

我が国の精神保健

(精神保健ハンドブック)

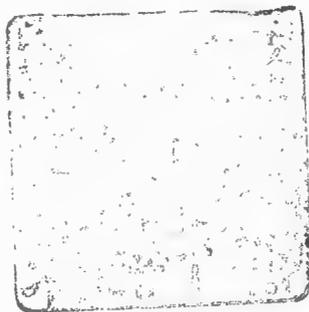
平成5年度版

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)

平成5年度版



監修 厚生省保健医療局精神保健課

ま え が き

我が国の精神保健対策は、これまで、「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沿って、進められてまいりました。

特に、平成5年6月には、精神障害者の方の社会復帰の一層の促進を図るとともに、その人権に配慮した精神医療を確保するため、精神保健法等の一部改正が行われ、本年4月から施行されることとなりました。

今回の精神保健法の改正により、精神障害者の方の社会復帰の一層の促進が図られることとなるものと考えますが、今後とも、精神障害者の方の福祉の増進に向けて精神保健対策の一層の充実を図るべく、積極的に取り組んでいくことが必要であります。

精神保健対策は、国・地方公共団体の各機関、医療施設、社会復帰施設等によってそれぞれの役割が担われておりますが、今後における精神保健対策を一層充実したものとしていくためには、これらの各機関において精神保健の業務に携わる関係者一人一人が、精神保健を取り巻く現状や制度体系等を幅広く学習し、その業務に反映させ、積極的に取り組んでいくことが重要であります。

また、近年の社会経済活動の複雑化、核家族化の進展等により、国民の精神保健を取り巻く環境は大きく変化してきております。そうした中で、国民の精神保健に対する関心は益々高まってきているところであります。

本書は、今日における我が国における精神保健の現状やその施策体系等をコンパクトに、また、分かりやすく編集したものであり、日頃精神保健の第一線においてその業務に携わる方々から、精神保健に関心のある一般の方々まで幅広く御活用できるものであると考えます。

本書がより多くの方々によって有効に活用されることにより、今後の我が国の精神保健の向上が図られることとなれば、誠に幸甚の至であります。

平成6年2月

厚生省保健医療局精神保健課長

平 良 専 純

目 次

第一章 精神保健の基礎知識

1. 精神保健とは	1
2. ライフサイクルからみた精神保健	3
(1) 胎児期の精神保健	3
(2) 乳幼児期の精神保健	4
(3) 学童期の精神保健	5
(4) 思春期（青・少年期）の精神保健	6
(5) 成人期の精神保健	7
(6) 老年期の精神保健	8
3. 生活の場からみた精神保健	10
(1) 家庭、家族と精神保健	10
(2) 学校と精神保健	11
(3) 職場と精神保健	12
4. 精神障害に関する知識	14
(1) 精神分裂病	14
(2) 躁うつ病	14
(3) 脳器質性精神障害	15
(4) 中毒性精神障害	15
ア アルコール依存症とアルコール精神病	15
イ 覚せい剤依存	16
ウ 有機溶剤依存	16
(5) 症状精神病	16
(6) 心因性精神障害	16

(7) 児童思春期の精神障害	17
(8) 精神障害の分類	18

第二章 精神保健行政のあらまし

1. 精神保健行政の歩み	20
(1) 黎明期	20
(2) 精神病患者監護法の制定	20
(3) 精神病院法の制定	22
(4) 精神衛生法の制定	24
(5) 精神衛生法40年改正	25
(6) 精神保健法の成立	27
(7) 新精神保健法の成立	29
2. 精神保健に関する行政組織	40
(1) 国	40
(2) 都道府県	41
(3) 保健所	42
3. 地域精神保健	44
(1) 地域精神保健活動の目標と計画	45
(2) 地域精神保健活動の主体	48
ア 保健所	48
イ 精神保健センター	52
4. 精神保健に関する財政	65
(1) 国民医療費における精神医療費	65
(2) 精神保健関係予算	65
(3) 費用の助成	69
ア 医療費公費負担	69
(ア) 措置入院費	69

(イ) 通院医療費	70
(ウ) 沖縄県における特例	70
イ 措置入院に係る費用徴収	70
ウ 精神医療適性化対策費	70
エ 精神障害者社会復帰促進費等補助	70
(ア) 精神保健センター運営費	71
(イ) 精神障害者社会復帰施設等運営費	71
(ウ) 通院患者リハビリテーション事業費	76
(エ) 精神障害者小規模作業所運営助成費	76
(オ) 精神障害者証明書交付事業費	77
(カ) 精神障害者社会復帰促進事業費	77
オ 精神病院等の施設整備費助成費	77
(ア) 精神病院	77
(イ) 精神保健センター等	78
カ 精神病院等の設備整備費補助	79
キ 地方交付税	79
ク 資金融資	79

第三章 精神障害者対策

1. 精神医療対策	83
(1) 医療施設	83
ア 精神病院の現状	83
イ 患者	84
ウ 地域医療計画	84
エ 都道府県の設置義務	84
オ 指定病院	85
カ 精神科診療所	88

(2) 保護義務者	88
(3) 入院制度	89
ア 精神保健指定医	89
イ 診察及び保護の申請等	90
ウ 入院形態	91
エ 入院時の告知	105
オ 入院患者の処遇	106
カ 措置入院者及び医療保護入院者の定期病状報告	111
キ 精神医療診査会	112
ク 精神病院等に対する監督	113
(4) 通院医療	121
ア 通院医療費公費負担制度	121
イ 精神科デイ・ケア等	134
(5) 精神医療に係る社会保険診療報酬	140
ア 社会保険診療報酬の取扱い	140
イ 精神科医療費	142
2. 社会復帰対策	143
(1) 社会復帰対策の概要	143
(2) 精神障害者社会復帰施設	152
ア 社会復帰施設の概要	152
イ 社会復帰施設	152
(ア) 精神障害者援護寮	153
(イ) 精神障害者福祉ホーム	154
(ウ) 精神障害者授産施設	154
(3) 保健所における社会復帰促進事業	172
(4) 通院患者リハビリテーション事業	178
(5) その他の事業	184

ア	精神障害者小規模作業所運営助成事業	184
イ	精神障害者証明書交付事業	184
ウ	精神障害者社会復帰促進事業	206
エ	精神障害者地域援助事業	208
オ	地域交流促進事業	219
カ	精神病院の相談・援助等	219

第四章 精神保健における個別課題への取り組み

1.	老人性痴呆疾患対策	220
(1)	痴呆の概念, 症状, 診断について	221
(2)	痴呆の疫学調査, 将来推計	237
(3)	痴呆性老人対策の経緯	239
(4)	老人性痴呆疾患対策概要	246
2.	アルコール関連問題対策	288
(1)	アルコールの疫学	289
(2)	アルコール関連問題	296
ア	アルコールに起因する身体的障害	296
イ	アルコールに起因する社会的障害	297
ウ	アルコール精神疾患	297
(3)	アルコール関連問題の予防対策	303
ア	対象	303
イ	適性飲酒の普及	304
ウ	相談指導	304
エ	医療	304
(ア)	入院医療	304
(イ)	通院医療	305
オ	地域対策	305

(ア) 精神保健センター	306
(イ) 保健所	306
(ウ) 教育機関	306
(エ) 精神病院等医療機関	306
(オ) 社会復帰施設	306
(カ) 社会福祉機関	306
(キ) 断酒会等ボランティア団体	307
(4) アルコール研修	307
3. その他の地域精神保健対策	320
(1) 思春期精神保健対策	320
ア 精神保健センターにおける相談指導等	320
イ 専門職に対する研修	321
(2) 心の健康づくり対策	325
ア 心の健康づくり対策の経緯	325
イ 心の健康づくり対策に関連する事業	327
ウ 今後の課題	329
(3) 性に関する対策	331
ア 性に関する心の悩み相談事業	331
イ その他の関連事業	331
ウ 今後の課題	332
4. 精神医療対策等の各論	334
(1) 重症精神障害者の医療対策	334
(2) 薬物乱用防止対策	338
ア 薬物乱用に関連した法律	338
イ 薬物乱用の現状と対策	339
ウ 薬物乱用についての疫学調査の結果	340
エ 覚せい剤の慢性中毒者に対する医療保護	340

オ	薬物乱用者に対する対応の現状	343
カ	今後の薬物乱用防止対策	345
5.	精神保健に関する調査研究	352
(1)	研究の推進	352
(2)	国立精神・神経センター精神保健研究所	352
ア	沿革	352
イ	組織	354
ウ	研究内容	354
エ	研修	356
オ	技術交流	357

第五章 諸外国における精神保健

1.	WHO の精神保健活動	358
2.	アメリカにおける精神保健の展開	359
3.	ヨーロッパの精神医療	362
4.	(旧)ソ連の精神医療	370
5.	発展途上国の精神保健	371
6.	むすび	372

第六章 関連法規及び施設

1.	厚生省関係	385
(1)	社会福祉事業法	385
(2)	生活保護法	386
(3)	児童福祉法	387
(4)	老人福祉法	388
(5)	精神薄弱者福祉法	389
(6)	国民年金法及び厚生年金保険法	390

2. 文部省関係	391
3. 法務省関係	391
4. 労働省関係	391

(資料編)

I 障害者基本法	393
II 精神保健関係法令	400
1. 精神保健法	400
2. 精神保健法施行令	421
3. 精神保健法施行規則	424

III 参考資料

表1 傷病(大分類)・年次別受療率(人口10万対)	446
表2 傷病(小分類)・受療の種別にみた全国推計患者数	447
表3 入院・外来別受療者の疾病別割合(%) (昭和62年)	448
表4 年令階級別精神障害受療率の年次推移	448
表5 主要傷病別受療率(人口10万対)の年次推移	448
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	449
表7 病名別・性別・年令別在院患者数	450
表8 都道府県別・性別・年令別在院患者数	451
表9 都道府県別疾病別在院患者数	452
表10 都道府県別・入院形態別患者数	454
表11 都道府県別年間入退院患者数等	455
表12 精神病床数・入院患者数・措置患者数・措置率・利用率の推移	456
表13 単科精神病院の年間外来患者延数等の年次推移	456

表14	在院患者数・措置患者数・医療扶助人員の年次推移	456
表15-(1)	都道府県別精神保健相談状況	457
表15-(2)	都道府県別精神保健訪問指導状況	458
16	精神衛生実態調査結果概要	462
17	精神障害者小規模保護作業所調査結果の概要	468
18	精神障害者共同住居調査結果の概要	469
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)	470

IV 精神保健関係年表 474

V その他

1.	各都道府県精神保健担当課一覧	484
2.	精神保健センター一覧	485
3.	国立・都道府県立精神病院一覧	486
4.	主な関係団体一覧	493

図 表 目 次

〔表〕 1. 昭和6年末の精神病患者数	23
2. 昭和6年末の施設数と収容人員	23
3. 地域保健医療計画作成の手引	46
4. 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	51
5. 精神保健関係予算	66
6. 国民医療費に占める精神医療費の割合	68
7. 措置入院患者数及び措置入院費の推移	75
8. 通院患者数及び通院医療費（予算額）	75
9. 費用徴収基準額	76
10. 疾病別入院患者数	85
11. 年齢別入院患者数	85
12. 都道府県別・開設者別・精神病院数及び精神病床数	86
13. 年次精神障害者に係る申請・通報・届出の処理件数	92
14. 精神科デイ・ケア承認状況	138
15. 保健所における社会復帰相談指導事業実績	173
16. アルコール消費量と飲酒者数の推移	292
17. 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	294
18. アルコール依存症等患者数	295
19. アルコール依存徴候を有する精神病の分類	300
20. 課程別研修終了者数	357
〔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	82
3. 通院医療制度の概要	122
4. 精神科デイ・ケアのプログラム（例）	137

5. 精神障害者社会復帰体系図	149
6. 酒類消費数量の推移	291
7. 性・年齢階層級別の飲酒者の割合	293
8. アルコール精神疾患の分類	298
9. アルコール依存症の概念	299
10. アルコール関連問題の予防対策	303
11. 覚せい剤事犯検挙人員の推移	345
老人性精神障害者に対する施策一覧	249

通知・審議会意見等目次

〔通知〕

1. 保健所における精神保健業務運営要領 (41. 2.11 衛発76)	59
2. 精神保健センター運営要領 (44. 3.24 衛発194)	63
3. 精神保健法による措置入院患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)	72
4. 精神保健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 (63.11.18 健医精発43)	73
5. 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)	87
6. 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) (63. 6.22 健医発743)	95
7. 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)	114
8. 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)	123

9. 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)	150
10. 精神障害者社会復帰施設設置運営要綱	
(3. 7. 8 健医発860)	156
11. 精神障害者社会復帰施設の設置及び運営の留意事項について	
(63. 5.13 健医精発17)	166
12. 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)	174
13. 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)	175
14. 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)	180
15. 精神障害者に対する所得税法上の障害者控除の適用について	
(元. 3.17 健医発288)	186
16. 精神障害者に対する地方税法上の障害者控除の適用について	
(元. 5.29 健医発723)	189
17. 精神障害者に対する所得税法上の障害者控除の適用等に関する 留意事項について (元.12. 6 健医発53)	192
18. 精神障害者に対する自動車税・軽自動車税又は自動車取得税の 減免について (2. 3.30 健医精発16)	201
19. 精神障害者に対する相続税法上の障害者控除等の適用について	
(2. 4. 3 健医発497)	205
20. 精神障害者社会復帰促進事業 (社会復帰施設相談窓口) 実施要綱	
(3. 9.24 健医発1153)	207
21. 精神障害者地域生活援助事業 (4. 7.27 健医発902)	209
22. 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	
(58. 1.13 衛発22)	268

23. 老人性痴呆疾患センター事業実施要領 (元. 7.11 健医発850)	270
24. 老人性痴呆疾患治療病棟施設整備基準 (63. 7. 5 健医発785)	271
25. 老人性痴呆疾患療養病棟施設整備基準 (3. 6.26 健医発819)	274
26. 老人性痴呆疾患デイ・ケア施設整備基準 (63. 7. 5 健医発785)	276
27. 地域保健医療計画作成に当たっての老人性痴呆疾患対策に関する 留意事項について (3.12. 3 健医精発60)	278
28. 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)	314
29. 心の健康づくり推進事業実施要領 (60. 6.18 健医発727) ...	330
30. 性に関する心の悩み相談事業実施要領 (3. 7.10 健医発864)	333
31. 覚せい剤の慢性中毒者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)	341

[審議会意見等]

1. 今後における精神保健対策について (5. 3.17 公衛審)	33
2. 地域精神保健対策に関する中間意見 (3. 7.15 公衛審)	55
3. 精神障害者の社会復帰に関する意見 (61. 7.25 公衛審)	144
4. 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)	179

5. アルコール関連問題対策に関する意見 (60.10.9 公衛審)	309
6. 今後におけるアルコール関連問題予防対策について (5.10.1 公衛審精神部会)	316
7. ストレスと健康に関する懇談会報告書(要旨)	326
8. 処遇困難患者対策に関する中間意見 (3.7.15 公衛審)	334
9. 覚せい剤中毒者対策に関する意見(57.11.12 公衛審)	346

第1章 精神保健の基礎知識

1. 精神保健とは

「健康とは身体的にも精神的にも社会的にも完全に良い状態を意味するものであって、ただ単に病気や虚弱でないというだけではない」(WHO 憲章)

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

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

この意味で精神保健が取り扱う対象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、精神の健康を損なった人々に対しては、早期治療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予防といわれるが、疾病そのものの予防（第一次予防）のほかに、早期に治療を加えて増悪や再発を防止する活動（第二次予防）およびリハビリテーション活動によって社会復帰を促進すること（第三次予防）まで含めて考えねばならない。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、この第二次予防や第三次予防のための具体的な活動を推し進めていくことが狭義の精神保健では現実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、胎児期、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、精神保健の向上が実現できるわけである。

2. ライフサイクルからみた精神保健

(1) 胎児期の精神保健

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。脳の実質である精神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、これらは出産後に発達する。

胎児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、麻酔や瘻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、その意味で胎児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、母親学級等の保健教育、妊産婦への保健指導などを行っているが、今後精神保健面での指導にも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指導・援助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、脳や神経などに影響を与える場合は、後に知能障害や種々の脳器質障害をひき起こすことがあるので、注意が必要である。

一方、この時期に精神保健上きわめて重要なことは、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。

乳児は母親に受け入れられ、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。そのためには両親自身の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与することは多くの児童精神保健専門家の指摘するとおりである。

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

一般に乳幼児の精神保健上の問題は、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。精神保健上、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を果たすようになる。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。近年、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てとして、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、家庭における親子関係の問題がその基底にあることも多い。学童期後半は、精神病、神経症、非行傾向などが起こり始める時期であり、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が日常から精神保健についての理解をもっていることが必要となる。

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。少年少女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。こうして少年少女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こる。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、異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ある。思春期においては「成人」のよきモデルとしての父母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iri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) 成人期の精神保健

この時期は、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。

生活の内容が充実した時期である半面、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、精神保健上の問題を引き起こす。

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、同僚に遅れを取ったためのうつ病、諦念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。

一方、主婦の間には、いくつかの特徴的な精神保健上の問題がみられる。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。

このように成人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、いわゆるねたきりの老人の増加、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の健康の保持の重要性は言うまでもないことであるが、精神の健康の保持・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も十分認識しておく必要がある。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。

老年期には、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こり、新しい知識を身につけてゆくことができにくく、理解力や計算力も悪くなる。思考力の

柔軟性や、新しい事態への適応性も低下する。性格も若い頃の性格の偏りがとれ円満となる場合もあるが、時に表面化しなかった性格上の欠点が一層顕著になることもある。

老人をとり巻く環境にも変化が起こり、社会や職場からの引退、それに伴って社会的地位の喪失、収入の減少、対人関係の狭小化、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もって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、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。

3. 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見せるようになった。その広がりには、移民生活、海外駐在生活、留学生活など国と国との交流に基づくもの、収容施設生活、単身生活など都市化と密接に関連するものなどである。わが国の場合、第二次世界大戦後の人口移動、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、問題をしばり、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。

(1) 家庭、家族と精神保健

胎児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割合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家庭の崩壊など、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、そしてもう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に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るられることは、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保健、身体の保健に比べ、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、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、軽重の度合い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

合理化と義確信が急速に進み、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主な尺度とするためにいわゆる精神的弱者が除かれることで問題視され、他方では職場関係で「人間の心がすさむ」ということで問題視され、しばしば共に精神保健の問題としてとらえられる。しかしながら、問題に対する受け手を明確にできない限り、不用意に幅を広げることもできない。

そこでここでは、疾病ないしそれに準ずるものに対する予防的立場からの検討、個々の問題発生に際しての職場としての世話、受け入れの二面に主として問題をしぼりたい。

もともと職場と精神保健の問題には基本的なところできわめて困難な問題がある。たとえば、早期発見といってもその精神保健活動が誰のためにあるかということ、より積極的な活動目標として情緒的な成熟とか社会的能力の開発などを取り上げるとしても、それは結果的に弱い個人を救うとは限らないということなどがこれにあたる。また前述のように、精神保健の範囲を主観的な満足感、士気などまで広げてしまえば、精神保健という概念があまり広くなり過ぎ

るという批判も起きるであろう。

とはいえ、企業にとっての生産性の問題、その一方で個々の病者、障害者の社会復帰にとっての企業の存在の重要性そのものは無視することができず、その間の矛盾を埋めるために、一つには社会的行動に及ぼす疾病の影響、機能不全な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。

4. 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感情の不調和、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残遺状態に至る。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て行う。

(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。躁状態では気分が高揚し、楽観的となり、思考は促迫し、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、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

痴呆について、「老人性痴呆疾患対策」の項で解説する。

(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30～90mg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、人口透析等)、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、漠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、発作中に呼吸困難な心悸亢進、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

不合理で気にかか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無い」「手足が存在しないようだ」「物がはっきり感じとれない」等の訴える。

(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手指の軽度な無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の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巧に回避し、傷つくことを免れようと試みる。

(8) 精神障害の分類

I. C. D-10 (国際疾病分類) 第5章においては、カテゴリーFとして「精神障害及び発達障害」が示されている。

ICD-10 F 0 - F 9

- F 0 症候性を含む器質性精神障害
- F 1 精神活性物質による精神・行動障害
- F 2 精神分裂症, 分裂病型障害, 妄想性障害
- F 3 気分(感情)障害
- F 4 神経症性, ストレス関連性及び身体表現性障害
- F 5 生理的機能障害とホルモン障害に関連した行動症候群と精神障害
- F 6 成人の人格及び行動の障害
- F 7 精神遅滞
- F 8 発達障害
- F 9 児童期または青年期に通常発症する行動と情緒の障害及び特定不能の精神障害

第2章 精神保健行政のあらまし

1. 精神保健行政の歩み

(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、社寺の桜塔は精神病患者の収容施設のごとき観があった。

明治の衛生行政が、本格的軌道に乗り出したのは、明治6年、文部省の医務課が医務局となり、7年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、精神病患者の大多数は、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、加藤瘋癲病院が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、精神病患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患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月に精神病患者の保護に関する最初の一般的法律「精神病患者監護法」が公布、同年7月1日から施行された。

精神病患者監護法の内容は、

- ① 後見人、配偶者、親権を行う父又は母、戸主、親族会で選任した4親等以内の親族を精神病患者の監護義務者として、その順位を定める。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 精神病患者を監置できるのは監護義務者だけで、病者を私宅、病院などに監置するには、監護義務者は医師の診断書を添え、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患者の漸増と精神医学の進歩により、精神障害者対策をこのような消極的な範囲にとど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年には精神病患者救済会が設立されて日本で初めて精神保健運動が行われるようになり、更に、日本神経学会も発足し、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患者の実態が明らかになり、その収容施設の整備拡充の必要なことがわか

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の保護は全く顧みられず、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。

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
		病院監護	3,997
精神病患者監護法適用	{	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

(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、精神障害者に対し、適切な医療・保護の機会を提供するため、昭和25年に「精神衛生法」が制定された。

精神衛生法の特徴は次のとおりである。

- ① 精神病院の設置を都道府県に義務付けたこと。
- 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とし、私宅監置制度はその後1年間で廃止することとしたこと。
- ③ 従来は狭義の精神病患者だけを対象にしていたが、新たに精神薄弱者、精神病質者も施策の対象として位置付けたこと。
- 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取り入れられ、精神衛生相談所や訪問指導の規定が置かれたこと。
- 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こと。
- ⑥ 精神障害者を拘束することが必要かどうかを決定するため精神衛生鑑定医制度が設けられたこと。
- ⑦ 医療保護の必要がある精神障害者については、国民が都道府県知事あてに診断及び必要な保護を申請できることとしたこと。
- ⑧ 仮入院制度及び、仮退院制度が設けられたこと。

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、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、

- 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こと。
- 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こと。
- ③ 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

制度を新設したこと。

- 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こと。

等である。

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床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

婦相談指導事業」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」が開設され、また、昭和57年8月労働保健法の制定に伴って新たに保健所において「労働精神衛生相談指導事業」が始まった。

(6) 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。

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幸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、厚生省においては、通信・面会に関するガイドライン等により指導が強化されるとともに、精神障害者の人権に配慮した適正な医療及び保護の確保と精神障害者の社会復帰の促進を図る観点から、精神衛生法が改正されることとなった。

昭和62年における精神衛生法の改正の概要は、次のとおりである。

- ① 国民の精神的健康の保持増進を図る観点から、法律の名称を精神保健法としたこと
- ② 精神障害者本人の同意に基づく任意入院制度が設けられたこと
- ③ 入院時等における書面による権利等の告知制度が設けられたこと
- ④ 従来精神衛生鑑定医制度を精神保健指定医制度に改められたこと
- ⑤ 入院の必要性や処遇の妥当性を審査する精神医療審査会制度が設けられたこと
- ⑥ 精神科救急に対応するため、応急入院制度が設けられたこと

⑦ 精神病院に対する厚生大臣等による報告徴収・改善命令に関する規定が設けられたこと

⑧ 入院治療の終了した精神障害者の社会復帰の促進を図るため、精神障害者社会復帰施設（日常生活を営むのに支障のある精神障害者が日常生活に適應できるように、訓練・指導を行う精神障害者生活訓練施設及び雇用されることの困難な精神障害者が自活できるように訓練等を行う精神障害者授産施設）に関する規定を設けたこと等である。

精神保健法は、昭和62年9月に公布され、翌昭和63年7月から施行された。

精神保健法の施行とともに、各般の事業が展開されることとなった。

昭和63年7月の精神保健法の施行からほぼ今日までの精神保健対策の実施状況は、別表1 から別表4 に掲げるとおりである。

精神医療対策については、自傷他害（自身を傷つけ又は他人を害すること。）のおそれのある精神障害者として都道府県知事の行政処分により入院措置された患者の数は過去5年間に約半数に減少し、また、家族等（保護義務者）の同意によって入院した医療保護入院患者の数も約半数に減少している。一方、精神障害者本人の同意による入院である任意入院が約倍増している。また、通院医療に関しては、過去5年間に於いて約5万人増加している。

また、社会復帰対策については、その予算額は昭和62年度において約6億円であったが、平成5年度においては約28億円に増加している。しかし、社会復帰施設の未設置の府県が未だ存在しており、今後とも、社会復帰対策の一層の推進が必要となっている。

さらに、地域精神保健対策については、精神保健センターにおける特定相談（アルコール関連問題相談及び思春期相談）件数が3倍以上に増加しているほか、保健所における精神保健相談、訪問指導及び社会復帰相談指導件数も増加しており、今後とも、地域における精神保健対策の充実が求められている。

なお、各事業等の詳細は、他の章において説明することとしている。

(7) 新精神保健法の成立

昭和62年における精神衛生法の改正においては、立法府における法案の修正によって、改法正の附則に「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」との検討規定が設けられた。

厚生省においては、この検討規定を踏まえ、精神保健法の施行後5年目に当たる平成5年7月を目途として、政府として必要となる措置を講ずるべく、平成4年10月から公衆衛生審議会精神保健部会において、同法の施行状況等に関する検証作業等を開始した。

公衆衛生審議会においては、その後、半年間にわたって審議が行われ、その結果、平成5年3月17日、公衆衛生審議会の意見書が取りまとめられた。

また、国際連合においては、1991年(平成3年)12月に、国連総会において精神障害者に対し人権に配慮された医療を提供するとともに、その社会参加・社会復帰の促進を図ること等が盛り込まれた「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則」(国連原則)が採択された。

また、平成5年3月には、国連・障害者の十年を経て、今後の新たな取組みを定めた「障害者対策に関する新長期計画」が障害者対策推進本部において決定された。こうした精神保健を取り巻く諸状況の推移等を踏まえ、精神保健法が、精神障害者の社会復帰の一層の促進を図るとともに、精神障害者の人権に配慮した適正な医療及び保護を実施する観点から、再度見直しが行われることとなった。

→ 精神保健法の改正法案は、平成5年5月21日に政府から国会に提出され、同6月4日に衆議院において可決され、同11日に参議院において可決、成立した。新精神保健法の主な内容等については、次のとおりである。

- ① 新たに「医療施設若しくは社会復帰施設の設置者又は地域生活援助事業を行う者は、その施設を運営し、又は事業を行うに当たっては、精神障害

者等の社会復帰の促進を図るため、地域に即した創意と工夫を行い、及び地域住民の理解と協力を得るように努めなければならない」とする規定が設けられたこと

- ② 「国、地方公共団体、医療施設又は社会復帰施設の設置者及び地域生活援助事業を行う者は、精神障害者の社会復帰の促進を図るため、相互に連携を図りながら協力するよう努めなければならない」とする規定が設けられたこと
- ③ 精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）が法定化されるとともに、第2種社会福祉事業として位置付けられたこと
- ④ 都道府県の地方精神保健審議会の委員として、新たに、精神障害者の社会復帰の促進を図るための事業に従事する者が追加されたこと
- ⑤ 精神障害者の社会復帰施設等における処遇ノウハウの研究開発や精神障害者に対す理解を得るための啓発広報活動等を行う、厚生大臣の指定法人として精神障害者社会復帰促進センターが設けられたこと
- ⑥ 保護義務者の名称が保護者とされたこと
- ⑦ 入院措置が解除された精神障害者を引き取る保護者については、当該精神病院の管理者又は当該精神病院と関連する社会復帰施設の長に対し、当該精神障害者の社会復帰の促進に関し、相談し、援助を求めることができるとの保護者に関する権利規定が設けられたこと
- ⑧ 入院措置が解除された精神障害者と同居する保護者等については、その負担の軽減を図る等の観点から、保健所の訪問指導等の対象として、位置付けられたこと
- ⑨ 仮入院の期間が3週間から1週間に短縮されたこと
- ⑩ 精神保健法における精神障害者の定義規定が、医学上の用語にあわせて見直され、「精神分裂病、中毒性精神病、精神薄弱、精神病質その他の精神疾患を有する者」とされたこと
- ⑪ 今日の政令指定都市における社会経済環境の変化等を踏まえ、平成8年

4月1日から、道府県（知事）の事務を政令指定都市（市長）に委譲することとされたこと

- ⑫ 今日における精神疾患の治療法等の進展等を踏まえ、精神疾患を絶対的欠格事由とする栄養士、調理師、製菓衛生師、診療放射線技師、けしの栽培の資格制限等が相対的欠格事由に改められたこと

以上の事項を内容とする新精神保健法に係る改正法は、平成5年6月18日法律第74号として公布され、平成6年4月1日から施行されている。

また、平成5年12月には、「心身障害者対策基本法の一部を改正する法律」が法律第94号として公布され、新たに、障害者基本法が成立することとなった。

障害者基本法においては、

- ① 施策の対象となる障害者の範囲に、精神障害者が明確に位置付けられたこと
- ② 法律の基本理念として、「社会を構成する一員として社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられる」こととされたこと
- ③ 国民の理解を深めるため、12月9日が「障害者の日」とされたこと
- ④ 国は、「障害者基本計画」を策定するとともに、都道府県・市町村においても「障害者計画」を策定するよう努めることとされたこと
- ⑤ 政府は、毎年、障害者施策に関する報告書を作成し、国会に提出することとされたこと
- ⑥ 従来の中央心身障害者対策協議会が、中央障害者施策推進協議会とされるとともに、その委員に、障害者又は障害者の福祉に関する事業に従事する者が追加されたこと

等が盛り込まれた。

今後、障害者基本法に基づき、政府全体において、精神障害者を含めた障害者対策が、保健、医療、福祉に加え、教育、就労、年金・手当、住宅、公共施設・交通施設の利用、民間事業者の協力等の環境整備に関しても、総合的に推進されることが期待される。

我が国の精神保健対策は、明治初期にその緒に就いてから、既に百数十年が経過している。この間、精神障害者に対する医療の確保、人権の擁護、そして社会復帰の促進といった観点からの各般の制度の改善が進められてきた。

前述した我が国における近代精神医学の基礎を構築した呉秀三教授は、明治30年代において、当時の精神障害者の置かれた状況に関し、「我が国の精神病患者は、この病を受けたという不幸のほかに、この国に生まれたという不幸を重ねて背負っている」と語ったと言われている。

今日においても、精神医学の向上等にも拘わらず、精神疾患そのものは消滅しておらず、また、現在の精神保健対策においても、未だ、改善を要する多くの点のあることが各方面から指摘されている。

精神保健対策は、まもなく21世紀を迎えることとなる。

精神保健対策は、今後とも、精神障害者に対し、その真の人権を擁護した医療を提供するとともに、社会復帰・社会参加の一層の促進を図ることを基本的な方針として積極的に推進していくことが重要である。

そのためには、精神保健に携わる一人一人が、そのことを共通の問題意識として十分に自覚し、実行することが不可欠である。そして何よりも、国民の一人一人が、精神障害者やその家族の取り巻く状況等を理解し、精神障害者が地域社会において共に生活することができるように積極的に協力し合うことが重要であると考えらる。

我が国の精神保健の未来は、こうした一人一人の暖い心とその実践とにかかっている。

今後における精神保健対策について

平成5年3月17日

公衆衛生審議会

1. はじめに

精神保健法は、精神障害者の人権に配慮した適正な精神医療を確保するとともに、精神障害者の社会復帰の促進を図り、併せて、国民の精神的健康の保持・増進を図ることを基本理念として、旧精神衛生法の改正により、昭和63年7月から施行された。

今日、精神保健法の施行から4年半が経過し、これまで、国及び地方公共団体等において、同法に基づく各種施策が展開されてきた。

本審議会においては、これまでの精神保健法の施行状況等を把握し、現行制度が精神保健法の基本理念に沿って機能しているか制度全般について幅広く検証等を行うとともに、1991年（平成3年）12月に国連総会において採択された「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則」（国連原則）等を踏まえ、我が国における精神保健対策全般について幅広く精査した。

これらの結果、本審議会においては、我が国の精神保健対策に関し、今後における基本的な方向と当面講ずるべき改善措置等を明らかにした。

政府においては、本意見書の趣旨に沿って、今後、所要の措置を講ずることが必要である。

2. 今後における精神保健対策の基本的な方向について

今後における精神保健対策については、基本的に、精神障害者の人権に配慮した適正な精神医療の確保、精神障害者の社会復帰の促進及び国民の精神的健康の保持・増進、といった精神保健法の基本理念に基づいて、その実現に向けて、引き続き、積極的に推進することが重要である。

精神障害者の医療については、前回の法改正において、入院時の告知制度、精神医療審査会制度、任意入院制度、精神保健指定医制度等各種の制度が導入された。

これまでのところ、これら各制度は医療現場において着実に定着し、適正な精神医療が確保されてきているが、未だ試行錯誤を重ねているところもある。このため、当面は、これら各制度の運営が適切に行われるよう、引き続き、制度の趣旨等を徹底していくことが重要である。

なお、我が国の精神医療は、大正8年（1919年）の精神病院法の制定から既に70余年を経過しており、今後、21世紀の社会にふさわしい新たな精神医療体制を確立していくことが求められる。特に、精神障害者の人権に配慮した適正な精神医療の確保は、21世紀においても重要な政策課題であり続けるものと考えるが、今後は、単に、不当な拘束や処遇の防止等にとどまらず、『より良い環境において質の高い医療を受けること』を目標としていくことが必要であると考える。このため、精神病院等においてはそのアメニティの向上を図り、入院患者及び通院患者の『Quality of Life』を高めるとともに、国民の精神医療に対するイメージを一新することが必要である。

また、精神障害の原因の解明、治療法の研究、医薬品の開発等を一層促進することにより、入院医療及び通院医療を通じた精神医療全体の水準の向上を図るとともに、通院医療が適切な者については、入院医療から通院医療への転換を推進することが重要である。

さらに、精神医療サービスを個々のニーズに応じてきめ細かく提供していくため、医師、看護職員及び作業療法士のほか、臨床心理技術者、精神科ソーシャルワーカー等が相互に連携を確保して医療に当たる、いわゆる「チーム医療」を確立し、精神医療におけるマンパワーの充実を図ることが重要である。このため、臨床心理技術者及び精神科ソーシャルワーカーの国家資格制度を創設し、その資質の向上を図ることが必要である。

また、精神医療における急性期対応のニーズに適確に対応できる体制を地域において確保することが重要である。

さらに、精神医療が比較的軽度の精神上の問題への対応を含め、地域住民の精神的健康を守るための身近なサービスとして積極的に位置付けられていくよう、関係者の努力が必要であると考えられる。

精神障害者の社会復帰については、前回の法改正において初めて社会復帰施設が法定化され、精神障害者の社会復帰の促進を図るための貴重な第一歩となった。しかし、法施行後4年半を経過した今日、社会復帰施設の整備は、他の障害者の施設と比べ十分に促進されていないほか、精神障害者に対する社会的偏見の存在等精神障害者の社会復帰・社会参加を取り巻く環境は必ずしも十分ではない。

本年は、「国連・障害者の十年」を経て、今後の新たな十年を迎える最初の年である。これまで、我が国における障害者対策は、ライフステージのすべての段階において全人間的復権を目指す『リハビリテーション』の理念と、障害者が障害を持たない者と同等に生活し、活動する社会を目指す『ノーマライゼーション』の理念の下に、『完全参加と平等』の目標に向けて進められてきた。今後における精神障害者対策においても、これらの理念に基づいて、その実現に向けて、施策を一層充実強化することが必要である。

特に、前回の社会復帰施設の法定化によって『精神病院から社会復帰施設へ』という一つの流れが形成されたが、今後においては、さらにこれに加えて、『社会復帰施設から地域社会へ』という新しい流れを形成していくことが重要である。

今日、精神障害者については、他の障害者に比べ、社会的偏見の存在等社会復帰・社会参加を取り巻く環境に多くの課題があることから、行政を中心として各種啓発広報活動等を積極的に推進するとともに、精神障害者の真の『ノーマライゼーション』を実現するため、住民、企業、団体等社会のすべての構成員が、精神障害者を取り巻く諸問題を理解し、主体的に取り組むことが求められる。

また、精神保健センター及び保健所は、これまで、精神障害者等の保健対策の拠点としての役割を果たしてきたが、それぞれの機能と役割を明確にしつつ、将来的には、現在の機能に加え、その重点的な業務として、精神障害者の社会復帰等の福祉対策を積極的に推進するとともに、医療施設及び社会復帰施設との連携のための拠点としての役割を果たすことが求められる。

これらを踏まえ、当面は、精神障害者の社会復帰・社会参加の促進を最重要の政策課題として位置付け、保健・医療・福祉等の連携の下に、一層強力に推進していくべきである。

国民の精神的健康の保持・増進については、前回の法改正において初めて法律の目的に位置付けられ、これまで精神保健センター、保健所等において精神保健に関する知識の普及、相談等各種の施策が推進されてきた。

今後とも、社会経済環境の急激な変化等により、国民の精神保健を取り巻く環境は多く変化していくことが予想されることから、引き続き、精神保健センター、保健所等において精神保健に関する知識の普及、相談等を積極的に推進していくべきである。

3. 当面講ずるべき改善措置等について

政府においては、以上に示した基本的な方向に沿って、段階的に必要な施策を推進していくべきであると考え、当面は、以下の事項について優先的に所要の措置を講ずるべきであると考え。

(1) 医療対策

ア 精神病院において、開放処遇を適当とする者については、開放処遇とすること。

この場合、「開放処遇」の概念を明確化すること。

イ 精神障害者が自らの意思により精神病院に入院する場合には、法定の入院形態である任意入院とすること。

ウ 長期にわたって入院している患者に対しては、精神保健指定医による実地審査を一層入念に実施すること。

エ 仮入院制度を厳密に運用するとともに、精神医療における診断技術の向上等を踏まえ、仮入院の期間を短縮すること。

オ 重症な精神障害者に係る精神医療については、平成3年7月15日付けの本審議会の意見（「処遇困難患者対策に関する中間意見」）において指摘したところであるが、重症な精神障害者に対しては精神病院における専門の病棟において高度で適切な医療を提供できる体制を確保すること。

カ 精神病院においては、必要に応じ、入院時等の告知文書の写しを保護義務者等にも提示すること。また、外国語による告知文書を作成し、外国人の入院患者に対する告知を円滑に行うこと。

キ 精神医療審査会に対する再度の請求に係る審査に関し、別途、中央に精神医療審査会を設けるべきであるとする意見があるが、精神医療審査会の審査は、地域においてきめ細かく実施することが効果的であり、中央における審査にはなじまないことから、現在の各合議体の独立性等を踏まえ、第2又は第3の合議体において実施するよう徹底すること。

また、精神医療審査会の定数を拡充するべきであるとする意見があるが、当面は、迅速、かつ、適切な審査体制を確保するため、合議体の開催回数等の事務処理の効率化等を図ること。

さらに、精神医療審査会の審査機能の向上等を図るため、各都道府県の精神医療

審査会の相互連携を図ること。

ク 精神医療審査会の審査において、患者代理人が退院等請求の意見聴取の対象となることを徹底すること。また、患者及びその代理人等が退院等請求の意見陳述に参加することができることを徹底すること。

さらに、精神医療審査会の審査結果には、理由を付記するとともに、可能な限り参考意見を付すこと。

ケ 精神保健指定医については、精神障害者の社会復帰に関する研修を実施すること等により、その資質の向上を図ること。

また、精神保健指定医の研修を受講していない者に対しては、研修の受講を徹底すること。

さらに、精神保健指定医の研修開催地の拡大を図る等その実施方法を改善すること。

コ 精神障害者の合併症の治療を円滑に実施するため、医療施設間の相互連携体制の整備を徹底すること。

サ 応急入院に係る指定病院の指定の促進を徹底すること。

シ 今後、急増が予想される老人性痴呆疾患患者に対し適切な精神医療を提供するため、老人性痴呆疾患治療病棟、同療養病棟及び老人性痴呆疾患センターの整備を推進すること。

ス 精神保健法におけるいわゆる法定施設外収容禁止規定については、旧精神衛生法による私宅置置制度の廃止等に伴い、これを徹底するために設けられたものであり、今日、その当初の目的を達したものと考えられることから、同規定を見直すこと。

セ 精神病院における作業療法の収益の取扱いを適正なものとする。

(2) 社会復帰対策

ア 今後とも、社会復帰施設の整備を一層促進することとともに、精神障害者の特性に鑑み、小規模作業所に対する一層の支援を行うこと。

イ 地域で生活する精神障害者の社会復帰の促進を支援するため、地域生活援助事業（グループホーム）を積極的に推進するとともに、適切な運用を確保すること。

また、通院患者リハビリテーション事業の一層の充実を図るため、協力事業所の事業主等を対象とした研修等を行うこと。

ウ 社会復帰施設の運営費の設置者負担の解消を徹底するとともに、施設利用者の経済的負担を適正なものとする。

また、社会復帰施設の職員等の資質の向上を図るため、必要な研修を実施するとともに、その人材の確保及び処遇改善を推進すること。

エ 精神障害者の社会復帰を促進するための啓発広報活動等を積極的に実施するとともに、精神障害者の社会復帰に関し必要な調査研究等を積極的に推進すること。

オ 精神障害者の社会復帰・社会参加を促進するため、精神障害者に関する各種資格制限及び利用制限について、必要な見直しを行うこと。

カ 地方精神保健審議会においては、精神障害者の社会復帰の観点を含めた審議を行うこととする。

キ いわゆる2次医療圏を中心として、保健・医療・福祉の連携を確保したきめ細かな社会復帰対策を計画的に推進するよう徹底すること。

(3) 地域精神保健対策

ア 地域精神保健対策については、平成3年7月15日付けの本審議会意見(「地域精神保健対策に関する中間意見」)に基づき、今後とも、所要の施策を推進すること。

特に、地域において、きめ細かな保健ニーズに適確に対応できるよう、精神保健センター及び保健所間の連携を確保すること。

また、精神障害者の社会復帰の促進等を図るため、医療施設、社会復帰施設、行政機関等の有機的な相互連携体制を強化すること。

イ 精神保健センター及び保健所において、精神障害者の社会復帰に関する相談等の事業の一層の推進を図り、地域における社会復帰支援体制を強化すること。

ウ 地域において精神保健及び精神障害者の社会復帰に関する知識の普及、精神障害者及びその家族に対する相談等を行うボランティアを育成し、その組織化を図ること。

エ 思春期精神保健対策については、学校保健、母子保健及び児童福祉との連携を強化すること。また、アルコール関連問題については、精神保健センター及び保健所における相談指導等の充実を図ること。

オ また、地域精神保健対策については、別途、本審議会において地域保健の総合的な見直しについて審議していることから、その結果を踏まえ、所要の施策を推進すること。

(4) 検討事項

ア 精神障害者に対するインフォームド・コンセントの在り方等について検討すること。

イ 臨床心理技術者及び精神科ソーシャルワーカーの国家資格制度の創設について検討すること。

4. 3つの課題について

以下においては、前回の法改正の際に、昭和61年12月23日付けで本審議会が取りまとめた「精神衛生法改正の基本的な方向について(中間メモ)」において、継続して検討すべきこととした3つの課題、すなわち、①いわゆる大都市特例、②精神障害者の定義、③保護義務者制度について、それぞれ、現時点における考え方を整理した。

(1) いわゆる大都市特例について

今日、大都市(政令指定都市)においては、社会経済環境の急激な変化、核家族化の進展等に伴い、住民の精神的健康を取り巻く環境は大きく変化している。

このため、大都市においては、地域の実情に応じて、きめ細かな精神保健対策を推進する必要がある。

現在、大都市における精神保健対策は、医療対策については、道府県において行われ、一方、地域保健対策については、各大都市において行われている。

今後、大都市において、医療対策と地域保健対策とを一元的に推進し、地域の実情に応じた、きめ細かな精神保健対策の実施を確保するためには、今日における大都市の行政能力の向上等を踏まえ、現在、精神保健法において道府県知事の権限とされている事務をその市長に委譲すること等が必要であると考ええる。

また、この権限の委譲に当たっては、各大都市の実情を踏まえ、十分な準備期間を設定することが必要である。

(2) 精神障害者の定義について

精神保健法においては、同法の施策の対象とする精神障害者を「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」と規定している。

現行の定義規定に関しては、近年における国際的な疾病分類や用語の慣行と照らして適切でなく、また、疾患・病態の範囲が不明確となったり、誤解を招いたりするおそれのあること等が指摘されている。

このため、現行定義規定を見直し、精神保健法上の施策の対象とするべき精神障害者の概念を明確化し、併せて、用語の適正化を図る観点から、例えば「精神疾患を有する者」とすることについて検討する必要がある。

(3) 保護義務者制度について

現在、保護事務者については、我が国における家族の状況等を踏まえ、原則として、精神障害者の家族が保護義務者となることとされている。今日、精神障害者を抱える家族については、その高齢化、低収入等により、生活上多くの困難を抱えていることが指摘されており、保護義務者の負担の軽減を図るため、家族を保護義務者とする同制度の廃止又は個別の役割規定の削除を求める意見がある。

しかし、精神障害者は、その疾病の特殊性によって、病識を欠くことがあり、適切な医療を受ける機会を逸するおそれがあること等から、身近にあって、適切な医療及び保護の機会を確保し、きめ細かくその者の権利・利益を擁護するための個人を配することが必要であると考ええる。

精神保健法においては、こうした観点から、保護義務者制度が設けられているところであり、同制度に代わる精神障害者の保護に係る制度が存在しない現状においては、現在の保護義務者制度は存続し、適切な運用を図っていくことが適当であると考ええる。

一方、精神障害者を抱える家族については、生活上多くの困難を抱えていることが指摘されていることから、当面、家族の負担の軽減を図るため、保健・医療・福祉の各分野における総合的な支援施策を充実強化することが必要である。

また、家族等に代わる公的保護義務者である市区町村長の役割を重視することが必要であり、当面、担当職員の資質向上を図るため、研修等の機会を確保することが適当である。

さらに、保護義務者制度については、制度の改善を必要とする事項について所要の改

れ、
に
行
事
設

精
て
れ
者
る

家
指
の

な
保
と

ら
見

旨
分

真
本

三

善を行うべく、今後とも、保護義務者制度の在り方について検討を行っていくことが必要であると考え。

なお、「保護義務者」という用語については、その適正化を図り、例えば、「保護者」とすることが適当であると考え。

2. 精神保健に関する行政組織

(1) 国

精神保健行政の推進組織は、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縣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枢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、心身医学研究部、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10部から成っており、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、平成5年における精神保健法の改正により、新たに、厚生大臣の指定法人として、精神障害者社会復帰促進センターが設けられている。

精神障害者社会復帰促進センターにおいては、

- ・精神障害者の社会復帰の促進に資するための各種の啓発広報活動を行うこと
- ・精神障害者の社会復帰の実例に即して、精神障害者社会復帰施設等におけ

る訓練、指導等の処遇ノウハウの研究開発を行うこと

- ・精神障害者の社会復帰の促進に関する統計的調査、文献調査、海外事例の収集等の各種の研究を行うこと
- ・精神障害者の社会復帰の促進を図るため、上記の研究開発の成果や研究の成果を公表すること
- ・精神障害者の社会復帰の促進を図るための事業である精神障害者社会復帰施設や精神障害者地域生活援助事業等の事業に従事する者等に対して研修を行うこと
- ・精神障害者の社会復帰の促進を図るための模範となるモデル事業の実施、上記各事業を円滑に実施するための募金活動等を行うこと

等の業務を担うこととなっている。

(2) 都道府県

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46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、又は自らの意見の具申を行うとともに、「通院医療費公費

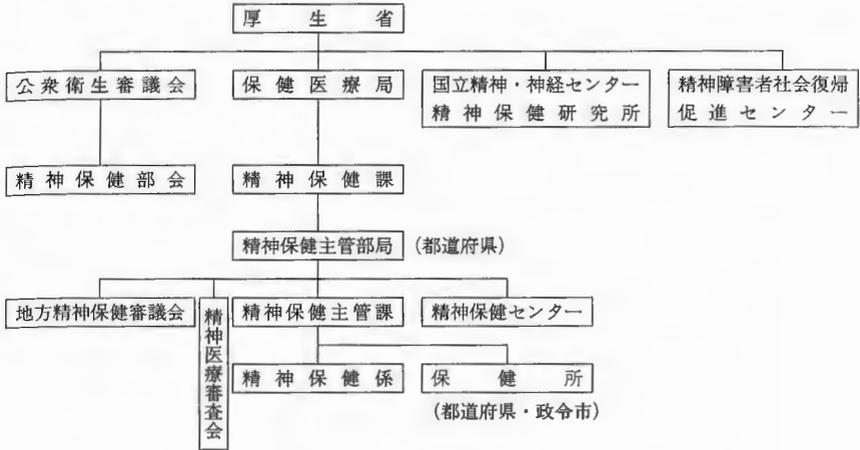
負担」について、その申請の内容を診査し、意見を述べることになっている。

- 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、その他学識経験者1名から成る合議体によって審査を行っている。

(3) 保健所

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（平成5年6月現在852カ所）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、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。

図1 精神保健行政組織のしくみ



3. 地域精神保健

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、積極的に受け入れる体制を整備する必要が生じてきた。

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

このような地域ぐるみの活動は本来地域住民自らの組織的な活動によって盛り上げるのが理想である。この入院治療から地域精神保健活動へという考えは、わが国だけでなく、世界的な傾向である。既に1960年代のアメリカでは、ケネ

デイ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。

平成2年11月30日付厚生省計画課長通知「地域保健医療計画の作成について」において、二次医療圏ごとに策定する地域保健医療計画については、特に精神保健医療等の体制の依存についても十分配慮することとされ、内容に関する事例が示されている。

表3 地域保健医療計画作成の手引(抄)

(平成2. 11. 30研政計46
厚生省健康政策局計画課長通知(別紙))

第5 地域保健医療計画の内容に関する事例

2 医療と保健対策等との関係・一体化

(8) 精神保健・医療対策

- ア 精神科医療体制の充実(専門病棟(痴呆, 思春期, アルコール),
デイケア施設の整備, 病診関係の推進等)
- イ 社会復帰体制の充実(援護寮, 福祉ホーム, 授産施設の整備, 通
院患者リハビリテーション事業, 社会復帰相談の拡充, 福祉・労働
関係機関等との関係体制等)
- ウ 精神障害者及び家族に対する支援体制(精神保健相談・訪問指導
の充実, 家族会・患者会に対する支援体制の確立等)
- エ 精神保健思想普及活動の推進(啓蒙普及事業・心の健康相談の充
実, アルコール薬物乱用防止対策等)

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、地位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。

平成3年7月15日には公衆衛生審議会より厚生大臣に対し、「地域精神保健対策に関する中間意見」が具申された。ここでは、地域精神保健活動は、精神障害者に対する適切な医療の提供及びその社会復帰の促進、住民の精神的健康の保持増進という精神保健法の目的を住民の生活の場である地域において実践しようとするものであるとして、地域精神保健に関する基本的考え方、課題など今後の方向が示されている。

(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

管要領の「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・指導など担当する。

〈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族の個別指導を行う。

〈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も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、従来の経過(生活歴等)、既往歴、家庭環境等を聴取する。

② 診断

面接相談の結果に基づき、そのケースについて診断を行い方針を決定する。

③ 処置

診断区分に応じて病院等への紹介、医学的指導・ケースワーク等を行う。

<訪問指導>

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

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

<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 4 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	59年	60年	61年	62年	63年	平成元年	平成2年	平成3年
精神保健相談	件 393,984	件 414,930	件 472,388	件 525,646	件 655,886	件 720,267	件 785,410	件 838,477
精神保健 訪問指導	228,671	254,182	274,630	281,309	296,250	317,115	308,900	314,451

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（平成3年104,415件）、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〉

昭和63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3日/週、参加者実数1,076人、参加者延数46,413人に達している。

地域精神保健対策に関する中間意見

平成3年7月15日
公衆衛生審議会

(はじめに)

昭和63年7月に新たに施行された精神保健法は、その目的において、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するとともに、国民の精神的健康の保持増進に努めることによって、精神障害者等の福祉の増進と国民の精神保健の向上を図ると定めている。

地域精神保健活動は、住民の生活の場である地域において、住民の心の健やかさをより高め、また、精神保健法上の精神障害者を始め、広く心の健康に障害を持つ人のニーズに応えようとするものであり、精神保健法の上記の目的を地域において実践しようとするものといえる。

同法施行後、精神障害者のための社会復帰施設の整備が進められるとともに、従前にも増して、地域に開かれた精神医療と保健所、精神保健センターにおける諸活動が展開されているが、地域精神保健活動については、なお一層の充実が必要である。

本審議会は、このような状況の下で、精神保健部会に地域精神保健対策に関する専門委員会を設置して、平成2年7月より10回にわたり、地域における精神障害者の社会復帰、精神医療のあり方、住民の精神的健康の理解と増進、行政の役割等について、鋭意検討を行った。その結果として、地域精神保健に関して、その基本的考え方を示すとともに、精神障害者の社会復帰の推進と地域住民の精神保健に関する理解の促進等が急務であることに鑑み、今後の課題について早急に実施すべき施策をも含めて、以下のとおりまとめた。

1. 地域精神保健についての基本的な考え方

地域精神保健におけるサービス・援助活動は、住民にとって住み慣れた生活の場に近い圏域内で提供されることが望ましい。またその活動に際しては、住民の様々なライフサイクル、社会生活状況、精神的健康状態等の特性に応じた、保健、医療、福祉にわたる包括的な対応が必要である。

まず、精神障害者については、個人としての尊厳が尊重され、地域社会において必要な援助が得られることが望ましい。精神障害者には、疾患と障害が共存しているので、精神医療の一層の充実を図るとともに、地域で生活を送るための受皿と支援システムをさらに整備し、その社会復帰、社会参加を促進する必要がある。

次に、地域住民については、自ら心の健康をより高め、生きがいのある生活を送るため、心の健康づくりを進めていくことが望ましい。このためには、地域において精神保健に関する思想の普及・啓発、健康教育、健康相談等を進める必要がある。

地域における精神障害者のケアと住民の心の健康づくりは、住民と精神障害者とが地域においてともに生活を送るという考え方（ノーマライゼーション）に立って、相互に関連

を保ちつつ実施される必要がある。また、個々の受け手に様々なサービスが適切に行われるためには、それらが整合性をもって供給されることが望ましい。したがって、精神保健活動の推進に当たっては、保健・医療、福祉に関する対策が総合的に展開され、地域にネットワークと調整機能が整備されることが必要である。

2. 地域精神保健に関する課題と今後の方向

(1) 活動の圏域の考え方

地域精神保健活動においては、サービスの提供についての圏域を考える必要がある。都道府県が二次医療圏毎に地域保健医療計画を作成する際には、精神保健に関連する社会資源の把握、ニーズの評価を行い、必要な社会資源の整備にも配慮しつつ、精神保健に関して保健、医療、福祉が一体となった計画を策定していくべきである。

(2) 行政の役割

精神保健に関する社会資源に対するニーズの増加に伴い、地域における社会資源のシステム化が必要となる。今後、保健所は、精神保健相談指導や社会復帰相談の充実に努めるとともに、地域に係るネットワーク及び情報の拠点として、地域精神保健に関する企画立案の機能や、保健所保健福祉サービス調整推進会議等を通じての医療機関、社会復帰施設、市町村、その他の関係機関の連絡・調整、指導、援助の役割を強化する必要がある。

精神保健センターは、精神保健に関する都道府県の技術中核機関として、複雑、困難な相談指導や調査研究、技術援助を行っており、都道府県における企画立案を始め一層の機能の充実が必要である。

精神保健行政に大都市特例を設けることは、昭和61年の本審議会精神衛生部会「中間メモ」に示されているとおり望ましいと考えるが、特に地域精神保健活動においても大都市に特徴的な問題の解決に資するものと考えられる。また、地域精神保健活動においては、生活の場に密着した地方公共団体の参加が重要である。

(3) 精神保健に対する理解と心の健康づくりの推進

社会・産業構造等の急激な変化、複雑化に伴い、住民各層が様々なストレスにさらされ、適応障害、うつ状態、自殺等が増加する等、心の健康が損なわれやすい状態にある。このため、地域住民に対して、精神保健、精神障害に関する知識の一層の普及が必要である。

今後、地域住民の中から、精神保健に理解のある者を精神保健推進員（仮称）として養成し、地域において精神保健や精神障害者に関する正しい知識の普及を行い、また、精神障害者に対する支援活動等に参加、協力を行うようにすることが望ましい。

心の健康づくり事業は、精神保健センターに加えて、保健所においても現在モデル的に行われている。今後はさらに、住民にとってより身近な保健所において、精神保健に関する知識の普及・啓発、健康教育、健康相談を推進していく必要がある。

(4) 社会復帰施設の整備

昭和58年の精神衛生実態調査によれば、精神病院入院患者のうち、条件が整えば退

院の可能性のある者は約2割である。精神障害者の社会復帰の最終目標は、施設へ収容することではなく地域において自立して生活することであるが、そのためにはまず、社会復帰のための施設の整備を促進することが重要である。

精神保健法においては、精神障害者に必要な訓練又は指導を行う精神障害者社会復帰施設の設置が位置付けられた。現在、精神障害者社会復帰施設として、援護寮、福祉ホーム及び授産施設の整備が行われているが、多くの施設が赤字経営であり、経営上の問題が施設整備の促進の上で障害となっていると考えられる。また、赤字経営の大きな要因として、運営費の $\frac{1}{2}$ を施設設置者が負担していることが考えられる。今後、この点への都道府県の対応等精神障害者社会復帰施設の経営基盤の安定化のための方策を講ずるべきである。

さらに、在宅の精神障害者が家族の疾病等によって家庭での処遇が一時的に困難になる場合があり、施設においてこのようなケースに対応していくことが必要である。

なお、精神障害者授産施設や増加の著しい小規模共同作業所を含め、精神障害者の昼間の活動のための施設について、今後その機能を体系化しつつ在り方を検討していく必要がある。

(5) 生活支援の充実

精神障害者の社会復帰、社会参加を進めるためには、精神障害者の生活能力の低下や、家族の高齢化等による受入れ能力の低下に対して、地域における生活支援の強化が必要である。

精神障害者にとって住宅を確保することは、家庭事情や住宅事情により現実には難しく、また、日常生活上の助言、指導が必要な場合がある。このため、小規模な共同住居（グループホーム）を確保し、世話人等による日常生活上の助言、指導等を行う事業に対し助成を行うべきである。このほか、精神障害者の賃貸住宅への入居が容易になるような配慮が必要である。

また、通院患者リハビリテーション事業（職親）、保健所のデイケアの充実とともに、精神障害者の雇用の促進のための方策が必要である。さらに、障害年金は障害者に対して所得を保障するものであるが、その一層の充実が必要である。

(6) 地域医療の推進

精神保健法においては、精神病院は、入院患者の社会復帰を促進するため、相談、援助を行うように努めることとされているが、入院以外の患者に対しても、精神病院及び精神科診療所は、社会復帰のための相談、援助の役割をさらに積極的に担うことが望まれる。

地域の病院、診療所の外来機能に関しては、なお一層強化される必要があり、また、在宅医療、訪問看護の充実も必要である。精神科デイケアは、退院の促進や再入院の防止に役立つとともに、精神病院の地域への開放化に資するものであり、今後、精神障害者に身近な小規模施設の設置等精神科デイケア事業を一層拡充、整備していく必要がある。さらに、地域の精神障害者の症状の憎悪に対応するためには、救急医療が

必要であり、応急入院の病院の整備とともに、今後、地域における急性期の外来診療、短期入院の体制の充実が必要である。

入院医療に関しては、救急医療、急性期医療、リハビリテーション医療、生活の質を高めた長期療養等について、また、老人、思春期、アルコール、薬物中毒、身体合併症等の患者に対する医療について、病床の機能分化の推進が必要である。そのためには、これらの機能に応じたチーム医療の促進と、専門病棟の整備、運営のための精神病院の経営基盤の安定化が必要である。

(7) 特定分野の対策の推進

老人精神保健については、今後、老人性痴呆疾患の急激な増加が予測され、専門病棟等の整備に加えて、地域ケア体制の強化が必要である。このため、保健所の老人精神保健相談指導について、今後連絡会議等における地域関係機関との調整機能、市町村への指導も含め、その充実を図る必要がある。また、老人性痴呆疾患センターについても二次医療圏に1カ所整備される必要がある。

思春期精神保健については、不登校児の増大等に対応し、母子保健、児童福祉、学校保健との連携を強化する必要がある。

アルコール関連問題については、国民1人当たりのアルコール消費量が増加し、未成年者、女子、高齢者に関する問題も顕在化している。現在、精神保健センターでアルコール関連問題に関する特定相談が行われているが、保健所における相談指導等の取組みも増加しており、今後、この問題への対策をさらに充実する必要がある。

(8) マンパワー等の充実、育成

地域精神医療においては、その質を高めるために、医師、看護職員に作業療法士、臨床心理技術者、精神科ソーシャルワーカー、介護者等を加えたチーム医療の一層の推進が図られるべきである。そのためには、所要の資格制度の検討や、職種間の業務分担の明確化、病棟機能等に応じたチーム医療の確立と評価が必要である。

保健所においては、その機能を強化するために、専任の精神保健相談員を配置し、保健婦、医師等の職種との役割分担、連携を進めるべきである。また、各職種の資質の向上のため、国及び都道府県において体系的な研修システムを確立する必要がある。

なお、精神障害者の社会復帰、社会参加の促進のためには、精神障害者の家族、本人、ボランティア団体等の民間援護団体を組織し、その育成を図る必要がある。

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 1 日〕

〔一部改正〕
〔健 政 発 第 231 号〕
〔健 医 発 第 476 号〕
〔平成 2 年 3 月 30 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、精神障害者社会復帰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、早期治療及び社会復帰の促進並びに福祉の向上を援助するため、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増進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、所長及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又は関係者会議又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適正な知識の普及、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。

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、調査及び集計を行い、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及び整備保管を行うとともに、精神保健相談票及び精神保健訪問指導票の整備保管を行う。

(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、医師及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、医師及び精神保健相談員に連絡し、適正な処理を行う。

(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並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）及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又は臨時特別調査を行い、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、効果の判定及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、所内又は所外において日時を定めて実施する。

精神保健相談及び処置を行うため、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所指導を行い、また、その実施の過程で発見したケースの問題に

ついて適切な助言その他の処理を行う。これらのうち、複雑困難なもの又は精密検査等を要するものは、精神保健センター、大学、専門病院等へ送る。

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

(1) 面接相談

本人、家族又は一般健康人の来所時に面接相談を行い、本人等の訴え（問題）の概要、従来の経過（生活史等）、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、精神障害者社会復帰施設等の施設等への紹介委託、医学的指導、ケースワーク等を行う。

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又は病院若しくは精神障害者社会復帰施設等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、患者及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、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、環境調査等の社会復帰の促進及び福祉の向上を行なうとともに、家族自体の問題についての相談及び衛生教育を行なう。

訪問指導の対象及び方法は、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 精神障害の状態が障害年金受給者と同程度以上にある旨の証明書の交付を受けている者で、通院医療を受けているもの
- キ 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
- ク 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
- ケ 前期以外の者で、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、精神障害者社会復帰施設、患者家族会、患者クラブの活用等を考慮して指導すること。
- エ 本人が管轄区域外に移転した場合は、下記(4)の訪問に関する資料等を移転先を管轄する保健所に送付して、訪問指導の継続性を確保すること。
- オ 精神障害者等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。

訪問指導を通じた社会復帰の促進及び福祉の向上の援助に資するため、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 精神保健に関する適正な知識の普及及び協力組織の育成

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、又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、更生保護、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。

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、精神障害者社会復帰施設等の施設、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、打合会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、措置診断、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又は精神障害者若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携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、精神障害者社会復帰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。

4. 精神保健に関する財政

(1) 国民医療費における精神医療費

平成2年度における国民医療費の推計額は20兆6,074億円で、前年度の19兆7,290億円よりも、4.5%の増加となっている。国民医療費の国民総生産に対する割合は4.72%であり、国民一人当たりの医療費は16万6,700円である。精神医療費の推計額は1兆2,260億円で、国民医療費に占める割合は5.9%となっている。(表6)

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1兆599億円で精神病医療費総額の86.5%を占めている。

(2) 精神保健関係予算

精神保健対策の推進に必要な経費については、従来から各般にわたる国の助成措置が講じられている。これを大別すると、

- ① 精神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込まれており、平成5年度では約41,674百万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5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。

budget over 2 repetition

表5 精神保健関係予算

事 項	昭和63年度	平成元年度
1. 精神障害者措置入院費負担金措置入院費	36,798,441	34,698,290
2. 精神保健対策費等補助金	36,798,441	17,776,002
(1) 通院医療費	13,853,103	15,408,882
(2) 医療保護入院費(沖縄分)	1,131,850	1,122,257
(3) 精神医療適正化対策費	206,120	230,714
(4) 精神障害者社会復帰促進費等	719,941	1,014,149
ア. 精神障害者社会復帰推進事業費	231,606	309,260
イ. 精神障害者小規模作業所運営助成費	67,200	113,600
ウ. 精神障害者地域生活援助事業費	—	—
エ. 精神障害者証明書交付事業費	—	6,598
オ. 心の健康づくり推進事業費	—	—
カ. 精神障害者援護寮運営費	128,882	193,693
キ. 精神障害者ショートステイ施設運営費	—	—
ク. 精神障害者福祉ホーム運営費	33,976	42,087
ケ. 精神障害者通所授産施設運営費	87,426	127,793
コ. 精神障害者入所授産施設運営費	—	—
サ. 精神科救急医療施設運営費	27,370	27,370
シ. 老人性痴呆疾患センター運営費	—	105,215
ス. 精神保健センター運営費	116,393	88,533
セ. 精神科デイ・ケア施設運営費	27,088	—
3. 保健所業務費補助金(精神保健対策費)	282,755	294,789
4. 保健所運営費交付金(老人精神保健対策費)	750,186	905,583
5. 精神病院等施設・設備費補助金	1,734,390	2,664,199
(1) 精神病院	816,266	941,764
(2) 精神保健センター	65,125	42,663
(3) 精神科デイ・ケア施設	145,105	89,858
(4) 精神障害者援護寮	116,567	464,945
(5) 精神障害者福祉ホーム	99,195	246,930
(6) 精神障害者通所授産施設	119,281	402,331
(7) 精神障害者入所授産施設	—	—
(8) 精神障害者ショートステイ施設	—	—
(9) 老人性痴呆疾患治療病棟	319,397	401,197
(10) 老人性痴呆疾患療養病棟	—	—
(11) 老人性痴呆疾患デイ・ケア施設	53,454	74,511
6. 調査研究費	216,000	281,622
(1) 精神保健医療研究費	63,000	74,000
(2) 痴呆疾患対策調査研究経費	153,000	207,622
合 計	55,692,786	56,620,485

(単位：千円)

平成2年度	平成3年度	平成4年度	平成5年度
29,379,439	24,347,268	19,653,558	16,887,226
19,219,536	20,254,033	21,982,870	23,761,019
16,045,178	16,923,082	18,378,493	19,741,382
1,134,893	1,041,412	945,333	958,579
402,247	336,586	277,641	322,422
1,637,218	1,952,953	2,381,403	2,738,636
444,962	462,386	507,328	605,291
156,025	193,893	232,711	270,634
—	—	67,775	142,200
6,697	6,807	6,953	7,041
23,644	24,410	25,338	—
405,216	523,700	617,468	674,551
—	—	—	5,460
59,976	69,654	78,400	86,162
251,760	342,555	441,245	504,907
—	—	30,652	31,805
27,370	27,370	27,370	27,370
104,184	138,991	170,772	203,284
157,384	163,182	175,391	179,931
—	—	—	—
312,925	369,745	391,812	413,220
1,067,316	1,191,826	1,191,826	519,024
2,502,757	1,724,466		
1,369,260	643,882		
42,275	37,678		
193,754	94,304		
187,192	109,788		
102,048	129,182		
201,030	198,412		
—	4,405		
—	—		
362,518	425,268		
—	51,334		
44,680	30,213		
84,000	84,000	84,000	94,000
84,000	84,000	84,000	94,000
—	—	—	—
52,565,973	49,971,338	43,304,066	41,674,489

hospital

表 6 国民医療費に占める精神病医療の割合

(単位：億円)

区 分	平成元年度			平成2年度			平成3年度		
	医療費	精神 医療費	比率	医療費	精神 医療費	比率	医療費	精神 医療費	比率
国民医療費	197,290	12,111	6.1	206,074	12,260	5.9			
公費負担分	11,094	—	—	11,001	—	—			
精神保健法	692	—	—	669	—	—			
生活保護法	7,571	—	—	7,396	—	—			
結核予防法	404	—	—	390	—	—			
その他の	2,427	—	—	2,546	—	—			
保険者等負担分	107,868	—	—	112,543	—	—			
管 健 保	30,579	—	—	32,596	—	—			
組 合 健 保	22,766	—	—	23,849	—	—			
国民健康保険	41,381	—	—	42,778	—	—			
その他の	13,142	—	—	13,320	—	—			
老人保健負担分	54,097	—	—	57,646	—	—			
患者負担分	24,231	—	—	24,884	—	—			
公費又は保健等の一部負担	20,650	—	—	21,364	—	—			
全 額 自 費	3,581	—	—	3,520	—	—			

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. 精神医療費は、一般診療医療費に限ったため、薬局調剤医療費及び歯科診療医療費を含まない。

(3) 費用の助成

ア 医療費公費負担

この経費は

- ① 都道府県知事が講じた入院措置（法第29条）と緊急入院措置（法第29条の2）の対象となった患者の医療費（患者の護送費を含む。）の全額を都道府県が支弁し、その財源の4分の3（「国の補助金等の臨時特例等に関する法律」等）により、昭和60年度から昭和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收容して医療保護を加えるという公益性の高いものであるため、その医療費を公費で負担する建前をとっている。

