その素因が表現され発病に至るか否かは幼少期からの対人関係の微妙なゆがみの体験を経て思春期以降に経験する心身のストレスによって決まると考えられている。

主要症状は思考や知覚、感情、行動の障害に大別され、これらは他の症状を修飾しながら状況に応じて発現する。他の疾患には認められない共通の精神症状として、①連合障害（思考の間をつなぐ論理の弛緩）、②感情的不調和、③自閉、④アンビバレンツがあり、基本症状と呼ばれている。

多くは、種々の程度的人格障害を示す欠陥状態に至る。しかし、人格障害は必ずしも非可逆的過程をたどるものではなく、治療的働きかけによって回復する可能性がある。

病因が解明されず、合理的な治療法がない現在、治療は症状を軽減させ、対人・対社会での適応の維持と統制に向けられている。抗精神病薬による薬物療法や患者の内的世界を理解し統合を促す精神療法、現実社会への復帰を円滑に進める生活指導療法を適宜組み合わせる。

(2) 躁うつ病

躁状態あるいはうつ状態という感情障害を基礎とする病的状態が周期的に生じ、その病相は循環したり再発するが回復可能で、欠陥を残さず健康な間欠期に移行する疾患である。

成因はいまだ不明であるが、躁うつ病者の病前性格としての執着性性格のため葛藤状況で無理を重ねた結果、脳内アミン代謝の失調を招き発病するとの説

がある。

症状は気分や思考、行動面で現われるが、躁状態とうつ状態ではほぼ正反対となる。躁状態では気分は高揚し、楽観的となり、思考は促進し、連想の亢進をみ、行動は活発となり、疲れを感じない。一方、うつ状態では抑うつ気分や焦燥感がみられ、思考が遅延し、決断力も低下し、動作は著しく低下する。さらに、身体的訴えも多く、食欲低下や睡眠障害、易疲労感、頭重感、月経不順、性欲減退などがある。

治療は病識を欠くあるいは自殺のおそれがある場合を除けば、通常外来で行うことができる。躁状態には抗精神病薬や炭酸リチウム、一方、うつ状態には抗うつ薬が投与される。重症うつ病で自殺念慮が著しい例では、電撃療法も有効である。

(3) 脳器質性精神障害

ア. アルツハイマー病

初老期(50~64歳)に発病し、痴呆と特有な精神症状を呈し、脳に全般的萎縮や老人斑、神経原維変化などの老人性変化が見られる、原因不明の系統変性疾患である。

記銘力低下、空間失見当識は主要症状であり、外出し道に迷うことから周囲の人に気付かれる。痴呆が進行しても、置かれた状況に適合した感情の反応は保たれる。失語、失行などの巣症状、筋強剛、姿勢異常、歩行障害などの神経症状もみる。

イ. ピック病

初老期に発病し、特有な人格変化と痴呆を主症状とし、大脳の葉性萎縮をきたす原因不明の変性疾患である。

道徳観念、自己批判力が低下し、無分別、徘徊、盗み、性的なふしだらなどの逸脱行為がみられる。逆に、好褥生活を送ることもある。言語や行動での常同症が現われ、同じ言動を繰り返す。考え不精という症状があり、質問に対し真面目に答えようという意欲を示さないこともある。

ウ. アルツハイマー型痴呆

老年期に発病し、痴呆を主症状とし、人格変化や精神症状を伴い、病理組織学的にアルツハイマー病と同様の老年性変化を示す原因不明の変性疾患である。

痴呆が主症状であり、失見当識や記憶力、判断力の低下、道德感情の鈍麻などがみられる。以前の性格が際立ったりする。副次症状として、精神亢奮、幻覚妄想状態、うつ状態などをきたすことがある。

エ. 脳血管性痴呆

脳梗塞や脳出血による脳組織の障害によって生じる、痴呆を主症状とし種々の精神症状を伴う疾病である。

高度の記憶障害を認める一方、判断力や理解力は比較的保たれ、知能低下にムラがあるため、これを「まだら痴呆」と呼んでいる。感情は易変性で、感情失禁をみる。夜間せん妄や幻覚妄想を呈することも多い。

脳血管障害を原因とするため、抗動脈硬化薬や脳代謝賦活薬、脳循環改善薬が投与される。随伴精神症状に対しては他の老人性精神疾患と同様に抗精神病薬や抗不安薬を用いる。

(4) 中毒性精神障害

ア. アルコール依存症とアルコール精神病

アルコール依存症は飲酒によって生ずる精神および身体状態をいい、飲酒に伴う精神的効果を得るためや、ときにはアルコール離脱時の不快を避ける目的で持続的あるいは周期的に飲酒しようとする強迫的欲求を抱くと定義されている。長期間の飲酒により、知的能力低下や意欲減退、高度感情の鈍麻が生じ、社会適応を困難にしていく。

アルコール依存症を基盤として、下記のような急性もしくは慢性の特異な精神症状が出現する。

(ア) 振戦せん妄

飲酒中断後に前駆症状として不眠や焦燥感、食思不振が生じ、そのうち

全身へ広がる強い振戦が起こり、3～4日後に幻覚や運動不安、意識混濁を主症状とするせん妄を呈す。振戦せん妄は3～10日間続き、深睡眠期を経て回復する。

(イ) コルサコフ精神病

記憶障害が主症状で、記憶欠損を補おうとこじつけ話で応じる作話が起こり、意識は清明であるが見当識を失ってしまう。

イ. 覚せい剤依存

覚せい剤にはアンフェタミンとメタンフェタミンとがあり、我が国で乱用されるのはメタンフェタミンである。メタンフェタミン注射直後より多幸感、気分高揚が生ずるものの、4～6時間後には倦怠感や抑うつ気分が起こるため、これを解消しようと反復使用することになる。

メタンフェタミン30～90 mgを3ヵ月以上連用すると、精神分裂病に似た幻覚妄想状態を呈し、注射を止めても症状は残存する。

ウ. 有機溶剤依存

有機溶剤は非水溶性の物質をよく溶かす多種多様の化合物の総称であり、トルエンやキシレン、ベンゼン等が含まれる。

昭和35年以降、鼻と口から直接吸引し、多幸感や陶酔感を得ようとする有機溶剤乱用が青少年層に流行するようになった。吸引にともない、色彩模様幻視や幻聴をみることがある。長期乱用の結果、無為な生活や抑制欠如を認める例が多い。

(5) 症状精神病

脳以外の身体疾患等が内分泌・代謝などを經由し、脳に影響を及ぼし症状が現われる疾病をいう。

基礎疾患としては、①感染症（インフルエンザ、伝染性単核症等）、②内分泌疾患等（甲状腺、副腎、月経、妊娠、産褥等）③代謝疾患・栄養障害（糖尿病、ペラグラ等）、④腎疾患等（尿毒症、人工透析等）、⑤肝疾患、⑥膠原病などが挙げられる。意識障害が前景となり、多彩な精神症状を呈する。

(6) 心因性精神障害

患者の生育環境、性格、身体条件、素因や現在の環境等との相互作用によって生じると考えられ、以下のように分類される。

ア. 全般性不安障害

全般的で持続的な不安を主症状とし、莫然とした不安感や緊張があり、動悸やめまい、胃部不快感などの自律神経症状を伴う。

イ. 恐慌性障害

急激に起こる恐慌性発作が主体であり、発作中に呼吸困難や心悸亢進、めまい、発汗、身体ふるえ等の身体症状が認められる。

ウ. 恐怖性障害

特定の対象（小動物、雷、高所など）や状況（雑踏、トンネル、列車など）に対して不合理な恐怖を持続的に抱き、それを回復しようと行動を試みる。

エ. 強迫性障害

不合理で気にかける必要はないと思う内容が著しい恐怖感と共に浮かんで来るのを強迫観念と呼ぶ。一方、強迫行為とは馬鹿馬鹿しいとは思いつつも、行動を止めると、強い恐怖感が生じるため反復せざるをえない行動をいう。

オ. 転換性障害

抑圧された欲求や願望、葛藤が身体症状に転換されて出現する疾病であり、運動麻痺（失立、失歩）や感覚麻痺（手袋型の感覚脱失）、視野狭窄、失声などがみられる。

カ. 解離性障害

心理的誘因で意識や人格、行動の解離が生じる病態であり、心因性健忘、心因性とん走、多重人格などが含まれる。

キ. 離人症状性障害

自己や身体、外界に関して疎隔感や非現実感を覚え、「自分が行っている感じがない」「手足が存在しないようだ」「物がはっきり感じとれない」等と

訴える。

(7) 児童思春期の精神障害

ア. 早期幼児自閉症

知的発達障害がないのに母親をはじめ周囲の人々と接触を保ちえない病態で、主症状は①人間関係樹立の困難、②同一性保持の欲求が異常に強く、変化に対する抵抗が強い、が挙げられる。

イ. 微小脳障害症候群

周生期や新生児期に脳の器質的病変を起こした可能性があり、①運動過多で衝動行為が多く、集中力を欠き、②情緒の不安定や我慢のなさ、③手指の軽度な舞踏病様運動などが微細な脳損傷に起因すると考えられた時にいう。

ウ. 登校拒否

心理的原因のため登校しない状態をいい、人格発達障害や神経症的状況による不登校を指す。原因としては、①家族的背景、②学校場面、③生徒の人格特性が複雑にからみあっていると考えられている。

エ. 思春期やせ症

知性主義的で強迫傾向の強い少女が成熟を阻止しようと拒食を示し、やせと無月経が伴う。

オ. 無気力反応

本業とする生活部分より退却し、それ以外の趣味やスポーツでは活発に行動する。劣敗が予測される場면을巧みに回避し、傷つくことを免れようと試みる。

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、厚生省の健康政策局、保健医療局、生活衛生局（水道環境部を付置）及び薬務局のいわゆる衛生四局と老人については、老人保健福祉部（大臣官房に付置）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・神経センター精神保健研究所（昭和61年10月1日、従来の国立精神衛生研究所が廃止され、国立高度専

門医療センターとして位置づけられた。)及び公衆衛生審議会が置かれている。

国立精神・神経センター精神保健研究所は、昭和27年に国立精神衛生研究所として千葉県市川市の国立国府台病院敷地内に設置された。精神疾患及び精神薄弱その他の発達障害並びに精神保健についての調査研究や技術者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、精神保健計画部、薬物依存研究部、児童・思春期精神保健部、成人精神保健部・老人精神保健部・社会精神保健部・精神生理部・精神薄弱部・社会復帰相談部の研究9部と庶務課から成っており、研究職30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。

同審議会には精神保健部会が設置され、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。

また、精神保健部会には、精神保健指定医に関する専門委員会と処遇困難者に関する専門委員会の2つの専門委員会が置かれている。

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。精神保健法等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保健センター（法第7条。全国で43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

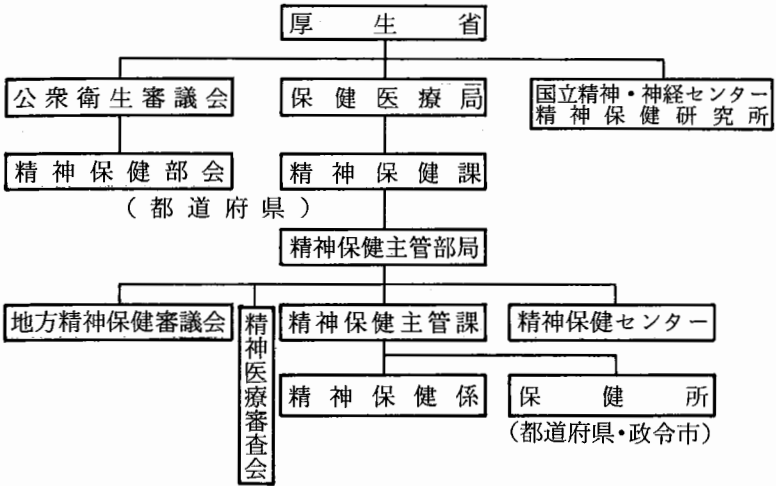
思想の広報普及、精神保健に関する調査研究や関係情報の収集、複雑困難な事例についての相談・指導の実施、家族会、断酒会等の協力組織の育成等を行っている。

- 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15人以内（任期3年）から成る地方精神保健審議会（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うとともに、「通院医療費公費負担」について、その申請の内容を診査し、意見を述べることになっている。
- ③ 都道府県知事に対して行われる措置入院者及び医療保護入院者に係る定期病状報告、医療保護入院の入院届並びに退院又は処遇改善の請求に基づき、入院又は処遇改善の要否の審査を行う機関として都道府県に精神医療審査会が置かれている、精神医療審査会は、精神保健指定医3名、法律に関する学識経験者1名、その他の学識経験者1名から成る合議体によって審査を行い、都道府県知事は前述の報告、届、請求を受けた場合は全て精神医療審査会に対し審査を求めると共に精神医療審査会の審査結果に基づき所要の措置をとることが義務づけられている。

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63年6月現在852ヵ所）である。保健所は、精神保健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精神保健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

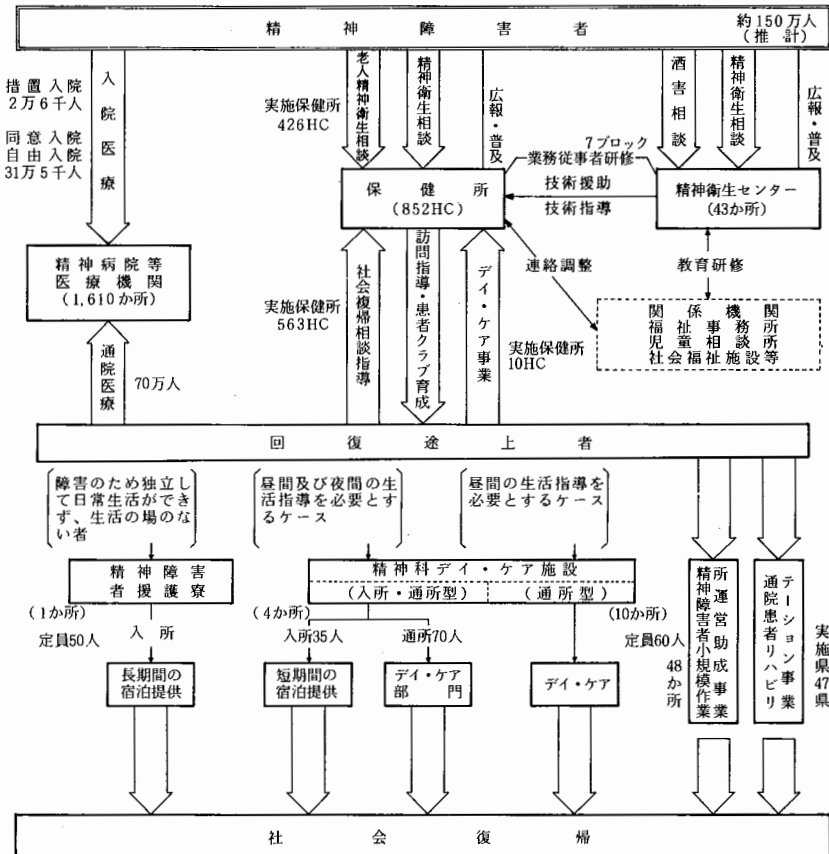


2. 精神障害者対策

「精神障害者」とは、精神病者（中毒性精神病者を含む。）、精神薄弱者及び精神病質者をいい（法第3条）、その数は昭和60年10月1日の人口及び昭和38年精神衛生実態調査有病率から約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（昭和62年4月1日現在）



(1) 精神保健法の内容

ア 総 則

精神障害者等の医療及び保護を行い、その社会復帰を促進し、並びにその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによって、精神障害者等の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図ることを目的として、精神保健法が制定されている。(第1条)。

この目的のため、国及び地方公共団体の責務として、①医療施設、社会復帰施設その他の福祉施設及び教育施設を図ること、②精神保健に関する調査研究の推進及び知識の普及等の発生予防対策の実施、③その他国民の精神保健の向上のための施策の実施、が規定されている(第2条)。また、精神保健法(以下「法」と言う。)の目的である精神障害者の福祉の増進、国民の精神保健の向上を図るためには、国・地方公共団体はもちろん、国民それぞれがこの問題に取り組み、理解し、協力することが重要との見地から、国民は精神的健康の保持・増進に努めるとともに、精神障害者等に対する理解を深め、精神障害者等がその障害を克服し社会復帰をしようとする努力に対して協力するよう努めなければならないものとされている(第2条の2)。

イ 「精神障害者」の定義

法は特に精神障害者について定義規定(第3条)を設け、次の三種類を掲げている。

① 精神病患者(中毒性精神病患者を含む。)

精神分裂病、躁うつ病、アルコール中毒などが該当する。

② 精神薄弱者

③ 精神病質者

以上の定義に該当する者が「精神障害者」として法に定める入院措置や通院医療費の公費負担等の対象とされるが、「神経症」についてもいわゆる精神症状を有する状態の場合には法に定めるこれらの措置の対象とされている。また、②の精神薄弱者については、「精神薄弱者福祉法」に基づいて主とし

て福祉的観点からの取組みが行われており、法の適用を受けて医療保健の対象とされている者はその一部に止まっている。

ウ 都道府県等における施設

(ア) 都道府県立精神病院（第4条、第5条）

精神保健行政は各都道府県を単位として運営されているが、その入院医療の中核を担うこととされているのが都道府県立病院であり、法上、都道府県は原則として義務設置とされている（現在、6県が未設置）。また、都道府県知事は、都道府県立病院に代わるものとして他の精神病院を指定病院として指定することが認められている（現在、全都道府県を通じて約1000病院が指定されている）。

(イ) 精神保健センター（第7条）

地域精神保健対策の中核機関として都道府県が設置できる施設である（現在、3県が未設置）。同センターにおいては、①精神保健に関する知識の普及、精神保健に関する調査研究、③精神保健に関する相談・指導のうち複雑又は困難なものを行うこと、がその業務として定められている。

(ウ) 地方精神保健審議会（第13条、第14条）

各都道府県における精神保健に関する諮問機関として置かれている。幅広く都道府県知事に対して諮問に答え、意見を具申するほか、精神障害者の通院医療公費負担に関する審議も担当するものとされている。

エ 保護義務者（第20～22条）

精神障害者について、特にその受療の促進、その他日常生活上の支援を行うとともに、精神障害者の権利を擁護する役割を担う者としては法は保護義務者を制度化している。

(ア) 保護義務者となるべき者

精神障害者の①後見人、②配偶者、③親権を行う者、④その他の扶養義務者のうちから家庭裁判所が選任した者、の順に保護義務者としての義務を行うことになるが、②、③、④については、本人の保護のため特に必要があれ

ば家庭裁判所において順位を変更することができる。なお、保護義務者がいない場合や、いる場合であっても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（又は現在地）の市町村長（特別区にあっては区長）が保護義務者となる。

(イ) 保護義務者の一般的義務等

- ① 精神障害者に治療を受けさせること。
- ② 精神障害者の自傷他害行為をさせないように監督すること。
- ③ 精神障害者の財産上の利益を保護すること。
- ④ 医師に診断に対する協力及び医療を受けさせるに当たっての医師の指示に従うこと。
- ⑤ 措置入院患者又は仮退院する者を引き取ること（第41条）。

①～⑤のほか、保護義務者が行うことができるものとして定められているものとしては、

- ・通院医療費公費負担の申請（第32条）
- ・入院患者についての退院等の請求（第38条の4）

がある。

オ 精神保健指定医（第18～19条の5）

精神医療においては、患者本人が病識を欠きがちであるという精神疾患の特徴のために、その意思に反して入院措置を行い、あるいは行動の制限を行いつつ医療を行う面が少なくなく、その医療に当たる医師には、患者の人権を擁護する上で一定の資質が要請されると考えられる。このため、精神障害者に対して医療を行うに当たってその人権という面にも十分配慮をしつつ適正な医療を行うことができるようにとの観点に立って、昭和62年改正において新たに設けられたのが「精神保健指定医制度」である。

なお、改正法施行の際、精神衛生鑑定医の指定を受けている者は、施行の日において、精神保健指定医の指定を受けたものとみなされている。

(ア) 指定の要件

厚生大臣が、次に該当する医師のうち必要な知識及び技能を有すると認められる者を、その者の申請に基づき、公衆衛生審議会の意見を聴いて「精神保健指定医」以下「指定医」と言う)を指定するものとされている。

- ① 5年以上診断又は治療に従事した経験を有すること。
- ② 3年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を有すること。
- ③ 厚生大臣が定める一定の精神科臨床経験を有すること。
- ④ 関係法規や精神医療に関して厚生大臣又はその指定する者が行う研修(申請前1年以内に行われたものに限る。)の課程を修了していること。なお、指定医は、精神医学の進歩や精神障害者の人権擁護に関する制度の変化等に対応して、常に適正な精神保健医療の知識並びにそれを基礎にしての患者の人権に対する十分な配慮が要請されることから、指定後も5年ごとに研修の履習が必要とされているものである。

(イ) 指定の取消し

- ① 指定医が医師免許を取り消され、又は医業の停止を命ぜられたときは、厚生大臣はその指定を取り消すものとされている。
- ② 指定医がこの法律若しくはこの法律に基づく命令に違反したとき又はその業務に関し著しく不適當な行為を行ったときその他指定医として著しく不適當と認められるときは、厚生大臣は、公衆衛生審議会の意見を聴いて、その指定を取り消すことができることとされている。

カ 診察及び保護の申請等

(ア) 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。

(イ) 警察官等からの通報（法第24条～第26条）

警察官は、職務を執行するに当たり、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。

また、検察官、保護観察所の長、矯正施設の長は、精神障害者又はその疑いのある者について、その者を不起訴処分、釈放等にするとき都道府県知事に通報しなければならないとされている。

(ウ) 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。

表3 年次別精神障害者鑑定申請・通報・届出の処理件数

	総数			一般からの申請			警察官からの通報			検察官からの通報			保護観察所長からの通報			矯正施設の長からの通報			精神病院管理者からの届出		
	申請通報届出件数	法第29条該当者の数	%	申請件数	法第29条該当者の数	%	通報件数	法第29条該当者の数	%	通報件数	法第29条該当者の数	%	通報件数	法第29条該当者の数	%	通報件数	法第29条該当者の数	%	届出件数	法第29条該当者の数	%
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	11,401	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	96.3
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
60	6,480	2,727	42.1	1,336	877	65.6	3,510	1,208	34.4	1,190	426	35.8	16	4	25.0	263	59	22.4	165	153	92.7
61	6,040	2,313	38.3	1,125	723	64.3	3,485	1,062	30.5	1,007	349	34.7	14	1	7.1	264	45	17.0	145	133	91.7
62	5,480	1,947	35.5	790	474	60.0	3,270	973	29.8	1,077	370	34.4	18	5	27.8	234	42	17.9	91	83	91.2

資料：厚生省報告例

キ 通院医療

通院医療の促進を図る観点から、通院により精神障害の医療を受ける場合はその医療に要する費用の2分の1を都道府県において負担する制度を規定している（第32条）。

ク 入院医療

(ア) 概要

精神障害者が精神病院に入院して医療を受ける場合については、多くの規定が設けられている。これは患者本人の意思に反して入院をさせたり、入院中も身体を拘束して医療を行うなどの場面が少なからずであることから、入院患者の人権の確保という観点からの配慮の結果である。「任意入院」「措置入院」「医療保護入院」「応急入院」と大きく分けて四つの入院形態とそれぞれ必要な手続きを法は規定している（詳細については(2)医療体制を参照）

また、入院形態のうち、措置入院及び緊急措置入院については全額が都道府県から支弁されることとなっているが、入院患者等の負担能力に応じた費用徴収制度が設けられている（第30、31条）。それ以外の入院については公費による費用負担制度はなく、自己負担（医療保険又は生活保護）となっている。

(イ) 入院患者の処遇等

① ⑦信書の発受の制限、都道府県その他の行政機関の職員との面会の制限その他の行動の制限であって特に人権上重要な厚生大臣の定めるものについては、これを行うことができないとされている（表20参照）。

④患者の隔離その他の行動の制限であって厚生大臣が定める著しい行動の制限については、指定医が必要と認める場合でなければ行うことができないこととされている（表21参照）（第36条）。

② 厚生大臣は、精神病院に入院中の者の処遇について必要な基準を定めることができることとし、精神病院の管理者は、この基準を遵守しなければ

83	91.2
138	91.7
145	91
43	17.0
42	17.9
264	234
7.1	5
27.8	18
14	34.4
349	370
34.7	34.4
1,007	1,077
30.5	29.8
1,062	973
3,485	3,270
64.3	60.0
723	474
1,125	790
38.3	35.5
2,313	1,947
6,040	5,480
61	62

ばならないものとされている（第37条）。

なお、処遇の基準としては、昭和63年4月8日付け厚生省告示（第130号）により通信・面会、患者の隔離及び身体的拘束についてそれぞれ必要な基準が規定されている。（詳細については、(2)医療体制(ウ)を参照のこと）

③ 精神病院の管理者は、措置入院者及び医療保護入院者の症状等を、厚生省令で定めるところにより、定期に都道府県知事に報告しなければならないものとされている（第38条の2）。

措置入院及び医療保護入院については、いずれもその入院期間については特に限度は設けられていないことから、定期に入院患者の症状等を都道府県知事に報告し、後述の精神医療審査会においてこれを審査することを通じて制度の適正な運用を確保する趣旨によるものである。

なお、精神保健法施行規則において、措置入院者については6か月ごと、医療保護入院者については12か月ごとに報告することとされている。

④ 精神病院に入院中の者又はその保護義務者（場合により扶養義務者）は、都道府県知事に対し、退院又は処遇の改善のために必要な措置を採ることを命ずることを求めることができることとされている（第38条の4）。

（63.4.8 厚生省告示第128号）

1. 信書の発受の制限（刃物、薬物等の異物が同封されていると判断させる受信信書について、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ことは、含まれない。）
2. 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の制限
3. 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及び患者又は保護義務者の依頼により患者の代理人となろうとする弁護士との面会の制限

1. 患者の隔離（内側から患者本人の意思によっては出ることができない部屋の中へ1人だけ入室させることより当該患者を他の患者から遮断する行動の制限をいい、12時間を超えるものに限る。）
2. 身体的拘束（衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を強制する行動の制限をいう。）

(ウ) 精神医療審査会

患者の人権擁護の観点に立って、入院患者の入院継続の要否又は入院中の患者からの不服申し立て（調査請求）について、公正かつ専門的な見地から判断を行う機関を設けるべきであるとする要請を踏まえて昭和62年改正により新しく設けられることとなったのが精神医療審査会である。

a 精神医療審査会の設置（第17条の2～第17条の4）

精神障害者の入院の要否及び処遇の適否に関する審査を行うため、都道府県に、精神医療審査会（以下「審査会」と言う）を設置することとされている。

- ① 審査会の委員は、5人以上15人以内とし、精神障害者の医療に関し学識経験を有する者（指定医である者に限る）、法律に関し学識経験を有する者及びその他の学識経験を有する者のうちから、都道府県知事が任命することとされている。
- ② 審査会は、精神障害者の医療に関し学識経験を有する者のうちから任命された委員3人、法律に関し学識経験を有する者のうちから任命された委員1人及びその他の学識経験を有する者のうちから任命された委員1人をもって構成する合議体で審査の案件を取り扱うものとしたこと。なお、合議体を構成する委員は審査会が定めることとされている。

b 審査（第38条の3、第38条の5）

- ① 都道府県知事は、次の場合には、審査会に審査を求めなければならないこととされている。
- (ア) 定期の報告及び医療保護入院者に関する入院時の届出を受けた場合——その入院の必要があるかどうかについての審査
- (イ) 退院又は処遇の改善のための請求を受けた場合——その入院の必要があるかどうか又はその処遇が適正であるかどうかについての審査
- ② 審査会は、必要があると認めるときは、関係者の意見を聴くことができることとされている。また、①—(イ)の審査をするに当たっては、原則として当該請求を行った者及び当該審査に係る患者の入院している精神病院の管理者の意見を聴かなければならない。
- ③ 都道府県知事は、審査会の審査の結果に基づき、その入院が必要でないと認められた者を退院させ、又は精神病院の管理者にその旨を退院させることを命じ若しくはその者の処遇の改善のために必要な措置を採ることを命じなければならぬものとされている。また、退院等の請求を行った者に対しては、審査の結果及びこれに基づき採った措置を通知するものとされている。

ケ 精神病院等に対する監督（第38条の6、第38条の7）

(ア) 報告徴収等

厚生大臣又は都道府県知事は、必要があると認めるときは、精神病院の管理者に対し、当該精神病院に入院中の者の症状又は処遇に関し、報告を求め、立入調査等を行うことができることとされている。また、精神病院の管理者又は入院についての同意をした者等に対し、その入院のための必要な手続きに関し、報告等を求めることができることとされている。

(イ) 改善命令等

厚生大臣又は都道府県知事は、精神病院の管理者に対し、ク(イ)—②の厚生大臣が定める処遇の基準に適合しないと認める等のときは、その処遇の

改善のために必要な措置を採ることを命ずることができることとされている。

コ 精神障害者の社会復帰

(ア) 相談・援助等（第38条）

精神病院の管理者は、精神病院に入院中の者の社会復帰の促進を図るため、その者の相談に応じ、必要な援助を行い、及びその保護義務者等との連絡調整を行うように努めなければならないこととされている。

(イ) 精神障害者社会復帰施設

① 精神障害者の社会復帰の促進を図るため都道府県、市町村、社会福祉法人、医療法人等は、次に掲げる精神障害者社会復帰施設を設置することができることとされている。なお、設置については都道府県を除き、社会福祉事業法の定めるところによるものとされている（第9条、第10条）。

(ア) 精神障害者生活訓練施設

精神障害のため家庭において日常生活を営むのに支障がある精神障害者（精神薄弱者を除く。）に対し日常生活に適應することができるように、低額な料金で居室その他の設備を利用させ、必要な訓練及び指導を行うことにより、その者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設。このような施設として、精神障害者社会復帰施設設置運営要綱（昭和63年2月17日健医発第143号）により、精神障害者援護案と精神障害者福祉ホームが定められている。

(イ) 精神障害者授産施設

雇用されることが困難な精神障害者（精神薄弱者を除く。）が自活することができるように、低額な料金で必要な訓練を行い、及び職業を与えることにより、その者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設。このような施設として、上述の要綱により精神障害者通所授産施設が定められている。

② 精神障害者社会復帰施設の促進を図るため、国、都道府県は、その設置及び運営に要する費用に関して補助することができることとされている（第10条の2）。

③ 精神障害者社会復帰施設は第2種社会福祉事業として法律に位置づけられ（社会福祉事業法第2条第3項第4号）、また施設整備費、運営費に対する補助が予算化されている。これらの施設は、いずれもいわゆる措置関係ではなく、利用者と施設間の自由契約により利用される施設である。

(2) 医療体制

ア 精神保健指定医制度

患者の同意がなく行われる入院や身体に対する拘束等、精神医療においては、患者の人権に対する重大な制限が行われるため、これを行う医師については人権に対する知識等の一定の資質が要求される。このため、62年改正により、新たに精神保健指定医制度が設けられた。（なお、詳細は(1)精神保健法の内容を参照）

イ 入院制度

精神医療における入院においては、疾病の性格上、患者の意思に反して行動に制限を加えることが少なくないため、人権に対して格段の配慮を要する。このため、入院形態及び入院中の処遇に関しては、精神保健法上、詳細な規定がおかれている。

(ア) 入院形態

① 任意入院

(概要)

任意入院とは、本人の同意に基づく入院である。人権擁護の観点からも、また医療を円滑かつ効果的に行うという観点からも、法律はこれを原則的な入院形態として、精神病院の管理者は、精神障害者を入院させる場合においては、本人の同意に基づいて入院が行われるように努めなければなら

ないことと規定している。

(退院制限)

任意入院の患者については、退院も、患者本人の意思に基づくのが原則であり、任意入院者から退院の申出があった場合には、その者を退院させなければならない。患者が退院を申し出た場合において、精神病院の管理者は、その者の医療及び保護のため入院を継続する必要があると精神保健指定医（以下「指定医」という）が認めたときは、当該者に対し、退院制限を行う旨、退院等の請求に関すること及びその他の事項を書面で知らせ、七十二時間を限り退院制限を行うことができる。

これは七十二時間の退院制限の間に、患者に対し継続して入院治療する必要性の説明、説得を行う、医療保護入院に移行するための家族等の同意を得る、あるいは、退院について家族等との連絡、調整等に充てることができるようにとの趣旨によるものである。この「七十二時間」は、患者が医師に対して退院を希望する意思を明らかにした時点から起算するものであって、その時点が夜間又は休日等であることにより扱いが異なるものではないが、夜間に退院を希望する意思が明らかにされた場合には、通常の診療開始前に、退院についての指定医の診療を求めることとしても差し支えない。

(同意書)

任意入院にあたっては、精神病院管理者は、患者から、自ら入院する旨を記載した書面を受けなければならない。この場合、患者が任意入院に当たって行う「同意」とは、民法上の法律行為としての同意と必ずしも一致するものではなく、患者が自らの入院について積極的に拒んではない状態をいうとされている。したがって、未成年者又は禁治産者である精神障害者の入院の場合、入院同意書の作成については、精神病院の管理者との間の入院契約と異なり、親権者又は後見人の副書を求めたり、患者本人の同意書にこれらの者の同意書を添付させることは必要ない。

(処遇)

任意入院によって入院する患者については、自らの同意による入院であることに鑑み、その症状に応じて、開放病棟での処遇や、閉鎖病棟においても例えば本人の申出により病棟外への出入りを可能とするなどにより、できるだけ開放的な環境で処遇することが望ましい。

② 措置入院

(概要)

措置入院とは、入院させなければ自傷他害のおそれのある患者に対して知事の権限で行われる入院である。措置入院の必要性については、厚生大臣の定める基準に従って、二人以上の指定医の診察の結果認められることが必要である。

なお、都道府県知事は、自傷他害のおそれのある精神障害者について、急速を要する場合には、七十二時間を限って、指定医一名の診察の結果に基づいて、緊急措置入院させることができる。

(自傷他害の判定)

自傷行為又は他害行為のおそれの認定に当たっては、厚生大臣の定める基準によるが、当該者の既往歴、現病歴及びこれらに関連する事実行為等が考慮される。

措置入院のための診察は都道府県知事が警察官等の申請・通報届出等に基づいて調査のうえ、必要と認めた時に、知事が指定する指定医によって行われる。

(措置の解除)

措置の解除、措置入院患者の仮退院は、指定医の診察の結果、都道府県知事が行う。

③ 医療保護入院

(概要)

医療保護入院とは、自傷他害のおそれはないが、患者本人の同意が得ら

れない場合に、指定医の診療の結果、入院が必要と認められた患者について、保護義務者（後見人、親権者、配偶者、扶養義務者（2人以上の場合は家庭裁判所から保護義務者として選任された者に限る。)), 市町村長（市町村長以外に保護義務者がいないか、保護義務を行うことができないときに限る。）の同意により行われる入院である。このうち、市町村長が保護義務者として入院の同意を行う手続については通知により以下のように定められている。

各都道府県知事 殿

厚生省保健医局長

精神保健法第33条に規定する医療保護入院に際して市町村が行う入院同意について (通知)

精神保健法(昭和25年法律第126号)第33条に規定する医療保護入院に必要な保護義務者の同意を市町村長が行う際の要望を別添のとおり定めたので、貴管下の市町村長に周知のうえ、その適正な運営に配慮されたい。

なお、入院する者がどのような場合に市町村長の同意の対象者になるかを示す図を作成したので、参考にされたい。

市町村長同意事務処理要領

精神保健法第33条に規定する医療保護入院に必要な保護義務者の同意を市町村長が行う場合の事務処理については、以下の要領によること。

1. 入院時に市町村長の同意の対象となる者

次のすべての要件を満たす者

- (1) 精神保健指定医(以下「指定医」という。)の診療の結果、精神障害者であって、入院の必要があると認められること。
- (2) 措置入院の要件に該当しないこと(措置入院の要件にあてはまるときには、措置入院とすること。)
- (3) 入院について本人の同意が得られないこと(本人の同意がある場合には任意入院となること。)
- (4) 病院側の調査の結果、後見人、配偶者、親権者その他選任された保護義務者のいづれもないか、又は不明であること(これら保護義務者がおり、その同意が得られないときは、医療保護入院はできないこと。)
- (5) 病院側の調査の結果、扶養義務者がいないか若しくは不明であること又は扶養義務者の同意が得られないこと。

- 注1) 扶養義務者のうちから保護義務者を選任中の者については、4週間を限って扶養義務者の同意により入院させることができるが、4週間を超えても保護義務者が選任されない場合には、市町村長が保護義務者となり、その同意が必要であること。
- 2) 応急入院で入院した者については、72時間を超えても保護義務者若しくは扶養義務者が判明しない場合又は扶養義務者の同意が得られない場合で、引き続き入院が必要な場合には、市町村長の同意が必要であること。
- 3) 同意した者が死亡等により保護義務を行えなくなった場合には、次の保護義務者が現れるまでの間は、市町村長が保護義務者となること。

2. 入院の同意を行う市町村長

- (1) 本人の居住地を所管する市町村長とすること。

居住地とは、本人の生活の本拠がおかれている場所とすること。生活の本拠がおかれている場所が明らかでない場合においては、住民票に記載されている住所とすること。

- (2) 居住地が不明な者については、その者の現在地を所管する市町村長とすること。

現在地とは、保護を要する者が警察官等によって最初に保護された場所等をいうこと。

- (3) 市町村長が同意を行うにあたっては、あらかじめ、決裁権を市町村の職員に委任することができること。

3. 病院からの連絡

病院は、入院する患者について、居住地、保護義務者や扶養義務者の有無等を調査し、当該患者が入院につき市町村長の同意が必要な者である場合には、すみやかに市町村長の同意の依頼を行うこと。

なお、入院の同意の依頼の際には、市町村長の同意を行うために必要な事項が明らかになるように、次のような事項について連絡すること。

- ア. 患者の氏名、生年月日、性別
- イ. 患者の居住地又は現在地
- ウ. 患者の本籍地
- エ. 患者の病状（入院が必要かどうかの判断をする根拠となるもの）
- オ. 患者の家族構成及び家族に対する連絡先
- カ. 患者を診察した指定医の氏名
- キ. その他参考となる事項

なお、市町村長の同意の依頼は迅速に行うこと。このため、同意の依頼は電話等口頭で行えるが、口頭依頼後にすみやかに同意依頼書（様式1）を市町村長にあて送付すること。

4. 市町村において行われる手続き

(1) 市町村の担当者は、病院から電話等で入院の同意の依頼を受けた際には、市町村長の同意を行うために必要な次のような事項については聴取票（様式2）に記載して明らかにしておくこと。

- ア. 患者が入院する病院の名称・所在地
- イ. 患者の氏名、性別、生年月日
- ウ. 患者の居住地又は現在地
- エ. 患者の本籍地
- オ. 患者の病状（入院が必要かどうかの判断をする根拠となるもの）
- カ. 患者の家族構成及び家族に対する連絡先
- キ. 患者を診察した指定医の氏名
- ク. 聴取した日

(2) 病院から依頼を受けた後、市町村の担当者は、患者が市町村長の入院の同意の対象者であるかどうかを確認するため、以下のような手続きをとること。

ア. 患者が居住地を申し出ている場合には、住民票等によりその確認を行うこと。
（注）確認できない場合には、居住地が不明な者として2(2)のケースとして扱うこと。

イ. 扶養義務者がいる場合には、同意を行わない旨の確認を電話等で行うとともに、市町村長が同意する旨を連絡すること。

(3) (2)の手続きをとり、患者が市町村長の入院の同意の対象者であることを確認のうえ、市町村の担当者はすみやかに同意の手続きを進めること。

(4) 市町村長の同意が行われる場合は、すみやかにその旨を病院に連絡すること。このため、口頭で病院に連絡することが可能であるが、口頭で連絡した場合においても、その後すみやかに同意書（様式3）を作成して病院に交付すること。この場合、同意書の日付は口頭で連絡を行った日とすること。

(5) 休日夜間等において市町村長の入院の同意の依頼を受けた場合においても、すみやかに同意が行われるようにすること。

このため、休日夜間等においても迅速に対応できる体制を整えておくとともに、休日夜間等の緊急の場合の連絡方法については近くの病院にあらかじめ連絡しておくこと。

なお、聴取票の作成及び上記(2)の手続きをとることができなかった場合においては、その後すみやかに手続きをとること。

5. 同意後の事務

(1) 入院中の面会等

入院の同意後、市町村の担当医は、すみやかに本人に面会し、その状態を把握す

るとともに市町村長が保護義務者になっていること及び市町村の担当者への連絡先、連絡方法を本人に伝えること。

なお、同意後も面会等を行うなどにより、本人の状態、動向の把握等に努めること。

(注) 本人が遠隔地の病院に入院した場合には、市町村間で連絡をとってその状態動向等の把握に努めること。

(2) 保護義務者の調査等

市町村の担当者は、市町村長の同意の後においても、保護義務者及び保護義務者になりうる者の調査等に努めること。

なお、病院及び関係機関は、市町村長の同意によって入院している患者について、市町村長以外に保護義務者及び保護義務者になりうる者がいることが明らかになった場合は、すみやかに市町村の担当者に連絡すること。

(3) 関係機関への連絡

市町村の担当者は、入院の同意を行った場合、必要に応じ、保健所、福祉事務所等の関係機関に連絡を行うこと。

(4) 保護義務の終了

保護義務者の発見、選任等により市町村長が保護義務者でなくなったときは、市町村の担当者は、保護義務者の変更を確認した後、すみやかに市町村長の保護義務終了について内部手続をとること。

昭和 年 月 日

保護義務者同意依頼書

市町村殿

病 院 名
所 在 地
病院管理者氏名 印

下記の者について、医療及び保護のために入院の必要があると認められましたが、他に保護義務者となる者がいないため、精神保健法第21条により貴職が保護義務者となりますので、同法第33条第1項の規定により貴職の保護義務者としての同意をお願い致します。

記

居住地（又は現在地）

氏名

生年月日・性別

本籍地

病状

診察した指定医の氏名

家族構成及び連絡先

その他参考となる事項

（過去の入院歴等参考となる
事項があれば記載する。）

保護義務者同意依頼聴取票

入院する病院の名称 所在地	
患者の居住地（又は現在地）	
患者の氏名	
患者の生年月日・性別	
患者の本籍地 （外国人の場合は国名）	
患者の症状（該当症状に丸をつける）（注）昭和63年厚生省告示 125号を参照のこと	①抑うつ状態 ④知能障害 ②躁状態 ⑤意識障害 ③幻覚妄想状態 ⑥その他（ ）
診察した指定医の氏名	
患者の家族構成及び連絡先 （いない場合は「なし」、 行方不明の場合は「不明」、 と記入すること）	配偶者 父母 子 兄弟姉妹 祖父母又は孫 その他の親族（おじ・おば、おい・めい等）
その他参考となる事項 （過去の入院歴等参考となる 事項があれば記載する。）	

以上のように聴取した。

聴取日 昭和 年 月 日

聴取者名

同意書

昭和 年 月 日

病院管理者 殿

保護義務者 市長村長印

下記の者を精神保健法第33条第1項の規定により貴病院に入院させることに同意する。

記

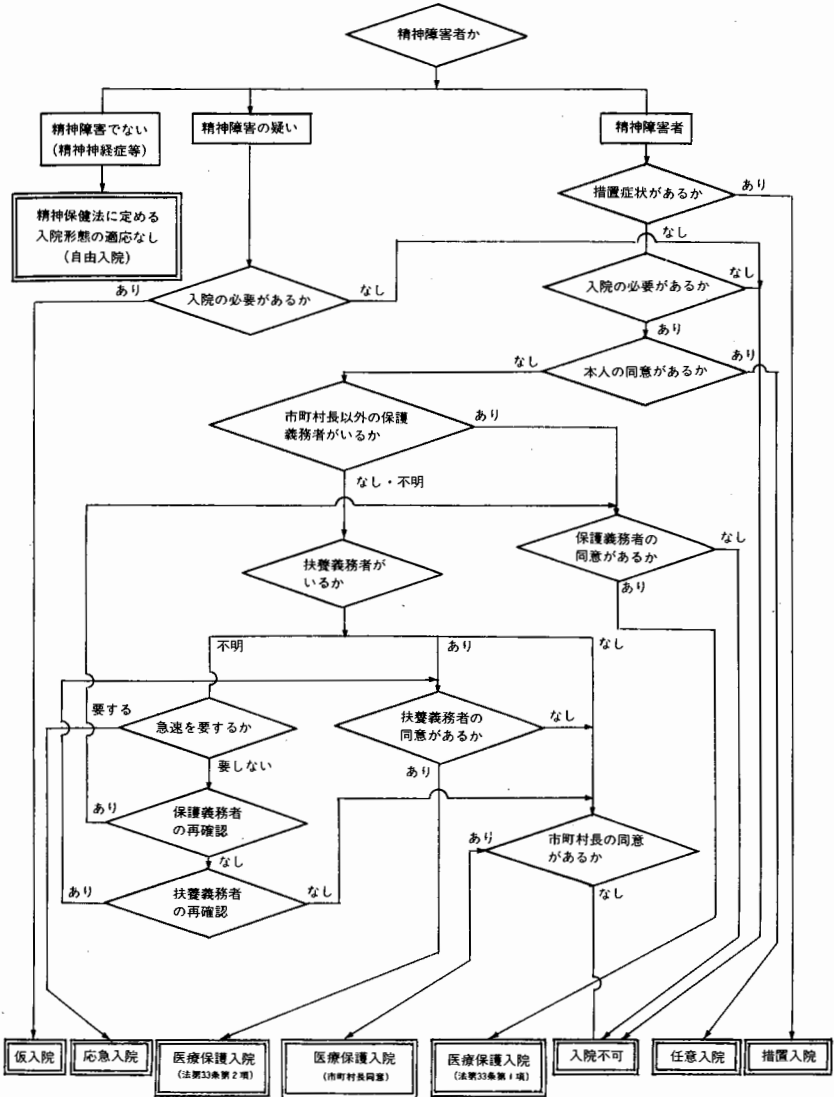
居住地（又は現在地）

氏名

生年月日

(参考)

市町村長同意の対象者について



(扶養義務者の同意による入院)

保護義務者につき家庭裁判所の選任を要する場合であって、かつ、当該選任がされていないときは、当該選任までの間、四週間に限り扶養義務者の同意を得て入院させることができる。これは家庭裁判所による選任を受けるまでには一定の日時を要すること等を考慮してのいわば経過的な措置であり、扶養義務者の同意を得て入院が行われている間においてもできるだけ早期に保護義務者の選任を受けた上、その者の同意を得て入院を行うことが望ましい。

(入院の要否の審査)

医療保護入院は、本人の同意によらない入院形態であるため、精神病院管理者は、入院措置を採った場合は、10日以内に、その者の症状を記入した入院届を、保護義務者の同意書を添えて、都道府県知事に届け出なければならない。都道府県知事は、入院届を精神医療審査会に通知し、精神医療審査会が入院の必要について審査を行い、審査の結果、入院が必要でない認められた者については審査結果に基づき、都道府県知事はその退院を精神病院の管理者に命じなければならない。

(退院届)

精神病院の管理者は、医療保護入院により入院している者を退院させたときは、10日以内にその旨を都道府県知事に届け出なければならない。この「退院」は医療保護入院の終了を意味し、入院医療の必要性がなくなり病院から離れることのほか、他の入院形態へ移行することも含む。

④ 応急入院

(概要)

応急入院とは、本人及び保護義務者の同意が得られないが、直ちに患者を入院させなければ患者の医療及び保護を図る上で著しい支障があることについて精神保健指定医の診察の結果認められる場合に行われる入院である。入院期間は72時間以内に限られる。精神病院の管理者は、応急入院の

措置を採った場合には、直ちに当該措置を採った理由等を都道府県知事に届け出なければならない。

応急入院は精神科救急への対応の一環として新たに設けられた入院形態であるが、本制度は、入院に当たって、患者本人の同意はもとより保護義務者等の同意が得られないような状況において、専ら医学的判断のみにより入院が決められるものであるので、本制度の運用に当たっては厳に適正な運用が要請される。

(応急指定病院)

応急入院は、常に入院に対応できるよう厚生大臣の定める基準に適合するものとして都道府県知事が指定する精神病院に限り行うことができる。

この基準については、大臣告示で次のように定められている。

- 1 指定医1名及び看護婦又は看護師3名以上が、常時、応急入院で入院する者に対して診療応需の態勢を整えていること。

当該精神病院の医療従事者のうち指定医1名及び看護婦又は看護師3名以上が応急入院者の医療及び保護を行う態勢にあり、かつ、それぞれの医療従事者が応急入院者の診療に当たることが、他の入院患者の医療及び保護に支障をきたすようなことがないことをいう。

- 2 都道府県知事の承認を得て、看護、給食及び寝具設備の基準（昭和33年6月厚生省告示第178号）による看護（2類看護及び3類看護を除く。）を行っていること。ただし、地域における応急入院者に係る医療及び保護を提供する体制の確保を図る上でやむを得ない事情がある場合にはこの限りでない。

「やむを得ない事情」については、当該地域において、一類看護以上の承認を受けている精神病院がなく、かつ、応急入院制度を適用する必要性が高いと認められる場合をいう。なお、この場合においても、2類看護又は3類看護の承認を受けている精神病院がある場合には、非基準看護病院よりは基準看護病院を優先して指定する。

- 3 応急入院者のための病床として、常時、一床以上確保していること。
- 4 応急入院者の医療及び保護を行うにつき必要な設備を有していること。

「必要な設備」とは、応急入院者用の病床、頭部コンピューター断層撮影装置（CT）、脳波計、酵素吸入装置、吸引装置、基礎的な血液検査を行うことができる設備等をいう。

このほか、都道府県知事は、使用許可を受けた病床以外の病床に患者を収容している精神病院及び医療法の人員配置基準を下回っている精神病院については、応急入院病院の指定を行わない。

また、応急入院制度の円滑かつ適正な運用を図る観点から、都道府県知事が応急入院に係る指定病院を指定したときは、速やかに、その名称、所在地等を保健所、福祉事務所、警察等の関係機関に連絡することとされている。

⑤ 仮入院

（概要）

仮入院とは、指定医による診察の結果、精神障害者の疑いがあるが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、配偶者又は親権者その他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入院させるものである。仮入院の措置をとった精神病院の管理者は、10日以内に、同意をした者の同意書を添えて、都道府県知事に入院届を届け出なければならない。

(イ) 入院時の告知

入院を行う場合においては、精神病院の管理者等は、当該入院措置に係る者に対し、入院措置を採る旨、入院中は、行動の制限等がとられうる旨、退院等の請求に関する事項及びその他の事項について、書面で知らせなければならない。（ただし、医療保護入院の患者については、症状に照らし、その者の医療及び保護を図る上で支障があると認められる間はこの限りでない）。

(ウ) 入院患者の処遇

行動の制限であって特に人権上重要な厚生大臣の定めるものについては、これを行うことができない。このような行動制限として、厚生省告示により次の3種類が定められている。

- 1 信書の発受の制限（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、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ことは、含まれない）。
- 2 都道府県及び地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との電話の制限。
- 3 都道府県及び地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となろうとする弁護士との面会の制限。

また、行動の制限のうち、厚生大臣が定める著しい制限については、指定医が必要と認める場合でなければ行うことができない。このような行動制限として、厚生省告示により次の2種類が定められている。

- 1 患者の隔離（内側から患者本人の意思によって出ることができない部屋の中へ1人だけ入室させることにより当該患者を他の患者から遮断する行動の制限をいい、12時間を超えるものに限る。）。
- 2 身体的拘束（衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。）。

この他、厚生大臣は、精神病院に入院中の者の処遇について必要な基準を定めることができるとし、精神病院の管理者は、この基準を遵守しなければならないものとされており、以下の基準が厚生省告示により定められている。

精神保健法第37条第1項の規定に基づき厚生大臣が定める処遇の基準
(昭和63年4月8日厚生省告示第130号)

第1 基本理念

入院患者の処遇は、患者の個人としての尊厳を尊重し、その人権に配慮しつつ、適切な精神医療の確保及び社会復帰の促進に資するものでなければならないものとする。また、処遇に当たって、患者の自由の制限が必要とされる場合においても、その旨を患者にできる限り説明して制限を行うよう努めるとともに、その制限は患者の症状に応じて最も制限の少ない方法により行われなければならないものとする。

第2 通信・面会について

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) 通信・面会は基本的に自由であることを、文書又は口頭により、患者及び保護義務者に伝えることが必要である。
- (3) 電話及び面会に関しては患者の医療又は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 信書に関する事項

- (1) 患者の病状から判断して、家族等からの信用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。

- (2) 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、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した場合においては、当該措置を採った旨を診療録に記載するものとする。

3 電話に関する事項

- (1) 制限を行った場合は、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。
- (2) 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等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 面会に関する事項

- (1) 制限を行った場合は、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。
- (2) 入院後は患者の症状に応じて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採らないものとする。
- (3) 面会する場合、患者が立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。

第3 患者の隔離について

1 基本的な考え方

- (1) 患者の隔離（以下「隔離」という。）は、患者の症状からみて、本人

又は周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く、隔離以外の方法ではその危険を回避することが若しく困難であると判断される場合に、その危険を最小限に減らし、患者本人の医療又は保護を図ることを目的として行われるものとする。

- (2) 隔離は、当該患者の症状からみて、その医療又は保護を図る上でやむを得ずなされるものであって、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあってはならないものとする。
- (3) 十二時間を超えない隔離については精神保健指定医の判断を要するものではないが、この場合にあってはその要否の判断は医師によって行われなければならないものとする。
- (4) なお、本人の意思により閉鎖的環境の部屋に入室させることもあり得るが、この場合には隔離には当たらないものとする。この場合においては、本人の意思による入室である旨の書面を得なければならないものとする。

2 対象となる患者に関する事項

隔離の対象となる患者は、主として次のような場合に該当すると認められる患者であり、隔離以外により代替方法がない場合において行われるものとする。

- ア 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合
- イ 自殺企図又は自傷行為が切迫している場合
- ウ 他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合
- エ 急性精神運動興奮等のため、不隠、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合
- オ 身体的合併症を有する患者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合

3 遵守事項

- (1) 隔離を行っている閉鎖的環境の部屋に更に患者を入室させることはあってはならないものとする。また、既に患者が入室している部屋に隔離のため他の患者を入室させることはあってはならないものとする。
- (2) 隔離を行うに当たっては、当該患者に対して隔離を行う理由を知らせよう努めるとともに、隔離を行った旨及びその理由並びに隔離を始めた日時を診療録に記載するものとする。
- (3) 隔離を行っている間においては、定期的な会話等による注意深い臨床的観察と適切な医療及び保護が確保されなければならないものとする。
- (4) 隔離を行っている間においては、洗面、入浴、掃除等患者及び部屋の衛生の確保に配慮するものとする。
- (5) 隔離が漫然と行われることがないように、医師は原則として少なくとも毎日1回診察を行うものとする。

第4 身体的拘束について

1 基本的な考え方

- (1) 身体的拘束は、制限の程度が強く、また、2次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとする。
- (2) 身体的拘束は、当該患者の生命を保護すること及び重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いた行動の制限であり、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあってはならないものとする。
- (3) 身体的拘束を行う場合は、身体的拘束を行う目的のために特別に配慮して作られた衣類又は綿入り帯等を使用するものとし、手錠等の刑具類や他の目的に使用される紐、縄その他の物は使用してはならないものとする。

2 対象となる患者に関する事項

身体的拘束の対象となる患者は、主として次のような場合に該当すると認められる患者であり、身体的拘束以外によい代替方法がない場合において行われるものとする。

ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合

イ 多動又は不隠が顕著である場合

ウ ア又はイのほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合

3 遵守事項

(1) 身体的拘束に当たっては、当該患者に対して身体的拘束を行う理由を知らせよう努めるとともに、身体的拘束を行った旨及びその理由並びに身体的拘束を始めた日時を診療録に記載するものとする。

(2) 身体的拘束を行っている間においては、原則として常時の臨床的観察を行い、適切な医療及び保護を確保しなければならないものとする。

(3) 身体的拘束が漫然と行われることがないように、医師は頻回に診療を行うものとする。

(エ) 措置入院者及び医療保護入院者の定期病状報告

精神病院の管理者は、措置入院者及び医療保護入院者の症状を、厚生省令で定めるところにより、措置入院者は入院後六月ごとに、医療保護入院者は入院後1年ごとに、定期に都道府県知事に報告しなければならない。報告をうけた都道府県知事は後述する精神医療審査会に対し、報告をうけた入院患者について入院の要否の審査を求めなければならない。また、都道府県知事は、精神医療審査会の審査の結果に基づき、その入院が必要でない認められた者を退院させ、又は精神病院の管理者に対しその者を退院させることを命じなければならない。

(オ) 精神医療審査会

精神医療審査会（以下この章において「審査会」という。）は、精神障害者の入院の要否及び処遇の適否に関する審査を行うため、都道府県に設置さ

れる。

この審査会は、精神障害者の人権に配慮しつつその適正な医療及び保護を確保する観点から設けられたものであり、この運営に当たっては、公正かつ迅速な対応が必要とされるものである。したがって、審査会の委員はその学識経験に基づき独立してその職務を行わなければならない。なお、審査会の運営については、その適正な運営のため、厚生省告示による運営マニュアルが示されており、審査会はマニュアルの考え方に沿って審査会運営規則を定めることとされている。

○精神保健法第17条の2に規定する精神医療審査会について

昭和63年5月13日 健医発第574号
各都道府県知事宛 厚生省保健医療局長通知

精神衛生法等の一部を改正する法律（昭和62年法律第98号）による改正後の精神保健法（昭和25年法律第123号）第17条の2に規定する精神医療審査会については、同法及び同法施行令（昭和25年政令155号）第2条の2に規定する事項のほか、その運営に関し必要な事項（以下「その他事項」という。）について保健医療審議会が定めることとされているところであるが（同令第2条の2第10項）、今般、保健医療審査会がその他事項を定めるに当たって参考となる事項及び審査会の事務手続き上参考となる事項を、「精神医療審査会運営マニュアル」として、別添のとおり定めたので、その適正な運営を期されたい。

