

我が国の精神保健福祉

(精神保健福祉ハンドブック)

平成 8 年度版

監修 厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課

我が国の精神保健福祉

(精神保健福祉ハンドブック)

平成 8 年度版



監修 厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課

ま え が き

我が国の精神保健施策は、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。障害者基本法の制定により精神障害者が、基本法の障害者として明確に位置付けられたことなどから、保健医療施策と社会復帰・福祉施策の両面を持った精神保健福祉施策として、積極的に取り組んでいくことが必要とされました。

このような中で、平成7年12月には、政府の障害者対策推進本部において、「障害者プラン」が策定され、精神保健福祉施策に関する取組の体制は一層整ってきております。

精神保健福祉施策は、国・地方公共団体の各機関、医療施設、保健福祉施設、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福祉施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福祉の業務に携わる関係者一人一人が、精神保健福祉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。

本書は、今日における我が国の精神保健福祉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、今年版は、さらにスリム化を図り、日頃精神保健福祉の第一線においてその業務に携わる方々から、この分野に関心のある一般の方々まで幅広く活用していただけるよう試みてみました。

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福祉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9年3月

厚生省大臣官房障害保健福祉部
精神保健福祉課長
田 中 慶 司

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) 精神障害の分類	15

第二章 精神保健福祉行政のあらまし

1. 精神保健福祉行政の歩み	16
(1) 黎明期	16
(2) 精神病患者監護法の制定	17
(3) 精神病院法の制定	18

(4) 精神衛生法の制定	20
(5) 精神衛生法40年改正	21
(6) 精神保健法の成立	23
(7) 精神保健法の改正	25
(8) 精神保健福祉法の成立	28
(9) 障害者プランの策定	30
(10) 障害保健福祉部の設置	31
2. 精神保健福祉に関する行政組織	32
(1) 国	32
(2) 都道府県・指定都市	33
(3) 保健所	34
(4) 市町村	34
3. 地域精神保健福祉	36
(1) 地域精神保健福祉活動の目標と計画	37
(2) 地域精神保健福祉活動の主体	40
ア 精神保健福祉センターの役割	40
イ 保健所の役割	40
ウ 市町村	41
4. 精神保健福祉に関する財政	42
(1) 国民医療費における精神医療費	42
(2) 精神保健福祉関係予算	42
ア 措置入院費	42
イ 通院医療費	43
ウ 医療保護入院費等	43
エ 精神医療適性化対策費	43
オ 精神障害者社会復帰促進費等補助	43
(ア) 精神保健福祉センター運営費	47

(イ) 精神障害者社会復帰施設等運営費	47
(ウ) 精神障害者社会適応訓練 (通院患者リハビリテーション) 事業費	48
(エ) 精神障害者小規模作業所運営助成費	48
(オ) 精神障害者手帳交付事業費	48
(カ) 精神障害者地域生活援助事業費	49
(キ) 地域精神保健福祉対策促進事業費	49
(ク) 精神障害者地域生活支援事業費	49
カ 精神病院等の施設整備費助成費	49
(ア) 精神病院	50
(イ) 精神保健福祉センター等	50
キ 精神病院等の設備整備費補助	51
ク 医療施設近代化施設整備事業	51
ケ 地方交付税	52
コ 資金融資	52

第三章 精神障害者対策

1. 精神医療対策	58
(1) 医療施設	58
ア 精神病院の現状	58
イ 患者	59
ウ 地域医療計画	59
エ 都道府県の設置義務	59
オ 指定病院	60
カ 精神科診療所	61
(2) 保護者	61
(3) 入院制度	62

ア	精神保健指定医	62
イ	診療及び保護の申請等	64
ウ	入院形態	66
エ	入院時の告知	71
オ	入院患者の処遇	72
カ	措置入院者及び医療保護入院者の定期病状報告	73
キ	精神医療審査会	73
ク	精神病院等に対する監督	74
(4)	通院医療	75
ア	通院医療費公費負担制度	75
イ	精神科デイ・ケア等	76
(5)	精神医療に係る社会保険診療報酬	80
ア	社会保険診療報酬の取扱い	80
イ	精神科医療費	82
2.	社会復帰・福祉対策	83
(1)	社会復帰・福祉対策の概要	83
(2)	精神障害者社会復帰施設	87
ア	社会復帰施設の概要	87
イ	社会復帰施設	88
(ア)	精神障害者生活訓練施設（援護寮）	88
(イ)	精神障害者授産施設	89
(ウ)	精神障害者福祉ホーム	89
(エ)	精神障害者福祉工場	90
(3)	精神障害者手帳交付事業	91
ア	手帳の対象者と障害等級	91
イ	交付手続	92
ウ	手帳に基づく支援施策	93

(4) 保健所における社会復帰促進事業	94
(5) その他の事業	96
ア 精神障害者社会適応訓練（通院リハビリテーション）事業	96
イ 精神障害者小規模作業所運営助成事業	97
ウ 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）	97
エ 地域精神保健福祉対策促進事業	97
オ 精神障害者地域生活支援事業	98
カ 精神病院の相談・援助等（第38条）	98

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	99
(1) 痴呆の医学	100
(2) 痴呆の疫学調査，将来推計	107
(3) 痴呆性老人対策の経緯	108
(4) 老人性痴呆疾患対策概要	111
2. アルコール関連問題対策	123
(1) アルコールの疫学	123
(2) アルコール関連問題	126
ア アルコールに起因する身体的障害	126
イ アルコールに起因する精神的障害	126
ウ アルコールに起因する社会的障害	127
(3) アルコール関連問題対策	129
ア 一次予防	131
イ 二次予防	131
ウ 三次予防	132
(4) アルコール研修	132
3. その他の地域精神保健対策	134

(1) 思春期精神保健対策	134
ア 精神保健福祉センターにおける相談指導等	134
イ 専門職に対する研修	135
(2) 心の健康づくり対策	135
ア 心の健康づくり対策の経緯	136
イ 心の健康づくり対策に関連する事業	136
ウ 今後の課題	137
(3) 性に関する対策	138
ア 性に関する心の悩み相談事業	139
イ その他の関連事業	139
ウ 今後の課題	139
4. 薬物乱用防止対策	140
(1) 薬物乱用に関連した法律	140
(2) 薬物乱用の現状と対策	141
(3) 薬物乱用についての疫学調査の結果	142
(4) 覚せい剤の慢性中毒者に対する医療保護	144
(5) 薬物乱用者に対する対応の現状	144
(6) 今後の薬物乱用防止対策	146
5. 精神保健に関する調査研究	148
(1) 研究の推進	148
(2) 国立精神・神経センター精神保健研究所	148
ア 沿革	148
イ 組織	150
ウ 研究内容	150
エ 研修	152
オ 技術交流	153

第五章 諸外国における精神保健

1. WHO の精神保健活動と世界の精神医療の流れ	154
2. アメリカ精神医療	155
3. ヨーロッパ諸国の精神医療	156
4. アジア諸国の精神医療	162

第六章 関連法規及び施設

1. 厚生省関係	168
(1) 社会福祉事業法	168
(2) 生活保護法	169
(3) 児童福祉法	170
(4) 老人福祉法	171
(5) 精神薄弱者福祉法	172
(6) 国民年金法及び厚生年金保険法	173
2. 文部省関係	174
3. 法務省関係	174
4. 労働省関係	174
資料編	175

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は単に環境に順応するという意味ではなく、健康な社会生活を営むために環境を選択し、時にはこれを働きかけて積極的により良い環境に作りかえていくことをも意味している。

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

変化の激しい現代社会において、国民の一人ひとりがさまざまな欲求不満や不安を体験しつつ著しい不適応状態に陥ることなく、精神の健康を維持し向上させていくことは容易なことではない。それには個人の力だけでは不十分であり、社会全体の組織的な努力による活動が必要である。これが公衆衛生の一分野としての精神保健であり、母子保健や老人保健等とともに、今日の大きな課題の一つとなってきた。

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。脳の実質である神経細胞の数自体はすでにそろっていて、後にふえることはないといわれている。ただ、この時期の神経細胞はまだ未熟で神経線維や間質の発達も少なく、これらは出産後に発達する。

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、出産後1ヶ月以内に1,000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。

1

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96%以上、大学・短大進学率は39%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いリハビリテーションを旨とするためにも、親や教師や学校当局の理解と協力がことに必要である。このためには学校内の精神保健やカウンセリングの充実が必要である。

(5) 成人期の精神保健

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、定年退職後のうつ病には特に注意する必要がある。また自殺・アルコール依存症や覚醒剤中毒も、この時期には多く発生する。

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れ、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、老人の自立意識の育成や老人の生きがい対策は精神保健対策からみても重要な課題である。

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うことができが、社会の急激な変化に伴い生活の場も多様化し、それにしたがって精神保健の課題もさらに広がりを見せようになった。その広がりには、海外駐在生活、留學生活など国と国との交流に基づくもの、アパート、マンション等の集合住宅における生活、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

いわゆる学校保健といわれるものの中で精神保健の問題がさまざまな形であらわれることは、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かなど、多くの課題が残されている。

(3) 職場と精神保健

合理化と技術革新が急速に進み、労働の質、量、密度の変化など労働環境に大きな変貌が起きつつある昨今、職場と精神保健の関係もまた次第に重要な課題になりはじめている。その状況は、労働が集約化され他律的となり、いわゆる人間疎外が進行しているということで表現できるが、それは一方では効率を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、機能不全の防止などの研究が要請され、二つには一般の形態の雇用が困難な人々に対する幅広い雇用保障制度の確立などが不可欠の課題となってくる。わが国の場合、社会の成り立ち、雇用のあり方からみて必ずしも先進諸国に対して職場の壁が厚いとのみはいえないが、リハビリテーションに関する技術面、制度面の早急な検討を迫られているとみるべきであろう。

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、一般人口中の発現頻度が0.7-0.8%と高く、精神病院入院患者の60%以上を占めることから、精神科医療において極めて重要である。

成因は現在までのところ不明であるが、各分野での研究により、遺伝素因の関与が極めて大きく、この素因にストレスなど環境要因が加わって発症すると考えられている。脳内のメカニズムとしては、神経伝達物質系の失調が想定されている。

症状は多彩であるが、陽性症状と陰性症状に大きく分けられる。

陽性症状とは、幻覚、妄想、支離滅裂な会話等を指す。幻覚の中では幻聴がもっとも多く、妄想とあわせて被害的な内容が主である。

陰性症状とは、正常機能の減退または喪失と解釈できるもので、感情の平板化、思考の貧困、意欲の欠如等である。

現代の薬物療法は、陽性症状に対してはかなり有効であるが、陰性症状に対する効果は乏しいため、一部の患者は自閉的になり社会的に孤立しがちである。この状態に対しては、薬物療法に加えて、精神療法、生活療法等により、症状を軽減させるとともに社会適応を図ることになる。

なお、脳科学の進歩に伴い、遺伝・環境の相互作用の研究から、発症メカニズムの解明、さらにより有効な治療法の開発が期待されている。

(2) 躁うつ病

躁状態あるいはうつ状態という気分障害が生じ、その病相は再発・循環という周期的な経過を取るが、間欠期には欠陥を残さず健康な状態に復する疾患である。

精神分裂病と同様に成因は解明されていないが、やはり遺伝・環境の相互作用による脳内の神経伝達物質系の失調が存在すると考えられている。

気分障害が基本症状で、これが思考や行動にも反映する。躁状態とうつ状態の症状はほぼ正反対となる。躁状態では気分が高揚し、開放的あるいは易怒的となり、誇大的・過活動・多弁等の症状が見られる。一方、うつ状態では、抑うつ気分や意欲低下が存在し、焦燥・自責感・思考力減退等の症状が見られる。食欲低下や睡眠障害、易疲労感、性機能障害を伴うことも多い。

いずれの状態に対しても薬物療法が有効で、治療の中心となる。躁状態には炭酸リチウムや抗精神病薬、うつ状態には抗うつ薬が投与されるのが普通である。病識を欠いたり自殺のおそれが強い場合には入院治療の適応となる。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) 精神障害の分類

ICD-10 (国際疾病分類) 第5章においては、カテゴリ-Fとして「精神障害及び発達障害」が示されている。また、米国精神医学会によるDSM-IV (精神疾患の診断・統計マニュアル) も国際的によく用いられている。

ICD-10 F 0 - F 9

- F 0 症状性を含む器質性精神障害
- F 1 精神作用物質使用による精神および行動の障害
- F 2 精神分裂病, 分裂病型障害および妄想性障害
- F 3 気分 (感情) 障害
- F 4 神経症性障害, ストレス関連障害および身体表現性障害
- F 5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群
- F 6 成人の人格および行動の障害
- F 7 精神遅滞
- F 9 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害および特定不能の精神障害

第2章 精神保健福祉行政のあらまし

1. 精神保健福祉行政の歩み

(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、社寺の楼塔は精神病患者の収容施設のごとき観があった。

明治の衛生行政が、本格的軌道に乗り出したのは、明治6年、文部省の医務課が医務局となり、7年に医制が公布されてからであり、この医制の一つに癲狂院てんきやういん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、初代の榊淑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。

〔相馬事件〕

明治12年に旧相馬藩主相馬誠胤ともたねが精神病を発病し、父充胤に監禁された。これをのっりの陰謀だと考えた錦織剛清にしごおりたけきよは明治19年、東京府癲狂院に入院中の誠胤を病院に侵入して連れ出したが、途中で取り押さえられた。錦織は顛末を新聞に投書し、世間の注目を浴びた。錦織は明治25年に誠胤が死亡すると、毒殺であると主張した。この間10年以上にも渡って起訴が乱発された。

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年には北海道に道庁立以外にの公立精神病院の初めとして公立函館区立精神病院が開設された。42年に、41年1月以降公立精神病院およびその退院者につき詳細な調査を行った結果、患者数2万5千人、病床2千5百床、私宅監置約3千人というような精神病者の実態が明らかになり、その収容施設の整備拡充の必要なことがわかったため、44年に、「官立精神病院設置」の決議がなされた。

(3) 精神病院法の制定

明治末年に至ってようやく近代国家としての体制を整えた我が国は、衛生行政の面においても新たな段階に入り、精神障害者対策は監護から医療へと前進することとなった。

更に、大正5年保健衛生調査会が設置され、6年6月30日、精神障害者の全国一斉調査が行われた。その結果、精神病者総数は約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、大阪にあり、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、精神病者監護法の改正を決めた。

また日本神経学会も全国的に精神病者保護治療の設備を整えるよう、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
精神病患者監護法適用	}	病院監護	3,997
		病院外施設	6,472
		一時監置	136
その他			59,536

表2 昭和6年末の施設数と収容人員

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

(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子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。

〔ライシャワー事件〕

当時の駐日大使ライシャワーが精神分裂病の少年に刺されて負傷した事件

一方、措置入院患者は徐々に減少し、昭和45年の7.7万人をピークに昭和50年には6.4万人、60年には3.1万人となった。これらの変化は医療技術の進歩とともに地域医療の推進に負うところが大きいものと考えられる。

昭和40年の法改正以後は社会復帰制度・施設の進展が著しく、44年、精神障害回復者社会復帰施設要綱案を中央精神衛生審議会が答申して以降、50年には「精神障害回復者社会復帰施設」及び「デイ・ケア施設」、55年には「精神衛生社会生活適応施設」の運営要領が示され、施設対策を充実していった。

施設対策以外の面では49年に作業療法、デイ・ケアの点数化が実現し、57年からは職親制度の一形態として「通院患者リハビリテーション事業」を実施している。また、61年には集団精神療法、ナイト・ケア、訪問看護・指導料等の点数化が実現し、公衆衛生審議会精神衛生部会より「精神障害者の社会復帰に関する意見」が出された。保健所においても昭和50年度に「精神障害者社会復帰相談指導事業」を開始し、集団指導等を通して社会復帰活動に取り組んできている。

このほか、酒害対策等の一環として各精神衛生センターにおいて「酒害相談事業」が開設され、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 従来の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62年の法改正以後、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

〔宇都宮病院事件〕

昭和59年3月医師や看護婦等の医療従事者が不足する中で、無資格者による診察やレントゲン撮影が行なわれたり、看護助手らの暴行により患者が死亡したりしたとされる事件

患者の数は徐々に減少し、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増している。また、通院医療に関しても増加している。

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28億円に増加した。しかし、社会復帰施設の未設置の府県があるなど、社会復帰対策の一層の推進を図る必要があった。

(7) 精神保健法の改正

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る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日から施行された。

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した。

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 従来の中核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。

(8) 精神保健福祉法の成立

精神保健の施策については、これまで、昭和62年及び平成5年の法律改正により、精神障害者の人権に配慮した適正な精神医療の確保や、社会復帰の促進を図るための所要を措置を講じて来たところであるが、平成5年12月に障害者基本法が成立し、精神障害者が基本法の対象として明確に位置付けられたこと等を踏まえ、これまでの保健医療施策に加え、福祉施策の充実を図ることが求められることとなった。

また、平成6年7月には地域保健法が成立し、国、都道府県及び市町村の役割分担を始め、地域保健対策の枠組みの見直しが行われており、地域精神保健の施策の一層の充実が求められることとなった。

このような中、公衆衛生審議会においては、平成6年3月以降こうした諸課題について審議が行われ、平成6年8月10日、「当面の精神保健対策について」の意見書が取りまとめられた。

こうした状況を踏まえ、精神障害者の福祉施策や地域精神保健施策の充実を図るとともに、適正な精神医療の確保を図るための所要の措置を講じ、併せて、公費負担医療について、制度発足当時以来の医療保険制度の充実や、精神医療を取り巻く諸状況の変化を踏まえ、これまでの公費優先の仕組みを保険優先の仕組みに改める等の観点から、精神保健法が改正されることとなった。

精神保健法の改正法案は、平成7年2月10日に政府から国会に提出され、同年4月26日に衆議院において可決され、同年5月12日に参議院において可決、成立した。

精神保健法の改正の概要は、次のとおりである。

① 精神障害者の社会復帰等のための保健福祉施策の充実

(ア) 法体系全体における福祉施策の位置付けの強化

- ・法律名の変更

「精神保健法」→「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」

- ・法律の目的

これまでの「医療及び保護」「社会復帰の促進」「国民の精神的健康の保持増進」に加え、「自立と社会参加の促進のための援助」という福祉の要素を位置付ける。

- ・「保健及び福祉」の章を新たに設ける。

- ・精神保健センター、地方精神保健審議会、精神保健相談員に福祉の業務を加え、名称も変更。

(イ) 精神障害者保健福祉手帳の制度の創設

(ウ) 社会復帰施設、事業の充実

- ・社会復帰施設として、生活訓練施設（援護寮）、授産施設、福祉ホーム、福祉工場の4施設類型の規定を法律上明記する。

- ・通院患者リハビリテーション事業の法定化（社会適応訓練事業）

(エ) 正しい知識の普及啓発や相談指導等の地域精神保健福祉施策の充実、市町村の役割の明示

② より良い精神医療の確保等

(ア) 精神保健指定医制度の充実

- ・医療保護入院等を行う精神病院では常勤の指定医を置くこととする。
- ・指定医の5年ごとの研修の受講を促進するための措置を講じる。

(イ) 医療保護入院の際の告知義務の徹底

- ・人権保護のための入院時の告知義務について、精神障害者の症状に照らして告知を延期できる旨の例外規定に、4週間の期間制限を設ける。

(ウ) 通院公費負担医療の事務等の合理化

- ・認定の有効期限を延期（6か月→2年）
- ・手帳の交付を受けた者については通院公費の認定を省略

③ 公費負担医療の公費優先の見直し（保険優先化）

制度発足当時以来の精神医療の進歩や、医療保険制度の充実等の諸状況の変化を踏まえ、これまでの公費優先の仕組みを保険優先の仕組みに改める。

④ 施行期日

平成7年7月1日から施行する。ただし、精神保健指定医に関する改正規定（②（ア））は、平成8年4月1日から施行する。

なお、精神障害者保健福祉手帳は、施行日後に準備を進め、平成7年10月1日から実施。

以上の事項を内容とする精神保健福祉法に係る改正法は、平成7年5月19日法律第94号として公布され、平成7年7月1日から施行されている。

なお、一部（精神保健指定医に係る事項）については、平成8年4月1日施行となっている。

（9）障害者プランの策定

総理府に設置されている障害者施策推進本部において、「国連・障害者の10年」以降の障害者施策の在り方が検討され、平成5年度より今後10年間における「障害者対策に関する新長期計画」を策定し、障害者施策の一層の推進を図ることとされた。

さらに、平成7年12月には、「障害者プラン」として、平成8年から14年度までの7か年計画による障害者対策に関する新長期計画の重点施策実施計画が策定され、その着実な推進を図ることとされた。

このプランには、関係省庁の施策を横断的に盛り込み、可能な限り具体的な数値目標を設定するなど、各種の政策目標を明記している。

精神障害者施策については、社会復帰施設やグループホームなどの整備の推進や各種福祉施策の拡充を図るほか、保健医療施策の充実を図るため、より良

い精神医療の確保についても併せて推進していくこととされている。

(10) 障害保健福祉部の設置

障害者施策の総合的推進を図るため、厚生省内の組織的体制を整備することとし、これまで3局3課(保健医療局精神保健課，社会・援護局更生課，児童家庭局障害福祉課)にまたがっていた障害者組織を一元化し、平成8年7月1日から大臣官房に「企画課」，「障害福祉課」及び「精神保健福祉課」の3課からなる「障害保健福祉部」が設置された。

この組織改正に伴い、障害者施策の総合的企画調整等については企画課が、身体障害児(者)及び精神薄弱児(者)の福祉施策については障害福祉課が、その事務を所掌することとなり、精神保健福祉課については、「国民の精神的健康の保持及び増進」など他局の所掌事務となった事務を除く「精神障害者の保健医療及び福祉施策」に加え、新たに「更正医療」及び「育成医療」の事務を所掌することとなった。

2. 精神保健に関する行政組織

(1) 国

精神保健福祉行政の推進組織は、厚生省では大臣官房障害保健福祉部の精神保健福祉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県市川市の国立国府台病院敷地内に設置された。精神疾患及び精神薄弱その他の発達障害並びに精神保健についての調査研究や技術者の研修を行う機関として、国レベルにおける精神保健に関する科学技術の中核的役割を担っている。

現在の組織は、精神保健計画部、薬物依存研究部、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部からなっており、研究職31人(定員)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福祉部会が設置され、精神保健福祉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

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・指定都市

都道府県及び指定都市における精神保健福祉行政は、衛生主管部局の精神保健福祉主管課（保健予防課，健康増進課等）で担当されている。

精神保健福祉法において精神障害者の福祉の法制化が図られ、保健医療施策と福祉施策の総合的推進の観点から、精神障害者福祉施策についても一体的に担っていくとともに、福祉関係機関と連携を図っていくことが必要であるとされている。

都道府県・指定都市には、

- ① 都道府県・指定都市における精神保健福祉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福祉センター（法第6条。全国で53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、関係職員のエド育研修、知識や思想の広報普及、精神保健福祉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 精神保健及び精神障害者の福祉に関する事項の調査審議機関として、委員20人以内（任期3年）からなる地方精神保健福祉審議会（法第9条）が

置かれ、都道府県知事又は指定都市市長の諮問に答え、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 都道府県知事又は指定都市市長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及び指定都市に精神医療審査会(法第12条)が置かれている。精神医療審査会は、精神保健指定医3名、法律に関する学識経験者1名、その他の学識経験者1名からな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福祉行政の中心的な実施機関は保健所(平成8年3月31日現在845カ所)である。保健所は、精神保健福祉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、地域住民の保健福祉需要に応じ、広範にわたる精神保健福祉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福祉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福祉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。

(4) 市町村

これまでの精神保健行政は、都道府県及び保健所を中心に行われてきたが、平成6年制定の地域保健法に基づく基本指針においても、精神障害者の社会復帰対策のうち、身近で利用頻度の高いサービスは、市町村保健センター等において、保健所の協力を得て実施することが望ましいとされている。

精神保健福祉法において、正しい知識の普及については、都道府県と市町村の両者が努めなければならないと規定(法第46条)し、さらに、相談指導について、都道府県、保健所設置市及び特別区については、その実施を義務付けるとともに、その他の市町村についても、都道府県に対する必要な協力をすると

ともに、相談指導の実施に努めなければならない旨の規定（法第47条）が設けられており、社会復帰施設やグループホームの整備についても、市町村は社会福祉事業法によりその設置を行うことができるとされている。（法第50条第2項、第50条第3項）

また、精神保健福祉法第2条（国及び地方公共団体の義務）においては、「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等精神障害者の医療及び保護並びに保健及び福祉に関する施策を総合的に実施することによって精神障害者等が社会復帰をし、自立と社会経済活動への参加をすることができるように努力するとともに、精神保健に関する調査研究の推進及び知識の普及を図る等精神障害者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。」とされており、市町村についてもその義務が課せられている。

今後は、保健所の協力と連携の下に、身体障害者など他の障害者行政との連携や民生・衛生行政の総合的推進等、市町村の実情に応じ特性を生かした精神保健福祉業務の推進体制の確保を図る必要がある。

3. 地域精神保健福祉

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

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福祉の問題だけでなく、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福祉の分野で展開していくことが当面の課題となる。

近年、精神科医療の分野では、精神病院の開放化、短期入院と早期退院、「ナイトホスピタル」等を通じて地域社会との接触をふやすと同時に、通院治療やデイ・ケア等により、できるだけ患者が社会生活を送りながら治療を進める方法が取り入れられ、またそれが治療上も社会復帰のためにも有効であることが認められてきた。このため、地域社会においても医療サイドと協力して治療やアフターケアを進め、積極的に受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福祉活動へという考えは、わが国だけでなく、世界的な傾向である。既に1960年代のアメリカでは、ケネディ教書において次のように述べている。

「ここ数年、次第に増えていた施設へのつめこみ傾向が、逆を向いてきたことである。それは、新薬の使用、精神病の本質に対する公衆の理解の増大、総合病院における精神病床、昼間通院施設（デイ・ケアセンター）、外来精神科施設などを含む地域社会施設が設置されるようになったことによる。

私は確信する。もし医学的知識と社会の理解が十分に活用されるなら、精神障害者はごく少数を除いてほとんどすべてが、健全な社会適応をかちとることができる。」

(1) 地域精神保健福祉活動の目標と計画

地域精神保健福祉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、精神障害のほかに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。

地域精神保健福祉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福祉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。精神保健福祉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日付厚生省健康政策局計画課長通知「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。

地域保健医療計画作成の手引（抄）

（平成2. 11. 30健政計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

に應えることはできないし、地域精神保健福祉の理念からいっても、地域内のあらゆる立場の人々がその持場持場で精神保健福祉上の配慮を働かせ、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、保健所や精神保健福祉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。

保健所や精神保健福祉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。精神保健福祉センターは平成6年をもってすべての都道府県に設置されたが、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、地域精神保健福祉活動が行いやすいような諸制度の整備・充実であろう。

医療側については、何よりも地域精神保健福祉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。

地域精神保健福祉活動は、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。

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。

さらに、平成5年7月9日には、同審議会より厚生大臣に対し、「地域保健対策の基本的な在り方について」が意見具申され、その中でサービスの受け手である生活者個人の視点を重視し、都道府県と市町村の役割を見直し、保健所についても時代の要請に適合した機能強化など新しい位置付けを行うなど、今後の地域保健の基本的な在り方として適合と考えられる事項を示し、こうした方向性を踏まえ、今後必要な検討・調整を進め、地域保健の一層の充実に努力が必要であるとしている。

(2) 地域精神保健福祉活動の主体

地域精神保健福祉活動は、保健所、市町村、精神保健福祉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 精神保健福祉センターの役割

精神保健福祉センターは、精神保健福祉法に基づいて都道府県における精神保健及び精神障害者の福祉に関する総合的技術センターとして、地域精神保健福祉活動の中核となる機関であり、精神保健及び精神障害者の福祉に関する知識の普及、調査研究ならびに複雑困難な相談指導事業を行うとともに、保健所、市町村その他精神保健福祉関係機関に対し、技術指導、技術援助を行う施設である。

イ 保健所の役割

精神保健福祉法及び地域保健法を受けた「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」において保健所は、地域における中心的な行政

機関として、精神保健福祉活動の中心となり、精神保健福祉センター・市町村・医療機関・社会福祉関係機関・社会復帰施設等を含めた地域社会との緊密な連絡協調のもとに、精神障害者の早期治療の促進及び精神障害者の社会復帰及び自立と社会参加の促進を図るとともに、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。

ウ 市町村

平成6年制定の地域保健法に基づく基本指針において、精神障害者の社会復帰対策のうち、身近で利用頻度の高いサービスは、市町村保健センター等において、保健所の協力を得て実施することが望ましいとされている。

このような施策の進展から、精神保健福祉法において、正しい知識の普及、相談指導の実施及び社会復帰施設の整備等市町村における精神保健福祉業務の役割が盛り込まれたところである。

また、「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」において市町村は、精神保健福祉活動を実施するにあたり、保健所の協力と連携の下で、その実情に応じた、精神障害者の早期治療の促進及び精神障害者の社会復帰及び自立と社会参加の促進を図るとともに、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。

4. 精神保健福祉に関する財政

(1) 国民医療費における精神医療費

平成6年度における国民医療費の推計額は25兆7,908億円で、前年度の24兆3,631億円よりも、5.9%の増加となっている。国民医療費の国民所得に対する割合は6.92%であり、国民一人当たりの医療費は20万6,300円である。精神医療費の推計額は1兆4,770億円で、国民医療費に占める割合は5.7%となっている。

(表4)

次に傷病大分類別にみると、「循環系の疾患」の医療費が最大で、「精神障害」は第6位に位置しているが、入院医療費では「循環系の疾患」「新生物」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1兆2,065億円で精神病医療費総額の83.4%を占めている。

(2) 精神保健福祉関係予算

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。

平成9年度予算案における国の精神保健福祉対策費は、約40,829百万円（精神病院等施設・設備費補助金を除く。）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3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。

ア 措置入院費

都道府県知事又は指定都市の市長が講じた入院措置（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。）について、各医療保険制度を適用し、残りの部分について公費（国 $\frac{3}{4}$ ，都道府県・指定都市 $\frac{1}{4}$ ）で負担する。（所得に応じ、費用徴収がある。）

イ 通院医療費

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、医療費全体に対し、各医療保険制度を適用し、患者の自己負担は医療費の5%とし、その残り分を公費負担（国 $\frac{1}{2}$ ，都道府県・指定都市 $\frac{1}{2}$ ）とする。

ウ 医療保護入院費等

「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）等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いる。

エ 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、措置入院者の定期病状報告書料等である。

オ 精神障害者社会復帰促進費等補助

この経費は、精神保健福祉センター、精神障害者生活訓練施設（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、精神障害者福祉工場、精神科救急医療システム整備、老人性痴呆疾患センター、精神障害者小規模作業所、精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）の運営に要する経費と精神障害者社会適応訓練（通院患者リハビリテーション）事業、精神障害者手帳交付事業及び地域精神保健福祉対策促進事業等に要する経費に対する補助金である。

表 3 精神保健福祉関係予算

事 項	平成 2 年度	平成 3 年度	平成 4 年
1. 精神障害者措置入院費負担金措置入院費	29,379,439	24,347,268	19,653,558
2. 精神保健対策費等補助金	19,219,536	20,254,033	21,982,870
(1) 通院医療費	16,045,178	16,923,082	18,378,493
(2) 医療保護入院費(沖縄分)	1,134,893	1,041,412	945,333
(3) 精神医療適正化対策費	402,247	336,586	277,641
(4) 精神障害者社会復帰促進費等	1,637,218	1,952,953	2,381,403
ア. 精神障害者社会復帰推進事業費	444,962	462,386	507,328
イ. 精神障害者小規模作業所運営助成費	156,025	193,893	232,711
ウ. 精神障害者地域生活援助事業費	—	—	67,775
エ. 精神障害者手帳交付事業費	6,697	6,807	6,953
オ. 心の健康づくり推進事業費	23,644	24,410	25,338
カ. 地域精神保健福祉対策促進事業	—	—	—
キ. 精神障害者援護寮運営費	405,216	523,700	617,468
ク. 精神障害者ショートステイ施設運営費	—	—	—
ケ. 精神障害者通所機能付援護寮運営費	—	—	—
コ. 精神障害者福祉ホーム運営費	59,976	69,654	78,400
サ. 精神障害者通所授産施設運営費	251,760	342,555	441,245
シ. 精神障害者入所授産施設運営費	—	—	30,652
ス. 精神障害者福祉工場	—	—	—
セ. 精神障害者地域生活支援事業	—	—	—
ソ. 精神科救急医療システム整備費	27,370	27,370	27,370
タ. 老人性痴呆疾患センター運営費	104,184	138,991	170,772
チ. 精神保健福祉センター運営費	157,384	163,182	175,391
3. 保健事業費等補助金(精神保健対策費)	312,925	369,745	391,812
4. 保健所運営費交付金(老人精神保健対策費)	1,067,316	1,191,826	1,191,826
5. 精神病院等施設・設備費補助金	2,502,757	1,724,466	1,802,182
(1) 精神病院	1,369,260	643,882	495,158
(2) 精神保健センター	42,275	37,678	25,638
(3) 精神科デイ・ケア施設	193,754	94,304	96,327
(4) 精神障害者援護寮	187,192	109,788	79,233
(5) 精神障害者福祉ホーム	102,048	129,182	60,115
(6) 精神障害者通所授産施設	201,030	198,412	187,399
(7) 精神障害者入所授産施設	—	4,405	115,468
(8) 精神障害者ショートステイ施設	—	—	993
(9) 精神障害者通所機能付援護寮	—	—	—
(10) 精神障害者福祉工場	—	—	—
(11) 老人性痴呆疾患治療病棟	362,518	425,268	411,018
(12) 老人性痴呆疾患治療養病棟	—	51,334	289,651
(13) 老人性痴呆疾患デイ・ケア施設	44,680	30,213	41,182
6. 調査研究費	—	—	—
精神保健医療研究費	84,000	84,000	84,000
合 計	52,565,973	47,971,338	45,106,248

(単位：千円)

平成5年度	平成6年度	平成7年度	平成8年度	平成9年度(案)
16,887,226	15,121,436	8,501,222	5,727,713	6,117,627
23,761,019	26,185,213	23,108,760	21,409,306	34,285,861
19,741,382	21,457,549	16,660,552	12,984,020	24,118,274
958,579	1,000,046	1,072,003	1,134,639	1,105,496
322,422	323,166	332,252	224,855	210,372
2,738,636	3,404,452	5,043,953	7,065,792	8,851,719
605,291	619,026	641,212	669,924	706,080
270,634	366,136	419,479	643,754	779,515
142,200	220,207	329,780	652,525	745,688
7,041	7,120	11,455	30,558	31,107
—	—	—	—	—
—	—	800,000	800,000	800,000
674,551	868,002	1,155,585	1,604,496	2,164,145
5,460	11,118	19,646	26,404	39,921
—	21,952	22,740	—	—
86,162	97,200	108,680	121,132	142,290
504,907	601,533	767,489	1,036,928	1,331,523
31,805	67,082	120,368	256,182	450,627
—	22,148	22,779	68,790	211,689
—	—	—	341,244	519,093
27,370	27,370	126,582	296,499	385,925
203,284	235,611	252,391	266,805	284,984
179,931	239,947	245,767	250,551	259,132
413,220	424,193	387,244	390,549	331,094
519,024	—	—	—	—
2,296,312	3,796,230	3,415,237		
407,359	656,512	667,416		
136,803	20,617	46,284		
189,625	360,767	333,797		
283,700	406,285	462,612		
117,754	187,970	200,659		
263,073	512,352	522,916		
110,321	156,237	245,885		
9,730	10,329	14,483		
—	14,670	15,620		
—	68,074	196,411		
383,400	592,392	518,697		
344,930	694,999	123,778		
49,617	115,026	66,679		
94,000	94,000	94,000	94,000	94,000
43,970,801	45,621,072	35,506,463		

表4 国民医療費に占める精神病医療の割合(過去10年)

(単位：億円)

区 分	昭和60年度	昭和61年度	昭和62年度	昭和63年度	平成元年度	平成2年度	平成3年度	平成4年度	平成5年度	平成6年度
国民医療費	160,159	170,690	180,759	187,555	197,290	206,074	218,260	234,784	243,631	257,908
精神病医療費	10,482	10,888	11,144	11,641	12,111	12,260	13,213	13,525	13,920	14,770
比率(%)	6.5	6.4	6.2	6.2	7.0	5.9	6.1	5.8	5.7	5.7
公費負担医療費	12,090	11,845	11,544	11,101	11,094	11,001	11,133	11,519	11,874	12,618
精神保健法	938	879	868	728	692	669	627	633	647	689

資料：国民医療費

注：1. 精神病医療費は、一般診療医療費に限ったため、薬局調剤医療費及び歯科診療医療費を含まない。

(ア) 精神保健福祉センター運営費

精神保健福祉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。（精神保健福祉法第7条）

(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。

表5 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
55	45,764	960	768	192
60	28,353	737	516	221
平成元年度	13,843	463	347	116
5	6,794	225	169	56
6	6,062	201	151	50
7	5,572	113	85	28

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6 通院患者数及び通院医療費（予算額）

年 度	通 院 患 者 数 人	通 院 医 療 費
		百万円
昭和45年度	47,000	665
50	97,500	2,298
55	137,768	5,218
60	194,386	10,478
平成元年度	295,296	15,409
5	305,762	18,262
6	317,462	21,458
7	337,910	16,661
8	365,382	12,984

注. 各年度当初予算人員，当初国庫予算額

b 精神科救急医療システム整備事業費

「精神科救急医療システム整備事業実施要綱」（平7.10.27健医発第1321号厚生省保健医療局長通知）により都道府県が行う精神科救急医療システム整備に要する経費及び法第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。

(㉞) 精神障害者社会適応訓練（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。

(㉟) 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。

(㊱) 精神障害者手帳交付事業費

「精神障害者保健福祉手帳制度実施要領について（平成7.9.12.健医発第1132号）」「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準について」（平

成7.9.12.健医発第1133号)「精神障害者保健福祉手帳による税制上の優遇措置について」(平成7.9.18.健医発第1154号)により、精神障害者に手帳を交付し、所得税及び住民税の障害者控除(本人、配偶者、扶養親族)、預貯金の利子所得の非課税、自動車税、軽自動車税及び自動車取得税の非課税等の適用など各種の援助制度を受けやすくし、精神障害者の社会復帰の促進と自立と社会参加の促進を図っている。

(カ) 精神障害者地域生活援助事業費(精神障害者グループホーム)

「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」(平成4.7.27.厚生省健医発第902号厚生省保健医療局長通知)により、地域において共同生活を営む精神障害者に対し、世話人を配置し、食事の提供・服薬指導等の生活援助を行い、精神障害者の自立生活の助長を図っている。

(キ) 地域精神保健福祉対策促進事業費

「地域精神保健福祉対策促進事業の実施について」(平成7.9.12.健医発第1138号)により、精神保健及び精神障害者の福祉に関し、地域の実情に応じたきめ細やかな施策を実施することにより、精神障害者の社会復帰の促進と自立と社会参加の促進並びに国民の精神的健康の保持増進を図っている。

(ク) 精神障害者地域生活支援事業費

地域で生活する精神障害者の日常生活の支援や日常的な相談への対応、地域住民との交流を支援する精神障害者地域生活支援事業を平成8年度より実施している。

カ 精神病院等の施設整備費助成費

精神病院、精神保健福祉センター、精神科デイ・ケア施設、精神障害者生活訓練施設(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、精神障害者福祉工場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

精神保健福祉法第19条の10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、精神保健福祉法第19条の8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) 精神保健福祉センター等

《精神保健福祉センター》

精神保健福祉法第7条の規定により都道府県が設置する精神保健福祉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等》

「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。

なお、8年度からは精神障害者地域生活支援事業の実施に必要な施設整備費についても国庫補助を行っている。

キ 精神病院等の設備整備費補助

この経費は、精神病院、精神保健福祉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。

ク 医療施設近代化施設整備事業

医療資源の効率的な再編及び地域医療の確保に配慮しつつ、精神病院における患者の療養環境の向上、医療従事者の職場環境の改善、衛生環境等の改善等を図るため、平成6年度より精神病院の建て替え整備に対し、主として次のような施設を国庫補助（補助率1/3）対象として実施している。

- ① 整備区域については、築後概ね30年（改修を除き25年）以上経過しているもの
- ② 病棟の1床当たり病室面積を6.4㎡以上（改修の場合5.8㎡以上）、かつ、1床当たり病棟面積を18㎡以上（改修の場合16㎡以上）とするもの
- ③ 医師・看護婦の現員数の比率が、いずれか一方が医療法上の標準を満たしており、かつ、他方が80%以上であるもの
- ④ 常勤の精神保健指定医が2名以上配置されているもの
（ただし、100床未満のものにあつては、1名以上）
- ⑤ 精神保健福祉に関する政策的な医療等を実施しているもの
（ただし、整備区域の病床を20%以上削減する場合はこの限りではない）
- ⑥ 上記⑤の政策的な医療等を実施しているもので、整備区域の病床を10

%以上削減するもの。(ただし、病床非過剰地域のものについてはこの限りではないが、増床を伴わないもの)

- ⑦ 患者サービスの向上等を図るものについては、国庫補助基準面積の加算
- ⑧ 高齢者・障害者に配慮した整備を行うこととするほか、畳部屋、6床を超える病室及び不必要な鉄格子を設けないもの

ケ 地方交付税

都道府県の精神保健福祉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、地方精神保健福祉審議会費・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）及び精神保健福祉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。

コ 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

a 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又は医学部歯学部を置く学校法人

b 融資の種類

(a) 新築資金（土地取得資金も対象）

(b) 増改築資金（特別な場合を除き土地取得資金も対象）

(c) 機械購入資金

(d) 長期運転資金

c 融資額

資金ごとの融資額については基本的に以下のとおりであるが、特定病院(精神保健福祉法に基づく指定病院であって精神病床を200床以上有している病院など)については、その融資条件が有利となっている。

(a) 新築資金、増改築資金

標準建設費(融資対象面積×建築単価+設計監理費)の80%以内で、建築資金にあつては限度額7億円、土地取得資金にあつては限度額3億円となっている。

(b) 機械購入資金

購入価格の80%以内となっている。

(c) 長期運転資金

・新築・増床に伴い必要な場合及びその他災害復旧等に必要な場合

所要資金の80%以内で、限度額1,500万円(ただし、病床数×15万円の範囲内)

・経営安定化を図るため必要とする資金

限度額1億円

(i) 精神障害者社会復帰施設

a 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

b 融資の種類

(a) 建築資金

・建築工事費

・特殊附帯設備工事費

・特殊工事費

・設計監理費

(b) 設備備品整備資金

(c) 土地取得資金

(d) 経営資金

c 融資限度額

(基準事業費－法的・制度的補助金)×融資率

d 融資率

75%

② 特別地方債

(ア) 精神病院等の医療施設

a 融資対象者

地方公共団体

b 融資の種類

(a) 主体建築費

(b) 附帯施設費

(c) 設計監督委託費

(d) 外溝等工事費

(e) 事務費

(f) 用地費

c 融資額

{(主体建築費＋附帯施設費＋設計監督委託費＋外溝等工事費＋事務費＋用地費)－控除財源}×融資率

d 融資率

100%

(イ) 医療機械器具等

a 融資額

医療機械器具等購入費×融資率

b 融資率

100%

(ウ) 精神障害者社会復帰施設

a 融資対象者

地方公共団体

b 融資の種類

(a) 建築費

(b) 附帯施設費

(c) 設計監督委託費

(d) 機械器具購入費

(e) 事務費

(f) 用地費

c 融資額

{(建築費+附帯施設費+設計監督委託費+機械器具購入費+事務費+
用地費)-控除財源}×融資率

d 融資率

都道府県分及び指定都市分にあつては対象事業費のおおむね75%、
その他の市町村分にあつては対象事業費のおおむね80%となつてい
る。

第3章 精神障害者対策

「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い(法第5条)、その数は平成5年10月に厚生省大臣官房統計情報部が実施した患者調査から約157万人と推計されている。

精神障害者対策としては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下「精神保健福祉法」という。)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及び福祉施策が重要なものとなってきている。

法第5条に該当する者が「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、精神保健福祉法においては主として医療保健対策を行っている。

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8年6月30日現在の精神病床数は361,053床で、前年に比し0.3%減少しており、全病院病床に占める割合は約 %である。

精神病床を有する病院は、1,667(平成8年6月末現在)である。このうち主として精神病床を有する病院は1,057であり、そのうち1,360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、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4)。

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2.5名、看護婦等は24.0名(一般病床数は医師10.8名、看護婦数42.7名)である。(平成6年10月)

イ 患者

精神病院の在院患者数は339,762人であり病床利用率は94.1%となっている（平成8年6月現在）。疾患別には、精神分裂症が206,166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、最近は減少傾向である。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。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。

外来患者は疾患別には神経症が33.3%、精神分裂病が19.2%、てんかんが14.9%、そううつ病が12.9%である（平成5年現在）。（資料編III参考資料表2、3）

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（昭和61年8月30日健政発第563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8年3月末現在361,876床となっており、31府県が病床数過剰となっている。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、精神保健福祉法第19条の7により、精神病院を設置する義務が課せられており、精神障害者の医療及び保護のための施設として重要な位置を占めている。

この趣旨は、精神障害者という多くの場合自己の病状に関する確実な判断を下すことが困難と思われる状態にある患者（特に措置患者）はできるだけ公的機関、特に地方公共団体としての都道府県の管理運営する医療

機関で医療保護を受けることが妥当であるとする思想に基づくものである。

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、措置患者を入院させ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、指定基準により行われており、平成7年6月30日現在の指定病院は1,121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1 疾病別入院患者数

疾 患	平成6年6月	平成7年6月	平成8年6月
精神分裂病	209,914	208,877	206,166
躁うつ病	18,544	18,694	19,113
脳器質性精神障害	44,567	44,122	44,768
中毒性精神障害	20,025	19,616	19,551
その他の精神病	13,451	14,224	14,038
精神遅滞	12,140	11,651	11,144
人格障害	1,694	1,773	1,833
神経症	8,514	8,198	7,888
てんかん	9,121	8,997	8,574
その他	5,156	4,889	5,639
合 計	341,041	341,041	338,714

(精神保健課調)

表2 年齢別入院患者数

年 齢 区 分	平成6年6月	平成7年6月	平成8年6月
20歳未満	3,064	3,010	3,055
20歳以上65歳未満	252,140	246,856	240,714
65歳以上	87,922	91,175	94,945
総 数	343,926	341,041	338,714

(精神保健課調)

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5年10月現在，主たる診療科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	平成5年
一般診療所数	68,997	73,114	77,909	78,332	79,134	80,852	84,128
内精神科	657	779	1,159	1,425	1,765	2,159	2,644

(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	平成5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	37,400 ^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	3,900 ^人

(患者調査)

(2) 保護者 (法第20条)

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

(ア) 保護者となるべき者

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、保護者がいない場合や、いる場合であってもその義務を行うことができないときは、その精神障害者の居住地（又は現在地）の市町村長（特別区にあつては区長）が保護者となる。

(イ) 保護者の一般的義務等

- 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6）

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。

・指定医は5年ごとの研修の受講が義務付けられているが、平成7年の改正において、その受講を促進するため、研修を受講しない場合には、研修を受けなかったことについてやむを得ない理由が存すると厚生大臣が認めたとときを除き、その指定は効力を失うこととされている。

(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。

(ウ) 常勤の指定医の必置義務

・措置入院、医療保護入院等を行う精神病院（任意入院のみを行う精神病院を除く）には、平成7年改正で常勤の指定医を置かなければならないこととされている。

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又は指定都市市長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又は指定都市市長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又は指定都市の市長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又は指定都市の市長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、法第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又は指定都市の市長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、精神保健福祉法上、詳細な規定が置かれている。

表3 年次別精神障害者に係る申請・通報・届出の処理件数

年次	申請・通報・届出件数						総計	調査に より診 察の必 要がな いと認 めた者	診察を受けた者		
	一般 からの 申請	警察官 からの 通報	検察官 からの 通報	保護鑑 察所の 長から の通報	矯正施 設の長 からの 通報	精神病 院の管 理者か らの届 出			精神障害者		精神障 害者で なかつ た者
									法第29 条該当 症状の 者	法第29 条該当 症状で なかつ た者	
昭和41年	23,433	6,046	1,165	116	749	543	32,052	2,300	18,258	10,481	76
45	17,163	5,981	997	125	487	908	25,661	1,766	16,820	6,625	76
50	9,084	5,107	1,156	38	364	720	16,469	1,930	9,383	4,617	126
55	3,525	4,152	1,137	30	341	371	9,556	1,956	4,791	2,433	82
56	3,036	4,150	1,126	32	328	292	8,964	2,277	4,110	2,452	66
57	2,213	4,394	1,169	30	327	257	8,390	2,405	3,438	2,376	69
58	2,056	3,761	1,100	24	279	260	7,480	2,007	3,293	2,030	62
59	1,744	3,611	1,090	26	250	231	6,952	1,977	3,060	1,851	54
60	1,336	3,510	1,190	16	263	165	6,480	1,990	2,727	1,715	45
61	1,125	3,485	1,007	14	264	145	6,040	2,037	2,313	1,639	43
62	790	3,270	1,077	18	234	91	5,480	1,905	1,947	1,582	44
63	740	3,644	1,100	13	276	91	5,864	1,913	2,239	1,629	48
平成元年	734	3,511	1,071	26	295	65	5,702	1,850	2,246	1,624	—
2	581	3,665	1,058	12	278	52	5,646	1,902	2,164	1,586	—
3	533	3,581	1,026	19	246	55	5,460	1,745	2,283	1,421	—
4	458	3,710	1,029	16	277	54	5,544	1,655	2,530	1,370	—
5	463	3,788	1,077	13	253	48	5,642	1,769	2,643	1,257	—
6	501	3,859	1,096	12	230	60	5,758	1,721	2,732	1,230	—
7	394	4,202	1,031	10	231	61	5,929	1,612	3,074	1,196	—

資料：厚生省報告例

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、当該患者に対し、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時間を限り退院制限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はない。

(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

たって行く「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、精神保健福祉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、都道府県知事及び指定都市の市長は、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等が警察官等の申請・通報届出等に基づいて調査のうえ、必要と認められた時に、知事等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、都道府県知事等が行う。

(7) 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、指定医の診察の結果、医療及び保護のため入院が必要と認められた患者について、保護者((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者がいないか、保護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、市町村長が保護者として入院の同意を行う手続については通知により定められている。

(扶養義務者の同意による入院)

保護者につき家庭裁判所の選任を要する場合であって、かつ、当該選任がな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、保護者の同意書を添えて、最寄りの保健所長を経て都道府県知事又は指定都市の市長に届け出なければならない。都道府県知事等は、入院届を精神医療審査会に通知し、精神医療審査会が入院の必要について審査を行い、審査の結果、入院が必要でない認められた者については審

査結果に基づき、都道府県知事等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日以内にその旨を最寄りの保健所長を経て都道府県知事等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を含む。

(㊦) 応急入院

(概要)

応急入院とは、本人及び保護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最寄りの保健所長を経て都道府県知事等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。

(応急入院指定病院)

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又は指定都市の市長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 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、

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名以上が応急入院者の医療及び保護を行う態勢（指定医はオンコールを含む）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のが、他の入院患者の医療及び保護に支障をきたすようなことがないことをいう。

- 2 都道府県知事に届け出て、新看護等の基準（平成6年厚生省告示第63号）による看護（当該精神病院の病棟において看護を行う看護婦、准看護婦及び看護補助者の数が当該病棟の入院患者の数が4又はその端数を増すごとに1を加えた数（以下「最少必要数」という。）以上であり、かつ、看護婦及び准看護婦の数が最少必要数の8割以上であるものに限る。）を行っていること。ただし、地域における応急入院者に係る医療及び保護を提供する体制の確保を図る上でやむを得ない事情がある場合にはこの限りでない。

「やむを得ない事情」については、当該地域（おおむね二次医療圏）において、同号の基準の本則を満たす精神病院がなく、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ものであること。

- 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ものであること。なお、CTは、必要に応じて他の医療機関の協力が得られる場合には、当該精神病院において整備することを要しないものであること。

このほか、都道府県知事等は、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、応急入院指定病院の指定を行わない。

応急入院の制度は、精神科救急医療システムを有効に運用する上で必要となる入院形態であるから、精神科救急医療システム整備事業実施要綱(平成7年10月27日付け健医発第1321号厚生省保健医療局長通知)による精神科救急医療施設であって、指定基準の本則を満たしているものは、応急入院指定病院の指定を行うことが望ましいこと。

応急入院指定病院の指定は、原則として3年の期限を付して指定し、3年ごとに見直しを行い、更新すること。

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の指定又は指定の取消しを行ったときは、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ため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、1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、最寄りの保健所長を経て都道府県知事又は指定都市の市長に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、入院措置を採る旨、入院中は、行動の制限等がとられうる旨、退院等の請求に関する事項及びその他の事項について、書面で知らせなければならない。(ただし、医療保護入院の患者については、当該入院措置を採った日から4週間を経過する日までの間であって、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、第2項昭和63年厚生省告示第128号)

- 1 信書の発受の制限 (刃物、薬物等の異物が同封されていると判断さ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、第3項昭和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。)

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、基準が厚生省告示により

定められている。

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6月ごとに、医療保護入院者は入院後1年ごとに、定期に最寄りの保健所長を経て都道府県知事又は指定都市の市長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等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、都道府県知事等は、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12条～第14条)

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、都道府県及び指定都市に、精神医療審査会(以下「審査会」という)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、都道府県知事又は市長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 都道府県知事又は市長は、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 都道府県知事等は、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者を退院させることを命じ若しくはその者の処遇の改善のために必要な措置を採ることを命じなければならないものとされている。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通知により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、都道府県知事又は指定都市の市長は、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、都道府県知事又は指定都市の市長は、精神病院の管理者に対し、厚生大臣が定める処遇の基準に適合しないと認めるときは、その処遇の改善のために必要な措置を採ること等を命ずることができることとされている。

(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に都道府県及び指定都市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 制度の概要

本制度は、「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厚生省発衛第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 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100分の95に相当する額を負担することができるとともに、医療保険等により給付を受ける場合は、その限度において負担すること

を要しないこと。

- 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審査機関である地方精神保健福祉審議会の委員は、関係行政機関の職員及び精神医学の専門家をもってあてること。

b 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者の申請によって行われるが、その手続については、「精神衛生法第32条に規定する精神障害者通院医療費公費負担の事務取扱いについて」(昭40.9.15衛発第648号 公衆衛生局長通知) によっている。

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現在では、471か所(平成7年6月30日現在)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)において実施している。

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

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

b 精神科デイ・ケアの施設基準

施設基準の主な内容は次のとおりである。

① 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、当該専用の施設の広さは、40平方メートル以上とし、かつ、患者1人当たりの面積は3.3平方メートルを標準とするものである。

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660点、小規模なもの550点であり、デイ・ケアの一環として食事を提供した場合にあっては48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500点であり、ナイト・ケアの一環として食事を提供した場合にあっては48点を加算する。

f 精神科デイ・ナイト・ケア

実施時間は患者1人当たり1日につき10時間を標準とする。

施設基準の主な内容は次のとおりである。

① 従事者及び1日当たり患者数の限度が次のいずれかであること。

ア 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、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護婦のいずれか1人及び看護婦、精神科ソーシャルワーカー、臨床心理技術者又は栄養士のいずれか1人）の3人で構成する場合にあっては、患者数が当該従事者数3人に対して1日30人を限度とする。