措置入院患者は、表7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、平成3年には、9,120人

となっている。

(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8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、平成4年には月平均295,000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項および法第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9の規準によって、費用の徴収を行う事が出来るとされている。(法第31条)

なお、この費用徴収額については、一部について保険給付が行われることとされている。

ウ 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り、その内容は、精神医療審査会の運営に要する経費、精神病院の現地指導及び入院患者の現地審査に要する経費並びに措置入院者の定期病状報告書料等である。

エ 精神障害者社会復帰促進費等補助

この経費は、精神保健センター、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、精神障害者入所授産施設、精神科救急医療施設、老人性痴呆疾患センター、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、精神障害者社会復帰促進事業（社会復帰施設相談窓口）及び精神障害者証明書交付事業等に

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 精神障害者社会復帰施設運営費

「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、医療法人等が行う社会復帰施設の運営に要する経費について、別に定める国庫補助交付要綱により補助している。

b 精神科救急医療施設運営費

法第33条の4に基づく応急入院指定病院における空床確保に対し、別に定める交付要綱により補助している。

c 老人性痴呆疾患センター運営費

「老人性痴呆疾患センター事業実施要綱」（平.元.7.11健医発第850号、厚生省保健医療局長通知）により都道府県、市町村医療法人等が行う老人性痴呆疾患センターの運営に要する経費について、別に定める交付要綱により補助している。

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、配偶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。

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礎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。

表7 措置入院患者数及び措置入院費の推移

年 度	措置入院者数 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45年度	76,532	438	351	87
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	16,756	526	368	158
平成元年度	13,843	463	347	116
2	11,458	392	294	98
3	9,120	325	243	82
4		262	197	65

- 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8 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
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
平成元年度	295,296	15,409
2	282,959	16,045
3	289,667	16,923
4	295,329	18,378
5	305,762	18,262

注. 各年度当初予算人員, 当初予算国庫補助額

表 9 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

(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、別に定める交付要綱により補助している。

(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。

(オ) 精神障害者証明書交付事業費

「精神障害者に対する所得税法上の障害者控除について」(平成元.3.17.健医発第288号)「精神障害者に対する所得税法上の利子等の非課税制度の取り扱いについて」(平成元.4.21.健医精発第17号)「精神障害者に対する地方税法上の障害者控除について」(平成元.5.29.健医発第723号)「精神障害者に対する自動車税、軽自動車税又は自動車取得税の減免について」平成2.3.30.健医精発第16号)「精神障害者に対する相続税法上の障害者控除等の適用について」(平成2.4.3.健医発第497号)により精神障害者に証明書を交付し、利子等の非課税(マル優)の適用、地方税の障害者控除及び自動車税、軽自動車税、又は自動車取得税の減免(全額免除)の適用など各種の援助制度を受けやすくするとともに、希望者に対し、社会復帰相談、訪問指導等を行い、その社会復帰の促進を図っている。

(カ) 精神障害者社会復帰促進事業費(社会復帰施設相談窓口)

「精神障害者社会復帰促進事業(社会復帰施設相談窓口)実施要綱」(平成3.9.24.厚生省健医発第1153号厚生省保健医療局長通知)により精神障害者社会復帰施設において土曜日及び日祭日に相談窓口を設置して相談業務を実施し、精神障害者の社会復帰の促進を図り回復途上者の社会復帰・社会参加の促進を図っている。

オ 精神病院等の施設整備費助成費

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・精神障害者通所授産施設、精神障害者入所授産施設及び精神障害者ショートステイ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、全国厚生農業共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（措置入院費等、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

民法法人

病院又は診療所の経営を主たる事業とする社会福祉法人

医学又は歯学部を置く学校法人

◎ 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

第3章 精神障害者対策

「精神障害者」とは、精神病患者（中毒性精神病患者を含む。）、精神薄弱者及び精神病質者をいい(法第3条)、その数は平成3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等から約147万人と推定されている。

精神障害者対策としては、精神保健法に基づき様々な施策を実施しているが、精神障害者の人権に配慮した医療の推進、訪問指導等の地域精神保健活動の充実とともに、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。

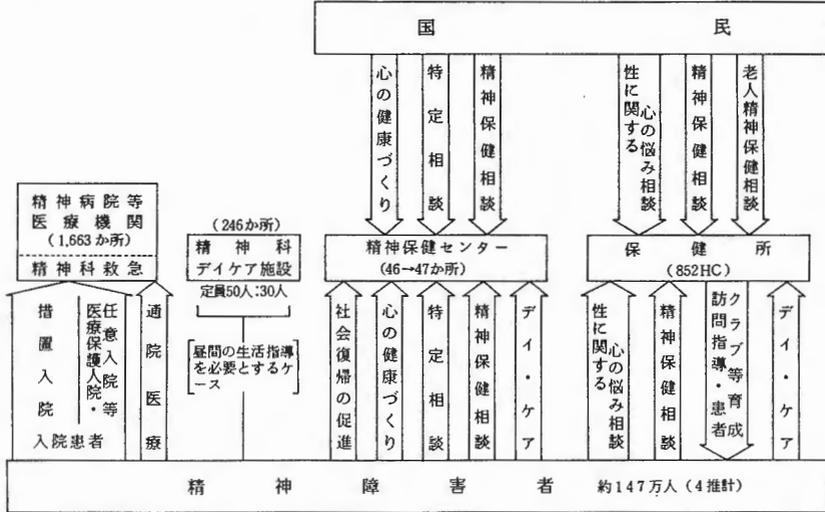
精神保健法は、精神障害者について定義規定(第3条を)を設け、「精神障害者」とは、精神分裂病、中毒性精神病、精神薄弱、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう。」とされている。

こ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、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、精神保健法においては主として医療保健対策を行っている。

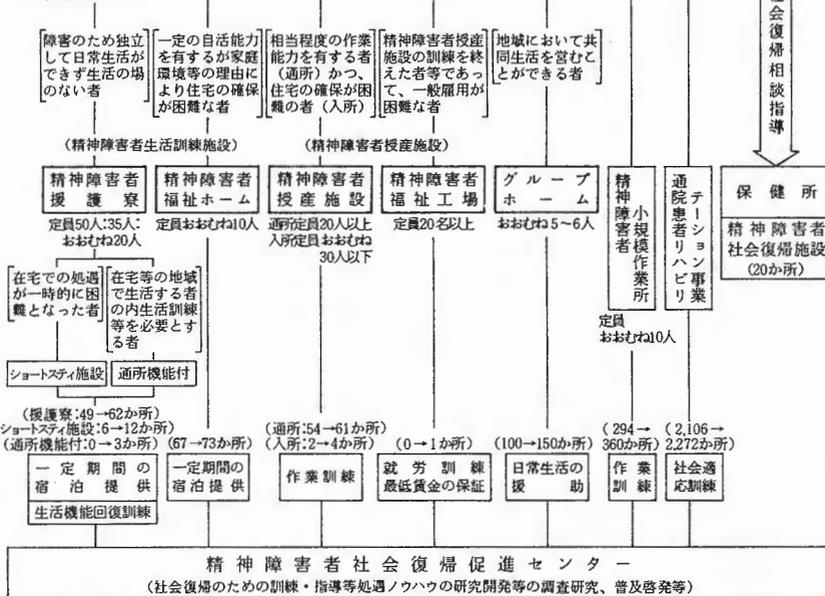
図2 精神保健対策の概要

1. 医療対策

2. 地域精神保健対策



3. 社会復帰対策



1. 精神医療対策

(1) 医療施設

ア 精神病院の現状

医療法においては、病院の病床の種別として精神病床、一般病床等が定められており、開設者は都道府県知事の許可を受けることとなっている。平成3年10月1日現在の精神病床数は360,905床で、前年に比し0.5%増加しており、全病院病床に占める割合は約21%である。

精神病床を有する病院は、1,663(平成4年6月現在)である。このうち主として精神病床を有する病院は1,046で、そのうち993病院が医療法人又は個人病院である。

精神病院については、厚生省公衆衛生局長通知(昭和44.6.23)により建築基準が定められており、なるべく同基準により整備するよう指導がなされている。同基準では、病院内の施設を病棟部、中央診療部、外来診療部、生活療法施設部、サービス部、管理部、宿舎部の部門に分けることとなっている。病棟部は30床～50床を基本とし、面積は一床当たり約20平方メートル程度とされている。

病院の従事者の人員については、医療法上その基準が定められているが(医療法第21条)、精神病院については都道府県知事の許可を受けた時には基準より少なくすることができる(医療法施行令第4条の6)。

医師の数は、最初の3名に加えて入院患者(-156名)が48名増加する毎に1名必要(一般病床では入院患者(-52名)が16名増加する毎に1名必要)である。看護婦と准看護婦の数は、6名増加する毎に1名必要(一般病床では入院患者が4名増加する毎に1名必要)である(医療法施行規則第19条、昭33.10.2厚生省事務次官通知)。病床100床当たり従事者数は、医師は2.4名、看護婦等は20.7名(一般病床数は医師10.2名、看護婦数38.5名)である。

(平成3年10月)

イ 患者

精神病院の在院患者数は346,775人であり病床利用率は95.8%となっている（平成4年6月現在）。疾患別には、精神分裂症が212,649人で最も多く、昭和45年約15万人、昭和55年約17万人と増加しているが、最近では頭打ちである。これに対して、最近では脳器質性精神障害、特に老人性痴呆疾患の増加が著しい。この他中毒性精神障害、精神薄弱者、てんかんも相当数入院している。（表10）年齢別には、老人において増加し、他の年齢層では減少している。（表11）

外来患者は疾患別には神経症が33.9%、精神分裂病が16.1%、てんかんが14.7%、そううつ病が14.3%である（平成2年現在）。（資料編Ⅱ参考資料表2）

なお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。

ウ 地域医療計画

医療法において、都道府県は医療圏の設定、必要病床数、医療施設の連係等に関する医療計画を策定することとされており（法第30条の3）、医療計画作成指針が定められている（平成3年6月26日厚生省告示第144号）。

必要病床数は、一般病床については二次医療圏毎に定められているが、精神病床は都道府県区域毎に定められており、平成3年3月末現在29道府県が病床数過剰となっている。平成3年の医療計画の見直しにより、精神病床の必要病床数は従来の352,971床から339,222床へ3.9%減少した。なお、老人性精神疾患、中毒性精神疾患、小児性精神疾患等に関する診療機能についての精神病床は、病床規制の特例となっている。

エ 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妥当な判断を下すことが困難と思われる状態にある患者（特に措置患者）はできるだけ公的機関、特に地方公共団体としての都道府県の管理運営する医療機関で医療保護を受けることが妥当であるとする思想に基づくものである。

オ 指定病院

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、平成3年6月30日現在の指定病院は1,074施設である。

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

表10 疾病別入院患者数

疾 患	平成2年6月	平成3年6月	平成4年6月
精神分裂病	212,957	213,156	212,647
躁うつ病	17,410	17,670	18,005
脳器質性精神障害	45,708	46,359	46,432
中毒性精神障害	20,457	20,318	19,566
その他の精神病	12,040	12,065	11,976
精神薄弱	14,419	13,911	13,575
精神病質	2,123	1,985	1,981
精神神経症	8,916	8,493	8,332
てんかん	10,100	10,019	9,698
その他	4,880	5,214	4,716
合 計	349,010	349,190	346,930

(精神保健課調査)

表11 年齢別入院患者数

年 齢 区 分	平成2年6月	平成3年6月	平成4年6月
18歳未満	1,665	1,547	1,439
18歳以上20歳未満	2,041	1,947	2,167
20歳以上65歳未満	268,384	264,829	259,944
65歳以上	76,920	80,840	83,380
総 数	349,010	349,190	346,930

(精神保健課調査)

表12 都道府県別開設者別精神病院数及び精神病床数

(平成4年6月30日)

都道府県名	国				都道府県				市町村		公 的		そ の 他				計	
	厚生省		その他		施設数	病床数	施設数	病床数	医療機関		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	施設数	病床数	施設数	病床数
北海道	2	280	3	135	4	572	17	2,206	12	1,216	59	12,798	32	4,469	129	21,676		
青森	—	—	1	41	1	350	5	483	1	111	17	3,819	1	204	26	5,008		
岩手	1	300	—	—	3	763	2	180	—	—	13	3,035	3	619	22	4,897		
宮城	1	48	1	74	1	350	—	—	—	—	17	3,420	9	1,123	29	5,015		
秋田	—	—	1	36	—	—	5	420	3	450	16	3,722	1	150	26	4,778		
山形	—	—	1	40	1	350	3	225	—	—	9	2,156	3	351	17	3,122		
福島	—	—	—	—	3	450	1	140	4	471	29	7,432	2	214	39	8,707		
茨城	1	17	1	41	1	611	—	—	—	—	31	7,067	7	1,011	41	8,747		
栃木	—	—	—	—	1	255	—	—	4	476	22	4,621	2	321	29	5,673		
群馬	—	—	1	40	1	372	1	223	—	—	17	5,081	1	98	21	5,814		
埼玉	—	—	1	26	1	120	—	—	2	513	36	9,584	11	1,933	51	12,716		
千葉	3	1,090	1	60	1	41	3	440	—	—	36	9,994	7	824	51	12,449		
東京都	3	867	6	283	10	1,904	2	72	1	50	78	20,971	18	3,024	118	27,171		
神奈川県	3	405	—	—	3	631	4	108	—	—	39	9,874	9	1,539	58	12,557		
新潟	1	250	1	64	3	644	—	—	4	450	22	6,036	1	100	32	7,544		
富山	1	190	1	20	1	120	4	303	1	68	4	523	18	2,575	30	3,799		
石川	1	48	1	46	1	450	3	196	—	—	10	2,283	5	1,114	21	4,137		
福井	—	—	1	41	1	380	1	100	—	—	7	1,457	2	244	12	2,222		
山梨	—	—	1	40	1	300	—	—	—	—	9	2,356	—	—	11	2,696		
長野	1	280	1	40	2	360	—	—	5	671	19	3,730	4	927	32	6,008		
岐阜	—	—	2	51	1	120	2	154	1	54	13	3,987	1	127	20	4,493		
静岡県	—	—	1	37	1	410	3	190	—	—	18	4,358	14	2,595	37	7,590		
愛知	2	253	2	70	3	622	3	298	1	100	36	10,714	9	2,442	56	14,499		
三重	1	260	1	40	3	698	1	50	2	350	10	2,989	4	1,023	22	4,410		
滋賀	—	—	1	45	—	—	—	—	2	207	8	1,895	—	—	11	2,147		
京都	1	155	2	184	2	446	—	—	—	—	15	5,770	2	416	22	6,971		
大阪	2	96	2	100	2	886	3	97	2	134	51	19,079	6	1,325	68	21,971		
兵庫県	—	—	2	60	3	718	1	100	—	—	26	8,486	10	2,754	42	12,118		
奈良	1	200	—	—	1	80	—	—	—	—	8	2,193	1	221	11	2,694		
和歌山	—	—	—	—	2	490	4	616	—	—	6	1,661	2	318	14	3,085		
鳥取	1	300	1	42	—	—	1	108	—	—	6	1,330	2	220	11	2,000		
島根	—	—	1	40	2	349	3	144	2	120	10	1,991	—	—	18	2,644		
岡山	—	—	1	76	1	240	—	—	—	—	20	5,623	3	182	25	6,121		
広島	2	400	1	20	1	50	4	513	2	225	25	6,101	11	1,916	46	9,225		
山口	1	55	1	51	1	200	—	—	—	—	24	5,912	8	1,077	35	6,575		
徳島	—	—	1	45	1	100	1	200	1	59	17	4,156	1	90	22	4,650		
香川	2	150	1	26	1	340	3	380	—	—	11	2,653	3	711	21	4,260		
愛媛	—	—	1	40	1	50	1	165	—	—	18	4,614	1	310	22	5,179		
高知	—	—	1	14	1	193	1	50	—	—	20	3,678	3	268	26	4,203		
福岡	1	100	2	123	1	395	—	—	1	60	77	17,074	23	4,487	105	22,239		
佐賀	1	573	1	26	—	—	—	—	—	—	12	3,029	5	852	19	4,480		
長崎	1	55	1	50	3	416	1	70	—	—	20	5,516	14	2,524	40	8,631		
熊本	2	200	1	60	1	250	—	—	—	—	35	7,642	7	995	46	9,147		
大分	1	40	1	30	—	—	—	—	1	200	22	4,673	3	422	28	5,365		
宮崎	—	—	1	40	2	402	—	—	—	—	20	5,364	3	526	26	6,332		
鹿児島	—	—	1	45	1	340	—	—	—	—	40	8,504	9	1,426	51	10,315		
沖縄	1	350	1	40	3	456	—	—	—	—	10	2,382	9	2,316	24	5,544		
合計	38	6,962	54	2,382	78	17,274	83	8,231	52	5,985	1,068	270,613	290	50,383	1,663	361,830		
3.6.30	38	6,962	54	2,382	77	17,274	83	8,151	51	5,915	1,044	265,095	313	54,574	1,660	360,303		

資料：病院報告（速報版）

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、^(注)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寢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用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。

カ 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。平成2年10月現在、主たる診療所が精神科であるものは749である。

一般診療所数

	45年	50年	56年	59年	62年	平成2年
一般診療所数	68,997	73,114	77,909	78,332	79,134	80,852
内精神科	657	779	1,159	1,425	1,765	2,159

(病院報告)

一般診療所の患者数推計(外来1日)

	50年	55年	57年	58年	59年	62年	平成2年
精神障害	24,200 ^人	18,900 ^人	32,600 ^人	24,000 ^人	24,500 ^人	35,400 ^人	46,400 ^人
内精神分裂病	300 ^人	500 ^人	2,600 ^人	1,600 ^人	1,400 ^人	3,000 ^人	5,100 ^人

(患者調査)

(2) 保護義務者

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、いる場所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（特別区にあつては区長）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 医師の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）

(3) 入院制度

ア. 精神保健指定医（法第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」という。）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年ごとに研修の履修が義務づけられている。

(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されている。

イ. 診療及び保護の申請等

(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保健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、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。

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。

ウ. 入院形態

(ア) 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

表13 年次精神障害者に係る申請・通報・届出の処理件数

	総数			一般からの申請			警察官からの通報			検察官からの通報			保護観察所長からの通報			矯正施設の長からの通報			精神病院管理者からの届出		
	申請 届出 件数	法第29 条該当 症状の 者	%	申請 件数	法第29 条該当 症状の 者	%	通報 件数	法第29 条該当 症状の 者	%	通報 件数	法第29 条該当 症状の 者	%	通報 件数	法第29 条該当 症状の 者	%	通報 件数	法第29 条該当 症状の 者	%	届出 件数	法第29 条該当 症状の 者	%
40	33,965	17,590	51.8	26,698	13,417	50.3	5,407	3,362	62.2	1,167	648	55.5	-	-	-	639	163	23.5	-	-	-
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
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
63	5,864	2,239	38.2	740	426	57.6	3,644	1,221	33.5	1,100	447	40.6	13	4	30.8	276	59	21.4	91	82	90.1
元	5,702	2,246	39.4	734	433	59.0	3,511	1,235	35.2	1,071	440	41.1	26	7	26.9	295	72	24.4	65	59	90.8
2	5,646	2,164	38.3	581	329	56.6	3,665	1,283	35.0	1,058	448	42.4	12	4	33.3	278	53	19.1	52	47	90.4
3	5,460	2,283	41.8	533	301	56.5	3,581	1,420	39.7	1,026	457	44.5	19	5	26.3	246	54	22.0	55	46	83.6

資料：厚生省報告例

ないことと規定している。

(退院制度)

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（「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、72時間を限り退院制度を行うことができる。

この72時間の退院制限は、患者が入院時に同意しても、入院中に症状が変化し、入院の継続が必要であっても退院を申し出ることがあり、このような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のできるようにとの趣旨によるものである。この「72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。なお、未成年者又は禁治産者である精神障害者の入院の場合、精神保健法上の入院同意書は、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。

(イ) 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、72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。

(ウ) 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

各都道府県知事 殿

厚生省保健医療局長

**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領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ずれもないか、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、市町村の担当者は、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

市町村長殿

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

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。

（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，精神病院の管理者は，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，入院が必要でないと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。

(エ) 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、厚生省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あたること、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

の限りではない。

「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類看護または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、酸素吸入装置、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。

(オ) 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。

エ 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、入院措置を採る者、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はない。)

オ 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。(法第36条、昭和63年厚生省告示第129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。(法第36条、昭和63年厚生省告示第129号)

- 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こととし(法第37条)、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)

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、家族等からの信書が患者の治療効果を妨げることが考えられる場合には、あらかじめ家族等と十分連絡を保って信書を差し控えさせ、あるいは主治医あてに発信させ患者の病状をみて当該主治医から患者に連絡させる等の方法に努めるものとする。
- (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、この場合にあっても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、そ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 遵守義務

- (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に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り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。

カ 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（法第38条の2）。報告を受けた都道府県知事は後述する精神医療審査会に対し、報告を受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。

キ 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（法第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、指定医3人、法律に関し学識経験を有する者1人及びその他の学識経験者1人をもって構成する合議体で審査を行うこととされている。

b 審査（法第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関しての審査
 - (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切であるかどうかに関しての審査
- 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ないものとされている。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。

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、厚生省保健医療局長から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。

ク 精神病院等に対する監督（法第38条の6、法第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等を命じることができ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。）について精神医療審査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、精神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、精神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精神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。）の法律学の教授又は助教授である者のうちから行うこととされたい。

別 添

精神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、次回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の報告に関して診察を行つた精神保健指定医（入院後、定期の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、当該患者の法定代理人、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者、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、当該請求に関しての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つ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

審査に当たつては、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

審査を行うに当たつて、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こともできる(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っ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っ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って必要な場合には、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 入院が適当でないと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。

(4) 通院医療

精神障害者のうち、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の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

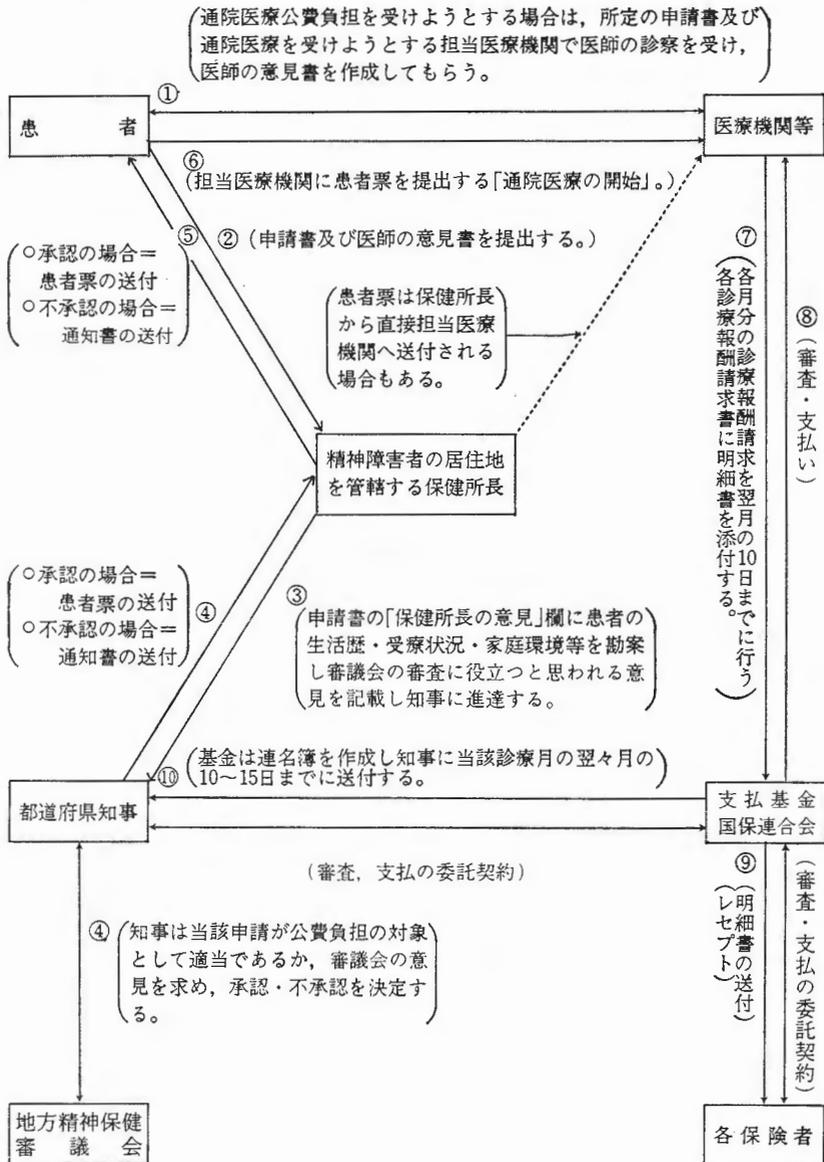
a 通院医療費公費負担制度の概要

通院医療制度の概要は図3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者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。

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63年5月13日健医発第575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。

クロルプロマジン……C P プロクロルペラジン……P C P

パーフェナジン……P P レボメプロマジン……L P

レセルピン……R S テトラベナジン……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っては別記第2契約書例及び覚書例に準じて、連合会の理事長との間にあっては別途局長通知による契約書例及び覚書例に準じて契約を締結すること。

第7 担当医療機関等の指導

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

第8 届出事項

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

第9 患者票の返納

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

別紙様式第1号

精神障害者通院医療費公費負担申請書

※保健所名	
※受理年月日	

平成 年 月 日

知事殿

申請者の氏名

印

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・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
1. 「被保険者等の別」の欄には、該当欄に○印をつけること(なお、申請者が老人保健法第25条の規定による医療を受けることができる者である場合には、加入している保険等の該当欄に○印をつけるとともに、「その他()」の中に「老保」と記入すること。)
 2. 「保護義務者」の欄には、申請者が患者本人の場合のみ記入すること。
 3. ※印の欄は記入しないこと。

別紙様式第2号

(精神保健法第32条)

患 者 票

保健所名

都道府県名 印

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	
	住所						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()					治療の種類	3 駆梅療法	6 その他の治療
有効期間	自	平成	年	月	日		4 精神療法	
担当医療機関	名称							
	所在地							
保護義務者	氏名					患者との続柄	備考	
	住所							

別紙様式第3号

番 号
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		明・大 年 月 日生 昭・平		
住所				
診断病名	1 主な精神障害	2 合併精神障害	3 合併身体疾患	
治療計画	通院間隔 治療の順序 治療の予定期間 自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日			
治療の類 該で 当か この 数字 を○	1 薬物療法	1 初回 2 継続 3 再	薬物名 使用期間	
	2 癩れん療法 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 癩れん及び意識障害 () 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れるものは、通院医療の対象となる。精神科領域の治療は一般に、内因性精神病をはじめとして、疾病別にでなく、状態像によって治療法がきめられる場合が多いので以下各状態像について述べることとする。なお、症状が殆んど消失している患者であっても、軽快状態を維持し、再発を予防するためにはなお通院治療を続ける必要がある場合もあるので、このような場合には治療を中止したときに予想しうる状態像を十分考慮すべきである。

1 緊張病症状群

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

2 幻覚妄想状態

幻覚、妄想を主症状とする状態像をいう。

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

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

しかし、幻覚、妄想はあっても、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のである。

4 躁うつ状態

感情の昂揚および抑うつを主とする状態像をいう。

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

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

5 痙れんおよび意識障害

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

これらの疾患の発作症状は服薬により軽快しても、中止すれば殆んど再発するので長期間の通院医療が必要である。また発作症状の他に次の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発育障害のため、人格に異常をきたしており、けんか、暴行をしたり、窃盗などの反社会的行為をするものも少なくない、これらのなかには通院医療の対象となるものもある。

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

7 人格の病的状態

すべての病的人格をいう。すなわち、精神病質の他脳炎後遺症、頭部外傷後遺症な

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

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

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

8 嗜癖および中毒

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

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

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

第2 治療方針

- 1 法第32条による通院医療（精神障害に附随する傷病を除く）の治療方針は、社会保険による精神科治療指針（昭和36年10月27日保発第73号）によることとする。
- 2 薬物療法にあつては、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。

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。

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、

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 準備		準備		8:30~12:00 スタッフ ミーティング (ケース検討)		準備		準備		8:30~12:00 スタッフ ミーティング (プログラム検討) 行事予定検討	
9:30~12:00 作業 生産的集団作業 創造的個人作業 個人面接(同時併行)		9:30~12:00 グループワーク 話し合い 話し合い 個人指導		★		9:30~12:00 作業 生産的集団作業 創造的個人作業 個人面接(同時併行)		9:30~12:00 グループワーク 就労学級 自由		理	
12:00~13:00 昼休み (食事指導)		〃 (〃)		〃		(〃)		(〃)			
クラブ 手芸 華茶道 茶書道 家事指導		クラブ 音楽 スポーツ		(自由グループ)		13:00~15:00 絵文画 集作り		全員 レクリエーション スポーツ		◎	
13:00~15:00 メンバー ミーティング		全メンバー ミーティング ★		スタッフは、 訪問活動 記録整理		メンバー ミーティング		全メンバー 茶話会		☆	
スタッフ ミーティング 記録		〃 〃				〃 〃		〃 〃			

医師1. スタッフ4. メンバー35人 (出席80%)

☆はDrで

★印は必ず出席

☆印はなるべく出席

◎印は専門家を招くことが望ましい。

(昭和55年度厚生科学研究より転載)

集団精神療法，作業指導，レクリエーション活動，創作活動，生活指導，療養指導等であり，通常の外来診療に併用して計画的かつ定期的に行う。

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。

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. イ. に規定する4人で構成される従事者に，更に，精神科医師1人及びイ. に規定する精神科医師以外の従事者1人を加えて，6人で従事者を構成する場合にあっては，ロ. の規定にかかわらず，当該従事者6人に対して，1日70人を限度として精神科デイ・ケアを行うことができるものである。
- ニ. デイ・ケアを行うにふさわしい専門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又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門の施設を有しているものであり、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。

c 精神科デイ・ケアの診療報酬

1日について大規模なもの600点、小規模なもの500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47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。

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。

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。

e 精神科ナイト・ケアの診療報酬

1日について450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47点を加算する。

表14 精神科デイ・ケア承認状況

(平成5年6月30日現在)

都道府県	施設名	施設名	計
北海道	(医)旭山病院	道立緑ヶ丘病院音更リハビリセンター	(医)とまわ病院
	(医)渡辺病院	(医)札幌太田病院	(医)旭川至泉会病院
	(医)中江病院	岩見沢市立総合病院	(医)道央佐藤病院分院若草リハビリセンター
	(医)田中病院	(医)札幌花園病院	(医)札幌佐藤病院
	(医)慈恵金平松病院	(医)札幌佐藤病院	(医)札幌佐藤病院
青森	(生協組合)富代養生病院	(社)八甲病院	(医)布庭病院
	(医)都南病院	(財)岩手保養院	県立南光病院
岩手	(医)岩手南和病院	(医)釜石厚生病院	(医)胆江病院
	国立療養所南花巻病院		
宮城	国見台病院	仙台市デイ・ケアセンター	
秋田	(医)菅原病院リハビリ・リハビリセンター	(医)秋田緑ヶ丘病院	
	(医)佐藤病院	米沢市立病院	(医)千歳藤田病院
山形	山形県立鶴岡病院	(医)光ヶ丘病院	(医)山形病院
	県立矢吹病院デイ・ケアセンター		
茨城	県立友部病院	(財)石碓病院附属緑町クリニック	神経科クリニックこどもの園
	県立精神保健センター	(医)栗田病院	
栃木	(医)鹿沼病院	県立岡本台病院	
	(医)西毛病院		
群馬	鴻巣病院	県立精神保健センター	順天堂越谷病院
	川瀬クリニック	所沢神経クリニック	戸田病院
千葉	南川げんきクリニック	船橋市立総合病院	旭中央病院組合立東総デイ・ケアセンター
	(医)渡井病院	(医)千葉病院	(財)総武病院
東京	国立国府台病院	千葉県立精神科医療センター	(医)式場病院
	国立下総療養所	(医)聖マリア記念病院	(医)鎌山病院
神奈川	(医)八千代病院	千葉県立精神保健センター	
	(医)木村病院付属診療所	(医)成増厚生病院	昭和大学附属鳥山病院
東	国立精神・神経センター武蔵病院	都立松沢病院	(財)井之頭病院
	(医)駒木野病院	(医)東京足立病院	(財)東京武蔵野病院
京	都立中部総合精神保健センター	(社)福)桜ヶ丘記念病院	長谷川病院
	(医)大内病院	慈雲堂内科病院	都立梅ヶ丘病院
東	東邦大学医学部附属大森病院	陽和病院	日精病院
	大森病院	帝京大学医学部附属病院	都立多摩総合精神保健センター
神奈川	東京大学医学部附属病院	川崎市リハビリ・リハビリ医療センター	(医)藤沢病院
	(医)曹我病院	県立芹香病院	北里大学東病院
神奈川	国立療養所久里浜病院	(医)丹沢病院	鶴見西井病院
	相州メンタル・クリニック	大石クリニック	横浜市総合保健医療センター診療所
新	第二安西医院	横浜市立大学医学部附属病院	(医)富士見台病院
	(財)神奈川診療所	上大岡メンタルクリニック	
新	鶴巻メンタルクリニック	国立療養所厚海病院	(医)川室病院
	国立療養所厚海病院	(医)高田西城病院	(厚生連)刈羽郡総合病院
富	(医)大島病院		
	富山市立富山市民病院	国立療養所北陸病院	谷野医院
石	魚津神経サナトリウム		
	県立高松病院デイ・ケアセンター		
福	県立精神病院		
山	県立北病院デイ・ケアセンター	(医)山角病院	
	(医)城西病院	(医)諏訪湖畔病院	千曲荘病院
長	(医)村井病院	かとうメンタルクリニック	
	県立病院美心荘デイ・ケアセンター	県立精神保健センター	(財)沼津中央病院
静	聖隷三方原病院	川口会病院	
	南豊田病院	(医)守山荘病院	(医)松陰病院
愛	県立城山病院	(医)東香病院	北林病院
	国立療養所東尾張病院	名古屋市精神保健指導センター・保健の里	名古屋市精神保健指導センター・保健の里
知	北メンタルクリニック	吉田クリニック	市立小牧市民病院
	京ヶ峰岡田病院	(医)豊田西病院	神経科大山病院
三	(医)刈谷病院		
	(医)四日市日永病院	国立療養所神原病院	県立高茶屋病院
重	松阪厚生病院		

都道府県	施設名	施設名	計	
滋 賀	長浜赤十字病院 県立精神保健総合センター	琵琶湖クリニック	湖南病院	4
京 都	国立舞鶴病院 府立精神保健総合センター (医)醍醐病院	(財)長岡病院 (社)安井病院	(医)宇治貴農病院 京都大学医学部附属病院	7
大 阪	府立中宮病院 国立大阪南病院 大阪通信病院 旭川総合病院 寝屋川サナトリウム (医)和泉中央病院 かこの神経クリニック (医)美原病院 (医)水間病院 (医)紀泉病院	(医)藍野病院 (医)浅香山病院附属診療所 小阪病院 新阿武山クリニック (医)山本病院 三家クリニック (医)浜寺病院 (医)榎坂病院 (医)新阿武山病院 (医)光堂病院	(医)阪南病院 (医)さわか院 さわ江坂神経クリニック 西口診療所 (医)阪本病院、 小杉クリニック (医)小曾根病院 稲垣診療所 (医)久米田病院	29
兵 庫	公立豊岡病院デイ・ケアセンター 滝川病院	(医)高岡病院 (医)新淡路病院デイ・ケアセンター	宋神経科クリニック 森下神経内科診療所	6
奈 良	国立療養所松原荘	(医)五条山病院	(医)吉田病院	3
鳥 取	国立療養所鳥取病院	(医)米子病院	(医)広江病院	3
島 根	県立湖陵病院	釜瀬クリニック		2
岡 山	県立内尾センター (財)狭野病院 (財)河田病院 (医)向陽台病院	(財)懸垂病院 (医)高見病院 柴田病院 (財)笠岡病院	(医)万成病院 (財)林道倫精神科神経科病院 県立岡山病院	11
広 島	瀬野川病院 (医)長尾病院	国立療養所賀茂病院	県立総合精神保健センター	4
山 口	長門一の宮病院			1
香 川	(医)三船病院 三光病院 (財)精神病院真光園	国立普通寺病院	県立精神保健センター	4
愛 媛	(医)近森病院第2分院	(財)松山精神病院美沢デイケアセンター (医)堀木病院	(医)土佐病院	2
高 知	高知県立芸陽病院	藤戸病院		5
福 岡	福岡病院(2施設設置) 北九州市立デイ・ケアセンター (医)堀川病院 (医)八幡厚生病院 久留米大学病院 (医)不知火病院 新門司病院 加藤神経科クリニック 雁の巣病院	福岡大学病院 (医)松尾病院 (医)一本松病院 (医)行橋記念病院 (医)日明病院 (医)甘木病院 若久病院 門司松ヶ江病院 赤像病院	(医)飯塚記念病院 (医)牧病院 (医)油山病院 県立大宰府病院 (医)筑豊病院 せりかわ医院 水戸病院 南ヶ丘病院	27
佐 賀	(医)嬉野温泉病院 野口クリニック もろくま心療クリニック	国立肥前療養所 多布庭クリニック	(医)蓮藤病院 森本病院	7
長 崎	長崎大学医学部附属病院 (医)くわみず病院 (医)菊陽病院	国立長崎中央病院 (医)内藤病院 (医)小柳病院	(医)西脇病院 国立療養所菊池病院	3
大 分	国立別府病院 県厚生連鶴見病院	博愛診療所 大分カス医院 (医)都城新生病院	鶴見台病院 博愛病院	5
宮 崎	若草病院 (医)高宮病院		県立富美園	4
鹿 児 島	(社)鹿嶋総合病院			1
沖 縄	天久台病院 新垣病院 県立清和病院 (医)いずろ病院 久田病院	国立療養所琉球病院 平安病院 県立総合精神保健センター 沖縄中央病院 糸満清明病院	(医)端野が丘サマリア人病院 平和病院 博愛病院 (医)いけむら小児科クリニック	14
計				294

(5) 精神医療に係る社会保険診療報酬

ア 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200点である。

b 入院精神療法

精神療法とは、精神神経症や精神障害の患者に対して、一定の治療計画にもと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6月以内の患者に対して行った場合120点、入院6月以内の患者以外の患者に対して行った場合60点である。

c 通院精神療法

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憎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280点、診療所の場合330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250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470点である。

イ 精神科医療費

診療報酬レセプト1件当たりの入院患者平均点数（甲表，平成元年6月現在）は，一般病院33,156点（1件当たり18.3日）に対し，精神病院は22,852点（1件当たり29.6日）である。1日当たり請求額について老人医療に限ってみると，一般病院15,364円，特例許可老人病院10,366円に対し，精神病院は8,319円であり，一般病院の約半額である。診療行為別請求額では，入院費以外の部分が一般病院では48.1%を占めているが，精神病院では27%である。

なお，入院以外に限れば，医療費に占める精神障害についての医療費の割合は1.9%である。

2 社会復帰対策

(1) 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応して生活していけるように治療を加え、必要な援助を行うことである。入院患者の場合は長期入院によって社会性が失われることがないように配慮されるべきであり、また、院内の社会復帰活動を充実することが何よりも必要である。長期在院者の多くは、疾病による社会適応性の低下が認められるばかりでなく、家族の受入れ態勢がなく経済的問題もあるので、その社会復帰を推進するためには福祉面の配慮が必要である。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である。このため、精神保健法において精神障害者社会復帰施設を定め、その整備に努めている。なお、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。

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受用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うまでもない。

- 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疎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

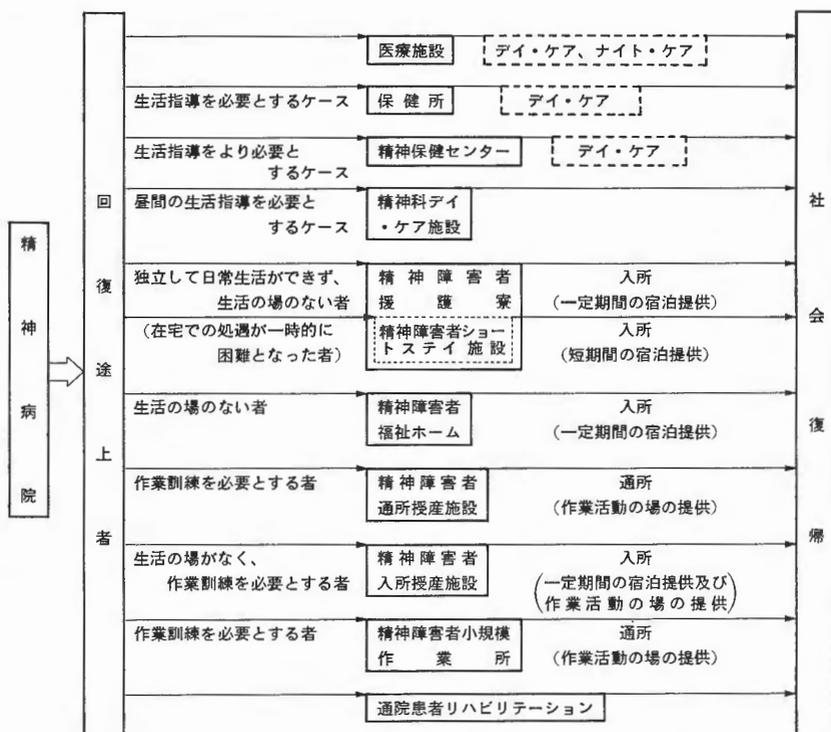
精神障害者の社会復帰、社会参加を円滑に進めるためには、地域の実情に応じた適切かつ、きめ細かな対応が特に求められるものであり、この意味で、市区町村の果たす役

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年の精神衛生法改正において精神障害者社会復帰施設が法定化されるとともに、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。

さらに、平成3年7月の公衆衛生審議会の「地域精神保健対策に関する中間意見」において新たな社会復帰対策の必要性が提言されている。

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以下の通り都道府県知事あて通知が出されたところである。

その内容は以下の通りである。

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。

(2) 精神障害者社会復帰施設

ア 社会復帰施設の概要

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(第9条、第10条)。なお、精神障害者社会復帰施設を経営する事業は社会福祉法上第2種社会福祉事業として位置づけられている(同法第2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施設を利用させ、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、精神障害者援護寮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と精神障害者入所授産施設が定められている。

また、精神障害者社会復帰施設の整備の促進を図るため、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)。

これらの施設への入所は、いずれも行政による措置ではなく、利用者と施設間の利用契約により行われる。

イ 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名のほか選任職員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。

(精神障害者ショートステイ施設の運営)

在宅の精神障害者であって、家族が疾病、冠婚葬祭、事故等の事由により、在宅における処遇が一時的に困難となった者を原則として7日以内入所させる精神障害者ショートステイ施設を設置及び運営できるものとされている。

精神障害者ショートステイ施設の運営については、利用者の居住地を管轄する保健所及び主治医等との連絡・調整を行うとともに、利用の契約に当たっては、その特性に鑑み、簡便な方法により迅速に契約に応ず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、共用の施設として娛樂室、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もの。ただし、

入所施設の入所者は、上記のうち、住居の確保が困難であり、かつ、多少の介護があれば日常生活を営めるもの。

(設備)

作業室(場)、食堂、静養室、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。入所施設においては、さらに居室、相談・指導室、浴室及び調理用コーナーも設けなければならない。

(処遇)

施設長、顧問医のほか作業指導員、精神科ソーシャルワーカー、その他の専従職員をそれぞれ1名以上おき、必要訓練を行い、その自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利用者に支払う。

精神障害者社会復帰施設設置運営要綱

昭和63年2月17日健医発第145号

一部改正平成3年7月8日健医発第860号

一部改正平成4年12月2日健医発第1380号

最終改正平成5年8月19日健医発第901号

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、この要綱に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っ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、保健所長の推薦書の交付を受けた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。

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備えなければならない。

(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

きる者をもっ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の経験を有する者をもっ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 業務報告

- (1) 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。
- (2) 社会復帰施設の長は、利用者の入所又は退所があった場合は、速やかに別に定める様式により、社会復帰施設の所在地を所轄する保健所長に報告しなければならない。

8 管理規定等の整備

- (1) 社会復帰施設の長は、利用料及び利用者が守るべき規則等を明示した管理規定を定め、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常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、地域の事情等に応じて個別事項に掲げる施設を組み合わせることで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、精神障害者の社会参加に関する専門的知識をもった職員により生活の指導等を行い、もっ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者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って、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) 共同生活を営む程度の者
- (2) 精神科デイ・ケア施設、精神障害者通所助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。

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4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って、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助言, 指導

(2) 関係機関との連絡

施設長は、入居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。

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 精神障害者ショートステイ施設の運営

援護寮においては、次により精神障害者ショートステイ施設（以下「ショートステイ施設」という。）の設置及び運営を行うことができるものとする。

(1) 利用対象者

ショートステイ施設の利用対象者は、在宅の精神障害者であって、家族が疾病、冠婚葬祭、事故等の事由により、在宅における処遇が一時的に困難となった者とする。

(2) 利用方法

ショートステイ施設の利用の契約は、ショートステイ施設の特性に鑑み、総則の第2の2のなお書にかかわらず、より簡便な方法で利用希望者が利用対象者として適切であるかどうかの確認を行い、迅速に契約に応ずるものとする。

(3) 利用期間

ショートステイ施設の利用期間は、7日以内とする。ただし、ショートステイ施設を運営する援護寮の長は、当該援護寮の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、必要最小限の範囲で延長することができるものとする。

(4) ショートステイ施設の運営

ショートステイ施設の運営に当たっては、利用者の居住地を管轄する保健所及び利用者の主治医等との連絡・調整を行うものとする。

10 通所事業

援護寮においては、次により、地域において、就労が困難な程度の在宅の精神障害者が、通所して生活機能訓練、対人関係訓練等を行うことによりその自立を図るとともに、生きがいを高めること等を目的とする事業を行うことができる。

(1) この事業は、通所機能部門を設置して実施するものとする。

(2) 利用対象者

この事業の利用対象者は、原則として就労が困難な程度の精神障害者又はその処遇を行う者とする。

(3) 事業内容

事業内容は、おおむね次のとおりとする。

ア 生活機能訓練

生活技能（掃除、洗濯、調理等）に関する訓練，指導

イ 対人関係訓練

会話，生活マナー等に関する訓練，指導

ウ 家族等に対する処遇，生活援助方法の指導

エ その他在宅の精神障害者の自立生活の促進を図るために必要な事業

(4) 利用人員

通所事業の一日当たりの標準利用人員は，おおむね20人以上とする。

(5) 事業の運営

地域の実情及び精神障害者の実態等に応じ，原則として週5日以上実施するものとする。

(6) 実施上の留意事項

事業の実施に当たっては，保健所，精神保健センター，精神障害者関係団体等との連絡を密にするとともに，ボランティアを始め地域社会の理解と協力を得るよう配慮するものとする。

(7) 構造及び設備

通所機能部門には，次の設備を設けなければならない。

ア 事務室又は指導員室（援護寮の事務室と兼ねることができる）

イ 相談室兼静養室

ウ 日常生活訓練室兼対人関係訓練室

エ 便所

11 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。

第2 精神障害者福祉ホーム

1 設備の目的

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って，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同時に必要な指導等を行い，もっ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って，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年以内と原則とする。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 娛樂室
- 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。

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

(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居住、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 精神障害者授産施設

1 設置の目的

精神障害者授産施設（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、必要な訓練及び指導を行い、もってその自活の促進を図ることを目的とする。

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って、かつ、将来就労を希望する者とする。ただし、入所施設の入所者（以下「入所者」という。）は、上記のうち、住居を確保することが困難であって、かつ、多少の介助があれば、日常生活を営むことができる者とする。

3 定員

授産施設の定員は、おおむね20人以上とする。

ただし、入所施設の定員は、おおむね30人以下とする。

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) 建物の面積は、通所施設については、利用者1人当たり15.8㎡以上とし、入所施設については、入所者1人当たり23.5㎡以上とすること。

(2) 授産施設に必要な設備は、次のとおりとする。ただし、通所施設については、アからキまでとする。

ア 事務室

イ 食堂

ウ 作業室又は作業所

エ 静養室

オ 集会室・娯楽室（食堂と兼ねることができる。）

カ 洗面所

キ 便所

ク 居室

ケ 相談・指導室

コ 浴室

サ 調理用コーナー

(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、4人以下とし、入所者1人当たりの床面積は、収納設備等の部分を除き4.4㎡以上とすること。

イ 作業室又は作業所

入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 作業指導員 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30名までは各1名とする。また、通所施設にあっては、定員が30名を超える場合には、30名を超え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。ただし、入所施設にあっては、これに加えてイからエに掲げる職員いずれか2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年以上従事した経験がある者又はこれと同等以上の能力を有する者であって、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。

(4) 作業指導員が作業療法士以外の者である場合にあっては、別に作業訓練の計画作成及びその評価のため非常勤の作業療法士を置くものとする。

7 授産施設の運営

(1) 授産施設における訓練項目は、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、利用者に対し、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、利用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、利用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利用者に支払うものとする。

(5) 入所施設にあっては、入所者に対し、生活技術、対人関係、余暇の利用、住居、就労についての助言及び相談を行うものとする。

8 給食等

授産施設においては、利用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。ただし、入所施設にあっては、入所者の自炊設備を備える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。

第4 精神障害者福祉工場

1 設置の目的

精神障害者福祉工場（以下「福祉工場」という。）は、精神障害者であって、作業能力はあるものの、対人関係、健康管理等の事由により、一般企業に就労できない者を雇用し、生活指導、健康管理等に配慮した環境の下で社会的自立を促進することを目的とする。

2 設置場所

- (1) 福祉工場は、地域における精神障害者の就労の実態、精神障害者授産施設利用の状況等を十分考慮の上適当な地に設けるものとする。
- (2) 福祉工場の敷地は、保健衛生、安全の保持、交通の便等を十分考慮の上選定する。

3 従業員の要件

精神障害者授産施設等において指導訓練を受け、一般企業に就労できる程度の作業能力を有しているが、対人関係、健康管理等の事由により、一般企業に就労できない精神障害者とする。

4 定員

福祉工場の定員は、20名以上とする。

5 構造・設備

福祉工場には、次に掲げる設備のほか、福祉工場の運営に必要な設備を設けるものとする。

- (1) 作業場
- (2) 更衣室
- (3) シャワー室
- (4) 休憩室
- (5) 食堂
- (6) 相談室
- (7) 静養室
- (8) 医務室

6 福祉工場の運営

(1) 運営の基本原則

福祉工場は、適正かつ円滑な事業の運営に留意するとともに、従業員の処遇の向上に努めるものとする。

(2) 労働条件等

ア 経営主体が従業員を雇用するに当たっては、関係機関の意見を十分尊重して行うこと。

イ 労働時間、休日、賃金、退所等については、就労規則に定め、労働関係法規に従って行うこと。

(3) 従業員の健康管理

- ア 医師，看護婦を中心として健康管理に十分配慮すること。
- イ 健康診断は，雇用時のほか，年2回以上実施すること。
- ウ 健康状態に応じ，休養等について必要な措置を講ずること。
- エ その他環境を常に清潔に保ち，衛生管理に留意すること。

(4) 給食

- ア 給食は，原則として福祉工場において給食すること。
- イ 福祉工場における給食は，利用者のし好，必要な栄養等に十分配慮して行うこと。

(5) 非常災害対策

- ア 施設長は，非常災害に備えるため防災，避難の具体的計画を立てるとともに，定期的に防災，避難に関する必要な訓練を行うものとする。
- イ 施設長は，非常災害を未然に防止するため，特に火災発生の危険の多い場所を定期的に検査し，所要の措置を講ずるものとする。

(6) 会計の原則

福祉工場の会計は，福祉工場の財政状況及び経理成績を明らかにするため，正規の簿記の原則に従って，整然かつ明瞭に記録整理されるものとする。

(7) 関係機関との連携

福祉工場は，社会復帰施設であるとともに一方では，労働関係法規の適用を受ける事業所であることにかんがみ，保健所，精神保健センター，公共職業安定所，労働基準監督署，従業員の家庭等との連絡を密にし，福祉工場の運営が円滑かつ効果的に行われるように努めるものとする。

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

精神障害者社会復帰施設の設置及び運営の 留意事項について

標記については、昭和63年2月17日厚生省健医発第143号厚生省保健医療局長通知「精神障害者社会復帰施設の設置及び運営について」(以下「局長通知」という。)が通知されたところであるが、これが実施に当たっては、次の事項に十分留意され、その適正な運営に万全を期されたい。

なお、貴管下の市町村長、社会福祉法人及び医療法人等の関係機関に対し、貴職から通知されたい。

おって、精神障害者社会復帰施設の整備費及び運営費に係る国庫補助については、別途通知するものである。

1 設置及び運営主体について

局長通知に定める設置及び運営主体のうち「その他の者」とは、公的医療機関、医療法人及び民法法人等の非営利法人、会社並びに個人であること。

ただし、局長通知に定める国庫補助の対象となる「非営利法人」とは、公的医療機関、社会福祉法人、医療法人及び民法法人を指すものであり、個人あるいは営利法人は、国庫補助の対象に含まれないこと。

2 利用の方法について

精神障害者社会復帰施設の利用形態については、局長通知に定めるとおり、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こととしているが、利用に際しての医師の意見書は、利用対象者を診療している医師によって作成された意見書(別記様式1)によるものであること。

3 施設の配置について

社会復帰施設の設置に当たって、医療法人等が病院敷地内に設置する場合には、その設置の趣旨に鑑み、社会復帰施設の独立性を保つため施設境界及び独自の出入り口を設けることとすること。

4 事業開始の届出について

社会復帰施設を設置した者は、社会福祉事業法第64条第1項により、経営者の名称及び主たる事務所の所在地、事業の種類及び内容並びに条例、定款その他の基本約款を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が、その際には、併せて次に掲げる事項を記載した書類を都道府県知事あて提出することとされたいこと。この場合には、その写しを添えて、別記様式2により、当職あて報告願いたいこと。ただし国庫補

助を受けて施設を整備した場合には、その必要はないこと。

- ア 設置者の沿革及び資産状況
- イ 施設の管理者、施設長及び指導員の氏名及び経歴
- ウ 処遇の方法（精神障害者通所授産施設にあつては事業内容）
- エ 建物の配置図、各階平面図及び立面図
- オ 各室ごとの室名及び面積表
- カ 施設整備費及び財源内訳
- キ その他参考となる事項

5 社会復帰施設の設備及び運営について

- (1) 保安、消防上の設備について
保安設備、避難設備及び消火設備等について、特に留意して整備を行うこと。
- (2) プライバシーの保護
社会復帰施設の職員は、業務を行うに当たっては、利用者の身上に関する秘密を守らなければならないこと。
- (3) 関係機関等との協力体制等
社会復帰施設の円滑な運営及び利用者の自立の促進を図るため、保健所、福祉事務所、医療機関等の関係機関並びに地域住民との協力体制の保持に努めるものとする事。
- (4) また、関係機関と連携を密にして利用希望者の把握に努めるとともに、当該施設が年間を通じて効率的に利用されるようその運営に当たらなければならないものであること。
- (5) 利用状況の報告
局長通知に定める保健所長に対する報告は、別記様式3により行うものとする事。

6 管理規程等の整備について

- (1) 局長通知に定める管理規程には、次に掲げる事項を明示すること。
 - ア 施設の目的及び運営方針
 - イ 職員の定数、区分及び職務内容
 - ウ 利用者の守るべき規律
 - エ 利用者が負担する利用料の額
 - オ その他施設の管理についての重要事項
- (2) 社会復帰施設の実情をつねに適確に把握するため、次に掲げる帳簿又は記録を備えるものとする事。
 - ア 管理に関する帳簿
 - (ア) 事業日誌
 - (イ) 定款（寄附行為）及び施設運営に必要な諸規程
 - (ウ) 年間の事業計画表及び事業実施状況表等
 - イ 利用者に対する記録

利用者名簿（氏名，生年月日，保護義務者名等必要な事項を記載したもの）
なお，利用者個別記録を置くことが望ましいこと。

ウ 会計経理に関する記録

- (ア) 収支予算及び収支決算に関する書類
- (イ) 金銭の出納に関する帳簿
- (ウ) 物品受払に関する帳簿
- (エ) 資産に関する帳簿等

(別記様式1)

医師の意見書

精神障害者社会 復帰施設の利用 を希望する者	住所				
	氏名		性別	男女	生月 年日
病名	① 主たる精神障害				
	② 従たる精神障害				
	③ 身体合併症				
病歴	入院	過去	回程度	通算	年位
		前回入院期間	年	月～	年 月
	病院名				
通院	1月当たり	日位通院 (直近について記載)			
最近の病状又は状態像					
精神障害者社会 復帰施設利用時 の留意事項	必要通院日数				
	共同生活 について	① 可能 ② 条件がととのえば可能 ()			
	生活指導の必 要性について	① なし ② ほとんど不要 ③ 時々必要 ()			
	昼間作業の 適性について	① 職業訓練 () ② 作業訓練 ()			
(その他参考となる意見)					
昭和 年 月 日		医療機関所在地 _____			
		名 称 _____			
		電 話 _____			
		医師氏名 _____ (印)			

(別記様式2)

第 号
年 月 日

厚生省保健医療局精神保健課長 殿

都道府県精神保健主管課長 ㊟

精神障害者社会復帰施設設置及び運営の報告について

標記について、次のとおり関係書類を添付し報告する。

- 1 施設の名称
- 2 施設の所在地
- 3 設置主体
- 4 運営主体
- 5 利用定員

定 員	男	女
名	名	名

- 6 事業開始年月日
- 7 施設規模及び構造

- | | | |
|-----------|-----|--------|
| (1) 敷地の面積 | | 平方メートル |
| (2) 敷地の所有 | 公有地 | 私有地 |
| (3) 建物の面積 | 建面積 | 平方メートル |
| | 延面積 | 平方メートル |
| (4) 建物の構造 | | |
| (5) 建設年月日 | | |

- 8 職員数等

区分	総 数	施設長	作業療法士	精神科ソーシャルワーカー	その他職員	顧問医	その他(ボランティア)
専任							
兼任							

- 9 設置主体、運営主体となる団体が、他に行っている事業
 - (1) 精神病院施設
 - (2) その他の事業 (具体的に記入すること。)

- 10 都道府県知事の意見

区 分	意 見
設置・運営主体について	
運 営 に つ い て	
規 模 ・ 構 造 に つ い て	

(3) 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、平成5年度では806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、平成5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15 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
62年度	18,678	27.5	1,967	1,827	644	4,438
63年度	20,431	29.0	2,302	2,166	820	5,288
元年度	21,885	29.8	2,540	2,061	743	5,344
2年度	22,642	29.8	2,777	2,214	760	5,751
3年度	23,012	30.6	2,608	2,385	905	5,898

年 度	中 止 し た 者				継続して いる者	そ の 他 (中止継 続の分 類不明)	社会復帰し た者の割合 B/A
	再入院	死 亡	そ の 他	小 計			
62年度	1,333	122	1,357	2,812	10,431	997	23.8
63年度	1,417	139	1,359	2,915	11,220	1,008	25.9
元年度	1,436	171	1,537	3,144	12,424	973	24.4
2年度	1,442	194	1,635	3,271	12,554	1,066	25.4
3年度	1,393	183	1,505	3,081	13,054	979	25.6

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調整

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、調整のもとに、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	スタッフ・ミーティング	スタッフ・ミーティング
	全体ミーティング	全体ミーティング	全体ミーティング
10:00	個人面接・個人指導	買い物指導 家事指導	集団作業訓練
11:00			
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	皮細工・手芸等創造的個人作業	家事指導	室外・室内スポーツ
14:00		集団ゲーム等レクリエーション	
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			

(4) 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。

通院患者リハビリテーション事業の訓練期間後の状況

訓練者実数	社会復帰した者					その他の者					合計 A	訓練継続者	社会復帰率 B/A
	就 労			家庭 復 帰 等	小 計 B	再 入 院	他 施 設 入 所	死 亡	そ の 他	小 計			
	訓練事業所と雇用契約	他の事業所と雇用契約	計										
(57年度) 210	32	3	35	7	42	6	1	0	33	40	82	128	51.2%
(58年度) 474	104	29	133	34	167	26	2	1	72	101	268	206	62.3%
(59年度) 519	88	26	114	18	132	30	18	1	92	141	273	246	48.4%
(60年度) 767	108	32	140	58	198	40	1	5	118	164	362	405	54.7%
(61年度) 1,052	140	44	184	60	244	59	13	5	184	261	505	547	48.3%
(62年度) 1,458	190	73	263	110	373	95	31	1	198	319	692	766	52.9%
(63年度) 1,620	232	81	313	104	417	95	24	6	272	397	814	806	51.2%
(元年度) 1,996	204	126	330	118	448	110	23	11	308	452	900	1,096	49.8%
(2年度) 2,359	291	129	420	151	571	134	23	8	314	479	1,050	1,309	54.4%

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 蒼 又 淳

精神障害者職業参加促進制度に関する中間報告について

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

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

精神障害者職業参加促進制度

1 目 的

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

2 実 施 主 体

実施主体は、地方公共団体とする。

3 対 象 者

明らかに回復途上にあり、社会的規範を受けい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と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、精神障害者に仕事を提供

し、社会適応訓練を行うことを通じて、その社会的自立を促進することに熱意を有する事業所であって、都道府県知事（以下「知事」という。）が適当と認めたものをいう。

(2) 対象者

「対象者」は明らかに回復途上にあり、社会的規範を受けいれる状態にあるが、作業遂行の機能が不十分であるか、恒常的に維持されない通院中の精神障害者（精神薄弱者を除く。）であって知事が、本事業の効果が期待されると認めた者をいう。

3. 実施主体

この事業の実施主体は、都道府県とする。

4. 通院患者リハビリテーション運営協議会の設置

知事は、協力事業所の選定、対象者の決定、委託期間終了後の指導、本事業の運用等について意見を聞くため、精神保健センター長、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察し、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。

精神障害者小規模作業所運営助成事業実施要綱

1 目的

精神障害者小規模作業所運営助成事業補助は、在宅の精神障害者（精神薄弱者を除く。以下同じ。）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事業（以下「事業」という。）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うことにより、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 事業の実施

この事業は、地域の精神障害者の家族会が実施するものとする。

3 事業の要件

- (1) この事業は、精神障害者の特性に応じた作業指導、生活訓練等を行うものとする。
- (2) 利用対象者の技術向上等を図るため、近隣の授産施設等で実地研修を行うものとする。
- (3) この事業は、利用人員が10名程度であり、毎週4日以上利用できるものとする。

4 その他

- (1) この事業の実施に当たっては、利用者の保健衛生及び安全の確保に留意し、精神保健センター、保健所及び医療機関等との連絡を密にし、事業が円滑に実施されるよう努めるものとする。
- (2) この事業の実施に当たっては、地域の人々の協力が得られるよう特に留意するものとする。

(5) その他の事業

ア 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、平成5年度には、財団法人全国精神障害者家族会連合会を通じ294箇所の作業所に対し、1箇所当たり90万円の運営助成費が補助されているところである。

イ 精神障害者証明書交付事業

一定の精神障害者には、平成元年から所得税の障害者控除等の適用に、平成元年4月から利子等の非課税（マル優）の適用に、平成2年4月から地方税の障害者控除及び、自動車税、軽自動車税、又は自動車取得税の減免（全額免除）の適用となったところであるが、その証明とともに、より一層の福祉の充実を図るため、精神障害者に証明書を交付するものである。

一定の精神障害者とは、障害年金を受給している者と同程度の障害の状態にある者である。

この制度は、都道府県知事が関係機関の協力を得て実施するもので、交付は病院に入院している場合、施設に入所している場合、在宅の場合、年齢等にかかわらず、精神障害に係る初診日から6ヵ月以上経過している者であって、一定の障害の程度以上の精神障害に該当する全ての者（精神薄弱者を除く）を対象として本人等から申請のあった者に対して交付するものである。

税制上の優遇措置の概要

措 置	適用年月日	内 容	備 考 ①提出先 ②提出書類
所得税の 障害者控除	平成元年の 所得から	本人、又は扶養者の課税所得から以下の額を控除する。 障害者控除……………27万円 特別障害者控除……………35万円 同居の特別障害者の配偶者控除、扶養控除の加算……………30万円	① 税務署 ② 精神障害者証明書
住民税の 障害者控除	平成2年度から (平成元年の 所得)	本人、又は扶養者の課税所得から以下の額を控除する。 障害者控除……………26万円 特別障害者控除……………28万円 同居の特別障害者の配偶者控除、扶養控除の加算……………21万円 ☆前年分の所得が125万円以下の障害者は住民税は課されない。	① 県税事務所 各市町村 ② 精神障害者証明書
利子等の 非課税 (マル優)	平成元年 4月1日から	元本が300万円までの郵便貯金 元本が300万円までの預貯金 額面が300万円までの公債 } の利子に 課税されない。	① 郵便局、銀行、信託銀行、 証券会社など ② 精神障害者証明書
相続税の 障害者控除	平成2年度から	法定相続人である障害者の相続税額から以下により算出した額を控除 障害者控除 (70歳に達するまでの年数) × 6万円 特別障害者控除 (70歳に達するまでの年数) × 12万円	① 税務署 ② 精神障害者証明書
贈与税の 非課税	平成2年度から	障害者にその生活費、医療費としてその運用益を提供する信託契約 (特別障害者扶養信託) の形で個人から贈与された6000万円までの信 託金銭等が非課税となる。	① 税務署 ② 障害者非課税信託申告書
自動車税 軽自動車税 又は 自動車取得税 の減免 (金額免除)	平成2年 4月1日から	精神保健法第32条の通院医療の公費負担を受けている特別障害者の通 院等の用に供する自動車又は軽自動車に係る、自動車税、軽自動車税 又は自動車取得税が減免される。 ただし、当該障害者又は当該障害者と生計を同一にする者が所有し、 当該障害者と生計を同一にする者が運転する車両1台に限る。	① 県税事務所、各市町村 ② 1年を経過していない精神障 害者証明書 ・通院医療費公費負担に係る患 者票 ・運転する者と精神障害者が生 計を同一である旨の証明書 (保健所長が申請に基づき交 付)※

各都道府県知事殿

厚生省保健医療局長

精神障害者に対する所得税法上の障害者控除の適用について

昭和63年政令第362号により所得税法施行令の一部が改正され、所得税法における障害者控除の対象となる障害者の範囲に、一定の精神障害者が加えられたので、下記の事項に留意のうえ、関係各方面に周知徹底を図るとともに、当該精神障害者に対する証明書類の交付につき遺漏のないよう御配慮願いたい。

貴職におかれては、下記の対象者のうち国民年金法に基づく障害を支給事由とする年金の受給権を有している者については、既に国民年金法関係法令等により、控除要件の該当の有無について資料を有しているところであり、当該資料を活用のうえ、団体事務として証明書の交付を行うこととされたい。なお、貴職で行わない者に対しては原則として厚生大臣が行うこととなるが、本制度は、精神障害者の社会復帰を援助するためにも、また、今後の精神障害者に対する社会福祉施策の充実を図るうえにおいても、極めて重要な役割を持っているので、貴職におかれてはこの趣旨を御賢察のうえ、本制度の適正かつ円滑な実施につき最大限の御協力を願いたい。

おって、この件については、国税庁当局に協議済みであるので申し添える。

記

1. 障害者の範囲の拡大

(1)障害者

厚生大臣又は都道府県知事から、精神障害の程度が国民年金法施行令別表又は厚生年金保険法施行令別表第一に定める障害の状態と同程度の状態にある旨を証する書類の交付を受けている者が加えられたこと。

障害者控除の額は、年額27万円であること。

(2)特別障害者

厚生大臣又は都道府県知事から精神障害の程度が国民年金法施行令別表に定める一級の障害の状態と同程度の状態にある旨を証する書類の交付を受けている者が加えられたこと。

特別障害者控除の額は、年額35万円であり、同居の特別障害者に係る配偶者控除及び扶養控除の額は、年額30万円が加算されること。

2. 交付手続き

(1)申請

ア. 申請は、精神障害者本人又は本人の同意を得た精神保健法上の保護義務者が、厚生大臣又は当該精神障害者の居住地を管轄する都道府県知事に対して行うものとする

ること。

イ. 精神障害により国民年金法、厚生年金保険法、国家公務員等共済組合法、地方公務員等共済組合法、私立学校教職員共済組合法又は農林漁業団体職員共済組合法に基づく障害を事由とする年金の受給権を有する者（ただし、障害等級に該当する程度の障害に該当しなくなり、支給が停止されている者を除く）は、年金証書の写しを申請書に添付するものとする。

ウ. 上記イ. によることが困難である者は、別紙様式による精神保健指定医又はその他の精神科医の診断書を申請書に添付するものとする。

(2)判定

ア. 年金証書の写しを添付して申請書の提出を受けた場合は、下記(4)のアの基準に基づき交付の可否を決定するものとする。

なお、必要に応じ、申請書から同意書の提出を受け、文章により社会保険事務所又は各共済組合に精神障害の状態について該当する等級を照会し、交付の可否を決定するものとする。

イ. 診断書を添付して申請書の提出を受けた場合は、下記(4)のイの基準に基づき障害の等級の判定を行い、交付の可否を決定するものとする。

ウ. 申請書に交付の可否の結果を通知するとともに、交付を決定した者に対しては、併せて証明書を交付するものとする。

(3)証明書の主な記載事項

ア. 精神障害者の氏名、住所、生年月日及び性別

イ. 所得税法施行令第10条第1項第2号に定める障害者又は同条第2項第2号に定める特別障害者に該当する旨

ウ. 証明書の有効期間（原則として交付の日から2年とする）

(4)障害の判定基準

ア. 障害を事由とする年金の受給権者に対する判定は、直近の支給額変更通知書等の写しにより障害等級の移動を確認のうえ、障害の等級が3級又は2級の者は障害者控除の対象とし、障害の等級が1級の者は特別障害者控除の対象とするものとする。

イ. その他の者に対する判定は次のよるものとする。

(ア) 障害者控除の対象となる精神障害の程度は労働に著しい制限をううけるか又は労働に著しい制限を加えることを必要とする程度以上とし、例えば次の各号のいずれかに該当するものがその対象となること。