なお、精神医療審査会においては、保健医療の観点を中心としつつも、適正な医療及び保護を確保するためには患者本人の意思によらない入院や行動の制限等を行わなければならない場合があるという保健医療の特殊性を踏まえ、総合的な観点から入院継続の適否等の審査を行うことが必要であることにかんがみ、「法律に関し学識経験を有する者」をその委員とすることとしたものであり、その具体的な任命に当たっては、公平な判断を期待しえる立場にある者を充てるとの観点に立つて、各都道府県における司法関係者の意見を十分調整した上、裁判官の職にある者、検察官の職にある者、弁護士、五年以上大学（学校教育法による大学であつて大学院の付置されているものに限る。）の法律学の助教授である者のうちから行うこととされたい。

別 添

保健医療審査会運営マニュアル

I 基本理念

精神医療審査会（以下「審査会」という。）は、精神障害者の人権に配慮しつつその

適正な医療及び保護を確保する観点から新たに設けられたものであり、この運営に当たっては、公正かつ迅速な対応が必要とされるものである。したがって、審査会の委員はその学識経験に基づき独立してその職務を行うとともに、審査会は、ここに示す運営マニュアルの考え方に沿って審査会運営規則を定め、適切な運営を確保しなければならないものとする。

II 審査会について

審査会の所掌

(1) 合議体を構成する委員を定めること。

合議体を構成する委員を定めるに当たっては、委員の事故等の場合に臨時に合議体を構成する予備的な委員を、あらかじめ他の合議体の委員（合議体を構成しない委員を含む。）のうちから定めておくものとする。この場合、具体的な委員を定める方法のほか、予備的な委員を定める方法を定めておくこともできるものとする。ただし、委員の数は全体で15名を超えることはできない。

(2) 審査会の運営に関する事項のうち、精神保健法施行令（昭和25年政令第155号）に規定されているもの以外の事項であつて審査に必要な事項を定めること（例えば、複数の合議体が設けられている場合、それぞれの案件を取り扱うシステムを事前に定めておくこと等）。

III 合議体について

1 合議体の所掌等

(1) 個別の審査の案件に関してはすべて合議体において取り扱うものとする。

(2) 審査を取り扱った合議体において決定された審査結果をもつて、審査会の審査結果とする。

(3) 複数の合議体を設けて審査会を運営する場合においては、あらかじめ定められた方法により選定された合議体により審査の案件を取り扱うものとする。なお、個別の案件の審査に関して、複数の合議体による合同審査などは行わないものとする。

2 定足数

合議体は、精神障害者の医療に関し学識経験のある者のうちから任命された委員、法律に関し学識経験を有する委員のうちから任命された委員及びその他の学識経験を有する者のうちから任命された委員がそれぞれ1人出席すれば議事を開き、議決することができるが、できる限り合議体を構成する5人の委員により審査を行うものとする。

3 議決

合議体の議事は出席した委員（合議体の長を含む。）の過半数で決するものとされているが、可否同数の場合においては、次の会議において引き続き審査を行うか、又は、他の合議体において審査するかの方法によるものとする。

4 関係者の排除

(1) 合議体を構成する委員（以下「委員」という。）が、次に掲げるもののいずれか

に該当するときは、当該審査に係る議事に加わることができない。

- ① 委員が、当該審査に係る入院中の者（以下「当該患者」という。）が入院している精神病院の管理者であるとき。
- ② 委員が、当該患者に係る直近の定期的報告に関して診察を行つた精神保健指定医（入院後、定期的報告を行うべき期間が経過していない場合においては、当該入院に係る診察を行つた精神保健指定医）であるとき。
- ③ 委員が、当該患者の保護義務者等であるとき。

「保護義務者等」とは、次の者をいう。

- ・ 精神保健法（昭和25年法律第123号、以下「法」という。）第33条第1項の同意を行つた保護義務者
- ・ 法第33条第2項の同意を行つた扶養義務者
- ・ 法第34条の同意を行つた後見人、配偶者又は親権を行う者その他その扶養義務者

- ④ 委員が、当該患者の配偶者又は三親等内の親族であるとき。
- ⑤ 委員が、当該患者の決定代理人、後見監督人又は保佐人であるとき。
- ⑥ 委員が、当該患者又はその保護義務者等の代理人であるとき。

(2) 議事に加わることができない委員であるかどうかの確認については次によるものとする。

① (1)①・②については、精神病院の管理者（以下「病院管理者」という。）又は精神保健指定医である委員について、あらかじめ所属先の（あるいは診察を行つている）精神病院の名称を申し出てもらい、都道府県において、あらかじめ確認するものとする（合議体別に地域を分けて担当する等により、できるだけ議事に加わることができない委員が生じないように工夫するものとする。）。

② (1)③～⑥については、個別の患者の審査ごとに、委員からの申し出により確認するものとする。

(3) 委員は、前記①～⑥に掲げるもののほか、当該患者と特別の関係がある場合には、それを理由に議事に加わらないことができる。

5 合議体の審査は非公開とする。

IV 退院等の請求の処理について

1 退院等の請求受理について

(1) 請求者

法第38条の4に定める者及びその代理人とする。ただし、代理人は弁護士とする。

(2) 請求方法

書面を原則とする。ただし、やむを得ない事情がある場合には、口頭による請求も認められるものとする。

(3) 請求者に対する確認等

都道府県知事は、当該患者が当該患者が当該病院に入院していること及び請求を

行つた者の意思を確認するものとする。また、代理人による請求の場合には、代理権を有することを証する書面を確認するものとする。

2 都道府県知事の行う事前手続きについて

(1) 当該請求を受理したことの関係者への通知

都道府県知事は、速やかに当該請求を受理した旨を請求書、当該患者、保護義務者等及び病院管理者に対し、書面又は口頭により連絡するものとする。ただし、保護義務者等にあつては直ちに連絡先が判明しない場合は、この限りでない。

(2) 都道府県知事の行う事前資料の準備

ア 都道府県知事は、当該患者に関する資料として、以下の書類のうち、請求受理の直近1年以内のものについては当該書類を合議体へ提出できるよう準備するものとする。

- ① 法第27条に基づく措置入院時の診断書
- ② 法第33条第4項に基づく届出
- ③ 法第38条の2に基づく定期の報告
- ④ 法第38条の4に基づく退院等の請求に関する資料

イ 都道府県知事は、法第33条第1項の同意が適正に行われているか、同条第4項に基づく届出が適正に行われているかなど手続的事項については、事前にチェックし、整理表を作成するなどにより、審査の便宜を図るものとする。

ウ また、同一人から同一趣旨の請求が多数ある場合には、審査の円滑な運営ができるよう、事前に十分整理しておくものとする。

3 合議体での審査等について

(1) 合議体での審査

ア 審査を行う委員（1名以上、少なくとも1名は精神医療に関して学識経験を有する委員とする。）は、以下に示した者に面接の上、当該請求に関する意見聴取を行うものとする。ただし、当該請求受理以前6カ月以内に意見聴取を行っている場合においては、この限りでない。また、当該患者の保護義務者等については、遠隔地に居住しているなどやむを得ない事情にある場合には、書面の提出をもつて面接に代えることができる。

- ① 当該患者
- ② 請求者
- ③ 病院管理人又はその代理人
- ④ 当該患者の保護義務者等

イ 代理人から意見聴取を行う場合には、当該意見聴取に関して代理権を有することを確認するものとする。

ウ 意見聴取を行うに当たつて、あらかじめ用紙をアに掲げる者に送付し、記載を求めておくものとする。

エ 次の(2)イによる意見陳述の機会のあることを面接の際にアに掲げる者に対し、

伝えなければならない。

オ アの意見聴取は、審査を迅速に実施する観点から合議体での審査に先だつて行うことができる。この場合、意見聴取を行う委員については、あらかじめ定めておくことができる。

(2) 合議体での審査に関するその他の事項

ア 意見聴取について

審査に当たっては、必要に応じて関係者から意見の聴取を行うことができる。

イ 関係者の意見陳述について

請求者、病院管理者若しくはその代理人及び合議体が認めたその他の者は、合議体の審査の場で意見を陳述することができる。なお、請求者が当該患者である場合には、(1)による意見聴取により十分意見が把握できており、合議体が意見聴取をする必要がないと認めた場合にはこの限りでない。

ウ 合議体における資料の扱いについて

合議体における資料については、これを開示しないものとする。

エ 都道府県知事に対する報告徴収等の要請について

審査を行うに当たって、特に必要と認める場合には都道府県知事に対して、法第38条の6に基づく報告徴収等を行うことを要請し、その結果について報告を求めることができる。

(3) 都道府県知事への審査結果の通知

審査会は、審査終了後速やかに都道府県知事に対して、次に示した内容の結果を通知するものとする。

ア 退院の請求の場合

- ① 引き続き現在の入院形態での入院が必要と認められる
- ② 他の入院形態への移行が適当と認められる
- ③ 入院の継続の必要は認められない

前記通知には理由の要旨を付すものとする。

なお、別途、審査結果に対して、都道府県知事に対して参考意見を述べることができる（例えば、3か月後に知事による実地審査が望ましい等）。

イ 処遇の改善の請求の場合

- ① 請求のあつた | | に関する処遇は適当と認める
- ② 請求のあつた | | に関する処遇は適当でない

なお、別途、審査結果に付して、都道府県知事に対して参考意見を述べるることができる（例えば、病院管理者の採るべき措置の例示等）。

4 都道府県知事の行う事後処理について

(1) 請求者等に対する結果通知

都道府県知事は、3(1)アに掲げる者に対して、速やかに審査の結果及びこれに基づき採つた措置を通知するものとする。

(2) 資料及び記録の保存

審査の資料及び議事内容の記録については、少なくとも3年間は保存するものとする。

(3) その他の事項

合議体での審査の結果、退院等の請求が適当との判断がなされた場合、都道府県知事はおおむね1か月以内に、当該病院管理者が採った措置を確認するものとする。

5 その他退院等の請求の審査に関して必要な事項

(1) 退院等の請求の審査中に、請求者から請求を取り下げたいとの申し出が書面又は口頭により都道府県知事になされた場合又は当該患者が病院から退院した場合は、都道府県知事はこれを審査会に報告し、これにより審査は終了する。

(2) 退院等の請求が都道府県知事になされた場合、当該患者の入院形態が他の入院形態に変更された場合であつても、その請求は入院形態にかかわらず有効とみなして審査手続きを進めるものとする。

(3) 都道府県知事は、請求を受理してからおおむね1か月、やむを得ない事情がある場合においてもおおむね3か月以内に請求者に対し、審査結果を通知するよう努めるものとする。

(4) 処遇の改善の請求のうち、当該請求が法第36条又は第37条に基づく厚生大臣の定める処遇の基準その他患者の人権に直接係わる処置に関する請求以外の請求である場合には、前記手続きのうち、2(2)、3(1)、(2)ア、イを省略し、直ちに審査を行うことができる。

(5) 退院の請求がなされた場合においても、合議体における審査の結果、処遇の改善が必要と判断された場合には、その旨都道府県知事に通知するものとする。

6 当面の暫定措置について

法施行後1年の間においては、退院等の請求が多数なされ、これらすべての面接による意見聴取を行うことによつて、全体の処理が著しく遅滞するおそれがある場合には、面接による意見聴取を行わないことができるものとするが、この場合においては、あらかじめ3(1)アに掲げる者に対して、書面により意見の聴取を行わなければならない。

V 定期の報告等の審査について

1 審査を行う合議体について

審査会に複数の合議体が構成されている場合には、報告を病院別に整理し、当該審査に当たつて関係者である委員の属する合議体での審査を事前に可能な限り避けることに留意して、当該審査を行う合議体を定めるものとする。また、複数の合議体が構成されていない場合においても、事前に病院別に報告を整理する等、審査が円滑に行われるよう、配慮するものとする。

なお、入院時の届出に当たつては直近の合議体で審査を行う等、迅速かつ適切な処理を行うよう留意するものとする。

2 合議体での審査等について

- (1) 審査会は、当該審査を行う合議体の委員に対して事前に当該審査資料を送付し、検討を依頼することができる。
- (2) 関係者の排除
審査するに当たっては、当該報告の関係者である委員はその審査に関与してはならない。
- (3) 意見の聴取
ア 合議体の審査に当たつて必要な場合には、都道府県知事に対し、法第38条の6の規定に基づく実地審査を行うよう依頼することができる。また、特に必要と認める場合においては、当該病院管理者、当該患者及びその他の者に対し、意見を聴くことができる。
イ 入院が適当でない判断する場合においては、当該病院管理者の意見を聴かなければならない。
- (4) 審査結果の都道府県知事への通知
審査会は、審査終了後速やかに都道府県知事に対して、次に示した内容の結果を通知するものとする。
 - ① 現在の入院形態での入院が適当と認められる。
 - ② 他の入院形態への移行が適当と認められる。
 - ③ 入院の継続の必要は認められない。
- (5) 資料及び記録の保存
審査の資料及び議事内容の記録については、少なくとも3年間は保存するものとする。

3 都道府県知事からの病院管理者等への通知

- (1) 現在の入院形態が適当と審査会が判断した場合
病院管理者等に対して、その旨通知するに及ばない。
- (2) 他の入院形態への移行が適当と審査会が判断した場合及び入院の継続は必要ないと審査会が判断した場合
都道府県知事は、審査結果に基づき必要な措置を行うとともに、当該患者、保護義務者等及び病院管理者に対し、審査の結果及びこれに基づき採った措置を通知するものとする。

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・ケアといい、午後4時以降に開始される社会復帰集団治療は精神科ナイト・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。

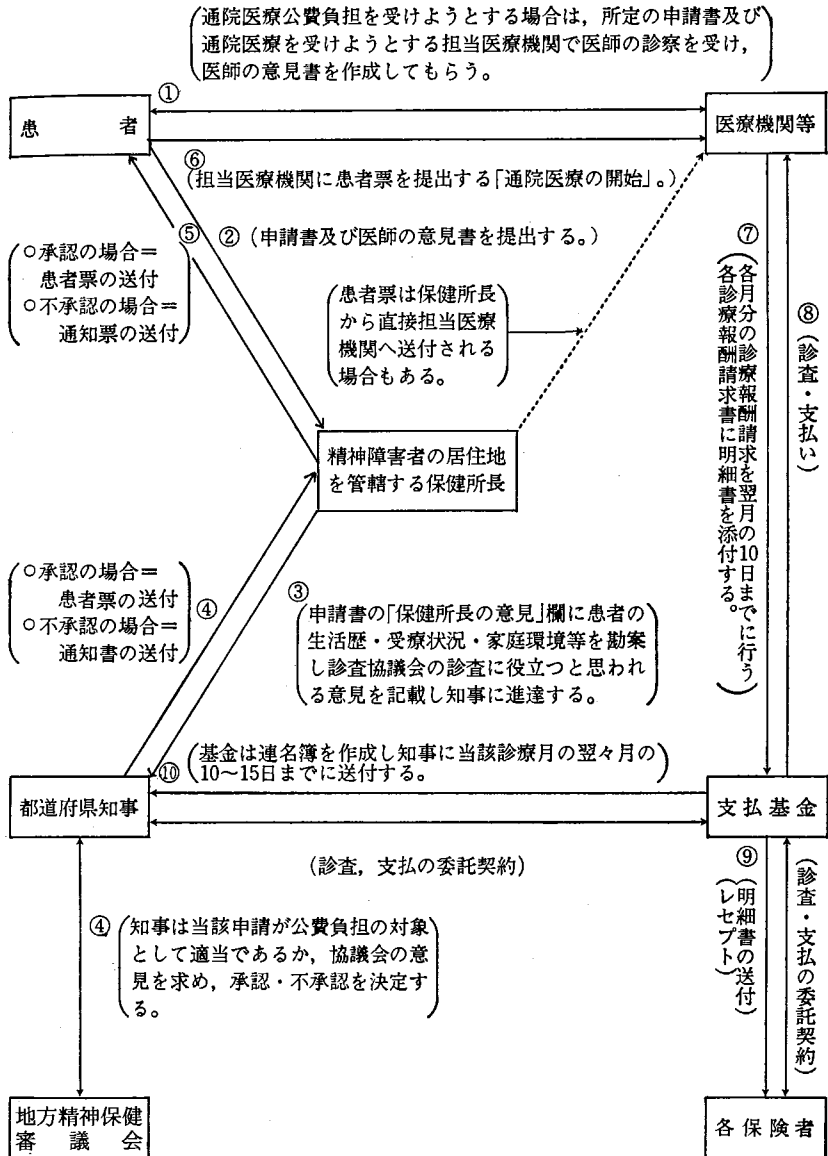
これについては、「精神衛生法の一部を改正する法律の施行について」(昭和40.8.25発衛第184号 厚生事務次官通知)に基づき運用されており、その骨子は次のとおりである。

- 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、「精神保健法第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3 通院医療制度の概要



○精神保健法第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40年6月30日法律第139号）の施行については、昭和40年8月25日厚生省発衛第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 精神保健法（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（精神保健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、精神保健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、精神保健法による通院医療費公費負担にかかるものについて記載すること。

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

クロロプロマジン……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 テトラベナジン……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地方精神保健審議会の意見を求めること。

- 2 削除
- 3 地方精神保健審議会は、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地方精神保健審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つては別記第2契約書例及び覚書例に準じて、連合会の理事長との間にあつては別途局長通知による契約書例及び覚書例に準じて契約を締結すること。

第7 担当医療機関等の指導

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

第8 届出事項

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

第9 患者票の返納

公費負担の承認期間が満了したとき、患者が他の都道府県に居住地を移したとき、その他当該都道府県において法第32条第1項に規定する医療についての公費負担を行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	

平成 年 月 日

知事殿

申請者の氏名
申請者の住所
患者との続柄

㊦

精神保健法第32条の規定により通院医療費の公費負担を申請します。

患者の氏名		性別 生年月日	男明・大 ・女昭・平	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

(精神保健法第32条)

患 者 票

保健所名

都道府県名

国

平成 年 月 日交付

公費負担者番号									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

公費負担医療の受給者番号							
--------------	--	--	--	--	--	--	--

受給者	氏名					病名			5 検 査
	生年月日			性別	男・女		1 薬物療法		
被保険者の別	住所					治療の種類	2 癒れん療法		
	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	
							4 精神療法		
有効期間	自 平成 年 月 日	至 平成 年 月 日							
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
平成 年 月 日

通 知 書

申 請 者

殿

都道府県知事名

印

精神保健法第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ので通知します。

- 1 精神保健法第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

平成 年 月 日

申請者名

申請者の住所

患者との続柄

精神保健法第32条の規定による通院医療費の公費負担の承認内容

精神保健法第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	平成	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。

別記様式第3号

意見書

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

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

別記第1

精神障害者通院医療診査指針

第1 対象となる精神障害およびその状態像

法第32条に基づく通院医療の対象となる精神障害は、精神病、精神薄弱、精神病質であって、神経症のうちでも、心因精神病もしくは精神病質のうちに属せしめらるものは、通院医療の対象となる。精神科領域の治療は一般に、内因性精神病をはじめとして、疾病別にでなく、状態像によって治療法がきめられる場合が多いので以下各状態像について述べることにする。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、不自然な姿態、しかめ顔、尖り口、ひねくれ、街奇、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。

患者は無気力で姿態はだらしく弛緩し、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わけである。

4 躁うつ状態

感情の昂揚および抑うつを主とする状態像をいう。

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

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

5 瘧れんおよび意識障害

瘧れん発作、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。瘧れん、意識障害発作を起す疾患は、てんかんの他、頭部外傷後遺症、脳炎、髄膜炎後遺症、諸種薬物中毒、進行麻痺、ナルコレプシー、心因精神病、症状精神病など非常に多い。

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

6 知能障害及び器質的欠陥状態

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

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

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

7 人格の病的状態

すべての病的人格をいう。すなわち、精神病質の他脳炎後遺症、頭部外傷後遺症な

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

例えば、意志欠如者、抑うつ者、自信欠乏者、無力者などで、単なる環境調整などでは社会適応の困難な者は、通院医療の対象となることがあろう。これらの精神病患者は、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瘧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充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

検 尿

次の検査のうちから2種以上の検査

モイレングラハト、トランスアミナーゼ（SGOT、SGPT）、BSP、
OCH、TTT、ZST、アルカリフォスファターゼ

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・ケア等

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、国立精神神経センター精神保健研究所や昭和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（入所・通所型）」の通所部門、昭和49年度から予算化された「精神障害回復者社会復帰施設（通所型）」などで精神科デイ・ケアが行われている。

また、昭和49年に社会保険診療報酬に「精神科デイ・ケア」料が、昭和61年には「精神科ナイト・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（現国立精神・神経センター精神保健研究所）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、通常の外來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に濃厚な治療を行うことができる。

図4 精神科デイ・ケアのプログラム(例)

月		火		水		木		金		土					
8:30~9:30				8:30~12:00						8:30~12:00					
準備		準備		スタッフ		準備		準備		スタッフ					
9:30~12:00		9:30~12:00		ミーティング (ケース検討)		9:30~12:00		9:30~12:00		ミーティング					
作業		グループワーク		★		作業		グループワーク		☆					
生産的 集团的 集団 作業	創造的 個人 作業◎	個人 面接 (同時併行)	話し 合い			話し 合い	個人 指導	生産的 集团的 集団 作業	創造的 個人 作業◎			個人 面接 (同時併行)	就労 学級	自 由	料 理
						(自由グループ)		13:00~15:00				全員 レクリエーション◎			
手芸	華道	茶道	書道			表現 体操◎	音楽◎	絵画◎	文庫 集作 り			全員 レクリエーション◎			
12:00~13:00		12:00~13:00		12:00~13:00		12:00~13:00		12:00~13:00		12:00~13:00					
昼休み (食事指導)		()		()		()		()		()					
クラブ		クラブ		スタッフは、 訪問活動 記録整理		13:00~15:00		13:00~15:00		13:00~15:00					
手芸	華道	茶道	書道			表現 体操◎	音楽◎	絵画◎	文庫 集作 り	全員 レクリエーション◎					
メンバー ミーティング	◎	◎	◎			◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎			
メンバー ミーティング	◎	◎	◎			◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎			
13:00~15:00		13:00~15:00		13:00~15:00		13:00~15:00		13:00~15:00		13:00~15:00					
メンバー ミーティング	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎				
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)

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) 大規模なもの

イ. 精神科医師及び専従する3人の従事者（作業療法士又は精神科デイ・ケアの経験を有する看護婦（士）のいずれか1人，看護婦（士）1人，精神科ソーシャルワーカー，臨床心理技術者等の1人）の4人で構成される従事者が必要である。

ロ. 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。

ハ. デイ・ケアを行うにふさわしい専用の施設を有しているものであり，当該専用の施設の広さは，60平方メートル以上とし，かつ，患者1人当たりの面積は，4.0平方メートルを標準とするものである。

(2) 小規模なもの

イ. 精神科医師及び専従する2名の従事者（作業療法士，精神科ソーシャルワーカーは臨床心理技術者等のいずれか1名，看護婦（士）1名）の3人で構成される従事者が必要である。なお，看護婦は精神科デイ・ケアの経験を有していることが望ましい。

ロ. 患者数は，当該従事者3人に対しては1日30人を限度とするものである。

ハ. デイ・ケアを行うにふさわしい専用の施設を有しているものであり，当該専用の施設の広さは，40平方メートル以上とし，かつ，患者1人当たりの面積は3.3平方メートルを標準とするものである。

ニ. 当該保険医療機関が医療法第1条の2第2項に規定する診療所である。

c 精神科デイ・ケアの診療報酬

表4 精神科デイ・ケア承認状況

(昭和63年6月30日現在)

都道府県	施設名	施設名	施設名	計
北海道	(医)北仁会 旭山病院 (医)渡辺病院	道立緑ヶ丘病院音更リハビリ センター	(医)ときわ病院 (医)札幌太田病院	5
青森	(生協組合) 藤代健生病院	(社)八甲病院		2
岩手	(医)財団 都南病院 (社)岩手晴和病院	(財)岩手保養院	県立南光病院	4
宮城	県立名取病院	仙台市デイ・ケアセンター		2
秋田	(医)菅原病院			1
山形	(医)佐藤病院			1
茨城	県立友部病院	銚子市立総合病院	旭中央病院組合立	1
千葉	(医)浅井病院 国立国府台病院 国立下総療養所	(医)千葉病院 千葉県精神科医療センター	デイ・ケアセンター (財)総武病院 (医)社団 式場病院	9
東京	国立武蔵療養所 (医)社団 駒木野病院 都立中部総合精神保険センター (医)大内病院 (財)曾我病院	(医)社団 成増厚生病院 都立松沢病院 (医)財団東京足立病院	昭和大学附属烏山病院 (財)井之頭病院 (財)東京武蔵野病院	10
神奈川	(財)曾我病院 国立療養所久里浜病院	川崎市リハビリテーション 医療センター 県立芹香院	(医)社団 藤沢病院 北里大学東病院	6
新潟	国立療養所厚潟病院 (医)田宮病院	県立療養所悠久荘	(医)常心荘 川室病院	4
富山	富山市立富山市民病院	国立療養所 北陸病院	谷野医院	3
石川	県立高松病院 デイ・ケアセンター			1
福井	県立精神病院			1
長野	(医)城西病院			1
静岡	県立病院養心荘	(医)守山荘病院	(医)松陰病院	1
愛知	南豊田病院 県立城山病院 東尾張病院	(医)東春病院	北林病院	7
三重	(医)社団 四日市日永病院	国立療養所榊原病院	県立高茶屋病院	3
滋賀	長浜赤十字病院	(財)長岡病院	(医)社団 宇治黄檗病院	1
京都	国立舞鶴病院 府立精神保健総合センター			4
大阪	府立中宮病院 国立大阪南病院 大阪通信病院 公立豊岡病院	(医)社団 藍野病院 (医)浅香山病院 小阪病院	(医)阪南病院 (医)さわ病院 さわ江坂神経クリニック	9
兵庫	国立療養所松籟荘	(医)社団 高岡病院 (医)五条山病院		2
奈良	国立療養所鳥取病院			2
鳥取	県立湖陵病院			1
岡山	県立内尾センター (財)積善病院 (財)河田病院	(財)慈主病院 (医)高見病院	(医)万成病院 (財)林道倫精神科 神経科病院	7
広島	瀬野川病院	国立療養所 賀茂病院	県立総合精神保健センター	3
香川	(医)社団 三船病院	国立普通寺病院		2
愛媛	(財)精神病院真光園	(財)松山精神病院・美沢 デイ・ケアセンター		2
高知	(医)近森病院第2分院			1
福岡	(医)福岡病院 北九州デイ・ケアセンター (医)社団 堀川病院 (医)社団 八幡厚生病院 (医)財団 嬉野病院	福岡大学病院 (医)社団 松尾病院 (医)社団 一本松病院 (医)社団 行橋保養院 国立肥前療養書	(医)飯塚保養院 (医)社団 牧病院 (医)油山病院	11
佐賀	(医)財団 嬉野病院	国立長崎中央病院	(医)進藤病院	3
長崎	長崎大学医学部附属病院	(医)社団 内藤病院	国立療養所 菊池病院	2
熊本	(医)くわみず病院 (医)社団 菊陽病院			4
大分	国立別府病院			1
宮崎	若草病院	(医)都城新生病院		2
鹿児島	(社)鹿児島精神衛生協会 社会復帰施設療養所			1
沖縄	天久台病院 新垣病院	国立療養所琉球病院	(医)輔仁会 田崎第2病院	4
計				125

1日について大規模なもの330点、小規模なもの300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45点を加算する。

d 精神科ナイト・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2人の従事者（作業療法士又は精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアの経験を有する看護婦（士）のいずれか1人、看護婦（士）又は精神科ソーシャルワーカー若しくは臨床心理技術者等のいずれか1人）の3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3人に対しては、1日20人を限度とするものであること。
- (3) ナイト・ケアを行うにふさわしい専用の施設を有しているものであり、当該専用の施設の広さは、40平方メートル以上とし、かつ、患者1人当たりの面積は、4.0平方メートルを標準とするものであること。

e 精神科ナイト・ケアの診療報酬

1日について330点であり、ナイト・ケアの一環として食事を給与した場合にあっては45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日当たりの取扱い患者数はおおよそ25人を1単位とし

て行うものであり、1人の作業療法士の取扱患者数は1日75人を標準とする。診療報酬は1日につき70点である。

b 精神療法

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

入院中の患者については、入院の日から起算して4週間以内の期間に行われる場合にあつては週2回を、入院の日から起算して4週間を超える期間に行われる場合にあつては週1回をそれぞれ限度として算定する。診療報酬は、1回につき、入院中の患者に対して行った場合70点、入院中の患者以外の患者に対して行った場合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つ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。退院後4週間以内の期間にあつては週2回を、その他の場合にあつては週1回を限度として算定でき診療報酬は1回につき病院の場合230点、診療所の場合240点である。

d 集団精神療法

集団精神療法とは、一定の治療計画に基づいて、集団内の対人関係の相互作用を用いて、自己洞察の深化、社会適応技術の習得、対人関

係の学習等をもたらすことにより病状の改善を図る治療法である。精神科を標榜している保険医療機関において、精神科を担当する医師及び1人以上の臨床心理技術者等の従事者により構成される2人以上の従事者が、アルコール依存症又は児童・思春期の特殊な感情障害の通院患者に対して、5～10人の患者を標準単位として行った場合に算定する。1回に10人を限度とし、1日につき、1時間以上実施した場合に、開始日から、3月を限度として週2回算定する。集団精神療法と同時にを行う他の精神病特殊療法は、別に算定できない。診療報酬は1日につき220点である。

e 精神科訪問看護・指導料

精神科訪問看護・指導料は、精神科を標榜している保険医療機関において精神科を担当している医師が、精神障害者たる入院中以外の患者又はその家族等の了解を得て、当該保険医療機関の保健婦、看護婦等を訪問させ、患者又は家族等に対して看護・社会復帰指導等を行った場合に算定する。精神科訪問看護・指導料の算定は、週2回を限度とする。診療報酬は250点である。

(3) 医療施設体制

ア 精神病院

我が国の精神病院数、病床数は逐次増加しており、昭和62年6月30日現在で1,627施設、345,495床、人口万対28.4床である。また在院患者数は341,962人であり、病床利用率はほぼ99.0%となっている。

(ア) 精神病院の現状

精神障害者は精神保健法第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。

(イ) 都道府県の設置義務

都道府県は、精神保健法第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。

(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62年6月30日現在の指定病院は1033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5 都道府県別開設者別精神病院数及び精神病床数

(62.6.30 現在)

都道府県名	国				都道府県		市町村		公的医療機関		その他の				計	
	厚生省		その他		施設数	病床数	施設数	病床数	施設数	病床数	法人		個人		施設数	病床数
	施設数	病床数	施設数	病床数							施設数	病床数	施設数	病床数		
北海道	2	280	3	136	4	572	17	2,206	12	1,206	47	10,602	44	6,243	129	21,245
青森	-	-	1	41	1	350	5	483	1	111	15	3,531	2	392	25	4,908
岩手	1	300	-	-	3	763	2	180	-	-	12	2,942	4	712	22	4,897
宮城	1	48	1	74	1	354	-	-	-	-	16	3,011	10	1,234	29	4,721
秋田	-	-	1	36	-	-	5	420	3	490	14	3,398	3	445	26	4,789
山形	-	-	1	40	1	350	4	281	-	-	8	1,969	3	368	17	3,008
福島	-	-	-	-	3	450	1	140	4	451	28	6,963	5	468	41	8,472
茨城	1	17	1	41	1	611	-	-	-	-	30	6,651	5	516	38	7,836
栃木	-	-	-	-	1	203	-	-	4	480	22	4,630	2	321	29	5,634
群馬	-	-	1	40	1	372	1	223	-	-	16	4,899	1	98	20	5,632
埼玉	-	-	1	26	-	-	-	-	2	513	29	7,889	18	2,406	50	10,834
千葉	3	1,090	1	60	1	40	3	440	-	-	31	8,479	12	1,709	51	11,818
東京	3	867	6	283	8	1,749	2	72	1	50	70	18,774	25	4,449	115	26,244
神奈川	3	405	-	-	3	644	3	78	-	-	38	9,517	9	1,610	56	12,254
新潟	1	250	1	64	3	644	-	-	4	483	20	5,362	2	260	31	7,063
富山	1	190	1	20	1	120	4	303	1	68	-	-	21	2,972	29	3,673
石川	1	48	1	46	1	400	2	150	-	-	8	1,976	6	1,333	19	3,953
福井	-	-	1	41	1	380	1	100	-	-	6	1,311	2	244	11	2,076
山梨	-	-	1	40	1	300	-	-	-	-	9	2,356	-	-	11	2,696
長野	1	280	1	40	2	360	-	-	5	671	17	3,510	6	1,158	32	6,019
岐阜	-	-	2	38	1	120	2	142	1	54	12	3,680	2	170	20	4,204
静岡	-	-	1	37	1	410	2	170	-	-	17	4,172	12	2,228	33	7,017
愛知	2	258	2	70	3	772	3	248	1	100	32	9,081	12	2,900	55	13,429
三重	1	260	1	40	3	698	1	50	2	350	9	2,728	5	981	22	5,107
滋賀	-	-	1	45	-	-	-	-	2	258	6	1,457	2	430	11	2,190
京都	1	155	2	234	2	446	-	-	-	-	16	5,677	2	416	23	6,928
大阪	2	96	2	80	2	892	3	97	2	134	48	17,764	9	1,985	68	21,048
兵庫	-	-	2	60	3	723	1	100	-	-	24	7,144	11	2,816	41	10,843
奈良	1	200	-	-	1	80	-	-	-	-	7	1,927	2	437	11	2,644
和歌山	-	-	-	-	2	490	4	616	-	-	6	1,695	1	198	13	2,999
鳥取	1	300	1	42	-	-	1	108	-	-	6	1,318	2	220	11	1,988
島根	-	-	1	40	2	349	3	144	1	70	8	1,713	2	194	17	2,510
岡山	-	-	1	76	1	240	-	-	-	-	18	5,059	3	251	23	5,626
広島	2	400	1	20	1	50	4	455	2	225	19	4,838	15	2,725	44	8,713
山口	1	55	1	51	1	200	-	-	-	-	21	4,542	10	1,509	34	6,357
徳島	-	-	1	45	1	100	1	200	1	59	16	3,765	2	274	22	4,443
香川	2	150	1	26	1	340	3	351	-	-	9	2,565	3	712	19	4,144
愛媛	-	-	1	40	1	50	1	104	-	-	18	4,372	1	310	22	4,876
高知	-	-	1	14	1	193	1	50	-	-	19	3,607	4	348	26	4,212
福岡	1	100	2	123	1	452	-	-	1	60	63	13,497	35	6,405	103	20,637
佐賀	1	573	1	26	-	-	-	-	-	-	10	2,692	7	939	19	4,230
長崎	1	55	1	50	2	366	1	70	-	-	16	4,564	17	3,446	38	8,551
熊本	2	200	1	60	1	250	-	-	-	-	34	7,504	8	1,066	46	9,080
大分	1	40	1	30	-	-	-	-	1	200	16	3,634	6	847	25	4,751
宮崎	-	-	1	40	2	402	-	-	-	-	20	5,465	3	283	26	6,190
鹿児島	-	-	1	45	1	363	-	-	-	-	36	7,931	13	1,715	51	10,054
沖縄	1	350	-	-	4	496	-	-	-	-	4	926	14	3,180	23	4,952
計	38	6,967	53	2,360	75	17,144	81	7,981	51	6,033	946	241,087	383	63,923	1,627	345,495
61.6.30	38	6,967	53	2,339	75	17,179	81	7,950	50	5,973	933	236,226	380	62,527	1,610	339,161

資料：病院報告（確定版）

精神保健法第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

精神保健法（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名は精神保健指定医であるか又は法第18条に定める精神障害の診断又は治療に関し少なくとも3年以上の経験がある医師であること。
- (4) 健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法（昭和33年6月厚生省告示第177号）に規定する基準給食の承認を受けていること。
- (5) 指定病院の病床数は、百床以上であること。ただし、当該病院の所在する地域の精神病院の実情、当該病院の管理運営の状況等をかん案し特にこれを指定病院として指定する必要があると認められる病院であって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。

一般診療所数

	45年	50年	53年	56年	59年
一般診療所数	68,997	73,114	75,479	77,909	78,332
内精神科	657	779	991	1,159	1,425

(病院報告)

一般診療所の患者数推計(外来)

	50年	54年	55年	56年	57年	58年	59年
精神障害	24,200 [△]	17,500 [△]	18,900 [△]	22,900 [△]	32,600 [△]	24,000 [△]	24,500 [△]
内精神分裂病	300 [△]	700 [△]	500 [△]	3,000 [△]	2,600 [△]	1,600 [△]	1,400 [△]

(患者調査)

(4) 社会復帰対策

ア. 社会復帰対策の概要

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應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。長期入院者の多くは、疾病による社会適應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。このことは、昭和61年7月の公衆衛生審議会答申においても、以下のように述べられているところである。

昭和 61 年 7 月 25 日

厚生大臣 斎藤十朗 殿

公衆衛生審議会
会長 山口正義

意見書

精神障害者の社会復帰に関する意見を別紙のとおり具申する。

精神障害者の社会復帰に関する意見

序 文

第二次世界大戦後、先進諸国が一貫して追及してきた精神保健の理念は、精神障害者がその人権を十分に保障され、地域社会で生活を続けながら必要な援助を得ることができるようにすることであり、そのために精神障害者の治療のあり方を、閉鎖性の強い施設内医療から社会に解放された地域精神保健医療に転換することであった。

このことの達成のために、これら先進諸国においては、一方では、精神障害者に対する包括的な保健医療の供給体制の発展が図られるとともに、他方では、立法によって、精神障害者が他の障害者と同様の社会福祉の諸サービスを楽しむことができるような施策化が図られてきた経緯がある。

しかしながら、これらに係る我が国の制度、事業面の立ち遅れについては否定できない現状であり、今や早急に是正を図るべき重要な社会的課題となっている。

したがって、精神衛生法の改正並びに関連諸制度の整備に当たっては、以上の国際的動向に鑑み、精神障害者の社会復帰、社会参加促進のための体制の充実を強力かつ早急に実施する必要がある。さらに、その推進に当たっては、以下に示す事項を十分に考慮した上で実現を図る必要がある。

基本的な考え方

- 1 精神障害者の社会復帰、社会参加を推進するに当たっては、国、地方公共団体並びにその他の関連団体は、まず第1に、社会に流布する精神疾患や精神障害者等に対するさまざまな誤解や偏見等をなくすことに努めなければならない。精神障害者に対する適正な理解を広げることによってはじめて精神障害者の社会復帰や社会参加が進展するといっても過言ではない。このことは、精神障害者の人権を保障する観点からも極めて重要な課題である。
- 2 第二に、精神障害者の社会復帰、社会参加のための具体的施策の充実が必要である。現在、我が国においてはごく少数のみ存在する精神科デイケア施設や小規模保護作業所等、精神障害者のために行われる昼間治療及び作業訓練並びに活動の場としての施設の十分な数の配置を行うことが是非とも必要である。さらに、我が国においてはこれら昼

間の治療並びに作業訓練等の施設に比べて一層未整備な現状にある居住施設、すなわち精神障害者が社会で共同して生活し、かつ、必要な訓練や指導を受けることができる施設の必要数の設置を行わなければならない。

これらは、いずれも医療及び医療的支援体制の存在を必要とする施設、事業であり、精神障害者がその症状を再発させることなく安定した状態を保ちながら利用するものである。また、これら諸施設は精神障害者が独立して生活を行うことを可能とすることを最終目標とするもので、そのための訓練や指導を行うものである。

- 3 第三に、地域精神保健医療・福祉システムの確立を早急に図らなければならない。このため、特に医療機関における外来通院医療を充実させるとともに、精神障害者の社会生活の援助体制づくりに不可欠な地方公共団体の衛生部門と福祉部門の密接な連携の実現を図り、有効かつ効率的に社会復帰、社会参加を進めることが極めて重要である。

このように医療機関における保健医療サービスと行政機関における各種のサービスが適切に補完し合って、はじめて地域社会において円滑な精神障害者の社会復帰、社会参加が可能となるものである。また、衛生部門と福祉部門の連携に当たっては、精神障害者が単なる病者というだけでなく、社会生活遂行上の困難、不自由、不利益を有する障害者であるという点を共通理解とする必要があるということはいままでもない。

- 4 なお、精神障害者の社会復帰、社会参加の促進を図るに当たって、脱入院化の政策的誘導を強行し、結果として、逆により、社会の中に安住の場のない人々を多数生みだし、精神障害者が犯罪その他の事件の犠牲者となったり、心身の著しい不健康に陥ったまま陳外放置される状況をもたらした諸外国における経験をも十分に考慮する必要がある。

これらに対応するために、上記1～3に加えて、第四として必要なヘルスマンパワーを養成し、精神科ソーシャルワーカー等を中心とするスタッフからなる保健医療チームを医療機関並びに地域社会に配置することにより、医療機関及び社会復帰施設と地域社会の他の機関との連絡調整を進め、精神障害者の社会復帰、社会参加を円滑化するための体制を確立しなければならない。

本 文

- 1 精神科医療施設（精神病院、精神科診療所等）におけるマンパワーの充実
精神科医療施設においては精神科デイケア、あるいは、昭和53年中央精神衛生審議会（当時）の中間報告における社会復帰訓練部門の整備充実を図るため、医師、看護職員、作業療法士、精神科ソーシャルワーカー、臨床心理技術者等を適切に配置する必要がある。特に一定規模を超える施設には精神科ソーシャルワーカー及び臨床心理技術者を置くことが強く望まれる。また、適切な社会復帰活動を促進する観点からも、これら関係職員の養成・研修について、今後、積極的に推進していく必要がある。
- 2 精神科デイケア関連施設の充実
精神科デイケアは、精神科医療施設における地域ケア機能の基本形態である。精神科デイケア関連施設を普及させるためには、従来の精神障害回復者社会復帰施設（通所部

門ないし通所型)等に加えて、より小規模なものを検討するなど、精神科デイケア事業の大幅な拡充、整備を図るとともに、実効のあがるものとなるよう対策を講ずることが必要である。

3 昼間の作業活動のための施設の整備充実

就労の能力を十分に回復するに至らない精神障害者が地域社会や家庭で疎外孤立化することを防ぎ、必要な生活習慣を維持させることを目的として、必要に応じ医療機関との連携をとりつつ作業活動を行うことのできる場を設置する必要がある。さらに、進んだ水準の作業等の場を用意するなどして、その社会復帰、社会参加を円滑に促進するための施設として以下の施設を整備する必要がある。

- (1) 精神障害者小規模保護作業所(仮称)……精神障害者を通所させ、作業指導、生活訓練を行うことにより、社会的自立を促進させるための施設で小規模なもの
- (2) 精神障害者通所授産施設(仮称)……相当程度の作業能力を有する精神障害者を通所させ、必要な訓練を行い自活を助長させるための施設

また、これらの施設並びに以下に記した施設、事業等に関する条文を精神衛生法の中に設け、都道府県、市区町村及び非営利法人等が積極的にこれらの施設を整備できるようにすることが必要である。

4 居住のための施設の整備充実

病院から退院に当たって、家庭への復帰や独力では地域社会で居住することが困難な精神障害者に対しては、地域社会の受け皿としてそれぞれの精神障害者のニーズに相応した居住の場を確保することが必要である。居住の場として以下の施設を整備する必要がある。

- (1) 管理人付の居住施設……一定程度の自活能力のある精神障害者で家庭・住宅事情等の理由により、住宅の確保が困難な者に対して、生活を営むために提供される施設
- (2) ケア付の居住施設……現行精神障害回復者社会復帰施設夜間生活指導部門及び精神障害者社会生活適応施設を含むもので、回復途上にある精神障害者に一定期間利用させ、生活の場を与えるとともに、医療的専門知識をもった職員により生活の指導等を行い、昼間は治療的作業訓練に通わせることにより、自立への促進を図るための施設

註 これらの施設(本文中3及び4の施設)を整備するに当たっては、地域保健医療のネットワーク化に見合うよう、一般精神科医療施設併設型や独立型、あるいは精神衛生センター併設型等が考えられる。併せて地域の他の精神科医療施設との密接な連携を図ること等も大切である。

5 通院患者リハビリテーション事業(いわゆる職親制度)の充実等

- (1) 精神障害者の社会復帰、社会参加を遂行するためには、現状における精神障害者の就労状況の特段の改善を図ることが必要である。このためには、関係行政機関等との密接な連携をとりつつ、職業リハビリテーション事業上の対策に有効に結び付く医学的リハビリテーションのための諸対策を推進すべきである。

また、就労状況を改善するために有効な各種の優遇措置が精神障害者に適用される

ように諸対策を講ずることが是非とも必要である。

- (2) 医学的リハビリテーションの一過程において、精神障害者が訓練等の目的で事業所等において活動することは、社会復帰活動の過程としても極めて有効であるので、一定の訓練期間を限って試行的形態の作業活動をすすめることも重要である。
- (3) 現行の通院患者リハビリテーション事業については、今後、上記(1)(2)の意義を踏まえて精神障害者の社会復帰、社会参加の流れに伴う需要の増大に対応できるよう、その質的及び量的充実を図ることが必要である。
- (4) その他、精神障害者を雇用する事業所に対して積極的な協力体制を保持できるように、保健医療機関においては、これら企業及び職業安定機関等関係行政機関との間の相互理解を図る必要がある。

6 関連民間援護団体の育成、充実

地域社会において精神障害者の社会復帰、社会参加を推進するためには、制度、事業等の面で、国、都道府県、市区町村が直接的に取り組むだけでなく、民間援護団体を育成しその協力を得る必要がある。民間援護団体は、国、都道府県、市区町村が行う精神障害者に対する社会復帰、社会参加のための諸制度や事業を補完するものとして極めて重要な役割を担うものであり、精神障害者のための昼間及び夜間の生活に必要な施設の運営を行うものである。精神障害者の社会復帰、社会参加を推進するためには、精神障害者家族、精神障害者本人、職親、ボランティア団体等を組織し、これら民間援護団体が本来のボランティア団体の性格や自助集団としての理念を踏まえた組織として定着するよう育成を図ることが必要である。

7 保健所精神衛生相談員の専任化・増員、その他保健所体制の整備等

精神障害者の社会復帰の促進に当たっては、保健所において、精神障害者に対する個別の援助、医療施設その他関連施設との協力、市区町村の行う社会復帰活動に対する指導・援助により、地域内の連携活動を充実させることが一層重要になると思われるので、現行精神衛生相談員の専任化・増員を進め、さらにこれら相談員に必要な医学的知識及び援助技術について教育・研修プログラムを充実する等制度の十分な整備を図ることが望まれる。

8 社会復帰に関する精神衛生センターの役割の明確化

精神障害者の社会復帰、社会参加を促進し、その体系化を進めるためには、地域の実情等を十分に把握する必要がある。精神衛生センターに対しては、これらに関する調査、それに基づく企画の責任を持たせるなどして社会復帰に関わる役割を明確にすべきである。

さらに、精神衛生センター自らがリハビリテーションの機能を持つ必要があることはいうまでもない。

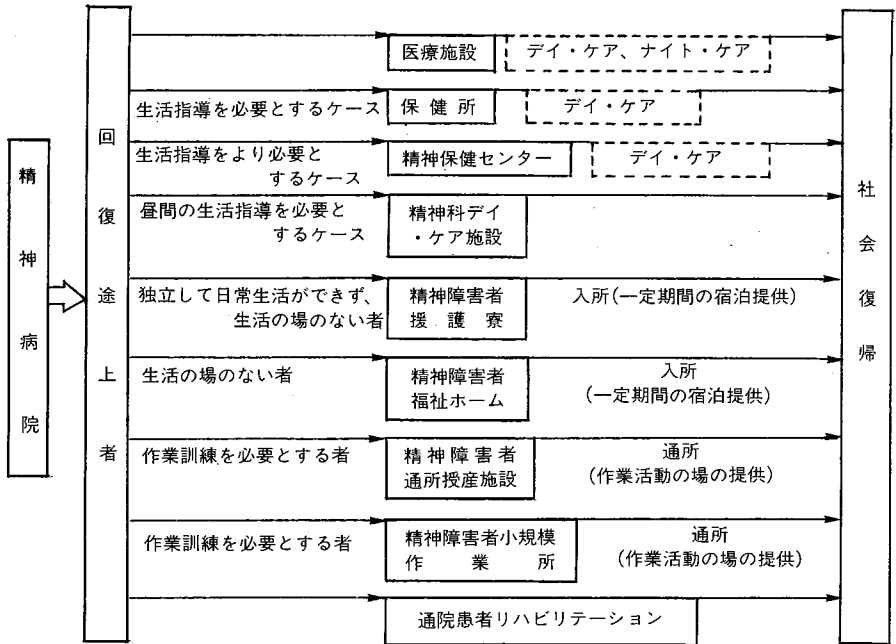
9 社会復帰に関する市区町村の役割の明確化

精神障害者の社会復帰、社会参加を円滑に進めるためには、地域の実情に応じた適切かつ、きめ細かな対応が特に求められるものであり、この意味で、市区町村の果たす役

割が重要なものとなるものと考えられる。特に、上記3及び4の施設のうち精神障害者小規模保護作業所（仮称）及び居住のための施設等については市区町村が主体的かつ積極的にその整備を図ることが期待される。さらに、市区町村が精神疾患や精神障害者に対する誤解や偏見等を是正するため地域社会に対して積極的に教育活動を行うことは、精神障害者の円滑な社会復帰、社会参加を図る上で是非とも必要である。

この報告を受けて、昭和62年精神衛生法改正において精神障害者社会復帰施設が法制化されるとともに、昭和62年度から社会復帰施設及び社会復帰施設の要件を満たさない精神障害者小規模作業所に対する補助が予算化されている。現在までに制度化されている社会復帰体系は次の図5のとおりである。

図5 精神障害者社会復帰体系図



また、精神障害を理由とする資格制限や施設の利用制限等について、精神障害者の社会復帰、社会参加等の観点から、その見直しを行うべく、厚生省保健医療局長より都道府県知事あて通知がだされたところである。

その内容は以下の通りである。

都道府県知事 殿

厚生省保健医療局長

精神障害者に係る資格制限・利用制限等について

精神保健行政の推進につきましては、日ごろより御尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、精神障害者対策に関しては、近時、特に精神障害者の人権擁護及び社会復帰の促進が強く要請されているところであります。なかんずく、精神障害を理由とする資格制限や施設の利用制限等については、精神障害者の社会復帰、社会参加等の観点からその見直しを行うべきであるとの意見が関係方面より示されてきているところであり、政府としても、本年3月国会に提出した精神衛生法等の一部を改正する法律案の中で、精神病者に係る公衆浴場の利用規制を見直すべく公衆浴場法の改正規定を盛り込むとともに、去る6月に障害者対策推進本部（本部長 内閣総理大臣）において決定した『「障害者対策に関する長期計画」後期重点施策』の中で、精神障害者の人権擁護及び社会復帰の促進のための重点施策の一つとして「精神障害を理由として設けられている資格制限等について検討を行うこと」を盛り込んだところであります。

もとより、精神障害者に係る資格制限・利用制限等については必要最小限度のものに限られるべきものと考えられるところであり、貴職におかれましても、上記の趣旨を踏まえ、関係諸資格・諸制度について検討を行われますようお願い申し上げます。また、貴管下市町村に対してもこの旨の周知方、併せてお願い申し上げます。

【参考資料】

- | | | |
|--|---|----|
| 1. 精神衛生法の一部を改正する法律案（抄） | } | 省略 |
| 2. 〃 新旧対照条文（抄） | | |
| 3. 〃 要綱 | | |
| 4. 「障害者対策に関する長期計画」後期重点対策（抄） | | |

【参考資料 4】

「障害者対策に関する長期計画」後期重点施策（抄）

（昭和62年6月 障害者対策推進本部）

第2 課題別施策の基本的方向と今後の重点施策

2 保健・医療

(3) 精神障害者対策の推進

精神障害者の人権を擁護しつつ、適切な精神医療の確保及び社会復帰の推進を図るものとする。このため、精神障害者の人権上の改善と並んで精神障害者の社会復帰の促進を大きな柱とする精神衛生法等の一部を改正する法律案の早期成立を期するものとする。

今後、精神障害者対策については、次の事項を重点的に推進するものとする。

- ア 保健所、精神衛生センター等における精神衛生相談等の充実を図り、地域精神保健対策を推進すること。
- イ 入院形態の見直し、入院手続の整備、精神病院に対する指導監督規定の整備など入院患者の人権の確保に努めること。
- ウ 精神障害者の人権の擁護並びにその適正な医療及び保護の実施のため、精神衛生鑑定医制度を精神保健指定医制度へ改組すること。
- エ 社会復帰施設整備の促進など精神障害者の社会復帰・社会参加を促進すること。
- オ 思春期、老年期等のライフ・ステージに応じた精神保健対策を促進すること。
- カ 精神障害を理由として設けられている資格制限等について検討を行うこと。

イ 保健所における社会復帰促進事業

保健所は地域における精神保健に関する第一線の行政機関として精神保健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相談指導費」が予算化され年々実施保健所の充実が図られ、昭和63年度では595保健所となっている。

なお、この事業の実績は表6の通りである。

また、回復途上にある精神障害者の社会復帰の一層の促進を図るため、昭和62年度から保健所において「デイ・ケア事業」が予算化され、昭和63年度には20保健所において実施されることとなっている。なお、デイ・ケア事業が実施される保健所は、原則として社会復帰相談指導事業を実施している保健所とされており、社会保険診療報酬における「精神科デイ・ケア」の承認を受けている医療機関が地域にないこと、又はあっても地域のニーズに応じる余裕がないこと等により、回復途上にある精神障害者が医療機関における「精神科デイ・ケア」を利用することができない地域の保健所とされている。

表6 保健所における社会復帰相談指導事業実績

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	家事・家業 (手伝いを含む)	その他 (習いもの)	小 計 B
57年度	13,339 ^人	29.2 ^人	1,227 ^人	1,139 ^人	234 ^人	2,600 ^人
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
60年度	14,710	24.6	1,517	1,397	444	3,358
61年度	16,623	26.4	1,681	1,665	644	3,990
62年度	18,678	27.5	1,967	1,827	644	4,438

年 度	中 止 し た 者				継続して いる者	その他 ☆	社会復帰し た者の割合 B/A
	再入院	死 亡	その他	小 計			
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
60年度	1,133	118	1,247	2,498	8,433	421	22.8
61年度	1,254	99	1,478	2,831	9,320	482	24.0
62年度	1,333	122	1,357	2,812	10,431	997	23.8

資料：精神保健課調

保健所における精神保健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保健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保健業務について」別紙の「保健所における精神保健業務運営要領」（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、必要に応じて精神保健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、精神保健センター、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）、精神保健相談員、保健婦、医療社会事業員等のほか、必要に応じて、主治医の参加を得て、対象事例検討会を計画的に開催し、対象事例の関連諸条件等について総合的な検討を行い、この結果に基づいて対象事例ごとに社会復帰に必要な具体的な相談指導計画を策定するものとする。

(3) 相談指導の実施

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

(4) 関係機関等との連絡協調

この社会復帰相談指導の実施にあたっては、医療機関及び社会復帰に関係する機関

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

5. 経費

別途通知するところによるものとする。

保健所における精神保健業務中のデイ・ケア事業実施要領

健医発第1084号

昭和62年9月24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保健に関する業務の一環として、医学的な管理のもとにデイ・ケア事業を実施し、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

保健所の選定に当たっては、原則として社会復帰相談指導事業を実施している保健所とし、社会保険診療報酬における「精神科デイ・ケア」の承認を受けている医療機関が地域にないこと、又はあっても地域のニーズに応ずる余裕がないこと等により、回復途上にある精神障害者が医療機関における「精神科デイ・ケア」を利用することが期待できない地域の保健所とする。

3 実施体制の整備

実施保健所は、デイ・ケア事業の適正かつ円滑な運営を図るため、昭和41年2月11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保健業務について」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、この事業の目的に沿った活動ができるように所内の実施体制を整備するとともに、必要に応じて精神保健センター等の参加協力を得て、デイ・ケア事業の円滑な実施を図るものとする。

4 デイ・ケア事業の内容

デイ・ケア事業の内容は、医学的な管理のもとに行う、作業指導、レクリエーション活動、創作活動、生活指導等とする。

5 事業の実施方法

(1) デイ・ケア事業の対象者

保健所長は、回復途上にある精神障害者であって、本人が希望し、かつ、デイ・ケアを実施することにより効果が期待できると判断される精神障害者をデイ・ケア事業の対象者とする。

(2) デイ・ケア事業計画の策定

デイ・ケア事業計画の策定に当たっては、医師（精神科嘱託医を含む。）、作業療法士（雇上）、臨床心理技術者（雇上）、精神科ソーシャルワーカー（雇上）等を含む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、対象者

の状況、家族の状況及びデイ・ケアの方法、内容等の検討を行い、一定数（1回15名程度）以上の対象者が週3日以上プログラム（別添参照）に応じてデイ・ケアが受けられる計画を策定するものとする。

(3) デイ・ケアの実施

対象者に対するデイ・ケアは、医師（精神科嘱託医を含む。）、作業療法士（雇上）、臨床心理技術者（雇上）、精神科ソーシャルワーカー（雇上）、精神保健相談員、保健婦等により、対象者に応じたプログラムに沿って実施するものとする。

6 関係機関等との連絡協調

本事業は、精神科医療機関及び精神障害者の社会復帰に関係する行政機関等との緊密な連絡、協調のもとに、これを実施するものとする。

7 経 費

本事業に要する経費については、別に定めるところにより補助するものとする。

別添 保健所デイ・ケア週間プログラム (例示)