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、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護婦のいずれか1人、看護婦又は准看護婦のいずれか1人及び精神科ソーシャルワーカー、臨床心理技術者又は栄養士のいずれか1人）の4人で構成する場合にあっては、患者数が当該従事者4人に対して1日50人を限度とする。

ウ イに規定する4人に、イに規定する精神科医師以外の従事者2人を加えて、6人で従事者を構成する場合にあっては、患者数が当該従事者6人に対して1日70人を限度とする。ただし、イにおいていずれか1人と規定されている従事者の区分ごとに同一区分の従事者が2人を越えないこと。なお、看護婦又は准看護婦の代わりに、1名に限り、看護補助者をもって充てることができる。

② 精神科デイ・ナイト・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は精神科デイ・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有し

ているものであり、当該施設の広さは、40㎡以上とし、かつ、患者1人当たりの面積は3.3㎡を基準とする。なお、当該施設には調理設備を有することが望ましい。

g 精神科デイ・ナイト・ケアの診療報酬

1日につき1000点であり、治療の一環として食事を3食を提供したときには130点を、2食を提供したときには96点を加算する。精神科デイ・ナイト・ケアを算定したときには、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケアは算定しない。

(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い患者数は1日75人を標準とする。診療報酬は1日につき220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、入院精神療法(I)は精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項に規定する精神保健指定医が40分以上

入院精神療法を行った場合に、入院の日から起算して3か月以内の期間に限り週3回を限度として算定する。また、入院精神療法(II)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っては週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っては週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、入院精神療法(I)は360点、入院精神療法(II)は入院6月以内の患者に対して行った場合150点、入院6月以内の患者以外の患者に対して行った場合80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っては患者の家族に対して、医師が一定の治療計画のもとに危機介入、対人関係の改善、社会適応能力の向上を図るための指示、助言等の働きかけを継続的に行う治療法である。家族に対するカウンセリングは、家族関係が当該疾患の原因若しくは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っては週2回を、その他の場合にあっては週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340点、診療所の場合390点である。

d 通院集団精神療法

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行う他の精神病特殊療法は、別に算定できない。診療報酬は1日につき270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、看護婦等を居宅若しくは社会復帰施設へ訪問させ、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。診療報酬は精神科訪問看護・指導料(I)は550点、(II)は160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(平成6年6月現在)は、一般病院33,548点(1件当たり16.8日)に対し、精神病院は26,860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18,896円、特例許可老人病院11,406円に対し、精神病院は9,263円であり、一般病院の約 $\frac{1}{2}$ 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44%を占めているが、精神病院では15%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2.3%である。

2 社会復帰・福祉対策

(1) 社会復帰・福祉対策の概要

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るように治療を加え、必要な援助を行うことである。入院患者の場合は長期入院によって社会性が失われることがないよう配慮されるべきであり、また、院内の社会復帰活動を充実することが何よりも必要である。長期在院者の多くは、疾病による社会適応性の低下が認められるばかりでなく、家族の受け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、精神保健福祉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。また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が平成5年に法定化された。さらに、社会復帰施設等の整備促進を図るため、平成7年12月に平成14年度末までの具体的な整備目標値を盛り込んだ障害者プランが策定された。

障害者プランについて

1 障害者施策の推進と障害者プランの策定

我が国の障害者施策は、総理府の障害者施策推進本部を中心として取り組まれており、昭和56年の「国際障害者年」と「国連・障害者の10年」を経て、平成5年度より今後10年間における「障害者対策に関する新長期計画」等に基づく施策の推進により、着実な進展が図られ、また、国民の間にも障害のある人も地域で普通の暮らしができる社会というノーマライゼーションの理念が徐々に定着してきており、施策も施設中心から地域・在宅施策へ変化している。平成5年11月には障害者基本法が成立し、さらに、平成7年12月に障害者プランが策定され、その着実な推進を図ることとされた。

障害者プランは、平成8～14年度まで7か年計画による「障害者対策に関する新長期計画」の重点施策実施計画として位置付けられ、関係省庁の施策

を横断的に盛り込み、可能な限り具体的な数値目標を設定するなどの特色がある。

障害者プランでは、リハビリテーションとノーマライゼーションの理念を踏まえつつ7つの視点から施策の重点的な推進を図ることとされている。

- 1 地域で共に生活するために
 - 2 社会的自立を促進するために
 - 3 バリアフリー化を促進するために
 - 4 生活の質（QOL）の向上を目指して
 - 5 安全な暮らしを確保するために
 - 6 心のバリアを取り除くために
 - 7 我が国にふさわしい国際協力・国際交流を
- 2 障害者プランにおける精神障害者施策

現在、我が国には精神障害者が157万人と推計されており、このうち約33万人が精神病院において治療を受けている。しかし、これらの入院患者のうち数万人は地域の保健福祉基盤が整えば、退院が可能と言われている。

このため、障害者プランでは、このような人々のうち、2～3万人程度が計画期間内に退院し、地域で生活するため、生活の場を提供する福祉ホームやグループホーム、活動の場を提供する授産施設や福祉工場等、社会復帰の促進を図る生活訓練施設や社会適応訓練事業、さらに、日常生活支援、相談事業や地域交流を支援する地域生活支援事業などの整備の推進を図っていくこととされている。

また、精神障害者の社会的自立を促進するため、福祉施策の充実を図ることを目的とした保健福祉手帳制度の拡充や心のバリアを取り除くために精神障害に関する正しい知識の普及等、各種の地域精神保健福祉施策の充実を図ることとされている。

さらに、精神障害者は、精神疾患を有する患者であることから、保健医療施策の充実を図ることも必要であり、精神科救急医療システムや精神科デイ

ケア施設の整備，病棟の近代化整備による療養環境の向上を図るとともに，長期入院患者の療養生活のあり方や精神科ソーシャルワーカー（PSW）・臨床心理技術者（CP）の資格化などの検討を行い，より良い精神医療の確保も併せて推進していくこととされている。

3 具体的な数値目標

(1) 社会復帰施設

生活訓練施設（救護寮）	300か所 6,000人分	障害福祉圏域に概ね1か所
ショートステイ施設	100か所 150人分	生活訓練施設の3分の1に併設
福祉ホーム	300か所 3,000人分	障害福祉圏域に概ね1か所
通所授産施設	300か所 6,000人分	障害福祉圏域に概ね1か所
入所授産施設	100か所 3,000人分	通所授産施設の3分の1程度
福祉工場	59か所 1,770人分	都道府県・指定都市に1か所
地域生活支援事業	650か所	障害福祉圏域に概ね2か所

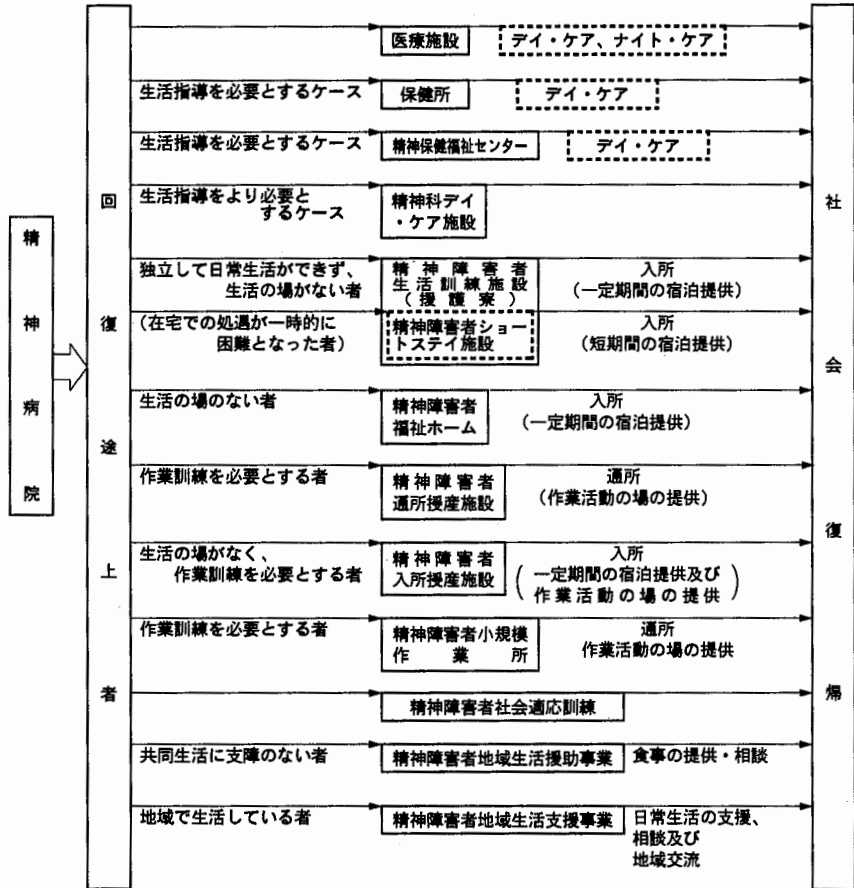
(2) 社会復帰促進事業

グループホーム （地域生活援助事業）	920か所 5,060人分	障害福祉圏域に3か所程度
通院患者リハビリテーション （社会適応訓練事業）	3,300事務所 5,280人分	障害福祉圏域に概ね10か所

(3) 医療施設

精神科デイケア施設	1,000か所	障害福祉圏域に概ね3か所
-----------	---------	--------------

図 2 精神障害者社会復帰体系図



(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50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事業法上第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。

(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。

(ウ) 精神障害者福祉ホーム

現に住居を求めている精神障害者に対し、低額な料金で、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により、その者の社会復帰の促進及び自立の促進を図ることを目的とする施設。

(エ) 精神障害者福祉工場

通常の事業所に雇用されることが困難な精神障害者を雇用し、及び社会生活への適應のために必要な指導を行うことにより、その者の社会復帰の促進及び社会経済活動への参加の促進を図ることを目的とする施設。

これらの施設は、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、設置及び運営に関する規定が定められて

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51条）。

これらの施設の利用は、いずれも行政による措置ではなく、利用者と施設の利用契約により行われる。

イ 社会復帰施設

(ア) 精神障害者生活訓練施設（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、施設長に精神保健福祉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をあてることとされているほか、精神科ソーシャル・ワーカー1名のほか専任職員3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、指導に当たっては、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、その他の専任職員をそれぞれ1名以上と指導員助手(非常勤で可)1名をおき、必要な訓練を行い、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。

(ウ) 精神障害者福祉ホーム

(対象者)

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

(設備)

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

(処遇)

福祉ホームには管理人1名及び顧問医1名を置くものとされている。入居者の日常生活については、食事を原則自炊とすること、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。

(エ) 精神障害者福祉工場

(対象者)

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でいる者。

(設備)

作業場、更衣室、シャワー室、休憩室、食堂、相談室、静養室、医務室等を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、栄養士等を配置し、生活指導や健康管理等に配慮した環境の下で就労ができるよう努めると共に、労働関係法規を遵守した処遇に努める。

(3) 精神障害者手帳交付事業

精神障害者保健福祉手帳は、一定の精神障害の状態にあることを証する手段となることにより、手帳の交付を受けた者に対し、各方面の協力により各種の支援策が講じられることを促進し、精神障害者の社会復帰の促進と自立と社会参加の促進を図ることを目的とするものである。

これまで、身体障害者については身体障害者手帳が、精神薄弱者については療育手帳があり、様々な福祉的な配慮が行われていることにかんがみ、平成5年に障害者基本法が成立して精神障害者が障害者として明確に位置付けられたことを契機に、平成7年に精神保健法を精神保健福祉法に改め、同法第45条により、手帳制度を創設したものである。

ア 手帳の対象者と障害等級

(ア) 手帳の対象者

精神疾患を有する者(精神保健福祉法第5条の定義による精神障害者)のうち、精神障害のため長期にわたり日常生活又は社会生活への制約がある者(障害者基本法の障害者)を対象とする。

精神分裂病、そううつ病、非定型精神病、てんかん、中毒性精神病、器質精神病及びその他の精神疾患の全てが対象であるが、精神薄弱は含まれない。

(イ) 障害等級

1級、2級、3級の三等級とする。手帳の1級及び2級は、国民年金の障害基礎年金の1級及び2級と同程度。手帳の3級は、厚生年金の3級よりも広い範囲のものとする。

1級—精神障害であって日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの

2級—精神障害であって日常生活が著しい制限を受けるか、又は制限を加えることを必要とする程度のもの

3級—精神障害であって日常生活若しくは社会生活が制限を受けるか、又は日常生活もしくは社会生活に制限を加えることを必要とする程度のもの。

(ウ) 判定基準

「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準について」(平成7.9.12健医発第1133号厚生省保健医療局長通知)で定める判定基準により、精神疾患(機能障害)の状態と能力障害の状態の両面から総合的に判定する。

イ 交付手続

(ア) 交付主体

都道府県知事又は政令指定都市市長が交付する。

(イ) 申請

① 手帳の交付は申請主義とし、精神障害者本人の申請に基づき行う。但し、家族や医療機関職員等が申請書の提出や手帳の受け取りの手続を代行することができる。

② 申請窓口は、保健所とする。

③ 申請書類は、申請書のほか、医師の診断書又は障害年金の年金証書の写しを添付する。

(診断書は、精神保健指定医その他精神障害の診断又は治療に従事する医師によるもので、初診日から6か月以上経過した時点の診断書とする。)

(ウ) 判定

① 医師の診断書が添付された申請については、都道府県又は政令指定都市の地方精神保健福祉審議会(判定部会等)において判定する。

② 障害年金の年金証書の写しがある場合には、審議会の判定を要せず

交付できる。年金1級であれば手帳1級、年金2級であれば手帳2級、年金3級であれば手帳3級とする。(年金を有する者でも、希望により診断書による判定も可能である。)

(エ) 手帳の様式

手帳の表紙は、単に「障害者手帳」とし、記載事項は、氏名、住所、生年月日、性別、障害等級、手帳番号、通院医療費受給者番号、交付日、有効期限とする。医療機関名や、疾患名は記載せず、顔写真は貼付しない。

(オ) 更新等

- ① 手帳の有効期限は2年。2年ごとに障害の状態を再認定し、更新する。
- ② 住所又は氏名が変更した場合の届出
- ③ 手帳を破り、汚し又は紛失した場合の再交付
- ④ 障害等級の変更申請
- ⑤ 非該当となったとき等の返還

ウ 手帳に基づく支援施策

(ア) 通院医療費の公費負担

手帳の交付を受けた者については、精神保健福祉法第32条の通院医療費の公費負担の申請に当たって、医師の診断書の提出及び判定手続が不要となる。

(イ) 税制の優遇措置「精神障害者保健福祉手帳による税制上の優遇措置について」(平成7.9.18健医発第1154号)

所得税及び住民税の障害者控除(本人、配偶者、扶養親族)、預貯金の利子所得の非課税、低所得の障害者の住民税の一部非課税、相続税の障害者控除、贈与税の一部非課税、自動車税、軽自動車税及び自動車取得税の非課税等の適用が、手帳に基づき受けられる。

なお、従来の障害の状態に関する証明書については、有効期間が2年

(自動車税等については1年)であることから、既に発行した証明書がなお効力を有する期間は、従来の証明書でも対象とする経過措置が設けられている。

(ウ) 生活保護の障害者加算

精神障害者保健福祉手帳の1級又は2級の場合においては、生活保護の障害者加算の認定が受けられる。

(エ) 公共交通機関の運賃割引や各種施設の利用料割引等

身体障害者手帳や療育手帳については、公共交通機関の運賃割引、公共施設の利用料の割引、公営住宅の優先入居等が行われており、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者についても、関係方面の協力を得て、順次優遇措置を増やしていくこととしている。

また、地方自治体においても、関係方面の協力を得て、公共施設等の利用料の減免等を行っている。

(4) 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福祉に関する第一線の行政機関として精神保健福祉活動を実施しているところである。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6年度では852保健所となっている。

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」を実施している。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4 保健所における精神保健相談事業実績

a 保健所における社会復帰等相談事業実績

(単位：人)

実施 保健所	対象事例 A	1保健 所当た り平均	社会復帰した者				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	備 考
			就 労	家 業 手伝い を含む	家 事 手伝い を含む	その他 習いも の	小 計 B	再入院	死 亡	その他				
62年度	18,678	27.5	1,967	1,827	644	4,438	1,333	122	1,357	2,812	10,431	997	23.8	
63年度	20,431	29.0	2,302	2,166	820	5,288	1,417	139	1,359	2,915	11,220	1,008	25.9	
元年度	21,885	29.8	2,540	2,061	743	5,344	1,436	171	1,537	3,144	12,424	973	24.4	
2年度	22,642	29.8	2,777	2,214	760	5,751	1,442	194	1,635	3,271	12,554	1,066	25.4	
3年度	23,012	30.6	2,608	2,385	905	5,898	1,393	183	1,505	3,081	13,054	979	25.6	
4年度	24,337	31.4	2,644	2,493	937	6,074	1,478	221	1,712	3,411	13,685	1,767	25.0	
5年度	24,204	30.7	2,188	2,303	984	5,475	1,454	199	1,583	3,236	14,186	1,307	22.6	
6年度	26,687	32.8	2,355	2,702	1,172	6,229	1,529	202	1,992	3,723	15,404	1,331	23.3	

b 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（一般対策分）

区 分	年												
	58年	59年	60年	61年	62年	63年	元 年	2 年	3 年	4 年	5 年	6 年	7 年
精神保健相談	319,072 件	363,984 件	414,930 件	472,388 件	525,646 件	655,886 件	720,267 件	785,410 件	838,477 件	896,876 件	924,064 件	980,678 件	1,037,484 件
精神保健訪問指導	221,177	228,671	254,182	274,630	281,309	296,250	317,115	308,900	314,451	309,330	294,778	296,197	283,334

(5) その他の事業

ア 精神障害者社会適応訓練（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議づけるために、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行われている。

精神障害者社会適応訓練（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	その他の 計				
	訓練事業所の雇用契約	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%
(3年度) 2,565	257	120	377	118	495	126	9	12	378	525	1,020	1,545	48.5%
(4年度) 2,842	324	117	441	180	621	154	30	14	375	573	1,194	1,648	52.0%
(5年度)	329	134	463	431	894	207	44	26	417	694	1,588	2,005	56.3%
(6年度) 3,018	313	102	415	184	599	160	84	20	241	704	1,303	1,715	46.0%

イ 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等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8年度には、精神障害者社会復帰促進センター（精神保健福祉法第51の2の規定に基づき、財団法人全国精神障害者家族会連合会を指定）を通じ563箇所の作業所に対し、1箇所当たり110万円の運営助成費が補助されているところである。

ウ 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。

なお、「公営住宅法」の一部改正により、平成8年8月31日から公営住宅において、地方公共団体、社会福祉法人、医療法人、公益法人について、グループホームが行えるようになったところである。また、精神障害者が入居する際の収入基準についても、一般には月額20万円以下であるところを、精神障害者であって精神障害の状態が精神障害者保健福祉手帳の1級及び2級相当である場合は、月額26万8千円以下とされたところである。

エ 地域精神保健福祉対策促進事業

都道府県、政令指定都市、及び市町村において、地域の实情に応じたきめ細やかな地域精神保健福祉活動を行う事業であり、平成7年度より予算化されたものである。

事業の内容は、

- ①地域精神保健福祉協議会の設置運営

- ②精神障害及び精神障害者の保健福祉に関する正しい知識の普及啓発
- ③精神障害者の社会復帰の促進についての地域住民の正しい知識を深めるための講演会・学習会等の事業
- ④精神障害者の社会復帰や自立等を促進するための精神障害者及びその家族を対象とした教室等の事業
- ⑤文化活動、レクリエーション、スポーツ等精神障害者同士及び精神障害者と地域住民との交流事業
- ⑥精神障害者及びその家族等の団体が行う活動に対する支援並びにボランティア団体等の育成を図る地域組織等活動支援事業
- ⑦社会資源及び各種保健福祉サービス等の活用方法等の情報提供事業
- ⑧地域における精神保健福祉に関する調査研究事業
- ⑨その他地域の特性に応じた精神保健福祉事業

となっている。

オ 精神障害者地域生活支援事業

地域で生活する精神障害者の日常生活の支援、日常的な相談への対応や地域交流活動などを行うことにより、精神障害者の社会復帰と自立と社会参加の促進を図るため、平成8年度から精神障害者地域生活支援事業を創設した。

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、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。

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) 痴呆の医学

(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。健常者でも、加齢とともに物忘れが多くなるなどの現象が見られるが、これは誰にでもある生理的なものであり、医学的な概念である痴呆とは区別される。

ぼけという言葉もあるが、これは一般的な用語であって、加齢による生理的な知能の低下と痴呆の両方を含むものとして用いられている。

痴呆の病因は種々あるが、症状はおおむね共通している。記憶障害が最初に気づかれることが多い。特に新しいことがらを記憶する能力の障害が特徴的で、一般的知識や遠隔記憶が比較的良好に保たれることと著しい対照をなす。

さらに、その他の認知機能の障害、すなわち失語、失認、失行、遂行機能障害などが現れ、日常生活に支障をきたすようになる。記憶障害も、痴呆が進行すると、自分の職業、家族、さらには自分の名前を忘れるほど重症になりうる。幻覚や妄想が生じることもある。

(イ) 痴呆の分類

1. 血管性痴呆

我が国では最も多い痴呆である。大脳皮質や皮質下の多発性梗塞等の脳血管性疾患による。多くは病変に対応した神経徴候を伴う。痴呆の症状も血管病変の場所によって決まるため、人格の中核は保たれ認知機能がところどころ障害される「まだら痴呆」となることが多い。定型的には段階的に進行し、機能は急激に変化する。

2. アルツハイマー病

欧米では最も多い痴呆で、我が国でも血管性痴呆に次いで多い。大脳皮質の一次性変性による脳萎縮が見られる。記憶障害で発症し、数年後にその他の認知機能障害が出現するという形で徐々に進行することが多い。早期から人格の変化が生じる場合もある。最終的には運動の障害が顕著になり、口もきかず、寝たきりになることもある。

3. その他

内分泌・代謝・中毒疾患（甲状腺機能低下症、ビタミンB12欠乏、サイアミン欠乏、アルコール依存症など）、感染（神経梅毒、AIDS、脳炎など）、プリオン病（クロイツフェルト・ヤコブ病など）、腫瘍、外傷、その他（ピック病、ハンチントン病、パーキンソン病、正常圧水頭症など）等、多くの疾患が痴呆の原因になりうる。

(ウ) 痴呆の診断

痴呆の中には、原因疾患の治療により著明に改善するものもある。また、痴呆と類似の状態像を示すものとして、せん妄やうつ状態などがある。したがって、診断の第1段階としてはこのような疾患の除外が重要である。このためには、経過の間診や神経学的検査に加えて頭部CTスキャン等を含む検査が必要である。厳密な症状評価に基づいた診断基準（DSM-IV, ICD-10等）やスクリーニングテスト（長谷川式簡易知能評価スケール等）もあるが、痴呆の診断はあくまでも身体的所見のチェッ

クの後になされるものである。

(エ) 痴呆の評価

痴呆とは知的機能の低下とそれに伴う日常生活の困難であることから、この両面を評価する必要がある。

知的機能の評価法としては、WAIS-R(Wechsler Adult Intelligence Scale, Revised),MMSE(Mini-Mental State Examination)などがある。これらはいずれも認知機能全般にわたる検査であり、国際的にも広く用いられている。

日常生活機能の評価法としては、「老人知能の臨床判定基準」(柄澤, 1981)(表3)や、「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」(厚生省, 1993)(表4)などがある。ただし、日常生活機能は、認知障害の重症度だけでなく、家族や社会の援助の度合いにも影響されることに留意すべきである。

表3 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	(一) 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 衰退	軽度 (+1)	・ほぼ普通	・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)	・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	・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)	・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	・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	・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4 痴呆性老人の日常生活自立度判定基準

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。		在宅生活が基本であり、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、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等	ハビリテーション、毎日通所型をはじめとしたデ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て利用する。

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に同じ	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) 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、9都道府県市の報告、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5 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6 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7 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6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8のようになる。

表8 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。)

(イ) 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

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、精神科的医療、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。

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。

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た。

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。

平成6年12月には、平成元年12月に策定した高齢者保健福祉推進10ヶ年戦略(ゴールドプラン)を全面的に見直し、平成11年までを計画期間とする新たな整備計画(新ゴールドプラン)を策定し、政府全体としてその着実な実現を図ることとした。

(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7年度の老人精神保健相談件数は、76,109

件、老人精神保健訪問指導は44,811件。

② 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、保健・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。

③ 在宅介護支援センター(平成2年度より実施)

- ・ 在宅で介護している家族が、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。

④ 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。

(4) 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。

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。

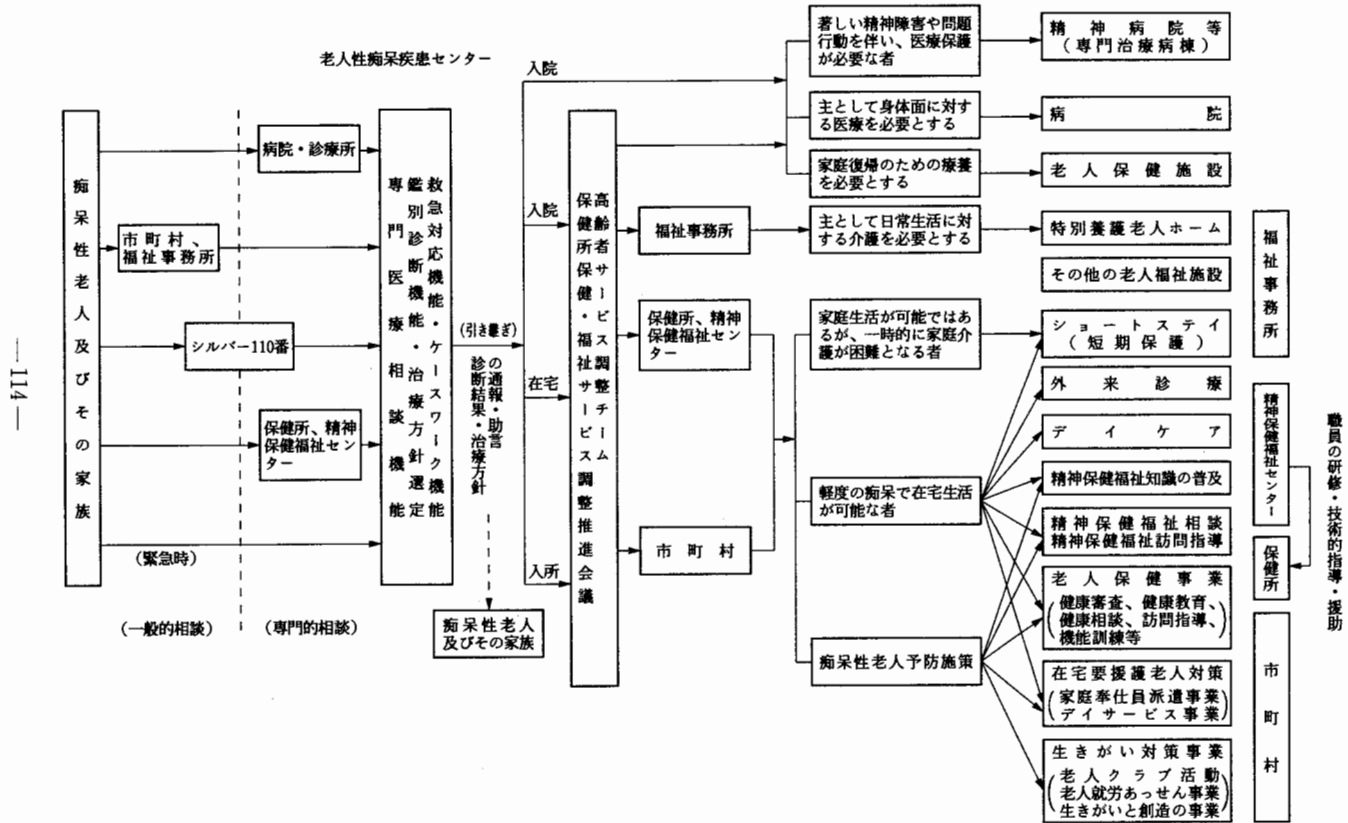
③ 老人性痴呆疾患療養病棟(平成3年度より実施)

- ・ 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。

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5年度172,218床。

図1 老人性精神障害に対する施策一覧



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5年度181,734床。

⑤ デイ・ケア

(i) 老人性痴呆疾患デイ・ケア

- ・ 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 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。

(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、日常生活上必要なサービスを提供する施設。

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年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。

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，精神保健福祉センター，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・精神保健福祉相談員，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。

(カ) 発生予防，啓発普及

① 発生予防

- ・ 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，ねたきり等の発生を予防するもの。

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知識及び技術の研修を、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。

③ 教育研修事業

保健所保健婦、市町村保健婦に対し、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。

④ 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。

⑤ 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。

⑥ 介護実習・普及センター運営事業〔介護実習・普及事業〕

28都道府県、政令指定都市において実施。（平成7年）

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

⑦ 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。

⑧ 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知識・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4回実施。研修期間は15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」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。

2. アルコール関連問題対策

アルコール関連問題とは、アルコールに起因するすべての問題を指す。したがって、単に疾患だけでなく、家庭内や職場などでの社会的問題を含む広い概念である。我が国のアルコール関連問題は、社会・経済状況の変化に伴い拡大しつつある。古来我が国には飲酒文化とでも呼ぶべきものがあり、飲酒する場所や時間についての制約があった。これを守ることで薬物であるアルコールと人間との適切な関係が保たれてきた。しかしながら近年では、自動販売機やテレビコマーシャル等の影響もあって、この文化が崩れつつある。その結果は無節操な飲酒や未成年飲酒の増加など、アルコール関連問題の裾野の広がりである。

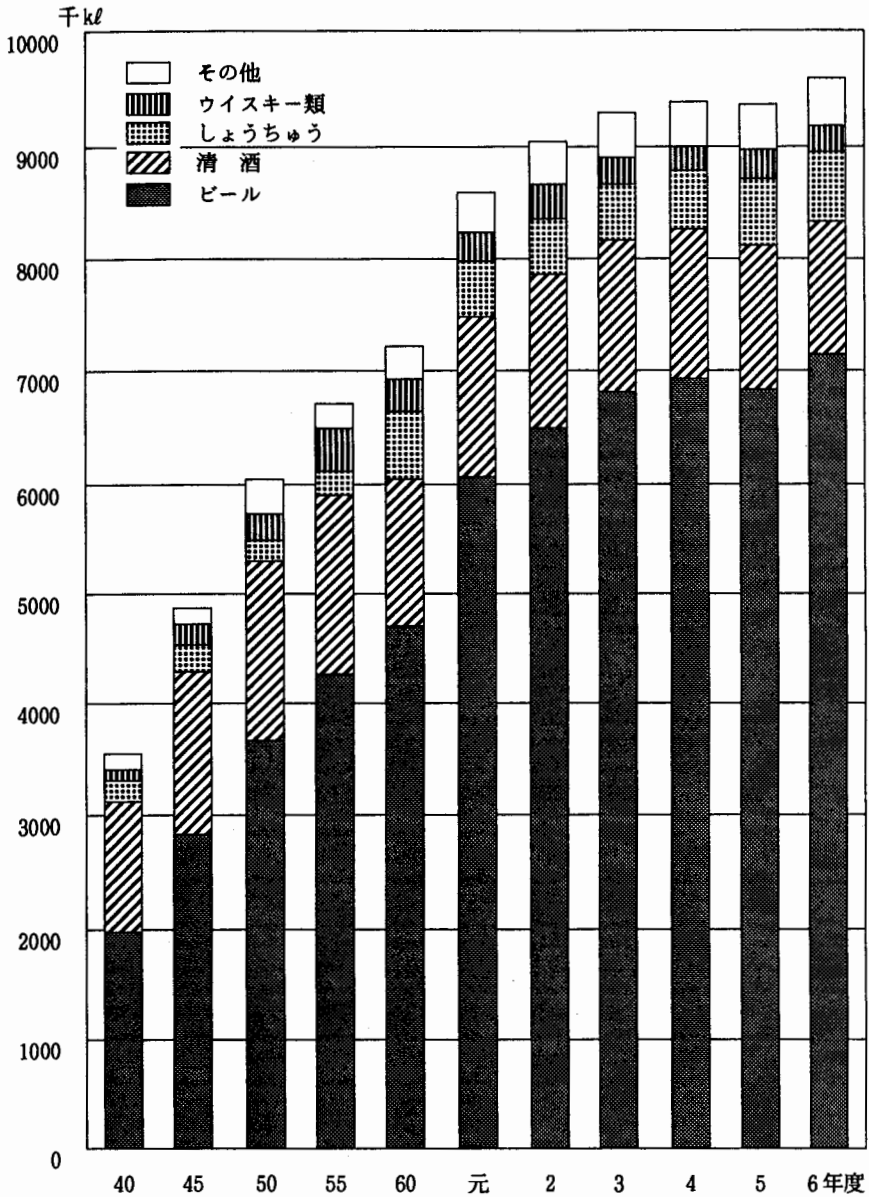
アルコール消費量の動きもこれと連動している。国際的な傾向に逆行して、我が国のアルコール消費量は年々増加している。その率は一時に比してやや鈍ってはいるものの、平成6年には人口一人あたり年間6.6リットル(アルコール分100%換算)で、アメリカと等しい量に達している。これに伴い大量飲酒者も増加し、さまざまな障害につながっている。

(1) アルコールの疫学

アルコールとは酒税法で定められたアルコール飲料のことで、アルコール分1度(容量パーセント)以上の飲料を指す。酒類という言葉もあり、これは、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、みりんを指す。我が国の年間種類消費量は図1のとおり年々増加の傾向を示しており、平成6年度では964万キロリットルとなっている。

成人飲酒人口については、昭和40年の2,700万人に比して平成6年では2倍以上の6,400万人におよんでいる。特に女性の飲酒者の増加が著しい。なお、大量飲酒者(毎日純アルコールにして150ml:日本酒換算で約5合半を飲む者)は平成6年度で約2,310万人と推定されている(表1)。大量飲酒者のほとんどはアルコール依存症と考えられている。

図1 種類販売（消費）数量の推移



資料：国税庁「酒のしおり」

表1 アルコール消費量と飲酒者数の推移

	40年	45年	50年	55年	60年
純アルコール消費量	364,640	483,225	585,743	658,291	733,399
成人人口	62,257	70,345	70,726	81,210	85,427
(1人当たり消費量)	5.86	6.87	7.63	8.11	8.59
飲酒者	26,626	33,116	39,673	45,261	57,009
大量飲酒者推計数	1,030	1,400	1,705	1,905	2,023

元年	5年	6年
772,742	826,109	833,051
89,439	93,876	95,753
8.64	8.80	8.70
59,706	62,669	63,978
2,137	2,338	2,310

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。

表2 アルコール依存症等患者数(推計)

	昭和43年	50	55	62	平成2年	5
アルコール 精神病	人 1,720 (100.0)	人 3,300 (191.9)	人 1,900 (110.5)	人 2,500 (145.3)	人 2,800 (162.8)	人 2,500 (145.3)
アルコール 依存症	13,000 (100.0)	15,200 (116.9)	18,200 (140.0)	19,600 (150.8)	19,300 (143.5)	16,800 (129.2)
合計	14,720 (100.0)	18,500 (125.7)	20,100 (136.5)	22,100 (150.1)	22,100 (150.1)	19,300 (131.1)

注：()内は、それぞれ43年対比の指数を示す。

資料：厚生省「患者調査」

一方、患者調査によると、精神病院入院中のアルコール依存症患者は平成5年では、19,300人（推計患者数）で、ここ10年以上ほぼ一定である（表2）。この数字は上記の大量飲酒者推計数よりかなり少なく、医療機関を受診していないアルコール依存症が非常に多く存在すると推定されている。

(2) アルコール関連問題

アルコール依存症は重大な疾患で、アルコール関連問題の頂点に位置するものである。しかし、アルコール関連問題の真の重大さは、裾野部分の広がりがある。その全体像を疫学データとして捉えることはなかなか困難であるが、一年間にアルコール関連問題全体に対して我が国の社会が支払っている金額は約6兆6千億円（1987年）（表3）と推定されており、問題の深刻さを物語っている。この中には医療費に加えて、欠勤等による生産性の低下や、事故・犯罪に関わる費用等が含まれている。

ア アルコールに起因する身体的障害

アルコールは全身あらゆる臓器の障害を引き起こす。特に頻度の高いのは肝障害である。肝臓は摂取されたアルコールの90%以上を分解する臓器で、大量飲酒した場合には肝障害はほぼ必発と言える。肝障害は脂肪肝、肝炎、肝硬変と進む。その他には消化管障害、膵炎、糖尿病などが多い。このような事実自体は医学の常識に属することだが、全体像は把握されにくいものである。費用の面から見ると、国民医療費の6.9%（1987年）（表4）がアルコール乱用に関連した疾患に費やされていると推定されている。

イ アルコールに起因する精神的障害

アルコールは中枢神経系に作用する薬物であり、さまざまな精神症状を引き起こす。

a アルコール依存症

アルコール依存とは端的には飲酒をやめられないことである。飲酒によって大きな問題を引き起こしているにもかかわらずやめられない

時、アルコール依存症と診断される。依存症では、長期の飲酒により中枢神経系に何らかの変化が起こっていると考えられるが、その本態はいまだ不明である。多くは耐性や離脱症状を伴う。

b アルコール乱用

依存症には至らないまでも、何らかの有害な飲み方をすることが乱用である。

c 急性アルコール中毒

中毒とは毒に中（あたる）ことで、物質による生体へのすべての有害作用を含む。これには慢性と急性があるが、最近では慢性アルコール中毒という言葉はあまり使われない傾向にあり、急性アルコール中毒という言葉だけが残っている。一般には、飲酒すると、アルコール血中濃度に応じて微酔爽快期（ほろ酔い）から昏睡期までの症状が順次出現するが、イッキ飲みなどの形で短時間に大量のアルコールを摂取すると、急性中毒として意識障害、呼吸麻痺などを呈し、極端な場合には死に至る。

ウ アルコールに起因する社会的障害

家庭内における虐待、離婚、夫婦間暴力や、職場における欠勤、生産性低下、さらには事故や犯罪に至るまで、さまざまな社会的問題がアルコールによって引き起こされている。しかし、問題の大きさは過小評価されていることが多い。たとえば、アルコールは企業の健康問題の中では最大のもののひとつで、生産性低下の大きな原因となっている。また、交通事故では飲酒運転が重大であることはもちろんだが、歩行者の事故としてもアルコールがきわめて大きな要素を占めていることは見過ごされやすい。

表3 日本におけるアルコール乱用による社会的費用：1987年

	(100万円)
主費用	
直接費用	
治療	1,174,190
医療費	(1,095,687)
その他の治療費用	(78,503)
支援	88,586
間接費用	
死亡	923,081
有病	4,415,597
生産性の低下	(4,257,277)
労働不能による損失	(158,320)
関連費用	
直接費用	
自動車事故(物損)	3,498
犯罪	151
社会福祉プログラム	23,477
その他	8,915
合計	6,637,495

資料：我が国のアルコール関連問題の現状

表4 傷病分類別の飲酒に起因する医療費，1987年

傷病分類	傷病分類別医療費 (十億円)	飲酒に起因する医療費 (十億円)
感染症及び寄生虫症	456	74.7
新生物	1,174	74.0
精神障害	1,114	53.2
循環系の疾患	3,780	1.6
消化系の疾患	1,881	639.5
神経系及び感覚器の疾患	978	17.2
内分泌、栄養及び代謝疾患並 びに免疫障害	669	126.4
損傷及び中毒	1,091	109.1
合計	15,816 ^a	1,095.7

資料：我が国のアルコール関連問題の現状

(3) アルコール関連問題対策

アルコール関連問題の原因はアルコールであり、したがって対策は予防が第一であるべきことは明らかである。我が国の施策は「適正飲酒」をキーワードに進められている。適正飲酒とは飲酒を奨めるものではなく、成人であれば酒を飲むか否かは自由であるが、飲む場合は有害な飲み方を避けるという意味である。適正飲酒は、厚生省で開かれた昭和52年、53年の2年間にわたる「アルコール中毒診断会議」、昭和54年度にもうけられた「アルコール飲料と健康に関する検討委員会」で論議された結果打ち出されたものである。翌55年には社団法人アルコール健康医学協会（アル健協）が設立された。アル健協は、適正飲酒の普及を主たる目的として活動している。

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、将来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。

また、平成3年4月には、WHO、厚生省、アル健協の3者の共催でアルコール関連問題国際専門家会議が東京で開催され、若年者、高齢者、女性の飲酒問題、職場、交通事故、犯罪に関連する飲酒問題が検討された。

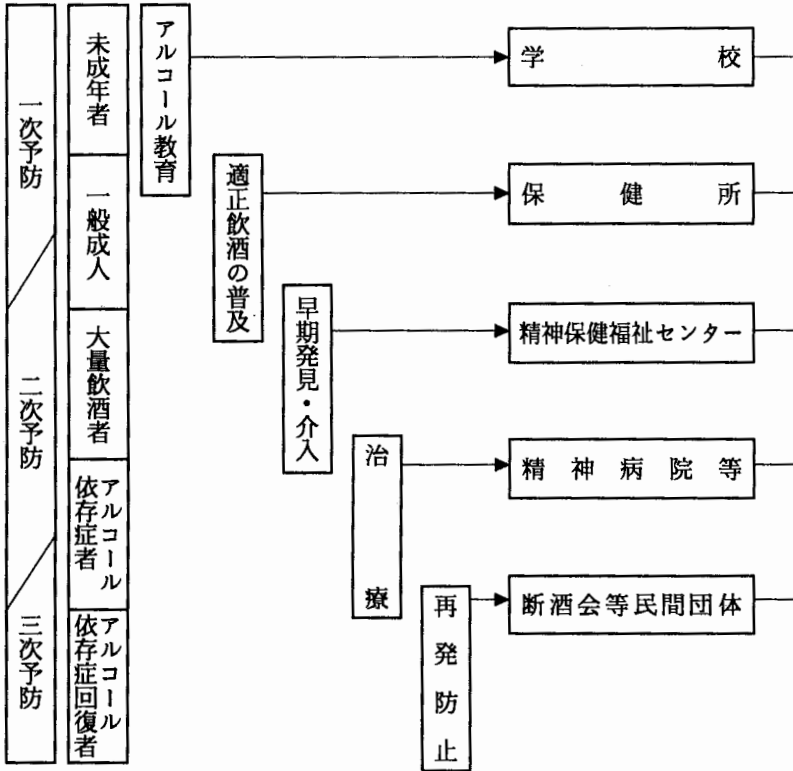
アルコール関連問題の予防は、アルコール飲料を提供する側、すなわち酒類販売業者の協力により強化が期待できる。この観点から、平成6年9月、アル健協は厚生省と国税庁（＝酒類の流通・販売を管理）の共管とされ、その目的に「酒類産業の健全な発展に寄与する」等が加えられた。

さらに、平成6年10月17日には、国税庁長官の諮問機関である中央酒類審議会の新産業研究部会で、「アルコール飲料としての酒類の販売等の在り方について」がまとめられ、酒類の社会的な管理にも十分配慮した酒類行政の展開を提言している。

以上が我が国のアルコール関連問題対策の枠組みである。実際の対策は予防

と治療に大別される。予防は一次予防（問題自体の発生予防）、二次予防（早期発見，早期治療），三次予防（再発防止）に分けられる。治療はここでは便宜上二次予防に含める。これらを各地域の実情に応じて精神保健福祉センターが中核となってい、保健所・市町村をはじめ，教育機関，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。

図2 アルコール関連問題の予防対策



ア 一次予防

問題発生以前に手を打つのが一次予防である。一般成人と未成年が対象になる。新たな問題発生を防止するため、学校・地域・企業などを舞台にした啓発・教育を行う。未成年の飲酒が拡大しつつある現在、学校におけるアルコール教育の重要性は強調されるべきである。一般国民に対しては、アルコールに関する正しい知識を普及させることが第一である。これによって適正飲酒、すなわち飲酒する場合は有害な飲み方を避けるという姿勢の普及を図る。さらに重要なことは、未成年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はアルコール飲料を飲んでほならないという知識の普及を行うとともに、これにかなった社会環境の整備に努めることである。

なお、以上の一次予防を効果的に行うためには、現に個人や社会に存在する問題と、その問題発現プロセスの明確化を目的とした情報収集を並行して行う必要がある。

イ 二次予防

早期発見・早期治療を二次予防という。特に、プレアルコホリックと呼ばれる、アルコール依存症のいわば予備軍にあたる段階での治療・介入がより効果的である。したがって、早期発見のノウハウの確立がまず求められる。このためには、医療機関と学校・地域・企業などとの有機的な協力が不可欠である。精神保健福祉センター、保健所・市町村等において、アルコール依存症のみならず、プレアルコホリックやその家族等を対象に相談指導、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。

ひとたびアルコール依存症に至った場合は断酒を目的とした医療を行う。広義の精神療法を中心とした外来治療が原則である。外来では治療効果が乏しい場合、または重篤な身体合併症を伴う場合には入院治療の適応となる。一般には第Ⅰ期及び第Ⅱ期に分けて行う。

〈第Ⅰ期入院治療〉

いわゆる「解毒」である。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。必要に応じて医療・保護のために必要な行動制限を行い得る精神科医療施設で行うことが望ましい。同時に内科的疾患にも対応しうることが必要である。入院期間は原則として短期間（おおむね1～2週間）とする。

〈第Ⅱ期入院治療〉

いわゆる「リハビリテーション」である。退院後も安定した断酒生活を行うことができるよう「断酒への動機づけ」を主目的とし、集団精神療法、作業療法等を行う。また、状態に応じて断酒会、AA等への参加を行う必要がある。以上は三次予防の概念と重なる部分も大きいと言える。

我が国で最初のアルコール専門病棟は、昭和38年に国立療養所久里浜病院に設立され、ここではじめて上記の治療システムが実施された。現在久里浜病院はアルコール依存症の治療に加え、予防・研究・教育等の基幹病院となっている。平成6年度現在でアルコール専門病床は全国に1,572床存在している。

ウ 三次予防

アルコール関連問題は再発がきわめて多い。これを防止するのが三次予防である。嫌酒薬を用いながら外来治療を基本とし、必要に応じて断酒会等自助グループ活動に参加する。デイケアなどの社会復帰プログラムも有用である。

(4) アルコール研修

現在我が国の医学部にはアルコールの講座は存在せず、以上の対策を実施するためにはマンパワーの養成の場が必要である。この目的のため、国立療養所久里浜病院において「アルコール依存症臨床医等研修」が昭和50年度から（社）アルコール健康医学協会により行われている。これは、医師、看護婦（士）、保健婦、PSW等を対象とし、春と秋の年2回実施され、平成8年度までに合計

3,090人が修了している。

研修内容及び研修期間について（平成8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 アルコールの公衆衛生学	開講式 精神保健行政の現状 アルコール症の概念	開講式 医療行政の現状 アルコール症の概念 久里浜病院の治療システム	開講式 精神保健行政の現状 久里浜病院の治療システム アルコール症の概念
第2日	アルコールと家族 外来実習 アルコール医療で体験したこと	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心理・性格 デイケア
第3日	野外実習 アルコール精神医学	デイケア 女性アルコール依存症の生理的特徴 アルコール依存症の看護 野外実習 家族関係論	アルコールの家族 地域でのネットワーク作り アルコール症者と家族へのケースワーク面接 野外実習	胎児アルコール症候群 病棟ミーティング 早期発見・早期介入 予防センター
第4日	単身アルコール依存症者の外来治療 外来実習 病棟実習	アルコール依存症の心理・性格 病棟及び外来実習 看護思想の原点	病棟及び外来実習 アダルトチャイルド	病棟及び外来実習 精神保健福祉センターの役割 家族関係論
第5日	神経系疾患 病棟ミーティング アルコール内科学及び生化学 討議 閉講式	アルコール依存症の看護 病棟ミーティング 討議 閉講式	久里浜病院でのケースワーク アルコールのソーシャルワーク論 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 地域保健における保健婦活動 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）

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、次のような対策を進めている。

ア 精神保健福祉センターにおける相談指導等

精神保健福祉センターでは、地域精神保健福祉業務の一環として、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な処置を行う。

(ウ) 技術指導及び技術援助

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

(エ) 関係機関との連携の強化

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

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、精神保健福祉センター、病院等で地域精神保健のネットワークを一層展開していく連携技法の体得を目的として、思春期精神保健特別講座（主催：財団法人安田生命社会事業団、協賛：厚生省）を開催している。講座内容は症例検討を中心とし、議義が加わる。

受講資格者は思春期精神保健の業務に従事する医師、看護婦、臨床心理技術者、保健婦、精神保健福祉相談員、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）。

(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福祉行政の

大きな課題とされている。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ものである。

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症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年度に精神保健福祉センターにおいて、「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。

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

精神保健福祉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事業を実施しており、平成7年度において

は、保健所等に対する技術援助・指導21,587件、研修会1,526件、地域住民に対する講演会・座談会1,643件、精神保健相談209,495件実施している。

また、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、平成7年度においては、67,394件実施し、相談体制の充実を図っている。

(イ) メンタルヘルス対策

災害時に生じるPTSD（心的外傷後ストレス症候群）等に対し、適切な対応を図るため、平成8年度より、精神医療や精神保健福祉業務に従事している医師、看護婦（士）、保健婦、PSW、CP等を対象に、PTSDに対しての診断、治療及び相談指導等についての研修を行い、メンタルヘルスに関する資質の向上を図ることとしたところである。

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、精神保健福祉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

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「精神的に不健康状態」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。

(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福祉センターでは、心の健康づくり推進事業が実施されており、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。

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。

4. 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。

(1) 薬物乱用に関連した法律

ア 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

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医療及び保護について規定している。

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麻薬中毒者に対する入院措置について規定している。

ウ 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。

(2) 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1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6年には14,896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。

(3) 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)

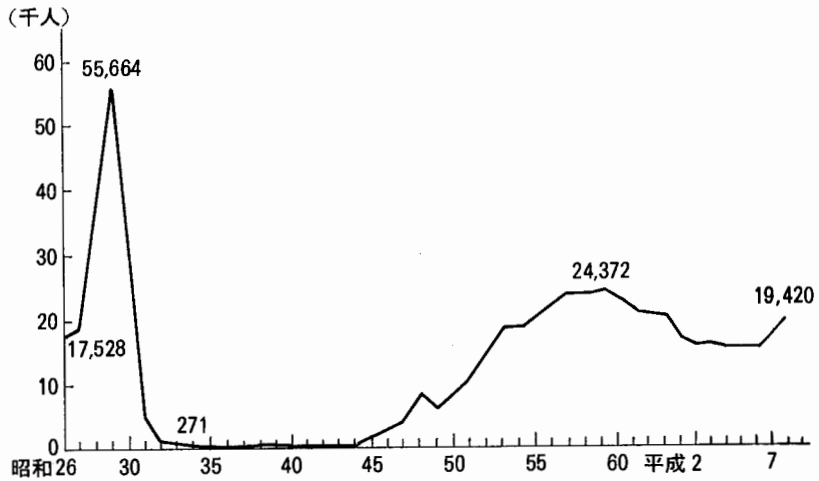
(単位：%)

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)

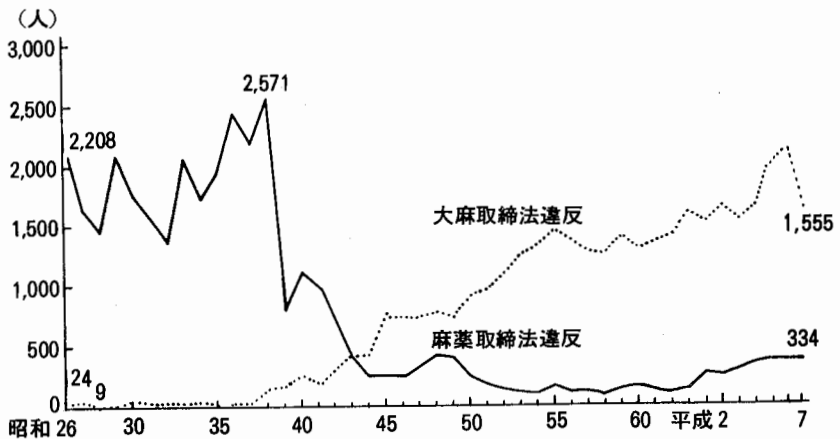
「薬物依存の社会医学的、精神医学的特徴に関する研究」(主任研究者：福井進)

図1 覚せい剤事犯検挙人員の推移（昭和26～平成8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8年犯罪白書

麻薬取締法違反及び大麻取締法違反の検挙人員の推移
（昭和26～平成7年）



注 厚生省薬務局及び警察庁生活安全局の資料による。
資料 平成8年犯罪白書

(4) 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。)についての医療及び保護は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づいて行われている(同法第44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及び保護に限り、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。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律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、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律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年に通知が発せられている。

(5) 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、家出を繰り返し、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、杓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、精神保健福祉センター、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。少年院における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) という社会復帰施設が昭和61年以降、全国に12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。

(6) 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。

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

精神医療領域に関する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、難治性の精神・神経・筋疾患及び精神薄弱その他の発達障害の原因の究明、治療法の確立、発生子防等に関するプロジェクト方式による研究が基礎と臨床の両面から推進されてきている。また、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、より良い精神医療の確保及び精神障害者の社会復帰の促進や自立と社会参加の促進を図るため、精神保健医療制度、実態の把握、社会復帰、福祉対策、サービスの実状の評価、精神医療の機能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、新たに研究所附属病院を設立することは当時の財政事情等から、困難であったため、戦中、戦後を通じて精神科医療の実績のあった国立国府台病院との連携・協力を図るという観点から、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、優生学部、児童精神衛生部及び社会学部の一課五部であったが、精神薄弱に対する対策の確立の必要性が社会的に高まったことに伴い、昭和35年10月1日、新た

に精神薄弱部が設置されると同時に、既存の部の名称変更を伴う組織の再編成が行われた。昭和36年には、部課長のもとに、心理研究室、生理研究室、精神衛生相談室、精神衛生研修室の四室が置かれるとともに、昭和35年1月から事実上行われていた精神衛生技術者に対する研修業務が、厚生省設置法上の業務として加えられ、医学科、心理学科、社会福祉学科及び精神衛生指導科の研修が開始されることにより、正式に、当研究所の調査研究と並ぶ重要な業務として位置づけられた。

昭和40年には、精神医療の発展に伴い、地域精神医療、社会復帰等を内容とする精神衛生法の改正が行われたが、これに伴い、組織規程が改正され、社会復帰部が新設されるとともに、新たに精神発達研究室及び主任研究官（3名）が置かれた。また昭和46年6月には、ソーシャルワーク研究室を設置、昭和48年には、人口の高齢化に伴い、痴呆老人等いわゆる「恍惚の人」が社会問題化したのを背景に、老人精神衛生部を新設し、翌昭和49年には同部に老化度研究室を置いた。