1. 精神分裂病によるものにあつては、欠陥状態又は病状があり、人格崩壊、思考障害、その他もう想・幻覚等の異常体験があり、労働に制限を加えることを必要とするもの

2. そううつ病によるものにあつては、感情、欲動及び思考障害の病相期があり、これが持続したり又はひんぱんに繰り返し、労働に制限を加えることを必要とす

るもの

3. 非定型精神病によるものにあつては、欠陥状態又は病状が前記1. 2に準ずるもの
 4. てんかんによるものにあつては、痴呆、性格変化その他の精神神経症状があり、労働に著しい制限を加えることを必要とするもの
 5. 中毒精神病によるものにあつては、痴呆、性格変化その他の異常体験等があり、労働に著しい制限を加えることを必要とするもの
 6. 器質性精神病によるものにあつては、痴呆、人格崩壊その他の精神神経症状があり、労働に著しい制限を加えることを必要とするもの
- (イ) 特別障害者控除の対象となる精神障害の程度は、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度とし、例えば次の各号のいずれかに該当するものがその対象となること。
1. 精神分裂病によるものにあつては、高度の欠陥状態又は高度の病状があるため、高度の人格崩壊、思考障害、その他もう想・幻覚等の異常体験があるもの
 2. そううつ病によるものにあつては、高度の感情、欲動及び思考障害の病相期があり、かつ、これが持続したり、ひんぱんに繰り返したりするもの
 3. 非定型精神病によるものにあつては、欠陥状態又は病状が前記1. 2に準ずるもの
 4. てんかんによるものにあつては、ひんぱんに繰り返す発作又は高度の痴呆、性格変化、その他の精神神経症状があるもの
 5. 中毒精神病によるものにあつては、高度の痴呆、性格変化及びその他の持続する異常体験等があるもの
 6. 器質性精神病によるものにあつては、高度の痴呆、人格崩壊、その他の精神神経症状があるもの

3. その他の留意事項

- (1) 従来から、65歳以上の精神薄弱者に準ずる痴呆性老人等については、福祉事務所長の認定を受けた場合は、所得税法の障害者控除又は特別障害者控除の対象となっているが、今回の障害者の対象範囲の拡大により福祉事務所長の認定が妨げられるものではなく、また、該当者から今般の手續きによる申請があつた場合には、証明書を交付して差し支えないこと。なお、この点については老人保健福祉部と協議済みであること。
- (2) 診断書を添付して申請してきた者に対しては、証明書の交付を受けても障害年金の受給権を証するものではない旨十分説明されたいこと。

4. 施行期日

今回の所得税法施行令の改正は、昭和64年1月1日から施行され、昭和64年・平成元年分からその適用が受けられること。

各都道府県知事 殿

厚生省保健医療局長

精神障害者に対する地方税法上の障害者控除の適用について

昭和63年政令第363号により地方税法施行令の一部が改正され、地方税法による障害者控除の対象となる障害者の範囲に、一定の精神障害者が加えられた。この改正規定は、平成2年4月1日から施行され、平成2年度以後の年度分の個人の道府県民税及び市町村民税について適用されるので、下記の事項に留意のうえ、関係各方面に周知徹底を図るとともに、当該精神障害者に対する証明書類の交付につき遺漏のないよう御配慮願いたい。

(なお、この件については、自治省当局に協議済みであるので申し添える。)

記

1. 障害者の範囲の拡大

(1) 障害者

厚生大臣又は都道府県知事から、精神障害の程度が国民年金法施行令別表又は厚生年金保険法施行令別表第一に定める障害の状態と同程度の状態にある旨を証する書類の交付を受けている者が加えられたこと。

障害者控除の額は、年額26万円であること。

(2) 特別障害者

厚生大臣又は都道府県知事から精神障害の程度が国民年金法施行令別表に定める一級の障害の状態と同程度の状態にある旨を証する書類の交付を受けている者が加えられたこと。

特別障害者控除の額は、年額28万円であること。

2. 交付手続き

別添「精神障害者に対する所得税法上の障害者控除の適用について」（平成元年3月17日健医発第288号本職通知）により証明書類を交付すること。

なお、同一対象者に対して所得税、地方税につきそれぞれ証明書類を交付する必要はなく、上記の本職通知による証明書類を一通交付すれば足りること。

3. その他の留意事項

(1) 従来から、65歳以上の精神薄弱者に準ずる痴呆性老人等については、福祉事務所長の認定を受けた場合は地方税法の障害者控除又は特別障害者控除の対象となっている（地方税法施行令第7条第1項第7号及び第7条の15の4第6号）が、今回の障害者の対象範囲の拡大により従来の福祉事務所長の認定が妨げられるものではない。しかし、当該痴呆性老人等が地方税法施行令第7条第1項第2号又は第7条の15の4第2号に該当する者として今般の手続きによる申請があったときには、貴職において本証明書

診 断 書

氏 名	明治 大正 昭和			年 月 日生 (歳)	男・女
住 所	都 道 府 県	郡 市 区	町 村 区	本人の発病 時の職業	
障害の原因 となった傷 病名	既存障害		既往歴		
傷病が治った(症状が固定して治療の効果が期待できない状態を含む。)かどうか。	治った日…… 昭和 年 月 日	確認 推定	症状のよくなる見込…… 有・無・不明		
現在までの治療の経過、内容、就労状況等、期間、その他参考となる事項	陳述者の氏名			請求人との続柄	
本人歴 ア. 発育・養育歴	イ. 教育歴		ウ. 職歴		
エ. 治療歴 (書ききれない場合は備考欄に記入)					
病 院 名	治 療 期 間	入 院 ・ 外 来	病 名	主 な 療 法	転 帰
病院	・ ~ ・	入 ・ 外			
病院	・ ~ ・	入 ・ 外			
病院	・ ~ ・	入 ・ 外			
病院	・ ~ ・	入 ・ 外			
障 害 の 状 態 (昭和 年 月 日現症)					
ア. 現在の状態像 (次のうち該当する項目を○でかこんでください。)			イ. 左記の状態についてその程度・症状を具体的に記載してください。		
1. 躁うつ状態 (1. 思考・運動抑制 2. 刺激性、興奮 3. 憂うつ気分 4. その他 ()) 5. 意識障害 (1. せん妄 2. 錯乱 3. もろもろ 4. 昏れ 5. 精神(運動)流行 6. 不機嫌症 7. その他 ()) 2. そう状態 (1. 行為心道 2. 多弁 3. 感情昂揚・刺激性 4. その他 ()) 6. 知能障害及び知的欠陥状態 (1. 重度知能障害 2. 中度知的欠陥状態 3. 軽度知能障害 4. その他 ()) 3. 幻覚妄想状態 (1. 幻覚 2. 妄想 3. その他 ()) 7. 分裂病等 (1. 自閉 2. 感情の鈍麻冷却 3. 欠陥状態 3. 無為 4. その他 ()) 4. 精神運動興奮及 (1. 興奮 2. 昏迷 3. 拒絶 4. その他 ()) 8. その他 ()					
ウ. 日常生活状況			日常生活能力の程度 (該当するものを選んで、どれか一つを○でかこんでください。)		
1. 家庭及び社会生活についての具体的な状況			(1) 精神症状 (病的体験・欠陥・痴呆・知能遲滞・性格変化等をいう。)を認めるが、社会生活は普通に行える。		
(ア) 現在の生活環境 (該当するものを選んで、どれか一つを○でかこんでください。)			(2) 精神症状を認め、家庭内での日常生活は普通に行えるが、社会生活はできない。		
入院 ・ 入所 ・ 在宅 ・ その他			(3) 精神症状を認め、家庭内での単純な日常生活はできるが、時に応じて介護が必要である。		
(イ) 全般的状況 (家族及び家族以外の者との対人関係についても具体的に記入してください。)			(4) 精神症状を認め、身のまわりのことはかろうじてできるが、適当な介護が必要である。		
日常生活能力の判定 (該当するものを選んで、どれか一つを○でかこんでください。)			(5) 精神症状を認め、身のまわりのことは全くできない。		
食事をする ひとりできる 介助があればできる できない					
用便(月経)の始末 ひとりできる 介助があればできる できない					
入浴・洗面・着衣 ひとりできる 介助があればできる できない					
簡単な買物 ひとりできる 介助があればできる できない					
家族との話 通じる 少しは通じる 通じない					
家族以外の者との話 通じる 少しは通じる 通じない					
刃物・火等の危険 わかる 少しはわかる わからない					
戸外での危険 (交通事故等)から身を守る 守れる 不十分ながら守れる 守れない					
その他					
			エ. 身体所見 (精神学的所見を含む。)		
			オ. 臨床検査 (心理テスト (知能障害の場合には、知能指数又は知能年齢を含む。))		
現時での日常生活 動能力又は労働能力					
備 考					

医師所見欄

(該当する項目に○をつけること)

1. 精神分裂病によるものにおいては、欠陥状態又は病状があり、人格崩壊、思考障害、その他もう想・幻覚等の異常体験があり、労働に制限を加えることを必要とするもの。
2. 精神分裂病によるものにおいては、高度の欠陥状態又は高度の病状があるため高度の人格崩壊、思考障害、その他もう想・幻覚等の異常体験があるもの
3. そううつ病によるものにおいては、感情、欲動及び思考障害の病相期があり、これが持続したり又はひんぱんに繰り返し労働に制限を加えることを必要とするもの
4. そううつ病によるものにおいては、高度の感情、欲動及び思考障害の病相期があり、かつ、これが持続したり、ひんぱんに繰り返したりするもの
5. 非定型精神病によるものにおいては、欠陥状態又は病状が前記1、3に準ずるもの
6. 非定型精神病によるものにおいては、欠陥状態又は病状が前記2、4に準ずるもの
7. てんかんによるものにおいては、痴呆、性格変化その他の精神神経症状があり、労働に著しい制限を加えることを必要とするもの
8. てんかんによるものにおいては、ひんぱんに繰り返す発作又は高度の痴呆、性格変化、その他の精神神経症状があるもの
9. 中毒精神病によるものにおいては、痴呆、性格変化その他の異常体験等があり、労働に著しい制限を加えることを必要とするもの
10. 中毒精神病によるものにおいては、高度の痴呆、性格変化及びその他の持続する異常体験があるもの
11. 器質性精神病によるものにおいては、痴呆、人格崩壊その他の精神神経症状があり、労働に著しい制限を加えることを必要とするもの
12. 器質性精神病によるものにおいては、高度の痴呆、人格崩壊、その他の精神神経症状があるもの
13. その他によるものにおいては、前記1、3、5、7、9又は11に準ずるもの
14. その他によるものにおいては、前記2、4、6、8、10又は12に準ずるもの
15. 前記1から14のいずれにも該当しないもの

上記のとおり、診断します。

昭和 年 月 日

病院又は診療所の名称

診療担当科名

所 在 地

医師氏名

㊟

類を交付して差し支えないこと。なお、この点については老人保健福祉部と協議済みであること。

- (2) 診断書を添付して申請してきた者に対しては、証明書の交付を受けても障害年金の受給権を証するものではない旨十分説明すること。

健医精発第53号

平成元年12月6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

精神障害者に対する所得税法上の障害者控除の 適用等に関する留意事項について

精神障害者に対する税法上の障害者控除等に係る証明書の交付については、「精神障害者に対する所得税法上の障害者控除の適用について」〔平成元年3月17日健医発第288号保健医療局長通知〕（以下「保健医療局長通知」という。）により行なわれているところであるが、この実施に当たっては次の事項に留意されたい。

また、都道府県において実施する障害者に対する福祉施策においても、本証明書の活用を図るよう十分配慮されるとともに、市町村において実施する障害者に対する福祉施策等に対しても、その活用を図るよう貴管下市町村に対し周知指導願いたい。

第1 交付対象者

証明書は、病院に入院している場合、施設に入所している場合、在宅の場合、年齢等にかかわらず、保健医療局長通知に定める障害の程度以上の精神障害に該当する全ての者（精神薄弱者を除く。）を対象として、本人、後見人又は本人の同意を得た後見人以外の保護義務者（以下「本人等」という。）から申請のあった者に対して交付する。ただし、精神薄弱者については、既に障害者控除等の対象となつているので、その旨十分説明すること。

第2 証明書の様式

当面は、本職通知「精神障害者に対する所得税法上の利子等の非課税制度の取扱いについて」〔平成元年4月21日健医精発第17号〕の様式（別添1参照）により行うものとする。

様式の「5 障害の状態」については、障害者控除対象者に対しては「厚生年金法施行令（昭和29年政令第110号）別表第1又は国民年金法施行令（昭和34年政令第184号）別表に定める障害の状態と同程度の状態」と記載し、特別障害者控除対象者に対しては「国民年金法施行令（昭和34年政令第184号）別表に定める1級の障害の状態と同程度の状態」と記載するものとする。

様式の「6 有効期間」については、始期と終期を明示するものとする。

ついて適切な助言その他の処理を行う。これらのうち、複雑困難なもの又は精密検査等を要するものは、精神保健センター、大学、専門病院等へ送る。

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

(1) 面接相談

本人、家族又は一般健康人の来所時に面接相談を行い、本人等の訴え（問題）の概要、従来の経過（生活史等）、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、精神障害者社会復帰施設等の施設等への紹介委託、医学的指導、ケースワーク等を行う。

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又は病院若しくは精神障害者社会復帰施設等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、患者及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、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、環境調査等の社会復帰の促進及び福祉の向上を行なうとともに、家族自体的問題についての相談及び衛生教育を行なう。

訪問指導の対象及び方法は、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

第3 申請

- 1 申請は、本人等が、別添2による交付申請書により、当該精神障害者の居住地を管轄する保健所の長（政令指定都市においては、当該市の協力が得られた場合に限り、市の設置する保健所の長とする。以下同じ。）を経由して、都道府県知事に対して行うものとする。
- 2 精神障害により国民年金法、厚生年金保険法、国家公務員等共済組合法、地方公務員等共済組合法、私立学校教職員共済組合法又は農林漁業団体職員共済組合法に基づく障害を事由とする年金の受給権を有する者（ただし、障害等級に該当する程度の障害に該当しなくなり、支給が停止されている者を除く。）は、障害等級の記載のある年金証書の写し（年金証書に障害等級の記載のない場合であって、年金支給機関から障害等級の記載のある書類の交付を受けているときは、年金証書の写しのほか、当該書類の写し）を申請書に添付するものとする。
- 3 上記2によることが困難である者は、初診日から6か月以上経過した時点における精神保健指定医又は精神科を標ぼうする医師の診断書（保健医療局長通知別紙様式）を申請書に添付するものとする（別添3参照）。

第4 障害の判定基準

障害の判定は、保健医療局長通知の基準により行うが、具体的には次によるものとする。

1 精神障害を事由とする年金の受給権者に対する判定

精神障害を事由とする年金の受給権者に対する判定は、年金証書の写し又は年金支給機関が交付した書類の写しにより障害の等級を確認のうえ、障害の等級が1級の者は特別障害者控除対象者とし、障害の等級が2級又は3級の者は障害者控除対象者とする。

年金証書の写し等に障害の等級の記載がない場合は、年金支払通知書の写し又は年金振込通知書の写しの提出を受け、年金支給額により障害等級を確認し判定するものとする。

上記のいずれの方法でも判定できない場合には、申請者から同意書の提出を求め、社会保険事務所又は各共済組合に障害の等級について書面で照会を行い、障害の等級を確認のうえ判定するものとする。

2 その他の者に対する判定

その他の者に対する判定は、保健医療局長通知の2の(4)のイ（別添4参照）により都道府県知事が精神保健指定医又は精神科を標ぼうする医師に障害の程度の判定を行わせ、その判定結果に基づき行うものとする。

第5 交付

都道府県知事は、交付の可否の結果を交付の申請の際の経由機関を経由して申請者に通知するとともに、交付を決定した者に対しては、併せて証明書を交付する。

第6 交付後の手続

- 1 記載事項の変更の届出

証明書の交付を受けた者又はその保護義務者は、次の事項に変更があったときは、証明書を添えて、交付申請の例によりその旨都道府県知事に届け出て、所要の訂正を受けるものとする。

ア 証明書の交付を受けた精神障害者の氏名又は住所

イ 保護義務者又は保護義務者の氏名若しくは住所

2 再交付

証明書をなくしたときは、証明書の再交付を行うものとし、この場合の申請手続きは、交付の申請の例によるものとする。

3 返還

証明書の交付を受けた者又はその保護義務者は、交付を受けた者が交付対象者に該当しなくなったとき又は死亡したとき、その他証明書を必要としなくなったときは、これを都道府県知事に返還することとする。

4 更新

(1) 証明書の交付を受けた者又はその保護義務者は、証明書の有効期間終了2か月前から交付申請の例により、更新を受けることができるものとする。

(2) 都道府県知事は、証明書の有効期間が残り2か月未満となった者に対し、その旨通知するとともに、更新決定に当たっては、有効期間が連続するよう配慮すること。

第7 交付台帳の作成等

1 都道府県知事は、次の事項を記載した証明書交付台帳を作成するものとする。

(1) 精神障害者の氏名、住所、生年月日及び性別

(2) 障害の程度

(3) 保護義務者の氏名、住所及び本人との続柄

(4) 交付番号、交付年月日及び有効期間

(5) 再交付の年月日及び理由

(6) その他必要な事項

2 保健所においても、証明書の交付の申請及び交付に関し、必要な記録簿を作成するものとする。

別添 1.

障害の状態に関する証明書

番 号
年 月 日

(申請者) 殿

(都道府県知事) 印

次の者の障害の状態について以下のとおり証する。

1. 氏 名
2. 住 所
3. 生年月日
4. 性 別
5. 障害の状態

厚生年金法施行令（昭和29年政令第110号）別表第1又は
国民年金法施行令（昭和34年政令第184号）別表に定める
障害の状態と同程度の状態

国民年金法施行令（昭和34年政令第184号）別表に定める
1級の障害の状態と同程度の状態

6. 有効期間

(注) この証明書は、障害年金の受給権を証するものではありません。

別添2.

申 請 書

都道府県知事 殿

平成 年 月 日
申請者 印

障害者控除等のための証明書の交付を受けたいので、次により申請いたします。

本人	ふりがな 氏 名		性 別	男・女
	住 所 (電 話)	()		
	生年月日	年 月 日		
保護義務者	ふりがな 氏 名		本人との 続 柄	
	住 所 (電 話)	()		
	生年月日	年 月 日	職 業	

(注意事項)

- この申請書には、障害を事由とする年金の受給権を有する者は、障害等級の記載のある年金証書の写し（年金証書に障害等級の記載のない場合であって、年金支給機関から障害等級の記載のある書類の交付を受けているときは、当該書類の写し）を添付してください。
上記によることが困難である者は、精神保健指定医又は精神科を標榜する医師による所定の診断書を添付してください。
- 年金証書の写しを添付して申請する場合は、社会保険事務所等に照会することもありますので、年金の受給権者の同意書を添付してください。
- 保護義務者が申請する場合は、本人の同意書を添付してください。

判定の記録（以下は医師が記載するので、記入しないこと）

- | | | |
|---------------|-------|-----|
| 1. 障害の程度 | 特別障害者 | 障害者 |
| 2. 判定年月日 | | |
| 3. 有効期間 | 2年 | |
| 4. 判定にあたった医師名 | | |

別添 3.

診 断 書

氏 名	(男・女)	明治・大正 昭和・平成	年	月	日生 (歳)		
住 所	都 道 府 県	郡 市 区	本人の発病時の職業				
	町 村 区						
障害の原因 となった傷 病名	既存障害						
	既 往 歴						
傷病が治った(症状が固定して治療の効果が期待できない状態を含む。)かどうか。		治った日……		年	月	日	確 認 推 定
		症状のよくなる見込…… 有 ・ 無 ・ 不 明					
現在までの治療の経過、内容、 就労状況等、期間、その他参考 となる事項		陳述者の氏名			請求人との続柄		
本人歴 ア. 発育・養育歴		イ. 教育歴		ウ. 職歴			
エ. 治療歴 (書ききれない場合は備考欄に記入)							
病 院 名	治 療 期 間	入 院 ・ 外 来	病 名	主 な 療 法	転 帰		
病院	. . ~	入 ・ 外					
病院	. . ~	入 ・ 外					
病院	. . ~	入 ・ 外					
病院	. . ~	入 ・ 外					
障 害 の 状 態 (年 月 日 現 在)							
ア. 現在の状態像 (次のうちから該当する項目を○でかこんでください。)							
1. 抑うつ状態 (1. 思考・運動制止 2. 刺激性、興奮 3. 憂うつ気分 4. その他 ())							
2. そう状態 (1. 行為心迫 2. 多弁 3. 感情昂揚・刺激性 4. その他 ())							
3. 幻覚妄想状態 (1. 幻覚 2. 妄想 3. その他 ())							
4. 精神運動興奮及び昏迷の状態 (1. 興奮 2. 昏迷 3. 拒絶 4. その他 ())							
5. 意識障害 (1. せん妄 2. 錯乱 3. もろろう 4. 悪れん 5. 精神(運動)発作 6. 不機嫌症 7. その他 ())							
6. 知能障害及び器質的欠陥状態 (1. 重度知能障害 2. 中度知能障害 3. 軽度知能障害 4. その他 ())							
7. 分裂病等欠陥状態 (1. 自閉 2. 感情の鈍麻冷却 3. 無為 4. その他 ())							
8. その他 ())							
イ. 上記の状態についてその程度・症状を具体的に記載してください。							

ウ、日常生活状況		日常生活能力の程度（該当するものを選んで、どれか一つを○でかこんでください。）
1. 家庭及び社会生活についての具体的な状況 (ア) 現在の生活環境（該当するものを選んで、どれか一つを○でかこんでください。） 入院 入所 在宅 その他 (イ) 全般的状況（家族及び家族以外の者との対人関係についても具体的に記入してください。）		(1) 精神症状（病的体験・欠陥・痴呆・知能異常・性格変化等をいう。）を認めるが、社会生活は普通にできる。 (2) 精神症状を認め、家庭内での日常生活は普通にできるが、社会生活はできない。 (3) 精神症状を認め、家庭内での単純な日常生活はできるが、時に応じて介護が必要である。 (4) 精神症状を認め、身のまわりのことはかろうじてできるが、適当な介護が必要である。 (5) 精神症状を認め、身のまわりのことは全くできない。
日常生活能力の判定（該当するものを選んで、どれか一つを○でかこんでください。） 食事をする ひとりできる 介助があればできる できない 用便（月経）の始末 ひとりできる 介助があればできる できない 入浴・洗面・着衣 ひとりできる 介助があればできる できない 簡単な買物 ひとりできる 介助があればできる できない 家族との話 通じる 少しは通じる 通じない 家族以外の者との話 通じる 少しは通じる 通じない 刃物・火等の危険 わかる 少しはわかる わからない 戸外での危険（交通事故等）から身を守る 守れる 不十分ながら守れる 守れない その他		エ、身体所見（精神学的所見を含む。）
現症時の日常生活能力又は労働能力		オ、臨床検査（心理テスト（知能障害の場合には、知能指数又は知能年齢を含む。）
備考		

医師所見欄

（該当する項目に○をつけること）

1. 精神分裂病によるものにあつては、欠陥状態又は症状があり、人格崩壊の程度は著しくないが、思考障害、その他もう想・幻覚等の異常体験があり、労働に制限を加えることを必要とするもの
2. 精神分裂病によるものにあつては、高度の欠陥状態又は高度の病状があるため高度の人格崩壊、思考障害、その他もう想・幻覚等の異常体験があるもの
3. そううつ病によるものにあつては、感情、欲動及び思考障害の病相期があり、その症状は著しくないが、これが持続したり又はひんぱんに繰り返す労働に制限を加えることを必要とするもの
4. そううつ病によるものにあつては、高度の感情、欲動及び思考障害の病相期があり、かつ、これが持続したり、ひんぱんに繰り返すもの
5. 非定型精神病によるものにあつては、欠陥状態又は病状が前記1、3に準ずるもの
6. 非定型精神病によるものにあつては、欠陥状態又は病状が前記2、4に準ずるもの
7. てんかんによるものにあつては、痴呆は著しくないが、性格変化その他の精神神経症状があり、労働に著しい制限を加えることを必要とするもの
8. てんかんによるものにあつては、ひんぱんに繰り返す発作又は高度の痴呆、性格変化、その他の精神神経症状があるもの
9. 中毒精神病によるものにあつては、痴呆、性格変化は著しくないが、その他の異常体験等があり、労働に著しい制限を加えることを必要とするもの
10. 中毒精神病によるものにあつては、高度の痴呆、性格変化及びその他の持続する異常体験があるもの
11. 器質性精神病によるものにあつては、痴呆、人格崩壊その他の精神神経症状があり、労働に著しい制限を加えることを必要とするもの
12. 器質性精神病によるものにあつては、高度の痴呆、人格崩壊、その他の精神神経症状があるもの
13. その他によるものにあつては、前記1、3、5、7、9又は11に準ずるもの
14. その他によるものにあつては、前記2、4、6、8、10又は12に準ずるもの
15. 前記1から14のいずれにも該当しないもの

上記のとおり、診断します。

年 月 日

病院又は診療所の名称

診療担当科名

所 在 地

医師氏名



別添 4

1 精神障害の程度が労働に著しい制限を受けるか又は労働に著しい制限を加えることを必要とする程度以上の者を障害の程度を障害者控除の対象者とし、例えば次の各号のいずれかに該当するものがその対象となる。

- ① 精神分裂病によるものにあつては、欠陥状態又は病状が、人格崩壊の程度は著しくないが、思考障害、その他もう想・幻覚等の異常体験があり、労働に制限を加えることを必要とするもの
- ② そううつ病によるものにあつては、感情、欲動及び思考障害の病相期があり、その病状は著しくないが、これが持続したり又はひんぱんに繰り返し労働に制限を加えることを必要とするもの
- ③ 非定型精神病によるものにあつては、欠陥状態又は病状が前記 1、2 に準ずるもの
- ④ てんかんによるものにあつては、痴呆は著しくないが、性格変化その他の精神神経症状があり、労働に著しい制限を加えることを必要とするもの
- ⑤ 中毒精神病によるものにあつては、痴呆、性格変化は著しくないがその他の異常体験等があり、労働に著しい制限を加えることを必要とするもの
- ⑥ 器質性精神病によるものにあつては、痴呆、人格崩壊は著しくないが、その他の精神神経症状があり、労働に著しい制限を加えることを必要とするもの

2 精神障害の程度が日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度の者を障害の程度を特別障害者控除の対象者とし、例えば次の各号のいずれかに該当するものがその対象となる。

- ① 精神分裂病によるものにあつては、高度の欠陥状態又は高度の病状があるため、高度の人格崩壊、思考障害、その他もう想・幻覚等の異常体験があるもの
- ② そううつ病によるものにあつては、高度の感情、欲動及び思考障害の病相期があり、かつ、これが持続したり、ひんぱんに繰り返したりするもの
- ③ 非定型精神病によるものにあつては、欠陥状態又は病状が前記 1、2 に準ずるもの
- ④ てんかんによるものにあつては、ひんぱんに繰り返す発作又は高度の痴呆、性格変化、その他の精神神経症状があるもの
- ⑤ 中毒精神病によるものにあつては、高度の痴呆、性格変化、及びその他の持続する異常体験等があるもの
- ⑥ 器質性精神病によるものにあつては、高度の痴呆、人格崩壊、その他の精神神経症状があるもの

各都道府県衛生主管担当部（局）長 殿

厚生省保健医療局精神保健課長

**精神障害者に対する自動車税、軽自動車税
又は自動車取得税の減免について**

従来から身体障害者及び精神薄弱者については、自動車税、軽自動車税又は自動車取得税（以下「自動車税等」という。）の減免措置が講ぜられていたところであるが、今回、精神障害者についても、生計を一にする者が当該精神障害者のために使用する自動車等（自動車税等の課税客体である自動車、軽自動車等をいう。以下同じ。）に対する自動車税等が減免されることとなり、その取扱い等については、身体障害者又は精神薄弱者に対する自動車税、軽自動車税又は自動車取得税について（昭和45年3月31日自治府第31号自治省税務局長通知）の一部改正により示される予定である。

今回の措置は、身体障害者、精神薄弱者と同様、精神障害者についても、精神障害を克服し、健全な者に伍して社会活動を営むことができるよう税制上の配慮を加えることによってその福祉の増進に寄与するためになされたものであることにかんがみ、責職におかれても、下記の事項に十分留意され、税務主管部（局）と連絡を取りつつ、関係行政機関、管下市町村、減免対象者等へと周知徹底を図る等、格段の御配慮を煩わしたい。

記

1 減免対象精神障害者

精神保健法（昭和25年法律第123号）第32条による通院医療費の公費負担を受けている者のうち国民年金法施行令（昭和34年政令第184号）別表に定める一級の精神障害の状態と同程度の状態にあるもの。

2 減免対象となる自動車等

前記1に掲げる精神障害者又はその者と生計を一にする者が、取得し、又は所有する自動車等で、専ら精神障害者の通院、通所、通学又は生業のために当該精神障害者と生計を一にする者が運転するもの（1人の精神障害者について1台に限る。）。

ただし、自動車検査済証又は自動車届出済証に業務用と記載されているもの、すなわち、運送事業の用に供するものは除く。

3 減免の手続き

- (1) 減免を受けようとする者は、(3)のアからウまでに掲げる時まで、(4)に掲げる事項を記載した申請書を、知事又は市町村長に提出するとともに、精神障害者の通院医療費の公費負担に係る患者票、精神障害の状態に関する証明書で交付の日から1年を経過していないもの及び精神障害者と生計を一にする者の運転免許証の提示を行うこととされていること。

(2) 申請書には、減免の対象となる自動車等が、精神障害者のために当該精神障害者と生計を一にする者によって運転されるものであることを証明するその居住地を管轄する保健所長が発行した書類を添付することとされていること。

(3) 申請の時期

ア 自動車税

(ア) 普通徴収による場合 毎年度納期限前7日

(イ) 証紙徴収による場合 道路運送車両法（昭和26年法律第185号）第7条、第12条又は第13条の規定による登録の申請をする時

イ 軽自動車

(ア) 普通徴収による場合 毎年度納期限前7日

(イ) 証紙徴収による場合 地方税法第446条第3項の規定による標識の交付を申請する時

ウ 自動車取得税

地方税法第699条の11第1項の申告書を提出する時

イ、減免の申請書の記載事項

減免を受ける者の氏名及び住所並びに減免を受ける者が精神障害者と生計を一にする者である場合には、当該精神障害者との関係

イ 精神障害者の氏名、住所及び年齢

ウ 自動車等を運転する者の氏名及び住所並びに精神障害者との関係

エ 精神障害の状態に関する証明書及び患者票の交付番号、交付年月日、障害名並びに障害の等級（程度）

オ 運転免許証の番号、交付年月日及び有効期限

カ 運転免許の種類及び条件が附されている場合には、その条件

キ 自動車等の登録番号又は車両番号（小型特殊自動車及び原付自転車を除く。(5)において同じ。）、主たる定置場、種別、用途及び使用目的

(5) 都道府県税事務所等において減免の申請が受理された場合においては、精神障害の状態に関する証明書及び患者票に、次の様式による受領印が押されるものであること（ただし、既に受領印が押されている場合において、その受領印に表示されている自動車等の登録番号又は車両番号と減免の申請に係る自動車等の登録番号又は車両番号が同一であるときは除く。）。

自動車税（軽自動車税、自動車取得税）減免申請済（自動車等の登録番号又は車両番号）
--

4 保健所長の証明

(1) 保健所長は、3の(2)の証明を行うときは、申請者から住民票の提出を求め、運転者等との同居の有無を確認するとともに、精神保健訪問指導票により、又は必要に応じ

関係者から聴取等を行うことにより、精神障害者の通院、通所等の事実、自動車等の必要性及び生計同一の事実を確認すること。

また、証明に当たっては、精神障害の状態に関する証明書の提出を求め、当該証明書が交付の日から1年を経過していないことを確認するとともに、精神保健訪問指導票により既に自動車税等の減免措置を受けている自動車等があるかどうか確認し、ある場合には当該自動車等の登録番号又は車両番号を、ない場合にはない旨を、証明書に記載することにより、精神障害者1人について1台を超えて減免されないようにすること。

- (2) 証明書は、別紙様式によるものとし、減免の対象となる自動車等、減免対象精神障害者及び運転する者を特定できる記載をした上で、当該自動車等が専ら当該精神障害者のために当該精神障害者と生計を一にする者が運転するものであることを証明する旨の記載をすること。
- (3) 証明を行ったときは、精神保健訪問指導票にその旨記載し、以後の社会復帰のための訪問指導の資とするとともに、患者票等により減免措置を受けたかどうか確認し、受けた場合には、自動車等の登録番号又は車両番号も併せて記載すること。

5 減免額

- (1) 減免される額は、原則として、当該自動車税、軽自動車税又は自動車取得税の全額とする。
ただし、年の中途において減免すべき事由に該当することとなった（又は該当しなくなった）場合には、自動車税又は軽自動車税については、その該当することとなった（又は該当しなくなった）月の属する年度の翌年度分から、それぞれ減免（又は課税）されるものであること。
- (2) 減免を受ける者和其他の者が自動車等を共有する場合には、当該自動車等に係る自動車税額、軽自動車税額又は自動車取得税額から当該減免を受ける者の負担部分に対応する税額を控除した額が当該他の者に対して課税されるものであること。
- (3) (2)にかかわらず、減免を受ける者に対して所有権を留保して自動車又は軽自動車等の販売が行われている場合においては、当該売主に対しても自動車税又は軽自動車税を減免されるものであること。

別紙様式

自動車税等に係る生計同一証明書

第 号
年 月 日

(申請者) 殿

保健所長 印

下記1の自動車等は、専ら下記2の精神障害者のために当該精神障害者と生計を一にする下記3の者が運転するものであることを証明する。

記

1 対象自動車等	(登録番号又は車両番号を記入)		
2 精神障害者	氏名		
	住所	電話番号	
3 運転者	氏名	精神障害者との関係	
	住所	電話番号	
	運転免許証の番号		
4 減免措置の適用の有無	有・無	(有の場合に、当該自動車等の登録番号又は車両番号を記入)	

各都道府県知事 殿

厚生省保健医療局長

精神障害者に対する相続税法上の障害者控除等の適用について

平成2年政令第95号により相続税法施行令の一部が改正され、一定の精神障害者について、相続税の障害者控除及び贈与税の特別障害者に対する非課税制度の適用が受けられることとされたので、下記の事項に留意の上、関係各方面に周知徹底を図られたい。

記

1 相続税の障害者控除

(1) 概要

この制度は、相続又は遺贈により財産を取得した者が、その相続又は遺贈に係る法定相続人に該当し、かつ、障害者である場合は、その者に係る相続税額から、その者が70歳に達するまでの年数各1年につき6万円（特別障害者については12万円）の税額を控除するものであること。

(2) 対象者

ア 障害者

相続税の障害者控除の対象に、所得税の障害者控除の対象となる精神障害者が加えられたこと。

つまり、厚生大臣又は都道府県知事から、精神障害の程度が国民年金法施行令別表又は厚生年金保険法施行令別表第一に定める障害の状態と同程度の状態にある旨を証する書類の交付を受けた者が加えられたこと。

イ 特別障害者

相続税の特別障害者の対象に、所得税の特別障害者控除の対象となる精神障害者が加えられたこと。

つまり、厚生大臣又は都道府県知事から、精神障害の程度が国民年金法施行令別表に定める一級の障害と同程度の状態にある旨を証する書類の交付を受けている者が加えられたこと。

2 贈与税の特別障害者に対する非課税制度

(1) 概要

この制度は、特別障害者が、他の個人と信託銀行との間で、その特別障害者を信託の利益の全部の受益者とする特別障害者扶養信託契約が締結され、その契約に係る財産が信託されることにより信託受益権を有することとなる場合には、その信託の際に、信託銀行の営業所等を経由して納税地の所轄税務署長に「障害者非課税信託申請書」を提出したときは、その信託受益権のうち、6,000万円まで贈与税が非課税とな

るものであること。

(2) 対象者

前記1(2)イの者であること。

3 交付手続き

別添「精神障害者に対する所得税法上の障害者控除の適用について」(平成元年3月17日健医発第288号本職通知)により証明書類を交付すること。

なお、同一対象者に対して所得税、地方税、相続税、贈与税につきそれぞれ証明書類を交付する必要はなく、上記本職通知による証明書類を一通交付すれば足りること。

ウ 精神障害者社会復帰促進事業(社会復帰施設相談窓口)

精神障害者の社会復帰相談指導については、保健所、精神保健センターで実施しているところであるが、平成3年度より回復途上にある精神障害者への継続的な支援体制の確保を図るため、精神障害者社会復帰施設において土曜日及び日祭日に相談窓口を設置して相談業務を実施し、精神障害者の社会復帰の促進を図っている。

各都道府県知事殿

厚生省保健医療局長

精神障害者社会復帰促進事業（社会復帰施設相談窓口）
実施要綱

1 目的

回復途上にある精神障害者への継続的な支援体制の確保に資するため、精神障害者社会復帰施設において土曜日及び日祭日に相談窓口を設置して相談業務を実施し、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 実施主体

都道府県

3 実施方法

都道府県が精神障害者社会復帰施設において自ら実施し又は都道府県が適当と認めた同施設（以下「実施機関」という。）に委託して行うものとする。

なお、実施機関に委託する場合には、精神保健主管課及び保健所はその実施状況を常に把握しておくものとする。

4 実施体制

都道府県又は委託を受けた実施機関は、本件相談事業の適正かつ円滑な運営を図るため、土曜日及び日祭日に精神科ソーシャルワーカー又は社会復帰相談事業に関し相当の経験を有する者を配置して、目的に沿った事業が行えるように施設内の体制設備をするものとする。

5 事業内容

(1) 相談対象者

回復途上にある精神障害者、家族等で社会復帰に関する相談を希望するものとする。

(2) 相談業務の実施

面接又は電話等により対人関係の悩み、家庭内の問題、余暇の活用、生活技術など種々の相談を受け付けるものとする。

また、実施機関で受けた相談については保健所等と連携を密にして、相談者に対して継続的に支援できる体制が図られるよう十分留意するとともに保健所等においても実施機関に対して助言指導を行うものとする。

(3) 相談記録簿の作成

相談事例について、相談記録を作成し保管するものとする。

6 国の助成

国は、この事業のために支出した費用について、別に定めるところにより補助を行うものとする。

7 その他

- (1) 本要綱に定めるもののほか、本事業の実施に必要な事項は、都道府県又は委託を受けた実施機関において適宜定めることができる。
- (2) 本件事業の実施に当たっては、保健所、精神保健センター、医療機関等と緊密な連携に努め、回復途上にある精神障害者の社会復帰の支援体制の確保を図るものとする。
- (3) 当事業に従事する者は、その業務を通じ知り得た個人に関する秘密を守らなければならない。

エ 精神障害者地域生活援助事業（精神障害者グループホーム）

地域において共同生活を営む精神障害者に対し、食事の世話、金銭出納に関する助言、服薬指導、日常生活面における相談、指導等の援助を行うため、平成4年度より精神障害者が5～6人で生活する共同住居に世話人を配置して精神障害者の日常生活を援助することにより精神障害者の自立生活の助長を図っている。

各都道府県知事殿

厚生省保健医療局長

精神障害者地域生活援助事業（精神障害者グループホーム）

実施要綱

1 目的

精神障害者地域生活援助事業は、地域において精神障害者グループホーム（共同生活を営む精神障害者に対し、食事の世話等の生活援助体制を備えた形態。以下「グループホーム」という。）での生活を望む精神障害者に対し、日常生活における援助等を行うことにより、精神障害者の自立生活を助長することを目的とする。

2 運営主体

この事業の運営主体は、次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) 精神障害者社会復帰施設、精神病院等を経営する地方公共団体及び非営利法人
- (2) グループホームに対する支援体制の確立している地方公共団体及び非営利法人等であつて都道府県知事が適当と認めた者

3 運営主体の選定等

運営主体の選定等は、次の手続きにより行うものとする。

- (1) この事業を運営しようとする者は、精神障害者グループホーム運営承認申請書（第1号様式）を都道府県知事に提出し、その指定を受けること。
- (2) 前項の運営承認申請書は、グループホームの所在地を管轄する保健所長を経由して提出するものとし、保健所長は、調査票（第2号様式）に必要事項を記入の上、これを添えて都道府県知事に提出するものとする。
- (3) 都道府県知事は、申請者の精神障害者の社会復帰促進に関する実績及び事業実施能力並びに運営しようとするグループホームの内容を十分審査して、指定するものとする。
- (4) 運営主体は、既に承認を受けたグループホームについて、入居定員又は所在地の変更をしようとするときは、あらかじめ精神障害者グループホーム変更承認申請書（第3号様式）により都道府県知事の承認を受けなければならない。また、入居定員又は所在地以外の事項について変更又はグループホームを廃止しようとするときは、あらかじめ、精神障害者グループホーム変更（廃止）届（第4号様式）を都道府県知事に提出するものとする。
- (5) 前項に規定する変更承認申請書又は変更（廃止）届の提出については、(2)の規定を準用する。この場合、調査票は変更承認申請書については第2号様式に準じて作成し、変更（廃止）届については必要ないものとする。

4 入居対象者

グループホームの入居対象者は、精神障害者であって、次に掲げる要件のいずれにも該当する者とする。

- (1) 日常生活上の援助を受けずに生活することが、可能でないか又は適当でない者であること。
- (2) 一定程度の自活能力があり、数人で共同の生活を送ることに支障がない者であること。
- (3) 就労（福祉的就労を含む。）している者であること。
- (4) 日常生活を維持するに足る収入があること。

5 グループホームの要件

グループホームについては、次の基準によるものとする。

(1) 定員

グループホームの定員は、おおむね5～6人とすること。

(2) 立地条件

ア グループホームは、緊急時等においても運営主体が迅速に対応できる距離にあること。

イ 生活環境に十分配慮された場所にあること。

(3) 建物の確保

原則として、当該運営主体が建物の所有権又は貸借権を有すること。

(4) 設備

ア 日常生活を支障なく送るために必要な設備を有し、世話人が入居者に対して適切な援助を行うことができる形態であること。

イ 個々の入居者の居室の床面積は、1人用居室にあっては、おおむね7.4㎡（4.5畳）以上、2人用居室にあっては、9.9㎡（6畳）以上とすること。

なお、1居室当たり2人までとすること。

ウ 居間、食堂等入居者が相互交流することができる場所を有していること。

エ 保健衛生及び安全が確保されていること。

(5) 世話人

ア グループホームには、世話人を配置すること。

イ 世話人は、精神障害者に理解があり、数人の精神障害者の日常生活を適切に援助する能力を有する者であること。

ウ 世話人は、グループホームの運営主体と委託契約又は雇用契約を結んだ者であること。

6 グループホームの運営

運営主体は、次の業務を行うものとする。

なお、(2)(5)(6)の業務については、その全部又は一部を世話人に行わせることができる。

- (1) 世話人の選定及び世話人の代替要員を確保すること。

- (2) 入居者に対して食事の世話、服薬指導、金銭出納に関する助言等日常生活に必要な援助を行うこと。
- (3) 入居者が疾病等により生活に困難を生じるおそれがある場合には医療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こと。
- (4) 世話人に対する指導、監督、援助、研修を行うこと。
- (5) 入居者の生活状況等を把握しておくこと。
- (6) 入居者負担金を徴収し、それを適正に処理するとともに、これに関連する諸帳簿を整備すること。
- (7) グループホーム運営にかかる会計に関する諸帳簿を整備すること。

7 利用の方法等

- (1) グループホームの入居を希望する精神障害者（以下「入居希望者」という。）は、居住地を管轄する保健所の長に医師の意見書（第6号様式）を添えて推薦書の交付申請を行うものとする。
- (2) 保健所長は、入居希望者から推薦書の交付申請があった場合は、入居対象者として適当と認められるときには、グループホーム入居推薦書（第7号様式）を交付するものとする。
- (3) 運営主体の長は、入居希望者から入居の申し込みがあった場合は、保健所長のグループホーム入居推薦書を確認の上利用契約を締結するものとする。
- (4) 運営主体の長は、グループホームの入居者に異動があった場合は、速やかに精神障害者グループホーム入居者異動報告書（第5号様式）を、グループホームの所在地を管轄する保健所長を経由して都道府県知事に提出するものとする。

なお、グループホーム所在地を管轄する保健所長と入居推薦書を交付した保健所長が異なる場合には、精神障害者グループホーム入居者異動報告書を受理した保健所長は、当該精神障害者に係る入居推薦書を交付した保健所長にその写しを送付するものとする。

8 入居者及び世話人の費用負担

家賃、飲食物費、光熱水費及びその他共通経費については、入居者及び世話人がそれぞれ負担するものとする。

9 費用の支弁

都道府県知事は、精神障害者グループホームを指定した場合においては、当該グループホームの運営にかかる必要な費用を支弁するものとする。

10 経費の補助

国は、都道府県知事が9により支弁した費用について、別に定めるところにより補助するものとする。

(第1号様式)

精神障害者グループホーム設置承認申請書

平成 年 月 日

知事 殿

法人又は団体の名称

代表者名

住 所

印

精神障害者グループホーム設置の承認について、次のとおり申請します。

グループホームの名称	
所在地	
設置予定年月日	年 月 日
入居定員	人
責任者氏名	
世話人氏名	
緊急時対応施設等	
建 物	広さ 土地 m ² 自己所有 貸借 建物 m ² 自己所有 貸借 (貸借の場合、契約書の写しを添付すること。)

(注) 責任者は設置運営主体の当グループホームの責任者とする。

- (添付書類) 1 本事業に係る予算書抄本
2 入居予定者名簿
3 世話人履歴書
4 建物の平面図及び外観写真
5 緊急時の対応施設等までの地図

(第2号様式)

精神障害者グループホーム設置承認に関する調査票

平成 年 月 日

知事 殿

保健所長

印

精神障害者グループホーム設置の承認申請について、次のとおり意見を添えて調査票を送付します。

グループホームの名称	
設 置 者	
入 居 定 員	人
住居 の 状況	衛 生 的 環 境
	防 災 上 の 安 全 性
	設 備 居 室 環 境 等
緊 急 時 の 対 応 方 法	
日 常 生 活 上 の 利 便	
世 話 人 適 格 性	
近 隣 の 理 解	
特 記 事 項	
保 健 所 長 の 意 見	

(第3号様式)

精神障害者グループホーム変更承認申請書

平成 年 月 日

知事 殿

法人又は団体の名称

代表者名

住 所

印

精神障害者グループホームの変更承認について、次のとおり申請します。

グループホーム の 名 称		
変更予定年月日		
変 更 事 項		
変 更 の 内 容	変 更 後	変 更 前
及 び 理 由	(理 由)	

(注) 必要に応じて関係書類を添付する。

(第4号様式)

精神障害者グループホーム変更（廃止）届

平成 年 月 日

知事 殿

法人又は団体の名称

代表者名

印

住 所

精神障害者グループホームの変更（廃止）届について、次のとおり届け出をします。

グループホーム の 名 称		
変更予定年月日		
変 更 事 項		
変 更 の 内 容 及 び 理 由	変 更 後	変 更 前
	(理 由)	

- (注) 1 この様式は、入居定員及び所在地以外（グループホームの名称、住居表示、世話人等）の変更が生じた場合又は廃止のときに使用する。
2 廃止の場合は、「変更事項」欄は記載しない。また、「変更の内容及び理由」欄は、「廃止の理由」と読み替えるものとする。
3 必要に応じて関係書類を添付する。

(第5号様式)

精神障害者グループホーム入居者異動報告書

平成 年 月 日

知事 殿

法人又は団体の名称

代表者名

印

住 所

次のとおり、精神障害者グループホーム入居者の異動について、報告します。

グループホームの名称

異動のあった入居者	異動内容、異動年月日、理由等

(第6号様式)

医 師 の 意 見 書

精神障害者グループホームの利用を希望する者	住 所					
	氏 名		性 別	男 女	生 年 月 日	
病 名	①主たる精神障害 ②従たる精神障害 ③身体合併症					
病 歴	入 院	過去 回程度 通算 年位 前回入院期間 年 月～ 年 月 病院名				
	通 院	1月当たり	日位通院 (直近について記載)			
最近の病状又は状態像						
精神障害者グループホーム利用時の留意事項	必要通院日数					
	共 同 生 活 に つ い て	①可能 ②条件が整えば可能 ()				
	生 活 指 導 の 必 要 性 に つ い て	①なし ②ほとんど不要 ③時々必要 ()				
	昼 間 作 業 の 適 性 に つ い て	①職業訓練 () ②作業訓練 ()				
(その他参考となる意見)						
平成 年 月 日	医療機関所在地	_____				
	名 称	_____				
	電 話	_____				
	医師氏名	_____			印	

(第7号様式)

精神障害者グループホーム入居推薦書

申 込 者 氏 名 (生年月日・年齢・性別)	(年 月 日 生 歳 男・女)
住 所	
病 名 ・ 入 院 歴 等	
生 活 状 況	
家 族 状 況	
職 歴	
その他参考となる事項	
保 健 所 長 意 見	
平成 年 月 日	保健所長 印

オ 地域交流促進事業（「国連・障害者の十年」最終年記念事業）

平成4年度は「国連・障害者の十年」最終年に当たることから、従来から厚生省、日本精神保健連盟及び健康・体力づくり事業財団が主催で開催してきた「精神保健全国大会」をこれを記念する事業として位置付け、全国の精神障害者、精神保健関係者及び地域住民の参集のもとにスポーツ大会、作品の展示、コーラスグループによる合唱による一般市民との交流、また、記念講演やシンポジウム等を行い多くの地域住民が精神保健対策を理解し、精神障害者が地域において、正しく理解され、快く受け入れられるよう地域交流促進事業を行う。

カ 精神病院の相談・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。

第4章 精神保健における個別課題への取り組み

1. 老人性痴呆疾患対策

我が国は、21世紀には国民の4人に1人が65歳以上の高齢者という、超高齢社会を迎える(表1)。我が国の高齢化の特徴としては、75歳以上の後期高齢人口が急増すること、高齢化の進行速度が諸外国に比べて速いこと(表2)が挙げられる。

今後においては、このような急速な人口の高齢化を十分に踏まえつつ、精神保健対策を企画・推進していくことが肝要である。

特に、高齢化の進展とともに痴呆性老人の著しい増加が見込まれるため、この問題に対する総合的・効果的な対策の樹立が緊急の課題となっている。

個々の痴呆性老人の状態に応じたきめ細かなサービスを提供していくには、老人保健・老人福祉の観点からの対策と相まって、最近の精神医学の進歩を十分に踏まえた、痴呆性老人への精神保健対策が重要である。近年、適切な医学的判断に基づいて提供される痴呆性老人への諸施策は、特に、「老人性痴呆疾患対策」としての意義が強調されているところである。以下においては、このような観点から、痴呆をめぐる諸問題、諸施策について紹介する。

表1 高齢化率の将来推計(平成4年9月、厚生省人口問題研究所中位推計)

	平成2年 (1990)	平成7年 (1995)	平成12年 (2000)	平成17年 (2005)	平成22年 (2010)	平成32年 (2020)
65歳以上人口比	12.1%	14.5%	17.0%	19.1%	21.3%	25.5%
75歳以上人口比	4.8%	5.7%	6.9%	8.5%	10.0%	12.5%

表2 諸外国の高齢化伸長速度比較

国名	65歳以上人口比率 の到達年次		所要年数	65歳以上人口割合 (%)	
	7%	14%		2000年	2020年
日本	1970年	1994年	24年	17.0	25.5
アメリカ	1945	2015	70	12.8	17.5
イギリス	1930	1975	45	15.2	18.2
旧西ドイツ	1930	1975	45	17.0	22.2
フランス	1865	1995	130	15.4	19.3
スウェーデン	1890	1975	85	17.1	21.8

(1) 痴呆の概念、症状、診断について

(ア) 痴呆とは

「痴呆」とは、いったん正常に発達した知的機能が脳の後天的な器質性障害により持続的に低下し、日常生活に支障をきたすようになることをいう。加齢とともに物忘れが多くなるなど知能の老化現象が見られるが、これは誰にでも見られる生理的なものであり、病的なものではない。これに対し、「痴呆」は、厳密には、上記の意味を表す医学上の概念である。

「ぼけ」は、一般的な用語であり、加齢による生理的な知能の低下と「痴呆」の両者を含むものと考えられる。

(イ) 痴呆の原因疾患

表3 痴呆の分類

分 類	疾 患
一次性脳変性疾患	アルツハイマー病, アルツハイマー型老年痴呆, ピック病, ハンチントン病, 進行性核上性麻痺など
脳血管障害	脳梗塞, 脳出血
内分泌・代謝性・中毒性疾患	甲状腺機能低下症, ビタミンB12欠乏, サイアミン欠乏, 肝性脳症, 透析脳症, 一酸化炭素中毒, 各種薬物, 金属, 有機化合物などの中毒など
感染性疾患	進行麻痺, AIDS, 各種脳炎ならびに髄膜炎など
プリオン病	クロイツフェルト・ヤコブ病など
腫瘍性疾患	脳腫瘍, 髄膜癌腫症など
外傷性疾患	頭部外傷後遺症, 慢性硬膜下血腫など
その他	正常圧水頭症, てんかん, 多発性硬化症, 神経ベーチェット病, 慢性低酸素症など

(ウ) 代表的痴呆疾患の症状

1 アルツハイマー病

アルツハイマー病 (Alzheimer's disease ; AD) は初老期 (~64歳) に, アルツハイマー型老年痴呆 (senile dementia of Alzheimer-type ; SDAT) は老年期 (65歳~) に発症し, 両疾患とも特徴ある進行性の痴呆症状と人格の崩壊がみられ, 後期には錐体外路症状を伴い, 末期には植物状態となる。

病理学的には, 脳が著しく萎縮し, 末期には900以下にまでなる。組織学的には, 神経細胞の消失, 神経原線維変化, 老人斑といった特徴ある病変が出現する。

〈第1期〉

記銘・記憶障害を主症状とし、自発性の減退、意欲の低下や抑鬱状態がみられる。

〈第2期〉

記憶障害、意欲障害が著しくなり、周囲への関心や興味が失われていき、人格の形骸化がみられる。さらに、言語障害（失名詞、錯語など）、書字障害、行為障害（調理、衣服の着脱の障害など）、認知障害（視覚失認、視空間失認、同時失認など）などがみられてくる。

〈第3期〉

痴呆は極めて高度となり、記憶、言語、行為、認識などの精神機能がほぼ完全に消失する。末期には、身体的にも寝たきりとなり、ついには失外套症候群を呈する。

アルツハイマー病は、急速に荒廃する経過をとり、顕著で多発性の高次脳皮質機能障害を示し、比較的早期から失語、失認、失行が認められる。アルツハイマー型老年痴呆は、緩徐に進行し、記憶障害が主な症状である。

罹病期間では、アルツハイマー病はアルツハイマー型老年痴呆より経過が長く、アルツハイマー病の50%程度が10年以上であるが、アルツハイマー型老年痴呆は大部分が10年以下である。

2 ピック病

初老期に発症し、緩徐発症で進行性の経過をとり、最初はむしろ人格障害や失語症などが主となり、痴呆は遅れて目立つことが多い。罹病期間は平均10年と長い。

病理学的には、大脳の前頭葉一側頭葉の限局性萎縮が特徴で、萎縮部位の神経細胞脱落、皮質下白質のグリオシス、ピック嗜銀球がみられる。

〈第1期〉

人格障害と行動障害が主症状であり、自制力の減退、抑制の低下から、盗癖などの反社会的行動が初発症状として現れることがあるが、病識は欠如している。失語症が徐々に進行することもある。この時期には、記銘・記憶力、認知力は保たれている。

〈第2期〉

記憶障害、意欲減退、滯続症状(同じ言葉などを繰り返す)、思考怠惰(周囲に対し無頓着、不真面目な態度、小馬鹿にした態度など)などがみられるようになる。

〈第3期〉

高度痴呆となり、無言で寝たきりの状態となる。仮面様顔貌を呈し、四肢固縮、原始反射がみられる。

3 ハンチントン病

ハンチントン病は、皮質下性痴呆を示す疾患の一つであり、特有な舞踏様不随意運動、痴呆と人格変化を主症状とし、主として線条体、特に尾状核の萎縮・変性により特徴づけられる遺伝性疾患(常染色体優性遺伝)である。経過が長くなると、大脳の著しい萎縮をきたす。

初期から人格変化(自己中心的、易刺激性など)がみられ、暴力行為などの反社会的傾向をとる。進行すると、自発性・意欲の低下、感情鈍麻を示す。また、幻覚妄想状態、抑鬱状態などの精神症状を示したりする。

4 歯状核-赤核-淡蒼核-ルイ体萎縮症

小脳性運動失調や舞踏様・アテトーゼ様不随意運動と痴呆を示す遺伝性疾患(常染色体優性遺伝と考えられている)である。

若年に発症すると、しばしばミオクローヌスてんかんの病像を示す。

5 進行性核上麻痺

病変部位は、脳幹部と基底核が主体で、神経細胞脱落と神経原線維変

化がみられる。

症状は、パーキンソン病様の症状が主体で、眼球運動の核上性麻痺、頸筋硬直を伴う。痴呆症状としては、思考過程の緩慢化、感情と人格の障害などの皮質下性痴呆症状が現れる。

6 びまん性レビー小体病

最近の欧米の論文では、アルツハイマー型痴呆について2番目に多いと言われている。

脳幹の病変が中心として起こるものが脳幹型レビー小体病であり、パーキンソン病に相当する。病変が、脳幹から間脳、大脳皮質までに及ぶものが、びまん性レビー小体病に相当する。なお、病変部位に出現するLewy小体の原因は明らかではない。

症状は、アルツハイマー型痴呆に類似した症状とパーキンソン症状が目立つ。

7 パーキンソン痴呆コンプレックス

以前、グアム島でよく見られた病気で、痴呆を合併するパーキンソンニズムが主体。

8 石灰沈着を伴うびまん性神経原線維変化病

アルツハイマー病とピック病の特徴を合わせ持ち、さらにFahr病(特発性石灰沈着)の特徴をも有する初老期痴呆症で、神経原線維変化が無数にみられるが、老人斑はみられない。

9 脳血管性痴呆 (cerebrovascular dementia ; VD)

初老期の脳血管性痴呆は、60歳代発病の脳卒中中の急性型が多い。比較的大きな脳卒中発作(梗塞、出血)があり、神経症状(麻痺や不随意運動など)や大脳局所症状(失語、失行、失認など)が急激に出現するものが多い。性格の先鋭化(頑固、我がまま、一方的、こだわり)は多いが、人格が比較的保たれている部分が多いので、神経症状等に悩むところも多く(不平、不満、不信、心気、憂鬱、猜疑、疑惑的)、次第に知的

機能の低下した状態に落ち着いていく。この際には、痴呆もまだらで、そう重症のものは少ない。発作が繰り返されると、段階的に痴呆も進行する。

これに比して、多発性脳梗塞として、老年期に逐次に明瞭化してくる痴呆は、知的人格障害も重くて自覚がなく、痴呆もより全般的で重く(記憶障害もひどい)、自発性のない迷惑行動が多い。

10 ビンスワンガー脳症

大脳皮質下の白質の血管に強い動脈硬化が起こり、白質に強い循環障害性の変化が起こってくるもの。

臨床像は、割合とアルツハイマー型老年痴呆に近いような病像をとるが、そこに時々、高血圧、糖尿病や軽い一過性の脳虚血発作などが加わり、脳血管性痴呆のような病像をとっていく。

11 混合型

初老期痴呆と脳血管性痴呆の混在した型の痴呆。

12 AIDS 脳症

欧米では報告が多く、80~90%の症例で脳に何らかの病変が起こり種々の神経・精神症状が生じる。進行性痴呆を示すことも少なくなく、その頻度は患者の1/3にも及ぶ。日本では、まだ報告例が少ない。

脳病変としては、日和見感染、脳血管障害や悪性リンパ腫などがあるが、最近では、主として大脳白質に広範な病巣を示す AIDS 脳症(AIDS 脳炎)が問題となっている。

(二) 痴呆の診断

痴呆には、原因疾患により治療可能な疾患 (Treatable Dementia) がある。また、痴呆と類似の状態像を示すうつ状態などがある。このため、痴呆症状をきたす治療可能な疾患の識別診断を厳密に行わないと、これらある程度治療が可能な疾患を見逃してしまう可能性がある。

近年、精神医学においては、診断の客観性を確保するため、症状を厳密

にとらえ、その組合せ（診断基準）に基づいて疾患を記述することが一般的である。

痴呆の診断基準の代表例として、欧米精神医学会の「精神障害者診断統計便覧第3版改定版（DSM-III-R）」（表4）があるが、これとほぼ同様の内容で、我が国での使用に適したものとして、主として医師が使用する「厚生省研究班による痴呆の診断基準（1989）」（表5）がある。

また、アルツハイマー型痴呆の診断は、アルツハイマー型痴呆以外の痴呆の原因疾患が除外できた時に診断が下されるが、除外診断後には、米国NINCDS-ADRDAの作成による40歳～90歳を対象としたアルツハイマー型痴呆の臨床診断基準がよく用いられている。

(オ) 痴呆のスクリーニング

医師以外の保健医療福祉関係者の使用を目的として、痴呆であるかどうかを評価するための、簡便な「厚生省研究班による痴呆のスクリーニング基準（1989）」（表6）があり、スクリーニング・テストとして、「国立精研式痴呆スクリーニング・テスト」や「長谷川式簡易知能評価スケール」がよく用いられている。

なお、長谷川式簡易知能評価スケールは、1974年に作成されて以来長い年月が経過し、その質問形式が現代社会に適合していない等により、1991年に「改定長谷川式簡易知能評価スケール」（表7）が作成されている。これは、従来のスケールよりも sensitivity が向上しており、痴呆のスクリーニング検査として精度は高くなったといえる。各設問毎の得点を加算した総得点は、満点が30点で20点以下は痴呆の疑いを持つと評価するが、従来のスケールのような重症度区分は採用されていない。

これらの知能評価スケールは、あくまでもスクリーニングテストであり、これのみによって痴呆の診断を下したり、痴呆の重症度を判定することには危険がある。たとえば、感冒やうつ状態、意識障害などの心身不調や患者の協力度によって結果が左右される。

特に、他の検査についても同様であるが、高齢者は一般にテストに対する防衛的な態度が強いので、最初から「テストをします」という調子で質問すると過度に防衛的となる。このため、テストという印象を与えないような質問の仕方、例えば日常会話の中に混ぜて質問するなどの工夫が必要である。

最終診断は、あくまでもDSM-III-Rなどの診断基準を用いた綿密な審査が必要であり、介護者からの情報、諸種の臨床検査などを総合してなされることが原則である。

(カ) 痴呆の重症度評価

痴呆の程度の臨床的判定の目安として、「老人知能の臨床判定基準」(1981.柄澤) (表8)、「CDR (Clinical Dementia Rating)」(1982. Hughes)、「FAST (Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease)」(1986. Reisberg)などの行動評価法が考案され、よく利用されている。

(キ) 痴呆性老人の日常生活自立度判定基準

痴呆性老人に対する適切な対応がとれるよう、医師により痴呆と診断された者の日常生活自立度を保健婦、看護婦、社会福祉士等が客観的に短時間に判定できる基準を、平成5年度、厚生省において作成した(表9)。なお、本基準のランクは、介護の必要度を示すものであり、痴呆の程度の医学的判定とは必ずしも一致するものではないことに留意することが必要である。

また、処遇の決定に当たっては、本基準に併せて「障害老人の日常生活自立度(ねたきり度)」についても判定も行い、家族の介護力等の在宅基盤を考慮して決定することが必要である。

表4 DSM-III-Rによる痴呆の診断基準

- A. 短期記憶および長期記憶の障害が証明される。
- 短期記憶障害（新しい出来事を覚えることができない）はたとえば、三つの物品を覚え、5分後に想起できないことで証明できる。
- 長期記憶障害（過去に知っていた事柄を想起できない）は、自分に関する過去の事柄（たとえば、昨日の出来事、出生地、職業）あるいは一般常識（たとえば、過去の大統領、誰でも知っている日付）を想起できないことで証明できる。
- B. 少なくとも次の一つがある。
- (1) 抽象思考の障害：たとえば関連のある単語の類似点、相違点をいうことができない、単語の定義や概念をいうことができない。
 - (2) 判断の障害：対人関係、家族、職業等に関係した問題を合理的な計画を立てて処理することができない。
 - (3) その他の高次大脳皮質機能障害：失語（言語障害）、失行（理解や運動機能の障害がないにもかかわらず動作ができない）、失認（知覚機能障害がないにもかかわらず対象を認識したり弁別したりすることができない）、構成障害（たとえば、立体図形の模写、積み木を積むこと、マッチ棒で図形を作ることができない）。
 - (4) 性格変化：病前性格の変化あるいは尖鋭化。
- C. AおよびBの障害により職業、日常社会生活、対人関係が明らかに障害されている。
- D. A, B, Cの状態がせん妄状態の時だけに生じるのではない。
- E. (1)あるいは(2)。
- (1) 病歴、身体所見、臨床検査所見から障害の原因として関与しているとみられる特定の器質性因子の存在が証明される。
 - (2) (1)のような証明はないが非器質性精神障害（たとえば認知障害の原因となる大うつ病）によっては説明できず、病因となる器質性因子が存在が推測される。

表 5 痴呆の診断基準（厚生省研究班，1989）

A. 記憶障害が認められる。

特に短期記憶障害（新しいことを覚えることができない）が著明である。痴呆が進行すると長期記憶障害（以前に覚えたことや熟知しているはずの事柄を思い出せない）も明瞭になる。

B. 次のうち少なくとも一つがある。

(1) 抽象思考の障害：

(例) a. 単語の意味をいうことができない。

b. 関連語の類似点・相違点をいうことができない。

c. 同じ範疇に属するもの（食物，着る物，乗物など）を三つあげることができない。

(2) 判断の障害：日常生活や職業に関連した問題を手順よく計画的に処理できない。

(3) その他の高次大脳皮質機能障害：失語，失行，失認，構成障害など。

(4) 性格変化：病前性格の著明な変化あるは尖鋭化。

C. A, Bの障害により，明らかに職業・日常生活・対人関係に支障をきたしている。

D. A, B, Cの状態が意識障害のない時に認められる。

E. 病歴・身体所見・臨床検査所見から痴呆の原因となる器質性因子の存在が証明（あるいは高い確度で推測）される。

表6 痴呆のスクリーニング基準（厚生省研究班，1989）

A～Dが満たされる時痴呆である可能性が高い。ただし、非器質性疾患（うつ病など）および意識障害（せん妄など）との鑑別が必要である。

A. 記憶力低下がある。

初期には特に短期記憶障害が著明で新しいことを覚えることができない。日常生活の中でのできごとや家族から聞いたことを覚えることが困難で、しばしば持ち物をおき忘れる。

痴呆が進行すると長期記憶障害も明瞭になる。自分自身に関する基本的情報（生年月日、住所、職業、過去の生活等）、よく知っている人の名、誰でも知っている常識的な事柄などを思い出せない。

B. 思考力および判断力の低下がある。

以前から慣れた仕事・家事・買い物・金銭の扱い・対人関係などの処理能力が周囲の人にわかる程度に低下している。

C. A, Bのために明らかに日常生活や職業に支障をきたしている。

D. 次のうち少なくとも一つがある。

- (1) 長谷川式簡易知能評価スケールで22点以下
- (2) 国立精研式痴呆スクリーニング・テストで15点以下
- (3) Mini-Mental State で20点以下
- (4) N式精神機能検査で79点以下

表 7 改訂長谷川式簡易知能評価スケール

1	お歳はいくつですか？（2年までの誤差は正解）		0	1	
2	今日は何年の何月何日ですか？ 何曜日ですか？ （年月日、曜日が正解でそれぞれ1点ずつ）	年	0	1	
		月	0	1	
		日	0	1	
		曜日	0	1	
3	私たちがいまいるところはどこですか？ （自発的にできれば2点、5秒おいて家ですか？ 病院ですか？ 施設ですか？ のなかから正しい選択をすれば1点）		0	1	2
4	これから言う3つの言葉を言ってみてください。あとでまた聞きますのでよく覚えておいてください。 （以下の系列のいずれか1つで、採用した系列に○印をつけておく） 1：a）桜 b）猫 c）電車 2：a）梅 b）犬 c）自動車		0	1	
			0	1	
			0	1	
5	100から7を順番に引いてください。（100-7は？、それからまた7を引くと？ と質問する。最初の答えが不正解の場合、打ち切る）	(93)	0	1	
		(86)	0	1	
6	私がこれから言う数字を逆から言ってください。（6-8-2、3-5-2-9を逆に言ってもらう、3桁逆唱に失敗したら、打ち切る）	2-8-6	0	1	
		9-2-5-3	0	1	
7	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみてください。 自発的に回答があれば各2点、もし回答がない場合以下のヒントを与え正解であれば1点） a）植物 b）動物 c）乗り物	a：0 1 2 b：0 1 2 c：0 1 2			
8	これから5つの品物を見せます。それを隠しますのになにかあったか言ってください。 （時計、鍵、タバコ、ペン、硬貨など必ず相互に無関係なもの）		0	1	2
9	知っている野菜の名前をできるだけ多く言ってください。（答えた野菜の名前を右欄に記入する。途中で詰まり、約10秒間待ってもでない場合にはそこで打ち切る）1～5＝0点、6＝1点、7＝2点、8＝3点、9＝4点、10＝5点		0	1	2
			3	4	5
			合計得点		

加藤伸司ほか：改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）の作成。老年精神医学雑誌
2：1339-1347(1991)

表 8 老人知能の臨床的判定基準（柄澤）

判定	日常生活能力	日常会話・意思疎通	具体的例示	
正常	(-)	社会的, 家庭的に自立	普通	活発な知的活動持続(優秀老人)
	(±)	同上	同上	通常の社会活動と家庭内活動可能
異常	軽度 (+1)	<ul style="list-style-type: none"> ・通常の家庭内での行動はほぼ自立 ・日常生活上, 助言や介助は必要ないか, あっても軽度 	・ほぼ普通	<ul style="list-style-type: none"> ・社会的な出来事への興味や関心が乏しい ・話題が乏しく, 限られている ・同じことを繰り返し話す, 訊ねる ・今までできた作業(事務, 家事, 買物など)にミスまたは能力低下が目立つ
	中等度 (+2)	<ul style="list-style-type: none"> ・知能低下のため, 日常生活が一人で一寸おぼつかない ・助言や介助が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ・簡単な日常会話はどうやら可能 ・意思疎通は可能だが不十分, 時間がかかる 	<ul style="list-style-type: none"> ・馴れない状況で場所を間違えたり道に迷う ・同じ物を何回も買い込む ・金銭管理や適正な服薬に他人の援助が必要
	高度 (+3)	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活が一人ではとてもむり ・日常生活の多くに助言や介助が必要。あるいは失敗行為が多く目が離せない 	<ul style="list-style-type: none"> ・簡単な日常会話すらおぼつかない ・意思疎通が乏しく困難 	<ul style="list-style-type: none"> ・馴れた状況でも場所を間違え道に迷う ・さっき食事したこと, さっき言ったことすら忘れる
	最高度 (+4)	同上	同上	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の名前や出生地すら忘れる ・身近な家族と他人の区別もつかない