	火 曜	水 曜	金 曜
9:00	スタッフ・ミーティング 全体ミーティング	スタッフ・ミーティング 全体ミーティング	スタッフ・ミーティング 全体ミーティング
10:00	個人面接・個人指導 皮細工・手芸等創造的個人作業	買い物指導 家事指導	集団作業訓練
11:00		料理指導	
12:00	昼休み (食事指導)	昼休み (食事指導)	昼休み (食事指導)
13:00		家事指導	
14:00	皮細工・手芸等創造的個人作業 個人面接・個人指導	集団ゲーム等レクリエーション	室外・室内スポーツ
15:00			
16:00			全体ミーティング
	スタッフ・ミーティング	スタッフ・ミーティング	スタッフ・ミーティング
17:00			

ウ 社会復帰施設

(ア) 精神障害者援護寮

(対象者)

入院医療の必要はないが精神障害のため独立して日常生活を営むことが困難とみこまれる者であって、共同生活を営め、かつ精神科デイ・ケア施設や精神障害通所授産施設、精神障害者小規模作業所等に通える程度の者

(設備)

居室（一室の定員は四人以下。入居者一人当たり居室床面積四・四㎡以上）のほか、共同施設として相談・指導室、静養室、食堂（調理コーナーを要する）娯楽室（食堂と兼用可）を設けなければならない。また、浴室、洗面所、便所及び事務室を設けなければならない。

(処遇)

精神障害者の自立を促進するため、洗濯等の生活技術の習得のための助言・指導その他対人関係、金銭の使途、余暇の活用等に関する助言・指導を行う。また、通院、通所授産施設や小規模作業所等で行われる作業訓練就労に対する助言指導も行う。このような助言、指導が効果的に行われるように、施設長には精神保健に関する業務に五年以上従事した者又はこれと同等以上の能力を有する者とあてることとされているほか、精神科ソーシャル・ワーカー1名のほか専任職員2名をおくこととされている。また、社会復帰の促進のためには医療との連携が重要であり、顧問医を一名おくこととされている。なお、指導にあたっては、関係機関と必要に応じ連絡をとり、入居者に対する指導等が円滑かつ効果的に実施されるよう努めることとされている。

(イ) 精神障害者福祉ホーム

(対象者)

日常生活において介助を必要としない程度に生活習慣が確立しており、継続して就労できる見込みがある者で、家庭環境、住宅事情等の理由によ

り住居の確保が困難である者。

(設備)

居室(原則として一人部屋であり、入居者1人当たり居室面積6.6㎡以上)のほか、共用の施設として娯楽室、調理室(居室に調理設備があれば不要)を設けなければならない。また、浴室、洗面所、便所、管理人室を設けなければならない。

(処遇)

福祉ホームには管理人1名及び顧問医1名を置くものとされている。入居者の日常生活については、食事を原則自炊とする事、入居者が自ら行うことを原則とするが、入居者が一時的に援助を希望する場合には、管理人はその援助を行う。このほか、管理人は施設の管理並びに入居者の日常生活に関する相談、助言及び保健所等関係機関への連絡業務のほか、入居者が独立して生活できるように住居、就労等について相談・助言を行う。また、入居者が疾病等のため生活困難となるおそれがある場合には、入居者本人の意向を尊重しつつ、顧問医、関係機関と速やかに連絡をとるなど、入居者の生活に支障をきたさないよう適切な配慮を行う。

(ウ) 精神障害者通所授産施設

(対象者)

相当程度の作業能力を有するが、雇用されることが困難な者。

(設備)

作業室(場)、食堂、静養室を設けるほか、集会室(食堂と兼用可)、事務室、洗面所、便所を設けなければならない。

(処遇)

施設長、顧問医のほか作業療法士、精神科ソーシャルワーカー、その他の専任職員をそれぞれ1名以上おき、必要訓練を行い、その自生活を促進するための指導を行う。訓練種目は、地域の実情、製品の需給状況等を考慮して選定し、事業収入から事業に必要な経費を控除した額に相当する金額

を工賃として通所者に支払う。

精神障害者社会復帰施設設置運営要綱

昭和63年2月17日 健医第143号

各都道府県知事宛 厚生省保健医療局長通知

総則

第1 基本的事項

1 趣旨

精神障害者（精神薄弱者を除く。以下同じ。）の社会復帰・社会参加の促進を図るため設置する精神障害者社会復帰施設（以下「社会復帰施設」という。）の設置及び運営は、この要綱の定めるところによる。

2 基本理念

社会復帰施設は、精神障害者の社会復帰・社会参加の促進を図るため設置するものであることに鑑み、適切な構造・設備を備えて良好な環境を確保するとともに、利用者の適切な処遇に資するため、精神障害者の社会復帰に関する業務に熱意及び能力を有する職員をもつて運営されなければならない。

第2 具体的事項

1 設置及び運営主体

社会復帰施設の設置主体及び運営主体は、都道府県、市町村、社会福祉法人その他の者とする。

2 利用の方法

社会復帰施設の利用は、利用者と社会復帰施設の長又は運営主体の長との契約によるものとする。

なお、契約に当たつて社会復帰施設の長又は運営主体の長は、利用希望者から医師の意見書を求めるなどにより、当該者が施設の利用対象者として適当であることを十分確認のうえ契約に応ずるものとする。

3 利用者の負担

(1) 利用者は、施設の維持管理等に必要な経費として経営主体が定めた利用料を負担するものとする。

(2) 飲食物費、日用品費、光熱水料等利用者個人にかかる費用は、その実費を利用者の負担とする。

4 構造の一般原則

(1) 社会復帰施設の構造及び設備は、日照、採光、換気等利用者の保健衛生及び安全に関する事項について十分考慮されたものでなければならない。

(2) 社会復帰施設は、消火設備その他非常災害に備えるため必要な設備を設けなければならない。

(3) 社会復帰施設の建物は、建築基準法（昭和25年法律第201号）第2条第9号の2に規定する耐火建築物又は同条第9号の3に規定する簡易耐火建築物とする。

5 職員の専従

社会復帰施設の職員（顧問医を除く。）は、専ら当該施設の職務に従事することができる者をもつて充てなければならない。

6 顧問医

(1) 顧問医は、精神科の治療に相当する経験を有する者をもつて充てなければならない。

(2) 顧問医は、社会復帰施設の長と連絡を密にし、入居者の状況を把握しておくよう、努めなければならない。

7 報告業務

社会復帰施設の長は、社会復帰施設の利用について、毎年6月30日現在の状況を、別に定める様式により、社会復帰施設の所在地を管轄する保健所長に報告しなければならない。

8 管理規程等の整備

(1) 社会復帰施設の長は、利用料及び利用者が守るべき規律等を明示した管理規程を定め、利用者に周知しておかなければならない。

(2) 社会復帰施設の長は、設備、会計に関する帳簿及び利用者に関する記録を整備しておかなければならない。

9 経費の補助

国は、地方公共団体又は非営利法人が設置する社会復帰施設の整備又は運営に要する経費について、別に定める国庫補助交付基準により補助するものとする。

第3 その他

社会復帰施設は、地域の実情等に応じて個別事項に掲げる施設を組み合わせ整備することができる。

個別事項

第1 精神障害者援護寮

1 設置の目的

精神障害者援護寮（以下「援護寮」という。）は、回復途上にある精神障害者に居室その他の設備を一定期間利用させることにより、生活の場を与えるとともに、精神障害者の社会復帰に関する専門的知識をもつた職員により生活の指導等を行い、もつてその自立への促進を図ることを目的とする。

2 利用対象者

援護寮の利用対象者は、入院医療の必要はないが精神障害のため独立して日常生活を営むことが困難と見込まれる者であつて、かつ、社会復帰を希望する者のうち、次の各号に該当するものとする。

- (1) 共同生活を営める程度の者
- (2) 精神科デイ・ケア施設、精神障害者通所授産施設及び精神障害者小規模作業所等に通える程度の者

3 定員

援護寮の定員は、おおむね20人とする。

4 利用期間

援護寮の利用期間は、2年以内を原則とする。ただし、援護寮の長は、顧問医の意見等を聴いた結果、利用期間の延長が真に止むを得ないものと認める場合には、1年を超えない範囲内で利用期間を延長することができるものとする。

5 構造・設備

- (1) 援護寮の建物の面積は、原則として入居者1人につき14.9㎡以上とすること。
- (2) 援護寮に必要な設備は、次のとおりとする。

ア 居室

イ 相談・指導室

ウ 静養室

エ 食堂（調理コーナーを設けること。）

オ 娯楽室（食堂と兼ねることができる。）

カ 浴室

キ 洗面所

ク 便所

ケ 事務室

- (3) 前項に掲げる設備については、次のとおりとする。

ア 居室

一室の定員は四人以下とし、入居者1人当たりの居室の床面積は収納設備等を除き4.4㎡以上とすること。

6 職員

- (1) 援護寮には、次の職員を置くものとする。

ア 施設長 1名

イ 精神科ソーシャル・ワーカー 1名

ウ 専任職員 2名

エ 顧問医 1名

- (2) 施設長は、精神保健に関する業務に5年以上従事した者又はこれと同等以上の能力を有する者であつて、援護寮を適切に管理運営する能力がある者を充てるものとする。

7 援護寮の運営

- (1) 指導等の内容

ア 生活技術（掃除、洗濯等）の習得のために必要な助言、指導

- イ 対人関係についての助言、指導
- ウ 通院等に対する助言
- エ 金銭の使途の指導
- オ 余暇の活用の指導
- カ 作業訓練に対する助言、指導
- キ 就労についての助言、指導
- ク その他独立自活を行うために必要な指導等

(2) 関係機関との連絡

施設長は、入居者本人の意向を尊重しつつ、関係機関と必要に応じ連絡をとり、入居者に対する指導法が円滑かつ効果的に実施されるよう努めるものとする。

8 給食

援護寮においては、入居者の必要に応じて給食業務を行うことができるものとする。

9 非常災害対策

施設長は、非常災害に備えるため、防災、避難等に関する具体的計画を立てるとともに、定期的に必要訓練を行うものとする。

第2 精神障害者福祉ホーム

1 設置の目的

精神障害者福祉ホーム（以下「福祉ホーム」という。）は、一定程度の自活能力のある精神障害者であつて、家庭環境、住宅事情等の理由により住宅の確保が困難な者に対し、一定期間利用させることにより生活の場を与えるとともに必要な指導法を行い、もつて社会参加の促進を図ることを目的とする。

2 利用対象者

福祉ホームの利用対象者は、家庭環境、住宅事情等の理由により住居の確保が困難であるため、現に住居を求めている精神障害者であつて、次の各号に該当するものとする。

- (1) 日常生活において介助を必要としない程度に生活習慣が確立している者
- (2) 継続して就労できる見込みがある者

3 定員

福祉ホームの定員は、おおむね10人とする。

4 利用期間

福祉ホームの利用期間は、2年以内を原則とする。ただし、運営主体の長は、顧問医の意見等を聴いた結果、利用期間の延長が真に止むを得ないものと認める場合には、1年を超えない範囲内で利用期間を延長することができるものとする。

5 構造・設備

- (1) 福祉ホームの建物面積は、原則として入居者1人につき23.3㎡以上とすること。
- (2) 福祉ホームに必要な設備は、次のとおりとする。

ア 居室

- イ 娯楽室
- ウ 調理室
- エ 浴室
- オ 洗面所
- カ 便所
- キ 管理人室

(3) 前項に掲げる設備については、次のとおりとする。

ア 居室

原則として1人部屋とし、入居者1人当たりの居室の床面積は収納設備、調理設備等を除き、6.6㎡以上とすること。

イ 調理室

調理室は、居室に調理設備を設ける場合には、入居者共同の設備として設けなければならないことができること。

6 職員

- (1) 福祉ホームには、管理人1名及び顧問医1名を置くものとする。
- (2) 管理人は、福祉ホームを適切に管理運営する能力がある者を充てるものとする。

7 管理人の業務等

- (1) 管理人は、施設の管理並びに入居者の日常生活に関する相談、助言及び保健所等関係機関への連絡業務のほか、入居者が独立して生活できるよう住居、就労等について相談、助言を行うものとする。
- (2) 入居者が疾病等により生活に困難を生じる虞がある場合には、入居者本人の意向を尊重しつつ、顧問医、関係機関と速やかに連絡をとるなど、入居者の生活に支障をきたさないよう適切な配慮を行うものとする。
- (3) 入居者の食事は、原則として自炊によるものとし、その他の日常生活も原則として入居者自身で処理するものとするが、入居者が一時的に援助を希望する場合には、管理人はその援助を行うことができるものとする。

第3 精神障害者通所授産施設

1 設置の目的

精神障害者通所授産施設（以下「授産施設」という。）は、相当程度の作業能力を有する精神障害者に利用させて、必要な訓練を行い、その自生活を促進するための指導を行うことを目的とする。

2 利用対象者

授産施設の利用対象者は、雇用されることが困難な精神障害者であつて、かつ、将来就労を希望する者とする。

3 定員

授産施設の定員は、20人以上とする。

4 利用期間

授産施設の利用期間は、利用者各人の作業能力等を勘案して当該施設において適宜決定すること。

5 構造・設備

- (1) 授産施設の建物は、通所者に対する訓練指導に支障がない広さを確保すること。
- (2) 授産施設に必要な設備は、次のとおりとする。

ア 事務室

- イ 食堂
- ウ 作業室又は作業場
- エ 静養室
- オ 集会室（食堂と兼ねることができる。）
- カ 洗面所
- キ 便所

- (3) 前項に掲げる設備については、次のとおりとする。

作業室又は作業場

通所者が安全に作業に従事できるよう必要な設備を設けること。

6 職員

- (1) 授産施設には、次の職員を置くものとする。

- ア 施設長 1名
- イ 作業療法士 1名以上
- ウ 精神科ソーシャル・ワーカー 1名以上
- エ 専任職員 1名以上
- オ 顧問医 1名

- (2) 前項のイからエに掲げる職員は、定員29名までは各1名とし、30名を超えて10名を増すごとにこれに加えてイからエに掲げる職員いずれか1名を置くものとする。

- (3) 施設長は、精神保健に関する業務に5年以上従事した者又はこれと同等以上の能力を有する者であつて、授産施設を適切に管理運営する能力がある者を充てるものとする。

7 授産施設の運営等

- (1) 授産施設における訓練種目は、地域の実情、製品の需給状況等を考慮して選定するものとする。

- (2) 施設長は、通所者に対し、各人の状態、作業能力等を十分勘案して適切な処遇を行うものとする。

- (3) 施設長は、通所者本人の意向を尊重しつつ、関係機関と必要に応じ連絡をとり、通所者に対する訓練指導等が円滑かつ効果的に実施されるよう努めるものとする。

- (4) 作業収入

授産施設においては、事業収入から事業に必要な経費を控除した額に相当する金額を工賃として通所者に支払うものとする。

8 給食

授産施設においては、通所者の必要に応じて給食業務を行うことができるものとする。

9 非常災害対策

施設長は、非常災害に備えるため、防災、避難等に関する具体的計画を立てるとともに、定期的に必要な訓練を行うものとする。

エ 通院患者リハビリテーション事業等

(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、一般の事業所において社会適応訓練等を行ういわゆる職親制度が行われている。

厚生省としても職親制度について専門家の意見を求めるため昭和55年7月に「職親制度検討委員会」を設置し討議を重ねてきた。その結果、同委員会では、本制度を医学的リハビリテーションとして位置づけ、本制度が精神障害者の職業参加の促進を図り、今後の精神障害者の社会復帰と地域社会の開発に有効であるとの中間報告をうけ、昭和57年度から通院患者リハビリテーション事業として国の施策に取り入れられている。

昭和56年 4月22日

厚生省公衆衛生局長
大谷 藤郎 殿

精神障害者職親制度検討委員会
委員長 菅 又 淳

精神障害者職業参加促進制度に関する中間報告について

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

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

精神障害者職業参加促進制度

1 目的

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

2 実施主体

実施主体は、地方公共団体とする。

3 対象者

明らかに回復途上にあり、社会的規範を受け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 委託する事業所等に対する優遇措置

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

7 委託期間

6か月間。ただし3年を超えない範囲の更新は妨げない。

8 委託する事業所等に対する協力奨励金

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

9 対象者に対する交通費等

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

10 技術料の診療報酬への導入

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

11 各機関の連携

地方公共団体の長は、本制度を実施するに当たっては、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、精神保健センター長、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は握するため、主治医の意見を聞き保護義務者等との連携を密にしながら担当職員を協力事業所に訪問させ必要な連絡指導を行う。

9. 委託期間終了後の取扱

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

10. 費用の支弁及び国の補助

(1) 費用の支弁

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

(2) 国の補助

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

(4) 精神障害者小規模作業所運営助成事業

厚生省は、精神障害者小規模作業所による社会復帰活動の実態調査のため、昭和59年11月1日現在で全国調査を実施した。この結果を踏まえ在宅の精神障害者のための社会復帰対策の一環として精神障害者の家族会が実施する社会適応訓練について、昭和62年度から精神障害者小規模作業所運営助成事業として予算化され、昭和63年度には、財団法人全国精神障害者家族会連合会を通じ48箇所の作業所に対し、1箇所当たり70万円の運営助成費が補助されているところである。

(5) 研究の推進

精神医療領域の厚生省の研究費としては、国立精神・神経センターの「精神・神経疾患研究委託費」があり、精神分裂病やうつ病等についての研究が主として病態生理学的側面から推進されてきている。これに対し、精神保健医療にかかる広範な行政的課題の解決を目指して、昭和62年度に精神保健医療研究費が創設された。

昭和63年度においては、新しい診断基準や社会復帰の促進に関する研究、ストレスに関する研究、各種の保健医療サービスの体系化に関する研究、アルコール関連問題の実態調査等が行われることとされている。(表)。

表 昭和63年度精神保健医療研究費

研	究	課	題
(1)	精神疾患の診断、処遇及び社会復帰に関する研究		
	ア. 精神疾患の診断基準の作成に関する研究		
	イ. 精神科治療指針の改定に関する研究		
	ウ. 精神科医療領域における他者と処遇困難性に関する研究		
	エ. 我が国の精神医療における保護義務者制度の在り方に関する研究		
	オ. 精神障害者の社会復帰促進とその問題点に関する研究		
	カ. 精神障害の慢性化に影響を与える要因に関する研究		
(2)	心の健康づくりに関する研究		
	ア. ストレスの定義及び判断基準に関する研究		
	イ. 自殺に関する研究		
	ウ. 「心の健康づくり」活動の在り方に関する研究		
	エ. ストレス・マネージメントの在り方に関する研究		
	オ. 地域住民の心の健康についての縦断的調査研究		
(3)	精神保健医療システムに関する研究		
	ア. 保健所における精神保健業務の在り方に関する研究		
(4)	アルコール関連問題に関する研究		
	ア. アルコール関連問題の疫学的事項に関する研究		
	イ. アルコール症治療専門病棟の在り方に関する研究		
	ウ. アルコール依存症者に対する援助活動の在り方に関する研究		
(5)	精神医療の医療経済研究		

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「ささえしていく」体制の確立が必要であることが認識されてきている。

このような地域ぐるみの活動は本来地域住民自らの組織的な活動によって盛り上げるのが理想である。この入院治療から地域精神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二次・第三次予防を推進するに当たっては、保健所や精神保健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。

保健所や精神保健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。精神保健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、精神保健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保健業務運営要領」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、精神保健センター・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「精神保健業務の実施体制」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・精神保健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。

＜精神保健相談員＞

精神保健相談員は、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、医師及び精神保健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・精神保健相談員等と密接に協力する。

(ウ) 精神保健業務

＜精神保健相談＞

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。

精神保健相談および処置を行うため、医師、精神保健相談員、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のは精神保健センター等に紹介するが、一般に保健所における精神保健相談は次のような手順、方法によって行われる。

① 面接相談

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

② 診 断

面接相談の結果に基づき、そのケースについて診断を行い方針を決定する。

③ 処 置

診断区分に応じて病院等への紹介、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保健教育を行う。

＜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。

＜保健教育及び協力組織の育成＞

精神保健相談クリニックを通じ、また、資料、図書、その他の教育資材を整備、展示、提供し、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保健相談状況及び精神保健訪問指導状況

区分	昭和55年	56年	57年	58年	59年	60年	61年	62年
	件	件	件	件	件	件	件	件
精神保健相談	249,258	267,911	300,404	319,072	363,984	414,930	472,388	525,646
精神保健 訪問指導	209,457	211,061	220,735	221,177	228,671	254,182	274,630	281,309

資料：保健所運営報告

イ 精神保健センター

昭和40年の法改正により、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。同センターは、昭和62年の法改正により、精神保健センターと改称された。

(ア) 精神保健センターの性格及び機能

精神保健センターは、精神保健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

精神保健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

精神保健センターには、精神科医、精神科ソーシャルワーカー、臨床心理技術者、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

精神保健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

精神保健センターには、その業務を行うために診察用、検査用、保健教育用、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

精神保健センターの業務は、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保健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、学校保健、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。

＜特定相談事業＞

精神保健センターにおいてアルコール関連問題および思春期精神保健に関する相談指導を行っている。

＜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年度から精神保健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。

《デイ・ケア事業》

回復途上にある精神障害者の社会復帰を図るため、A級の精神保健センターのみで実施されていたデイ・ケア事業を、昭和61年度からB級センターにおいても実施することとした。

なお、昭和62年度には28か所の精神保健センターにおいてデイ・ケアが行われており、1か所当たり平均2.9日/週、参加者実数1,109人、参加者延数43,798人に達している。

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の充実、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一環として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、精神科デイ・ケア施設、精神障害者援護寮、精神障害者福祉ホーム、精神障害者通所授産施設、精神障害者小規模作業所がある。

保健所における精神保健業務運営要領

〔衛 発 第 76 号〕
〔昭和41年2月11日〕

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、精神保健センター、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、早期治療の促進および精神障害者の社会適応を援助するため、相談および訪問指導を積極的に行なうとともに、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なうものとする。

第1 精神保健業務の実施体制

1 事務処理

精神保健に関する業務は、原則として、保健予防課において取り扱うものとし、精神保健係を設ける等、その事務処理体制の確立を図るものとする。

2 精神保健業務担当者の職務内容と協力体制

精神保健業務を遂行するには、保健所全職員のチームワークが必要である。保健所長は、この業務を担当する医師（精神科嘱託医を含む。）、精神保健相談員、保健婦、医療社会事業員等のそれぞれの役割を明確にするとともに、その職務能力の向上と相互の協力体制の確保に努め、保健所における精神保健業務が適正かつ円滑に運営されるよう、特に次の点に留意すること。

ア 企画に関する連絡調整

管内の精神保健事業の推進計画、月別業務計画等の策定のため、所長および精神保健業務関係者により構成される所内企画会議を開催する等の方法を講ずること。

イ 相談指導業務等に関する協力

相談指導業務等の適正かつ円滑な遂行を図るため相談指導業務担当者会議または関係者会議または関係者連絡会議を開催し、ケースの総合判定または処理の分担、相互連絡協力等について協議すること。

精神保健関係業務に従事する職員の職務内容は、おおむね次によること。

(1) 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および総合調整を行なうとともに管内における精神保健に関する衛生教育、精神保健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。

(2) 精神保健相談員

精神保健相談員は、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、面接相談および家庭訪問を行ない、患者および患者家庭の個別指導を行なう。

また、管内における精神保健の実態を把握するため、保健婦、衛生統計技術職員等と協力して、調査および集計を行ない、その記録を整備保管するほか精神保健指導基礎票の作成および整備保管を行なうとともに、精神保健相談票および精神保健

訪問指導票の整備保管を行なう。

(3) 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。

保健婦義務遂行に当たっては、精神保健的配慮を行なうとともに、その過程において発見した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、医師および精神保健相談員に連絡し、適正な処理を行なう。また、精神保健相談員等と協力して管内における精神保健の実態把握に努める。

(4) 医療社会事業員

医療社会事業員は、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。

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なうとともに、その過程において発見した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、医師および精神保健相談員に連絡し、適正な処理を行なう。

(5) 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なう。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、精神保健相談員等と密接に協力する。

第2 精神保健業務の実施方法

1 実態把握

住民の精神的健康に関する諸資料の蒐集ならびに精神障害者の実態（有病率、分布状況、入退院の状況、在宅患者の受療状況）および精神保健に関係ある社会諸資源等についての基礎調査または臨時特別調査を行ない、地区の事情、問題等に関する資料を整備し、管内の精神保健の実態を把握する。また、これらの資料を整備し、精神保健に関する事業の企画、実施、効果の判定および衛生教育に活用する。

2 精神保健相談

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

精神保健相談および処置を行なうため、医師、精神保健相談員、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所指導を行ない、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助言その他の処理を行なう。これらのうち、複雑困難なものまたは精密検査等を要するものは、精神保健センター、大学、専門病院等に送る。

保健所における精神保健相談は、次のような手順、方法によって行ない、その記録を整備、保管する。

(1) 面接相談

本人、家族または一般健康人の来所時に面接相談を行ない、本人等の訴え（問

題)の概要、従来の経過(生活史等)、既往歴、家庭環境等を聴取する。この面接相談は、医師(精神科嘱託医を含む。)、精神保健相談員が担当する。なお、必要によっては、医療社会事業員および保健婦が参加する。

(2) 診 断

面接相談の結果に基づき、そのケースについては診断を行ない、医師は処理の方針を決定する。

(3) 処 置

診断区分に応じて、病院、施設等への紹介委託、医学的指導、ケースワーク等を行なう。

これらの処置を行なうに当たっては、特に次の点に留意すること。

ア 受療についての助言または病院その他の施設への紹介に当たっては、当該病院等の医師の意見を徴する等必要な協力を求めること。

イ 複雑にして困難な相談ケースで高度の総合判定を要するものについては、精神保健センター等にケースの処理を求めること。

ウ 相談ケースの処理については、患者および家族の秘密に関する事項の取扱いに十分注意すること。

(4) 記録等の整備保管

被相談員ごとに、別表1に準ずる「精神保健相談票」を作成する。また、必要に応じて、別表2に準ずる「精神保健指導基礎票」を作成する。

3 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した指導を行なう。

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

訪問指導の対象および方法は、次のとおりとする。

(1) 訪問指導の対象

ア 精神保健指定医の診察の結果、精神障害者と診断された者で措置入院をさせられなかったもの

イ 精神保健指定医の診察の結果、精神障害者と診断された者で緊急入院をさせられなかったもの

ウ 緊急措置入院後退院した者でなお精神障害が続いているもの

エ 入院措置が解除され、退院した者でなお精神障害が続いているもの

オ 通院医療費の公費負担を受けている者

カ 公費負担によらないで通院医療を受けている者で、主治医から訪問指導等の依頼があったもの

キ 仮退院中の者で、主治医等から訪問指導等の依頼があったもの

ク 前記以外の者で、家族等から訪問指導の依頼があったもの

(2) 訪問計画

訪問指導に当たっては、事前に精神保健指導基礎票に基づいて対象者の数、事例の難易、緊急性、地理的事情等を検討して、合理的な訪問計画を樹立すること。

(3) 訪問指導上の留意事項

- ア 訪問指導は、原則として本人または家族の事前の了解のもとに行なうこと。
- イ 医師による技術的指導を要すると認められる場合は必ず医師を派遣すること。
- ウ 家庭環境の調整、職業に関する指導、患者クラブの活用等を考慮して指導すること。
- エ 精神障害者および家族の秘密に関する事項の取扱いに十分注意すること。

(4) 訪問に関する記録等の整備保管

前記(1)の訪問指導の対象者ごとに精神保健指導基礎票を作成し、訪問指導の基礎資料とする。

訪問指導を効率化し、その経過内容を明らかにするため、訪問指導終了後、その担当者は、対象者ごとに別表3に準ずる「精神保健訪問指導票」を作成する。

これらの記録は、精神保健係において整備保管する。

4 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、援助または指導を行なう。

5 衛生教育および協力組織の育成

公衆が精神保健に興味をもち、自分の生活に関係があることを自覚するように精神保健相談クリニックを通じ、また、資料、図書、その他の教育資材等を整備、展示、提供し、または広報関係機関を利用する等地域、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および広報活動を行なう。

また、地域における衛生、医療、福祉、教育、更生保護、産業、労働等の各種施設、機関、団体等において行な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、協力および参加を可能ならしめるよう、これらの施設等において精神保健に関係のある職員もしくは一般地域住民を構成員とする地区組織の組織化、育成強化またはこれらの地区組織に対する援助を積極的に行なう。

6 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またはこれらの活用を円滑ならしめるため、平常より、これらの行なう公衆衛生活動に対して技術的援助、協力、助言、勧告、指導等を積極的に行なうほか、精神保健に関する資料等を配布する等のサービスを提供し、啓蒙教育、打合せを開催する等常に連絡協調に努める。

7 医療保護関係事務

申請、通報、届出、精神鑑定、公費負担関係の事務を処理するに当たっては、これらの事務が精神障害者の措置入院または精神障害者もしくはその家族等に対する相談指導と密接な関係を有するので、医師、精神科医、精神保健相談員、医療社会事業員、保健婦間における連けいを図ることはもとより、医療関係、社会福祉関係等の行政機関、施設等と密接な連けいを保つ必要がある。

精神保健センター運営要領

〔衛 発 第 194号〕
昭和44年 3月24日

精神保健センター（以下「センター」という。）は、精神保健法第7条に規定されているとおり、精神保健に関する知識の普及を図り、精神保健に関する調査研究を行ない、また、精神保健に関する相談及び指導のうち複雑困難なものを処理する施設であって、次により都道府県における精神保健に関する総合的技術センターとして、地域精神保健活動推進の中核となるための機能を備えなければならない。

1 センターの目標

センターの目標は、地域住民の精神的健康の保持、向上、精神障害その他の適応障害の発生予防から障害者の保護に至るまでの広範囲にわたっている。

これが十分に効果を挙げるためには、保健所における精神保健業務が効果的に展開されるよう、積極的に技術指導及び技術援助を行なうほか、その他の医療、福祉、教育、矯正、司法、産業等の精神保健関係諸機関（以下「関係諸機関」という。）と緊密に連絡協調することが必要である。

2 センターの組織

センターの組織は、原則として「総務部」「教育研修部」「調査研究部」及び「精神保健相談部」の4部を置き、職員は、医師（精神科の診療に経験の深いもの）、精神科ソーシャル・ワーカー、臨床心理技術者、保健婦、看護婦、作業療法士、検査技術者、統計技術者、その他センターの業務を行なうために必要な職員を置く。所長には精神保健に造詣の深い医師をあてる。

3 センターの業務

センターの業務は、技術指導及び技術援助、教育研修、広報普及、調査研究、資料の収集及び保管、精神保健相談並びに協力組織の育成などに大別されるが、それらは極めて密接な関係にあり、これらの業務の総合的な推進によって地域精神保健活動の実践が行なわれなければならない。

(1) 技術指導及び技術援助

地域精神保健活動を推進するためには、保健所及び関係諸機関に対し、専門的立場から、積極的な技術指導ならびに技術援助を行なう。さらに都道府県における精神保健行政を推進するため、精神保健主管部局及び関係諸機関に対し、精神保健に

関する意見具申をすることがのぞましい。

(2) 教育研修

保健所で精神保健業務に従事する職員（精神保健相談員，精神科ソーシャル・ワーカー，保健婦，看護婦等）には専門的研修と技術指導を行なうほか，関係諸機関の職員には教育訓練を行ない，関係職員の技術的水準の向上を図る。

(3) 広報普及

センターは，全県（都道府）的規模で一般住民に対する精神保健知識の普及啓蒙を行なうとともに，保健所が行なう広報普及活動に対して専門的立場から指導と援助を与える。広報普及活動の実践に際しては，地域住民の現状をよくは握し，観念的になることをさげなければならない。

(4) 調査研究

地域精神保健活動を推進するために必要な精神保健上の諸問題を調査研究するとともに，精神保健に関する統計及び資料を収集整備する。

(5) 精神保健相談

センターにおける精神保健に関する相談及び指導は，保健所並びに関係諸機関が取扱った事例のうち複雑又は困難なものにつき実施する。センターは，これらの複雑困難な事例を処理するためには，総合的な立場から適切な処置を行なうとともに，必要に応じて関係諸機関の協力を求める。

(6) 協力組織の育成

地域精神保健の向上を図るためには，地域住民による組織的活動が必要である。このため，センターは，精神医療施設や保健所その他の関係諸機関を単位としてつくられた協力組織の育成を図るとともに，他方，都道府県単位の組織を育成強化することに努め，地域精神保健活動に対する住民の協力参加や各種社会資源の活用を円滑有効に行なう。

精神保健センターにおける特定相談指導事業実施要領

【健医発 第3号】
昭和64年1月5日

I アルコール関連問題に関する相談指導等

1. 目的

精神保健センターにおける地域精神保健業務の一環として、アルコール関連問題に関する知識の普及、相談指導等総合的な対策を実施することにより、アルコール関連問題の発生予防、アルコール依存症者の社会復帰の促進等を図ることを目的とすること。

2. 実施体制の整備

アルコール関連問題に関する相談指導等の事業の適正かつ円滑な運営を図るため、アルコール関連問題に関する専門医師（非常勤医師を含む。）等必要な職員を配置するなど、所内の事業実施体制の整備に努めること。

3. 事業の内容

(1) 適正飲酒及びアルコール関連問題に関する知識の普及

飲酒者に対して適正飲酒の指導を行うとともに、未成年者や妊婦を含め、一般住民にアルコール関連問題に関する知識を普及することによって、アルコール関連問題の発生予防に資すること。

(2) 相談指導及びアルコール関連問題の早期発見等

大量飲酒者、アルコール依存症者及びその家族等に対する相談指導等を行うとともに、飲酒者のアルコール関連問題の早期発見に努め、保健所への連絡、医療機関への紹介等必要な処置を行うこと。

(3) 技術指導及び技術援助

保健所及び関係諸機関に対し、従事者の研修、実地指導等を通じて、専門的立場からの積極的な技術指導及び技術援助を行うこと。

(4) 関係機関との連携の強化

アルコール関連問題対策の円滑な推進を図るため、保健所、教育機関、精神病院等の医療機関、社会福祉機関、ボランティア団体等との連携を強化すること。

(5) 断酒会等ボランティア団体の育成及び指導

アルコール依存症者の社会復帰及び再発防止の促進を目的とするボランティア活動が適切かつ効果的に行われるよう、これらボランティア団体の指導、援助及び育成を図ること。

II 思春期精神保健に関する相談指導等

1. 目的

精神保健センターにおける地域精神保健業務の一環として、思春期精神保健に関する知識の普及や相談指導等総合的な対策を実施することにより、精神発達の上にある者の精神的健康の保持増進及び適応障害の予防と早期発見等を図ることを目的とす

ること。

3. 事業の内容

(1) 思春期精神保健に関する知識の普及

一般住民、特に精神発達の途上にある者及びその家族、並びに教育関係者に対して思春期精神保健に関する知識を普及することによって、適応障害の発生予防に資すること。

(2) 相談指導及び適応障害の早期発見等

精神発達の途上にある者及びその家族等に対する相談指導等を行うとともに、適応障害の早期発見に努め、児童相談所や教育機関への連絡、医療機関への紹介等必要な処置を行うこと。

(3) 技術指導及び技術援助

児童相談所、教育機関等の関係諸機関に対し、従事者の研修、実地指導等を通じて、専門の立場からの積極的な技術指導及び技術援助を行うこと。

(4) 関係機関との連携の強化

思春期精神保健対策の円滑な推進を図るため、児童相談所、教育機関、保健所、医療機関、社会福祉機関、PTA等との連携を強化すること。

心の健康づくり推進事業実施要領

〔健医発第727号〕
昭和60年6月18日

1. 目的

本事業は、近年の社会生活環境の複雑化に伴い、国民各層の間においてストレスが増大し、ノイローゼ、うつ病等の精神疾患が増加していることにかんがみ、精神保健センターにおいてこれら精神疾患に関する相談窓口の設置、精神保健に関する知識の普及等を行うことにより、国民の精神的健康の保持増進を図ることを目的とする。

2. 実施主体

都道府県

3. 事業内容

(1) 心の健康づくりに関する知識の普及、啓発事業

地域住民が心の健康に関心をもち、ノイローゼ、うつ病等の精神面からの健康障害に対処することができるよう、精神保健センターにおいての心の健康づくり教室を開催すること等により心の健康づくりに関する知識の普及、啓発を行う。

(2) 心の健康づくり相談事業

精神保健センターに地域住民を対象とする心の健康づくりに関する相談窓口を設置し、さらに電話相談指導を実施する等住民が気軽に心の健康づくりについて相談できるような体制を整備する。

医師は必要に応じ診断を行い、医療機関への紹介、医学的指導等必要な処理を行う。
相談を行ったものについては、相談指導票を作成し、保管する。

(3) その他の事業

その他、精神保健センターは必要に応じ研修事業等心の健康づくりに関する事業を行うものとする。

4. 実施体制の整備

(1) 連絡会議の設置

精神保健センターは、本事業の円滑な推進を図るため、本庁、保健所、教育委員会等の公的機関、医師会、精神病院等で構成する心の健康づくり連絡会議を設け、連携を保つように努めること。

(2) 技術指導及び技術援助

精神保健センターは、保健所及び関係諸機関に対して、心の健康づくりに関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。

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61年度における国民医療費の推計額は17兆690億円で、前年度の16兆159億円よりも、6.6%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5.10%であり、国民一人当たりの医療費は14万300円である。精神医療費の推計額は1兆888億円で、国民医療費に占める割合は6.4%となっている。(表8)

次に傷病大分類別にみると、「循環器系の疾患」の医療費が最大で、「精神障害」は第6位に位置しているが、入院医療費では「循環器系の疾患」「新生物」に次いで第3位となっている。

また、精神病医療費を入院、入院外の別についてみると、入院医療費が9,441億円で精神病医療費総額の86.7%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 精神保健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63年度では約53,805百万円が計上されている。

この経費の主な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伸び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 59 年 度			昭 和 60 年 度			昭 和 61 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	150,932	9,622	6.4	160,159	10,482	6.5	170,690	10,888	6.4
公 費 負 担 分	11,724	—	—	12,090	—	—	11,845	—	—
精 神 衛 生 法	960	—	—	938	—	—	879	—	—
生 活 保 護 法	8,164	—	—	8,443	—	—	8,177	—	—
結 核 予 防 法	523	—	—	572	—	—	544	—	—
そ の 他	2,077	—	—	2,138	—	—	2,245	—	—
保 険 者 負 担 分	85,823	—	—	88,506	—	—	94,405	—	—
政 管 健 保	25,433	—	—	24,794	—	—	25,963	—	—
組 合 健 保	18,283	—	—	18,408	—	—	19,731	—	—
国 の 保	29,325	—	—	32,816	—	—	35,853	—	—
そ の 他	12,786	—	—	12,489	—	—	12,858	—	—
老 人 保 健 負 担 分	35,889	—	—	40,377	—	—	43,829	—	—
患 者 負 担 分	17,492	—	—	19,185	—	—	20,611	—	—
公費又は保険等の一部負担	14,453	—	—	15,937	—	—	17,173	—	—
全 額 自 費	3,039	—	—	3,248	—	—	3,439	—	—

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合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。

表9 精神保健関係予算

事 項	昭和58年度	59
1. 精神保健対策費等補助金	75,908,926	71,957,951
(1) 措置入院費	66,210,048	61,034,686
(2) 通院医療費	8,007,030	9,136,595
(3) 同意入院費(沖縄分)	1,108,490	1,127,727
(4) 精神医療適正化対策費	168,265	180,407
(5) 精神保健センター等運営費	415,093	478,536
ア. 精神保健センター運営費	237,363	244,513
イ. 精神科デイ・ケア施設運営費	51,382	81,351
ウ. 精神障害者援護寮運営費	38,595	39,540
エ. 精神障害者福祉ホーム運営費	—	—
オ. 精神障害者通所授産施設運営費	—	—
カ. 精神科救急医療施設運営費	—	—
キ. 通院患者リハビリテーション費	45,329	65,679
ク. 精神障害者小規模作業所運営助成費	—	—
ケ. デイ・ケア施設運営費	42,424	47,453
コ. ナイト・ケア部門運営費	—	—
2. 精神障害者措置入院費等負担金		
措置入院費	—	—
3. 保健所業務費補助金 (精神衛生対策費)	145,666	189,370
4. 保健所運営費交付金 (老人精神保健対策費)	78,682	86,405
5. 精神病院等施設・設備費補助金	1,133,291	950,556
(1) 精神病院	1,019,541	938,418
(2) 精神保健センター	28,026	12,138
(3) 精神科デイ・ケア施設	30,989	—
(4) 精神障害者社会復帰施設	54,735	—
6. 精神保健医療研究費	—	—
合計(1~6)	77,266,565	73,184,282

(単位千円)

60	61	62	63
63,795,484	13,549,487	14,400,603	15,911,014
51,622,186	—	—	—
10,478,172	11,679,024	12,524,321	13,853,103
1,131,537	1,259,980	1,208,034	1,131,850
167,225	161,973	185,963	206,120
396,364	448,510	482,285	719,941
80,367	92,267	107,657	116,393
113,599	150,553	104,884	27,088
40,873	42,325	43,219	128,882
—	—	—	33,976
—	—	—	87,426
—	—	—	27,370
106,723	147,771	192,925	231,606
—	—	33,600	67,200
51,897	—	—	—
2,905	15,594	—	—
—	49,625,935	43,506,783	36,798,441
197,147	223,934	260,133	282,755
129,756	190,922	254,961	750,186
564,882	406,984	363,412	
481,780	273,421	351,274	
24,276	23,072	12,138	
58,826	—	—	
—	110,491	—	
—	—	50,000	63,000
64,687,269	63,997,262	58,835,892	53,805,396

(3) 費用の助成

ア 医療費公費負担

この経費は

- ① 都道府県知事が講じた入院措置（法第29条）と緊急入院措置（法第29条の2）の対象となった患者の医療費（患者の護送費を含む。）の全額を都道府県が支弁し、その財源の10分の8（「国の補助金等の臨時特例等に関する法律」（昭和61年法律第46号）により、昭和62年度及び昭和63年度においては、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制度であり、都道府県は通院医療費の2分の1を支弁し（法第32条）、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、医療保護入院（法第33条）および通院に要する医療費の本人負担分についても全額を公費負担する特別措置が講じられており、そのために必要な経費

で構成されている。

(ア) 措置入院費

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

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63年には、約

19,500人程度とが予想される。

(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63年には月平均約251,200人に達するものと予想される。

(ウ) 沖縄県における特例

医療保護入院費については、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。

健医発第1326号
昭和63年11月18日

各都道府県知事殿

厚生省保健医療局長
精神保健法による措置入院者の費用徴収額の
認定の取扱いについて

措置入院者の費用徴収額の認定については、昭和38年7月17日発衛第161号厚生事務次官通知「結核予防法による命令入所患者等の自己負担額及び精神衛生法による措置入院患者の費用徴収額の認定基準について」及び昭和56年3月30日衛精第11号厚生省公衆衛生局精神衛生課長通知「精神衛生法による措置入院患者の費用徴収額認定基準の取扱いについて」により実施されているところであるが、特に下記に留意の上、その適正な実施に努め

られたい。

記

1. 本制度は、措置入院者本人が行政的な強制を受け入院措置を行われるにしても、その間、本人の疾病の治療のため必要な医療・保護が加えられる以上、本人及びその扶養家族は、その負担し得る範囲内で当該医療費を負担することが衡平の原理にかなうことから設けられたものであり、この趣旨を十分踏まえて、費用徴収額の認定事務に当たられたいこと。
2. 扶養義務者の範囲については、配遇者及び生計を一にする絶対的扶養義務者（直系血族及び兄弟姉妹）とされているところであるが、その取扱いに当たっては、別途精神保健課長通知に基づき措置入院者本人及び保護義務者等に本制度の趣旨を十分説明し、協力を得られるよう努め、これらの者に必要な事項を照会する等されたいこと。
3. 所得税額の把握については、措置入院者本人又は保護義務者等より認定に必要な書類の提出を求め、必要に応じ関係機関等に照会することとされているが、この把握に当たっては関係機関等に対し、本制度の趣旨を十分説明するとともに、費用徴収対象者から同意書等を取るなどして協力を得られるように努められたいこと。

健医精発第43号
昭和63年11月18日

各都道府県衛生主管部(局)長殿

厚生省保健医療局精神保健課長

精神保健法による措置入院者の費用徴収額 認定基準の取扱いについて

精神保健法に基づく措置入院者の費用徴収額認定基準の取扱いについては、昭和38年7月17日発衛第161号厚生事務次官通知「結核予防法による命令入所患者等の自己負担額及び精神衛生法による措置入院患者の費用徴収額の認定基準について」及び昭和56年3月30日衛精第11号厚生省公衆衛生局精神衛生課長通知「精神衛生法による措置入院患者の費用徴収額認定基準の取扱いについて」により実施されているところであるが、今後は、前記厚生事務次官通知及び昭和63年11月18日健医発第1326号厚生省保健医療局長通知「精神保健法による措置入院者の費用徴収額の認定の取扱いについて」並びに本通知により遺憾のないよう実施されたい。

なお、昭和56年3月30日衛精第11号厚生省公衆衛生局精神衛生課長通知「精神衛生法による措置入院患者の費用徴収額認定基準の取扱いについて」は廃止する。

記

1. 扶養義務者の把握は、新規措置入院者については入院時、継続入院者については毎年6月1日時点における配偶者及び民法第877条第1項に規定する絶対的扶養義務者（直系血族及び兄弟姉妹）により行い、その有無を速やかに把握すること。この場合、措置入院者本人及び保護義務者等に本制度の趣旨を十分説明し、協力を得られるように努め、保護義務者から申告書を徴するとともに戸籍謄本等により確認すること。
2. 費用徴収額は、措置入院者並びにその配偶者及び措置入院者と生計を一にする絶対的扶養義務者の所得税の合算額を基盤として認定することとされているが、生計同一とは、「社会生活において収入と支出を共同にして消費生活を営んでいること」をいい、次により取扱うこと。
 - (1) 措置入院者と同一住所の者は、原則として同一生計とみなす。
 - (2) 措置入院者と住所の異なる者は、措置入院者又は措置入院者と生計同一の者と次の事実がない限り別生計とみなす。
 - ア. 消費物資の共同購入を行っていること。
 - イ. 出稼ぎ等により送金していること。
 - ウ. 生活費等の援助を受けていること又は行っていること。
 - エ. 税法上扶養親族として控除の対象としていること。
 - オ. 各種保険において扶養親族としていること。
3. 費用徴収額の認定の時期については、各県にバラツキが見られるところから、今後は、6月1日から12月31日までに入院措置した者については、前年の所得税の確定額により行い、1月1日から5月31日までに入院措置した者については、前々年の所得税の確定額により行うこと。

また、継続入院者については、毎年6月1日の措置入院者について再認定し、6月診療分から再認定額を費用徴収されたいこと。
4. 所得税額の把握に当たっては、保護義務者等から課税額若しくは非課税であることの証明書（以下「証明書」という。）の提出を求めて行うこととなるが、市町村、税務署等に照会する必要がある場合は、関係機関等に対し、本制度の趣旨を十分説明するとともに、費用徴収対象者から同意書等を取るなどして、協力を得られるよう努めること。

なお、次の点に留意の上、適正に認定されたいこと。

 - (1) 複数の扶養義務者がある場合については、それぞれの扶養義務者についての証明書が必要であること。
 - (2) 同一扶養義務者であっても、所得の種類によって複数の証明書が必要である場合があること。（例えば、給与所得と譲渡所得がある場合、当該年の所得税総額は、源泉徴収義務者の徴収した額と予定納税又は確定申告により納付した額との合算額であり、証明書としては、給与所得に係る源泉徴収票と譲渡所得に係る納税証明書が必要とな

る。)

5. 税務署長の発行する納税証明書の提出を求めるに当たっては、証明手数料の納付を要しない場合があるので、昭和50年8月21日徴管第2—48号国税庁長官通達「納税証明書の証明手数料の納付を要しない場合の取扱いについて」を参考にして、保護義務者等を指導されたいこと。
6. 措置入院者が費用徴収額を納付した場合において、保険者に還付請求をすれば、還付される場合があるので、保護義務者等に周知されたいこと。

ウ 精神医療適正化対策費

この経費は、精神医療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 精神保健センター等の運営費等補助

この経費は、精神保健センター、精神科デイ・ケア施設及び精神障害者援護寮、精神障害者福祉ホーム、精神障害者通所授産施設、精神科救急医療施設及び精神障害者小規模作業所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) 精神保健センター運営費

精神保健センターの運営に要する事業費（一般事業費、特定相談事業費、心の健康づくり推進事業費）について3分の1の国庫補助を行っている。（精神保健法第8条）

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

(イ) 精神障害者社会復帰施設等運営費

a 精神科デイ・ケア施設運営費

「精神科デイ・ケア施設運営要綱」（昭63.5.13健医発第577号厚生省保健医療局長通知）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。

b 精神障害者社会復帰施設運営費

表10 措置入院患者数及び措置入院費の推移

年 度	措置入院 患者数 人	措 置 入 院 費		
		総 額 億円	国庫負担 億円	都道府県負担 億円
昭和42年度	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
60	28,353	737	516	221
61	24,081	709	496	213
62	20,014	621	435	186
63		526	368	158

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

表11 通院患者数及び通院医療費（予算額）

年 度	通 院 患 者 数 人	通 院 医 療 費 百万円
昭和45年度	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
61	219,476	11,679
62	233,802	12,524
63	251,209	13,853

注. 各年度当初予算人員, 当初予算国庫補助額

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

「精神障害者社会復帰施設設置運営要綱」（昭63.2.17健医発第143号厚生省保健医療局長通知）により都道府県，市町村，社会福祉法人，医療法人等が行う施設の整備又は運営に要する経費について，別に定める国庫補助交付基準により補助している。

(ウ) 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。

(エ) 精神障害者小規模作業所運営助成費

「精神障害者小規模作業所運営助成費補助金交付要綱」（昭62.8.20厚生省発健医第185号厚生事務次官通知）により，在宅の精神障害

者のための社会復帰対策の一環として、精神障害者の家族会が実施する社会適応訓練について、財団法人全国精神障害者家族会連合会に対し補助を行っているところである。

オ 精神病院等の施設整備費補助

この経費は、精神病院、精神保健センター、精神科デイ・ケア施設、精神障害者援護寮、精神障害者福祉ホーム及び精神障害者通所授産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

精神保健法第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〉

病棟及び作業・生活療法部門等の新設、増設及び改築に必要な工事費について2分の1の国庫補助（ただし「医療法第31条に規定する公的医療機関の開設者を定める告示」に定める日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、全国厚生農業協同組合連合会の会員である厚生（医療）農業協同組合連合会、社会福祉法人北海道社会事業協会にあっては3分の1）を行っている。

〈営利を目的としない法人であって、精神保健法第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、アルコール中毒者等）の増改築、作業・生活療法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) 精神保健センター等

〈精神保健センター〉

精神保健法第7条の規定により都道府県が設置する精神保健セン

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。

＜精神科デイ・ケア施設＞

地方公共団体、公的医療機関、医療法人等の非営利法人が設置する精神科デイ・ケア施設〔独立施設型、病院付設型（痴呆性老人デイ・ケア施設を含む。）〕の施設整備事業及び地方公共団体が設置する精神科デイ・ケア施設の設備整備事業が国庫補助の対象になる。

＜精神障害者社会復帰施設＞

「精神障害者社会復帰施設設置運営要綱」（昭63.2.17衛発第143号厚生省保健医療局長通知）により地方公共団体又は民法法人等が設置する精神障害者社会復帰施設の施設整備費について、国庫補助を行っている。

カ 精神病院等の設備整備費補助

この経費は、精神病院、精神保健センター等の施設整備の新設及び増設に伴って必要となる初度設備整備に必要な経費について補助を行っている。

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、精神保健費の所要額が組み込まれている。この単位費用の積算は、地方精神保健審議会費・精神保健医療費（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）及び精神保健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

精神病院及び精神障害者社会復帰施設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。

① 政府系金融機関融資

精神病院及び精神障害者社会復帰施設等を設置する場合に社会福祉・医療事業団からの融資を受けられるようになっている。

(ア) 精神病院等

◎ 融資対象者

個人

医療法人

公益法人

社会福祉法人

学校法人

◎ 融資の種類

。 設置・整備資金

建築資金（新築，改築，拡張，改造・修理，購入）

土地取得資金（施設の用に供するために取得するもの。創設法人を除く）

設備備品整備資金（機械器具，備品の整備）

。 経営資金（施設の経営に必要な資金）

(イ) 精神障害者社会復帰施設

。 融資対象者

社会福祉法人，日本赤十字社，医療法人及び民法法人

。 融資の種類

設置・整備資金

建築資金（新築，改築，拡張，改造・修理，購入）

土地取得資金（施設の用に供するために取得するもの。創設法人を除く）

設備備品整備資金（機械器具，備品の整備）

経営資金（施設の経営に必要な資金）

② 特別地方債

- 融資対象者

地方公共団体

- 融資の種類

精神病院等の医療施設（職員宿舎・看護婦宿舎を含む。）の設置・整備資金

5. 心の健康づくり対策

社会の変化は近年、著しいものがある。急速に発達する技術とそれによってもたらされる技術革新の波、流通・情報などを始めとする社会産業構造の変化、人々や産業の都市集中化やモータリゼーションに代表される生活環境の変化、そして否応なしに進む国際化の波等々、現代人はかつて経験したことのない急速な変化の渦中にある。

また、家庭環境の変化としては、核家族化、女性の職場進出に伴う共稼ぎ世帯の増大等により、家庭の機能が低下していることや、高齢化の進行に伴って老人世帯、特に老人単独世帯が増加していることも見逃すことのできない現象である。

このように、おびただしい量の情報の処理や急激な変化に適応するためのストレスが増大するにもかかわらず、逆にストレスを緩和するために重要な役割を果たす職場や家庭等での人間的接触がむしろ希薄化するという現代社会においては、ストレス対策を含む心の健康づくり対策の推進が精神保健行政の大きな課題となりつつある。このような観点から、昭和62年に行われた精神衛生法の改正においても、法の名称を精神保健法と改め、広く国民の精神保健の保持及び増進を図ることが法律の目的の一つとされたところである。

1 心の健康づくり対策の経緯

心の健康づくり対策が施策に取り入れられるようになったのは、近年のことである。これは、従来、精神保健（衛生）行政は精神分裂病等の精神病患者に対する医療施策を推進することが中心で、予防や相談等の保健施策を展開することや精神病以外の精神疾病を対象とする施策については視野の外に置かれがちであったことによる。この背景としては、精神科領域では、一般疾病に比べて病因や発生機序に解明されていない部分が大きく、予防施策を講ずることが困難なことや、精神病以外の精神疾病対策に取り組むだけの組織体制が確立されていなかったことなどが挙げられる。

しかし、冒頭に記したように、社会生活環境の変化に伴ってストレス対策を含む心の健康づくり対策に取り組むことが、国民の精神的健康の維持・向上を図るために重要な課題と認識されるに至った。このため、昭和60年に精神保健センターにおいて、「心の健康づくり推進事業」を開始している。

また、昭和61年度には、「ストレスと健康に関する懇談会」を開き、今後のストレス対策の考え方について、有識者の意見を聴取した。

さらに、労働衛生の分野においても、OA化の急激な普及等に伴ってストレス対策が重要な課題となりつつあるため、シルバー・ヘルス・プラン活動の一環として職場におけるストレス対策の推進を図るなどさまざまな行政分野で施策が展開されている。

◀ストレスと健康に関する懇談会報告書（要旨）▶

現代社会に生きる人間は、至るところでさまざまなストレスに曝されている。ストレスは、人間の能力を引き出し、社会の進歩を推し進めていく原動力という面を持つ一方、過大なストレスは心の健康を損なうのみならず、身体的にもさまざまな疾病を引き起こす。ストレスと健康に関する懇談会では、ストレスを中心とした心の健康の問題を体の健康との関連を踏まえて幅広く検討した。

ストレスは、生体が曝されるさまざまな刺激に対して生体の中で生じる反応の状態であるが、特に、精神的、社会的なストレス状態が、現在の文化、社会情勢の上からも問題となっている。現代社会のさまざまな場面におけるストレスの問題についてライフサイクルに応じて検討すると、以下の点が指摘される。

- (1) 子供の発育については、親子関係や家族の関係の確立がその後のストレスに対する抵抗力となるという意味で重要である。
- (2) 女性については、妊娠、出産に関わる身体的精神的ストレスの問題がある。また、女性の職場進出にともない、家族の機能、男女の役割分担のあ

り方を考え直す必要がある。

- (3) 家族については、核家族化に伴う家族形成期の問題や、家族機能の低下党の問題がみられる。
- (4) 職場におけるストレスの問題については、家庭や、地域社会との関連も考慮した幅広い対応が必要である。
- (5) 老人については、栄養や疾病などの基本的な健康の問題がストレス対応の上からも重要であるが、援助や保護の一方で、自立や生きがいを与えるための施策が必要である。

現在のストレス対応の方法としては、個人や家族を対象としたさまざまなアプローチが考えられており、ストレスマネジメントを業として行うものもあるが、その方法やマンパワーに関して適切な評価が必要である。医療機関に老いてはストレスによる障害に対して、身体疾患への対応が主体となり、ストレスそのものへの対応が必ずしも十分に行われていない。また、ストレス担当医の診療がどこで受けられるのかが分かりやすくなっていない。行政としてのストレスへの対応としては、厚生省における心の健康づくり推進事業の他、労働省、文部省などでもさまざまな施策が行われている。

今後の対策としては、生体とストレスの幅広い相対関係の中で、ストレスの問題を単に個人のみでなく、家族や社会全体の問題として、予防から治療までを含む包括的な対策が行われる必要がある。具体的には、(1) 診断、治療を含むストレス研究の推進、(2) 健康教育の中でのストレスに対する正しい情報の普及、(3) マンパワーの養成、ストレスと健康の相談窓口の設置、医療関係者の教育などによるストレス対応システムの整備などの施策が行われなければならない。