昭和50年には、精神衛生に関する相談について、精神障害者の社会復帰と関連することが多いことから、社会復帰部を社会復帰相談部とし、精神衛生相談室を社会復帰相談部の所属に移した。昭和53年12月には、社会復帰相談庁舎が完成し、精神衛生相談をはじめとする、精神障害者の社会復帰に関する研究体制が強化された。また、昭和54年には、研修課程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)、国立武蔵療養所及び同神経センター(東京都小平市)の3施設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、総合病院機能を活かし、研究所との連携のもとに精神疾患、心身症、神経難病等の特色ある医療を行う。

(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〉

心身症やその病態生理としての心身相関に関する社会科学的生物学的研究及び心身の健康度の測定法の研究

〈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医師，保健婦，看護婦，臨床心理，精神科ソーシャルワーカー等に対して，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

精神医学及び公衆衛生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に係る専門的知識及び技術に関する研修を行う。

② 心理学課程

精神保健福祉センター，保健所，国立・都道府県立精神病院等において精神保健・福祉の業務に従事している者に対して精神保健と臨床心理に関する研修を行う。

③ 社会福祉学課程

精神保健福祉センター，保健所，国立・都道府県立精神病院等において精神保健・福祉業務に従事している者に対して精神保健と社会福祉に関する研修を行う。

④ 精神保健指導課程

精神保健福祉センター、保健所等に勤務する医師に対して、精神保健福祉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、レクリエーション活動、生活指導等）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・ケアにかかる専門的な知識及び技術に関する研修を行う。

表 課程別研修終了者数

平成8年3月31日

区 分 課 程	県・市・本庁	保 健 所	精神保健福祉センター	精神病院等	児童相談所	そ の 他	計	平成4年度	平成5年度	平成6年度	平成7年度
医 学 課 程	24	392	53	130	0	33	632	25	15	13	12
精神保健指導課程	49	300	358	8	0	7	722	23	22	22	27
社会福祉学課程	6	338	160	276	33	81	894	13	22	28	28
心 理 学 課 程	0	20	105	172	355	116	768	26	22	21	23
精神科デイ・ケア課程	6	15	45	2,161	0	22	2,249	130	132	175	232
計	85	1,065	721	2,747	388	259	5,265	217	213	259	322

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7年度末までの延実人員である。

オ 技術交流

当研修所は、厚生省、特に精神保健福祉課と密接な協力関係に立ち、我が国の精神保健福祉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の精神保健活動と世界の精神医療の流れ

WHOはジュネーブに本部をおき、さらに世界を6つの地域に分け、それぞれに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(Division of Mental Health)があり、各事務局には精神保健課がおかれている。精神保健部及び精神保健課は、精神障害者対策だけではなく、麻薬対策や神経疾患対策、向精神薬問題も所管している。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いる。各国が精神保健を進めていく上においては、精神保健関係の法律及び精神保健を検討する国家レベルの組織が欠かせないと考えられるが、発展途上国にはいずれも存在しないところが少なくない。WHOでは世界人口の1%が重い精神障害を、5%が薬物依存を含む軽、中程度の精神障害を患っていると推定している。WHOの活動は基礎的、臨床的及び免疫学的研究やそのコーディネーションだけではなく各国の精神保健政策成立に於ける協力、専門家や担当者養成への協力、地域精神医療活動への技術援助等を行っている。現在、世界の流は精神障害者の地域医療ケアとなっておりWHOにとっても根幹課題である。

かつて精神医療とは患者を専門病院等の施設に治療のため隔離収容するものであった。しかし、過去30年間に欧米を中心とした改革運動が起こり入院中心医療から外来通院や地域ケアを主とした地域精神医療へとシフトしている(脱施設化)。その背景には、人権感覚の喚起、向精神薬の開発等、社会及び経済的要因が交錯している。一方、発展途上国ではこれまで精神医療全体の進展は遅かったため、精神病院及び精神病床数が少なく精神障害者に対する医療供給は不十分であった。近年その供給を満たすとともに、精神科の総合病院への統合や地域精神医療の普及にも目が向けられるようになってきている。

2. アメリカ合衆国の精神医療

かつては入院患者が1万人を超える巨大な郡や州立の精神病院が精神医療の中心であった。1955年における全国の州立精神病院総病床数は56万床に達していたと言われる。1963年、ケネディ教書により脱施設化、地域精神医療への展開が法制化され、全国の区分エリアが決められ Community Mental Health Center(CMHC)の設置が進められた。これは人口7.5~20万に対して1カ所ずつの割合で全国に1500施設作られる計画であったが、1980年初めには800施設となった。更に、1965年には公的医療制度であるメディケアーとメディケイドが策定され老人および貧困者の福祉施設が整うようになると脱施設化は加速度され、1975年の州立精神病院総病床数は17万床となった。30-40%を高年齢精神障害者が占めていた入院患者は主としてナーシング・ホーム（長期介護専門施設）に、そして残りは地域に移された。1976年、カーター政権は更なるCMHCの組織化を進めた。しかし、レーガン政権になるとCMHCへの連邦政府援助が打ち切れ、CMHCは各州に払い下げられた。そして、州独自の精神保健行政が進められることになり、その後の入院患者数について郡立も加えた州立精神病院総病床数は1986年で12万床、1992年には9万床となっている。この様な地域医療への取組は州によって差があるが、急激な変化により様々な社会問題が生じて現在に至っている。つまり、退院後のケアや中間的なリハビリテーション施設等の受け皿が十分でなく、患者は転々として入退院を繰り返した。これは回転ドア現象と呼ばれる。また、患者が集中して居住した地区が生じたりホームレスが溢れたりもした。

米国の精神科入院治療は費用も高く、入院期間は世界的にも長い日本と比べて極端に短い。急性期治療は総合病院精神科、CMHCの入院部門、私立精神病院で行われ、在院日数は1カ月を越えることは少なく、越える場合も公的機関等により審査される。長期入院不可避の事例は州立精神病院や特殊なナーシングホームが受け入れる。自宅療養出来ない者は入院治療と外来治療の中間段階

としてナーシング・ホーム、ボード・アンド・ケアホーム、ハーフウェイ・ハウス等の地域の施設に移り、昼間はデイケアを行う。脱施設化以後の状況を以下にまとめる。

- 1 再入院が大幅に増加し、入院件数の著しい増加がみられた。後者の数字を示すと1969年の130万から1992年には210万件となった。
- 2 入院期間は大幅に短縮された、1991年の平均在院日数は12日である。
- 3 外来患者が著しく増加した。
- 4 郡や州立精神病院の患者の多くがナーシング・ホームに移動した。
- 5 入院施設は郡や州立精神病院が減り、総合病院精神科及び私立精神病院が増加した。総病床数の州立及び郡立精神病院、総合病院精神科、私立精神病院、その他の占める割合は1970年で各78.8, 4.3, 2.7, 14.2 (%)であったのが1992年には34.4, 19.2, 16.1, 30.3 (%)と変化した。

3. ヨーロッパ諸国の精神医療

過去30年間ヨーロッパ諸国は精神医療改革を行ってきた。これにより精神病院と精神病床は減少した。1980年の統計でも人口1万人当たりの精神科病床数はほとんどの国で20床以上あり北部ヨーロッパの多くでは日本のそれを越えていたが、これは高齢化社会を反映したものと考えられた。1990年の統計ではこれらの国々も大きく数値を下げ、地域医療を中心に外来治療部門、デイケアシステム、居住及び療養施設の拡充を計っている。

英国

イングランドでは1960年代の脱施設化政策により、精神病院中心医療から地域ケアを重視した精神保健サービスへの転換が行われた。これは1948年に成立した患者負担が殆どない国民保健サービス制度(NHS)を基盤にしている。現在このNHSの運営は保健省、地方保健局(14の地域で各200~500万人を管轄)、地域保健局(192カ所、25万人程度を管轄)で行われ、プライマリーケア

を担当する一般家庭医(GP)、病院、アフターケアを包括している。脱施設化により人口1万人当たりの在院患者数は1954年の35人、1970年の23人、1993年の10人となった。これに伴う精神医療は専門の精神科医ではないGP、地域精神科看護者(CPN)、ソーシャルワーカー、臨床心理士らが包括的チームを組み担当しているが、精神科医の1次ケア参加も進んでいる。そして社会復帰のためNHSによるデイホスピタル、地方自治体によるデイセンター等でデイケアが行われている。居住施設としては地方自治体の供給するホーム、ボランティア組織もしくは民間のホームが挙げられるが、患者の半数以上はスタッフのいない施設で宿泊している。これらは一般に小規模であり1施設当たりの平均収容人数は9名である。この様にイングランドの地域ケア政策は着実に進んでいるものの問題も少なくない。SMI(serious mental illness)と呼ばれる重症慢性精神病患者は陰性症状が進み高齢化し種々の器質的疾患を合併しているため精神科地域ケアだけでは困難である。病院治療は急性期患者の他、このような状態の悪化した陳旧化患者、入退院を繰り返す患者に対して行われている。また、一般の居住施設やデイケア施設は不足しているため、デイケアからの脱落者、米国ほど深刻ではないがホームレスも問題化している。またGPやCPNが主体の医療体制にも精神科医療としての質が懸念されている。こうした背景にはサッチャー政権以後の国家予算削減、地方財政難があり公費による上質なサービス提供には危機感もたれ、NHSを離脱して私立化していく病院も増えている。1990年に「NHS及びコミュニティケア法」が成立してNHSの機構改革が進められ、国営の保険医療システムに競争原理を導入してサービスの供給及び購入者に自主運営権や裁量権を保証した。しかしながら、イングランドの地域ケアはこの様な問題をはらみながらも前進しつつあり、国際的にも評価されている。

フランス

行政は1838年の早期に精神病患者法を成立させて疾患として認定し人権保護に対

応した。1960年以降、精神医療は中央集権化した精神病院主体の方式から分権的政策によるセクター制に移行した。人口1万人当たりの精神科病床数を見ると、1960年代の20床後半から1990年の17床と減少は緩やかである。各セクターは約7万人の住民を包含し、精神科の専門病院センター（CHS）を有している。そこでは、1人の精神科医を責任者とする専門チームが各種の精神医療関連施設と協力しながら精神病の予防、発見、治療、アフターケアを実施している。セクター制は地理的区分として定義され、その中で公立私立を問わず精神病院は公的サービスに従事し、CHSの他、医学心理センターが外来診療と地域活動の拠点となっている。入院に代わる治療形態としてはデイホスピタル、グループホーム、里親制度が挙げられる。セクター制の問題点として、住所不定の患者、外国人患者、対応困難な患者等が境界事例となりセクター間で排除しあう傾向が指摘されている。

オランダ

1884年に衛生法が制定され精神病患者は政府の監督下で医療の保護を受けるようになった。人口1万人当たりの精神科病床数の変化は1970年代中に30床余から20床に減少し1980年代を通じて16床程度とほぼ一定である。最近の10年間では短期入院患者が増加し、1年以上の長期入院患者数の減少が緩徐である。精神病院の入院治療を縮小するための方法として部分入院ケアが精神科クリニック、救急センター、医療デイケアセンターで実施されているが、救急センターの平均在院日数は6週間である。保護住居やホステル、ペンション型家庭は脱施設化のための役割を持つ。地域ケアとしては既に1920年代に入院前後のケアの流れが始まり、第二次大戦前に社会精神医学的訓練を受けた精神科医や看護婦による精神医学的サービスが用意されていた。そして1983年に始まった精神科救急システムにより健康省は全国を1.5～3万の住民からなる57地域に分け、各々に地域精神科救急協会（RIAGG）を設置した。これは単に緊急対応を要するケースを扱うだけでなく、カウンセリング、精神相談、薬物治療、精

神分析療法、リハビリテーションの援助等を提供するシステムである。

ドイツ

北欧、英国、イタリア等の他の欧州諸国と異なり精神医療改革前のドイツの精神病院は超過状態にはなかった。従って改革は緩徐なものであった。精神科病床数は1970年から88年にかけて30%減少したが人口1万人当たりの病床数としてみると1990年が11床であり60年代の10床後半から変動はそれほど大きくない。しかし、入院期間は半分以下となった州も多く90年代初頭の平均在院日数は80日程度となっている。長期入院患者は脱施設化にあたり、旧結核病院等を改修した居住施設に移され、ホームレスの増加は見られなかった。しかしながら、1989年の時点で外来中心の地域精神医療のための滞在型ホームは計画の70%程度しか達成されていない。

イタリア

精神病院及び精神病患者に関するイタリアの法律は1904年に強制入院を規定し、1909年に人道的及び福祉的配慮を加えた。この法律が第二次大戦後も運用され2000床以上を有する精神病院が乱立していた。1960年代の初めから、北イタリアを中心に脱施設化を目指した改革が始まり1968年によりやく自由入院が法制化され、精神保健センターも設置されるようになった。1973年、精神医療従事者による団体が結成され改革は一層推進されるようになった。1978年、イタリア議会は法律第180号（バザーリア法）として知られる精神医療改革に関する急進的な法律を公布し、まず新たな入院を、次いで精神病院の設立を禁じ、各州に対し公立精神病院を廃止する権限を与えた。そして地区社会保健単位（ULSS）における地域精神医療サービスを行い、総合病院内に精神科病棟を設立した。因みに、このサービスでは痴呆と精神薄弱は扱わない。精神病院の病床と患者数は60年代から減少傾向にあったが人口1万人当たりの病床数は1963年が17.3、1977年12.4、1983年7.6、1990年7.6床と推移している。但し、閉鎖

の対象となったのは公立精神病院であり、民間精神病院の万当たりの病床数は改革前の1977年4.3から1990年の3.4床と変化は少ない。また、この様な減少はイタリア北部で大きい。しかしながら、精神科病床数の減少に伴う中間施設は必ずしも整備されておらず24時間体制で機能している施設は5%に過ぎない。法律第180号はイタリア全土では部分的にしか適応されていないことから1994年、イタリア議会は精神保健防衛法を可決してデイケアや中間施設の充実を計ろうとしている。

スペイン

1970年代前半までは1000床を越える大規模精神病院による入院中心の精神医療であった。しかし、フランコ独裁政権の終焉により人権擁護が叫ばれ脱施設化が進められて行った。ECからの勧告に続いて、1985年の精神医療改革に関する国会報告は、精神保健の一般医療サービスへの統合、セクター方式によるサービス地域制、中間施設及びリハビリテーションプログラムの発展、精神病院医療から一般病院医療へのシフト、小児精神医学、老年精神医学等の優先を勧告するものであった。人口1万人当たりの精神科病床数は1975年の13.3から1989年の7.6と15年の間に60%減少した。医療機関は8割が公立で、残りは私立であるが殆どが教会立である。診療システムはホームドクター制をとり精神科疾患でも紹介状をもらい地区の公立病院の精神科外来か精神保健センターを受診することが一般的だが、最初から私立の精神病院を受診することも可能である。急性期は総合病院精神科に入院し、退院後にその病院で通院治療が不可能な場合は公立及び私立の精神病院に通院する。公立の医療機関では保険により入院、外来とも殆ど無料である。

イスラエル

1948年の建国後、急激な人口増加、持続的な財源不足、周囲からの軍事的脅威にも拘わらず、精神病院を基礎として包括的な精神保健システムを發展させ

てきた。精神病院の大部分は保健省が出資して運営している。精神科病床は1980年まで増加し人口1万人当たり22床となり1990年には15床に減少した。しかし、これは削減計画によるものではなく移住人口急増によるものである。公的精神病院が60%余りであり、残りの多くは10カ所の民間精神病院が占めるが、後者には重症患者や行き場のない高齢の患者が入院しており治療環境は好ましくない。国は23のサービス地域に分けられ、12-30万住民あたり最低1カ所の精神保健クリニックにより外来診療やリハビリテーション、居住プログラムが行われている。しかし、退院患者の住居は十分確保されておらず、その場合には再び精神科病床が使われる。このためホームレスは殆ど出ないが精神病院に依存したシステムである。

デンマーク

1816年デンマークで最初の精神病院がコペンハーゲン市に作られ、19世紀中に数ヶ所の国立精神病院が設立され、その後増設が続いた。1956年に政府委員会において精神病院の根本的再構築法案が可決され精神医療改革が開始された。1,000床に及ぶ大規模精神病院は最大400床に縮小され、総合病院内に組み込まれるか、または総合病院に隣接することとされた。また精神科医療の無料化も決定された。1985年までに単科精神病院は解消し規模縮小計画も近年ほぼ達成されており、精神科入院治療は3ヶ所の国立病院、14の県立総合病院、及び市立総合病院により行われている。一般精神科病床は1978年に10,000以下となり1990年には3,630、人口1万人対7.1にまで減少した。この数値は他の北欧諸国に比べかなり低く、病床利用率も1970年頃から低下し始め平均在院日数も20日を下回っている。高齢の慢性精神障害者はプライエム（精神科ナーシングホーム）へ移され、平均在院日数の減少と精神科病床数の減少に拍車をかけている。また精神科医や看護婦の在宅訪問が積極的に行われ長期入院患者の地域への開放が促進された。

医療システムの基本は家庭医制であり精神疾患に関しても精神科専門医の診

察が必要と判断された時に家庭医の紹介により精神科を受診する。外来精神科医療は1930年から開始され、以後急速に拡充されて1980年以降は外来医療が精神科医療の中心的役割を担っている。入院治療は限定された場合（入院で相当な効果が期待できる、在宅での治療では重大な問題行動が予想される等）に限られ、たとえ入院しても入院期間は平均2週間と短い。約9割の患者は自宅に退院し、1割の患者が市の提供するアパートまたはプライエムへ退院する。外来治療がデンマークの精神科医療の中心をなし、同時に家庭医、訪問看護婦、ホームヘルパー等による在宅サービスが提供されている。

スウェーデン

スウェーデンの医療制度は税に基づいて運営され、病院医療を中心に進められてきた。医師の96%は公務員である。1982年の新しい保健医療サービス法により、医療制度は外来を中心としたプライマリーケアに変化してきた。人口1万人当たりの精神科病床数は1970年半ばで40、1980年が35、1990年に16床に減少した。

4. アジア諸国の精神医療

韓国

1980年代後半から10年間で精神医療において大きな進展がみられた。精神科医師の数も348から991人に増加し、1987年には精神医療施設に対し精神科専門医（嘱託）、次いで公衆保健医が配置された。精神科病床数も5,325から12,241床へとその数が増加し、1990年の人口1万人当たりの精神科病床数は2.9床であった。また、WHOと協力して開催されたセミナーやシンポジウムにより精神科関係者の地域精神医療の必要性が更に強く認識されるようになった。しかし、社会復帰の設備を欠いた大規模な精神病院建設の継続、アルコールや麻薬関連問題の増加等の問題も残っている。また、小児や老人の精神保健にはまだ十分な関心が払われていない。そして、上記精神病院とは別に社会福祉施設である

精神療養院が全国に74ヶ所あり、政府の援助のもと合計約20000名が収容されている。しかし、様々な改革も検討がなされており、最近、精神保健法案も制定されるに至った。国の精神病患者の処遇業務は保健局疾病管理課が担当している。

台湾

1960年には公立精神病院は2カ所しかなく、大部分が慢性病床であり、散在していたいくつかの私立精神病院は保護を中心とした機能しかなかった。1980年代の急速な経済成長と政治の民主化、人権意識の向上を背景に1985年、政府は多額の子算を計上し15か年計画の精神医療網建設を始めた。この結果、精神科医は5年で2倍に増えた、そして政府内に精神保健担当部局が作られ、1990年に精神保健法が実施された。人口1万人当たりの精神科病床数は1980年で5.8、1988年は6.1、1995年は6.3とわずかに増加している。病床数の少ない台湾では欧米のような脱施設化の認識は希薄であり、急性期病床と中間施設等の増加が必要とされている。一方、精神医療施設は不足していてもその質の向上をはかるため、病院の機能評価が3年に1度行われている。これにより医療費にも差がつけられ閉鎖に追い込まれる精神病院も出ている。地域精神医療の取り組みとしては全国を7地域に分け、公立病院を核心病院に指定して保健所とのネットワークの中で医師、保健婦、ソーシャルワーカーが責任地域を担当して活動している。

中国

狂気概念と現象記述、及び治療には3000年以上の伝統を有するが、アヘン戦争前後から西洋医学が浸透し始め、1898年、米国人により広州に100床規模の西洋医学式の精神病院が設立された。その後、幾つかの大都市にも精神病院は設立されたが長い戦乱の影響もあり1949年の新中国建国時の病院数は8カ所程度、総病床数は1000床余りにすぎなかった。1958年、全国の病床数は11000とな

り以後、文化大革命など混乱にもかかわらず増加して1978年には45300床となった。1995年度の衛生部（厚生省）管轄の精神病院数482、病床数95300であり、公安部と民政部の病院を合計すると病床数は142500となる。しかし、人口1万人当たりの精神科病床数としては1床程度である。病床不足を補うように地域精神医療は活発である。その基本は再発も含めた予防と危機介入にあり、衛生部主導による三級防治網、或いは三級保健網と呼ばれるネットワークである。都市では市、区、町、3つの衛生管理組織が連携し精神病院入院治療、外来診療、リハビリテーション、訪問看護、指導を行っている。また、農村にもこの様なネットワークが作られている。

マレーシア

過去10年以上にわたって精神保健の分野で速い進展が見られている。国立の精神病院において、病床数とその利用率の急速な減少がみられた。精神病院内の各種の制限が緩和、リハビリテーション活動が導入されるようになった。それに伴い総合病院精神科病床の利用の増加がみられ、外来診療所や移動診療所における精神保健活動が広がっている。また地域ケアも重視され、医学教育面においてもプライマリーケアで精神医学に重点が置かれるようになった。1990年には国の精神保健委員会が成立した。

フィリピン

精神保健対策における大きな変化は1987年に始まった。地域医療を進めるため国立病院の入院患者を退院させ、マニラの国立病院の場合では収容患者数が7000人から3000人以下になった。国の精神保健プログラムが純粋に精神医学的なものから、ストリートチルドレン、海外移住労働者、犯罪の被害者等のハイリスクグループにも向けられ幅広いものとなった。特に、近年相次いだ地震や火山噴火などの自然災害は精神保健の必要性を一般人に認識させる結果となった。しかしながら、精神保健対策の政府予算は不安定であり、地方での患者の

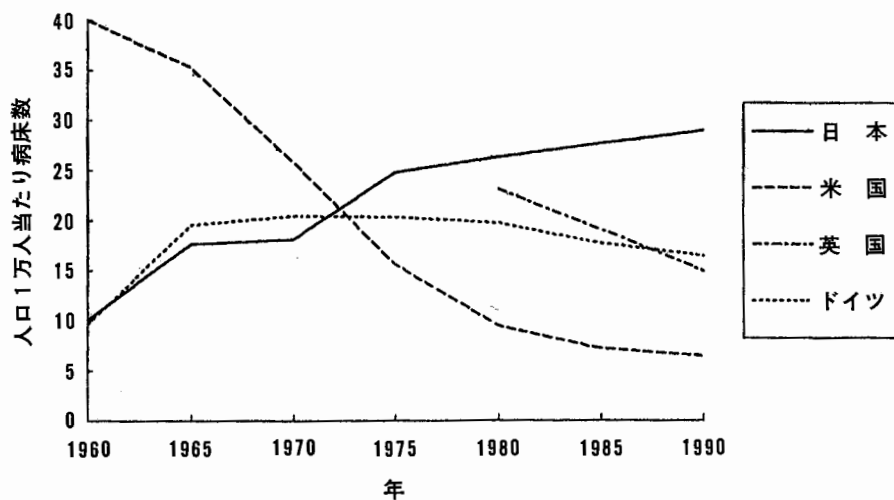
受け皿の不足、医師や看護婦の海外流出など問題は大きい。

平成8年度厚生科学研究費補助金精神保健医療研究「精神保健医療制度に関する研究（主任研究者仙波恒雄）」の報告を抜粋したものである。

4 カ国における人口1万人当たりの精神科病床数

	日 本	米 国	英 国	ドイツ
1960	10.1	40		9.6
1965	17.6	35.3		19.5
1970	18.1	25.9		20.4
1975	24.8	15.6		20.3
1980	26.3	9.4	23.1	19.7
1985	27.7	7.2	19.1	17.7
1990	30	6.3	14.8	13

4 カ国における精神科病床数の推移



5 カ国における平均入院日数

疾患名	日本	米国	デンマーク	スペイン	オーストラリア
感染性及び寄生虫性疾患	36.7	7.7	6.3	12.9	4.4
悪性新生物	46	8.3	7.7	15.2	7.1
精神疾患	325.5	12.7	17.2	107.4	13.4
循環器疾患	80.9	7.6	10.9	14.1	9.2
全ての疾患	44.9	6.5	7.2	12.7	5.4

(OECD1991年による)

アジア・オセアニア諸国における精神科病床数

国名	精神科病床数 (人口1万対)		
	1983	1990	1994
日本	27.4	29.1	28.7
韓国	1.7	2.9	2.8
中国	0.6	0.7	0.7
マレーシア	3.9	2.3	3.5
ニュージーランド	16.3	8.6	4.4
オーストラリア	9	7.4	5.1
パプアニューギニア	—	0.6	0.5
フィリピン	1.8	1.1	1
ベトナム	—	0.8	0.8

(WHOによる)

国別に見た精神科病床数の年次推移と人口比

国名	人口 (100万)	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990or89	人口1万対 精神科病床数 1990or89
日本	124	95,067	172,950	247,725	278,123	308,589	334,589	359,087	30.0
オーストラリア	17	—	—	—	—	—	14,416	9,822	5.8
オーストリア	8	—	—	—	—	9,728	8,250	6,576	8.2
ベルギー	10	—	—	—	—	—	21,185	19,371	19.4
デンマーク	5	—	—	—	10,648	9,352	7,644	3,630	7.3
フィンランド	5	15,893	18,981	19,628	19,600	18,972	16,470	11,931	23.9
フランス	57	—	—	—	—	—	113,928	99,870	17.5
ドイツ	80	51,209	110,740	123,773	125,993	121,164	110,103	103,916	13.0
ギリシャ	10	—	9,661	11,429	12,919	13,057	11,919	10,453	10.5
アイスランド	0.26	—	—	—	453	454	439	453	17.4
アイルランド	4	—	—	—	—	13,441	12,097	9,041	22.6
イタリア	58	—	—	—	101,968	78,542	56,835	44,362	7.6
オランダ	15	—	—	—	—	24,658	24,254	24,352	16.2
ノルウェー	4	—	—	—	—	7,576	5,043	3,583	9.0
ポルトガル	10	8,429	—	10,003	10,482	10,190	8,579	8,885	8.9
スペイン	39	—	—	—	47,256	42,964	35,342	29,634	7.6
スウェーデン	9	—	—	—	32,741	26,962	20,906	14,533	16.1
スイス	7	18,588	18,508	18,491	17,725	14,152	12,983	11,877	17.0
トルコ	57	—	4,700	5,150	5,793	4,764	4,180	6,416	1.1
イギリス	58	—	—	—	—	129,475	108,667	85,695	14.8
アメリカ	253	722,000	685,000	527,000	330,000	215,000	171,000	160,000	6.3

(OECD1991年による)

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福祉法であるが、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の基本的事項を定め、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) ……精神保健福祉法に規定する精神障害者社会復帰施設を経営する事業及び精神障害者地域生活援助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。

7年4月1日現在郡部338, 市849, 町村3, 計1,190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。

7年10月1日現在 公営71, 私営103, 計174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。

7年10月1日現在 公営13, 私営5, 計18か所が設置されている。

(授産施設) ……身体上若しくは、精神上の理由又は、世帯の事情により就業能力の限られて

いる要保護者に対して、就労又は技能の修得のために必要な機会及び便宜を与え、その自立を助長することを目的とする施設である。

7年10月現在 公営49, 私営19, 計68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すべての児童は、ひとしく生活を保障され愛護することを目的とした法律であり、次のような機関・施設がある。

(児童相談所) ……児童福祉行政の第一線現業機関として各県に設置されており、その業務は18歳未満の児童の福祉に関して次の様な業務を行っている。

- (1) 児童に関する各般の問題につき、家庭その他からの相談に応ずること。
- (2) 児童及びその家庭につき、必要な調査並びに医学的、心理学的、教育学的、社会学的及び精神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。

なお、7年4月1日現在175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。7年10月1日現在16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。7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。7年10月1日現在、3,201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。

7年10月1日現在、2,214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。

7年10月1日現在 1,085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。

7年10月1日現在、210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7年10月1日現在、112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7年10月1日現在、58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。

ア. 国民年金法

国民年金に加入している期間中に、障害等級表に該当する程度の障害者
となった場合であって、一定の保険料納付要件を満たしているときに障害
基礎年金が支給される。また、20歳前の傷病による障害者についても、そ
の者が20歳に達したときから障害基礎年金が支給される。年金額は1級障
害で975,000円、2級障害で780,000円(平成7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585,000円(平成7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、必要な知識、技能を授けることを目的とする施設であり、8年5月1日現在 国立43、公立740、私立14、計797か所が設置されている。

3. 法務省関係

医療少年院……心身に著しい故障のある14歳以上26歳未満の者を収容し、社会生活に適応させるため、職業の補導、適当な訓練及び医療を授ける施設であり、2年8月未現在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、従来から実施している精神分裂症、そううつ病、てんかんに対する職場適応訓練に加え、平成4年度からは、一般の職業能力開発校における職業訓練を対象としている。また、障害者雇用促進法の改正等により、給付金制度に基づく助成金や特定求職者雇用開発助成金を対象としている。

平成5年度からは、公共職業安定所における精神障害者に対する職業相談体制の充実を図ることにより、その雇用の促進に資するため、都道府県の主要な公共職業安定所に精神障害者担当職業相談員を配置している(平成7年度118人配置)。

資 料 編

資料編目次

I 通知・審議会意見等

(総括)

1. 当面の精神保健対策について (6.8.10公衛審)
2. 保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領 (8.1.19健医58号)
3. 精神保健福祉センター運営要領 (8.1.19健医57号)

(医療)

4. 「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り扱いについて」(40.9.15衛648号)
5. 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置の基準 (63.4.8告示130号)
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 (63.6.22健医743号)
7. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条の8の規定に基づき厚生大臣の定める指定病院の基準 (8.3.21告示90号)
8. 精神保健福祉法第19条の8に基づく指定病院の指定について (8.3.21健医325号)

(社会復帰)

9. 精神障害者社会復帰施設設置運営要綱 (63.2.17健医145号)
10. 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17号)
11. 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16号)
12. 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(4.7.27健医902号)
13. 精神障害者保健福祉手帳制度実施要領について(7.9.12健医1132号)
14. 精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準について(7.9.12健医1133号)
15. 精神障害者保健福祉手帳による税制上の優遇措置について(7.9.18健医1154号)
16. 障害者プランの概要
17. 障害者プラン(7.12.18障害者施策推進本部)
18. 精神障害者地域生活支援事業実施要綱(8.5.10健医573号)

(老人)

19. 老人性痴呆疾患センター事業実施要綱 (元.7.11健医850号)
20. 老人性痴呆疾患治療棟施設整備基準 (63.7.5健医785号)
21. 老人性痴呆疾患療養棟施設整備基準 (3.6.26健医819号)
22. 老人性痴呆疾患デイケア施設整備基準 (63.7.5健医785号)
23. 初老期における痴呆対策検討委員会報告(6.7 初老期における痴呆対策検討委員会)

(アルコール)

24. 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)

(覚せい剤)

25. 覚せい剤中毒者対策に関する意見 (57.11.12公衛審)

II 参考資料

III 精神保健関係年表

IV その他

Ⅰ 通知・審議会意見等

1. 当面の精神保健対策について（意見）

（平成6年8月10日）
公衆衛生審議会

精神保健法については、昨年6月、精神障害者の社会復帰の促進と適正な医療及び保護を行う観点から、その一部が改正され、大都市特例に係る部分を除き本年4月1日から施行されている。

また、昨年12月には、心身障害者対策基本法が改正されて障害者基本法が成立し、精神障害者がこの法律の対象として明確に位置づけられることとなった。

これらの法律改正等を通じて、精神障害者の社会復帰対策等については一定の進展が図られてきているが、他方、早急に取り組まなければならない課題もなお多く残されている。

このため、本審議会においては、平成6年3月以降こうした諸課題について検討を行い、当面の精神保健対策の方向と具体的施策について、下記のとおり取りまとめたので意見具申する。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必要がある。

記

1 当面の施策の方向

精神障害者については、他の障害者に比べ社会的な偏見が存在するなど、ノーマライゼーションの実現に至る道には、なお多くの課題が残されている。こうした課題を解決していくためには、国民に対する精神障害者に関する正しい理解について啓発普及を進めるとともに、国や都道府県のみならず、市町村、保健医療関係団体、保険者、企業、諸団体、地域住民等あらゆる関係者が、精神障害者を取り巻く諸問題を理解し、積極的に精神障害者の社会復帰・社会参加を支援していく必要がある。

このためには、当面、以下の分野について施策を総合的に推進していく必要がある。

第1は精神障害者の社会復帰対策の推進である。社会復帰施設等の精神障害者の社会復帰対策は、その歴史が浅いこと等により十分な水準に達しているとはいえない状況である。このため、今後、社会復帰施設やグループホーム事業等の計画的かつ積極的な推進を図るとともに、精神障害者に対する社会復帰対策の充実について検討していく必要がある。

第2は、地域におけるより良い精神医療の確保である。精神医療においては、通院医療の普及は見られるものの、基本的には病院に収容して医療と保護を行うことが中心となっている。今後の精神医療は、精神障害者の社会復帰・社会参加を促進する観点から、地域において社会復帰施設等との連携を図りつつ、より良い医療を目指していく必要がある。

第3は、緊急時にも適切な精神医療が受けられる体制の整備である。精神障害者の在宅生活を支援し、地域の中で安心して暮らしていけるようにするためには、現行の救急医療対策では必ずしも十分な対応が行われていない精神科の救急医療対策について、その整備

が必要である。

第4は、地域精神保健対策等を進めるに当たっての広い意味での予防対策や社会復帰の基盤の整備の推進である。精神障害者に対する社会復帰の支援や日常生活上の助言等を行うとともに、地域住民に対する相談等に応ずるため、精神保健センターや保健所における地域精神保健対策を推進する必要がある。また、併せて、企業や保険者による職域精神保健対策への取組みを進める必要がある。

さらに、このような従来、国、都道府県による入院医療を中心とした施策に加え、国、都道府県、市町村、保健医療関係団体、保険者、企業、諸団体、地域住民等のそれぞれが主体となって、社会復帰対策、地域における質の高い精神医療、緊急時の医療体制、地域精神保健対策等を柱とする総合的な施策を推進していく必要がある。そのような施策の展開の一環として、精神医療における従来の公費負担の在り方についても見直しを行うとともに、併せてこれまで十分進んでいなかった精神障害者の社会復帰対策等について一層の充実が図られるよう配慮する必要がある。

また、昨年、障害者基本法の成立により、国、都道府県及び市町村の障害者施策に関する計画策定の規定が設けられたが、こうした計画の中においても精神障害者対策が適切に位置付けられる必要がある。

2 具体的施策

(1) 社会復帰対策

精神障害者の社会復帰を促進し、地域における生活を支援していくため、以下の対策を講じていく必要がある。

ア 精神障害者の社会復帰施設やグループホーム事業等については、精神保健法施行後約6年を経過しているにもかかわらず、なお、未設置の府県があることなどを踏まえ、政府及び地方公共団体が十分な連携を確保しつつ、中長期的な観点に立って、精神障害者の社会復帰を促進するため、社会復帰施設等について計画的かつ積極的な整備・普及を進めること。

イ 精神障害者の社会復帰を促進するため、社会復帰促進に有効な技術等の研究開発を促進すること。平成5年の精神保健法の改正において設けられた精神障害者社会復帰促進センターに対し、精神障害者の社会復帰を促進するための啓発広報や訓練、指導に関する研究開発、研修等の業務が円滑に行われるよう支援の充実を図ること。

ウ 都道府県や市町村において地域の実情に応じて実施されている在宅の精神障害者の生活訓練、地域住民との交流、家族に対する相談等自治体の自主的な取組みについて、精神障害者の社会復帰を促進するため、その積極的な支援、育成を進めること。

エ 社会復帰施設の職員の研修やボランティア活動の振興など、精神障害者の社会復帰を促進していくためのマンパワーの養成、確保を進めていくこと。

オ 社会復帰対策の推進のためには、施策の対象者が明らかになる仕組みが必要であり、身体障害者や精神薄弱者の福祉制度においては手帳制度が設けられているが、精神障害者については税制上の適用に関する証明書を除きこのような仕組みは設け

られていない。精神障害者の社会復帰を促進する観点から、社会復帰施策の対象であることを証明する仕組みの在り方について検討すること。その際、証明は申請に基づくものとするとともに、プライバシーへの配慮についても十分検討すること。

カ 通院患者リハビリテーション事業の充実を図ることと併せて、就労後の適切なフォローアップなど効果的な支援方策について検討すること。また、地域における精神障害者のための社会資源として活用可能な施設等を調査し、その情報を住民に還元すること。

キ 精神障害者の社会復帰の過程においては、様々な生活上の支援が必要であることから、関係機関の連携等その対応の在り方について検討すること。

(2) 医療対策

精神医療については、精神障害者の人権に配慮した適正な医療の確保とともに、地域におけるより良い医療を目指していくため、以下の対策を講じていく必要がある。

ア 入院医療に関し、精神病院の病棟構造を近代化し、病状に応じてできる限り開放的な環境で治療が受けられるような基盤を整備すること。

イ 精神障害者に対する適切な治療と社会復帰を進めるため、通院医療やデイケア事業の推進を図るとともに、医療機関における社会復帰指導の推進や医療機関と社会復帰施設との連携を図ること。

ウ 精神医療におけるチーム医療を充実するため、臨床心理技術者や精神科ソーシャルワーカーの資格制度の創設について検討すること。

エ 入院中などの精神障害者が身体合併症を併発した場合には、精神病院内で対応できないこともあるため、関係者の協力を得て一般病院等で治療が行える体制を地域において確保すること。

オ 今後、顕著な増加が見込まれる老人性痴呆疾患について、適切な精神医療が提供できる体制を確保すること。併せて、精神医療施設における機能分化を図り、急性期、慢性期それぞれのニーズに応じて、また、老人性痴呆疾患のほか、アルコール依存症、児童・思春期精神障害等、疾患特性に応じた適切な医療を行えるような体制について検討していくこと。

カ 精神医療の公費負担制度について、現行制度発足当時に比べ医療保険の給付率の充実、精神障害者に関する理解や社会復帰の進展、薬物療法等の治療技術の進歩など精神医療を取り巻く環境の変化を踏まえ、公的医療保険制度の基盤の上に公費による負担を組み合わせた仕組みとすること。

その際、国民健康保険等影響の大きい保険者の負担の問題に配慮するとともに、精神障害者の社会復帰対策等の一層の充実を図り、併せて患者負担の軽減について検討すること。

(3) 緊急時の医療体制

現行の一般救急医療対策は、主として身体疾患に対する医療体制を確保する観点から整備されており、必ずしも精神疾患に十分対応できるシステムにはなっていない。

緊急時の精神医療体制の確保を図るため、以下の対策を講じていく必要がある。

ア 精神医療においても、他の疾患に関する緊急医療対策と同様、地域において緊急を要する症状等が生じた場合に、迅速かつ適切な医学的対応が可能な体制を構築すること。

イ 応急入院指定病院の指定に当たっては頭部コンピューター断層撮影装置(CT)の設置が要件とされているが、医療機器の共同利用等近隣の医療機関との連携によって対応が可能な場合もあることから、応急入院指定病院を指定する際の設備要件の見直しについて検討すること。

(4) 地域精神保健対策等

精神障害者の社会復帰を促進していくためには、本年6月に成立した地域保健法等も踏まえ、保健所等における広い意味での予防や社会復帰の基盤となる地域精神保健対策等の推進が必要である。このため、以下の対策を講じていく必要がある。

ア 精神保健センターや保健所において、こころの健康相談、思春期精神保健、アルコール関連問題等に関する相談や、精神障害者及びその家族に対する日常生活自立、就労援助等のためのきめ細やかな支援を進めること。

イ 企業や保険者による職場におけるストレス対策やアルコール関連問題対策などの精神保健活動に関し、その進め方や精神科医の関与の在り方等職域の精神保健対策について検討すること。

ウ 社会復帰に関係する各機関の相互連携を確保するため、社会復帰推進のための連絡協議の場の設置について検討すること。また、地域精神保健対策を進める上での市町村に期待される役割や市町村と他の機関との連携の在り方等について検討すること。

3 おわりに

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する精神保健法が、昭和63年7月に施行されて以来、今日まで約6年が経過したが、この間、関係者の努力により同法に基づく各種の施策が展開されてきた。また、このような施策の展開によって「精神病院から社会復帰施設へ」という施策の流れが形成され、さらに、昨年精神保健法の改正により「社会復帰施設から地域社会へ」という新しい流れが形成されつつある。

しかしながら、このような施策の流れは未だ緒についたばかりであり、精神障害者に対する社会的偏見が除去され、精神障害者が社会の様々な分野に参加する真のノーマライゼーションを実現するためには、なお多くの課題が残されている。特に、最終的に就労をめざすという視点からの社会復帰対策のみでなく、地域の中での生活を支援していく視点からのいわゆる「福祉対策」については、その歴史が浅いこと等の理由から他の障害者施策に比べて十分でないという指摘がある。このため、精神障害者に対する「福祉対策」については、さらに専門的観点から研究を行う必要がある。

2. 保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領

(健医発第58号)
平成8年1月19日

第一部 保健所

第一 地域精神保健福祉における保健所の役割

保健所は、地域における精神保健福祉業務（精神保健及び精神障害福祉の業務をいう。以下同じ。）の中心的な行政機関として、精神保健福祉センター、福祉事務所、児童相談所、市町村、医療機関、精神障害者社会復帰施設等の諸機関及び当事者団体、事業所、教育機関等を含めた地域社会との緊密な連絡協調のもとに、入院中心のケアから地域社会でのケアへという流れに福祉の理念を加えつつ、精神障害者の早期治療の促進並びに精神障害者の社会復帰及び自立と社会経済活動への参加の促進を図るとともに、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うものとする。

なお、今般の法律改正で精神障害者の福祉の法制化が図られたものであるが、保健医療施策と福祉施策の総合的推進の観点から、これまで精神保健施策を担ってきた保健所が、精神障害者福祉施策についても一体的に担っていくとともに、福祉事務所等の福祉の機関との連携を図っていくことが必要である。

また、今般の法律改正では、市町村の役割が明記されたところであり、都道府県の保健所における精神保健福祉業務を充実させつつ、身近な施策については市町村との連携を図っていくことが必要である。

第二 実施体制

1. 体制

精神保健福祉に関する業務は、原則として、単一の課において取り扱うものとし、精神保健福祉課あるいは少なくとも精神保健福祉係を設ける等、その業務推進体制の確立を図るものとする。

2. 職員の配置等

精神保健福祉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。この業務を担当するため、医師（精神科嘱託医を含む。）、精神科ソーシャルワーカー、保健婦（士）、看護婦（士）、臨床心理技術者、作業療法士、医療社会事業員、事務職等の必要な職員を、管内の人口や面積等を勘案して必要数置くとともに、その職務能力の向上と相互の協力体制の確保に努めること。

なお、精神保健福祉法第48条の規定に基づき、資格のある職員を精神保健福祉相談員として任命し、積極的にその職務に当たらせることが必要である。この場合、精神科ソーシャルワーカーに加え、臨床心理技術者や保健婦で精神保健福祉の知識経験を有する者を含めたチームアプローチにも配慮した配置が必要である。なお、精神保健福祉相談員は、精神保健福祉業務に専念できるよう、専任の相談員を複数置くととも

に、その他の職員により、体制の充実を図るよう努めるものとする。

3. 会議等

(1) 精神保健福祉企画会議など企画に関する所内の連絡調整

管内の精神保健福祉事業の推進計画、月別業務計画等の策定のため、所長及び精神保健福祉業務関係者により構成される所内精神保健福祉企画会議を開催する等の方法を講ずる。

(2) ケース会議など相談指導等に関する所内の連絡調整

相談指導業務等の適正かつ円滑な遂行を図るため精神保健福祉相談指導業務担当者会議又は関係者連絡会議を開催し、ケースの総合的な支援内容の検討及び役割の分担、相互連絡協力等について協議する。

(3) 市町村、関係機関、団体との連絡調整

管内の市町村、福祉事務所、児童相談所、社会福祉協議会、職業安定所、教育委員会、警察、消防等の関係機関や、病院、診療所、社会復帰施設等の施設、医療団体、家族会等の各種団体、あるいは、産業、報道関係等との連絡調整を図る。

精神保健相談、社会復帰、社会参加、就労援助、精神科救急、啓発普及等において、これらの機関等の協力を円滑ならしめるため、平常より、技術的援助、協力、助言、指導等を積極的に行うほか、精神保健福祉に関する資料等を配布する等のサービスを提供し、打合会を行うなど連絡調整に努める。

(4) 地域精神保健福祉連絡協議会及び担当者連絡会議等

地域精神保健福祉連絡協議会を設置する等により、関係機関、市町村、施設、団体の代表者による連絡会議を定期的に行う。また、これと併せて、地域精神保健福祉担当者連絡会議を設ける等により、関係機関、市町村、施設、団体の実務者による連絡会議を定期的に行う。

第三 業務の実施

1. 企画調整

(1) 現状把握及び情報提供

住民の精神的健康に関する諸資料の収集、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、地域における生活状況、福祉ニーズ、就労状況等）及び医療機関、社会復帰施設、グループホーム、作業所など、精神保健福祉に関係ある諸社会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、管内の精神保健福祉の実態を把握する。

また、これらの資料の活用を図り、精神保健福祉に関する事業の企画、実施、効果の判定を行うとともに、一般的な統計資料についての情報提供を行う。

(2) 保健医療福祉に係る計画の策定・実施・評価の推進

障害者基本法に基づく障害者計画や、医療法に基づく地域保健医療計画などの策定・実施の推進に当たっては、保健所は、地域における精神保健福祉業務の中心的

な行政機関という立場から、その企画立案や、業務の実施、評価及び市町村への協力を積極的に行う。

2. 普及啓発

(1) 心の健康づくりに関する知識の普及、啓発

地域住民が心の健康に関心を持ち、精神疾患や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、心の健康づくりに関する知識の普及、啓発を行う。

(2) 精神障害に対する正しい知識の普及

精神障害者に対する誤解や社会的偏見を是正し、精神障害者の社会復帰及びその自立と社会経済活動への参加に対する地域住民の関心と理解を深めるため、講演会、地域交流会等の開催や、各種広報媒体の作成、活用などにより、地域住民に対して精神障害についての正しい知識の普及を図る。

(3) 家族や障害者本人に対する教室等

精神病、アルコール依存症、薬物中毒、思春期、青年期、痴呆性老人その他各種の対象者に対し、その家族や障害者本人に対する教室等を行い、疾患等についての正しい知識や社会資源の活用等について学習する機会を設ける。

3. 研修

市町村、関係機関、施設、団体、事務所等の職員や、ボランティア等に対する研修を行う。

4. 組織育成

患者会、家族会、断酒会等の自助グループや、職親会、ボランティア団体等の諸活動に対して必要な助言、援助又は指導を行い、これを積極的に育成、支援する。

5. 相談

(1) 所内又は所外の面接相談あるいは電話相談の形でを行い、相談は随時応じる。相談指導従事者としては、医師（精神科嘱託医を含む。）、精神保健福祉相談員、保健婦、臨床心理技術者その他必要な職員を配置する。

(2) 相談の内容は、心の健康相談から、診療を受けるに当たっての相談、社会復帰相談、アルコール、思春期、青年期、老人等の相談など、保健、医療、福祉の広範にわたる。相談の結果に基づき、病院、診療所、精神障害者社会復帰施設等の施設や、自助グループ等への紹介、福祉事務所、児童相談所、職業安定所その他の関係機関への紹介、医学的指導、ケースワーク等を行う。また、複雑困難なケースについては、精神保健福祉センター等に紹介し、又はその協力を得て対応することができる。

6. 訪問指導

(1) 訪問指導は、本人の状況、家庭環境、社会環境等の実情を把握し、これらに適応した相談指導を行う。訪問指導は、原則として本人、家族等の了解の下に行うが、危機介入的な訪問など所長等が必要と認めた場合にも行うことができる。

(2) 訪問指導は、医療の継続又は受診についての相談援助や勧奨のほか、生活指導、

職業に関する指導等の社会復帰援助や生活支援，家族自体の問題についての相談指導，その他必要な相談指導を行う。

7. 社会復帰及び自立と社会参加への支援

(1) 保健所デイケアその他の訓練指導の実施

作業指導，レクリエーション活動，創作活動，生活指導等を行い，社会復帰の促進，地域における自立と社会参加の促進のための訓練指導を行う。

なお，この場合においては，医療機関のデイケアや社会復帰施設等の事業との関係に留意する。

(2) 社会復帰施設等の利用の調整及び関係機関の紹介

保健所長は，精神障害者の希望に応じ，その精神障害の状態，社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な指導及び訓練その他の援助の内容等を勘察し，当該精神障害者が最も適切な精神障害者社会復帰施設，グループホーム，社会適応訓練事業等の利用ができるよう，相談に応じ，並びにあっせん及び調整を行うとともに，施設等の利用の推薦状の交付を行い，必要に応じて，精神障害者社会復帰施設の設置者又はグループホーム事業等を行う者に対し，当該精神障害者の利用の要請を行う。

この場合，精神保健福祉法の規定に基づき，精神障害者社会復帰施設の設置者又はグループホーム事業等を行う者は，あっせん，調整及び要請に対し，できる限り協力しなければならないこととされている。

このほか，医療機関で行っている精神科デイケアや，作業所などの利用の紹介等を行う。

また，社会的自立をめざし訓練から雇用へつながらよう，公共職業安定所等における雇用施設との連携を図る。

(3) 各種社会資源の整備促進及び運営支援

社会復帰施設やグループホーム，作業所等の整備に当たって，地域住民の理解の促進や，整備運営のための技術支援などの協力を行い，保健所が中心となって，市町村，関連機関等との調整を図り，整備の促進を図る。また，社会適応訓練事業の協力事業所の確保や，就労援助活動を行う。

(4) 精神障害者保健福祉手帳の普及

精神障害者保健福祉手帳関係の申請方法についての周知を図るとともに，申請の受理と手帳の交付などの事務処理の手続を円滑に実施する。また，精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者をはじめとする精神障害者の福祉サービスの拡充のため，市町村，関係機関，事業者等に協力を求めるなど積極的支援を行い，諸福祉サービスの充実を図る。

8. 入院及び通院医療関係事務

(1) 関係事務の実施

精神保健福祉法では，保健所を地域における精神保健業務の中心的行政機関とし

て、以下のような手続事務を委ねている。

ア. 措置入院関係（一般人からの診察及び保護の申請，警察官通報，精神病院の管理者の届出の受理とその対応，申請等に基づき行われる指定医の診察等への立ち合い）

イ. 医療保護入院等関係（医療保護入院届出及び退院届の受理と進達，応急入院届の受理と進達）

ウ. 定期病状報告等関係（医療保護入院，措置入院）

エ. 通院医療費の公費負担関係（申請の受理と進達）

オ. その他関係業務

(2) 関係機関との連携

関係事務を処理するに当たっては、医師，精神保健福祉相談員，保健婦等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，医療機関，精神障害者社会復帰施設等と密接な連携を保つ必要がある。

(3) 人権保護の推進

医療及び保護の関連事務は，精神障害者の人権に配慮されたよりよい医療を確保するために重要な事務であるから，適切確実に行うことが必要である。

9. ケース記録の整理及び秘密の保持等

(1) 相談指導，訪問指導，社会復帰指導その他のケース対応に当たっては，対象者ごとに，相談指導等の記録を整理保管し，継続的な相談指導等のために活用する。

本人が管轄区域外に移転した場合は，必要に応じ，移転先を管轄する保健所に当該資料等を送付して，相談指導等の継続性を確保する。また，主治医からの訪問指導の依頼に対し，訪問先が当該保健所の管轄区域外であるときは，必要に応じて住所地の保健所に連絡するなど，適切な相談指導が確保されるよう配慮する。

(2) ケースの対応については，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。

(3) なお，相談指導に当たっては，市町村，関連機関その他の関係者との連携に留意する。

10. 市町村への協力及び連携

精神保健福祉業務については，身近なものについては，できるだけ市町村が行うようにしていくことが望ましいため，都道府県の保健所は，市町村への情報提供，技術等の協力及び連携に努める。

また，市町村が障害者基本法に基づく障害者計画を策定する場合に当たっても，必要な協力支援及び連携を図る。

なお，保健所の管轄区域が広い場合に，保健所から遠隔な区域で市町村の役割分担を充実させる等の連携方策をとることも考慮すべきである。

第二部 市町村

第一 地域精神保健福祉における市町村の役割

これまでの精神保健行政は、都道府県及び保健所を中心に行われてきたが、入院医療中心の施策から、社会復帰や福祉施策にその幅が広がるにつれて、身近な市町村の役割が大きくなってきた。

平成6年制定の地域保健法に基づく基本方針においても、精神障害者の社会復帰対策のうち、身近で利用頻度の高いサービスは、市町村保健センター等において、保健所の協力を得て実施することが望ましいとされている。

平成7年の改正後の精神保健福祉法では、正しい知識の普及については、都道府県と市町村の両者が努めなければならないと規定（第46条）し、さらに、相談指導について、都道府県、保健所設置市及び特別区については、その実施を義務付けるとともに、その他の市町村についても、都道府県に対する必要な協力をするとともに、相談指導の実施に努めなければならない旨の規定（第47条）が設けられた。

また、社会復帰施設やグループホームの整備については、市町村は社会福祉事業法によりその設置を行うことができるとされている。（第50条第2項、第50条の3第2項）

精神保健福祉法第2条（国及び地方公共団体の義務）においては、「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等精神障害者等の医療及び保護並びに保健及び福祉に関する施策を総合的に実施することによって精神障害者等が社会復帰をし、自立と社会経済活動への参加をすることができるように努力するとともに、精神保健に関する調査研究の推進及び知識の普及を図る等精神障害者等の発生の予防その他国民の精神保健の向上のための施策を講じなければならない。」とされているところであり、市町村についてもその義務が課されていることにかんがみ、保健所と連携しながら、その実施が求められている。

第二 業務の実施

市町村における精神保健福祉業務の実施方法については、保健所の協力と連携の下で、その地域の実情に応じて第一部の第二及び第三に準じてその業務を行うよう努めるものとするが、その際の留意点は以下のとおりである。なお、保健所を設置する市及び特別区においては、第一部によるものとする。

- (1) 市町村においては、その実情に応じて、精神保健福祉業務の推進体制を確保する。身体障害者など他の障害者行政との連携や、民生・衛生行政の総合的推進、必要な連絡会議の実施など、市町村の特性を活かした体制に配慮する。
- (2) 地域の実態把握に当たっては、保健所に協力して調査等を行うとともに、保健所の有する資料の提供を受ける。
- (3) 普及啓発及び相談指導については、他の地域保健施策の中における精神保健福祉的配慮を含め、きめ細やかな対応を図る。
- (4) 社会復帰の促進や生活支援のための施設や事業の整備のためには、地域住民の理