柄澤昭秀：行動評価による老人知能の臨床的判定基準。老年期痴呆。3：81-85, 1989

表9 痴呆性老人の日常生活自立度判定基準

1. この判定基準は、地域や施設等の現場において、痴呆性老人に対する適切な対応がとれるよう、医師により痴呆と診断された高齢者の日常生活自立度を保健婦、看護婦、社会福祉士、介護福祉士等が客観的かつ短時間に判定することを目的として作成されたものである。なお、痴呆は進行性の疾患であることから、必要に応じ繰り返し判定を行うこととし、その際、主治医等と連絡を密にすること。
2. 判定に際しては、意志疎通の程度、見られる症状・行動に着目して、日常生活の自立の程度を5区分にランク分けすることで評価するものとする。評価に当たっては、家族等介護にあたっている者からの情報も参考にする。なお、このランクは介護の必要度を示すものであり、痴呆の程度の医学的判定とは必ずしも一致するものではない。
3. 痴呆性老人の処遇の決定に当たっては、本基準に基づき日常生活自立度を判定するとともに、併せて「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)」についても判定したのち行うこととする。なお、処遇の決定は、判定されたランクによって自動的に決まるものではなく、家族の介護力等の在宅基盤によって変動するものであることに留意する。
4. 痴呆性老人に見られる症状や行動は個人により多様であり、例示した症状等がすべての痴呆性老人に見られるわけではない。また、興奮、徘徊、物取られ妄想等は、例示したランク以外のランクの痴呆性老人にもしばしば見られるものであることにも留意する。

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例	判定にあたっての留意事項及び提供されるサービスの例
I	何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活の基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。具体的なサービスの例としては、家族等への指導を含む訪問指導や健康相談がある。また、本人の友人づくり、生きがいづくり等心身の活動の機会づくりにも留意する。

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例	判定にあたっての留意事項及び提供されるサービスの例
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、訪問指導を実施したり、日中の在宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスがめだつ等	具体的なサービスの例としては、訪問指導による療養方法等の指導、訪問リハビリテーション、デイケア等を利用したり
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との応対など一人で留守番ができない等	リハビリテーション、毎日通所型をはじめとしたザイサービスや日常生活支援のためのホームヘルプサービス等がある。
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来すような行動や意志疎通の困難さがランクIIより重度となり、介護が必要となる状態である。
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	「ときどき」とはどのくらいの頻度をさすかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目が離せない状態ではない。
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ	在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、訪問指導や、夜間の利用も含めた在宅サービスを利用し、これらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。 具体的なサービスの例としては、訪問指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、ホームヘルプサービス、デイケア・デイサービス、症状・行動が出現する時間帯を考慮したナイトケア等を含むショートステイ等の在宅サービスがあり、これらのサービスを組み合わせ利用する。

ランク	判 定 基 準	見られる症状・行動の例	判定にあたっての留意事項及び提供されるサービスの例
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIと同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクIIIと同じであるが、頻度の違いにより区分される。家族の介護力等の在宅基盤の強弱により在宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷、他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等	ランク I～IVと判定されていた高齢者が、精神病院や痴呆専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

(2) 痴呆の疫学調査，将来推計

(ア) 痴呆の疫学調査

- ・ 年齢別に見た痴呆の出現率（又は有病率），発症率（又は罹患率）は，多数の老人を対象として無作為抽出による調査を行い，その結果に基づいて推計するのが一般的。
- ・ 通常は，①予備調査（調査員が一定の調査表に従って地域の老人全体を対象とする調査を行い，痴呆の疑いのある者をスクリーニングする調査）と②専門調査（専門医の個別訪問による面接調査）の二段階からなる調査が行われる。
- ・ 出現率とは，ある一時点でどのくらいの者が痴呆を有しているかの指標であり，1回の調査で把握できる。発症率とは，1年間に新たに痴呆となった者がどのくらいいるかの指標であり，一定の間隔をあけて2回調査を行わないと把握できない。
- ・ 発症率に影響を及ぼす要因を「危険因子」という。
- ・ 我が国における大規模な調査は，ほとんどが出現率を中心とした調査で，65歳以上の人口を対象としたものが多い。

(イ) 厚生省研究班による痴呆性老人の現状と将来推計

- ・ 平成2年度厚生省研究班において，東京都（1980年），神奈川県（1982年），愛知県（1983年），大阪府（1983年），山梨県（1984年），川崎市（1984年），福岡市（1984年），北海道（1985年），東京都（1987年），長野県（1987年），神奈川県（1987年）の9都道府県市，11調査による報告，及び1985年国勢調査最終報告書をもとに1985年の全国の年齢階層別痴呆性老人出現率の推計を行い，65歳以上の痴呆性老人の出現率は6.3%であった。年齢が高くなるにつれて痴呆の出現率が上昇する傾向が見られ，高年齢になるにつれて男性より女性の出現率が高い値を示していた。

表10 昭和60年の性別・年齢階層別痴呆性老人出現率（在宅及び病院・施設内の合計）

	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳以上	合 計
男性(%)	2.1	4.0	7.2	12.9	22.2	5.8
女性(%)	1.1	3.3	7.0	15.6	29.8	6.7
計 (%)	1.5	3.6	7.1	14.6	27.3	6.3

（平成2年度長寿科学総合研究費：痴呆疾患患者のケア及びケアシステムに関する研究「老人性痴呆疾患対策，疫学と専門病棟整備に関する研究」分担研究者：大塚俊男 国立精神・神経センター精神保健研究所）

表11 65歳以上の痴呆性老人数の将来推計

年	平成2 (1990)	平成7 (1995)	平成12 (2000)	平成17 (2005)	平成22 (2010)	平成27 (2015)	平成32 (2020)
推計数(万人)	99.4	123.3	150.0	179.2	213.2	247.3	274.1
65歳以上人口比(%)	6.7	6.8	7.0	7.4	7.9	8.1	8.6

（昭和60年の痴呆出現率と昭和61年12月の厚生省人口問題研究所の人口将来推計に基づく推計。）

表12 平成2年の在宅及び病院・施設別の痴呆性老人数推計(万人)

在宅	一般 病院	老人 病院	精神 病院	老人保 健施設	特別養護 老人ホーム	養護 老人ホーム	病院・施設等 小計	合計
73.9	6.0	5.4	3.3	1.2	8.3	1.3	25.5	99.4

（昭和60年～63年に行われた，各種施設の入所者に占める痴呆性老人比率についての調査結果に基づく推計。）

なお，表11の65歳以上の痴呆性老人数の将来推計を，昭和60年の痴呆出現率と平成4年9月の厚生省人口問題研究所の人口将来推計に基づいて推計しなおすと，表13のようになる。

表13 65歳以上の痴呆性老人数の将来推計

年	平成2 (1990)	平成7 (1995)	平成12 (2000)	平成17 (2005)	平成22 (2010)	平成27 (2015)	平成32 (2020)
推計数(万人)	101.0	125.9	155.8	188.8	225.6	262.2	291.6
65歳以上人口比(%)	6.76	6.91	7.18	7.63	8.13	8.35	8.91

(昭和60年の痴呆出現率と平成4年9月の厚生省人口問題研究所の人口将来推計に基づく推計。)

(ウ) 初老期における痴呆の疫学

初老期における痴呆疾患に関する疫学調査は、我が国はもちろん欧米においても数少なく、特に地域における調査は極めて少ない状況であるが、不十分なが現在あるデータを整理すると、我が国における65歳未満の痴呆疾患患者数は5万～10万人程度と推定される。

(3) 痴呆性老人対策の経緯

痴呆性老人対策の経緯の概略は、表14のとおりであるが、主要な事項について以下に略述する。

昭和57年、新たに制定された老人保健法の国会審議の過程で、「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」との附帯決議がなされた。

昭和57年11月、公衆衛生審議会から「老人精神保健対策に関する意見」が具申され、予防と普及啓発、地域精神保健対策(訪問指導、デイケア、家族の組織化等)、精神病院における入院医療対策、従事者の確保、研究の推進、保健医療と福祉の連携など、総合的な観点からの提言がなされた。

昭和58年2月からは、保健所において、老人精神保健相談指導事業として、

連絡会議を通じた関係機関の調整を図りながら、老人性痴呆疾患等に関する普及啓発、相談窓口での相談、訪問指導等を行うこととなった。

昭和61年8月には、厚生省内に「痴呆性老人対策推進本部」が設置され、外部の有識者からなる「痴呆性老人対策専門委員会」における専門的事項に関する検討結果をも踏まえて、昭和62年8月に報告を取りまとめた。この報告においては、痴呆の概念、実態、介護の在り方等について、当時の所見を整理した上で、①調査研究の推進と予防体制の整備(長寿科学研究における痴呆研究の推進、症状に応じたきめ細かな医療・介護ニーズの把握、脳卒中発生率の低減等)、②介護家族に対する支援方策の拡充(相談窓口の強化、デイ・サービスやショートステイなどの在宅福祉事業の拡充、病院や老人保健施設におけるデイ・ケアの促進等)、③施設対策の推進(個々の痴呆性老人の必要とする医療や介護の種類・程度に応じた各種施設の役割分担、精神病院における痴呆性老人専門治療病棟の整備、老人保健施設の整備促進等)、④その他(職員の研修の充実、連携確保のための会議の活用、普及啓発の推進等)の4項目にわたって総合的な施策の在り方が示された。

さらに、この本部報告を受け、地域において対策を具体的に展開するための方策を検討するため設けられた「痴呆性老人対策専門家会議」は、昭和63年8月に提言を取りまとめた。この提言においては、ケアの基本的な在り方として、**地域的ケア**(地域ぐるみで支えること、痴呆性老人とともに生きること、一定の圏内に多様な施設を整備すること等)、**包括的ケア**(予防から診断、治療、リハビリテーション、社会復帰までを含めた包括的な体系づけ、精神的医療、身体的医療、日常生活介護を含めた幅広い対応等)、**全人的ケア**(個々の心理状態、生活歴、嗜好等に配慮し、尊厳やプライバシーを尊重すること等)を挙げた上で、対策の企画・立案に当たっての視点として、限りある社会資源の有効活用、個々のニーズへの多様な対応、住民参加、補完的な私的サービスの活用等を指摘している。具体的な提言としては、①**相談や処遇判定等の体制**(高齢者総合相談センターなどの一般的相談窓口の充実、多種類

の機関への相談窓口の設置、医学的鑑別診断の体制充実、客観的な処遇方針策定のための痴呆性老人の総合的評価基準の作成等)、②**在宅ケア**(24時間対応可能な緊急時対応施設の確保、保健所における情報収集・分析機能の拡大、デイ・サービスセンターなどの拡充と弾力的運用、医療機関等における在宅ケアの積極的実施、家族会の支援等)、③**施設ケア**(各施設間の機能分化と連携強化、施設ごとの必要量の検討、ケアの行いやすい処遇環境の整備、地域に開かれた施設運営の努力、生活機能回復訓練の積極的実施、痴呆性老人の人権への配慮等)、④**マンパワーの確保、研修、その他の基盤整備**(マンパワーの計画的確保、潜在的な人的資源の活用、施設内マンパワーの地域への積極的な展開、医師等に対する研修の充実、事例検討などの実施、ボランティア活動を支援する活動費への配慮や事故等に対する保険の普及、連絡会議を活用したネットワークづくり等)の4項目にわたってきめ細かな施策展開のアイデアが示された。

これらの報告・提言を受けて老人性痴呆疾患治療病棟(昭和63年から)、老人性痴呆疾患センター(平成元年から)等、今日の老人性痴呆疾患対策の中心的事業が開始された。

平成元年12月、**高齢者保健福祉促進十か年戦略(ゴールドプラン)**が策定され、高齢者の保健福祉全般にわたる公共サービスの基盤整備について、厚生大臣、大蔵大臣、自治大臣、の3大臣合意事項として、平成11年までの10か年の目標が示された(資料1)。

平成2年には、老人福祉法等福祉関係8法の改正が行われ、すべての市町村及び都道府県において、地域の高齢者のニーズを踏まえ、将来の保健福祉サービスの具体的な目標を設定する老人保健福祉計画を平成5年度中に策定することなどが規定された。

このように、高齢者の保健福祉全般にわたってサービス提供の制度基盤が整備されたことを背景として、痴呆性老人対策についても、年を追って新たな対策メニューが設けられるなど、充実が図られてきている。

平成6年2月には、「**初老期における痴呆対策検討委員会**」が報告をまとめ、従来必ずしも社会的に関心が向けられていなかった65歳未満の痴呆の問題について、現状と今後の対応に関する指摘がなされた。(資料2)。

また、平成5年11月からは、痴呆性老人対策を総合的に検討するため、高齢者対策関係3審議会(老人保健審議会、中央社会福祉審議会老人福祉専門分科会、公衆衛生審議会老人保健部会)の合同委員会として「**痴呆性老人対策に関する検討会**」が開催され、所要の検討が行われている。

表14 痴呆性老人対策の経緯

昭和25年	・精神衛生法の制定
昭和38年	・老人福祉法の制定
昭和40年	・精神衛生法改正〔保健所の業務に精神衛生が加えられる。〕
昭和52年	<ul style="list-style-type: none"> ・老人精神病棟の施設・設備整備事業創設 〔精神症状が強く入院治療を必要とする痴呆性老人等の受け入れを拡充。〕 ・老人保健医療問題懇談会意見書「今後の老人保健医療対策のあり方について」 〔痴呆が進行した老人の医療及び介護の面から、精神病床の拡充とともにレクリエーション療法、グループ療法などを主として行う施設の整備が必要。〕
昭和55年	<ul style="list-style-type: none"> ・公衆衛生審議会意見書「老人精神病棟に関する意見」 〔老人精神病棟の必要性とその建築基準について意見具申。〕
昭和57年	<ul style="list-style-type: none"> ・老人保健法の制定 〔附帯決議において、「痴呆を主とした老人の精神障害に対応するため、精神病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」とされる。〕 ・公衆衛生審議会「老人精神保健対策に関する意見」 〔①老人の痴呆性疾患患者に対する通院医療の充実、②訪問指導の推進、③相談窓口の設置、④介護者への教育、⑤精神病院における老人精神障害者対策の推進、⑥老人精神保健従事者の研修、⑦保健医療福祉の連携等につき提言。〕

- 昭和58年
- ・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
 - 〔保健所は①地域の保健医療機関，社会復帰関係機関及び管内市町村による連絡会議の開催，②老人性痴呆疾患等の予防等の普及啓発，③相談窓口の設置，④訪問指導等を実施。〕
- 昭和61年
- 昭和62年
- ・医療法改正〔特例許可老人病院の創設〕
 - ・老人保健法改正〔老人保健施設の創設〕
 - ・国立療養所における老人性痴呆疾患モデル事業開始
 - ・特別養護老人ホーム措置費に痴呆性老人加算を創設
 - ・高齢者サービス総合調整推進会議等の設置
 - ・高齢者総合相談センター(シルバー110番)の創設
 - ・精神衛生法から精神保健法に法改正
 - ・厚生省痴呆性老人対策推進本部報告
 - 〔①調査研究の推進，②発生子防対策の充実，③在宅保健福祉対策の拡充，④施設対策の推進，⑤その他の基盤整備を総合的に実施していくことが必要と指摘。〕
- 昭和63年
- ・老人性痴呆疾患治療病棟及び老人性痴呆疾患デイ・ケア施設の創設
 - ・老人保健施設に痴呆性老人入所者基本施設療養費加算を創設
 - ・老人デイサービス事業に痴呆性老人加算を創設
 - ・痴呆性老人対策専門家会議提言
 - 〔①診断や処遇方針の策定，②各種サービスの紹介等を一体的に行える専門的相談窓口の設置や、夜間・休日における対応の整備，③家族に対するケア教室の実施，④施設の着実な整備等を求める提言。〕
- 平成元年
- ・老人性痴呆疾患センターの創設
 - ・高齢者保健福祉推進十か年戦略(ゴールドプラン)の策定

平成 2 年	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉 8 法の改正〔老人保健福祉計画の策定，措置権の町村委譲〕 ・保健所保健・福祉サービス調整推進事業開始 ・脳卒中情報システム事業の創設 ・在宅介護支援センター運営事業の創設
平成 3 年	<ul style="list-style-type: none"> ・老人ホームへの入所措置等の指針の一部改正について〔60歳未満で初老期痴呆に該当する者は，老人ホームへの入所が可能となる〕 ・①老人性痴呆疾患診断・治療マニュアル(医療機関用)，②痴呆性老人相談マニュアル(相談機関用)，③痴呆性老人ケアマニュアル(ケア施設用)を作成 ・老人性痴呆疾患療養病棟の創設 ・老人保健施設に痴呆専門棟の創設 ・老人短期入所事業(ショートステイ)に痴呆性老人加算の創設
平成 4 年	<ul style="list-style-type: none"> ・老人保健法等の改正(平成 3 年改正)の附則の施行〔65歳未満の初老期痴呆(アルツハイマー病，ピック病)が老人保健施設に入所可能となる。〕 ・新老人保健法(平成 3 年改正)の施行〔指定老人訪問看護事業者(老人訪問看護ステーション)の創設〕 ・デイサービスセンター E 型(毎日でも受け入れが可能な痴呆性老人専用のデイサービスセンター)の創設 ・老人保健事業において，痴呆性老人(精神症状を呈する者又は行動異常がある者を除く)に対する市町村保健婦の訪問指導の開始。
平成 5 年	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅介護支援センター運営事業における痴呆相談事業創設 ・精神保健法等の一部改正 ・「痴呆性老人対策に関する検討会」が検討開始
平成 6 年	<ul style="list-style-type: none"> ・「初老期における痴呆対策検討委員会」報告

(4) 老人性痴呆疾患対策概要

我が国の老人性痴呆疾患対策を大きく分類すると、①相談事業(初期対応)、②診断、専門医療、③在宅ケア対策、④施設ケア対策、⑤保健・医療・福祉の連携、⑥発生子防、啓発普及、⑦マンパワーの確保、研修、⑧調査、研究、⑨その他、となる。

(ア) 相談事業(初期対応)

高齢者やその家族、一般住民に対する相談窓口として、下記のものがある。

① 保健所における老人精神保健相談事業(昭和58年より実施)

- ・ 地域において老人性痴呆疾患等に関する相談、指導等を実施。
- ・ 全保健所で実施。平成4年度の老人精神保健相談件数は、65,889件、老人精神保健訪問指導は47,837件。

② 高齢者総合相談センター(シルバー110番)(昭和62年度より実施)

- ・ 高齢者及びその家族等の抱える保健・医療・福祉等に関わる各種心配ごと、悩みごとに対する相談に応じるとともに、市町村の相談体制を支援するセンターで、各都道府県に1か所設置。
- ・ このセンターの利用を容易にするため全国どこでも、プッシュホン回線の電話の場合「#-8080」を押すと、地域の高齢者総合相談センターにつながるようになっている。

③ 老人性痴呆疾患センター(平成元年度より実施)

- ・ 保健・医療・福祉機関の連携を図りながら、老人性痴呆疾患患者等について、専門医療相談、鑑別診断・治療方針の選定、夜間・休日の救急対応、ケースワーク機能を行うほか、保険・医療・福祉サービスの情報を提供。
- ・ 精神科を有する総合病院、または精神科のほか内科系及び外科系の診療科のある病院に設置。〈詳細は、診断、専門医療の項を参照〉

④ 在宅介護支援センター(平成2年度より実施)

- ・ 在宅介護で苦勞している家族が、身近な所で気軽に専門家に相談できるとともに、市町村の窓口に行かなくとも必要な保健・福祉サービスが受けられるよう調整する24時間体制のセンター。
- ・ また、介護機器の展示及び使用方法の指導、その他地域住民に対する公的サービスの周知、利用についての啓発も行っている。
- ・ 平成5年度から、モデルセンター(痴呆専門精神科医の顧問の確保、老人性痴呆疾患センターとの連携の確保等が可能なセンター)において、痴呆相談事業を充実。
- ・ センターは、特別養護老人ホーム、老人保健施設、病院等に併設又は密接な連携を確保しており、職員として、ソーシャルワーカー又は保健婦と看護婦又は介護福祉士が配置されている。

⑤ 市町村老人精神保健事業(平成4年度より実施)

- ・ 老人保健事業の一環として、保健所との連携の下、市町村において、痴呆性老人(精神症状を呈する者又は行動異常がある者を除く。)に対する相談、訪問指導を実施。

(イ) 診断、専門医療

① 老人性痴呆疾患センター(平成元年度より実施)

老人性痴呆疾患の中には、うつ状態などや、甲状腺疾患等の基礎疾患の治療などを行うことにより、ある程度治療可能なものがある。このため、痴呆症状を呈している場合には、厳密に鑑別診断を行う必要がある。

また、老人性痴呆疾患の中には、痴呆症状の専門治療を要する者、合併する身体症状の治療を要する者、治療よりも介護、看護を要する者等、その処遇については適切な判断を必要とする。

老人性痴呆疾患に関する相談に応じるとともに、適切な診断、処遇方針決定等(表15)を行う老人性痴呆疾患センターを二次医療圏に1か所を目標として整備することとしている。

○ 設置基準

- (1) 精神科を有する総合病院又は精神科のほか内科系及び外科系の診療科を有する病院。
- (2) 専門医療相談が実施できる相談窓口，専用電話等必要な設備を整備するとともに，その体制を確保すること。
- (3) 常時，一床以上の空床を確保するとともに，診療の体制を備えていること。
- (4) 保健・医療・福祉等の関係機関との連絡会議の開催体制が確保されていること。
- (5) 老人性痴呆疾患治療病棟又は老人性痴呆疾患療養病棟を設置する病院であることが望ましい。

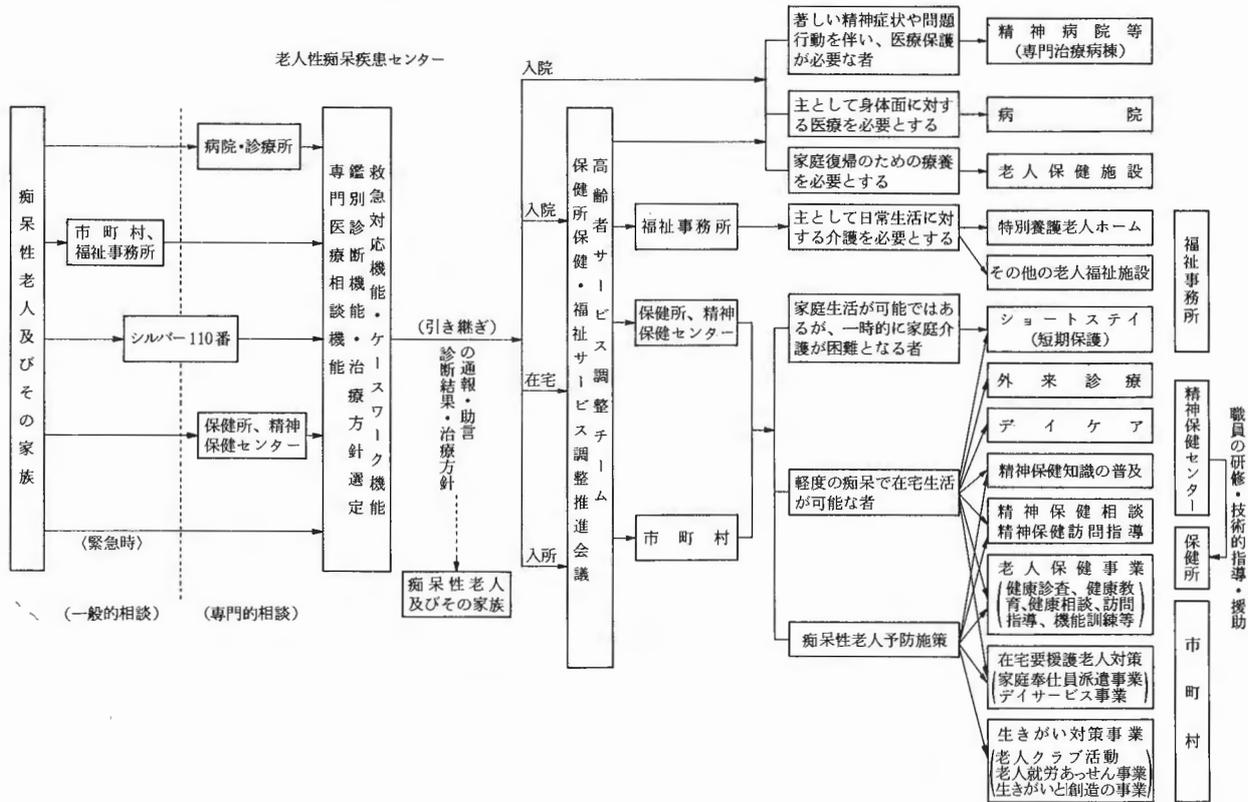
※(注)なお、(1)については特例として，総合病院との協力関係を有する精神病院においても設置を認める場合がある。

○ 事業内容

- (1) 専門医療相談
- (2) 鑑別診断・治療方針の選定
- (3) 救急対応
- (4) 保健・医療・福祉等の関係機関との連絡会議の開催
- (5) 個々の患者の処遇に係わる関係機関との調整(ケースワーク機能)
- (6) 外部保健・医療・福祉関係者への技術援助
- (7) 事業案内等の広報
- (8) センター職員の研修等による資質向上，文献収集

平成5年10月1日現在，37道府県に95施設設置(表16)。うち，ケースワーク機能付きのセンターは36施設。

表15 老人性精神障害に対する施策一覧



② 老人性痴呆疾患治療病棟(昭和63年度より実施)

- ・ 精神症状や問題行動が特に著しい痴呆で、自宅や他の施設で療養が困難な者に対し、短期集中的に精神科的治療と手厚いケアを提供する施設。
- ・ 当該病棟を有する医療機関は、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。
- ・ 1病棟は概ね40～60床で、原則として1階に設置し、窓には鉄格子は用いない。

〈詳細は表17～19参照〉

③ 老人性痴呆疾患療養病棟(平成3年度より実施)

- ・ 著しい問題行動等はおさまったものの依然として精神症状を有する痴呆患者を長期的治療していく施設。
- ・ 当該病棟を有する医療機関は、地域の医療機関、保健所及び社会復帰施設等と十分に連携を保つ。
- ・ 1病棟は50床を限度とし、原則として1階に設置し、窓には鉄格子は用いない。

〈詳細は表17～19参照〉

- ◇ 平成3年度より、老人性痴呆疾患治療病棟、老人性痴呆疾患療養病棟は、医療法上の病床規制の特例となる特定機能を有する病床とされている。
- ◇ 平成3年の老人保健法改正により、老人性痴呆疾患療養病棟に係わる医療費については、その財源に占める公費の割合が5割となった。保険者が6/12、国が4/12、都道府県・市町村が1/12ずつ負担。

表16 老人性痴呆疾患センター 施設一覧

(平成5年10月1日現在)

都道府県	施設名	運営主体	運営開始	所在地	電話番号
北海道	総合病院旭川赤十字病院	日本赤十字社	2.1.4	070 旭川市環1条1-2128-22	0166-22-8111
	市立釧路総合病院	釧路市	2.6.1	085 釧路市春湖台1番12号	0154-41-6121
青森	八戸市立市民病院	八戸市	2.4.1	031 八戸市大字糠塚字古常泉下7	0178-44-1123
	県立つくしが丘病院	青森県	3.4.1	038 青森市大字三内字沢部353-92	0177-87-2121
	国民健康保険五所川原市立西北中央病院	五所川原市	4.4.1	037 五所川原市字布屋町41番地	0173-35-3111
	むつ総合病院	一部事務組合 下北医療センター	5.4.1	035 むつ市小川町1-2-8	0175-22-2111
岩手	岩手医科大学附属病院	学校法人岩手医科大	元.10.27	020 盛岡市内丸19-1	0196-51-5111
山形	南陽市立総合病院	南陽市	2.8.1	992-04 南陽市宮内1204	0238-47-3000
	酒田市立酒田病院	酒田市	3.6.1	998 酒田市石町2-3-20	0234-23-1111
福島	太田総合病院附属太田西ノ内病院	財団法人太田総合病院	2.1.1	963 郡山市西ノ内町2-5-20	0249-33-4567
	行田総合病院	財団法人行田総合病院	4.4.1	965 会津若松市山鹿町3-27	0242-27-5511
	松村総合病院附属舞子浜病院	財団法人松村総合病院 附属舞子浜病院	4.4.1	970-01 いわき市平塚間字川前63	0246-23-2161
	瑞厚生病院	厚生農業協同組合連合会	5.4.1	979-54 東白川郡瑞町大字瑞字大町1-5	0247-43-1145
茨城	日立椿ヶ丘病院	医療法人圭愛会	2.4.1	316 日立市大久保町2409-3	0294-34-2103
	豊和潤病院	医療法人清風会	2.4.1	306-05 猿島郡猿島町高掛411	0297-44-2000
	総合病院東京医科大学霞ヶ浦病院	学校法人東京医科大学	2.4.1	300-03 稻敷郡阿見町中央3-20-1	0298-87-1161
	鹿島病院	財団法人鹿島病院	4.4.1	314 鹿島郡鹿島町平井1129-2	0299-82-1271
	石崎病院	財団法人報恩会	5.4.1	311-31 東茨城郡茨城町上石崎4698	02929-3-7155
栃木	独協医科大学病院	学校法人独協学園	2.7.2	321-02 下都賀郡壬生町北小林880番地	0282-87-2251
群馬	県立佐波病院	群馬県	3.1.1	379-22 佐波郡東村大字国定2374	0270-62-3311
	慧光会病院	医療法人慧光会	2.11.1	370 高崎市上佐野786-7	0273-47-1177
埼玉	埼玉医科大学附属病院	学校法人埼玉医科大学 附属病院	元.10.1	350-04 入間郡毛呂山町毛呂本郷38	0492-95-1111
	秩父中央病院	医療法人全和会	4.4.1	368 秩父市寺尾1404	0494-24-5551
	東松山病院	医療法人緑光会	5.4.1	355 東松山市大字大谷4160	0493-39-0303
千葉	総合病院国保旭中央病院	旭市	2.1.1	289-25 旭市イ1326	0479-63-8111
	東京メンタルホスピタル	医療法人明星会	3.1.1	296 鴨川市広場1338	04709-2-1207
	東京慈恵医科大学附属柏病院	学校法人慈恵大学	3.10.17	277 柏市柏下163番地1号	0471-64-1111
	袖ヶ浦さつき台病院	医療法人社団さつき会	5.2.1	299-02 君津郡袖ヶ浦町長瀬駅前5-21	0438-62-1113
	成田赤十字病院	日本赤十字社	5.3.1	286 成田市飯田町90-1	0476-22-2311
神奈川	北里大学東病院	学校法人北里学園	2.4.1	228 相模原市麻溝台2-1-1	0427-48-9111
	東海大学病院	学校法人東海大学	2.4.1	259-11 伊勢原市泉望台	0463-93-1121
	聖マリアンナ医科大学病院	学校法人聖マリアンナ 医科大学	2.4.1	213 川崎市宮前区菅生2-16-1	044-977-8111
	横浜市立大学医学部附属病院	横浜市	5.4.1	236 横浜市金沢区福瀬3-9	045-787-2800
新潟	柏崎厚生病院	医療法人立川総合病院	3.6.1	945-13 柏崎市大字茨目字二ツ池2071-1	0257-22-0111
富山	県立中央病院	富山県	2.4.9	930 富山市西長江2-2-78	0764-24-1531
	高岡病院	厚生農業協同組合連合会	2.6.1	933 高岡市永楽町5-10	0766-21-3930
石川	県立高松病院	石川県	元.10.1	929-12 河北郡高松町内高松ヶ36	0762-81-1125
	七尾鹿島広域圏事務組合 公立鹿島第二病院	七尾鹿島広域圏事務組合	4.4.1	926 七尾市藤橋町四番55	0767-52-6611
山梨	加賀神経サナトリウム	医療法人社団長久会	4.4.1	922 加賀市百々町6-1-3	07617-2-0880
	県立北病院	山梨県	元.12.1	407 諏訪市旭町上条南側3314-13	0551-22-1621
	加納岩総合病院	医療法人財団加納岩病院	元.12.1	405 山梨市上神内川1309	0553-22-2511

長野	安曇病院	厚生農業協同組合連合会	2.8.21	399-86 北安曇郡池田町大字池田3207番地1	0261-62-3166
	県立駒ヶ根病院	長野県	3.4.1	399-41 駒ヶ根市下平2901	0265-83-3181
	北信総合病院	厚生農業協同組合連合会	4.4.1	383 中野市西一丁目5番地63号	0269-22-2151
	佐久総合病院	厚生農業協同組合連合会	4.4.1	384-03 南佐久郡日田町大字日田197番地	0267-82-3131
岐阜	飯田病院	医療法人栗山会	5.4.1	395 飯田市大通1-15	0262-22-5150
	県立多治見病院	岐阜県	元.11.1	507 多治見市南畑町5-161	0572-22-5311
静岡	富士市立中央病院	富士市	元.11.1	417 富士市高島町50	0545-52-1131
	清水市立病院	清水市	2.4.1	424 清水市宮加三1231	0543-34-1170
	静岡済生会総合病院	社会福祉法人恩賜財団済生会	元.11.1	422 静岡市小鹿1-1-1	0542-85-6171
	島田市立島田市民病院	島田市	元.11.1	427 島田市野田1200-5	0547-35-2111
	共立菊川病院	南川町及び菊川町	元.11.1	439 小笠郡南川町堀之内420-3	0537-35-2135
	県西部浜松医療センター	浜松市	元.11.1	432 浜松市富家町328	0534-53-7111
	遠州総合病院	厚生農業協同組合連合会	2.10.1	430 浜松市常盤町144-6	0534-53-1111
	伊豆通信病院	日本電信電話株式会社	3.7.1	419-01 田方郡函南町平井750	05597-8-2320
	三重	松坂厚生病院	個人	3.9.4	515 松坂市久保町1927番地の2
京都	三重県立高茶屋病院	三重県	4.6.1	514 津市城山1-12-1	0592-35-2155
	四日市市永病院	医療法人居仁会	4.6.1	510 四日市市日永5039	0593-45-2356
	箱野病院	医療法人紀南会	5.4.1	519-51 熊野市久生原町868	05978-9-2711
	府立医科大学附属病院	京都府	3.7.1	602 京都市上京区河原町通小路上る梶井町465	075-251-5111
	府立与謝の海病院	京都府	3.7.1	629-22 与謝郡岩滝町字男山481	077246-3371
大阪	社会福祉法人恩賜財団大阪府済生会茨木病院	社会福祉法人恩賜財団済生会	2.6.1	567 茨木市見付山1丁目1番24号	0726-24-8612
	浅香山病院	財団法人浅香山病院	2.6.1	590 堺市今池町3丁目3番16号	0722-22-9414
	水間病院	医療法人河崎会	4.9.1	597-01 貝塚市水間51	0724-46-1102
	近畿大学医学部附属病院	学校法人近畿大学	4.9.1	589 大阪狭山市大野東377-2	0723-66-0221
	関西医科大学附属病院	学校法人関西医科大学	5.10.1	570 守口市文園町1	06-992-1001
	兵庫	兵庫医科大学病院	学校法人兵庫医科大学	元.11.1	663 西宮市武庫川町1-1
奈良	県立淡路病院	兵庫県	3.10.7	656 洲本市下加茂1-6-6	07992-2-1200
	公立豊岡病院	豊岡市	2.10.1	668 豊岡市立野町6-35	07962-2-6111
	加西市立加西病院	加西市	5.2.1	675-23 加西市北条町頼尾1-13	0790-42-2200
	県立医科大学附属病院	奈良県	4.6.1	634 橿原市四条町840	07442-2-3051
鳥取	西伯町国民健康保険西伯病院	西伯町	元.10.3	683-03 西伯郡西伯町大字橋397	0859-66-2283
	倉吉病院	医療法人仁厚会	2.4.1	682 倉吉市山根43番地	0585-26-6610
島根	県立中央病院	島根県	2.4.1	693 出雲市今市町116	0853-23-7441
	松江市立病院	松江市	3.4.1	690 松江市灘町101番地	0852-23-1000
	済生会医療福祉センター高砂病院	社会福祉法人恩賜財団済生会	4.2.1	695 江津市江津町1110-15	08555-2-5100
	隠岐病院	島根町村組合	5.4.1	685 隠岐郡西郷町大字有木字広田5	08512-2-1356
岡山	総合病院岡山赤十字病院	日本赤十字社	2.11.1	700 岡山市青江65-1	0862-22-8811
	川崎医科大学附属病院	学校法人川崎学園	2.11.1	701-01 倉敷市松島577	0864-62-1111
広島	社会保険広島市民病院	広島市	2.8.1	730 広島市中区基町7番33号	082-211-2653
	加計町国民健康保険病院	加計町	3.6.1	731-35 山県郡加計町下殿賀236	08262-2-0491
	府中総合病院	厚生農業協同組合連合会	3.6.1	726 府中市鶴岡町555-3	0847-45-3300
	西城町国民健康保険直営西城病院	西城町	4.8.1	729-57 比婆郡西城町中野1339	08248-2-2611
山口	県立中央病院	山口県	3.4.1	747 防府市大字大崎77	0835-22-4411
徳島	県立中央病院	徳島県	4.5.1	770 徳島市蔵本町一丁目10-3	0886-31-7151
香川	県立丸亀病院	香川県	4.2.29	763 丸亀市土器町東九丁目291	0877-22-2131
愛媛	県立中央病院	愛媛県	2.6.1	790 松山市春日町83	0899-47-1111

高知	近森病院第二分院	医療法人近森会	2.3.22	780	高知市北本町1-1-7	0888-22-5231
佐賀	唐津保養院	医療法人松籟会	元.11.20	847	唐津市鏡4304-1	0955-77-1011
長崎	県立対馬いすはら病院	長崎県	3.4.1	817	下県郡巖原町大字巖原東里字野良303-1	09205-2-1910
大分	緑ヶ丘保養園	医療法人潮野会	5.4.1	870-03	大分市丹生長迫1747	0975-93-3366
宮崎	谷口病院	医療法人同仁会	2.10.25	887	日南市大字風田3861	0987-23-1331
	藤元病院	社団法人八日会	3.4.1	885	都城市早鈴町17-4	0986-25-1313
	小林保養院	医療法人信和会	4.4.1	886	小林市大字堀2339番地	0984-22-2886
鹿児島	松下病院	医療法人仁心会	3.7.1	899-51	姶良郡華人町真孝998番地	09954-2-2121
計			37道府県95施設			

表17 老人性痴呆疾患専門病棟の機能等比較

	治療病棟	療養病棟
施設整備	国庫補助あり(補助率1/3)	
目的	短期集中治療	長期療養
専従職員	精神科医及び作業療法士がそれぞれ1人 但し、老人性痴呆疾患患者の作業療法の経験を有する看護婦(士)が1人以上勤務し、作業療法士が週1回以上患者の作業療法についての評価を行う場合は、作業療法士が1人以上勤務しているものとみなす。 精神科ソーシャルワーカー又は臨床心理技術者のいずれか1人	
看護婦	入院患者6人に対し1人	
介護職員	入院患者5人に対し1人	入院患者8人に対し1人
生活機能回復訓練	患者1人当たり1日4時間、週5日	
診療報酬	下記のいずれかを選択する。 ①重度痴呆患者収容治療料 臨床心理・神経心理検査に掲げる検査の検査料、老人理学療法料、老人早期理学療法料、老人作業療法料、老人リハビリテーション計画評価料金及び精神科作業療法料を含んだ額として、入院から3か月以内は1日330点、以後は1日につき200点。 ②老人性痴呆疾患治療病棟入院医療管理料 看護、検査、投薬及び注射の費用を含んだ額として、入院から3か月以内は1日656点、以後は1日576点。	①老人性痴呆疾患療養病棟入院医療管理料 看護、検査、投薬及び注射の費用を含んだ額として、1日510点。

表18 老人性痴呆疾患専門病棟の施設整備基準

	治療病棟	療養病棟
病室	(1)定員は4人以下。個人は総病床数の10%以上。 (2)患者1人当たり病床面積6㎡以上。個室は8㎡以上。	(1)定員は個室から4床。適宜必要な場所に手摺り設置。
身体医療	【観察室】 (1)酸素吸入装置、吸引装置等身体医療に必要な危機を設置。 (2)ナースステーションに隣接。 (3)4床程度収容可能な面積。	【重度の身体合併症用病室】 (2)ナースステーションに近接。
生活機能訓練	【生活機能回復訓練室】 (1)保有病床数1床当たり概ね4㎡以上の面積。 (2)リハビリテーション危機を備えること。	【生活機能維持室】 (3)病室と同一建物内又は隣接。
デイルーム	(1)ナースステーションから直接観察できる位置に設置。 (2)生活機能回復訓練室と兼用可能。	(1)保有病床数1床当たり面会室を含め概ね3㎡以上の面積。 (2)生活機能維持室と共用できる位置関係の場合は、1床当たり面会室を除き1.5㎡以上の面積。
家族介護訓練	【在宅療養訓練指導室】 (1)家族が宿泊できるようにすること。 (2)面積は20㎡以上。 (3)浴室、便所を設置。	【入所・家庭復帰訓練室】 (2)個室とし、1人当たり10㎡以上 (3)便所及び手洗い設備を室内又は隣接した場所に設置。 (4)短期入院病室と兼用可能。
廊下	(1)段差の解消、手摺りの設置等に留意すること。 (1)段差の解消、手摺りの設置等に留意すること。 (2)概ね全長50m以上の回廊部を有する。 (3)廊下幅の内法は、両側に病室がある場合概ね2.7m以上、その他は概ね1.8m以上。	(2)廊下幅の内法は、両側に病室がある場合概ね2.1m以上、その他は概ね1.8m以上。 (3)両側に病室がある場合には、一部分幅を拡幅し通路空間に変化(アルコーブ)。不可能な場合は内法概ね2.7m以上。
保護室	(1)必要としない。	(1)必ずしも必要としない。

表19 老人性痴呆疾患治療・療養病棟一覽

(平成5年4月1日現在)

老人性痴呆疾患治療病棟

都道府県	施設名称〔設置主体〕	所在地	電話番号
北海道	道央佐藤病院〔医療法人玄羊会〕	苫小牧市字樽前234	0144-67-0236
秋田	今村病院〔医療法人久幸会〕	秋田市下新城字琵琶沼124-1	0188-73-3011
山形	佐藤病院〔医療法人社団公德会〕	南陽市捫塚948-1	0238-40-3170
福島	寿泉堂松南病院〔医療法人為進会〕	須賀川市大字滑川字池田100	0248-73-4181
	飯塚病院〔医療法人昨雲会〕	喜多方市松山町村松字北原3634-1	0241-24-3421
茨城	日立梅ヶ丘病院〔医療法人圭愛会〕	日立市大久保町2409-1-3	0294-34-2103
栃木	大平下病院〔医療法人栄仁会〕	下都賀郡大平町大字富田字上沼1760-1	0282-43-2222
千葉	八千代病院〔医療法人心和会〕	下高野字新山549	0474-88-1511
東京	東京武蔵野病院〔財団法人精神医学研究所〕	板橋区小茂根4-11-11	03-3956-2136
神奈川	福井記念病院〔医療法人財団青山会〕	三浦市初声町高円坊1040-2	0468-88-2145
新潟	柏崎厚生病院〔医療法人立川総合病院〕	柏崎市大字茨目字ツ池2071-1	0257-22-0111
	黒川病院〔医療法人白日会〕	北蒲原郡黒川村大字下館字大開1522	0254-47-2422
石川	石川県立高松病院〔石川県〕	河北郡高松町内高松ヤ-36	0762-81-1125
山梨	峡西病院〔医療法人峡西病院〕	中巨摩郡形町下宮地421	0552-82-2151
愛知	一宮市立市民病院今伊勢分院〔一宮市〕	一宮市今伊勢町宮後郷中茶原30	0586-45-2531
鳥取	渡辺病院〔医療法人明和会〕	鳥取市東町3丁目370	0857-24-1151
鳥取	医療福祉センター高砂病院〔社会福祉法人恩賜財団済生会〕	江津市江津町1110-15	0852-23-1000
	八雲病院〔医療法人仁風会〕	松江市大庭町1460-3	0852-23-3456
	西川病院〔医療法人社団清和会〕	浜田市港町298-2	0855-22-2390
岡山	安来第一病院〔医療法人昌林会〕	安来市安来町899-1	0854-22-2411
	河田病院〔財団法人河田病院〕	岡山市富町2丁目15番21号	0862-52-1231
	万成病院〔医療法人万成病院〕	岡山市万成1-6-5	0862-52-2261
広島	加計町国民健康保険組合病院〔加計町〕	山形郡加計町大字殿河内236	08262-2-0491
	三原病院〔医療法人大慈会〕	三原市中之町北1004-1	0848-63-8877
山口	仁保病院〔医療法人仁保病院〕	山口市大字仁保上郷427	0839-29-0066
	扶老会病院〔医療法人扶老会〕	厚狭郡楠町大字船木833	08366-7-0341
愛媛	十全第二病院〔医療法人十全会〕	新居浜市角野新田町1-1-28	0897-41-2222
	公立周桑病院〔周桑病院企業団〕	東予市王生川131	0898-64-2630
福岡	古賀第一病院〔医療法人老母家会〕	粕屋郡古賀町大字鹿部482	092-942-6181
	見立病院〔医療法人和光会〕	田川市大字弓削田3237	0947-44-0924
	若戸病院〔医療法人三芳会〕	北九州市若松区大字小牧146	093-741-1331
	牧病院〔医療法人牧和会〕	筑紫野市大字永岡476-1	092-922-2853
	新船小屋病院〔医療法人幸明会〕	山内郡瀬高町長田1604	09446-2-4161
	大牟田保養院〔医療法人社団信和会〕	大牟田市黄金町1-178	0944-52-3012
	小倉蒲生病院〔医療法人小倉蒲生病院〕	北九州市小倉南区蒲生5-5-1	093-961-3238
佐賀	新門司病院〔医療法人豊司会〕	北九州市門司区大字猿喰615	093-481-1368
	嬉野温泉病院〔医療法人財団友朋会〕	藤津郡嬉野町大字下宿乙1919	0954-43-0157
大分	緑ヶ丘保養院〔医療法人社団淵野会〕	大分市大字丹生字長迫1747	0975-93-3366
宮崎	協和病院〔医療法人向洋会〕	日向市大字財光寺1194-3	0982-54-2806
	谷口病院〔医療法人同仁会〕	日南市大字風田3861	0987-23-1331
	小林保養院〔医療法人信和会〕	小林市大字堤2923	0984-22-2886
沖縄	新垣病院〔医療法人卯の会〕	沖縄市安慶田4-7-7	09893-3-2756
	本部記念病院〔医療法人博寿会〕	国頭郡本部町字石川972	0980-48-3051
計		24都道府県43施設	

老人性痴呆疾患療養病棟

都道府県	施設名称〔設置主体〕	所在地	電話番号
新潟	黒川病院〔医療法人白日会〕	北蒲原郡黒川村大字下館字大開1522	0254-47-2422
岡山	河田病院〔財団法人河田病院〕	岡山市富町2丁目15番21号	0862-52-1231
愛媛	宇和島病院〔財団法人正光会〕	宇和島市柿原1280	0895-22-5622
高知	土佐病院〔医療法人須藤会〕	高知市新本町2-10-24	0888-22-3357
熊本	城山病院〔医療法人敬愛会〕	熊本市城山上代町1145	096-329-7878
大分	加藤病院〔医療法人雄仁会〕	竹田市大字竹田1855	0974-63-2338
計		6県6施設	

なお、老人保健施設療養費、特例許可老人病院の看護強化病床の入院医療費、老人訪問看護療養費も同様に、公費の割合が5割となっている。(通常は、保険者が7割、公費3割。公費負担は国：都道府県：市町村が4：1：1。)

- ◇ 老人性痴呆疾患療養病棟用建物等については、法人税の特別償却制度(5年間8%の割増償却)が認められている(平成3年～平成7年3月：平成5年度税制改正による)。

④ 特例許可老人病院

特例許可老人病院は、昭和58年の医療法改正により、主として痴呆その他の老人慢性疾患患者を収容する病床を有する病院として都道府県知事の許可(特例許可)を受けた病院である。医師その他の従事者の定数は、特別の要件によるものとされる。この場合老人慢性疾患患者以外の患者は概ね4割以内とされている。平均4年度162,652床。

診療報酬において、老人収容比率の平均値が60/100以上でかつ一定の要件を満たさない場合は、老人病院として扱われる。両方合わせて、平成4年度177,668床。

⑤ デイ・ケア

(i) 老人性痴呆疾患デイ・ケア(表20)

- ・ 精神症状や問題行動が著しい痴呆性老人を対象として、生活機能回復訓練及び指導、家族に対する介護指導を行う。

- ・ 60以上かつ利用者1人当たり4以上の床面積。
- ・ 精神科医が1人以上勤務。
- ・ 専従する「作業療法士及び看護婦(士)」がそれぞれ1人以上勤務。
- ・ 専従する「精神科病棟勤務経験を持つ看護婦(士)、精神科ソーシャルワーカー、又は臨床心理技術者」のいずれか1人勤務。
- ・ 1単位利用者25人以内で、1日2単位が限度。
- ・ 診療報酬は、施設基準に適合している場合、重度痴呆患者デイ・ケア料が算定できる。4時間以上6時間未満540点、6時間以上740点、及び食事給与について47点。

(ii) 老人デイ・ケア

- ・ 痴呆等の精神障害又は運動障害を有する患者の心身機能の回復又は維持を図ることを目的とする。
- ・ 45以上が基準で利用者1人当たり3以上の床面積。小規模型は30以上、1人当たり3以上。
- ・ 医師が1人以上勤務。
- ・ 専従する「作業療法士、理学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人以上勤務しているか、又は、「老人デイ・ケア、精神科デイ・ケア、作業療法若しくは理学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。

小規模型は、老人デイ・ケア等の経験を有する専従する看護婦(士)が1人以上と、専従する看護の補助を行う者が1人以上勤務していること。

- ・ 1単位利用者25人以内で、1日2単位が限度。小規模型は、1単位利用者10人以内で、1日2単位が限度。患者1人当たり4時間を

表20 老人性痴呆疾患デイ・ケア施設一覧

(平成5年4月1日現在)

都道府県	施設名称〔設置主体〕	所在地	電話番号
北海道	道央佐藤病院〔医療法人玄羊会〕	苫小牧市字榊前234	0144-67-0236
秋田	今村病院〔医療法人久幸会〕	秋田市下新城字琵琶沼124-1	0188-73-3011
茨城	日立梅ヶ丘病院〔医療法人主愛会〕	日立市大久保町2409-1-3	0294-34-2103
栃木	大平下病院〔医療法人栄仁会〕	下都賀郡大平町大字舊田字上沼1760-1	0282-43-2222
千葉	八千代病院〔医療法人心和会〕	下高野字新山549	0474-88-1511
山梨	峡西病院〔医療法人峡西病院〕	中巨摩檜形町下宮地421	0552-82-2151
愛知	一宮市立市民病院今伊勢分院〔一宮市〕	一宮市今伊勢町宮後郷中茶原30	0586-45-2531
鳥取	渡辺病院〔医療法人明和会〕	鳥取市東町3丁目307	0857-24-1151
鳥取	医療福祉センター高砂病院〔社会福祉法人恩賜会財団済生会〕	江津市1110	08555-2-5100
	八雲病院〔医療法人仁風会〕	松江市大庭町1460-3	0852-23-3456
	西川病院〔医療法人社団清和会〕	浜田市港町298-2	0855-22-2390
岡山	万成病院〔医療法人万成病院〕	岡山市万成1-6-5	0862-52-2261
広島	加計町国民健康保険組合病院〔加計町〕	山形郡加計町大字藏河内236	08262-2-0491
	三原病院〔医療法人大慈会〕	三原市中之町北1004-1	0848-63-8877
山口	仁保病院〔医療法人仁保病院〕	山口市大字仁保上郷427	0839-29-0066
愛媛	十全第二病院〔医療法人十全会〕	新居浜市角野新田町1-1-28	0897-41-2222
	公立周桑病院〔周桑病院企業団〕	東予市壬生川131	0898-64-2630
福岡	古賀第一病院〔医療法人老母家会〕	粕屋郡古賀町大字鹿部482	092-942-6181
	見立病院〔医療法人和光会〕	田川市大字弓削田3237	0947-44-0924
	若戸病院〔医療法人三芳会〕	北九州市若松区大字小敷146	093-741-1331
	牧病院〔医療法人牧和会〕	筑紫野市大字永岡476-1	092-922-2853
	新船小屋病院〔医療法人幸明会〕	山内郡瀬高町長田1604	09446-2-4161
	大牟田保養院〔医療法人社団信和会〕	大牟田市黄金町1-178	0944-52-3012
	小倉蒲生病院〔医療法人小倉蒲生病院〕	北九州市小倉南区蒲生5-5-1	093-961-3238
	新門司病院〔医療法人豊司会〕	北九州市門司区大字猿喰615	093-481-1368
大分	緑ヶ丘保養院〔医療法人社団淵野会〕	大分市大字丹生字長迫1747	0975-93-3366
宮崎	協和病院〔医療法人向洋会〕	日向市大字財光寺1194-3	0982-54-2806
	藤元病院〔医療法人八日会〕	都城市早鈴町17番-4号	0986-25-1313
	谷口病院〔医療法人同仁会〕	日南市大字風田3861	0987-23-1331
	小林保養院〔医療法人信和会〕	小林市大字堤2923	0984-22-2836
沖縄	新垣病院〔医療法人卯の会〕	沖縄市安慶田4-7-7	09893-3-2756
	本部記念病院〔医療法人博寿会〕	国頭郡本部町字石川972	0980-48-3051
計		17都道府県32施設	

標準とする。

- ・ 診療報酬は、施設基準に適合している場合には、老人デイ・ケア料が算定できる。1日につき460点、及び食事給与について47点。

⑥ 在宅療法（特に診療報酬について）

- ・ 精神症状等が著しい通院中の老人性痴呆疾患患者又は家族に、療養・看護の方法、症状悪化への対処方法等の指導を行った場合、月1回に限り痴呆患者在宅療養指導料365点。
- ・ 精神科訪問看護指導料は、週2日を限度として1回につき470点。
- ・ 平成4年度より、老人保健制度において、指定老人訪問看護事業者（老人訪問看護ステーション）が制度化され、訪問看護が実施されている。老人訪問看護指示料は月に1回を限度として250点。

⑦ 精神障害者通院医療費公費負担制度

痴呆の中には、知的機能の障害とともに、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見られ、精神科通院医療が必要である者がいる。この場合に、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1/2を公費で負担する制度を通院医療費公費負担制度という。

医療費の公費負担は、当該者又はその保護者の申請によって行われ、申請書と医師の意見書を居住地を管轄する保健所経由で都道府県に申請する。

⑧ 国立療養所老人性痴呆疾患モデル事業

昭和62年度より開始され、全国8施設での事業実施を目標としている。事業内容は、

- ・ 老人性痴呆疾患の治療、看護に関する技術の開発・普及
- ・ ケアシステムの開発・普及
- ・ マンパワーの研修

(ウ) 在宅ケア対策

① 訪問指導

保健所保健婦，市町村保健婦による訪問指導。（相談事業の項を参照）

② 老人ホームヘルプサービス事業

身体上又は精神上の障害があつて日常生活を営むのに支障がある老人の家庭に対しホームヘルパーを派遣し、家事、介護、相談、指導を行う。

③ 老人デイサービス事業

デイサービスセンターにおいて、身体が虚弱、ねたきり又は痴呆のため日常生活に支障がある老人に対して、日帰りで介護サービス（生活指導、日常動作訓練、入浴、給食等）を提供する事業。A、B、C、D、E型の5型があり、E型は痴呆性老人が毎日でも利用できる。

④ 老人短期入所事業

老人短期入所事業には、ショートステイ、ホームケア促進事業、ナイトケア事業があり、ねたきり及び痴呆老人を短期間、特別養護老人ホーム、老人短期入所施設又は養護老人ホームに入所させ、家族の代わりに養護する事業。

(i) ショートステイ

入所期間は、原則として7日以内であるが、市町村長が診断書等による審査で、入所期間の延長が止むを得ないと認める時は、必要最小限の範囲で延長可能。

(ii) ホームケア促進事業

当該老人と家族を施設に入所させ、家族に介護技術等を習得させる事業。

(iii) ナイトケア

夜間の介護が得られない当該老人を夜間のみ施設を入所させ養護する事業。

⑤ 日常生活用具給付等事業

在宅のねたきり老人等に対し、特殊寝台等の日常生活用具を給付または貸与する事業。

痴呆性老人徘徊感知機器の給付（レンタルも可）等、16の対象品目あり。

(エ) 施設ケア対策

① 特別養護老人ホーム

身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とする老人であって、居宅において適切な介護を受けることが困難な者を入所させ、日常生活に必要なサービスを提供する施設。家族の経済的条件等は問わない。

昭和62年度より、措置費に痴呆性老人加算を創設。

平成5年度より、入所決定権（措置権）は市町村に委譲されている。

入所費用は公費負担されるが、家族の負担能力に応じてその費用を徴収。

② 老人保健施設

病状安定期にあり入院治療する必要はないが、リハビリテーション、看護・介護を中心とした医療ケアを必要とするねたきり老人等を対象に、必要な医療ケアと日常生活サービスを提供する施設で、心身の自立を支援し、家庭復帰を目指す中間施設として昭和61都の老人保健法等の改正により創設された。月6万円程度の利用者負担あり。

昭和63年度より、痴呆のため日常生活の自立が困難であり、その状態が継続すると認められる者であって、痴呆の程度が中高度以上に該当するねたきりの状態にない入所者に対して集团的に適切な介護を行うため、痴呆性老人入所者基本施設療養費加算を創設。

平成3年度より、痴呆性老人のうち、失見当識、不潔行為等の問題行動により、介護が相当程度困難と認められる者に対して、施設ケアの充実と介護家族の負担軽減を目的として、痴呆専門棟の整備が開始されている。

(オ) 保健・医療・福祉の連携（関係機関等の連絡会議、ケースワーク等）

① 保健所保健・福祉サービス調整推進会議〔保健所〕

保健所に設置され、在宅サービスを担う保健、医療、福祉など関係者

で連携強化を図ることにより、保健婦の訪問活動を効率的に推進することを目的とする会議で、保健所医師、保健所及び市町村の保健婦等、医療機関、福祉事務所、福祉施設の職員等より構成される。

② 高齢者サービス総合調整推進会議〔都道府県・政令指定都市〕

高齢者に関する保健、医療、福祉等の各種サービスの総合的推進のために関係部局、関係団体等との意思統一、協調関係を樹立し、市町村における高齢者サービス総合調整推進を支援することを目的に、都道府県及び指定都市に設置されている。

民生部（局）長、衛生部（局）長、保健所、精神保健センター、福祉事務所、医師会、歯科医師会、社会福祉協議会、老人福祉施設協議会等の代表者等から構成される。

③ 高齢者サービス調整チーム〔市町村（特別区を含む）〕

高齢者の多様なニーズに見合う最も適切なサービスを提供するため、保健、医療、福祉などにかかわる各種サービスを総合的に調整、推進することを目的に市町村に設置されている。

市町村の保健、医療、福祉担当者及び保健婦、保健所の保健婦・精神保健相談員、福祉事務所の老人福祉指導主事、医療関係者、老人福祉施設職員等より構成される。

④ 老人性痴呆疾患センター

保健所保健・福祉サービス調整推進会議等との連携を十分に図り、保健、医療、福祉機関等関係機関との患者の処遇に関する会議を開催する。

⑤ 在宅介護支援センター

市町村の老人福祉、保健、医療担当部門のそれぞれの長、保健所、福祉事務所、地域医師会、市町村社会福祉協議会、老人福祉施設長、老人保健施設長の代表者等から構成される、在宅介護支援センター運営協議会を定期的に開催する。

(カ) 発生子防，啓発普及

① 発生子防

- ・ 老人保健事業における健康診査及び生活習慣改善指導
- ・ 老人保健事業における脳卒中情報システムの整備

患者家族の同意の下に医療機関から保健所を通じて市町村保健婦に対して脳卒中患者等の情報を提供し，必要なサービスを円滑に提供することにより，ねたきり等の発生子防するもの。

② 啓発普及

- ・ 保健所における老人精神保健相談情報事業
- ・ 痴呆性老人問題シンポジウム等の開催

福祉，保健医療関係者の痴呆性老人問題についての理解を深め，地域住民や介護者に対し，この問題について正しい知識の啓発普及を図るとともに，地域ぐるみのケアのあり方等について議論を行うことを目的として，厚生省及び開催地都道府県主催の「痴呆性老人問題シンポジウム」を開催している。

(キ) マンパワーの確保，研修

① 老人性痴呆疾患保健医療指導者研修（専門研修）

医師，保健婦，看護婦（士），ソーシャルワーカー等に対し，老人性痴呆疾患患者の保護，医療に関する専門的な地域及び技術の研修を，厚生省が都道府県に委託して，年間2か所で実施。研修期間は5日間で，研修対象者はそれぞれ50名以内。

② 老人性痴呆疾患保健医療指導者研修（一般研修）

一般の内科医等に対し，適切な診療，人権に配慮した処遇方針の決定，社会資源の活用等の観点からの老人性痴呆に関する研修を，厚生省が都道府県に委託して実施。研修期間は概ね2日間。

③ 老人保健技術者地区別研修会

老人保健法に基づく老人保健事業の実施に際し，保健所の医師による

市町村への技術的指導・協力を充実させるために、技術の研鑽を図ることを目的とした研修。

研修対象者は、保健所の医師及び市町村の老人保健事業担当医師。厚生省が都道府県に委託して全国7ブロックで開催。研修期間は1日間。

④ 教育研修事業

保健所保健婦、市町村保健婦、非常勤看護職員に対し、医療機関、社会福祉施設等で在宅療養者に対する専門的な看護技術を習得してもらう研修〔臨床技術研修、研修期間10日程度〕、保健所の医師及び歯科医師に対し、保健所活動に必要な基礎的な知識及び技術を習得してもらう研修〔保健所医師等研修、研修期間3日間程度〕、医師及び歯科医師を除く保健所技術職員に対し、職種別に専門的な知識及び技術を習得してもらう研修〔技術職員研修、研修期間5日間程度〕を、都道府県、保健所政令市、特別区で実施。

⑤ 健康診査管理指導等事業

保健事業の実施に当たる市町村保健婦等に対し、市町村における保健事業を適切に実施するための知識及び技術の習得を目的とした2日間程度の研修を、都道府県で実施。

⑥ 痴呆性老人処遇技術研修

特別養護老人ホームの寮母等に対し、痴呆性老人の処遇技術の向上を図るため、処遇に関する実践的研修を1か月間、厚生大臣が指定した施設（59か所）で実施。

⑦ 介護実習・普及センター運営事業における〔介護実習・普及事業〕

7都道府県、政令指定都市において実施。

事業内容は

- ・ 市民各層に対する老人介護意識の啓発、介護基礎知識・技術の習得
- ・ 家族介護者に対する介護知識・技術の習得
- ・ 介護専門職員を対象とした老人介護チームづくり及び地域組織づく

りリーダーの育成

- ・ その他介護実習・普及に関する事業

⑧ 老人性痴呆疾患対策研修

国立療養所老人性痴呆疾患モデル事業の一環として、医師、看護婦（士）、ソーシャルワーカーに対し、老人性痴呆疾患患者に対する医療、看護、ケア等に関する専門的な知識及び技術の研修を5日間実施。

⑨ 精神科デイ・ケア課程

看護婦（士）に対し、精神科デイ・ケア、老人性痴呆性疾患に関するケア・看護に係わる専門的な地域・技術の研修を、国立精神・神経センター精神保健研究所が年2回実施。研修期間は5日間。

◇ 上記研修の「老人性痴呆疾患保健医療指導者研修（専門研修）」、「老人性痴呆疾患対策研修」、「精神科デイ・ケア課程」及び日本精神病院協会が行う「日本精神病院協会通信教育上級コース」を修了した看護婦（士）は、老人性痴呆疾患療養病棟入院医療管理料において、作業療法の経験を有する看護婦（士）とみなされる。

(ク) 調査、研究

① 長寿科学研究の推進

厚生省長寿科学総合研究老年病分野痴呆疾患プロジェクトで各種研究。

② 長寿科学医療体制確立のための国立病院施設の整備

国立療養所老人性痴呆疾患モデル事業において、治療・看護に関する技術の開発、ケアシステムの開発、マンパワーの研修を実施。

(ケ) その他

① 障害年金

保険料納付済期間（保険料免除期間を含む。）が加入期間の3分の2以上ある者の障害、及び20歳未満のときに医師の診療を受けた者が、障害の状態にあって20歳に達したとき、または20歳に達した後に障害の状態になったときに、障害基礎年金1級または2級を受けることとなる。

他方、厚生年金または共済年金加入者が、加入後の傷病による障害をもった場合は、障害基礎年金と障害厚生（共済）年金（報酬比例年金分）を合わせて受給することとなる。障害厚生（共済）年金には、1級、2級の他に独自に3級と障害手当金（一時金）がある。

手続きの窓口は、障害基礎年金が市区町村役場国民年金係、障害厚生年金は社会保険事務所、障害共済年金は各共済組合である。

必要書類として、裁定請求書、年金手帳、戸籍抄本、就労状況などや申請者等の医師の診断書が必要である。

② 特別障害者手当

精神または身体に重度の障害を有するため日常生活において常時特別な介護を必要とする状態にある在宅の成人に対して支給される。

受給には福祉事務所所長の認定が必要である。

本人または扶養義務者などの所得制限がある。

③ 税法上の控除

所得税、住民税については、障害者、配偶者、扶養親族に対して障害者控除がなされる。また、精神または身体に重度の障害のある特別障害者については、特別障害者控除及び同居特別障害者扶養控除がなされる。

この他、元本300万円以下の少額預金（マル優）、公債（特別マル優）、300万円以下の郵便貯金に対する利子の非課税措置、相続税の障害者控除、特別障害者扶養信託契約に対する特別障害者非課税、障害者またはこれと生計を一にする者の自動車税、軽自動車税、自動車取得税の減免措置がなされる。

これらの手続きは、精神障害者については、保健所長へ医師の診断書を添付して申請し、この申請に基づき都道府県知事の証明書の交付がなされる。身体障害者については、福祉事務所所長の認定がなされる。

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

最終改正 平成4年5月25日

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，老人性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なかった点にかんがみ，地域のこれらの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，老人及びその家族に対し老人性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 実施体制の整備

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，社会福祉関係機関及び管内の市町村による連絡会議（以下「連絡会議」という。）を開催し，事業の実施方針，実施方法等を検討し，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保健業務について」の別紙「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2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。

3 事業の内容

(1) 普及啓発

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性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

保健所は，相談窓口を設置し，老人やめの家族，一般住民等に対する老人性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 保健所は，来所者について必要に応じ運営要領第一の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等責任をもった対応を図るものとする。

(4) 記録の整備、保管

保健所は、来所者ごとに老人精神保健相談訪問記録カード（別添1……省略）を作成し保管するものとする。

4 老人保健事業における痴呆性老人の訪問指導について

(1) 企画等

市町村は保健所が開催する連絡会議等へ参加することとされているが、その際、保健所は、事業の実施方針、実施方法等の企画、他の関係機関との連携等について、連絡会議の中で検討し、必要に応じて保健所保健福祉サービス調整推進会議において調整を図るものとする。

(2) 報告及び指導・調整

保健所は、管内市町村より、初回訪問指導及びその他必要な場合に、老人について把握した状況、指導状況等について報告書（別添……省略）により報告を受け、必要に応じて指導・調整を行うものとする。

特に、他の保健医療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置方法について総合的に検討し、関係機関の協力を得る等責任をもった対応を図るものとする。

5 経費

別途通知するところによるものとする。

老人性痴呆疾患センター事業実施要綱

健医発第850号

平成元年7月11日

一部改正 健医発第1407号

平成3年12月9日

1 目的

この事業は、都道府県が老人性痴呆疾患センターを指定し、保健医療・福祉機関等と連携を図りながら、老人性痴呆疾患患者の専門医療相談、鑑別診断・治療方針選定、夜間や休日の救急対応を行うとともに、地域保健医療・福祉関係者に技術援助等を行うことにより、地域の老人性痴呆疾患患者等の保健医療・福祉サービスの向上を図ることを目的とする。

2 補助対象

都道府県又は都道府県知事が指定した病院の開設者が整備、運営する老人性痴呆疾患センターで、厚生大臣が適当と認めるものを対象とする。

3 設置基準

- (1) 老人性痴呆疾患センターは、精神科を有する総合病院又は精神科のほか、内科系及び外科系の診療科を有する病院とする。
- (2) 専門医療相談が実施できる相談窓口、専用電話等必要な設備を整備するとともに、その態勢を確保すること。
- (3) 常時、一床以上の空床を確保するとともに、診療必需の態勢を整えていること。

4 事業内容

(1) 専門医療相談

ア 初診前医療相談

- ① 患者家族等の電話・面談照会
- ② 相談事例の登記（相談票記入・統計処理）
- ③ 医療機関等紹介

イ 情報収集・提供

- ① 高齢者総合相談センター、保健所、福祉事務所等との連絡・調整
- ② 医療・福祉施設等の移動・空床状況把握
- ③ 保健医療・福祉機関等関係機関との患者の処遇に関する会議の開催