今後、一層重要性を増すと考えられるストレスと健康の問題に対して、人間化という観点からの社会環境や生活様式についての見直しが必要であり、心の健康を含む総合的な健康づくりが目指されなければならない。

2 心の健康づくり対策に関連する事業

(1) 心の健康づくり推進事業

昭和60年度より精神保健センターにおいて、地域住民を対象として、心の健康づくりに関する知識の啓発・普及、相談事業等を実施している。(154ページの「心の健康づくり推進事業実施要領」を参照のこと)

精神保健センターにおける心の健康づくり事業実績

	技術援助 技術指導	研修会 (講習会)	広報普及のうち 講習会・座談会		精神保健相談	
			回数	参加人員	回数	参加人員
昭和60年度	421	157	227	14,750	3,496	15,372
61年度	856	288	424	43,335	8,354	22,581
62年度	1,317	343	451	24,959	5,754	18,280

資料：精神保健課調

(2) 研究事業

心の健康づくり対策を効果的に推進するためには、国民の精神的健康の状況と問題点の把握、影響を及ぼす因子の分析とその科学的なメカニズムの解明、予防のための具体的な方策の研究等が重要である。このため、昭和62年度から、厚生省所管の研究費の中で、心の健康づくりにストレスに関連する研究を新たに開始している。

3 今後の課題

心の健康づくりは、広く一般国民を対象として行われる精神的健康の維持・増進活動である。したがって、従来から行われてきた精神保健活動とは、対象者の範囲、属性、意識等で大きな隔たりがあり、その方法論において全く異なったものが要請される。現在、精神保健センターを中心に心の健康づくり推進事業が実施されているが、さらに効果的な事業の実施方法の検討を行う必要がある。その際、心の健康づくり活動の中で、医療機関やストレスマネジメント関連産業の担う部分と行政施策の行うべき部分を明らかにす

るとともに、民間機関に対する指導のあり方、さらにはマンパワーの育成方針等についても検討が必要と考えられる。

次に、ストレス等に関する研究事業の推進を図ることが重要である。特に、疫学研究やストレスマネジメント技術の評価等については、ようやく途についたところであり、今後の研究に待たれる分野といえよう。

心の健康の問題は、単に個人の心身の健康の問題というだけではなく、社会構造や、その機能に関する様々な問題と深く関わっている。そのため、医学、労働衛生、社会学、心理学、行動科学、人間工学、哲学といったさまざまな分野から検討される必要があり、施策の推進に当たっても、各省庁が十分に連携を図りながら行うことが望まれる。

6. 思春期精神保健対策

青少年を取り巻く生育環境は様々に変化しており、思春期を中心に登校拒否、家庭内暴力、校内暴力等の適応障害や不安、抑うつ、無気力等の神経症的症状、過換気、拒食、嘔吐等の心身症的症状をもつ青少年が増加し、あるいは有機溶剤、鎮咳剤等の薬物依存が広がっている。これら問題に対処するため、思春期精神保健懇談会（座長：榊孝悌）の意見を踏まえ、次のような対策を進めている。

(1) 精神保健センターにおける相談指導等

精神保健センターでは、地域精神保健業務の一環として、思春期精神保健に関する知識の普及や相談指導等の総合的対策を実施することによって、精神発達の途上にある者の精神的健康の保持増進及び適応障害の予防と早期発見を図ることを目的として事業を行っている。

思春期精神保健にかかわる専門医師等の職員の取り組みは以下の通りである。

ア. 思春期精神保健に関する知識の普及

一般住民、特に精神発達の途上にある者及びその家族、並びに教育関係者に対して思春期精神保健に関する知識を普及することによって、適応障害の発生予防に資する。

イ. 相談指導及び適応障害の早期発見等

精神発達の途上にある者及びその家族等に対する相談指導等を行うとともに、適応障害の早期発見に努め、児童相談所や教育機関への連絡、医療機関への紹介等必要な処置を行う。

ウ. 技術指導及び技術援助

児童相談所、教育機関等の関係諸機関に対し、従事者の研修、実地指導を通じて、専門的立場からの積極的な技術指導及び技術援助を行う。

エ. 関係機関との連携の強化

思春期精神保健対策の円滑な推進を図るため、児童相談所、教育機関、保

健所，医療機関，社会福祉機関，PTA 等との連携を強化する。

なお，通知について153ページ参照。

(2) 専門職に対する研修

思春期精神保健にかかわる専門技術者に対して，専門知識の習得や技術向上を図り，あわせて学校や教育相談所，児童相談所，保健所，精神保健センター，病院等で地域精神保健のネットワークを一層展開していく連携技法の体得を目的として，思春期精神保健特別講座（主催：財団法人安田生命社会事業団，協賛：厚生省）を開催している。講座内容は症例検討を中心とし，議義が加わる。

受講資格者は思春期精神保健の業務に従事する医師，看護婦，臨床心理士，保健婦，精神保健相談員，教諭等で，規定の経験をもつ者である。講座についての照会先は財団法人安田生命社会事業団精神保健特別講座担当（〒170 東京都豊島区東池袋1-34-5，電話 03(986)7021）。

(参考) 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	榊 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。

当方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。

7. 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5,300万人（成人），飲酒人口1人当り年間約14リットルのアルコール（純アルコール換算）を消費している（昭和62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inker，高齢者のアルコール依存問題等が新たな問題となっていており，適切なる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。なお，同病院は，1989年1月4日にアルコール問題に関する研究及び研修のためのWHO協力センターに指定されている。

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年度から開始された国民健康づくり計画の実施に伴い、同計画の一環として、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」が厚生大臣に提出され、今後の方針が示されている。

(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のとおり年々増加の傾向を示しており、昭和62年度では781万kl、成人1人当たり89.0lであった。

国民1人当たり年間飲酒量（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以下になったあと、28年まで急上昇し、その後も増加し続け、昭和62年は、約6.3lと世界第26位に達した。

成人飲酒人口については、昭和40年の2,700万人に比し62年では2倍の約5,300万人に及んでおり、大量飲酒者数は、62年で約220万人と推計されている。

（表13）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、ビール約6本、ウイスキーダブル約6杯）以上常用する者をいう。

図9は、昭和43年と62年における性・年齢階級別の飲酒者の割合をそれぞれ国税庁及び総理府が実施した「酒類に関する世論調査」の結果に基づき示したものである。男女ともに、各年齢層で飲酒者の割合の増加がみられるが、特に女性ではこの傾向が著しい。飲酒習慣の形成には、社会環境が大きな影響を及ぼすことは周知のとおりであり、このような飲酒層の拡大は現代社会の世相を

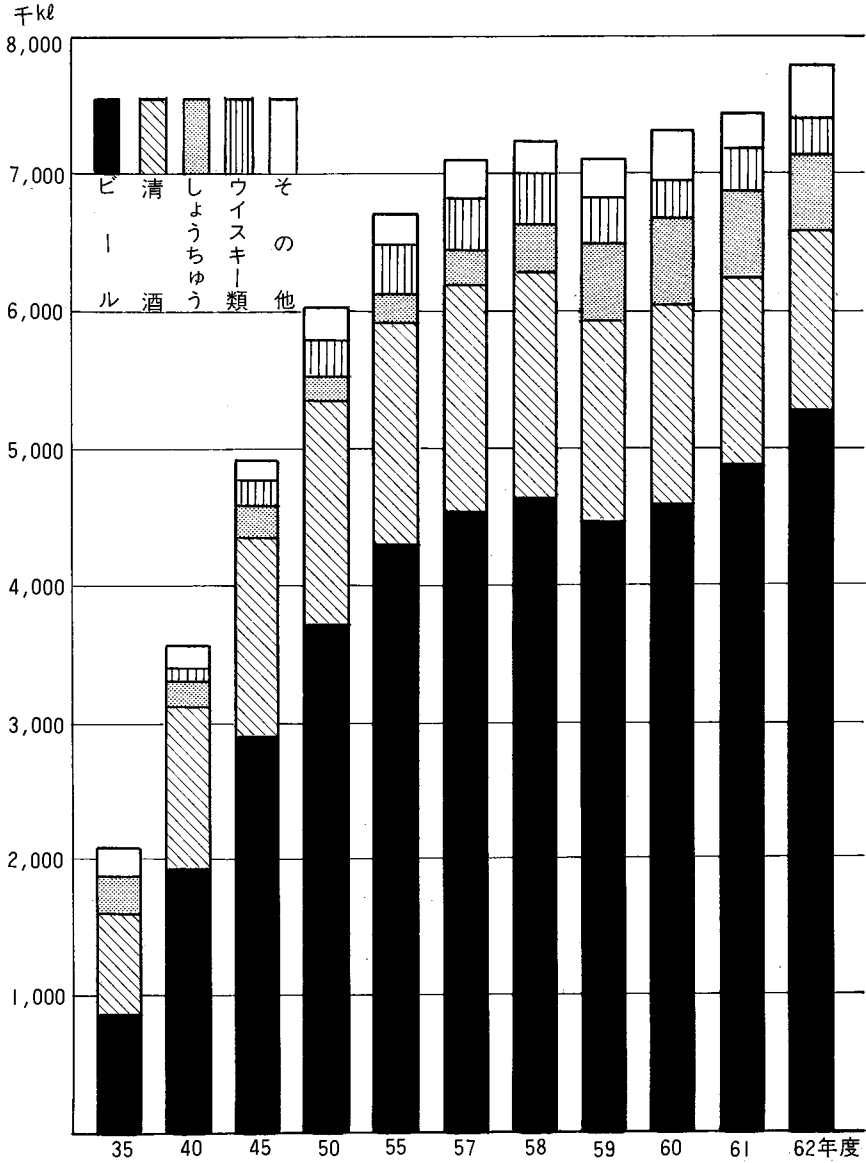
反映したものといわなければならない。

また、表14にみるように、地域によって、消費している酒類の種別及び量に大きな差があり、アルコール関連問題対策に取り組むうえで、考慮しなければならないと考えられる。

一方、アルコール依存症者等の数については、昭和59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、3,000人、アルコール依存症者数は、18,600人となっている（表15）。

アルコール消費量の増大は、アルコール関連問題の増加をもたらすと考えられ、これらの問題への対策の必要性はますます高まってきている。

図6 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。

資料 国税庁間税部酒税課「酒のしおり」

表13 アルコール消費量と飲酒者数の推移

	40年	45年	50年	55年	56年
純アルコール消費量	364,640	483,225	585,743	658,291	673,701
指数	100.0	132.5	160.6	180.5	184.8
成人人口	62,257	70,345	76,726	81,210	82,129
(1人当たり消費量)	5.86	6.87	7.63	8.11	8.20
指数	100.0	117.3	130.3	138.4	140.1
飲酒者	26,626	33,116	39,673	45,261	46,372
指数	100.0	124.4	149.0	170.0	174.2
大量飲酒者推計数	1,030	1,400	1,705	1,905	1,948
指数	100.0	135.9	165.5	184.9	189.2

57年	58年	59年	60年	61年	62年
691,461	716,027	721,071	730,196	740,181	753,652
189.6	196.4	197.7	200.3	203.0	206.7
83,026	83,953	85,619	85,994	86,735	87,836
8.33	8.53	8.42	8.49	8.53	8.58
142.2	145.6	143.8	145.0	145.7	146.5
47,504	48,664	49,836	50,984	52,201	52,888
178.4	182.8	187.2	191.5	196.1	198.6
2,001	2,081	2,082	2,100	2,120	2,163
194.3	202.1	202.1	203.9	205.8	210.0

注1 単位：純アルコール消費量はキロリットル，成人1人当たり消費量はリットル／年，人口等は千人単位で示した。

注2 純アルコール消費量は国税庁統計年報書に基づき作成，成人人口は国勢調査，飲酒者数は昭和43年と昭和62年に行われた「酒類に関する世論調査」に基づき推計した。

注3 大量飲酒者推計数（1日平均150ml以上のアルコールを飲む者）はWHOの計算方式による。

図7 性・年齢階級別の飲酒者の割合

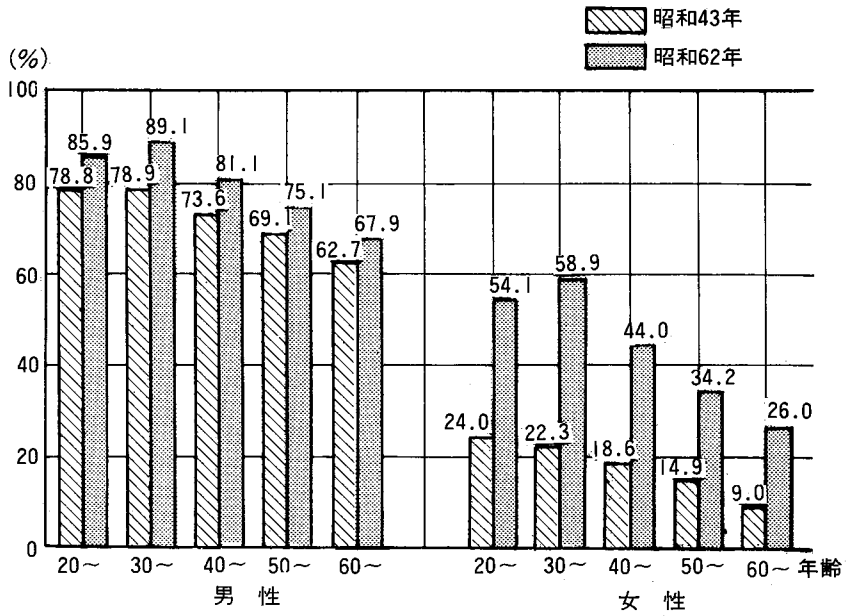


表14 都道府県別成人1人当たり純アルコール換算酒類消費量

昭和62年度(単位:リットル)

都道府県	清酒	焼酎	ビール	ウイスキー類	その他	総計
1 東京都	2.28	1.78	3.78	2.61	1.11	11.55
2 宮崎県	0.44	7.50	2.01	0.58	0.23	10.76
3 秋田県	4.79	1.13	2.30	1.53	0.37	10.12
4 新潟県	4.61	0.60	2.66	1.37	0.57	9.80
5 北海道	1.53	3.53	2.53	1.74	0.42	9.74
6 青森県	2.61	1.83	2.30	2.32	0.34	9.40
7 大阪府	2.40	0.78	3.94	1.49	0.79	9.39
8 島根県	3.90	1.70	2.32	0.91	0.51	9.34
9 鹿児島県	0.17	6.55	1.77	0.46	0.32	9.26
10 大分県	1.68	4.38	2.06	0.75	0.28	9.13
11 山形県	3.77	1.08	2.04	1.86	0.31	9.05
12 福島県	3.62	1.10	2.12	1.90	0.31	9.05
13 高知県	3.36	1.35	3.03	0.91	0.35	9.00
14 宮城県	2.73	1.28	2.12	2.40	0.42	8.94
15 山梨県	2.40	1.88	2.14	1.24	1.23	8.89
16 岩手県	2.82	2.15	2.03	1.57	0.29	8.87
17 鳥取県	3.56	1.05	2.61	1.08	0.54	8.83
18 長野県	3.24	1.65	2.36	1.08	0.48	8.81
19 熊本県	1.10	4.25	2.24	0.66	0.31	8.56
20 山口県	2.48	2.03	2.57	1.04	0.40	8.50
21 広島県	2.67	1.33	2.86	1.16	0.46	8.48
22 福岡県	1.92	2.55	2.47	1.12	0.39	8.44
23 長崎県	1.89	3.10	2.20	0.99	0.25	8.43
24 栃木県	3.02	1.18	2.37	1.49	0.37	8.42
25 静岡県	2.40	1.33	2.63	1.41	0.55	8.32
26 石川県	3.51	0.43	2.94	1.04	0.37	8.28
27 群馬県	2.37	1.95	2.17	1.28	0.35	8.13
28 神奈川県	1.82	1.20	2.57	1.90	0.57	8.06
29 茨城県	2.81	1.25	2.24	1.32	0.31	7.92
30 東京都	2.40	0.55	3.16	1.16	0.65	7.92
31 佐賀県	2.88	1.90	2.15	0.66	0.23	7.82
32 兵庫県	2.43	0.70	3.04	1.08	0.55	7.80
33 富山県	3.54	0.43	2.47	1.04	0.28	7.74
34 埼玉県	2.12	1.38	2.23	1.45	0.43	7.60
35 千葉県	1.94	1.45	2.35	1.37	0.49	7.59
36 愛媛県	2.10	0.68	3.11	1.08	0.59	7.54
37 愛媛県	2.61	1.28	2.46	0.83	0.31	7.48
38 岡山県	2.73	1.08	2.26	0.95	0.40	7.42
39 和歌山県	2.94	0.48	2.71	0.83	0.40	7.36
40 福井県	2.93	0.40	2.71	0.87	0.40	7.31
41 滋賀県	3.05	0.58	2.38	0.83	0.45	7.27
42 香川県	2.69	0.73	2.43	0.87	0.45	7.15
43 岐阜県	2.67	0.55	2.52	0.79	0.39	6.91
44 三重県	2.55	0.60	2.30	0.87	0.46	6.79
45 奈良県	2.25	0.45	2.33	0.70	0.40	6.14
46 徳島県	2.51	0.68	1.95	0.62	0.29	6.05
平均	2.61	1.65	2.48	1.20	0.44	8.38

資料:国税庁「酒のしおり」(平成元年2月)より作成

表15 入院アルコール依存症等患者数（推計）

	43年	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59
アルコール 精神病	人 1,720 (100.0)	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)	人 3,000 (180.2)
アルコール 依存症	13,000 (100.0)	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)	18,200 (140.0)	17,100 (131.5)	19,000 (146.2)	24,500 (188.5)	18,600 (143.1)
合 計	14,720 (100.0)	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)	26,900 (182.7)	21,700 (147.4)

資料：患者調査

注：()内は、それぞれ43年対比の指数を示す。

(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。これをさらに「アルコール関連問題」という名称に広げ、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ついて次の諸題が取り上げられた。

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

ア アルコール関連身体的障害

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

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

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

特に、アルコールの90%以上が肝臓で分解処理されるので、アルコール依存症の合併症としては、肝臓疾患が最も多い。事実、アルコール消費量の増大に伴い、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。また、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。その他脂肪肝、アルコール性肝炎等もアルコール依存症あるいは大酒家に最も多くみられる肝疾患である。

イ アルコール関連社会的障害

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

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

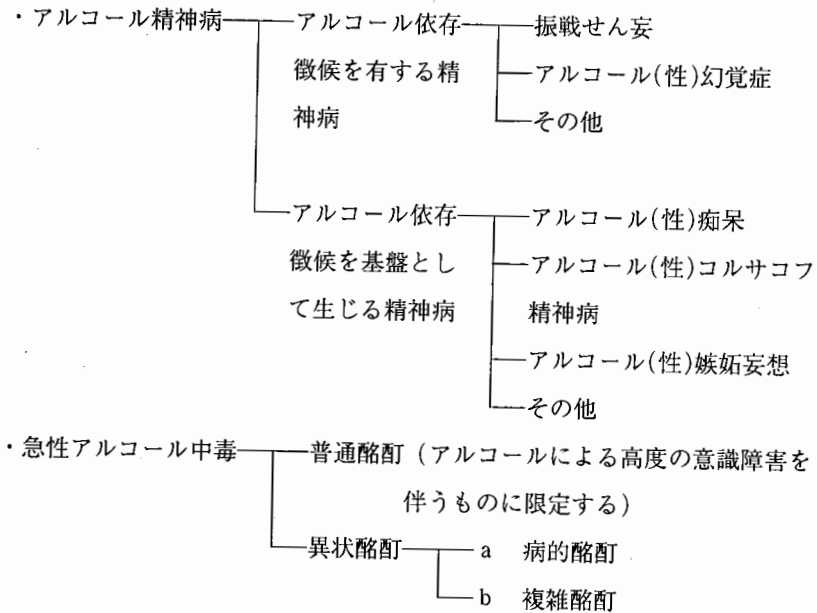
このような社会的障害のみで、直ちにアルコール依存症と診断されるものではないが、社会的障害の繰り返しとともに、精神・身体的障害が進行する。

ウ アルコール精神疾患

アルコール精神疾患は図8のように分類される。

図8 アルコール精神疾患の分類

- ・アルコール依存症 アルコール依存徴候の「精神神経症状 (A群)」のうち著しい精神病症状 (せん妄, 幻覚等) を欠く「軽度の離脱症状」があり, これが再飲酒により, 消退するかあるいは著しく軽減すること, 及び「飲酒行動の異常 (B群)」の2つ以上の症状をもって総合的にアルコール依存症を診断する。 (表16を参照)



a アルコール依存症

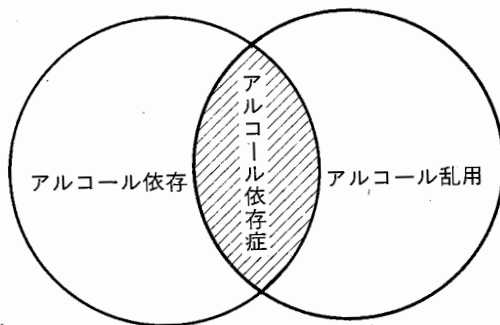
WHOによると, アルコール依存とは, 「薬物エチルアルコールの過剰摂取抑制障害を主症状とし, 薬物依存概念を構成する精神依存, 身体依存, 耐性の変化に基づく諸症状によって規定される。

本症状の発症の程度は一樣ではないが, 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“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」という形で沢山いる。一方、アルコールに依存していなくても、飲酒によって困った問題を起こしてくる場合もある。例えば酩酊運転がそれであるし、年に数回しか飲まないのに、その度に大暴れして周囲を困らせる人もいる。つまりアルコール依存であるか、ないかという基準の他に、飲酒行動の異常であるか、ないかというもうひとつの基準を用意する必要があり、下図9のように両者が重なり合う部分を「アルコール依存症」という。

図9 アルコール依存症の概念



飲酒行動の異常とは、

- ① 強迫的飲酒欲求に基づく飲酒希求自製の障害：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り返す。ただし周期性不機嫌による真性ディプソマニア (true dipsomania) は含まれない。
- ④ 山型飲酒サイクル：飲酒→酩酊→入眠→覚醒→飲酒のサイクルを連日繰り返すことをいう。

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的分類

	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、せん妄状態が除々に消失すると、記銘障害、失見当識、作話等の症状群がみられる。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

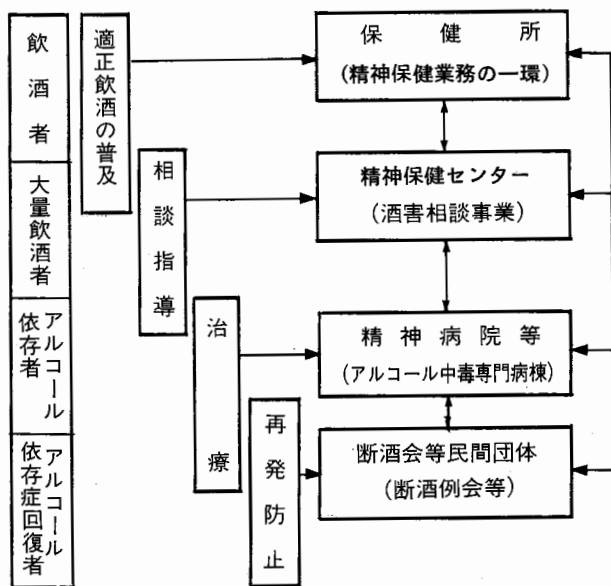
が行われるが、その行為は状況からある程度理解でき、当人の非飲酒時の性格と全く無関係とはいえない。さまざまな程度の酩酊時についての追想障害が見られる場合がある。

(3) アルコール関連問題の予防対策

ア 対象

この問題の予防対策は「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」、「アルコール依存症者」及び「アルコール依存症回復途上者等」に分けられる。ここで、アルコール依存症回復途上者は、依存症者で現在病的飲酒習慣がないものを用い、アルコール依存症回復者は、少なくとも2年以上長期にわたって病的飲酒習慣がなく、再発のおそれのきわめて少ないものをいう。

図10 アルコール関連問題の予防対策



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発普及を図り、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當な者にはアルコール飲料を飲まないように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、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保健センター、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はほぼ同じであるが、アルコール依存症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く、昭和63年6月30日現在で60の医療機関において3,714床の整備が図られている。

(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依存症者についても、通院による医療が必要である。

オ 地域対策

アルコール関連問題の予防対策は地域の実情に応じて精神保健センターが中核となってい、各地域ごとに保健所をはじめ、教育機関、精神病院等医療機関、社会福祉機関、断酒会等ボランティア団体等と相互の連携を図り、総合的に行う必要がある。

(ア) 精神保健センター

精神保健センターは適正飲酒の普及を図り、アルコール関連問題に関する相談指導を行い、関係機関との連携を図るなど、都道府県における活動拠点の機関である（153 ページの実施要綱を参照）。

(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、精神保健活動を行っており、その一環として精神保健センターの指導、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アルコール関連問題予防活動を各地域の実情にあわせて行う。

(ウ) 教育機関

未成年の飲酒防止の徹底を図るとともに、初等・中等教育等の中でアルコール関連問題に関する児童・生徒の理解を深めるため、教育機関が積極的な役割を演ずる必要がある。

(エ) 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、精神保健センター、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、アルコール依存症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。

(オ) 社会復帰施設

アルコール依存症者及びアルコール依存症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。

(カ) 社会福祉機関

医療機関及び公衆衛生機関等におけるアルコール関連問題対策に加えて、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への入所措置や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と、精神保健センター、保健所等との密接な連携を図ることが必要である。

(キ) 断酒会等ボランティア団体

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等ボランティア団体の活動が積極的に行われることが必要である。

(4) アルコール研修

アルコール依存症者等に係わる医師、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（社）アルコール健康医学協会により、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、アルコール依存症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、その内容は次のとおりである。

研修内容及び研修期間について（昭和62年度）

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	看護婦(士)コース	P S W 等コース	保健婦コース
第1日	開講式 精神保健行政の現状 治療総論 保健所の役割	開講式 精神保健行政の現状 治療総論 久里浜病院の治療システム	開講式 精神保健行政の現状 治療総論 久里浜病院の治療システム	開講式 精神保健行政の現状 治療総論 久里浜病院の治療システム
第2日	精神療法 外来実習 集団精神療法実習 アルコールの内科学 及び生化学	アルコール依存症の看護 アルコールの内科学	病棟・外来実習 O B との懇談会 市民運動	病棟・外来実習 離脱期の看護
第3日	野外実習 実習検討会	野外実習 実習検討会	アルコールのケース・ワーク論 アルコール研修O B との交流会	市民運動 病棟ミーティング アルコール内科A・A
第4日	久里浜病院の治療システム 外来実習 単身アルコール依存症	看護思想の原点 病棟実習	病棟・外来実習 アルコールの内科学	病棟・外来実習
第5日	精神鑑定 病棟ミーティング 神経系疾患 行動薬理学	ケース・ワーク論 病棟実習検討会 アルコール研修O B との交流会	病棟ミーティング 事例検討会 反省会	精神衛生センターの役割 保健所における保健婦の役割 地域におけるアルコール依存症者とのかわり
第6日	討議 閉講式	家族関係論 反省会 閉講式	家族関係論 閉講式	家族関係論 反省会 閉講式

(2) 研修期間 (略)

昭和60年10月9日

厚生大臣 増岡博之 殿

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

序文

公衆衛生審議会

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inker、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ている。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検査等を行う体制を整備して、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、以後適切な継続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、研修の充実に努める必要がある。

(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、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。

8. 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。

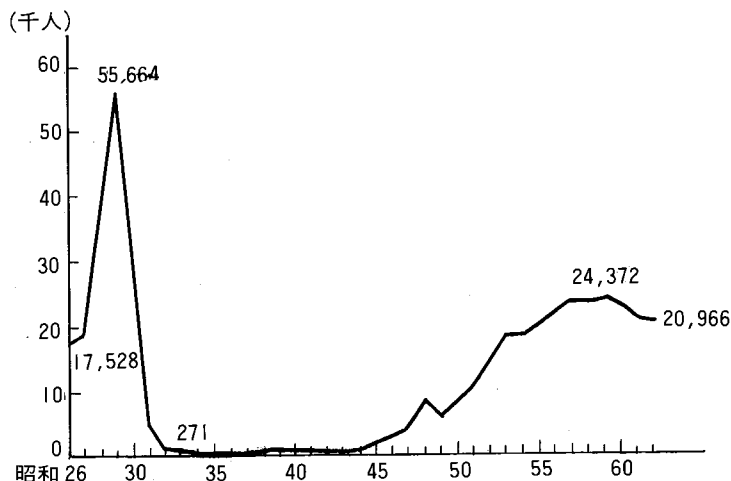
(1) 覚せい剤乱用の現状と対策

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12のとおりで、第1期流行時は昭和29年をピークとして薬事法改正あるいは覚せい剤取締法制定及び改正、国民の広範な覚せい剤撲滅運動等によって、32年頃から一応の鎮静化をみた。

しかし、昭和40年代半ばから再び覚せい剤は流行の兆しを見せ始め、検挙人員も62年には約20,966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11 覚せい剤事犯検挙人員の推移（昭和26年～62年）



資料 昭和63年犯罪白書

注 厚生省業務局及び警視庁保安部の資料による。

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63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675名であり、うち措置入院患者は94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～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る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ある。

(3) 入院治療の充実

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

また、精神療法や作業療法等を積極的に行うことにより、覚せい剤中毒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，元来の性格の傾向が中毒のため一掃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ヶ月ぐらいは焦燥性，易怒感，反抗性などの易刺激的状態が続く。更に幻覚，妄想といった分裂病様状態が1～3ヶ月から数年にわたって続くこともある。こうなると分裂病と症状の上では区別つけ難いが，覚せい剤中毒症では接触性が良好な場合が多い。常用を止めても再使用した場合，多くは比較的少量でも急速に激しい精神症状を呈する。

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

2) 覚せい剤中毒の身体症状

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

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

なお，自律神経機能，肝機能，中枢神経機能，内分泌系機能などの異常がみられることがあるが，これ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。

9. 老人精神保健対策

昭和61年の簡易生命表によれば、日本人の平均寿命は男性75.23歳、女性80.93歳であり、我が国は世界で最も長い平均寿命を享受できる国のひとつとなった。

しかしながら昭和60年の国勢調査において全人口の10.3%をしめる65歳以上のいわゆる高齢人口が、西暦2000年には全人口の16.3%をしめると推計されており、人口構成の急激な高齢化とそれに伴う痴呆など老年期の精神障害により医療やケアを要する状態にある老人の著しい増加は、21世紀に向けて「豊かで健やかな長寿社会」を実現していく過程において、大きな課題になっている。

(1) これまでの経緯

昭和52年10月に老人保健医療問題懇談会は今後の老人保健医療対策のあり方について意見具申を行い、老人の精神障害対策について、「さらに専門的検討を行うべき」と述べた。

これをうけて昭和55年3月、公衆衛生審議会は「老人精神病棟に関する意見」を提出した。この意見では、老人精神病棟の必要性および建築基準等につき述べられており、老人の精神障害対策については、予防対策、地域対策、研究体制の充実・強化に関する試験的事業を実施するとともに、公衆衛生審議会において引き続き総合的な検討を行うこととしている。

また昭和57年8月に成立した老人保健法の附帯決議においては、「痴呆を主とした老人の精神障害に対応するため、精神病床その他の施設の整備を行うとともに、老人精神障害者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」とうたわれている。

さらに昭和57年11月、公衆衛生審議会は「老人精神保健対策に関する意見」を提出し、老人の痴呆疾患の予防及び普及啓発、地域老人精神保健対策、精神病院における老人精神障害者対策、老人精神保健従事者の確保及び資質の向上、研究体制の強化、老人の痴呆疾患のための保健医療及び福祉対策の連携のあり

かたにつき積極的な提言を行った。

従来、痴呆に関しては、

- ① 原因や発生機序、治療やケアの方法などにつき十分な知見が得られていない。
- ② 我が国特有の家族制度に支えられ、大部分の痴呆性老人は在宅でケアされているが、これを支える体制の整備が不十分である。
- ③ 今後そのニーズの大幅な増大が予想される施設ケアに関しても、収容力、ケア水準ともに十分ではない。
- ④ 従来は一般的な老人対策の中でしか取り組まれておらず、保健、医療、福祉の連携のもとに、痴呆性老人の特性に配慮した総合的な取り組みを行う必要がある。

などが指摘されており、早急に総合的な対策の積極的な確立を図ることが強く求められていた。

このような背景から、厚生省では昭和61年8月に「痴呆性老人対策推進本部」を設置、外部の有識者からなる「痴呆性老人対策専門委員会」の検討結果をふまえ、昭和62年8月に報告をとりまとめた。

また、「本部報告」をうけ、地域で具体的に施策を展開するための方策を検討するため、昭和62年11月に設置された「痴呆性老人対策専門家会議」は、昭和63年8月に提言をとりまとめた。

昭和55年3月6日

厚生大臣 野呂恭一 殿

公衆衛生審議会

会長 山口正義

老人精神病棟に関する意見について

精神障害者の老人精神病棟について、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具申する。

老人精神病棟に関する意見

公衆衛生審議会

序

本格的な高齢化社会を迎えつつある我が国において、老人の医療と福祉の問題が厚生行政の中で大きな比重を占めるようになってきたため、厚生大臣の私的諮問機関である老人保健医療問題懇談会は、昭和52年10月、今後の老人保健医療対策のあり方について意見具申を行った。この意見において老人の精神障害対策についても検討が行われたが、今後なお専門的検討を行うべきであると指摘している。

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

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

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

I 老人精神病棟の必要性

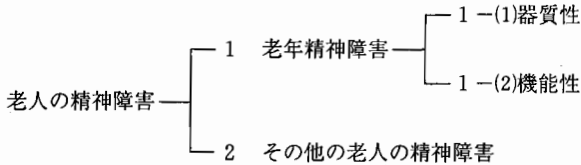
老人精神病棟とは、老人の精神障害のための専用の病棟であって、その専門的な医療及び保護を積極的に行うことを目的とする。

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

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

II 老人の精神障害の定義

老人精神病棟の対象者を明確にするため、「老人の精神障害」は原則的に65歳以上の者の精神障害とし、次のように分類する。



以下、これらの精神障害について定義する。

1 老年精神障害

老年期（65歳以上）に初発し、精神上又は身体上の老年性変化（確認又は推定）を伴う精神障害を総称する。

一般的に老年精神障害は65歳以上で発病するが、65歳未満で発病する場合もある。

1-(1) 老年精神障害（器質性）

ア 老年痴呆……脳の老年性変化によって惹起された痴呆を中心とする精神障害。

イ 脳血管性精神障害……脳血管性障害（確認又は推定）によって惹起された精神障害。

ウ 混合型……上記両疾患の混合によって惹起されたもの。

エ 初老期痴呆……アルツハイマー病、ピック病、クロイツフェルト、ヤコブ病等がある。

オ その他

器質的なものでア～エ以外のもの。

1-(2) 老年精神障害（機能的）

老年性変化を伴う精神障害のうち、その症状が神経症状態、精神分裂病様状態、躁うつ状態等のいわゆる「機能的精神障害」にあたるもの、したがって①老年期に初発したものであること②症状は非器質性症状群に属するものであること③痴呆は存在しても重度でないこと等を条件とする。

2 その他の老人の精神障害

精神分裂病、躁うつ病、てんかん等の精神障害で65歳以上のもの。

なお、これらを老人の精神障害として特別に扱うのは精神分裂病等の精神障害も老齢化に伴い、老人としての特別な医療及び保護が必要であることによる。

Ⅲ 老人精神病棟の建築基準

1 基本事項

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

(2) 老人精神病棟は、3階以上の階に設けないこととする。

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

(3) 老人精神病棟は、老人の精神障害者の身体的脆弱性及び長期在院の可能性を考慮

して、特に冷暖房、換気、採光、照明等の設備に配慮を注ぎ、居住性に富んだ構造とする。

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

2 病棟

(1) 規模

病棟は、30床ないし50床の看護単位を基本とする。

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

(2) 病室

ア 一般病室

個室から6床までとする。

適宜必要な場所に手すりを設ける。

イ 重度の身体合併症用病室

個室から6床までとする。

酸素吸入装置、吸引装置を設けることが望ましい。

ナースステーションに近接して設ける。

ウ 安静室

これは、「精神病院建築基準」でいう保護室に該当する。

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

防音装置を設けることが望ましい。

ナースステーションに近接して設ける。

エ その他

○床

滑りにくいもの、防水性とする。

○ベッド（洋室の場合）

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

車付きベッドの場合は、固定器を設ける。

○ロッカー、戸棚

管理については、病院側で配慮する。

○携帯用の便器を配置する。

(3) 患者の生活上の施設

ア デイ・ルーム

病室以外に専ら患者の談話、娯楽、作業療法等の用に供するための室を設ける。

畳コーナーを一部に設けることが望ましい。

デイ・ルームの近くに便所を配置する。

採光に配慮し、また中庭に出入りできることが望ましい。

イ 食堂

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

ウ 配膳室

糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食等特別食が多いので、その点について配慮する。

エ 浴室

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

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

なるべく上がり湯及びシャワーを取付ける。

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

オ 便所

便所は男女別に設ける。

適当な手すりを設ける。

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

ドアについては車イスで利用できるよう配慮し、手すり等を設ける。

汚物処理室を設けることが望ましい。

カ 洗面所

洗面介助の必要ある場合を配慮し、洗髪もできる構造とする。

キ 洗濯室

患者自身が持物を簡単に洗える場所を設ける。

簡単な干し場を付設する。

ク 足洗場

室外の出入口に近接したものを設けることが望ましい。

ケ 面会室

家族が仮眠、休憩できるように考慮する。

コ 私物庫一室を設けて出し入れに便利な棚を設け、かつ換気を十分に行えるようにする。

(4) 診療及び看護関係施設

ア 診療室

イ 処置室

身体合併症の治療が行えるよう設備、広さ等について配慮する。

ウ ナースステーション

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

エ 看護者仮眠室

オ 職員便所

カ 汚物処理室

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

キ リネン室

(5) その他の施設

ア 廊下

ベッド及びストレッチャーが通れる幅とする。

なるべく直線にし、角の部分を少なくする。

適当な手すりを設ける。

床は、滑りにくいもの、防水性とする。

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

イ 階段

適当な手すりを設ける。

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

エレベーターの設置が望ましい。

ウ 中庭、バルコニー等日光浴ができるスペースを設けることが望ましい。

エ 身体的リハビリテーションの設備

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

オ 消防用設備

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

カ 霊安室

老人精神病棟に設ける必要はないが、病院全体として確保する。

老人の精神障害対策について

I 基本的な考え方

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

II 当面の具体的対策

- 1 公衆衛生審議会における専門的検討
現在、専門委員による検討を行っているが、引き続き総合的な検討を行うものとする。
- 2 試験的事業の実施（パイロットスタディ）及び老人の精神病棟の整備
医療施設における老人の精神病棟のあり方、通院・在宅医療等について試験的事業の実施（パイロットスタディ）を図りつつ、老人の精神病棟の整備を行う。
- 3 予防対策
 - (1) 精神老化防止のための健康教育
 - (2) サービスシステムの周知徹底
- 4 地域対策
 - (1) 通院・在宅医療の充実
 - ア 通常の外来診療の充実・強化
 - イ 老人の精神科デイ・ケアの整備
 - ウ 在宅医療サービス（往診治療、他科入院中の者に対するものを含む。）
 - (2) 保健所及び精神衛生センターにおける相談指導（本人及び家族に対して行う。）
 - (3) 保健所の精神科嘱託医、精神衛生相談員、保健婦による訪問指導（本人、家族、ホームヘルパーに対して病状観察及び療養の指導等を行う。老人ホーム、特別養護老人ホーム等に入所中の者を含むものである。）
- 5 研究体制の充実・強化
老人の精神障害の予防、診断、治療、リハビリテーション及び老年期精神健康増進等に関する研究の充実、強化を行う。

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

なお老人精神保健対策は、他の老人保健、老人福祉対策と不可分の関係にあり、来たるべき本格的な高齢化社会の到来に備えて相互の連携を十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に発病、経過し老年期に至った精神障害に大別される。

老人 精神障害	}	老人期に初発した精神障害	1) 器質性精神障害 初老期痴呆, 老年痴呆, 脳血管性痴呆(多発硬塞性痴呆)など脳の器質的病変が原因で起こる精神障害をいう。
			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的病変以外の諸原因(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柢よいで適正な予防, 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。これらの老人に対して今まで生活の場として生きてきた地域社会ことに家庭においてケアすることが最も望ましい。このような観点から老人精神保健対策は在宅のままで、あるいは施設に収容する場合にも必要最小限の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、老人に適した施設構造をもち、特別な配置基準による医療従事者を配した老人専用病棟を整備する必要がある。

又、老人精神障害者には多種の合併症を有する場合が多く高度な医療が要求されることから、老人精神病棟の設置は総合病院に併設させることが望ましい。

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

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

1. 老人精神病棟への入院対象者の明確化

老人精神病棟で治療する老人精神障害者は主に次のものを対象とする。

- (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性精神障害で重度のうつ状態や幻覚妄想状態等のため入院治療を必要とするもの。

2. 老人精神病棟の医療従事者の確保等

(1) 看護体制等の強化

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

なお、老人精神病棟においては、他の一般精神病棟と切り離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。

厚生省痴呆性老人対策推進本部報告

(昭和62年8月26日)

はじめに

我が国は、世界で最も平均寿命の長い国の一つであるが、同時に、かつて経験したことのない高齢社会に移行しようとしており、“豊かで健やかな長寿社会”の実現は、21世紀に向けて、我が国最大の目標となっている。

しかしながら、高年齢人口が飛躍的に増加することから、寝たきり、痴呆など要介護老人の増加は避けられないところであり、このことが将来、我が国の経済社会に大きな影響を及ぼすものと予想される。

なかでも痴呆性老人は、特有の精神症状や問題行動があるため、他の要介護老人とは質量ともに異なった介護が必要であり、介護する側、特に家族は多大の精神的・肉体的負担に苦悩することになるのが実情である。しかしながら、痴呆については、その発生原因、発生メカニズムともに未解明な部分が多いこともあって、予防などの体制が採りにくく、これまでの一般の老人や障害をもった老人を対象とした各般の施策の中で、それぞれ対症療法的な対策が採られているに過ぎない。

このため、①いかに痴呆の発生をおさえるか、②どのような治療、介護を行うべきか、③介護家族の負担をどう軽減するか、④痴呆性老人を受け入れる施設としてどのようなものがよいか、⑤医療、介護に当たる専門職はどうあるべきか等についての早急な検討が求められている。

このような背景を踏まえ、厚生省では総合的な痴呆性老人対策の確立を図るため、昭和61年8月、省内に「痴呆性老人対策推進本部」を設置するとともに、専門的事項を検討するため省外の有識者で構成する痴呆性老人対策専門委員会を設置し、この問題について検討を行ってきた。

この報告書は、専門委員会の議論を踏まえつつ、これまでの本部における検討結果を取

りまとめたものである。

第1 痴呆性老人について

(1) 痴呆とは

ア 人間は誰でも年を取れば、物忘れが多くなるなどの知能の老化現象が見られるが、これらは老化に伴う通常の知能の低下であり、病的なものではない。これに対し、痴呆とは、脳の後天的な障害により一旦獲得された知能が持続的かつ比較的短期間のうちに低下し、日常生活に支障をきたすようになることで、傷病に起因する点でも前者とは異なる。

イ 痴呆をその原因で区分すると、脳梗塞・脳出血などの脳卒中による脳血管性痴呆と、原因不明の脳の変性疾患によるアルツハイマー型痴呆とが代表的であるが、我が国においては前者が後者よりも多く、欧米諸国とは対照的である。また、アルツハイマー型痴呆は、初老期に好発するアルツハイマー病と老年期に好発するアルツハイマー型老年痴呆とに分けられる。

(注) その他、痴呆をきたすものとしては、脳の外傷や腫瘍、感染、中毒、代謝障害等があるが、これらの中には根本的な治療が可能なものもあり、早期において適切な鑑別を行うことが大切である。

(2) 痴呆性老人の症状

痴呆性老人の主症状は持続的な知能の低下であり、記憶障害や理解力・判断力の低下が出現し、ひいては人格水準が著しく低下する。

また、知能の低下に、

- i) 妄想、幻覚などの精神症状や徘徊、不潔行為といった問題行動
- ii) 衣服の着脱行為の障害、失禁、歩行の障害など日常生活における動作能力の低下
- iii) 身体的疾患などの合併症

を伴うことになるが、これらの現れ方は著しく多様である。

(3) 痴呆性老人の出現率と将来推計

ア 昭和61年8月までに40の都道府県及び6政令市において、在宅の痴呆性老人について実態調査が実施されている。

これらの調査のうち、精神科医が携わり、その方法も類似している12都道府県市の調査結果に基づき、年齢階層別に在宅の痴呆性老人の出現率を推計すると、65～69歳1.2%、70～74歳2.7%、75～79歳4.9%、80～84歳11.7%、85歳以上19.9%であり、高齢になるにしたがって出現率は高まる。これをもとに、昭和60年の我が国の65歳以上の老人人口全体に対する在宅の痴呆性老人の出現率を求めると、4.8%となる。

イ 上記の年齢階層別の出現率を基礎に、我が国の人口の将来推計を用いて在宅における痴呆性老人数の将来推計を行うと、昭和60年に59万人であったものが、昭和75年には112万人、昭和90年には185万人となり、15年間でほぼ2倍、30年間で3倍以上と、急激に増大することが予想される。

第2 痴呆性老人を取り巻く現状と課題

(1) 調査研究と発生予防について

ア 痴呆の原因、予防方法、診断、治療等に関し、これまで得られている科学的知見は限られたものであるが、痴呆の原因別類型により、その事情はかなり異なる。

痴呆のうちアルツハイマー型痴呆については、その原因・発生メカニズムが不明であり、なによりもその究明が急がれている段階にあるが、欧米諸国においては、老化研究の最重要テーマとして重点的に研究されているのに比べ、我が国は研究が立ち後れている現状にあることから、早急に研究体制を整備し、研究を促進する必要がある。

他方、脳血管性痴呆については、その原因である脳卒中を予防することにより、痴呆の発生を防ぐことが相当程度可能であるので、脳卒中の予防・治療対策の確立とその推進が望まれている。さらに、脳の動脈硬化など脳血管障害の原因の完全な解明と脳卒中となった後の痴呆の発生予防の研究も必要である。

また、痴呆性老人に対し必要とされる治療、介護の内容、程度などの疫学的、社会医学的な実態が十分把握されていないため、これらの実態把握にも努めなければならない。

イ このため、必要な研究費を確保し、相互の連絡調整にも十分配慮しつつ、重点的な調査研究を推進していく必要がある。

(2) 在宅における介護について

ア 我が国では症状の軽い場合を中心に、現在、大多数の痴呆性老人が家庭で家族により介護されている。

痴呆性老人の介護の実態をみると、

i) 痴呆性老人は知能が低下しているだけでなく、精神症状、問題行動を随伴することや寝たきり状態であったり、身体的疾患を合併していることが多いため、必要とされる介護量は極めて大きく、その内容も濃密なものが求められる。

特に、精神症状や問題行動といった随伴症状が著しい場合には、一層介護が困難であり、常に目が離せないため昼夜を問わない介護が必要である。

ii) 介護等の必要度は、痴呆の主症状である知的機能の低下の程度だけに比例するものでなく、むしろこれに伴う問題行動や日常生活の動作能力の低下、身体的疾患等の諸症状に直接結び付く。

iii) 痴呆に対する介護は長期化する傾向があるほか、随伴症状に顕著な改善が見られない場合も多いことから、疲労や先が見えない不安により、介護意欲の低下がみられる。また、介護家族は、周囲の無理解・偏見等のため、社会的に孤立してしまうことが少なくない。

iv) 在宅で介護を行っている者は痴呆性老人の妻、嫁又は娘である場合が多く、介護者自身が高齢、病弱であったり、核家族化、居住環境などにより、家庭における介護は困難となっている。また、女性の社会進出の増加等により、在宅介護と

勤務等との調整の問題が一層浮き彫りになっている。

このように、痴呆性老人を介護する者の精神的・身体的負担は極めて大きく、その軽減・解消は、喫緊の課題となっている。

- イ 現在実施されている相談事業、デイ・サービスなどの老人対策は、痴呆性老人にも利用可能であるが、痴呆性老人の特性を十分考慮したものとはなっていない。また、全国的にみた場合、実施されていない地域があったり、施策間の連携を欠くことから、これらのサービスを利用できない場合もある。このため、痴呆性老人の諸症状にも配慮しつつ、施策の充実に努める必要がある。

(3) 施設における介護について

- ア 痴呆性老人については、寝たきり老人に比しても、医療面のニーズが高いことや、介護がより複雑で量的負担も大きいことから、家庭で介護しきれない場合の受入施設が必要である。

このため、痴呆性老人各々の精神症状、問題行動等の随伴症状や身体的疾患、日常生活の動作能力などの合併症に応じ、既存の施設体系の中で受入れを促進していくこととし、その前提となるマンパワー等を確保していく必要がある。

- イ 精神症状や問題行動が著しい痴呆性老人には、専門的な精神科医療が必要であるが、現在の精神病院の施設・設備や人員配置の基準では、十分な処遇を行うことは困難であるし、治療効果の上からも治療目的も方法も異なる一般の精神病患者とは区分して処遇することが適当である。

このため、これらの痴呆性老人を受け入れ、短期間で集中的に専門的医療と手厚い介護を行う専門的病棟を整備していく必要がある。

- ウ また、精神症状や問題行動等が軽快し、退院・退所した後の在宅介護を支援するサービス機能の充実も重要である。

(4) 介護の心構えと方法について

- ア 痴呆性老人の多くは、痴呆の進行に伴い知能が低下しても、感情機能は保たれていることが多いことから、恐怖感、焦燥感、孤独感といった“心の痛み”を感じやすく、しかられたり、とがめられたりした場合など極度の緊張を強いられると、精神症状や問題行動を生ずることにもなる。したがって、人間としての尊厳を保つよう、かつての生活歴や性格を踏まえながら、痴呆であるという現実を受け入れ、そのペースに合わせた受容的態度で接するなど、その介護者には他の要介護老人の場合にはみられない特別な配慮が求められる。

- イ ところが、介護家族は、痴呆性老人そのものや介護方法についての情報、知識が乏しいことから、戸惑い、焦り、誤解などのために対応を誤り、症状を悪化させるなど自ら困難な状況を作り出していることもある。また、各施設においても、痴呆性老人各々の特性に着目した有効な処遇方法についてのノウ・ハウが不足していることが多い。

- ウ このため、国が率先して、介護家族に対し老人の痴呆そのものや介護の在り方、

方法等についての啓発普及に努める一方、施設においても、介護方法の確立及び介護技術に関する一層の充実を図る必要がある。

(5) 取組体制について

痴呆性老人の適切な処遇のためには、精神科ないし一般的医療や介護を始め様々な方面からの対応が求められるが、現在のところ各般の施策は、精神保健、老人保健、老人福祉等別々の体系によって講じられており、相互の連携も必ずしも図られていない。したがって、痴呆性老人を抱える家族が相談を望んでも、まずどこに行けば良いのかわからず、相談を受けた窓口がそれを処理しようとしても、総合的な取組体制が採られていないための限界に直面することが少なくない。

このため、各自治体において保健・医療・福祉の連携の強化を図るとともに、国においても、痴呆性老人を始め高齢者の問題について、一元的、総合的な取組を可能とする組織体制と連携の在り方を検討しなければならない。

第3 痴呆性老人対策の推進

1 調査研究の推進と予防体制の整備

(アルツハイマー型痴呆の原因究明等の重点的研究)

現在行われている老人の痴呆に関する各種の研究を、原因が不明で多くの人に老後の不安をもたらすことともなっているアルツハイマー型痴呆に関する研究を始め、基本的に次の3体系に整理し、相互の連絡調整をとりつつ、集中的な研究を推進する。また、現在、長寿科学研究組織の在り方について検討が進められているが、その場合においては、老人の痴呆の研究を重点的研究課題とすることを検討する。

- i) アルツハイマー型痴呆の原因の究明、治療方法等に関する研究
- ii) 脳血管性痴呆の発生予防、治療方法等に関する研究
- iii) 痴呆性老人の簡便で正確な診断、スクリーニング方法の開発並びに看護、介護等社会医学、保健福祉に関する研究

(国際研究協力、民間活力の活用等の推進)

国際シンポジウムの開催や研究者の交流・派遣などの国際的な研究協力を行うとともに、官民共同研究や民間活力を活用した医薬品、医療機器等の研究開発を推進する。

(医療・介護ニーズの把握等)

- ア 知能の低下及び随伴症状の程度別の医療・介護ニーズの実態をきめ細かに調査し、施設や在宅介護に関する行政ニーズを引き続き明らかにする。
- イ 痴呆性老人を対象とした効果的な老人保健事業の確立を図るため、老人の痴呆に関する健康教育、健康診査、訪問指導等を試行的に実施し、その結果を評価、分析する。
- ウ 各種調査研究の成果、全国各地で試みられている医療・介護の事例、全国各地で利用可能なサービスや施設に関するデータ等を集積し、広く行政や一般の利用に供するための情報機能の整備について検討する。

(脳卒中の半減)

- ア 我が国における老人の痴呆の大半を占める脳血管性痴呆は、その原因となる脳卒中

を予防することによって、相当程度防止できるが、老人保健事業第2次5ヶ年計画に沿い、昭和57年度からのおおむね10ヶ年で脳卒中の発生率の半減を目指しているところであるので、その着実な推進を図る。

イ また、脳卒中の防止に効果のある余暇の過ごし方や食生活の在り方等に関し、積極的な普及啓発事業を行う。

2 介護家族に対する支援方策の拡充

(相談体制の強化)

ア 介護家族の悩みや不安を解消し、的確な情報を提供するため、都道府県高齢者総合相談センター（シルバー110番）の整備を推進し、電話により手軽に相談できる体制をつくる。

イ 痴呆性老人を抱える家族等がまず相談に出かけるところとして、保健所、福祉事務所及び地域の開業医が挙げられるが、現状ではいずれも痴呆性老人の問題についての知識や経験が必ずしも十分とは言えない。したがって、各担当者が痴呆性老人の問題に精通できるよう研修の実施や適性の確保を図りつつ、相談内容の充実と相互の連携強化を図る。

また、痴呆性老人を抱える家族等が相談機関に向いて相談することは困難な場合も多いので、精神衛生相談員等が訪問して相談や指導を行う体制を強化する。

ウ 介護家族の抱える悩みに応え、痴呆性老人の介護に当たった心の構えや処遇技術をわかりやすく伝えて行くため、家庭介護のためのマニュアルの普及を図るとともに、テレビ等のマスメディアを積極的に活用する。

(デイ・サービス、ショートステイ事業の拡充)

ア 家庭奉仕員派遣事業、通所によって入浴サービスや食事サービスを行うデイ・サービス事業及び要介護老人を短期間預かるショートステイ事業については、痴呆性老人の特性にも配慮し、介護に当たる者の資質の確保を図りながら、その普及を図る。

イ 多数の痴呆性老人が通所するデイ・サービスセンターに対して、運営費助成上の配慮を行うこと、及びショートステイ事業において、痴呆性老人とともに介護家族も滞在し、介護の心構えや方法等の指導並びに介護に関連した各種公的サービス等の紹介を受けるホームケア促進事業を実施することを検討する。

(デイ・ケア等の拡充)

病院等に通院して心身機能の回復訓練等を受けるデイ・ケアについては、家族の要望も強いことから、痴呆性老人専門治療病棟へのデイ・ケア施設併設や老人保健施設におけるデイ・ケアや短期入所ケアの実施等、その一層の普及、促進を図る。

(その他の在宅介護施策)

痴呆性老人の在宅介護を容易にするためには、各種公的サービスの提供にとどまらず、住宅の改善や介護者の経済的負担への配慮など幅広い対策が必要であるので、政策金融や税制を含めた各般の施策の充実につき検討を進める。

(初老期痴呆対策)

アルツハイマー病を含む初老期に発生する痴呆については、年齢制限のため、現行の在宅保健福祉対策の対象とならない場合があるが、必要に応じその対象に追加することについて、引き続き検討する。

3 施設対策の推進

(施設処遇の基本的な考え方)

痴呆性老人は、主たる症状である知能の低下のほかに、精神症状・問題行動、日常生活動作能力の低下、身体的疾患などを伴うことが多く、家庭の介護能力を超え、各家庭では対応しきれない場合も生じる。このため、家族が肉親を安心して託せる施設を確保する必要があるが、これらの随伴症状の有無や程度は、個々のケースごとに様々であるので、それぞれに必要な医療や介護の種類や程度に応じ、次のような施設において処遇することが望ましい。

- ・寝たきり等の状態に対する常時の介護 → 特別養護老人ホーム
- ・寝たきり等の状態に対するリハビリテーション、看護、介護 → 老人保健施設
- ・慢性の身体的疾患に対する一般的医療 → 老人病院
- ・急性の身体的疾患に対する一般的医療 → 一般病院
- ・精神症状・問題行動に対する精神科医療 → 精神病院

(痴呆性老人専門治療病棟の整備)

現在、施設対策として最も緊急を要するのは、精神症状や問題行動の著しい痴呆性老人の受入施設の問題である。現状では、これらの痴呆性老人を抱える家族が多量の精神的、身体的負担を余儀なくされている一方、施設処遇の場合も、既存の体系の枠内では、必ずしも十分な医療や介護を行って得ていない。

精神症状や問題行動の著しい痴呆性老人に対しては、特に行動制限や薬物多用といった治療方法よりも、生活機能の回復等に重点を置いて、精神科的な専門医療と十分な介護を行うことが適当であるので、このような医療、介護を可能とする痴呆性老人専門の病棟を、老人人口や医療の供給体制など各都道府県の特性に応じて設備する。また、この病棟に、デイ・ケアを行うための施設を併設し、介護家族の支援や退院の円滑化に役立てることとする。