解と協力が重要であることから、市町村が積極的にその推進を図るとともに、自ら主体的にその整備を図る。

- (5) 保護者がいないとき等においては、精神障害者の居住地の市町村長が保護者となる（法第21条）が、医療保護入院の同意を市町村長が行う際には、人権保護上の十分な配慮が必要である。
- (6) 精神障害者やその家族のプライバシーの保護については、市町村が地域に密着した行政主体であるがゆえに一層の配慮が必要である。
- (7) 障害者基本法第7条の2に基づく市町村障害者計画については、都道府県、精神保健福祉センター、保健所及び地域の医療機関、社会復帰施設その他の関係機関の協力を得て、その策定及び推進に努める。
- (8) その他、地域の実情に応じて、創意工夫により施策の推進を図る。

3. 精神保健福祉センター運営要領

(健医発第57号)
平成8年1月19日)

精神保健福祉センター（以下「センター」という。）は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第6条に規定されているとおり、精神保健及び精神障害者の福祉に関し、知識の普及を図り、調査研究を行い、並びに相談及び指導のうち複雑困難なものを行う施設であって、次により都道府県における精神保健及び精神障害者の福祉に関する総合的技術センターとして、地域精神保健福祉活動推進の中核となる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増進、精神障害の予防、適切な精神医療の推進から、社会復帰の促進、自立と社会経済活動への参加の促進のための援助に至るまで、広範囲にわたっている。

この目標を達成するためには、保健所及び市町村が行う精神保健福祉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うほか、その他の医療、福祉、労働、教育、産業等の精神保健福祉関係諸機関（以下「関係諸機関」という。）と緊密に連携を図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」「地域精神保健福祉部」「教育研修部」「調査研究部」及び「精神保健福祉相談部」等をもって構成する。

職員は、医師（精神科の診療に十分な経験を有する者であること。）、精神科ソーシャルワーカー、臨床心理技術者、保健婦（士）、看護婦（士）、作業療法士その他センターの業務を行うために必要な職員を置く。また、その職員のうち精神保健福祉相談員の職を置くよう努める。所長には、精神保健福祉に造詣の深い医師を充てる。

3. センターの業務

センターの業務は、企画立案、技術指導及び技術援助、教育研修、普及啓発、調査研究、資料の収集、分析及び提供、精神保健福祉相談並びに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福祉活動の実践が行われなければならない。

(1) 企画立案

地域精神保健福祉を推進するため、都道府県の精神保健福祉主管部局及び関係諸機関に対し、専門的立場から、社会復帰の推進方策や、地域における精神保健福祉施策の計画的推進に関する事項等を含め、精神保健福祉に関する提案、意見具申等をする。

(2) 技術指導及び技術援助

地域精神保健福祉活動を推進するため、保健所、市町村及び関係諸機関に対し、専門的立場から、積極的な技術指導及び技術援助を行う。

(3) 教育研修

保健所、市町村、福祉事務所、社会復帰施設その他の関係諸機関等で精神保健福祉業務に従事する職員等に、専門的研修等の教育研修を行い、技術的水準の向上を図る。

(4) 普及啓発

都道府県規模で一般住民に対し精神保健福祉の知識、精神障害についての正しい知識、精神障害者の権利擁護等について普及啓発を行うとともに、保健所及び市町村が行う普及啓発活動に対して専門的立場から協力、指導及び援助を行う。

(5) 調査研究

地域精神保健福祉活動の推進並びに精神障害者の社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進等についての調査研究をするとともに、必要な統計及び資料を収集整備し、都道府県、保健所、市町村等が行う精神保健福祉活動が効果的に展開できるように資料を提供する。

(6) 精神保健福祉相談

センターは、精神保健及び精神障害者福祉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。心の健康相談から、精神医療に係る相談、社会復帰相談をはじめ、アルコール、薬物、思春期、痴呆等の特定相談を含め、精神保健福祉全般の相談を実施する。センターは、これらの事例についての相談指導を行うためには、総合的技術センターとしての立場から適切な対応を行うとともに、必要に応じて関係諸機関の協力を求めるものとする。

(7) 組織育成

地域精神保健福祉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、家族会、患者会、社会復帰事業団体など都道府県単位の組織の育成に努めるとともに、保健所、市町村並びに地区単位での組織の活動に協力する。

4. その他

- (1) センターは、診療機能や、デイケア、社会復帰施設等のリハビリテーション機能をもつことが望ましい。
- (2) その他、センターは、地域の実情に応じ、精神保健福祉の分野における技術的中枢として、必要な業務を行う。
- (3) 大都市特例の施行後は、指定都市も精神保健福祉センターを設置できることとなるが、その場合は、本要領中「都道府県」とあるのは「指定都市」と読み替える。なお、都道府県のセンターと指定都市のセンターは、相互に連携することが必要である。

4. 精神衛生法第32条に規定する精神障害者通院医療費 公費負担の事務取扱いについて

昭和40年9月15日 衛発第648号
各都道府県知事あて 厚生省公衆衛生局長通達
最近改正 平成7年9月12日健医発第1134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184号をもって厚生事務次官より通知されたところであるが、精神衛生法第32条の規定による精神障害者の通院医療費の公費負担制度が本年10月1日から施行されることに伴い、その事務取扱要領を別紙のとおり定めたので、本制度の適正かつ、円滑な運用が図られるようこれが取扱いに遺憾のないようされたい。

別紙

精神障害者通院医療費公費負担事務取扱要領

第一 通院医療費公費負担の申請

1 精神保健及び精神障害福祉に関する法律（以下「法」という。）第32条第1項の規定に基づく通院医療費公費負担の申請については、別紙様式第1号による申請書に、次の書類を添付して行う。

① 通院医療費の公費負担の申請のみを行う場合

精神保健指定医その他精神障害の診断又は治療に従事する医師による別紙様式第2号による診断書（通院医療費公費負担用の診断書）

② 手帳の新規交付又は更新の申請と併せて通院医療費公費負担の申請を行う場合

精神保健指定医その他精神障害の診断又は治療に従事する医師による精神障害者保健福祉手帳実施要領の別紙様式2による診断書（精神障害者保健福祉手帳用の診断書）

又は、精神障害者保健福祉手帳実施要領第二の1(2)(4)に定めるところによる障害年金の年金証書等の写し

③ 既に手帳の交付を受けている者が新たに通院医療費公費負担の申請を行う場合

精神障害者保健福祉手帳

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

3 通院医療費の公費負担の申請は、公費負担を承認されている者がその継続のために申請する場合には、承認期間の修了する日の概ね3か月前から申請できるものとする。

第二 医療費公費負担の決定

1 都道府県知事は、第一の1による申請書を受理したときは、次により審査を行う。

(1) 通院医療費の公費負担の申請のみを行う場合

申請に係る医療に対する公費負担の適否について地方精神保健福祉審議会の意見を求めること。地方精神保健福祉審議会は、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。都道府県知事は、審議会の意見に基づき、速やかに公費負担の承認又は不承認を決定するものとする。

都道府県知事は、承認の決定をしたときは患者票（別紙様式第3号）を、不承認の決定をしたときは、通知書（別紙様式第4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。

(2) 手帳の新規交付又は更新の申請と併せて通院医療費公費負担の申請を行う場合

速やかに精神障害者保健福祉手帳の交付の可否についての所定の審査を行い、手帳の交付の決定をしたときは、手帳に通院公費負担医療番号を記入するとともに、手帳を交付する際に、併せて、患者票を交付する。

なお、法第45条第4項の規定により手帳の交付の適否について意見を求められた地方精神保健福祉審議会は、手帳の交付については否とする場合でも、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。都道府県知事は、審議会の意見に基づき、速やかに公費負担の承認又は不承認を決定する。

この場合、手帳又は通院医療費公費負担の一方又は両方を不承認とする場合には、精神障害者保健福祉手帳実施要綱の別紙様式3による不承認の通知を行う。

(3) 既に手帳の交付を受けている者が新たに通院医療費公費負担の申請を行う場合

速やかに、当該手帳に通院公費負担医療番号を記入するとともに、患者票を交付する。

- 2 患者票の「有効期間」欄には、公費負担の承認期間を記入すること。公費負担の承認期間は、初回又は再度申請の場合には、保健所長が申請書を受理した日を始期とし、また、継続申請の場合には、前回の承認期間の満了日の翌日を始期とし、それぞれ、その始期から2年以内の日で月の末日たる日を終期とする。

ただし、1(2)(3)の場合には、精神障害者保健福祉手帳の有効期限である日を患者票の有効期間の終期とする。

- 3 同一の精神障害者に対し、複数の医療機関に係る複数の患者票を交付することもさしつかえない。ただし、この場合においては、医療の重複が無いよう、必要に応じて適切な指導を行う。
- 4 患者票の「公費負担医療の受給者番号」については、継続申請の場合には、確認できる限りにおいて、前回の承認時の患者票に記載された受給者番号と同一とする。
- また、同一の精神障害者に対し、複数の医療機関に係る複数の患者票を交付する場合においても、確認できる限りにおいて、受給者番号は同一とする。

第三 医療の範囲

- 1 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入院しないで行われる医療とする。

ここで、精神障害に付随する軽易な傷病とは、公費負担の行われる精神科の通院医療を担当する医療担当者によって通院による医療を行うことができる範囲の傷病とする。ただし、総合病院にあっては、当該診療科以外において行った医療は範囲外とする。なお、結核性疾患は、結核予防法に基づいて医療が行われるので、範囲外とする。

- 2 また、症状が殆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なお通院治療を続ける必要がある場合には、対象となる。

第四 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。

なお、70歳以上の者及び65歳以上70歳未満の者であって老人保健法施行令別表に定める程度の障害の状態にあるものに係る通院医療については、老人保健の診療方針及び療養に要する費用の額の算定方法の例による。

- 2 法第32条第1項に規定する医療を受けた者については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。

- 3 2の請求書は、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。

第五 診療報酬請求書の審査及び支払

都道府県知事は、法第32条の2第3項の規定による診療報酬の審査及び支払に関する事務の委託について、基金の幹事長との間にあつては別記第2契約書例及び覚書例に準じて、連合会の理事長との間にあつては別途局長通知による契約書例及び覚書例に準じて契約を締結する。

第六 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。

第七 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（様式は別紙様式第5号による）があつた場合、都道府県知事は患者票の該当欄を訂正して患者に返送する。

第八 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、速やかに患者票をその交付を受けた際の居住地を管轄する保健所長を経由して都道府県知事に返納させる。

（以下 略）

5. 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

(厚生省告示第130号)
昭和63年4月8日

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、この場合にあってはその要否の判断は医師によって行われなければならないものとする。
- (4) なお、本人の意思により閉鎖的環境の部屋に入室させることもあり得るが、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る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い代替方法がない場合において行われるものとする。

ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合

イ 多動又は不穏が顕著である場合

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

3 遵守事項

- (1) 身体的拘束に当たっては、当該患者に対して身体的拘束を行う理由を知らせる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、医師は頻回に診察を行うものとする。

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）

（健医発第743号）
昭和63年6月22日

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いないか、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、生年月日、性別

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。

(以下 略)

7. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条の8の規定に基づき厚生大臣の定める指定病院の基準

(厚生省告示第90号)
平成8年3月21日

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号。以下「法」という。)第19条の8の規定に基づき、厚生大臣の定める指定病院の基準を次のように定め、平成8年4月1日から適用する。ただし、地域(医療法(昭和23年法律第205号)第30条の3第2項第1号の区域をいう。)において次の基準に適合する複数の精神病院が無い場合にあっては、法第29条第1項の規定により入院する者(以下「措置入院者」という。)に対する医療及び保護のために指定する必要があると認められる精神病院については、第1号の基準を適用しないことができるものとし、平成8年3月31日において現に指定病院の指定を受けている精神病院については、平成11年3月31日まで、同号の基準を適用しないことができる。

平成8年3月21日

厚生大臣 菅 直人

- 一 次に掲げる人員を有し、かつ、都道府県知事又は指定都市の市長の求めに応じて措置入院者を入院させて適切な治療を行える診療応需の態勢を整えていること。
 - 1 医師の数が、入院患者の数を3、外来患者の数を2.5をもって除いた数との和が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を加えた数以上であること。
 - 2 医師のうち2名以上は、常時勤務する法第18条第1項の規定により指定された精神保健指定医であること。
 - 3 看護婦及び准看護婦の数が、入院患者の数が6又はその端数を増すごとに1及び外来患者の数が30又はその端数を増すごとに1以上であること。
- 二 精神病床の数が100床以上であること。ただし、地域における措置入院者に対する医療及び保護のための体制、当該病院の管理運営の状況等を勘案し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。
- 三 措置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。

8. 精神保健福祉法第19条の8に基づく指定病院の指定について

(健医発第325号)
平成8年3月21日)

精神保健法の一部を改正する法律（平成7年法律第94号）による改正後の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条の8に基づく指定病院については、都道府県知事は、厚生大臣の定める基準に適合する精神病院の中から指定することとされたところであり、その基準については、平成8年3月21日厚生省告示第90号「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十九条の八の規定に基づき、厚生大臣の定める指定病院の基準を定める件」（以下「指定基準」という。）により定められ、平成8年4月1日より適用することとされたところである。

指定病院の指定基準については、これまで、昭和40年9月15日衛発第646号厚生省公衆衛生局長通知「精神衛生法第5条に基づく指定病院の取扱いについて」により定めていたが、以後30年以上の期間の経過にもかかわらず、この指定基準を下回る指定病院が3割を占める現状にあり、一方、措置入院者の数は近年では大幅に減少しているところであり、指定病院を措置入院医療にふさわしいものとしていくことが是非とも必要となっている。このため、この基準の施行に当たっては、下記に掲げる事項に留意の上、適切な運用を図りたい。

なお、上記の昭和40年9月15日衛発第646号通知は廃止する。

記

1. 指定基準の第1号柱書（基本的事項）関係

第1号柱書中「都道府県知事又は指定都市の市長の求めに応じて措置入院者を入院させて適切な治療を行える診療応需の態勢を整えていること」については、措置入院者に対し適切な治療を行うための熱意と診療態勢により判断することとし、精神保健行政及び地域精神医療に対する協力と貢献、措置入院者の積極的な受け入れ、精神科救急や精神障害者の社会復帰の促進についての熱意、医師や看護職員の充実や作業療法士、精神科ソーシャルワーカー、臨床心理技術者などのコメディカル職種の充実についての努力、入院患者の人権保護や療養環境の向上についての努力などを考慮して、優先的な指定を行うこと。

このため、医療法等各種法令を遵守していない精神病院は、この基準に適合しないものであること。従って、医療法の人員配置基準を下回っている病院及び超過収容など医療法による使用許可を受けた病床以外の病床に患者を入院させている精神病院については、指定病院の指定を行わないものであること。

また、3年間にわたり新規又は継続の措置入院者を受け入れていない精神病院は、この基準に適合しないものであること。

2. 指定基準の第1号1及び3（医師及び看護職員の配置）関係

第1号1及び3の医師及び看護職員の配置基準は、医療法の人員配置基準の精神病院に係る特例許可基準（昭和33年10月2日厚生省発医第132号厚生事務次官通知「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」）と同一のものであること。

医療法の特例許可の基準は、既に40年近く前の基準であり、しかも、精神病院全体の最低基準であって、また、措置入院患者の質と量も当時と異なってきていることから、措置入院者に対する医療を行う指定病院の基準としては、本来はより高いものが必要であるが、現在の指定病院のうち多数がこの基準さえ遵守できておらず、基準を引き上げた場合には地域によって指定病院が確保できなくなるという事情から、当分の間の暫定的な基準として、引き続き従来どおりこの基準を指定病院の指定に当たっての最低基準とした上で、運用上、人員配置の充実に努めていくこととしたものである。

このため、これよりも高い人員配置の精神病院を優先して指定することが必要であり、第1号3の基準については、応急入院指定病院の指定基準と同様に、基準看護の基本1類に相当する配置（看護婦、准看護婦及び看護補助者の数が入院患者数に対し4対1）以上であることが望ましく、第1号1の基準についても、より高い配置であることが望ましいこと。また、指定基準を満たすものとして指定した場合においても、指定病院は、人員配置の充実に努力することが必要であること。

なお、第1号1及び3中、「入院患者の数」及び「外来患者の数」は、前年1年間の平均の精神病床入院数及び精神科外来数とする。また、「医師の数」及び「看護婦及び准看護婦の数」については、非常勤の者は医療法の例により常勤換算し、精神病床と精神病床以外の病床を有する病院にあっては、精神病床及び精神科の外来に従事する人員（兼務の場合は業務割合に応じて按分）とする。

3. 指定基準の第1号2（常勤指定医の配置）関係

第1号2中「常時勤務する精神保健指定医」については、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則第4条の2によること。

4. 指定基準の第3号（設備要件）関係

第3号中「必要な設備」については、措置入院者を入院させるのに適切な病床、デイルーム、食堂、作業療法用施設等のほか、保護室（隔離室）を適宜の数有すること。

5. 基準の特例

指定基準の特例として、地域（おおむね2次医療圏）において指定基準の各号の全てに適合する複数の精神病院が無い場合にあつては、措置入院者に対する医療及び保護のために特に指定する必要がある精神病院については、第1号の基準を適用しないことができる。

これは、2次医療圏を単位とした地域において、基準の本則に適合する指定病院の数と国立又は都道府県立の精神病院の数との合計が、2病院に満たない場合に、その数が2病院になるまで基準の第1号の基準を満たさない精神病院の中から指定を行えることとしたものであること。

また、この場合においても、第1号1及び3の基準は、医療法の人員配置基準であるから、これを満たしていない病院の指定は特に慎重に行うこととし、やむを得ず指定した場合においては、指定の期限の間に基準を遵守できるよう改善を指導すること。

なお、特例を適用して指定を行おうとする場合は、あらかじめ別紙様式により厚生省保健医療局精神保健課長あて協議すること。

6. 経過措置

指定基準の経過措置として、平成8年3月31日において、現に指定病院の指定を受けている精神病院については、平成11年3月31日までの3年間は、指定基準第1号の基準を適用しないことができる。

この場合、経過措置の期間内に、指定基準を達成するよう指導することとし、達成できない場合は、既に措置入院させた措置入院者で期間内に措置解除されていない者については、期間内に転院の措置を行うことが必要である。なお、経過措置により指定を継続する精神病院については、指定基準を満たすまでの間、新規の入院措置を行わないことが望ましい。

7. 指定病院数及び指定病床数

指定病院数については、地域における精神病院数に比べて多すぎる地域や、少なすぎる地域があるが、措置入院者数の状況や精神病院の配置等の実情、精神科救急医療システムの整備に当たっての必要性等に応じ、過不足のない数とすること。

指定病院ごとの指定病床数については、各病院における措置入院者数の実情に比べて多すぎる地域があるが、これは、特定の病棟や病室を指定するものではなく、当該病院に措置しうる患者数を定めるものであることから、地域における措置入院者の状況及び当該病院の実情に応じ、過不足のない数（1病院当たりおおむね10床から30床程度）とすること。

8. 指定期限及び更新

指定病院の指定は、原則として3年の期限を付して指定し、3年ごとに見直しを行い、更新すること。この場合、更新時期は、平成8年4月1日以後の3年度ごととし、既指定のものや新規指定のものについては、指定期限を調整して、更新時期を合わせること。

(以下略)

9. 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
一部改正平成5年8月19日健医発第901号
一部改正平成6年9月19日健医発第1054号
最終改正平成8年5月10日健医発第574号

総則

第1 基本的事項

1 趣旨

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第50条及び第50条の2に規定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及び自立と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。なお、地方公共団体が設置する場合は、営利を目的としない法人に運営を委託できるものとする。

2 利用の方法

- (1) 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。
- (2) 保健所長は、精神障害者から求めがあったときは、社会復帰施設の利用について、相談に応じ、斡旋及び調整を行うとともに、社会復帰施設の長又は運営主体の長に対し、利用の要請を行う。この場合、社会復帰施設の長又は運営主体の長は、できる限り協力しなければならない。

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に規定する準耐火建築物とする。

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

- 1 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整備することができる。
- 2 社会復帰施設を設置する者は、地域で生活する精神障害者に対し、別に定める実施要綱に基づき、地域生活支援事業を実施することができる。

個別事項

第1 精神障害者生活訓練施設(援護寮)

1 設置の目的

精神障害者生活訓練施設(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、もって社会復帰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 3名

エ 顧問医 1名

(2) 施設長は、精神保健福祉に関する業務に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 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 設置の目的

精神障害者福祉ホーム（以下「福祉ホーム」という。）は、一定程度の自活能力のある精神障害者であって、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ともに必要な指導等を行い、もって社会復帰と自立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年以内を原則とする。ただし、運営主体の長は、顧問医の意見等を聴いた結果、利用期間の延長が適当と認める場合には、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住居、就労等について相談、助言を行うものとする。
- (2) 入居者が、疾病等により生活に困難を生じる虞がある場合には、入居者本人の意向を尊重しつつ、顧問医、関係機関と速やかに連絡をとるなど、入居者の生活に支障をきたさないよう適切な配慮を行うものとする。
- (3) 入居者の食事は、原則として自炊によるものとし、その他の日常生活も原則として入居者自身で処理するものとするが、入居者が一時的に援助を希望する場合には、管理人はその援助を行うことができるものとする。

第3 精神障害者授産施設

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、自活することができるように必要な訓練及び指導を行い、もってその者の社会復帰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

利用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 指導員助手（非常勤で可） 1名
- エ 精神科ソーシャル・ワーカー 1名以上
- オ 専任職員 1名以上
- カ 顧問医 1名

(2) 前項のイからオに掲げる職員は、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、エ又はオ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、エ又はオ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、精神保健福祉に関する業務に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) 入所施設にあつては、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、入所施設にあつては、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、精神障害者であつて、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でいる者を雇用し、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し、もつてその者の社会復帰及び社会経済活動への参加を図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でいる精神障害者とする。

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 職員

(1) 福祉工場には、次の職員を置くものとする。

勤務定員 業種別区分 形態	50人以上		49～40人		39～30人		29～20人	
	常 勤	非常勤	常 勤	非常勤	常 勤	非常勤	常 勤	非常勤
施設長	1		1		1		1	
事務員	1		1		1			(1)
指導員	3		3		3		2	
指導員助手	2	(1)	2			(1)		(1)
看護婦	1		1			(1)		(1)
栄養士(調理業務含む)	1		1		1		1	
顧問医		(1)		(1)		(1)		(1)
計	9	(2)	9	(1)	6	(3)	4	(4)
	11(2)		10(1)		9(3)		8(4)	

- (2) 施設長は、精神障害者の社会復帰に理解と熱意があり、かつ、企業経営の能力又は実績を有する者等福祉工場を経営するために適切であると認められる者とする事と。
- (3) 指導員は、福祉工場の作業に必要な知識技能を有し、かつ、従業員の指導に熱意を有する者とする事とし、そのうち1名は、精神科ソーシャルワーカーとする事と。

7 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，精神保健福祉センター，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。

10. 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

昭和63年5月13日 健医精発第17号
一部改正 平成5年8月19日 健医精発第40号
最終改正 平成8年5月10日 健医精発第31号

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（以下「社会復帰施設」という。）の利用形態については、局長通知に定めるとおり、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こととしているが、利用に際しての手続きは、次によるものとする。

- (1) 社会復帰施設の利用を希望する精神障害者（以下「利用希望者」という。）は、居住地を所管する保健所の長に対して別記様式1に利用希望者を診察している医師によって作成された意見書（別記様式2）を添えて推薦書の交付申請を行うこと。
- (2) 推薦書の交付申請を受けた保健所長は、利用希望者が利用対象者として適当と認められる場合は、別記様式3により推薦書を交付すること。
- (3) 利用希望者は、利用を希望する社会復帰施設の長又は運営主体の長に保健所長の推薦書を提示して、利用の申込みをすること。
- (4) 社会復帰施設の長又は運営主体の長は、利用希望者から利用の申込みがあった場合は、推薦書を確認の上利用契約を締結すること。また、この際には、施設の空定員の状況、利用希望者の状況等を勘案し、適正に契約に応ずること。

3 利用者の負担について

利用者は、局長通知に定めるところにより、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（以下「利用料」という。）及び飲食物費、日用品費、光熱水料等利用者個人に係る費用（以下「実費」という。）を負担することとしているが、その経理は、明確に区分すること。

また、利用料を定めるに当たっては、別添を参考として算定し、社会通念上、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第50条の2第2項から第4項までに規定する低額な料金の範囲を逸脱しないよう留意すること。

なお、利用料については、施設の運営方針として利用料の徴収を行わない施設に対して新たに徴収の義務を課すものではなく、被生活保護者や所得税の非徴収者等の低所得者からは徴収しないことが望ましいものであること。

4 施設の設置について

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口を設けることとする。

5. 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4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

6 社会復帰施設の監督指導について

- (1) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の適正な実施の観点から、各都道府県及び指定都市の精神保健福祉主管部（局）においては、社会復帰施設の積極的な監督指導を行うこと。

なお、社会復帰施設を設置した者は、社会福祉事業法第65条の規定により、都道府県知事の報告、検査及び調査の対象となることから、各都道府県の社会福祉事業法主管部（局）との連携を図ること。

- (2) 社会復帰施設の監督指導に当たっては、次の点に留意すること。

- ア 定員に対し、十分な利用率があるか。
- イ 利用者の入所経路が特定の医療機関に偏っていないか。

- ウ 利用者が退所後に再入院せず、地域での生活に移行できているか。
- エ 適正な職員配置、会計経理がなされ、その他関係通知が遵守されているか。
- オ その他必要な事項

7 社会復帰施設の設備及び運営について

(1) 保安、消防上の整備について

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。

(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利用状況、入所及び退所の報告は、それぞれ別記様式5、別紙様式6及び別記様式7により行うものとする。

8 管理規定等の整備について

(1) 局長通知に定める管理規定には、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的確に把握するため、次に掲げる帳簿又は記録を備えるものとする。

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

附則

1. 施設期日

この通知は、平成5年9月1日から施行する。

2. 利用の方法に関する経過規定について

この通知の施行の際、現に社会復帰施設を利用している者は、保健所長の推薦を受けた者と見なすものとする。

(別添)

利用料の算定について

1. 利用料の考え方

利用料は、原則として、社会復帰施設の維持管理等に必要なものではなるが、国庫補助の対象となっていない経費（以下「対象外経費」という。）に対して充てるべきものである。

対象外経費に該当するものとしては、建物償却費、浄化槽管理費、火災報知機点検費、火災保険料及び施設独自の行事等に係る費用（保険料、雑費・賃借料）等が考えられる。

2. 利用料の算定に係る試算モデル

(1) 建物償却費（平成4年度新規施設の場合）

区 分	一人当り基準 面積 (A)	㎡当り工事費 単価 (B)	履房設備工事費 単価 (C)	浄化槽工事費 単価 (D)	国庫補助基準額 (E) (A×(B+C)+D)×定員	国庫補助額 E×3/4	設置者負担額 E×1/4 (F)	減価償却費 (G)	一人当り月額負担額 F×G÷定員	備 考
精神障害者援護寮(一般型)(定員:20)	14.9㎡	155,900	12,400	31,200	50,777,400	38,083,050	12,694,350	0.00508	3,224	
精神障害者福祉ホーム(定員:10)	23.3㎡	155,900	12,400	31,200	39,525,900	29,644,425	9,881,475	0.00508	5,020	
精神障害者通所授産施設(定員:20)	15.8㎡	155,900	12,400	28,700	53,756,800	40,317,600	13,439,200	0.00508	3,414	
精神障害者入所授産施設(定員:30)	23.5㎡	155,900	12,400	31,200	119,587,500	89,690,625	29,898,875	0.00508	5,063	

注) 減価償却率は、経費老人ホーム(ケアハウス)基本利用料の算定に使用された率を使用した。

(2) 事業費（補助基準額の算定の基礎となっていない経費）

区 分	退職手当 引当金	浄化槽 管理費	火災報知 機点検費	火 災 保険料	施設独自の行事等に係る費用		計	一人当り月額負担額 計÷12÷定員	備 考
					保険料	雑費・賃借料			
精神障害者援護寮(一般型)(定員:20)	163,200	80,000	68,000	60,933	52,000	1,200,000	1,624,133	6,767	
精神障害者福祉ホーム(定員:10)	40,800	80,000	68,000	47,431	26,000	70,000	332,231	2,769	
精神障害者通所授産施設(定員:20)	163,200	80,000	68,000	64,508	52,000	600,000	1,027,708	4,282	
精神障害者入所授産施設(定員:30)	244,800	80,000	68,000	143,505	78,000	1,800,000	2,414,305	6,704	

(3) 合 計

区 分	建物償却費	事務費	一人当たり負担額	利用料	備考
精神障害者援護寮(一般型)(定員:20)	3,224	6,767	9,991	10,000	
精神障害者福祉ホーム(定員:10)	5,020	2,769	7,789	7,800	
精神障害者通所授産施設(定員:20)	3,414	4,282	7,696	7,700	
精神障害者入所授産施設(定員:30)	5,063	6,704	11,767	11,800	

注) 参考とした事務費の係数

退職手当引当金…社会福祉施設職員退職手当共済法の厚生大臣が定めた平成4年度の額

浄化槽管理費、火災報知機点検費、火災保険料、施設独自の行事等に係る経費…全国精神障害者社会復帰施設協議会調べ

(以下 略)

11. 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年3月30日 健医精発第16号
各都道府県衛生主管担当部（局）長あて
厚生省保健医療局精神保健課長通知
一部改正 平成7年9月18日 健医精49号

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。）の減免措置が講じ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、精神障害者を克服し、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、貴職におかれても、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、減免対象者等への周知徹底を図る等、格段の御配慮を煩わしたい。

記

1 減免対象精神障害者

- (1) 精神障害者保健福祉手帳（通院医療費の公費負担番号が記載されているものに限る。）の交付を受けている者のうち精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令（昭和25年政令第155号）第6条第3項に定める1級の障害を有するもの
- (2) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（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A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、精神障害者保健福祉手

帳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。

- (2) 申請者には、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

(4) 減免の申請書の記載事項

ア 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 精神障害者保健福祉手帳の番号及び通院医療費の公費負担番号,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付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,精神障害者保健福祉手帳の余白に,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を確認し、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に資するとともに、精神障害者保健福祉手帳等により減免措置を受けたかどうかを確認し、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。

6 経過措置

平成8年度分までの自動車税等については、1(2)の対象者について、都道府県知事が平成7年9月までに発行した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通院医療費の公費負担に係る患者票により、平成7年9月18日健医精発第49号による改正前の本通知の手続により、減免を受けることができること。

(以下略)

12. 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

(健医発第902号)
平成4年7月27日

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、精神障害者であつて、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りる収入があること。

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。

（以下 略）

13. 精神障害者保健福祉手帳制度実施要領について

(健医発第1132号)
(平成7年9月12日)

精神障害者の保健福祉施策については、かねてより特段の御配慮をいただいているところであるが、今般、精神保健法の一部を改正する法律（平成7年法律第94号）により、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の規定が設けられ、「精神障害者保健福祉手帳」の制度が新たに創設されたところであり、また、施行令及び施行規則の関連規定も整備されたところである。

このため、別紙のとおり「精神障害者保健福祉手帳制度実施要領」を定め、平成7年10月1日から適用することとしたので、この制度の適正かつ円滑な実施を図るとともに、手帳に基づく生活支援策の推進を図られるよう、特段の配慮をお願いする。

精神障害者保健福祉手帳制度実施要領

第一 目的

精神障害者保健福祉手帳（以下「手帳」という。）は、一定の精神障害の状態にあることを認定して交付することにより、手帳の交付を受けた者に対し、各方面の協力により各種の支援策が講じられることを促進し、精神障害者の社会復帰の促進と自立と社会参加の促進を図ることを目的とする。

これは、これまで身体障害者については身体障害者手帳が、精神薄弱者については療育手帳があり、様々な福祉的な配慮が行われていることにかんがみ、障害者基本法が成立して精神障害者が障害者として明確に位置付けられたことを契機に、精神保健法を「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（略称、精神保健福祉法）」に改め、同法第45条により、手帳制度を創設することとしたものである。

第二 手帳の交付手続き

1. 交付申請

- (1) 精神障害者（精神薄弱者を除く。以下同じ。）は、その居住地（居住地を有しないときは、その現在地とする。以下同じ。）の都道府県知事に、精神障害者保健福祉手帳の交付を申請することができる。（法45①）
- (2) 手帳の申請は、別紙様式1による申請書に、次の①又は②の書類を添えて、申請者の居住地を管轄する保健所長を経て、都道府県知事に提出することにより行う。
(規則23, 27)
 - ① 精神保健指定医その他精神障害の診断又は治療に従事する医師の診断書（精神障害に係る初診日から6か月を経過した日以後における診断書に限る。）

② 精神障害を支給事由とする次の年金給付を現に受けていることを証する書類の写し

ア. 国民年金法による障害基礎年金及び昭和60年改正法による改正前の国民年金法による障害年金

イ. 厚生年金保険法による障害厚生年金及び昭和60年改正法による改正前の厚生年金保険法による障害年金

ウ. 国家公務員等共済組合法による障害共済年金及び昭和60年改正法による改正前の国家公務員等共済組合法による障害年金

エ. 地方公務員等共済組合法による障害共済年金及び昭和60年改正法による改正前の地方公務員等共済組合法による障害年金

オ. 私立学校教職員共済組合法による障害共済年金及び昭和60年改正法による改正前の私立学校教職員共済組合法による障害年金

カ. 農林漁業団体職員共済組合法による障害共済年金及び昭和60年改正法による改正前の農林漁業団体職員共済組合法による障害年金

(3) (2)①の医師の診断書は、別紙様式2による。

この診断書は、精神障害の診断又は治療に従事する医師によるものであり、これは、精神保健指定医を中心とし、精神科医を原則とするが、てんかんの患者について内科医などが主治医となっている場合のように、他科の医師であっても、精神障害の診断又は治療に従事する医師は含まれる。

(4) (2)②の「精神障害を支給事由とする年金給付を現に受けていることを証する書類の写し」は、次のアの書類の写し及びイの書類の写しとする。

ア. 年金証書(年金裁定通知書と一体となっている証書についてはその部分を含む)

イ. 直近の年金振込通知書又は年金支払通知書

(5) 手帳の交付は、申請主義によるものとし、精神障害者本人が申請するものとするが、家族、医療機関職員等が手帳の申請手続の代行をすることはさしつかえない。

2. 障害等級

(1) 手帳には、障害等級を記載するものとする。障害等級は、障害の程度に応じて重度のものから1級、2級及び3級とし、各級の障害の状態は、それぞれ次に定めるとおりである。(令6)

1級 日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの

2級 日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの

3級 日常生活若しくは社会生活が制限を受けるか、又は日常生活若しくは社会生活に制限を加えることを必要とする程度のもの

(2) 障害等級の判定に当たっては、精神疾患(機能障害)の状態とそれに伴う生活能力障害の状態の両面から総合的に判定を行うものとし、その基準については、別に通知するところによる。

3. 審査及び判定

- (1) 都道府県知事は、1の申請に基づいて審査し、申請者が2(1)の障害等級で定める精神障害の状態であると認めるときは、申請者に手帳を交付しなければならない。(法45②)

- (2) 都道府県知事は、1(2)①の医師の診断書が添付された申請について手帳の交付の可否及び障害等級の決定をするためには、都道府県の地方精神保健福祉審議会の意見を聴き、その判定を求めなければならない。(法45④)

なお、審議会における審議に従事する委員の数及び審議方法については、都道府県の判断によるものとするが、例えば、同審議会に部会を設けるなどの方法によることも可能であり、通院公費負担医療の判定と同じ部会で併せて行うなどの方法によることも差し支えない。また、判定を行う委員は、原則として、精神保健指定医とすることが望ましい。

- (3) 1(2)②の年金証書等の写しが添付された申請については、地方精神保健福祉審議会における判定を要することなく、手帳の交付を行うものとする。(法45④但書)
この場合、年金1級であれば手帳1級、年金2級であれば、手帳2級、年金3級であれば手帳3級であるものとする。

交付の可否の決定に当たっては、必要に応じ、申請者から同意書の提出を求め、社会保険事務所又は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する。

なお、年金証書を有する者であっても、医師の診断書により申請を行い、審議会の判定により手帳の交付を受けることができるものとする。

- (4) 都道府県知事は、申請書を受理したときは、交付の可否の決定を、概ね1か月以内に行うことが望ましい。
- (5) 都道府県知事は、手帳を交付しない旨の決定をしたときは、速やかにその旨を申請者に通知しなければならない。(法45③)

通知の様式は、別紙様式3とし、居住地の保健所長を経由して通知する。

4. 手帳の様式及び記載事項

- (1) 手帳は、その目的にかんがみ、簡便な形式を旨とし、表紙には「障害者手帳」と標記し、その記載事項は、氏名、性別、住所、生年月日、障害等級、手帳の交付番号、通院公費負担医療受給者番号、交付年月日、有効期限とし、様式は、施行規則別記様式第3号によるものとする。(規則25)
- (2) 手帳に記載する手帳の交付日は、都道府県において交付の決定をした日とし、手帳に記載する手帳の有効期限は、交付日から2年が経過する日の属する月の末日とする。
- (3) 各都道府県において、精神保健福祉センター、保健所をはじめ各種の施設の所在地・電話番号や、手帳に関連して享受できる利益等について記載した資料を手帳に付加して交付することが望ましい。
- (4) 手帳番号は、各都道府県ごとの一連の番号とすること。

5. 手帳の交付

- (1) 手帳の交付は、保健所を経て申請者に対して交付する。(規則24)
なお、家族、医療機関職員等が受領の代行をすることはさしつかえない。
- (2) 手帳の申請を受理する際に、申請書控えや、交付が可能となる予定日を記入をした申請受理書を交付しておき、手帳の交付に当たっては、それと引換えに交付する方法により、受領者の身分確認に配慮する。

6. 手帳の交付台帳

- (1) 都道府県知事は、精神障害者保健福祉手帳交付台帳（以下「手帳交付台帳」という。）を備え、次の事項を記載するものとする。(令7, 規則26)
 - ア. 精神障害者の氏名、性別、住所及び生年月日
 - イ. 障害等級
 - ウ. 手帳の交付番号、交付年月日及び有効期限
 - エ. 通院医療費受給者番号及び通院公費負担医療担当医療機関
 - オ. 手帳の再交付をしたときはその年月日及び理由
 - カ. その他必要な事項
- (2) 台帳の標準的な様式は、別紙様式5とする。

第三 手帳の更新、変更等

1. 手帳の更新

- (1) 手帳の有効期限は2年間であって、有効期間の延長を希望する者は、手帳の更新の手続を行うことが必要である。すなわち、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者は、2年ごとに、障害等級に定める精神障害の状態にあることについて、都道府県知事の認定を受けなければならない。(法45②)
- (2) 更新の手続きについては、「第二、1. 手帳の交付申請」に準ずる。(法45⑥, 規則28①)

すなわち、手帳の更新の申請は、別紙様式1による申請書の所定欄に更新である旨を記載し、第二の1(2)の①又は②の書類を添えて、申請者の居住地を管轄する保健所長を経て、都道府県知事に提出することにより行う。

この場合に、医師の診断書を添えた申請については、地方精神保健福祉審議会で判定を行い、年金証書等の写しを添えた申請については、審議会における判定が不要である。

- (3) (1)の認定を受けるに当たっては、手帳の有効期限の日の3カ月前から申請を行うことができる。(規則28②)
なお、有効期限の経過後であっても、更新の申請を行うことができる。
- (4) 都道府県知事は、更新の申請を行った者が、障害等級に定める精神障害の状態にあると認めるときは、保健所長を経由して、次のいずれかにより、手帳の更新を行う(規則28③, ④, ⑤)

- ① その者の精神障害者保健福祉手帳に記載した有効期限を訂正の上、その者に返還する。
 - ② 障害等級が変更した場合及び有効期限の更新欄がなくなった場合には、その者の精神障害者保健福祉手帳と引換えに新たに精神障害者保健福祉手帳を交付する。この場合において、手帳番号及び手帳交付日は、旧手帳と同一とする。
- (5) なお、申請の際においては、あらかじめ手帳を添付させる必要は無く、更新を認める決定をした後に、保健所において(4)①又は②の取り扱いをする際に手帳を提出させることで足りるものであり、申請者が手元に手帳を有しない期間が長く生じないよう配慮する。
- (6) 都道府県知事は、障害等級に該当しない(手帳を更新しない)旨の決定をしたときは、速やかにその旨を申請者に通知しなければならない。(法45⑥)
- (7) 更新後の有効期限は、更新前の有効期限の2年後の日とする。

2. 都道府県の区域を越える住所変更の届出

- (1) 手帳の交付を受けた者は、他の都道府県の区域に居住地を移したときは、30日以内に、新居住地を管轄する保健所長を経て、新居住地の都道府県知事にその旨を届け出なければならない。(令8①, 規則29②)
- 届出に当たっては、別紙様式4による届出を行うとともに、別紙様式1による手帳の交付申請(都道府県間の居住地変更による手帳交付の申請)を行う。
- (2) 都道府県知事は、(1)の届出を受理したときは、手帳交付台帳に必要な事項を記載した上、その届出書を受理した保健所長を経由して、旧手帳と引換えに、新たな手帳を当該者に交付するものとする。(規則29)
- この場合、手帳の障害等級及び有効期限は、旧手帳と同一のものとし、手帳番号及び手帳の交付日は、新たなものとする。

- (3) 都道府県知事は、(1)の届出を受理したときは、旧居住地の都道府県知事にその旨を通知しなければならない。(令8②)

3. 氏名の変更及び都道府県の区域内の住所変更の届出

- (1) 手帳の交付を受けた者は、氏名を変更したとき、又は同一都道府県の区域内において居住地を変更したときは、30日以内に、その居住地を管轄する保健所長を経て、都道府県知事にその旨を届け出なければならない。(規則30①)
- 届出の様式は、別紙様式4とする。
- (2) 保健所長は、(1)の届出を受理したときは、手帳に変更内容を記載した上で、当該者に返還し、かつ、届出書にその旨を付記して、都道府県知事に進達する。
- また、都道府県知事は、台帳に必要な事項を記載する。(規則30②③)

4. 障害等級の変更申請

- (1) 手帳の交付を受けた者は、手帳の有効期限の期間内においても、その精神障害の状態が重くなった(又は軽くなった)ことにより、手帳に記載された障害等級以外の障害等級に該当するに至ったと考えるときは、障害等級の変更の申請を行い、判

定を求めることができる。(令9)

- (2) 障害等級の変更申請の手続きについては、「第三 1. 手帳の更新」に準ずる。(規則31①③)

すなわち、障害等級の変更申請は、別紙様式1による申請書の所定欄に障害等級の変更の申請である旨を記載し、第二の1(2)の①又は②の書類を添えて、申請者の居住地を管轄する保健所長を経て、都道府県知事に提出することにより行う。

この場合に、医師の診断書を添えた申請については、地方精神保健福祉審議会で判定を行い、年金証書等の写しを添えた申請については、審議会における判定が不要である。

- (3) 都道府県知事は、障害等級の変更を認めるときは、手帳交付台帳に必要な事項を記載するとともに、さきに交付した精神障害者保健福祉手帳と引換えに新たに精神障害者保健福祉手帳を交付する。(31②)

この場合において、手帳番号及び手帳交付日は、旧手帳と同一とし、手帳の有効期限は、変更決定を行った日から2年が経過する日の属する月の末日とする。

5. 手帳の再交付

- (1) 都道府県知事は、手帳を破り、汚し、又は失った(紛失した)者から手帳の再交付の申請があったときは、手帳を交付しなければならない。(令10)

申請の様式は別紙様式4とする。

- (2) 再交付の申請は、その居住地を管轄する保健所長を経て、居住地の都道府県知事に申請しなければならない。(規則32③)

- (3) 手帳を破り、又は汚した者から再交付の申請があったときは、都道府県知事は、その居住地を管轄する保健所長を経て、その手帳と引換えに新たな手帳を交付するものとする。(規則32①③)

- (4) 手帳の再交付を受けた者が、失った手帳を発見したときは、速やかに、これを、その居住地を管轄する保健所長を経て、都道府県知事に返還しなければならない。

(規則32②③)

6. その他

- (1) 手帳の交付を受けた者が死亡したときは、戸籍法第87条の規定による届出義務者は、速やかにその手帳を、手帳に記載された居住地の保健所長を経て、都道府県知事に返還しなければならない。(規則33)

- (2) 都道府県知事は、次の場合には、手帳交付台帳からその手帳に関する記載事項を消除するものとする。(規則34)

① 障害等級に該当する精神障害の状態がなくなったために、手帳を都道府県に返還したとき。

② 手帳の交付を受けた者が死亡したために、手帳を都道府県に返還したとき。

③ 手帳の返還が無いが、手帳の交付を受けた者の死亡が判明したとき。

④ 他の都道府県から、都道府県の区域を越える住所地の変更の通知を受けたとき

(3) 手帳の交付を受けた者は、手帳を譲渡し、又は貸与してはならない。(法45の2②)

第四 手帳に基づく各種の援助施策の拡充について

1. 通院医療費の公費負担との関係

精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者については、法第32条の通院医療費の公費負担の申請に当たって、医師の診断書の提出及び地方精神保健福祉審議会による判定が不要となる。(法32④⑤)

この場合、手帳に通院医療費公費負担の受給者番号を記載するものとする。

なお、手帳による通院医療費の公費負担の申請についての事務手続については、別に通達で定める。

2. 税制との関係

(1) 地方税法施行令、所得税法施行令及び法人税法施行令について、障害者控除等の税制措置の対象となる精神障害者の範囲を、これまでの障害年金1級から3級までの障害の状態と同程度の状態にある旨を証する都道府県知事の証明書(特別障害者にあつては、障害年金1級の障害の状態と同程度の状態にある旨を証する都道府県知事の証明書)を受けている者から、手帳の交付を受けている者(特別障害者にあつては、手帳に障害等級が1級である者として記載されている者)に改める。

(2) 証明手段が手帳に一本化されることにより、事務手続の簡素合理化が図られるとともに、税制上の措置を受けられる者の範囲が拡大されることとなる。

(3) 所得税法施行令等の障害者等に該当する旨の証明手段については、従来の証明書が有効期間2年であることから、既に発行した証明書がなお効力を有する間については、当該証明書による証明もできる経過措置が講じられている。

(4) なお、税制との関係については、別に通知する。

3. 生活保護との関係

(1) 生活保護法の障害者加算の認定に係る障害の程度の判定については、従来の障害年金証書の写し又は医師の診断書による判定に加えて、手帳の交付又は更新の年月日が当該障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けて1年6月を経過している者については、精神障害者保健福祉手帳(1級又は2級)による判定もできることとなる。

(2) なお、生活保護法の障害者加算の認定に当たっての精神障害者保健福祉手帳の利用については、別に通達される予定である。

4. 各種の援助施策の拡充について

このほか、身体障害者手帳や療育手帳の交付を受けた者については、公共交通機関の運賃割引、公共施設の利用料割引、公営住宅に係る優遇等の各種の支援策が行われているところである。

精神障害者保健福祉手帳制度は、身体障害者手帳や療育手帳と同様、関係各方面の協力により各種の支援策を促進し、もって精神障害者の社会復帰及び自立と社会参加

の促進を図ることを目的とするものであるので、各地方自治体においても、その趣旨を踏まえ、関係各方面の協力を得て、手帳に基づく各種の援助施策の拡充に努めるよう、特段のご尽力を図られたい。

(以下 略)

14. 精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準について

(健医発第1133号)
(平成7年9月12日)

精神障害者の保健福祉施策については、かねてより特段の御配慮をいただいているところであるが、今般、精神保健法の一部を改正する法律（平成7年法律第94号）により、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の規定が設けられ、「精神障害者保健福祉手帳」の制度が新たに創設されたところであり、その実施要領については、本日付け健医発第1132号本職通知により通知したところである。

この実施要領における障害等級の判定の基準を、別紙のとおり「精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準」定めたので通知する。

(別紙)

精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準

精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定は、(1)精神疾患の存在の確認、(2)精神疾患(機能障害)の状態の確認、(3)能力障害の状態の確認、(4)精神障害の程度の総合判定という順を追って行われる。障害の状態の判定に当たっての障害等級の判定基準を下表に示す。

なお、精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準の説明(別添1)、障害等級の基本的な考え方(別添2)を参照のこと。

障害等級	障 害 の 状 態	
	精神疾患(機能障害)の状態	能力障害の状態
1 級 (精神障害であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの)	<ol style="list-style-type: none">1 精神分裂病によるものにあつては、高度の残遺状態又は高度の病状があるため、高度の人格変化、思考障害、その他妄想・幻覚等の異常体験があるもの2 そううつ病(気分(感情)障害)によるものにあつては、高度の気分、意欲・行動及び思考の障害の病相期があり、かつ、これらが持続したり、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、残遺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知能障害その他の精神神経症状が高度であるもの5 中毒精神病によるものにあつては、痴呆その他の精神神経症状が高度のもの6 器質精神病によるものにあつては、痴呆その他の精神神経症状が高度のもの7 その他の精神疾患によるものにあつては、上記の1～6に準ずるもの	<ol style="list-style-type: none">1 調和のとれた適切な食事摂取ができない。2 洗面、入浴、更衣、清掃などの身の清潔保持ができない。3 金銭管理能力がなく、計画的で適切な買物ができない。4 通院・服薬を必要とするが、規則的に行うことができない。5 家族や知人・近隣等と適切な意思伝達ができない。協調的な対人関係を作れない。6 身の安全を保持したり、危機的状況に適切に対応できない。7 社会的手続をしたり、一般の公共施設を利用することができない。8 社会情勢や趣味・娯楽に関心がなく、文化的社会的活動に参加できない。 <p>(上記1～8のうちいくつか該当するもの)</p>

障害等級	障 害 の 状 態	
	精神疾患（機能障害）の状態	能力障害の状態
2級 (精神障害であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの)	<ol style="list-style-type: none"> 1 精神分裂病によるものにあつては、残遺状態又は病状があるため、人格変化、思考障害、その他妄想・幻覚等の異常体験あるもの 2 そううつ病（気分（感情）障害）によるものにあつては、気分、意欲・行動及び思考の障害の病相期があり、かつ、これらが持続したり、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、残遺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知能障害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、痴呆その他の精神神経症状があるもの 6 器質精神病によるものにあつては、痴呆その他の精神神経症状があるもの 7 その他の精神疾患によるものにあつては、上記の1～6に準ずるもの 	<ol style="list-style-type: none"> 1 調和のとれた適切な食事摂取は援助なしにはできない。 2 洗面、入浴、更衣、清掃などの身の清潔保持は援助なしにはできない。 3 金銭管理や、計画的で適切な買物は援助なしにはできない。 4 通院・服薬を必要とし、規則的に行うことは援助なしにはできない。 5 家族や知人・近隣等と適切な意思伝達や、協調的な対人関係づくりは援助なしにはできない。 6 身の安全を保持や危機的状況での適切な対応は援助なしにはできない。 7 社会的手続や、一般の公共施設の利用は援助なしにはできない。 8 社会情勢や趣味・娯楽に関心が薄く、文化的社会的活動への参加は援助なしにはできない。 (上記1～8のうちいくつか該当するもの)

障害等級	障害の状態	
	精神疾患（機能障害）の状態	能力障害の状態
<p>3級 （精神障害であつて、日常生活若しくは社会生活が制限を受けるか、又は日常生活若しくは社会生活に制限を加えることを必要とする程度のもの）</p>	<p>1 精神分裂病によるものにあつては、残遺状態又は病状があり、人格変化の程度は著しくはないが、思考障害、その他妄想・幻覚等の異常体験があるもの</p> <p>2 そううつ病（気分（感情）障害）によるものにあつては、気分、意欲・行動及び思考の障害の病相期があり、その病状は著しくはないが、これを持続したり、ひんぱんに繰り返すもの</p> <p>3 非定型精神病によるものにあつては、残遺状態又は病状が前記1、2に準ずるもの</p> <p>4 てんかんによるものにあつては、発作又は知能障害その他の精神神経症状があるもの</p> <p>5 中毒精神病によるものにあつては、痴呆は著しくはないが、その他の精神神経症状があるもの</p> <p>6 器質精神病によるものにあつては、痴呆は著しくはないが、その他の精神神経症状があるもの</p> <p>7 その他の精神疾患によるものにあつては、上記の1～6に準ずるもの</p>	<p>1 調和のとれた適切な食事摂取は自発的に行うことができるがなお援助を必要とする。</p> <p>2 洗面、入浴、更衣、清掃などの身の清潔保持は自発的に行うことができるがなお援助を必要とする。</p> <p>3 金銭管理や計画的で適切な買物は概ねできるがなお援助を必要とする。</p> <p>4 規則的な通院・服薬は概ねできるがなお援助を必要とする。</p> <p>5 家族や知人・近隣等と適切な意思伝達や協調的な対人関係づくりはなお十分とはいええず不安定である。</p> <p>6 身の安全保持や危機的状況での対応は概ね適切であるが、なお援助を必要とする。</p> <p>7 社会的手続や一般の公共施設の利用は概ねできるが、なお援助を必要とする。</p> <p>8 社会情勢や趣味・娯楽に関心はあり、文化的社会的活動にも参加するが、なお十分とはいええず援助を必要とする。 （上記1～8のうちいくつか該当するもの）</p>

(別添1)

精神障害者保健福祉手帳障害等級判定基準の説明

精神障害の判定基準は、「精神疾患（機能障害）の状態」及び「能力障害の状態」により構成しており、その適用に当たっては、総合判定により等級を判定する。

(1) 精神疾患（機能障害）の状態

精神疾患（機能障害）の状態は、「精神分裂病」、「そううつ病（気分（感情）障害）」、「非定型精神病」、「てんかん」、「中毒精神病」、「器質精神病」、及び「その他の精神疾患」のそれぞれについて精神疾患（機能障害）の状態について判断するためのものであって、「能力障害の状態」とともに「障害の程度」を判断するための指標として用いる。

① 精神分裂病

精神分裂病は障害状態をもたらす精神疾患の中で頻度が高く、多くの場合思春期前後に発症する疾患である。幻覚などの知覚障害、妄想や思考伝播などの思考の障害、感情の鈍麻などの感情の障害、無関心などの意志の障害、興奮や昏迷などの精神運動性の障害などが見られる。意識の障害、知能の障害は通常見られない。急激に発症するものから、緩徐な発症のために発病の時期が不明確なものまである。経過も変化に富み、慢性化しない経過をとる場合もあり、障害状態も変化することがある。しかしながら、精神分裂病の障害は外見や行動や固定的な一場面だけからでは捉えられないことも多く、障害状態の判断は主観症状や多様な生活場面を考慮して注意深く行う必要がある。

なお、「精神疾患（機能障害）の状態」欄の状態像及び症状については、それぞれ以下のとおりである。

(a) 残遺状態

興奮や昏迷を伴う症状は一過性に経過することが多く急性期症状と呼ばれる。これに対し、急性期を経過した後に、精神運動の緩慢、活動性の低下（無為）、感情鈍麻、受動性と自発性欠如、会話量とその内容の貧困、非言語的コミュニケーションの乏しさ、自己管理と社会的役割遂行能力の低下といった症状からなる陰性症状が支配的になった状態を残遺状態という。これらは決して非可逆的というわけではないが、長期間持続する。

(b) 病状

「精神疾患（機能障害）の状態」の記述中に使用されている「病状」という用語は残遺状態に現れる陰性症状と対比的に使用される陽性症状を指している。陽性症状は、幻覚などの知覚の障害、妄想や思考伝播、思考奪取などの思考の障害、興奮や昏迷、緊張などの精神運動性の障害などのように目立ちやすい症状からなる。陽性症状は残遺状態や陰性症状に伴って生じる場合もある。