なお、会議の開催に当たっては、保健所保健・福祉サービス調整会議等との連携を十分図ること。

ウ 広報

事業内容等のパンフレットの作成配付

(2) 鑑別判断・治療方針の選定

- ア 初期治療（必要な場合のみ）
- イ 鑑別診断

- ウ 治療方針の選定
- エ 移送先紹介（必要な場合のみ）
- (3) 救急対応
 - ア 救急対応受入事務
 - イ 緊急に収容を要する老人性痴呆疾患患者のための病床として、常時、一床以上の空床確保
- (4) 個別の患者の処遇に係る関係機関との調整（ケースワーク）
 - ア 医療ソーシャルワーカーによる患者家族との面談及び受診・受療の援助
 - イ 医療ソーシャルワーカーによる患者の適切な処遇のために必要な患者家族と移送先との調整

なお、本事業は、医療ソーシャルワーカーを配置している老人性痴呆疾患センターであって厚生大臣が適当と認めるものにおいて実施するものとする。
- (5) 外部保健医療・福祉関係者への技術援助
 - ア 保健所、市町村等職員、地区医師会会員等に対する研修会の開催
 - イ 一般開業医を初めとする保健医療・福祉関係者からの電話照会
- (6) センター機能の充実
 - ア センター職員の資質向上
 - イ 医師、看護婦（士）、医療ソーシャルワーカー等に対する研修会・関連学会への出席
 - イ 文献収集

老人性痴呆疾患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 老人性痴呆疾患治療病棟の基本的な考え方

- 1 老人性痴呆疾患治療病棟の目的は、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 老人性痴呆疾患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) 老人性痴呆疾患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) 老人性痴呆疾患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、老人性痴呆疾患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40～60床とすること。
 - (2) 患者1人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。

(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 おおむね全長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、内法をおおむね2.7メートル以上、その他の廊下の幅は内法をおおむね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

いわゆる保護室は必要としない。

4 構造設備の基準

- (1) 老人性痴呆疾患治療病棟は、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) 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。

老人性痴呆疾患療養病棟施設整備基準

健医発第819号

平成3年6月26日

第1 老人痴呆性疾患療養病棟

- 1 老人性痴呆疾患療養病棟の目的は、精神症状や問題行動を有しているにもかかわらず、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、精神科的医療とケアを提供するものであること。
- 2 老人性痴呆疾患療養病棟を有する医療機関は、痴呆性老人に関する相談、短期入院及び家族に対する在宅療養の指導等を実施し、地域に密接した施設として機能するよう努めるとともに、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) 老人性痴呆疾患療養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年衛発第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) 老人性痴呆疾患療養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、老人性痴呆疾患療養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 施設規模

- (1) 病棟は、50床を上限とすること。
- (2) 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、共通部分を含めて、1床当たりおおむね23㎡以上とすること。

3 施設設備

(1) 病室

ア 個室から4床までとし、便宜必要な場所に手すりを設けること。

イ 患者一人当たりの床面積は、おおむね6㎡以上とする。ただし、個室の場合は、8㎡以上とすること。

(2) 入所・家庭復帰訓練病室

ア 病室は、個室とし、床面積は一人当たり10㎡以上とすること。

イ 家族等が宿泊できるようにすること。

ウ 家族等の利用を勘案して便所及び手洗い設備を室内又は隣接した場所に設け

- ることが望ましいこと。
- エ 一時的に入院する短期入院病室と兼ねることができるものとする。
- (3) 重度の身体的合併症用病室
- ア 酸素吸入装置及び、吸引装置を設けること。
- イ ナーステーションに隣接して設けること。
- (4) 生活機能維持室
- ア 保育病床数1床当たりおおむね4㎡以上の面積を有すること。
- イ 生活機能維持のため運動療法、作業療法等を行うに必要な専用のリハビリテーション機器等を備えること。
- ウ 病室と同一建物内又は隣接に設置されていること。
- (5) デイルーム
- ア 保育病床数1床当たり面会室を含めおおむね3㎡以上の面積を有すること。
- イ 生活機能維持室と共用して運用できる位置関係にある場合は、1床当たり面会室を除き、1.5㎡以上の面積を有すること。
- (6) 食堂
- ア テーブル、椅子、食器等については、老人性痴呆疾患が使用するに当たって、危険等がないように配慮すること。
- イ デイルームと兼用が可能であること。
- (7) 浴室
- ア 老人性痴呆疾患の入浴に適した構造・設備を有すること。
- イ 浴室は、看護婦等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めにすること。
- (8) 便所
- ア 便所は、適当な広さを有し、男女別に設けるとともに、手すり等を設けること。
- イ 汚物洗浄用の温水シャワーを付設することが望ましい。
- (9) 廊下
- ア 両側に病室がある廊下の幅は、内法をおおむね2.1m以上、その他の廊下の幅は内法をおおむね1.8m以上とすること。ただし、両側に病室がある場合は廊下を一部分幅を拡幅し通路空間に変化を持たせる（アルコーブ）こと。
- イ 両側に病室がある廊下で一部分幅を拡幅し通路空間に変化を持たせない場合は、内法をおおむね2.7m以上とすること。
- ウ 入院患者の安全を確保するため、段差をもうけないようにするとともに、手すり及び常夜灯を設けること。
- (10) 面会室
- 家族と面接するのに必要な広さを有すること。
- (11) その他

いわゆる保護室は必ずしも必要としないこと。

4 構造設備の基準

- (1) 老人性痴呆疾患療養病棟は、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、病棟内水平避難の確保及び避難階又は地上に通ずる避難に有効な直接階段を設けること。
- (2) 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物とし、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) 新築の場合は、便所、廊下等を除く患者の生活空間の天井高を2.7m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。

老人性痴呆疾患デイ・ケア施設整備基準

健医発第785号

昭和63年7月5日

第1 老人性痴呆疾患デイ・ケア施設の基本的な考え方

老人性痴呆疾患デイ・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、老人性痴呆疾患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、精神症状や問題行為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) 老人性痴呆疾患デイ・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、老人性痴呆疾患デイ・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、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) 老人性痴呆疾患デイ・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。

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

厚生省健康政策計画課長

地域保健医療計画作成に当たっての老人性痴呆疾患対策 に関する留意事項について

地域健康医療計画の作成に当たっては、平成2年11月30日付健政計第46号計画課長通知「地域保健医療計画の作成について」の別紙「地域保健医療計画作成の手引き」第5-2-(7)において、地域保健医療計画の内容に関する事例として老人性痴呆疾患対策が示されているところである。

各都道府県が地域における老人性痴呆疾患対策に関する計画を作成する際には、上記「地域保健医療計画作成の手引き」第4-1-(5)にも示されているとおり、痴呆性老人の現在及び将来推計が基礎となる。

この点に関して、今般、別添の平成2年度長寿科学総合研究報告書「老人性痴呆疾患対策、疫学と専門病棟整備に関する研究—疫学班—」において老人性痴呆疾患の有病率が示されたので、地域の痴呆性老人数の推計を行うに当たっては、下記に留意のうえ、得られた推計数を基に当該計画の作成を図らねばならない。

記

- 1 別紙に示す性・年齢階層別老人性痴呆疾患有病率は、65歳以上の男女別5歳ごとの各性・年齢階層において、各階層の人口に対する老人性痴呆疾患患者数の率を示したものである（発生率ではない）。
- 2 各地域の現在または将来における性・年齢階層別人口と当該性・年齢階層に対応する有病率を掛け合わせて、これらの各々を合計すると、その地域の現在又は将来における老人性痴呆疾患患者の推計数が得られる。

(資料1)

高齢者保健福祉推進十か年戦略

(平成11年度までの10か年の目標)

(平成元年12月21日)

我が国は、いまや平均寿命80年という世界最長寿国になり、21世紀には国民の約4人に1人が65歳以上の高齢化社会となるが、このような高齢化社会を国民が健康で生きがいをもち安心して生涯を過ごせるような明るい活力のある長寿・福祉社会としなければならない。このため、消費税導入の趣旨を踏まえ、高齢者の保健福祉の分野における公共サービスの基盤整備を進めることとし、在宅福祉、施設福祉等の事業について、今世紀中に実現を図るべき10か年の目標を掲げ、これらの事業の強力な推進を図ることとする。

1 市町村における在宅福祉対策の緊急整備－在宅福祉推進10か年事業

- (1) ホームヘルパー 10万人
- (2) ショートステイ 5万床
- (3) デイ・サービスセンター 1万か所
- (4) 在宅介護支援センター 1万か所
- (5) ショートステイ、デイ・サービスセンター及び在宅介護支援センターを全市町村に普及させる。
- (6) 在宅福祉事業の実施主体(財団法人たる公社等)を全市町村に普及させる。
- (7) 「住みよい福祉のまちづくり事業」を推進する(人口5万人未満の市町村をも対象)。

2 「ねたきり老人ゼロ作戦」の展開

- (1) 地域において機能訓練を受けやすくするための体制の整備を図り、希望する者誰もが機能訓練を受けられるようにする。
- (2) 全国民を対象とする脳卒中情報システムを整備する。
- (3) 介護を支える要員を確保する。
ホームヘルパーの増員とあわせ、在宅介護支援センターにおける保健婦・看護婦の要員等を計画的に配置する。
 - ・ 在宅介護指導員(保健婦・看護婦等) 2万人
 - ・ 在宅介護相談協力員(地域のボランティア) 8万人
- (4) 脳卒中、骨折等の予防のための健康教育等の充実を図る。

3 在宅福祉等充実のための「長寿社会福祉基金」の設置

- (1) 在宅福祉事業等の振興を図るため、7百億円の基金を設置する。
- (2) 基金は、主として次の事業を行う。
 - (ア) 在宅福祉・在宅医療事業の支援
 - (イ) 高齢者の生きがい・健康対策の推進

4 施設の緊急整備－施設対策推進10か年事業

- (1) 特別養護老人ホーム 24万床

- (2) 老人保健施設 28万床
- (3) ケアハウス 10万人
- (4) 過疎高齢者生活福祉センター 400か所

5 高齢者の生きがい対策の推進

- (1) 「明るい長寿社会づくり推進機構」を全都道府県を設置する。
- (2) 「高齢者の生きがいと健康づくり推進モデル事業」を推進する。

6 長寿科学研究推進10か年事業

- (1) 研究基盤充実のための国立長寿科学研究センターを設置するとともに長寿科学研究を支援する財団を設立する。
- (2) 基礎分野から予防法・治療法の開発、看護、介護分野、皿に社会科学分野までの総合的な長寿科学に関するプロジェクト研究を実施する。
- (3) これらにあせて、将来の高齢化社会を担う児童が健やかに生まれ、育つための施策を推進することとし、とりわけ、生涯の健康の基礎となる母子保健医療対策の一層の充実について中長期的視野に立って検討する。

7 高齢者のための総合的な福祉施設の整備

- (1) 民間事業者による老後の保健及び福祉のための総合的施設の整備を促進する(「ふるさと21健康長寿のまちづくり事業」)。
- (2) 公的事業主体による高齢者の生活、介護、健康づくり及び生きがい活動を目的とした総合的施設の整備を検討する。その際、国立病院・療養所の再編成に伴う跡地等の活用についても検討する。

以上のほか、地方公共団体が地域の特性に応じて自主的に実施する高齢者保健福祉施策を支援する。

初老期における痴呆対策検討委員会報告

平成6年2月 日

初老期における痴呆対策検討委員会

1 はじめに

我が国における痴呆性老人対策への本格的な取組みは、「厚生省痴呆性老人対策推進本部報告」(昭和62年8月)及び「痴呆性老人対策専門家会議提言」(昭和63年8月)を受けて開始され、今日までに老人性痴呆性疾患センター、老人性痴呆疾患治療病棟、老人性痴呆疾患療養病棟、各種の専門研修、研究等が施策化されてきたところである。

また、平成元年12月に策定された「高齢者保健福祉推進十か年戦略(ゴールドプラン)」により、ホームヘルプサービス、ショートステイ、デイサービス等の在宅老人福祉サービスの充実や特別養護老人ホーム、老人保健施設等の整備の推進が図られているところであり、痴呆性老人対策は次第に充実してきている。

一方、65歳未満の痴呆(以下「初老期における痴呆」という。)患者に対しては、痴呆性老人対策として、施策上の対応がかなりなされてきているが、その十分な周知、活用がなされていないという指摘がある。

特に、初老期における痴呆は、社会的に重要な役割を担う年齢層において発症することと併せ、精神症状や問題行動等が激しい傾向があるため介護負担が著しいことなど家族や周囲の者に与える影響が甚大である反面、これらの問題が一般国民の間に広く知られておらず、きめ細かな施策の展開や国民の理解を得ることなど、多くの課題が指摘されている。

このため、初老期における痴呆について、現時点における各種の問題点、今後の施策の在り方等について検討を行うために当委員会が設けられ、関係者の意見も聴取しつつ検討を行い、今般、①初期対応、②専門的な医療の提供、③保健・医療・福祉の連携、④在宅対策、⑤施設対策、⑥研究・調査、⑦啓発普及、研修等の観点から取りまとめたので、報告する。

2 初老期における痴呆疾患の現状

(1) 初老期における痴呆の診断と特徴

初老期における痴呆は、知能の持続的な低下等により明確な痴呆の診断が下されるまでは、自制力の低下等による盗癖などの反社会的逸脱行為が主な症状であり、疾患に対する社会的理解が得られにくく、社会的にも家庭内においても大きな混乱をきたしやすい。

また、持続的な知能の低下後には、記憶障害や理解力・判断力の低下などが出現し、最終的には人格水準の著しい低下をきたす。

初老期における痴呆の特徴は、知能の低下に加えて、

ア 妄想、幻覚などの精神症状

イ 反社会的逸脱行為や徘徊、不潔行為といった問題行動

ウ 衣服の着脱行為の障害、失禁、歩行障害、嚥下障害などの日常生活における動作能力の低下

エ 種々の神経症状や失語、失行、失認などの高次脳機能障害

オ 感情鈍麻、人格障害、行動障害

を伴うことが少なくなく、これらの現れ方は多様で、進行も速く、介護や看護が困難なことが多い。

このため、当委員会では、65歳未満の痴呆を、その基礎疾患を問わずに「初老期における痴呆」と呼ぶこととし、その全体を検討の対象とした。

初老期における痴呆の診断基準については、老年期の痴呆の診断基準と同様に、DSM-III-Rの痴呆の診断基準を準用する（厚生省研究班の痴呆の診断基準（1989）を準用しても差し支えない。）こととした。

(2) 臨床

初老期における痴呆は、アルツハイマー病、ピック病などの一次性脳変性疾患、脳血管障害、クロイツフェルト・ヤコブ病などのプリオン病のほか、脳炎、髄膜炎、進行マヒやエイズなどの感染性疾患、甲状腺疾患、ビタミン欠乏症などの内科疾患、硬膜下血腫、脳腫瘍など多様な疾患によって生じる可能性がある。原因となる疾患によっては、予防可能な痴呆、治療可能な痴呆もある。

ア ある程度予防、治療可能な痴呆→脳血管性痴呆、アルコール関連痴呆、内科疾患による痴呆（甲状腺疾患、ビタミン欠乏、貧血、肝障害、尿毒症など）、感染症による痴呆（脳炎、髄膜炎、エイズ、進行マヒなど）、外科治療の対象になる痴呆（正常圧水頭症、硬膜下血腫、脳腫瘍など）

イ 現在では予防、治療が難しい痴呆→一次性脳変性痴呆（アルツハイマー病、ピック病、ハンチントン病など）、プリオン病（クロイツフェルト・ヤコブ病など）、ミトコンドリア脳筋症など

しかし、対症療法、心身のリハビリ、上手なケアなどにより、治療が困難とされている痴呆に対しても、ある程度の症状軽減の可能性はある。

(3) 疫学

初老期における痴呆疾患に関する疫学調査は少なく、特に地域における調査は極めて少ない状況にあり、秋田県農村部での調査、東京都板橋区等での調査がなされているのみである。これらの調査や施設調査などを参考に、1990年ごろの全国の患者数を推計すると、おおよそ5万人から10万人と推定される。しかし、乏しい調査結果をもとにした推計であるため、今後、専門的調査の実施により、実態を明らかにする必要がある。

(4) 患者及び家族の状況

初老期は、一般に社会的に重要な地位を占め、責任も大きい時期であり、家庭においては子供の教育などで最も経済的負担の多い時期である。また子供の進学・就職・結婚、親の病気や死など家庭内変動の起こりやすい時期でもあるため、家庭の中心的

存在である夫や妻が痴呆疾患に罹患した時の混乱は大きい。さらに、収入の減少、結婚・就職等の際の家族が受ける不利益、介護が長期間にわたることによる心身の疲労などが生じる。

以上の状況をふまえ、初老期における痴呆患者についても現行の痴呆性老人対策が十分に活用されるよう施策間の連携を図る必要がある。さらには、適切な医療や相談、介護教室等のサービスの享受、一般国民に対する啓発普及活動による偏見の除去、研究による原因の解明や、治療法、介護法、予防法などの確立も必要である。

3 初老期における痴呆対策の現状と課題

(1) 初期対応について

初老期における痴呆については、初発症状が多様であるため、適切な初期対応が非常に重要である。

痴呆患者又は患者家族が、まず最初に接触する場としては、保健所、市町村役場、福祉事務所、シルバー110番、在宅介護支援センター、老人性痴呆疾患センター、診療所、病院等がある。

これらの機関は、各地域において整備され、相談、受診することのできる体制が充実してきているが、初期対応の現状は未だ十分とは言えない。

また、初老期における痴呆患者及びその家族のあらゆるニーズに対応するためには、各都道府県において、これらの機関と医療機関、福祉機関とのネットワークシステムを整備する必要がある。

(2) 診断、専門医療について

うつ状態などにより痴呆と類似の状態像を示すことがあるほか、甲状腺疾患等の治療可能な疾患により痴呆をきたすことがある。これらとの鑑別診断を厳密に行わないと、ある程度治療が可能な疾患などを見逃し、治療困難な痴呆として長期にわたる医療、介護等を必要とする状態に陥ってしまう可能性がある。

このため、平成元年度より、痴呆の鑑別診断、治療方針選定などを行う老人性痴呆疾患センターの整備を二次医療圏に1か所を目標に進めているが、国民への周知、関係機関等との連携等が未だ不十分である。

また、専門的治療を行う施設として、精神病院（精神病棟をもつ病院を含む）において昭和63年度より老人性痴呆疾患治療病棟、平成3年度より老人性痴呆疾患療養病棟の整備を行っているが、その絶対数は著しく不足している。老人性痴呆患者に対し適切な医療及び保護を行う観点から、病棟整備を推進するための方策を講じる必要がある。

(3) 在宅、施設対策について

初老期における痴呆の在宅対策として、保健所の老人精神保健相談指導、精神病院のデイ・ケアがあり、これらは年齢制限なくサービスを受けることができる。

老人ホームヘルプサービス事業、老人ショートステイ事業、老人デイサービス事業などについては、老人福祉事業として、基本的に65歳以上の者を対象としているが、

平成4年1月より、65歳未満であっても初老期痴呆に該当する者を利用対象者に加え、實際上、脳血管性痴呆等を含むすべての初老期痴呆に対応している。また、市町村における痴呆性老人に対する訪問指導事業（精神症状を呈する者又は行動異常を呈する者を除く。）が平成4年4月から実施されている。

施設対策については、精神病院などの病院では、痴呆患者を年齢の制限なく、入院等の対象としている。また、特別養護老人ホームは基本的には65歳以上の者を対象としているが、平成3年3月より、65歳未満であっても初老期痴呆に該当する者を利用対象者に加え、実態上、脳血管性痴呆等を含むすべての初老期痴呆に対応している。一方、老人保健施設は基本的には70歳以上の老人が対象であり、障害認定を受けた者は65歳以上より利用が可能であるが、平成4年1月より、65歳未満の初老期痴呆のうちアルツハイマー病及びピック病を利用対象者に加え対応している。

なお、これらの在宅老人福祉サービス、特別養護老人ホーム及び老人保健施設については、ゴールドプランを中心にその普及や整備を図っているが、現段階ではその絶対数は十分とはいえない。

また、ピック病は反社会的逸脱行為等の問題行動をおこしやすいことや体力がまだ衰えていないこと等より、特別養護老人ホーム等への入所が困難な状況であり、医学的、福祉的な処遇のあり方等についての検討が望まれる。

(4) 研究・調査

現在、痴呆に係る研究・調査は、厚生省では、長寿科学総合研究所の痴呆疾患プロジェクトを中心に実施されているが、既存の施策に対応する形での研究が主であるため、65歳以上の痴呆に対する研究が中心となっている。なお、この研究事業の一環として、平成4年度より初老期における痴呆の疫学調査が実施されている。

また、自治体における調査については、65歳以上の痴呆性老人に対するものが多くの地域で行われているが、初老期における痴呆については、ほとんど実施されていない。

(5) 啓発普及、研修等

初老期における痴呆に限定した啓発普及、教育等は現在実施されていないが、痴呆に対する啓発普及活動として、保健所、精神保健センター等による衛生教育や、国と都道府県が共催する全国数か所でのシンポジウムの開催などがある。

また、研修としては、医師、看護婦、保健婦、ソーシャルワーカー等を対象として、老人性痴呆疾患保健医療指導者の専門研修、老人性痴呆疾患対策研修が実施されている。このほか、診療所、病院の内科医等を対象とした老人性痴呆疾患保健医療指導者の一般研修、特別養護老人ホームの寮母、生活指導員を対象とした痴呆性老人処遇技術研修、看護婦を対象とした精神科デイ・ケア課程が実施されている。これらのほかにも、痴呆を対象とした研修の数は増加してきているが、初老期における痴呆に関しては、研修はあまり実施されていない。

4 当面、講ずべき対策について

(1) 初期対応について

(相談体制の強化)

ア 相談については保健所、市町村役場、福祉事務所、シルバー110番、在宅介護支援センター、老人性痴呆疾患センター等で実施されているが、在宅介護支援センターについては、その整備目標である全国1万か所、老人性痴呆疾患センターについては、二次医療圏に1か所（全国342か所）を早急に整備すべきである。

イ 相談窓口での初老期における痴呆に対する適切な相談体制の確保を図るため、担当者等に対する情報提供・一層充実させるべきである。

ウ これらの窓口では、初老期における痴呆も対象としていることを一般住民に周知するよう努力すべきである。

(診療所、病院での対応について)

初老期における痴呆患者等が受診する場合には、まず痴呆を専門としない医師が対応する場合が少なくない。また、身体疾患等で受診しているうちに痴呆症状を呈してくる場合などもあり、適切な処遇を行っていくためには、診療所、病院の医師を対象として痴呆に関する専門的な知識や制度に関する研修を実施することが重要であり、一層の充実を図るべきである。

(その他)

患者の処遇を最も適切な場において行っていくためには、専門医による的確な診断を受けることが重要であるので、相談を担当する者は、患者ができるだけ専門医の診断を受けられよう配慮するべきである。

(2) 老人性痴呆疾患センターについて

痴呆症状をきたす疾患の中には、甲状腺疾患等の基礎疾患の治療などを行うことにより、ある程度治療可能なものがある。このため、痴呆症状を呈している場合には、厳密に簡便診断を行う必要がある。また、痴呆疾患の中には、痴呆症状や随伴症状に対する専門的医療を要する者、痴呆症状よりも合併する身体症状の治療を要する者、治療よりも介護、看護を要する者等、その処遇については、適切な判断を要する。

このため、適切な診断、処遇方針決定を行う老人性痴呆疾患センターのケースワーク機能等の内容を充実し、二次医療圏ごとにその整備を図るべきである。また、痴呆疾患に対する適切な対応の一層の推進のために、老人性痴呆疾患センター以外にも内科医、精神科医等の連携が十分にとれた専門医療機関を整備することも望まれる。

(3) 専門的な医療の役割について

ア 専門医の診断によって、患者の治療方針を決めることが重要であるため、精神科医は、専門医として、早期から患者の治療方針の選定に積極的に関与することが望まれる。

イ 精神症状や問題行動に対する対応は、精神科医による診断に基づき行われることが重要であるため、精神病院以外に入院、入所している痴呆患者に対しても、精神科医が関与できる機会を設けるべきである。

ウ 家族に対する心理的な負担に対応するためには、情報提供やカウンセリングなどの精神的な対応が必要であり、精神科医等による家族への支援を考慮すべきである。

エ 精神症状や問題行動を有する場合には、他機関で十分対応できない場合があり、痴呆専門病棟を有する病院の機能を積極的に利用していくべきである。

また、医師、看護職員、作業療法士等が相互に連携して医療に当たる、いわゆる「チーム医療」を確立し、精神医療におけるマンパワーの充実を図ることも重要である。

(4) 在宅対策について

デイ・ケアなどは6時間程度実施されている場合が多いが、勤労者世帯においても、在宅での処遇が可能となるよう、デイ・ケア施設の充実が必要である。

さらに、老人ホームヘルプサービス、老人デイサービス、老人ショートステイ等の在宅サービスの充実も重要である。

(5) 施設対策について

初老期における痴呆患者に対する専門治療施設として精神病院に老人性痴呆疾患治療病棟、老人性痴呆疾患療養病棟があるが、それらの施設を早急に整備促進すべきである。さらに、介護、看護を中心に行う特別養護老人ホーム、老人保健施設等も早急に整備促進すべきである。

(6) 保健・医療・福祉の連携について

ア 現在、保健所の保健福祉サービス調整推進会議、市町村の高齢者サービス調整チーム、老人性痴呆疾患センターにおける連絡会議等を通じて連携が図られているが、小会議などをまじえて、これらをより効果的、効率的に運営することも重要である。

イ 連携のための会議等の存在について、行政機関のほか、医療機関、福祉機関の関係者にも広く周知されるような配慮が必要である。

ウ 痴呆専門施設における空床状況を適時に関係機関が知ることができるよう、情報の交換の推進方策につき検討すべきである。

(7) 研究・調査

ア 痴呆の研究については、長寿科学総合研究の痴呆疾患プロジェクトにおいて研究が実施され、研究も成果をあげてきているが、痴呆対策の重要性に鑑み、初老期の痴呆を含め、今後とも、研究の推進、充実を図るべきである。

イ 初老期における痴呆の疫学調査は、有病率が痴呆性老人に比べ低く、かつ、年齢の対象範囲も広いため、調査の実施には困難が伴う。しかし、対策を講じていく上での基礎的情報を得ることは極めて重要であり、今後、本格的な調査を実施することが必要である。

(8) その他

(啓発普及)

ア 痴呆性老人に関する知識は、一般に普及してきてはいるものの、まだ十分とはい

えず、さらに啓発普及活動が必要である。特に、今後は初老期における痴呆性患者のことも含め、痴呆に関する啓発普及活動を行うべきである。

イ 各種サービス、制度が患者家族及び一般住民に広く知られるよう啓発普及を行うべきである。

(予防)

一般常識的な健康管理の継続は、痴呆疾患の予防、早期発見、早期対応につながるため、健康診断の受診、適切な運動、食生活などを心がけるよう国民に働きかけるべきである。また、現在行われている健康診査事業において精神保健活動を併せて行うことの可能性について検討すべきである。

(研修)

初老期における痴呆は、精神症状や問題行動が著しく、特に反社会的逸脱行為等を初発症状とすることがあるため、介護や看護が困難なことが多い。

このため、初期対応、介護、看護を担うスタッフに対しては、初老期における痴呆の特性を十分に理解し適切な対応を行えるよう、研修を充実させる必要がある。

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医師等に対する研修を一層充実させる。

イ 一次相談窓口となる保健所、精神保健センター、市町村等の職員に対して、痴呆疾患、制度などに関する研修を行うことにより、適切な相談及び連携の確保を図る。

ウ ホームヘルパー、デイサービスセンターの職員等に対して、処遇技術、精神保健に関する知識の習得等のための研修の一層の充実を図る。

エ 精神病院、老人保健施設、特別養護老人ホーム等の医師、看護婦、ソーシャルワーカー等が、各施設での患者に対する対応が向上するよう研修の一層の充実を図る。

オ 家庭での介護者のための研修を保健所等で実施する。

5 引き続き、検討を要する課題について

(1) 初老期における痴呆患者の処遇等について

初老期における痴呆患者の処遇等については、その特性にふさわしいサービスが提供できるよう引き続き検討が行われる必要がある。

なお、初老期における痴呆患者の一部については、患者の精神症状、問題行動、体力等により、老年期の痴呆患者と一緒に、特別養護老人ホームや老人保健施設等で処遇を行うことが困難な場合があり、老人福祉施設等での処遇が困難な場合についての医学的、福祉的な処遇のあり方等についても検討を行う必要がある。

(2) 内科疾患、外科疾患、アルコール障害、エイズ等の基礎疾患を有する痴呆に対する考え方

痴呆をきたす疾患には、原疾患の経過中に痴呆症状を呈してくる疾患がある。これらの疾患については痴呆対策上、アルツハイマー病、脳血管性痴呆等と同様に扱われるべきであるが、各々の基礎疾患の特徴もあり、今後とも、その処遇、対応方法について検討を行う必要がある。

2. 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、人口集中による都市住民の増加、女性の社会進出、労働内容の高度化、情報化によるストレスの増加等に伴い、アルコール消費量も増加の傾向を保っている。飲酒人口はおよそ6,200万人(成人)飲酒人口1人当たりの純アルコール消費量は約13.3リットルとなっている。(平成3年度推計)。こうした近年の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、家族崩壊、産業内の問題が広範かつ深刻な社会問題として顕在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いる。特に最近では、自動販売機やTVコマーシャルと関連して未成年者の飲酒、従来飲酒機会の少なかった女性の飲酒の急激な増加、退職などにより飲酒の歯止めを失った高齢者の飲酒問題があげられる。幅広い分野にわたった総合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、きわめて重大な社会問題として取り上げられており、フランス、イタリアなど従来大量のアルコールを消費していた国々においても、総合対策による結果か、最近10年間では大きく消費量を減じている。WHOにおいてもアルコール関連問題を重視し、平成2年、精神保健の部門から薬物乱用およびアルコール乱用の部門を独立させている。

また、平成3年4月にはWHO、厚生省、アルコール健康医学協会の3者の共催でアルコール関連問題国際専門家会議が開催され、若年者、高齢者、女性の飲酒問題、職場、交通事故、犯罪における飲酒問題等が討議された。

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「適正飲酒」について検討を重ねてきた。さらに同年、精神保

健センターにおける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。

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、今後の包括的な方針が示されている。また、平成5年10月1日、公衆衛生審議会の下に設置されたアルコール関連問題専門委員会は未成年者の飲酒問題等、深刻化するアルコール関連問題を予防するための提言を行った。

(1) アルコールの疫学

我が国においては、アルコール飲料とは酒税法でアルコール分1度（容量パーセント）以上の飲料と規定されている。酒類とは、清酒、合成清酒、焼酎、ビール、果実酒、ウイスキー類、スピリッツ類、リキュール類、みりんをさしている。年間酒類消費数量の推移は図6のとおり年々増加の傾向を示しており、平成3年度では930万kl成人1人当たり101.5lであった。特にここ数年のビールの消費数量の伸びはめざましい。

国民1人当たり年間飲料酒量（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、平成3年は、約6.7lとなり、多くの欧米先進国が減少傾向にあることと、きわだったちがいを示した。

成人飲酒人口については、昭和40年の2,700万人に比し平成3年では2倍以上の約6,200万人に及んでおり、大量飲酒者数は、平成3年で約215万人と推計されている。（表16）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。

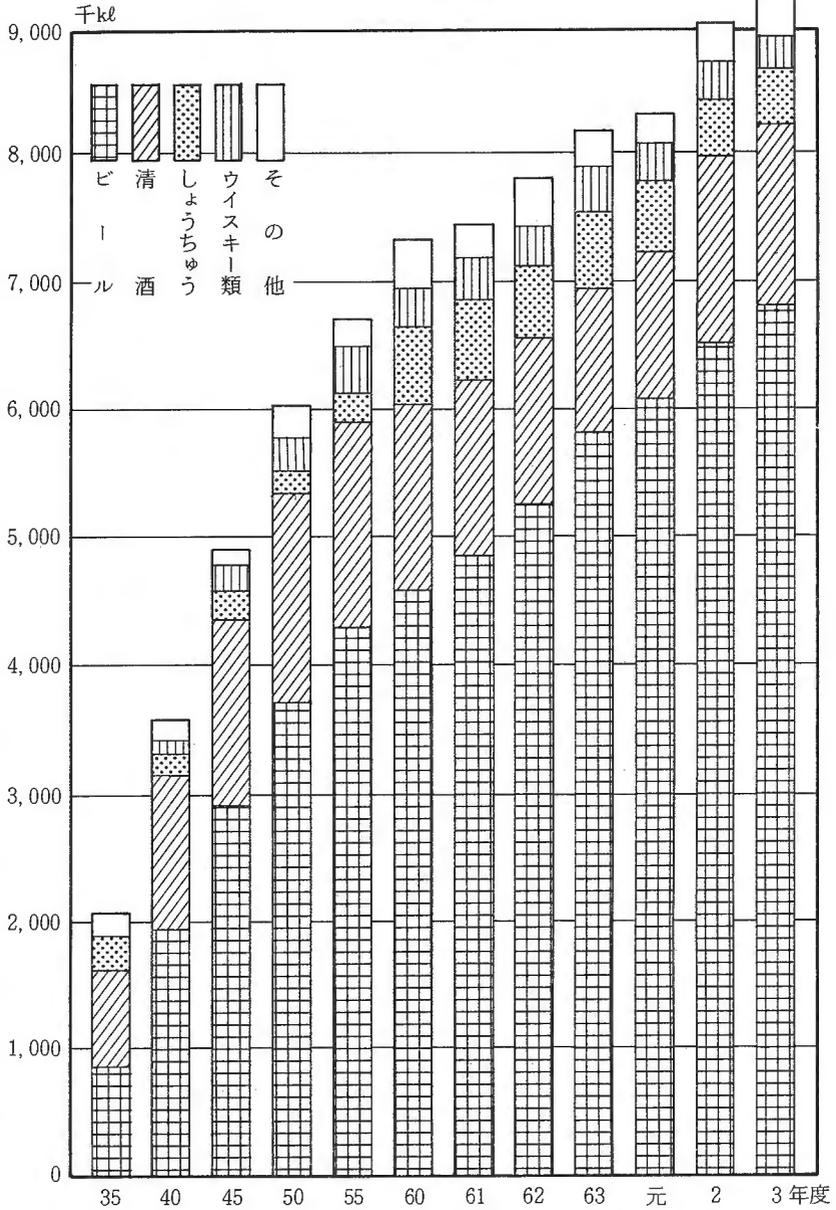
図7は、昭和43年と62年における性・年齢階級別の飲酒者の割合をそれぞれ国税庁及び総理府が実施した「酒類に関する世論調査」の結果に基づき示したものである。男女ともに、各年齢層で飲酒者の割合の増加がみられるが、特に女性ではこの傾向が著しい。飲酒習慣の形成には、社会環境が大きな影響を及ぼすことは周知のとおりであり、このような飲酒層の拡大は現代社会の世相を反映したものといわなければならない。

また、表17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、平成2年の患者調査によると、精神病院入院中のアルコール精神病患者数は、2,800人、アルコール依存症患者数は、19,300となっている（表18）。

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16 アルコール消費量と飲酒者数の推移

	40年	45年	50年	55年
純アルコール消費量	364,640	483,225	585,743	658,291
指 数	100.0	132.5	160.6	180.5
成 人 人 口	62,257	70,345	76,726	81,210
(1人当たり消費量)	5.86	6.87	7.63	8.11
指 数	100.0	117.3	130.3	138.4
飲 酒 者	26,626	33,116	39,673	45,261
指 数	100.0	124.4	149.0	170.0
大量飲酒者推計数	1,030	1,400	1,705	1,905
指 数	100.0	135.9	165.5	184.9

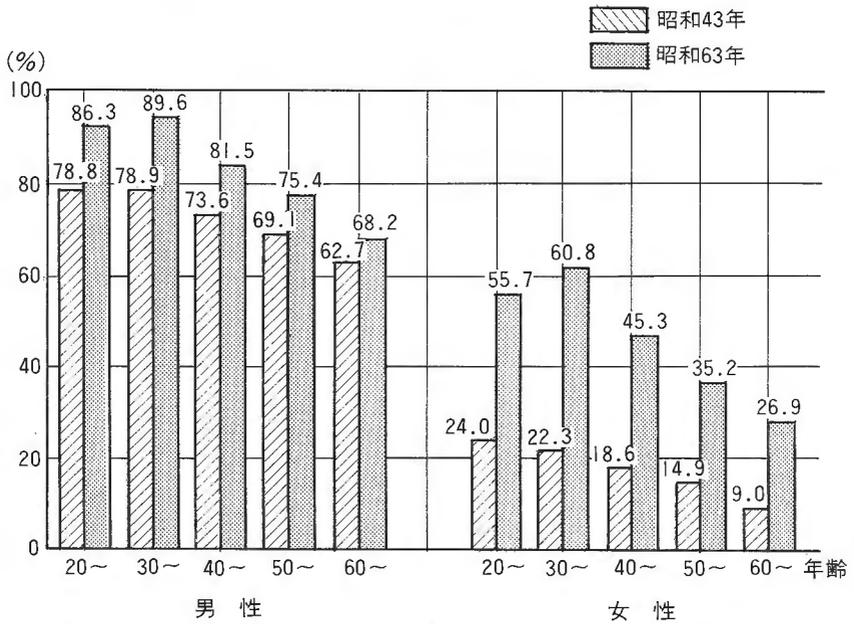
60年	62年	63年	元年	2年	3年
733,399	756,586	787,687	772,742	754,646	820,975
201.1	207.5	216.0	211.9	207.0	225.1
85,427	87,319	88,355	89,439	91,033	92,241
8.59	8.66	8.92	8.64	8.29	8.91
146.6	147.8	152.2	147.4	141.5	152.0
57,009	58,276	58,975	59,706	60,764	61,577
214.1	218.9	221.5	224.2	228.2	231.3
2,023	2,095	2,206	2,137	2,124	2,152
196.4	203.4	214.2	207.5	206.2	208.9

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の計算方式によった。

図7 性・年齢階級別の飲酒者の割合



注 昭和43年と昭和62年に行われた「酒類に関する世論調査」より推計し作成

表17 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

平成3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	2.21	1.62	4.85	2.07	1.24	11.99
2 宮崎県	0.52	6.37	2.87	0.55	0.37	10.68
3 新潟県	4.63	0.51	3.56	1.06	0.75	10.51
4 秋田県	4.34	1.03	3.17	1.14	0.54	10.22
5 大阪府	2.16	0.66	4.88	1.35	0.88	9.93
6 青森県	2.50	1.79	3.31	1.52	0.66	9.78
7 宮城県	2.65	1.15	3.07	1.98	0.85	9.70
8 北海道	1.55	2.79	3.55	1.27	0.53	9.69
9 鹿児島県	0.22	5.86	2.62	0.42	0.47	9.59
10 島根県	3.67	1.42	3.01	0.68	0.68	9.46
11 大分県	1.72	3.55	2.90	0.89	0.33	9.39
12 山形県	3.48	0.93	2.87	1.43	0.64	9.35
13 福島県	3.34	1.05	3.00	1.31	0.62	9.32
14 高知県	3.03	1.08	3.94	0.80	0.42	9.27
15 山梨県	2.26	1.94	2.90	0.89	1.22	9.21
16 長野県	3.14	1.32	3.17	0.84	0.63	9.10
17 山口県	2.35	1.81	3.46	0.89	0.49	9.00
18 岩手県	2.65	1.94	2.82	1.06	0.47	8.94
19 石川県	3.37	0.34	3.80	0.93	0.45	8.89
20 広島県	2.46	1.13	3.72	0.97	0.59	8.87
21 鳥取県	3.21	0.81	3.30	0.84	0.60	8.76
22 福岡県	1.86	2.11	3.33	0.97	0.45	8.72
23 栃木県	2.56	1.15	3.24	1.14	0.54	8.63
24 熊本県	1.08	3.55	3.05	0.59	0.34	8.61
25 長崎県	1.88	2.50	2.99	0.84	0.28	8.49
26 静岡県	2.18	1.30	3.30	0.97	0.67	8.42
27 京都府	2.31	0.44	3.97	1.01	0.67	8.40
28 佐賀県	2.86	1.57	2.97	0.68	0.30	8.38
29 兵庫県	2.23	0.61	3.84	1.01	0.65	8.34
30 群馬県	2.18	1.81	2.97	0.84	0.52	8.32
31 富山県	3.37	0.34	3.15	0.76	0.39	8.01
32 愛知県	1.89	0.56	3.92	0.89	0.69	7.95
33 福井県	2.80	0.34	3.53	0.76	0.52	7.95
34 茨城県	2.47	1.18	2.94	0.93	0.43	7.95
35 岡山県	2.60	0.96	2.99	0.84	0.49	7.88
36 神奈川県	1.61	1.13	3.14	1.35	0.63	7.86
37 和歌山県	2.71	0.42	3.47	0.76	0.49	7.85
38 愛媛県	2.37	1.05	3.21	0.68	0.42	7.73
39 愛知県	2.38	0.64	3.13	0.84	0.56	7.55
40 千葉県	1.67	1.35	2.93	0.93	0.61	7.49
41 埼玉県	1.76	1.30	2.81	0.93	0.58	7.38
42 滋賀県	2.69	0.49	3.01	0.68	0.50	7.37
43 岐阜県	2.46	0.44	3.24	0.63	0.52	7.29
44 徳島県	2.56	0.66	2.93	0.68	0.44	7.27
45 三重県	2.37	0.51	3.02	0.80	0.56	7.26
46 奈良県	2.04	0.42	3.01	0.59	0.42	6.48
平均	2.22	1.37	3.54	1.14	0.64	8.91

資料: 国税庁「酒のしおり」(平成5年1月)より作成

表18 アルコール依存症等患者数（推計）

	43	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	62	平成2
アルコール 精 神 病	人 1,720 (100.0)	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)	人 2,500 (145.3)	人 2,800 (162.8)
アルコール 依 存 症	13,000 (100.0)	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)	17,900 (137.7)	19,600 (150.8)	19,300 (143.5)
合 計	14,720 (100.0)	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)	20,900 (142.0)	22,100 (150.1)	22,100 (150.1)

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」という名称に拡張し、1979年の第32回 WHO 総会において、当面する精神保健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：自動虐待、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 アルコールに起因する身体的障害

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 アルコールに起因する社会的障害

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、家族に避難される
- 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

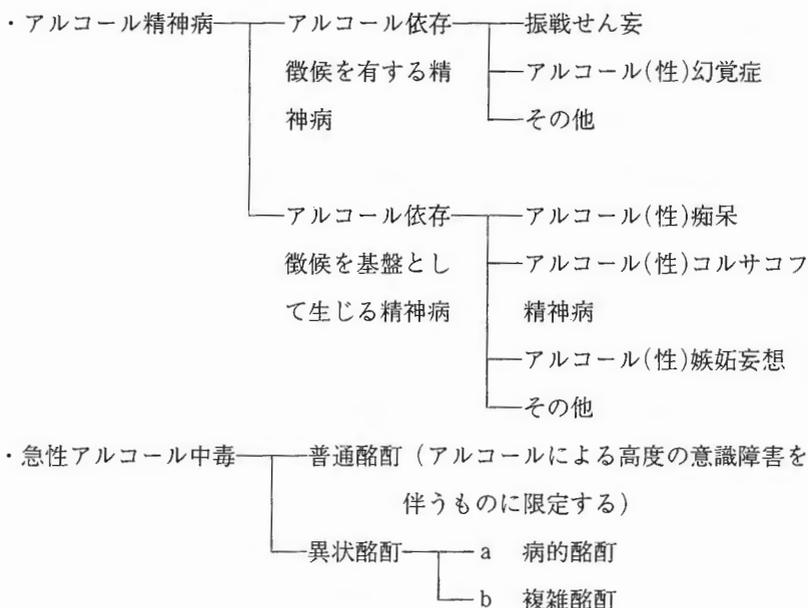
このような社会的障害のみで、直ちにアルコール依存症と診断されるものではないが、社会的障害の繰り返しとともに、精神・身体的障害が進行する。

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

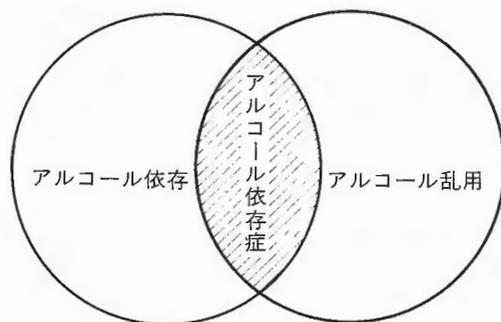
WHOによると, アルコール依存とは, 「薬物エチルアルコールの過剰摂取抑制障害を主症状とし, 薬物依存概念を構成する精神依存, 身体依存, 耐性の変化に基づく諸症状によって規定される。

本症状の発症の程度は一様ではないが, これらの症状は個人的, 環境的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「固体（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とも、飲酒によって困った問題を起こしてくる場合もある。例えば酩酊運転がそれであるし、年に数回しか飲まないのに、その度に大暴れして周囲を困らせる人もいる。つまりアルコール依存であるか、ないかという基準の他に、飲酒行動の異常であるか、ないかというもうひとつの基準を用意する必要があり、下図9のように両者が重なり合う部分を「アルコール依存症」という。

図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返す。ただし周期性不機嫌による真正ディプソマニア (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19 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郡)	飲酒行動の異常 (B郡)
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
振戦せん妄	離脱せん妄状態	○負の強化への抵抗
アルコール幻覚症	飲酒間歇時のアルコール幻覚症	○連続飲酒発作の出現 ○山型飲酒サイクル

〈アルコール依存徴候を基盤として生じる精神病〉

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

① アルコール性痴呆

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

記銘障害、判断力の低下、知能障害等、従来の精神医学でいわれている痴呆状態等の症状がみられ、過去の飲酒歴等から判断してアルコールとの関連が明らかなものをいう。

② アルコール性コルサコフ精神病

アルコール性コルサコフ精神病の大部分は、振戦せん妄とともに始まり、せん妄状態が徐々に消失すると、記銘障害、失見当識、作話等の症状群が見られる。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当人にとってふさわしくない行動上の徴候である。
- ・ 内科的疾患、神経学的疾患、精神科的疾患、他の薬物中毒等の存在が否定される。などの徴候を示すものをいう。

《異常酩酊》

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

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

① 病的酩酊

病的酩酊とは

- ・ 飲酒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

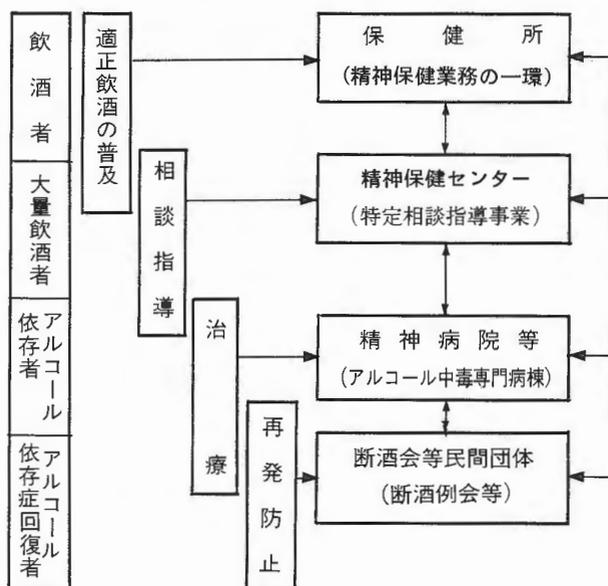
複雑酩酊とは、飲酒及び飲酒後の興奮が激しくかつ長期にわたるものをいい、しばしば粗暴な攻撃行為又は性的露出、性的加害行動が行われるが、その行為は状況からある程度理解でき、当人の非飲酒時の性格と全く無関係とはいえない。さまざまな程度の酩酊時についての追想障害が見られる場合がある。

(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

図10 アルコール関連問題の予防対策



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いい、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。

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、アルコール飲料及び飲酒に起因する疾患等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当な者にはアルコール飲料を飲まないよう知識の普及を行うとともに社会環境の整備につとめなくてはならない。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、国民の健康づくりよ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、平成2年6月30日現在で67の医療機関において3,715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行い、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，また，小売酒販業者等酒類の製造・販売・提供にかかわる人々の協力を得て，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（166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 PSW 等のコースが新設されている。

本研修制度は、アルコール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（平成 5 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 医療行政の現状 治療総論 アルコール医療で体験 したこと	開講式 精神保健行政の現状 治療総論 デイケア	開講式 医療行政の現状 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	アルコールと家族 外来実習 アルコールの公衆衛生 学	作業療法 病棟及び外来実習 アルコールの内科学	病棟及び外来実習 インターベンション	病棟及び外来実習 アルコール内科学 アルコール依存症の看護
第 3 日	野外実習 実習検討会 A・A	野外実習 家族関係論 A・A	久里浜病院でのケース ワーク アルコール症者と家族 へのケースワーク面接 野外実習、野外実習検 討会 A・A	病棟ミーティング 野外実習 デイケア アルコール依存症の心 理・性格 A・A
第 4 日	外来実習 単身アルコール依存症 者の外来治療 アルコールの内科学及 び生化学	アルコール依存症の心 理・性格 病棟及び外来実習 アルコール依存症の看護	病棟及び外来実習 市民運動 アルコール内科学	病棟及び外来実習 精神保健センターの役 割 市民運動
第 5 日	個人精神療法 病棟ミーティング 神経系疾患 討議 閉講式	看護思想の原点 病棟ミーティング アルコール研修 OB と の交流会 閉講式	回復と家族 アルコールのソーシャ ルワーク グループ討議 討議 閉講式	アルコール関連問題に 関する相談 地域保健 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かわ り 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、キッチンドリンカー、高齢者のアルコール依存問題等が、新たな問題となってきている。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、その知識の適切なる普及、啓もうに力を入れるとともに、現状を改善して、未成年者が安易な飲酒をしないような社会環境の整備を積極的に推進すべきである。

第二に、医療対策は、従来までほとんど省みられなかったアルコール専門外来を拡大、充実させ、生活の中で患者が治療を受けることができる体制の整備を行うべきである。ま

た、著しく不足しているアルコール専門病棟などの施設の整備をはじめ、医療施設、精神衛生センター、保健所等の有機的連携を図って行く必要がある。

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

本 文

1] 予防対策の充実、強化

(1) 普及、啓もう活動及び健康教育の実施

アルコールが依存性薬物でありその過度の摂取が、種々の健康障害をもたらすことについての認識が、一般国民の間で極めて低い現状からすると、未成年者をはじめ成人、老人、妊婦等に対して酒害等の知識に関する適切な普及、啓もうを行う必要がある。これらは精神衛生センター、保健所等におけるアルコール健康教室・講演会等の開催を通じて行うとともに、政府が広報活動を通して、あまねく国民に啓もうを行う必要がある。また学校教育の正課におけるこれら知識の充実について検討することや、勤労者に対して酒害に関する知識の適切な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、年令制限が実効上不可能な社会環境に問題がある。

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

(3) 健康診査体制の確立

アルコール飲料に起因する健康障害の中には、例えば脂肪肝・アルコール性肝炎等のように健康診査段階で早期発見、早期治療が可能であり、肝硬変等の重篤な疾患への移行を予防できるものが少なくない。したがって保健所は、精神衛生セン

ター等の技術上の協力をえて、酒害相談者等に対し、アルコール依存症スクリーニングテスト、r-GTP検査等を行いうる体制を整備して、その早期発見を可能にする体制の確立に努めるべきである。

(4) 相談窓口および保健指導の拡大、充実

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

2] 地域包括医療体制の整備、確立

(1) 通院治療の充実（アルコール専門外来の充実）

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

(2) 救急解毒体制の整備

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

(2) 研修体制の充実、強化

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

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

6] 研究体制等の確立

(1) 総合的医学研究の推進

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

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等を図ることを目的とす

ること。

2. 実施体制の整備

思春期精神保健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、思春期精神保健に関する専門医師（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) 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

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。

今後におけるアルコール関連問題予防対策について

平成5年10月1日

公衆衛生審議会精神保健部会

アルコール関連問題専門委員会

1. 本提言の性格

近年、我が国においては、大量飲酒、アルコール関連疾患、未成年者の飲酒等の問題の深刻化が指摘され、これらのアルコール関連問題が、国民の健康の保持・向上を図る上で重大な課題となってきた。今後とも、あらゆる関係者の努力と協力によりこの課題に取り組んでいくことが必要となってきた。

本専門委員会は、昭和60年の公衆衛生審議会による「アルコール関連問題対策に関する意見」を基礎として、保健・医療の専門的立場から、その後における研究成果等を踏まえつつ、対策推進の基本的考え方、当面実施・検討すべき事項等について審議を進めてきたが、この度、その成果を中間的に取りまとめ、国民各位への問題提起を行うべく、提言として公にするものである。言うまでもなく、アルコール関連問題は保健・医療上の問題であると同時に、わが国の飲酒文化、商習慣等とも密接に関係する問題であり、これらの見地からもあわせ多角的な検討も必要とされる。本提言を契機として、今後、様々な立場の国民の間で幅広い議論を行っていく必要があると考えられる。

2. 提言の基となる科学的知見と背景状況

我が国において、酒は百薬の長とも言われ、適度な飲酒は疲労感を和らげ、食欲を増進させるなどの効果を持つことから、古来より人々の日常生活に密着し、生活文化の中で重要な部分を占めるにいたっている。また、複雑化した現代社会においても、適正な飲酒習慣は増大するストレスを緩和し、人間関係を円滑にする役割を果たす一面を持っており、我が国の文化の構成要素となっている。

しかし、一方でアルコール飲料は国民の健康の保持・向上という観点からの考慮を必要とする、他の一般物品にはない次のような特性を有している。

- ① 到酔性：飲酒は、意識状態の変容を引き起こす。このために交通事故をはじめ種々の事件・事故の原因の一つとなるほか、短時間内の大量飲酒による急性アルコール中毒は、死亡の原因となることもある。
- ② 慢性影響による臓器障害：過度の飲酒は、肝障害等多くの疾患の原因となるほか、糖尿病等の慢性疾患の治療を困難にする。
- ③ 依存性：長期にわたる大量飲酒は、アルコールへの依存を形成し、本人の精神的・身体的健康を損なうとともに、社会への適応力を低下させ、家族等周囲の人々にも深刻な影響を与える。
- ④ 未成年者への影響：アルコールの心身に与える影響は、特に、精神的・身体的な発達の途上にある未成年者においては大きいとされており、このため、未成年者飲酒禁止法によって未成年者の飲酒が禁止されている。

我が国の国民一人当たり純アルコール消費量は、女性の社会進出による飲酒機会の増

加等の背景のもと、昭和60年の5.7リットルから昭和63年の6.7リットルへと増加したが、以後ほぼ横ばいの状態にある。一方、いくつかの先進諸国においてはアルコール消費量が漸減ないしは頭打ちの状態にある。

我が国におけるアルコール関連問題の状況については、近年、多くの研究成果が発表されており、この問題の重大性を指摘するものがある。

- ① 我が国におけるアルコール関連問題の生物学的背景として、日本人の約半数がアルコール代謝能力の一部を欠くという人種的特徴のあることが分かっている。(注1)
- ② 1日平均純アルコール摂取量150ミリリットル以上の大量飲酒者は、我が国において推計200万人を超える。(注2)
- ③ 一般病院における全入院患者のうち、適正を欠いた飲酒によって病状が悪化したと考えられるものが推計で14.7%に及ぶとの調査結果が報告されている。(注3)
- ④ アルコール症スクリーニングテストによる問題飲酒者が、職場における40歳以上の男性の14%に及ぶという調査結果が報告されている。(注4)
- ⑤ 高校生の15%が週に1回以上飲酒するとの研究結果があり、未成年者の飲酒と、酒類の自動販売機設置や宣伝・広告を関連づける研究結果が報告されている。(注5)

また、高齢者の飲酒問題の中には重篤な身体疾患や痴呆を合併し、介護を行う家族に多大な負担を課す例があることから、人口の高齢化に伴って大きな問題となることが危惧されている。

一方、適正な飲酒習慣は動脈硬化を防止する等、飲酒の身体に及ぼす効用を報告する知見もある。(注6)

平成3年4月、世界保健機関(WHO)は、我が国においてアルコール関連問題国際専門家会議を開催し、アルコールが健康上・社会上の多くの問題の原因となっているとの認識に立って、アルコール飲料の入手に関する規制の検討、健康教育の推進等を含む、アルコール関連問題対策に関する勧告を行った。

諸外国の中には、酒類の販売に加え、料飲店等における提供をも免許制としたり、酒類の宣伝・広告を規制するところもある。

小売酒販売業者の中には、平成4年以降、酒類自動販売機を撤廃する方向で検討していかこうとする動きが見られ、消費者団体等の中にもこれを支持するものが見られる。

3. 基本的な考え方

アルコール飲料は、食品としての性格に加え、上記2のとおり、国民の健康に大きな影響を与える蓋然性を有することから、アルコール飲料の販売・料飲店等における提供等に当たっては、国民の健康の保持・向上を図る観点から十分に配慮されなければならないと考える。

我が国におけるアルコール関連問題の重要性についての調査研究に基づく指摘や、国民の一部に健康の保持・向上という観点からアルコール飲料の販売・提供等の在り方を見直そうとする動きが見られている今日、本専門委員会としては、今後のアルコール関

連問題対策において次のような考え方を重視していくことが必要であるとする。

- (1) アルコール関連問題対策のうち、特に、予防対策に一層の力点を置くことが必要であり、その推進のためには、健康教育等による個人の自覚・努力はもとより、社会環境を整備する必要がある、国民全体の参加、特にアルコール飲料の製造、販売、料飲店等における提供に関わるものの参加が重要である。
- (2) 今後は、①健康教育・健康相談の充実、②未成年者飲酒禁止法の趣旨の徹底、③アルコール飲料の販売・提供面からの効果的対策の3者を、相互の連携を図りながら、アルコール関連問題予防対策として、関係省庁の協力に基づき総合的に検討、実施していくことが重要である。

4. 当面検討、実施すべき事項

- (1) 知識の普及及び健康教育について

過度の飲酒による健康影響や未成年者の飲酒等のアルコール関連問題の予防対策として、さまざまな場を活用して、知識の普及及び健康教育を推進していく必要がある。

現在、精神保健センター及び保健所において、アルコール関連問題に関する相談事業が実施されているが、飲酒問題を持つ者本人やその家族に対する相談が中心であり、地域住民全般への知識の普及については、いまだ不十分な現状にある。

以下に述べる手段等を通じて、加納なかぎり多くの国民に対して過度の飲酒の弊害や、適正飲酒に関する知識の普及を活発に行うことが必要である。

- ① 行政が、適正飲酒について、広報活動等を通して、普及・啓発を行うこと。
- ② 肝機能の異常等、アルコールと関連した異常を早期発見できる検査を、健康診断の一環として実施している事業所が多いが、有所見者に対する事後指導として、適正飲酒教育を充実すること。特に、退職後に飲酒が問題化する例があることから、退職を控えた勤労者に対し、飲酒についての生活指導を実施すること。
- ③ 未成年者の飲酒が増加しているとの指摘を考慮し、健康教育の一層の充実を図ること。

また未成年者の飲酒増加の背景には、親等の未成年者飲酒についての認識の低さがあることが推測されるため、親等に対する知識の普及を図ること。

- ④ 飲酒問題を持つ者は、初期には身体疾患の治療のため、アルコールの専門治療体制を備えていない内科等の医療機関を受診することが一般的であり、これらの者に対し早期から効果的な治療を行うためには、一般の医師のアルコール関連問題についての理解を高める必要がある。このため、医学教育の中でも所要の配慮を行い、医師全体のこの問題に対する意識の向上を図ること。
- (2) 酒類の宣伝・広告について

近年、ビールを中心として、大規模メーカー間の競争の激化を反映し、テレビコマーシャル等の酒類の宣伝・広告が目立っている。アルコール飲料の特性や未成年者の飲酒問題に配慮しつつ、今後、以下の点に留意した、検討を引き続き行っていく必要がある。

- ① テレビコマーシャルの放映時間
- ② 主として未成年者に人気のあるタレントを起用する等、未成年者の関心を強く引き付ける内容、大量飲酒を推奨する内容
- ③ 未成年者の飲酒に関する警告表示等

なお、直近では、平成5年4月、業界は国税庁の指導により、「未成年者飲酒禁止の注意表示等の自主基準」を改正したところである。また、現在いくつかの酒類関連業者が、適正飲酒や未成年者飲酒防止についての広告、キャンペーン等を自主的に実施しており、今後においても推奨されるべきものである。

3. その他の地域精神保健対策

(1) 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。

ア 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地域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を処置を行う。

(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。

(二) 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242ページ参照。

イ 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、指導相談所、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。講座内容は奨励検討を中心とし、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、臨床心理技術者、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）安田生命社会事業団思春期精神保健特別講座係（〒170東京都豊島区東池袋1-34-5、電話03(3986)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ない。

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

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

1. 現状の把握

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

2. 普及，啓発の充実

思春期精神保健に関する普及，啓発はライフサイクルにそった心身両面にわたり青少年とその家族および学校，地域に対して行なわれるべきである。方法としては

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

当面は手引書およびパンフレット等による普及啓発に努めるべきである。

3. 予防と早期発見に関する施策の充実

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

(2) 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。

ア 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年度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、現代の文化、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、家族機能の低下等の問題がみられる。
- (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。医療機関にお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。

イ 心の健康づくり対策に関連する事業

- (ア) 心の健康づくり推進事業

精神保健センターにおいては、昭和60年度から地域住民を対象とした心の健康づくりに関する地域の啓発・普及相談事業を実施しており、平成2年度からは専門の知識を有する者による専用電話「こころの電話」を新設し、相談体制の充実を図っている。

また、モデル事業として4都道府県の保健所にも心の「病」に関する相談窓口を設置し、地域住民の精神的健康の増進を図っている。

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 (講演会)	広報普及のうち 講演会・座談会		精神保健相談		こころの 電話相談
			回数	参加人員	実件数	延件数	延件数
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	—
63年度	1,242	182	506	31,849	10,405	22,879	—
元年度	1,656	205	457	36,557	11,611	24,878	—
2年度	1,654	201	431	39,329	17,883	34,641	24,016
3年度	716	213	390	35,265	26,865	48,527	39,689
4年度							

資料：精神保健課調

(イ) 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、心の健康づくりとストレスに関連する研究を新たに開始している。

(ウ) 人材の育成

厚生省は、平成2年度より保健所、精神保健センター、病院等に勤務する臨床心理技術者についての資格制度及び業務内容についての検討を行い、その資質の向上を図ることとしている。

ウ 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保持・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策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係わっている。昨今、精神的に健康とも言えずかといって精神病状態とも言えない。いわば「精神的不健康状態」に陥っている者が増加していると言われているが、このことはその証左でもある。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。

なお昭和63年に、精神保健推進員のモデル事業が行われたが、公衆衛生審議会の「地域精神保健対策に関する中間意見」においても、その普及の必要性が検討されている。

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〕

最終改正 〔健医発第930号〕
〔平成2年7月11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おいて、専門知識を有する者による面接相談及び電話相談（「こころの電話」）の窓口を設置し、地域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。

なお、電話相談においては、専用電話を設置するとともに、利用者の便宜をはかるため、窓口の開設時間等についても十分配慮する。

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。

(3) 「性」に関する対策

近年、人口や産業の都市集中、技術革新による情報化社会といった社会環境の急激な変化や各家族化や少子化に伴う一人子の増加等の家族構成の変化、特に若者に代表される個人の価値観の多様化等を背景として、青少年の性衝動のコントロール不足、心因性機能障害、若年妊娠、性倒錯、性感染症等の性に関する問題が顕著化している。

それとともに、性に関する情報が氾濫している一方で、性に関する正しい知識の普及が必ずしも十分でない。このような状況の中で、思春期から老年期までの幅広い年代層において、単にいわゆるセックスの問題だけではなく、人間的接触の希薄化という広汎な性に関する悩みが増加している。

我が国においては、「性に関すること」は、欧米諸国と異なり、昔からタブー視され、人々が口にしながらない傾向が強い。しかし、相談者にとって、性の悩みは人間の基本的欲求である「性欲」とも大きく関わっており、さらに個人の価値観や人間関係にも深く根ざしており、問題は深刻である。

そのため、誰にも相談ができず、一人で悩み、その結果、社会適応ができなくなったり、精神障害、自殺というような最悪の事態を招くこともある。

こうした問題については、単に精神的側面ないし、身体的側面の問題ではなく、相互に絡みあっており、夫婦、親子関係等の人間関係にも関わっていることから、産婦人科医、泌尿器科医等の専門家による本人及びその家族に対する個別面接による対応が必要であるとして以下のような対策を講じている。

ア 性に関する心の悩み相談事業

平成3年度より新たに、「性に関する心の悩み相談事業実施要領」に基づき、全国の47保健所に相談窓口を設置し、性に関する総合的な相談事業を行うとともに、性に関する正しい知識の普及啓発等を行うことにより、地域住民の精神的健康の保持増進を図ることとした。

イ その他の関連事業

各都道府県に設置されている精神保健センターでは、心の健康づくり推

進事業が実施されており、平成2年度から「こころの電話」が新たに設置されたところであるが、そのなかでも性に関する相談が受けられるような体制を整備している。

また性に関する対策についての研究は、平成2年度厚生科学研究事業において、「若年者の性の悩みの実態に関する研究」（主任研究者 社団法人日本母性保護医協会会長 坂元 正一）を行い、研究成果を踏まえて「思春期相談マニュアル」が作成された。これは、思春期年少女性の性の悩みを想定し、頻度の高い質問事項を選択し、解答を例示したものであり、相談従事者が性の悩み相談に利用できるものとした。このマニュアルは、各都道府県、政令市、特別区、保健所、精神保健センター、都道府県の教育関係部局等に配布されたところである。

ウ 今後の課題

性に関する心の悩み対策は、現在、ようやく途についたところである。

我が国では、「性に関すること」は、タブー視して口にしながらない傾向が強く、問題は増大しているものの、個人の価値観や人間関係にも及ぶ奥深い問題でもあり、状況の把握が難しく、十分な対策を講じるに至らない状況であった。

今後の課題としては、全国の保健所に相談窓口を設置し、思春期のみならず青壮年期、老年期の性について調査研究を行うとともに、相談従事者に対する資質向上のための研修を行う必要があると考えられる。

また、性に関する対策は、保健医療の分野以外に教育、福祉、警察との関係も密接に関わるため、これらの機関とも十分連携を図りながら推進することが望まれる。

性に関する心の悩み相談事業実施要領

〔健医発第869号〕
平成3年7月10日

1 目的

近年、社会環境や家族構成の変化、個人の価値観の多様化等を背景として、性衝動のコントロール、心因性機能障害、若年妊娠、性倒錯、性感染症等の性に関する問題が顕著化するとともに、性に関する正しい知識の普及が必ずしも十分でないことによって、思春期から老年期までの幅広い年代層において性に関する悩みが増加している。また、その結果、うつ状態やノイローゼ状態をきたす者も増えている。

こうした問題については、身体的側面のみならず精神的側面も含めた総合的な対応が必要となるため、保健所に性に関する心の悩みについての相談窓口を設置するとともに、性に関する正しい知識の普及啓発等を行うことにより、地域住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、政令市及び特別区

3 事業内容

(1) 性に関する心の悩み相談

保健所に性に関する専門知識を有する医師を加えた窓口相談を設置し、地域住民が気軽に性に関する悩みについて相談できるような体制を整備するものとする。

なお、相談者のプライバシーを確保するため、例えば、相談窓口を特定するような表示を避ける、相談は個室で行う等秘密が外部に漏れないよう十分配慮するとともに、相談を行った者については、相談指導票を作成の上、これを保管するものとする。

(2) 性に関する正しい知識の普及啓発

地域住民が性に関する正しい知識を理解することにより、性に関する悩みによるうつ状態やノイローゼ等の精神的不健康状態の初期症状や前兆に対処することができるよう、また精神的健康の保持増進ができるよう、性に関する正しい知識の普及啓発を行うものとする。

(3) 関係機関との連携

保健所は、本事業の円滑な推進を図るため、本庁、精神保健センター、医療機関、教育関係機関、福祉関係機関等との連携に努めること。

4 経費の負担

都道府県、政令市及び特別区がこの実施要領に基づき実施する事業に要する経費については、厚生大臣が別に定める「保健所経理事務合理化特別措置法関係経費の国庫負担及び国庫補助金交付要綱」に基づいて、予算の範囲内で国庫補助を行うものとする。

4. 精神医療対策等の各論

(1) 重症精神障害者の医療対策

その症状や問題行動により病院内における治療治癒に著しい困難がもたらされる、いわゆる処遇困難患者について、平成3年7月15日公衆衛生審議会は「処遇困難患者対策に関する中間意見」を具申し、いわゆる重症の措置入院患者を専門的に治療するための病棟を国又は都道府県が設置する精神病院において試行的に整備することが必要である旨提言した。

処遇困難患者対策に関する中間意見

平成3年7月15日
公衆衛生審議会

(はじめに)

精神障害者の人権の擁護と社会復帰の促進を柱にした精神保健法が去る昭和63年7月に施行され、新たに設けられた人権確保や社会復帰促進のための諸制度がこれまで展開されている。

しかしながら、その病状や問題行動により病院内における治療活動に著しい困難がもたらされる、いわゆる処遇困難患者については、長期間保護室で処遇され必ずしも十分な治療が受けられる状況になかったり、また、他の患者と同じ病棟内で処遇されることにより一般の患者が開放的な環境でより良い治療を受けることを妨げている要因となっている。

本審議会は、このような状況を解消し、処遇困難患者を病院内でできる限り閉鎖性の少ない環境において十分な治療を行うとともに、一般の患者を開放的な環境において治療を行うための方策について、精神保健部会に処遇困難患者に関する専門委員会を設置して、平成元年10月から海外の例も参考にしつつ鋭意検討を重ねてきた。その結果、処遇困難患者の判定基準の問題、治療体系の問題、十分な治療を行うための施設の問題、施設を運営するための財源の問題、専門的な治療を行うための人材養成・確保の問題等、様々な問題が浮かび上がってきた。

これらの問題については、引き続き具体的に検討を進めることが必要となるものもあるが、我が国の精神科医療の一層の充実を図る上で、処遇困難患者の処遇の改善が喫緊の課題となっている状況に鑑み、処遇困難患者を専門的に治療するための病棟を試行的に整備する必要があるとの結論を得、以下のとおり意見をとりまとめた。

1. 処遇困難患者の現状

昭和63年度厚生科学研究（精神科医療領域における他害と処遇困難性に関する研究）

によれば、精神病院に入院中の患者で、その者の示す様々な病状や問題行動のために、病院内での治療活動に著しい困難がもたらされる患者（以下「処遇困難患者」という）の現状は次のとおりとなっている。