この痴呆性老人専門治療病棟の整備、普及を図るために、適切な病院を選んでパイロット事業を実施、回廊式廊下やリハビリテーション機器などの特殊な施設設備の整備及び適切な精神科医療と十分な介護を行うための人員確保に努める。

(その他の施設)

ア 老人保健施設の整備を促進し、リハビリテーション、看護及び介護を必要としている痴呆性老人を受入れる。

イ 痴呆性老人の入所比率が高い特別養護老人ホームにおいては、介護等の充実を図る観点から措置費の加算が行われているが、精神医学面からの処遇を更に充実する観点から、専門家による相談、助言の充実を図る。

(国立療養所モデル事業の実施)

精神症状や問題行動を有する痴呆性老人の医療、看護に関する技術及び保健、医療、福祉の連携による地域ケアシステムの開発等を目的として、国立療養所におけるモデル事業を実施する。

(診療報酬の見直し等)

痴呆性老人の特性に合った医療を確保する観点から診療報酬を見直すとともに、患者の症状に応じた入退所を円滑化するための費用負担の在り方について検討する。

(初老期痴呆対策)

アルツハイマー病等初老期痴呆については、年齢制限のために施設に入所できない事例のあることが指摘されているが、当面特別養護老人ホームにおける受入れを促進するほか、引き続きその対策について検討を行う。

4 その他

(専門職に対する研修)

ア 痴呆の早期発見と適切な処遇のために、プライマリー・ケアを担う一般開業医を始めとする専門職が大きな役割を果たしていることから、医師、保健婦等の専門職に対する研修を一層充実する。

イ 特別養護老人ホーム職員(寮母等)、家庭奉仕員、相談事業担当者等に対し、処遇技術、精神保健に関する知識等の習得を目的として実施されている研修の一層の充実を図る。また、新たに法制化された社会福祉士及び介護福祉士の養成において、痴呆性老人に対する専門的知識、技術の習得及び実習がなされるよう十分配慮する。

(痴呆性老人対策の総合的推進)

ア 痴呆性老人対策には、精神保健、老人保健、老人福祉等を通じた総合的な取組が必要であり、行政と家庭、地域の開業医、福祉・医療の各種施設等の密接な連携が不可欠である。

イ このため、地方自治体においては、衛生・民生部局相互の連絡を密にするなど取組体制を強化するとともに、保健、医療、福祉各分野のネットワーク化を目指し、昭和62年度から設置された都道府県高齢者サービス総合調整推進会議、保健所保健・福祉サービス調整推進会議及び市町村高齢者サービス調整チームの活用を図る。

ウ 国においても、保健・医療・福祉を通じ、総合的に施策を推進して行くための組織体制と連携の在り方について検討を行う。

(普及啓発の推進等)

ア 痴呆性老人についてはさまざまな偏見や誤解が存在し、在宅や施設における心の通った医療、介護の妨げとなるケースがあることが指摘されている。

このため、痴呆性老人に対する偏見や誤解のない地域社会を創るための啓発普及を推進する。

イ 在宅等における介護を支援するボランティア並びに家族会等の相互扶助組織の育成を図り、痴呆性老人を含む地域社会の福祉向上を図る。

痴呆性老人対策専門家会議提言

(昭和63年8月)

はじめに

昭和62年の簡易生命表によれば、日本人の平均寿命は、男性で75.61歳、女性で81.39歳であり、我が国は世界で最も長い平均寿命を享受できる国のひとつとなっている。このような状況において、すべての人々が、長い人生を健康で生きがいをもって生活できるような「豊かで健やかな長寿社会」の実現は、21世紀に向けての我が国最大の課題のひとつとなっている。

一方、同時に人口の高齢化は急速に進んでおり、昭和60年の国勢調査では総人口の10.3%を占めている65歳以上の人口は、昭和95年には23.6%になると推計されている。これに伴い、痴呆や寝たきりなど、ケアを要する状態にあるお年寄りの急激な増加も避けられないと考えられる。

特に、痴呆については、病気の原因や予防方法、治療方法等に未解明な部分が多いこともあって、これから老年期を迎えようとする人々にとって、老後の不安の大きな要因のひとつとなっている。

また、痴呆性老人のケアは、一日中目を離せない場合が多いため、介護する家族は精神的・身体的・経済的負担に苦悩しているのが現状である。加えて、女性の社会進出の増加や伝統的な扶養意識の変化などによって、家庭でのケアが困難なケースは、今後ますます増えてくることが予想される。このため、痴呆性老人が適切なサービスを受けながら住み慣れた地域社会で暮らしていけるよう、施策の拡充強化を図る必要があるが、在宅でのケアが困難なケースにも適切に対応していくためには、医療や介護を提供する施設の着実な整備と施設における構造・設備やマンパワーのあり方の見通しが必要となっている。

従来の痴呆性老人対策に関しては、

- ① 痴呆の発生原因や治療・介護の方法等に関する科学的知見の積み重ねが十分ではないこと。
- ② 痴呆性老人の治療や介護のためのサービスが、在宅・施設のどちらにおいても、量的に十分ではないこと。
- ③ 痴呆性老人対策を支える人づくりや地域のネットワークづくりが十分ではないこと。
- ④ 各々の施策が既存の枠組みの中で別個に行われ、それぞれの連携が十分ではないこと。等の問題が指摘されていた。

厚生省では、痴呆性老人対策を総合的に進めていくため、昭和61年8月に省内に「痴呆性老人対策推進本部」を設置し、外部の有識者の意見をふまえながら、翌62年8月に本部報告をとりまとめたところである。

報告書では、

- ① 調査・研究、予防対策の推進
- ② 在宅ケアを支援する対策の推進
- ③ 施設ケアを充実させる対策の推進

④ 各種の施策を支える基盤の整備

を柱とした痴呆性老人対策の推進の必要性を訴えており、その一部は昭和63年度予算において、すでに実現されている。

本専門家会議は、痴呆性老人対策推進本部の報告及び昭和63年度予算に計上されている事業をふまえ、「地域における痴呆性老人対策を具体的に、どう展開したらよいか」について、地域の実状や要望等についての意見も聴取しながら、討議を重ねてきた。

この提言は、痴呆性老人を取りまく現状及び問題点、政府や地方自治体が痴呆性老人対策を推進するにあたって実施・検討すべき事項等について、これらの検討結果をとりまとめたものである。

第1 基本的な考え方

1 痴呆性老人に関する理解の促進について

高齢化の急激な進行に伴い、様々な社会の変化が生じているが、ややもすると負担の増大ばかりが強調されがちであり、とくに痴呆性老人に関しては、ケア負担の大きさがしきりに取りざたされている。

しかしながら、痴呆性老人のすべてが、常時濃密な医療や介護を必要とするわけではないし、老人人口の増加によって、ケアを要する状態にあるお年寄りばかりではなく、健康なお年寄りも増えることになるのであるから、悲観しすぎはならない。

また介護者の対応しだいで、ケアの負担も軽減できるということを家族や関係者すべてに理解してもらうとともに、痴呆性老人の介護の困難さやその数の急増を強調するあまり、差別・偏見・隔離を助長することがないように、十分に留意することが必要である。

学術用語である dementia に対する日本語の呼称としては、様々な用語が用いられているが、老化に伴う生理的な（正常範囲内の）知的機能との混同を避ける必要がある。この観点から、「ぼけ」という包括的な一般用語と、「痴呆」という学術用語は、混同することがないように区別して使用することが望ましいと思われる。

2 地域における痴呆性老人のケアのあり方について

(1) 地域的ケアの必要性について

痴呆性老人のケアは、決して特定の介護者のみに頼るのではなく、住みなれた地域全体で支えていくこと、いわば地域ぐるみのケアが必要である。また、痴呆性老人を違和感なく、地域に受け入れるためには、痴呆性老人に対する十分な理解と共感、また痴呆性老人と共に生きるといった積極的な姿勢が地域に求められている。このため、市町村においては、老人保健事業等を通じ、一般住民の痴呆性老人に対する理解を増進させるとともに、地域の痴呆性老人対策の取り組み体制の整備を図るよう努める必要がある。

さらに施設におけるケアについても、面会や家族に対するケア指導、通院・通所によるサービスを円滑に行うためには、利便が重要な要素となるため、一定の保健・医療・福祉圏内に様々な痴呆性老人関係の施設を整備することが必要となる。

(2) 包括的ケアの必要性について

我が国においては、痴呆の原因として脳血管障害が多く、市町村が行っている老人保健事業などを通じて、食事指導や高血圧症の早期発見、医学的管理などを行い、脳血管性の痴呆を予防することが相当程度可能である。また、根本的な治療は困難であるとしても、家庭で生活できるようになることが医療・ケアの主な目的になるため、痴呆性老人にとって、生活機能を回復させるような訓練は欠かせない。このため痴呆性老人の医療や介護には、予防から診断治療、リハビリテーションや社会復帰までを含めた、幅広い包括的な体系が求められている。

また痴呆性老人は、知的機能の低下ばかりでなく、その他の精神症状や問題行動、身体的疾患の合併や日常生活動作（ADL）の低下をしばしば伴うため、精神科的医療だけではなく、身体的医療や日常生活上の介護も必要とすることが多く、幅広い対応が必要となる。このため、行政機関内の各々の関係部局が独自に施策を実施するような従来の方式では、十分に対処しきれず、保健・医療・福祉の関係機関が相互の連携を強化して、地域の社会資源を有効に活用しながら、個々の痴呆性老人や家族の状況に最も適したケアを包括的に提供する必要がある。

(3) 全人的ケアの必要性について

痴呆は病的状態ではあるが、原因を取り除くような根本的な治療は現在のところ困難な場合が多いため、ケアが主体となることがしばしばである。このため生物学的な異常の現象面だけに注目するのではなく、痴呆性老人その人をも視野に入れた全人的アプローチが、痴呆性老人の医療や介護には必要となる。

そのため痴呆であるという現実を受け入れながらも、病前性格や心理状態、生活歴、嗜好等に配慮し、人間としての尊厳やプライバシーを尊重しながらケアを行うこと、いわば全人的ケアが重要となる。

3 対策の企画・立案にあたって

対策の推進に必要な社会資源は、施設などのハード面でも、マンパワーなどのソフト面でも、量と質をいずれも拡充する必要がある。その際、限りある社会資源をどのようにして痴呆性老人対策に振り向けていくかが課題となろう。

また全国的な公的サービスの充実化を図るとともに、地域の特殊性や実状に応じた、地域住民の参加に基づく地域の独自事業も活発に推進していくことが重要である。この際、どのように個々の痴呆性老人のニーズを、統一的な行政施策の中に吸い上げていくかが課題である。

一方、現代は、それぞれの家庭の事情や個人の考え方によって、サービスの多様性を要求される時代でもあり、補完的な種々の私的サービスも併せて充実する必要がある。

第2 相談や処遇判定等の体制について

1 現状及び問題点

家族がお年寄りの知的機能の異常や問題行動に気がついた際に、はじめて家族は種々の機関に相談することになるが、「どこに相談したらよいか分からない。」「窓口によって対

応が異なる。」「単に他の機関を紹介してくれるだけである。」といったことが、この際の問題点として指摘されている。

そのため、昭和62年度から高齢者総合相談センター（いわゆるシルバー110番）事業等が行われており、これによって高齢者に関する悩みや相談に総合的に答えられるような体制が確立されつつあるが、夜間や休日の対応などを含め、十分な相談体制の確立には、今後もお一層の努力が必要である。

また、痴呆と類似の状態像を示すうつ状態などや、痴呆をきたす疾患のうち治療が可能なものの鑑別診断を厳密に行わないと、これらある程度根本的な治療が可能な疾患などを見逃し、痴呆として介護主体の処遇を継続してしまう可能性がある。

さらに、痴呆性老人の病状に関する医学的診断に加え、日常生活介護の必要な度合、家族の介護力などを総合的に考慮して、在宅ケアの適否の判断や施設の選択など、個々の事例に応じた最も適切な処遇方針の決定を客観的に行い、症状と対応のミスマッチを防ぐとともに、限られた地域の社会的資源を有効に活用していくよう努める必要がある。

痴呆性老人に関する実態調査は、全国各地で実施されているが、地域に在住する個々の痴呆性老人やその家庭の実状、またそれぞれに最も適したサービスに関する現状把握は、いまだ十分とはいえない。

2 提言

(1) 痴呆性老人の実状の把握について

老人保健事業や老人精神衛生相談指導事業、昭和62年度から始まった高齢者サービス総合調整推進事業などを通じ、地域における個々の痴呆性老人の実態及びニーズの把握とそのデータの効果的な利用に努めること。

(2) 啓発・普及について

痴呆やそのケアに関する正しい知識を普及させることにより、早期発見を促進するとともに、痴呆性老人の疎外・隔離を防止し、不適切なケアにより痴呆性老人の症状悪化や介護する家族の負担増大を招くことがないように、努めること。

(3) 相談窓口について

ア 一般の相談窓口のための相談マニュアルを作成するなどして適切な相談や指導が行えるようにするとともに、専門的相談窓口においては、痴呆性老人の診断、処遇方針の策定、各種サービスの紹介及び施設の空き状況の情報提供等を一体的に行えるような体制づくりについて検討すること。

イ 相談従事者の研修を充実するとともに、相談事業の事後評価を確実に行うなどして、従事者の資質及び事業内容の向上を図ること。

ウ 相談者の利便を考慮し、保健施設、福祉施設並びに医療機関等、窓口を数多く用意するとともに、シルバー110番等を活用して相談機関の連携を図ること。また夜間や週末、祝祭日等における窓口の利用などにつき、検討すること。

エ 相談室を個室化するなどして、利用者のプライバシーを確保することなどにつき、検討すること。

オ たとえば、保健所等が実施している「老人精神衛生相談」を「お年寄りこころの相談」と改称するなど、利用しやすいような工夫を行うこと。

カ マスコミ、広報紙等を活用し、十分な広報を行うこと。また責任を持って解決に向けた回答を行うことができれば、相談者の信頼も増し、口コミ等による広報効果も期待できる。

(4) 発病初期における医学的鑑別診断と総合的処遇判定について

ア 必要な検査や診断法に関する医学的鑑別診断のマニュアルの整備につき検討すること。

イ 客観的な処遇方針の策定を行うため、痴呆の程度、精神症状や問題行動の程度、合併症の有無だけではなく、日常生活動作や家族の介護力の評価等も含めた総合的な痴呆性老人の評価基準を作成すること。

ウ 確定診断と処遇方針決定のための短期的入院を痴呆性老人に関する地域の中核的医療機関で実施できるような体制づくりについて検討すること。

第3 在宅ケアについて

1 現状及び問題点

お年寄りやその家族の大部分は、「できるだけ在宅で」と思っており、家庭でのケアによる生活が可能ならば、住み慣れた環境で身近な家族がケアすることは、痴呆性老人の病状に好影響を及ぼすことが多く、家族も心理的な満足感が得られることになる。

しかし痴呆性老人のケアに伴う家族の精神的・身体的・経済的負担が大きいため、家族がうつ状態や神経症、腰痛症などに悩まされることもある。また、女性の就労率の向上、核家族化、扶養意識の変化などにより、家庭の介護力は弱まる傾向にあり、必ずしもケアに適しているとはいえない家屋構造の問題などもあって、現実には、在宅でのケアが困難な場合もしばしばある。

在宅ケアを継続できるかどうかは、痴呆性老人本人の心身の状態だけではなく、住宅の地理的条件・居住環境や家庭の経済状態、またケアを支える人的要件（介護者の健康状態やケア技術、他の家族の理解と協力、医師を始めとする地域社会からの援助等）などによるため、どのような場合でも在宅ケアが良いとはいえない。

したがって在宅ケアの適否については、これらを総合的に考慮して判断することが必要であるとともに、本人や家族の希望があった場合は、継続的な在宅ケアを選択肢のひとつとして選べるような支援体制を社会的に用意する必要がある。

現在行われている在宅ケアを支援する各種のサービスを大別すると、往診や訪問看護、訪問指導、ヘルパー派遣、入浴・給食サービスなど家庭に訪問して提供するサービスと、外来通院やデイ・ケア、デイ・サービス、ショートステイなど施設において提供するサービスなどがある。昭和63年度からは、老人ホームに家族も一緒に滞在しながら介護指導を受けるホームケア促進事業や、医療機関における重度の痴呆性老人に対するデイ・ケアなどが行われることとなり、在宅ケア支援サービスの一層の充実が図られた。

しかしながら、サービスの絶対量は未だ十分とはいえず、利用しやすさや痴呆性老人の病状の急変、家族の急病など緊急時の対応の問題など、まだまだ解決すべき課題が山積しているというのが現状である。痴呆性老人の家庭におけるケアを向上させるためにも、そして介護する家族の負担を軽減するためにも、在宅ケアを支援するサービスや制度などを、それらを提供する様々な施設や機関の機能に応じて、一層充実していくことが必要である。

2 提言

(1) サービスの提供範囲及び利用しやすさについて

- ア サービスを受けるための様々な条件の柔軟な運用、たとえば年齢的な条件により初老期痴呆患者がサービスの対象にならない場合などにも、種々の状況に応じてサービスを提供できるように体制づくりを行うことなどについて検討すること。
- イ 医療機関におけるデイ・ケアなどのサービスについても、利用者の利便について配慮し、通いやすいような工夫を行うこと。
- ウ サービスの利用しやすさを向上させるために、事務手続きの簡略化や迅速化に努めること。

(2) 緊急時の対応について

- ア 精神科救急施設など24時間受け入れることができる施設を整備するとともに、痴呆性老人の病状の急変に応じて随時に往診できるような体制について検討すること。
- イ 介護する家族の急病などの事態に対応できるよう、ショート・ステイ事業の柔軟な運用に配慮すること。

(3) 種々の在宅ケア支援サービスについて

ア 保健所事業における老人精神衛生相談指導事業について

- ① 希望者に対し、医師や他の職種による訪問相談・指導を実施するとともに、家族に対するケア教室を開催するなど、事業内容の拡充を図ること。
- ② 職員の研修や情報収集・分析機能の拡大に努め、各種サービスのネットワークづくりを推進し、事業内容の向上を図ること。

イ 社会福祉施設におけるサービスについて

デイ・サービスセンターについては、既存施設を利用した小規模なものも含めて、数多く（当面は全市町村に1ヶ所、最終的には中学校区ごと程度）用意するなど事業の着実な拡充を図るとともに、必要の程度に応じて弾力的な利用ができるような体制の整備に努めること。

ウ 医療機関等におけるサービスについて

医療機関や老人保健施設においても在宅ケアを積極的に実施できるような体制づくりについて検討すること。

(4) その他について

- ア 介護する家族の経済的負担を軽減するような方策、たとえば税制上の配慮について検討すること。
- イ 介護する家族を精神的に支える方策、たとえば家族会の支援を強化することなど

について検討すること。

ウ 民間活力の活用について

- ① 民間企業等が行う介護サービスについては、適切な行政指導と民間の自主的対応により、良質なサービスを安定的に提供できるよう努めること。
- ② 高齢者サービス総合調整推進会議、保健所保健・福祉サービス調整推進会議、高齢者サービス調整チームにおける処理等の検討の際に、民間サービスの利用も考慮するなど、公的なサービスとの有機的な連携が図られるよう留意すること。

第4 施設ケアについて

1 現状及び問題点

在宅ケアには限界があり、痴呆性老人の症状や、家族や周囲の状況等のため在宅ケアが継続できない場合には、病院や老人ホーム等の施設でケアされることになるし、「いざ」というときのために施設があるからこそ、家族は安心して在宅ケアを行うことができる。

このように、家庭と施設は二者択一として存在するのではなく、むしろ相互に補完的な関係にある。そのため、今後の施設運営に関しては、その専門的な能力を活かして、在宅ケアを支える地域的な事業や、家族への介護指導など痴呆性老人本人だけではなく、家族にも参加してもらい事業などを積極的に展開することが求められている。

また痴呆性老人は、様々な精神的・肉体的な特徴を持っており、施設においては、こういった特性に配慮したケアの方法や、人員の配置を含めた処遇環境が必要になる。しかし必ずしも現存の施設において、これらすべてが満たされているとはいえないのが現状であり、個々の施設の機能に応じた処遇の充実など質的な向上を図るための対策を確立する必要がある。

痴呆性老人が入院・入所している施設は様々だが、それぞれの施設の機能分担と昭和60年現在入院・入所していると推計される痴呆性老人数は、表一のようになり、昭和60年現在で、施設において処遇されている痴呆性老人数の総数は、おおよそ20万人前後と推計される。

痴呆性老人対策推進本部の報告によれば、同じく昭和60年現在で、在宅の痴呆性老人数は、約59万人と推計されていることから、昭和60年における我が国の痴呆性老人の推計総数は、ほぼ80万人前後と考えられている。

同じく推進本部の報告によれば、在宅の痴呆性老人数は昭和75年には60年の約2倍の112万人、90年には約3倍の約185万人と推計されているが、病院や老人ホーム、さらには老人保健施設などに入院・入所している痴呆性老人を加えると、痴呆性老人の総数は、この推計を上回る見通しである。

また今後、核家族化の進行の扶養意識の変化などにより、施設で対応せざるをえない痴呆性老人の数はさらに増加する可能性がある。

施設対策としては、昭和63年度から精神症状や問題行動が著しい痴呆性老人を短期集中的に治療する痴呆性老人専門治療病棟の整備を図るとともに、昭和63年度から本格的に整

備されることとなった老人保健施設でも痴呆性老人を受け入れることとしている。

しかしながら痴呆性老人の急激な増加に対応すべく早急に各種の施設の担うべき役割を明らかにするとともに、具体的な将来計画に基づいた各種施設の量的な整備についての検討を行う必要がある。

2 提言

(1) 施設体系と将来計画について

ア どのような機能を持った施設が、どれくらい必要かについて、検討を行い、着実な整備を進めること。

イ 各種連絡協議会等を活用して、各施設間の機能の分化と連携の強化を図り、施設サービスのシステム化を推進すること。

ウ 痴呆性老人が、その病状や家庭状況に応じて、最も適切なケアを受けられるよう、各種施設間の自己負担格差の整合性に配慮しつつ、他の施設への移動を円滑に行うことができるような方策について検討すること。

エ 入院による医療や入所による日常生活の介助はとくに必要としないが、家庭の事情等により、在宅ケアの継続が不可能なケースの処遇体制につき、検討を行うこと。

(2) 処遇環境について

ア 広く、ゆったりとした開放的なスペースを確保することにより、痴呆性老人に圧迫感を与えないよう努めること。

イ 換気による除臭や衛生水準の確保等に留意すること。

ウ 段差の解消、床材の工夫などにより、骨折事故等を未然に防止するなど、安全の確保に留意すること。

エ 適正なスタッフを配置し、ケア密度を向上させるとともに、職員の負担・作業動線に配慮した構造・設備を備えるよう努めること。

(3) 施設の運営について

ア 早急に各種施設の機能に応じた処遇に関するマニュアルを整備し、普及させること。

イ 面会の奨励やボランティアとの交流、地域活動への参加などを通じ、地域に開かれた施設運営を行うよう努めること。

ウ 入院・入所のいたづらな長期化を防止するための方策、たとえば家族に対して事前に治療・介護計画を提示することや、定期的に病状や家族状況等を評価することなどを各施設ごとに工夫すること。

エ レクリエーションなどを中心とした生活機能回復訓練を積極的に行うとともに、その効果及び方法に関する学際的な研究を一層推進し、その成果を普及させること。

オ 精神衛生法において、「入院患者の処遇は、患者の個人としての尊厳を尊重し、その人権に配慮しつつ、適切な精神医療の確保及び社会復帰の促進に資するものとする」とされている精神に鑑み、痴呆性老人の人権侵害に至らないよう、各々の施設機能に応じて最も適切な処遇を行うよう努めること。

カ 各施設はそれぞれの機能に応じて在宅ケアを支援するサービスを推進すること。

第5 マンパワーの確保・研修及びその他の基盤整備について

1 現状及び問題点

地域における痴呆の発生子防対策の推進、自宅や施設におけるケアの充実などの各種の施策は、医療や介護を行う専門的マンパワーや地域のボランティア、地域全体で痴呆性老人とその家族を支えていくシステムやネットワークなどの基盤が整備されてはじめて、円滑に行うことができる。

しかしながら、従来は、ややもすると保健・医療・福祉の連携が取りにくかったこと、急速に増加しているケアのニーズに応えるだけのマンパワーの絶対量が不足していること、また痴呆に関する研修の機会等が乏しかったことなどのため、必ずしも、これら必要な基盤が十分には整備されていなかった。

このため、本年度から社会福祉士、介護福祉士が本格的に養成されることになっているほか、保健所や市町村においては、引き続き必要な要員の確保に努めている。また、種々の職種に対して、痴呆性老人に関する研修が実施されているほか、高齢者サービス総合調整推進事業など、既存の枠組みにとらわれない総合的な連絡会議が、各種レベルにおいて開催されるようになってきている。

しかしながら、今後急増が予想される痴呆性老人をはじめとする高齢者のケア・ニーズに適切に対応していくためには、既存のマンパワーの養成・確保の方法だけに頼るのではなく、新たな視点から、幅広い人材の養成・確保の方法について、早急に検討を行う必要がある。

ボランティア活動は、施設にとっては地域住民の参加によって開かれた施設運営ができるという利点があるだけでなく、参加するボランティアにとっても、痴呆性老人に身近に接することによって、痴呆性老人に対する理解を深めるとともに、抵抗感などを軽減することができたり、実際のケアの仕方について学ぶことができるという利点があるため、今後、健康な老人や専業主婦などを中心に、参加を積極的に促進していくことが重要である。

しかし資質や安定した参加人数の確保という点で、ボランティアを定常的な戦力として位置付けることには問題があり、当面はボランティア活動に、より多くの人々が参加できるような社会的支援の体制づくり、たとえば登録斡旋体制の確立などを行うことにより、マンパワーの層を厚くしていくことが重要である。

2 提言

(1) 専門的マンパワーの確保について

ア 各職種別のマンパワーの必要数及びその確保計画について検討すること。

イ いったん退職又は休職した看護婦や福祉サービス等の経験者など潜在的資源を活用する方策、たとえばパートタイムや特定日だけの就労などの柔軟な就労形態の採用などにつき、検討すること。

- ウ 通所サービスの実施等により、施設内のマンパワーを積極的に地域に展開するよう努めること。
- (2) 専門的マンパワーの養成・研修について
- ア 補助的従事者を含め、すべての職種について、それぞれのレベルに応じた体系的な研修制度を確立すること。とくに医師については、痴呆性老人対策に占めるその中心的役割に鑑み、最新の痴呆に関する知見や利用できる種々のサービス等に関する研修をさらに充実するよう努めること。
- イ 様々な職種を交えた事例検討や地域的支援システムについての紹介、またケアされる立場への理解を促進するための被介護体験（食事を介助してもらうなど）等、幅広い研修内容を導入するよう努めること。
- (3) ボランティアについて
- ア ボランティア活動費の負担に配慮すること、活動に伴う事故や賠償責任を保障する保険の普及を図ることなど、ボランティア活動に多くの人々が参加できるような基盤整備を推進するよう努めること。
- (4) より幅広いケア・サービス従事者の開拓について
- ア 広く国民がケア・サービスに従事できるような基盤づくりが重要であるので、介護休暇制度や就学等に際して介護協力に従事した経験を評価する仕組み等を含めた諸方策について検討すること。
- (5) 連携強化のための組織づくりについて
- ア 政府や自治体において、痴呆性老人問題を始めとする高齢者の問題に対し、衛生部局と民生部局が連携を強化して取り組むことができるような組織づくりについて検討すること。
- (6) ネットワークづくりについて
- ア 最初の相談窓口から継続的な観察を行う機関への連携を強化するため、種々の連絡調整会議を最大限に活用するとともに、それらへの地域の医師会の代表及び精神科医の参加・協力を徹底すること。
- イ 退院後等の継続的支援体制の強化を図るための方策につき検討すること。

おわりに

痴呆そのものは、古くから知られている病態であり、近年、研究の推進等により本態の究明が行われつつあるものの、いまだ未解明な部分が多いのが現状である。

昨今とくに痴呆に対する関心が高まっている背景には、我が国の平均寿命の伸長や老人人口の急激な増加などがある。

もとより痴呆性老人に対する各般の施策に関しては、今後一層の充実・強化を図る必要があるが、痴呆性老人の急増やそのケアの困難さを強調するあまり、レッテルを張ったり、隔離を促進するようなことがあってはならない。

政府や地方自治体においては、各種の施策を総合的に推進することができる体制を確保

するとともに、一般住民や関係諸機関に対し、痴呆や痴呆性老人に対する理解を促し、地域をあげて痴呆性老人対策に取り組むことが肝要である。

また原因究明や発生予防など痴呆にならないための方策、在宅サービスの充実と処遇施設の整備と処遇の向上、マンパワーなど対策の基盤の整備など、現に痴呆となった人々及び介護する家族のための方策については、今後の老人人口の急激な増加を考えると、いますぐにでも将来を見据えた具体的な計画づくりに手をつけなければならない。

本専門家会議の提言においては、地域において在宅ケアや施設などの痴呆性老人対策を推進するための方策に関して、現状及び問題点について述べるとともに、具体的な提言を行ったが、今回の検討には含めなかったところの痴呆の原因・発症機序に関する研究や痴呆の発生予防対策についても、一層の推進を図ることが基本的に重要であることを付言する。

今後はさらに、全国各地の痴呆性老人対策の水準を維持・向上させるとともに、地域の独自性を尊重した事業も積極的に推進していくための具体的将来計画を策定する必要があると思われる。

表一 各種施設に昭和60年現在で処遇されていると推計される痴呆性老人の数と各種施設が提供するサービスの内容

施設種別	推計患者数	提供するサービスの内容
精神病院	約 2.6万人 *1	精神症状や問題行動に対する精神科的医療
一般病院	約 6.4万人 *2	急性又は重篤な身体的合併症に対する一般的医療
老人病院	約 2.6万人 *2	慢性的な身体的合併症に対する一般医療
老人保健施設	— *3	寝たきり又は軽度・慢性的な身体的合併症に対する軽度の医療・看護・機能訓練
特別養護老人ホーム	約 6.6万人 *4	身体的又は精神的な著しい障害に対する常時・重度の介護
養護老人ホーム	約 1.4万人 *4	何等かの理由により居宅での生活が困難な者の処遇

* 1 : 厚生省精神保健課調べ。

* 2 : 昭和62年度厚生科学研究「医療施設内における痴呆性老人の出現率に関する研究」において、アンケート調査により得られた一般病院（老人病院を除く）及び老人病院内の有病率に、昭和60年の各医療施設の病床数及び病床利用率を乗じて算出。

* 3 : 昭和60年当時に該当施設なし。

* 4 : 昭和58年度の東京都老人総合研究所の研究「特別養護老人ホーム利用者の心身機能と精神障害」において得られた特別養護老人ホーム及び養護老人ホーム内の有病率に、昭和60年の収容定員数を乗じて算出。

痴呆性老人対策専門家会議委員名簿

氏 名	所 属
石 神 文子	大阪府牧方保健所 〒573 牧方市大垣内町2-2-2
石原美智子	(社) 新生会・サンビレッジ新生苑長 〒503-24 岐阜県揖斐郡池田町本郷1551
一ノ渡義巳	岩手県二戸保健所長 〒028-61 二戸市福岡字八幡下11-1
大 谷 藤 郎	社会保険審査会委員 〒100 千代田区霞ヶ積1-2-2
大 塚 俊 男	国立精神・神経センター精神保健研究所老人精神保健部長 〒272 市川市国府台1-7-3
柄 沢 昭 秀	東京都老人総合研究所副所長 〒173 板橋区栄町35-2
河 崎 茂	日本精神病院協会 会長 〒597-01 貝塚市水間51
河 路 明 夫	広島県環境保健部長 〒730 広島市中区基町10-52
五 島 シズ	聖マリアンナ医科大学病院神経精神科病棟棟長 〒213 川崎市宮前区菅生2095
沢 田 徹	国立循環器病センター臨床心理部長 〒565 吹田市藤白台5-7-1
西 村 健	大阪大学医学部精神医学教授 〒553 大阪市福島区福島1-1-50
若 狭 勝 太 郎	日本医師会常任理事 〒101 千代田区神田駿河台2-5

参考資料

資料1 痴呆性老人の現在及び将来の推計数（在宅）

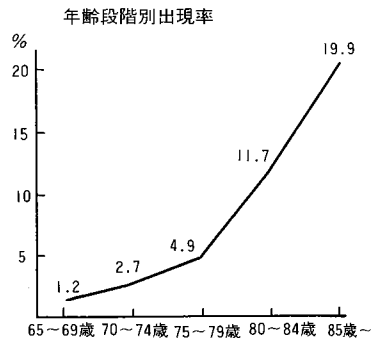
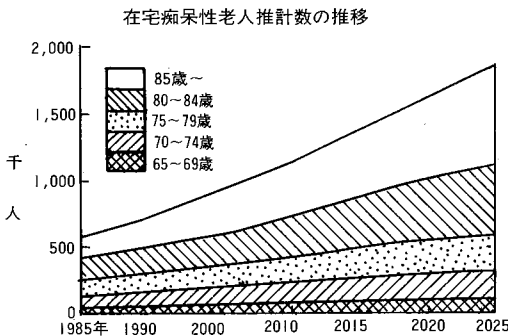
（単位 千人）

		昭和60年	平成2年	7年	12年	17年	22年	27年
総人口(A)		121,048	124,225	127,565	131,192	134,247	135,823	135,938
65歳以上人口(B)		12,468	14,818	18,009	21,338	24,196	27,103	30,642
在宅推計数(C)		593	744	924	1,121	1,338	1,593	1,848
年齢階層別(%)	65～69歳	(8.6)	(8.2)	(8.2)	(7.6)	(6.5)	(6.0)	(6.1)
	70～74	(16.2)	(13.8)	(13.6)	(14.0)	(13.1)	(11.3)	(10.7)
	75～79	(20.6)	(19.6)	(17.2)	(17.5)	(18.4)	(17.3)	(15.3)
	80～84	(28.3)	(28.8)	(28.4)	(25.9)	(27.1)	(28.6)	(27.8)
	85～	(26.3)	(29.6)	(32.6)	(35.0)	(34.9)	(36.8)	(40.1)
出現率(%) (C/A)		(0.49)	(0.60)	(0.72)	(0.85)	(1.00)	(1.17)	(1.36)
" (%) (C/B)		(4.75)	(5.02)	(5.13)	(5.25)	(5.53)	(5.88)	(6.03)

(注)・人口については、昭和60年は国勢調査値、平成以降は、厚生省人口問題研究所編「日本の将来推計人口」(昭和61年12月、中位推計)を用いた。

- ・痴呆性老人の推計数は、65歳以上の年齢階層別（5歳階層）人口に12都道府県市の調査結果による年齢階層別の出現率を乗じて算出し、合計した。
- ・12都道府県市は、北海道、東京都、神奈川県（横浜市、川崎市を除く）、横浜市（西区、保土ヶ谷区、旭区）、川崎市、新潟県（新発田市、六日町、新穂村）、富山県、山梨県、岐阜県（土岐市、柳津町、高鷲村）、大阪府（大阪市を除く）、愛知県（名古屋市を除く）、佐賀県。

[参考]



資料2 痴呆の程度の割合（在宅）

	痴呆の程度（％）			
	軽度	中等度	高度	非常に高度
北海道	37.0	29.0	18.1	9.4
東京都	41.9	24.7	26.3	7.1
神奈川県（横浜・川崎市除く）	50.0	22.9	21.4	5.7
川崎市	46.4	29.8	23.8	—
新潟県（3市町村）	32.2	21.8	23.0	23.0
富山県	48.3	23.3	20.0	8.3
山梨県	26.0	28.0	24.0	12.0
岐阜県（3市町村）	50.0	21.4	31.4	7.1
大阪府（大阪市除く）	44.9	31.7	23.4	—
愛知県（名古屋除く）	62.4	25.4	8.8	3.4

〔参考〕 老人のぼけの程度の臨床的判定のめやす

（原則として悪い症状を重視して判定する）

1) 知的能力衰退なし

- ① 活発な精神活動（知的活動）のあることが認め得た場合
- ② 日常生活における、通常の会話が可能
- ③ 知的能力衰退の徴候、たとえば失見当、粗大な記憶障害、関心の低下、不潔などは認められていない
- ④ 手助けを必要とする程の知的衰退がない

2) 軽度

- ① 日常会話や理解は大体可能だが、内容に乏しく、あるいは不完全
- ② 生活指導、ときに介助を必要とする程度の知的衰退

3) 中等度

- ① なれない環境での一時的失見当
- ② 簡単な日常会話がどうやら可能
- ③ しばしば介助が必要、金銭の管理、投薬の管理が必要のことが多い

4) 高度

- ① たとえば施設内での失見当、さっき食事したことすら忘れる
- ② 簡単な日常会話すら困難
- ③ 常時手助けが必要

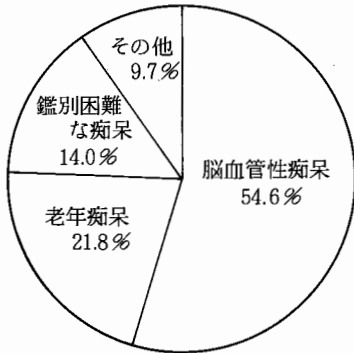
5) 非常に高度

- ① 自分の名前すら忘れる
- ② 寸前のことすら忘れる
- ③ 自分の部屋がわからない
- ④ 身近な家族のこともわからない

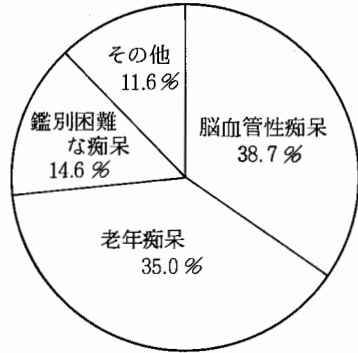
（東京都調査で用いた判定基準より）

資料3 痴呆の原因による分類（在宅）

原因による分類（10自治体の平均-男）



原因による分類（10自治体の平均-女）



10都道府県市の調査結果より集計

（北海道，東京都，神奈川県（横浜・川崎市除く），横浜市（3地区），川崎市，富山県，山梨県，岐阜県（3市町村），大阪府（大阪市除く），愛知県（名古屋市除く））

※資料1～3は「わが国の在宅の痴呆性老人の実態」（精神衛生研究第33号別冊）による地方自治体の痴呆性老人に関する実態調査の集計に基づく。

資料4 痴呆性老人の特性

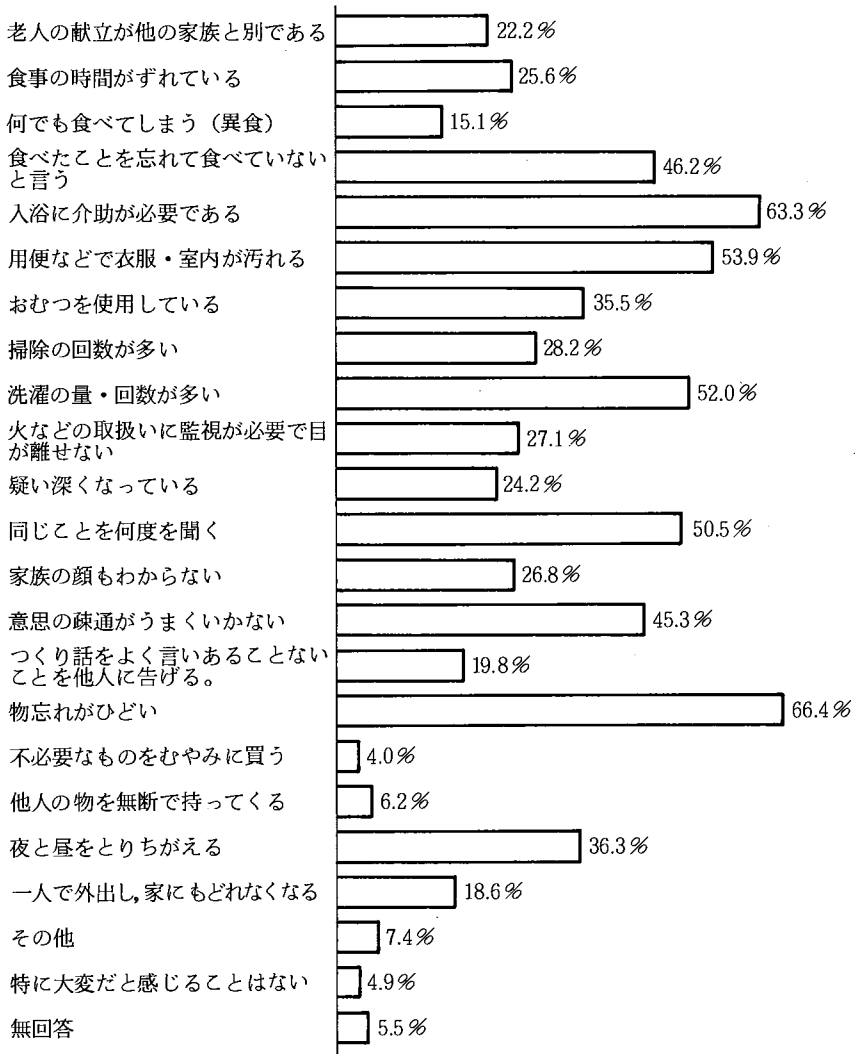
痴呆性老人に見られる一般的特性

基本症状	記銘・記憶力障害 日時・場所の見当識障害 計算力の障害 理解力・判断力の障害 ※1	
日常生活能力の障害	着脱衣行為の障害 食餌摂取行為の障害 排尿・排便行為の障害（失禁） 入浴行為の障害 歩行の障害（ねたきり） ※1	53%が寝たきり等の状態 ※2
異常言動および精神症状	徘徊，独語，叫声，昼夜の区別不能，攻撃的行為（暴力），破衣行為，不潔行為（弄便），弄火，収集癖，盗癖，わいせつ行為，人格障害 拒食，自傷，自殺企図，不眠，情動，興奮，せん妄，抑うつ，幻覚，妄想 ※1	42%に問題行動あり 55%に精神症状あり ※2
身体症状	歩行障害，言語・構語障害 嚥下障害，摂食異常 ※1	87%に身体疾患あり ※2

※1 厚生省神経疾患研究委託費「老年期の痴呆の病因・病態・治療に関する総合研究」班（班長：飯塚禮二）

※2 昭和55年度「老人の生活実態及び健康に関する調査」（東京都福祉局）より

資料5 在宅痴呆性老人の介護で大変だと感じること



(全国社会福祉協議会・全国民生委員児童委員協議会「在宅痴呆性老人の介護者実態調査」中間報告、昭和61年7月)

資料6 痴呆性老人に関連するサービス一覧

- (1) 予防
 - ・老人保健事業における基本健康診査 (昭和62年度受診実績 852万人)
- (2) 相談
 - ・都道府県高齢者総合相談センター (シルバー110番) (昭和63年度 30県)
 - ・福祉事務所における相談事業 (昭和61年度 1,174箇所)
 - ・保健所における老人精神衛生相談事業 (昭和63年度 533保健所)
- (3) 在宅対策
 - ・ショートステイ事業 (昭和63年度対象人員 49,795人)
 - ・デイ・サービス事業 (昭和63年度 630箇所)
 - ・精神科デイ・ケア (昭和62年度 79施設)
 - ・老人デイ・ケア (昭和61年度 14施設)
 - ・家庭奉仕員派遣事業 (昭和62年度 家庭奉仕員数25,305人)
- (4) 施設対策
 - ・特別養護老人ホーム (昭和61年10月1日 1,731箇所 定員127,233人)
 - ・精神病院 (昭和61年度 1,610箇所)
 - *老人精神病棟 4,149床
 - *痴呆性老人専門治療病棟 (昭和63年7月1日 1箇所)
 - ・老人病院 (昭和62年5月1日 817箇所)
 - ・老人保健施設 (昭和62年度 80箇所)

資料7 痴呆性老人の看護、介護の心構えの例

○痴呆性老人へのケアの原則（20ヵ条）（国立療養所菊池病院長 室伏君士編）

I 老人が生きてゆけるように不安を解消すること

- 1) 急激な変化を避けること
- 2) 老人にとって頼りの人となること
- 3) 安心の場（情況）を与えること
- 4) なじみの仲間の集まりをつくること
- 5) 老人を孤独にさせないこと

II 老人の言動や心理をよく把握し対処すること

- 6) 老人を尊重すること
- 7) 老人を理解すること
- 8) 老人と年代を同じにすること
- 9) 説得より納得をはかること
- 10) それぞれの老人の反応様式や行動パターンをよく把握し対処すること

III 老人をあたたくもてなすこと

- 11) 老人のよい点を見出し、よい点で付き合い合うこと
- 12) 老人を生活的・情況的に扱うこと
- 13) 老人を蔑視・排除・拒否しないこと
- 14) 老人を窮地に追い込まないこと（叱責・矯正しつづけないこと）
- 15) 老人に対し感情的にならないこと

IV 老人に自分というものを得させるように（自己意識化）すること

- 16) 老人のペースに合わせること
- 17) 老人と行動をともにすること
- 18) 簡単にパターン化してくり返し教えること
- 19) 老人を寝こませないこと
- 20) 適切な刺激を少しずつでもたえず与えること

資料8 痴呆性老人のスクリーニング方法の例

国立精研（精神保健研究所）式痴呆スクリーニング・テスト

検査日：昭和 年 月 日 曜日

氏名： 男・女

検査者：

問 題（正答または採点方法）	回 答	正○，誤×
あなたの生年月日を教えてください。 （採点は、年と日を別々に行なう。年号は採点しない。）	年 月	
今日は、何月何日ですか。 （採点は、月と日を別々に行なう。）	月 日	
昨日は、何曜日でしたか。	曜日	
5月5日は、何の日ですか。 （子供の日、端午の節句、菖蒲の節句）		
成人の日は、いつですか。（1月15日）		
信号が、何色の時に道路を渡りますか。（青）		
母の姉を、一般に何と呼びますか。（伯母）		
妹の娘を、一般に何と呼びますか。（姪）		
太陽はどの方角から昇ってきますか。（東）		
西から風が吹くと、風船はどの方角へ飛んで行きますか。（東）		
北を向いたとき、右手はどの方角を指しますか。（東）		
これから文章を読みます。読み終わった後、「はい」と言ったら、私の読んだ通りに繰り返して下さい。（ゆっくり読む） 「みんなで力を合わせて綱を引きます」（一字でも間違えたら誤り）		
18たす19は、いくつですか。（37）		
32ひく16は、いくつですか。（16）		
これから数字を言います。「はい」と言ったら、すぐ繰り返して下さい。（ゆっくり読む）（順唱） 3-6-4-8		
また数字を言いますが、（逆唱）	(1) 9-2	
今度は、「はい」と言ったら、	(2) 2-4-6	
逆の方向から言って下さい。	(3) 7-1-6-5	
	得点（○の数）	

確認事項

生年月日： 明・大・昭 年 月 日生 年齢 歳

現住所： _____

既往歴： _____

判定と指導

得点 判定 指 導

0～10 問題あり 痴呆が強く疑われますから、必ず専門医を受診して下さい。

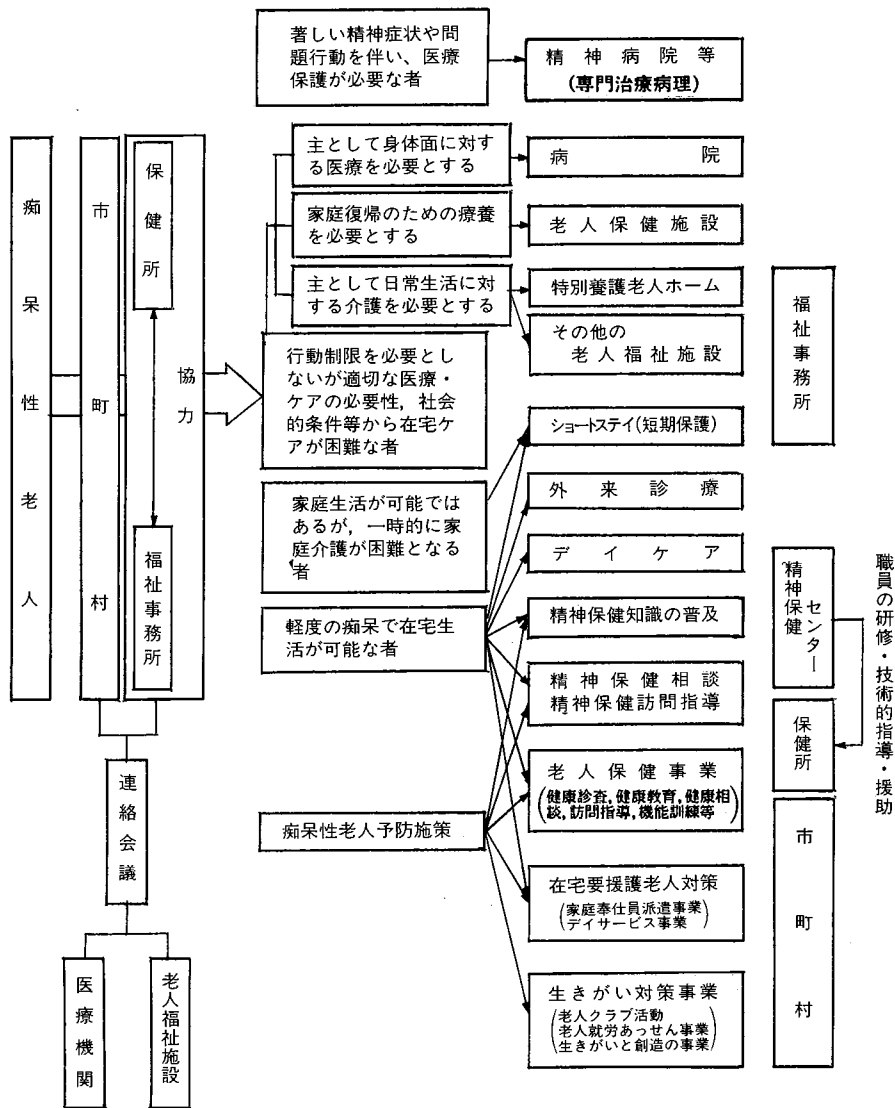
11～15 境界群 痴呆が疑われますから、専門医を受診することをお勧めします。

16～20 正 常 現在のところ問題ありません。

一般の老人の中から痴呆の疑いのある老人を、的確にスクリーニングすることを目的として標準化された簡易テストである。しかし、痴呆の程度を段階づけするには作られていない。

痴呆の診断は、あくまでも専門医のもとで行なう必要がある。

図12 老人性精神障害に対する施策一覧



(2) 調査研究について

痴呆性疾患にかかわる従来の厚生省の研究費は、精神・神経疾患研究委託費等があったが、関連研究の総合的推進を図るため、昭和63年度に、痴呆疾患対策調査研究を創設した(図)。このほか、痴呆に関する国際共同研究を促進するため、痴呆疾患対策推進事業も創設された。

研 究 課 題
昭和63年度痴呆疾患対策調査研究費
(1) 痴呆疾患の原因、病態、治療に関する研究
ア. 痴呆疾患の神経伝達物質等に関する研究
イ. 痴呆疾患の神経病理学的・生化学的研究
ウ. 痴呆疾患の臨床病態に関する研究
エ. 痴呆疾患の予防・治療方法に関する研究
(2) 痴呆疾患の疫学的研究
ア. 痴呆の危険因子に関する研究
イ. 痴呆の発症に関するプロスペクティブ・スタディーの予備研究
ウ. 初老期に発症する痴呆及び病院内の痴呆の有病率に関する研究
(3) 痴呆疾患の診断及びスクリーニングに関する研究
ア. 痴呆の診断基準、鑑別診断法及びスクリーニング基準に関する研究
イ. 痴呆の重症度の総合的評価基準の確立に関する研究
(4) 痴呆性老人のケア及びケアシステムに関する研究
ア. 地域における痴呆性老人のケア・ニーズ及び痴呆性老人のための社会資源のネットワーク化に関する研究
イ. 痴呆性老人のケア及び処遇環境の改善に関する研究

さらに国立の研究施設等の関連研究部門においても研究が推進されており、国立精神・神経センターにおいてはアルツハイマー型痴呆の病因、病態に関する研究や痴呆の疫学など社会医学的な研究が行われているほか、国立循環器病センターにおいても、脳血管性痴呆の病因、病態に関する研究が行われている。

(3) 発生予防対策

昭和58年2月から施行された老人保健法においては、健康手帳の交付、健康教育、健康相談、健康診査の実施、在宅の寝たきり老人や痴呆性老人などを対

象とした機能回復訓練や、在宅老人に対する訪問指導の実施などを通じて、高血圧症など脳卒中の危険因子を予防するとともに、早期発見・早期治療を行い、我が国においては痴呆の原因として最も頻度が高い脳卒中を昭和57年からの概ね10ヶ年で半減することとしている。

(4) 在宅保健対策

昭和58年2月より、老人及び家族に対し痴呆性疾患等に関する相談指導を積極的に推進することを目的に、保健所における老人精神衛生相談指導事業が行われており、昭和62年度には全国426の保健所で本事業が実施されている。

この事業は、痴呆疾患等に関する普及啓発、相談窓口の設置などを行うとともに、保健所、医療機関や福祉事務所、老人福祉施設等で構成する連絡協議会を設置することとしており、地域の老人精神保健対策の中核的事業である。

またこのほかにも、保健所の精神衛生相談員や保健婦等により、老人精神保健に関する健康相談や訪問指導、衛生教育などが実施されている。

◇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保健業務中の老人精神保健相談指導要領＞

1. 目的

保健所における精神保健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，もって老人の精神保健の向上を図るとともに老人の健康状態に対する家族の知識と理解を深めることを目的とする。

2. 実施保健所

老人痴呆疾患等に関する相談指導等の実施について積極的な事業計画を有する保健所を選定して実施するものとする。

3. 実施体制の整備

実施保健所は本事業の目的を達するため地域の保健医療機関及び社会福祉関係機関による連絡会議（以下「連絡会議」という。）を開催し事業の実施方針，実施方法とを検討し，それに基づき昭和41年2月21日衛発第76号「保健所における精神衛生業務について」の別紙「保健所における精神衛生業務運営要領」（以下「運営要領」という。）第一の二による企画会議を開催して所内の実施体制の整備を図るものとする。

4. 事業の内容

(1) 普及啓発

実施保健所は，都道府県，精神保健センター，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。

(5) 施設対策

ア. 入 院

老人性精神障害は、痴呆、意識障害等に基づく徘徊、夜間不穏、自殺企図等の問題行動を随伴することが多く、重度の身体的合併症をしばしば有することから、精神病院等において専用の病棟を確保し、専門的な医療及び保護を積極的に行う必要性が指摘されている。

このため昭和52年から老人精神病棟整備事業を推進し、昭和61年現在で、73施設、4,149床が整備されているが、昭和63年度からは、精神症状や問題行動の著しい老人性痴呆患者に短期集中的に精神科的治療と手厚いケアを提供するための施設として、痴呆性老人専門治療病棟（デイ・ケア施設併設）の整備を開始している。本施設では、重度痴呆患者収容治療を診療報酬を請求できることとしている。入院の日から起算して6月以内は1日につき300点、その後は1日につき180点を算定する。

イ. デイ・ケア

1) 老人デイ・ケア

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。施設基準の主たる内容は以下のとおりである。なお、診療報酬は1日につき250点であり、治療の一環として食事を給与したときは45点を加算する。

(1) 医師が1人以上勤務していること。

(2) 次に掲げる要件のいずれかを満たしていること。

① 専従する作業療法士、専従する理学療法士又は精神科デイ・ケアの経験を有する専従する看護婦（士）がいずれか1人以上勤務していること。

② 老人デイ・ケア、精神科デイ・ケア、作業療法（老人作業療法）若しくは承認施設における運動療法（老人運動療法）の経験を有する専従する看護婦（士）及び週1日以上勤務する作業療法士又は週1日以上勤務する理学療法士がそれぞれ1人以上勤務していること。

(3) 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。

(4) 老人デイ・ケアを行うにふさわしい専用の施設を有しているものであり、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単位の患者1人当たりの面積は、3平方メートルを標準とする。

(5) 老人デイ・ケアを行うために必要な専用の器械・器具を具備しているものである。

2) 重度痴呆患者デイ・ケア

重度痴呆患者デイ・ケアは精神症状及び問題が著しい痴呆患者の精神症状等の軽快及び生活機能の回復を目的として行うものである。施設基準の主たる内容は以下のとおりである。なお、診療報酬は1日につき300点であり、治療の一環として食事を給与したときは45点を加算する。

(1) 次に掲げる要件のいずれをも満たしていること。

- ① 精神科医師が1人以上勤務している。
 - ② 専従する作業療法士及び専従する看護婦（士）がそれぞれ1人以上勤務していること。
 - ③ 専従する精神病棟に勤務した経験を有する看護婦（士）、専従する精神科ソーシャルワーカー又は専従する臨床心理技術者がいずれか1人以上勤務している。
- (2) 患者数は、従事者4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。
 - (3) 重度痴呆患者デイ・ケアを行うにふさわしい専用の施設を有しているものであり、当該専用の施設の広さは、60平方メートル以上が基準となるものであり、かつ、1単位の患者1人当たりの面積は、4平方メートルを標準とする。
 - (4) 重度痴呆患者デイ・ケアを行うために必要な専用の器械・器具を具備しているものである。

(6) 基盤整備

引き続き保健所職員、市町村保健婦の増員を行っているほか、地域や施設内において痴呆性老人の処遇にあたるマンパワーの資質向上を図り、痴呆性老人に対しニーズに応じた適切な医療及び保健サービスを提供するため、昭和62年度から臨床医等に対する痴呆性老人に関する専門的な知識及び技術の研修、保健所技術職員や市町村保健婦等の研修を実施している。

また高齢者に対する保健・医療・福祉の各種サービスを総合的に推進するため、昭和62年度から保健所に保健・福祉サービス調整推進会議を設置することとし、地域におけるネットワークづくりを積極的に行うことになった。