(c) 人格変化

陰性症状や陽性症状が慢性的に持続すると、連合弛緩のような持続的な思考過程の障害や言語的コミュニケーションの障害が生じ、その人らしさが失われたり変化したりする場合がある。これを分裂病性人格変化という。

(d) 思考障害

思考の障害は、思考の様式や思路の障害と内容の障害に分けられる。様式の障害には、思考伝播、思考奪取、思考吹入、思考化声などの精神分裂病に特有な障害の他に強迫思考などがある。思路の障害には、観念奔逸、思考制止、粘着思考、思考保続、減裂思考、連合弛緩などがある。内容の障害は、主に妄想を指すが、その他に思考内容の貧困、支配観念なども含まれる。単に思考障害といった場合は妄想等の思考内容の障害は含まず、主に思考様式の障害を指す。

(e) 異常体験

幻覚、妄想、思考伝播、思考奪取、思考吹入、思考化声などの陽性症状を指している。

② そううつ病（気分（感情）障害）

ICD-10（疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10回改正）では気分（感情）障害と呼ばれ、気分及び感情の変動によって特徴づけられる疾患である。主な病相期がそう状態のみであるものをそう病、うつ状態のみであるものをうつ病、そう状態とうつ状態の二つの病相期を持つものをそううつ病という。病相期以外の期間は精神症状が無いことが多いが、頻回の病相期を繰り返す場合には人格変化を来す場合もある。病相期は数カ月で終了するものが多い。病相期を繰り返す頻度は様々で、一生に一回しかない場合から、年間に十数回繰り返す場合もある。

なお、「精神疾患（機能障害）の状態」欄の状態像及び症状については、それぞれ以下のとおりである。

(a) 気分の障害

気分とは持続的な基底をなす感情のことであり、情動のような強い短期的感情とは区別する。気分の障害には、病的爽快さである爽快気分と、抑うつ気分がある。

(b) 意欲・行動の障害

そう状態では、自我感情の亢進のため行動の抑制ができない状態（行為心迫）、うつ状態では、おっくうで何も手につかず、何もできない状態（行動抑制）である。

(c) 思考の障害

思考の障害については精神分裂病の記載を参照のこと。そうやうつの場合には、観念奔逸や思考制止などの思考過程の障害や、思考内容の障害である妄想が出現しやすい。

また、そうまたはうつ病状がある病相期は、長期にわたる場合もあれば短期

間で回復し、安定化する場合もある。病相期の持続期間は、間欠期に障害を残さないことが多いそううつ病の障害状態の持続期間である。間欠期にも障害状態を持つ場合は病相期の持続期間のみが障害状態であることにはならない。一般にそううつ病の病相期は数カ月で軽快することが多い。

病相期が短期間であっても、頻回に繰り返せば、障害状態がより重くなる。一年間に一回以上の病相期が存在すれば、病相期がひんばんに繰り返し、通常の社会生活は送りにくいというべきだろう。

③ 非定型精神病

非定型精神病の発病は急激で、多くは周期性の経過を示し、予後が良い。病像は意識障害(錯乱状態、夢幻状態)、情動障害、精神運動性障害を主とし、幻覚は感覚性が著しく妄想は浮動的、非体系的なものが多い。発病にさいして精神的あるいは身体的誘因が認められることが多い。経過が周期的で欠陥を残す傾向が少ない点は、分裂病よりもそううつ病に近い。

なおICD-10ではF25分裂感情障害にはほぼあたる。この分裂感情障害とは、精神分裂病性の症状とそううつ気分障害性の症状の両者が同程度に同時に存在する疾患群を指す。

④ てんかん

てんかんは反復する発作を主徴とする慢性の大脳疾患であり、特発性および症候性てんかんに二分される。症候性てんかんの発作ならびに精神神経学的予後は、特発性てんかんにくらべて不良のことが多い。てんかんの大半は小児期に年齢依存性に発病し、発作をもったまま青年・成人期をむかえる。

てんかん発作は一般に激しい精神神経症状を呈する。多くの場合、発作の持続時間は短い、時に反復・遷延することがある。発作は予期せずに突然起き、患者自身は発作中の出来事を想起できないことが多い。姿勢が保てなくなる発作、意識が曇る発作では、身体的外傷の危険をとまなう。

発作に加えててんかんには、発作間欠期の精神神経症状を伴うことがある。脳器質性障害としての知的機能の障害や、知覚・注意・情動・気分・思考・言語等の精神機能、および行為や運動の障害がみられる。発作間欠期の障害は小児から成人に至る発達の上で深甚な修飾をこうむる。それは精神生活の脆弱性や社会適応能力の劣化を引き起こし、学習・作業能力さらに行動のコントロールや日常生活の管理にも障害が現れる。てんかん患者は発作寛解に至るまで長期にわたり薬物治療を継続する必要がある。なお、「精神疾患(機能障害)の状態」欄の状態像及び症状については、それぞれ以下のとおりである。

(a) 発作

てんかんにおける障害の程度を判定する観点から、てんかんの発作を次のように分類する。

イ. 意識障害はないが、随意運動が失われる発作

- ロ. 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作
- ハ. 意識障害の有無を問わず、転倒する発作
- ニ. 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

(b) 知能障害

知能や記憶などの知的機能の障害の程度は、器質精神病の痴呆の判定基準に準じて判定する。

(c) その他の精神神経症状

その他の精神神経症状とは、注意障害、情動制御の障害、気分障害、思考障害（緩慢・迂遠等）、幻覚・妄想等の病的体験、知覚や言語の障害、対人関係・行動パターンの障害、あるいは脳器質症状としての行為や運動の障害（たとえば高度の不器用、失調等）を指す。

⑤ 中毒精神病

精神作用物質の摂取によって引き起こされる精神および行動の障害を指す。有機溶剤などの産業化合物、アルコールなどの嗜好品、麻薬、覚醒剤、コカイン、向精神薬などの医薬品が含まれる。これらの中には依存を生じる化学物質が含まれ、また法的に使用が制限されている物質も含まれる。

なお、「精神疾患（機能障害）の状態」欄の状態像及び症状については、以下のとおりである。

(a) 痴呆、その他の精神神経症状

中毒精神病に現れる残遺及び遅発性精神病性障害には、フラッシュバック、人格障害、気分障害、痴呆、妄想症などがある。器質精神病の痴呆、その他の精神神経症状を参照のこと。

⑥ 器質精神病

器質精神病とは、先天異常、頭部外傷、変性疾患、新生物、中毒（一酸化炭素中毒、有機水銀中毒）、中枢神経の感染症、膠原病や内分泌疾患を含む全身疾患による中枢神経障害等を原因として生じる精神疾患であって、従来、症状精神病として区別されていた疾患を含む概念である。ただしここでは、中毒精神病、精神遅滞を除外する。

脳に急性の器質性異常が生じると、その病因によらず、急性器質性症状群(AOS)と呼ばれる一群の精神症状が見られる。AOSは多彩な意識障害を主体とし、可逆的な症状である場合が多い。AOSの消退後、または、潜在性に進行した器質異常の結果生じるのが慢性器質性症状群(COS)である。COSは、知的能力の低下(痴呆)と性格変化に代表され、多くの場合非可逆的である。COSには、病因によらず、脳の広範な障害によって生じる非特異的な症状と、病因や障害部位によって異なる特異的な症状とがある。巣症状等の神経症状、幻覚、妄想、気分の障害など、多彩な精神症状が合併しうる。

初老期、老年期に発症する痴呆症も器質性精神症状として理解される。これらの

うち代表的なアルツハイマー型痴呆と血管性痴呆を例にとると、血管性痴呆は、様々な原因で AOS（せん妄など）を起こし、そのたびに COS の一症状としての痴呆が段階的に進行する。アルツハイマー型痴呆では、急性に器質性変化が起こることはないので、AOS を見る頻度は比較的少なく、COS としての痴呆が潜在的に発現し、スロープを降りるように徐々に進行する。

なお、「精神疾患（機能障害）の状態」欄の状態像及び症状については、それぞれ以下のとおりである。

(a) 痴呆

慢性器質性精神症状の代表的な症状の一つは、記憶、記銘力、知能などの知的機能の障害である。これらは記憶、記銘力検査、知能検査などで量的評価が可能である。

(b) その他の精神神経症状

その他の精神神経症状には、意欲発動性の低下または病的亢進、気分障害、情動制御の障害、思考障害、幻覚・妄想等の病的体験、人格レベルの低下など、様々な精神症状のほか、精神機能の発現、日常生活行動の遂行に影響する、大脳巣症状のような神経症状がある。

⑦ その他の精神疾患

その他の精神疾患には ICD-10 に従えば、神経症性障害、ストレス関連障害、成人の人格および行動の障害、食行動異常や睡眠障害を含む生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群、心理的発達の障害、小児（児童）期および青年期に生じる行動および情緒の障害などを含んでいる。

(2) 能力障害の状態

「能力障害の状態」は、精神疾患（機能障害）による日常生活あるいは社会生活の支障の程度について判断するものであって、「精神疾患（機能障害）の状態」とともに「障害の程度」を判断するための指標として用いる。

この場合、日常生活あるいは社会生活において必要な「援助」とは、助言、指導、介助などをいう。

① 適切な食事摂取や洗面、入浴、更衣、清掃など身の清潔保持

洗面、洗髪、排泄後の衛生、入浴等身体の衛生の保持、更衣（清潔な身なりをする）清掃などの清潔の保持について、あるいは、食物摂取（栄養のバランスを考え、自ら準備して食べる）の判断などについての能力障害の有無を判断する。これらについて、意志の発動性という観点から、自発的に適切に行うことができるかどうか、援助が必要であるかどうか判断する。

② 金銭管理や適切な買い物

金銭を独力で適切に管理し、自発的に適切な買い物ができるか、援助が必要であるかどうか判断する。（金銭の認知、買い物への意欲、買い物に伴う対人関係処理能力に着目する。）

③ 規則的な通院・服薬

自発的に規則的に通院・服薬を行い、病状や副作用などについてうまく主治医に伝えることができるか、援助が必要であるか判断する。

④ 適切な意志伝達や協調的な対人関係

他人の話を聞き取り、自分の意思を相手に伝えるコミュニケーション能力、他人と適切につきあう能力に着目する。

⑤ 身の安全保持・危機対応

自傷や危険から身を守る能力があるか、危機的状況でパニックにならずに他人に援助を求めるなど適切に対応ができるかどうか判断する。

⑥ 社会的手続や公共施設の利用

各種の申請など社会的手続きを行ったり、銀行や福祉事務所、保健所などの公共施設を適切に利用できるかどうか判断する。

⑦ 趣味・娯楽等への関心、文化的社会的活動への参加

新聞、テレビ、趣味、娯楽、余暇活動に関心を持ち、地域の講演会やイベントなどに参加しているか、これらが適切であって援助を必要としないかどうか判断する。

(別添 2)

障害等級の基本的なとらえ方

障害等級を判定基準に照らして判定する際の各障害等級の基本的なとらえ方を参考として示すと、概ね以下のとおりである。

(1) 1級

精神障害が日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの。この日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度とは、他人の援助を受けなければ、ほとんど自分の用を弁ずることができない程度のものである。

例えば、入院患者においては、院内での生活に常時援助を必要とする。在宅患者においては、医療機関等への外出を自発的にできず、付き添いが必要である。家庭生活においても、適切な食事を用意したり、後片付けなどの家事や身の清潔保持も自発的に行えず、常時援助を必要とする。

親しい人との交流も乏しく引きこもりがちである。自発性が著しく乏しい。自発的な発言が少なく発言内容が不適切であったり不明瞭であったりする。日常生活において行動のテンポが他の人のペースと大きく隔たってしまう。些細な出来事で、病状の再燃や悪化を来たしやす。金銭管理は困難である。日常生活の中でその場に適さない行動をとってしまいがちである。

(2) 2級

精神障害の状態が、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のものである。この日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度とは、必ずしも他人の助けを借りる必要はないが、日常生活は困難な程度のものである。

例えば、付き添われなくても自ら外出できるものの、ストレスがかかる状況が生じた場合に対処することが困難である。医療機関等に行くなどの習慣化された外出はできる。また、デイケアや授産施設、小規模作業所などに参加することができる。食事をバランス良く用意するなどの家事をこなすために、助言や援助を必要とする。清潔保持が自発的かつ適切にはできない。社会的な対人交流は乏しいが引きこもりは顕著ではない。自発的な行動に困難がある。日常生活の中での発言が適切にできないことがある。行動のテンポが他の人と隔たってしまうことがある。ストレスが大きいと病状の再燃や悪化を来たしやす。金銭管理ができない場合がある。社会生活の中でその場に適さない行動をとってしまうことがある。

(3) 3級

精神障害の状態が、日常生活又は社会生活に制限を受けるか、日常生活又は社会生活に

制限を加えることを必要とする程度のものである。

例えば、一人で外出できるが、過大なストレスがかかる状況が生じた場合に対処が困難である。デイケアや授産施設、小規模作業所などに参加する者、あるいは保護的配慮のある事業所で、雇用契約による一般就労をしている者も含まれる。日常的な家事をこなすことはできるが、状況や手順が変化したりすると困難が生じてくることもある。清潔保持は困難が少ない。対人交流は乏しくない。引きこもりがちではない。自発的な行動や、社会生活の中で発言が適切にできないことがある。行動のテンポはほぼ他の人に合わせることができる。普通のストレスでは病状の再燃や悪化が起きにくい。金銭管理は概ねできる。社会生活の中で不適切な行動をとってしまうことは少ない。

15. 精神障害者保健福祉手帳による税制上の優遇措置について

(健医発第1154号)
平成7年9月18日

今般、精神保健法の一部を改正する法律(平成7年法律第94号)により、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の規定が設けられ、「精神障害者保健福祉手帳」の制度が新たに創設されたところであるが、精神障害者保健福祉手帳による税制上の優遇措置については、下記のとおりであるので、精神障害者やその家族がその活用を図ることができるよう、十分な周知に努められたい。

なお、平成元年3月17日付け健医発第288号当職通知「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」、同年4月21日付け健医精発第17号精神保健課長通知「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」、同年5月29日健医発第723号当職通知「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」、同年12月6日健医精発第53号精神保健課長通知「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」及び平成2年4月3日健医発第497号当職通知「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」は、本月末をもって廃止する。

記

1. 手帳による優遇措置の実施について

(1) 証明方法の変更及び対象範囲の拡大

精神障害者については、平成元年から所得税の障害者控除及び利子等の非課税が、平成2年度からは住民税の障害者控除、相続税の障害者控除、贈与税の非課税及び自動車税等の減免が、また、平成5年からは、法人税について精神障害者を多数雇用する公益法人等の収益事業の非課税がそれぞれ創設され、実施されてきたところである。

今般、精神保健法の一部を改正する法律の施行に伴う関係政令の整備等に関する政令(平成7年政令第278号)により、所得税法施行令(昭和40年政令第96号)、地方税法施行令(昭和25年政令第245号)及び法人税法施行令(昭和40年政令第97号)の一部が改正され、障害者控除等の対象となる精神障害者の範囲を、これまでの、障害年金1級から3級までの障害の状態と同程度の状態にある旨を証する都道府県知事の証明書を受けている者(特別障害者にあつては障害年金1級の障害の状態と同程度の状態にある旨を証する都道府県知事の証明書を受けている者)から、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者(特別障害者にあつては手帳に障害等級が1級である者として記載されている者)に改められたところである。

この改正により、証明手段が手帳に一本化されて事務手続の簡略化が図られるとともに、精神障害者保健福祉手帳の3級の対象範囲が、年金の3級の対象範囲よりも広いため、税制上の優遇が受けられる精神障害者の範囲も拡大されるものである。

(2) 変更に伴う経過措置

これまでの証明書交付事業は、平成7年10月1日より、手帳制度に移行するものであるが、従来の証明書の有効期間が2年（自動車税等については1年）であることから、税制上の優遇措置については、既に発行した証明書がなお効力を有する間については、手帳のほかに、従来の証明書でも対象とするものとする経過措置が設けられている。

2. 精神障害者保健福祉手帳による税制上の優遇措置の内容

(1) 所得税：

① 障害者控除

本人又はその控除対象配偶者若しくは扶養親族が障害者である場合には、27万円（特別障害者は35万円）を所得金額から控除する。（所得税法79条、同法施行令第10条）

対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳1級から3級まで（手帳1級は特別障害者）

② 配偶者控除及び扶養控除の同居特別障害者加算

控除対象配偶者又は扶養親族が、特別障害者で、かつ、本人又はその配偶者若しくは本人と生計を一にするその他の親族のいずれかと同居を常況している者である場合には、一般の配偶者控除又は扶養控除に加えて30万円を所得金額から控除する（租税特別措置法第41条の14第1項）

対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳1級。

③ 郵便貯金、預貯金等及び公債の利子所得等の非課税（老人等マル優）

障害者の

ア. 元本350万円以下の郵便貯金（所得税法9条の2、租税特別措置法3条の4）

イ. 元本350万円以下の預貯金、貸付信託、金銭信託、公社債、公社債投資信託、その他の証券投資信託（所得税法第10条、租税特別措置法3条の4）

ウ. 額面350万円以下の国債及び地方債（租税特別措置法4条）に係る利子等については、所得税を課さない。

ア、イ、ウそれぞれ上記の額を上限とするので、合計1050万円まで非課税。対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳1級から3級まで。

(2) 法人税：障害者等を多数雇用する公益法人等の収益事業の非課税

公益法人等が行う事業のうち、その事業に従事する者の総数の半数以上が障害者等であり、これらの者の生活の保護に寄与している事業については、課税対象の収益事業に含まれない。（法人税法施行令第5条第2項第1号ニ）

対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳1級から3級まで。

(3) 相続税：障害者控除

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。

(相続税法19条の4、同法施行令第4条の4)

対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳1級から3級まで(手帳1級は、特別障害者)

(4) 贈与税：特別障害者扶養信託契約に係る贈与税の非課税

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、その契約に基づいてその信託がされる日までに、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告書」を提出したときは、その信託受益権のうち、6000万円までの贈与税が非課税となる。(相続税法第21条の4)

対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳1級。

(5) 住民税：

① 障害者控除

本人又はその控除対象配偶者若しくは扶養親族が障害者である場合には、26万円(特別障害者である場合には28万円)を所得金額から控除する。

対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳1級から3級まで(手帳1級は特別障害者)

② 同居特別障害者配偶者控除及び扶養控除

控除対象配偶者又は扶養親族が、特別障害者で、かつ、本人又はその配偶者若しくは本人と生計を一にするその他の親族のいずれかと同居を常況としている者である場合には、一般の配偶者控除又は扶養控除に代えて54万円を所得金額から控除する。(21万円の加算に相当)

対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳1級。

③ 障害者の非課税限度額

障害者であって、分離課税とされる退職所得を除外した前年中の所得が125万円以下の者については、住民税に係る所得割を課さない。

対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳1級から3級まで。

(6) 自動車税、軽自動車税及び自動車取得税：障害者に対する自動車税等の減免

障害者又はその生計同一者が取得し、又は所有する自動車等で、当該障害者の通院等のためにその生計同一者が運転するものについては、自動車税、軽自動車税及び自動車取得税を全額減免する。

対象範囲は、精神障害者保健福祉手帳1級。

手続きについては、平成2年3月30日健医精第16号精神保健課長通知(平成7年9月18日健医精発第49号通知により改正)を参照のこと。

16. 障害者プランの概要

～ノーマライゼーション7か年戦略～

【プランの特色】

- ◎「障害者対策に関する新長期計画」の重点施策実施計画
- ◎新長期計画の最終年次に合わせ、平成8～14年度の7か年計画
- ◎数値目標を設定するなど具体的な施策目標を明記
- ◎障害者対策推進本部で策定し、関係省庁の施策を横断的に盛り込み

(注) 障害者対策に関する新長期計画は、平成5～14年度を計画期間として、障害者対策推進本部で策定している。

【プランの骨格】

リハビリテーションとノーマライゼーションの理念を踏まえ、次の7つの視点から施策の重点的な推進を図る。

① 地域で共に生活するために

〔 障害のある人々が社会の構成員として地域の中で共に生活を送れるよう、住まい、働く場・活動の場や必要な保健福祉サービス等が的確に提供される体制の確立 〕

- 住まい(公共賃貸住宅、グループホーム等)や働く場(授産施設等)の確保
- 障害児の地域療育体制の構築
- 精神障害者の社会復帰・福祉施策の充実等
- 介護サービス(ホームヘルパー、入所施設等)の充実
- 移動やコミュニケーション支援など社会参加の促進
- 難病を有する者への介護サービスの提供等

② 社会的自立を促進するために

〔 障害の特性に応じたきめ細かい教育体制の確保及び障害者がその適性と能力に応じて可能な限り雇用の場に就き、職業を通じて社会参加できるような施策の展開 〕

- 各段階ごとの適切な教育の充実
- 法定雇用率達成のための各種雇用対策の推進
- 第3セクター重度障害者雇用企業等の設置促進等

③ バリアフリー化を促進するために

〔 障害者の活動の場を拡げ、自由な社会参加が可能となる社会にしていけるため、道路、駅、建物等生活環境面での物理的な障壁の除去への積極的な取り組み 〕

- 車いすがすれ違える幅の広い歩道の整備
- 公共交通ターミナルにおけるバリアフリー化の推進
- 高速道路等のSA・PA及び「道の駅」における障害者への配慮

○公共性の高い民間建築物、官庁施設のバリアフリー化の推進等

④ 生活の質（QOL）の向上を目指して

〔 障害者のコミュニケーション、文化活動等自己表現や社会参加を通じた生活の質的向上を図るため、先端技術を活用しつつ実用的な福祉用具や情報処理機器の開発普及等を推進 〕

○福祉用具等の研究開発体制の整備

○情報通信機器等の研究開発・普及

○情報提供、放送サービスの充実、スポーツ、レクリエーション振興等

⑤ 安全な暮らしを確保するために

〔 災害弱者といわれる障害者を災害や犯罪から守るため、地域の防犯・防災ネットワークや緊急通報システムの構築、災害を防ぐための基盤づくりを推進 〕

○手話交番の設置、手話バッジの装着の推進

○ファックス110番の整備

○災害時の障害者援護マニュアルの作成・周知等

⑥ 心のバリアを取り除くために

〔 ボランティア活動等を通じた障害者との交流、様々な機会を通じた啓発・広報の展開等による障害及び障害者についての国民の理解の増進 〕

○交流教育の推進

○ボランティア活動の振興

○精神障害者についての社会的な誤解や偏見の是正等

⑦ 我が国にふさわしい国際協力・国際交流を

〔 我が国の障害者施策で集積されたノウハウの移転や施策推進のための経済的支援を行うとともに、各国の障害者や障害者福祉従事者との交流を推進 〕

○ODAにおける障害者への配慮、国際協調の推進等

本プランに対応し、地方公共団体が地域の特性に応じ主体的に取り組む障害者施策を積極的に支援する。

当面障害者施策として緊急に整備すべき目標（平成14年度末の目標）

- | | (現状) | (目標) |
|--|--------|-----------------|
| 1. 住まいや働く場ないし活動の場の確保 | | |
| (1) グループホーム・福祉ホーム | 5千人分 | → <u>2万人分</u> |
| (2) 授産施設・福祉工場 | 4万人分 | → <u>6.8万人分</u> |
| (3) 新たに整備する全ての公共賃貸住宅は、身体機能の低下に配慮した仕様とする。 | | |
| (4) 小規模作業所について、助成措置の充実を図る。 | | |
| 2. 地域における自立の支援 | | |
| (1) 障害児の地域療育体制の整備 | | |
| 重症心身障害児（者）等の通園事業 | 3百か所 | → <u>1.3千か所</u> |
| 全都道府県域において、障害児療育の拠点となる施設の機能を充実する。 | | |
| (2) 精神障害者の社会復帰の促進 | | |
| 精神障害者生活訓練施設（授護寮） | 1.5千人分 | → <u>6千人分</u> |
| 精神障害者社会適応訓練事業 | 3.5千人分 | → <u>5千人分</u> |
| 精神科デイケア施設 | 370か所 | → <u>1千か所</u> |
| (3) 障害児の療育、精神障害者の社会復帰、障害者の総合的な相談・生活支援を地域で支える事業を、概ね人口30万人当たり、それぞれ2か所ずつ実施する。 | | |
| (4) 障害者の社会参加を促進する事業を、概ね人口5万人規模を単位として実施する。 | | |
| 3. 介護サービスの充実 | | |
| (1) 在宅サービス | | |
| ワームヘルパー | | <u>4.5万人上乗せ</u> |
| ショートステイ | 1千人分 | → <u>4.5千人分</u> |
| デイサービス | 5百か所 | → <u>1千か所</u> |
| (2) 施設サービス | | |
| 身体障害者療護施設 | 1.7万人分 | → <u>2.5万人分</u> |
| 精神薄弱者更生施設 | 8.5万人分 | → <u>9.5万人分</u> |
| 4. 障害者雇用の推進 | | |
| 第3セクターによる重度障害者雇用企業等の、全都道府県域への設置を促進する。 | | |
| 5. バリアフリー化の促進等 | | |
| (1) 21世紀初頭までに幅の広い歩道（幅員3m以上）が約13万kmとなるよう整備する。 | | |
| (2) 新設・大改良駅及び段差5m以上、1日の乗降客5千人以上の既設駅について、エレベーター等の設置を計画的に整備するよう指導する。 | | |

- (3) 新たに設置する窓口業務を持つ官庁施設等は全てバリアフリーのものとする。
- (4) 高速道路等のSA・PAや主要な幹線道路の「道の駅」には、全て障害者用トイレや障害者用駐車スペースを整備する。
- (5) 緊急通報を受理するファックス110番を全都道府県警察に整備する。

17. 障害者プラン

～ノーマライゼーション7か年戦略～

(平成7年12月18日)
障害者施策推進本部決定

I 位置づけ

「障害者対策に関する新長期計画」(平成5年度から14年度)の具体化を図るための重点施策実施計画とする。

II 基本的考え方

国においては、ライフステージの全ての段階において全人間の復権を目指し、ハビリテーションの理念と、障害者が障害の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、「障害者対策に関する新長期計画」を策定し、その推進に努めているところであるが、この理念を踏まえつつ、次の7つの視点から施策の重点的な推進を図る。

- ① 地域で共に生活するために
- ② 社会的自立を促進するために
- ③ バリアフリー化を促進するために
- ④ 生活の質(QOL)の向上を目指して
- ⑤ 安全な暮らしを確保するために
- ⑥ 心のバリアを取り除くために
- ⑦ 我が国にふさわしい国際協力・国際交流を

III 期間

本プランは、平成8年度から平成14年度までの7か年計画とする。

IV 推進方策等

- (1) 本プランの推進状況を定期的にフォローアップし、社会経済情勢の変化、関連制度・法令の改正、市町村障害者計画の策定状況等を踏まえ、必要に応じプランの見直しを行う。
- (2) 障害者施策は広範な分野にわたるため、関連する分野の施策が効果的かつ効率的に実施されるよう関係行政機関相互の連携を強化する。
- (3) 各施策の適正な推進の基礎となる障害者等の実態調査については、プライバシーに配慮しつつ、関係者と十分調整して実施する。

V 地方公共団体への支援

- (1) 本プランに対応し、地方公共団体が地域の特性に応じ主体的に取り組む障害者施策

を積極的に支援する。

特に地方公共団体が地方単独事業で行う障害者にやさしいまちづくりや障害者の社会参加等のための施設整備、保健福祉マンパワー養成に関する事業に対して積極的な支援策を講ずる。

- (2) 市町村の施策の実施に当たって、障害者等の意見を適切に反映するため、市町村の自主性、主体性を尊重しつつ、市町村障害者計画の策定と障害者及び障害者福祉事業に従事するメンバーを含む市町村の地方障害者施策推進協議会の設置等を促進する。
- (3) 本プランが都道府県・市町村の障害者計画へ適切に反映され、施策の計画的推進が図られるよう、計画策定手法の普及、計画づくりへの支援等を行う。なお、必要に応じ、複数の市町村による広域的な計画づくり等の取扱いについても検討する。

VI 各施策分野の推進方向

地域で共に生活するために

ノーマラゼーションの理念の実現に向けて、障害のある人々が社会の構成員として地域の中で共に生活を送れるように、ライフステージの各段階で、住まいや働く場ないし活動の場や必要な保健福祉サービスが的確に提供される体制を確立する。

1. 住まいや働く場ないし活動の場の確保

(1) 住宅整備の推進

- 新設される全ての公共賃貸住宅を、段差の解消等身体機能の低下に配慮した長寿社会対応仕様とするとともに、住戸改善の際にもできる限り同様の仕様とする。
- 住宅に困窮する障害者等の居住の安定を図るため、障害者等を優先入居の対象とする公共賃貸住宅の供給を積極的に推進する。
- 障害者等が暮らしやすい民間住宅の整備を推進するため、「長寿社会対応住宅設計指針」の普及を図るとともに、公的融資制度等を通じて、長寿社会対応仕様の住宅取得、身体障害者に配慮した住宅建設・改造等の促進を図る。
- 生活支援の機能を持つ住宅であるグループホーム及び福祉ホームを、ニーズに対応できるようにするため、約2万人分を目標として計画期間内に整備する。
- 障害者世帯向け公営住宅や福祉施設を併設・合築した公共住宅団地の建設を推進するとともに、公営住宅のグループホームへの活用を進めることにより、障害種類別の特性やニーズに応じた良質な住宅の供給を図る。
- 地方公共団体が策定する住宅マスタープランにおいて、障害者向けの公共賃貸住宅に関する事項を盛り込むことを促進し、障害者のニーズに対応した住宅の供給を推進する。
- 地域生活に円滑に移行するための精神薄弱者通勤寮の整備の促進を図る。

(2) 福祉の配慮のされた働く場ないし活動の場の確保

- 授産施設及び福祉工場を、ニーズに対応できるようにするため、約6.8万人分を目標として計画期間内に整備する。
- 小規模作業所について、授産施設の分場方式の活用及びデイサービス事業の拡充による法定施設化を進めるとともに、助成措置の充実を図り、運営の安定化を推進する。

2. 地域における障害児療育システムの構築

- 各都道府県域において、療育に関する専門的指導等を行うことのできる、障害児療育の拠点となる施設の機能の充実を図るとともに、市町村が行う心身障害児通園

事業等の地域療育に対し、障害児通園施設等が指導・支援する事業を、概ね人口30万人当たり概ね2か所ずつを目標として実施する。

- 障害児通園施設の見直しを図り、障害の種類別にとられない利用を図る。
- 在宅の障害児が身近な場所に通うことができるよう、保育所等を活用した小規模の心身障害児通園事業及び重症心身障害児(者)のための通園事業を約1.3千か所を目標として計画期間内に整備する。

3. 精神障害者の保健医療福祉施策の充実

(1) 社会復帰・福祉施策の充実

- グループホーム、福祉ホーム、授産施設及び福祉工場に加え、精神障害者生活訓練施設(授産寮)については約6千人分を目標として、精神障害者社会適応訓練事業については約5千人分を目標として、計画期間内に整備する。
- 社会復帰施設の整備を促進し機能の強化を図る。
- 地域で生活する精神障害者の日常生活の支援や日常的な相談への対応、地域住民との交流を支援する事業を、社会復帰施設に付置する形で、概ね人口30万人当たり概ね2か所ずつを目標として実施する。
- 精神保健福祉センターや保健所等による相談指導の充実、家族会活動や患者会活動への支援、精神障害者社会復帰促進センターの事業の充実、手帳に基づく福祉的措置の充実など地域精神保健福祉施策の充実を図る。
- 精神障害者の特性に留意しつつ、社会復帰のための訓練を充実するとともに、社会的自立をめざし訓練から雇用へつながるよう、雇用施策との連携を図る。

(2) より良い精神医療の確保

- 夜間や休日を含めて緊急の精神科対応ができるよう、精神科救急医療システムの整備を進める。
- 精神障害者の人権に配慮しつつ、合併症を含め病状に応じた適切な医療が確保できるよう体制の整備を図る。
- 医学的リハビリテーションにより精神障害者の社会復帰を促進する等のため、精神科デイケア施設を約1千か所を目標として計画期間内に整備する。
- 精神病院の病棟の近代化を推進し、療養環境の向上を図る。
- 質の高い療養生活が安心して送れるよう、長期入院者の医療の在り方について多角的な視点からの検討を進める。

4. 介護等のサービスの充実

(1) サービス供給体制の整備

- ガイドヘルプなど障害者特有のニーズにも配慮しながら、身体介護や援助を必要とする状態の者にホームヘルプサービスが的確に提供できるよう、また、デイサービスやショートステイを必要とする者及び入所施設での処遇を必要とする者がこれ

らのサービスを利用できるよう、市町村におけるサービス供給体制を整備する。

(2) 在宅サービスの充実

- ホームヘルパーについては約4.5万人、デイサービスセンターについては約1千か所、ショートステイについては約4.5千人分となることを目標として計画期間内にそれぞれ整備する。
- 施設の有するマンパワー等の専門的機能を活用し、地域への支援機能の充実を図る。
- 公営住宅や福祉ホーム等に住む身体障害者を対象とする介護サービスの提供の充実を図る。

(3) 施設サービスの充実

- 重度障害者等の福祉、医療ニーズに的確に応えられるよう、地域的なバランスに配慮しつつ、生活・療育の場として必要な入所施設を整備することとし、特に供給が不足している施設の待機者を解消するため、身体障害者療護施設については約2.5万人分、精神薄弱者更生施設については約9.5万人分となることを目標として計画期間内にそれぞれ整備する。
- 入所施設については、個室化の推進等生活の質の向上を図る。
- 介護機器など福祉用具の積極的導入による施設機能の近代化、自立支援機能の強化を推進する。
- 多くの障害者が入所している救護施設についても、その処遇の質的充実を図る。

(4) 重度化・高齢化への対応及びサービスの質的向上

- 常時の援護が必要な重度・重複障害者に対する施策の充実を図る。また、障害者やその家族の高齢化に伴う諸問題に適切に対応できるよう、調査研究を進める。
- 障害の種別や程度等個々の特性や障害者のニーズに応じ、適切な介護等のサービスが提供できるよう、ガイドラインの策定等を行う。
- 障害者が生活機能を回復・取得するために必要な医療、機能回復訓練、障害者の年齢等に応じた社会生活訓練等についての研究及び開発を推進する。

5. 総合的な支援体制の整備

- 身近な地域において、障害者に対し総合的な相談・生活支援・情報提供を行う事業を、概ね人口30万人当たり概ね2か所ずつを目標として実施する。
- 障害者の実情に応じた相談・調整に当たることのできる専門スタッフの養成を図る。
- 医療機関におけるリハビリテーション医療の一層の充実を図るとともに、歯科保健医療を含め、障害者にとっての医療の確保を図る。
- 相談・判定機能と施設機能、医療機能の統合連携を通じ、総合的なリハビリテーションの体制整備を図る。

6. 福祉施設の適正な立地の促進等

- 高齢者の施設等他の保健福祉施設や地域の公共施設との合築や複合的な整備を推進する。
- 区画整理、再開発等まちづくりに関する事業と連携してデイサービスセンターやリハビリテーション施設等、福祉施設の適正な立地を計画的に誘導するとともに、福祉施設の公共住宅団地への併設、合築等を積極的に推進する。
- 福祉施設、医療施設の周辺において、障害者にとってより利用しやすい歩行空間の整備を優先的に推進する。

7. 障害者施設体系の見直しと施設・サービスの総合的利用の促進

- 障害者のニーズに的確に応え、身近な地域において効果的な施設機能が発揮できるよう、障害の種別や程度、障害者の年齢を踏まえつつ、総合化等の観点から障害者施設体系について見直しを行う。
- 障害の種別や程度、障害者の年齢を踏まえつつ、障害者関係施設の総合的利用の促進を図るとともに、高齢者のものも含めたサービスの共同利用の促進を図る。

8. 社会参加の推進

- 障害者にとって最も身近な市町村を中心に、福祉バスの運行等移動時の支援施策や手話通訳者の設置、点字広報の配付等コミュニケーション確保の施策等障害者が社会参加するために必要な援助を行う事業について、概ね人口5万人規模を単位として計画期間内に実施することを目標として推進する。
- 遠距離での移動を容易にするガイドヘルパーネットワーク事業、盲導犬育成事業、精神薄弱者の社会参加活動の支援事業等を推進する。

9. マンパワーの養成・確保

- ホームヘルパー、施設職員、地域における専門スタッフ等の計画的養成・確保を図るとともに、作業療法士、理学療法士などリハビリテーションに係るマンパワーの量的・質的充実を図る。
- 障害者の特性に対応できるようホームヘルパー養成研修の充実を図る。
- 業務省力化・勤務時間の短縮・福利厚生の実施による保健福祉職員の職場環境の整備を進め、良質な人材の安定的確保を図る。
- 点訳奉仕員、朗読（録音）奉仕員、手話通訳者その他専門的知識・技能を有する者の養成・確保を図る。
- 精神科ソーシャルワーカー、臨床心理技術者等の資格の在り方について、鋭意検討を進める。

10. 市町村中心の保健福祉サービス体系

- 市町村域・複数市町村を含む広域圏域・都道府県域の各圏域ごとの機能分担を明確にし、各種のサービスを面的、計画的に整備することにより、重層的なネットワークを構築する。
- 障害児・精神薄弱者施策において、市町村をサービスの決定・実施の主体とすることを検討する。
- 精神障害者のための社会復帰施策や福祉施策等については、都道府県の施策の充実を図りつつ、身近な施策については市町村の役割を高めていく方向で検討を進める。
- 市町村が近隣の市町村と協力・連携を図ることや都道府県等との連携体制を整備することにより、地域におけるサービス提供の的確な実施を推進する。
- 都道府県については、市町村に対する支援や市町村間の調整、精神医療の体制整備など広域性・専門性の高い分野の業務の充実を図る。

11. 成年後見制度の検討

- 精神薄弱者、精神障害者や痴呆性老人の財産管理や権利擁護等を内容とする、いわゆる成年後見制度について検討する。

12. 所得保障

- 障害無年金の問題について、年金制度の在り方全体をにらみながら、年金制度の中で対応するか福祉的措置で対応するかを含め、幅広い観点から検討する。

13. 難病を有する者への対応

- 難病を有する者に対して、関連施策としてホームヘルプサービス等適切な介護サービスの提供を推進する。

社会的自立を促進するために

障害者の社会的な自立に向けた基盤づくりとして、障害の特性に応じたきめ細かい教育体制を確保するとともに、教育・福祉・雇用等各分野との連携により障害者がその適正と能力に応じて、可能な限り雇用の場に就き、職業を通じて社会参加することができるような施策を展開する。

1. 障害のある子供達に対する教育の充実

- 盲・聾・養護学校、小・中学校の特殊学級における適切な教育を行うため、研究指定校による実践的研究、各種手引書の作成等により指導内容・方法の充実を図るとともに、教育設備等に対する補助を行う等、その充実を図る。
- 軽度の障害のある児童生徒に対し障害の種類等に応じた専門的な指導を行うため、指導主事、通級担当教員に対する指導方法の研修の充実を図る。

2. 教育相談体制・研修の充実

- 教育委員会において、教育、医療、福祉等の各関係機関の専門家が連携し、早期から適切な教育相談が行える体制を整備するとともに、指導資料の作成や相談技術の向上に関する研修を実施するなど、教育相談の充実を図る。
- 担当教員に対し障害の特性に応じた専門的な内容（障害児の心理、各種発達検査、視覚障害者のための点字、聴覚障害者のための口話法・手話、発達特性・運動動作・病気の知識と理解等）の研修の充実を図る。

3. 後期中等教育段階における施策の充実

- 盲・聾・養護学校の高等部について、社会の変化や生徒の実態の多様化等に対応した適切な教育を行うため、その整備を進めるとともに、教育内容・方法の改善等を図る。
- 盲・聾・養護学校と労働・福祉関係機関や企業との連携を強化し、現場実習の充実や職域拡大を図る等、職業教育及び進路指導の充実を図る。

4. 法的雇用率達成のための障害種類別雇用対策の推進

(1) 身体障害者雇用の推進

- 実雇用率が法定雇用率を相当下回っている現状を鑑み、法定雇用率の達成に向けて、各種助成措置の活用、事業主の指導・援助の強化等身体障害者雇用率制度の厳正な運用を行う。
- 中途障害者については、雇用継続に係る諸問題を把握し、円滑な職場復帰を図るための施策を充実する。

- 自営業に就いている障害者については、引き続きその就業実態の把握及び支援の在り方の調査研究を行い、その結果を踏まえ、必要な雇用・就業対策を講ずる。
- (2) 精神薄弱者雇用の推進
 - 精神薄弱者の特性に応じた職域の開発、職業の能力の開発、人的援助体制等の条件整備を推進するとともに、精神薄弱者の雇用の実態を踏まえて、雇用率制度の在り方を検討する。
- (3) 精神障害者雇用の推進
 - 医療・福祉等と連携した支援体制の整備を図るとともに、精神障害者の特性に配慮した柔軟な職業リハビリテーションの実施及び雇用管理に関する支援等施策の充実を図る。また、精神障害者の雇用実態等を踏まえ、雇用率制度の適用の在り方を検討する。

5. 重度障害者雇用の推進

- 重度障害者の雇用機会の拡大を図るため、重度障害者多数雇用事業所施設設置等助成金の支援等により、第3セクターによる重度障害者雇用企業等の全都道府県域への設置を促進する。
- 重度障害者の多様な職種の雇用事例の作成とその成果の事業主への普及を内容とする「重度障害者雇用促進プロジェクト事業」の充実を図る。
- 重度障害者等特に就職が困難な障害者については、医療・福祉関係機関との連携や、職場環境や生活環境の整備等を行う体制を整えることが必要であるため、「障害者雇用支援センター」の設置を促進する。

6. 職業リハビリテーション対策の推進

- 「障害者職業総合センター」において、職業リハビリテーションについての高度かつ先駆的な調査研究を行うとともに、職業リハビリテーションに従事する専門職員等の確保及び資質の向上を図る。
- 地域の民間企業と協力し、職業的自立に必要な総合的・具体的な障害者の職域開発のための援助を行う事業を拡大するとともに、障害者雇用企業のノウハウを活用した職場実習等弾力的な職業リハビリテーションを拡充する。

バリアフリー化を促進するために

障害者の活動の場を拡げ、自由な社会参加が可能となる社会にしていくため、様々な政策手段を組み合わせ、道路、駅、建物等生活環境面での物理的な障壁の除去に積極的に取り組む。

1. 歩行空間の整備

- 21世紀初頭までに歩行者利用が見込まれる主な道路(約26万km)のうち約5割(約13万km)について、車いすがすれ違え、障害者等も安全で快適に利用できる幅の広い歩道(幅員3m以上)を整備することを目標に、その整備を推進する。
- 障害者等が安心して移動し、憩うことができる歩行空間を面的に確保するため、住居系・商業系地区における通過交通を制限できるコミュニティ道路等の整備を積極的に推進する。
- 歩道の段差解消や視覚障害者誘導用ブロックの設置を積極的に推進するとともに、放置自転車をなくすための自転車駐車場の整備、電線共同溝の整備等による電線類の地中化等を通じ、安心して歩行できる空間を確保する。
- 大都市圏の大部分の駅や地方圏の主要な駅を中心に、駅前広場、車道部の嵩上げにより連続的に平坦性が確保された幅の広い歩道、昇降装置付立体横断施設、動く歩道等の整備等を推進する。

2. 移動・交通対策の推進

(1) 公共交通ターミナルのバリアフリー化の推進

- 「公共交通ターミナルにおける高齢者・障害者等のための施設整備ガイドライン」等に基づき、各交通事業者等を指導するとともに、補助や財政投融資を活用しつつ、公共交通ターミナルのバリアフリー化を推進する。特に鉄道駅においては、事業者に対して「鉄道駅におけるエレベーター整備指針」等に基づき、エレベーターについては、新設又は大改良を行う駅には原則として設置するとともに既設駅についても5m以上の段差があり、1日当たりの乗降客が5,000人以上ある駅には順次計画的に整備すること等を重点的に指導する。

(2) 障害者等に配慮した車両の導入及びバス停等の整備

- 「心身障害者・高齢者のための公共交通機関の車両に関するモデルデザイン」やリフト付路線バスの導入等への国費による補助等の支援を活用しながら、公共交通機関における障害者等が利用しやすい車両の導入について事業者を指導する。
- バス停、路面電車停留所におけるベンチの設置等施設の充実及び歩道の嵩上げによる低床式バスへの対応等を促進する。

(3) 道路交通環境の整備

- 都市内の障害者用駐車スペースの確保を推進することとし、特に道路附属物として整備する駐車場については、全て障害者用駐車スペースを整備する。
 - 高速道路等のサービスエリア及びパーキングエリア並びに主要な幹線道路で整備を進めている「道の駅」の全てについて、障害者用トイレ、駐車スペースを整備する。
 - 平成8年度を初年度とする第6次交通安全施設等整備五箇年計画に基づき、障害者の利用に配慮した交通安全施設の整備を推進する。
- (4) 運転免許取得希望者等に対する利便の向上
- 指定自動車教習所に対し、身体障害者用教習車両の整備や改造等を行った持ち込み車両等を使用した教習の実施等、必要な指導を行う。
 - 運転免許試験場に身体障害者用の技能試験車両等の整備や持ち込み車両による技能試験の実施を行うとともに、手話通訳員の配置、身体障害者用トイレの整備、字幕スーパー入りビデオの活用等を推進する。
 - 各都道府県警察に運転適性相談室の設置、資器材の改善、運転適性に関する知識の豊かな適性相談員の配置等を推進する。

3. 建築物の整備

- (1) 公共性の高い民間建築物等の指導・誘導
- 「高齢者・身体障害者等が円滑に利用できる特定建築物の建築の促進に関する法律」に基づき、不特定多数の者が利用する公共性の高い建築物（特定建築物）の建築主に対する必要な指導及び助言又は指示を行うとともに、誘導的基準を満たすものとして知事等の認定を受けた優良な建築物に対する補助、税制上の特例措置及び公的融資による支援策の活用を通じて、特定建築物のバリアフリー化を積極的に誘導する。
 - 旅館、飲食店等障害者等が身近に利用する民間施設について、公的融資制度の活用等により、障害者等の利用に配慮した施設整備を進める。
 - 地域の学習活動の拠点となる社会教育施設におけるスロープや点字案内版等の整備を促進する。
- (2) 官庁施設の整備
- 国が新たに設置する窓口業務を持つ官庁施設等については、全てスロープ、玄関自動扉、エレベーター、身体障害者用トイレの設置及び視覚障害者用床材の使用等を行う。
 - 国の既存施設については緊急性の高いものから逐次、新設の場合と同様の仕様への改修を行う。

4. 地方公共団体の福祉のまちづくりへの支援

- 市町村で福祉のまちづくりに関する総合的な計画の策定を促進するとともに、利

用頻度の高い公共施設の改造・改善による生活環境基盤の整備を推進する。

5. 農山漁村における生活環境の整備

- 農山漁村において、広幅員の歩道の整備，福祉施設の用地整備等，障害者等に配慮した生活環境の整備を推進する。

生活の質（QOL）の向上を目指して

障害者のコミュニケーション、文化、スポーツ、レクリエーション活動等自己表現や社会参加を通じた生活の質的向上を図るため、先端技術を活用しつつ、実用的な福祉用具や情報処理機器の開発・普及を進めるとともに、余暇活動を楽しむことのできるようなソフト・ハード面の条件整備等を推進する。

1. 福祉用具等の研究開発・普及

(1) 福祉用具等の研究開発体制の整備

- 国立身体障害者リハビリテーションセンターにおける基礎的・臨床的研究開発の推進を図るとともに、産学官の連携のもと、最先端の産業技術を駆使し、安全性、利便性に優れ、かつ低価格の医療、福祉用具の研究開発を推進する。
- 福祉用具の開発等が整合性のとれた形で効果的に行われるよう、共用データベースや開発の統一基準の整備等の検討を進めるとともに、福祉用具の標準化を推進するため標準基盤研究等を実施する。

(2) 民間事業者等による研究開発、産業界の取組の促進

- 「福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律」等に基づき、実用的な福祉用具の研究開発を行う民間事業者等への支援等を行うとともに、福祉用具の評価基盤の整備等を通じ、産業界の福祉用具への取組を誘導する。
- 福祉用具の評価基盤を整備し、福祉用具の適用性の向上と安全性を確保する。

(3) 福祉用具の普及促進

- 障害者のニーズに見合い真に選択できる福祉用具の提供がなされるよう、相談・提供方法の多様化やフォローアップ体制の充実を図る。
- 福祉用具相談担当職員や適合判定等の専門職員の養成、研修を充実し、福祉用具の適正な普及を図る。

2. 情報通信機器・システムの研究開発・普及等

- 「障害者等情報処理機器アクセシビリティ指針」に基づき、指針に準拠した機器の産業界における開発を促進するとともに、説明会等による機器の普及を図る。
- 視覚障害者のための骨伝導メカニズムによる音情報伝達システム等障害者の利用に配慮した情報通信システム、情報通信端末、情報伝達技術等の研究開発を推進する。また、最新技術の導入等に当たっての障害者の利用への配慮を進める。

3. 情報提供の充実

- 字幕（手話）入りビデオカセットの製作、貸出等を行う聴覚障害者情報提供施設を整備するとともに、点字図書館の情報化に対応した機能の充実を図る。

- 保健福祉情報や福祉用具に係る情報，身体障害者向け通信・放送サービスに関する情報等，障害者が必要とする幅広い情報をデータベース化し，パソコン通信・ファックス通信等の活用により提供できる体制を整備する。
- 公職の選挙の政見放送の手話通訳について，環境整備の状況を踏まえ，適切に対応する。

4. 放送サービスの充実

- 字幕番組，解説番組等について，「身体障害者の利便の増進に資する通信・放送身体障害者利用円滑化事業の推進に関する法律」に基づき，制作費に対する助成を行うとともに，効率的な番組制作技術の研究開発を推進し，障害者向け放送番組の充実を図る。
- 視覚・聴覚障害者向け専門放送システムの開発等を行い，視覚・聴覚障害者が放送を通して十分に情報にアクセスできるような環境整備を図る。

5. 障害者スポーツ，芸術・文化活動の振興等

- 長野パラリンピック冬季競技大会（平成10年3月開催）を始め，各種スポーツ大会の開催，スポーツ・レクリエーション教室の開催，スポーツのできる施設の整備等を通じた障害者スポーツの振興を図る。
- 指導員の養成研修を強化するとともに，スポーツ大会へのボランティアの参加を促進し，障害者スポーツに対する理解と関心の高揚を図る。
- 障害者の参加する芸術祭や展覧会等の開催を支援すること等により，障害者の生活を豊かにするとともに社会参加を促進する芸術・文化活動の振興を図る。

6. 公園・水辺空間等オープンスペースの整備

(1) 公園等における障害者への配慮

- 障害者等の健康づくりやふれあい・交流の場を身近に確保できるよう，21世紀初頭を目途に概ね全ての市街地において，住区単位に公園のネットワークを整備し，これらの公園内に障害者等の利用に配慮したトイレを設置する等，都市公園の充実を図る。
- 障害者等に野外活動の機会を提供するとともに，障害のない者との交流・ふれあいを通じ，思いやりや助け合いの心を育むことができるよう，福祉施設等と一体となった公園の整備を推進する。

(2) 水辺空間整備における障害者への配慮

- 障害者等が安全かつ快適に水辺空間を楽しむことができるよう，緩傾斜の堤防，スロープ，休憩施設等を備えた河川，海岸等の整備を推進する。

7. 障害者の旅行促進のための方策の推進

- 障害者等が安心して手軽に旅行できるよう、宿泊施設等のソフト・ハード両面における、より快適で望ましい旅行を行うための基準を策定する。
- 障害者等に対する宿泊施設、旅行商品等の利用情報の提供体制の整備促進を図る。

8. 食生活環境の改善

- 視覚障害者等に対する効果的な食品の表示に関する検討等を通じ、自立した食生活の実現に向けて環境の改善を図る。

安全な暮らしを確保するために

災害弱者といわれる障害者を、地震、火災、水害、土砂災害等の災害や犯罪から守るため、地域の防犯・防災ネットワークや緊急通報システムの構築を急ぐとともに、災害を防ぐための基盤づくりを推進する。

1. 地域の防犯・防災ネットワークの確立

- 地域住民及びボランティア組織等との協力により、地域安全活動の強化、地域・職域の防犯ネットワークの確立を図る。
- 福祉施設や障害者宅が参加したファックス・ネットワーク（交番、駐在所のファックスを利用して、管内の住民等との情報交換を行うもの）の構築を推進し、住民等との協力関係を形成する。
- 手話のできる警察官等の育成に努め、手話のできる警察官等を配置した「手話交番」の設置を推進するとともに、警察署の受付や街頭活動等を行う警察官等に対し、「手話バッジ」の装着を推進する。
- 自主防災組織の活性化及び育成、自主防災組織のリーダー育成、活動拠点の整備、防災訓練の実施等を推進し、地域住民を中心とした障害者等の災害弱者の支援体制を整備する。

2. 緊急時の情報提供・通信体制の充実

- ファクシミリにより緊急通報を受理する「ファックス110番」の全都道府県警察への設置、及びその普及・活用を図るための広報活動を推進する。
- 火災感知器及びワンタッチ式通信機器（ペンダント）による災害弱者と消防機関との間の緊急通報システムの整備を図る。
- 洪水、高潮、土砂災害等に関する迅速かつ適切な情報提供を行うため、災害弱者に配慮した防災情報システムの整備を推進する。

3. 災害時、緊急時の避難誘導対策の充実

- 障害者の避難誘導体制、迅速かつ的確な情報伝達の在り方等を盛り込んだ災害時の障害者援護マニュアルの作成及びその周知徹底を図り、障害者に係る災害対策の充実を図る。
- 消防機関を通じ、障害者が入所する施設における避難路の段差の解消、点滅形誘導灯、誘導音響装置付誘導灯の設置等を推進するとともに、災害時における災害弱者に対する地域ぐるみの避難協力体制の確立を図る。
- ボランティア組織等と連携して、災害時に障害者を支援できる体制を整備するとともに、防災訓練への参加を通じて、避難誘導等の在り方を検討する。

4. 災害を防ぐための基盤の整備

- 病院，社会福祉施設等が立地する地域において，土砂災害を防止するために，砂防，地すべり，急傾斜地崩壊対策等を重点的に実施する。

5. 防犯・防災知識の普及

- 巡回連絡等を通じて，防犯指導，災害時の避難場所や緊急時における連絡方法等の教示等を推進する。
- 防災に関するパンフレットの配付等により，障害者に対し，防災に関する知識の普及を図るとともに，住民等の障害者への援助に関する知識の普及を図る。
- 交番，駐在所における点字によるミニ広報紙の作成，ファックスネットワークの活用等により，視覚・聴覚障害者に対する地域安全情報の提供を推進する。