(1) 処遇困難患者

処遇困難患者の数は、精神病院の入院患者342,860人（昭和63年1月31日現在）のうち1,971人（0.57%）と推定される。

処遇困難の程度についてみると、一般の精神病院で処遇可能な軽度の処遇困難性を有する者は約900人、一般の精神病院でも設備、マンパワーが整っていれば処遇可能な中度の処遇困難性を有する者は約700人、設備、マンパワーが整っていても一般の精神病院では処遇困難な重度の処遇困難性を有する者は約400人と推定される。

性別でみると、男性が74%、女性が26%となっており、年齢についてみると、男女とも30歳代から40歳代に集中しており、平均年齢は、男性が41歳、女性が42歳となっている。

診断名についてみると、精神分裂病が圧倒的に多い。入院中の問題行動についてみると、暴力行為、脅迫行為、自殺自傷、器物破損等となっている。入院経路については、家族の依頼によるものが38.2%と多く、次に他の精神病院や精神科診療所等からの紹介が20.2%、精神保健法第24条による警察官通報が11.8%となっている。

(2) 処遇の現状

処遇困難患者の病院内での生活状況についてみると、ほとんど保護室生活が13.5%、主として保護室が13.1%、一般の患者と同一の閉鎖病棟（1日24時間出入口が施錠されている病棟をいう。以下同じ。）で処遇が62.5%、一般の患者と同一の開放病棟で処遇が9.7%、その他が1.2%となっている。

保護室生活をしている患者についてみると、保護室での生活期間が1年以内が31.9%、1年から5年が34.9%、6年から10年が14.7%、10年を超える者が18.5%となっている。

さらに、入院している精神病院の看護婦等の数について基準看護からみると、特1又は特2（概ね看護婦等1人当たりの患者数が3人以下）が18.0%、1類（概ね看護婦等1人当たりの患者数が4人以下）が20.9%、2類又は3類（概ね看護婦1人当たりの患者数が6人以下）が24.2%、基準看護に満たないもの（看護婦等1人当たりの患者数が6人超又は6人以下であるが看護婦・准看護婦の比率が基準に達しないもの）が36.9%となっている。

2. 問題点

このような処遇困難患者の現状については、次の問題点を指摘することができる。

- (1) 処遇困難患者のうち、ほとんど保護室生活が主である患者が500人以上いるが、これらの者については、必ずしもその病状に応じた十分な医療が受けられない状況にあり、また、人権確保の観点からみても問題がないとはいえない状況にあることから、できる限り閉鎖性の少ない環境で処遇するための方策が求められる。

- (2) 処遇困難患者の72.2%が一般の患者と同じ病棟内で処遇されている。精神病院のうち、61%が閉鎖病棟であるが（昭和61年12月1日現在）、一般の患者と処遇困難患者が同じ病棟内で処遇されていることが、閉鎖病棟から開放病棟への転換を遅らせるとともに、一般の患者の開放的な環境での治療を遅らせている要因となっている。
- (3) 処遇困難患者の多くは、比較的看護職員数の少ない病院において処遇されている。看護職員の少ない状況での処遇は、より閉鎖的な環境での処遇をもたらすものとみられ、処遇困難患者を病院内でできる限り閉鎖性の少ない環境で処遇し、より良い治療を行うためには、看護職員等の従事者の数を通常の場合よりも増やす必要がある。
- (4) 処遇困難患者を治療するに当たっては、一般の患者と比べ極めて多くのマンパワーと濃密な医療が必要であるにもかかわらず、診療報酬等の面においても一般の患者と同じ取扱いになっている。このため、精神病院においては、処遇困難患者の入院を拒否したり、問題が起きる前に未治療のまま退院させるケースもあるといわれている。
- (5) 処遇困難患者をできる限り閉鎖性の少ない環境で効果的に治療するためには、治療方法や処遇方法等に関する研究や人材を養成するための研修が不可欠であるが、現在、このような機関が存在しない。

3. 今後の取組み

処遇困難患者の処遇の改善を図ることは、我が国の精神科医療を一層充実させ、また、精神障害者がより良い環境の下で治療を受けられるようにするために、避けては通れない重要な課題となっている。本件については、今後とも引き続き具体的に検討していかねばならない問題があり、また、将来的には、処遇困難性の極めて高い患者を対象とした専門病院についても検討を加えることが必要となる可能性もあるが、その重要性及び緊急性に鑑み、国又は都道府県が設置する精神病院において、以下の方針に基づいて試行的に処遇困難患者を専門に治療するための病棟を整備する必要がある。

(1) 基本的考え方

- ア. 処遇困難患者については、マンパワーの充実等によって、患者の人権に十分配慮し、病状に応じた個別的治療計画の下で専門的な医療を行う。
- イ. 処遇困難患者をその病状や処遇困難性の程度に応じて、病院内でできる限り閉鎖性の少ない環境において処遇するとともに、一般の患者の開放的な環境で処遇を一層推進する。
- ウ. 精神障害者については、地域において治療から社会復帰まで行うことが必要である。処遇困難患者についても、病院内で長期間処遇することを目的とするのではなく、社会復帰を最終目的とする。

(2) 判定基準

処遇困難患者の処遇のあり方を検討するに当たっては、処遇困難患者の判定基準を明確にする必要がある。これについては、処遇困難患者という呼称の是非を含め、今後引き続き検討を加える必要があるが、試行的実施に当たっては、前記厚生科学研究のように、「その者が示す様々な病状や問題行動のために、一般の精神病院内での治

療活動に著しい困難がもたらされる患者」とする。これに具体的に該当するかどうかについては、患者の病状が、現在の治療水準において治療抵抗性が強く、本人に対し十分な治療を行う上で、また、一般の患者を開放的な環境で治療していく上で、それらを著しく阻害する状態にあるか否かにより判定するものとする。また、処遇困難患者であるかどうかの判定の手続きについては、評価委員会を設置すること等により適正を期することが必要である。その対象としては、措置入院患者であってこのような症例に相当するもの（重症の措置入院患者）とすることが適当である。

(3) 治療方針

処遇困難患者は、その病状、問題行動、疾病の特性に伴い、処遇困難性の程度、内容等が様々であるため、それぞれの患者の特性に応じた個別の治療計画に基づき治療を行うようにすることが望ましい。

治療に当たっては、患者をできる限り閉鎖性の少ない環境に置くことを基本とし、保護室については、一時的かつ緊急な場合等に利用する施設として位置づけ、患者が保護室で常時生活することのないようにする必要がある。

マンパワーについては、医師、看護職員、臨床心理技術者、精神科ソーシャルワーカー、作業療法士等を配置して、手厚い看護を行うとともに、これらの専門職員によるチーム医療の促進を図る等患者に十分な治療を行うことができる体制を整えることが重要である。

施設については、患者ができる限り閉鎖性の少ない環境で、疾病等の特性に応じて十分な治療を受けることができるよう適当なスペースを確保するとともに、デイルーム、作業療法室等の必要な施設や設備を設けることが適当である。

(4) 研修及び研究の推進

処遇困難患者の処遇に当たる医療スタッフ（医師、看護職員、コメディカル等）については、患者の特性や処遇方法等に関する専門的な知識が必要とされるため、これらのスタッフの養成のための研修が不可欠となる。また、精神医学的、法的観点からの障害の特性の評価、治療方法、処遇のあり方、社会復帰促進のための方法等処遇困難患者に関する様々な研究を進めることも重要であり、そのために必要な研究費の確保に配慮すべきである。なお、このような研修及び研究については、本来、国が中心となって進めることが適当であることから、国として必要な体制の整備を図ることが望まれる。

(5) 社会復帰の体制整備

社会復帰については、現在、精神障害者全般の対策が発展途上にあって、まだ十分とはいえない状況にあるが、処遇困難患者のための社会復帰の体制整備についても検討していく必要がある。当面は、精神障害者社会復帰施設の整備、保健所等による訪問指導の充実等既存の社会復帰対策の充実に努め、その上に立って、病状の改善した患者を居住地域に近接する精神病院に移し、フォローアップや社会復帰活動を継続することが望まれる。

(2) 薬物乱用防止対策

近年、覚せい剤の乱用は大きな社会問題となっている。

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、気分爽快となる。その快感を再び味わい、薬効消失後の倦怠感を除くため、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、依存状態に陥ってしまう。また、時として幻覚、妄想等の精神症状が出現することもあり、非行、犯罪に走ることも稀ではない。

また、中学、高校生のシンナー等の有機溶剤の乱用も教育現場における問題となっている。そして、有機溶剤乱用者が成人後に覚せい剤を乱用する危険性が高いことも研究者に指摘されている。

このような覚せい剤等の薬物乱用防止対策においては、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、薬物関連精神障害者に対し適切に対処することが必要とされている。

ア 薬物乱用に関連した法律

(ア) 精神保健法

この法律には、精神障害者が「精神分裂病、中毒性精神病、精神薄弱、精神病質その他の精神疾患を有する者」と定義されており、覚せい剤、有機溶剤、向精神薬、アルコール等による中毒性精神病者と、精神病状態をきたしていない覚せい剤の慢性中毒者に対する入院の根拠となっている。

(イ) 麻薬及び向精神薬取締法

ヘロイン、モルヒネ、コカインなどを麻薬及び向精神薬として規定し、麻薬中毒者に対する入院措置の根拠となっている。

(ロ) 覚せい剤取締法

覚せい剤の製造、所持、譲渡の取締りについて規定している。

(エ) 毒物及び劇物取締法

トルエン、シンナーなどの有機溶剤の製造、輸入、販売の取締りと摂取、吸入、所持の禁止について規定している。

(オ) 大麻取締法

大麻の所持、栽培、譲渡の取締りについて規定している。

(カ) あへん法

けしの栽培とあへん、けしの所持、譲渡の取締りについて規定している。

イ 薬物乱用の現状と対策

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

昭和20年代の覚せい剤流行期から現在に至るまでの覚せい剤取締法違反検挙人員の推移は、図11のとおりで、第1期流行時は昭和29年をピークとして薬事法改正、あるいは覚せい剤取締法制定及び改正、国民の広範な覚せい剤撲滅運動等によって、32年頃から一応の鎮静化をみた。しかし、昭和40年代半ばから再び覚せい剤は流行の兆しを見せ始め、検挙人員は55年以降2万人を超え、59年には24,372人とピークに達した。その後、減少傾向にはあるものの依然として高い数値を示し、平成4年には15,311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。

こうした、覚せい剤の乱用等によるとみられる、いわゆる「通り魔犯罪」等の凶悪犯罪が大きな社会問題となったため、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。

また、有機溶剤については、昭和38年、東京の新宿で、接着剤吸入が流行し、その後全国に拡散した。そのため、昭和47年にトルエンが毒物及び

劇物取締法の規制の対象として付け加えられた。

ウ 薬物乱用についての疫学調査の結果

(ア) 薬物乱用の経験について(満15歳以上の男女1,100人対象とした世帯調査訪問留置法を採用)

(単位：%)

薬物名	周囲で乱用している人を知っている	過去に誘われたことがある	使用したことがある
覚せい剤	2.3	0.9	0.1
有機溶剤	8.7	3.0	1.5
大麻	1.5	2.5	1.0
コカイン	0.5	0.1	—
ヘロイン	—	0.4	—

平成4年度 厚生科学研究報告書(麻薬等対策総合研究)

「薬物依存の社会医学的、精神医学的特徴に関する研究」(主任研究者：福井進)

(イ) 中学生の「シンナー遊び」の状況について(中学生6,121人による自記式調査)

(単位：%)

学年	身近にしている者がいる	誘われたことがある	経験したことがある
1年生	5.0	1.7	1.4
2年生	9.2	3.4	2.4
3年生	8.5	3.6	1.8

平成4年度 厚生科学研究報告書(麻薬等対策総合研究)

「薬物依存の社会医学的、精神医学的特徴に関する研究」(主任研究者：福井進)

エ 覚せい剤の慢性中毒者に対する医療保護

覚せい剤の慢性中毒者又はその疑いのある者(以下、「覚せい剤の慢性中毒者等」という。)についての医療保護は、精神保健法に基づいて行われて

いる(同法第51条)。覚せい剤の第一次流行期中の昭和26年に、覚せい剤取締法が制定されるとともに、昭和29年に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又はその疑いのある者に対する医療保護に限り、精神障害者の規定が準用された。その後、ヘロイン等の流行により、昭和38年に麻薬取締法が改正され、麻薬とあへんの慢性中毒者またはその疑いのある者の措置入院制度が設けられ、現行となっている。

精神保健法の対象となる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」とされている(昭和26年9月7日衛発第639号)。

覚せい剤の慢性中毒者等については、自傷他害のおそれがある場合には、都道府県知事による入院措置の対象となり、そのおそれがない場合にも任意入院、医療保護入院等の他の入院の対象となりうる。また通院医療公費負担や保健所による訪問指導など、精神保健法に基づく各種サービスの対象となっている。

なお、覚せい剤の慢性中毒者等に対する医療保護の徹底を図るため、昭和56年に次のような通知が発せられている。

衛精第58号

昭和56年8月11日

都道府県衛生主管部(局)長 殿

厚生省公衆衛生局精神衛生課長

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

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

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

記

1 覚せい剤の慢性中毒者の定義

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

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

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

2 申請・通報・届出制度の運用の強化

- (1) 精神衛生法第23条から第26条の2に定める申請・通報・届出制度につき、関係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

オ 薬物乱用者に対する対応の現状

我が国における薬物乱用者に対する対応の現状については、平成3年度厚生科学研究報告書（精神保健医療研究）「薬物依存・中毒者の精神保健・医療と社会復帰に関する研究」（班長：鈴木淳）によると、以下の通りである。

(ア) 家庭での対応

14～15歳の我が子が明らかに有機溶剤を乱用していることを知った親は、心理的加熱状態に陥り、持ち物の無断点検、行動監視、交友関係の詮索など、子供の行動すべてを自分の支配下でコントロールしようとする。子供は家では信用されず、行きづまりを感じ、外泊、家出を繰り返す、居心地のいい有機溶剤の乱用仲間との関係が深まり、乱用の程度が急速に進行する。

(イ) 学校での対応

生徒の乱用が発覚すると、构子定規に校則違反として、1～2週間の停学を受け、出席日数が足りなくなり、進級できずに自主退学することもある。このような対応が、他生徒への有機溶剤乱用の伝染を防ぐ手段として、正当化されている。

(ウ) 行政窓口での対応

現在、対応している機関としては、教育関係では、学校養護教諭、青少年補導センターなどであり、保健・医療関係では、麻薬取締官事務所、保健所、精神保健センター、精神病院などであり、福祉関係では、児童相談所、福祉事務所などであり、警察関係では、県警本部、警察署などである。各相談窓口は、官庁組織の影響が濃く、背景組織の枠内で解決しようとし、他組織の専門的指導活動を熟知していない。また、担当者のお大半が、専門的知識・実地経験に乏しく、適切な方向づけがなされにくい状況にある。

(エ) 矯正施設での処遇

今まで、我が国では、覚せい剤、有機溶剤乱用者の多くは保護矯正施設で処遇されてきた。少年院においての処遇は短期処遇と長期処遇に大別される。長期処遇は2年以内とされ、下記の5つの課程が設けられている。

- a, 生活指導課程・社会性付与のための基本的な生活指導及び教育訓練
- b, 職業訓練課程・職業能力開発促進法等に規定する職業訓練の実施
- c, 教科教育課程・義務教育未修了者や高等学校への進学・復学を希望する者に教科教育や補習教育を実施
- d, 特殊教育課程・精神発育遅滞者や精神障害者に対して専門的治療教育を実施
- e, 医療措置課程・身体及び精神疾患に対する専門的治療

(オ) 医療施設での対応

薬物乱用による入院者は、無規範な生活歴を有する者が多く、回復の努力目標のイメージ設定が難しく、回復への意欲も乏しい。薬物の脱慣期には、薬物を渴望するゆえ、威嚇的粗暴言動を呈することがある。病棟内でも裏の交友関係を形成し、薬物の受け渡しをするなど、処遇が困難である。

(カ) 自助グループの活動

ダルク (DARC; Drug Abuse Rehabilitation Center) という入寮制の社会復帰施設が昭和61年以降、全国に東京、名古屋、横浜、前橋の4カ所が設立されている。寮生は、NA (Narcotics Anonymous) ミーティングに参加し、過去の自己を反省し、現在の自己の現実を見つめ、断薬に向けて努力している。入所期間は3～6カ月を原則としている。

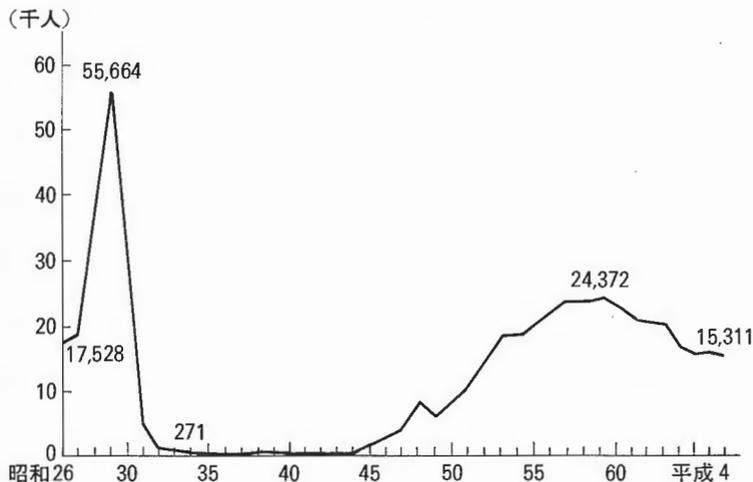
(キ) 研修・研究の現状

アルコールの研修・研究体制に比べ、非常に遅れている。

カ 今後の薬物乱用防止対策

昭和57年11月12日に公衆衛生審議会は「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。

図11 覚せい剤事犯検挙人員の推移（昭和26年～平成4年）



注 厚生省薬務局及び警視庁保安部の資料による。

資料 平成5年犯罪白書

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、中毒は化学物質の生体に及ぼす侵害の表現であり、したがって、中毒学は化学物質の安全性の限界を明確にする科学であるとされている。

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

嗜癖：薬物の反復使用によって生じた慢性の中毒状態で快楽的な目的等から薬物の使用をやめようとしてもやめられないこと（強迫的使用）、薬物の使用量の増加（耐

性形成)、離脱(退薬)症状の出現等の特徴を有するものをいう。依存の概念と重複する部分がある。

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

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

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

2. 覚せい剤中毒者に対する入院医療の充実

(1) 医療及び保護の対象者の明確化

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

(2) 診断基準について

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

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

(3) 入院治療の充実

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

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

3. 適切なアフターケアの実施

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

しかしながら、現段階では入院治療で精神症状の除去はできても依存性の除去を完全

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

4. 総合施策の充実

(1) 総合対策等

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

(2) 調査研究の充実強化

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

(3) 啓発、普及の実施

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

覚せい剤中毒者の診断基準

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

1) 覚せい剤中毒者の精神症状

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

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

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

また、今後の薬物乱用者に対する対策の方向性として、平成3年度厚生科学研究報告書（精神保健医療研究）「薬物依存・中毒者の精神保健・医療と社会復帰に関する研究」（班長：鈴木淳）に以下のような課題が列挙されている。

(ア) 啓発・普及活動

- ① 薬物乱用防止に関する健康教育
- ② 相談窓口担当者のためのマニュアル

(イ) 治療・矯正体制

- ① 専門・集中治療施設の整備
- ② 薬物事犯者のための刑務所の整備

(ウ) 社会復帰体制

- ① モデル的社会復帰施設の創設
- ② 自助グループの育成

(エ) 研修

- ① 窓口担当者対象
- ② 精神科医対象
- ③ 社会復帰施設のカウンセラー対象

5. 精神保健に関する調査研究

(1) 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基礎と臨床の両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、精神医療の充実及び精神障害者の社会復帰の促進を図るため、社会復帰の促進とその問題点に関する研究、精神障害者の医療制度、保護義務者制度のあり方、社会復帰対策及び福祉対策のあり方に関する研究等を行っている他、地域住民の心の健康についての研究やアルコール関連問題に関する研究等を行っている。

(2) 国立精神・神経センター精神保健研究所

ア 沿革

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

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

設立当時の組織は、総務課、心理学部、生理学形態学部、健康学部、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。

イ 組織

(ア) 研究部門

① 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。

② 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。

(イ) 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。

(ウ) 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。

ウ 研究内容

〈精神保健計画部〉

地域精神保健に係る資料の収集，解析及び地域精神保健計画の推進のための調査研究

〈薬物依存研究部〉

薬物乱用等の実態調査，予防，診断，治療，リハビリテーション，並びに向精神薬の薬効上の諸特徴等の調査研究

〈心身医学研究部〉

心身相談に関連する環境・個体要因並びに心身症、心身の変調の精神生理学的、心理学的、社会学的研究

〈児童・思春期精神保健部〉

児童及び思春期の精神発達に関する調査研究を行うと共に、その過程で生じる種々の適応障害の病因、診断、治療、予後について研究

〈成人精神保健部〉

成人及び青年期の適応障害、神経症、精神障害の発生要因、診断、予防に関する研究

〈老人精神保健部〉

一般老人の精神健康の向上、老化防止の精神保健技術をはじめ老人の適応障害及び精神障害に関する調査及び臨床研究

〈社会精神保健部〉

精神保健の社会文化的研究並びに精神障害その他の適応障害に係る住民の保健行動及び専門的保健サービスシステムについての調査研究

〈精神生理学部〉

精神障害(疾患)、適応障害の発生機序の解明のための生理学的、生化学的、精神医学的研究

〈精神薄弱部〉

精神遅滞を中心とする発達障害の発生原因及び予防対策並びに臨床診断・治療(処遇)法その他の調査研究

〈社会復帰相談部〉

地域社会における各種の活動を通じて精神障害者の社会復帰促進に有効な技術・資源の開発等に関する研究

〈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国府

台病院，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。

エ 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は，地方公共団体，医療機関等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ており，現在までの修業者数は表18のとおりである。

現在，医学課程，心理学課程，社会福祉学課程，精神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（集団療法，作業療法，レクレーショ

ン活動、生活指導等)、老人性痴呆に関するケア、看護(作業療法、生活機能回復のための訓練・指導等)に関する業務に従事している看護婦(士)に対し、精神科デイ・ケア、老人性痴呆に関するケア・看護にかかる専門的な知識及び技術に関する研修を行う。なお、平成4年9月より本研修の「精神科デイ・ケア課程」を修了した者は、老人性痴呆疾患療養病棟入院医療管理の施設基準のうち、「専門機関等が主催する痴呆性老人指導に関する作業療法の所定の研修を修了した者」として認定されることとなった。

表20 課程別研修終了者数

(平成3年3月まで)

課程	区分 (県・市)本庁	保健所	精神保健センター	精神病院等	児童相談所	その他	計
医学課程	23	366	49	98	0	31	567
心理学課程	0	18	92	153	302	111	676
社会福祉学課程	4	306	147	243	27	76	803
精神保健指導課程	46	258	312	6	0	6	628
精神科デイ・ケア課程	5	8	31	1,519	0	17	1,580
計	78	956	631	2,019	329	241	4,254

備考 社会福祉学課程は昭和34年から、医学課程及び心理学課程は昭和36年から、精神保健指導課程は昭和39年から、また精神科デイ・ケア課程は昭和53年から、それぞれ平成3年3月までの延実人員である。

オ 技術交流

当研修所は、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、数多くの医科大学、あるいは関係機関等のスタッフたちと共同研究を行っている。

第5章 諸外国における精神保健

1. WHOの精神保健活動

WHOは本部をジュネーブにおき、さらに世界を6つの地域にわけ、それぞれ地域事務局をおいている。日本は西太平洋事務局（マニラ）に所属している。

WHO本部には、精神保健部（Mental Health Division）があり、各地域事務局には精神保健課が置かれている。精神保健部及び精神保健課は、精神障害者対策だけでなく、麻薬対策や神経疾患対策、向精神薬問題を所管している。各地域は地域特性に応じて独自の活動をすすめているが、本部とも密接な関係を保っており、本部の主催する会議の参加者の選定に地域事務局が関与する他、年1回1週間にわたり本部と全地域事務局との会議を行い、事務調整を行っている。

WHOの活動は、1978年にソ連のアルマ・アタで開かれたプライマリー・ヘルスケア会議での宣言にみられるごとく、活動の対象は主として発展途上国となっている。精神保健の分野においても同様であり、1978年にたてられた精神保健中期計画においても、発展途上国への援助計画が中心となっていた。

各国が精神保健をすすめていくうえにおいては、精神保健関係の法律及び精神保健を検討する国レベルの組織が欠かせないと考えられるが、発展途上国においては、いずれも存在しないところが多数あるのが現状である。しかしながら、精神障害の問題は先進国、発展途上国を問わず大きな問題であり、WHOでは世界で4000万人が重い精神障害に悩んでいると推計している。

以上のような状況からWHOでは以下の9つの課題を掲げ、これに対して活動を推進することにしている。①患者および家族との共同活動。②地域での活動。③研究の充実と成果の普及。わが国では、長崎大学が機能性精神病の、国立療養所久里浜病院がアルコール関連障害の研究協力センターになっている。④慢性精神病に対する欠かせない医薬品問題。⑤保健担当者とソーシャルワ-

カーに対する訓練。⑥地域保健活動者に対する情報提供と訓練。⑦精神保健に関する法制度の整備。⑧病院サービスと地域サービスへの資源の配分。

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19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カ所といわれる地域精神衛生センターを中心に地域ケアを展開することになった。州によってその程度を異にするが、カリフォルニア州とニューヨーク州は急速に在院患者を減らし、いわゆる中間的なリハビリテーション施設の増設に努めた。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）で退院することになった。これに備えて作られたものは、既存のナーシング・ホームからスキルド・ナーシングホームボード・アンド・ケアホーム（食事とケアつきのホーム）、ハーフウェイ・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次混乱状態が生じた。現在も専門スタッフの不足、経済援助の不十分さ、地域社会内での反発などに当面している。これらの諸施設は医師をコンサルタントに持つ非医療施設であり、患者はこれらを転々とするため、「回転ドア・システムだ」という批判もある。人口移動の少ない地域で開業精神科医とソーシャルワーカーが個々の患者の流れに従って根気よくコンタクトを持ち続け、治療の一貫性と持続性に努力している所もあるがこれは例外である。最近ではケース・アドミニストレーターといわれる職業的、半職業的な人たちを養成している所もある。

精神病院の30～40%を占めていた高齢精神障害者の多くがナーシング・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。ところがレーガン政権になってから、大幅に精神衛生センターへの国の援助が打ち切れ、州の負担が増加するなどの困難に遭遇している。しかしアメリカの強みは、長年月の経験をもつ精神保健関係職員が多く、かつ層が厚いことであろう。

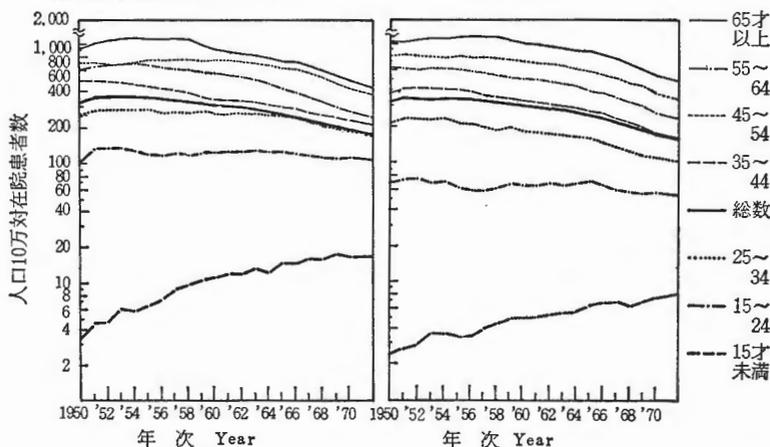
1981年7月18日付で、アメリカ精神医学会、精神科主任教授連盟および思春期精神医学会を代表して、精神医学会理事長によって国会その他の委員会に提出された声明書は、この間の事情を物語っている。この声明書では治療を必要とする200万の精神分裂病疾患、さらに200万の重いうつ病患者、100万以上の器質精神病その他の精神欠陥を持つ人の地域ケアと100万と重度精神障害児などに対する早期治療が、長期入院治療にくらべてはるかに経済的に折り合うものであるとしている。また精神保健に不可欠な精神科医、臨床心理士、ソーシャルワーカー、精神科看護婦の4つの専門職の教育計画に十分な経費を支出し、プライマリーケア条件を整備していくことが、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ところである。

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%は精神保健専門機関で、3.4%は総合病院及びナーシング・ホームで、54.1%は第1次一般診療機関で、6%は第1次一般診療機関と精神保健専門機関でサービスを受けている。

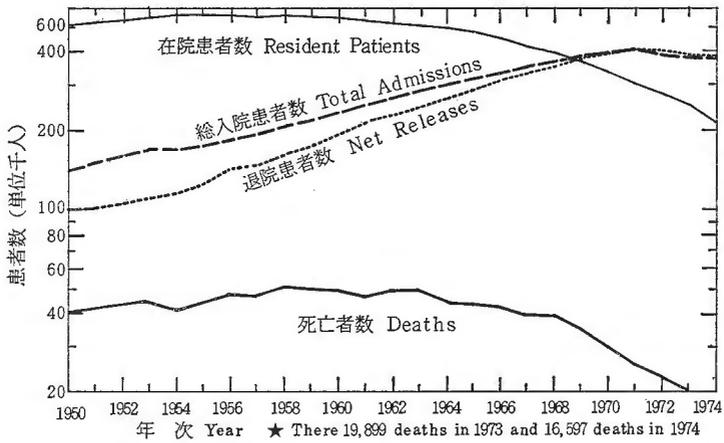
表ア 州立及び郡立精神病院における在院患者数・入院患者数・退院患者数・死亡数 米国1950~1974

年次	病院数	年末在院患者数	入院患者数	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)。こうした精神病院床数や入院患者の多いことは、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クの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 各国の精神病床数

(WHO1982年による)

国	精神病院 床数	総精神病床数	人口1万 対数
アルジェリア	6,000	6,480	3.5
オーストラリア*	—	—	7.4
オーストリア	11,809	12,498	16.6
ベルギー	23,972	24,900	25.3
ブルガリア	7,302	7,405	8.4
中国*	—	—	1.8
チェコスロバキア	16,707	38,195	24.9
デンマーク	22,330	24,714	22.9
フィジー*	—	—	2.6
フィンランド	19,095	19,095	40.1
フランス	105,527	139,613	26.0
東ドイツ(旧)	30,126	31,626	18.9
西ドイツ(旧)	110,833	110,750	19.0
ギリシャ	14,826	14,981	15.6
香港*	—	—	7.3
ハンガリー	3,060	20,074	18.7
アイスランド	126	487	21.3
アイルランド	13,216	14,198	41.2
イタリア	80,480	83,580	14.6
日本**	259,498	347,035	28.2
韓国*	—	—	2.9
ルクセンブルグ	1,050	1,205	30.1
マレーシア*	—	—	2.3
マルタ	926	1,038	34.6
モロッコ	3,200	3,610	1.7
オランダ	24,723	45,795	32.4
ニュージーランド*	—	—	8.5
ノルウェー	6,272	11,635	28.3
パプアニューギニア*	—	—	0.6
フィリピン*	—	—	1.2
ポーランド	36,723	49,289	13.8
ポルトガル	10,607	10,607	10.8
ルーマニア	17,505	22,802	10.2
シンガポール*	—	—	11.1
スペイン	43,132	46,778	12.5
スウェーデン	17,100	29,400	35.4
スイス	12,011	12,011	18.9
トルコ	5,200	6,61	1.5
連合王国	103,495	120,678	28.8
アメリカ**	149,234	267,613	11.2
ベトナム*	—	—	0.8
ユーゴスラビア(旧)	11,000	11,068	5.0

* 1990年

**1986年(州立病院, 民間病院を含む)

図工 欧米諸国における人口1万対の年間精神患者入院数

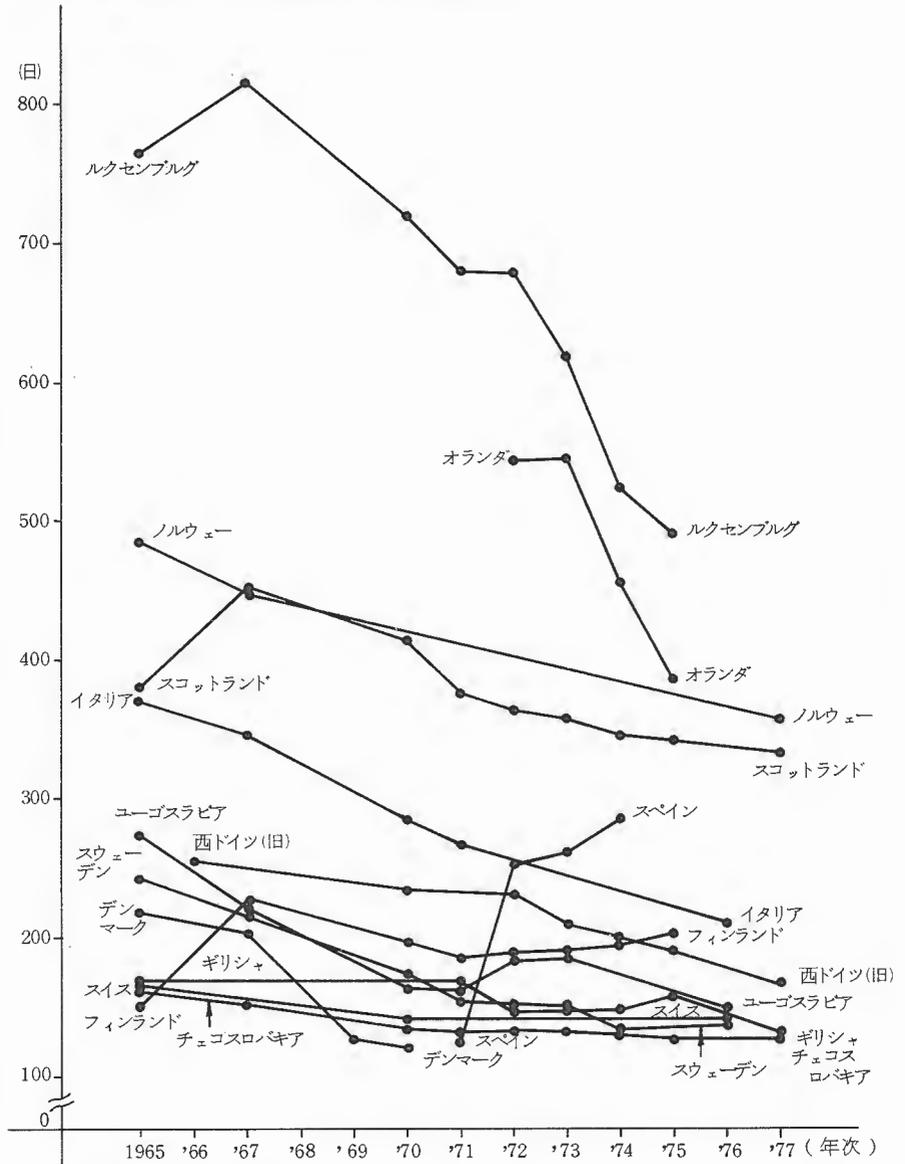
(WHO1982年による)

国	精神病院入院		総合病院入院	
	入院数	人口1万対	入院数	人口1万対
オーストラリア	45,177	60.2	9,109	12.1
ベルギー	45,839	46.5	12,546	12.7
ブルガリア	40,148	45.3	1,022	1.2
チェコスロバキア	46,715	30.4	25,692	16.1
デンマーク	22,330	43.9	17,878	35.1
フィンランド	36,576	76.7	NA	NA
東ドイツ(旧)	49,302	29.5	NA	NA
西ドイツ(旧)	275,933	44.9	26,900	44
ギリシャ	24,268	25.3	NA	NA
ハンガリー	87,930	82.2	NA	NA
アイスランド	850	37.1	948	41.4
アイルランド	22,404	66.5	4,954	13.8
イタリア	94,473	16.5	30,596	5.3
ルクセンブルク	1,235	30.9	1,550	38.8
マルタ	72	24.3	222	7.4
オランダ	20,926	14.8	7,185	5.1
ノルウェー	10,835	26.4	6,546	16.0
ポーランド	125,832	35.4	18,341	5.2
ポルトガル	12,888	13.1	NA	NA
スペイン	67,312	17.9	23,745	6.3
スウェーデン	58,000	69.7	55,000	66.
スイス	18,742	29.5	NA	NA
トルコ	10,312	2.3	NA	NA
連合王国	151,514	35.6	64,376	7.7
アメリカ*	503,859	21.7	935,578	40.1
ユーゴスラビア(旧)	31,200	14.1	948	0.4

NA=不明

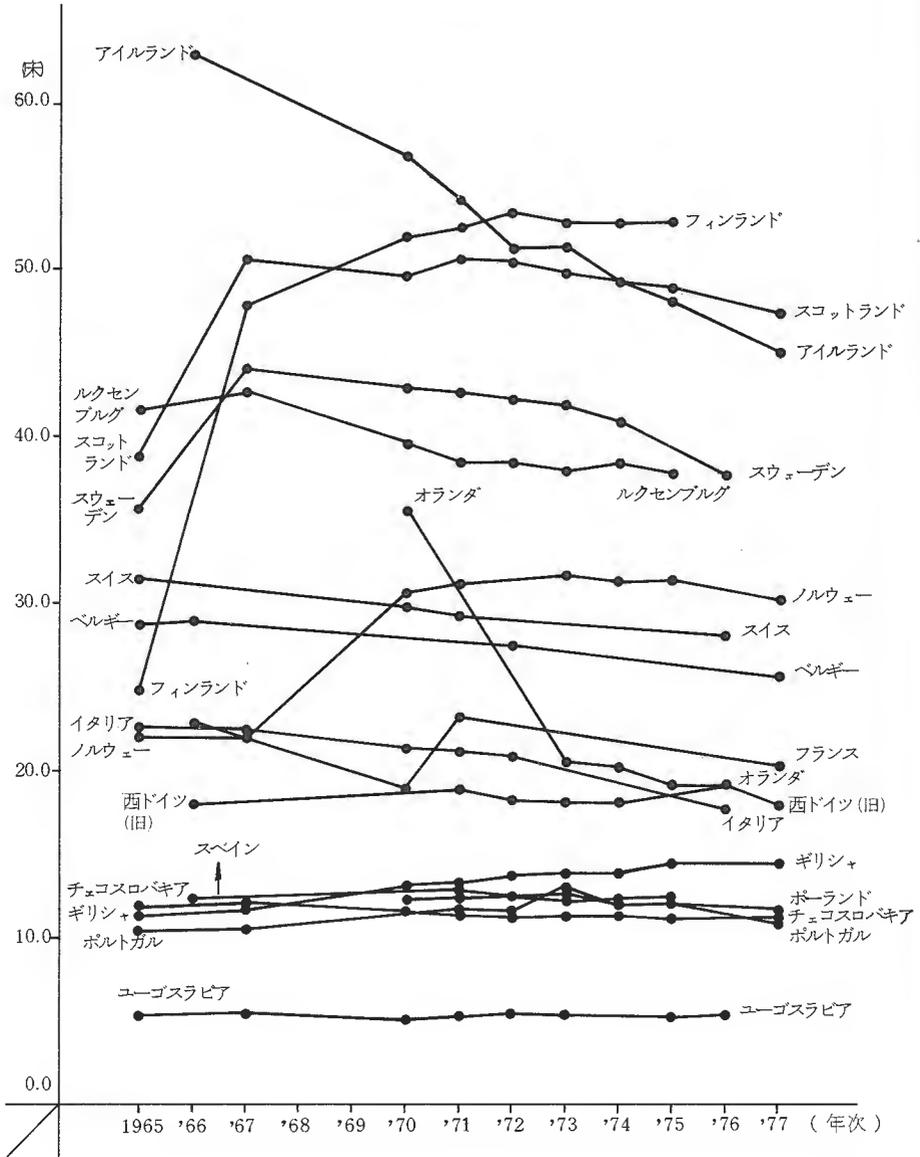
*:1986年

図オ 精神病院の平均在院日数の年次推移



注 平均在院日数の算定方式は、国によって異なるといわれており、比較に当たっては注意が必要である。

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推し進め、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、古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あるわけでは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 (旧) 西ドイツ

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

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

d イタリア

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

e スウェーデン

精神病床数が人口1万に対して35.4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老齡化がすすみ、老年期精神障害者の増加にともない入院患者数や病床数は増えてきた。他方、脱入院化政策をとり、患者はナーシングホームや家庭などへ移すよう試みられている。

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

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40.1床であり、減少する傾向はみられない。全国を21区域に分け、それぞれに1カ所の基幹精神病院および数カ所の精神病院や精神衛生センターがある。精神衛生センターでは、デイ・ホスピタルやナイト・ホスピタル、ホステル、ホーム・ケアなどの地域ケアによって患者の社会復帰を推し進めている。

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。老齡化した慢性精神障害者は精神科ナーシングホームへ移されるため、平均在院日数は減少傾向にある。総合病院に200~400床規模の精神病院を併設してきたが、1973年以降の財

政悪化のため経済的負担の少ない方法が求められ、デイ・ホスピタルや外来サービスの強化や精神病床の減少、総合病院と精神病院の連携が進められている。

j ベルギー

1974年に精神病院の再編成及び地域での外来サービス確立のために新しい法律がつくられた。その内容は、1) 総合病院で短期急性期治療を行う病床は人口1万対1.5を最大とする、2) 精神病院で社会的リハビリテーションを行う病床は人口1万対9.0を最大とする、3) 長期的なリハビリテーション病床は人口1万対10.0を最大とする、である。さらに、1975年には外来精神保健サービスの開発のために人口5万人につき1カ所の外来サービス部門が企てられ、それは患者治療でなく地域精神健康の増進も志向される。

4. (旧) 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。

ここでもアルコール依存に対する対策が重要課題であり、ディスパンセルと精神病院のほかにアルコール依存者の矯正施設がある。最も注目をひくのは患者の登録制度であり、精神障害のみならずあらゆる疾病が登録され、精神分裂病のように長期にわたるものから神経症のように短期間のものまでがある。患者の住民移動とともにカルテがディスパンセル間を移動するという徹底し

たもので、ソ連ならではという感が強い。精神障害者の登録は人口の8%に達し、そのうち5%がアルコール依存症だという。

5. 発展途上国の精神保健

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1万対7.3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2.3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1.2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2.9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施設を超えるといわれている。私宅監置はないが、韓国に特徴的なクランを中心に施設がつくられている。これにもいろいろな段階があるといわれる。

ベトナムは精神保健に力を入れ、人口1万対0.8床あり、100カ所の精神科デイスパンセルが主な市や県にあつて地域医療を行っているという。

1991年2月には、WHO 西太平洋事務局（WPRO）による第4回精神保健計画地域調整会議が開催され、地域の精神保健に関する公衆衛生的アプローチ等について、提言が行われた。

6. むすび

以上 WHO の精神保健計画、先進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。先進国が多数の精神病床を持った上で、そこから地域精神医療を充実する努力を重ねているのに対し、途上国は、多額の費用を要する精神病院の増加が困難なため、地域精神科医療からすすめている。両者が全く異なる条件にありながら、同じ方向をとるようになったことは、急激な精神科病床の増加を行ってきたわが国の今後の精神保健の方向づけが、地域精神医療の充実にあることを示すものである。

精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則

適用

これらの原則は障害、人種、皮膚の色、性、言語、宗教、政治的若しくはその他の意見、国、民族若しくは社会的出自、法的若しくは社会的身分、年齢、財産又は出生によるいかなる差別もなく適用される。

定義

この原則において

「弁護士 (counsel)」とは法的又はその他の資格をもつ代理人を意味し、

「独立機関 (Independent authority)」とは国内法に規定された、権限を有する独立の機関を意味し、「メンタルヘルスケア (mental health care)」とは人の精神状態の検査及び診断、精神疾患又は精神疾患の疑いのある者の治療、ケア、リハビリテーションを含み、

「精神保健施設 (mental health facility)」とはメンタルヘルスケアの提供を主たる目的とする施設又は施設の1ユニットを意味し、

「精神保健従事者 (mental health practitioner)」とは医師、臨床心理士、看護者、ソーシャルワーカーその他のメンタルヘルスケアに関連する特別な技能について適切な研修を受け、資格を付与された者を意味し、

「患者 (patient)」とはメンタルヘルスケアを受けている者を意味し、精神保健施設に入所しているすべての人を含み、

「個人的代理人 (personal representative)」とは特定の事項に関して患者の利益を代理し、又は患者に代わって特定の権利を行使する義務を法によって課せられた者を意味し、国内法によって別に規定されていない限りにおいて未成年者に対する親又は法的後見人を含み、

「審査機関 (the review body)」とは精神保健施設への非自発的入院及び退院制限について、原則17に基づいて審査を行うために設置された機関を意味する。

一般的制限条項

以下の原則に定められた権利の行使は、法律によって規定され、かつ、本人若しくは他の者の健康又は安全を保護し、又は公共の安全、秩序、健康、道徳若しくは他の者の基本的な権利及び自由を保護するために必要とされる制限のみを受ける。

原則1：基本的自由と権利

- 1 すべての人は、可能な最善のメンタルヘルスケアを受ける権利を有する。こうしたメンタルヘルスケアは保健及び社会ケアシステムの一部を成す。
- 2 精神疾患を有する者、又は精神疾患を有する者として処遇を受ける者はすべて、人道的に、かつ、生まれながらにして持つ人間としての尊厳を尊重されつつ処遇される。
- 3 精神疾患を有する者、又は精神疾患を有する者として処遇を受ける者はすべて、経済的、性的、及びその他の形態の搾取、身体的又はその他の虐待並びに、品位を傷つける

処遇から保護される権利を有する。

- 4 精神疾患を理由とする差別はあってはならない。「差別」とは、権利の平等な享受を無効又は毀損する効果を持つあらゆる区別、排除、又は選別を意味する。精神疾患を有する者の権利の保護、又は改善の確保を専らその目的とする特別な手段は、差別的と見なされてはならない。この諸原則の規定に従って採用され、精神疾患を有する者やその他の者の人権を守るために必要とされる区別、排除、又は選別は、差別に含まれない。
- 5 精神疾患を有する者はすべて、世界人権宣言、経済的・社会的及び文化的諸権利に関する国際規約、市民的及び政治的権利に関する国際規約、障害者の権利宣言、並びにあらゆる形態の抑留又は拘禁の下にあるすべての者を保護するための原則など、関連する文書に認められているあらゆる市民的、政治的、経済的、社会的及び文化的権利を行使する権利を有する。
- 6 精神疾患のために法的能力を欠くという決定、及び法的能力を欠くために個人的代理人が指名されるという決定はすべて、国内法が規定する独立かつ公平な裁定機関(tribunal)による公正な聴聞を経てなされる。能力の有無が問題とされている者は、弁護人によって代理される権利を有する。能力の有無が問題とされている者が、自らそのような代理を確保できない場合は、その者にそれを支弁する資力が無い範囲において、無償で代理を利用することができる。当該弁護人は、裁定機関が利益の衝突がないと認めない限り、同一の手続きにおいて精神保健施設又はその職員を代理し、同一の手続きにおいて能力の有無が問題とされている者の家族を代理することはできない。能力の有無及び個人的代理人の必要性に関する決定は、国内法が定める合理的な間隔で再検討される。能力の有無が問題とされている者、個人的代理人が指名されている場合にはその代理人、及び他のすべての利害関係者は、この問題に関するいかなる決定に対しても上級裁判所に上訴する権利を有する。
- 7 裁判所又は権限を有する他の裁定機関が、精神疾患を有する者が自己に関する諸事を管理する能力を欠くと判断する場合には、その者の状態に照らして必要かつ適切な範囲において、その者の利益の保護を保証する手段が講じられる。

原則 2：未成年者の保護

この諸原則の目的及び未成年者の保護に関する国内法の主旨の範囲内で、未成年者の権利の保護のために必要な場合には、家族以外の個人的代理人の指名を含む、特別な配慮が成される。

原則 3：地域社会における生活

精神疾患を有するすべての者は、可能な限り地域社会に住み、及びそこで働く権利を有する。

原則 4：精神疾患を有することの判定

- 1 精神疾患を有するという判定は、国際的に認められた医学的基準による。
- 2 精神疾患を有するという判定は、政治的、経済的若しくは社会的地位、文化的、人種の若しくは宗教的集団に所属すること又は直接精神状態に関係しない他の何らかの事由

に基づいてはなされてはならない。

- 3 家族若しくは職業上の葛藤又は所属する地域社会において支配的な道徳的、社会的、文化的、政治的価値観若しくは宗教的信条との不一致は、精神疾患を診断する際の決定要因とされてはならない。
- 4 患者として過去に治療を受け、又は入院したことは、その事自体で、その者が現在又は将来、精神疾患を有するといういかなる判断も正当化するものではない。
- 5 何人も、又はいかなる公的機関も、精神疾患又は精神疾患の結果生じた事柄に直接関連する目的以外で、人を精神疾患を有する者として類別し、あるいはその者が精神疾患を有することを指摘するものではない。

原則 5：医学的診察

何人も、国内法で定められた手続きによる場合を除き、精神疾患を有するか否かを判断するために医学的診察を強制されない。

原則 6：秘密の保持

この諸原則が適用されるすべての人に関して、情報を秘密にする権利は尊重される。

原則 7：地域社会と文化の役割

- 1 すべての患者は、可能な限り自己の居住する地域社会において治療及びケアを受ける権利を有する。
- 2 精神保健施設内で治療が行われる場合、患者は、可能な場合は常に、自己の居住する場所又は家族、友人の居住する場所の近くで治療を受ける権利を有し、及び可能な限り速やかに地域社会に戻る権利を有する。
- 3 すべての患者は、自己の文化的背景に適した治療を受ける権利を有する。

原則 8：ケアの基準

- 1 すべての患者は、自己の健康上の必要性に照らして適切な保健医療的及び社会的ケアを受ける権利を有し、他の疾患を持つ者と同じ基準に即したケア及び治療を受ける権利を有する。
- 2 すべての患者は、不適切な薬物療法による危害、他の患者、職員、若しくは他の者による虐待、又は精神的苦痛若しくは身体的不快感を惹き起こすその他の行為から保護される権利を有する。

原則 9：治療

- 1 全ての患者は、最も制限の少ない環境下で、かつ、患者の保健上の必要性と他の人の身体的安全の保護の必要性に照らして適切な、最も制限が少ない、あるいは最も侵襲的でない治療を受ける権利を有する。
- 2 すべての患者の治療及びケアは、個別的に立案された治療計画に基づいて行われなければならない。その治療計画は患者と検討され、定期的に見直され、必要に応じて変更され、資格のある専門職員によって作成される。
- 3 メンタルヘルスケアは、常に、国連総会で採択された医療倫理原則などの国際的に承認された基準を含む、精神保健従事者に適用される倫理規範に即して提供される。精神

保健の知識及び技術は濫用されてはならない。

- 4 すべての患者の治療は、患者の自律性を保持及び増進させる方向でなされる。

原則10：薬物投与

- 1 薬物投与は患者の健康上の最善の必要性を満たすために行われ、治療又は診断上の目的でのみ行われるものであって、懲罰や他の人の便宜のためになされてはならない。原則11条第15項の規定に従い、精神保健従事者は、効能がすでに知られているか、又は実証されている薬物のみを処方する。
- 2 あらゆる薬物投与は、法によってその権限を付与された精神保健従事者によって処方され、患者の診療録に記録される。

原則11：治療への同意

- 1 以下の第6、7、8、13及び15項に規定されている場合を除き、患者のインフォームドコンセントなしには、いかなる治療も行われぬ。
- 2 インフォームドコンセントとは、患者の理解しうる方法と言語によって、以下の情報を、十分に、かつ、患者に理解できるように伝達した後、患者の自由意志により、脅迫又は不当な誘導なしに得られた同意をいう。
 - a) 診断上の評価
 - b) 提案されている治療の目的、方法、予測される期間及び期待される効果
 - c) より侵襲性の少ない方法を含む他に考えられる治療法
 - d) 提案されている治療において考えられる苦痛、不快、危険及び副作用
- 3 患者は同意する手続きの間、患者の選んだ一人又は複数の人の同席を要求することができる。
- 4 第6、7、8、13及び15項に規定されている場合を除き、患者は治療を拒否し、又は中止させる権利を有する。治療の拒否あるいは中止によって生じる結果については、患者に説明される。
- 5 患者はインフォームドコンセントの権利を放棄するよう勧められたり誘導されたりしてはならない。患者がそれを放棄しようとする場合には、インフォームドコンセントなしには治療は行うことができないことが説明される。
- 6 第7、8、12、13、14及び15項に規定されている場合を除き、以下の条件がすべて満たされれば、患者のインフォームドコンセントがなくても、提案された治療計画を実施することができる。
 - a) 患者が、その時点で、非自発的患者であり、
 - b) 独立した機関が、上記第2項に規定した情報を含む、関連するすべての情報を得た上で、その時点で患者が提案された治療計画にインフォームドコンセントを与え、若しくは拒絶する能力を欠くと判断し、又は国内法が規定する場合は、患者自身の安全又は他の人の安全を考慮すると、患者が不当にインフォームドコンセントを拒絶していると判断し、かつ
 - c) 独立機関が、提案された治療計画が患者の健康上の必要に照らして最善の利益であ

ると判断する場合。

- 7 第6項は、法より患者に代わって治療に同意する権限を与えられた個人的代理人がいる患者に適用されない。ただし、以下の第12、13、14及び15項に規定されている場合を除き、このような患者については、上記第2項に示した情報を与えられた個人的代理人が代わって同意する場合には、患者のインフォームドコンセントなしに行われうる。
- 8 第12、13、14、及び15項に規定されている場合を除き、法によって権限を与えられた資格のある精神保健従事者が、患者自身又は他の人に対する即時の又は切迫した危害を防ぐために必要だと判断した場合、インフォームドコンセントのない、いかなる患者に対しても治療を行うことができる。この場合の治療は、この目的のために厳密に必要とされる期間を超えて行われるものではない。
- 9 患者のインフォームドコンセントなしに治療を行う権限が与えられているいかなる場合においても、患者に対して治療の性質、可能なあらゆる代替治療について情報を与え、及び可能な限り治療計画の進展に患者を関与させるよう、あらゆる努力が払われる。
- 10 すべての治療は、それが患者の自発的な意思によるものか、非自発的なものかを記した上で、患者の診療録に直ちに記録される。
- 11 患者の身体的拘束又は非自発的な隔離は、精神保健施設に関して公的に認められた手続きに従い、かつ、それが患者若しくは他の人に対する即時の又は切迫した危害を防ぐために唯一の可能な手段である場合を除いては、行ってはならない。これは、その目的のために厳密に必要とされる期間を超えて行われてはならない。身体的拘束又は非自発的隔離が行われた場合はすべて、その理由及びその性質と程度が患者の診療録に記載される。拘束され、又は隔離された患者は、人道的な環境下に置かれ、資格のある職員によるケア及び入念な定期的監督下に置かれる。患者の個人的代理人が存在し、かつ、ふさわしい者であれば、患者の身体的拘束又は非自発的隔離について、その代理人に対して迅速な通知がなされる。
- 12 不妊手術は精神疾患の治療としては行われてはならない。
- 13 精神疾患を有する者に対する重大な内科的治療又は外科的治療は、国内法が認め、それが患者の健康上の必要性に最も適しており、かつ、患者がインフォームドコンセントを与えた場合に限り行うことができる。患者にインフォームドコンセントを与える能力がない場合において、独立した審査の結果、その治療が認められた場合はこの限りではない。
- 14 精神疾患に対する精神外科手術及び他の侵襲的かつ不可逆の治療は、精神保健施設に入院中の非自発的患者に行ってはならない。国内法がその実施を認めている範囲内で、患者がインフォームドコンセントを与え、外部の独立した機関がそのインフォームドコンセントが真に有効なものであり、かつ、その治療が患者の健康上の必要性に最善のものであると認めた場合に限り、それ以外の患者に実施することができる。
- 15 臨床治療及び実験的な治療は、インフォームドコンセントを与えない患者には行ってはならない。インフォームドコンセントを与える能力を欠く患者については、この目的

のために特別に設置された、権限を有する独立した審査機関が承認を与えた場合に限り、臨床試験や実験的治療を行うことができる。

- 16 第6, 7, 8, 13, 14及び15項に規定された場合において、患者若しくはその個人的代理人又は他の利害関係は誰でも、その治療に関して、裁判所又は他の独立機関に訴えを起こす権利を有する。

原則12：権利の告知

- 1 精神保健施設内の患者は、入院後可能な限り速やかに、本諸原則及び国内法に規定されたすべての権利について、患者が理解できる方式で、理解できる言語によって告知を受ける。告知される情報には、これらの権利に関する説明及び権利を行使する方法が含まれる。
- 2 患者がこのような情報を理解できない場合には、理解できるようになるまでの間、患者の権利は、その個人的代理人が存在し、かつ、それが適切であるならばその個人的代理人及び患者の利益を最もよく代理することができ、かつ代理する意志のある個人又は複数の個人に伝達される。
- 3 必要な能力を有する患者は、自分に代わって告知を受ける者及び自己の利益を施設管理者に対して代理する者を指名する権利を有する。

原則13：精神保健施設における権利と条件

- 1 精神保健施設内のすべての患者は、特に以下の事項について、最大限の尊重を受ける権利を有する。
 - a) どこにおいても、法の下的人格として承認されること
 - b) プライバシー
 - c) コミュニケーションの自由。これには施設内の他の人とのコミュニケーションの自由、検閲を受けることなく個人的通信を発受する自由、弁護士又は個人的代理人からの訪問を個人的に受け入れ、その他の訪問者の場合には、適切な時間であればいつでも受け入れる自由、及び郵便、電話サービス、並びに新聞、ラジオ、テレビを使用する自由を含む。
 - d) 宗教又は信仰の自由
- 2 精神保健施設内の環境及び生活状況は同年齢の人の通常の生活にできる限り近いものでなければならず、特に以下の条件を含まなければならない。
 - a) レクリエーション、レジャー用施設
 - b) 教育施設
 - c) 日常生活、レクリエーション及びコミュニケーションに必要な物品を購入し、又は受領するための施設
 - d) 患者の社会的及び文化的背景にふさわしい積極的な活動に参加するための、並びに地域社会への復帰を促進する適切な職業的リハビリテーションの手段とするための施設。並びにそれらの施設を利用するよう奨励されること。これらの手段には、患者が地域社会において、雇用を確保又は維持するための職業ガイダンス、職業訓練及び

就職紹介などが含まれる。

- 3 いかなる状況においても、患者は強制労働に従事させられてはならない。患者の必要及び施設運用上の必要に適合する範囲で、患者は自己の希望する種類の仕事を選択することができる。
- 4 精神保健施設内における患者の労働は搾取されてはならない。すべての患者は、国内法や慣習に従って、従事したいかなる労働に対しても、患者でない者が同じ労働をした場合に得られるのと同じ報酬を受け取る権利を有する。すべての患者はいずれの場合も、患者の働きに対して精神保健施設が受け取る報酬の中から正当な取り分を受け取る権利を有する。

原則14：精神保健施設のための資源

- 1 精神保健施設では他の保健施設と同じ水準の資源、特に以下の資源を備えるものとする。
 - a) 十分な数の、資格を有する医学その他の適当な専門技能を持つ職員並びにそれぞれの患者にプライバシー及び適切で積極的な治療プログラムを提供するのに十分な広さ
 - b) 患者の診断及び治療機器
 - c) 適切な専門的ケア
 - d) 薬物投与を含む適切で、定期的かつ包括的な治療
- 2 すべての精神保健施設は、患者の状況及び治療、ケアが、この諸原則に適合するかどうかを確認するために、権限を持つ公的機関により、十分な頻度で監査を受ける。

原則15：入院の原則

- 1 精神保健施設で治療を受ける必要がある場合、非自発的入院を避けるよう、あらゆる努力が払われる。
- 2 精神保健施設へのアクセスは、他の疾患に関する他の施設へのアクセスと同様に行われる。
- 3 非自発的に入院したのではないすべての患者は、原則16に規定する非自発的入院患者として退院を制限する基準が満たされない限り、いつでも精神保健施設から退去する権利を有し、患者にはこの権利が告知される。

原則16：非自発的入院

- 1 患者として非自発的に精神保健施設に入院し、又は、既に患者として自発的に精神保健施設に入院した後、非自発的入院患者として退院制限されるのは、この目的のために法律によって権限を与えられた資格を有する精神保健従事者が、原則4に従って、その記者が精神疾患を有しており、かつ、以下のように判断する場合に限られる。
 - (a) その精神疾患のために、即時の又は切迫した自己若しくは他の人への危害が及ぶ可能性が大きいこと、又は
 - (b) 精神疾患が重篤であり、判断力が阻害されている場合、その者を入院させず、又は入院を継続させなければ、深刻な状態の悪化が起こる見込みがあり、最少規制の代替

原則に従って、精神保健施設に入院させることによるのみ得られる適切な治療が妨げられること。

(b)の場合、可能な場合には、第一の精神保健従事者とは独立した第二の精神保健従事者の診察を求めるべきである。こうした診察が行われた場合、第二の精神保健従事者が同意しなければ、非自発的入院、又は退院制限を行うことはできない。

2 非自発的入院又は退院制限は、当初は、審査機関による非自発的入院又は退院制限に関する審査を待つ間の、観察及び予備的な治療を行うための、国内法の定める短い期間に限られる。入院の理由は遅滞なく患者に伝えられる。入院の事実及びその理由は、審査機関、患者の個人的代理人が指名されていればその個人的代理人及び患者が拒否しなければその家族に対して、迅速かつ詳細に伝達される。

3 精神保健施設は、国内法で規定されている権限を有する公的機関によって、非自発的入院を受け入れるよう指定されている場合に限り、非自発的入院を受け入れることができる。

原則17：審査機関

1 審査機関は司法的又はその他の独立し、公正な機関で、国内法によって設置され、国内法によって定められた手続きによって機能する。審査機関は、その決定を行うに際し、一人以上の、資格のある、独立した精神保健従事者の意見を求め、その助言を勧案する。

2 原則16第2項の要求するところに従い、非自発的的患者としての入院又は退院制限の決定に関する審査機関の最初の審査は、入院又は退院制限の決定後可能な限り速やかに実施され、国内法によって規定されている簡単かつ迅速な手続きに従って行われる。

3 審査機関は、国内法で規定されている合理的な間隔において、非自発的の患者の事例を定期的に審査する。

4 非自発的の患者は、国内法によって規定されている合理的な間隔において、審査機関に対し、退院又は自発的の患者となるための審査を請求できる。

5 いずれの審査においても、審査機関は、原則16第1項に規定されている非自発的入院の基準が依然として満たされていないならば、当該患者は非自発的の患者としての立場から解放されなければならない。

6 患者の治療に責任を持つ精神保健従事者が、当該患者の状態がもはや非自発的の患者として退院制限すべき状態ではないと判断した場合には、その患者を非自発的の患者として処遇することを止めるよう指示する。

7 患者若しくはその個人的代理人又はその他の利害関係者は、当該患者を精神保健施設に入院させ、又は退院制限をする決定に対して、上級裁判所に訴える権利を持つ。

原則18：手続き的保障

1 患者は不服申立て又は訴えにおける代理を含む事項について、患者を代理する弁護人を選任し、指名する権利を有する。もし、患者がこのようなサービスを得られない場合には、患者がそれを支弁する資力が無い範囲において、無償で弁護人を利用することができる。

- 2 患者は必要な場合は通訳のサービスの援助を受ける権利を有する。このサービスが必要であり、患者がそれを得られない場合、患者がそれを支弁する資力が無い範囲において、無償でこのサービスを利用することができる。
- 3 患者及び患者の弁護人はいかなる聴聞においても、独立した精神保健報告及びその他の報告書並びに、証言、書証その他の関連性を有し、許容され得る証拠を要求し、並びに提出することができる。
- 4 提出される患者の記録並びにすべての報告書及び文書の写しは、患者に開示することが患者の健康に重大な害を及ぼし、又は他の人の安全に危険を及ぼすと判断される特別な場合を除いて、患者及び患者の弁護人に与えられる。国内法の規定に従い、患者に与えられない文書は、それが秘密裡に行いうる場合は、患者の個人的代理人及び弁護人に提供される。文書の一部が患者に開示されない場合は、患者又は患者の弁護人が存在する場合はその弁護人に、差し止めの事実及びその理由が通知され、かつ、司法的審査が行われる。
- 5 患者並びに患者の個人的代理人、及び弁護人は、いかなる聴聞においても、これに出席し、参加し、個人的に聴聞を受ける権利がある。
- 6 患者又は患者の個人的代理人若しくは弁護人が、特定の人物の聴聞への出席を求めた場合、その者の出席が患者の健康に重大な害を及ぼし、又は他の人の安全に危険を及ぼす可能性があるとして判断される場合を除いて、その者の出席は認められる。
- 7 聴聞又はその一部が公開されるか若しくは非公開にされるか、及びその結果を公に報じうるか否かの決定に際しては、患者自身の希望、患者及び他の人のプライバシー保護の必要性並びに患者の健康に重大な害を及ぼすことを防ぎ、他の人に危険を及ぼすことを避ける必要性について十分な考慮が払われる。
- 8 聴聞の結果得られた決定とその理由は文書によって示される。その写しは患者並びに患者の個人的代理人及び弁護人に与えられる。結論の全部又は一部を公表するか否かの決定に際しては、患者自身の希望、患者及び他の人のプライバシー保護の必要性、司法手続きの公開による公共の利益並びに患者の健康に重大な害を及ぼすことを避け、又は他の人の危険を及ぼすことを避ける必要性について、十分な考慮が払われる。

原則19：情報へのアクセス

- 1 患者（この原則においては以前患者であった者も含む）は、精神保健施設内に保存されている患者の健康及び個人記録のうち、当該患者に関する情報に接する権利を有する。この権利は、患者の健康に重大な害を及ぼすことを防ぎ、又は他の人の安全に危険を及ぼすことを防ぐために制限されうる。国内法は、患者に開示されない情報は、それが秘密裡に行い得る場合は、患者の個人的代理人及び弁護人に与えられるべきことを規定することができる。どのような情報も、患者に提供されない場合には、患者又は患者の弁護人がいる場合にはその弁護人に、差し止めの事実及びその理由が通知され、かつ、司法的審査が行われる。

- 2 患者又は患者の個人的代理人、若しくは弁護人の文書によるいかなる意見も、要求があれば、患者のファイルに加えられる。

原則20：刑事犯罪者

- 1 この原則は、刑事犯罪のために自由刑に服している者又は刑事訴訟若しくは捜査のために拘留されている者で、精神疾患があると判断され、又はその可能性があると思われている者にも適用される。
- 2 このような者はすべて、原則1に示したように最も有効なメンタルヘルスケアを享受すべきである。この諸原則は、こうした事情の下で必要な最小限の修正と例外を除いて、可能な限り最大限に適用されなければならない。この修正と例外は原則1第5項に挙げた諸文書による個人の権利を侵害するものではない。
- 3 国内法は、裁判所又は権限を有する他の公的機関が、的確な独立した医学的な助言に従って、このような者が精神保健施設に入院できるよう命じることを規定できる。
- 4 精神疾患であると判断された者の治療は、いかなる場合も原則11に則する。

原則21：不服

患者及び以前患者であった者はすべて、国内法によって定められた手続きによって不服申立てをする権利を有する。

原則22：監督と救済

各国は、この諸原則の実現のために、精神保健施設の監査、不服申立ての受理、調査、解決及び職業上の適法行為又は患者の権利の侵害に対する適切な懲戒若しくは司法手続きのために、適当な制度を確保する。

原則23：実施

- 1 各国は、適切な立法、司法、行政、教育及びその他の適切な措置を通じてこの諸原則を実現すべきであり、これらの措置は定期的な見直しを受ける。
- 2 各国は、適切で積極的な手段によって、この諸原則を周知させるものとする。

原則24：精神保健施設に関する諸原則の範囲

この諸原則は、精神保健施設に入院しているすべての者に適用される。

原則25：既得権の留保

この諸原則が権利を認めていない、又は規定された範囲においてのみ認めているにすぎないという理由によって、適用可能な国際法又は国内法によって認められている権利を含む、患者の既得の権利が制限され、又は損なわれることはない。

【訳者による索引】

個人的代理人：定義。原則1第6項、原則2、原則11第7項、同第11項、同第16項、原則12第2項、原則13第1項、原則16第2項、原則17第7項、原則18第4項、同第5項、同第6項、同第8項、原則19第2項

審査機関：定義。原則11第15項、原則16第2項、原則17第1項、同第2項、号第3項、同第4項、同第6項

独立機関：定義。原則11項第6項、同第16項

裁定機関：原則1第6項，同第7項

弁護人：定義。原則1第6項，原則13第1項，原則18第1項，同第3項，同第4項，同第5項，同第6項，同第8項

精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの進歩のための 諸原則本文への序文

- 1 精神疾患を有する者の治療に対する国際的な関心が、近年、増大してきている。国際連合は長年にわたって、その人権がしばしば制限される障害者の保護に関心を払ってきた。精神疾患を有する者は、特に傷つきやすく、特別の保護を必要としている。国際人権規約に則ってこうした者の権利を明確に定義し、確立することが肝要である。
- 2 科学と技術の進展は、生活状況をよりよいものにする機会を増大させている。しかしながら、科学技術は社会問題を助長する可能性を持っており、基本的な自由や人権への脅威ともなりうる。同様に、医療や心理療法の技術は、個人の身体的、知的高潔さへの脅威となりうる。
- 3 科学や技術が生み出した産物や方法が誤った目的のために使われている、特に精神疾患のために強制入院させられている人々の治療手段として誤って用いられているという気がかりな報告が行われてきた。
- 4 独立した公平な機関へのアクセスの方法に関する規定を含め、精神保健法に定められた方法は、患者の自由にとって決定的に重要なものであり、患者の人権と法的権利はあらゆる手段を講じて保護されねばならない。
- 5 この諸原則は患者の施設への入院、強制収容、治療、地域社会への退院とリハビリテーションに関連する、あらゆる法的、医学的、社会的、道徳的問題をカバーしようとするものではない。国際社会における法的、医学的、社会的、経済的、地勢学的状況のきわめて変化に富んだ状況を勘案すれば、この諸原則が、あらゆる国であらゆる時代に直ちに適応されうべきものではないことは明らかである。
- 6 この諸原則は、精神疾患を有する者の保護、及びメンタルヘルスケアの進歩に関するものである。特に、精神疾患のために、精神保健施設に非自発的に入院している少数の患者に焦点を置いている。精神疾患を有し、治療を受けている者の大部分は病院に入院していない。少数が入院し、その大部分は自発的な入院である。ごく少数が非自発的な入院を必要としている。精神疾患に侵された者のケア、支援、治療、リハビリテーションのための施設は、可能な限り、患者の住む地域社会に置かれるべきである。したがって、精神保健施設への入院は、そうした地域社会の施設が不適切であるか、得られない場合に限って行われるべきである。より多くの、より拘束の少ない、代替精神保健サービスを得ることができるような資源を準備することが、この諸原則の適用を、よりたやすいものにすることを確実にする助けとなるであろう。
- 7 精神疾患を有する者を虐待から守り、精神疾患であるというレッテルが人の権利を不当に制限する口実とされないように保障することは重要なことであるが、精神疾患を有