痴呆性老人専門治療病棟施設整備基準

健医発第785号

昭和63年7月5日

第1 痴呆性老人専門治療病棟の基本的な考え方

- 1 痴呆性老人専門治療病棟の目的は、精神症状や問題行動が特に著しいにもかかわらず、寝たきり等の状態にない痴呆性老人であって、自宅や他の施設で療養が困難な者に対し、これを入院させることにより、精神科的医療と手厚いケアを短期集中的に提供するものであること。
- 2 痴呆性老人専門治療病棟を有する医療機関は、痴呆性老人に関する相談、家族に対する在宅療養の指導、痴呆性老人に対するデイ・ケアなどを実施し、地域に開かれた施設として機能するよう努めるとともに、痴呆性老人に対する高度専門医療機関として、地域の医療機関、保健所及び社会福祉施設等と十分に連携を保つものであること。

第2 施設及び設備に関する事項

1 一般原則

- (1) 痴呆性老人専門治療病棟の施設及び構造設備については、本基準のほか、医療法、建築基準法、消防法、老人精神病棟に関する公衆衛生審議会の意見、精神病院建築基準（昭和44年衛発431号公衆衛生局長通知）等の関係規定を遵守するとともに、日照、採光、換気、清潔、事故防止等につき十分考慮したものとし、入院患者の保健衛生及び安全・防災等につき万全を期すること。
- (2) 痴呆性老人専門治療病棟の環境及び立地については、入院患者の入院生活を健全に維持するため騒音、振動等による影響を極力排除すること。
- (3) 本基準は、痴呆性老人専門治療病棟がその目的を達成するために必要な基準を定めたものであり、当該施設の開設者は、常にその施設、設備及び運営の向上に努めること。

2 規模

- (1) 1病棟はおおむね50床とすること。
- (2) 1床あたりの病棟面積はおおむね23平方メートル以上とすること。

3 施設に関する基準

(1) 病室

- ア 定員は4人以下とすること。
- イ 個室はおおむね総病床数の10%以上設けること。
- ウ 患者一人あたりの病室の床面積6平方メートル以上とすること。ただし、個室の場合は、8平方メートル以上とすること。

(2) 観察室

- ア ナーステーションに隣接して設けるとともに、ベッド4床程度を収容可能な面積を確保すること。
- イ 酸素吸入装置、吸引装置等身体的医療に必要な機器を設置すること。
- (3) 生活機能回復訓練室
- ア 保有病床数1床あたりおおむね4平方メートル以上の面積を有すること。
- イ 生活機能回復訓練に必要な専用のリハビリテーション機器を備えること。
- (4) デイルーム
- ア ナーステーションから直接観察できる位置に設けること。
- イ 生活機能回復訓練室と兼用が可能であること。
- (5) 浴室
- 痴呆性老人の入浴に適した構造・設備、たとえばスロープ付き風呂や特殊浴槽などを有すること。
- (6) 便所
- ア 入院患者の昼間の行動範囲、夜間の居室からの距離、使用頻度等に配慮し、適切な箇所数設けること。
- イ 痴呆性老人と使用に適して構造・設備、たとえば手すりなどを有すること。
- ウ 汚物洗浄用の温水シャワーを付設することが望ましいこと。
- (7) 在宅療養訓練指導室
- ア 家族に対して、痴呆性老人の日常生活介助の指導・訓練を行うのに必要な浴室・便所等を設置すること。
- イ 家族が宿泊できるようにすること。
- ウ 面積は、20平方メートル以上とすること。
- (8) 廊下
- ア 全長50メートル以上の回廊部を有すること。
- イ 両側に病室がある廊下の幅は、内法を2.7メートル以上、その他の廊下の幅は内法を1.8メートル以上とすること。
- ウ 入院患者の安全を確保するため、段差の解消、手すりの設置等に留意すること。
- (9) その他
- いわゆる保護室は不要であること。
- 4 構造設備の基準
- (1) 痴呆性老人専門治療病棟は、原則として1階に設置することとし、2階以上の場合は、エレベーターを設置するほか、直接屋外へ通ずる避難路を備えること。
- (2) 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物であり、消防法第17条の規定に基づく消防用設備等を設置すること。
- (3) 空調設備等により、施設内の適温の確保に努めるとともに、換気による臭気対策に配慮すること。
- (4) 新築の場合は、天井高を2.7メートル以上とすること。

- (5) 床材は滑りにくく、衝撃吸収性が高いものを使用すること。
- (6) 窓には、いわゆる鉄格子を設置しないこと。
- (7) 高さが簡単に調節できる寝台（ギャッジベッド）、車椅子、ストレッチャー等の設備を必要数確保すること。

痴呆性老人デイ・ケア施設設備基準

健医発第785号

昭和63年7月5日

第1 痴呆性老人デイ・ケア施設の基本的な考え方

痴呆性老人デイ・ケア施設は、地域に開かれた施設として、在宅の痴呆性老人やその家族に対する支援、通院医療の普及、痴呆性老人専門治療病棟から退院した患者の継続的医学管理の確保と退院の円滑化等を図ることを目的に、精神症状や問題行動が激しい痴呆性老人を対象とするデイ・ケアを実施し、生活機能を回復させるための訓練及び指導、家族に対する介護指導等を実施するものであること。

第2 施設及び設備に関する事項

1 一般原則

- (1) 痴呆性老人デイ・ケア施設の施設及び構造設備については、本基準のほか、医療法、建築基準法、消防法等の関係規定を遵守するとともに、日照、採光、換気、清潔、事故防止等について十分考慮したものとし、通所者の保健衛生及び安全・防災等につき万全を期すること。
- (2) 本基準は、痴呆性老人デイ・ケア施設がその目的を達成するために必要な基準を定めたものであり、当該施設の開設者は、常にその施設、設備及び運営の向上に努めなければならない。

2 規模

- (1) 当該施設の面積は、60平方メートル以上とし、かつ利用者1人あたりおおむね4平方メートル以上とすること。
- (2) 1回のデイ・ケアの利用者は、25名以内とすること。

3 施設に関する基準

- (1) デイ・ケアに必要なリハビリテーション機器を備えること。

(2) 便所

ア 1箇所以上設置すること。

イ 痴呆性老人の使用に適した構造・設備、たとえば手すりなどを有すること。

ウ 汚物洗浄用の温水シャワーを付設することが望ましいこと。

(3) その他

デイ・ケア利用者のための休憩室を設けること。

4 構造設備の基準

- (1) 痴呆性老人デイ・ケア施設は、原則として1階に設置することとし、2階以上の場合は、エレベーターを設置するほか、直接屋外へ通ずる避難路を備えること。
- (2) 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物であり、消防法第17条の規定に基づく消防用設備等を設置すること。
- (3) 空気調和設備等により、施設内の適温の確保に努めるとともに、換気による臭気対策に配慮すること。
- (4) 床材は滑りにくく、衝撃吸収性が高いものを使用すること。
- (5) 車椅子等の設備を必要数確保すること。

第3章 国立精神・神経センター精神保健研究所

1. 沿革

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

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。

設立当時の組織は、総務課、心理学部、生理学形態学部、優生学部、児童精神衛生部及び社会学部の一課五部であったが、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。昭和36年には、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改正が行われたが、これに伴い、組織規程が改正され、社会復帰部が新設されるとともに、新たに精神発達研究室及び主任研究官（3名）が置かれた。また昭和46年6月には、ソーシャルワーク研究室を設置、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、精神保健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。

昭和61年10月1日、国立病院・療養所の質的機能の充実を図ることを目的とする再編成の一環として、国立精神衛生研究所（千葉県市川市）及び国立武蔵療養所（神経センターを含む、東京都小平市）を発展的に改組して、国立精神・神経センターが設置された。さらに、昭和62年4月1日、国立国府台病院がセンターに統合された。

同センターは、精神疾患、神経疾患、筋疾患、精神薄弱その他の発達障害及び精神保健に関する全国の中心的機関として高度先駆的な診断及び治療、調査研究並びに技術者の研修を三位一体的に実施する高度専門医療センターであり、国立がんセンター（昭和37年設立）及び国立循環器病センター（昭和52年設立）に続く三番目の国立高度専門医療センターとして位置づけられている。

(1) 研究部門

ア. 神経研究所

精神疾患、神経疾患、筋疾患及び発達障害に関して主として生物学的研究を行う。

イ. 精神保健研究所

精神疾患、発達障害及び精神保健に関して主として心理学的、社会学的研究を行う。

(2) 病 院 部 門

武蔵病院は、研究所と密接な連携のもとに精神疾患、神経疾患、筋疾患、発達障害に関する高度先駆的医療を行う。

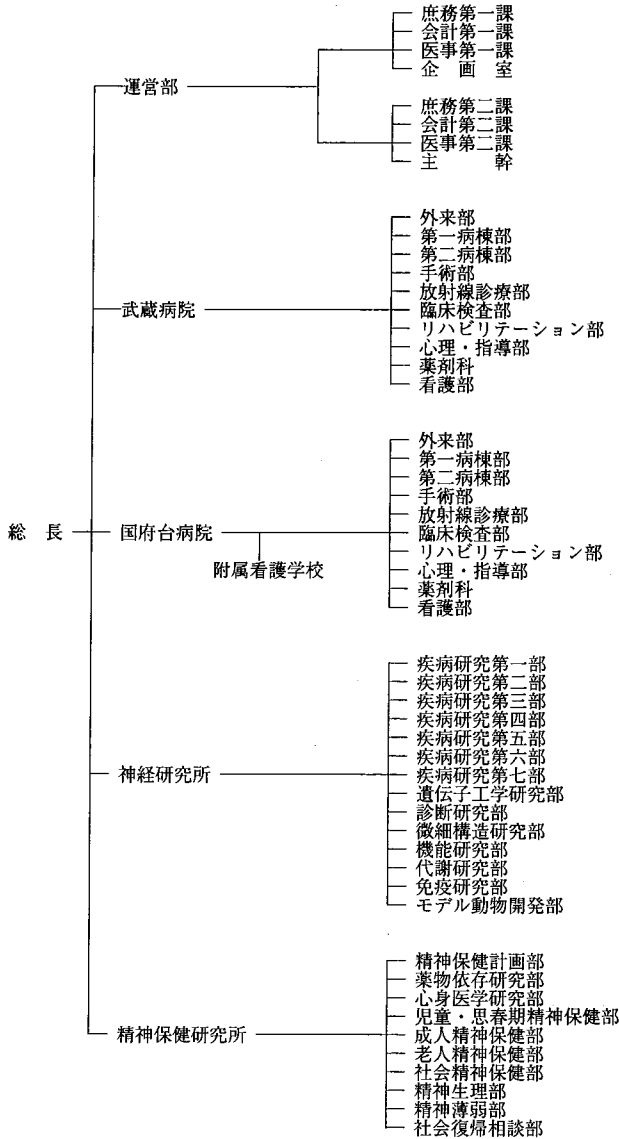
国府台病院は、主として精神疾患に関する高度な精神医療を行う。

(3) 運 営 部

病院及び研究所の事務をつかさどるとともに、両者の連絡調整を行い、センターとして一体化した運営を行う。

また、医療情報の収集及び処理並びに研究及び研修の外部諸機関との連携交流を行う。

表17 国立精神・神経センター組織図



設置場所
 国立精神・神経センター（運営部、武蔵病院、神経研究所） 東京都小平市小川東町4-1-1
 （精神保健研究所、国府台病院） 千葉県市川市国府台1-7-3

なお、精神保健研究所の各部に、それぞれ次の室を置いている。

部	室
精神保健計画部	統計解析調査室 システム開発研究室
薬物依存研究部	薬物依存研究室 向精神薬研究室
心身医学研究部	ストレス研究室 心身症研究室
児童・思春期精神保健部	精神発達研究室 児童期精神保健研究室 思春期精神保健研究室
成人精神保健部	成人精神保健研究室 診断技術研究室 心理研究室
老人精神保健部	老人精神保健研究室 老化研究室
社会精神保健部	社会文化研究室 家族・地域研究室 社会福祉研究室
精神生理部	精神機能研究室
精神薄弱部	診断研究室 治療研究室
社会復帰相談部	精神保健相談室

2. 研究内容

〈精神保健計画部〉

精神保健計画に関する資料の収集及び解析並びに調査研究

〈薬物依存研究部〉

薬物依存の調査研究及び向精神薬の薬効の調査研究

〈心身医学研究部〉

心身症の精神保健学的、心理的及び社会学的調査研究

〈児童・思春期精神保健部〉

児童期及び思春期の精神疾患及び精神保健の主として心理学的調査研究

＜成人精神保健部＞

壮年期の精神疾患及び精神保健の主として心理学的及び社会学的調査研究

＜老人精神保健部＞

老年期の精神疾患及び精神保健の主として心理学的及び社会学的調査研究

＜社会精神保健部＞

社会文化的環境と精神疾患との相互関係及び家族、職場、地域その他の人間関係における精神保健の調査研究

＜精神生理部＞

精神疾患及び精神保健に係わる精神、身体及び環境の相関の生理及び病理の研究

＜精神薄弱部＞

精神薄弱の主として心理学的及び社会学的調査研究並びに精神薄弱者の社会復帰

＜社会復帰相談部＞

精神疾患を有する者の社会復帰に関する調査研究及び精神保健に関する相談の方法の調査研究

＜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保健部、成人精神保健部、社会復帰相談部、老人精神保健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。

3. 研 修

昭和36年度から、国立精神・神経センター精神保健研究所等、地方公共団体、医療機関において精神保健の業務に従事する保健婦、臨床心理、精神科ソーシャルワーカーたちに対して、精神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た

おり、現在までの修業者数は表18のとおりである。

現在、医学課程、心理学課程、社会福祉学課程、精神保健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

精神保健センター、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

精神保健センター、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 精神保健指導課程

保健所長、精神保健センターの所長、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・ケアにかかる専門的な知識及び技術に関する研修を行う。

表18 課程別研修終了者数

(昭和63年3月まで)

課程	区分	保 健 所	精 神 衛 生 セ ン タ ー	精 神 病 院 等	児 童 相 談 所	そ の 他	計
	(県・市) 本 庁						
医 学 課 程	19	349	39	84		33	524
心 理 学 課 程		15	77	121	247	109	569
社 会 福 祉 学 課 程	2	254	133	200	18	74	681
精 神 衛 生 指 導 課 程	46	231	240	4		10	531
精 神 科 デイ・ケア 課 程	2	3	15	1,016		19	1,055
計	69	852	504	1,425	265	245	3,360

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35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62年度末までの延実人員である。

4. 技 術 交 流

当研究所は、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。

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り込ま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、公衆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、半職業的な人々を養成している所もある。

精神病院の30～40%を占めていた高齢精神障害者の多くがナーシング・ホームに送られ、これによって精神病院の病床は減ったが、ナーシング・ホームの現状には批判が多い。州によってはカリフォルニア州のような急進的方法をとらず、ゆっくりとホームやハーフウェイ・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。

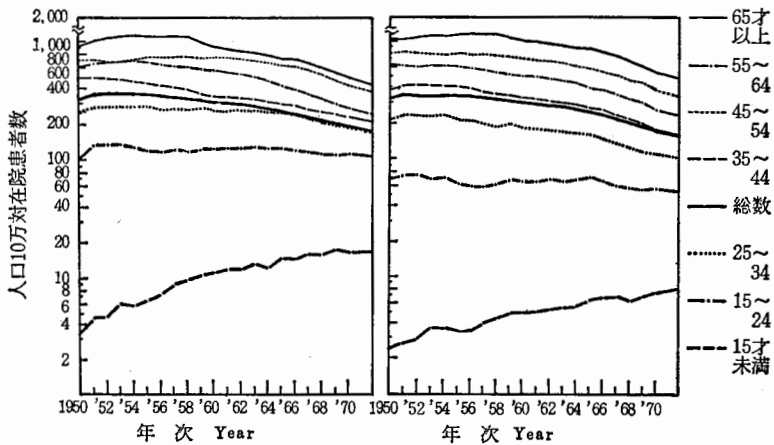
1981年7月18日付で、アメリカ精神医学会、精神科主任教授連盟および思春期精神医学会を代表して、精神医学会理事長によって国会その他の委員会に提出された声明書は、この間の事情を物語っている。この声明書では治療を必要とする200万の精神分裂病患者、さらに200万の重いうつ病患者、100万以上の器質精神病その他の精神欠陥を持つ人の地域ケアと100万の重度精神障害児などに対する早期治療が、長期入院治療にくらべてはるかに経済的に折り合うものであるとしている。また精神保健に不可欠な精神科医、臨床心理士、ソーシャルワーカー、精神科看護婦の4つの専門職の教育計画に十分な経費を支出し、プライマリケア条件を整備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

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。

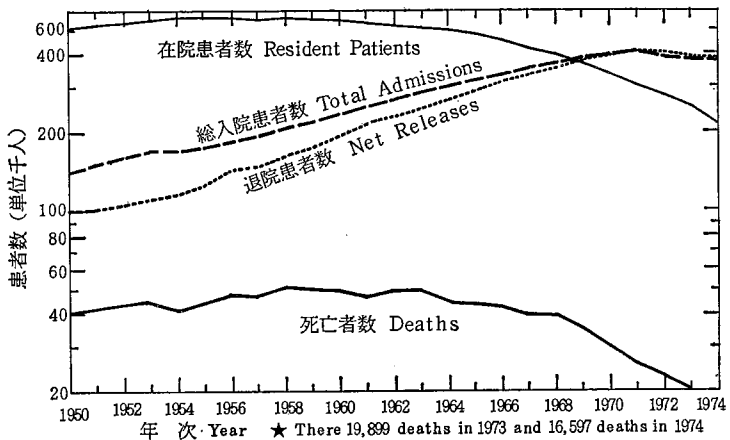
表ア 州立及び郡立精神病院における在院患者数・入院患者数・退院患者数・死亡数 米国1950~1974

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

図ア 州立及び郡立精神病院における人口10万対在院患者数（性別、年齢別）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1959—1974

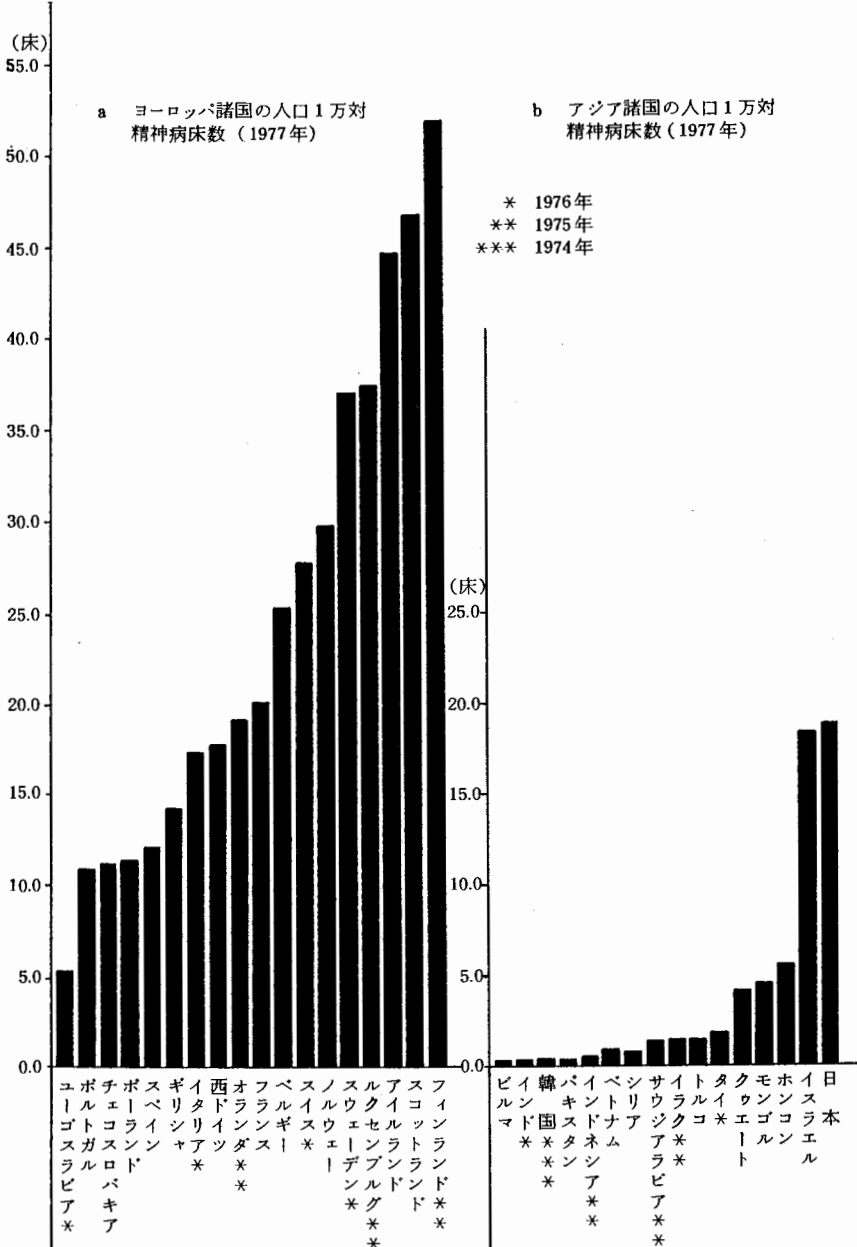


3. ヨーロッパの精神医療

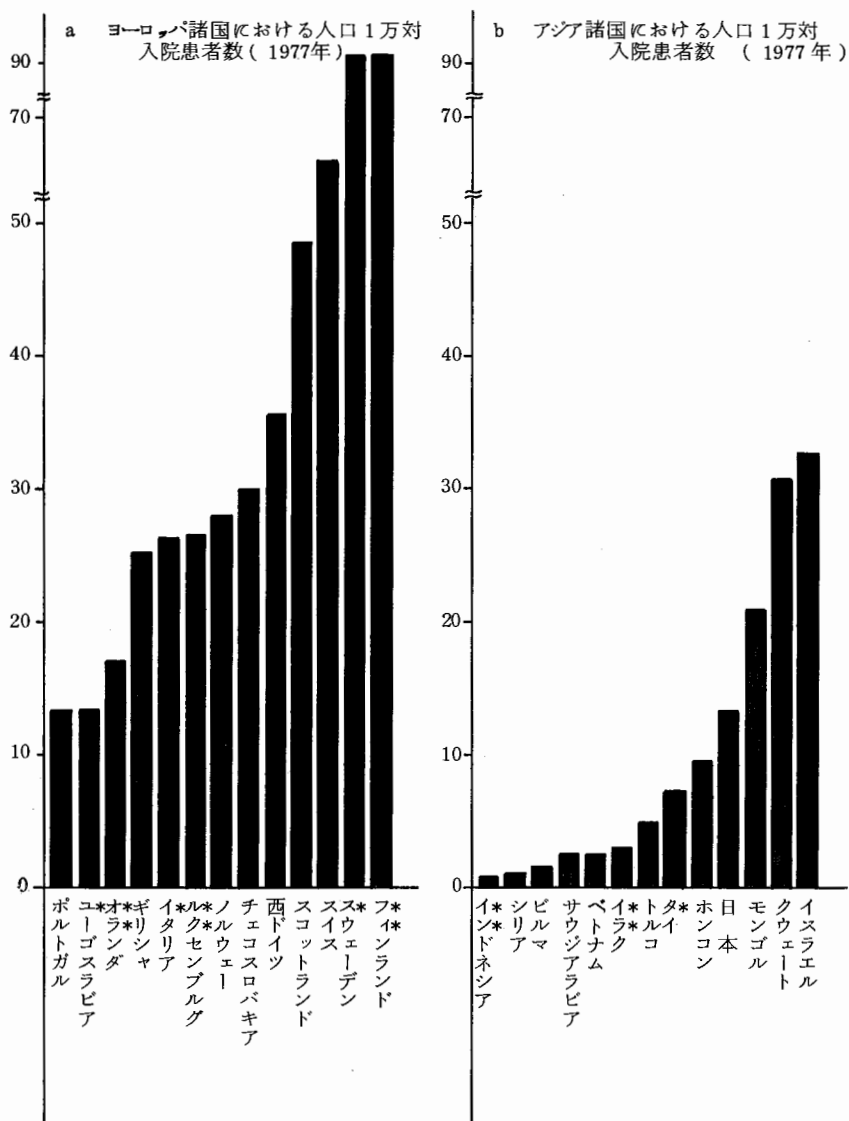
1) 特徴

人口1万に対する精神病床数はヨーロッパ諸国のほとんどで20床以上と、アメリカ合衆国の10.5床やカナダの15.5床と比較しても多い。ことにフィンランドやアイルランド、ルクセンブルグ、スウェーデンなどの北欧では35床以上と顕著である(図ウ)。人口1万対入院患者数も同様に多い(図エ)。こうした精神病床数や入院患者数の多いことは、充実した医療福祉制度や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

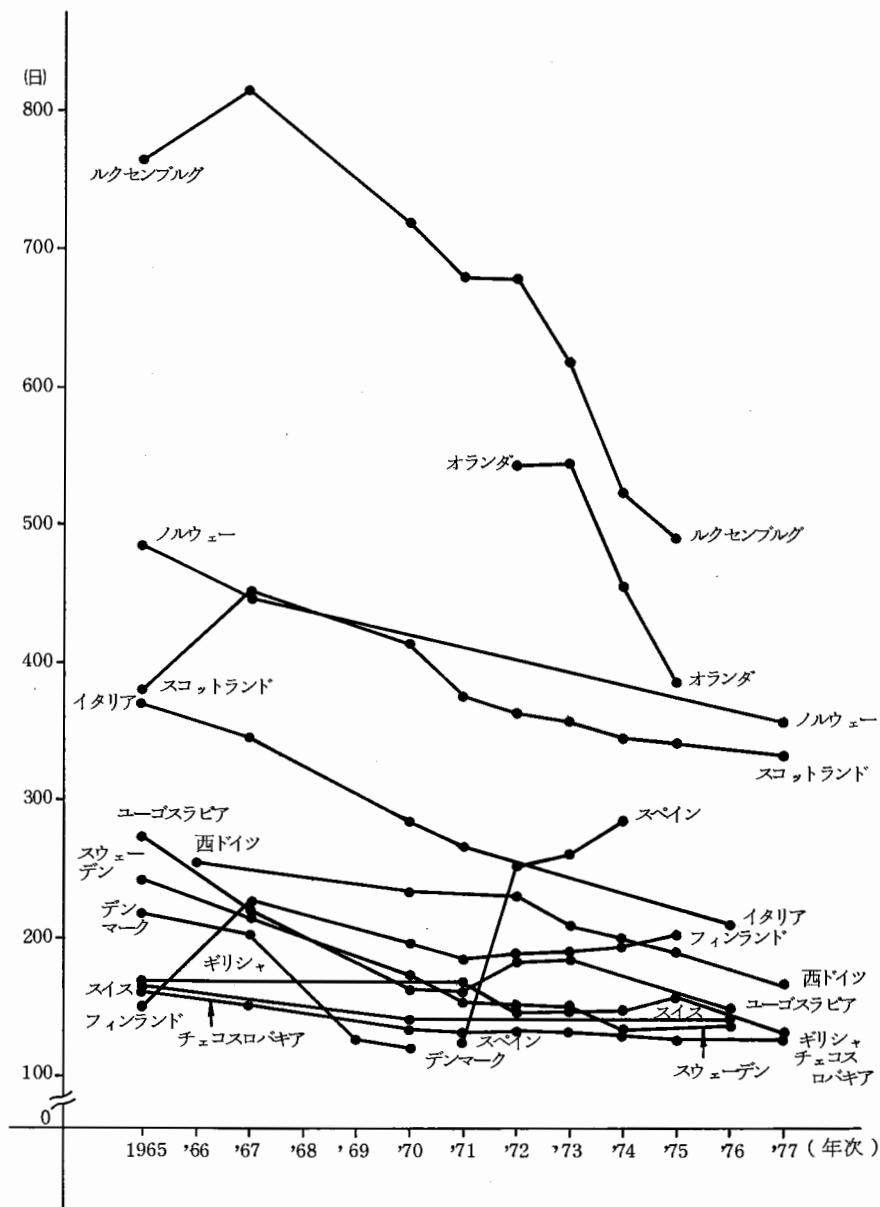


図工 人口1万対の入院患者数

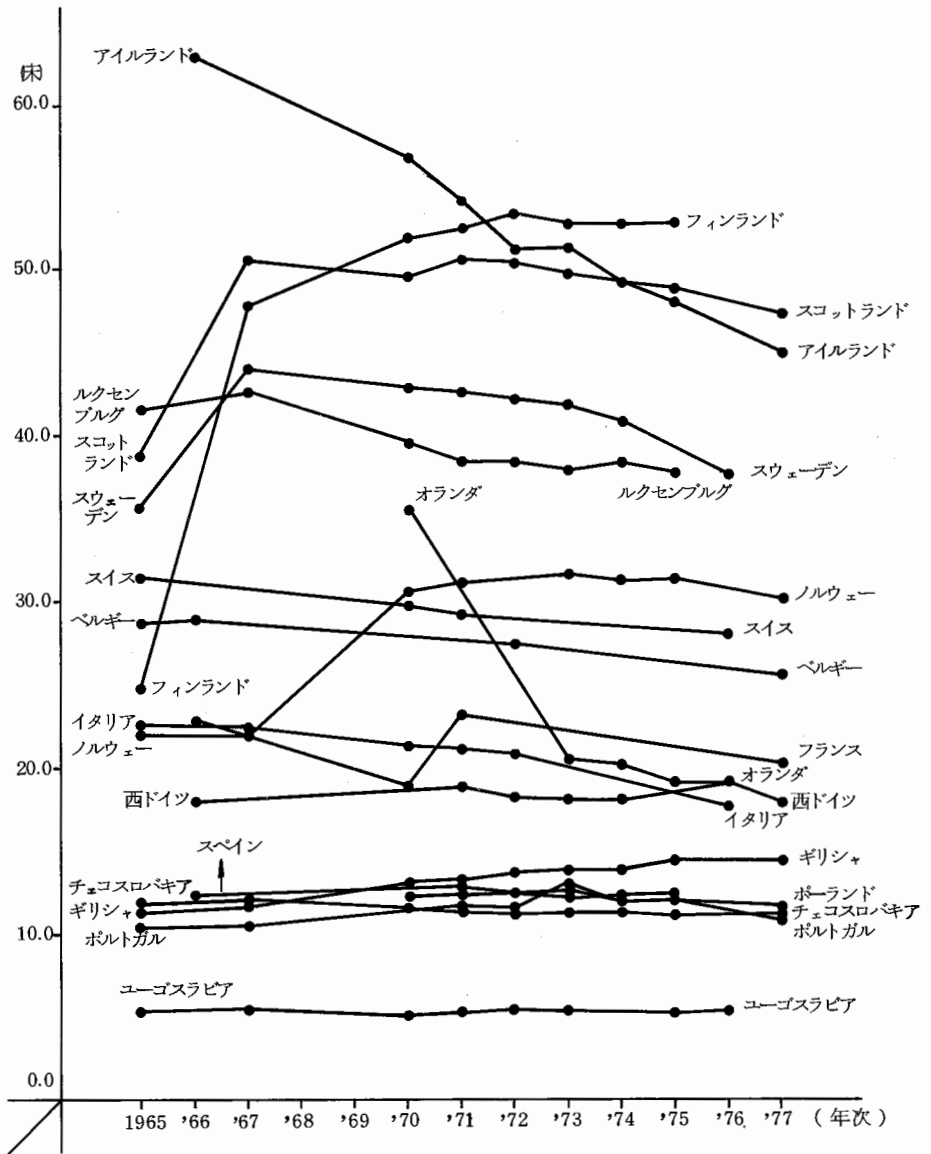


* 1976年 ** 1975年

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、それは高齢化社会に伴う老年期精神障害者の増加による。しかし、老人患者を精神病院よりもナーシングホームでケアする方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高齢化がすすみ、老年期精神障害者の増加にともない入院患者数や病床数は増えてきた。他方、脱入院化政策をとり、患

者はナーシングホームや家庭などへ移すよう試みられている。

精神医療供給は地域ごとに精神病院が中心となり、病院外の地域サービス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推し進めている。

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けられた。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

ソ連には開業医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、多くの関連機関との連絡、患者の登録、労働能力の判定などを行っており、精神病院は500~600床の州の病院のほかに、人口50~60万人に対して100床から200床の地区精神病院、さらに小地区に対しては総合病院があり、ここに20~30床の精神科病棟が附置されている。これらの精神病院と精神科ディスパンセル、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である。患者の住民移動とともにカルテがディスパンセル間を共に移動するという徹底したもので、ソ連ならではいう感が強い。精神障害者の登録は人口の8%に達し、そのうち5%がアルコール依存症だという。

5. 発展途上国の精神保健

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施設を超えといわれている。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セ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科病床を持った上で、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事項を定め、生活保護法、児童福祉法、母子及び寡婦福祉法、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、母子及び寡婦福祉法、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。

61年6月1日現在県342、市828、町村4計1,174か所が設置されている。

- (2) **生活保護法**……………生活に困窮するすべての国民に対し、

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

(救護施設) ……身体上又は、精神上著しい欠陥があるために独立して日常生活の用を弁ずることのできない要保護者を収容して、生活扶助を行うことを目的とする施設である。

61年10月1日現在 公営51, 私営118, 計169か所が設置されている。

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

61年10月1日現在 公営8, 私営10, 計18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。

61年10月1日現在 公営54, 私営21, 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、次のような機関・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、62年5月1日現在167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。61年10月1日現在 公営7,私営4,計11か所が設置されている。

(4) 老人福祉法

老人の福祉に関する原理を明らかにす

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

(養護老人ホーム) ……原則として65歳以上の者であって、身体上若しくは、精神上又は環境上の理由及び経済的理由により居宅において養護を受けることが困難なものを収容し、養護することを目的とする施設である。

61年10月1日現在 公営568,私営376,計944か所が設置されている。

(特別養護老人ホーム) ……原則として65歳以上の者であって身体上又は精神上著しく欠陥があるために常時の介護を必要とし、かつ居宅においてこれを受けることが困難なものを収容し、養護することを目的とする施設である。

61年10月1日現在 公営235,私営1,496,計1,731か所が設置されている。

(老人福祉センター) ……無料又は低額な料金で老人に対して各種の相談に応ずるとともに健康の増進・教養の向上及びレクリエーションのための便宜を総合的に供与することを目的とする施設である。

61年10月1日現在 公営1,321, 私营
505, 計 1,826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。

61年10月1日現在、公営90, 私营710,
計800か所が設置されている。

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

61年10月1日現在 公営57, 私营364,
計421か所が設置されている。

(6) **国民年金法及び厚生年金保険法**

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

ア. 国民年金法

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62年4月から1級障害で783,100円、2級障害で626,500円（年金額は昭和62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62年4月から469,900円（昭和62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、61年5月1日現在 国立43、公立684、私立14、計741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、62年11月末現在4か所が設置されている。

資 料 編

I 精神保健関係法令

◎精神保健法

昭和25年5月1日

法律第123号

注 昭和62年9月26日法律第98号「精神衛生法等の一部を改正する法律」第1条による改正現在

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、その社会復帰を促進し、並びにその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによつて、精神障害者等の福祉の増進及び国民の精神保健の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、社会復帰施設その他の福祉施設及び教育施設を充実することによつ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、精神保健に関する調査研究の推進及び知識の普及を図る等精神障害者等の発生の予防その他国民の精神保健の向上のための施策を講じなければならない。

(国民の義務)

第2条の2 国民は、精神的健康の保持及び増進に努めるとともに、精神障害者等に対する理解を深め、及び精神障害者等がその障害を克服し、社会復帰をしようとする努力に対し、協力するように努めなければならない。

(定義)

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

第2章 施設

(都道府県立精神病院)

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

(指定病院)

第5条 都道府県知事は、国及び都道府県以外の者が設置した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。

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。

(精神保健センター)

第7条 都道府県は、精神保健の向上を図るため、精神保健センターを設置することができる。

2 精神保健センターは、精神保健に関する知識の普及を図り、精神保健に関する調査研究を行い、並びに精神保健に関する相談及び指導のうち複雑又は困難なものを行う施設とする。

(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。

(精神障害者社会復帰施設の設置)

第9条 都道府県は、精神障害者(精神薄弱者を除く。次項及び次条において同じ。)の社会復帰の促進を図るため、精神障害者社会復帰施設を設置することができる。

2 市町村、社会福祉法人その他の者は、精神障害者の社会復帰の促進を図るため、社会福祉事業法(昭和26年法律第45号)の定めるところにより、精神障害者社会復帰施設を設置することができる。

(精神障害者社会復帰施設の種類)

第10条 精神障害者社会復帰施設の種類は、次のとおりとする。

- 一 精神障害者生活訓練施設
- 二 精神障害者授産施設

2 精神障害者生活訓練施設は、精神障害のため家庭において日常生活を営むのに支障がある精神障害者が日常生活に適應することができるように、低額な料金で、居室その他の設備を利用させ、必要な訓練及び指導を行うことにより、その者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設とする。

3 精神障害者授産施設は、雇用されることが困難な精神障害者が自活することができる

ように、低額な料金で、必要な訓練を行い、及び職業を与えることにより、その者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設とする。

(国又は都道府県の補助)

第10条の2 都道府県は、精神障害者社会復帰施設の設置者に対し、その設置及び運営に要する費用の一部を補助することができる。

2 国は、予算の範囲内において、都道府県に対し、その設置する精神障害者社会復帰施設の設置及び運営に要する費用並びに前項の規定による補助に要した費用の一部を補助することができる。

(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當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。

2 都道府県知事は、前項の規定によりその指定を取り消そうとするときは、あらかじめ、指定病院の設置者にその取消しの理由を通知し、弁明及び有利な証拠の提出の機会を与えたとともに、地方精神保健審議会の意見を聴かなければならない。

(政令への委任)

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

第3章 地方精神保健審議会及び精神医療審査会

(地方精神保健審議会)

第13条 精神保健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保健審議会を置く。

2 地方精神保健審議会は、都道府県知事の諮問に答えるほか、精神保健に関する事項に関して都道府県知事に意見を具申することができる。

3 地方精神保健審議会は、前2項に定めるもののほか、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するものとする。

(委員及び臨時委員)

第14条 地方精神保健審議会の委員は、15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、地方精神保健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、精神保健に関し学識経験のある者及び精神障害者の医療に関する事業に従事する者のうちから、都道府県知事が任命する。

4 委員の任期は、3年とする。

第15条及び第16条 削除

(条例への委任)

第17条 地方精神保健審議会の運営に関し必要な事項は、条例で定める。

(精神医療審査会)

第17条の2 第38条の3第2項及び第38条の5第2項の規定による審査を行わせるため、都道府県に、精神医療審査会を置く。

(委員)

第17条の3 精神医療審査会の委員は、5人以上15人以内とする。

2 委員は、精神障害者の医療に関し学識経験を有する者(第18条第1項に規定する精神保健指定医である者に限る。)、法律に関し学識経験を有する者及びその他の学識経験を有する者のうちから、都道府県知事が任命する。

3 委員の任期は、2年とする。

(審査の案件の取扱い)

第17条の4 精神医療審査会は、精神障害者の医療に関し学識経験を有する者のうちから任命された委員3人、法律に関し学識経験を有する者のうちから任命された委員1人及びその他の学識経験を有する者のうちから任命された委員1人をもつて構成する合議体で、審査の案件を取り扱う。

2 合議体を構成する委員は、精神医療審査会がこれを定める。

(政令への委任)

第17条の5 この法律で定めるもののほか、精神医療審査会に関し必要な事項は、政令で定める。

第4章 精神保健指定医

(精神保健指定医)

第18条 厚生大臣は、その申請に基づき、次に該当する医師のうち第19条の4に規定する職務を行うのに必要な知識及び技能を有すると認められる者を、精神保健指定医(以下「指定医」という。)に指定する。

一 5年以上診断又は治療に従事した経験を有すること。

二 3年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を有すること。

三 厚生大臣が定める精神障害につき厚生大臣が定める程度の診断又は治療に従事した経験を有すること。

四 厚生大臣又はその指定する者が厚生省令で定めるところにより行う研修(申請前1年以内に行われたものに限る。)の課程を修了していること。

- 2 厚生大臣は、前項の規定にかかわらず、第19条の2第1項又は第2項の規定により指定医の指定を取り消された後5年を経過していない者その他指定医として著しく不適当と認められる者については、前項の指定をしないことができる。
- 3 厚生大臣は、第1項第3号に規定する精神障害及びその診断又は治療に従事した経験の程度を定めようとするとき、同項の規定により指定医の指定をしようとするとき又は前項の規定により指定医の指定をしないものとするときは、あらかじめ、公衆衛生審議会の意見を聴かなければならない。

(指定後の研修)

第19条 指定医は、5年ごとに、厚生大臣又はその指定する者が厚生省令で定めるところにより行う研修を受けなければならない。

(指定の取消し)

第19条の2 指定医がその医師免許を取り消され、又は期間を定めて医業の停止を命ぜられたときは、厚生大臣は、その指定を取り消さなければならない。

- 2 指定医がこの法律若しくはこの法律に基づく命令に違反したとき又はその職務に関し著しく不当な行為を行つたときその他指定医として著しく不適当と認められるときは、厚生大臣は、その指定を取り消すことができる。
- 3 厚生大臣は、前項の規定による処分をしようとするときは、あらかじめ、その相手方にその処分の理由を通知し、弁明及び有利な証拠の提出の機会を与えるとともに、公衆衛生審議会の意見を聴かなければならない。

(手数料)

第19条の3 第18条第1項第4号又は第19条の研修(厚生大臣が行うものに限る。)を受けようとする者は、実費を勘案して政令で定める金額の手数料を納付しなければならない。

(職務)

第19条の4 指定医は、第22条の3第3項及び第29条の5の規定により入院を継続する必要があるかどうかの判定、第33条第1項及び第33条の4第1項の規定による入院を必要とするかどうかの判定、第34条の規定により精神障害者の疑いがあるかどうか及びその診断に相当の時日を要するかどうかの判定、第36条第3項に規定する行動の制限を必要とするかどうかの判定、第38条の2第1項(同条第2項において準用する場合を含む。)に規定する報告事項に係る入院中の者の診察並びに第40条の規定により一時退院させて経過を見ることが適当かどうかの判定の職務を行う。

- 2 指定医は、前項に規定する職務のほか、公務員として、次に掲げる職務のうち都道府県知事(第3号及び第4号に掲げる職務にあつては、厚生大臣又は都道府県知事)が指定したものをを行う。

- 一 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必要とするかどうかの判定
 - 二 第29条の4第2項の規定により入院を継続する必要があるかどうかの判定
 - 三 第38条の6第1項の規定による立入検査、質問及び診察
 - 四 第38条の7第2項の規定により入院を継続する必要があるかどうかの判定
- (政令及び省令への委任)

第19条の5 この法律に規定するもののほか、指定医の指定の申請に関して必要な事項は政令で、第18条第1項第4号及び第19条の規定による研修に関して必要な事項は厚生省令で定める。

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つては、医師の指示に従わなければならない。

(任意入院)

第22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、精神障害者を入院させる場合においては、本人の同意に基づいて入院が行われるように努めなければならない。

第22条の3 精神障害者が自ら入院する場合においては、精神病院の管理者は、その入院に際し、当該精神障害者に対して第38条の4の規定による退院等の請求に関することその他厚生省令で定める事項を書面で知らせ、当該精神障害者から自ら入院する旨を記載した書面を受けなければならない。

2 精神病院の管理者は、自ら入院した精神障害者（以下この条において「任意入院者」という。）から退院の申出があつた場合においては、その者を退院させなければならない。

3 前項に規定する場合において、精神病院の管理者は、指定医による診察の結果、当該任意入院者の医療及び保護のため入院を継続する必要があると認めたときは、同項の規定にかかわらず、72時間を限り、その者を退院させないことができる。この場合において、当該指定医は、遅滞なく、厚生省令で定める事項を診療録に記載しなければならない。

4 精神病院の管理者は、前項の規定による措置を採る場合においては、当該任意入院者に対し、当該措置を採る旨、第38条の4の規定による退院等の請求に関することその他厚生省令で定める事項を書面で知らせなければならない。

(診察及び保護の申請)

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

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

一 申請者の住所、氏名及び生年月日

二 本人の現在場所、居住地、氏名、性別及び生年月日

三 症状の概要

四 現に本人の保護の任に当たっている者があるときはその者の住所及び氏名
(警察官の通報)

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

(検察官の通報)

第25条 検察官は、精神障害者又はその疑いのある被疑者又は被告人について、不起訴処分をしたとき、裁判(懲役、禁こ又は拘留の刑を言い渡し執行猶予の言い渡し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者であることを知つたときは、すみやかに、その旨を都道府県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 精神病院の管理者は、入院中の精神障害者であつて、第29条第1項の要件に該当すると認められるものから退院の申出があつたときは、直ちに、その旨を、最寄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。

(申請に基づき行われる指定医の診察等)

第27条 都道府県知事は、第23条から前条までの規定による申請、通報又は届出のあつた者について調査の上必要があると認めるときは、その指定する指定医をして診察をさせなければならない。

- 2 都道府県知事は、入院させなければ精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあることが明らかである者については、第23条から前条までの規定による申請、通報又は届出がない場合においても、その指定する指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、当該職員を立ち合わせなければならない。
- 4 指定医及び前項の当該職員は、前3項の職務を行うに当たつて必要な限度においてその者の居住する場所へ立ち入ることができる。
- 5 前項の規定によつてその者の居住する場所へ立ち入る場合には、指定医及び当該職員は、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提示しなければならない。
- 6 第4項の立入りの権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

(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つて現に本人の保護の任に当つ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つている者は、前条第1項の診察に立ち会うことができる。

(判定の基準)

第28条の2 第27条第1項又は第2項の規定により診察をした指定医は、厚生大臣の定める基準に従い、当該診察をした者が精神障害者であり、かつ、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かどうかの判定を行わなければならない。

- 2 厚生大臣は、前項の基準を定めようとするときは、あらかじめ、公衆衛生審議会の意見を聴かななければならない。

(都道府県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、その診察を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、その指定する2人以上の指定医の診察を経て、その者が精神障害者であり、かつ、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、各指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 都道府県知事は、第1項の規定による措置を採る場合においては、当該精神障害者に対し、当該入院措置を採る旨、第38条の4の規定による退院等の請求に関することその他厚生省令で定める事項を書面で知らせなければならない。
- 4 国又は都道府県の設置した精神病院及び指定病院の管理者は、病床（病院の一部について第5条の指定を受けている指定病院にあつてはその指定に係る病床）に既に第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ほかは、第1項の精神障害者を収容しなければならない。
- 5 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項の規定によつて入院したものとみなす。

第29条の2 都道府県知事は、前条第1項の要件に該当すると認められる精神障害者又はその疑いのある者について、急速を要し、第27条、第28条及び前条の規定による手続を採ることができない場合において、その指定する指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、前項の措置をとつたときは、すみやかに、その者につき、前条第1項の規定による入院措置をとるかどうかを決定しなければならない。
- 3 第1項の規定による入院の期間は、72時間を超えることができない。
- 4 第27条第4項から第6項まで及び第28条の2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項の規定による措置を採る場合について、同条第4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条の第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つたときは、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。

- 2 前項の場合において都道府県知事がその者を退院させるには、その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ことについて、その指定する指定医による診察の結果又は次条の規定による診察の結果に基づく場合でなければならない。

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、指定医による診察の結果、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つたときは、直ちにその旨、その者の症状その他厚生省令で定める事項を最寄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。

(入院措置の場合の診療方針及び医療に要する費用の額)

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

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

(社会保険診療報酬支払基金への事務の委託)

第29条の7 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つた医療が前条に規定する診療方針に適合するかどうかについての審査及びその医療に要する費用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ことを認めるときは、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、その医療に必要な費用の2分の1を負担することができる。

- 2 前項の医療に必要な費用の額は、健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例によつて算定する。
- 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つて行なうものとし、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、地方精神保健審議会の意見を聴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)の規定によつて医療を受けることができる者については、第1項の規定は、適用しない。

(費用の請求、審査及び支払)

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

- 2 都道府県は、前項の費用を当該病院若しくは診療所又は薬局に支払わなければならない。
- 3 都道府県は、第1項の請求についての審査及び前項の費用の支払に関する事務を、社会保険診療報酬支払基金その他政令で定める者に委託することができる。

(費用の支弁及び負担)

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

(他の法律による医療に関する給付との調整)

第32条の4 第32条第1項の規定により費用の負担を受ける精神障害者が、健康保険法、国民健康保険法(昭和33年法律第192号)、船員保険法(昭和14年法律第73号)、労働者災害補償保険法(昭和22年法律第50号)、国家公務員等共済組合法(昭和33年法律第128号)、地方公務員等共済組合法(昭和37年法律第152号)又は私立学校教職員共済組合法(昭和28年法律第245号)の規定による被保険者、労働者、組合員又は被扶養者である場

合においては、保険者若しくは共済組合又は市町村（特別区を含む。）は、これらの法律又は老人保健法（昭和57年法律第80号）の規定によつてすべき給付のうち、その医療に要する費用の2分の1を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。

（医療保護入院）

第33条 精神病院の管理者は、指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ、医療及び保護のため入院の必要があると認められた者につき、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。

- 2 精神病院の管理者は、前項に規定する者の保護義務者について第20条第2項第4号の規定による家庭裁判所の選任を要し、かつ、当該選任がされていない場合において、その者の扶養義務者の同意があるときは、本人の同意がなくても、当該選任がされるまでの間、4週間を限り、その者を入院させることができる。

- 3 前項の規定による入院が行われている間は、同項の同意をした扶養義務者は、第20条第2項第4号に掲げる者に該当するものとみなし、第1項の規定を適用する場合を除き、同条に規定する保護義務者とみなす。

- 4 精神病院の管理者は、第1項又は第2項の規定による措置を採つたときは、10日以内に、その者の症状その他厚生省令で定める事項を当該入院について同意した者の同意書を添え、最寄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。

第33条の2 精神病院の管理者は、前条第1項の規定により入院した者（以下「医療保護入院者」という。）を退院させたときは、10日以内に、その旨及び厚生省令で定める事項を最寄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。

第33条の3 精神病院の管理者は、第33条第1項又は第2項の規定による措置を採る場合においては、当該精神障害者に対し、当該入院措置を採る旨、第38条の4の規定による退院等の請求に関する事その他厚生省令で定める事項を書面で知らせなければならない。ただし、当該精神障害者の症状に照らし、その者の医療及び保護を図る上で支障があると認められる間においては、この限りでない。この場合において、精神病院の管理者は、遅滞なく、厚生省令で定める事項を診療録に記載しなければならない。

（応急入院）

第33条の4 厚生大臣の定める基準に適合するものとして都道府県知事が指定する精神病院の管理者は、医療及び保護の依頼があつた者について、急速を要し、保護義務者（第

33条第2項に規定する場合にあつては、その者の扶養義務者)の同意を得ることができない場合において、指定医の診察の結果、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者の医療及び保護を図る上で著しく支障があると認めるときは、本人の同意がなくても、72時間を限り、その者を入院させることができる。

- 2 前項に規定する精神病院の管理者は、同項の規定による措置を採つたときは、直ちに、当該措置を採つた理由その他厚生省令で定める事項を最寄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。
- 3 都道府県知事は、第1項の指定を受けた精神病院が同項の基準に適合しなくなつたと認めるときは、その指定を取り消すことができる。

第33条の5 第11条第2項の規定は前条第3項の規定による処分をする場合について、第29条第3項の規定は精神病院の管理者が前条第1項の規定による措置を採る場合について準用する。

(仮入院)

第34条 精神病院の管理者は、指定医による診察の結果、精神障害者の疑いがあつてその診断に相当の時日を要すると認める者を、その後見人、配偶者又は親権を行う者その他そ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。

第34条の2 第29条第3項の規定は精神病院の管理者が前条の規定による措置を採る場合について、第33条第4項の規定は精神病院の管理者が前条の規定による措置を採つた場合について準用する。

(家庭裁判所の許可)

第35条 第33条第1項又は第34条の同意者が後見人である場合においてその同意をするには、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。

(処遇)

第36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。

- 2 精神病院の管理者は、前項の規定にかかわらず、信書の発受の制限、都道府県その他の行政機関の職員との面会の制限その他の行動の制限であつて、厚生大臣があらかじめ公衆衛生審議会の意見を聴いて定める行動の制限については、これを行うことができない。
- 3 第1項の規定による行動の制限のうち、厚生大臣があらかじめ公衆衛生審議会の意見を聴いて定める患者の隔離その他の行動の制限は、指定医が必要と認める場合でなければ行うことができない。この場合において、当該指定医は、遅滞なく、厚生省令で定め

る事項を診療録に記載しなければならない。

第37条 厚生大臣は、前条に定めるもののほか、精神病院に入院中の者の処遇について必要な基準を定めることができる。

2 前項の基準が定められたときは、精神病院の管理者は、その基準を遵守しなければならない。

3 厚生大臣は、第1項の基準を定めようとするときは、あらかじめ、公衆衛生審議会の意見を聴かなければならない。

(相談、援助等)

第38条 精神病院の管理者は、入院中の者の社会復帰の促進を図るため、その者の相談に応じ、その者に必要な援助を行い、及びその保護義務者等との連絡調整を行うように努めなければならない。

(定期の報告)

第38条の2 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、措置入院者の症状その他厚生省令で定める事項（以下この項において「報告事項」という。）を、厚生省令で定めるところにより、定期に、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に報告しなければならない。この場合においては、報告事項のうち厚生省令で定める事項については、指定医による診察の結果に基づくものでなければならない。

2 前項の規定は、医療保護入院者を入院させている精神病院の管理者について準用する。この場合において、同項中「措置入院者」とあるのは、「医療保護入院者」と読み替えるものとする。

(定期の報告等による審査)

第38条の3 都道府県知事は、前条の規定による報告又は第33条第4項の規定による届出（同条第1項の規定による措置に係るものに限る。）があつたときは、当該報告又は届出に係る入院中の者の症状その他厚生省令で定める事項を精神医療審査会に通知し、当該入院中の者についてその入院の必要があるかどうかに関し審査を求めなければならない。

2 精神医療審査会は、前項の規定により審査を求められたときは、当該審査に係る入院中の者についてその入院の必要があるかどうかに関し審査を行い、その結果を都道府県知事に通知しなければならない。

3 精神医療審査会は、前項の審査をするに当たつて必要があると認めるときは、当該審査に係る入院中の者、その者が入院している精神病院の管理者その他関係者の意見を聴くことができる。

4 都道府県知事は、第2項の規定により通知された精神医療審査会の審査の結果に基づき、その入院が必要でないと認められた者を退院させ、又は精神病院の管理者に対しそ

の者を退院させることを命じなければならない。

(退院等の請求)

第38条の4 精神病院に入院中の者又はその保護義務者（第34条の規定により入院した者にあつては、その後見人、配偶者又は親権を行う者その他の扶養義務者）は、厚生省令で定めるところにより、都道府県知事に対し、当該入院中の者を退院させ、又は精神病院の管理者に対し、その者を退院させることを命じ、若しくはその者の処遇の改善のために必要な措置を採ることを命じることを求めることができる。

(退院等の請求による審査)

第38条の5 都道府県知事は、前条の規定による請求を受けたときは、当該請求の内容を精神医療審査会に通知し、当該請求に係る入院中の者について、その入院の必要があるかどうか、又はその処遇が適当であるかどうかに関し審査を求めなければならない。

- 2 精神医療審査会は、前項の規定により審査を求められたときは、当該審査に係る者について、その入院の必要があるかどうか、又はその処遇が適当であるかどうかに関し審査を行い、その結果を都道府県知事に通知しなければならない。
- 3 精神医療審査会は、前項の審査をするに当たつては、当該審査に係る前条の規定による請求した者及び当該審査に係る入院中の者が入院している精神病院の管理者の意見を聴かなければならない。ただし、精神医療審査会がこれらの者の意見を聴く必要がないと特に認めるときは、この限りでない。
- 4 精神医療審査会は、前項に定めるもののほか、第2項の審査をするに当たつて必要があると認めるときは、関係者の意見を聴くことができる。
- 5 都道府県知事は、第2項の規定により通知された精神医療審査会の審査の結果に基づき、その入院が必要でないと認められた者を退院させ、又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じ若しくはその者の処遇の改善のために必要な措置を採ることを命じなければならない。
- 6 都道府県知事は、前条の規定による請求をした者に対し、当該請求に係る精神医療審査会の審査の結果及びこれに基づき採つた措置を通知しなければならない。

(報告徴収等)

第38条の6 厚生大臣又は都道府県知事は、必要があると認めるときは、精神病院の管理者に対し、当該精神病院に入院中の者の症状若しくは処遇に関し、報告を求め、若しくは診療録その他の帳簿書類の提出若しくは提示を命じ、当該職員若しくはその指定する指定医に、精神病院に立ち入り、これらの事項に関し、診療録その他の帳簿書類を検査させ、若しくは当該精神病院に入院中の者その他の関係者に質問させ、又はその指定する指定医に、精神病院に立ち入り、当該精神病院に入院中の者を診察させることができ

る。

- 2 厚生大臣又は都道府県知事は、必要があると認めるときは、精神病院の管理者、精神病院に入院中の者又は第33条第1項若しくは第2項若しくは第34条の規定による入院について同意をした者に対し、この法律による入院に必要な手続に関し、報告を求め、又は帳簿書類の提出若しくは提示を命じることができる。
- 3 第27条第5項及び第6項の規定は、第1項の規定による立入検査、質問又は診察について準用する。

(改善命令等)

第38条の7 厚生大臣又は都道府県知事は、精神病院に入院中の者の処遇が第36条の規定に違反していると認めるとき又は第37条第1項の基準に適合していないと認めるときその他精神病院に入院中の者の処遇が著しく適当でないとき認めるときは、当該精神病院の管理者に対し、その処遇の改善のために必要な措置を採ることを命ずることができる。