6. 防犯・防災設備の開発・普及の促進

- 防犯機器メーカー，警備業者に対して，障害者の特性に配慮したセキュリティシステム，防犯・防災設備の研究，開発，普及を進めるよう検討する。

心のバリアを取り除くために

子供の頃から障害者との交流の機会を拡げ、ボランティア活動等を通じた障害者との交流等を進めるとともに、様々な行動・メディアを通じて啓発・広報を積極的に展開することにより、障害及び障害者についての国民の理解を深める。また、障害者に対する差別や偏見を助長するような用語、資格制度における欠格条項の扱いの見直しを行う。

1. 障害者への理解を深めるための教育の推進

- 盲・聾・養護学校と小・中学校や、特殊学級と校内他学級との交流教育等を推進するとともに、学校における奉仕活動等ボランティア教育の推進を図る。

2. ボランティア活動の振興等

- 障害者への生活支援を厚みのあるものとするよう、ボランティア、企業、民間団体、障害者団体、労働組合等を含めた総合的なネットワーク化を図るなど、ボランティア活動等の振興を図る。
- ボランティア活動を支援する事業の充実を図るとともに、拠点施設の整備を進める。

3. 障害者週間における啓発・広報活動の重点的展開

- 12月9日の「障害者の日」を意義あるものとするため、障害者週間（12月3日から12月9日）の間に、テレビ・新聞等マスメディアを通じた広報活動、障害者団体と連携した各種行事等の実施を重点的に展開する。

4. 「精神薄弱」用語の見直し

- 「精神薄弱」に替わる用語について、保護者団体その他関係者の意見を踏まえ、見直しを行う。

5. 精神障害者についての社会的な誤解や偏見の是正

- 精神障害者に対する誤解や偏見が、回復途上の精神障害者の地域での自立や就労の促進、社会復帰施設の整備等に当たって大きな阻害要因となっていることから、地域住民に対する正しい知識の啓発普及や施設と地域住民との交流等を通して、その是正を図る。
- 各種資格制度等における精神障害者の欠格条項の見直しを推進する。

我が国にふさわしい国際協力・国際交流を

アジア太平洋障害者の十年の期間中でもあり、我が国の障害者施策で集積されたノウハウの移転や障害者施策推進のための経済的支援を行うとともに、各国の障害者や障害者福祉従事者との交流を深める。

1. 政府開発援助における障害者に対する配慮

- 我が国援助の効果的な実施方策として障害者等社会的弱者に十分配慮するとの「政府開発援助大綱」の趣旨を踏まえつつ、我が国の障害者施策の知識・技術の移転による各国の障害者リハビリテーション関係者の資質の向上に寄与するため、国際協力事業団等を通じた研修員の受け入れ、専門家、青年海外協力隊の派遣等を積極的に推進するとともに、我が国の障害者自身の国際協力への参画について検討を行う。
- 障害者施策分野における様々な援助ニーズにきめ細かく対応するため、草の根無償資金協力や NGO 事業補助金等を通じた協力を推進する。

2. 国際機関を通じた協力の推進

- 国連社会開発委員会のメンバー国として、国連が実施する障害者事業の策定に積極的に参加し、これらの事業を支援するための国連障害者基金への拠出を行う。
- 国連アジア・太平洋経済社会委員会 (ESCAP) に対する日本・ESCAP 協力基金を通じた活動支援において、障害者関連施策を支援するため、「アジア太平洋障害者の十年」関連プロジェクトへの拠出を行うとともに、障害者等のためのバリアのない環境構築を推進するプロジェクトに対し、専門家の派遣等を通じて積極的な協力支援を進める。
- アジア・太平洋地域におけるユネスコの地域協力事業への参加・協力（特殊教育の専門家を対象としたセミナーの開催、我が国からの専門家の派遣、我が国関係機関への研修訪問の受け入れ等）により、特殊教育分野の国際交流・協力を推進する。

3. 国際協調・交流の推進

- 福祉用具の情報交流の国際協調体制の整備の推進を図る。
- 障害者の自立支援、介護支援、社会参加支援等、世界各国が共通に直面している課題を解決するため、我が国の持つ優れた産業技術と海外の医療福祉技術とを融合させる国際共同研究を実施する等、国際協力を推進する。
- 福祉用具に係る JIS の国際規格への整合化を促進する。
- 国立身体障害者リハビリテーションセンターを中心としたリハビリ専門家の研修や民間団体の交流等を通じアジア諸国との連携を図る。

18. 精神障害者地域生活支援事業実施要綱

(健医発第573号)
(平成8年5月10日)

1. 目的

精神障害者地域生活支援事業は、地域で生活する精神障害者の日常生活の支援、日常的な相談への対応や地域交流活動などを行うことにより、精神障害者の社会復帰と自立と社会参加の促進を図ることを目的とする。

2. 実施主体

実施主体は、地方公共団体及び精神障害者社会復帰施設を運営する非営利法人とする。ただし、地方公共団体が実施する場合にあっては、その運営を都道府県知事又は指定都市の市長が適当と認める団体に対し、委託して実施することができる。

3. 実施場所

この事業は、保健所・医療機関・社会復帰施設等の保健・福祉・医療サービスの実施機関と機能的に連携した運営を確保し、かつ、夜間・休日における支援・相談等に対応する必要があることから、精神障害者生活訓練施設、精神障害者授産施設、精神障害者福祉ホームに附置して実施することを原則とする。

ただし、地方公共団体が委託して実施する場合は、近隣の精神障害者生活訓練施設等との密接な連携の確保された施設で実施することができる。

4. 対象者

地域で生活している精神障害者を対象とする。

5. 事業内容

この事業の実施主体は、地域の実態等の把握及び各種の啓発普及を行うとともに、地域に積極的に向うなどの方法により、以下の事業を行うものとする。

(1) 日常生活の支援

生活の基本である住居、就労、食事等、日常生活に即した課題に対して、個別・具体的な援助を行うとともに、生活機能や対人関係に関する指導・訓練等を行う。

(2) 相談等

電話・面接及び訪問により服薬、金銭管理、対人関係、公的手続等日常的な問題、夜間・休日における個々人の悩み、不安、孤独感の解消を図るための助言、指導を行うとともに、必要に応じて関係機関等への連絡を行う。

(3) 地域交流等

ア. 場の提供

レクリエーション等障害者の自主的な活動、地域住民との交流等を図るための場を提供する。

イ. 生活情報の提供

住宅、就職、アルバイト、公共サービス等の情報提供を行う。

(4) その他

地域の実情に応じた創意工夫に基づく事業を行う。

6. 事業の実施及び留意事項

(1) 実施主体は、年間及び月間の事業計画を定め、本要綱に定めた事業を計画的に実施するものとする。

(2) 実施主体は、休日・夜間の緊急の対応に備え、あらかじめ関係機関等と協議し、連絡方法等について定めておくものとする。

(3) 実施主体は、支援等を行った精神障害者に関する基礎的事項、支援・サービス計画の内容、実施状況及び課題等を記録するとともに、継続的支援の適正な実施を図るものとする。

(4) 本事業の主旨を踏まえ、毎日実施することを原則とし、職員の勤務時間を調整する等により、夕方、夜間、休日等利用度の高いと考えられる時間帯に対応できる運営体制を採るものとする。

(5) 宿泊の制限

施設内に宿泊することは、真にやむを得ない一時的な不安回避等の場合のみとすること。

(6) 自主的活動の育成

仲間作り、リーダー育成の観点から、自主的な活動を援助する。

ピアカウンセリングなど、当事者の経験等を生かした運営方策を試みる。

(7) ボランティアの育成

地域におけるボランティアの育成、導入を図る。

(8) 利用メンバーの登録制

継続的な相談指導の観点から、利用者については登録制とする。

ただし、登録外利用者を制限するものではない。

(9) 都道府県及び指定都市は、本事業の適正、かつ、積極的な運営を確保するため、支援相談等の内容、処理状況等について、年1回以上定期的な事業実施状況の報告を求めるとともに、必要に応じ事業実施状況の調査・指導等を行うものとする。

(10) 関係機関等の連携

事業の実施に当たっては、地域生活支援のための概ねの対象地域を定め、精神保健福祉センター、保健所、市町村、福祉事務所、医療機関、社会復帰施設、小規模作業所、グループホーム等の関係機関や家族会、障害者団体などとの連携を図る。

7. 職員の配置等

(1) この事業を行うため、あらかじめ管理責任者を定めるとともに、次の職員を配置するものとする。

なお、職員は、精神障害者に関して理解のある者で、必要な経験を有していること。また、ア及びイの職員は、専従する職員であること。

ア 精神科ソーシャルワーカー 1名

イ 専任職員	1名
ウ 非常勤職員	2名

(2) 職員は、利用者のプライバシーの尊重に万全を期するものとし、正当な理由なくその業務を通じ知りえた個人の秘密を漏らしてはならない。

8. 利用者の負担

利用者は、飲食物費、光熱水料など個人に係る費用を負担する。

9. 管理規程等の整備

- (1) 管理責任者は、利用者の守るべき規則等を明示した管理規程を定め、利用者に周知しておかなければならない。
- (2) 管理責任者は、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。
- (3) 管理責任者は、この事業に係る経理と他の事業に係る経理とを明確に区分しておかなければならない。
- (4) 管理責任者は、その他この事業を実施するうえに必要な規程等を定めるものとする。

10. 構造及び設備

(1) 本事業を実施するに当たっては、次の設備を設けなければならない。

ただし、事業を実施する社会復帰施設の運営に支障を生じない限りにおいて、社会復帰施設の設備との兼用ができる。

- ①相談室兼静養室
- ②談話室兼食堂（調理コーナーを含む。）
- ③地域交流活動室兼訓練室
- ④便所、洗面所（洗濯が可能なものとする。）
- ⑤事務室
- ⑥消火設備、その他非常災害に備えるために必要な設備
- ⑦その他、地域生活支援事業に必要な設備

(2) 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に規定する準耐火建築物とする。

11. 国庫補助

国は、地方公共団体又は非常利法人が実施する精神障害者地域生活支援事業に要する施設の整備及び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。

19. 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
 - 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

20. 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。

21. 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
一部改正 健医発第404号
平成8年3月29日

第1 老人性痴呆疾患療養病棟

- 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、60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平方メートル程度とすること（最低でも18平方メートルを下回らないこと。）。)
- 3 施設設備
 - (1) 病室
 - ア 個室から4床まで（既存施設の病床転換によるものにあつては、6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平方メートル以上とする。ただし、

個室の場合は、6.3平方メートル以上とすること。

(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平方メートル以上とすること。

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とすること。

オ 入所・家庭復帰訓練病室は、必要に応じて設けることができることとする。

(3) 重度の身体的合併症病室

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 60平方メートル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 同一施設内に老人性痴呆疾患療養病棟の入院者のための生活機能維持室として利用できる室(60平方メートル以上とする。)がある場合は、これを兼用することができる。ただし、共有する病棟の数に応じて適当な面積を有すること。

なお、この場合における2(2)の規定の適用については、生活機能維持室部分を60平方メートルとして算定すること。

(5) デイルーム

保育病床数1床当たり面会室を含めおおむね2平方メートル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、老人性痴呆患者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 老人性痴呆患者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こと。

(9) 廊下

ア 両側に病室がある廊下の幅は、内法をおおむね2.1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。ただし、両側に病室がある場合は廊下を一部分幅を拡張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張し通路空間に変化を持たせない場合は、内法をおおむね2.7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、段差を設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。

エ 既存施設の病床転換による老人性痴呆疾患療養病棟の廊下にあつては、ア及びイの規定にかかわらず、両側に病室がある廊下の幅は、内法を1.6メートル以上、その他の廊下の幅は内法を1.2メートル以上とすること。

(10) 面会室

家族と面談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) 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) 窓には、いわゆる鉄格子を設置しないこと。

(6) 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。

22. 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し、かつ利用者1人あたりおおむね4平方メートル以上とすること。
- (2) 1回のデイ・ケアの利用者は、25名以内とすること。

3 施設に関する基準

- (1) デイ・ケアに必要なリハビリテーション機器を備えること。
- (2) 便所
 - ア 1箇所以上設置すること。
 - イ 痴呆性老人の使用に適した構造・設備、たとえば手すりなどを有すること。
 - ウ 汚物洗浄用の温水シャワーを付設することが望ましいこと。
- (3) その他
 - ア 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

定に基づき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。

23. 初老期における痴呆対策検討委員会報告

(平成6年7月

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を行ったので、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、秋田県農林部での調査、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、治癒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、実際上、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。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を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る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科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。

(子防)

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。

24. 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ている。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ている。

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るところの動きが見られ、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・向上を図る観点が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考え。

- (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、可能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、広報活動等を通じて、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、テレビコマース等々の酒類の宣伝・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) アルコール飲料の販売形態、特に酒類自動販売機について

酒類の自動販売機については、昭和60年の公衆衛生審議会意見書において、未成年者の飲酒に伴う身体発育面、精神面等の弊害を予防し、将来のアルコール依存症者を減少させるために、その効果的な規制を働きかけるべきことを述べている。また、昭和61年の中央酒類審議会においても未成年者飲酒防止の観点から適切な管理をすべきとの指摘がなされ、国税庁においても、平成2年に「未成年者飲酒防止に関する表示基準」が示され、稼働時間の制限、未成年者飲酒防止の表示の義務化等の対策が実施されてきたところであるが、なお、昭和60年以降も自動販売機の台数自体は増加し、20万台に達している。

アルコール飲料の持つ健康に影響を与えるという特性や、近年の未成年者の飲酒の増加傾向等を考慮すると、アルコール飲料の販売については、その特性を十分に理解した者が対面販売により責任を持って行うことが望ましい。

酒類の自動販売機については、消費者の利便、販売業者の省力化に資するという面もあるが、健康教育等による未成年者飲酒防止対策の効果を阻害することも考えられるため、一定の移行期間を設けて撤廃する方向で検討すべきである。

なお、その実施については関係各方面との調整が必要と考えられる。

(4) 研修体制について

アルコール医療に携わる専門スタッフの養成のため、現在、国立療養所久里浜病院において、医師、保健婦、看護婦、ケースワーカーに対する研修が行われているが、これをさらに拡充することが必要である。

また、精神保健センター等の機能を活用して、学校の保健担当教諭、職場の健康管理担当者及び酒類販売・料飲店等における提供に従事する者に対しても、アルコール飲料の特性及びアルコール関連問題についての知識を普及するための研修を行えるよう体制を整える必要がある。

(5) 今後の課題について

国民の健康に大きな影響を与える蓋然性を有するアルコール飲料の特性を考慮すれ

ば、アルコール関連問題を予防し国民の健康を保つという視点からアルコール飲料の販売・提供の在り方を考えていく必要がある。

今後、関係省庁においても、アルコール関連問題に適切に対処するため、諸外国の例等も参考にしつつ、消費者の利益等を踏まえ、また酒類関連業界の理解を得ながら、アルコール飲料の販売提供の在り方について検討を進めていくべきである。

- (注1) Low Km ALDH の有無と飲酒行動。アルコール研究と薬物依存, 22 ; p. 236 (1987)
- (注2) アルコール消費量と飲酒者数の推移。我が国の精神保健, p. 233 (1992)
- (注3) 潜在するアルコール関連問題者数の推定について。我が国のアルコール関連問題の現状, p. 43 (1993)
- (注4) 職場におけるアルコール依存者の頻度。職場の精神保健に関する研究報告書, p. 47 (1992)
- (注5) 高校生における飲酒問題。我が国のアルコール関連問題の現状, p. 55 (1993)
- (注6) Does Moderate Alcohol Consumption Prolong Life
Ellison. R. American Council Science and Health, 1993, p.23

25. 覚せい剤中毒者対策に関する意見

(昭和57年11月12日)
公衆衛生審議会

序

近年、覚せい剤の乱用は大きな社会問題となっており、昭和20年代の大流行に次ぐ第2次流行期を迎えている。覚せい剤に関する諸施策は、密輸・密造・密売者に対する取締り等による覚せい剤自体の根絶、乱用者に対する取締り、覚せい剤事犯者に対する厳正な処分、覚せい剤中毒者に対する医療、保護の充実等広く関係行政機関の協力があってはじめて実効のあがるものであり、さらに、覚せい剤の乱用を許さない生活環境をつくるため、国民各層に対し覚せい剤乱用防止について広報、啓発を行わなければならない。

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

1. 覚せい剤中毒に関連した用語の定義

覚せい剤中毒等薬物依存に関連した用語については、様々な用いられ方をされているのが現状である。

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

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

中毒：最も広い概念であって、薬物の摂取によって人体にもたらされる何らかの危険な状態をいう。つまり、中毒は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い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る、覚せい剤中毒等薬物依存に関し研究体制を整備する必要がある。

(3) 啓発、普及の実施

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

覚せい剤中毒者の診断基準

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

1) 覚せい剤中毒者の精神症状

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

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

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

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

覚せい剤の常用をやめると，通常一週間以内に異常な興奮状態は消える。ただし，1ヶ月ぐらいは焦燥性，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，麻薬中毒のような麻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。

II 参 考 資 料

表 1 傷病 (大分類)・年次別受療率 (人口10万対)

国際基本分類番号	傷病大分類	昭和30年	35	40	45
	総 数	3,301	4,805	5,910	6,987
290~319	V 精神障害	67	113	207	247
295	精神分裂症 (再掲)	…	…	130	151
300	神経症 (再掲)	16	20	40	26
320~389	VI 神経系及び感覚器の疾患	319	560	733	762
360~379	視器の疾患 (再掲)	133	250	309	342
380~389	聴器の疾患 (再掲)	102	161	193	160

50	55	56	57	58	59	62	平成 2	平成 5
7,049	6,847	7,266	6,805	7,427	6,403	6,600	6,768	6,735
269	290	300	312	323	315	339	367	341
165	172	183	181	182	184	185	193	181
30	32	30	41	38	37	46	51	46
825	619	677	578	719	542	528	506	492
417	293	320	298	387	283	258	247	253
202	205	233	168	201	146	150	139	128

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	再来	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	13.6	4.6	0.1	4.5	9.0	1.7	7.4	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	再来	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	14.7	5.6	0.1	5.5	9.1	1.6	7.5	0.0
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

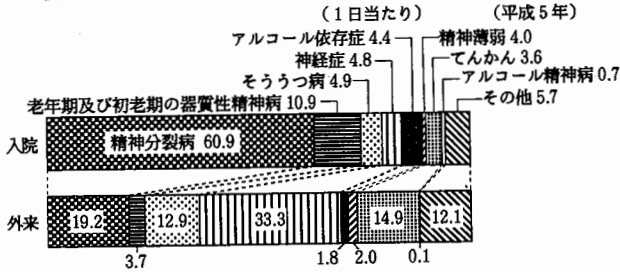
(平成5年)

(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	8,402.4	1,429.5	42.5	1,387.0	6,973.0	1,164.8	5,808.2	46.1
V 精神障害	425.4	320.6	1.1	319.4	104.8	6.5	98.2	1.2
老年期及び老初期の器質性精神病	40.7	36.1	0.1	36.0	4.6	0.2	4.4	0.9
アルコール精神病	2.5	2.4	0.0	2.4	0.1	—	0.1	—
精神分裂病	226.2	202.7	0.4	202.3	23.6	0.6	23.0	0.1
躁うつ病	32.2	16.3	0.1	16.2	15.9	0.8	15.1	0.1
その他の精神病	18.3	14.1	0.1	14.0	4.2	0.2	4.1	0.0
神経症	57.0	16.1	0.2	15.9	40.9	2.7	38.2	0.1
アルコール依存症	16.9	14.6	0.1	14.5	2.2	0.1	2.1	0.0
その他の非精神病	15.8	5.0	0.1	5.0	10.7	1.9	8.8	0.1
性精神障害	15.8	5.0	0.1	5.0	10.7	1.9	8.8	0.1
精神薄弱	15.7	13.3	0.0	13.3	2.4	0.1	2.3	0.0
VI 神経系及び感覚器の疾患	614.0	72.8	2.6	70.2	541.1	86.6	454.6	2.0
てんかん	30.3	12.0	0.1	11.9	18.3	0.6	17.7	0.1

資料:患者調査

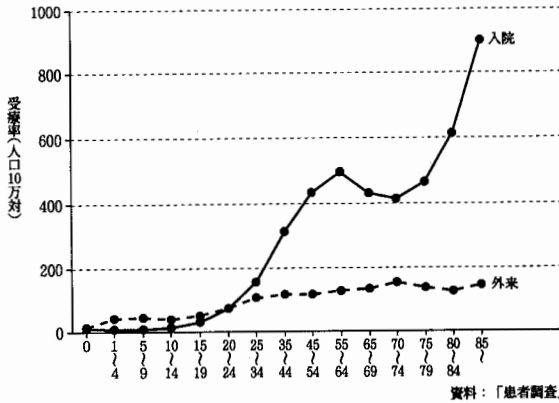
表3 入院・外来別受療者の疾病別割合 (%)



資料: 「患者調査」

表4 年齢階級別精神障害受療率の年次推移

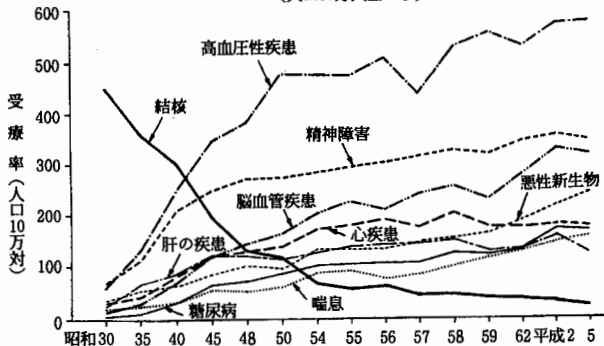
(人口10万人当たり)



資料: 「患者調査」

表5 主要傷病別受療率の年次推移

(人口10万人当たり)



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8年6月30日現在)

	人口 千人 (8.10.1)	精神 病院数	精神 病床数	人口万対 病床数	在院 患者数 A	人口万対 在院患者 数	措置 入院者数 B	人口万対 措置 入院者数	床 利用率 (%)	措置率 B/A (%)
北海道	3,936	89	14,566	37.0	13,646	34.7	196	0.50	93.7	1.4
青森	1,482	26	4,929	33.3	4,468	30.1	33	0.22	90.6	0.7
岩手	1,420	22	4,915	34.6	4,678	32.9	72	0.51	95.2	1.5
宮城	1,358	20	3,578	26.3	3,410	25.1	35	0.26	95.4	1.0
秋田	1,214	26	4,458	36.7	4,357	35.9	38	0.31	97.7	0.9
山形	1,257	18	3,226	25.7	3,089	24.6	22	0.18	95.8	0.7
福島	2,133	39	8,600	40.3	7,942	37.2	81	0.38	92.3	1.0
茨城	2,956	40	8,455	28.6	7,754	26.2	101	0.34	91.7	1.3
栃木	1,984	29	5,758	29.0	5,359	27.0	143	0.72	93.1	2.7
群馬	2,003	20	5,658	28.2	5,428	27.1	199	0.99	95.9	3.7
埼玉	6,759	51	12,070	17.9	11,563	17.1	262	0.39	95.8	2.3
千叶	4,941	43	10,697	21.6	10,138	20.5	41	0.08	94.8	0.4
東京	11,772	117	26,428	22.4	24,130	20.5	253	0.21	91.3	1.0
神奈川	3,736	31	6,784	18.2	6,236	16.7	62	0.17	91.9	1.0
新潟	2,488	33	7,579	30.5	7,348	29.5	59	0.24	97.0	0.8
富山	1,123	29	3,506	31.2	3,434	30.6	71	0.63	97.9	2.1
石川	1,180	21	4,137	35.1	3,819	32.4	28	0.24	92.3	0.7
福井	827	15	2,507	30.3	2,266	27.4	34	0.41	90.4	1.5
山梨	882	11	2,607	29.6	2,438	27.6	40	0.45	93.5	1.6
長野	2,194	32	6,004	27.4	5,354	24.4	167	0.76	89.2	3.1
岐阜	2,100	20	4,493	21.4	4,208	20.0	176	0.84	93.7	4.2
静岡	3,738	37	7,551	20.2	6,892	18.4	103	0.28	91.3	1.5
愛知	4,716	40	9,274	19.7	8,816	18.7	233	0.49	95.1	2.6
三重	1,841	21	5,368	29.2	5,183	28.2	185	1.00	96.6	3.6
滋賀	1,287	12	2,347	18.2	2,153	16.7	84	0.65	91.7	3.9
京都	1,166	10	2,926	25.1	2,766	23.7	9	0.08	94.5	0.3
大阪	6,195	60	21,262	34.3	20,047	32.4	44	0.07	94.3	0.2
兵庫	3,978	30	8,367	21.0	8,110	20.4	172	0.43	96.9	2.1
奈良	1,431	10	2,865	20.0	2,540	17.7	19	0.13	88.7	0.7
和歌山	1,080	13	2,951	27.3	2,651	24.5	70	0.65	89.8	2.6
鳥取	615	11	1,933	31.4	1,801	29.3	19	0.31	93.2	1.1
島根	771	18	2,724	35.3	2,588	33.6	20	0.26	95.0	0.8
岡山	1,951	25	6,002	30.8	5,369	27.5	29	0.15	89.5	0.5
広島	1,773	30	6,496	36.6	6,185	34.9	137	0.77	95.2	2.2
山口	1,556	35	6,543	42.1	6,339	40.7	257	1.65	96.9	4.1
徳島	832	21	4,540	54.6	4,338	52.1	102	1.23	95.6	2.4
香川	1,027	21	4,207	41.0	3,962	38.6	18	0.18	94.2	0.5
愛媛	1,507	22	5,159	34.2	4,811	31.9	121	0.80	93.3	2.5
高知	817	26	4,198	51.4	3,739	45.8	50	0.61	89.1	1.3
福岡	2,629	65	13,987	53.2	13,547	51.5	226	0.86	96.9	1.7
佐賀	884	19	4,498	50.9	4,336	49.0	108	1.22	96.4	2.5
長崎	1,545	40	8,563	55.4	8,251	53.4	83	0.54	95.4	1.0
熊本	1,860	46	9,116	49.0	8,562	46.0	142	0.76	93.9	1.7
大分	1,231	29	5,561	45.2	5,511	44.8	159	1.29	99.1	2.9
宮崎	1,176	26	6,332	53.8	5,880	50.0	57	0.48	92.9	1.0
鹿児島	1,794	51	10,228	57.0	9,965	55.5	291	1.62	97.4	2.9
沖縄	1,274	24	5,694	44.7	5,538	43.5	55	0.43	97.3	1.0
札幌	1,757	39	7,320	41.7	7,058	40.2	64	0.36	96.4	0.9
仙台	971	11	1,734	17.9	1,579	16.3	16	0.16	91.1	1.0
千叶	857	9	1,809	21.1	1,538	17.9	8	0.09	85.0	0.5
横浜	3,307	22	4,984	15.1	4,418	13.4	63	0.19	88.6	1.4
川崎	1,203	8	1,367	11.4	1,223	10.2	25	0.21	89.5	2.0
名古屋	2,152	16	5,000	23.2	4,713	21.9	106	0.49	94.3	2.2
京都	1,464	12	3,890	26.6	3,680	25.1	15	0.10	94.6	0.4
大阪	2,602	8	331	1.3	286	1.1	38	0.15	86.4	13.3
神戸	1,424	12	3,878	27.2	3,709	26.0	37	0.26	95.6	1.0
広島	1,109	15	2,807	25.3	2,705	24.4	41	0.37	96.4	1.5
北九州	1,020	18	4,169	40.9	3,887	38.1	72	0.71	93.2	1.9
福岡	1,285	23	4,122	32.1	4,021	31.4	45	0.35	97.5	1.1
合計	125,569	1,667	361,053	28.8	339,762	27.1	5,436	0.43	94.1	1.6
対前年計	125,034	1,671	362,180	29.0	340,785	27.3	5,905	0.47	94.1	1.7

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 措置入院者数は厚生省報告例
 3 人口は総人口（総務庁統計局）

表7 都道府県別開設者別精神病院数及び精神病床数

(平成8年6月30日)

都道府県名	国				都道府県				市町村		公的医療機関		その他				計	
	厚生省		その他								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	施設数	病床数	施設数	病床数
北海道	2	280	3	135	4	572	17	2,148	12	1,181	67	14,538	24	3,134	129	21,988		
北青森	-	-	1	41	1	350	5	483	1	111	17	3,790	1	204	26	4,979		
岩手	1	300	-	-	3	763	2	180	-	-	15	3,497	1	207	22	4,947		
宮城	1	48	1	74	1	354	1	16	-	-	18	3,688	9	1,021	31	5,201		
秋田	-	-	1	36	-	-	5	420	3	240	17	3,775	-	-	26	4,471		
山形	-	-	1	40	1	350	3	214	-	-	10	2,273	3	351	18	3,228		
福島	-	-	-	-	3	446	1	140	4	471	29	7,347	2	214	39	8,618		
茨城	1	17	1	41	1	611	-	-	-	-	32	7,181	5	634	40	8,484		
栃木	-	-	-	-	1	255	-	-	4	476	22	4,715	2	321	29	5,767		
群馬	-	-	1	40	1	372	1	223	-	-	17	5,033	-	-	20	5,668		
埼玉	-	-	1	26	1	120	-	-	2	513	40	9,964	7	1,367	51	11,990		
千葉	3	1,090	1	60	1	50	3	440	1	50	38	10,214	5	608	52	12,512		
東京都	3	867	6	283	10	1,904	2	78	1	50	78	20,625	19	3,240	119	27,047		
神奈川	3	405	-	-	3	631	4	108	-	-	42	10,248	8	1,688	60	13,080		
新潟	1	250	1	64	3	644	-	-	4	448	22	6,131	2	200	33	7,737		
富山	1	190	1	20	1	120	4	303	1	68	5	573	17	2,382	30	3,656		
石川	1	48	1	46	1	450	3	196	-	-	11	2,423	4	974	21	4,137		
福井	-	-	1	41	1	380	1	100	-	-	9	1,631	2	255	14	2,407		
山梨	-	-	1	40	1	300	-	-	-	-	9	2,267	-	-	11	2,607		
長野	1	280	1	40	2	356	-	-	5	671	19	3,730	4	927	32	6,004		
岐阜	-	-	2	51	1	120	2	154	1	54	13	3,987	1	127	20	4,493		
静岡	-	-	1	37	1	350	3	190	-	-	20	4,695	12	2,333	37	7,605		
愛知	2	253	2	70	3	622	3	298	1	100	37	10,915	8	2,087	56	14,345		
三重	1	260	1	40	3	698	1	50	2	350	9	2,976	4	1,023	21	5,397		
滋賀	-	-	1	45	1	100	-	-	2	207	8	1,995	-	-	12	2,347		
京都	1	155	2	126	2	446	-	-	-	-	16	5,928	1	161	22	6,816		
大阪	2	96	2	100	2	886	2	95	2	134	52	18,912	6	1,325	68	21,548		
兵庫	-	-	2	60	2	605	1	100	-	-	28	8,933	9	2,503	42	12,201		
奈良	1	200	-	-	1	80	-	-	-	-	8	2,535	-	-	10	2,815		
和歌山	-	-	-	-	2	490	3	512	-	-	6	1,661	2	288	13	2,951		
鳥取	1	300	1	42	-	-	1	108	-	-	7	1,383	1	100	11	1,933		
島根	-	-	1	40	2	349	3	144	2	120	9	2,003	1	100	18	2,756		
岡山	-	-	1	64	1	240	-	-	-	-	20	5,559	3	182	25	6,045		
広島	2	400	1	20	1	50	4	514	2	199	26	6,368	10	1,696	46	9,247		
山口	1	55	1	51	1	200	-	-	-	-	27	5,573	5	706	35	6,585		
徳島	-	-	1	45	1	100	1	200	1	59	17	4,156	-	-	21	4,560		
香川	2	150	1	26	1	340	3	380	-	-	13	2,866	1	498	21	4,260		
愛媛	-	-	1	40	1	50	1	165	-	-	19	4,866	-	-	22	5,121		
高知	-	-	1	14	1	193	1	50	-	-	20	3,677	3	268	26	4,202		
福岡	2	150	2	123	2	395	-	-	1	60	84	18,291	16	3,339	107	22,358		
佐賀	1	573	1	26	-	-	-	-	-	-	12	3,066	5	852	19	4,517		
長門	1	55	1	50	3	416	1	70	-	-	24	6,157	10	1,843	40	8,591		
熊本	2	200	1	60	1	250	-	-	-	-	39	8,194	3	422	46	9,126		
大分	1	40	1	30	-	-	-	-	1	200	22	4,743	4	548	29	5,561		
宮崎	-	-	1	40	2	402	-	-	-	-	22	5,805	1	85	26	6,332		
鹿児島	-	-	1	45	1	340	-	-	-	-	42	8,759	7	1,102	51	10,246		
沖縄	1	350	1	40	3	456	-	-	-	-	15	3,909	4	939	24	5,694		
合計	39	7,012	54	2,312	79	17,206	82	8,079	53	5,762	1,132	281,555	232	40,254	1,671	362,180		
5.6.30	38	6,962	54	2,370	78	17,274	82	8,128	53	6,033	1,091	274,521	276	47,674	1,672	362,962		

資料：病院報告（速報版）

表8 疾患名別・性別・年齢階級別在院患者数

(平成8年6月30日現在)

疾患名	総 数					男 性					女 性				
	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～
総 数	53,342	79	147	15,166	37,950	22,446	39	69	9,638	12,700	30,896	40	78	5,528	25,250
器質性精神障害															
アルツハイマー型痴呆	8,567	1	3	976	7,587	2,364	0	2	444	1,918	6,203	1	1	532	5,669
脳血管性痴呆	21,127	0	8	2,361	18,758	7,944	0	5	1,533	6,406	13,183	0	3	828	12,352
その他の痴呆	6,409	1	4	1,151	5,253	2,522	0	1	796	1,725	3,887	1	3	355	3,528
てんかん	8,574	34	64	7,272	1,204	5,054	18	40	4,400	596	3,520	16	24	2,872	608
その他の器質性障害	8,665	43	68	3,406	5,148	4,562	21	21	2,465	2,055	4,103	22	47	941	3,093
中毒性															
総 数	19,551	11	60	15,330	4,150	17,930	5	44	14,067	3,814	1,621	6	16	1,263	336
アルコール依存症	17,881	1	30	13,827	4,023	16,568	0	30	12,817	3,721	1,313	1	0	1,010	302
覚せい剤依存症	721	2	7	684	28	599	0	3	572	24	122	2	4	112	4
その他の中毒性障害	949	8	23	819	99	763	5	11	678	69	186	3	12	141	30
精神分裂病	206,166	439	1,091	169,619	35,017	116,016	231	673	100,058	15,054	90,150	208	418	69,561	19,963
その他の精神病	14,038	74	108	9,348	4,508	6,097	35	43	4,602	1,417	7,941	39	65	4,746	3,091
そううつ病	19,113	38	83	12,087	6,905	8,013	13	34	5,985	1,981	11,100	25	49	6,102	4,924
神経症	7,888	271	152	5,373	2,092	3,327	122	62	2,566	577	4,561	149	90	2,807	1,515
人格障害	1,833	19	35	1,390	389	1,226	9	15	929	273	607	10	20	461	116
精神遅滞	11,144	44	61	9,239	1,800	6,617	25	37	5,658	897	4,527	19	24	3,581	903
その他	5,639	251	92	3,162	2,134	2,749	125	47	1,810	767	2,890	126	45	1,352	1,367
合 計	338,714	1,226	1,829	240,714	94,945	184,421	604	1,024	145,313	37,480	154,293	622	805	95,401	57,465

資料：精神保健福祉課

- (注) 1 アルコールは、依存症と精神病とを合計し、アルコール依存症へ計上。
 2 覚せい剤は、依存症と精神病とを合計し、覚せい剤依存症へ計上。
 3 有機溶剤中毒は、その他の中毒性精神病へ計上。

表9 都道府県別・性別・年齢別在院患者数

(平成8年6月30日現在)

	総 数					男 性					女 性				
	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	20,703	72	192	14,206	6,233	11,331	33	118	8,598	2,582	9,372	39	74	5,608	3,651
青森	4,468	7	18	3,391	1,052	2,479	3	4	2,050	422	1,989	4	14	1,341	630
岩手	4,679	7	14	3,573	1,085	2,809	4	8	2,319	478	1,870	3	6	1,254	607
宮城	4,988	24	41	3,642	1,281	2,521	12	24	2,051	434	2,467	12	17	1,591	847
秋田	4,357	7	13	3,003	1,334	2,416	5	4	1,863	544	1,941	2	9	1,140	790
山形	3,089	16	9	2,113	951	1,651	5	2	1,261	363	1,458	11	7	852	588
福島	7,944	12	35	5,715	2,182	4,478	7	13	3,613	845	3,466	5	22	2,102	1,337
茨城	7,755	15	24	6,079	1,637	4,572	6	12	3,823	731	3,183	9	12	2,256	906
栃木	5,370	8	107	4,236	1,019	3,041	1	11	2,565	464	2,329	7	96	1,671	555
群馬	5,428	11	44	4,272	1,101	3,095	5	28	2,583	479	2,333	6	16	1,689	622
埼玉県	11,609	68	136	9,235	2,170	6,390	27	55	5,407	901	5,219	41	81	3,828	1,269
千葉県	11,642	102	63	8,526	2,951	6,136	45	41	4,913	1,137	5,506	57	22	3,613	1,814
東京都	24,132	206	124	16,962	6,840	12,692	113	64	9,863	2,652	11,440	93	60	7,099	4,188
神奈川県	11,878	87	73	8,829	2,889	6,384	36	39	5,173	1,136	5,494	51	34	3,656	1,753
新潟	7,347	39	19	5,101	2,188	4,037	27	14	3,136	860	3,310	12	5	1,965	1,328
富山	3,434	3	5	2,640	786	1,974	1	3	1,627	343	1,460	2	2	1,013	443
石川	3,819	10	19	2,795	995	1,958	6	7	1,555	390	1,861	4	12	1,240	605
福井	2,267	3	8	1,586	670	1,210	1	3	935	271	1,057	2	5	651	399
山梨	2,438	13	8	1,846	571	1,375	6	4	1,109	256	1,063	7	4	737	315
長野	5,358	18	21	3,989	1,330	2,896	7	9	2,348	532	2,462	11	12	1,641	798
岐阜	4,208	5	10	3,406	787	2,330	2	2	1,889	437	1,878	3	8	1,517	350
静岡県	6,893	13	23	5,376	1,481	4,012	6	11	3,368	628	2,881	7	13	2,008	853
愛知県	13,529	60	62	10,762	2,645	7,791	23	32	6,619	1,117	5,738	37	30	4,143	1,528
三重	5,183	37	23	3,819	1,254	2,913	56	13	2,326	518	2,270	31	10	1,493	736
滋賀	2,182	9	9	1,525	609	1,137	4	4	890	239	1,015	5	5	635	370
京都府	6,419	12	19	3,468	2,920	2,909	8	10	2,002	889	3,510	4	9	1,466	2,031
大阪府	20,010	53	70	14,516	5,371	11,045	23	31	8,859	2,132	8,965	30	39	5,657	3,239
兵庫県	11,714	19	46	8,066	3,583	6,153	11	32	4,767	1,343	5,561	8	14	3,299	2,240
奈良	2,540	7	12	1,926	595	1,353	4	5	1,102	242	1,187	3	7	824	353
和歌山	2,651	1	7	2,022	621	1,473	0	6	1,174	293	1,178	1	1	848	328
鳥取	1,804	5	3	1,295	501	1,013	3	1	823	186	791	2	2	472	315
島根	2,588	34	8	1,639	907	1,329	17	4	978	330	1,259	17	4	661	577
岡山	5,374	20	153	3,351	1,850	2,810	8	147	1,989	666	2,564	12	6	1,362	1,184
広島	8,086	26	133	5,261	2,666	4,014	12	85	2,809	1,108	4,072	14	48	2,452	1,558
山口	6,339	6	32	4,165	2,136	3,392	2	15	2,616	759	2,947	4	17	1,549	1,377
徳島	4,343	6	7	3,360	970	2,487	2	4	2,059	422	1,856	4	3	1,301	548
香川県	3,963	3	7	2,673	1,280	2,146	0	5	1,642	499	1,817	3	2	1,031	781
愛媛	4,814	10	21	3,580	1,203	2,706	2	14	2,161	529	2,108	8	7	1,419	674
高松	3,739	4	7	2,515	1,213	2,132	2	6	1,626	498	1,607	2	1	889	715
富山	21,563	56	99	14,038	7,370	11,686	33	71	8,669	2,913	9,877	23	28	5,369	4,457
佐賀	4,342	3	9	2,689	1,641	2,232	1	7	1,638	586	2,110	2	2	1,051	1,055
熊本	8,251	16	19	5,462	2,754	4,584	8	11	3,443	1,122	3,667	8	8	2,019	1,632
大分	8,562	14	22	5,847	2,679	4,696	10	13	3,619	1,054	3,866	4	9	2,228	1,625
福岡	5,512	3	10	3,652	1,847	3,012	2	2	2,302	706	2,500	1	8	1,350	1,141
宮崎	5,892	13	14	3,799	2,066	3,060	9	7	2,373	671	2,832	4	7	1,426	1,395
鹿児島	9,968	7	19	6,699	3,243	5,328	2	14	4,101	1,211	4,640	5	5	2,598	2,032
沖縄	5,570	6	12	4,064	1,488	3,253	4	10	2,677	562	2,317	2	2	1,387	926
計	338,714	1,226	1,829	240,714	94,945	184,421	604	1,024	145,313	37,480	154,293	622	805	95,401	57,465

資料：精神保健福祉課調

表10 都道府県別・入院形態別患者数

(平成8年6月30日現在)

都道府県	措 置		医療保護		任 意		そ の 他		合 計	
		構成比 (%)		構成比 (%)		構成比 (%)		構成比 (%)		構成比 (%)
北海道	260	1.3	4,875	23.5	14,540	70.2	1,029	5.0	20,704	100.0
青森	33	0.7	957	21.4	3,381	75.7	97	2.2	4,468	100.0
岩手	73	1.6	1,153	24.6	3,422	73.1	31	0.7	4,679	100.0
宮城	55	1.1	1,021	20.4	3,790	75.9	129	2.6	4,995	100.0
秋田	38	0.9	965	22.1	3,351	76.9	3	0.1	4,357	100.0
山形	22	0.7	622	20.1	2,217	71.8	228	7.4	3,089	100.0
福島	81	1.0	2,024	25.5	5,702	71.8	137	1.7	7,944	100.0
茨城	101	1.3	1,305	16.8	6,286	81.1	63	0.8	7,755	100.0
栃木	141	2.6	1,991	37.1	3,053	56.9	185	3.4	5,370	100.0
群馬	199	3.7	1,867	34.4	3,356	61.8	6	0.1	5,428	100.0
埼玉	262	2.3	4,188	36.2	6,777	58.6	342	3.0	11,569	100.0
千葉	49	0.4	3,754	32.1	7,802	66.8	72	0.6	11,677	100.0
東京	255	1.1	6,360	27.3	16,301	69.9	408	1.7	23,324	100.0
神奈川	145	1.2	4,774	40.2	6,810	57.3	149	1.3	11,878	100.0
新潟	51	0.7	2,431	33.1	4,836	65.8	29	0.4	7,347	100.0
富山	73	2.1	1,224	35.6	2,053	59.8	84	2.4	3,434	100.0
石川	27	0.7	1,168	30.6	2,625	68.7	0	0.0	3,820	100.0
福井	34	1.5	289	12.7	1,941	85.6	3	0.1	2,267	100.0
山梨	38	1.6	756	31.0	1,643	67.4	1	0.0	2,438	100.0
長野	167	3.1	1,069	20.0	3,722	69.5	400	7.5	5,358	100.0
岐阜	176	4.2	839	19.9	3,190	75.8	3	0.1	4,208	100.0
静岡	103	1.5	2,023	29.3	4,761	69.1	6	0.1	6,893	100.0
愛知	346	2.6	4,523	33.4	8,266	61.1	394	2.9	13,529	100.0
三重	185	3.6	784	15.1	4,155	80.2	59	1.1	5,183	100.0
滋賀	84	3.9	538	25.0	1,513	70.3	17	0.8	2,152	100.0
京都	21	0.3	1,622	25.1	4,750	73.6	60	0.9	6,453	100.0
大阪	42	0.2	6,481	32.4	12,997	65.0	490	2.4	20,010	100.0
兵庫	209	1.8	4,079	34.8	7,379	63.0	47	0.4	11,714	100.0
奈良	19	0.7	1,367	53.8	1,142	45.0	12	0.5	2,540	100.0
和歌山	70	2.6	1,155	43.6	1,425	53.8	1	0.0	2,651	100.0
鳥取	19	1.1	391	21.7	1,194	66.2	200	11.1	1,804	100.0
島根	19	0.7	651	25.2	1,691	65.3	227	8.8	2,588	100.0
岡山	29	0.5	1,433	26.7	3,769	70.1	143	2.7	5,374	100.0
広島	181	2.0	2,728	30.7	5,845	65.7	136	1.5	8,890	100.0
山口	256	4.0	2,459	38.8	3,620	57.1	4	0.1	6,339	100.0
徳島	102	2.3	1,512	34.8	2,726	62.8	3	0.1	4,343	100.0
香川	18	0.5	752	19.0	3,144	79.3	49	1.2	3,963	100.0
愛媛	121	2.5	2,315	48.1	2,359	49.0	19	0.4	4,814	100.0
高知	52	1.4	977	26.1	2,576	68.9	134	3.6	3,739	100.0
福岡	344	1.6	5,657	26.2	14,709	68.2	853	4.0	21,563	100.0
佐賀	108	2.5	1,028	23.7	3,000	69.1	206	4.7	4,342	100.0
長崎	83	1.0	1,463	17.7	6,366	77.2	339	4.1	8,251	100.0
熊本	142	1.7	3,179	37.1	5,225	61.0	16	0.2	8,562	100.0
大分	158	2.9	1,880	34.1	3,474	63.0	0	0.0	5,512	100.0
宮崎	57	1.0	1,704	28.9	3,970	67.4	161	2.7	5,892	100.0
鹿児島	291	2.9	3,097	31.1	6,563	65.8	17	0.2	9,968	100.0
沖縄	55	1.0	1,098	19.8	4,383	79.2	0	0.0	5,536	100.0
計	5,394	1.6	98,528	29.0	227,800	67.3	6,992	2.1	338,714	100.0
対前年計	5,854	1.7	102,549	30.1	224,857	65.9	7,781	2.3	341,041	100.0

資料：精神保健福祉課調

表11 都道府県別疾患別在院患者数

	脳器質性精神障害						中毒性精神障害			
	総数	アルツハイマー 型痴呆	脳血管性 痴呆	その他の 痴呆	てんかん	その他の 器質性 精神障害	総数	アルコール 依存症	覚せい剤 依存症	その他の 中毒性 精神障害
北海道	3,678	259	1,365	596	793	665	1,793	1,705	29	59
青森	655	46	380	27	100	102	246	242	2	2
岩手	663	95	211	58	145	154	295	285	2	8
宮城	887	102	323	169	178	115	214	206	0	8
秋田	882	144	492	27	139	80	268	258	0	10
山形	476	31	210	90	89	56	120	116	2	2
福島	1,228	134	446	193	306	149	376	362	6	8
茨城	969	78	362	126	196	207	368	305	28	35
栃木	545	74	148	63	207	53	177	147	18	14
群馬	536	103	148	64	112	109	246	234	4	8
埼玉	1,362	97	348	131	265	521	474	431	16	27
千叶	1,384	240	349	245	194	356	602	510	28	64
東京	3,383	618	1,368	425	499	473	1,183	1,028	80	75
神奈川	1,512	181	439	185	271	436	795	695	34	66
新潟	1,429	410	549	157	185	280	280	275	0	5
富山	416	51	207	37	64	57	147	143	2	2
石川	704	136	294	84	116	74	94	88	2	4
福井	369	83	157	26	63	40	88	78	1	9
山梨	239	32	44	38	76	49	116	103	3	10
長野	600	119	103	49	148	181	336	323	4	9
岐阜	336	35	104	4	142	51	134	126	2	6
静岡	550	27	75	121	143	184	498	461	16	21
愛知	1,243	169	197	139	364	374	875	808	16	51
三重	357	36	52	71	130	68	248	227	4	17
滋賀	310	49	134	33	67	27	69	62	3	4
京都	2,009	665	1,019	83	134	108	193	177	3	13
大阪	2,960	617	1,019	419	369	536	1,557	1,332	135	90
兵庫	2,109	356	846	341	297	269	604	541	28	35
奈良	205	9	45	58	54	39	110	91	10	9
和歌山	129	13	29	17	33	37	84	76	0	8
鳥取	257	49	92	28	29	59	101	98	1	2
島根	574	142	242	100	38	52	123	114	0	9
岡山	1,124	186	564	111	92	171	273	245	10	18
広島	1,540	281	601	188	209	261	806	767	16	23
山口	1,389	294	697	142	124	132	378	372	1	5
徳島	427	38	143	57	115	74	208	198	5	5
香川	702	46	425	30	92	109	227	203	19	5
愛媛	607	144	171	56	130	106	257	232	23	2
高知	604	87	239	54	130	94	406	367	22	17
福岡	4,394	635	2,080	515	505	659	1,463	1,268	106	89
佐賀	1,047	353	458	76	69	91	207	188	6	13
長崎	1,599	98	764	174	200	363	596	584	3	9
熊本	1,706	241	762	211	253	239	437	397	26	14
大分	1,127	251	557	98	147	74	346	334	1	11
宮崎	1,347	174	667	193	157	156	414	387	1	26
鹿児島	1,776	392	744	170	327	143	463	444	4	15
沖縄	997	147	458	130	78	184	256	248	1	7
計	53,342	8,567	21,127	6,409	8,574	8,665	19,551	17,881	721	949
構成比 (%)	15.7	2.5	6.2	1.9	2.5	2.6	5.8	5.3	0.2	0.3

資料：精神保健福祉課調

(平成8年6月30日現在)

精神分裂病	その他の 精神病	躁うつ病	神経症	人格障害	精神遅滞	その他	合計
10,701	888	1,428	750	81	805	579	20,703
2,773	135	245	146	32	169	67	4,468
2,972	134	217	112	29	214	43	4,679
2,970	140	435	139	14	111	78	4,988
2,411	60	317	170	13	195	41	4,357
1,787	40	268	174	19	139	66	3,089
4,658	469	557	113	26	418	99	7,944
5,474	139	312	102	31	247	113	7,755
3,666	260	406	89	20	187	20	5,370
3,872	156	262	136	4	150	66	5,428
8,041	460	730	199	32	240	71	11,609
7,715	681	667	185	35	163	210	11,642
15,564	714	1,599	493	105	691	400	24,132
7,829	229	787	416	33	172	105	11,878
4,083	160	611	164	82	442	96	7,347
2,223	114	199	177	32	115	11	3,434
2,338	221	191	96	16	121	38	3,819
1,425	28	185	109	13	33	17	2,267
1,671	44	173	60	4	101	30	2,438
3,468	113	374	326	20	105	16	5,358
2,819	219	220	171	44	181	84	4,208
4,584	331	379	255	32	184	80	6,893
8,674	848	733	391	120	342	303	13,529
3,169	439	251	100	18	224	377	5,183
1,295	110	155	118	3	58	34	2,152
3,239	316	366	160	25	95	16	6,419
11,899	1,410	925	193	46	415	605	20,010
7,029	675	541	243	22	351	140	11,714
1,763	98	166	46	8	123	21	2,540
2,016	189	99	33	18	75	8	2,651
1,174	95	91	20	16	40	10	1,804
1,375	64	174	109	10	58	101	2,588
2,990	171	326	235	16	166	73	5,374
4,493	192	526	126	37	297	69	8,086
3,742	137	270	90	33	202	98	6,339
3,018	197	164	107	10	194	18	4,343
2,428	209	168	68	17	131	13	3,963
3,231	212	182	104	13	181	27	4,814
2,200	146	158	62	5	122	36	3,739
11,060	1,165	1,109	494	454	963	461	21,563
2,331	173	256	82	31	109	106	4,342
4,600	334	394	108	80	448	92	8,251
5,316	186	298	106	53	429	31	8,562
3,347	158	268	58	16	161	31	5,512
3,059	318	242	67	13	359	73	5,892
6,015	290	540	106	51	392	335	9,968
3,659	171	149	80	1	26	231	5,570
206,166	13,682	19,113	7,888	1,833	11,144	5,639	338,714
60.7	4.0	5.6	2.3	0.5	3.3	1.7	99.8

(注) 1 アルコールは、依存症と精神病とを合計し、アルコール依存症へ計上。
 2 覚せい剤は、依存症と精神病とを合計し、覚せい剤依存症へ計上。
 3 有機溶剤中毒は、その他の中毒性精神病へ計上。

表12 都道府県別年間入退院患者数等

(平成7年)

	年間在院 患者延数	年間新入院 患者数	年間退院 患者数	平均在院 日数
北海道	7,561,393人	17,859人	17,713人	425.1日
青森	1,643,964	4,529	4,598	360.2
岩手	1,738,114	3,193	3,244	540.0
宮城	1,799,786	4,674	4,736	382.5
秋田	1,596,799	3,715	3,736	428.6
山形	1,134,721	3,964	4,017	284.4
福島	2,913,051	5,412	5,443	536.7
茨城	2,865,911	4,477	4,616	630.4
栃木	1,965,313	3,200	3,196	614.5
群馬	1,984,771	3,926	3,932	505.2
埼玉	4,234,489	8,592	8,703	489.7
千葉	4,290,864	9,919	9,816	434.8
東京都	8,859,033	25,940	26,151	340.1
神奈川県	4,328,609	10,996	11,443	385.8
新潟	2,714,151	6,327	6,238	432.0
富山	1,301,693	2,778	2,822	464.9
石川	1,409,538	2,753	2,755	511.8
福井	815,279	2,133	2,086	386.5
山梨	893,309	1,984	1,987	449.9
長野	1,935,967	5,454	5,419	356.1
岐阜	1,551,080	3,246	3,352	470.2
静岡県	2,528,898	5,210	5,324	480.1
愛知県	4,990,772	10,303	10,293	484.6
三重	1,914,378	3,507	3,518	545.0
滋賀	781,569	2,355	2,262	338.6
京都	2,297,932	5,009	4,598	478.4
大阪	7,443,938	19,083	19,007	390.9
兵庫県	4,325,955	8,331	8,203	523.3
奈良	918,093	1,570	1,595	580.2
和歌山	975,960	1,352	1,355	721.1
鳥取	664,381	1,819	1,834	363.7
島根	946,333	3,154	3,086	303.3
岡山	1,976,566	5,350	5,449	366.1
広島	3,262,509	7,783	7,801	418.7
山口	2,342,883	4,414	4,531	523.8
山徳島	1,596,175	2,216	2,248	715.1
香川	1,460,920	2,816	2,916	509.7
愛媛	1,762,909	3,578	3,645	488.1
高知	1,373,566	3,208	3,224	427.1
福岡	7,872,276	15,538	15,481	507.6
佐賀	1,588,881	3,086	3,101	513.6
長崎	3,011,087	4,325	4,374	692.3
熊本	3,182,745	5,799	5,891	544.5
大分	2,022,741	3,758	3,736	539.8
宮崎	2,152,019	4,410	4,462	485.1
鹿児島	3,656,439	5,272	5,334	639.5
沖縄	2,007,380	5,206	5,218	385.1
全国	124,595,190	273,523	274,489	454.7