する者が見捨てられることを防ぎ、ケアと治療の必要性、特に地域社会に統合された人々のケアと治療の必要性が満たされることを保障することも同様に重要である。

- 8 この諸原則はとりわけ、各国政府、専門的な機関、国内団体、地域内団体、国際団体、許可された非政府団体 (NGOs)、及び個人の手引となり、この諸原則を採用し、これらを適用していく上の経済的あるいはその他の現実的困難に打ち勝つための不断の努力を推奨することを目指している。なぜなら、これらの原則は、精神疾患を有する者の基本的な自由と人権と法的権利を保護するための、国際連合の最低限の基準だからである。
- 9 したがって、各国政府は、必要なら、国内法をこの諸原則に合わせるよう考慮すべきであり、新しい関連法規を定める場合にはこの諸原則に沿う規定を採用すべきである。この諸原則は患者を保護するための国際連合の最低限の基準である。

第6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保健法であるが、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。

(社会福祉事業) ……精神保健法に規定する精神障害者社会復帰施設を経営する事業が第二種社会福祉事業に位置付けられている。

(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授護、育成又は更生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。

3年6月1日現在郡部338, 市843, 町村3, 計1,184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。

3年10月1日現在 公営50, 私営123, 計173か所が設置されている。

昭和63年4月現在入所者のうち6,575名(42.2%)が精神障害を有する。

(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。

3年10月1日現在 公営7, 私営10, 計17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、その自立を助長することを目的とする施設である。

3年10月現在 公営53、私営22、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、社会学的及び精神保健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。
- (5) 児童を児童福祉施設に入所させること（都道府県の権限の委任）なお、4年5月1日現在172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、又は保護者のもとから通わせて、その情緒障害をなおすことを目的とする施設である。3年9月1日現在13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、同法に定める老人福祉施設には次の施設がある。

(養護老人ホーム) ……65歳以上の者であって、身体上若しくは、精神上又は環境上の理由及び経済的理由により居宅において養護を受けることが困難なものを入所させ、養護することを目的とする施設である。3年10月1日現在 947か所が設置されている。

(特別養護老人ホーム) ……65歳以上の者であって、身体上又は精神上著しい障害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入所させ、養護することを目的とする施設である。3年10月1日現在、2,403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、老人に関する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。

3年10月1日現在、2,080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、法律第5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。

3年10月1日現在、1,066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。

3年10月1日現在、620か所が設置されている。

(精神薄弱者通勤寮) ……就労している精神薄弱者に対し、居室

その他の設備を利用させるとともに、
独立自活に必要な助言及び指導を行う
ことを目的とする施設である。

平成3年10月1日現在、109か所が設置
されている。

(精神薄弱者福祉ホーム) ……低額な料金で、現に居住を求めている
精神薄弱者に対し、居室その他の設備
を利用させるとともに、日常生活に必
要な便宜を供与することを目的とする
施設である。

平成3年10月1日現在、49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
るようになっている。

平成4年度には、障害認定の診断書の様式が変更された。

ア. 国民年金法

国民年金に加入している期間中に、障害特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1級障
害で906,600円、2級障害で725,300円(平成4年度年額)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544,000円（平成4年度年額）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、2年5月1日現在国立43、公立712、私立14、計769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、社会生活に適應させるため、職業の補導、適当な訓練及び医療を授ける施設であり、2年8月末現在4か所が設置されている。

4. 労働省関係

障害者の雇用の促進等に関する法律に基づき、精神分裂病、そううつ病、てんかんに対する職場適応訓練が行われている。

平成4年7月1日からは、これらの者を雇用する事業主が、同法律に基づく助成金の支給の対象に加えられたところである。

資 料 編

I 障害者基本法

(昭和45年法律第84号)

目次

- 第1章 総則（第1条—第9条）
- 第2章 障害者の福祉に関する基本的施策（第10条—第26条）
- 第3章 障害の予防に関する基本的施策（第26条の2）
- 第4章 障害者施策推進協議会（第27条—第30条）

附則

第1章 総則

（目的）

第1条 この法律は、障害者のための施策に関し、基本的理念を定め、及び国、地方公共団体等の責務を明らかにするとともに、障害者のための施策の基本となる事項を定めること等により、障害者のための施策を総合的かつ計画的に推進し、もって障害者の自立と社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動への参加を促進することを目的とする。

（定義）

第2条 この法律において「障害者」とは、身体障害、精神薄弱又は精神障害（以下「障害」と総称する。）があるため、長期にわたり日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者をいう。

（基本的理念）

第3条 すべて障害者は、個人の尊厳が重んぜられ、その尊厳にふさわしい処遇を保障される権利を有するものとする。

2 すべて障害者は、社会を構成する一員として社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるものとする。

（国及び地方公共団体の責務）

第4条 国及び地方公共団体は、障害者の福祉を増進し、及び障害を予防する責務を有する。

（国民の責務）

第5条 国民は、社会連帯の理念に基づき、障害者の福祉の増進に協力するよう努めなければならない。

（自立への努力）

第6条 障害者は、その有する能力を活用することにより、進んで社会経済活動に参加するよう努めなければならない。

2 障害者の家庭にあっては、障害者の自立の促進に努めなければならない。

（障害者の日）

第6条の2 国民の間に広く障害者の福祉についての関心と理解を深めるとともに、障害

者が社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に積極的に参加する意欲を高めるため、障害者の日を設ける。

2 障害者の日は、12月9日とする。

3 国及び地方公共団体は、障害者の日の趣旨にふさわしい事業を実施するよう努めなければならない。

(施策の基本方針)

第7条 障害者の福祉に関する施策は、障害者の年齢並びに障害の種別及び程度に応じて、かつ、有機的連携の下に総合的に、策定され、及び実施されなければならない。

(障害者基本計画等)

第7条の2 政府は、障害者の福祉に関する施策及び障害の予防に関する施策の総合的かつ計画的な推進を図るため、障害者のための施策に関する基本的な計画（以下「障害者基本計画」という。）を策定しなければならない。

2 都道府県は、障害者基本計画を基本とするとともに、当該都道府県における障害者の状況等を踏まえ、当該都道府県における障害者のための施策に関する基本的な計画（以下「都道府県障害者計画」という。）を策定するように努めなければならない。

3 市町村は、障害者基本計画（都道府県障害者計画が策定されているときは、障害者基本計画及び都道府県障害者計画）を基本とするとともに、地方自治法（昭和22年法律第67号）第2条第5項の基本構想に即し、かつ、当該市町村における障害者の状況等を踏まえ、当該市町村における障害者のための施策に関する基本的な計画（以下「市町村障害者計画」という。）を策定するよう努めなければならない。

4 内閣総理大臣は、関係行政機関の長に協議するとともに、中央障害者施策推進協議会の意見を聴いて、障害者基本計画の案を作成し、閣議の決定を求めなければならない。

5 都道府県は、都道府県障害者計画を策定するに当たっては、地方障害者施策推進協議会の意見を聴かななければならない。地方障害者施策推進協議会を設置している市町村が市町村障害者計画を策定する場合においても、同様とする。

6 政府は、障害者基本計画を策定したときは、これを国会に報告するとともに、その要旨を公表しなければならない。

7 都道府県又は市町村は、都道府県障害者計画又は市町村障害者計画を策定したときは、その要旨を公表しなければならない。

8 第4項及び第6項の規定は障害者基本計画の変更について、第5項及び前項の規定は都道府県障害者計画又は市町村障害者計画の変更について準用する。

(法制上の措置等)

第8条 政府は、この法律の目的を達成するため、必要な法制上及び財政上の措置を講じなければならない。

(年次報告)

第9条 政府は、毎年、国会に、障害者のために講じた施策の概況に関する報告書を提出しなければならない。

第2章 障害者の福祉に関する基本的施策

(医療)

第10条 国及び地方公共団体は、障害者が生活機能を回復し、又は取得するために必要な医療の給付を行うよう必要な施策を講じなければならない。

2 国及び地方公共団体は、前項に規定する医療の研究及び開発を促進しなければならない。

(施設への入所、在宅障害者への支援等)

第10条の2 国及び地方公共団体は、障害者がその年齢並びに障害の種別及び程度に応じ、施設への入所又はその利用により、適切な保護、医療、生活指導その他の指導、機能回復訓練その他の訓練又は授産を受けられるよう必要な施策を講じなければならない。

2 国及び地方公共団体は、障害者の家庭を訪問する等の方法により必要な指導若しくは訓練が行われ、又は日常生活を営むのに必要な便宜が供与されるよう必要な施策を講じなければならない。

3 国及び地方公共団体は、障害者の障害を補うために必要な補装具その他の福祉用具の給付を行うよう必要な施策を講じなければならない。

4 国及び地方公共団体は、前3項に規定する指導、訓練及び福祉用具の研究及び開発を促進しなければならない。

(重度障害者の保護等)

第11条 国及び地方公共団体は、重度の障害があり、自立することの著しく困難な障害者について、終生にわたり必要な保護等を行うよう努めなければならない。

(教育)

第12条 国及び地方公共団体は、障害者がその年齢、能力並びに障害の種別及び程度に応じ、十分な教育が受けられるようにするため、教育の内容及び方法の改善及び充実を図る等必要な施策を講じなければならない。

2 国及び地方公共団体は、障害者の教育に関する調査研究及び環境の整備を促進しなければならない。

第13条 削除

(職業指導等)

第14条 国及び地方公共団体は、障害者がその能力に応じて適当な職業に従事することができるようにするため、その障害の種別、程度等に配慮した職業指導、職業訓練及び職業紹介の実施その他必要な施策を講じなければならない。

2 国及び地方公共団体は、障害者に適した職種及び職域に関する調査研究を促進しなければならない。

(雇用の促進等)

第15条 国及び地方公共団体は、障害者の雇用に促進するため、障害者に適した職種又は職域について障害者の優先雇用の施策を講じなければならない。

2 事業主は、社会連帯の理念に基づき、障害者の雇用に関し、その有する能力を正當に評価し、適當な雇用の場を与えるとともに適正な雇用管理を行うことによりその雇用の安定を図るよう努めなければならない。

3 国及び地方公共団体は、障害者を雇用する事業主に対して、障害者の雇用のための経済的負担を軽減し、もってその雇用の促進及び継続を図るため、障害者が雇用されるのに伴い必要となる施設又は設備の整備等に要する費用の助成その他必要な施策を講じなければならない。

(判定及び相談)

第16条 国及び地方公共団体は、障害者に関する各種の判定及び相談業務が総合的に行われ、かつ、その制度が広く利用されるよう必要な施策を講じなければならない。

(措置後の指導助言等)

第17条 国及び地方公共団体は、障害者が障害者の福祉に関する施策に基づく各種の措置を受けた後日常生活又は社会生活を円滑に営むことができるよう指導助言をする等必要な施策を講じなければならない。

(施設の整備)

第18条 国及び地方公共団体は、第10条第2項、第10条の2第1項及び第4項、第12条並びに第14条の規定による施策を実施するために必要な施設を整備するよう必要な措置を講じなければならない。

2 前項の施設の整備に当たっては、同項の各規定による施策が有機的かつ総合的に行なわれるよう必要な配慮がなされなければならない。

(専門的技術職員等の確保)

第19条 前条第1項の施設には、必要な員数の専門的技術職員、教職員その他の専門的知識又は技能を有する職員が配置されなければならない。

2 国及び地方公共団体は、前項に規定する者その他障害者の福祉に関する業務に従事する者及び第10条の2第3項に規定する福祉用具に関する専門的技術者の養成及び訓練に努めなければならない。

(年金等)

第20条 国及び地方公共団体は、障害者の生活の安定に資するため、年金、手当等の制度に関し必要な施策を講じなければならない。

第21条 国及び地方公共団体は、障害者に対し、事業の開始、就職、これらのために必要な知識技能の修得等を援助するため、必要な資金の貸付け、手当の支給その他必要な施策を講じなければならない。

(住宅の確保)

第22条 国及び地方公共団体は、障害者の生活の安定を図るため、障害者のための住宅を確保し、及び障害者の日常生活に適するような住宅の整備を促進するよう必要な施策を講じなければならない。

(公共的施設の利用)

第22条の2 国及び地方公共団体は、自ら設置する官公庁施設、交通施設その他の公共的施設を障害者が円滑に利用できるようにするため、当該公共的施設の構造、設備の整備等について配慮しなければならない。

2 交通施設その他の公共的施設を設置する事業者は、社会連帯の理念に基づき、当該公共的施設の構造、設備の整備等について障害者の利用の便宜を図るよう努めなければならない。

3 国及び地方公共団体は、事業者が設置する交通施設その他の公共的施設の構造、設備の整備等について障害者の利用の便宜を図るための適切な配慮が行われるよう必要な施策を講じなければならない。

(情報の利用等)

第22条の3 国及び地方公共団体は、障害者が円滑に情報を利用し、及びその意思を表示できるようにするため、電気通信及び放送の役務の利用に関する障害者の利便の増進、障害者に対して情報を提供する施設の整備等が図られるよう必要な施策を講じなければならない。

2 電気通信及び放送の役務の提供を行う事業者は、社会連帯の理念に基づき、当該役務の提供に当たっては、障害者の利用の便宜を図るよう努めなければならない。

(経済的負担の軽減)

第23条 国及び地方公共団体は、障害者及び障害者を扶養する者の経済的負担の軽減を図り、又は障害者の自立の促進を図るため、税制上の措置、公共的施設の利用料等の減免その他必要な施策を講じなければならない。

(施策に対する配慮)

第24条 障害者の福祉に関する施策の策定及び実施に当たっては、障害者の父母その他障害者の養護に当たる者がその死後における障害者の生活について懸念することのないよう特に配慮がなされなければならない。

(文化的諸条件の整備等)

第25条 国及び地方公共団体は、障害者の文化的意欲を満たし、若しくは障害者に文化的意欲を起こさせ、又は障害者が自主的かつ積極的にレクリエーションの活動をし、若しくはスポーツを行うことができるようにするため、施設、設備その他の諸条件の整備、文化、スポーツ等に関する活動の助成その他必要な施策を講じなければならない。

(国民の理解)

第26条 国及び地方公共団体は、国民が障害者について正しい理解を深めるよう必要な施策を講じなければならない。

第3章 障害の予防に関する基本的施策

第26条の2 国及び地方公共団体は、障害の原因及び予防に関する調査研究を促進しなければならない。

- 2 国及び地方公共団体は、障害の予防のため、必要な知識の普及、母子保健等の保健対策の強化、障害の原因となる傷病の早期発見及び早期治療の推進その他必要な施策を講じなければならない。

第4章 障害者施策推進協議会

(中央障害者施策推進協議会)

第27条 厚生省に、中央障害者施策推進協議会（以下「中央協議会」という。）を置く。

- 2 中央協議会は、次に掲げる事務をつかさどる。

- 一 障害者基本計画に関し、第7条の2第4項に規定する事項を処理すること。
- 二 障害者に関する基本的かつ総合的な施策の樹立について必要な事項を調査審議すること。
- 三 障害者に関する施策の推進について必要な関係行政機関相互の連絡調査を要するものに関する基本的事項を調査審議すること。

- 3 中央協議会は、前項に規定する事項に関し、内閣総理大臣、厚生大臣又は関係各大臣に意見を述べることができる。

第28条 中央協議会は、委員20人以内で組織する。

- 2 中央協議会の委員は、関係行政機関の職員、学識経験のある者、障害者及び障害者の福祉に関する事業に従事する者のうちから、厚生大臣の申出により、内閣総理大臣が任命する。
- 3 中央協議会に、専門の事項を調査審議させるため、専門委員を置くことができる。
- 4 中央協議会の専門委員は、学識経験のある者、障害者及び障害者の福祉に関する事業に従事する者のうちから、厚生大臣の申出により、内閣総理大臣が任命する。
- 5 中央協議会の専門委員は、当該専門の事項に関する調査審議が終了したときは、解任されるものとする。
- 6 中央協議会の委員及び専門委員は、非常勤とする。

第29条 前2条に定めるもののほか、中央協議会に関し必要な事項は、政令で定める。

(地方障害者施策推進協議会)

第30条 都道府県（地方自治法第252条の19第1項の指定都市（以下「指定都市」という。）を含む。以下同じ。）に、地方障害者施策推進協議会を置く。

- 2 都道府県に置かれる地方障害者施策推進協議会は、次に掲げる事務をつかさどる。

- 一 当該都道府県における障害者に関する施策の総合的かつ計画的な推進について必要な事項を調査審議すること。
- 二 当該都道府県における障害者に関する施策の推進について必要な関係行政機関相互の連絡調整を要する事項を調査審議すること。

- 3 都道府県に置かれる地方障害者施策推進協議会の組織及び運営に関し必要な事項は、条例で定める。

- 4 市町村（指定都市を除く。）は、当該市町村における障害者に関する施策の総合的かつ

計画的な推進について必要な事項及び障害者に関する施策の推進について必要な関係行政機関相互の連絡調整を要する事項を調査審議させるため、条例で定めるところにより、地方障害者施策推進協議会を置くことができる。

附 則 抄

(施行期日)

1 この法律は、公布の日から施行する。

附則（昭和58年12月2日法律第80号）抄

(施行期日)

1 この法律は、総務庁設置法（昭和58年法律第79号）の施行の日から施行する。

附則（昭和61年12月4日法律第93号）抄

(施行期日)

第1条 この法律は、昭和62年4月1日から施行する。

附則

(施行期日)

1 この法律は、公布の日から施行する。ただし、目次の改正規定（「心身障害者対策協議会」を「障害者施策推進協議会」に改める部分に限る。）、第7条の次に1条を加える改正規定、第4章の章名の改正規定、第27条の前の見出し並びに同条第1項及び第2項の改正規定、第28条第2項及び第4項の改正規定、第30条の改正規定並びに次項から附則第4項までの規定は、公布の日から起算して6月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。

(経過措置)

2 第7条の次に1条を加える改正規定の施行の際現に策定されている障害者のための施策に関する国の基本的な計画であって、障害者の福祉に関する施策及び障害の予防に関する施策の総合的かつ計画的な推進を図るためのものは、この法律による改正後の障害者基本法の規定により策定された障害者基本計画とみなす。

(地方自治体の一部改正)

3 地方自治法（昭和22年法律第67号）の一部を次のように改正する。

別表第7中「地方心身障害者対策協議会」を「地方障害者施策推進協議会」に、「心身障害者対策基本法」を「障害者基本法」に、「第30条第1項」を「第30条第2項」に、「心身障害者」を「障害者に関する施策の総合的かつ計画的な推進について必要な事項及び障害者」に、「連絡調整に関する」を「連絡調整を要する事項の調査審議に関する」に改める。

(総理府設置法の一部改正)

4 総理府設置法（昭和24年法律第127号）の一部を次のように改正する。

第4条第2号の次に次の1号を加える。

2の2 障害者基本法（昭和45年法律第84号）第7条の2第4項の規定に基づき、障害者のための施策に関する基本的な計画の案を作成すること。

II 精神保健関係法令

◎精神保健法

(昭和25年法律第123号)

精神保健法

目次

- 第1章 総則 (第1条—第3条)
- 第2章 施設及び事業 (第4条—第12条)
- 第3章 地方精神保健審議会及び精神医療審査会 (第13条—第17条の5)
- 第4章 精神保健指定医 (第18条—第19条の5)
- 第5章 医療及び保護 (第20条—第51条)
- 第5章の2 精神障害者社会復帰促進センター (第51条の2—第51条の11)
- 第5章の3 雑則 (第51条の12)
- 第6章 罰則 (第52条—第57条)

附則

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並びに地域生活援助事業を充実することによって精神障害者等が社会生活に適應することができるよう努力するとともに、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。

(精神障害者等の社会復帰への配慮)

第2条の3 医療施設若しくは社会復帰施設の設置者又は地域生活援助事業を行う者は、その施設を運営し、又はその事業を行うに当たっては、精神障害者等の社会復帰の促進を図るため、地域に即した創意と工夫を行い、及び地域住民等の理解と協力を得るよう努めなければならない。

2 国、地方公共団体、医療施設又は社会復帰施設の設置者及び地域生活援助事業を行う

者は、精神障害者等の社会復帰の促進を図るため、相互に連携を図りながら協力するよう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、精神分裂病、中毒性精神病、精神薄弱、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう。

第2章 施設及び事業

(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。

(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。以下この章及び第5章の2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応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。

（精神障害者地域生活援助事業）

第10条の2 都道府県は、精神障害者の社会復帰の促進を図るため、精神障害者地域生活援助事業（地域において共同生活を営むのに支障のない精神障害者につき、これらの者が共同生活を営むべき住居において食事の提供、相談その他の日常生活上の援助を行う事業をいう。以下同じ。）を行うことができる。

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、社会福祉事業法の定めるところにより、精神障害者地域生活援助事業を行うことができる。

（国又は都道府県の補助）

第10条の3 都道府県は、精神障害者社会復帰施設の設置者又は精神障害者地域生活援助事業を行う者に対し、次に掲げる費用の一部を補助することができる。

- 一 精神障害者社会復帰施設の設置及び運営に要する費用
- 二 精神障害者地域生活援助事業に要する費用

2 国は、予算の範囲内において、都道府県に対し、次に掲げる費用の一部を補助することができる。

- 一 都道府県が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
- 二 都道府県が行う精神障害者地域生活援助事業に要する費用
- 三 前項の規定による補助に要した費用

（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相当であると認めるときは、その指定を取り消すことができる。

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、精神障害者の医療に関する事業に従事する者及び精神障害者の社会復帰の促進を図るための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人をもっ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、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たとともに、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の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たっては、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者となる。ただし、次の各号の一に該当する者は保護者とならない。

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 保護者が数人ある場合において、その義務を行うべき順位は、次のとおりとする。ただし、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て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 前項ただし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項各号の保護者がいないとき又はこれらの保護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は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者となる。

第22条 保護者は、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、かつ、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 保護者は、精神障害者に医療を受けさせるに当たっては、医師の指示に従わなければならない。

第22条の2 保護者は、第41条の規定による義務(第29条の3又は第29条の4第1項の規定により退院する者の引取りに係るものに限る。)を行うに当たり必要があるときは、当該精神病院若しくは指定病院の管理者又は当該精神病院若しくは指定病院と関連する精神障害者社会復帰施設の長に対し、当該精神障害者の社会復帰の促進に関し、相談し、及び必要な援助を求めることができる。

(任意入院)

第22条の3 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4 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った場合においては、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るときは、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39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った者は、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渡をしない裁判を除く。）が確定したとき、その他特に必要があると認めるときは、すみやかに、その旨を都道府県知事に通報しなければならない。

(保護観察所の長の通報)

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

(矯正施設の長の通報)

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

- 一 本人の居住地、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って、第29条第1項の要件に該当すると認められるものから退院の申出があったときは、直ちに、その旨を、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。

(申請等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、通報又は届出のあっ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って必要な限度においてその者の居住する場所へ立ち入ることができる。

5 前項の規定によってその者の居住する場所へ立ち入る場合には、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って現に本人の保護の任に当たっている者がある場合には、あらかじめ、診察の日時及び場所をその者に通知しなければならない。

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

(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っ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項の規定によって入院したものとみなす。

第29条の2 都道府県知事は、前条第1項の要件に該当すると認められる精神障害者又はその疑いのある者について、急速を要し、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、前項の措置をとったときは、すみやかに、その者につき、前条第1項の規定による入院措置をとるかどうかを決定しなければならない。
- 3 第1項の規定による入院の期間は、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る旨を通知がないときは、直ちに、その者を退院させなければならない。

(入院措置の解除)

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

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

(費用の支弁及び負担)

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

2. 国は、前項の規定により都道府県が支弁した経費に対し、政令の定めるところにより、その4分の3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われる精神障害の医療を受ける場合において、その医療に必要な費用の2分の1を負担することができる。

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

3. 第1項の規定による費用の負担は、当該精神障害者又はその保護者の申請によって行うものとし、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)の規定によって医療を受けることができる者については、第1項の規定は、適用しない。
(費用の請求、審査及び支払)

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

- 2 都道府県は、前項の費用を当該病院若しくは診療所又は薬局に支払わなければならない。
- 3 都道府県は、第1項の請求についての審査及び前項の費用の支払に関する事務を、社会保険診療報酬支払基金その他政令で定める者に委託することができる。
(費用の支弁及び負担)

第32条の3 国は、都道府県が第32条第1項の規定により負担する費用を支弁したときは、当該都道府県に対し、政令で定めるところにより、その2分の1を補助する。
(他の法律による医療に関する給付との調整)

第32条の4 第32条第1項の規定により費用の負担を受ける精神障害者が、健康保険法、国民健康保険法(昭和33年法律第192号)、船員保険法(昭和14年法律第73号)、労働者災害補償保険法(昭和22年法律第50号)、国家公務員等共済組合法(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)の規定によってすべき給付のうち、その医療に要する費用の2分の1を超える部分については、給付をすることを要しない。

- 2 第32条第1項の規定により費用の負担を受ける精神障害者が、生活保護法(昭和25年法律第144号)の規定による医療扶助を受けることができる者であるときは、その医療に要する費用は、都道府県が同項の規定によりその2分の1を負担し、その残部につき同法の適用があるものとする。
(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ったときは、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を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。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った者について、急速を要し、保護者（第33条第2項に規定する場合にあっては、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ったときは、直ちに、当該措置を採っ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ったと認めるときは、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る場合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、1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っ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って、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なければならない。

(相談、援助等)

第38条 精神病院その他の精神障害の医療を提供する施設の管理者は、当該施設において医療を受ける精神障害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、定期的に、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。)があったときは、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っ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その扶養義務者)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っては、当該審査に係る前条の規定による請求を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、この限りではない。

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っ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して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っ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、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4第3項の規定により入院している者又は第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、所轄の警察署長に次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のが適当であると認めるときは、都道府県知事の許可を得て、6月を超えない期間を限り仮に退院させることができる。

(保護者の引取義務等)

第41条 保護者は、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、及び精神障害者又は当該精神障害者と同居する保護者等を訪問して必要な指導を行うための職員を置くことができる。

2 前項の職員は、学校教育法(昭和22年法律第26号)に基づく大学において社会福祉に関する科目を修めて卒業した者であって、精神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条若しくは第29条の2第1項の規定による診察の結果精神障害者であると診断された者で第29条第1項及び第29条の2第1項の規定による入院をさせられなかったもの、第29条の3若しくは第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って必要があると認めるもの又は当該精神障害者と同居する保護者等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、及びこれら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48条まで 削除

(医療及び保護の費用)

第49条 保護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5章の2 精神障害者社会復帰促進センター

(指定等)

第51条の2 厚生大臣は、精神障害者の社会復帰の促進を図るための訓練及び指導等に関する研究開発を行うこと等により精神障害者の社会復帰を促進することを目的として設立された民法第34条の法人であって、次条に規定する業務を適正かつ確実に行うことができるものと認められるものを、その申請により、全国を通じて1個に限り、精神障害者社会復帰促進センター（以下「センター」という。）として指定することができる。

2 厚生大臣は、前項の規定による指定をしたときは、センターの名称、住所及び事務所の所在地を公示しなければならない。

3 センターは、その名称、住所又は事務所の所在地を変更しようとするときは、あらかじめ、その旨を厚生大臣に届け出なければならない。

4 厚生大臣は、前項の規定による届出があったときは、当該届出に係る事項を公示しなければならない。

(業務)

第51条の3 センターは、次に掲げる業務を行うものとする。

- 一 精神障害者の社会復帰の促進に資するための啓発活動及び広報活動を行うこと。
- 二 精神障害者の社会復帰の実例に則して、精神障害者の社会復帰の促進を図るための訓練及び指導等に関する研究開発を行うこと。
- 三 前号に掲げるもののほか、精神障害者の社会復帰の促進に関する研究を行うこと。
- 四 精神障害者の社会復帰の促進を図るため、第2号の規定による研究開発の成果又は前号の規定による研究の成果を、定期的に又は時宜に応じて提供すること。
- 五 精神障害者の社会復帰の促進を図るための事業の業務に関し、当該事業に従事する者及び当該事業に従事しようとする者に対して研修を行うこと。
- 六 前各号に掲げるもののほか、精神障害者の社会復帰を促進するために必要な業務を行うこと。

(センターへの協力)

第51条の4 精神病院その他の精神障害の医療を提供する施設の設置者、精神障害者社会復帰施設の設置者及び精神障害者地域生活援助事業を行う者は、センターの求めに応じ、センターが前条第2号及び第3号に掲げる業務を行うために必要な限度において、センターに対し、精神障害者の社会復帰の促進を図るための訓練及び指導に関する情報又は資料

その他の必要な情報又は資料で厚生省令で定めるものを提供することができる。

(特定情報管理規程)

第51条の5 センターは、第51条の3第2号及び第3号に掲げる業務に係る情報及び資料（以下この条及び第51条の7において「特定情報」という。）の管理並びに使用に関する規程（以下この条及び第51条の7において「特定情報管理規程」という。）を作成し、厚生大臣の認可を受けなければならない。これを変更しようとするときも、同様とする。

2 厚生大臣は、前項の認可をした特定情報管理規程が特定情報の適正な管理又は使用を図る上で不適当となったと認めるときは、センターに対し、当該特定情報管理規程を変更すべきことを命ずることができる。

3 特定情報管理規程に記載すべき事項は、厚生省令で定める。

(秘密保持義務)

第51条の6 センターの役員若しくは職員又はこれらの職にあった者は、第51条の3第2号又は第3号に掲げる業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

(解任命令)

第51条の7 厚生大臣は、センターの役員又は職員が第51条の5第1項の認可を受けた特定情報管理規程によらないで特定情報の管理若しくは使用を行ったとき、又は前条の規定に違反したときは、センターに対し、当該役員又は職員を解任すべきことを命ずることができる。

(事業計画等)

第51条の8 センターは、毎事業年度の事業計画書及び収支予算書を作成し、当該事業年度の開始前に厚生大臣に提出しなければならない。これを変更しようとするときも、同様とする。

2 センターは、毎事業年度の事業報告書及び収支決算書を作成し、当該事業年度経過後3月以内に厚生大臣に提出しなければならない。

(報告及び検査)

第51条の9 厚生大臣は、第51条の3に規定する業務の適正な運営を確保するために必要な限度において、センターに対し、必要と認める事項の報告を求め、又は当該職員に、その事務所に立ち入り、業務の状況若しくは帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

2 第27条第5項及び第6項の規定は、前項の規定による立入検査について準用する。この場合において、同条第5項中「前項」とあるのは「第51条の9第1項」と、「その者の居住する場所」とあるのは「センターの事務所」と、「指定医及び当該職員」とあるのは「当該職員」と、同条第6項中「第4項」とあるのは「第51条の9第1項」と読み替えるものとする。

(監督命令)

第51条の10 厚生大臣は、この章の規定を施行するため必要な限度において、センターに対し、第51条の3に規定する業務に関し、監督上必要な命令をすることができる。

(指定の取消し等)

第51条の11 厚生大臣は、センターが次の各号のいずれかに該当するときは、第51条の2第1項の規定による指定を取り消すことができる。

一 第51条の3に規定する業務を適正かつ確実に実施することができないと認められるとき。

二 指定に関し不正な行為があったとき。

三 この章の規定又は当該規定による命令若しくは処分に違反したとき。

2 厚生大臣は、前項の規定により指定を取り消したときは、その旨を公示しなければならない。

第5章の3 雑則

(大都市の特例)

第51条の12 この法律の規定中都道府県が処理することとされている事務又は都道府県知事その他の都道府県の機関若しくは職員の権限に属するものとされている事務で政令で定めるものは、地方自治法(昭和22年法律第67号)第252条の19第1項の指定都市(以下この条において「指定都市」という。)においては、政令の定めるところにより、指定都市が処理し、又は指定都市の長その他の機関若しくは職員が行うものとする。この場合においては、この法律の規定中都道府県又は都道府県知事その他の都道府県の機関若しくは職員に関する規定は、指定都市又は指定都市の長その他の機関若しくは職員に関する規定として指定都市又は指定都市の長その他の機関若しくは職員に適用があるものとする。

二 前項の規定により指定都市の長がした処分に係る審査請求についての都道府県知事の裁決に不服がある者は、厚生大臣に対し再審査請求をすることができる。

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った者が、この法律の規定に基づく職務の執行に関して知り得た人の秘密を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った者が、この法律の規定に基づく精神病院の管理者

の職務の執行を補助するに際して知り得た人の秘密を正当な理由がなく漏らしたときも、前項と同様とする。

第53条の2 第51条の6の規定に違反した者は、1年以下の懲役又は30万円以下の罰金に処する。

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
- 五 第51条の9第1項の規定による報告をせず、若しくは虚偽の報告をし、又は同項の規定による検査を拒み、妨げ、若しくは忌避した者

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4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。

◎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精算額につき、厚生大臣が自治大臣及び大蔵大臣と協議して定める算定基準に従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精算額につき、厚生大臣が自治大臣及び大蔵大臣と協議して定める算定基準に従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

[退院の制限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）、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 症状その他医療保護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

別記様式第一号

平成 年 月 日 厚生省 印	精神保健指定医の証	氏名 年 月 日生	第 号 (住所) (勤務先)	写真 ち よう 付 面
-----------------------------------	-----------	------------------------	-----------------------------	-------------------------

(日本工業規格B列7番)

<p style="text-align: center;">(裏面)</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如週に關し、報告を求め、当該職員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、当該職員若しくは診療録その他の帳簿書類を提出し、若しくは当該精神病院に入院中の者の他の帳簿書類を調査させ、若しくは当該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;">(前面)</p> <p>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、通報又は届出があつた者について調査の上必要があるとき認めるときは、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 style="text-align: center;">第 号</p> <p style="text-align: center;">(職) 氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 生</p> <p style="text-align: center;">精神保健職員 の 証</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">厚生省 (都道府県) 印</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如適に關し、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他の帳簿書類を提出し、若しくはこれら事項に關し、診療録その他の帳簿書類を閲覧させ、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(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 style="text-align: center;">(面)</p> <p>精神保健法抜す、(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、通報又は届出が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。</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					
治療類の 該字か 当をこ の○む 数でこと	1 薬物療法	1 初回 2 継続 3 再	薬物名 使用期間			
	2 座れん療法 3 駆梅療法 4 精神療法 5 その他	1 初 2 継 3 再 1 初 2 継 3 再 1 初 2 継 3 再				
予定している検査の種類と回数				検査の種類及び結果（継又は再の場合記載すること） 年 月 日		
発病前の状況現病症及び既往の医療	（推定発病 年 月） （精神障害と診断された 年 月）					
現在の状態像（該当の数字を○でかこむとともに（ ）内に具体的症状を書き入れること。）	1 緊張病症状群（ ） 2 幻覚妄想状態（ ） 3 情意鈍麻（ ） 4 躁うつ状態（ ） 5 座れん及び意識障害（ ） 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 症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，傲慢不そん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 症状性又は器質性 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，これに思考の減退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が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 症状性又は器質性 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對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 精神分裂病圈 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師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) 入院後は患者の病状に応じできる限り早期に患者に面会の機会を与えるべきであり、入院直後一定期間一律に面会を禁止する措置は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た紐、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り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。

Ⅲ 参 考 資 料

表1 傷病（大分類）・年次別受療率（人口10万対）

国際基本分類番号	傷病大分類	昭和30年	35	40	45
	総 数	3,301	4,805	5,910	6,987
290~319	V 精神障害	67	113	207	247
295	精神分裂症（再掲）	…	…	130	151
300	神経症（再掲）	16	20	40	26
320~389	VI 神経系及び感覚器の疾患	319	560	733	762
360~379	視器の疾患（再掲）	133	250	309	342
380~389	聴器の疾患（再掲）	102	161	193	160

50	54	55	56	57	58	59	62	平成2
7,049	7,126	6,847	7,266	6,805	7,427	6,403	6,600	6,768
269	281	290	300	312	323	315	339	367
165	172	172	183	181	182	184	185	193
30	28	32	30	41	38	37	46	51
825	728	619	677	578	719	542	528	506
417	394	293	320	298	387	283	258	247
202	217	205	233	168	201	146	150	139

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	入院			外来			
		総数	新入院	繰越入院	総数	初診	再来	往診(再掲)
総数	7,890.7	1,038.5	30.7	1,007.8	6,852.1	1,208.8	5,643.4	101.3
V 精神障害	301.3	248.5	0.9	247.6	52.8	6.2	46.6	0.9
アルコール精神病	3.3	3.2	0.0	3.1	0.1	-	0.1	-
精神分裂病	184.6	175.0	0.5	174.6	9.5	0.3	9.3	0.0
躁うつ病	16.0	10.9	0.1	10.7	5.2	0.4	4.8	0.1
その他の精神病	17.4	15.7	0.1	15.7	1.6	0.1	1.6	0.2
神経症	33.4	13.6	0.1	13.5	19.7	1.7	18.0	0.1
人格異常	1.7	1.6	-	1.6	0.1	0.0	0.1	-
アルコール依存	15.2	14.2	0.1	14.1	1.0	0.1	0.9	-
その他の非精神病	16.8	2.2	0.0	2.2	14.5	3.6	11.0	0.4
性精神障害	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	56.5	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62年) (単位:千人)

	総数	入院			外来			
		総数	新入院	繰越入院	総数	初診	再診	往診(再掲)
総数	8,069.5	1,436.0	36.2	1,399.7	6,633.5	1,152.9	5,480.6	51.7
V 精神障害	413.9	327.2	0.9	326.3	86.7	5.7	81.0	0.8
老年期及び老初期の器質性精神病	35.1	31.4	0.1	31.3	3.6	0.2	3.4	0.5
アルコール精神病	2.5	2.3	-	2.3	0.1	0.0	0.1	-
精神分裂病	225.9	206.9	0.3	206.6	19.0	0.4	18.6	0.0
躁うつ病	8.8	15.5	0.1	15.4	13.3	0.5	12.8	0.1
その他の精神病	15.8	12.5	0.1	12.4	3.3	0.1	3.2	0.0
神経症	55.6	21.1	0.2	20.9	34.6	2.5	32.0	0.1
アルコール依存症	19.6	17.9	0.1	17.8	1.8	0.1	1.7	0.0
その他の非精神病	13.6	4.6	0.1	4.5	9.0	1.7	7.4	0.0
性精神障害	16.9	15.0	0.0	15.0	1.9	0.1	1.8	0.0
精神薄弱	16.9	15.0	0.0	15.0	1.9	0.1	1.8	0.0
VI 神経系及び感覚器の疾患	645.3	71.0	1.7	69.3	574.2	84.6	489.7	2.1
てんかん	29.5	11.7	0.1	11.6	17.8	0.6	17.2	0.0

(平成2年) (単位:千人)

	総数	入院			外来			
		総数	新入院	繰越入院	総数	初診	再診	往診(再掲)
総数	8,366.3	1,500.9	47.5	1,453.4	6,865.4	1,181.2	5,684.2	51.0
V 精神障害	453.8	338.6	1.5	337.2	115.2	5.8	109.4	2.2
老年期及び老初期の器質性精神病	44.1	37.6	0.2	37.4	6.5	0.2	6.3	1.5
アルコール精神病	2.8	2.6	0.0	2.6	0.2	0.0	0.2	0.0
精神分裂病	238.6	213.8	0.6	213.2	24.8	0.5	24.3	0.1
躁うつ病	35.6	15.6	0.2	15.5	20.0	0.7	19.3	0.1
その他の精神病	20.1	14.6	0.1	14.5	5.5	0.2	5.3	0.1
神経症	62.6	17.7	0.2	17.5	44.9	2.3	42.6	0.2
アルコール依存症	19.3	16.6	0.2	16.5	2.7	0.1	2.6	-
その他の非精神病	14.7	5.6	0.1	5.5	9.1	1.6	7.5	0.0
性精神障害	16.1	14.5	0.0	14.4	1.6	0.1	1.5	0.1
精神薄弱	16.1	14.5	0.0	14.4	1.6	0.1	1.5	0.1
VI 神経系及び感覚器の疾患	625.0	74.1	2.2	71.9	550.9	83.1	467.8	2.2
てんかん	32.4	12.6	0.1	12.5	19.7	0.5	19.2	0.2

資料: 患者調査

表3 入院・外来別受療者の疾病別割合 (%)

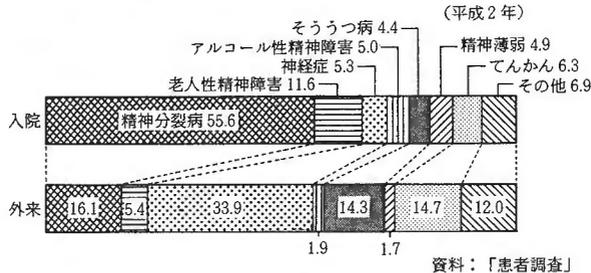


表4 年齢階級別精神障害受療率の年次推移

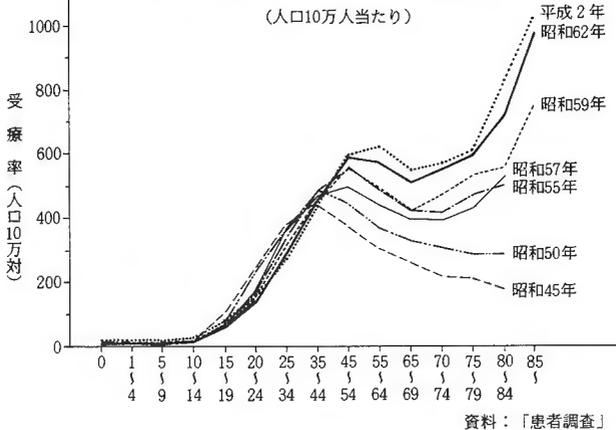
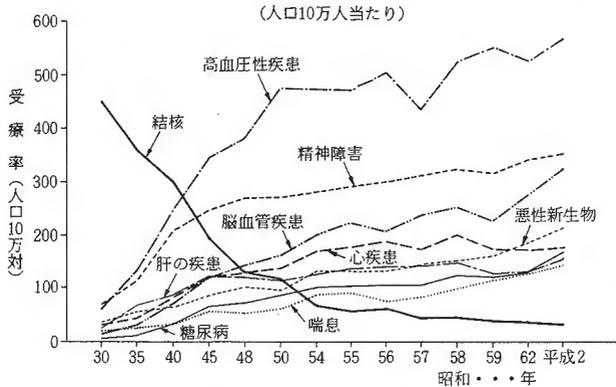


表5 主要傷病別受療率の年次推移



注: 調査月は、30~58年は各7月、59年以降は各10月である。

資料: 「患者調査」

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

(平成5年6月30日現在)

	人口千人 (4.10.1)	精神病院数	精神病床数	人口万対 病床数	在院患者数 A	病床利用率 (%)	人口万対 在院患者数	措置入院患者数 B	人口万対 措置入院患者数	B/A (%)
北海道	5,659	129	21,624	38.2	20,732	95.9	36.6	384	0.7	1.9
青森	1,472	26	5,008	34.0	4,525	90.4	30.7	31	0.2	0.7
岩手	1,414	22	4,897	34.6	4,709	96.2	33.3	94	0.7	2.0
宮城	2,277	30	5,128	22.5	4,847	94.5	21.3	72	0.3	1.5
秋田	1,219	26	4,701	38.6	4,489	95.5	36.8	53	0.4	1.2
山形	1,255	18	3,227	25.7	3,094	95.9	24.7	32	0.3	1.0
福島	2,115	39	8,691	41.1	8,111	93.3	38.3	140	0.7	1.7
茨城	2,895	41	8,747	30.2	8,145	93.1	28.1	168	0.6	2.1
栃木	1,957	29	5,723	29.2	5,427	94.8	27.7	146	0.7	2.7
群馬	1,983	21	5,814	29.3	5,671	97.5	28.6	233	1.2	4.1
埼玉	6,561	51	12,271	18.7	11,812	96.3	18.0	336	0.5	2.8
千葉	5,673	52	12,499	22.0	11,775	94.2	20.8	61	0.1	0.5
東京	11,874	119	27,133	22.9	24,817	91.5	20.9	162	0.1	0.7
神奈川	8,104	60	13,076	16.1	11,599	88.7	14.3	154	0.2	1.3
新潟	2,475	32	7,637	30.9	7,548	98.8	30.5	82	0.3	1.1
富山	1,120	30	3,799	33.9	3,724	98.0	33.3	125	1.1	3.4
石川	1,169	21	4,137	35.4	3,834	92.7	32.8	44	0.4	1.1
福井	824	14	2,407	29.2	2,122	88.2	25.8	50	0.6	2.4
山梨	862	11	2,666	30.9	2,516	94.4	29.2	57	0.7	2.3
長野	2,165	32	6,008	27.8	5,368	89.3	24.8	191	0.9	3.6
岐阜	2,080	20	4,493	21.6	4,286	95.4	20.6	246	1.2	5.7
静岡	3,701	37	7,529	20.3	7,069	93.9	19.1	152	0.4	2.2
愛知	6,766	56	14,454	21.4	13,924	96.3	20.6	406	0.6	2.9
三重	1,811	22	5,410	29.9	5,284	97.7	29.2	241	1.3	4.6
滋賀	1,246	12	2,247	18.0	2,100	93.5	16.9	89	0.7	4.2
京都	2,606	22	6,874	26.4	6,367	92.6	24.4	22	0.1	0.3
大阪	8,735	69	21,605	24.7	20,237	93.7	23.2	106	0.1	0.5
兵庫	5,466	42	12,178	22.3	11,526	94.6	21.1	285	0.5	2.5
奈良	1,401	10	2,835	20.2	2,544	89.7	18.2	85	0.6	3.3
和歌山	1,078	13	2,981	27.7	2,727	91.5	25.3	101	0.9	3.7
鳥取	615	11	2,000	32.5	1,906	95.3	31.0	27	0.4	1.4
島根	775	18	2,644	34.1	2,499	94.5	32.2	32	0.4	1.3
岡山	1,932	25	6,080	31.5	5,420	89.1	28.1	52	0.3	1.0
広島	2,867	46	9,269	32.3	9,005	97.2	31.4	232	0.8	2.6
山口	1,565	35	6,575	42.0	6,534	99.4	41.8	353	2.3	5.4
徳島	830	22	4,650	56.0	4,471	96.2	53.9	195	2.3	4.4
香川	1,024	21	4,260	41.6	4,153	97.5	40.6	53	0.5	1.3
愛媛	1,511	22	5,238	34.7	4,996	95.4	33.1	200	1.3	4.0
高知	817	26	4,203	51.4	3,765	89.6	46.1	80	1.0	2.1
福岡	4,852	105	22,179	45.7	21,695	97.8	44.7	443	0.9	2.0
佐賀	878	19	4,529	51.6	4,325	95.5	49.3	137	1.6	3.2
長崎	1,552	40	8,626	55.6	8,325	96.5	53.6	98	0.6	1.2
熊本	1,845	46	9,126	49.5	8,788	96.3	47.6	195	1.1	2.2
大分	1,233	29	5,521	44.8	5,492	99.5	44.5	244	2.0	4.4
宮崎	1,167	26	6,332	54.3	5,948	93.9	51.0	94	0.8	1.6
鹿児島	1,787	51	10,287	57.6	10,168	98.8	56.9	364	2.0	3.6
沖縄	1,238	24	5,644	45.6	5,507	97.6	44.5	76	0.6	1.4
計	124,452	1,672	362,962	29.2	343,926	94.8	27.6	7,223	0.6	2.1
対前年計	124,044	1,663	361,830	29.2	346,930	95.8	28.0	8,446	0.7	2.4

資料：1 病院数、病床数、在院患者数及び病床利用率は、病院報告（速報版）
 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）

表7 疾患名別・性別・年齢階級別在院患者数

(平成5年6月30日現在)

疾患名	総数					男性					女性					
	総数	18歳未満	18歳以上 ～ 20歳未満	20歳以上 ～ 65歳未満	65歳以上	総数	18歳未満	18歳以上 ～ 20歳未満	20歳以上 ～ 65歳未満	65歳以上	総数	18歳未満	18歳以上 ～ 20歳未満	20歳以上 ～ 65歳未満	65歳以上	
総数	54,544	129	140	16,421	37,854	22,838	72	88	10,459	12,219	31,706	57	52	5,962	25,635	
脳器質性障害	アルツハイマー型痴呆	8,018	1	1	999	7,017	2,295	0	0	444	1,851	5,723	1	1	555	5,166
	脳血管性痴呆	22,734	0	6	2,406	20,322	8,225	0	3	1,672	6,550	14,509	0	3	734	13,772
	その他の痴呆	5,893	0	2	1,048	4,843	2,192	0	0	685	1,507	3,701	0	2	363	3,336
	てんかん	9,487	61	95	8,323	1,008	5,556	36	63	4,983	474	3,931	25	32	3,340	534
	その他の器質性精神障害	8,412	67	36	3,645	4,664	4,570	36	22	2,675	1,837	3,842	31	14	970	2,827
	総数	20,071	35	91	16,533	3,412	18,517	14	66	15,323	3,114	1,554	21	25	1,210	298
中毒性障害	アルコール依存症	15,248	1	19	12,624	2,604	14,221	0	18	11,804	2,399	1,027	1	1	820	205
	アルコール精神病	3,196	1	2	2,480	713	2,974	0	2	2,321	651	222	1	0	159	62
	覚せい剤依存症	271	0	5	260	6	234	0	4	225	5	37	0	1	35	1
	覚せい剤精神病	317	3	10	298	6	269	2	7	257	3	48	1	3	41	3
	有機溶剤中毒	481	22	43	409	7	412	7	34	366	5	69	15	9	43	2
	その他の中毒性精神障害	558	8	12	462	76	407	5	1	350	51	151	3	11	112	25
精神分裂病	210,895	461	1,386	180,283	28,765	119,705	252	711	107,290	11,452	91,190	209	675	72,993	17,313	
その他の精神病	11,877	67	119	8,464	3,227	5,178	27	50	4,106	995	6,699	40	69	4,358	2,232	
躁うつ病	18,134	42	82	11,954	6,056	7,966	19	33	6,200	1,714	10,168	23	49	5,754	4,342	
神経症	9,362	264	187	6,774	2,137	4,019	129	89	3,250	551	5,343	135	98	3,524	1,586	
人格障害	1,654	27	35	1,270	322	1,141	12	19	898	212	513	15	16	372	110	
精神遅滞	12,382	55	82	10,676	1,569	7,305	40	39	6,484	742	5,077	15	43	4,192	827	
その他	5,007	268	115	2,930	1,694	2,469	136	65	1,637	631	2,538	132	50	1,293	1,063	
合計	343,926	1,348	2,237	255,305	85,036	189,138	701	1,160	155,646	31,630	154,788	647	1,077	99,658	53,403	

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

(平成 5 年 6 月 30 日現在)

	総 数					男					女				
	総 数	～17歳	18～19歳	20～64歳	65歳～	総 数	～17歳	18～19歳	20～64歳	65歳～	総 数	～17歳	18～19歳	20～64歳	65歳～
北海道	20,732	107	117	15,058	5,450	11,560	53	65	9,240	2,202	9,172	54	52	5,818	3,248
青森	4,525	10	11	3,479	1,025	2,539	4	5	2,138	392	1,986	6	6	1,341	633
岩手	4,709	14	16	3,819	860	2,876	11	7	2,494	364	1,833	3	9	1,325	496
宮城	4,847	16	19	3,493	1,319	2,428	9	12	2,028	379	2,419	7	7	1,465	940
秋田	4,489	11	15	3,269	1,194	2,485	4	10	2,006	465	2,004	7	5	1,263	729
山形	3,094	16	6	2,340	732	1,711	8	5	1,441	257	1,383	8	1	899	475
福島	8,145	25	20	6,029	2,037	4,672	13	12	3,884	763	3,439	12	8	2,145	1,274
茨城	5,427	7	27	4,533	1,422	4,835	7	17	4,230	581	3,310	10	10	2,449	841
栃木	5,427	7	27	4,533	1,422	4,835	7	17	4,230	581	3,310	10	10	2,449	841
群馬	5,671	10	30	4,542	1,089	3,254	5	20	2,821	408	2,417	5	10	1,721	681
埼玉	11,812	103	475	9,354	1,880	6,602	50	283	5,548	721	5,210	53	192	3,806	1,159
千葉	11,775	84	64	9,014	2,613	6,230	40	33	5,250	907	5,545	44	31	3,764	1,706
東京都	24,817	213	179	18,104	6,321	13,219	115	93	10,674	2,337	11,598	98	86	7,430	3,984
神奈川	11,599	73	70	9,266	2,190	6,243	30	37	5,377	799	5,356	43	33	3,889	1,391
新潟	7,548	25	31	5,566	1,926	4,124	12	19	3,374	719	3,424	13	12	2,192	1,207
富山	3,724	5	10	2,992	717	2,154	4	4	1,858	288	1,570	1	6	1,134	429
石川	3,834	11	19	2,801	1,003	1,955	7	6	1,575	367	1,879	4	13	1,226	636
福山	2,122	6	34	1,652	430	1,176	4	1	985	186	946	2	33	667	244
岐阜	2,516	9	13	1,961	533	1,446	5	5	1,183	253	1,070	4	8	778	280
長野	5,368	21	26	4,182	1,139	2,933	13	16	2,472	432	2,435	8	10	1,710	707
岐阜	4,286	5	25	3,533	723	2,364	3	14	2,052	295	1,922	2	11	1,481	428
静岡	7,069	15	19	5,734	1,301	4,109	9	14	3,592	494	2,960	6	5	2,142	807
愛知	13,924	71	96	11,229	2,528	7,998	35	64	6,886	1,013	5,926	36	32	4,343	1,515
三重	5,284	88	18	4,136	1,042	2,968	58	13	2,494	403	2,316	30	5	1,642	639
滋賀	2,100	6	16	1,611	467	1,105	2	9	926	168	995	4	7	685	299
京都	6,367	22	35	3,707	2,603	2,890	12	25	2,130	723	3,477	10	10	1,577	1,880
大阪	20,237	112	353	14,922	4,850	11,107	57	98	9,155	1,797	9,130	55	255	5,767	3,053
兵庫	11,526	5	33	8,230	3,258	6,111	4	18	4,926	1,163	5,415	1	15	3,304	2,095
奈良	2,544	4	8	2,014	518	1,408	2	6	1,166	234	1,136	2	2	848	284
和歌山	2,727	4	10	2,210	503	1,539	3	8	1,309	219	1,188	1	2	901	284
鳥取	1,906	1	6	1,419	480	1,040	1	3	875	161	866	0	3	544	319
島根	2,499	35	10	1,689	765	1,301	14	5	1,022	260	1,198	21	5	667	505
岡山	5,420	16	15	3,673	1,716	2,859	9	8	2,227	615	2,561	7	7	1,446	1,101
広島	9,005	31	40	6,526	2,408	5,004	16	22	4,063	903	4,001	15	18	2,463	1,505
山口	6,534	11	23	4,478	2,022	3,519	4	14	2,814	687	3,015	7	9	1,664	1,335
徳島	4,471	8	11	3,582	870	2,566	5	8	2,185	368	1,905	3	3	1,397	502
香川	4,153	4	9	2,904	1,236	2,242	2	5	1,794	441	1,911	2	4	1,110	795
愛媛	4,906	6	70	3,904	1,016	2,840	3	9	2,380	448	2,156	3	61	1,524	568
高松	3,765	2	5	2,699	1,059	2,134	0	3	1,725	406	1,631	2	2	974	653
福岡	21,695	43	76	15,049	6,527	11,954	22	48	9,358	2,526	9,741	21	28	5,691	4,001
佐賀	4,325	7	14	2,772	1,532	2,245	5	8	1,714	518	2,080	2	6	1,058	1,014
長門	8,325	9	15	5,679	2,622	4,618	4	10	3,582	1,022	3,707	5	5	2,097	1,600
熊本	8,788	12	18	6,254	2,504	4,841	6	12	3,906	917	3,947	6	6	2,348	1,587
大分	5,492	12	10	3,856	1,614	3,016	6	5	2,408	597	2,476	6	5	1,448	1,017
宮崎	5,948	16	50	4,008	1,874	3,167	10	14	2,501	615	2,781	6	9	1,507	1,259
鹿児島	10,168	12	20	7,204	2,932	5,435	6	13	4,390	1,026	4,733	6	7	2,814	1,906
沖縄	5,507	8	23	4,150	1,326	3,193	4	14	2,729	446	2,314	4	9	1,421	880
計	343,926	1,348	2,237	255,305	85,036	189,138	701	1,160	155,647	31,630	154,788	647	1,077	99,658	53,406

資料：精神保健課調

表 9 都道府県別疾患名別在院患者数

	脳器質性精神障害						中毒性			
	総数	アルツハイマー	脳血管性	その他の	てんかん	その他の器質性精神障害	総数	アルコール	アルコール	覚せい剤
		型痴呆	痴 呆	痴 呆				依存症	精神病	依存症
北海道	3,651	311	1,411	385	837	707	1,904	1,564	210	15
青森	755	53	504	28	101	69	287	263	17	1
岩手	662	61	226	36	149	190	289	221	59	0
宮城	814	69	379	86	170	110	222	187	24	1
秋田	889	114	457	28	158	132	285	252	19	0
山形	499	41	193	75	86	104	83	65	16	0
福島	1,464	188	440	228	345	263	404	322	58	4
茨城	938	60	353	100	243	182	381	278	42	11
栃木	554	73	121	15	240	105	196	123	42	7
群馬	647	92	226	57	113	159	267	230	21	1
埼玉	1,402	155	358	92	295	502	549	422	81	5
千葉	1,542	319	639	140	248	196	600	409	128	19
東京	3,412	580	1,374	362	592	504	1,215	868	180	37
神奈川	1,219	212	315	101	320	271	719	477	172	11
新潟	1,358	348	583	108	200	119	329	292	27	1
富山	454	48	203	55	84	64	144	106	33	0
石川	636	108	250	95	114	69	85	67	12	1
福井	230	48	66	30	69	17	71	57	7	0
山梨	270	23	92	21	72	62	101	79	13	1
長野	569	123	168	37	147	94	362	334	19	0
岐阜	360	28	103	32	143	54	166	152	7	0
静岡	675	28	145	136	195	171	459	351	62	4
愛知	1,424	177	320	212	431	284	862	651	144	3
三重	498	50	134	95	159	60	228	192	27	0
滋賀	311	51	110	37	86	27	73	58	7	0
京都	1,919	188	1,366	102	153	110	198	153	15	1
大阪	3,177	651	1,216	440	385	485	1,401	1,090	200	11
兵庫	2,225	418	866	418	295	228	597	446	83	18
奈良	227	21	78	49	61	18	105	83	11	3
和歌山	123	11	22	12	43	35	89	47	37	0
鳥取	291	51	110	29	20	81	115	82	29	0
島根	504	139	186	37	49	93	121	109	10	1
岡山	1,141	130	468	253	124	166	311	243	48	1
広島	1,590	371	569	123	254	273	799	515	238	6
山口	1,361	244	726	119	127	145	432	373	42	0
徳島	473	31	189	66	113	74	219	56	153	2
香川	832	40	531	30	100	131	254	175	57	12
愛媛	598	52	156	158	131	101	260	156	82	6
高知	601	95	248	59	126	73	385	275	79	6
福岡	4,379	563	2,335	439	490	552	1,600	1,078	234	72
佐賀	1,020	312	483	75	95	55	193	114	73	0
長崎	1,646	114	679	266	218	369	677	608	61	1
熊本	1,771	176	872	172	273	278	474	357	79	7
大分	1,084	276	449	100	147	112	354	300	47	0
宮崎	1,452	219	695	169	229	140	445	405	19	2
鹿児島	1,897	405	826	142	379	145	472	376	83	0
沖縄	1,000	151	494	44	78	233	289	187	89	0
計	54,544	8,018	22,734	5,893	9,487	8,412	20,071	15,248	3,196	271

資料：精神保健課調

(平成5年6月30日現在)

精神障害			精神	その他の	躁うつ病	神経症	人格障害	精神遅滞	その他	合計
覚せい剤	有機溶剤	その他の								
精神病	中毒	中毒性 精神障害	分裂病	精神病						
26	55	34	10,858	589	1,303	1,128	83	947	269	20,732
0	3	3	2,791	112	192	144	18	177	49	4,525
1	7	1	3,025	90	224	131	19	243	26	4,709
1	3	6	2,895	106	410	164	14	159	63	4,847
0	6	8	2,485	77	329	164	18	218	24	4,489
0	0	2	1,880	43	236	150	22	145	36	3,094
3	10	7	4,636	296	542	160	40	429	140	8,111
8	29	13	5,797	144	357	111	20	303	94	8,145
9	3	12	3,652	210	385	98	22	248	62	5,427
1	8	6	3,977	174	215	159	8	170	54	5,671
9	19	13	8,094	400	690	284	42	248	103	11,812
5	28	11	7,913	343	633	374	34	211	125	11,775
41	15	74	16,126	650	1,515	503	102	858	436	24,817
12	16	31	7,971	210	726	432	30	187	105	11,599
0	5	4	4,227	186	584	205	95	481	83	7,548
1	0	4	2,402	125	225	180	43	130	21	3,724
3	0	2	2,480	122	196	80	29	130	76	3,834
0	2	5	1,413	30	148	157	5	41	27	2,122
2	3	3	1,784	48	158	40	13	92	10	2,516
1	4	4	3,548	107	339	274	22	124	23	5,368
1	4	2	2,861	226	216	182	23	224	28	4,286
10	13	19	4,638	272	387	298	36	260	44	7,069
7	34	23	8,714	942	756	484	61	396	285	13,924
0	5	4	3,200	331	251	255	17	214	290	5,284
1	4	3	1,313	81	135	108	1	57	21	2,100
12	11	6	3,263	213	358	261	18	112	25	6,367
45	23	32	12,131	1,354	860	192	51	488	583	20,237
4	26	20	6,968	553	456	219	18	380	110	11,526
0	5	3	1,721	112	127	79	9	111	53	2,544
1	1	3	2,065	168	80	40	21	129	12	2,727
1	1	2	1,211	62	111	28	18	55	15	1,906
0	0	1	1,379	77	203	94	12	55	54	2,499
9	6	4	3,052	152	272	244	20	146	82	5,420
17	13	10	5,262	227	494	161	17	303	152	9,005
2	9	6	3,906	142	297	72	29	205	90	6,534
3	2	3	3,084	183	143	162	8	163	36	4,471
5	2	3	2,464	214	150	66	22	128	23	4,153
12	2	2	3,424	166	201	121	16	193	17	4,996
14	5	6	2,269	119	126	62	6	144	53	3,765
26	76	114	11,410	912	1,040	606	404	1,034	310	21,695
1	1	4	2,330	219	236	96	18	93	120	4,325
2	1	4	4,516	304	370	104	92	471	145	8,325
17	10	4	5,408	164	305	102	32	488	44	8,788
1	1	5	3,377	108	249	91	13	176	40	5,492
1	3	15	3,131	145	215	76	4	377	103	5,948
0	1	12	6,221	165	569	115	6	412	311	10,168
2	6	5	3,623	204	120	106	3	27	135	5,507
317	481	558	210,895	11,877	18,134	9,362	1,654	12,382	5,007	343,926

表10 都道府県別・入院形態別在院患者数

(平成5年6月30日現在)

都道府県	措置	医療保護	任意	その他	計
北海道	384	5,589	13,501	1,258	20,732
青森	31	943	3,452	99	4,525
岩手	94	1,408	3,169	38	4,709
宮城	72	1,089	3,501	185	4,847
秋田	53	1,221	3,173	42	4,489
山形	32	679	2,104	279	3,094
福島	140	2,440	5,374	157	8,111
茨城	168	1,690	6,176	111	8,145
栃木	146	2,096	2,929	256	5,427
群馬	233	2,211	3,206	21	5,671
埼玉	336	4,715	5,950	811	11,812
千葉	61	3,691	7,822	201	11,775
東京都	162	7,540	16,532	583	24,817
神奈川県	154	5,571	5,545	329	11,599
新潟	82	2,536	4,885	45	7,548
富山	125	1,285	2,227	87	3,724
石川	44	1,321	2,409	60	3,834
福井	50	400	1,645	27	2,122
山梨	57	820	1,620	19	2,516
長野	191	1,114	3,614	449	5,368
岐阜	246	954	3,073	13	4,286
静岡県	152	2,498	4,401	18	7,069
愛知県	406	5,258	7,783	477	13,924
三重	241	867	4,084	92	5,284
滋賀	89	531	1,469	11	2,100
京都	22	1,694	4,280	371	6,367
大阪	106	7,811	11,806	514	20,237
兵庫県	285	4,628	6,526	87	11,526
奈良	85	1,328	1,127	4	2,544
和歌山	101	1,447	1,178	1	2,727
鳥取	27	441	1,248	190	1,906
島根	32	615	1,592	260	2,499
岡山	52	1,400	3,624	344	5,420
広島	232	2,993	5,501	279	9,005
山口	353	2,671	3,501	9	6,534
徳島	195	1,899	2,368	9	4,471
香川	53	1,071	2,954	75	4,153
愛媛	200	2,984	1,778	34	4,996
高知	80	1,064	2,514	107	3,765
福岡	443	6,130	13,997	1,125	21,695
佐賀	137	1,010	2,954	224	4,325
長崎	98	1,729	6,123	375	8,325
熊本	195	3,527	5,018	48	8,788
大分	244	2,097	3,123	28	5,492
宮崎	94	2,204	3,418	232	5,948
鹿児島	364	3,602	6,178	24	10,168
沖縄	76	1,418	3,522	491	5,507
計	7,223	112,230	213,974	10,499	343,926
対前年計	8,446	118,402	209,037	11,045	346,930
構成比	2.1%	32.6%	62.2%	3.1%	100.0%

資料：精神保健課調

表11 都道府県別年間入退院患者数等

(平成4年6月30日現在)

	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	7,747,678	16,568	17,046	461.0
青森	1,701,497	4,388	4,417	386.5
岩手	1,731,875	3,084	3,073	562.6
宮城	1,764,755	4,334	4,371	405.5
秋田	1,671,334	3,731	3,739	447.5
山形	1,119,385	3,598	3,611	310.6
福島	2,984,208	5,358	5,490	550.2
茨城	3,039,452	4,444	4,602	672.0
栃木	1,987,525	2,951	2,999	668.1
群馬	2,084,163	3,442	3,450	604.8
埼玉	4,296,845	8,327	8,282	517.4
千葉	4,276,474	10,056	9,921	428.1
東京	9,136,517	22,457	22,736	404.3
神奈川	4,296,079	9,977	10,354	422.6
新潟	2,784,350	6,039	6,225	454.1
富山	1,401,457	2,452	2,543	561.1
石川	1,426,291	2,773	2,793	512.5
福井	751,318	1,457	1,462	514.8
山梨	941,586	1,875	1,907	497.9
長野	1,992,514	5,362	5,526	366.0
岐阜	1,585,406	3,212	3,289	487.7
静岡	2,609,993	5,108	5,094	511.7
愛知	5,096,651	10,153	10,231	500.1
三重	1,946,618	3,425	3,511	561.3
滋賀	756,498	1,967	1,924	388.8
京都	2,401,694	4,693	4,278	535.4
大阪	7,489,588	17,850	18,016	417.6
兵庫	4,262,002	7,725	7,845	547.5
奈良	965,524	1,642	1,653	586.1
和歌山	1,002,300	1,309	1,331	759.3
鳥取	702,729	1,771	1,836	389.6
島根	913,962	3,108	3,102	294.4
岡山	1,988,825	6,251	6,329	316.2
広島	3,319,799	7,788	8,026	419.9
山口	2,441,912	4,209	4,328	572.1
徳島	1,641,021	2,254	2,314	718.5
香川	1,529,193	2,785	2,875	540.4
愛媛	1,842,751	3,440	3,451	534.8
高知	1,433,132	3,079	3,283	450.5
福岡	8,018,944	14,615	14,965	542.2
佐賀	1,594,400	3,269	3,281	486.6
長崎	3,117,599	4,404	4,550	696.4
熊本	3,245,756	5,367	5,373	604.4
大分	2,007,115	3,434	3,636	567.8
宮崎	2,189,208	4,204	4,205	520.7
鹿児島	3,805,533	5,269	5,485	707.7
沖縄	1,978,862	4,792	4,699	417.0
計	127,022,308	259,795	263,457	485.5

表12 精神病床数・入院患者数・措置入院者数・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	措置入院者数	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
55	304,469	311,584	47,400	15.2	102.3
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
63	351,469	344,818	18,368	5.2	98.1
平成元	355,334	346,540	15,036	4.3	97.5
2	358,251	348,859	12,572	3.6	97.4
3	360,303	349,052	10,011	2.9	96.9
4	361,896	346,776	8,550	2.5	95.8

資料：病床・入院患者数・病院報告

措置患者数：厚生省報告例

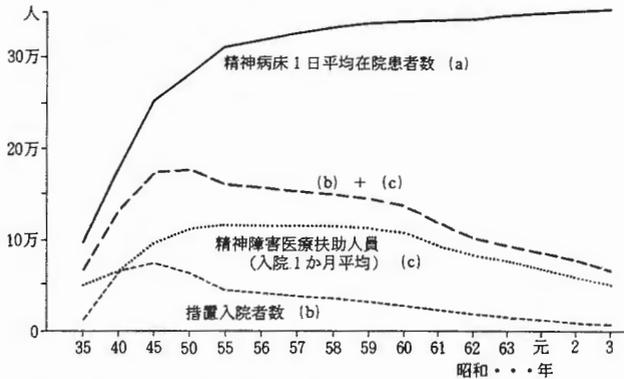
表13 単科精神病院の年間外来患者者延数等の年次推移

年次	単科精神病院における年間外来患者者延数	1日当たり平均数	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
55	7,647,224	25,748	323,784
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
63	9,960,290	33,536	579,350
平成元	10,300,711	35,036	606,179
2	10,742,995	36,541	629,514
3	11,084,076	37,573	654,710
4	11,557,320	39,045	677,836