- 2 厚生大臣又は都道府県知事は、必要があると認めるときは、第22条の3第3項の規定により入院している者は第33条第1項若しくは第2項、第33条の4第1項若しくは第34条の規定により入院した者について、その指定する2人以上の指定医に診察させ、各指定医の診察の結果がその入院を継続する必要があることに一致しない場合又はこれらの者の入院がこの法律若しくはこの法律に基づく命令に違反して行われた場合には、これらの者が入院している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。

(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、指定医による診察の結果、措置入院者の症状に照ら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第1項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、かつ、仮退院した者の保護に当た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。

(精神保健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、精神保健に関する相談に応じ、及び精神障害者を訪問して必要な指導を行うための職員を置くことができる。

2 前項の職員は、学校教育法(昭和22年法律第26号)に基づく大学において社会福祉に関する科目を修めて卒業した者であつて、精神保健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つたもの、第29条の3又は第29条の4第1項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、精神保健に関する相談に応じさせ、及びその者を訪問し精神保健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、精神病院又はこの法律若しく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。

(覚せい剤の慢性中毒者に対する措置)

第51条 第19条の4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いて準用する。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。

第6章 罰則

第52条 次の各号の一に該当する者は、3年以下の懲役又は50万円以下の罰金に処する。

- 一 第38条の3第4項（第51条において準用する場合を含む。）の規定による命令に違反した者
- 二 第38条の5第5項（第51条において準用する場合を含む。）の規定による退院の命令に違反した者
- 三 第38条の7第2項（第51条において準用する場合を含む。）の規定による命令に違反した者

第53条 精神病院の管理者、指定医、地方精神保健審議会の委員若しくは臨時委員、精神医療審査会の委員若しくは第43条（第51条において準用する場合を含む。）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つた者が、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正当な理由がなく漏らしたときは、1年以下の懲役又は30万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つた者が、この法律の規定に基づく精神病院の管理者の職務の執行を補助するに際して知り得た人の秘密を正当な理由がなく漏らしたときも、前項と同様とする。

第54条 虚偽の事実を記載して第23条第1項（第51条において準用する場合を含む。）の申請をした者は、6月以下の懲役又は20万円以下の罰金に処する。

第55条 次の各号の一に該当する者は、10万円以下の罰金に処する。

- 一 第27条第1項又は第2項（これらの規定を第51条において準用する場合を含む。）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27条第4項（第51条において準用する場合を含む。）の規定による立入りを拒み、若しくは妨げた者

二 第29条の2第1項(第51条において準用する場合を含む。)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29条の2第4項(第51条において準用する場合を含む。)において準用する第27条第4項の規定による立入りを拒み、若しくは妨げた者

三 第38条の6第1項(第51条において準用する場合を含む。以下この号において同じ。)の規定による報告若しくは提出若しくは提示をせず、若しくは虚偽の報告をし、同項の規定による検査若しくは診察を拒み、妨げ、若しくは忌避し、又は同項の規定による質問に対して、正当な理由がなく答弁せず、若しくは虚偽の答弁をした者

四 第38条の6第2項(第51条において準用する場合を含む。)の規定による報告若しくは提出若しくは提示をせず、又は虚偽の報告をした精神病院の管理者

第56条 法人の代表者又は法人若しくは人の代理人、使用人その他の従業者が、その法人又は人の業務に関して第52条又は前条の違反行為をしたときは、行為者を罰するほか、その法人又は人に対しても各本条の罰金刑を科する。

第57条 次の各号の一に該当する者は、10万円以下の過料に処する。

一 第22条の3第3項後段又は第4項(これらの規定を第51条において準用する場合を含む。)の規定に違反した者

二 第33条第4項(第51条において準用する場合を含む。)の規定に違反した者

三 第33条の4第2項(第51条において準用する場合を含む。)の規定に違反した者

四 第34条の2(第51条において準用する場合を含む。)において準用する第33条第4項の規定に違反した者

五 第38条の2第1項(第51条において準用する場合を含む。)又は第38条の2第2項(第51条において準用する場合を含む。)において準用する第38条の2第1項の規定に違反した者

附 則 (抄)

(施行期日)

1 この法律は、公布の日〔昭和25年5月1日〕から施行する。

(廃止法令)

2 精神病患者監護法(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年度から昭和63年度までの各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。

附 則 (昭和62年9月26日法律第98号) (抄)

(施行期日)

第1条 この法律は、公布の日から起算して1年を超えない範囲内において政令で定める日〔昭和63年7月1日〕から施行する。ただし、次条の規定は、公布の日から施行する。

(施行前の準備)

第2条 第1条の規定による改正後の精神保健法(以下「新法」という。)第18条第1項第3号の精神障害及びその診断又は治療に従事した経験の程度、新法第28条の2第1項(新法第51条において準用する場合を含む。)及び新法第29条の2第4項(新法第51条において準用する場合を含む。)において準用する新法第28条の2第1項の基準、新法第36条第2項及び第3項(これらの規定を新法第51条において準用する場合を含む。)の行動の制限並びに新法第37条第1項(新法第51条において準用する場合を含む。)の基準の設定については、厚生大臣は、この法律の施行前においても公衆衛生審議会の意見を聴くことができる。

(経過措置)

第3条 この法律の施行の際現に第1条の規定による改正前の精神衛生法(以下「旧法」という。)第58条第1項の規定による指定を受けている者は、この法律の施行の日(以下「施行日」という。)において、新法第18条第1項の規定により指定を受けたものとみなす。

第4条 この法律の施行の際現に、旧法第29条第1項、第29条の2第1項、第33若しくは第34条(これらの規定を旧法第51条において準用する場合を含む。)の規定により精神病院(精神病院以下の病院で精神病室が設けられているものを含む。)に入院し、又は旧法第40条(旧法第51条において準用する場合を含む。)の規定により仮に退院している者は、それぞれ、新法第29条第1項、第29条の2第1項、第33条第1項若しくは第34条第1項(これらの規定を新法第51条において準用する場合を含む。)の規定により入院し、又は新法第40条(新法第51条において準用する場合を含む。)の規定により仮に退院したものとみなす。

第5条 前条の規定により新法第29条の2第1項(新法第51条において準用する場合を含む。)の規定により入院したものとみなされた者についての新法第29条の2第3項(新法第51条において準用する場合を含む。)の規定の適用については、同項中「72時間」とあるのは、「48時間」とする。

第6条 附則第4条の規定により新法第33条第1項又は第34条第1項(これらの規定を新法第51条において準用する場合を含む。)の規定により入院したものとみなされた者については、新法第33条第4項及び新法第34条の2において準用する新法第33条第4項

(これらの規定を新法第51条において準用する場合を含む。)の規定を適用せず、旧法第36条第1項(旧法第51条において準用する場合を含む。)の規定は、なおその効力を有する。

第7条 この法律の施行前にした行為及び前条の規定によりなおその効力を有することとされる場合におけるこの法律の施行後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。

第8条 この附則に定めるもののほか、この法律の施行に伴い必要な経過措置は、政令で定める。

(検討)

第9条 政府は、この法律の施行後5年を目途として、新法の規定の施行の状況を勘案し、必要があると認めるときは、新法の規定について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

◎精神保健法施行令

昭和25年5月23日

政令第155号

注 昭和63年4月8日政令第89号「精神衛生法等の一部を改正する法律の施行に伴う関係政令の整備に関する政令」第1条による改正現在

〔国庫の補助〕

第1条 精神保健法（以下「法」という。）第6条の規定による国庫の補助は、各年度において都道府県が精神病院及び精神病院以外の病院に設ける精神病室の設置及び運営（法第30条の規定による場合を除く。）のために支出した費用の額から、その年度における事業に伴う収入その他の収入の額を控除した清算額につき、厚生大臣が自治大臣及び大蔵大臣と協議して定める算定基準に従つて行うものとする。

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

〔精神保健センターに対する国庫補助〕

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

2 前条第2項の規定は、前項の場合に準用する。

〔精神医療審査会〕

第2条の2 精神医療審査会（以下「審査会」という。）に会長を置き、委員の互選によってこれを定める。

2 会長は、会務を総理する。

3 会長に事故があるときは、あらかじめ委員のうちから互選された者が、その職務を行う。

4 審査会は、会長が招集する。

5 審査会は、委員の過半数が出席しなければ、議事を開き、議決することができない。

6 審査会の議事は、出席した委員の過半数で決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。

7 審査の案件を取り扱う合議体に長を置き、合議体を構成する委員の互選によつてこれ

を定める。

- 8 合議体は、精神障害者の医療に関し学識経験を有する者のうちから任命された委員、法律に関し学識経験を有する者のうちから任命された委員及びその他の学識経験を有する者のうちから任命された委員がそれぞれ1人出席しなければ、議事を開き、議決することができない。
- 9 合議体の議事は、出席した委員の過半数で決する。
- 10 前各項に定めるもののほか、審査会の運営に関し必要な事項は、審査会が定める。
〔精神保健指定医の指定の申請〕

第2条の3 精神保健指定医の指定を受けようとする者は、申請書に厚生省令で定める書類を添え、住所地の都道府県知事を經由して、これを厚生大臣に提出しなければならない。
〔入院費に対する国庫の負担〕

- 第3条** 法第30条第2項の規定による国庫の負担は、各年度において都道府県が同条第1項の規定により支弁した費用の額から、その年度における法第31条の規定により徴収する費用の額の予定額（徴収した費用の額が予定額をこえたときは、徴収した額）及びその費用のための寄附金その他の収入の額を控除した額について行うものとする。
- 2 前項に規定する予定額は、厚生大臣があらかじめ大蔵大臣及び自治大臣と協議して定める基準に従つて算定する。
 - 3 第1条第2項の規定は、第1項の場合に準用する。

〔政令で定める病院等〕

第4条 法第32条第1項に規定する政令で定める病院若しくは診療所又は薬局は、次の各号に掲げるものとする。

- 一 健康保険法（大正11年法律第70号）第44条第1項に規定する特定承認保険医療機関
- 二 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第36条第4項に規定する病院若しくは診療所若しくは薬局又は同法第53条第1項に規定する特定承認療養取扱機関
- 三 船員保険法（昭和14年法律第73号）第28条第3項第2号に掲げる病院若しくは診療所又は薬局
- 四 労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）第13条第1項の規定による療養の給付を行なう病院若しくは診療所又は薬局
- 五 国家公務員等共済組合法（昭和33年法律第128号）第55条第1項第1号及び第2号（私立学校教職員共済組合法（昭和28年法律第245号）第25条において準用する場合を含む。）に掲げる医療機関又は薬局（日本国有鉄道改革法等施行法の施行に伴う経過措置等に関する政令（昭和62年政令第53号）第17条第1項の規定により国家公務員等共済組合法第55条第1項第1号に掲げる医療機関又は薬局とみなされるものを含む。）

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

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

〔審査及び支払事務の委託者〕

第4条の2 法第32条の2第3項に規定する政令で定める者は、国民健康保険団体連合会、国民健康保険法第45条第6項に規定する厚生大臣が指定する法人又は国家公務員等共済組合法第8条第2項に規定する日本鉄道共済組合とする。

〔費用の支弁及び負担〕

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

2 第1条第2項の規定は、前項の場合に準用する。

〔精神保健に関する業務に従事する職員の資格〕

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

一 学校教育法（昭和22年法律第26号）に基づく大学において心理学の課程を修めて卒業した者であつて、精神保健に関する知識及び経験を有するもの

二 医師

三 厚生大臣が指定した講習会の課程を修了した保健婦であつて、精神保健に関する経験を有するもの

四 前各号に準ずる者であつて、法第42条第1項の職員として必要な知識及び経験を有するもの

附 則

1 この政令は、公布の日〔昭和25年5月23日〕から施行し、法施行の日〔昭和25年5月1日〕から適用する。

2 左の勅令は、廃止する。

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

精神病院法施行令（大正12年勅令第325号）

附 則（昭和63年4月8日政令第89号）（抄）

（施行期日）

1 この政令は、精神衛生法等の一部を改正する法律の施行の日（昭和63年7月1日）から施行する。

◎精神保健法施行規則

昭和25年6月24日

厚生省令第31号

注 昭和63年4月8日厚生省令第29号「精神衛生法施行規則等の一部を改正する省令」第1条による改正現在

[申請書に添える書類]

第1条 精神保健法施行令（昭和25年政令第155号。以下「令」という。）第2条の3の厚生省令で定める書類は、次のとおりとする。

- 一 履歴書
- 二 医師免許証の写し
- 三 5年以上診断又は治療に従事した経験を有することを証する書面
- 四 3年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を有することを証する書面
- 五 精神保健法（昭和25年法律第123号。以下「法」という。）第18条第1項第3号に規定する厚生大臣が定める精神障害につき厚生大臣が定める程度の診断又は治療に従事した経験を有することを証する書面
- 六 法第18条第1項第4号に規定する研修の課程を修了したことを証する書面

[研修の課程]

第2条 法第18条第1項第4号及び第19条に規定する研修（次条において「研修」という。）の課程は、別表第1のとおりとする。

[研修課程修了証の交付]

第3条 研修の実施者は、その研修の課程を修了した者に対して、研修の課程を修了したことを証する書面を交付するものとする。

[指定後の研修受講義務]

第4条 法第18条第1項の規定により指定を受けた精神保健指定医（以下「指定医」という。）は、同項の規定により指定を受けた日の属する年度の翌年度を初年度とする同年度以後の5年度ごとの各年度に法第19条に規定する研修を受けなければならない。

[任意入院に際しての告知事項]

第5条 法第22条の3第1項の厚生省令で定める事項は、次のとおりとする。

- 一 患者の同意に基づく入院である旨
- 二 法第36条に規定する行動の制限に関する事項
- 三 法第22条の3第2項に規定する退院の申出により退院できる旨及び同条第3項前段

による措置（次条において「退院の制限」という。）に関する事項

[退院の制度を行う場合の診療録への記載事項]

第6条 法第22条の3第3項後段の厚生省令で定める事項は、次のとおりとする。

- 一 退院の制限の開始の年月日及び時刻
- 二 退院の制限を行つたときの症状
- 三 診察した指定医の氏名（指定医の署名によるものとする。以下同じ。）

[退院の制限を行う場合等の告知事項]

第7条 法第22条の3第4項，法第29条第3項（法第29条の2第4項，法第33条の5及び法第34条の2において準用する場合を含む。）及び法第33条の3本文の厚生省令で定める事項は，第5条第2号に掲げる事項とする。

[身分を示す証票]

第8条 法第27条第5項（法第38条の6第3項で準用する場合を含む。）に規定する指定医及び当該職員の身分を示す証票は，それぞれ別記様式第1号及び第2号によらなければならない。

[入院措置の解除が認められるに至ったときの届出事項]

第9条 法第29条の5の厚生省令で定める事項は，次のとおりとする。

- 一 精神病院（精神病院以外の病院であつて精神病室を有するものを含む。以下同じ。）の名称及び所在地
- 二 患者の住所，氏名，性別及び生年月日
- 三 入院年月日
- 四 病名及び入院後の病状又は状態像の経過の概要
- 五 退院後の処置に関する事項
- 六 退院後の帰住先及びその住所
- 七 診察した指定医の氏名
- 八 保護義務者の住所，氏名，性別，年月日及び患者との続柄

[費用負担の申請]

第10条 精神障害者又はその保護義務者が法第32条第3項の規定によつて申請しようとするときは，次に掲げる事項を記載した申請書を提出しなければならない。

- 一 申請者の住所，氏名及び精神障害者との関係
- 二 精神障害者の住所，氏名，生年月日及び性別
- 三 精神障害者が健康保険法（大正11年法律第70号），国民健康保険法（昭和33年法律第192号），船員保険法（昭和14年法律第73号），労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号），国家公務員等共済組合法（昭和33年法律第128号），地方公務員等共済組

法（昭和37年法律第152号）、私立学校教職員共済組合法（昭和28年法律第245号）、老人保健法（昭和57年法律第80号）又は生活保護法（昭和25年法律第144号）の規定による被保険者、労働者、組合員、被扶養者、70歳以上の加入者等又は医療費扶助を受けられることができる者であるときは、その旨

- 2 前項の申請書には、当該医療を受けようとする医師の別記様式第3号による意見書を添付しなければならない。
- 3 都道府県知事は、第1項の申請書の提出を受けたときは、保健所長が申請書を受理した日から1月以内に法第32条第1項の規定によつて費用を負担するかどうかを決定し、負担すべき旨を決定したときはすみやかに患者票を申請者に交付し、負担しない旨を決定したときはすみやかにその旨を申請者に通知しなければならない。
- 4 前項の患者票の交付を受けた者は、医療を受け又は受けさせるに当たつては、患者票を法第32条第1項の病院若しくは診療所又は薬局に掲示しなければならない。
- 5 法第32条第1項の規定によつて費用の負担を受けている者又はその保護義務者は、その医療を受ける病院又は診療所を変更しようとするときは、あらかじめ精神障害者の居住地を管轄する保健所長を経て、都道府県知事に届け出なければならない。
- 6 第3項の患者票の交付を受けた者は、その精神障害者について医療を受ける必要がなくなつたときは、すみやかに、患者票を精神障害者の居住地を管轄する保健所長を経て、都道府県知事に返納しなければならない。

〔診療報酬の請求〕

第11条 国若しくは都道府県の設置した精神病院（精神病院以外の病院であつて精神病室を有するものを含む。）若しくは指定病院又は法第32条第1項の病院若しくは診療所若しくは薬局は、療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）の定めるところにより、当該病院若しくは診療所又は薬局が行つた医療に係る診療報酬を請求するものとする。ただし、当該医療を受けた者が国民健康保険法（昭和33年法律第192号）に規定する被保険者である場合の当該診療報酬の請求（当該医療につき同法による療養の給付（特定療養費の支給を含む。）又は老人保健法による医療に関する費用の請求を併せて行う場合に限る。）に関する手続については、療養取扱機関の療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和49年厚生省令第13号）の定めるところによる。

〔診療報酬の請求、支払方式が異なる病院等の告示〕

第12条 都道府県知事は、法第32条第1項の規定により、その開設者から診療報酬の請求及び支払に関し法第32条の2に規定する方式によらない旨の申出があつた病院若しくは診療所又は薬局の名称及び所在地を告示するものとする。

[医療保護入院の措置を採ったときの届出事項]

第13条 法第33条第4項の厚生省令で定める事項は、次の各号に掲げる届出の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める事項とする。

一 法第33条第1項の規定による措置に係る届出

- イ 精神病院の名称及び所在地
- ロ 患者の住所、氏名、性別及び生年月日
- ハ 入院年月日
- ニ 病名
- ホ 生活歴及び現病歴
- ヘ 診察した指定医の氏名
- ト 保健義務者の住所、氏名、性別、生年月日及び患者との続柄
- チ 保護義務者が法第20条第2項第4号に掲げる者（以下「選任保護義務者」という。）であるときは、その選任年月日

二 法第33条第2項の規定による措置に係る届出

- イ 入院について同意した扶養義務者の住所、氏名、性別、生年月日及び患者との続柄
- ロ 法第20条第2項第4号の規定による家庭裁判所の選任の申立年月日
- ハ 前号イからニまで及びへに掲げる事項

[医療保護入院者を退院させたときの届出事項]

第14条 法第33条の2の厚生省令で定める事項は、次のとおりとする。

- 一 精神病院の名称及び所在地
- 二 患者の住所、氏名、性別及び生年月日
- 三 退院年月日
- 四 病名
- 五 退院後の処置に関する事項
- 六 退院後の帰住先及びその住所
- 七 保護義務者の住所、氏名、性別、生年月日及び患者との続柄

[医療保護入院に係る告知を行わなかった場合の診療録への記載事項]

第15条 法第33条の3の規定により診療録に記載しなければならない事項は、次のとおりとする。

- 一 法第33条の3本文に規定する事項（以下「医療保護入院に係る告知事項」という。）のうち知らせなかつたもの
- 二 症状その他医療入院に係る告知事項を知らせることがその者の医療及び保護を図る上で支障があると認められた理由

三 医療保護入院に係る告知事項を知らせた年月日

[応急入院の措置を採ったときの届出事項]

第16条 法第33条の4第2項の厚生省令で定める事項は、次のとおりとする。

- 一 精神病院の名称及び所在地
- 二 患者の住所、氏名、性別及び生年月日
- 三 入院年月日及び時刻
- 四 病名及び症状
- 五 診察した指定医の氏名
- 六 医療及び保護を依頼した者の患者との関係

[仮入院の措置を採ったときの届出事項]

第17条 法第34条の2において準用する法第33条の4項の厚生省令で定める事項は、次のとおりとする。

- 一 精神病院の名称及び所在地
- 二 患者の住所、氏名、性別及び生年月日
- 三 入院年月日
- 四 病名
- 五 診察した指定医の氏名
- 六 入院について同意した者の住所、氏名、性別、生年月日及び患者との続柄

[患者の隔離等厚生大臣が定める行動の制限を行つた場合の診療録への記載事項]

第18条 法第36条第3項後段の厚生省令で定める事項は、次のとおりとする。

- 一 法第36条第3項の規定による指定医が必要と認めて行つた制限の内容
- 二 前号に掲げる行動の制限を行つたときの症状
- 三 第1号に掲げる行動の制限を開始した年月日及び時刻
- 四 第1号に掲げる行動の制限を必要と認めた指定医の氏名

[措置入院者に係る定期報告事項等]

第19条 法第38条の2第1項前段の厚生省令で定める事項は、次のとおりとする。

- 一 精神病院の名称及び所在地
- 二 患者の住所、氏名、性別及び生年月日
- 三 入院年月日及び前回の法第38条の2第1項前段の規定による報告の年月日
- 四 病名及び過去6月間の病状又は状態像の経過の概要
- 五 処遇に関する事項
- 六 生活歴及び現病歴
- 七 過去6月間の法第40条の規定による措置の状況

八 今後の治療方針

九 診察年月日及び診察した指定医の氏名

十 保護義務者の住所、氏名、性別、生年月日及び患者との続柄

十一 保護義務者が選任保護義務者であるときは、その選任年月日

2 法第38条の2第1項後段の厚生省令で定める事項は、次のとおりとする。

一 症状

二 前項第4号及び第6号に掲げる事項

3 法第38条の2第1項前段の規定による報告は、法第29条第1項の規定による措置が採られた日の属する月の翌月を初月とする同月以後の6月ごとの各月に行わなければならない。

[医療保護入院者に係る定期報告事項等]

第20条 法第38条の2第2項において準用する同条第1項前段の厚生省令で定める事項は、次のとおりとする。

一 入院年月日及び前回の法第38条の2第2項において準用する同条第1項前段の規定による報告の年月日

二 病名及び過去12月間の病状又は状態像の経過の概要

三 過去12月間の外泊の状況

四 前条第1項第1号、第2号、第6号及び第8号から第10号までに掲げる事項

2 法第38条の2第2項において準用する同条第1項後段の厚生省令で定める事項は、次のとおりとする。

一 症状

二 前項第2号及び前条第1項第6号に掲げる事項

3 法第38条の2第2項において準用する同条第1項前段の規定による報告は、法第33条第1項の規定による措置が採られた日の属する月の翌月を初月とする同月以後の12月ごとの各月に行わなければならない。

[精神医療審査会への通知事項]

第21条 法第38条の3第1項の厚生省令で定める事項は、次の各号に掲げる報告又は届出の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める事項とする。

一 法第38条の2第1項前段の規定による報告 第19条第1項各号に掲げる事項

二 法第38条の2第2項において準用する同条第1項前段の規定による報告 第20条第1項各号に掲げる事項

三 法第33条第4項の規定による届出 第13条第1号イからチまでに掲げる事項

[退院等の請求]

第22条 法第38条の4の規定による請求は、次に掲げる事項に関し申し立てることにより

行うものとする。

- 一 患者の住所、氏名及び生年月日
- 二 請求人が患者本人でない場合にあつては、その者の住所、氏名及び患者との続柄
- 三 患者が入院している精神病院の名称
- 四 請求の趣旨及び理由
- 五 請求年月日

附 則

- 1 この省令は、公布の日〔昭和25年6月24日〕から施行し、法施行の日〔昭和25年5月1日〕から適用する。
- 2 精神病患者監護法施行規則（明治33年内務省令第35号）及び精神病院法施行規則（大正12年内務省令第17号）は廃止する。
- 3 精神衛生法等の一部を改正する法律（昭和62年法律第98号。以下この項において「一部改正法」という。）附則第3条の規定により一部改正法の施行の日において法第18条第1項の規定により指定を受けたものとみなされた者は、第4条の規定にかかわらず、別表第2の上欄に掲げる一部改正法による改正前の精神衛生法（昭和25年法律第123号）第18条第1項の規定により指定を受けた日の属する年度に応じ、それぞれ同表の下欄に掲げる年度に法第19条に規定する研修を受けなければならない。

附 則（昭和63年4月8日厚生省令第29号）

- 1 この省令は、精神衛生法等の一部を改正する法律の施行の日（昭和63年7月1日）から施行する。
- 2 この省令の施行の際現に交付されているこの省令による改正前の様式による精神衛生鑑定医の身分を示す証票は、この省令による改正後の様式による精神保健指定医の身分を示す証票とみなす。

別表第1（第2条関係）

科	目	時間数	備 考
精神保健関係法規及び精神保健行政 精神保健法及び精神保健行政概論 医療と法 人権と法		7	関係行政法規を含む。 憲法、人身保護法、行政不服審査法等について教授すること。
精神医学		3	最近の精神医学の動向及び地域精神保健について教授すること。
事例研究		4	
合	計	14	

別表第2 (附則第3項関係)

精神衛生鑑定医指定年度	研 修 受 講 年 度
昭和25年度から昭和32年度まで 昭和48年度 昭和53年度 昭和58年度	昭和63年度及び同年度以後の5年度ごとの各年度
昭和33年度から昭和37年度まで 昭和49年度 昭和54年度 昭和59年度	平成元年度及び同年度以後の5年度ごとの各年度
昭和38年度から昭和42年度まで 昭和50年度 昭和55年度 昭和60年度	平成2年度及び同年度以後の5年度ごとの各年度
昭和43年度から昭和47年度まで 昭和51年度 昭和56年度 昭和61年度	平成3年度及び同年度以後の5年度ごとの各年度
昭和52年度 昭和57年度 昭和62年度 昭和63年度	平成4年度及び同年度以後の5年度ごとの各年度

<p style="text-align: center;">(表)</p> <p style="text-align: center;">第 号</p> <p style="text-align: center;">(住所)</p> <p style="text-align: center;">(勤務先)</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 生</p> <p style="text-align: center;">精神保健指定医の証</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">厚生省 印</p>	<p style="text-align: center;">(裏)</p> <p style="text-align: center;">写 真 ち よ う 付 面</p>
--	---

(日本工業規格 B 列 7 番)

<p style="text-align: center;">(裏)</p> <p style="text-align: center;">(報告徴取等)</p> <p>第三十八条の六 厚生大臣又は都道府県知事は、必要があると認めるときは、精神病院の管理者に対し、当該精神病院に入院中の者の症状若しくは処遇に関し、報告を求め、若しくは当該精神病院に他の帳簿書類の提出若しくは提示を命じ、当該職員若しくはその診療その他の帳簿書類を提出し、若しくはこれら事項に関し、診療録その他の帳簿書類を検査させ、又は若しくは当該精神病院に入院中の者その他の関係者に質問させ、又はその指定する指定医に、精神病院に立ち入り、当該精神病院に入院中の者を診療させることができる。</p> <p>2 略</p> <p>3 第二十七条第五項及び第六項の規定は、第一項の規定による立入検査、質問又は診察について準用する。</p> <p>(注意)</p> <p>一 この証票の取扱いに注意し、破り、汚し、又は失つたときは直ちに厚生大臣に届け出ること。</p> <p>二 精神保健指定医でなくなつたときは、厚生大臣に返還すること。</p>	<p style="text-align: center;">(面)</p> <p style="text-align: center;">精神保健法抜すい</p> <p>(申請等に基づき行われる指定医の診察等)</p> <p>第二十七条 都道府県知事は、第二十三条から前条までの規定による申請、通報又は届出のあつた者について調査の上必要があるときは、その指定する指定医をして診察をさせなければならない。認めるときは、その指定する指定医をして診察をさせなければならない。</p> <p>2 都道府県知事は、入院させなければ精神病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、第二十三条から前条までの規定による申請、通報又は届出がない場合においても、その指定する指定医をして診察をさせることができる。</p> <p>3 都道府県知事は、前三項の規定により診察をさせる場合には、当該職員を立ち会わせなければならない。</p> <p>4 指定医及び前項の当該職員は、前三項の職務を行うに当たつて必要な限度においてその者の居住する場所へ立ち入ることができる。</p> <p>5 前項の規定によつてその者の居住する場所へ立ち入る場合には、指定医及び当該職員は、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提示しなければならない。</p> <p>6 第四項の立ち入りの権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。</p>
--	---

平成 年 月 日 厚生省(都道府県)印	精神保健職員 の 証 年 月 日生 第 号 第 号 (職)氏名	写 真 ち よ う 付 面	
-------------------------------------	---	---------------------------------	--

(日本工業規格 B 列 7 番)

(裏面)	(正面)
<p>精神保健法抜粋</p> <p>(申請等に基づき行われる指定医の診察等)</p> <p>第二十七条 都道府県知事は、第二十三条から前条までの規定による申請、通報又は届出のあつた者について調査の上必要があるとき、その指定する指定医をして診察をさせなければならない。</p> <p>2 都道府県知事は、入院させなければ精神病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、第二十三条から前条までの規定による申請、通報又は届出がない場合において、その指定する指定医をして診察をさせることができる。</p> <p>3 都道府県知事は、前二項の規定により診察をさせる場合には、当該職員を立ち会わせなければならない。</p> <p>4 指定医及び前項の当該職員は、前三項の職務を行うに当たつて必要な限度においてその者の居住する場所へ立ち入ることができる。</p> <p>5 前項の規定によつてその者の居住する場所へ立ち入る場合には、指定医及び当該職員は、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提示しなければならない。</p> <p>6 第四項の立ち入りの権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。</p> <p>(報告徴収等)</p> <p>第三十八条の六 厚生大臣又は都道府県知事は、必要があると認めるときは、精神病院の管理者に対し、当該精神病院に入院中の者の症状若しくは処遇に関し、報告を求め、若しくはその診療録その他の帳簿書類の提出若しくは提示を命じ、当該職員若しくはその指定する指定医に検査させ、若しくは当該精神病院に入院中の者その他の関係者に質問させ、又はその指定する指定医に、精神病院に立ち入り、当該精神病院に入院中の者を診察させることができる。</p> <p>2 略</p> <p>3 第二十七条第五項及び第六項の規定は、第一項の規定による立入検査、質問又は診察について準用する。</p> <p>(注意)</p> <p>一 この証票の取扱いに注意し、破り、汚し、又は失つたときは直ちに厚生大臣(都道府県知事)に届け出ること。</p> <p>二 精神保健職員でなくなつたときは、厚生大臣(都道府県知事)に返還すること。</p>	<p>精神保健法抜粋</p> <p>(申請等に基づき行われる指定医の診察等)</p> <p>第二十七条 都道府県知事は、第二十三条から前条までの規定による申請、通報又は届出のあつた者について調査の上必要があるとき、その指定する指定医をして診察をさせなければならない。</p> <p>2 都道府県知事は、入院させなければ精神病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、第二十三条から前条までの規定による申請、通報又は届出がない場合において、その指定する指定医をして診察をさせることができる。</p> <p>3 都道府県知事は、前二項の規定により診察をさせる場合には、当該職員を立ち会わせなければならない。</p> <p>4 指定医及び前項の当該職員は、前三項の職務を行うに当たつて必要な限度においてその者の居住する場所へ立ち入ることができる。</p> <p>5 前項の規定によつてその者の居住する場所へ立ち入る場合には、指定医及び当該職員は、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提示しなければならない。</p> <p>6 第四項の立ち入りの権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。</p>

意見書

別記様式第三号

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

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

◎精神保健法第18条第1項第3号の規定に基づき厚生大臣が定める精神障害及び厚生大臣が定める程度

昭和63年4月8日

厚生省告示第124号

精神保健法（昭和25年法律第123号）第18条第1項第3号の規定に基づき、厚生大臣が定める精神障害及び厚生大臣が定める程度を次のように定め、昭和63年7月1日から適用する。

厚生大臣の定める精神障害	厚生大臣の定める程度
精神分裂病圏	精神保健法(昭和25年法律第123号)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。)又は同法第33条第1項の規定により入院した者(以下「医療保護入院者」という。)につき3例(措置入院者につき1例以上を含む。)以上
躁うつ病圏	措置入院者又は医療保護入院者につき1例以上
中毒性精神障害	措置入院者又は医療保護入院者につき1例以上
児童・思春期精神障害	措置入院者又は医療保護入院者につき1例以上
症状性又は器質性精神障害(老年期痴呆を除く。)	措置入院者又は医療保護入院者につき1例以上
老年期痴呆	措置入院者又は医療保護入院者につき1例以上

(注) この表において「児童・思春期精神障害」とは、18歳未満の者の精神障害をいう。

◎精神保健法第28条の2第1項の規定に基づく 厚生大臣の定める基準

昭和63年4月8日

厚生省告示第125号

精神保健法（昭和25年法律第123号）第28条の2第1項（第29条の2第4項において準用する場合を含む。）の規定に基づき、厚生大臣の定める基準を次のように定め、昭和63年7月1日から適用する。

第1

- 1 精神保健法（昭和25年法律第123号。以下「法」という。）第29条第1項の規定に基づく入院に係る精神障害者であり、かつ、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旨の法第18条第1項の規定により指定された精神保健指定医による判定は、診察を実施した者について、入院させなければその精神障害のために、次の表に示した病状又は状態像により、自殺企図等、自己の生命、身体を害する行為（以下「自傷行為」という。）又は殺人、傷害、暴行、性的問題行動、侮辱、器物破損、強盗、恐喝、窃盗、詐欺、放火、弄火等他の者の生命、身体、貞操、名誉、財産等又は社会的法益等に害を及ぼす行為（以下「他害行為」といい、原則として刑罰法令に触れる程度の行為をいう。）を引き起こすおそれがあると認めた場合に行うものとする。
- 2 自傷行為又は他害行為のおそれの認定に当たっては、当該者の既往歴、現病歴及びこれらに関連する事実行為を考慮するものとする。

病状又は状態像	自傷行為又は他害行為のおそれの認定に関する事項	原因となる主な精神障害の例示
抑うつ状態	悲哀感、焦燥感、絶望感等の一般的な抑うつ感情、思考面での集中困難、思考制止、行動面での運動制止等がみられ、これに抑うつの内容的な錯覚、幻覚、妄想を伴うことがしばしばあることから、このような病状又は状態像にある精神障害者は、自殺念慮、自傷念慮、心中念慮等を抱く結果、自傷行為又は他害行為を行うことがある。	躁うつ病圏 精神分裂病圏 病状性又は器質性精神障害 心因性精神障害 等

躁状態	爽快感，易怒的，刺激的な昂揚感等の躁的感情，自我感情の肥大，思考面での観念奔逸，行動面での運動興奮等がみられ，これに躁的な内容の誇大等の妄想を伴うことがしばしばあることから，このような病状又は状態像にある精神障害者は，思考及び運動の抑制が減弱又は欠如し，傲慢不遜な態度が度を越す結果，自傷行為又は他害行為を行うことがある。	躁うつ病圏 精神分裂病圏 症状性又は器質性 精神障害 等
幻覚妄想状態	幻覚，妄想がみられ，これに幻覚，妄想に対する自覚，洞察の欠如を伴うことがしばしばあることから，このような病状又は状態像にある精神障害者は，現実検討能力に欠け，恐慌状態や興奮状態に陥りやすい結果，自傷行為又は他害行為を行うことがある。	精神分裂病圏 中毒性精神障害 躁うつ病圏 病状性又は器質性 精神障害 等
精神運動興奮状態	欲動や意志の昂進又は抑制の減弱がみられ，これに思考の滅裂傾向を伴うことがしばしばあることから，このような病状又は状態像にある精神障害者は，多動興奮状態に陥りやすい結果，突発的に自傷行為又は他害行為を行うことがある。	精神分裂病圏 中毒性精神障害 躁うつ病圏 心因性精神障害 症状性又は器質性 精神障害 等
昏迷状態	意志発動性が強く抑制されているために，精神的にも身体的にも外界にほとんど応答できない状態がみられ，このような病状又は状態像にある精神障害者は，対人接触等の日常社会活動のみならず，摂食，排泄，睡眠等の生命維持に必要な活動を行うことができない結果，又は突発的な衝動行為を行う結果，自傷行為又は他害行為を行うことがある。	精神分裂病圏 心因性精神障害 躁うつ病圏 中毒性精神障害 等
意識障害	周囲に対して適切な注意を払い，外界の刺激的に受けとつて対象を認知し，必要な思考及び判	中毒性精神障害 症状性又は器質性

	断を行つて行動に移し、それらのことの要点を記憶に留めておくという一連の能力の全般的な障害がみられ、このような病状又は状態像にある精神障害者は、見当識の障害を伴う結果、自傷行為又は他害行為を行うことがある。	精神障害 心因性精神障害 等
知能障害	先天性若しくは幼少時発症の脳障害により知能の発達障害された状態又は成人後に生ずる器質的脳障害により知能が低下している状態にあり、周囲との意志の疎通や外界に対する感情の表出等の障害がみられ、このような病状又は状態像にある精神障害者は、突発的な衝動行為等を伴う結果、自傷行為又は他害行為を行うことがある。	精神薄弱 病状性又は器質性 精神障害 等
人格の病的状態	知能にほとんど欠陥はないが、人格構成要素の不均衡又は人格全体の異常等のために、本人が悩み又は他人が悩まされ、そのため個人あるいは社会に対し対立するに至るような人格の病的状態がみられ、このような病状又は状態像にある精神障害者は、周囲との意志の疎通や外界に対する感情の表出又は内的葛藤の処理が障害されやすいことに起因する適応障害が顕著な場合、自傷行為又は他害行為を行うことがある。	精神病質 精神分裂病圏 症状性又は器質性 精神障害に伴う人 格変化 中毒性精神障害 けいれん発作後の 人格変容 等

第2

法第29条の2第1項の規定に基づく入院に係る精神障害者であり、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旨の法第18条第1項の規定により指定された精神保健指定医による判定は、診察を実施した者について、第1の表に示した病状又は状態像により、自傷行為又は他害行為を引き起こすおそれが著しいと認めた場合に行うものとする。

◎精神保健法第33条の4第1項の規定に基づく 厚生大臣の定める基準

昭和63年4月8日

厚生省告示第127号

精神保健法（昭和25年法律第123号）第33条の4第1項の規定に基づき、厚生大臣の定める基準を次のように定め、昭和63年7月1日から適用する。

- 1 精神保健法（昭和25年法律第123号）第18条第1項の規定により指定された精神保健指定医1名以上及び看護婦又は看護士3名以上が、常時、同法第33条の4第1項により入院する者（以下「応急入院者」という。）に対して診療応需の態勢を整えていること。
- 2 都道府県知事の承認を得て、看護、給食及び寝具設備の基準（昭和33年6月厚生省告示第178号）による看護（2類看護及び3類看護を除く。）を行つていること。ただし、地域における応急入院者に係る医療及び保護を提供する体制の確保を図る上でやむを得ない事情がある場合にはこの限りでない。
- 3 応急入院者のための病床として、常時、1床以上確保していること。
- 4 応急入院者の医療及び保護を行うにつき必要な設備を有していること。

◎精神保健法第36条第2項の規定に基づく 厚生大臣が定める行動の制限

昭和63年4月8日

厚生省告示第128号

精神保健法（昭和25年法律第123号）第36条第2項の規定に基づき、厚生大臣が定める行動の制限を次のように定め、昭和63年7月1日から適用する。

- 1 信書の発受の制限（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、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ことは、含まれない。）
- 2 都道府県及び地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との電話の制限
- 3 都道府県及び地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となろうとする弁護士との面会の制限

◎精神保健法第36条第3項の規定に基づく 厚生大臣が定める行動の制限

昭和63年4月8日

厚生省告示第129号

精神保健法（昭和25年法律第123号）第36条第3項の規定に基づき、厚生大臣が定める行動の制限を次のように定め、昭和63年7月1日から適用する。

- 1 患者の隔離（内側から患者本人の意思によつては出ることができない部屋の中へ1人だけ入室させることにより当該患者を他の患者から遮断する行動の制限をいい、12時間を超えるものに限る。）
- 2 身体的拘束（衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。）

◎精神保健法第37条第1項の規定に基づく 厚生大臣が定める処遇の基準

昭和63年4月8日

厚生省告示第130号

精神保健法（昭和25年法律第123号）第37条第1項の規定に基づき、厚生大臣が定める処遇の基準を次のように定め、昭和63年7月1日から適用する。

第1 基本理念

入院患者の処遇は、患者の個人としての尊厳を尊重し、その人権に配慮しつつ、適切な精神医療の確保及び社会復帰の促進に資するものでなければならないものとする。また、処遇に当たつて、患者の自由の制限が必要とされる場合においても、その旨を患者にできる限り説明して制限を行うよう努めるとともに、その制限は患者の症状に応じて最も制限の少ない方法により行われなければならないものとする。

第2 通信・面会について

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) 通信・面会は基本的に自由であることを、文書又は口頭により、患者及び保護義務者に伝えることが必要である。
- (3) 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つて、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 信書に関する事項

- (1) 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つ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。

- (2) 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、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した場合においては、当該措置を採った旨を診療録に記載するものとする。

3 電話に関する事項

- (1) 制限を行つた場合は、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。
- (2) 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等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 面会に関する事項

- (1) 制限を行つた場合は、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。
- (2) 入院後は患者の病状に応じ得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採らないものとする。
- (3) 面会する場合、患者が立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。

第3 患者の隔離について

1 基本的な考え方

- (1) 患者の隔離（以下「隔離」という。）は、患者の症状からみて、本人又は周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く、隔離以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難であると判断される場合に、その危険を最小限に減らし、患者本人の医療又は保護を図ることを目的として行われるものとする。
- (2) 隔離は、当該患者の症状からみて、その医療又は保護を図る上でやむを得ずなされるものであつて、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあつてはならないものとする。
- (3) 12時間を超えない隔離については精神保健指定医の判断を要するものではないが、この場合にあつてもその要否の判断は医師によつて行われなければならないものとする。
- (4) なお、本人の意思により閉鎖的環境の部屋に入室させることもあり得るが、この場合には隔離には当たらないものとする。この場合においては本人の意思による入室である旨の書面を得なければならないものとする。

2 対象となる患者に関する事項

隔離の対象となる患者は、主として次のような場合に該当すると認められる患者であり、隔離以外によい代替方法がない場合において行われるものとする。

ア 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合

イ 自殺企図又は自傷行為が切迫している場合

ウ 他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合

エ 急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合

オ 身体的合併症を有する患者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合

3 遵守事項

(1) 隔離を行つている閉鎖的環境の部屋に更に患者を入室させることはあつてはならないものとする。また、既に患者が入室している部屋に隔離のため他の患者を入室させることはあつてはならないものとする。

(2) 隔離を行うに当たつては、当該患者に対して隔離を行う理由を知らせよう努めるとともに、隔離を行つた旨及びその理由並びに隔離を始めた日時を診療録に記載するものとする。

(3) 隔離を行つている間においては、定期的な会話等による注意深い臨床的観察と適切な医療及び保護が確保されなければならないものとする。

(4) 隔離を行つている間においては、洗面、入浴、掃除等患者及び部屋の衛生の確保に配慮するものとする。

(5) 隔離が漫然と行われることがないように、医師は原則として少なくとも毎日1回診察を行うものとする。

第4 身体的拘束について

1 基本的な考え方

(1) 身体的拘束は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとする。

(2) 身体的拘束は、当該患者の生命を保護すること及び重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いた行動の制限であり、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるよ

うなことは蔽にあつてはならないものとする。

- (3) 身体的拘束を行う場合は、身体的拘束を行う目的のために特別に配慮して作られた衣類又は綿入り帯等を使用するものとし、手錠等の刑具類や他の目的に使用される紐、縄その他の物は使用してはならないものとする。

2 対象となる患者に関する事項

身体的拘束の対象となる患者は、主として次のような場合に該当すると認められる患者であり、身体的拘束以外によい代替方法がない場合において行われるものとする。

ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合

イ 多動又は不穏が顕著である場合

ウ ア又はイのほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合

3 遵守事項

- (1) 身体的拘束に当たつては、当該患者に対して身体的拘束を行う理由を知らせるよう努めるとともに、身体的拘束を行つた旨及びその理由並びに身体的拘束を始めた日時を診療録に記載するものとする。

- (2) 身体的拘束を行つている間においては、原則として常時の臨床的観察を行い、適切な医療及び保護を確保しなければならないものとする。

- (3) 身体的拘束が漫然と行われることがないように、医師は頻回に診察を行うものとする。

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 經 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

50	52	53	54	55	56	57	58	59
7,049	7,214	7,072	7,126	6,847	7,266	6,805	7,427	6,403
269	280	272	281	290	300	312	323	315
165	177	169	172	172	183	181	182	184
30	26	29	28	32	30	41	38	37
825	842	741	728	619	677	578	719	542
417	436	319	394	293	320	298	387	283
202	213	226	217	205	233	168	201	146

資料：患者調査（注．患者調査の周期は、昭和59年を最初の調査年として以後3年ごとの各年となった。）

表2 傷病(小分類)・受療の種別にみた全国推計患者数
(1日あたり受療患者数)

(昭和50年)

(単位:千人)

	総 数	人 院			外 来			往 診 (再掲)
		総 数	新入院	繰 越 入 院	総 数	初 診	再 来	
総 数	7,890.7	1,038.5	30.7	1,007.8	6,852.1	1,208.8	5,643.4	101.3
V 精神障害	301.3	248.5	0.9	247.6	52.8	6.2	46.6	0.9
アルコール精神病	3.3	3.2	0.0	3.1	0.1	-	0.1	-
精神分裂病	184.6	175.0	0.5	174.6	9.5	0.3	9.3	0.0
躁うつ病	16.0	10.9	0.1	10.7	5.2	0.4	4.8	0.1
その他の精神病	17.4	15.7	0.1	15.7	1.6	0.1	1.6	0.2
神経症	33.4	13.6	0.1	13.5	19.7	1.7	18.0	0.1
人格異常	1.7	1.6	-	1.6	0.1	0.0	0.1	-
アルコール依存	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
性精神病	13.1	12.1	0.0	12.1	1.0	0.2	0.8	-
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58年)

(単位:千人)

	総 数	人 院			外 来			往 診 (再掲)
		総 数	新入院	繰 越 入 院	総 数	初 診	再 来	
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
性精神病	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	-

(昭和59年)

(単位:千人)

	総 数	人 院			外 来			往 診 (再掲)
		総 数	新入院	繰 越 入 院	総 数	初 診	再 来	
総 数	7,698.7	1,343.8	61.6	1282.2	6,354.9	1,128.4	5,226.4	47.6
V 精神障害	378.6	310.7	4.2	306.4	68.0	5.8	62.2	0.6
老年期及び初老期の器質性精神病	27.9	24.7	0.6	24.1	3.3	0.3	3.0	0.3
アルコール精神病	3.0	2.8	0.0	2.8	0.1	0.0	0.1	-
精神分裂病	220.8	202.7	2.2	200.6	18.0	0.9	17.2	0.0
躁うつ病	21.2	13.4	0.2	13.3	7.8	0.5	7.3	-
その他の精神病	13.7	10.8	0.1	10.7	2.8	0.1	2.7	0.0
神経症	44.0	20.7	0.7	20.0	23.3	1.8	21.5	0.1
アルコール依存	17.9	16.4	0.2	16.2	1.4	0.2	1.3	0.0
その他の非精神病	13.8	5.4	0.2	5.3	8.4	1.8	6.5	-
性精神病	16.4	13.6	0.0	13.6	2.8	0.2	2.6	0.0
精神薄弱	16.4	13.6	0.0	13.6	2.8	0.2	2.6	0.0
VI 神経系及び感覚 器の疾患	651.5	67.9	2.6	65.3	583.6	86.6	497.0	1.6
てんかん	29.7	12.5	0.2	12.3	17.2	0.8	16.4	0.0

資料:患者調査

表3 入院・外来別受療者の疾病別割合 (%)

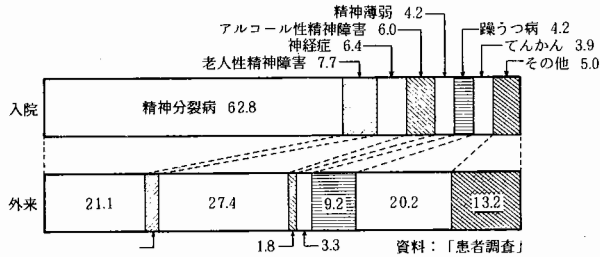


表4 主要傷病別受療率（人口10万対）の年次推移

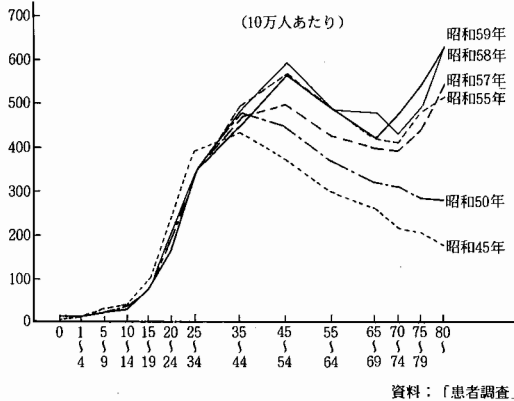


表5 年齢階級別精神障害受療率の年次推移

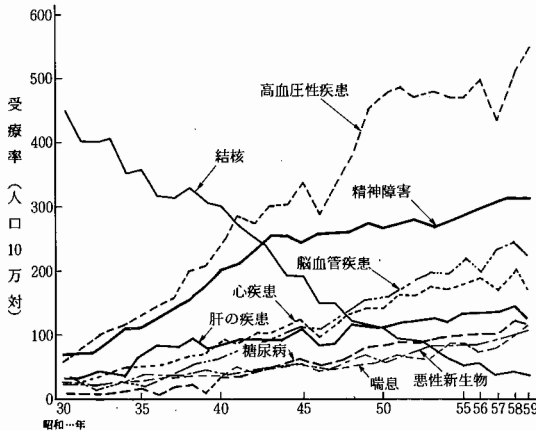


表6 都道府県別精神病院数病床数及び在院患者数等の状況

(62. 6. 30現在)

都道府県	人口千人 (61. 10. 1)	精神病院数	精神病床数	人口対病床数	在院患者数 A	病床利用率 (%)	人口万 対在院 患者数	措置 患者数 B	人口万 対措置 患者数	B/A (%)	昭和62年 通院医療費 承認件数	
北海道 青森 岩手 宮城 秋田	道森	5,678	129	21,245	37.4	21,655	101.9	38.1	1,123	2.0	5.2	52,861
	手	1,520	25	4,908	32.3	4,713	96.0	31.0	195	1.3	4.1	8,616
	城	1,431	22	4,897	34.2	4,806	98.1	33.6	156	1.1	3.2	6,432
	田	2,190	29	4,721	21.6	4,571	96.8	20.9	260	1.2	5.7	11,041
		1,249	26	4,789	38.3	4,821	100.7	38.6	502	4.0	10.4	5,231
山形 福島 茨城 栃木 群馬	形島	1,262	17	3,008	23.8	3,033	100.8	24.0	115	0.9	3.8	6,008
	城	2,085	41	8,472	40.6	8,369	98.8	40.1	879	4.2	10.5	8,077
	木	2,746	38	7,836	28.5	8,059	102.8	29.3	772	2.8	9.6	7,365
	群	1,879	29	5,634	30.0	5,537	98.3	29.5	393	2.1	7.1	4,588
		1,930	20	5,632	29.2	5,720	101.6	29.6	546	2.8	9.5	5,763
埼玉 千葉 東京 神奈川 新潟	玉	5,950	50	10,834	18.2	10,965	101.2	18.4	748	1.3	6.8	14,313
	葉	5,216	51	11,818	22.7	11,288	95.5	21.6	139	0.3	1.2	15,669
	京	11,893	115	26,244	22.1	25,307	96.4	21.3	98	0.1	0.4	56,052
	奈	7,542	56	12,254	16.2	11,753	95.9	15.6	478	0.6	4.1	36,313
	潟	2,479	31	7,063	28.5	7,434	105.3	30.0	372	1.5	5.0	10,188
富山 石川 福山 福山 長	山川	1,119	19	3,673	32.8	3,888	105.9	34.7	443	4.0	11.4	6,028
	井	1,155	29	3,953	34.2	3,843	97.2	33.3	140	1.2	3.6	3,088
	梨	820	11	2,076	25.3	1,936	93.3	23.6	230	2.8	11.9	1,239
	野	838	11	2,696	32.2	2,685	99.6	32.0	305	3.6	11.4	1,914
		2,144	32	6,019	28.1	5,642	93.7	26.3	453	2.1	8.0	9,621
岐阜 静岡 愛知 三重	阜	2,036	20	4,204	20.6	4,110	97.8	20.2	534	2.6	13.0	6,018
	岡	3,596	33	7,017	19.5	6,890	98.2	19.2	747	2.1	10.8	9,664
	知	6,507	55	13,429	20.6	13,106	97.6	20.1	939	1.4	7.2	19,857
	重	1,757	22	5,107	29.1	5,257	102.7	29.9	804	4.6	15.3	8,574
	賀	1,167	11	2,190	18.8	2,093	95.6	17.9	129	1.1	6.2	4,504
京都 大阪 兵庫 奈良 和歌山	都	2,596	23	6,928	26.7	6,646	95.9	25.6	113	0.4	1.7	14,827
	阪	8,706	68	21,048	24.2	20,156	95.8	23.2	251	0.3	1.2	60,259
	庫	5,302	41	10,843	20.5	10,823	99.8	20.4	1,071	2.0	9.9	18,692
	良	1,319	11	2,644	20.0	2,723	103.0	20.6	282	2.1	10.4	2,955
	山	1,065	13	2,999	27.6	2,909	97.0	26.8	409	3.8	14.1	3,214
鳥取 島根 岡山 広島 山口	取	617	11	1,988	32.2	1,900	95.6	30.8	88	1.4	4.6	3,591
	山	794	17	2,510	31.6	2,426	96.7	30.6	99	1.2	4.1	7,579
	山	1,923	23	5,626	29.3	5,174	92.0	26.9	337	1.8	6.5	9,211
	口	2,831	44	8,713	30.8	8,949	102.7	31.6	636	2.2	7.1	9,459
		1,599	34	6,357	39.8	6,576	103.4	41.1	676	4.2	10.3	6,168
徳島 香愛 高松 高松	島川	835	22	4,443	53.2	4,548	102.4	54.5	405	4.9	8.9	2,877
	媛	1,024	19	4,144	40.5	4,194	101.2	41.0	329	3.2	7.8	3,593
	知	1,529	22	4,876	31.9	4,953	101.6	32.4	483	3.2	9.8	7,955
	岡	838	26	4,212	50.3	4,133	98.1	49.3	446	5.3	10.8	6,317
		4,740	103	20,637	43.5	20,705	100.3	43.7	1,166	2.5	5.6	17,258
佐賀 長門 熊本 大分 大分	賀	880	19	4,230	48.1	4,141	97.9	47.1	328	3.7	7.9	4,068
	本	1,591	38	8,551	53.7	8,860	103.6	55.7	222	1.4	2.5	5,762
	分	1,842	46	9,080	49.3	8,868	97.7	48.1	799	4.3	9.0	6,640
	崎	1,250	25	4,751	38.0	5,161	108.6	41.3	706	5.6	13.7	4,871
		1,175	26	6,190	52.7	5,867	94.8	49.9	528	4.5	9.0	6,308
鹿嶋 沖	島	1,817	51	10,054	55.3	10,163	101.1	55.9	861	4.7	8.5	10,166
	縄	1,190	23	4,952	41.6	4,606	93.0	38.7	68	0.6	1.5	16,450
計	121,672	1,627	345,495	28.4	341,962	99.0	28.1	21,803	1.8	6.4	547,244	
61. 6. 30 計	121,047	1,610	339,161	28.0	340,863	100.5	28.2	26,209	2.2	7.7	513,808	

資料：1 病床利用率は病院報告（確定版）
 2 措置患者数は、厚生省報告例
 3 人口は総人口（総務庁統計局）
 4 通院医療費承認件数は厚生省報告例（昭和61年の年計）

表7 病名別・性別・年齢別在院患者数

(昭和63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 入 置 院 患 者 数	総 数	20歳未満	20歳以上 65歳未満	65歳以上	措 入 置 院 患 者 数	総 数	20歳未満	20歳以上 65歳未満	65歳以上	措 入 置 院 患 者 数
精 神 分 裂 病	211,533	1,451	190,687	19,415	15,639	121,279	819	113,286	7,174	10,231	90,274	632	77,401	12,241	5,408
躁 う つ 病	16,625	150	12,201	4,274	222	7,721	68	6,326	1,327	123	8,904	82	5,875	2,947	99
脳精 器神 質障 性害	総 数 41,868	47	8,139	33,682	172	16,953	30	5,525	11,398	128	24,915	17	2,614	22,284	44
アルツハイマー型	6,471	0	929	5,542	4	1,923	0	403	1,520	2	4,548	0	526	4,022	2
脳血管障害型	21,875	3	2,752	19,120	24	8,583	3	1,925	6,655	15	13,292	0	827	12,465	9
その他	6,679	21	1,545	5,113	37	2,816	14	1,085	1,717	26	3,863	7	460	3,396	11
その他	6,843	23	2,913	3,907	107	3,631	13	2,112	1,506	85	3,212	10	801	2,401	22
中精 神 毒 障 害 症 そ の 他 の 精 神 病	総 数 21,796	156	18,730	2,910	361	20,236	108	17,466	2,662	342	1,560	48	1,264	248	19
アルコール中毒	20,072	8	17,235	2,829	238	18,825	7	16,203	2,615	228	1,247	1	1,032	214	10
覚せい剤中毒	675	17	648	10	94	582	12	563	7	89	93	5	85	3	5
その他の中毒	1,049	131	847	71	29	829	89	700	40	25	220	42	147	31	4
精神薄弱	14,661	291	13,189	1,181	716	8,711	173	7,969	569	493	5,950	118	5,220	612	223
精神病質	1,956	34	1,626	296	74	1,442	21	1,226	195	63	514	13	400	101	11
精神神経症	9,710	555	7,838	1,317	56	4,514	255	3,948	311	28	5,196	300	3,890	1,006	28
てんか ん そ の 他	10,664	239	9,711	714	768	6,291	165	5,800	326	486	4,373	74	3,911	388	282
その他	4,971	373	3,098	1,500	55	2,513	210	1,759	544	34	2,458	163	1,339	956	21
合 計	345,145	3,545	274,066	67,534	18,353	194,952	1,977	167,684	25,291	12,064	150,193	1,568	106,382	42,243	6,269