資料：病院報告

表13 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 床	入院患者数 人	措置入院者数 人	措置率 %	病床利用率 %
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
60	333,570	339,989	30,543	9.0	101.9
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
5	362,962	343,926	7,223	2.1	94.8
6	362,235	343,126	6,418	1.9	94.7
7	362,180	340,785	5,905	1.7	94.1
8	361,053	339,762	5,436	1.6	34.1

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14 入院形態別入院患者数の推移

(上段：実数(人)，下段：割合(%))

	平成2年	平成3年	平成4年	平成5年	平成6年	平成7年	平成8年
措置入院	12,566 (3.6)	10,007 (2.9)	8,446 (2.4)	7,223 (2.1)	6,408 (1.9)	5,854 (1.7)	5,394 (1.6)
医療保護入院	139,123 (39.9)	127,577 (36.5)	118,402 (34.1)	112,230 (32.6)	107,362 (31.3)	102,549 (30.1)	98,528 (29.0)
任意入院	184,503 (52.9)	199,188 (57.0)	209,037 (60.3)	213,974 (62.2)	220,569 (64.3)	224,857 (65.9)	227,800 (67.3)
その他	12,818 (3.6)	12,418 (3.6)	11,045 (3.2)	10,499 (3.1)	8,787 (2.6)	7,781 (2.3)	6,992 (2.1)
総計	349,010 (100.0)	349,190 (100.0)	346,930 (100.0)	343,926 (100.0)	343,216 (100.0)	341,041 (100.0)	338,714 (100.0)

資料：各年6月末現在（精神保健福祉課調）

表15 通院医療公費負担患者数の推移

(単位：人)

	平成2年	平成3年	平成4年	平成5年	平成6年	平成8年
通院患者数	314,757	327,355	338,918	353,821	377,119	472,268

資料：平成2年～平成6年までは歴年調査（厚生省報告例の承認件数×1/2）

(注)平成7年7月から制度改正が行われたため、平成8年度からは、6月30日現在の公費負担患者数（精神保険福祉課調）とした。

表16 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	精神保健被相談延人員						
	50年	55年	60年	元年	5年	6年	7年
北海道	5,916	6,525	7,370	12,372	15,790	20,050	22,449
青森	206	288	2,008	2,156	4,126	6,826	10,548
岩手	1,067	1,211	5,938	5,648	6,565	7,856	7,916
宮城	3,307	3,721	3,655	7,373	11,668	17,753	14,949
秋田	1,543	1,035	1,458	2,623	5,664	4,868	6,071
山形	1,233	1,972	1,262	3,267	4,154	4,089	3,832
福島	795	1,267	1,684	2,897	4,360	5,169	6,600
茨城	1,534	1,995	2,353	5,453	13,362	14,176	19,933
栃原	420	677	2,100	3,048	4,203	4,773	6,475
群馬	1,571	2,428	2,719	8,770	12,285	13,557	13,873
埼玉	897	2,994	12,248	24,288	30,860	36,177	36,538
千葉	2,339	3,061	5,687	8,430	12,569	13,395	14,111
東京都	13,549	40,813	90,825	179,202	227,304	247,062	253,518
神奈川県	23,762	41,163	43,262	59,647	77,169	81,385	77,764
新潟	4,336	6,635	4,942	7,955	10,595	10,314	13,148
富山	373	608	2,098	2,556	4,110	4,388	5,688
山梨	571	866	1,930	5,158	8,212	7,024	8,337
福島	220	509	3,485	6,695	7,854	9,240	10,113
山梨	645	366	2,248	5,385	3,558	4,155	5,161
長野	1,646	4,695	4,907	12,896	16,365	18,145	17,634
岐阜	823	1,246	1,400	3,670	3,654	3,633	4,087
静岡県	2,619	4,105	6,865	14,040	15,783	17,511	20,055
愛知	9,652	15,294	17,896	27,214	36,858	39,358	43,081
三重	305	324	733	2,757	3,199	4,478	4,873
滋賀	679	1,171	4,520	6,847	9,452	7,902	6,749
京都	3,995	6,934	11,212	19,475	27,296	27,087	30,701
大阪	20,298	46,736	87,772	100,649	110,696	104,037	114,818
兵庫県	8,734	16,471	24,187	46,484	55,395	59,828	58,749
奈良	188	173	942	2,769	4,424	4,736	4,713
和歌山	691	478	762	1,833	3,140	3,264	4,253
鳥取	213	795	2,300	4,346	1,908	3,073	3,154
島根	991	1,013	878	2,627	1,719	1,788	3,649
岡山	914	1,680	1,337	2,018	4,882	5,545	4,626
広島	2,205	4,432	11,179	20,251	25,517	24,357	25,417
山口	926	1,830	3,811	4,877	11,463	10,846	12,837
徳島	629	391	768	2,449	4,272	5,638	4,469
香川	500	594	1,034	12,232	14,189	12,021	13,098
愛媛	1,130	1,204	1,767	4,536	6,661	5,956	8,037
高知	2,100	2,775	2,853	5,979	4,022	7,423	5,509
福岡	5,089	6,538	10,314	20,834	30,243	33,367	33,366
佐賀	719	1,531	1,544	4,955	8,615	8,291	9,350
長崎	888	1,491	4,638	7,934	8,219	7,768	8,180
熊本	1,145	1,930	2,009	6,939	8,997	8,775	10,996
大分	515	1,712	4,083	6,506	9,409	9,582	10,582
宮崎	994	558	979	3,052	4,169	3,965	5,057
鹿児島	1,407	3,523	4,549	9,087	10,147	11,997	14,179
沖縄	3,111	1,500	3,874	10,088	18,890	18,050	18,241
合計	137,390	249,258	414,930	720,267	924,064	980,678	1,037,484

資料：保健所運営報告

(2) 都道府県別精神保健訪問指導状況

都道府県	精神保健被相談延人員							
	50年	55年	60年	元年	5年	6年	7年	
北海道	北	8,362	10,849	10,521	13,533	12,193	11,387	11,547
	青森	1,684	1,534	3,097	5,799	5,173	5,612	5,390
	岩手	3,190	4,332	6,129	5,462	3,654	3,320	3,152
	宮城	4,193	3,804	3,823	7,049	4,833	5,843	5,973
	秋田	2,159	2,738	2,964	3,431	4,659	3,250	3,680
山形県	山形	2,401	2,352	3,419	3,590	2,475	2,422	2,173
	福島	671	1,339	2,434	3,177	2,348	2,164	1,582
	茨城	4,374	3,158	3,558	4,511	5,109	6,052	5,665
	栃木	3,289	4,232	3,789	3,109	3,425	2,795	2,616
	群馬	3,976	4,519	3,069	3,077	2,564	2,568	2,205
埼玉県	埼玉	2,138	3,489	6,987	8,064	6,785	7,467	6,088
	千葉	2,070	2,563	2,464	4,535	4,413	4,708	3,924
	東京	8,233	16,394	23,834	31,782	37,371	38,554	39,626
	神奈川	11,683	12,957	15,273	15,424	16,673	15,643	14,984
新潟県	新潟	3,810	3,210	3,080	3,946	3,053	4,114	2,782
	富山	4,474	2,306	2,029	1,730	2,053	2,295	2,525
	石川	1,656	1,837	1,957	2,658	1,956	1,815	1,391
	福井	719	1,002	3,642	5,750	4,271	4,096	3,545
	山梨	731	742	1,401	1,580	1,130	1,351	1,323
岐阜県	岐阜	2,325	1,994	1,930	2,677	2,687	2,967	2,874
	静岡	1,759	3,065	3,251	4,859	2,800	3,026	1,840
	愛知	5,015	6,056	7,224	8,091	6,589	6,643	6,882
	三重	12,286	15,412	15,948	16,930	14,812	14,864	15,165
	滋賀	639	459	1,104	2,308	2,502	2,157	2,408
京都府	京都	941	1,103	1,347	2,981	2,454	2,216	1,849
	大阪	3,690	4,773	6,544	8,026	8,234	8,413	8,850
	兵庫	6,805	11,396	14,524	19,410	20,571	19,691	18,984
	奈良	3,950	5,098	8,856	12,800	14,258	14,275	16,433
	和歌山	775	497	830	1,014	1,108	1,235	1,126
鳥取県	鳥取	856	583	1,663	3,490	4,252	4,687	4,899
	島根	1,371	1,974	2,181	3,832	2,006	2,394	2,421
	岡山	1,133	1,273	1,021	721	1,251	1,090	1,053
	広島	8,280	7,232	8,127	9,918	8,461	7,226	6,940
	山口	6,946	8,269	9,155	11,467	8,439	8,822	7,666
徳島県	徳島	4,187	5,699	5,557	5,908	4,626	4,952	4,128
	香川	1,791	3,457	3,583	4,702	5,240	5,536	5,193
	愛媛	1,699	1,581	2,100	2,867	2,680	2,308	2,621
	高松	2,947	3,335	2,964	4,790	4,192	4,591	4,774
	福岡	6,352	6,928	6,294	6,068	4,884	7,045	5,984
佐賀県	佐賀	5,662	8,099	9,924	16,251	17,024	15,294	14,466
	長崎	1,601	3,587	3,257	3,301	2,845	2,231	2,284
	熊本	4,441	6,301	6,057	5,643	3,496	3,691	3,269
	大分	2,268	2,483	3,311	3,946	3,611	3,273	2,518
	宮崎	1,825	2,451	5,773	6,026	6,433	6,357	5,643
鹿児島県	鹿児島	2,463	2,079	3,106	2,922	1,596	1,973	1,289
	鹿	4,304	6,001	9,185	9,816	4,635	5,943	4,881
	沖縄	4,312	5,063	5,896	8,144	8,957	7,850	6,723
合計	170,436	209,457	254,182	317,115	294,778	296,197	283,334	

資料：保健所運営報告

表17 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、又はその控除対象配偶者若しくは扶養親族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 精神障害者保健福祉手帳
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 精神障害者保健福祉手帳
利 子 等 の 非 課 税 (老人等マル優)	平成元年 4月1日から	元本が350万円までの郵便貯金 元本が350万円までの預貯金 額面が350万円までの公債 } 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 精神障害者保健福祉手帳
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年 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 精神障害者保健福祉手帳
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	精神障害者保健福祉手帳(通院医療費の公費負担番号が記載されているものに限る。)の交付及び精神保健法第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 精神障害者保健福祉手帳 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)※

18 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 総数	うけて いる	精神衛生 相談所等 その他の 施設の指 導をうけ ている	在宅の 患者
総 数	100	30.1	5.2	64.7
精 神 病	100	45.4	1.9	52.7
精神薄弱	100	6.0	13.0	81.0
そ の 他	100	33.3	0.8	65.9

必要な処置別精神障害者・有病者

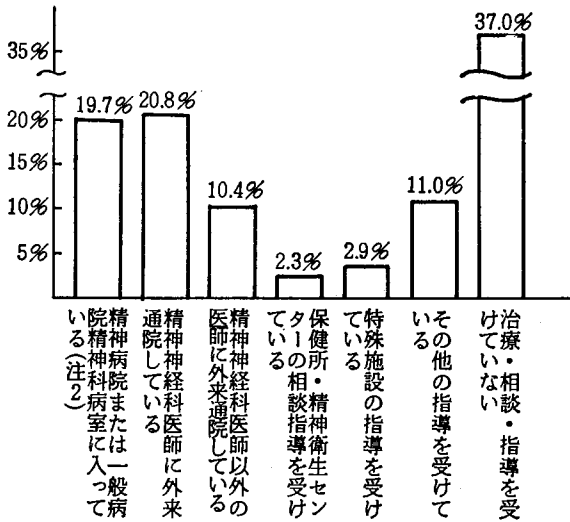
	(人口 千対 有病 率 総数)	精神病 院に入 院を要 するも の	精神病院 以外の施 設に収容 を要する もの	在宅のま ま医療ま たは指導 を要する もの
	万人	万人	万人	万人
	(12.9)	(3.0)	(0.7)	(9.3)
総 数	124	28	7	89
精 神 病	57	21	2	35
	(4.2)	(0.4)	(0.5)	(3.3)
精神薄弱	40	3	5	32
	(2.8)	(0.4)	(0.05)	(2.3)
そ の 他	27	4	—	22

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%

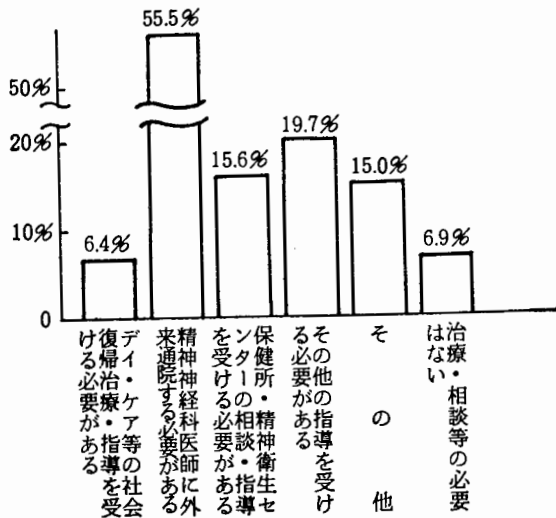
2. 現在の治療及び指導の内容(延集計)



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層に傾いている。神経症は入院では各年齢層にわたって幅広く分布し、通院では高年層に傾いている。

エ. 罹病期間

10年以上が入院では65%、通院では47%。

オ. 受療期間

10年以上が入院では53%，通院では30%。

(2) 受療方法に関する事項

ア. 紹介の有無と紹介機関

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

イ. 通院医療費公費負担

公費負担を受けている者は30%（昭和45年13%）。

ウ. 入院形式

同意入院80%，措置入院14%，自由入院5%。

エ. 保護義務者

父母44%，兄弟姉妹25%，配偶者12%。なお市町村長は5%。

オ. 通院片道時間

30分未満39%，1時間未満78%。

カ. 通院間隔

2週に1回が60%，月に1回が23%。

(3) 治療，社会復帰に関する事項

ア. 他機関等の利用

受療している医療機関のほかには他機関等を利用している者は13%。

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

イ. 日常生活介助の必要性

介助を必要とする者は，入院で64%，通院で23%。

ウ. 開放，閉鎖病棟の利用

閉鎖病棟が64%，開放・半開放病棟35%。

エ. 身体合併症

合併症を有する者は37%。

オ. 入院回避条件

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

カ. 近い将来の退院の見込み

退院の可能性のある者57%、退院の困難な者41%。

キ. 退院促進条件

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

ク. 利用させたい社会復帰機能

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

III 精神保健関係年表

年 代	精 神 保 健 事 項
1874 (明治7年)	<ul style="list-style-type: none"> ・文部省、東京、京都、大阪の3府に医制(76条)を通知する。 (第25条に病院建設の規定がある。第26条に微毒院、癲狂院等各種病院設立の方法は皆前条に則る) ・東京衛戍病院に精神科病室設置 極貧の独身者にて廢疾に罹り産業を営む能はざるものには1ヵ年米一石八斗の積を以て給与すべし、但独身にあらずと雖も余の家人70年以上15年以下にてその身廢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"> ・神戸文哉著抄訳「精神病約説三卷」(Henry Maudsley, 1872) ・マックス・ベール「監獄衛生」著
1878 (明治11年)	<ul style="list-style-type: none"> ・宮内省東京府に脚気病院、癲狂病院設立費として2万3千円下賜 ・名古屋監獄に日本最初の監獄精神病室設置
1879 (明治12年)	<ul style="list-style-type: none"> ・内務省達、府県衛生課事務条項第5「窮民救療の事」公私立病院及び貧院、盲院、聾啞院、癲狂院、棄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"> ・上野癲癩人は直ちに東京府巢鴨病院へ護送の上、その理由を該患者の見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、加藤癲癩病院に入院(3月)相馬事件がはじまる
1886 (明治19年)	<ul style="list-style-type: none"> ・東京府癲狂院に入院の子爵相馬誠胤(元相馬藩主)を錦織剛清が夜中に病院に侵入し連れ出した。 相馬事件は明治27年まで訴訟が続いた日本で最も有名な精神病関係の訴訟である。 ・東京大学医学部精神病学教室開設、榊瀨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。 ・東京府巣鴨病院、患者の作業室を新築、農業、園芸、牧畜に乗り出す。 ・精神障害者調査（1906年末） 総数 24,166人、監置患者 4,658人、仮監置 116人 <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"> ・「医学校に精神科設置に関する建議案」可決 																					
1908 (明治41年)	<ul style="list-style-type: none"> ・中央慈善協会設立 ・文部省発布の医学専門学校令の教授科目に精神病学が入る。 																					
1909 (明治42年)	<ul style="list-style-type: none"> ・片山、呉ら、中央衛生会に「各府県に精神病院を設置すべき旨」の建議 																					
1910 (明治43年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病者の公費収容、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勸奨 																					
1911 (明治44年)	<ul style="list-style-type: none"> ・官立精神病院設置建議案を提出 ・内務省衛生局長、地方長官に通牒して警察巡閲規則の巡閲事項に精神病に関するものを加う。 ・東大精神病学教室私宅監置の状況の実地調査 																					

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・全国精神薄弱児育成会結成
1953 (昭和28年)	<ul style="list-style-type: none"> ・WHO顧問としてレムカウPaul V. Lemkau 及びブレイン Daniel Blain 来日, わが国精神衛生及び国立精神衛生研究所に対する勧告を行う。 ・日本精神衛生連盟結成, 世界精神衛生連盟に加盟 ・第1回全国精神衛生大会
1954 (昭和29年)	<ul style="list-style-type: none"> ・第1回全国精神衛生相談所長会議 ・精神衛生実態調査
1955 (昭和30年)	<ul style="list-style-type: none"> ・覚醒剤対策推進中央本部が内閣におかれる。
1956 (昭和31年)	<ul style="list-style-type: none"> ・厚生省公衆衛生局に精神衛生課設置 ・在院精神障害者実態調査
1957 (昭和32年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病の治療指針 (保険局長・公衆衛生局長通知) ・新潟精神病院におけるツツガ虫接種問題となる。 ・病院精神医学懇話発足
1958 (昭和33年)	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急救護施設の運営について (社会局施設課長通知)
1959 (昭和34年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生相談所運営要領について (公衆衛生局長通知)
1960 (昭和35年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神薄弱者福祉法 ・第1回指定病院長会議
1961 (昭和36年)	<ul style="list-style-type: none"> ・酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止に関する法律 ・精神科の治療指針 (保険局長通知)
1963 (昭和38年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生法改正の動きが起きる。(日本精神病院協会, 日本精神神経学会, 厚生省が検討を始める) ・全国精神衛生連絡協議会発足 ・精神障害者措置入院制度の強化について (公衆衛生局長通知) ・精神衛生実態調査 ・国立久里浜療養所にアルコール中毒特別病棟開設
1964 (昭和39年)	<ul style="list-style-type: none"> ・ライシャワー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)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生法改正案, 国会で可決 ・精神衛生センターの設置, 保健所の業務に精神衛生が加わる。 ・精神障害者家族会発足 ・緊急救護施設の整備運営について (社会局施設課長通知)
1966 (昭和41年)	<ul style="list-style-type: none"> ・保健所における精神衛生業務について (公衆衛生局長通知)

1967 (昭和42年)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域精神医学会設立 ・日本精神病院協会精神衛生法改正委員会社会復帰施設についての委員会答申まとめる。
1968 (昭和43年)	<ul style="list-style-type: none"> ・WHO技術援助計画に基づく勧告 ・医療審議会地域ごとの必要病床数の算定方法改正答申 —— 精神病床1万対25床 ・中央精神衛生審議会「精神医療体系の現状に対する意見」をまとめる。 ・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す ・精神病院実態調査 ・日本精神神経学理事会「精神病院に多発する不詳事件に関連し全会員に訴える」声明発表
1970 (昭和45年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神病院の運営管理に対する指導監督の徹底について (公衆衛生局長, 医務局長通知) ・心身障害者対策基本法公布 ・精神障害回復者社会復帰施設整備費予算化
1971 (昭和46年)	<ul style="list-style-type: none"> ・日本精神神経学会総会にて保安処分制度に反対する決議 ・法制審議会刑事法特別部会処分案を決定
1972 (昭和47年)	<ul style="list-style-type: none"> ・厚生省精神衛生思想普及費, 精神病院技術職員等研修費, 児童精神科専門医研修費, A級精神衛生センターにおけるデイ・ケア事業運営費予算化 ・精神科カウンセリング科新設
1973 (昭和48年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生実態調査 ・行政管理庁「精神衛生に関する行政監察結果に基づく勧告」 ・第21回全国精神衛生大会 (金沢) の開催中止
1974 (昭和49年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科作業療法, 精神科デイ・ケアが社会保険診療報酬で点数化 ・日本精神神経科診療所医会結成 ・デイ・ケア施設整備費予算化
1975 (昭和50年)	<ul style="list-style-type: none"> ・保健所における社会復帰相談指導事業の実施 ・アルコール中毒臨床医等研修費予算化
1976 (昭和51年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者措置入院制度の適正な運用について (公衆衛生局長通知)
1978 (昭和53年)	<ul style="list-style-type: none"> ・中央精神衛生審議会が精神障害者の社会復帰施設に関する中間報告 ・精神科デイ・ケア研修を実施

1979 (昭和54年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生社会生活適応施設整備費，精神衛生センターにおける酒害相談事業費予算化 ・アルコール飲料と健康に関する検討委員会設置 ・第27回全国精神衛生大会（大阪）の再開
1980 (昭和55年)	<ul style="list-style-type: none"> ・公衆衛生審議会精神衛生部会の意見「老人精神病棟に関する意見」 ・アルコール健康医学協会設立 ・職親制度検討委員会設置
1981 (昭和56年)	<ul style="list-style-type: none"> ・国立精神衛生研究所WHO研究・研修センターに指定 ・職親制度検討委員会が精神障害者職業参加促進制度に関する中間報告 ・国際障害者年精神衛生国際セミナー開催 ・覚せい剤緊急対策策定
1982 (昭和57年)	<ul style="list-style-type: none"> ・通院患者リハビリテーション事業実施 ・老人保健法成立 ・老人精神衛生相談事業予算化
1983 (昭和58年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神衛生実態調査 ・公衆衛生審議会精神衛生部会の意見「覚せい剤中毒者対策に関する意見，老人精神保健対策に関する意見」 ・公衆衛生審議会精神衛生部会に「緊急精神医療対策専門委員会，アルコール関連問題対策専門委員会」の設置
1984 (昭和59年)	<ul style="list-style-type: none"> ・医療施設における防火防災対策の強化について（公衆衛生局長，医務局長通知） ・精神病院に対する指導監督等の強化徹底について（公衆衛生局長，医務局長，社会局長通知） ・公衆衛生局精神衛生課を保健医療局精神保健課と改称 ・精神障害者の国立病院及び国立療養所への入院措置について（保健医療局長通知） ・精神障害者小規模保護作業所調査
1985 (昭和60年)	<ul style="list-style-type: none"> ・心の健康づくり推進事業予算化 ・国連経済社会理事会，国連人権委員会，差別防止及び少数者保護小委員会において精神衛生法の改正について精神保健課長発言 ・公衆衛生審議会精神衛生部会の意見「アルコール関連問題対策に関する意見」 ・精神病院入院患者の通信・面会に関するガイドラインについて（保健医療局長通知） ・精神障害者共同住居調査
1986 (昭和61年)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科集団精神療法，精神科ナイト・ケア，精神科訪問看護指導料等が社会保険診療報酬で点数化 ・精神障害回復者社会復帰施設の運営について〔デイ・ケア施設の名称変更〕（保健医療局長通知）

	<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） ・精神障害者援護寮の運営について〔精神衛生社会生活適応施設の名称変更〕（保健医療局長通知）
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領について（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）

1992 (平成 4 年)	<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)
1993 (平成 5 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
1995 (平成 6 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)
1996 (平成 7 年)	<ul style="list-style-type: none"> ・心身障害者対策基本法の一部を改正する法律の成立 (公布12月3日) ・精神保健法等の一部を改正する法律の施行について (事務次官通知) ・精神保健法等の一部を改正する法律の施行について (保健医療局長通知) ・精神病院における常勤の指定医の確保の徹底等について (保健医療局長通知) ・精神障害者社会復帰促進センターとして, (財) 全国精神障害者家族会連合会を指定 ・初老期における痴呆対策検討委員会報告 (初老期における痴呆対策検討委員会) ・当面の精神保健対策について (意見書, 公衆衛生審議会) ・厚生省内に事務次官を本部長として障害者保健福祉施策推進本部を設置
1996 (平成 7 年)	<ul style="list-style-type: none"> ・阪神・淡路大震災発生 (担当官の現地派遣, メンタルヘルス対策等) ・精神保健法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2.3) ・市町村の障害者計画策定に関する指針について (市町村障害者計画ガイドラインの策定) (内閣総理大臣官房内政審議室長通知) ・精神保健法の一部を改正する法律の成立 (公布5月19日) ・精神保健法の一部を改正する法律の施行について (事務次官通知) ・精神保健法の一部を改正する法律の施行について (保健医療局長通知) ・「障害者週間」の設定について (障害者対策推進本部決定) ・厚生省障害者保健福祉施策推進本部中間報告 ・障害者週間の実施について (保健医療局長, 社会・援護局長, 児童家庭局長通知)

<p>1997 (平成 8 年)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者保健福祉手帳の試案に関して当事者に対する説明及び意見聴取を実施（東京、札幌、名古屋、長崎の4か所で実施、大阪では開催できず） ・地域精神保健福祉対策促進事業の実施について（保健医療局長通知） ・精神障害者保健福祉手帳制度実施要領について ・精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準について（保健医療局長通知） ・精神障害者保健福祉手帳による税制上の優遇措置について（保健医療局長通知） ・精神病院入院患者と来院との面会に関する疑義照会について（精神保健課長通知） ・精神障害者保健福祉手帳制度の施行のお知らせ及び手帳の交付を受けた者に対する関連施策の協力依頼について（保健医療局長通知） ・精神科救急医療システム整備事業の実施について（保健医療局長通知） ・精神保健相談の円滑実施について（精神保健課長通知） ・（オウム真理教問題の関連として、各都道府県担当部（局）長あて通知） ・総務庁行政監察局による定期調査結果（精神保健対策に関する調査）に基づく勧告 ・障害者プラン（ノーマライゼーション7か年戦略）の策定（障害者対策推進本部決定） <ul style="list-style-type: none"> ・精神保健福祉センター運営要領について（保健医療局長通知） ・保健所及び市町村における精神保健福祉業務について（保健医療局長通知） ・精神保健指定医が研修を受けなければならない年度を定める件の告示 ・厚生大臣の定める指定病院の基準を定める件の告示 ・大都市特例の施行について（保健医療局長通知） ・精神保健福祉法施行規則の一部改正等（精神保健指定医関係）について（保健医療局長通知） ・精神保健指定医の証の更新等に係る事務取扱要領について（精神保健福祉課長通知） ・精神保健福祉法第19条の8に基づく指定病院の指定について（保健医療局長通知） ・応急入院指定病院の指定の促進について（精神保健福祉課長通知） ・大都市特例の施行に係る留意事項について（事務連絡） ・精神保健福祉法第29条及び第32条の公費負担者番号について（精神保健福祉課長通知） ・障害保健福祉部の創設 ・精神保健福祉課に名称変更
----------------------	--

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	・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	・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	・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

- ・医療法改正〔特例許可老人病院の創設〕

昭和62年

- ・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
- ・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
- ・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
- ・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
- ・在宅介護支援センター運営事業における痴呆相談事業の創設
 - ・精神保健法等の一部改正
- 平成 6 年
- ・「痴呆性老人対策に関する検討会」が検討開始
 - ・「初老期における痴呆対策検討委員会」報告
 - ・高齢者介護・自立支援システム研究会報告
 - ・21世紀福祉ビジョン
 - ・「高齢者保健福祉十カ年戦略」の見直し(新ゴールドプランの策定)
- 平成 7 年
- ・精神保健法等の一部改正

IV そ の 他

1 各都道府県・指定都市精神保健福祉担当課一覽

都道府県	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(222)1111	030-70	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(52)3111	020	盛岡市内丸10の1
宮城	保健福祉部障害福祉課	022(211)2111	980-70	仙台市青葉区本町3の8の1
秋田	福祉保健部障害福祉課	0188(60)1331	010	秋田市山王4丁目1番1号
山形	健康福祉部障害福祉課	0236(30)2317	990	山形市松波2の8の1
福島	保健福祉部健康増進課	0245(21)1111	960-70	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	保健福祉部健康増進課	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	千葉市中央区市場町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	福祉保健部健康対策課	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	富山市新総局輪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	910-80	福井市大手3丁目17番1号
山梨	厚生部健康増進課	0552(37)1111	400	甲府市丸の内1丁目6番1号
長野	衛生部保健予防課	0262(32)0111	380-70	長野市大字南長野字幅下の2
岐阜	衛生環境部健康増進課	058(272)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	健康福祉部健康対策課	0592(24)2337	541-70	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	保健福祉部障害者保健福祉課	075(451)8111	602-70	京都市上京区下立売通新町西入敷内町
大阪	環境保健部健康増進課精神保健室	06(941)0351	540-70	大阪市中央区大手町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	福祉部健康局健康対策課	0742(22)1101	630	奈良市登大路町
和歌山	福祉保健部健康対策課	0734(32)4111	640	和歌山市小松原通1の1
鳥取	福祉保健部健康対策課	0857(26)7111	680-70	鳥取市東町1の220
島根	健康福祉部健康対策課	0852(22)5111	690	松江市殿町1
岡山	保健福祉部健康対策課	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	健康福祉部健康増進課	0839(22)3111	753	山口市滝町1番1号
徳島	保健福祉部健康増進課	0886(21)2225	770	徳島市万代町1
香川	健康福祉部障害福祉課	0878(31)1111	760-70	高松市番町4丁目1番10号
愛媛	保健環境部保健予防課	0899(41)2111	790	松山市一番町4丁目4の2
高松	健康福祉部健康対策課	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
長門	福祉保健部保健予防課	0958(24)1111	850	長崎市江戸町2番13号
熊本	衛生部保健予防課	096(383)1111	862	熊本市水前寺2の18の1
大分	保健環境部健康対策課	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	宮崎市橋通東2丁目10番1号
鹿児島	保健福祉部保健予防課	099(286)2111	892	鹿児島市鴨池新町10-1
沖縄	環境保健部保健予防課	098(866)2209	900	那覇市泉崎1-2-2

政令都市

都道府県(市)名	主管部(局) 主管課	電話番号	郵便番号	所在地
札幌市	衛生局保健衛生部保健予防課	011(211)2111	060	札幌市中央区北1条西2
仙台市	健康福祉部障害者保健福祉課	022(261)1111	980-91	仙台市青葉区国分町3-7-1
千葉市	保健衛生部保健医療課	043(245)5111	260-91	千葉市中央区千葉港1-1
横浜市	衛生局保健部精神保健福祉課	045(671)2121	231	横浜市中区港町1-1
川崎市	衛生局保健部保健指導課	044(200)2111	210	川崎市川崎区宮本町1
名古屋市	衛生局保健医療部保健予防課	052(961)1111	460	名古屋市中区三の丸3-1-1
京都市	衛生局保健衛生部保健医療課	075(222)3111	604	京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町488
大阪市	環境保健部保健部医務予防課	06(208)8181	530	大阪市北区中之島1-3-20
神戸市	保健福祉局健康部健康増進課	078(331)8181	650	神戸市中央区加納町6-5-1
広島市	衛生局環境保健部健康管理課	082(245)2111	730	広島市中区国泰寺町1-6-34
北九州市	保健福祉局健康部保健予防課	093(582)2430	803	北九州市小倉北区城内1-1
福岡市	衛生局保健部保健予防課	092(711)4111	810	福岡市中央区天神1-8-1

2 精神保健福祉センター一覽

(平成9年11月1日現在)

都道府県名	開設年月	単独合同の別	級別	郵便番号	所在地	電話番号
北海道	43. 3	単独	A	003	札幌市白石区本通16-北6-34	011(864)7121
青森	6.11	単独	B	038	青森県青森市大字三内字沢部353-92	0177(87)3951
岩手	48. 7	合同	B	020	盛岡市本町通3-19-1 (岩手県福祉相談センター内)	0196(51)3111 (内2518)
宮城	43. 6	合同	B	980	仙台市青葉区本町1-4-39	022(224)1491~5
秋田	54. 7	単独	B	010	秋田市中通2-1-52	0188(34)2906
山形	47. 4	合同	B	990	山形市十日町1-6-6	0236(22)2543
福島	47. 4	合同	B	960	福島市御山町8-30	0245(35)3556
茨城	42. 8	単独	B	310	水戸市笠原町字不動山993-2	0292(43)2870
栃木	43. 4	単独	B	320	宇都宮市陸町1-20	0286(35)2463
群馬	61. 1	単独	B	379-21	前橋市野中町368	0272(63)1166
埼玉	40. 7	単独	A	362	北足立郡伊奈町小室818	048(723)1111
千葉	46. 2	単独	A	260	千葉市中央区仁戸名町666-2	043(263)3891
東京	41. 7	単独	A	156	世田谷区上北沢2-1-7	03(3302)7575
神奈川	42. 4	単独	A	233	横浜市港南区芹が谷2-5-2	045(821)8822
新潟	43. 4	合同	B	951	新潟市川岸町1-57-1	0252(31)6111
富山	40.10	単独	B	930	富山市大手町1-15	0764(21)1511
石川	41.10	合同	B	920-02	金沢市南新保町ル3-1	0762(38)5761
福井	47. 4	合同	B	910	福井市四ツ井2-12-1 (福井県立精神病院内)	0776(54)5151
山梨	46. 4	合同	B	400	甲府市太田町9-1	0552(37)1657
長野	47.10	合同	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	合同	B	500	岐阜市下奈良2-8-1 (福祉農業会館)	0582(73)1111 (内251~253)
静岡	41. 4	単独	B	424	清水市辻4-4-17 (清水合同庁舎内)	0543(66)5506
愛知	46. 4	合同	A	460	名古屋市中区三の丸3-2-1 (愛知県総合保健センター内)	052(962)5371
三重	63.10	合同	B	514-11	久居市明神町2501-1 (三重県久居庁舎内三重県心の健康センター)	05925(5)2151
滋賀	4. 6	合同	B	525	草津市南笠町深谷66	0775(67)5001
京都	57. 8	単独	B	612	京都市伏見区竹田流池町120	075(641)1810
大阪	40. 6	単独	A	558	大阪市住吉区万代東3-1-46	06(691)2811
兵庫	43. 4	合同	A	652	神戸市兵庫区荒田町2-1-28	078(511)6581
奈良	64. 1	単独	B	633	桜井市粟殿1000	07444(3)3131
和歌山	57. 4	合同	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	合同	B	680	鳥取市江津318-1	0857(21)3031
島根	53.10	合同	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	合同	B	703	岡山市古京町1-1-10	0862(72)8835
広島	47. 4	合同	B	731-43	安芸郡坂町字北新地12020-5	082(884)1051
山口	47. 4	単独	B	755-02	宇部市大字東岐波東小沢4004-2	0836(58)3480
徳島	40.11	単独	B	770	徳島市新蔵町3-80	0886(25)0610
香川	42. 4	合同	B	760	高松市松島町1-17-28 (香川県高松合同庁舎内)	0878(31)3151
愛媛	47. 4	合同	B	790	松山市三番町8-234 (生活保健ビル内)	0899(21)3880
高知	48. 4	合同	B	780	高知市丸の内2-4-1 (保健衛生総合庁舎内)	0888(23)8609
福岡	41. 4	合同	A	812	福岡市東区箱崎7-8-2	092(641)3501
佐賀	59. 1	合同	B	840-01	佐賀市八丁畷町1-20	0952(31)1716
長崎	44.10	合同	B	854	諫早市柴田町26-49	09572(6)5977
熊本	47. 4	単独	B	860	熊本市水道町9-16	096(356)3629
大分	50. 9	単独	B	870	大分市大字玉沢字平石908	0975(41)6290
宮崎	49.10	合同	B	880	宮崎市霧島1-2 (宮崎県総合保健センター内)	0985(27)5663
鹿児島	42. 4	単独	B	890	鹿児島市郡元3-3-5	0992(55)0617
沖縄	49. 4	単独	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7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
"	福島県立会津若松病院	"	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	千葉市中央区椿森4-1-2	043(251)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	047(372)3501
"	国立下総療養所	"	707	266	千葉市緑区辺田町578	043(291)1221
"	千葉県精神科医療センター	都道府県	50	261	千葉市美浜区豊砂5	043(276)1361
東 京	国立国際医療センター	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
"	東京都立荏原病院	"	30	145	大田区東雪谷4-5-10	03(5734)8000
"	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	254	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

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
長野県	長野県立阿南病院	都道府県	46	399-15	下伊那郡阿南町北条2009-1	0260(22)2121
"	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
岐阜県	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
静岡県	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
愛知県	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
三重県	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
滋賀県	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
京都府	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ル槐井町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
大阪府	国立大阪病院	厚生省	12	540	大阪市東区法円坂町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
兵庫県	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	"	563	651-12	神戸市北区山田町上谷上字登尾3-1	078(581)1013
奈良県	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
和歌山県	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
鳥取県	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
島根県	島根県立中央病院	都道府県	40	693	出雲市今市町116	0853(22)5111

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
島 根	島根県立湖陵病院	〃	309	699-08	簸川郡湖陵町240	0853(43)2102
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	広島市南区字品神田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	国立善通寺病院	厚 生 省	100	765	善通寺市仙遊町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	〃	50	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
〃	国立病院九州医療センター	〃	50	810	福岡市中央区地行浜1-8-1	092(852)0700
〃	福岡県立太宰府病院	都 道 府 県	390	818-01	太宰府市五条3-8-1	092(922)3137
〃	福岡県立遠賀病院	〃	50	811-42	遠賀郡岡垣町大字手野145	093(282)0181
佐 賀	国立肥前療養所	厚 生 省	573	842-01	神埼郡東背振村三津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2226-2	0983(33)1131
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

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
沖 縄	沖縄県立宮古病院	厚 生 省	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

※ 国立については厚生省所管の病院を掲載

4 精神障害者生活訓練施設一覧

(平成8年10月1日現在)

都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号
北海道	緑ヶ丘病院附属音更りハビリテーションセンター	北海道	080-01 河東郡音更町緑ヶ丘1番地	0155-42-4166
	緑ヶ丘寮	(福)道北センター福祉会	096 名寄市旭東109番地	01654-3-8831
	せせらぎ寮	(福)塩谷福祉会	048-26 小樽市塩谷4丁目72番地1	0134-26-1098
青森県	コーポさくら荘	津軽保健生協	036 弘前市藤代2-11-6	0172-37-3399
	コミュニティホーム オアシス	(医)杏林会	031 八戸市小中野8-14-24	0178-43-5717
岩手県	みやま寮	(福)みやま会	020-01 岩手郡滝沢村滝沢字後307-24	019-688-5928
秋田県	ニコニコ寮	(医)久幸会	010-01 秋田市下新城中野字琵琶沼123	0188-73-5759
	のぞみ	(医)興生会	013 横手市上内野3-22	0182-32-2071
	すずらん	(医)久盛会	011 秋田市飯島字堀川84-29	0188-46-6125
	友生	(医)和成会	017 大館市片山町3-12-30	0186-42-5858
山形県	精神保健研修訓練センターひだまりの家	(医)公德会	999-22 南陽市栲塚926-2	0238-40-3401
	精神保健研修訓練センター三ツ葉荘	(福)光風会	998 酒田市高砂2-5-5	0234-33-3838
茨城県	アミーゴ荘	(医)直志会	319-35 久慈郡大子町北田気字広林76	02957-2-2371
	くりの実寮	(医)有朋会	311-01 那珂郡那珂町豊喰505	029-295-1834
	下館メンタルサポートセンター	(医)平仁会	308 下館市野殿1131	0296-22-7558
	つくばライフサポートセンター(通所機能部門併設)	(福)創志会	300-26 つくば市上郷7568-67	0298-47-7980
栃木県	両崖ホーム	(医)恵愛会	326 足利市本城1-4129	0284-43-2950
群馬県	はばたき	群馬県	379-22 佐波郡東村国定2400-1	0270-63-1860
埼玉県	けやき荘	埼玉県	362 北足立郡伊奈町小室818-2	048-723-1111
	やどかりの里援護寮	(社)やどかりの里	330 大宮市中川562	048-686-0494
	あけぼの	(医)慶栄会	340 八潮市大字鶴ヶ曾根1130	0489-96-3034
	友人館	(医)緑光会	355 東松山市大谷4160-2	0493-39-0303
	武甲の森	(医)全和会	368 秩父市寺尾1449	0494-24-5553
	さくら荘	(医)慈光会	340-01 幸手市南2-2-13	0480-43-7566
	いるまの里	(医)松風会	358 入間市東藤沢5-9-2	0429-62-3091
千葉県	なごみの家	(医)心和会	276 八千代市下高野553	0474-88-2942
	まほろば寮	(福)三芳野会	294 安房郡三芳村谷向166-2	0470-36-2314
	ノバハイツ白里	(福)ワーナーホーム	299-32 山武郡大網白里町細草3215	0475-77-2100

都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号
千葉県	ゆりの木荘	(医)静和会	283 東金市家徳97-1	0475-58-9393
東京都	東京都立中部総合精神保健福祉センター	東京都	156 世田谷区上北沢2-1-7	03-3302-7575
	東京都立多摩総合精神保健福祉センター	東京都	206 多摩市中沢2-1-3	0423-76-1111
	荒川愛恵苑	(福)愛と光の会	116 荒川区西尾久7-50-6	03-3894-4100
	さくらハイツ	(医)東京愛誠会	192 八王子市宮下町177-4	0426-91-5915
	たまこヒルズ	(医)円祐会	192 武蔵村山市中藤2-28-1	0425-67-5502
	西八王子病院援護寮	(医)明和会	192-01 八王子市川口町3562	0426-54-8555
神奈川県	はたの援護寮	(福)成和会	259-13 秦野市三屋127-3	0463-75-3986
新潟県	越路ハイム	(医)崇徳会	949-54 三島郡越路町大字浦5041-1	0258-92-4568
	はまなす荘	(福)上越頸城福祉会	949-31 中頸城郡大潟町大字犀潟410-5	0255-34-3100
	恵松園	(医)恵松会	950 新潟市松崎字西564	025-270-3355
	しおさい荘	(医)青山信愛会	950-21 新潟市松海が丘2-25-23	025-268-2939
	米山自在館援護寮	(福)晴真会	945-13 柏崎市大字茨目字二つ池2043	0257-21-1414
	みのお荘	(医)青山信愛会	956 新津市大字中村字箕輪230番地1	0250-23-3666
	サンスマイル	(福)長岡福祉協会	940-21 長岡市関原町1丁目字中原3194	0258-47-5138
石川県	ひだまり寮	(福)朋友会	922 加賀市幸町2丁目60番地	07617-2-0747
山梨県	さらく荘	(医)南山会	400-03 中臣摩都榊形町下宮地421	0552-82-4004
長野県	城西病院メンタルドミトリー	(医)城西医療財団	390 松本市城西1-5-16	0263-33-6400
	虹の家援護寮	(福)有倫会	394 岡谷市長池2645-1	0266-26-7533
	ピア千曲	(医)友愛会	386 上田市大字住吉167-1	0268-25-2000
	豊科病院アルプスドミトリー	(医)城西医療財団	399-82 南安曇郡豊科町大字豊科5586-46	0263-72-6212
岐阜県	すばる	(医)春陽会	501-41 郡上郡美並村大原石亀新田289,298-1	0575-79-2030
静岡県	サンライズ・あかつき	(福)山寿会	418-01 富士宮市北山4783-1	0544-58-6155
愛知県	さくら	(医)共生会	470-35 知多郡南知多町大字豊丘字孫廻間63	0569-65-2753
三重県	スマイルハウス	(福)四季の里	510-11 四日市市山田町836-1	0593-28-1940
	あじさい	(医)北勢会	511-04 員弁郡北勢町麻生田1525	0594-72-2618
滋賀県	あすなろ寮	(福)あすなろ福祉会	529-11 犬上郡豊郷町大字沢506-1	0749-35-4677
京都府	援護寮アスロード	(財)長岡記念財団	617 長岡京市友岡4-21-10	075-957-0011
大阪府	水間ニューライフ寮	(医)河崎会	597-01 貝塚市水間516-1-1	0724-46-6387

都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号
大阪府	コミュニティ・ヴィレッジ	(医) 桐葉会	597 貝塚市森892	0724-47-1717
	ネヤハイム	(医) 長尾会	572 寝屋川市寝屋2370-6	0720-22-4908
	あかやま	(医) 利田会	596 岸和田市尾生町3298	0724-45-3545
	わかくさ	(医) 豊済会	561 豊中市豊南町2-6-4	06-331-5164
	こんごう寮	(財) 成研会	584 富田林市伏見堂町95	0721-34-1101
奈良県	二上寮	(医) 向聖台会	639-02 北葛城郡当麻町染野520	0745-48-5804
和歌山県	麦の芽ホーム	(福) 一麦会	640 和歌山市岩橋643	0734-74-2466
鳥取県	あずさ	(医) 仁厚会	682 倉吉市上井32番地1	0858-26-4520
島根県	コミュニティケアハウスあさひ	(医) 昌林会	692 安来市安来町899-1	0854-22-3411
	WANA JAPAN	(福) 桑友	699-06 簸川郡斐川町大字学頭字七日市灘1625-4	0853-72-7200
岡山県	岡山県立内尾センター	岡山県	701-02 岡山市内尾739-1	086-298-2111
	たいようの丘	(医) 梁風会	716 高梁市落合町阿部2174	0866-22-1532
	ひまわり寮	(医) 万成病院	700 岡山市谷万成1-8-35	086-252-2261
広島県	清明荘	(医) 仁康会	729-23 三原市小泉町4218	0848-66-1975
	あいあい寮	(医) 大慈会	723 三原市中之町1181-2	0848-63-8877
山口県	ひまわり荘	(福) 博愛会	747-12 山口市鑄銭司3347	0839-86-3707
	ハイツふなき	(医) 扶老会	757-02 厚狭郡楠町船木向ヒ833-21	0836-67-0188
	一步社	(医) 光の会	759-63 豊浦郡豊浦町吉永野田1448-1	0837-74-3774
	とまり木	(医) 若草会	754 吉敷郡小郡町若草町3-26	0839-73-0666
徳島県	なぎさ寮	(医) 敬愛会	772 鳴門市鳴門町土佐泊浦字高砂5	0886-87-0311
	すくも寮	(医) 藍里病院	771-13 板野郡上板町佐藤塚字東177-1	0886-94-5151
香川県	オリーブ寮	(福) 明和会	761-43 小豆郡池田町	0879-52-2668
愛媛県	国領荘	(医) 十全会	792 新居浜市角野新田町1-1-28	0897-41-2222
福岡県	緑の里	(医) 恵愛会	811-31 宗像郡福岡間町2453	0940-42-7077
	なのみ荘	(福) ひとみの里	820 嘉穂郡穂波町弁分454-4	0948-25-5174
	泉荘	(福) みぎわ会	824 行橋市南泉4-580-10	09302-4-1584
佐賀県	青雲荘	(医) 友朋会	843-03 藤津郡嬉野町字下宿乙1919	0954-43-0157
長崎県	雲仙高原ハイツ	(福) コスモス会	859-15 南高来郡深江町丁6993	0957-72-6294
	ポランの広場学園	(福) ポランの広場学園	856 大村市西部町1016-1	0957-53-7511

都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号
熊本県	熊本県あかね荘	熊本県	862 熊本市戸島町3374	096-365-1691
	天草ボランの広場	(福)天草ボランの広場	863-11 天草郡新和町碓石66-1	0969-46-2411
大分県	博愛こころ領	(医)謙誠会博愛診療所	870 大分市大字野田字原77	0975-49-0858
宮崎県	サンシャイン	(医)同仁会	887 日南市大字風田3861	0987-23-2122
	コスモス	(医)芳明会	880 宮崎市大坪町西六月2197-1	0985-53-3030
鹿児島県	ソーバーハウス6号館	(医)寛容会	892 鹿児島市下田町1919	099-220-5085
沖縄県	桜邸	(医)志誠会	904-22 具志川市字上江洲709	098-974-6100
	ラポール	(医)卯の会	904 沖縄市安慶田4-9-7	098-932-8100
川崎市	もみの木寮	川崎市	211 川崎市中原区井田147	044-788-1551
横浜市	横浜市総合保健医療センター	横浜市	222 横浜市港北区鳥山町1735	045-475-0177
	ゆかり荘	(財)紫雲会	221 横浜市神奈川区三ッ沢上町26-13	045-322-7765
名古屋市	つくし寮	(医)生生会	454 名古屋市市中川区打出2-57	052-352-3251
合計 98 施設				

〔ショートステイ施設〕

都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号
北海道	緑ヶ丘寮	(福)道北センター福祉会	096 名寄市旭東109番地	01654-3-8831
秋田県	のぞみ	(医)興生会	013 横手市上内野3-22	0182-32-2071
	すずらん	(医)久盛会	011 秋田市飯島字堀川84-29	0188-46-6125
	友生	(医)和成会	017 大館市片山町3-12-30	0186-42-5858
茨城県	くりの実寮	(医)有朋会	311-01 那珂郡那珂町豊喰505	029-295-1834
	下館メンタルサポートセンター	(医)平仁会	308 下館市野殿1131	0296-22-7558
	つくばライフサポートセンター(通所機能部門併設)	(福)創志会	300-26 つくば市上郷7568-67	0298-47-7980
栃木県	両崖ホーム	(医)恵愛会	326 足利市本城1-4129	0284-43-2950
	ノバハイツ白里	(福)ワナーホーム	299-32 山武郡大網白里町細草3215	0475-77-2100
	ゆりの木荘	(医)静和会	283 東金市家徳97-1	0475-58-9393
東京都	東京都立中部総合精神保健福祉センター	東京都	156 世田谷区上北沢2-1-7	03-3302-7575
	東京都立多摩総合精神保健福祉センター	東京都	206 多摩市中沢2-1-3	0423-76-1111

都道府県	施設名	設置主体		所在地	電話番号
東京都	荒川愛患苑	(福)愛と光の会	116	荒川区西尾久7-50-6	03-3894-4100
	たまこヒルズ	(医)円祐会	192	武蔵村山市中藤2-28-1	0425-67-5502
	西八王子病院援護寮	(医)明和会	192-01	八王子市川口町3562	0426-54-8555
神奈川県	はたの援護寮	(福)成和会	259-13	秦野市三屋127-3	0463-75-3986
新潟県	サンスマイル	(福)長岡福祉協会	940-21	長岡市関原町1丁目字中原3194	0258-47-5138
長野県	城西病院メンタルドミトリー	(医)城西医療財団	390	松本市城西1-5-16	0263-33-6400
	虹の家	(福)有倫会	394	岡谷市長池2645-1	0266-26-7533
	ピア千曲	(医)友愛会	386	上田市大字住吉167-1	0268-25-2000
	豊科病院アルプスドミトリー	(医)城西医療財団	399-82	南安曇郡豊科町大字豊科5586-46	0263-72-6212
静岡県	サンライズ・あかつき	(福)山寿会	418-01	富士宮市北山4783-1	0544-58-6155
愛知県	さくら	(医)共生会	470-35	知多郡南知多町大字豊丘字孫廻間63	0569-65-2753
京都府	援護寮アスロード	(財)長岡記念財団	617	長岡京市友岡4-21-10	075-957-0011
大阪府	ネヤハイム	(医)長尾会	572	寝屋川市寝屋2370-6	0720-22-4908
	わかきさ	(医)豊済会	561	豊中市豊南町2-6-4	06-331-5164
鳥取県	あずさ	(医)仁厚会	682	倉吉市上井32番地1	0858-26-4520
島根県	ゆう	(福)桑友	699-06	簸川郡斐川町大字学頭字七日市灘1625-4	0853-72-7200
岡山県	たいようの丘	(医)梁風会	716	高梁市落合町阿部2174	0866-22-1532
広島県	清明荘	(医)仁康会	729-23	三原市小泉町4218	0848-66-1975
	あいあい寮	(医)大慈会	723	三原市中之町1181-2	0848-63-8877
徳島県	すくも寮	(医)愛里病院	771-13	板野郡上板町佐藤塚字東177-1	0886-94-5151
名古屋市	つくし寮	(医)生生会	454	名古屋市中川区打出2-57	052-352-3251
	合計 33 施設				

5 精神障害者福祉ホーム施設一覧

(平成8年10月1日現在)

都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号
北海道	圭泉ホーム	(医)旭川圭泉会病院	078 旭川市東旭川町下浜村252	0166-36-1559
岩手県	のずみの家	(福)泉の園	028-53 二戸郡一戸町西法寺字諏訪野15-2	0195-33-4310
秋田県	鶴	(医)久盛会	011 秋田市飯島字堀川84-29	0188-46-5885
	なすび荘	(医)久幸会	010-01 秋田市下新城中野字琵琶沼232-1	0188-73-3011
	あづま荘	(医)仁慈会	017 大館市柄沢字稻荷山下69	0186-42-5121
茨城県	すだち荘	(財)報恩会	311-31 東茨城郡茨城町上石崎4698	029-293-7155
栃木県	つくし荘	(医)生々堂厚生会	321-03 宇都宮市飯田町259-11	028-648-6111
	あおぎり荘	(医)秋山会	327 佐野市堀米町1648	0283-22-6150
	清和寮	(医)清和会	322 鹿沼市千渡1672-3	0289-64-2255
	せせらぎ荘	(医)誠之会	329-13 塩谷郡氏家町向河原4083	028-682-2911
	自彊寮	(医)報徳会	320 宇都宮市陽南4-6-34	028-658-2121
	陽光荘	(医)桂慈会	321-42 芳賀郡益子町塙301-5	0285-72-3235
	福祉ホーム英	(医)至誠会	320 宇都宮市花房1842-8	028-633-1346
	うぐいす寮	(医)恵愛会	326 足利市本城1-1549	0284-41-2213
埼玉県	セウイホーム	(福)小百合会	345 北葛飾郡杉戸町木野川字原134-42	0480-38-1701
	やすらぎの家	(医)松風会	358 入間市東藤沢5-9-2	0429-62-3091
千葉県	むつみ荘	(医)心和会	276 八千代市下高野553	0474-88-2941
	自立の家野中寮	(福)ロザリオの聖母会	289-25 旭市野中3622-2	0479-63-2525
東京都	美山ヒルズ	(医)光王会	092-01 八王子市美山町1076	0426-51-0824
	鳥山ハイツ	(学)昭和大学	157 世田谷区鳥山6-7-10	03-3300-5231
	諏訪ハウス	(福)かがやき会	169 新宿区高田馬場1-15-6	03-3200-9376
	ふるさとホーム荒川第2	(福)愛と光の会	116 荒川区西尾久7-50-6	03-3894-4100
	ハウス北小岩	(医)瑞信会	133 江戸川区北小岩3-23-18	03-3650-6500
神奈川県	くすのき	(医)弘徳会	243 厚木市松枝2-7-1	0462-21-8252
新潟県	ゆきわり荘	(福)上越頸城福祉会	949-31 中頸城郡大潟町大字犀潟410-5	0255-34-3100
	恵松福祉苑	(医)恵松会	950 新潟市松崎字西564	025-270-3355
	希望の家	(医)越南会	949-71 南魚沼郡六日町大字五日町2323番地	0257-76-3113
	ぐみの家	(医)青山信愛会	950-21 新潟市松海が丘2-25-24	025-260-7805