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14 在院患者数・措置入院者数・医療扶助人員の年次推移



注：措置入院者数は各年12月末，ただし，昭和35年は年度の1日平均数。

表15 保健所における精神保健相談及び訪問指導の都道府県別年次推移

(1) 都道府県別精神保健相談状況

都道府県	精神保健相談延人員												
	50年	55年	57年	58年	59年	60年	61年	62年	63年	元年	2年	3年	4年
北海道	5,916	6,525	6,760	7,357	7,604	7,370	8,991	10,757	13,600	12,372	16,972	17,762	16,897
青森	206	288	351	357	410	553	657	610	2,008	2,156	2,665	2,537	3,715
岩手	1,067	1,211	2,883	4,792	5,747	5,938	5,878	5,467	5,621	5,648	5,078	5,835	5,950
宮城	3,307	3,721	4,352	3,741	3,816	3,655	3,834	4,180	6,347	7,373	9,055	8,296	9,694
秋田	1,543	1,035	1,379	1,360	1,324	1,458	1,472	1,668	2,532	2,623	3,853	4,062	4,689
山形	1,233	1,972	1,965	1,301	1,196	1,262	1,884	1,506	2,512	3,267	4,106	4,413	4,437
福島	795	1,267	1,371	1,595	1,594	1,684	1,350	1,643	2,132	2,897	3,186	3,117	3,593
茨城	1,534	1,995	2,411	2,700	1,927	2,353	3,542	3,612	4,381	5,453	6,228	10,484	12,067
栃木	420	677	1,094	1,204	1,993	2,100	1,733	1,836	2,434	3,048	3,866	3,855	3,687
群馬	1,571	2,428	2,095	2,164	2,302	2,719	5,014	6,006	8,743	8,770	9,101	11,170	11,787
埼玉	897	2,994	5,354	5,850	7,783	12,248	15,612	17,935	20,912	24,288	27,111	31,233	36,046
千葉	2,339	3,061	4,025	5,279	5,634	5,687	7,004	7,802	7,965	8,430	8,511	9,147	10,430
東京	13,549	40,813	56,541	56,558	66,753	90,825	100,860	115,036	158,736	179,202	197,526	208,697	221,935
神奈川	23,762	41,163	43,363	39,439	43,079	43,262	49,090	50,768	54,914	59,647	60,938	66,008	69,433
新潟	4,336	6,635	5,413	4,899	6,146	4,942	5,407	7,917	8,466	7,955	7,226	9,452	9,357
富山	373	608	1,121	1,465	2,066	2,098	2,279	2,336	2,711	2,556	3,116	3,241	3,736
石川	571	866	1,173	1,322	1,768	1,930	2,872	3,379	4,364	5,158	5,002	6,734	7,805
福井	220	509	942	1,057	1,360	3,485	4,303	3,401	6,053	6,695	6,993	8,510	8,065
福山	645	366	613	369	1,488	2,248	3,494	3,231	5,279	5,385	3,599	3,921	2,725
長野	1,646	4,695	4,909	4,587	4,511	4,907	5,029	7,854	10,441	12,896	18,528	15,938	15,215
岐阜	823	1,246	1,929	1,358	1,580	1,400	1,844	1,615	3,138	3,670	4,195	4,365	4,906
静岡	2,619	4,105	4,288	4,812	5,821	6,865	7,861	8,838	11,832	14,040	14,646	16,618	17,570
愛知	9,652	15,294	15,981	16,589	18,025	17,896	19,530	20,381	26,288	27,214	30,509	31,704	33,783
三重	305	324	224	191	196	733	272	1,656	1,943	2,757	3,078	2,410	3,080
滋賀	679	1,171	901	724	2,419	4,520	3,961	4,737	6,394	6,847	7,329	7,950	7,554
京都	3,995	6,934	7,484	8,406	10,297	11,212	12,174	16,441	17,964	19,475	21,017	24,883	25,427
大阪	20,298	46,736	56,774	71,133	81,408	87,772	94,971	101,825	93,597	100,649	104,344	104,107	106,517
兵庫	8,734	16,471	23,099	22,717	23,278	24,187	28,169	31,117	42,933	46,484	49,244	47,939	55,431
奈良	188	173	332	470	677	942	1,255	1,885	2,719	2,769	3,008	4,236	5,249
和歌山	691	478	796	663	738	762	705	749	1,305	1,833	1,715	2,468	2,665
鳥取	213	795	649	1,216	2,301	2,300	3,574	4,033	3,974	4,346	3,152	3,498	3,636
島根	991	1,013	1,822	1,029	870	878	863	918	2,203	2,627	2,625	2,638	2,704
岡山	914	1,680	2,202	1,756	1,410	1,337	1,261	1,391	3,239	2,018	5,803	5,523	4,682
広島	2,205	4,432	5,510	6,294	9,238	11,179	16,792	17,842	20,436	20,251	22,534	22,578	25,331
山口	926	1,830	3,240	2,834	3,014	3,811	4,120	5,934	6,746	4,877	5,670	6,816	10,675
徳島	629	391	228	521	654	768	721	1,024	1,196	2,449	2,543	4,544	4,598
香川	500	594	882	830	648	1,034	889	1,097	10,596	12,232	12,633	13,920	14,086
愛媛	1,130	1,204	1,387	1,415	1,680	1,767	3,110	2,998	5,192	4,536	5,184	6,282	6,559
高知	2,100	2,775	3,641	4,151	2,831	2,853	2,957	3,645	3,600	5,979	6,029	6,406	5,774
福岡	5,089	6,538	6,232	8,970	8,334	10,314	9,863	10,134	17,065	20,834	23,588	26,893	29,149
佐賀	719	1,531	1,678	2,158	1,897	1,544	2,085	1,854	2,775	4,955	5,807	7,764	8,483
崎	888	1,491	2,880	2,057	3,548	4,638	6,206	7,114	8,266	7,934	8,684	7,200	10,973
熊本	1,145	1,930	1,451	2,409	2,264	2,009	3,328	4,520	6,112	6,939	8,281	9,002	9,747
大分	515	1,712	2,330	1,804	2,266	4,083	3,919	4,215	5,285	6,506	6,440	7,120	7,425
宮崎	994	558	540	659	604	979	996	2,628	2,957	3,052	4,047	5,430	5,994
鹿児島	1,407	3,523	4,103	4,478	6,337	4,549	5,066	4,443	8,769	9,087	10,404	10,901	10,726
沖縄	3,111	1,500	1,706	2,402	3,148	3,874	5,591	5,668	9,251	10,088	10,241	10,845	12,889
合計	137,390	249,258	300,404	319,072	363,984	414,930	472,388	525,646	655,886	720,267	785,410	838,477	896,876

資料：保健所運営報告

(2) 都道府県別精神保健被訪問指導延人

都道府県	精神保健被訪問指導延人												
	50年	55年	57年	58年	59年	60年	61年	62年	63年	元年	2年	3年	4年
北海道	8,362	10,849	11,751	11,993	10,993	10,521	11,603	13,068	12,671	13,533	13,676	12,754	11,661
青森	1,684	1,534	1,441	1,973	2,734	3,097	3,499	3,938	5,755	5,799	5,806	6,226	5,989
岩手	3,190	4,332	4,506	4,631	4,863	6,129	6,710	6,142	5,644	5,462	5,327	4,524	4,298
宮城	4,193	3,804	4,161	4,239	4,662	3,823	4,570	4,921	6,152	7,049	6,075	5,907	5,157
秋田	2,159	2,738	3,021	2,917	2,289	2,964	3,143	2,684	2,915	3,431	2,909	4,631	4,752
山形	2,401	2,352	2,755	3,103	2,766	3,419	3,283	3,799	3,400	3,590	3,250	3,301	2,801
福島	671	1,339	1,914	1,888	2,062	2,434	3,068	3,156	3,292	3,177	2,812	2,353	2,655
茨城	4,374	3,158	3,007	2,863	2,993	3,558	3,312	3,666	3,758	4,511	5,390	5,495	5,653
栃木	3,289	4,232	4,023	3,961	4,624	3,789	3,641	3,081	3,278	3,109	2,327	2,526	3,396
群馬	3,976	4,519	4,139	3,629	2,709	3,069	3,222	3,171	3,135	3,077	2,579	2,168	2,555
埼玉	2,138	3,489	4,346	4,378	5,631	6,987	8,071	7,982	7,295	8,064	7,462	7,114	7,018
千葉	2,070	2,563	1,957	1,865	2,028	2,464	3,227	3,620	4,216	4,535	4,060	3,895	4,671
東京	8,233	16,394	19,713	19,984	20,976	23,834	27,385	29,146	29,710	31,782	33,491	36,878	36,860
神奈川	11,683	12,957	12,811	11,413	12,102	15,273	12,978	12,801	14,286	15,424	13,788	14,645	15,495
新潟	3,810	3,210	3,844	3,305	3,774	3,080	3,000	3,030	3,322	3,946	3,438	3,504	2,611
富山	4,474	2,306	1,776	1,711	1,910	2,029	1,998	1,758	1,924	1,730	2,279	1,678	1,863
石川	1,656	1,837	1,933	2,110	2,308	1,957	1,702	1,828	1,971	2,658	2,226	2,341	2,186
福井	719	1,002	1,505	2,351	2,826	3,642	3,764	4,280	4,567	5,750	5,014	4,610	4,880
山梨	731	742	742	751	1,071	1,401	1,290	1,289	1,235	1,580	1,128	1,424	1,269
長野	2,325	1,994	1,850	2,094	1,764	1,930	2,255	2,132	2,434	2,677	2,350	2,350	2,291
岐阜	1,759	3,065	2,682	3,239	3,182	3,251	4,015	4,049	4,374	4,859	4,841	4,245	3,625
静岡	5,015	6,056	6,505	6,545	6,478	7,224	7,370	7,620	9,234	8,091	7,623	7,912	7,490
愛知	12,286	15,412	14,154	13,738	15,013	15,948	16,862	15,443	15,842	16,930	16,595	15,498	15,437
三重	639	459	729	851	893	1,104	1,275	1,254	1,739	2,308	2,323	1,972	2,093
滋賀	941	1,103	996	1,094	994	1,347	1,898	1,981	2,490	2,981	2,513	2,347	2,137
京都	3,690	4,773	4,435	4,483	5,680	6,544	6,667	6,814	7,196	8,026	8,555	8,943	8,653
大阪	6,805	11,396	12,124	11,124	13,140	14,524	16,879	18,463	17,769	19,410	19,456	21,166	20,476
兵庫	3,950	5,098	6,901	8,360	8,350	8,856	9,994	11,168	11,539	12,800	13,190	14,141	14,954
奈良	775	497	977	718	688	830	930	773	1,132	1,014	1,047	922	1,273
和歌山	856	583	985	1,173	1,175	1,663	2,220	2,697	3,344	3,490	3,274	4,075	4,398
鳥取	1,371	1,974	1,480	1,903	2,000	2,181	2,287	2,499	2,982	3,832	3,012	2,526	2,271
島根	1,133	1,273	1,136	1,174	957	1,021	1,086	981	933	721	737	1,321	1,474
岡山	8,280	7,232	7,392	6,489	6,540	8,127	9,341	9,236	9,721	9,918	9,024	9,762	8,887
広島	6,946	8,269	7,755	8,208	8,926	9,155	10,440	10,871	11,433	11,467	10,256	10,837	9,922
山口	4,187	5,699	5,741	5,894	5,306	5,557	5,683	5,349	6,036	5,908	5,460	4,369	5,045
徳島	1,791	3,457	3,166	2,877	3,213	3,583	5,168	74,673	4,568	4,702	5,847	6,655	6,072
香川	1,699	1,581	1,803	1,233	1,344	2,100	2,256	2,470	2,810	2,867	2,721	2,785	2,578
愛媛	2,947	3,335	3,055	3,434	3,412	2,964	3,407	3,911	4,353	4,790	4,162	4,015	3,984
高松	6,352	6,928	8,396	8,260	5,495	6,294	6,342	6,057	5,822	6,068	6,505	6,645	5,435
福岡	5,662	8,099	8,205	8,016	8,192	9,924	10,945	11,174	12,330	16,251	16,413	17,594	18,334
佐賀	1,601	3,587	3,452	3,291	2,746	3,257	3,694	2,956	3,394	3,301	3,784	3,374	3,256
長崎	4,441	6,301	6,548	5,950	5,952	6,057	6,458	5,569	5,717	5,643	5,655	5,393	4,750
熊本	2,268	2,483	2,858	3,214	3,409	3,311	3,419	3,158	4,049	3,946	3,866	4,100	4,143
大分	1,825	2,451	2,435	3,931	4,741	5,773	6,652	7,219	7,112	6,026	6,053	6,605	6,614
宮崎	2,463	2,079	2,709	2,903	2,651	3,106	2,398	2,516	2,284	2,922	2,964	2,342	2,345
鹿児島	4,304	6,001	8,676	8,494	8,283	9,185	8,400	10,084	9,785	9,816	8,713	7,733	6,595
沖縄	4,312	5,063	4,245	4,158	4,826	5,896	7,183	8,832	7,302	8,144	8,924	8,850	9,028
合計	170,436	209,457	220,735	221,177	228,671	254,182	274,630	281,309	296,250	317,115	308,900	314,451	309,330

資料：保健所運営報告

統計表等の概要

1. 患者調査の状況（表1～5）

(1) 人口10万人に対する推計患者数の総計は、6,768で、これを傷病別(大分類)にみると、精神障害の総数は367であり、59年調査時を除き年々増加してきており、第7位(分類数17)である。また、神経系及び感覚器の疾患は506で第5位であり、59年調査より減少している。

なお、第1位は、消化系の疾患であり1,331となっている。

(2) 傷病分類別の推計患者数の総数は8,366.3千人であり、このうち、精神障害では入院が338.6千人、外来115.2千人、総数453.8千人となっている。

なお、入院では精神分裂病が213.8千人と最も多く、外来では神経症が44.9千人で最も多い。

(3) 年齢段階級別の精神障害の受療率(人口10万対)は、85歳以上の者が1115で最も多く、次いで80歳から84歳の者が839となっている。

2. 都道府県別精神病院数等の状況（表6）

(1) 人口万対精神病床数は、鹿児島県が58.4で最も多く、徳島県、長崎県、宮崎県、佐賀県の順となっており、最も少ないのは神奈川県14.8であり、滋賀県、埼玉県、奈良県、静岡県の順となっている。

(2) 人口万対措置入院者数は、大分県が3.1で最も多く、徳島県、三重県、山口県、鹿児島県の順となっており、最も少ないのは千葉県、東京都、京都府の0.1であり、大阪府、青森県、山形県、神奈川県、島根県の順となっている。

(3) 在院患者に対する措置入院者の率(措置率)は、岐阜県が7.9で最も高く、大分県、奈良県、山口県、三重県の順となっており、最も低いのは東京都、千葉県0.5であり、京都府、大阪府、青森県、島根県の順となっている。

3. 都道府県別精神病院数等の状況（表7～9）

- (1) 在院患者数の総数は、346,930人で昨年より約2,000人減少している。
- (2) 性別では、男性が約191千人で全体の55.1%を占め、3年より減少しているのに比べ、女性は、約156千人で、3年とほぼ同数である。
また、65歳以上の脳器質性精神障害の患者数は、男性の約12千人に対し、女性が約25千人と倍以上の患者数となっている。
- (3) 診断名区分で見ると、精神分裂病が圧倒的に多く、全体の61.3%を占め、次いで脳器質性精神障害、中毒性精神障害の順となっている。
- (4) 年齢別で見ると、65歳以上では、男女とも脳器質性精神障害が最も多い。

4. 都道府県別入院形態別在院患者数の状況（表10）

平成4年6月末現在の入院形態別の状況を見ると、措置入院者が2.4%、医療保護入院者が34.1%、任意入院者が60.3%、その他の入院者が3.2%となっている。

なお、3年6月末の状況は、措置入院者が2.9%、医療保護入院者が36.5%、任意入院者が57.0%、その他の入院者が3.6%であった。

また、都道府県別にみた任意入院者の率は三重県の76.6%が最も高く、次いで福井県、青森県、茨城県、長野県の順であり、最も低いのは愛媛県の32.7%であり、和歌山県、神奈川県、奈良県、埼玉県、徳島県の順となっている。

5. 都道府県別年間入退院患者数等の状況（表11）

平成3年の全国の平均在院日数は、492.1日であり、昭和59年の538.9日をピークとして減少してきている。

都道府県別では、和歌山県が863.7日と最も長く、鹿児島県、徳島県、栃木県、長崎県の順となっており、最も短いのは島根県の299.9日であり、山形県、岡山県、長野県、鳥取県の順となっている。

6. 精神病床数，入院患者数等の推移（表12）

精神病床数，入院患者数とも年々増加してきているが，3年6月末の措置入院者数は10,011人と減少し続けており，入院患者数に対する措置率についても2.9%と減少してきている。

7. 単科精神病院における年間外来患者延数等の推移（表13）

単科精神病院における年間外来患者延数は年々増加しており，平成3年には1,100万人に達してきている。

8. 在院患者数等の推移（表14）

在院患者数は年々増加しているが，措置入院者数は昭和45年の76,532人を，生活保護の医療扶助人員は昭和55年の116,595人をピークとして漸次減少してきている。

9. 都道府県別精神保健相談件数の推移（表15）

平成3年の保健所における精神保健相談延件数は，約838千件で対前年6.8%の増となり，6年前（59年）の約2倍に増加している。

10. 都道府県別精神保健訪問指導件数の推移（表16）

平成3年の保健所における精神保健訪問指導延件数は，314千件余りで，対前年1.8%の増となっている。

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

年齢階級別 有病率人口千対

0～9歳	7.7
10～19歳	11.4
20～29歳	7.8
30～39歳	15.7
40～49歳	19.3
50～59歳	16.4
60歳以上	19.9

処遇別精神障害者百分率

	医療を うけて いる	精神衛生 相談所等 その他の 施設の指 導をうけ ている	在宅の 患者
総 数	30.1	5.2	64.7
精 神 病	45.4	1.9	52.7
精神薄弱	6.0	13.0	81.0
そ の 他	33.3	0.8	65.9

必要な処置別精神障害者・有病者

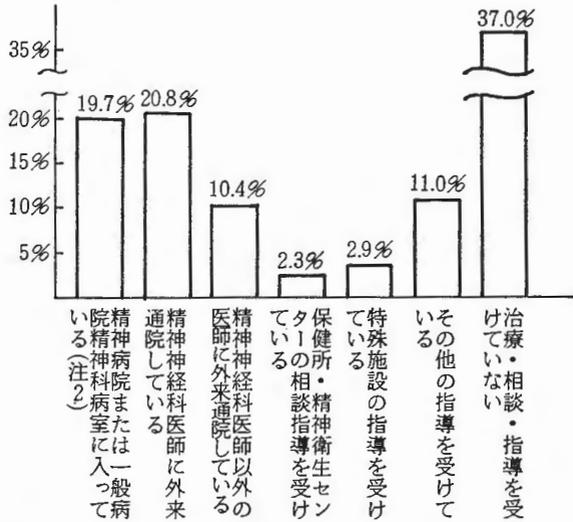
	(人口 千対 有病 率 総数)	精神病 院に入 院を要 するも の	精神病院 以外の施 設に収容 を要する もの	在宅のま ま医療ま たは指導 を要する もの
総 数	万人 (12.9)	万人 (3.0)	万人 (0.7)	万人 (9.3)
精 神 病	124 (5.9)	28 (2.2)	7 (0.1)	89 (3.6)
精神薄弱	57 (4.2)	21 (0.4)	2 (0.5)	35 (3.3)
そ の 他	40 (2.8)	3 (0.4)	5 (0.05)	32 (2.3)
そ の 他	27 (2.8)	4 (0.4)	—	22 (2.3)

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%

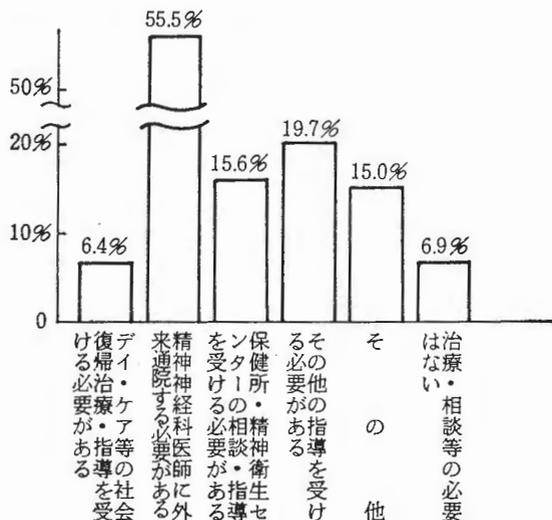
2. 現在の治療及び指導の内容 (延集計)



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。

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。

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。

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齢層に傾いている。神経症は入院では各年齢層にわたって幅広く分布し，通院では高年齢層に傾いている。

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他機関等を利用している者は13%。

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

イ. 日常生活介助の必要性

介助を必要とする者は，入院で64%，通院で23%。

ウ. 開放，閉鎖病棟の利用

閉鎖病棟が64%，開放・半開放病棟35%。

エ. 身体合併症

合併症を有する者は37%。

オ. 入院回避条件

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

カ. 近い将来の退院の見込み

退院の可能性のある者57%、退院の困難な者41%。

キ. 退院促進条件

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

ク. 利用させたい社会復帰機能

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

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の数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の数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) 「都道府県及び地方事務局長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)

IV 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 極貧の独身者にて廢疾に罹り産業を営む能はざるものには1ヵ年米一石八斗の積を以て給与すべし、但独身にあらざると雖も余の家人70年以上15年以下にてその身廢疾に罹り窮迫のものは本文に準じ給与すべし。貧窮な精神病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)を講義
1876 (明治9年)	<ul style="list-style-type: none"> ・神戸文政著抄訳「精神病約説三卷」(Henry Maudsley, 1872) ・マックス・バール「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、棄兒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"> ・上野癲癲人は直ちに東京府巢鴨病院へ護送の上、その理由を該患者の見認地の区役所又は戸長役場へ通知すべき旨の東京府令出る。
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、加藤癲癲病院に入院(3月)相馬事件がはじまる
1886 (明治19年)	<ul style="list-style-type: none"> ・東京府癲狂院に入院の子爵相馬誠胤(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、楠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ことを加う。 ・東大精神病学教室私宅監置の状況の実地調査 																					

1917 (大正 6 年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病患者全国一斉調査結果 総 数 64,941人 入 院 4,000人 私宅監置 4,500人 人口千対 1.18人 ・日本精神医学会創立 ・感化院法公布
1919 (大正 8 年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病院法公布 ・大阪市立児童相談所設立 (公立児童相談所の最初) ・内務省衛生局代用精神病院基準を示し各地方長官に私立精神病院の代用精神病院としての適否を調査
1920 (大正 9 年)	<ul style="list-style-type: none"> ・文部省令「学校医職務規定」精神薄弱者の鑑別養護 ・日本精神病医協会設立
1921 (大正10年)	<ul style="list-style-type: none"> ・文部省, 低能児教育調査会設置
1923 (大正12年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病院法施行規則公布
1926 (昭和元年)	<ul style="list-style-type: none"> ・日本精神衛生協会発足 ・日本心理学会発足
1930 (昭和 5 年)	<ul style="list-style-type: none"> ・第 1 回国際精神衛生会議
1932 (昭和 7 年)	<ul style="list-style-type: none"> ・第 1 回全国公立及び代用精神病院院長会議, 内務大臣により招集 ・精神薄弱児童研究会設置
1934 (昭和 9 年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神薄弱児保護協会設立
1935 (昭和12年)	<ul style="list-style-type: none"> ・カルジアゾール痙攣療法始む。
1938 (昭和13年)	<ul style="list-style-type: none"> ・厚生省に優生課新設
1940 (昭和15年)	<ul style="list-style-type: none"> ・国民優生法公布
1943 (昭和18年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神医学研究所設立
1948 (昭和23年)	<ul style="list-style-type: none"> ・国立国府台病院, 精神衛生センターとして発足, 同病院にはじめて精神医学ソーシャル・ワーカー置かる。
1950 (昭和25年)	<ul style="list-style-type: none"> 精神衛生法公布
1951 (昭和26年)	<ul style="list-style-type: none"> ・日本精神衛生会発足
1952 (昭和27年)	<ul style="list-style-type: none"> ・国立精神衛生研究所設置 ・精神衛生普及会発足

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間答申
1965 (昭和40年)	・精神衛生法改正案, 国会で可決 ・精神衛生センターの設置, 保健所の業務に精神衛生が加わる。 ・精神障害者家族会発足 ・緊急救護施設の整備運営について (社会局施設課長通知)
1966 (昭和41年)	・保健所における精神衛生業務について (公衆衛生局長通知)

1967 (昭和42年)	<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ず ・精神病院実態調査 ・日本精神神経学理事會「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)

	<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」
1987（昭和62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） ・精神障害者援護療の運営について〔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）
1988（昭和63年）	<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）
1989（平成元年）	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者に対する所得税法上の障害者控除の適用について（保健医療局長通知） ・精神障害者に対する地方税法上の障害者控除の適用について（保健医療局長通知） ・老人性痴呆疾患センター事業実施要綱について（保健医療局長通知）
1990（平成2年）	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者に対する相続税法上の障害者控除等の適用について（保健医療局長通知） ・心の健康づくり推進モデル事業実施要綱について（保健医療局長通知）
1991（平成3年）	<ul style="list-style-type: none"> ・老人性痴呆疾患療養病棟の施設整備基準について（保健医療局長通知） ・公衆衛生審議会意見具申「地域精神保健対策に関する中間意見」及び「処遇困難患者に関する中間意見」 ・精神障害者社会復帰施設設置運営要綱の改正について（保健医療局長通知）

	<ul style="list-style-type: none"> ・性に関する心の悩み相談事業の実施について（保健医療局長通知） ・精神障害者社会復帰促進事業（社会復帰相談窓口）の実施について（保健医療局長通知） ・老人性痴呆疾患センター事業実施要綱の一部改正について（保健医療局長通知） ・地域保健医療計画作成に当たっての老人性痴呆疾患対策に関する留意事項について（精神保健課長，計画課長通知）
1992（平成4年）	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者社会復帰施設設置運営要綱の改正について（保健医療局長通知） ・第40回精神保健全国大会開催
1993（平成5年）	<ul style="list-style-type: none"> ・今後における精神保健対策について（意見書，公衆衛生審議会） ・精神保健法等の一部を改正する法律案要綱を公衆衛生審議会に諮問，同答申 ・精神保健法の一部を改正する法律案要綱を社会保障制度審議会に諮問（答申4.28） ・精神保健法等の一部を改正する法律の成立（公布6月18日） ・精神障害者社会復帰施設設置運営要綱の一部改正について（精神障害者ショートステイ施設の追加，保健医療局長通知） ・世界精神保健連盟1993年世界会議の開催（～27，幕張メッセ） ・今後におけるアルコール関連問題予防対策について（提言，公衆衛生審議会アルコール関連問題専門委員会）

V そ の 他

1 各都道府県精神保健担当課一覽

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	環境保健部健康推進課	0177(22)1111	030	青森市長島1丁目1番1号
岩手	環境保健部健康推進課	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(211)2635	980	仙台市青葉区本町3の8の1
秋田	福祉保健部保健衛生課	0188(60)1427	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)3093	320	宇都宮市埴田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1丁目1番1号
埼玉	衛生部保健予防課	048(824)2111	336	浦和市高砂3の15の1
千葉	衛生部保健予防課	043(223)2680	260-91	千葉市市場町1の1
東京	衛生局医療福祉部精神保健課	03(5321)1111	163-01	新宿区西新宿2の8の1
神奈川	衛生部保健予防課	045(201)1111	231	横浜市中区日本大通り1
新潟	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	厚生部健康課	0764(31)4111	930	富山市新総曲輪1番7号
石川	厚生部健康推進課	0762(61)1111	920	金沢市広坂2の1の1
福井	福祉保健部健康増進課	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
山梨	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
岐阜	衛生環境部保健予防課	0582(72)1111	500	岐阜市藪田南2-1-1
静岡	保健衛生部保健予防課	054(221)2435	420	静岡市追手町9番6号
愛知	衛生部医務課	052(961)2111	460-01	名古屋市中区三の丸3の1の2
三重	保健環境部保健予防課	0592(24)2337	514	津市広明町13
滋賀	健康福祉部健康対策課	0775(24)1121	520	大津市京町4丁目1番1号
京都	保健環境部健康対策室	075(451)8111	602	京都市上京区下立売通新町西入ル敷ノ内町
大阪	環境保健部健康増進課精神保健室	06(941)0351	540	大阪市中央区大手前2の1の22
兵庫	保健環境部地域保健課	078(341)7711	650	神戸市中央区下山手通5の10の1
奈良	保健環境部健康対策課	0742(22)1101	630	奈良市登大路町
和歌山	保健環境部健康対策課	0734(32)4111	640	和歌山市小松原通1の1
鳥取	衛生環境部健康対策課	0857(26)7111	680	鳥取市東町1の220
根室	健康福祉部健康対策課	0852(22)5327	690	松江市殿町1
岡山	環境保健部健康対策課	086(224)2111	700	岡山市内山下2の4の6
広島	福祉保健部健康対策課	082(228)2111	730	広島市中区基町10-52
山口	環境保健部健康増進課	0839(33)2944	753	山口市滝町1番1号
徳島	保健環境部保健予防課	0886(21)2225	770	徳島市万代町1
香川	環境保健部健康増進課	0878(31)1111	760	高松市番町4丁目1番10号
愛媛	保健環境部保健指導課	0899(41)2111	790	松山市一番町4丁目4の2
高知	保健環境部医務課	0888(23)1111	780	高知市丸の内1の2の20
福岡	保健環境部健康増進課	092(651)1111	812	福岡市博多区東公園7の7
佐賀	保健環境部健康増進課	0952(24)2111	840	佐賀市城内1丁目1番59号
長崎	保健環境部保健予防課	0952(24)1111	850	長崎市江戸町2番13号
熊本	衛生部保健予防課	096(383)1111	862	熊本市水前寺6の18の1
大分	環境保健部健康対策課	0975(36)1111	870	大分市大手町3丁目1番1号
宮崎	環境保健部保健予防課	0985(24)1111	880	宮崎市橘通東2丁目10番1号
鹿児島	保健環境部保健予防課	0992(26)8111	892	鹿児島市山下町14-50
沖縄	環境保健部予防課	098(866)2209	900	那覇市泉崎1-2-2

2 精神保健センター一覽

(平成5年4月1日現在)

都道府県	開 年	設 月	単 独 合 別	級 別	郵 番 号	所 在 地	電 話 番 号
北海道	43. 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		合	B	020	盛岡市本町通3丁目19番1号 (岩手県福祉相談センター内)	0196(51)3111 (内2518)
宮城	43. 6		合	B	980	仙台市青葉区本町1丁目4番39号	0222(24)1491~5
	54. 7		単	B	010	秋田市仲通2-1-52	0188(34)2906
秋山	47. 4		合	B	990	山形市十日町1丁目6番6号	0236(22)2543
	47. 4		合	B	960	福島市森合町10-9	0245(35)3556
茨城	42. 8		単	B	310	水戸市笠原町宇不動山993-2	0292(43)2870
	43. 4		単	B	320	宇都宮市睦町1-20	0286(35)2463
栃木	61. 1		単	B	379-21	前橋市野中町368	0272(63)1166
	40. 7		単	A	362	北足立郡伊奈町小室818	048(723)1111
千葉	46. 2		単	A	280	千葉市仁戸名町666番の2	0472(63)3891
	41. 7		合	A	156	世田谷区上北沢2-1-7	03(3302)7575
東京	42. 4		合	A	231	横浜市中区富士見町3-1	045(261)3541~3
	43. 4		合	B	951	新潟市川岸町1-57-1	0252(31)6111
新	40. 10		単	B	930	富山市大手町1-15	0764(21)1511
	41. 10		合	B	920-02	金沢市南新保町ル3番の1	0762(38)5761
富	47. 4		合	B	910	福井市四ツ井2-12-1	0776(54)5151
						(福井県立精神病院内)	
山梨	46. 4		合	B	400	甲府市太田町9-1	0552(37)1657
	47. 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
岐阜	41. 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)
	41. 4		単	B	424	清水市辻4-4-17 (清水合同庁舎内)	0543(66)5506
静岡	46. 4		合	A	460	名古屋市中区三の丸3丁目2番1号 (愛知県総合保健センター内)	052(962)5371
	63. 10		合	B	514-11	久居市神明町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
三重	4. 6		合	B	525	草津市南笠町深谷66	0775(67)5001
	57. 8		単	B	612	京都市伏見区竹田流池町120	075(641)1810
大阪	40. 6		合	B	543	大阪市天王寺区六万体会町5-26	06(772)7201
	43. 4		合	A	652	神戸市兵庫区荒田町2丁目1番28号	078(511)6581
兵庫	64. 1		単	B	633	桜井市栗殿1000番地	07444(3)3131
	57. 4		合	B	643-01	有田郡吉備町広31 (県立五稜病院内)	0737(52)3221
鳥取	3. 10		合	B	680	鳥取市江津318-1	0857(21)3031
	53. 10		合	B	690	松江市大輪町420 (松江衛生合同庁舎内)	0852(21)2885
岡山	46. 4		合	B	703	岡山市古京町1丁目1号-10	0862(72)8835
	47. 4		合	B	731-43	安芸郡坂町字北新地12020番5号	082(884)1051
山	47. 4		単	B	755-02	宇部市大字東岐波東小沢4004-2	0836(58)3480
	40. 11		単	B	770	徳島市新蔵町3丁目80	0886(25)0610
徳	42. 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		合	B	790	松山市三番町8丁目234 (生活保健ビル内)	0899(21)3880
高	48. 4		合	B	780	高知市丸の内2丁目4-1 (保健衛生総合庁舎内)	0888(23)8609
	41. 4		単	A	812	福岡市東区箱崎7-8-2	092(641)3501
福岡	59. 1		合	B	840-01	佐賀市八丁畷町1番20号	0952(31)1716
	44. 10		合	B	854	諫早市栄田町26-49	09572(6)5977
長	47. 4		合	B	860	熊本市水道町9番16号	096(356)3629
	50. 9		単	B	870	大分市荏隈7丁目	0975(44)9921
大	49. 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		単	B	890	鹿児島市郡元3丁目3番5号	0992(55)0617
鹿	49. 4		単	B	901-11	島尻郡南風原町字宮平212	098(888)1443

3. 国立・都道府県立精神病院一覧

(平成5年6月30日現在)

都道府県	病 院 名	厚生省・都道府県	精神科病床数	郵便番号	所 在 地	電話番号
北海道	国立札幌病院	厚生省	30	003	札幌市白石区菊水4条2	011(811)9111
"	国立十勝療養所	"	250	080-01	河東郡音更町中鈴蘭元町2	0155(31)3111
"	札幌医科大学附属総合病院	都道府県	50	060	札幌市中央区南1条西16-291	011(611)2111
"	北海道立紋別病院	"	52	094	紋別市緑町5-6-8	01582(4)3111
"	北海道立緑ヶ丘病院	"	270	080-01	河東郡音更町緑ヶ丘1番地	0155(42)3377
"	北海道立向陽ヶ丘病院	"	200	093	網走市向陽ヶ丘4-3	0152(43)4138
青森	青森県立つくしが丘病院	"	350	030	青森市大字三内沢部353-92	0177(87)2121
岩手	国立療養所南花巻病院	厚生省	300	025	花巻市諏訪500	0198(24)0511
"	岩手県立大船渡病院	都道府県	105	022	大船渡市大船渡町字地の森35-13	0192(27)2131
"	岩手県立南光病院	"	408	021	一関市真紫矢の目沢56-19	0191(23)3655
"	岩手県立北陽病院	"	250	028-53	二戸郡一戸町一戸字上の82-5	0195(33)2171
宮城	国立仙台病院	厚生省	48	983	仙台市宮城野2-8-8	022(293)1111
"	宮城県立名取病院	都道府県	354	981-12	名取市手倉田字山無番地	022(384)2236
山形	山形県立鶴岡病院	"	350	997-03	鶴岡市大字高坂字堰下28	0235(22)2690
福島	福島県立医科大学附属病院	"	50	960	福島市光が丘1	0245(48)2111
"	福島県立会津総合病院	"	100	965	会津若松市城前10-75	0242(27)2151
"	福島県立矢吹病院	"	296	969-02	西白河郡矢吹町滝八幡100	0248(42)3111
茨城	国立霞ヶ浦病院	厚生省	17	300	土浦市下高津2-7-14	0298(22)5050
"	茨城県立友部病院	都道府県	611	309-17	西茨城郡友部町旭町654	02967(7)1151
栃木	栃木県立岡本台病院	"	255	329-11	河内郡河内町字下岡本2162	0286(73)2211
群馬	群馬県立佐波病院	"	372	379-22	佐波郡東村大字国定2374	0270(62)3311
埼玉	埼玉県立精神保健総合センター	"	120	360	北足立郡伊奈町小室818-2	048(723)1111
千葉	国立千葉病院	厚生省	33	260	千葉市椿森4-1-2	0472(51)5311
"	国立精神・神経センター国府台病院	"	350	272	市川市国府台1-7-1	0473(72)3501
"	国立下総療養所	"	707	280-02	千葉市辺田町578	0472(91)1221
"	千葉県精神科医療センター	都道府県	41	260	千葉市豊砂地内	0472(76)1361
東京	国立病院医療センター	厚生省	40	162	新宿区戸山町1-21-1	03(3202)7181
"	国立東京第二病院	"	27	152	目黒区東が丘2-5-1	03(3411)0111

都道府県	病 院 名	厚生省・都道府県	精神科病床数	郵便番号	所 在 地	電話番号
東 京	国立精神・神経センター武蔵病院	厚 生 省	800	187	小平市小川東町4-1-1	0423(41)2711
"	東京都立墨東病院	都道府県	33	130	墨田区江東橋4-23-15	03(3633)6151
"	東京都立広尾病院	"	32	150	渋谷区恵比寿2-34-10	03(3444)1181
"	東京都老人医療センター	"	44	173	板橋区栄町35-2	03(3964)1131
"	東京都立神経病院	"	32	183	府中市武蔵台2-6-1	0423(23)5111
"	東京都多摩老人医療センター	"	42	189	東村山市青葉町1-7-1	0423(96)3811
"	東京都立梅ヶ丘病院	"	278	156	世田谷区松原6-37-10	03(3323)1621
"	東京都立中部総合精神保健センター	"	20	156	世田谷区上北沢2-1-7	03(3302)7575
"	東京都立松沢病院	"	1,368	156	世田谷区上北沢2-1-1	03(3303)7211
"	東京都立府中病院	"	35	183	府中市武蔵台2-9-2	0423(23)5111
"	東京都立多摩総合精神保健センター	"	20	206	多摩市大字落合字中沢4006番	0423(76)6885
神奈川	国立療養所久里浜病院	厚 生 省	304	239	横須賀市比野2769	0468(48)1550
"	国立相模原病院	"	49	228	相模原市桜台18-1	0427(42)8311
"	国立横浜病院	"	52	245	横浜市戸塚区原宿町252	045(851)2621
"	神奈川県立こども医療センター	都道府県	40	232	横浜市南区六ツ川2-138-4	045(711)2351
"	神奈川県立芹香院	"	511	233	横浜市港南区芹が谷2-5-1	045(822)0241
"	神奈川県立せりがや園	"	80	233	横浜市港南区芹が谷2-3-1	045(822)0365
新 潟	国立療養所犀潟病院	厚 生 省	250	949-31	中頸城郡大潟町大字犀潟468-1	0255(34)3131
"	新潟県立新発田病院	都道府県	50	957	新発田市大手町4-5-48	0254(22)3121
"	新潟県立小出病院	"	130	946	北魚沼郡小出町大字日渡新田34	02579(2)2111
"	新潟県立療養所悠久荘	"	464	940	長岡市寿2-4-1	0258(24)3930
富 山	国立療養所北陸病院	厚 生 省	190	939-18	東礪波郡城端町信末5963	0763(62)1340
"	富山県立中央病院	都道府県	120	930	富山市西長江2-2-78	0764(24)1531
石 川	国立金沢病院	厚 生 省	48	920	金沢市石引3-1-1	0762(62)4161
"	石川県立高松病院	都道府県	450	929-12	河北郡高松町内高松ヤ-36	0762(81)1125
福 井	福井県立精神病院	"	380	910	福井市四ツ井2-12-1	0776(54)5161
山 梨	山梨県立北病院	"	300	407	韭崎市旭町上条南割3314-13	0551(22)1621
長 野	国立小諸療養所	厚 生 省	280	384	小諸市甲4598	0267(22)0870
"	長野県立阿南病院	都道府県	50	399-15	下伊那郡阿南町北条2009-1	0260(22)2121

都道府県	病 院 名	厚生省・都道府県	精神科病床数	郵便番号	所 在 地	電話番号
長 野	長野県立駒ヶ根病院	都道府県	310	399-41	駒ヶ根市下平2901	0265(83)3181
岐 阜	岐阜県立多治見病院	都道府県	120	507	多治見市前畑町5-161	0572(22)5311
静 岡	静岡県立病院養心荘	"	350	420	静岡市与一右エ門新田335-231	0542(71)1135
愛 知	国立名古屋病院	厚生省	53	460	名古屋市中区三の丸4-1-1	052(951)1111
"	国立療養所東尾張病院	"	200	463	名古屋市守山区大字吉根字長廻間3248	052(798)9711
"	愛知県立城山病院	都道府県	392	464	名古屋市千種区徳川山町4-1-7	052(763)1511
"	愛知県心身障害者 コロニーことば学園	"	180	480-03	春日井市神屋町713-8	0568(88)0811
"	愛知県心身障害者 コロニー中央病院	"	50	480-03	春日井市神屋町713-8	0568(88)0811
三 重	国立療養所榊原病院	厚生省	260	514-12	久居市榊原町777	05925(2)0211
"	三重県立志摩病院	都道府県	100	517-05	志摩郡阿児町鶴方1257	05994(3)0501
"	三重県立小児心療センター あすなろ病院	"	104	514	津市城山1-12-3	0592(34)8700
"	三重県立高茶屋病院	"	494	514	津市城山1-12-1	0592(34)2125
滋 賀	滋賀県立精神保健総合センター	"	100	525	草津市南笠町深谷66	0775(67)5001
京 都	国立舞鶴病院	厚生省	155	625	舞鶴市字行永2410	0773(62)2680
"	京都府立医科大学附属病院	都道府県	118	602	京都市左京区河原町広小路上ル梶井町465	075(251)5111
"	京都府立洛南病院	"	328	611	宇治市五ヶ庄広岡谷2	0774(32)5900
大 阪	国立大阪病院	厚生省	12	540	大阪市東区法門坂町2-1	06(942)1331
"	国立大阪南病院	"	84	586	河内町長野市木戸町677-2	0721(53)5761
"	大阪府立病院	都道府県	44	558	大阪市住吉区万代東3-1-56	06(692)1201
"	大阪府立中宮病院	"	842	573	枚方市宮之坂3-16-21	0720(47)3261
兵 庫	兵庫県立淡路病院	"	45	656	洲本市下加茂1-6-6	0799(22)1200
"	兵庫県立光風病院	"	633	651-12	神戸市北区山田町上谷上字登尾3-1	078(581)1013
奈 良	国立療養所松籟荘	厚生省	200	639-11	大和郡山市小泉町2815	07435(2)3081
"	奈良県立医科大学附属病院	都道府県	80	634	橿原市四条町840	07442(2)3051
和歌山	和歌山県立医科大学附属病院	"	40	640	和歌山市七番丁27	0734(31)2151
"	和歌山県立五稜病院	"	450	643-01	有田郡吉備町大字庄31	0727(52)3221
鳥 取	国立療養所鳥取病院	厚生省	300	680	岩美郡国府町新通り3-301	0857(22)4121
島 根	島根県立中央病院	都道府県	40	693	出雲市今市町116	0853(22)5111
"	島根県立湖陵病院	"	309	699-08	簸川郡湖陵町240	0853(43)2102

都道府県	病 院 名	厚生省・都道府県	精神科病床数	郵便番号	所 在 地	電話番号
岡山	岡山県立岡山病院	〃	240	700	岡山市鹿田本町3-16	0862(25)3821
広島	国立呉病院	厚生省	50	737	呉市青山町3-1	0823(22)3111
〃	国立療養所賀茂病院	〃	350	724-06	賀茂郡黒瀬町南方92	0823(82)3000
〃	広島県立広島病院	都道府県	50	734	広島市南区宇品神田1-5-54	082(254)1818
山口	国立岩国病院	厚生省	55	740	岩国市黒磯町2-5-1	0827(31)7121
〃	山口県立病院静和荘	都道府県	200	755-02	宇部市東岐波字東小沢	0836(58)2370
徳島	徳島県立中央病院	〃	100	770	徳島市蔵本町1	0886(31)7151
香川	国立普通寺病院	厚生省	100	765	普通寺市仙遊町2-1-1	0877(62)2211
〃	国立療養所西香川病院	〃	50	767	三豊郡高瀬町大字比地字井ノ口2986-3	0875(72)5121
〃	香川県立丸亀病院	都道府県	340	763	丸亀市土器町字三浦4287-2	0877(22)6236
愛媛	愛媛県立今治病院	〃	350	794	今治市石井町4-5-5	0898(32)7111
高知	高知県立芸陽病院	〃	193	784	安芸市宝永町3-33	08873(4)3111
福岡	国立小倉病院	厚生省	100	802	北九州市小倉南区春ヶ丘10-1	093(921)8881
〃	福岡県立太宰府病院	都道府県	440	818-01	太宰府市五条3-8-1	092(922)3137
佐賀	国立肥前療養所	厚生省	573	842-01	神崎郡東背振村三津160	0952(52)3231
長崎	国立長崎中央病院	〃	55	856	大村市久前2-100-1	0957(52)3121
〃	長崎県立大村病院	都道府県	306	856	大村市西部町1575-2	0957(53)3103
熊本	国立熊本病院	厚生省	50	860	熊本市二の丸1-5	096(353)6501
〃	国立療養所菊池病院	〃	150	861-11	菊池郡合志町福原208	096(248)2111
〃	熊本県立富合病院	都道府県	250	861-41	下益城郡富合町平原391	096(357)2151
大分	国立別府病院	厚生省	40	874-01	別府市大字内竈1473	0977(67)1111
宮崎	宮崎県立宮崎病院	都道府県	11	880	宮崎市北高松町5-30	0985(24)4181
〃	宮崎県立富養園	〃	391	889-14	児湯郡新富町大字三納代字荒田2226-2	0983(33)1311
鹿児島	鹿児島県立始良病院	〃	340	899-56	始良郡始良町平松6067	0995(65)3138
沖縄	国立療養所琉球病院	厚生省	350	904-12	国頭郡金武町字金武7958-1	0989(68)3301
〃	沖縄県立精和病院	〃	306	901-11	島尻郡南風原町字新川260	0988(89)1300
〃	沖縄県立宮古病院	〃	100	906	平良市字東仲宗根807	09807(2)3151
〃	沖縄県立八重山病院	〃	50	907	石垣市字大川732	09808(3)2525

老人性痴呆疾患治療・療養病棟一覧

(平成5年4月1日現在)

老人性痴呆疾患治療病棟

都道府県	施設名称	(設置主体)	所在地	電話番号
北海道	道央佐藤病院	(医療法人玄羊会)	苫小牧市字樓前234	0144-67-0236
秋田	今村病院	(医療法人久幸会)	秋田市下新城中字琵琶沼124-1	0188-73-3011
山形	佐藤病院	(医療法人社団公德会)	南陽市栲塚948-1	0238-40-3170
福島	寿泉堂松南病院	(医療法人為進会)	須賀川市大字滑川字池田100	0248-73-4181
	飯塚病院	(医療法人昨雲会)	喜多方市松山町村松字北原3634-1	0241-24-3421
茨城	日立梅ヶ丘病院	(医療法人圭妻会)	日立市大久保町2409-1-3	0294-34-2103
栃木	太平下病院	(医療法人榮仁会)	下都賀郡大平町富田字上沼1760-1	0282-43-2222
千葉	八千代病院	(医療法人心和会)	下野野字新山549	0474-88-1511
東京	東京武蔵野病院	(財団法人精神医学研究所)	板橋区小茂根4-11-11	03-3956-2136
神奈川	福井記念病院	(医療法人財団青山会)	三浦市初声町高円坊1040-2	0468-88-2145
新潟	柏崎厚生病院	(医療法人立川総合病院)	柏崎市大字茨目字二ツ池2071-1	0257-92-0111
	黒川病院	(医療法人白日会)	北蒲原郡黒川村大字下館字大淵1522	0254-47-2422
石川	石川県立高松病院	(石川県)	河北郡高松町内高松ヤ-36	0762-81-1125
愛知	岐阜病院	(医療法人映西病院)	中巨摩橋形町下宮地421	0552-82-2151
山梨	一宮市立市民病院今伊勢分院	(一宮市)	一宮市今伊勢町宮後郷中茶原30	0586-45-2531
鳥取	渡辺病院	(医療法人明和会)	鳥取市東町3丁目307	0857-24-1151
島根	医療福祉センター高砂病院	(社会福祉法人恩賜財団済生会)	江津市江津町1110-15	0852-23-1000
	八雲病院	(医療法人仁風会)	松江市大庭町1460-3	0852-23-3456
	西川病院	(医療法人社団清和会)	浜田市港町298-2	0855-22-2390
	安来第一病院	(医療法人人昌林会)	安来市安来町899-1	0854-22-2411
岡山	河田病院	(財団法人河田病院)	岡山市宮町2丁目15番21号	0862-52-1231
	万成病院	(医療法人万成病院)	岡山市谷万成1-6-5	0862-52-2261
広島	加計町国民健康保険組合病院	(加計町)	山形郡加計町大字殿河内236	08262-2-0491
	三原病院	(医療法人大慈会)	三原市中之町北1004-1	0848-63-8877
山口	仁保病院	(医療法人仁和病院)	山口市大字仁保上郷427	0839-29-0066
	扶老会病院	(医療法人扶老会)	厚狭郡楠町大字船木833	08366-7-0341
愛媛	十金第二病院	(医療法人十金会)	新居浜市角野新田町1-1-28	0897-41-2222
	公立周桑病院	(周桑病院企業団)	東予市玉生川131	0898-64-2630
福岡	古賀第一病院	(医療法人老母家会)	粕屋郡古賀町大字鹿部482	092-942-6181
	見立病院	(医療法人和光会)	田川市大字弓削田3237	0947-44-0924
	若戸病院	(医療法人三芳会)	北九州市若松区大字小牧146	093-741-1331
	牧病院	(医療法人牧和会)	築紫野市大字永福476-1	092-922-2853
	新給小屋病院	(医療法人幸明会)	山内郡瀬高町長田1604	09446-2-4161
	大牟田保養院	(医療法人社団信和会)	大牟田市黄金町1-178	0944-52-3012
	小倉浦生病院	(医療法人小倉浦生病院)	北九州市小倉南区蒲生5-5-1	093-961-3238
	新門司病院	(医療法人豊司会)	北九州市門司区大字徳喰615	093-481-1368
佐賀	嬉野温泉病院	(医療法人財団友朋会)	藤津郡嬉野町大字下宿乙1919	0954-43-0157
大分	緑ヶ丘保養院	(医療法人社団潤野会)	大分市大字丹生字長道1747	0975-93-3366
宮崎	協和病院	(医療法人向洋会)	日向市大字財光寺1194-3	0982-54-2806
	谷口病院	(医療法人同仁会)	日南市大字風田3861	0987-23-1331
	小林保養院	(医療法人信和会)	小林市大字堤2923	0984-22-2886
沖縄	新垣病院	(医療法人卯の会)	沖縄市安慶田4-7-7	09893-3-2756
	本部記念病院	(医療法人博寿会)	国頭郡本部町字石川972	0980-48-3051
計			24都道府県43施設	

老人性痴呆疾患療養病棟

都道府県	施設名称	(設置主体)	所在地	電話番号
新潟	黒川病院	(医療法人白日会)	北蒲原郡黒川村大字下館字大淵1522	0254-47-2422
岡山	河田病院	(財団法人河田病院)	岡山市宮町2丁目15番21号	0862-52-1231
愛媛	宇和島病院	(財団法人正光会)	宇和島市植原1280	0895-22-5622
高知	土佐病院	(医療法人須藤会)	高知市新本町2-10-24	0888-22-3357
熊本	城山病院	(医療法人敬愛会)	熊本市城山上代町1145	096-329-7878
大分	加藤病院	(医療法人雄仁会)	竹田市大字竹田1855	0974-63-2338
計			6県6施設	

老人性痴呆疾患センター施設一覧

(平成5年10月1日現在)

都道府県	施設名	運営主体	運営開始	所在地	電話番号
北海道	総合病院旭川赤十字病院	日本赤十字社	2. 1. 4	070 旭川市曙1条1-2128-22	0166-22-8111
	市立釧路総合病院	釧路市	2. 6. 1	085 釧路市春湖台1番12号	0154-41-6121
青森	八戸市立市民病院	八戸市	2. 4. 1	031 八戸市大字糠塚字古常泉下7	0178-44-1123
	県立つしが丘病院	青森県	3. 4. 1	038 青森市大字三内字沢部3543-92	0177-87-2121
	国民健康保険五所川原市立西北中央病院	五所川原市	4. 4. 1	037 五所川原市字布屋町41番地	0173-35-3111
	むつ総合病院	一宮事務組合下毛厚生センター	5. 4. 1	035 むつ市小川町1-2-8	0175-22-2111
岩手	岩手医科大学附属病院	学校法人岩手医科大	元.10.27	020 盛岡市内丸19-1	0196-51-1111
山形	南陽市立総合病院	南陽市	2. 8. 1	992-04 南陽市宮内1204	0238-47-3000
	酒田市立酒田病院	酒田市	3. 6. 1	998 酒田市千石町2-3-20	0234-23-1111
福島	太田総合病院附属太田西ノ内病院	財団法人太田総合病院	2. 1. 1	963 郡山市西ノ内町2-5-20	0249-33-4567
	竹田総合病院	財団法人竹田総合病院	4. 4. 1	965 会津若松市山鹿町3-27	0242-27-5511
	松村総合病院附属舞子浜病院	財団法人松村総合病院	4. 4. 1	970-01 いわき市平藤間字川前63	0246-23-2161
	塚厚生病院	厚生農業協同組合連合会	5. 4. 1	979-54 東白川郡塚町大字塚字大町1-5	0247-43-1145
茨城	日立梅ヶ丘病院	医療法人主愛会	2. 4. 1	316 日立市大久保町2409-3	0294-34-2103
	豊和麗病院	医療法人清風会	2. 4. 1	306-05 猿島郡猿島町沓掛411	0297-44-2000
	総合病院東京医科大学習志野病院	学校法人東京医科大学	2. 4. 1	300-03 船橋郡阿見町中央3-20-1	0298-87-1161
	鹿島病院	財団法人鹿島病院	4. 4. 1	314 鹿島郡鹿島町平井1129-2	0299-82-1271
	石崎病院	財団法人報恩会	5. 4. 1	311-31 茨城県郡茨城町上石崎4698	02929-3-7155
栃木	独協医科大学病院	学校法人独協学園	2. 7. 2	321-02 下都賀郡壬生町北小林880番地	0282-87-2251
群馬	県立佐渡病院	群馬県	3. 1. 1	379-22 佐渡郡東村大字国定2374	0270-62-3311
	慈光会病院	医療法人慈光会	2.11.1	370 高崎市上佐野786-7	0273-47-1177
埼玉	埼玉医科大学附属病院	学校法人埼玉医科大学附属病院	元.10.1	350-04 入間郡毛呂山町毛呂本郷38	0492-95-1111
	秩父中央病院	医療法人全和会	4. 4. 1	368 秩父市寺尾1404	0949-24-5551
	東松山病院	医療法人緑光会	5. 4. 1	355 東松山市大字大谷4160	0493-39-0303
千葉	総合病院国保旭中央病院	旭市	2. 1. 1	289-25 旭市イ1326	0479-63-8111
	東条メンタルホスピタル	医療法人明星会	3. 1. 1	296 鴨川市広場1338	04709-2-1207
	東京慈恵会医科大学附属病院	学校法人慈恵大学	3.10.17	277 柏市柏下163番地1号	0471-64-1111
	浦々袖さつき台病院	医療法人社団さつき会	5. 2. 1	299-02 君津郡袖ヶ浦町長瀬駅前5-21	0438-62-1133
	成田赤十字病院	日本赤十字社	5. 3. 1	286 成田市飯町90-1	0476-22-2111
神奈川	北里大学東病院	学校法人北里学園	2. 4. 1	228 相模原市麻溝台2-1-1	0427-48-9111
	東海大学病院	学校法人東海大学	2. 4. 1	259-11 伊勢原市早望台	0463-93-1121
	聖マリアンナ医科大学病院	学校法人聖マリアンナ医科大学	2. 4. 1	213 川崎市宮前区菅生2-16-1	044-977-8111
	横浜市立大学医学部附属病院	横浜市	5. 4. 1	236 横浜市金沢区福浦3-9	045-787-2800
新潟	柏崎厚生病院	医療法人立川総合病院	3. 6. 1	945-13 柏崎市大字茶臼字二ツ池2071-1	0257-22-0111
富山	県立中央病院	富山県	2. 4. 9	930 富山市西長江2-2-78	0764-24-1531
	高岡病院	厚生農業共同組合連合会	2. 6. 1	933 高岡市永楽町5-10	0766-21-3930
石川	県立高松病院	石川県	元.10.1	929-12 河北郡高松町内高松ヤ36	0762-81-1125
	七尾鹿島広域圏事務組合立福登第一病院	七尾鹿島広域圏事務組合	4. 4. 1	926 七尾市藤橋町西部55	0767-52-6611
	加賀神経サナトリウム	医療法人社団長久会	4. 4. 1	922 加賀市百々町6-1-3	07617-2-0880
山梨	県立北病院	山梨県	元.12.1	407 韮崎市池町上条南割3314-13	0551-22-1621
	加納岩総合病院	医療法人財団加納岩病院	元.12.1	405 山梨市上神内川1309	0553-22-2511
長野	安曇病院	厚生農業協同組合連合会	2. 8. 21	399-86 北安曇郡池田町大字池田307番地1	0261-62-3166
	県立駒ヶ根病院	長野県	3. 4. 1	399-41 駒ヶ根市下平2901	0265-83-3181
	北信総合病院	厚生農業協同組合連合会	4. 4. 1	383 中野市西一丁目5番地63号	0269-22-2151
	佐久総合病院	厚生農業協同組合連合会	4. 4. 1	384-03 南佐久郡白田町大字白田197番地	0267-82-3131
	飯田病院	医療法人梨山会	5. 4. 1	395 飯田市大通1-15	0265-22-5150
岐阜	県立多治見病院	岐阜県	元.11.1	507 多治見市前畑町5-161	0572-22-5311
静岡	富士市立中央病院	富士市	元.11.1	417 富士市高島町50	0545-52-1131
	清水市立病院	清水市	2. 4. 1	424 清水市宮加3-1231	0543-34-1170
	静岡済生会総合病院	社会福祉法人恩賜財団済生会	元.11.1	422 静岡市小籠1-1-1	0542-85-6171
	島田市立島田市民病院	島田市	元.11.1	427 島田市野田1200-5	0547-35-2111
	共立菊川病院	南川町及び菊川町	元.11.1	439 小笠郡菊川町堀之内420-3	0537-35-2135

都道府県	施設名	運営主体	運営開始	所在地	電話番号
静岡	東西部浜松医療センター	浜松市	元.11.1	432 浜松市富塚町328	0534-53-7111
	遠州総合病院	厚生農業協同組合連合会	2.10.1	430 浜松市常盤町144-6	0534-53-1111
	伊豆連信病院	日本電信電話株式会社	3.7.1	419-01 田方郡函南町平井750	05597-8-2320
三重	松阪厚生病院	個人	3.9.4	515 松阪市久保町1927番地の2	0598-21-1311
	三重県立高茶屋病院	三重県	4.6.1	514 津市城山1-12-1	0592-35-2155
	四日市日永病院	医療法人居仁会	4.6.1	510 四日市市日永5039	0593-45-2356
	熊野病院	医療法人紀南会	5.4.1	519-51 熊野市久生屋町868	05978-9-2711
京都	府立医科大学附属病院	京都府	3.7.1	602 京都市上京区河原町通小松上3條井町465	075-251-5111
	府立宇治の海病院	京都府	3.7.1	629-22 与謝郡岩滝町字男山481	077246-3371
大阪	社会福祉法人恩賜財団済生会 済生会茨木病院	社会福祉法人恩賜財団済生会	2.6.1	567 茨木市見付山1丁目24号	0726-24-8612
	浅香山病院	財団法人浅香山病院	2.6.1	590 堺市今地町3丁目3番16号	0722-22-9414
	水間病院	医療法人河崎会	4.9.1	597-01 貝塚市水間51	0724-46-1102
	近畿大学医学部附属病院	学校法人近畿大学	4.9.1	589 大阪狭山市大野東377-2	0723-66-0221
	関西医科大学附属病院	学校法人関西医科大学	5.10.1	570 守口市文圃町1	06-992-1001
	兵庫	兵庫医科大学病院	学校法人兵庫医科大学	元.11.1	663 西臼市武庫川町1-1
奈良	県立淡路病院	兵庫県	3.10.7	656 洲本市下加茂1-6-6	07992-2-1200
	公立豊岡病院	豊岡市	2.10.1	668 豊岡市立野町6-35	07962-2-6111
	加西市立加西病院	加西市	5.2.1	675-23 加西市北条町横尾1-13	0790-42-2200
	奈良医科大学附属病院	奈良県	4.6.1	634 橿原市四条町840	07442-2-3051
鳥取	西伯町国民健康保険西伯病院	西伯町	元.10.31	683-03 西伯郡西伯町大字楼397	0859-66-2283
	倉吉病院	医療法人仁厚会	2.4.1	682 倉吉市山根43番地	0858-26-6610
島根	県立中央病院	島根県	2.4.1	693 出雲市今市町116	0853-23-7441
	松江市立病院	松江市	3.4.1	690 松江市灘町101番地	0852-23-1000
	済生会医療福祉センター高砂病院	社会福祉法人恩賜財団済生会	4.2.1	695 江津市江津町1110-15	08555-2-5100
	隠岐病院	島後町村組合	5.4.1	685 隠岐郡西郷町大字有本字広田5	08512-2-1356
岡山	総合病院岡山赤十字病院	日本赤十字社	2.11.1	700 岡山市青江65-1	0862-22-8811
	川崎医科大学附属病院	学校法人川崎学園	2.11.1	701-01 倉敷市松島577	0864-62-1111
広島	社会保険広島市民病院	広島市	2.8.1	730 広島市中区基町7番33号	082-211-2653
	加計町国民健康保険病院	加計町	3.6.1	731-35 山県郡加計町下殿貫236	08262-2-0491
	府中総合病院	厚生農業協同組合連合会	3.6.1	726 府中市鶴岡町555-3	0847-45-3300
	西城町国民健康保険直営西城病院	西城町	4.8.1	729-57 比婆郡西城町中野1339	08248-2-2611
山口	県立中央病院	山口県	3.4.1	747 防府市大字大崎77	0835-22-4411
徳島	県立中央病院	徳島県	4.5.1	770 徳島市蔵本町一丁目10-3	0886-31-7151
香川	県立丸亀病院	香川県	4.2.29	763 丸亀市土器町東九丁目291	0877-22-2131
愛媛	県立中央病院	愛媛県	2.6.1	790 松山市春日町83	0899-47-1111
高知	近森病院第二分院	医療法人近森会	2.3.22	780 高知市北本町1-1-7	0888-22-5231
佐賀	唐津保養院	医療法人松懸会	元.11.20	847 唐津市筑紫404-1	0995-77-1011
長崎	県立村馬いずはら病院	長崎県	3.4.1	817 下県郡藤原町大字藤原東里字野良303-1	09205-2-1910
大分	緑ヶ丘保養園	医療法人淵野会	5.4.1	870-03 大分市丹生長迫1747	0975-93-3366
宮崎	谷口病院	医療法人同仁会	2.10.25	887 日南市大字風田3861	0987-23-1331
	藤元病院	社団法人八日会	3.4.1	885 都城市早鈴町17-4	0986-25-1313
	小林保養院	医療法人信和会	4.4.1	886 小林市大字梶2939番地	0984-22-2886
鹿児島	松下病院	医療法人仁心会	3.7.1	899-51 姶良郡牟婁町苅草998番地	09954-2-2121
計				37道府県83施設	

4 主な関係団体一覧

種類	名 称	主たる事務所の所在地 (電話)	代 表 者	主たる事業の内容	許 可 設立年月日
社団	日本精神保健連盟	〒108 港区三田1-2-22 東洋ビル3 F 5232-3308	(会 長) 島岡 安雄	1. 精神保健諸団体との相互連絡と事業調整 2. 精神保健に関する広報他	昭45. 9.17 (28.8)
社団	日本精神病院協会	〒108 港区三田1-2-22 東洋ビル3 F 5232-3311	(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・職員への教育指導	昭29. 7. 6 (24.6)
財団	日本精神衛生会	〒162 新宿区弁天町91 3269-6932	(会 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25. 8.14 (26.10)
財団	復 光 会	〒273 千葉県船橋市市場3-3-1 0474-22-3509・2171	(会 長) 高良 武久 (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)
財団	全国精神障害者 家族会連合会	〒110 台東区下谷1-4-5 3845-5084	(理事長) 山下 利政	1. 精神障害者及びその家族の指導と援護 2. 精神保健思想の普及・啓蒙	昭42. 2. 8
社団	全日本断酒連盟	〒171 豊島区目白4-19-28 3953-0921	(理事長) 井原 利	1. 酒害の啓蒙 2. 地域断酒組織の結成促進	昭45. 7.15 (38.11)
社団	アルコール健康医学協会	〒160 新宿区四谷2614ミツヤ四谷ビル内 3355-2861	(会 長) 齊藤 茂太 (理事長) 春日 齊	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
社団	日本てんかん協会	〒162 新宿区西早稲田2-2-8 3202-5661 (全国心身障害児福祉財団ビル内)	(会 長) 高橋 哲郎	てんかんに関する知識等の啓蒙普及及び研究	昭56. 2. 4
財団	てんかん治療研究 振 興 財 団	〒541 大阪府中央区道修町2-6-8 06-203-1819	(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. 9.29
	全国精神保健連絡協議会	〒272 千葉県市川市国府台1-7-3 0473-72-0141 (国立精神保健研究内)	(会 長) 藤縄 昭	1. 各都道府県精神保健協(議) 会間の連絡 2. 会報の発行	昭38.11.21
社福	全日本精神薄弱者育成会	105 港区西新橋2-16-1 3431-0668 (全国たばこセンタービル内)	(理事長) 皆川 正治	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)
財団	矯 正 協 会	〒165 中野区新井町3-37-2 3387-4451	(会 長) 前田 宏	矯正事業及び刑罰制度に関する調査研究等	昭21. 3. 7
社団	精神衛生普及会	〒106 港区麻布十番2-21-2 3454-0965	(会 長) 小山 五郎	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)
財団	日本精神薄弱者愛護協会	〒105 港区西新橋2-16-1 3438-0466 (全国たばこセンタービル内)	(会 長) 江草 安彦	1. 精神衛生に関する調査研究 2. 機関誌の発行	昭42. 8. 8 (9.10)
	全国教護院協議会	〒362 上尾市上尾2096 (埼玉学園) 048-771-0056	(会 長) 叶原 土筆	1. 教護字事業の企画・研究 2. 教護院の相互協力・機関誌発行	昭24. 8. 1

種類	名 称	主たる事務所の所在地 (電話)	代 表 者	主たる事業の内容	許 可 設立年月日
	教育と医学の会	〒108 港区三田2-19-30 慶応通信内 3451-3584	(会 長) 池田 数好	学校衛生学・精神保健学等教育と医学に関する研究及び雑誌の発行	昭28. 4. 1
財団	神 経 研 究 所	〒162 新宿区弁天町91 3260-9171	(理事長) 島 園 安雄	精神医学の基礎的研究及び付属病院の経営	昭26. 2. 1
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) 3986-7021	(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
社団	日本精神科看護技術協会	〒183 府中市紅葉丘3-54-15 0423-63-6663	(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
財団	メンタルヘルス 岡本記念財団	〒541 大阪市中央区久太郎町1-9-18 (三栄ビル内) 06-262-6862	(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. 8. 1
財団	精神・神経科学振興財団	〒162 新宿区弁天町91 3266-1076	(会 長) 名取 禮二	精神・神経疾患等に関する基礎的、臨床的調査研究及び精神保健に関する調査研究に対する助成	平 3. 9. 1
	生活の発見会	〒112 文京区小石川4-17-10-101 3814-6171	(会 長) 大谷 鈴代	森田理論の学習・機関誌発行等	昭32.10. 1
	全国精神障害者 社会復帰施設協議会	〒300-03茨城県稲敷郡阿見町若栗2585-1 (恵和社会復帰センター) 0298-87-9833	(会 長) 谷中 照雄	1. 施設間の情報交換及び施設職員の研修 2. 精神保健並びに施設に関する調査・研究	平 2.10. 9
社団	日本母性保護医協会	〒162 新宿区市ヶ谷砂上原町1-2	(会 長) 坂元 正一	1. 優生保護法に関する啓蒙等 2. 母子保健に関する調査研究	昭27. 8. 1
財団	小寺記念精神分析 研 究 財 団	〒162 新宿区新宿2-1-1 ラポートピアビル803号	(理事長) 小此木啓吾	精神分析及び精神分析療法に関する研究等	平 5. 2. 1



498.3
K083

我が国の精神保健

(平成5年度版)

(精神保健ハンドブック)

定 価 2,000円
(本体 1,942円)
送料 380円

監 修 厚生省保健医療局精神保健課

発行所 厚健出版株式会社

東京都江東区牡丹 3-8-4

太陽ビル 2F

TEL (03) 3820-3695

FAX (03) 3643-0851

印刷・製本/株太陽美術/TEL(3642)6045代落丁・乱丁本はおとりかえします。

ISBN4-906276-23-7 C3047