資料：精神保健課調

表 8 都道府県別・性別・年齢別在院患者数 (合計) [昭和63年 6 月末現在]

	総 数					男					女				
	総 数	～19歳	20～64	65歳～	措 置	総 数	～19歳	20～64	65歳～	措 置	総 数	～19歳	20～64	65歳～	措 置
北海道	21,798	325	16,853	4,620	911	12,590	199	10,454	1,937	544	9,208	126	6,399	2,683	367
青森	4,697	20	3,737	940	161	2,825	11	2,408	406	106	1,872	9	1,329	534	55
岩手	4,797	55	4,072	670	143	2,963	27	2,659	277	115	1,834	28	1,413	393	28
宮城	4,588	49	3,593	946	200	2,430	28	2,097	305	115	2,158	21	1,496	641	85
秋田	4,772	26	3,798	948	274	2,814	11	2,395	408	185	1,958	15	1,403	540	89
山形	3,083	20	2,473	590	86	1,746	11	1,544	191	67	1,337	9	929	399	19
福島	8,488	81	6,701	1,706	764	5,008	51	4,313	644	511	3,480	30	2,388	1,062	253
茨城	8,067	39	6,993	1,035	583	4,868	23	4,421	424	398	3,199	16	2,572	611	185
栃木	5,518	26	4,854	638	320	3,249	9	2,967	273	185	2,269	17	1,887	365	135
群馬	5,729	46	4,619	1,064	450	3,283	25	2,849	409	283	2,446	21	1,770	655	167
埼玉	11,137	196	9,435	1,506	683	6,364	106	5,689	569	472	4,773	90	3,746	937	211
千葉	11,482	190	9,278	2,014	105	6,239	104	5,415	720	75	5,243	86	3,863	1,294	30
東京	25,269	428	20,188	4,653	91	13,836	230	11,841	1,765	78	11,433	198	8,347	2,888	13
神奈川	11,741	160	9,905	1,676	402	6,449	81	5,784	584	238	5,292	79	4,121	1,092	164
新潟	7,566	69	5,935	1,562	238	4,271	41	3,611	619	148	3,295	28	2,324	943	90
富山	3,894	31	3,234	629	357	2,310	23	2,027	260	239	1,584	8	1,207	369	118
石川	3,895	20	3,028	847	97	2,053	7	1,726	320	66	1,842	13	1,302	527	31
福山	1,937	20	1,658	259	196	1,100	5	985	110	130	837	15	673	149	66
山梨	2,695	39	2,249	407	225	1,540	26	1,336	178	149	1,155	13	913	229	76
長野	5,671	44	4,632	995	358	3,138	26	2,728	384	212	2,533	18	1,904	611	146
岐阜	4,119	42	3,531	546	449	2,301	23	2,088	190	253	1,818	19	1,443	356	196
静岡	7,105	55	6,091	959	631	4,129	23	3,736	370	416	2,976	32	2,355	589	215
愛知	12,989	203	11,100	1,686	837	7,522	109	6,775	638	474	5,467	94	4,325	1,048	363
三重	5,331	71	4,364	896	774	3,023	44	2,610	369	498	2,308	27	1,754	527	276
滋賀	2,101	14	1,697	390	126	1,105	5	979	121	82	996	9	718	269	44
京都	6,721	59	4,268	2,394	90	3,201	43	2,476	682	54	3,520	16	1,792	1,712	36
大阪	20,135	276	16,161	3,698	211	11,323	167	9,816	1,340	155	8,812	109	6,345	2,358	56
兵庫	11,005	81	8,676	2,248	904	6,063	42	5,229	792	611	4,942	39	3,447	1,456	293
奈良	2,725	17	2,186	522	266	1,520	11	1,323	186	177	1,205	6	863	336	89
和歌山	2,922	8	2,527	387	322	1,665	6	1,530	129	210	1,257	2	997	258	112
鳥取	1,947	8	1,536	403	80	1,109	2	961	146	54	838	6	575	257	26
岡山	2,400	43	1,828	529	76	1,339	26	1,120	193	48	1,061	17	708	336	28
山口	5,400	47	4,002	1,351	292	2,946	28	2,451	467	199	2,454	19	1,551	884	93
広島	9,088	111	7,138	1,839	623	5,318	71	4,550	697	451	3,770	40	2,588	1,142	172
山形	6,735	54	4,840	1,841	617	3,725	29	3,038	658	413	3,010	25	1,802	1,183	204
徳島	4,645	50	3,780	815	374	2,674	19	2,309	346	253	1,971	31	1,471	469	121
香川	4,198	21	3,206	971	280	2,380	11	1,994	375	207	1,818	10	1,212	596	73
愛媛	4,975	29	4,189	757	454	2,857	17	2,520	320	286	2,118	12	1,669	437	168
高知	4,089	22	3,049	971	367	2,341	10	1,964	367	241	1,748	12	1,085	651	126
福岡	21,236	142	15,980	5,114	988	12,065	67	10,050	1,948	663	9,171	75	5,930	3,166	325
佐賀	4,220	40	3,001	1,179	305	2,291	24	1,883	384	219	1,929	16	1,118	795	86
熊本	8,763	53	6,454	2,256	202	4,976	28	4,081	867	145	3,787	25	2,373	1,389	57
鹿儿岛	8,911	58	6,873	1,980	558	5,021	31	4,232	758	350	3,890	27	2,641	1,222	208
大分	5,174	16	4,198	960	681	2,981	7	2,614	360	480	2,193	9	1,584	600	201
宮崎	5,887	59	4,283	1,545	432	3,242	44	2,664	534	279	2,645	15	1,619	1,011	153
鹿児島	10,476	42	7,859	2,575	700	5,752	22	4,795	935	498	4,724	20	3,064	1,640	202
沖縄	5,024	40	4,014	970	70	3,007	24	2,647	336	52	2,017	16	1,367	634	18
計	345,145	3,545	274,066	67,534	18,353	194,952	1,977	167,684	25,291	12,084	150,193	1,568	106,382	42,243	6,269

表9 都道府県別疾病別在院患者数

	精神 分裂病	そううつ 病	脳器質性精神障害						中毒 総数
			総 数	痴呆性疾患			その他		
				総 数	アルツハ イマー型	脳血管 障害型			
北海道	10,982	1,169	2,977	2,288	314	1,543	431	689	2,420
青森	2,762	186	675	538	91	404	43	137	381
岩手	3,013	226	478	374	32	275	67	104	366
宮城	2,819	355	544	435	61	220	154	109	201
秋田	2,633	245	670	572	54	431	87	98	395
山形	1,897	195	428	362	64	273	25	66	88
福島	4,632	520	1,124	857	187	459	211	267	587
茨城	5,910	336	565	369	82	211	76	196	357
栃木	3,591	387	331	260	45	144	71	71	261
群馬	3,950	201	701	485	142	261	82	216	232
埼玉	7,608	659	732	620	144	351	125	112	457
千葉	7,723	570	1,138	946	173	521	252	192	630
東京都	16,771	1,480	2,546	2,034	444	1,224	366	512	1,103
東京	7,826	695	839	667	175	358	134	172	803
新潟	4,282	552	1,108	944	250	592	102	164	320
富山	2,393	245	344	260	15	189	56	84	218
石川	2,461	185	518	466	92	309	65	52	87
福井	1,407	99	96	76	37	29	10	20	55
山梨	1,919	110	187	134	18	81	35	53	97
長野	3,711	272	495	445	105	285	55	50	308
岐阜	2,748	155	251	207	51	115	41	44	151
静岡	4,754	319	481	308	37	187	84	173	353
愛知	8,151	708	1,114	855	84	240	531	259	682
三重	3,157	273	410	363	25	263	75	47	238
滋賀	1,314	114	220	201	70	94	37	19	75
京都	3,415	291	1,910	1,838	139	1,501	198	72	213
大阪	12,491	784	2,518	2,230	429	1,150	651	288	1,363
兵庫	6,893	416	1,425	1,198	297	515	386	227	576
奈良	1,741	138	248	203	82	79	42	45	161
和歌山	2,139	75	79	56	10	21	25	23	94
鳥取	1,236	100	252	198	37	130	31	54	150
島根	1,387	158	355	282	51	208	23	73	142
岡山	3,122	241	868	741	123	490	128	127	343
広島	5,380	474	1,138	960	229	471	260	178	912
山口	3,909	270	1,235	1,149	220	837	112	86	487
徳島	3,096	145	456	384	50	266	68	72	237
香川	2,510	139	647	536	56	442	38	111	299
愛媛	3,373	180	398	319	94	158	67	79	292
高知	2,399	158	518	470	106	262	102	48	444
福岡	11,215	849	3,528	2,996	488	2,021	487	532	1,862
佐賀	2,468	167	665	630	299	290	41	35	167
長崎	4,673	315	1,521	1,271	147	947	177	250	965
熊本	5,517	239	1,378	1,090	183	741	166	288	550
大分	3,450	221	511	467	73	357	37	44	384
宮崎	3,085	248	1,003	883	149	467	267	120	476
鹿児島	6,251	640	1,577	1,447	355	986	106	130	511
沖縄	3,389	121	666	611	82	477	52	55	303
合 計	211,553	16,625	41,868	35,025	6,471	21,875	6,679	6,843	21,796

資料：精神保健課調

(63年6月末現在)

性 精 神 障 害			その他の 精神 病	精 神 薄 弱	精 神 病	精 神 病 質	精 神 神 經 症	て ん ん	その他	合 計
アルコール 中毒	覚せい剤 中毒	その他の 中毒								
2,288	33	99	523	1,001	114	1,129	907	576	21,798	
369	0	12	182	172	15	132	125	67	4,697	
352	0	14	67	261	22	156	162	46	4,797	
182	3	16	133	166	18	105	148	99	4,588	
385	1	9	82	253	28	190	177	99	4,772	
83	2	3	42	174	19	92	108	40	3,083	
559	3	25	362	521	46	214	362	120	8,488	
310	21	26	100	306	35	128	250	80	8,067	
224	15	22	254	271	59	62	262	40	5,518	
215	4	13	159	152	10	141	137	46	5,729	
403	14	40	380	399	45	252	388	217	11,137	
548	32	50	443	225	13	330	246	164	11,482	
967	62	74	637	1,059	93	528	699	353	25,269	
734	20	49	216	250	18	554	386	154	11,741	
316	0	4	196	515	120	167	250	56	7,566	
202	1	15	110	148	48	236	93	59	3,894	
80	0	7	125	143	32	154	132	58	3,895	
49	0	6	36	40	7	116	73	8	1,937	
89	1	7	40	143	12	63	110	14	2,695	
300	3	5	61	157	38	390	171	68	5,671	
141	2	8	152	241	32	189	158	42	4,119	
329	3	21	301	318	35	278	212	54	7,105	
588	19	75	698	629	160	219	449	179	12,989	
227	6	5	330	274	43	223	169	214	5,331	
69	1	5	65	64	2	124	101	22	2,101	
186	18	9	292	135	0	269	171	25	6,721	
1,203	87	73	1,093	839	47	421	439	140	20,135	
521	20	35	543	391	67	331	304	59	11,005	
146	3	12	166	134	11	13	77	36	2,725	
88	0	6	302	124	7	36	51	15	2,922	
147	1	2	62	55	4	35	37	16	1,947	
137	2	3	92	97	3	76	61	29	2,400	
316	13	14	145	180	10	303	121	67	5,400	
846	27	39	197	369	51	139	258	170	9,088	
477	0	10	70	268	35	153	163	145	6,735	
225	2	10	115	195	23	155	136	87	4,645	
266	20	13	192	140	15	110	117	29	4,198	
269	17	6	194	221	14	114	147	42	4,975	
385	25	34	111	152	21	72	153	61	4,089	
1,634	147	81	810	1,203	389	610	563	207	21,236	
162	1	4	194	103	41	111	108	196	4,220	
947	5	13	214	551	62	142	256	64	8,763	
515	19	16	127	553	60	115	320	52	8,911	
377	4	3	121	162	10	60	173	82	5,174	
445	16	15	246	391	7	78	254	99	5,887	
492	2	17	181	473	15	124	399	305	10,476	
279	0	24	180	43	0	71	81	170	5,024	
20,072	675	1,049	11,341	14,661	1,956	9,710	10,664	4,971	345,145	

表10 都道府県別年間入退院患者数等

(昭和62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	7,959,704	16,174	16,061	493.9
青森	1,723,515	4,044	4,037	426.6
岩手	1,755,366	3,283	3,217	540.1
宮城	1,655,084	4,378	4,248	383.7
秋田	1,759,869	3,492	3,525	501.6
山形	1,103,674	3,120	3,079	356.1
福島	3,060,317	5,233	5,153	589.3
茨城	2,938,932	3,737	3,837	776.1
栃木	2,029,106	2,859	2,854	710.3
群馬	2,089,258	3,209	3,324	639.6
埼玉県	3,993,528	7,363	7,182	549.1
千葉県	4,115,766	9,915	9,712	419.4
東京都	9,231,745	19,259	19,495	476.4
神奈川県	4,302,548	9,947	10,337	424.2
新潟	2,726,758	5,306	5,176	520.3
富山	1,420,458	2,209	2,211	642.7
石川	1,407,146	2,394	2,350	593.2
福井	706,838	1,175	1,180	600.3
山梨	983,383	1,751	1,741	563.2
長野	2,066,935	4,824	4,853	427.2
岐阜	1,503,374	2,916	2,909	516.2
静岡県	2,521,622	4,837	4,830	521.7
愛知県	4,781,414	10,425	10,432	458.5
三重	1,922,321	3,032	2,952	642.5
滋賀	754,676	1,640	1,637	460.6
京都	2,434,309	4,837	4,145	542.0
大阪	7,335,265	17,033	17,202	428.5
兵庫県	3,954,951	7,864	7,794	505.2
奈良	988,219	1,474	1,473	670.7
和歌山	1,065,253	1,160	1,156	919.9
鳥取	694,411	1,688	1,674	413.1
島根	886,438	2,495	2,489	355.7
岡山	1,901,471	5,833	5,695	329.9
広島	3,260,463	6,774	6,594	487.8
山口	2,398,588	4,047	3,864	606.4
徳島	1,658,964	2,121	2,002	804.7
香川	1,530,347	2,942	2,916	522.5
愛媛	1,812,794	3,129	3,141	578.2
高知	1,510,705	3,286	3,317	457.6
高松	7,584,055	12,432	12,137	617.4
佐賀	1,525,188	2,667	2,584	580.9
長崎	3,241,876	4,105	4,190	781.6
熊本	3,255,080	4,420	4,382	739.6
大分	1,876,565	2,785	2,746	678.6
宮崎	2,147,605	3,860	3,898	553.6
鹿儿岛	3,749,262	4,990	4,909	757.5
沖縄	1,672,411	3,965	3,551	445.0
全 国	124,997,557	240,429	238,191	522.3

資料：病院報告

表11 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
	床	人	人	%	%
昭和45年	242,022	253,433	76,597	30.2	104.7
50	275,468	281,127	65,571	23.3	102.0
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
60	333,570	339,989	30,543	9.0	101.9
61	339,161	340,863	26,209	7.7	100.5
62	345,495	341,962	21,803	6.4	99.0

資料：病床数・入院患者数：病院報告
措置患者数：厚生省報告例

表12 単科精神病院の年間外来患者延数等の年次推移

年次	単科精神病院における年間外来患者延数	1日当り平均数	通院医療費公費負担承認件数
昭和45年	4,978,197	16,762	136,196
50	6,576,485	22,218	223,914
53	7,287,142	24,536	279,500
54	7,450,728	25,087	304,003
55	7,647,224	25,748	323,784
56	7,877,166	26,612	346,966
57	8,300,157	27,947	375,931
58	8,531,429	28,725	399,318
59	8,672,249	29,102	435,221
60	8,776,420	29,550	481,325
61	9,111,245	30,678	513,808
62	9,522,066	32,169	547,244

資料：1. 外来患者延数は病院報告
2. 公費負担承認件数は厚生省報告例

表13 在院患者数・措置患者数・医療扶助人員の年次推移

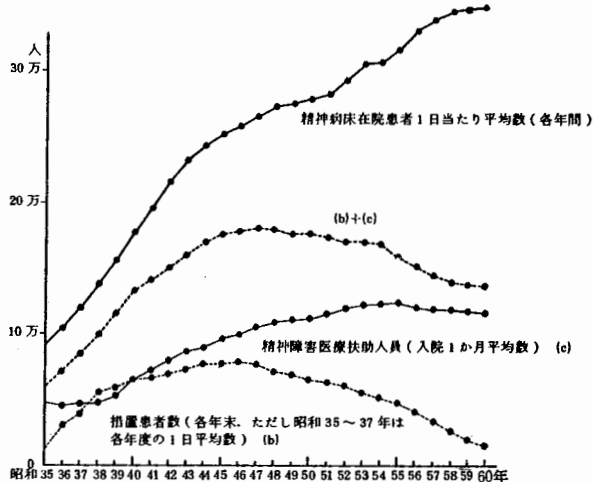


表14 都道府県別精神保健相談状況

(単位:人)

都道府県	精神保健被相談延人員														
	49年	50年	51年	52年	53年	54年	55年	56年	57年	58年	59年	60年	61年	62年	
北海道	6,205	5,916	5,718	6,810	6,445	6,420	6,525	6,650	6,760	7,357	7,604	7,370	8,991	10,757	
青森	207	206	224	228	240	267	288	304	351	357	410	553	657	610	
岩手	725	1,067	960	962	950	2,293	1,211	2,676	2,883	4,792	5,747	5,938	5,878	5,467	
宮城	2,992	3,307	3,660	3,327	3,906	4,755	3,721	4,027	4,352	3,741	3,816	3,655	3,834	4,180	
秋田	1,344	1,543	883	757	958	913	1,035	1,449	1,379	1,360	1,324	1,458	1,472	1,668	
山形	1,671	1,233	980	1,256	1,233	1,718	1,972	2,096	1,965	1,301	1,196	1,262	1,884	1,506	
福島	926	795	771	1,045	1,316	1,179	1,267	1,393	1,371	1,595	1,594	1,684	1,350	1,643	
茨城	1,248	1,534	1,630	1,487	1,444	1,922	1,995	2,454	2,411	2,700	1,927	2,353	3,542	3,612	
栃木	278	420	475	633	706	473	677	998	1,094	1,204	1,993	2,100	1,733	1,836	
群馬	1,285	1,571	2,609	2,549	2,309	1,896	2,428	2,165	2,095	2,164	2,302	2,719	5,014	6,906	
埼玉	944	897	1,170	1,683	1,578	2,171	2,994	4,433	5,354	5,850	7,783	12,248	15,612	17,935	
千葉	2,140	2,339	2,731	3,044	3,212	3,175	3,061	3,196	4,025	5,279	5,634	5,687	7,004	7,802	
東京	10,426	13,549	17,116	20,181	22,104	26,962	40,813	46,402	55,541	56,558	66,753	90,825	100,860	115,036	
神奈川	18,165	23,762	25,590	23,695	29,986	36,907	41,163	39,952	63,363	39,439	43,079	43,262	49,090	50,768	
新潟	4,875	4,336	4,933	5,972	5,670	5,360	6,635	7,092	5,413	4,899	6,146	4,942	5,407	7,917	
富山	482	373	438	419	403	441	608	670	1,121	1,465	2,066	2,098	2,279	2,336	
石川	694	571	577	590	747	870	866	1,030	1,173	1,322	1,768	1,930	2,872	3,379	
福井	186	220	224	336	741	583	509	301	942	1,057	1,360	3,485	4,303	3,401	
山梨	434	625	628	469	452	468	366	724	613	369	1,488	2,248	3,494	3,231	
長野	1,353	1,646	1,797	1,549	2,257	3,642	4,695	5,672	4,909	4,587	4,511	4,207	5,029	7,854	
岐阜	836	823	779	949	907	873	1,246	1,535	1,929	1,358	1,580	1,400	1,844	1,615	
静岡	2,458	2,619	3,064	3,445	3,648	3,690	4,105	3,920	4,288	4,812	5,821	6,865	7,861	8,838	
愛知	8,635	9,652	10,761	11,515	12,921	13,139	15,294	14,824	15,981	16,589	18,025	17,896	19,530	20,381	
三重	294	305	291	481	618	195	324	548	224	191	196	733	272	1,656	
滋賀	463	679	507	599	604	808	1,171	873	901	724	2,419	4,520	3,961	4,737	
京都	3,757	3,995	3,488	4,073	4,604	5,629	6,934	7,501	7,484	8,406	10,297	11,212	12,174	16,441	
大阪	20,261	20,298	23,036	27,431	32,404	36,298	46,736	46,405	56,774	71,133	81,408	87,772	94,971	101,825	
兵庫	10,371	8,734	9,160	9,795	11,339	15,173	16,471	19,222	23,099	22,717	23,278	24,187	28,169	31,117	
奈良	215	188	198	205	160	151	173	323	332	470	677	942	1,255	1,885	
和歌山	1,085	691	808	632	471	704	478	596	796	663	738	762	705	749	
鳥取	156	213	331	393	601	364	795	741	649	1,216	2,301	2,300	3,574	4,033	
島根	1,244	991	879	764	588	720	1,013	1,627	1,822	1,029	870	878	863	918	
岡山	769	914	787	1,070	1,228	1,498	1,680	1,231	2,202	1,756	1,410	1,337	1,261	1,391	
広島	2,302	2,205	2,588	2,787	3,054	3,076	4,432	5,477	5,510	6,294	9,238	11,179	16,792	17,842	
山口	1,100	926	1,260	2,199	1,315	1,469	1,830	2,906	3,240	2,834	3,014	3,811	4,120	5,934	
徳島	654	629	651	723	564	572	391	296	228	521	654	768	721	1,024	
香川	341	500	402	486	511	587	594	827	882	830	648	1,034	889	1,097	
愛媛	1,095	1,130	1,113	1,293	1,213	551	1,204	1,823	1,387	1,415	1,680	1,767	3,110	2,998	
高知	1,844	2,100	2,347	2,939	2,886	2,793	2,775	2,657	3,641	4,151	2,831	2,853	2,957	3,645	
福岡	4,059	5,089	5,139	5,219	4,867	6,538	6,538	6,507	6,232	8,970	8,334	10,314	9,863	10,134	
佐賀	826	719	700	838	820	1,161	1,531	974	1,678	2,158	1,897	1,544	2,085	1,854	
長崎	834	888	1,279	1,524	1,896	1,123	1,491	1,931	2,880	2,057	3,548	4,638	6,206	7,114	
熊本	909	1,145	971	1,005	1,117	1,040	1,930	1,290	1,451	2,039	2,264	2,009	3,328	4,520	
大分	498	515	528	783	1,154	1,079	1,712	1,963	2,330	1,804	2,266	4,083	3,919	4,215	
宮崎	1,462	994	556	692	745	587	558	622	540	659	604	979	996	2,628	
鹿児島	907	1,407	1,785	3,336	3,026	3,185	3,523	4,938	4,103	4,478	6,337	4,549	5,066	4,443	
沖縄	6,810	3,111	1,965	1,039	1,270	1,666	1,500	2,670	1,706	2,402	3,148	3,874	5,591	5,668	
合計	130,745	137,390	148,487	162,207	181,189	207,084	249,258	267,911	300,404	319,072	363,984	414,930	472,388	525,646	

資料:保健所運営報告

表15 都道府県別精神保健訪問指導状況

(単位：人)

都道府県	精神保健被訪問指導延人員													
	49年	50年	51年	52年	53年	54年	55年	56年	57年	58年	59年	60年	61年	62年
北海道	8,577	8,362	8,066	8,672	9,444	9,462	10,849	11,612	11,751	11,257	10,993	10,521	11,603	13,068
青森	1,741	1,684	1,365	1,301	1,444	1,667	1,534	1,466	1,441	1,973	2,734	3,097	3,499	3,938
岩手	2,723	3,190	3,137	3,464	3,767	3,875	4,332	4,187	4,506	4,631	4,863	6,129	6,710	6,142
宮城	4,228	4,193	4,220	4,760	4,790	4,768	3,804	4,460	4,161	4,239	4,662	3,823	4,570	4,921
秋田	1,670	2,159	2,117	2,321	2,851	2,763	2,738	2,859	3,021	2,917	2,289	2,964	3,143	2,684
山形	2,475	2,401	2,374	2,445	2,654	2,538	2,352	2,828	2,755	3,103	2,766	3,419	3,283	3,799
福島	843	671	856	856	1,043	966	1,339	1,661	1,914	1,888	2,062	2,434	3,068	3,156
茨城	3,562	4,374	4,379	3,512	2,951	3,013	3,158	2,686	3,007	2,863	2,993	3,558	3,312	3,666
栃木	2,495	3,289	3,810	4,000	3,959	3,804	4,232	4,261	4,023	3,961	4,624	3,789	3,641	3,081
群馬	3,848	3,976	4,591	4,200	4,270	3,980	4,519	4,256	4,139	3,629	2,709	3,069	3,222	3,171
埼玉	2,422	2,138	3,019	3,226	3,511	3,251	3,489	4,065	4,346	4,378	5,631	6,987	8,071	7,982
千葉	1,832	2,070	2,272	2,383	2,349	2,264	2,563	2,230	1,957	1,865	2,028	2,464	3,227	3,620
東京	7,358	8,233	10,128	11,331	12,175	13,931	16,394	17,350	19,713	99,984	20,976	23,834	27,385	29,146
神奈川	9,324	11,683	10,738	9,508	11,132	11,606	12,957	12,773	12,811	11,413	12,102	15,273	12,978	12,801
新潟	5,790	3,810	4,892	3,940	2,995	3,059	3,210	3,280	3,844	3,305	3,774	3,080	3,000	3,030
富山	3,735	4,474	3,856	3,133	2,857	2,224	2,306	1,829	1,776	1,711	1,910	2,029	1,998	1,758
石川	1,527	1,656	1,917	3,027	3,164	3,166	1,837	1,646	1,933	2,110	2,308	1,957	1,702	1,828
福井	203	719	875	908	1,147	1,122	1,002	939	1,505	2,351	2,826	3,642	3,764	4,280
山梨	759	731	1,120	1,411	801	878	742	839	742	751	1,071	1,401	1,290	1,289
長野	1,988	2,325	3,037	2,208	2,311	2,169	1,994	1,970	1,850	2,094	1,764	1,930	2,255	2,132
岐阜	2,526	1,759	2,012	2,385	3,249	2,876	3,065	3,573	2,682	3,239	3,182	3,251	4,015	4,049
静岡	4,368	5,015	6,599	6,425	6,786	6,129	6,056	6,156	6,505	6,545	6,478	7,224	7,370	7,620
愛知	10,208	12,286	13,780	14,484	14,957	16,266	15,412	14,569	14,154	13,738	15,013	15,948	16,862	15,443
三重	673	639	611	343	369	416	459	663	729	851	893	1,104	1,275	1,254
滋賀	809	941	964	1,005	956	1,257	1,103	917	996	1,094	994	1,947	1,898	1,981
京都	3,439	3,690	2,880	3,231	4,086	4,235	4,773	3,999	4,435	4,483	5,680	6,544	6,667	6,814
大阪	5,942	6,805	7,972	9,229	8,794	9,967	11,396	11,333	12,124	11,124	13,140	14,524	16,879	18,463
兵庫	3,842	3,950	4,400	4,779	4,438	4,651	5,098	5,760	6,901	8,360	8,350	8,856	9,994	11,168
奈良	599	775	939	768	696	685	497	764	977	718	688	830	930	773
和歌山	1,221	856	1,119	861	752	550	583	755	985	1,173	1,175	1,663	2,220	2,697
鳥取	1,282	1,371	1,641	1,405	1,546	1,595	1,974	1,595	1,480	1,903	2,000	2,181	2,287	2,499
島根	835	1,133	1,180	1,323	936	1,287	1,273	1,463	1,136	1,174	957	1,021	1,086	981
岡山	5,940	8,280	8,114	8,762	7,541	6,545	7,232	6,906	7,392	6,489	6,540	8,127	9,341	9,236
広島	6,376	6,946	7,232	7,585	7,876	8,537	8,269	8,448	7,755	8,208	8,926	9,155	10,440	10,871
山口	3,301	4,187	4,581	5,188	4,754	5,321	5,699	6,213	5,741	5,894	5,306	5,557	5,683	5,349
徳島	2,367	1,791	2,783	3,291	3,080	3,871	3,457	3,453	3,166	2,877	3,213	3,583	5,168	4,673
香川	1,516	1,699	1,924	1,449	1,583	1,567	1,581	1,713	1,803	1,233	1,344	2,100	2,256	2,470
愛媛	4,035	2,947	4,323	3,469	2,919	3,227	3,335	3,132	3,055	3,434	3,412	2,964	3,407	3,911
高知	7,297	6,352	7,091	6,633	7,379	6,738	6,928	6,334	8,396	8,260	5,495	6,294	6,342	6,057
福岡	5,400	5,662	6,473	6,355	6,845	8,362	8,099	7,849	8,205	8,016	8,192	9,924	10,945	11,174
佐賀	1,731	1,601	2,162	2,229	2,751	3,017	3,587	3,174	3,452	3,291	2,746	3,257	3,694	2,956
長崎	3,250	4,441	4,834	4,749	5,095	5,285	6,301	6,573	6,548	5,950	5,952	6,057	6,458	5,569
熊本	1,454	2,268	1,889	1,792	1,974	1,890	2,483	2,472	2,858	3,214	3,409	3,311	3,419	3,158
大分	1,182	1,825	1,510	2,068	2,418	2,352	2,451	2,020	2,435	3,931	4,741	5,773	6,652	7,219
宮崎	4,308	2,463	2,145	2,643	2,541	1,863	2,079	1,932	2,709	2,903	2,651	3,106	2,398	2,516
鹿児島	4,494	4,304	4,671	5,759	5,557	5,590	6,001	7,228	8,676	8,494	8,283	9,185	8,040	10,084
沖縄	3,476	4,312	3,780	3,695	4,136	3,961	5,063	4,861	4,245	4,158	4,826	5,896	7,183	6,832
合計	158,952	170,436	184,378	188,511	193,359	198,546	209,457	211,061	220,735	221,177	228,671	254,182	274,630	281,309

資料：保健所運営報告

16 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 うけて いる	精神衛生 相談所等 その他の 施設の指 導をうけ ている	在宅の 患 者
総 数	100	30.1	5.2
精 神 病	100	45.4	1.9
精神薄弱	100	6.0	13.0
そ の 他	100	33.3	0.8

必要な処置別精神障害者・有病者

	（人口 千対 有病 率 総数）	精神病 院に入 院を要 するも の	精神病院 以外の施 設に収容 を要する もの	在宅のま ま医療ま たは指導 を要する もの
	万人	万人	万人	万人
総 数	(12.9)	(3.0)	(0.7)	(9.3)
精 神 病	124 (5.9)	28 (2.2)	7 (0.1)	89 (3.6)
精神薄弱	57 (4.2)	21 (0.4)	2 (0.5)	35 (3.3)
その他	40 (2.8)	3 (0.4)	5 (0.05)	32 (2.3)
その他	27	4	—	22

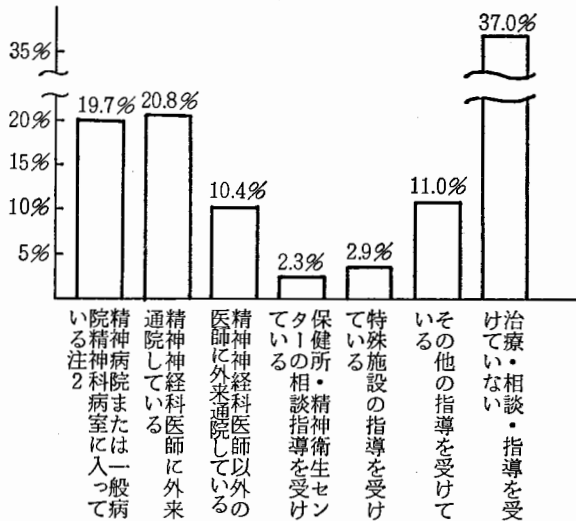
—昭和48年—

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）



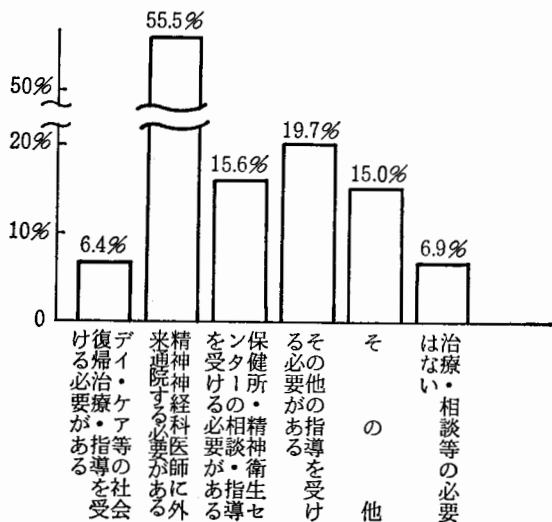
現在の治療及び指導の内容を延集計すると、

- (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歳の青壮年期が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、今すぐにで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。

17. 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。

18. 精神障害者共同住居調査結果の概要

厚生省は、精神障害者共同住居の実態を把握するため、都道府県に依頼して全国の精神障害者共同住居について、昭和60年11月1日現在時点で調査した。

- 1 精神障害者共同住居は、昭和60年11月1日現在全国で95箇所（定員916人）入居人員は602人（平均6.3人）であった。
- 2 95箇所を開設者別にみると、地方公共団体立4、医療機関立55、家族会立11、その他25であった。
- 3 施設の立地条件は、95箇所中、23箇所（34.2%）が精神病院の敷地内、40箇所（42.1%）が精神病院の近辺（徒歩で通院可能なところ：1 km以内）、その他32箇所（33.7%）であった。
- 4 居室のタイプは、全個室型が31箇所（32.6%）、全て2人以上の相部屋型が35箇所（36.9%）、個室・相部屋混合型が29箇所（30.5%）であった。
- 5 入居者の入居条件は、1人当たりの面積、約7.0畳、1ヶ月当たり平均負担額、約49,600円であった。

また、入居者602人中356人が収入を得ており、入居者の平均収入月額は、72,000円であった。

- 6 就業者（59.1%）、未就業者（40.9%）を問わず、ほぼ全員の入居者が精神病院に通院している。
- 7 95箇所中、常勤職員が配置されているのは、25箇所（26.3%）、非常勤職員が配置されているのは、45箇所（47.4%）であった。
- 8 施設の運営については、95箇所中18箇所（18.9%）が地方公共団体等から財政援助を受けている。

19. 精神病院入院患者の通信・面会に関するガイドラインの実施状況について(概要)

昭和 62 年 4 月

厚生省保健医療局精神保健課

厚生省は、昭和60年10月19日付けの厚生省保健医療局長通知により示した精神病院入院患者の通信・面会に関するガイドラインの実施状況を把握するため、都道府県に依頼して全国の精神病院における通信・面会に関する状況等について各精神病院に対するアンケート調査等により、昭和61年12月1日現在で把握を行った。

なお、都道府県における対応状況については、ガイドラインに関して各精神病院に対して通知を行った都道府県数は43、病院長会議等において精神病院に対して説明を行った都道府県数は39であり、全都道府県でガイドラインに関する通知又は説明が行われていた。

1 全国における精神病院（精神病棟を有する一般病院を含む。）の数及び精神病棟数は、1,605箇所、5,534病棟であり、このうち閉鎖病棟（1日24時間出入口が施錠されている病棟をいう。）を有する精神病院の数及び閉鎖病棟数は、1,442箇所（89.8%）、3,397病棟（61.4%）であった。

2 通信、面会に関する状況

(1) 「通信・面会は基本的に自由であることを文書又は口頭により患者及び保護義務者に伝えているか」については、「伝えることとしている」が1,501箇所（93.5%）、「伝えることもある」が94箇所（5.9%）、「伝えていない」が10箇所（0.6%）であった。

(2) 「信書の発受は制限していないか」については、「制限していない」が1,285箇所（80.1%）、「制限することもある」が320箇所（19.9%）であった。

(3) 「閉鎖病棟内に公衆電話等が設置されているか」については、閉鎖病棟

を有する精神病院のうち、「全部の閉鎖病棟に設置されている」が572箇所（39.7%）、「一部の閉鎖病棟に設置されている」が265箇所（18.4%）、「閉鎖病棟には設置されていない」が605箇所（41.9%）であり、閉鎖病棟数でみると設置されているものが1,530病棟（45.0%）、未設置のものが1,867病棟（55.0%）であった。

- (4) 全部又は一部の閉鎖病棟に公衆電話等が設置されている精神病院のうち、ガイドラインが示された以降に公衆電話等が設置された精神病院は、436箇所、720病棟であった。
- (5) 「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との面会は制限していないか」については、「制限していない」が1,572箇所（97.9%）、「制限することもある」が33箇所（2.1%）であった。
- (6) 「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となろうとする弁護士との面会は制限していないか」については、「制限していない」が1,567箇所（97.6%）、「制限することもある」が38箇所（2.4%）であった。

精神病院入院患者の通信・面会に関するガイドライン の実施状況について

（昭和61年12月1日現在集計）

1 全国における精神病院の数	(1,605箇所)
〃 精神病棟数	(5,534病棟)
〃 閉鎖病棟を有する精神病院の数	(1,442箇所)
〃 閉鎖病棟の数	(3,397病棟)

（注）「精神病院」には、単科精神病院のほか一般病院に精神病棟を有するものも含む。「閉鎖病棟」とは、1日24時間出入口が施錠されている病棟をいう。以下同じ。

2 通信・面会に関する状況

(1) 通信・面会は基本的に自由であることを文書又は口頭により患者及び保護義務者に伝えているか。

- ・伝えることとしている (1,501箇所)
- ・伝えることもある (94箇所)
- ・伝えていない (10箇所)

(2) 信書の発受は制限していないか。

- ・制限していない (1,285箇所)
- ・制限することもある (320箇所)

(3) 閉鎖病棟内に公衆電話等が設置されているか。

設置病棟数 未設置病棟数

- ・全部の閉鎖病棟に設置されている (572箇所; 1,116病棟)
(- 病棟)
- ・一部の閉鎖病棟に設置されている (265箇所; 414病棟)
(496病棟)
- ・閉鎖病棟には設置されていない (605箇所; -病棟)
(1,371病棟)

計 1,442箇所; 1,530病棟)

(1,867病棟)

(4) 全部又は一部の閉鎖病棟に公衆電話等が設置されている精神病院のうち、ガイドラインが示された以降(昭和60年10月19日以降)に公衆電話等が設置された精神病院の状況

(436箇所; 720病棟)

(5) 公衆電話等が設置されていない閉鎖病棟を有する精神病院において、今後これらに公衆電話等を設置する予定はあるか。

- ・予定がある (629箇所)
- ・予定はない (241箇所)

(6) 都道府県精神保健主管部局，地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じているか。

・ 講じている (616箇所)

・ 講じていない (914箇所)

(7) 都道府県及び地方法務局その他の人権擁護に関する行政機関の職員との面会は制限していないか。

・ 制限していない (1,572箇所)

・ 制限することもある (33箇所)

(8) 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となろうとする弁護士との面会は制限していないか。

・ 制限していない (1,567箇所)

・ 制限することもある (38箇所)

(9) 面会について制限を行った場合には，その理由を診療録に記載しているか。

・ 記載している (981箇所)

・ 記載することもある (322箇所)

・ 記載していない (71箇所)

・ 制限していない (60箇所)

(10) 面会について制限を行った場合には，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ているか。

・ 知らせている (1,225箇所)

・ 知らせることもある (149箇所)

・ 知らせていない (9箇所)

・ 制限していない (60箇所)

(11) 入院後一定期間一律に面会を禁止する措置は執っていないか。

・ 執っていない (1,529箇所)

・ 執っている (73箇所)

Ⅲ 精神保健関係年表

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)を通知する。 (第25条に病院建設の規定がある。第26条に微毒院、癲狂院等各種病院設立の方法は皆前条に則る) ・東京衛戍病院に精神科病室設置 極貧の独身者にて廃疾に罹り産業を営む能はざるものには1ヵ年米一石八斗の積を以て給与すべし、但独身にあらざると雖も余の家人70年以上15年以下にてその身廃疾に罹り窮迫のものは本文に準じ給与すべし。貧窮な精神病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を禁止 ・デーニッツが警視庁において裁判医学(精神病学を含む)講義
1876 (明治9年)	<ul style="list-style-type: none"> ・神戸文哉著抄訳「精神病約説三卷」(Henry Maudsley, 1872) ・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」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 ・ベルツE, Baelz 東京大学医学部で精神病学を講義 ・愛知医学学校の教師フォン・ローレッツ A. von Roretz, 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"> ・上野瘋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。
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 ・相馬誠胤、加藤瘋癲病院に入院(3月)相馬事件がはじまる
1886 (明治19年)	<ul style="list-style-type: none"> ・東京府癲狂院に入院の子爵相馬誠胤(元相馬藩主)を錦織剛清が夜中に病院に侵入し連れ出した。 相馬事件は明治27年まで訴訟が続いた日本で最も有名な精神病関係の訴訟である。 ・東京大学医学部精神病学教室開設、榊淑が教授となり日本人による初めての精神医学講義
1891 (明治24年)	<ul style="list-style-type: none"> ・石井亮一、白痴教育施設設立(わが国初の精神薄弱児収容施設)
1894 (明治27年)	<ul style="list-style-type: none"> ・警視庁が精神病者取扱心得を發布する。

1895 (明治28年)	<ul style="list-style-type: none"> ・フロイト精神分析を提唱する。 ・呉秀三纂訳「精神病学集要」が完結 																					
1896 (明治29年)	<ul style="list-style-type: none"> ・クレペリン, 近代精神病学を確立 ・陸軍省, 精神病を一等症に編入 																					
1899 (明治32年)	<ul style="list-style-type: none"> ・政府精神病患者監護法案衆議院通過, 貴族院にて否決 																					
1900 (明治33年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病患者監護法公布 																					
1901 (明治34年)	<ul style="list-style-type: none"> ・ウォルフ, トリオナル持続睡眠法創始 																					
1902 (明治35年)	<ul style="list-style-type: none"> ・日本神経学会 (日本精神神経学会の前身) 創立 ・精神病患者慈善救済会成立 ・幼年者飲酒禁止法案議会提出 ・日本神経学会機関紙として『神経学雑誌』発刊 																					
1906 (明治39年)	<ul style="list-style-type: none"> ・警視庁, 警察医員制度改正, 「精神病診断所」を職務事項に加う。 ・東京府巢鴨病院, 患者の作業室を新築, 農業, 園芸, 牧畜に乗り出す。 ・精神障害者調査 (1906年末) 総数 24,166人, 監置患者 4,658人, 仮監置 116人 <p>明治41年度入退院数</p> <table border="1"> <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>275</td> <td>259</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	275	259	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	275	259																				
計	2,377	2,249																				
1907 (明治40年)	<ul style="list-style-type: none"> ・「医学校に精神病科設置に関する建議案」可決 																					
1908 (明治41年)	<ul style="list-style-type: none"> ・中央慈善協会設立 ・文部省発布の医学専門学校令の教授科目に精神病学が入る。 																					
1909 (明治42年)	<ul style="list-style-type: none"> ・片山, 呉ら, 中央衛生会に「各府県に精神病院を設置すべき旨」の建議 																					
1910 (明治43年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病患者の公費収容, 委託監置始まる。 ・内務省衛生局長が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ものを加う。 ・東大精神病学教室私宅監置の状況の实地調査 																					

1917 (大正 6 年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病患者全国一斉調査結果 総 数 64,941人 入 院 4,000人 私宅監置 4,500人 人口千対 1.18人 ・日本精神医学会創立 ・感化院法公布
1919 (大正 8 年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病院法公布 ・大阪市立児童相談所設立 (公立児童相談所の最初) ・内務省衛生局代用精神病院基準を示し各地方長官に私立精神病院の代用精神病院としての適否を調査
1920 (大正 9 年)	<ul style="list-style-type: none"> ・文部省令「学校医職務規定」精神薄弱者の鑑別養護 ・日本精神医協会設立
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

1952 (昭和27年)	・全国精神薄弱児育成会結成
1953 (昭和28年)	・WHO顧問としてレムカウPaul V. 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)	・第1回全国精神衛生相談所長会議 ・精神衛生実態調査
1955 (昭和30年)	・覚醒剤対策推進中央本部が内閣におかれる。
1956 (昭和31年)	・厚生省公衆衛生局に精神衛生課設置 ・在院精神障害者実態調査
1957 (昭和32年)	・精神病の治療指針 (保険局長・公衆衛生局長通知) ・新潟精神病院におけるツツガ虫接種問題となる。 ・病院精神医学懇話発足
1958 (昭和33年)	・緊急救護施設の運営について (社会局施設課長通知)
1959 (昭和34年)	・精神衛生相談所運営要領について (公衆衛生局長通知)
1960 (昭和35年)	・精神薄弱者福祉法 ・第1回指定病院長会議
1961 (昭和36年)	・酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止に関する法律 ・精神科の治療指針 (保険局長通知)
1963 (昭和38年)	・精神衛生法改正の動きが起きる。(日本精神病院協会, 日本精神神経学会, 厚生省が検討を始める) ・全国精神衛生連絡協議会発足 ・精神障害者措置入院制度の強化について (公衆衛生局長通知) ・精神衛生実態調査 ・国立久里浜療養所にアルコール中毒特別病棟開設
1964 (昭和39年)	・ライシャワー駐日米国大使刺傷事件, 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問答申
1965 (昭和40年)	・精神衛生法改正案, 国会で可決 ・精神衛生センターの設置, 保健所の業務に精神衛生が加わる。 ・精神障害者家族会発足 ・緊急救護施設の整備運営について (社会局施設課長通知)
1966 (昭和41年)	・保健所における精神衛生業務について (公衆衛生局長通知)

1967 (昭和42年)	<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） ・精神障害回復者社会復帰センター設置要綱案中央精神衛生審議会に諮問 ・中央精神衛生審議会保安処分に関する意見をただす ・精神病院実態調査 ・日本精神神経学理事会「精神病院に多発する不詳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実施 ・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用について（公衆衛生局長通知）
1978 (昭和53年)	<ul style="list-style-type: none"> ・中央精神衛生審議会が精神障害者の社会復帰施設に関する中間報告 ・精神科デイ・ケア研修を実施

1979 (昭和54年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生社会生活適応施設整備費, 精神衛生センターにおける酒害相談事業費予算化 ・アルコール飲料と健康に関する検討委員会設置 ・第27回全国精神衛生大会(大阪)の再開
1980 (昭和55年)	<ul style="list-style-type: none"> ・公衆衛生審議会精神衛生部会の意見「老人精神病棟に関する意見」 ・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 ・国際障害者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「覚せい剤中毒者対策に関する意見, 老人精神保健対策に関する意見」 ・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 ・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) ・精神障害者共同住居調査
1986 (昭和61年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科集団精神療法, 精神科ナイト・ケア, 精神科訪問看護指導料等が社会保険診療報酬で点数化 ・精神障害回復者社会復帰施設の運営について〔デイ・ケア施設の名称変更〕(保健医療局長通知)

1987（昭和62年）	<ul style="list-style-type: none"> ・保健所における精神科通院医療中断者保健サービス事業の実施について（保健医療局長通知） ・公衆衛生審議会精神衛生部会の意見「精神障害者の社会復帰に関する意見」 ・国立精神・神経センター設立（国立精神衛生研究所廃止） ・公衆衛生審議会精神衛生部会の中間メモ「精神衛生法改正の基本的な方向について」
1988（昭和63年）	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者小規模作業所運営助成事業の実施 ・精神衛生法改正案，国会で可決 ・保健所における精神衛生業務中のデイ・ケア事業について（保健医療局長通知） ・精神科デイ・ケア施設の運営について〔精神障害回復者社会復帰施設の名称変更〕（保健医療局長通知） ・精神障害者授護寮の運営について〔精神衛生社会生活適応施設の名称変更〕（保健医療局長通知） <ul style="list-style-type: none"> ・精神保健法（昭62年，法律第98号）施行 ・精神保健法に基づく各基準等の告示 ・精神衛生法等の一部を改正する法律の施行について（依命通知・保健医療局長通知） ・精神衛生法の一部を改正する法律の施行に伴う関係通知の見直しについて（保健医療局長通知） ・精神衛生法の一部を改正する法律による改正後の精神保健法の運用上の留意事項について（精神保健課長通知） ・精神障害者社会復帰施設の設置及び運営について（保健医療局長通知）

IV そ の 他

1 各都道府県精神保健担当課一覧

都道府県名	主管部(局) 主管課	電話番号	郵便番号	所在地
北海道	保健環境部保健予防課	011(231)4111	060	札幌市中央区北3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	022(263)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)1198	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)2211	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	衛生環境部健康対策課	0286(23)2323	320	宇都宮市塙田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11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)2030	260-91	千葉市市場町1の1
東京	衛生局医務部精神保健課	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1-1
新潟	環境保健部公衆衛生課	025(285)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
福山	厚生部保健予防課	0776(21)1111	910	福井市大手3丁目17番1号
長野	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
岐阜	衛生部保健予防課	0262(32)0111	380	長野市大字南長野字幅下 692の2
静岡	衛生環境部保健予防課	0582(72)1111	500	岐阜市藪田1-1
愛知	衛生部保健予防課	0542(21)2435	420	静岡市追手町9番6号
三重	衛生部医務課	052(961)2111	460	名古屋市中区三の丸3の1の2
滋賀	保健環境部保健予防課	0592(24)3070	514	津市広明町13
京都	厚生部医務予防課	0775(24)1121	520	大津市京町4丁目1番1号
大阪	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ル藪ノ内町
兵庫	環境保健部健康増進課精神保健室	06(941)0351	540	大阪市東区大手前町5
奈良	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
和歌山	衛生部健康対策課	0742(22)1101	630	奈良市登大路町
鳥取	環境保健部健康対策課	0734(32)4111	640	和歌山市小松原通1の1
島根	衛生環境部健康対策課	0857(26)7111	680	鳥取市東町1の220
岡山	環境保健部公衆衛生課	0852(22)5111	690	松江市殿町1
広島	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
山口	環境保健部公衆衛生課	082(228)2111	730	広島市中区基町10-52
徳島	環境保健部保健予防課	0839(22)3111	753	山口市滝町1番1号
香川	保健環境部保健予防課	0886(21)2500	770	徳島市万代町1の1
愛媛	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
高知	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
福岡	保健環境部医務課	0888(23)1111	780	高知市丸の内1の2の20
佐賀	衛生部健康増進課	092(651)1111	812	福岡市博多区東公園7の7
長崎	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
熊本	保健環境部保健予防課	0958(24)1111	850	長崎市江戸町2番13号
大分	衛生部保健予防課	096(383)1111	862	熊本市水前寺6の18の1
宮崎	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
鹿児島	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
沖縄	保健環境部保健予防課	0992(26)8111	892	鹿児島市山下町14-50
	環境保健部保健予防課	0988(66)2209	900	那覇市壺川 153番地

2 精神保健センター一覽

(昭和63年10月6日現在)

都道府県	開年	設月	単独 合同 の別	級別	郵 便 番 号	所 在 地	電 話 番 号
北海道	43. 3	3	単	A	003	札幌市白石区本通16丁目北6番34号	011(864)7121
	48. 7	7	合	B	020	盛岡市本町通3丁目19番1号 (岩手県福祉相談センター内)	0196(51)3111 (内2518)
宮城	43. 6	6	合	B	980	仙台市本町1丁目4番39号	0222(24)1491~5
	54. 7	7	合	B	010	秋田市仲通2-1-52	0188(34)2906
山形	47. 4	4	合	B	990	山形市十日町1丁目6番6号	0236(22)2543
	47. 4	4	合	B	960	福島市森合町10-9	0245(35)3556
福茨	42. 8	8	合	B	310	水戸市三の丸1丁目3番17号	0292(31)0202
	43. 4	4	単	B	320	宇都宮市西原町3542	0286(35)2463
栃群	61. 1	1	単	B	379-21	前橋市野中町368	0272(63)1166
	40. 7	7	単	B	330	大宮市土呂町1丁目50-4	0486(63)7025
千東	46. 2	2	単	A	280	千葉市仁戸名町666番の2	0472(63)3891
	41. 7	7	単	A	156	世田谷区上北沢2-1-7	03(302)7575
神奈	42. 4	4	単	A	231	横浜市中区富士見町3-1	045(261)3541~3
	43. 4	4	合	B	951	新潟市岸町1丁目57番地の1	0252(31)6111
新富	40. 10	10	単	B	930	富山市大手町1-15	0764(21)1511
	41. 10	10	合	B	920-02	金沢市南新保町ル3番の1	0762(38)5761
山梨	47. 4	4	合	B	910	福井市四ツ井2-12-1 (福井県立精神病院内)	0776(54)5151
	46. 4	4	合	B	400	甲府市太田町9-1	0552(37)1657
山長	47. 10	10	合	B	380	長野市若里1570-1 (社会福祉総合センター内)	0262(27)1810
	41. 10	10	合	B	500	岐阜市下奈良2-8-1 (福祉農業会館)	0582(73)1111 (内251~253)
静岡	41. 4	4	単	B	424	清水市辻4-17 (清水合同庁舎内)	0543(66)5506
	46. 4	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
三重	63. 10	10	合	B	514-11	久居市明神町2501番地の1(三重県久居庁舎内三重県心の健康センター)	05925(5)2151
	57. 8	8	単	B	612	京都市伏見区竹田流池町120	075(641)1810
京大	40. 6	6	単	B	543	大阪市天王寺区六万 bodies 5-26	06(772)7201
	43. 4	4	合	A	652	神戸市兵庫区荒田町2丁目1番28号	078(511)6581
和歌	57. 4	4	合	B	643-01	和歌山県有田郡吉備町431 (県立五稜病院内)	0737(52)3221
	53. 10	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	4	合	B	703	岡山市古京町1丁目1号-10	0862(72)8835
	47. 4	4	合	B	731-43	広島県安芸郡坂町字北新地 12020番5号	082(884)1051
山徳	47. 4	4	単	B	755-02	宇部市大字東岐波東小沢4004-2	0836(58)3480
	40. 11	11	単	B	770	徳島市新蔵町3丁目80	0886(25)0610
香川	42. 4	4	合	B	760	高松市松島町1丁目17番28号 (香川県高松合同庁舎内)	0878(31)3151
	47. 4	4	合	B	790	松山市三番町8丁目234 (生活保健ビル内)	0899(21)3880
高知	48. 4	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
	41. 4	4	単	A	812	福岡市東区箱崎7-8-2	092(641)3501
福佐	59. 1	1	単	B	840-01	佐賀市八丁畷町1番20号	0952(31)1716
	44. 10	10	合	B	854	諫早市栄田町26-49	09572(6)5977
熊本	47. 4	4	単	B	860	熊本市水道町9番16号	096(356)3629
	50. 9	9	単	B	870	大分市荏隅7丁目	0975(44)9921
大宮	49. 10	10	合	B	880	宮崎市霧島1-2 (宮崎県総合保健センター内)	0985(27)5663
	42. 4	4	単	B	890	鹿児島市郡元3丁目3番5号	0992(55)0617
鹿児	49. 4	4	単	B	901-02	鹿児島県豊見城村字真玉橋131-4	0988(50)7726

3 主な関係団体一覧

種類	名 称	主たる事務所の所在地(電話)
社団	日本精神衛生連盟	〒105 港区虎の門1-21-19 秀和第2虎の門ビル内 508-0729 (社)日本精神病院協会内)
社団	日本精神病院協会	〒105 港区虎の門1-21-19 秀和第2虎の門ビル内 508-0735
財団	日本精神衛生会	〒162 新宿区弁天町91 (財)神経研究所内 260-9171~3
財団	復 光 会	〒275 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)
財団	てんかん治療研究 振興財団	〒541 大阪市東区道修町3丁目25番地 06-203-1819
	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 (国立精神保健研究所内)
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 港区麻布十番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81 (修徳学園内) 0729(78)6083
	教育と医学の会	〒189 東村山市菰山1-37- (菰山実務学校) 0423-41-6011
財団	神 經 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
財団	メンタルヘルス 岡本記念財団	〒541 大阪市東区南久太郎町2-41-1 (三栄ビル内) 06-262-6862

代 表 者	主 たる 事 業 の 内 容	許 可 設立年月日
(会 長) 縣田 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) 河崎 茂	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) 秋元波留夫	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) 大山 正	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27. 8. 11 (27. 8)
(理事長) 青野 敏夫	1. 精神障害者及びその家族の指導と援護 2. 精神衛生思想の普及・啓蒙	昭42. 2. 4
(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
(理事長) 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
(理事長) 藤原 富男	てんかんに関する基礎・臨床研究に対する助成	昭62. 9. 24
(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 郷司 浩平 代 理	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) 江草 安彦	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) 河原 幸雄	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) 池田 数好	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) 館野 豊	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
(理事長) 岡本 常男	神経症の精神療法等に関する研究や啓蒙活動に対する助成	昭63. 7. 28

我が国の精神保健

(昭和63年度版)

(精神保健ハンドブック)

定 価 1,300円

送料実費

監 修 厚生省保健医療局精神保健課

発行所 厚生出版株式会社

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します。

ISBN4-906276-10-5 C3047