都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号
新潟県	米山自在館福祉センター	(福)晴真会	945-13 柏崎市大字茨目字ニッ池2043	0257-21-1414
長野県	城西病院メンタルホーム	(医)城西医療財団	390 松本市城西1-5-16	0263-33-6400
	虹の家福祉ホーム	(福)有倫会	394 岡谷市長池2645-1	0266-26-7533
岐阜県	大原寮	(医)春陽会	501-41 郡上郡美並村大原石亀新田316	0575-79-4677
静岡県	富士ばらホーム	(福)昭隆会	417 富士市大淵2815-2	0545-36-2035
	はまゆう寮	(財)復康会	410 沼津市中瀬町17-11	0559-31-4100
愛知県	サン・ドーム	(医)研精会豊田西病院	470-03 豊田市保見町横山100	0565-48-8331
三重県	グリーンハイツ	(福)四季の里	510-11 四日市市山田町839-1	0593-28-3008
滋賀県	あすなわ福祉ホーム	(福)あすなろ福祉会	529-11 犬上郡豊郷町大字沢字牛が瀬506-1	0749-35-4677
大阪府	ホープ	(福)三松会	583 羽曳野市野164-3	0729-52-1332
	青松園	(医)清心会	581 八尾市天王寺屋6-59	0729-49-5181
	はばたき寮	(医)河崎会	597-01 貝塚市水間516-1-1	0724-46-1102
	あおぞら寮	(財)成研会	584 豊田林市伏見堂町95	0721-34-1101
兵庫県	いばがわ寮	(医)古橋会	671-16 揖保郡揖保川町半田609-2	0791-72-2102
	大日寮	(医)全人会	670 姫路市野里275	0792-81-6980
	西山寮	(医)山西会	669-13 三田市西山2-22-10	0795-63-4871
	鎌倉荘	(医)内海慈仁会	651-14 西宮市山口町下山口1637	078-904-0721
島根県	コミュニティハウスあさひ	(医)昌林会	692 安来市安来町899-1	0854-22-3411
岡山県	たいようの丘	(医)梁風会	716 高梁市落合町阿部2174	0866-22-1532
	一二三寮	(財)河田病院	700 岡山市富町2-15-21	086-255-1585
	イーエスヒルサイド	(福)江原恵明会	709-36 久米郡久米南町下弓削651-2	08672-8-2938
	三愛ホーム	(医)井口会	719-31 真庭郡落合町上市瀬370-4-2	0867-52-0131
広島県	ひまわりホーム	(医)万成病院	700 岡山市谷万成1-8-35	086-252-2261
	キブツ村	(医)西本会	729-25 豊田郡安浦町女子133	0823-84-4793
	あすなろ荘	(医)大慈会	723 三原市中之町1181-2	0848-62-6978
山口県	清風会第3竹原寮	(福)清風会	731-05 高田郡吉田町竹原649-1	0826-43-0611
	きわの里	(医)貴和会	747 防府市高井22-2	0835-22-0759
香川県	清和荘	(医)三愛会	763 丸亀市山北町4-3	0877-23-7008
佐賀県	若葉荘	(医)友朋会	843-03 藤津郡嬉野町字下宿乙1919	0954-43-0157

都道府県	施設名	設置主体		所在地	電話番号
長崎県	庭迫の里	(福)緑葉会	850	長崎市京太郎町69	0958-78-9701
	真珠園	(医)栄寿会	851-34	西彼杵郡西彼町八木原郷3453-1	0959-28-0038
熊本県	菊陽ハイツ	(医)芳和会	869-11	菊池郡菊陽町原水5587	096-232-3171
	熊本県あかねホーム	熊本県	862	熊本市戸島町3373	096-365-3387
大分県	リバーサイド	(医)青樹会	870-11	大分市大字宮崎4-1	0975-67-3336
	つたの苑	(医)真浄会	871	中津市寺町988	0979-23-6115
	あさひ寮	(福)清流会	879-04	宇佐市大字中原字廣畑574	0978-33-4852
宮崎県	ハビネス	(医)同仁会	887	日南市大字風田3695-8	0987-22-2608
	ひまわり	(医)芳名会	880	宮崎市大坪町西六月2197-1	0985-53-3030
鹿児島県	自興館	(医)全隆会	891-03	指宿市東方7558	0993-23-2311
	あたご寮	(医)公盡会	899-02	出水市麓町30-68	0996-63-2878
	小城ホーム	(医)陽善会	891-01	鹿児島市下福元町6088-2	099-261-6793
	有隣寮	(医)有隣会	890	鹿児島市下伊敷2-3-5	099-229-4914
	ドリーム	(医)慈和会	895-25	大口市大田93	09952-3-0145
沖縄県	小桜邸	(医)志誠会	904-22	具志川市字上江洲709	098-974-6100
	ホープ	(医)卯の会	904	沖縄市安慶田4-9-7	098-932-8899
札幌市	清和ハイツ	(医)耕仁会	063	札幌市西区山の手4条5丁目1番1号	011-641-5617
京都市	聖荘	(福)京都ハチの会	615	京都市右京区西院東今田町27-4	075-316-4470
北九州市	野田浦ホーム	(医)碧水会	801	北九州市門司区大字田野浦1018	093-331-0800
	優和荘	(福)福德福祉会	803-01	北九州市小倉南区大字呼野131-3	093-452-0010
	カーサ松ヶ江	(医)松和会	800-01	北九州市門司区大字畑355	093-481-1281
	メゾンそれいゆ	(医)豊司会	800-01	北九州市門司区大字猿喰615	093-481-0668
	合計 79 施設				

6 精神障害者授産施設施設一覧

〔通所授産施設〕

(平成8年10月1日現在)

都道府県	施設名	設置主体		所在地	電話番号
北海道	緑ヶ丘授産所	(福)道北センター福祉会	096	名寄市旭東109番地	01654-3-8831
	いずみの里	(福)釧路恵愛協会	084	釧路市北斗76番5	0154-56-2633
	帯広ケア・センター	(福)慧誠会	089-11	帯広市川西町西1線47-2	0155-59-2739
	青葉授産施設	(福)塩谷福祉会	048-26	小樽市塩谷4丁目72番地1	0134-26-1098
	稚内第二木馬館	(福)稚内木馬館	098-66	稚内市大字声間村字声間原野4067番地33	0162-26-2170
	CARE CENTER アルドール	(福)せらび	053	苫小牧市日吉町4-1-3	0144-75-2201
青森県	つがる野工房	(福)桜葉会	036	弘前市津賀野瀬ノ上43-1	0172-37-5815
	やましろ作業所	(福)愛心福祉会	030	青森市大字六枚橋字磯打95-26	0177-54-3326
岩手県	のびやか丸	(福)いきいき牧場	020	盛岡市川目第6地割字峰ヶ沢93-4	019-666-2323
	ワークプラザみやこ	(福)若竹会	027	宮古市大字崎嶮ヶ崎第4地割早稲橋1-6	0193-64-6196
宮城県	友愛作業所	名取市	981-12	名取市増田1-7-28	022-384-8876
茨城県	恵和社会復帰センター	(福)恵和社会	300-03	稲敷郡阿見町若栗2585-1	0298-87-9833
	つくばライフサポートセンター	(社)創志会	300-26	つくば市上郷7568-67	0298-47-7980
栃木県	恵愛センター	(医)恵愛会	326	足利市本城1-4128	0284-43-2182
	ハートピアきれつ川	(財)全国精神障害者家族会連合会	329-14	塩谷郡喜連川町喜連川5633-2	028-686-0337
群馬県	麦の家	(福)麦の家	373	太田市長手26	0276-25-5417
埼玉県	コスモスの里	(福)美里会	367-01	児玉郡美里町小茂田889-1	0495-76-0404
	やどかりの里授産施設	(社)やどかりの里	330	大宮市中川562	048-686-0494
	きりしき共同作業所	(福)鴻沼福祉会	338	与野市円阿弥1-3-15	048-853-3911
	榎の実授産施設	(医)川越同仁会	350	川越市新宿町4-7-5	0492-42-1735
千葉県	市川市八幡福祉作業所	市川市	272	市川市南八幡5-20-3	0473-76-6335
	ワークショップしらさと	(福)ワーナーホーム	299-32	山武郡大網白里町細草3215	0475-77-2100
	三芳ワークセンター	(福)三芳野会	294	安房郡三芳村谷向170-2	0470-36-2573
東京都	平成の里	(福)東村山けやき会	189	東村山市青葉町3-30-7	0423-97-5966
	ZIP	(財)全国精神障害者家族会連合会	110	台東区下谷1-4-5	03-5828-1980
	ひあたり野津田	(福)富士福祉会	194-01	町田市野津田1832-5	0427-36-8421

都道府県	施設名	設置主体		所在地	電話番号
	第2リサイクル洗びんセンター	(福)きょうされん	196	昭島市武蔵野3-2-19	0425-42-5800
	あさやけ第2作業所	(福)ときわ会	187	小平市小川町2-1159	0423-45-1564
	中野区精神障害者社会復帰センター	中野区	164	中野区中野5-682	03-5380-0631
	トーコロ青葉第3ワークセンター	(福)東京コロニー	189	東村山市青葉町2-39-10	0423-95-0452
	スペース・まどか	(福)あかつきコロニー	208	武蔵村山市伊奈平1-64-1	0425-60-7900
	創造印刷	(福)新樹会	182	調布市菊野台1-24-41	0424-85-4466
	マイファームみのり	(福)豊芯会	170	豊島区北大塚3-34-7	03-3915-9051
神奈川県	はたの授産所	(福)成和会	259-13	秦野市三屋127-3	0463-75-3986
新潟県	やまびこの家	岩船地域広域事務組合	958	村上市肴町10番14号	0254-53-5555
	夕映え耕房	(福)上越頸城福祉会	949-31	中頸城郡大潟町大字犀潟410-5	0255-34-3100
	こすもす作業所	(福)こすもすの会	945	柏崎市豊町3-10	0257-22-1037
	つくし工房	(福)上越つくしの里医療福祉協会	949-54	上越市大字北新保字野島55-1	0255-20-3294
	魚野の家	(福)南魚沼福祉会	949-66	南魚沼郡六日町大字八幡118-2	0257-70-0857
	梨の里	(福)燕西蒲原福祉会	950-13	西蒲原郡月潟村大字上曲通り61-1	025-375-2902
	野いちご工房	(福)長岡福祉協会	940-21	長岡市関原町1丁目字中原3194	0258-47-5141
	またたびの家	(福)雪国北魚沼福祉協会	946-02	北魚沼郡守門村大字須原1370-5	02579-7-3880
富山県	あゆみ苑	(医)信和会	937	魚津市江口1784-1	0765-24-3486
	ワークハウスとなみ野	(福)たびだちの会	939-13	礪波市杉木字宮野2272-1	0763-33-5044
石川県	はるかぜワーク	(福)朋友会	922	加賀市幸町2丁目60番地	07617-2-4545
福井県	サニーワークホーム	(福)芦山会	915	武生市庄田町25-4-3	0778-23-7940
	つくしの家	(福)若狭つくし会	917	小浜市南川町2-3	0770-53-1286
長野県	三幸学園	長野市	380	長野市大字鶴賀276-11	026-224-2940
	れんげの家	南安曇郡行政事務組合	399-82	南安曇郡豊科町大字豊科5126-1	0263-72-7170
	富竹作業所	(福)長野市社会事業協会	381	長野市大字富竹1570-1	026-296-1530
	ぶどうの家	須坂市	382	須坂市大字日滝字郷原327	026-248-9370
静岡県	もくせい会授産所	(社)静岡県精神保健福祉社会連合会	432	浜松市小沢渡町浜芝地2923-4	053-449-4681
	あかつき園	(福)山寿会	481-01	富士宮市北山4783-1	0544-58-6155
	サニープレイスカンなみ	(医)新光会	419-01	田方郡函南町平井1690	0559-74-3811
愛知県	サン・ワークショップ	(医)研精会豊田西病院	470-03	豊田市保見町横山100	0565-48-8331

都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号
三重県	あおぞらワーク	(福)四季の里	510-11 四日市市山田町836	0593-28-1940
滋賀県	第2あすなろ園	(福)あすなろ福祉会	529-11 犬上郡豊郷町大字沢506-1	0749-35-4677
大阪府	埴生の里	(福)三松会	583 羽曳野市野164番3号	0729-52-1332
	コミュニティ・プラザ	(医)桐葉会	597 貝塚市森892	0724-47-1717
	ばびるす	(福)やなぎの里	573-01 枚方市大字尊延寺2200	0720-59-0245
兵庫県	伊丹市立東有岡ワークハウス	伊丹市	664 伊丹市東有岡4丁目29番地	0727-83-9885
奈良県	リカヴァリーセンター	(福)創生会	636-03 磯城郡田原本町大字松本字宮毛160-4	07443-3-0510
和歌山県	むぎ共同作業所	(福)一麦会	640 和歌山市岩橋643	0734-74-2466
島根県	マルベリー工房	(福)桑友	699-06 簸川郡斐川町大字学頭字七日市灘1625-4	0853-72-7200
岡山県	リサイクルせっけんセンター	(福)あすなろ福祉会	703 岡山市浜475-5	086-273-9692
広島県	ワークハウスさくら草	(医)仁康会	729-23 三原市小泉町4234-1	0848-66-0802
	清風会サンホーム	(福)清風会	731-05 高田郡吉田町竹原149-1	0826-43-0611
	わいわい工房	(医)大慈会	723 三原市中之町北1181-7	0848-63-8877
	瑠璃の屋形	(福)尾道のぞみ会	722 尾道市久保町92-2	0848-37-6040
山口県	ワークハウスすぜんじ	(福)博愛会	747-12 山口市鑄銭司3350	0839-86-2228
香川県	川島荘	(福)翠陸福祉会	761-04 高松市川島東町1914	0878-48-3611
福岡県	緑の里	(医)恵愛会	811-31 宗像郡福岡町2453	0940-42-7077
	アドバンスセンター	(福)向上社	826 田川市大字川宮1524	0947-45-0250
佐賀県	希望	(医)友朋会	843-03 藤津郡嬉野町大字下宿乙1919	0954-43-0157
長崎県	グリーンヒルワークス	(福)コスモス会	859-15 南高来郡深江町丁6993	0957-72-6294
	大村ポランの広場	(福)ポランの広場学園	856 大村市西部町1016-1	0957-53-7511
熊本県	菊陽苑	(福)青生会	869-11 菊池郡菊陽町原水3930-1	096-232-9711
	熊本県あかねワークセンター	熊本県	862 熊本市戸島町3373	096-365-2933
	熊本きぼう福祉センター	(社)熊本県精神障害者福祉会連合会	861-41 熊本市南高江町字中ノ瀬2565-2	096-358-4054
	天草ポランの広場ワークス	(福)天草ポランの広場	863-11 天草郡新和町碓石66-1	0969-46-2411
大分県	のぞみ園	(福)泰生会	879-04 宇佐市大字山下2100番地	0978-33-1778
	フロンティアなかつ	(福)みどり会	871 中津市大字高瀬1147-1	0979-23-1047
鹿児島県	あけぼの苑	(福)慈和会	895-25 大口市大田132番地	09952-3-0322
沖縄県	てるしのワークセンター	沖縄県	901-11 南風原町字宮平206-1	098-889-4011

都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号
札幌市	札幌市こぶし館	札幌市	003 札幌市白石区川北2254-6	011-874-7836
仙台市	パル三居沢	仙台市	980 仙台市青葉区荒巻字三居沢12-1	022-225-2712
	パルいずみ	仙台市	981-31 仙台市泉区七北田字大沢鳥谷ヶ8-11	022-377-3761
横浜市	鶴見ワークトレーニングハウス	(福)横浜社会福祉協会	230 横浜市鶴見区豊岡町28-4	045-584-7250
	横浜市総合保健医療センター	横浜市	222 横浜市港北区鳥山町1735	045-475-0177
京都市	淀作業所	(福)ねっこの郷福祉会	613 京都市伏見区淀本町231-40	075-631-0505
北九州市	優和園	(福)福德福祉会	803-01 北九州市小倉南区大字呼野131-3	093-452-0010
合計 91 施設				

〔入所授産施設〕

(平成8年4月1日現在)

都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号
栃木県	ハートピアきれつ川	(財)全国精神障害者家族会連合会	329-14 塩谷郡喜連川町喜連川5633-2	028-686-0337
長野県	千曲工房	(医)友愛会	386 上田市大字住吉167-1	0268-25-2000
岡山県	たいようの丘	(医)梁風会	716 高梁市落合町阿部2174	0866-22-1532
福岡県	あゆみヶ丘	(福)つつみ会	811-42 遠賀郡岡垣町山田403-1	093-283-0952
	第2なのみ荘	(福)ひとみの里	820-03 嘉穂郡嘉穂町牛隈1712-6	0948-57-2040
	愛和社会復帰センター	(福)みぎわ会	824 行橋市南泉2-28-1	09302-5-6623
宮崎県	谷口病院	(医)同仁会	887 日南市大字風田3799	0987-23-1331
沖縄県	キャンプ・グリーンヒル	(医)志誠会	904-22 具志川市字上江洲694-1	098-974-6000
	晴風苑	(医)清明会	901-03 糸満市字大度513	098-997-2940
	大名の丘	(医)輔仁会	901-11 島尻郡南風原町字大名48-1	098-888-4516
	天樹苑	(医)天仁会	900 那覇市天久1122	098-868-2914
合計 11 施設				

7 精神障害者福祉工場一覧

(平成8年10月1日現在)

都道府県	施設名	設置主体	所在地	電話番号
和歌山県	ソーシャルファームピネル	(福)一麦会	640 和歌山市岩橋643	0734-74-2466
広島県	清風会サンライフ	(福)清風会	731-05 高田郡吉田町竹原14-1	0826-43-0611
佐賀県	サン・フレンド	(福)友悠会	843-03 藤津郡嬉野町字下宿乙1790	0954-43-5011
	合計 3 施設			

8 地域生活支援事業実施状況

1997. 3 現在

都道府県	実施主体	実施場所
青森県	津軽保健生協	生活訓練施設 コーポさくら荘
	(医)杏林会	生活訓練施設 コミュニティホーム オアシス
岩手県	(福)みやま会	生活訓練施設 みやま寮
茨城県	(福)創志会	生活訓練施設 つくばライフサポートセンター
栃木県	(医)恵愛会	通所授産施設 恵愛センター
埼玉県	(社)やどかりの里	生活訓練施設 やどかりの里
	(医)全和会	生活訓練施設 武甲の森
千葉県	(福)ワナーホーム	生活訓練施設 ノバハイツ白里
	(医)静和会	生活訓練施設 ゆりの木荘
	(福)三芳野会	生活訓練施設 まほろぼ寮
新潟県	(医)崇徳会	生活訓練施設 越路ハイム
石川県	(福)朋友会	通所授産施設 はるかぜワーク
山梨県	(医)南山会	生活訓練施設 きらく荘
三重県	(福)四季の里	生活訓練施設 あおぞらワーク
滋賀県	(福)あすなろ福社会	生活訓練施設 あすなろ寮
和歌山県	(福)一麦会	生活訓練施設 麦の芽ホーム
鳥取県	(医)養和会	生活訓練施設 翼
香川県	(福)明和会	生活訓練施設 オリーブ寮
愛媛県	(医)十全会	生活訓練施設 国領荘
熊本県	(社)熊本県精神病院協会	生活訓練施設 あかねの里
宮崎県	(医)同仁会	生活訓練施設 サンシャイン
沖縄県	沖縄県	通所授産施設 てるしのワークセンター
計		22件

9 老人性痴呆疾患センター施設一覧

平成7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	H 2 . 1 . 4	070 旭川市曙1条1-21218-22	0166-22-8111
	市立釧路総合病院	釧路市	H 2 . 6 . 1	085 釧路市春湖台1番12号	0154-41-6121
	市立札幌病院静療院	札幌市	H 6 . 4 . 1	062 札幌市豊平区平岸4条18-1-21	011-821-9861
	道央佐藤病院	(医)玄洋会	H 7 . 6 . 1	059-12 苫小牧市字樽前234	0144-68-2727
青森県	八戸市立市民病院	八戸市	H 2 . 4 . 1	031 八戸市糖塚字古常泉下7	0178-44-1123
	県立つくしが丘病院	青森県	H 3 . 4 . 1	038 青森市大字三内字沢部353-92	0177-87-2121
	国保五所川原市立西北中央病院	五所川原市	H 4 . 4 . 1	037 五所川原市布屋町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	H 5 . 4 . 1	035 むつ市小川町1-2-8	0175-22-2111
	十和田市立中央病院	十和田市	H 6 . 4 . 1	034 十和田市西十二番町14-8	0176-52-6111
岩手県	岩手医科大学附属病院	(学)岩手医科大学	H 1 . 10 . 27	020 盛岡市内丸19-1	0196-51-5111
宮城県	仙台市立病院	仙台市	H 6 . 4 . 1	980 仙台市若林区清水小路3番地の1	022-266-7111
秋田県	市立秋田総合病院	秋田市	H 7 . 4 . 1	101 秋田市川元松丘町4-30	0188-62-5266
山形県	南陽市立総合病院	南陽市	H 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	H 3 . 6 . 1	988 酒田市千石町2-3-20	0234-23-1111
	篠田総合病院	(医)篠田好生会	H 7 . 2 . 1	990 山形市桜町2-68	0236-35-4393
福島県	太田総合病院附属太田西ノ内病院	(財)太田総合病院	H 2 . 1 . 1	963 郡山市西ノ内町2-5-20	0249-33-4567
	竹田総合病院	(財)竹田総合病院	H 4 . 4 . 1	965 会津若松市山麓町3-27	0242-27-5511
	松村総合病院附属舞子浜病院	(財)松村総合病院附属舞子浜病院	H 4 . 4 . 1	970-01 いわき市平藤間字川前63	0246-23-2161
	塙厚生病院	厚生農業協同組合連合会	H 5 . 4 . 1	979-54 東白川郡塙町大字塙字大町1-5	0247-43-1145
	双葉厚生病院	厚生農業協同組合連合会	H 7 . 3 . 1	979-14 双葉郡双葉町大字新山字久保前100	0240-33-5244
茨城県	日立梅ヶ丘病院	(医)圭愛会	H 2 . 4 . 1	316 日立市大久保2409-3	0294-34-2103
	豊和麗病院	(医)清風会	H 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霞ヶ浦病院	(学)東京医科大学	H 2 . 4 . 1	300-03 稲敷郡阿見町中央3-20-1	0298-87-1161
	鹿島病院	(財)鹿島病院	H 4 . 4 . 1	314 鹿島郡鹿島町平井1129-2	0299-82-1271
	石崎病院	(財)報恩会	H 5 . 4 . 1	311-31 東茨城郡茨城町上石崎4698	0292-93-7155
栃木県	独協医科大学病院	(学)独協学園	H 2 . 7 . 2	321-02 下都賀郡壬生町北小林880番地	0282-87-2251
群馬県	県立佐波病院	群馬県	H 3 . 1 . 1	379-22 佐波郡東村大字国定2374	0270-62-3311
	慈光会病院	(医)慈光会	H 2 . 11 . 1	370 高崎市上佐野786-7	0273-47-1177

都道府県	施設名	運営主体	運営開始	所在地	電話番号
群馬県	中之条病院	吾妻広域町村圏振興整備組合	H 6 . 4 . 1	377-04 吾妻郡中之条町大字五反田3891番地	0279-75-7488
埼玉県	埼玉医科大学附属病院	(学)埼玉医科大学附属病院	H 1 . 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)全和会	H 4 . 4 . 1	368 秩父市寺尾1404	0494-24-5551
	東松山病院	(医)緑光会	H 5 . 4 . 1	355 東松山市大字大谷4160	0493-39-0303
	山仁病院	(医)山仁病院	H 6 . 4 . 1	350 川越市末広町3-5-13	0492-26-1585
千葉県	総合病院国保旭中央病院	旭市	H 2 . 1 . 1	289-25 旭市イ1326	0479-63-8111
	東条病院東条メンタルホスピタル	(医)明星会	H 3 . 1 . 1	296 鴨川市広場1615	0479-92-1207
	東京慈恵会医科大学附属柏病院	(学)慈恵大学	H 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)さつき会	H 5 . 2 . 1	299-02 袖ヶ浦市長瀬駅前5-21	0438-62-1113
	成田赤十字病院	日本赤十字社	H 5 . 3 . 1	286 成田市飯田町90-1	0476-22-2311
	順天堂大学医学部附属順天堂浦安病院	(学)順天堂	H 6 . 4 . 1	279 浦安市富岡2-1-1	0473-53-3111
	神奈川県	北里大学東病院	(学)北里大学	H 2 . 4 . 1	228 相模原市麻溝台2-1-1
東海大学病院		(学)東海大学	H 2 . 4 . 1	259-11 伊勢原市星望台	0463-93-1121
聖マリアンナ医科大学病院		(学)聖マリアンナ医科大学	H 2 . 4 . 1	216 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	H 5 . 4 . 1	236 横浜市金沢区福浦3-9	045-787-2800
新潟県	柏崎厚生病院	(医)立川総合病院	H 3 . 6 . 1	945-13 柏崎市大字茨目字二ッ池2071-1	0257-22-0111
	黒川病院	(医)白日会	H 6 . 10 . 1	959-28 北浦原郡黒川村黒川1289-1	0254-47-2422
	三島病院	(医)三楽会	H 7 . 9 . 1	940-23 三島郡三島町大字藤川1713-8	0258-42-3400
富山県	県立中央病院	富山県	H 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	H 2 . 6 . 1	933 高岡市永楽町5-10	0766-21-3930
石川県	県立高松病院	石川県	H 1 . 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公立能登第二病院	七尾鹿島広域圏事務組合	H 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)長久会	H 4 . 4 . 1	922 加賀市百々町6-1-3	0761-72-0880
福井県	敦賀温泉病院	(医)敦賀温泉病院	H 6 . 4 . 1	914 敦賀市吉河41号1番地の5	0776-98-8000
山梨県	県立北病院	山梨県	H 1 . 12 . 1	407 韮崎市旭町上条南割3314	0551-22-1621
	加納岩総合病院	(医)加納岩病院	H 1 . 12 . 1	405 山梨市上神内川1309	0553-22-2511
長野県	安雲病院	厚生農業協同組合連合会	H 2 . 8 . 21	399-86 北安雲郡池田町大字池田3207番地1	0261-62-3166
	県立駒ヶ根病院	長野県	H 3 . 4 . 1	399-41 駒ヶ根市下平2901	0256-83-3181
	北信総合病院	厚生農業協同組合連合会	H 4 . 4 . 1	383 中野市西1丁目5番地63号	0269-22-2151

都道府県	施設名	運営主体	運営開始	所在地	電話番号
長野県	佐久総合病院	厚生農業協同組合連合会	H 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)栗山会	H 5. 4. 1	395 飯田市大通1-15	0265-22-5150
	県立木曾病院	長野県	H 7. 2. 1	397 木曾郡木曾福島町6242-1	0264-22-2703
岐阜県	県立多治見病院	岐阜県	H 2. 11. 1	507 多治見市前畑町5-161	0572-22-5311
静岡県	富士市立中央病院	富士市	H 1. 11. 1	417 富士市高島町50	0545-52-1131
	清水市立病院	清水市	H 2. 4. 1	424 清水市宮加三1231	0543-34-1170
	静岡済生会総合病院	(社福)恩恵財団済生会	H 1. 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	H 1. 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	H 1. 11. 1	439 小笠郡菊川町堀之内420-3	0537-35-2135
	県西部浜松医療センター	浜松市	H 1. 11. 1	432 浜松市富塚町328	0534-53-7111
	遠洲総合病院	厚生農業協同組合連合会	H 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	H 3. 7. 1	419-01 田方郡函南町平井750	0559-78-2320
	愛知県	愛知医科大学附属病院	(学)愛知医科大学	H 7. 3. 1	480-11 愛知郡長久手町大字岩作字雁又21
一宮市立市民病院今伊勢分院		一宮市	H 7. 4. 1	491 一宮市今伊勢町宮後字郷中茶原30	0586-45-2531
三重県	松坂厚生病院	個人	H 3. 9. 4	515 松阪市久保町1927番地の2	5898-21-1311
	三重県立高茶屋病院	三重県	H 4. 6. 1	514 津市城山1-12-1	0592-35-2155
	四日市日永病院	(医)居仁会	H 4. 6. 1	510 四日市市日永5039	0593-45-2356
	熊野病院	(医)紀南会	H 5. 4. 1	519-51 熊野市久生屋町868	05978-9-2711
滋賀県	豊郷病院	(財)豊郷病院	H 7. 6. 1	529-11 犬上郡豊郷町八目12	0749-35-5345
京都府	府立医科大学附属病院	京都府	H 3. 7. 1	602 京都市上京区河原町広小路上る梶井町465	075-251-5111
	府立与謝の海病院	京都府	H 3. 7. 1	629-22 与謝郡岩滝町字男山481	0772-46-3371
	府立福知山市民病院	京都市	H 6. 5. 1	620 福知山市厚中町231番地	0773-22-2101
大阪府	大阪府済生会茨木病院	(社福)恩恵財団済生会	H 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)浅香山病院	H 2. 6. 1	590 堺市今池町3丁目3番16号	0722-22-9414
	水間病院	(医)河崎会	H 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)近畿大学	H 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)関西医科大学	H 5. 10. 1	570 守口市文園町1	06-992-1001
	兵庫県	兵庫医科大学病院	(学)兵庫医科大学	H 1. 11. 1	663 西宮市武庫川町1-1
県立淡路病院		兵庫県	H 3. 10. 7	656 洲本市下加茂1-6-6	07962-2-1200

都道府県	施設名	運営主体	運営開始	所在地	電話番号
兵庫県	公立豊岡病院	豊岡市	H 2 . 1 0 . 1	668 豊岡市立野町6-35	07962-2-6111
	加西市立加西病院	加西市	H 5 . 2 . 1	675-23 加西市北条町横尾1-13	0790-42-2200
	大塚病院	(医)敬愛会	H 7 . 3 . 1	669-37 水上郡水上町絹山513	0795-82-4874
奈良県	県立医科大学附属病院	奈良県	H 4 . 6 . 1	634 橿原市四条町840	07442-2-3051
	信貴山病院	(財)信貴山病院	H 6 . 4 . 1	636 生駒郡三郷町勢野西5丁目1番1号	0745-31-3345
和歌山県	社会保険紀南組合病院新庄別館	公立紀南病院組合	H 6 . 4 . 1	646 田辺市新庄町3571-1	0739-22-2080
鳥取県	西伯町国民健康保険西伯病院	西伯町	H 1 . 1 0 . 3 1	683-03 西伯郡西伯町倭397	0859-66-2283
	倉吉病院	(医)仁厚会	H 2 . 4 . 1	682 倉吉市山根43番地	0858-26-6610
島根県	県立中央病院	島根県	H 2 . 4 . 1	693 出雲市今市町116	0853-23-7441
	松江市立病院	松江市	H 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	(社福)恩恵財団済生会	H 4 . 2 . 1	695 江津市江津町1110	08555-2-5100
	隠岐病院	島後町村組合	H 5 . 4 . 1	685 隠岐郡西郷町大字有木字広田5	08512-2-1356
岡山県	総合病院岡山赤十字病院	日本赤十字社	H 2 . 1 1 . 1	700 岡山市青江65-1	0862-22-8811
	川崎医科大学附属病院	(学)川崎学園	H 2 . 1 1 . 1	701-01 倉敷市松島577	0864-62-1111
広島県	社会保険広島市市民病院	広島市	H 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	H 3 . 6 . 1	731-36 山県郡加計町下殿河内236	08262-2-0491
	府中総合病院	厚生農業協同組合連合会	H 3 . 6 . 1	726 府中市鶴飼町555-3	0847-45-3300
	西城町国民健康保険直営西城病院	西城町	H 4 . 8 . 1	729-57 比婆郡西城町中野1339	08248-2-2611
	公立みつぎ総合病院	御調町	H 6 . 4 . 1	722-03 御調郡御調町市124	08487-6-1111
山口県	県立中央病院	山口県	H 3 . 4 . 1	747 防府市大字大崎77	0835-22-4411
徳島県	県立中央病院	徳島県	H 4 . 5 . 1	770 徳島市蔵本町1丁目	0886-31-7151
香川県	県立丸亀病院	香川県	H 4 . 2 . 2 9	763 丸亀市土器町字三浦4287-2	0877-22-3111
愛媛県	県立中央病院	愛媛県	H 2 . 6 . 1	790 松山市春日町83	0899-47-1111
高知県	近森病院第二分院	(医)近森会	H 2 . 3 . 2 2	780 高知市北本町1-1-7	0888-22-5231
福岡県	小倉蒲生病院	(医)小倉蒲生病院	H 6 . 4 . 1	803 北九州市小倉南区蒲生5-5-1	093-963-6541
佐賀県	唐津保養院	(医)松籟会	H 1 . 1 1 . 2 0	847 唐津市鏡4304-1	0955-77-1011
長崎県	県立対馬いずはら病院	長崎県	H 3 . 4 . 1	817 下県郡厳原郡大字厳原東里字野良303-1	09205-2-1910
大分県	緑ヶ丘保養園	(医)淵野会	H 5 . 4 . 1	870-03 大分県丹生字長迫1747-5	0975-93-3366
宮崎県	谷口病院	(医)同仁会	H 2 . 1 0 . 2 5	887 日南市大字風田3861	0987-23-1331

都道府県	施設名	運営主体	運営開始	所在地	電話番号
大分県	藤元病院	(社)八日会	H 3 . 4 . 1	885 都城市早鈴町17-4	0986-25-1313
	小林保養院	(医)信和会	H 4 . 4 . 1	886 小林市大字堤2939番地	0984-22-2886
	協和病院	(医)向陽会	H 7 . 10 . 1	883 日向市大字財光寺1194-3	0982-53-6886
鹿児島県	松下病院	(医)仁心会	H 3 . 7 . 1	899-51 始良郡隼人町真孝998番地	09954-2-2121
	児玉病院	(医)蒼風会	H 7 . 3 . 1	897-02 川辺郡川辺町田部田3525	0993-56-0523
沖縄県	宮里病院	(医)ダビック	H 6 . 10 . 1	905-01 名護市宇字茂佐1763-2	0980-53-7772
	計45道府県 121施設				

10. 老人性痴呆疾患治療・療養病棟一覧

(平成8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	市立札幌病院静療院	(札幌市)	札幌市豊平区平岸4条1-2-21	011-821-0070
	道央佐藤病院	(医療法人玄羊会)	苫小牧市字樽前234	0144-67-0236
宮城	こだま病院	(医療法人有恒会)	石巻市泉町3-10-40	0225-22-5431
秋田	今村病院	(医療法人久幸会)	秋田市下新城中野字琵琶沼124-1	0188-73-3011
	秋田東病院	(医療法人三愛会)	秋田市山内字丸木橋167-3	0188-27-2331
山形	佐藤病院	(医療法人社団公徳会)	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	(医療法人咋雲会)	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
	豊和麗病院	(医療法人清風会)	猿島郡猿島町番掛411	0297-44-2000
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
	東京海道病院	(医療法人岩尾会)	青梅市末広町1-4-5	0428-32-0111
	昭和大学附属烏山病院	(学校法人昭和大学)	世田谷区北烏山6-11-11	
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
	秦野厚生病院	(医療法人厚仁会)	秦野市南矢名2-12-1	0463-77-1108
	神奈川病院	(医療法人誠心会)	横浜市旭区川井本町122-1	045-951-9811
	横浜舞岡病院	(医療法人積愛会)	横浜市戸塚区舞岡町3482	045-822-2125
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ッ池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
	白根緑ヶ丘病院	(医療法人敬成会)	西蒲原郡味方村大字白根41	025-372-3105
福井	痴呆性老人医療・介護教育センター	(福井県)	福井市四ッ井2-12-1	
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)	中巨摩郡禰形町下宮地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
兵庫	宝塚三田病院	(医療法人山西会)	三田市西山2-22-10	0795-63-4871
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)	岡山市谷万成1-6-5	0862-52-2261

都道府県	施設名称 (設置主体)	所在地	電話番号
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
	小泉病院 (医療法人仁康会)	三原市小泉町4245	0848-66-3355
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
	泉原病院 (医療法人愛命会)	徳山市泉原町10番1号	0834-21-4511
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)	東予市壬川131	0898-64-2630
	新居浜精神病院 (財団法人新居浜精神衛生研究所)	新居浜市松原町13番47号	0897-43-6151
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
	小倉瀧生病院 (医療法人小倉瀧生病院)	北九州市小倉南区瀧生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
	八幡厚生病院 (医療法人翠会)	北九州市八幡西区里中3-12-12	093-691-3431
	果立遠賀病院 (福岡県)	遠賀郡岡恒町大字山田195	
	住田病院 (医療法人住田病院)	北九州市若松区釐住1, 432	093-741-1301
	水戸病院 (医療法人緑風会)	粕屋郡志免町大字志免60-1	092-935-0073
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
	早津江病院 (医療法人樟風会)	佐賀郡川副町大字福島827番地	0952-45-1331
	中多久病院 (医療法人高仁会)	多久市多久町大字多久原2512-24	0952-75-4141
熊本	菊池有働病院 (医療法人有働会)	菊池市深川433	0968-25-3146
	益城病院 (医療法人広安会)	上益城郡益城町惣領1530	096-286-3611
大分	鎌ヶ丘保養院 (医療法人社団源野会)	大分市大字丹生寺長迫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)	小林市大字境2923	0984-22-2886
鹿児島	枕崎厚生病院 (医療法人慈生会)	枕崎市宮田町193	0993-72-1896
	大口病院 (医療法人慈和会)	大口市大田68	09952-2-0336
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
	天久台病院 (医療法人天仁会)	那覇市天久1123	098-868-2101
計		29都道府県69施設	

(注) 保健衛生施設等施設整備事業を利用した病院

老人性痴呆疾患療養病棟

(平成8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
岩手	三陸精神病院	(医療法人財団正清会)	宮古市板屋1-6-36	0193-62-7021
秋田	杉山病院	(医療法人仁政会)	南秋田郡昭和町大久保字北	0188-77-6141
	秋田緑ヶ丘病院	(医療法人仁久盛会)	秋田市飯島字堀川84	0188-27-2331
福島	安積保養園	(医療法人安積保養園)	郡山市積町笹川字経担45	0249-45-1701
茨城	下館病院	(医療法人仁平仁会)	下館市野殿1131	0296-22-7558
栃木	皆藤病院	(医療法人恵会)	宇都宮市東町22	0286-61-3261
神奈川	秦野厚生病院	(医療法人厚仁会)	秦野市南矢名2-12-1	0463-77-1108
	平塚病院	(医療法人研水会)	平塚市出縄476	0463-32-0380
	横浜舞岡病院	(医療法人積愛会)	横浜市戸塚区舞岡町3482	045-822-2125
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
	白根緑ヶ丘病院	(医療法人敬成会)	西蒲原郡味方村大字白根41	025-372-3105
福井	痴呆性老人医療・介護教育センター	(福井県)	福井市四ツ井2-12-1	
岐阜	大湫病院	(医療法人仁誠会)	瑞浪市大湫町121	0572-63-2231
兵庫	宝塚三田病院	(医療法人山西会)	三田市西山2-22-10	0795-63-4871
	大植病院	(医療法人俊仁会)	朝来郡朝来町多々良木1514	0796-78-1231
	赤穂仁泉病院	(医療法人千水会)	赤穂市浜市408	07914-8-8087
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
広島	小泉病院	(医療法人仁康会)	三原市小泉町4245	0848-66-3355
山口	泉原病院	(医療法人愛命会)	徳山市泉原町10番1号	0834-21-4511
香川	三船病院	(医療法人社団三愛会)	丸亀市杵原町366	0877-23-2341
愛媛	宇和島病院	(財団法人正光会)	宇和島市柿原1280	0895-22-5622
	今治病院	(財団法人正光会)	今治市高市甲786番地13	0898-48-2560
	西条道前病院	(財団法人隣善会)	西条市殿岡地藏原3290-1	0897-56-2247
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
	岡豊病院	(医療法人慈光会)	南国市岡豊町小瀬689-1	0888-66-2345
	清水園病院	(医療法人清水園病院)	高知市城山町270	0888-33-4328
福岡	小嶺江藤病院	(医療法人義翔会)	北九州市八幡西区小嶺3-19-1	093-611-0456
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
	緑ヶ丘保養院	(医療法人社団瀧野会)	大分市大字丹生字長迫1747	0975-93-3366
鹿児島	出水病院	(医療法人公盛会)	出水市巖町29-1	0996-62-0419
計			20県31施設	

注) 保健衛生施設等施設整備事業を利用した病院

11. 精神科デイ・ケア承諾状況

(平成8年6月30日現在)

<北海道>	23 カ所
・一般病院	(医) 函館横辺病院 道庁立総合病院 旭山病院 札幌太田病院 (医) 旭川共済会病院 市立南病分院 (医) 釧路会 メイプル病院 とさむね病院 中江病院 札幌花露病院 田中病院 平谷病院 札幌安藤病院 石金病院 市立札幌病院診療院 北7病院
・デイケアセンター	札幌デイケアセンター
・診療所	北海道立緑ヶ丘病院附属寛重リハビリテーションセンター
<青森県>	5 カ所
・一般病院	三幸病院 八甲病院 羅代聖栄病院 本塩病院
・精神保健福祉センター	青森県立精神保健福祉センター
<岩手県>	11 カ所
・一般病院	国立療養所南花巻病院 岩手平和病院 船水病院 岩手県立南光病院 岩手県立北越病院 岩手保健院 南宮病院 船江病院 釜石厚生病院 盛岡山立病院 三陸病院
・精神保健福祉センター	岩手県立南光病院 岩手県立北越病院
<宮城県>	5 カ所
・一般病院	宮城県立名取病院 (医) 聖野養生会 緑ヶ丘病院 国友総合病院 宮崎クリニック
・診療所	仙台市デイケアセンター
<秋田県>	4 カ所
・一般病院	聖霊病院リハビリテーションセンター 秋田緑ヶ丘病院 今村病院精神科デイケアセンター 横手真生病院デイケアセンター
<山形県>	9 カ所
・一般病院	米沢市立病院 (医) 山形公健会 佐藤病院 (医) 藤山好生会 千歳藤田病院 県立瑞穂病院 (医) 瑞穂会 光ヶ丘病院 (医) 二本松会山形病院 (医) 山形会 秋野病院 つくし丘病院 (医) 二本松会山形病院
・精神保健福祉センター	山形県立米沢病院
<福島県>	3 カ所
・一般病院	(財) 竹田総合病院 (財) 藤ヶ丘病院 (財) 野生ヶ丘病院 (財) 神皇会 磐城病院 福島県立矢野病院
・診療所	千がのクリニック 野村農成堂クリニック 並木道やせうちクリニック
<茨城県>	10 カ所
・一般病院	(医) 光物会 茨城県立病院 (財) 藤原会 石巻病院 県立友部病院 (医) 有朋会 葛田病院 (医) 社田病院 (医) 慈政会 小樽病院 (財) 福水会 土浦厚生病院 (財) 福益会 石巻病院 神経科クリニック 茨城県精神保健福祉センター
・精神保健福祉センター	葛田病院 小樽病院 土浦厚生病院 石巻病院
<栃木県>	3 カ所
・一般病院	(医) 順和会 鹿沼病院 県立国本台病院 (医) 長山会 両毛病院
<群馬県>	8 カ所
・一般病院	北毛保健生活協同組合 北毛病院 (医) 藤原会 三枚橋病院 (医) 大和会 西毛病院 県立安芸病院 緑台セントラルクリニック 緑の水クリニック
・精神保健福祉センター	北毛保健生活協同組合
<埼玉県>	24 カ所
・一般病院	埼玉内務院 埼玉生協病院 順天堂大学医学部附属眞理院天堂慈谷病院 戸田病院 山口病院 大宮厚生病院 八潮病院 久美十のき病院 西郷谷病院 南埼玉病院
・精神保健福祉センター	順天堂大学医学部附属眞理院天堂慈谷病院

・診療所	西川病院 みさと協立病院 平谷ヶ丘病院 滝沢神経科病院 川崎クリニック 所沢総合クリニック 南川げんきクリニック 大宮クリニック 式場クリニック 生保診療所 森林公園クリニック 奥野神経放射線クリニック 小沢クリニック 県立精神保健福祉センター
<千葉県>	21 カ所
・一般病院	(医) 順和会 流井病院 旗子市立総合病院 国立精神・神経センター一府台病院 (医) 博達会 船山病院 (財) 復光会 船武病院 (医) 式邊病院 (医) 心会和 八千代病院 (医) 聖母会 電マリア記念病院 (医) 光洋会 三芳病院 (医) 抽水会 初石病院 (医) 聖生会 成田病院 (医) 同和会 千葉病院 (医) 船越北病院 (医) 同仁会 水戸律病院 望立労働者 千葉県精神医療センター 水戸病院 式場三浦記念クリニック (医) 白百合会 市原メンタルクリニック 旭中央病院組合立 東総デイケアセンター 千葉県精神保健福祉センター
・精神保健福祉センター	千葉県精神保健福祉センター
<東京都>	55 カ所
・一般病院	東京大学医学部附属病院 東京大学医学部附属大塚病院 東京豊島病院 東京武蔵野病院 (第1デイケア) 東京武蔵野病院 (第2デイケア) 帝京大学医学部附属病院 成増厚生病院 葛城堂内科病院 東京立工病院 長谷川病院 国立精神・神経センター武蔵病院 愛国病院 平川病院 研修会 山田病院 都立荏原病院 蓮花病院 国東中央病院 東京小児療育病院 都立浅草病院 都立和歌病院 昭和大学付属島田病院 西ヶ丘病院 大泉病院 瑞穂病院 大内病院 駒込病院 都立板橋病院 板橋ヶ丘記念病院 日清病院 井之辺病院 軍医会 山田病院 三草病院 青木病院 アヤマ病院 吉祥寺病院 香壽病院 クボクリニック 蓮花クリニック 高田農場クリニック 小平駅前クリニック タカノクリニック 南豊クリニック 成城農園クリニック分府 瑞井クリニック 堀川メンタルクリニック 龍南診療所 ホジミクリニック 河内クリニック 一之谷診療所 山王クリニック 瑞穂メンタルクリニック 北千住クリニック 恩田クリニック
・精神保健福祉センター	都立中野総合精神保健福祉センター 都立藤原総合精神保健福祉センター 都立精神保健福祉センター
<神奈川県>	37 カ所
・一般病院	国立精神・神経センター (医) 専仁会 東野厚生病院 学校法人北星学園 北星大学東病院 横浜国立大学医学部附属病院 横浜国立大学医学部付属鎌倉病院 財団法人護国会 曹娥病院 財団法人社団法人 藤沢病院 (医) 丹沢病院 (医) 社団博愛会 富士見台病院 (医) 真山会 藤井記念病院 (医) 社団法人 藤野病院 (医) 正立会 大和病院 (医) 寿養会 相模病院 (医) 朋友会 香川記念病院
・精神保健福祉センター	藤沢病院

・単科 五葉山病院

<知敷山脈>
 ・単科 2カ所
 紀伊総合病院新庄別館ダイケア
 もたはクリニック精神科ダイケア

<鳥取県>
 ・一般病院 8カ所
 (医) 明和会 麗辺病院
 サン・ビレッジ(倉吉病院)
 (医) 豊和会 広江病院
 西伯病院
 国立療養所鳥取病院
 (医) 鳥取会 米子病院

<鳥取県>
 ・単科 4カ所
 鳥取県立病院病院
 西川病院
 釜屋クリニック
 エスポール出雲クリニック

<岡山県>
 ・単科 11カ所
 県立岡山病院
 引田病院
 草主病院
 林達雄精神科神経科病院
 友成病院
 笠岡病院
 岡崎台病院
 瑞穂病院
 高見病院
 藤下病院
 県立内尾センター

・診療所

<広島県>
 ・一般病院 12カ所
 国立療養所賀茂病院
 長門病院
 県立病院
 比治山病院ダイケア
 己斐ノ丘病院
 安佐病院ダイケア
 渡田病院
 美神野病院
 びんごクリニック
 友和診療所

・診療所

・精神保健福祉センター
 広島県立総合精神保健福祉センター
 広島市精神保健福祉センター

<山口県>
 ・単科 8カ所
 長門ノ宮病院
 片倉病院
 下関病院
 若原生利院
 小郡まきはら病院
 岩前病院

<徳島県>
 ・単科 2カ所
 第一病院
 藍星病院

<香川県>
 ・一般病院 7カ所
 国立香道寺病院
 橋本病院
 県立丸亀病院
 三光病院
 三船病院
 清水病院
 香川県精神保健福祉センター

・精神保健福祉センター

<愛媛県>
 ・一般病院 7カ所
 美咲ダイケアセンター
 十全第二病院
 精神病院真光園 ダイケアセンター
 (医) 静心会 平盛病院
 八幡宮臨念立 双岩病院
 くじら病院
 財団法人正光会 宇和島病院

<高知県>
 ・一般病院 7カ所
 瀬木病院
 岡仁病院
 若知病院
 近藤病院第二分院
 土佐病院
 県立芸予病院
 豊戸病院

・単科

<福岡県>
 ・一般病院 38カ所
 行徳記念病院
 久留米大学病院
 筑豊病院
 不知火病院
 甘木病院
 小倉厚生病院
 福岡大学病院
 藤の森病院
 福岡病院(1)
 福岡病院(2)
 藤原記念病院
 牧野院
 境川病院
 一本松病院
 県立大宰府病院
 水戸病院
 宗徳病院
 奥村病院
 群島記念病院
 野添病院
 見立病院
 乙金病院
 行徳厚生病院

福岡病院
 新門司病院
 門司松ヶ江病院
 藤ヶ丘ダイケア
 日南病院
 松尾病院
 八幡厚生病院
 藤山病院
 若久病院

・診療所
 セリかみ医院
 九州クリニック
 加藤神経科クリニック
 貴光クリニック

<佐賀県>
 ・一般病院 12カ所
 (医) 達磨病院
 (医) 財田友明会 緒野伝象病院
 国立肥前療養所
 (医) 浄心会 関田病院
 (医) 善心会 神野病院
 (医) 社団法人に 中多久病院
 白石病院
 森本病院
 (医) 博友会 堀田病院
 (医) 清友会 野口クリニック
 多布楽クリニック
 もろくま心療クリニック

<長崎県>
 ・一般病院 5カ所
 長崎大学医学部附属病院
 国立長崎中央病院
 西脇病院
 蓮ノ尾病院
 西南病院
 真珠園療養所

<熊本県>
 ・一般病院 12カ所
 国立菊池病院
 熊本病院
 玉名病院
 城ヶ崎病院
 菊池病院
 菊池クリニック
 益城病院
 内藤病院
 八代第三病院
 小樽病院
 ビネル記念病院
 弓削病院

<大分県>
 ・一般病院 9カ所
 国立別府病院
 大分県立生達健児病院
 鶴見台病院
 新藤病院
 長村日田病院
 大分カルス医院
 博愛診療所
 寺町クリニック

・診療所

・精神保健福祉センター
 大分県精神保健福祉センター

<宮崎県>
 ・一般病院 9カ所
 志摩病院
 県立豊後院
 井上病院
 高宮病院もみのきクラブ
 新藤第三社会福祉施設
 谷口病院ダイケアセンター
 内村病院
 福永内科神経科医院
 井藤内科神経科医院

・診療所

<鹿児島県>
 ・一般病院 8カ所
 松下山院
 坂之上病院
 児玉病院
 病院寺寿苑
 桜石病院
 横山福祉社会復帰施設診療所

・診療所

<沖縄県>
 ・一般病院 21カ所
 国立療養所琉球病院
 (医) 薩野が丘サマリヤ人病院
 平和病院
 (医) 博愛病院
 (医) オリビ山病院
 (医) 新垣病院
 県立清和病院
 (医) 平和病院
 (医) 天人台病院
 (医) トイノ病院
 (医) 沖縄中央病院
 (医) 糸満晴明病院
 五木病院
 (医) 南山病院
 (医) 本野記念病院
 (医) 久田病院
 (医) 田原病院
 (医) トイビから小児科クリニック
 塩の水診療所
 (医) 崎原医院

・診療所

・精神保健福祉センター
 県立総合精神保健福祉センター

総計 570カ所

12. 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	設立年月日
社団	日本精神保健福祉連盟	〒108 港区芝浦3-15-14 日精協会館 5232-3308	(会 長) 島 園 安雄	1. 精神保健福祉諸団体との相互連絡と事業調整 2. 精神保健福祉に関する広報他	昭45. 9. 17
社団	日本精神病院協会	〒108 港区芝浦3-15-14 日精協会館 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・職員教育指導	昭29. 7. 6
財団	日本精神衛生会	〒162 新宿区弁天町91 3269-6932	(理事長) 島園 安雄	1. 精神衛生思想の普及活動 2. 精神衛生相談	昭25. 8. 14
財団	復 光 会	〒273 千葉県船橋市市場3-3-1 0474-22-3509	(理事長) 石野 清治	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
財団	全国精神障害者 家族会連合会	〒110 台東区下谷1-4-5 恵友記念会館 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
社団	アルコール健康医学協会	〒113 文京区本郷3-25-13 中銀本郷ビル 5802-8761	(理事長) 春日 斉	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 全国心身障害児福祉財団ビル内 3202-5661	(会 長) 鈴木 勇二	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 大阪市中央区道修町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・神経センター内)	(会 長) 大塚 俊男	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	全日本手をつなぐ育成会	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) 春山 廣輝	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
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) 石川 武	1. 精神衛生の普及啓蒙 2. 産業精神衛生の研究	昭32. 3. 18
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 上尾市上尾宿2096 (埼玉学園) 048-771-0056	(会 長) 叶原 士筆	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	設立年月日
社団	日本精神神経科診療所協会	〒151 渋谷区代々木1-38-2 ミヤタビル302号室 3320-1423	(会 長) 小池 淳	診療所における地域精神保健事業についての調査及び研究等	平 7. 3. 15
	教育と医学の会	〒108 港区三田2-19-30 慶応通信内 3451-3584	(会 長) 安藤 延男	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) 西村 昌三	子供の精神衛生に関する啓蒙奉仕活動	昭40. 4. 1
社団	日本精神科看護技術協会	〒183 府中市府中町1-14-1 朝日生命府中ビル6 F 0423-63-6663	(会 長) 鹿島清五郎	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. 7. 28
財団	精神・神経科学振興財団	〒162 新宿区弁天町91 3266-1076	(会 長) 島園 安雄	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
社福	全国精神障害者 社会復帰施設協会	〒305 茨城県つくば市梅園2-28-20 0298-56-8318	(会 長) 谷中 輝雄	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 6.12. 9
財団	小寺記念精神分析 研 究 財 団	〒151 渋谷区千駄ヶ谷1-20-1 パークアベニュー505 3746-3377	(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. 2

我が国の精神保健福祉

(平成8年度版) (精神保健福祉ハンドブック)

定価(1,748円+消費税)

送料 340円

監修 厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課

発行所 厚健出版株式会社

東京都江東区清澄2-7-11 太陽・清澄ビル

TEL (03) 3820-3695

FAX (03) 3643-0851

印刷・製本/㈱太陽美術/TEL(3642)6045(代)落丁・乱丁本はおとりかえします。

ISBN4-906276-34-2 C3047